

ヘルスケアシステム論Ⅲ

変わりゆく医療のアウトライン

～働き方改革、新地域医療構想から少子化対策まで～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約37万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 在宅医療センター 訪問看護ステーション
通所介護事業所(長瀬ケアセンター) など

■グループ職員数750名



【2025年4月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



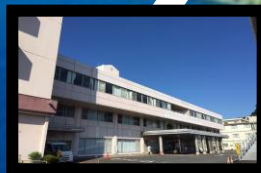
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

- パート1
 - ポスト2025年、2040年とは？
- パート2
 - 新たな地域医療構想
- パート3
 - かかりつけ医機能
- パート4
 - 異次元の少子化対策



パート1

ポスト2025年、2040年とは？



65歳以上の高齢者の人口推移

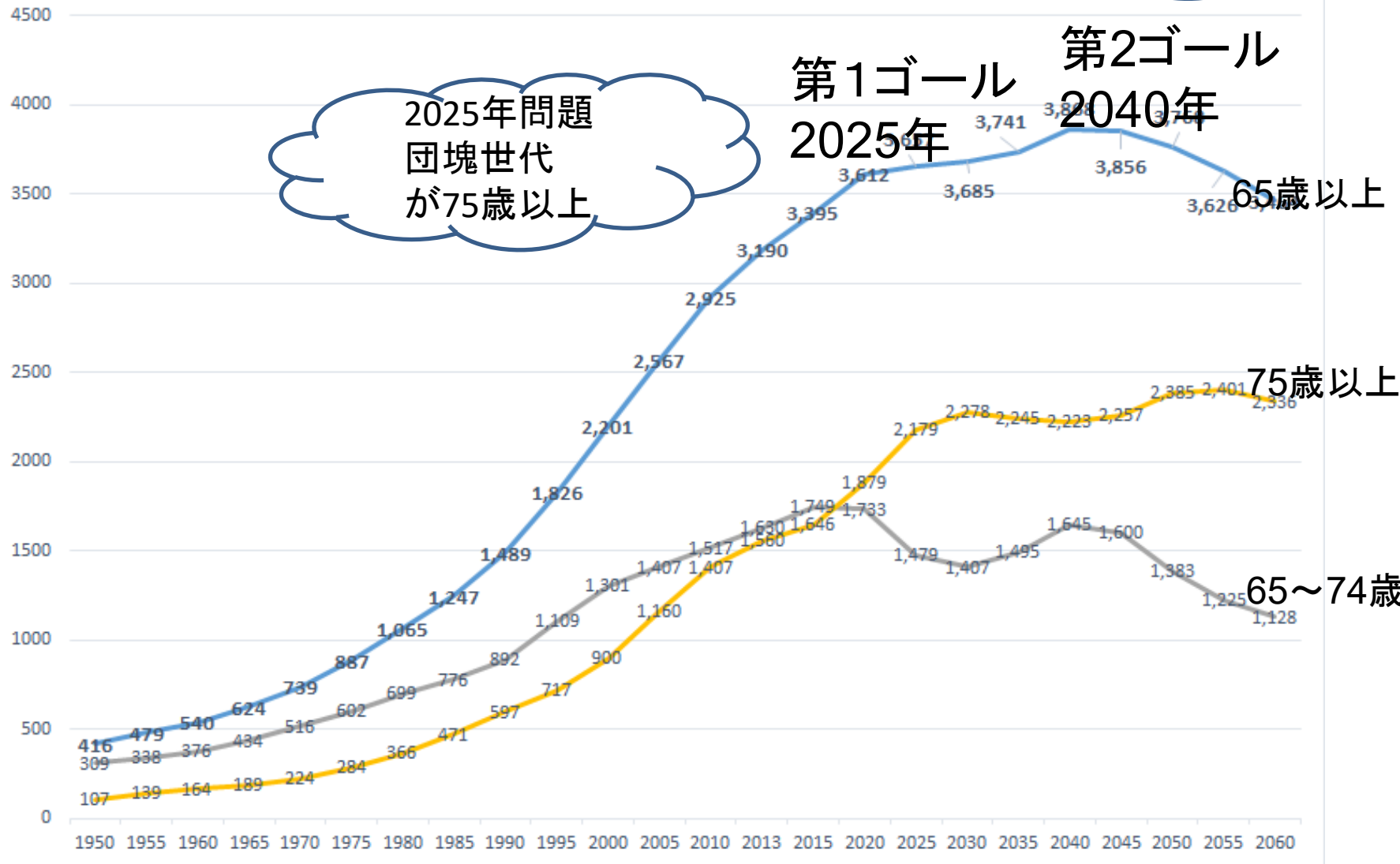
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニアが
65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年

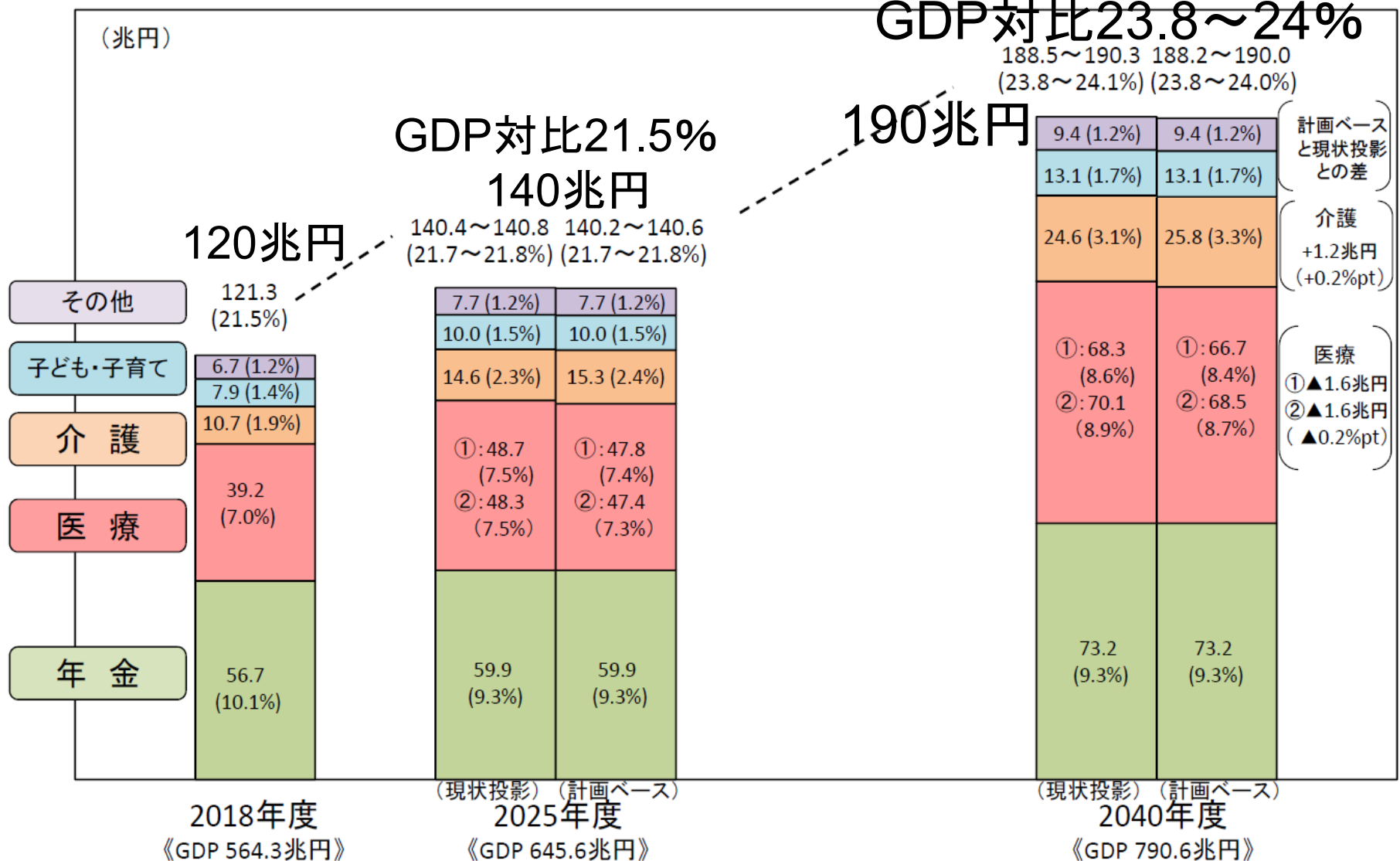


75歳以上

65～74歳

65歳以上

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



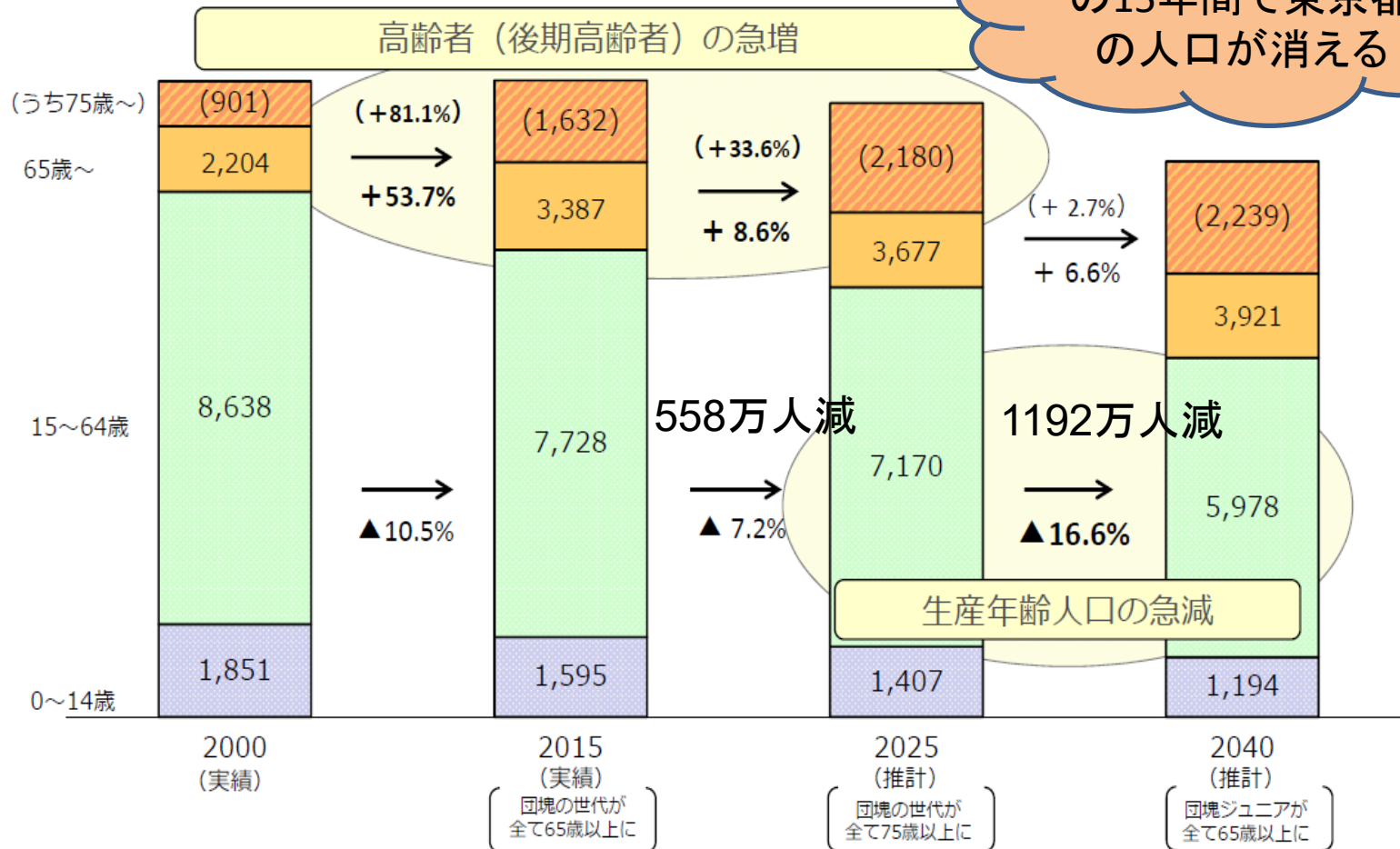
(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

2040年までの人口構造の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

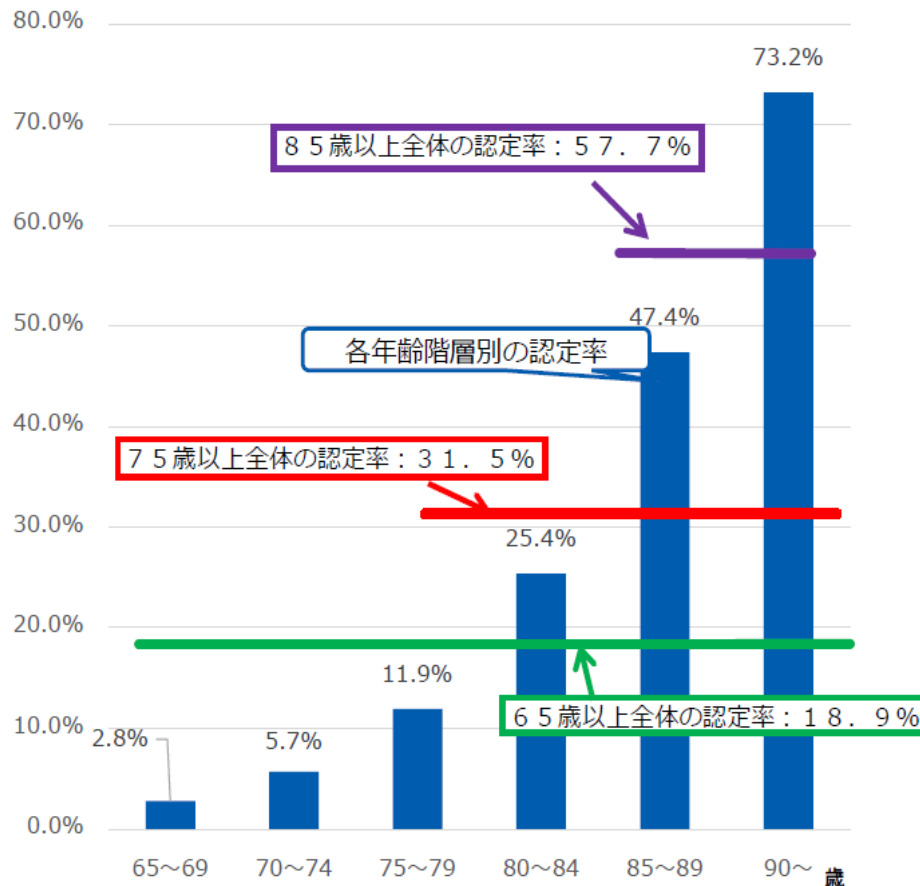
【人口構造の変化】



医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

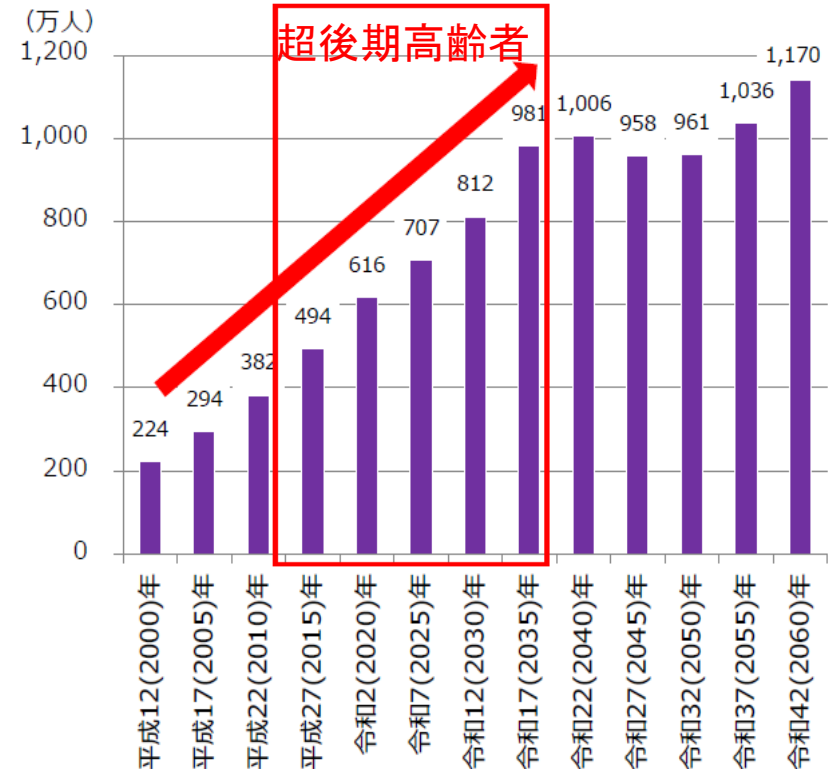
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計

2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

ポスト2025年 急性期病床に 押し寄せる後期高齢者・ 超後期高齢者

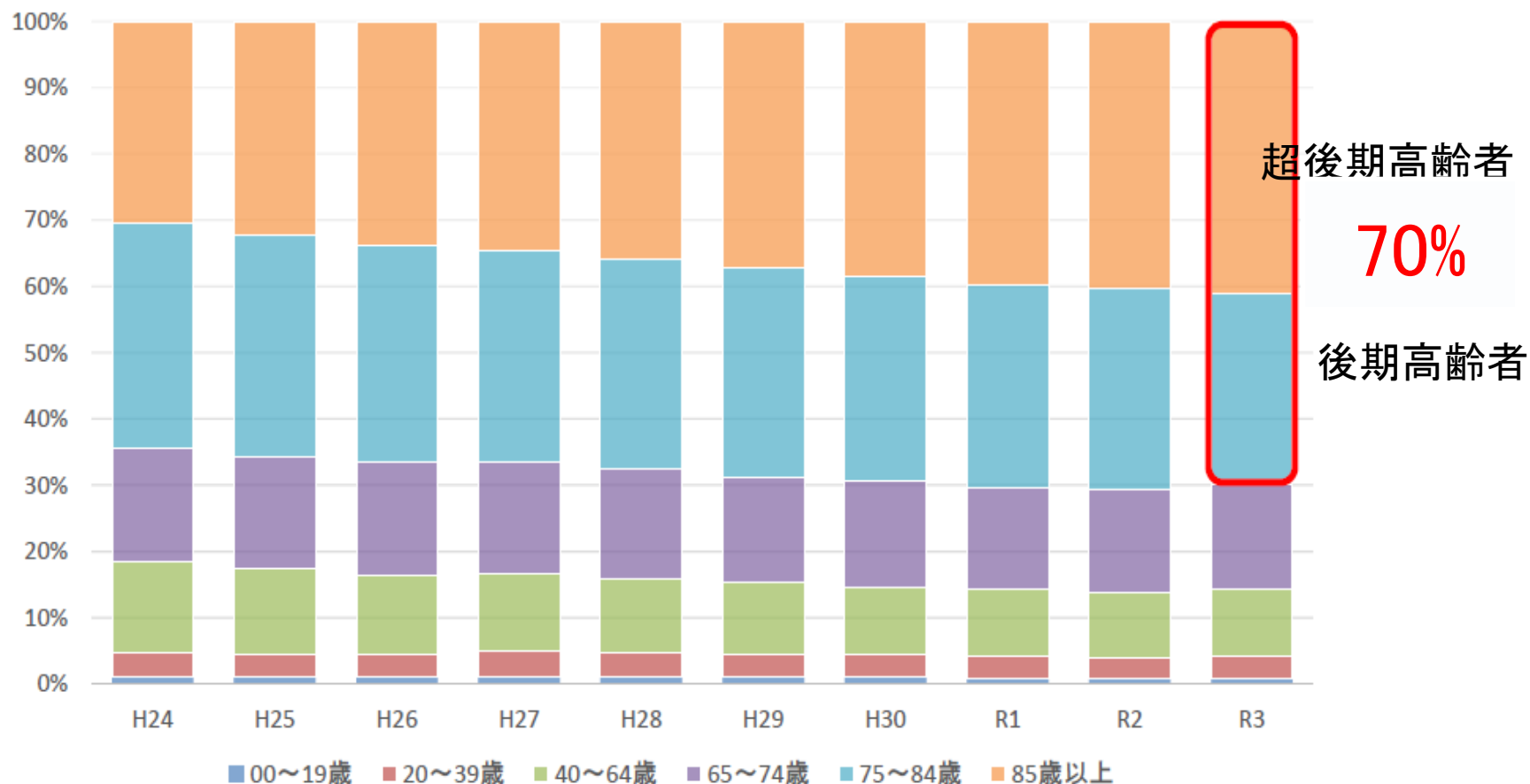


後期高齢者入院
パンデミックが起
きる。2040年まで
続く...

入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料 4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料

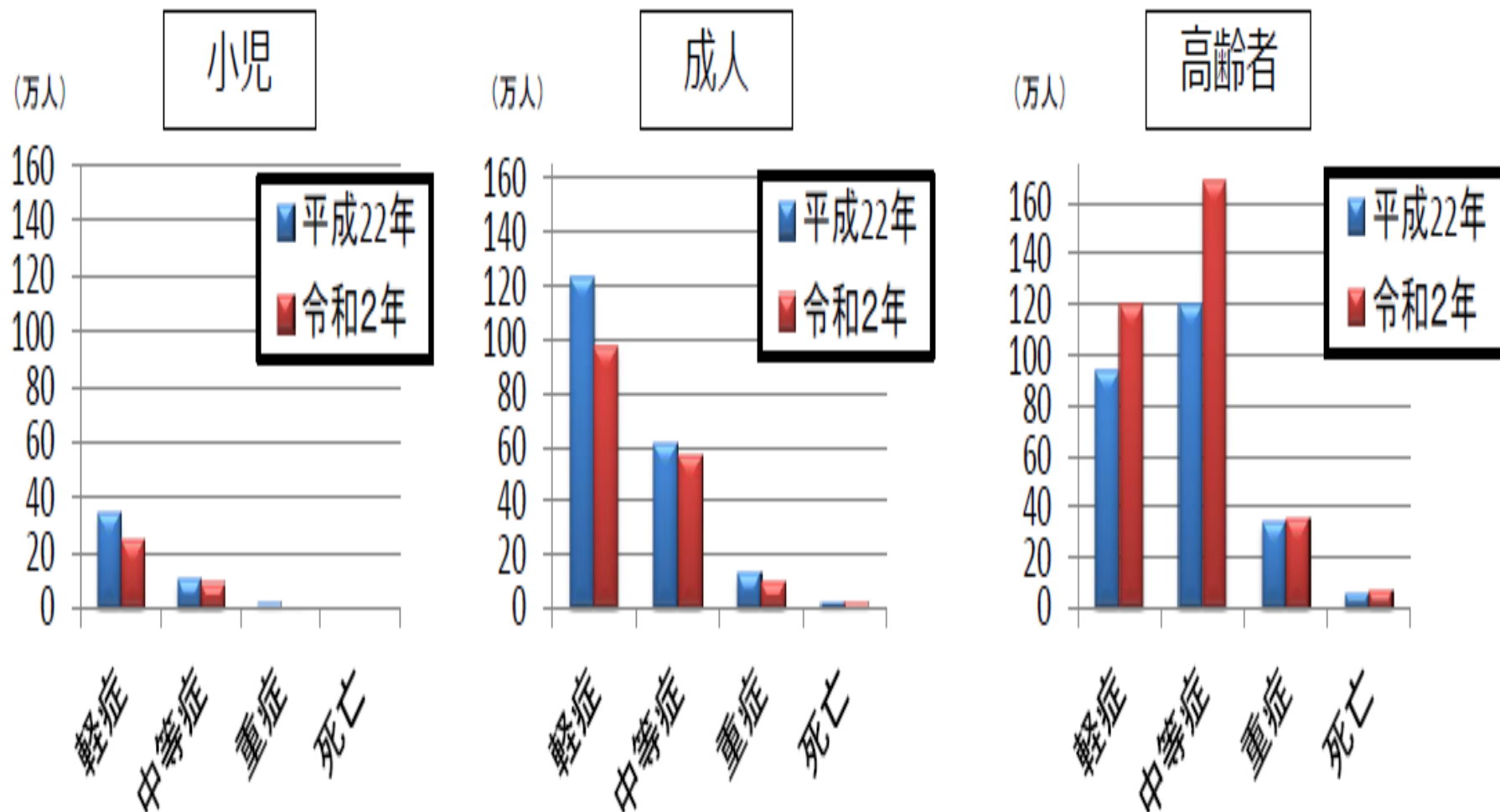


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料 1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料 1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料 2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料 1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料 1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

○ 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。

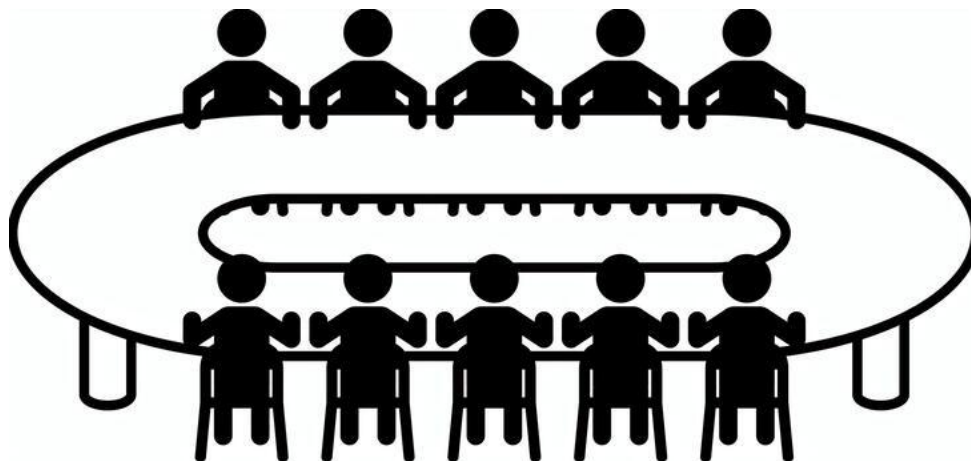
○ 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻 (転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,554	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	18,554	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	18,554	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	18,554	2.6%	34	I610	(大脳) 半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少 (症)	18,554	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	18,554	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	18,554	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	18,554	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	18,554	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四) 肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	18,554	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	18,554	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	18,554	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	18,554	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	18,554	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	18,554	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	18,554	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	18,554	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	18,554	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	18,554	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	18,554	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	18,554	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

パート2

新たな地域医療構想



新たな地域医療構想までに 11万床減、自公維が共有

一般病床・療養病床で5.6万床、精神科病床で5.3万床



2025年5月23日

医療提供体制の各国比較(2021)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	2.8	2.4	7.8	5.6	2.0	12.6
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.5	—	5.8	—	—	—
人口千人当たり臨床医師数	2.7	3.2	4.5	3.2	4.4	2.6 ^{※2}
病床百床当たり臨床医師数	96.3	131.2	58.4	56.6	220.2	20.5 ^{※2}
人口千人当たり 臨床看護職員数	12.0 [#]	8.7	12.0	9.7 [#]	10.9	12.1 ^{※2}
病床百床当たり 臨床看護職員数	432.2 [#]	358.6	155.0	171.7 [#]	544.2	95.8 ^{※2}
平均在院日数	6.5	6.9	8.8	9.1	5.5	27.5
平均在院日数(急性期)	5.9	7.1	7.4	5.6	5.4	16.0
人口一人当たり 外来診察回数	3.6	5.0 ^{※1}	9.4	5.5	2.3	11.7

(出所)「OECD Data Explorer」をもとに、厚生労働省医政局地域医療計画課にて作成。

注1:「※1」は2009年、「※2」は2020年

注2:「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3:一人当たり医療費(米ドル)については、購買力平価である。

注4:「病床百床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

注5:「病床百床当たり臨床看護職員数」は、臨床看護職員数(アメリカ、フランスは研究機関等で勤務する職員を含む)を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

主要国の平均在院日数と病床数の関係

平均在院日数

(日)

40

35

30

25

20

15

10

0

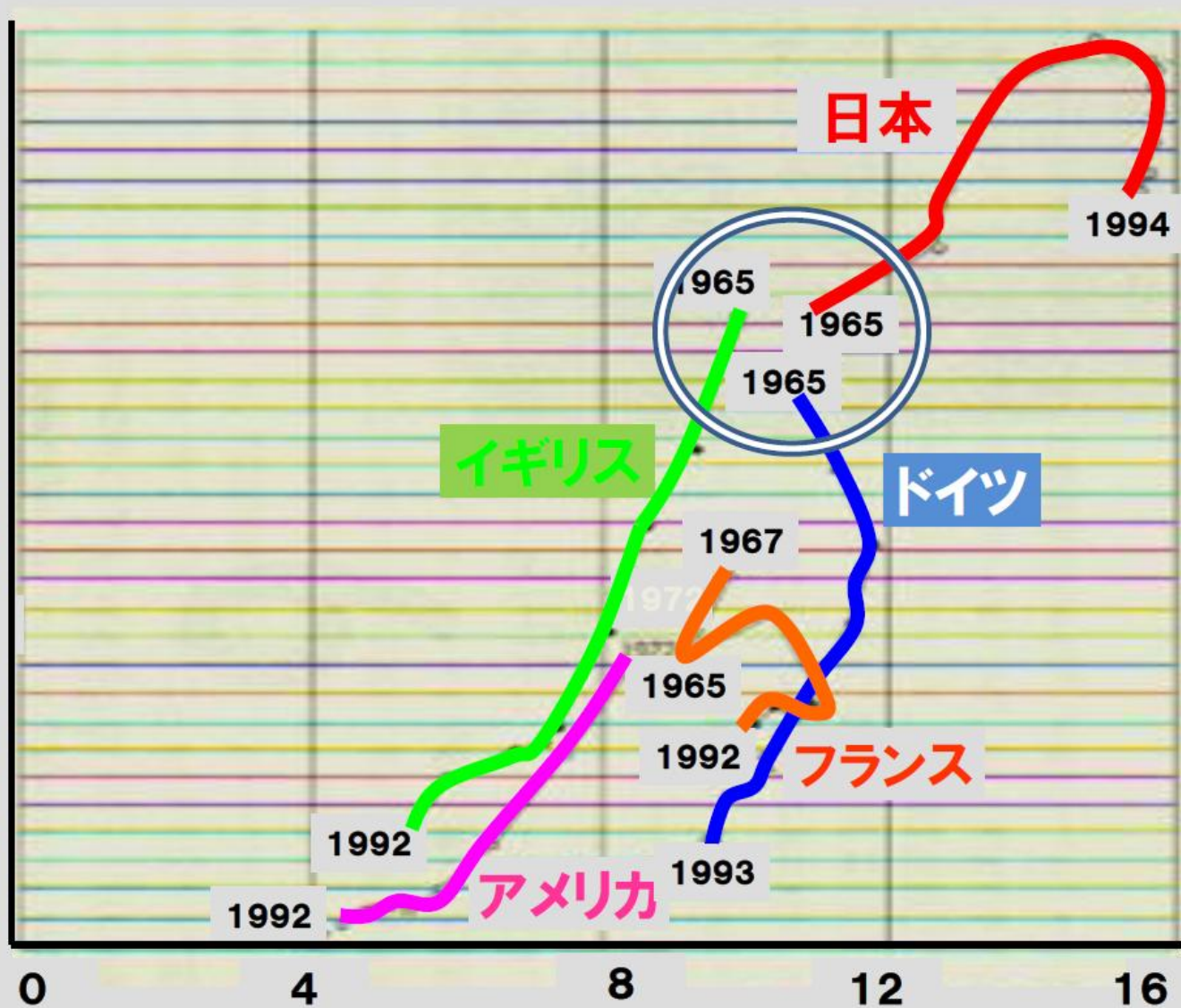
4

8

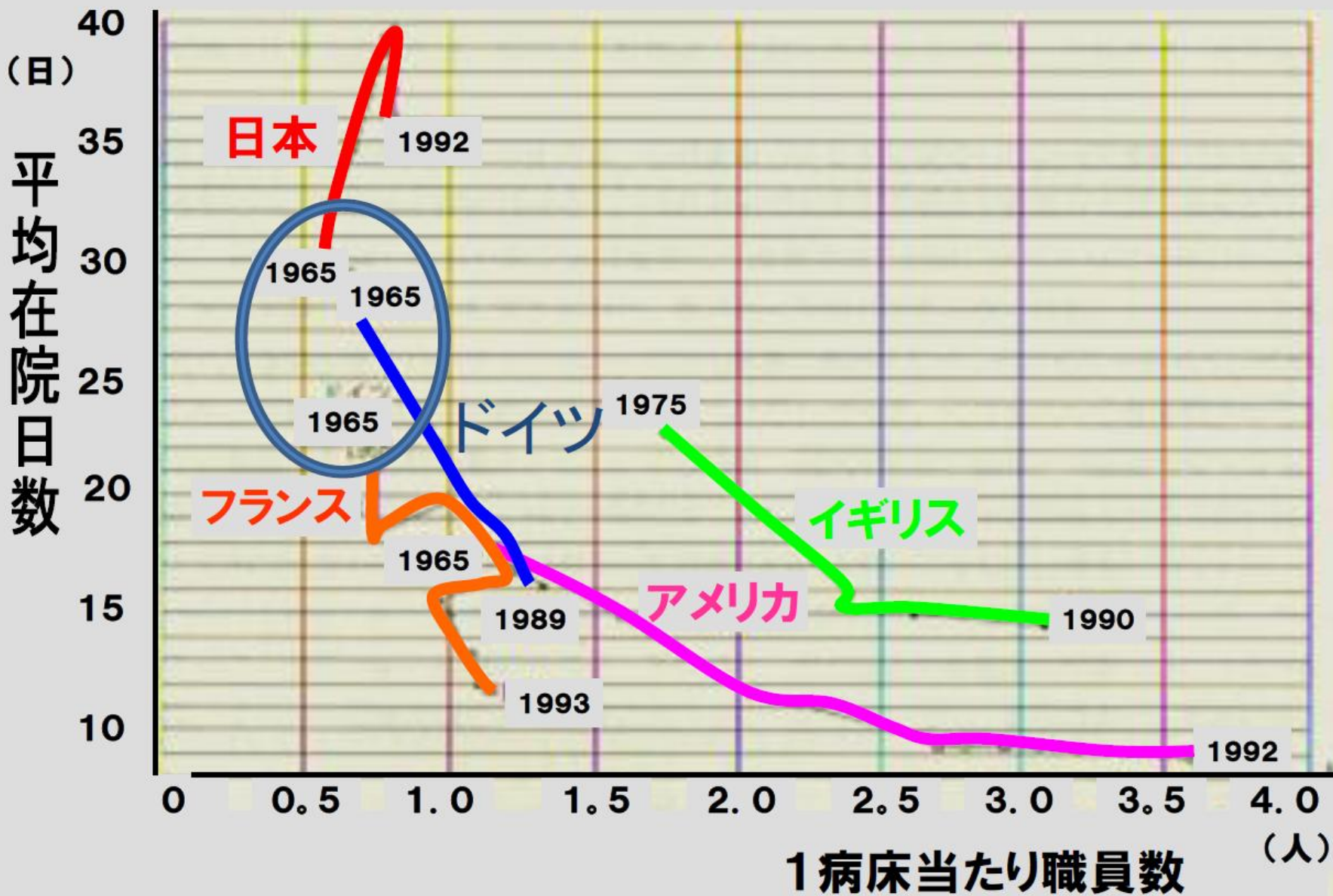
12

16 (床)

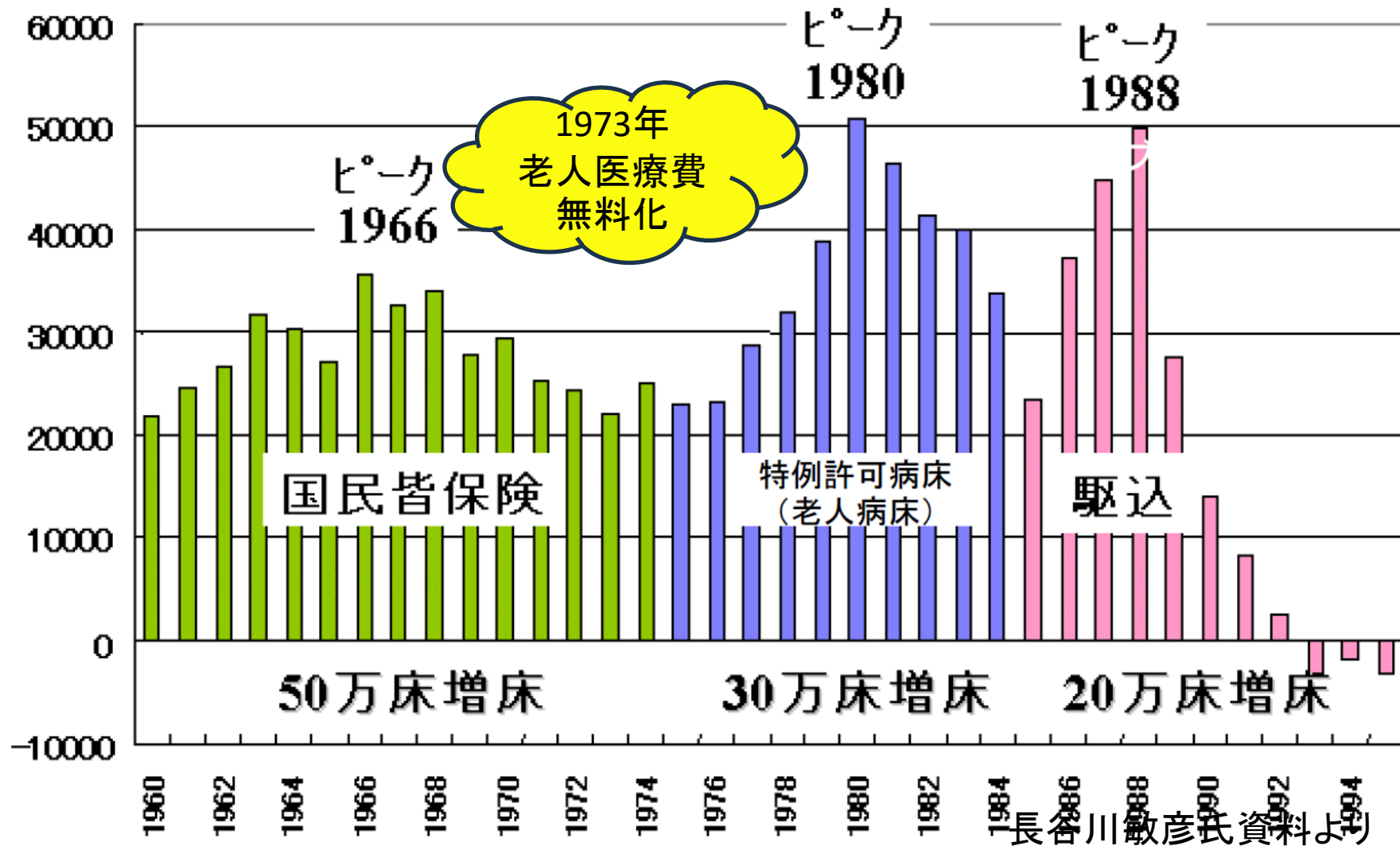
人口千人当たり病床数



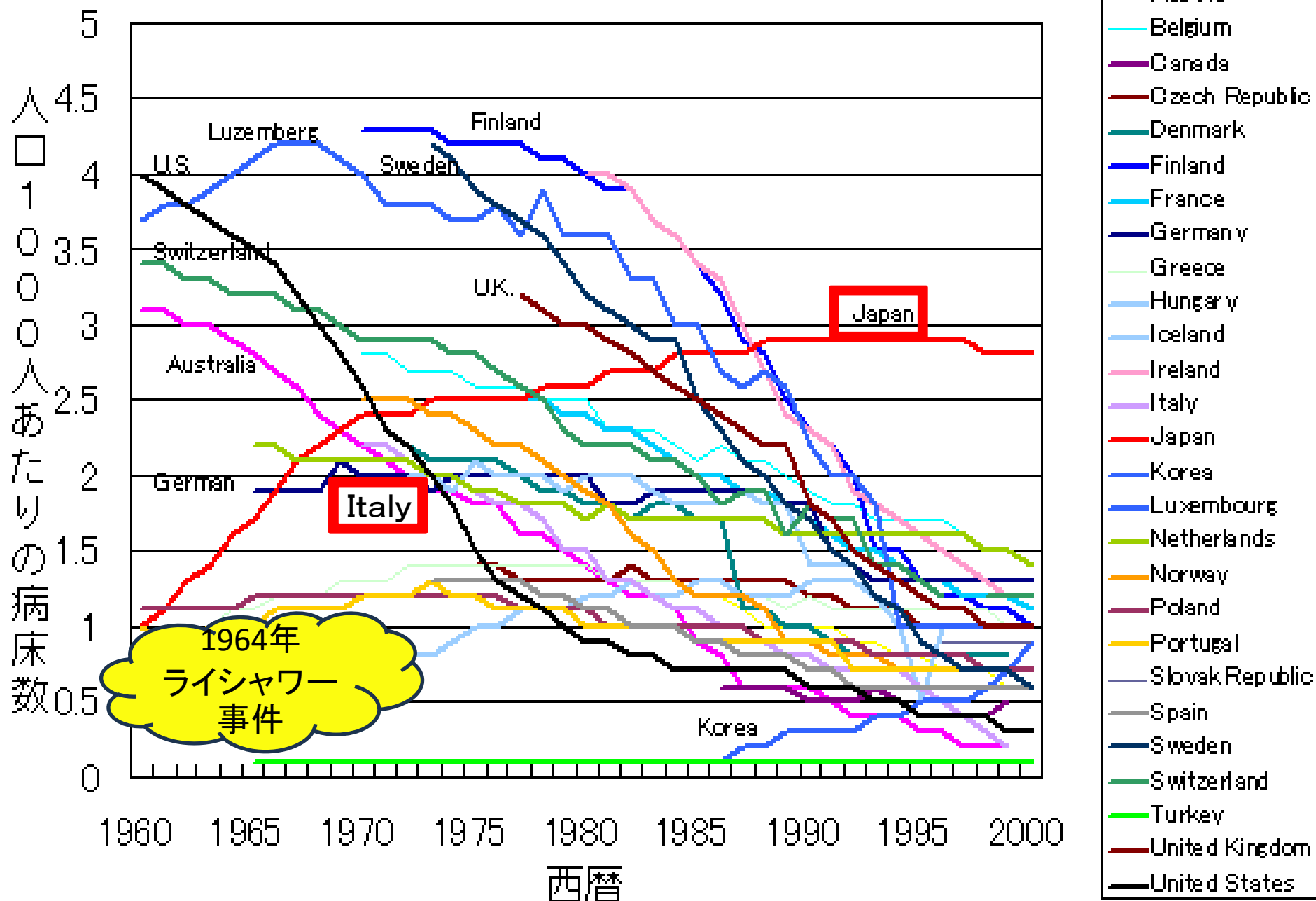
主要国の平均在院日数と1病床当たりの職員数の関係



日本増床三つのピーク



OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



ライシャワー事件 (1664年 昭和39年)

- ライシャワー事件
 - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
 - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年(昭和40年)に「精神衛生法」が一部改正された
 - 精神疾患患者の施設隔離が始まった
- **精神科特例**(1958年)
 - 少ない職員でも精神科病院を開設できる特例

- ライシャワー駐日大使



日本の入院病床は 先進各国のトレンドに逆行した

特例許可老人病院、精神科特例などの
職員密度の少ない病床が増えた
この後始末をしているのが地域医療構想だ

第1回新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年3月29日



地域医療構想の検討体制（案）

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

＜現行の地域医療構想＞

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

（敬称略。五十音順）

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会

○：座長

＜新たな地域医療構想＞

新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）【新設】

（敬称略。五十音順）

- | | |
|--------|---------------------------------|
| 石原 靖之 | 岡山県鏡野町健康推進課長 |
| 伊藤 伸一 | 一般社団法人日本医療法人協会会長代行 |
| 猪口 雄二 | 公益社団法人全日本病院協会会長 |
| 今村 知明 | 奈良県立医科大学教授 |
| 江澤 和彦 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| 遠藤 久夫 | 学習院大学教授 |
| 大屋 祐輔 | 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事 |
| 岡 俊明 | 一般社団法人日本病院会副会長 |
| 尾形 裕也 | 九州大学名誉教授 |
| 小熊 豊 | 公益社団法人全国自治体病院協議会会長 |
| 香取 照幸 | 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授 |
| 河本 滋史 | 健康保険組合連合会専務理事 |
| 國分 守 | 福島県保健福祉部長 |
| 櫻木 章司 | 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事 |
| 佐藤 博文 | 岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長 |
| 高橋 泰 | 国際医療福祉大学教授 |
| 土居 丈朗 | 慶應義塾大学教授 |
| 東 憲太郎 | 全国老人保健施設協会会長 |
| 松田 晋哉 | 産業医科大学教授 |
| 山口 育子 | 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 |
| 吉川 久美子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 |

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

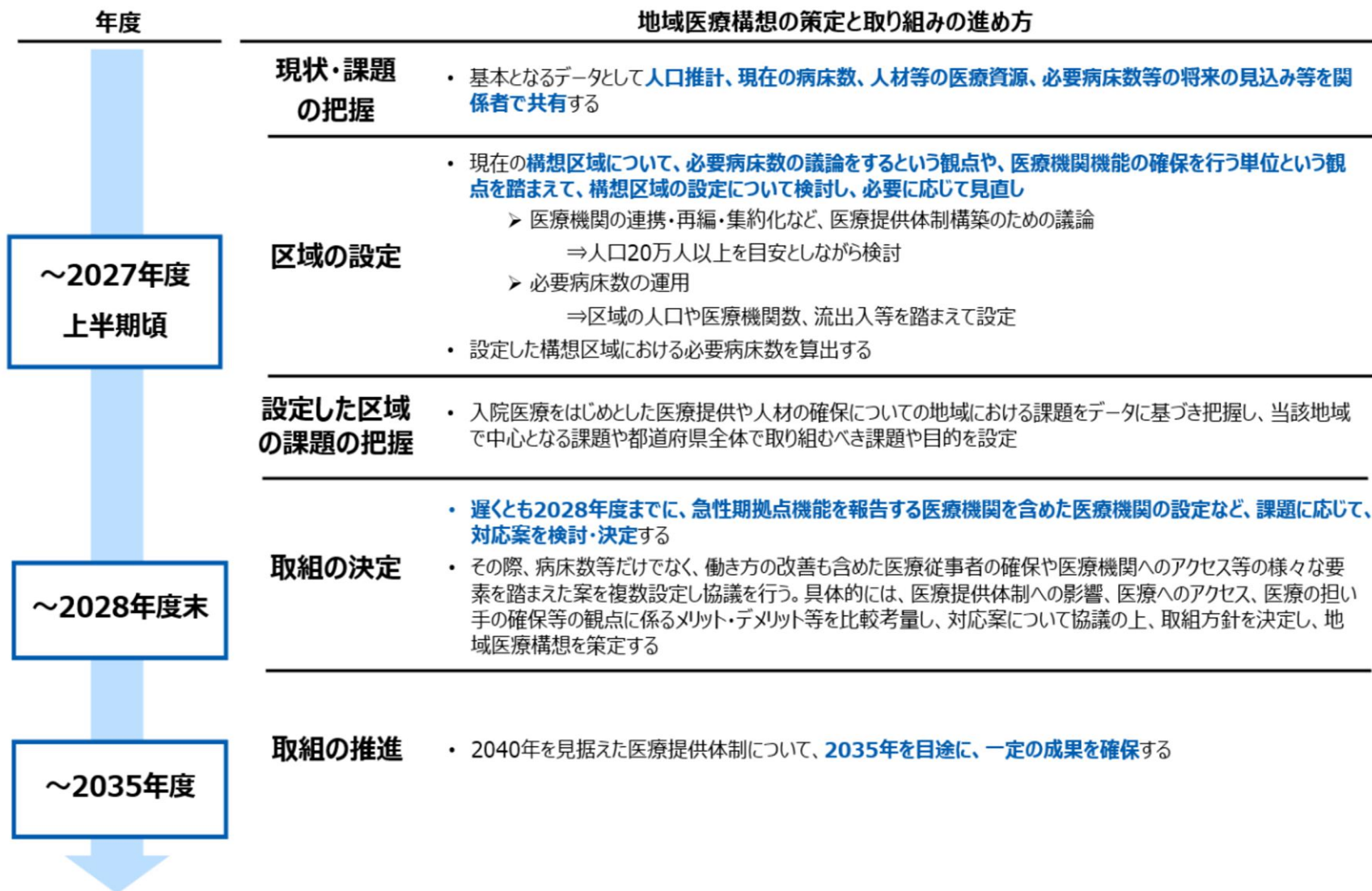
- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

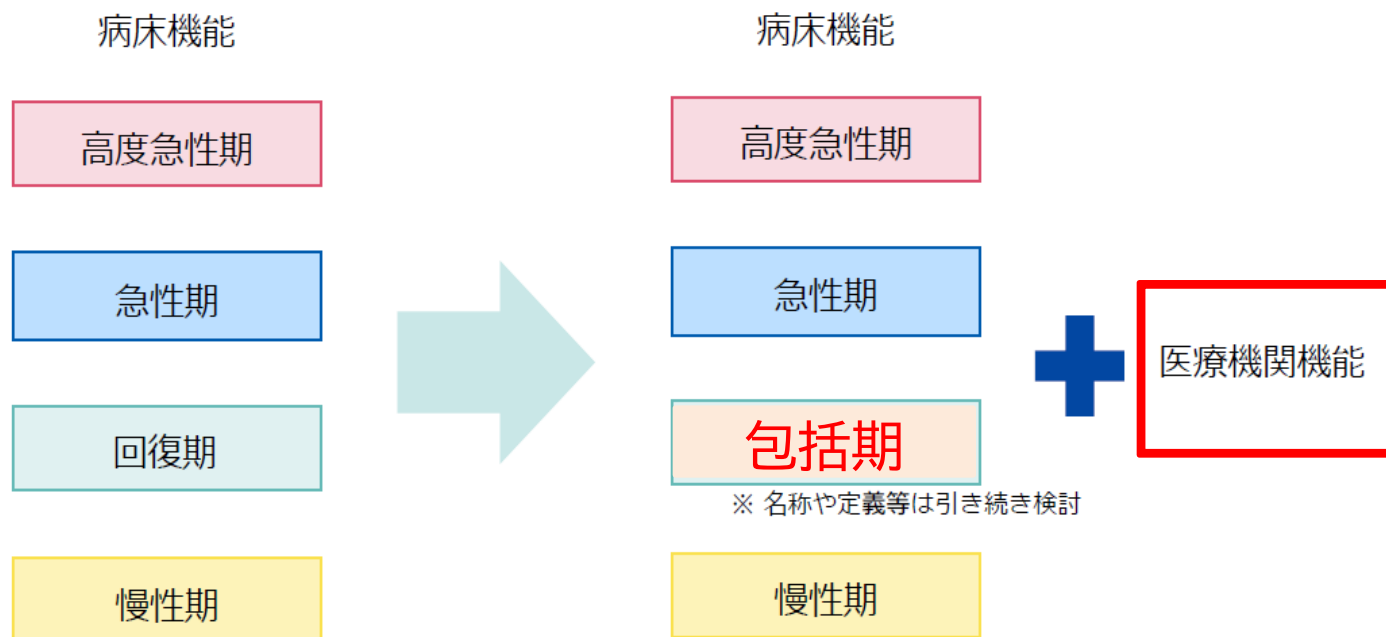
- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映） 等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール



病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



病床機能等の分類の見直し

■ 病床機能等の分類

病床機能の名称は、関係者等に予断をいだかせないような名称にする必要がある

さらに、病院には様々な科があり得意分野は異なる。

「病床機能報告」を「病棟単位の医療機能」を示す「**病棟機能報告**」として位置付けると共に「回復期」を「**包括期**」と名称変更し、分かりやすく示すことも必要

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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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 ↓ 包括期機能	○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

包括期入院機能とは？

- ・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能
- ・地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟、回復期リハ病棟など

5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

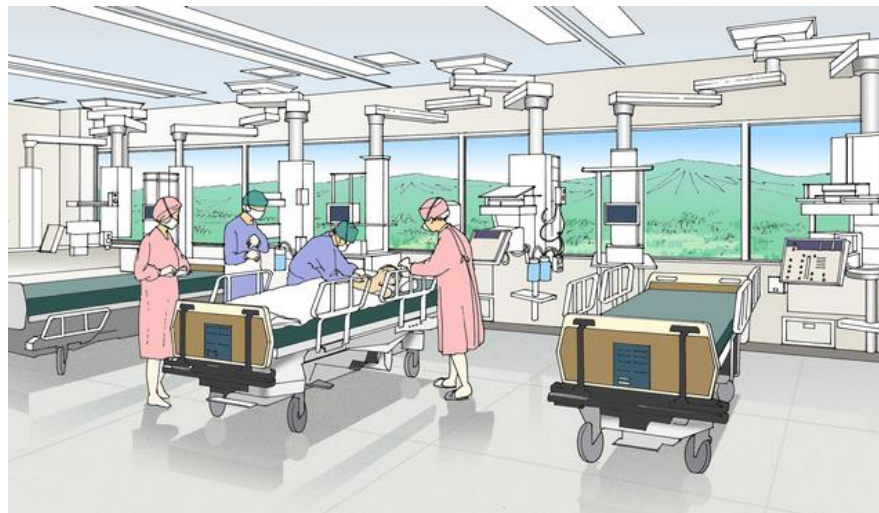
※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

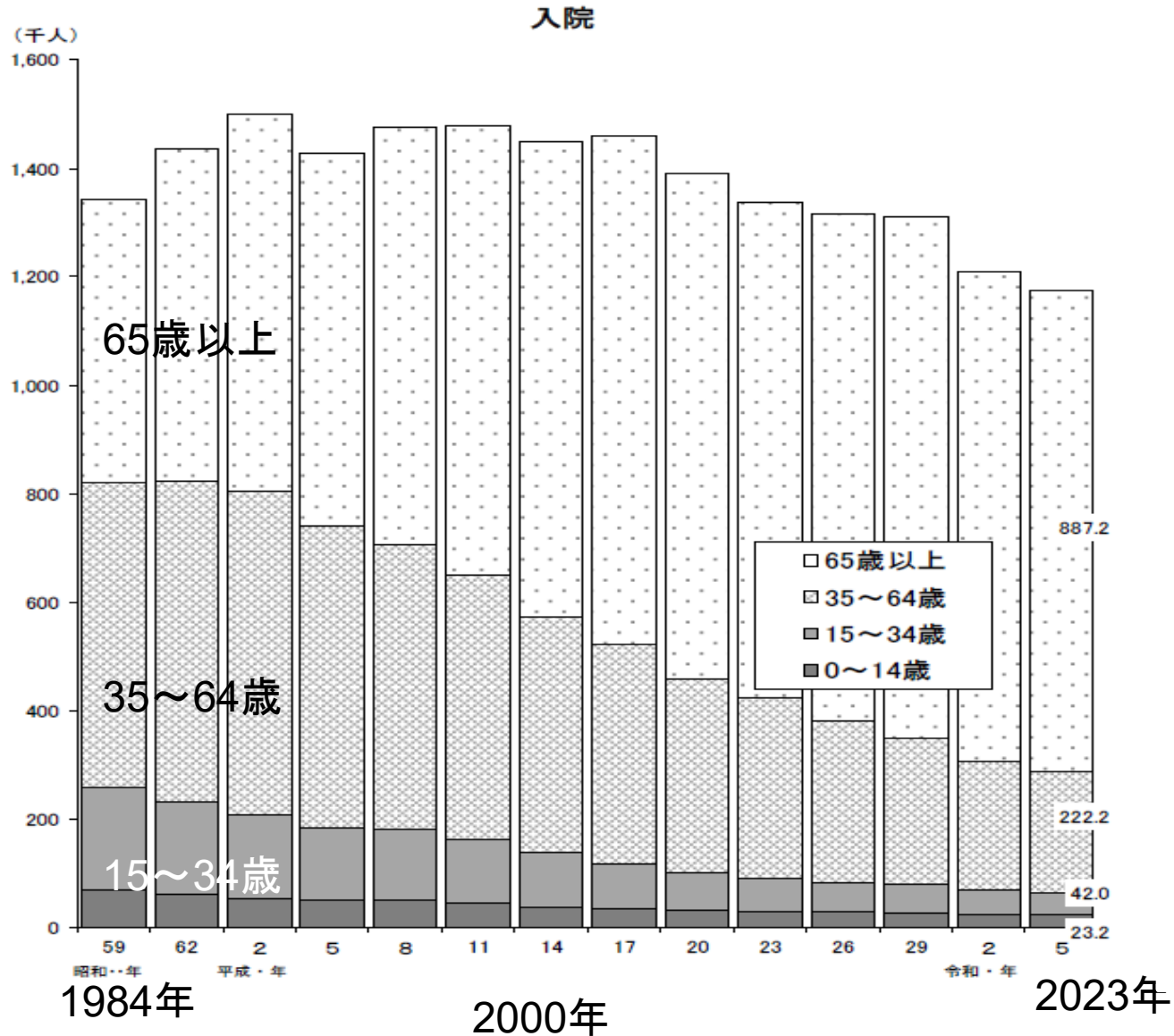
- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

減る急性期医療ニーズ

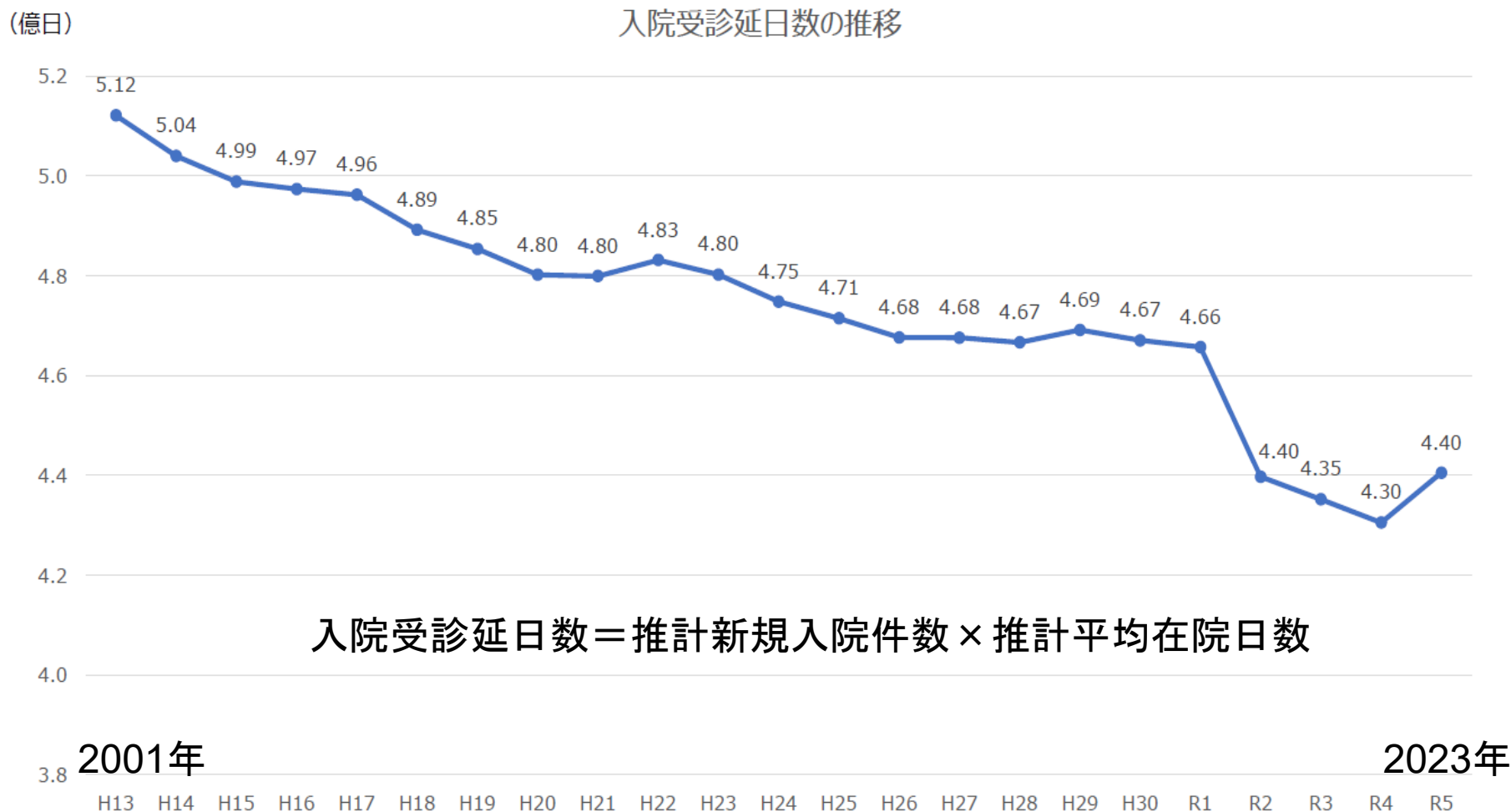


患者調査でみる入院患者の年次推移



入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

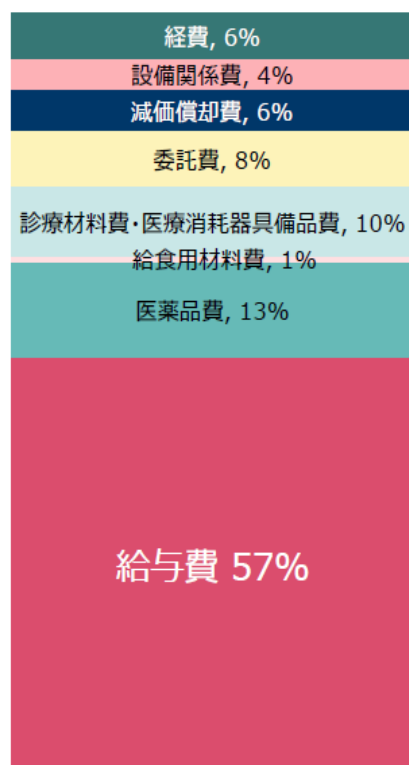
※ 1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。

※ 2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

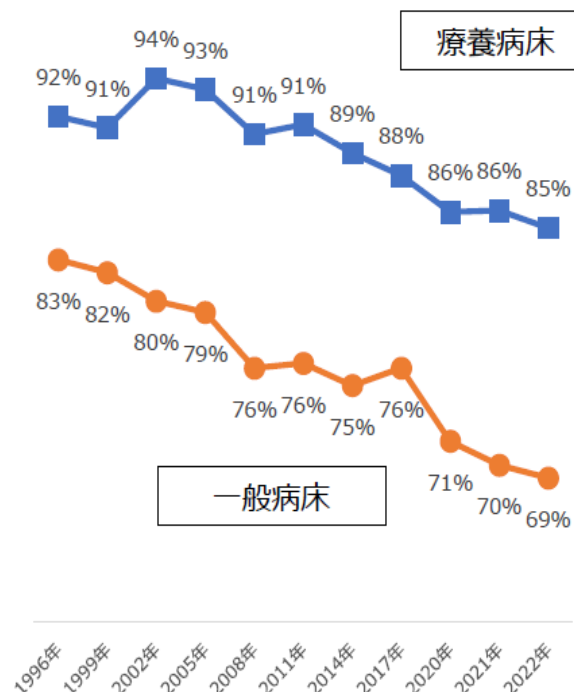
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



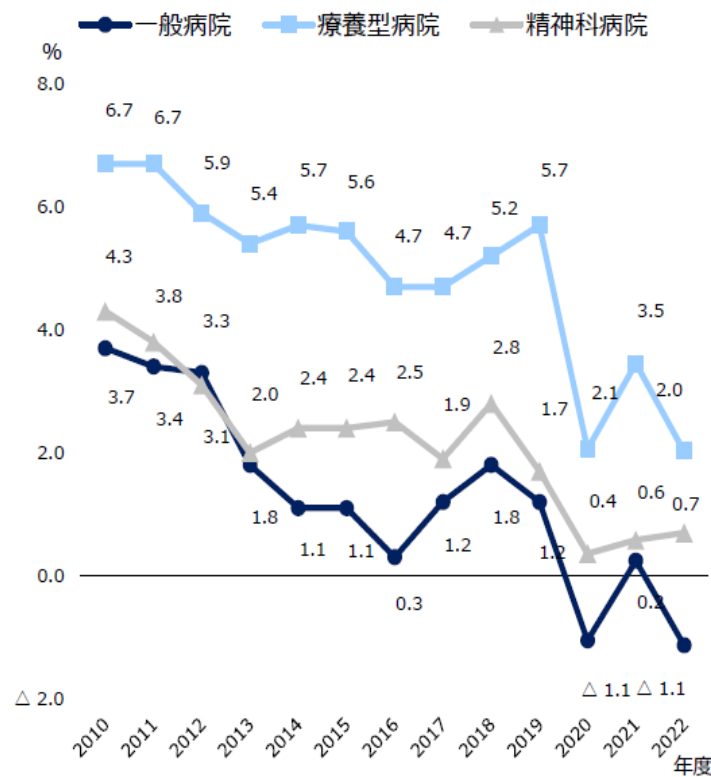
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

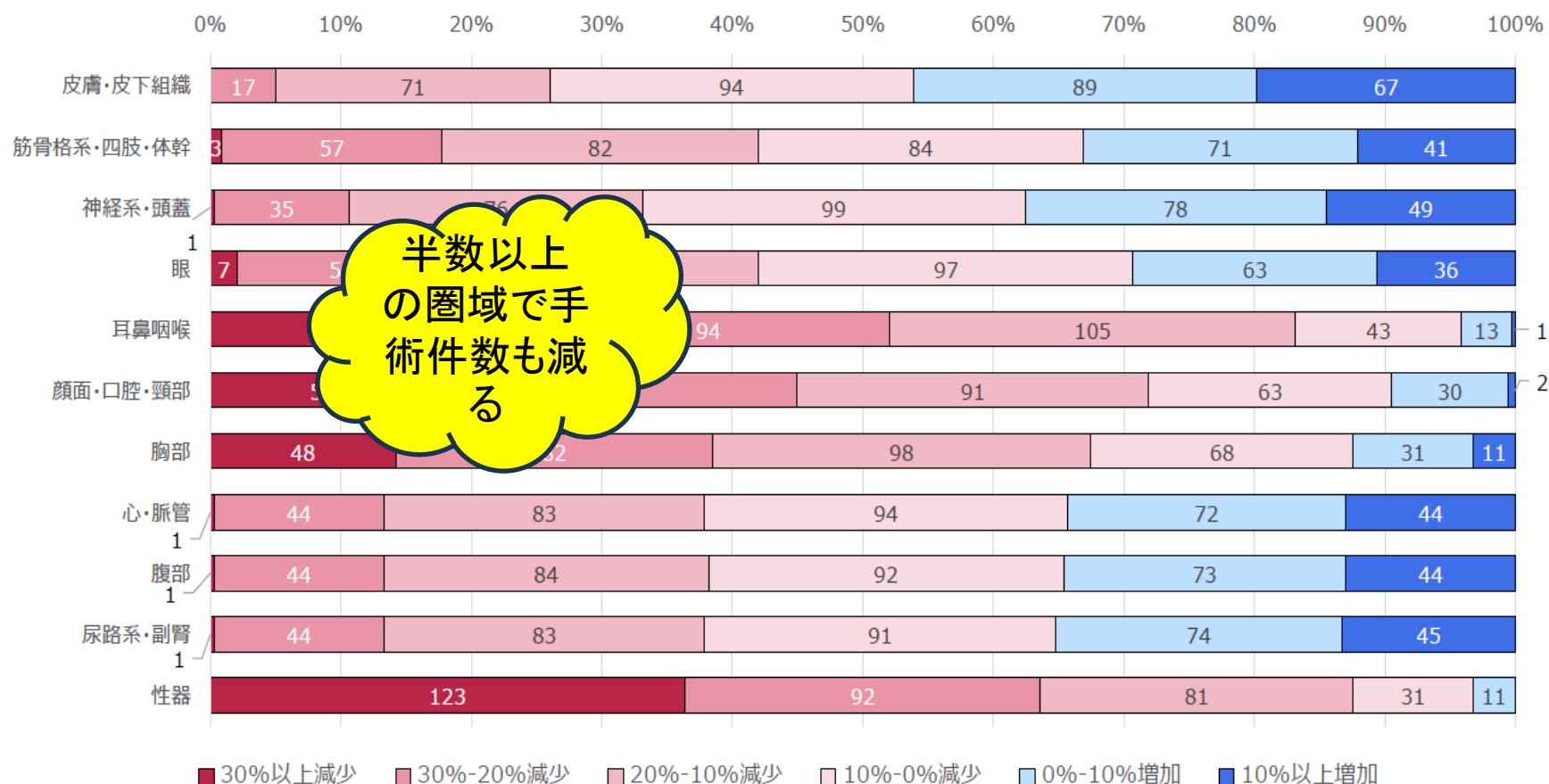
注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

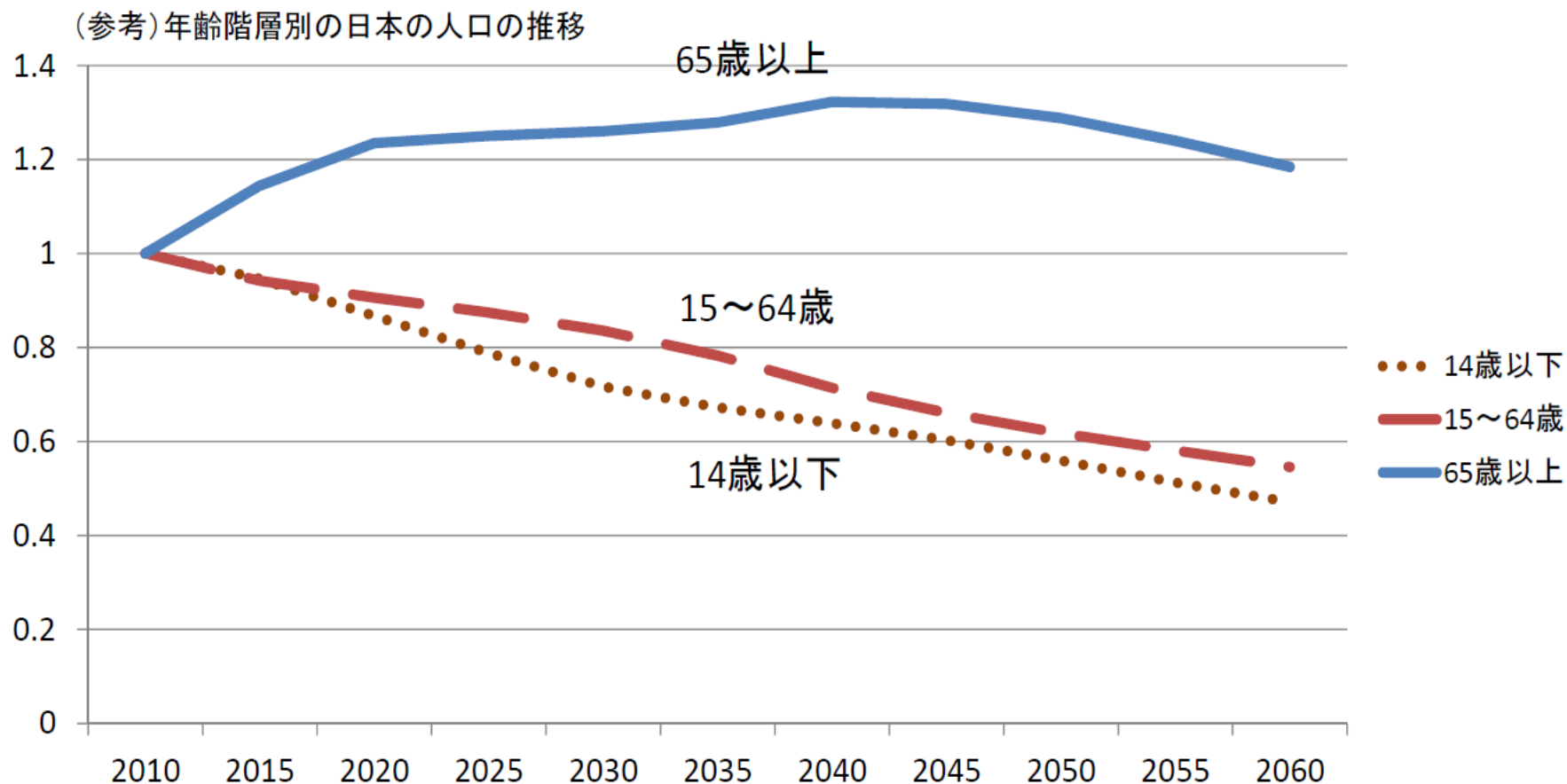
入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

中 医 協

②総(Ⅲ)6

2 9 . 3 . 1 5

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。



※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

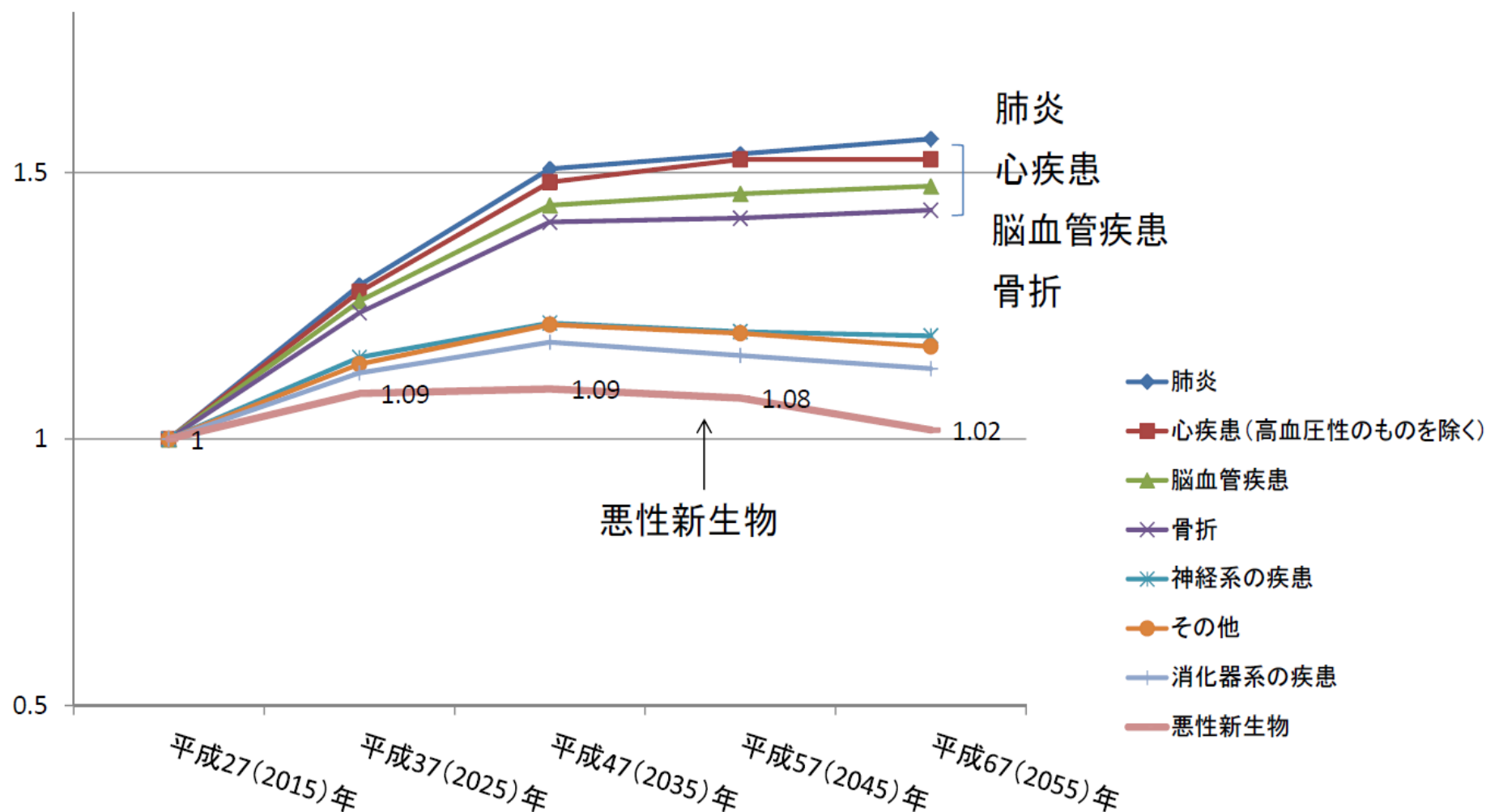
(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」

(平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

中医協②総(Ⅲ)2
29.11.24

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率

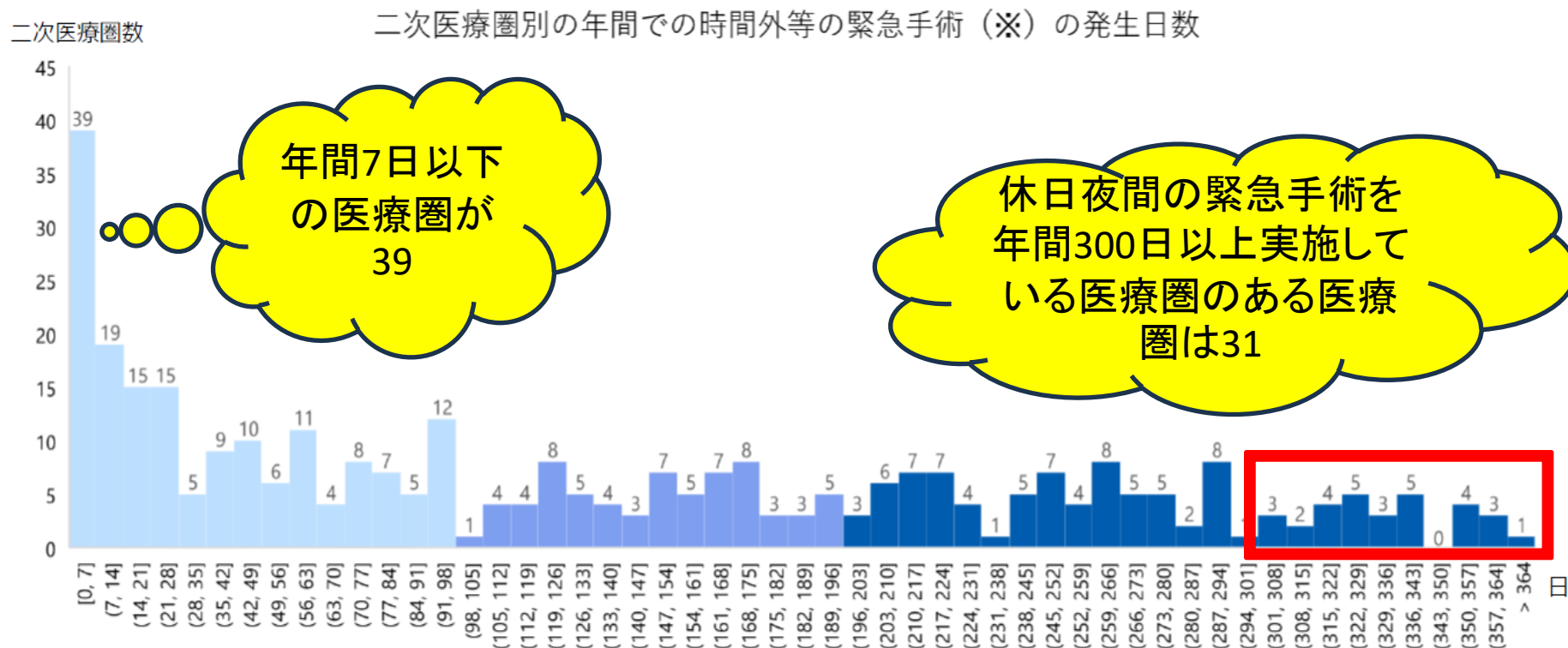


救急・急性期医療の 集約化



24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。



2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

医療機関あたりの症例数と医療の質について ハイボリュームセンター

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

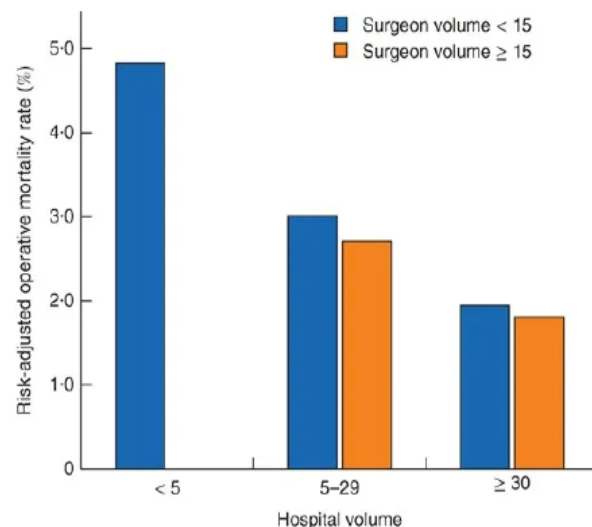
食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Crude HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.17	0.93-1.47	1.08	0.93-1.25	1.17	0.83-1.65	1.18	0.98-1.42	0.97	0.82-1.15
Low	1.39	1.11-1.73	1.20	1.04-1.39	1.11	0.81-1.52	1.29	1.06-1.56	1.15	1.05-1.24
Very low	2.29	1.81-2.91	1.76	1.49-2.07	1.70	1.23-2.36	1.75	1.43-2.12	1.19	1.00-1.41

Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係

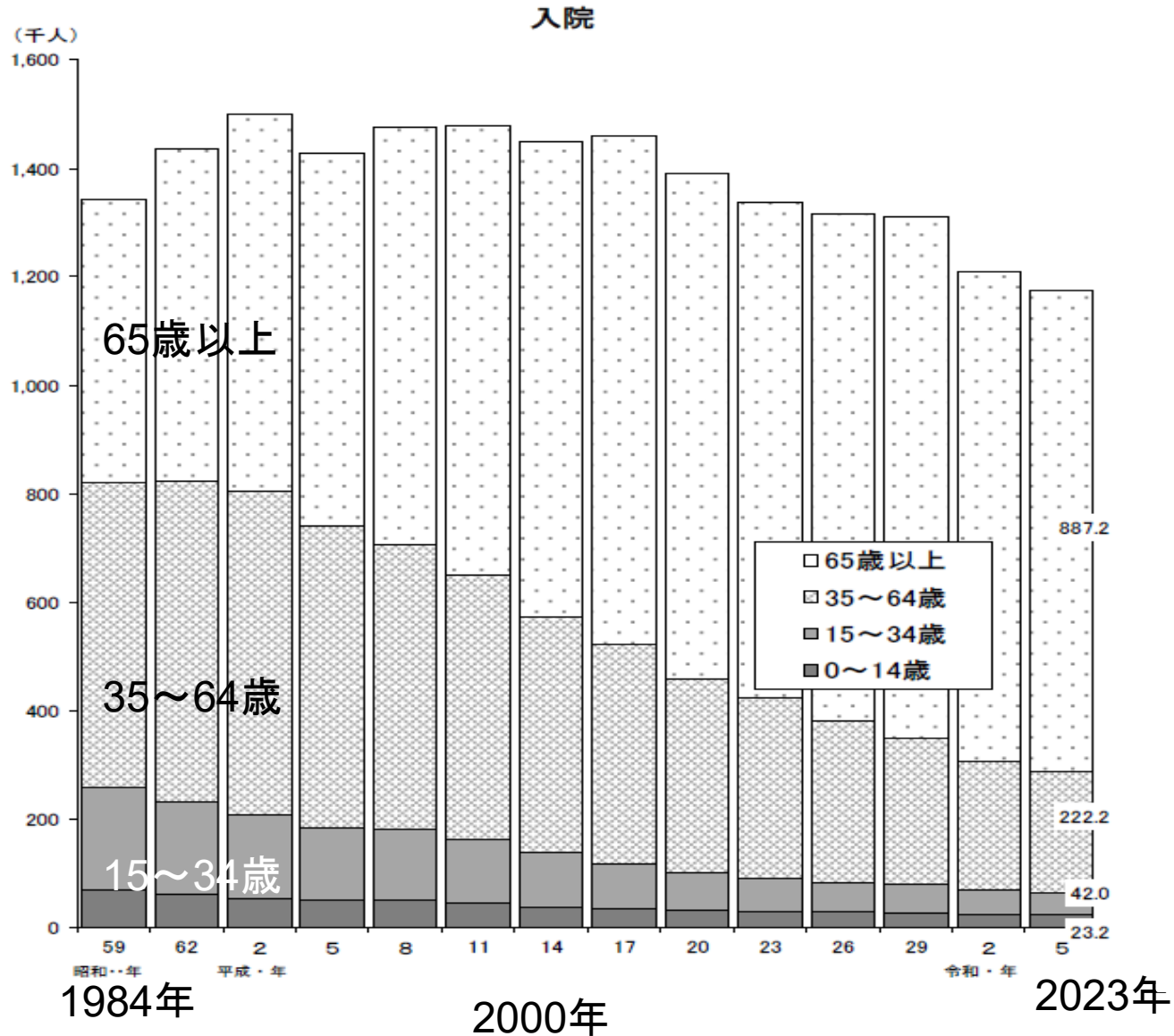


Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

増える包括期ニーズ



患者調査でみる入院患者の年次推移

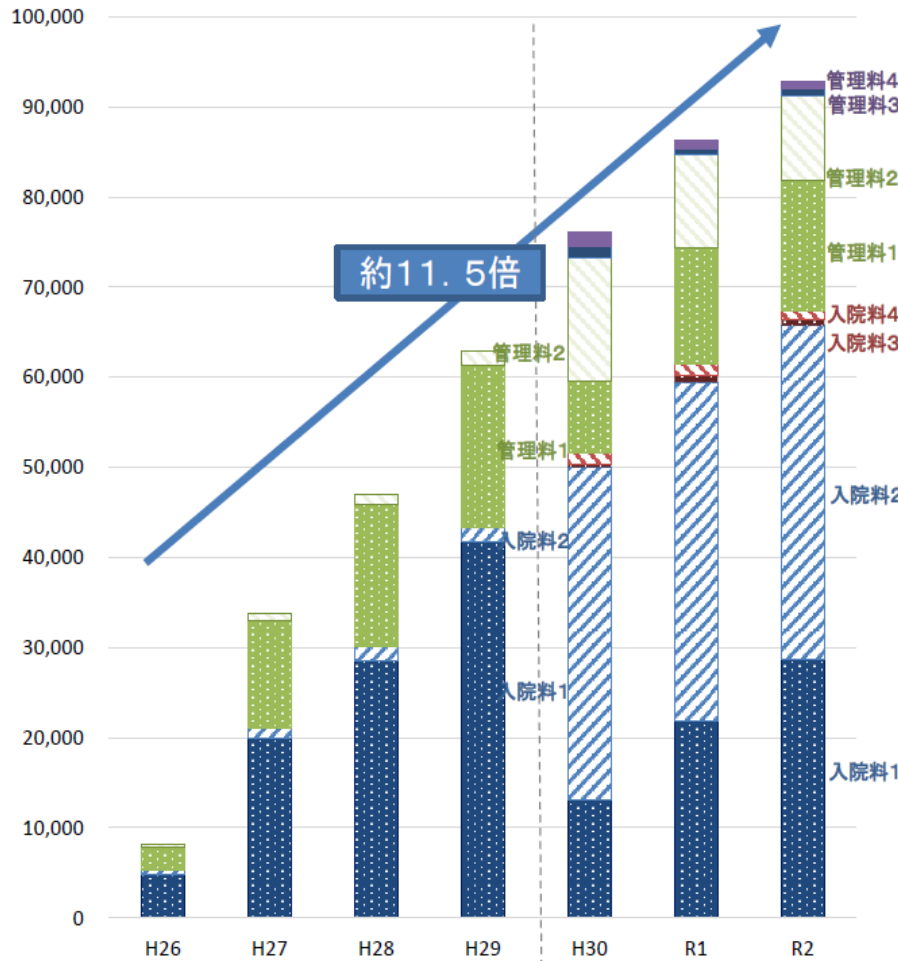


入院料別の届出病床数の推移

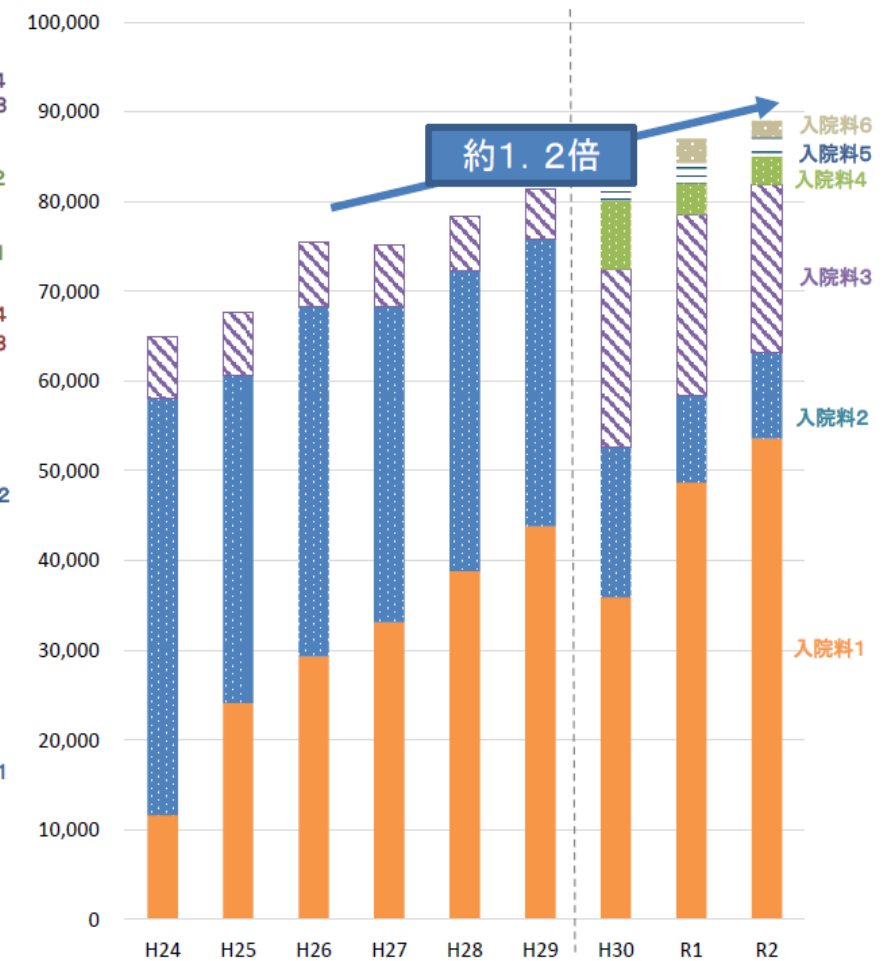
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2024年改定 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養である。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟算定153病院

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

令和7年（2025年）5月16日時点の地方厚生局確認データ（R7年4月届出まで）

（一部4月更新あり）

TOP10ランキング

1 大阪府 18

2 東京都 17

3 神奈川県 12

3 兵庫県 12

5 愛知県 7

5 京都府 7

8 岡山県 7

9 千葉県 7

9 長野県 6

9 福岡県 6

病床数8,495床

北海道 2

東北 8

関東信越 54

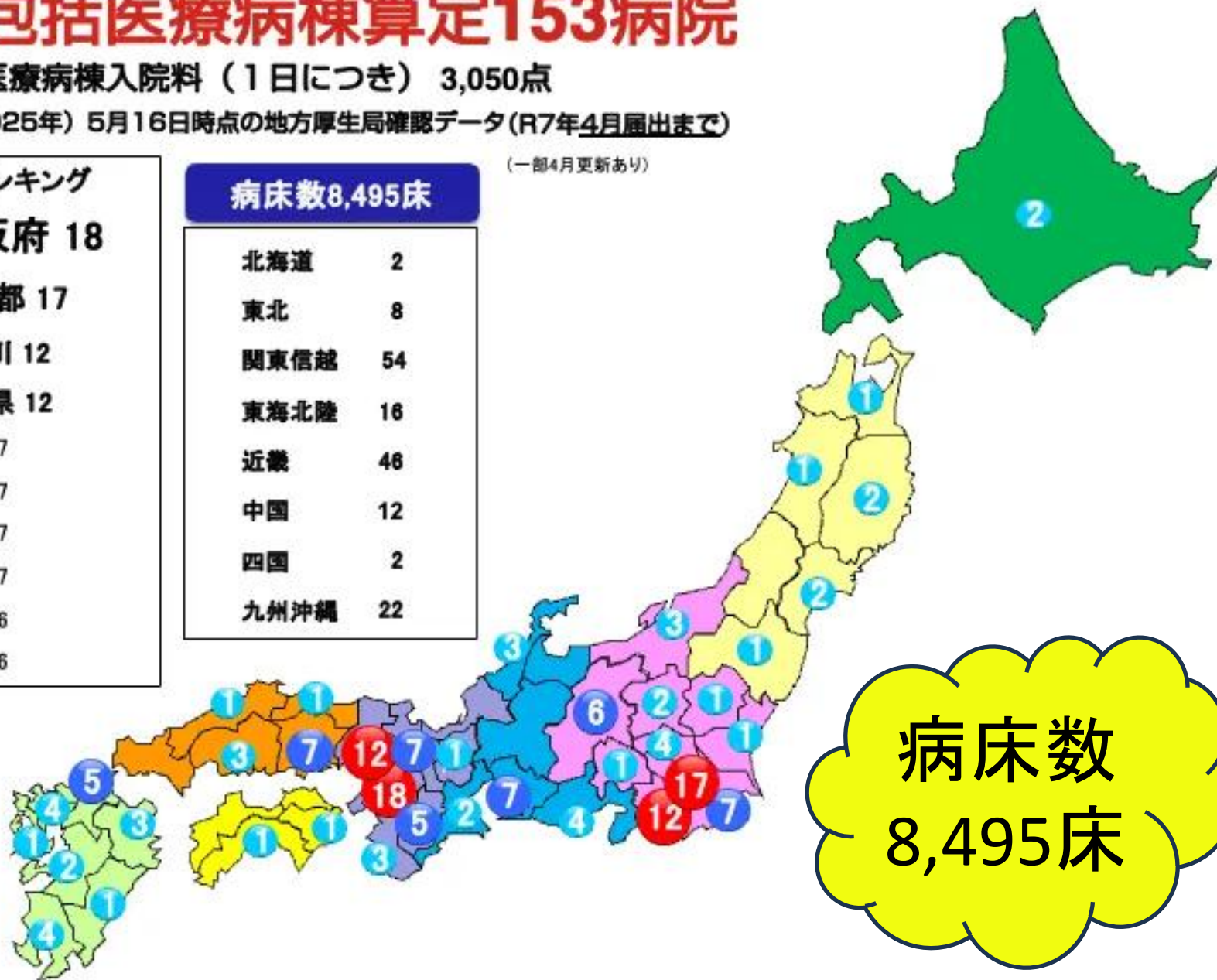
東海北陸 16

近畿 46

中国 12

四国 2

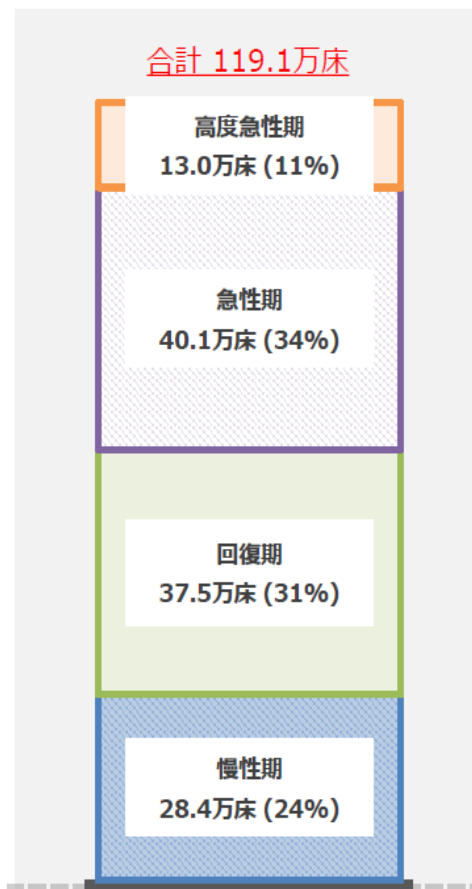
九州沖縄 22



2025年度病床機能報告について

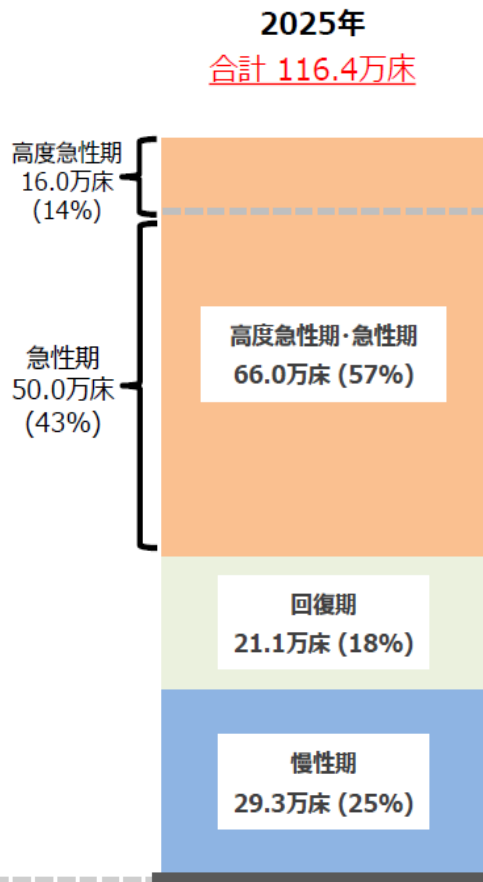
2025年の病床数の必要量

(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



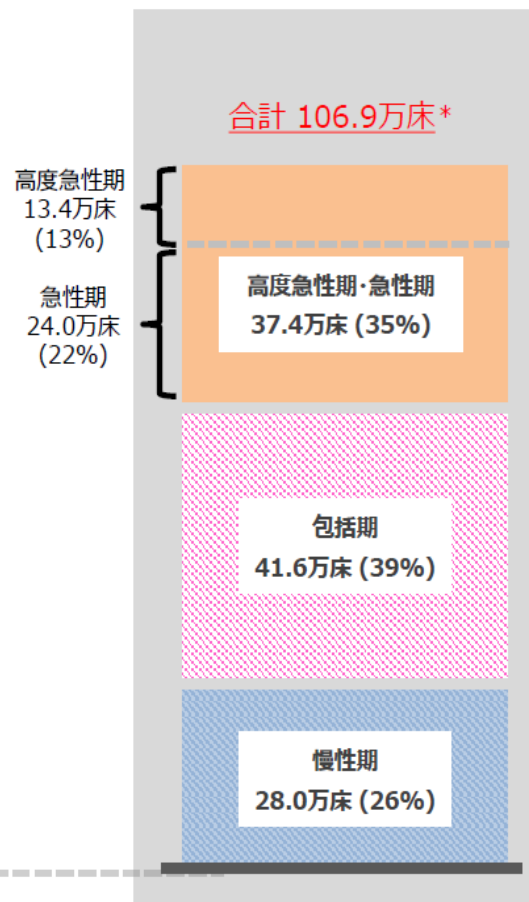
2025年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※4



2040年の病床数の必要量の機械的試算

(2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の実情(構想区域の見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの

※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2026年改定

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合について更に評価する。

現行

改定後

【地域包括医療病棟入院料】
地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

【地域包括医療病棟入院料】
地域包括医療病棟入院料（1日につき）
1 地域包括医療病棟入院料1
イ 入院料1 3,367点
□ 入院料2 3,267点
ハ 入院料3 3,117点
2 地域包括医療病棟入院料2
イ 入院料1 3,316点
□ 入院料2 3,216点
ハ 入院料3 3,066点



〔算定要件〕
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

〔算定要件〕
○ 同一病院内のA100一般病棟入院基本料算定病棟の有無に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟なし
地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟あり
○ 入院料1～3については、患者の入院形態及び治療予定に応じて、以下のいずれかを算定する。
入院料1：緊急入院で、主傷病に対して手術を行わないもの
入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの
入院料3：予定入院で、主傷病に対して手術を行うもの
※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域構想区域等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある地域医療構想の策定・推進に当たって、地域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

これからの
医療

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

衣笠病院

本年度平均 2025/01時点

高齢者救急・地域急性期機能

【救急】

依頼数	[件/月]	74
受入数	[件/月]	51
応需率	[%]	69%
うち入院数	[件/月]	29
入院率	[%]	57%

【外来】

患者数	[人/日]	319
診療単価	[円]	8,873



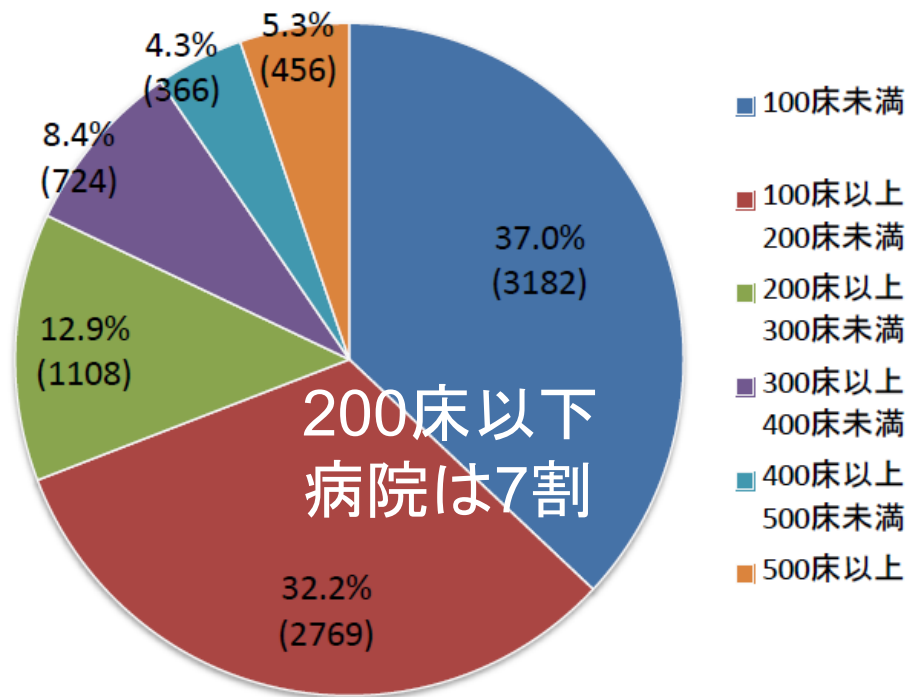
【入院】

	[全体]	急性期_本4	地ケア_本5	地ケア_東5	回りハ_東4	緩和ケア
実働病床数	194	50	53	38	33	20
延患者数	[人/日] 169	40	45	36	31	17
病床利用率	[%] 87%	79%	85%	95%	95%	85%
平均在院日数	[日] 23	12	30	34	75	18
診療単価	[円/日] 40,468	46,108	36,644	35,651	37,660	51,971
在宅復帰率	[%]		80%	80%	86%	
後期高齢者(75≦)構成	[%] 70%	66%	73%	78%	67%	70%

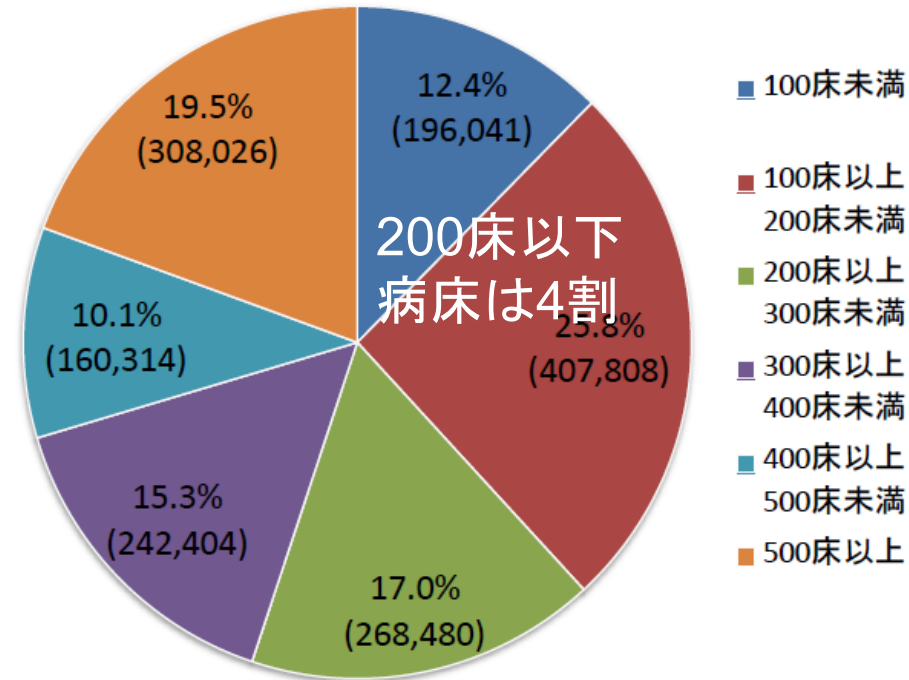
病床規模別病院数の割合

- 全病院8,605病院のうち、100床未満の病院は約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占める。
- 全病床1,583,073床のうち、100床未満の病院の病床は約1割を占め、100床以上200床未満の病院の病床は約3割を占める。

全病院(8,605病院)



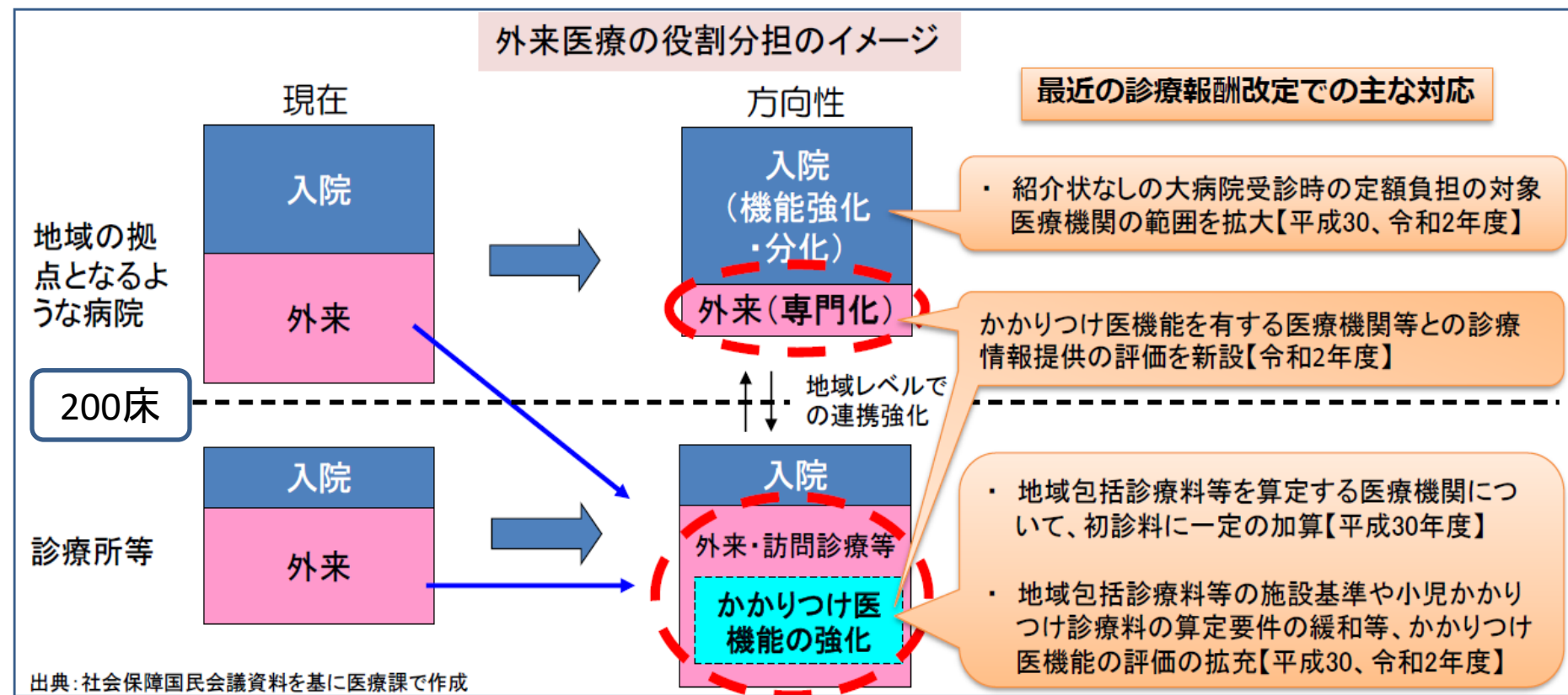
全病床(1,583,073床)



外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



増える在宅医療ニーズ

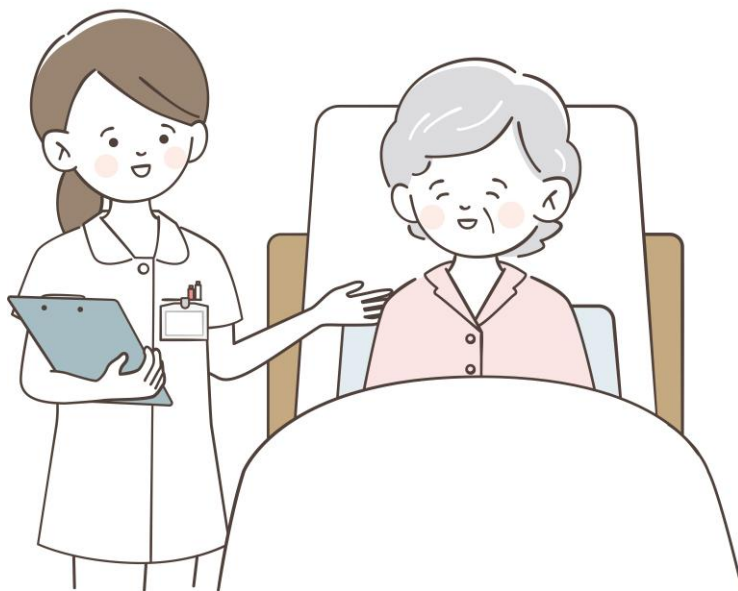
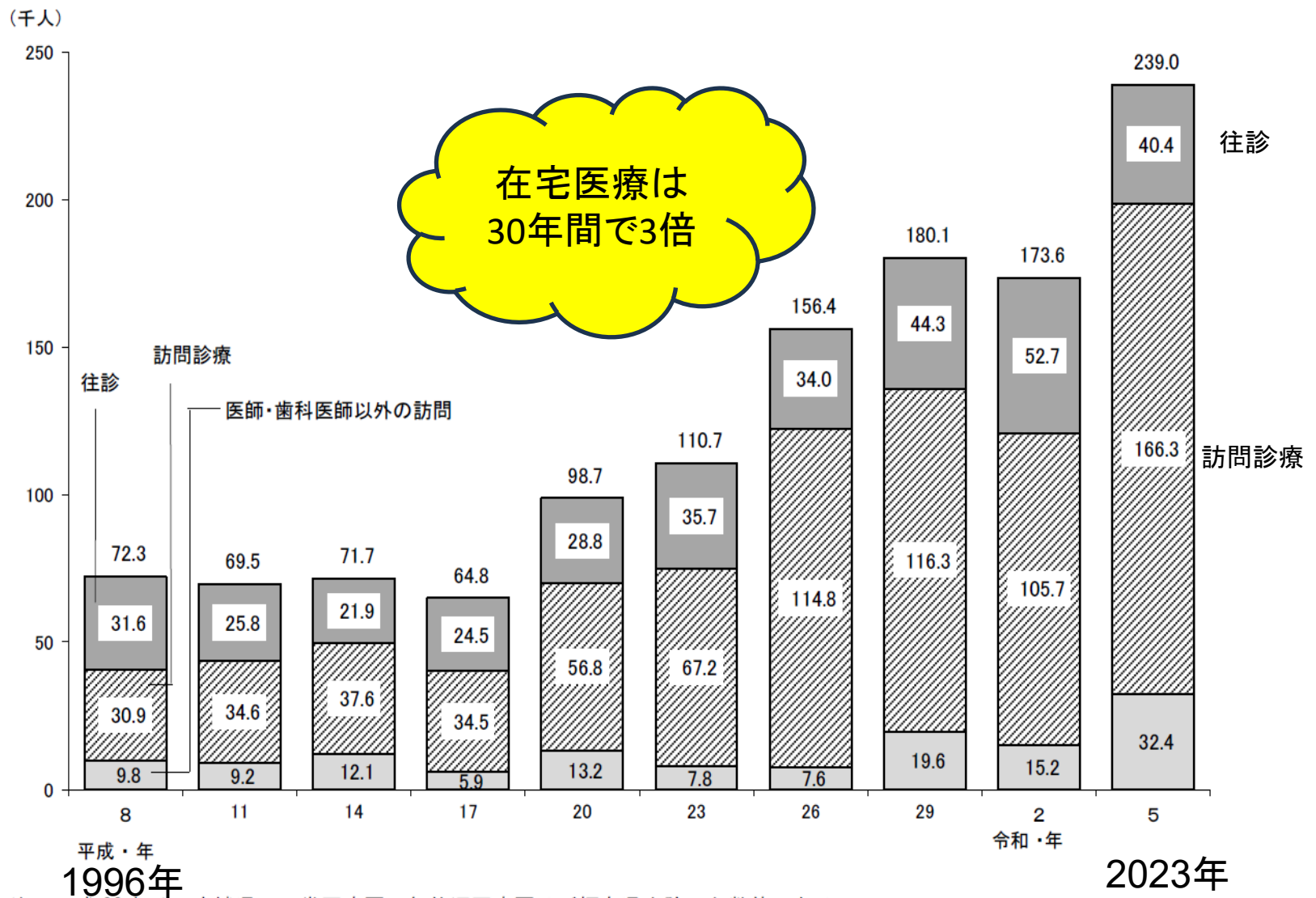


図3 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



注：平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

2023年患者調査

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

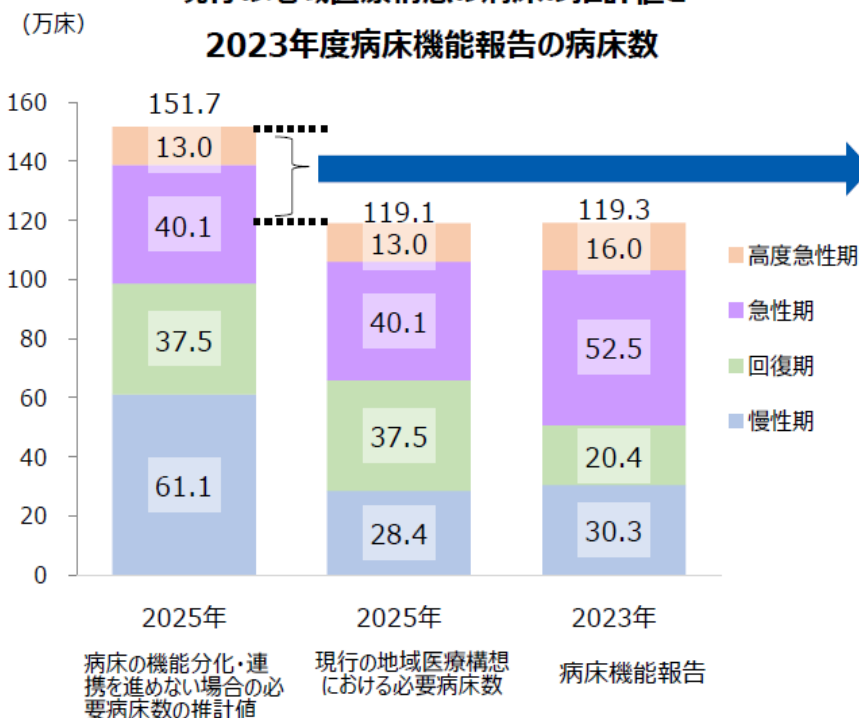
現行の地域医療構想の評価について

令和6年8月26日

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

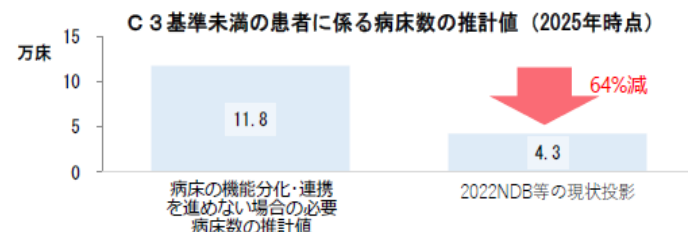
現行の地域医療構想の病床の推計値と

2023年度病床機能報告の病床数

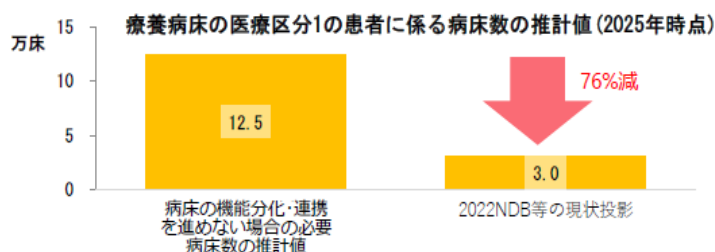


① C3基準未満の患者に係る病床

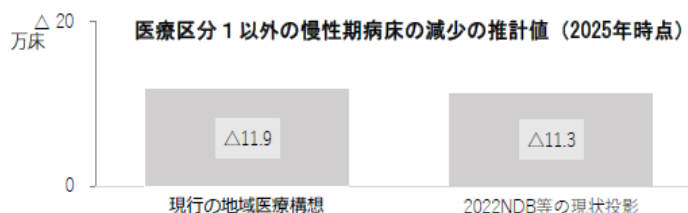
C3は
225点以下



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床

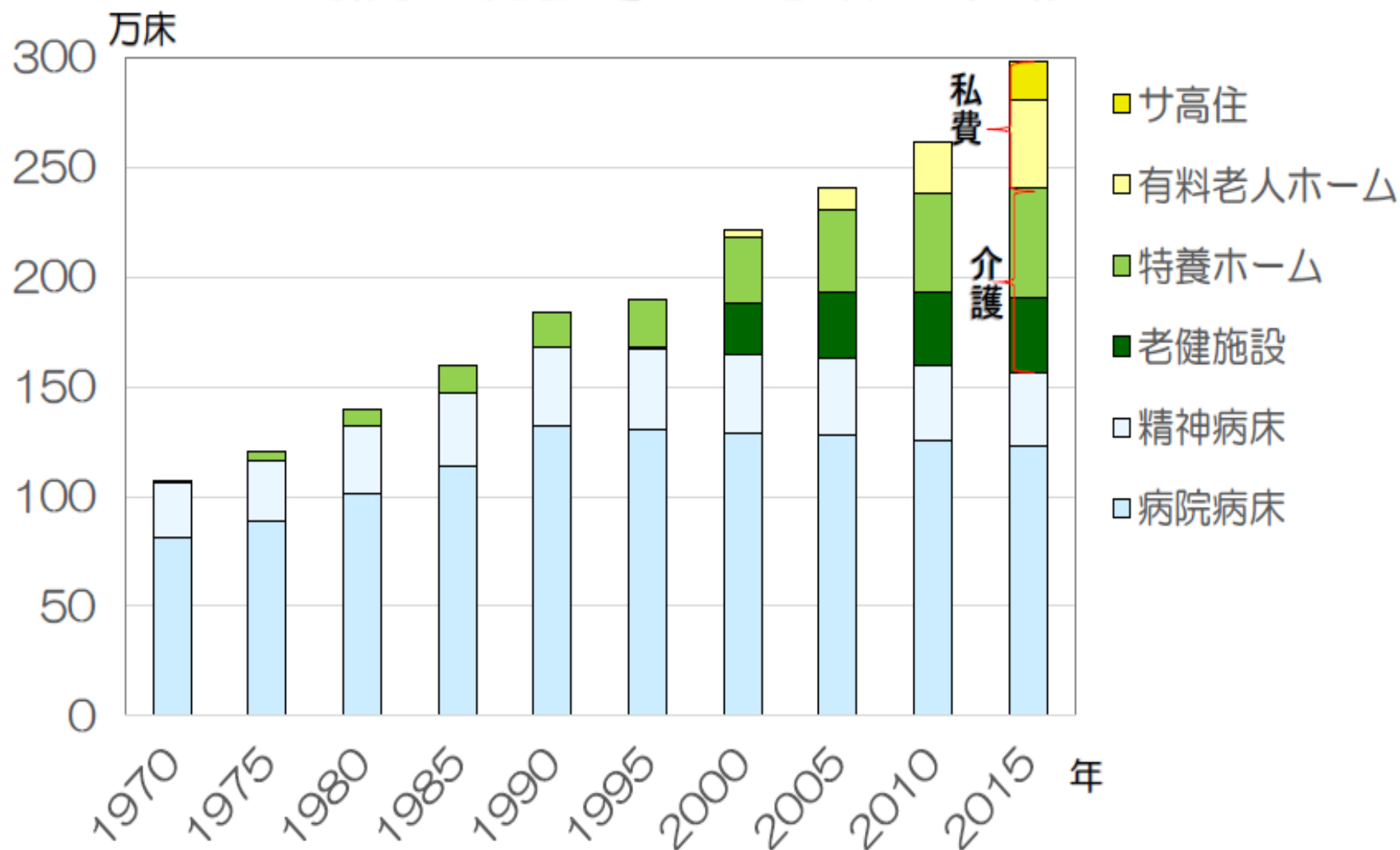


③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

病院と施設等の合計数の推移



※ 現在、病院＋施設＋特定施設等 ＝ 約300万床
 (病院は施設の肩代わりをする必要がなくなった)

衣笠病院グループ

在宅医療・訪問系(2025年1月)

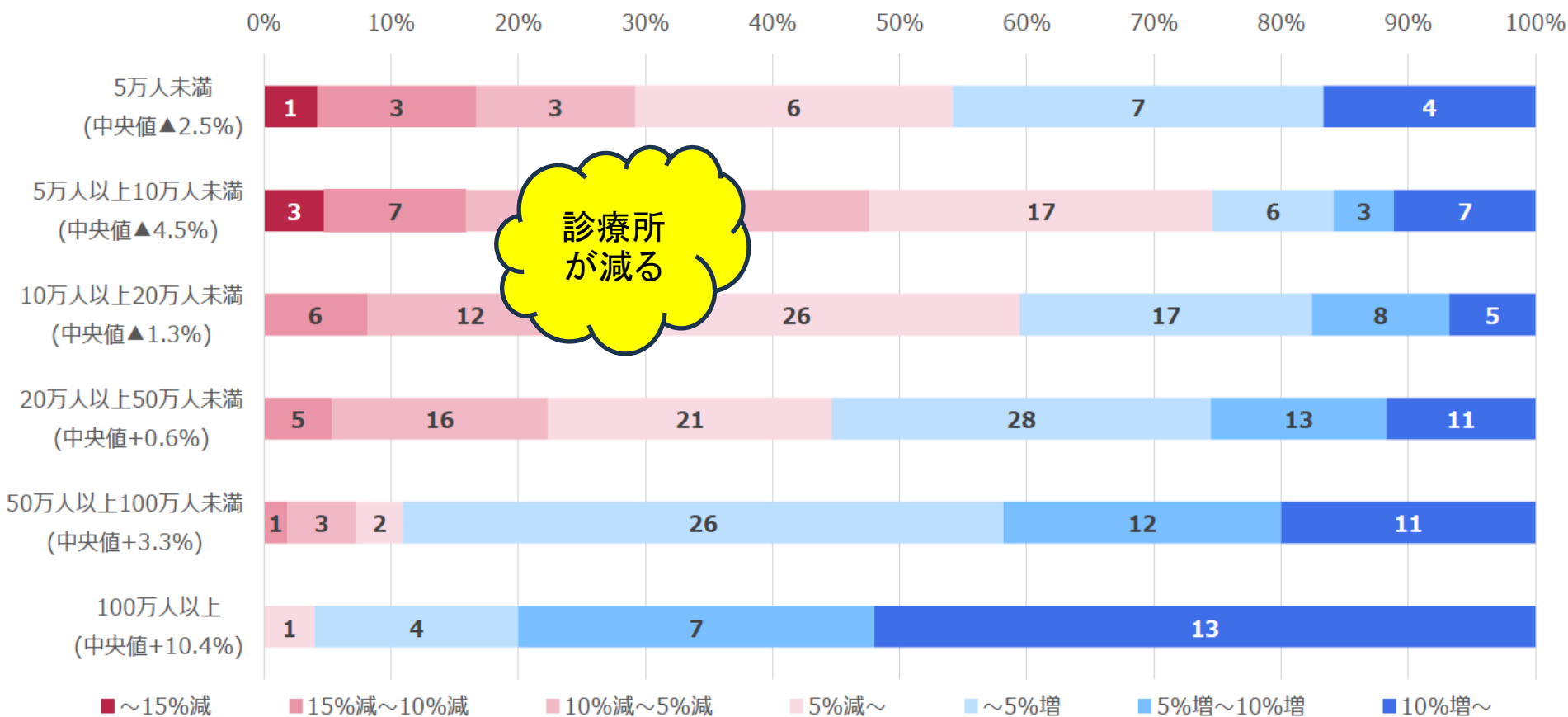
- 衣笠病院グループ
 - 衣笠病院附属在宅クリニック
 - 訪問診療 286件、往診 40件
 - 衣笠病院訪問看護ステーション
 - 訪問看護延べ561件
 - 医療保険 114件
 - 介護保険447件)
 - 訪問リハ
 - 訪問リハ延べ103件
- 衣笠病院
 - 訪問栄養指導 3件
- 長瀬ケアセンター
 - 訪問看護
 - 訪問延べ673件
 - (医療保険 179件、介護保険494件)
 - 訪問リハ 81件



人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



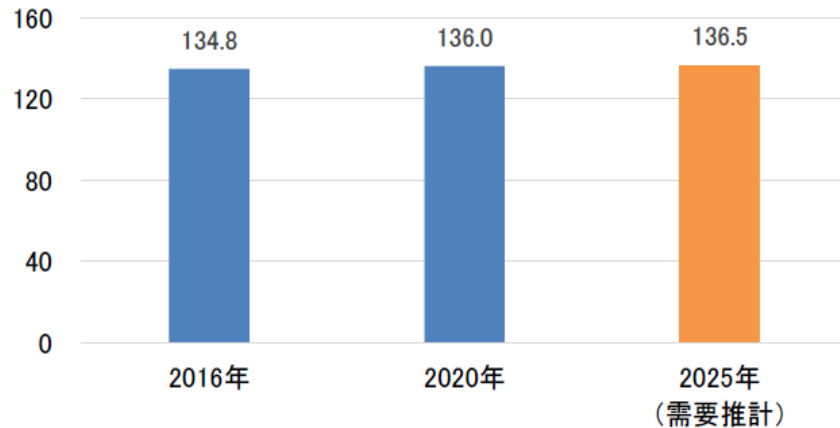
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

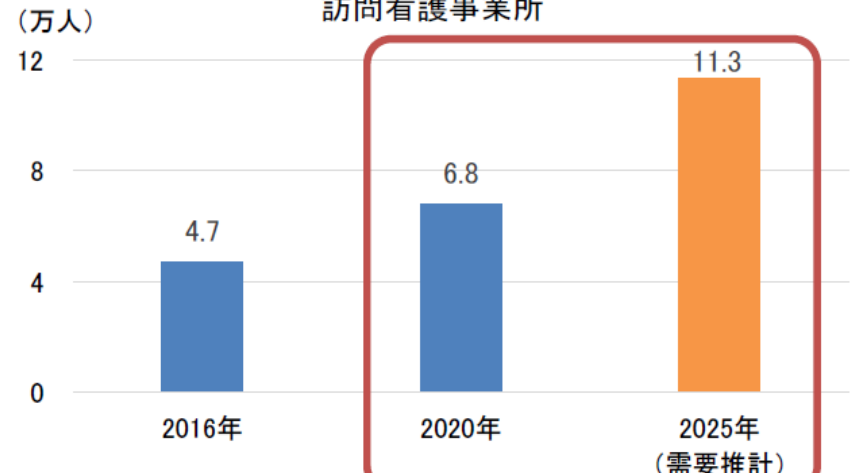
領域別の就業看護職員数と需要推計

訪問看護に従事する看護職員は増加しているが、2025年の需要推計との比較によれば、ニーズの増大に伴って、今後とも大幅に訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが必要。

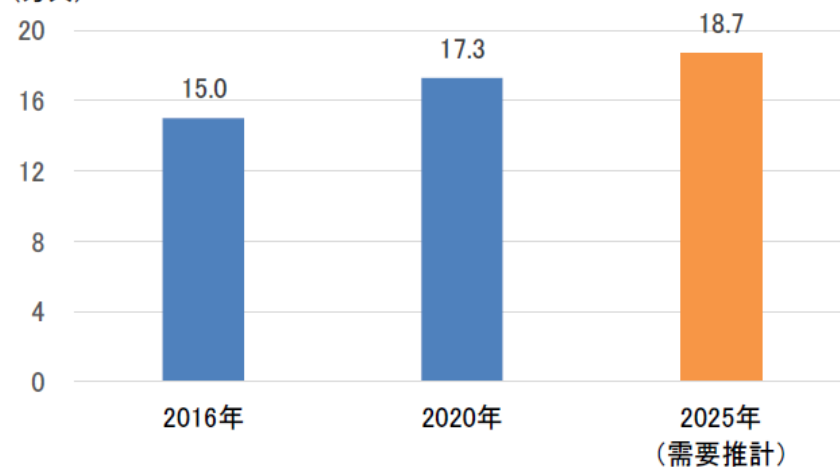
(万人) 病院＋有床診療所＋精神病床＋無床診療所



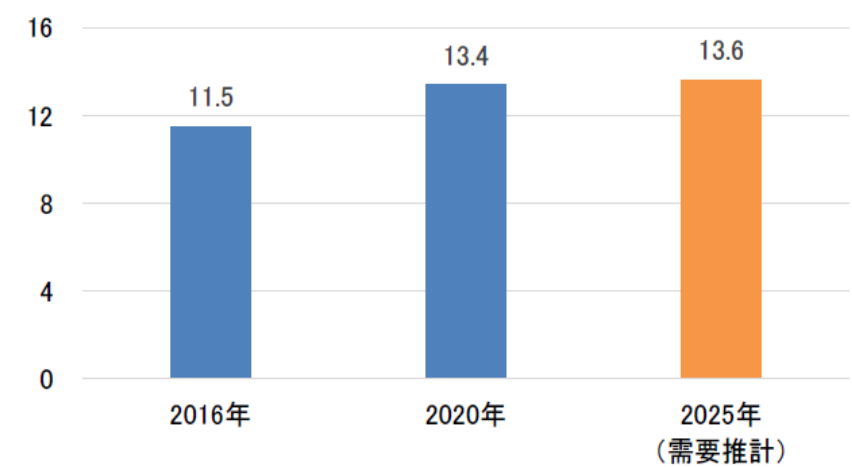
訪問看護事業所



(万人) 介護保険サービス等



(万人) 保健所・市町村・学校養成所等

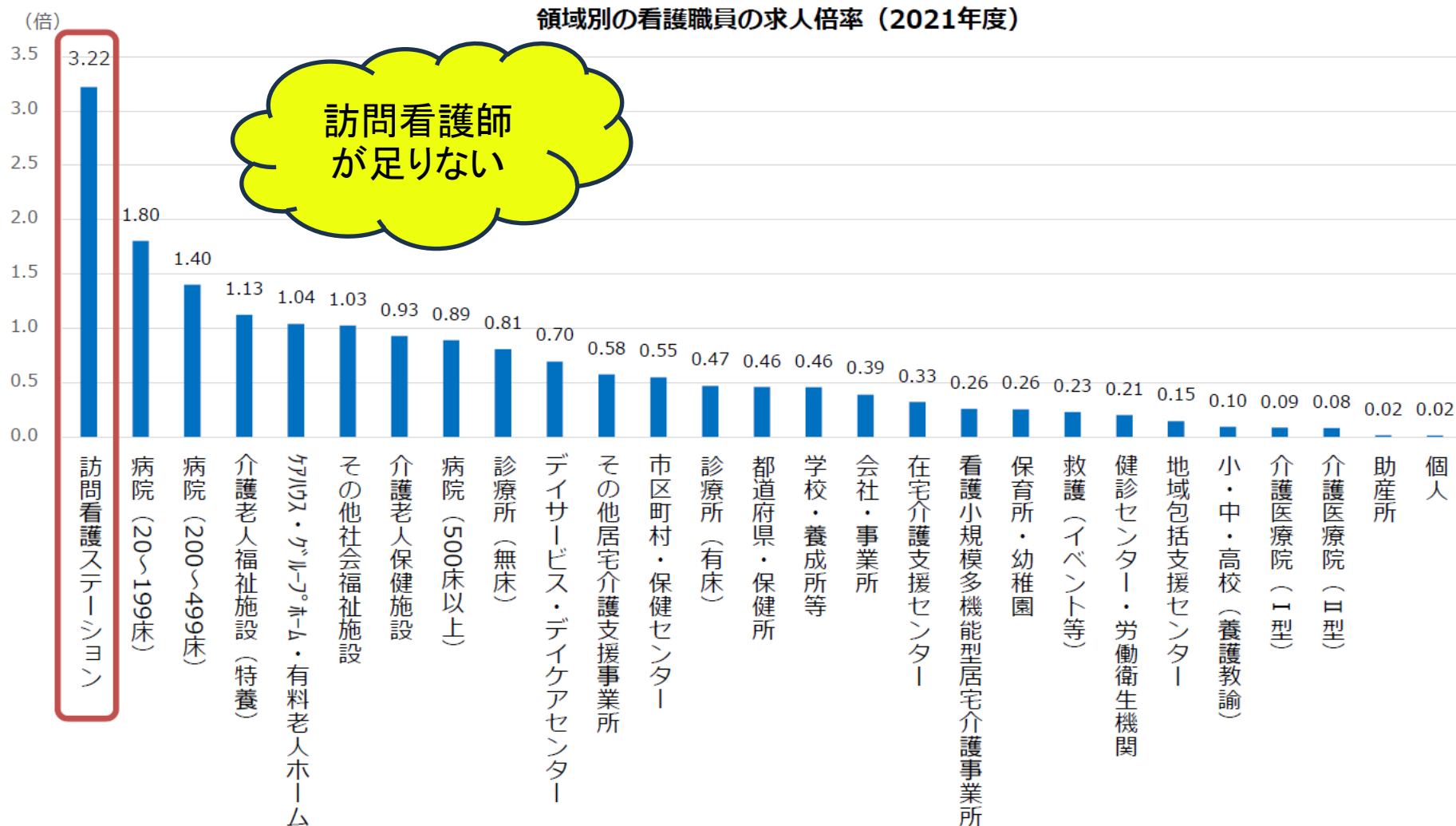


資料出所 2016年の就業看護職員数:厚生労働省「医療施設(静態)調査」「衛生行政報告例(隔年報)」「病院報告(従事者票)」に基づき厚生労働省
医政局看護課において集計・推計
2020年の就業看護職員数:厚生労働省「令和2年度医療施設(静態)調査」「令和2年度衛生行政報告例(隔年報)」
2025年の需要推計:「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ(概要)」(令和元年(2019年)11月15日)

※ 訪問看護事業所の2025年の需要推計は、医療保険、介護保険及び精神病床からの基盤整備の合計。

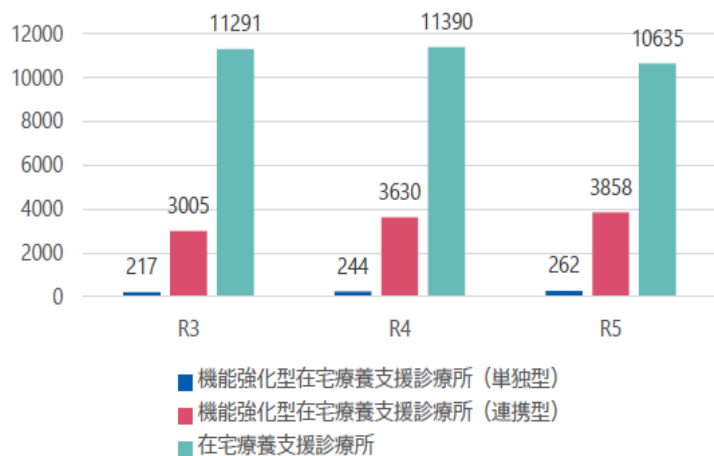
領域別の看護職員の求人倍率

都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率を比較すると、訪問看護ステーションの求人倍率が3.22倍と最大になっており、訪問看護における人材確保が困難である状況にあると言える。

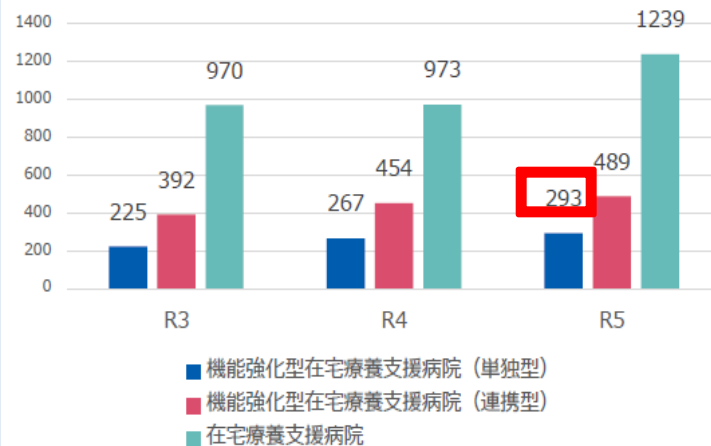


(参考) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、機能強化型訪問看護ステーションの届出数の推移

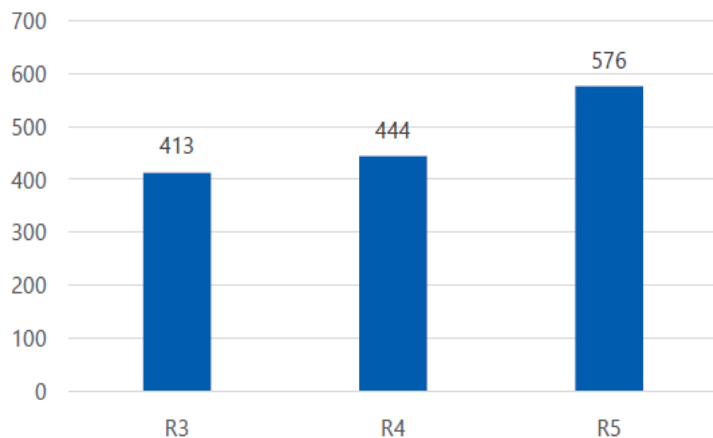
在宅療養支援診療所



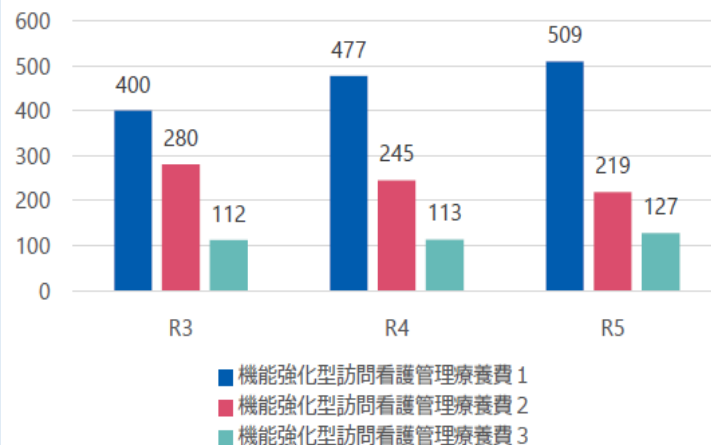
在宅療養支援病院



在宅療養後方支援病院



機能強化型訪問看護ステーション



新地域医療構想を
前倒しで実施しよう！



パート3

かかりつけ医機能



2023年5月12日

かかりつけ医機能の制度整備などを盛り
込んだ改正医療法が可決成立した

改正医療法成立

- 5つのかかりつけ医機能
 - (1) 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - (2) 時間外診療を行う機能
 - (3) 病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能
 - (4) 居宅等において必要な医療を提供する機能
 - (5) 介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能

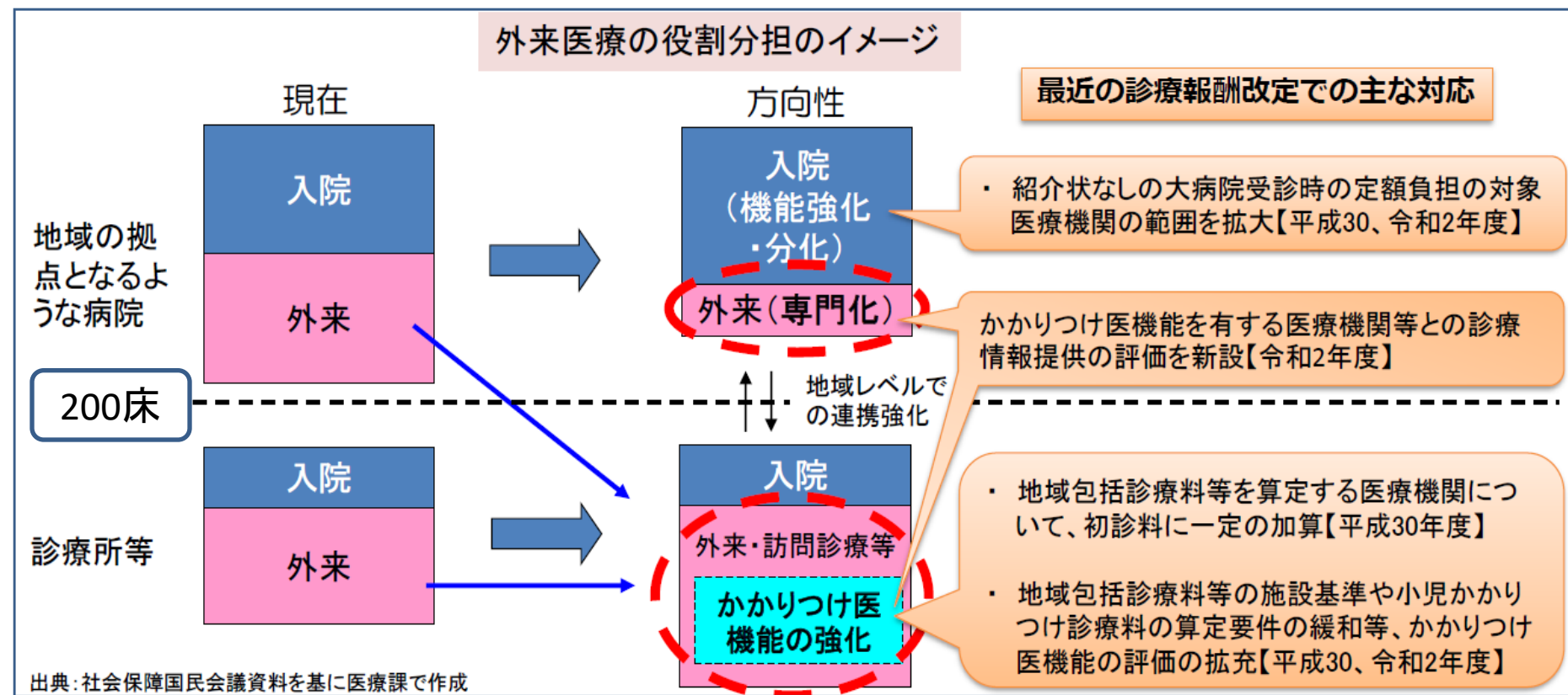


2023年5月12日

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



200床以下病院に 求められる 「かかりつけ医機能」



かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方とりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

医療機能情報提供制度の拡充

◆ ～令和5年夏目途

- ・ 今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。

◆ 令和6年度以降 2025年4月から

- ・ 医療機能情報の公表の全国統一化
(都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する)

- ・ あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

◆ 令和5年度頃 2023年度

- ・ 医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討

◆ 令和6年度～令和7年度頃 2024年～2025年度

- ・ 個々の医療機関からの機能の報告
- ・ 地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論

◆ 令和8年度以降 2026年度

- ・ 医療計画に適宜反映

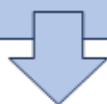
※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく計画との関係性についても検討が必要

2025年4月から かかりつけ医機能報告制度 スタート！



【「かかりつけ医機能報告制度」の医療法上の立て付け】

対象医療機関（特定機能病院・歯科診療所以外の病院・診療所）



「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療、その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」**（1号機能）**を持つか否か、その内容は何か報告する



対象医療機関（特定機能病院・歯科診療所以外の病院・診療所）

「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療、その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」（1号機能）
を持つ医療機関



▼時間外の診療▼病状が急変した場合の入院支援、病院等からの退院支援▼在宅医療対応▼介護連携—などの機能**（2号機能）**を持つか否か、その内容は何かを報告する

報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

■ 具体的な機能（1号機能）

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・脾臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料

（例）一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症（関節リウマチ、脱臼）	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17. 小児
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児
脳血管障害	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス（神経症）	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17. 小児
聴覚障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17. 小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょうの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・脾臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statinfid=0000322119845&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ・ 通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
 - ・ 在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
 - ・ 在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ・ 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

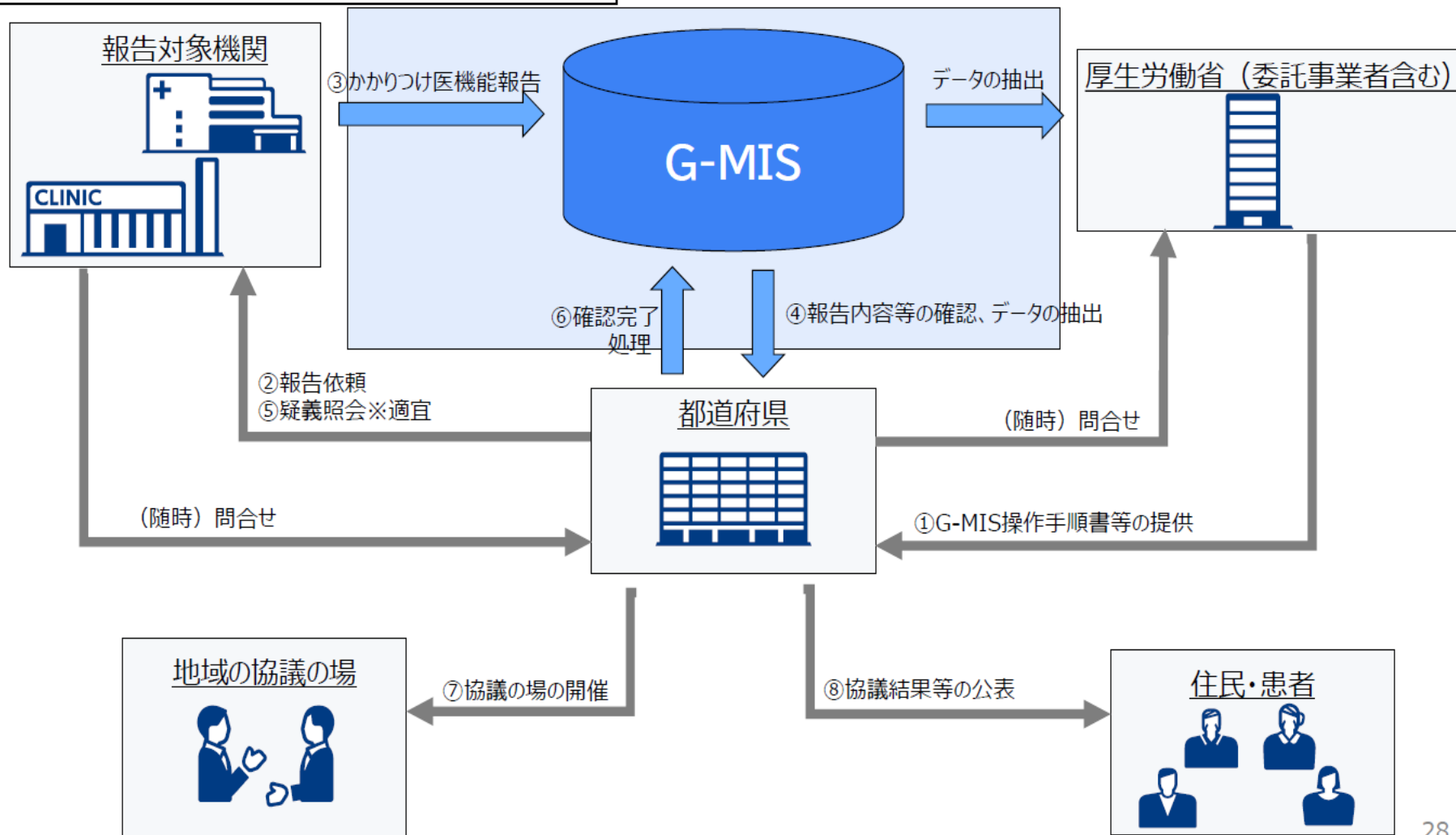
■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日 夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
 - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
 - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
 - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機設定等）
 - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
 - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
 - ⑤ ACPの実施状況

G-MISを用いた報告関連業務のイメージ（想定）

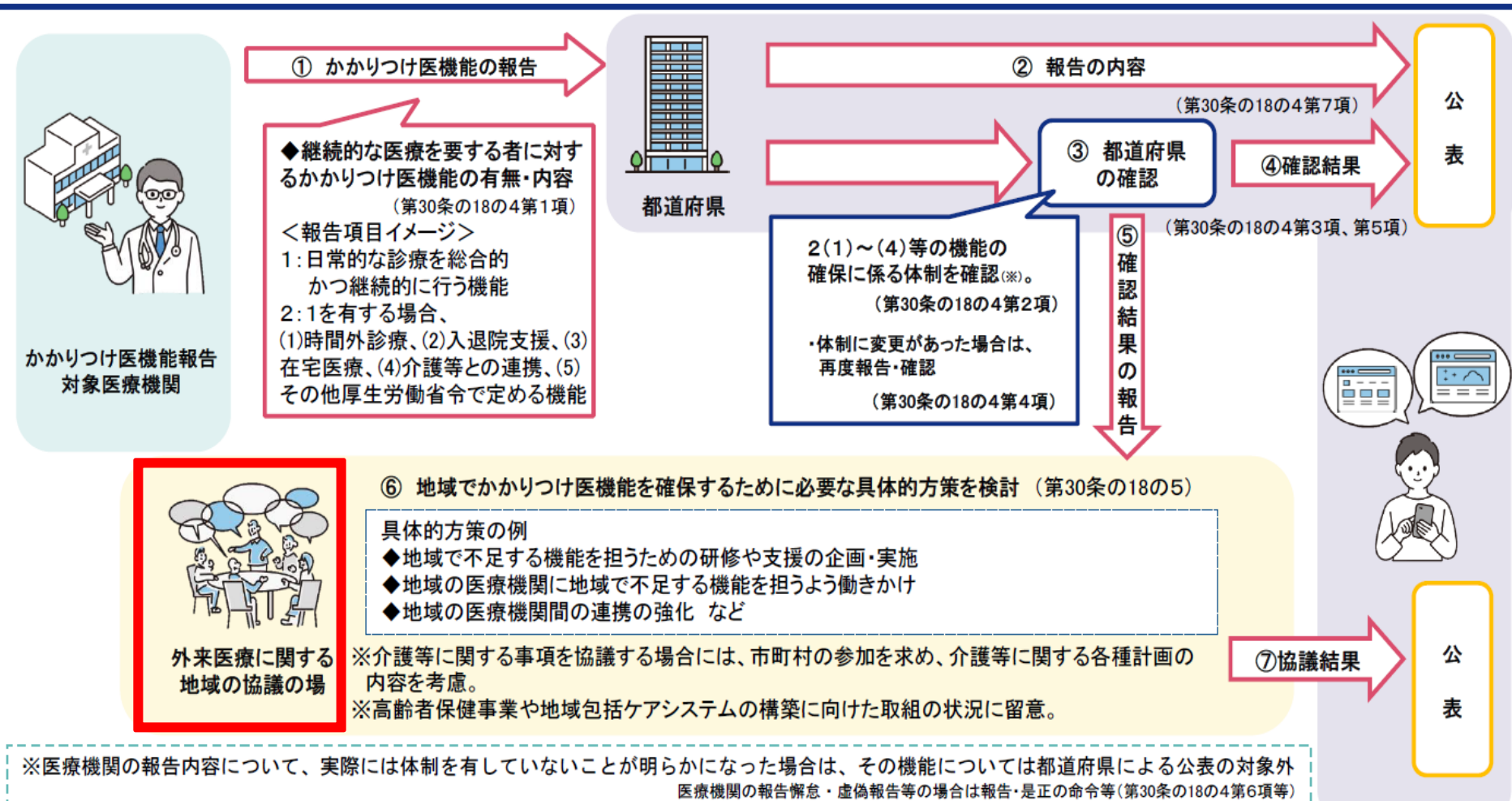
- かかりつけ医機能報告制度は、医療機関等情報支援システム（G-MIS）を活用して報告対象機関からの報告業務を実施することを予定している。
- また、報告業務に関しては医療機能情報提供制度と同時期に実施し、業務スキームについても同様のものとしていく想定。

想定されるスキーム図 ※現時点の想定であり、今後詳細を検討予定。



かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



総合診療医の活用

地域包括ケアシステムの
ラストピース

ポスト2025年に 必要なのは総合診療医！



表3：総合診療医に求められるコアコンピテンシー（中核的な能力）

①人間中心のケア

- 患者中心の医療
- 家族志向の医療・ケア
- コミュニケーション

②包括的統合アプローチ

- 未分化な問題、不確実性・複数の健康問題
- 地域を意識したマネジメント
- 健康増進・予防・リハビリテーション
- 継続性

③連携重視のマネジメント

- 多職種連携
- 病診連携
- 組織全体のマネジメント（質改善含む）

④地域志向アプローチ

- 地域の健康福祉行政などへの参画
- 地域の健康問題への対応

⑤公益に資する職業規範

- 倫理性・説明責任
- ワークライフバランス
- 教育研究

⑥診療の場の多様性

- 外来医療
- 救急医療
- 病棟医療
- 在宅医療

出典：日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを基に作成

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）

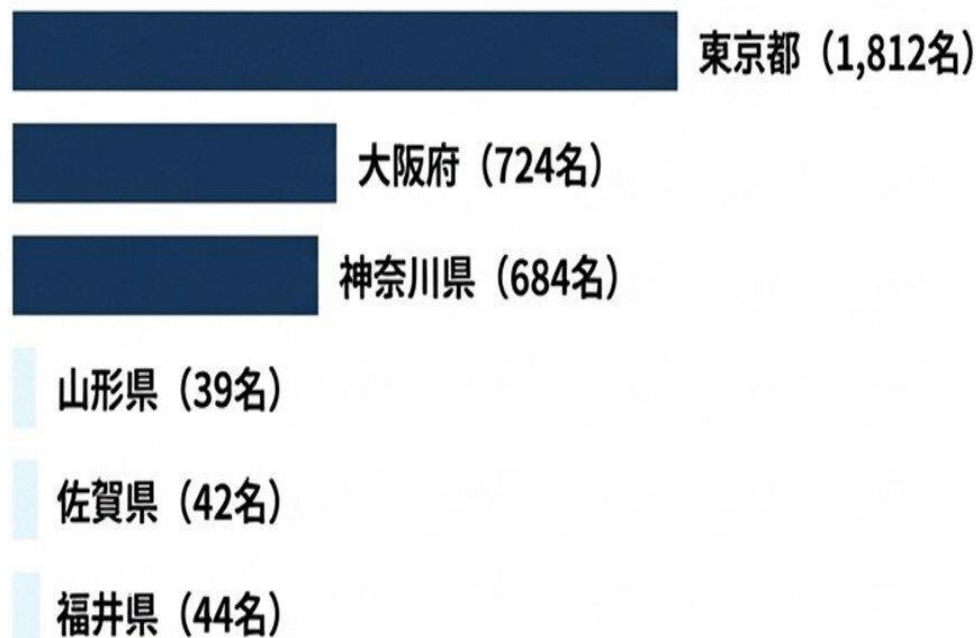
消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

19番目の専門
医として2018
年から

基本領域（19 領域）

内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療
----	-----	-----	-----	----	------	------	----	-------	------	-------	------	-----	----	------	-----	------	------------	------

2025年度 専攻医採用の現在地：過去最多の9,762名



内科: 3,027名

外科: 863名

小児科: 537名

総合診療: 300名

臨床研修修了者の約95%が専攻医登録。依然として都市部への集中が顕著であり、次期制度見直しのトリガーとなっている。

私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)
ニューヨーク州立大学ダウンステートメディカルセンター
家庭医療課

旧厚生省からの留
学で家庭医療を学
びにNYの
ブルックリンへ

State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine



SUNY Downstate Medical Center

Department of Family Medicine

Monthly Schedule

The following monthly schedule is for Family Medicine Residents.

PGY 1

1. Community Medicine
2. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
3. GYN Outpatient
4. Internal Medicine
Inpatient (2 Months)
5. Newborn
6. OB Inpatient
7. OB Outpatient
8. Pediatric Inpatient
9. Orthopedics Outpatient
10. Fast Track
11. Vacation

PGY 2

1. Adult ER
2. Behavioral Science
3. Community Medicine
4. Elective
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Geriatrics
7. ICU
8. Night Float
9. Ophthalmology
10. Pediatric ER
11. Surgery Inpatient
12. Vacation
13. Dermatology

PGY 3

1. Cardiology
2. Community Medicine
3. Elective (2 Months)
4. ENT Outpatient
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Night Float
7. Orthopedics Outpatient
8. Pediatric Outpatient
9. Surgery Outpatient
10. Urology Outpatient
11. Fast Track
12. PCMH
13. Vacation

Curriculum

The Curriculum

Monthly Schedule

Conference Schedule



家庭医療課のレジデントプログラム

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟	新患外来	予約外来	病棟	救急	研修単位	休み
午後	カンファレンス	禁煙外来	訪問診療	カンファレンス	当直明け	休み	休み
夜間	夜間内科当番			夜間診療+当直			

ニューヨーク市ブルックリンの キングスカウンティ病院ERや在宅医療の ローテーションした



Kings County Hospital Center

日本に帰国して みたら……



- 1985年「家庭医に関する懇談会」
 - 日本医師会が厚労省主導の家庭医に大反対
 - 医師会はかかりつけ医を主導
- 2004年 新医師臨床研修制度
 - 各診療科のローテーション
- 2018年 新専門医制度
 - 19番目の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

1988年に帰国したが、日本医師会の
家庭医構想大反対の中、
家庭医の留学経験は
全く活かされなかった・・・



pixta.jp - 36657780

「隠れ家庭医」として地下に潜行



COMMUNITY &
COMMUNITY
HOSPITAL
ASSOCIATION

一般社団法人コミュニティ＆ コミュニティ・ホスピタル協会

2022年8月発足



一般社団法人コミュニティ＆ コミュニティホスピタル協会

- 高齢化社会が進展する日本の医療に必要なのは、「治す」だけの医療ではなく、「治し、支える」医療です。現在、大病院と同様に特定の専門診療科の高度急性期を志向している全国にある5,800の中小病院は、この「治し、支える」医療への転換が必要であると考えています。
- 「コミュニティホスピタル」とは、総合診療を軸に超急性期以外のすべての医療、リハビリ、栄養管理、介護などのケアをワンストップで提供する病院です。
- すでにいくつかの地域では、このコミュニティホスピタルが立ち上がり、地域住民が安心して、自分らしく生活していける環境を作り上げています。
- また、そこで働く医療者にとっても、同じ想いを持った仲間たちと共に、やりがいと成長を得られる職場を提供していきます。

目的

- 1 コミュニティホスピタルの振興を目的とする事業
- 2 コミュニティホスピタルが担う医療を研究し、
開発・普及させる事業
- 3 コミュニティホスピタルを担う医療人材の育成事業
- 4 地域包括ケアを始めとする地域づくりを目的とする事業
- 5 医療人材のキャリア開発、働き方改革に資する事業
- 6 その他法人の目的を達成するために必要な事業
コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくりを
目的とする事業

理事メンバー

- 代表理事 武藤 正樹
- 理事 井野 晶夫
- 理事 大石 佳能子
- 理事 大杉 泰弘
- 理事 亀田 省吾
- 理事 草野 康弘
- 理事 香取 照幸
- 理事 本田 宜久
- 監事 渡辺 明良



株式会社メデイヴァ社長
大石佳能子氏

CCH
パートナー病院
募集中!

一条通病院	クローバーホスピタル	富田浜病院	アマノリハビリテーション病院
かしま病院	金沢病院	伊勢田中病院	HITO病院
本間病院	たちばな台病院	みたき総合病院	おおぞら病院
第一病院	アルペンリハビリテーション病院	京都民医連あすかい病院	福岡ハートネット病院
水海道さくら病院	真生会富山病院	三好病院	高良台リハビリテーション病院
公平病院	東御市民病院	南港病院	上戸町病院
中島病院	新生病院	真星病院	谷田病院
こうのす共生病院	豊田地域医療センター	神戸朝日病院	済生会みすみ病院
石川島記念病院	山下病院	藤村病院	菊南病院
同善病院	瀬戸みどりのまち病院	倉敷中央病院リバーサイド	都農町国民健康保険病院
本多病院	かいせい病院	岡山光南病院	織田病院
衣笠病院	千手堂病院	井野口病院	北中城若松病院

上記は実名開示許可を得ている病院のみ記載(2025年7月時点で法人会員68、個人会員127)

パート4

異次元の少子化対策



山崎史郎氏

内閣官房 人口戦略本部
全世代型社会保障構築本部事務局 総括事務局長

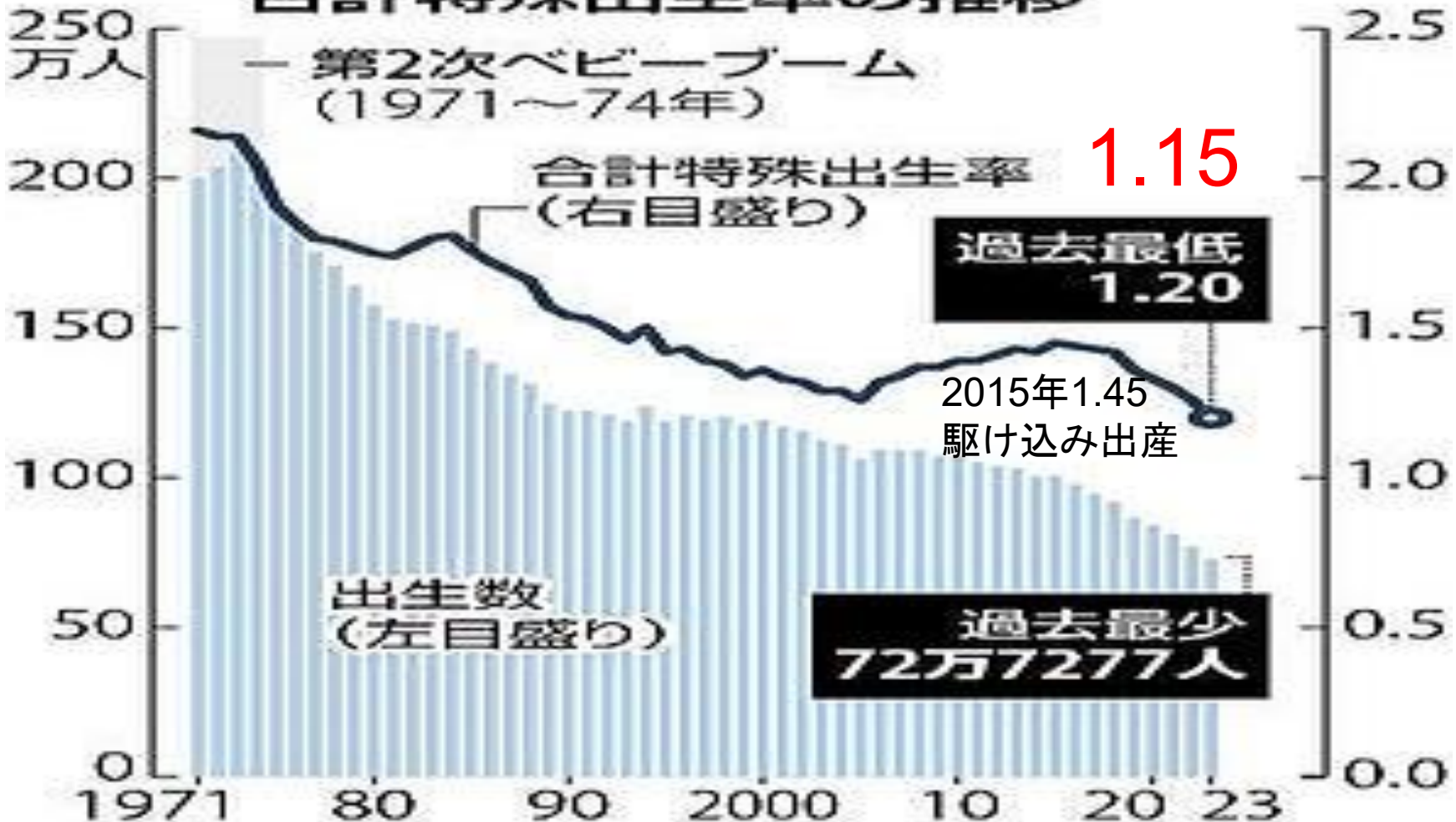
2023年合計特殊出生率1.20

第1次ベビーブーム

合計特殊出生率4越え

東京0.99

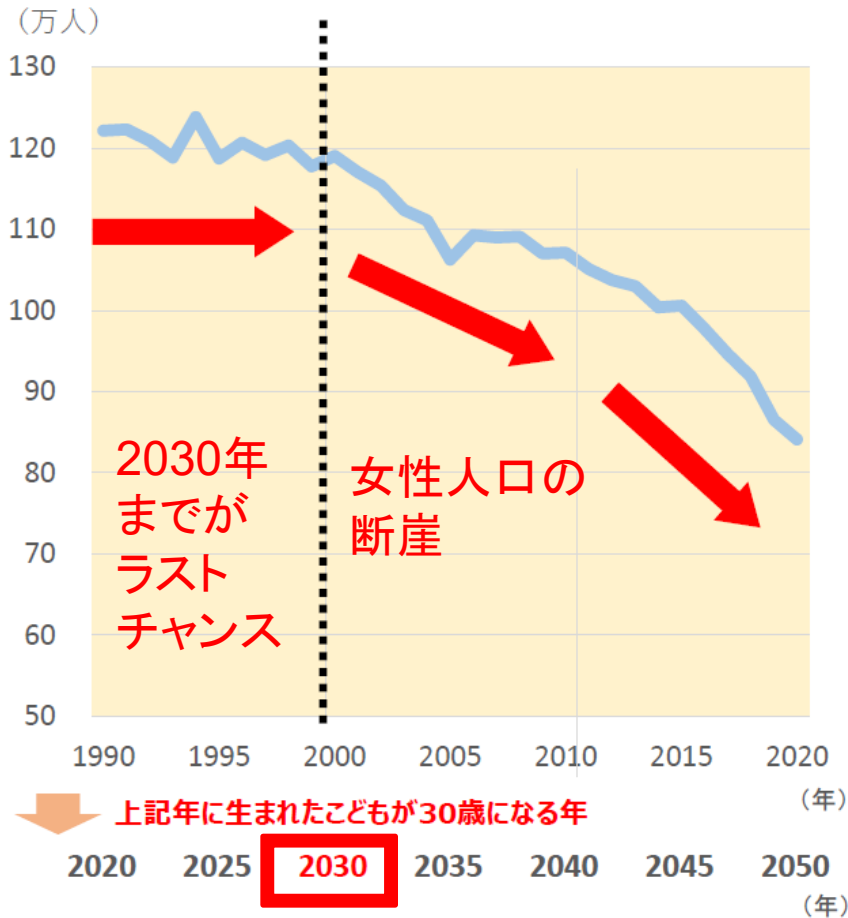
出生数と
合計特殊出生率の推移



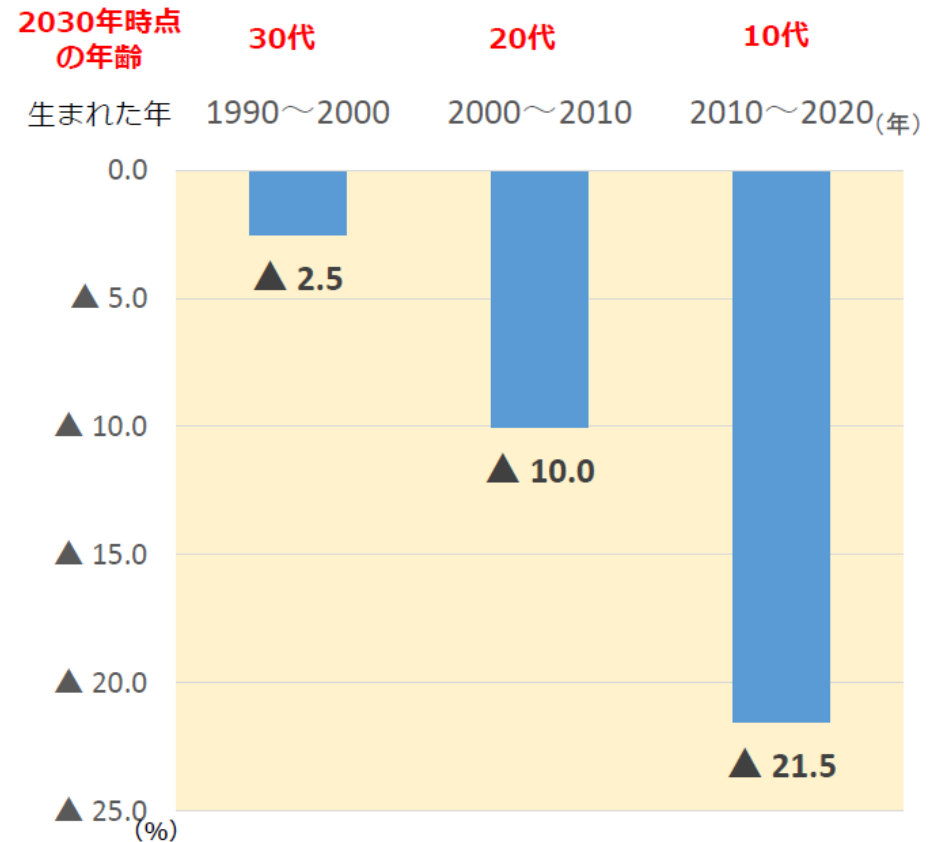
人口減少の特徴＝「時間」との闘い①

○2030年代に入ると、若年人口は現在の倍速で急減し、少子化はもはや歯止めの利かない状況に。
2030年代に入るまでのこれからの6～7年が、少子化傾向を反転できるかどうかのラストチャンス。

(年間出生数の推移)



(出生年(10年間)ごとの減少割合)



資料:厚生労働省「人口動態統計」を基に作成

2030年までが ラストチャンス！

女性人口のナイアガラの滝
2030年



「異次元の少子化対策」 とは



内閣官房参与(社会保障、人口問題担当)
内閣官房全世代型社会保障構築本部総括事務局長

山崎 史郎

ミスター
介護保険

※文中の意見にわたる部分は個人的な意見である。

「不戦敗」の歴史—日本はこれまで3度のチャンスがあった

日本の少
子化対策
は失敗の
歴史

年間出生数と合計特殊出生率の推移

●第1の敗北(1970年代後半～80年代)

「出産奨励のタブー視」

- ・出産奨励策はタブー視され、対策は全く講じられなかった。専門家は、出生率は、いずれ回復するだろうと楽観的見通し

●第2の敗北(1990年代前半)

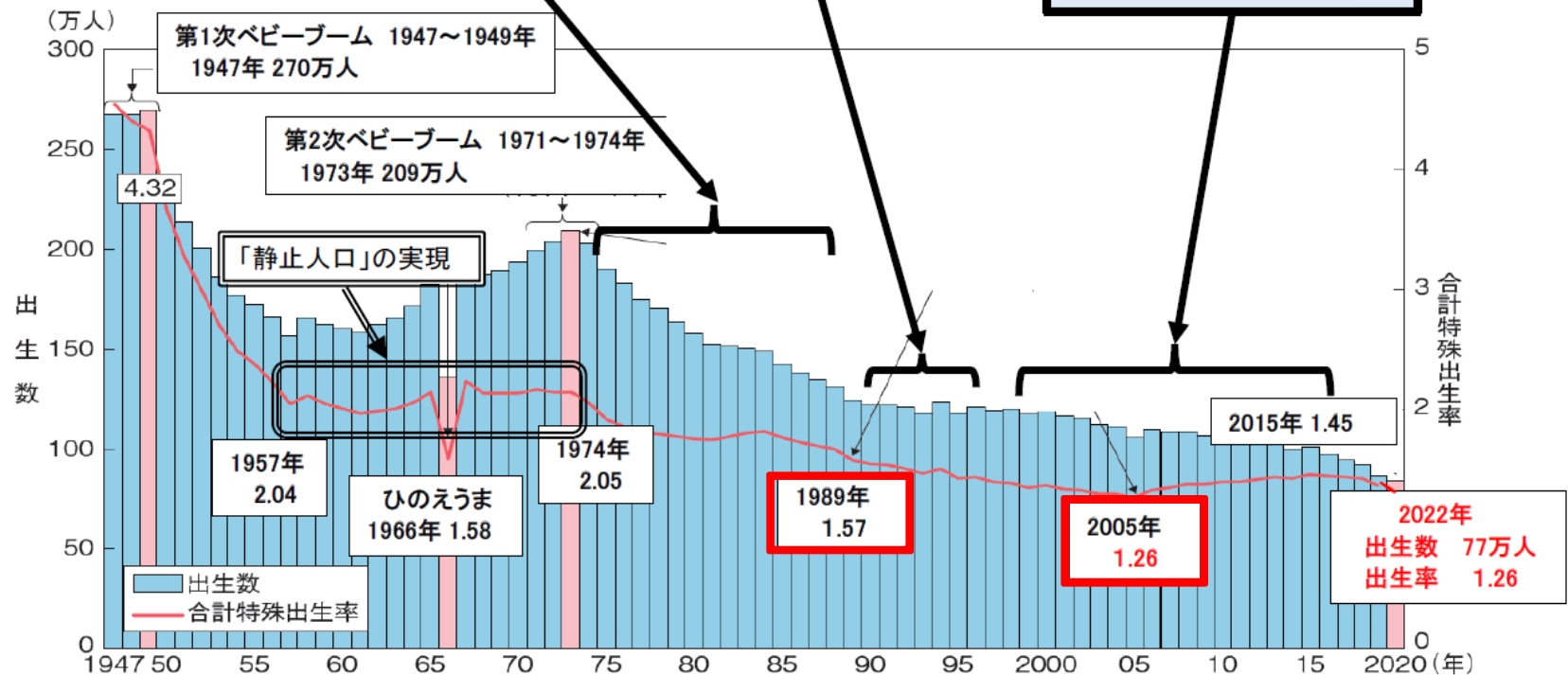
「政策の後回し」

- ・政府が少子化対策に初めて取り組んだが、質量ともに十分でなく、子育て制度拡充に関係者の理解が得られなかった。

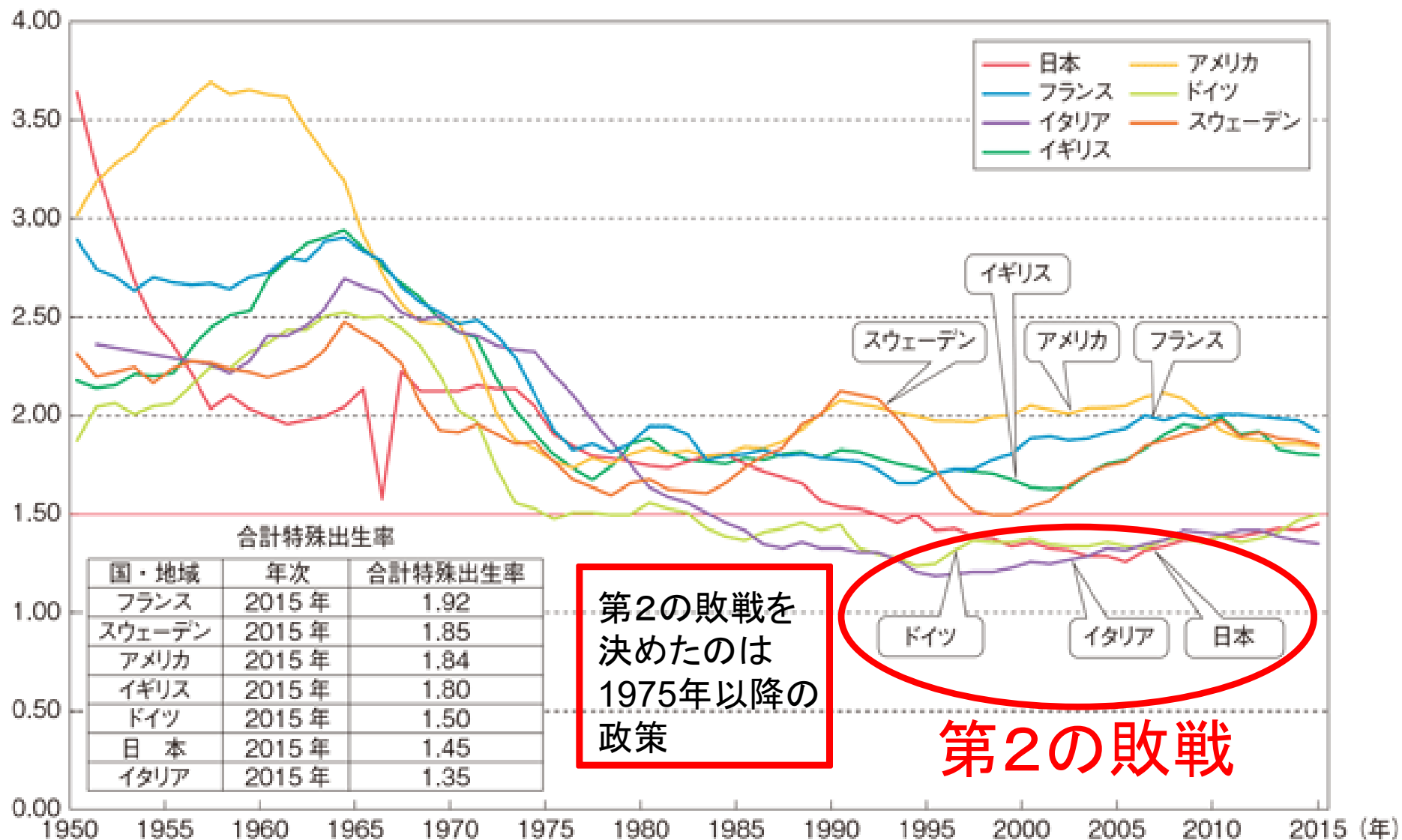
●第3の敗北(1990年代後半～2010年代前半)

「世代の喪失」

- ・「第3次ベビーブーム」が期待されたが、経済危機が発生する中で、晩婚化の進行、未婚者の急増により、出生率が1.26(2005年)と過去最低に落ち込んだ。



資料：厚生労働省「人口動態統計」を基に作成。



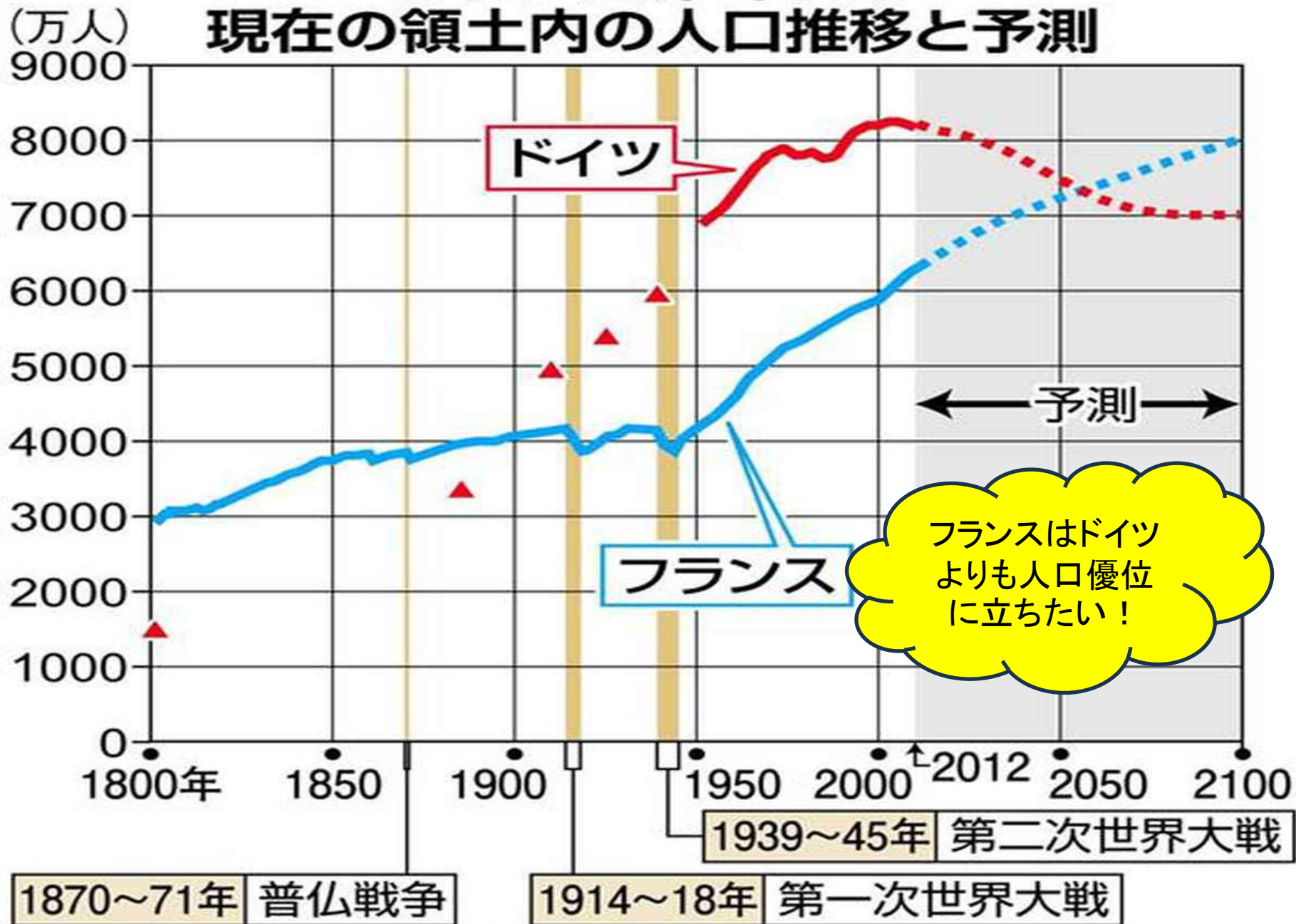
資料：1959年までUnited Nations “Demographic Yearbook”等、1960年以降はOECD Family databases (2017年5月更新版) 及び厚生労働省「人口動態統計」を基に内閣府作成。

ドイツとフランスに見る 少子化対策



ドイツとフランスはライバル同士

フランス、ドイツの 現在の領土内の人口推移と予測



※2012年現在、フランス人口研究所資料から。▲は推計値

フランスの結婚・結婚外別の出生数

※仏国立統計経済研究所データより

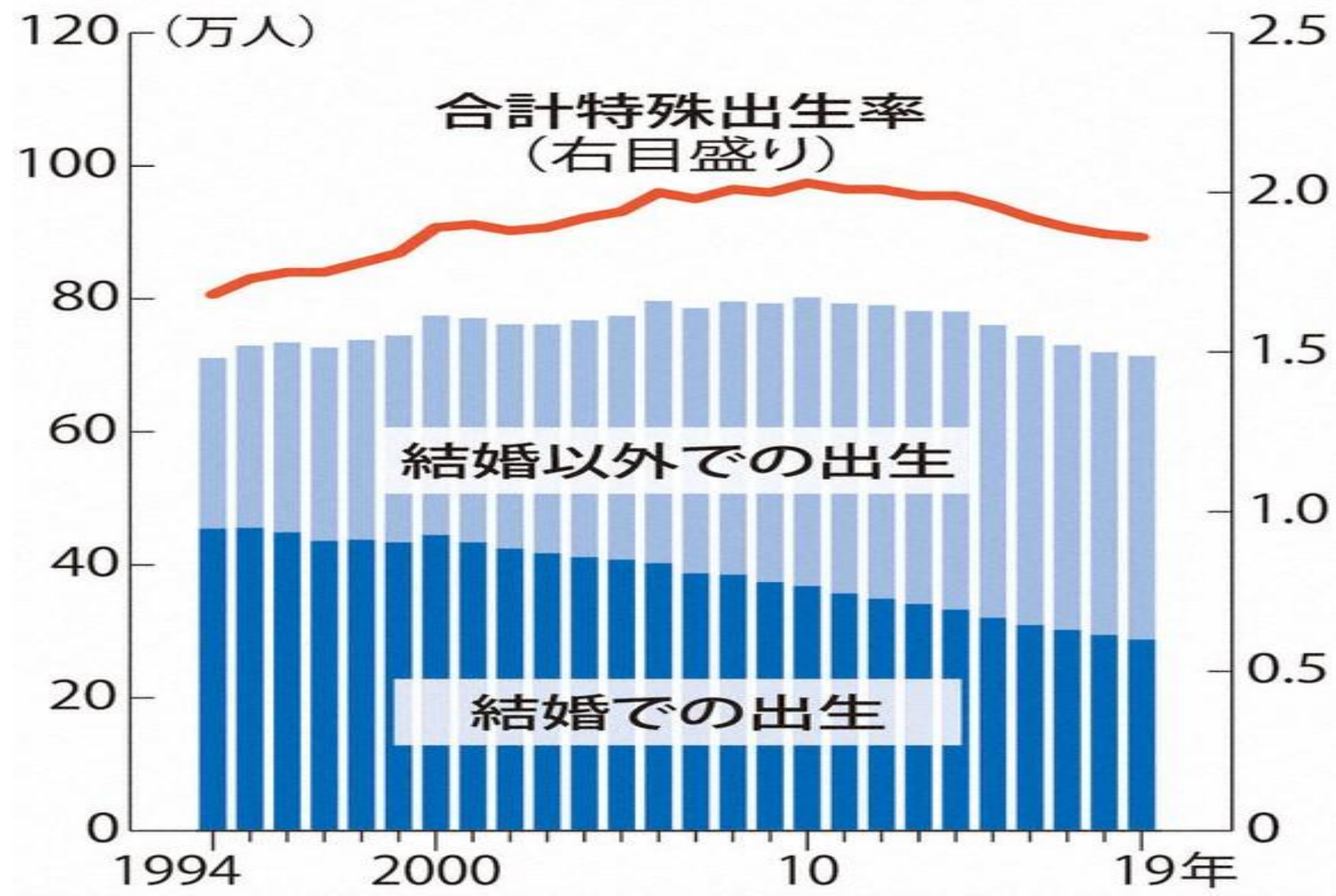
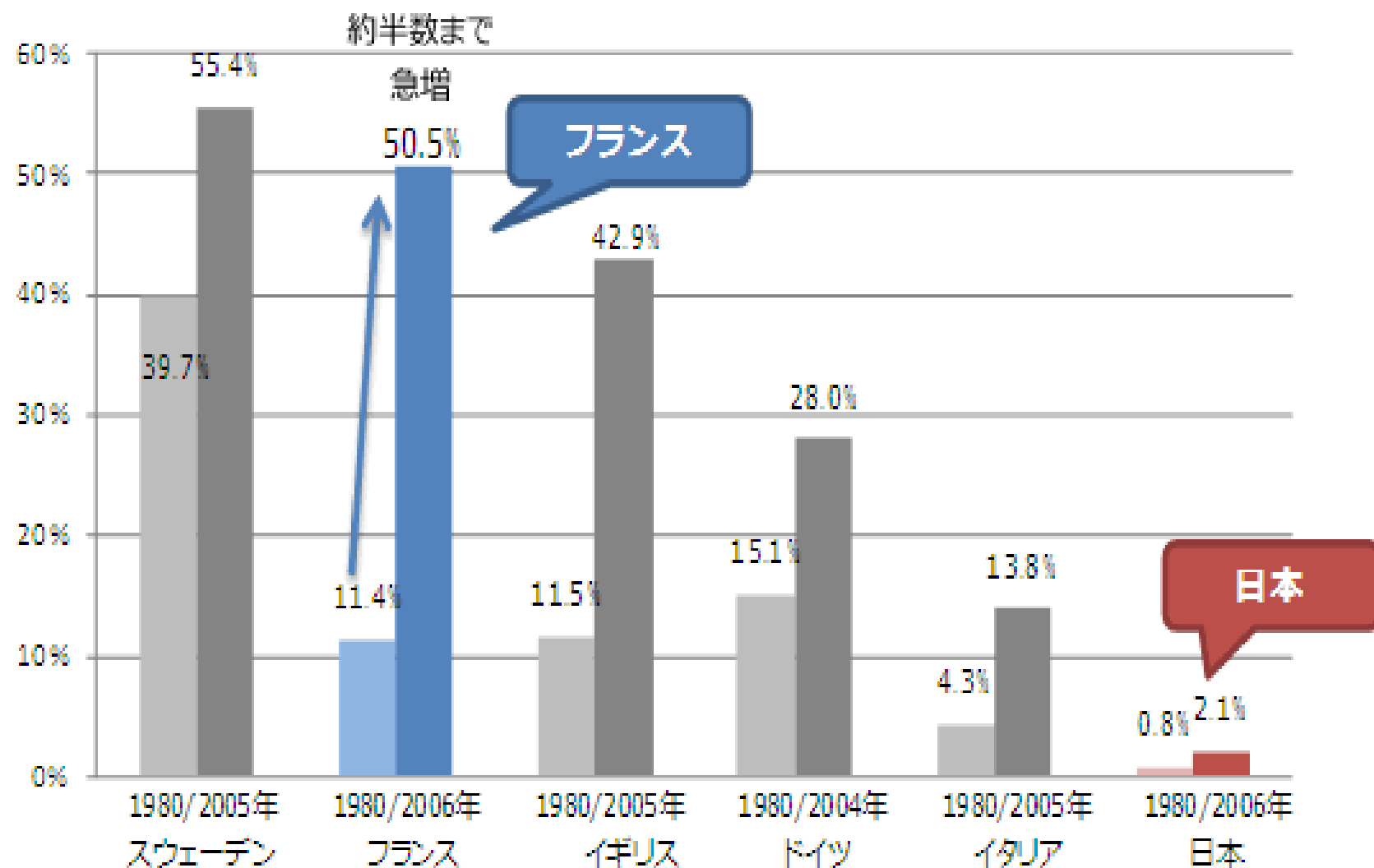


図9 婚外子の割合（フランス/日本）



※結婚していない母からの出生数が全出生数に占める割合

(出所) 厚生労働省「人口動態統計」、フランス国立統計経済研究所「人口動態統計」、Eurostat Yearbook、Council of Europe

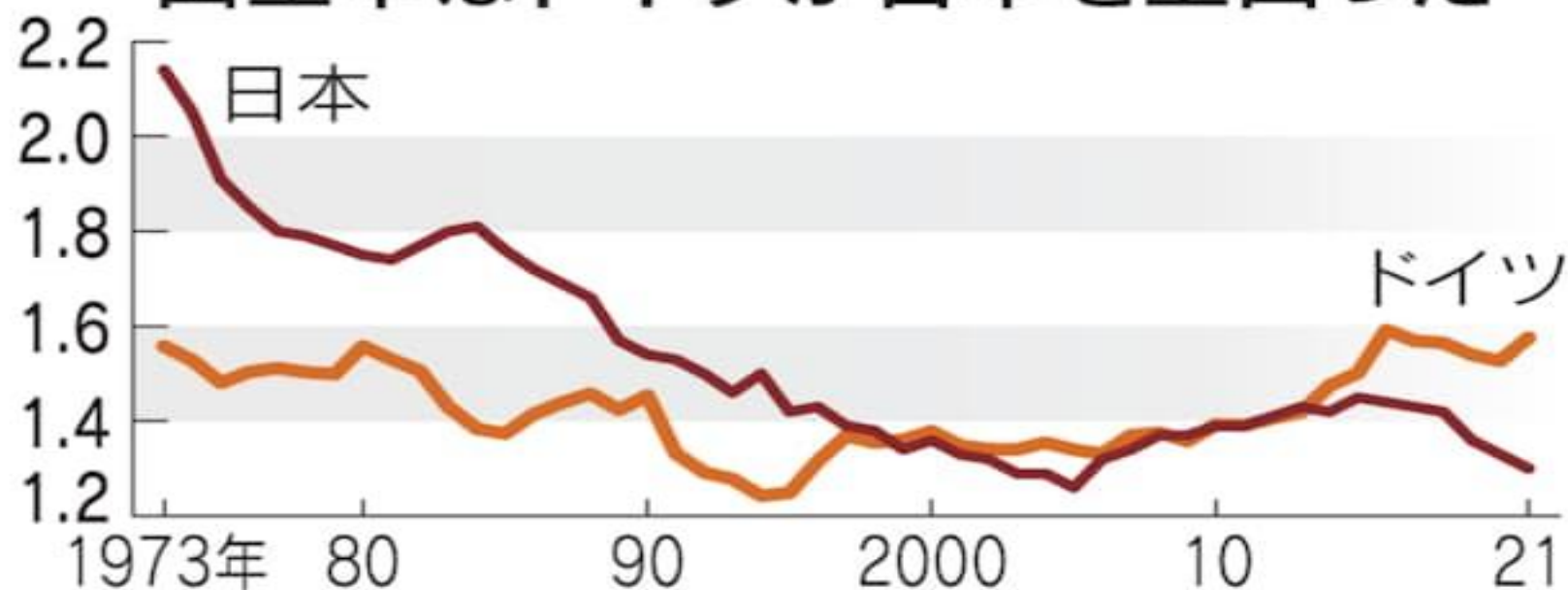
フランスの出生率は戦後最低水準

マクロン
大統領
(ロイター)

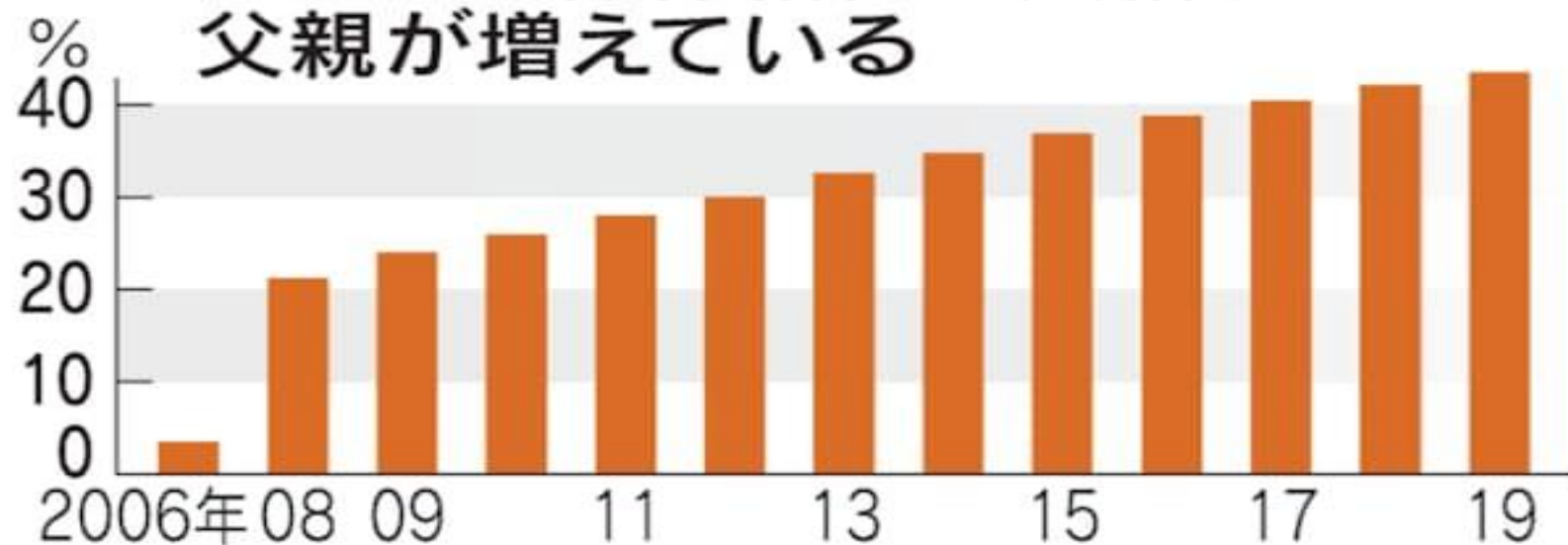


(仏国立統計経済研究所のデータから作成)

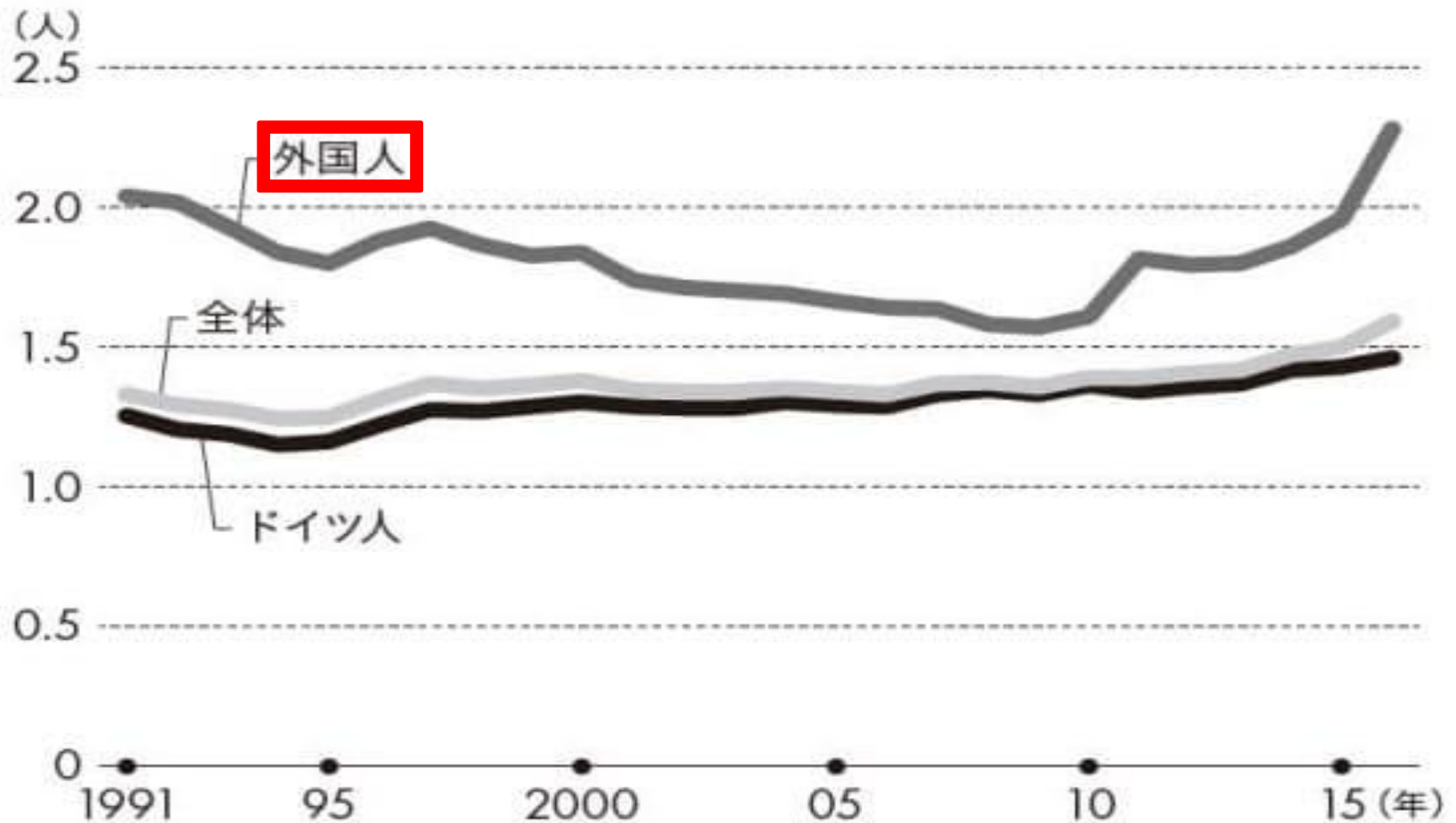
出生率はドイツが日本を上回った



ドイツは育休給付を受給する父親が増えている

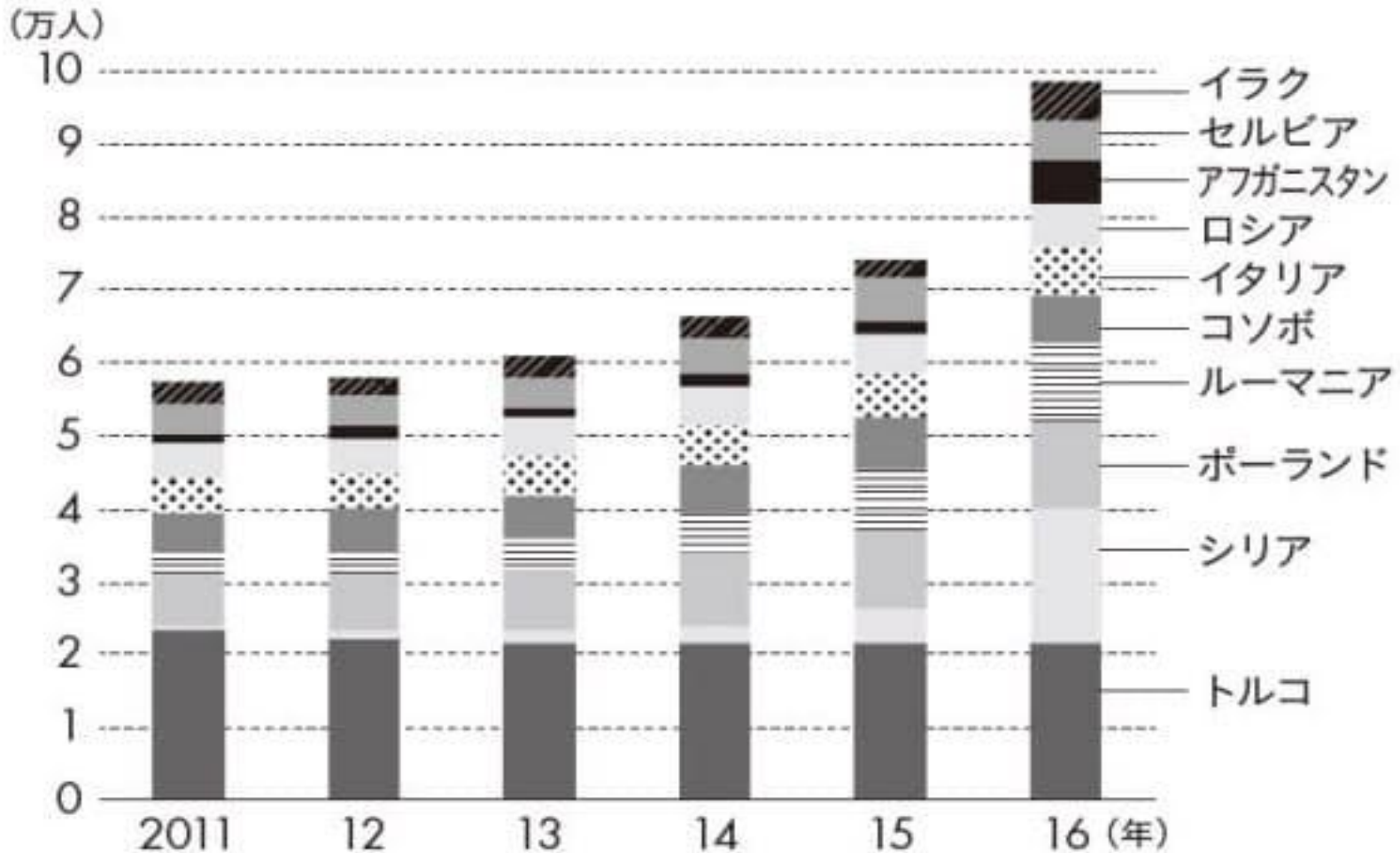


ドイツでは外国人の出生率が伸びている



出所：ドイツ連邦統計局資料に基づき筆者作成

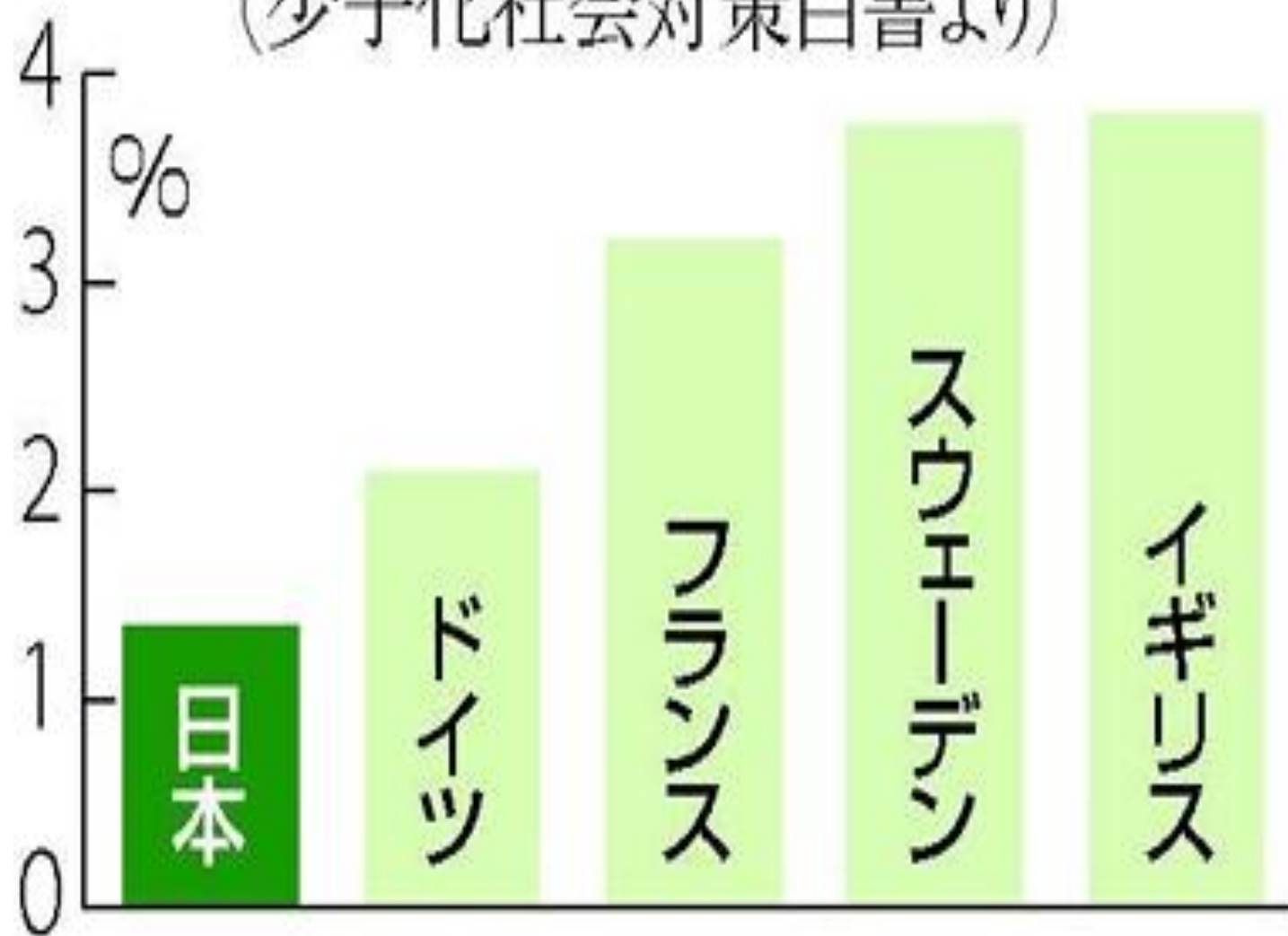
主な外国人新生児の内訳推移



出所：ドイツ連邦統計局2018年3月28日発表資料に基づき筆者作成

子育て支援への公的支出の 主要国比較(対GDP比)

(少子化社会対策白書より)



※国内総生産(GDP)に占める児童手当、保育サービス費、育児休業給付などの公的支出の割合

少子化対策法案



「異次元の少子化対策」とは何か

○重要なのは、「目新しさ」ではない

- ・今求められているのは、これまでの「遅れ」を一気に取り戻すこと。多くの施策の「既視感」は、長らく指摘されてきたのに、解決されないで残っているため

○これまでとは「異なるアプローチ」=異次元

◆2030年までを「ラストチャンス」として、『一挙解決』を目指す

- ・「加速化プラン」: 3年間(2024~2026年度)、予算規模は3兆円半ば。
- ・2030年代初頭までに、予算倍増を目指す。

◆少子化に関する「総合的な対策」に取り組む

- ・若い世代の所得増、雇用安定・経済的支援(育児、教育費など)
- ・支援サービス(保育、伴走型支援、地域支援) ・プレコンセプションケア・不妊治療
- ・共働き・共育て(育休、働き方改革)

◆政策理念の転換、社会・職場の意識改革に取り組む

- ・「普遍的家族政策」の考え方(こども誰でも通園制度)
- ・意識改革(男性育休、時短など多様な働き方、こども・子育てにやさしい社会づくり)に取り組む。そのためには、「トップダウン」による決断と実行も。

政府が目指す少子化対策の財源確保策

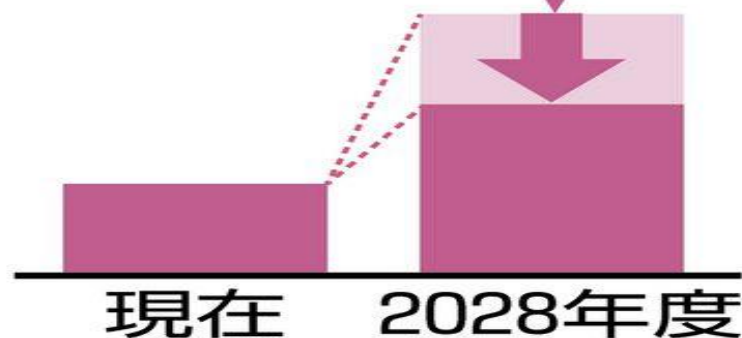
年約3.6兆円

既定予算の
組み替え
約1.5
兆円

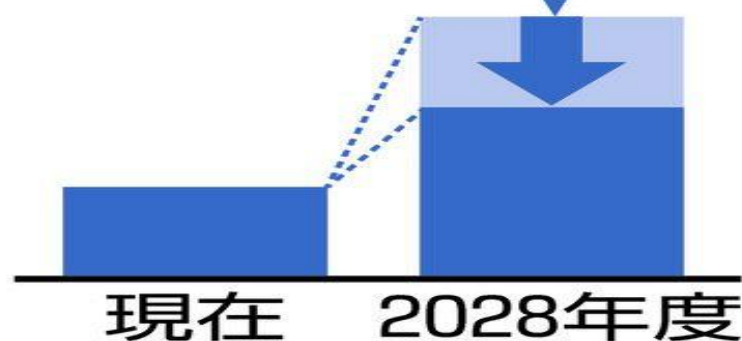
社会保障の
歳出改革
約1.1
兆円

支援金
制度
約1兆円

医療・介護分野の
歳出増を抑え、
浮いた分を
財源として充当



歳出改革で保険料
負担の伸びを抑え、
浮いた分の範囲内
で「支援金」を徴収

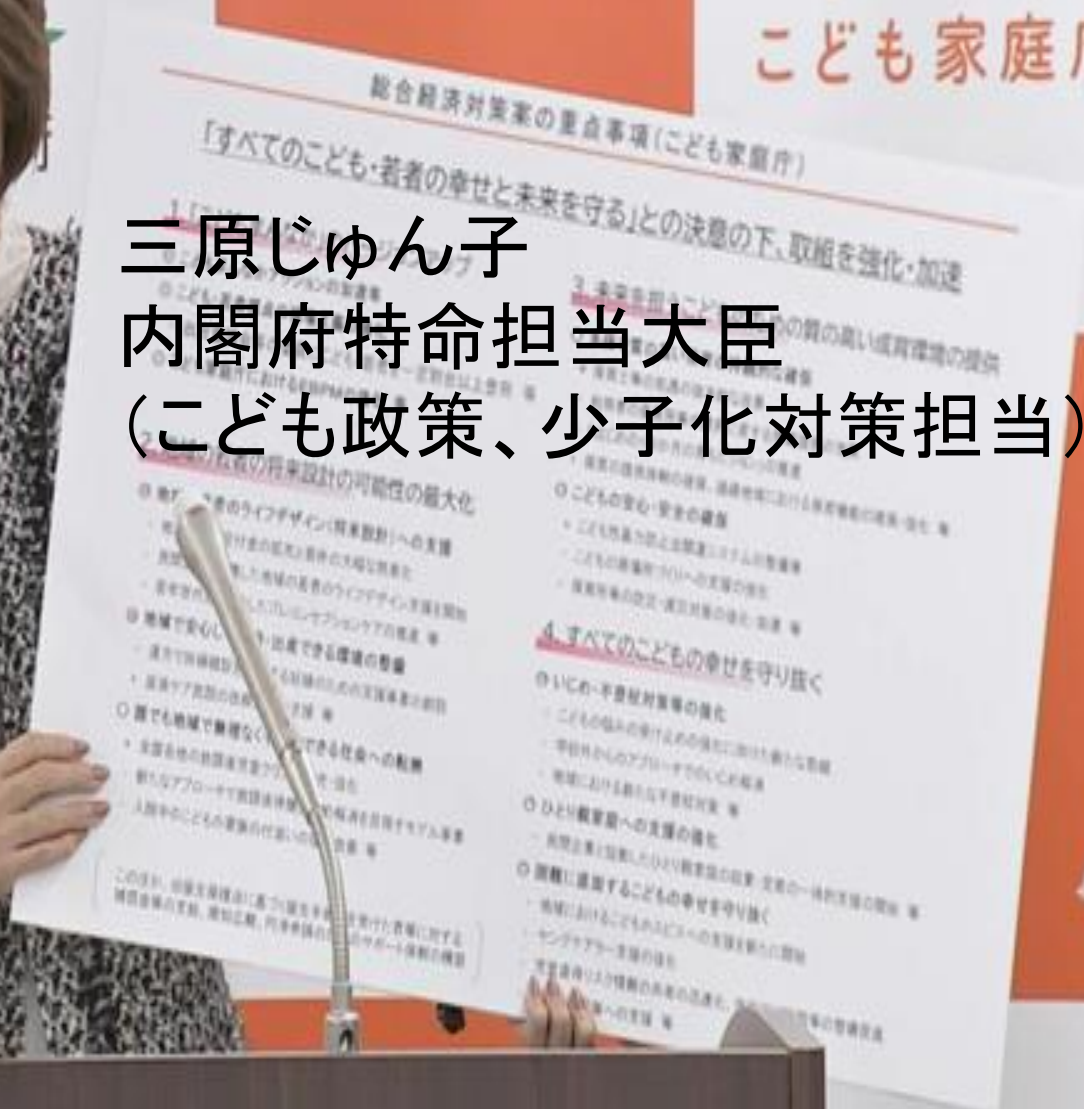


こどもまんなか
こども家庭庁

総合経済対策案の重点事項(こども家庭庁)

「すべてのこども・若者の幸せと未来を守る」との決意の下、取組を強化・加速

三原じゅん子
内閣府特命担当大臣
(こども政策、少子化対策担当)



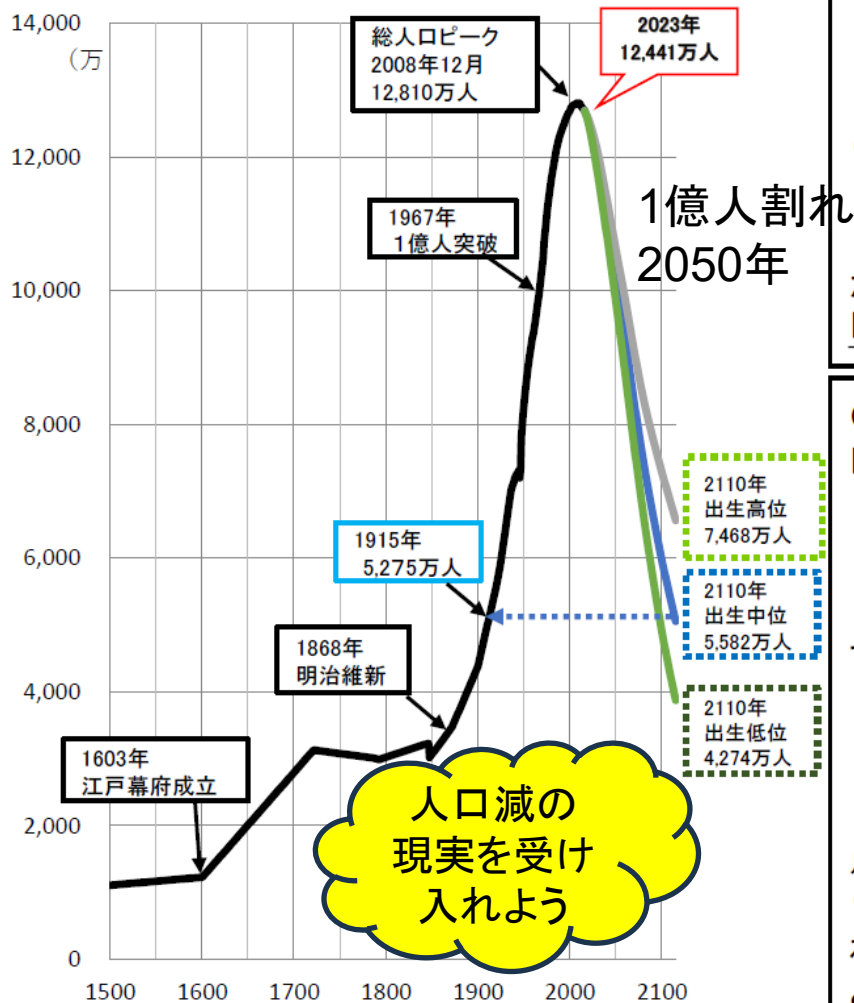
2030年までに
合計特殊出生率を
反転できるか？

三原じゅん子先生では



人口減少がもたらす影響―「超高齢化」と「縮小スパイラル」

(図) 日本の長期的な人口推移



※将来人口は、2023年推計

●人口減少社会とは「超高齢社会」

- ・ 現在1億2500万人の日本の人口は、このままいけば2110年には5000万人を切る。
今から100年前の1915年は同じ人口規模だったのだから、昔に戻るだけではないかという意見もある。
- ・ しかし、そうした意見は高齢化の問題を度外視している。人口減少は、かならず「高齢化」を伴う。
1915年の日本は高齢化率5%の若々しい国であったが、将来予想されている日本は、高齢化率が40%の「年老いた国」である。

●経済への影響

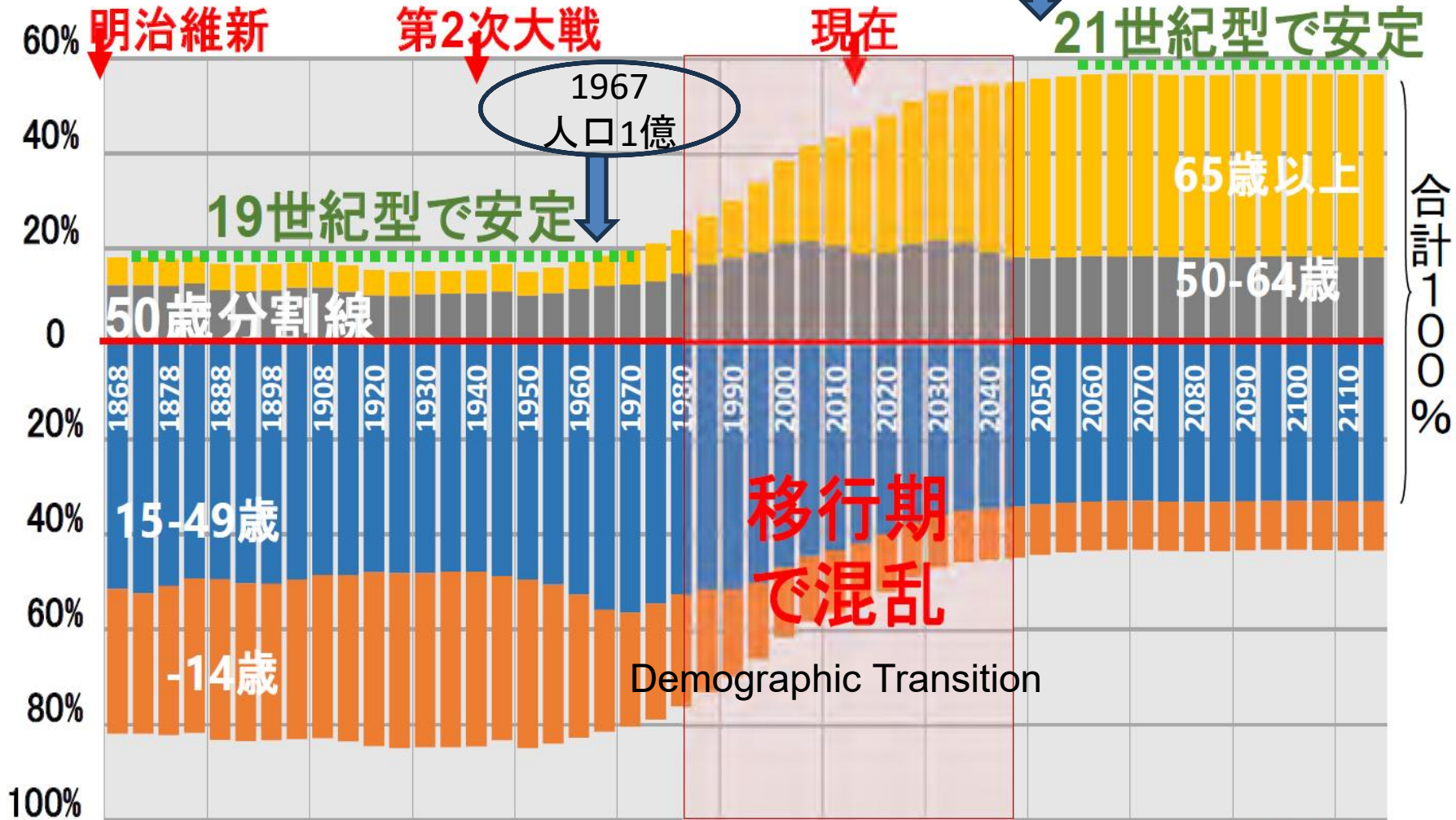
「人口が減るとことは国内マーケット規模が減ってしまうことを意味する。国内マーケットが減ってしまうと、経営者はどうするかという、相対的により収益の上がるマーケットに設備投資をする。
そうすると、国内への設備投資が減ってしまう。設備投資が減れば、イノベーションが国内では減る。イノベーションが減れば、生産性は減ってしまう。日本経済はマイナススパイラルに陥ってしまう危険性が非常に強い。」(出典)内閣府「選択する未来2.0」第1回議事要旨(2020年3月)P4~5、三村明夫氏発言

- ・ 人口減少による影響はまず消費需要の低下に表れ、それが投資の低下を招き、その結果、進歩は止まり、失業と貧困が増加。また、高齢化によって、若年層の労働意欲・生産性が低下し、広範な社会心理的停滞が起きる。
(スウェーデン経済学者、グンナー・ミュルダール)

人口遷移論

50歳で分割 250年間の推移

2050
人口1億



古い縮む日本！

- 2050 年代日本の人口は1億人を割る
- 2050年代日本は1960年代の人口に戻る
- しかし違いは高齢化率
- 1960年代は高齢化率は6%、
- 2050年代の高齢化率は40%
- 若年人口と老年人口の比率が一定となり安定化

まとめと提言



- ・ポスト2025年の改革ロードマップ
- ・改革の節目の年はポスト2025年と2040年
- ・キーワードは後期高齢者入院パンデミック、
- ・ポスト2025年の新たな地域医療構想、
かかりつけ医機能、総合診療医に期待
- ・古い縮む日本の姿をあるがままに受け入れて
医療介護福祉を支えていこう

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ **ポスト2040年も予想**
- ・ **医学通信社より、
2025年7月発刊**
- ・ **2色刷240頁、2600円**



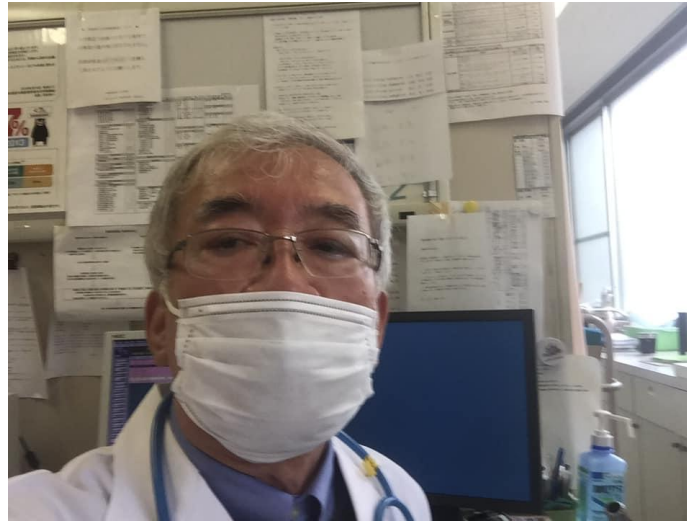
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

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

muto@kinugasa.or.jp

グループワーク・テーマ



- ①高齢者救急の現状と課題について意見交換しよう
- ②地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟の現状と課題について意見交換しよう
- ③病院が行う在宅医療・訪問看護について意見交換しよう
- ④看護師離職と看護師リクルートの現状について意見交換しよう
- ⑤看護部門と子育て支援について意見交換をしよう
- 発表は11:20から

ヘルスケアシステム論Ⅲ

SDGsとクリティカルパス



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など
- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

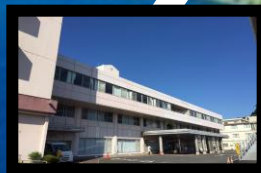
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

- パート1
 - なぜSDGsとクリティカルパスなのか？
- パート2
 - 私とクリティカルパス
- パート3
 - DPCとクリティカルパス
 - DPCパス、ジェネリック導入、ERAS
- パート4
 - 単回使用医療機器の再利用と再製造



パート1

なぜSDGsと クリティカルパスなのか？



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

世界を変えるための17の目標

2015年国連サミット
で採択、世界193か国
が参加

1 貧困をなくそう



2 飢餓をゼロに



3 すべての人に健康と福祉を



4 質の高い教育をみんなに



5 ジェンダー平等を実現しよう



6 安全な水とトイレを世界中に



7 エネルギーをみんなにそしてクリーンに



8 働きがいも経済成長も



9 産業と技術革新の基盤をつくろう



10 人や国の不平等をなくそう



11 住み続けられるまちづくりを



12 つくる責任 つかう責任



13 気候変動に具体的な対策を



14 海の豊かさを守ろう



15 陸の豊かさを守ろう



16 平和と公正をすべての人に



17 パートナースhipで目標を達成しよう



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

2030年に向けて
世界が合意した
「持続可能な開発目標」です

効率化・適正化を通じた 制度の安定性と持続可能性への 取り組み

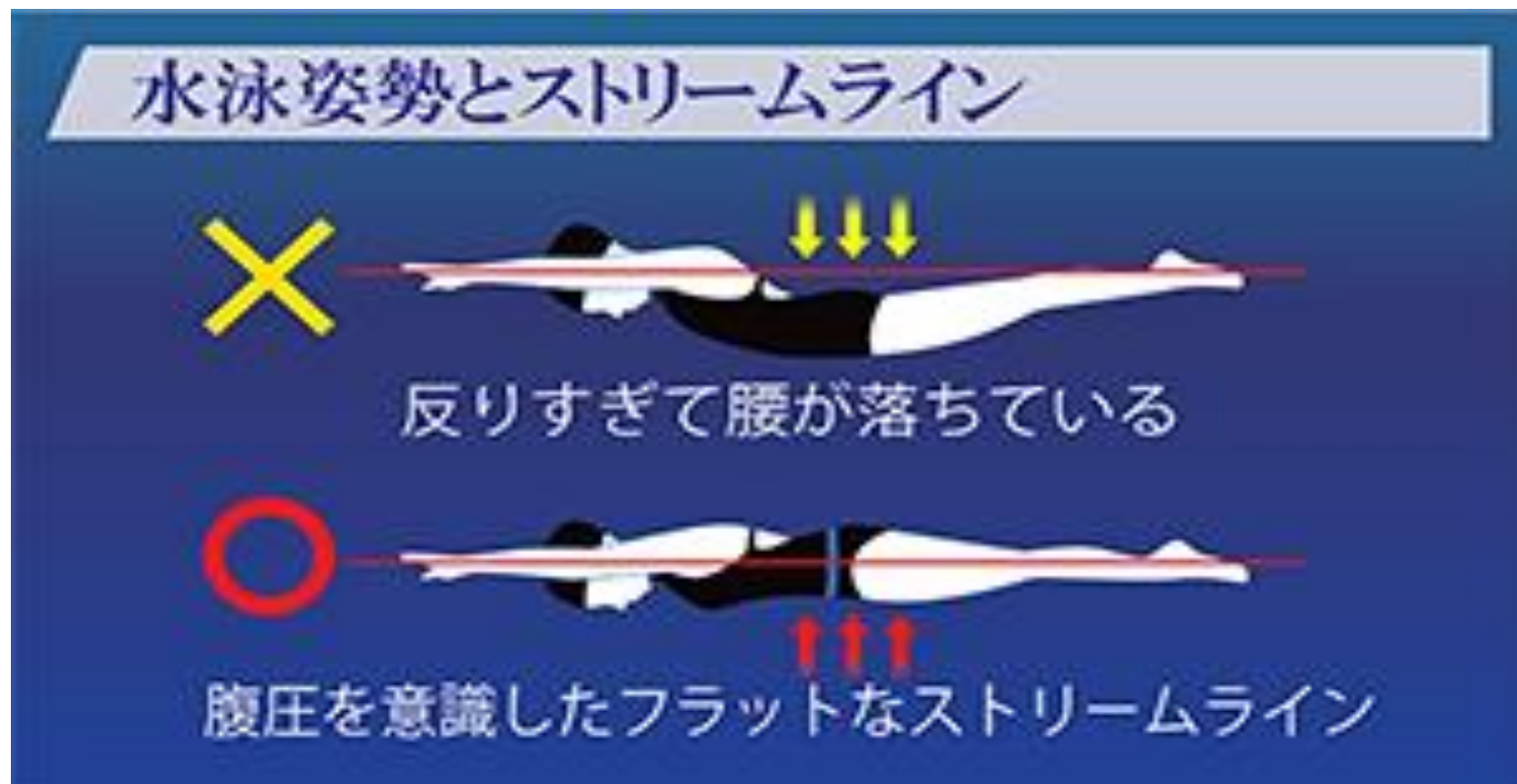


クリティカルパスの効果

- 標準的な治療計画が明示
 - 担当医の違いによる治療のばらつきをなくすことができ、治療の標準化と均質な医療の提供が可能となる
- アウトカムが明確
 - 医療チームがアウトカムを目指してスムーズに診療が進むこと
- 患者さんの治療参加
 - 患者自身にとってもスケジュールが明確であるため、主体的に治療に参加できるようになる。
- 入院期間の短縮効果
- 医療費削減効果

クリティカルパスは ストリームラインで

- ムダな動き減らしてスピードを出す



パート2

私とクリティカルパス



それは1995年3月のシカゴ

私とクリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
 - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
 - クリティカルパスに出会



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所(新宿)

シカゴの病院で・・・パスに出会う(1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学(1995年3月)
 - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
 - 最初の印象「へ～ これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだろう？」
 - 看護師さんにインタビュー
 - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
 - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
 - 退院計画は入院第1日目から作成！
 - 業務改善委員会(PI委員会)で作成していた



Central Dupage 病院

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、薬剤、身体状況、行動制限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)

医療におけるクリティカルパスとは？

- クリティカルパスはプロジェクト・マネジメントの技法のひとつ
- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表(ケアマップ)
- アウトカム(達成目標)に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



ニューイングランド・メデイカルセンター(ボストン)
カレン・ザンダーさん

東京都済生会中央病院 (脳梗塞のパス)1996年

東京都済生会中央病院
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

平成8年11月11日

◆患者 _____ 男 女 _____ 歳
◆医師 _____

◆入院日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
◆既往歴： _____

確定診断名

① アテローム血栓性
② 心源性脳梗塞
③ ラクナ梗塞
④ その他

主治医 _____

パス _____

へ移行

◆注意：パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

	入院前 生活アセスメント	入院当日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時発症	2日目 ____ 月 ____ 日	3日目 ____ 月 ____ 日
活動	ADLレベル 睡眠	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静
食事	内容・摂食行動・入庫	NPO	NPO	NPO
コンサルテーション	キー・パーソン	PT ST MSW		
検査		MR依頼 HCT CXR EKG 血液（一般、血糖、生化学、 凝固系、感染症） 尿一般 ← (ヘパリン使用時) APTT	頸部エコー (心ホルター心電図) (心エコー) (ヘパリン使用時) APTT	MR (ヘパリン使用時) APTT
ナースング		バイタルサイン 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(褥・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(褥・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(褥・尿路)
薬物療法	常用薬	高浸透性利尿剤（クリセオール）DIV 抗凝固剤（ガスター）IV 補液 DIV 抗血栓薬（スロノン・キサン ボン・ヘパリン）DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV
おもな 患者アウトカム	① ADLレベルの明確化 ② 健康レベルの明確化 ③ キー・パーソンの明確化	① ベッド上安静 ② ストレス・フリー ③ 頭痛・嘔吐・発熱が無い ④ 併存症マネジメント良好	① 同様 ② 同様 ③ 同様 ④ 同様 ⑤ 合併症が無い	① 同様 ② 同様 ③ 同様 ④ 同様 ⑤ 合併症が無い
特記事項		無 有 ① ②	無 有 ① ②	無 有 ① ②
サイン	医師 看護婦 PT ST MSW	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

(注) 表中(心)は、EMBOIJSM(脳塞栓)の治療を指す。

済生会中央病院の脳梗塞クリティカルパス：脳梗塞の治療は、病型によって様々であるが、病型診断まではどれも大
体一定している。このパスは、脳梗塞で入院した患者に対して一様に用いるものであり（パスの適用についての判断
は医師が下す）、病型が確定した後は、各病型ごとのパスに移行する。入院当日にPT、OT、MSWへ連絡され、それ
らの機能を含めた早期チームアプローチが行われる。

日本で最初の
クリティカルパス



山崎 絳氏

「基礎からわかるクリティカルパス 作成・活用ガイド」(1997年)

1万部の大
ヒット

目次

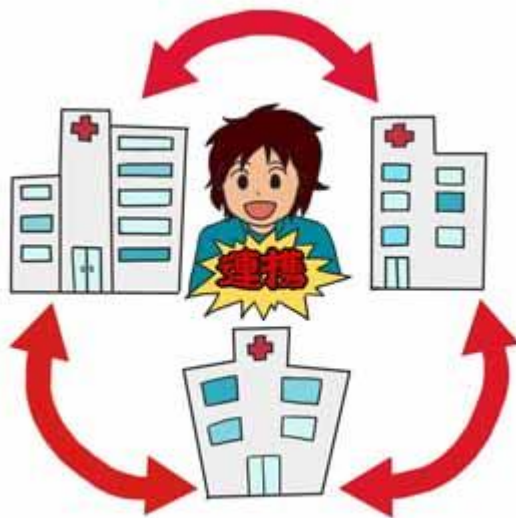
- － 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- － 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- － 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- － 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- － 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- － 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- － 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- － 第8章 本書を理解するための用語集



坂本すがさん

1997年日総研出版

地域連携クリティカルパス



シームレスケア研究会 (熊本)2003年

- 研究会参加施設
 - － K病院(急性期特定病院)、S病院(急性期特定病院)、C病院(急性期特定病院)
 - － N病院(回復期リハ)、S病院(回復期リハ)、K病院(回復期リハ)、T医院(有床診療所)、K医院(無床診療所)
- 月1回会合(医師、看護師、理学療法士他)
 - － 会場:持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



熊本医療センター副院長
野村一俊先生

シームレス研究会の経緯

- 研究会立ち上げ
 - 2003年10月
 - 世話人会立ち上げ(6施設)
- 第1回研究会(2003年11月)
 - 各施設のパス、手術適応、術式、後療法の提示
 - 診療ガイドラインの検討
 - 使用中の連携パスの提示
- 第2回(2003年12月)
 - 診療ガイドライン案作成
 - 研究会連携パス
 - データベース案の検討
- 第3回(2004年1月)
 - 連携パスの検討、連携パス
 - データベースの電子化の検討
 - 目標設定:4月からの連携パス運用開始
- 第4回(2004年2月)
 - 連携パスの検討、電子化案の検討
 - 患者用連携パス案の検討
- 第5回(2004年3月)
 - 2施設加わる
 - 連携パス試用結果検討
- 第6回(2004年4月)
 - 第6回研究会
 - 連携パス使用実績、問題点の検討
- 以後毎月1回研究会を開催

大腿骨頸部骨折連携パス(熊本医療センター)

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用

診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後:自宅・施設()

受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標:移動能力		車椅子坐位		平行棒内歩行		歩行器歩行		杖歩行		階段昇降		屋外歩行		()	
訓練開始日		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		自・監・介	
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後	1週以内	
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル抜去		病棟内トイレ		病棟内トイレ						自・監・介		
清拭	清拭				創チェック		シャワー浴可		入浴				自・監・介		
セルフ	【荷重制限】有・無		禁忌肢位;股関節過度屈曲・内転・内旋 他禁忌事項:有・無()				上下衣更衣〇/〇						自・監・介		
薬剤	持参薬確認		術後1~2日まで		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)						疼痛有・無		
	坐薬		坐薬		坐薬										
検査	X線(2R)	X線(2R)	採血		X線(2R)		X線(2R)		採血		X線(2R)		採血		有・無
処置	鋼線牽引有・無		ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸						有・無		
食事	常食 特食()		腹鳴音確認後飲水可 常食 特食()				常食 特食()						有・無		
教育	入院時OR NsOR		床上動作の指導		家屋調査説明有・無 介護保険説明有・無		入院時OR 介護保険申請〇/〇		家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇		試験外泊〇/〇 退院後訪問〇/〇		
退院時情報	問題行動:有・無		可動域:		股関節屈曲〇度、外転〇度		問題行動:有・無		可動域:股関節屈曲〇度、外転〇度		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		要介護度:〇		薬:飲薬・坐薬(回/日)
	痴呆:有・無・疑い		筋力:		中殿筋〇、大腿四頭筋〇		痴呆:有・無・疑い		筋力:		要介護度:〇		サービス:有・無()		
	痛み:有・無(部位:)						痛み:有・無(部位:)								
	意欲:有・無・どちらとも言えない														

急性期病院

リハビリ病院

【コメント】

平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 PT:〇〇 平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション 担当:〇〇

* 食院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(経過・チェック項目・コメント)をフィードバックして頂ければ幸いです。

人工骨頭置換術を受けられる方へ

患者様用パス

骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』

手術

リハビリテーション

退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術...転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後7週
リハビリ	関節を動かす訓練 筋力訓練 歩行訓練			
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。			
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	入院時指導	自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)		

『リハビリ』

目標:(車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

歩行訓練進行の目安

平行棒内歩行

歩行器歩行

杖歩行

屋外歩行

歩くとき膝がグラグラしない。
肩の力を抜いて歩ける。
平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

平行棒内を杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。
片手で平行棒内を歩ける。

『日常生活、生活の場』

目標:(自宅・施設)

* 実生活そのものがリハビリとなります。
* リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう。

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下、浴室などは転倒しやすいので注意しましょう。
- 2) 階段の昇りは良い方の足から降り方は悪い方の足から一段ずつ始めた方が楽です。

3) 脱臼しやすい姿勢に注意!

【右写真を参照】



家屋改修(自宅での生活が目標の方)

* 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
* 家屋環境のチェックが必要となります。
* 家屋環境のチェックが必要となります。
家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

急性期病院

『治療の流れ』

手術

リハビリテーション

退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術...転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練			

入院診療計画予定表

大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

() 様 担当医 () 担当看護師 () 担当理学療法士 ()

経路	入院日 通 () / ()	手術当日 通 () / ()	術後1日 通 () / ()	術後2日 通 () / ()	術後3~4日 通 () / ()	術後5日 ~ 3週 通 () / ()	X線検査 血液検査
食	□食事は夕食まで □飲水は22時まで	□術室後、お風呂の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□術室後、お風呂の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□術室後、お風呂の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□術室後、お風呂の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□術室後、お風呂の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	
着	□着にのびる訓練で 引き伸ばします (痛くないよう)	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	
リ	□訓練の指導・説明 おこないます	□車椅子で移動出来ます おこないます	□車椅子で移動出来ます おこないます	□車椅子で移動出来ます おこないます	□車椅子で移動出来ます おこないます	□車椅子で移動出来ます おこないます	
歩	□歩行の練習をします おこないます	□歩行の練習をします おこないます	□歩行の練習をします おこないます	□歩行の練習をします おこないます	□歩行の練習をします おこないます	□歩行の練習をします おこないます	
入	□入浴の練習をします おこないます	□入浴の練習をします おこないます	□入浴の練習をします おこないます	□入浴の練習をします おこないます	□入浴の練習をします おこないます	□入浴の練習をします おこないます	
排	□排便の練習をします おこないます	□排便の練習をします おこないます	□排便の練習をします おこないます	□排便の練習をします おこないます	□排便の練習をします おこないます	□排便の練習をします おこないます	
結	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	□必要に応じて毛を 剃ります	
保	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	□可能であれば 入浴できます	
清	□清拭	□清拭	□清拭	□清拭	□清拭	□清拭	
内	□内服薬の服用 テストがあります	□内服薬の服用 テストがあります	□内服薬の服用 テストがあります	□内服薬の服用 テストがあります	□内服薬の服用 テストがあります	□内服薬の服用 テストがあります	
輸	□輸液の注ぎ テストがあります	□輸液の注ぎ テストがあります	□輸液の注ぎ テストがあります	□輸液の注ぎ テストがあります	□輸液の注ぎ テストがあります	□輸液の注ぎ テストがあります	
注	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	
検	□入院時検査 他科受診があります	□入院時検査 他科受診があります	□入院時検査 他科受診があります	□入院時検査 他科受診があります	□入院時検査 他科受診があります	□入院時検査 他科受診があります	
説	□手術説明 手術室看護婦説明	□手術説明 手術室看護婦説明	□手術説明 手術室看護婦説明	□手術説明 手術室看護婦説明	□手術説明 手術室看護婦説明	□手術説明 手術室看護婦説明	

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

独立熊本病院 整形外科

* 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

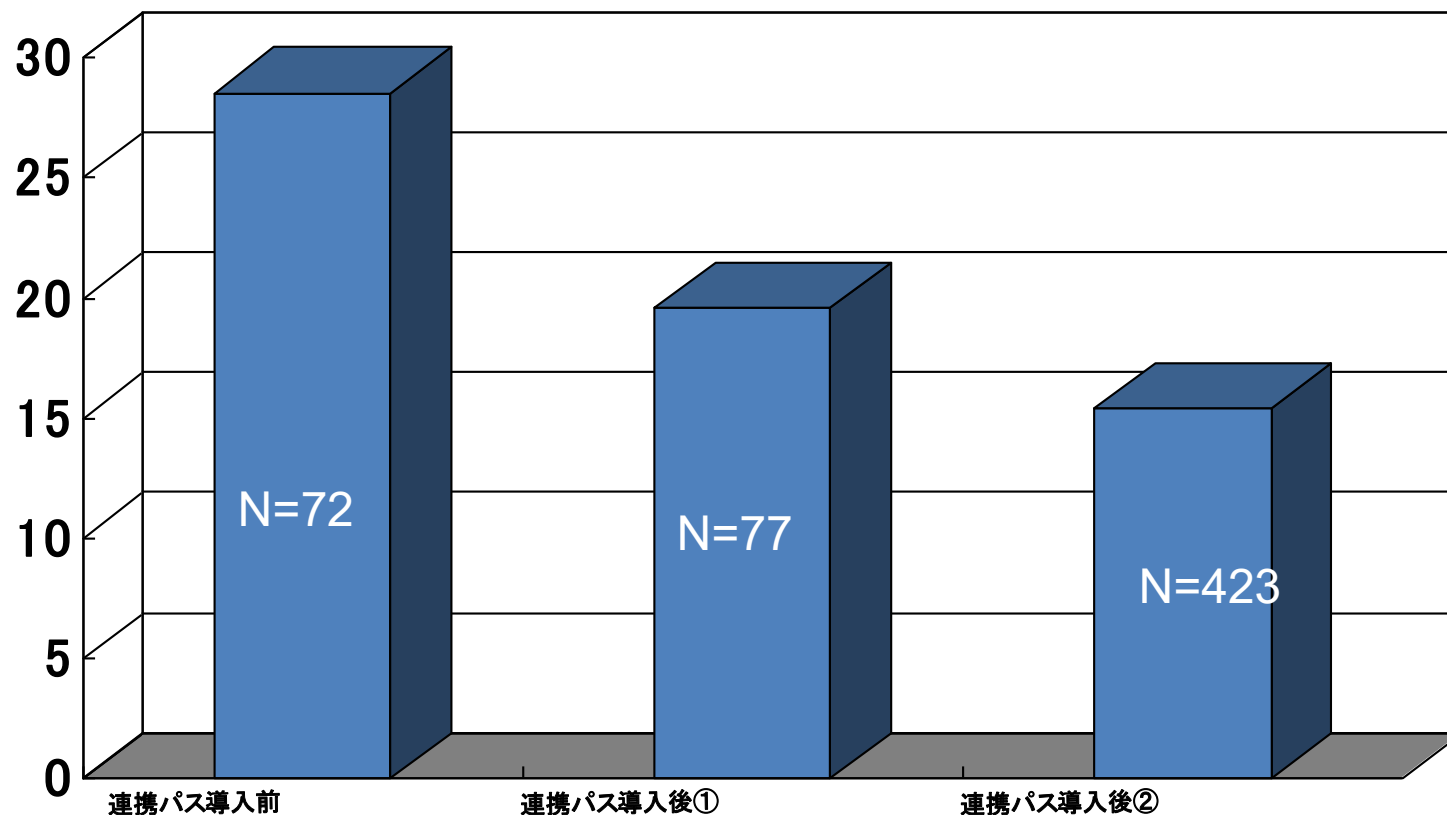
熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

リハビリ病院

連携パスの効果

- 患者家族の不安の解消
 - 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

連携パス(大腿骨頸部骨折)導入による 急性期病院の在院日数の変化

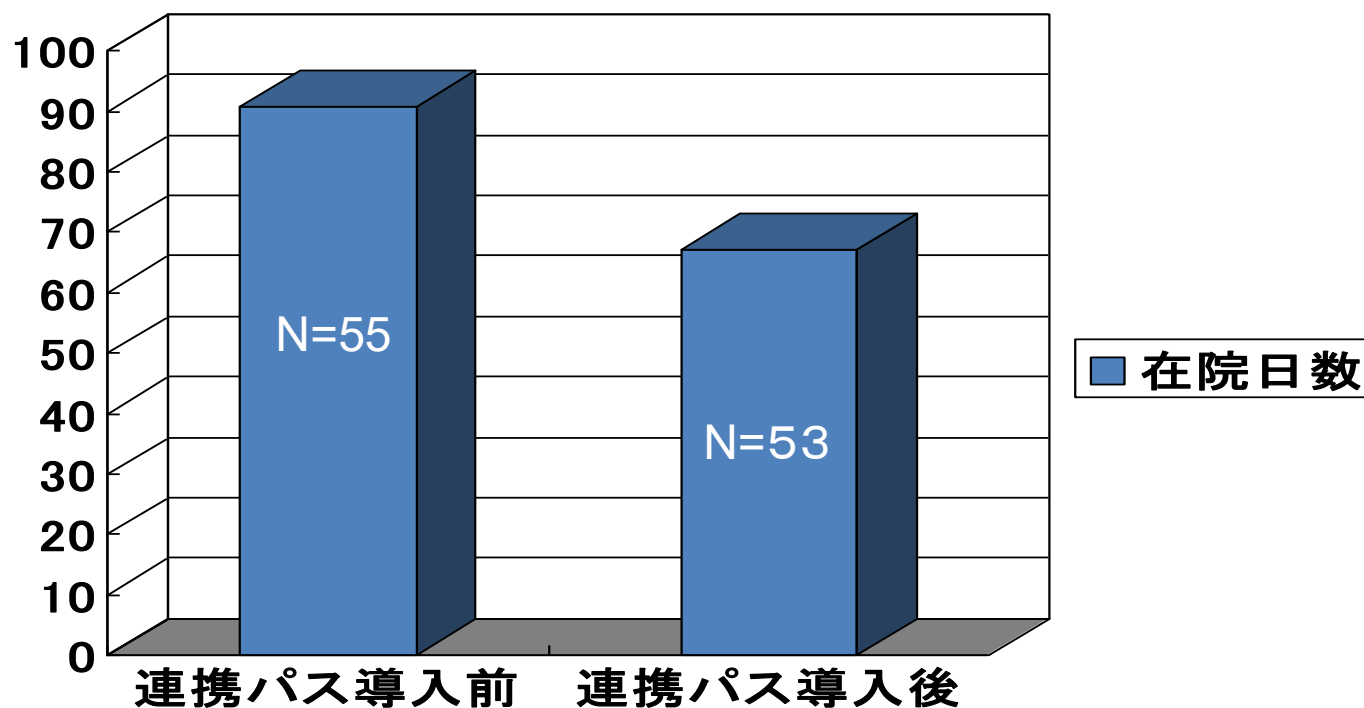


連携パス導入前(平成11年1月－12月)

連携パス導入後①(平成13年1月－8月)

連携パス導入後②(平成15年1月－平成17年1月)

連携パスの連携先病院 (回復期リハ)の在院日数変化

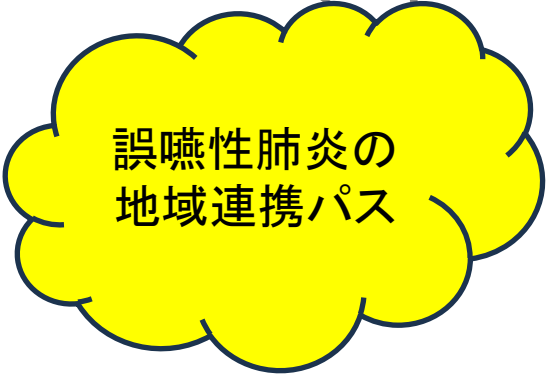


連携パス導入前:平成15年

連携パス導入後:平成16年

地域連携パスによって 地域全体の平均在院日数を短縮できる

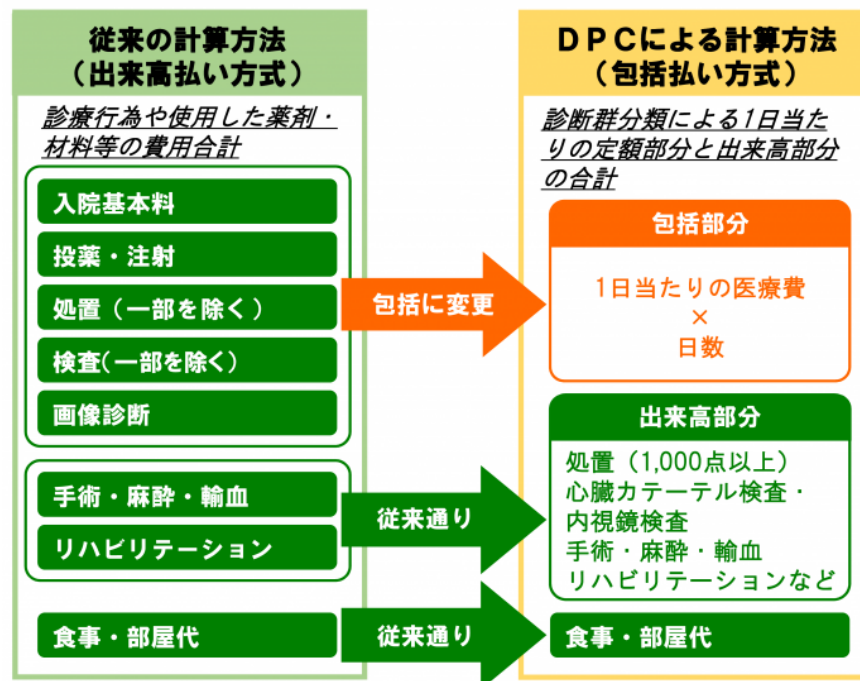
急性期病院から回復期病院への
タイムリーな転院が可能となる



誤嚥性肺炎の
地域連携パス

パート3

DPCとクリティカルパス



クリティカルパスの定義

- 米国でのクリティカルパスの定義
- 「クリティカルパスとはDRGが決め ている入院期間内に標準的な結果 を得るために患者に対して最も係わ る医師、看護師がおこなうべき手順 と時間のリスト」
- マッケンジー1989 年

DPCとクリティカルパス 4つのポイント

- ポイント① DPCデータ分析ソフトとパス
- ポイント② DPC対応型パス
- ポイント③ DPCと医薬品マネジメントと
医療材料マネジメント
- ポイント④ DPCと周術期マネジメント

ポイント①

DPC分析ソフトとパス

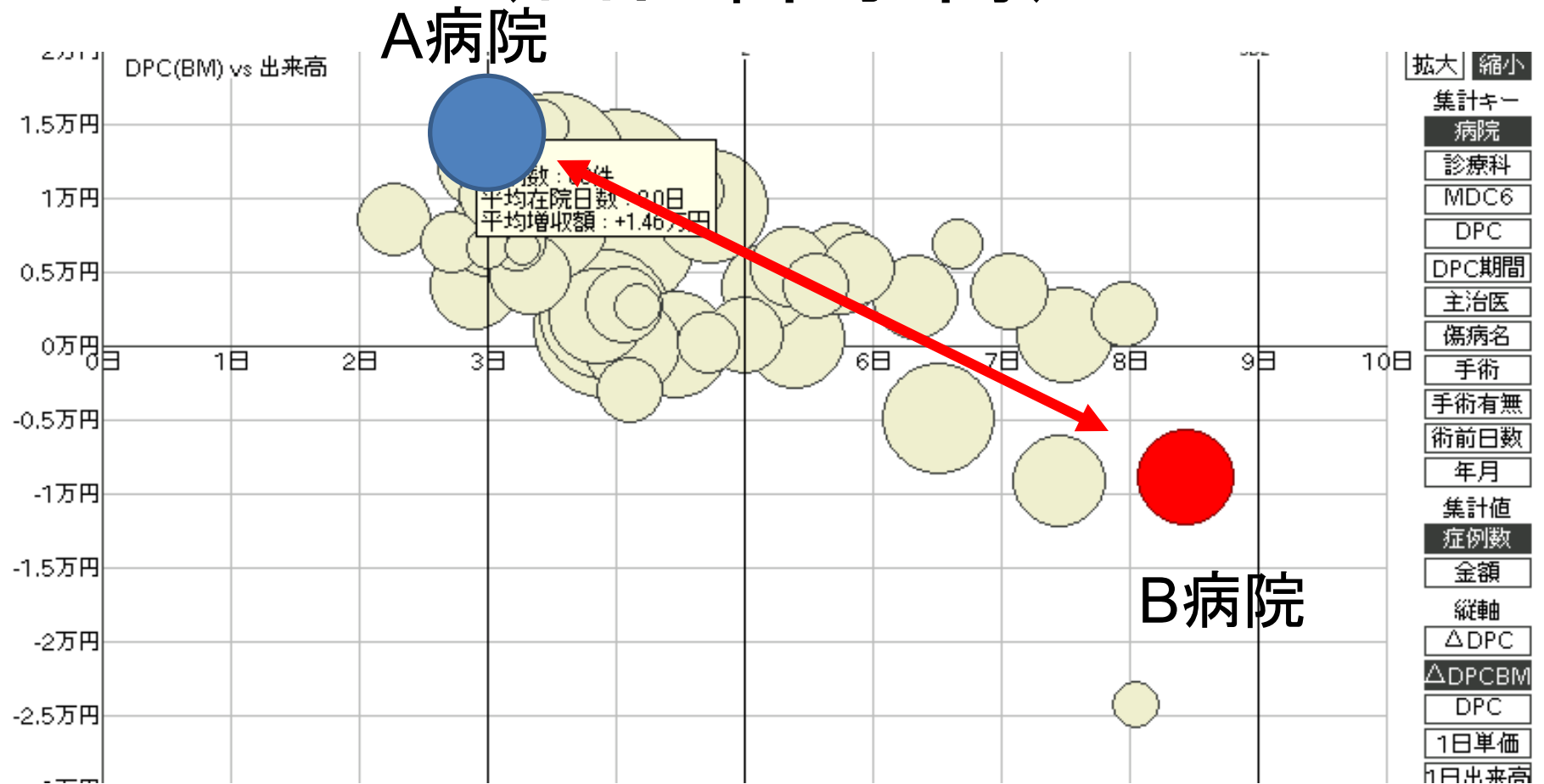


国際医療福祉大学附属三田病院ではDPC分析ソフト(ヒラソル)を使って
疾病単位で分析した

DPC分析ソフト「ヒラソル」の機能

- DPC別病院間ベンチマーク
- 診療行為明細別ミクロベンチマーク
- シミュレーション機能
- クリティカルパス作成
- クリニカルオーディット（医療の質評価）
- 分析ロジック搭載

DPC別病院間ベンチマーク (白内障手術)



2006.7-10

020110xx97x0x0:白内障、水晶体の疾患 手術あり 処置2なし 片眼

クリティカルパスベンチマーク

2006.7-10

020110xx97x0x0: 白内障、水晶体の疾患 手術あり 処置2なし 片眼

A病院

	99.2%	術前1日	術日	術後1日
診察			¥3,500 ■薬剤管理指	¥500 ■退院時服薬
投薬			¥2,780 クラビット点 ジクロード点 ネオシネジン	¥990 セフゾンカプ 調剤料(入院)
注射				
処置				
手術			¥137,600 ■水晶体再建 ヒーロン 1% パニマイシン	
検査			¥380 スリットM(前)	¥1,230 精密眼圧 スリットM(前)
画像				

B病院

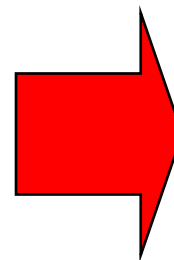
	93.4%	術前2日	術前1日	術日	術後1日	術後2日	術後3日	術後4日
診察				¥3,500 ■薬剤管理指				¥500 ■退院時服薬
投薬				¥3,870 クラビット点 ジクロード点 フルメトン				¥70 調剤料(入院)
注射					¥60 アタラックス 皮下及 ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥1,500 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射
処置					¥450 創傷処置1			
手術				¥150,490 ■水晶体再建 オペガン0.6 ヒーロン 1%				
検査				¥1,970 精密眼圧 矯正視力(1以 スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥380 精密眼圧 精密眼底(片) スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥1,230 精密眼圧 スリットM(前)
画像								

DPC対応型パスシミュレーション

赤パスを黒パスに変える！

020110xx97x0x0:白内障、水晶体の疾患 手術あり 処置2なし 片眼 Aのシミュレーション

	98.5%	術前2日	術前1日	術日	術後1日	術後2日	術後3日	術後4日
診察	¥3,500 ■薬剤管理指							¥500 ■退院時服薬
投薬	¥3,870 クラビット点 ジクロード点 フルメトン							
注射			¥60 アタラックス 皮下、皮下及 ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥1,500 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射
処置				¥450 創傷処置1				
手術			¥150,490 ■水晶体再建 オペガン0.6 ヒーロン 1%					
検査	¥5,960 角膜内皮細胞 超音波(Aモー 角膜曲率	¥380 スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥1,790 精密眼圧 精密眼底(片) スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	精密眼圧 スリットM(前)	¥1,230 精密眼圧 スリットM(前)
画像								
その他								
入院	¥21,000 一般病棟7対1	¥20,200 一般病棟7対1	¥20,200 一般病棟7対1	¥20,200 一般病棟7対1	¥20,200 一般病棟7対1	¥20,200 一般病棟7対1	¥20,200 一般病棟7対1	¥20,200 一般病棟7対1
食事	¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥950 ■入院時食事 ■食事療養指

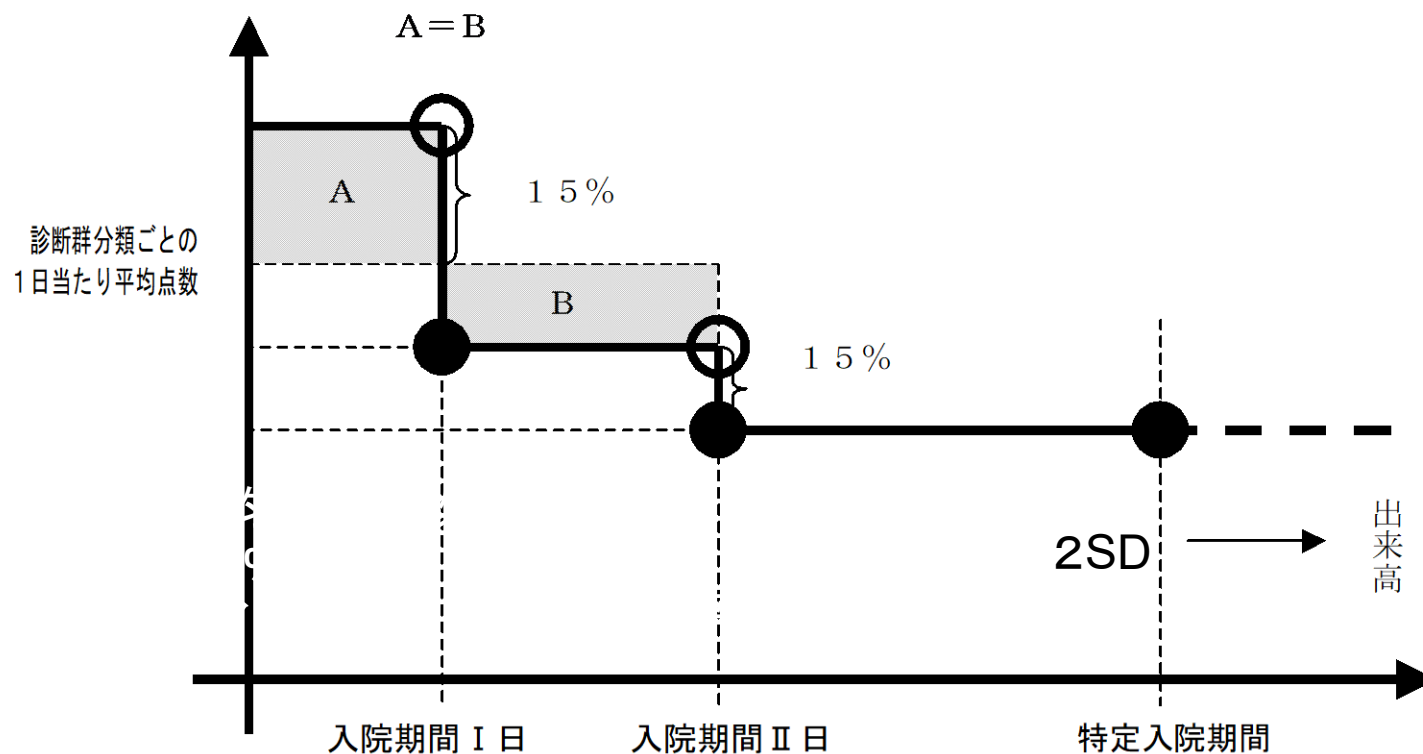


	術前1日	術日	術後1日	術後2日
診察	☒ ¥3,500 ■薬剤管理指			
投薬	☒ ¥2,670 フルメトン ジクロード点 クラビット点			
注射		☒ ¥60 アタラックス 皮下、皮下		
処置			☒ ¥450 創傷処置1	
手術		☒ ¥150,490 ■水晶体再建 オペガン0.6 ヒーロン 1%		
検査	☒ ¥5,960 角膜内皮細胞 超音波(Aモー 角膜曲率	☒ ¥380 スリットM(前)	☒ ¥1,790 精密眼圧 精密眼底(片) スリットM(前)	☒ ¥380 スリットM(前)
画像				
その他				
入院	☒ ¥21,000 一般病棟7対1	☒ ¥20,200 一般病棟7対1	☒ ¥20,200 一般病棟7対1	☒ ¥20,200 一般病棟7対1
食事	☒ ¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	☒ ¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	☒ ¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	☒ ¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指

ポイント② DPC対応型パス

- 条件1
 - － 在院日数が「入院期間Ⅱ」の範囲内にあること
 - 条件2
 - － 外来診療、在宅医療、医療連携が考慮されていること
 - 条件3
 - － 使用薬剤・医療材料の適正化が図られていること
 - 条件4
 - － 原価計算に対応していること
 - 条件5
 - － 臨床指標が組み込まれていること
- （池田俊也ら）

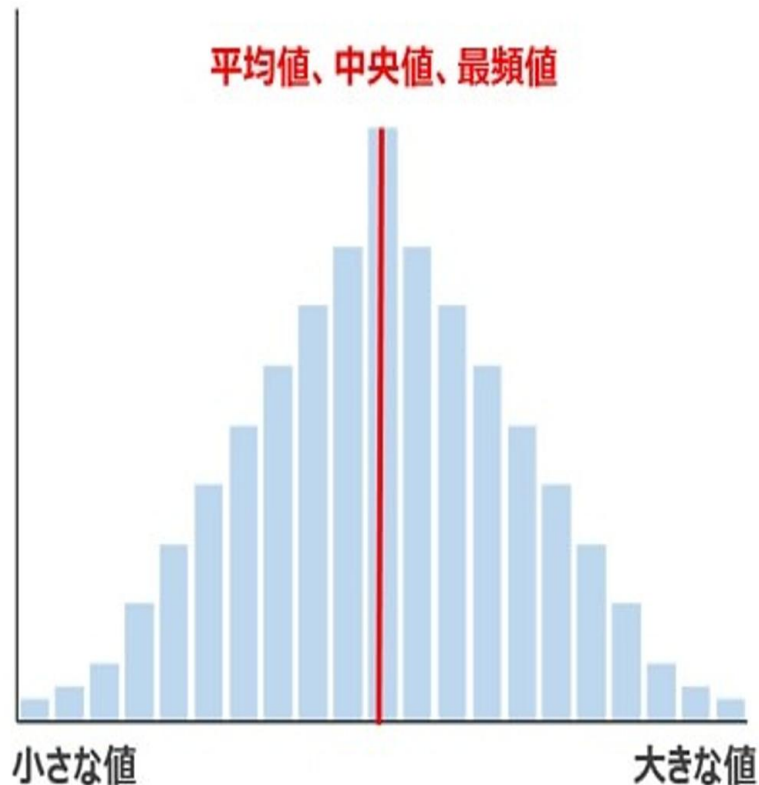
DPC入院期間 I、II をチェック



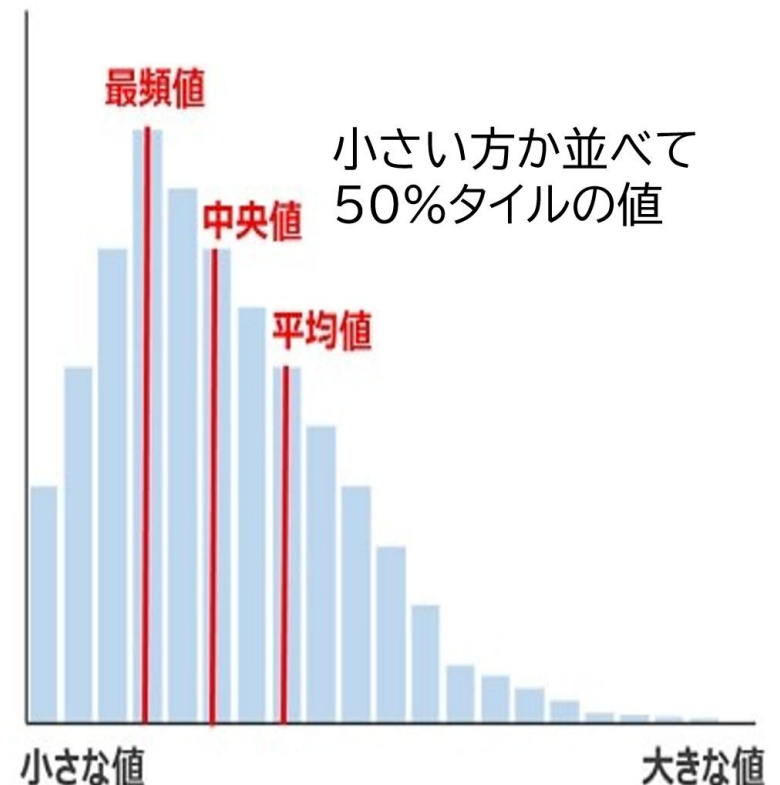
偏った分布では 中央値は平均値より小さな値

データの分布と代表値

正規分布



偏った分布



ポイント③

DPCと医薬品マネジメント
医療材料マネジメント

国立長野病院 4階病棟

三田病院のDPC導入と ジェネリック医薬品



国際医療福祉大
三田病

～08年7月からDPC突入～

三田病院で ジェネリック医薬品への置き換え

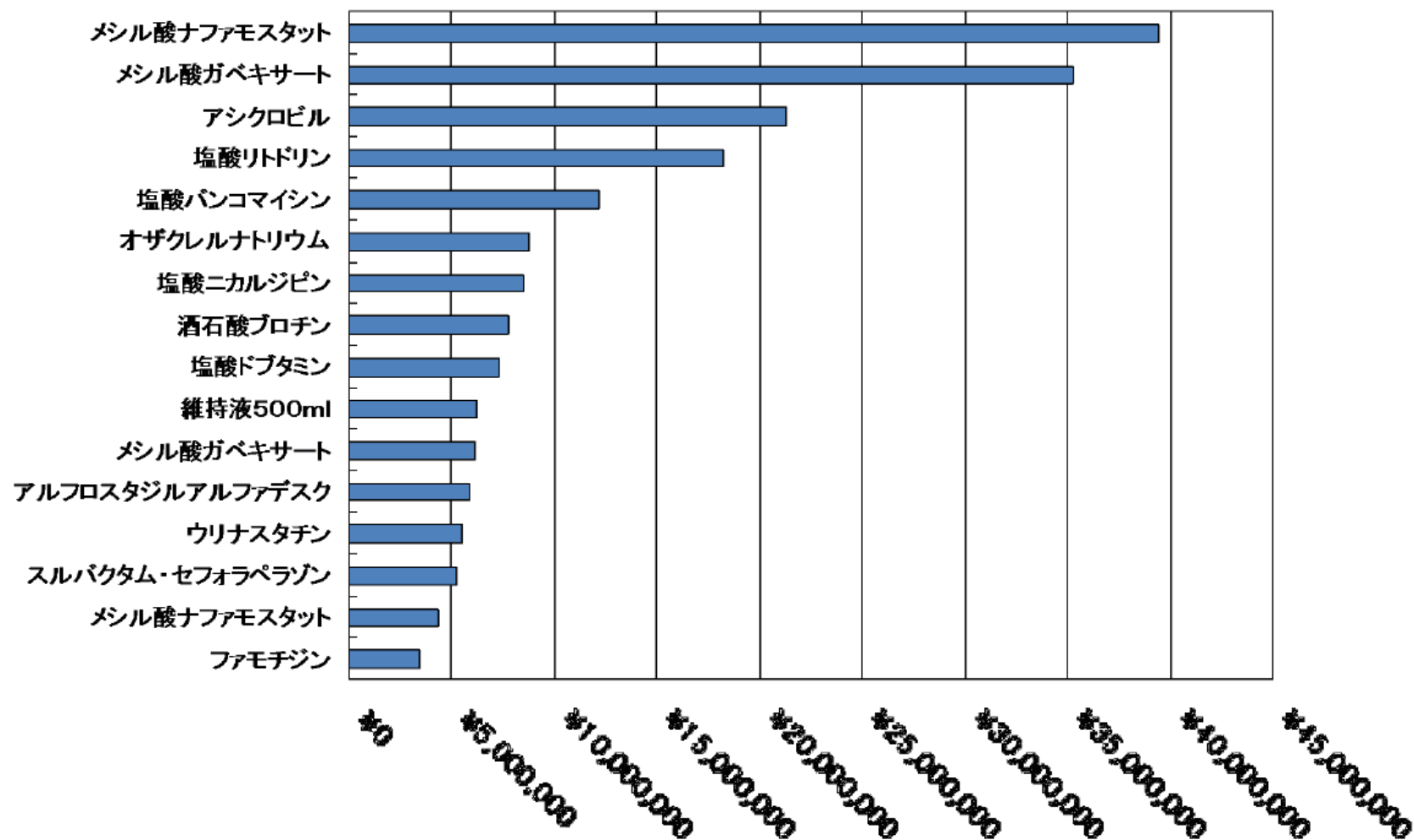


注射薬65品目の一斉置き換え(2008年)

聖マリアンナ医大の事例も参考にした

- 2003年4月1日よりDPC導入
- 全採用品目数約1700品目、年間医薬品購入費50億円
- 67品目の注射剤を先発品から後発品に切り替え
→年間2億円の削減効果
- 切り替えプロセス
 - 後発品のあるすべての注射薬120－130品目について検討
 - 品質、情報、安定供給を確認したうえで、67品目を切り替え

削減効果の多い注射薬(2005年)



聖マリアンナ医大

■ 削減額

三田病院で抗がん剤のジェネリック 置き換えに当たって医師の意見を 聞きました



後発品切り替えに対する医師意見 「抗がん剤」(2008年)

- 外科医師
 - 抗がん剤の後発薬は安全性や有効性が保障されているのか？合併症発生時や緊急時の情報提供体制は大丈夫か？
 - 原薬はどこから来ているのか？
 - メーカーの説明会を実施
 - タキソール→パクリタキセル(日本化薬)
 - パラプラチン→カルボプラチン(サンド)

入院患者さんへジェネリック 医薬品のお知らせ

- 当院ではジェネリック医薬品を使用することがあります。
- ジェネリック医薬品に対するご質問がありましたら担当医や薬剤師にお聞きください。
- 患者クレームは2件
 - 医師の入院患者からのクレーム1件のみ「ゾロは使ってもらいたくない！」
 - VIP患者さんから「抗がん剤のジェネリックはいやだ」
 - 抗菌剤アレルギー体質の患者から、抗菌剤のジェネリックを使っても欲しくないという要望

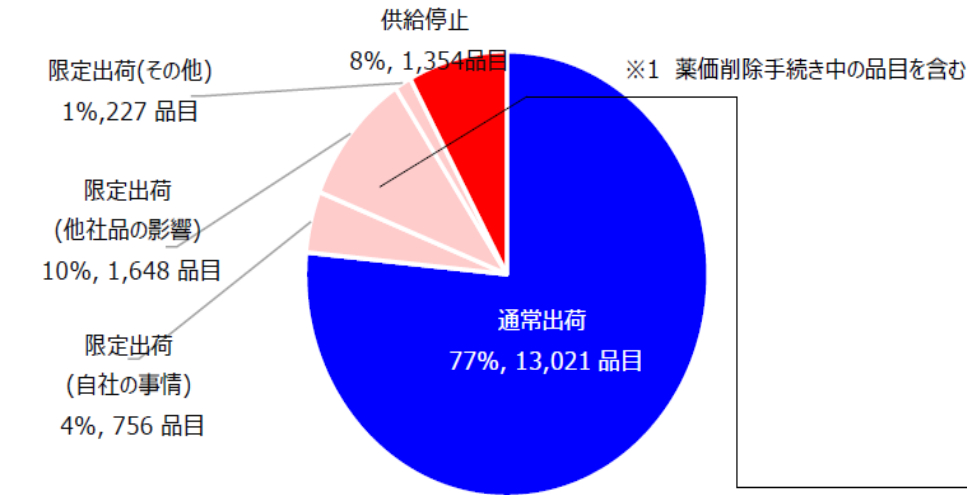
問題は後発医薬品の供給不足



医薬品の供給状況（令和5年4月）

- ・ 限定出荷・供給停止は全体の23%（3,985品目）であり、後発品では34%（3,083品目）。
- ・ 限定出荷の要因としては「他社品の影響」によるものが最多。

1 医薬品全体の対応状況※1



カテゴリー別：「供給停止」、「限定出荷」の割合

2023年4月 調査結果	供給停止		限定出荷		
	銘柄数	構成比	銘柄数	構成比	
先発品	2,580	63	5%	95	4%
長期収載品	1,450	30	2%	134	5%
後発品	9,004	1,022	75%	2,061	78%
その他の医薬品	4,169	239	18%	341	13%
合計	17,203	1,354	100%	2,631	100%

【項目の定義】

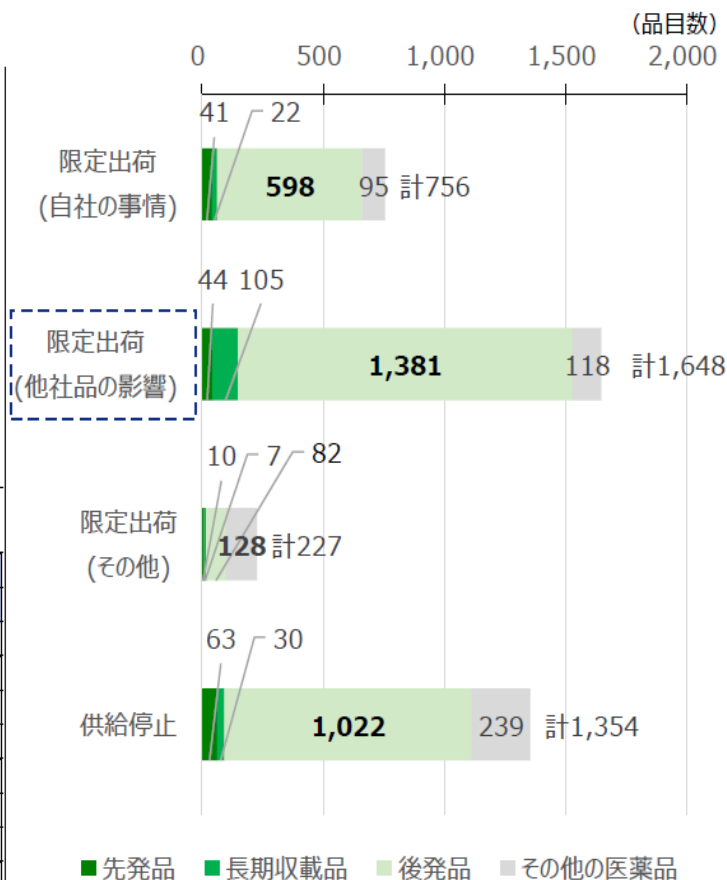
長期収載品：後発品のある先発品

その他の医薬品：局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）、承認が昭和42年以前の医薬品など

カテゴリー別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析

2023年4月 調査結果	限定出荷							
	自社の事情		他社品の影響		その他		合計	
先発品	41	5%	44	3%	10	4%	95	4%
	43%		46%		11%		100%	
長期収載品	22	3%	105	6%	7	3%	134	5%
※	16%		78%		5%		100%	
後発品	598	79%	1,381	84%	82	36%	2,061	78%
	29%		67%		4%		100%	
その他の医薬品※	95	13%	118	7%	128	56%	341	13%
	28%		35%		38%		100%	
合計	756	100%	1,648	100%	227	100%	2,631	100%
	29%		63%		9%		100%	

2 限定出荷・供給停止の内訳



2. 持続可能な社会保障制度の構築

創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置、全ゲノム解析等に係る計画²⁵⁸の推進を通じた情報基盤²⁵⁹の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。これらにより、ドラッグラグ・ドラッグロスの問題に対応する。さらに、新規モダリティへの投資や国際展開を推進するため、政府全体の司令塔機能の下で、総合的な戦略を作成する。医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため²⁶⁰、長期収載品²⁶¹等の自己負担の在り方の見直し、検討を進める。大麻に関する制度を見直し、大麻由来医薬品の利用等に向けた必要な環境整備を行うほか、OTC医薬品・OTC検査薬の拡大に向けた検討等によるセルフメディケーションの推進、バイオシミラーの使用促進等、**医療上の必要性を踏まえた後発医薬品を始めとする医薬品の安定供給確保、後発医薬品の産業構造の見直し**、プログラム医療機器の実用化促進に向けた承認審査体制の強化を図る。また、総合的な認知症施策を進める中で、認知症治療の研究開発を推進する。献血への理解を深める²⁶²とともに、血液製剤²⁶³の国内自給、安定的な確保及び適正な使用の推進を図る。

258 「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和4年9月30日厚生労働省）。

259 マルチオミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果と臨床情報を含む。

260 GDPに占める日本の医薬品等の支出は他の先進国よりも高い一方、世界の医療用医薬品の販売額における日本国内の販売額のシェアは低下しており、こうした状況の中で国民負担の軽減とイノベーションの推進を両立する観点から、中長期的な薬剤費の在り方の議論も含めて、取組を進める必要がある。

261 後発医薬品への置換えは数量ベースで約8割に達しようとしているが、金額ベースでは約4割と諸外国と比較しても低い水準。

262 小中学校現場での献血推進活動を含む。

263 輸血用血液製剤及びグロブリン製剤、フィブリノゲン製剤等血漿分画製剤。

第1回後発医薬品産業構造検討会

2023年7月31日



後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会

【検討会の目的】

後発医薬品の供給不安に係る課題について、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において議論され、薬価や薬事制度を起因とする産業構造上の課題が指摘されたほか、後発医薬品産業のあるべき姿やその実現のための具体策を検討するための会議体を新設することが提言された。

上記の議論や提言を踏まえ、後発医薬品産業を安定供給が確保された産業構造として再構築するため、産業のあるべき姿、その実現に向けた産業政策について幅広い議論を行うことを目的として開催する。

(令和5年7月31日 第1回検討会開催)

【検討会の構成員】

	氏名	所属
(座長代理)	川上 純一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
	櫻井 信豪	東京理科大学薬学部 教授
	田極 春美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社政策研究事業本部 主任研究員
	堤 崇士	グロービス経営大学院 教授
	鳥巢 正憲	長島・大野・常松法律事務所 弁護士
	野澤 昌史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部 ヘルスケア室長
	福田 彰子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社 LSHC M&Aトランザクションサービス シニアヴァイスプレジデント
(座長)	間宮 弘晃	国際医療福祉大学薬学部 准教授
	武藤 正樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
	安本 篤史	ネクスレッジ株式会社 代表取締役社長
	柳本 岳史	ボストン コンサルティング グループ マネジング・ディレクター&パートナー

包括部分の医療材料の見直し

特に非償還材料の見直し



医療材料コスト削減ステップ

- ①医療材料の機能分類
 - 同種同効品を明らかにする
- ②医療材料のターゲットを決める
 - パレート分析
- ③医療材料の標準化を行う
 - 医師・看護師による使用適応決めと使用品目の標準化作業
- ④価格交渉
 - メーカーの切り替えや置き換えを前提に交渉
- ⑤モニター
 - 定期的に実態調査、価格モニター

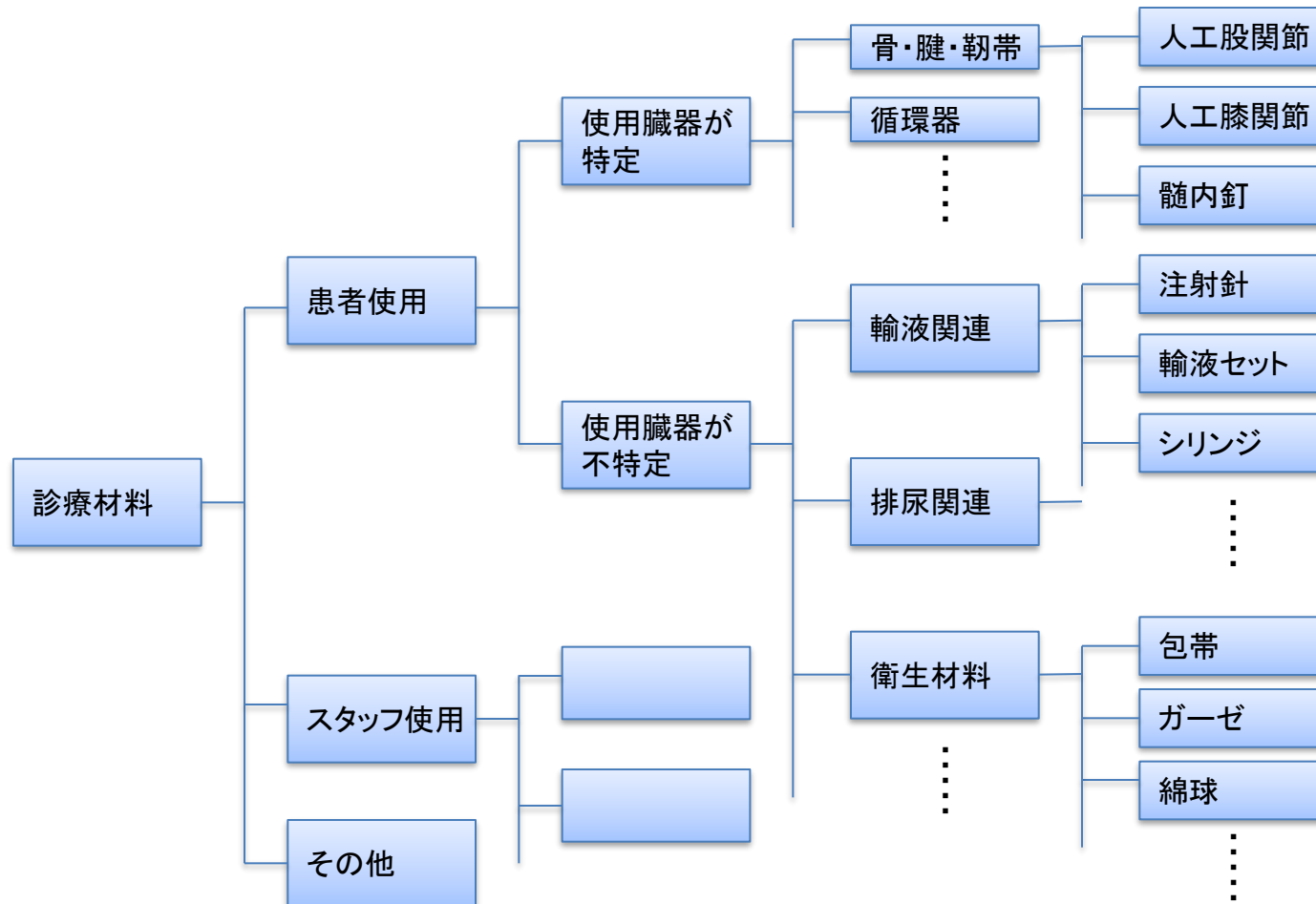
用途分類別にパレート分析

この表ができればほとんど成功！

用途分類	合計	累計	シェア	順位
[患者][不特定][－][－][血糖測定][測定用チップ・センサ]	9,345,220	9,345,220	20.3%	1
[スタッフ][－][－][－][手袋][検査・検診用]	2,876,136	12,221,356	26.5%	2
[患者][不特定][－][－][血液浄化][ダイアライザ]	2,345,604	14,566,960	31.6%	3
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][延長チューブ]	1,983,059	16,550,019	35.9%	4
[患者][不特定][－][－][血糖測定][穿刺針]	1,921,874	18,471,893	40.0%	5
[患者][不特定][－][－][その他][オムツ]	1,908,141	20,380,034	44.2%	6
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][輸液セット]	1,399,165	21,779,199	47.2%	7
[患者][特定臓器][泌尿器科][膀胱][吸引・排液][バルーンカテーテル]	1,041,504	22,820,702	49.5%	8
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][注射針]	1,007,040	23,827,742	51.6%	9
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][吸引・排液][吸引カテーテル]	986,630	24,814,372	53.8%	10
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][シリンジ]	936,149	25,750,521	55.8%	11
[患者][不特定][－][－][感染対策][手術キット（カスタム品）]	916,602	26,667,123	57.8%	12
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][留置針]	900,800	27,567,923	59.8%	13
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][気道確保][気管切開チューブ]	796,396	28,364,319	61.5%	14
[患者][不特定][－][－][縫合][針付縫合糸]	782,275	29,146,594	63.2%	15
[患者][不特定][－][－][血液浄化][血液回路]	713,880	29,860,474	64.7%	16
[患者][不特定][内視鏡関連][腹腔・胸腔鏡][専用商品][トロッカー]	669,155	30,529,629	66.2%	17
[患者][不特定][－][－][吸引・排液][排液バック]	620,897	31,150,526	67.5%	18
[患者][不特定][－][－][消毒・洗浄][綿]	613,308	31,763,834	68.9%	19
[患者][不特定][－][－][固定・保護][ドレッシング]	594,832	32,358,666	70.1%	20
[患者][不特定][血行動態モニタリング][－][造影・診断][心電図電極]	589,692	32,948,358	71.4%	21
[スタッフ][－][－][－][－][エプロン]	586,602	33,534,960	72.7%	22
[患者][不特定][－][－][消毒・洗浄][ガーゼ]	525,709	34,060,669	73.8%	23
[患者][不特定][内視鏡関連][腹腔・胸腔鏡][縫合][自動縫合器]	484,177	34,544,846	74.9%	24
[患者][特定臓器][皮膚][皮膚][固定・保護][創傷被覆材]	468,848	35,013,694	75.9%	25

メッカル分析・協和医科器械(株)

同種同効品分析を支える用途分類の概念



用途分類別ABC分析 同種同効品 メッカル分析

用途分類別ABC

期間 : 2009/01 ~ 2009/12

NO	用途分類	購買金額	購買シェア	累計	累計シェア	時系列グラフ (同一期間)	単価ベンチマーク (過去12ヶ月)
1	[患者][特定臓器][循環器系][心臓][経皮的冠動脈形成術][ステント]	30,485,028	18.4%	30,485,028	18.4%		
2	[器械専用雑品][患者][特定臓器][循環器系][心臓][経皮的冠動脈形成術][専用試薬]	9,675,783.6	5.9%	40,160,811.6	24.3%		
3	[患者][不特定][器械専用雑品][画像診断][フィルム]	8,173,928.0	4.9%	48,334,711.6	29.2%		
4	[患者][特定臓器][循環器系][心臓][経皮的冠動脈形成術][バルーンカテーテル]	6,173,928.0	3.6%	54,334,887.6	32.9%		
5	[患者][不特定][器械専用雑品][輸液・輸血][輸液セット]	5,173,928.0	3.1%	59,508,815.6	36.2%		
6	[器械専用雑品][患者][不特定][器械専用雑品][検査][専用消耗品]	4,173,928.0	2.5%	63,682,743.6	38.8%		
7	[患者][不特定][器械専用雑品][検査][専用消耗品]	3,173,928.0	1.9%	66,856,671.6	40.7%		
8	[患者][不特定][器械専用雑品][検査][専用消耗品]	3,077,060	1.9%	70,572,763.8	42.6%		
9	[患者][不特定][器械専用雑品][検査][専用消耗品]	3,071,187	1.9%	73,643,950.8	44.5%		
10	[患者][不特定][器械専用雑品][検査][専用消耗品]	3,016,650	1.8%	76,660,600.8	46.4%		
11	[患者][不特定][器械専用雑品][感染対策][手術キット(カスタム品)]	2,891,297.5	1.7%	79,551,898.3	48.1%		
12	[患者][不特定][器械専用雑品][縫合][針付縫合糸]	2,758,550.9	1.7%	82,310,449.2	49.8%		
13	[患者][不特定][器械専用雑品][輸液・輸血][延長チューブ]	2,699,274.2	1.6%	85,009,723.4	51.4%		
14	[患者][不特定][器械専用雑品][縫合][自動縫合器]	2,447,333	1.5%	87,457,056.4	52.9%		
15	[患者][不特定][器械専用雑品][画像診断][カラープリントバック]	2,409,197	1.5%	89,866,253.4	54.3%		
16	[器械専用雑品][患者][不特定][器械専用雑品][洗浄][消毒剤]	2,337,264.3	1.4%	92,203,517.7	55.8%		

•クリックすると商品群の内訳
を表示

•用途分類別の購買金額と構
成比

•単価ベンチマークボタン
•詳細は次画面

手袋使用適応と種類を決める

検査・検診用手袋の内訳

用途分類		合計	累計	シェア	順位
[患者][不特定][－][－][血糖測定][測定用チップ・センサ]		9,345,220	9,345,220	20.3%	1
[スタッフ][－][－][－][手袋][検査・検診用]		2,876,136	12,221,356	26.5%	2
坂本産業	ラテックス手袋 パウダーフリー	760,546	}	種類がリスク！！ 無駄が大きい！！	
西レメディカル	ノーパウダープラスチック手袋	595,481			
サップ	プラナチュラ ラテックスグローブ	493,259			
	レミディーPVCメディカルグローブ	354,879			
	レミディーエグザミグローブ	231,546			
	トップPVCエグザミグローブ	165,781			
カンバリー	スターリングニトリル検査検診用グローブ	80,454			
オカサキ	エコソフトグローブ	68,450			
ニルモ	検査用グローブ グルベックス・ニトリル	35,001			
イワツキ	クリーンハンドグローブ	793			
テプロ	ノンパウダーラテックスグローブ	0			
[患者][不特定][－][－][血液浄化][ダイアライザ]		2,345,604	14,566,960	31.6%	3
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][延長チューブ]		1,983,059	16,550,019	35.9%	4
[患者][不特定][－][－][血糖測定][穿刺針]		1,921,874	18,471,893	40.0%	5
[患者][不特定][－][－][その他][オムツ]		1,908,141	20,380,034	44.2%	6
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][輸液セット]		1,399,165	21,779,199	47.2%	7
[患者][特定臓器][泌尿器科][膀胱][吸引・排液][バルーンカテーテル]		1,041,504	22,820,702	49.5%	8
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][注射針]		1,007,040	23,827,742	51.6%	9
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][吸引・排液][吸引カテーテル]		986,630	24,814,372	53.8%	10
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][シリンジ]		936,149	25,750,521	55.8%	11
[患者][不特定][－][－][感染対策][手術キット（カスタム品）]		916,602	26,667,123	57.8%	12

医師、看護師で使用基準をつくる、使用基準にみあう商品に絞り込む

コスト削減は
用度係だけでは限界
医師・看護師の協力が必須



ポイント④

DPCと周術期マネジメント



ERAS

(Enhanced Recovery After Sugery)

周術期早期回復プログラム



周術期の処置や
手順を見直す

Henrik Kehlet外科教授(コペンハーゲン大学)

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

術前

術中

プログラム	ERAS(イーラス)	従 来(非ERAS)
1 入院前カウンセリング	従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。	病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。
2 腸管の前処置なし	下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというには科学的な根拠はない。	手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。
3 絶食見直し	絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。	前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増)
4 前投薬なし	絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。	術前の患者の緊張を解くため、睡眠薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。
5 胃管留置なし	ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。	腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。
6 硬膜外鎮痛	痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。	全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する)
7 短時間作用型麻酔薬	早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかで持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
8 輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
9 小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
10 体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

術前点滴のかわりに経口補水液



消費者庁許可
個別評価型
病者用食品

経口補水液
Oral Rehydration Solution
オーエスワン®



周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 4

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

早期経口摂取 (Early Feeding)

術後

11	離床促進バス	ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。	従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。
12	麻薬非使用の鎮痛薬	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。
13	悪心・嘔吐予防	術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。	麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。
14	腸管蠕動運動促進	積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。	積極的に腸を動かさなかった。
15	カテーテル早期抜去	手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。	カテーテル早期抜去を心がけなかった。
16	周術期経口栄養	術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。	術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。
17	予後・順守状態の調査	患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。	必ずしも行われていなかった。

術後早期経口摂取パス導入による経口補水療法の効果

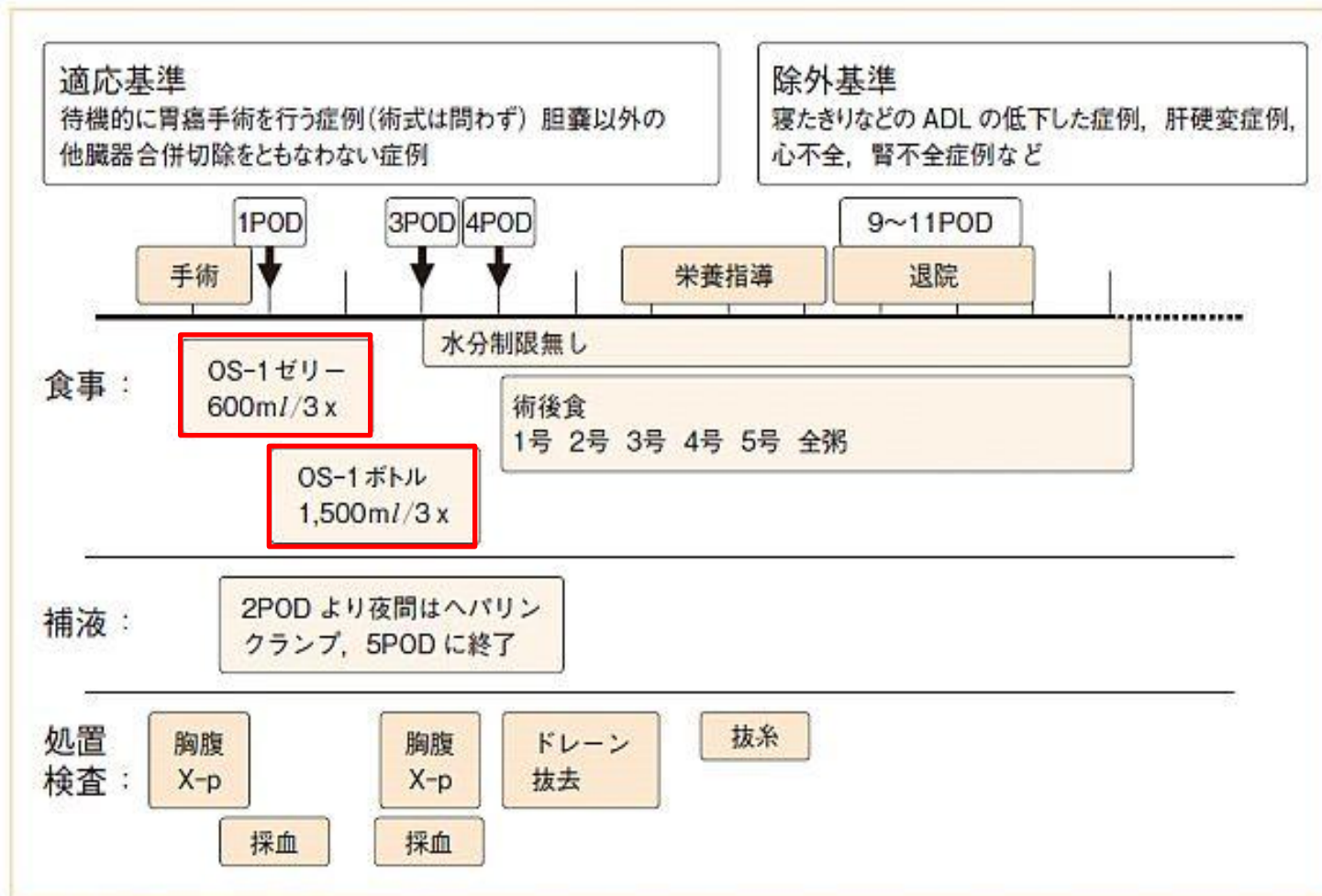


図1 胃癌術後クリニカルパスの概略

臨床栄養:120巻1号 p.42-48



オーエスワンゼリー
内容量:200g



オーエスワンPETボトル
内容量:280ml



オーエスワンPETボトル
内容量:500ml

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、
注目すべき成果を上げている

1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

Enhanced Recovery After Surgery

ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞 2014年2月26日】

【文藝春秋 2014年5月10日】

産経

Health

産経

産経

産経

産経

産経

産経

産経

産経

産経

産経

産経

産経

手術の苦痛を取り除く画期的メソッド

これまで入院といえ
 つの苦痛が患者にある
 した。それは、食べられ



国際医療福祉大学病院
外科 鈴木裕先生

空服に耐えながら手術を待つ、沢山の皆（カテゴリー）の端みで眠れている。そんな入院生活が変わるうとしている。北欧で生まれ新しい術前術後ケア方法「E.R.A.S.」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である仲藤川島立保健福祉大学の谷口英吾教授（栄養学科・専門は療養科学）が、その劇的な回復効果を解説する。

いこと、動けないことの三つです。痛み止めは、傷が痛いとい訴えて初めて与えられ、病院のベッドでは寝たきり。術前も術後も長時間食事が制限され、水も満足に飲めない。入院前は元気があったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低下する。どうしてこうなるのか、これが「病

手術前の一晚、飲食をしなければ、
が通過することによる刺激で免脱機を
保っています。極端にも、食事により常
に刺激されておかないとインスリンが
分泌されていくのです。すると手術
後の血糖値は糖尿病ではなくても上
昇し、サージカル・ディアベテス（外
科的糖尿病）になる恐れもある。そ
の結果、手術後の合併症が増まし
た。

食べられない、痛い、動けない
手術の苦痛を取り除く
画期的メソッド

谷口英喜

株式会社英喜 代表取締役社長



土曜から日本の
病院にも広がってきた。

のため喉に贅をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると師に入って誤嚥性の肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

パート4

単回使用機器 (SUD)の再利用と再製造 (SUD: single use device)



神経生理電極 (EP) カテーテル

SUDの規定

- SUD の製造販売に関しては厚生労働省の行政通知により以下の基準が示されている
 - 2001年12月14日医薬局安全対策課長通知(医薬安発第158号)により「**単回使用の医療用具については、……『再使用禁止』と記載するとともに『禁忌・禁止』の項にも記載すること。**」としている
 - 2004年2月9日付厚生労働省医政局長通知(医政発第0209003号)により
 - 「ペースメーカーや人工弁等の埋め込み型の医療材料については医療安全や感染の防止を担保する観点から、その性能や安全性を十分に保証し得ない場合は再使用しない等の措置をとるなど、医療機関として十分注意されるよう(中略)よりしく願います」と注意喚起がなされている。

事例① 神経生理電極(EP)カテーテル

- 神経生理電極(EP)カテーテルの院内滅菌による再使用(Reuse)
- 2015年7月、神戸大学病院においてSUDである神経生理電極(EP)カテーテルが約300人の患者に院内滅菌の上、再使用された可能性がある。
- 不整脈のアブレーション治療に用いる電極カテーテルは1本20万円、1回に4～5本使用する。



神経電極カテーテル

事例② リガシュア

- リガシュア（血管シーリングデバイス）
の使いまわし
 - 2014年5月20日の読売新聞の報道
 - 大阪府堺市北区の国立病院機構近畿中央胸部疾患センターは、再使用が禁止されている胸腔鏡手術用のリガシュアを使い回しをしていたと発表した。
 - 2008年から6年間に約2300人の手術に、院内で再滅菌して再使用していた
 - しかし健康被害は確認されていないという。



リガシュア

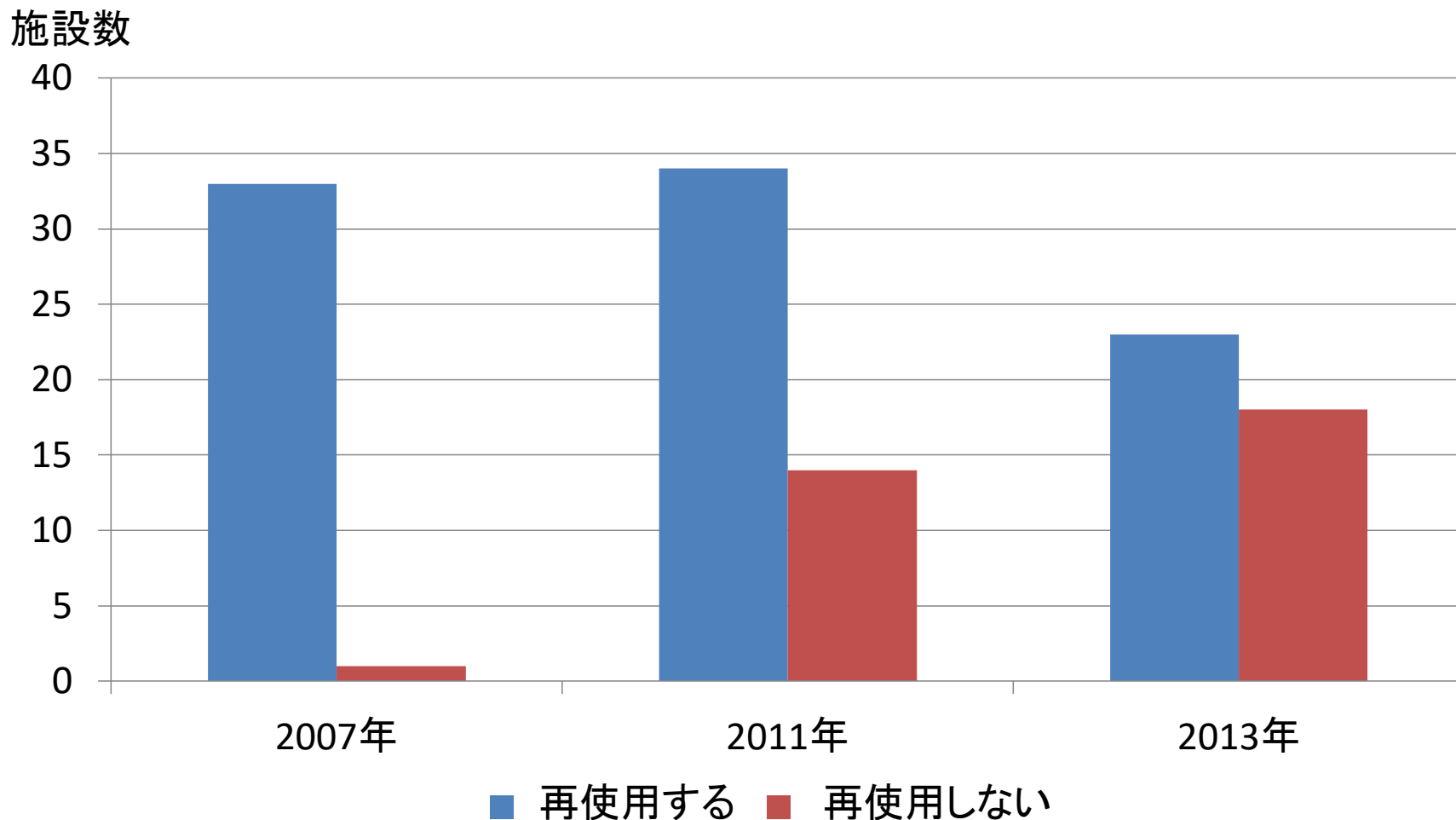
事例③ドリルバー

- 大阪市立大病院は2017年9月19日、国の通知で再使用が禁じられている使い捨て用の医療機器を滅菌処理して使っていたと明らかにした。
- 2015年9月以降で約130人の患者に使用しており、健康被害を調査している。
- 医療機器は骨に穴を開ける「ドリルバー」約40種類や、骨を切断する「ブレード」約10種類



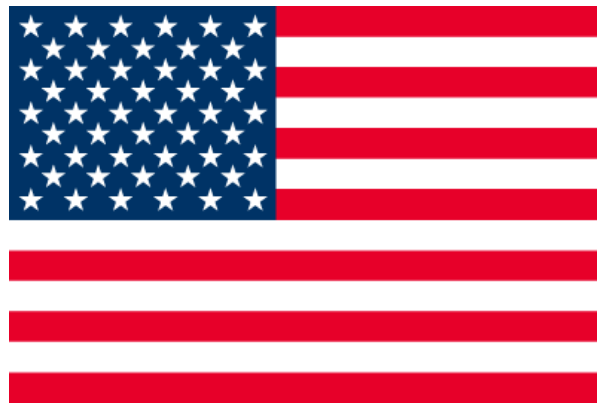
SUDの再使用の全国調査

全国国立大学医学部付属病院材料部長会議



2013年の全国国立大学医学部付属病院材料部長会議の施設アンケート調査

SUD再製造の米国事情



実は米国でもSUDの院内滅菌、再使用が問題となっていた・・・

米国のSUD事情

- 実は米国でもSUDの院内滅菌による再利用が2000年以前には、現在の日本のように頻繁に行われていた
- しかし2000年以降、米国の医薬食品局(FDA)がSUDの再製造の安全基準と、再製造されたSUDは新品と同等であるという市販前承認基準「510K」を整備して、SUDの再製造の公式な道を切り開く。
- この過程には米国会計検査院、米国議会などの働きかけがあった。

米国のSUD再製造の現状

- 2014年5月、我々はどうした米国におけるSUDの再製造の現状をアリゾナ州のフェニックスのストライカーの再製造工場を見学し、実際にその使用の現場をロスアンジェルスにあるUCLAで見てきた
- フェニックスのストライカー・サステナビリティ・ソリューション社のSUDの再製造工場を見学
 - 神経生理電極(EP)カテーテルや超音波カテーテルの使用済品を病院から回収して、洗浄、消毒、機能テスト、不具合があるときは分解して部品を取り換えて、再組み立てをして滅菌、そしてパッケージをして市場に出している。
- 価格は半分
 - FDA承認済みのSUDのコストは新品のSUDよりはもちろん安価となり、およそ新品の50～70%程度の価格である

ストライカー・サステナビリティ・ソリューション社
アリゾナ州フェニックス



EPカテーテルの洗浄作業

(ストライカー・サステナビリティ・ソリューション社、アリゾナ州フェニックス市)



EPカテーテルの機能テスト作業 (ストライカー・サステナビリティ・ソリューション社 フェニックス)



stryker



Stryker
Sustainability Solutions

Daig Response Fixed Curve
Diagnostic EP Catheter



Daig Response Fixed Curve
Diagnostic EP Catheter

DEM No: 401400

DEM No: 401400

Size: 6F

Curve: CSL

Length: 65CM

Electrodes: 10 / 10mm

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

DEM No: 401400

Electrodes: 10

Spacing: 5mm

Length: 110

SYK No: 81595

LOT 222711E

SN: 1575649

Quantity: 1

Reuse Cycle: 1 of 4



2013-08



2015-08

STERILE EO



R Only



Reprocessed by Stryker Sustainability Solutions
1810 W. Drake Dr Tempe, AZ 85283-4327 (USA)
888 888 3433 (US Only)
IFU at sustainability.stryker.com

Only Stryker Sustainability Solutions bears responsibility for this device. The OM information listed on the label is provided as device identification prior to receipt and may contain trademarks of unrelated third parties that do not sponsor this device. Reprocessed Device for Single Use

米国のSUD使用の現状

- ロスアンゼルスにあるUCLAのロナルドレーガン病院の心臓カテーテル室で見学
- この病院ではEPカテーテルを使用した場合は専用の回収ボックスに収納する
- そしてこの回収ボックスは先のストライカーなどのSUD再製造工場に送られて再製造の上、病院に戻ってくる
- EPカテーテルの場合、6回まで再利用が可能だという。このためこの病院の心臓カテーテル室の棚には、ストライカー社の再製造製品が数多く備蓄されていた。

UCLAロナルドレーガン記念病院





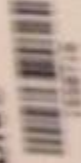
武藤

上塚先生

UCLAロナルドレーガン記念病院心カテ室

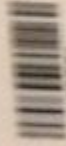


Diagnostic Connecting Cables



1631020

Medical Inc.

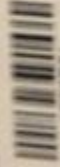


85931



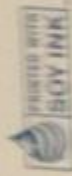
PAPERBOARD
RECYCLES

Diagnostic Connecting Cables

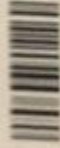


1572571

Medical Inc.

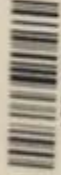


PAPERBOARD
RECYCLES



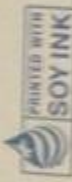
85931

Diagnostic Connecting Cables



1574372

Medical Inc.

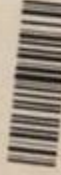


PAPERBOARD
RECYCLES



85931

ic Connecting Cables



1631020



PAPERBOARD
RECYCLES



RESPONSE

REF 401972

LOT 437888

UNPUBLISHED ONLY



EPカテーテル収集ボックス



SUD再製造に関する研究



2015年度厚生労働科学特別研究事業

研究目的

- ①米国・欧州におけるSUD再製造の実態とその規制の現状を調査する
 - ②国内におけるSUD再製造のニーズ調査
 - ③国内におけるSUD再製造ガイダンスの在り方の検討
-
- 2015年度(平成27年度)厚生科学研究
 - 2016年度(平成28年度)AMED研究

米国調査



米国で実際に再製造されている製品例

外科系製品群	循環器系製品群	低侵襲機器
整形外科手術と低侵襲手術で使用する外科用器具	不整脈の診断と治療に使用されるカテーテルとケーブル	様々な循環動態の状況のモニタ又は処置のために使用される非手術用機器
➤ 腹腔鏡用血管シーリング装置 ➤ 超音波メス先 ➤ トロッカー ➤ 関節鏡用シェーバ先 ➤ バー・ビット・ブレード	➤ 超音波診断用カテーテル ➤ 電気生理検査用カテーテル ➤ EPインターフェイスケーブル	➤ DVTスリーブ ➤ パルスオキシメータプローブ ➤ 空気圧タニケットカフ ➤ 血圧用カフ

神経電極 (EP) カテーテル



Introducer Sheaths

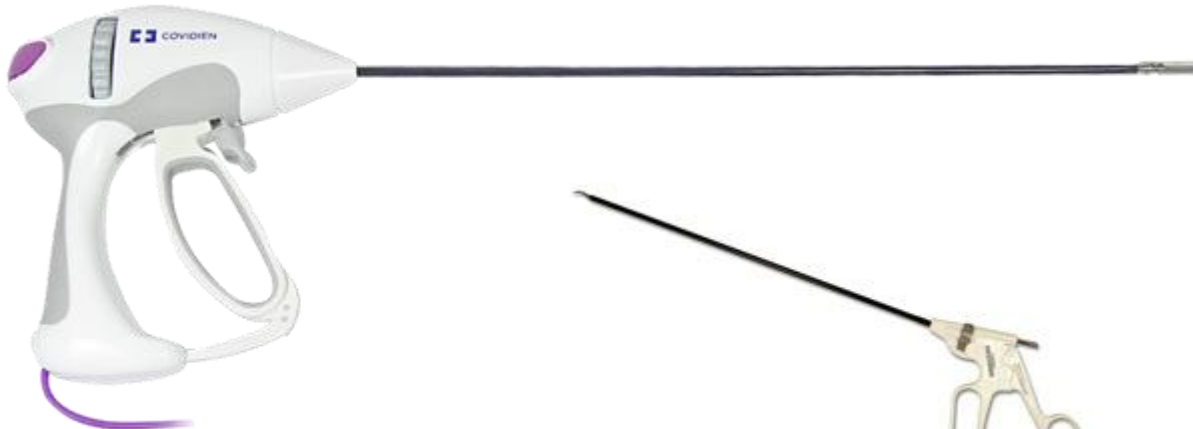


Electrophysiology (EP)
Diagnostic Catheters & Cables



Diagnostic Ultrasound
Catheters

外科系器具



LigaSure™
Sealer/Divider



Laparoscopic
Devices (babcocks,
dissectors,
scissors/shears,
graspers)



Trocars



Ultrasonic Scalpels

低侵襲性の器具

DVT Compression Sleeves



Pulse Oximeter Sensors



ECG Leads



Cerebral Somatic Sensors



Splints



Blood Pressure Cuffs



Stethoscopes



Fall Alarms



Cervical Collars



Pressure Infusers



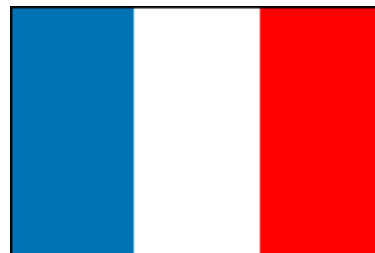
SUD再製造海外調査 ～欧州～



ドイツ



イギリス



フランス



EU



ドイツ

2016年2月

ドイツにおけるSUD再製造

- ドイツでは2002年以降、ロベルトコッホ研究所（RKI）と医薬品医療機器連邦研究所（BfArM）の委員会（KRINKO: Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut）による「病院衛生と感染防止に係る勧告」（以下「**KRINKO勧告**」という。）を満たす条件のもと、再製造品はオリジナル品と同等として取り扱われており、多くの病院でSUD再製造品を使用している。

ドイツにおけるSUD再製造

- ドイツのSUD再製造の特徴は再処理および再製造企業が各病院と契約を交わした上で、病院で使用済みのSUDに対して再製造サービスを提供するという「病院サービスモデル」として発達してきたことにある。
- このため単回使用品、複数回使用品に関わらず、また材料クラス分類に関わらず再製造の対象としている点に特徴がある。
- なおKRINKO勧告は病院、再製造企業の両方に規定されているため、理論的には病院でもこの勧告を満たせばSUDの再製造を行える。
- しかしKRINKO勧告は極めて厳格であるので、病院のみこの勧告を満たすことはできず、病院は再製造企業を利用することを選択している。
- なおSUD再製造の販売モデルはEU委員会医療機器指令による「CEマーク」に準じている。

バンガード社訪問 (ベルリン)



バンガード社訪問



バンガード社幹部との面談

バンガード社の再製造品



ELECTROPHYSIOLOGY



SURGERY



ARTHROSCOPY



OPHTHALMOLOGY



UROLOGY



CARDIOLOGY / RADIOLOGY /
ANGIOLOGY



ANAESTHESIA AND INTENSIVE CARE

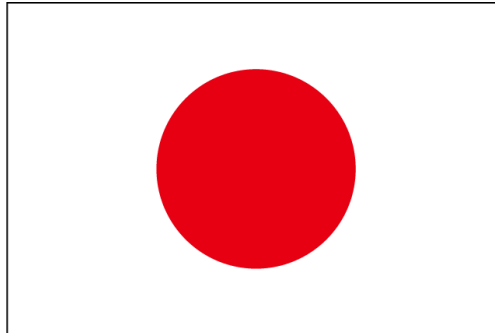


INTERNAL MEDICINE / ENDOSCOPY

バンガード社でのヒアリング

- バンガード社は12か国(EU)で回収・販売・サービスを行っている。
- ドイツは主に病院サービスモデルの再製造を行っている
- 2017年1月のEU医療機器規則の発行後、EUがハーモナイズされCEマーク取得/販売モデルに変わる。
- 予想ではあるが、米国では超音波カテーテルの再製造品は約25%だと思う。ドイツにおける浸透率は50%に近い。
- 価格は医療機器により異なるが、オリジナル品のおよそ半額程度だ。
- オリジナル品との同等性が担保されている為、弊社がビジネスを行ってる国ではインフォームドコンセントは必要ない。
- GS1スタンダードに基づくYAG4レーザーを用いて追跡番号がレーザー刻印される。

わが国における SUD再製造の現状



2016年度
国立研究開発法人日本医療研究開発機構
委託研究開発事業
(医薬品等規制調和・評価研究事業)

単回使用医療機器の再製造の 在り方に関する調査研究

国際医療福祉大学大学院 武藤正樹

2016年度研究内容

- (1) 海外調査：米国、独、英におけるSUD再製造の現状と規制の現状を調査した。
- (2) 国内調査：国内におけるSUD再製造のニーズ調査を行った。
- (3) 再製造ガイダンス案の検討：研究班員、業界団体、PMDA等の関係者からなるワーキンググループにおいて国内のガイダンス案を検討した。

医薬品医療機器等法第42条



医療機器・体外診断薬部会(2017年4月21日)

薬事・食品衛生審議会薬事分科会(2017年6月29日)

2017年7月31日
公布・施行

平成29年7月31日

【照会先】

医薬・生活衛生局医療機器審査管理課

課長 中井 清人（2911）

室長 柳沼 宏（4226）

（電話代表） 03(5253)1111

報道関係者各位

単回使用医療機器の「再製造」に関する新しい制度を創設します

厚生労働省では、使用済みの単回使用医療機器（一回限り使用できることとされている医療機器。SUD）を医療機器製造販売業者がその責任のもとで適切に収集し、分解、洗浄、部品交換、再組立て、滅菌等の処理を行い、再び使用できるようにすること（「再製造」）に関する新たな仕組みを創設するため、以下内容の法令整備を行いました（※）。

【新たな制度のポイント】

1. 再製造SUDを製造販売するためには、医薬品医療機器法に基づく製造販売業許可を必要とする。
2. 再製造SUDは、元々のSUD（オリジナル品）とは別の品目として、製造販売承認を必要とする。
3. 再製造SUDに係る医薬品医療機器法上の責任（安全対策、回収等）は、再製造を行った製造販売業者が担う。
4. これに伴い、再製造SUDの品質、製造管理、トレーサビリティの確保等に関する基準を新設。

なお、再製造SUDについては、既存の複数回使用可能な医療機器の洗浄・滅菌に関するガイドライン等の科学的な根拠に基づき、十分な清浄性を確保していること等を品目ごとに審査し、製造販売承認をすることとしています。

単回使用医療機器(SUD)の再製造に係る制度骨子（案）

【基本的な考え方】

- 医療機関から収集された使用済みSUDを分解、洗浄、部品交換、再組立て、滅菌等を経て、元々のSUD(オリジナル品)と同一用途のSUDとして再び使用できるようにすることを「**再製造**」と定義
- 再製造SUDを製造販売するには製造販売業の許可を必要とする。
- 再製造されたSUDは、オリジナル品とは別の品目として、承認を必要とする。
- 再製造SUDに係る医薬品医療機器法上の責任は、再製造を行った製造販売業者が担う。（オリジナル品の製販業者と必ずしも同一ではない。）

1. 再製造の対象となる医療機器

- 国内の医療機関で使用されたSUD
- 植込み型医療機器は対象外（収集の困難さ、長期耐久性の懸念などから）
- 原則、使用成績評価期間中の新医療機器は再製造の対象としない。
- 今回の取扱通知で対象と考えているのは、主として欧米で実績があり、また、医療現場において複数回の使用が可能ではないかと考えられている、耐久性のあるSUD。

2. クラス分類、一般的名称

- オリジナル品と同じクラス分類。（ただし、クラスⅠ品の再製造品はクラスⅡとして承認対象にする。）
- オリジナル品とは別の一般的名称を新設

3. 使用済みSUDの選別等

- 脳・脊髄に触れたもの、感染症法に定める感染症の治療に使用されたもの、最大再製造回数の再製造がなされたものは、再製造に用いない。
- 医療機関で選別の上、破損、劣化、汚染が生じないよう、他の使用済み医療機器と区分して保管、運搬。
- 使用した医療機関の名称、収集年月日、上記の選別の確認結果等の記録を保管

4. 設計・製造

- オリジナル品と同等の有効性・安全性を有するよう設計、製造。
- 原料となる使用済みSUDを、妥当性が確認されている適当な方法により、血液・体液・粘膜等に由来する病原微生物等を洗浄、滅菌。
- 再製造SUDにシリアル番号を付与し、再生部品、製造、流通のトレーサビリティを確保。シリアル番号は、本体表示。⁵

(参考) 洗浄及び滅菌

既存のガイドライン(例)

- ・内視鏡の洗浄・消毒に関するガイドライン(第2版)(日本消化器内視鏡技師会)
- ・鋼製小物の洗浄ガイドライン 2004(日本医科器械学会)
- ・洗浄評価判定ガイドライン 2012年8月(日本医療機器学会)
- ・医療現場における滅菌保証のガイドライン2015(日本医療機器学会)

滅菌のプロセスの例

- 滅菌工程(高圧蒸気滅菌、酸化エチレンガス滅菌、過酸化水素ガス低温滅菌、等)の選定
- 滅菌条件の設定
- バリデーション(オーバーキル法※等)

- ・医療施設における消毒と滅菌のガイドライン2008(米国疾病管理予防センター(CDC))
- ・医療機器の再製造のための衛生要求事項(病院衛生及び感染防止委員会・ロベルト・コッホ研究所(KRINKO))

※ オーバーキル法

10⁻⁶ 以下の無菌性保障水準(SAL: 製品に1個の微生物が存在する確率)が得られる条件を検証する方法

これらガイドラインは、血液、体液、粘膜等に触れる医療機器(再利用可能なもの)に現に適用されている。



例: 内視鏡

再製造SUDに対しても、使用部位や材料などから、再利用可能な医療機器と同程度の汚染と考えられる場合は、これらガイドラインは基本的には準用し得ると考えられる。

洗浄のプロセスの例(鋼製小物の場合)

- 1 乾燥による汚染の固化防止
酵素洗剤への漬け置き等
- 2 汚染物の除去
 - (1) 中性・弱アルカリ性酵素洗剤への漬け置き
医療器械用中性洗剤での手洗浄
 - (2) 温水によるすすぎ
 - (3) ウォッシャーディスインフェクター(洗浄→すすぎ→熱水消毒→乾燥の一連の工程を自動的に行う装置)等による洗浄
- 3 残留たんぱく質等による洗浄の効果の確認

海外での再製造SUDの洗浄、滅菌の例 (EPカテーテル)

【洗浄剤】

- ・イソプロパノール含有洗浄剤
- ・タンパク質分解酵素洗剤
- ・アルコール

(使用量、使用温度、使用方法、使用時間を規定)

残留タンパク質、パイロジェン(発熱物質)等を測定して、期待される結果が得られることを検証

【滅菌法】

酸化エチレンガス滅菌
(ガス濃度、温度、湿度、処理時間を規定)

国際規格(ISO11135等)に基づき滅菌工程の妥当性を確認

5. オリジナル品についての継続的な把握

- オリジナル品の**原材料等の変更を継続的に把握**
(例えば、受入工程等で検査を行い、仕様変更がないかモニタリング) し、再製造品の品質等が維持されるよう必要な措置を講じる。
- オリジナル品の**安全性情報を継続的に把握**し、再製造品に与える影響を分析の上、必要な措置を講じる。

6. 名称、表示

- 販売名には、**再製造品であること及び再製造業者名(略称可)**をつける。
例：再製造EPカテーテルA (キキカ)
- 再製造SUDの直接の容器等には、「**再製造**」の文字を記載をする。また、添付文書には、オリジナル品の再製造品であること、再製造業者名を記載する。

7. 業許可・登録

- 使用済みSUDの予備洗浄、分解、洗浄、再生部品の保管を行う施設等も**製造業登録の対象**とする。
- 製販業、製造業に**細菌学的知識を有する者**を置く
- 定期QMS調査とは別途、再製造業者の品質管理監督システムの管理状況を、厚労大臣が必要と認めるときは機構が確認する(概ね1年ごと)

8. 承認書

※承認申請書記載上の留意点を別途検討中

【使用目的・効果欄】

- ・ オリジナル品の記載の範囲内
- ・ オリジナル品の適応拡大等があった場合でも、再製造品の適応の記載を変えるには一変が必要。

【形状、構造、原理欄】

- ・ 使用済みオリジナル品由来の部品(再生部品)とそれ以外の部品(交換部品)を区別して形状、寸法等を記載。

【原材料欄】

- ・ 再生部品と交換部品とを区別して、それぞれの規格を規定。
- ・ 再生部品は、それを特定するための情報(オリジナル品の販売名、承認番号、承認日(一変含む)など)、原材料の一般的な名称(ポリスチレン等)などをできるだけ詳細に記載。

【性能及び安全性に関する規格欄】

- ・ 洗浄後の清浄性の規格
- ・ 繰り返し再製造する場合の**最大再製造回数**
- ・ 最大再製造回数後でも仕様に適合すること
- ・ 使用済みSUDを医療機関において**選別する方法**
- ・ 使用済みSUDの受入れ規格
- ・ オリジナル品の変更監視の方法、条件

【製造方法欄】

- ・ 洗浄及び滅菌の方法、条件

【製造販売する品目の製造所欄】

- ・ 洗浄及び滅菌のプロセスについては、洗浄方法や滅菌方法の別を製造所ごとに記載する。
など

2017年7月新制度が整った、 あとは国内の 業界の育成・支援を！

任意団体「単回医療機器再製造推進協議会」

2018年1月に設立

サクラ精機株式会社の松本謙一会長

ストライカージャパン社

ホギメディカルなど

「単回医療機器再製造推進協議会」

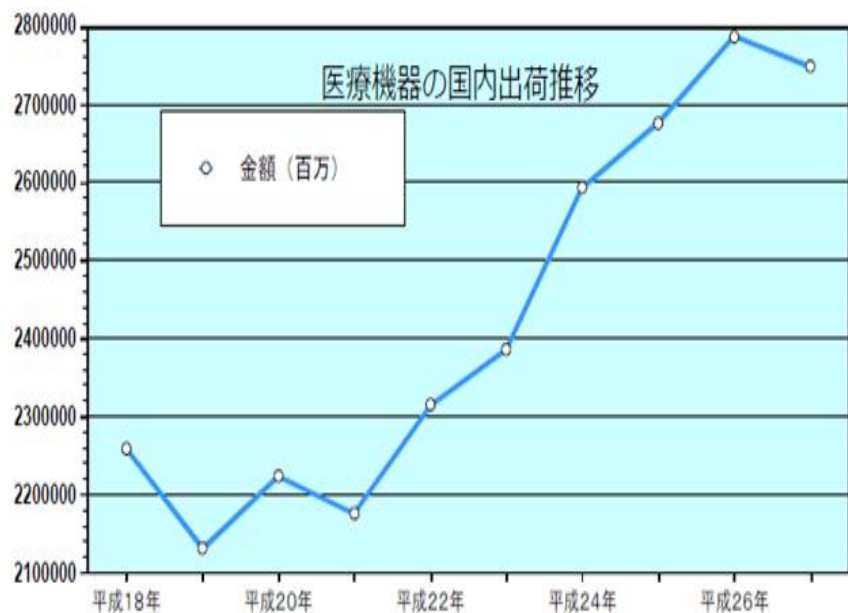


国内の単回使用
医療機器市場規
模は1.5兆円

2018年1月に設立
サクラ精機株式会社の松本謙一会長、ストライカージャパン社、
ホギメディカルなど

再製造医療機器の市場規模（経済性）

医療の高度化とともに、医療機器費用が増加



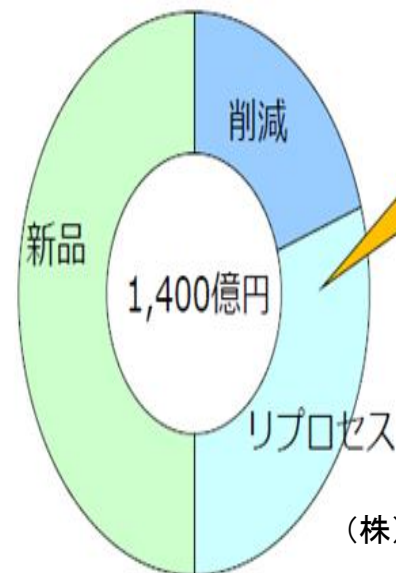
厚生労働省：薬事工業生産動態統計調査より集計

医療機器全体は2.7兆円でその内単回使用医療機器の
国内出荷規模は1兆5000億円



再製造医療機器市場の想定市場規模

国内単回使用医療機器(1.5兆円)のなかで、
RSUD に向いている製品は約**1,400億円**



リプロセス可能製品の内50%
を再生品とした時の想定で約
420億円の市場規模となる

+

削減効果として、医療廃棄
物の処理費用が追加される

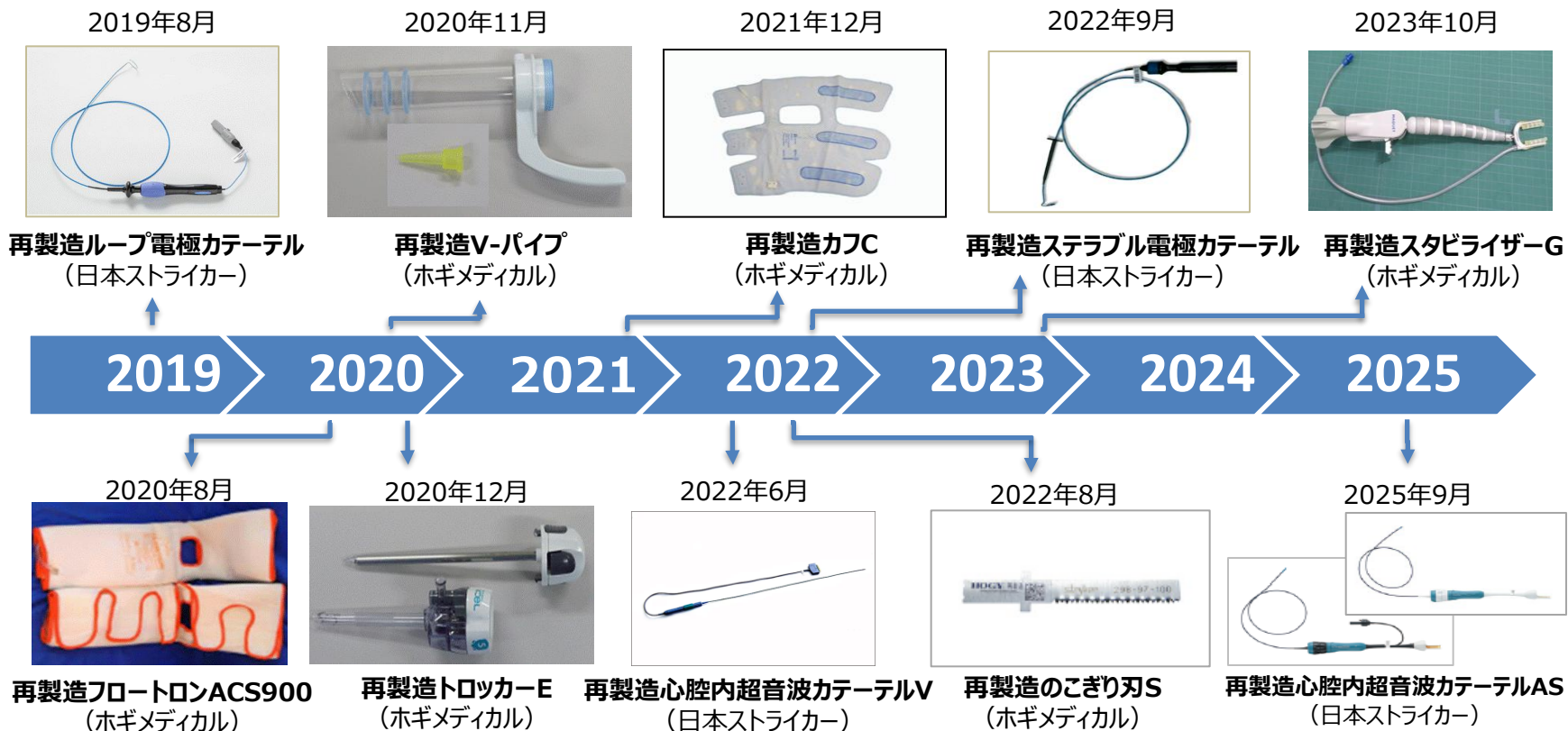
(株)ホギメディカル提供資料

リプロセスの対象金額



R-SUD承認取得品一覧

現在、日本でのR-SUD承認取得は**11製品**



(1) イノベーションの評価について ④

単回使用医療機器の再製造品の価格算定

- 再製造品は、原型医療機器とは原材料費等の製造にかかる経費が異なると考えられることから、原型医療機器とは別の機能区分として価格を設定する。また、同一機能区分に属する原型医療機器の再製造品は、基本的に同一機能区分とする。
- 再製造品の価格は、原型医療機器が属する機能区分の価格に再製造係数を乗じて算定する。なお、再製造係数は、0.7を原則とするが、個々の再製造品の製造工程等を踏まえ、決定する。

算定額＝原型医療機器が属する機能区分の価格×再製造係数

※ 基準材料価格改定においては、原型医療機器が属する機能区分とは別に価格改定を実施するが、改定後の価格は当該原型医療機器が属する機能区分の改定後の価格を超えない額とする。

再製造単回使用医療機器 (再製造品)

再製造単回使用医療機器とは、単回使用の医療機器が使用された後、新たに製造販売をすることを目的として、これに検査、分解、洗浄、滅菌その他必要な処理を行ったものであり、原型医療機器と同等の品質、有効性及び安全性を有し、原型医療機器と使用目的又は効果が同様の医療機器をいう。

<再製造品の例>

再製ラッソー2515

- ・ 販売名：ラッソー2515及びラッソー2515ナビを原型医療機器とする再製造単回使用医療機器。
- ・ 再製造時に新規部品と交換される部品はなく、すべて再生部品で構成される。



原型医療機器の機能区分	再製造係数
114体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2)心臓電気生理学的検査機能深型 ③房室弁輪部型	0.70

血管造影室におけるSUDの収集

該当品を収集



清 拭



収集トレイへ



専用の袋へ



収集BOXへ



令和4年度アンケート調査実施

- ・ 日本病院会 回答数： 306
- ・ 国立大学病院長会議 回答数： 103
- ・ 日本医療機器学会 回答数： 22*

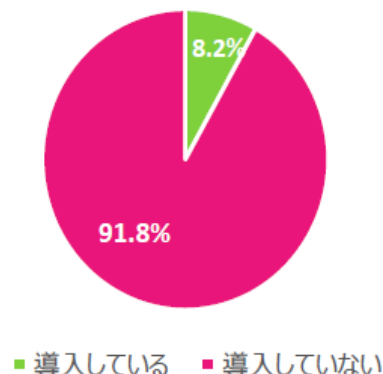
* 日本病院会、国立大学病院長会議のアンケートを先行実施したため、日本医療機器学会の回答数は少数

再製造SUDの特徴認知度（回答数306）

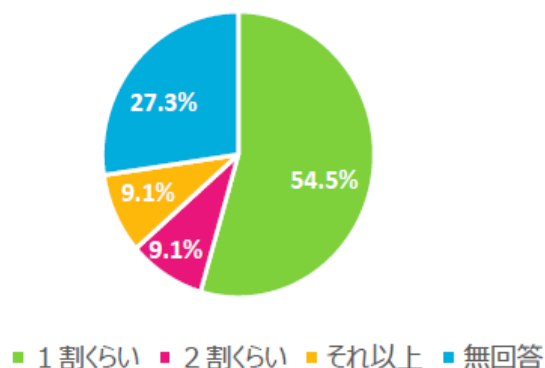
特徴：医療廃棄物の削減及び有効利用、医療費の低減、安全性確保等

- 聞いたことがある 42.8%
- 知っている 40.2%
- 全く知らない 17%

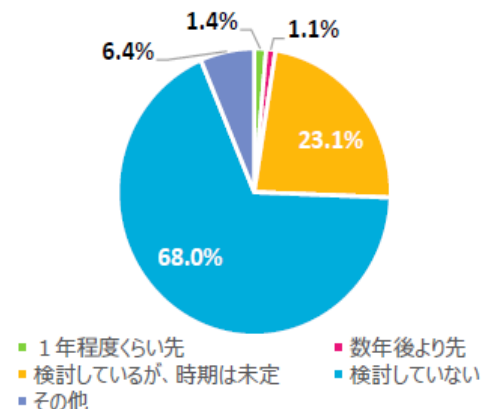
再製造SUD導入率（回答数306）



SUDに対する再製造SUD利用率（回答数11）【一例】



導入予定時期（回答数281）



普及促進に関するご意見

- 価格の引き下げ
- 回収、在庫管理等の手間の軽減
- 診療報酬加算の新設や上乘せ
- R-SUD特有の追跡可能性確保や患者説明の軽減
- その他

* 回答数の多い日本病院会の回答抜粋

明確となった医療機関での現状

- ✓ R-SUDは認知されているが導入率及び利用率が低いと共に、導入も検討されていない。
 - ✓ 患者説明、回収や在庫管理等の手間が煩雑である。
 - ✓ 医療機関のコストに見合うメリットが少ないため、医療者の理解を得ることが困難である。
 - ✓ 環境保全の観点からも、制度は大賛成であり、多くの製品で再製造が希望されている。
- ⇒ メリットを付与することで、普及を加速可能

再製造単回使用医療機器使用加算の新設

- 再製造単回使用医療機器の使用を推進する観点から、再製造単回使用医療機器の使用に係る実績を有する医療機関において、再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を手術に使用した場合の加算を新設する。

(新) 再製造単回使用医療機器使用加算

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- 再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した実績が5例以上あること。
- 再製造単回使用医療機器を使用することについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明を行っていること。
- 再製造単回使用医療機器の原型医療機器の回収等について、再製造単回使用医療機器基準（平成29年厚生労働省告示第261号）第4の1（5）に規定する「再製造単回使用医療機器の製造販売の承認の際に交付される承認書に記載された方法」に基づき、適切に実施していること。



SDGs効果

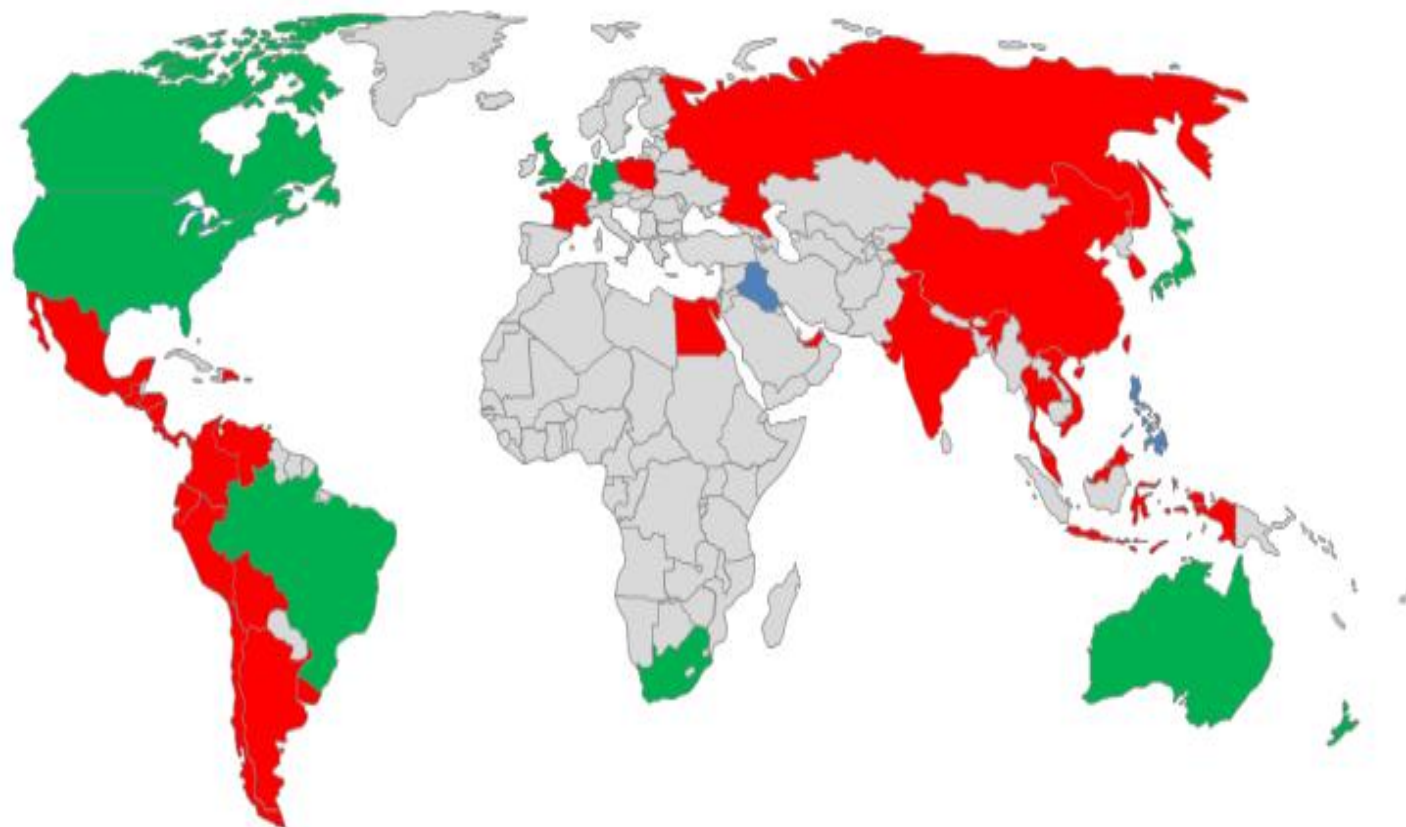
医療用廃棄物の量を減らす

(環境保全・医療資源の有効活用)



238

単回使用医療機器の再製造に係る諸外国の規制動向等



■ : 法規制下で許可する国
■ : 法規制がない国

■ : 非合法又は禁止する国
■ : 確認中

まとめと提言

- クリティカルパスで医療のSDGsを推進しよう
- クリティカルパスで医療のムダを見直し
医薬品、医療材料の適正使用を目指そう
- SUDの再利用はやめて、
R-SUD(再製造単回使用医療機器)の
利用促進を図ろう
- R-SUDはSDGsに貢献する

医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

第1章

- － コロナと医療提供体制

第2章

- － 規制改革会議と医療DX

第3章

- － 規制改革会議と科学的介護

第4章

- － 規制改革会議と医薬品・医療機器

第5章

- － 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

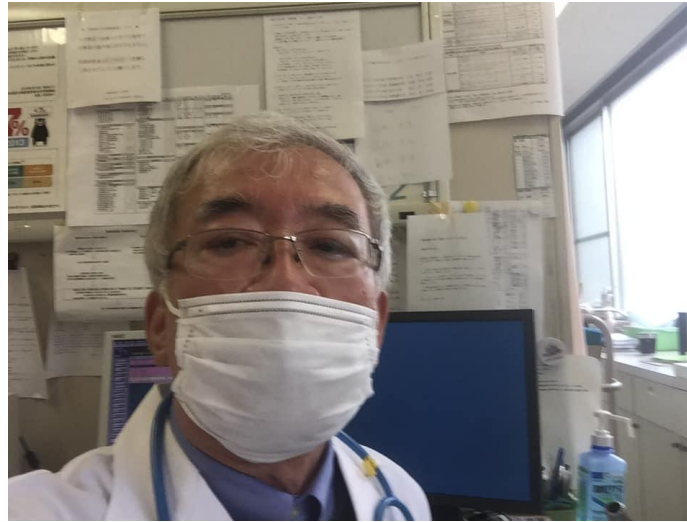
8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

R-SUDについて
も述べて
います

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健を担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

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

muto@kinugasa.or.jp

グループワーク・テーマ



- ①クリティカルパスの院内での運用状況について意見交換しよう
- ②DPC対応型のクリティカルパスの運用について意見交換しよう
- ③ERASについて意見交換しよう
- ④院内のジェネリック医薬品の使用状況について意見交換しよう
- ⑤医療材料の経費節減策に対して意見交換しよう
- ⑥単回使用医療機器の再利用について意見交換しよう
- 発表は11:20から