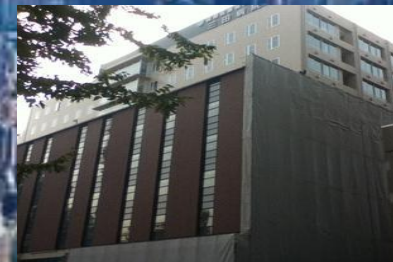


2025年へのカウントダウン

～地域医療構想と地域包括ケアはこうなる！～



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



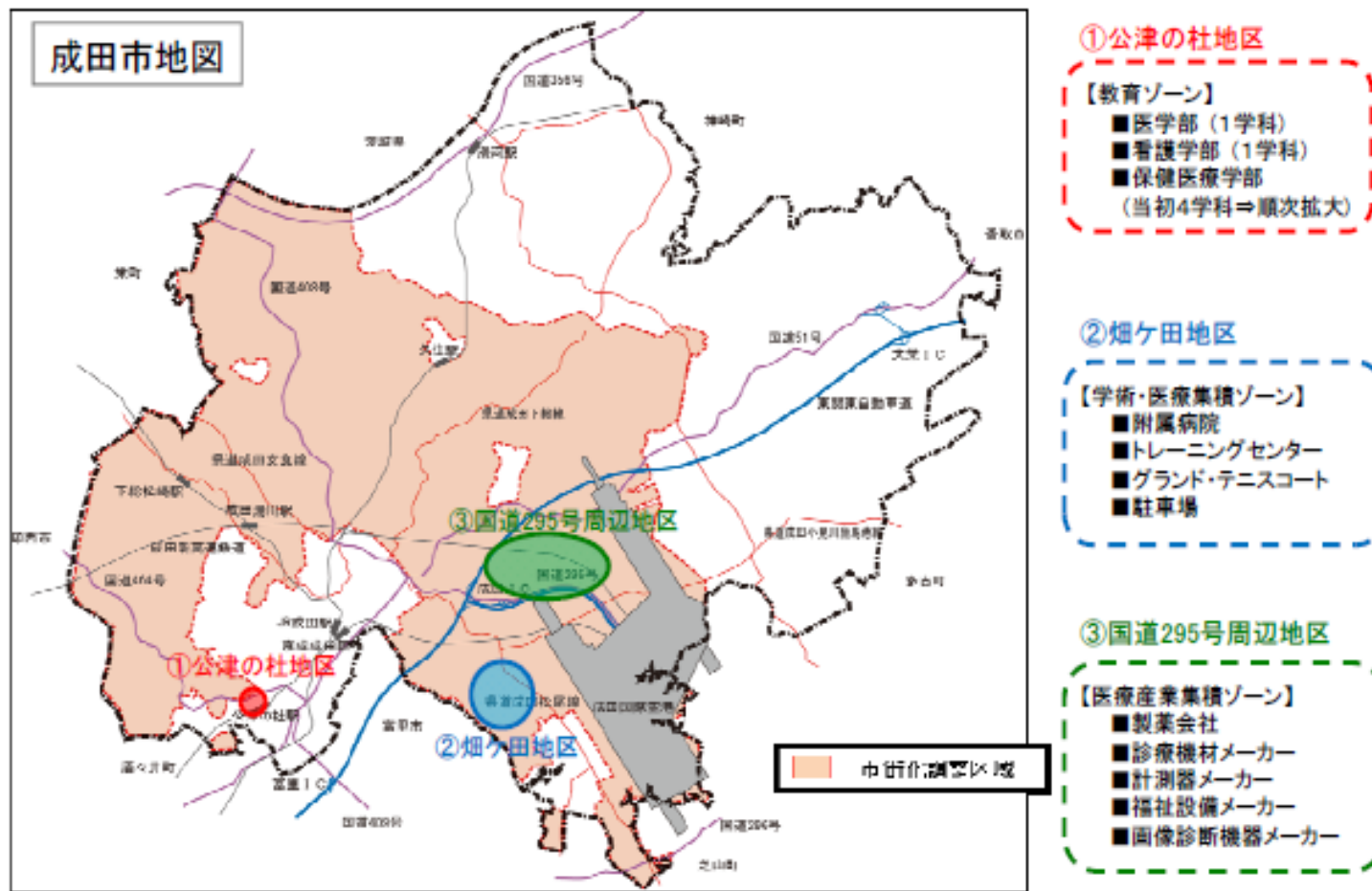
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。





**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)



目次

- パート1
 - 地域医療構想とは？
- パート2
 - 地域包括ケアシステムとは？
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと診療報酬改定
- パート4
 - 目指そう医療福祉連携士！



パート1

地域医療構想とは？



2025年へ向けて大きく変わる病床の姿

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床機能報告制度と地域医療構想

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

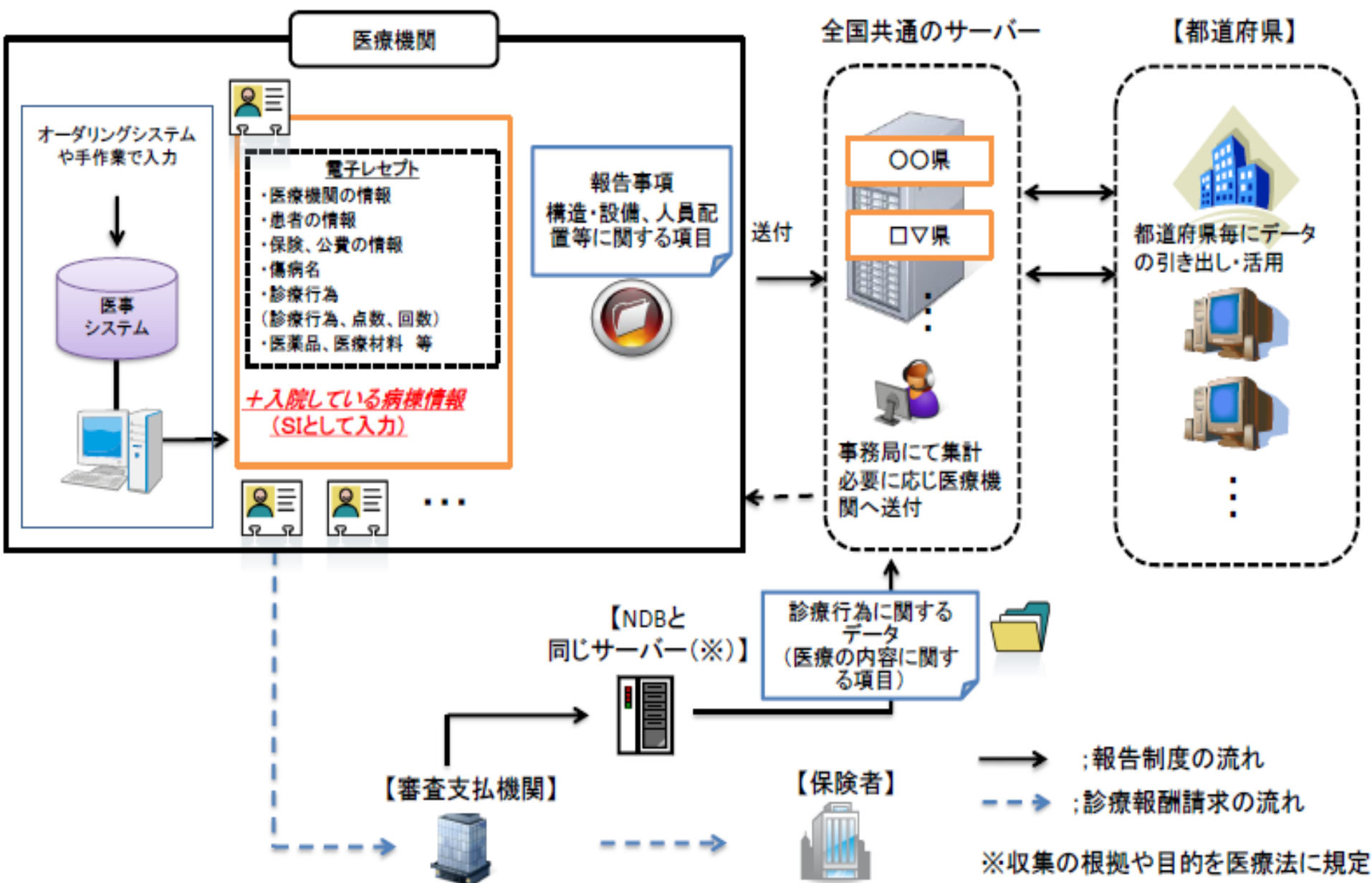
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

【病床機能報告(毎年10月)】

○ 各医療機関が病床機能報告の際に、各医療機関の病棟と、電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、次の対応表を病床機能報告の際に報告。

(対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

各医療機関が有する
病棟名を記載

6月診療・7月請求分の
電子レセプトに記録した
病棟コードを記載

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 3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における
医療需要の推計



③ 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

ステップ①

構想区域を設定する

東京都 二次保健医療圏



ステップ②

医療需要を推計する

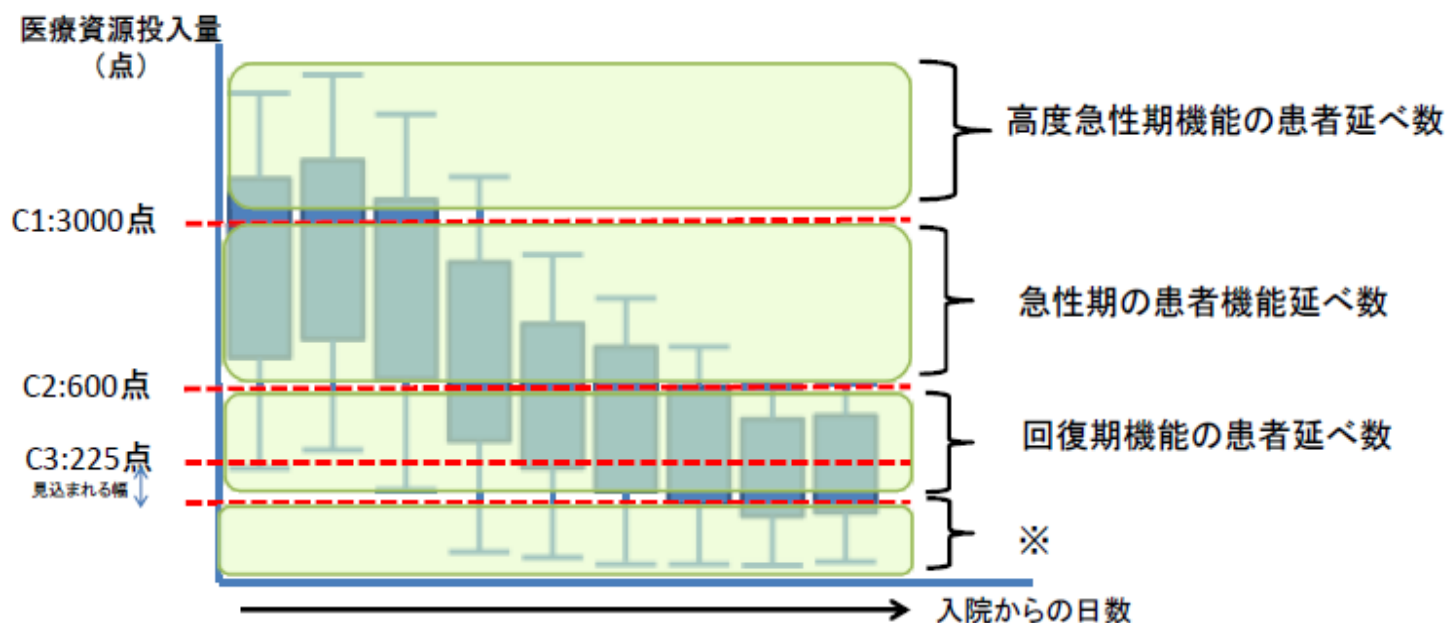
4つの医療機能区分ごとの
患者数を推計する

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

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。



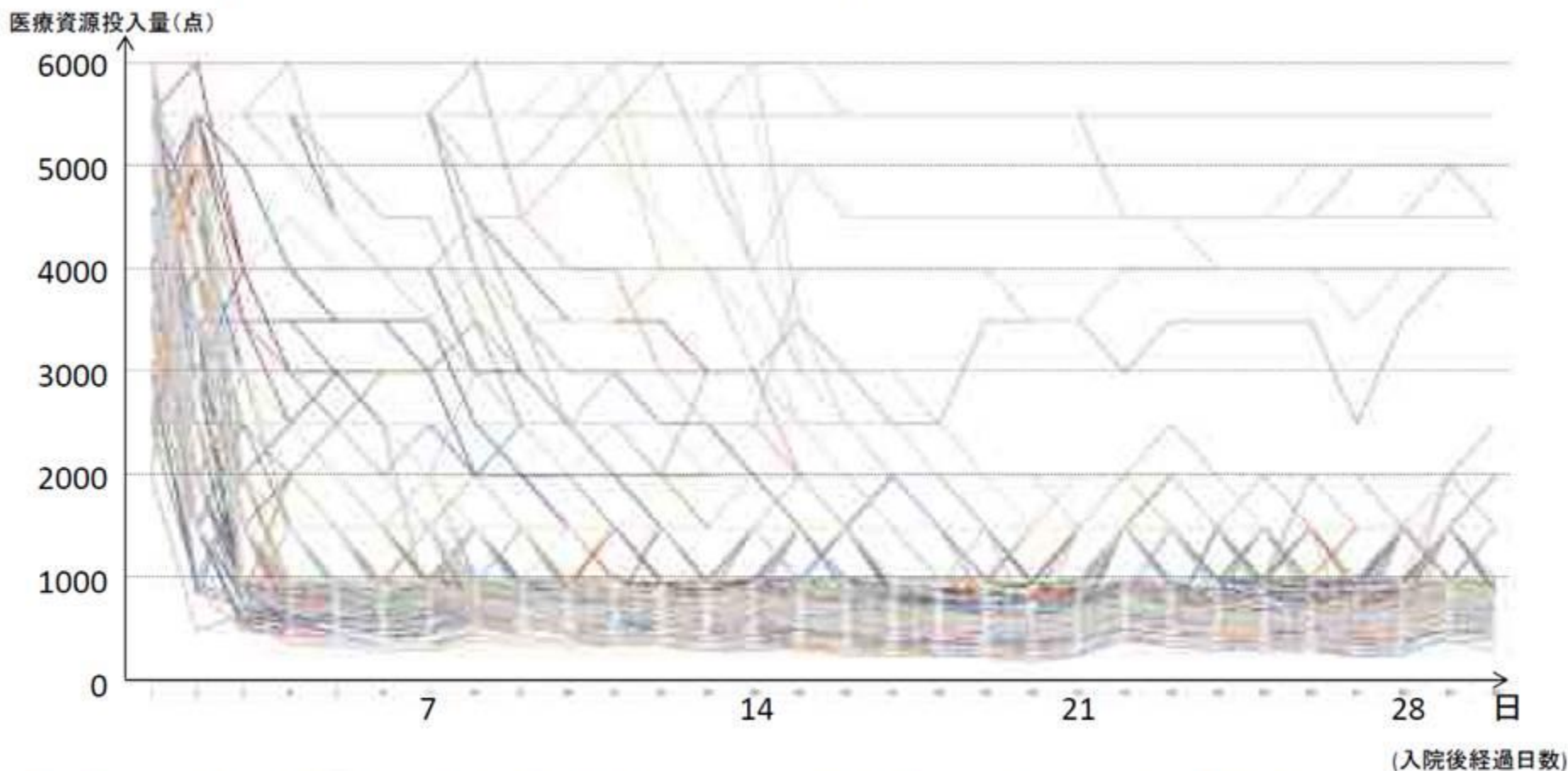
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

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

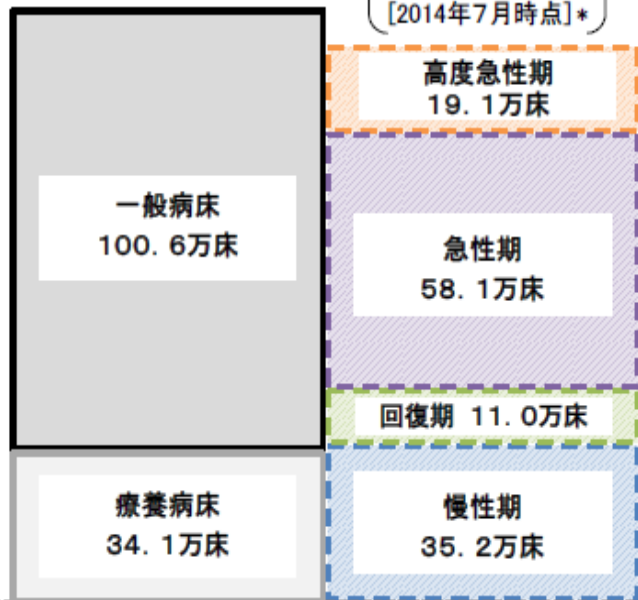
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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

