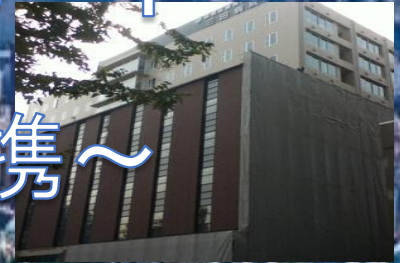


医療と介護のクロスロード

～同時改定と医療介護連携～



国際医療福祉大学大学院 教授
(医療経営福祉学専攻、医学研究科公衆衛生学専攻)
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院 2012年



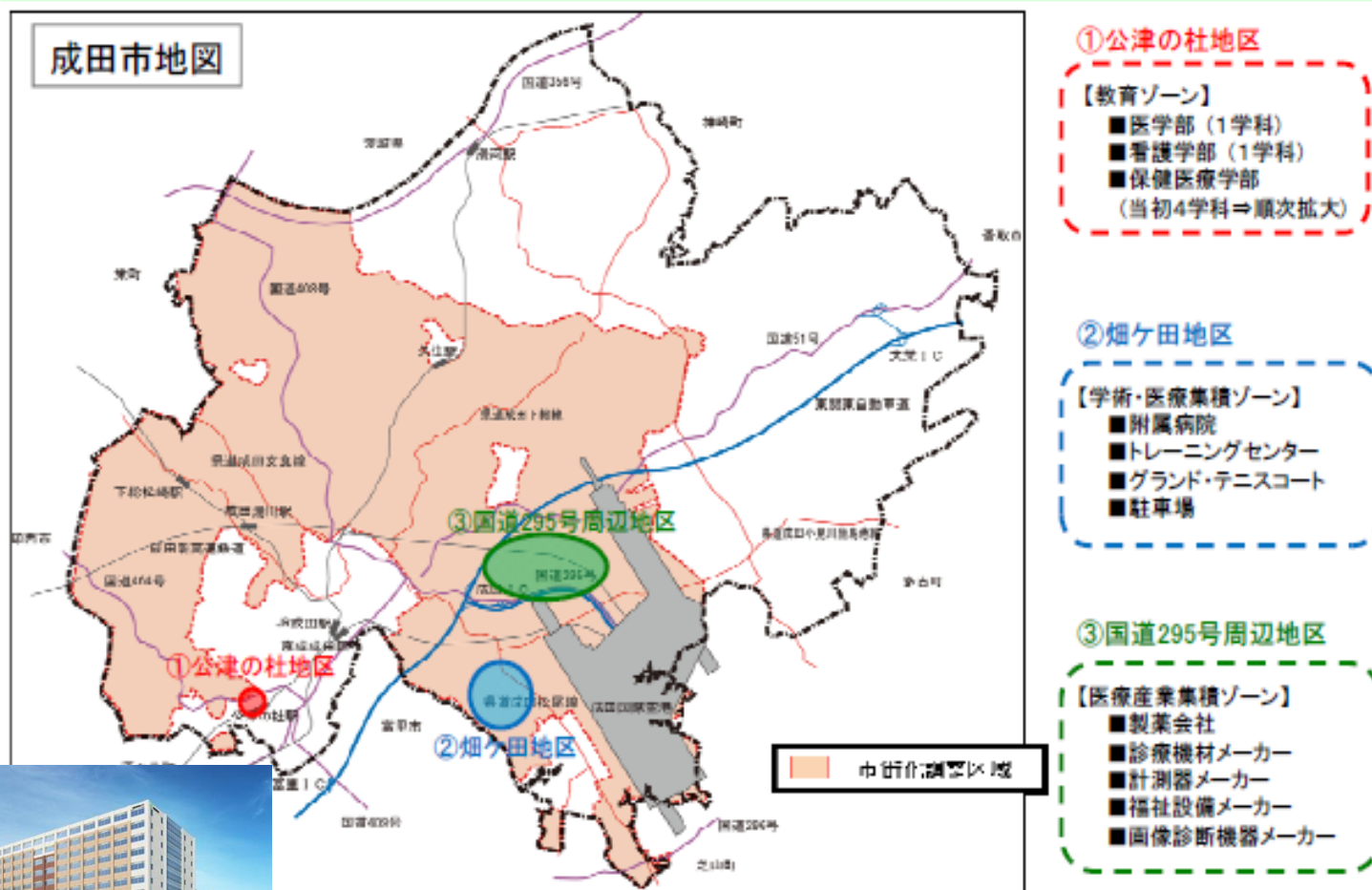
JCI認証取得



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。



A photograph of a large, modern multi-story building, likely a university medical department, taken at dusk. The building has a mix of light-colored upper floors and darker lower floors, with many windows. It is surrounded by trees and a paved walkway. In the foreground, there are some white construction barriers and a bicycle parked on the left. The sky is a deep blue.

国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校

2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



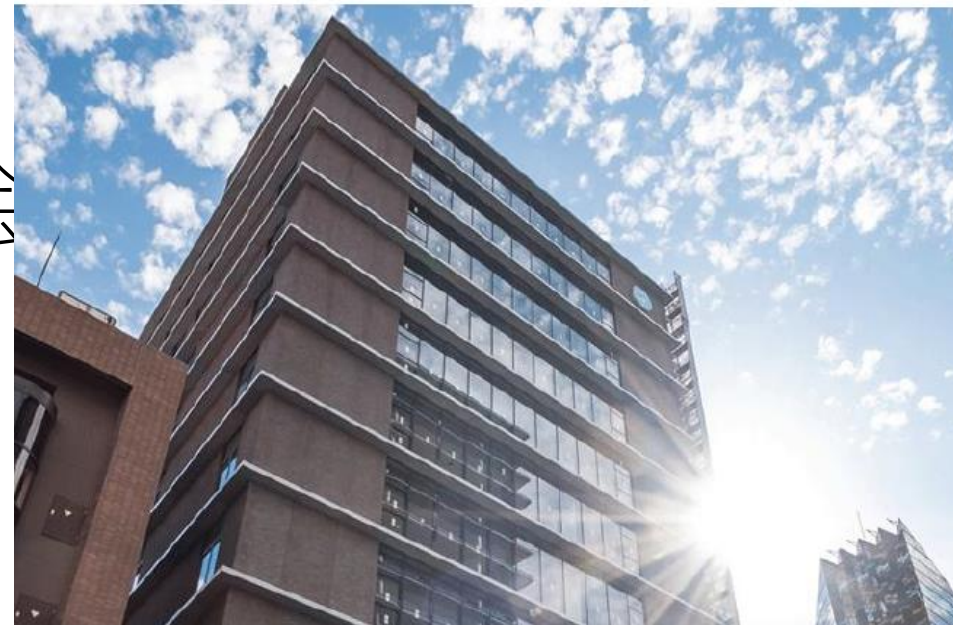
An aerial photograph of a modern, multi-story building with a white facade and large glass windows, situated in a dense urban environment. The building has a flat roof with two large, rectangular, green-tinted sections. To the right of the building, there is a construction site with various pieces of machinery and materials. The surrounding area is filled with other buildings of varying heights and colors, creating a complex urban landscape.

2018年4月、国際医療福祉大学
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院（h-MBA, MPH）

2月11日（祝） 東京支部学術集会 「チーム医療と働き方改革」



学術集会長 国際医療福祉大学
池田俊也教授



日本医療マネジメント学会 第19回 東京支部 学術集会

2019年2月11日（月）祝日 10:00～17:00

- テーマ：チーム医療と働き方改革
- 会場：国際医療福祉大学 東京赤坂キャンパス
（担当：大学院医学研究科教授 池田俊也）
- 特別講演：「働き方改革 今でしょ！」
国際医療福祉大学大学院教授 武藤正樹
- 一般演題は東京都以外の方も発表していただけます。演題募集は12月1日～24日を予定しています。
- その他、DPC、クリティカルパスなど、医療マネジメントに関するシンポジウムを予定しています。
詳しくは東京支部HPをご覧ください。

問合せ：imadeshho2019@gmail.com

目次

- パート 1
 - 医療と介護の連携
- パート 2
 - どうなる 7 対 1 ?
- パート 3
 - どうなる介護医療院 ?
- パート 4
 - どうなる地域連携推進法人 ?



パート 1

医療と介護の連携

同時改定は医療と介護の連携の
またとないチャンス！

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

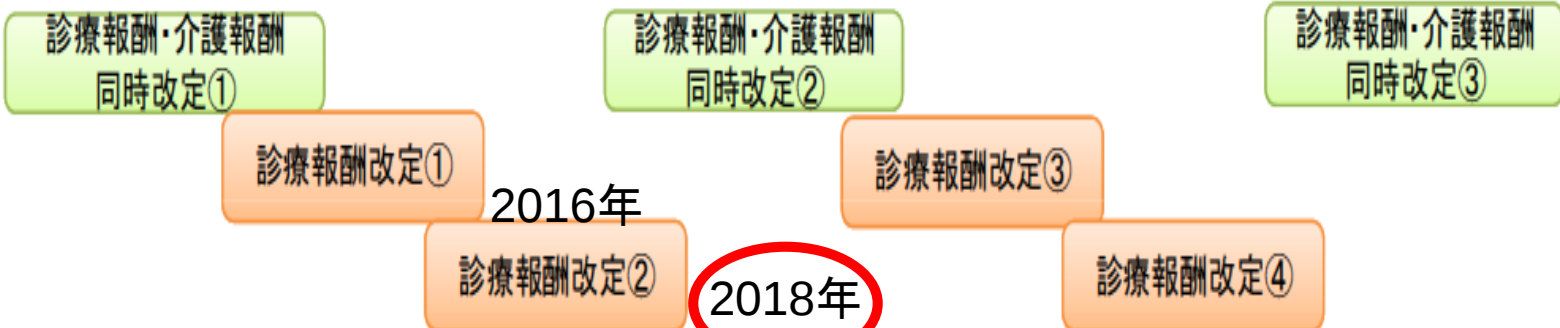
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

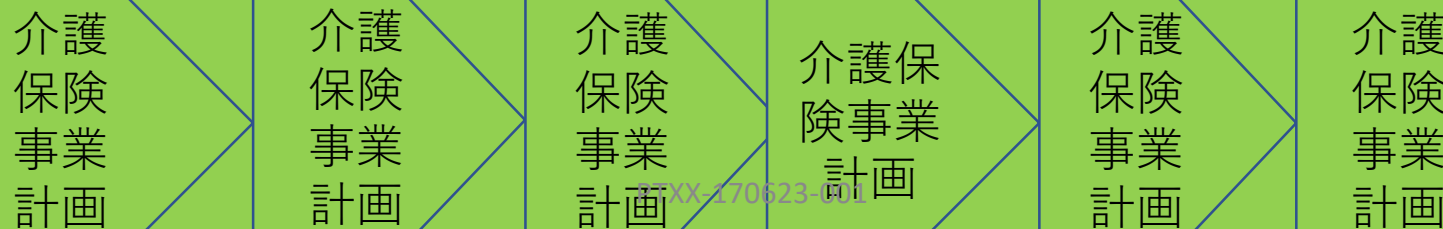
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画

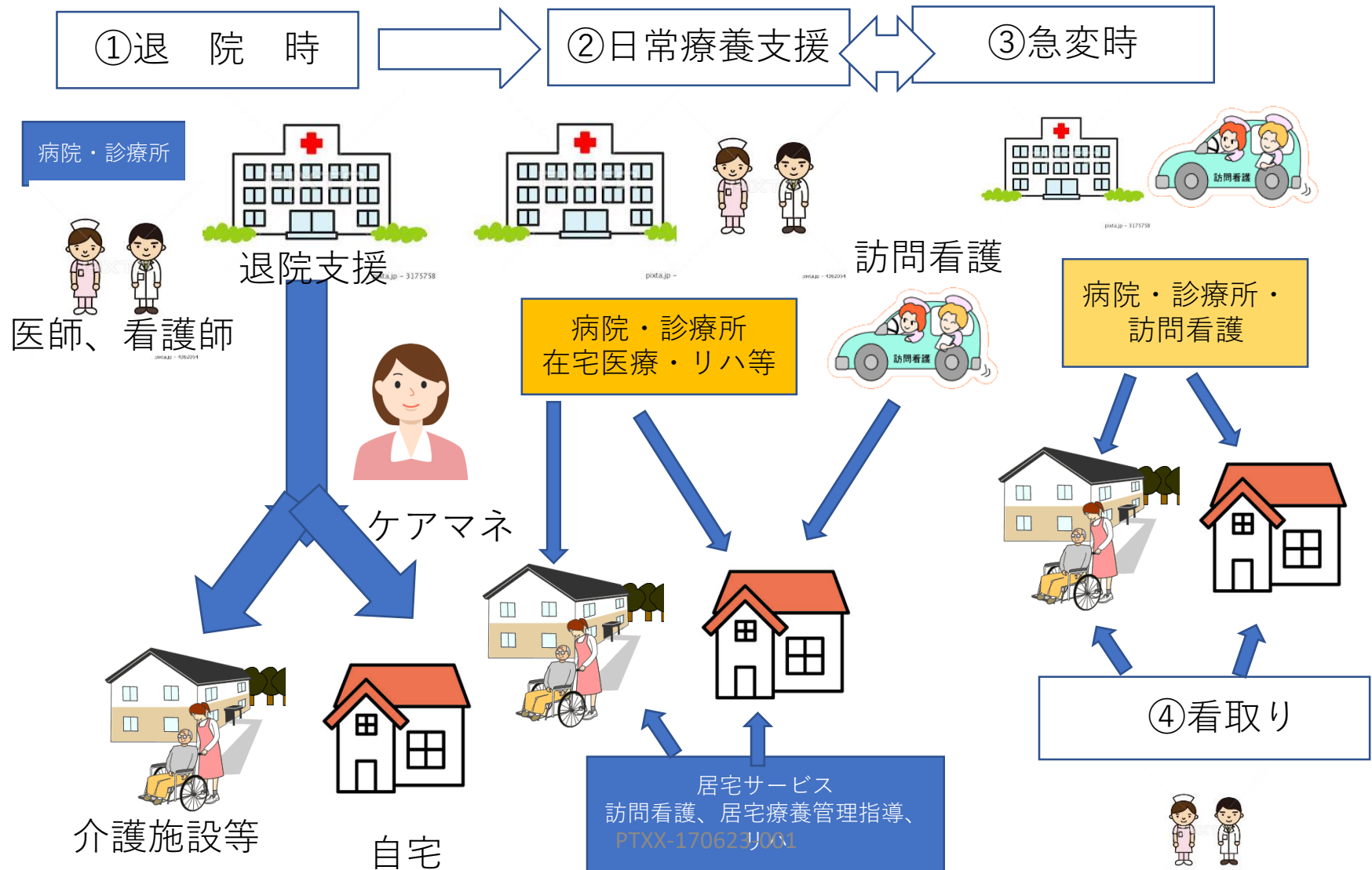


医療介護のあるべき姿

医療と介護の連携に関する意見交換

中医協委員と介護給付費分科会委員の
間で意見交換がされた（2017年3月22日）

医療と介護の連携の4つのフェーズ



医療と介護の意見交換のテーマ

- (1) 看取り (④)

- 医療機関、介護施設、居宅等における看取りと医療・介護サービス提供の在り方
- 要介護被保険者等の状態やニーズに応じた、医療・介護サービスの供給の範囲

- (2) 訪問看護 (①、②、③、④)

- 医療機関から在宅への円滑な移行支援に係る訪問看護の提供体制
- 在宅での療養生活を送るための訪問看護の24時間対応や急変時対応
- 訪問看護における医療職と介護職との連携

- (3) リハビリテーション (①、②)

- 医療と介護による継続的なリハビリテーションの提供の在り方
- リハビリテーションにおける医師の指示や実施計画等の在り方

- (4) 関係者・関係機関の調整・連携 (①、②、③、④)

- 入退院時、日常療養時及び急変時等における、医療機関と居宅介護支援事業所等の医療・介護を含めたサービス提供者間の連携の在り方

看取り

- 国民のおよそ6割は「自宅での療養」を望んでいる
- しかし看取りは医療機関で行われるケースが8割を占めている
- ターミナルケア加算
 - 診療報酬
 - 在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算や看取り加算など
 - 介護報酬
 - 介護福祉施設サービス費の看取り介護加算、介護保険施設サービス費のターミナルケア加算など

介護保険施設での看取りの課題

- 看取りを行わない方針の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）が1割強もある
 - 特別養護老人ホームでは常勤の配置医が少ない
 - 医師法第20条【医師は（中略）自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。ただし、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない】を誤解し、看取りに二の足を踏んでいる特養ホームが一定程度ある
- 有料老人ホームでは、死亡による契約終了者が多いが、負担感から看取りを行わない施設もある。

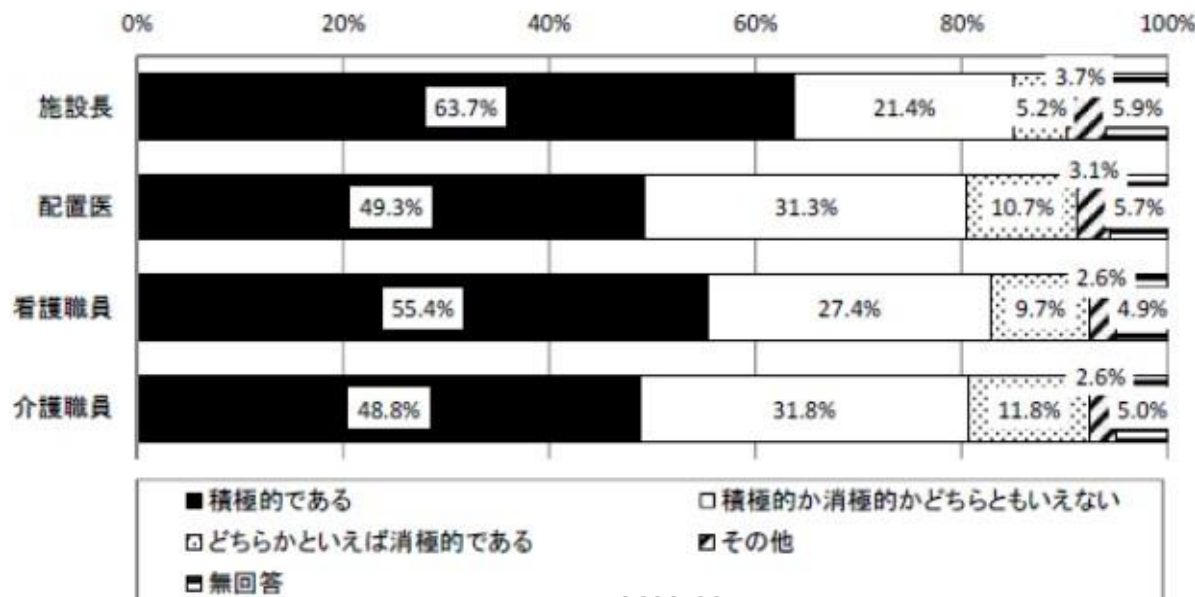
○施設の看取りの方針は、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院に移す」が16.3%であった。

図表2-282 施設の看取りの方針(n=1,502)



○施設長が施設内看取りに「積極的である」が63.7%、どちらかという「消極的」が5.2%であった。

図表2-294 職種別 施設内看取りに対する意向(n=1,502)



在宅看取りの3点セット

- 鈴木邦彦委員
 - 中医協委員と介護給付費分科会委員の双方を経験している鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）
- 在宅での看取りであれば、①かかりつけ医、②24時間対応の訪問看護、③後方病床—の3点セットで整える必要がある
- 「特養ホームの配置医師に求められるのは、健康管理などでは済まなくなっている」



鈴木邦彦委員

特養の看取り

- 斎藤訓子委員（日本看護協会常任理事、介護給付費分科会）
- 夜間オンコール体制などの施設では、看取りの体制があいまいなため、急性増悪でないにもかかわらず、患者・家族の意向に反して病院に搬送されてしまう。



斎藤訓子委員

特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

往診料 720点



協力医療機関



訪問ST

看取り実施

特別養護老人ホーム

看取り実施

看取り介護加算(Ⅰ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

診療報酬で対応
介護報酬で対応

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

往診料 720点



協力医療機関の医師等
による24時間対応
(往診含む)



訪問ST

施設看護師や訪問STによる
24時間対応できる体制
(看護体制加算(Ⅱ)を算定)

看取り実施

特別養護老人ホーム

看取り実施

配置医師緊急時対応加算
早朝・夜間の場合 650単位/回
深夜の場合 1300単位/回



看取り介護加算(Ⅱ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 780単位/日
死亡日 1580単位/日

連携

アドバンス・ケア・プランニング

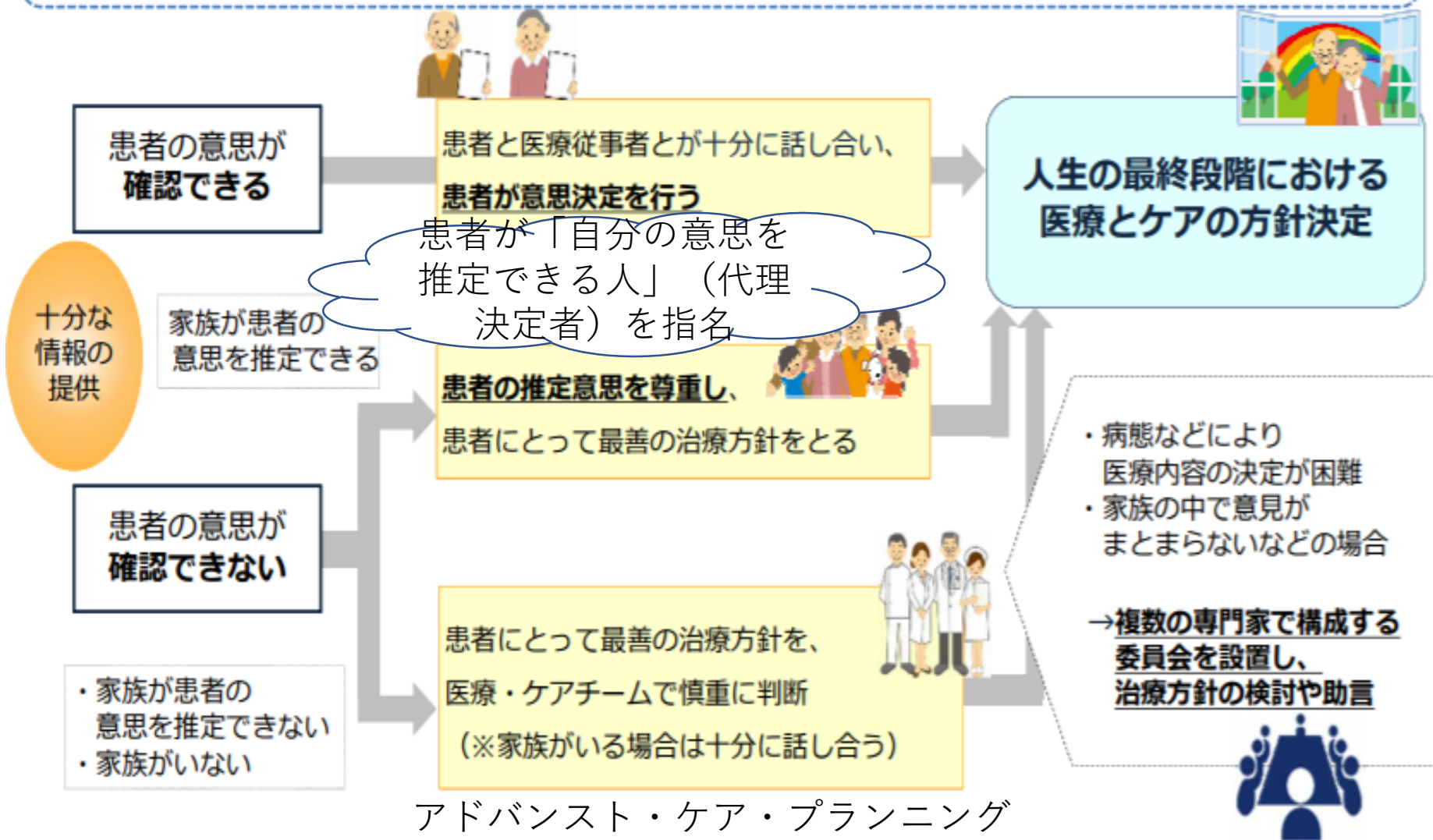
Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - ・ 患者本人の気がかりや意向
 - ・ 患者の価値観や目標
 - ・ 病状や予後の理解
 - ・ 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制



人生会議！

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」
(座長、武蔵野大学法学部教授樋口範雄氏) 2017年度厚生労働省

ACPの効果とは？

- 患者の自己コントロール感が高まる、
- 死亡場所として病院死が減少する。
- 代理決定者と医師のコミュニケーションが改善する。
- 患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する。

☆ターミナルケアに関連する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件」とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する

診療報酬改定における対応
(在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬)

現行

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】

機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,000点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,000点
在支診・在支病	4,000点
その他の医療機関	3,000点

【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000円



人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドラインへの対応を共通の要件とする。

介護報酬改定における対応

(訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)

- ☆ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
 - ・「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
 - ・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

改定後

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】

(有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分)

機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,500点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,500点
在支診・在支病	4,500点
その他の医療機関	3,500点

【訪問看護ターミナルケア療養費】

訪問看護ターミナルケア療養費 1 25,000円

(新) 訪問看護ターミナルケア療養費 2 10,000円

【算定要件】

☆ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

パート 2 どうなる7対1？



中医協総会

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

入院医療分科会

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

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
いけだ 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
つつい 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

入院医療のポイント 7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合
(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

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 診療・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

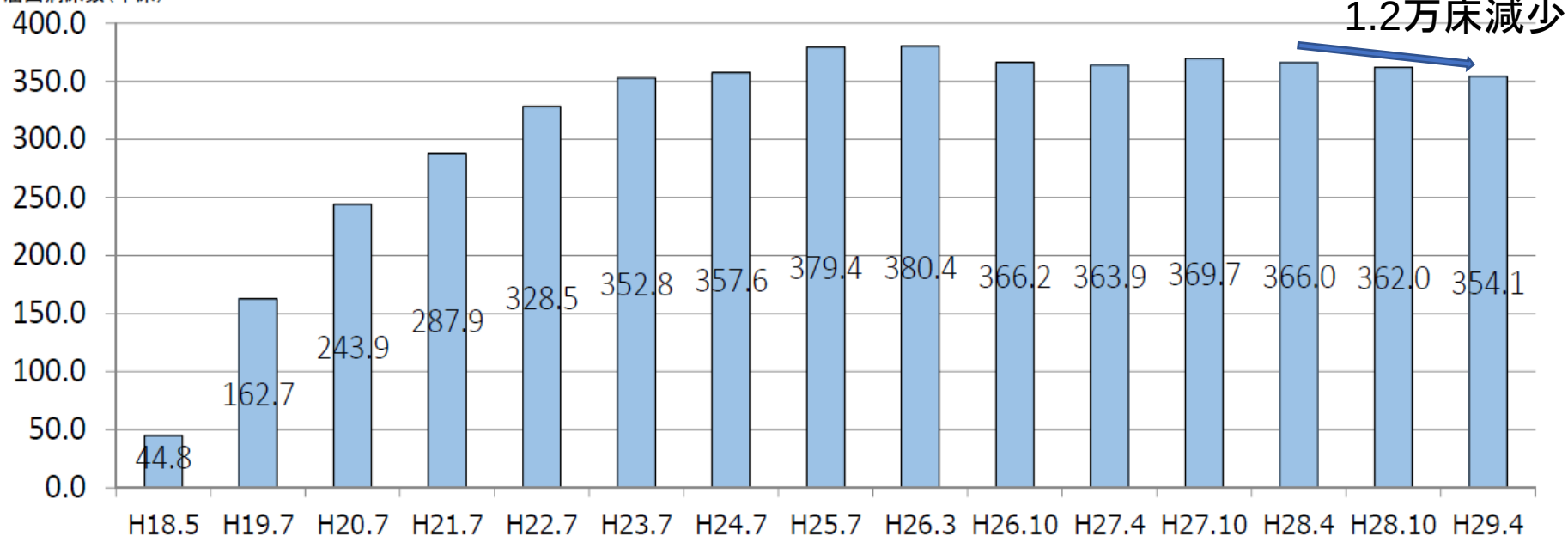
C 1得点が1点以上の患者

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。

届出病床数(千床)



