

地域包括医療・ケア研修会
2025年問題に向けた
地域包括医療・ケアの課題と実践



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ理事
武藤正樹

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉
逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

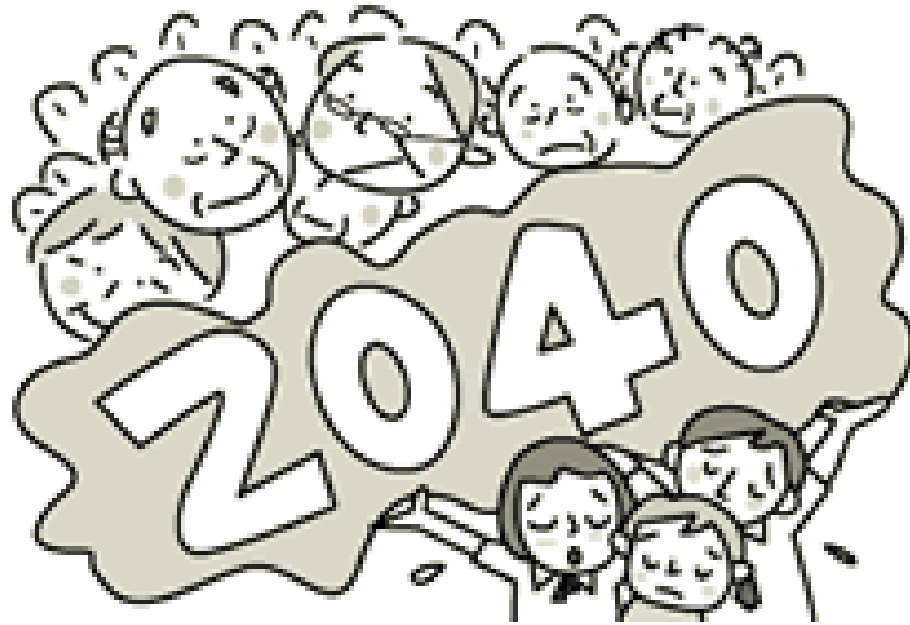


- パート 1
 - 2025年、2040年問題とは？
- パート 2
 - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 3
 - 地域包括ケアシステムとは何か？
- パート 4
 - 地域包括ケア病棟

- パート 5
 - 紹介受診重点病院
- パート 6
 - かかりつけ医機能
- パート 7
 - 総合診療医の活用
- パート 8
 - コミュニティイノベーション
ミタール協会

パート1

2025年、2040年問題とは？



65歳以上の高齢者の人口推移

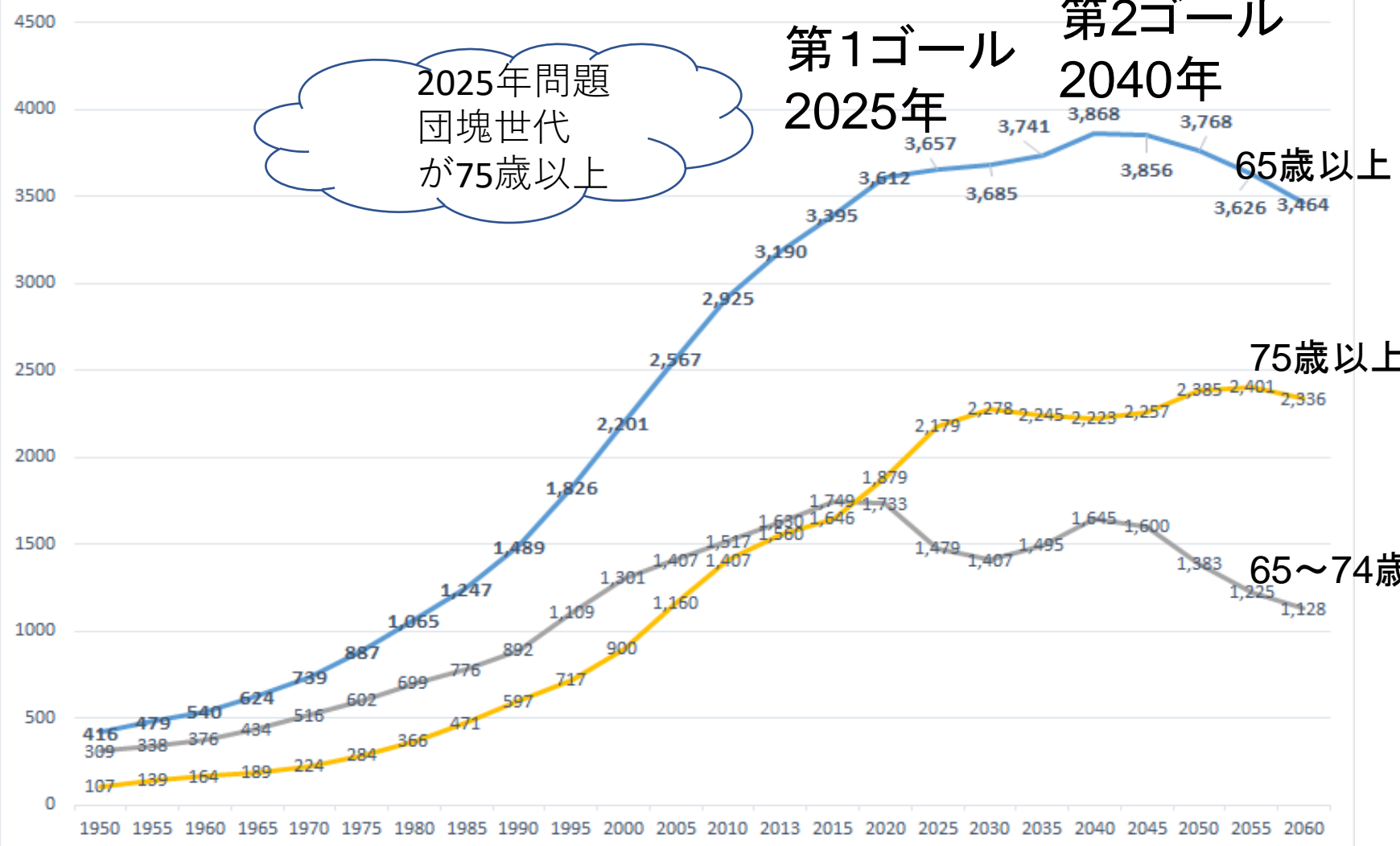
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニア
が65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年



65歳以上

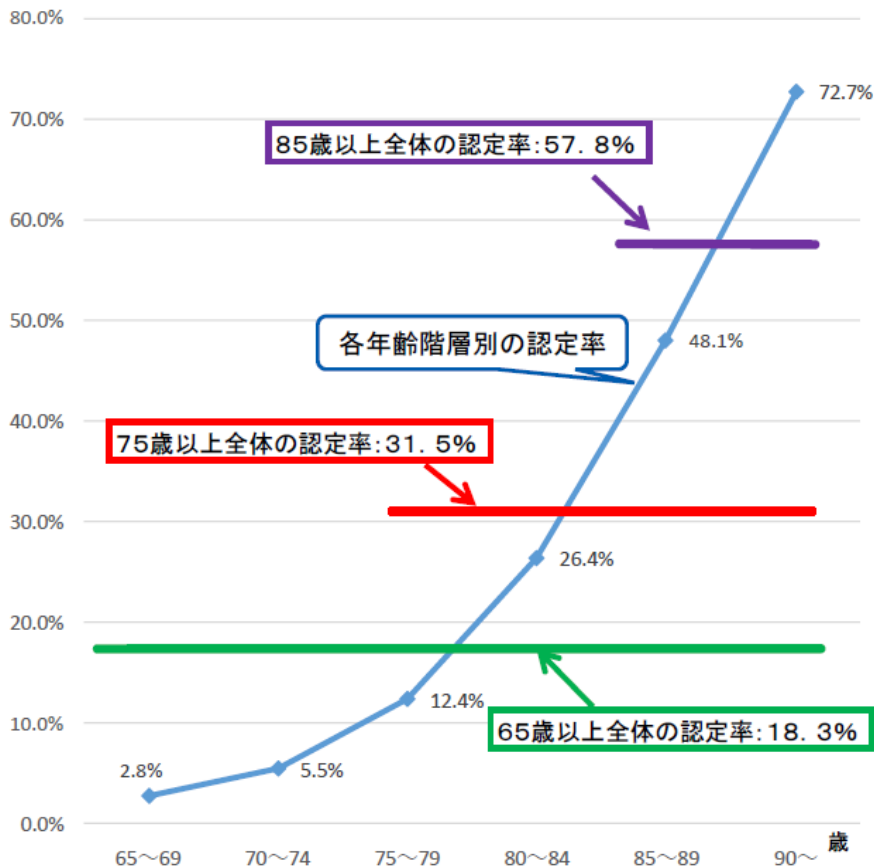
75歳以上

65～74歳

医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

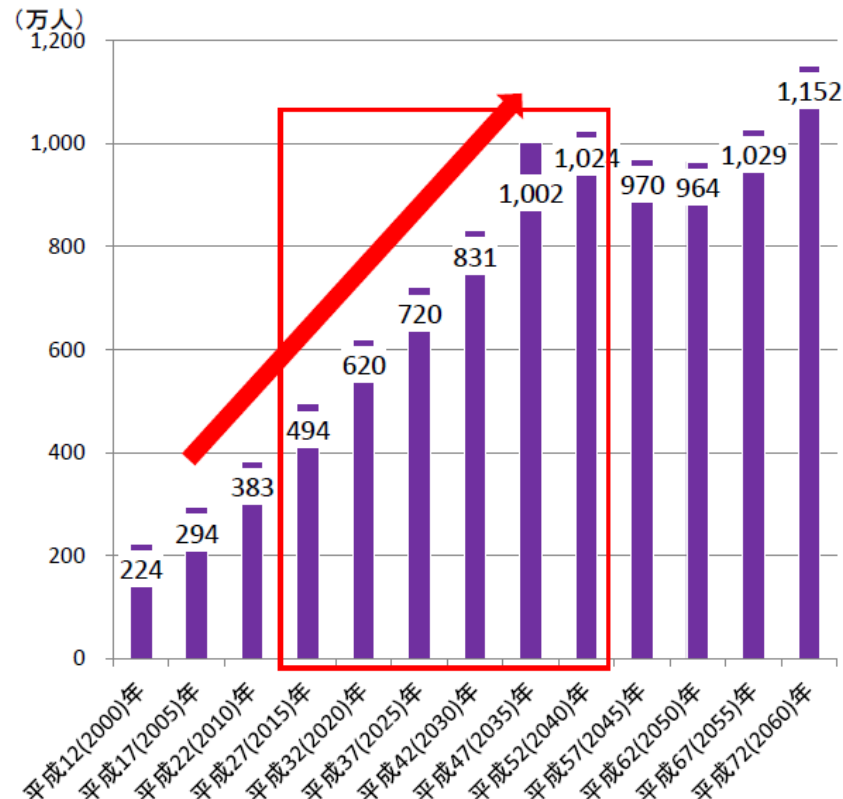
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



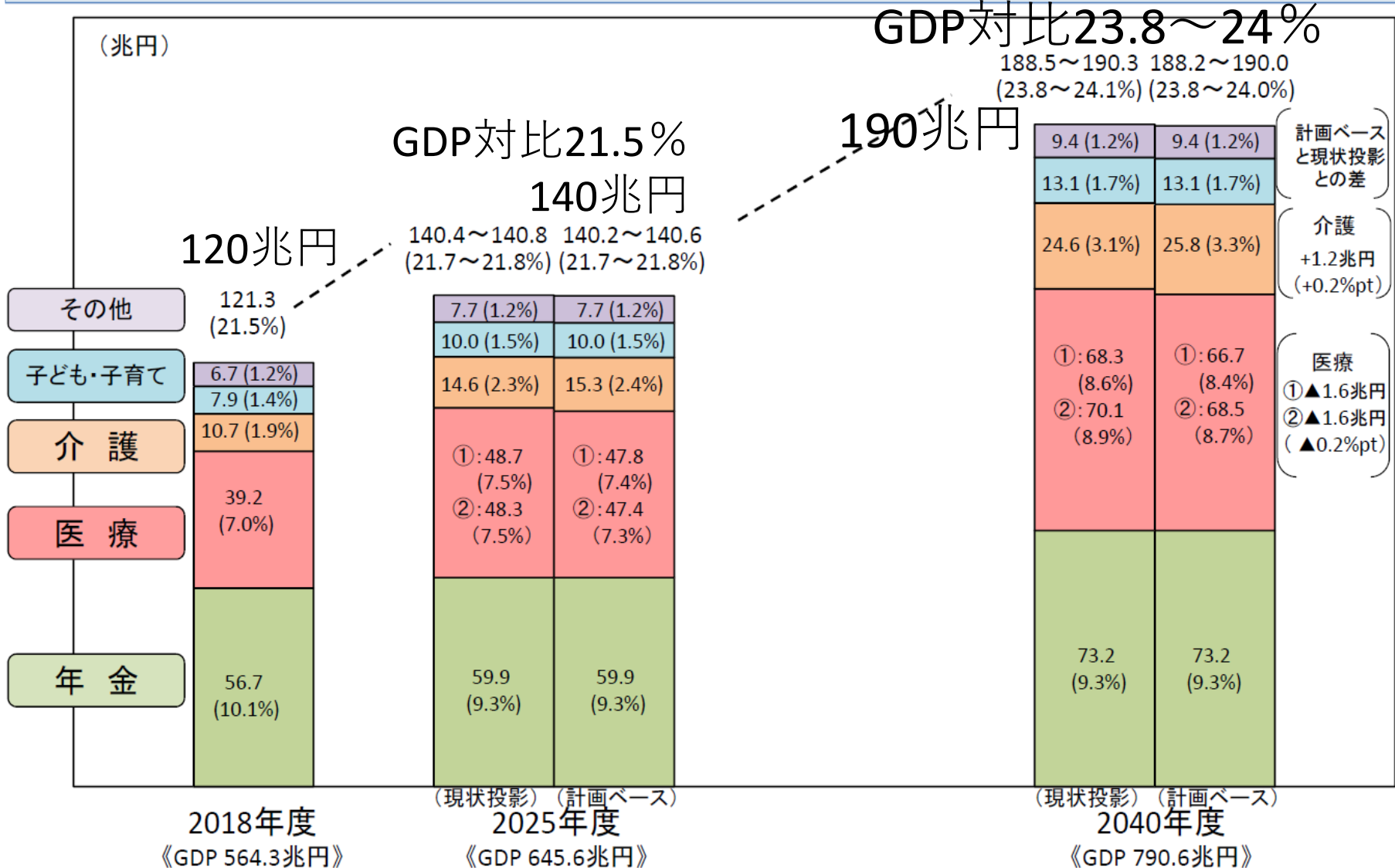
出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

