

今月の主な動き

介護報酬が1月25日、診療報酬が2月10日にそれぞれ諮問・答申された。急性期医療への資源集中と介護保険中心の地域包括ケアへという社会保障・税

一体改革の方向性に沿った同時改定の全容が明らかになった。

一方、一体改革の素案決定後、内閣改造で牽引役に岡田副総理を据えるも与野党協議は進まず、消費税関連法案の3月末国会提出に向けて2月17日、素案をそのまま閣議決定した。

行 事	開始時間	場 所
2日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
3日(土) 与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時	ホテル北野屋
3・3近畿総決起集会「ストップ！社会保障と税の一体改悪」	午後3時	大阪・御堂会館
6日(火) 各部会	午後2時	
綴喜医師会との懇談会	午後2時30分	新田辺駅前C I Kビル・3F
10日(土) 医療安全シンポジウム	午後4時	新・都ホテル
バイバイ原発3・10京都 私たちの未来を考える講演会 「福島原発事故の真実～事故がきっかけした原発の危険～」	午後6時30分	京都産業会館・8Fシルクホール
11日(日) 文化講座	午後2時	ルームA・B・C
13日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
14日(水) 医院・住宅新（改）築相談室	午後2時	ルームC
ファイナンシャル相談室	午後1時	ルームC
15日(木) 法律相談室	午後2時	応接室
雇用管理相談室	午後2時	ルームB
16日(金) 手話サークル	午後2時	ルームB
19日(月) 傷害疾病保険審査会	午後2時	アミス
21日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA
22日(木) 保険講習会B	午後2時	ルームA
出版編集会議	午後2時30分	アミス
24日(土) 『点数表改定のポイント』説明会(第2次新点数検討会)	午後2時	京都産業会館・8Fシルクホール (北部：舞鶴メディカルセンター)
27日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
28日(水) 経営相談室	午後2時	アミス

3月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
4月7日(土) コミュニケーション委員会	午後2時	ルームA・B・C
4月21日(土) 舞鶴医師会との懇談会	午後2時30分	舞鶴メディカルセンター
4月22日(日) 文化ハイキングー平家物語ゆかりの史跡を巡るー	午前9時30分	集合・三十三間堂前
4月26日(木) 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』説明会 (第3次新点数検討会)	午後2時	登録会館・大ホール (北部：舞鶴メディカルセンター)

今後の予定

※「ルームA、B、C」、「応接室」及び「アミス」は京都府保険医協会事務所内の会議室の名称です。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲56～60ページ

情勢トピックス

医療・社会保障運動トピックス

渡辺治の政治学入門

政策解説資料

協会だより

情勢 トピックス

医療・社会保障編

一体改革

通常国会に後期高齢者医療制度廃止法案など

厚生省は1月11日、通常国会に提出予定の法案を民主党厚生労働部門会議で明らかにした。継続審議となっている3法案のほかに、予算関連4法案を含む9法案を新たに提出する。社会保障・税一体改革素案に沿って、後期高齢者医療制度廃止を見据えた法案「医療保険制度の安定的運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案（仮称）」も提出する方針。また、予算関連法案として国民健康保険法改正案を提出する。さらに、提出予定以外で検討中の法案として、医療法、介護保険法、薬事法、予防接種法、短時間労働者雇用管理改善法なども示した。（1/13MEDIFAXより）

野田改造内閣、一体改革担当相に岡田副総理

野田改造内閣が1月13日、正式に発足した。社会保障と税の一体改革、行政改革を推し進めるため、岡田克也前幹事長を副総理（一体改革担当相）に起用。小宮山洋子厚生労働大臣は留任した。（1/16MEDIFAXより）

難病対策、法制化視野に具体的検討を開始

厚生省の厚生科学審議会・疾病対策部会難病対策委員会は1月17日、2011年12月の「中間的整理」を受けて、今後、法制化を視野に入れつつ「研究の推進」「医療体制の整備」「在宅看護・介護」などの柱に沿って具体的な検討を進めていくことで一致した。また、各論を検討するため「難病研究・医療体制WG」「在宅看護・介護等WG」の設置も決めた。（1/18MEDIFAXより）

12年度は「新生在宅医療・介護元年」

厚生省医政局は2012年度を「新生在宅医療・介護元年」と位置付けるなどの考えを、1月20日の厚生労働関係部局長会議で大谷泰夫局長が示した。療養の場と看取りの場の確保は喫緊の問題であるとして12年度予算案に「在宅医療・介護推進プロジェクト」として計35億円を計上し、人材育成や在宅医療連携拠点などの実施拠点整備や個別疾患に対応するサービスの充実・支援を推進。在宅医療連携拠点事業では、地域特性モデル、主体によるモデル、対象疾患によるモデルなど各種モデルごとに事業展開し、データ収集・分析を行う。

13-17年度の新たな医療計画に向けて、各都道府県は12年度中に計画を策定する必要がある。「医療計画作成指針」は3月はじめにも通知を発出する見通し。（1/21MEDIFAXより）

消費増税1%で社会保障「充実」、4%で「安定化」

政府は1月20日、社会保障・税一体改革の関係5大臣会合を開き、一体改革の広報に関する基本方針をまとめた。消費税の増税5%分については、社会保障の充実に1%程度（2.7兆円）、社会保障の安定化に4%程度（10.8兆円）を充てると説明する方針だ。これまでは、機能強化に3%分、機能維持に1%分、消費税引き上げに伴う社会保障支出等の増に1%分を充てると説明していた。しかし、民主党内などには、社会保障支出等の「等」を疑問視する声があった。「等」に防衛費などが含まれていると政府側から聞いた民主党議員もいる。今回の基本方針では、「増税分は、全額社会保障財源化し、国民に還元。官の肥大化には使わない」と記している。（1/23MEDIFAXより）

在宅医療推進へ「地域拠点薬局」整備／医薬食品局

厚生労働省は在宅医療を推進するため、2012年度事業でモデル的に地域拠点薬局を整備し、無菌調剤室の共同利用体制を構築する。地域単位での医療用麻薬の在庫管理システムも開発する。

厚生省は、高い無菌性が必要な注射薬・輸液の調剤を身近な薬局でできるようにするため、省令改正を行って他の薬局の無菌調剤室を利用できるようにする考えで、パブリックコメントの募集を1月24日まで行っている。医薬食品局は「在宅医療提供拠点

薬局整備事業」として12年度予算案に1億6000万円を計上。医政局の「在宅医療連携拠点事業」を展開する病院・診療所と連携する地域薬剤師会運営の薬局に対し、無菌調剤室の設置費用を助成し、16カ所を地域拠点薬局として整備する。

地域拠点薬局に設置する無菌調剤室を共同利用することで、在宅医療で必要となる▽疼痛緩和で使用する持続点滴の医療用麻薬などの注射剤▽経管栄養の高齢者や小児に向けた高カロリー輸液—などを調剤できるようにする。（1/23MEDIFAXより）

認証制度、「特定行為」具体化へ議論開始

厚労省は1月24日、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」に対して、「特定行為」の具体化の議論に向けたたたき台を提示し、議論を求めた。法制化に向けて賛否双方の意見が上がったが、大谷医政局長は「法案の提出を目指す。会期内に目指すことを最初から断念しているわけではないが、関係者の理解の中で円滑に推進する必要がある」とした。具体的な特定行為の分類についてたたき台は「指示の包括性（判断の難易度）」と「行為の侵襲性（行為の難易度）」の2つを評価基準とする考え方を示した。（1/25MEDIFAXより）

通常国会が召集

第180回通常国会が1月24日に召集された。会期は6月21日までの150日間。一体改革に関連して3月中旬に提出される消費税率引き上げを含んだ税制抜本改革関連法案の審議が焦点となる。厚労省の主な法案には、2月中旬に提出予定の国民健康保険法改正案や国民年金法改正案、3月中旬提出予定の医療保険制度の安定的運営を図るための健康保険法等改正案（高齢者医療制度の見直しに関する法案）や障害者自立支援法改正案など。（1/25MEDIFAXより）

後期高齢者医療、廃止法案は「暴挙」／知事会が廃止に反対

1月24日に開かれた「国保制度の基盤強化に関する国と地方の協議」で、全国知事会は後期高齢者医療制度廃止への反対姿勢を明確にした意見書を提出した。社会保障・税一体改革素案で廃止関連法案を通常国会に提出する方針が明記されたことを受け「高齢者医療制度に関する協議は一切行っていない中で、現行制度の廃止法案の提出を断行しようとすることは暴挙と言わざるを得ず、断じて認めること

はできない」と批判した。

知事会の意見書は、厚生労働省の高齢者医療制度改革会議による2010年の最終取りまとめの内容について「最も重要な課題である財源論が欠如している」などと批判し、「現行制度の改悪と言わざるを得ない」と問題視している。

「国と地方の協議」に知事会から参加した福田富一・栃木県知事（医療保険制度改革プロジェクトチームリーダー）は「現行制度はすでに定着しているので、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めるべき」と述べた。協議終了後、記者団の取材に応じた福田知事は、制度廃止をめぐる国などとの協議に応じる姿勢は示しつつも「どういう制度を新しくつくるのか議論をして、納得がいかなければ法案提出については認められないことになると思う」と話した。（1/25MEDIFAXより）

高齢者医療制度の見直しで2月中に要綱案

民主党の医療・介護ワーキングチームは1月24日に役員会を開き、法案提出予定の高齢者医療制度の見直しについて、厚生労働部門会議の考え方を2月中にまとめることを確認。全国知事会や関係団体との協議をスタートさせる。まとめた後は部門会議に報告し、政策調査会の了承も得る方針。社保審・医療部会とも連携する。

「国保制度の基盤強化に関する国と地方の協議」では、全国知事会は後期高齢者医療制度廃止への反対姿勢を明確にした意見書を提出した。

（1/25MEDIFAXより）

急性期病床群、根強い慎重論も議論前進

厚労省の「急性期医療に関する作業グループ」は1月26日、3回目の会合を開いた。医療法に「急性期病床群（仮称）」を位置付けることについて、医療提供側委員の慎重論は依然、根強いものの、議論が平行線をたどった前回会合と異なり、建設的な提案もあった。

横倉構成員（日医副会長）は日医総研の「自治体病院における救急告示病院の構成比（2009年度）」データを提示しながら、不採算地区で看護配置15対1病院の8割強が救急告示をしているのに対して、人口密集地区の15対1病院の救急告示は1割未満にとどまっているとし、全国一律に制度設計することの難しさを強調。（1/27MEDIFAXより）

厚労省が一体改革の方向性を説明／社会保障審議会

社会保障審議会が1月30日開かれ、厚労省側が出席委員に対し、社会保障・税一体改革素案や日本の将来人口推計などを説明した。

素案の概要を解説した厚労省の香取照幸政策統括官（社会保障担当）は▽消費税5%引き上げ分の財源13.5兆円程度のうち、0.8兆円程度を消費税引き上げに伴う物価上昇による年金・診療報酬などの支出増に当てる▽改革の達成度は社会保障・税一体改革成案（2011年6月）で示したシミュレーションとの対比によって事後的に評価できる一などの説明を行った。（1/31MEDIFAXより）

政府、「行革実行本部」を設置

政府は1月31日の閣議で、全閣僚をメンバーとする行政改革実行本部（本部長＝野田佳彦首相）の設置を決めた。閣議後に実行本部の初会合があり、野田首相は「行政改革は、社会保障と税の一体改革に合わせて包括的に進めていかなければならない政府の重要課題」と述べた。（2/1MEDIFAXより）

一体改革で「情報発信推進室」を設置／内閣官房に

政府は1月31日、社会保障・税一体改革に関する情報発信を強化するため、内閣官房に「社会保障・税一体改革情報発信推進室」を設置した。室長には迫田英典・内閣審議官が就く。岡田克也副総理（一体改革担当相）は会見で、「国民の声に耳を傾ける双方向の対話を実践していく」と述べた。

（2/1MEDIFAXより）

日医が一体改革素案について見解、大枠は評価

日本医師会は2月1日の定例会見で、社会保障・税一体改革素案について見解を発表した。「社会保障の機能強化と持続可能性の確保を目指す」「消費税率の引き上げ」など大枠の理念には理解を示し、「方向性は同じ」「異論はない」と評価した。ただ、医療機関の控除対象外消費税問題や急性期病床の位置付けなど個別の項目には注文を付けた。

消費税の「社会保障目的税化」について、「厳密に言えば、消費税収の範囲で必要費用を賄うことを意味しており、不足した場合には消費税率を引き上げるか、必要費用を範囲内に圧縮するしかない」と指摘。消費税収が不足した場合には他の財源も充当す

ることを維持すべきと提案した。

控除対象外消費税について、高額投資にかかる負担への手当てや検証する場の設置などが記載されたことを評価。ただ、今回の改正は8%引き上げ時まで限定すべきとし、「10%引き上げ時には、仕入税額控除が可能な税制に改め、患者負担を増やさない制度を求める」とした。

公的医療保険制度の在り方では、日医として「国民の安心を約束する医療保険制度」を提案していると説明。素案を受け、全国一本化を4段階で進める道筋に一部修正を加えている。医師確保対策では2011年4月に発表した「医師養成についての日医の提案」の意義をあらためて説明した。

医療提供体制では、「急性期病床の明確化」の方針に対して「急性期医療と在宅医療の中間に立つ一般病院や診療所の機能強化が重要」と述べ、医療法への位置付けに向けた急性期病床群（仮称）の議論に警戒感を示した。「一般病棟における長期入院の適正化」についてはDPC病院の在院日数の推移などを示し「平均在院日数の短縮化が限界に来ているのではないかと指摘。「在宅医療の拠点となる医療機関」には地域医師会が調整の役割を果たすべきと提案した。

「チーム医療の推進」では、看護師特定能力認証制度に反対する意思をあらためて示した。新たな資格の創設が看護師不足を招き、一般の看護師の業務を縮小させると懸念を示した。

「地域包括ケアシステムの構築」では、「在宅」「居宅」「居住系施設」などの定義を明確にする必要があるとし、有料老人ホームなどの「集合住宅」へのサービス提供は新たな報酬体系を作るよう提案した。介護予防・重度化予防はケアマネジメントがカギになるとし、医療と介護の連携には多職種による退院調整のカンファレンスが必須と述べた。

「総合合算制度」の前提となる番号制度の導入については、「公平な負担と給付のために所得や保険料を捕捉するシステムが必要」と理解を示した。ただ、番号制度が社会保障の現物サービス給付に持ち込まれることに危惧を示した。（2/2MEDIFAXより）

民主、マイナンバー法案などを「条件付き承認」

民主党は2月8日、社会保障と税の一体改革調査会・内閣部門会議・総務部門会議の合同会議を開き、社会保障・税番号制度の整備に向けた「マイナンバー関連法案」「地方公共団体情報システム機構法案」

について政府側から説明を受けた。党側は、番号制度運用のために新設する地方公共団体情報システム機構の理事長らを一般公募することを条件に、法案を了承した。

政府は、自治体が共同して住民基本台帳に絡む事務などを処理するために、地方公共団体情報システム機構を新設する方針だ。合同会議の出席者によると、役所から機構への「天下り」を懸念する声が上がったほか、番号制度導入とともに歳入庁創設に向けた努力をしていくべきとの意見が出たという。

（2/9MEDIFAXより）

TPP

米政府がTPPで非公式伝達「混合診療は対象外」

米通商代表部（USTR）が環太平洋連携協定（TPP）への参加交渉や事前協議で、混合診療の全面解禁を対象外とする方針を日本政府に非公式に伝えていたことが1月22日、分かった。政府は月内にも米国との事前協議を開始する。

ただ、米側は医薬品規制の見直しなどは譲歩しない構え。混合診療の全面解禁をTPPとは別の枠組みで日本に要求する可能性もある。

（1/24MEDIFAXより）

TPP問題で日医・原中会長「危険性を感じている」

日医・原中勝征会長は1月25日、日本外国特派員協会で会見し、今後のTPP交渉について記者団から「皆保険を維持、存続する戦いは終わったのか」と問われ、「危険性を感じている」と述べ、警戒感を示した。原中会長はTPPそのものには反対するわけではないが、公的医療保険制度を除外するとの名言がなければ、認めることはできないと主張した。

（1/26MEDIFAXより）

全品目が交渉対象／TPPで政府表明、米国と初の事前協議

日米両政府は2月7日（日本時間2月8日）、米ワシントンで日本の環太平洋連携協定（TPP）交渉参加に向けた初の事前協議を行い、日本側はコメを含む全品目を自由化交渉の対象にする考えを表明した。米側は自動車、保険、農産品の市場開放を求める産業界からの要望項目を紹介。ただ、米政府の意

見は固まっていないとして提示を見送った。

日本の外務省は米政府が公的医療保険制度の廃止や単純労働者の受け入れを求めない方針を示したことを明らかにした。（2/10MEDIFAXより）

中医協

「現時点の骨子」で再診料回復めぐり攻防

中医協は1月13日の総会で、2012年度診療報酬改定に向けて年末までの議論を整理した「現時点の骨子」を提示。2つの重点課題と4つの視点を盛り込んだ。

その中には診療側が求めている再診料引き上げの項目が盛り込まれておらず、診療側は再診料の回復を議論の俎上に乗せるよう要求。これに対して支払い側は反発。厚労省は議論を踏まえ、次回総会に骨子の取りまとめ案を提示し、了承が取り付けられれば1月18日にパブリックコメントを出したい考え。

●重点課題1 一勤務医の負担軽減一

「重点課題1」は、急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医らの負担軽減が柱。▽救急・周産期医療の推進▽病院医療従事者の勤務体制の改善などの取り組み▽救急外来や外来診療の機能分化の推進などを盛り込んでいる。具体的には、13対1、15対1一般病棟入院基本料で、急性期後の患者らを受け入れた場合の評価の新設を記載。2次救急医療機関で深夜、土曜、休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療を評価するため、新たな医学管理料を新設するとした。同一日の2科目の再診の評価の検討や、精神病床などに入院中の患者が透析などのため他医療機関を受診した場合の評価の見直し、地域医療貢献加算の再編成の検討も盛り込んだ。このほか、病棟薬剤師や歯科などを含むチーム医療の促進にも言及している。

●重点課題2 一役割分担と連携強化、在宅医療の充実一

「重点課題2」は、医療と介護の役割分担の明確化と、地域での連携体制の強化の推進、地域生活を支える在宅医療などの充実が柱。▽在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携促進▽看取りに至るまでの医療の充実▽早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取り組みの促進などについてまとめた。在宅での緩和ケアを充実する観点から、在宅医療を担う医療機関の医師と緩和ケア病棟などの専門の医師が連携して診療を行う場合の評価や、特別

養護老人ホームの配置医師と、在支診、在支病といった外部の医師が連携して特養で看取りを行った場合に対する評価を盛り込んだ。医療依存度の高い介護保険優先の患者に対し、退院直後の2週間に限って特別訪問看護指示に基づき医療保険で訪問看護が提供できることの明確化も記載。▽在宅歯科、在宅薬剤管理の充実▽訪問看護の充実▽医療・介護の円滑な連携—も盛り込んだ。

●視点1 —充実が求められる分野—

充実が求められる分野を適切に評価していく視点では▽がん▽生活習慣病▽精神疾患▽認知症▽リハビリテーションなどの分野に言及。がん診療連携拠点病院加算について、悪性腫瘍の疑いで紹介された患者らについても算定できるよう要件を変更することや、精神科救急医療機関と精神科医療機関の連携に対する評価の新設などを盛り込んだ。リハビリ関連では、回復期リハビリ病棟入院料について、より充実した体制で重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価の新設などを示した。▽感染症対策の推進▽生活の質に配慮した歯科医療の推進▽医療技術の適正な評価▽イノベーションの適切な評価—にも触れている。

●視点2 —患者が納得でき安心・安全な医療の実現—

患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点では▽医療安全対策などの推進▽患者に対する相談支援体制の充実など▽診療報酬点数表の用語・技術の平易化、簡素化—について記載。患者らに対する相談窓口の設置など患者サポート体制を充実するとともに、院内トラブルに対する具体的な対応策をあらかじめ準備し患者の不安解消に積極的に取り組む医療機関への評価の新設などを盛り込んだ。栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算については、算定している医療機関が多いことから、実施体制が全医療機関で確保されつつあることを踏まえて入院基本料と特定入院料で包括して評価を行うとした。

●視点3 —機能分化と連携で効率的な医療の実現—

医療機能の分化と連携などを通じて質が高く効率的な医療を実現する視点では▽病院機能に合わせた効率的な入院医療▽慢性期入院医療の適切な評価▽診療所の機能に着目した評価などを盛り込んだ。一般病棟入院基本料、特定機能病院（一般病棟）などの7対1入院基本料の算定要件（平均在院日数、看護必要度などの基準を満たす患者割合）の見直しを行うことも記載。一般病棟入院基本料、特定機能病

院（一般病棟）の10対1入院基本料などについても、看護必要度などに関する評価を要件化し、看護必要度などの基準を満たす患者割合が一定程度以上の医療機関については評価を行うとした。

亜急性期入院医療管理料については、回復期リハビリ病棟入院料と比較しつつ、適切な評価体系に整理するとした。一般病棟入院基本料（13対1、15対1）算定の病棟に限定して特定除外制度の見直しを行うことや、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、有床診療所に即した緩和ケア診療や、ターミナルケアに関する評価を新設することも記載した。このほか▽医療の提供が困難な地域に配慮した評価▽医療機関間の連携に着目した評価▽調剤報酬—についても言及した。

●視点4 —適正化の視点—

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点では「後発医薬品の使用促進」をはじめ▽平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取り組み▽医薬品・医療材料・検査の適正評価▽相対的な治療効果が低くなった技術等の適正な評価—を盛り込んだ。

人工腎臓については、包括されている医薬品の実勢価格やエリスロポエチン製剤などの使用実態を踏まえた点数の見直しを行うとともに、慢性維持透析の合併症などに対して有効性が明らかになりつつある新しい血液透析濾過についての評価を新設することが盛り込まれた。

コンタクトレンズに関する診療報酬上の評価については「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の中間報告書の指摘を踏まえ、検査に関する必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取り扱いについて見直しを行うとしている。

「平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取り組み」については、7対1入院基本料の算定要件の見直しや一般病棟の長期療養患者の評価などを挙げた。「後発医薬品の「使用促進」では、現行の加算の要件（数量ベースでの後発医薬品の使用割合が20%以上、25%以上および30%以上）について、22%以上、30%以上および35%以上に改めるとともに評価については軽重を付ける。医療機関での後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行要件に「30%以上」の評価を加えることや、医師が処方せんを交付する場合には、一般名処方を

行うことを推進することなどを挙げた。
(1/16MEDIFAXより)

中医協で診療側から消費税の「診療報酬での手当をやめるべき」

厚労省は1月13日の中医協総会で、一体改革素案の消費税率引き上げについて報告。診療側の安達委員は「検証の場を早急に設置し、社会保険診療にかかる消費税分の手当を診療報酬で行うという手法はやめてもらいたい」と主張。鈴木委員も「速やかに中医協に消費税の検証の場を設け、税率が10%に上がる際の抜本的な検討を行うという解釈でよいのか」と質問した。

これに対し厚労省は、「医療機関の控除対象外消費税に関わる検討の場が設けられていなかったため、関係者が共通に検討できる場を設けることにした」とした。(1/16MEDIFAXより)

12年度改定パブコメめぐり支払い側が難色、再診料は「参考資料」に

1月18日の中医協総会では、2012年度診療報酬改定のパブリックコメント募集に再診料見直しを含めるかどうかをめぐり、診療側と支払い側が対立した。厚労省は、すでに各側が合意しているテーマを「現時点の骨子案」としてまとめ、総会に提示。意見が一致しなかった部分については骨子案から切り離し、双方の意見を対比表形式にまとめて総会に出した。厚労省はこの資料の両方についてパブコメを求めようとしたが、未合意の再診料論議まで意見募集することに支払い側が難色を示し、総会は一時的に中断。調整の結果、未合意部分は参考資料扱いとすることなどで、パブコメを求めることが決まった。
(1/19MEDIFAXより)

全国19医療圏の中小病院対象に要件緩和

厚労省は1月18日の中医協総会に、医療資源が限られている全国19の医療圏を対象に200床未満で看護配置13対1、15対1の病院を中心に一定の項目について施設要件を緩和する案を提示。
(1/19MEDIFAXより)

介護職のたん吸引、診療側委員が懸念

1月18日の中医協総会では、「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正で、一定の条件下での実施を認めた介護職員らによるたんの吸引をめぐり、事故

が起きた際の責任の所在や、医師との連携の在り方などを懸念する声が診療側委員から上がった。安達委員は「一番の問題は刑事（訴訟）」で、福島県立大野病院事件に言及し「医師の指示そのものが適切でなかったと拡大的に解釈して立件…が起こることを考えると非常に物騒の話」。西澤委員は、在宅で緊急事態が起きた際に医師が駆けつけることについて「普通の主治医段階で24時間対応が可能とは思えない」と指摘した。(1/19MEDIFAXより)

中医協が公聴会

中医協は1月20日、愛知県津島市で公聴会を開催。公募の中から公益委員が選んだ11人が発言した。支払い側の発言者からは、限られた医療費を効率的に投入すべきといった意見や、医療費のあり方が国民に分かりづらいといった指摘が出された。診療側の発言者からは、今後重要になる有床診療所を評価すべきといった声や、超高齢社会に備えて長期的ブランドデザインを持ちながら地域医療と診療報酬のあり方を検討すべきといった意見が出された。
(1/23MEDIFAXより)

中医協、薬価案を了承、追加下げは長期品0.86%・後発品0.33%

中医協は1月25日、薬価専門部会と総会を開き「2012年度薬価算定基準案」を了承した。長期収載品の薬価を0.86%、後発医薬品の薬価を0.33%それぞれ追加で引き下げること盛り込んでいる。厚労省はこの基準に基づいて改定薬価を算定し2月初めに製薬会社に内示。企業からの意見聴取などを経て3月上旬をめどに改定薬価を告示する予定。
(1/27MEDIFAXより)

「再診料回復」なし、依然平行線

厚労省は1月27日の中医協総会で、点数等を伏せた「個別改定項目」を提示。その中に再診料の復点は盛り込まれなかった。診療側委員と支払い側委員の主張は平行線を辿った。安達委員は「優先順位の問題で支払い側が再診料引き上げに反対したことは理解したが、実際に再診料の優先順位が低くなったことは納得していない」とし、「再診料が何を評価しているのか。改訂後に検討の場をつくってほしい。付帯意見として書き込んでほしい」と要望した。
(1/30MEDIFAXより)

先進・高度医療、年間総額173億円、患者負担98億円

厚労省は1月27日の中医協総会に先進医療の実績報告を提示した。2010年7月1日から11年6月30日までの1年間の先進医療・高度医療の総金額は約173億5000万円で、うち保険外併用療養費として保険給付されたのは約75億4000万円、患者の自己負担となる先進医療費用は約98億円。11年6月30日現在で先進医療・高度医療は123種類、実施医療機関数は522施設。患者数は1万4505人だった。

（1/30MEDIFAXより）

引き続き個別改定項目の審議

中医協は1月30日の総会で引き続き個別改定項目の審議を行った。大病院と中小病院が連携しながら院内感染対策に取り組む新加算を提示。おおむね了承された。◇医療機関が「緩和ケア病棟入院料」と「緩和ケア診療加算」を算定しやすくするために厚労省が施設要件から「日本医療機能評価機構」の項目を削除したことをめぐり、診療側・支払い側双方から異論。◇DPC/PDPS制度の見直しに向け、調整係数の調整部分を機能評価係数Ⅱに置き換える割合について前回改定の25%と合わせて50%分とする方針を打ち出したが、一部の医療機関で大きな影響を受けることが判明。25%のままとする案を示した。◇入院基本料等加算の簡素化の一環として療養病棟療養環境加算について、医療法の基準を下回る「加算3」と「加算4」を骨子案で評価しない方向を示していたが、加算名称を変え継続させる案を提示した。◇「患者サポート体制充実加算」の新設を盛り込んだ。患者の不安解消や院内トラブルの回避を狙ったもので、患者の相談に対応できる体制をとった医療機関を評価。◇認知症に対する医療の充実に向け、短期集中的な認知症治療に対する評価を拡充。◇明細書無料発行の普及に向けた取り組み案を提示。2014年度以降は400床以上の大病院に免除規定を認めない。高額な発行手数料はふさわしくないことを周知。公費補助などで一部負担金が発生しない患者に対しても発行に努めるよう促す、など。

（1/31MEDIFAXより）

療養病棟療養環境加算、3・4は名称変更し 存続／中医協総会

厚生労働省は2012年度診療報酬改定に向け入院基本料等加算の簡素化の一環として療養病棟療養環境

加算について、医療法の基準を下回る「加算3」と「加算4」を骨子案で評価しない方向を示していたが、1月30日に示した個別改定項目（いわゆる短冊）では、加算の名称を変え、継続させる案を提示した。同加算をめぐるのは、慢性期病院関係者から存続を求める声が上がっていた。

短冊では、加算3と加算4について「療養病棟療養環境改善加算1」と「療養病棟療養環境改善加算2」に改編する。両加算は、医療法上の原則は満たさないものの医療法の経過措置として施設基準の緩和が認められている医療機関だけを対象にする。同加算を算定できる期間は、増築または全面的な改築を行うまでの間とするが、療養環境の改善のための計画を策定して報告し、毎年その改善状況についても報告することを求める。「12年3月31日に療養病棟療養環境加算3と同4を届け出している病棟については、9月30日まで現行の加算点数を算定できる」との経過措置も設ける。（2/1MEDIFAXより）

一般名処方加算、期限は設けず／中医協

後発医薬品使用促進などに向け2012年度診療報酬改定で新設する一般名処方に関する加算について、中医協は2月1日の総会で実施期限を設けないことで一致した。

総会で支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、加算の導入自体には同意したものの、患者負担増への懸念から加算の実施を一定期間に区切るべきと主張し、厚生労働省に見解をただした。これに対し厚労省保険局医療課の吉田易範薬剤管理官は、医療機関でのシステム導入などに一定の負担があるとした上で、「慣れてくれば（医療機関の）負担も減るが、すぐに対応できるわけではない。現段階では期限を設けるのは難しい」との考えを示した。

白川委員はまた、療養担当規則に一般名処方の努力規定を設けることについて厚労省に見解をただしたが、吉田薬剤管理官は「難しい面もあると思う」と述べ、最終的には白川委員も合意した。

12年度改定では、医師が長期収載品について一般名を記載したものを含む処方箋を交付した場合、処方箋料に上乗せする加算を設けることで合意している。（2/2MEDIFAXより）

再診料の「復点」は短冊に盛り込まず

2012年度診療報酬改定の概要が固まった。中医協は2月1日の総会で、個別改定項目（いわゆる短冊）

と答申書の付帯意見に関する議論を一通り終了。今回の総会を10日にも開き、厚労省が点数などの詳細な数値を入れた改定案を示す。了承されれば2月10日中に小宮山厚労相に答申する見通しだ。焦点となっていた同一日複数科受診の再診評価をめぐることは、総会で支払い側委員が容認する姿勢を示した。再診料の「復点」については短冊に盛り込まず、付帯意見に基本診療料の在り方を検討すると明記した。（2/2MEDIFAXより）

7対1入院基本料の経過措置「適切な期間」で／中医協総会

2月1日の中医協総会では、これまでの個別改定項目（いわゆる短冊）の議論を踏まえ、支払い側が、7対1入院基本料の算定要件の見直しに伴う経過措置について「適切な期間」の設定を求めたほか、「療養病棟療養環境改善加算」の適正化（引き下げ）を強く求めた。

7対1入院基本料の算定要件の見直しについて支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は「看護師の雇用に関わることから一定の経過措置は必要だが、あまり長くなり過ぎると改定した意味がない」とし、病院経営に影響を与えないよう“軟着陸”の範囲で適切な経過措置とするよう求めた。1月27日の議論では、支払い側から2年間の経過措置は長いとの声が上がったが、診療側委員は「2年程度は必要」との考えを示している。

一方、7対1入院基本料の算定要件である看護必要度の基準変更については、救命救急入院料を算定する治療室を有する病棟に加え「悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上、入院させている保険医療機関」も除外対象とすることを了承した。現行の看護必要度ではがん患者への看護が適切に反映されない可能性があるとして、診療側の嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長）が要望していた。（2/2MEDIFAXより）

初・再診料の在り方は別途検討／12年度診療報酬改定の付帯意見

中医協は2月1日、2012年度診療報酬改定の答申書に添付する付帯意見を取りまとめた。前回までの個別改定項目（いわゆる短冊）の審議で、引き続き検討が必要とされた議題や、次回以降の改定に向けて継続審議が必要なテーマについて、各委員から意見を募った。付帯意見は次回の中医協総会で大臣宛

てに提出する。

付帯意見は18項目に分かれている。「急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等」の分野では4項目を盛り込んだ。初・再診料や入院基本料、歯科の基本診療料の在り方を検討するほか、財政影響も含めて改定の結果を検証し、次回以降の改定に反映させていく。「時間外対応加算」の効果検証は、白川修二委員（健保連専務理事）の指摘を踏まえて盛り込んだ。嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長）は「ドクターフィーの導入の是非」を付帯意見に入れるよう主張した。

このほか▽医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実▽質が高く効率的な医療提供体制▽患者の視点に配慮した医療の実現▽医薬品・医療材料等の適正な評価▽その他の調査・検証事項—などについて、今後の検討課題を整理している。（2/2MEDIFAXより）

「検討の場」に基本問題小委が浮上／再診料など基本診療料

中医協・診療側委員が一貫して求めてきた基本診療料の在り方に関する検討の場について、2012年度診療報酬改定に向けた議論で開催されることのなかった中医協の「基本問題小委員会」を活用する案が浮上している。検討会を新設することに反対している支払い側の白川修二委員（健保連専務理事）は、取材に対して「基本問題小委で検討することについては、考えられるのではないかと述べた。診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副会長）も「支払い側が基本問題小委で議論に応じるということであれば一歩前進ではないかと述べ、基本問題小委を再開させて基本診療料の議論を始めることで両者の認識は一致している。（2/9MEDIFAXより）

時間外対応加算は5点・3点・1点／12年度診療報酬改定

厚生労働省は2月10日、2012年度診療報酬改定の個別改定項目（いわゆる短冊）に具体的な点数をはめ込んで中医協総会に提示した。地域医療貢献加算（現在3点）から名称変更する「時間外対応加算」の点数は、加算1（24時間常時対応）＝5点、加算2（従来同様の準夜帯対応）＝3点、加算3（輪番制）＝1点とした。標榜時間外の準夜帯に輪番制で対応する場合は、施設数が3施設以内という縛りが付いた。厚労省案が中医協総会で了承されれば、2月10

日中にも小宮山洋子厚生労働相に答申する。

同一日の複数科受診は、再診料・外来診療料ともに34点（同一日2科目の場合）で提示した。月内の算定回数制限はないが、3科目は算定できない。

紹介率が低い特定機能病院などの初診料は200点（紹介のない場合）、外来診療料は52点（他医療機関へ紹介したにもかかわらず、その病院を受診した場合）とした。点数を引き下げる代わりに、保険外併用療養費制度（選定療養）の枠組みで患者から特別の料金を徴収することになる。紹介率が40%未満の特定機能病院と、500床以上の地域医療支援病院が対象。ただし、逆紹介率が30%以上の場合には対象から外れる。13年4月1日からの導入を予定している。厚労省は「対象施設数はさほど多くない」としている。

「回復期リハビリテーション病棟入院料」は、現行の2段階評価から3段階評価に改める。新たな点数は入院料1＝1911点、入院料2＝1761点、入院料3＝1611点。

「亜急性期入院医療管理料」は、脳血管疾患等リハビリテーション料や運動器リハビリテーション料を算定したことが「ない」患者が対象の「管理料1」を2061点とし、逆にそれらを算定したことが「ある」場合の「管理料2」を1911点とした。

「患者サポート体制充実加算」は70点（入院初日）。施設基準として、患者相談窓口の設置や、専任の看護師や社会福祉士などの配置、患者サポートのマニュアル作成、報告体制の整備、職員研修などの体制整備を求める。

院内感染防止策として導入する「感染防止対策加算1」は400点、「加算2」は100点（ともに入院初日）。大病院（加算1）と中小病院（加算2）で年4回以上、感染防止対策の共同カンファレンスを実施する。加算1を算定する大病院が互いの対策を評価し合う「感染防止対策地域連携加算」は100点（入院初日）とした。

診療報酬改定の財源配分で、医科4700億円分の使い道を見ると、医療従事者の負担軽減策に1200億円、医療と介護の機能分化や在宅医療の充実に1500億円、がんや認知症など進歩した医療技術の評価に2000億円を充てる。歯科は500億円、調剤は300億円。（2/10MEDIFAXより）

2012年度診療報酬改定を答申／中医協

中医協は2月10日、小宮山洋子厚生労働相に2012年

度診療報酬改定を答申した。中医協総会で厚生労働省が提示した改定案を原案通り了承し、中医協の森田朗会長から藤田一枝厚労政務官に答申書と付帯意見を手渡した。厚労省は3月上旬に診療報酬改定を官報告示し、留意事項や施設基準を示した通知も出す予定。

答申書を受け取った藤田政務官は、中医協委員に謝辞を述べてねぎらい「25年の将来像に向けた第一歩目の重要な改定になる。厚労省も通知や告示の整備を行い、制度施行に向けて万全を期していく」と述べた。さらに「付帯意見にある施行状況のチェックや残された課題も重要だ」とした。

総会では、診療側と支払い側の代表者がそれぞれ今回の改定を総括した。安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は改定率について「震災が起きた中で、名目とはいえプラス改定を達成したことは素直に評価したい」と述べた。ただ、改定財源が薬価引き下げ分だけでは不十分との認識も示した。個別改定項目では、複数科受診の見直しで2科目の再診料に点数が付いたことを「一定程度是正された」と評価した。また基本問題小委員会での基本診療料の審議に支払い側が理解を示したことを歓迎。安達氏は「議論内容がすぐ点数に反映するというのではなく、何を評価しているのか、積み上げたらどうなるのかという基本的な考え方から協議すべき」と述べた。

一方、白川修二委員（健保連専務理事）は「全体的には社会保障審議会の基本方針に沿って配分できた」と一定の評価をした。ただ、個別改定項目では要望も付け加えた。複数科受診については、同一疾病の場合に算定できないなど要件の厳格運用を求め、後日、中医協に検証結果を報告するよう求めた。また基本診療料の検証については「外来の在り方も含めて中医協で検討したい」と注文した。

時間外対応加算については「有益」と評価したが、現場で機能している診療所を評価するよう要望し、検証の必要性を指摘した。一般名処方加算は次回改定で後発品の普及度を見ながら制度を続けるかどうか再検討したいとし、一般名処方の普及策も検討するよう厚労省に指示した。また7対1入院基本料の算定要件見直しなどで経過措置が盛り込まれた項目については、経過措置期間内に改善するようクギを刺した。明細書の無料発行推進では免除措置の適用をめぐる継続的な議論を求め、患者サポート体制充実加算では患者の「不満」だけでなく「不安」も除くよう機能させるべきと指摘した。

中医協は3月の次回会合で、12年度改定の検証内容の審議を始める予定だ。（2/13MEDIFAXより）

医療提供体制

臨床研究中核病院、3月上旬にも公募開始へ ／厚労省

厚生労働省は、日本発の革新的な医薬品・医療機器の創出に向け、医師主導治験や質の高い臨床研究の体制整備を強化する。3月上旬にも国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究を行う「臨床研究中核病院」（仮称）や、日本主導型グローバル臨床研究拠点の公募を開始する予定。2012年度予算案では、臨床研究中核病院の整備・研究事業に計30.5億円、日本主導型グローバル臨床研究拠点整備に3.7億円を投入する。

厚労省は、年度内の策定を目指して議論を進めている12年度以降の次期臨床研究・治験活性化計画（いわゆる「ポスト5カ年計画」）の柱の一つに、日本発の革新的な医薬品・医療機器の創出を目指し、医師主導治験や国際水準の臨床研究の体制整備を掲げている。「企業治験は一定の体制を整備できた」（厚労省）として、今後は臨床研究に重点を置く方針で、12年度予算案に臨床研究中核病院や日本主導型グローバル臨床研究拠点の整備事業を盛り込んだ。現在、各事業の実施要綱の作成などを進めている。

臨床研究中核病院は、薬事承認申請データとして活用できる国際水準の臨床研究を実施し、患者数が少なく企業が開発を進めにくい小児疾患・難病等の医師主導治験や最適な治療法を見いだすための市販後臨床研究などの中核機能を担う拠点と位置付ける。12年度は5カ所を整備し、うち1カ所は東日本大震災の被災地から選定する。医療機関の体制整備に25.5億円、研究費に5億円を充てる。各医療機関の申請内容に応じて補助金の配分を決める。

臨床研究中核病院の要件として、▽出口戦略を見据えた適切な臨床研究計画の企画・立案▽適切で透明性の高い倫理審査の実施▽ICH-GCPに準拠したデータの信頼性保証の確保▽シーズに関する知的財産の管理・技術移転の実施▽質の高い多施設共同臨床研究の企画・立案などの機能を有することを検討中だ。国際水準の臨床研究を実施するための人材や体制の確保など、具体的な応募要領は今後詰める。

一方、グローバル臨床研究は、これまでのような

欧米が企画・立案した研究の受託ではなく、日本・アジアに特有な疾患のエビデンスの確立に向けて、日本が主導してグローバル臨床研究を実施する体制を構築する。12年度は2カ所を公募し、グローバル臨床研究のプロトコルの作成やモニタリングの実施などを支援する。公募対象は医療機関や研究機関を想定している。（2/10MEDIFAXより）

介護報酬

12年度介護報酬改定案を了承

社会保障審議会・介護給付費分科会は1月25日、小宮山厚労相から諮問された2012年度介護報酬改定案を了承した。介護人材の確保や医療と介護の連携・機能分担、在宅サービスの充実などを柱に、地域包括ケアの推進を図る内容を盛り込んだ。今後、新たに設置する「介護報酬改定検証・研究委員会」（仮称）で12年度改定の効果を調べる。1月25日中に社会保障審議会へ報告し、同審議会の大森会長から厚労相に答申する。

◇改定の日玉である「介護職員処遇改善加算」は、現行の処遇改善交付金と同様の算定要件を設けるほか、同加算分を介護職の賃金に反映させて使い切ることも要件とした。◇地域区分は現行の5区分から7区分へと見直す。◇「その他」区分の単価10円は維持。呼称を「1-6級地」と「その他」とし、上乘せ率は18%、15%、12%、10%、6%、3%、0%とする。◇介護3施設の基本報酬は全体的に引き下げ。◇介護職のたん吸引は既存の加算の算定要件を見直して評価の対象とする。◇法改正で創設した定期巡回・随時対応サービスの基本報酬は、要介護度別で月単位の定額報酬とする。訪問看護サービス利用の有無で分類。◇小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスも要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬設定。◇診療報酬で評価している在宅患者緊急時等カンファレンスについて、ケアマネジャーの参加を介護報酬で評価する加算を創設。利用者1人につき月2回を限度に算定。◇訪問介護は介護報酬で「退院時共同指導加算」を創設。◇老健では「地域連携診療計画」に基づいての計画管理病院への情報提供を評価。

（1/26MEDIFAXより）

処遇改善加算、「給与水準の維持」は必須ではない／厚労省

厚生労働省は1月25日の社会保障審議会・介護給付費分科会で、「介護職員処遇改善加算」の要件について「給与水準の維持」は必須ではないとの見解を示した。当初の厚労省の提案では、加算を算定できる要件として前年度の給与水準を下回らないことなどを挙げていた。事業所は処遇改善加算で得られる分は全て賃金改善のために使い切ることが求められるが、経営状況によって介護職員の給与水準が下がったとしても加算は算定できる。

介護職員処遇改善加算は、交付金の継続か介護報酬内に取り込むかで揺れていた11年の段階で、厚労省が介護報酬内に取り込むことを想定した措置として提案した。その際、算定要件として前年度の給与水準を下回らないことなどを提案していた。

分科会では、施設サービスの基本報酬が全体的に引き下がり、地域区分の見直しで報酬単価が下がる地域もあることから、前年度の賃金水準を維持できない事業所が出てくる可能性があり、こうした事業所が処遇改善加算も取れなくなれば、さらに、給与が下がるという悪循環が発生すると懸念する声が上がった。

これに対し厚労省総務課の高橋和久企画官は、提出した資料に要件として明記した「介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること」の解釈として「処遇改善加算相当分はそのまま賃金改善として使わなければいけないが、事業所の経営が厳しければ給与水準は下がる場合もあり、それは現行の処遇改善交付金でも同じ」と説明し、賃金水準ではなく処遇改善加算相当分がそのまま賃金改善に使われることが重要と強調した。

介護職員処遇改善加算は、介護報酬単位に介護職が関係するサービスごとの「加算率」と地域区分ごとの「報酬単価」を乗じた額となる。事業所の収入が少なくなれば処遇改善加算分も少なくなる仕組みとなっている。（1/26MEDIFAXより）

集合住宅へのサービス評価や併設事業所で疑義／介護給付費分科会

1月25日の社会保障審議会・介護給付費分科会では、サービス付き高齢者向け住宅制度に関連し、集合住宅で利用する介護サービスの評価や、集合住宅に併設する介護事業所の位置付けに関して、医療系サービスとの整合性を主張する委員と普及を促した

い厚生労働省の間で議論の応酬があった。

2012年度介護報酬改定案では、集合住宅へ訪問介護サービスを提供する場合の適正な評価として1割減算が示された。ただ、要件が「前年度利用者の月平均が同一建物内30人以上」となったことについて三上裕司委員（日本医師会常任理事）が「対象数はどれくらいか。ほとんどないのでは意味がない」と指摘。厚労省老健局振興課の川又竹男課長は「現行の高専賃で（試算すると）6-7%が該当」と説明した。これに対し山田和彦委員（全国老人保健施設協会会長）が、今回の改定で同一建物の居宅療養管理指導料が一律1割減算となる点と、診療報酬の「在宅患者訪問診療料」では「個別の自宅（830点）」と「集合住宅や施設など（200点）」を区別している点などを指摘し、「医療系では不適切な運用があったから完成系としてそうになっている。似たような事例があるのに、財源が厳しい改定の中で不適切な運用につながるようなことが明らかなのに、要件で縛らないというのは納得できない」と疑問を呈した。

この点に関して川又課長は「訪問介護は今回初めてで、居宅療養管理指導料などはこれまでであったものをさらに進めるということ。審議報告にもあるように、集合住宅への訪問系サービスについては実態を踏まえて、適宜、見直しが必要か検討する。訪問介護はケアプランに基づいて訪問時間を決めるなど、医療系の訪問サービスとは異なる点もある」と理解を求めた。（1/26MEDIFAXより）

医療と介護のつなぎ目、滑らかに／12年度介護報酬改定

2012年度介護報酬改定では、介護事業所が医療機関と連携した場合を評価する加算の創設など、医療と介護のつなぎ目を円滑にする方向を打ち出している。

●ケアマネと医療機関の連携を評価

診療報酬で評価している在宅患者緊急時等カンファレンスについては、ケアマネジャーの参加を介護報酬で評価する。医療機関からの求めで在宅療養している利用者宅を医療機関の職員と一緒に訪問し、カンファレンスを行って必要に応じて居宅サービスなどの利用調整を行った場合を評価する「緊急時等居宅カンファレンス加算」（1回200単位）を創設。利用者1人につき、月2回を限度に算定できる。

ケアマネジャーが入院する利用者の情報を医療機関に提供した場合を評価する「医療連携加算」（月150

単位)については、医療機関を訪問して情報提供する場合は「入院時情報連携加算(Ⅰ)」(月200単位)で、訪問以外の方法で情報提供する場合は「入院時情報連携加算(Ⅱ)」(月100単位)でそれぞれ評価する体系に再編する。

09年度改定で創設した「退院・退所加算」については、入院・入所期間が30日以下の場合に「退院・退所加算(Ⅰ)」(月400単位)、30日を超える場合に「退院・退所加算(Ⅱ)」(月600単位)としている評価を統一して「退院・退所加算」(1回300単位)とする。医療機関側に対する診療報酬上の評価と併せて、患者の入院期間中に3回まで算定可能とする。

●訪問看護は介護報酬で「退院時共同指導加算」創設

医療機関から退院して在宅療養に移る患者が円滑に訪問看護を受けられるよう、訪問看護ステーションと医療機関の連携も介護報酬で評価する。訪問看護ステーションの看護師らが医療機関や介護老人保健施設に入院・入所している人に対し、主治医らと連携して在宅生活での必要な指導を行い、その内容を文書で提供した場合を評価する「退院時共同指導加算」(1回600単位)を創設。退院・退所後の初回の訪問看護の際、1回(特別な管理が必要な場合は2回)に限り算定できる。現在、医療保険の訪問看護では同様の取り組みを行った場合を評価しており、介護保険の場合も評価することで整合性が取れることになる。

●老健では計画管理病院への情報提供を評価

老健関係では、大腿骨頸部骨折・脳卒中に関する「地域連携診療計画」に基づいて患者を受け入れ、計画管理病院に文書で診療情報を提供した場合を評価する「地域連携診療計画情報提供加算」(1回を限度として算定、1回300単位)を創設する。現在、200床未満の医療機関が同様の取り組みをした場合について診療報酬で評価していることを踏まえ、老健についても介護報酬で評価する。

(1/27MEDIFAXより)

介護施設の看取り機能強化を推進／12年度介護報酬改定

2012年度の介護報酬改定では、介護保険施設の看取り機能強化を推進する観点から、各施設ごとにバラバラだった看取りに関する介護報酬上の評価の水準を一定の範囲でそろえる。介護施設の看取りに関する介護報酬の算定期間を「死亡日」「死亡前日-前々日」「死亡4日-30日前」に整理し、介護老人保

健施設(老健)、介護療養型老人保健施設(転換型老健)での「ターミナルケア加算」を引き上げるほか、介護保険の定額報酬を算定できる有料老人ホームや軽費老人ホーム(ケアハウス)などの特定施設では、新たに看取り介護加算が算定できるようになる。

老健と介護療養病床では、看取りの評価が「死亡15日-30日前(200単位/日)」「死亡日-死亡14日前(315単位/日)」で同じだったが、老健での評価を「死亡日=1650単位/日」「死亡前日-前々日=820単位/日」「死亡4日-30日前=160単位/日」とし、転換型老健では「死亡日=1700単位/日」「死亡前日-前々日=850単位/日」をわずかに高く設定し、「死亡4日-30日前=160単位/日」はそろえた。

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)で一律「80単位/日」だった看取り介護加算については、看取りの体制として近隣の病院、診療所、訪問看護ステーションの看護師と連携することを規定に追加した上で「死亡日=1280単位/日」「死亡前日-前々日=680単位/日」「死亡4日-30日前=80単位/日」とする。

看取り介護加算の算定ができなかった特定施設では、看取り対応マニュアルの整備などが要件の「夜間看護体制加算」の算定を条件に、グループホームと同じ看取り介護加算の算定を可能にする。

訪問看護ではターミナルケア加算の規定を緩和する。ターミナルケア実施の規定を、現行の「死亡日前14日以内に2回以上」から「死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上」へ見直す。介護報酬「2000単位/死亡月」は変更しない。12年度から創設する24時間型サービスと複合型サービスの看取り評価は訪問看護とそろえる。

●認知症に対応する安全確保体制の強化を推進

12年度改定では、認知症に対応するための体制強化を推進する観点から、特養、老健、介護療養病床の介護3施設が算定できる加算を新たに設けるほか、職員配置体制の強化も評価する。

介護3施設では「認知症行動・心理症状緊急対応加算(200単位/日)」を新設。BPSD(行動・心理症状)があり、在宅での生活が困難で、緊急的に施設で対応する必要があると医師が判断した場合、入所した日から起算して7日を限度に算定できる。

グループホームでは夜間の安全確保体制の強化を促進。「夜間ケア加算」の要件を、夜間および深夜帯の介護職員として専従1人と、常勤換算1人以上の配置に変更し、1ユニットの場合「50単位/日」、2

ユニット以上は「25単位／日」とする。重度の要介護利用者の受け入れを促進する観点から、要介護1-2の報酬を引き下げる。（1/27MEDIFAXより）

12年度障害福祉サービス報酬改定まとまる／「処遇改善加算」新設など

厚生労働省の「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」（主査＝津田弥太郎厚生労働政務官）は1月31日、2012年度障害福祉サービス等報酬改定を取りまとめた。引き続き福祉・介護職員の処遇改善を図るため報酬の中で「処遇改善加算（仮称）」を創設する。これまでの交付金申請率が低いことを踏まえて要件を緩和した「処遇改善特別加算（仮称）」も創設した。今後、パブリックコメントを募集し、関係告示などは3月上旬から中旬にかけて発出する見通しだ。

処遇改善加算は総単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を加算する。サービス別加算率は▽行動援護（10.3%）▽共同生活介護（3.0%）▽生活訓練（2.3%）▽就労移行支援（2.7%）一などとなる。算定要件は交付金と基本的に同様で加算額相当の賃金改善を実施していることのほか、キャリアパス要件と定量的要件となる。交付金申請率が低いことを踏まえ、併せて新設した処遇改善特別加算では、従業員の処遇改善が図られていることを要件として、キャリアパス要件・定量的要件を問わない。サービス別加算率は▽行動援護（3.4%）▽共同生活介護（1.0%）▽生活訓練（0.8%）▽就労移行支援（0.9%）一となる。

●地域区分見直し、激変緩和で経過措置

現在5区分の地域区分について、今回の改定では国家公務員の地域手当の地域区分（7区分）を採用することとした。市町村の区域については直近の市町村合併を反映させる。また、上乘せ割合が変動する地域は、激変緩和のための経過措置を設ける。12年度から毎年度段階的に上乘せ割合の引き上げ・引き下げを行い、15年度から完全施行する。

●食事提供体制加算、15年3月末まで延長

低所得の利用者の食費負担が原材料費相当のみとなるように、12年3月31日まで時限措置として食事提供体制加算が設けられているが、加算の取得実態から、加算の適用を15年3月31日まで延長することとした。また、宿泊型自立訓練の食事提供体制加算を、短期入所などと同水準に引き上げ、68単位／日とする。（2/1MEDIFAXより）

地域移行・定着支援で加算創設／障害福祉サービス等報酬改定

2012年度障害福祉サービス等報酬改定では、地域移行支援・地域定着支援について毎月定額で算定する報酬を新設する。退院・退所月や「月に6日以上支援」など特に支援を実施した場合は加算で評価する。

地域移行支援では「地域移行支援サービス費」（仮称）を新設。2300単位／月を算定できる。要件は、利用者への訪問による支援を少なくとも月に2回以上行うこと。「退院・退所月加算」（仮称）は特に業務量が集中する退院・退所月に2700単位／月を加算する。「集中支援加算」（仮称）では、退院・退所月以外で月に6日以上利用者を訪問し支援を実施した場合、500単位／月を加算する。

相談支援事業者などの委託で、障害福祉サービス事業の体験利用を行った場合は、開始日から3カ月以内かつ15日以内に限り「障害福祉サービス事業の体験利用加算」（仮称）を算定できる。300単位／日。一人暮らしに向けた体験宿泊を行った場合は開始日から3カ月以内かつ15日以内に限り「体験宿泊加算1」（仮称）を300単位／日、夜間支援を行う人員を配置しての体験宿泊では「体験宿泊加算2」（仮称）で700単位／日の加算となる。

地域定着支援では、常時の連絡体制確保のために「地域定着支援サービス費（体制確保分）」（仮称）として300単位／月を、緊急時に居宅への訪問や相談支援事業所で滞在型支援を行った場合は「地域定着支援サービス費（緊急時支援分）」（仮称）として700単位／日を算定できる。

●グループホームとケアホーム、夜間支援体制を評価

グループホームでの現行の夜間防災体制加算は「夜間防災・緊急時支援体制加算1」に名称を変更。その上で、夜間の利用者の緊急事態に対応するための連絡・支援体制が適切に確保されている場合の評価として「夜間防災・緊急時支援体制加算2」を新設。10単位／日。同加算の1、2は併算定できる。

ケアホームでは、現行の夜間支援体制加算を「夜間支援体制加算1」とした上で、夜間の連絡・支援体制が適切に確保されている場合を評価するため「夜間支援体制加算2」を新設。10単位／日。同加算の1、2はどちらも夜間の連絡・支援体制を評価しているため併算定できない。

●生活訓練で看護師の配置を評価

自立訓練（生活訓練）では、健康上の管理の必要

がある利用者に対応するために看護職員を配置している事業所を評価。「看護職員配置加算1」（仮称）を新設し、18単位／日算定できるとした。短期滞在加算は利用実態を踏まえた上で、廃止となった。（2/1MEDIFAXより）

予防接種

インフルと接種事業3ワクチン「重大な懸念なし」

厚生省の「薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会」「インフルエンザ予防接種後副反応検討会」「子宮頸がん等ワクチン予防接種後副反応検討会」は16費、合同で会議を開き、インフルエンザワクチン、子宮頸がん予防ワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの安全性について、新たに報告された死亡症例や重篤な副反応を検討した結果、「重大な懸念は認められない」との見解で一致した。（1/17MEDIFAXより）

ロタワクチン接種助成、名古屋が政令市初

名古屋市は1月16日までに、ロタウイルス胃腸炎を予防するワクチン接種について、2012年度から1回につき1万数千円の接種費用の半額を助成する方針を固めた。栃木県大田原市で既に助成が始まっているが、政令市では初めて。（1/17MEDIFAXより）

新型インフル法案で罰則も

政府は1月17日、「新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議を開き、法制度のたたき台をまとめた。通常国会への提出を目指す。たたき台によると、新型インフルエンザ流行時には政府が区域や期間を定めて緊急事態を宣言。区域は都道府県を最小単位とし、知事は緊急措置として、医療関係者や先行的予防接種や医療従事者の要請・指示をする。不要不急の外出の自粛を要請したり、集会中止の要請や指示を行うことも盛り込んだ。指示に従わなかった場合の対応として罰則を設けることも検討している。（1/18MEDIFAXより）

ヒブや肺炎球菌など7疾病の2分類を了承

厚生省の厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会は1月27日、ヒブや肺炎球菌など定期接種化が検討されている7疾病の分類について、ヒブ、肺炎球菌（小児）、水痘、おたふくかぜを「1類疾病」、

子宮頸がん予防、B型肺炎、肺炎球菌（成人）を「2類疾病」とする厚労省案を了承。1類は「①集団予防効果の高い疾病②致死率が高く社会的損失の重大な疾病」、2類は「個人の発病・重症化の防止」と定義。（1/30MEDIFAXより）

ロタウイルスワクチン、専門的な評価を開始／厚労省

厚生労働省は、2011年7月と12年1月にロタウイルスワクチンが新たに製造販売承認されたことを受けて、ロタウイルスワクチンの専門的な評価を開始することを決めた。1月27日の厚生科学審議会・感染症分科会予防接種部会（部会長＝加藤達夫・国立成育医療研究センター総長）で報告し、了承された。

今後は、国立感染症研究所を中心にファクトシートを作成し、予防接種部会に提出。提出後は「ワクチン評価に関する小委員会」の下に専門家作業チームを設置し、ロタウイルスワクチンを予防接種法の対象とするか検討する。

WHOは09年6月からロタウイルスワクチンの導入を推奨している。（1/30MEDIFAXより）

神奈川の不活化ポリオ接種「生ワクチン接種が適当」／政府答弁書

政府は2月3日、現在、神奈川県と神奈川県立病院機構が実施している不活化ポリオワクチン接種について「国内で品質、有効性、安全性が確認できていないポリオワクチンを医師の責任で接種するもの」とした上で「現時点では、承認を受けた生ポリオワクチンの接種が適当であると認識している」とする答弁書を閣議決定した。馳浩衆院議員（自民）の質問に答えた。

不活化ポリオワクチンの導入時期については「可能な限り2012年秋のポリオワクチンの接種に不活化ポリオワクチンなどを導入できるよう努めたい」としている。（2/6MEDIFAXより）

11年度4次補正予算が成立／3ワクチンの助成を継続

総額2兆5345億円の2011年度第4次補正予算案は2月8日、参院本会議で民主、自民、公明各党などの賛成多数で可決、成立した。子宮頸がんなど3ワクチンの接種に対する公費助成は12年度末まで延びる。70-74歳の医療費の窓口負担も、12年度は1割のままとなる。11年度一般会計予算は、当初から4

次まで合わせて計107兆5105億円となった。

4次補正予算では、子宮頸がん・H i b（インフルエンザ菌b型）・小児用肺炎球菌ワクチンに関する公費助成に526億円、70-74歳の医療費窓口負担の1割維持に2719億円を積んだ。ほかに、妊婦健康診査支援基金の12年度末までの延長に181億円、障害者自立支援対策臨時特例基金の12年度末までの延長等に152億円を計上した。（2/7MEDIFAXより）

がん対策

喫煙率目標値、2022年度までに12.2%／がん対策基本計画素案に明記

厚生労働省のがん対策推進協議会は2月1日、次期がん対策推進基本計画に「成人喫煙率の低下」や「受動喫煙の防止」など、たばこに関する数値目標を盛り込むことを了承した。成人喫煙率は、2010年の19.5%から22年度までに12.2%とすることを目指す。

受動喫煙の防止では、行政機関・医療機関、職場、家庭・飲食店でそれぞれ目標値を設定。行政機関・医療機関は22年度までに受動喫煙の機会がある人の割合を0%に、職場では10年に閣議決定された新成長戦略を踏まえて20年までに受動喫煙のない職場の実現を目指す。（1/24MEDIFAXより）

成人喫煙率19.5%は過去最低／10年国民健康・栄養調査

2010年の成人喫煙率は19.5%で20%を割り、過去最低となったことが1月31日、厚生労働省が発表した10年の国民健康・栄養調査で分かった。一方、たばこをやめたいと思う人の割合は増加した。

調査によると、習慣的に喫煙している人の割合は男性32.2%（前年38.2%）、女性8.4%（同10.9%）で前年に比べて男女とも減少した。全体では19.5%（同23.4%）で、初めて20%を下回った。

喫煙者のうち、たばこをやめたいと思うと回答した人の割合は、男性は35.9%（同31.7%）、女性は43.6%（同41.6%）で、全体では前年の34.2%から37.6%に増加した。

受動喫煙の状況では、受動喫煙の影響を「ほぼ毎日受けた」と回答した人の割合が03年と比較して、家庭、職場、飲食店、遊戯場の全ての場で減少した。

厚生労働省は、10年の国民健康・栄養調査を基に成人喫煙率と禁煙希望者の割合から喫煙率低下の数値目標を算出し、次期国民健康づくり運動プランや見直

しを進めているがん対策推進基本計画に盛り込みたい考えだ。2月1日のがん対策推進協議会で数値目標を提示する。（2/1MEDIFAXより）

高齢者

後期高齢者医療の保険料上限引き上げの政令案を決定

政府は1月17日の閣議で、後期高齢者医療の保険料の年間上限額を現行の50万円から55万円に引き上げる「高齢者の医療の確保に関する法律施行令の一部を改正する政令案」を閣議決定した。施行期日は4月1日。制度加入者は10年度時点で約1400万人で、上限額が引き上がると約20万人に影響が出る見通し。（1/18MEDIFAXより）

高齢社会対策大綱の見直しへ報告書素案

高齢社会対策大綱の見直しに向けて議論している内閣府「高齢社会対策の基本的在り方等に関する検討会」は1月12日、報告書の取りまとめに向けた議論に入った。2月中の取りまとめをめざす。事務局が示した素案には「65歳以上を一律に『高齢者』と捉え、支えが必要であるとする考え方や社会の在り様は、（中略）実態から乖離」と指摘。社会保障制度については「全世代を通じた安心の確保を図り、国民一人一人の安心感を高めていくことが重要」とした。（1/13MEDIFAXより）

専門医

専門医検討会で「総合医」意見分かれる

厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」は1月11日、「総合的な診療を行う医師」の育成のあり方について議論を開始。新たな専門医制度の中の「基本領域専門医」として「総合医」を位置付けることに日医が反対の姿勢を示すなど、委員間で意見が分かれたほか、呼称についても「総合医」「病院総合医」「総合診療医」「かかりつけ医」「家庭医」など複数飛び出した。（1/12MEDIFAXより）

若手大学勤務医の処遇改善に年400万円補助

文部科学省は2012年度から教育・研究の活性化と併せて地域・へき地医療を担う医師を確保するため、医学部・大学病院の若手医師の処遇を改善する事業を開始する。若手医師の雇用経費として1人当たり

年間400万円を補助し、給与に充てることで若手医師の処遇改善を図る。12年度予算案では事業予定額を9億円とし、228人分を確保する。

（1/17MEDIFAXより）

医療保険

保険料率、平均10.00%で大臣認可／協会けんぽ

全国健康保険協会は2月9日、4月納付分から適用となる全国平均10.00%の保険料率について、2月9日付で小宮山洋子厚生労働大臣の認可を受けたと発表した。都道府県別の保険料率は最低が9.85%（長野県）、最高が10.16%（佐賀県）。全国平均は前年度比0.50ポイント増の10.00%で、初の10%台となった。40-64歳の加入者に対する介護保険料も、現行の1.51%から1.55%に上がる。

協会けんぽは「保険者として自ら実行できる対策に最大限努めるとともに、国庫補助率の引き上げおよび高齢者医療制度の見直しを含めた抜本的な対策を実施していただくよう、国などに対し、引き続き強く要請する」としている。（2/10MEDIFAXより）

国保

国保財政の都道府県単位化、地方側が了承

厚労省は1月24日、「国保制度の基盤強化に関する国と地方の協議」を開き、市町村国保財政の都道府県単位化や基盤強化策について地方側が了承を得た。厚労省は国保法改正案を予算関連法案として2月上旬に通常国会に提出予定で、3月までの成立を目指す。

市町村国保では現在、レセプト1件で80万円超の医療費は「高額医療費共同事業」、80万円以下で30万円超の医療費は「保険財政共同安定化事業」として都道府県内の全市町村で共同負担。この2つの事業を2015年度から恒久化するとともに30万円以下の医療費も対象とすることになった。市町村国保でレセプト1件30万円未満の総額は5兆8800億円（60.2%）で、医療費の6割を全市町村で新たに共同負担することになる。

低所得者への保険料軽減措置の拡充は、応益割保険料の2割軽減（3人世帯で給与収入223万円以下）を266万円に、5割軽減（3人世帯で147万円以下）を178万円以下に。5割軽減は2人世帯以上に限られているが、単身世帯も対象に含める。同時に軽減対

象者数に応じて保険者を財政支援する保険者支援制度を恒久措置に変え、拡充する方針。厚労省はこれらの対応で約400万人の保険料負担が減るとみている。2割軽減の対象拡大＝200億円、5割軽減の対象拡大＝300億円、保険者支援制度の拡充＝1700億円、計2200億円の必要財源と見込む。

（1/25MEDIFAXより）

国保法改正案を閣議決定／政府

政府は2月3日、国民健康保険法の一部を改正する法律案を閣議決定した。

同改正案は国保制度の安定的な運営を確保するのが目的。主な柱は▽2013年度までの暫定的な措置として取り組む市町村国保の財政基盤強化策を延長し、15年4月から恒久化させる▽同月から都道府県単位の共同事業の対象を全てのレセプトに広げ、実質的に保険者財政運営の都道府県単位化を図る▽都道府県による財政調整機能を強化する。

（2/6MEDIFAXより）

市町村国保、厳しい財政状況続く／厚労省10年度分公表

厚生労働省は2月3日、2010年度の市町村国保と後期高齢者医療制度の財政状況（速報）を公表した。市町村国保では収入13兆1253億円（前年度比1.7%増）に対し、支出が12兆9900億円（同1.4%増）。決算補填のための一般会計繰入金を除いた収支は3900億円の赤字で、赤字額は前年から650億円増加した。厚労省保険局国民健康保険課は「依然として厳しい財政状況が続いている」としている。

市町村国保の保険料（税）収入は2兆9851億円で前年度から2.1%減少しており「所得の減少に伴う調停額の減少が主な要因と考えられる」（厚労省保険局国民健康保険課）という。国庫支出金は3兆3182億円（同2.8%増）、前期高齢者交付金は2兆7131億円（同1.7%増）、都道府県支出金は8716億円（同5.4%）。一般会計繰入金については、法定分で4330億円（同7.0%増）、法定外分で3979億円（同10.5%増）だった。

支出については、医療保険給付費が8兆8258億円で前年度から3.2%増加した一方、後期高齢者支援金は8.0%減の1兆4513億円だった。介護納付金は6268億円（同6.2%増）だった。

保険料（税）収納率は、全国平均で前年度から0.59ポイント増加し88.6%。後期高齢者医療制度創設以

降、初めて上昇に転じた。収納率の上昇について、厚労省保険局国民健康保険課は「保険料（税）減免措置の拡大や景気が比較的安定したことにより、納付しやすい環境が整ったことなどが要因と考えられる」と分析している。

●後期高齢者「財政は安定運営」

10年度の後期高齢者医療広域連合の財政状況については、収入合計が12兆2421億円、支出合計が12兆1127億円。実質的な単年度収支は95億円の赤字だが、前年度までの余剰金などで1293億円の黒字となった。厚労省保険局高齢者医療課は「財政は安定的に運営」としている。

保険給付費は11兆7340億円で、前年度から6.3%増加。被保険者数については10年度末時点で1434万人（同3.2%増）だった。

保険料の収納率は全国平均で99.1%。うち、年金から支払う特別徴収分を除いた普通徴収分については97.72%だった。（2/6MEDIFAXより）

国保連経由の支払い早期化、3月請求分から／厚労省

国保連を介した電子レセプトの診療報酬支払い早期化は、2012年3月請求分から始まることで確定的となった。厚生労働省保険局総務課保険システム高度化推進室が、2月6日の「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」で説明した。

現在、国保連を介した電子レセプトの診療報酬については、医療機関などが診療月の翌月10日に請求し、請求月の翌月25日以降に支払われることが多い。12年3月請求分からは、原則として支払いを請求月の翌月20日に早める。

出産育児一時金についても、診療報酬と合わせて支払いを早期化する。各月25日請求の正常分娩分（早期化分）と、各月10日請求の異常分娩分の支払いを20日に早める。異常分娩分については、請求方法が電子・紙いずれの場合も支払いを早期化する。

（2/7MEDIFAXより）

審査

基金が審査手数料を83.5円に減額

社会保険診療報酬支払基金は12月26日、2012年度における全レセプトの平均手数料を83.5円／件に引き下げることが公表。医科・歯科のオンライン請求

分が99.4円／件、調剤が49.60円／件などとなる。その上で全レセプトの平均手数料を83.5円／件（11年度85.5円／件、2.3%減）と設定する。これは、ピーク時の07年度決算の107.88円／件の22.6%減、1986年度決算時の82.69円／件と同程度の水準。

薬局の処方変更で適応外「査定は困難」／支払基金、厚労省通知受け

社会保険診療報酬支払基金は1月30日、先発品と効能効果の違う後発品への変更調剤の査定処理について、厚生労働省保険局長から1月17日付で通知を受け取ったことを公表した。厚労省通知（保発0117第1号）では「先発医薬品と効能効果に違いがある後発医薬品について、一律に査定を行うことは、後発品医薬品への変更調剤が進まなくなること、また、それに伴い、医療費が増える可能性があること等を保険者に説明し、影響を理解してもらうよう努めていただきたい」とし、支払基金はこれを受け、1月30日の会見で「現時点では基金による査定処理は困難」との見解を示した。（1/31MEDIFAXより）

震災

首相、子供の医療費無料化検討／福島復興再生協議会

野田佳彦首相は1月8日、福島市内で開かれた「原子力災害からの福島復興再生協議会」に初めて出席し、東京電力福島第1原発事故による放射性物質で汚染された土壌などを保管する中間貯蔵施設を同県双葉郡内に建設する政府方針について協力を要請した。これに対し佐藤雄平福島県知事は、首相が2011年、原発事故の収束を宣言したことに言及し「福島県民や避難している皆さんからすると感覚は相当違う。あくまでも避難者の帰還が収束だ」と強い不快感を表明した。

一方、佐藤知事は「復興を担う青少年の健康が大事だ」として、18歳以下の県民の医療費無料化を要請。首相は記者団に「大変重要な課題と受け止めた」と述べ、前向きに検討する意向を示した。

協議会には平野達男復興対策担当相や細野豪志環境相、関係市町村長も出席。政府側は通常国会に提出する「福島復興再生特別措置法案」に関し、国が避難解除区域の復興計画を作って自治体の公共事業を代行するほか、福島県が定める産業復興推進計画に基づいて規制緩和などの支援策を用意すると説明

した。

協議会に先立ち、首相は佐藤知事と福島県庁で会談。収束宣言をめぐる「原発事故との戦いが終わったわけではない。さまざまな課題から逃げることなく、国が最後の最後まで責任を持って取り組む覚悟だ」と釈明した。

首相は11年12月16日、第1原発が冷温停止状態に達したとして「事故そのものが収束に至った」と宣言。細野氏が12月28日、佐藤知事に中間貯蔵施設の受け入れを要請した。しかし与野党内や専門家から「収束宣言は時期尚早」といった批判が噴出。福島県議会は宣言撤回を求める意見書を全会一致で可決した。

中間貯蔵施設の受け入れをめぐるのは、双葉郡8町村の首長の見解が割れており、調整役の佐藤知事は結論を急がず慎重に検討する考えを示している。（1/11MEDIFAXより）

国保・後期高齢者の負担免除を延長

東日本大震災の被災者に対する医療費一部負担金と保険料の免除措置が2012年2-3月に期限切れを迎えることを受け、政府は国保と後期高齢者医療制度での免除措置を延長する方針を決めた。一方、被用者保険については、福島県の警戒区域で一部負担金免除を延長するものの、それ以外の地域や保険料負担については免除措置を打ち切る。保険局が近く通知を出す予定。（1/20MEDIFAXより）

保険の種類に限らず負担免除延長を要望

東北6県の保険医協会で作る東北保険医団体連絡会は1月20日、東北選出の衆参国會議員との懇談会で、国保か被用者保険かなど保険の種類に関係なく東日本大震災被災者の医療費一部負担金免除期限を延長することなどを求めた。要望をまとめた要望書は1月20日付で野田首相や小宮山厚生労働相らに提出した。（1/23MEDIFAXより）

訪看ST一人開業で全国1例目

福島市は1月23日付で被災地特例の基準該当サービスとして認められている訪問看護ステーションの一人開業の事業所を登録した。介護保険制度によるサービス提供が可能となるのは2月1日から。厚生省によると全国1例目となる。（1/27MEDIFAXより）

医療費無料化を明記／公明が福島特別立法

公明党は1月24日、東京電力福島第1原発事故災害からの復興に向けた「福島特別立法」の素案をまとめた。政府が見送る方向で調整している18歳以下の医療費無償化を明記した。

政府が2月に提出予定の「福島復興再生特別措置法案」に盛り込むよう提言し、政府が応じない場合は議員立法を検討する。

除染に伴う廃棄物処理を促進するため中間貯蔵施設の3年以内の設置を盛り込み、その場合最終処分場としないことも規定する。（1/26MEDIFAXより）

復興特区を初認定へ／平野担当相が表明

平野達男復興対策担当相は2月7日午前の記者会見で、東日本大震災の被災地限定の復興特区として宮城県が申請している「民間投資促進特区」と岩手県の「保健・医療・福祉特区」の創設を、2月9日にも認定する方針を明らかにした。復興特区の第1号になる。

このほか青森県が「生業(なりわい)づくり復興特区」、岩手県が2件目となる「産業再生特区」の創設を申請しており、平野氏は認定を急ぐ考えを示した。

宮城県の民間投資促進特区は、県内34市町村にもつくり関連産業の集積区域を設け、新規立地や再建を目指す企業に優遇税制を適用する内容で、1月27日に創設を申請した。岩手県の保健・医療・福祉特区は、被災地の医療体制を改善するため、病院の医師や看護師らの配置基準を緩和することなどが柱で、1月31日に申請した。復興対策本部は、いずれも申請内容をそのまま認める方針。

復興特区法によると、認定の可否は申請から3カ月以内に決めることになっている。認定作業を前倒しした理由について平野氏は「地元は特区に期待し、急いで内容を詰めた」と聞いている。その思いをしっかりと受け止めなければと考えた」と述べた。（2/8MEDIFAXより）

京 都

京都市長選で門川氏再選

2月5日に投開票された京都市長選は、現職の門川大作氏＝民主、自民、公明、みんな、社民京都府連推薦＝が中村和雄氏＝共産推薦＝を破り再選を果たした。投票率は36.77%、票数は門川氏22万1765、中村氏18万9971。

京都府が12年度当初予算案発表

京都府は2月7日、2012年度当初予算案の概要を発表した。一般会計8945億4900万円（前年度当初比0.8%増）、10特別会計と4公営企業会計を合わせた総額1兆1619億4600万円となる。京都式地域包括ケア推進に44億3200万円、子育て支援医療助成制度の通院対象を小学6年まで拡大することなどを盛り込んだ。2月定例府議会に提案。

その他

難病対策、法制化視野に具体的検討を開始／厚科審・対策委

厚生労働省の厚生科学審議会・疾病対策部会難病対策委員会（委員長＝金澤一郎・国際医療福祉大大学院院長）は1月17日、2011年12月の「中間的整理」を受けて、今後、法制化を視野に入れつつ「研究の推進」「医療体制の整備」「在宅看護・介護」などの柱に沿って具体的な検討を進めていくことで一致した。技術的な検討については、健康局長の私的懇談会としてワーキンググループ（WG）を設置する。

外山千也健康局長は会合の冒頭に挨拶し「12月に中間的整理を頂き、省として12年度予算案で特定疾患治療研究事業を増額したほか、年少扶養控除の廃止分を医療費助成の地方超過負担の財源として活用した」と述べた上で、年少扶養控除の廃止に伴う269億円の活用で暫定的対応ではあるものの12年度の地方超過負担が92.1%改善される見込みであるとした。13年度以降の地方超過負担の解消措置については「社会保障・税一体改革の素案にも盛り込まれている。今後、方法を検討していく」とした。

（1/18MEDIFAXより）

遺体用いた外科手術研修、実施に前向き／医学部長病院長会議

全国医学部長病院長会議の「ご遺体を用いたサージカルトレーニングのあり方ワーキンググループ（WG）」の福島統座長は1月19日の定例会見で、厚生労働省研究班がまとめた「臨床医学の教育研究における死体解剖のガイドライン案」（GL案）に、5項目を追記することが同会議の理事会で承認されたとし、「現行法下で技能修練を各大学が実施できるよう進めていきたい」と述べた。

遺体を用いたサージカルトレーニングについては厚生労働科学研究費補助金「サージカルトレーニング

のあり方に関する研究」（研究代表者＝近藤哲氏、七戸俊明氏）が2010年度総括研究報告書の中でGL案をまとめている。

福島座長はWGとしてGL案を「強く支持する」とした上で、▽技能修練実施に当たって大学は倫理委員会が承認した実施計画を全国医学部長病院長会議に報告し、大学ホームページで公表▽経費の公表▽成果の公表▽大学以外に所属する医師・歯科医師にも技能修練の機会を提供▽大学内に実施組織を組織し、解剖学講座に負担がかかり過ぎないようにする一の5項目を同WGとして追加するとした。

