平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定のポイント

～在宅医療へのパラダイムシフトを目指して～

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65、000円
東京都認定がん診療病院
2008年7月からDPC対象病院

新三田病院　2012年2月オープン

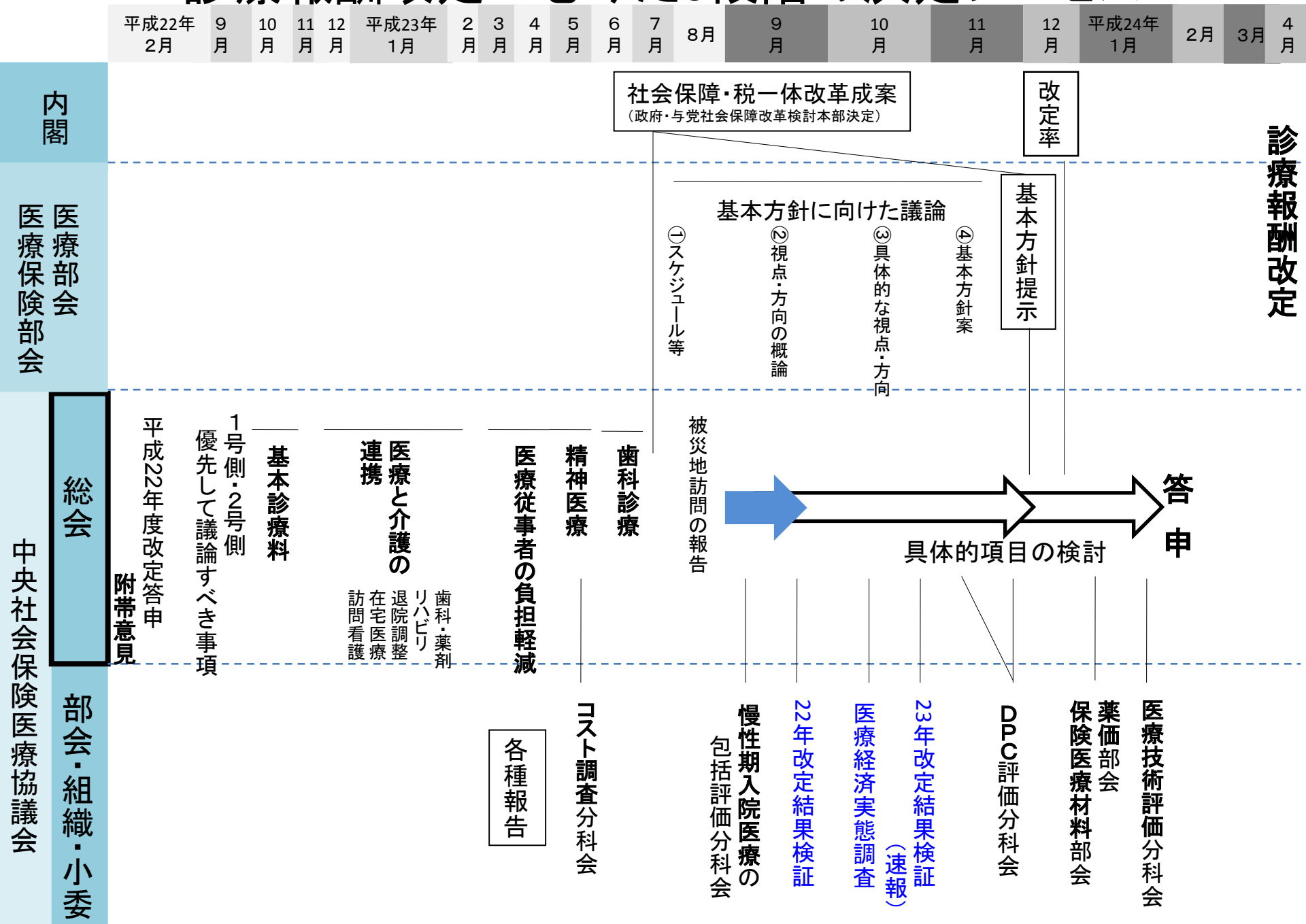
目次

- パート1
  - 社会保障・税の一体改革
- パート2
  - 2012年診療報酬改定
- パート3
  - 診療報酬改定と在宅医療連携
- パート4
  - 2012年介護報酬改定
- パート5
  - 在宅終末期ケア連携
- パート6
  - 医療と介護の連携へ向けて

パート1
社会保障・税の一体改革

～2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの
『正念場』が始まる～

診療報酬改定へむけた3段階の決定プロセス



「社会保障・税の一体改革」

2025年へむけての
医療・介護サービス提供体制の充実・強化の
グランドデザイン

社会保障・税一体改革（1月6日）

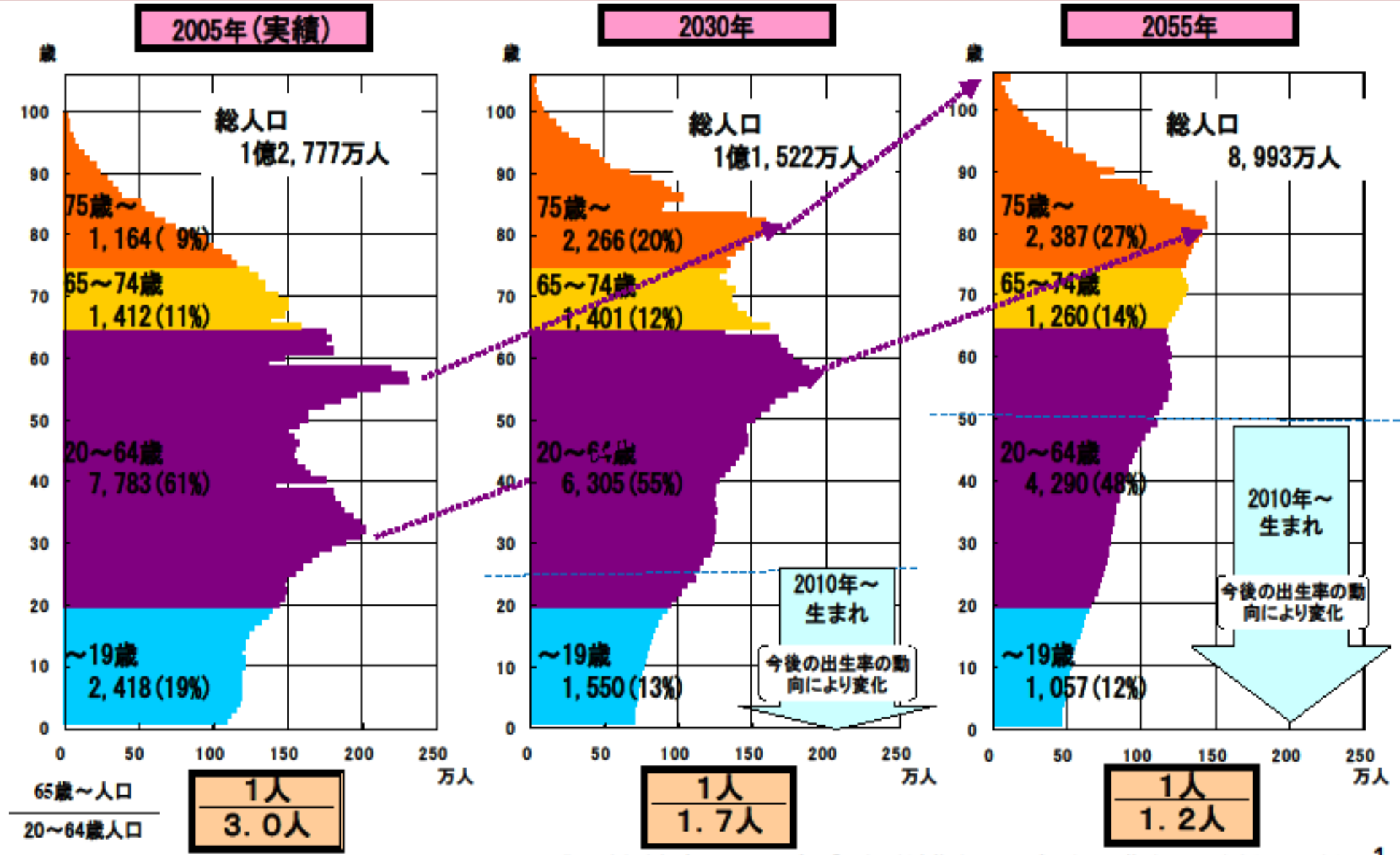
- 政府・与党は2012年1月6日、社会保障改革本部を開催
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ「社会保障と税の一体改革大綱素案」を正式決定
- その背景は・・・

  団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

2012年1月6日、社会保障改革本部

人口ピラミッドの変化（2005，2030，2055）－ 平成18年中位推計 －

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、
少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1．2人で支える社会構造になると想定される。



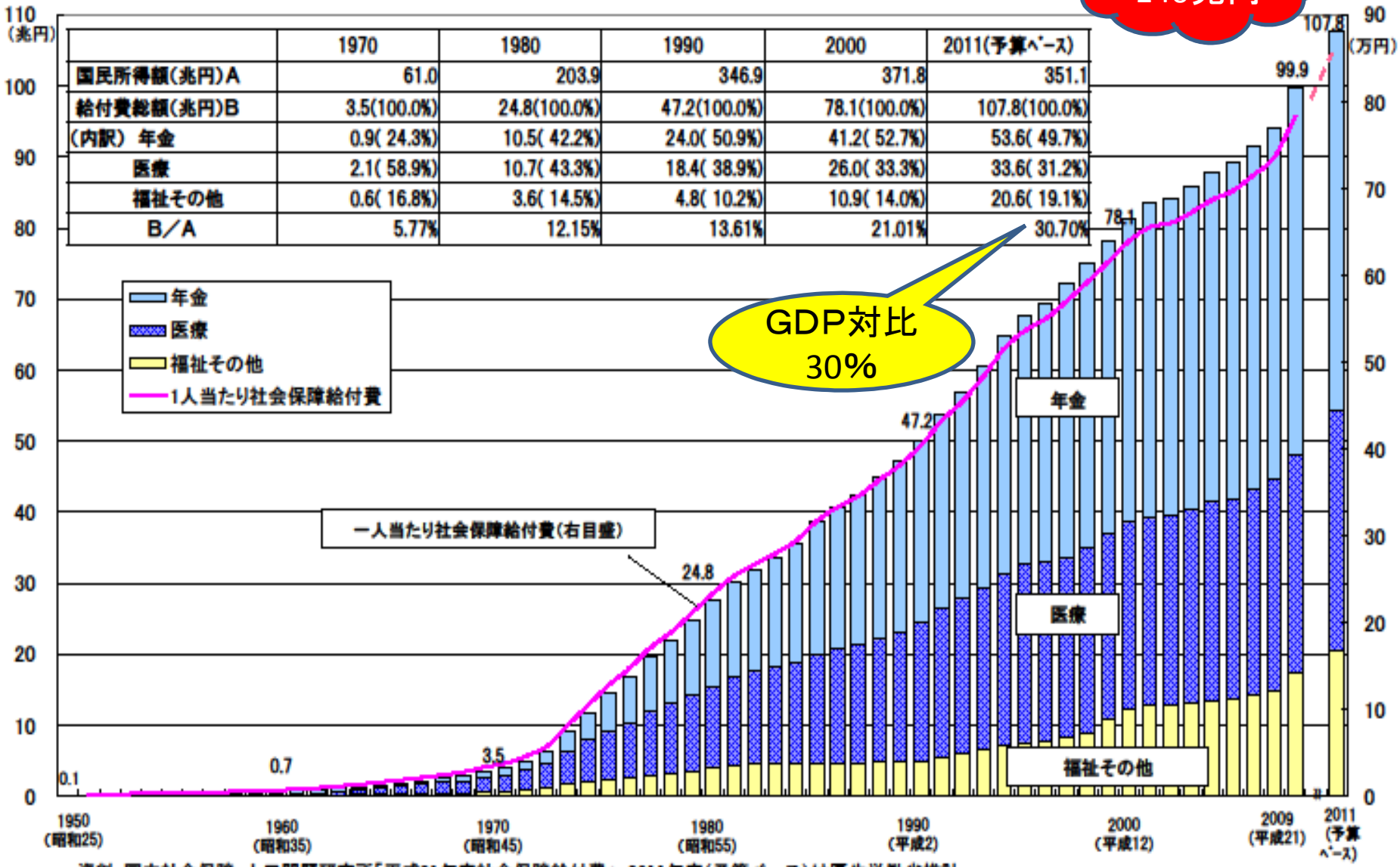
注：2005年は国勢調査結果（年齢不詳按分人口）。

出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」（出生中位・死亡中位）

社会保障給付費の推移

2025年
140兆円

	1970	1980	1990	2000	2011(予算ベース)
国民所得額(兆円)A	61.0	203.9	346.9	371.8	351.1
給付費総額(兆円)B	3.5(100.0%)	24.8(100.0%)	47.2(100.0%)	78.1(100.0%)	107.8(100.0%)
(内訳) 年金	0.9(24.3%)	10.5(42.2%)	24.0(50.9%)	41.2(52.7%)	53.6(49.7%)
医療	2.1(58.9%)	10.7(43.3%)	18.4(38.9%)	26.0(33.3%)	33.6(31.2%)
福祉その他	0.6(16.8%)	3.6(14.5%)	4.8(10.2%)	10.9(14.0%)	20.6(19.1%)
B／A	5.77%	12.15%	13.61%	21.01%	30.70%

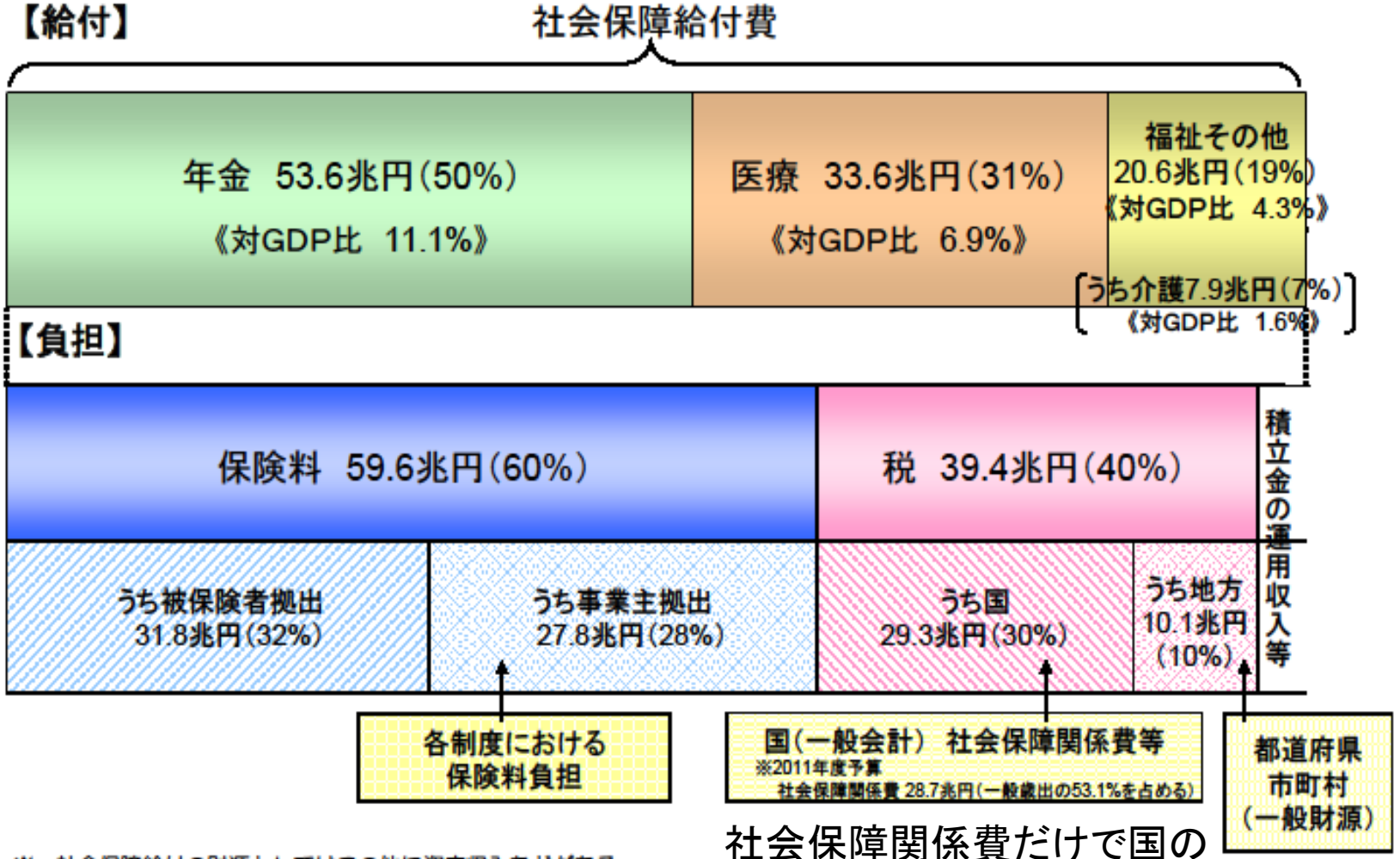


資料:国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

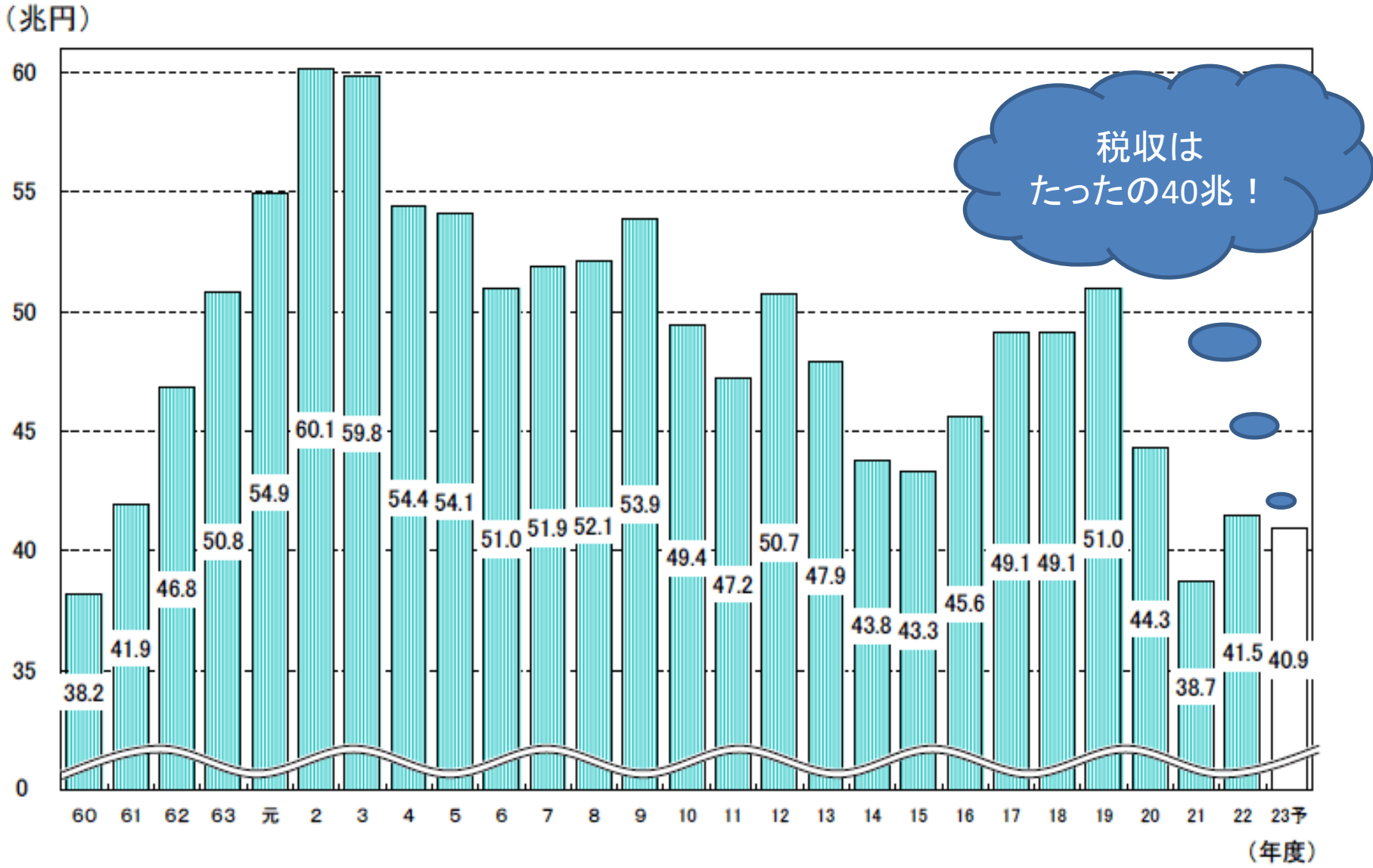
社会保障給付費(※)　2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)



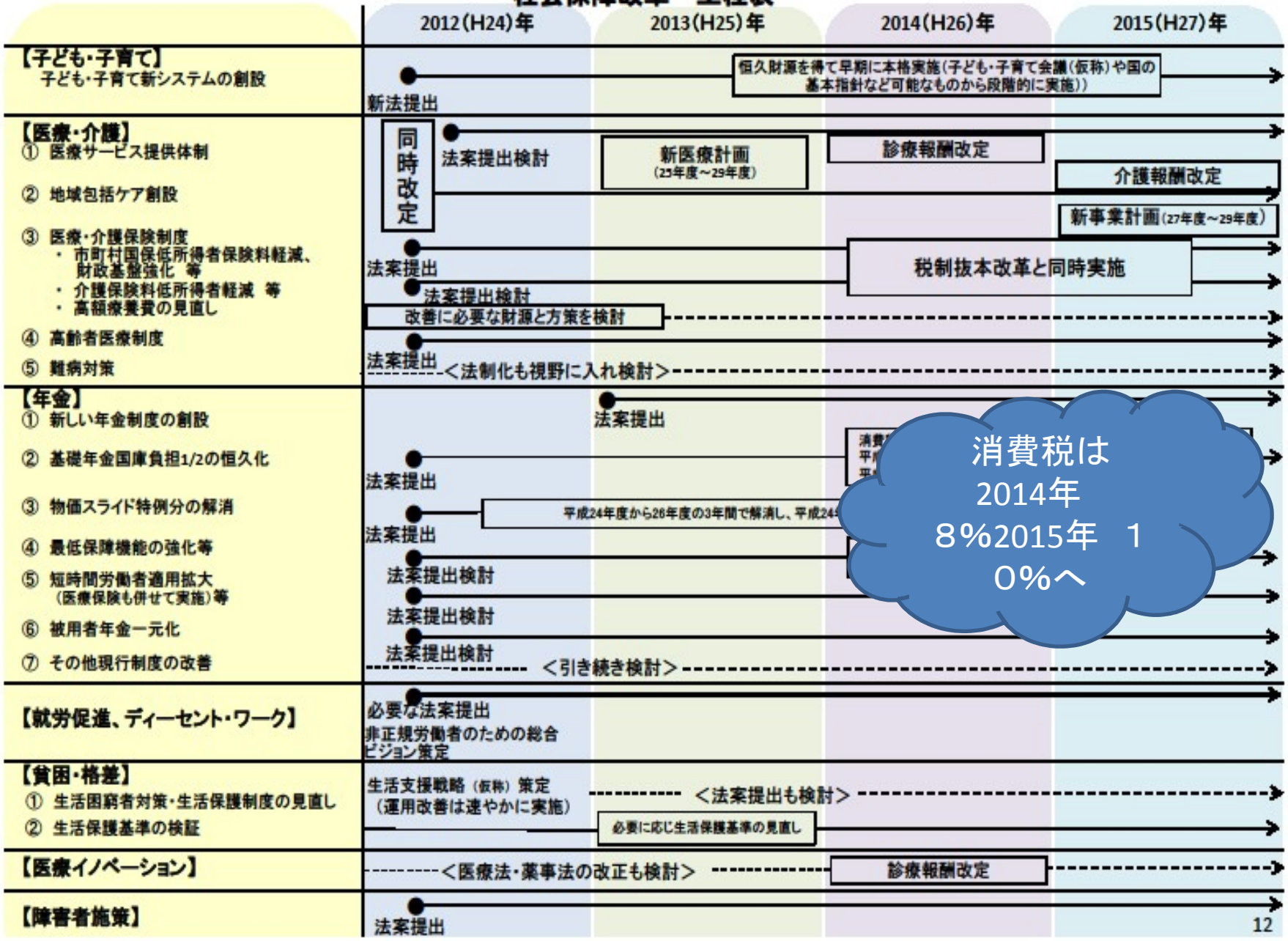
※　社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

一般会計税収の推移


（兆円）
60
55
50
45
40
35
0
38.2
41.9
46.8
50.8
54.9
60.1
59.8
54.4
54.1
51.0
51.9
52.1
53.9
49.4
47.2
50.7
47.9
43.8
43.3
45.6
49.1
49.1
51.0
44.3
38.7
41.5
40.9
60
61
62
63
元
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23予
（年度）
税収は
たったの40兆！

社会保障改革　工程表


2012(H24)年
2013(H25)年
2014(H26)年
2015(H27)年
【子ども・子育て】
子ども・子育て新システムの創設
新法提出
恒久財源を得て早期に本格実施(子ども・子育て会議(仮称)や国の基本指針など可能なものから段階的に実施))
【医療・介護】
① 医療サービス提供体制
② 地域包括ケア創設
③ 医療・介護保険制度
・ 市町村国保低所得者保険料軽減、財政基盤強化 等
・ 介護保険料低所得者軽減 等
・ 高額療養費の見直し
④ 高齢者医療制度
⑤ 難病対策
同時改定
法案提出検討
新医療計画
(25年度～29年度)
診療報酬改定
介護報酬改定
新事業計画(27年度～29年度)
法案提出
税制抜本改革と同時実施
法案提出検討
改善に必要な財源と方策を検討
法案提出
<法制化も視野に入れ検討>
【年金】
① 新しい年金制度の創設
② 基礎年金国庫負担1/2の恒久化
③ 物価スライド特例分の解消
④ 最低保障機能の強化等
⑤ 短時間労働者適用拡大
(医療保険も併せて実施)等
⑥ 被用者年金一元化
⑦ その他現行制度の改善
法案提出
法案提出
平成24年度から26年度の3年間で解消し、平成24
法案提出
法案提出検討
法案提出検討
法案提出検討
<引き続き検討>
消費税は
2014年
8%2015年　1
0%へ
【就労促進、ディーセント・ワーク】
必要な法案提出
非正規労働者のための総合ビジョン策定
【貧困・格差】
① 生活困窮者対策・生活保護制度の見直し
② 生活保護基準の検証
生活支援戦略(仮称)策定
(運用改善は速やかに実施)
<法案提出も検討>
必要に応じ生活保護基準の見直し
【医療イノベーション】
<医療法・薬事法の改正も検討>
診療報酬改定
【障害者施策】
法案提出