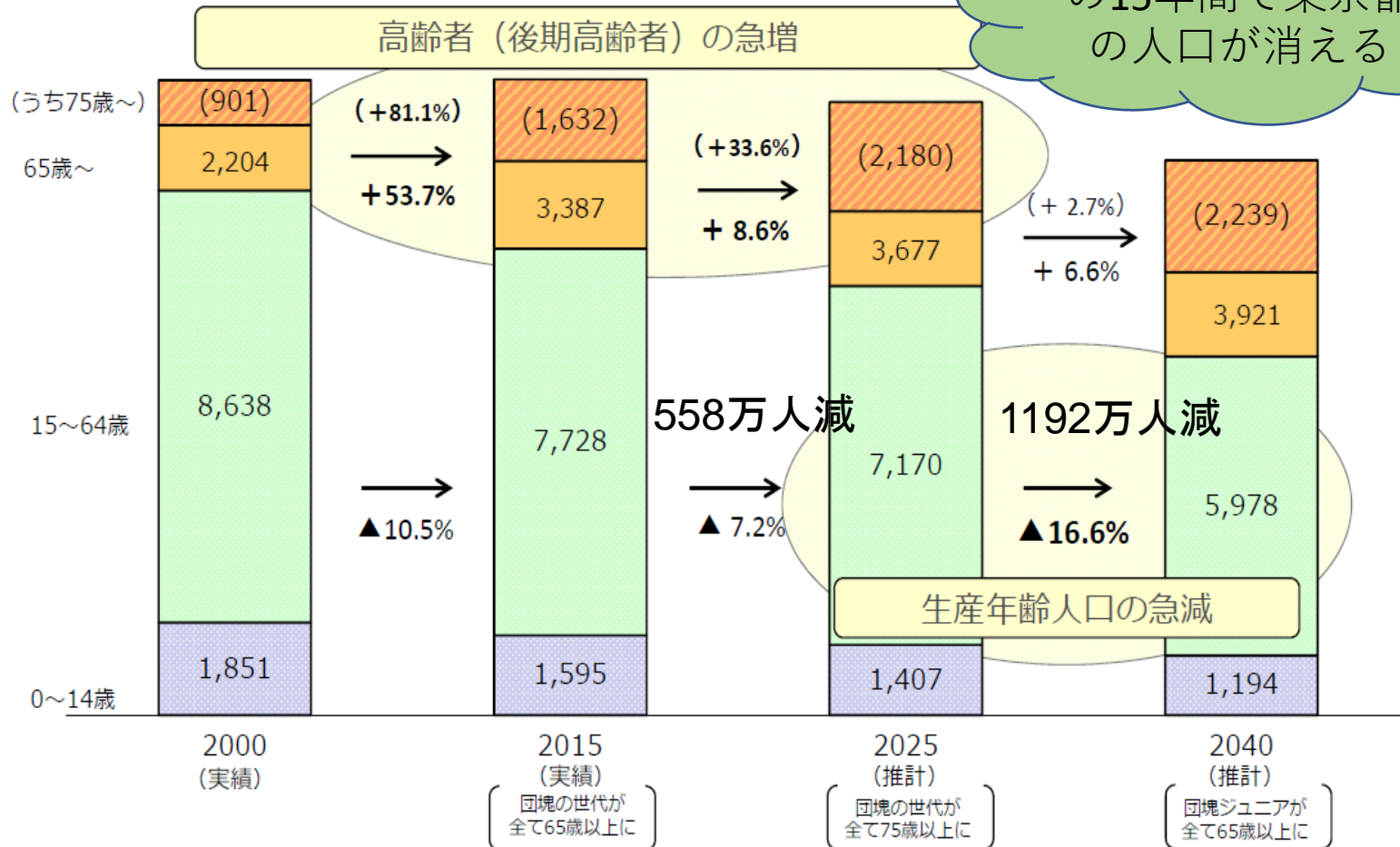
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】

2025年から2040年の15年間で東京都の人口が消える

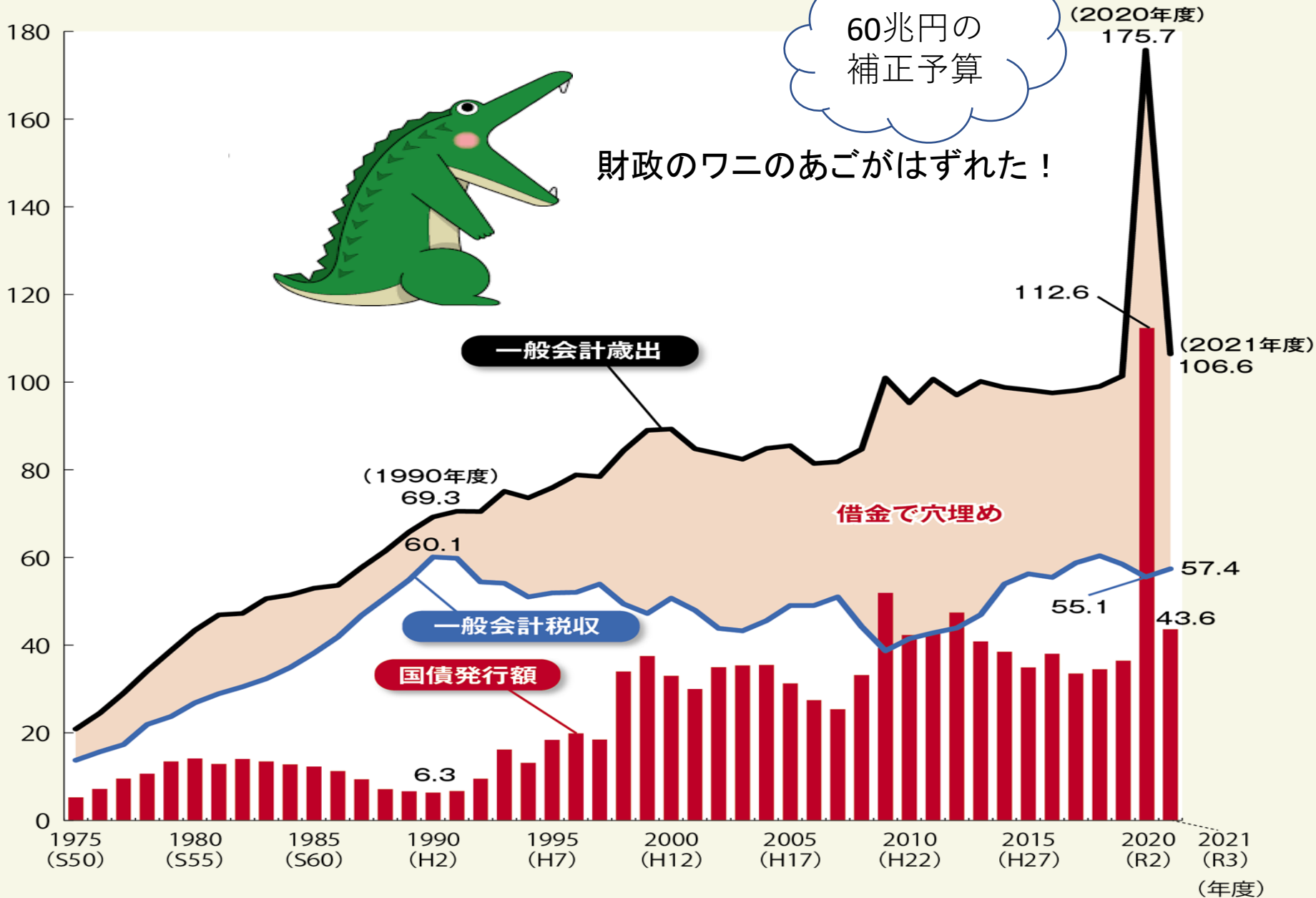


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

ポスト2025年 国の財政も最大ピンチ



(兆円)



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。
(注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

財務省資料より

年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)



人口問題の
ワニの口

(注) 出生中位、死亡中位
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

2040年

2025年

万人



ポスト2025年、2040年 「カネなし、ヒトなし、借金漬け」の 時代・・・



パート2 高齢者救急をどこで診る？



具体的方向性について② 2024年診療報酬改定

視点2 ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
 - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
 - ・ 医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 専門性の高い看護師の活用



2025年
団塊の世代
800万人が後
期高齢者へ

急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

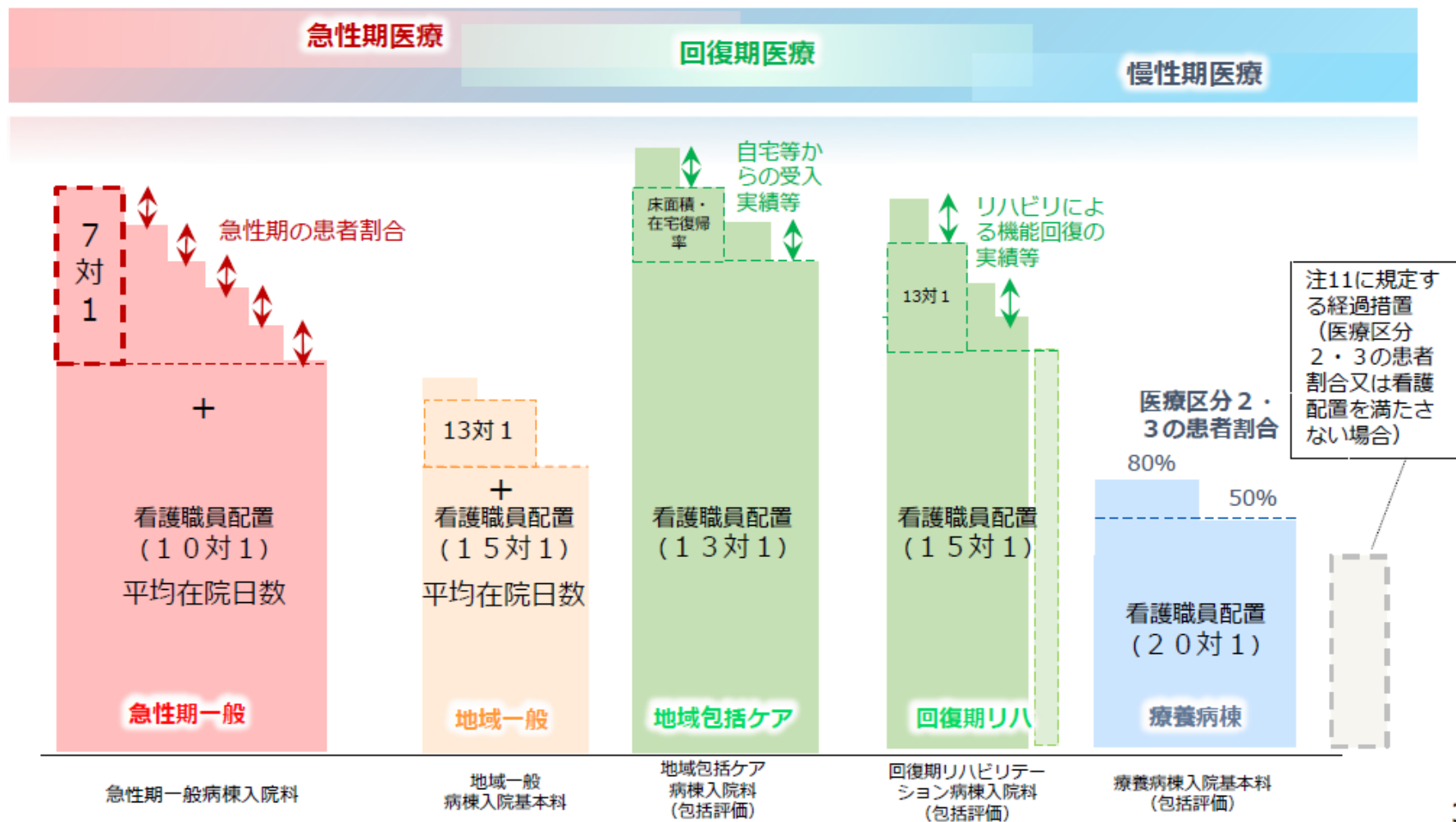


後期高齢者
入院パンデ
ミック

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

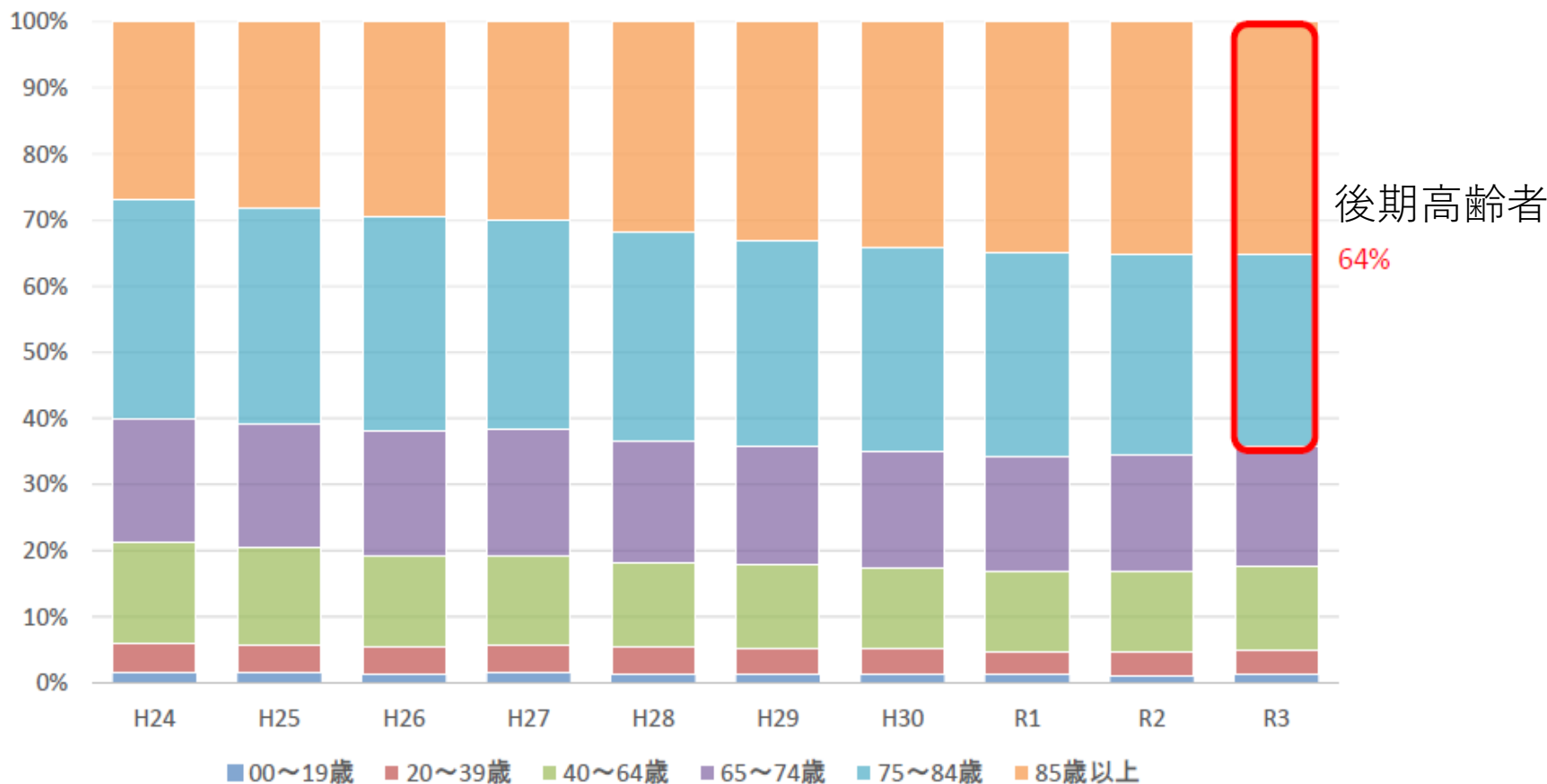
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