1.2万床減少

[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

出典：保険局医療課調べ

2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して
新評価体系へ

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

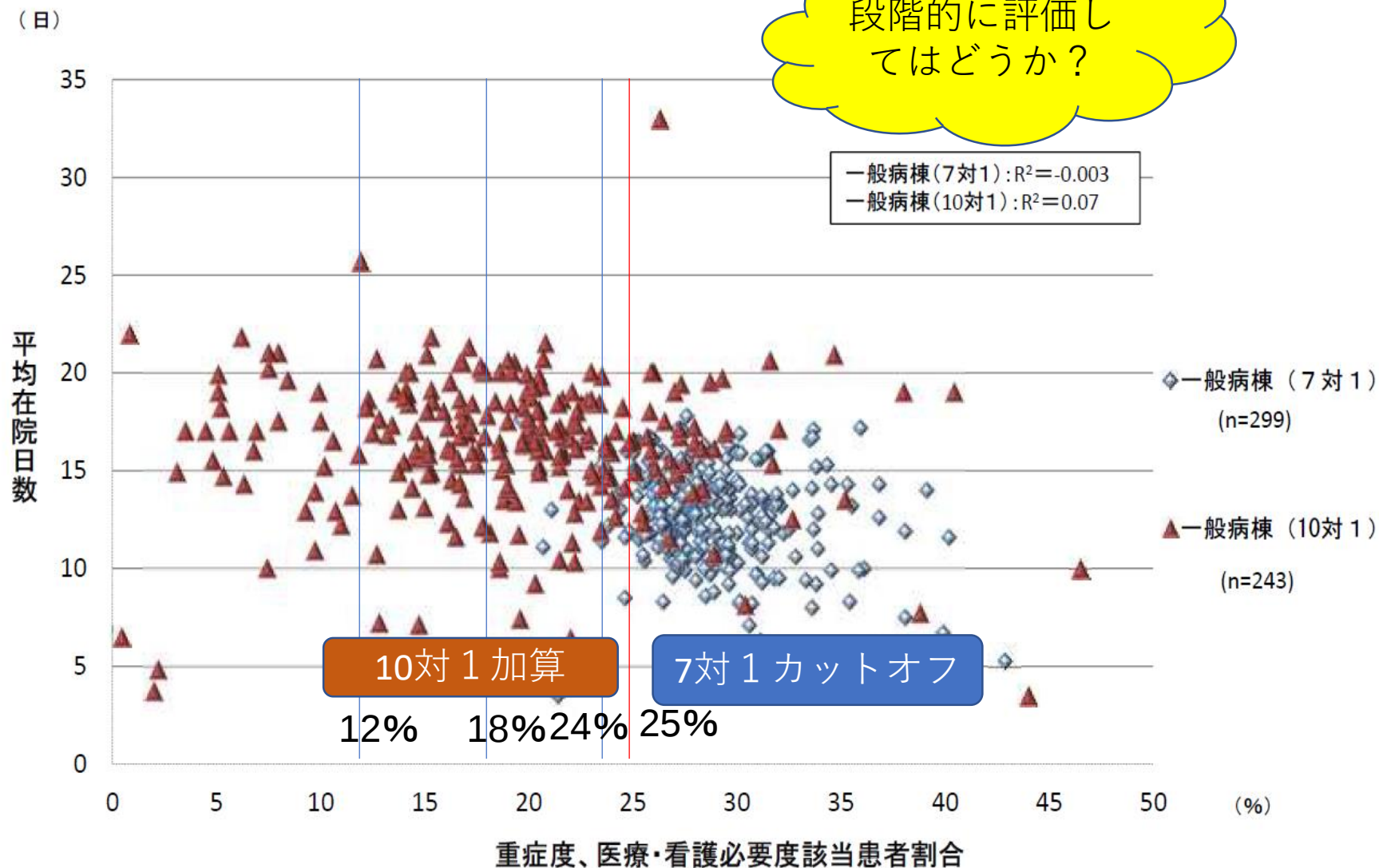
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1
の診療報酬点
数の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

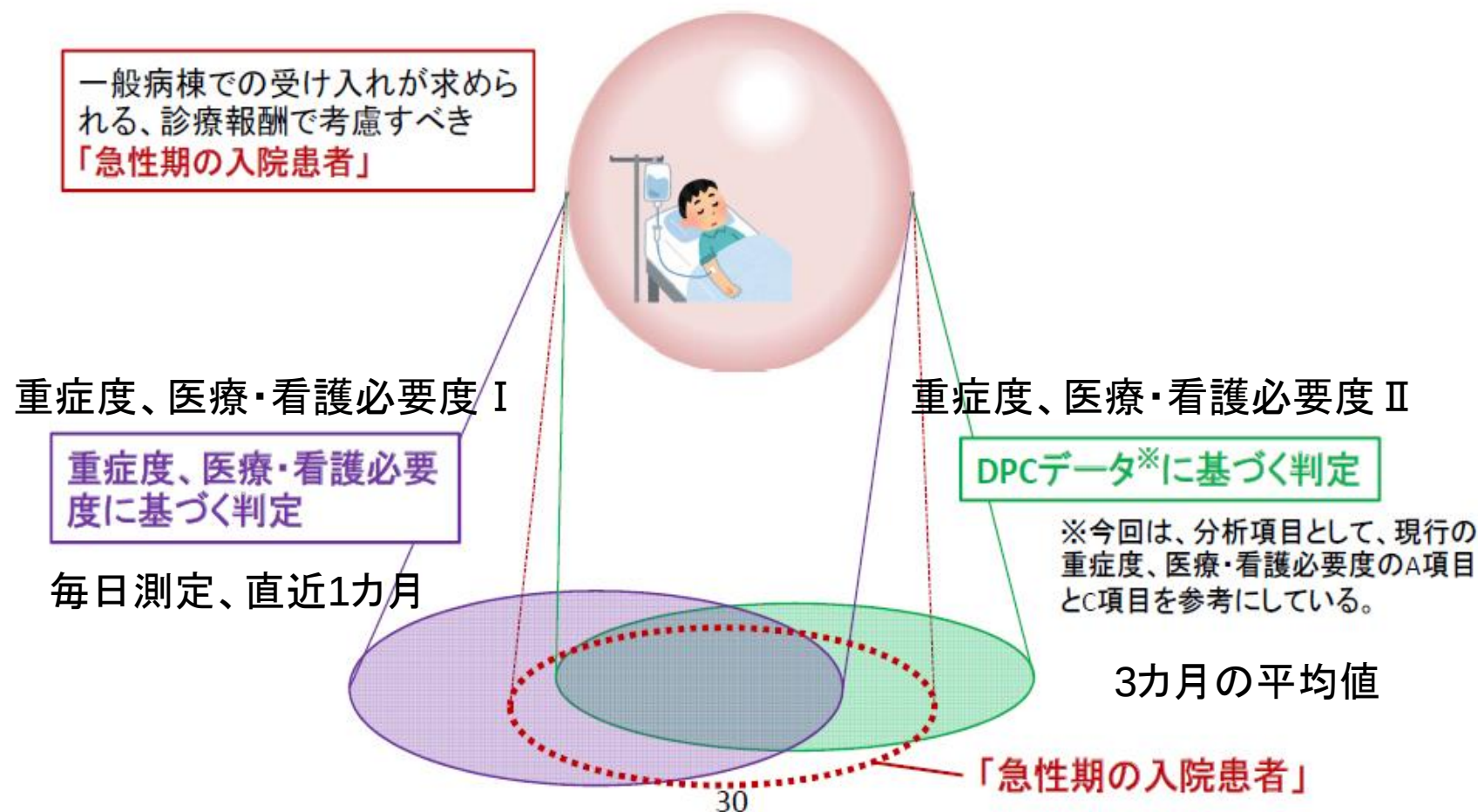
7対1ではカットオフ
値である25%ギリギ
リの病院が圧倒的だ
が、10対1では正規分
布に近くなっている

段階的に評価
してよいので
はないか？

入院医療分科会 2017年8月24日

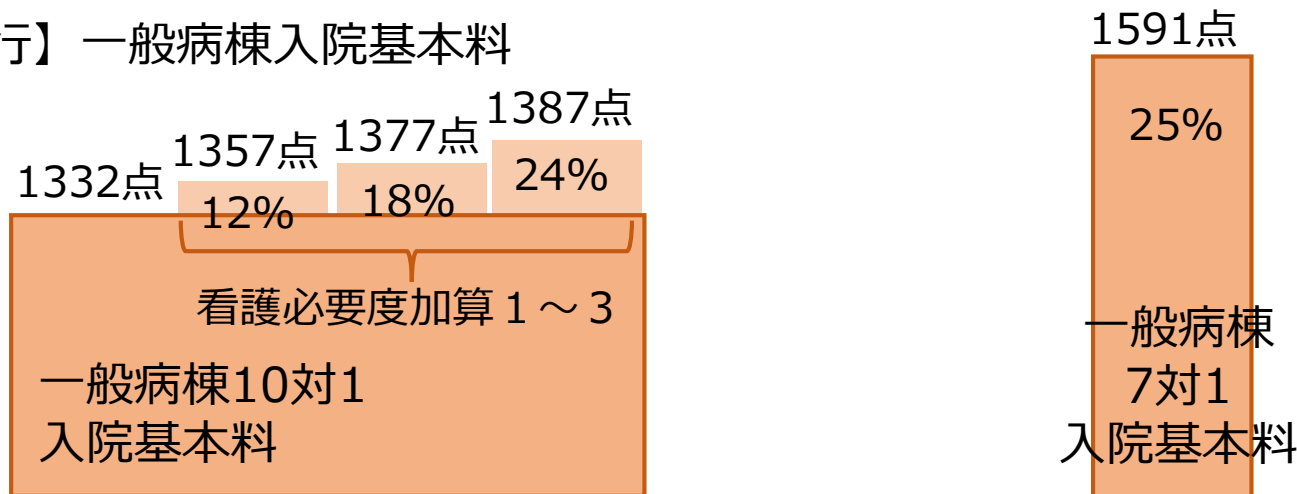
急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を 把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。



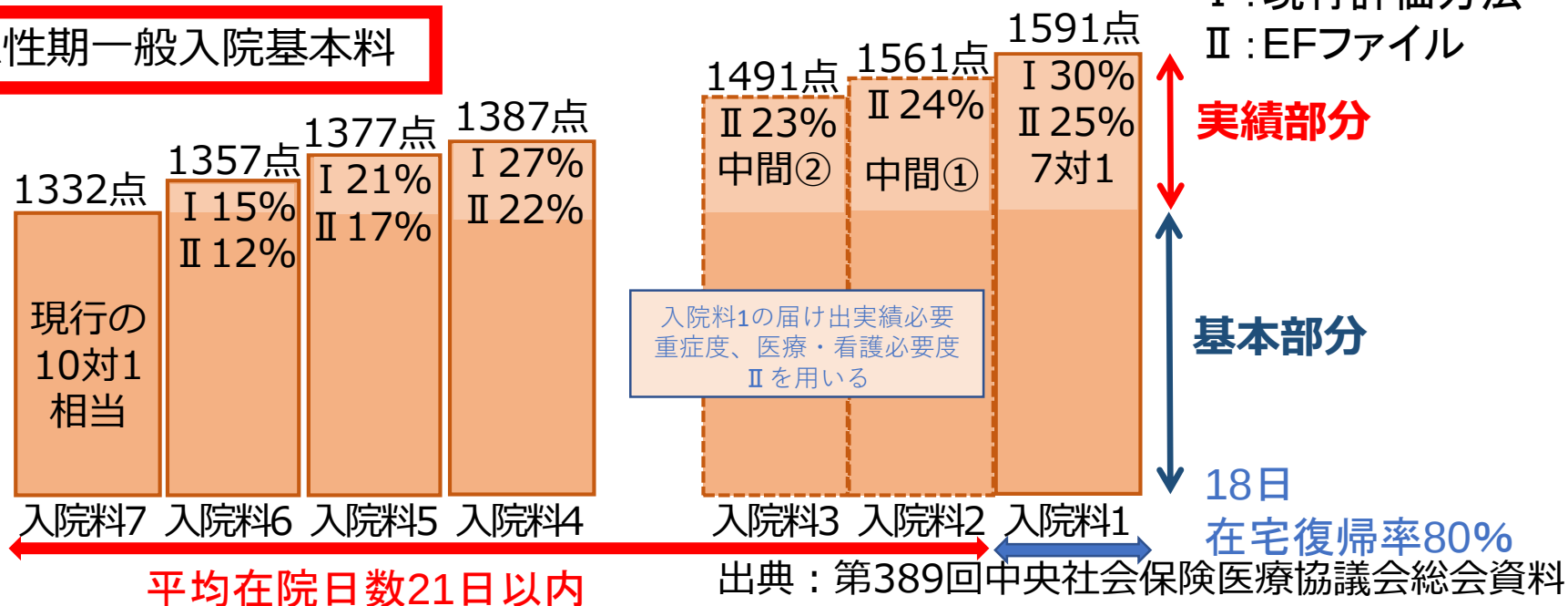
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



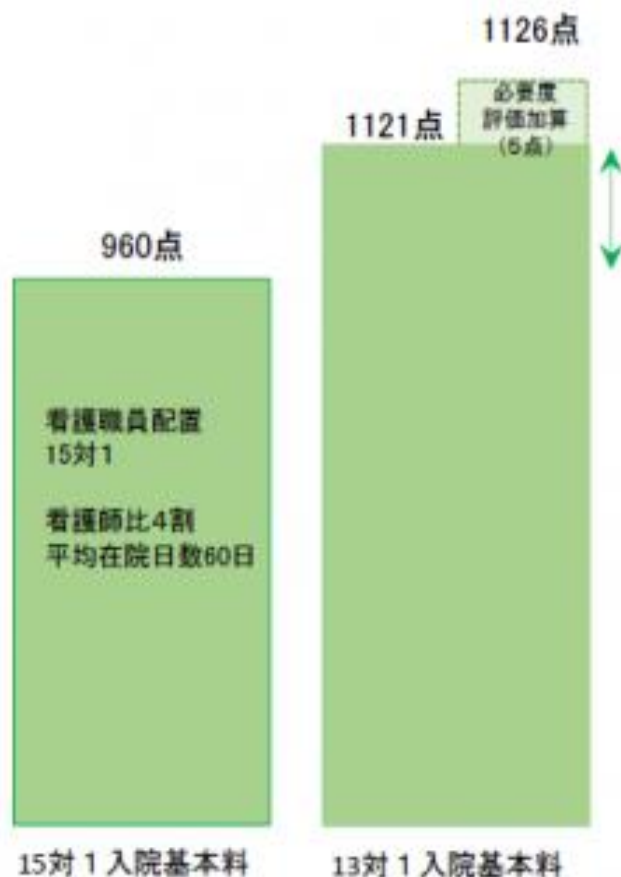
【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



地域一般入院基本料

急性期一般入院料と地域一般入院料の改定後の現状（2018年6月）

2017年11月		2018年6月						
一般病棟入院基本料	合計	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2	急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	急性期一般入院料5	急性期一般入院料6	急性期一般入院料7
7対1	1,527	1,480	26	0	3	2	2	0
10対1	2,177	29	4	0	459	689	508	431
13対1	402	0	0	0	2	6	9	5
15対1	744	0	0	0	0	0	1	2

2017年11月		2018年6月			
一般病棟入院基本料	合計	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	その他
7対1	1,527	2	0	0	12
10対1	2,177	12	1	4	40
13対1	402	217	143	8	12
15対1	744	11	13	699	18

7対1からのランクダウン47病院
 10対1からのランクアップ33病院
 差し引き1200床の減
 （日本アルトマーク調べ）

入院医療分科会の再編・統合 ～DPCなど2つのWG設置、内容は非公開に～



中医協総会
2018年5月23日

- 入院医療に関する診療報酬の技術的な検討を行う「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」を再編・統合
- 新たな分科会の下に「DPCワーキンググループ」（仮称）と「診療情報・指標等ワーキンググループ」（同）を設置する厚生労働省案が了承された。

入院医療分科会の再編・統合後の 初回分科会

入院医療分科会(2018年7月12日)

入院医療分科会の再編・統合

分科会長 武藤

入院医療等の調査・評価分科会

DPC評価分科会

現 行

分科会長 尾形

入院医療等の調査・評価分科会

DPCワーキンググループ
(仮称)

診療情報・指標等ワーキン
ググループ (仮称)

再編後のイメージ

○DPCワーキング (山本班長)

DPC (診断群分類)、
医療機関別係数等に関する
調査研究・結果分析

○診療情報・指標等ワーキング
(池田班長)

データ提出加算の提出データ、
医療ニーズやアウトカム等の
指標等に関する調査研究・
結果分析など

消える7対1・・・

- 7対1、10対1は新入院評価体系へ・・・
- 基本部分は10対1、実績部分の評価は重症度、医療・看護必要度Ⅱへ
- 基本部分、実績部分の内容見直しも今後起きる
- 看護配置に基づく入院基本料から、実績に基づく新入院評価体系へ
- 実績を達成するための入院基本料への変換

看護師集めてなんぼの世界から
実績達成してなんぼの世界へ

地域包括ケア病棟

病床機能区分の急性期・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

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

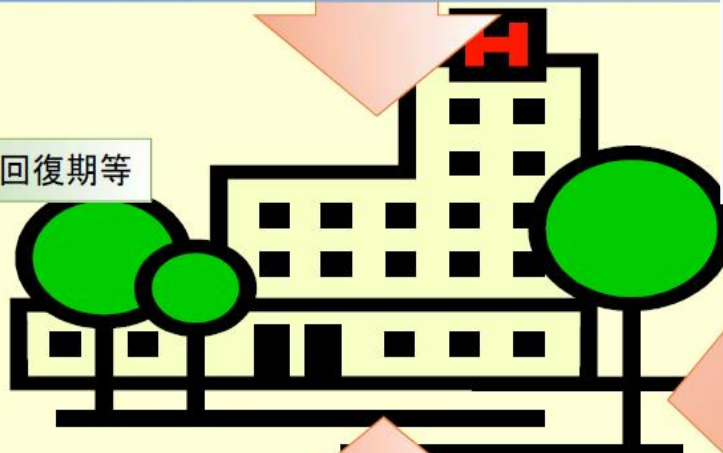


急性期

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



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

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

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	<table> <tr> <td>自院の7対1、10対1病床</td><td>49.4%</td></tr> <tr> <td>自院の地域包括ケア・回りハ病床</td><td>0.4%</td></tr> <tr> <td>自院の療養病床</td><td>0.0%</td></tr> </table>	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%
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	<table> <tr> <td>他院の7対1、10対1病床</td><td>13.5%</td></tr> <tr> <td>他院の地域包括ケア・回りハ病床</td><td>0.1%</td></tr> <tr> <td>他院の療養病床</td><td>0.4%</td></tr> </table>	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%
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%
	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%
自院	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%

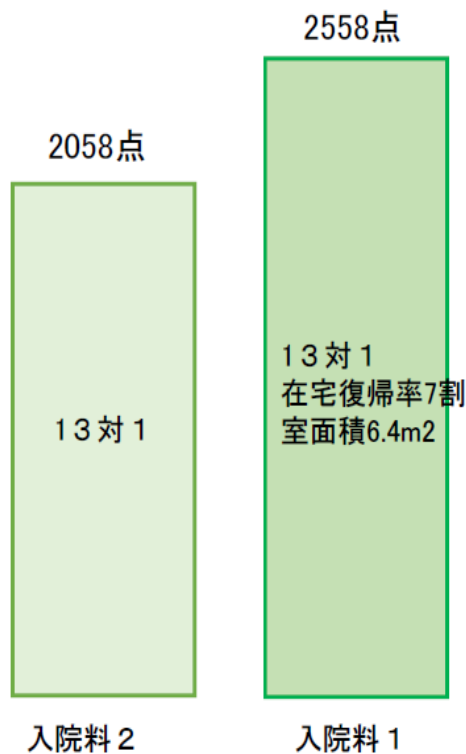
地域包括ケア病棟は創
設当初の3つの機能を育
て行くことが大事だ

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

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



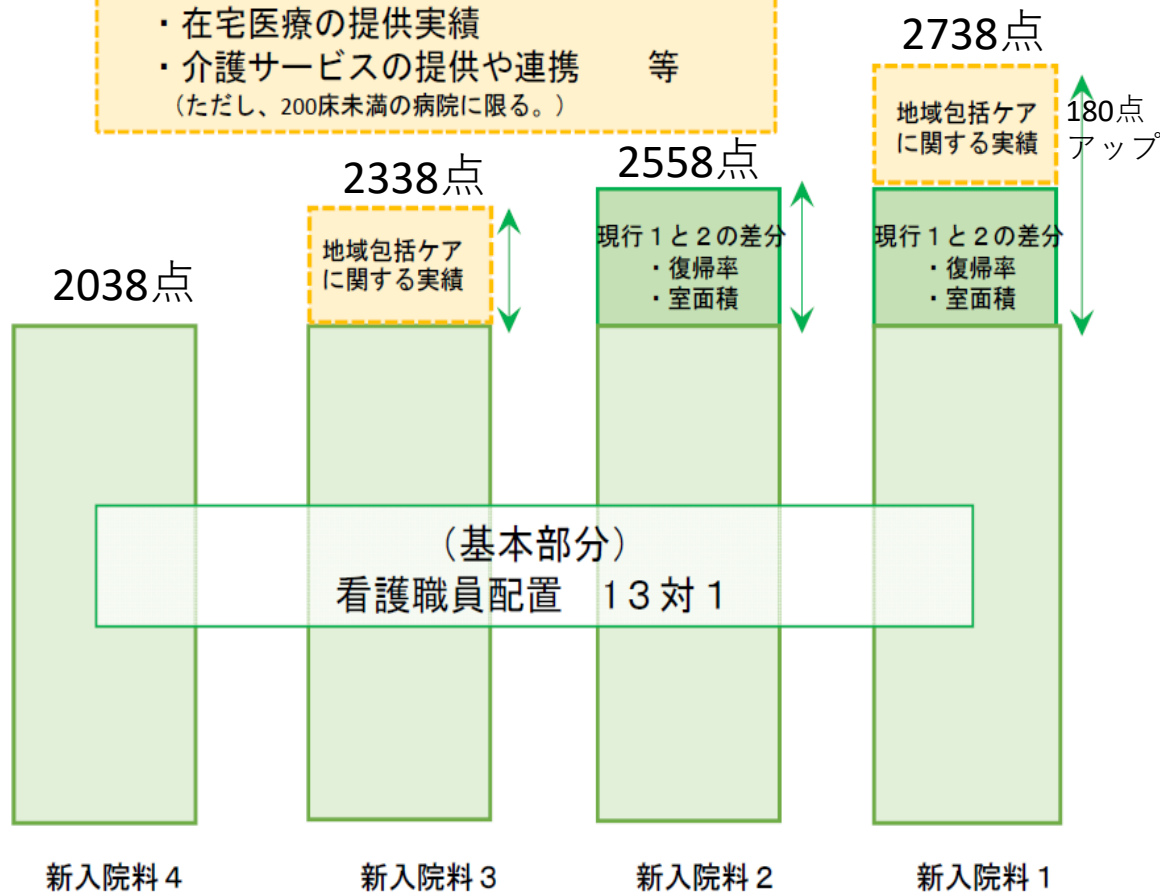
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- （ただし、200床未満の病院に限る。）

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上

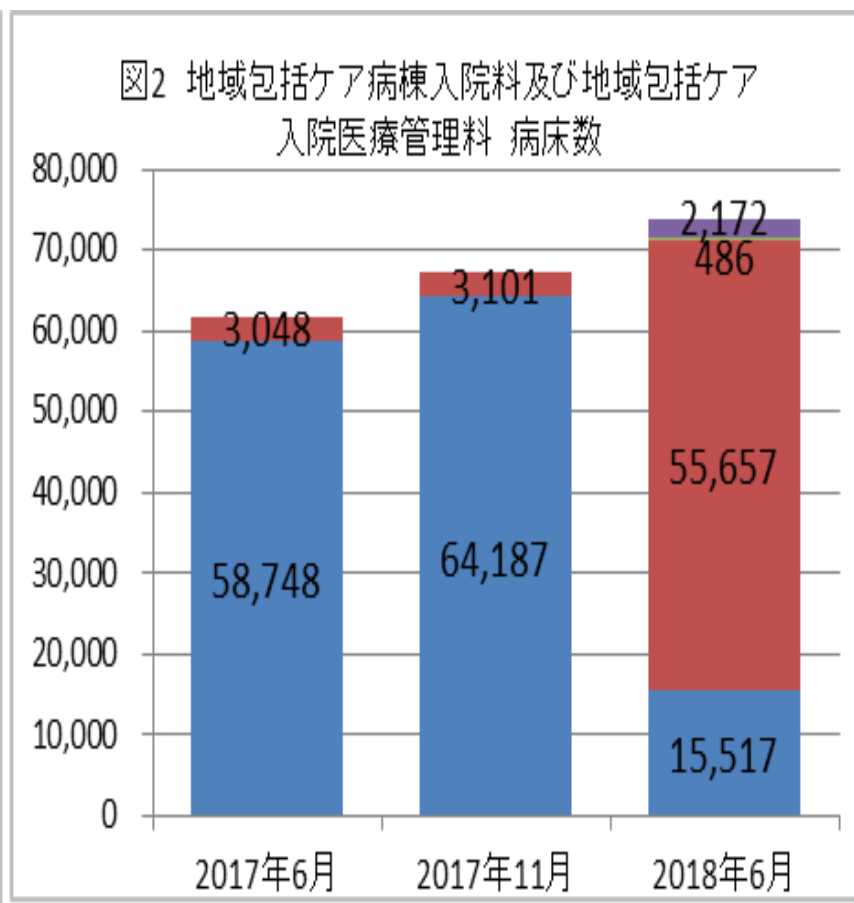
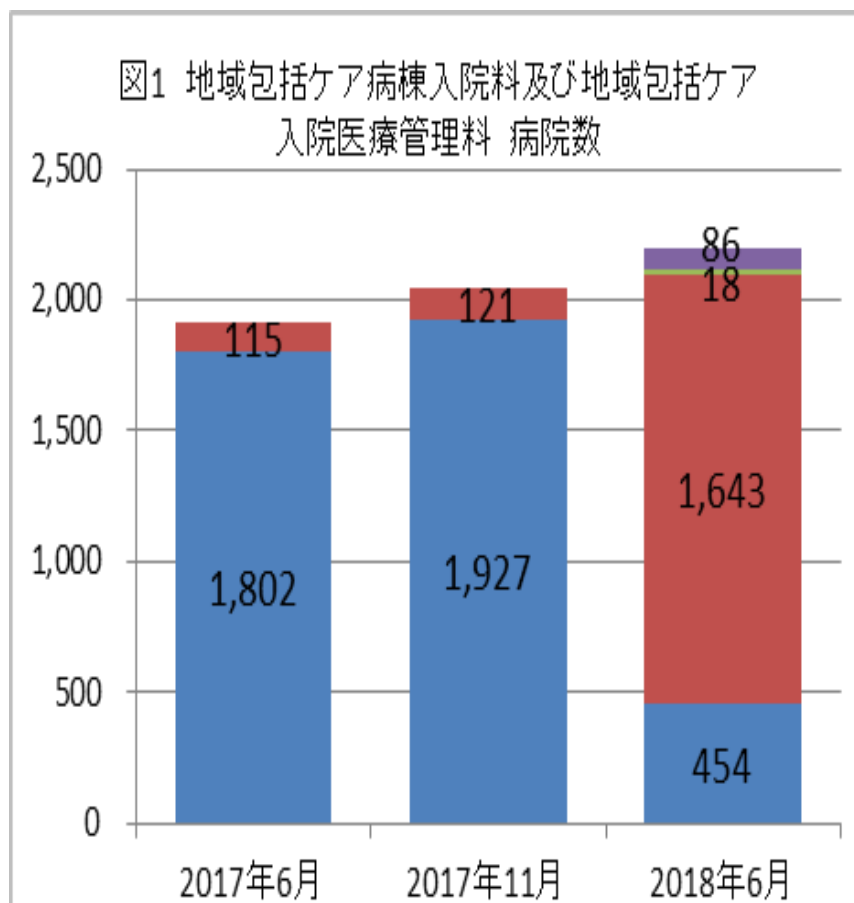


地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟

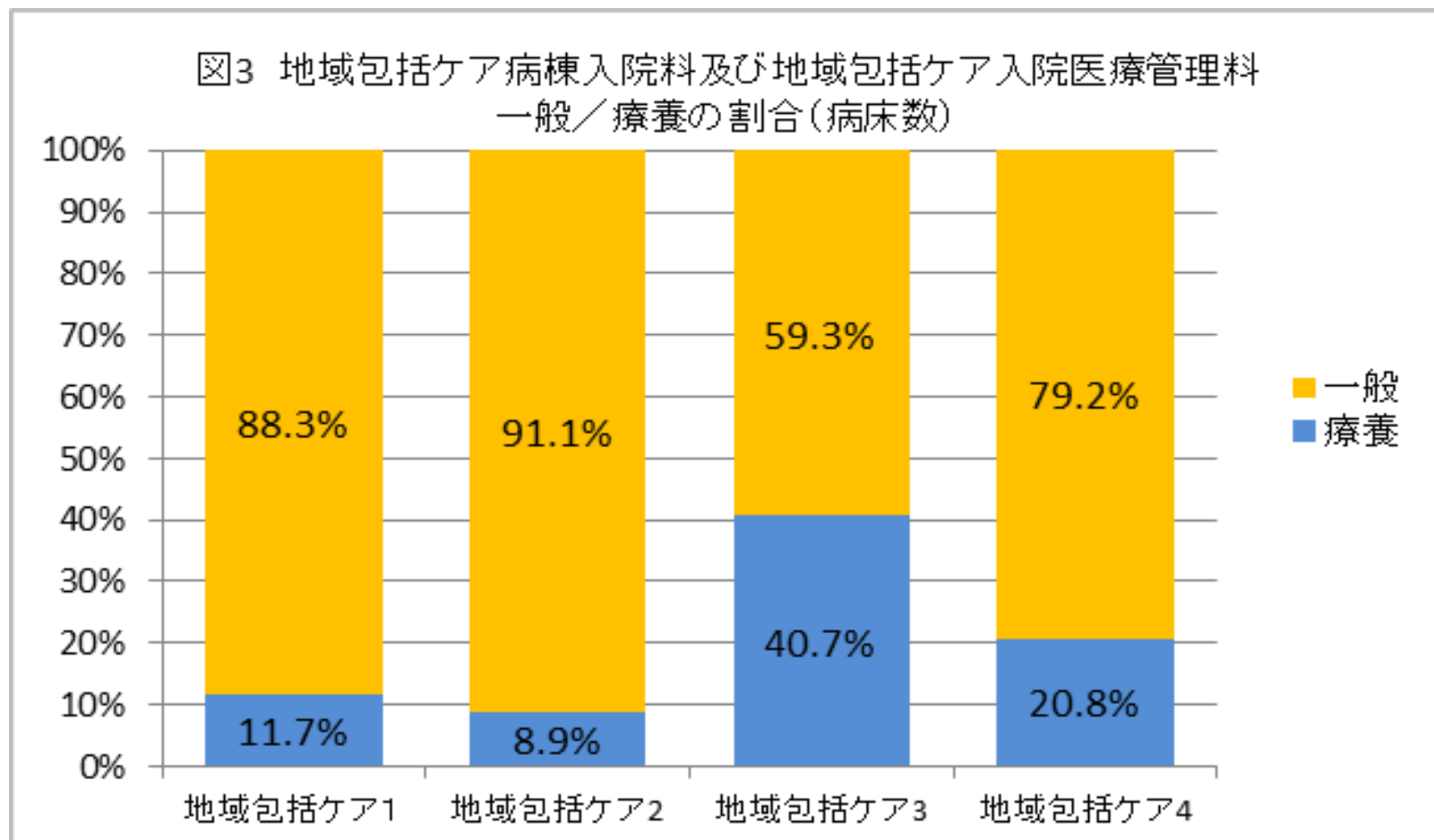
2191病院、73,832 床（2018年6月）



■ 地域包括ケア1
 ■ 地域包括ケア2
 ■ 地域包括ケア3
 ■ 地域包括ケア4
 （日本アルトマーク調べ）

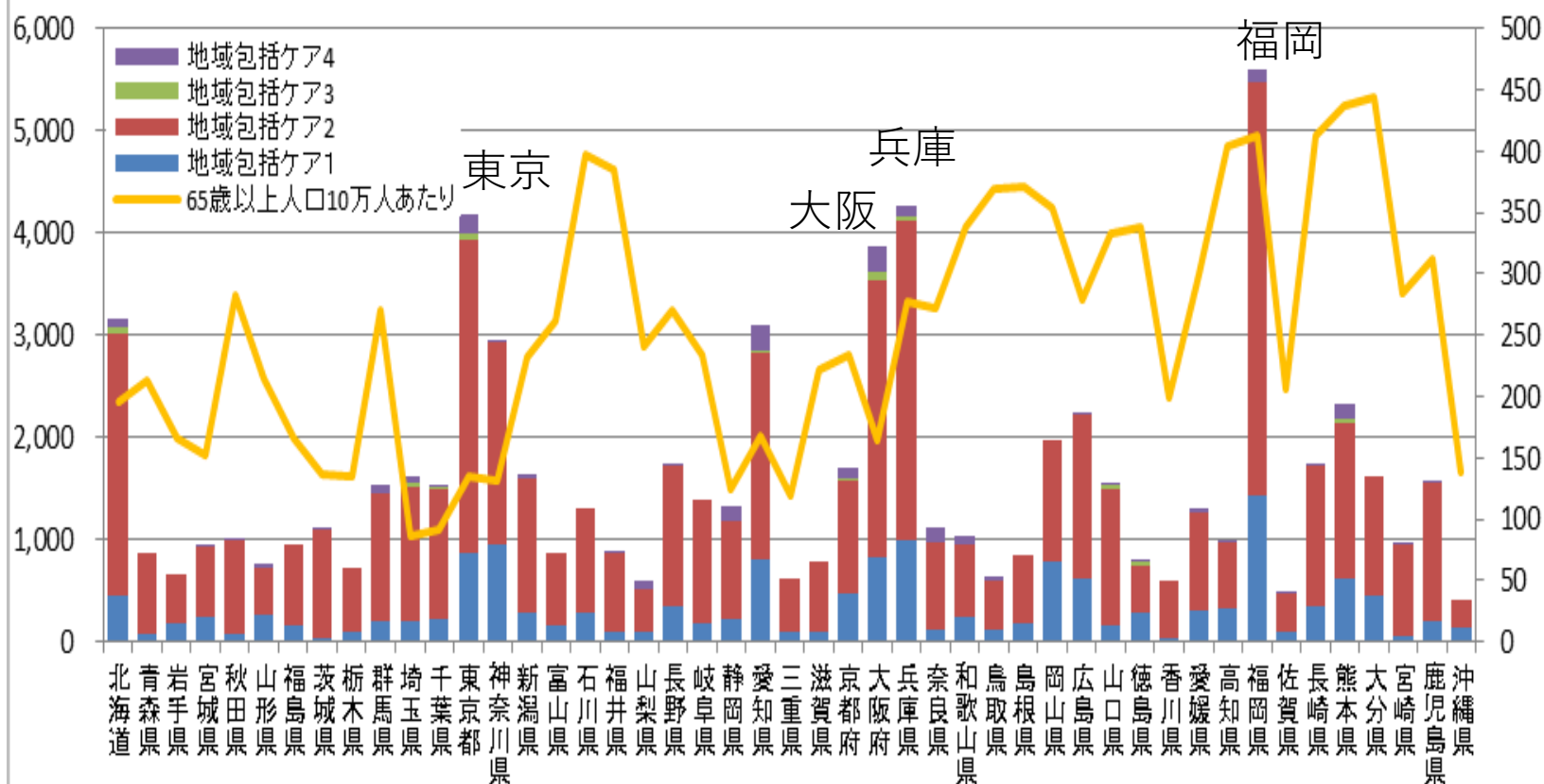
地域包括ケア病棟

一般病床からの転換9割、療養からの転換1割



都道府県別地域包括ケア病棟

図4 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料 都道府県別病床数



地域包括ケア病棟ウェブセミナー (2019年1月21日)

Live Symposium
病院経営

療養病床から60床の
地ケア病棟への転換で、
入院単価
680点アップ
訪問看護ステーション
も併設

一般病床49床を地
ケア病棟に転換、近
隣の病院との連携協
定でポストアキュート
の受け入れ



演者
医療法人十善会 野瀬病院 病院長
野瀬 範久 先生

野瀬病院 (神戸)
(90床)
野瀬範久院長

演者
独立行政法人
地域医療機能推進機構 (JCHO)
東京高輪病院 院長
木村 健二郎 先生

JCHO東京高輪病院
(239床)
木村健二郎院長

座長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤 正樹 先生

国際医療福祉大学
武藤正樹

退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

退院支援から 入退院支援へ



2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

切れ目のない支援

外来・在宅

入院

外来・在宅

退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、
○ 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
○ 外来部門と入院部門（病棟）との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要

病気になったら…
医療

病院：
急性期、回復期、慢性期

日常の医療：
・かかりつけ医、有休診療所
・地域の連携病院
・歯科医療、薬局

・地域包括支援センター
・ケアマネジャー

通院・入院

通所・入所

住まい

・自宅
・サービス付き高齢者向け住宅等

いつまでも元気に暮らすために…
生活支援・介護予防

介護が必要になったら…
介護

■介護予防サービス

地域包括ケアシステムの姿

日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



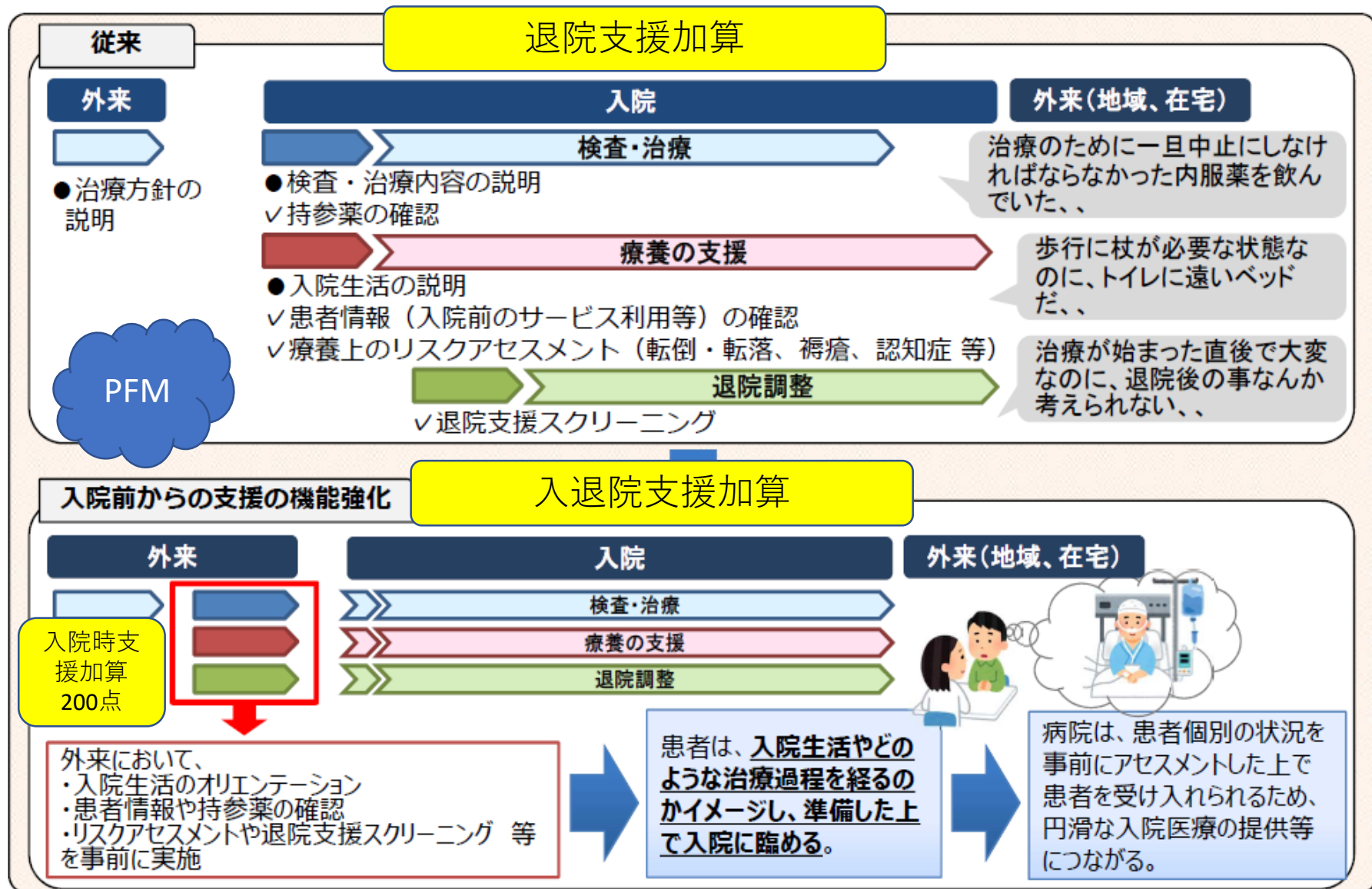
東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
 - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



入院時支援加算（200点）

- 入退院支援加算の加算
- 自宅等からの入院に限る
- 算定要件
 - 入院が決まった患者に対して・・・
 - 入院中の治療、入院計画
 - 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（高齢者総合アセスメント：CGA, Comprehensive Geriatric Assessment)
 - 褥瘡リスク評価
 - 栄養アセスメント
 - 退院困難な要因の有無の評価
 - 入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援計画の立案



今後はERにおける入院時支援が必要

パート 3

どうなる介護医療院？

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月
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）

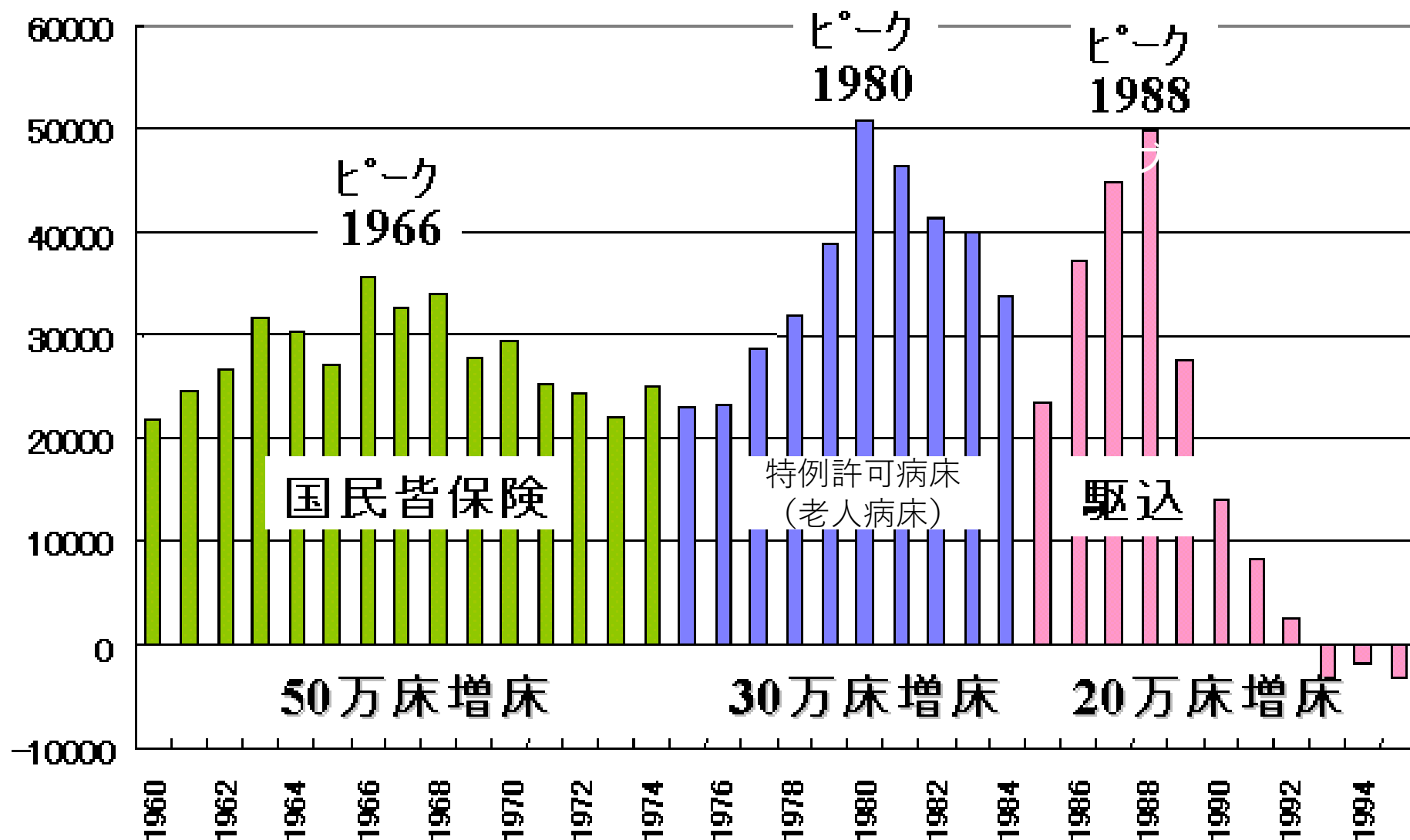
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(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

日本の増床三つのピーク



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	療養機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

（※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。

2017年度末までに廃止

I. 医療機能を内包した施設系サービス

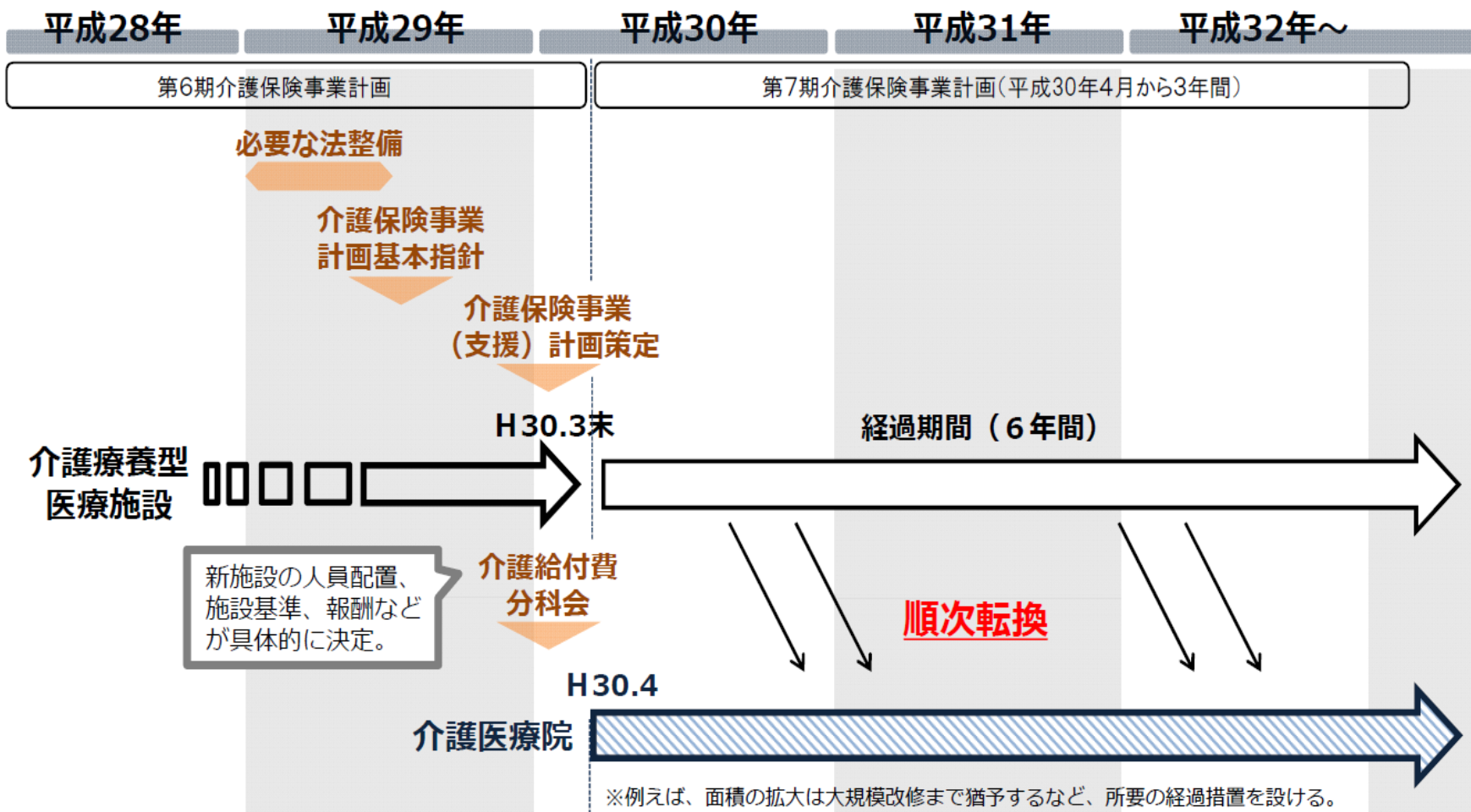
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の <u>長期療養・生活施設</u>	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ <u>生活施設としての機能重視</u> 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 (<u>療養機能強化型A・B相当</u>)	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)	<u>介護療養病床相当</u> (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	<u>老健施設相当以上</u> (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

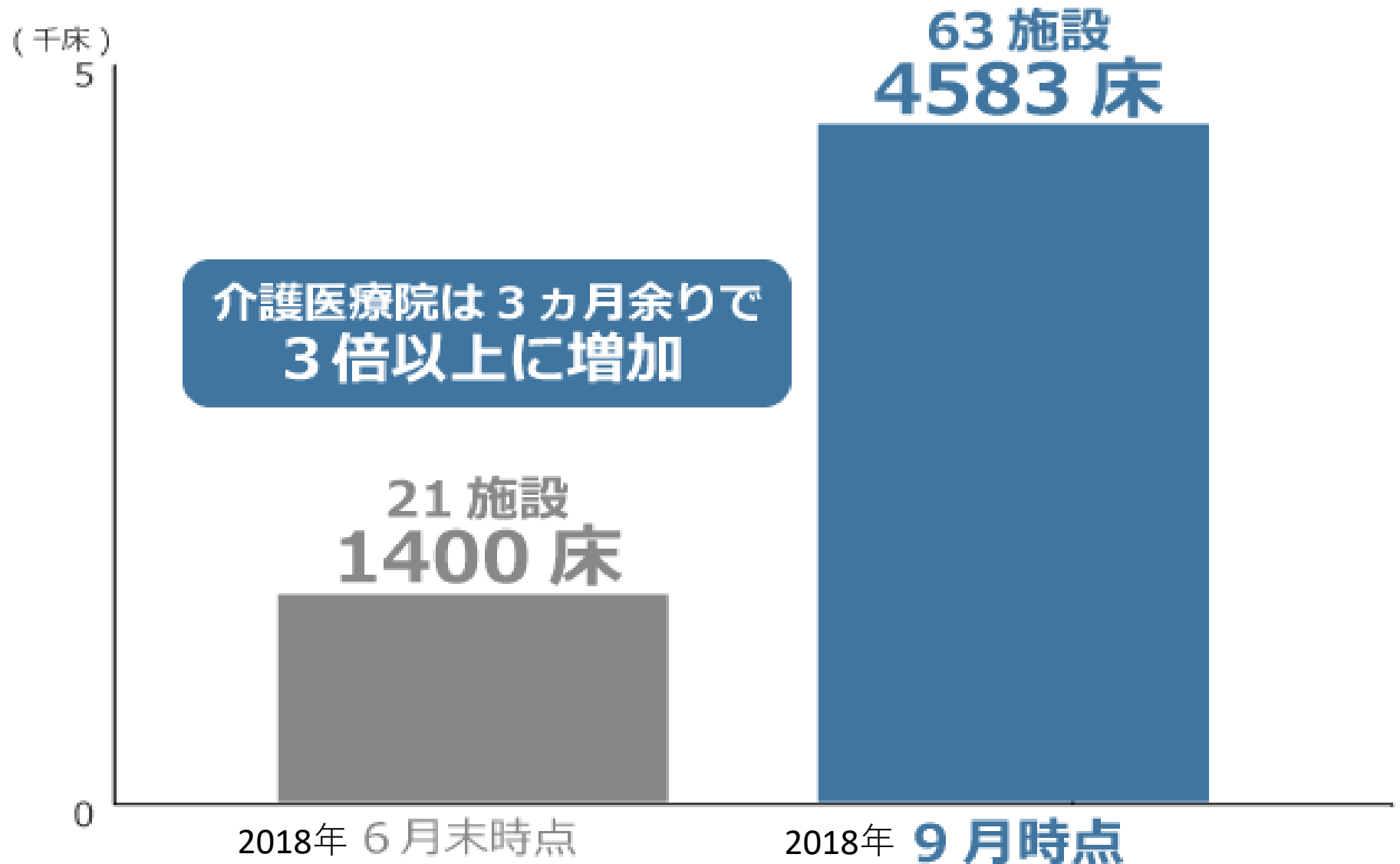
- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



介護医療院のポイント

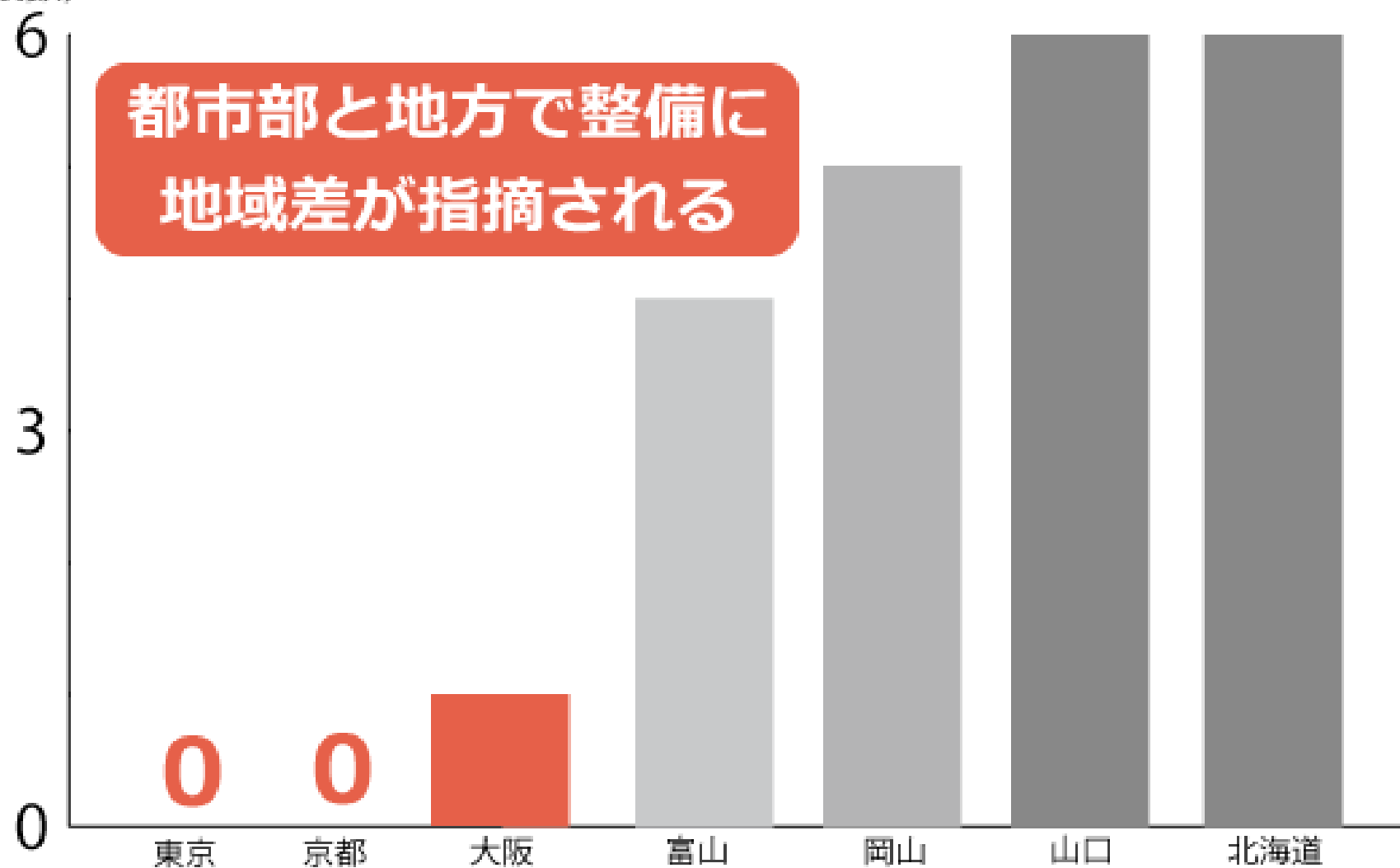
- **【移行定着支援加算】 93単位/日**
 - 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
 - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来 of 介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

介護医療院の療養床数の推移



介護医療院の県別の施設数 (2018年9月時点)

(施設数)



都市部と地方で整備に
地域差が指摘される

介護医療院



療養室



食堂 兼 談話室・レクリエーションルーム

かしま病院介護医療院（2018年10月1日）
福島県いわき市

介護医療院は 究極の医療と介護の連携

▼ 法改正前



▼ 法改正後



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

どうなる地域連携推進法人？

医療と介護の連携法人

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

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



解決の方向性は

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

医療法人の事業展開等に関する検討会



2013年12月

非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

制度の目的等

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

検討の方向性

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

① 理念を共有すること

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

② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

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

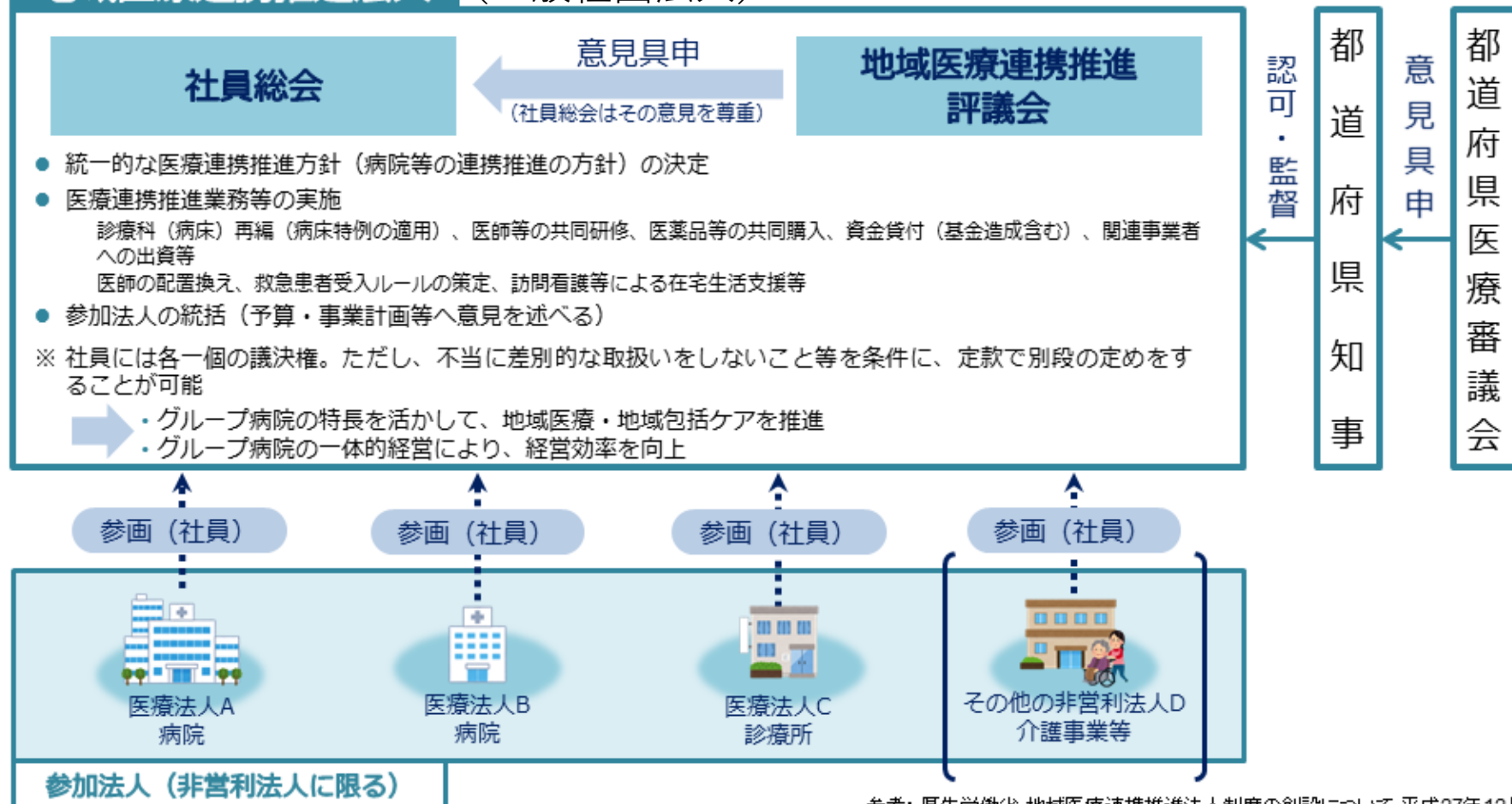
③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

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

地域医療連携推進法人制度について（概要）

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

地域医療連携推進法人（一般社団法人）



参考：厚生労働省 地域医療連携推進法人制度の創設について 平成27年12月

地域医療連携推進法人制度のメリット

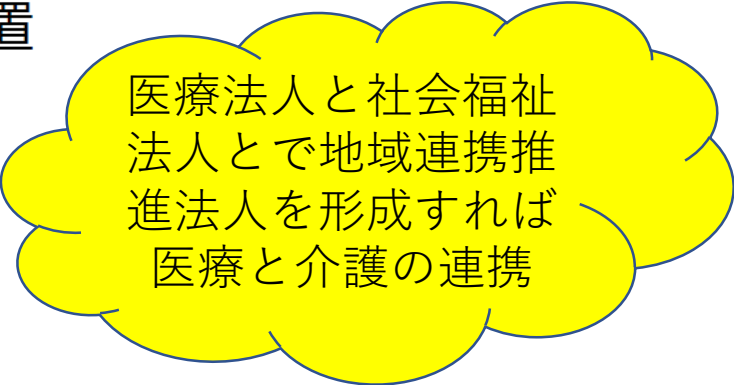
1. 法制度上のメリット

- ① 病床過剰地域においても、地域医療構想達成のため、必要な病床融通を参加法人内で行う事ができる。
- ② 参加法人に対する資金貸付が可能

2. 法人運営上のメリット

- ① 患者紹介・逆紹介の円滑化・・・カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院
- ② **医薬品・医療機器等の共同購入**による経営効率の向上
- ③ 法人内での医師医療機器の適正配置

※診療報酬上のメリットはない
税法上のメリットもない



医療法人と社会福祉法人とで地域連携推進法人を形成すれば
医療と介護の連携

地域連携推進法人（7法人）

都道府県	地域連携推進法人名	認定年月
山形県	日本海ヘルスケアネット	2018年4月1日
福島県	医療戦略研究所	2018年4月1日
千葉県	房総メディカルアライアンス	2018年12月1日
愛媛県	尾三会	2017年4月2日
兵庫県	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	2017年4月3日
広島県	備北メディカルネットワーク	2017年4月2日
鹿児島県	アンマ	2017年4月2日

地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット (2018年1月)

地域で医療や介護サービスを継続して受けられる
基盤づくり
(栗谷理事長)



		病床数等		診療科	職員数	備考
1	地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構					
	日本海総合病院	計	646	27診療科	計 942	救命救急センター PET-CT・ヘリポート・LDR
	酒田医療センター	療養 回復期	35 79	内科、リハビリテーション科	計 107	回復期リハ ディケア
2	医療法人健友会	一般 地域包括ケア 療養 老健施設	80 24 50 100	内科、外科、整形外科、 泌尿器科	計 428	介護老健 訪問看護ステーション 地域包括支援センター 有料老人ホーム
3	医療法人宏友会	診療所 老健施設	6 100	外科、胃腸科、肛門科など	計 160	介護老健 在宅介護支援センター 地域包括支援センター 訪問看護ステーション
4	社会福祉法人光風会	老健施設	100		計 320	介護老健 地域包括支援センター 特別養護老人ホーム
5	一般社団法人酒田地区医師会	会員数	203		計 16	訪問看護ステーション、 スワン
※他、薬剤師会、歯科医師会などが オブザーバー参加		1,170床			総計1,973人	

山形県庄内地方の地域医療連携 推進法人構想（イメージ）

日本海ヘルスケアネットワーク

- 人工透析の検査は
日本海総合病院に一本化
- 医師の派遣
- 薬や資材の共同購入
- 老人保健施設の空き情報の共有 など



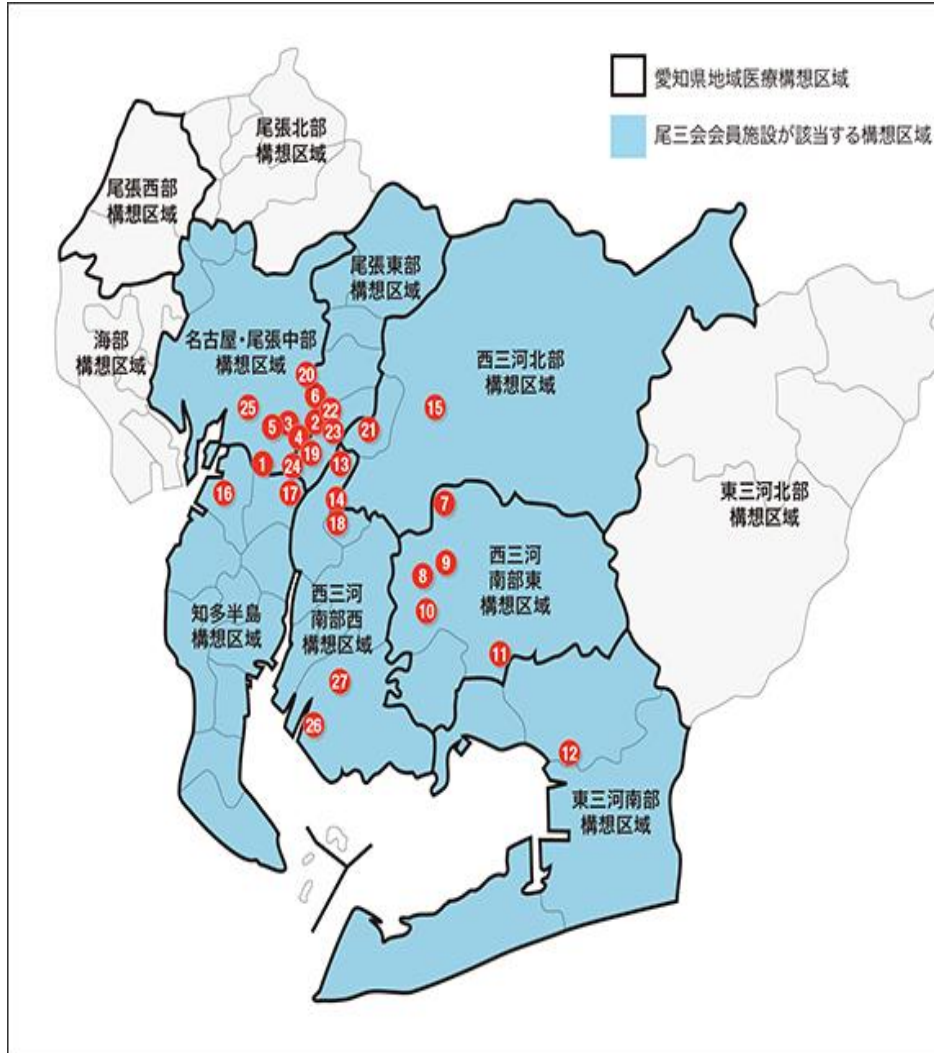
尾三会 地域連携推進法人



藤田保健衛生大学病院
湯澤 由紀夫 病院長

- 回宅区人
 ら在地法
 か、のが
 院こと
 病病、こ
 期のをる
 性期れる
 急性流築語
 度慢の構と
 高、んで」
 「院さ形義
 、医者た一
 は病患し第
 氏のの化の
 澤期で特立
 湯復まに設
- 治和関握て
 ん緩に把れ
 がな用でか
 「少運ま築
 に希の況に
 柱にそ状間
 な院、のの
 き病が宅と
 大学る在域
 の大え、地
 療、備時が
 診げを常係
 はを病はる
 掲棟、関
 院」アてきる
 同療ケしでい
- げ、で」
 広とで
 でこと
 まうこ
 に追う
 患にい
 疾スと
 なれた
 的ムき
 一般一で
 一シが
 をで間氏
 れま仲澤
 そ宅る湯
 「在き（
- し遣築の宮
 と派医給経
 「互、供、
 ト相施材化、
 ツの実人質
 リ等同、均
 メ者共るのる
 る事のよ護げ
 え従務に介拳
 み護業等・を
 に介修入療と
 目・研購医な
 「療や同や化
 医会共化率
 方、強の定効
 一て、勉呂安の

地域連携推進法人尾三会

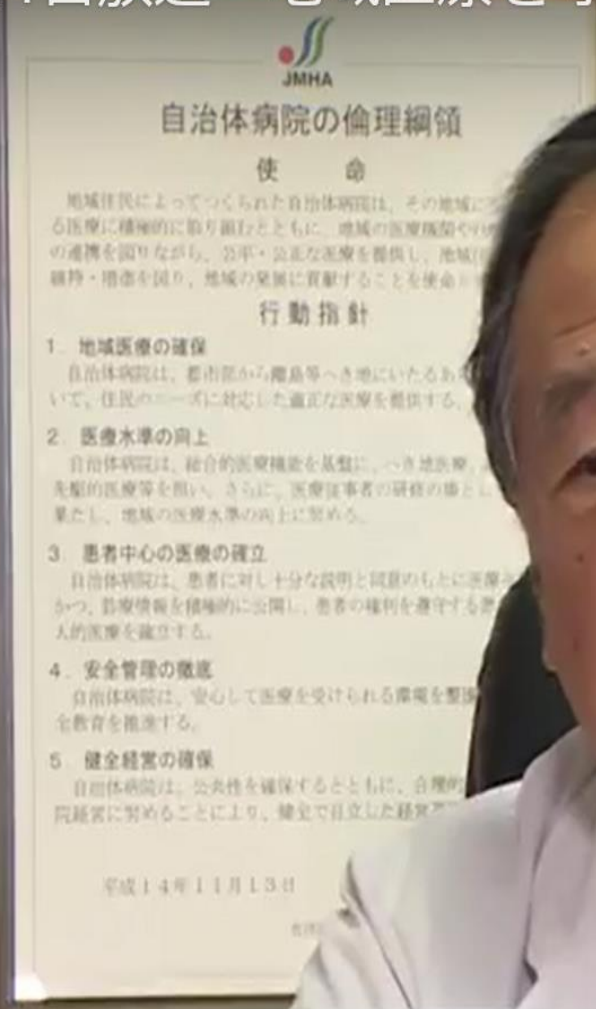


N0.	施設名	所在地
1	南医療生活協同組合 総合病院南生協病院	名古屋市緑区
2	医療法人清水会 相生山病院	名古屋市緑区
3	医療法人なるみ会 第一なるみ病院	名古屋市緑区
4	医療法人コジマ会 ジャパン藤脳クリニック	名古屋市緑区
5	医療法人 みどり訪問クリニック	名古屋市緑区
6	医療法人並木会 並木病院	名古屋市天白区
7	医療法人愛整会 北斗病院	岡崎市
8	医療法人鉄友会 宇野病院	岡崎市
9	医療法人十全会 三嶋内科病院	岡崎市
10	医療法人葵 葵セントラル病院	岡崎市
11	富田病院	岡崎市
12	医療法人宝美会 総合青山病院	豊川市
13	医療法人明和会 辻村外科病院	刈谷市
14	医療法人社団同仁会 一里山・今井病院	刈谷市
15	公益財団法人 豊田地域医療センター	豊田市
16	医療法人贈恩会 小嶋病院	東海市
17	医療法人利靖会 前原整形外科リハビリテーションクリニック	大府市
18	医療法人 秋田病院	知立市
19	学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院	豊明市
20	社会福祉法人あかいけ寿老会 特別養護老人ホーム 寿老苑	日進市
21	たきざわ胃腸科外科	みよし市
22	医療法人名翔会 老人保健施設 和合の里	愛知郡東郷町
23	社会福祉法人東郷福祉会 特別養護老人ホーム イースト・ヴィレッジ	愛知郡東郷町
24	社会福祉法人福田会 特別養護老人ホーム 豊明苑	豊明市
25	医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院	名古屋市南区
26	医療法人社団福祉会 高須病院	西尾市
27	医療法人秀麗会 山尾病院	西尾市

図表2● 連携法人内の連携推進業務

- | |
|-------------------------|
| ① 地域包括ケアモデルの展開 |
| ② 医療・介護従事者向け勉強会や研修業務の連携 |
| ③ 医薬品・診療材料等の共同交渉 |
| ④ 医療事故調査等に関する業務の連携 |
| ⑤ 医療機器の共同交渉 |
| ⑥ 病院給食、介護・福祉給食サービスの共同化 |
| ⑦ 電子カルテ等、システムの共同利用 |
| ⑧ 医療・介護スタッフの派遣に関する連携 |
| ⑨ 職員等の相互派遣 |

備北メディカルネットワーク
設立の動機



広島県の中山間
地域の医師不足
解消が
法人設立の動機

地域医療連携推進法人 備北メディカルネットワーク
代表理事 中西 敏夫
市立三次中央病院 院長

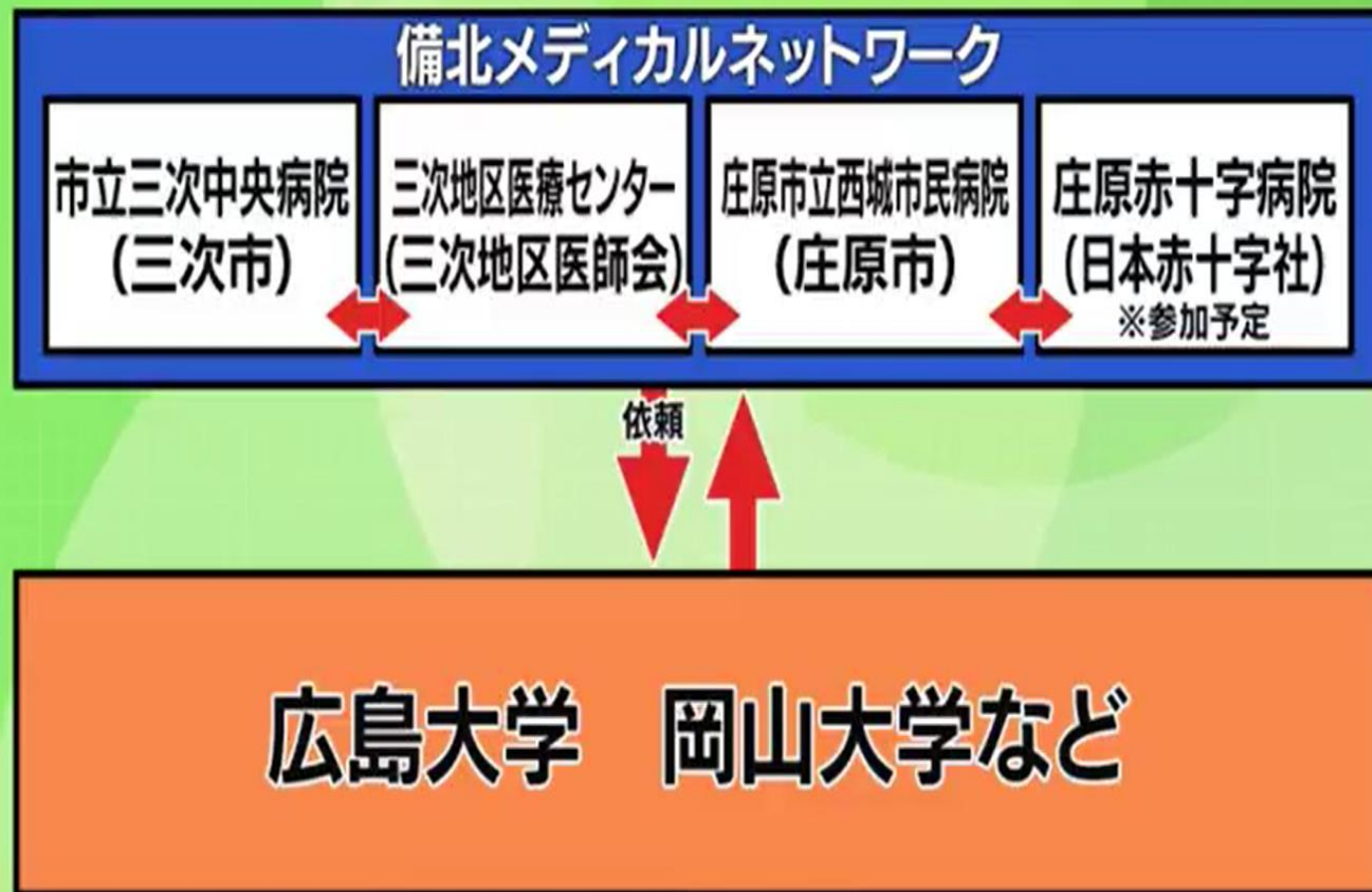
備北メディカルネットワーク

設立の動機





これからの医師確保の形態(配置調整)



備北メディカルネットワーク

設立の動機

医療機関の経営の効率化

備北メディカルネットワーク

市立三次中央病院
350床

三次地区医療センター
150床

庄原市立西城市民病院
54床

庄原赤十字病院
301床

合計855床

共同購入(共同交渉)

医療機器・材料・医薬品など

「地域医療連携推進法人連絡会議」

2019年1月25日厚労省



連携法人に参加して良かった点・期待を上回った点（主な意見）

（１）医療提供体制の充実、施設間の機能分化

- ・ 地域医療構想調整会議等の議論が容易となった。
- ・ 連携推進法人参加の介護老人保健施設、介護老人福祉施設間で機能分化が期待されること。

（２）連携強化

①全般的な連携

- ・ 参加法人間の相談・連携がとりやすくなった。
- ・ 連携法人参加施設同士の意見交換など、今まで一施設では得ることのできなかつた情報を得ることができるようになった。
- ・ 他施設ご担当者様と顔の見える関係が得られ、様々な情報交換ができる点。
- ・ 法人内において、情報提供がスムーズに行える。
- ・ 予想以上に、職種の異なる他の法人の参加があり、地域全体をカバーできること。
- ・ 様々な団体と連携することで、単科病院だけでは解決困難な問題についても対策を進めることができる。特に、身体合併症の重篤な認知症患者など。
- ・ 医療機関単体では、発想できなかった、実施が困難であった事業について、連携法人に参加していることで実施が可能となったこと。また、他の参加法人からも、そういった視点での事業提案がなされるようになっており、そういった土壌が構築されつつある点は期待を上回っている。
- ・ 連携法人参加施設とのコミュニケーションが円滑になった。

2040年
地方は地域連携推進法人
だらけ・・・

医療と介護のクロスロード to 2025

- 本年2月緊急出版！
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から
2018年2月出版
本体価格 1,500円 + 税



今日のまとめ

- ・ 同時改定は地域医療構想と地域包括ケアを下支え
- ・ 診療報酬改定では地域包括ケア病棟に注目
- ・ 介護報酬改定では介護医療院への転換がポイント
- ・ 地域連携推進法人は医療と介護の連携法人

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。患者さんをご紹介します

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