

Monthly IHEP

Institute for Health Economics and Policy

医療経済研究機構レター

特別寄稿

2018年度同時改定—医療介護連携の推進

埼玉県立大学 理事長・慶應義塾大学 名誉教授

田中 滋 氏

厚生労働省インタビュー

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」について

奥野 哲朗 氏 医政局 医事課 課長補佐

医療機関インタビュー

大洗海岸病院 薬剤部

～医薬品の安全対策から処方適正化、そしてポリファーマシー改善へ～

新井 克明 氏 大洗海岸病院 薬剤部長



7

No.276
2018 July

Monthly IHEP 2018 年 7 月号 No.276

CONTENTS

特別寄稿	1
2018年度同時改定—医療介護連携の推進 埼玉県立大学 理事長・慶應義塾大学 名誉教授 田中 滋 氏	
厚生労働省インタビュー	7
「オンライン診療の適切な実施に関する指針」について 医政局 医事課 課長補佐 奥野 哲朗 氏	
医療機関インタビュー	14
大洗海岸病院 薬剤部 ～医薬品の安全対策から処方適正化、そしてポリファーマシー改善へ～ 大洗海岸病院 薬剤部長 新井 克明 氏	
研究部レポート	21
「小学校一年生の壁」と日本の保育政策 医療経済研究機構 研究部 主任研究員 高久 玲音	
書評	24
『医療経済・政策学の探究』 二木 立 著 [評者] 慶應義塾大学 名誉教授 高木 安雄 氏	
お知らせ	27

医療機関インタビュー

大洗海岸病院 薬剤部 ～医薬品の安全対策から処方適正化、 そしてポリファーマシー改善へ～

大洗海岸病院 薬剤部長 新井 克明 氏



茨城県の有名な景勝地、大洗海岸を見下ろす高台にある大洗海岸病院は、一般病床が142床、療養病床が35床の合計177床を有する大洗町にある唯一の病院であり、救急医療から慢性期医療まで、さらには介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センターを備えて、地域住民の医療から介護までを総合的に担っています。

今回の医療機関インタビューでは、大洗海岸病院 薬剤部長 新井 克明 氏に、地域の医療提供施設としての役割を何うとともに、医薬品の処方適正化に向けた取組等を取材しました。

—まずは大洗海岸病院に勤務したきっかけについてお聞かせ下さい。

私は14、15年前に大学病院からこちらに来ましたが、ここでは当時から在宅診療も行っていました。もちろんほかにも一部行って

いる病院はありましたが、ほとんどの病院はそういうことには目もくれていなかった時代で、その時の大学病院では超高齢化になると

いうこともあまり意識されておらず、大学ではCYP¹や遺伝子などの新しい研究が主流でした。

また、私は阪神・淡路大震災の

1 cytochrome P450：生体内の代謝における主要酵素

ときに小学校に設置された救護所に派遣され、救護にあたっていました²。そこに来た人をどんどん救護していたわけですが、ある医師の方が「いくぞ」というわけです。「いくぞって、どうするのですか」と私が聞いたところ、「ここはひとだんらく、回ってくるぞ」というのです。つまり、救護所に来る人はまだ元気なのです。救護所に来ることのできない人がとても多く、大変な状況に置かれているという

ことです。我々は救護所の近隣を靴をかかえて回って歩きました。近隣の住居は甚大な被害を受けていますが、その中に助けを求めている高齢者たちがいるのです。そういった状況下で薬の処方提案などを行っていく中で、自分のやるべきことは何だろうという気がしてきたのです。それで大学病院を辞めて、こちらに来ることになりました。錯覚かもしれませんが、小さい病院の方がやるべきことを

やっている気がしたわけです。これくらいの規模の病院の方が無限の可能性を持っていると感じています。うまく機能すればすごくいい病院になりますし、失敗すればつぶれてしまいます。何か思い切りやりたいことがあれば、ソニーやAppleのように、ガレージから始まって世界一になれるといった無限の可能性もあり、若い人にもそういうところに出て自分の力を試してもらいたいと思っています。

—薬剤部として取り組んだ事例について教えてください。

医薬品の処方には処方箋が必要ですが、処方箋が作成された時点で薬歴が完成するように「薬歴表形式処方箋」(図表1)を考案しました。これまでの処方箋の書式というのは、私の中では全く駄目だと感じていました。必要な情報、例えば体重の記載もなく、安全を守れないのです。薬学的管理というのは、例えばレボフロキサシンのような抗菌薬であればその患者の腎機能をみるわけですが、処方箋にはその検査値も体重の記載もないわけです。そこで処方箋を見れば病棟へ行かなくても大体の全体像がつかめるように、処方箋の書式を変えることを考えました。処方箋の基本的な項目は全て含め、さらに医療の質向上や患者の安全を守ることを考えて、薬歴を記載することにしました。これがおよそ13年前になります。薬歴をみな

いと仕事(調剤)ができない思考が薬剤師にはあります。薬歴を確認しないと怖くて調剤ができません。だから、薬歴の記載された処方箋がベストだと考えています。

書式としては書き足せること、かつ全体が把握できるように横方向の表形式にしました。そして左側に処方箋の書式を整えて、右側の表に投薬期間を記載すればわかりやすいだろうと考えました。例えば、オペ前には、出血リスクを増加させる抗凝固薬は投与しません。1日だけの休薬もあれば7日間の休薬もあり、これまでの書式では管理ができませんが、表形式ならそれが可能になります。

また、処方箋の下側には腎機能、肝機能といった検査値を記載していますが、急性期では検査を毎日行っていたり、療養病床では検査を頻繁に行っていない場合もある

ため、いつの検査値であるかがわかるように日付を入れており、これは当時としては画期的でした。現在では電子化して、次に記載をするための1列を空け、直近の過去5回分の検査値が印字されるようにしました。検査値が基準範囲から外れると網掛けに表示されるようになっています。複数回分を表示できるようにした理由は、経時変化が重要だからです。変化をみないと検査値は使えないため、とても役に立っています。特に血液内科では低め安定など、ぎりぎりのところで治療を行っていることがよくあることから、この経時変化の可視化は大変役に立っています。また、オペ日や注意しなければならぬ薬剤(抗凝固薬「#」、糖尿病薬等「!」)のマークも自動印字されるようになっています。

2 「兵庫県南部地震災害救援医療チームに参加して」月刊薬事 Vol.37, No.4, 917-926 (1995)

図表1 薬歴表形式処方箋とその特徴* (注意：医薬品名の表示については一般名に修正しています)

手書きの長所と電子化の長所を合わせた **ハイブリッド処方箋**

2 入院処方箋		平成28年05月09日 ~ 平成28年06月13日	
患者ID	1234567	診療科	内科
患者名	大洗 花子様 (オアワイ ハコ)	病棟病室	2病棟
生年月日	昭和23年1月1日 68歳5ヶ月 女性	主治医	海岸 太郎
身長体重	153cm 58kg (H28/05/06)	退院予定日	
	口簡易懸濁 (経管・経口)	次回外来日	

今 回 中 止 方 箋	注 意 薬 剤	処方内容	薬剤管理指導 △退院予定	5月							6月													
				9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
●		バルサルタン錠40mg 朝食後	1錠	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
●	#	★# アスピリン腸溶錠100mg 朝食後	1錠	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
●		ランソプラゾールOD錠15mg 朝食後	1錠	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
●		スピロラクトン錠25mg 朝食後	1錠	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
●		プロチゾラム錠0.25mg 寝る前	1錠	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
●		フロセミド錠20mg (2-1) 朝・昼食後	3錠	⑤	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
●	#	★# ワルファリンカリウム錠1mg 朝食後	2錠	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
●		★ テカフル・ギメラシル ・オテラシルカリウム 20mg 朝・夕食後	4Cap	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
●		ヒアルロン酸ナトリウム 点眼液0.1%	1本					1本																
●		ケトプロフェンパップ30mg 濯布して下さい	7枚					1錠																
止	#	★# ワルファリンカリウム錠1mg 朝食後	3錠	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④
止		フロセミド錠20mg 朝・昼食後	2錠	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②
		★メトトレキサートカプセル2mg 1Cap 毎週 水曜日 20時	1Cap	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
		★メトトレキサートカプセル2mg 2Cap 毎週 木曜日 8時 20時	2Cap	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
		リセドロン酸Na水和物 17.5mg 毎週 水曜日 起床時	1錠	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①

検 査 値	検査日	16/05/05				16/05/16				16/05/19				16/05/22				調 剤	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
ALT(GPT)	5~40IU/l	19	18	20	19														
AST(GOT)	5~40IU/l	18	17	18	17														
尿素窒素	8~20mg/dL	20.0	19	18.8	20.6														
クレアチニン	0.45~0.81mg/dl	0.9	0.89	0.91	0.92														
PT-INR	1.5~2.5		3.5	2.4	2.4														
血色素量	13.7~17.4g/dl	12.8	12	11.7	12														
赤血球数	431~565x10 ⁴ /μl	406	375	361	360														
白血球数	40~85x10 ² /μl	105	98	107	100														

患者の嚥下能力がわかる：
服薬困難になった時に患者の状況を9種類から選択すると、次の出力からその状態が自動印字される

退院日やおべ日もわかる

担当以外の調剤室にいる薬剤師にも薬剤管理指導実施状況が把握できる

医師・看護師にも指導の実施状況がわかる

簡易懸濁法で技術を要する薬剤の場合には、ミスのないように自動で指示が表示される(例：水で懸濁)

糖尿病薬は「!」、抗血液凝固薬は「#」

5/24に14日分処方され、6/6まで薬があることが明確

調剤と同時に処方箋が更新され、この処方箋自体が薬歴なので正確で漏れやタイムラグが無い

医師のオーダーは、手書き！
開始日に投与日数を書き、投与日数分の長さの矢印を引く。フリーコメントも記載可能！

今回出た処方部分は太字。
今までの処方箋は普通の文字、中止した薬剤名や処方部分は薄い印字になっている

週1回投与や月1回投与する薬剤も服用日が明確で、抗がん剤の投与管理も処方箋上でミスなく行える

どの検査値を表示するかは患者・疾患・薬剤に合わせて決めることができる
検査値が過去5回分表示され、検査値の推移がわかる

急性期では毎日の検査値の変動を確認でき、慢性期では3か月に一度など長期の検査値の変化を確認でき、急性期にも慢性期にも対応できる

**この処方箋に
臨時、定時の概念はない！**

処方箋上で確認できる事項

身長・体重/経管投与患者の確認/嚥下障害患者の確認/現在服用中の薬剤の確認/投与開始日の確認
中止薬の確認/中止日の確認/毎日投与しない薬剤の確認/肝機能、腎機能/他の検査値の確認

その他

過去5回の検査値を確認可/基準値を外れた検査値は網掛/簡易懸濁法情報の自動表示
薬剤管理指導日の自動表示/注意薬剤の自動表示

*現在は ver.10 (図表は Ver. 7)

—その他の取組はいかがでしょうか。

我々は医師と共に老健施設を回診しています（図表2）。14年目になります。13年前はポリファーマシーという言葉もなく、「老健に何故行っているの」、「診療報酬がないじゃない」と言われたのですが、薬の適正使用を考えると処方箋を整えるだけではダメで患者を看に行くしかないと思いました。療養病床や老健施設では担当の先生が常時待機しているわけではないので、薬の不適切な処方を栄養科の人や看護師が気付くことさえありました。そういった現実を目の当たりにする機会があったことから、「老健に行きましょう」と回診を始めました。これはとても大きな問題で、いくら病院で治療をしても何回も入退院を繰り返すことになり、医療費も削減できず、ポリファーマシーも改善しません。ですから、安全対策と医療経済、ポリファーマシーは別々に考えて

はいけません。そして、これらに関するコーディネーターが薬剤師だと思っています。医師は病気で来院した患者の診断を行い、治療することが仕事です。ただし、療養にいる方たちはそれほど明確な変化はなく、病気の様相は見られません。ところが、服薬管理が不適切だと徐々に体調を悪化させ、突然倒れてしまいます。そして、倒れてからは医師の出番となります。

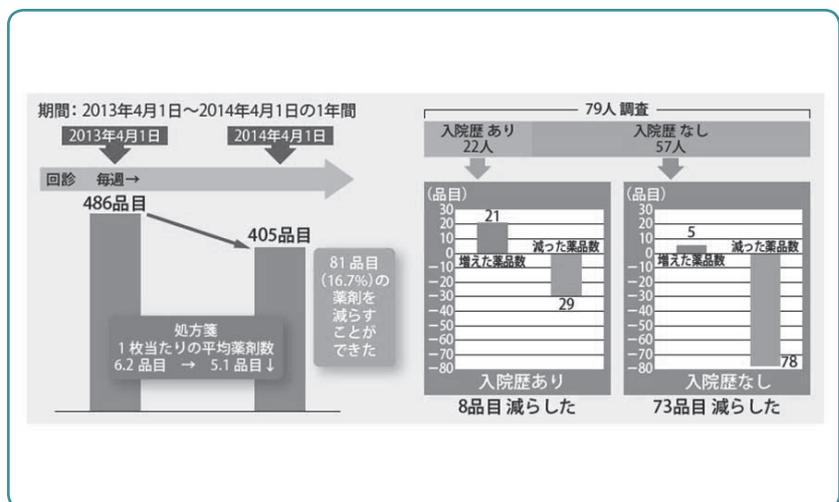
医師の回診では、薬剤師が同行をした方が良く私は思っています。医師や看護師にはわからなくても薬剤師であればわかることがあり、ポリファーマシーもその一つではないかと考えています。また、医師との同時回診が重要で薬剤師だけでも不十分です。医師も薬剤師もそれぞれの専門領域の見識で協働することが重要です。患者をみて、患者の顔色や状態をみるという仕事はチームでないと駄

目だと思います。それは薬局薬剤師が在宅を行うときも同じです。同時回診であれば医師が処方を決める際に協力することができます。薬剤師は処方を書けないため、おかしいと思って医師に連絡して了解を取らなければなりません。ただし、一度出した処方箋を変更することは容易ではありません。医師からすると既に何人か後の診察を行っている最中に電話がかかってくることになり、これがとても迷惑なことは誰でも容易に想像がつくと思います。迷惑なのは仕組みが悪いためであり、その前に解決しておけば不適切なタイミングで電話をする必要がないのです。同時回診中であれば処方箋を書こうとした医師に「この処方ですが・・・」と提案をすることができます。これにより処方箋を出す前に適正使用を促すことができるようになります（図表3）。

図表2 チーム医療による回診同行



図表3 1年間の回診で減らした薬剤数(全体・患者背景別)



—薬剤師の在り方についてはどのようにお考えでしょうか。

最近では薬局薬剤師も在宅に行かないといけないといったことが言われています。しかし、我々は在宅に行かないといけない、病棟に行かないといけないと思いません。行かないと調剤ができないため行くのであり、考え方が根本から違ってきます。薬局に来ている患者は比較的元気な方です。在宅にいる患者は薬局に行くことすらできず、家族や友人が薬を受け取りに来ているわけです。本人をみないで調剤することはできません。老健の回診も同じですが、本人をみないことがいちばん問題です。そこに気が付けば自発的に行くことになり、依頼されたから行きますというものとは違います。在宅へ行くということはそういうことだと思えます。

また、薬剤師ではない人が薬局の経営者になれることですが、経営ありきで診療報酬に目が向いてしまい、これも考え方が違ってきます。我々薬剤師がやろうとしていること、あるいは診療報酬を設定した方々の思いはそうではありません。ポリファーマシーにしても診療報酬でしかそういう人たちを誘導できないため、仕組みを作っているわけです。

昔はドクターが中小病院に3カ月間程度派遣されるといったローテーションがありましたが、薬剤師のプロを育てるには、それが必要だと思います。以前ある療養の会議で「薬局薬剤師がどう活躍す

るか」といった話題がありました。そこで医師会の先生から、「薬局薬剤師は本気で医療をやるつもりはあるのか」、「大学を卒業して薬局に入り、すぐに在宅、臨床もみますと、医者だったら絶対ありえない」、「医者は必ず修業する。色々なところを回って、色々なパターンで臨床を経験させてから一人前になる」と、厳しいお言葉をいただきました。厳しいとは思いますが、私は本当にそのとおりだと思いました。薬剤師が卒業したときに、インターンのような研修や大学が先導して行う実習がありますが、実習は実習なのです。そうではなく、医療現場に出たら大病院、中小病院、診断所、離島の診療所など、ある程度臨床を回ってきた人以外は薬局に入っただけはいけなくらいにしないと、薬局はよくなると思います。薬局に直接行くことのできる比較的元気な患者だけを相手にして、それでいい仕事をしていると満足してしまう若い薬剤師がたくさんいるわけです。実際の医療というものはもっとリアルで泥臭いものであり、そのことに気付いていないのです。それでは医療人として他の医療に携わるスタッフからは一生認められません。もし在宅に行き、患者の安全を守るという話になるのであれば、やはり臨床ができないといけないという決まりが必要ではないでしょうか。だからこそ2年程度は臨床の現場にいるべきだと

思います。2年間、現場でたたき上げられてきた人たちが薬局に入ることによって患者をみるようになるようになり、安全が守られるわけです。そういう流れを作るべきだと思います。いま薬局は病院から一生懸命優秀な指導ができる人材を確保しようとしています。そうではなく薬剤師の皆さんに臨床の現場を経験させることでそのレベルまで底上げし、その後薬局に入れば薬局のレベルはおのずと上がり、日本中の薬剤師が評価されるようになるのです。2年間、病院・療養を経験してから薬局へ入る、そういう流れができ上がれば薬剤師の偏在も解消できるので、病院も助かり、薬局薬剤師は高い評価を受けると思います。

大学病院においても、ローテーションで大学病院以外の様々な現場を経験しないと駄目だと思います。大学病院に勤めた人は、「大きな病院に勤められました、よし、何でもできるぞ」といった感覚を持っているのではないのでしょうか。ただ、療養など、まさに目前に迫った超高齢化社会に関しては全然わからないのです。急性期の経験が多く、マニュアル医療がメインです。そうではなく、ローテーションを行うことで様々な現場を経験してもらいたいと思っています。そのためには、薬局も中小病院も大きな病院もシャッフルをしないと駄目なのです。中小病院しか経験のない薬剤師にとっても、大学

の人が入って来ていただければむしろ刺激になります。3カ月ぐら

いずつローテーションで、給料をもらいながら働いていいと思うの

です。私はそういう仕組みを作りたいと思っています。

—医師との同時回診など、チーム医療についてはいかがでしょうか。

米国ではコメディカルを含めたそれぞれの責任がしっかりと分けられており、医師、コメディカル、薬剤師などチームで医療を提供しています。日本で米国と同様のスタイルにするのは、今は難しいと思います。日本では薬剤師に処方する権限がなく、薬剤師の責任の重さは医師と違います。全責任を

負い、疑義があれば調剤をしてはいけないという文が記載されていますが、処方には責任の重さがあります。ようやく薬剤師にも責任感が芽生えてきたかと思いますが、全体としてみたときには全ての薬剤師がそういうことができるほどのレベルにいるわけではないと私は考えています。そのため、

今はまだ同じレベルや責任でチーム医療を行うという考えは難しいと思っています。医師が中央に立って医療を行うべきであり、その中でどうやって薬剤師としての専門的な見識を実行していくのかが、我々薬剤師の今の仕事だと思いません。

—医療の現場から見た課題などについてお聞かせください。

私は大洗塾という研修プログラムを行っています。企業の方にも参加いただきました。やはり、臨床現場をみたことのない人たちに薬をつくってほしくないと思うわけです。MRの方もですが、メーカーの方には現場を見てほしいと思っています。

もう1つの課題は、企業のDI (Drug Information) です。医療現場は24時間稼働にもかかわらず、長期休暇になると全て止まってしまうDIはDIとは呼べません。17時になれば転送電話になったり、止まったりします。緊急時に助けを求めても繋がらないのです。最近では転送で専門の担当者に回し

てくれるところが増えてきましたが、しっかりと重要性を考えてほしいと思います。

また、大学では学生への教育の課程でもっと療養施設や中小病院の良さと重要性を教育していただきたいと思っています。「大手企業でない町工場がロケットを打ち上げる」などのような説明を、もっと大学でしてほしいと思います。これからの超高齢化社会では、中小病院が有利で大事なのだという気持ちが私にはあります。大きな病院はそこから紹介をされて一時的に行く病院です。大病院では高度な医療が提供されますが、治療は超短期間で行われ、患者は元の病院へ

直ぐに戻されます。高度な医療が素晴らしい医療か？短期間で患者に寄り添えるのか？短期間で薬学的管理ができるのか？といった弱みも持っています。生きるか死ぬかの急性期医療は、大病院でなくても起こっています。学生が何がしたいのかをしっかりと考えられるような教育を大学には行ってもらいたいと思います。そして、患者は療養病床・老健施設、病院・自宅、どこに在籍しても同じ医療が受けられるようにしなければいけないと思っています。差があってはダメです。

—最後に、賛助会員の皆様にメッセージをいただきたいと思っています。

世の中では医療費の節減が言われていますが、無駄を排除すれば

節約はできます。ですが必要な医療費を減らすことは間違いだと思

います。車の車検がいい例だと思います。車検は2-3年ごとにやり

ます。皆、高額な車検代金を必要経費として理解して払っています。これにより、車の不具合による事故は激減していると思います。人間の体も同じではないでしょうか。ただ人間ドックをやりましょうという呼びかけのみではなくて、定期的に人間ドックを行って国民の健康を保ち医療費を節約する仕組

み、そして日本国民1.3億人の定期的な健康診断の巨額な収益を財源として車の車検の仕組みのように医療を回す仕組みを作れば、みんなが健康で医療経済も回るという正のスパイラルにもっていけるのではないかと思います。

薬剤師はいい仕事です。若い人たちにはいい仕事だからぜひやっ

てほしいと思っています。大変だということもあるのですが、大変なのは仕組みを変えないからです。世の中が理解してくれないと大変さは残ってしまいますので、そこはしっかりとアピールして変えていってほしいと思います。

(取材／編集：辰己亮、上村俊雄)

[2018年5月8日]

Monthly IHEP バックナンバーのご案内

医療・介護政策、厚生行政などに関する幅広い情報提供を行うことを目的として、賛助会員月刊誌「Monthly IHEP」を発行しています。医療関係有識者へのインタビューや厚生労働関係者へのインタビュー、「医療経済研究会」のレビュー、有識者論稿などを掲載、年間11回発行しています。

2018年2月号 No.271

- 特別寄稿
地域包括ケアシステムの最前線
「我が事・丸ごと」地域共生社会と包括的支援体制
永田 祐氏
同志社大学 社会学部 社会福祉学科 准教授
- 厚生労働省インタビュー
平成29年版 厚生労働白書
増井 英紀氏
政策統括官付 政策評価官室 アフターサービス推進官
- 研究部レポート
若年性認知症の離職に関する研究について
佐方 信夫 医療経済研究機構 主任研究員
奥村 泰之 医療経済研究機構 主任研究員
- 研究会報告
＜第641回 医療経済研究会 講演要旨＞
地域課題に関するヤマト運輸(株)の取組について
関根 豊氏
ヤマト運輸株式会社 社長室 課長

2018年3月号 No.272

- 特別寄稿
地域包括ケアシステムの最前線
「我が事・丸ごと」地域共生社会の目指すもの
土屋 幸己氏
公益財団法人 さわか福社財団
戦略アドバイザー
- 厚生労働省インタビュー
医薬品産業強化総合戦略
～グローバル展開を見据えた創業～
三浦 明氏
医政局 経済課長
- 医療機関インタビュー
地域医療構想に基づく公的医療機関としての取組について
長堀 薫氏
国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院 院長
- 研究部レポート
高齢者への「特に慎重な投与を要する薬物」の処方と医療サービス利用および費用
浜田 将太
医療経済研究機構 研究員

2018年4月号 No.273

- 特別寄稿
地域包括ケアシステムの最前線
～川崎市・川崎区を基盤とした
“丸ごと”地域共生支援への挑戦～
中澤 伸氏
社会福祉法人 川崎聖風福祉会
理事・事業推進部長
- 厚生労働省インタビュー
臨床研究法施行に向けて
井本 昌克氏
医政局 研究開発振興課 治験推進室長
- 研究会報告
＜第644回 医療経済研究会 講演要旨＞
データヘルスの本質
古井 祐司氏
東京大学 政策ビジョン研究センター
データヘルス研究ユニット 特任教授

2018年5月号 No.274

- 特別寄稿
2018年度診療・介護報酬同時改定のヘルスケア業界に与える影響～その1
川淵 孝一氏
東京医科歯科大学大学院 医療経済学分野 教授
- 厚生労働省インタビュー
医療的ケアが必要な障害者への支援充実に向けて
三好 圭氏
社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課
障害児・発達障害者支援室長 兼 地域生活支援推進室長
- 医療機関インタビュー
認知症疾患におけるもの忘れセンターの取組と実践例
櫻井 孝氏
国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター長
- 特別セミナー報告
「地域医療構想・医療計画と地域包括ケアシステム」
～これからの病院が進む道～
今村 知明氏
奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授

2018年6月号 No.275

- 特別寄稿
平成30年度診療・介護報酬同時改定が医療・介護連携に与える影響
川淵 孝一氏
東京医科歯科大学大学院 医療経済学分野 教授
- 厚生労働省インタビュー
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について
松岡 輝昌氏
医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室長
- 研究部レポート
①全国保険医療機関(病院・診療所)一覧、②全国保険薬局一覧、③郵便番号・二次医療圏対応表の公開(平成29年度版)
清水 沙友里
医療経済研究機構 主任研究員
- 研究会報告
＜第646回 医療経済研究会 講演要旨＞
地域包括ケアから地域共生社会へ：“Co-producer”としての住民・地域を考える
堀田 聡子氏
慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授



一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

〒105-0003

東京都港区西新橋1-5-11 11東洋海事ビル2F

TEL:03-3506-8529 FAX:03-3506-8528

<https://www.ihep.jp>