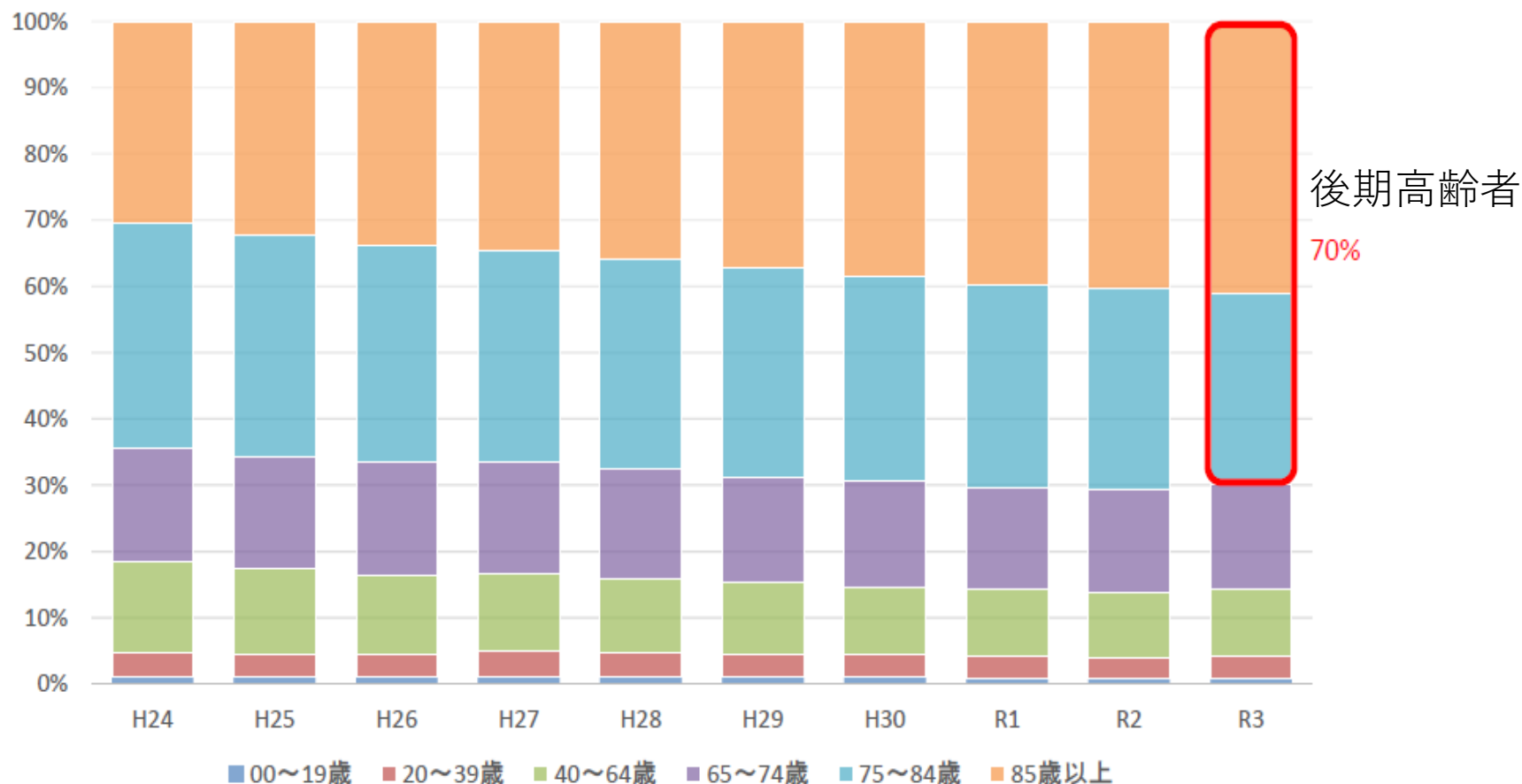
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

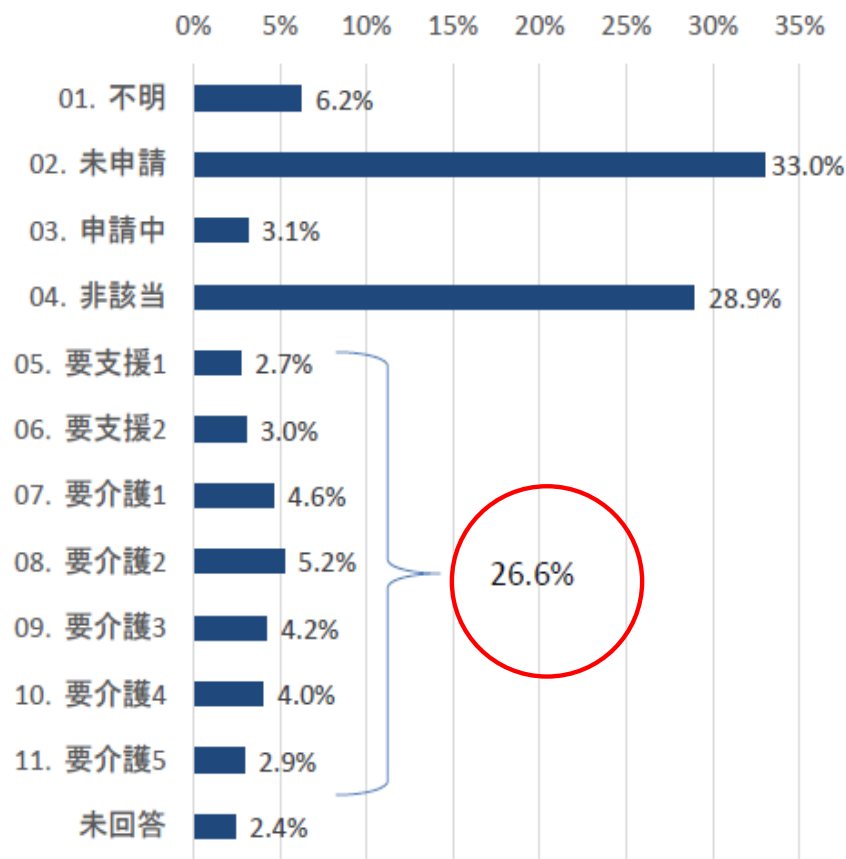
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



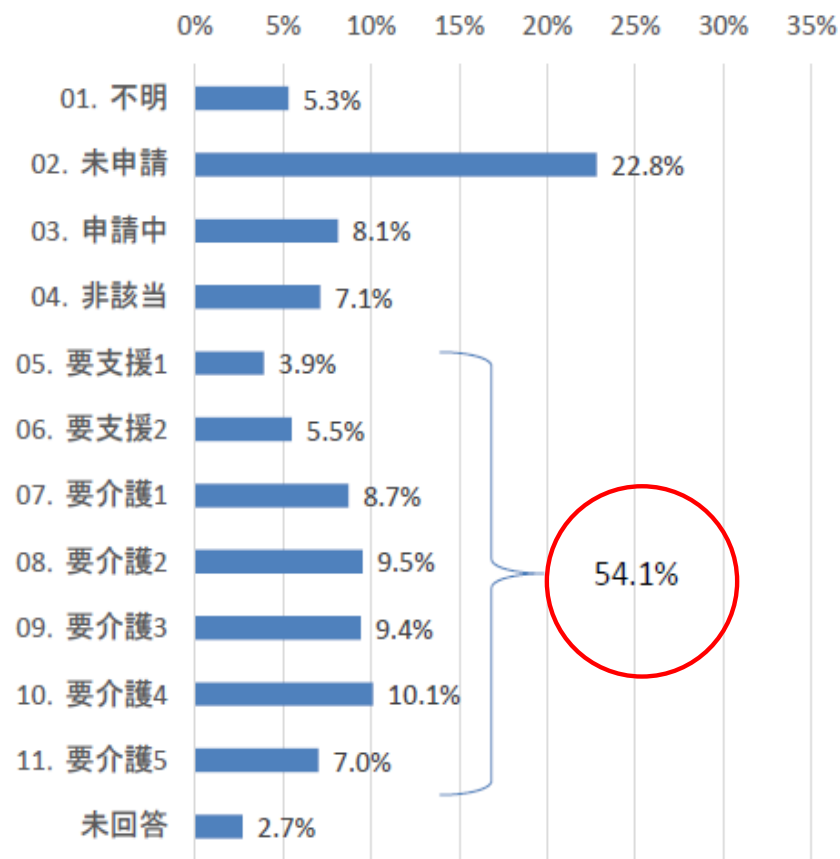
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■急性期一般入院料等



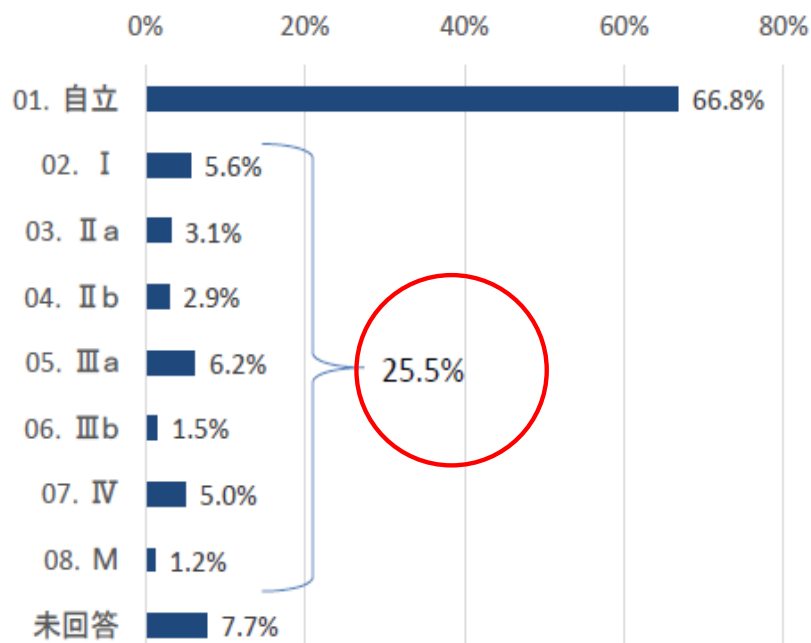
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



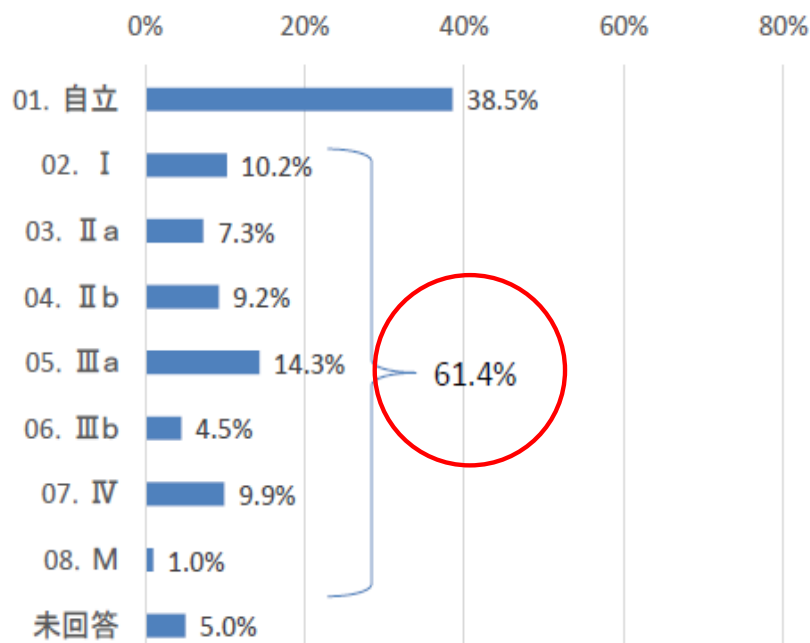
入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■急性期一般入院料等



■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱ a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱ b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲ a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲ b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,754	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	5,754	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,254	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	4,754	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	4,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	3,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

高齢者救急が 急性期一般病床に 入院するワケ



「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

- ☑ A項目2点以上 & B項目3点以上
- ☑ A項目3点以上
- ☑ C項目1点以上



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

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(喀痰吸引のみの場合を除く)	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(注射剤のみ)、 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、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

急性期一般1で誤嚥性肺炎・尿路感染の救急搬送を受け入れるワケは？

- 救急搬送患者では「5日間、A項目2点」を獲得できる
- 高齢者の多くはADLに問題があるので、B項目は満たしやすい
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症でも「救急搬送」すれば、急性期一般1の重症度、医療・看護必要度をアップすることができる（A2点以上・B3点以上に該当する）
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症は急性期一般1でも地域一般でも医療資源投入量に大差はない。
- しかし上記の理由から急性期一般1で受け入れることのインセンティブが働いてしまう。

2024年改定に対する 入院外来委員会の委員意見

- 救急搬送A2点・5日間を見直し、A1点とする、あるいは入院から2日までを2点、以降は1点とする（秋山委員）
- 救急搬送A2点・5日間を疾患別に見直す（小池委員）
- 地域包括ケア病棟などでこうした患者をより積極的に受け入れる報酬インセンティブを考える（牧野委員）
- 急性期治療を終えた患者が、1日でも早く後方病床に転院できる仕組みを考える（猪口委員）
- 高齢患者は看護の手間が多くなるので、地域包括ケア病棟で看護加配に対する加算をセットで行うべき（秋山委員）

急性期病棟で 悪化する高齢者のADL

急性期病棟における
リハビリの必要性

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和3年6月1日時点)

	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～7	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
①医師	28.1	16.7	13.4	11.3
②歯科医師	0.5	0.4	0.2	0.1
③看護師	102.9	69.7	62.0	57.5
④准看護師	1.5	4.3	7.2	6.3
⑤看護補助者	9.4	9.0	13.8	16.3
（うち）介護福祉士	1.2	1.5	2.9	5.5
⑥薬剤師	6.0	4.3	3.7	3.3
⑦管理栄養士	1.9	1.9	2.0	2.0
⑧理学療法士	5.8	6.3	9.0	14.0
⑨作業療法士	2.5	3.2	3.6	7.1
⑩言語聴覚士	1.3	1.4	1.4	2.7
⑪公認心理師	0.3	0.2	0.2	0.1
⑫診療放射線技師	5.8	4.8	4.2	3.5
⑬臨床検査技師	7.6	5.4	4.7	3.9
⑭臨床工学技士	3.3	2.6	2.2	1.5
⑮歯科衛生士	0.6	0.6	0.4	0.4
⑯相談員	1.7	1.8	1.8	2.5
（うち）社会福祉士	1.4	1.5	1.4	2.1
（うち）精神保健福祉士	0.2	0.2	0.2	0.1
⑰医師事務作業補助者	5.4	3.4	3.1	2.2
⑱事務職員	19.7	16.8	19.5	16.8
⑲その他の職員	6.8	5.3	8.8	7.3