29.7~33.7万人程度※3

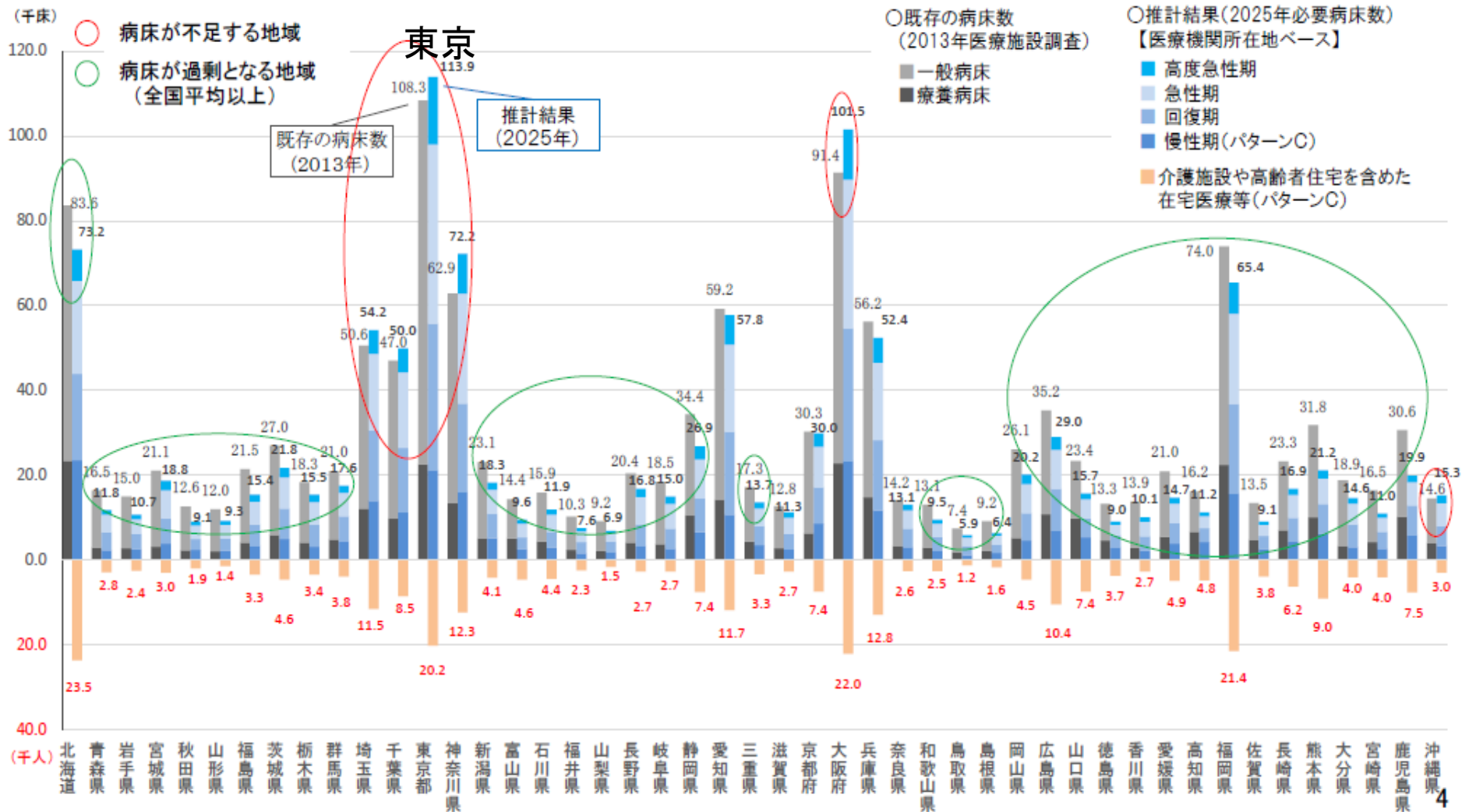
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 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

2025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
(会長・永井良三自治医

科大学長)が人口推計や
診療報酬明細書から、将

25年、30万人を自宅に

2025年までに最大20万床削減 在宅を30万人へ

医療が変わる

	20世紀	21世紀
人口	増大・若者	減少・高齢化
疾患	単一疾患	複数疾患、退行性疾患
目標	治癒、救命	機能改善、生活支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
医療資源投入	多量	中等度

ステップ③

地域医療構想調整会議

- ①構想区域における病床の区分ごとの2025年の病床の必要量
- ②構想区域における2025年の居宅等における医療の必要量
- ③地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化および連携の推進に関する事項

事例1 福島県県北医療圏の 地域医療構想を考える



9月12日大原総合病院(福島市)

福島県の二次医療圏

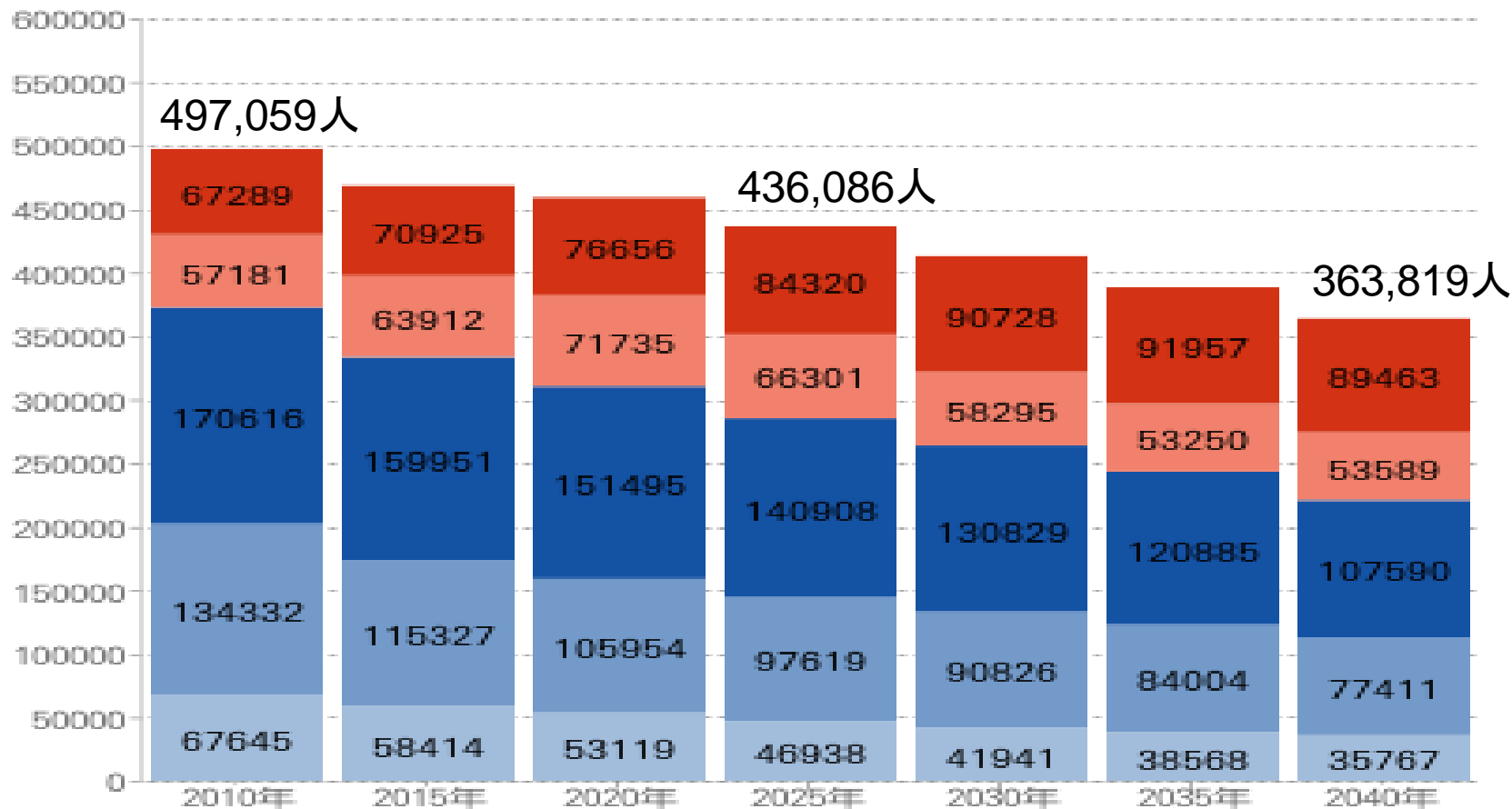
福島県人口200万人
県北人口49万人
(2010年)

県北から県中へ6%流出のみ
二次医療圏内で充足している

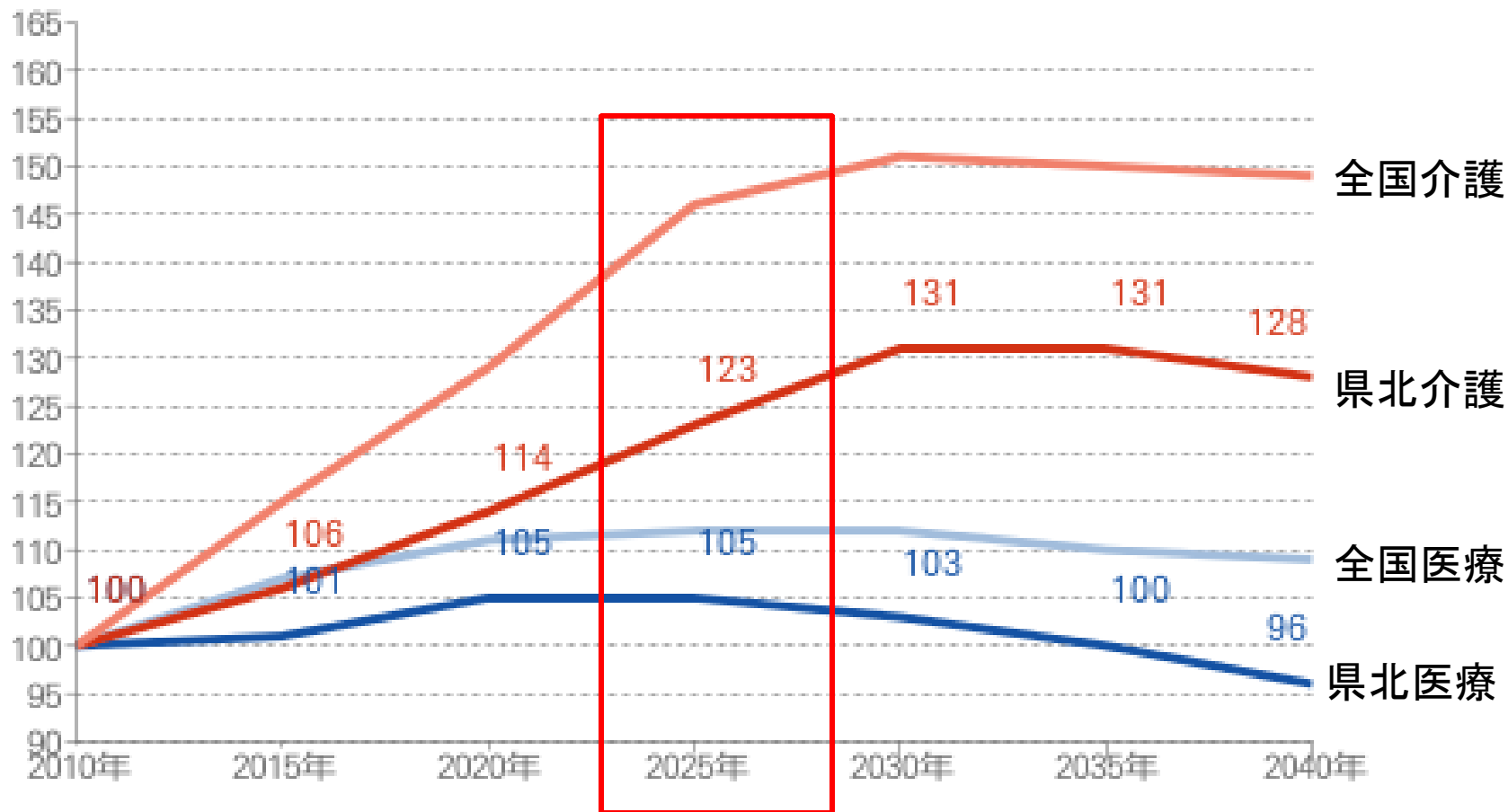


県北医療圏人口推計

2025年、人口は12%減少



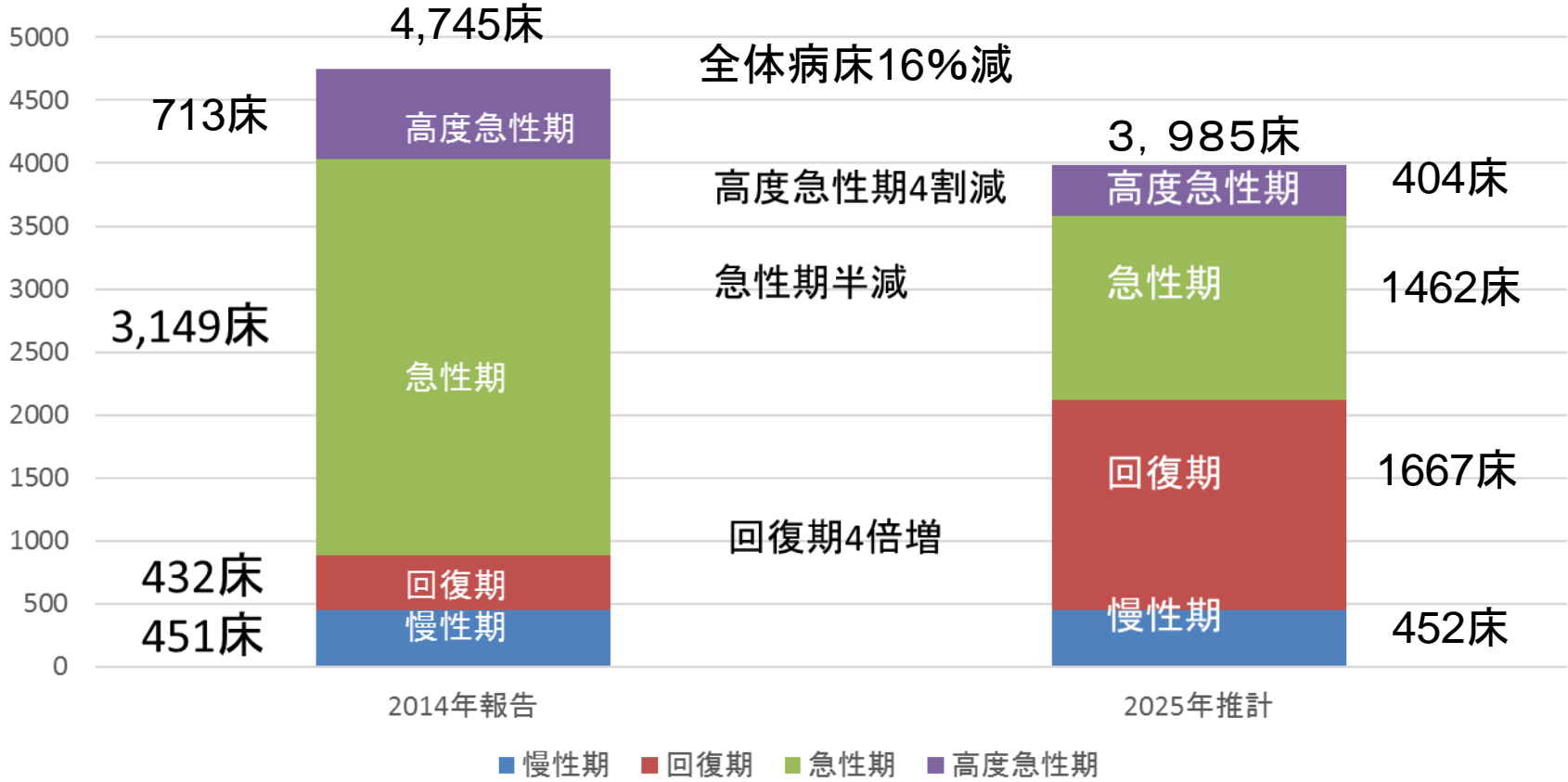
医療介護需要予測指数(県北)



- 医療: 県北医療圏
- 介護: 県北医療圏
- 医療: 全国平均
- 介護: 全国平均

県北2025年の病床必要量推計

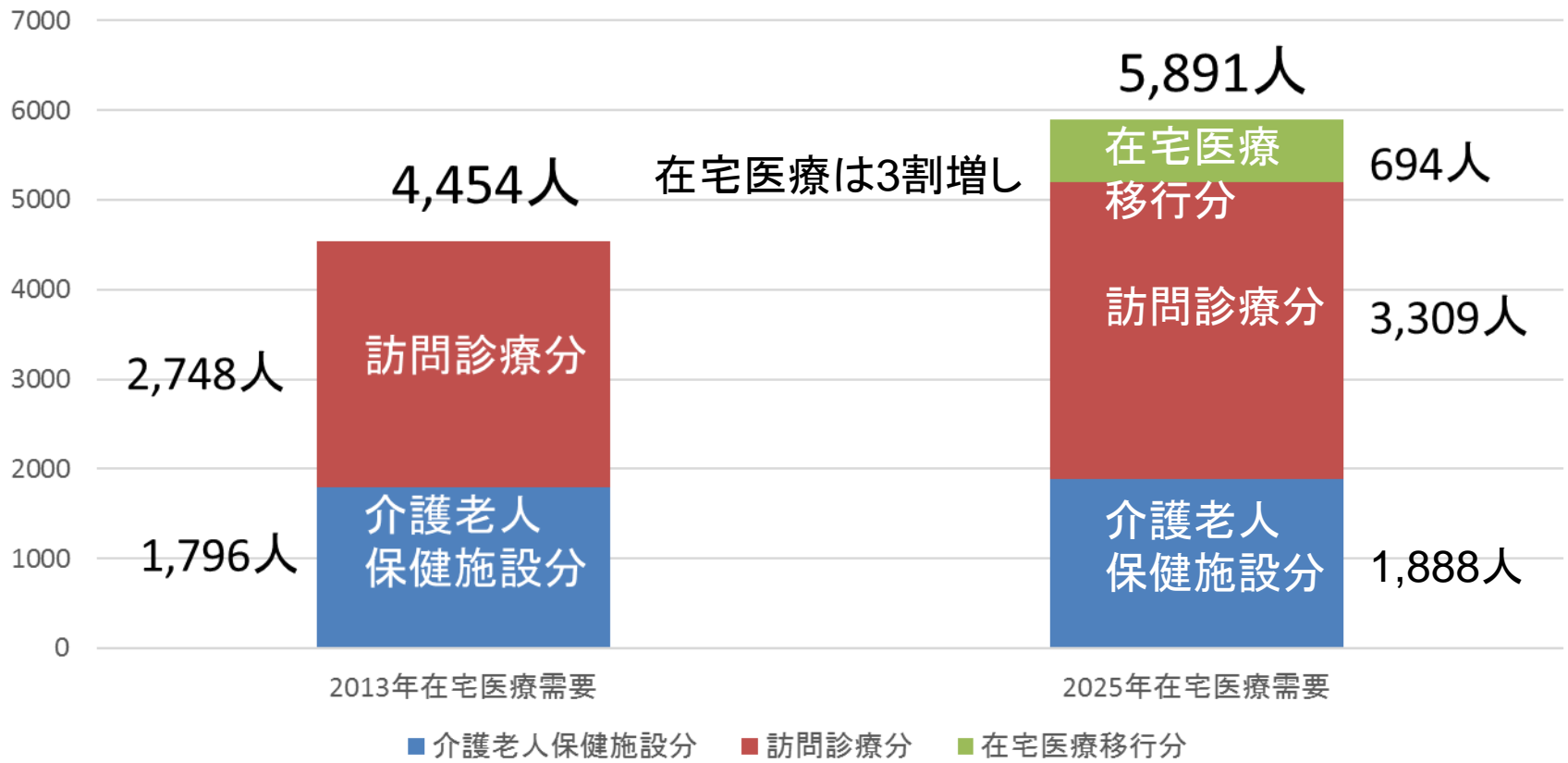
グラフタイトル



* 2014年報告は有床診療所を含み、医療機能未選択分は含めていない

県北在宅医療必要量推計

グラフタイトル



県内病床数4000減

県の地域医療構想案

37年推計

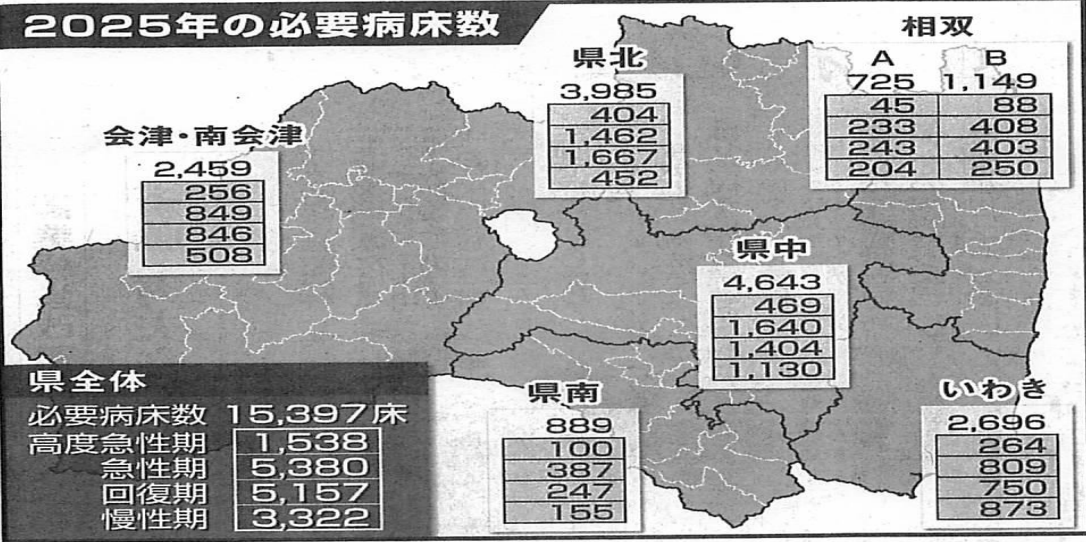
県は六日、平成三十一年の病床数と推計した二床から約四千床減る計算だが、県は現行の病院で必要となる。今年四月の病床数を、一万五千二百七十七で患者を受け入れている。

影響はない」としている。構想案では厚生労働省の医療需要予測データや二十五年度の県内医療需要実績(一日当たりの患者数)、人口動態などを基に①高度急性期(救命救急、集中治療、新生児集中治療など)②急性期③回復期(リハビリテーションなど)④慢性期(長期療養など)の四段階に分けて必要病床数を試算した。

全県と六つの区域(県北、県中、県南、会津・南会津、相双、いわき)の必要病床数は、二〇二五年に地域医療構想案を公表した。今年四月の病床数を、一万五千二百七十七で患者を受け入れている。

慢性的な高齢化の進展などをも勘案し、三十七年の必要病床数を二十五年度の患者数よりも多く設定している。

地域医療構想は医療法改正に伴い、都道府県に策定が義務付けられている。県は年内に策定し、二十九年に改定する第七次医療計画(三十年代から五十年代)に反映させる。



建設業の在り方中間まとめを示す。県建設業審議会(六日、福島市の杉妻会館で開かれ、県内建設業の振興に向けて行政が

取り組むべき施策など盛り込んだ県内建設業の在り方の中間まとめを示した。

取組むべき施策などを盛り込んだ県内建設業の在り方の中間まとめを示した。

個人記 学校研究、個人研 気づき、先が力を伸ばす

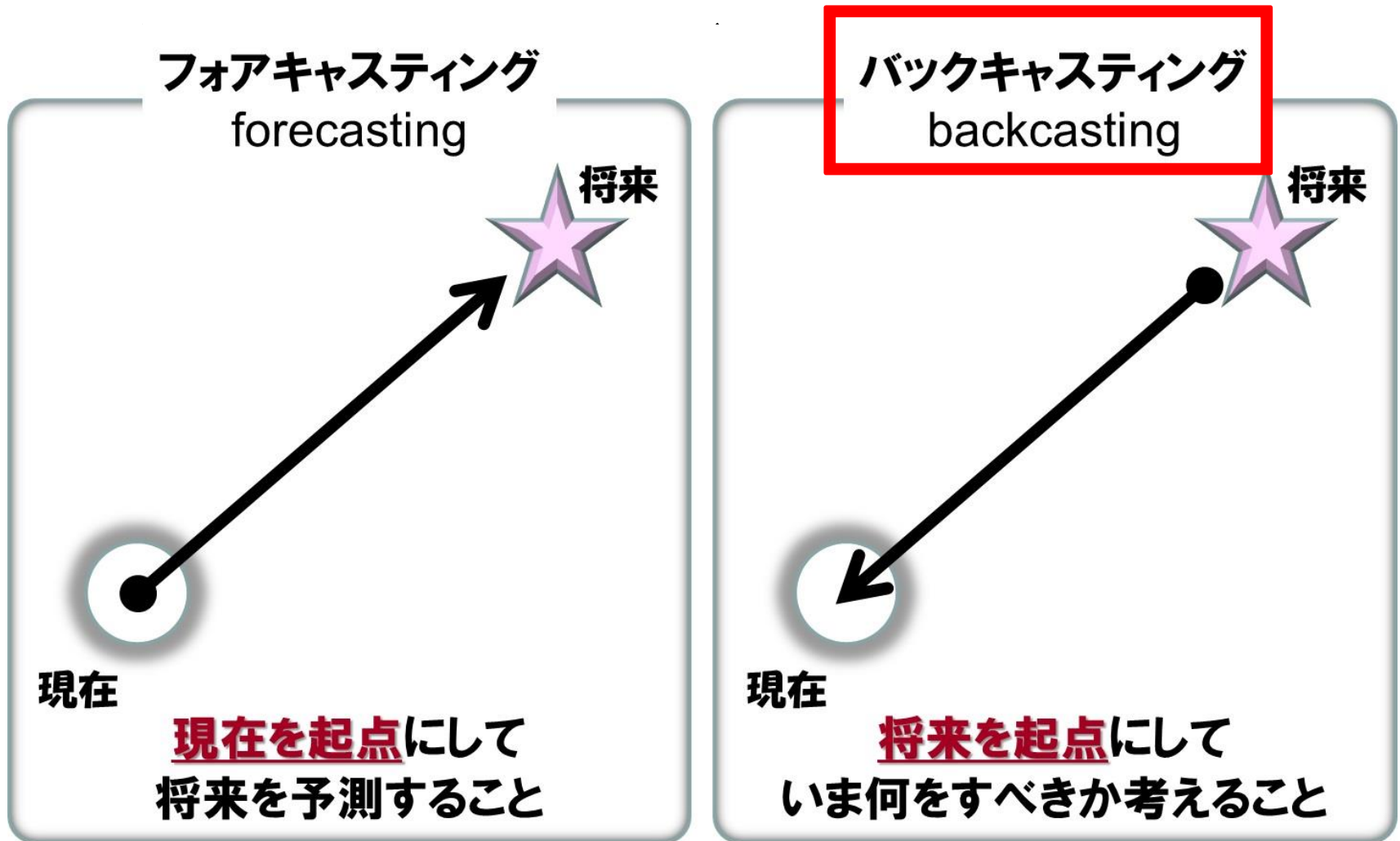
県によると、二十五年度医療需要実績の全県の患者数は一万二千三百三十二人(高度急性期千九十七人、急性期三千八百四十一人、回復期四千百二十一人)。

構想案は六日、福島市で開いた県医療審議会保健医療計画調査部会で報告された。審議会は構想案の内容を精査した上で、県に答申する。

議会 ニュ 一本松市 開会 会。会期は28日。新野洋 8453万円 度一般会計補 35議案を提出 は仮置き場の 敷地内保除 置き場への移 億262万円

枝肉相場 (6日) 東京都調べ ※ 豚大幅純伸 和生 和生 交雑 交雑 鶏卵相場 【全農】 上伸 高加重 安 202.185.178

2025年の近未来から 現在を見つめるバックキャストイング視点を！



パート2

地域包括ケアシステムとは？



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

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**必要があります。

2025年の地域包括ケアシステムの姿



人口1万人、中学校区、かけつけ30分圏内

地域包括ケアシステムは 地域課題の解決型思考で！

地域の課題とは何か？

「在宅看取り」、「認知症」、「医療と介護の連携」、「人口減と街づくり」



事例2

横須賀・三浦の地域包括ケアを考える

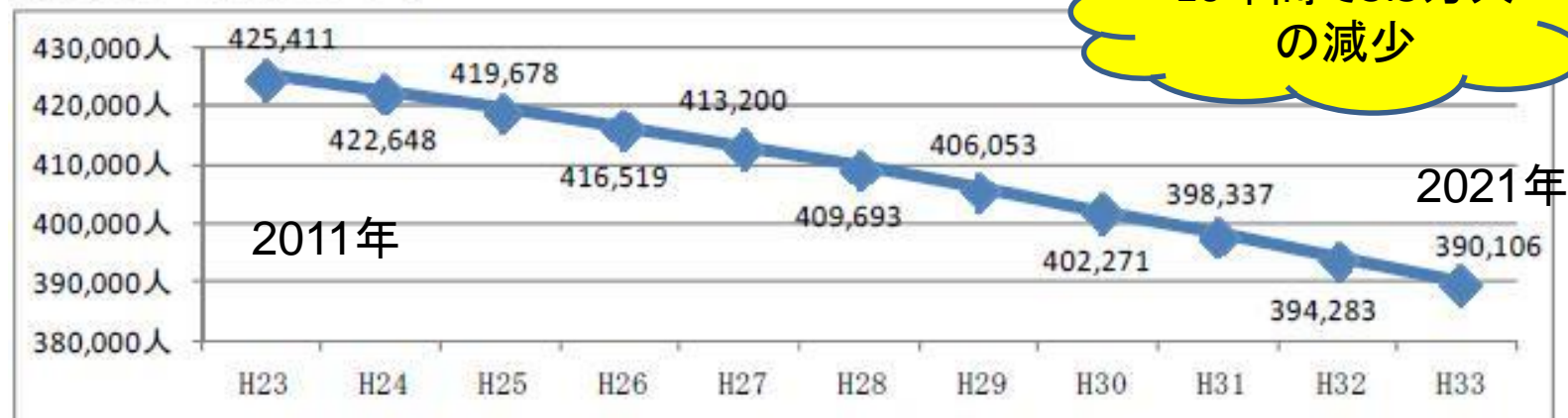
「よこすか・みうらの地域包括ケアを考える」 2016年7月15日（横須賀共済病院）



横須賀市の紹介

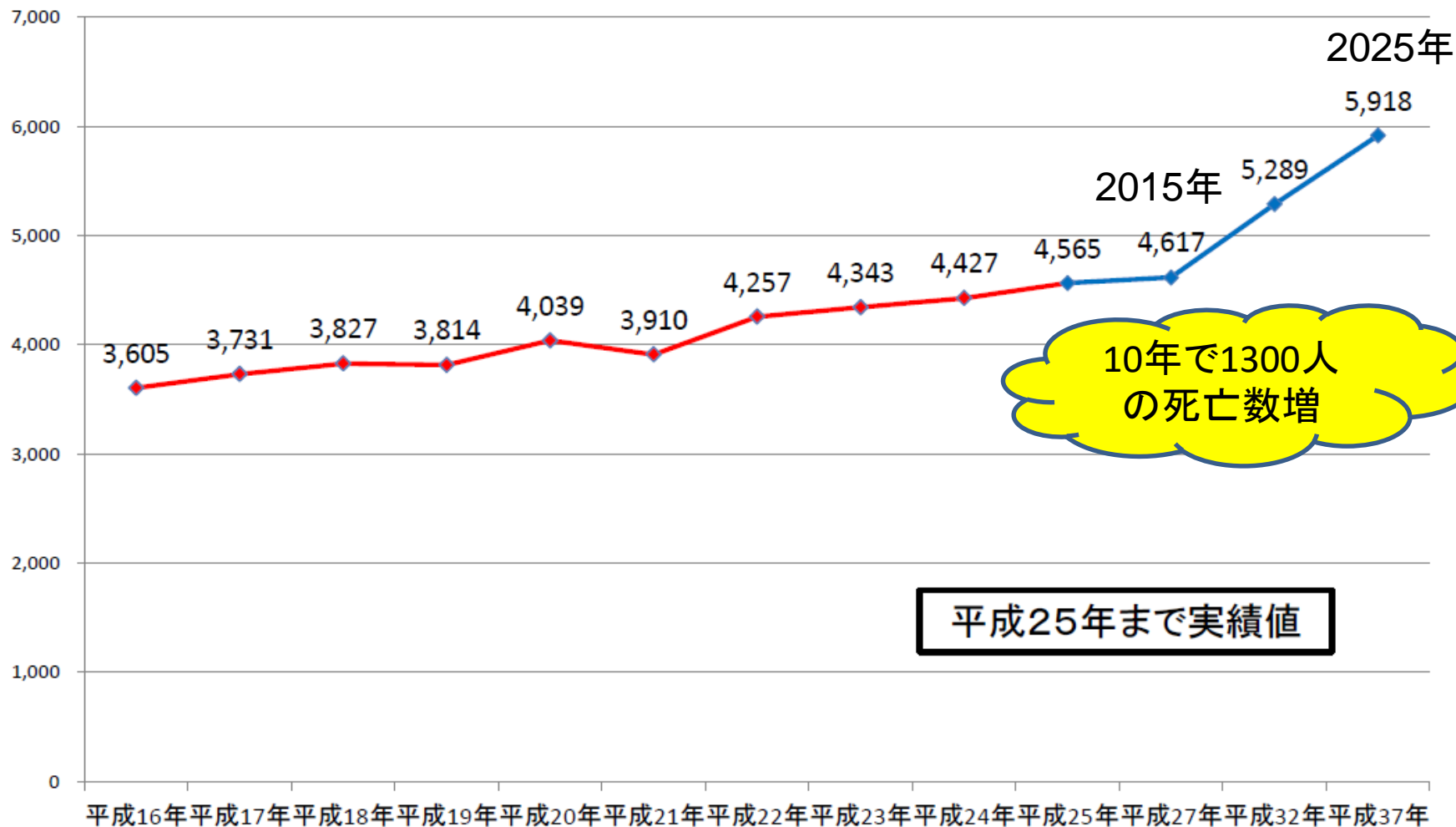
- 面積 約100km²
- 人口 約41万人(中核市、保健所設置市)
- **高齢化率 約28%(平成26年4月)**
- 要支援・要介護認定者数 19,345人(平成26年3月)
- 年間死亡者数 4,427人(平成24年)
- 市内の医療・介護資源 (H26.6月現在)
 - 病院 12(一般病床2,494・療養病床516・その他372)
 - 在宅療養支援診療所 39
 - 地域包括支援センター 13
 - 居宅介護支援事業所 110
 - 訪問介護事業所 95
 - 訪問看護ステーション 22
 - デイサービス 115
 - 介護老人保健施設 9(定員 992)
 - 特別養護老人ホーム 20(定員 2,140)
 - グループホーム 46(定員 654)

【横須賀市の将来推計人口】



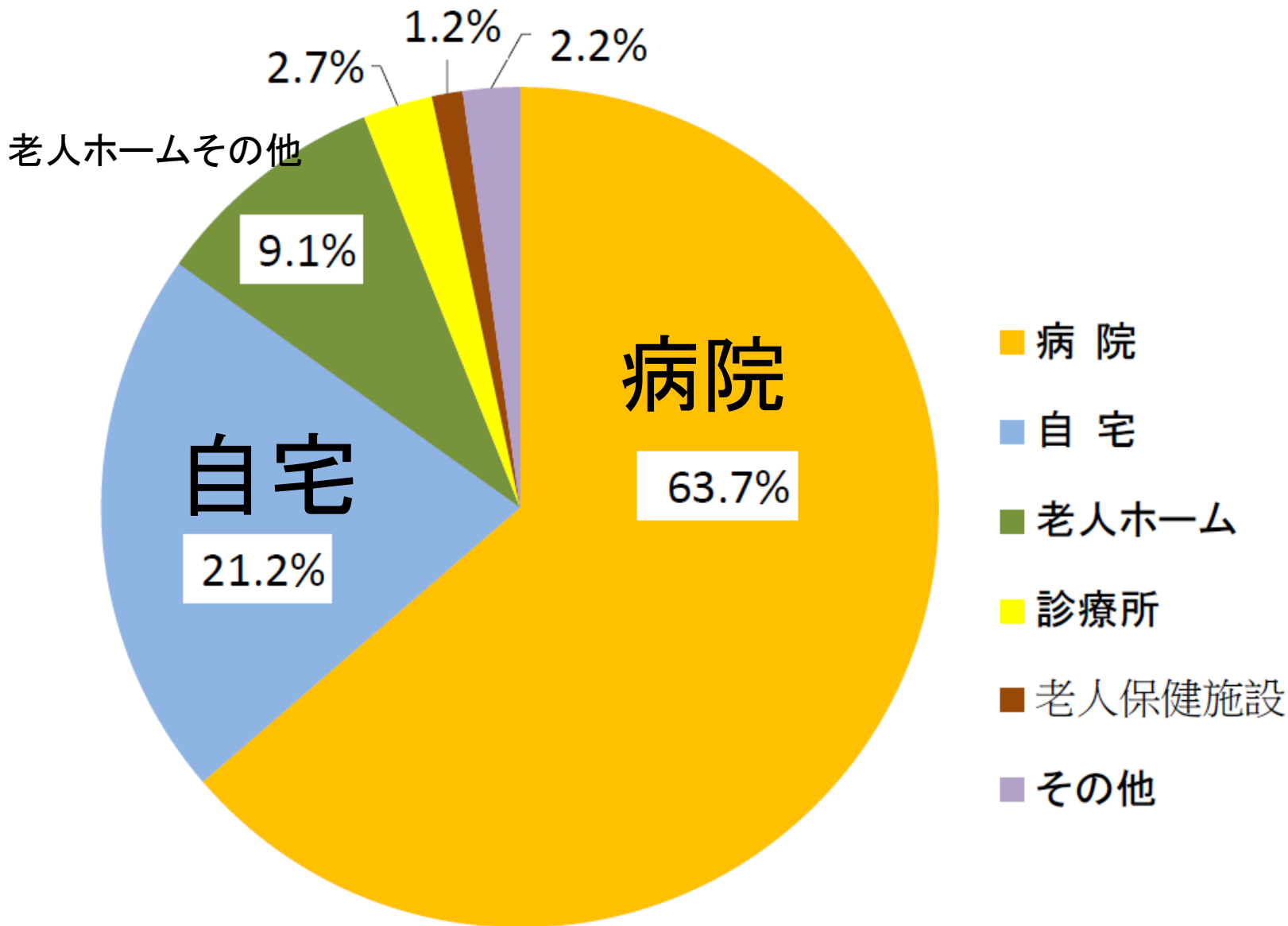
(都市政策研究所資料)

横須賀市の死亡数の推計



資料:横須賀市都市政策研究所「横須賀市の将来推計人口(平成26年5月推計)」をもとに、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法により算出した参考値

横須賀市の死亡場所の構成比（平成25年）



横須賀市の在宅医療の取り組み

- 市民啓発のためのシンポジウム開催や啓発冊子の作成
- 医療と介護の関係職種の**多職種連携**のための会議設置や研修実施
- 関係職種のスキルアップや理解を深めるためのセミナー等開催
- **在宅医療を推進するための拠点づくり**
- 病院から退院する際の**退院調整ルール**づくりなど

多職種合同 研修会

(横須賀市)



在宅医療と 介護の見本市



(横須賀市)

横須賀市 在宅死亡割合22.9%

20万人以上の都市で全国トップ！

2016年7月8日厚生労働省



地域包括ケアシステムも
2025年近未来からの
バックキャストイングの視点を！

パート2

地域包括ケアシステムと 診療報酬改定



2016年診療報酬改定の 基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

地域包括ケアシステムと 2016年診療報酬改定

- ①在宅療養支援診療所・病院
- ②保険薬局
- ③訪問看護ステーション

2016年診療報酬改定の 基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

(1) 在宅療養支援診療所・病院



在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関（診療所又は200床未満の病院）との合計でも可。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

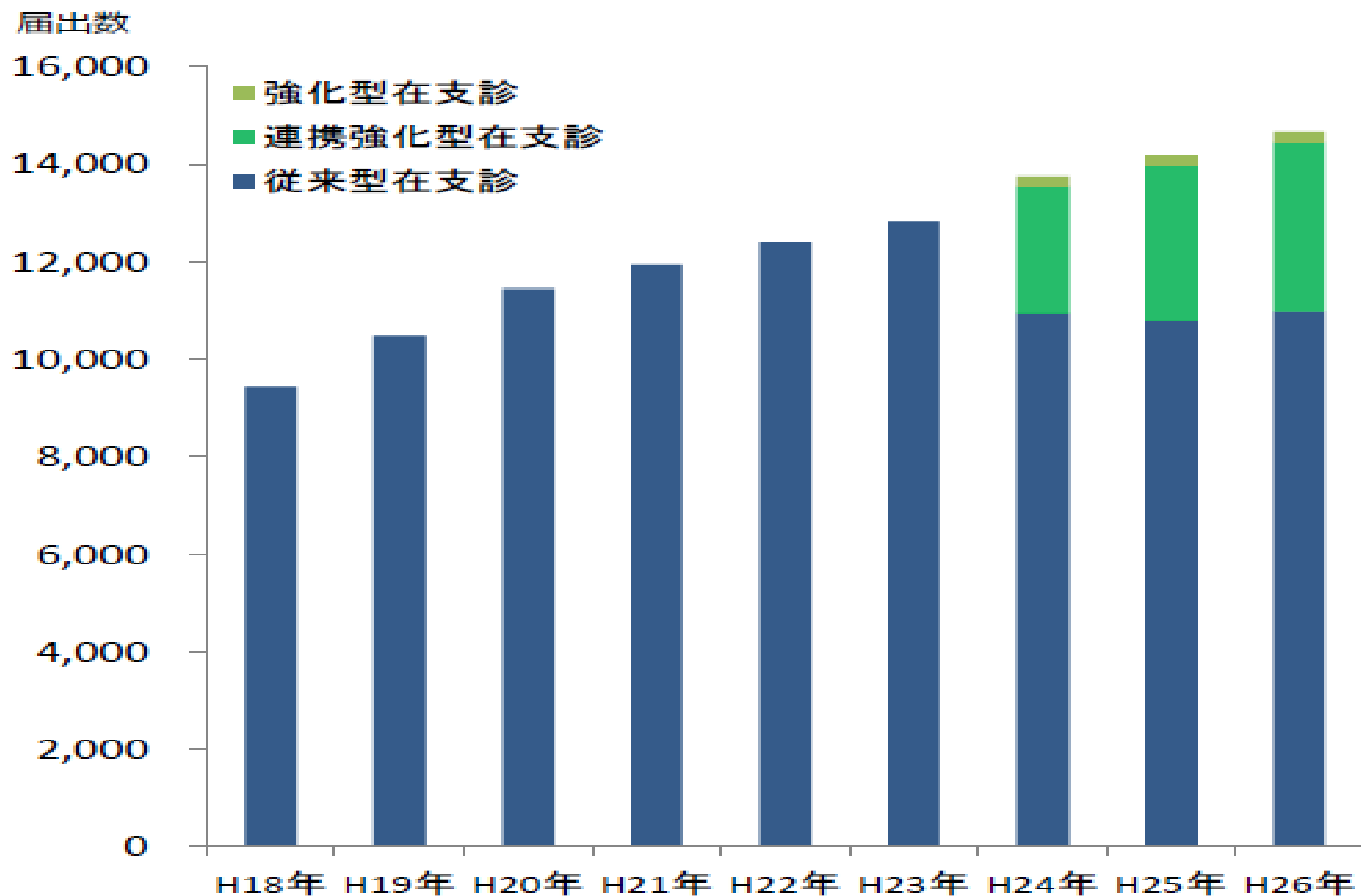
- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援診療所



<在宅療養支援診療所届出数>



東京都で第1号の在宅療養支援病院 医療法人財団厚生会古川橋病院

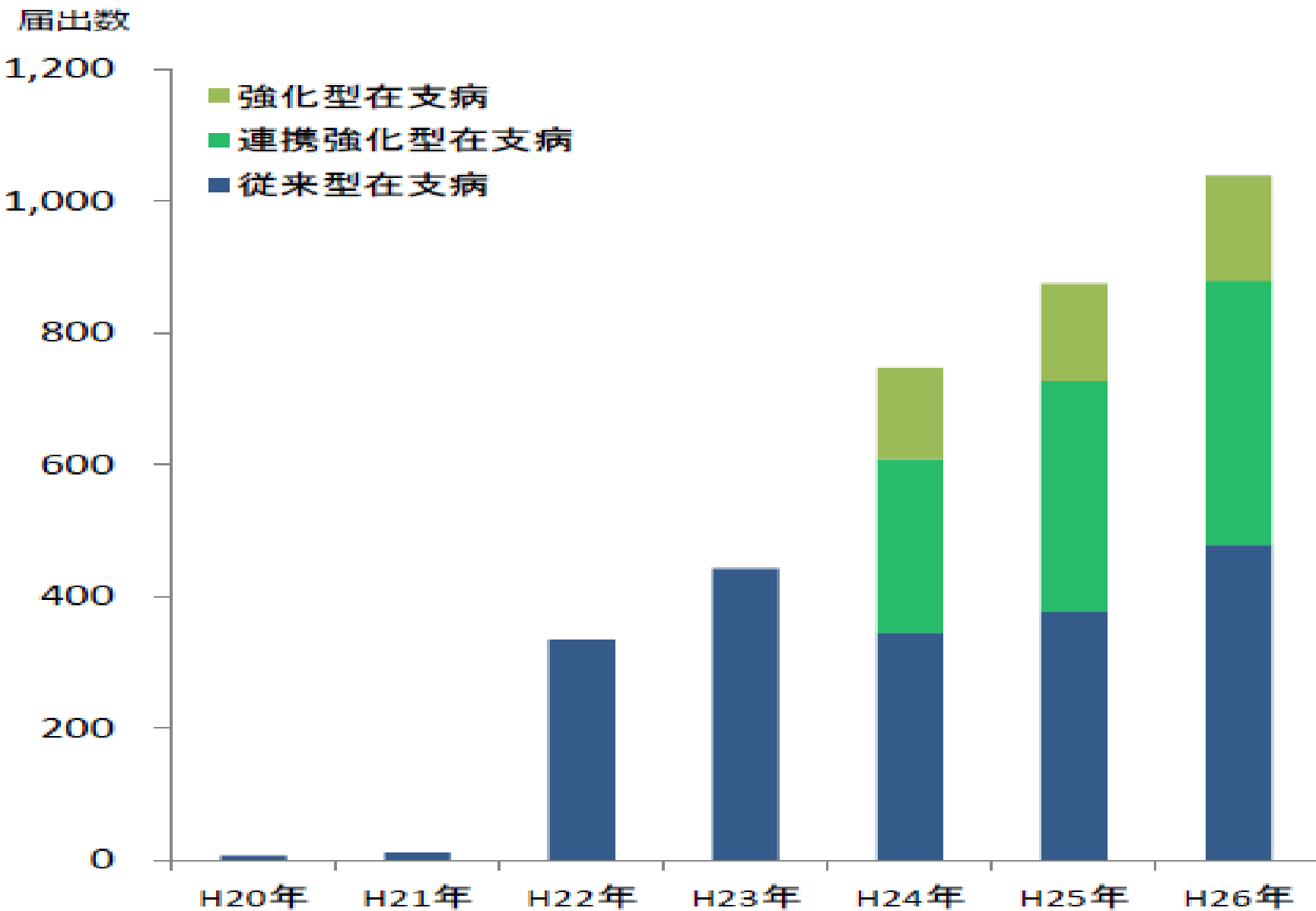
- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生



<在宅療養支援病院届出数>



2016年診療報酬改定と 在宅医療



2015年11月11日中医協総会

在宅医療を専門に行う 医療機関について

規制改革会議

「在宅診療を主として行う診療所の
開設要件の明確化」

在宅医療を専門に行う保険医療機関について

中医協 総-3
25 10 30

1. 在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めていない趣旨

- 健康保険法第63条第3項において、療養の給付を受けようとする者は、保険医療機関等のうち、自己の選定するものから受けるものとする（いわゆるフリーアクセス）とされている。
- この前提として、被保険者が保険医療機関を選定して療養の給付を受けることができる環境にあることが重要であり、健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。（法令上、明確に規定された要件ではない）
- なお、在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めた場合は、当該地域の患者の受診の選択肢が少なくなるおそれ、当該保険医療機関の患者が急変時に適切な受診ができないおそれ等が考えられる。

2. 外来応需の体制確保の指導

- 厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに、必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう指導を行っており、**在宅医療を専門に行う保険医療機関は認めていない。**
- しかし、全国一律の運用基準や指針ではなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。

<参考>

○健康保険法

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一～五（略）

2（略）

3 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）

二・三（略）

○「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について」（平成23年9月7日 中医協 総-8）

・周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。〔現在は、福島県内のみ利用可能〕

第253回中央社会保険医療協議会（H25.10.30）における主なご意見

<在宅医療専門の医療機関には問題があるとの意見>

- 互いに顔が見えて気心の知れた、かかりつけ医の機能の延長としての在宅医療が望ましい。かかりつけ医が在宅医療を担うのが一番よく、在宅医療を主とした医療機関でも、外来のノウハウを持つべき。
- 在宅専門医療機関の一部は、いわゆるサクランボ摘みのところがある。つまり軽症者をたくさん集めて、掛け合わせれば大きな利益が得られる。でも、重症者にはなかなか対応してくれないことがある。

<在宅医療の供給体制を確保することを優先すべきとの意見>

- 現実には、診療所の少数の医師が24時間在宅での対応をするのは医師の負担が大きすぎる。訪問診療の提供には、いろいろな形態があってよい。
- 在宅医に外来を求めることで、在宅医療全体のキャパシティーが減ってしまう。在宅医療のニーズは増えるが、供給体制が十分に賄えないので、当面は今のまま進んでよい。

<主治医・かかりつけ医の機能の充実を図るべきとの意見>

- 在宅医療、訪問医療を含めて、主治医、かかりつけ医機能をどうやって充実させていくかというほうに議論を集中させたほうが、得策ではないか。
- 在宅医療が、今のかかりつけ医・主治医の機能とどのように連携するべきかを考える必要がある。在宅医療専門機関とかかりつけ医・主治医機能を別々のものとして考える必要はない。

在宅専門の
診療所を解禁！

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ③】

在宅医療専門の医療機関に関する評価

骨子【1-4 (3)】

第1 基本的な考え方

在宅医療の提供体制を補完するため、外来応需体制を有しない、在宅医療を専門に実施する診療所に関する評価を新設するとともに、現行の在宅療養支援診療所との関係を整理する。

第2 具体的な内容

1. 健康保険法第63条第3項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

第2 具体的な内容

1. 健康保険法第 63 条第 3 項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

[開設要件]

- (1) 無床診療所であること。
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあっては地域歯科医師会）から協力の同意を得ている又は(2)の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。
- (4) 規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。
- (5) 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- (6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。
- (7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

在宅医療を提供する医療機関とその評価 に関する論点②

○ 往診・訪問診療を専門に行う場合における、在宅医療への報酬体系についてどう考えるか。

➤ 特に、保険医療機関が往診・訪問診療を専門に行うに当たって、患者への質の高い医療サービスを担保するため、どのような点に着目した評価を行うべきか。

在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

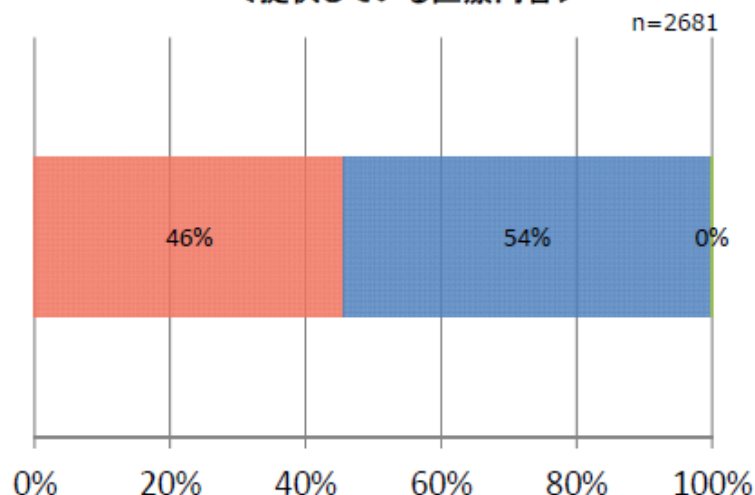
別表7、8を用いた患者重症度に応じた評価

患者の診療状況について①

＜提供している医療内容＞

○ 在宅患者全体の45%程度は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみに該当する一方、残りの55%は「点滴・中心静脈栄養・注射（約11%）」等何らかの処置・管理等を実施されている。

＜提供している医療内容＞



■ 健康相談・血圧・脈拍測定・服薬援助・管理のみ

のもの

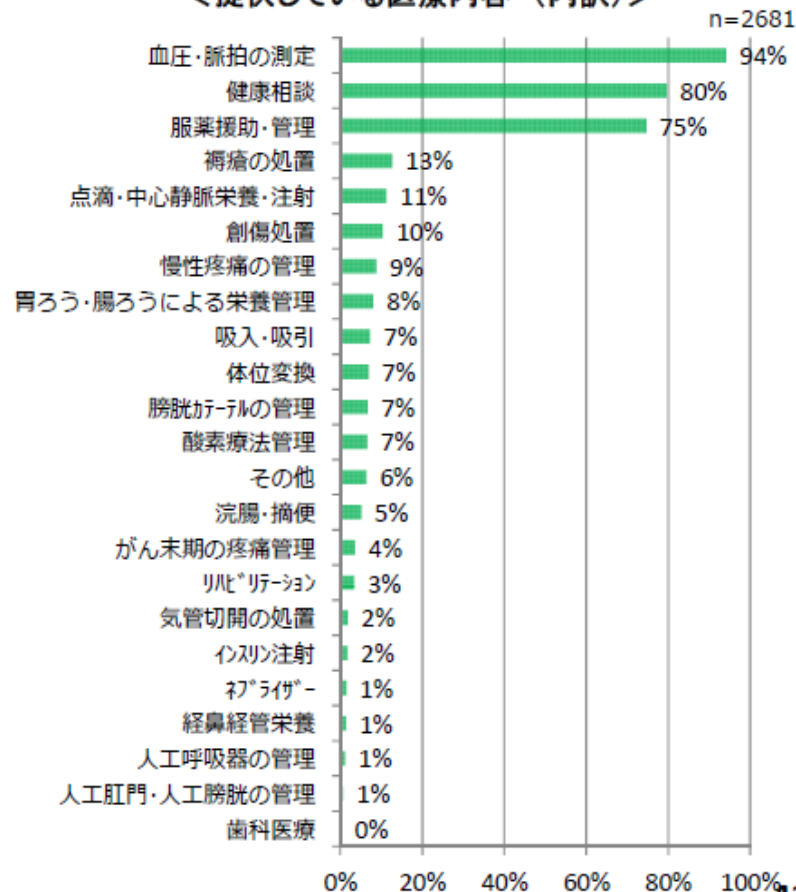
■ その他の内容を含むもの

■ 無回答

※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

＜提供している医療内容（内訳）＞



長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

		別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の使用 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 気管切開 持続陽圧呼吸療法 気管カニューレ/留置カテーテルの使用 自己腹膜灌流 経管栄養等 自己疼痛管理 人工呼吸 酸素療法 血液透析 自己導尿 人工肛門/人工膀胱 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 人工呼吸器 気管切開等 酸素療法 経腸栄養 透析
	長期に渡る療養が必要な疾病	<ul style="list-style-type: none"> スモン 多系統萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 多発性硬化症 進行性筋ジストロフィー症 副腎白質ジストロフィー 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 重症筋無力症 パーキンソン病関連疾患 亜急性硬化性全脳炎 脊髄性筋萎縮症 後天性免疫不全症候群 ハンチントン病 ライソゾーム病 頸髄損傷 プリオン病 脊髄小脳変性症 末期の悪性腫瘍 	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍 褥瘡(真皮を超える) 肺高血圧症 	<ul style="list-style-type: none"> スモン 筋ジストロフィー 多発性硬化症 筋萎縮性側索硬化症 パーキンソン病関連疾患 その他の難病 悪性腫瘍 褥瘡 脊髄損傷等
	短期的に病態が増悪した状態等		<ul style="list-style-type: none"> 点滴注射 	

その他 別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態

※別表7:在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能 ※※別表8:退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

同一建物減算

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
病床	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外		
	病床有		病床無		-		-		
病床	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

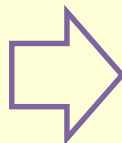
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行

(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後

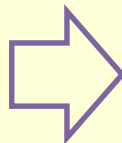
(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行

(在総管：在支診)

同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後

(在総管：在支診)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

②在宅医療と保険薬局



葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

「患者のための薬局ビジョン ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」

2015年10月23日

厚生労働省

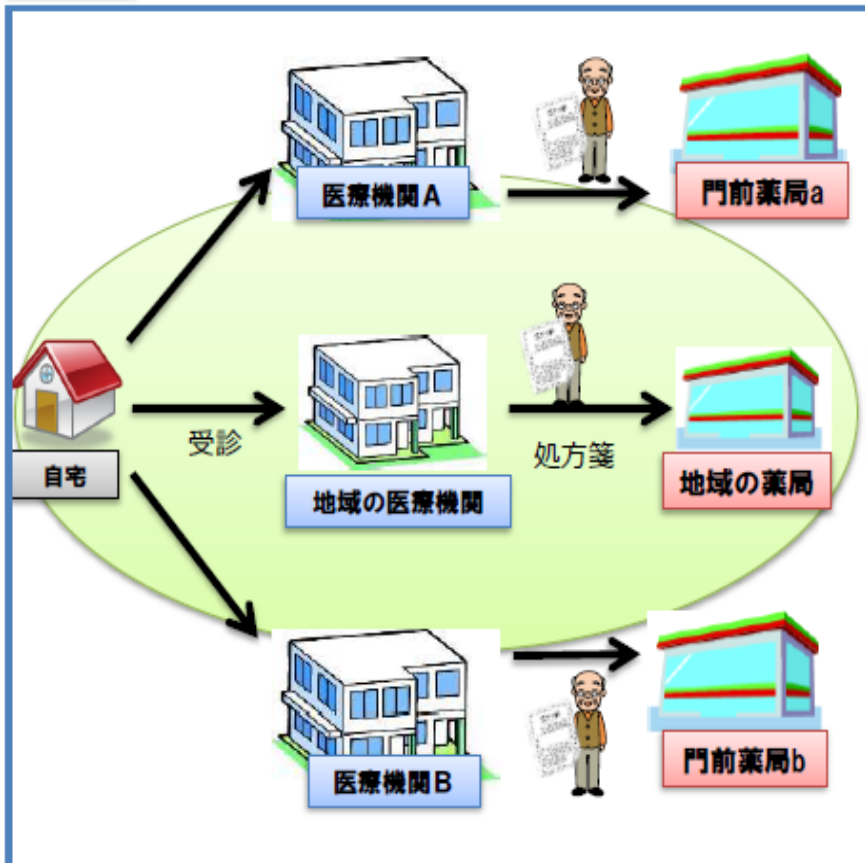
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。

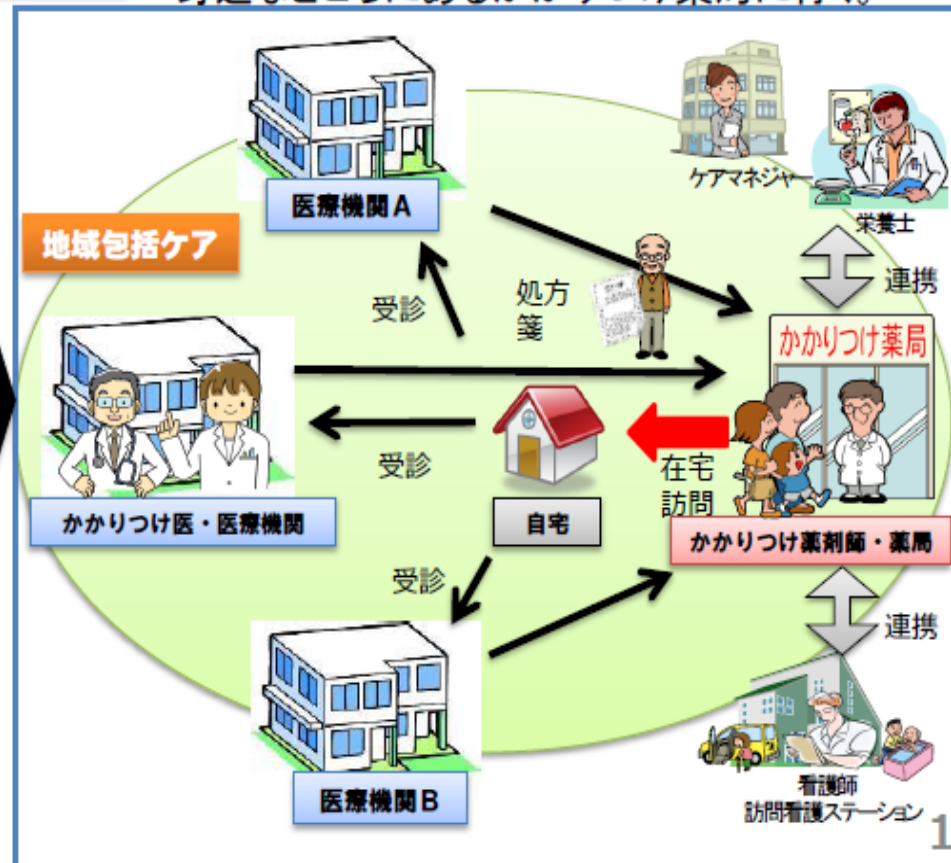
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



調剤報酬改定のポイント

ポイント1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

- かかりつけ薬剤師の評価／かかりつけ機能を有する薬局の評価(基準調剤加算)

ポイント2. 対人業務の評価の充実

- 薬剤服用歴管理指導料の見直し
- 継続的な薬学的管理
- 減薬等のための処方内容の疑義照会に対する評価
- 調剤料の適正化

ポイント3. いわゆる門前薬局の評価の見直し

- 調剤基本料の適正化／未妥結減算／かかりつけ機能を有していない薬局の適正化

ポイント4. 高齢者の多剤処方

かかりつけ薬剤師指導料

- 患者が選択したかかりつけ薬剤師が、患者に対して服薬指導等の業務を行った場合の評価の新設
 - (新) かかりつけ薬剤師指導料 70点
- 算定要件
 - 患者の同意の上、かかりつけ薬剤師として服薬指導等の業務を実施した場合に算定する。
 - 患者の同意については、患者が選択した保険薬剤師をかかりつけ薬剤師とすることの同意を得る

かかりつけ薬剤師指導料

- 算定要件

- 薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週32時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に半年以上在籍していること
- かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の業務を行っていること
 - 適切な服薬指導等
 - 薬剤情報の一元的、継続管理
 - 患者が受診している全ての保険医療機関の情報把握
 - 患者から24時間相談に応じる体制
 - ブラウンバック

選ぶ条件

「ですから、彼女より私のほうがキャリアが長いんですから」



在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理（薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明（服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援（患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育



在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な
薬物療法の提供

在宅療養支援診療所と薬剤師



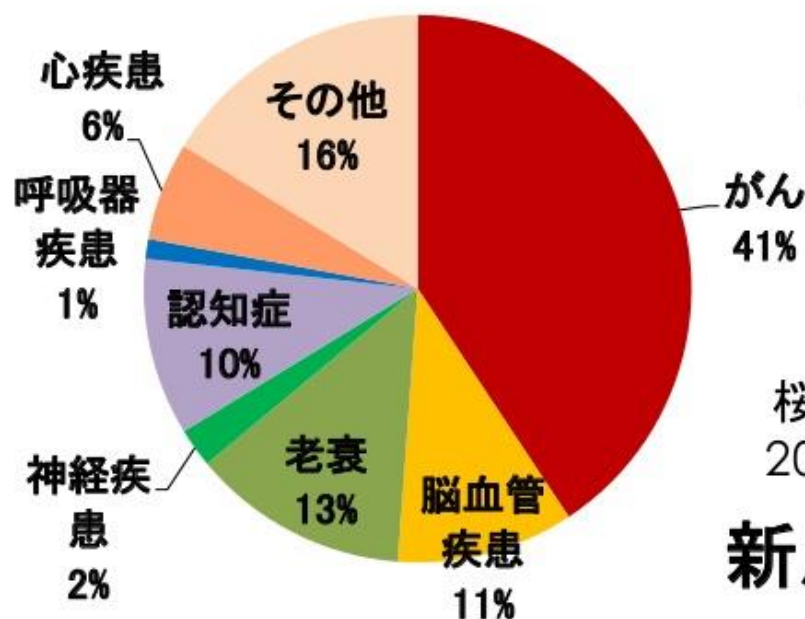
桜新町アーバンクリニック(東京世田谷)



遠矢医師 大須賀薬剤師

桜新町アーバンクリニック在宅医療部

- 東京都世田谷区
- 医師:常勤4名 非常勤4名
- 看護師:常勤7名
- 薬剤師:常勤1名(H25.2~)
- 一般在宅患者数 200名



桜新町アーバンクリニック
2011.6 ~ 2012.3 (n=86)

新患の疾患別割合

薬剤師の往診同行



院内薬剤師の業務

往診同行

- 新患初回訪問同行、服薬状況把握
- 在宅での持続可能な管理方法の提案
- 処方変更提案
- 処方作成支援
- 院外薬局との連携、処方箋事前確認
- 退院前カンファレンスへの参加



院内薬剤情報管理

- セット処方作成、処方標準化
- 製薬会社、卸等との渉外担当
- 院内勉強会の開催

品名	単位	数量	備考
アンベック錠(10)	5錠		
イブプロフェン錠(120)	5錠		
ナカゼリン錠(50)	5錠		
ロキソニン錠(10)	5錠		
ドメペレン錠(25)	5錠		
セニラン錠(10)	5錠		
不眠時・呼吸困難時	1錠		



←ターミナル用処方箋

残薬について

期投薬の増加等により、飲み忘れ、飲み残しや症状の変化により生じたと思われる
残薬(調剤されたものの服用・使用されなかった薬剤)が生じるケースが見られる。



残薬薬剤費
400億円

服薬状況レポート: 新患訪問

○山○男 79歳 M

上行結腸癌術後、多発肝転移、腹膜播種、がん性疼痛
経緯:

H19/11 上行結腸癌に対し手術施行。肝メタ。H22/12, H23/3にも手術施行。化学療法を行っていたが、
止。H24秋ごろ1ヶ月ほどTS-1内服。副作用により中止、以降ケモは中止。

これまでの病歴、 薬歴、副作用歴

同時期、带状疱疹を発症。桜新町ペイン

H25/5 腹腔内動脈周囲の再発巣認め癌性疼痛としてオピオイド開始。今後を考え訪問診療を希望、開始となった。

服薬状況: ご本人管理。ヒート調剤。

オキシコンチン(5) 定期服用で日
くなるのを不安に感じオキノーム
る。自己調節し、オキシコンチン2錠2×でも日中の痛みは特に感じ
なかったとのこと。今回より朝1錠、夕2錠に変更となる。薬に関し
ては知識もお持ちであり、体調が良くなると減量するなどご自身で
調節して飲んでしまうことも多々あったとのこと、特にオキシコ
ンチンは定時に飲むように指導されている。

服薬コンプライアンス

薬の数が多くことについて、薬
ている。現在飲んでいる薬は今
いただき、今後様子を見て増減を検討すると医師より説明あり。

薬識、受け入れチェック

オピオイド内服しており、排便コントロール必要。便秘気味とのこ
と。プルゼニド2錠2×朝寝る前での処方あり。

本日より1日1回寝る前2錠へ変更となる。効果がない場合は増量もし
くは変更検討。吐き気や傾眠傾向などは聞かれず。

食欲不振は顕著で、フルーツくらいし
今回プレドニン開始し、また甘いもの
アもお出しした。今後の経過を観察。

新規処方の経緯 副作用等注意喚起

薬局: ○○薬局。訪問服薬指導

他院からの処方: 特になし

併用禁忌薬等: 特になし

副作用歴: TS-1で腎機能悪化。胃痛

薬局。薬受取方法

<2013年●月●日現在の投薬状況

定期処方 全てヒート調剤

◎◎病院外科 退院処方 21日分

オキシコンチン(5) 4錠2×⇒3錠×2 朝1夕2 /残68錠

オキノーム(5) 痛い時 /残75包

カロナール(200) 6錠3× /残119錠

ノバミン(5) 3錠3× /残68錠

タケプロンOD(15) 1錠1× 朝食後 /残19錠

禁忌、副作用管理

残薬管理

◎◎病院泌尿器科 退院処方 56日分

ウブレチド(5) 0.5錠1×夕食後 /残21回分

ハルナールD(0.2) 1錠1×朝食後 /残24錠

ラックビー微粒N 3g3× /残29P

処方以外の手持ち薬の整理

新規処方: 食欲イ
エンシュア・リキッド 1日1-2本 7本

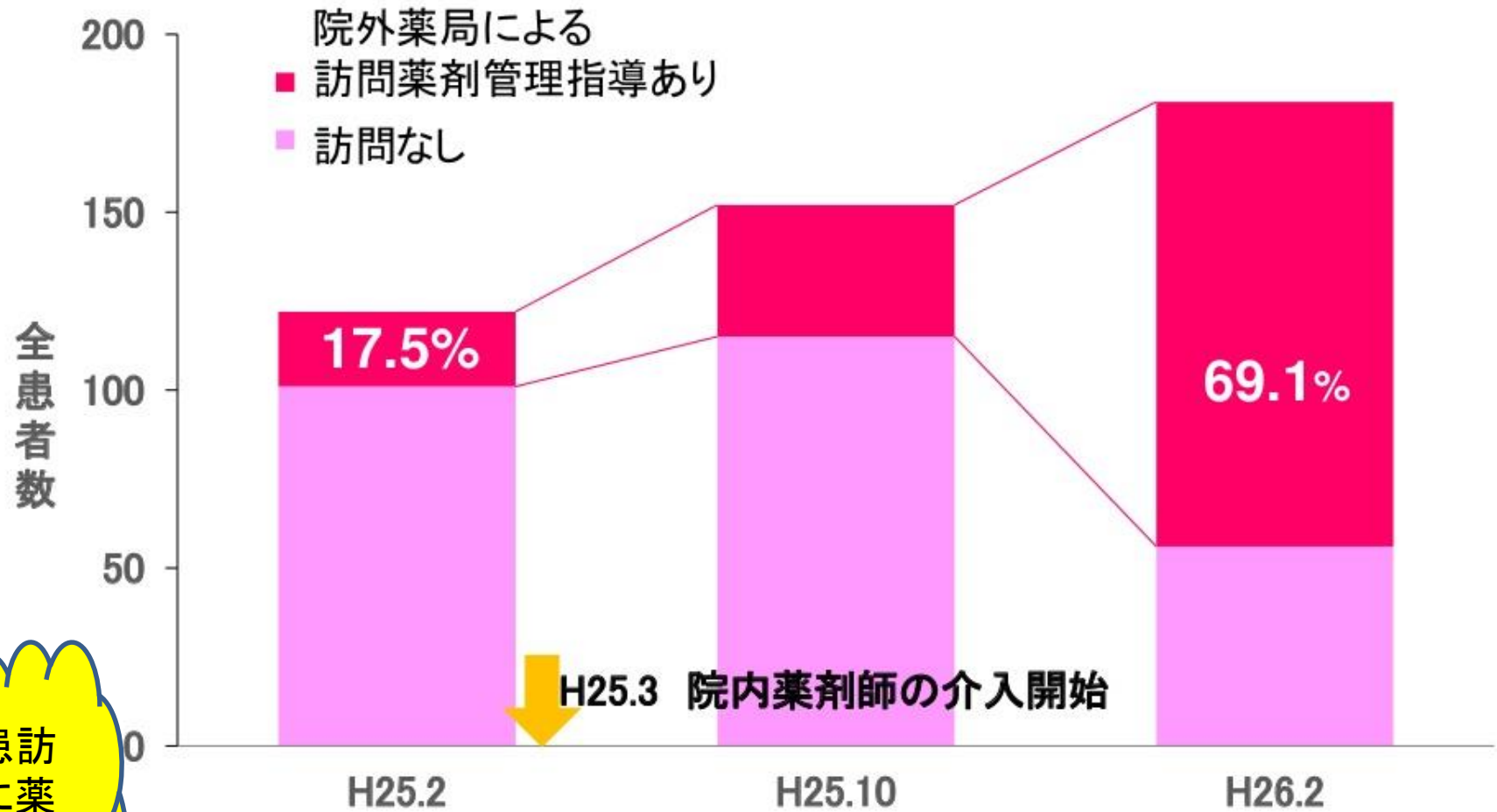
プレドニン(5) 2錠1×朝食後 7日分

初回往診 医師 遠矢(主)、看護師 尾山、薬剤師 大須賀

相談員 染野

以上 大須賀悠子

訪問薬剤管理指導導入割合(院外薬局)



新患訪問に薬局薬剤師を同行

⇒ 地域の薬局との薬薬連携の強化により、在宅対応力が向上

アイン薬局さんの在宅訪問(夕張)



夕張市立診療所
の多職種カンファ

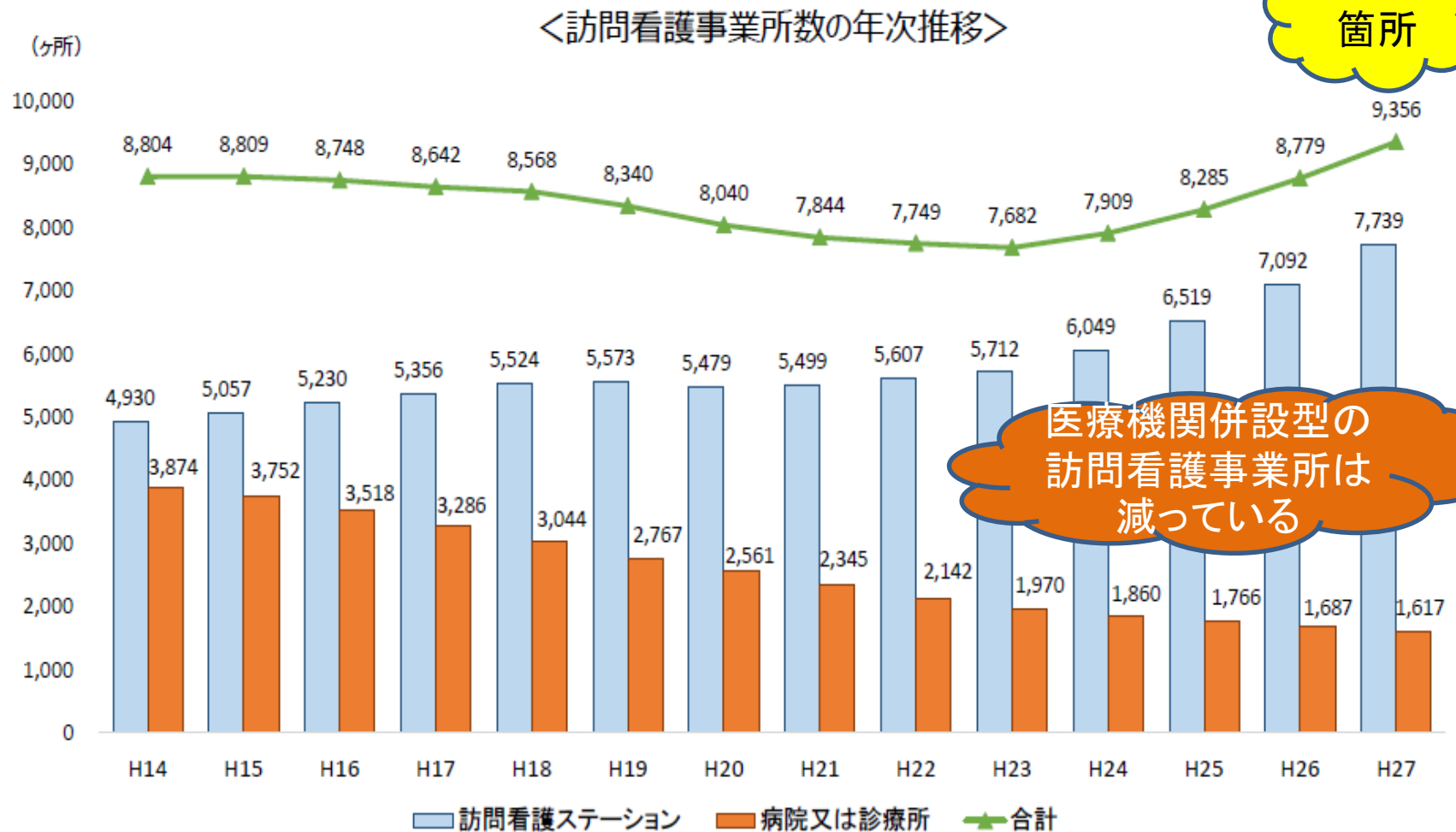


③訪問看護ステーション

機能強化型訪問看護ステーションと
看護師特定機能

訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

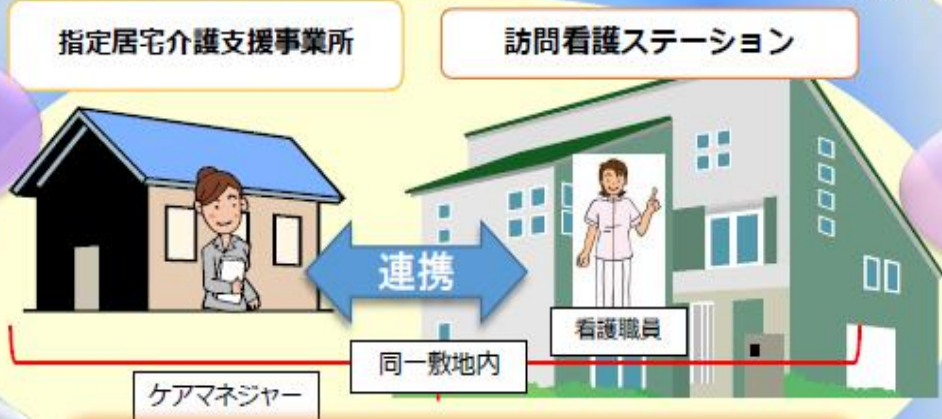
➤ 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。

常勤看護職員
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上

24時間対応
(24時間対応体制加算の届出)

ターミナルケア
(ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)
機能強化型訪問看護管理費1: 20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2: 15以上/年

重症度の高い患者の受け入れ
(別表7※の利用者数)
機能強化型訪問看護管理費1: 10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2: 7人以上/月



休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施

居宅介護支援事業所の設置 (同一敷地内)
(介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・人材育成
地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施

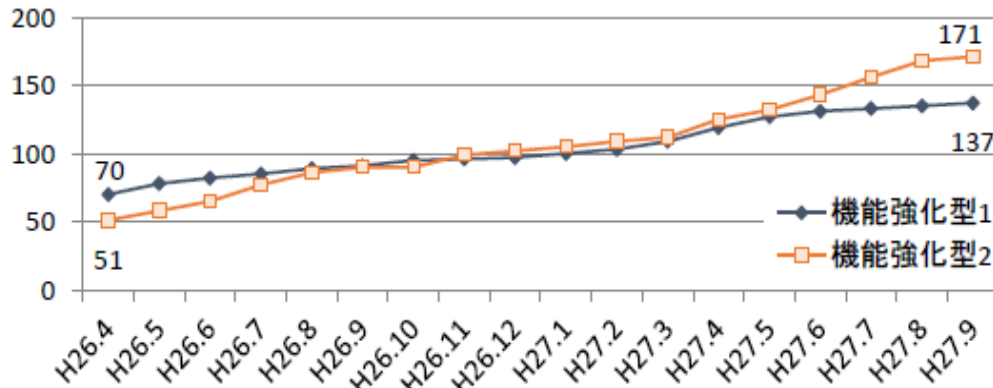
※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成27年9月時点で機能強化型1が137事業所、機能強化型2が170事業所であり、機能強化型1に比べ機能強化型2の届出数が多い。
- 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県も6県ある。

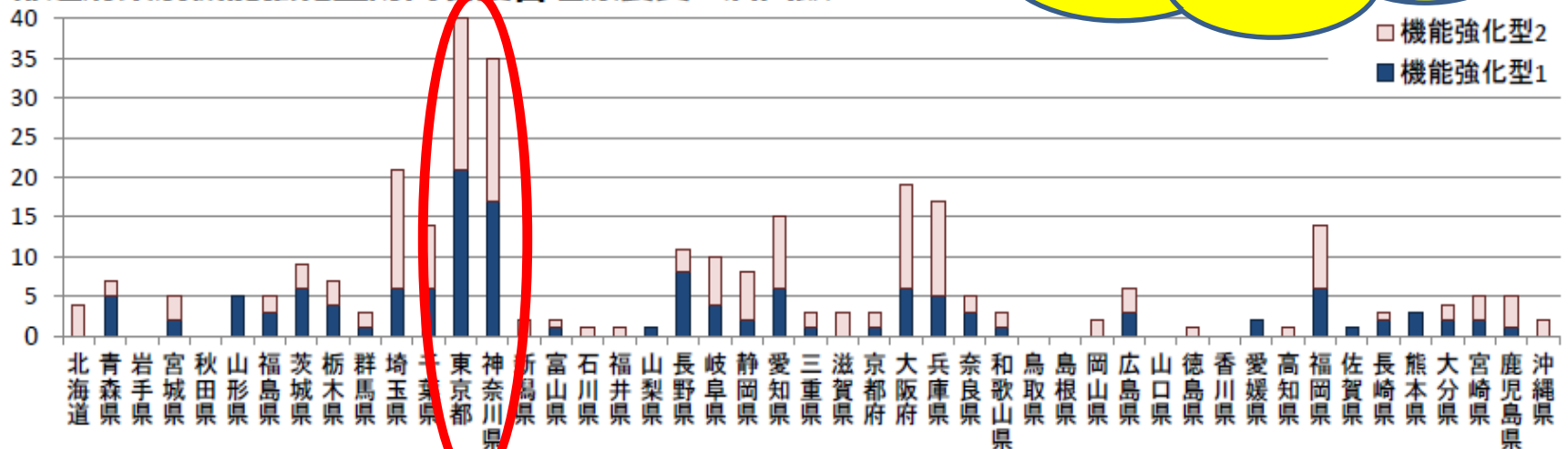
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
137	171	308

全国7739訪問看護ステーションの4%

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



機能強化型

訪問看護ステーションと次期改定

(ア) 看取り要件

(イ) 医療ニーズの高い小児の受け入れ

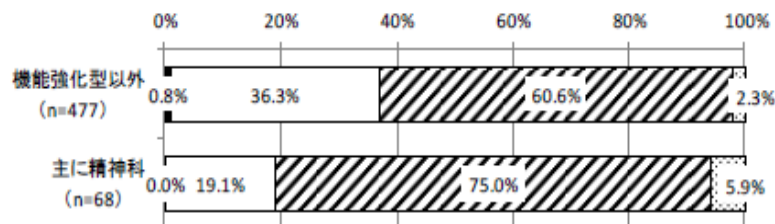
(ア) 看取り要件



機能強化型を届け出ない理由①

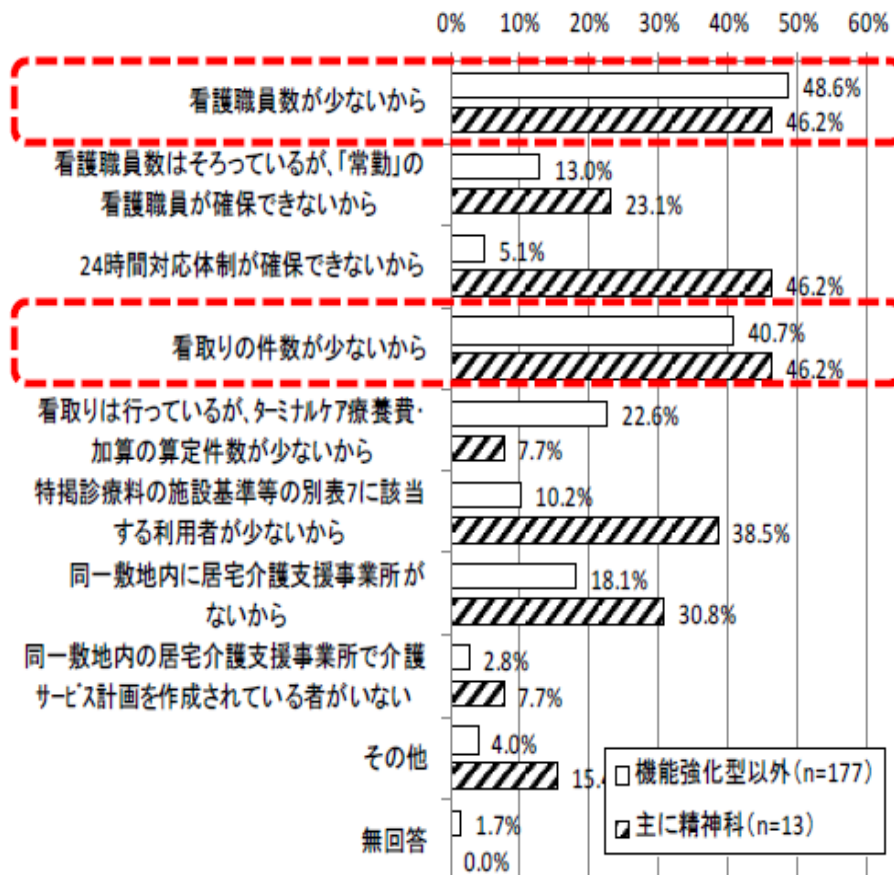
○ 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない訪問看護ステーションのうち、約 1 / 3 のステーションは今後機能強化型として届け出ることを目指しているが、現時点で届け出していない理由は、「看護職員数が少ない」及び「看取りの件数が少ない」が多い。

■ 機能強化型の届出の検討状況



- 届出予定である
- 時期は決まっていないが、機能強化型として届け出ることを目指している
- ▣ 機能強化型として届け出ることは特に目指していない
- ▨ 無回答

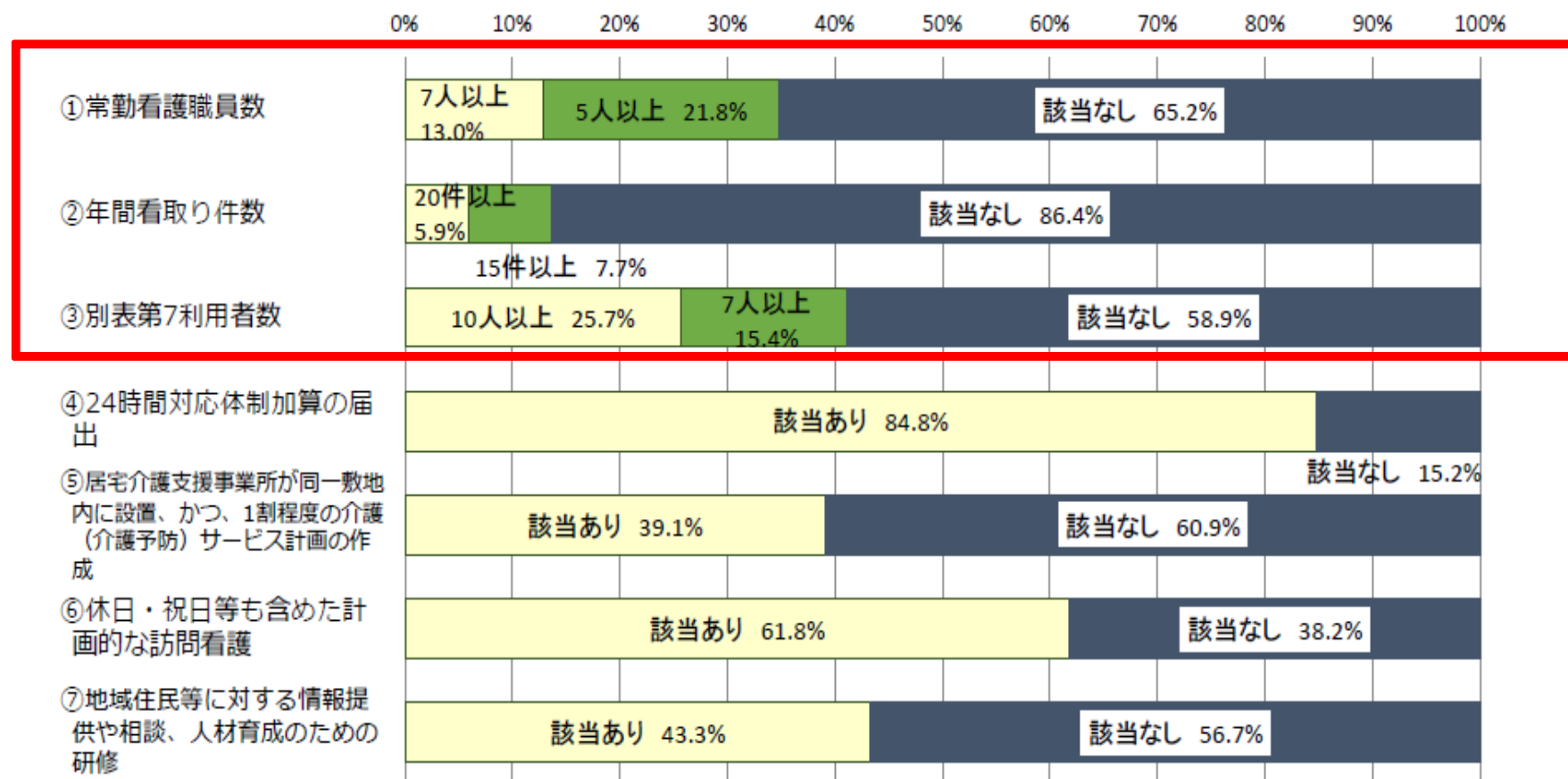
■ 機能強化型の届出なしの理由 (複数回答)



機能強化型を届け出ない理由②

- 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがない訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準で求められている項目のうち、年間看取り件数の要件を満たしていない事業所が最も多い。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがないステーションの要件別の算定状況 (n=1,366ステーション)



出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

※調査対象：全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション(4,436か所)
※調査期間：平成27年4月

訪問看護ステーションにおける看取り状況

- 訪問看護ステーション1か所当たりの年間合計看取り件数は、機能強化型1は平均約30件、機能強化型2は平均約20件、機能強化型以外は平均約5件である。
- ターミナルケアを実施しているも、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者は、現在は看取り件数に含まれていないが、含めた場合は看取り件数が増加する。

■ 1ステーション当たりの年間看取り件数

	看取り件数 ※	
	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
平均値	8.7	9.2
1)機能強化型1のみ	31.4	32.5
2)機能強化型2のみ	20.3	21.3
3) 1)、2)以外	5.1	5.5
中央値	4	4
標準偏差	11.7	12.1

	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
調査対象のうち、看取り件数が年間15件を上回るステーション数	137	148

※看取り件数：平成26年4月1日～9月30日の看取り実績から年間合計を推計したもの

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の状況調査」を保険局医療課にて再集計

在宅がん医療総合診療料

保険医療機関と訪問看護ステーションが共同で実施する場合には、保険医療機関において一括して算定する。

【概要】

- 末期の悪性腫瘍の患者に対し、計画的な医学管理の下に、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であり、かつ、訪問診療及び訪問看護の回数が週1回以上。

※ 訪問看護ステーションがターミナルケアを実施しているも、本項目の算定利用者は、訪問看護ステーション側では報酬を算定しない。

在宅がん医療総合診療料患者を含めて20人

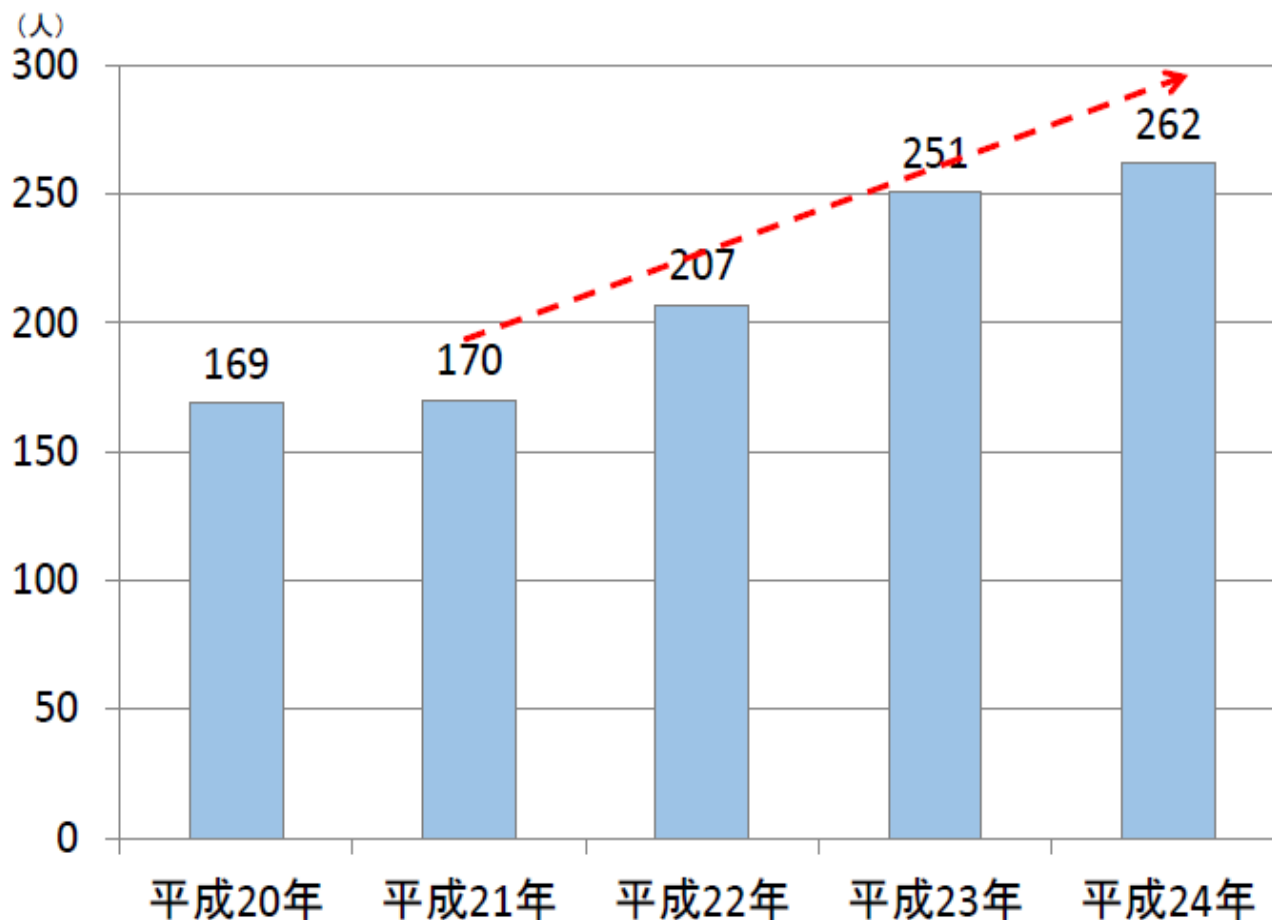
(イ) 医療ニーズの高い 小児の受け入れ



NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

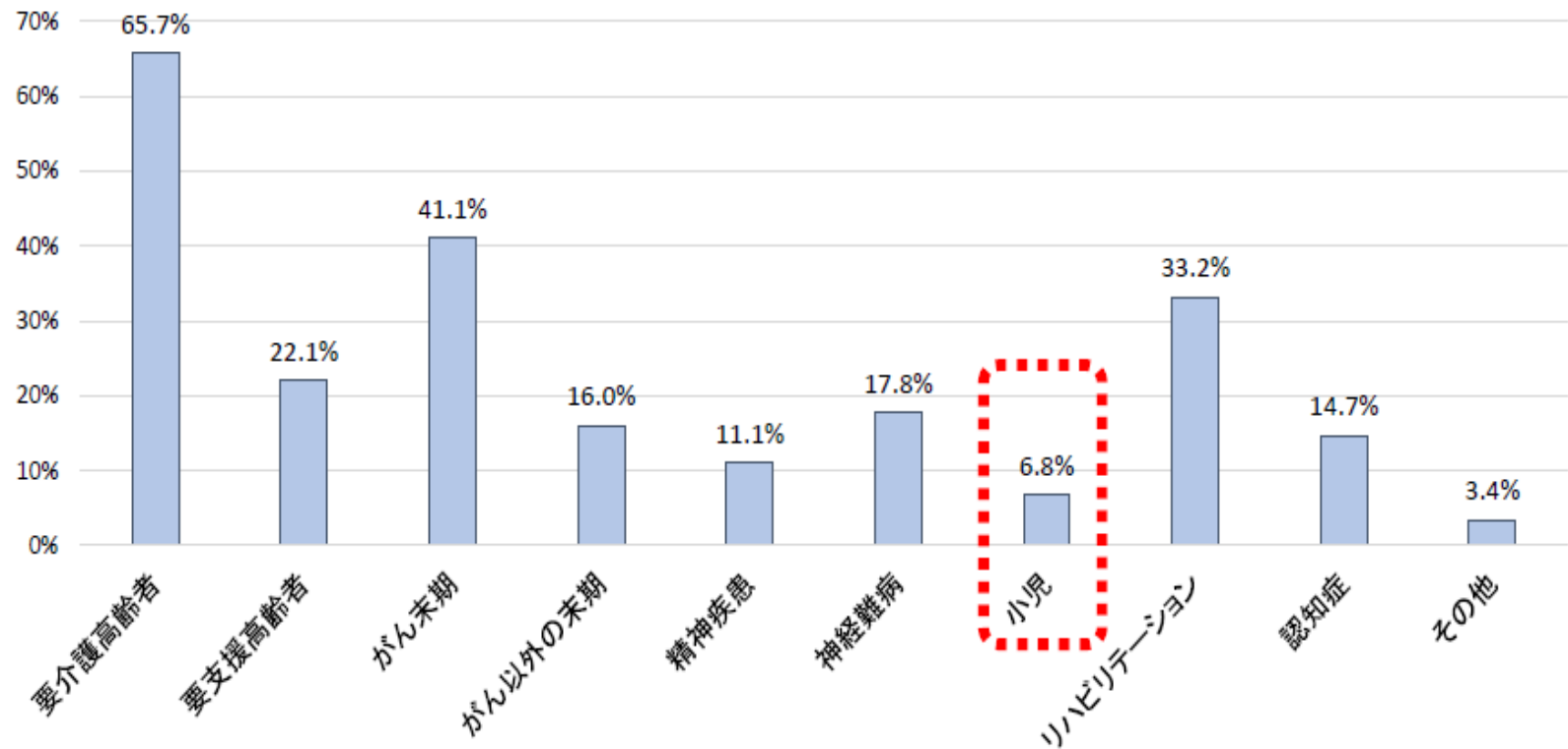
<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■ 訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性 (n=443) (複数回答)



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

機能強化型訪問看護ステーション

- ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- 超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

②退院直後の在宅療養支援

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価する
- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価する。

病棟の看護師や 病院・診療所の訪問看護ステーションと連携



病院の訪問看護ステーション

病棟看護師と連携



退院直後患者



地域の訪問看護ステーション

パート4

目指そう医療福祉連携士！

～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

特集

特集 » 特集

2014年07月12日 12時00分

医療福祉連携士は“多職種つなぐ接着剤”-医療マネジメント学会シンポ

スクラップブックに保存

記事のみ印刷

B1

医療と福祉の円滑な連携を調整するエキスパートを養成するために、日本医療マネジメント学会が2011年から認定を開始した「医療福祉連携士」。認定合格者は現在までに269人に上る。先月、岡山市内で開催された同学会学術総会のシンポジウムでは、医療福祉連携士やその講習会の講師らが、連携士として在宅医療で果たすべき役割について話し合った。冒頭、座長の久保一郎教授（筑波大医学医療系）は、「医療福祉連携士は多職種をつなぎ合わせる接着剤のような役割」と話し、今後、その重要性がさらに増してくると強調した。【坂本朝子】

2015年11月1日

CBネットおよびCBnewsをご利用のお客様へ

NEW

平成27年11月1日に、会社分割によりニュース

如田が公認し、弊社と会員の皆様との間の



「患者さんが喜んでくれるのが一番嬉しい」と
勝村さん

パスワードをお忘れの場合

特別企画

医療福祉連携士の会 in 佐久平 (2012年6月15日) を開催して



山田明美 佐久総合病院 地域医療連携室 室長／副看護部長

やまだあけみ ●1957年生まれ。1977年佐久総合病院看護専門学校卒業。長野県厚生農業協同組合連合会鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院に就職。1980年佐久総合病院に転勤。1994年同病院内科病棟師長、2001年救命救急センターICU師長、2005年地域医療連携室師長、2008年より現職。

資格：介護支援専門員、診療情報管理士、医療福祉連携士

著書：『佐久病院ナース物語—だから私は看護が好き』（単著、あけび書房）、『できたよクリニカルパス』（共著、メヂカルフレンド社）、『一歩進んだ医療連携実践Q&A』（共著、じほう）

医療福祉連携士の役割

医療福祉連携士は、2011年に日本医療マネジメント学会の認定制度で誕生した認定資格である。医療福祉連携士の主な役割は、持ち前の多職種統合能力を発揮して、病院を退院した患者が医療と福祉介護の必要なサービスを受けながら、いつまでも住み慣れた地域で暮らす手伝いをするることである。第1期生は

福祉連携士たちの経験談や、それを支え続けた人たちの活動、災害時における地域連携の大切さを語ってもらった。

第2回は、2012年6月15日、在宅医療の聖地と呼ばれる長野県の佐久市で、東信地区看護連携協議会との共催で開催された。この回では、「おうちへ帰ろう」をテーマに取り上げた。

会の冒頭で上映された映画「医やす者とし

特集2

誕生！
医療福祉連携専門職
地域連携をこころう

医療福祉連携士制度創設の経緯と 地域連携にもたらすインパクト



東京女子医科大学病院 地域連携室
下村裕見子 係長／医療福祉連携士

PROFILE

しもむら ゆみこ◆学歴：1982年3月昭和女子大学附属短期大学部食物学科卒業（栄養士）、2009年3月国際医療福祉大学大学院（医療経営分野医療福祉政策領域）修士課程卒業。2009年4月同博士課程入学。

職歴：1983年4月東京女子医科大学病院入職。内分泌内科医局秘書，医事課を経て，1996年10月より地域連携室勤務。2006年4月クリニカルパス推進室兼務。
所属団体：日本病院管理学会，日本医療マネジメント学会評議員，日本クリニカルパス学会評議員，東京都連携実務者協議会代表世話人，メトロポリスネット（新宿区・杉並区・中野区連携実務者協議会）代表世話人。本誌編集アドバイザー。

本制度の設立は，2008年日本医療マネジメント学会雑誌に寄せられた，清水博氏（日本医療マネジメント学会理事）の巻頭言に端を発する。清水氏はこの巻頭言の中で，「医療の効率化及び在宅医療を推進する上で障害になっている原因の一つはコーディネート機能の脆弱」であると指摘し，「地域医療コーディネーター（仮称）制度の創設」を提言している¹⁾。

コーディネート機能の質の向上は，連携実務者がどのような活動をす

【開催報告】さいちゃんと多職種連携チームwith鶴岡



「鶴岡の連携熱を感じたい！」

齋川 克之(さいかわかつゆき)とはなにものか？

日時 平成28年7月29日(金) 18:30~20:00

会場 ジュニアパーパームーン

<http://tabelog.com/yamagata/A0603/A060302/6000225/>

社会福祉士・医療福祉連携士

済生会新潟第二病院 地域連携福祉センター 副センター長

新潟市医師会 在宅医療推進室室長

特定非営利活動法人全国連携実務者ネットワーク副理事長

- さいちゃんは、新潟市を中心として社会連携に取り組んでいる病院勤務の医療ソーシャルワーカー
- さいちゃんは、新潟市医師会でも勤務している医療ソーシャルワーカー
- さいちゃんは、地域の医療データや資源を組み合わせたデータ分析で病院経営戦略も得意な医療ソーシャルワーカー
- さいちゃんは、メディアや芸術分野の人ともまちづくりをしている医療ソーシャルワーカー
- さいちゃんは、全国をはじめ、鶴岡市の医療者ともつながりがある医療ソーシャルワーカー

テーマ：医療連携のつぼ ～院内連携と院外連携～

日時：平成24年2月29日(水) 18:30～20:00

場所：金沢赤十字病院 5階講義室

講師：財) 田附興風会医学研究所 北野病院

<http://www.kitano-hp.or.jp/>

医療コーディネーター 重田 由美 先生



重田 由美

一般社団法人日本地域統合人材育成機構





医療福祉連携士

-Community Healthcare Coordinator-
が誕生しました



この度、地域医療連携室から医療福祉連携士が誕生しました。

医療福祉連携士とは、2011年に特定非営利活動法人日本医療マネジメント学会の認定制度で誕生した連携実務者向けの認定資格になります。

「地域の医療及び福祉の切れ目のない連携を図ることにより、限られた医療及び福祉機能の効率化を推進し、国民の医療及び福祉に資する」ことを目標として創設されました。期待される主な役割は、多職種統合能力を発揮し、地域の医療・福祉・介護と連携を図り、患者様が必要なサービスを受けながら、住み慣れた地域で暮らしお手伝いをする事です。

資格取得の過程において、医療・福祉・介護の網羅的な知識を学ぶとともに、全国から集まった多職種の連携実務者（医師、看護師、医療相談員、ケアマネージャー、事務等）と活発な意見交換や交流をすることが出来ました。

また、急性期病院（急性期医療、連携室、地域連携クリティカルパス）、回復期病院、特別養護老人ホーム、小規模多機能施設、保健センター、地域包括支援センターで実習させていただきました。各施設の現場において、仕事内容を見学し体験出来たことは、貴重な経験となりました。実習でお世話になった各施設の方々へこの場をかりて厚く御礼を申し上げます。

連携室が開設され10年以上が経ち、全国で地域性を活かした多職種協働によるネットワークが構築されています。今後更に、連携室は、前方から後方までの流れをしっかりと把握した連携、地域に視点をのいた調整が期待されています。

私達も、学んだ知識・技術に加え、全国の連携士たちから得られる、さまざまな取り組みを参考にさせていただきながら、地域の先生方を始め、皆様と共に「形式的でなく血の通った連携」を図り、地域貢献へ繋げられるよう尽力していきたいと思っております。今後とも宜しくお願い申し上げます。

地域医療連携室
医療福祉連携士 吉田宗紀
川辺裕美

MADO

東邦病院
地域医療連携室便り「窓」

vol.78



特集

ひまわり地域連携勉強会開催 医療福祉連携士が誕生しました

ご挨拶

日頃より、地域の医療機関の諸先生をはじめ、関係諸種の皆様には大変お世話になっております。

当院では、地域医療連携を推進する中で、新たな取り組みとして、去る7月11日に「第1回ひまわり地域連携勉強会」を開催いたしました。初めての試みにも関わらず、44名の看護師・介護職の皆様に参加して頂き、大変うれしく思っております。勉強会は、当院で活躍している認定看護師が各専門看護分野の看護技術と知識を活かして、地域で活躍されている医療・介護従事者の皆様に情報提供することで、看護ケアの広がりや質向上に貢献できればと考えて企画しました。



看護部長
高崎 すえ子

勉強会の名称は、当院の看護部の象徴である“ひまわり”にちなみ「ひまわり地域連携勉強会」としました。ひまわりの花言葉は「あなたを見つめる」、ひまわりの中心を患者様、患者様をとりまく花びらを各施設にたとえ、勉強会を通じて他病院・施設の関係諸種の皆様と一緒に地域医療連携を推進して行きたいと考えております。第1回目は、皮膚・排泄ケア認定看護師による「褥瘡ケア」についての勉強会となりました。参加して頂いた皆様からは、「褥瘡に対する理解が深まった」「ぜひまた参加したい」など、大変好評でした。

今後とも、皆様のご意見やご要望を取り入れ、有意義な勉強会を企画し、発信して参りますので今後ともご協力をよろしくお願い申し上げます。

「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、医療従事者や福祉関係者からなる「連携士」は、医療と福祉の連携を推進し、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

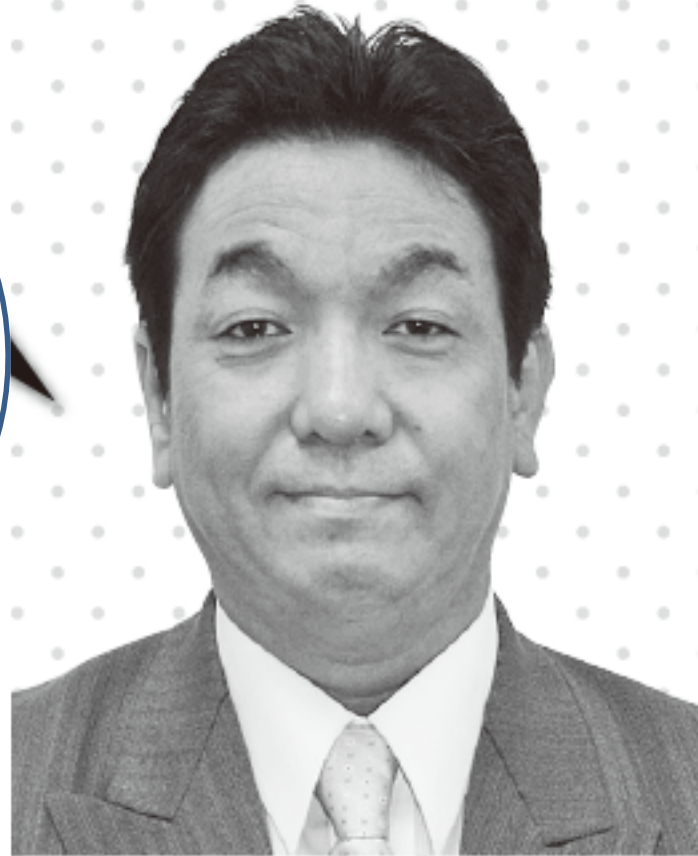
内目
道2人

昨年7月には、東京で医療と福祉の連携を推進する「医療福祉連携士」の試験を受けた。尾関さんは、医療と福祉の連携を推進し、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。

尾関さんは、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。

製薬会社のMRさんも参加

今まで製品の観点からばかり医療を見ていて、患者さんの生身の姿を見てこなかった！
実習を通じて、患者さんによりそう医療・介護職をみて別の世界を見た気がした！
アステラス製薬
小林正和さん





医療福祉連携士の会



[HOME](#)

[医療福祉連携士の会について](#)

[医療福祉連携士の会](#)

[活動報告](#)

[支部会](#)

[各種申し込み](#)

特定非営利活動法人 日本医療マネジメント学会主催
「医療福祉連携講習会」修了生で
組織された会です。

医療福祉連携士は、
医療福祉分野の連携・調整の
エキスパートを目指します。



開催案内

第6回 医療福祉連携士フックアップ in 沖縄

第6回 医療福祉連携フォーラム in 沖縄



[日 時] 2016年11月12日(土曜日) 13:30 ~ 18:00

[会 場] ウェルネスリゾート沖縄休暇センター ユインチホテル南城

(沖縄県南城市佐敷字新里 1688 Tel: 098-947-0111 <http://www.yuinchihotel.jp/access/>)

13:30 ~ 開会の挨拶 医療福祉連携士の会 会長 中村 起也 氏

13:40 ~ 講 演 座長：日立総合病院 緩和ケア科 吉村 純彦 氏

I 「那覇市の在宅医療の現状と課題」

きなクリニック 院長 喜納 美津男 氏

14:35 ~ II 「沖縄県における入退院支援連携デザイン事業の取り組み」

那覇市立病院 医療ソーシャルワーカー 伊禮 智則 氏

14:55 ~ III 「在宅療養支援診療所の看護師の立場からみた在宅の現状」

医療介護連携研究所 業務執行社員 久保 美穂子 氏

15:15 ~ 休 憩

15:30 ~ ワールドカフェ『患者用在宅移行説明書を作ろう！(急性期から在宅まで)』

阪南市尾崎・東鳥取地域包括支援センター 村上 佳代 氏

17:55 ~ 閉会の挨拶 豊見城中央病院 副院長・地域医療部長 永山 盛隆 氏

主 催：医療福祉連携士の会
後 援：特定非営利活動法人 日本医療マネジメント学会
一般社団法人 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会
公益社団法人 沖縄県看護協会
一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会
特定非営利活動法人 全国連携実務者ネットワーク

運営協力：豊見城中央病院
ハートライフ病院
那覇市立病院
浦添総合病院

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



まとめと提言

- ・2025年へむけて、地域包括ケアシステム、地域医療構想がスタートした
- ・地域包括ケアシステムは多職種連携システム
- ・医療福祉連携士は医療と介護、多職種連携のかなめ
- ・2025年へむけて、医療福祉連携士の役割を広げよう！

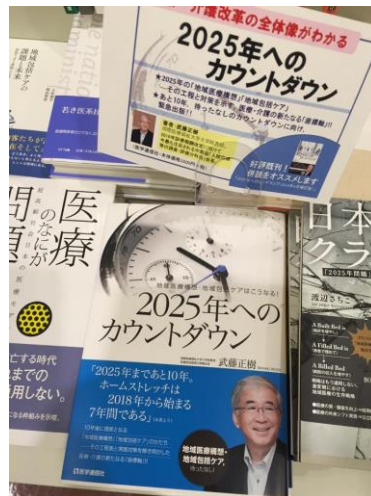
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

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