

2017年11月10日（金） 10:00～12:00

場所：インキュベクス株式会社 大研修室

地域連携コーディネーター養成講座
～難病コーディネーターとは 地域でその人らしさを支えるために～

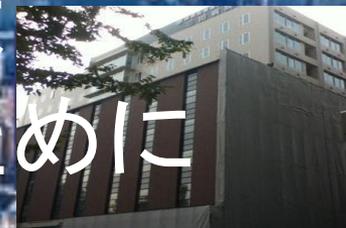
プログラム		
10:00	25分	I. 財源なき改定
10:25	25分	II. 2018年診療報酬改定
10:50	25分	III. 2018年介護報酬改定
11:15	25分	IV. 難病コーディネーター
11:40	20分	IV. 質疑応答
		* お配りしておりますアンケートをご記入ください * 記入が終わりましたら、机の上に置き、ご退席ください

※記載のプログラム開始時間は凡その予定となっております。ご了承ください。

地域コーディネーター養成講座

2025年へのカウントダウン

難病コーディネーターとは
地域でその人らしさを支えるために
～同時改定と難病コーディネーター～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
- (当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講



**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)



2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定





赤坂心理・医療福祉マネジメント
学部新設 新入生募集中
公衆衛生学専攻（申請中）

2018年4月、国際医療福祉大学 新設学部・大学院 赤坂キャンパス完成

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

目次

- パート 1
 - 財源なき改定
- パート 2
 - 2018年診療報酬改定
 - 7対1病床、地域包括ケア病棟
- パート 3
 - 2018年介護報酬改定
 - 介護医療院
- パート 4
 - 難病コーディネーター



パート1 財源なき改定



社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から
「全世代型」に見直す

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

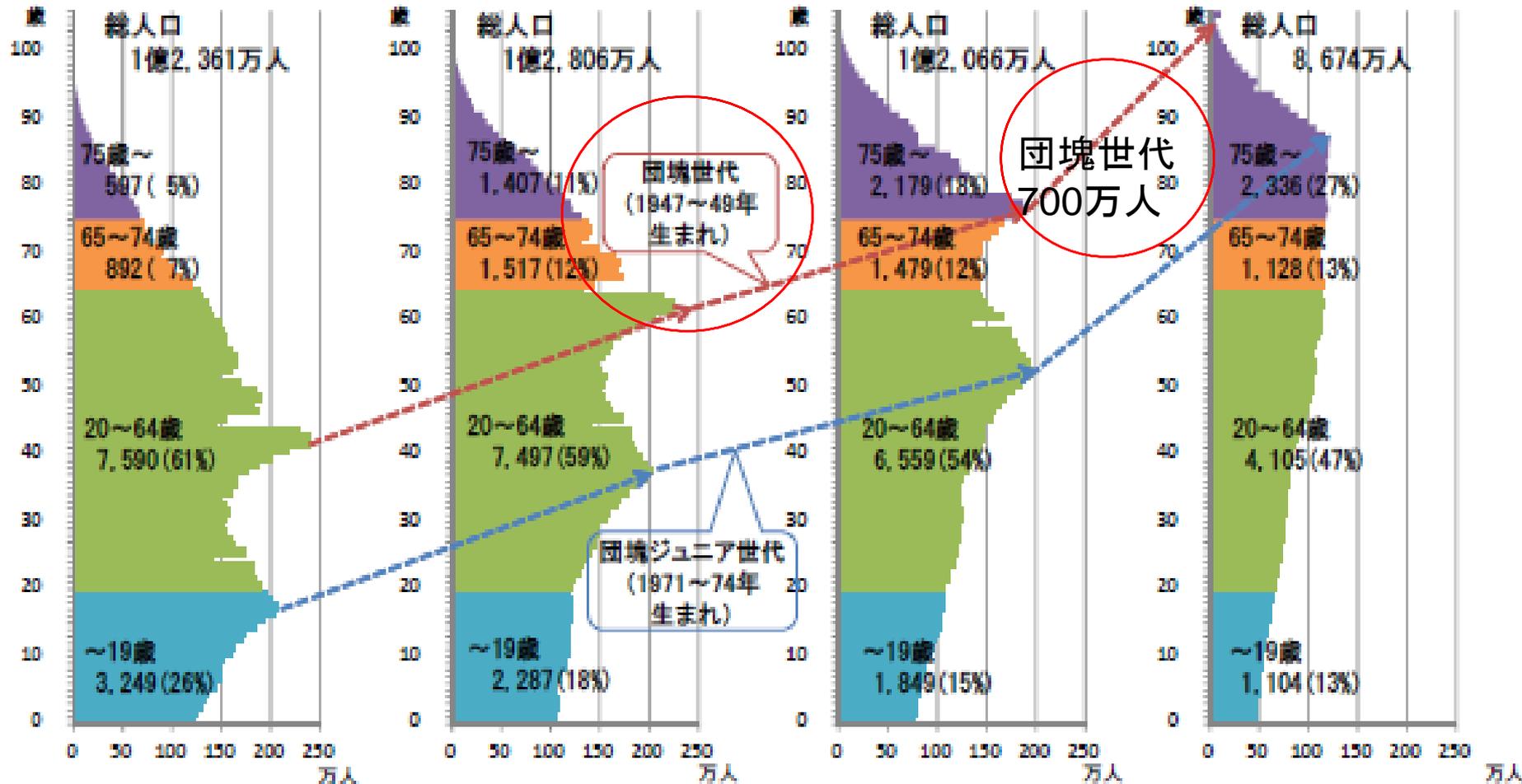
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

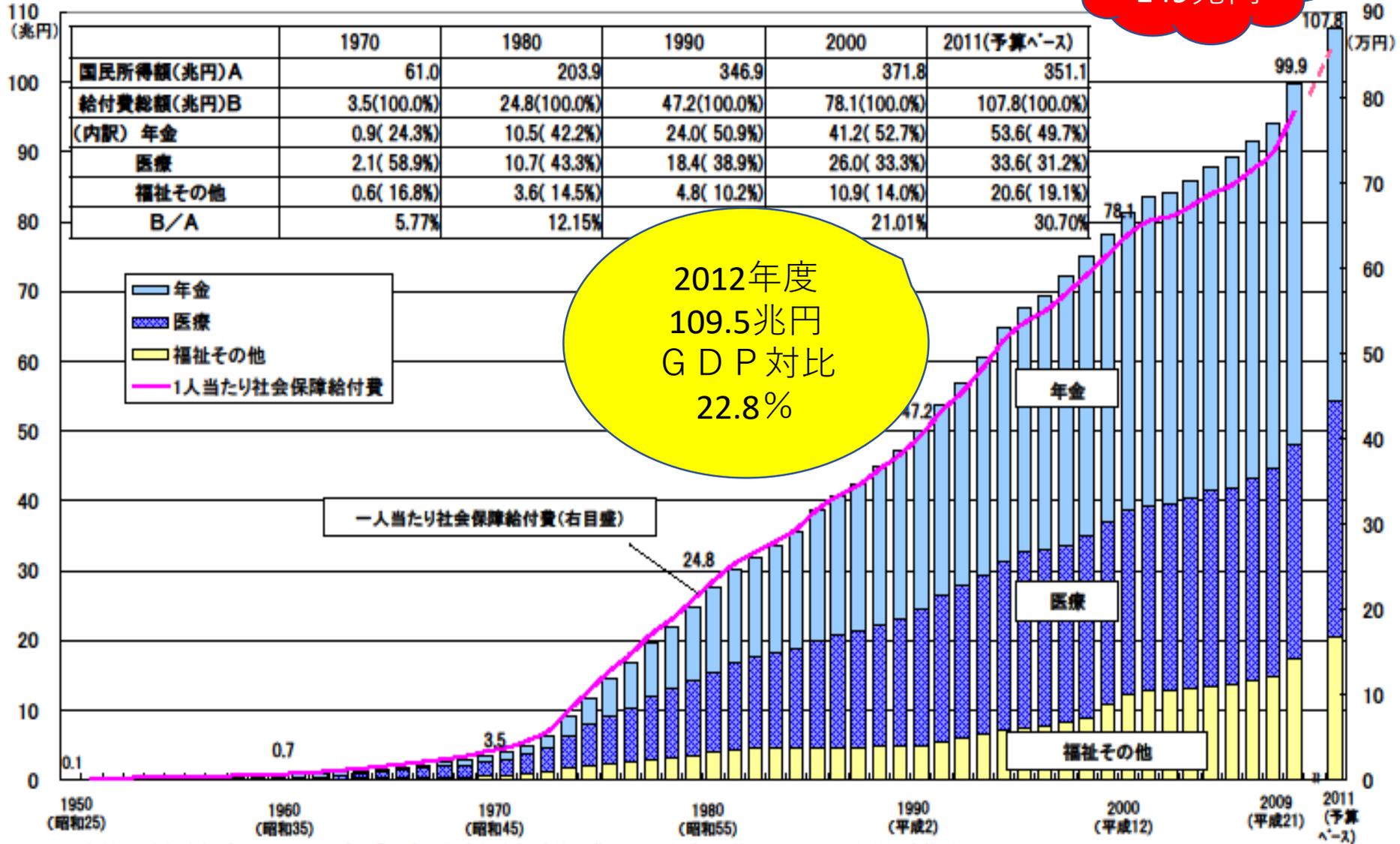
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



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・税一体改革 (2014年8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- 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8月10日、参議院を通過

2017年4月消費増税 10%先送り

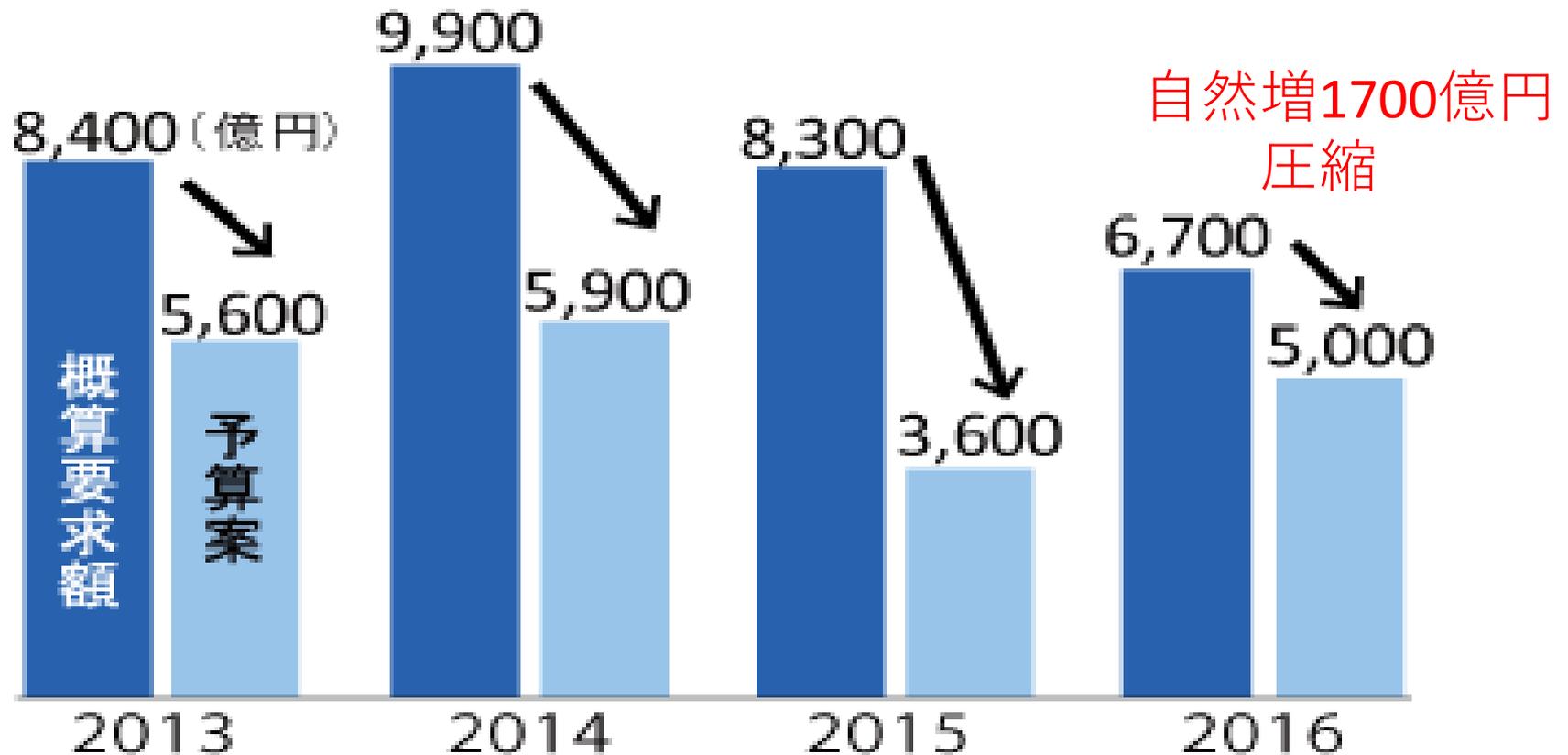


8%から10%の2%増税延期で年間4兆円の財源が消える！

社会保障費の自然増を削り続ける安倍内閣

※ 社会保障費の自然増

社会保障費のうち、高齢化の進展などで制度を変えなくても増えていく費用



2017年度予算

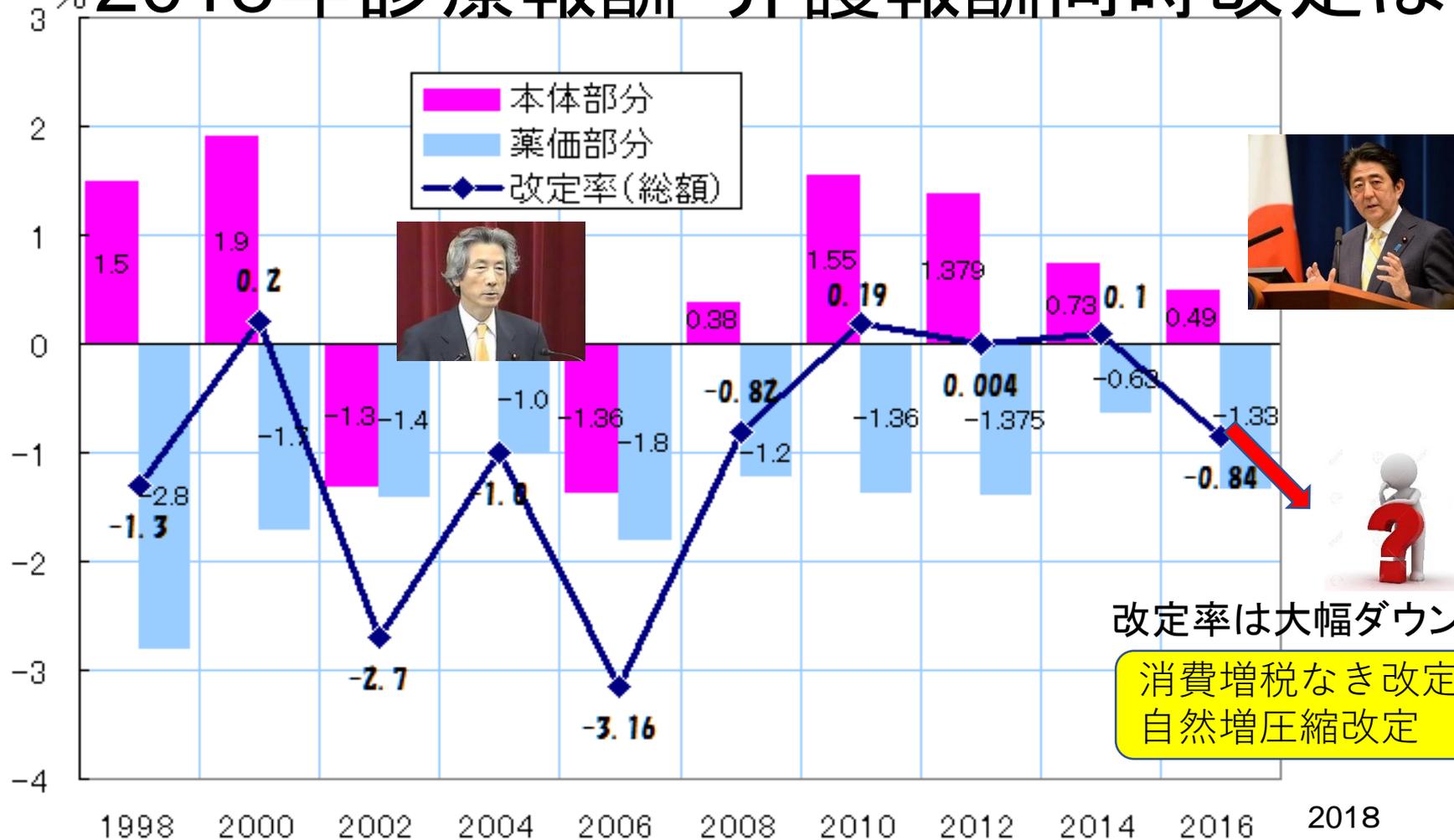
自然増を1400億円圧縮、5000億円以内に

財務・厚労省が検討する社会保障費の伸び抑制策

医療	窓口負担	かかりつけ医以外の受診に定額負担
	高額療養費	後期高齢者の自己負担引き上げ
	高額薬	オプジーボの薬価引き下げと使用の指針策定
介護	自己負担	2割負担の対象者を拡大
	高額介護費	自己負担の月額上限を引き上げ
	サービス	要介護度の低い人向けサービスの保険外し
	保険料	大企業社員の保険料引き上げ

2018年度予算は自然増1300億の圧縮！

2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

財務省主計局の阿久澤孝主計官コメント

○財務省主計局の阿久澤孝主計官（厚生労働省第一担当）は来年度予算案の編成では、社会保障関係費の自然増6300億円からの削減と保育の受け皿拡大の財源確保の2つの課題に対応する

○社会保障全般の歳出の見直しを行う必要があるとの認識を示した。診療報酬改定に関しては「大きな方向性」として適正化・効率化が不可欠だと指摘

○「7対1入院基本料は看護職員の配置状況を中心に点数が決められ、実際に提供している医療の機能を十分に反映する仕組みとなっておらず、問題。病床数についても、当初の見込みよりも算定病床数は大幅に増えており、改善は不十分」



財務省・阿久澤主計官
キャリアブレインマネジメ
ント

2017年09月12日

社会保障、高齢者中心を是正

- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 幼児教育・保育の無償化
- 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
 - 「社会保障制度を次世代に引き渡し、市場や国際社会から国の信認を確保するためにも必要だ」
 - 「予定通り実施する」
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー

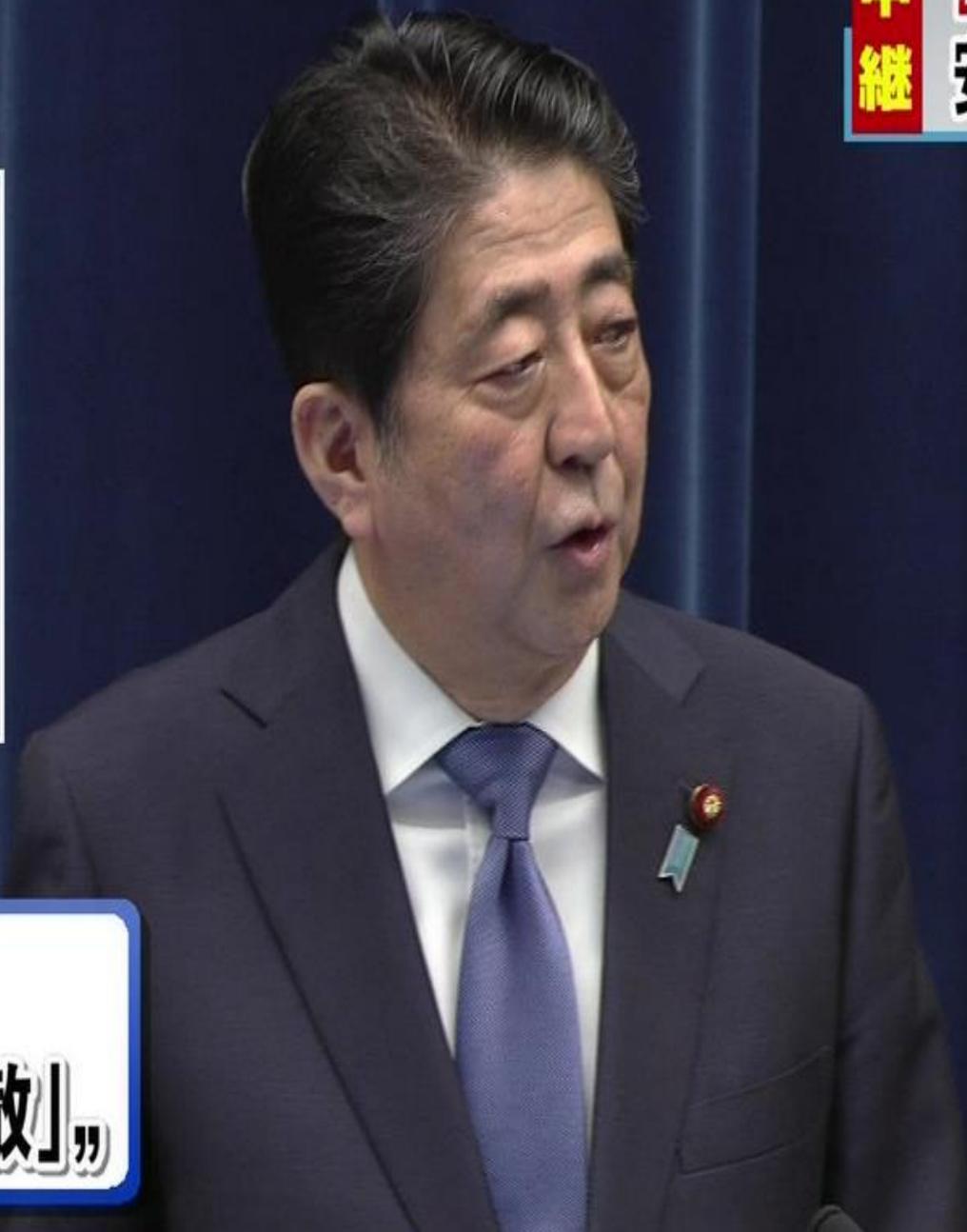


安倍晋三首相

6:20

中
継

“28日に衆院解散”
安倍首相 正式表明



“この解散は
「国難突破解散」”

パート 2

2018年診療報酬改定



入院医療等調査評価分科会より

2018年診療報酬改定へ向けて

(中医協総会 2016年12月21日)

- (1) 医療機能の分化・連携の強化、
地域包括ケアシステムの構築の推進
 - ①入院医療
 - 医療機能、患者の状態に応じた評価
 - 7対1、地域包括ケア病棟、介護療養病床の転換（介護医療院）
 - DPC制度における調整係数、機能評価係数Ⅱの見直し等
 - 調整係数の廃止
 - 医療従事者の負担軽減やチーム医療の推進等に係る取組
 - ②外来医療
 - かかりつけ医機能とかかりつけ歯科医機能
 - かかりつけ医機能とかかりつけ薬剤師・薬局機能の連携
 - 生活習慣病治療薬等の処方
 - フォーミュラリー
 - 紹介状なしの大病院受診時の定額負担
 - ③在宅医療
 - 重症度や居住形態、患者の特性に応じた評価
 - 訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護、在宅薬剤管理指導等
 - 訪問リハビリテーション指導管理2

- ④医療と介護の連携
 - 療養病床・施設系サービスにおける医療
 - 居宅等における医療（訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等）
 - 維持期のリハビリテーション
- (2) 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現
 - アウトカムに基づく評価
 - 患者や家族等への情報提供や相談支援
 - 医療機能等に関する情報提供や公表
 - 患者の選択に基づくサービス提供
- (3) 重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進
 - 緩和ケアを含むがん患者への質の高い医療
 - 認知症患者への質の高い医療
 - 精神疾患患者への医療提供や地域移行・地域生活支援
 - 外来や入院でのリハビリテーション
 - 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療
 - 薬剤使用の適正化に係る薬剤管理業務

- (4) 持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応
 - ① 医薬品、医療機器等の適切な評価
 - 薬価制度の抜本改革（保険医療材料価格制度の見直しを含む）
 - 年4回の薬価見直し、毎年改定
 - 医療技術の費用対効果の観点を踏まえた評価
 - 新しい医療技術の保険適用
 - 後発医薬品の更なる使用促進
 - 後発品80%シェア、バイオシミラーの評価
 - ② 次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進
 - バイオテクノロジー、ICT、AI（人工知能）などの新たな技術への対応
 - ICTを活用した医療情報の共有の在り方
 - より効率的な共有・活用を推進するための医療の情報化等に資する取組の推進

2018年診療報酬改定へ向けて

(中医協総会 2016年12月21日)

- (1) 医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進
 - ①入院医療
 - 医療機能、患者の状態に応じた評価
 - 7対1、地域包括ケア病棟、介護療養病床の転換（介護医療院）
 - DPC制度における調整係数、機能評価係数Ⅱの見直し等
 - 調整係数の廃止
 - 医療従事者の負担軽減やチーム医療の推進等に係る取組

中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会



2017年6月7日入院医療等の調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つづい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議

設置: H17

会長:

委員: 公益委員のみ

開催: 改定の議論に応じて開催

平成22年度2回

平成23年度2回

平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議

設置: H2

会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)

委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4

開催: 改定の議論に応じて開催

平成22年度2回

平成23年度14回

平成24年度7回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う

設置: H3

会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)

委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6

開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う

設置: S42

会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)

委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4

開催: 調査設計で開催

平成22年度3回

平成23年度1回

平成24年度3回

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議

設置: H12

委員長: 長瀬隆英

(東京大学大学院教授)

委員: 保険医療専門審査員

時期: 4半期に一度の薬価
収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議

設置: H24

会長:

委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3

開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議

設置: H11

会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)

委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4

開催: 改定の議論に応じて開催

平成22年度2回

平成23年度9回

平成24年度1回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

■DPC評価分科会 時期: 月1回程度

会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)

■医療技術評価分科会 時期: 年1回程度

会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)

■医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度

会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)

■医療機関等における消費税負担に関する分科会

会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)

■入院医療等の調査・評価分科会

会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議

設置: H12

委員長: 松本純夫

(東京医療センター院長)

委員: 保険医療専門審査員

時期: 4半期に一度の保険
収載等に応じて、3月
に3回程度

2018年診療報酬改定 入院医療 2つのポイント

- ポイント① 7対1病床の要件見直し
- ポイント② 地域包括ケア病棟

ポイント①

7対1病床の要件見直し

重症度、医療・看護必要度

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

(1) 重症度、医療・
看護必要度

A項目(モニタリング及び処置等)