※ 各入院基本料等を届出ている医療機関

ポスト2025年 団塊世代の後期高齢者で急性期病床 入院パンデミック

急性期病床の7~8割が
後期高齢者で埋め尽く
される時代がくる



パート 3

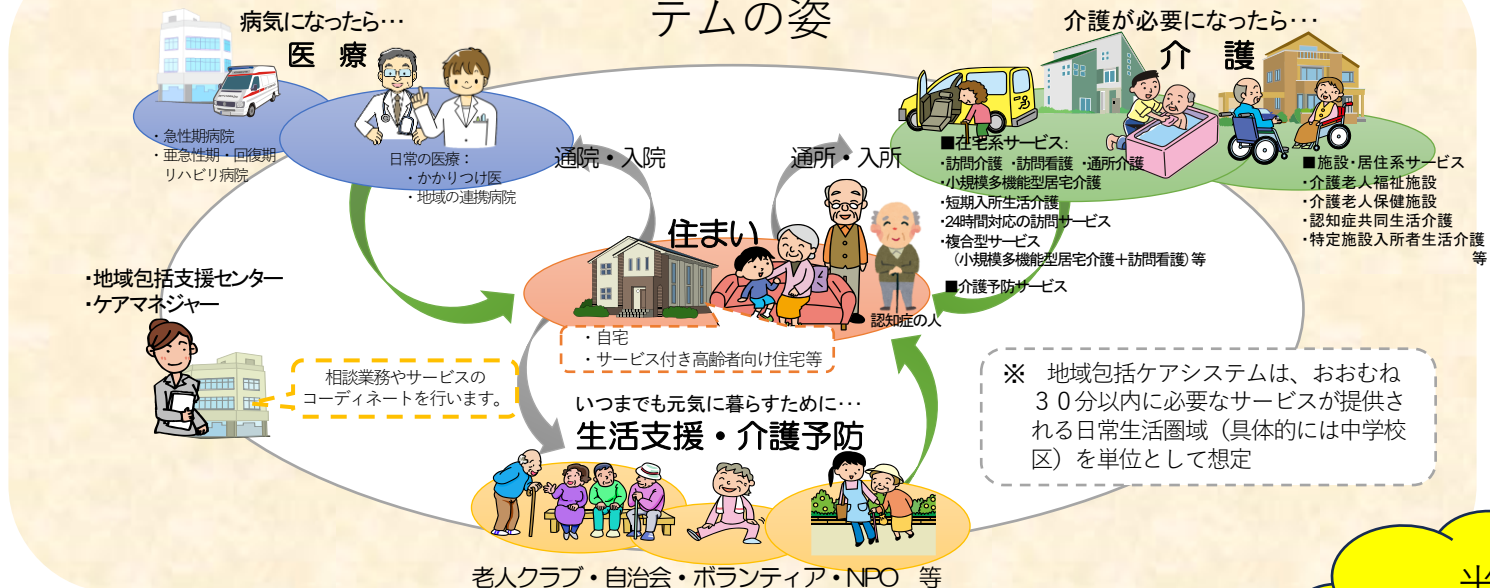
地域包括ケアシステムとは何か？



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。

2025年の地域包括ケアシステムの姿



半径
16 Km圏内

地域とは人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏内

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

在宅医療に係る保険適用の柔軟化（16kmルール）

（平成27年6月30日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

2015年

規制改革の内容

特例措置前

保険医療機関と患者との距離が16kmを超える往診・訪問診療については、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がなければ保険診療として算定が認められない

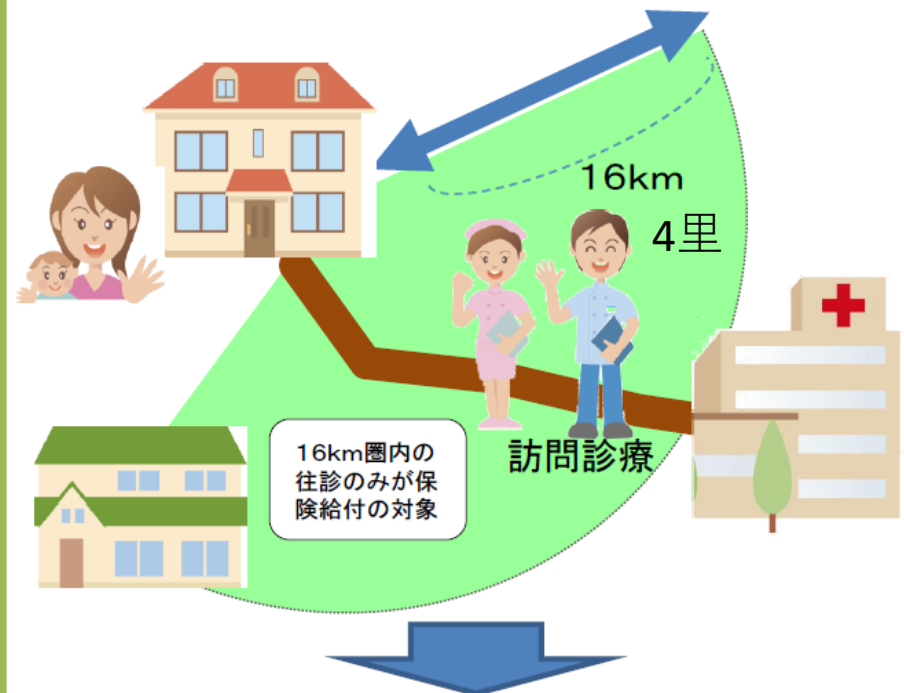
特例措置

重症児の在宅医学管理など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合であって、近隣に対応できる保険医療機関を患者が見つけれず、往診等を依頼された保険医療機関も患者の近隣に対応できる保険医療機関を実態上知らない場合は、往診等を必要とする絶対的な理由に含まれることを明確化

効果

往診等に係るいわゆる「16kmルール」に関する明確化がなされた

規制改革の概要



訪問型病児保育と併せて行う往診・訪問診療など、子どもに対する往診・訪問診療であって対応できる医療機関の確保が困難なものについては、医療機関と患者の所在地との距離が16 kmを超える場合であっても保険給付の対象となることを明確化

宮古島で水上ジェットで16Kmの 離島の訪問診療をしていたDrゴン



海路で16km超の
訪問診療は認め
られない



九州地方厚生局



- 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が半径16キロメートルを超える訪問診療・往診等については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合等に認められるものである。
- 絶対的な理由に該当する例については、事務連絡において例示する等して、周知を図っている。

【絶対的な理由に該当する例(事務連絡で提示)】

- ① 患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合
- ② 患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合
- ③ 重症児の在宅医学管理時や、訪問型病児保育中に必要となった場合の小児科の診療など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合で、近隣に対応できる保険医療機関を患者が自ら見つけられず、往診等を依頼された保険医療機関側も、患者の近隣に対応できる医療機関を実態上知らない場合



離島へき地では
16km制限を
撤廃しては？

【論点】

- 現行の絶対的な理由に該当する例示以外で、患者が往診等を受けることが困難な場合の、患者の所在地との距離が半径16キロメートルを超える保険医療機関による往診等の取扱いの明確化・周知についてどのような対応が考えられるか。

地域包括ケアシステムの歴史



地域包括ケアの原点は
広島県尾道市の寝たきり予防から
始まった

地域包括ケアの原点は広島県尾道市 山口昇先生



地域包括ケアは 公立みつきぎ総合病院から始まった

- 公立みつきぎ総合病院
 - **1970**年代に広島県公立みつきぎ総合病院を拠点とした尾道市御調町の「地域包括ケア」が起源
- 「地域包括ケア」の最初の提唱者、山口昇先生
 - 同病院の山口昇医師は、**1970**年当時、脳卒中や心筋梗塞でみつきぎ総合病院に入院した高齢者が退院し、在宅に帰ってから間もなく「寝たきり」となって再入院するケースが多いことに気がついた。
- 御調町の取り組み
 - **1975**年から看護や医療を在宅に「出前」するサービスを開始して、寝たきり防止に努めることにした。

公立みつぎ総合病院全景

2013年
(平成25年9月 240床)



1962年

〔昭和42年5月オープン時
40床、45人〕

御調国民健康保険病院



御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦
→ 最初はソフトからはじまった
- 2 保健・医療・福祉の連携・統合
→ 病院と行政のドッキング（行政改革）
- 3 各種介護施設の併設
→ 維持期（生活期）のリハビリセンターを合築
- 4 住民参加
→ 住民組織とボランティア
- 5 地域包括ケアシステムの構築

住宅改修 玄関等の手すり

(平成5年頃) 1993年



(平成24~25年)

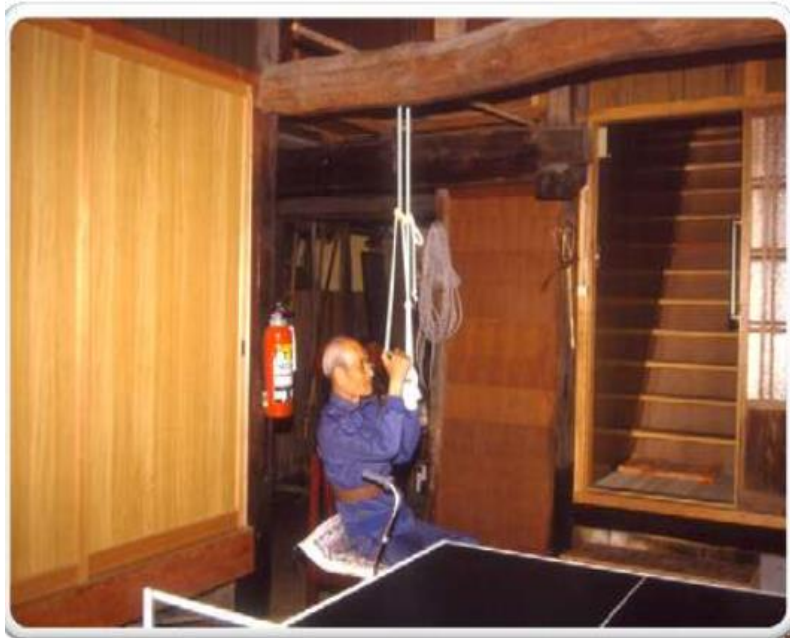
2012年~2013年

納屋に吊るした簡易フーリーで

背中と肩をストレッチ

1984年
(昭和59年頃)

2008年
(平成20年頃)



急性期(外来・一般棟)



公立みつぎ総合病院 における リハビリテーションの状況

回復期リハビリ
テーション病棟



維持期(施設)





保健福祉センター

地域包括支援センター



病棟での退院前カンファレンス



緩和ケア病棟でのカンファレンス



在宅でのカンファレンス



デイサービスのボランティア



福祉バンク(市町村合併前)



緩和ケア病棟でのボランティア



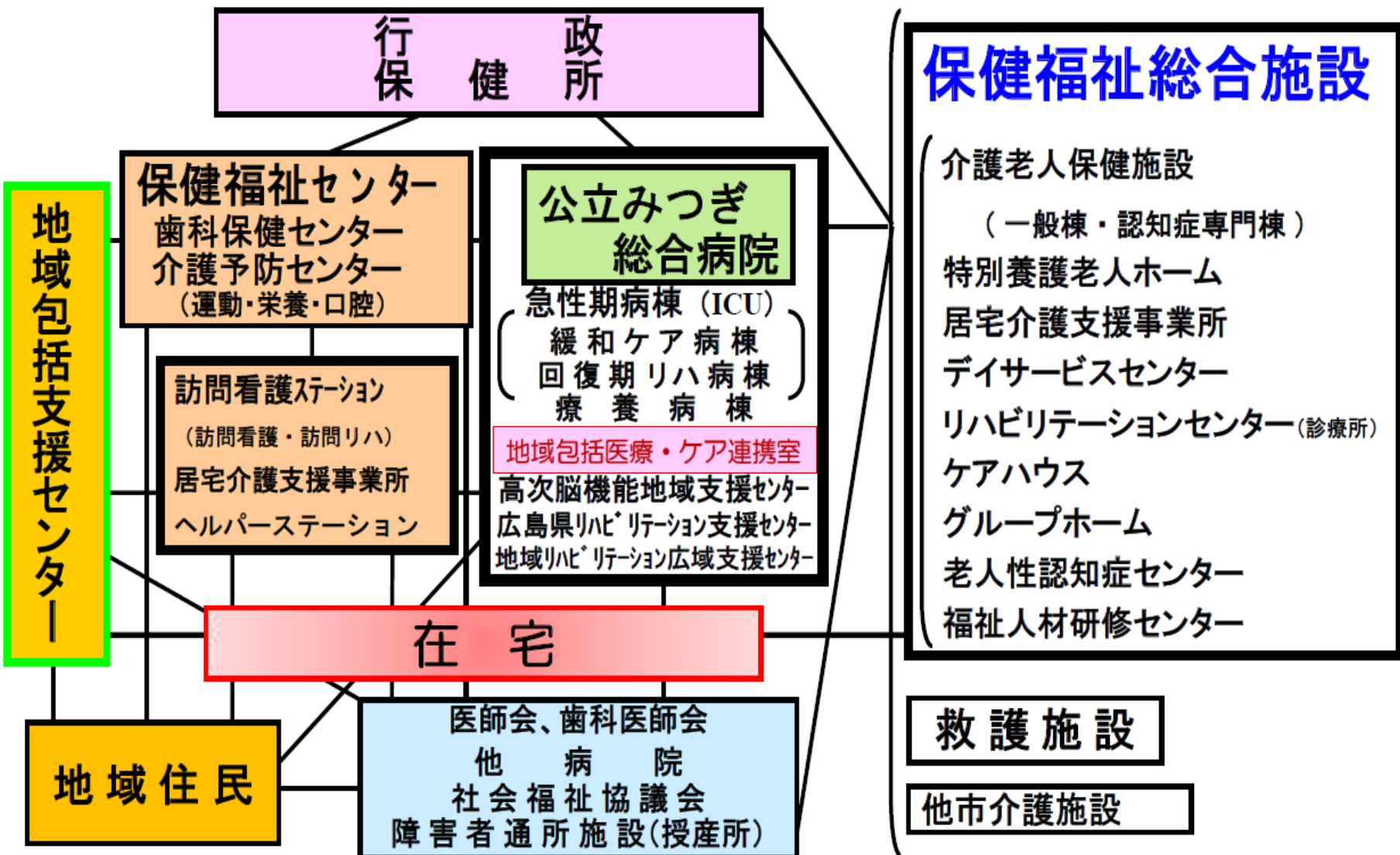
健康づくり座談会 (健康わくわく21)



ナイトパトロール



公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム (保健・医療・介護・福祉の連携・統合システム)



地域包括ケアは病院の 専門職の地域活動から 始まった



専門職の出前サービス

地域包括ケアシステムが
出来上がるのは
2000年の介護保険の成立から . . .



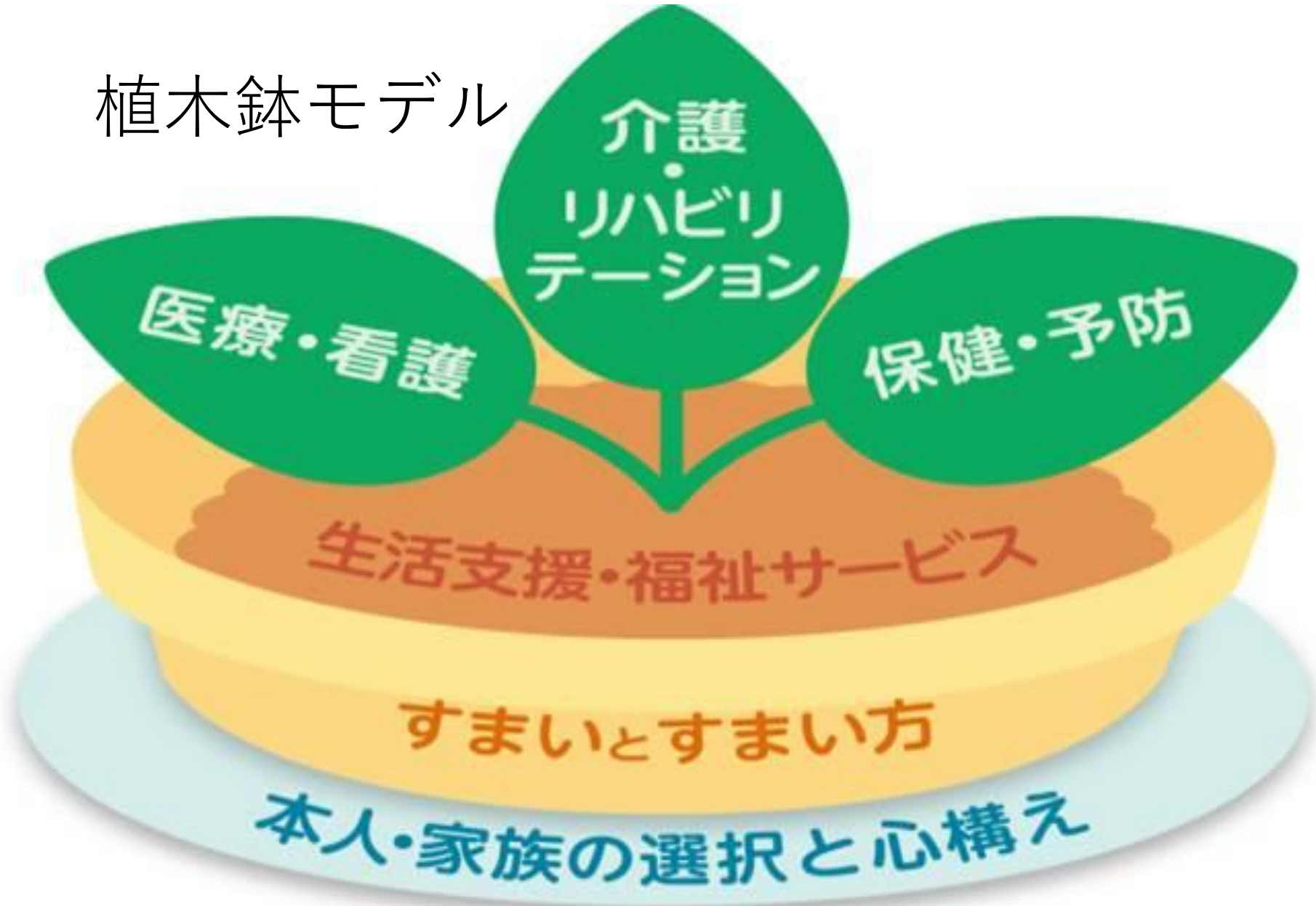
高齢者介護研究会と地域包括ケア

- 「地域包括ケア」が初めて国の文書に登場したのは2003年6月だった。
 - 2000年に介護保険制度が始まって3年後である。
- 「高齢者介護研究会」（座長・堀田力さわか福祉財団理事長）
 - 厚労省老健局長の私的研究会がまとめた報告書「2015年の高齢者介護」
 - 「地域包括ケアシステムの確立」と初めて記載された。
- 「介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民運動を含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア」

地域包括ケア研究会

- 2008年、厚労省に「地域包括ケア研究会」
（座長・田中滋慶應義塾大学大学院教授）がスタート
- 2009年に研究会は「住宅サービス」を加えた
- 「個人が尊厳ある生活を地域の中で送るためには、居住環境が整備された住宅を個人が選択できることが大切」
- その後、研究会は地域包括ケアシステムの概念を更新していく

植木鉢モデル



地域包括ケア研究会

地域医療介護 総合確保法と地域包括ケア

地域包括ケア
の法制化



2014年

地域医療介護総合確保法 (2014年)

- **第二条** この法律において「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



地域医療構想
と地域包括
ケアシステム

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

地域医療介護総合確保法 可決（2014年6月18日）

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」
地域密着型サービスについて意見を述べた

パート4 地域包括ケア病棟

その歴史

地域包括ケア病棟の経緯①

- 2014年診療報酬改定

- 地域包括ケア病棟が新設された。
- 厚生労働省はその役割を「急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」と定義した。
- 算定項目は、算定上限60日、看護体制は13対1で7割以上の看護師が必要とされ、疾患別・がん患者リハビリテーションを含む多くの項目が包括評価となっている
- リハビリテーションは、地域包括ケア時代を反映して廃用症候群・認知症モデルに包括算定となっている。

2006年改定で新設した亜急性期病床が原型

地域包括ケア病棟経緯②

- 2016年度改定

- 手術と全身麻酔などが包括から出来高算定となる。

- 2018年度改定

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1-4 が新設されて地域包括ケアシステムを支える機能が強化された。

- 2020年度改定

- 地域包括ケア病棟の役割をバランスよく発揮できるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法が見直された。

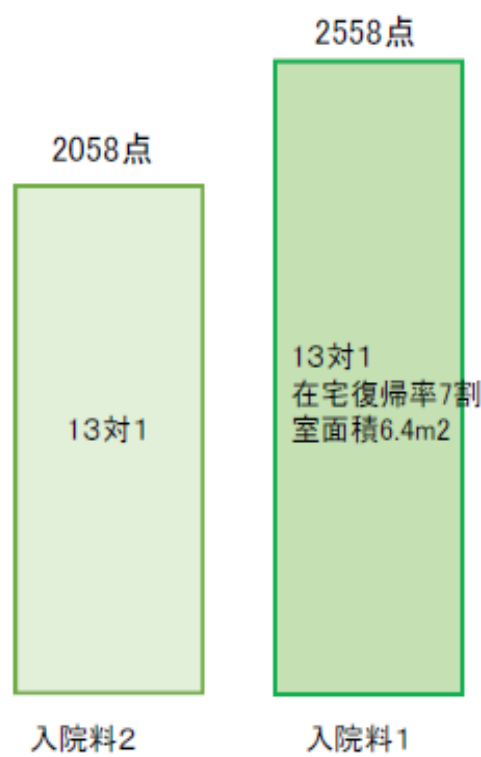
- 2022年度改定

- 救急の実施等の要件化、自院一般病棟からの転棟割合適正化、在宅患者の受入等の強化、在宅医療等の実績の充実、入退院支援加算の要件化、在宅復帰強化、初期加算の見直し等、大幅な改定が行われた

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

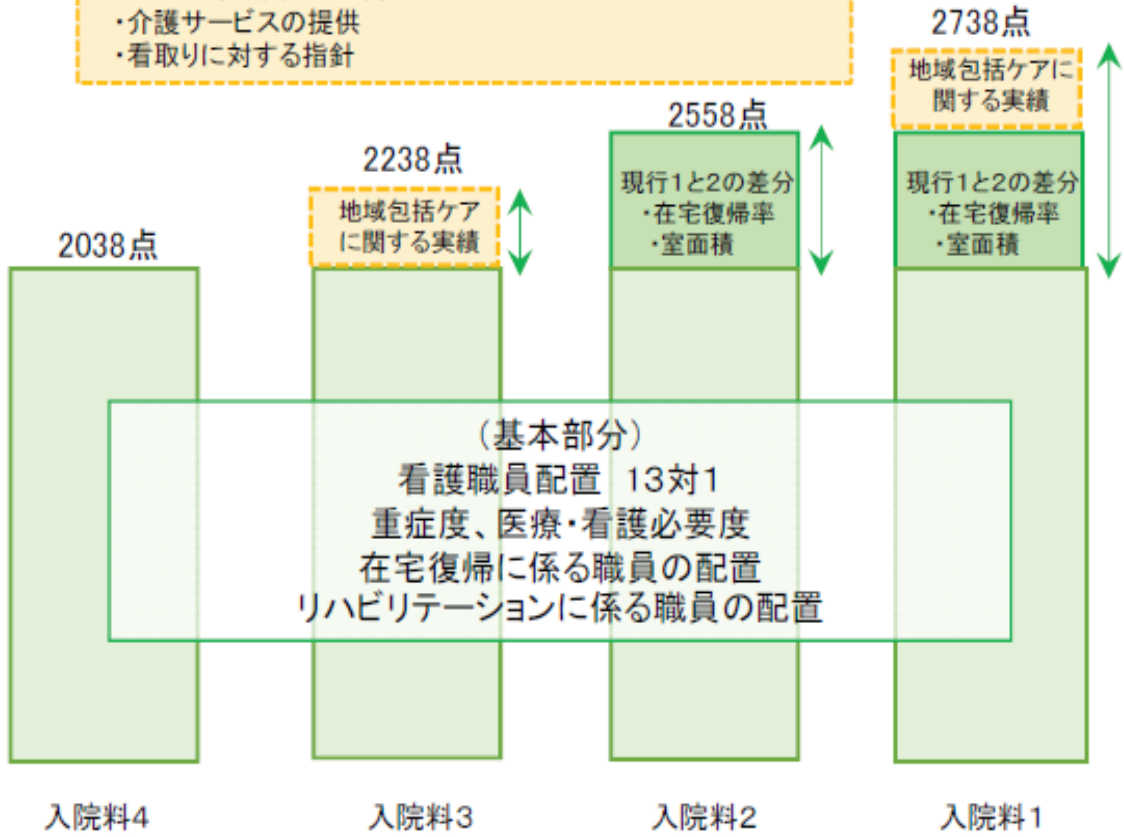
【現行】

2018年 【平成30年度改定】



【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



(基本部分)
看護職員配置 13対1
重症度、医療・看護必要度
在宅復帰に係る職員の配置
リハビリテーションに係る職員の配置

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

中医協調査専門組織

2014年入院医療分科会



宇都宮啓医療課長

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

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

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

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: 松原由美(早稲田大学人間
科学学術院准教授)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度2回
平成26年度6回
平成27年度4回
平成28年度3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: 中村洋(慶應義塾大学大学院総
務管理研究科教授)
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23年度14回
平成24年度8回
平成25年度13回
平成26年度3回
平成27年度13回
平成28年度13回

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: 田辺国昭(東京大学大学院法学
政治学研究科教授)
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23年度開催なし
平成24年度5回
平成25年度2回
平成26年度7回
平成27年度9回
平成28年度3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23年度2回
平成24年度4回
平成25年度1回
平成26年度3回
平成27年度1回
平成28年度3回

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: 秋下雅弘(東京大学医学
部老年病学教授)
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1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外
診断用医薬品の保険適用に
ついての調査審議
設置: H12
委員長: 小澤壯治(東海大学医学
部医学科領域主任教授)
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、月1
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: 荒井耕(一橋大学大学院
商学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人
=6:6:4:2
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度8回
平成25年度7回
平成26年度8回
平成27年度10回
平成28年度4回

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: 関ふ佐子(横浜国立大学大
学院国際社会科学研究院教授)
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23年度8回
平成24年度1回
平成25年度10回
平成26年度4回
平成27年度9回
平成28年度1回

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

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(慶應義塾大学名誉教授)

■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(慶應義塾大学名誉教授)

■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)

費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の
費用対効果評価について
調査審議
設置: H28
委員長: 田倉智之
(大阪大学大学院医学研
究科医療経済産業政策学
教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 1年に数回程度

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
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
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
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
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
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援セ
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授



武久洋三先生

○ : 分科会長

参考：地域包括ケア病棟の主な役割(イメージ)

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。



地域包括ケア病棟（新設）

• 地域包括ケア病棟入院料 1、2

- 疾病別リハの届出
- 看護配置13：1
- 常勤リハビリスタッフ
- リハ1日2単位以上
- 重症度・看護必要度
- 在宅復帰率
- 1床あたり原則6・4平米
- 在宅療養支援病院（200床未満）
- 2次救急指定病院、救急告示病院
- データ提出加算

リハスタッフ
充実

看護師・看護
補助者の加配

最大の争点は
救急の扱い！

• 地域包括ケア病棟

入院料 1

- 在宅復帰率
- 看護職員配置加算
- 看護補助者配置加算



1.急性期後の患者受け入れ

地域包括ケア病棟 (60日限定)



リハビリテーション・看護



レスパイト入院



診療



3.レスパイト入院の受け入れ



2.介護施設入居者等又は
在宅患者で軽微な急変時の受け入れ



4.在宅等への復帰支援
自宅、介護老人福祉施設など

入院医療分
科会ですべ
てを決める
な。越権行
為だ！



中川俊男委員



入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

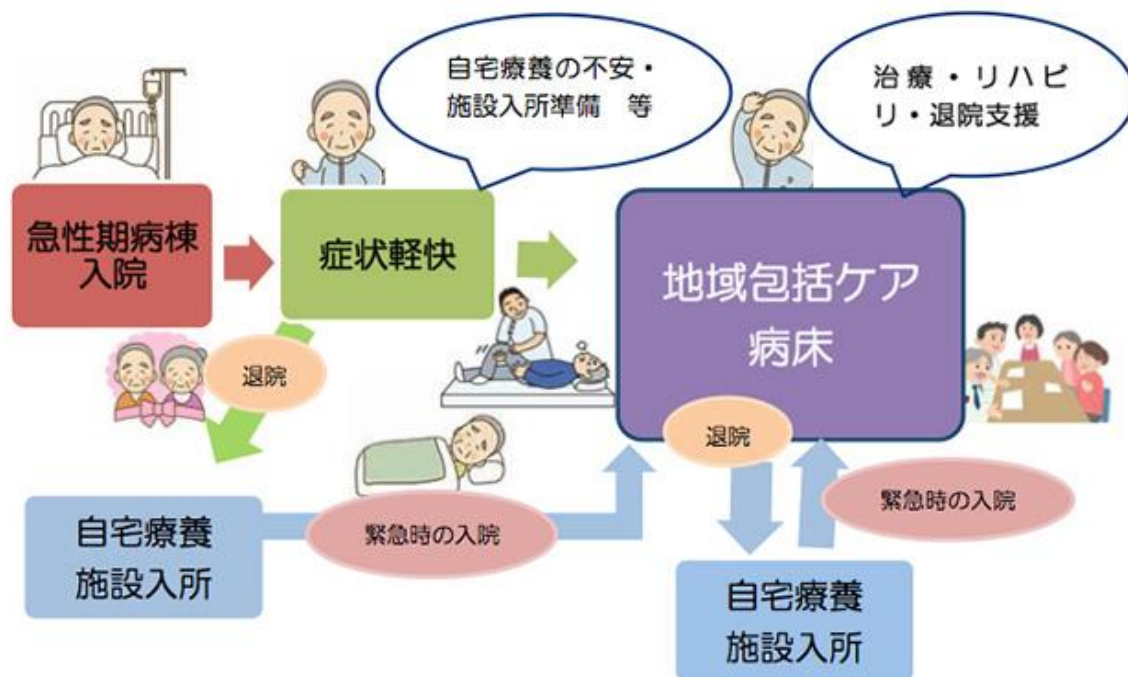


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2014年

2024年診療報酬改定と 地域包括ケア病棟



入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後)(n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

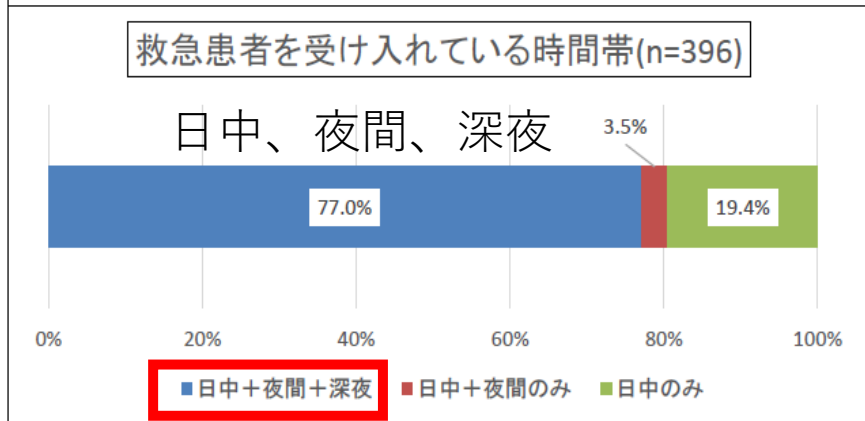
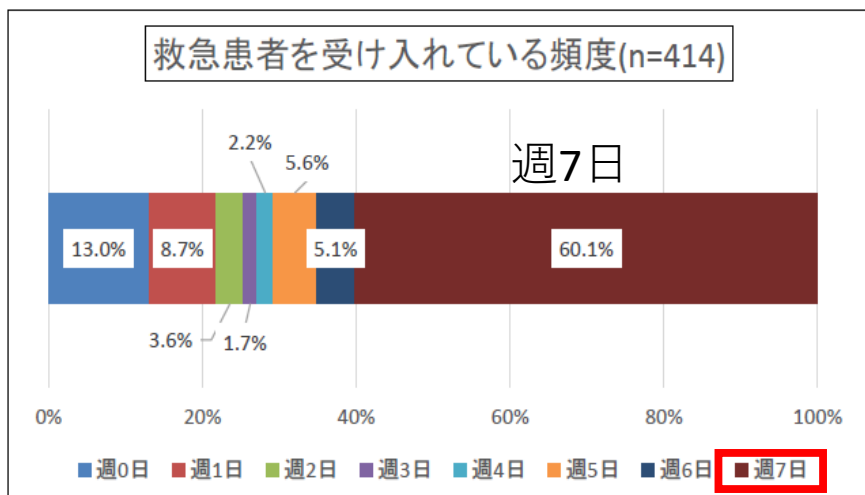
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

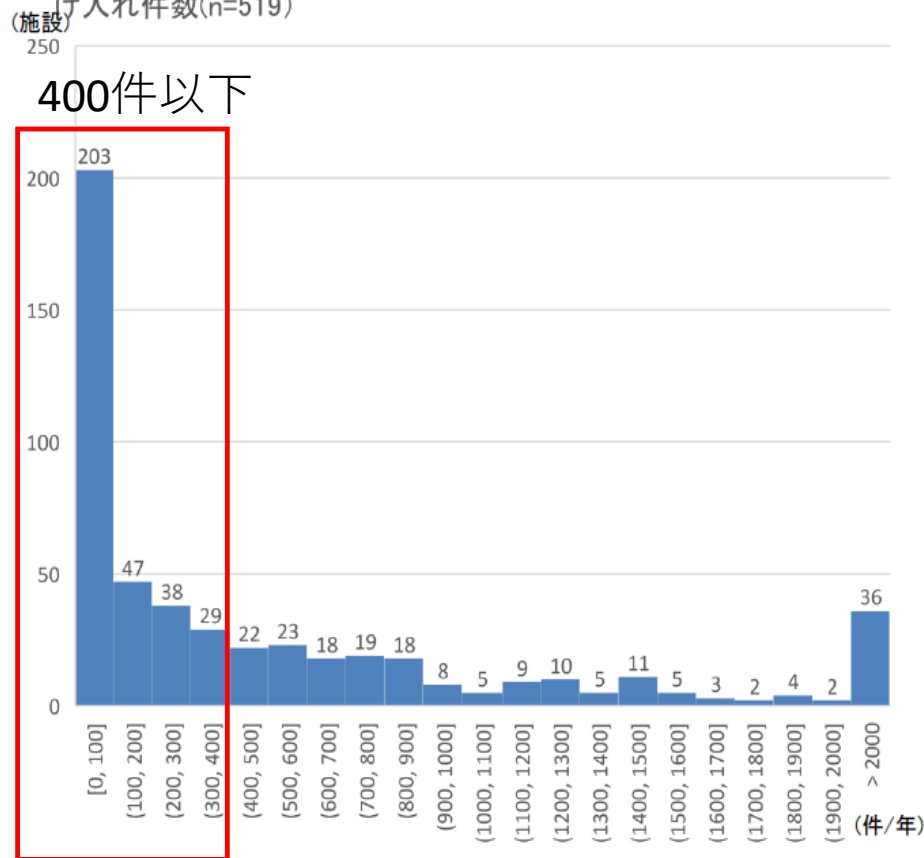
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)

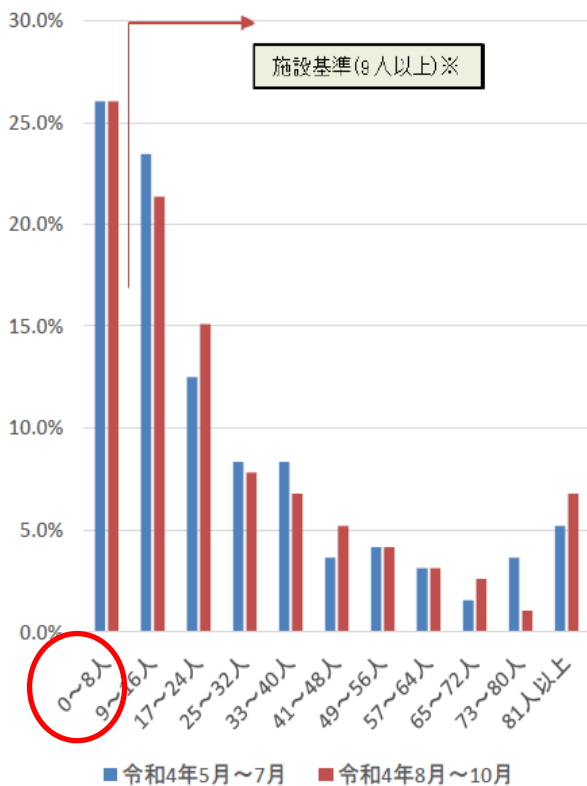


要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

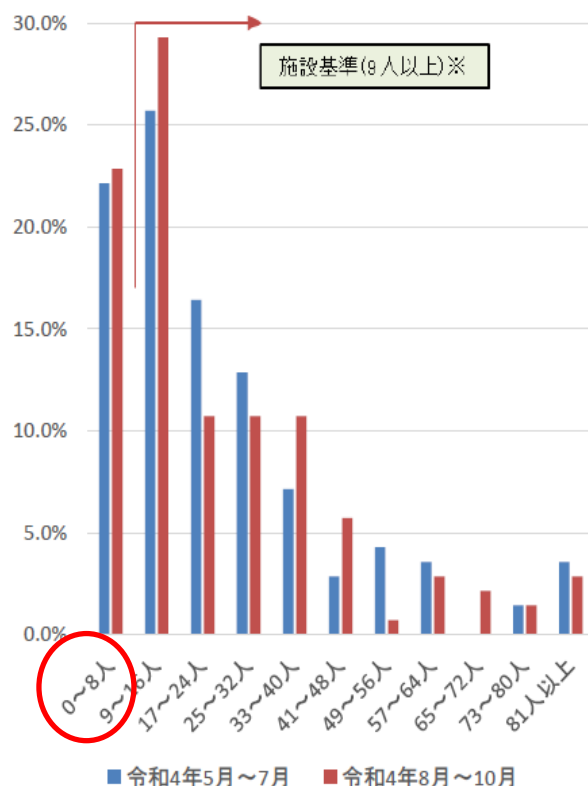
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

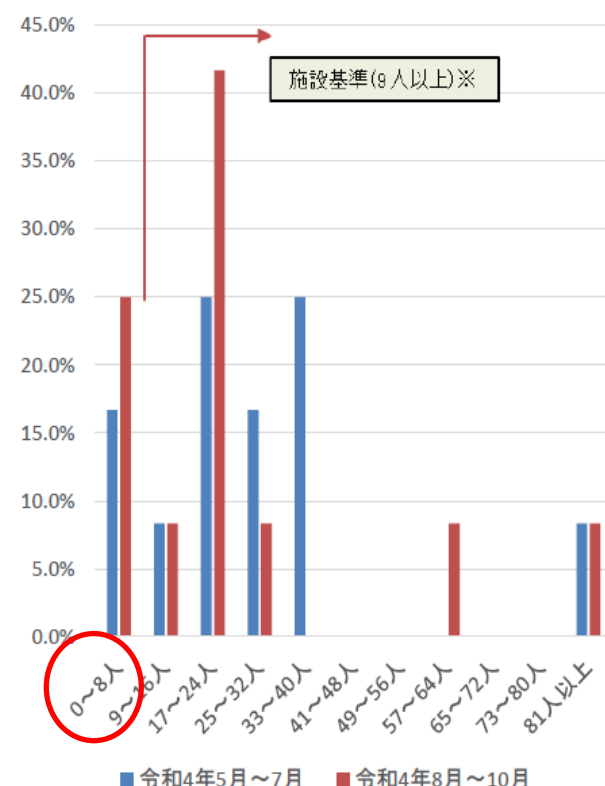
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2 (n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4 (n=12)



※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

- 医療・看護の必要性が高く、医療資源投入量が多い点を踏まえ、報酬上のインセンティブを設けるべき（井川委員）
- 現行の在宅患者支援病床初期加算の要件を見直して、受け入れ体制の整備、受け入れの促進を図ってはどうか（武井委員）
- 比較的重症の患者に適切な対応をするには看護加配などが必要となる。また三次救急に高齢患者が搬送等されれば生活状況把握などが困難になることから、地域包括ケア病棟などへの下り搬送が重要。これを評価しては（津留委員）

地域包括ケア病棟で
短期滞在手術患者を受け
入れている

短期滞在手術等基本料の概要

○ 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。（共通の要件）

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出	届出が必要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> ・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）

短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要
<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院又は診療所ではないこと
<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等

- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等の、入院外での実施割合は以下のとおりであった。一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。

【短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合】

手術等名称	入院での算定回数	入院外での算定回数	入院外での実施割合
小児食物アレルギー負荷検査	12	1509	99.2%
前立腺針生検法	5319	792	13.0%
関節鏡下手根管開放手術*	159	320	66.8%
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	117	9	7.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの*	24349	52478	68.3%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満*	186	234	55.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3062	9363	75.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	522	1738	76.9%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	95	134	58.5%
下肢静脈瘤手術 硬化療法	25	1193	97.9%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	41	97	70.3%
鼠径ヘルニア手術	2649	343	11.5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	2218	182	7.6%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満*	14001	40440	74.3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm以上	1853	971	34.4%
痔核手術（脱肛を含む） 硬化療法（四段階注射法によるもの）	438	988	69.3%
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	879	938	51.6%
子宮頸部（腔部）切除術	1702	70	4.0%
ガンマナイフによる定位放射線治療	641	90	12.3%

※ 短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に*を付している。

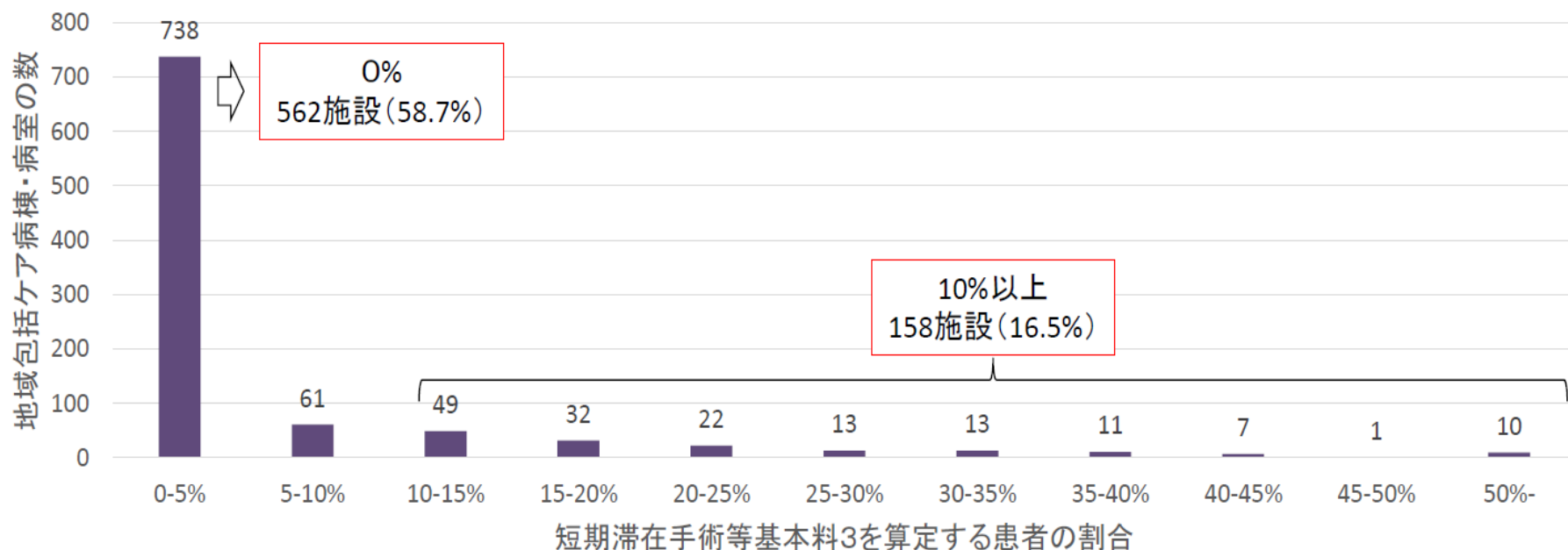
※ 入院外での実施割合が50%を超えるものを赤字にしている。

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数
N = 957



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

入院外来分科会委員意見

- 「地域包括ケア病棟の在宅復帰率等において短期滞在種々等基本料3（白内障手術含む）の患者の一定割合はカウントしないなどの対応を行ってはどうか？」
- 「短期滞在手術を受け入れる地域包括ケア病棟と、高齢者救急患者なども含めてバランスよく受け入れる地域包括ケア病棟では報酬上の評価の差を設けてはどうか？」

地域包括ケア病棟の 救急の受け入れ



受け入れたくない

受け入れるべき

- これまでの主な指摘
 - ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
 - ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。
- 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
- 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供




退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

新病棟類型のイメージ



高齢者
急性期包括
ケア病棟

- (1) 救急患者の受け入れ
- (2) 一定の医療資源を投入して急性期からの速やかな離脱を図る
- (3) 早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供
- (4) 退院に向けた支援や人生の最終段階における医療・ケアに関する適切な意思決定支援
- (5) 早期の在宅復帰や在宅医療、介護との連携一を包括的に提供する入院料（病棟）
- ＊看護配置10対1の「急性期一般入院料2～6」をベースにした制度設計を想定？

パート5
紹介受診重点病院



紹介受診重点病院

10月1日から
始まりました

始まります。

紹介受診重点医療機関。

かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた病院

なにこれ？

なにこれ？

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源重点活用外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

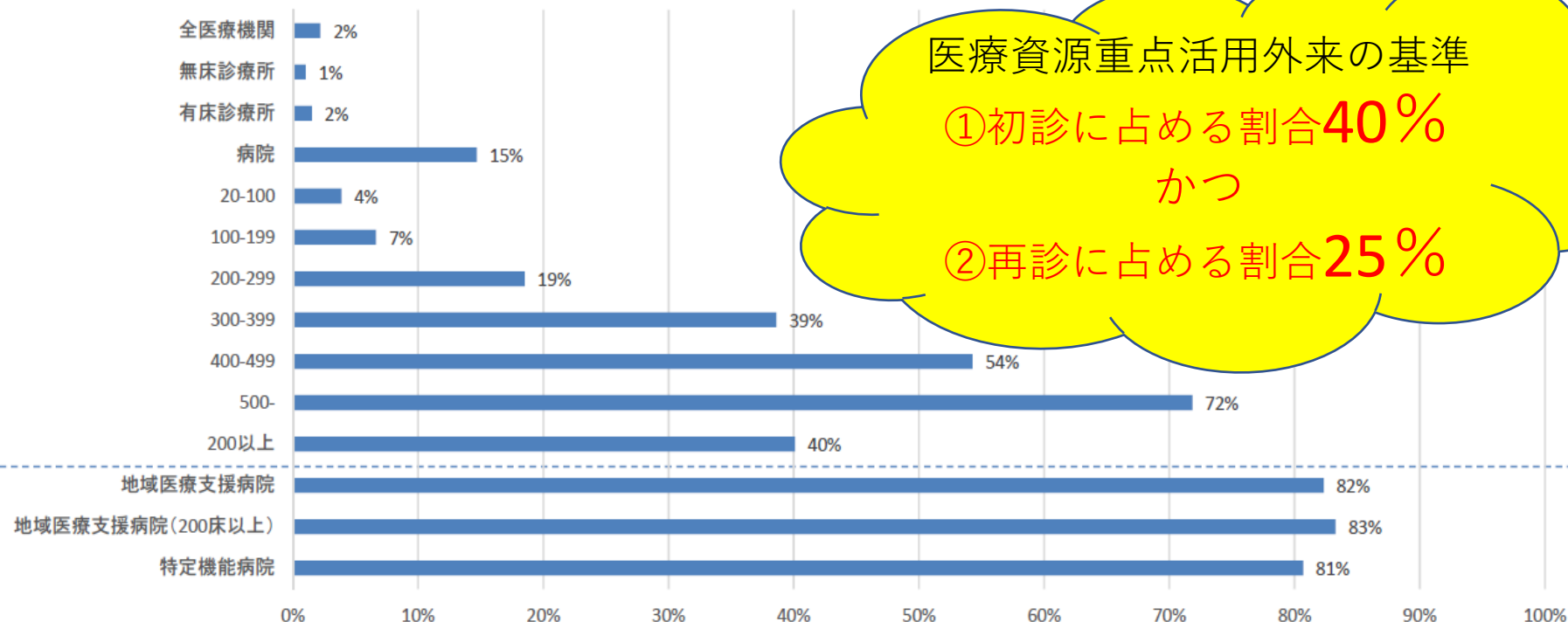
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



医療資源重点活用外来の基準

①初診に占める割合**40%**
かつ

②再診に占める割合**25%**

(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満				258 (3.1%)
全体				8,412 (100%)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

特定機能病院・地域支援病院で
666病院の
80%、532病院

860病院

200床以上一般病院
688病院の40%、
275病院が該当

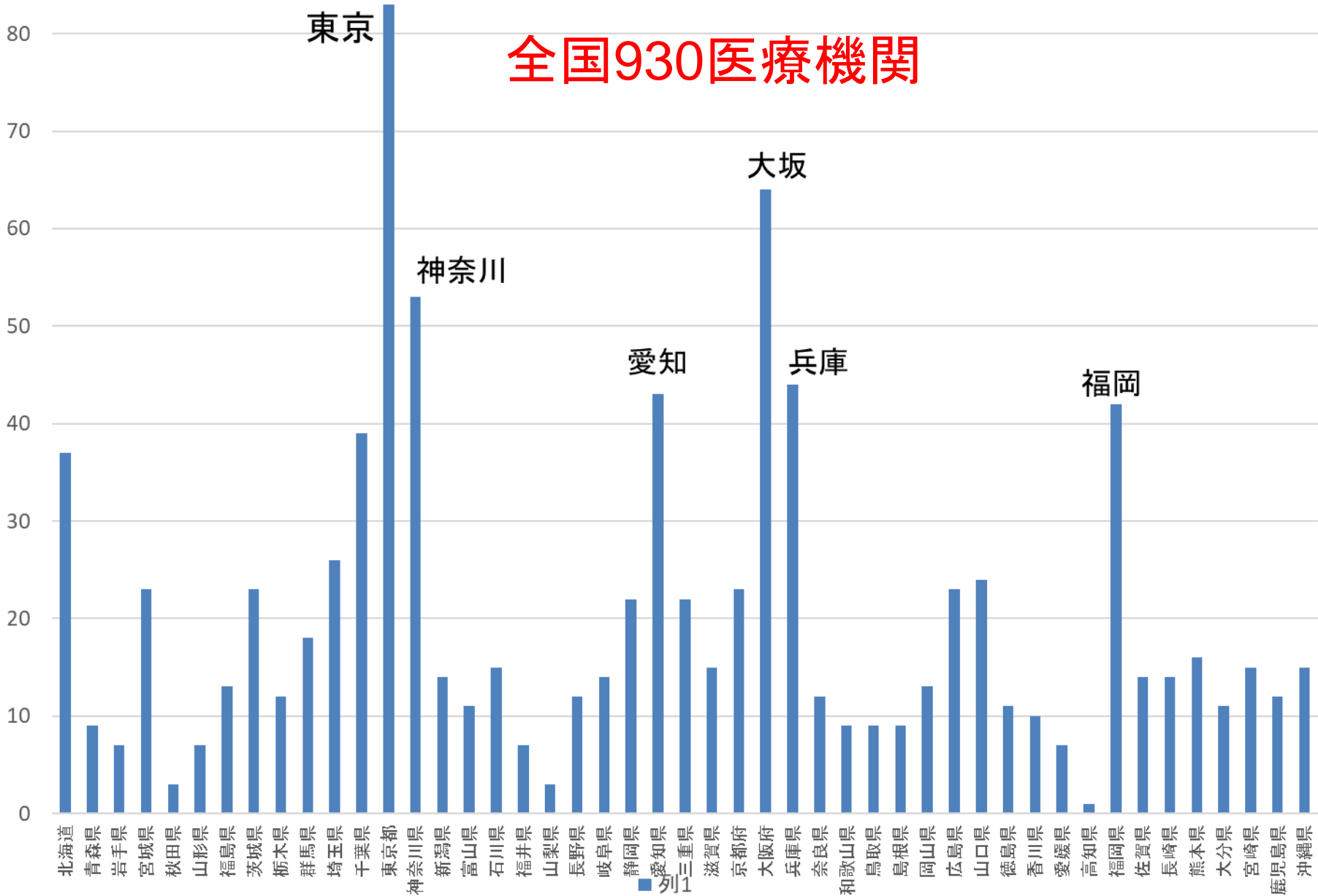
出典: 特定機能病院
※ 病床数は一般

平成29年度医療施設調査より集計)

地域医療支援病院は平成30年12月時点。

都道府県別紹介受診重点医療機関数(2023年10月)

全国930医療機関



紹介受診重点医療機関の 3つのメリット

- ①紹介状なしで受診する場合の定額負担
- ②紹介受診重点医療機関入院診療加算の算定
- ③連携強化診療情報提供料の算定

① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

② 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

- (1) **外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

地域医療支援病院に対する評価

- ▶ 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等の評価。
(平成10年度診療報酬改定において新設)

地域医療支援病院入院診療加算 1,000点(入院初日)



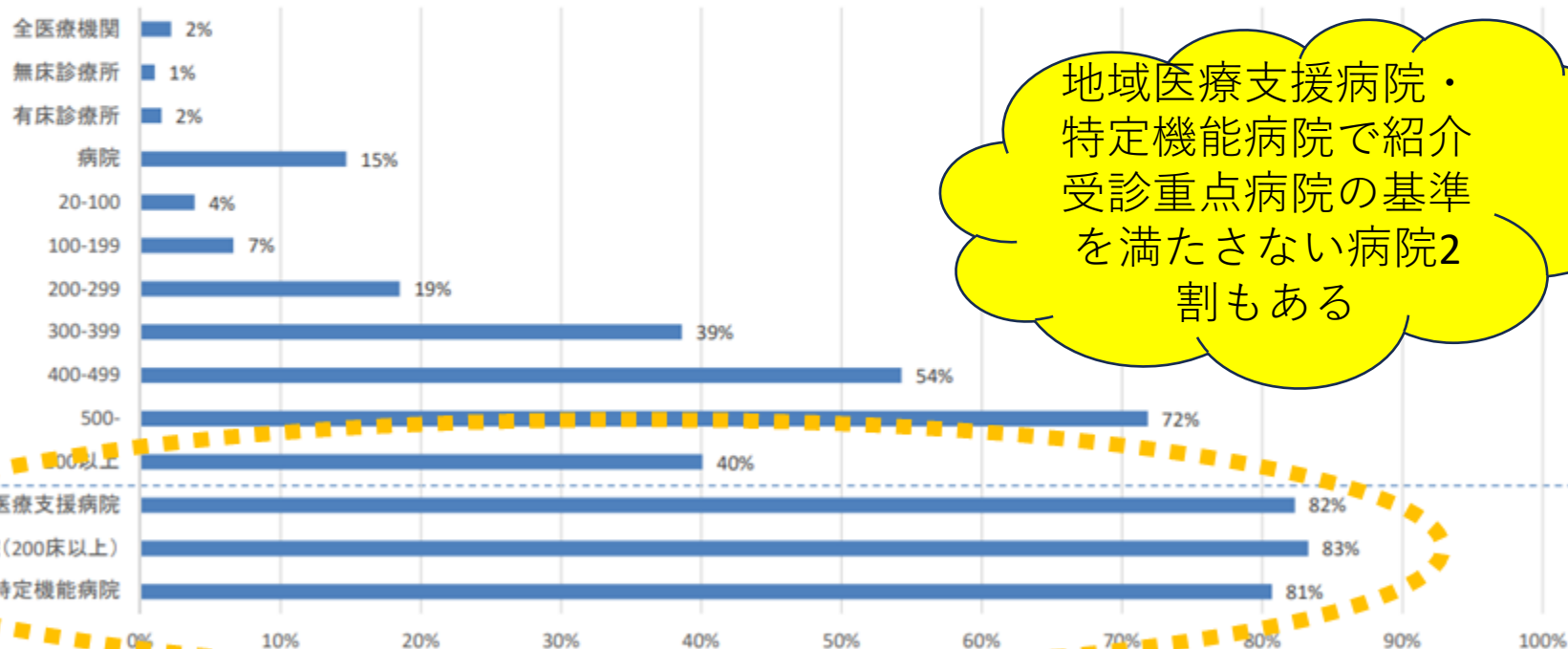
[算定要件]

- 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 入院基本料のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
- 入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定していた場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



地域医療支援病院・
 特定機能病院で紹介
 受診重点病院の基準
 を満たさない病院2
 割もある

(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より医政局において作成

紹介受診重点医療機関で 紹介・逆紹介割合の規定が 変わった

紹介・逆紹介率が紹介・逆紹介割合となり
定義が変わった！

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点(←288点) **減算** 外来診療料の注2、3 55点(←74点)
(情報通信機器を用いた初診については186点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

【従来】

「注2」にあつては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）

「注3」にあつては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）

【新方式】

「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）

【逆紹介割合】

従来の計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

新しい式では分母に再診患者が入った！

逆紹介割合向上の 5つのポイント

- ポイント1 リフィル処方への活用
 - リフィル処方を利用して再受診率の低減
 - リフィル3回まで可
- ポイント2 地域連携パスへの活用
 - 節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡してかかりつけ医に逆紹介
 - 地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
 - 患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ
- ポイント3 逆紹介希望の患者アンケート調査
 - 逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的に実施
 - 逆紹介希望患者の掘り起こし

逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント4 逆紹介外来センターの開設
 - 逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
 - 総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。
- ポイント5 逆紹介データベースを作成
 - 逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
 - (例) インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
 - 逆紹介パターンのデータベース化
 - Uターン (紹介元に返す)
 - Iターン (紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
 - Jターン (紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
 - こうしたデータベースを逆紹介に活かす

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

③ 連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

【算定要件】

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

【対象患者】

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

（改）【連携強化診療情報提供料】 150点

【算定要件】

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回**に限り算定する。

【対象患者】

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者**
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



（新）

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介

診療状況を
提供



連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

パート6 かかりつけ医機能

かかりつけ医



かかりつけ医機能について

2022年9月9日の「第8次医療計画等に関する検討会」

かかりつけ医機能の制度整備

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」（2021年12月23日）
 - 「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策」について検討を進める」
 - 検討期限は2023年度
- 「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」（2022年6月7日）
 - 「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」
- 「第8次医療計画等に関する検討会」
 - かかりつけ医機能について検討（2022年9月9日）
 - 2023年度からの都道府県での第8次医療計画策定に向け、2022年中には一定の結論を出すスケジュール
- 社会保障審議会医療部会（2022年9月29日）
- 全世代型社会保障構築会議（2022年11月11日）
 - 増田寛也主査「かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避」
 - かかりつけ医機能の情報開示



全世代型社会保障構築会議 2022年11月24日



かかりつけ医の定義と機能



2023年5月12日

かかりつけ医機能の制度整備などを盛り込んだ改正医療法が可決成立した

医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- 国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- かかりつけ医機能の定義
：「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- 医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供**する。

現在の情報提供項目

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

医療法施行規則の
かかりつけ医機能
を**医療法**の条文に
載せた

今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
- ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
- ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
- ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容

など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

改正医療法成立

- 5つのかかりつけ医機能
 - (1) 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - (2) 時間外診療を行う機能
 - (3) 病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能
 - (4) 居宅等において必要な医療を提供する機能
 - (5) 介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能



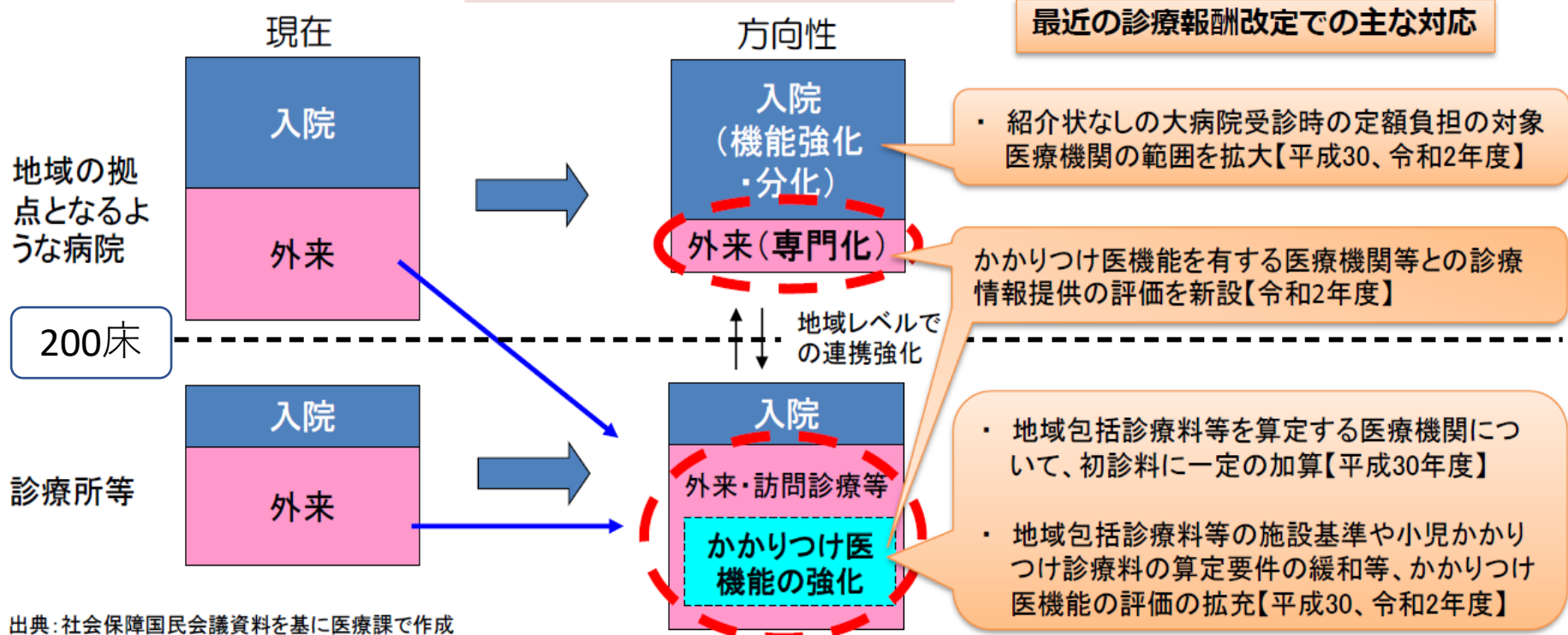
2023年5月12日

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

医療機能情報提供制度完成

医療機能情報提供制度 (H18) 2006年



※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方のとりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

医療機能情報提供制度の拡充

- ◆ ～令和5年夏目途
 - ・今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。
- ◆ 令和6年度以降
 - ・医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する）
 - ・あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ◆ 令和5年度頃 2023年度
 - ・医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討
- ◆ 2024年～2025年度
- ◆ 令和6年度～令和7年度頃
 - ・個々の医療機関からの機能の報告
 - ・地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論
- ◆ 令和8年度以降 2026年度
 - ・医療計画に適宜反映

※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく
9 計画との関係性についても検討が必要

具体的方向性について②

視点2 ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
 - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
 - ・ 医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 専門性の高い看護師の活用

診療報酬改定におけるかかりつけ医機能の評価はまだ不明

パート7 総合診療医の活用

地域包括ケアシステムの
ジグソーパズルに必要な
最後のワンピース

地域包括ケアシステムに必要なのは総合診療医！



総合診療医に関する提言

社会保障制度改革国民会議報告書(2013.8.6)

- ・「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組(「総合診療専門医」)を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

専門医の在り方に関する検討会報告書(2013.4.22)

- ・総合診療専門医は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
- ・総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「地域を診る医師」の視点が重要である。
- ・地域のニーズを基盤として、多職種と連携して、包括的且つ多様な医療サービス(在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど)を柔軟に提供し、地域における予防医療・健康増進活動等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。

規制改革に関する第二次答申(2014.6.13)

- ・プライマリ・ケアを専門に担う医師が地域住民の身近な存在としての診療を担い、高度な医療を行う病院との適切な機能分化を進めるため、プライマリ・ケアを専門に担う医師の育成に向けて、当該専門性に係る卒後の教育・研修制度(疾病や傷害の予防、介護、保健、福祉等、地域医療に必要な知識を広く習得する仕組み)や、当該専門性に係る資格の更新制度、診療の質を維持するための継続的な研修の検討に対し、必要な支援を行う。

表3：総合診療医に求められるコアコンピテンシー（中核的な能力）

①人間中心のケア

- 患者中心の医療
- 家族志向の医療・ケア
- コミュニケーション

②包括的統合アプローチ

- 未分化な問題、不確実性・複数の健康問題
- 地域を意識したマネジメント
- 健康増進・予防・リハビリテーション
- 継続性

③連携重視のマネジメント

- 多職種連携
- 病診連携
- 組織全体のマネジメント（質改善含む）

④地域志向アプローチ

- 地域の健康福祉行政などへの参画
- 地域の健康問題への対応

⑤公益に資する職業規範

- 倫理性・説明責任
- ワークライフバランス
- 教育研究

⑥診療の場の多様性

- 外来医療
- 救急医療
- 病棟医療
- 在宅医療

出典：日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを基に作成

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）


消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

19番目の専門医として2018年から

基本領域（19 領域）

内科 小児科 皮膚科 精神科 外科 整形外科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 病理 臨床検査 救急科 形成外科 リハビリテーション科

総合診療



私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)
ニューヨーク州立大学ダウンステートメディカルセンター
家庭医療課

旧厚生省からの
留学で家庭医療
を学びにNYのブ
ルックリンへ

State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine



SUNY Downstate Medical Center

Department of Family Medicine

Monthly Schedule

The following monthly schedule is for Family Medicine Residents.

PGY 1

1. Community Medicine
2. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
3. GYN Outpatient
4. Internal Medicine
Inpatient (2 Months)
5. Newborn
6. OB Inpatient
7. OB Outpatient
8. Pediatric Inpatient
9. Orthopedics Outpatient
10. Fast Track
11. Vacation

PGY 2

1. Adult ER
2. Behavioral Science
3. Community Medicine
4. Elective
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Geriatrics
7. ICU
8. Night Float
9. Ophthalmology
10. Pediatric ER
11. Surgery Inpatient
12. Vacation
13. Dermatology

PGY 3

1. Cardiology
2. Community Medicine
3. Elective (2 Months)
4. ENT Outpatient
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Night Float
7. Orthopedics Outpatient
8. Pediatric Outpatient
9. Surgery Outpatient
10. Urology Outpatient
11. Fast Track
12. PCMH
13. Vacation

Curriculum

The Curriculum

Monthly Schedule

Conference Schedule



家庭医療課のレジデントプログラム

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟	新患外来	予約外来	病棟	救急	研修単位	休み
午後	カンファレンス	禁煙外来	訪問診療	カンファレンス	当直明け	休み	休み
夜間	夜間内科当番			夜間診療+当直			

ニューヨーク市ブルックリンの キングスカウンティ病院ERや在宅医療の ローテーションした



Kings County Hospital Center

日本に帰国して みたら



- 1985年「家庭医に関する懇談会」
 - 日本医師会が厚労省主導の家庭医に大反対
 - 医師会はかかりつけ医を主導
- 2004年 新医師臨床研修制度
 - 各診療科のローテーション
- 2018年 新専門医制度
 - 19番目の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

1988年に帰国したが、日本医師会の
家庭医構想大反対の中、
家庭医の留学経験は
全く活かされなかった・・・



pixta.jp - 36657780

「隠れ家庭医」として地下に潜行

国内の 総合診療医の活躍事例



総合診療医

事例① 過疎地域の 公立病院の地域医療再編への貢献



県立五條病院

- 過疎高齢化が進む奈良県南和医療圏にある3つの公立病院、**県立五條病院（160床）**、町立大淀病院（155床）、国保吉野病院（98床）が、2016年4月から地域再編する過程の中で総合診療医が果たした事例。
- この医療圏では脳出血を起こした妊婦のたらいまわし事件をきっかけとして地域医療の再生が待ったなしの状態だった。
- こうした中、県立五條病院で2013年、従来の内科の枠組みを改変して、へき地医療で豊富な経験を持つ医師3名とレジデント4名で**総合診療を実践する総合内科**を立ち上げた。
- 効果はてきめんで、**救急車受け入れ台数は立ち上げ前の2012年（平成24年）と比べて47%、1503件とV字回復**をした。
- 地域のニーズをくみ上げた総合内科の取り組みで病院も活性化し、公的病院の地域医療再編への地ならしとなった。

事例②急性期病院の 在院日数短縮



市立福知山市民病院

- 京都府福知山市にある市立福知山市民病院（354床）は、2008年より総合内科を発足させた。総合内科の発足する前は、同院では呼吸器内科、神経内科、糖尿病内科は非常勤体制であった。このため常勤医不在の診療科の入院患者は非専門の他科の医師が対応していた。
- 総合内科の発足以後はこれらの非常勤科の入院患者を総合内科の医師が診療することで、入院期間が減少した。
 - 肺炎ではそれまでの21.6日から16.0日へ、脳梗塞では24.2日が19.9日に減少した。
 - また整形外科の高齢入院患者に対して総合内科が内服薬の調整・整理、合併症・既存症の治療に介入したところ、整形外科の入院期間が49.3日から35.6日と大幅に減少した。総合内科が他科とのタスクシェアで在院日数が減少した
- 市立福知山市民病院の近隣にある国保病院（72床）が経営困難に陥った。この国保病院を2015年に市立福知山市民病院の分院化したとき、同分院に総合診療医を福知山市民病院より赴任させた。
- この結果、分院は福知山市民病院の後方病床として機能して、本院の平均在院日数が短縮した。また総合診療医が赴任した分院からの訪問診療はそれ以前と比べて月平均で14件から80件以上に増加し、地域包括ケアの推進にも貢献した。

事例③都市部の病院の 地域包括ケア病棟への貢献

- 神奈川県横浜市にあるJCHO横浜保土ヶ谷中央病院（244床）では、JCHO版総合医プログラムの一環として、2015年に総合診療科を設置し総合診療医が赴任した。
- そして2016年に地域包括ケア病棟（31床）開設時に総合診療医が同病棟の担当医となった。それ以来、地域包括ケア病棟で、神経難病、統合失調症、高次脳機能障害、緩和ケアなど広範囲の疾患を診るようになった
- 2017年に入退院支援部門ができ早期からの入退院支援を行うようになった。こうした新しいシステムの構築にも総合診療医が看護部と協力して貢献している。
- また外来においても総合診療医への地域からの外来の紹介件数が年々増加している。



JCHO横浜保土ヶ谷中央病院

事例④中規模病院の 収支改善



あき総合病院

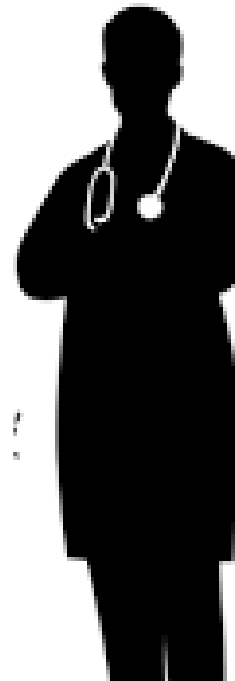
- 高知県安芸市のあき総合病院（270床）に2014年に総合診療医が着任した。
- 赴任した総合診療医は、いわゆる「なんでも屋」として外来や、救急外来、当直、入院患者の診療を担当した。
- この結果、総合診療科の入院患者数は当初の年間300人から500人まで増えた。総合診療医は臓器別専門医が苦手とする脱水や発熱、誤嚥性肺炎、関節痛で動けなくなった高齢者、尿路感染、心不全、あるいは診断に苦慮する病状に対する診療を積極的に行った。
- また総合診療医が司会で行う毎朝の入院患者ミーティングは学生や研修医に好評だ。こうして2012年の総合診療医の赴任後、救急搬入症例の増加、研修医を含む若手医師数の増加により、2013年（平成25年）より病院の収支が黒字化した。

中小病院に総合診療医は なくてはならない存在

【総合診療医】



地域包括ケアシステムの
マネージャー





COMMUNITY &
COMMUNITY
HOSPITAL
ASSOCIATION

パート8 一般社団法人

コミュニティ&コミュニティホスピタル協会



一般社団法人コミュニティ＆ コミュニティホスピタル協会

- 高齢化社会が進展する日本の医療に必要なのは、「治す」だけの医療ではなく、「治し、支える」医療です。現在、大病院と同様に特定の専門診療科の高度急性期を志向している全国にある**5,800**の中小病院は、この「治し、支える」医療への転換が必要であると考えています。
- 「コミュニティホスピタル」とは、**総合診療**を軸に超急性期以外のすべての医療、リハビリ、栄養管理、介護などのケアをワンストップで提供する病院です。
- すでにくくつかの地域では、このコミュニティホスピタルが立ち上がり、地域住民が安心して、自分らしく生活していける環境を作り上げています。
- また、そこで働く医療者にとっても、同じ思いを持った仲間たちと共に、やりがいと成長を得られる職場を提供していきます。

目的

- 1 コミュニティホスピタルの振興を目的とする事業
- 2 コミュニティホスピタルが担う医療を研究し、
開発・普及させる事業
- 3 コミュニティホスピタルを担う医療人材の育成事業
- 4 地域包括ケアを始めとする地域づくりを目的とする事業
- 5 医療人材のキャリア開発、働き方改革に資する事業
- 6 その他法人の目的を達成するために必要な事業
コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくりを
目的とする事業

主な機能

- 人材育成／紹介派遣／入職支援（経営担当理事、医師等）
 - コミュニティ・ホスピタルを担う人材の育成、ネットワーク化
- 参加会員の交流、勉強会開催
 - コミュニティホスピタルの経営支援
 - コミュニティホスピタルへの経営参画、継承支援
- コミュニティホスピタルの普及／啓発活動
 - コミュニティホスピタルについての勉強会、セミナー開催、学会発表
 - コミュニティホスピタルについての広報活動全般・
- その他、医療人材のキャリア形成、働き方改革支援
 - コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくり　－地域行政への支援、コーディネート
 - 上記を法人、個人のネットワーク化、育成、コーディネート

理事メンバー

- 代表理事 武藤 正樹
- 理事 井野 晶夫
- 理事 大石 佳能子
- 理事 大杉 泰弘
- 理事 亀田 省吾
- 理事 草野 康弘
- 理事 辻 哲夫
- 理事 本田 宜久
- 監事 渡辺 明良



株式会社メデイヴァ社長
大石佳能子氏

CCH
パートナー
ホスピタル募集中!

コミュニティホスピタルを広げるネットワーク
CCHパートナーズ制度

Community &
Community Hospital
Partners

特典	種別	法人	個人		備考
			一般	学生・研修医 ・専攻医	
オンライン勉強会		○	○	○	年2回
CCH見学会・懇親会		○	○	○	年1回(要実費)
SNSネットワーキング		○	○	○	会員区分別
CCHレポート発行		○	○	○	年1回
当HPへの掲載		○			希望者のみ
CCHパートナーズロゴ使用权		○	○	○	要申請、使用目的を確認
年会費(税込)		*10,000円	5,000円	2,500円	

* 毎年1月～12月を期間とします。**2023年度分は無料です。**

まとめと提言

- 地域包括ケアシステムは山口昇先生の病院からの専門職の出前サービスから始まった
- 地域包括ケア病棟は地域包括ケアシステム支援病棟のこと
- 高齢者急性期包括ケア病棟に期待
- 地域包括ケアシステムには総合診療医が欠かせない！

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

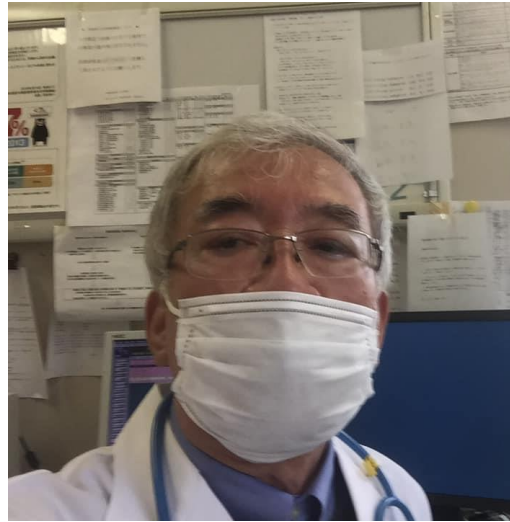
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

総合診療医の活躍についても扱っています

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp