2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアと製薬企業の役割～

国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院

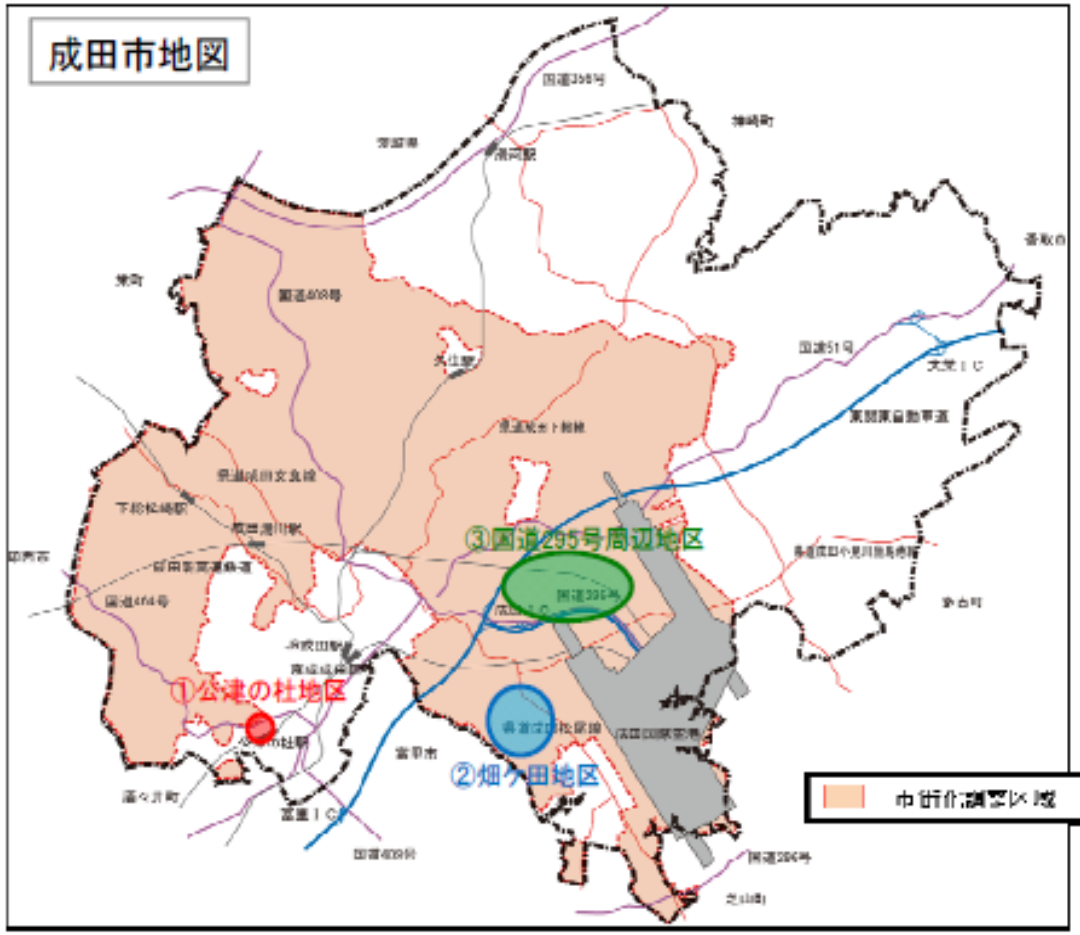
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

1．構想の概要（4）

成田市に
医学部を！

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜（教育ゾーン）」および「畑ケ田地区（学術・医療集積ゾーン）」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】
- ■医学部（1学科）
- ■看護学部（1学科）
- ■保健医療学部
  （当初4学科⇒順次拡大）

②畑ケ田地区

【学術・医療集積ゾーン】
- ■附属病院
- ■トレーニングセンター
- ■グランド・テニスコート
- ■駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】
- ■製薬会社
- ■診療機材メーカー
- ■計測器メーカー
- ■福祉設備メーカー
- ■画像診断機器メーカー

INTERNATIONAL UNIVERSITY OF HEALTH AND WELFARE

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)

目次

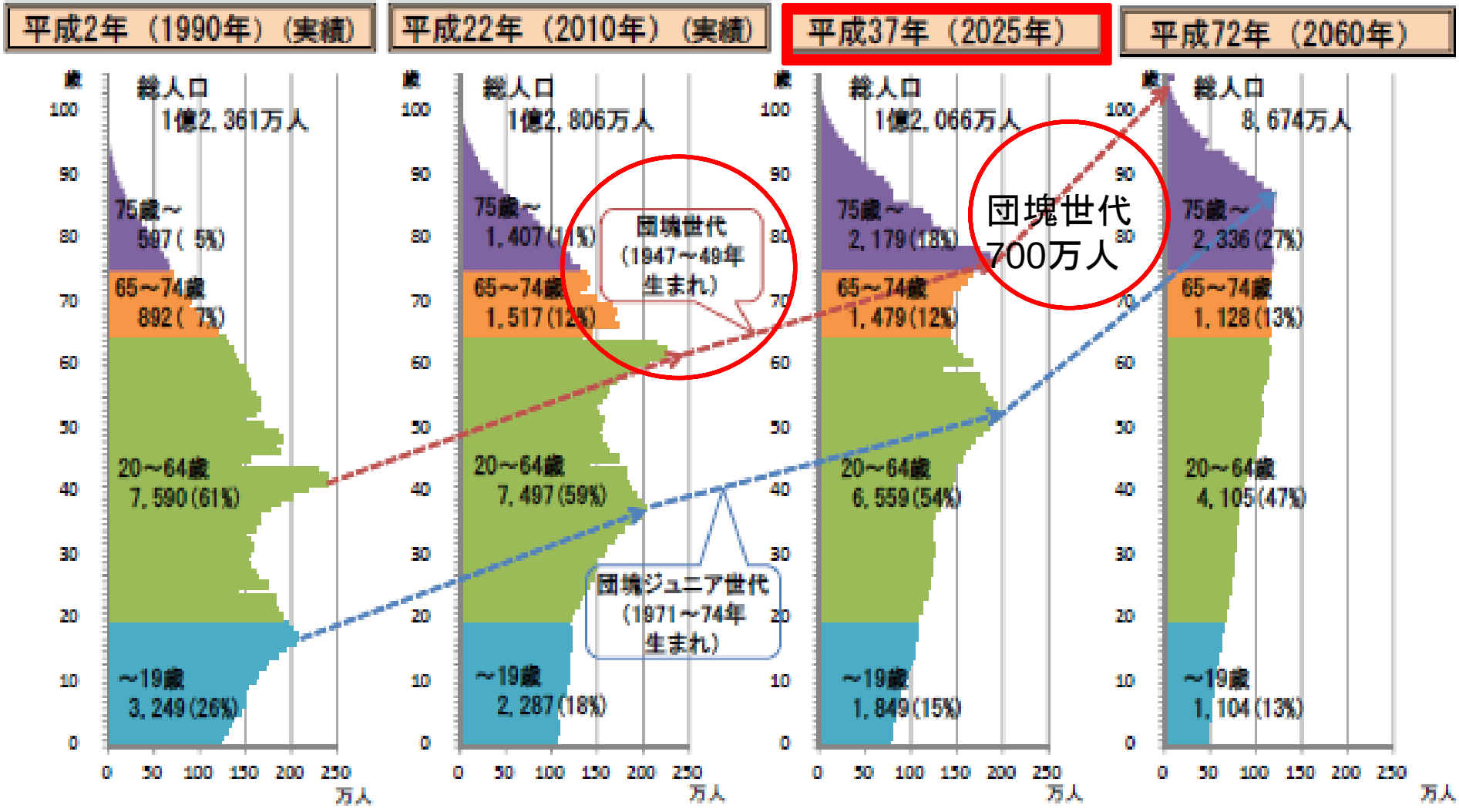
- パート1
  - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
  - 地域包括ケアシステムと診療報酬改定
- パート3
  - 地域包括ケアシステムで変わる物流
- パート4
  - 地域医療構想について
- パート5
  - 2025年へ向けて変わる製薬企業の地域戦略

パート1
国民会議と医療介護一括法

２０２５年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議（会長　清家慶応義塾大学学長）
が2012年11月30日から始まった

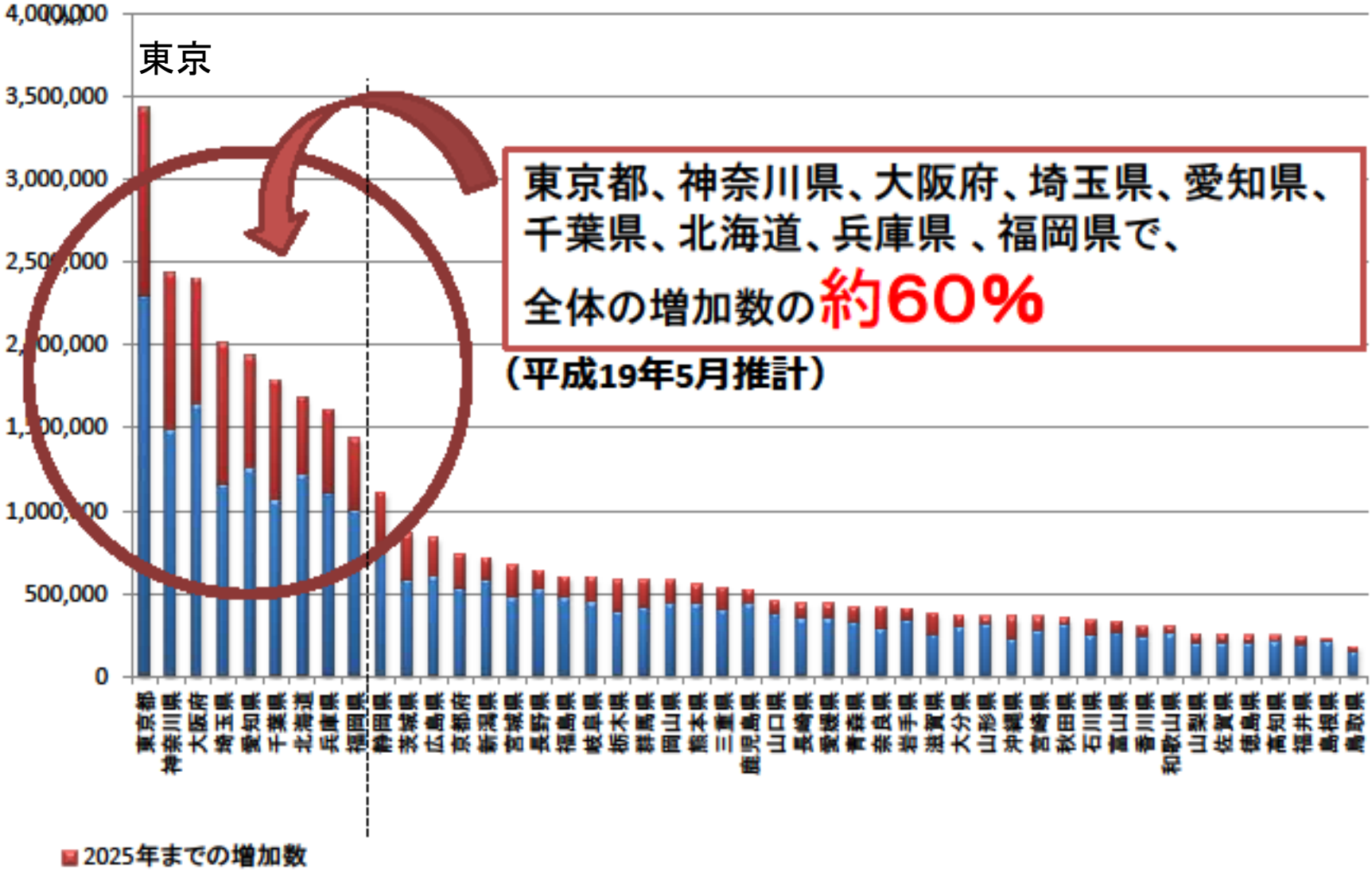
人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在１人の高齢者を２．６人で支えている社会構造になっており、
少子高齢化が一層進行する2060年には１人の高齢者を１．２人で支える社会構造になると想定



（出所） 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
（2005年 → 2025年）



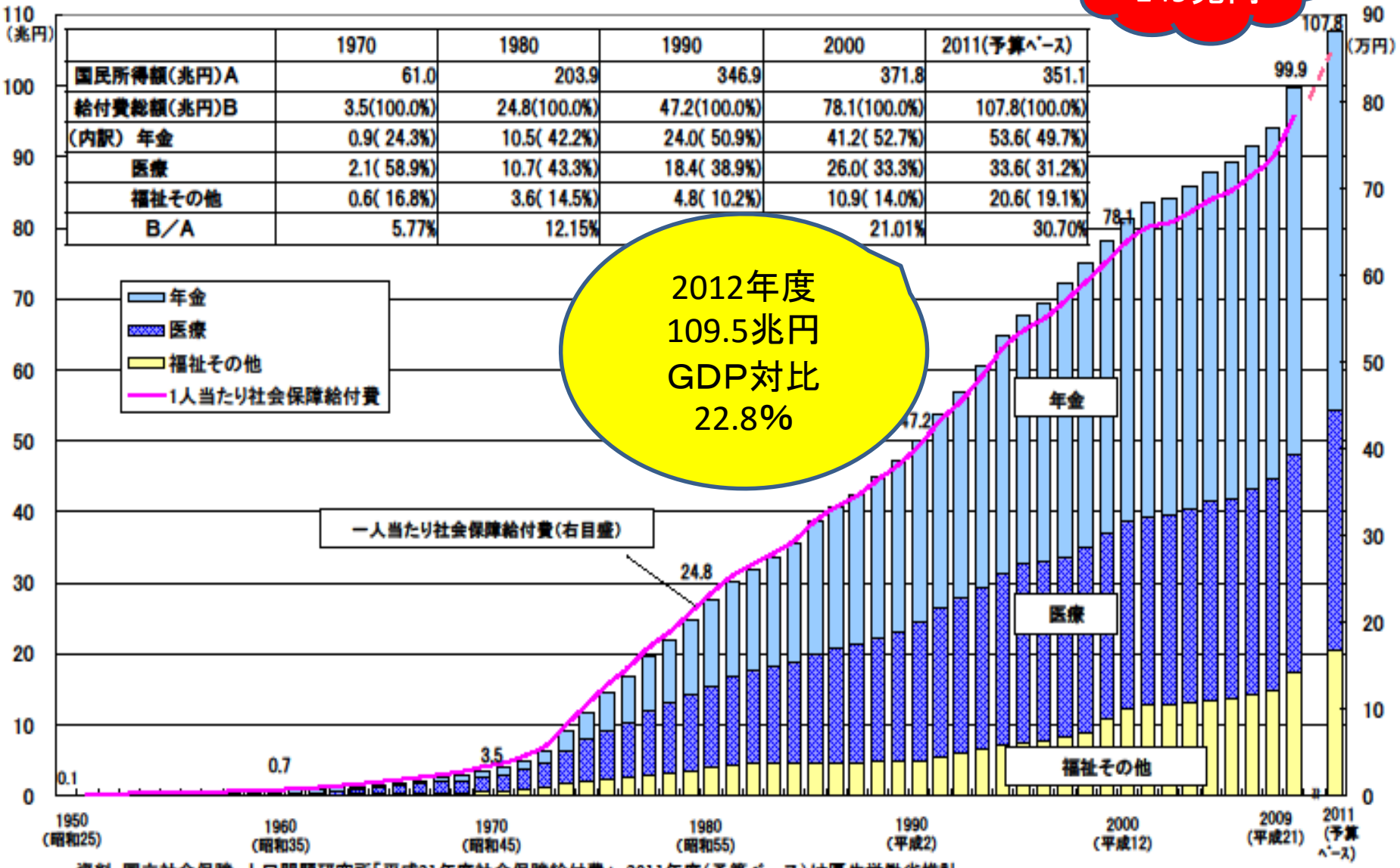
出典：国勢調査（平成17年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

社会保障給付費の推移

2025年
149兆円

	1970	1980	1990	2000	2011(予算ベース)
国民所得額(兆円)A	61.0	203.9	346.9	371.8	351.1
給付費総額(兆円)B	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.2(100.0%)	78.1(100.0%)	107.8(100.0%)
(内訳) 年金	0.9(24.3%)	10.5(42.2%)	24.0(50.9%)	41.2(52.7%)	53.6(49.7%)
医療	2.1(58.9%)	10.7(43.3%)	18.4(38.9%)	26.0(33.3%)	33.6(31.2%)
福祉その他	0.6(16.8%)	3.6(14.5%)	4.8(10.2%)	10.9(14.0%)	20.6(19.1%)
B／A	5.77%	12.15%		21.01%	30.70%

2012年度
109.5兆円
GDP対比
22.8%



資料:国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)
(注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障・税一体改革（８月１０日）

- ８月１０日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決さた。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は・・・

  団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

2012年８月１０日、参議院を通過

2017年4月消費増税
10%先送り

8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

地域医療介護一括法

社会保障制度改革国民会議最終報告書（2013年8月6日）

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
  - 病床機能情報報告制度の早期導入
  - 病床機能の分化と連携の推進
  - 在宅医療の推進
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 医療職種の業務範囲の見直し
  - 総合診療医の養成と国民への周知

改革の方向性 2　医療・介護サービス保障の強化

■ 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら

（人員1.6倍～2倍）

急性期病院
救急・手術など高度医療
早期退院
亜急性期・回復期リハビリ病院
集中リハビリ→早期回復
地域の連携病院
日常の医療
かかりつけ医
元気でうちに帰れたよ

・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

包括的マネジメント

・在宅医療連携拠点
・地域包括支援センター
・ケアマネジャー

・医療から介護への円滑な移行促進
・相談業務やサービスのコーディネート

退院したら

<地域包括ケアシステム>
（人口１万人の場合）

・グループホーム（16→37人分）
・小規模多機能（0.25か所→２か所）
・デイサービス　など

介護
・介護人材（207→356～375人）
医療
通院
在宅医療・訪問看護
通所
訪問介護・看護
住まい
・在宅医療等（１日当たり17→29人分）
・訪問看護（１日当たり２９→49人分）
自宅・ケア付き高齢者住宅
・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス（15人分）
※地域包括ケアは、人口１万人程度の中学校区を単位として想定
老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援　等
生活支援・介護予防

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

病床機能分化と連携　同時進行　地域包括ケアシステム

地域医療・介護一括法成立可決（2014年6月18日）

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月）

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に）

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月）

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月）

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月）

2014年6月18日
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月）

(カッコ内は施行時期）

2014年5月14 日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！

強行採決の前日、５月１３日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2
地域包括ケアシステムと診療報酬改定

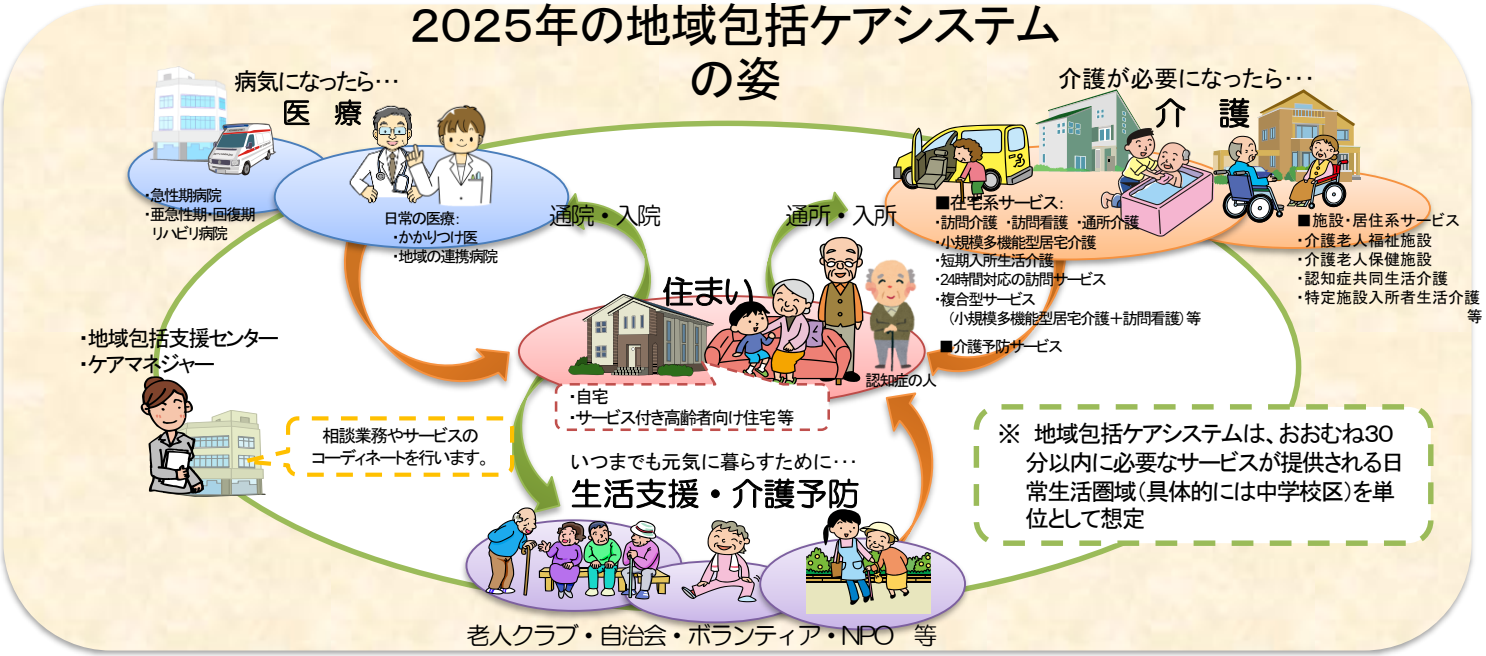
地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

医療・介護・生活支援をパッケージで届ける！

平成25年　地域包括ケアシステム

○　**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
○　認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



2016年診療報酬改定の基本的視点

- （1）地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
  - 医療機能に応じた入院医療の評価
  - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
  - 地域包括ケアシステム推進
  - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
  - 外来医療の機能分化
- （2）患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- （3）重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- （4）効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

地域包括ケアシステムと２０１６年診療報酬改定

①在宅療養支援診療所
②保険薬局
③訪問看護ステーション

①在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】
① 診療所
② 24時間連絡を受ける体制を確保している
③ 24時間往診可能である
④ 24時間訪問看護が可能である
⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】
① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
② 24時間連絡を受ける体制を確保している
③ 24時間往診可能である
④ 24時間訪問看護が可能である
⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

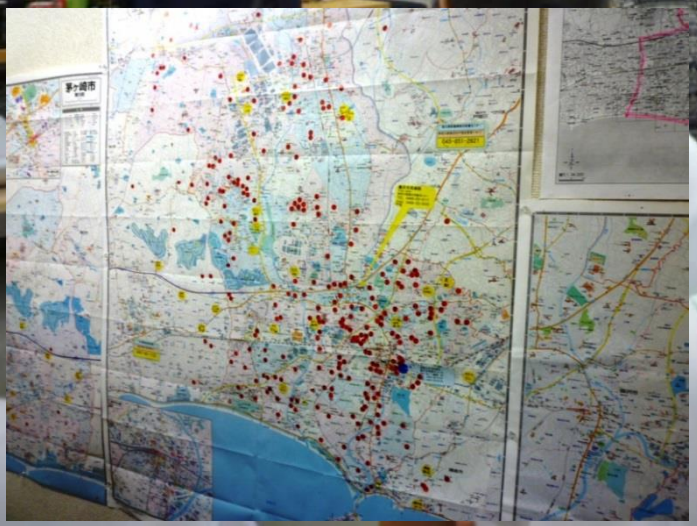
複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】
① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
② 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有する
③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有している

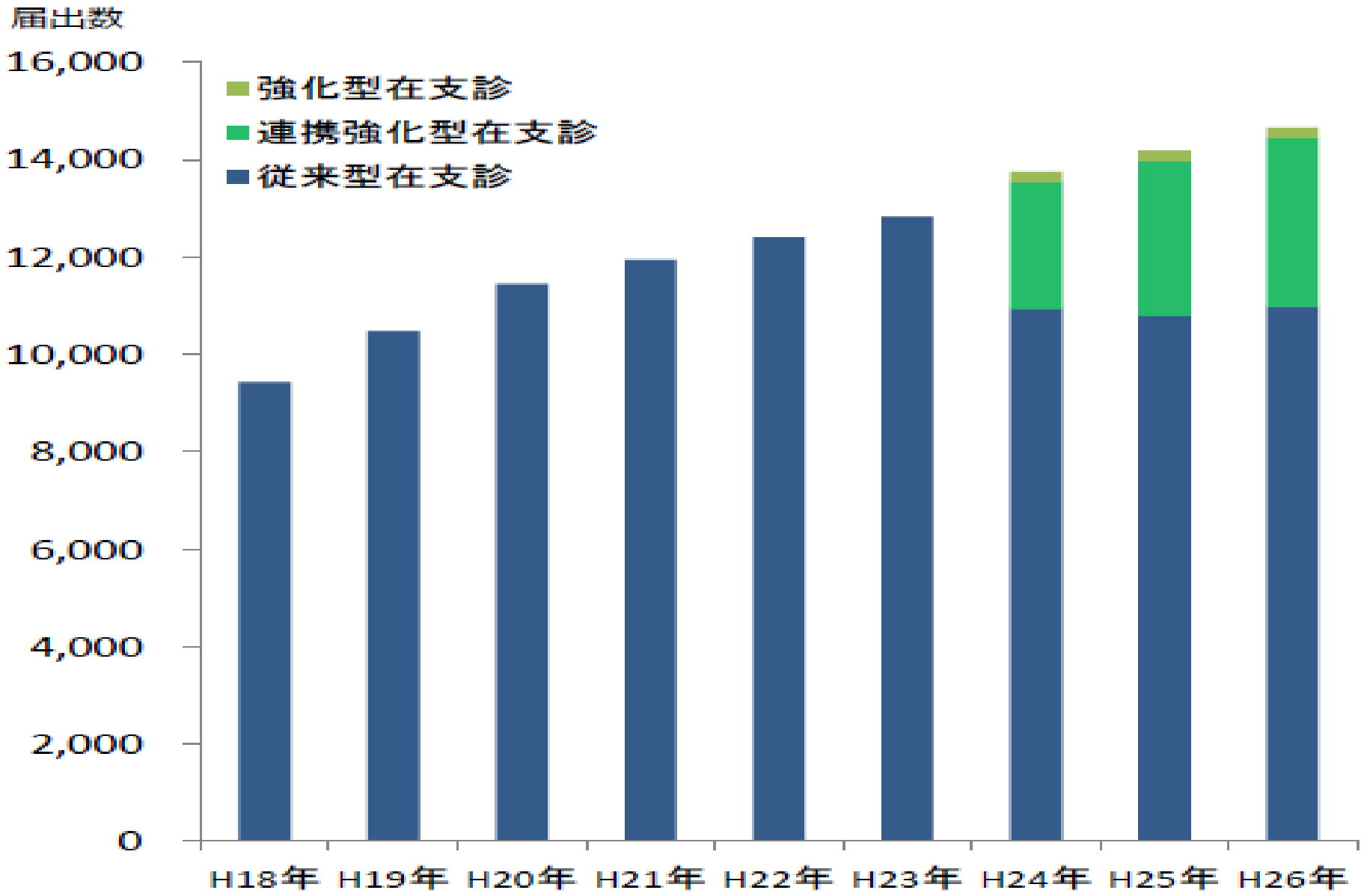
注3：上記の要件（①～③）については、他の連携保険医療機関（診療所又は200床未満の病院）との合計でも可。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

在宅療養支援診療所

湘南なぎさ診療所



＜在宅療養支援診療所届出数＞



主治医機能

外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

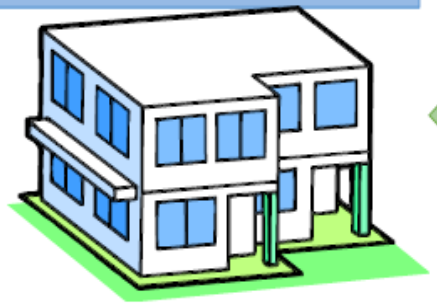
地域包括診療料　1,503点
地域包括診療加算　20点

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

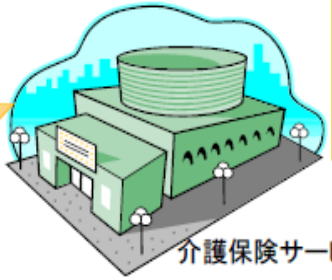
- ○ 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- ○ 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- ○ 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- ○ 継続的な服薬や健康管理　等

紹介

逆紹介

介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

専門的な診療

地域の拠点となるような病院

- ○ 外来業務の負担軽減
- ○ 専門外来の確保
- ○ 一般外来の縮小

主治医機能の評価（その1）

主治医機能の評価（包括点数）

➢ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

（新） 地域包括診療料 1,503点（月1回）

※1 対象医療機関は、診療所又は許可病床が200床未満の病院
※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
※3 初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
・地域連携小児夜間・休日診療料　診療情報提供料（Ⅱ）
・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）
・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）
・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
⑤ 下記のうちすべてを満たすこと

・診療所の場合
ア) 時間外対応加算1を算定していること
イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合
ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価（その2）

主治医機能の評価（出来高）

➢ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

（新） 地域包括診療加算 20点（1回につき）

※1 対象医療機関は、診療所
※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
※3 初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない

[算定要件]
① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない対象疾病（上記4疾病のうち2つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

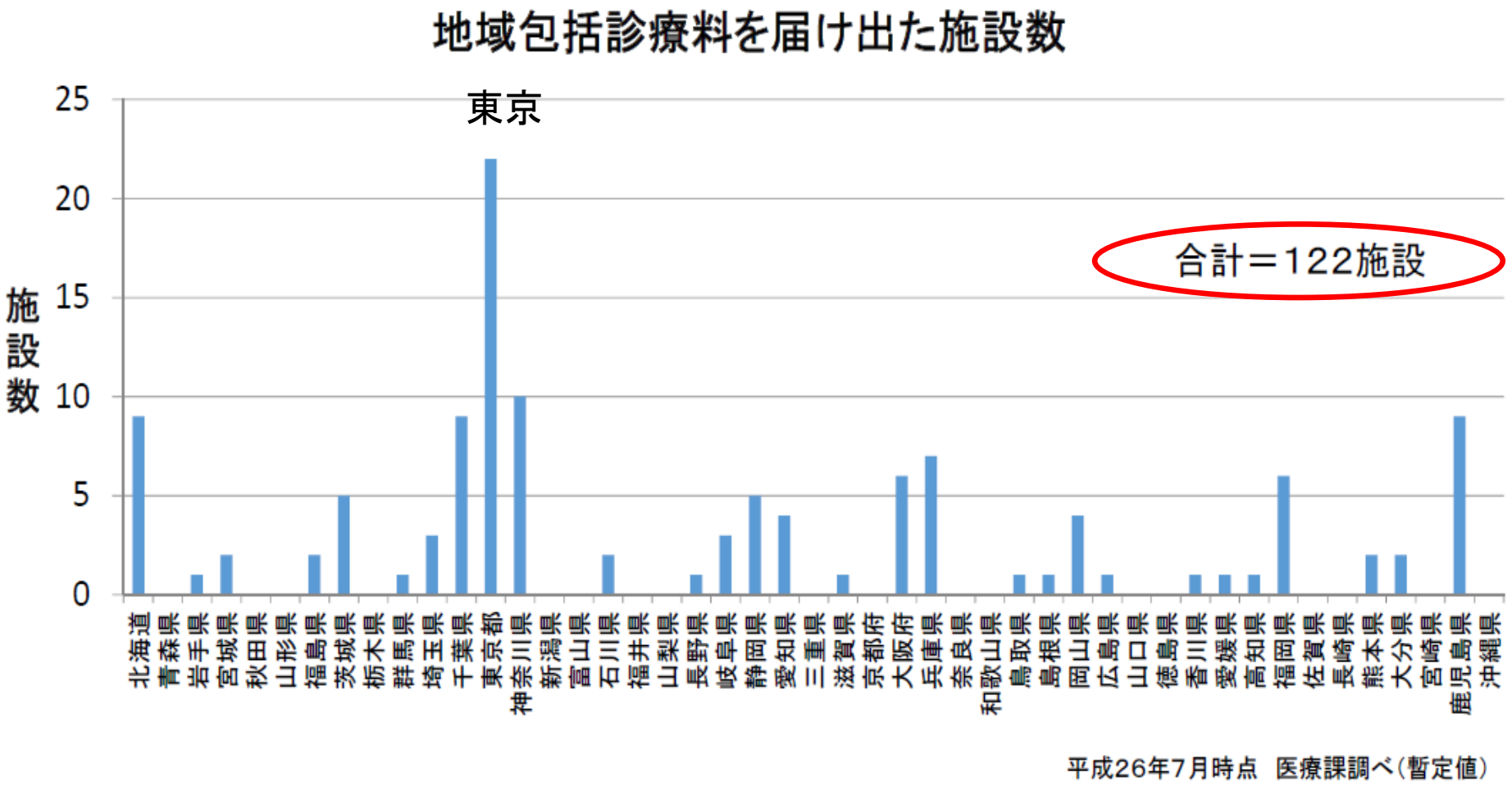
ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
ウ) 在宅療養支援診療所であること

主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点（月1回）		地域包括診療加算 20点（1回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料（Ⅱ）。在宅医療に係る点数（訪問診療料、在総管 、特医総管を除く。）。薬剤料（処方料、 処方せん料を除く。）。 ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以 上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行い、その旨を院内に掲示 する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。（経過措置1年）		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開 局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 （患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外 においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。）	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付 する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ③居宅介護支援事業所の指定 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑥介護認定審査会に参加 ⑦所定の研修を受講 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ⑨（病院の場合）総合評価加算の届出又は介護支援連携指 導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること		
	・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

地域包括診療料の届出状況

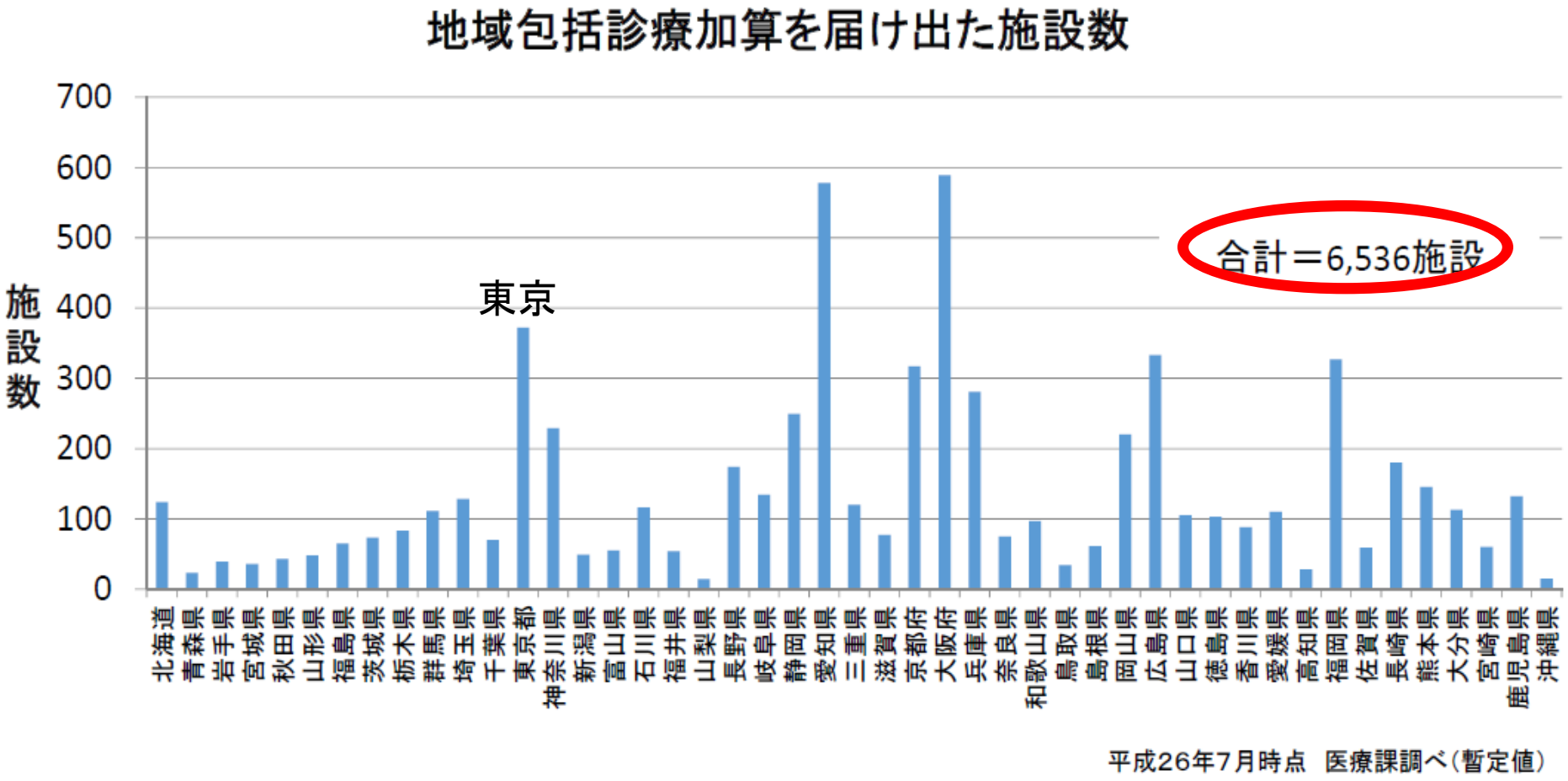
○　地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設（病院13施設、診療所109施設）となっている。



平成26年7月時点　医療課調べ（暫定値）

地域包括診療加算の届出状況

○　地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。



平成26年7月時点　医療課調べ（暫定値）

かかりつけ医の評価

要件緩和！

地域包括診療料等の施設基準の緩和

➢ 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行	改定後
地域包括診療料の施設基準 病院の場合 下記のすべてを満たすこと ①2次救急指定病院または救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 診療所の場合 下記のすべてを満たすこと ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	地域包括診療料の施設基準 病院の場合 下記のすべてを満たすこと （削除） ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 診療所の場合 下記のすべてを満たすこと ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所
地域包括診療加算の施設基準 下記のうちいずれか1つを満たすこと ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	地域包括診療加算の施設基準 下記のうちいずれか1つを満たすこと ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

②在宅医療と保険薬局

葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤 （一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理 （薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明 （服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認 （服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援 （患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育

在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な薬物療法の提供

日本薬剤師会会長　山本信夫氏資料

残薬について

期投薬の増加等により、飲み忘れ、飲み残しや症状の変化により生じたと思われる
の残薬（調剤されたものの服用・使用されなかった薬剤）が生じるケースが見られる。

残薬薬剤費
400億円

日本薬剤師会より提供

在宅での薬剤師業務
～往診医師への同行～

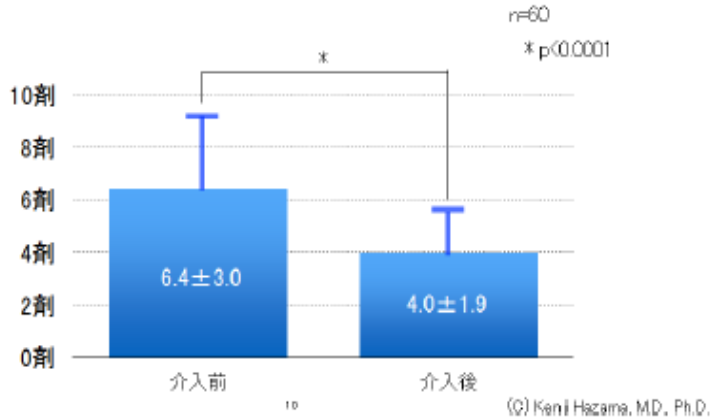
「まさか、薬局に就職してドクターの回診につくとは・・・」

(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

在宅業務で医師と薬剤師の連携による評価

○医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少。

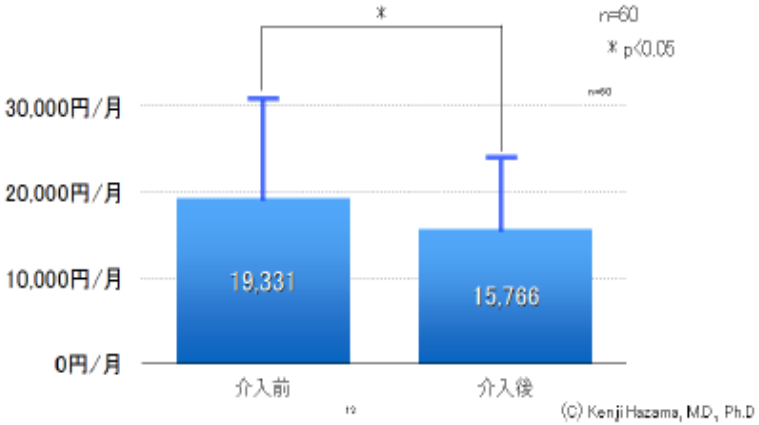
1人あたりの投薬数の変化



医師の訪問診療に薬剤師が同行した後、次回医師の訪問診療の前に薬剤師が単独で訪問して、薬学的に患者の状態を確認し、そこで得た情報を医師にフィードバックした結果

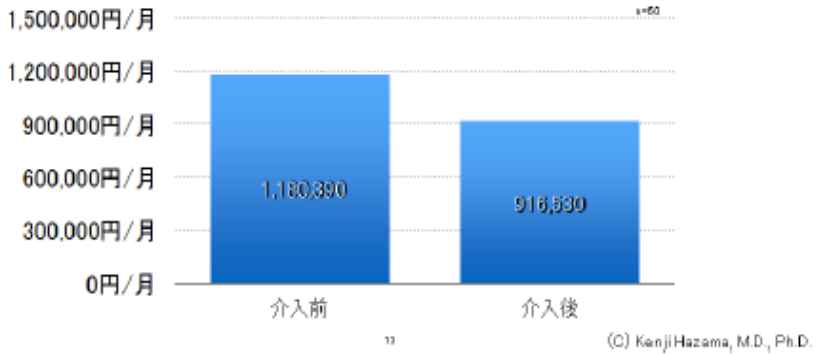
●介護付き有料老人ホームの患者
対象　60名（男性13名、女性47名）
平均年齢　87.1±7.5歳

1人あたりの薬剤費の変化



施設全体の薬剤費の変化

60名で263,860円/月・施設の薬剤料減少



※平成26年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」シンポジウムより
「薬局薬剤師が取り組むチーム医療～介護施設における共同薬物治療管理～（ファルメディコ株式会社　狭間研至）」

医師・看護師による
薬剤師の在宅医療講習会

知識：薬理学・製剤学・解剖生理・病理病態・
　　TDM・ターミナルケア
技能：バイタルサイン・フィジカルアセスメント
態度：対医療者・対患者コミュニケーション
　　グリーフケア

バイタルサイン採集の基本手技を看護師が教える

狭間先生

(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

アイン薬局さんの在宅訪問（夕張）

夕張市立診療所の多職種カンファ

「患者のための薬局ビジョン
～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」

2015年10月23日

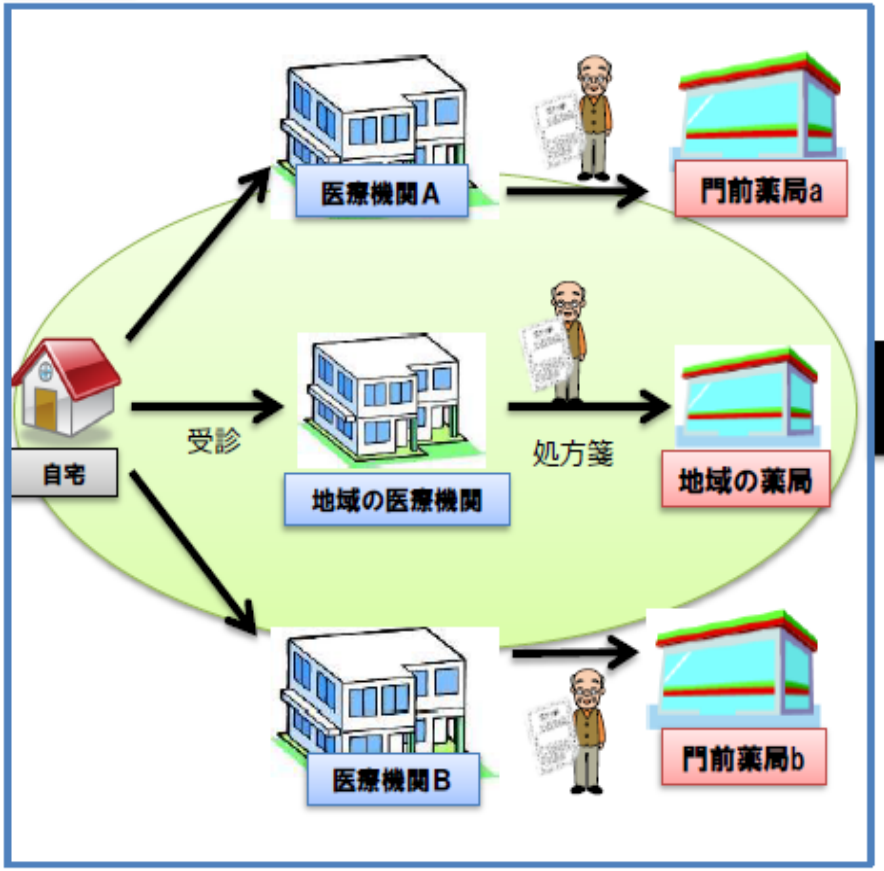
厚生労働省

医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

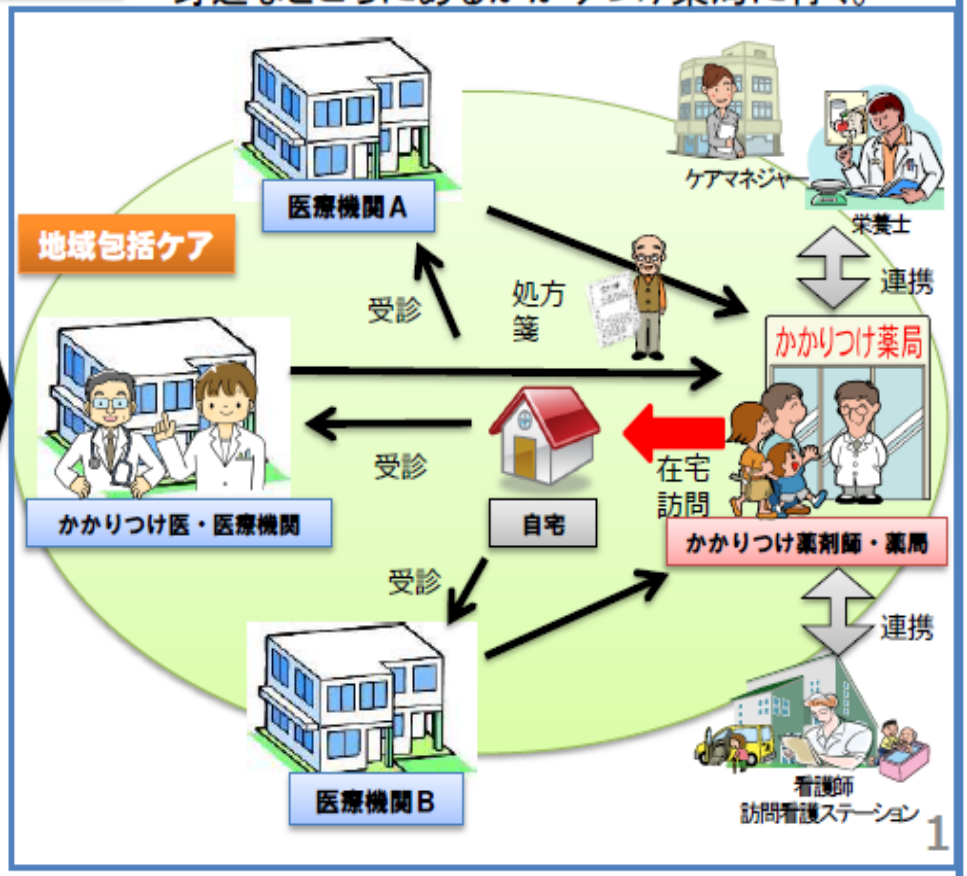
○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方（イメージ）

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



調剤報酬改定のポイント

ポイント１．かかりつけ薬剤師・薬局の評価

- かかりつけ薬剤師の評価／かかりつけ機能を有する薬局の評価（基準調剤加算）

ポイント2．対人業務の評価の充実

- 薬剤服用歴管理指導料の見直し
- 継続的な薬学的管理
- 減薬等のための処方内容の疑義照会に対する評価
- 調剤料の適正化

ポイント3．いわゆる門前薬局の評価の見直し

- 調剤基本料の適正化／未妥結減算／かかりつけ機能を有していない薬局の適正化

ポイント4．　高齢者の多剤処方

かかりつけ薬剤師指導料

- 患者が選択したかかりつけ薬剤師が、患者に対して服薬指導等の業務を行った場合の評価の新設
  - (新) かかりつけ薬剤師指導料 70点
- **算定要件**
  - 患者の同意の上、かかりつけ薬剤師として服薬指導等の業務を実施した場合に算定する。
  - 患者の同意については、患者が選択した保険薬剤師をかかりつけ薬剤師とすることの同意を得る

かかりつけ薬剤師指導料

- 算定要件
  - 薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週32時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に半年以上在籍していること
  - かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の業務を行っていること
    - 適切な服薬指導等
    - 薬剤情報の一元的、継続管理
    - 患者が受診している全ての保険医療機関の情報把握
    - 患者から 24 時間相談に応じる体制
    - ブラウンバック

選ぶ条件

「ですから、彼女より私のほうがキャリアが長いんですから」

飛田八朗

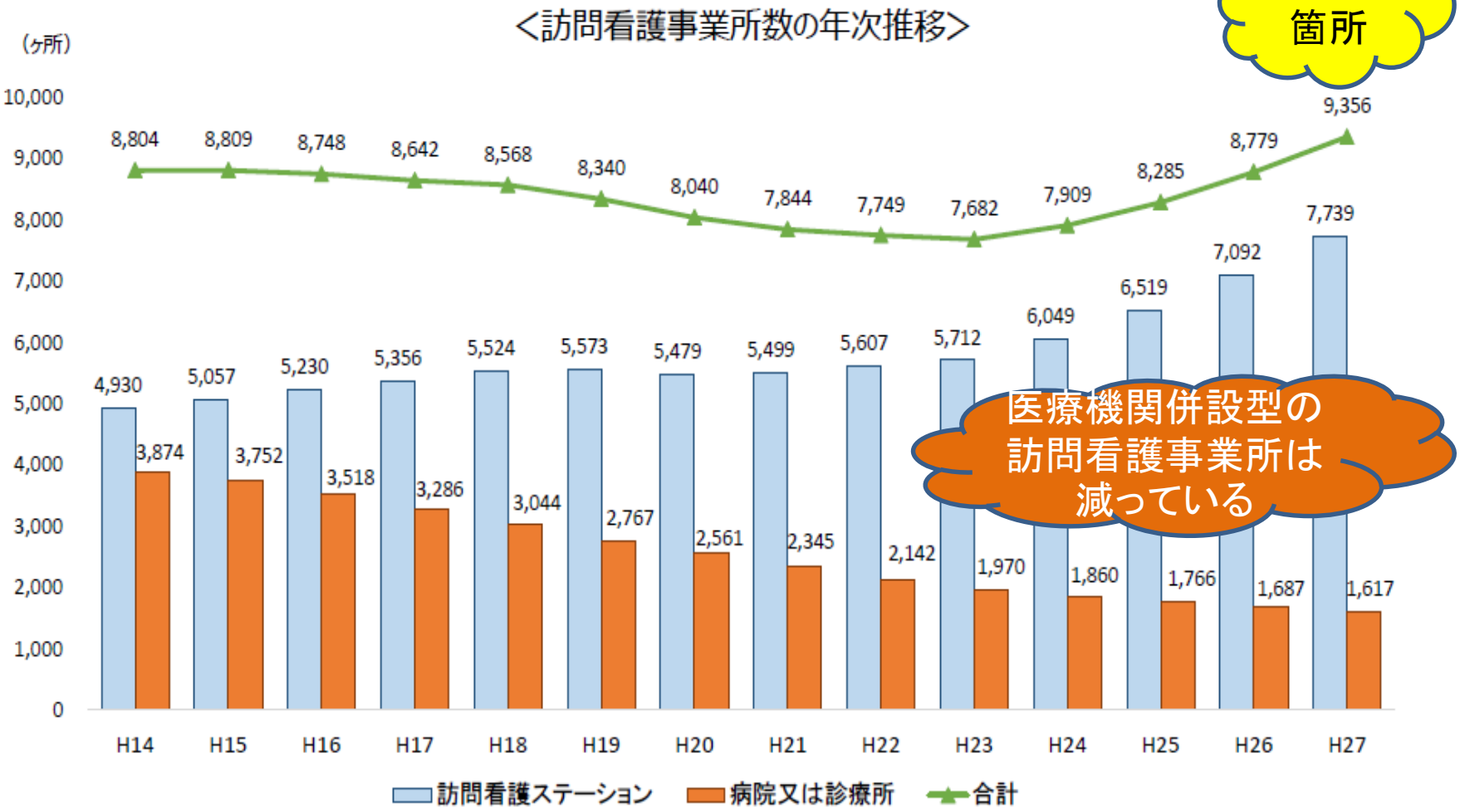
③訪問看護ステーション

機能強化型訪問看護ステーションと
看護師特定機能

訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。

9356
箇所



医療機関併設型の訪問看護事業所は減っている

出典：「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

➢ 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。

常勤看護職員
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2:5人以上

24時間対応
（24時間対応体制加算の届出）

ターミナルケア
（ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計）
機能強化型訪問看護管理費1:20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2:15以上/年

重症度の高い患者の受け入れ
（別表7※の利用者数）
機能強化型訪問看護管理費1:10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2:7人以上/月

休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施

居宅介護支援事業所の設置（同一敷地内）
（介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成）

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・人材育成
地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施

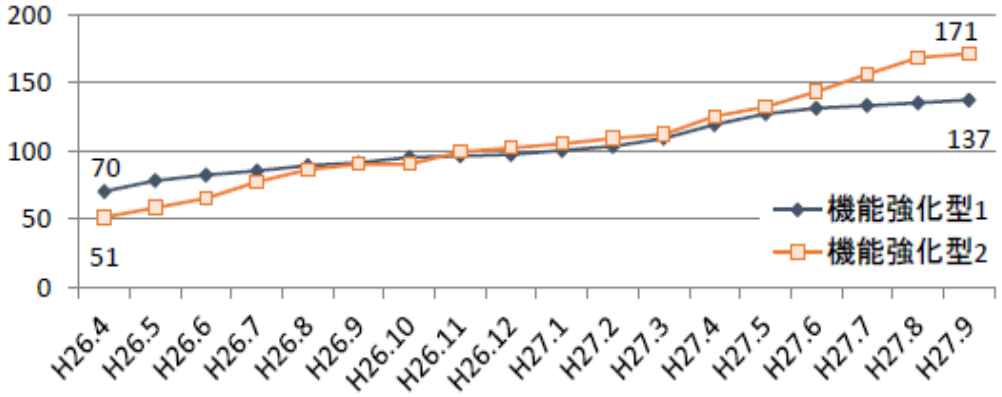
※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成27年9月時点で機能強化型１が137事業所、機能強化型２が170事業所であり、機能強化型１に比べ機能強化型２の届出数が多い。

○ 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県も6県ある。

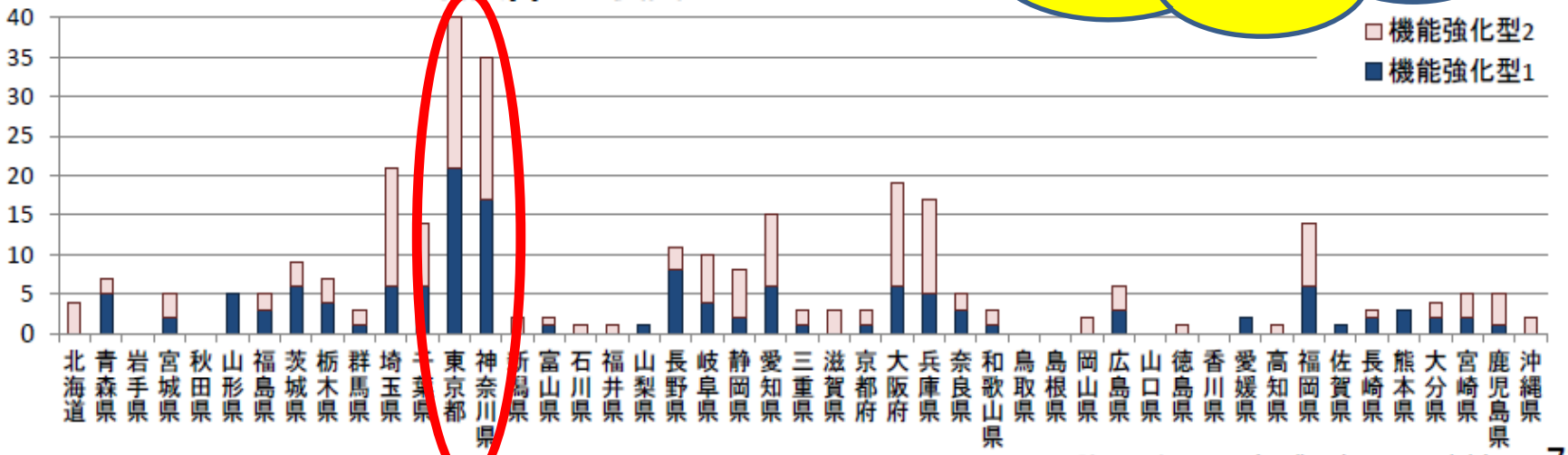
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
137	171	308

全国7739訪問看護ステーションの４％

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



出典：保険局医療課調べ（平成27年9月1日時点）

機能強化型
訪問看護ステーションと次期改定

(ア）看取り要件

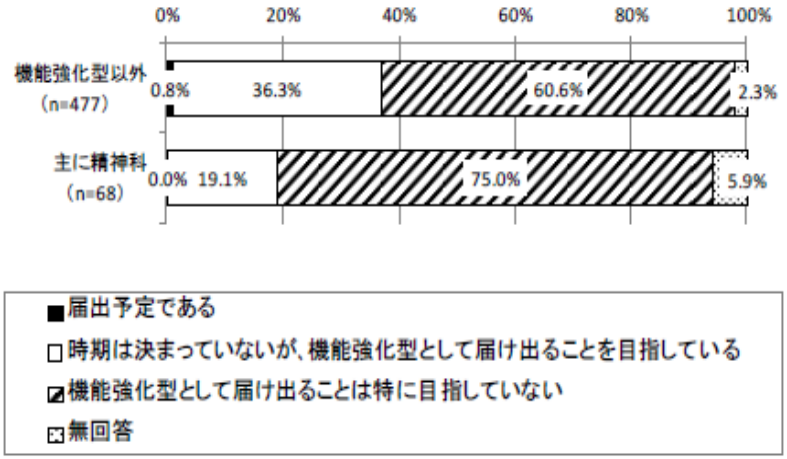
(イ）医療ニーズの高い小児の受け入れ

(ア）看取り要件

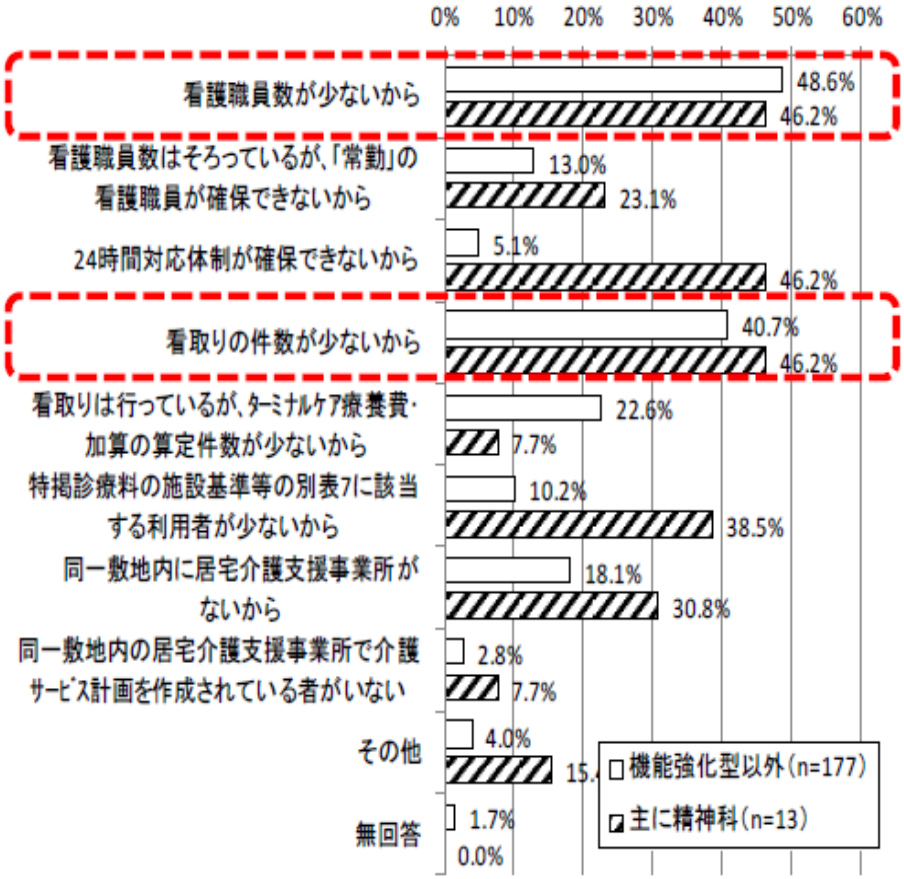
機能強化型を届け出ない理由①

○　機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ていない訪問看護ステーションのうち、約１／３のステーションは今後機能強化型として届け出ることを目指しているが、現時点で届け出ていない理由は、「看護職員数が少ない」及び「看取りの件数が少ない」が多い。

■機能強化型の届出の検討状況



■機能強化型の届出なしの理由（複数回答）

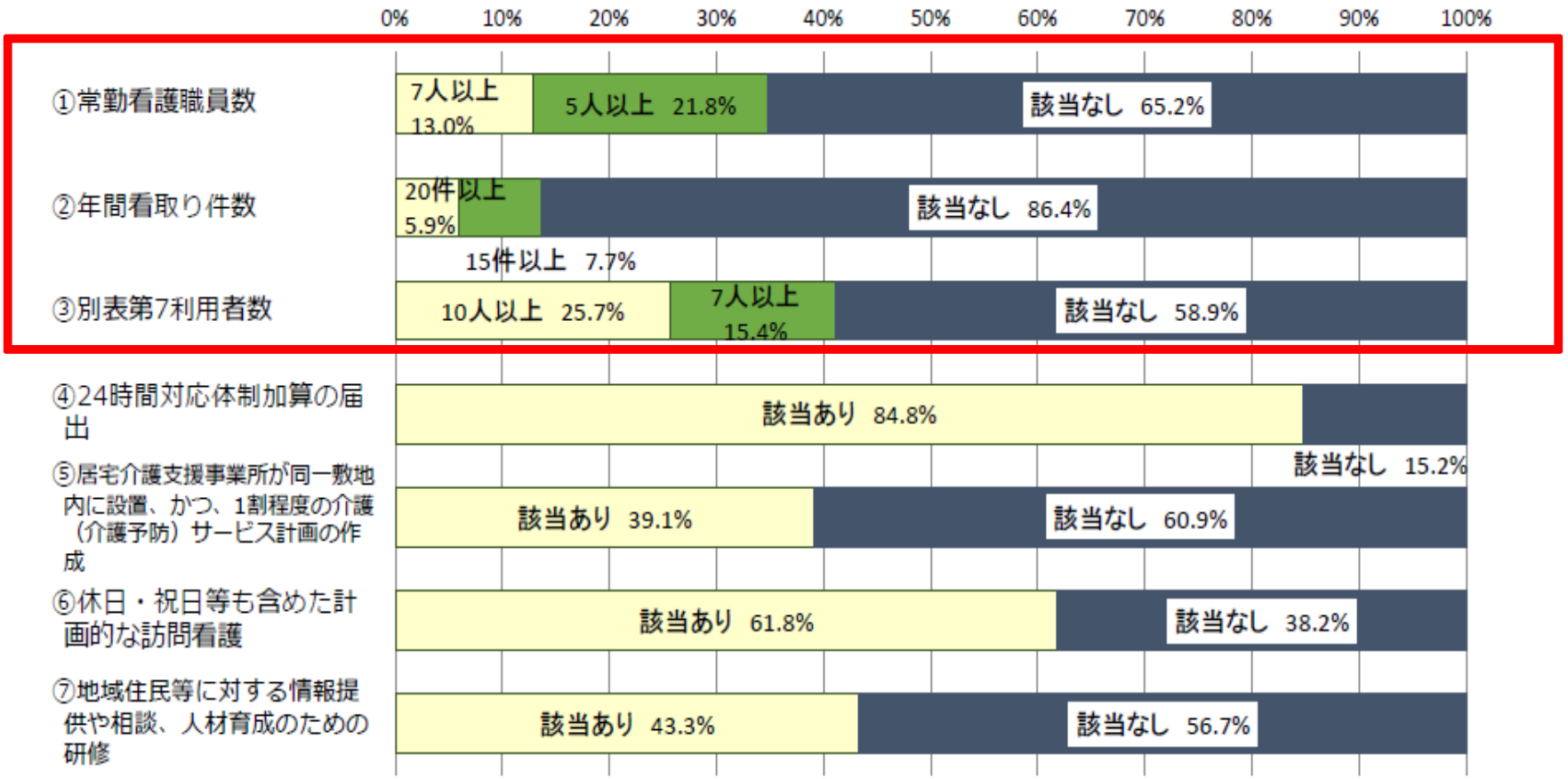


出典：平成２６年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成２６年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」

機能強化型を届け出ない理由②

○ 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがない訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準で求められている項目のうち、年間看取り件数の要件を満たしていない事業所が最も多い。

■機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがないステーションの要件別の算定状況（n=1,366ステーション）



※調査対象：全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション（4,436か所）
※調査期間：平成27年4月

出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
（平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会）

訪問看護ステーションにおける看取り状況

○ 訪問看護ステーション1か所当たりの年間合計看取り件数は、機能強化型１は平均約30件、機能強化型２は平均約20件、機能強化型以外は平均約5件である。

○ ターミナルケアを実施していても、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者は、現在は看取り件数に含まれていないが、含めた場合は看取り件数が増加する。

■1ステーション当たりの年間看取り件数

	看取り件数 ※	
	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
平均値	8.7	9.2
1)機能強化型１のみ	31.4	32.5
2)機能強化型２のみ	20.3	21.3
3) 1)、2)以外	5.1	5.5
中央値	4	4
標準偏差	11.7	12.1

	現行の計算方法		仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
調査対象のうち、看取り件数が年間１５件を上回るステーション数	137	+8%	148

※**看取り件数**：平成26年4月1日～9月30日の看取り実績から年間合計を推計したもの

在宅がん医療総合診療料

保険医療機関と訪問看護ステーションが共同で実施する場合には、保険医療機関において一括して算定する。

【概要】

- 末期の悪性腫瘍の患者に対し、計画的な医学管理の下に、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であり、かつ、訪問診療及び訪問看護の回数が週1回以上。

※ 訪問看護ステーションがターミナルケアを実施していても、本項目の算定利用者は、訪問看護ステーション側では報酬を算定しない。

在宅がん医療総合診療料患者を含めて20人

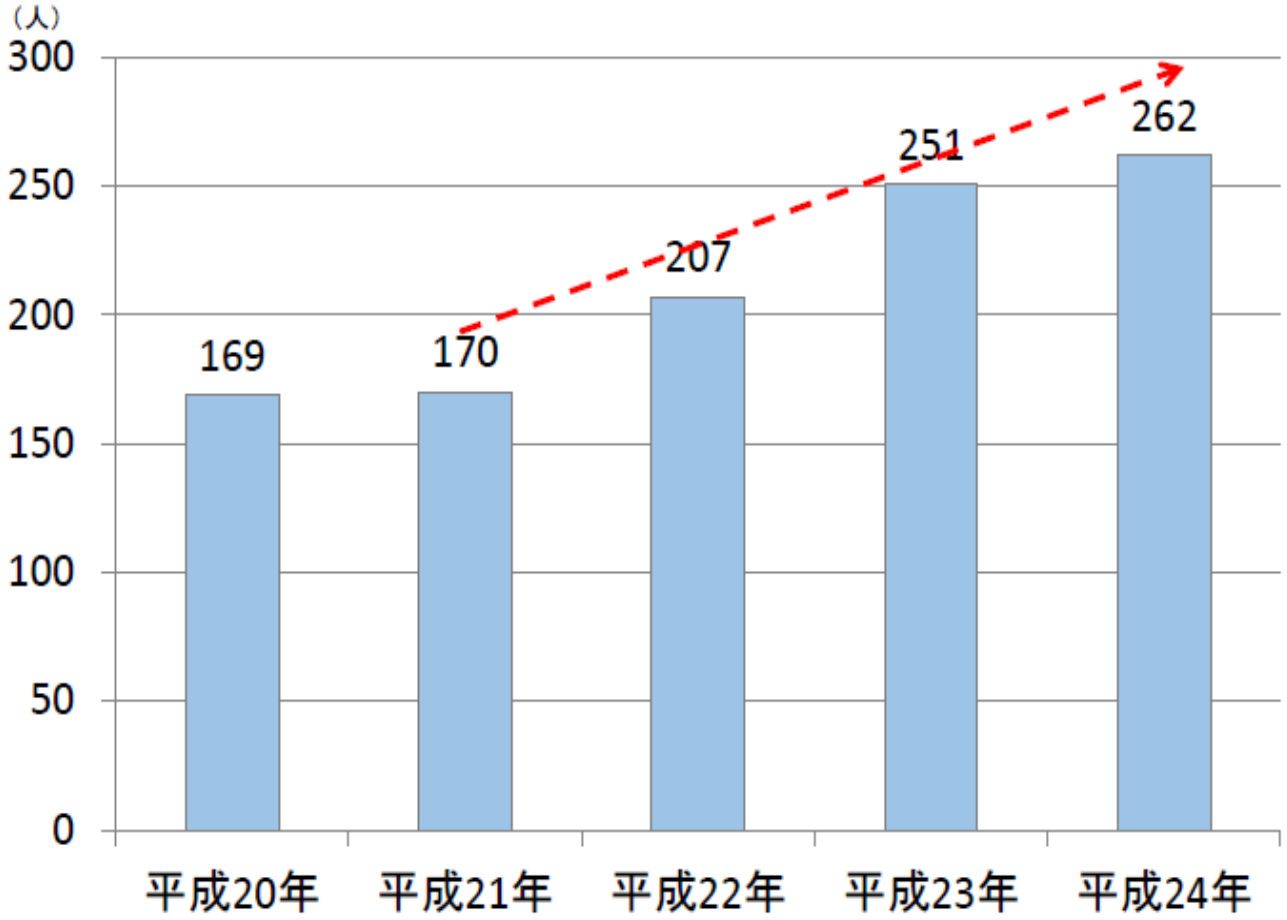
出典：平成２６年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成２６年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問[illegible]状況調査」を保険局医療課にて再集計

(イ)医療ニーズの高い小児の受け入れ

NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室（NICU）における長期入院児（1年以上入院している児）の数は増加傾向にある。

＜NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移（全国推計）＞

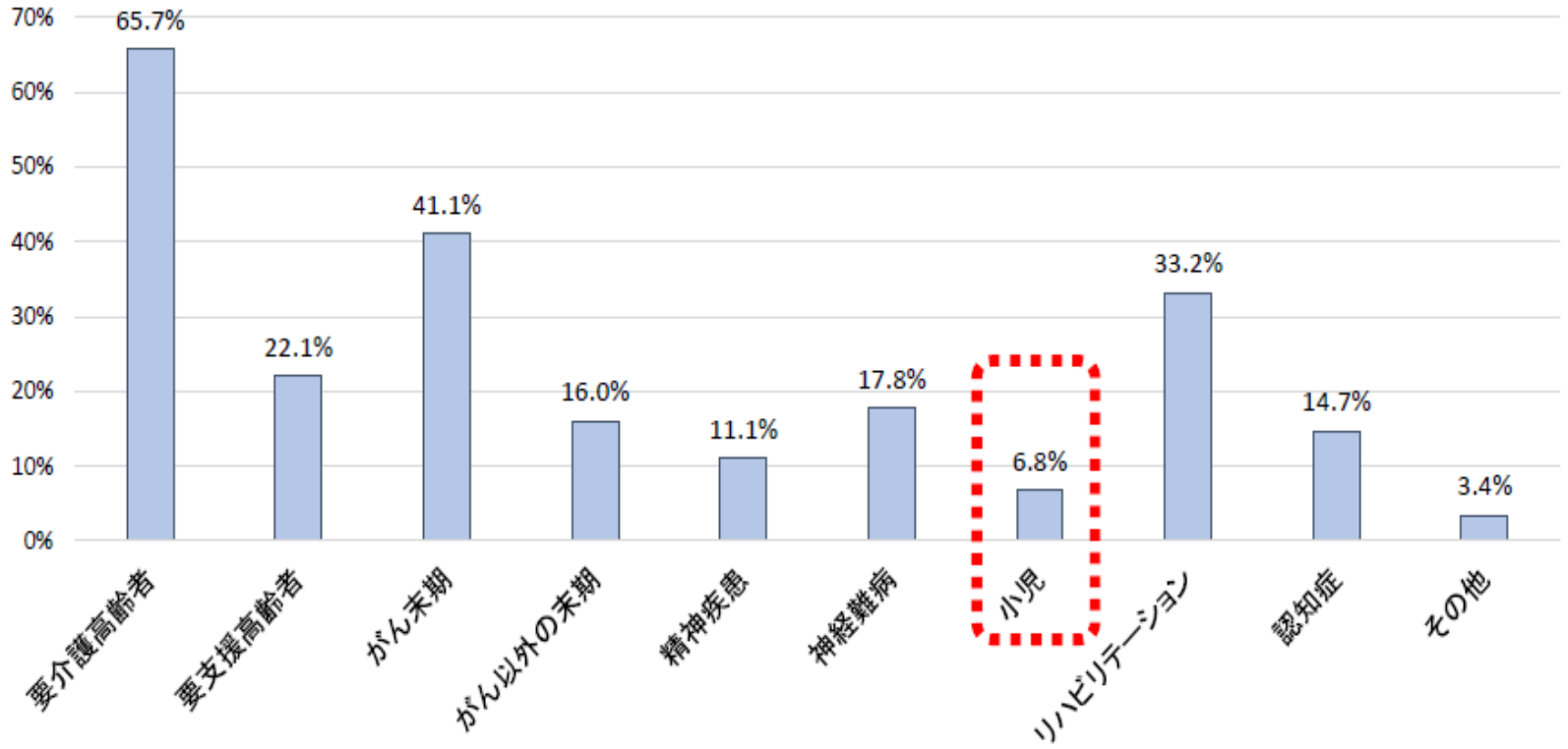


出典：厚生労働科学研究費補助金「重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の拡充に関する総合研究」（田村正徳）

訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性（n=443）（複数回答）



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

機能強化型訪問看護ステーション

- ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時４人以上
- 超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時６人以上

②退院直後の在宅療養支援

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価する
- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価する。

病棟の看護師や
病院・診療所の訪問看護ステーションと連携

病院の訪問看護ステーション

病棟看護師と連携

退院直後患者

地域の訪問看護ステーション

特定行為に係る
看護師の研修制度

看護特定行為

保健師助産師看護師法(抄)

(昭和23年法律第203号)(平成27年10月1日施行)

第三十七条の二

特定行為を手順書により行う 看護師は、
指定研修機関において、
当該特定行為の特定行為区分に係る
特定行為研修を受けなければならない。

制度の概要

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支える看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の大きな狙いのひとつ。
- 本制度は２０１４年６月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の中の保助看法の改正に基づく。

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与
	抗精神病薬の臨時の投与
	抗不安薬の臨時の投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

パート3
地域包括ケアシステムで変わる物流
～在宅物流支援～

注目される在宅医療

- 急性期　入院短縮　病床削減

⇒ 慢性期・回復期・終末期

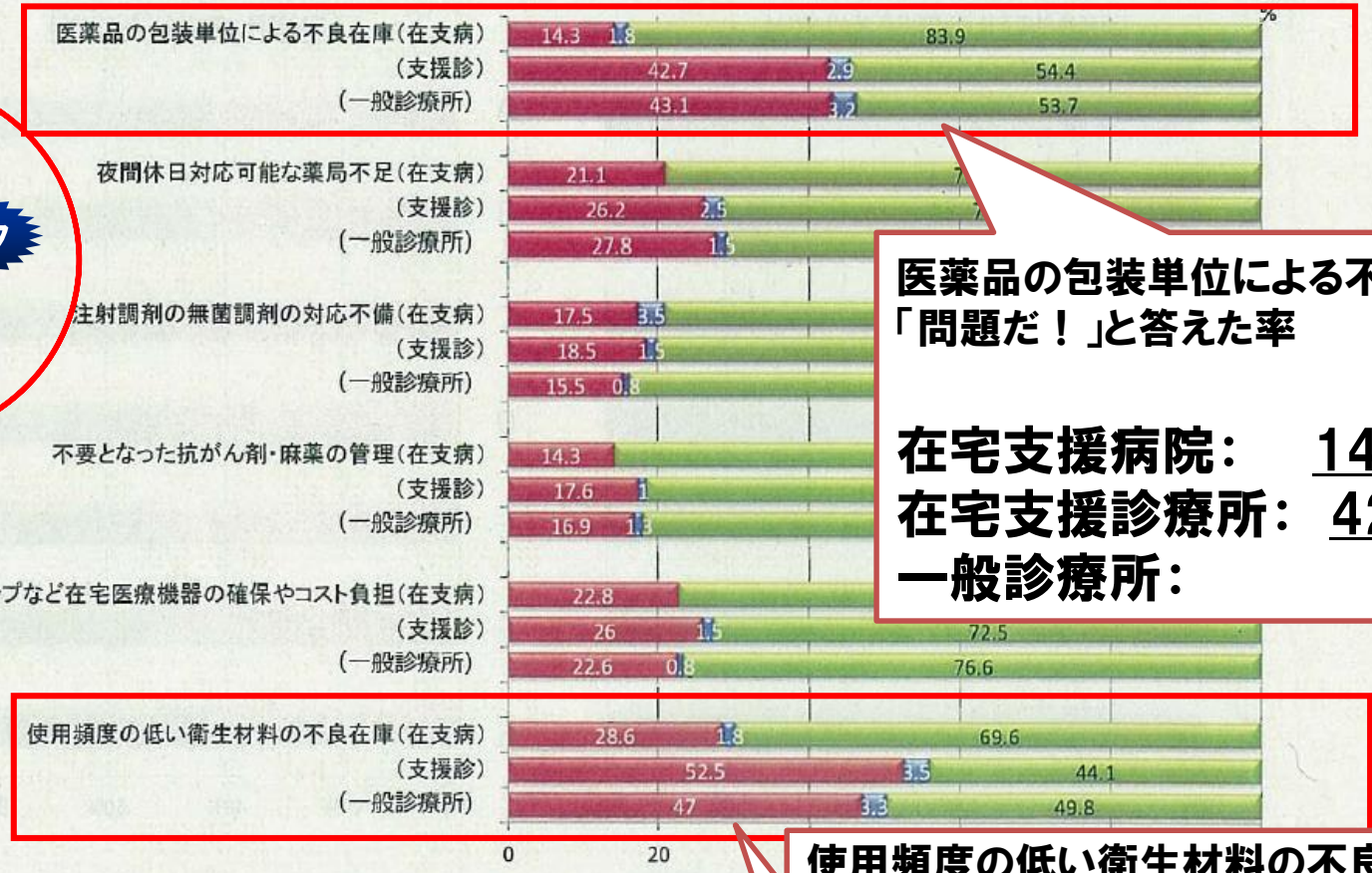
（在宅へシフト）→ **在宅医療**
在宅療養支援診療所（在支診）

- **在宅医療を必要とする人数**（厚労省発表資料より）

  現在12万人 ⇒ 2025年に**29万人**

在宅の医薬品・医療材料供給も変わらなければならない！

在宅医療を行う上での障害：効率的な在宅医療への障害①



医薬品の包装単位による不良在庫
「問題だ！」と答えた率

在宅支援病院：　14.3%
在宅支援診療所：　42.7%
一般診療所：　43.1%

使用頻度の低い衛生材料の不良在庫
「問題だ！」と答えた率

在宅支援病院：　28.6%
在宅支援診療所：　52.5%
一般診療所：　47.0%

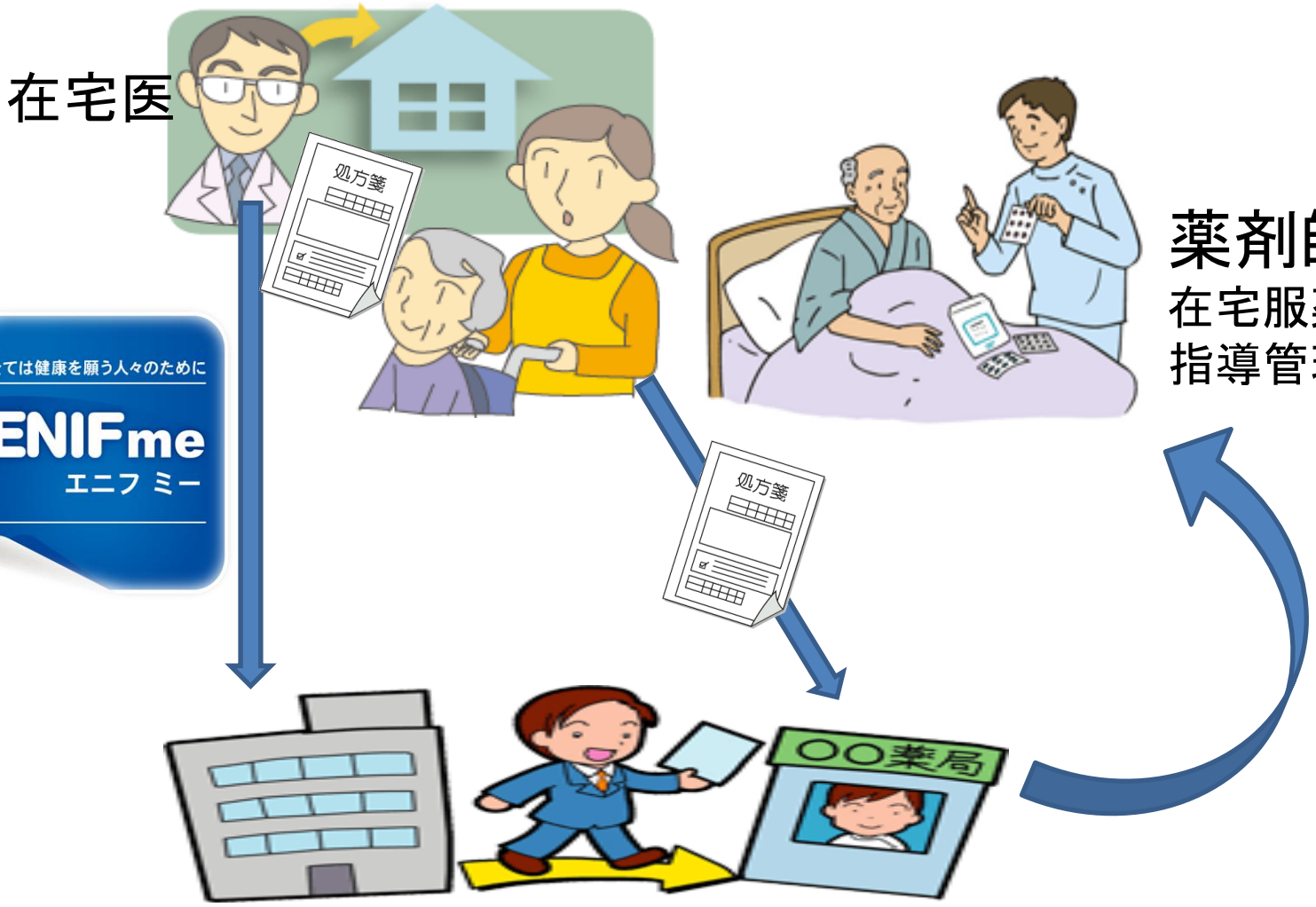
在宅医療は診療所、薬局が中心となり患者様一人一人に合わせた医療を行うため新たな問題が生じております。特に効率的な在宅医療を行う上での障害として、半数の診療所が医薬品・医療材料の不良在庫を挙げています。

平成23年7月13日 「医療計画の見直し等に関する検討会」での資料より抜粋

在宅医療を行う診療所・保険薬局へ向け医薬品・医療材料分割販売（PFP事業)

- 医薬品分割販売
  - **錠剤などは1シート単位、塗り薬・目薬などは1本単位から医薬品等を購入できる仕組み**
  - 東邦薬品のPFP事業
    - PFPとは”Pharmacy for Pharmacies（**薬局のための薬局**）
    - **全国約10,000軒以上**の保険薬局に商品を発送
    - 取扱品目（医薬品・医療材料）はおよそ4,000品目

医薬品の分割販売


在宅医
処方箋
全ては健康を願う人々のために
ENIFme
エニフ ミー
薬剤師
在宅服薬
指導管理
処方箋
〇〇薬局
かかりつけ薬局
PFP（分割販売）

しかし、医療材料の分割販売が
問題だった・・・

2010年　1月～　　法的解釈を確認

H－MBA
伊藤大史くん
(東邦薬品)

⇒　「前例がない」
「医療材料には分割という概念すらない」

STOP

国際医療福祉大学大学院の先生方に調査協力
（医療材料の供給問題に関する資料や議論がないか）

中医協で活発な議論
在宅医療を推進するにあたり、医療材料の供給は問題！

行政ご担当者：
「分割そのものは不可ではないけれども製造に該当する行為については、販売当事者は行えないと聞いている」
「そもそも製造業者が少量包装することが望ましい」
「必要な表示、添付文書等が必要」

中央社会保険医療協議会保健医療材料専門部会議事録より

表示記載事項伝票と添付文書の対応

医療材料表示事項の用意

伝票番号 13

棚番号 ABCDEFGHIJ

平成 23 年 11 月 3 日

東邦薬品ＴＳＳ（消耗品）

様

表示事項

メーカ名	商品名	数量
テルモ	ＣＶレガフォースＤＸ　１セット	1

製造番号	数量	使用期限	分割コード
M082AT6	1	2014/06	2 100000 000005

一般的名称	中心静脈用カテーテルイントロデューサキット
製造販売業者	製造販売　テルモ株式会社 東京都渋谷区幡ヶ谷２－４４－１

禁忌・禁止	クラス分類
【再使用禁止・再滅菌禁止】	高度管理(Ⅳ)
貯法	医療機器承認(認証・届出)番号
室温保存	21600BZZ00139

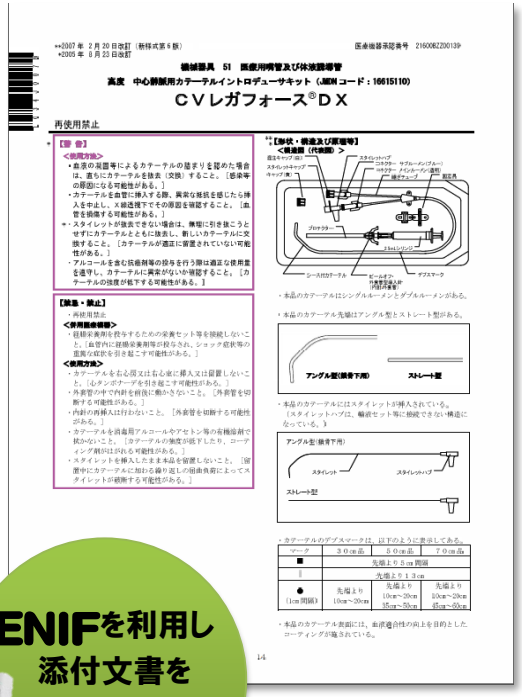
東邦薬品株式会社　テスト

分割販売業局	担当者
東京都世田谷区代沢２－２９－１２ 薬局　ファーマシー・フォー・ファーマシーズ （分割販売業者　トモニティ株式会社）	

主な記載事項

- 医療機関様名
- 伝票番号/受注日/棚番号
- メーカー名/商品名/数量
- 製造番号/数量/使用期限
- 分割コード（次回発注用）
- 一般的名称
- 製造販売業者
- 禁忌・禁止/クラス分類/医療機器承認番号
- 貯法
- 販売業者名/検品担当者印

添付文書の用意



＊＊2007 年 2 月 20 日改訂（新様式第 6 版）
＊2005 年 8 月 23 日改訂

医療機器承認番号 21600BZZ00139

機械器具 51 医療用嘴管及び体液誘導管

高度 中心静脈用カテーテルイントロデューサキット（JMDN コード：16615110）

ＣＶレガフォース®ＤＸ

再使用禁止

【警 告】

＜使用方法＞

・血液の凝固等によるカテーテルの詰まりを認めた場合は、直ちにカテーテルを抜去（交換）すること。［感染等の原因になる可能性がある。］

・カテーテルを血管に挿入する際、異常な抵抗を感じたら挿入を中止し、X 線透視下でその原因を確認すること。［血管を損傷する可能性がある。］

・スタイレットが抜去できない場合は、無理に引き抜こうとせずにカテーテルとともに抜去し、新しいカテーテルに交換すること。［カテーテルが適正に留置されていない可能性がある。］

・アルコールを含む抗癌剤等の投与を行う際は適正な使用量を遵守し、カテーテルに異常がないか確認すること。［カテーテルの強度が低下する可能性がある。］

【禁忌・禁止】

・再使用禁止

＜併用医療機器＞

・経腸栄養剤を投与するための栄養セット等を接続しないこと。［血管内に経腸栄養剤等が投与され、ショック症状等の重篤な症状を引き起こす可能性がある。］

＜使用方法＞

・カテーテルを右心房又は右心室に挿入又は留置しないこと。［心タンポナーデを引き起こす可能性がある。］

・外套管の中で内針を前後に動かさないこと。［外套管を切断する可能性がある。］

・内針の再挿入は行わないこと。［外套管を切断する可能性がある。］

・カテーテルを消毒用アルコールやアセトン等の有機溶剤で拭かないこと。［カテーテルの強度が低下したり、コーティング剤がはがれる可能性がある。］

・スタイレットを挿入したまま本品を留置しないこと。［留置中にカテーテルに加わる繰り返しの屈曲負荷によってスタイレットが破断する可能性がある。］

【形状・構造及び原理等】

＜構造図（代表図）＞

・本品のカテーテルはシングルルーメンとダブルルーメンがある。

・本品のカテーテル先端はアングル型とストレート型がある。

・本品のカテーテルにはスタイレットが挿入されている。
（スタイレットハブは、輸液セット等に接続できない構造になっている。）

・カテーテルのデブスマークは、以下のように表示してある。

マーク	３０cm品	５０cm品	７０cm品
■	先端より５cm間隔		
‖	先端より１３cm		
●（1cm間隔）	先端より10cm～20cm	先端より10cm～20cm 35cm～50cm	先端より10cm～20cm 45cm～60cm

・本品のカテーテル表面には、血液適合性の向上を目的としたコーティングが施されている。

14

ENIFを利用し
添付文書を
引出します
（無料）

医療材料は全て専用の「医療材料表示事項伝票」で出荷

在宅医の求めに応じた
分割販売が可能に

医療材料の分割販売も

2012年12月1日から始まった！

- 10,000品目の医療材料を分割して配送する

在宅医療を支援する豊富な品揃え

「流通」

●輸液・輸血

▲シリンジ

▲留置針

▲輸液セット

▲輸液セット

▲ポート用注入針

●経管栄養

▲シリンジ

▲栄養セット

▲栄養セット

●吸引・排液

▲バルーンカテーテル

▲吸引カテーテル

●ディスポ持続注入ポンプ

●気道確保

▲気道切開チューブ

●手袋

▲検査・検診・処置用

●固定・保護

●消毒・洗浄・創傷処置

▲ドレッシング

・・・その他・・・

- ●滅菌関連
- ●廃棄（廃棄容器）
- ●切開・切除
- ●生検・採取
- ●呼吸・麻酔器管理
- ●血糖測定
- ●気管切開
- ●感染対策
- ●圧迫・固定・サポート
- ●バイト ブロック
- ●エアウェイ
- ●縫合
- ●**麻酔（麻酔器除く）**

現在約10,000品目
1本・1枚からお届け（送料無料）

Copyright ©2015 Toho holdings Miraisouken. All rights reserved.

実際に送られてきた分割材料

トンボ針2個 （￥72）

医療材料の「分割販売」に貢献した伊藤大史さんは社長賞を授与！

薬食監麻発 0411 第３号
平成 26 年 4 月 11 日

各（都道府県／保健所設置市／特別区）衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課長
（公　印　省　略）

医療機器の分割販売について

今般、在宅医療の現場において医療機器が使われる機会が多くなっており、これに伴い、在宅での療養を行っている患者の状態に応じて必要な量の医療機器を小包装単位で供給することが求められております。このため、医療機器販売業者における販売等の際の取扱いを下記のとおり示したので、御了知の上、貴管下の関係業者に対して周知徹底をお願いします。

記

1　医療機器販売業者において、医療機器の直接の容器又は直接の被包を開き、小包装単位で供給する行為（以下「分割販売」という。）は、特定の需要者の求めに応じて行う場合に限って認められる。

ただし、広く一般に対し、販売等を行うために、あらかじめ分割する行為は、薬事法（昭和 35 年法律第 145 号。以下「法」という。）第 13 条第 1 項に規定する製造行為（小分け製造）に該当する。

在宅医療では処置が多い
医薬品と医療材料、医療機器をセットで使う

静脈点滴栄養

胃ろうチューブ
から経管栄養

じょく瘡処置
膀胱留置カテ交
換処置

酸素吸入、気管
切開口からたん
吸引、気管切開
カニューレ交換

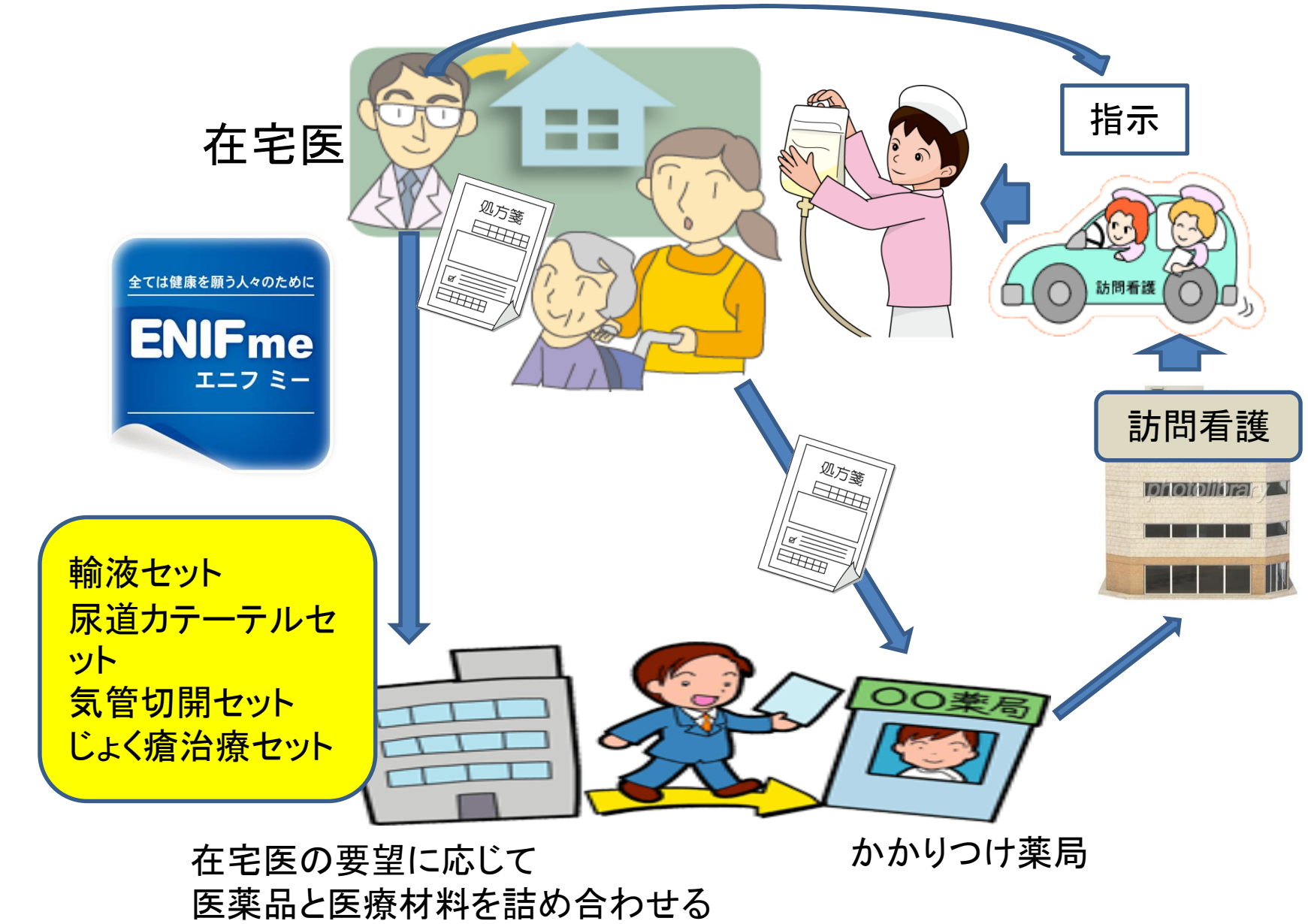
医療処置	看護	医療機器	衛生材料	消毒薬	薬剤	特定保険医療材料
胃瘻管理	チューブ交換 チューブの固定 注入前後の観察、確認 注入中の姿勢の確保	スタンド（ポンプ）	イルリガートル 連結チューブ、テープ カテーテルチップ Ｙガーゼ、シリンジ、綿球	消毒薬	表面麻酔薬 経腸栄養剤	栄養用カテーテル
呼吸管理	気管カニューレ交換 Ｙガーゼ交換 人工呼吸器の回路交換	酸素 吸引器	Ｙガーゼ、ガーゼ、綿球 吸引チューブ カニューレ、シリンジ	消毒薬	表面麻酔薬	気管カニューレ
吸入	吸入器のセッティング	吸入器	嘴管、チューブ シリンジ	消毒薬	吸入薬	
吸引	吸引 タッピング、体位ドレナージ	吸引器	吸引チューブ アルコール綿	消毒薬		
点滴静脈内注射	刺入部の観察、注入開始 ヘパロック 輸液後の観察	スタンド	点滴セット、針、テープ アルコール綿 ディスポのシリンジ	消毒薬	抗生剤、生食	血液凝固阻止剤
褥創処置	洗浄、ドレッシング 体位変換		滅菌ガーゼ ドレッシング剤、テープ		生食、軟膏	皮膚欠損用創傷被覆材(１月)
膀胱留置カテーテル	カテーテル交換 陰部洗浄		シリコンカテーテル 畜尿袋		表面麻酔薬	膀胱留置用カテーテル

セット化も製造業

＊医療機器、衛生材料、消毒薬は在宅指導管理料の診療報酬点数の中に含まれており、請求できない。

*薬剤料、特定保険医療材料料は別途に請求できる

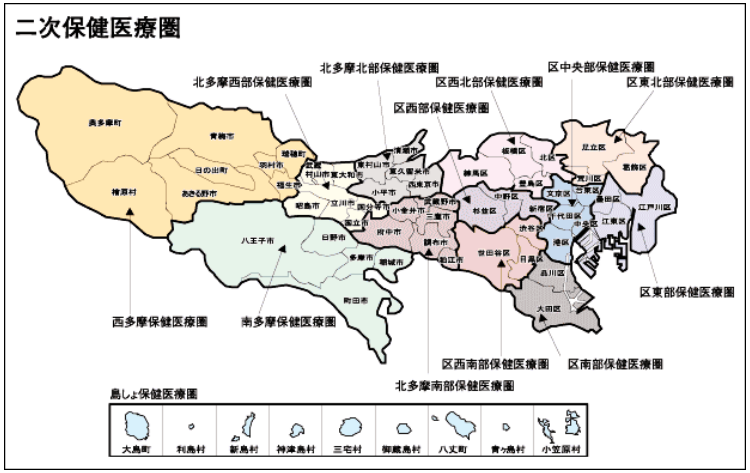
在宅医の要望に応じて医薬品と医療材料の詰め合わせを配送（「オンデマンド・リパッケージング」）



「オンデマンド・リパケージング」

在宅医療における物流支援を
新たな地域再生基金事業として
提案してはどうか？

パート4
地域医療構想について



東京都の13の二次医療圏

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会　構成員名簿

（敬称略。五十音順）

	相澤　孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
	安部　好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
	石田　光広	稲城市役所福祉部長
◎	遠藤　久夫	学習院大学経済学部長
○	尾形　裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	加納　繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	齋藤　訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	櫻木　章司	公益社団法人日本精神科病院協会政策委員会委員長
	清水　信行	東京都奥多摩町福祉保健課長
	武久　洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
	土居　丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
	中川　俊男	公益社団法人日本医師会副会長
	西澤　寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
	花井　圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
	邉見　公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
	本多　伸行	健康保険組合連合会理事
	松田　晋哉	産業医科大学医学部教授
	山口　育子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
	渡辺　顯一郎	奈良県医療政策部長
	和田　朋人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

※　◎座長　○座長代理

地域医療構想策定プロセス

①構想区域の設定

↓

②構想区域における
医療需要の推計

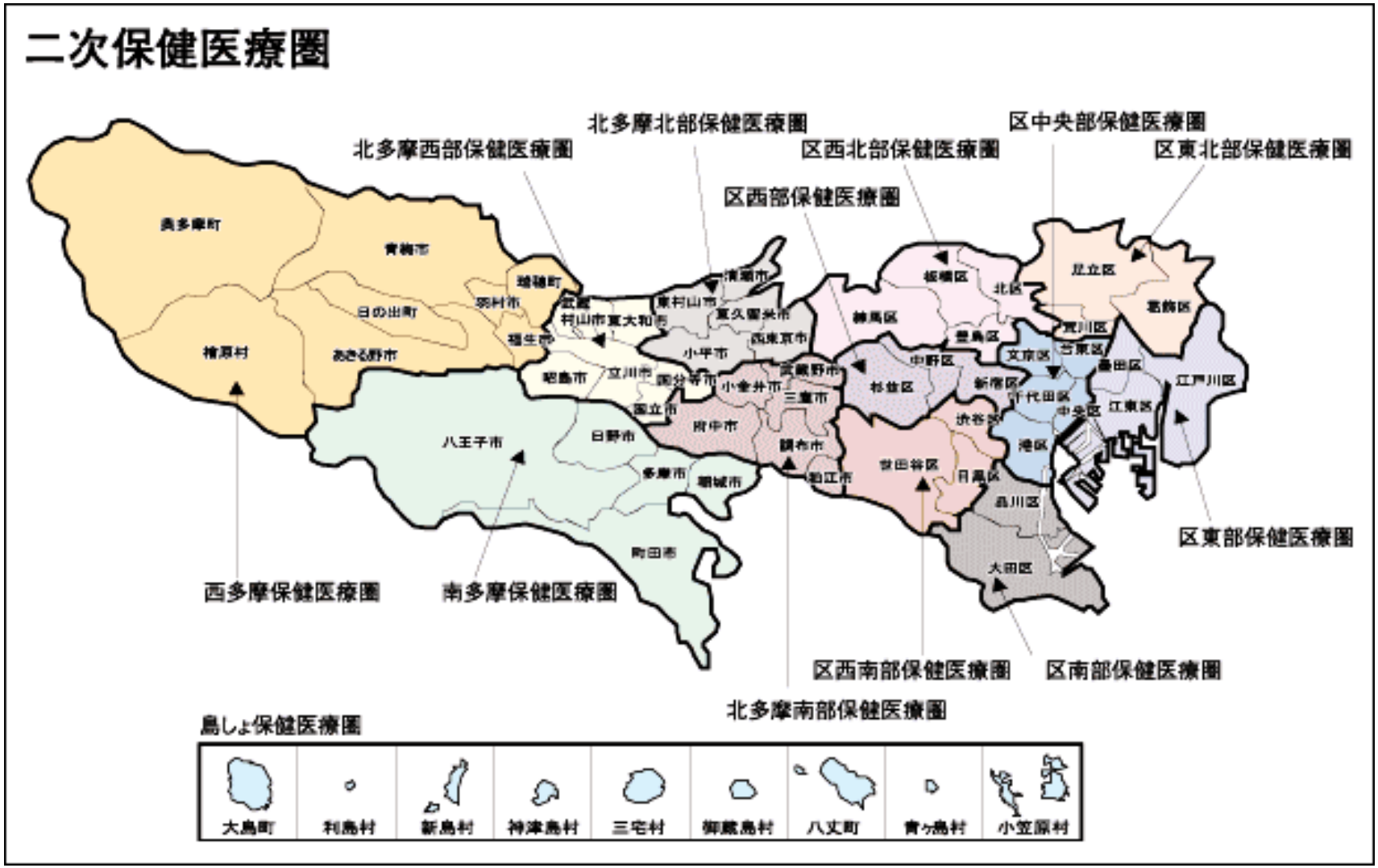
↓

③地域医療構想調整会議で
医療提供体制（必要病床数）
を協議

①構想区域の設定

- 構想区域とは2025年を見据えて、「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」のこと
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長　2014年10月17日）
- 「現状の2次医 療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提 案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
  - （1）人口規模
  - （2）患者の受療行動（流出率・流入率）
  - （3）疾病構造の変化
  - （4）基幹病院までのアクセス時間等の変化

東京都の二次医療圏


二次保健医療圏
北多摩西部保健医療圏
北多摩北部保健医療圏
区中央部保健医療圏
区西北部保健医療圏
区東北部保健医療圏
区西部保健医療圏
区東部保健医療圏
西多摩保健医療圏
南多摩保健医療圏
区西南部保健医療圏
区南部保健医療圏
北多摩南部保健医療圏
島しょ保健医療圏
奥多摩町
青梅市
瑞穂町
日の出町
羽村市
武蔵村山市
東大和市
福生市
檜原村
あきる野市
昭島市
立川市
国分寺市
小平市
東村山市
東久留米市
西東京市
清瀬市
小金井市
武蔵野市
三鷹市
国立市
府中市
調布市
狛江市
八王子市
日野市
多摩市
稲城市
町田市
板橋区
北区
足立区
葛飾区
練馬区
豊島区
荒川区
文京区
台東区
中野区
墨田区
杉並区
新宿区
千代田区
江戸川区
中央区
江東区
渋谷区
港区
世田谷区
目黒区
品川区
大田区
大島町
利島村
新島村
神津島村
三宅村
御蔵島村
八丈町
青ヶ島村
小笠原村

②医療需要から病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（2014年10月31日）
  - 1日当たりの「医療資源投入量」の多寡で医療需要（患者数）を推計→病床機能別病床数を推計
    - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
    - 医療資源投入量（1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など）
    - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関（有床診療所を含む。）は病棟単位で（※）、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている（「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平成24年6月急性期医療に関する作業グループ））。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

（注） 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

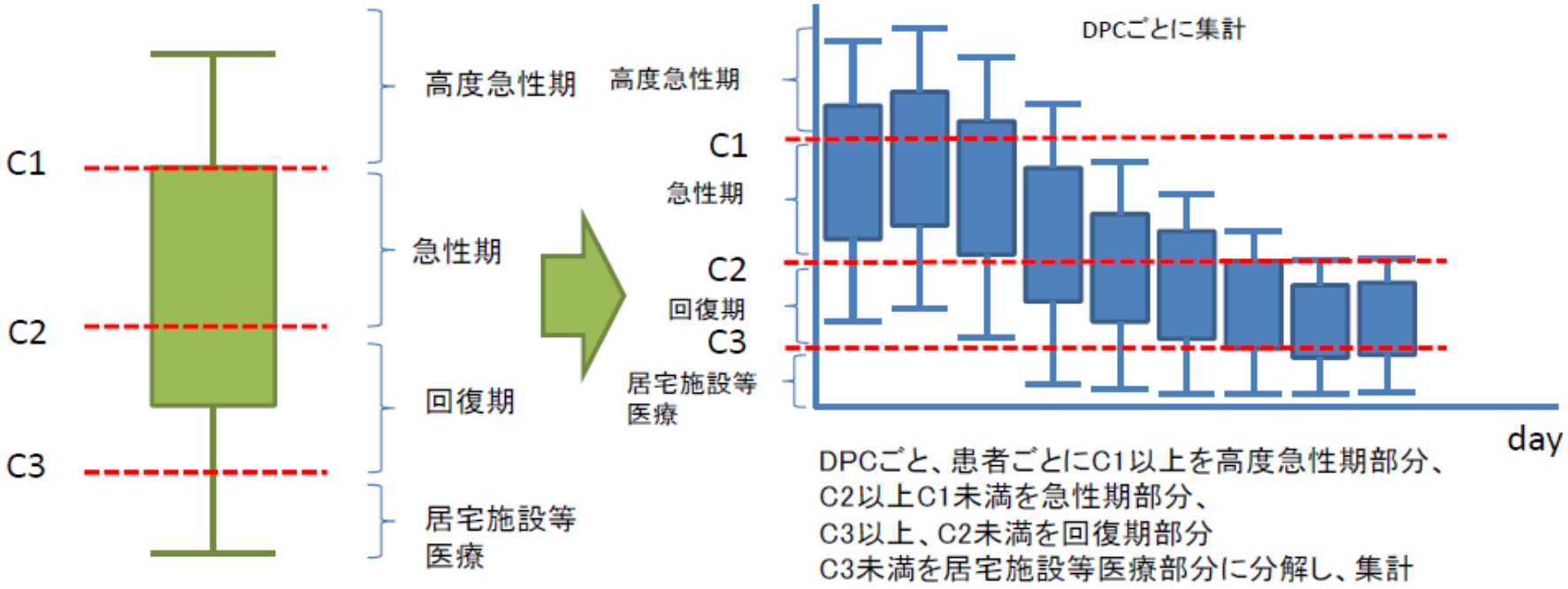
◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

医療資源投入量を用いた
病床機能区分別の医療需要の推計方法（1）

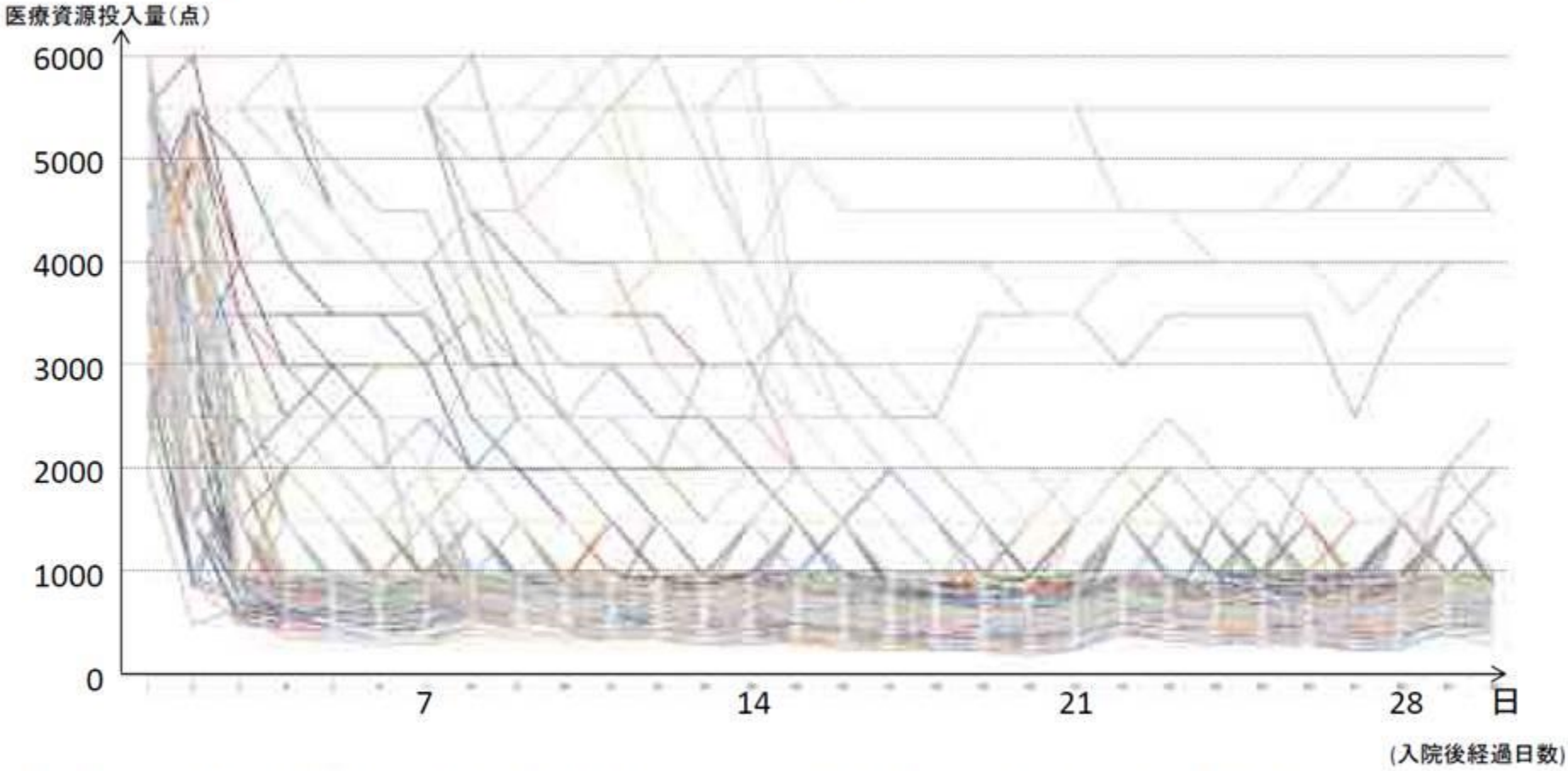
① 1日当たりの医療資源投入量（入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。）を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点（C1）、急性期と回復期の境界点（C2）、回復期と居宅施設等医療（通院を含む。以下同じ）の境界点（C3）となる医療資源投入量を分析。

② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療介護情報の分析・検討ワーキンググループ（松田教授）資料

医療資源投入量（中央値）の推移
（入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの）



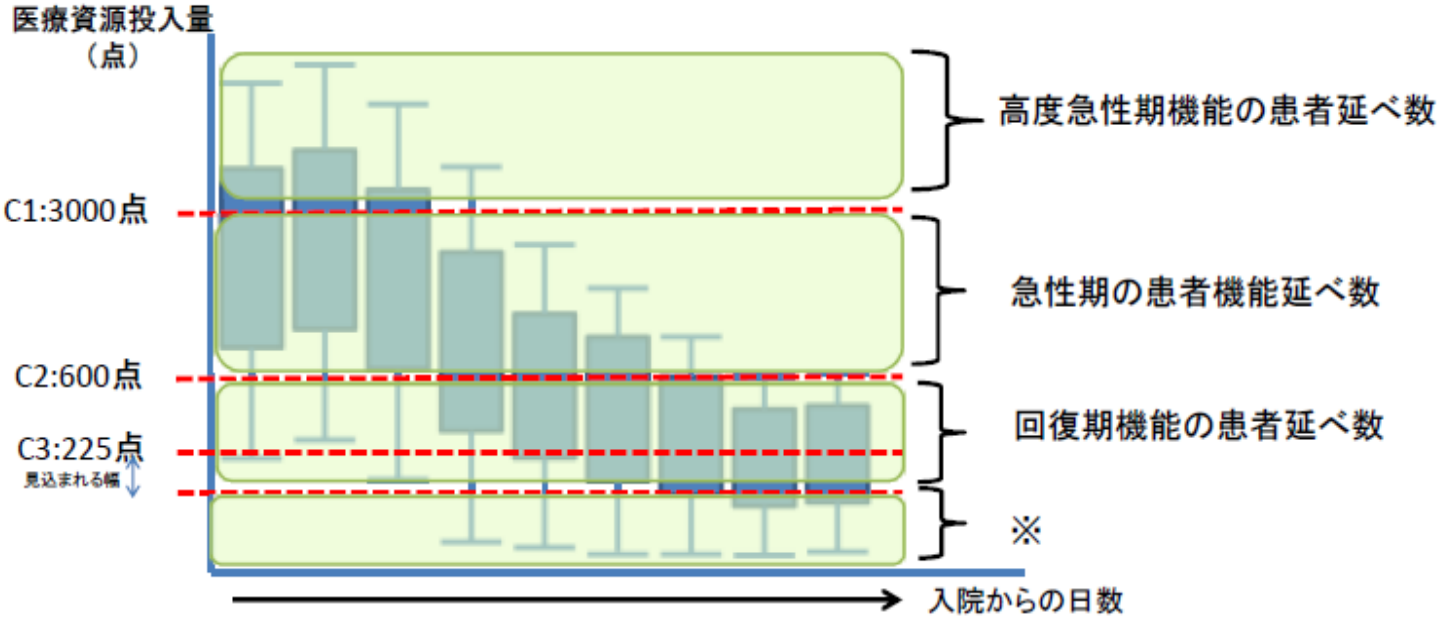
○ 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量（中央値）を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの

○ 患者数上位255のDPCについてプロット （平成23年度患者調査）

○ 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

○ 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点（C1）、急性期と回復期との境界点（C2）となる医療資源投入量を分析。
○ 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点（C3）を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
○ C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

○ 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

○ その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。

○ よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。

その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。

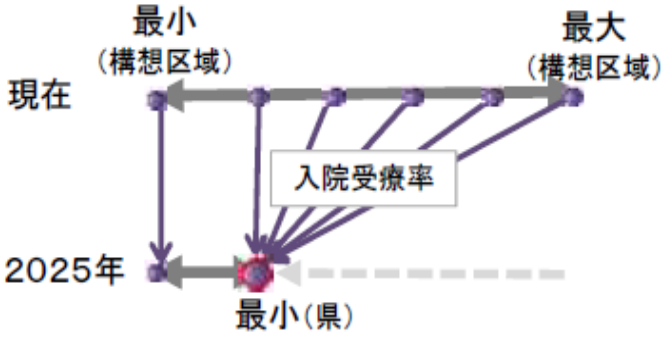
○ また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が全国最小値（県単位）まで入院受療率を低下する。

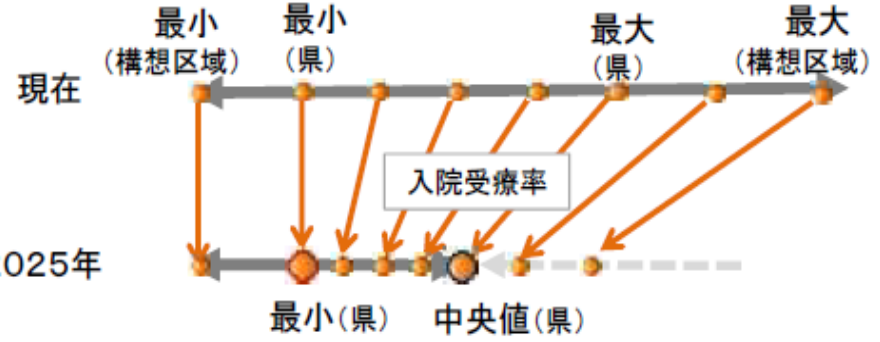
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。

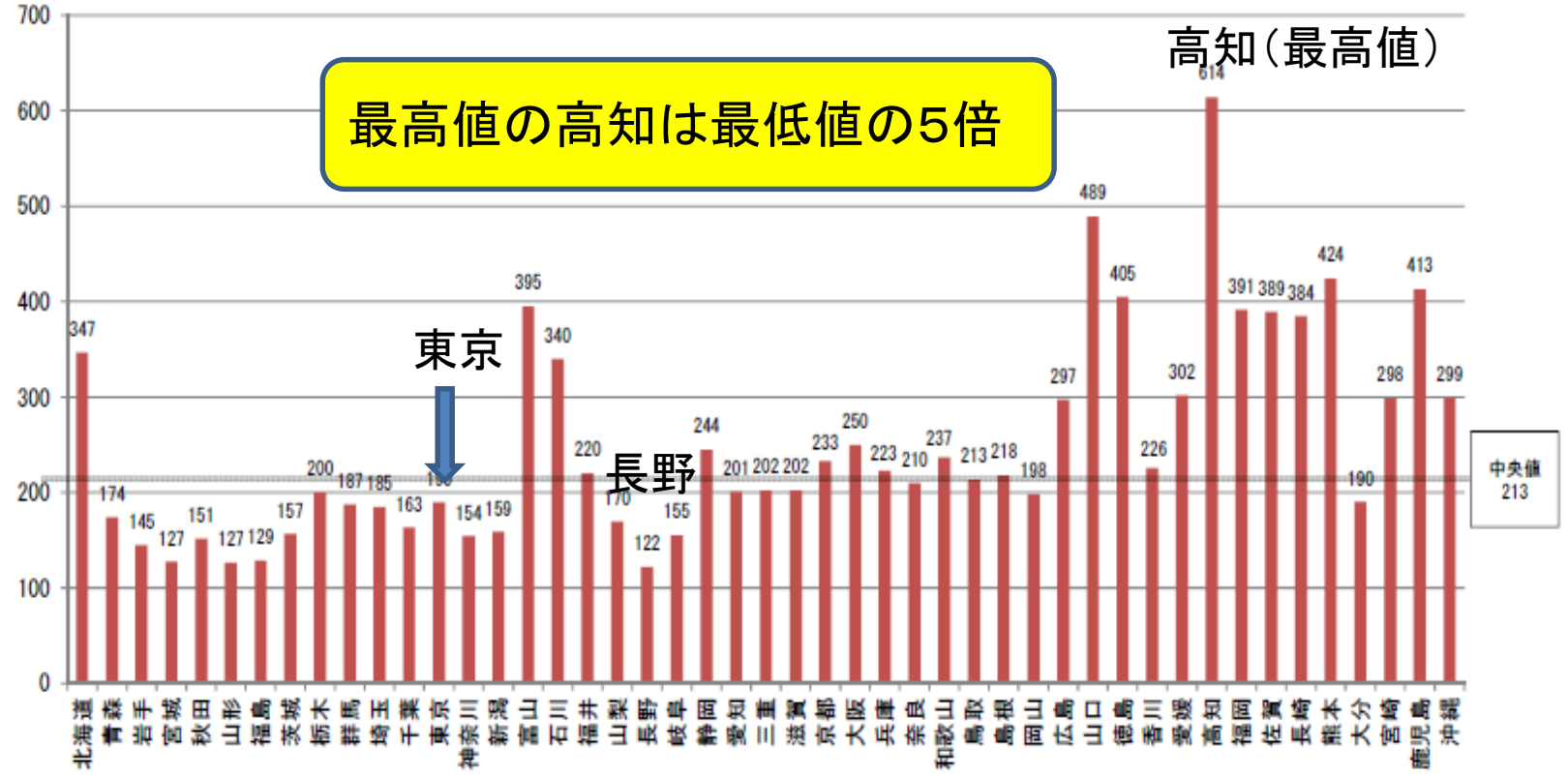


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（Σ〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕） × 全国の入院受療率



注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

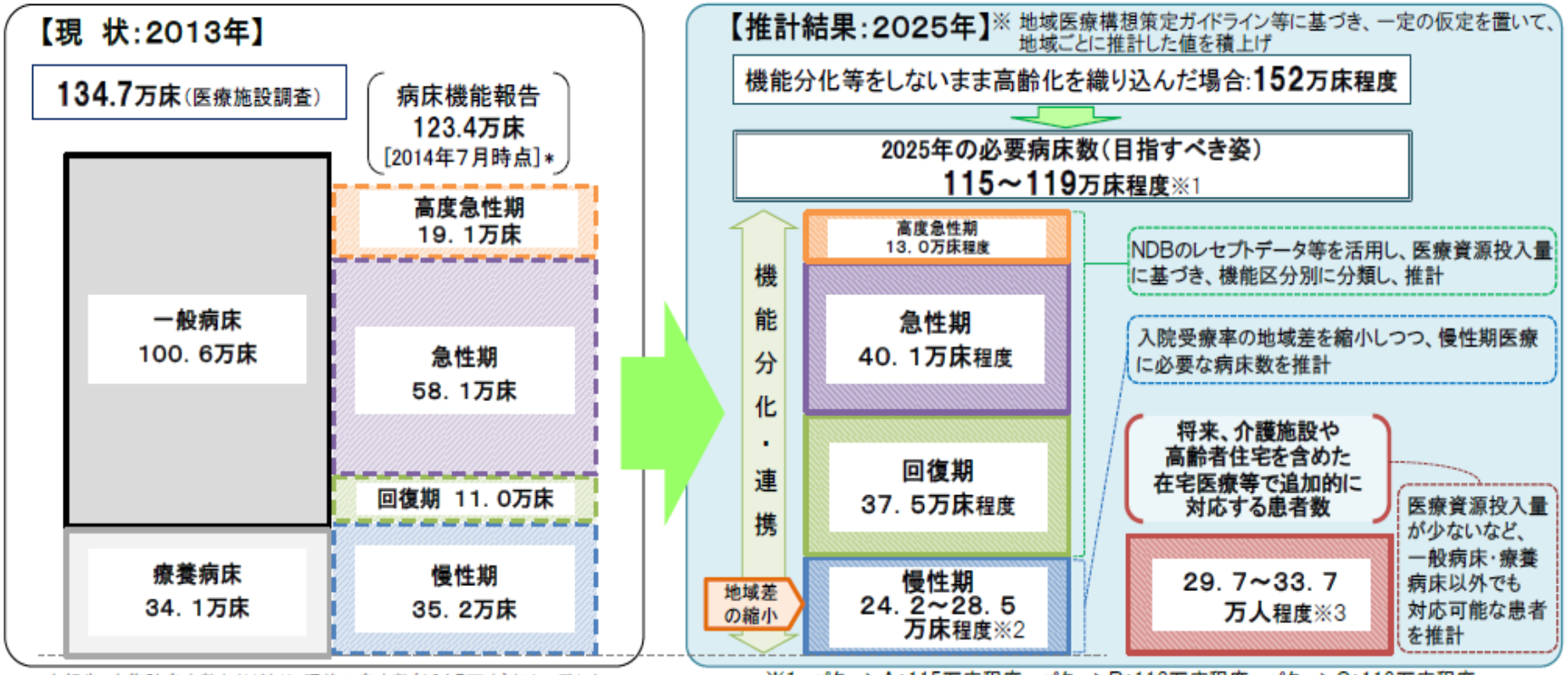
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇨
- 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、
- 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

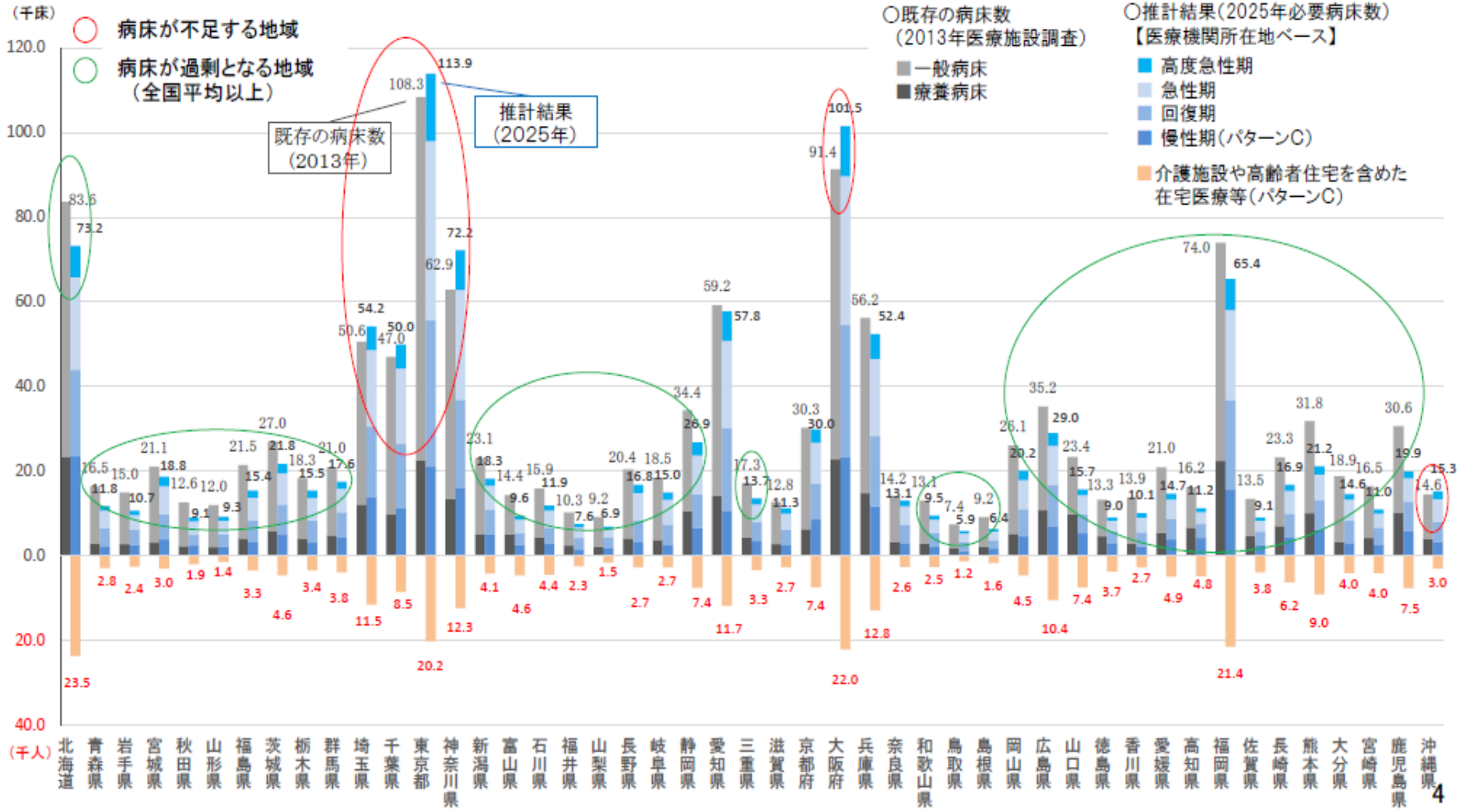
※1　パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2　パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3　パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（都道府県別・医療機関所在地ベース）

○ 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。

○ 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。

○ 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率（目標）

- ①15%　神奈川
- ②11%　大阪
- ③7%　埼玉
- ④6%　千葉
- ⑤5%　東京、沖縄
- ⑥－1%　京都
- ⑦－2%　愛知
- ⑧－7%　兵庫
- ⑨－8%　奈良
- ⑩－11%　宮城

- －12%　北海道、
- 滋賀、福岡　（全国平均）
- －15%　栃木
- －16%　群馬
- －18%　長野、広島
- －19%　茨城、岐阜
- －20%　鳥取
- －21%　新潟、三重
- －22%　静岡
- －23%　山形、岡山、大分
- －25%　石川、山梨
- －26%　福井
- －27%　和歌山、香川、長崎
- －28%　青森、秋田、福島
- －29%　岩手
- －30%　島根、愛媛
- －31%　高知
- －32%　徳島
- －33%　富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- －35%　鹿児島

2015年（平成27年）6月16日（火曜日）
病床、最大20万削減
25年、30万人を自宅に
急性期と慢性期のベッド数を減らし
医療費を抑える（政府の目標）
11.3万床 不明
19.1
58.1
11.0
35.2
13.0
40.1
37.5
24.2～28.5
高度急性期
急性期
回復期
慢性期
自宅や介護施設に移す
29.7～33.7
2013年
2025年
13年の内訳は14年の病床機能報告から推計

福島県県北医療圏の地域医療構想を考える

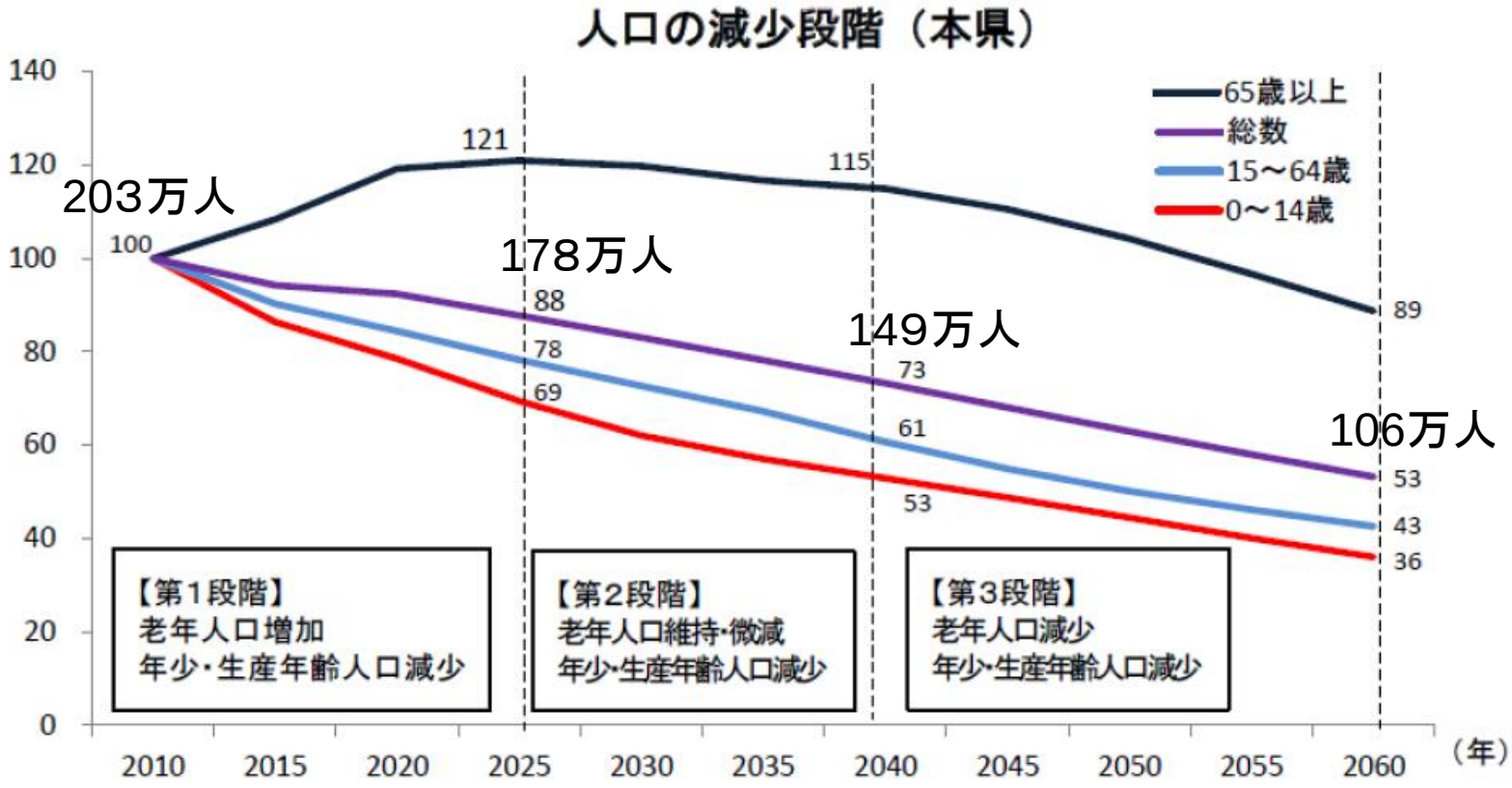
大原綜合病院（350床）の地域医療構想研修会（9月12日）

福島県の二次医療圏

福島県人口200万人
県北人口49万人
（2010年）

県北から県中へ6%流出のみ
二次医療圏内で充足している

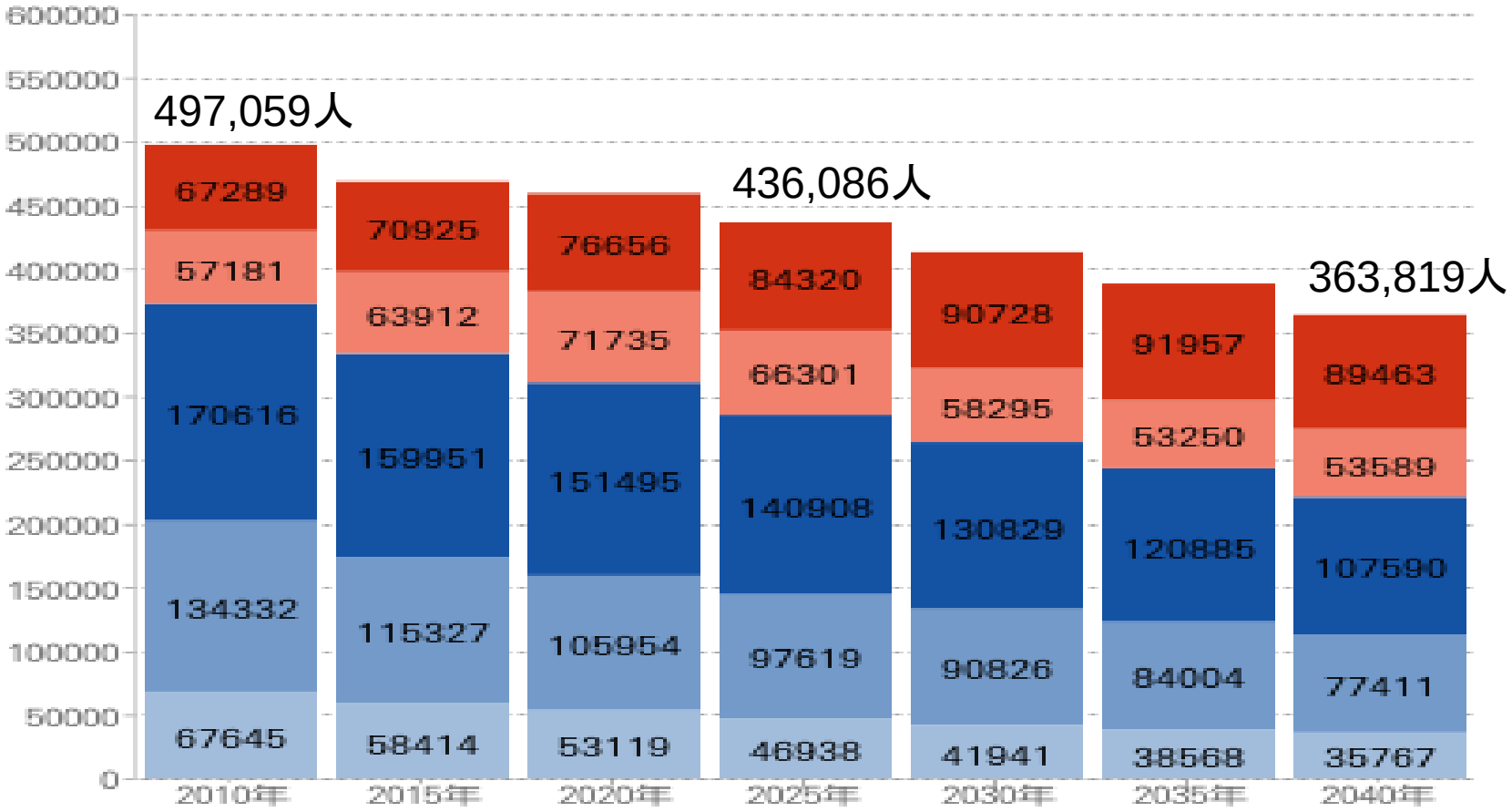
福島県人口の将来推移



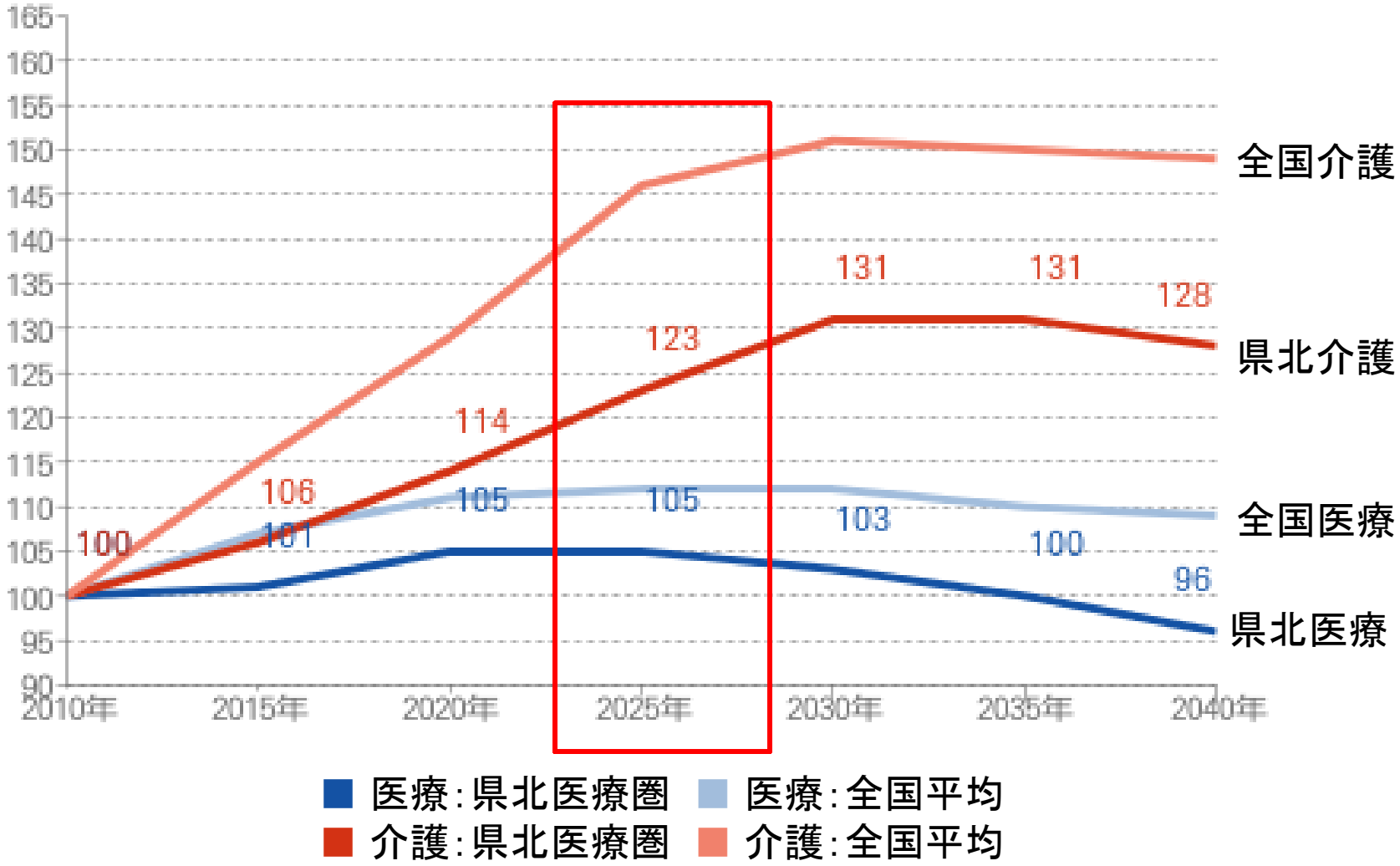
※　第1回福島県地域創生・人口減少対策有識者会議　資料3より

県北医療圏人口推計

2025年、人口は12%減少



医療介護需要予測指数(県北)



図表1－2－4－3　二次医療圏別の病院数・病床数（福島県）

	病院数	人口 10 万対	病床数	人口 10 万対
県　北	32	6.4	6,271	1,261.6
県　中	33	6.0	7,657	1,387.8
県　南	11	7.3	1,828	1,217.7
会　津	19	7.3	4,456	1,700.4
南会津	1	3.3	100	334.5
相　双	16	8.2	2,713	1,384.5
いわき	28	8.2	4,962	1,449.8
合　計	140	6.9	27,987	1,379.3

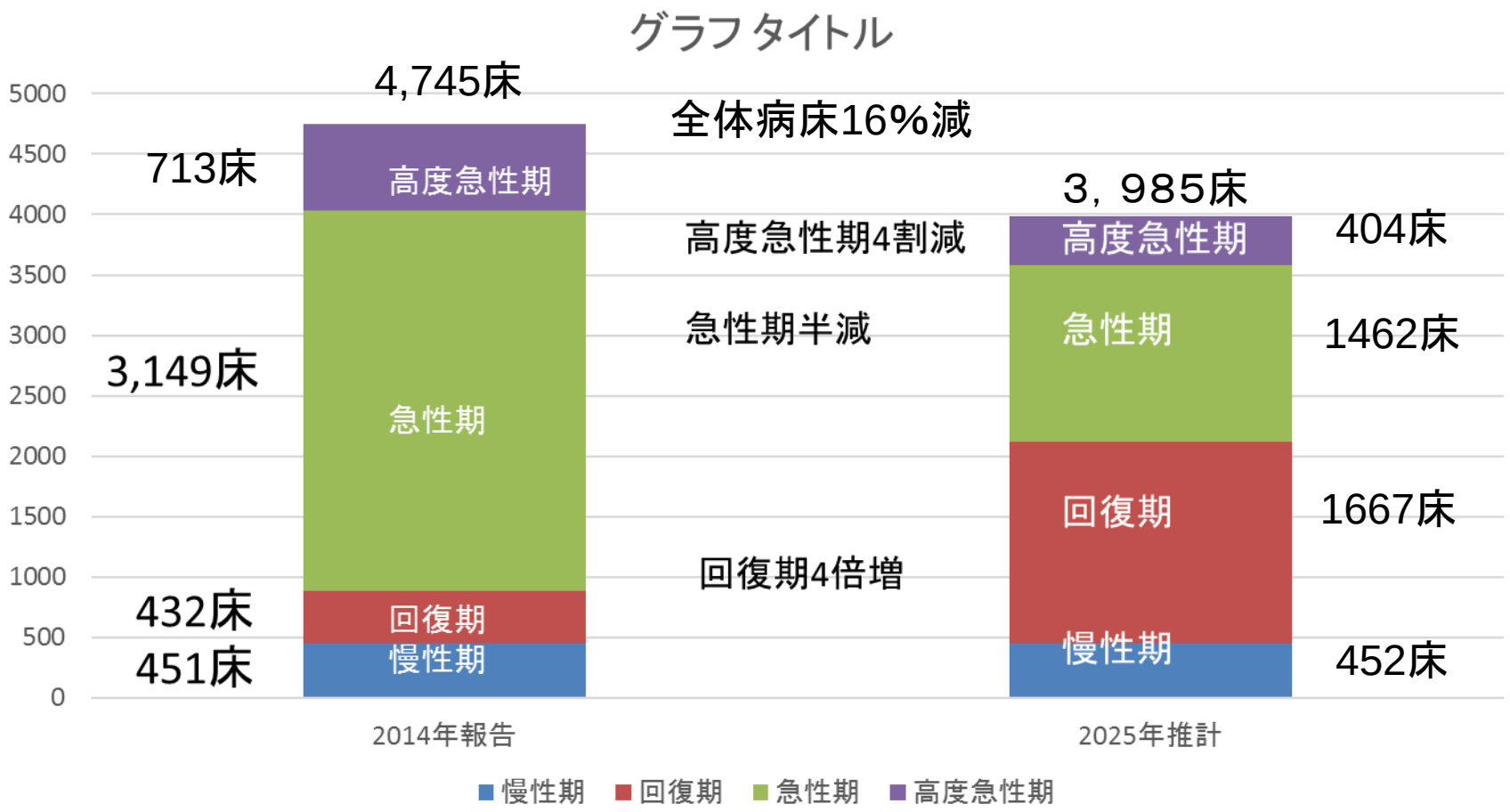
資料：平成 22 年医療施設調査（厚生労働省）
人口 10 万人対の算出に用いた人口は平成 22 年国勢調査人口（総務省）

○県北

名　　称	所 在 地	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	計
◎綜合病院福島赤十字病院	〒960-8530 福島市入江町11-31	50	6			303	359
◎済生会福島総合病院	〒960-1101 福島市大森字下原田25					216	216
◎一般財団法人大原綜合病院	〒960-8611 福島市大町6-11					429	429
福島中央病院	〒960-8165 福島市吉倉字谷地52					58	58
◎福島第一病院	〒960-8251 福島市北沢又字成出16-2				44	196	240
福島寿光会病院	〒960-8102 福島市北町1-40					62	62
◎医療生協　わたり病院	〒960-8141 福島市渡利字中江町34				61	135	196
医療法人　明治病院	〒960-8102 福島市北町2-40					36	36
◎一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	〒960-2156 福島市荒井北三丁目1-13				44	189	233
◎医療法人秀公会あづま脳神経外科病院	〒960-1101 福島市大森字柳下16-1				60	108	168
◎公立大学法人福島県立医科大学附属病院	〒960-1247 福島市光が丘1	49	2	14		713	778
◎福島西部病院	〒960-8071 福島市東中央3丁目15					99	99
医療法人回生堂しのぶ病院	〒960-1101 福島市大森字高畑31-1				50	50	100
◎福島南循環器科病院	〒960-8163 福島市方木田字辻の内3-5					128	128
◎一般財団法人大原綜合病院附属大原医療センター	〒960-0195 福島市鎌田字中江33					195	195
梁川病院	〒960-0776 伊達市梁川町字東土橋8				50		50
◎北福島医療センター	〒960-0502 伊達市箱崎字東23-1					226	226
◎済生会川俣病院	〒960-1406 伊達郡川俣町大字鶴沢					90	90
◎公立藤田総合病院	〒969-1793 伊達郡国見町大字塚野目字三本木14			12		299	311
◎社会保険二本松病院	〒964-0871 二本松市成田町1丁目553					160	160
医療法人辰星会枡病院	〒964-8567 二本松市本町1丁目103				54	63	117
◎医療法人辰星会枡記念病院	〒964-0867 二本松市住吉100					216	216
◎医療法人慈久会谷病院	〒969-1195 本宮市本宮字南町裡149				40	131	171
		99	8	26	403	4,102	4,638

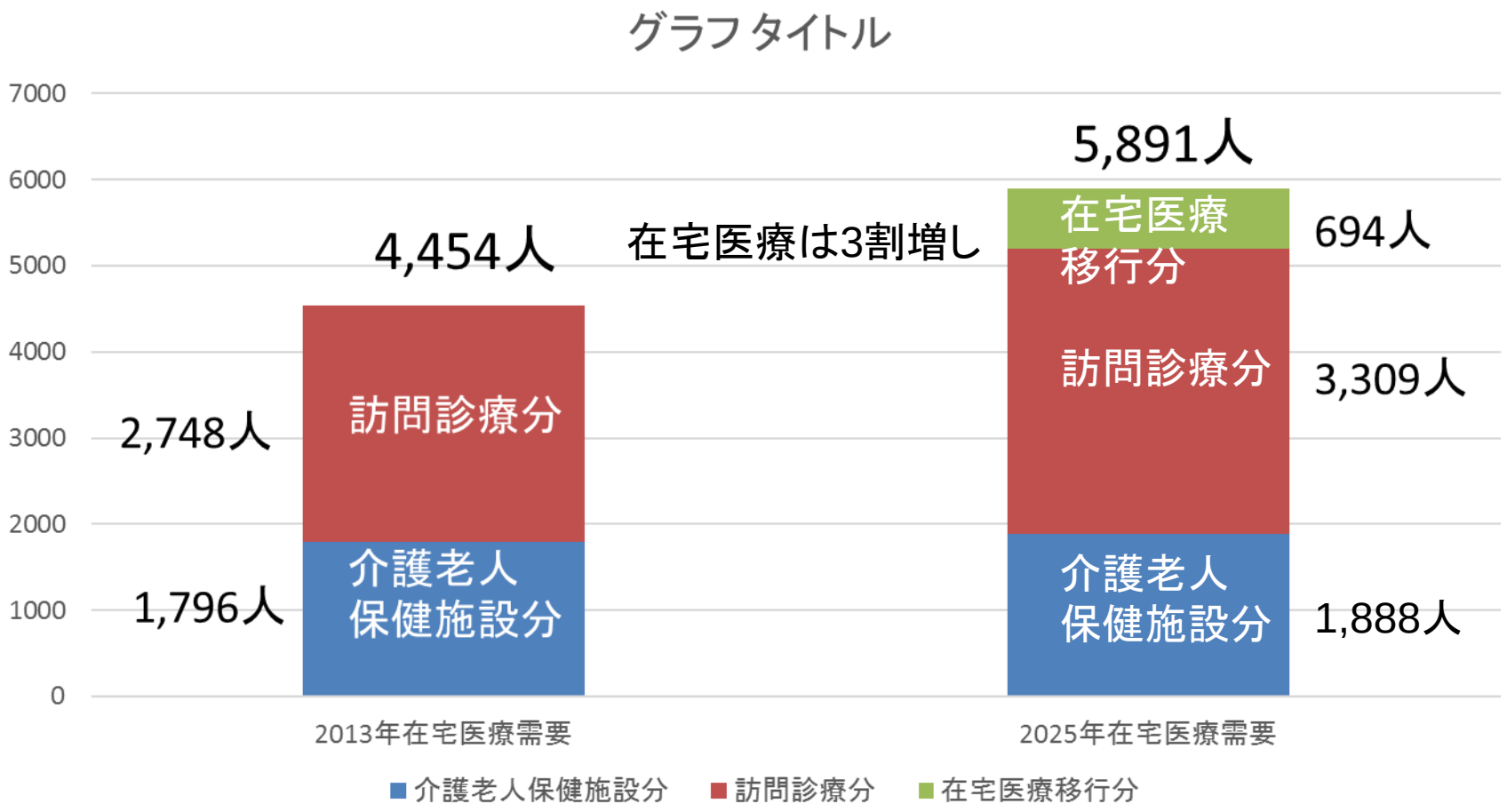
※「◎」は、救急病院
※病床数は医療法第27条に基づく使用許可病床数

県北2025年の病床必要量推計



＊2014年報告は有床診療所を含み、医療機能未選択分は含めていない

県北在宅医療必要量推計



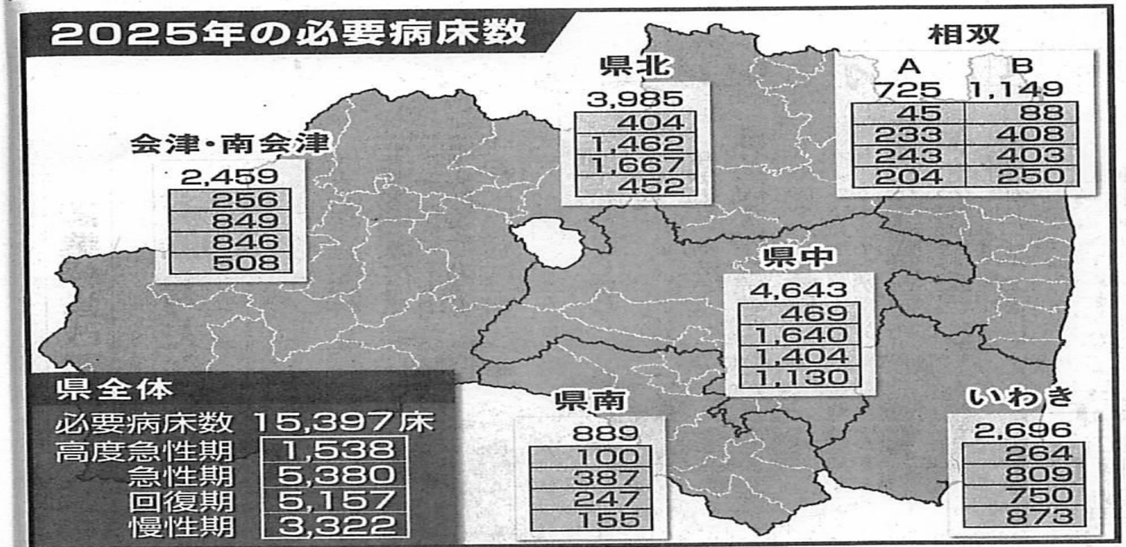
県北医療圏
2025年への地域医療構想課題

- 人口減
  - 2025年県北医療圏の人口は43.6万人、2010年より6万人減少
  - 65歳以上人口は1万6千人増、生産年齢人口は6万6千人減
- 県北医療圏の地域医療構想の推計
  - 高度急性期病床は4割減
  - 急性期病床は半減
  - 回復期病床は4倍増
  - 在宅医療等は2割増

県内病床数4000減

県の地域医療構想案

37年推計



県は六日、平成三十七（二〇二五）年に県内の病院で必要となる病床数を、一万五千三百九十七床と推計した地域医療構想案を公表した。今年四月の病床数（一万九千四百七十二床）から約四千床減る計算だが、県は「現在、医師・看護師不足で患者を受け入れていないベッドがあり、数字は減ったとしても影響はない」としている。

構想案では厚生労働省の医療需要予測データや二十五年の県内医療需要実績（一日当たりの患者数）、人口動態などを基に①高度急性期（救命救急、集中治療、新生児集中治療など）②急性期③回復期（リハビリテーションなど）④慢性期（長期療養など）—の四段階に分けて必要病床数を試算した。

全県と六つの区域（県北、県中、県南、会津・南会津、相双、いわき）の必要病床数は【図】の通り。相双地方は東京電力福島第一原発事故に伴う住民の流出が続いた場合（表A）と、収束した場合（表B）の二通りを示した。県全体の病床数は流出が続いた場合で算出した。

県によると、二十五年医療需要実績の全県の患者数は一万二千三百三十二人（高度急性期千九十七人、急性期三千八百四十一人、回復期四千百十二人、慢性期三千二百八十二人）。県は高齢化の進展などを勘案し、三十七年の必要病床数を二十五年の患者数よりも多く設定している。

地域医療構想は医療法改正に伴い、都道府県に策定が義務付けられている。県は年内に策定し、二十九年度に改定する第七次県医療計画（三十年度から五カ年）に反映させる。

構想案は六日、福島市で開いた県医療審議会保健医療計画調査部会で報告された。審議会は構想案の内容を精査した上で、県に答申する。

建設業の在り方 中間まとめ示す

県建設業審議会

県建設業審議会は六日、福島市の杉妻会館で開かれ、県内建設業の振興に向けて行政が取り組むべき施策などを盛り込んだ県内建設業の在り方の中間とりまとめを示した。

行政が取り組むべき施策として①産学官連携、地域の実情を踏まえた入札制度の見直し②担い手の育成や確保に向けた発注工事での現場見学会・体験型学習会の実施③社会資本の適切な維持管理や更新への対応に向けた合併や企業間連携の促進—を盛り込んだ。

る。学校研究、個人研

気づき、生かす力を伸ばす

【個人部門】◇

議会ニュ

◆開会

二本松市

会。会期は28日間。新野洋

8453万円の

度一般会計補

35議案を提出

は仮置き場の

敷地内保管除

置き場への移

億262万円

会津若松市公設市場

生花

◇切花	高	中
白菊	10000	4500
黄菊	10000	5000
赤菊	10000	5000
スプレー菊	10000	6000
小菊	6000	4000

枝肉相場

（6日）

東京都調べ ※

豚大幅続伸

鶏卵相場

【全農】

上伸

高	加重	安
202	185	178

パート5
2025年へ向けて
変わる製薬企業の地域戦略

地域医療構想を見据えて
製薬企業の地域戦略が変わる！

病院から地域へ！

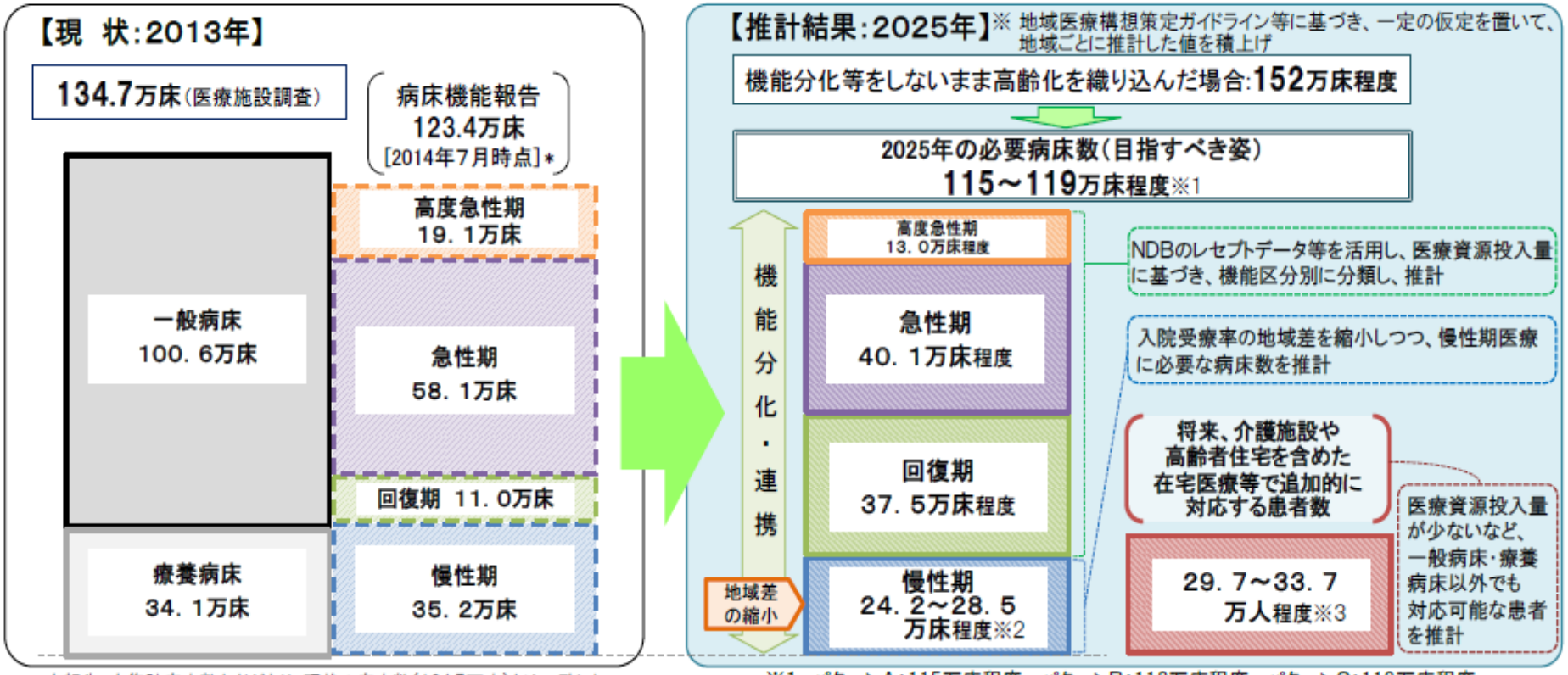
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇨
- 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、
- 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

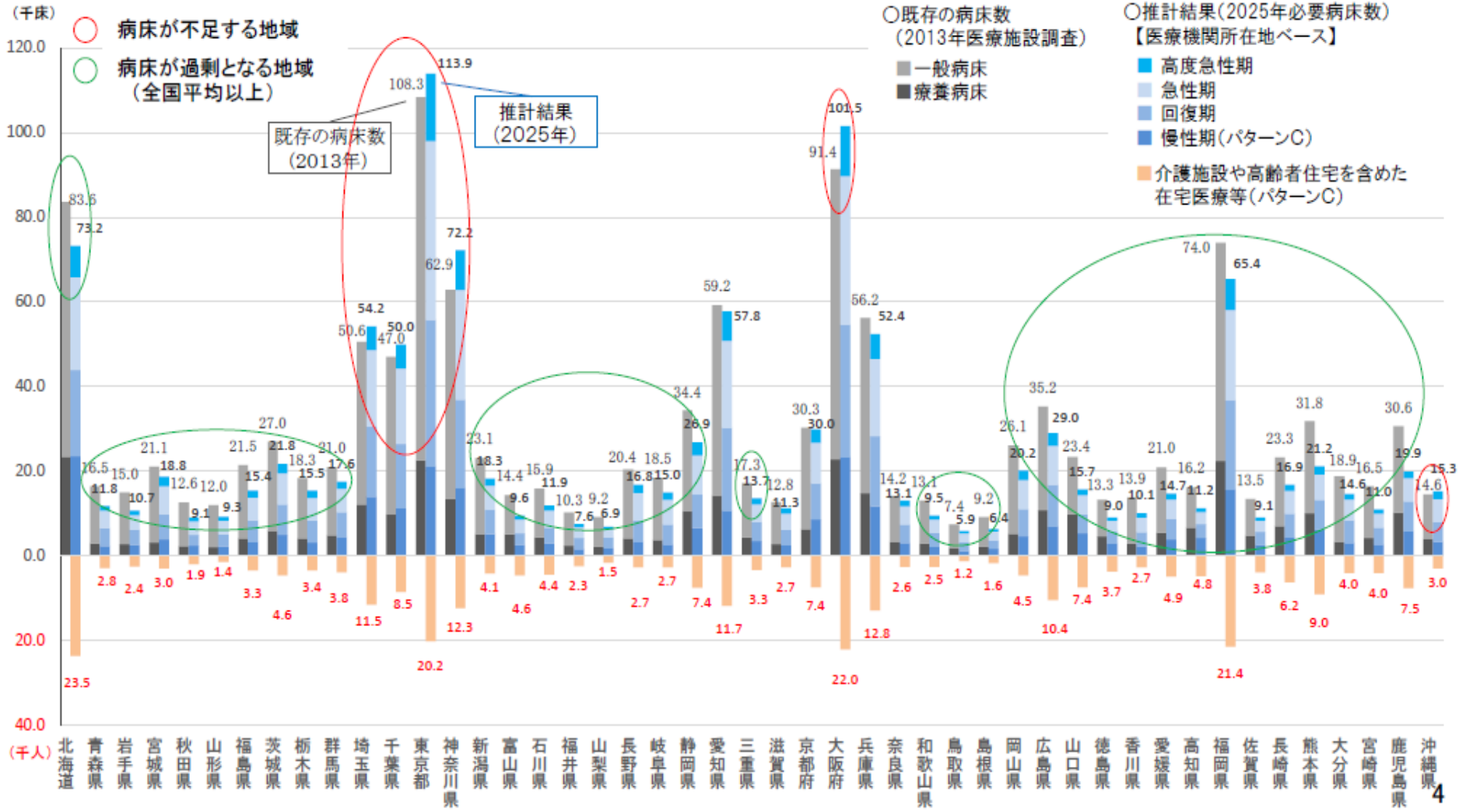
※1　パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2　パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3　パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（都道府県別・医療機関所在地ベース）

○ 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。

○ 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。

○ 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



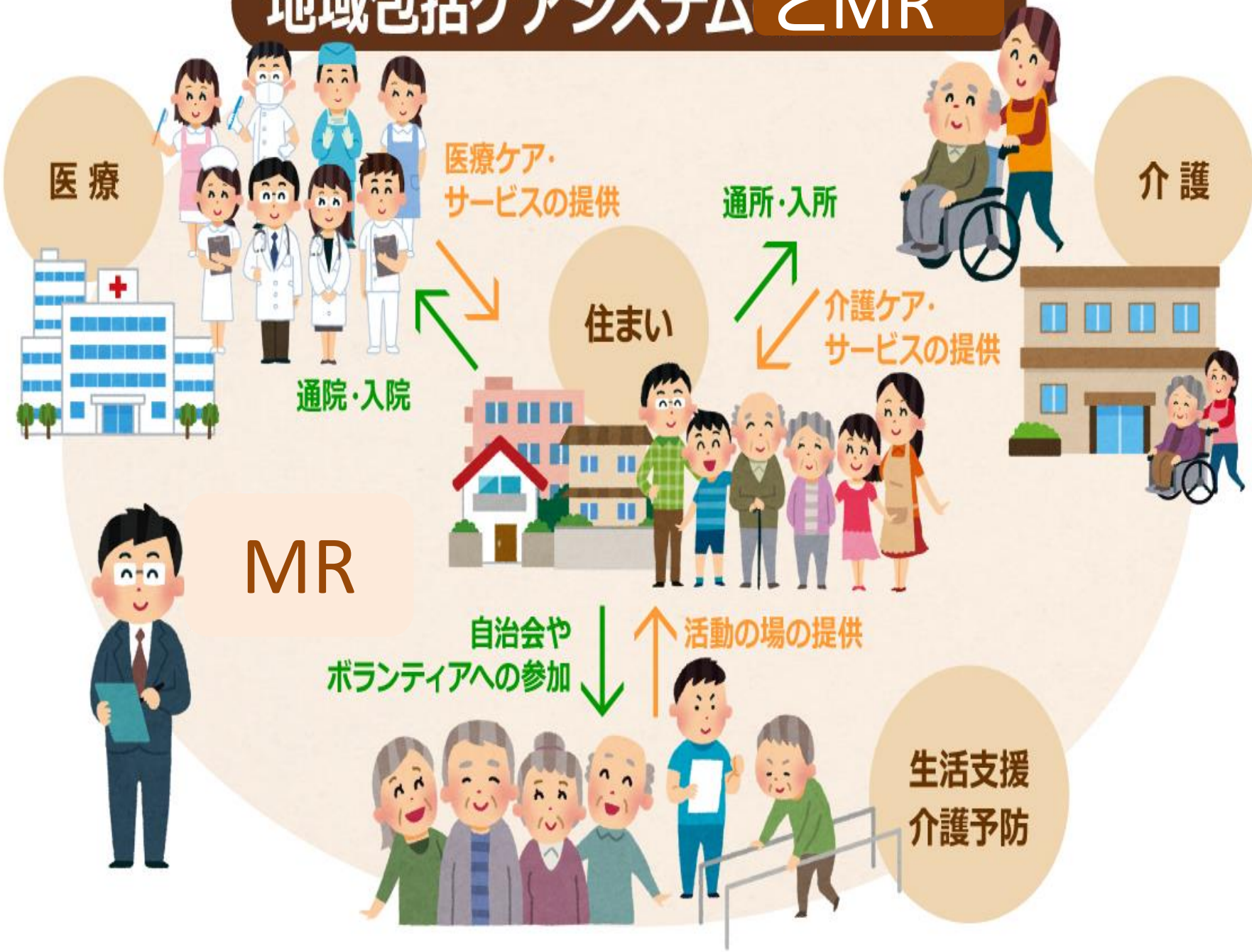
医療が変わる、市場が変わる

	20世紀	21世紀
人口	増大･若者	減少･高齢化
疾患	単一疾患	複数疾患、退行性疾患
目標	治癒、救命	機能改善、生活支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
医療資源投入	多量	中等度

製薬企業のマーケット戦略が変わる

- これまでは病院の医師中心のマーケット戦略
- これからは地域戦略、多職種戦略が必要
- 都道府県別や二次医療圏別にMR配置数の見直しが必要
- 組織体制の変革も必要
  - 地域連携室、地域包括ケア室等
- 川上から川下戦略への転換が必要

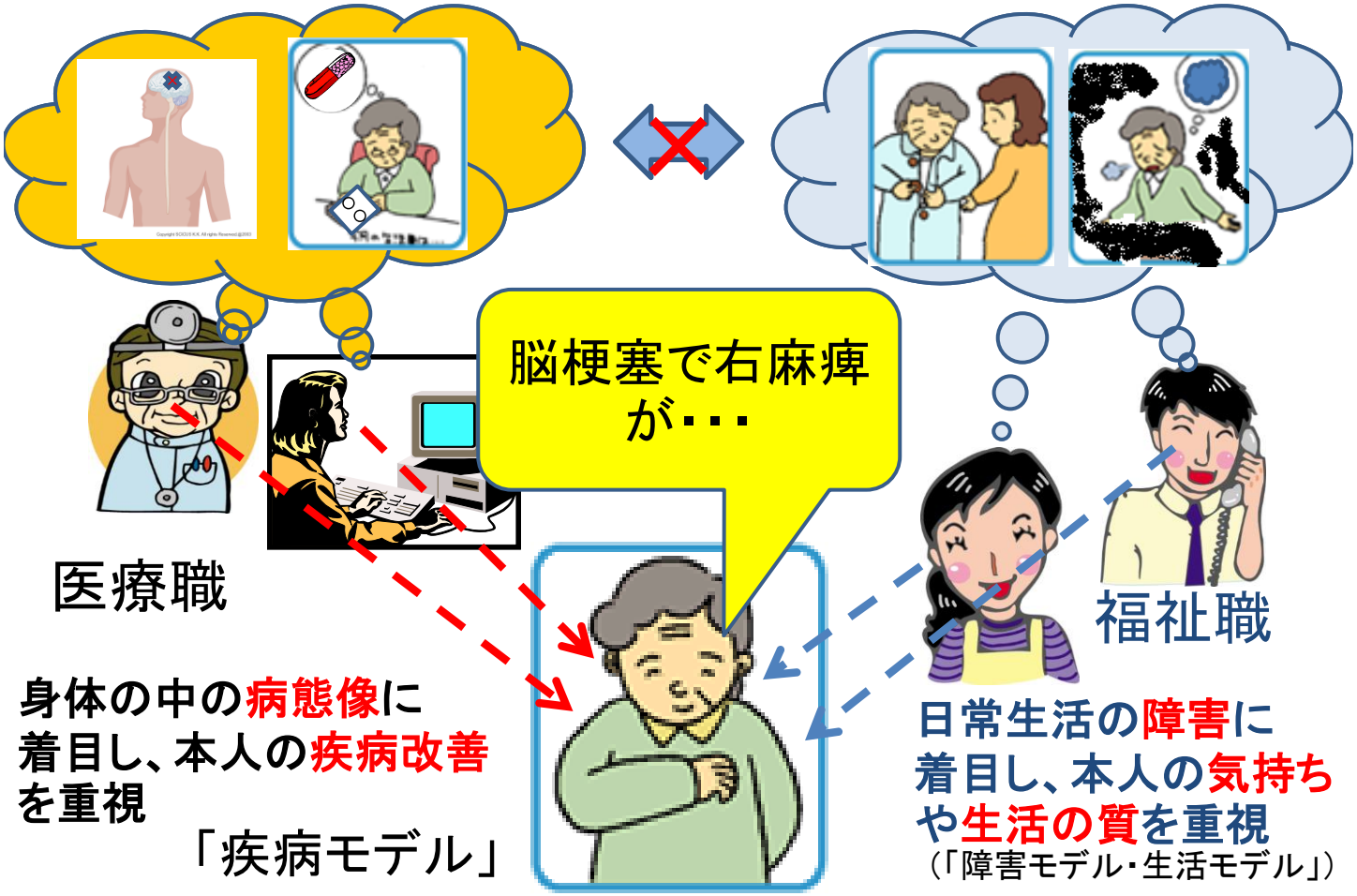
地域包括ケアシステムとMR



地域包括ケアシステムとMR

- これからのMR活動は、病院医療の中ばかりでなく、在宅医療や地域包括ケアシステムへと広がる。
- 地域包括ケアシステムの製品がどこで使われ、ステークホルダーは誰なのかを知る必要がある。
- 病院から地域へ、医療から介護へと視点が広げる必要がある
- 医療と介護福祉の世界に分け入る

医療と介護福祉の世界の違い



医療と介護の文化の違い

- 医療と介護・福祉は制度も違う、職種も違う
- 医療と介護・福祉は、言葉も違う、文化も違う
  - 医療は国際疾病分類（ICD）
  - 介護福祉は国際生活機能分類（ICF）
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための情報連携が必要
- レセプトも医科レセと介護レセで異なる
  - 両者を結ぶのは医師意見書のみ

医療福祉連携士
～医療と介護福祉を結ぶ人材育成～

日本医療マネジメント学会

日本医療マネジメント学会
Japan Society for Health Care Management

- 会長
  - 国立病院機構熊本医療センター名誉院長
    宮崎久義
- 学会テーマ
  - クリテイカルパス
  - 医療安全
  - 地域医療連携
  - 電子カルテ
  - その他
- 会員数　8000人

医療福祉連携講習会
学会認定「医療福祉連携士」

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を創設した
- 目的
  - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
  - 患者にとって最適な連携を推進するため、
  - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての学会認定制度
- 2011年からスタートし、現在までに学会認定の初の「医療福祉連携士」がこれまで300名が誕生
- 全国ではじめての医療と福祉の連携コーデイネーター制度
- スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度
- 最近、MRやMSの参加が増えてきた！

研修科目（共通科目）

〇講義
１ 地域医療連携概論
２ 医療政策・関係法規概論
３ 診療報酬制度概論
４ 福祉連携論
５ ケアマネジメント論
６ 病院運営概論
７ 医療情報システム概論
８ クリティカルパス概論
９ クリティカルパス演習Ⅰ
10クリティカルパス演習Ⅱ
11 地域連携クリティカルパス概論Ⅰ
12 地域連携クリティカルパス概論Ⅱ
13 地域連携クリティカルパス演習Ⅰ
14 地域連携クリティカルパス演習Ⅱ
15 在宅医療概論
16 カウンセリング概論

〇地域連携の実習
１ 地域医療連携実習
２ 地域連携クリティカルパス実習

〇フォローアップ研修

＊すべての座学と実習を履修すること。
＊座学1コマ　:90分　　実習1コマ:6時間

専門科目

医学系科目
〇座学
1臨床医学概論Ⅰ
2臨床医学概論Ⅱ
3臨床医学概論Ⅲ
4臨床医学概論Ⅳ
5臨床医学概論Ⅴ
6臨床医学概論Ⅵ
7臨床看護概論
8地域看護概論
〇実習
1臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
2臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
3臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
4保健行政実習（保健所、保健センター）

社会・福祉系科目
〇座学
1医療福祉論
2精神保健福祉論
3退院支援論Ⅰ
4退院支援論Ⅱ
5地域移行支援論
6福祉制度論
7福祉施設論
8在宅介護論
〇実習
1介護療養型施設実習（入所施設）
2在宅福祉実習（地域包括支援センター）
3福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
4居宅介護支援施設実習

＊座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

認定試験

- 受講資格者が学会が主催する研修会において、必要な科目を履修することにより、受験資格を得る。
- 学会以外が主催する研修会や講義の一部を学会主催の科目として認定することもできる。
- 受験希望者は個別に学会に受験資格の認定を受けるために必要な手続き（書類等の提出）を行う。
- 認定試験は受験資格にかかわらず、全ての科目から出題される。

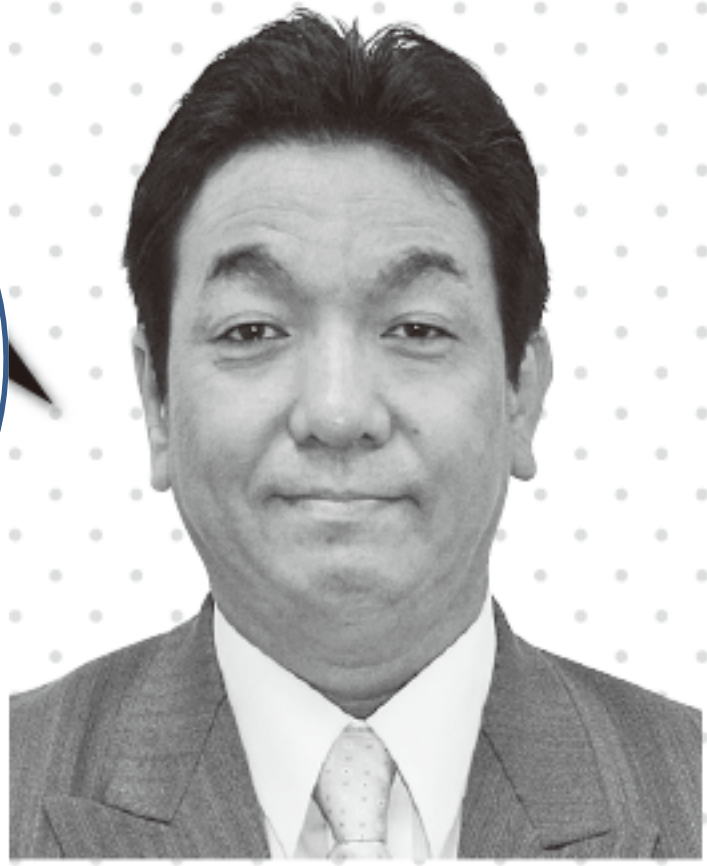
研修日程と場所

- 研修場所
  - 日本医科大学教育棟2階（東京）、実習は各地
- 研修日程
  - 5月16日から11月18日の間の土日、10日間
  - 共通科目
  - 医療系科目
  - 福祉系科目
  - 課題講習
  - 施設実習

目指そう、医療福祉連携士！
詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから

医療福祉連携士とMR

今まで製品の観点からばかり医療を見ていて、患者さんの生身の姿を見てこなかった！
実習を通じて、患者さんによりそう医療・介護職をみて別の世界を見た気がした！
アステラス製薬
小林正和さん



医療福祉連携士とMR

- 医療福祉連携士の講習会に呼ばれて、おどろいた。受講生には医師、看護師、社会福祉士の資格を持つ方が多かったが、なかにはMRさんもおられました。
- MRさんといえば医者の現実をよく知っておられる職種。いわば患者さんの想いを叶えるコンシェルジュのような役割だ。まさにこの役割が医療福祉連携士であると思います。

在宅医療の長尾和宏先生

まとめと提言

・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤

・地域包括ケアシステム、地域医療構想がスタートする

・在宅医療における物流改革が始まる

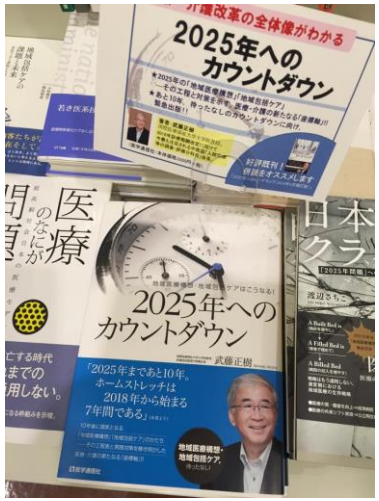
・MRの活動分野が病院中心から地域包括ケアシステムへと広がる

・2025年へ向けてMRの在り方を考えよう！

・

2025年へのカウントダウン
～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判　270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- 2015年9月発刊



アマゾン売れ筋ランキング瞬間風速第一位！

ご清聴ありがとうございました

フェースブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニックhttp://www.iuhw.ac.jp/clinic/
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹　検索　クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp