

# 2012年診療報酬改定と 地域医療連携

～ダブル改定を展望する～

国際医療福祉総合研究所長  
国際医療福祉大学大学院 教授  
(株)医療福祉経営審査機構CEO  
(株)医療福祉総合研究所代表取締役社長  
武藤正樹



## 国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承

医師数120名、290床、

平均在院日数10日

入院単価6500点

2007年より東京都認定がん診療病院

2008年よりDPC対象病院

# 国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。

## 国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



### 大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程:保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程:保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置(東京・小田原・熱海・福岡・大川)
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

### 保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科



大学クリニック(栃木大田原)

### 医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

### 薬学部

薬学科

### 福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科(平成19年4月開設)

### 小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

### 大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉  
大学病院

(300床)



塩谷病院

## 東京本部 (乃木坂)

総務部  
人事部  
企画部  
医療管理部



# 目次

- パート1
  - 2012年診療報酬改定
- パート2
  - 地域医療計画の見直し
- パート3
  - 在宅医療と診療報酬改定
- パート4
  - 介護保険制度を取り巻く環境
- パート5
  - 2012年介護報酬改定の方向性
- 日本医療マネジメント学会からのお知らせ(「医療福祉連携士」)







# パート1

## 2012年診療報酬改定

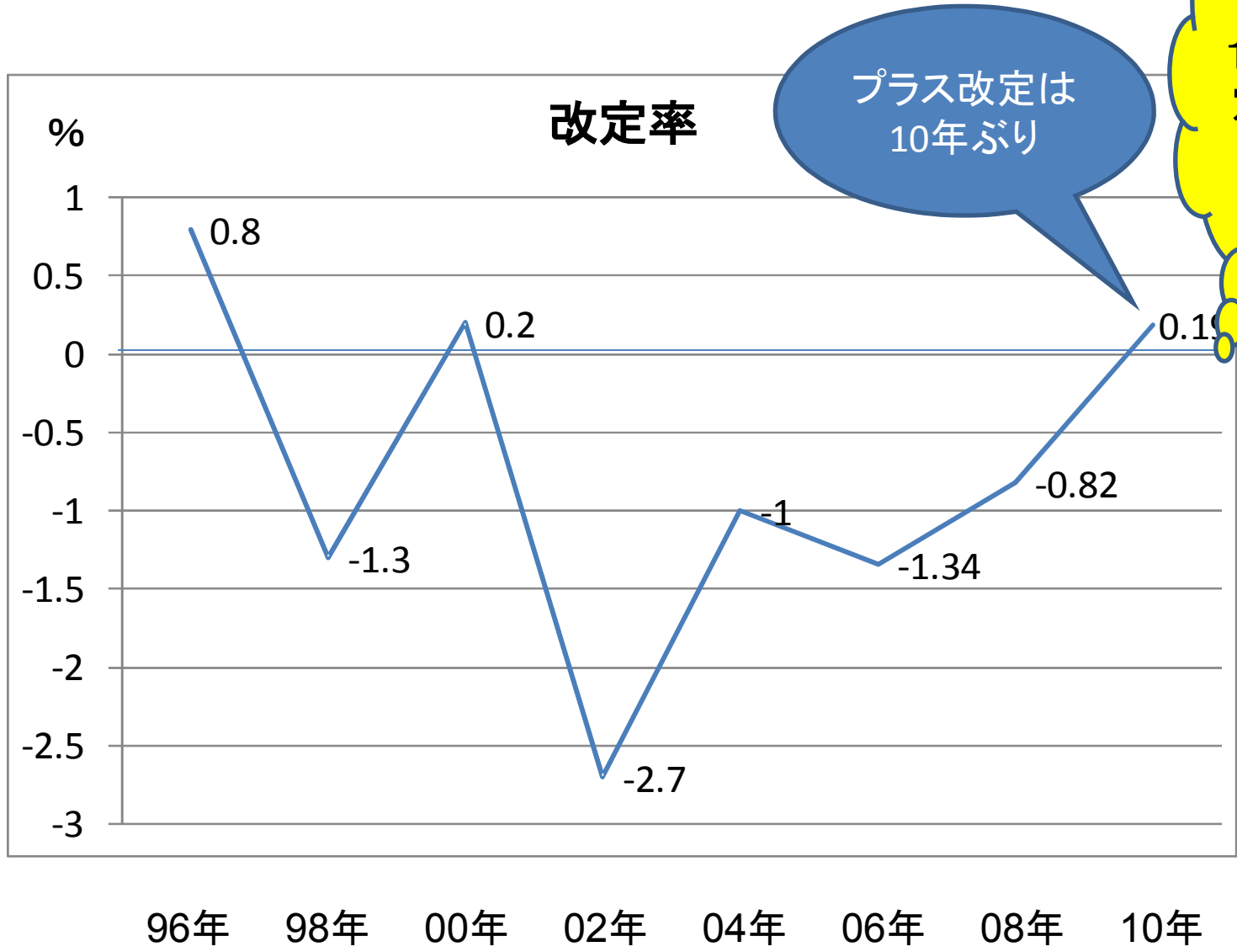


4月20日中医協

# 2010年度診療報酬改定

- 全体改定率 +0.19% 
- 1 診療報酬改定(本体) 
  - 改定率 +1.55%
  - 各科改定率 医科 +1.74%
    - (入院 +3.03%、外来 +0.31%)
    - 歯科 +2.09% 
    - 調剤 +0.52%
- 2 薬価改定等 
  - 改定率 ▲1.36%
  - 薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%)
  - 材料価格改定 ▲0.13%

# 診療報酬改定率

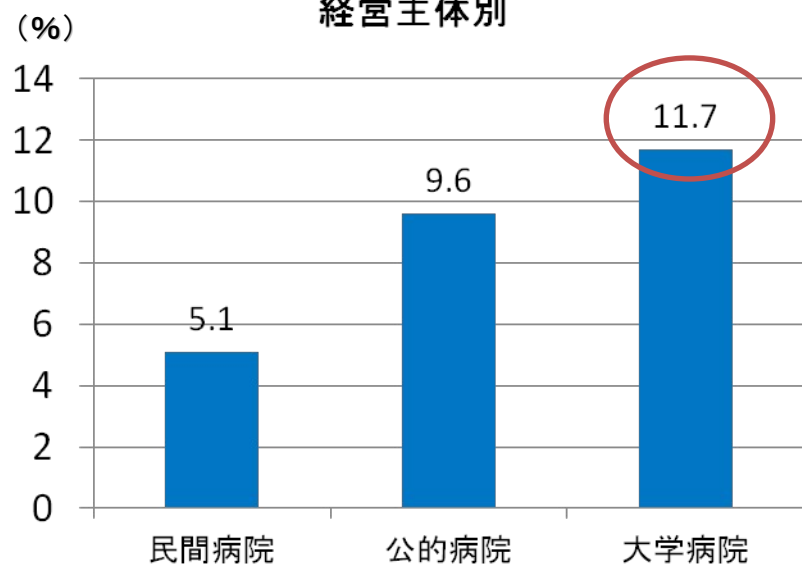


プラス改定は  
10年ぶり

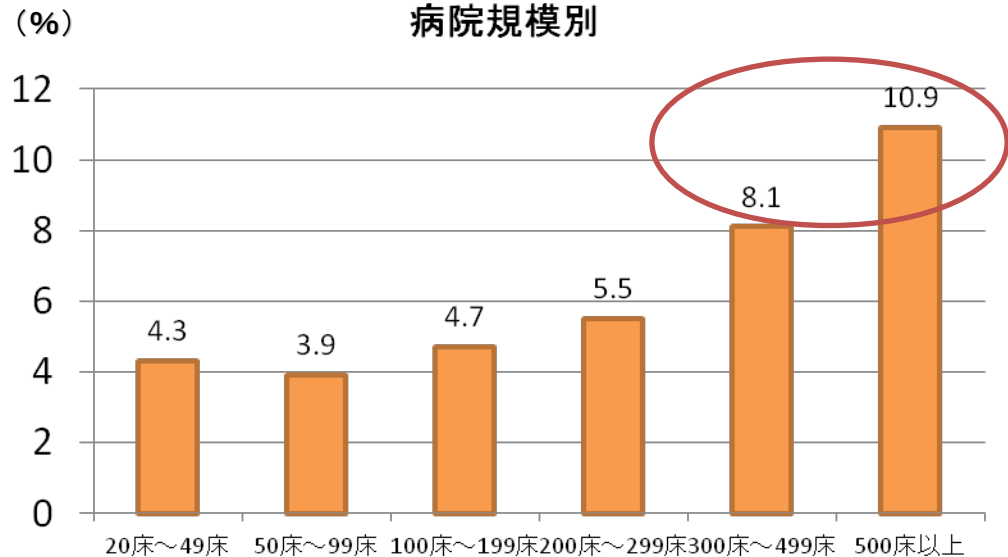
12年改定は？

# 平成22年度診療報酬改定後の一日あたり医療費の伸び率 (平成22年4月～平成23年2月対前年同期比)

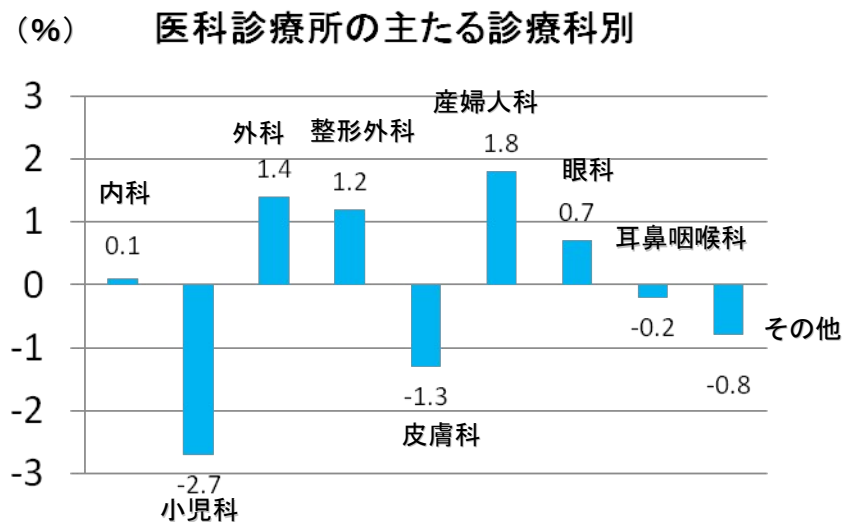
経営主体別



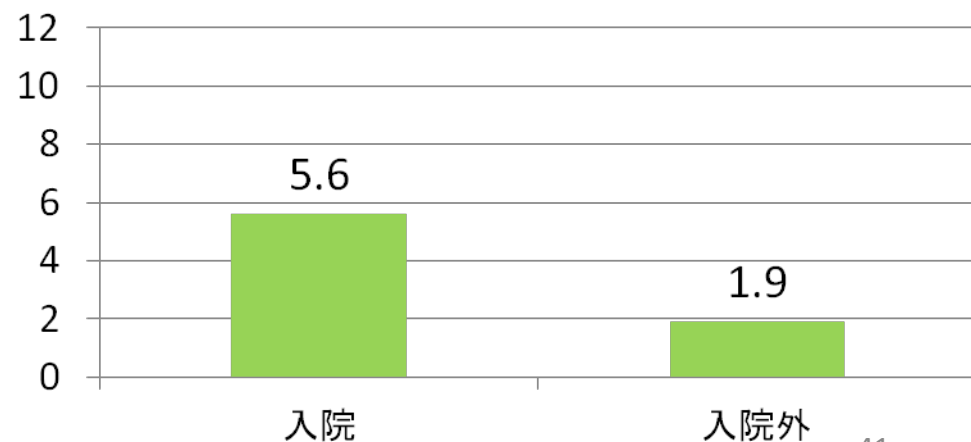
病院規模別



医科診療所の主たる診療科別



診療種類別





# 2010年度診療報酬改定の基本方針

- 重点課題
  - ①救急、産科、小児、外科等の医療の再建
  - ②病院勤務医の負担の軽減
- 4つの視点
  - ①充実が求められる領域を適切に評価していく視点
  - ②患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
  - ③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
  - ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- (2009年11月25日社会保障審議会の医療保険部会)

# 次期診療報酬改定へむけたプロセス

平成22年 9月 10月 11月 12月 平成23年 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 平成24年 1月 2月 3月 4月

診療報酬改定

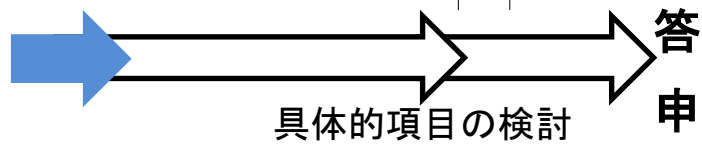
社会保障・税一体改革成案  
(政府・与党社会保障改革検討本部決定)

改定率

基本方針に向けた議論

- ① スケジュール等
- ② 視点・方向の概論
- ③ 具体的な視点・方向
- ④ 基本方針案

基本方針提示



答申

具体的項目の検討

被災地訪問の報告

- 基本診療料  
1号側・2号側  
優先して議論すべき事項
- 医療と介護の連携  
歯科・薬剤  
リハビリ  
退院調整  
在宅医療  
訪問看護
- 医療従事者の負担軽減
- 精神医療
- 歯科診療
- 各種報告

平成22年度改定答申  
附帯意見

コスト調査分科会

- 慢性期入院医療の包括評価分科会
- 22年改定結果検証
- 医療経済実態調査
- 23年改定結果検証 (速報)
- DPC評価分科会
- 薬価部会
- 保険医療材料部会
- 医療技術評価分科会

内閣

医療部会  
医療保険部会

総会

中央社会保険医療協議会

部会・組織・小委

# 社会保障審議会医療保険部会 (2011年9月16日)

- 2010年改定の4つの視点については踏襲してはどうか？
- 2012年改定は診療報酬・介護報酬の同時改定であるので、医療・介護の連携体制の構築について評価すべきではないか？
- 社会保障・税一体改革成案において掲げられた病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実についてどのように考えていくのか？
- 東日本大震災を踏まえて災害に強い医療の在り方に対する評価や被災地への診療報酬上の対応を考える必要があるのではないか？

# 社会保障審議会医療保険部会 (2011年9月16日)

- 医療と介護の機能強化・連携に関するもの
  - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
  - 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰へ向けた取り組みの評価
  - 在宅での療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
  - 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
  - 維持期リハビリ等における医療・介護の円滑な連携
  - 介護施設における医療提供の評価の在り方

# 社会保障改革に関する 集中検討会議

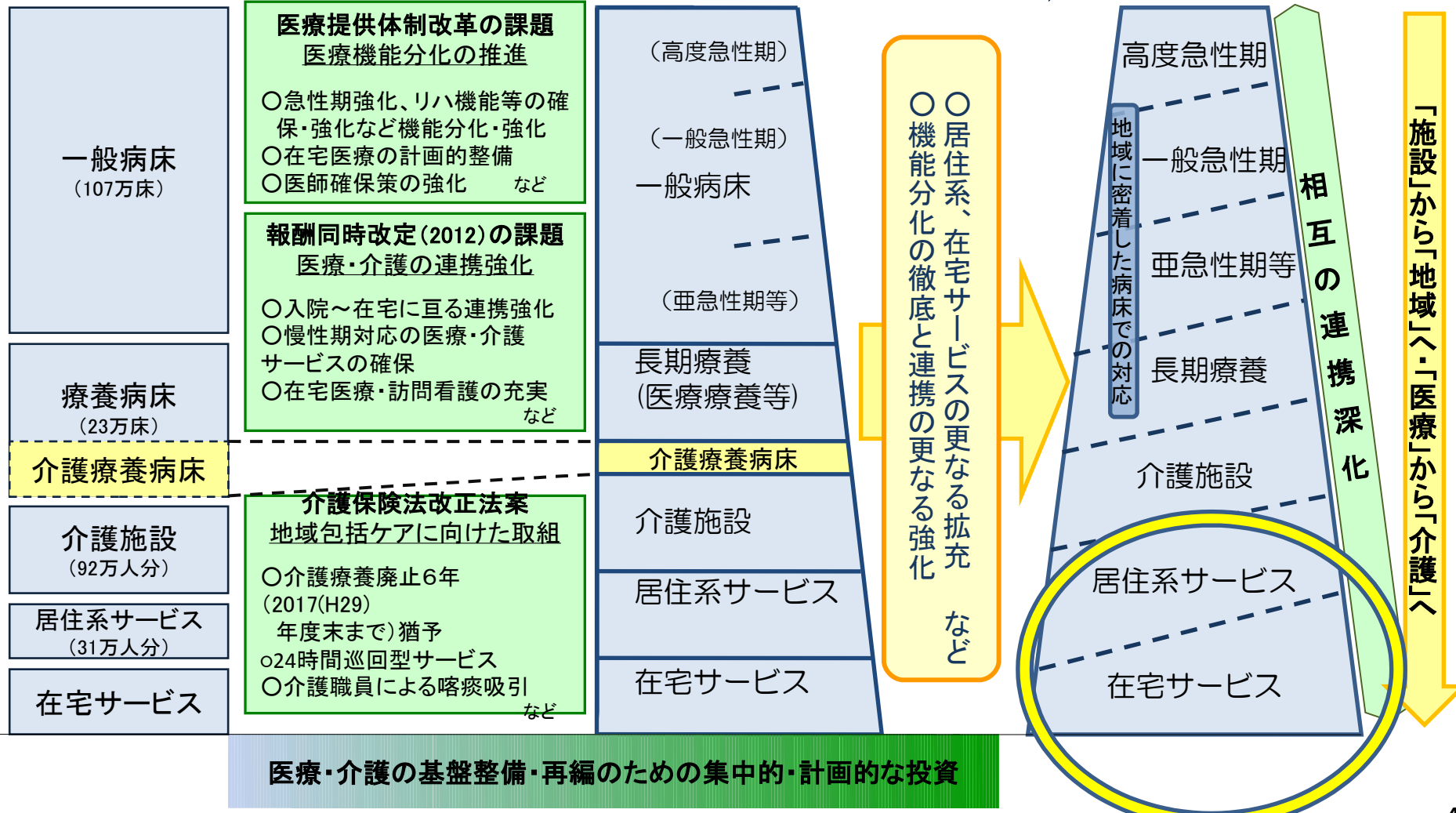
第10回会議(2011年6月2日)



# 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の实情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



# パート2

## 地域医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

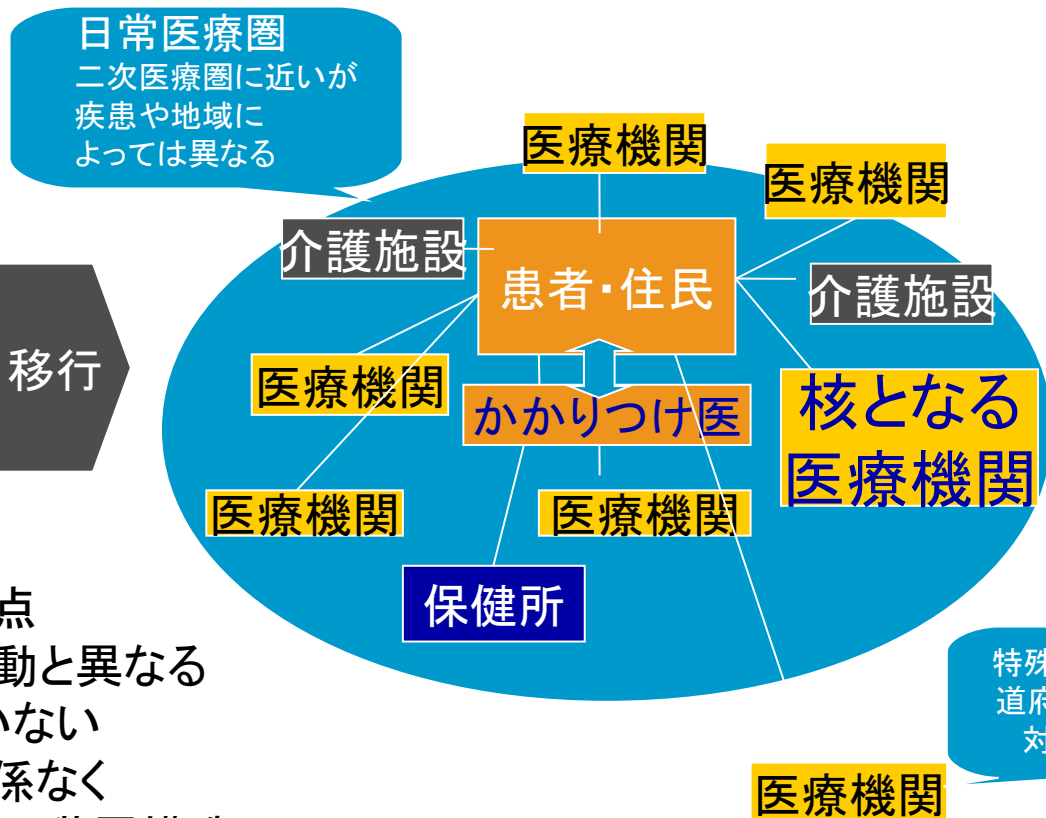
# 第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

## 疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の  
考え方



移行



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく  
結果として大病院重視の階層構造

\* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成



# 4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして  
地域医療計画作成指針に採用

# 2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画  
2008年～2012年

# 医療計画見直しスケジュール(案)



# 医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日

# 第1回検討会(2010年12月17日)

- 二次医療圏そのものも見直しの必要性
  - 全日本病院協会 神野正博副会長
    - 「医療圏そのものを見直し、定義をきちんとすべきかもしれない」
- 精神疾患を医療計画へ
  - 日本精神科病院協会 長瀬輝誼副会長
  - 精神科疾患は以前から比べると、かなりのウエートを占めるようになった
  - 精神科疾患にも配慮して医療計画を作るべき」だとの考えが示された。
- 介護との連携
  - 日本医師会 鈴木邦彦常任理事
    - 高齢化が進み、医療だけでは地域は支えられない
    - 介護との連携の必要性

# 第1回検討会(2010年12月17日)

- 中小病院の役割

- 日本医療法人協会 伊藤伸一副会長

- DPC病院以外の地域の一般病院の機能を、医療計画の中にどのような形で盛り込むのか。病院機能、病床機能をもう少し明確に表すようにすべきでないか

- 歯科連携

- 日本歯科医師会 池主憲夫常務理事

- 医療連携における歯科連携の重要性を強調した。

- 薬局の役割

- 日本薬剤師会 山本信夫副会長

- 在宅における癌治療、緩和医療における薬局の役割

# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \* 在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

# 医療計画見直しの方向性

## その① 二次医療圏の見直し



# 医療圏とは

- **医療圏**

- 都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を測るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとする

- **三次医療圏**

- 都道府県単位 52医療圏(北海道6医療圏)
- 特殊な医療を提供(高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院等)

- **二次医療圏**

- 349医療圏(2010年4月現在)
- 一般の入院医療に係わる医療を提供
- 地理的条件、患者需要、交通事情等



# 二次医療圏の課題

- 二次医療圏の設定状況に以下の格差がある
  - 患者の受療動向の差
  - 人口・面積の差
- 二次医療圏の設定に関する課題
  - 1985年(昭和60年)の設置後、変更されていない地域もあり、医療提供体制について医療圏格差が生じている
  - 医療計画の作成指針では医療圏の設定について人口構造、患者の受療の状況等を検討することになっているが、数値による目安が示されていない
  - 人口、患者の受療状況(医療圏を超えた流入／流出割合)等を評価し、その特徴を捉える事が必要

# 人口、流入流出でみた 二次医療圏のパターン

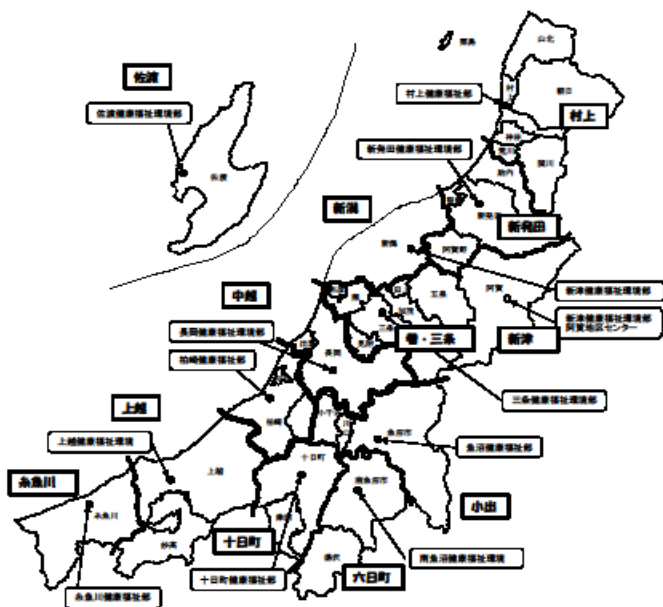


患者流入率 (%)

20%

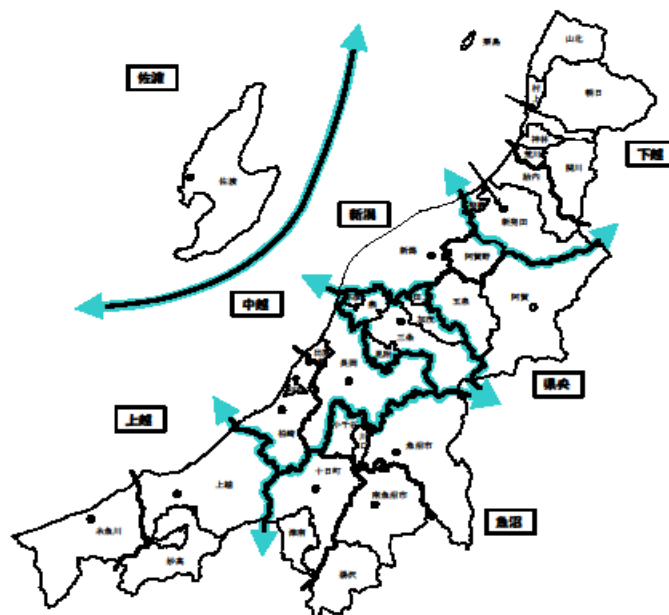
# 新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

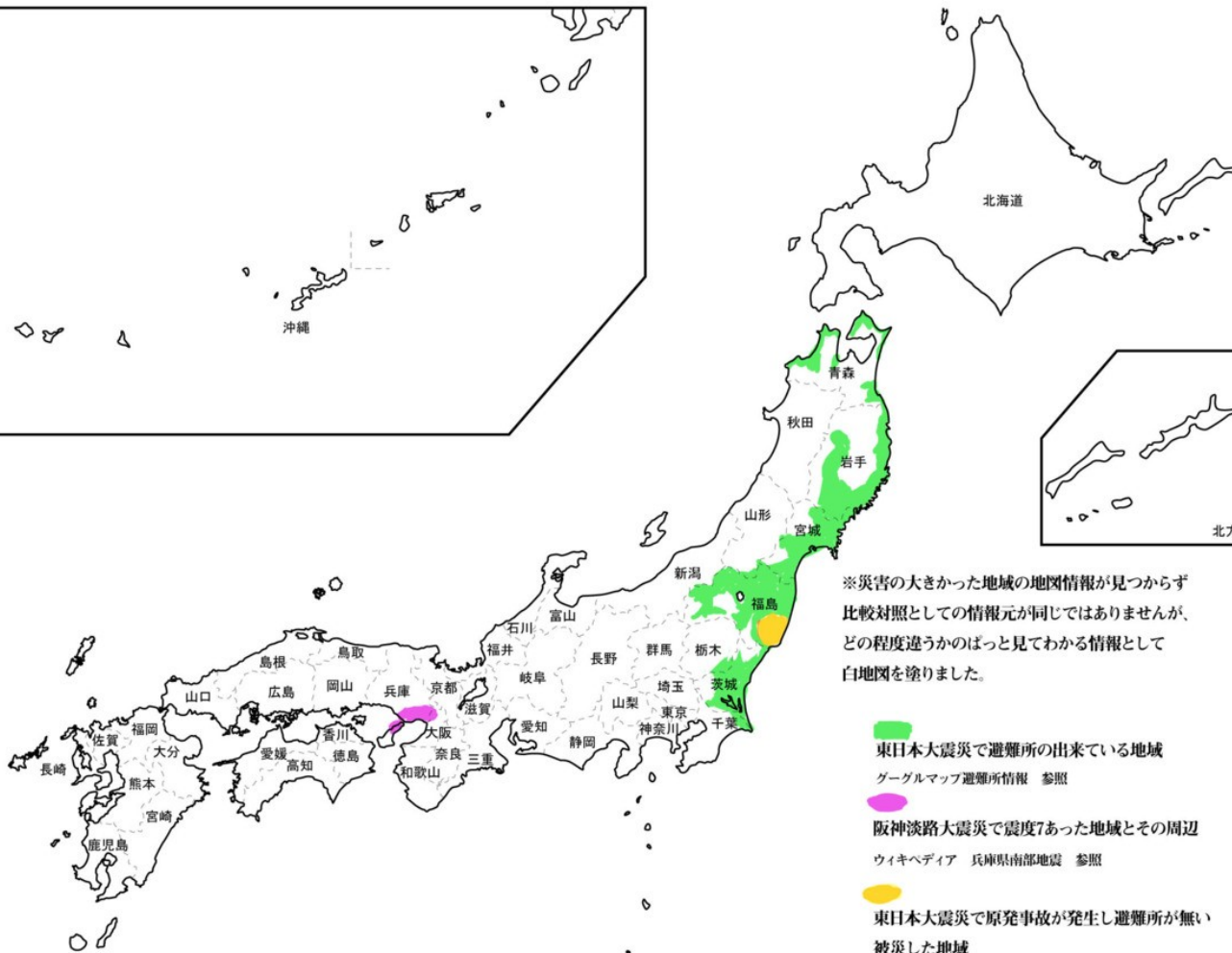
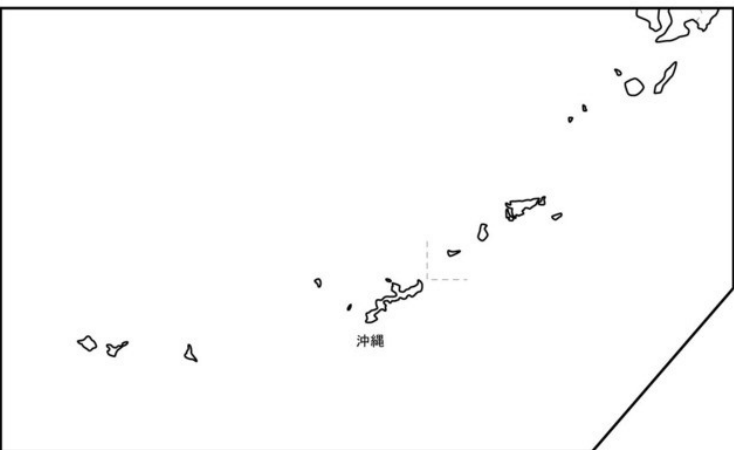
# 二次医療圏見直し

人口20万人以下、流出率20%以上の  
二次医療圏を見直してはどうか？

# 医療計画見直しの方向性 その② 災害拠点病院の見直し



# 災害拠点病院の要件見直し



## 東北3県9医療圏が被災した



朝日新聞調べ(4月15~22日)。①②は各病院や保健所に問い合わせた。③④は県や保健所、医師会の把握数。仙台医療圏は仙台市宮城野区、若林区と沿岸市町に限定。相双医療圏の①②は原発から半径30km圏内を含む



# 東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

	病院数	東日本大震災による被害状況		診療機能の状況											
		全壊	一部損壊	外来の受入制限			外来受入不可			入院の受入制限			入院受入不可		
				被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在
岩手県	11	0	11	11	0	0	0	0	0	11	1	1	0	0	0
宮城県	14	0	13	5	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
福島県	8	0	7	4	1※	1※	1	0	0	5	0	1※	0	1※	0
計	33	0	31	20	1	1	1	0	0	18	2	2	1	1	0

※緊急時避難準備区域

(7月1日時点: 医政局指導課調べ)

被災地の災害拠点病院のうち31病院は一部損壊で、全壊は0であった。(一部損壊には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。)

7月1日時点では、県立釜石病院(岩手県)、緊急時避難準備区域の南相馬市立総合病院(福島県)で入院・外来制限を行っている。

# 東日本大震災を受け 災害拠点病院の5つの課題

- ①建物の耐震性
- ②災害時の通信手段の確保
- ③広域災害救急医療情報システム  
(EMIS)
- ④ライフライン
- ⑤備蓄
- その他  
- ヘリポート

# 岩手県立釜石病院も被災した 全床再開に向け、耐震補強工事を 急ピッチで進めた



**岩手県立釜石病院**



釜石病院の耐震化工事を説明する遠藤院長(左)

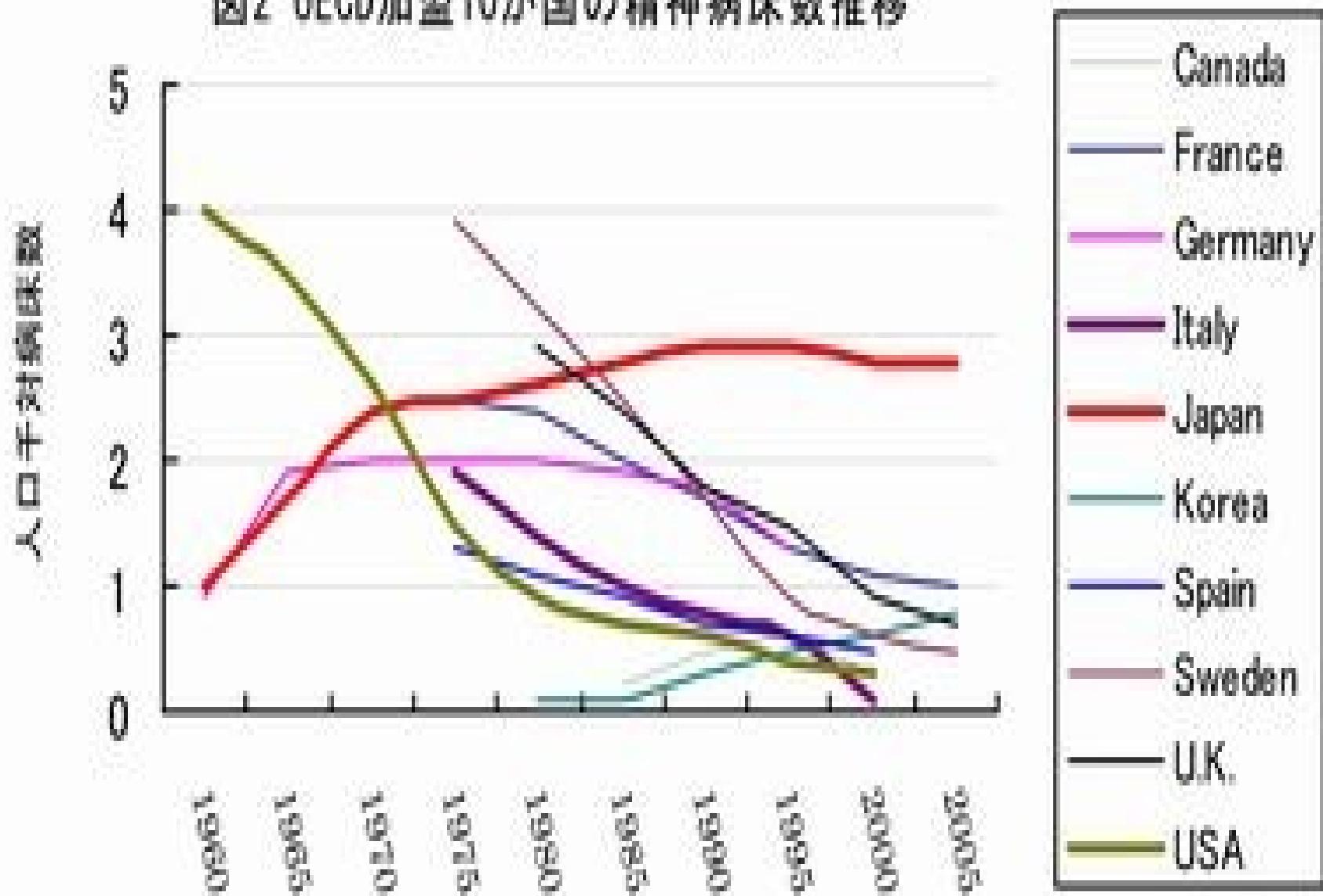
# 災害拠点病院要件の見直し

- 災害医療等のあり方に関する検討会(座長:大友康裕・東京医科歯科大救急災害医学分野教授)2011年9月30日
  - 基幹災害拠点病院(3次医療圏)
    - 全施設での耐震構造
    - DMAT養成
    - 救命救急センターの指定
    - 敷地内ヘリポート
  - 災害拠点病院(2次医療圏)
    - 全施設での耐震構造が望ましい
    - 衛星電話、衛星回線インターネット
    - EMISへの情報入力
    - 自家発電容量(通常の電力消費の6割程度)

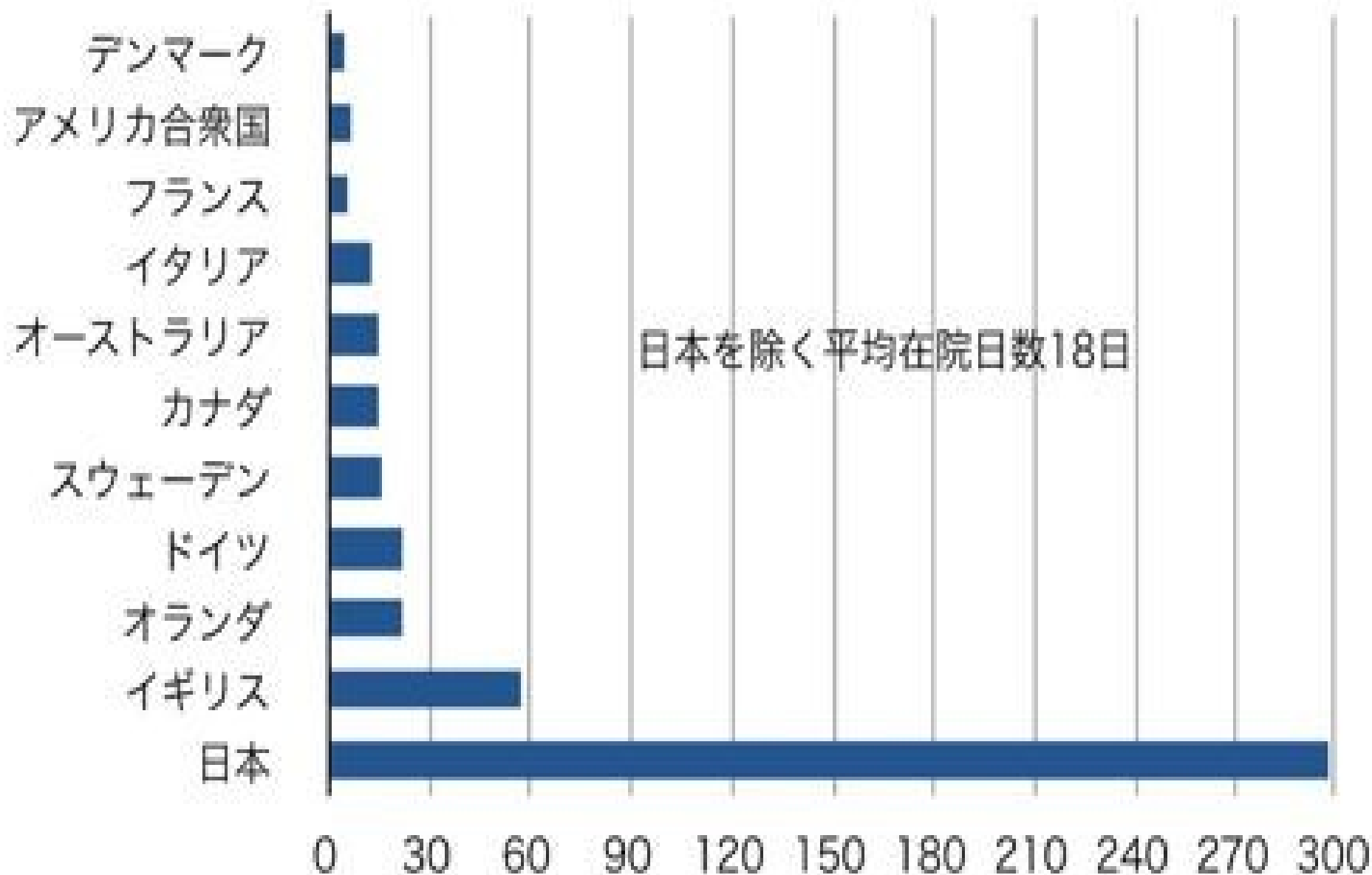
# 医療計画見直しの方向性 その③ 精神医療の見直し

日本の精神医療の特殊性

図2 OECD加盟10か国の精神病床数推移



## 2005年退院者平均在院日数



# 「地域医療計画の5疾患目に 精神科疾患を要望」

(日本精神科病院協会) 2010年12月22日

- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

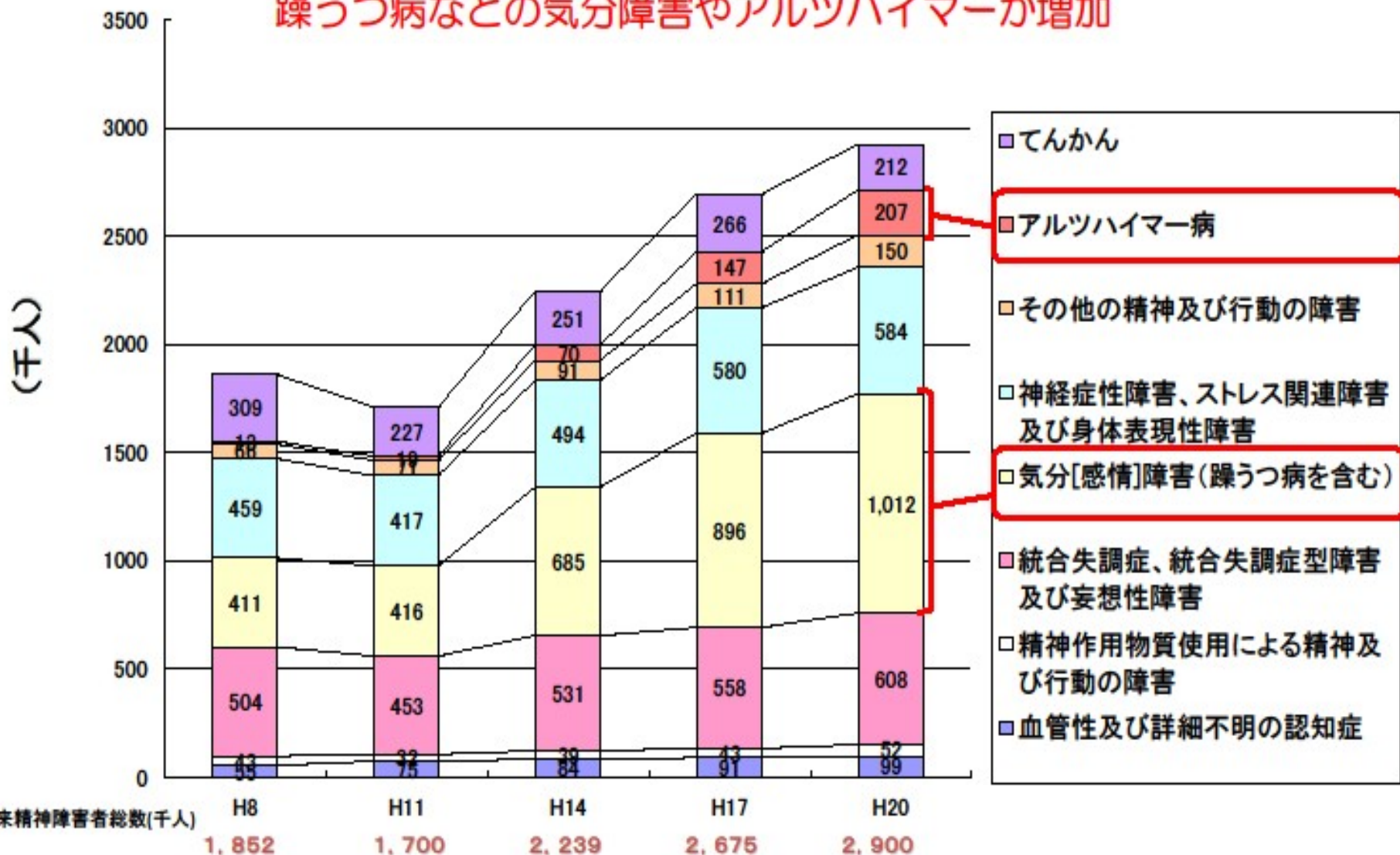


# 社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
  - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
  - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
  - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
  - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
  - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

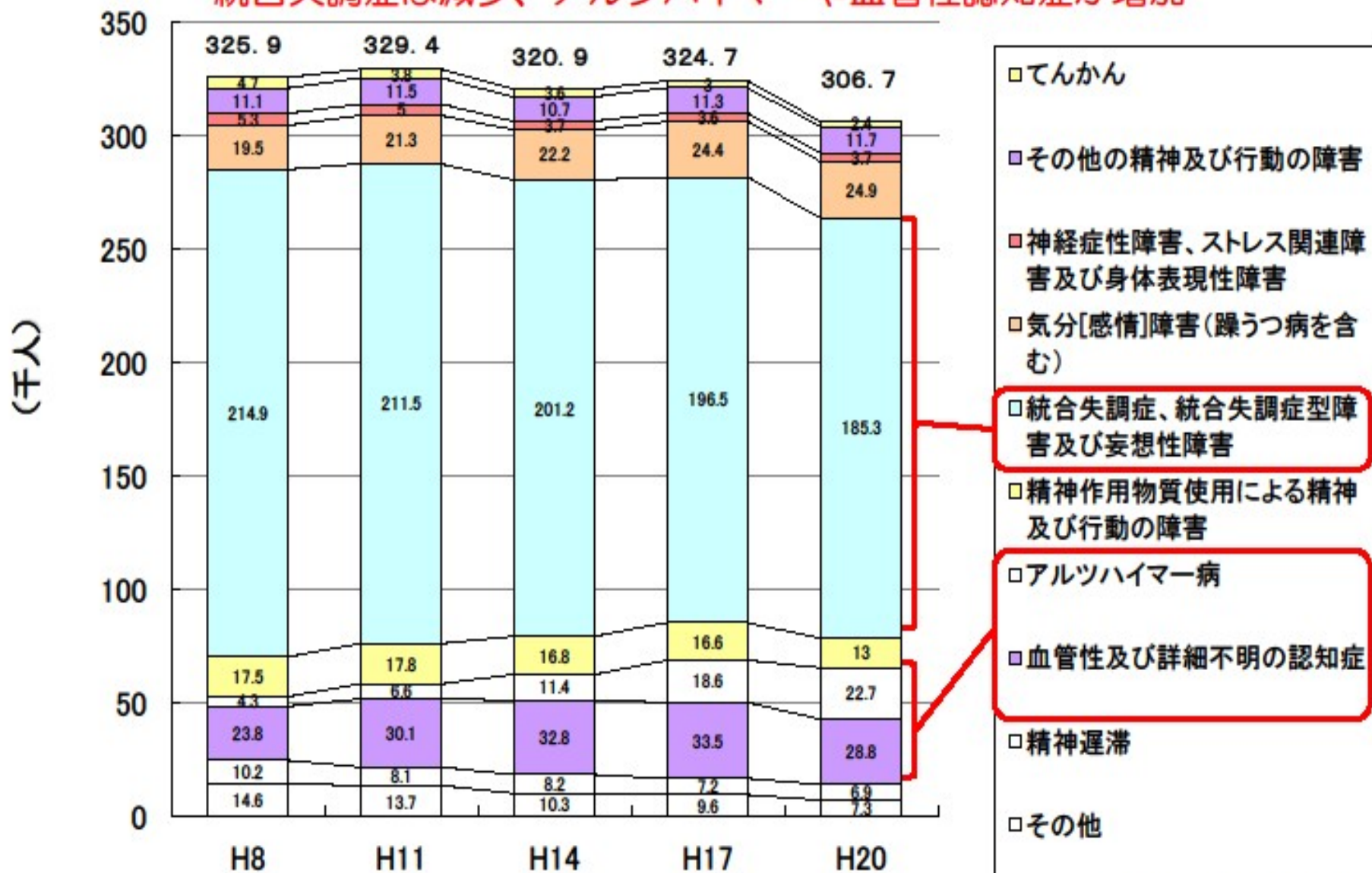
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

# 精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

# 医療計画見直しの方向性

## その④ 在宅医療の見直し

# 「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
  - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
  - 看取りまで行える医療のための連携体制
  - 認知症の在宅医療の推進
  - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

# 在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

## ■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

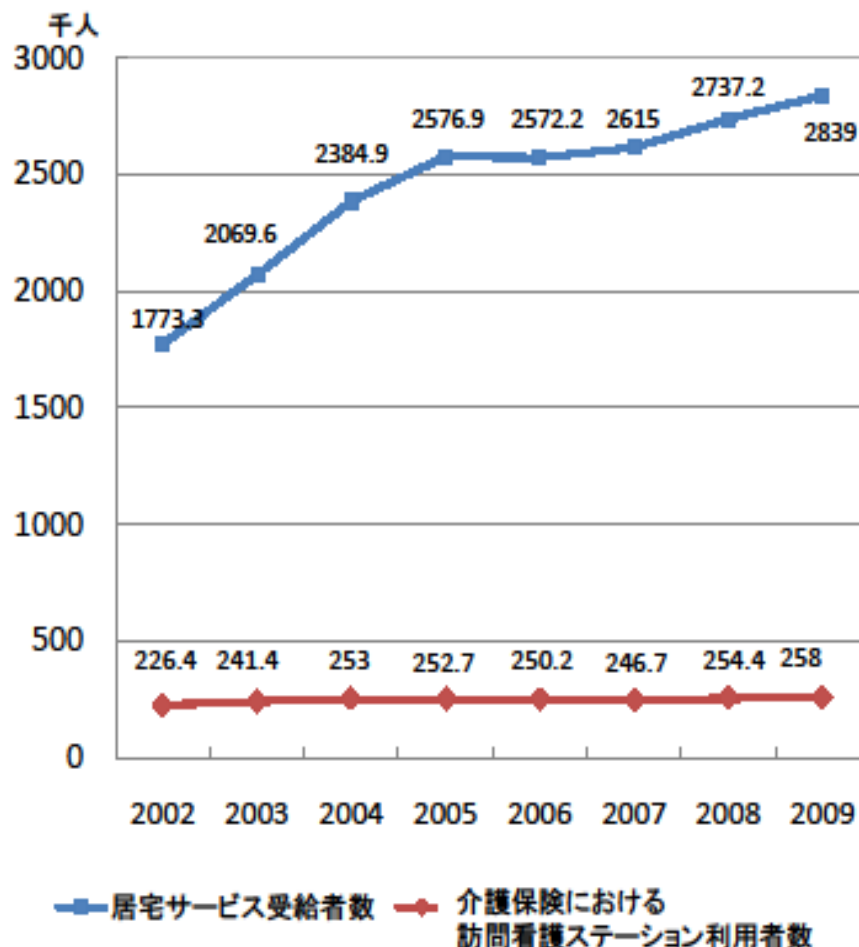
- 北海道
  - ・在宅医療を実施する医療機関割合  
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
  - ・主任介護支援専門員研修受講者数  
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
  - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
  - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
  - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局  
76.9%(H18) → 81%(H24)
  - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合  
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
  - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合  
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
  - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)  
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
  - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
  - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区  
→5地区(H24)
- 福岡
  - ・在宅医療を受ける患者数  
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
  - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
  - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
  - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
  - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数  
582(H18) → 640(H24)
  - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合  
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)  
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
  - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合  
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
  - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)  
0.46(H18) → 0.82(H24)
  - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)  
3.7(H18) → 4.5(H24)

# 訪問看護サービス

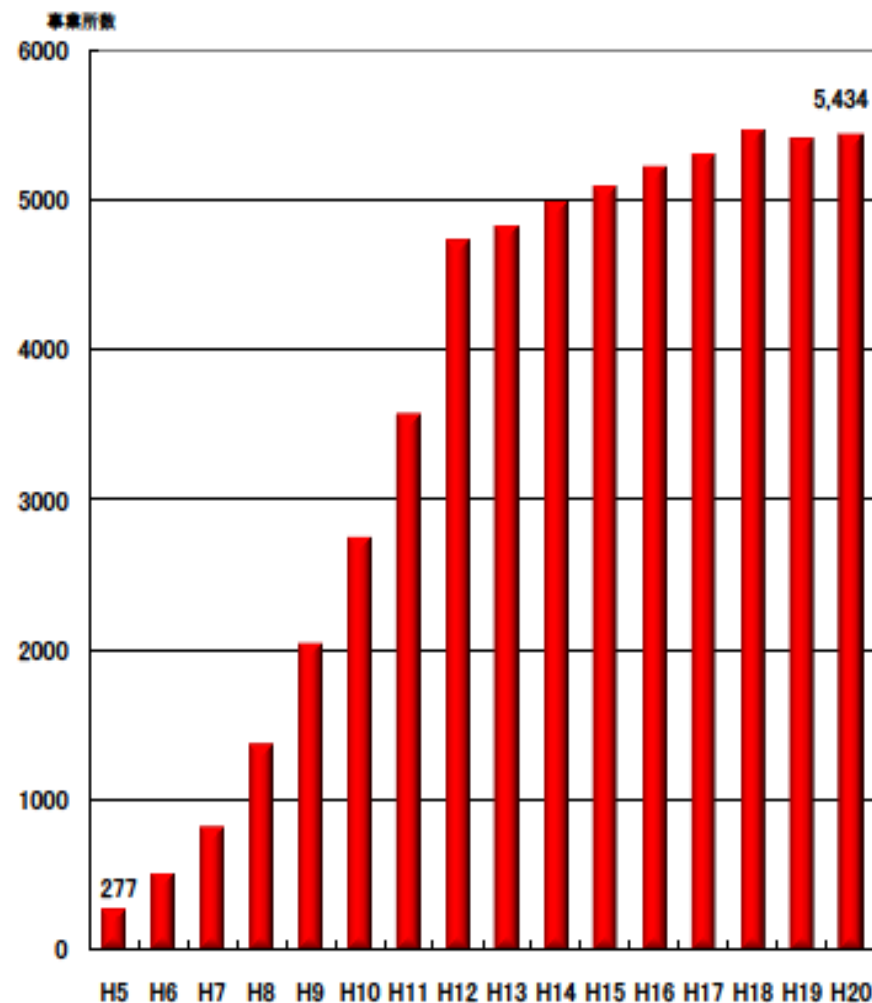
# 訪問看護サービス利用者数と訪問看護ステーション数の推移

## ■ 居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移

居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばいである。



## ■ 訪問看護ステーション数の変化

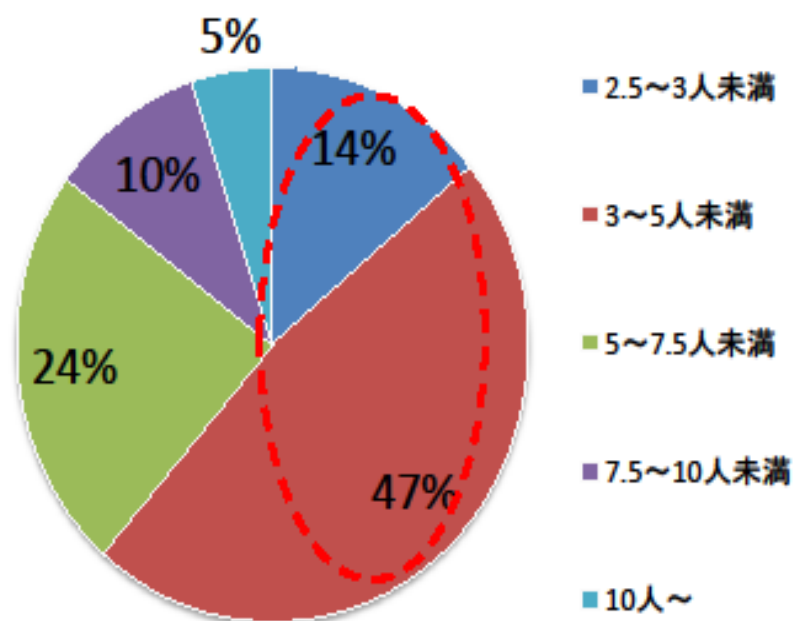




# 訪問看護ステーションの規模別状況

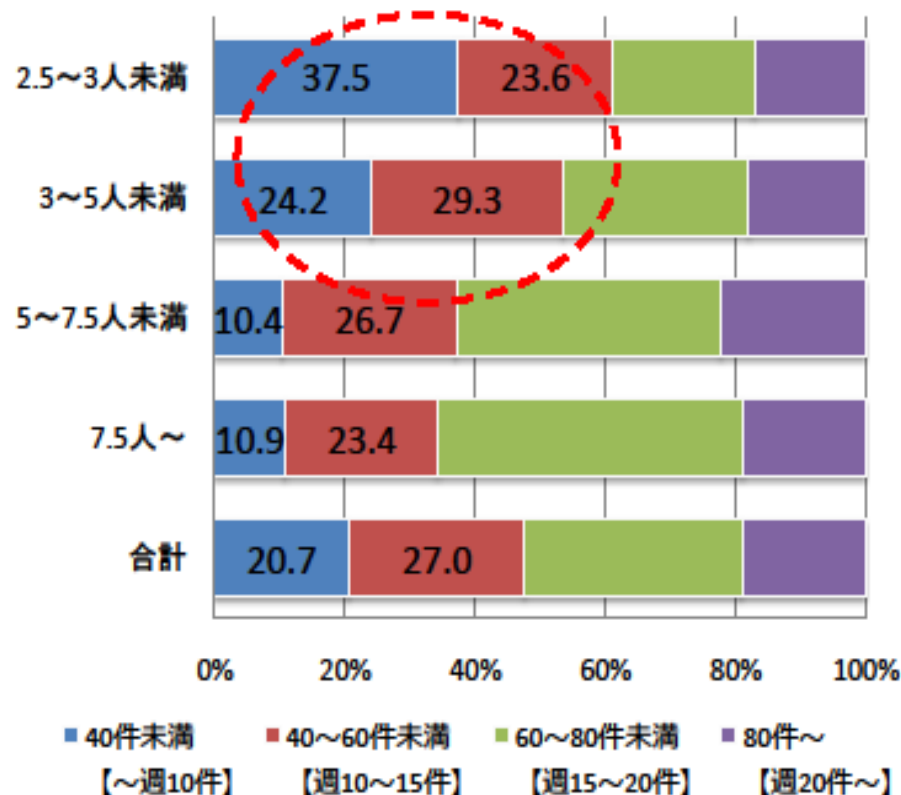
- 5人未満の小規模なステーションが約60%を占めている。
- 小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

職員※数規模別にみた事業所数の構成(N=1,713)



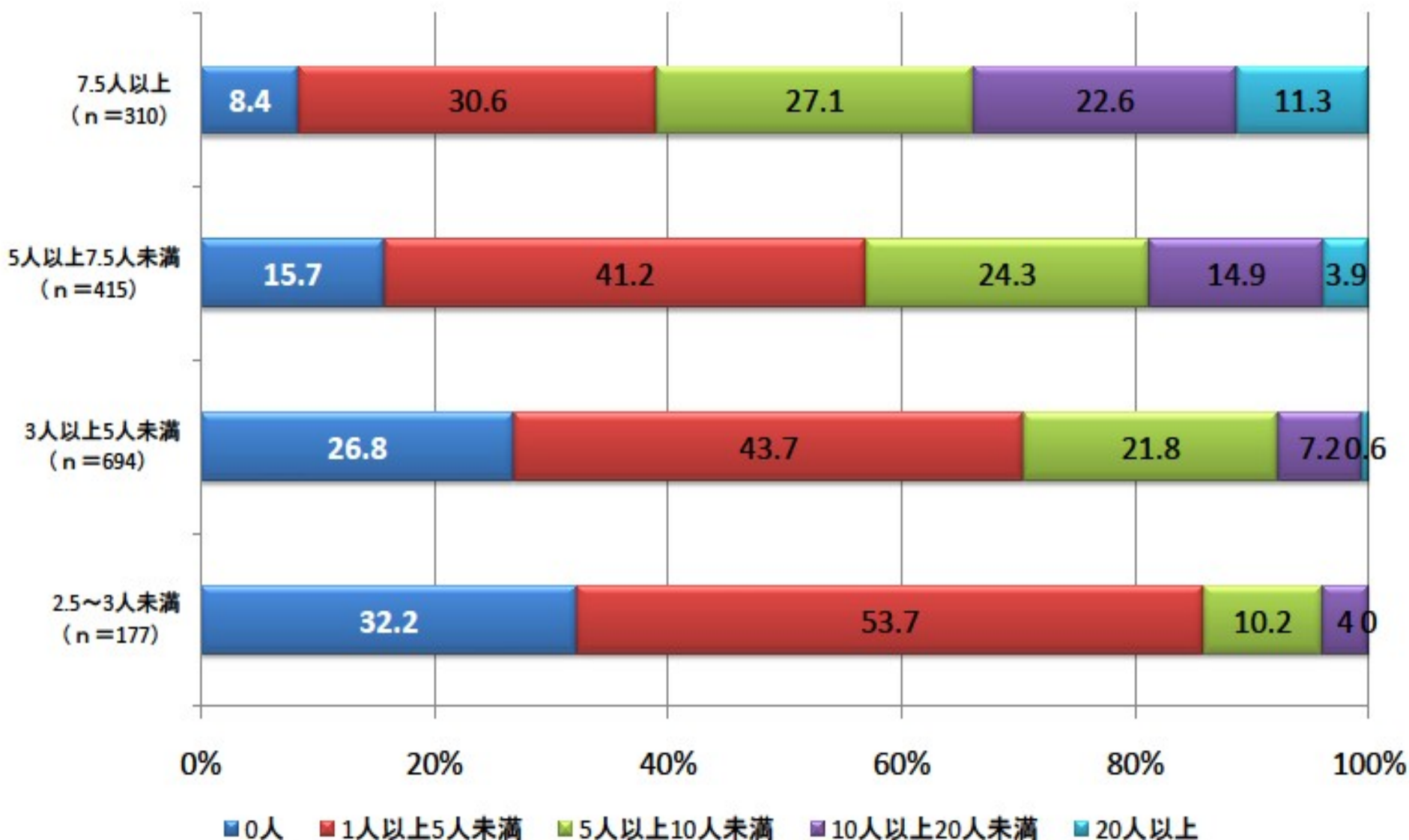
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

職員※数規模別にみた  
職員一人月当たりの訪問看護件数(N=1,556)



# 訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況

○訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。





# 2011年年新規事業 「在宅医療連携拠点事業」

地域包括ケアの医療連携拠点  
10医療機関が選定

## ■ 在宅医療推進上の課題

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。

## ■ 本事業の目的

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療の連携拠点を設け、地域包括支援センター等と連動しながら  
多職種連携を促進

分断した医療と介護を包括的に提供できる体制を構築する

### 多職種連携の課題に対する 解決策の抽出

地域の医療福祉従事者が、一堂に会  
する場を定期的に設定。

在宅医療における連携上の課題抽出  
し、その対応策の検討等を行う。

### 在宅医療従事者の負担軽減の支援

地域の在宅医療をより効率的に提供す  
るための仕組みを構築。

- ・ 24時間体制を構築するための地域  
医療資源のネットワーク化
- ・ チーム医療を提供するための情報  
共有体制

### 効率的な医療提供のための 多職種連携

医療・福祉分野の経験豊富なスタッ  
フを配置。

地域の医療・福祉資源の量・質に関  
する最適化に向けての活動等を通じ  
て、地域のハブ機関としての機能を  
担う。

# 在宅医療連携拠点事業所 「チームもりおか」



医療法人葵会もりおか往診クリニック 岩手県立中央病院前の在宅療養支援診療所

# パート3

## 在宅医療と診療報酬改定

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

# 06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養  
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

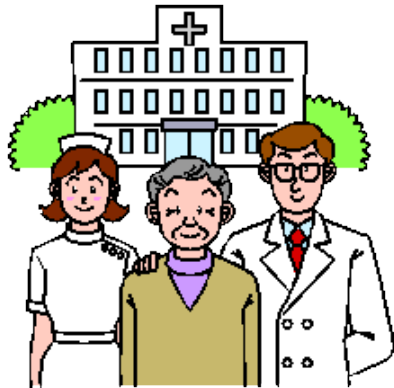


B診療所  
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所  
在宅療養支援診療所



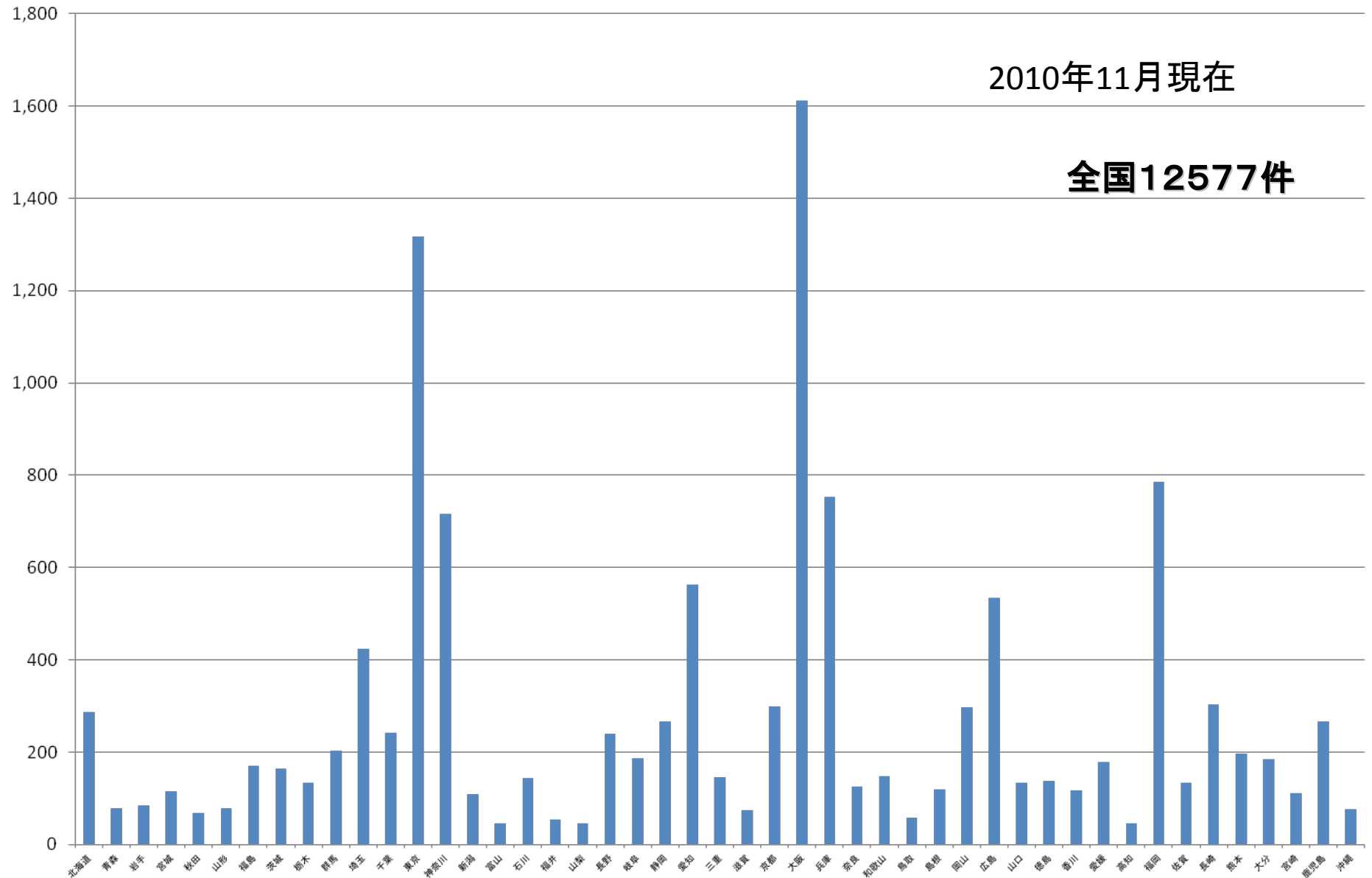
A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる



# 在宅療養支援診療所

2010年11月現在

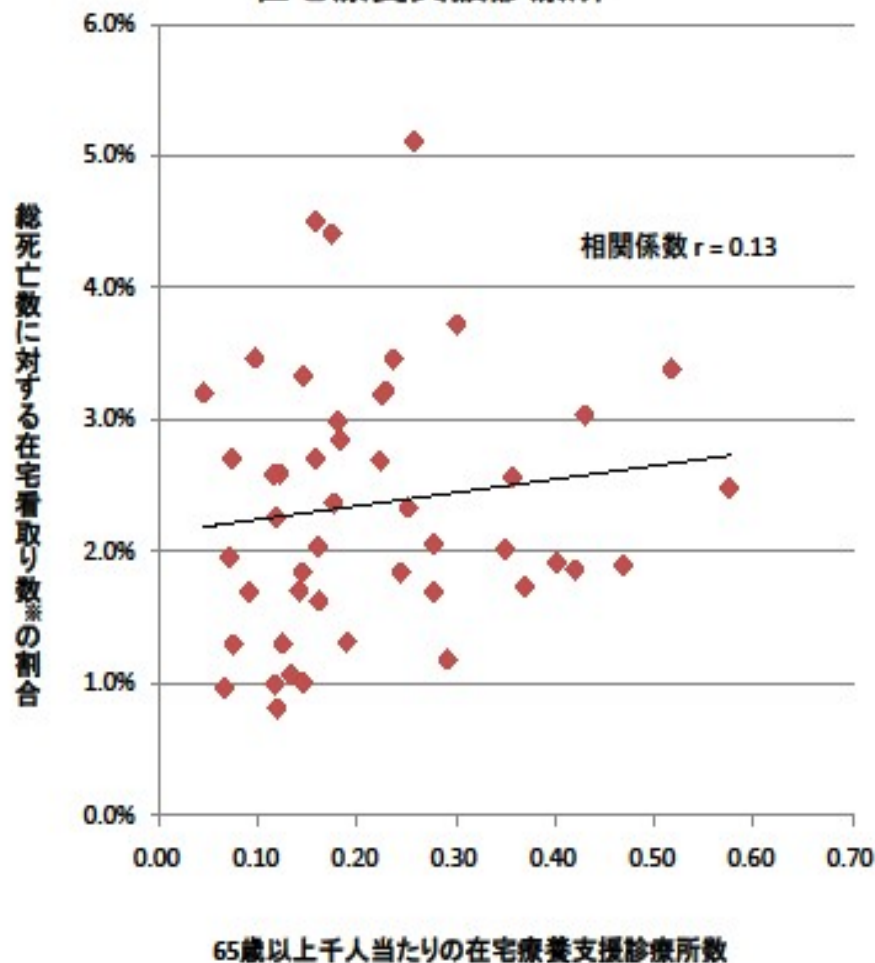
全国12577件



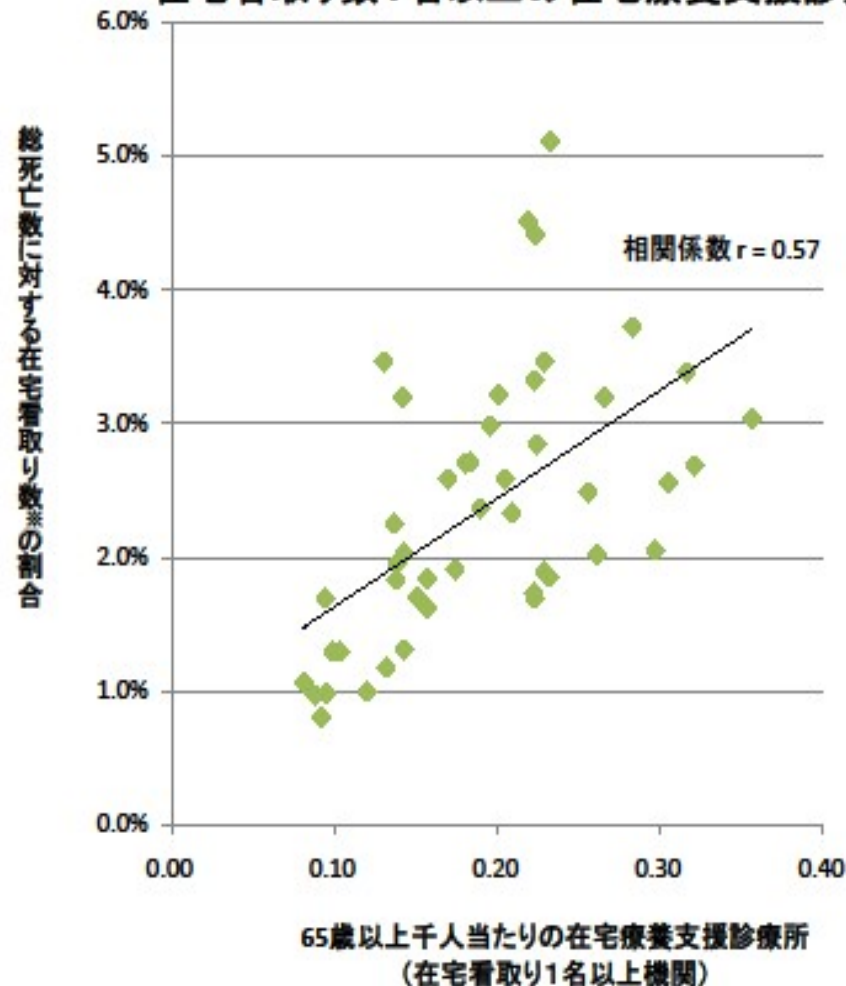
※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年11月】

# 在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

## 在宅療養支援診療所



## 在宅看取り数1名以上の在宅療養支援診療所



(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

# 在宅療養支援病院とは？



# 在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- 2008年診療報酬

- 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
- このため届け出は11病院に限定

- 2010年、この4Km要件が撤廃された

- この要件撤廃の影響は？

# 在宅療養支援病院

- **200床未満の病院でも、24時間365日体制をとり、届ければ在宅療養支援病院となり以下の算定が可能になる**
  - **往診料**
    - 緊急加算650点、夜間加算1300点、深夜加算2300点がある。届出なしに比べて緊急加算と夜間加算は2倍、深夜加算も1.8倍
  - **ターミナルケア加算**
    - 10000点、届出なしの点数の5倍

# 在宅療養支援病院

## － 在宅末期医療総合診療料

- ・ 処方せん交付で1495点、処方せんなしで1685点と、高い評価

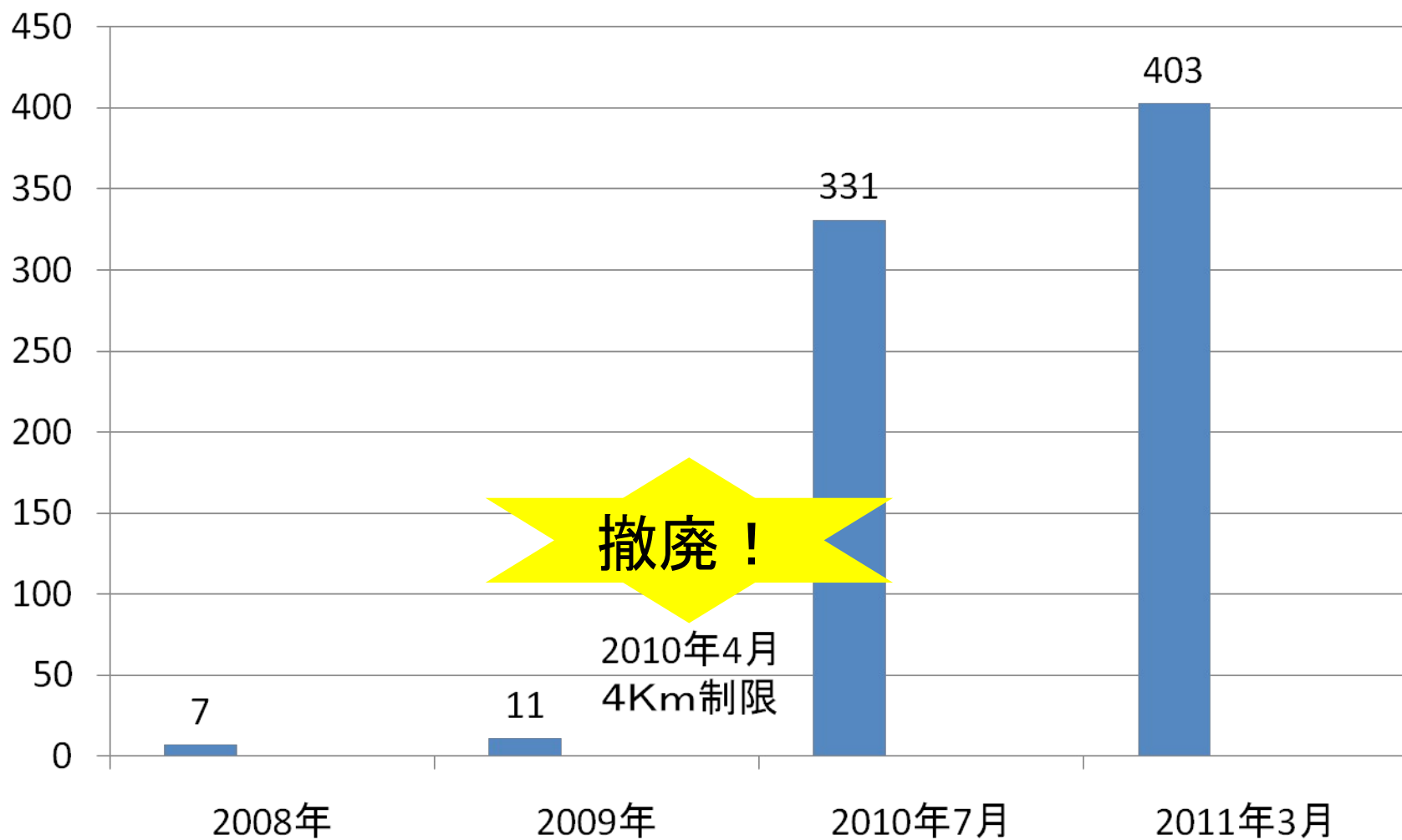
## － 在宅時医学総合管理料

- ・ 処方せん発行で4200点であり、届出なしの2200点よりも2000点高い
- ・ 処方せん発行なしでは4500点と2500点で、2000点の差がある

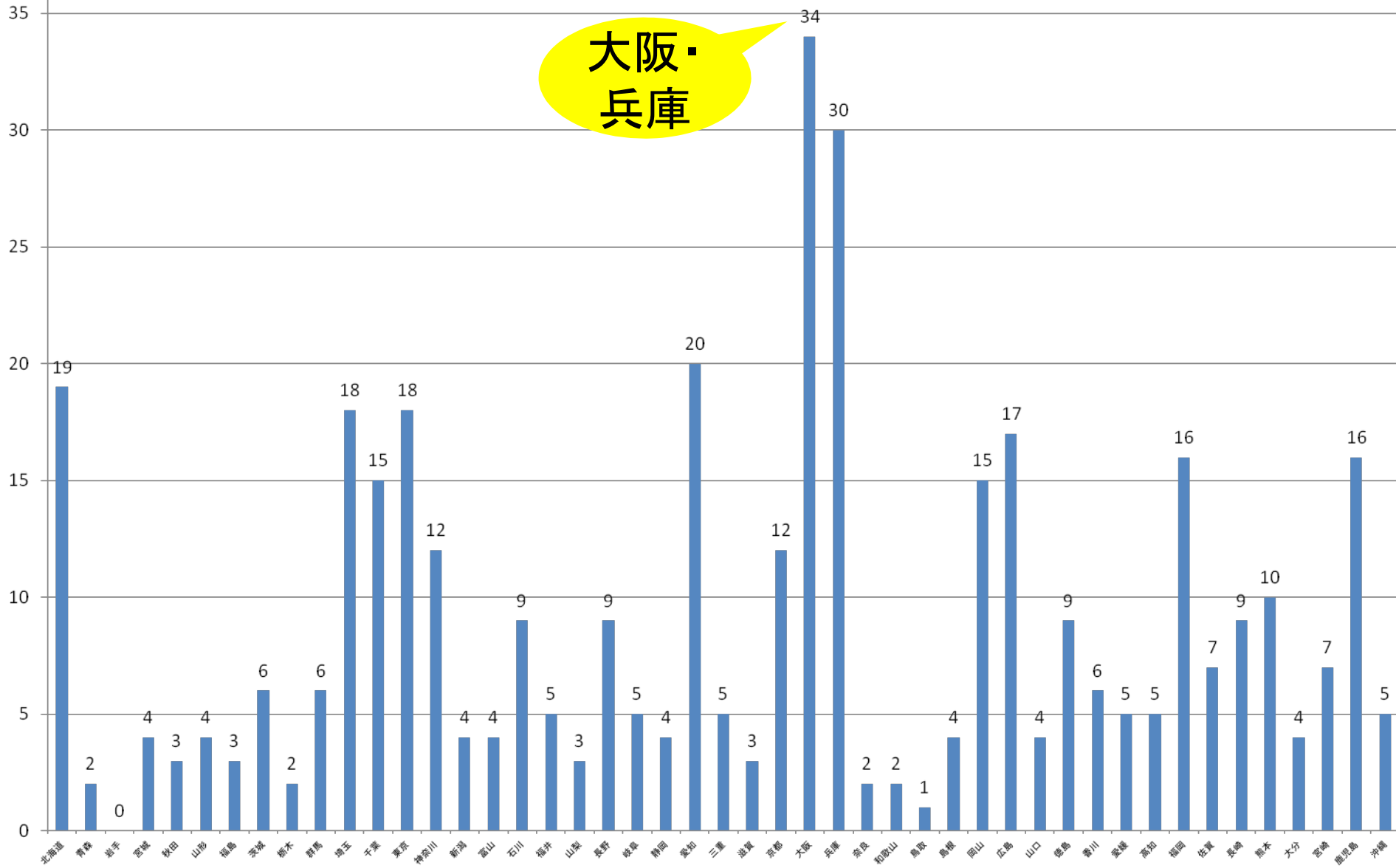
## － 特定施設入居時等医学総合管理料

## － 退院時共同指導料

# 在宅療養支援病院数の推移



# 在宅療養支援病院（403病院）2011年3月





# 医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
  - 一般病床 49床
  - 介護老人保健施設 40床
  - 介護予防機能訓練施設 20名
  - 居宅介護支援事業所
  - 健診センター



鈴木先生



# 在宅療養支援病院実態調査

日本医療マネジメント学会  
地域医療委員会

## 47都道府県 在宅療養支援病院

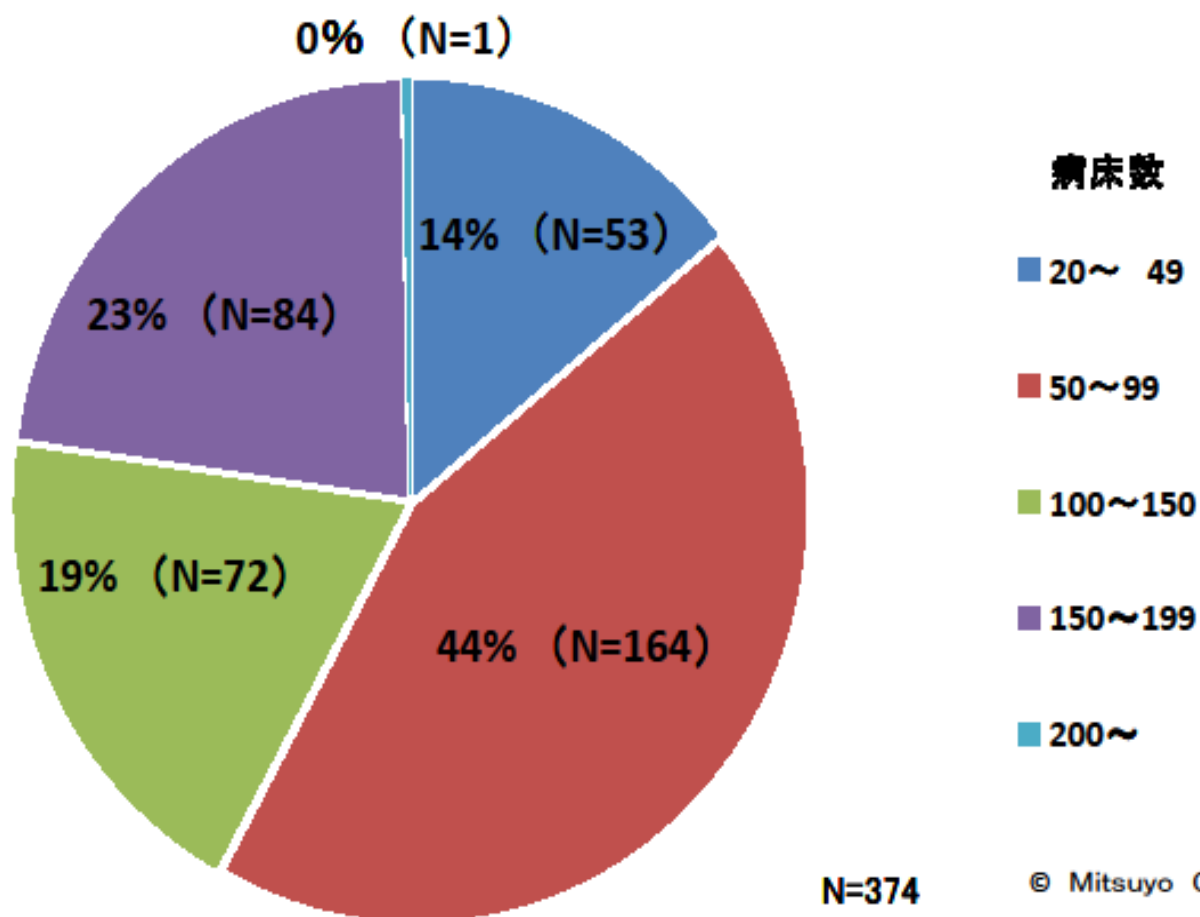
### 調査対象及び客体

- 平成22年12月時点、全国の在宅療養支援病院届け出のある374施設 (H23年3月時点 N=411)
- 調査票配布と回収状況

調査票配布数	回収数	回収率 (%)	有効回答数	有効回収率 (%)
374	107	28.61	106	28.34

# 47都道府県 在宅療養支援病院 病床規模別 施設数

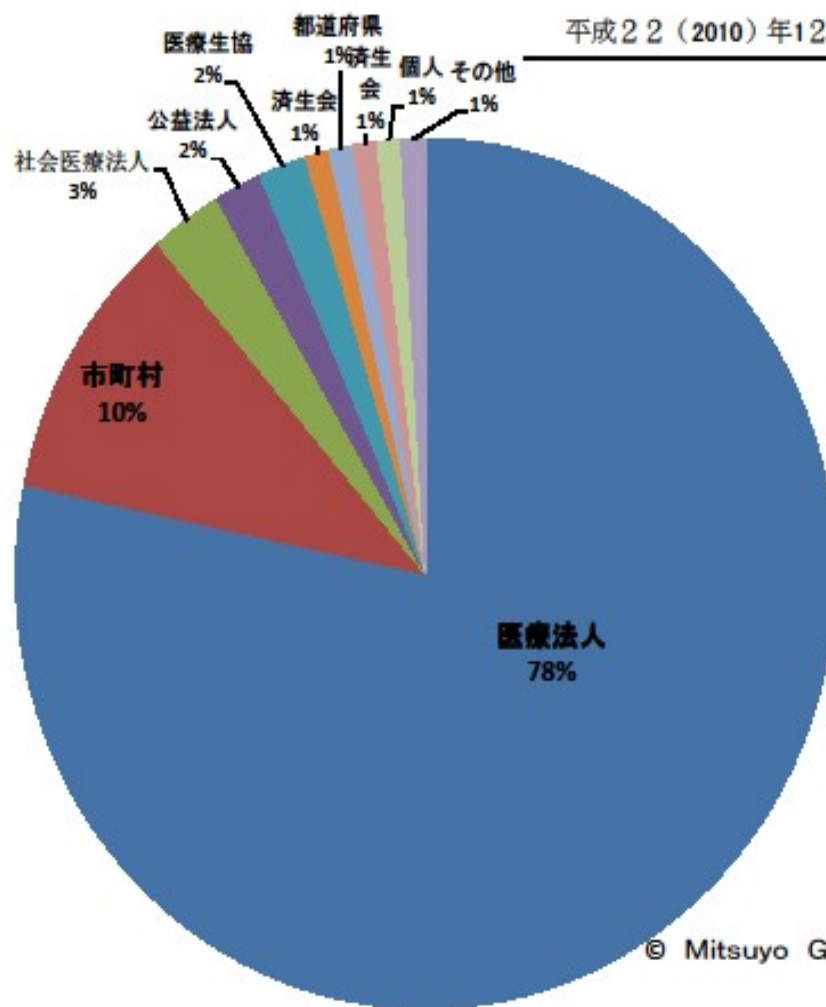
平成22(2010)年12月1日現在



# 47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 開設主体別にみた施設数

平成22(2010)年12月1日現在

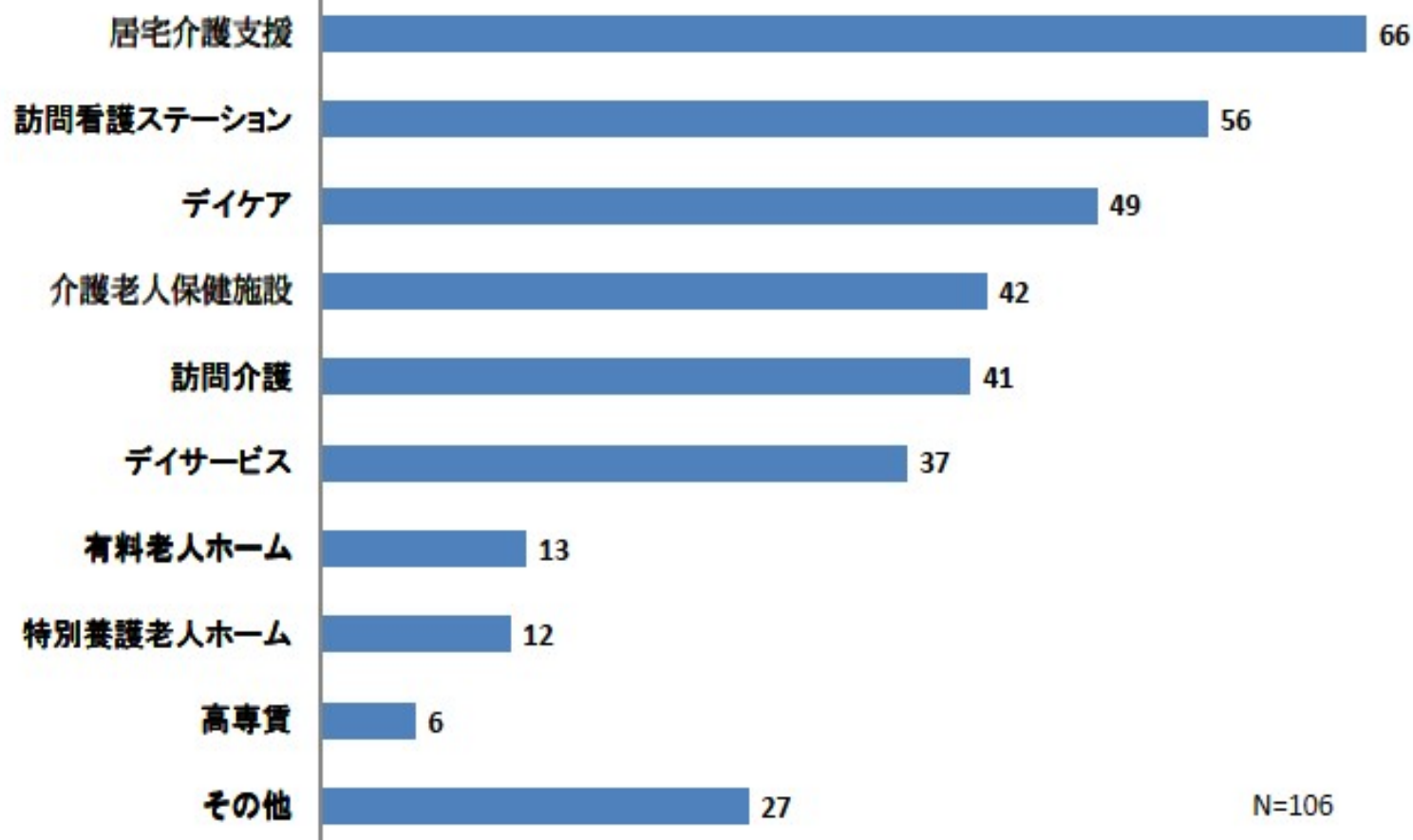
	度数	パーセント
有効		
医療法人	83	78.3
市町村	11	10.4
社会医療法人	3	2.8
公益法人	2	1.9
医療生協	2	1.9
済生会	1	.9
都道府県	1	.9
都道府県	1	.9
その他	1	.9
合計	105	99.1
欠損値		
システム欠損値	1	.9
合計	106	100.0



© Mitsuyo Goto

# 47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 所有する関連施設

平成22(2010)年12月1日現在

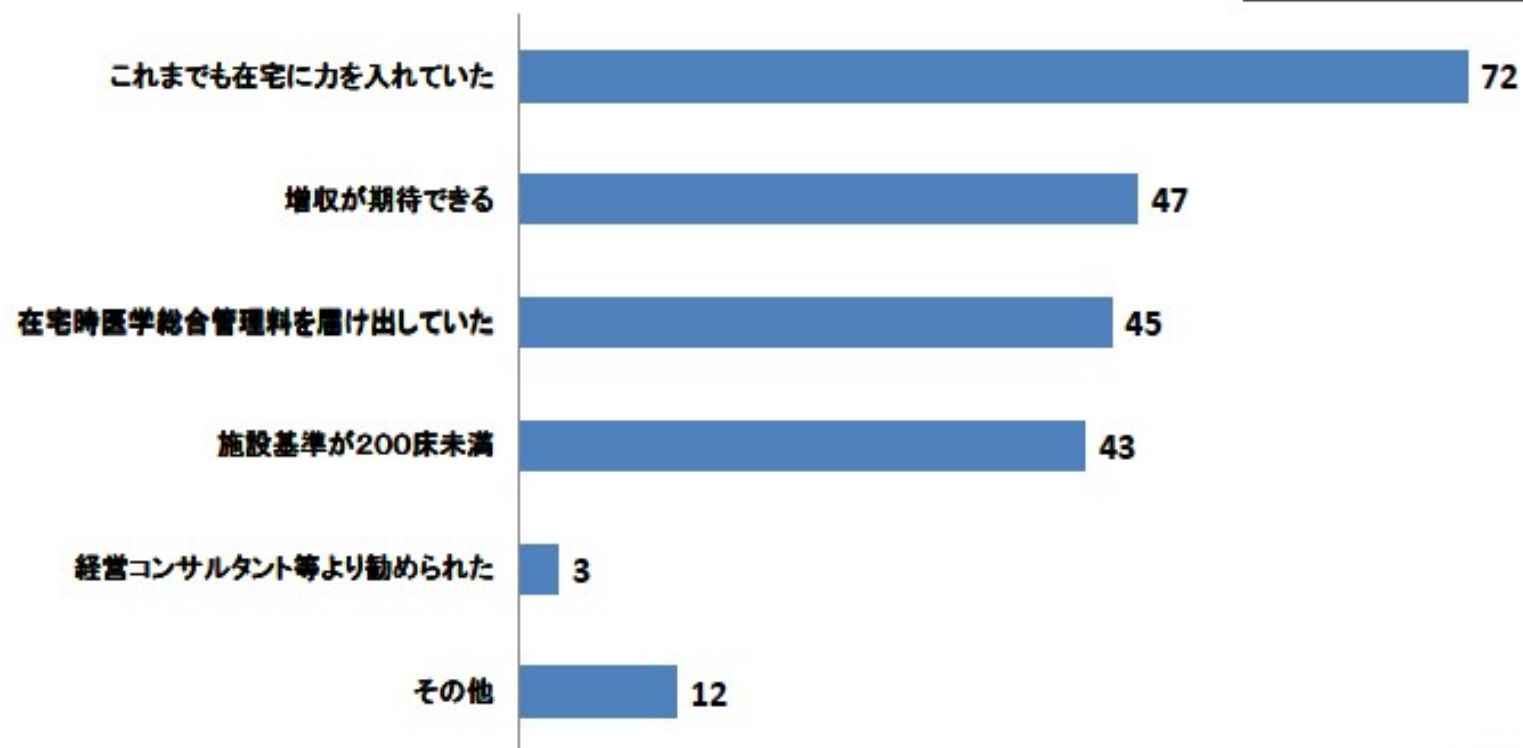


N=106

© Mitsuyo Goto

# 47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 届け出理由

平成22(2010)年2月1日現在



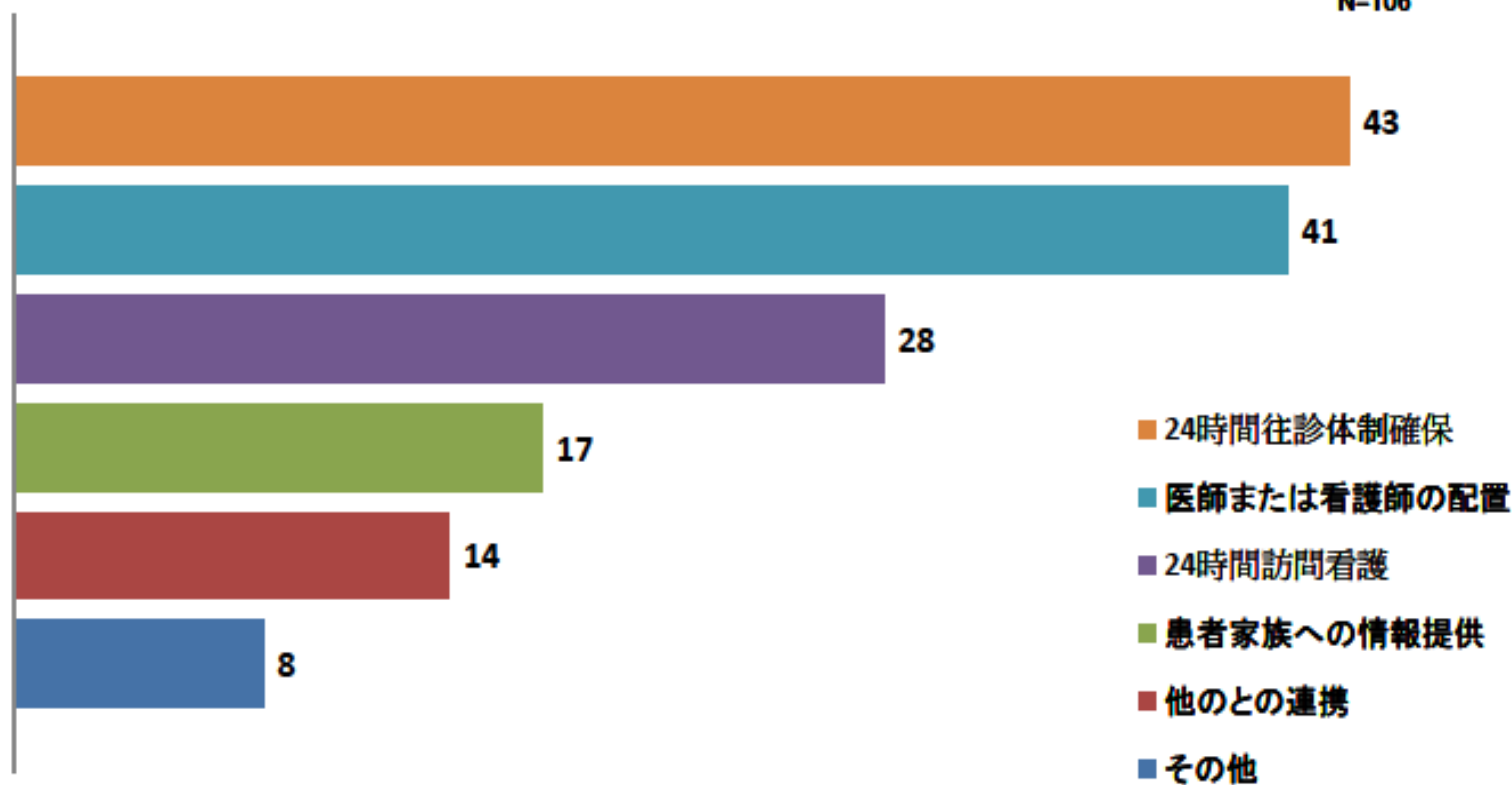
N=106

© Mitsuyo Goto

# 在宅療養支援病院 回答病院 施設基準で苦労した事

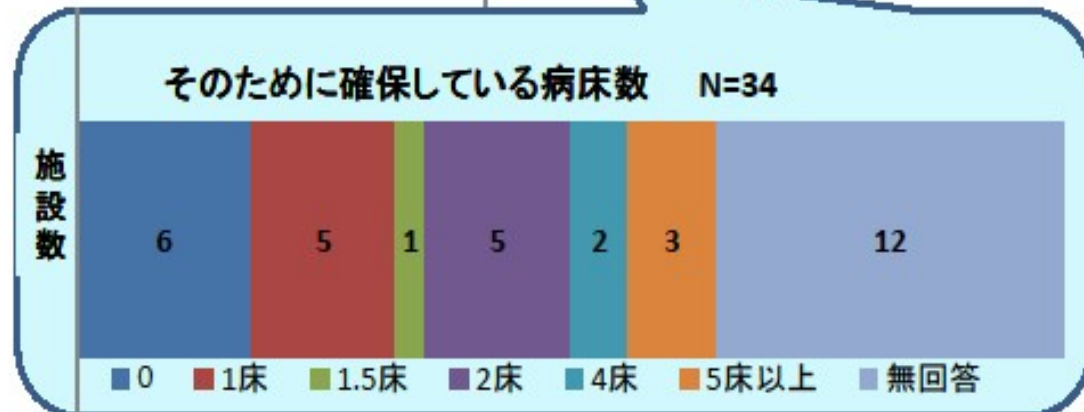
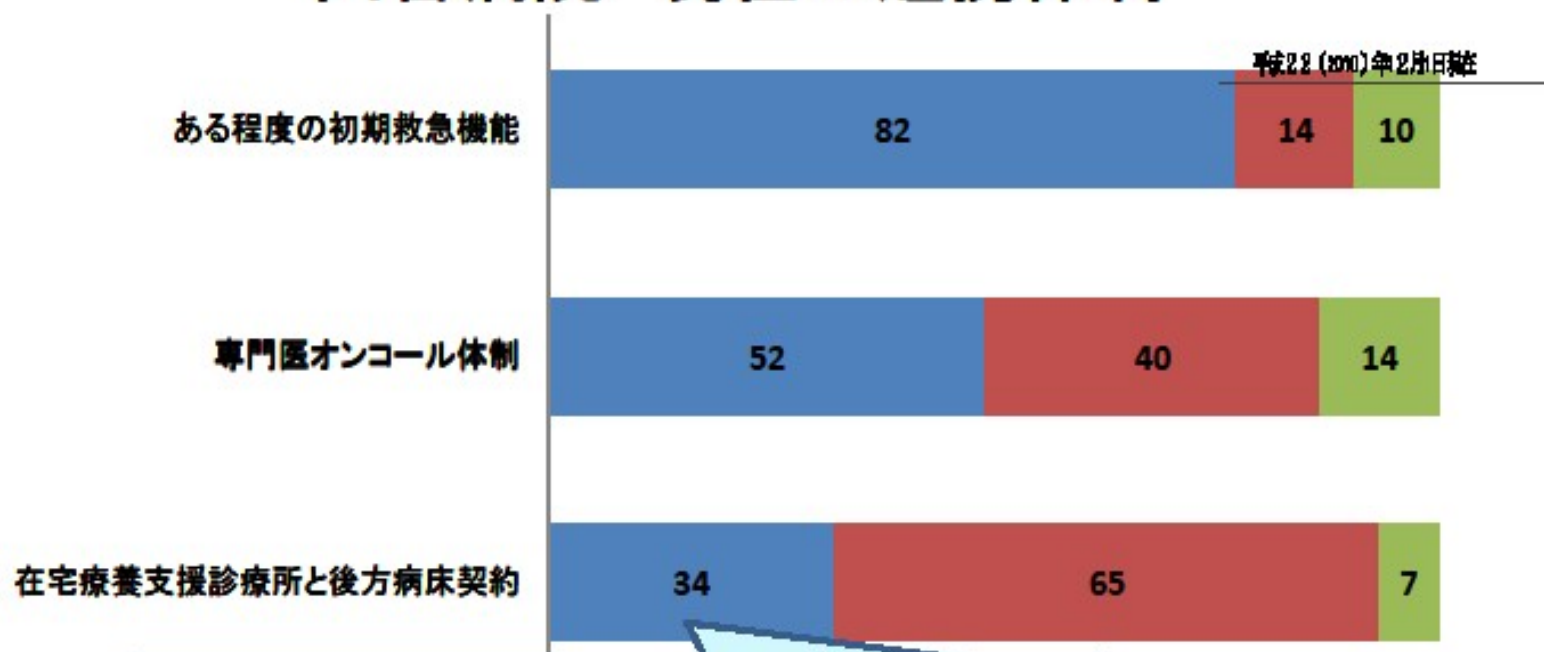
平成22(2010)年2月1日現在

N=106





# 在宅療養支援病院 回答病院 現在の連携体制



■ ある ■ ない ■ 無回答  
N=106

# 在宅療養支援病院の 2012年改訂予想

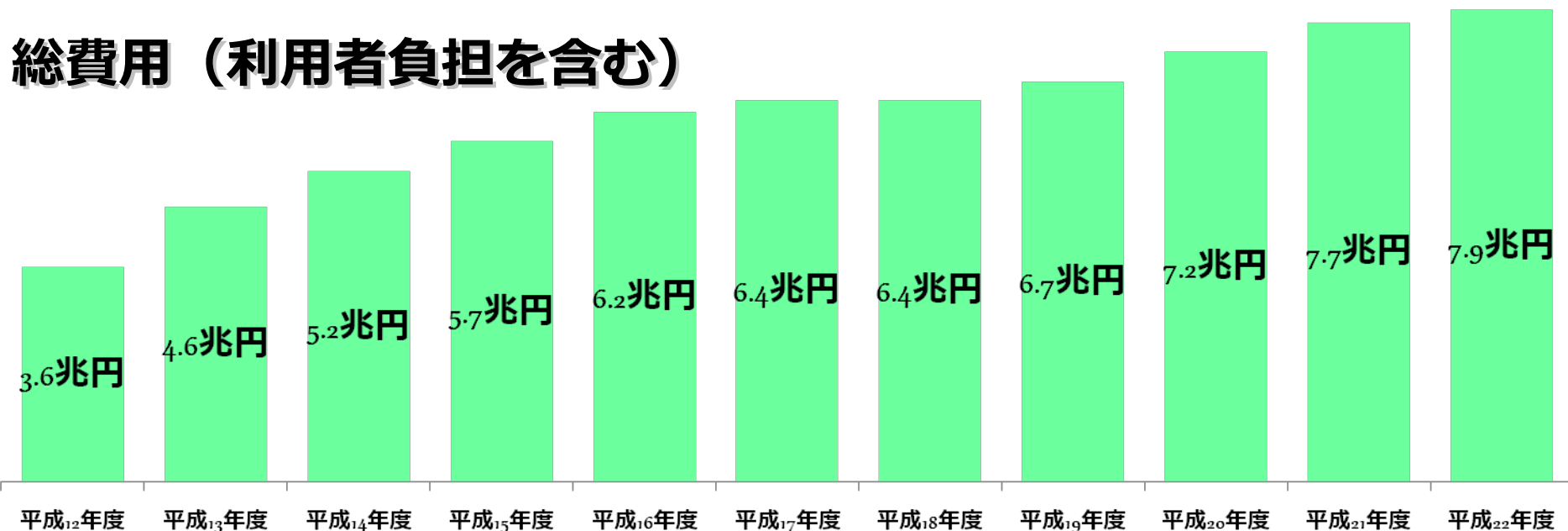
- 在宅療養支援診療所や一般診療所の在宅患者のための空床確保→新設
- 診療所医師のための開放病床確保→新設
- 24時間往診体制確保(2タイプ)
  - 当直医以外の往診担当医を確保(現行)
  - 地域の医療機関との輪番制で24時間対応(新設)

## パート4

# 介護保険制度を取り巻く環境

# 介護保険の総費用と保険料の動向

## 総費用（利用者負担を含む）



(注) 平成12年度～平成19年度は実績、平成20年度は補正後予算、平成21年度（介護報酬改定+3.0%）、平成22年度は当初予算

## 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（加重平均）基準月額〕

### 第1期

(平成12～14年度)

2,911円

### 第2期

(平成15～17年度)

3,293円  
(+13%)

### 第3期

(平成18～20年度)

4,090円  
(+24%)

### 第4期

(平成21～23年度)

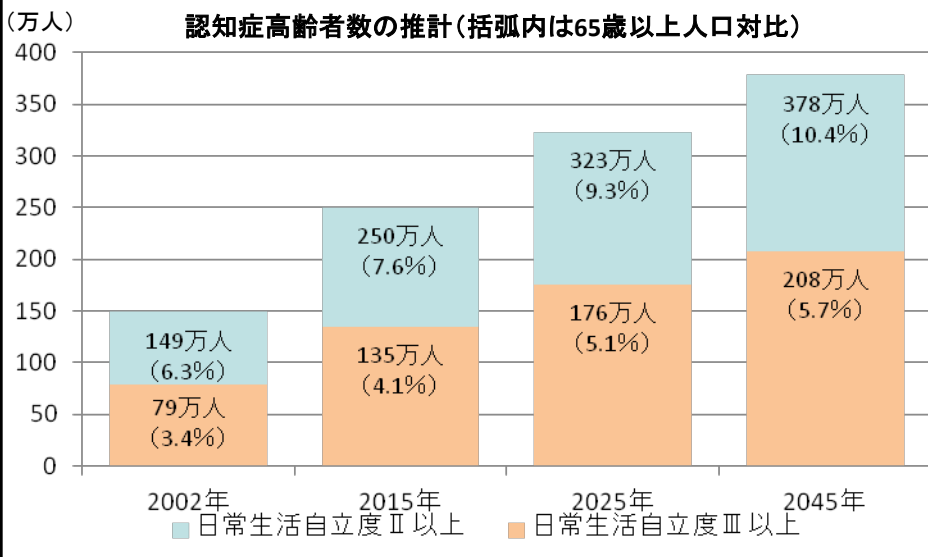
4,160円  
(+1.7%)

# 今後の介護保険を取り巻く状況について

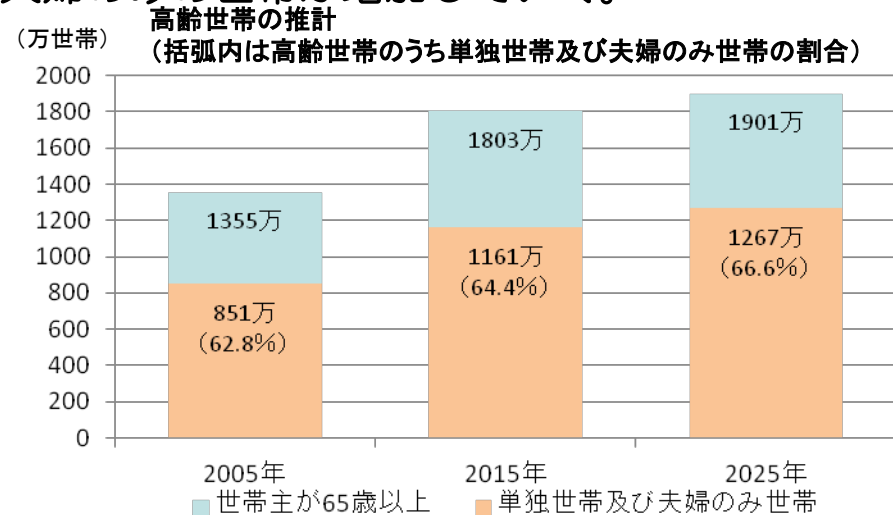
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



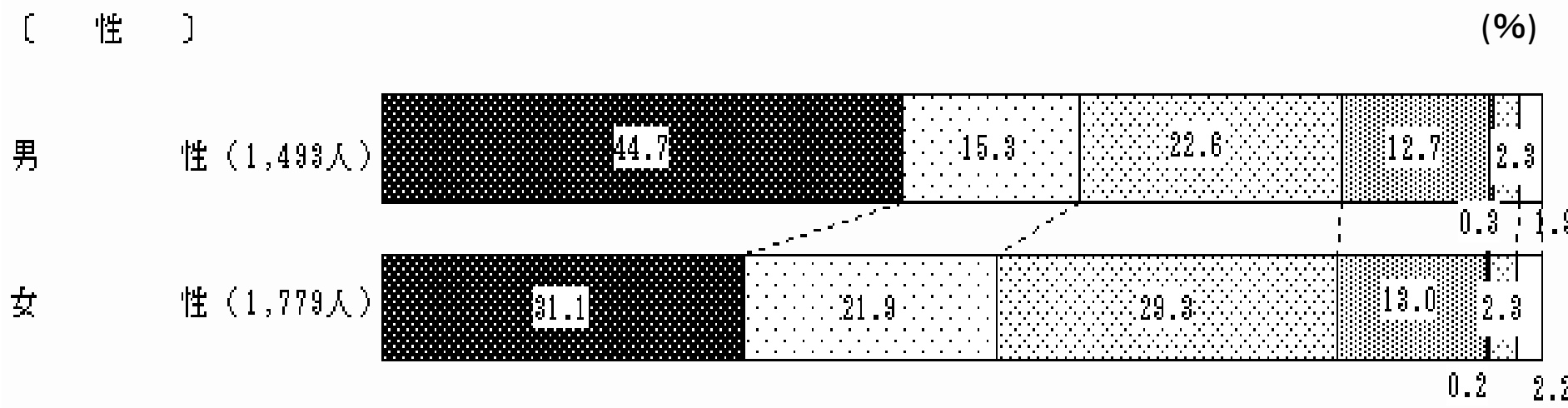
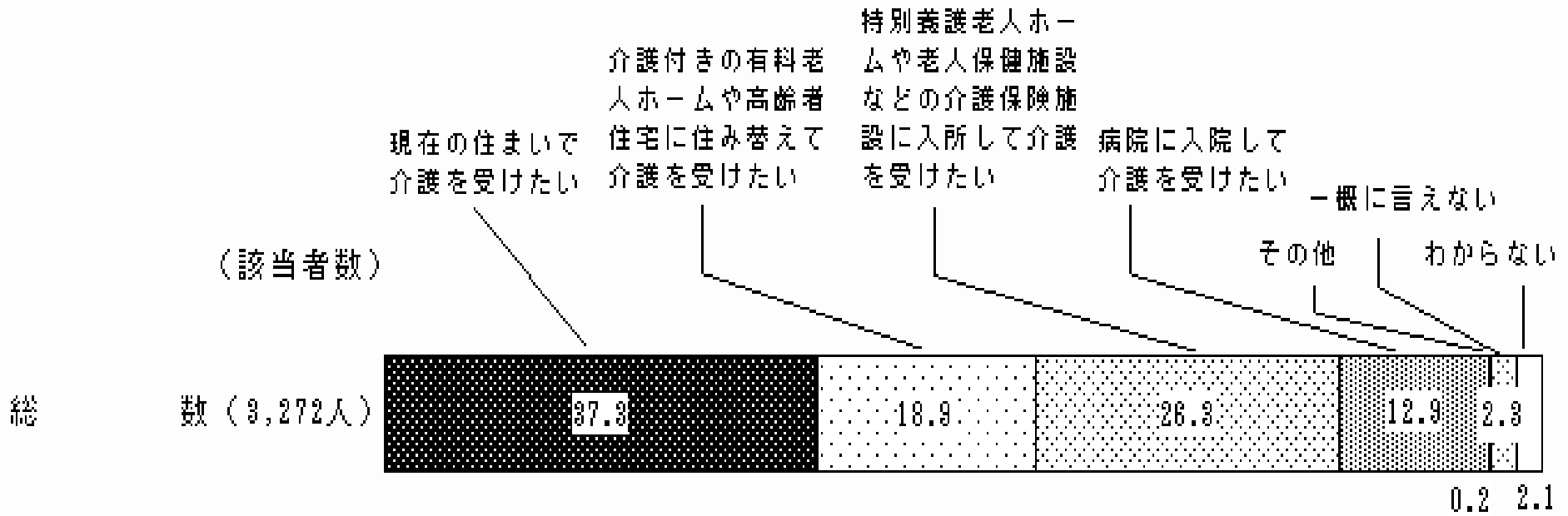
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

# 自分自身が介護を受けたい場所

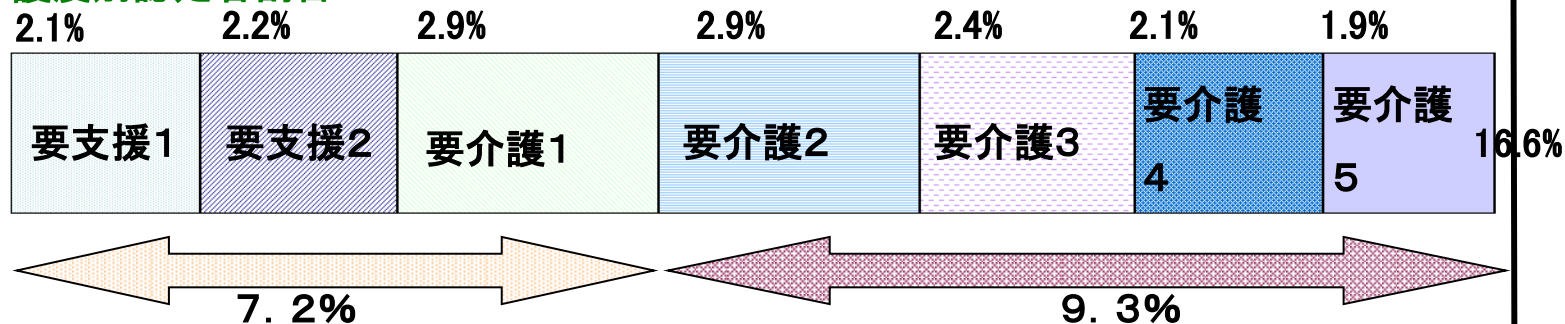


# 65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

## ○要介護度別認定者割合

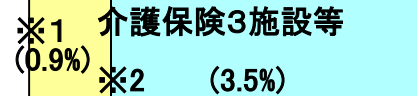
【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告



## ○各国の高齢者の居住状況(定員の比率)(全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)

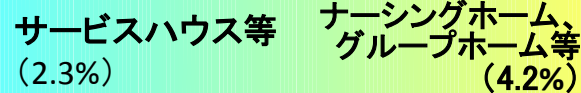
日本 (2005)

4.4%



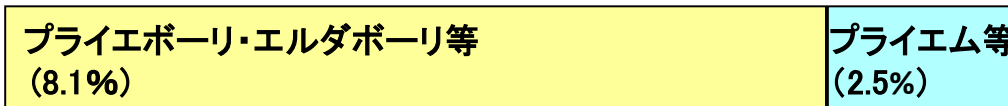
スウェーデン (2005) ※3

※制度上の区分は明確ではなく、  
類型間の差異は小さい。 6.5%



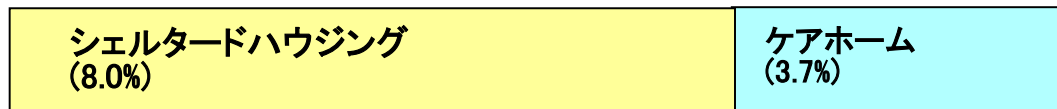
デンマーク (2006) ※4

10.7%



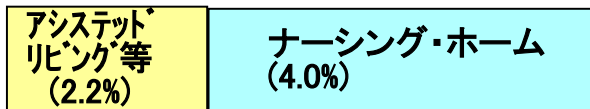
英国 (2001) ※5

11.7%



米国 (2000) ※6

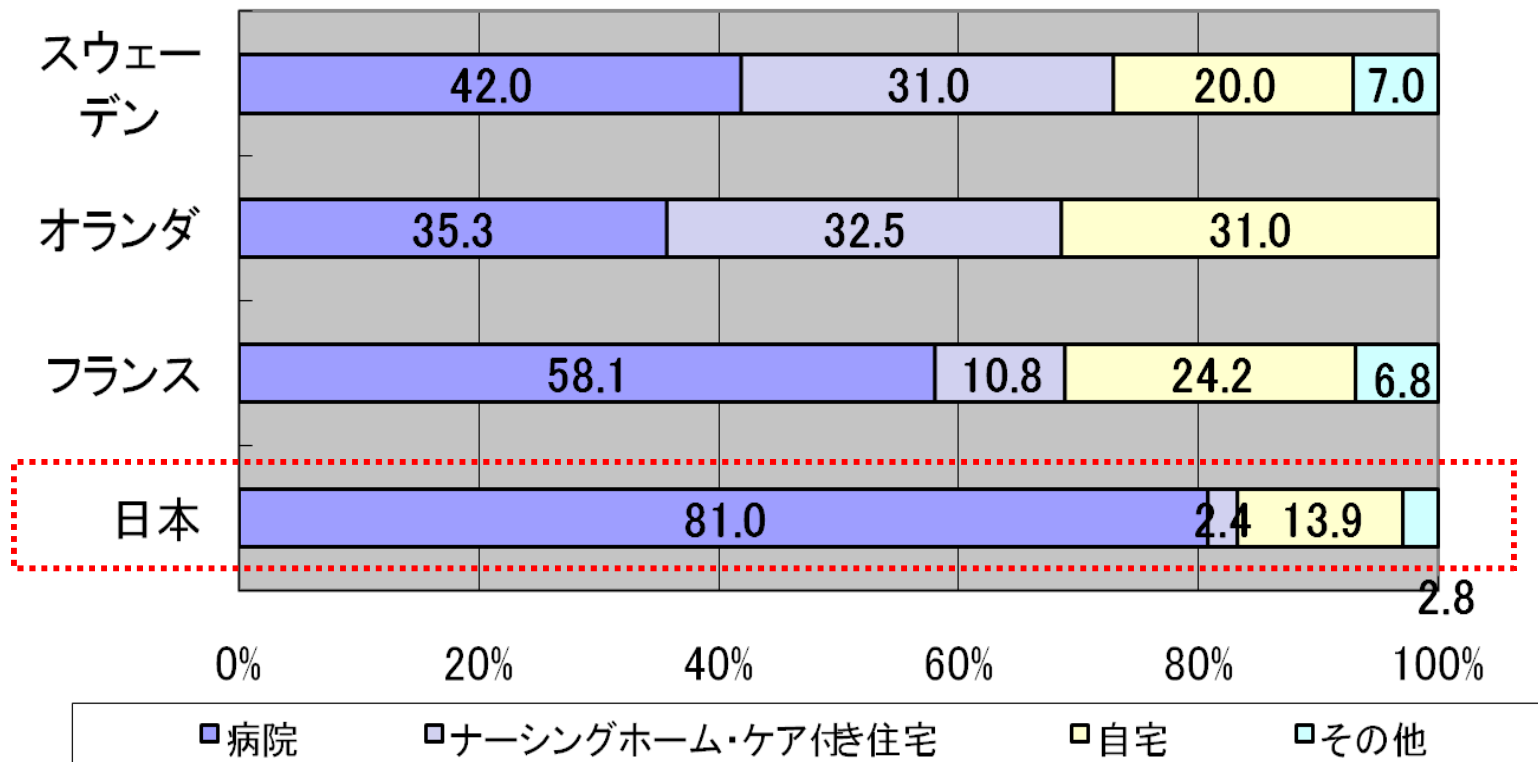
6.2%



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。 ※2 介護保険3施設及びグループホーム  
 ※3 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)  
 ※4 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)  
 ※5 Elderly Accommodation Counsel (2004) 「the older population」  
 ※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

# 死亡の場所(各国比較)

死亡場所の内訳



(注)「ナースィングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

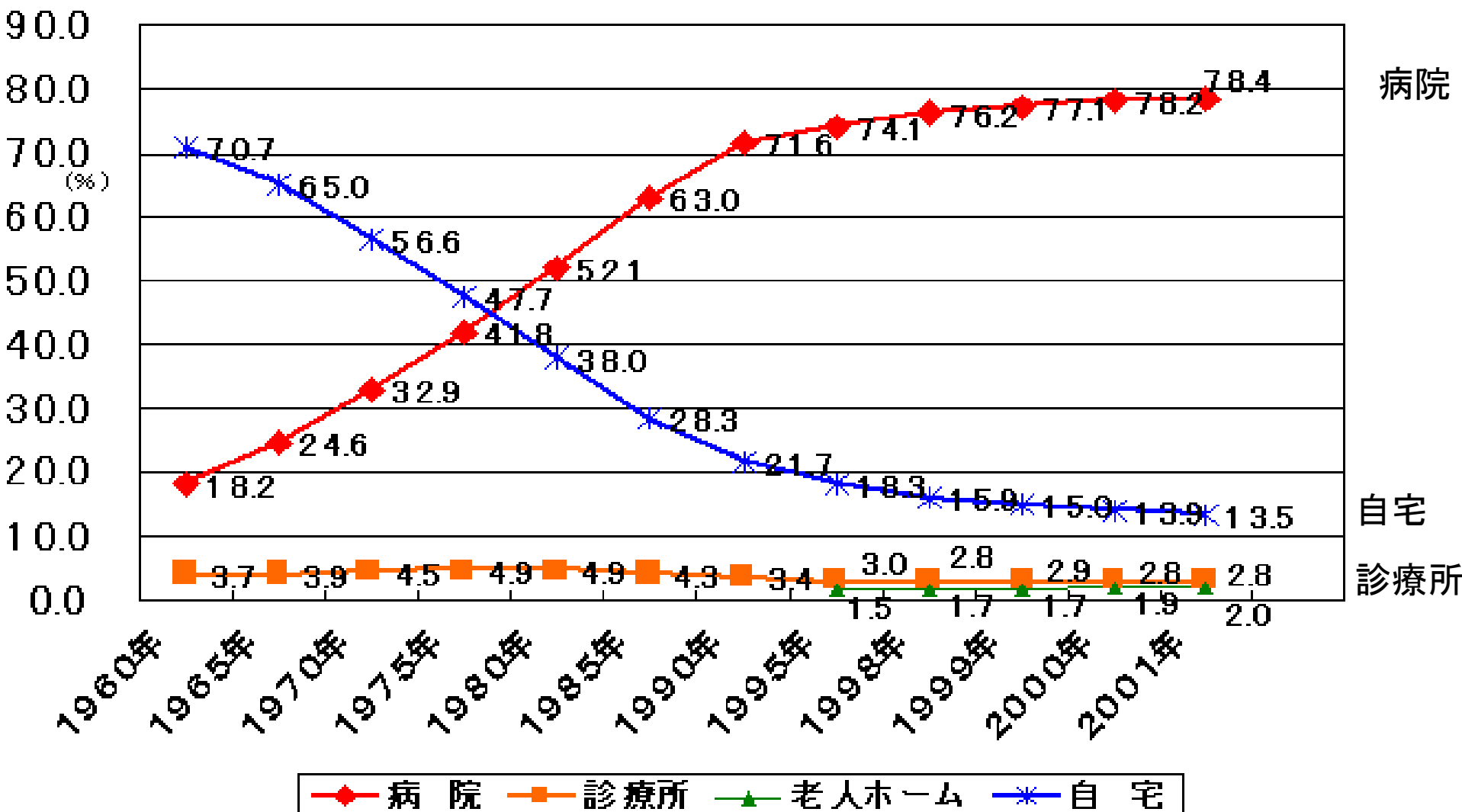
※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

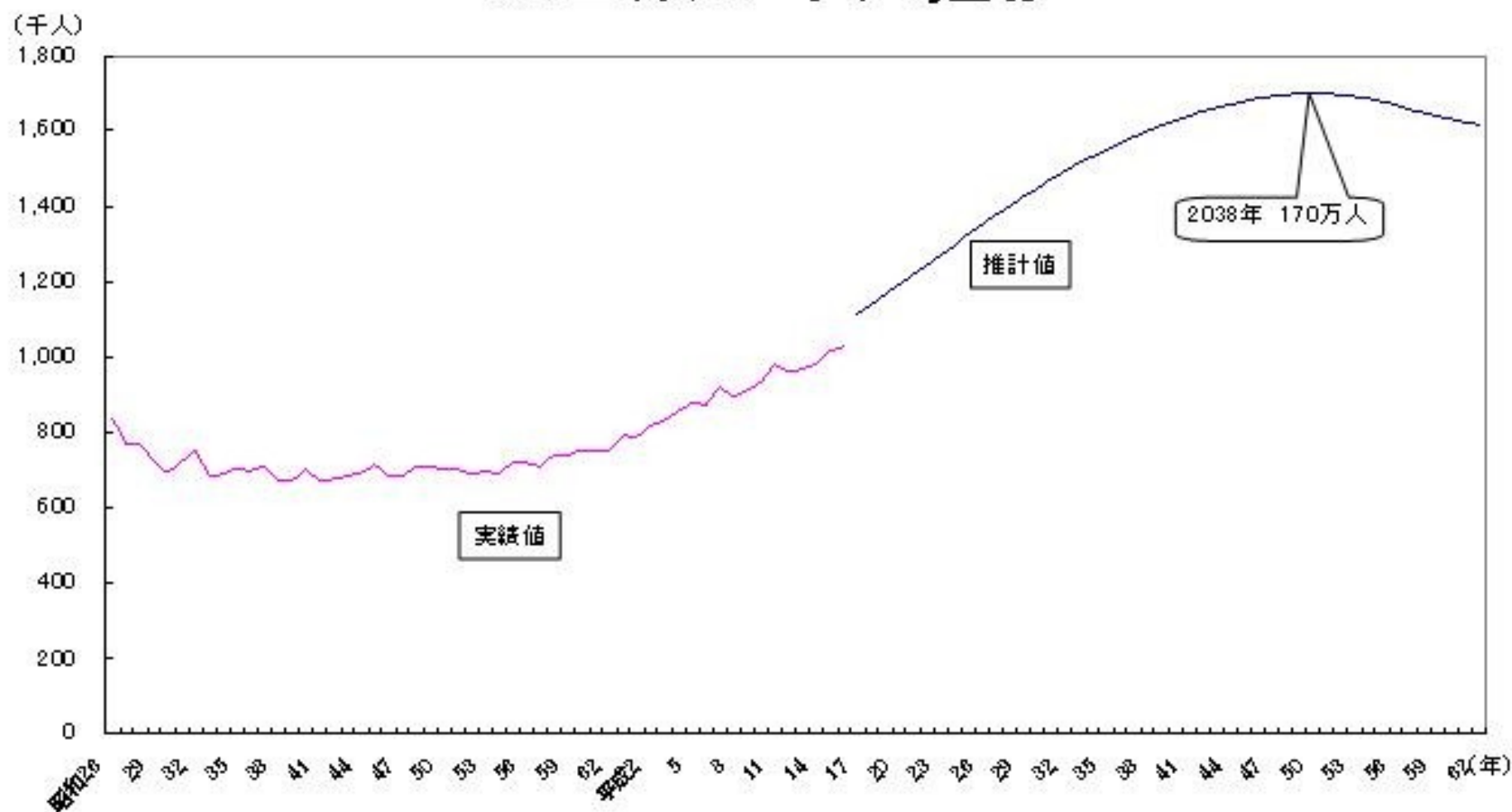
「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」



# 死亡の場所の内訳推移



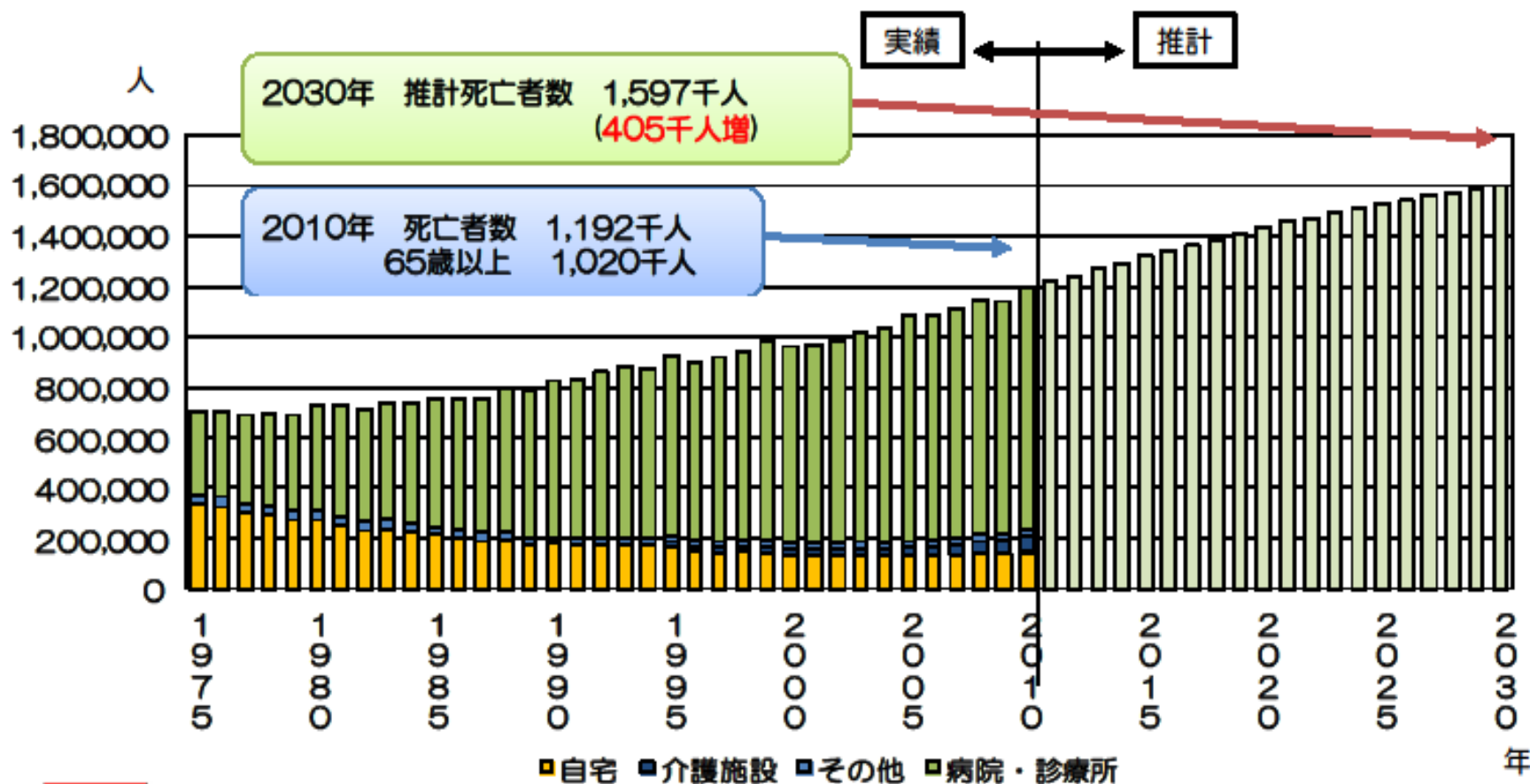
# 死亡数の年次推移



資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」（中位推計）

# 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



## 課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

### 【資料】

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム 5

病院死には病床が足りない  
2030年団塊世代47万人の  
「死に場所」が不足

# 在宅お看取りパスが必要

- 在宅でのお看取り環境整備が必要
- 家族のお看取り経験が減っている
- 在宅でお看取りをするための患者家族用教育パス
- お看取りくん
  - 遠隔バイタルサインモニター
- 170万人大死亡時代への準備

# 新川医療連携懇話会

- 終末期医療における地域連携クリティカルパスの試み
  - 富山県新川(にいかわ)医療圏(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)で、2005年より開業医が中心となって、在宅終末期医療や栄養管理などの検討のために「新川医療連携懇話会」を立ち上げた
  - ターミナルケアでは単独の医師による24時間管理体制では、医師の疲弊が激しいので、複数主治医制をとること
  - 在宅医師同士の連携ミスによる医療事故の防止と回避、病院との連携確保等のために



中川先生

# 様式の統一

## 在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

（患者名） [ ] （生年月日）年 月 日生 [ ] 歳 [ ]	
住所 [ ] TEL [ ]	臨床経過： [ ]
主たる介護人： [ ] 続柄 [ ] TEL [ ] FAX [ ]	治療歴： 1. 手術 有 ( [ ] ) 無 ( [ ] ) 2. 抗癌剤 有 ( [ ] ) 無 ( [ ] )
かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]	在宅移行時における病状の問題点 [ ]
副かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]	予後に影響を与える因子 [ ]
副かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]	臓器不全（心、腎、肝、他 [ ]）
連携病院：病院 TEL [ ] FAX [ ]	栄養状態： [ ]
連携病院サポート医：科 [ ] [ ]	出血（消化管 [ ]、他 [ ]）
担当看護師 [ ]	腹水： [ ]
在宅介護支援所： [ ]	他： [ ]
介護保険 無 [ ] 有 [ ] 要介護 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] ケアマネージャー名 [ ]	予後予測： [ ] ヶ月
家族構成（介護相談窓口および決定権者を記入下さい） [ ]	連携病院への通院：必要 [ ] 毎、不要 [ ]
[ ] <b>終いに対する対応</b>	インフォームドコンセント
終いに対する対応（本人・家族）	告知について
1. 最後まで自宅 [ ]	告知：本人、家族（ [ ] ）
2. 最後は連携病院 [ ]	内容 [ ]
3. 状況により判断 [ ]	本人： [ ]
緊急連絡先	家族： <b>告知理解度について</b> [ ]
かかりつけ医→副かかりつけ医1→副かかりつけ医2→救急外来	精神的サポート 要 [ ] 不要 [ ]
診断：主 [ ] 癌 [ ] 転移： [ ]	告知理解度 [ ] 療養から死への不安点 [ ]
副 1. [ ] 2. [ ]	本人：十分 [ ] 不十分 [ ]
3. [ ] 4. [ ]	家族：十分 [ ] 不十分 [ ]
既往歴： [ ]	療養方針 [ ]
	1. 全身状態の管理
	1. PS(performance status) [ ] 0、1、2、3、4
	2. 栄養：経口 [ ] 非経口 [ ]
	3. 留置カテ：有 ( [ ] )、無 [ ]
	4. 排泄：自力 [ ]、介助 [ ]
	5. 褥瘡：有 [ ] 無 [ ]
	6. 口腔ケア：有 [ ] 無 [ ]
	7. その他のケア内容 [ ]
	2. 投薬内容 [ ] <b>疼痛管理について</b>
	3. 疼痛管理 [ ]
	無 [ ] 有 [ ] 投与経路 経口 [ ] 経静脈 [ ] 座剤 [ ] 他 [ ]
	麻薬 [ ]
	NSAIDS [ ]
	訪問看護（指導ならびに実行状況）
	1. 口腔ケア 有 [ ] 無 [ ]
	2. 入浴 自宅 [ ] サービス（自宅・デイ） [ ]
	3. 褥瘡処理 有 [ ] 無 [ ]
	4. 清拭 指導 [ ] 家族 [ ] ヘルパー [ ]
	5. 他 [ ]
	介護
	1. ヘルパー 有 [ ] 無 [ ]
	2. デイサービス 有 [ ] 無 [ ]
	入力者 [ ]
	自動入力 [ ]
	病院担当医 [ ]
	病院担当Ns [ ]
	緩和グループ担当者 [ ]
	ケアマネージャー [ ]
	在宅かかりつけ医 [ ]

# 様式の統一

## 在宅療養実施計画書様式

### 医療機関用

### 患者・家族用

作成日 年 月 日  
\_\_\_\_様 歳 男・女

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

かかりつけ医（主治医） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

副主治医 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

副主治医 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

連携病院 TEL \_\_\_\_\_

連携病院サポート医 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

訪問看護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_

訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_

薬局名  
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
疼痛をできるだけ抑制する  
褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
呼びかけに応じない  
呼吸をしていない

\_\_\_\_\_ ケアマネージャー入力  
氏名

\_\_\_\_\_ かかりつけ医が入力

作成日 年 月 日  
\_\_\_\_様 歳 男・女

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先

（下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が

悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の1に連絡し、連絡が取れない

場合や、その先生の指示があれば、以後2、3、4の順に連絡してください。

1 かかりつけ医（主治医） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

2 副主治医 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

3 副主治医 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

4 ○○病院 TEL \_\_\_\_\_

連携病院サポート医 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

訪問看護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_

訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_

薬局名  
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
疼痛をできるだけ抑制する  
褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）  
テンプレート例  
呼びかけに応じない  
呼吸をしていない



# 様式の統一

## 在宅診療報告書様式（連携カルテ）

開始日 _____ 様 4 w					_____ 様 8 w						
日付	開始日	1W	2W	3W	4W	日付	5W	6W	7W	8W	9W
項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題点（特記事項）						問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者						（一般状態）記載者					
P.S						P.S					
栄養状態						栄養状態					
精神状態						精神状態					
身体所見						身体所見					
（投薬）記載者						（投薬）記載者					
疼痛管理						疼痛管理					
麻薬						麻薬					
NSAIDS						NSAIDS					
他						他					
補液						補液					
（検査）						（検査）					
（病状説明）						（病状説明）					
他						他					
（訪問看護）記載者						（訪問看護）記載者					
食事						食事					
排泄						排泄					
清拭						清拭					
入浴						入浴					
精神面						精神面					
他						他					

# パート5

## 介護報酬改定の方向性

介護給付費分科会における議論について（主な論点）

# 1. 新サービスについて

## (1) 定期巡回・随時対応サービスについて

定期巡回・随時対応サービスの基準・報酬については、以下のような基本的な考え方を実現するという観点に立って検討すべきではないか。

- ・ 利用者の心身の状況に応じて、必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供（短時間の定期巡回型訪問＋随時対応）
- ・ 24時間の対応体制の確保
- ・ 介護・看護サービスの一体的提供
- ・ 人材確保、経営の安定化

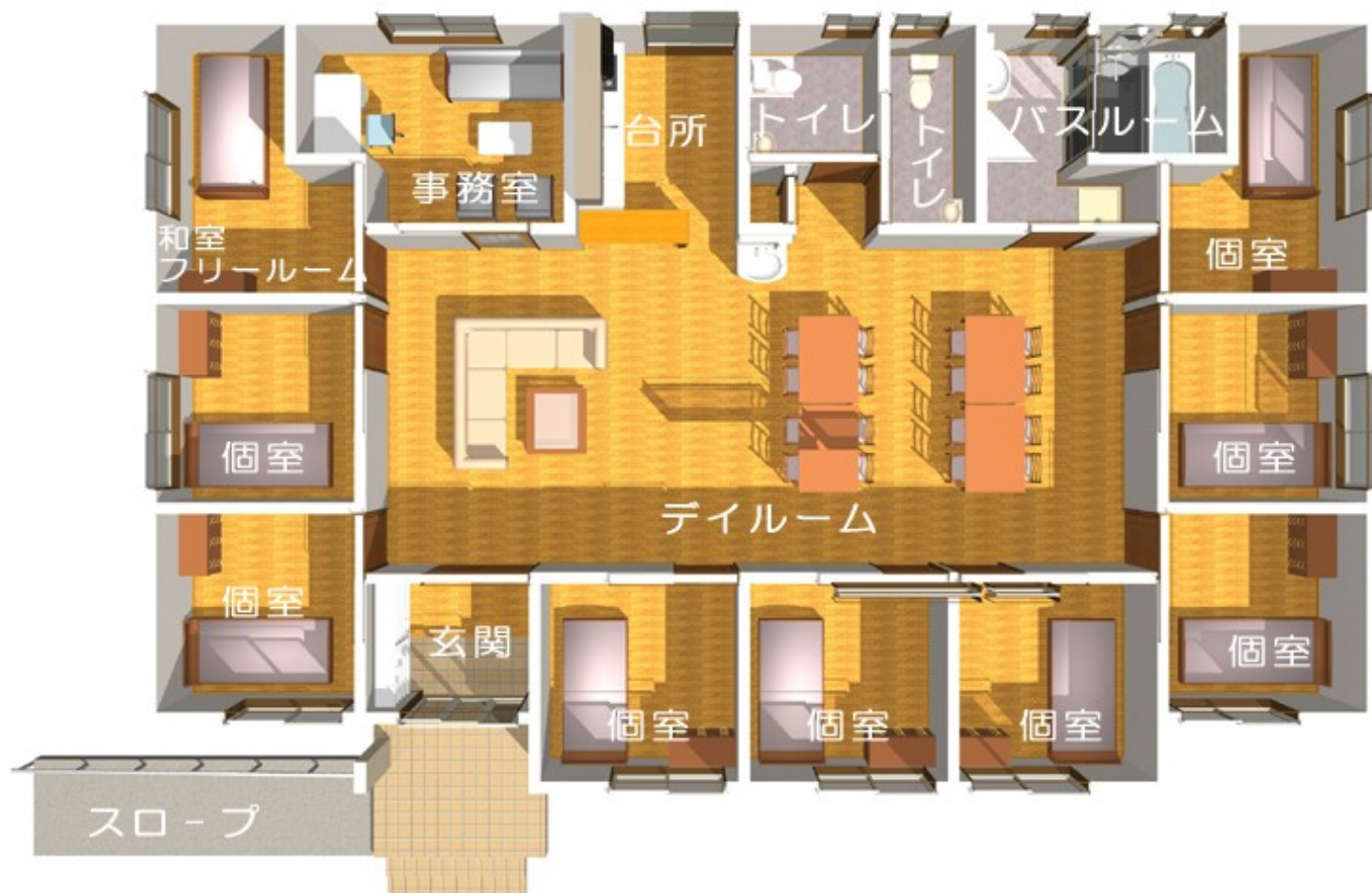
## (2) 複合型サービスについて

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの基準・報酬については、以下のような基本的な考え方を実現するという観点に立って検討すべきではないか。

- ・ 利用者のニーズに応じて、通い、訪問介護、訪問看護及び宿泊のサービスを柔軟に提供
- ・ 看護・介護サービスの一体的提供
- ・ 人材確保、経営の安定化

# 小規模多機能型居宅介護 サービス

# 小規模多機能型居宅介護サービス



## 2. 介護保険施設等について

### (1) 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・特別養護老人ホームにおける医療提供及びケアマネジャーのあり方
- ・個室ユニットの推進方策

### (2) 介護老人保健施設

介護老人保健施設の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能を高める方策
- ・介護老人保健施設における医療提供のあり方

### (3) 介護療養型医療施設

療養病床再編成をより一層進めるために、介護療養病床や介護療養型老人保健施設の基準・報酬等について、どのような対応が考えられるか検討すべきではないか。

## (4) 特定施設

特定施設入居者生活介護の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

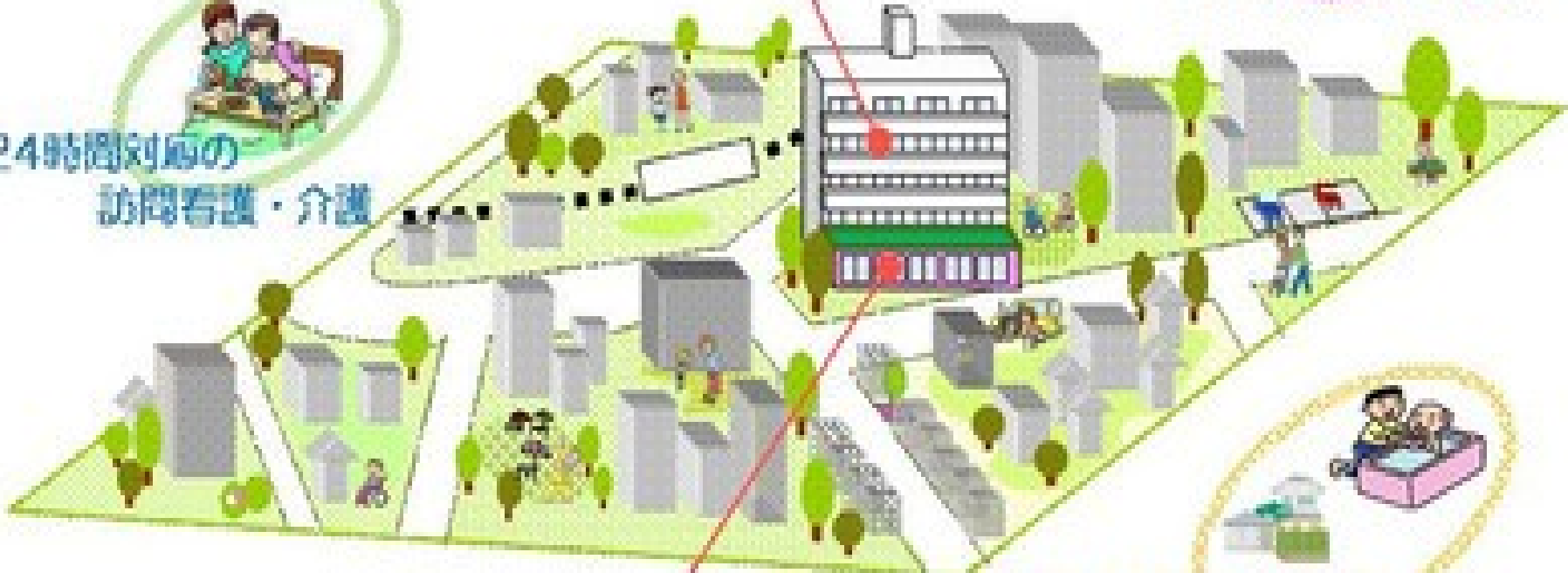
- ・特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方
- ・特定施設短期入居者生活介護の空室の短期利用

## (5) 高齢者の住まいについて

高齢者の住まいの普及促進を図り、施設への入所ではなく、「サービス付き高齢者向け住宅」において、入居者が重度化しても安心して暮らすことができるようにするため、基準・介護報酬については以下の視点に立って検討するべきではないか。

- ・ 24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などを始めとした居宅サービスとの組み合わせについて、入居者が重度化しても対応できるよう、どのように評価していくべきか。また、こうした「サービス付き高齢者向け住宅」を拠点として、地域に展開していくことによる、地域包括ケアの実現について、どう考えるか。
- ・ 「サービス付き高齢者向け住宅」により提供される安否確認・生活相談等の「サービス」と介護保険により提供されるサービスとの連携についてどう考えるか。

# サービス付き高齢者向け住宅（仮称）



診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター 等



# 3. リハビリ・軽度者（予防給付）について

## （1）リハビリについて

- ・ リハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点をどのように整備・推進していくのか。
- ・ 通所リハビリテーションにおいて提供サービスが通所介護と類似しているという指摘があるが、サービス提供のありかたについてどう考えるのか。
- ・ 訪問リハビリテーションの果たすべき役割についてどう考えるのか。また、リハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種との関わり方などについてどう考えるのか。
- ・ 上記の三点についてリハビリテーションの量とともに質をどのように担保すべきか。

## （2）軽度者（予防給付）について

- ・ 通所型介護予防サービスにおいて、重度化を防ぎ、生活機能向上の達成を実現している事業所を重点的に評価するべきではないか。
- ・ 訪問型介護予防サービスにおいて、利用者の能力を最大限に引き出す支援を行うため、リハビリ専門職と連携してアセスメントを行うなど、サービスの提供の在り方を検討すべきではないか。
- ・ 自立支援に資するようサービス提供がなされているか、モニタリングを行いながら、改善につながっているケアプランを重点的に評価するなど、介護予防ケアマネジメントの在り方を検討すべきではないか。

## 5. 医療と介護の連携について

### (1) 総論

今後、医療の必要性の高い要介護者が増加する中で、医療と介護の役割分担と連携の強化を図るために、以下の視点で検討してはどうか。

- ・医療機関からの退院時における介護保険サービスとの連携強化及び円滑な移行
- ・医療の必要性が高い者への対応強化
- ・介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設等への転換支援

### (2) 各論

#### ①訪問看護における医療と介護の連携について

訪問看護の報酬については、以下のような基本的な考え方に則って検討すべきではないか。

- ・入院から在宅生活への円滑な移行
- ・医療が必要な重度の要介護者の在宅生活を支えるための適切な訪問看護の提供

#### ②リハビリテーションにおける医療と介護の連携について

医療保険から介護保険への円滑な移行のために、これまで必要な対応を行ってきたが、今後、更なる移行に向けてどのような対応が必要か検討すべきではないか。

## 6. 介護人材の確保と処遇の改善策について

### (1) 介護職員処遇改善交付金

- ・ 介護職員の賃金水準は、平成21年度介護報酬改定や、介護職員処遇改善交付金などにより、着実に改善している。
- ・ 介護職員の賃金については、本来労使間の自律的な取組みによって決定されるべきであることに鑑みて、平成23年度末を期限として実施している介護職員処遇改善交付金の対応について、どのように考えるか。
- ・ 仮に、介護報酬で評価することとした場合、現在の賃金水準が引き下がらないようにするためには、どういった方策が考えられるか。
- ・ また、有効求人倍率は低下傾向、入職率も上昇傾向で推移する一方で、離職率は事業所ごとに二極化し、特に就業形態やサービス類型によって差がある状況である。
- ・ 今後、介護職員の円滑な入職、定着に資するよう、介護職員の処遇改善に向けて、キャリアアップの仕組みの導入など、どのように対応するべきか。

## 9. 介護サービスの質の評価

- すでに導入された加算の検証や、施設(特養・老健)における実態調査結果を踏まえた対応について検討すべきではないか。
- また、将来的には要介護認定データとレセプトデータを突合させたデータベースを構築し、事業所毎のアウトカムを検証できる仕組みを検討してはどうか。



「介護サービスの質評価に関する検討会(座長 武藤)  
社会保障審議会介護給付費分科会(10月7日、東京都内)

# 日本医療マネジメント学会から お知らせ

医療福祉連携士

# 日本医療マネジメント学会

## Japan Society for Health Care Management

- 会長
  - 国立病院機構熊本医療センター名誉院長  
宮崎久義
- 学会テーマ
  - クリティカルパス
  - 医療安全
  - 地域医療連携
  - 電子カルテ
  - その他
- 会員数 6600人
- 医療福祉連携講習会の実施

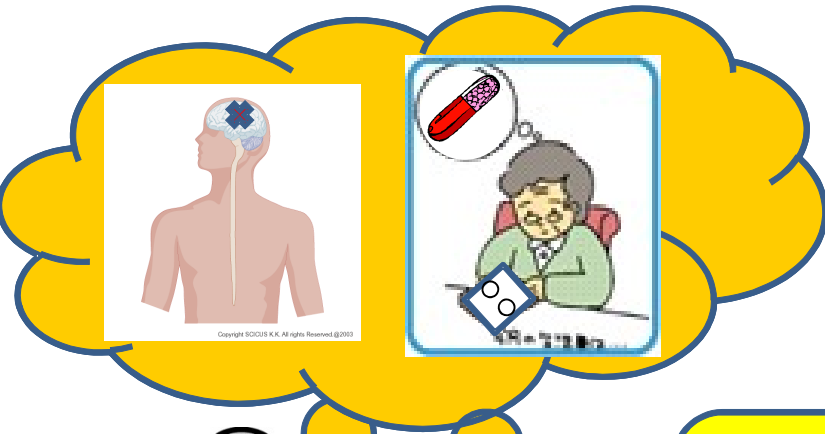


# 医療福祉連携講習会

## ～医療と介護福祉の連携～

- 医療側は介護・福祉を理解していない
- 介護福祉側は医療を理解していない
- 医療と介護・福祉は言葉も違う、文化も違う
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための情報共有ツールと相互理解と研修が必要
- 医療と福祉を複眼的に見て、相互を連携する人材の育成が必要

医療職と介護・福祉職とでは、**見え方、考え方、モデルも異なる**  
国際医療福祉大学高橋泰教授講義スライドより



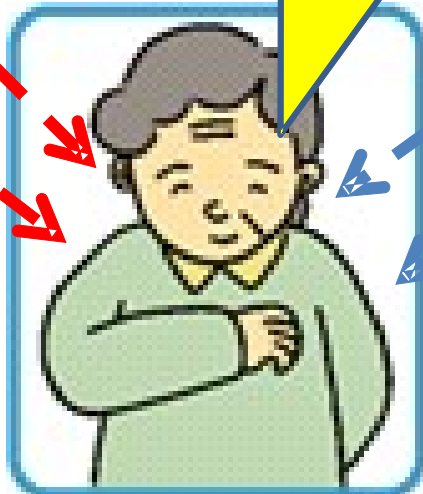
脳梗塞で右麻痺  
が...



医療職



福祉職



日常生活の**障害**に  
着目し、本人の**気持ち**  
や**生活の質**を重視  
（「障害モデル・生活モデル」）

身体の中の**病態像**に  
着目し、本人の**疾病改善**  
を重視  
「**疾病モデル**」



# 医療福祉連携士

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を2010年よりスタート
- 目的
  - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
  - 患者にとって最適な連携を推進するため、
  - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

# 医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての認定制度
- 2010年から研修を行い、2011年3月学会認定の初の「医療福祉連携士」が誕生
- 全国ではじめての医療と福祉の連携コーディネーター制度
- スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度

# 研修科目（共通科目）

## ○講義

- 1 地域医療連携概論
- 2 医療政策・関係法規概論
- 3 診療報酬制度概論
- 4 福祉連携論
- 5 ケアマネジメント論
- 6 病院運営概論
- 7 医療情報システム概論
- 8 クリティカルパス概論
- 9 クリティカルパス演習Ⅰ
- 10 クリティカルパス演習Ⅱ

- 11 地域連携クリティカルパス概論Ⅰ
- 12 地域連携クリティカルパス概論Ⅱ
- 13 地域連携クリティカルパス演習Ⅰ
- 14 地域連携クリティカルパス演習Ⅱ
- 15 在宅医療概論
- 16 カウンセリング概論

## ○地域連携の実習

- 1 地域医療連携実習
- 2 地域連携クリティカルパス実習

## ○フォローアップ研修

\* すべての座学と実習を履修すること

○ \* 座学1コマ :90分      実習1コマ:6時間

# 専門科目

## 医学系科目

### ○座学

- 1 臨床医学概論Ⅰ
- 2 臨床医学概論Ⅱ
- 3 臨床医学概論Ⅲ
- 4 臨床医学概論Ⅳ
- 5 臨床医学概論Ⅴ
- 6 臨床医学概論Ⅵ
- 7 臨床看護概論
- 8 地域看護概論

### ○実習

- 1 臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
- 2 臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
- 3 臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
- 4 保健行政実習（保健所、保健センター）

## 社会・福祉系科目

### ○座学

- 1 医療福祉論
- 2 精神保健福祉論
- 3 退院支援論Ⅰ
- 4 退院支援論Ⅱ
- 5 地域移行支援論
- 6 福祉制度論
- 7 福祉施設論
- 8 在宅介護論

### ○実習

- 1 介護療養型施設実習（入所施設）
- 2 在宅福祉実習（地域包括支援センター）
- 3 福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
- 4 居宅介護支援施設実習

\* 座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

# 認定試験

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

# 研修日程と場所(2010年度)

- 研修場所

- 日本医科大学教育棟2階(東京)、実習は各地

- 研修日程

- 共通科目 7月31日(土)、8月1日(日)、28日(日)、29日(日)の4日間

- 専門科目(医学系) 9月11日(土)、12日(土)の2日間

- 専門科目(社会・福祉学系科目) 9月25日(土)26日の2日間

- 課題講習 10月23日(土)、24日(日)の2日間

# 医療福祉連携士講習会

詳しくは日本医療マネジメント学会  
ホームページをごらんください。

日本医療マネジメント学会

検索



クリック！

# まとめと提言

- ・2012年は診療報酬・介護報酬の同時改定
- ・医療と介護の連携の絶好のチャンス
- ・2012年改定では慢性期医療や在宅医療・介護の評価へシフトするだろう
- ・次期医療法改正でも在宅医療が注目されるだろう。
- ・これからの診療報酬・介護報酬改定議論に着目しよう。
- ・医療と介護福祉を連携する医療福祉連携士を育てよう



# 「地域連携」

- 地域連携
- A4変型判 120頁 年6回(奇数月の末日)発行 入会金 3,000円 年間購読料 32,000円 追加1セットにつきプラス 8,000円(共に税込)
- 日総研出版



# 地域連携コーディネーター養成講座

- 武藤正樹著・編
- 単行本: 202ページ
- 出版社: 日本医学出版 (20
- 言語 日本語
- ISBN-10: 4902266504
- ISBN-13: 978-4902266504
- 発売日: 2010/4/23
- ¥ 2,940
- 本書は国際医療福祉
- 大学大学院公開講座
- 乃木坂スクール
- 「地域連携コーディネーター養成講座」
- の講師陣により執筆

**地域連携**  
**コーディネーター養成講座**  
地域連携クリティカルパスと退院支援  
◎◎ 武藤 正樹 国際医療福祉大学人文学部教授



日本医学出版

# がん地域連携クリティカルパス

- がん地域連携クリティカルパス  
—がん医療連携とコーディネート機能
- 編著 日本医療マネジメント学会／監
- 判型 B5 発行日 2010年5月刊
- ページ 220
- 定価(税込) \4,200

## がん地域連携 クリティカルパス

がん医療連携とコーディネート機能

[監修]

日本医療マネジメント学会



# 医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 5月下旬発刊です！





ご清聴ありがとうございました。

「ちくりんネットワーク」をよろしく