B項目 (患者の状態)

2014年改定

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
	追加④	②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
	追加④	④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
	追加④	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

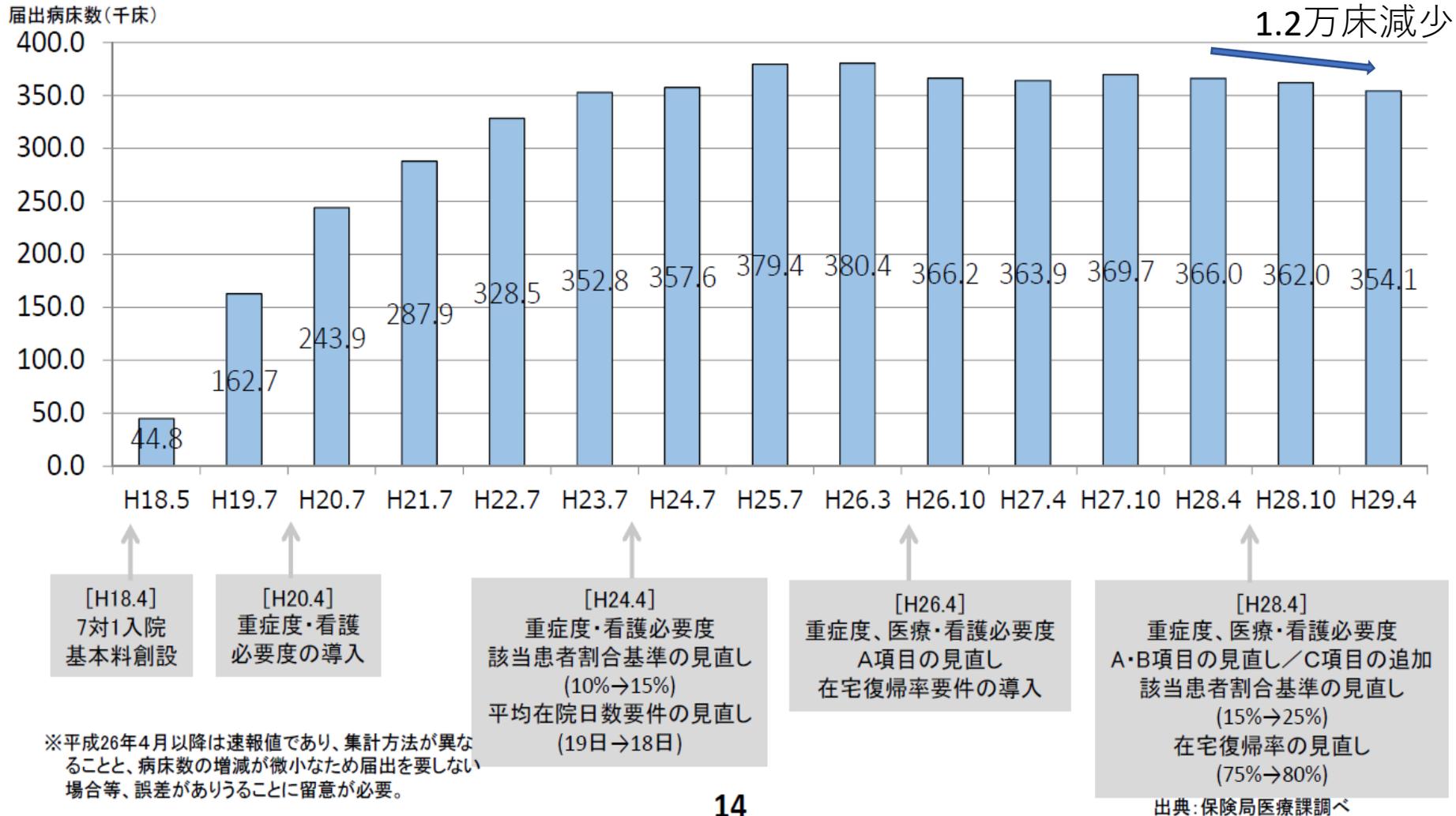
又は

C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の 7対1への影響

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

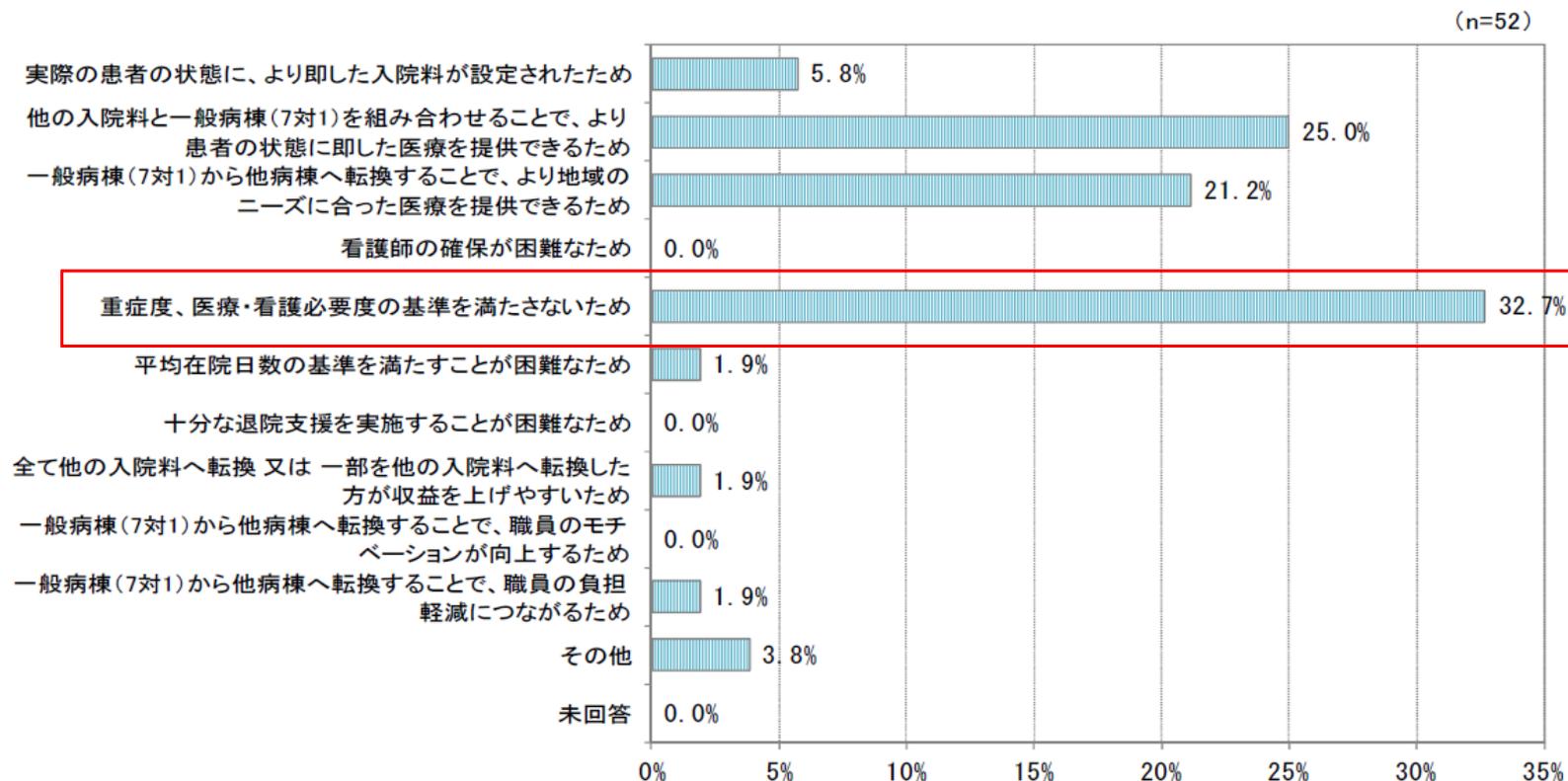
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



一般病棟（7対1）から転換した理由

- 一般病棟（7対1）から転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」が最も多く、次いで「他の入院料と一般病棟（7対1）を組み合わせることで、より患者の状態に即した医療が提供できるため」が多かった。

＜一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）＞

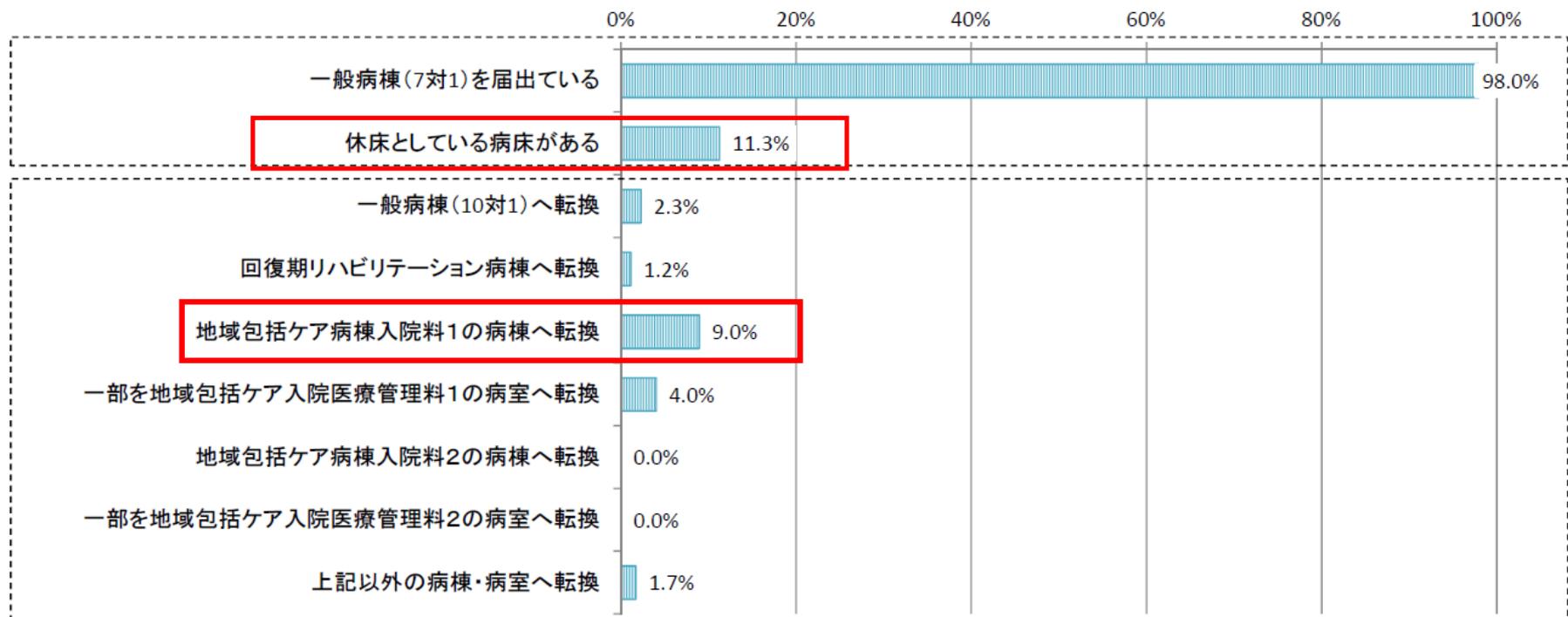


改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設で、平成28年11月1日時点で一般病棟（7対1）を届け出ている施設は、98.0%であった。
- また、7対1病棟以外の病棟として届け出たものの中では、地域包括ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関が最も多かった。

＜改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設の平成28年11月1日時点での当該病棟の状況＞

(n=346)



ポイント② 地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

中医協 総 - 2

25.11.27(改)

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期



急性期

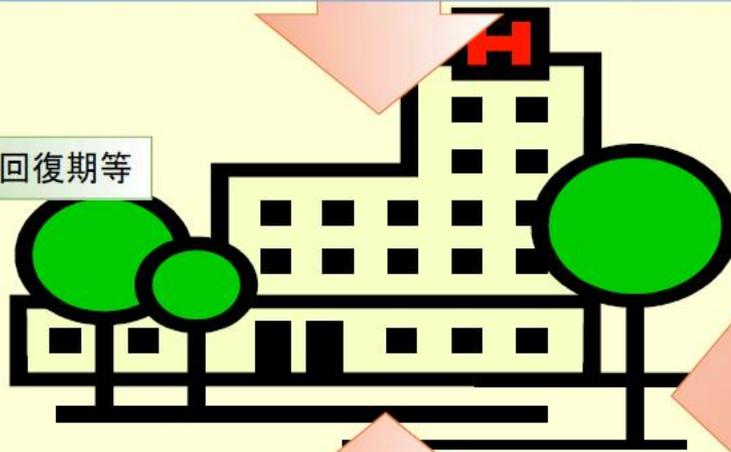
亜急性期病床の役割

入院患者データの提出

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1</u>	2,558点	(60日まで)
	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2</u>	2,058点	(60日まで)
	<u>看護職員配置加算</u>	150点	
	<u>看護補助者配置加算</u>	150点	
	<u>救急・在宅等支援病床初期加算</u>	150点	(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%	
自院	自院の7対1、10対1病床	49.4%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	自院の療養病床	0.0%
他院	他院の7対1、10対1病床	13.5%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%
	他院の療養病床	0.4%
介護療養型医療施設	0.1%	
介護老人保健施設	1.2%	
介護老人福祉施設（特養）	1.2%	
居住系介護施設	2.9%	
障害者支援施設	0.0%	
その他	1.9%	
不明	2.2%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