社会保障・税の一体改革　　医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年		平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))		(102万人(35%))
	※平成29年(2017年)には118万人(44%)		
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年		平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村(市町村単独分含む)	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

【医療・介護】

		平成23(2011)年度		平成37(2025)年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】	22万床　15～16日程度	機能分化して103万床
		一般病床107万床	【一般急性期】	46万床9日程度	
			【亜急性期等】	35万床　60日程度	
	医師数	29万人	32～34万人		
	看護職員数	141万	195～205万人		
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分		
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍) • 介護予防・重度化予防により全体として3%減 • 入院の減少(介護への移行):14万人増		
	在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	304万人分 5万人分 ー	449万人分(1.5倍) 40万人分(8.1倍) 15万人分(ー)		居住系施設や外来・在宅医療は大幅増
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	61万人分(2.0倍) 24万人分(1.6倍) 37万人分(2.3倍)		
	介護施設 特養 老健(+介護療養)	92万人分 48万人分(うちユニット12万人(26%)) 44万人分(うちユニット2万人(4%))	131万人分(1.4倍) 72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%)) 59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))		
	介護職員	140万人	232万人から244万人		
	訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分		

改革の方向性 2　医療・介護サービス保障の強化

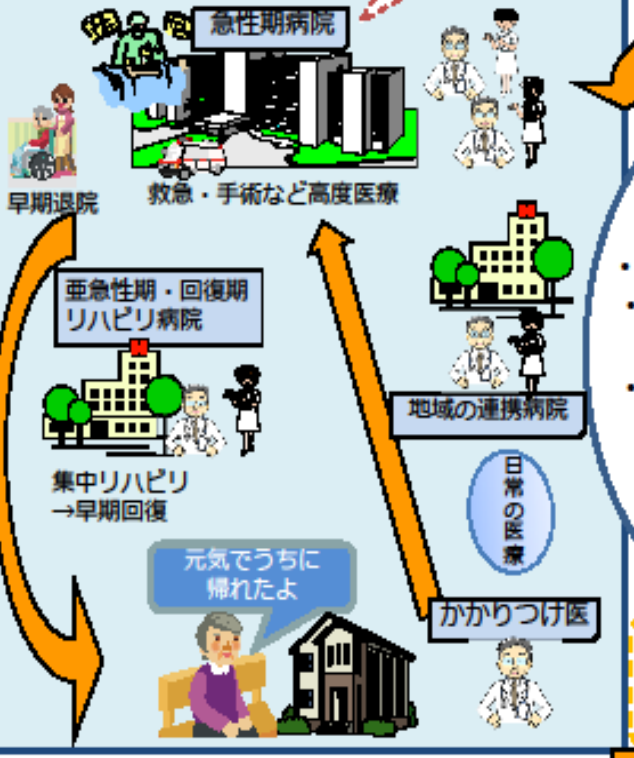
■ 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

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

改革のイメージ

病気になったら

（人員1.6倍～2倍）



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

包括的マネジメント

・在宅医療連携拠点
・地域包括支援センター
・ケアマネジャー

・医療から介護への円滑な移行促進
・相談業務やサービスのコーディネート

地域包括ケア　退院したら

<地域包括ケアシステム>（人口１万人の場合）

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

・介護人材（207→356～375人）

・在宅医療等（１日当たり17→29人分）
・訪問看護（１日当たり２９→49人分）

・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス（15人分）

※地域包括ケアは、人口１万人程度の中学校区を単位として想定

生活支援・介護予防

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

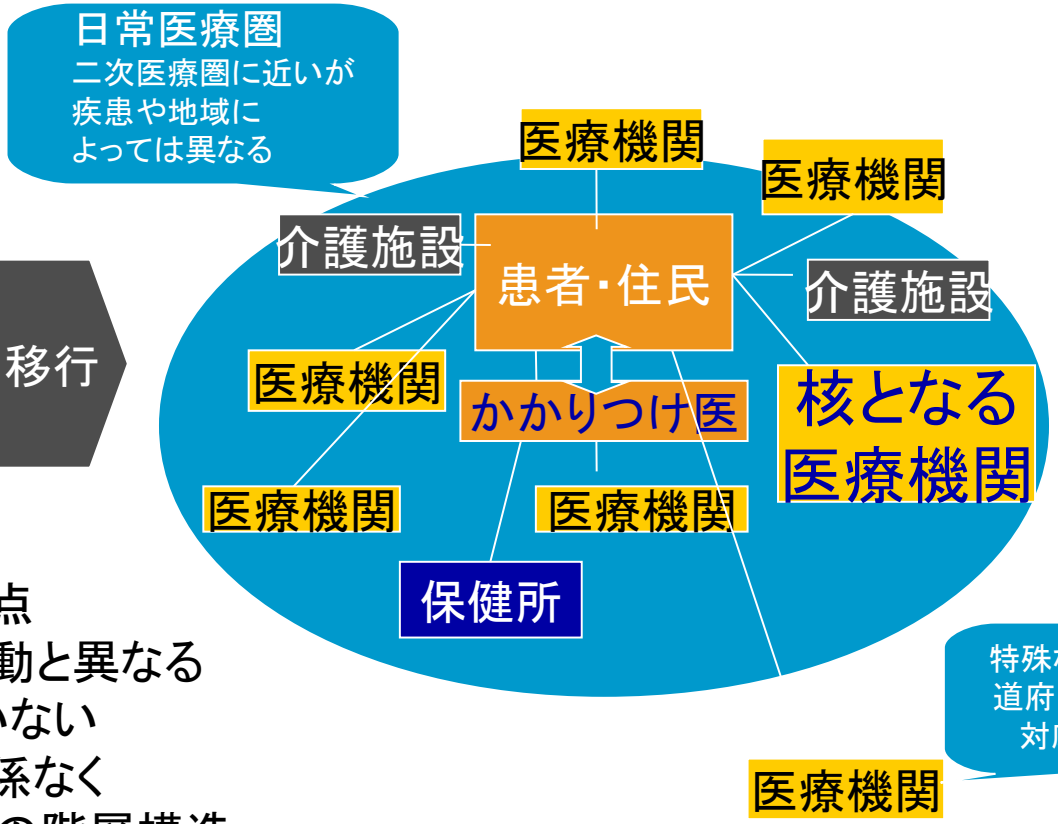
社会保障・税一体改革と地域医療計画の見直し

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

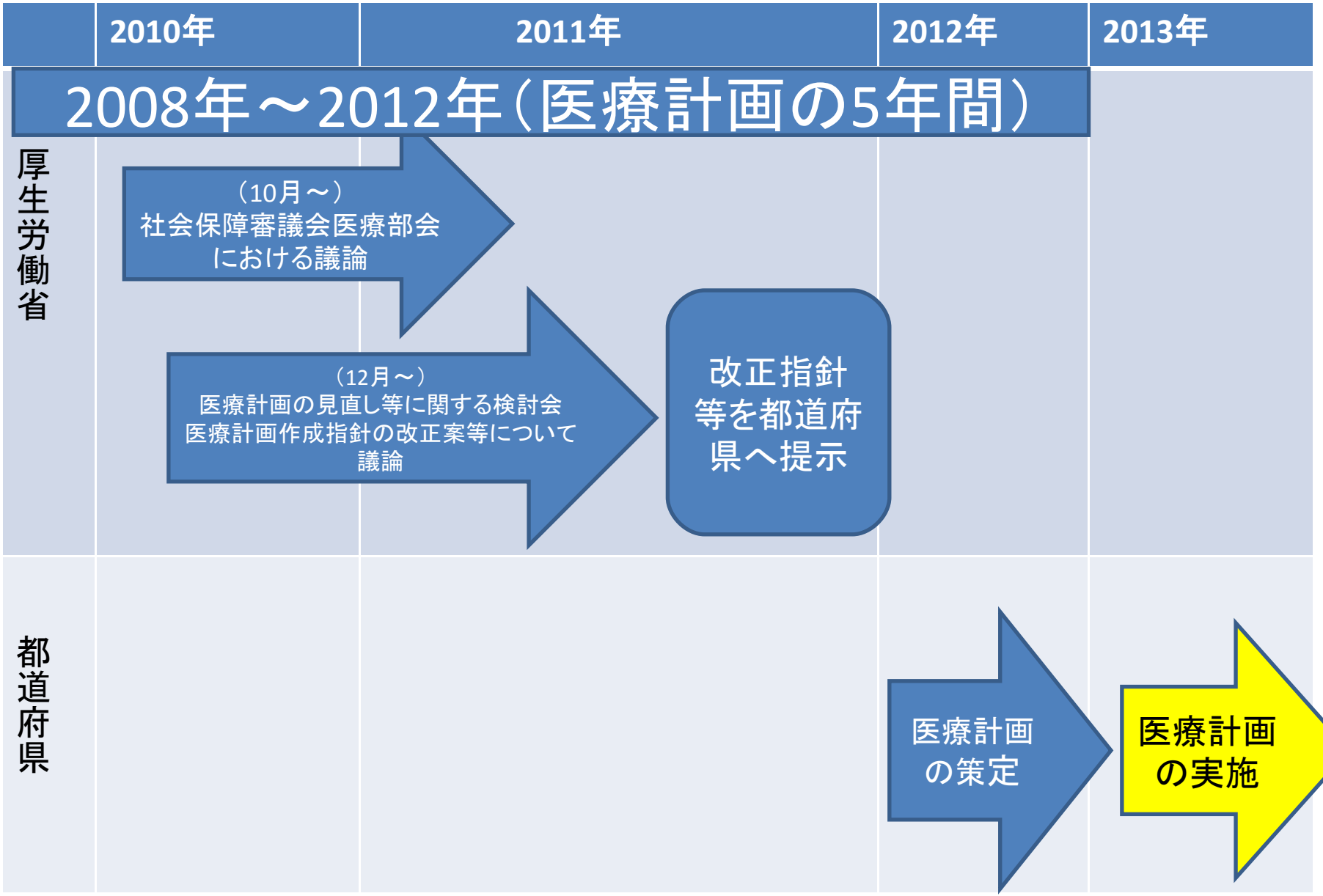
地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

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 輝諠 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

4疾患5事業の見直しの方向性

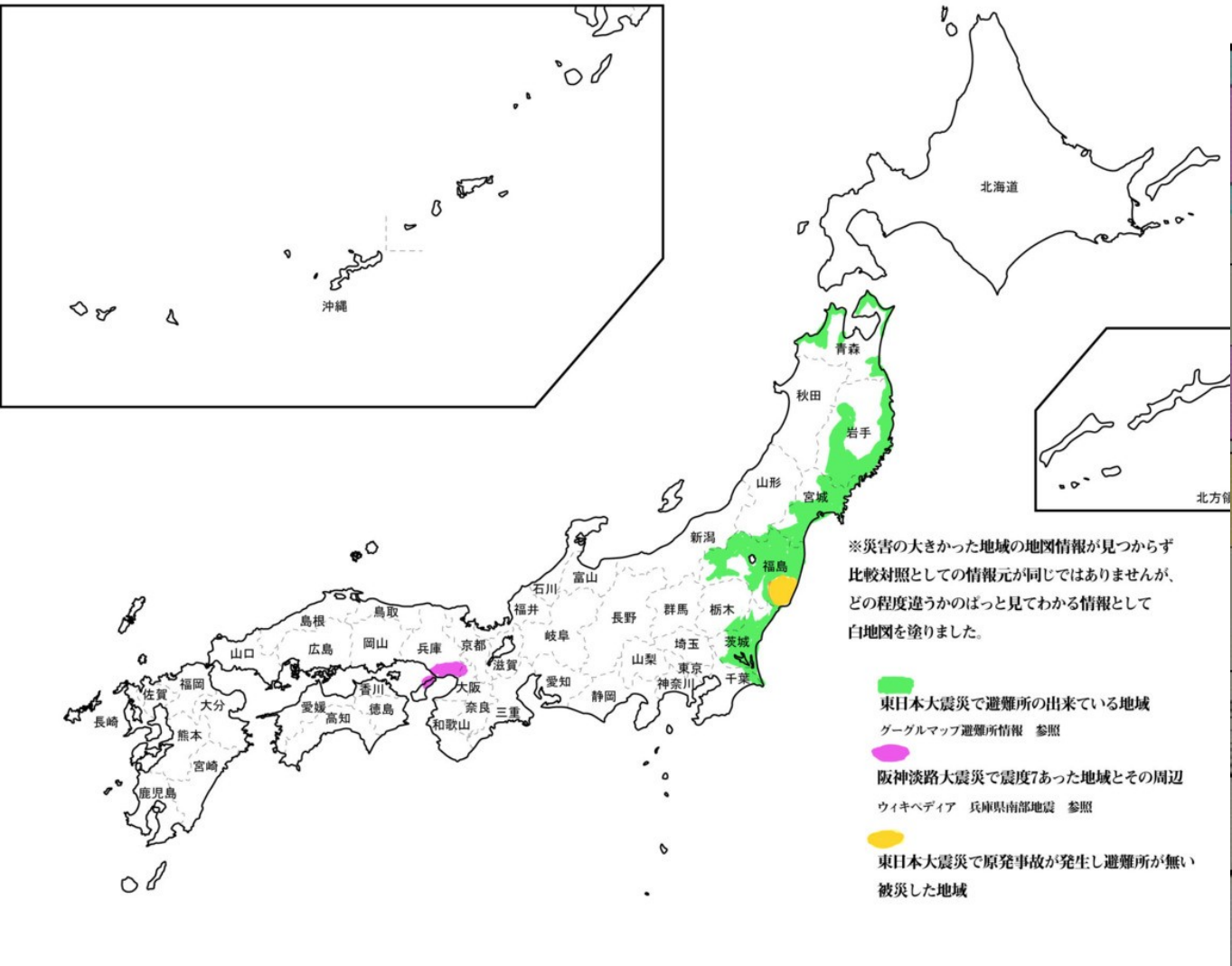
- 4疾病
  - ①がん
  - ②脳卒中
  - ③急性心筋梗塞
  - ④糖尿病
  - ⑤精神疾患

２次医療圏見直し

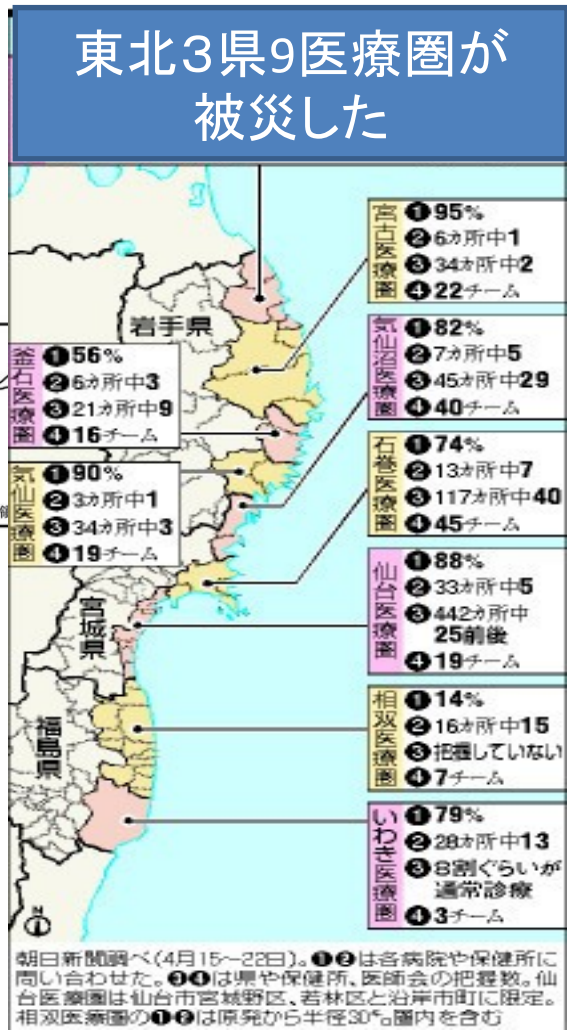
- 5事業
  - ①救急医療
  - ②災害医療
  - ③へき地医療
  - ④周産期医療
  - ⑤小児医療
  - ＊在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

医療計画見直しの方向性
その①　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



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うる。）

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。

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）

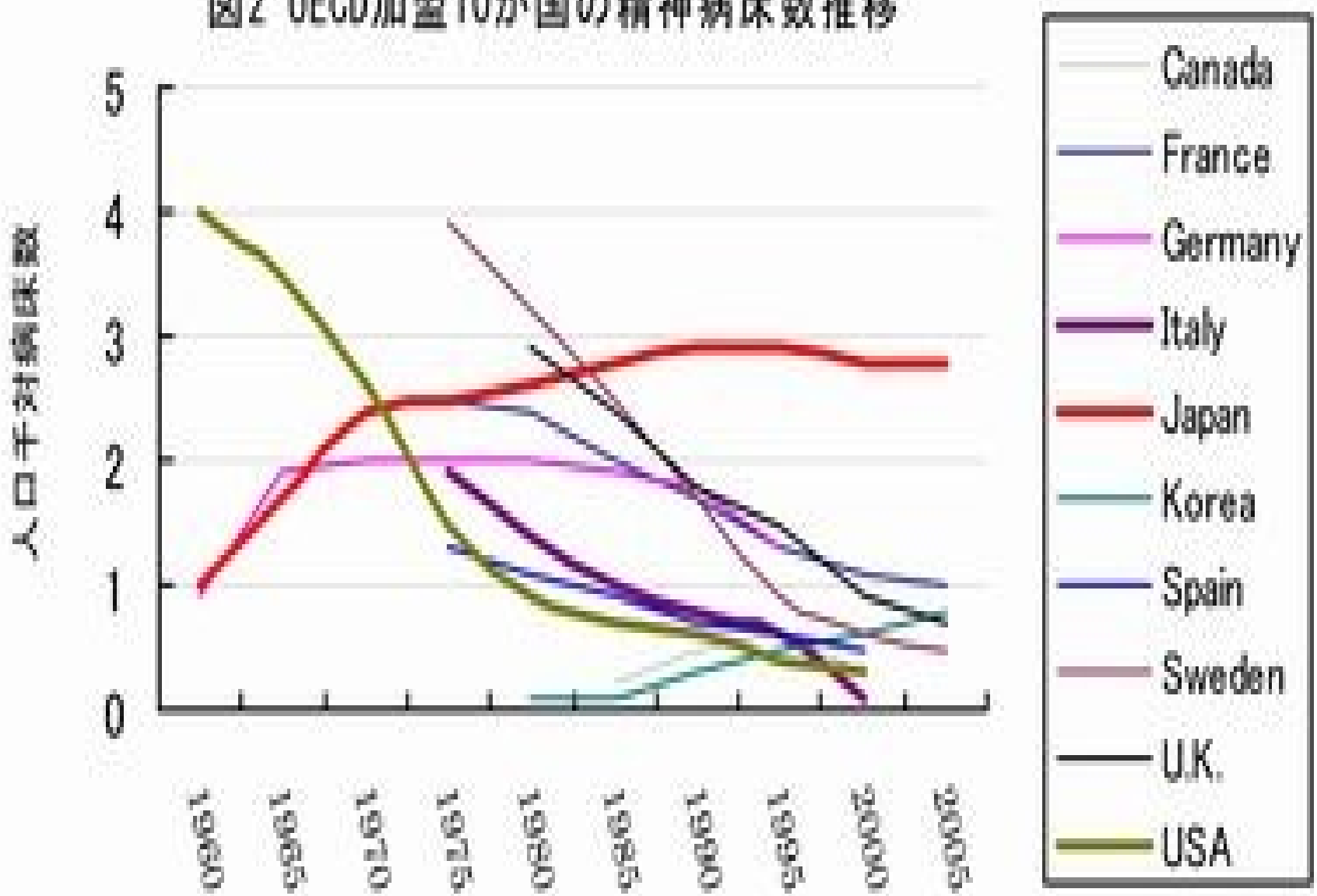
東日本大震災を受け
災害拠点病院の5つの課題

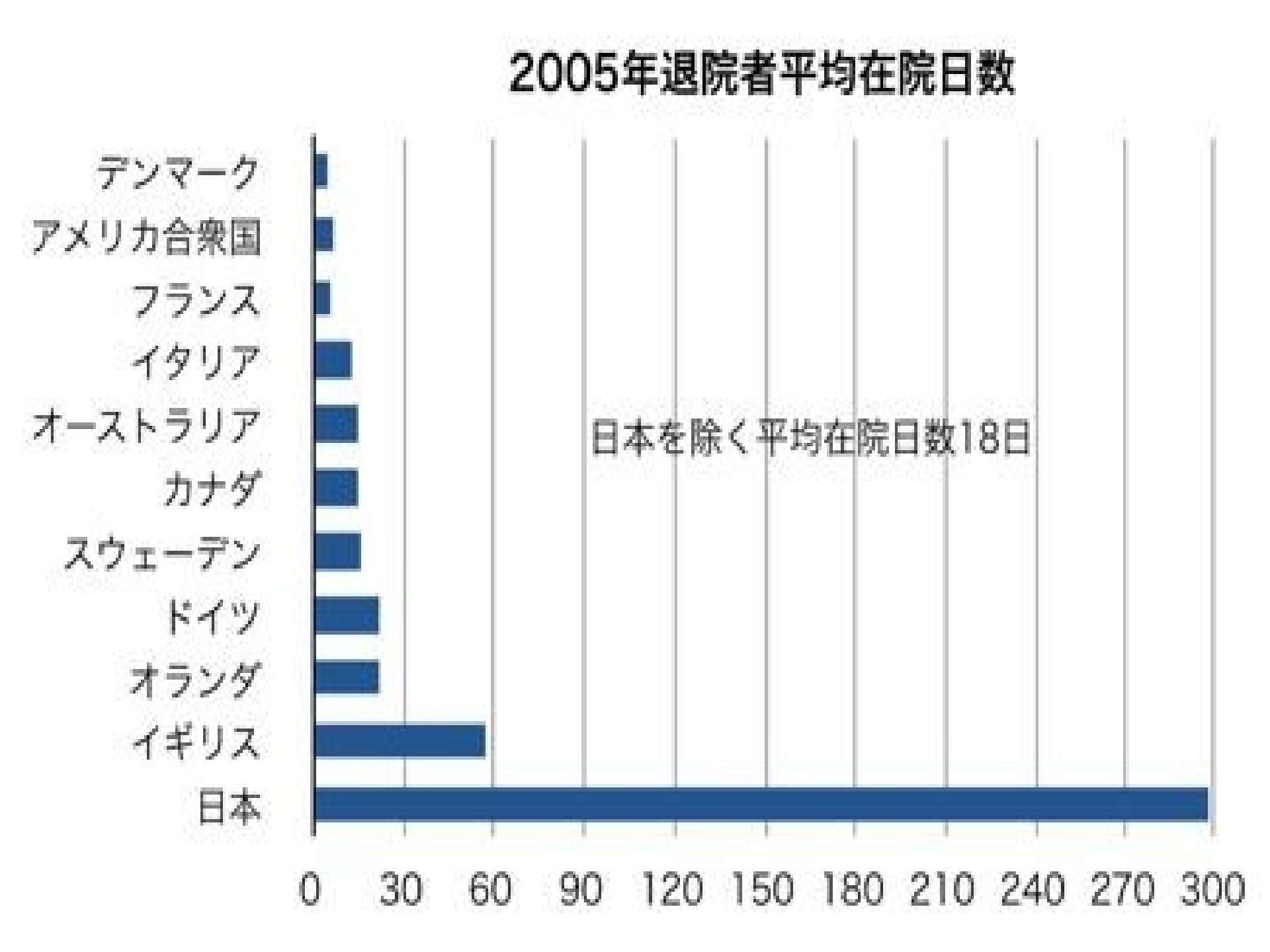
- ①建物の耐震性
- ②災害時の通信手段の確保
- ③広域災害救急医療情報システム（EMIS）
- ④ライフライン
- ⑤備蓄
- その他
  - ヘリポート

医療計画見直しの方向性
その②　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



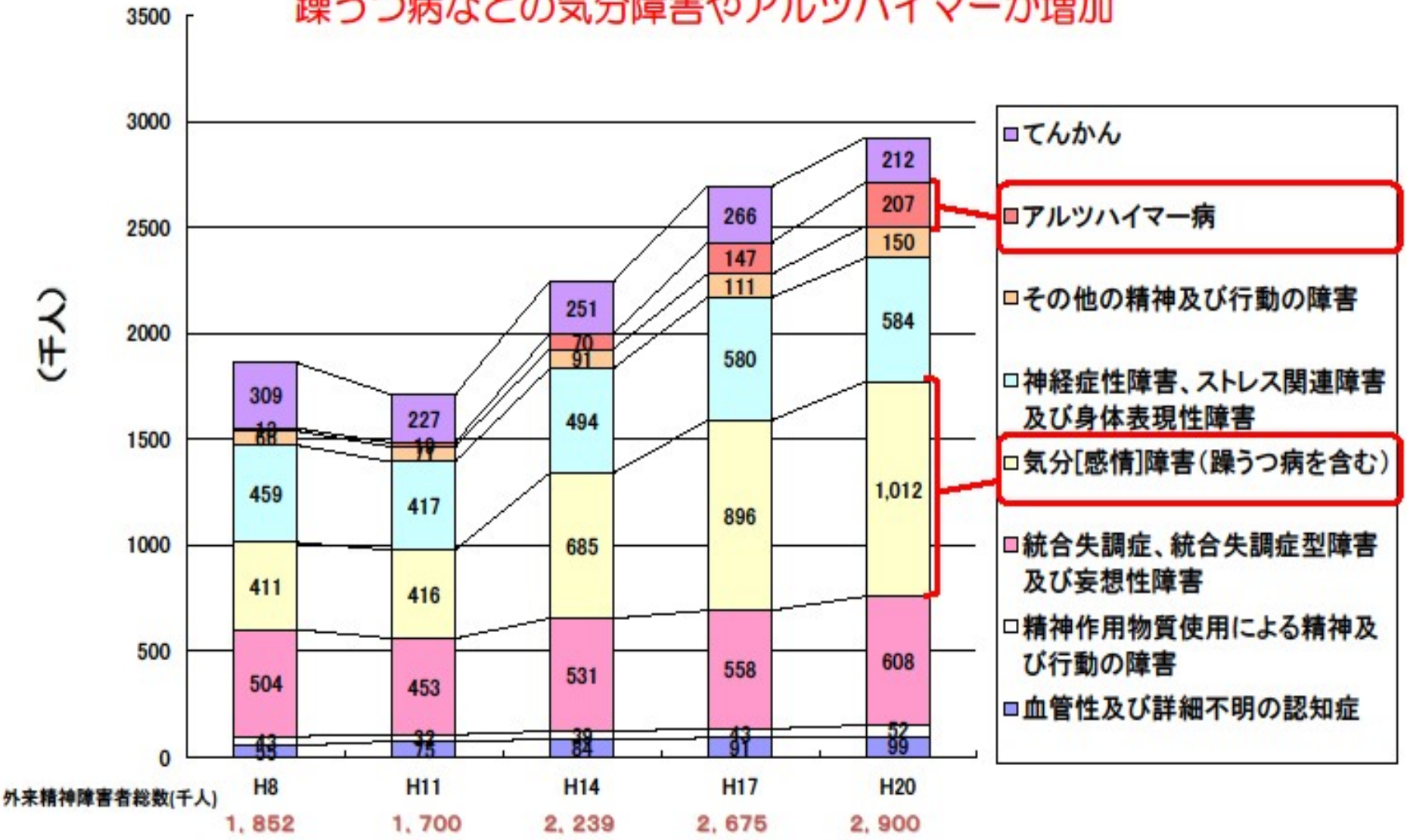

2005年退院者平均在院日数
デンマーク
アメリカ合衆国
フランス
イタリア
オーストラリア
カナダ
スウェーデン
ドイツ
オランダ
イギリス
日本
日本を除く平均在院日数18日
0
30
60
90
120
150
180
210
240
270
300

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

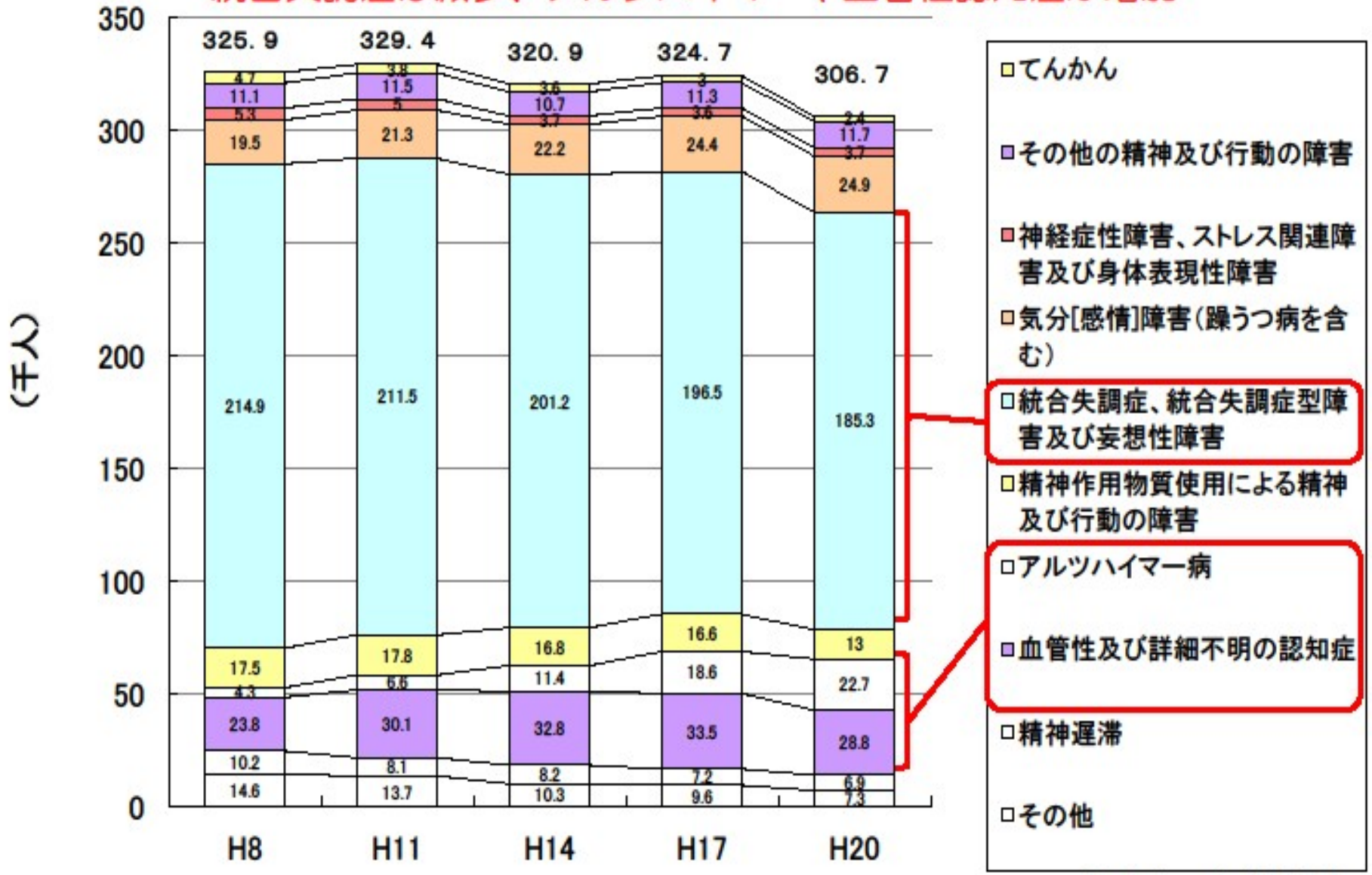
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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③　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

在宅医療連携拠点事業

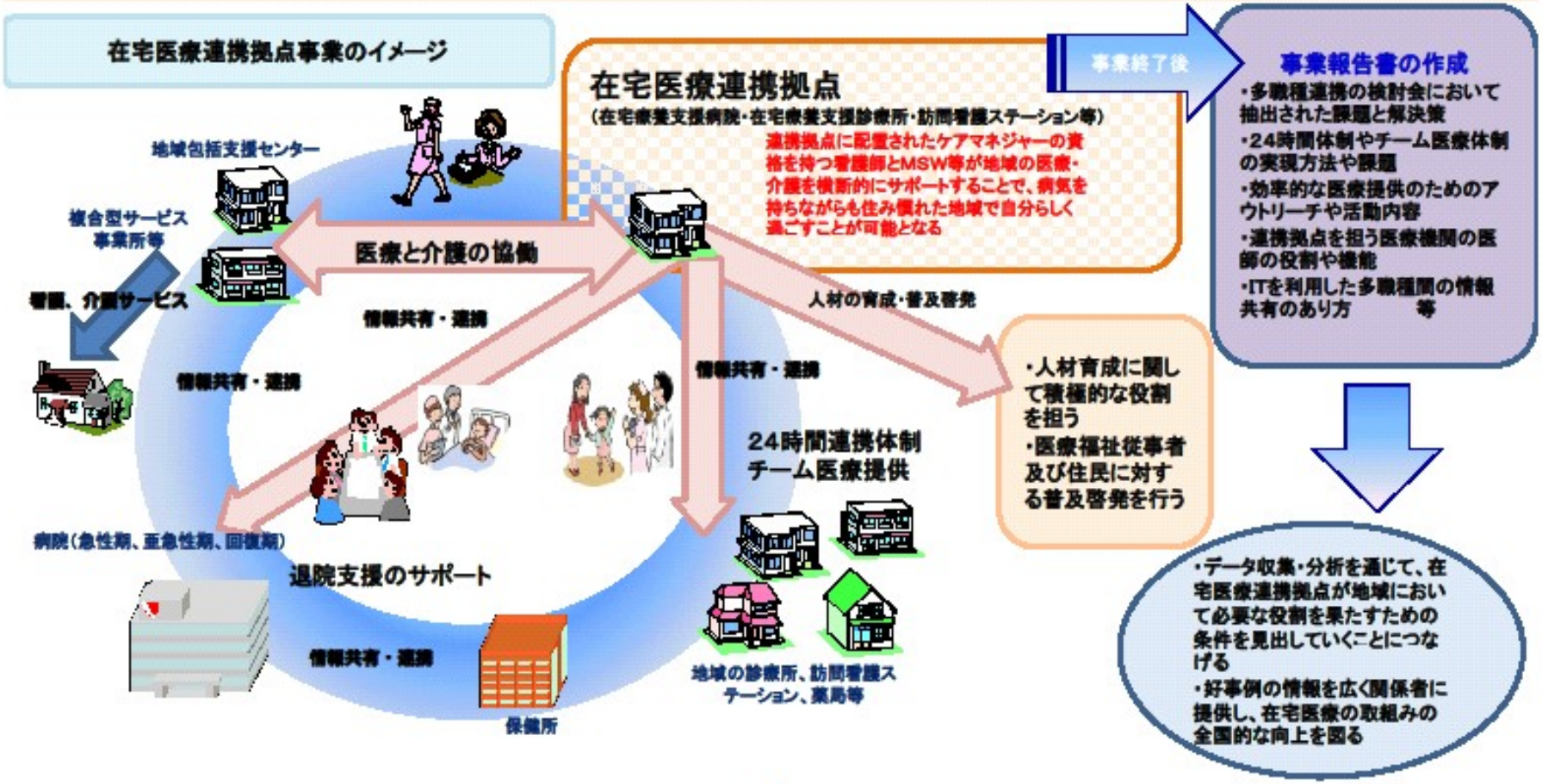
□ ①在宅医療連携拠点事業

要望額　31億円

■本事業の目的

○高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気を持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。

○このため、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、医療と介護が連携した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。



パート2
2012年診療報酬改定

2012年診療報酬改定率 0.004%アップ

- 2012年度診療報酬改定率 全体　0.004%
  - 診療報酬本体部分　1.379%（5500億円）
    - 医科　1.55%（4700億円）
    - 歯科　1.70%（500億円）
    - 調剤　0.46%（300億円）
  - 薬価・材料費

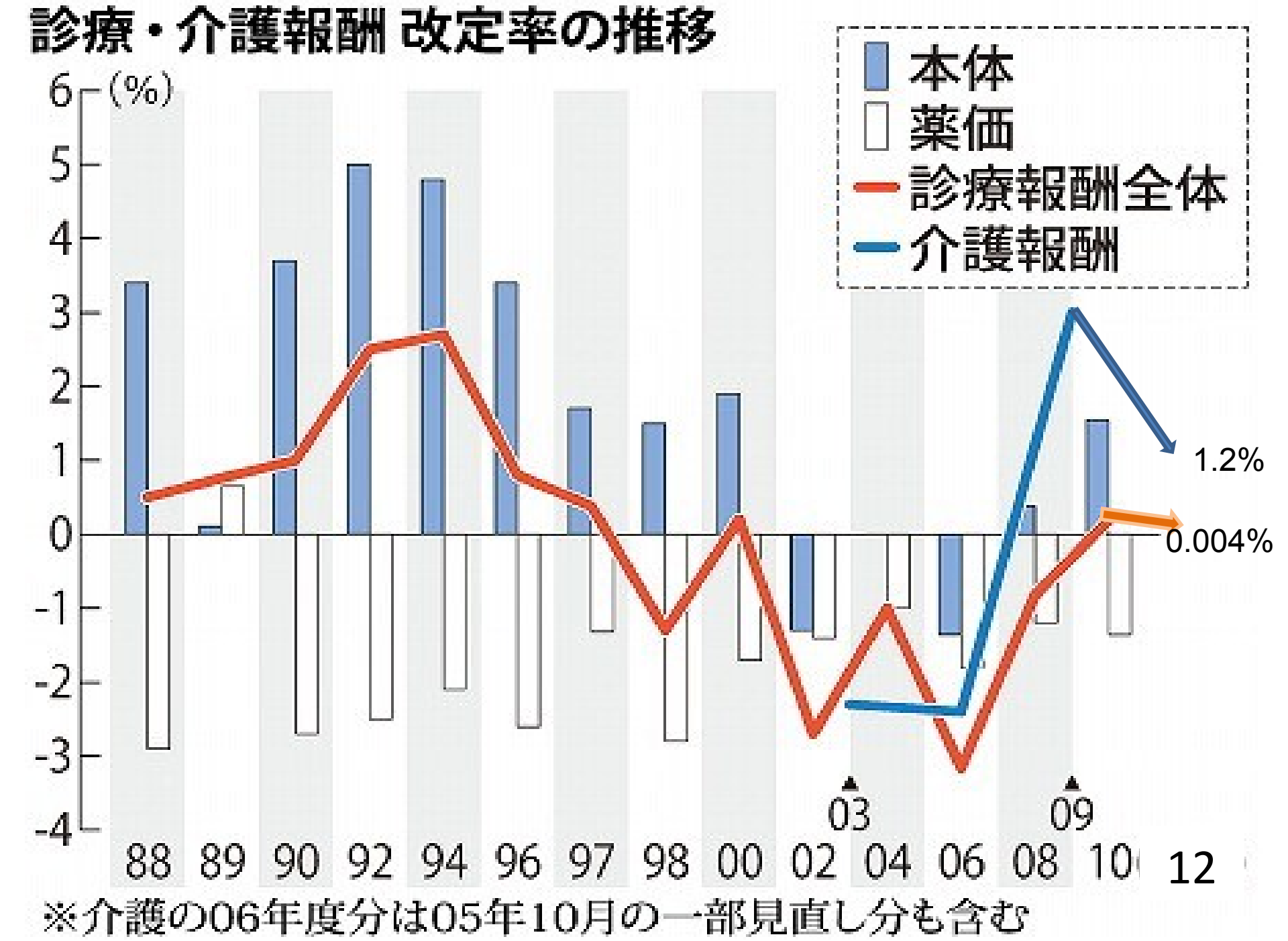
    ▲1.375%（5500億円）

    薬価改定▲1.26%（5000億円（薬価ベース6%）

    材料費改定▲0.12%（500億円）
- 2012年介護報酬改定率 1.2%

- 小宮山厚労相（12月21日）
  - 「首の皮一枚でもプラスにすると言ってきた」

診療・介護報酬 改定率の推移



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会（12月1日）
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
  - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
  - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

重点課題1

- 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
  - 救急・周産期医療の推進について
  - 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取り組みについて
  - 救急外来や外来診療の機能分化の推進について
  - 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

重点課題2

- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実
  - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について
  - 看取りに至までの医療の充実について
  - 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取り組みの促進について
  - 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について
  - 訪問看護の充実について
  - 医療・介護の円滑な連携について

2012年診療報酬改定基本方針 ４つの視点

- ４つの視点
  - ①充実が求められる分野の適切な評価
  - ②患者などから見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の実現
  - ③医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
  - ④効率化の余地があると思われる領域の適正化

2012年診療報酬改定の4つの視点

- 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
  - がん医療の推進について
  - 生活習慣病対策の推進について
  - 精神疾患に対する医療の充実について
  - 認知症対策の推進について
  - 感染症対策の推進について
  - リハビリテーションの充実について
  - 生活の質に配慮した歯科医療の推進について
  - 医療技術の適正な評価について
  - イノベーションの適切な評価について

４つの視点

- 視点２　患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質に配慮した医療
  - 医療安全対策等の推進について
  - 患者に対する相談支援体制の充実等について
  - 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

４つの視点

- 視点３　医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
  - 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について
  - 慢性期入院医療の適切な評価について
  - 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について
  - 医療機関間の連携に着目した評価について
  - 調剤報酬について

４つの視点

- 視点４　効率化余地がある領域を適正化する視点
  - 後発医薬品の使用促進
  - 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取り組みについて
  - 市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の適正評価 について

パート3
診療報酬改定と在宅医療連携

在宅療養支援診療所と
在宅療養支援病院

病院医療から在宅医療へのパラダイムシフト

06年在宅療養支援診療所の新設

特養
有料老人
ホームなど

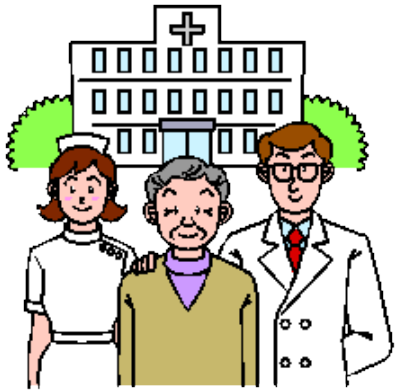
特養、有料老人
ホーム、ケアハウスの
入居者で末期がんの患者に
対する訪問診療料が算定できる

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）

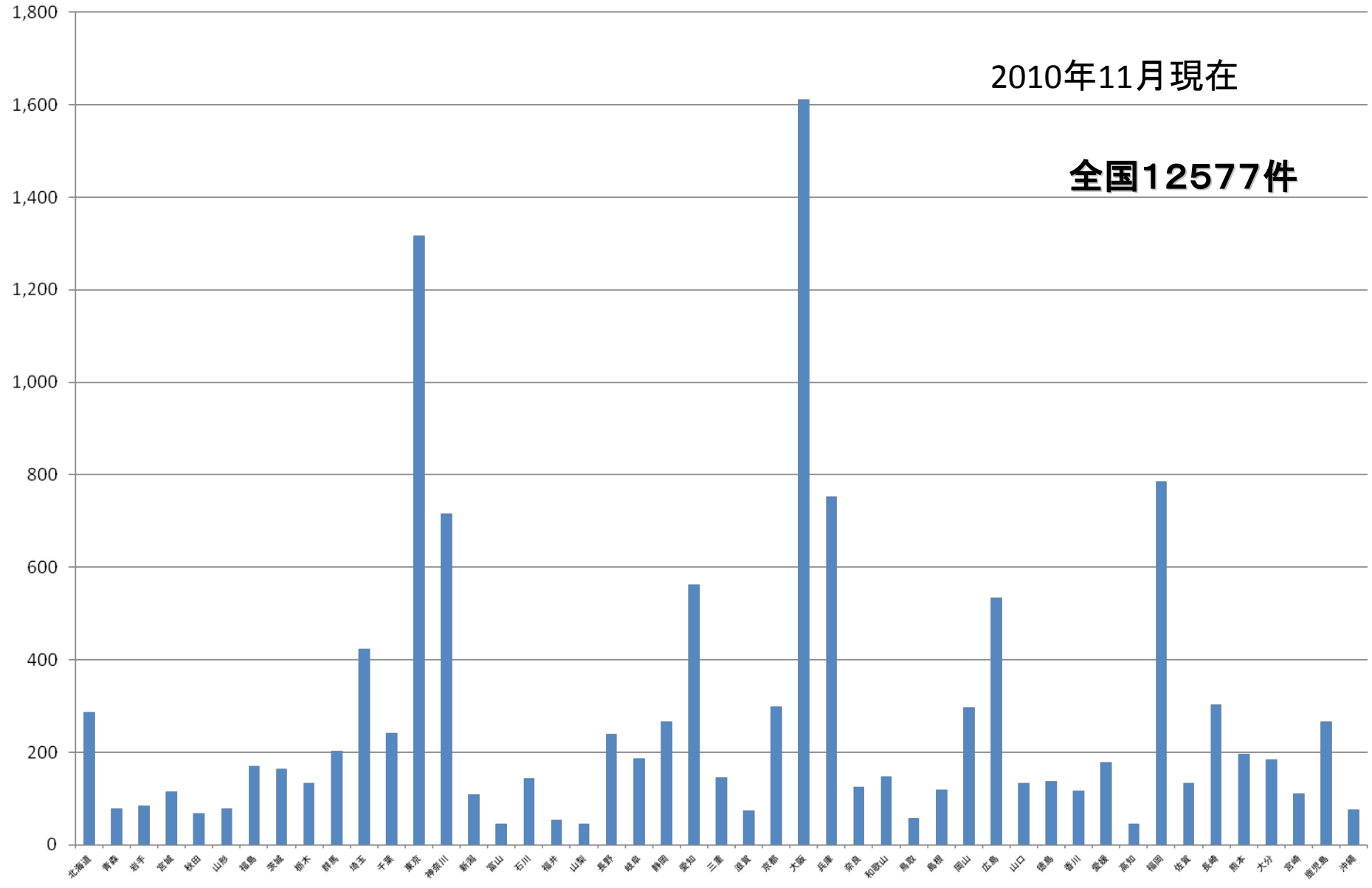
往診料や訪問
診察料に高い
加算

A診療所
在宅療養支援
診療所



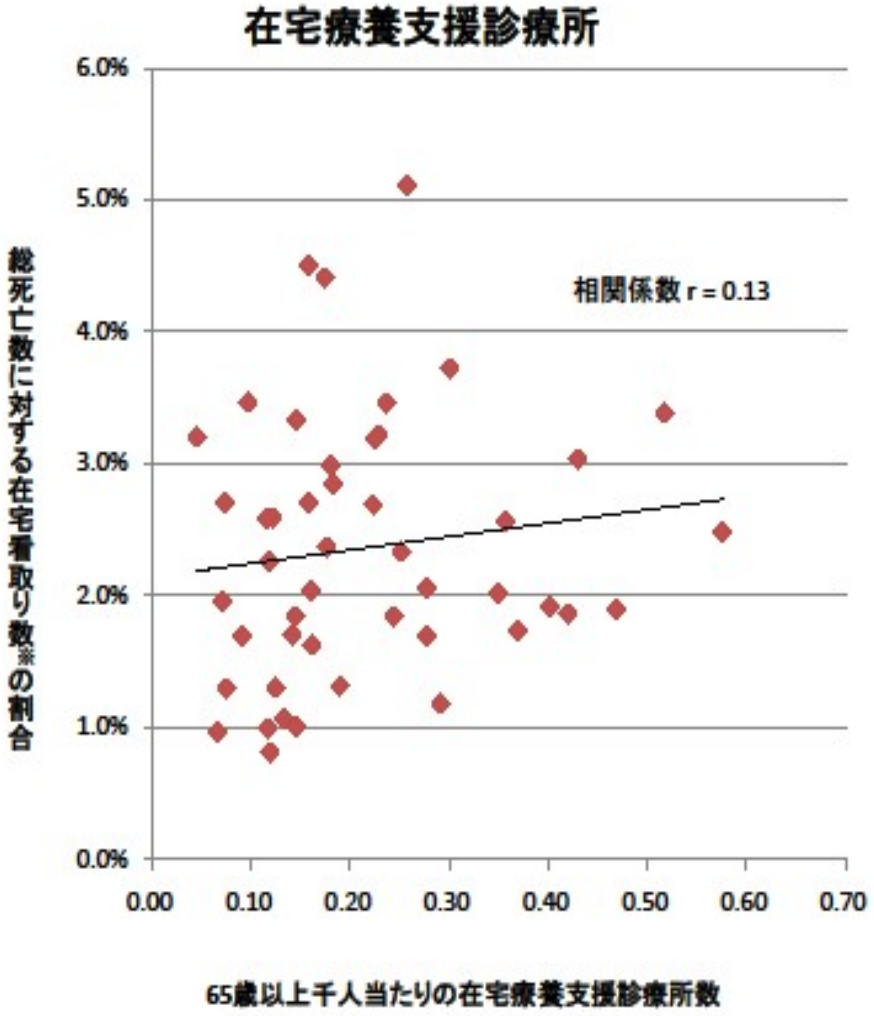
A診療所と連携している
B診療所（またはC病院）
がA診療所の代行で訪問
診療を行えば、在宅療養
支援診療所なみの高い診療
点数を算定できる

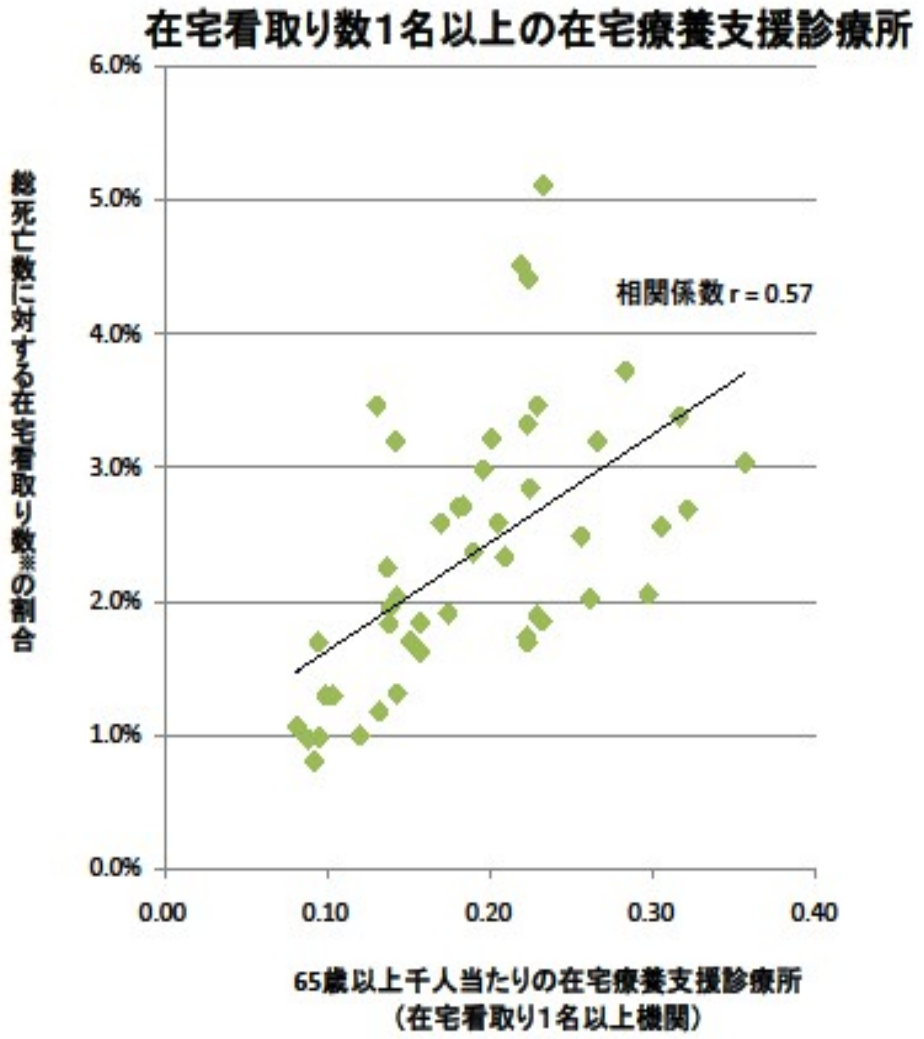
在宅療養支援診療所



※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が行っている在宅看取り数

出典）厚生労働省保険局医療課調べ（平成22年7月1日時点）

在宅療養支援診療所の課題

- 過去１年間に1人も看取りを行っていない在宅療養支援診療所が５０％に上る
- 在宅療養支援診療所の約7割は医師1人体制で、24時間対応に負担を感じている
- 在宅医療提供上の課題として緊急入院受け入れ病床の確保や24時間体制に協力可能な医師の存在が挙げられる
- 在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の役割分担が不明確

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に限定されていた**
  - **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？**

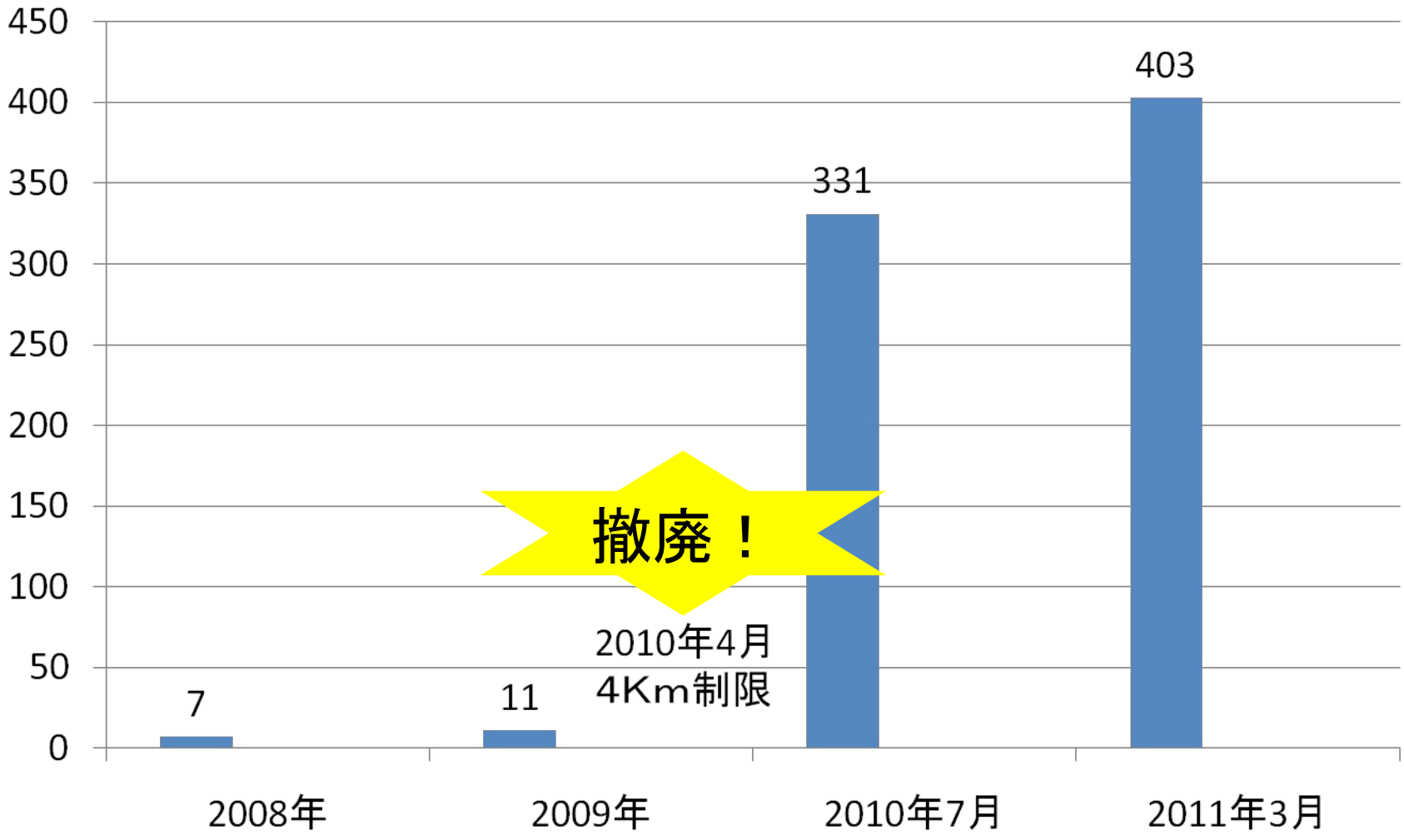
在宅療養支援病院

- **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

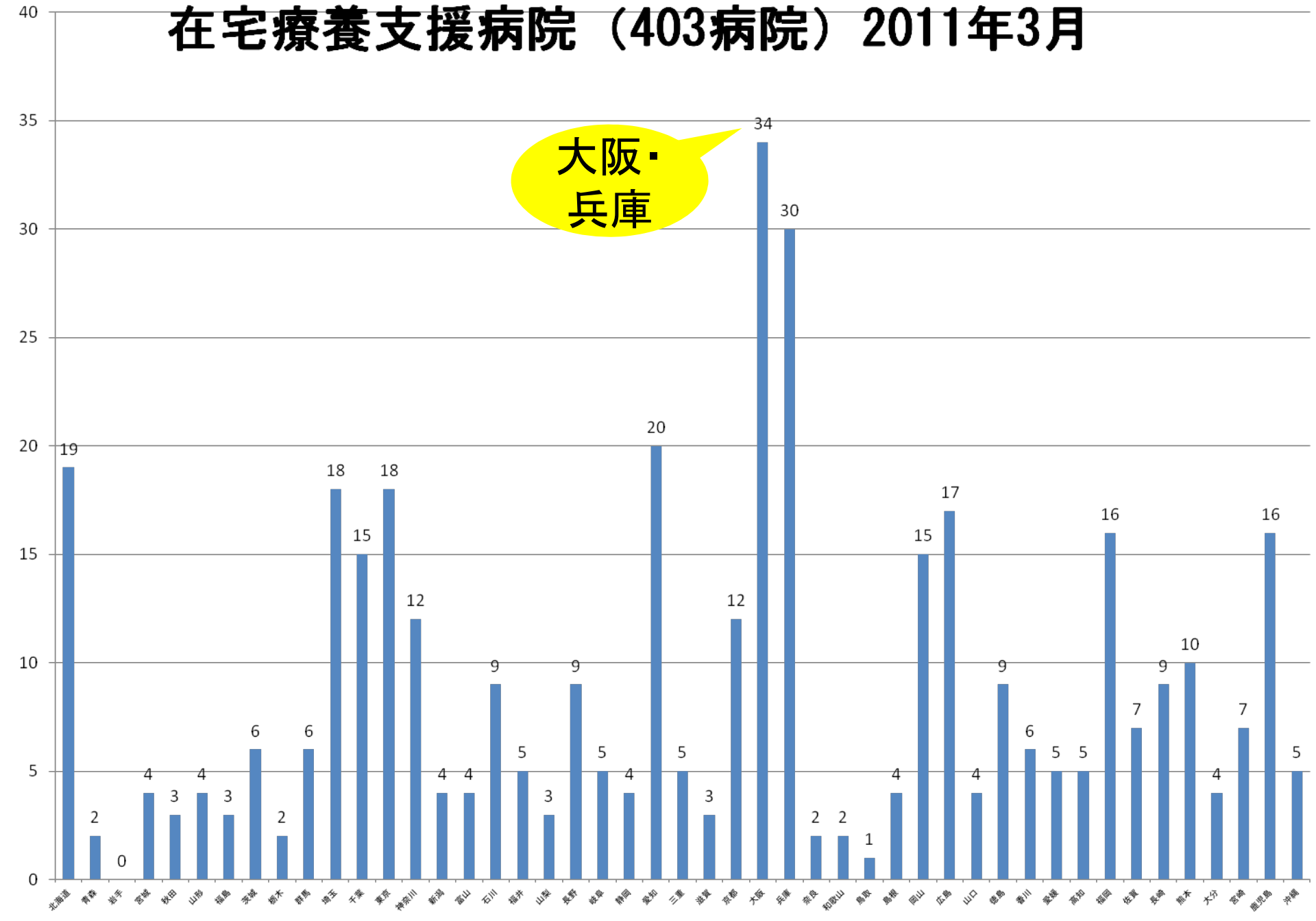
在宅療養支援病院

- **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

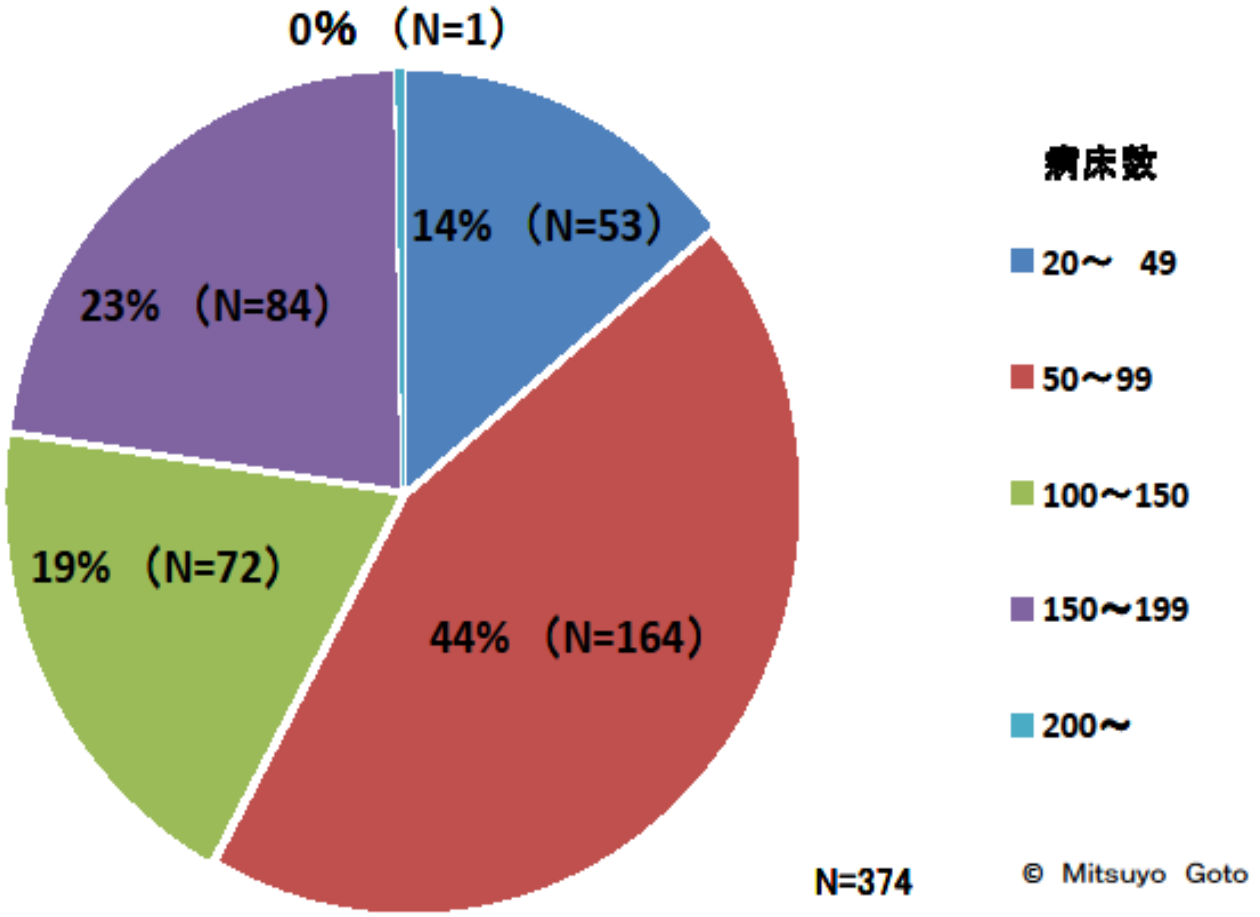
調査対象及び客体

- 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

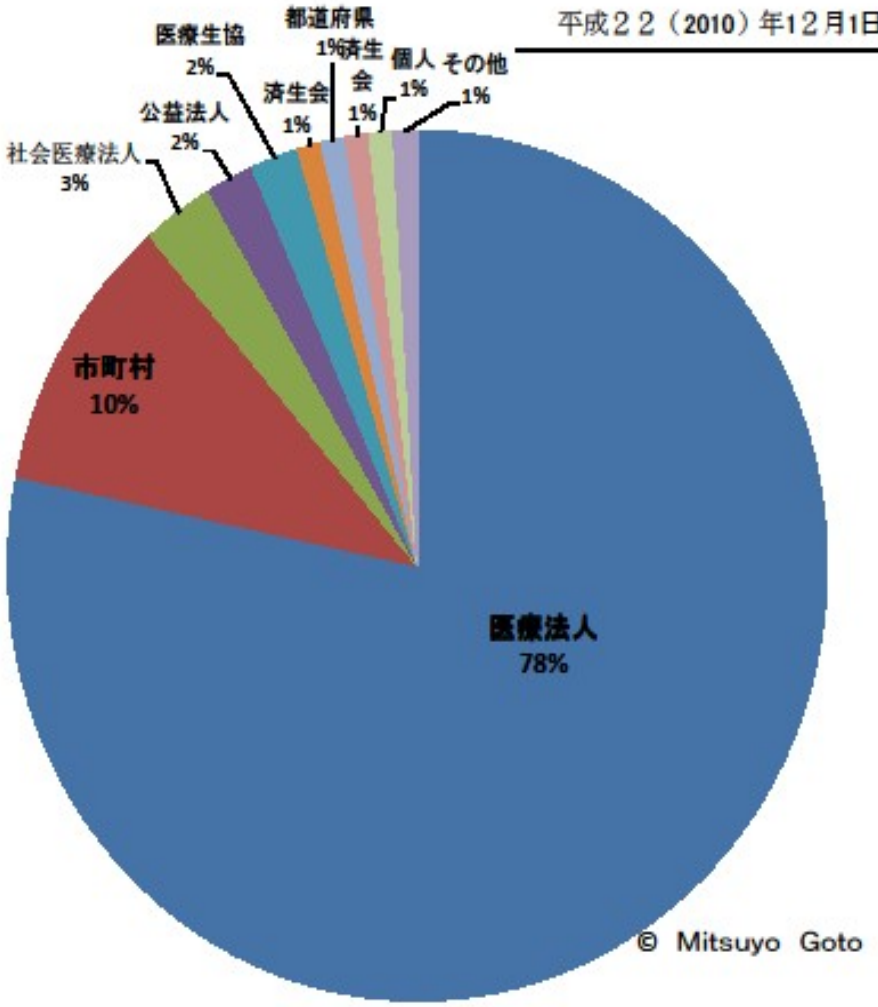


© Mitsuyo Goto

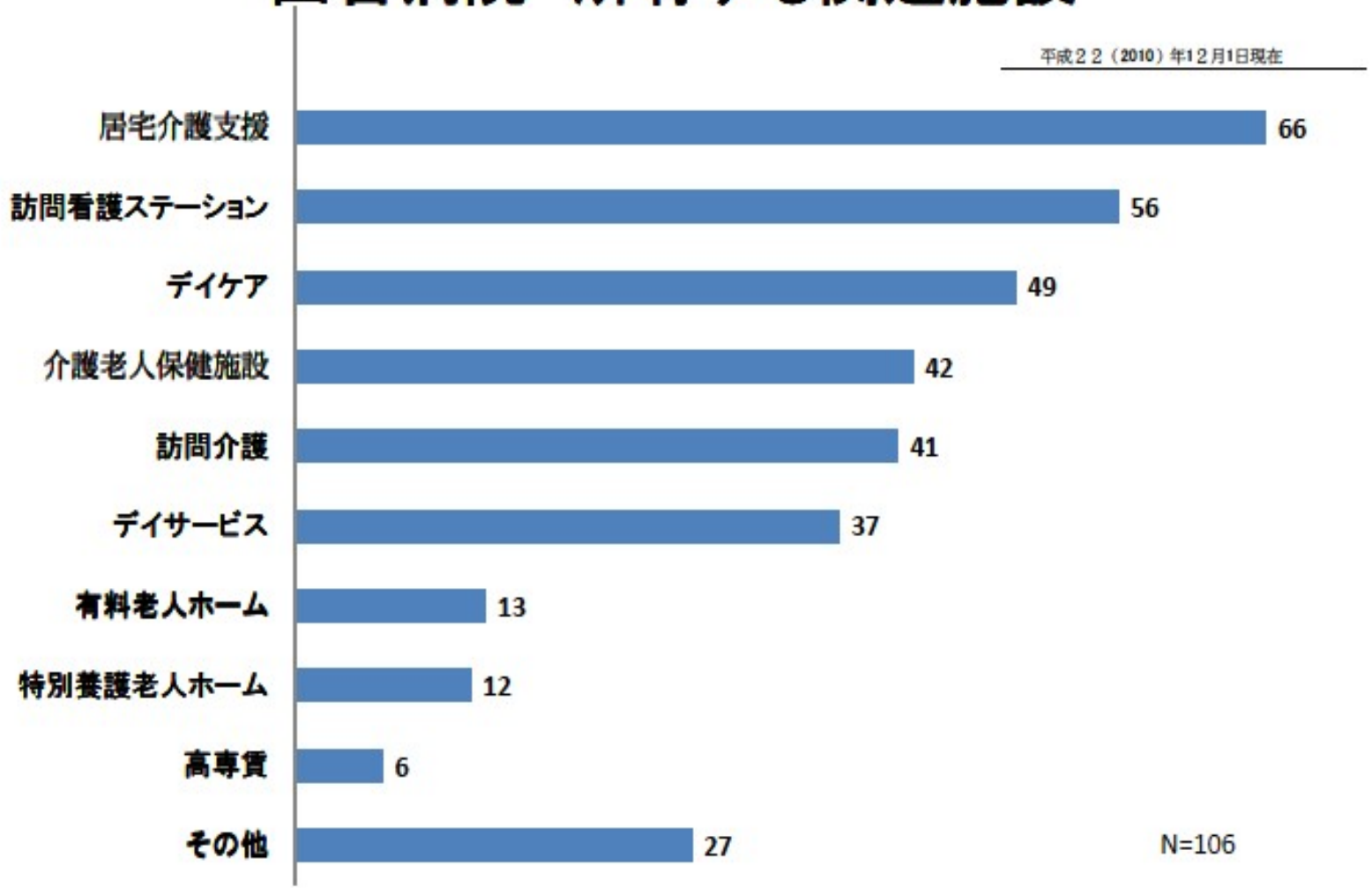
47都道府県　在宅療養支援病院
回答病院　開設主体別にみた施設数

		度数	ﾊﾟｰｾﾝﾄ
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

平成２２（2010）年12月1日現在

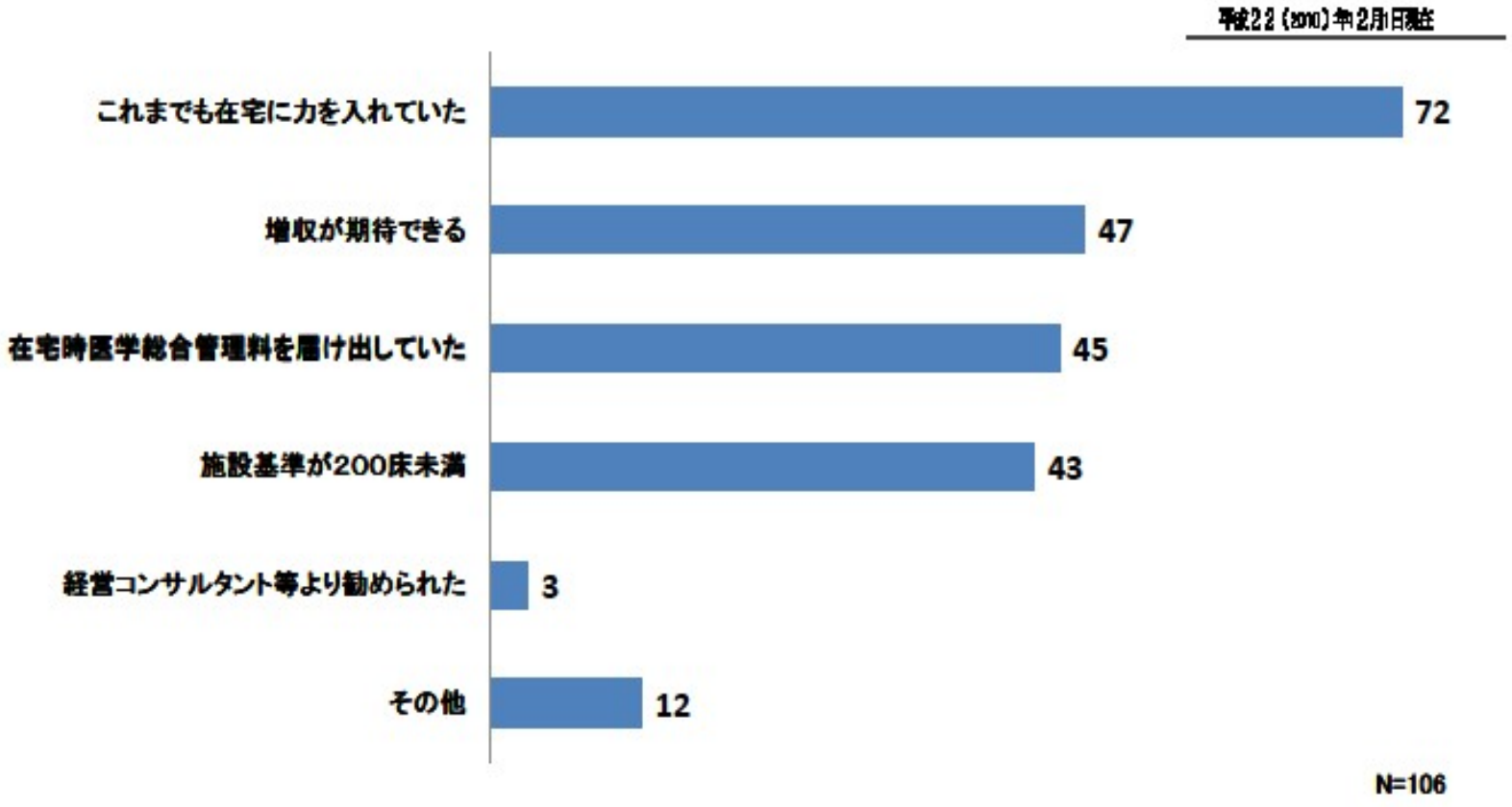


47都道府県　在宅療養支援病院
回答病院　所有する関連施設



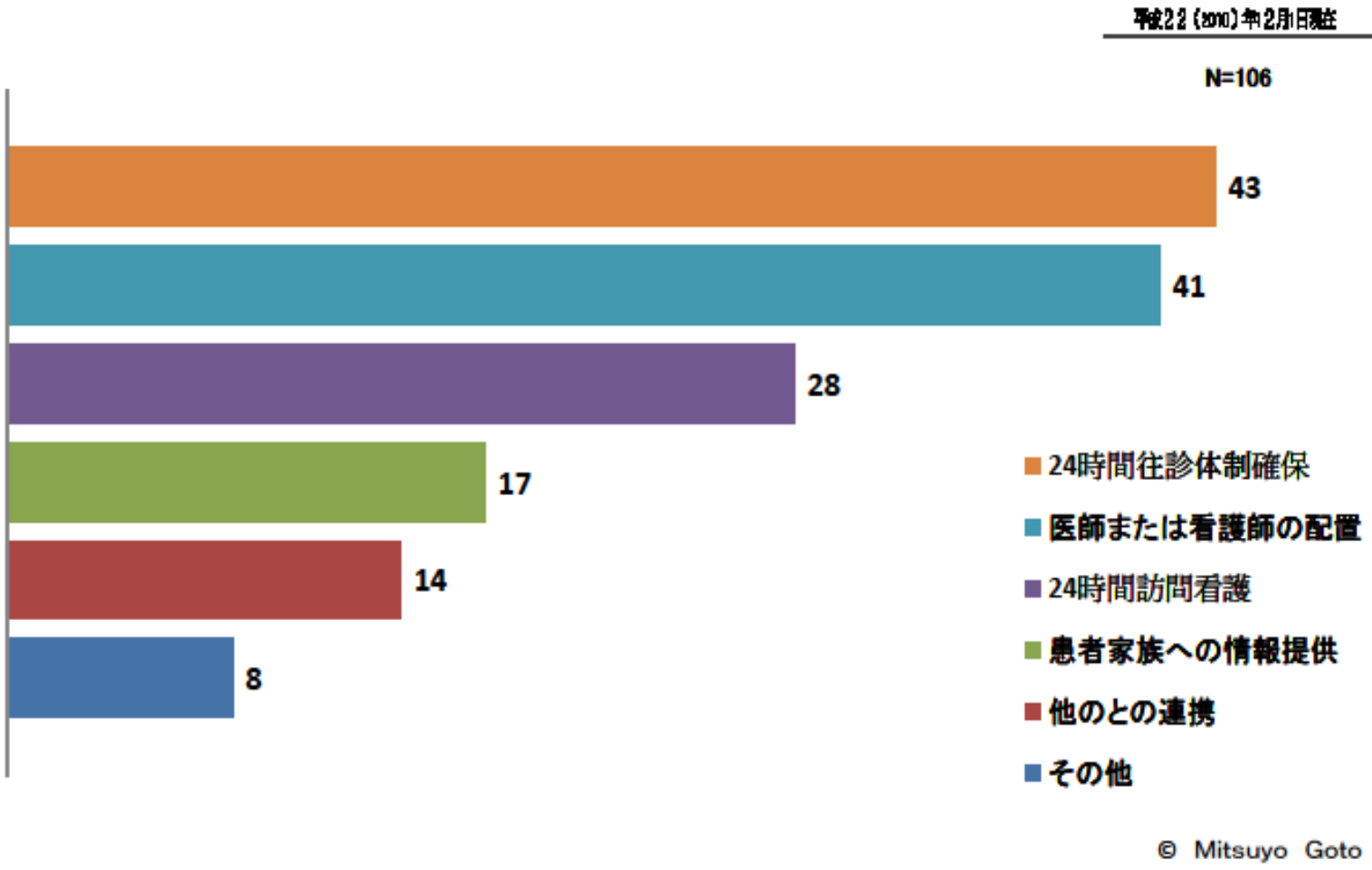
© Mitsuyo Goto

47都道府県　在宅療養支援病院
回答病院　届け出理由



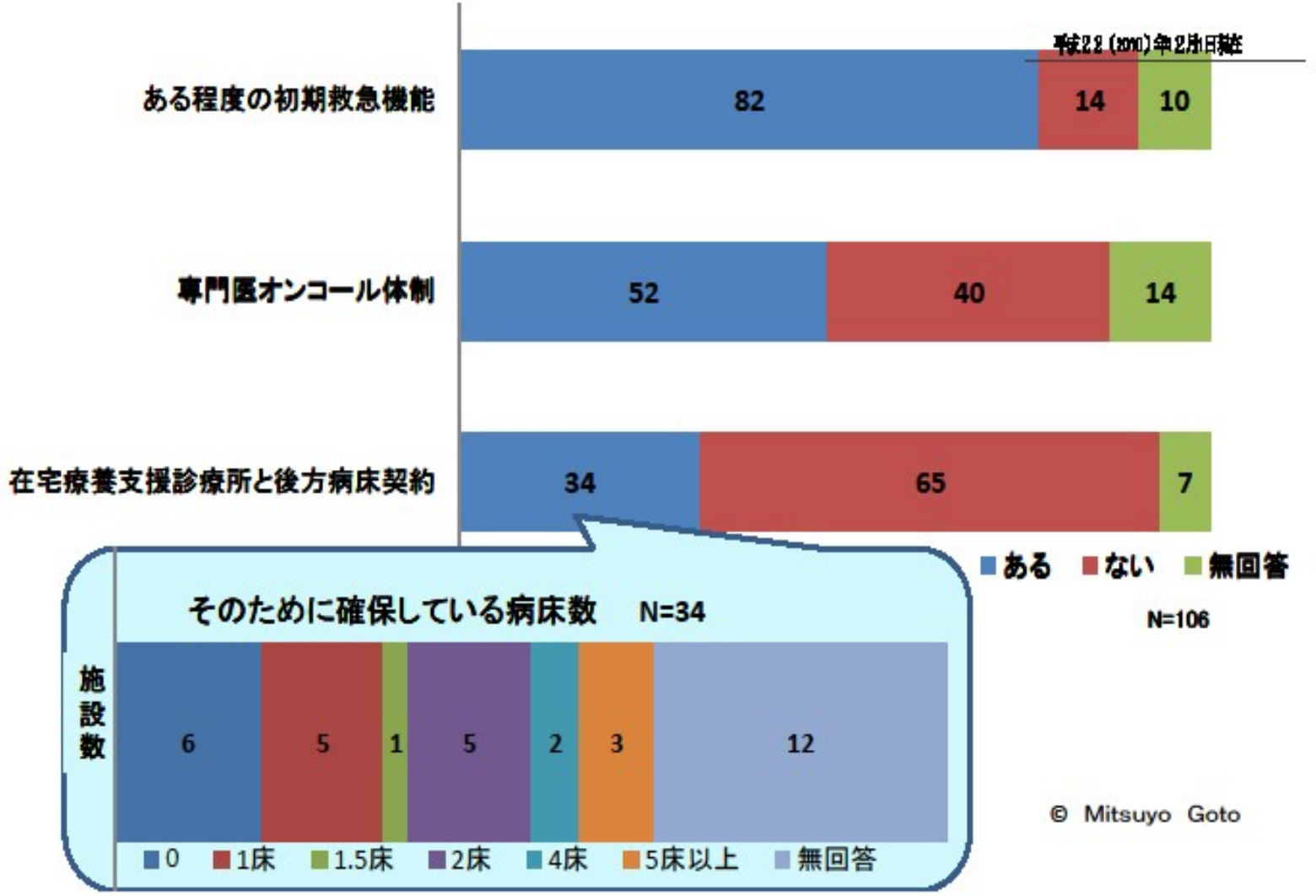
© Mitsuyo Goto

在宅療養支援病院
回答病院　施設基準で苦労した事



© Mitsuyo Goto

在宅療養支援病院
回答病院　現在の連携体制



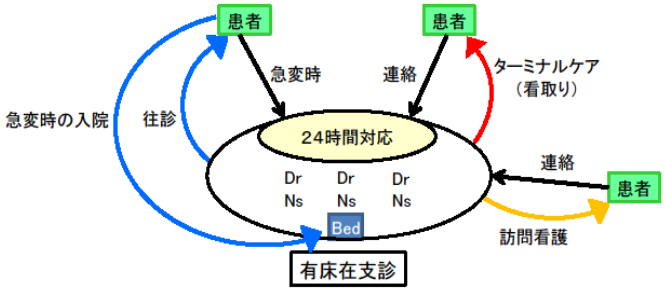
© Mitsuyo Goto

在宅療養支援診療所を3つのパターンで評価

パターン①

- 複数の医師等が在籍し、自院のみで完結する有床の在支診をイメージ

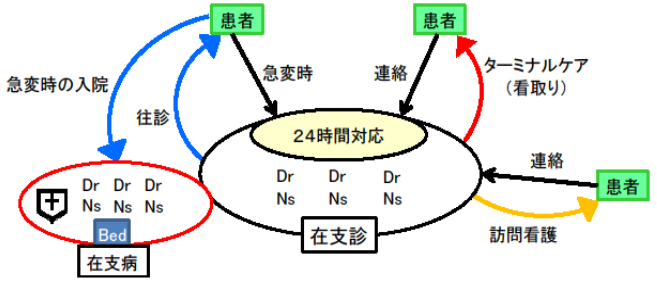
	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア(看取り)	急変時の入院
有床在支診	◎	◎	◎	◎	○



パターン②

- 複数の医師等が在籍し、ほぼ自院のみで完結するが、緊急時の入院のみ在支病と連携する在支診をイメージ

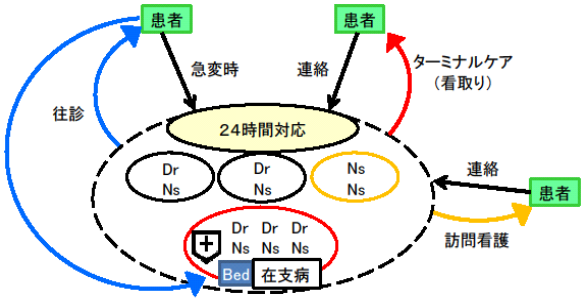
	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア(看取り)	急変時の入院
無床在支診	◎	◎	◎	◎	連携で◎



パターン③

- 在支病を含む他の医療機関等と連携・補完し合う在支診をイメージ

	訪問診療	24時間対応	急変時の対応	ターミナルケア(看取り)	急変時の入院
連携した在支診	◎	連携で◎	連携で◎	連携で◎	連携で◎



在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の役割分担

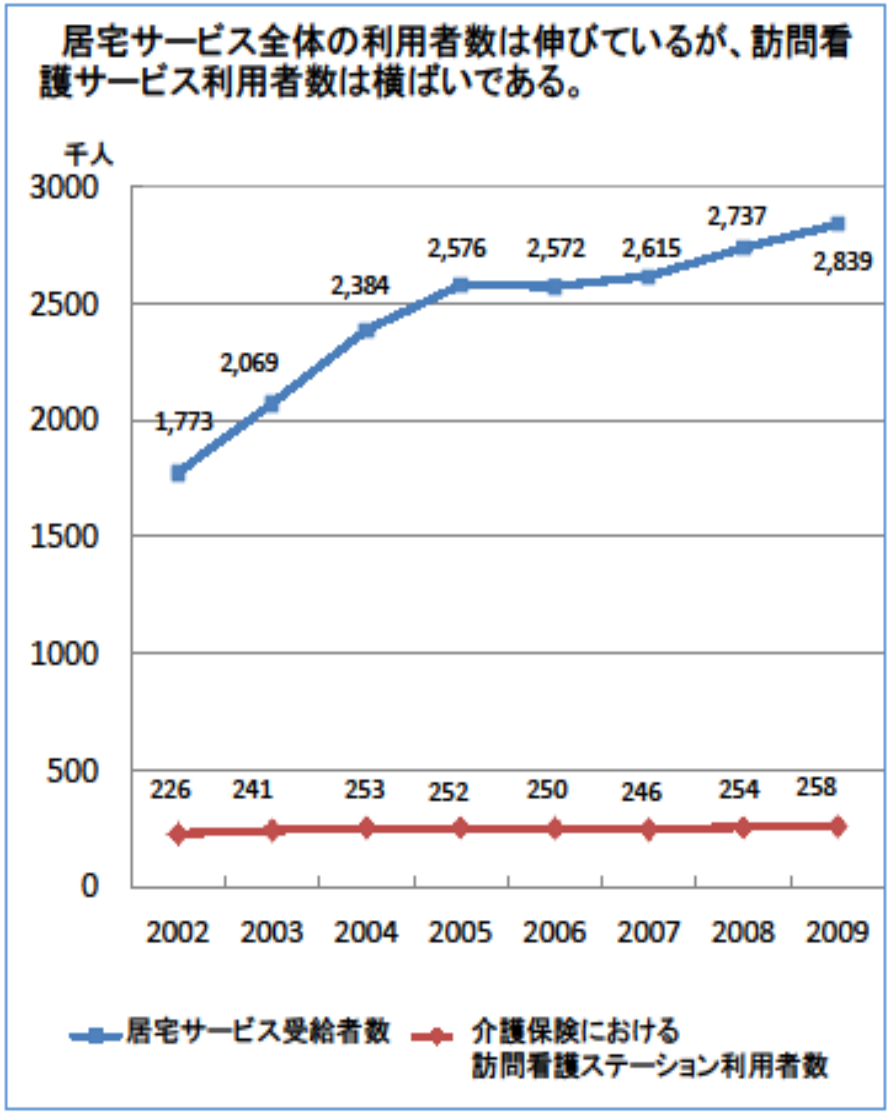
- 在宅療養支援病院Ⅰ型
  - ①在宅医の後方支援のための病床確保
    - 開放病床としてはどうか？
  - ②当直医以外の往診担当医の配置をなしとする
    - 近隣の医師と輪番制で24時間体制にあたってはどうか？
- 在宅療養支援病院Ⅱ型
  - 自院で積極的に訪問診療を実施

訪問看護ステーション

伸びなやむ訪問看護ステーション

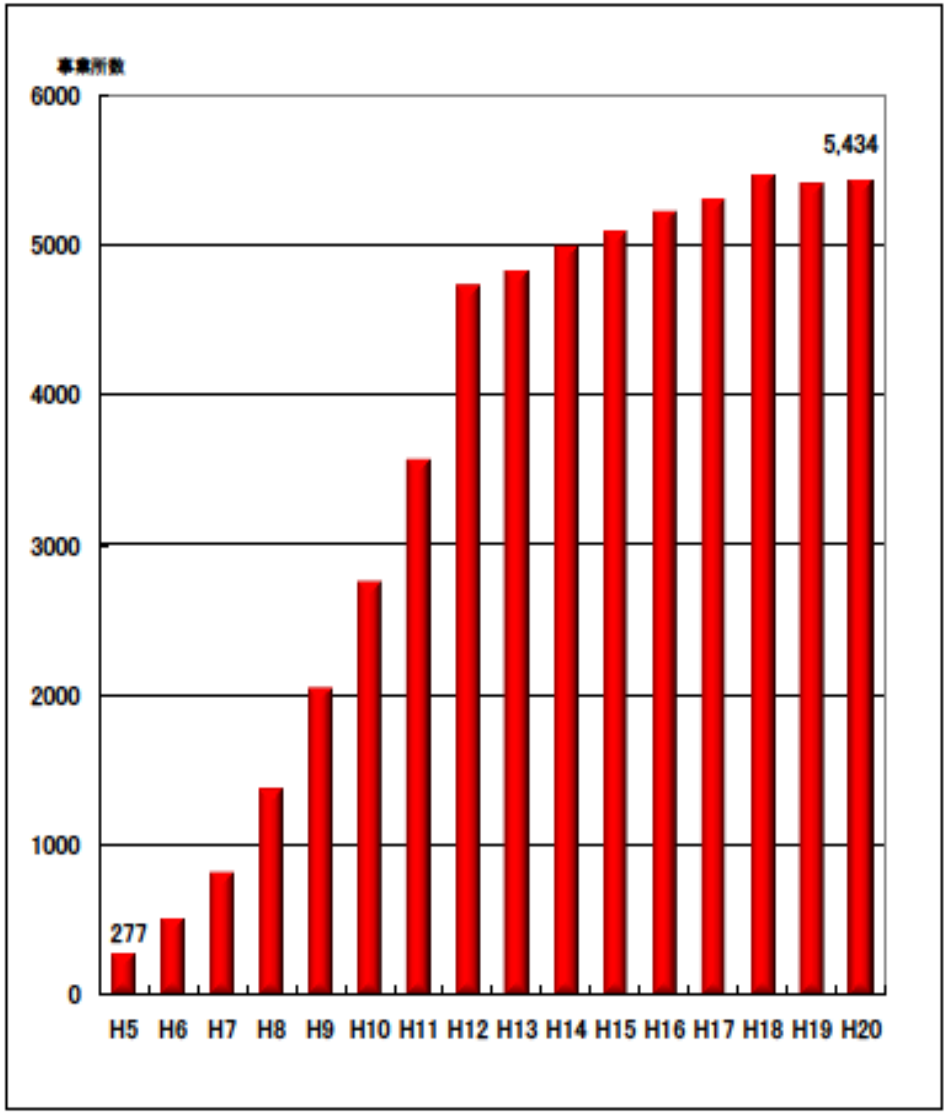
訪問看護サービス利用者数と訪問看護ステーション数の推移

■居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移



出典）厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年5月審査分)

■訪問看護ステーション数の変化

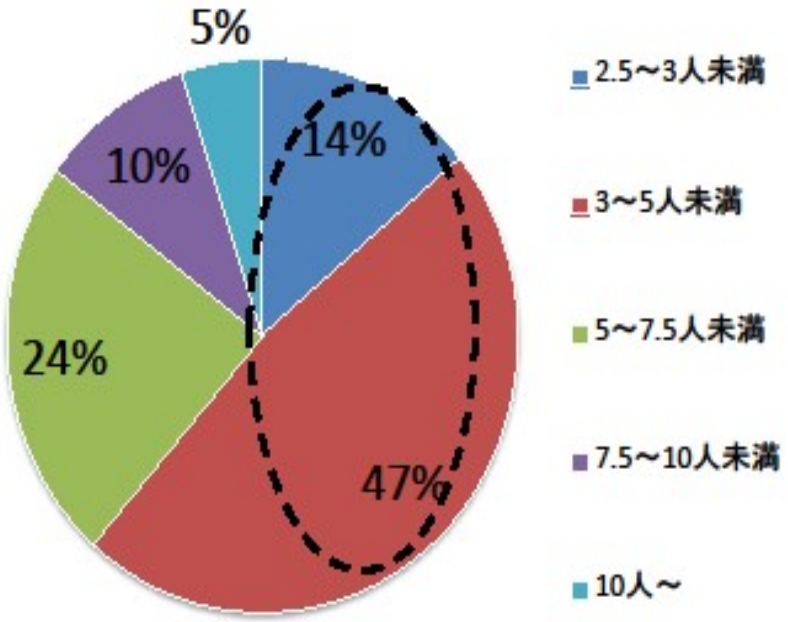


出典）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

訪問看護事業所の規模別状況①

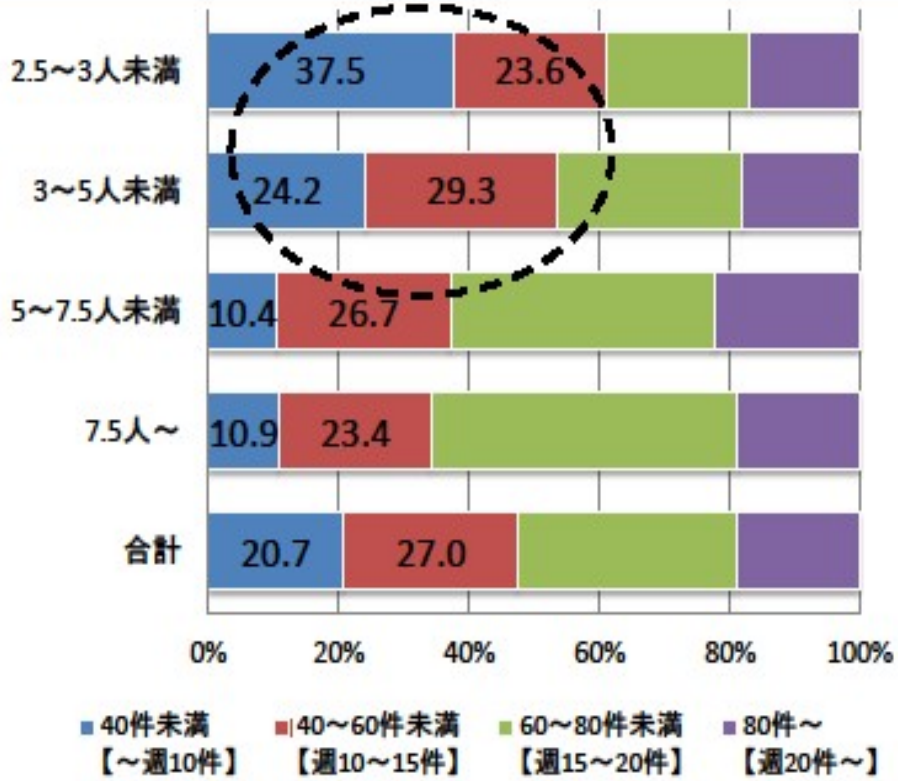
○ 5人未満の小規模な訪問看護事業所が約60%を占めている。
○ 小規模な訪問看護事業所であるほど職員一人当たりの訪問件数（医療保険と介護保険の合計数）が少ない。

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

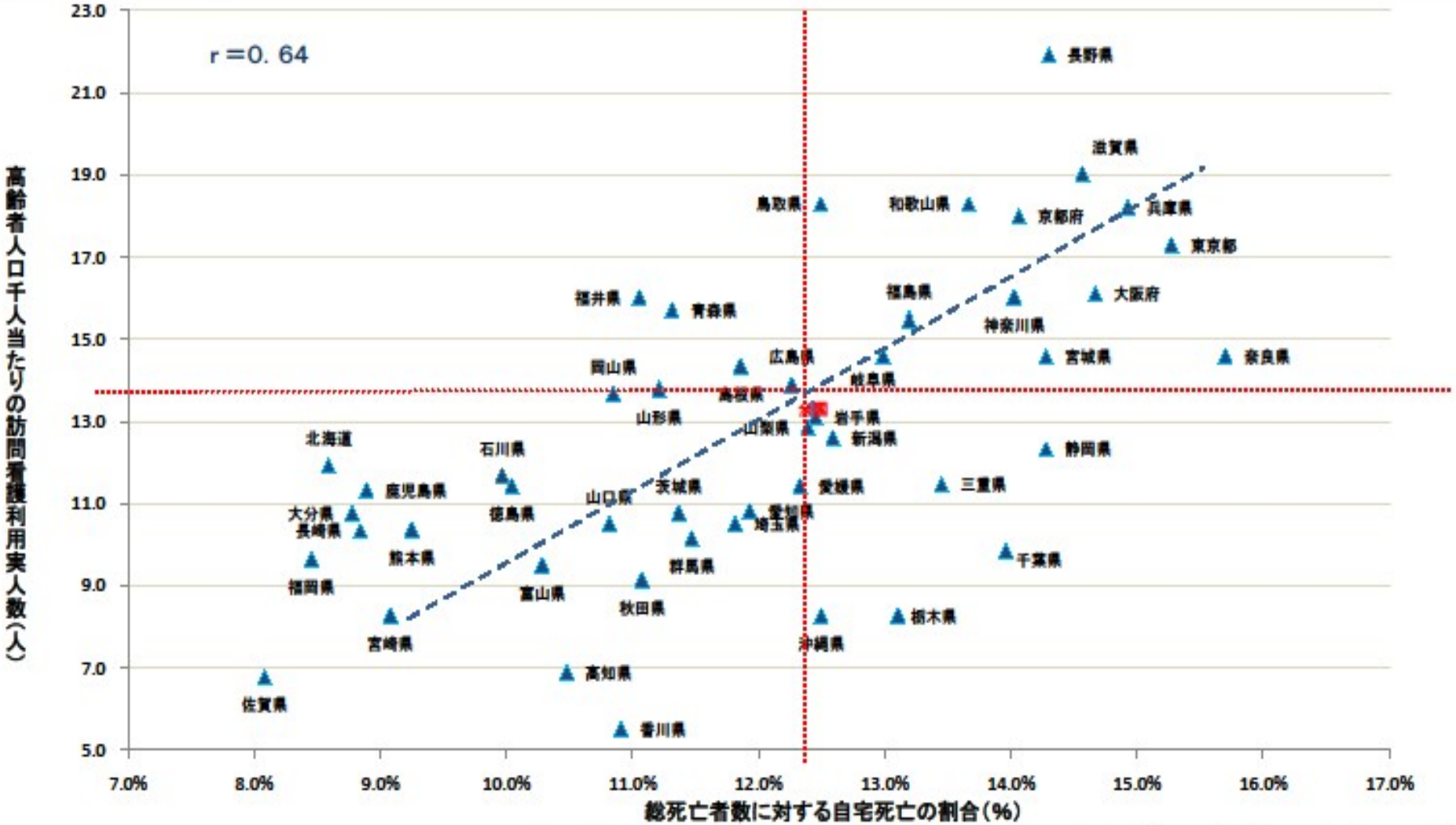
職員※数規模別にみた職員一人月当たりの訪問看護件数（N=1,556）



出典）（社）日本看護協会 平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」より作成

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

○ 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
（最多は長野県、最少は香川県）
○ 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



出典）厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」(平成21年)，厚生労働省「人口動態統計」(平成21年)より作成

伸び悩み要因

①人材の確保・定着の課題

- 高い離職率、人材確保の難しさ
- 確保・定着の問題の背景には、処遇の悪さ
- 新人看護職員を教育・育成する体制が不足

②事業運営の課題

- 医療保険と介護保険で制度的な齟齬があり、経営管理が難しい
- 直接的ケア以外に周辺業務が多く、看護職がそれらの業務に携わっている場合は多くの訪問ができない

③ケアマネジメントの課題

- ケアマネジャーは、「支給限度額」「訪問看護の必要性の判断」に課題を感じている

訪問看護の現状の課題

- 退院直後などの医療ニーズの高い患者への訪問看護が十分でない
  - 退院後、病状が落ち着くまでに1週間以上2週間未満の期間が必要
- 5人未満の小規模訪問看護ステーションが65%を占めている。職員数が少ないと24時間対応の負担が大きい
- 環境整備や体位変換など「看護職員以外の実施可能」な業務が一定程度ある
- 訪問看護ステーションから看護職員と介護職員の2名以上で訪問したケースが3割を占めるが、複数名訪問看護加算は同行者が看護補助者や介護職員では算定できない

訪問看護改訂の方向

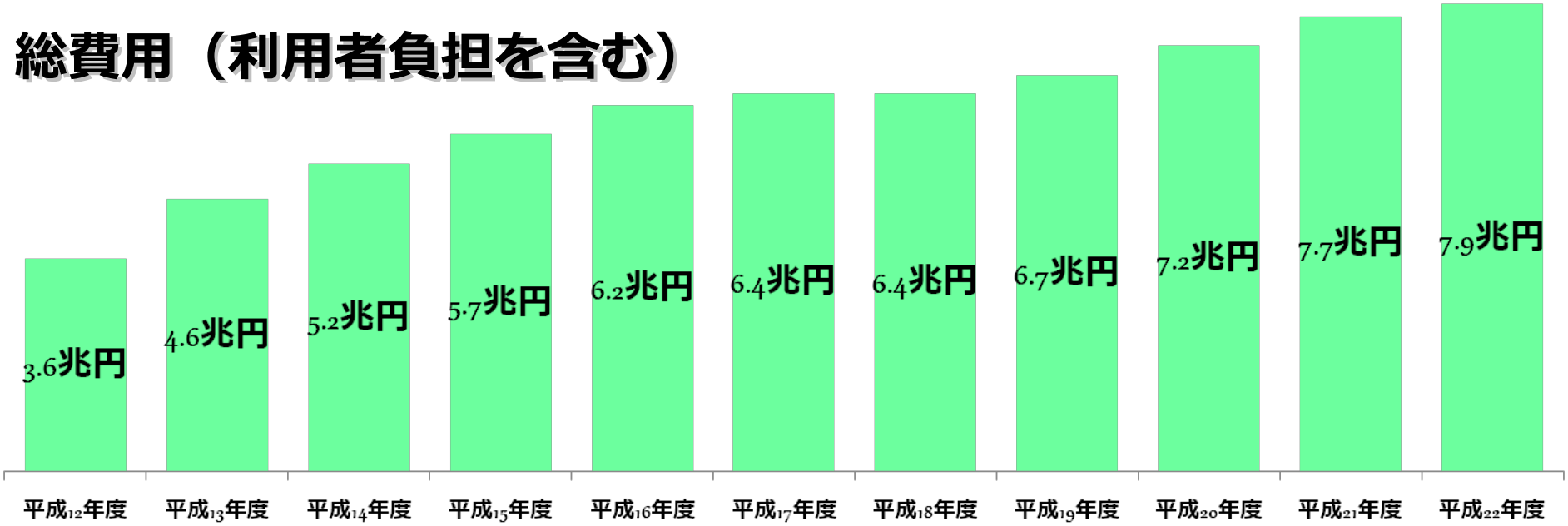
- 医療ニーズの高い患者への手厚い訪問看護に対する評価
  - 要介護認定者であっても例外的に医療保険の適応となる「特別訪問看護指示書」に基づく訪問看護について、指示書を交付できる対象を拡大
- 複数名訪問看護加算の要件を緩和
  - 複数名訪問看護加算の要件を緩和し、看護補助者や介護職員が同行した場合の点数を新設

パート4
2012年介護報酬改定

社会保障審議会･介護給付費分科会

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〕

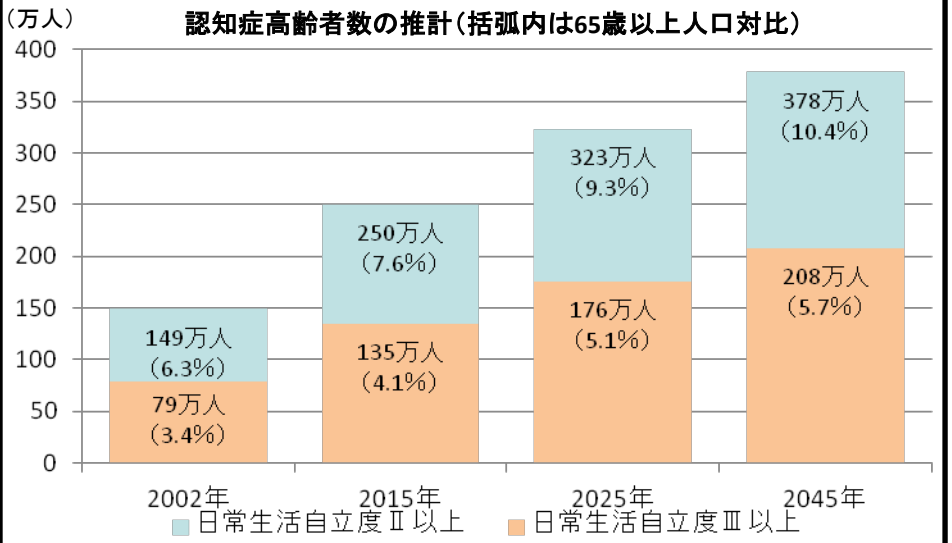
第１期	第２期	第３期	第４期
（平成12～14年度）	（平成15～17年度）	（平成18～20年度）	（平成21～23年度）
2,911円	3,293円	4,090円	4,160円
	（+13%）	（+24%）	（+1.7%）

今後の介護保険を取り巻く状況について

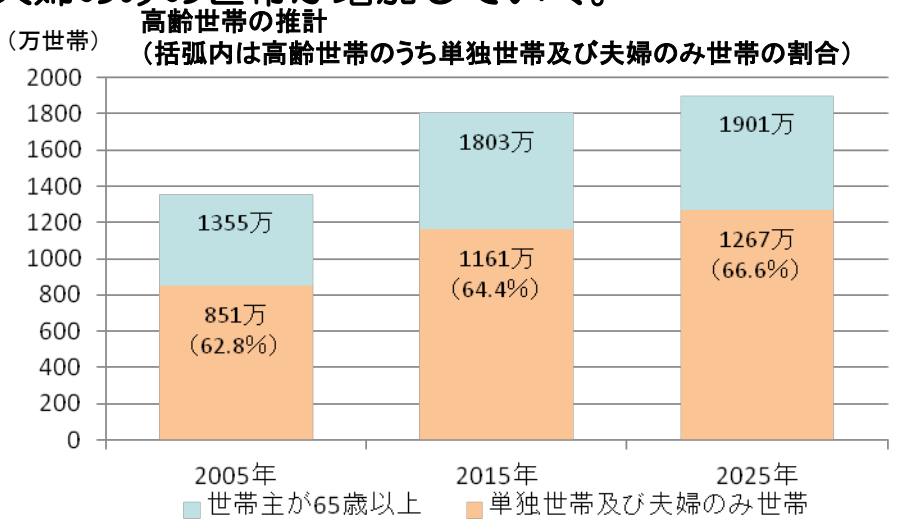
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	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。



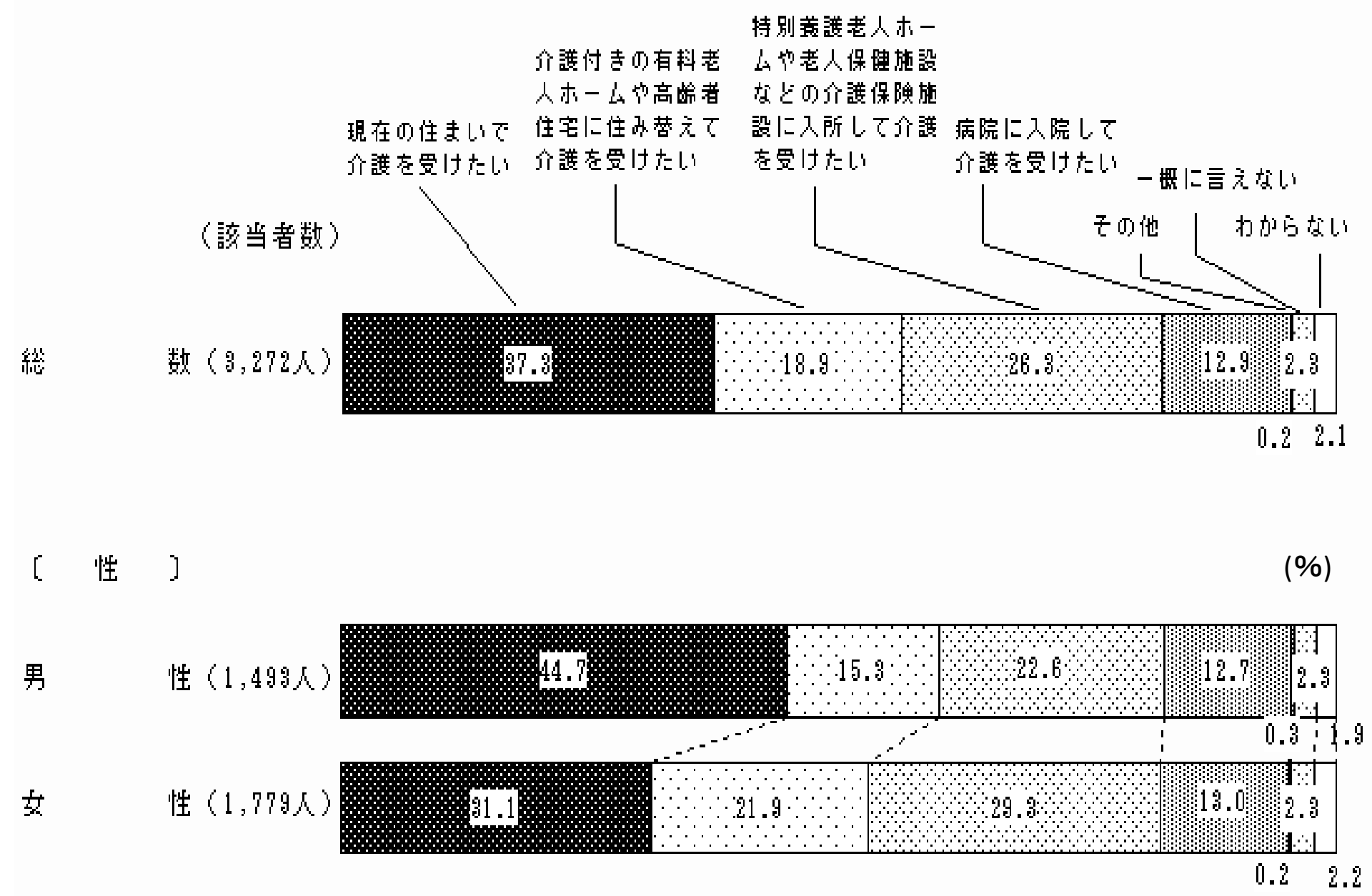
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



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



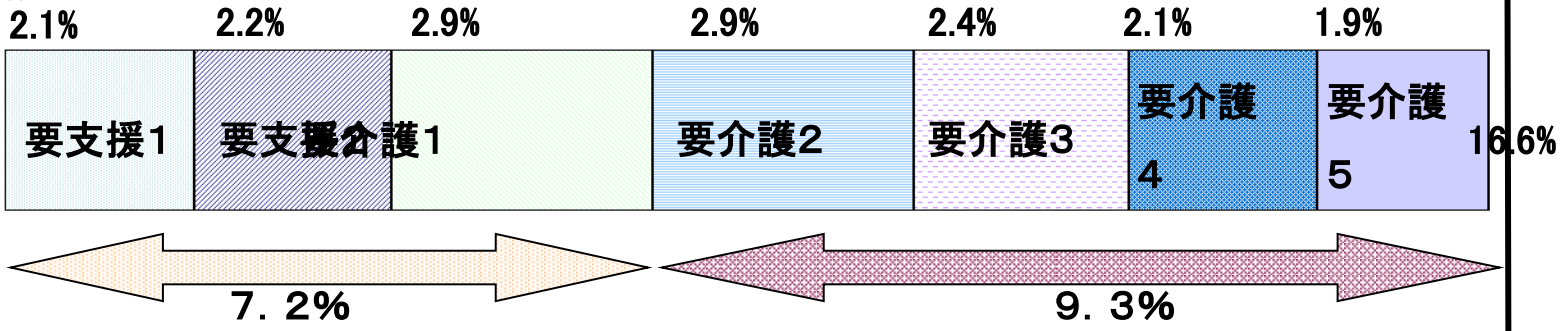
出典：内閣府 介護保険制度に関する世論調査(平成22年9月)

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

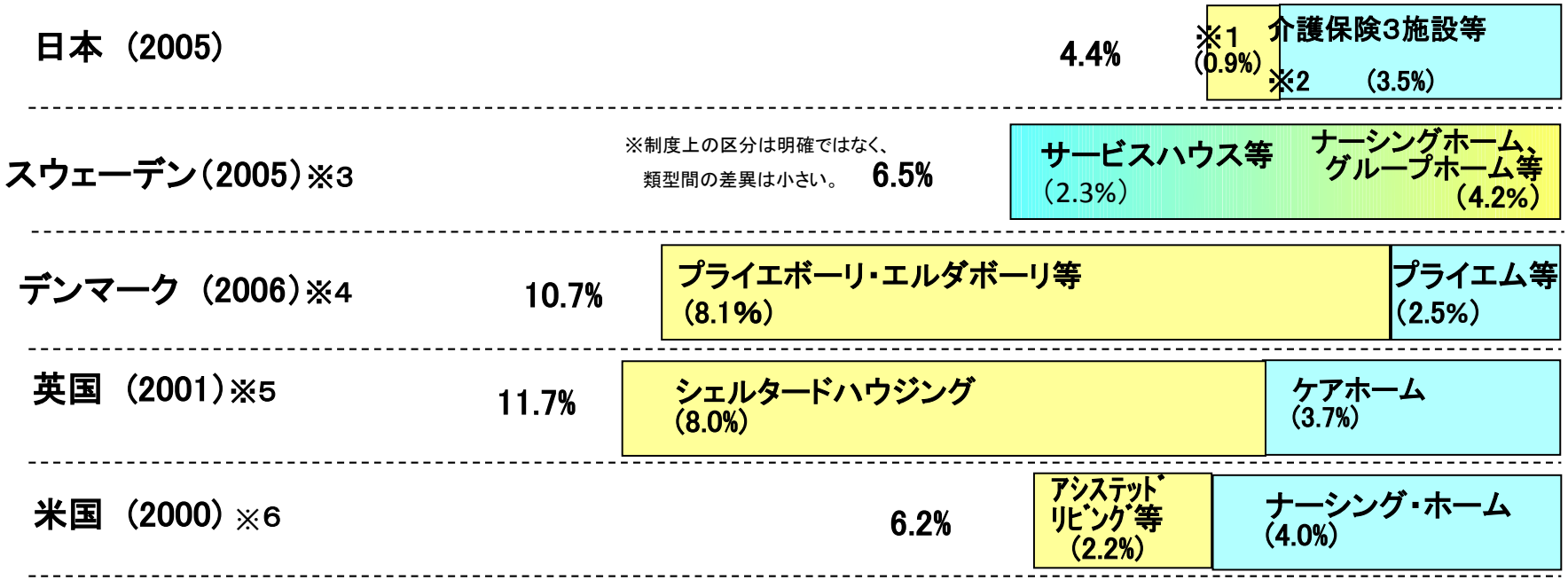
○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

【出典】平成22年6月　介護保険事業状況報告

○要介護度別認定者割合

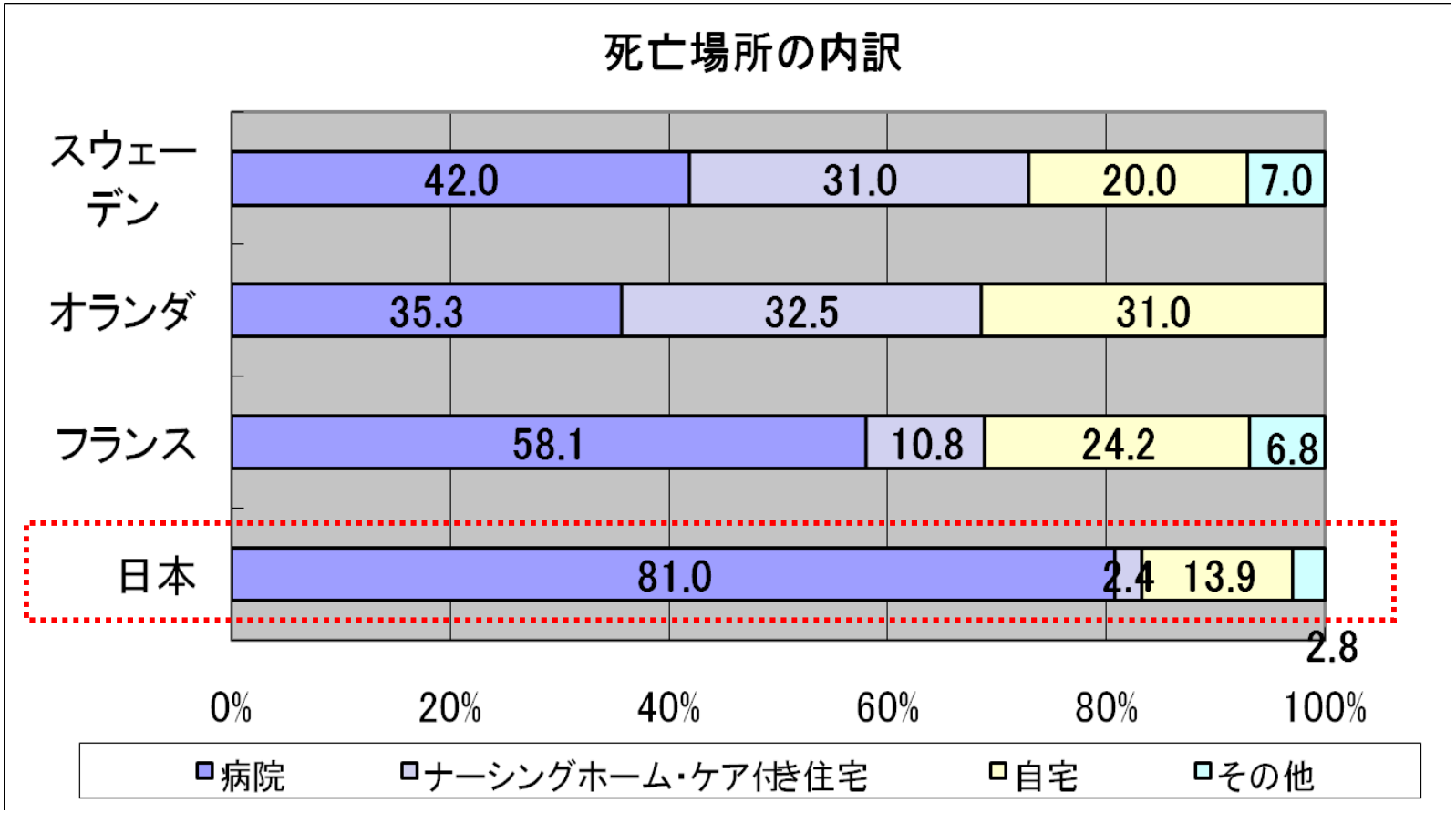


○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）



※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)



(注)「ナーシングホーム・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 Dögen 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 Etudes Demographic 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」

2012年介護報酬改定の基本方針

地域包括ケアシステム

2012年介護報酬改定の基本方針

- １　地域包括ケアシステムの基盤評価
  - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
  - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居宅系サービスの提供
- ２　医療と介護の役割分担・連携強化
  - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
  - ②介護施設における医療ニーズへの対応
  - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への
包括的な支援（地域包括ケア）を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、**継続的**（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）**に行われることが必須。**

①医療との連携強化
・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化
・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進
・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）
・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。
（「地域包括ケア研究会報告書」より）

地域包括ケアシステムのイメージ

認知症患者へのサービス
複合型サービス
小規模多機能型居宅介護
（訪問看護と組み合わせた
複合型サービスを含む）
グループホーム

在宅療養支援病院

定期巡回・随時対応型
訪問介護看護

在宅療養支援診療所

介護保険施設

サービス付高齢者向け住宅などの住まい

NPO，
住民参加、企業
、自治体など

日経ヘルスケア2012年1月号より著者改変

地域包括ケアシステムを支える３つの新規サービス

- ①定期巡回･随時対応型訪問介護看護
  - 改正介護保険法（2011年6月）
- ②複合型サービス
  - 介護給付費分科会（2011年5月）
- ③サービス付高齢者向け住宅
  - 改正高齢者住まい法（2011年10月）

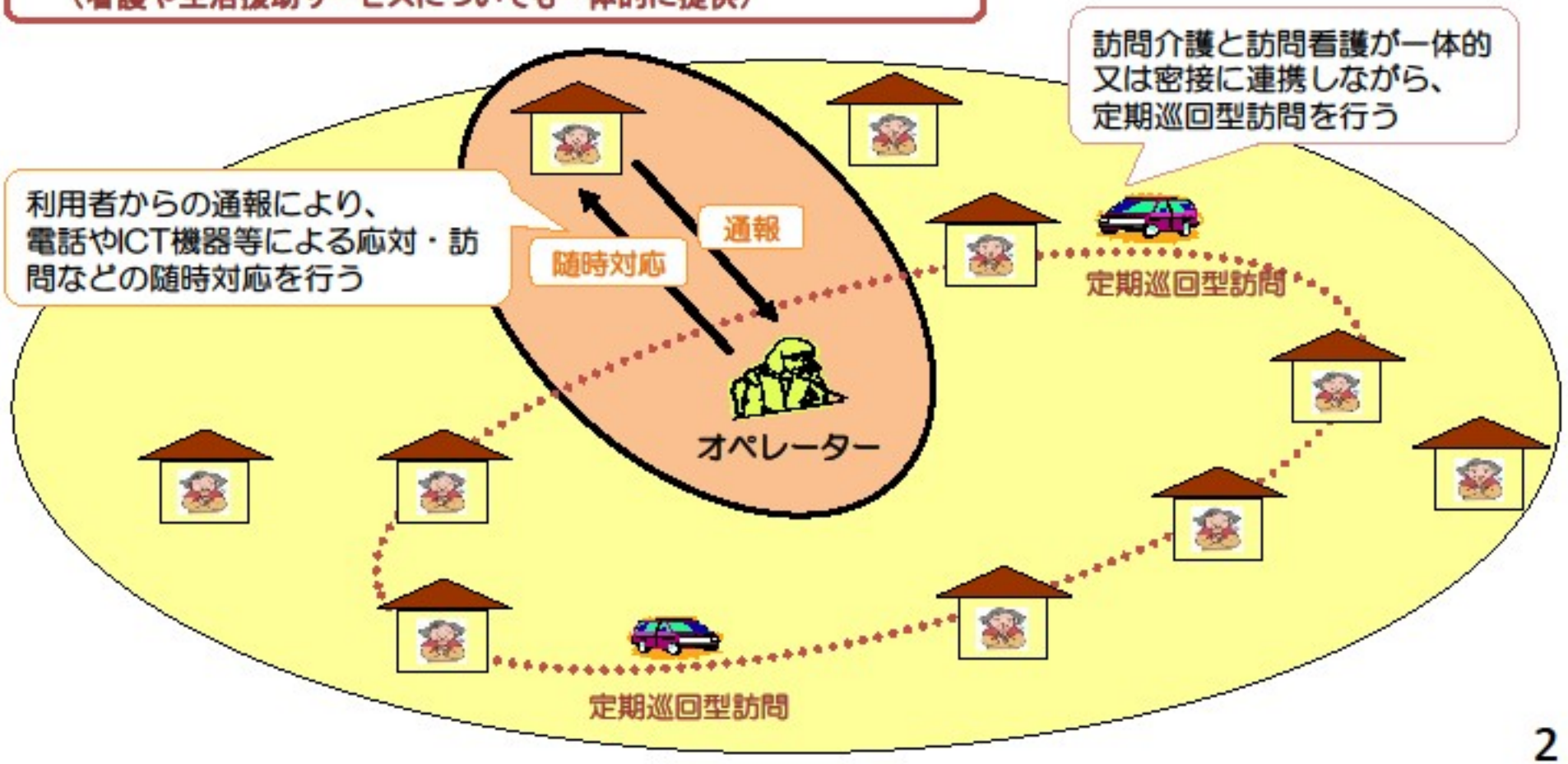
①定期巡回･随時対応型訪問介護看護

改正介護保険法（2011年6月）

Ⅰ　制度概要について

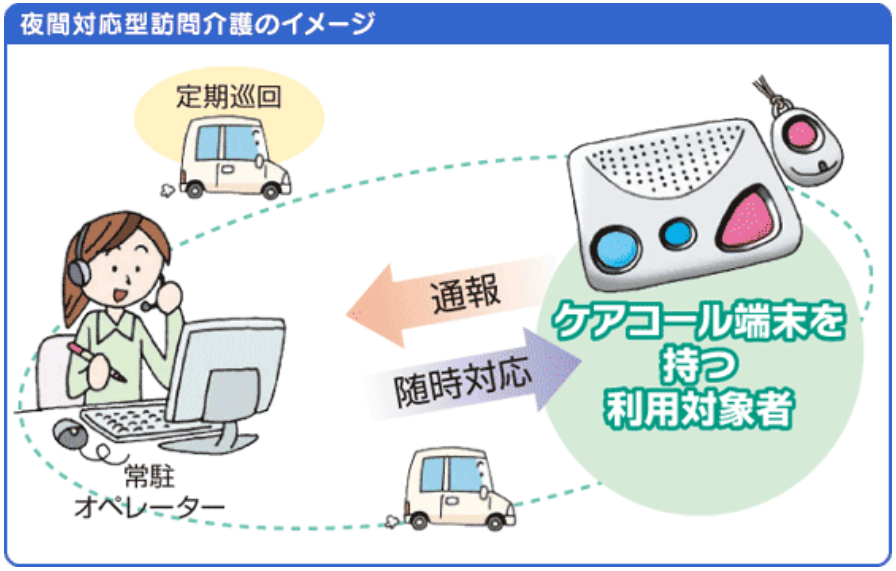
○　重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成２４年４月）。

○ 地域密着型サービスの一類型として創設
○ 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
○ 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



24時間対応型訪問介護サービス例

- 随時訪問の代表例（複数回答）
  - ①ベッドや車椅子からのずり落ち（46%）
  - ②オムツ交換・トイレ介助（46%）
  - ③トイレやお風呂で転倒（26．9%）
  - ④体調が悪い（11．5%）
  - ⑤何となく不安（7．7%）



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

②複合型サービス

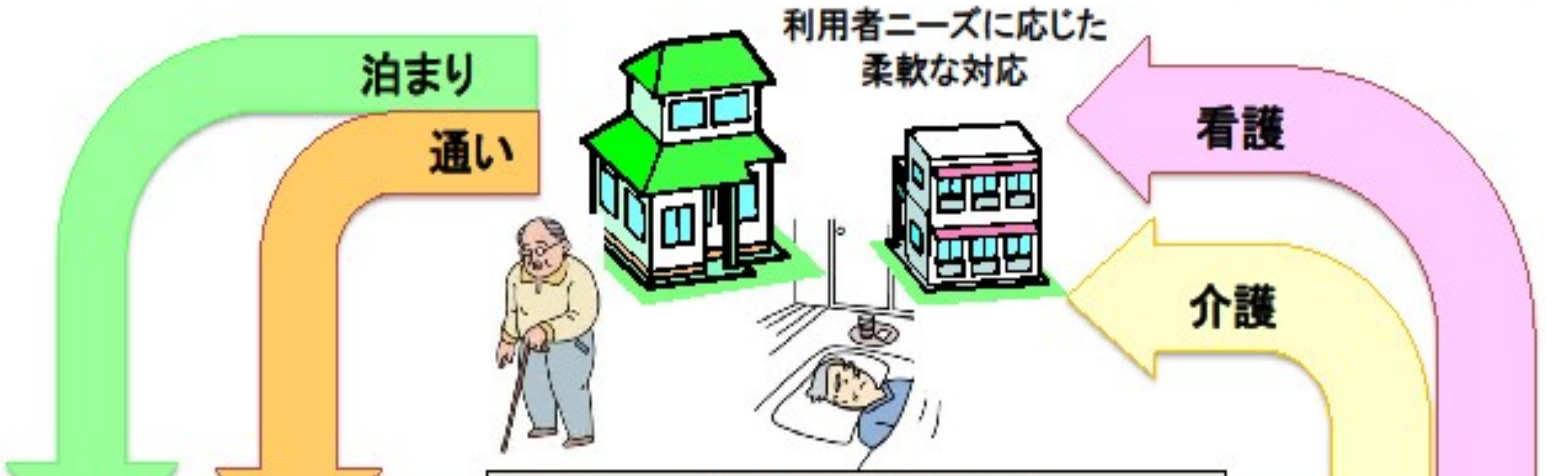
小規模多機能型居宅介護と
訪問看護との組み合わせサービス

介護給付費分科会（2011年5月）

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概要（イメージ図）

○ 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



○要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする
○別々に指定しサービス提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能
○事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

出典：第74回社会保障審議会介護給付費分科会（2011年5月13日） 資料2

③サービス付高齢者向け住宅

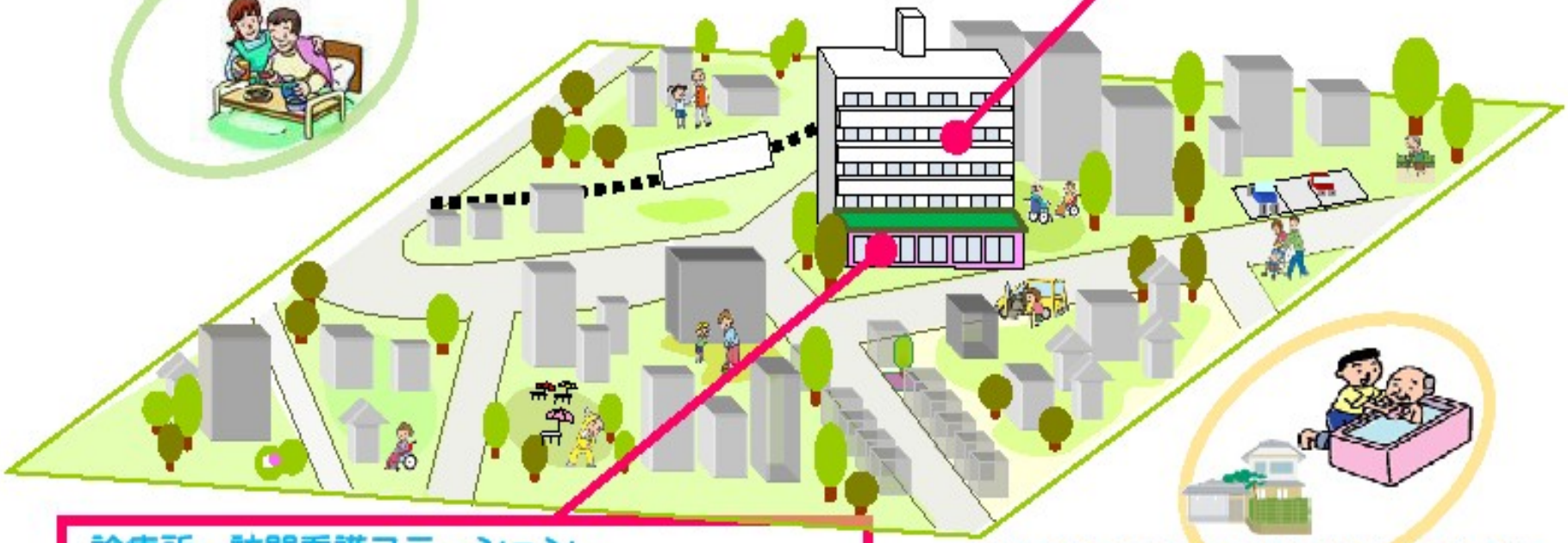
改正高齢者住まい法（2011年10月）

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護
「定期巡回・随時対応サービス」
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅
（国土交通省・厚生労働省共管）
→高齢者住まい法改正により創設



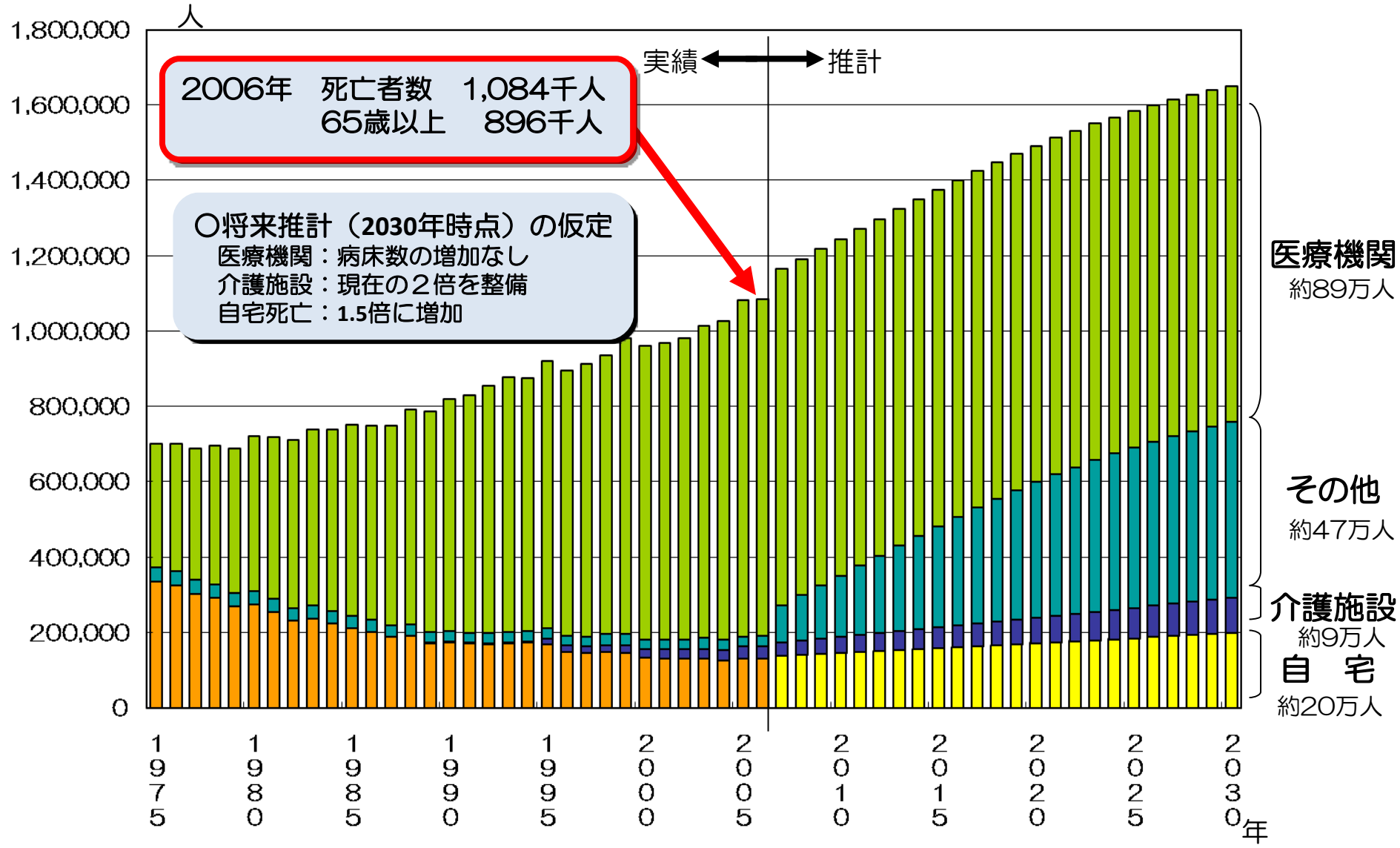
住み慣れた環境で必要なサービスを
受けながら暮らし続ける

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、
定期巡回・随時対応サービス（新設）

パート5
在宅終末期ケア連携

団塊の世代の死に場所探し

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



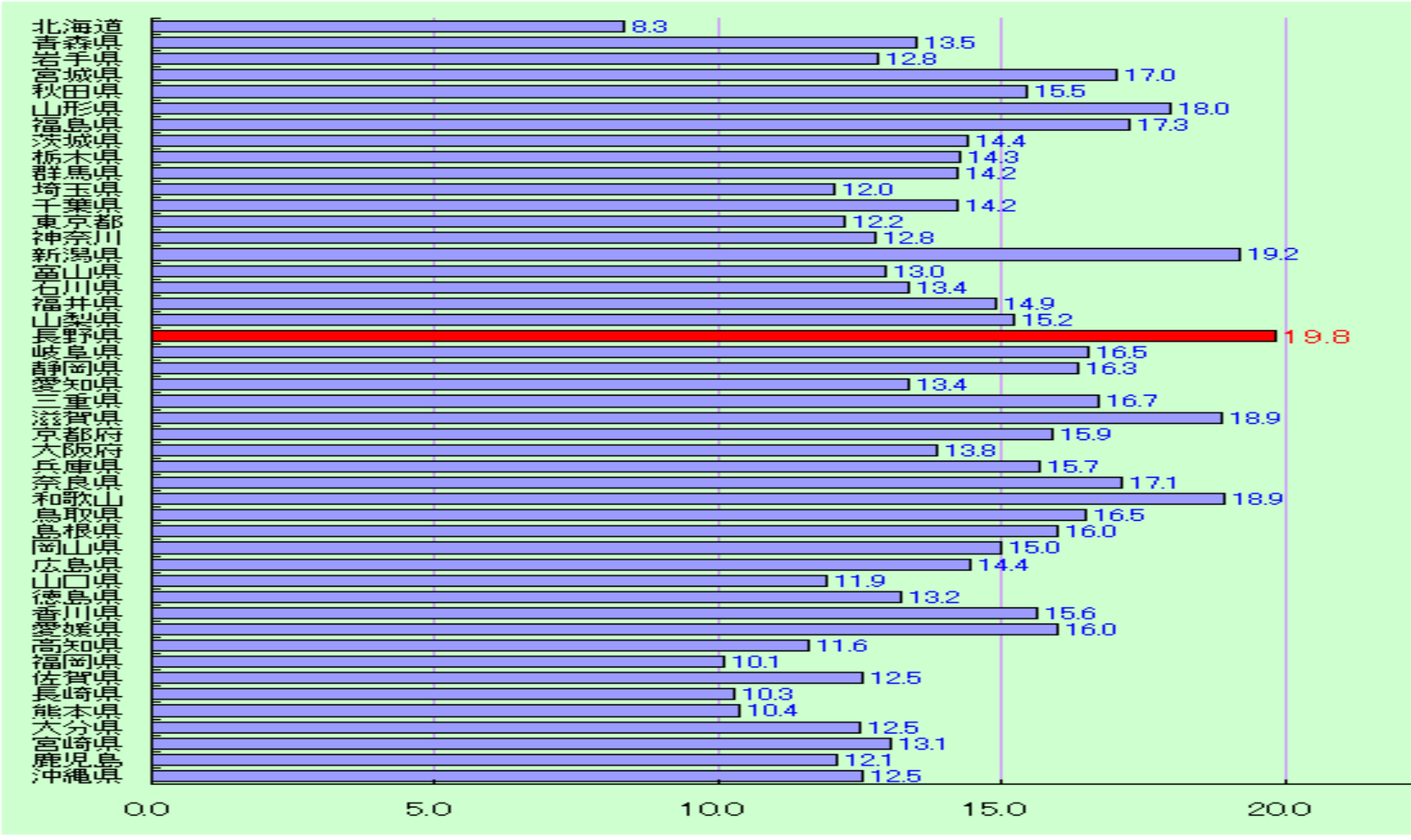
【資料】
2006年（平成18年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年（平成19年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

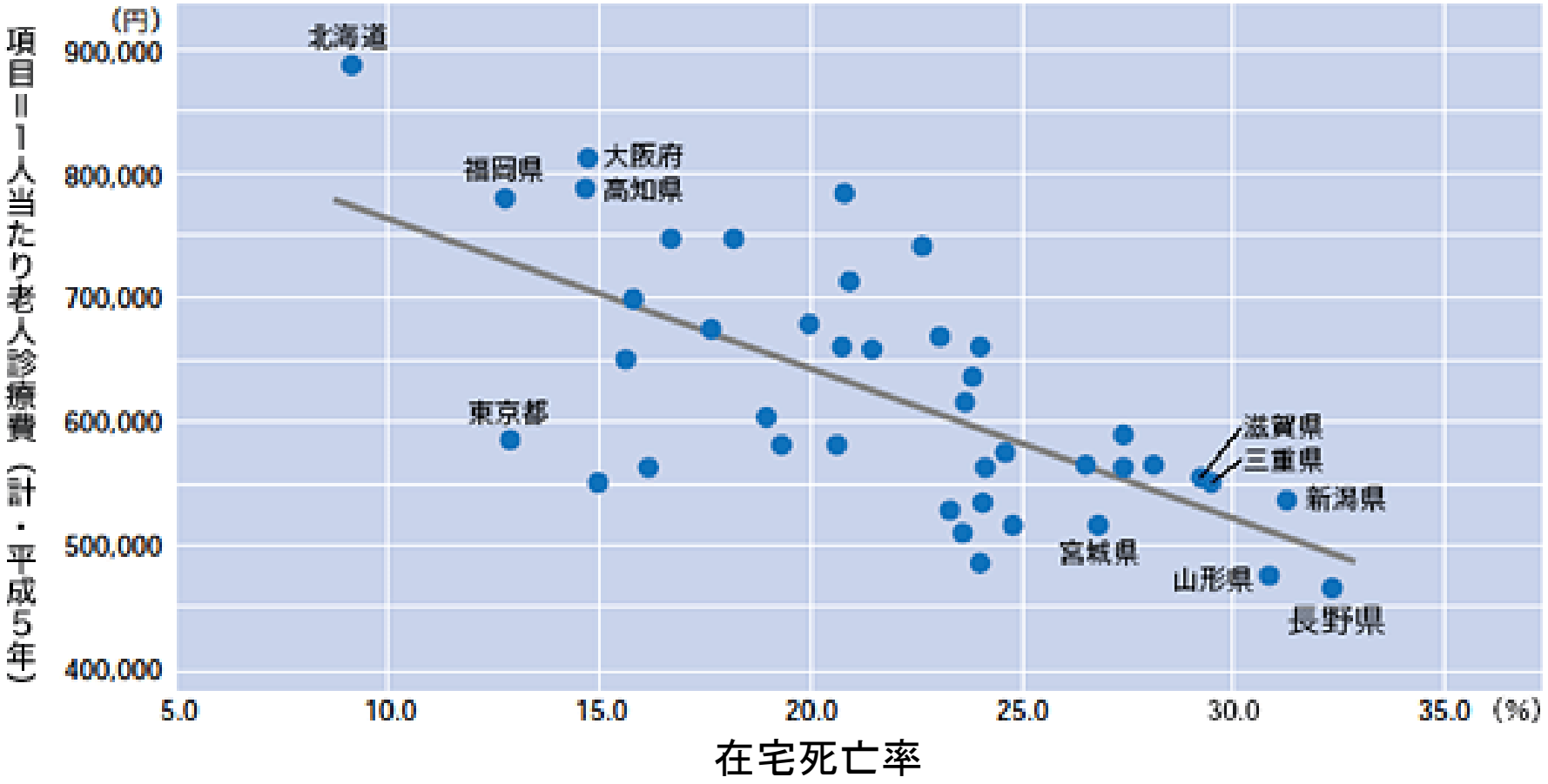
病院死には病床が足りない
2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

富士の樹海林

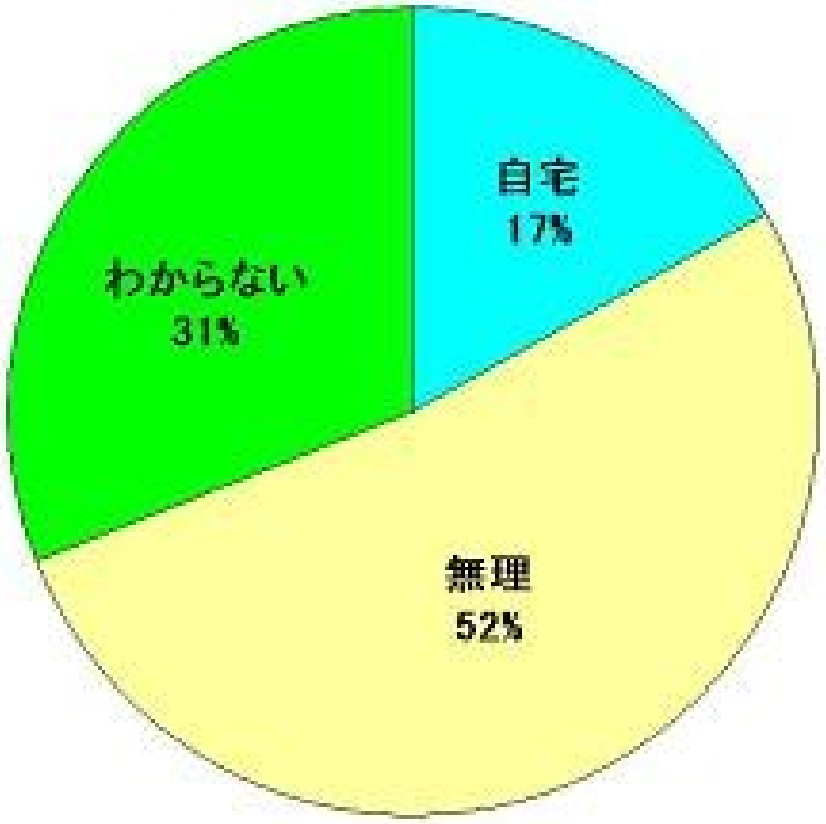
在宅死亡が理想
都道府県別在宅看取り率



１人当たりの老人医療費と在宅死亡率



あなたの家族は自宅で看取ってくれますか？



「自宅で看取ってくれますか」という問いに対する高齢者の回答割合（青森県保険医協会提供）

- 自宅で最期を迎える時の問題点
  - 家族の負担が大きすぎる 62%
  - 急変した時の対応に不安 55%
  - 介護してくれる人が高齢化 42%
  - 介護してくれる家族がいない 34%
  - 居住環境が整っていない 32%

在宅終末期ケアは
究極の連携システム

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イカルパスの試み
  - 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

終末期医療は多職種連携が必要

中川先生

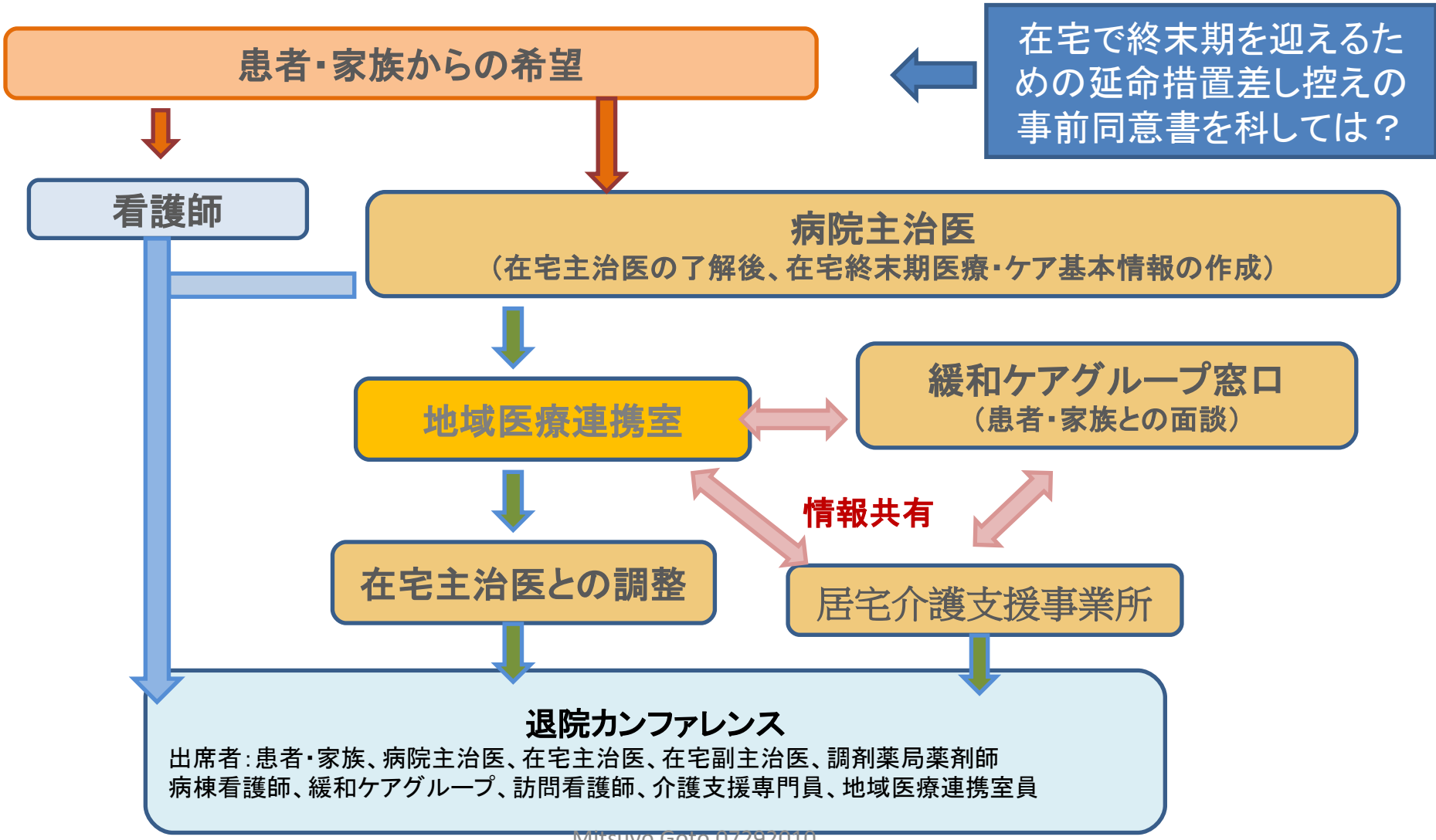
新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要
  - 2市2町（魚津市、黒部市、入善町、朝日町）
  - 人口約13万人
- 連携病院：4公的病院
  ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、
  ④富山県立病院
- 主な在宅対応医療機関
  5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

a. 在宅での終末期医療のニーズ増加
b. かかりつけ医単独での医療限界
c. 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
d. 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進

病院入院中・退院前
在宅終末期連携パスの運用フロー



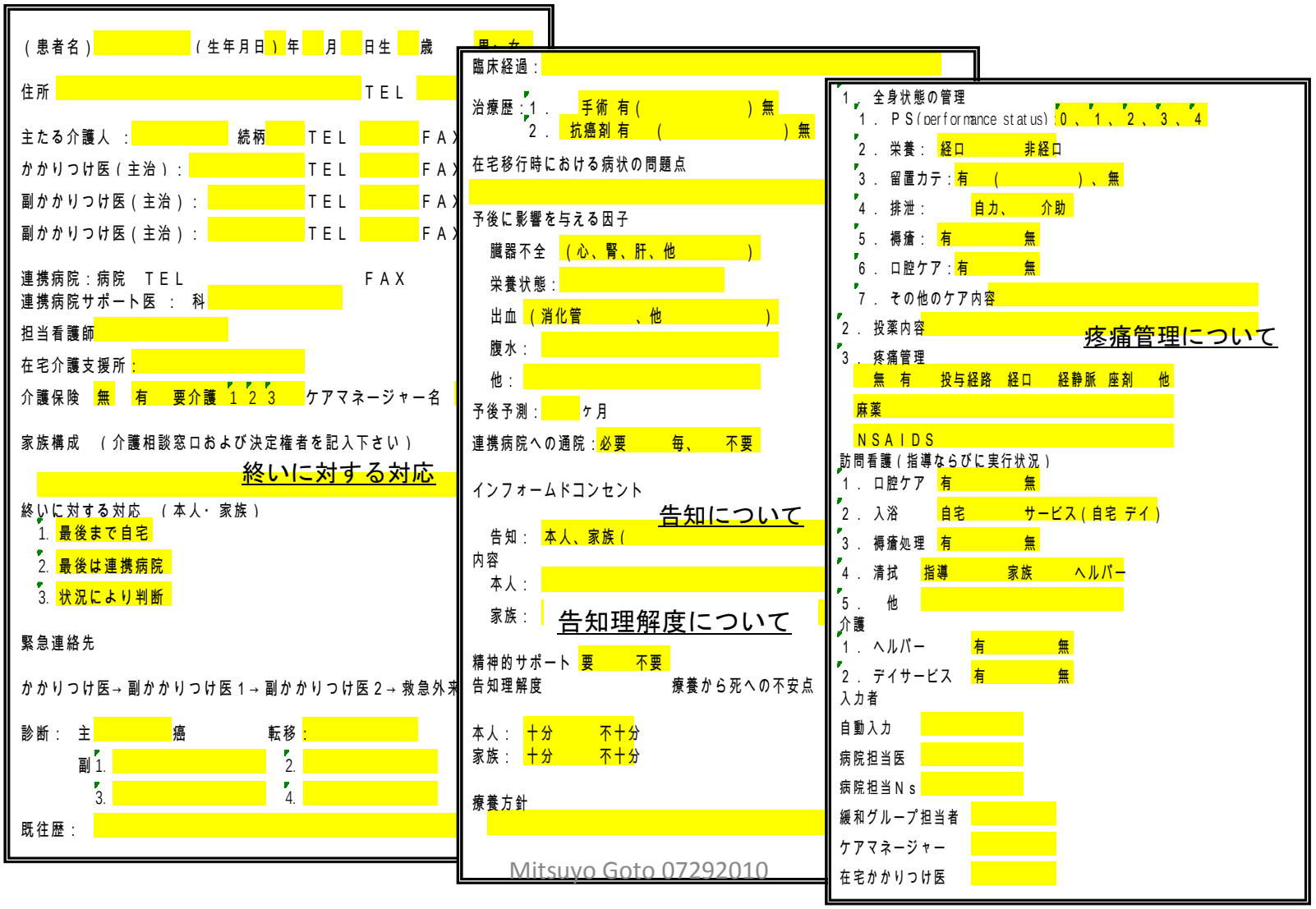
Mitsuyo Goto 07292010

新川地域在宅終末期医療

- **運用基準・留意点**
  - 対象者：がん等で余命6カ月以内と想定される患者
  - 在宅医の選択：患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内（原則）
  - 診診連携（主治医・副主治医）による在宅主治医の弊害防止
  - 病診連携における役割分担
  - 多職種チーム診療による介入

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式



Mitsuyo Goto 07292010

様式の統一

在宅療養実施計画書様式

医療機関用

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＿＿＿＿＿＿

ケアーマネージャー名＿＿＿＿＿＿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（テンポレート使用も可）
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

患者・家族用

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＿＿＿＿＿＿

ケアーマネージャー名＿＿＿＿＿＿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（テンポレート使用も可）
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

Mitsuyo Goto 07292070

様式の統一

在宅診療報告書様式（連携カルテ）

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

＿＿＿＿＿＿＿＿様 ８ｗ					
日付 / 項目	5W 月 日	6W 月 日	7W 月 日	8W 月 日	9W 月 日
問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者					
ＰＳ					
栄養状態					
精神状態					
身体所見					
（投薬）記載者					
疼痛管理					
麻薬					
ＮＳＡＩＤＳ					
他					
補液					
（検査）					
（病状説明）					
他					
（訪問看護）記載者					
食事					
排泄					
清拭					
入浴					
精神面					
他					

Mitsuyo Goto 07292010

様

日付	10月	11月	11月	12月
項目	10W	10W	11W	12W
	9日	25日	6日	2日
問題点(特記事項)	経口摂取量減少		本日IVHに注入ポンプ導入	意識しばしば低下してTEL有り PM7時

(一般状態) 記載者	藤田		藤田	金田
PS	4		4	4
栄養状態	Poor		Poor	Poor
精神状態	正常・安定		正常・安定	傾眠傾向
身体所見	腹水、浮腫		腹水、浮腫	腹水(+) 浮腫(+) 呼吸音清 尿300ml

(投薬) 記載者	藤田	上田	藤田	
疼痛管理	麻薬+NSAIDs		麻薬+NSAIDs	
麻薬	オキシコンチン(5)1T		オキシコンチン(5)1T	
NSAIDS	ロキソニン3T/分3		ロキソニン3T/分3	
他				
補液	①ビーフリード500ml オオツカMV1本 パンヘパリン1000単位 ヒューマリンR8単位	①ビーフリード500ml オオツカMV1本 パンヘパリン1000単位 ヒューマリンR8単位	①アミトリパ1号850ml オオツカMV1本 パンヘパリン1000単位 ヒューマリンR8単位	
(検査)	(IVHポートより自然滴下)	(IVHポート左肩下)	(IVHポートよりポンプ注入 100ml/h)	
(病状説明)				
他	NS上田氏とIVHポートの使用法を確認(現場で)		浮腫強くラシックス1ml 但り注.	BDT18/12 P87 HT369 呼吸数10回/分

9:30~10:30

(訪問看護) 記載者		上田	上田	
食事		水分摂取量UP	昨日 ゼリー水分摂取	
排泄		最終排便 3/4	便量増やせUPするため	
清拭		朝 600ml	中途、更可あり	
入浴			朝 500ml 定時計	
精神面		安定	表情穏やか 安定	
他		時々37.0℃くらの発熱	KT-36.6 P-72 R-16	
		あるが持続せず	BD-96/64 SPO2-98%	
		KT-37.3℃ P-80	下半身浮腫傾向	
		BD-100/64	腹囲 84.5cm	
		SPO2-98%	尿量時間尿ヒアリング	
			経腸栄養量→主治医報告	

(訪問介助) 記載者			

様

日付	13W	14W	15W	16W	17W
項目	3月9日	3月16日	3月23日	3月30日	4月6日
問題点(特記事項)		一時血圧80台まで低下経口摂取できず	血圧一時80台まで低下経口量ほとんどなし	←	14時より昏睡

(一般状態) 記載者		藤田	←	←	
PS		4	4		
栄養状態		Poor	←		
精神状態		ぐったり	←		
身体所見		腹部膨満感と浮腫あり	←		
				20時救急車で赤尾病院受診入院	

(投薬) 記載者	上田	藤田	←	←	
疼痛管理					
麻薬					
NSAIDS					
他					
補液	①アミトリパ1号850ml オオツカMV1本 パンヘパリン1000単位 ヒューマリンR14単位	←	←	主治医藤田より小児病院急変コンサートの許可で赤尾病院	
(検査)	側注ラシックス1ml (IVHポートよりポンプ注入 100ml/h)	← ソルダクトン50mgを使用 (40ml/h)	← ← (40ml/h)	救急室で動脈血ガス	
(病状説明)		家族から「再入院させてほしいと希望あり」	入院日は4月2日AM11時頃に決まりました。と	20時血圧80台まで下降し、これ以上家でみれない	
他		赤尾病院外科森主治へ紹介状記載	説明	とTEL有り「救急車で赤尾病院へ向かう」と	説明した。

9:30~11:00

(訪問看護) 記載者	上田				
食事	ゼリー水分少量摂取				
排泄	時々排尿あり				
清拭	全身清拭				
入浴	朝 500ml/日 便秘傾向				
精神面	意識レベル低下なく日々				
他	安定 時々咳嗽あり				
	KT-36.5℃ P-80 R-12回/分				
	BD-108/68 SPO2-98%				
	腹囲 84.0cm				
	下半身浮腫 体幹全体				
	黄疸あり 感染兆候 表皮剥離				

(訪問介助) 記載者					

出所:中川彦人

Mitsuyo Goto 07072010

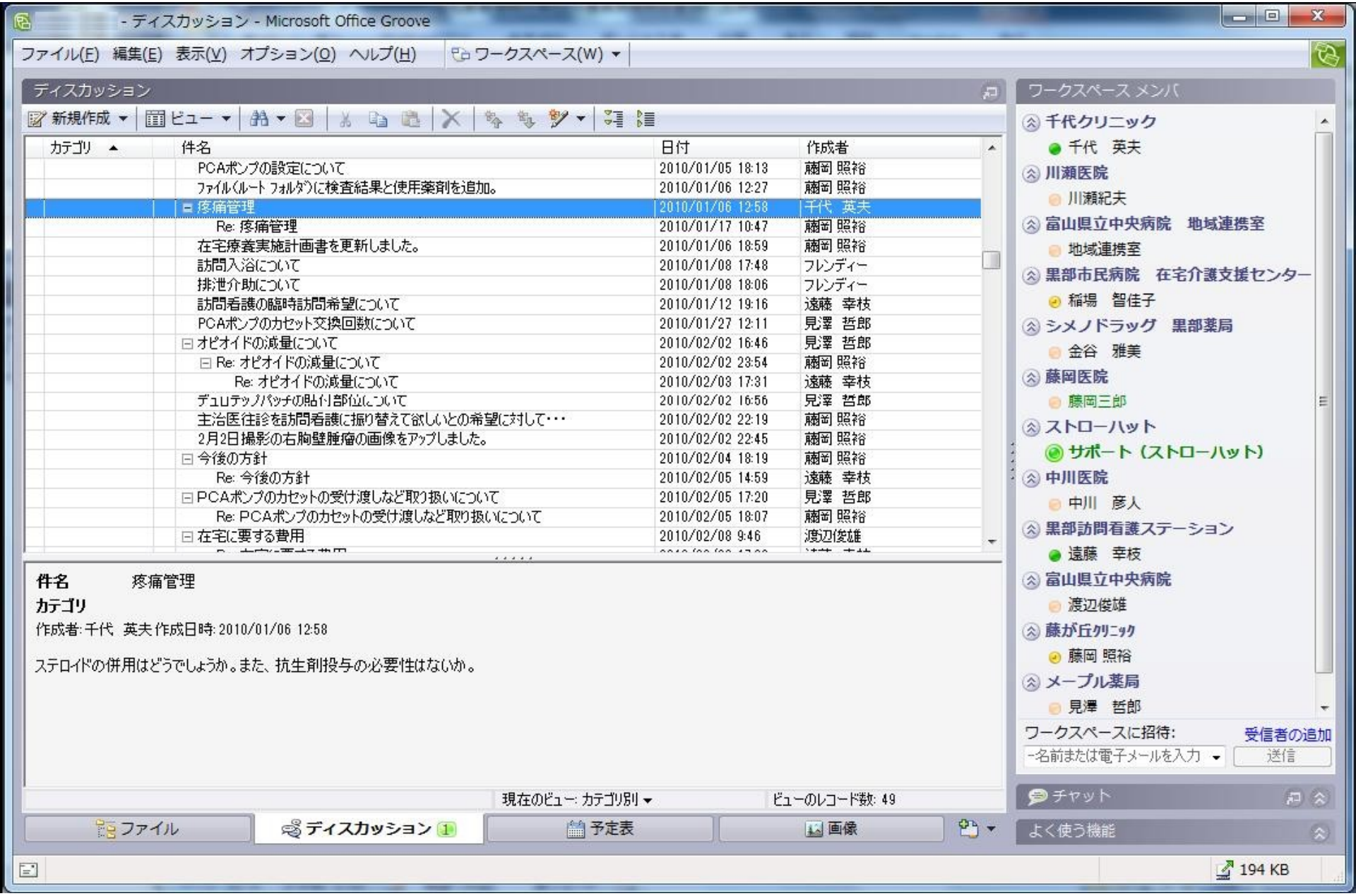
新川地域在宅医療療養連携協議会
在宅患者情報共有モデル事業
（平成21年12月～平成22年3月）

「あんしん在宅ネットにいかわ」

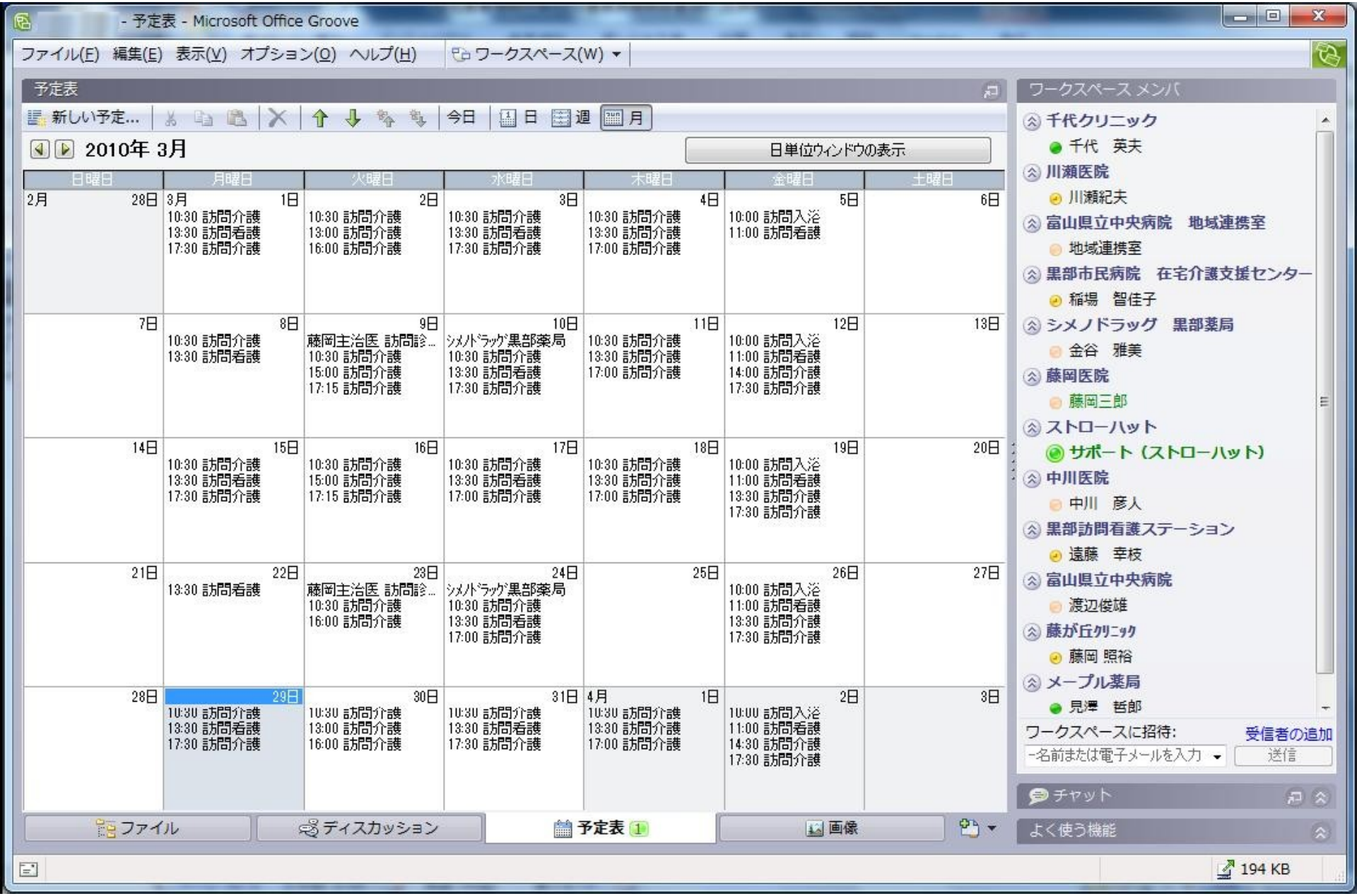
ーオフィス　グループ　2007を用いてー

（マイクロソフト社製）

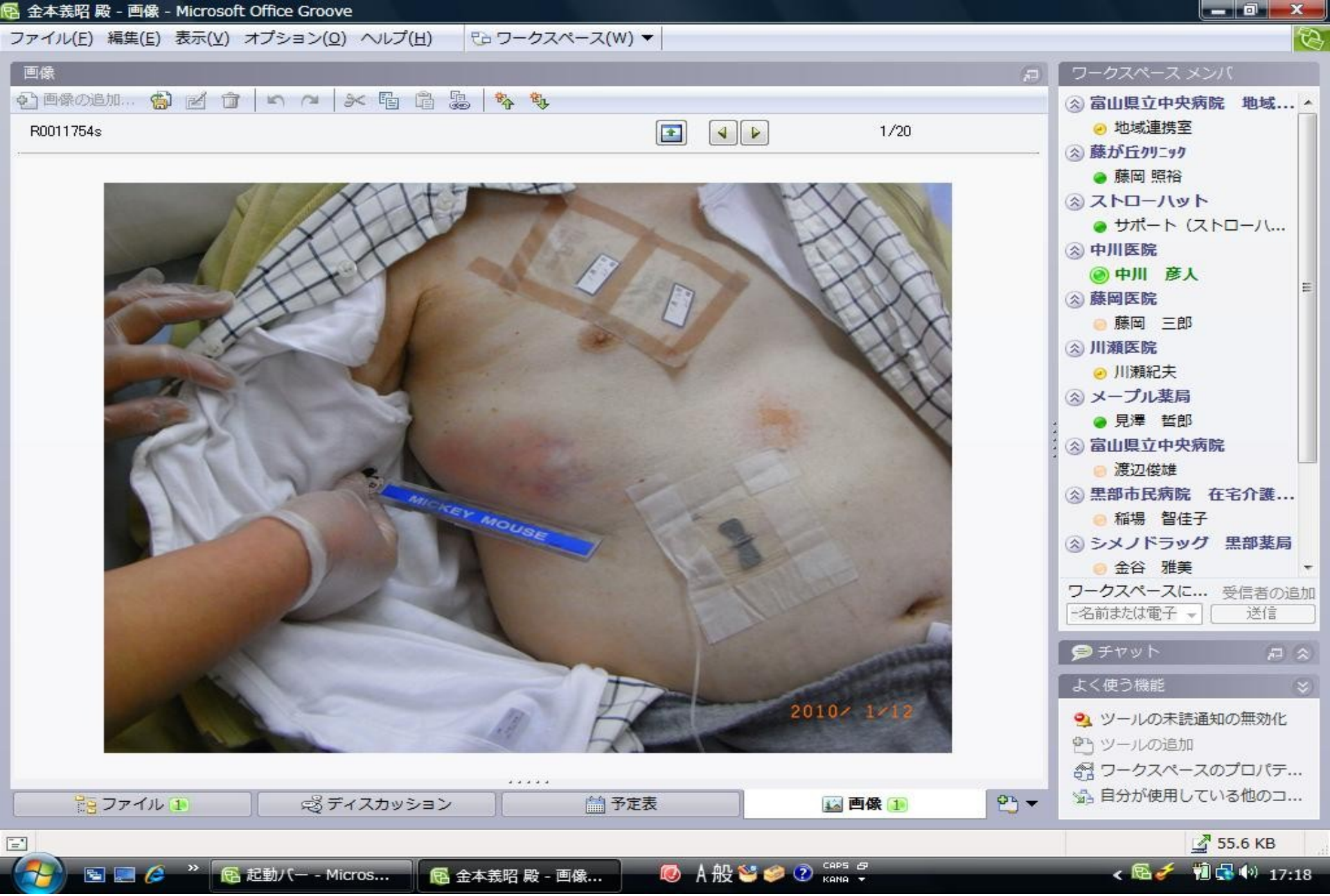
出所：中川彦人


- ディスカッション - Microsoft Office Groove
ファイル(F) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H)
ワークスペース(W)
ディスカッション
新規作成
ビュー
カテゴリ
件名
日付
作成者
PCAポンプの設定について 2010/01/05 18:13 藤岡 照裕
ファイル(ルート フォルダ)に検査結果と使用薬剤を追加。 2010/01/06 12:27 藤岡 照裕
疼痛管理 2010/01/06 12:58 千代 英夫
Re: 疼痛管理 2010/01/17 10:47 藤岡 照裕
在宅療養実施計画書を更新しました。 2010/01/06 18:59 藤岡 照裕
訪問入浴について 2010/01/08 17:48 フレンディー
排泄介助について 2010/01/08 18:06 フレンディー
訪問看護の臨時訪問希望について 2010/01/12 19:16 遠藤 幸枝
PCAポンプのカセット交換回数について 2010/01/27 12:11 見澤 哲郎
オピオイドの減量について 2010/02/02 16:46 見澤 哲郎
Re: オピオイドの減量について 2010/02/02 23:54 藤岡 照裕
Re: オピオイドの減量について 2010/02/03 17:31 遠藤 幸枝
デュロテップパッチの貼付部位について 2010/02/02 16:56 見澤 哲郎
主治医往診を訪問看護に振り替えて欲しいとの希望に対して・・・ 2010/02/02 22:19 藤岡 照裕
2月2日撮影の右胸壁腫瘤の画像をアップしました。 2010/02/02 22:45 藤岡 照裕
今後の方針 2010/02/04 18:19 藤岡 照裕
Re: 今後の方針 2010/02/05 14:59 遠藤 幸枝
PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて 2010/02/05 17:20 見澤 哲郎
Re: PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて 2010/02/05 18:07 藤岡 照裕
在宅に要する費用 2010/02/08 9:46 渡辺俊雄
件名 疼痛管理
カテゴリ
作成者: 千代 英夫 作成日時: 2010/01/06 12:58
ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。
現在のビュー: カテゴリ別
ビューのレコード数: 49
ファイル
ディスカッション 1
予定表
画像
ワークスペース メンバ
千代クリニック
千代 英夫
川瀬医院
川瀬紀夫
富山県立中央病院 地域連携室
地域連携室
黒部市民病院 在宅介護支援センター
稲場 智佳子
シメノドラッグ 黒部薬局
金谷 雅美
藤岡医院
藤岡三郎
ストローハット
サポート (ストローハット)
中川医院
中川 彦人
黒部訪問看護ステーション
遠藤 幸枝
富山県立中央病院
渡辺俊雄
藤が丘クリニック
藤岡 照裕
メープル薬局
見澤 哲郎
ワークスペースに招待:
受信者の追加
名前または電子メールを入力
送信
チャット
よく使う機能
194 KB

出所：中川彦人


- 予定表 - Microsoft Office Groove
ファイル(F) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H)
ワークスペース(W)
予定表
新しい予定...
今日
日
週
月
2010年 3月
日単位ウィンドウの表示
日曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日
2月 28日
3月 1日
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:30 訪問介護
2日
10:30 訪問介護
13:00 訪問介護
16:00 訪問介護
3日
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:30 訪問介護
4日
10:30 訪問介護
13:30 訪問介護
17:00 訪問介護
5日
10:00 訪問入浴
11:00 訪問看護
6日
7日
8日
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
9日
藤岡主治医 訪問診...
10:30 訪問介護
15:00 訪問介護
17:15 訪問介護
10日
ｼﾒﾉﾄﾞﾗｯｸﾞ黒部薬局
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:30 訪問介護
11日
10:30 訪問介護
13:30 訪問介護
17:00 訪問介護
12日
10:00 訪問入浴
11:00 訪問看護
14:00 訪問介護
17:30 訪問介護
13日
14日
15日
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:30 訪問介護
16日
10:30 訪問介護
15:00 訪問介護
17:15 訪問介護
17日
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:00 訪問介護
18日
10:30 訪問介護
13:30 訪問介護
17:00 訪問介護
19日
10:00 訪問入浴
11:00 訪問看護
13:30 訪問介護
17:30 訪問介護
20日
21日
22日
13:30 訪問看護
23日
藤岡主治医 訪問診...
10:30 訪問介護
16:00 訪問介護
24日
ｼﾒﾉﾄﾞﾗｯｸﾞ黒部薬局
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:00 訪問介護
25日
26日
10:00 訪問入浴
11:00 訪問看護
13:30 訪問介護
17:30 訪問介護
27日
28日
29日
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:30 訪問介護
30日
10:30 訪問介護
13:00 訪問介護
16:00 訪問介護
31日
10:30 訪問介護
13:30 訪問看護
17:30 訪問介護
4月 1日
10:30 訪問介護
13:30 訪問介護
17:00 訪問介護
2日
10:00 訪問入浴
11:00 訪問看護
14:30 訪問介護
17:30 訪問介護
3日
ファイル
ディスカッション
予定表 1
画像
ワークスペース メンバ
千代クリニック
千代 英夫
川瀬医院
川瀬紀夫
富山県立中央病院 地域連携室
地域連携室
黒部市民病院 在宅介護支援センター
稲場 智佳子
シメノドラッグ 黒部薬局
金谷 雅美
藤岡医院
藤岡三郎
ストローハット
サポート (ストローハット)
中川医院
中川 彦人
黒部訪問看護ステーション
遠藤 幸枝
富山県立中央病院
渡辺俊雄
藤が丘ｸﾘﾆｯｸ
藤岡 照裕
メープル薬局
見澤 哲郎
ワークスペースに招待:
受信者の追加
名前または電子メールを入力
送信
チャット
よく使う機能
194 KB

出所：中川彦人



出所：中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

ICT化のメリット
あんしん在宅ネットにいかわ

- １．患者さまの情報が迅速にかつ適確に得られる。
- ２．情報の種類が多く情報量も多い。
- ３．情報がきれいで読みやすい。
- ４．Faxなどの紙媒体に比べ管理しやすい
- ５．自分が往診や訪問をしていない日でもリアルタイムの情報が得られる
- ６．連携相手の状況や時間を気にせず情報伝達ができる。
- ７．稀にしか対応しない副主治医でも適確に情報が得られる。
- ８．訪問看護や訪問調剤薬局では、訪問前の準備がしやすい。
- ９．ディスカッション機能の利用で、疑問点の解決につながる。
- １０．チーム医療の最大の目的である多職種が同じ目的と意識を持って患者さまに向き合うことができる

あんしん在宅ネットにいかわ
患者さんが亡くなったあとの
デスカンファレンスに発展

パート6
医療と介護の連携へ向けて

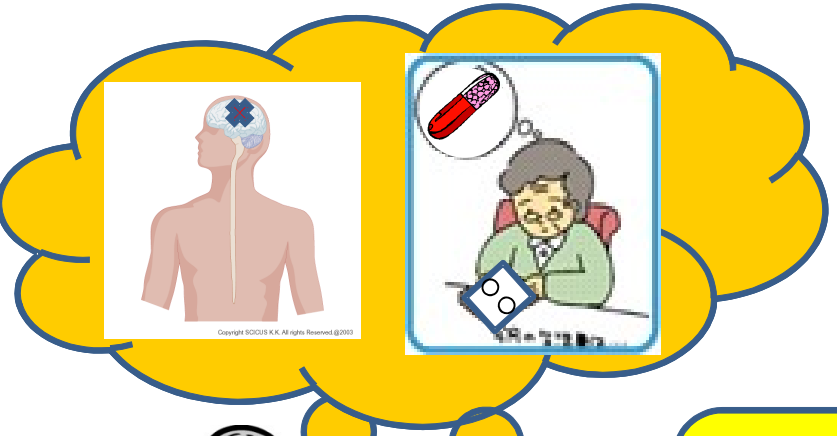
コーデイネーターの育成

医療と介護のギャップ

- 医療側は在宅介護・福祉を理解していない
- 介護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相互理解と研修が必要
- 医療出身者は介護の勉強を、介護・福祉出身者は医療の勉強を！

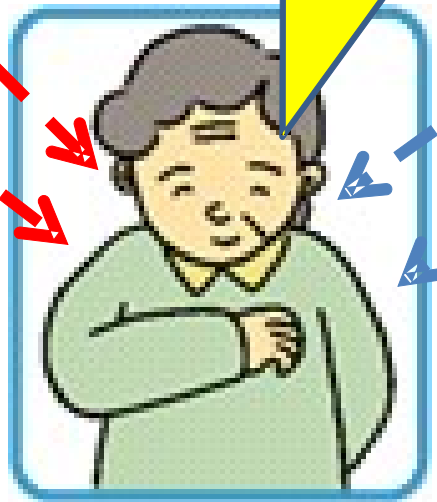
医療職と介護・福祉職とでは、見え方、考え方、モデルも異なる

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

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」

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」）

日本医療マネジメント学会

- 会長
  - –国立病院機構熊本医療センター名誉院長
    宮崎久義
  - 副会長
    武藤正樹、坂本すが
- 学会テーマ
  - –クリテイカルパス
  - –医療安全
  - –地域医療連携
  - –電子カルテ
  - –その他
- 会員数　6400人

日本医療マネジメント学会

院内のチーム医療

在宅医療チーム

歯科医
歯科衛生士
専門医
薬剤師
訪問看護師
主治医
栄養士

在宅ケアチーム

訪問系サービス
・リハビリスタッフ
・ホームヘルパー

ケアマネジャー

通所系サービス
・リハビリスタッフ
・医療スタッフ
・介護スタッフ

本人

家族

病院

医師
看護師
薬剤師
栄養士
医療スタッフ
介護スタッフ

地域連携室

退院調整看護師
メディカル ソーシャルワーカー

介護施設

介護老人保健施設
介護老人福祉施設
介護療養型医療施設 等

地域のチーム医療

地域

地域包括支援センター
・保健師（看護師）
・ケアマネジャー
・社会福祉士

民生児童委員
老人福祉員
社会福祉協議会
ケアワーカー

近隣の住民
ボランテイア
インフォーマルサービス
・配食サービス
・移送サービス

医療福祉連携士

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

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年度に学会認定の初の「医療福祉連携士」100名が誕生
- 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）

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

〇地域連携の実習
１ 地域医療連携実習
２ 地域連携クリティカルパス実習

〇フォローアップ研修

＊すべての座学と実習を履修すること

。

＊座学1コマ　:90分　　実習1コマ:6時間

専門科目

医学系科目

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

社会・福祉系科目

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

＊座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

認定試験

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

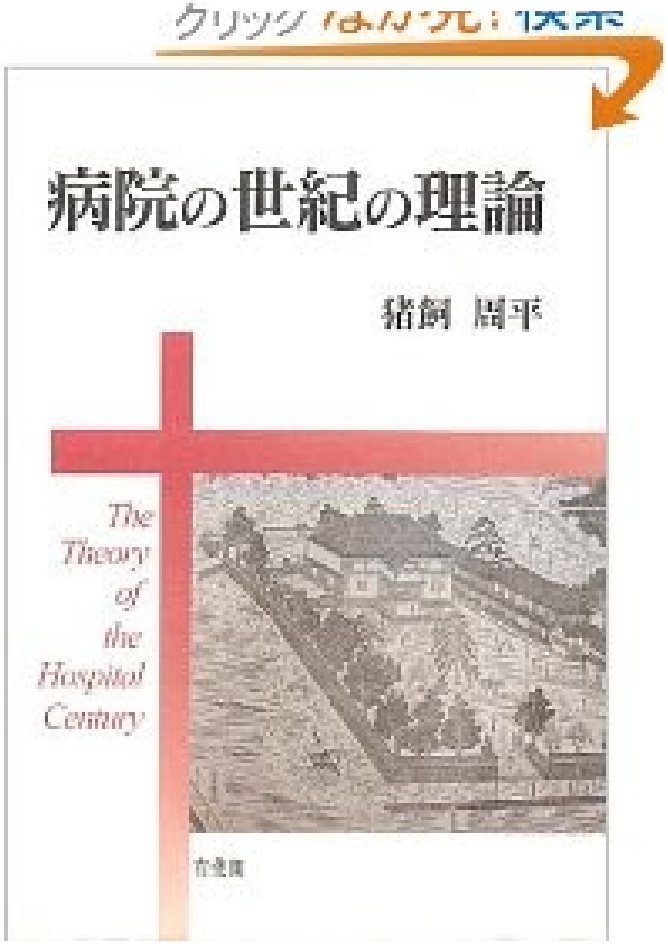
研修日程と場所（2011年度の例）

- 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

目指そう、医療福祉連携士！
詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから

病院中心の時代から地域包括ケアへ

- 猪飼（2010）「病院の世紀の理論」では、「病院の世紀の終焉の時代」が提唱されている。
- これは、20世紀の病院というシステムの興隆が極めて20世紀的な出来事であり、20世紀を「病院の世紀」と呼ぶことができる
- 21世紀に入った今日、病院中心の時代から「地域包括ケア」の時代へ移ろうとしている



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
- 好評発売中

まとめと提言

・2012年は診療報酬・介護報酬同時改訂
～医療と介護の連携の絶好のチャンス～

・2012年改訂は2025年団塊世代後期高齢者へ向けての一里塚

・医療と介護を連携するコーディネーター人材を養成を急ごう

・20世紀の病院中心の時代から21世紀の地域包括ケアの時代へ

ご清聴ありがとうございました

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

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹　検索　⇦ クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp