

2025年へのロードマップ

～地域医療構想と地域包括ケア～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

目次

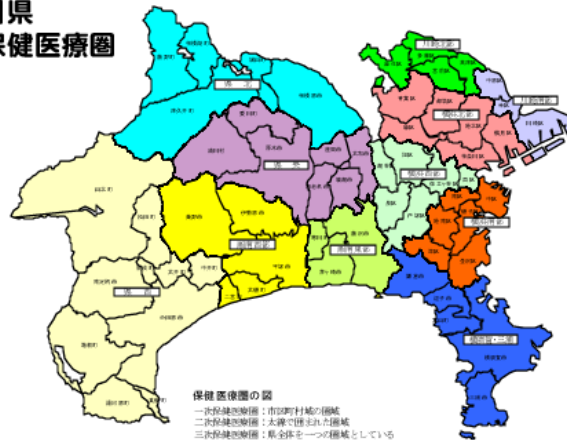
- パート1
 - 地域医療構想
- パート2
 - 地域経営統合
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと人材育成



パート1

地域医療構想について

神奈川県
二次保健医療圏



8つの二次医療圏

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

	相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
	安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
	石田 光広	稲城市役所福祉部長
◎	遠藤 久夫	学習院大学経済学部長
○	尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	榎本 章司	公益社団法人日本精神科病院協会政策委員会委員長
	清水 循行	東京都奥多摩町福祉保健課長
	武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
	土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
	中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
	遠見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
	本多 伸行	健康保険組合連合会理事
	松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
	山口 育子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
	渡辺 顕一郎	奈良県医療政策部長
	和田 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

※ ◎ 座長 ○ 座長代理

地域医療構想策定プロセス

構想区域の設定



構想区域における
医療需要の推計



地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

① 構想区域の設定

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

②地域医療構想調整会議

- 地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会(2014年11月21日)
- 地域医療構想調整会議
 - 地域医療構想(ビジョン)に関する「協議の場」
 - 議事、開催時期、設置区域、参加者の範囲・選定、参加の担保、合意の方法・履行の担保
 - ①病床機能と病床数、②病床機能報告制度の情報共有、③地域医療介護総合確保基金に関する都道府県計画、④地域包括ケアや人材の確保、診療科ごとの連携などビジョン達成の推進
 - 構想区域
 - 都道府県知事が適当と認める区域での設置、複数の調整会議を合同開催、議事に応じて地域・参加者を限定した開催、既存の会議対を活用した開催
- ビジョンは最終的には医療審議会が最終決定

地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想
(医療計画の一部)

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者

地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

医療計画

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保の観点から、達成するために必要な事業の計画
消費増収分を活用し都道府県が創設した地域医療介護総合確保基金を活用し、画に掲載された事業に要する経費を支弁

神奈川県では「保健医療計画推進会議」で2016年度より検討開始予定

第9回
ガイド
平成2

第3

③医療需要から 病床機能別病床数を推計

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

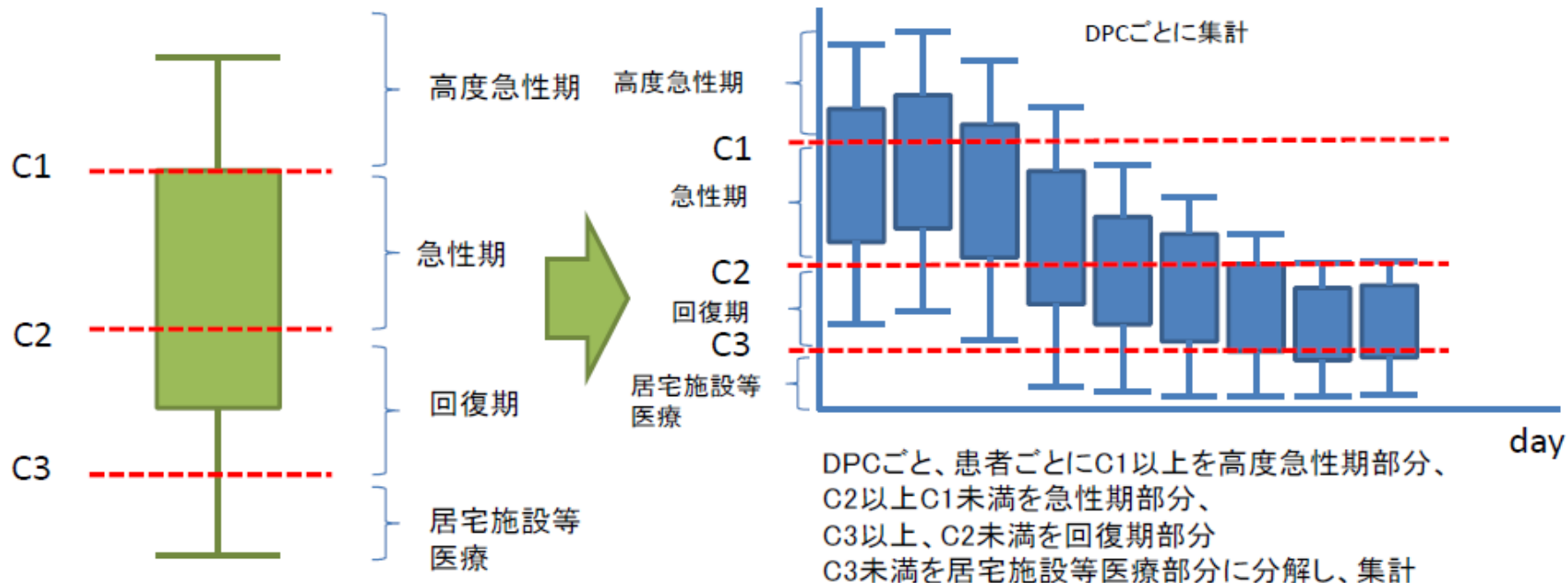
病床機能の区分案

(日本医師会・四病院団体協議会合同提案)

名称(仮称)	内容
高度急性期病床	<ul style="list-style-type: none">救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床
急性期病床	<ul style="list-style-type: none">急性期医療を提供する機能を持つ病床急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する二次救急を担う地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する
回復期病床	<ul style="list-style-type: none">急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できるとすべき
慢性期病床	<ul style="list-style-type: none">長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床

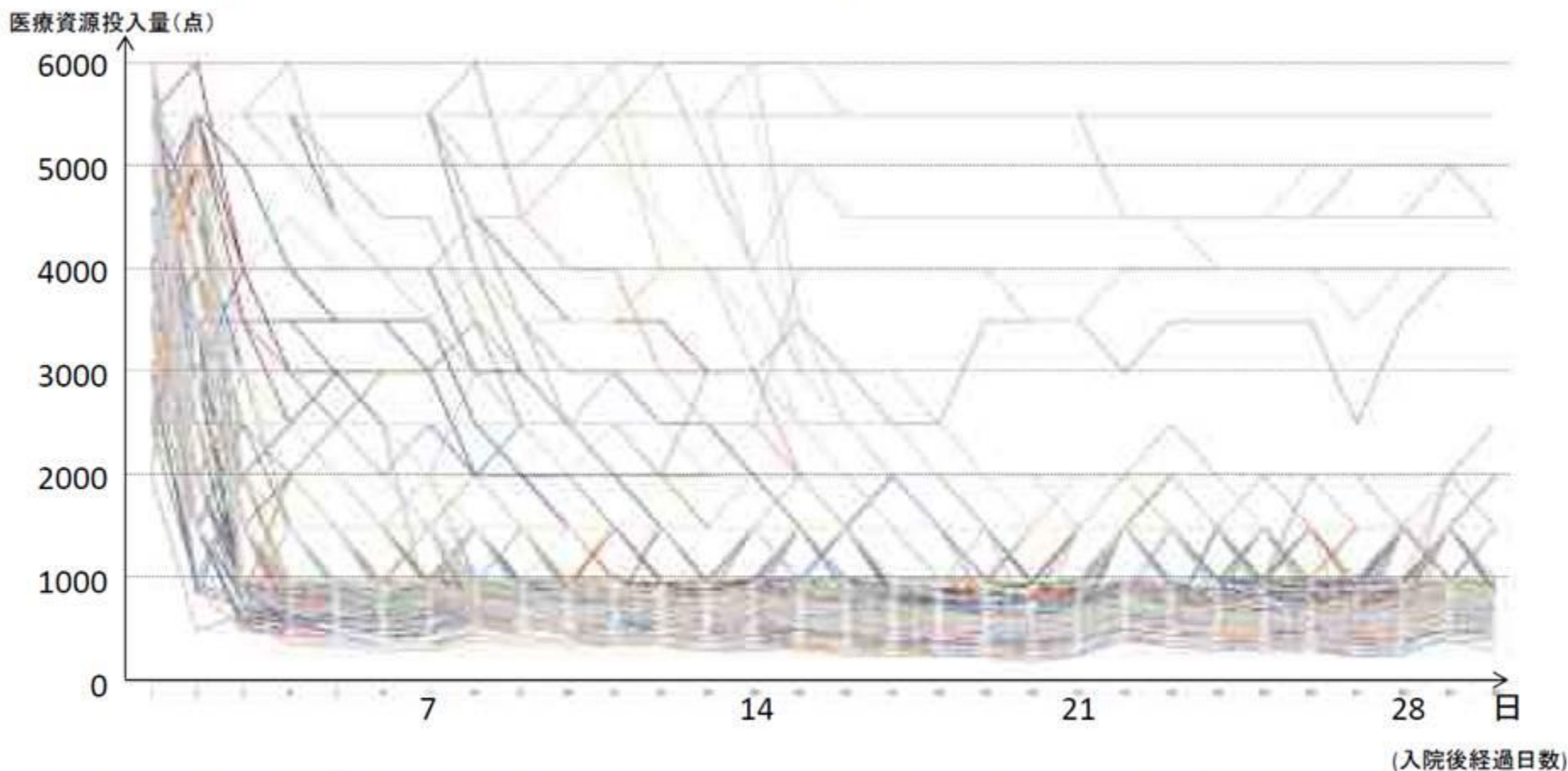
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療資源投入量(中央値)の推移

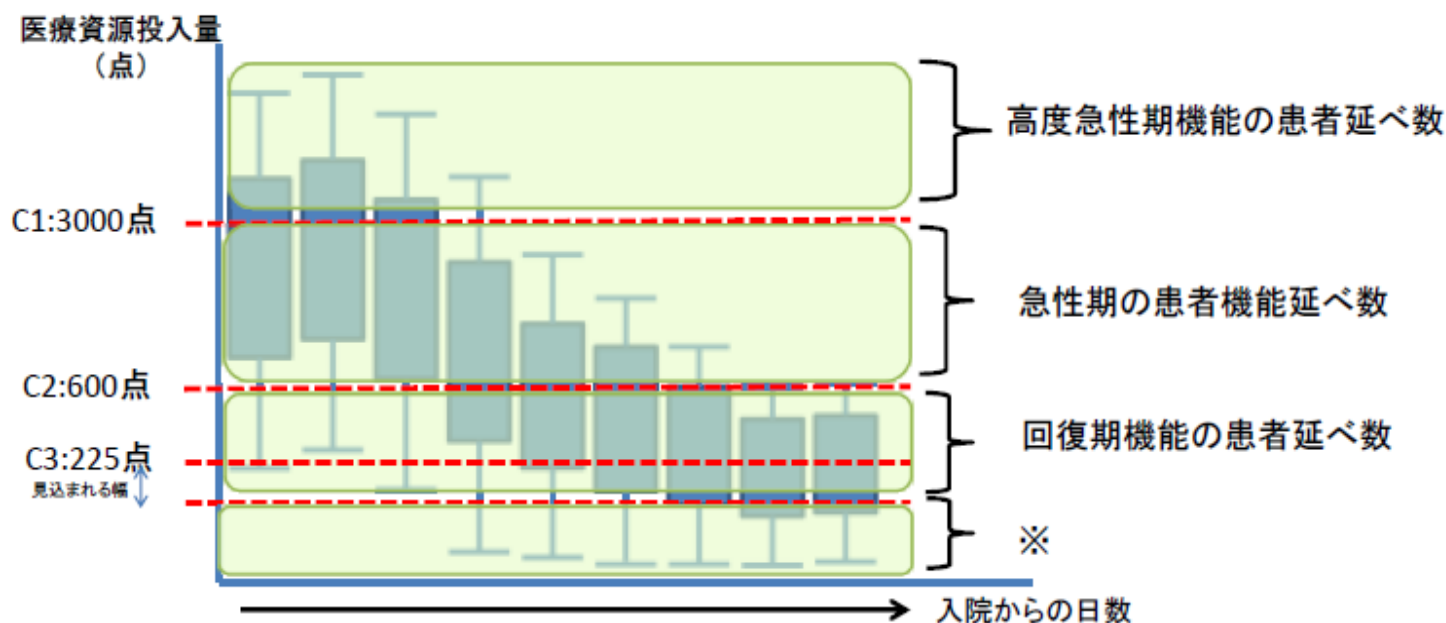
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

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



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



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	<p>C1 3,000点</p>	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

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

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

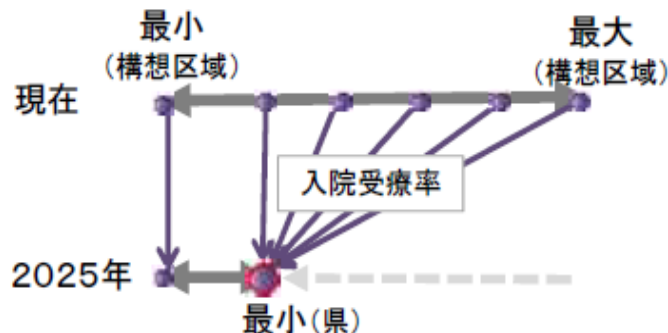
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

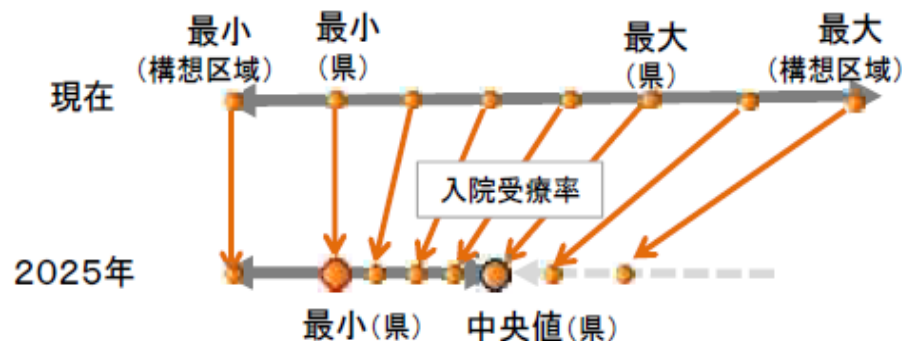
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

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

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

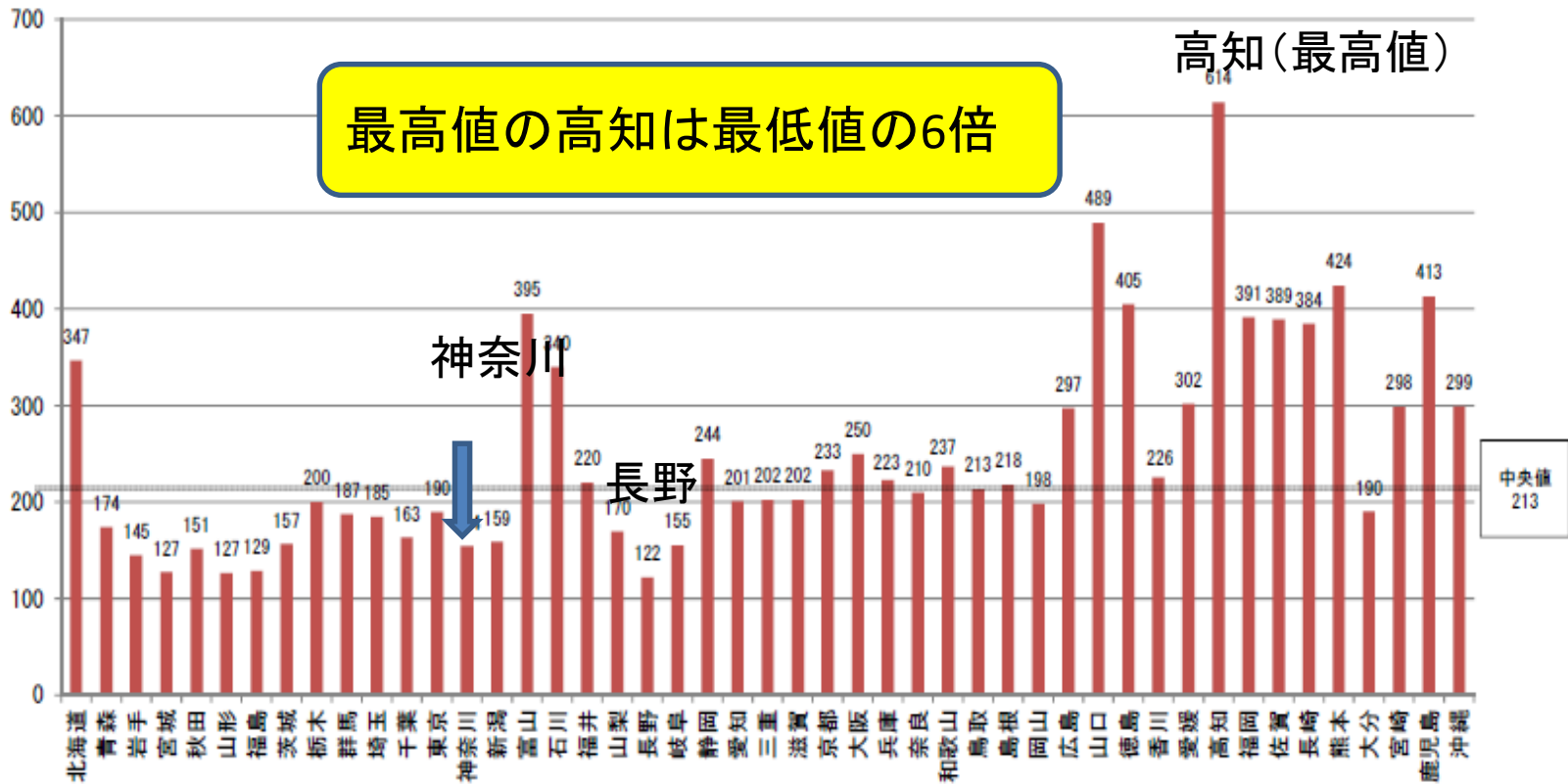


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

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

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

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



注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

2) 福井県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の数値を用いている。

3) 西城市については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

医療重要から病床の必要量(必要病床数)を推計する

6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量(必要病床数)の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数(③)を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年(2025年)の病床の必要量(必要病床数)(④)とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 構想区域ごとの医療機能別医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況(脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成)

推計年度

	2025年における医療供給(医療提供体制)			
	2025年における 医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)(①)	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(②)*	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(③)	病床の必要量(必要病床数)(②を基に病床利用率等により算出される病床数)(④)
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

* 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

7. 構想区域の確認

- 都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区

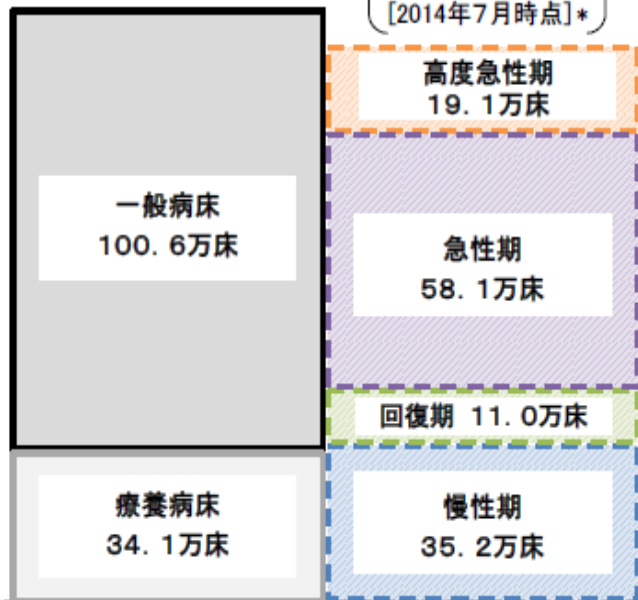
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

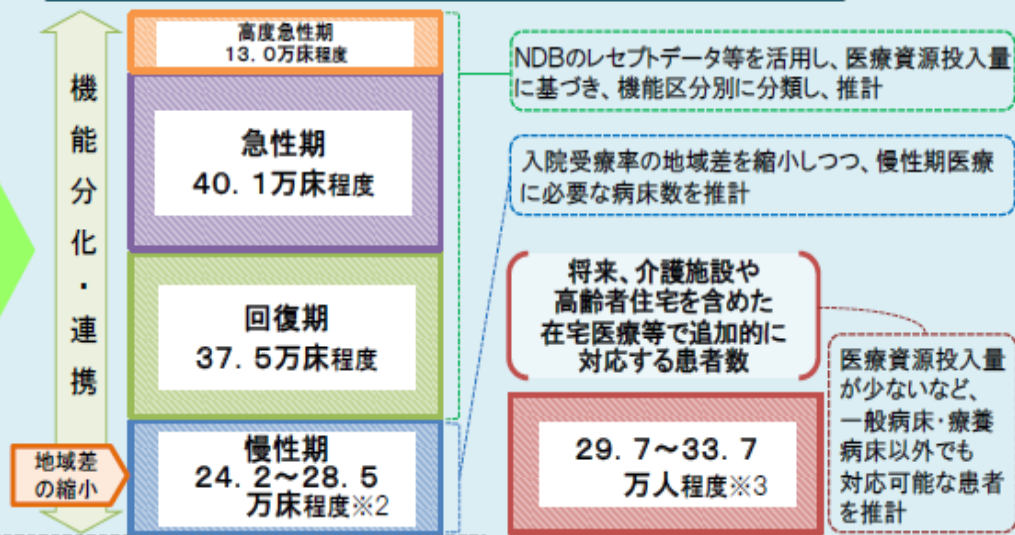
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

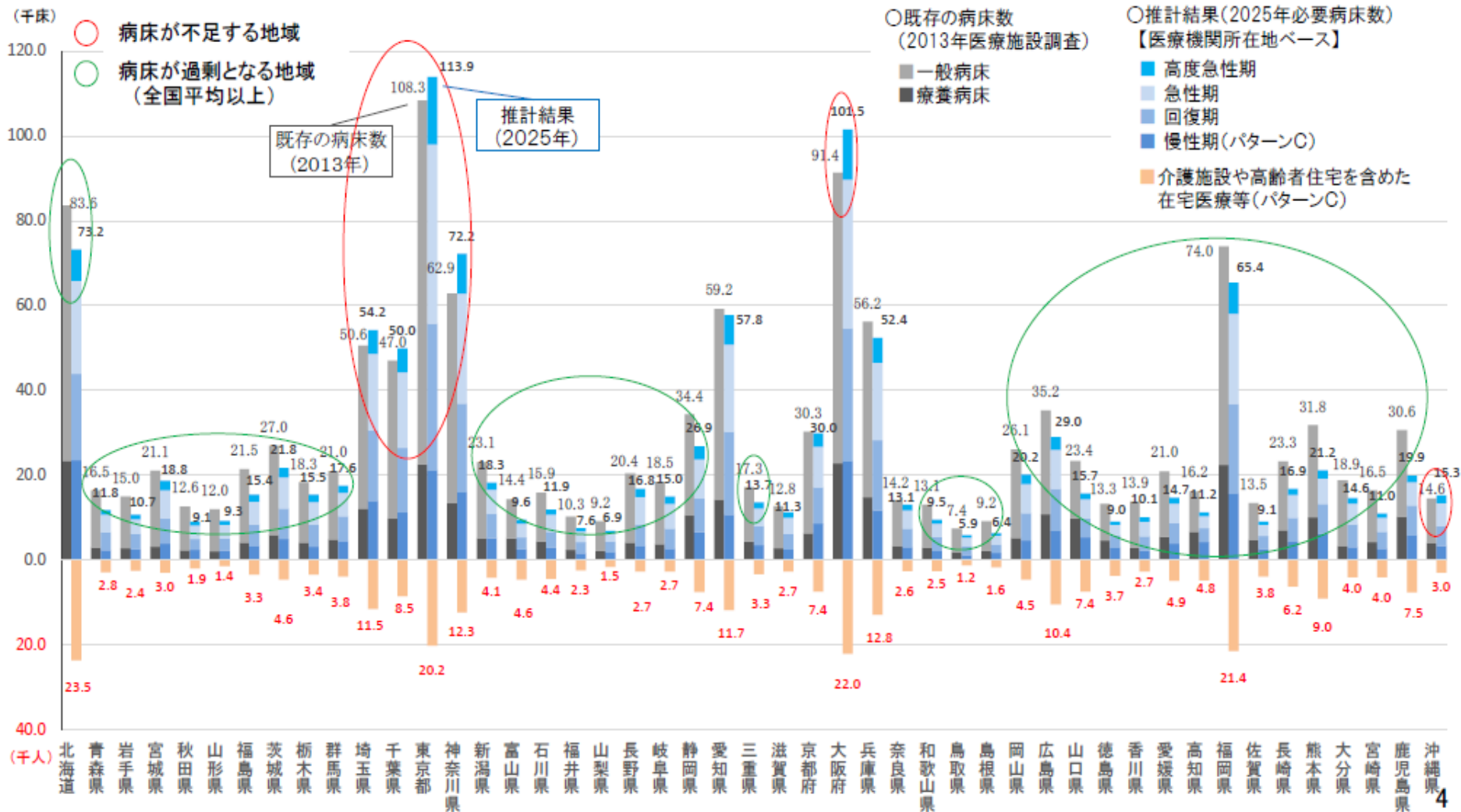


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

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

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

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

病床、最大20万削減

急性期と慢性期のベッド数を減らし
医療費を抑える(政府の目標)



2013年
13年の内訳は14年の病床機能報告から推計

内閣府の専門調査会
(食・水・育・自・自治医)

科大学長)が人口推計や
診療報酬明細書から、将

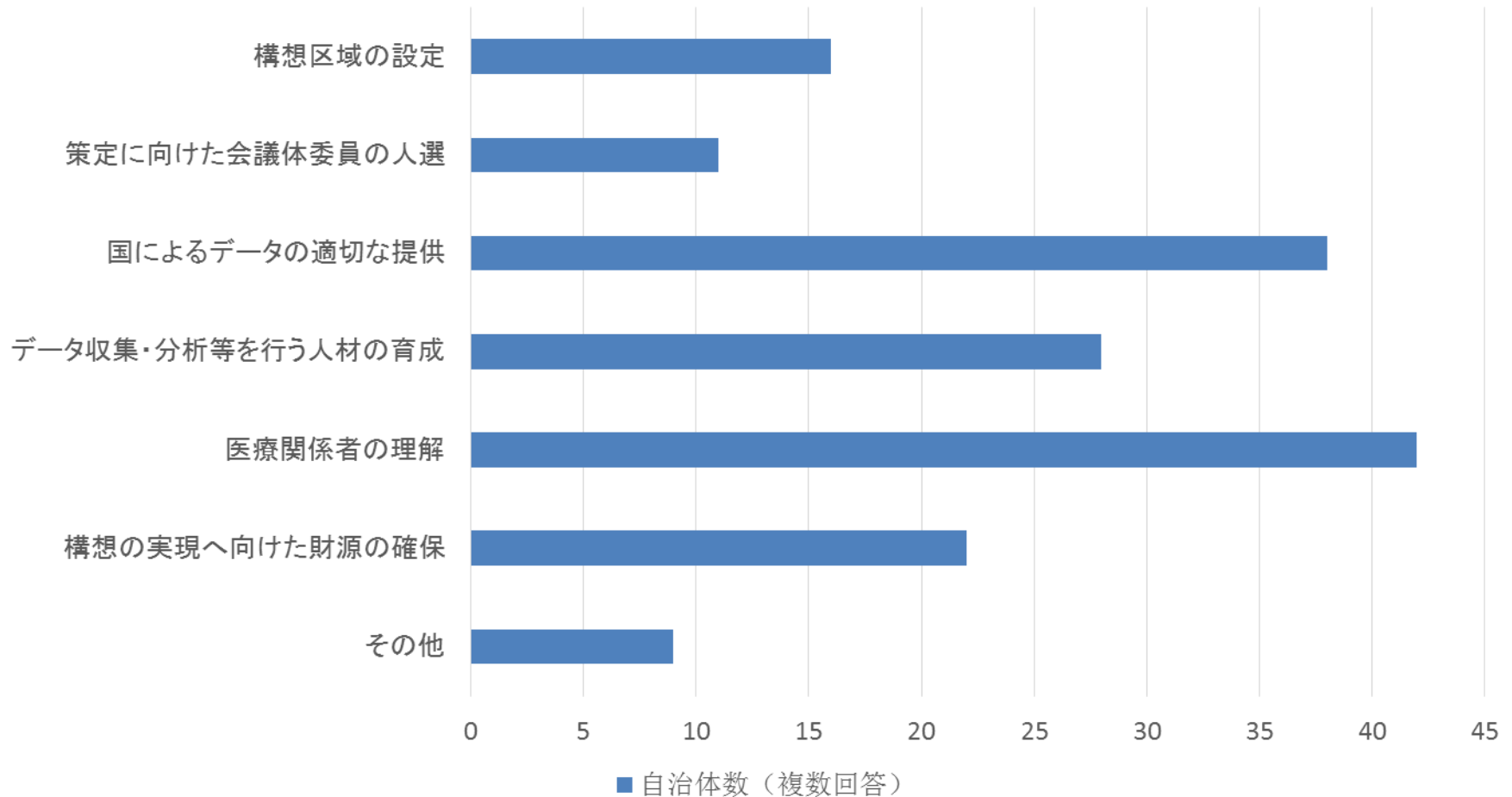
25年、30万人を削減

神奈川県は1万床増える!

都道府県	ベッドの増減数
大阪	10100

地域医療構想策定へ向けた 当面の自治体の課題（じほうアンケートより）

自治体数（複数回答）



パート2

地域経営統合



国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



解決の方向性は

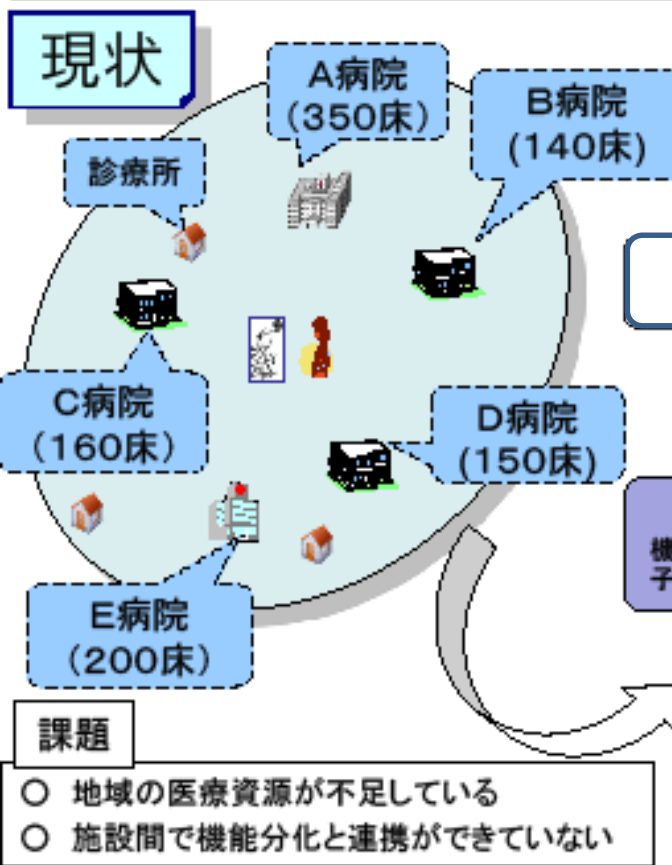
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)
 - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
 - 医療計画における連携推進
 - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
 - 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN(Integrated Healthcare Network)
 - IHNとは
 - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
 - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
 - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
 - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

現状

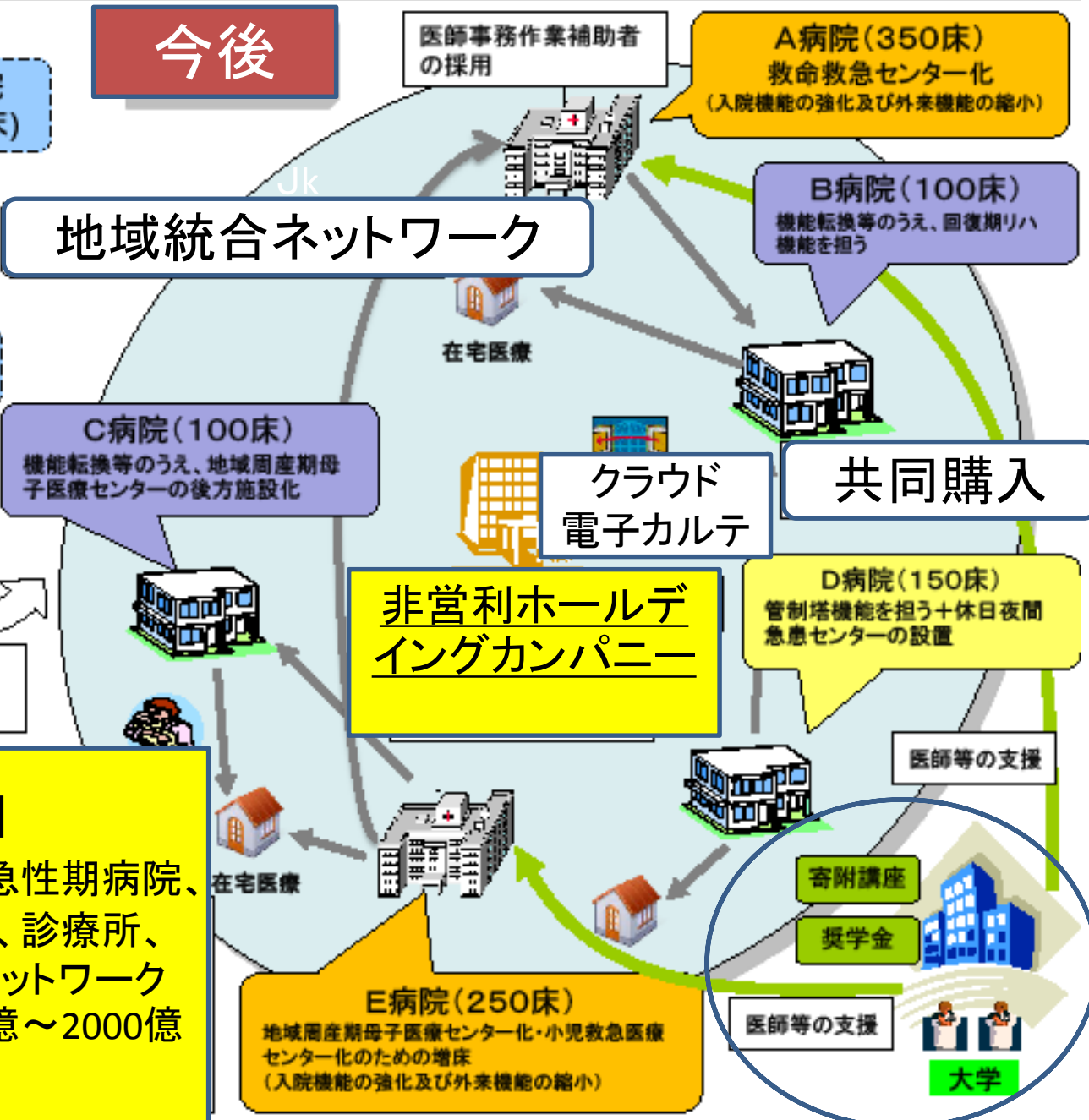


課題

- 地域の医療資源が不足している
- 施設間で機能分化と連携ができていない

今後

地域統合ネットワーク



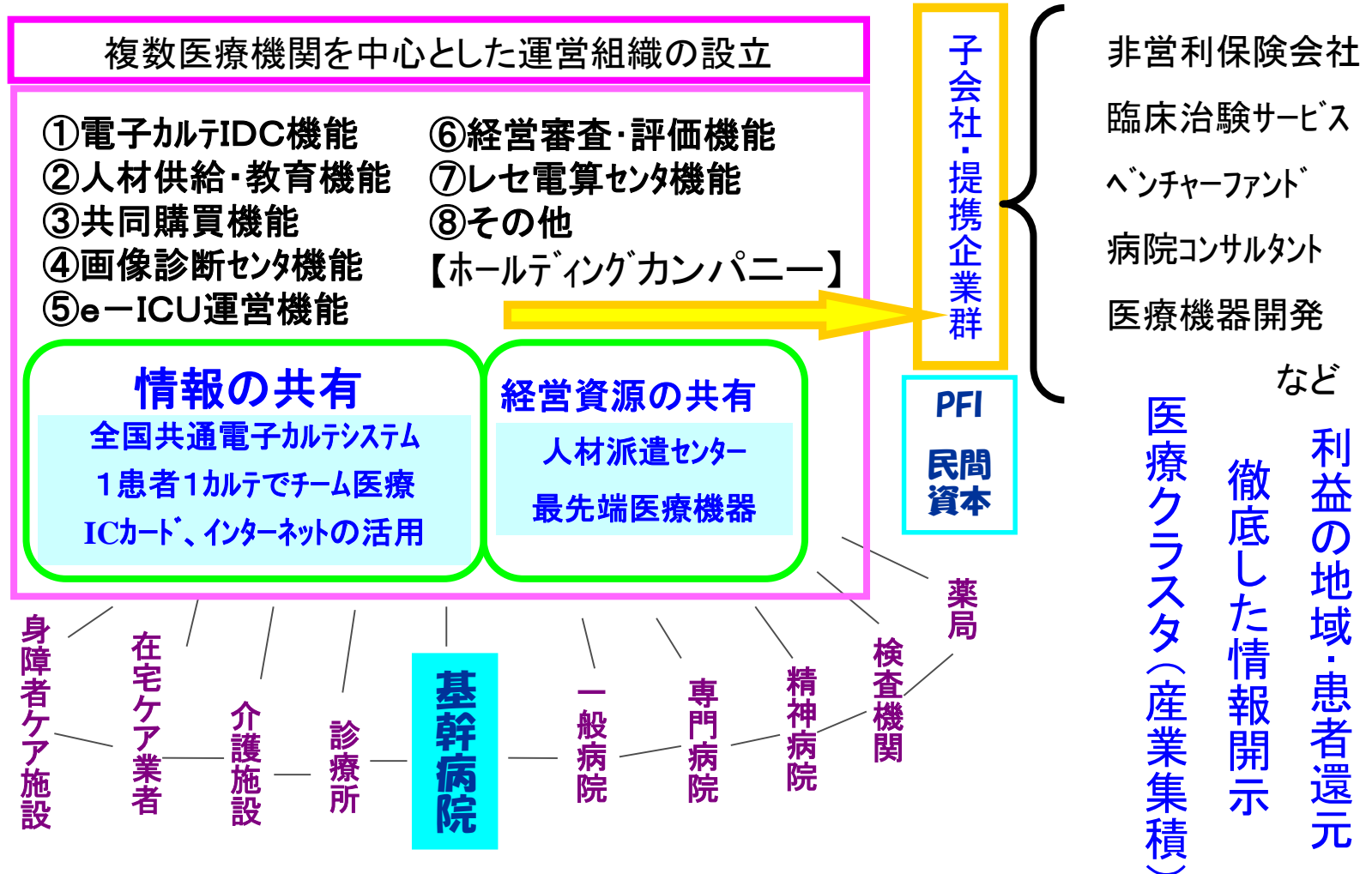
日本版IHN

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設、大学の統合ネットワーク (IHN)を形成、売り上げ1000億~2000億円規模

大学

1つの広域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



IHNモデルの代表 セントラ・ヘルスケア

- セントラヘルスケア
 - セントラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
 - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
 - 医科大学を併設
 - 開業医ネットワークとの連携
 - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
 - 規模のメリットを追求



ノーフォーク バージニア州
セントラヘルスケア

医療法人の事業展開等に関する検討会



医療法人の事業展開等に関する検討会

1 設置の趣旨

医療法人に関しては、病床の機能分化・連携などを進め効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、医療法人等との連携を推進すること等としており、日本再興戦略等において課題の検討が求められており、有識者による検討会を開催する。

2 審議事項

- ・ 非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について
- ・ 医療法人の透明性の確保・ガバナンスの強化について
- ・ 医療法人の分割について
- ・ 社会医療法人の認定要件の見直しについて 等

3 委員

田中 滋	慶應義塾大学名誉教授【座長】		
猪熊 律子	読売新聞東京本社社会保障部部長	鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
今村 定臣	日本医師会常任理事	西澤 寛俊	全日本病院協会会長
浦野 正男	全国社会福祉法人経営者協議会総務委員長	橋本 英樹	東京大学大学院医学系研究科教授
太田 二郎	全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長	長谷川 友紀	東邦大学医学部教授
大道 道大	日本病院会副会長	日野 頌三	日本医療法人協会会長
梶川 融	日本公認会計士協会副会長	松井 秀征	立教大学法学部教授
川原 丈貴	川原経営総合センター代表取締役社長	松原 由美	明治安田生活福祉研究所主席研究員
瀬古口精良	日本歯科医師会常務理事	山崎 學	日本精神科病院協会会長

4 審議スケジュール・開催状況

25年12月 4日	医療法人等との連携の推進について
26年 4月 2日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度に係る報告について等
26年 6月27日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の検討に当たっての主な論点等について
26年 9月10日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について等
26年10月10日	非営利新型法人制度の創設について等
26年11月27日	非営利新型法人制度の創設について等
27年 1月30日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について等
27年 2月 9日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設及び医療法人制度の見直しについて【取りまとめ】

非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

制度の目的等

- 複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設（本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる）。
→ 産業競争力会議では、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げている。

検討の方向性

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等において、以下の3点を共有等できる仕組みとする方向で検討。（今後、本検討会において具体的に検討）

① 理念を共有すること

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する。

② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。
→医療法人等の社員総会又は評議員会の過半数を、非営利ホールディングカンパニー型法人やその理事又は社員が占める。

③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

- 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する。
→個人に配当しない非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。
→非営利ホールディングカンパニー型法人が株式会社（介護事業等）に出資できるようにする。

地域医療連携推進法人制度

趣旨

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人(仮称)の認定制度を創設する。これにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保する。

ポイント

※医療法改正

○ 法人格

- ・ 地域の医療機関等を開設する複数の医療法人その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人について、都道府県知事が地域医療連携推進法人(仮称)として認定する。

○ 参加法人(社員)

- ・ 地域で医療機関を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とすることを必須とする。
- ・ それに加え、地域医療連携推進法人の定款の定めるところにより、地域包括ケアの推進のために、介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業を行う非営利法人を参加法人とすることができる。
- ・ 営利法人を参加法人・社員とすることは認めない。

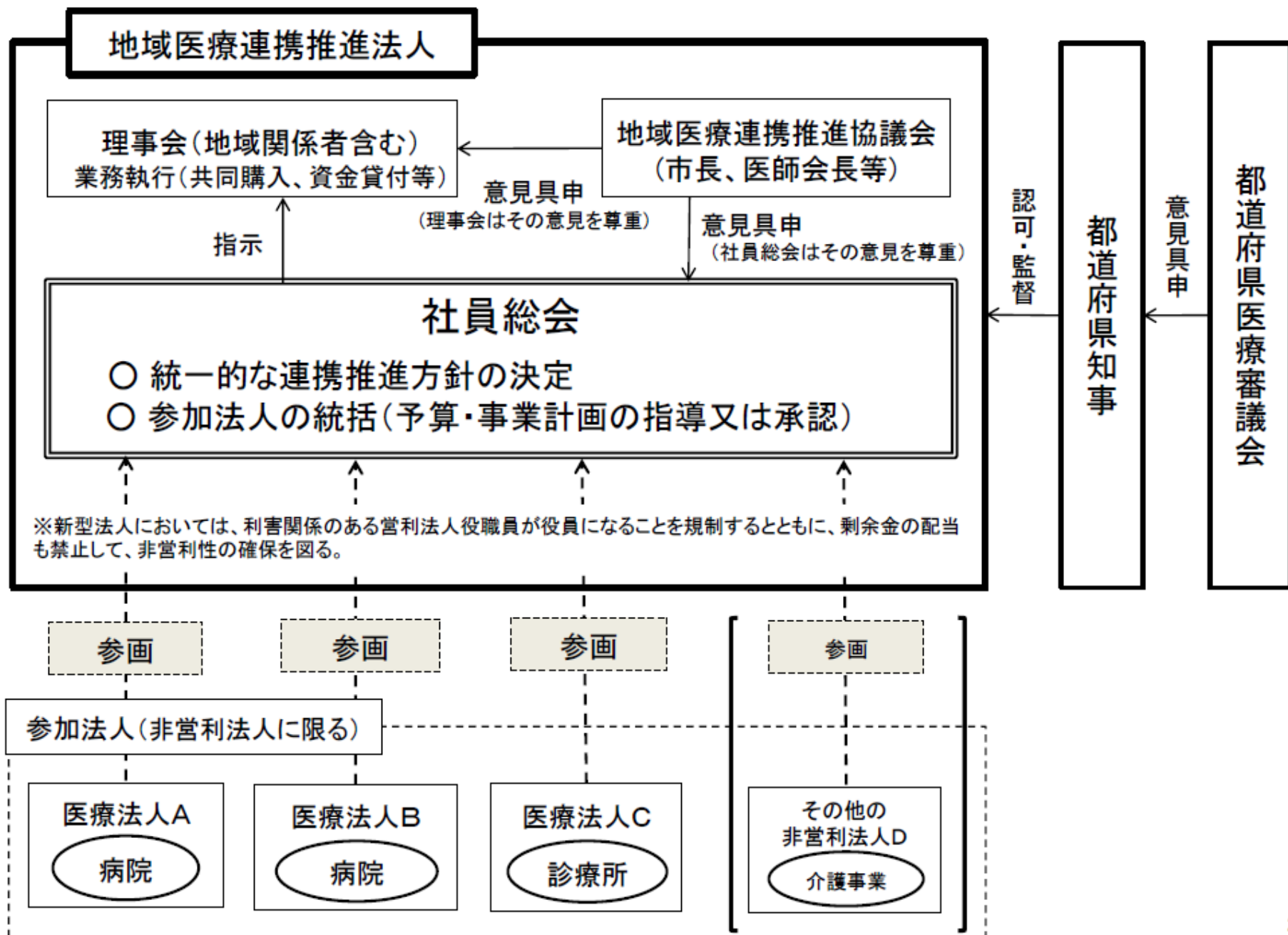
○ 業務内容

- ・ 統一的な連携推進方針(医療機能の分化の方針、各医療機関の連携の方針等)の決定。
- ・ 病床再編(病床数の融通)、キャリアパスの構築、医師・看護師等の共同研修、医療機器等の共同利用、病院開設、資金貸付等。
- ・ 関連事業を行う株式会社(医薬品の共同購入等)を保有できる。

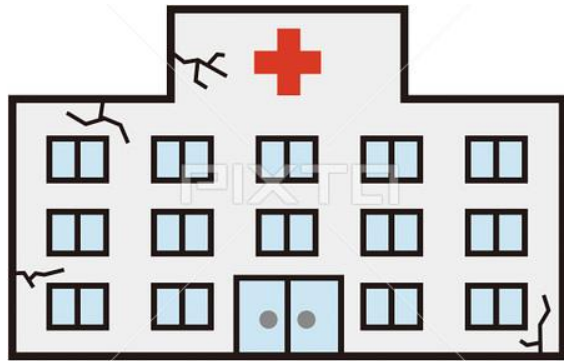
○ ガバナンス(非営利性の確保等)

- ・ 社員の議決権は各一個とするが、不当に差別的な取扱いをしない等の条件で、定款で定めることができる。
- ・ 参加法人の事業計画等の重要事項について、意見を聴取し、指導又は承認を行うことができる。
- ・ 理事長は、その業務の重要性に鑑み、都道府県知事の認可を要件とする。
- ・ 地域医療連携推進協議会の意見を尊重するとともに、地域関係者を理事に加えて、地域の意見を反映。
- ・ 営利法人役職員を役員にしないこととするとともに、剰余金の配当も禁止して、非営利性の確保を図る。
- ・ 外部監査等を実施して透明性を確保する。
- ・ 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見に沿って、法人の認定、重要事項の認可・監督等を行う。

地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み

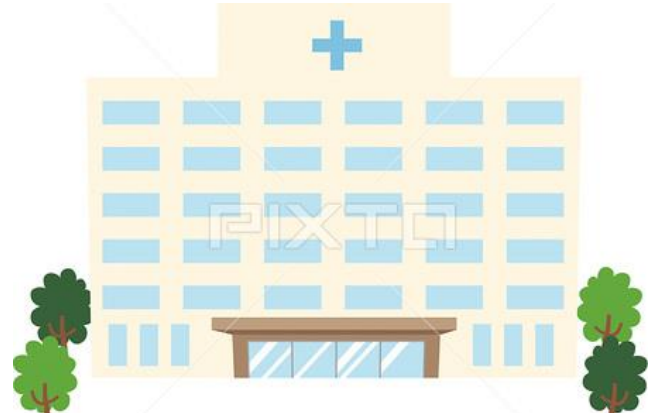
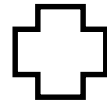


病床融通特例



pixta.jp - 4902298

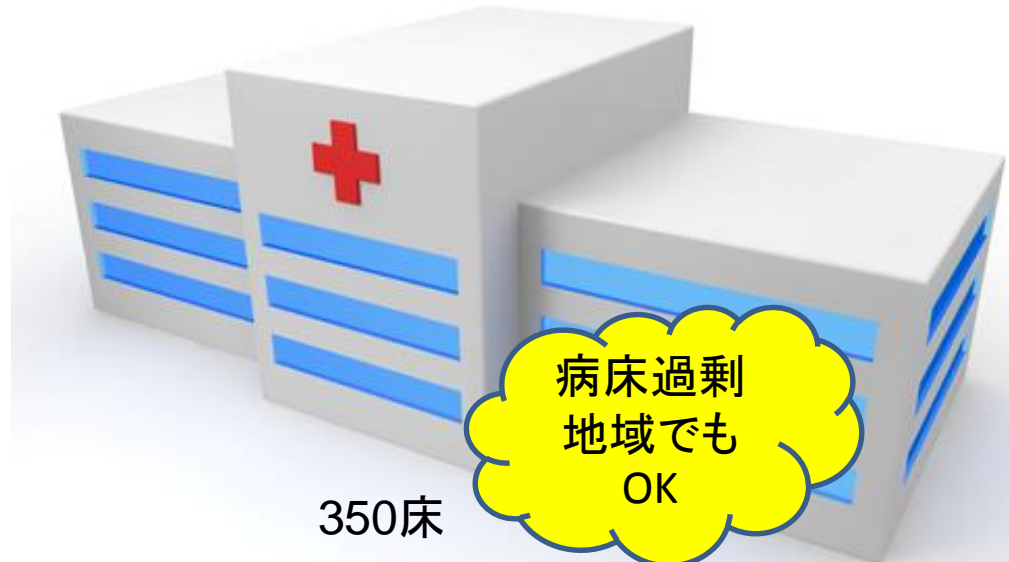
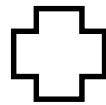
200床



200床



50床



350床

病床過剰
地域でも
OK

(参考) 非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデル等について

非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデルの例	具体的なイメージの例
自治体中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県や市町村がその区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、非営利ホールディングカンパニー型法人（HD法人）を創設する。○ 自治体を中心となって、医療法人等の横の連携を高めることで、地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画などと整合性を持ちつつ、病床機能の再編、地域包括ケアシステムの構築等を円滑に進めることが期待される。○ 必要に応じて、自治体が出資したり、自治体の幹部を理事とするなど、適宜、関与することも可能である。
中核病院中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 地域の社会医療法人、大学付属病院を運営する法人など急性期医療等を担う中核的な医療法人等が、回復期や在宅医療を担う医療法人や、介護を担う社会福祉法人に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 地域の中核病院が中心となることで、回復期や在宅医療の基盤が弱い場合は、中核病院の信用力を元に資金を確保してそこに投資するなど、地域の効率的な医療提供体制を構築することが期待される。
地域共同設立型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県医師会や地区医師会が中心となって、その区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 医師会が中心となることで、現在、医師会が中心的に進めている在宅医療・介護の連携の更なる促進や、共同購入や医療機器の共同使用等による中小医療法人の経営の効率化、経営の厳しい医療法人の支援や受け皿としての機能が期待される。○ 自治体も巻き込むことによって、自治体からの出資などの支援を受けることも可能である。

総務省は
慎重意見

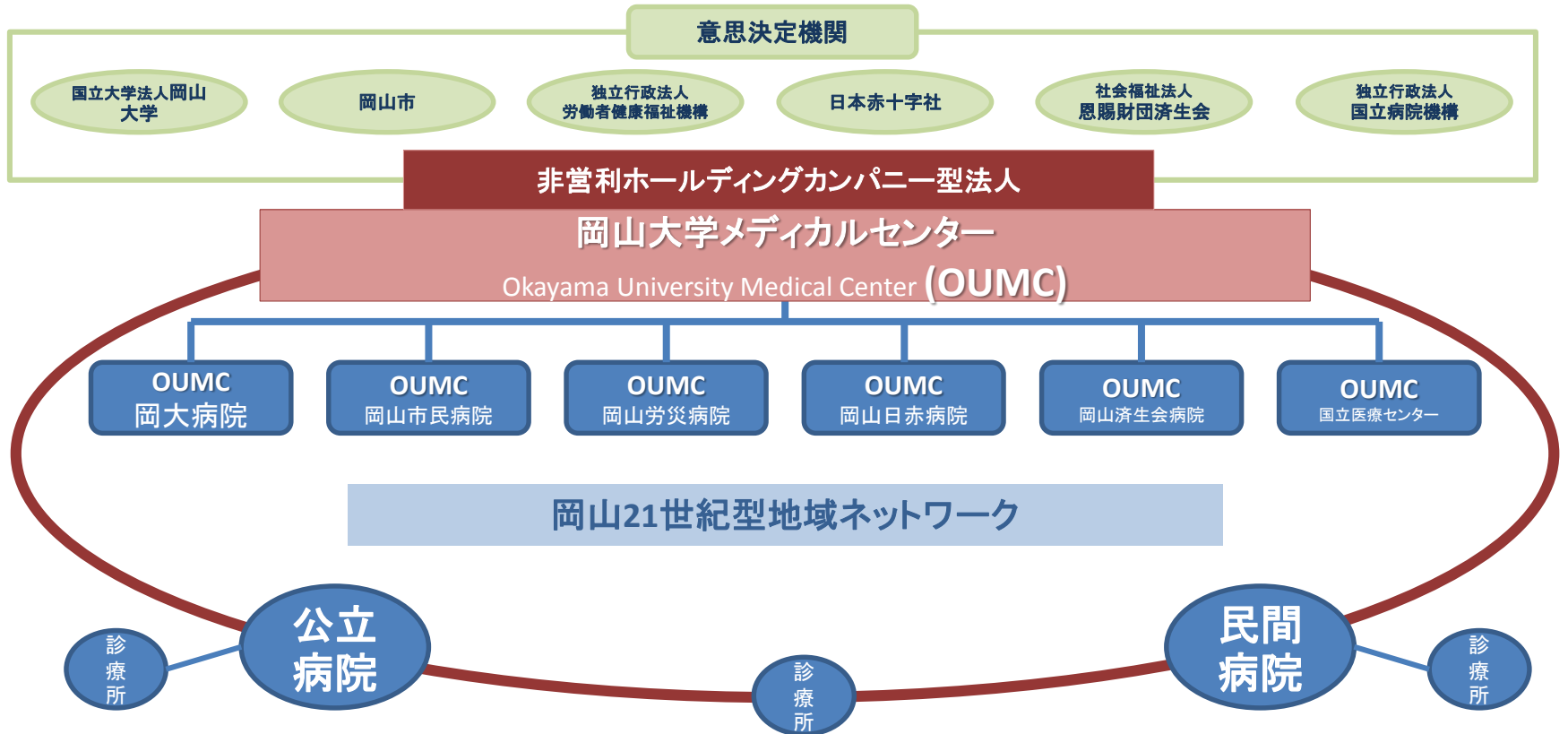


岡山大学メディカルセンター構想

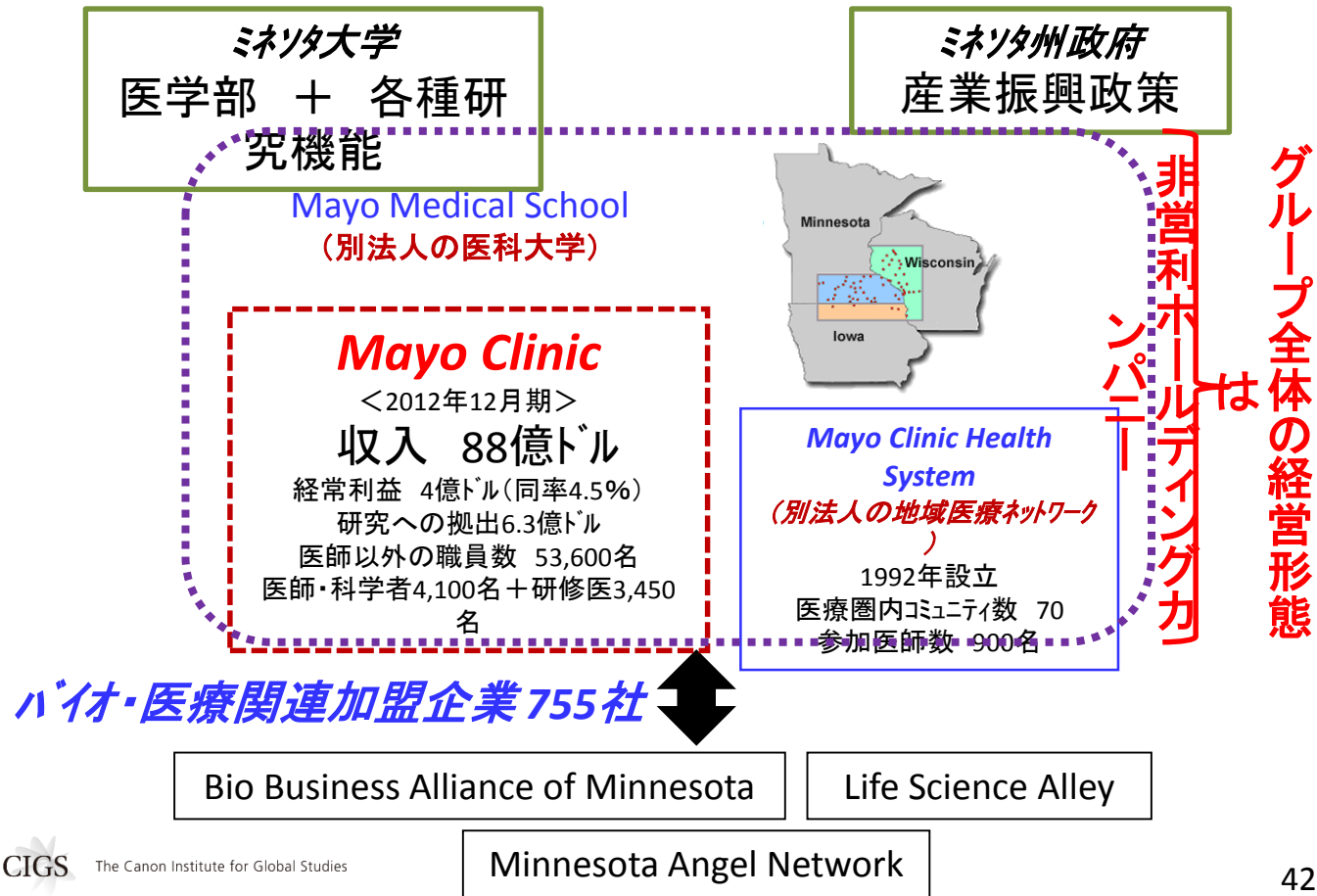
～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～


平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



Mayo Clinicを核にした医療産業集積





米メイヨー・クリニック
のような巨大ヘルス
ケア提供機関を作る
ための持ち株会社制
度などを通じて医療
分野の発展を促す

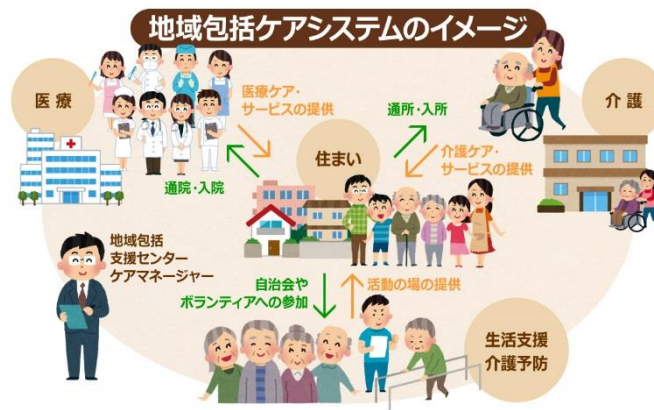
2014年1月22日ダボス会議

非営利HD法人の課題は さらなる税制優遇や補助金誘導

地域医療構想実現の
一手法として位置づけることが重要

パート3

地域包括ケアシステムと 人材育成



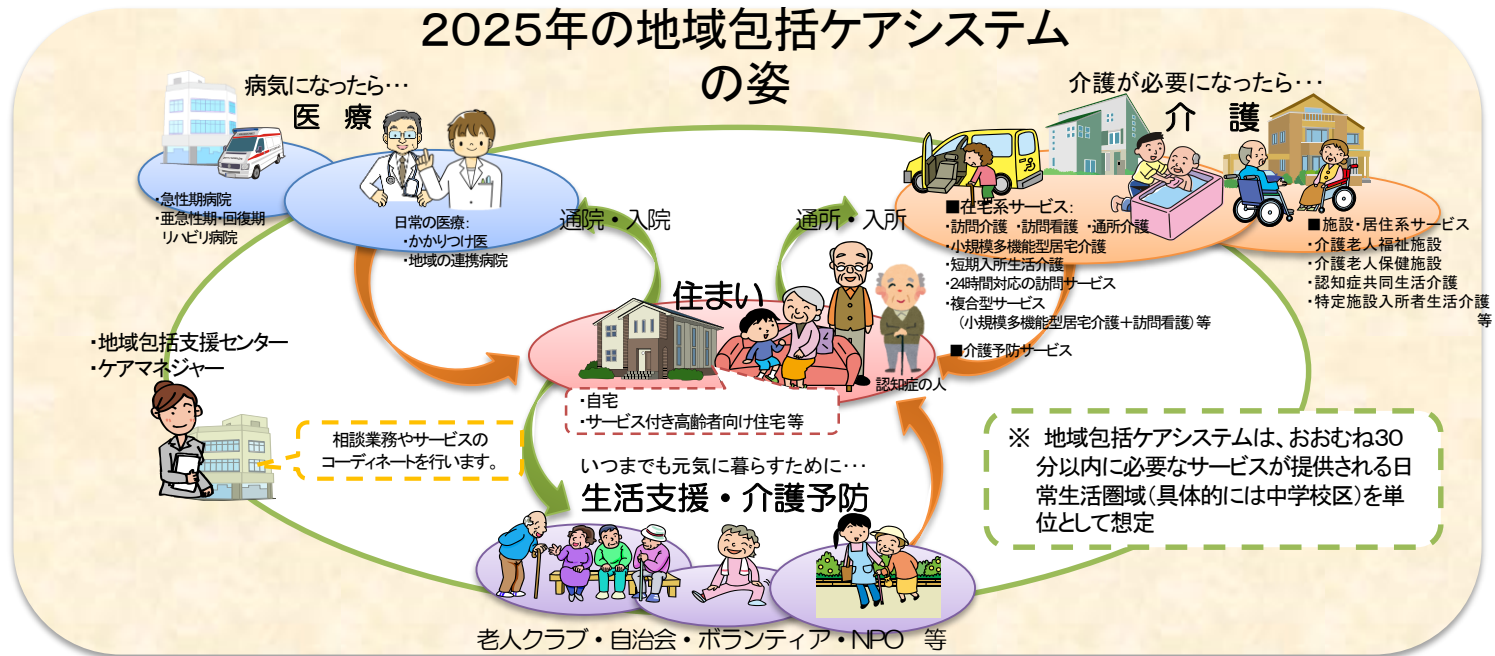
地域包括ケアシステムとは

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

Aging in Place

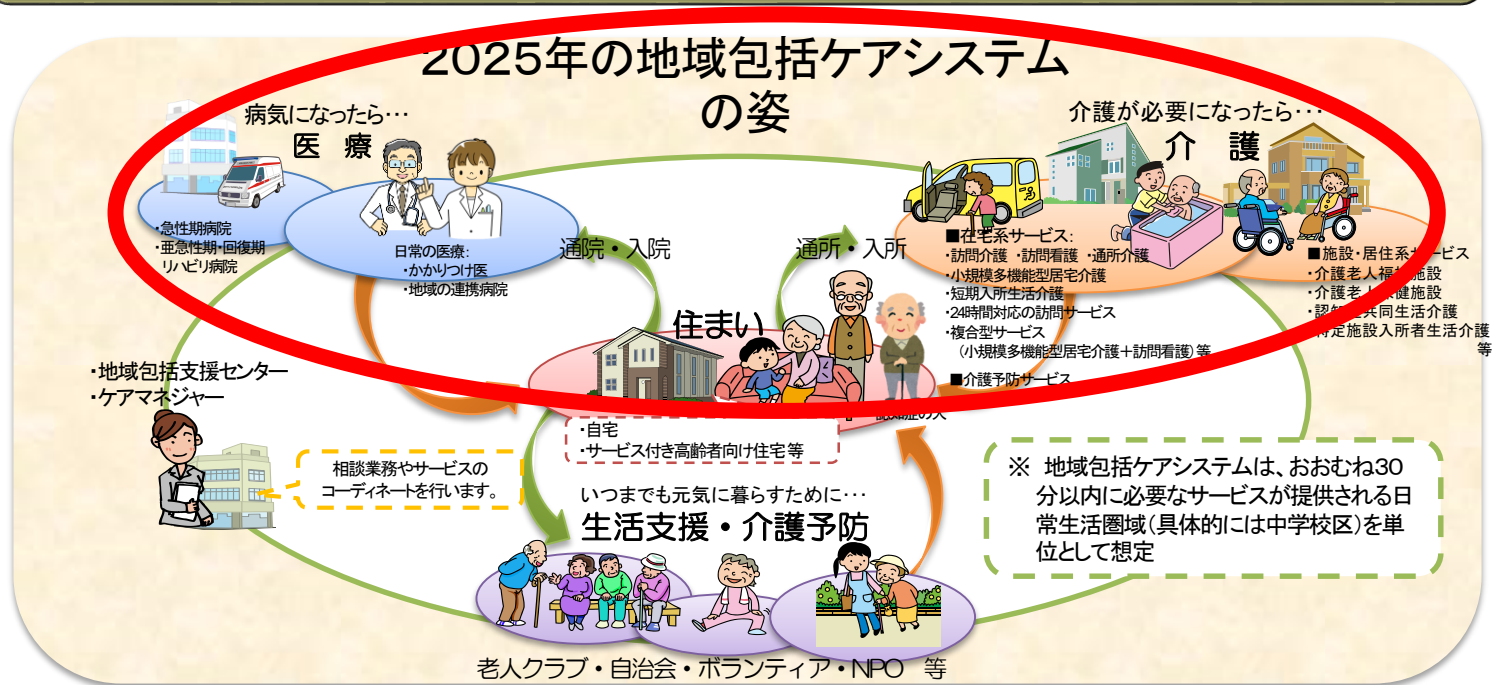
平成25年 地域包括ケアシステム

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



平成25年 地域包括ケアシステム

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



地域包括ケアシステムでは 在宅医療と介護の連携が課題



医療と介護の連携

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表 等



（エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

- ◆ 地域連携バス（在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む）等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応 等

（オ）在宅医療・介護関係者の研修

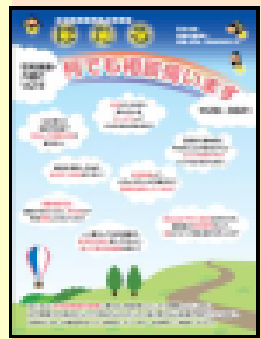
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を学ぶ
- ◆ 介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催 等

（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備 等

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについても普及啓発 等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

- ◆ 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議 等

（ウ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等

- ◆ 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者（看護師、社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取組の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付 等

（ク）二次医療圏内・関係市区町村の連携

- ◆ 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議 等

在宅医療・介護連携支援センター(仮称)

(在宅医療・介護連携相談窓口)

- 介護保険の知識を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等から相談を受け付ける。(原則、住民からの相談は地域包括支援センターが受け付ける)
- 地域の在宅医療・介護関係者、地域包括支援センターに対して、在宅医療・介護連携に関する情報提供等を行う。



市区町村

連携

郡市区医師会等に委託*

必要に応じて

在宅医療・介護連携支援センター(仮称)

(在宅医療と介護連携についての相談窓口)

(郡市区医師会等)



- ◆在宅医療・介護連携に関する相談の受付等(★)
 - 在宅医療・介護連携についての窓口の設置し、医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談の受付及び情報提供を行う。
 - 退院支援ルールが整備されていない地域における、医療機関から在宅への円滑な移行が困難な事例について、医療・介護の関係者に対して調整支援を行う。
 - 市区町村で協議された対応方針を踏まえ、各事業の必要に応じて支援をする。

支援

◆在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議

- 在宅医療・介護連携の課題を抽出し、その解決策及び他の各事業の対応方針について協議

◆二次医療圏内・関係市区町村の連携

- 退院後の在宅医療・介護サービスが円滑に提供されるよう、同一の二次医療圏内にある市区町村が連携し、当該二次医療圏内にある病院と、介護サービス事業者間における情報共有等の方法について協議

◆地域の医療・介護サービス資源の把握(★)

- 地域の医療機関、介護事業者の住所、機能等を調査し、これまでに自治体で把握されている情報と併せてマップ又はリストを作成

◆地域住民への普及啓発(★)

- 在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等によって、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図る

◆在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援(★)

- 医療・介護関係者に対し、情報共有ツール等の導入を支援

◆24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築(★)

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、緊急時等の連絡体制も含めた在宅医療・介護の提供体制を整備

◆在宅医療・介護関係者の研修(★)

- 医療関係者に対する介護サービス等の研修、介護関係者に対する医療等の研修を実施する。また、多職種連携のグループワークを実施

※地域包括支援センター又は市区町村役場に設置することも可能。

★がついている事業項目については委託可能

医療と介護福祉ではモデルが異なり情報もレセプトも異なる



医科レセプト

介護レセプト

医師意見書

脳梗塞で右麻痺が...

医療職

福祉職

国際疾病分類 (ICD)

国際生活機能分類 (ICF)

身体の中の**病態像**に着目し、本人の**疾病改善**を重視

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」)

「疾病モデル」

医療と介護

情報ギャップとその連携

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

医療福祉連携士

～医療と介護福祉を結ぶ人材育成～



日本医療マネジメント学会

医療福祉連携士

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

医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての学会認定制度
- 2011年からスタートし、現在までに学会認定の初の「医療福祉連携士」がこれまでに200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）

○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

- 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



「医療福祉連携士」を取得

五稜郭病院の尾関・保健師さん(左)が、日本医療・福祉・介護の連携を推進する「医療福祉連携士」を取得した。医療と福祉、介護との連携・協働をより発展させるために、尾関さんの活動が注目されている。

(取材協力：)

尾関さんが「医療福祉連携士」を取得したのは、地域医療と福祉連携のあり、患者が必要なサービスを受けることなどの課題を解決するために、地域医療と福祉連携を推進し、看護や医療従事者から必要とされている。尾関さんは病院の二職だった。



修了証を手に「医療福祉連携士の認知度が広がれば」と話す尾関さん

「連携士」は、医療従事者、福祉士、介護士、サービス提供の連携を推進し、患者が必要なサービスを受けることなどの課題を解決するために、地域医療と福祉連携を推進し、看護や医療従事者から必要とされている。尾関さんは病院の二職だった。

地域包括ケア築きたい

内目 道2人

尾関さんは、地域医療と福祉連携を推進し、患者が必要なサービスを受けることなどの課題を解決するために、地域医療と福祉連携を推進し、看護や医療従事者から必要とされている。尾関さんは病院の二職だった。

医療と介護の連携で、 開かせよう地域包括ケアの花



2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。