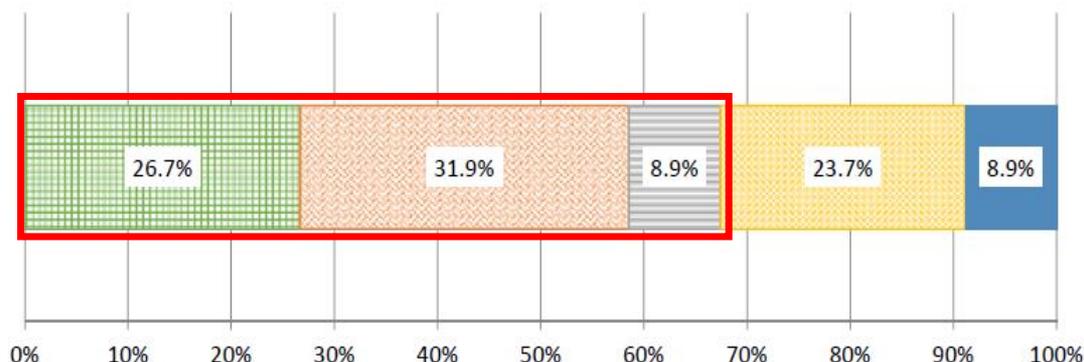
自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床	在宅復帰機能強化加算あり		0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%	
	在宅復帰機能強化加算なし	0.2%	
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
	上記以外		3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

入棟前の居場所別の「医学的な理由」の詳細

○ 入棟前の居場所別の前項(医学的な入院継続の理由)の設問における「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない」という回答の占める割合が多い。

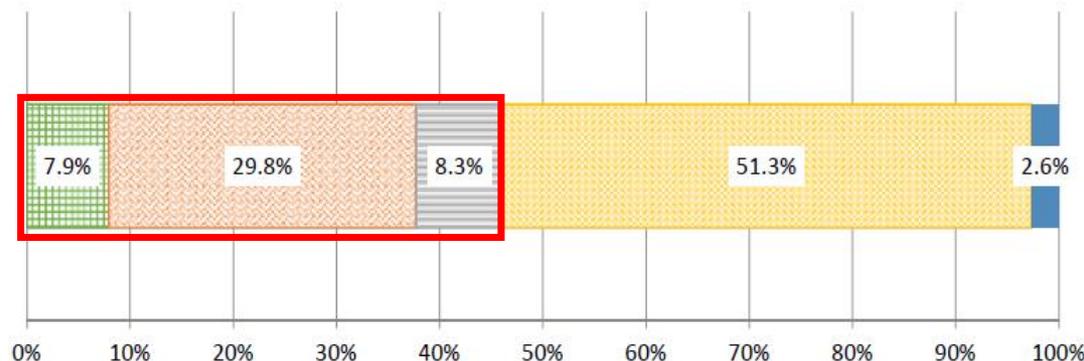
＜医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細＞

入棟前の居場所が自宅等(n=135)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

入棟前の居場所が自宅等以外(n=265)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会

パート3

2018年介護報酬改定

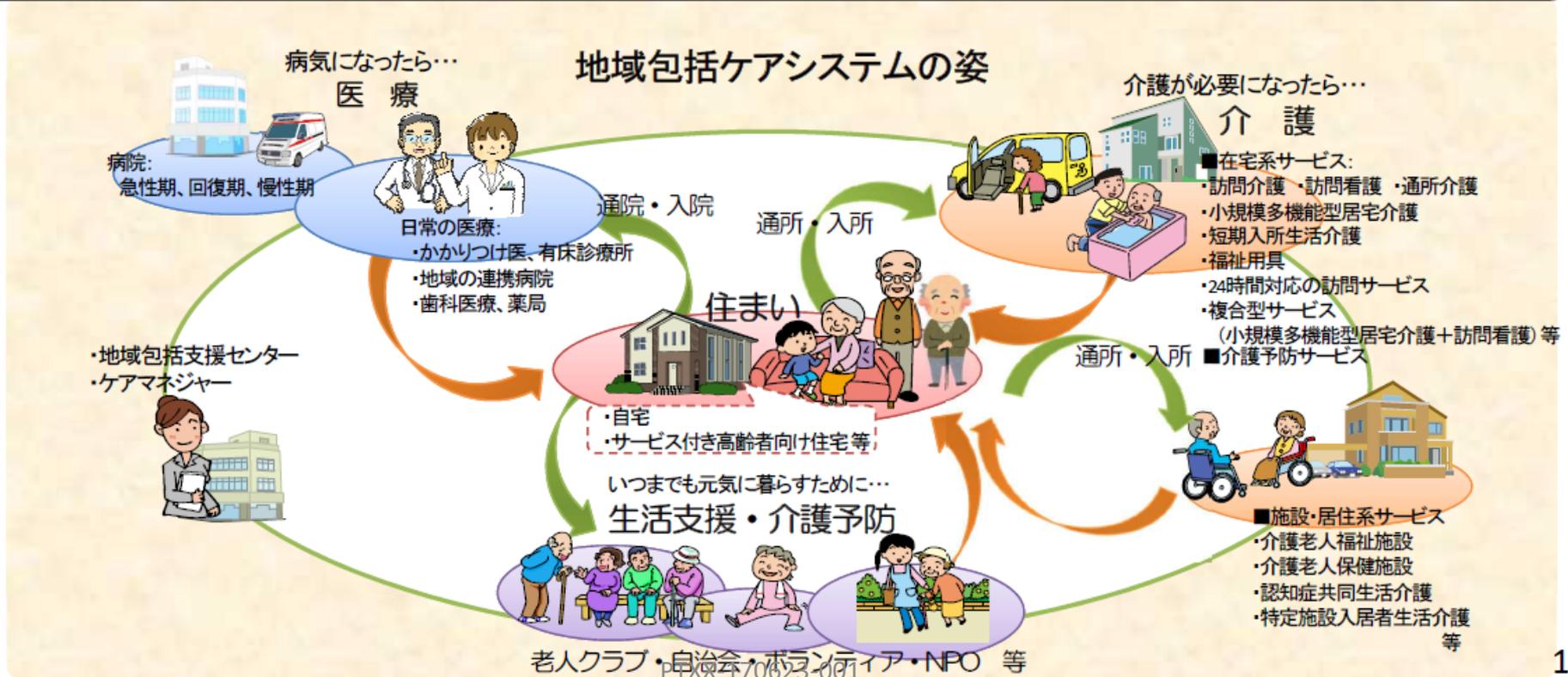


社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

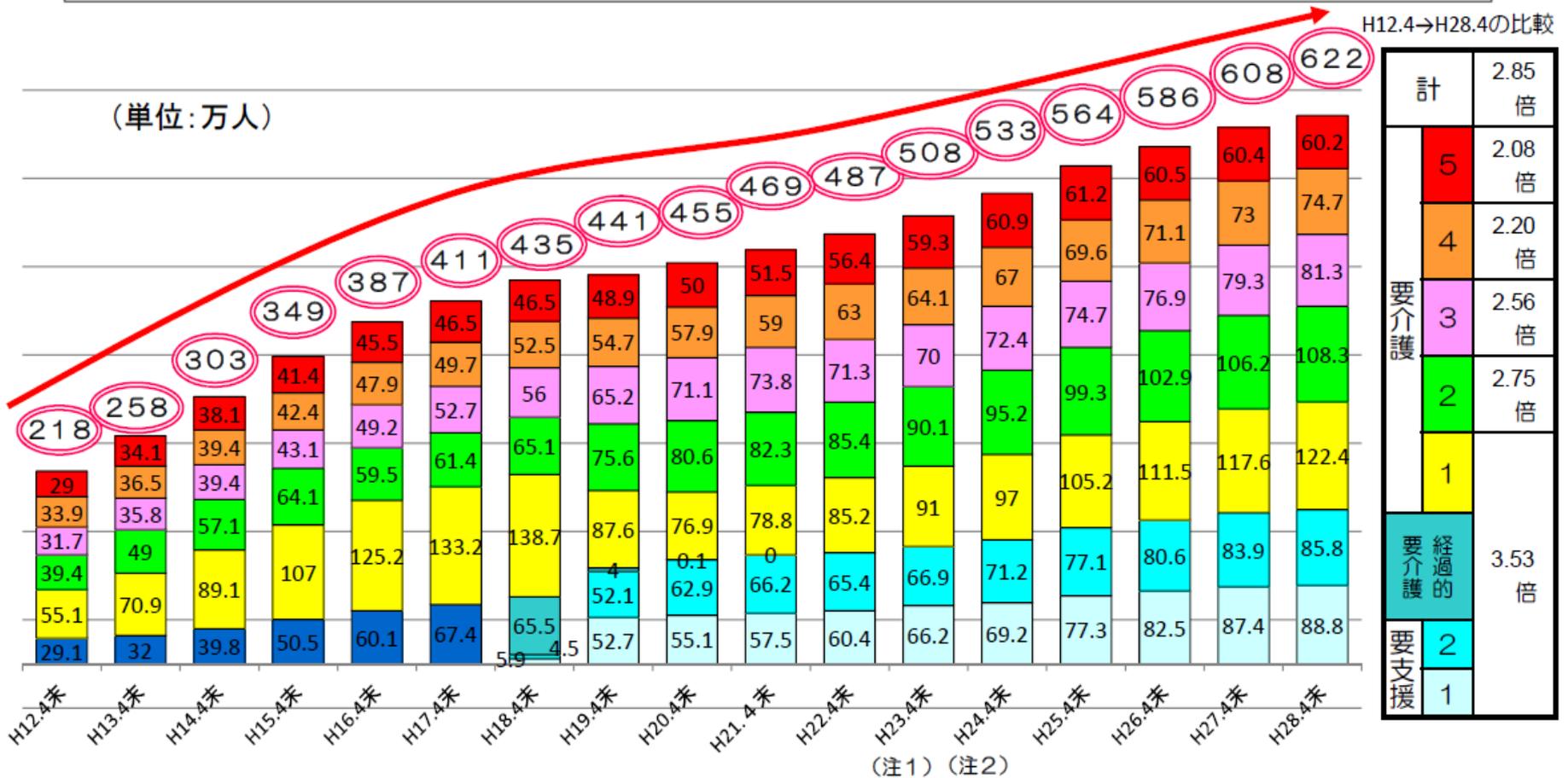
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2.85倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



■要支援 □要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

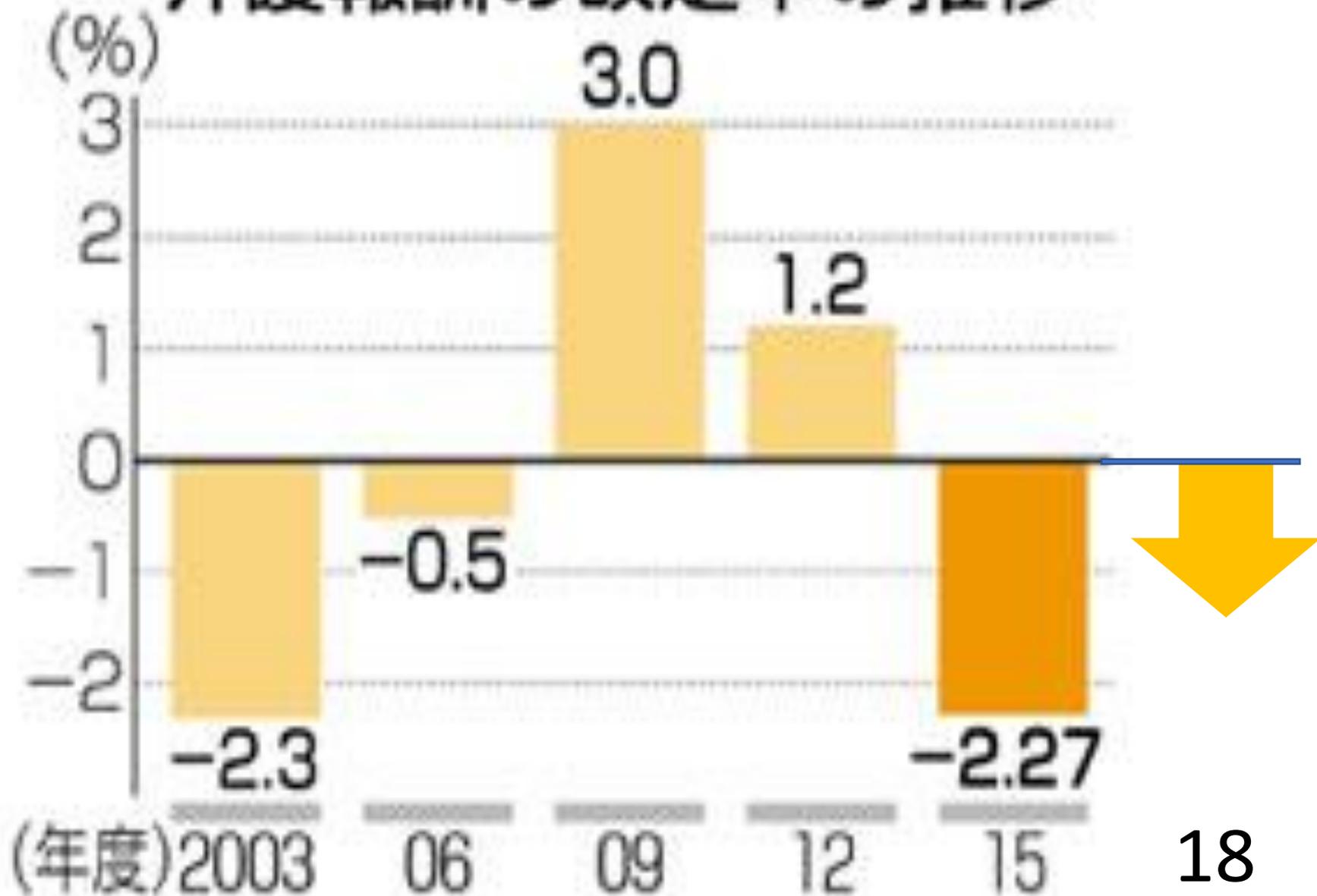
介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間		事業計画		給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期		3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度				4.6兆円		
2002年度				5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期		5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度				6.2兆円		
2005年度				6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期		6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2007年度				6.7兆円		
2008年度				6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期		7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2010年度				7.8兆円		
2011年度				8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期		8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度				9.2兆円		
2014年度				9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期		10.1兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度				10.4兆円		
2017年度				10.8兆円		
2020年度					6,771円 (全国平均)	
2025年度					8,165円 (全国平均)	

※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。
※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

介護報酬の改定率の推移



2018年介護報酬改定

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

①通所リハと通所介護の機能分担と連携

- 通所リハや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスについて、それぞれのサービスに共通した機能および特徴的な機能の明確化が必要だ。そしてこれらのサービスを地域単位で一体的、総合的な機能分担と連携を行えるよう検討する。

②小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- この連載でも取り上げたが、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた看護小規模多機能型居宅介護（看護多機）は現状、事業者数は300未満、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間サービス）の事業者数は1000未満とサービス提供量がまだまだ少ない。このためこの事業所数の増加や機能強化・効率化の観点から、人員基準や利用者定員などの規制緩和による本事業参入促進策が必要である。

③特別養護老人ホーム（特養）施設内での医療ニーズや看取り

- 特養の利用者の要介護度や医療ニーズが年々増加している。こうした中、特養における医療提供や看取りにさらに対応するための改定が必要だ。

2018年介護報酬改定

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

- ④入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等の連携
 - 高齢者は医療を受けながら介護保険サービスを利用している。このため特に医療・介護関係者や関係機関の間の情報提供や相互理解が必要である。特に、高年齢者の入退院時に生じるとしてその対応について議論することになった。
- ⑤ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する報酬・人員基準の在り方
 - 介護人材の確保とともに介護事業所のロボット・ICT・センサー活用による生産性向上や業務効率化への評価が必要だ。
- ⑥介護医療院の報酬・基準や各種の転換支援策等
 - 介護療養病床からの転換先である「介護医療院」の報酬・基準が次期介護報酬改定の大きな目玉の一つである。

療養病床問題と介護医療院



療養病床の在り方等に関する検討会

2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

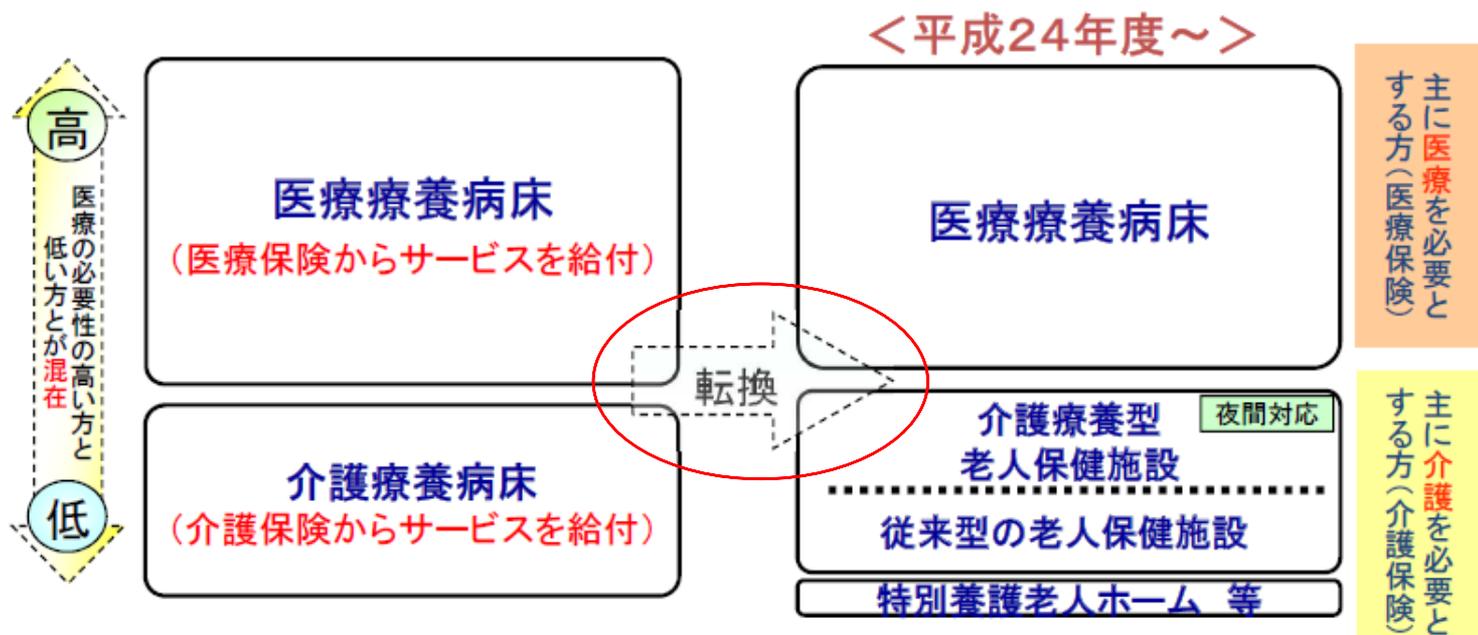
【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

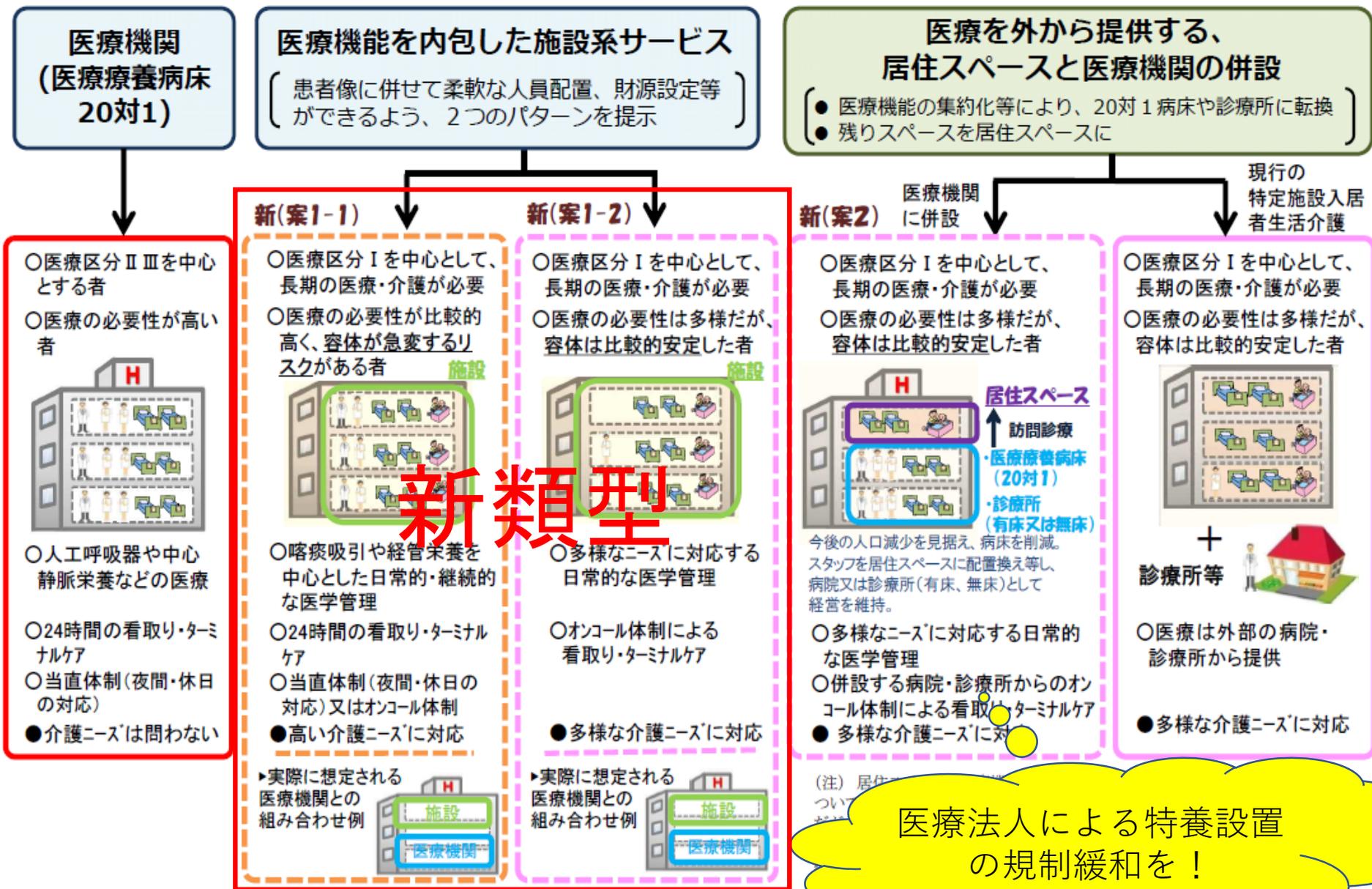
介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病床
の老健転換は
むりすじ

介護療養病床
の医療法人型
特養転換は？



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）



新類型

医療法人による特養設置の規制緩和を！

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

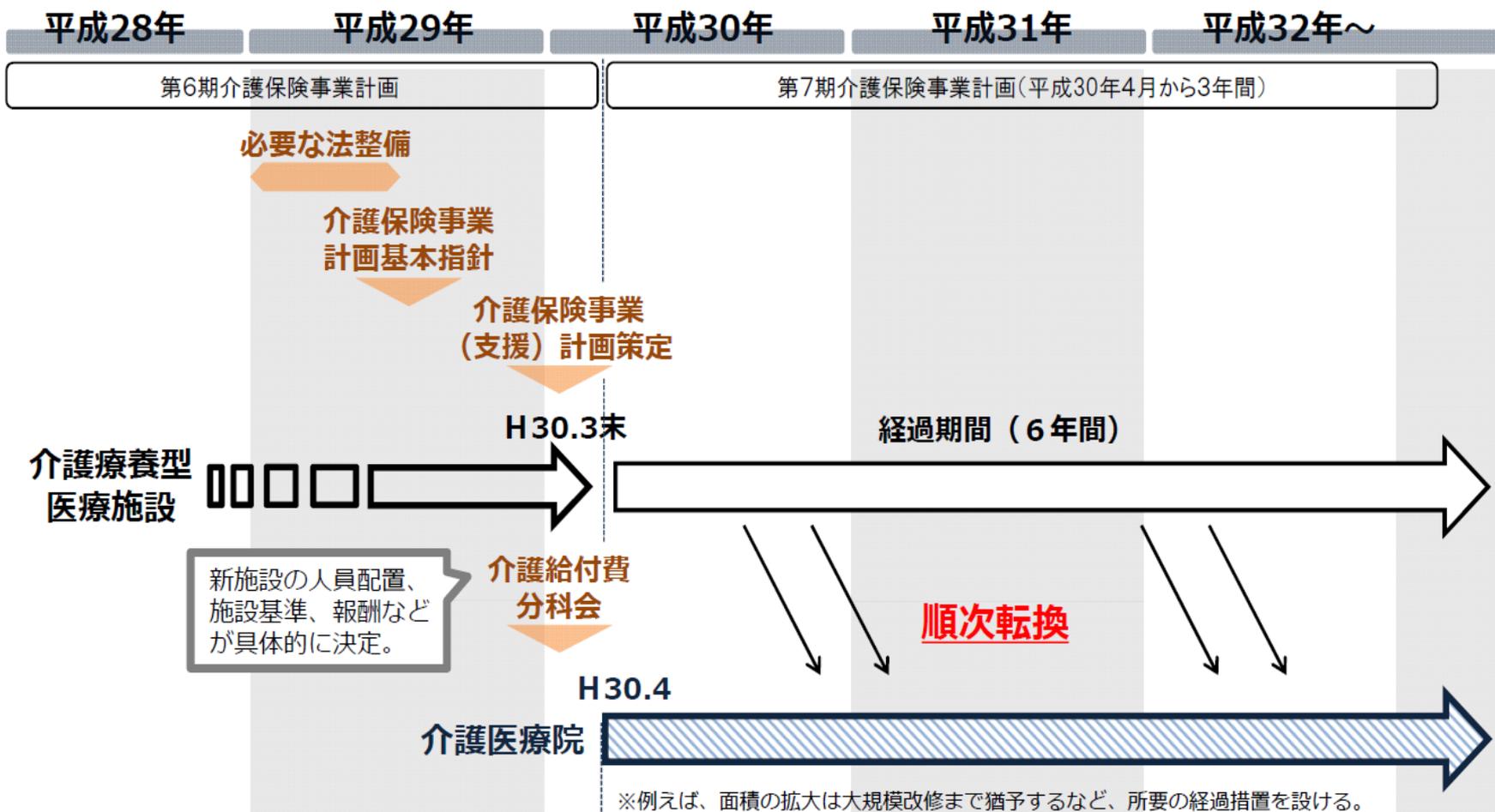
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

介護医療院
(仮称)

介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**

	医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	20対1	25対1			
概要	病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</u> を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数	約14.4万床 ※1	<u>約7.2万床</u> ※1	<u>約5.9万床</u> ※2	約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) <u>介護保険法(介護療養型医療施設)</u>	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1 } 3対1 6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (29年度末まで、6対1で可)			
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※5	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		<u>平成35年度末</u> 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)
※4 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)
※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

2017年8月4日 介護給付費分科会 介護医療院の議論始まる！

(1) 報酬水準 (2) 人員配置 (3) 構造設備 (4) 転換促進策
老健との関係性の整理、医療療養病床からの転換をどのように考えるか？



介護医療院 7～8万床！

- 現在約6万床ある介護療養病床から4万くらい、25対1医療療養病床の半分くらいが移行し、全体として7～8万床くらいになると想定している。
- 介護医療院協会を2018年4月に設立



日本慢性医療協会会長
武久洋三氏（2017年6月22日）

パート4 難病コーディネーター



難病

調査・研究対象ではあるが、
医療費等の助成対象ではない

- 発症の機構（メカニズム）が不明
- 明確な治療法がない
- 希少な疾患（患者数が少ない）
- 長期の療養が必要



指定難病

医療費等の助成対象



- 患者数が一定数※より少ないこと
※人口の0.1%、およそ12万7千人程度
- 客観的な診断規準などがあること

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年5月23日成立）

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、難病の患者に対する医療費助成（注）に関して、法定化によりその費用に消費税の収入を充てることができるようにするなど、公平かつ安定的な制度を確立するほか、基本方針の策定、調査及び研究の推進、療養生活環境整備事業の実施等の措置を講ずる。

（注）平成26年末までは法律に基づかない予算事業（特定疾患治療研究事業）として実施。

2014年
難病新法！

概要

(1) 基本方針の策定

- 厚生労働大臣は、難病に係る医療その他難病に関する施策の総合的な推進のための基本的な方針を策定。

(2) 難病に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立

- 都道府県知事は、申請に基づき、医療費助成の対象難病（指定難病）の患者に対して、医療費を支給。
- 指定難病に係る医療を実施する医療機関を、都道府県知事が指定。
- 支給認定の申請に添付する診断書は、指定医が作成。
- 都道府県は、申請があった場合に支給認定をしないときは、指定難病審査会に審査を求めなければならない。
- 医療費の支給に要する費用は都道府県の支弁とし、国は、その2分の1を負担。

(3) 難病の医療に関する調査及び研究の推進

- 国は、難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を推進。

(4) 療養生活環境整備事業の実施

- 都道府県は、難病相談支援センターの設置や訪問看護の拡充実施等、療養生活環境整備事業を実施できる。

施行期日

平成27年1月1日

※児童福祉法の一部を改正する法律（小児慢性特定疾病の患児に対する医療費助成の法定化）と同日

指定難病の拡充について



第1次実施分 指定難病(平成26年10月21日厚生労働省告示第393号)①

番号	病名	備考
1	球脊髄性筋萎縮症	特定疾患
2	筋萎縮性側索硬化症	特定疾患
3	脊髄性筋萎縮症	特定疾患
4	原発性側索硬化症	
5	進行性核上性麻痺	特定疾患
6	パーキンソン病	特定疾患
7	大脳皮質基底核変性症	特定疾患
8	ハンチントン病	特定疾患
9	神経有棘赤血球症	
10	シャルコー・マリー・トゥース病	
11	重症筋無力症	特定疾患
12	先天性筋無力症候群	
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	特定疾患
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー	特定疾患
15	封入体筋炎	
16	クロー・深瀬症候群	
17	多系統萎縮症	特定疾患
18	脊髄小脳変性症 (多系統萎縮症を除く。)	特定疾患
19	ライソゾーム病	特定疾患
20	副腎白質ジストロフィー	特定疾患

番号	病名	備考
21	ミトコンドリア病	特定疾患
22	もやもや病	特定疾患
23	プリオン病	特定疾患
24	亜急性硬化性全脳炎	特定疾患
25	進行性多巣性白質脳症	
26	HTLV-1関連脊髄症	
27	特発性基底核石灰化症	
28	全身性アミロイドーシス	特定疾患
29	ウルリッヒ病	
30	遠位型ミオパチー	
31	ベスレムミオパチー	
32	自己貪食空胞性ミオパチー	
33	シュワルツ・ヤンベル症候群	
34	神経線維腫症	特定疾患
35	天疱瘡	特定疾患
36	表皮水疱症	特定疾患
37	膿疱性乾癬(汎発型)	特定疾患
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	特定疾患
39	中毒性表皮壊死症	特定疾患
40	高安動脈炎	特定疾患

番号	病名	備考
41	巨細胞性動脈炎	
42	結節性多発動脈炎	特定疾患
43	顕微鏡的多発血管炎	特定疾患
44	多発血管炎性肉芽腫症	特定疾患
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	
46	悪性関節リウマチ	特定疾患
47	バージャー病	特定疾患
48	原発性抗リン脂質抗体症候群	
49	全身性エリテマトーデス	特定疾患
50	皮膚筋炎／多発性筋炎	特定疾患
51	全身性強皮症	特定疾患
52	混合性結合組織病	特定疾患
53	シェーグレン症候群	
54	成人スチル病	
55	再発性多発軟骨炎	
56	ベーチェット病	特定疾患
57	特発性拡張型心筋症	特定疾患
58	肥大型心筋症	特定疾患
59	拘束型心筋症	特定疾患
60	再生不良性貧血	特定疾患

※ 備考に「特定疾患」と記載のあるものは、現行の医療費助成の対象(56疾病)の中で対応する疾病があるもの。

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病

(1～110は平成27年1月から、111～306は同年7月から、307～330は平成29年4月から医療費助成を開始)

330疾患！

番号	病名	番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症	71	特発性大腿骨頭壊死症
2	筋萎縮性側索硬化症	72	下垂体性ADH分泌異常症
3	脊髄性筋萎縮症	73	下垂体性TSH分泌亢進症
4	原発性側索硬化症	74	下垂体性PRL分泌亢進症
5	進行性核上性麻痺	75	クッシング病
6	パーキンソン病	76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
7	大脳皮質基底核変性症	77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
8	ハンチントン病	78	下垂体前葉機能低下症
9	神経有棘赤血球症	79	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)
10	シャルコー・マリー・トゥース病	80	甲状腺ホルモン不応症
11	重症筋無力症	81	先天性副腎皮質酵素欠損症
12	先天性筋無力症候群	82	先天性副腎低形成症
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	83	アジソン病
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー	84	サルコイドーシス
15	封入体筋炎	85	特発性間質性肺炎
16	クロー・深瀬症候群	86	肺動脈性肺高血圧症
17	多系統萎縮症	87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	88	慢性血栓塞栓性肺高血圧症
19	ライソゾーム病	89	リンパ脈管筋腫症
20	副腎白質ジストロフィー	90	網膜色素変性症
21	ミトコンドリア病	91	バッド・キアリ症候群

Sheet1

完了

医療費助成の対象

指定難病

- 患者数が国の人口の0.1%に達していない
- 客観的な診断基準がある

56疾患→110疾患→**306疾患**に

難病

- 原因がわからない
- 治療法が確立されていない
- 長期の療養が必要

難病の数は
7000とも言
われている

指定難病の範囲が拡大、 しかし自己負担も拡大

平成26年5月23日	「難病の患者に対する医療等に関する法律」が成立。 指定難病：56疾患（対象者78万人）
平成27年1月1日施行の法改定	指定難病：110疾患(約120万人)に拡大
平成27年7月1日施行の法改定	指定難病：306疾患(約150万人)に拡大

*厚生労働省「難病の患者に対する医療等に関する法律」による指定難病数の変遷

今の難病患者の医療費助成制度

年収の目安	自己負担限度額(月額)	
	入院	外来
166万円以下	0円	0円
166万~183万円	4500円	2250円
183万~183万円	6900円	3450円
183万~220万円	8500円	4250円
220万~303万円	1万1000円	5500円
303万~402万円	1万58700円	9350円
402万円以上	2万3100円	1万1550円
重症認定患者	0円	0円

新しい医療費助成制度

年収の目安	自己負担限度額(月額)	
	生活保護	外来+入院(3割~2割減額)
生活保護	0円	0円
市町村民税非課税	~約60万円未満	3000円
	約60万~約160万円	6000円
約160万~約370万円	1万2000円	
約370万~約570万円	2万4000円	
570万円以上	4万4400円	

※既に認定を受けている人は別途検討

難病新法と 難病コーディネーター

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年5月23日成立）

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、難病の患者に対する医療費助成^(注)に関して、法定化によりその費用に消費税の収入を充てることができるようにするなど、公平かつ安定的な制度を確立するほか、基本方針の策定、調査及び研究の推進、療養生活環境整備事業の実施等の措置を講ずる。

(注)現在は法律に基づかない予算事業(特定疾患治療研究事業)として実施している。

概要

(1) 基本方針の策定

- 厚生労働大臣は、難病に係る医療その他難病に関する施策の総合的な推進のための基本的な方針を策定。

(2) 難病に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立

- 都道府県知事は、申請に基づき、医療費助成の対象難病(指定難病)の患者に対して、医療費を支給。
- 指定難病に係る医療を実施する医療機関を、都道府県知事が指定。
- 支給認定の申請に添付する診断書は、指定医が作成。
- 都道府県は、申請があった場合に支給認定をしないときは、指定難病審査会に審査を求めなければならない。
- 医療費の支給に要する費用は都道府県の支弁とし、国は、その2分の1を負担。

(3) 難病の医療に関する調査及び研究の推進

- 国は、難病の発病の機構、診断及び治療方法に関する調査及び研究を推進。

(4) 療養生活環境整備事業の実施

- 都道府県は、難病相談支援センターの設置や訪問看護の拡充実施等、療養生活環境整備事業を実施できる。

施行期日

平成27年1月1日

※児童福祉法の一部を改正する法律(小児慢性特定疾病の患児に対する医療費助成の法定化)と同日

新たな難病対策の全体像

■改革の基本理念

難病の治療研究を進め、疾患の克服をめざすとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現をめざす。

■改革の3つの柱

第1 効果的な治療方法の開発と医療の質の向上

- ・ 治療方法の開発に向けた難病研究の推進(研究の枠組みを見直し)
- ・ 難病患者データの精度の向上と有効活用
- ・ 医療体制の整備等(新・難病医療拠点病院の指定など)

第2 公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築

- ・ 医療費助成の対象疾患の拡大
- ・ 対象患者の認定基準の見直し
- ・ 難病指定医(仮称)による診断
- ・ 指定難病医療機関(仮称)による治療
- ・ 他制度との均衡ある給付水準へ見直し



「医療費助成対象
を56疾患に限定」
から見直し

第3 国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実

- ・ 難病に関する普及啓発
- ・ 難病相談・支援センターの機能強化
- ・ 福祉サービスの充実(障害福祉サービスの利用)
- ・ 就労支援の充実(ハローワークと難病相談・支援センターの連携)
- ・ 難病を持つ子ども等への支援の在り方(引き続き専門委と調整)

新たな医療提供体制のイメージ

難病医療コーディネーター(仮称)を配置し、医療依存度の高い難病に必要な複数の医療圏にまたがる広域的な調整等を実施

特定機能病院等高い専門性と経験を有し、多分野の難病指定医(仮称)が配置されている病院を指定

入院・療養施設の確保等のため概ね二次医療圏に1か所程度指定

難病治療に関する情報共有
病状急変時の連携



新・難病医療拠点病院(総合型)(仮称)



新・難病医療拠点病院(領域型)(仮称)

高い専門性と経験を有し、特定の分野に多くの難病指定医(仮称)が配置されている病院を指定



難病医療地域基幹病院(仮称)

難病指定医(仮称)のいる医療機関

難病指定医(仮称)のいる医療機関

- 正確な診断
- 難病治療の方針

- 適宜検査結果、投薬内容等情報提供



医療機関



訪問看護ステーション



調剤薬局

二次医療圏

二次医療圏

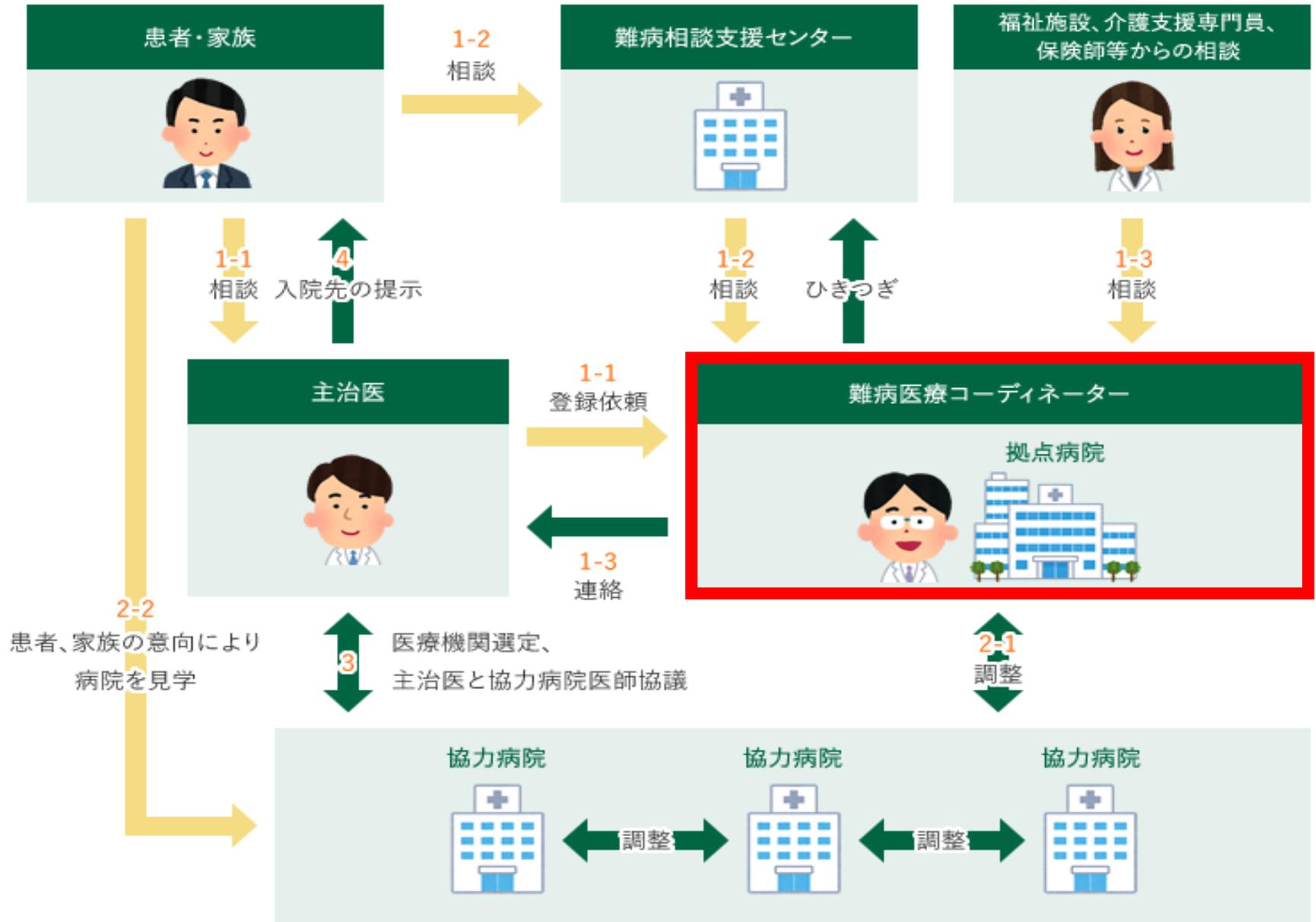
二次医療圏

二次医療圏

三次医療圏

難病コーディネーター

入転院施設の紹介手順



難病コーディネーターの役割

- 名称：難病医療専門員（難病コーディネーター）
 - 保健師、看護師、社会福祉士など
- 業務内容
 - 関係機関からの難病医療に関する相談
 - 主に地域の医療機関、居宅介護支援事業所、障害福祉サービス提供事業所等、難病の患者さんやご家族を支援されている関係機関からの医療の確保等に関する相談に応じ、助言や情報提供等を行う。
 - 難病医療に関する情報収集・提供
 - 難病医療や医療機関に関する情報を収集し提供する。
 - 診療の確保が困難な場合の調整、医療機関との連携
 - 病状の悪化等の理由により、居宅での療養が極めて困難な状態になった難病の患者さんに、適時に適切に診療の確保が行えるよう、協力病院等関係機関と連携しながら医療調整を行う
 - 難病医療従事者に対する研修会等の企画
 - 指定難病に関する研修会（症例検討会）等企画開催

訪問看護と難病

介護保険 訪問看護の対象者

- 65歳以上の方（第1号被保険者）要支援・要介護と認定された人
- 40歳以上65歳未満の方（第2号被保険者）
- 16特定疾病疾患の対象者で要支援・要介護と認定された人

16特定疾患

- ①がん末期
- ②関節リウマチ
- ③筋委縮性側索硬化症
- ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨脊柱管狭窄症
- ⑩早老症
- ⑪多系統萎縮症
- ⑫糖尿病性神経障害・糖尿病性腎糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患
- ⑭閉塞性動脈硬化症
- ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

特定疾患とは？

原因不明，治療法未確立で，後遺症のおそれが少なくない疾病や，経過が慢性にわたり，家族の経済的・人的・精神的負担が大きい疾病として厚生労働省が指定した病気。ベーチェット病・多発性硬化症など。

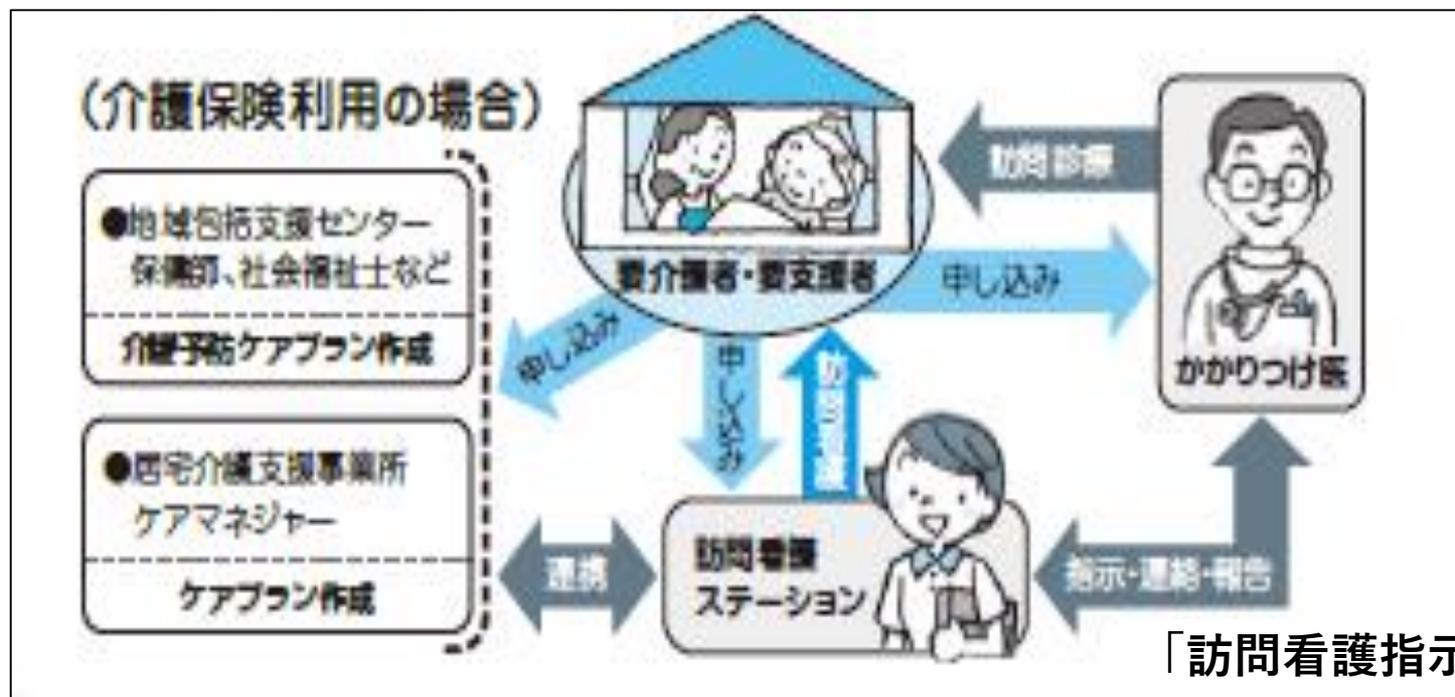
調査研究の推進・医療施設の整備・医療費自己負担の解消などの対策がとられている。

1. 疾ベーチェット病	28. 表皮水疱症
2. 多発性硬化症	29. 膿疱性乾癬
3. 重症筋無力症	30. 広範脊柱管狭窄症
4. 全身性エリトマトーデス	31. 原発性胆汁性肝硬変
5. スモン	32. 重症急性膵炎
6. 再生不良性貧血	33. 突発性大腿骨頭壊死症
7. サルコイドーシス	34. 混合性結合組織病
8. 筋萎縮性側索硬化症(ALS)	35. 原発性免疫不全症候群
9-1. 強皮症	36. 特発性間質性肺炎
-2. 皮膚筋炎及び多発性筋炎	37. 網膜色素変性症
10. 突発性血小板減少性紫斑病	38. プリオン病
11. 結節性動脈周囲炎	クロイツフェルト・ヤコブ病
12. 潰瘍性大腸炎	ゲルストルマン・ストロイラー・シャインカー病・
13. 大動脈炎症候群	致死性家族性不眠症
14. ビュルガー病(バージャー病)	39. 原発性肺高血圧症
15. 天疱瘡	40. 神経線維腫症
16. 脊髄小脳変性症	41. 亜急性硬化全脳炎
17. クローン病	42. バッド・キアリ(Budd-Chiari)症候群
18. 難治性肝炎のうち、劇症肝炎	43. 特発性慢性肺血栓塞栓症
19. 悪性関節リウマチ	44. ラインゾーム病
20. パーキンソン病関連疾患	45. 副腎白質ジストロフィー
-1. 進行性核上麻痺	46. 家族性コレステロール血症※
-2. 大脳基底核変性症	47. 脊髄性筋萎縮症※
-3. パーキンソン病	48. 球脊髄性筋萎縮症※
21. アミロイドーシス(原発性)	49. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎※
22. 後縦靭帯骨化症	50. 肥大型心筋症※
23. ハンチトン舞踏病	51. 拘束型心筋症※
24. ウィリス動脈輪閉塞症	52. ミトコンドリア症※
25. ウェゲナー肉芽腫症	53. リンパ脈管筋腫症(LAM)※
26. 突発性拡張型(うっ血型)心筋症	54. 重症多形滲出性紅斑※
27. 多系統萎縮症	55. 黄色靭帯骨化症※
-1. 線条体黒質変性症	56. 間脳下垂体機能障害※
-2. オリーブ橋変性症	
-3. シャイ・ドレーガー症候群	

平成23年現在56疾病(※H21.10追加疾病)

介護保険

要支援・要介護と認められた場合



医療保険 訪問看護の対象者

1. 40歳未満の方
2. 40歳以上65歳未満の方
条件：16特定疾病の対象者でない方
3. 40歳以上65歳未満の方
条件：介護保険第2号被保険者でない方
4. 65歳以上の方
条件：要支援・要介護に該当しない方
介護保険を利用しない方
5. 要介護・要支援の認定を受けた方
条件：厚生労働大臣が定める疾病等（別表8）
精神科訪問看護が必要な方（認知症は除く）
病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方

厚生労働大臣が定める疾病等 別表第7

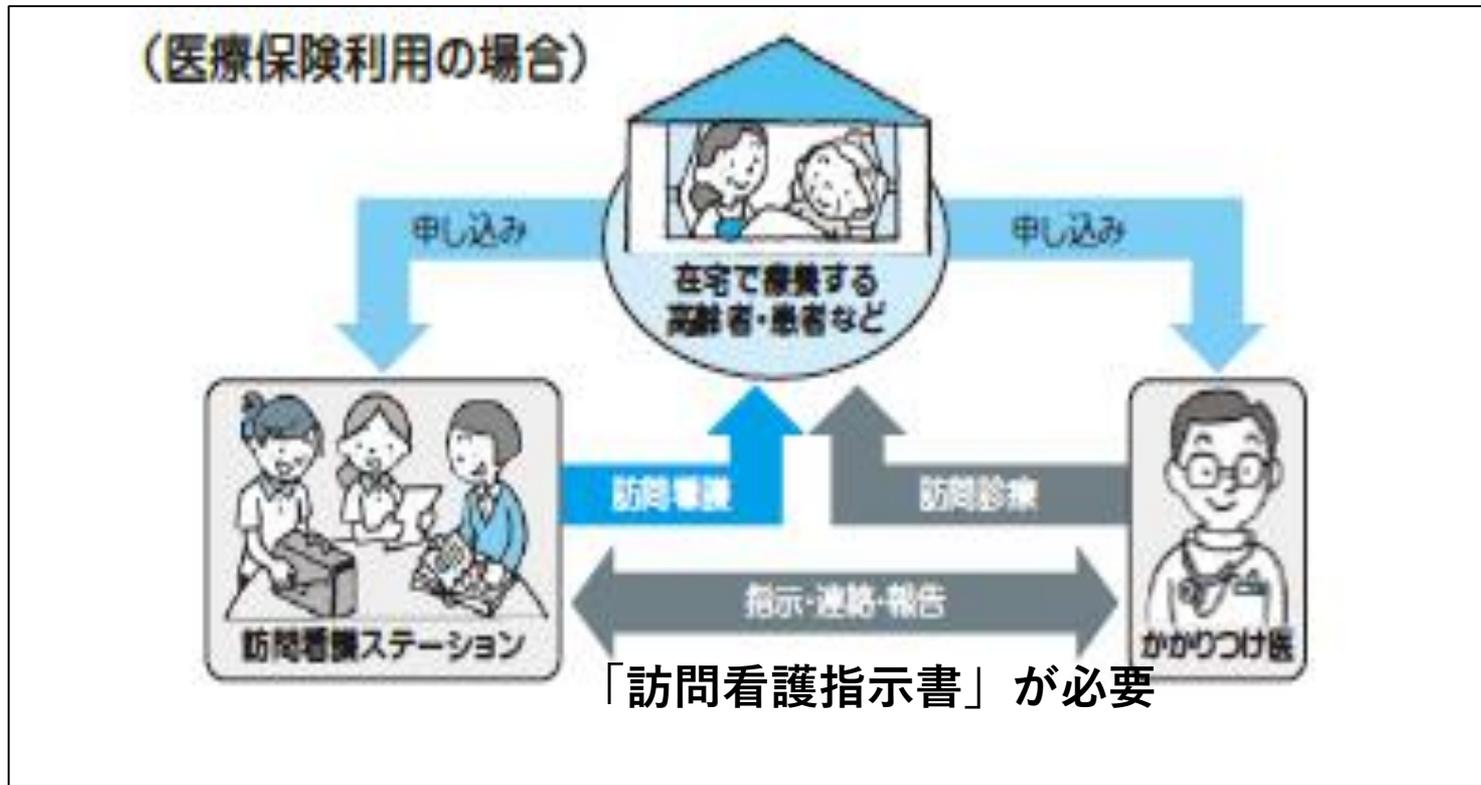
- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋委縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンチントン病
- ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)）
- ⑩多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
- ⑪プリオン病
- ⑫亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ライソゾーム病
- ⑭副腎白質ジストロフィー
- ⑮脊髄性筋萎縮症
- ⑯球脊髄性筋萎縮症
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頸髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態（夜間無呼吸のマスク換気は除く）

特別管理加算の対象者

別表第 8

- ①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- ②在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- ④真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定してる者

医療保険



訪問看護ステーションの利用時間や加算等 (医療保険)

- 1回の利用時間 → 30分～90分
 - 利用者1人 → 週3日が限度
(1か所の訪問看護ステーション)
 - 厚生労働大臣が定める疾病等(別表第7)や特別管理加算(別表第8)の対象者や急性増悪等による特別訪問看護指示書期間
 - 週4日以上 of 訪問看護が可能
 - 難病等複数回訪問看護(1日2回又は3回)
 - 1人に対して複数の訪問看護が可能
- * 同一日にそれぞれの訪問看護ステーションの利用はでき

ない

難病看護師制度（日本看護協会）

- 一般社団法人日本難病看護学会認定・難病看護師
 - 難病の病態・病期に応じた看護判断に基づき、患者の主体的な療養生活を支援する看護実践ができる
 - 質の高い療養生活を送ることができるよう、難病患者・家族に対して相談・助言を行うことができる
 - 難病患者・家族の支援について、看護職員・関係職種職員に対して連携し、助言・支持ができる
 - 難病患者・家族の生活の質向上を目指した地域としての取り組みに参画し、社会支援システムの向上・創造に寄与できる

かながわ難病相談支援センター

神奈川県	
かながわ難病相談支援センター	
〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2 かながわ県民センター14階	TEL : 045-321-2711
かながわ難病相談支援センターホーム ページへ	FAX : 045-321-2651
10:00～19:00 (休所日:年末年始施設休館日)	平成17年7月1日

指定難病医療機関

- 指定医療機関とは、その医療機関で指定難病に係る医療を受けたとき、指定難病の医療費の助成を受けられる医療機関のこと

神奈川県 指定難病医療費助成制度にかかる指定医療機関（病院、薬局、訪問看護）一覧（平成29年9月11日現在）
 ★検索方法1 キーボードの「Ctrl」と「F」を同時に押し、お探しの医療機関名称（一部でも可）を入れて探す（大文字小文字、ひらがなカタカナ、スペースは区別されます。）
 ★検索方法2 市区町村の逆三角形のボタンを押して、お探しの所在地で絞り込んで探す

種別	指定医療機関名称	所在地	保険医療機関等 コード	指定有効期間開始日	指定有効期間終了日	市区町村(検索用)
訪問看護	ロイヤル綾瀬訪問看護ステーション	綾瀬市深谷7-18-7	1464490058	平成27年1月1日	平成32年12月31日	綾瀬市
訪問看護	医療法人社団 温知会 アイリス訪問看護ステーション	小田原市南町3-2-31	1462390011	平成27年3月1日	平成33年2月28日	小田原市
訪問看護	訪問看護リハビリステーション モーメント	相模原市南区磯部137-2	1462690485	平成27年7月1日	平成33年6月30日	相模原市南区
訪問看護	医療法人社団 三喜会 鶴巻訪問看護ステーションにのみや	中郡二宮町二宮1308-1	1461390061	平成27年2月1日	平成33年1月31日	中郡二宮町
訪問看護	医療法人財団倉田会 しんど訪問看護ステーション	平塚市真土4-4-29 グリーンハイツ	1462090009	平成27年1月1日	平成32年12月31日	平塚市
訪問看護	訪問看護ステーション芍薬	横浜市神奈川区三ツ沢下町6-24 アバンス弥生101	1460490144	平成27年7月1日	平成33年6月30日	横浜市神奈川区
訪問看護	ガイアリハビリ訪問看護ステーション上大岡	横浜市港南区上大岡東2-3-6 加藤ビル201号室	1463190238	平成27年5月1日	平成33年4月30日	横浜市港南区
訪問看護	あいず訪問看護ステーション	横浜市瀬谷区三ツ境19-14ハイム三ツ境101	1463490158	平成27年2月1日	平成33年1月31日	横浜市瀬谷区
訪問看護	東本郷訪問看護ステーション	横浜市緑区東本郷4-1-22 プログレセ鶴居302号	1463390077	平成27年2月1日	平成33年1月31日	横浜市緑区
訪問看護	訪問看護ステーション フルライフなでしこ	横浜市磯子区洋光台1-13-30 第10武内ビル201	1460790139	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市磯子区
訪問看護	すこやか訪問看護ステーション	横浜市港北区高田西2-7-32	1460990051	平成27年2月1日	平成33年1月31日	横浜市港北区
訪問看護	なじみ訪問看護ステーション	横浜市瀬谷区阿久和南3-8-13	1463490190	平成27年3月1日	平成33年2月28日	横浜市瀬谷区
訪問看護	訪問看護ステーション芍薬青葉	横浜市青葉区藤が丘2-34-1 ウィスタリア37-103	1463790268	平成27年7月1日	平成33年6月30日	横浜市青葉区
訪問看護	社会福祉法人 誠幸会 泉の郷訪問看護ステーション	横浜市泉区上飯田町2083-1	1463690179	平成27年2月1日	平成33年1月31日	横浜市泉区
訪問看護	訪問看護ステーションホット北部	愛甲郡愛川町角田98	1462990018	平成27年1月1日	平成32年12月31日	愛甲郡愛川町
訪問看護	レイメディカル訪問看護リハビリステーション	綾瀬市吉岡279-1	1464490066	平成27年3月1日	平成33年2月28日	綾瀬市
訪問看護	ここから訪問看護リハビリケア	横浜市神奈川区片倉1-13-12 ベル片倉202号	1460290205	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横須賀市
訪問看護	コトノハ訪問看護リハビリステーション	横須賀市根岸町3-7-9 プランナーズビル2階	1461990381	平成27年5月1日	平成33年4月30日	横須賀市
訪問看護	さくらんぼ武山	横須賀市武1-20-17ライフコート横須賀武山 クリニックビル3F	1461990407	平成27年5月1日	平成33年4月30日	横須賀市
訪問看護	訪問看護ステーション はな	横須賀市久里浜七丁目30番12号	1461990415	平成27年5月1日	平成33年4月30日	横須賀市
訪問看護	カーネーション訪問看護リハビリステーション	横須賀市追浜町3-5 サキミサハウス2F	1461990423	平成27年8月1日	平成33年7月31日	横須賀市
訪問看護	横須賀あうる訪問看護リハビリステーション	横須賀市船越町1丁目45番地9 グラン・ベルデ202	1461990431	平成27年8月1日	平成33年7月31日	横須賀市
訪問看護	アマカルケアサービス 訪問看護ステーション	横須賀市田浦町3-1-20	1461990456	平成27年9月1日	平成33年8月31日	横須賀市

指定難病医療機関

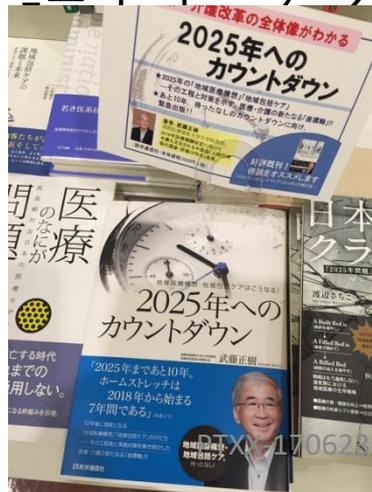
病院又は診療所	医療法人社団 健新会 畠山クリニック	横浜市港南区上大岡西一丁目16番19号 上大岡エントランスビル2階	1413110079	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市港南区
病院又は診療所	医療法人財団 あおば弘成会 上大岡診療所	横浜市港南区上大岡東2丁目3番26号	1413110178	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市港南区
病院又は診療所	網島駅前眼科	横浜市港北区網島東1-2-13マレットビル4F	1410907428	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市港北区
病院又は診療所	田中神経クリニック	横浜市栄区飯島町1329-15	1413501244	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市栄区
病院又は診療所	永井眼科医院	横浜市栄区本郷台3-1-3-2F	1413501301	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市栄区
病院又は診療所	おれんじクリニック	横浜市栄区笠間3-45 ガーデンアソシエ J 棟1階	1413501343	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市栄区
病院又は診療所	医療法人社団 順誠会 山口整形外科	横浜市瀬谷区橋戸3-24-4	1413402419	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市瀬谷区
病院又は診療所	渡辺医院	横浜市鶴見区潮田町3-133-2	1410104281	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市鶴見区
病院又は診療所	秋山みつる眼科	横浜市鶴見区矢向5-9-23健ナビメディカルモール2階	1410104950	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市鶴見区
病院又は診療所	ふれあい鶴見ホスピタル	横浜市鶴見区東寺尾4-4-22	1410105197	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市鶴見区
病院又は診療所	横浜ハビリテーションクリニック	横浜市鶴見区豊岡町4-9 サンワイズビル2F	1410105304	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市鶴見区
病院又は診療所	矢向レディースクリニック	横浜市鶴見区矢向5-9-23健ナビメディカルモール3F	1410110023	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市鶴見区
病院又は診療所	あおき整形外科・リウマチ科	横浜市戸塚区戸塚町2810-8土屋クリニックビル2F	1411004621	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市戸塚区
病院又は診療所	医療法人横浜柏堤会 戸塚共立おとキッズクリニック	横浜市戸塚区戸塚町4253-1サクラス戸塚ビル501	1411005248	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市戸塚区
病院又は診療所	医療法人横浜柏堤会 戸塚共立サクラスクリニック	横浜市戸塚区戸塚町4253番地1サクラス戸塚ビル601	1411005255	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市戸塚区
病院又は診療所	医療法人社団連医会 堀口クリニック	横浜市戸塚区上倉田町498-11 第五吉本ビル1階	1411005511	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市戸塚区
病院又は診療所	久保クリニック	横浜市西区北幸2-5-15プレミア横浜西口ビル1F	1410303859	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市西区
病院又は診療所	横浜保土ヶ谷中央病院	横浜市保土ヶ谷区釜台町43-1	1410600106	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	清水ヶ丘セレクト診療所	横浜市保土ヶ谷区岩井町222-1	1410602581	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	吉田クリニック	横浜市保土ヶ谷区星川1-15-20	1410602623	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 杉本皮膚科	横浜市保土ヶ谷区川辺町2-2バレットウズ星川B-108	1410602730	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	三浦クリニック	横浜市保土ヶ谷区星川2-3-3	1410602854	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 藤沢クリニック	横浜市保土ヶ谷区星川3丁目8番1号	1410602979	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 明生会 周医院	横浜市保土ヶ谷区帷子町1-33-1内村ビル1F	1410603100	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 シオンクリニック	横浜市保土ヶ谷区峰沢町105-58	1410603118	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	一般財団法人 育生会 横浜病院	横浜市保土ヶ谷区狩場町200-7	1410603126	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 研医会 保土ヶ谷整形外科皮膚科	横浜市保土ヶ谷区帷子町1-44池田ビル2F	1410603175	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	星川内科外科クリニック	横浜市保土ヶ谷区星川2-4-1星川S Fビル3F	1410603217	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団松山会 ライフモアクリニック	横浜市保土ヶ谷区新井町291-1	1410603324	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 康陽会 星川眼科クリニック	横浜市保土ヶ谷区星川2-4-1	1410603365	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	城整形外科	横浜市保土ヶ谷区和田2-3-3	1410603415	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 善仁会 保土ヶ谷第一クリニック	横浜市保土ヶ谷区天王町1-12-8 大日ビル1階	1410603431	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 晃徳会 横山医院	横浜市保土ヶ谷区峰岡町2丁目118番地	1410603480	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	医療法人社団 浅井皮膚科クリニック	横浜市保土ヶ谷区帷子町1-14	1410603530	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区
病院又は診療所	社会福祉法人 聖徳福祉事業団 聖徳横浜病院	横浜市保土ヶ谷区岩井町15番地	1410603636	平成27年1月1日	平成32年12月31日	横浜市保土ヶ谷区

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  1 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



フェースブック
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
mutoma@iuhw.ac.jp