（1/20MEDIFAXより）

日医、公益社団移行へ新定款ほぼ固まる

日医の定款・諸規定改定検討委員会は1月17日、新公益法人制度に対応した定款・諸規定の変更案を原中会長に答申。日医は答申を基に最終案を取りまとめ、2012年10月の臨時代議員会に議題を上程する予定。13年4月1日の移行登記を目指す。

（1/23MEDIFAXより）

再生戦略策定へ、2月に医療分野を議論／国家戦略会議

政府の国家戦略会議（議長＝野田佳彦首相）は1月25日、日本再生戦略の策定に向けた今後の進め方を確認した。毎月1～2回程度の会合を開くが、それに先立ち民間議員による会合を開いて政策課題を整理する。その結果を踏まえて戦略会議を開き、関係大臣の下で議論。2月は「新産業・新市場の創出」がテーマで、創薬や医療機器開発など医療分野での産業創出戦略を俎上に載せる。日本再生戦略は6月をめどに策定する。

日本再生戦略は、2011年12月24日に閣議決定された「日本再生の基本戦略」をさらに具体化したもので、基本戦略には、東北メディカル・メガバンク計画や、革新的な医薬品・医療機器の開発推進などの施策が盛り込まれている。

2月の新産業・新市場の創出で取り上げる政策課題については、戦略会議に先立つ民間議員の会合で、より具体的に絞り込む方針。（1/26MEDIFAXより）

日本癌治療学会、「コメディカル」の使用を原則自粛

日本癌治療学会は、同学会の発表や学会関連出版物での「コメディカル」の用語の使用を原則自粛す

る方針を発表した。発表では「薬剤師、看護師、検査技師、放射線技師などといった医療専門職の名称を積極的に使用することが望まれる」としている。（1/27MEDIFAXより）

治療撤退の選択考慮も／終末期医療で学会見解

日本老年医学会は1月31日、近い将来に死が避けられない重い障害を抱えた高齢者の終末期医療に関して、栄養を管で送り込む「胃ろう」や人工呼吸器装着などの治療行為について「撤退も選択肢として考慮すべきだ」とする見解を公表した。同学会は治療の進め方などを定めた医療従事者向けのガイドラインを作成する。（2/2MEDIFAXより）

3年ごとの同時改定、野田首相「厚労省で検討を」

野田佳彦首相は2月6日の参院予算委員会で、診療報酬改定を3年に1度に変えて常に介護報酬との同時改定にすることについて「よく厚生労働省内で検討していただきたい」と述べた。小宮山厚労相は同時改定のメリットとして、医療機関や支払機関のシステム改修の負担が減ることを挙げた。一方、デメリットとして、市場実勢価格を踏まえた薬価の改定が従来より1年遅れると説明した。質問に立った民主党の梅村聡氏は、3年に1度の同時改定の実現で「医療と介護の連携はより緊密にできるのではないか」と語った。（2/7MEDIFAXより）

障害者支援、難病患者を給付対象に追加／厚生労働省が新法骨子案

政府が今国会への提出を予定している「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案（仮称）」について、厚生労働省は2月7日、民主党厚生労働部門会議障がい者ワーキングチーム（WT、中根康浩座長）に骨子案概要を示した。新たに難病患者をサービス給付の対象に加えるほか、施行から5年をめどに障害程度区分や就労支援を見直すことや、共同生活介護（ケアホーム）と共同生活援助（グループホーム）の一元化などを盛り込んだ。

改正案はいわゆる「制度の谷間」の解消に向けて、難病患者を新たに障害者の範囲に追加する。想定される対象について、WTのこれまでの議論では難治性疾患克服研究事業の対象130疾患と関節リウマチが挙げられている。

このほか、障害程度区分と就労支援の在り方は施

行後5年をめどに検討を行い、必要な措置を講じる規定を設ける。地域移行への対応では、共同生活を行う住居で柔軟なケアを実現させるためにケアホームとグループホームを一元化する。

障がい者制度改革推進会議・総合福祉部会が骨格提言で示した利用者負担の原則無料は、2010年4月から低所得者の利用が無料であることや、無料でサービスを利用している人の割合が11年10月時点で85.5%に上ることなどを挙げ、「共通番号制度における利用者負担の合算の議論を踏まえた検討が必要」として検討課題にとどめた。

●新たな理念と名称見直しで、自立支援法を事実上廃止へ

民主党は09年衆院選マニフェストで自立支援法の廃止を訴えていたが、厚労省はサービス事業者の指定や支給決定の仕組みを新法に沿ってやり直す手続きを踏めば、自治体の負担が増える点などを説明。法律に「共生社会の実現」「社会的障壁の除去」の理念を新たに盛り込み、名称も見直すことで事実上の廃止とみなす案を示した。

新たな法律の施行期日は13年4月1日で、このうちケアホームとグループホームの一元化は14年4月1日を予定。（2/8MEDIFAXより）

老健と介護療養、退所先は「医療機関」が最多／10年調査

厚生労働省は2月9日、2010年介護サービス施設・事業所調査の結果を公表した。介護保険3施設を退所した人の行き先で最も多かったのは、介護老人保健施設と介護療養型医療施設がそれぞれ「医療機関」で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が「死亡」だった。

10年9月中に介護保険3施設を退所した人の行き先を見ると、介護老人保健施設では「医療機関」が48.9%で最も多く、「家庭」23.8%、「特養」9.3%と続いた。介護療養型医療施設でも最多は「医療機関」の34.7%で、次いで「死亡」33.0%、「家庭」12.1%。一方、特養では「死亡」が最多の63.7%を占め、「医療機関」28.9%、「家庭」2.9%の順だった。退所者が入所前にいた場所で最も多かったのは老健が「医療機関」で52.6%、介護療養型医療施設も「医療機関」で75.2%、特養は「家庭」で31.8%だった。

介護保険施設の入所者の要介護度は重度化傾向にあり、施設別の平均要介護度は介護療養型が4.39と最高。次いで特養が3.88、老健が3.32だった。1人当

たり平均利用料（10年9月中の在所者）を見ると、介護療養型医療施設が8万5067円、老健が7万8561円、特養が6万1054円だった。

訪問看護ステーションについては、10年9月中の利用者1人当たりの訪問回数を見ると介護予防サービスで4.0回、介護サービスでは5.5回。1事業所当たり利用者数は介護予防サービス5.3人、介護サービス43.9人で、1事業所当たり延べ利用者数は介護予防サービス21.3人、介護サービス243.3人だった。

1事業所当たりの常勤換算看護・介護職員数を見ると、訪問介護が7.7人、訪問看護ステーションが4.6人、通所リハビリテーションが8.1人だった。常勤換算看護・介護職員1人当たりの延べ利用者数（10年9月中）は、訪問介護が91.0人、訪問看護ステーションが79.2人、通所リハビリが72.2人だった。

10年10月1日現在の状況について調査を実施し、回答のあった活動中の施設・事業所（延べ23万1145カ所）などについて集計した。

（2/10MEDIFAXより）

データ

自殺者数が14年連続3万人超

警察庁は1月10日、2011年の自殺者数（速報値）が3万513人だったと発表。前年より1177人減ったが、1988年以降、14年連続で3万人を超えた。男女別では男性2万867人、女性9646人。

11年の医療機関の倒産、年間32件

帝国データバンクの全国企業倒産集計によると、2011年の医療機関の年間倒産件数は32件（負債165億6400万円）となり10年の41件（同352億1600万円）と比べて、件数、負債総額ともに下回った。

●病院・開業医の倒産推移（負債額の単位は百万円）

	件数	負債額
2007年	48	47,662
2008年	35	18,224
2009年	52	30,157
2010年	41	35,216
2011年	32	16,564

（1/19MEDIFAXより）

臨床研修制度導入前後での地域分布を解析

厚生労働省は1月23日、臨床研修制度の導入が地域医

療に与えた影響を見るため医師・歯科医師・薬剤師調査や厚生労働科学研究などのデータ解析した結果を「臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」に提示。医籍登録後1・2年目医師は、04年の制度導入前後でも6都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）での増加傾向に大きな変化は見られなかった。3～6年目医師では制度導入後、6都府県での増加傾向がやや強かった。

（1/24MEDIFAXより）

日本の人口、2060年には8674万人まで減少

国立社会保障・人口問題研究所は1月30日、「日本の将来推計人口（2012年1月推計）」を発表。日本の総人口は、2010年の1億2806万人から、48年には1億人を割り、60年には8674万人まで減少が進む見通しだ。

今回の推計は、10年の国勢調査を基に60年までの人口を推計。推計（出生推移が中位のケース）によると、10年から60年までの50年間で、0～14歳の年少人口は1684万人から791万人に、15～64歳の生産年齢人口は8173万人から4418万人に減少するが、65歳以上の老年人口は42年にピークを迎え、その後は減少に転じるものの、10年の2948万人から60年には3464万人まで増加する。老年人口の割合は60年には10年の23.0%から39.9%まで上昇し、2.5人に1人が65歳以上となる。

推計の前提となる合計特殊出生率は10年の1.39から24年には1.33まで減少するが、長期的には1.35に収束する。平均寿命は、10年の男性79.64年、女性86.39年から、60年には男性84.19年、女性90.93年まで伸びる。

2012年1月推計 （中位仮定）	2010年	2030年	2055年	2060年
総人口	12,806 万人	11,662 万人	9,193 万人	8,674 万人
老年人口 割合	23.0%	31.6%	39.4%	39.9%

（1/31MEDIFAXより）

市町村国保、厳しい財政状況続く／厚労省10年度分公表

厚生労働省は2月3日、2010年度の市町村国保と後期高齢者医療制度の財政状況（速報）を公表した。

市町村国保では収入13兆1253億円（前年度比1.7%増）に対し、支出が12兆9900億円（同1.4%増）。決算補填のための一般会計繰入金を除いた収支は3900億円の赤字で、赤字額は前年から650億円増加した。

10年度の後期高齢者医療広域連合の財政状況については、収入合計が12兆2421億円、支出合計が12兆1127億円。実質的な単年度収支は95億円の赤字だが、前年度までの余剰金などで1293億円の黒字となった。（2/6MEDIFAXより）

保団連

一体改革素案「内需冷え込ませる」／保団連が談話

保団連は1月10日、政府・与党がまとめた社会保障・税一体改革素案をめぐる「国民の安心と生活を壊し、内需を冷え込ませる『一体改革』素案に断固反対する」と題する談話を発表した。「逆累進性の強い消費税は社会保障の財源として最もふさわしくない税」と強調し、応能負担での財源確保を推進する必要性を訴えている。

談話では、素案について「社会保障費を消費税収と連動させ、消費税収の範囲に社会保障費を抑え込もうとしている」と主張。社会保障費が増加すれば、消費税率を際限なく引き上げざるを得なくなるとし「国民にとって消費増税か、社会保障削減か、あるいは、その両方が迫られることになる」と訴えた。

その上で「今、必要なことは、憲法25条を基本に国民の生命と生活を最優先する新たな社会保障ビジョンの策定と法人税、所得税を中心とした応能負担による財源確保を、国民的な議論のもとで早急に進めること」と指摘した。（1/11MEDIFAXより）

再診料74点を要望／保団連

保団連は1月14日付で「2012年診療報酬改定に係る医科緊急要望書」を各中医協委員宛てに送付するとともに、小宮山洋子厚生労働相宛てに提出した。再診料を診療所、病院ともに74点とするよう求めている。

緊急要望書では「急性期の病院勤務医の負担軽減なども当然重要」とした一方「地域医療の崩壊を食い止め、患者、国民が安心して医療を受けることができるようにするためには、診療所、中小病院の評価がどうしても必要」と強調。「診療所の再診料を本格的なマイナス改定実施以前の水準（74点）まで回

復することを求める」とし、中小病院についても同様に評価するよう求めた。（1/17MEDIFAXより）

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。



【一橋大学名誉教授】

渡辺 治

17

その3 「一体改革」の変質

**社会保障と税の
一体改革を読み解く**

連載は“生き物”です。「社会保障と税の一体改革」の検討が3回目に入ったところで、2012年前半期における保守支配層と国民との攻防の最大の焦点が、消費税率引き上げを柱とする「一体改革」法案の成否であることが確実となりました。

マスコミは、2011年の年末から連日、「一体改革」をめぐる民主党内の攻防を追いかけ、ついに12月29日、野田首相が、民主党税制調査会と一体改革調査会の合同総会で、2014年4月に8%、15年10月には10%への消費税率の引き上げをするとして押し切ったと、大々的に報じました。

今月号が刊行されるころに通常国会が始まりますが、この連載で得た視角でマスコミの報道を検討し、消費増税を阻むための行動を起こしていただきたいと思います。

前回までに述べてきたことを、簡単にふりかえってみましょう。

「一体改革」は、構造改革の矛盾が顕在化した福田政権で提起された政策であり、そこには、小泉政権時代の社会保障費削減への一定の反省があったこと。しかし一方で、大企業負担の軽減をはかる構造改革を止めるわけにはいかないので、社会保障支出増の財源として、消費税率大幅引き上げを提起するということ。つまり、「一体」とは、「社会保障は一定充実するから、消費税率の引き上げもする」という意味でした。

しかし、この「一体改革」は、自公政権の崩壊とともにいったん消えます。自公政権に代わって誕生した鳩山政権は、福祉支出の増大と消費税率引き上げ凍結を訴えて国民の支持を得たのですが、菅

政権はそれをふたたび拾いあげました。そのねらいは何か？ ということが今回の主題です。

鳩山政権は、「この政権では構造改革も日米同盟もどうなるかわからない」という危機感を強めた財界・アメリカの圧力によって倒されました。代わって登場した菅政権の立ち上がりは素早かった。大企業の法人税率を当面5%引き下げ、2年以内に20%台にすると公約し、その財源として消費税率引き上げを打ち出したのです。口実は、「財政再建」でした。ところがこの方針は、10年7月の参院選であっけなく国民に「ノー」と言われます。しかし、財界の後押しによって菅政権は存続しました。財界としては、「消費税率引き上げはマニフェスト違反」と言う小沢一郎を政権の座につけることは許せなかったからです。

生きのびた菅政権がふたたび消費税率引き上げをうたう口実に選んだのが、「一体改革」でした。この段階で、「一体改革」は最初の変質を遂げます。「社会保障を何とかしなければならぬ」という当初の積極面が後退し、社会保障はたんなる消費税率引き上げの口実と化したからです。

福田政権時の「社会保障国民会議」や、麻生政権の「安心社会実現会議」が、まだ社会保障の充実を主題に議論をしていたのに比べ、菅政権の「社会保障改革に関する集中検討会議」は、その名前とは裏腹に、社会保障については、宮本太郎氏（北海道大学）を座長とする「社会保障改革に関する有識者検討会」に丸投げし、本体はもっぱら消費税率引き上げを議論し始めました。菅氏の頭には、消費税率引き上げしかなかったのです。

そこに3.11が起り、「一体改革」はさらなる変質を遂げます。3.11以降、その復旧・復興、原発被害に対する避難、放射能汚染の瓦礫処理などで、膨大な財政支出が見込まれました。ところが、これを大企業負担でまかなうことはまかりならんという財界の強い圧力に菅政権は従ったのです。そこで、一方では被害の復旧・復興に不可欠の国家財政支出を抑制し続けて復旧・復興に甚大な打撃を与え、他方、その財源を国民負担に転嫁する方策が検討されました。

その結果、「一体改革」の第2段階の変質が不可避となったのです。

1つは、3.11の復旧・復興の財政支出増が不可避となり、大企業に負担させないとなれば、3.11前に比していっそう国民負担圧力・歳出削減圧力が強まったこと。となると、もはや社会保障の充実などとは言ってられません。社会保障費も削減し、加えて消費税率引き上げをしなければならない、ということになりました。

もう1つは、「一体改革」を主導してきた厚労省サイドの思惑です。福田政権の「一体改革」登場のとき、厚労省はそれなりに意気揚がったと思います。小泉構造改革の時代に、毎年2200億円の社会保障費が削減されたことに見られるように、社会保障の充実どころか、増経費の削減のために「努力」を強いられてきたわけですから、それがおさまり、充実・「機能強化」となれば希望が出るからです。

他方、財務省も、消費税率引き上げの唯一の説得理由は社会保障しかないという思惑だったため、両者が合意します。

このように、菅政権が「一体改

革」を打ち出した当初は、厚労省と財務省がペアですすめ、消費税率引き上げ5%ぶんも基本的には全部社会保障に充当するという合意もありました。

ところが、3.11後になると、財源問題がさらに厳しくなり、放ってお

くと5%の独占も難しくなったわけ。ここで厚労省も、社会保障費の充実という口実をかなぐり捨て、「社会保障費は身を切る努力をするから、5%はそっくり社会保障費に充当しろ」という論陣をはることを余儀なくされたのです。

いずれの経路からも、「一体改革」の根本的変質が促されました。今や「一体」とは、「社会保障費の削減と消費税率引き上げ」という意味に転換してしまい、「一体改革」が当初もっていた社会保障の充実、跡形もなく消え去ってしまったのです。

「一体改革」成案の最大の眼目が、消費税の引き上げ率と時期を明記する点にあったことは言うまでもありません。また、その点に、民主党内の小沢派を中心とする反対派の攻撃も集中していました。彼らは構造改革に反対しているわけではありませんが、彼らのほうが、



2009年になぜ国民が民主党を支持したかを自覚しており、その裏切りがどんな結果をもたらすかに恐怖しているからです。

菅政権は、その攻勢の前に、税率・時期ともに譲歩を強いられそうになりましたが、財界とマスコミの猛攻を受けて、なんとか税率は10%を明記し、時期も「2010年代半ばまでに」と入れることに成功しました。しかし菅政権の体力もここまででした。閣内の反対の声を考慮したために成案の閣議決定はできず、7月1日、閣議報告にとどまりました。

では、菅政権のあと、野田政権は「一体改革」をどのようにすすめようとしているのでしょうか。山場は次回に検討しましょう。

クレスコ編集委員会・全日本教職員組合編集
月刊『クレスコ』2月号より転載（大月書店発行）



わたなべ・おさむ

1947年生まれ。専門は政治学、憲法、日本近代政治史。著書に『新自由主義か新福祉国家か—民主党政権下の日本の行方』（共著、旬報社）、『憲法9条と25条・その力と可能性』（かもがわ出版）、『構造改革政治の時代—小泉政権論』（花伝社）、『憲法「改正」—軍事大国化・構造改革から改憲へ』、『安倍政権論—新自由主義から新保守主義へ』（旬報社）ほか多数。

資料1

平成24年度介護報酬改定に伴う 関係省令の一部改正等について

厚生労働省 2012年1月26日

1月25日開催の第88回社会保障審議会・介護給付費分科会において、諮問・答申となった平成24年度の介護報酬改定にかかる各サービスの報酬単価・運営基準についての省令改正に関する資料。2月24日をメ切にパブリックコメントが募集されている。今改定は、診療報酬との同時改定であり、「医療から介護へ」の流れを明確に示すと同時に、介護保険給付における「ケア」の範囲をさらに限定する等、地域医療への影響も大きい内容となっている。

給付の重点化や介護予防・重症化予防について取り組み、地域包括ケアシステムの基礎強化を図ることが必要である。

高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることを可能にするため、

- ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
- ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスを提供する。

また、重症者への対応、在宅復帰、医療ニーズへの対応など、各介護保険施設に求められる機能に即したサービス提供の強化を図る。

(2) 医療と介護の役割分担・連携強化

医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化することが必要である。

このため、

- ①在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化
- ②介護保険施設における医療ニーズへの対応
- ③入院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

を進める。

また、これらを実用するために、看護職員等医療関係職種をはじめ必要な人材確保を講ずることが必要である。

(3) 認知症にさらされないサービスの提供

認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくため、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において必要な見直しを行う。

平成24年度介護報酬改定に伴う関係省令の一部改正等について

1. 要旨

平成24年度の介護報酬改定については、介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第5項等に基づき、平成24年1月25日に社会保障審議会に厚生労働大臣より改定内容に係る諮問を行い、同日原案とおり了承する旨答申を受けたところであり、その結果を受け、所要の省令の改正等を行うものである。

2. 介護報酬改定に係る改正内容

具体的な改正内容は以下のとおりとする。

I 基本的な考え方

1. 改定率について

平成24年度の介護報酬改定は、平成23年6月に成立した「介護サービスの基礎強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携の強化などへの対応が求められる。また「社会保険・税一体改革案」の確実な実施に向けた最初の第一歩であり、「2025年（平成37年）のあるべき医療・介護の姿」を念頭におくことが必要である。

こうした状況や、介護職員の処遇改善の確保、資金、物面の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、全体で1.2%の介護報酬改定を行うものである。

(参考)

介護報酬改定率 1.2%

(うち、在宅1.0%、施設分0.2%)

2. 基本的な視点

平成24年度の介護報酬改定については、高齢者の尊厳保持と自立支援という介護保険の基本理念を一層推進するため、以下の基本的な視点に基づき、各サービスの報酬・基準についての見直しを行う。

(1) 地域包括ケアシステムの基礎強化

介護サービスの充実・強化を図るとともに、介護保険制度の持続可能性の観点から、

Ⅱ 各サービスの報酬・基準見直しの内容

1. 介護職員の処遇改善等に関する見直し

(1) 介護職員の処遇改善に関する見直し

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過期的な取り扱いとして、平成27年3月31日までの間、介護職員処遇改善加算を創設する。なお、平成27年4月1日以降については、次期介護報酬改定において、各サービスの基本サービス費において適切に評価を行うものとする。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（新規）所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（新規）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の90/100

介護職員処遇改善加算（Ⅲ）（新規）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の80/100

<サービス別加算率>

サービス	加算率
（介護予防）訪問介護	4.0%
（介護予防）訪問入浴介護	1.8%
（介護予防）通所介護	1.9%
（介護予防）通所リハビリテーション	1.7%
（介護予防）短期入所生活介護	2.5%
（介護予防）短期入所療養介護（老健）	1.5%
（介護予防）短期入所療養介護（病児等）	1.1%
（介護予防）特定施設入居者生活介護	3.0%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4.0%
夜間対応型訪問介護	4.0%
（介護予防）認知症対応型通所介護	2.9%
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	4.2%
（介護予防）認知症対応型共同生活介護	3.9%
地域密着型特定施設入居者生活介護	3.0%
地域密着型介護老人福祉施設	2.5%
複合型サービス	4.2%
介護老人福祉施設	2.5%
介護老人保健施設	1.5%
介護療養型医療施設	1.1%

（注1）所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

（注2）（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、（介護予防）居宅療養管理指導、（介護予防）福祉用具貸与並びに居宅介護支援及び介護予防支援は算定対象外とする。

※算定要件（介護職員処遇改善交付金の交付要件と同様の考え方による要件を設定。）

イ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

(1) 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。

(2) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。

(3) 当該事業者において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事（地域密着型サービスを実施している事業所においては市町村長）に届け出ていること。

(4) 当該事業者において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事（地域密着型サービスを実施している事業所においては市町村長）に報告すること。

(5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。

(6) 当該事業者において、労働保険料の納付が適正に行われていること。

(7) 次に掲げる基準のいずれかの基準に適合すること。

① 次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

② 次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

b aについて、全ての介護職員に周知していること。

(8) 平成20年10月から(3)の届出の日属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。

ロ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、イ(7)又は(8)に掲げる基準のいずれかに適合すること。

ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 地域区分の見直し

国家公務員の地域手当に準じ、地域割りの区分を7区分に見直すとともに、適用地域、上乗せ割合について見直しを行う。

また、適用地域について、国の官署が所在しない地域等においては、診療報酬における地域加算の対象地域の設定の考え方を踏襲する見直しを行う。

さらに、介護事業経営実態調査の結果等を踏まえて、サービス毎の人員費割合についても見直しを行う。

なお、報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から、平成26年度末までの経過措置等を設定する。

2. 居宅介護支援

① 自立支援型のケアマネジメンツの推進

サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しを行う。
 (運営基準減算)
 所定単位数に70/100を乗じた単位数 ⇒ 所定単位数に50/100を乗じた単位数
 【運営基準減算が2ヶ月以上継続している場合】
 所定単位数に50/100を乗じた単位数 ⇒ 所定単位数は算定しない

② 特定事業所加算

質の高いケアマネジメンツを推進する観点から、特定事業所加算(Ⅱ)の算定要件を見直す。

※算定要件(変更点のみ(特定事業所加算(Ⅱ))以下を追加

- ・介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ・地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

③ 医療等との連携強化

医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価等の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員(ケアマネジャー)が参加した場合に評価を行う。

医療連携加算 150単位/月 ⇒ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月
 入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月

※算定要件

- 入院時情報連携加算(Ⅰ) 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。
- 入院時情報連携加算(Ⅱ) 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

退院・退所加算(Ⅰ) 400単位/月 ⇒ 退院・退所加算 300単位/回

退院・退所加算(Ⅱ) 600単位/月

※算定要件(変更点のみ)
 入院等期間中に3回まで算定することを可能とする。

<地域区分ごとの上乗せ割合>

特別区	15%	1級地	18%
特甲地	10%	2級地	15%
		3級地	12%
		4級地	10%
甲地	6%	5級地	6%
乙地	5%	6級地	3%
その他	0%	その他	0%

⇒

<人件費割合>

訪問看護(55%) (新規)	⇒	訪問看護(70%) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(70%) 複合型サービス(55%) (新規)
-------------------	---	--

<介護報酬1単位当たりの単価の見直しの全体像と見直し後の単価>

【現行】

	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
上乗せ割合	15%	10%	6%	5%	0%
人件費割合	11.05	10.70	10.42	10.35	10
割合	10.83	10.55	10.33	10.28	10
	10.68	10.45	10.27	10.23	10

【見直し後】

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他
上乗せ割合	18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	11.26	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10
割合	10.99	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10
	10.81	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10

<地域区分ごとの適用地域>

別紙参照

<経過措置>

報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から、平成26年度末までの経過措置を設定した上で、各自治体からの意見を踏まえ、追加的な経過措置等を設定する。

見直し後の適用地域と現行の適用地域を比較した場合、区分の差が2区分以上乖離する地域を対象に、現行の適用地域から1区分高い若しくは低い区分に見直しを行う。各自治体からの要望を踏まえ、上乗せ割合が低い区分への変更を経過措置として認めるとともに、高い区分への変更は国家公務員の地域手当の区分相当まで変更を認める。

生活援助の時間区分について、サービスの提供実態を踏まえるとともに、限られた人材の効率的活用を図り、より多くの利用者に対し、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、そのニーズに応じたサービスを効率的に提供する観点から時間区分の見直しを行う。

30分以上 60分未満 229 単位/回 ⇒ 45分以上 20分以上 45分未満 190 単位/回
 60分以上 291 単位/回

また、身体介護に引き続き生活援助を行う場合の時間区分の見直しを行う。

30分以上 83 単位/回 ⇒ 20分以上 70 単位/回
 60分以上 166 単位/回 ⇒ 45分以上 140 単位/回
 90分以上 249 単位/回 ⇒ 70分以上 210 単位/回

① 生活機能向上連携加算

自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することについての評価を行う。

生活機能向上連携加算（新規） ⇒ 100 単位/月

※算定要件

- ・ サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語療法士（以下「理学療法士等」という。）による訪問リハビリテーションに同行し、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成していること。
- ・ 当該理学療法士等と連携して訪問介護計画に基づきサービス提供を行っていること。
- ・ 当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日から3ヶ月間、算定できること。

② 2級訪問介護員のサービス提供責任者配置減算

サービス提供責任者の質の向上を図る観点から、サービス提供責任者の任用要件のうち「2級課程の研修を修了した者であって、3年以上介護等の業務に従事した者」をサービス提供責任者として配置している事業所に対する評価を適正化する。

サービス提供責任者配置減算（新規） ⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定

※算定要件

- ・ 2級訪問介護員（平成25年4月以降は介護職員初任者研修修了者）のサービス提供責任者を配置していること。
- （注）平成25年3月31日までは、
 ・ 平成24年3月31日時点で現にサービス提供責任者として従事している2級訪問介護員が4月1日以降も継続して従事している場合であって、
 ・ 当該サービス提供責任者が、平成25年3月31日までに介護福祉士の資格取得者

緊急時等居宅カンファレンス加算（新規） ⇒ 200 単位/回
 ※算定要件
 ・ 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合
 ・ 1月に2回を限度として算定できること。

利用者が複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に評価を行う。

複合型サービス事業所連携加算（新規） ⇒ 300 単位/回

※算定要件
 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算と同様

3. 訪問系サービス

(1) 訪問介護

身体介護の時間区分について、1日複数回の短時間訪問により中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する観点から、新たに20分未満の時間区分を創設する。

30分未満 254 単位/回 ⇒ 20分以上 30分未満 170 単位/回
 (新規) ⇒ 20分以上 30分未満 254 単位/回

※算定要件（身体介護（20分未満））

- 以下の①又は②の場合に算定する。
 ①夜間・深夜・早朝（午後6時から午前8時まで）に行われる身体介護であること。
 ②日中（午前8時から午後6時まで）に行われる場合は、以下のとおり。

- ＜利用者宅＞
 ・ 要介護3から要介護5までの者であり、障害高齢者の日常生活自立度ランクBからCまでの者であること。
 ・ 当該利用者に係るサービス担当者会議（サービス提供責任者が出席するものに限る。）が3月に1回以上開催されており、当該会議において、1週間に5日以上の20分未満の身体介護が必要であると認められた者であること。
- ＜体制要件＞
 ・ 午後10時から午前6時までを除く時間帯を営業日及び営業時間として定めていること。
 ・ 常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること。
 ・ 次のいずれかに該当すること。
 ア 定期巡回・随時対応サービス指定を併せて受け、一体的に事業を実施している。
 イ 定期巡回・随時対応サービスの指定を受けていないが、実施の意思があり、実施に関する計画を策定している。

しくは実務者研修、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員1級課程の修了が確実に見込まれるとして都道府県知事に届け出ている場合に、本減算は適用しないこととする。経過措置を設けること。

③ 利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

サービス付き高齢者向け住宅等の建物と同一の建物に所在する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化する。

同一建物に対する減算（新規）⇒ 所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定

※算定要件

- ・ 利用者が居住する住宅と同一の建物（※）に所在する事業所であって、当該住宅に居住する利用者に対して、前年度の月平均で30人以上にサービス提供を行っていること。
 - ・ 当該住宅に居住する利用者を行ったサービスに対してのみ減算を行うこと。
- （※） 介護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅

（注）介護予防訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護及び（介護予防）小規模多機能型居宅介護（前年度の月平均で、登録定員の80%以上にサービスを提供していること。）において同様の減算を創設する。

④ 特定事業所加算

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正によって、介護福祉士及び研修を受けた介護職員等が、登録事業所の事業の一環として、医療関係者との連携等の条件の下にたんの吸引等を実施することが可能となったこと及び介護福祉士の養成課程における実務者研修が創設されることに伴い、特定事業所加算について、要件の見直しを行う。

※算定要件（変更点のみ）

- ・ 重度要介護者等対応要件に「たんの吸引等が必要な者（※）」を加えること。
 - ・ 人材要件に「実務者研修修了者」を加えること。
- （※） たんの吸引等
口腔内の嚥下吸引、鼻腔内の嚥下吸引、気管カニューレ内部の嚥下吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

（2）訪問看護

短時間かつ頻回な訪問看護のニーズに対応したサービスの提供の強化という観点から、時間区分毎の報酬や基準の見直しを行う。

【訪問看護ステーションの場合】

20分未満	⇒	285 単位/回	⇒	316 単位/回
30分未満	⇒	425 単位/回	⇒	472 単位/回
30分以上60分未満	⇒	830 単位/回	⇒	830 単位/回
1時間以上1時間30分未満	⇒	1198 単位/回	⇒	1138 単位/回

【病院又は診療所の場合】

20分未満	⇒	230 単位/回	⇒	255 単位/回
30分未満	⇒	343 単位/回	⇒	381 単位/回
30分以上60分未満	⇒	550 単位/回	⇒	550 単位/回
1時間以上1時間30分未満	⇒	845 単位/回	⇒	811 単位/回

※算定要件（20分未満）

- ・ 利用者に対し、週に1回以上20分以上の訪問看護を実施していること。
- ・ 利用者からの連絡に応じて、訪問看護を24時間行える体制であること。

訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護について、時間区分毎の報酬や基準の見直しを行う。

30分未満	⇒	425 単位/回	⇒	1回あたり 316 単位/回
30分以上60分未満	⇒	830 単位/回	⇒	(※1回あたり20分)

※ 1日に2回を超えて訪問看護を行う場合、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。

※※ 1週間に6回を限度に算定する。

① ターミナルケア加算

在宅での看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和を行う。

ターミナルケア加算 2,000 単位/死に月 ⇒ 算定要件の見直し

※算定要件（変更点のみ）

- ・ 死亡日及び死亡前14日以内に2日以上（死亡日及び死亡前14日以内に医療保険による訪問看護の提供を受けている場合、1日以上）ターミナルケアを行った場合。

（注）医療保険においてターミナルケア加算を算定する場合は、算定できない。

④ 看護・介護職員連携強化加算
 介護職員によるたんの吸引等は、医師の指示の下、看護職員との情報共有や適切な役割分担の下で行われる必要があるため、訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画の作成の支援等について評価する。

看護・介護職員連携強化加算（新規） ⇒ 250 単位/月

※算定要件

訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等（※）が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合。

（※） たんの吸引等

・ 口腔内の吸引吸引、鼻腔内の吸引吸引、気管カニューレ内部の吸引吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

⑤ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携に対する評価

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて訪問看護を提供した場合について評価を行う。また、要介護度の高い利用者への対応について評価を行うとともに、医療保険の訪問看護の利用者に対する評価を適正化する。

定期巡回・随時対応サービス連携型訪問看護（新規） ⇒ 2,920 単位/月
 要介護5の者に訪問看護を行う場合の加算（新規） ⇒ 800 単位/月
 医療保険の訪問看護を利用している場合の減算（新規） ⇒ 96 単位/日

(3) 訪問リハビリテーション

① 医師の診察頻度の見直し

利用者の状態に合わせたサービスの柔軟な提供という観点から、リハビリ指示を出す医師の診察頻度を緩和する。

<算定要件の見直し>

指示を行う医師の診療の日から 1 月以内 ⇒ 指示を行う医師の診療の日から 3 月以内

② 介護老人保健施設からの訪問リハビリテーション

介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションの実施を促進する観点から、病院・診療所から提供する訪問リハビリテーションと同様の要件に緩和する。

② 医療機関からの退院後の円滑な提供に着目した評価
 医療機関からの退院後に円滑に訪問看護が提供できるよう、入院中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関と共同して在宅での療養に必要な指導を行った場合や、初回の訪問看護の提供を評価する。

退院時共同指導加算（新規） ⇒ 600 単位/回

※算定要件

・ 病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合。
 ・ 退院又は退院後の初回の訪問看護の際に、1 回（特別な管理を要する者である場合、2 回）に限り算定できること。

（注）医療保険において算定する場合や初回加算を算定する場合は、算定できない。

初回加算（新規） ⇒ 300 単位/月

※算定要件

・ 新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合。
 ・ 初回の訪問看護を行った月に算定する。
 （注）退院時共同指導加算を算定する場合は、算定できない。

③ 特別管理加算

利用者の状態に合わせた訪問看護の充実を図る観点から、特別な管理を必要とする者についての対象範囲と評価を見直す。

特別管理加算 250 単位/月 ⇒ 特別管理加算（I） 500 単位/月
 特別管理加算（II） 250 単位/月

※算定要件

特別管理加算（I） 在宅慢性健康者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態であること。

特別管理加算（II） 在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮を越える褥瘡の状態等であること。

（注）医療保険において算定する場合は、算定できない。

また、特別管理加算及び緊急時訪問看護加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

※算定要件（変更点のみ）

「介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時又は当該介護老人保健施設で行っていた通所リハビリテーションを廃後に利用した日あるいはその直近に行った診療の日から1月以内に行われた場合」としていた要件を見直し、介護老人保健施設の医師が診察を行った場合においても、病院又は診療所の医師が診察を行った場合と同様に、3月ごと診察を行った場合に、継続的に訪問リハビリテーションを実施できるようにすること。

③ 訪問介護事業所との連携に対する評価

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション実施時に、訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、当該利用者の身体状況等の評価を共同で行い、当該サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合に評価を行う。

訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算⇒ 300 単位/回

（注）3月に1回を限度として算定する。

(4) 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導については、医療保険制度との整合性を図る観点から、居宅療養管理指導を行う職種や、居住の場所別の評価について見直しを行う。また、居宅介護支援事業所との連携の促進という観点から、医師、歯科医師、薬剤師及び看護職員が居宅療養管理指導を行った場合に、ケアマネジャーへの情報提供を必須とする見直しを行う。さらに、看護職員による居宅療養管理指導については、算定要件の緩和を行う。

【医師が行う場合】

居宅療養管理指導費（Ⅰ） 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 500 単位/月
500 単位/月 ⇒

同一建物居住者に対して行う場合

450 単位/月

居宅療養管理指導費（Ⅱ） 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 290 単位/月
290 単位/月 ⇒

同一建物居住者に対して行う場合

261 単位/月

【歯科医師が行う場合】

居宅療養管理指導費 500 単位/月 ⇒

同一建物居住者に対して行う場合

450 単位/月

【看護職員が行う場合】

居宅療養管理指導費 400 単位/月 ⇒

同一建物居住者以外の者に対して行う場合

400 単位/月

同一建物居住者に対して行う場合

360 単位/月

（注）薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士について同様の見直しを行う。

※算定要件（変更点のみ）

（医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員が行う場合）
居宅介護支援事業者に対し、居宅介護サービス計画の策定等に必要な情報提供を行っていること。

【看護職員が行う場合】

新規の要介護認定又は要介護認定の更新若しくは変更の認定に伴い、サービスが開始された日から起算して6月間に2回を限度として算定することを可能とする。

4. 通所系サービス

(1) 通所介護

通常規模型以上事業所の基本報酬について、看護業務と機能訓練業務の実態を踏まえて適正化を行う。また、小規模型事業所の基本報酬について、通常規模型事業所との管理的経費の実態を踏まえて適正化を行う。サービス提供時間の実態を踏まえるとともに、家族介護者への支援（レスパイト）を促進する観点から、サービス提供の時間区分を見直すとともに12時間までの延長加算を認め、長時間のサービスの提供をより評価する仕組みとする。

<基本サービス費の見直し>

（例1）小規模型通所介護費の場合

（所要時間5時間以上7時間未満の場合）

要介護1 700 単位/日

要介護2 825 単位/日

要介護3 950 単位/日

要介護4 1,074 単位/日

要介護5 1,199 単位/日

（所要時間7時間以上9時間未満の場合）

要介護1 809 単位/日

要介護2 951 単位/日

要介護3 1,100 単位/日

要介護4 1,248 単位/日

要介護5 1,395 単位/日

（所要時間6時間以上8時間未満の場合）

要介護1 790 単位/日

要介護2 922 単位/日

要介護3 1,055 単位/日

要介護4 1,187 単位/日

要介護5 1,320 単位/日

⇒

(例2) 通常規模型通所介護費

(所要時間5時間以上7時間未満の場合)

要介護1	602 単位/日
要介護2	708 単位/日
要介護3	814 単位/日
要介護4	920 単位/日
要介護5	1,026 単位/日

(所要時間6時間以上8時間未満の場合)

要介護1	677 単位/日
要介護2	789 単位/日
要介護3	901 単位/日
要介護4	1,013 単位/日
要介護5	1,125 単位/日

⇒

(所要時間7時間以上9時間未満の場合)

要介護1	690 単位/日
要介護2	811 単位/日
要介護3	937 単位/日
要介護4	1,063 単位/日
要介護5	1,188 単位/日

(例3) 大規模型通所介護費 (I)

(所要時間5時間以上7時間未満の場合)

要介護1	592 単位/日
要介護2	696 単位/日
要介護3	800 単位/日
要介護4	904 単位/日
要介護5	1,009 単位/日

(所要時間6時間以上8時間未満の場合)

要介護1	665 単位/日
要介護2	776 単位/日
要介護3	886 単位/日
要介護4	996 単位/日
要介護5	1,106 単位/日

⇒

(所要時間7時間以上9時間未満の場合)

要介護1	678 単位/日
要介護2	797 単位/日
要介護3	921 単位/日
要介護4	1,045 単位/日
要介護5	1,168 単位/日

(例4) 大規模型通所介護費 (II)

(所要時間5時間以上7時間未満の場合)

要介護1	576 単位/日
要介護2	678 単位/日
要介護3	779 単位/日
要介護4	880 単位/日
要介護5	982 単位/日

(所要時間6時間以上8時間未満の場合)

要介護1	648 単位/日
要介護2	755 単位/日
要介護3	862 単位/日
要介護4	969 単位/日
要介護5	1,077 単位/日

⇒

(所要時間7時間以上9時間未満の場合)

要介護1	660 単位/日
要介護2	776 単位/日
要介護3	897 単位/日
要介護4	1,017 単位/日
要介護5	1,137 単位/日

また、12時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をよりの評価する。

11時間以上12時間未満 ⇒ 150 単位/日

① 機能訓練の体制やサービスの提供方法に着目した評価

利用者の自立支援を促進する観点から、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練（生活機能向上を目的とした訓練）を適切な体制で実施した場合の評価を行う。

個別機能訓練加算 (II) (新規) ⇒ 50 単位/日

※算定要件 (個別機能訓練加算II)

- ・ 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等を1名以上配置していること。
 - ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの心身の状況を重視した、個別機能訓練計画を作成していること。
 - ・ 個別機能訓練計画に基づき、機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。
- (注) 現行の個別機能訓練加算 (I) は基本報酬に包括化、現行の個別機能訓練加算 (II) は個別機能訓練加算 (I) に名称を変更。

② 利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

通所介護事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の評価の適正化を行う。

同一建物に対する減算 (新規) ⇒ 所定単位数から94 単位/日を減じた単位数で算定

※算定要件

- ・ 通所介護事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に近い通所系サービスを利用する者であること
- ・ 傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わないこと

(注) 介護予防通所介護 (介護予防) 通所リハビリテーション及び (介護予防) 認知症対応型通所介護において同様の減算を創設する。

① リハビリテーションの充実

医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、リハビリテーションマネジメント加算や個別リハビリテーション実施加算の算定要件等について見直しを行う。

リハビリテーションマネジメント加算 ⇒ 算定要件の見直し

※算定要件（変更点のみ）

- ・ 1月につき、4回以上通所していること。
- ・ 新たに利用する利用者について、利用開始後1月までの間に利用者の居室を訪問し、居室における利用者の日常生活の状況や居室の環境を確認した上で、居室での日常生活能力の維持・向上に資するリハビリテーション提供計画を策定すること。

個別リハビリテーション実施加算 ⇒ 算定要件の見直し（80単位/回）

※算定要件（変更点のみ）

- ・ 所要時間1時間以上2時間未満の利用者について、1日に複数回算定できること。

また、短期集中リハビリテーション実施加算に含まれていた、個別リハビリテーションの実施に係る評価を切り分ける見直しを行う。

短期集中リハビリテーション実施加算

- 退院・退所後又は認定日から起算して⇒退院・退所後又は認定日から起算して1月以内 280単位/日 1月以内 120単位/日
- 退院・退所後又は認定日から起算して⇒退院・退所後又は認定日から起算して1月超3月以内 140単位/日 1月超3月以内 60単位/日

（注）短期集中リハビリテーション実施加算は、1週間につき40分以上の個別リハビリテーション（退院後1月超の場合は、1週間につき20分以上の個別リハビリテーション）を複数回実施した場合に算定する（変更なし）。

（参考）個別リハビリテーション実施加算の算定回数について

	1週間に複数回、個別リハビリを実施する場合（短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合を除く。）		1週間に複数回個別リハビリを実施しない場合又は退院後3月～	
	退院後～1月	退院後1月～3月まで	算定上限回数（1日）	算定上限回数（1月）
1時間～2時間の通所リハビリ	2回	1回	2回	13回
2時間以上の通所リハビリ	2回	1回	2回	13回

(2) 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションの機能を明確化し、医療保険からの円滑な移行を促進するため、短時間の個別リハビリテーションの実施について重点的に評価を行うとともに、長時間のリハビリテーションについて評価を適正化する。

＜基本サービス費の見直し＞

(例) 通常規模型通所リハビリテーション費

(所要時間1時間以上2時間未満の場合)	(所要時間2時間以上3時間未満の場合)	(所要時間3時間以上4時間未満の場合)	(所要時間4時間以上6時間未満の場合)	(所要時間6時間以上8時間未満の場合)
要介護1 270単位/日	要介護1 284単位/日	要介護1 386単位/日	要介護1 515単位/日	要介護1 688単位/日
要介護2 300単位/日	要介護2 340単位/日	要介護2 463単位/日	要介護2 625単位/日	要介護2 842単位/日
要介護3 330単位/日	要介護3 397単位/日	要介護3 540単位/日	要介護3 735単位/日	要介護3 995単位/日
要介護4 360単位/日	要介護4 453単位/日	要介護4 617単位/日	要介護4 845単位/日	要介護4 1,149単位/日
要介護5 390単位/日	要介護5 509単位/日	要介護5 694単位/日	要介護5 955単位/日	要介護5 1,303単位/日

所要時間3時間以上4時間未満×0.7 ⇒

(所要時間3時間以上4時間未満の場合)

要介護1 386単位/日	要介護1 386単位/日
要介護2 463単位/日	要介護2 463単位/日
要介護3 540単位/日	要介護3 540単位/日
要介護4 617単位/日	要介護4 617単位/日
要介護5 694単位/日	要介護5 694単位/日

(所要時間4時間以上6時間未満の場合)

要介護1 515単位/日	要介護1 502単位/日
要介護2 625単位/日	要介護2 610単位/日
要介護3 735単位/日	要介護3 717単位/日
要介護4 845単位/日	要介護4 824単位/日
要介護5 955単位/日	要介護5 931単位/日

(所要時間6時間以上8時間未満の場合)

要介護1 688単位/日	要介護1 671単位/日
要介護2 842単位/日	要介護2 821単位/日
要介護3 995単位/日	要介護3 970単位/日
要介護4 1,149単位/日	要介護4 1,121単位/日
要介護5 1,303単位/日	要介護5 1,271単位/日

(例3) 単独型ユニット型短期入所生活介護費 (I) : ユニット型個室

要介護1	755 単位/日	747 単位/日
要介護2	826 単位/日	817 単位/日
要介護3	896 単位/日	890 単位/日
要介護4	967 単位/日	960 単位/日
要介護5	1,027 単位/日	1,029 単位/日

(例4) 併設型ユニット型短期入所生活介護費 (I) : ユニット型個室

要介護1	721 単位/日	711 単位/日
要介護2	792 単位/日	781 単位/日
要介護3	862 単位/日	854 単位/日
要介護4	933 単位/日	924 単位/日
要介護5	993 単位/日	993 単位/日

① 緊急時の受入れに対する評価

緊急時の円滑な受入れを促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、一定割合の空床を確保している事業所の体制や、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて評価を行う。その際、常時空床のある事業所については算定しない仕組みとするなど、必要な要件を設定する。

緊急短期入所ネットワーク加算	⇒	廃止
緊急短期入所体制確保加算（新規）	⇒	40 単位/日
緊急短期入所受入加算（新規）	⇒	60 単位/日

※算定要件

<緊急短期入所体制確保加算>

利用定員の100分の5に相当する空床を確保し、緊急時に短期入所生活介護を提供できる体制を整備しており、かつ、前3月における利用率が100分の90以上である場合に、利用者全員に対して算定できること。

<緊急短期入所受入加算>

- ・ 介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により、介護を受けることができない者であること。
- ・ 居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていないこと。
- ・ 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の利用を認めていること。
- ・ 緊急利用のために確保した利用定員の100分の5に相当する空床（緊急用空床）以外の利用が出来る場合であって、緊急用空床を利用すること。
- ・ 緊急短期入所受入加算は利用を開始した日から起算して原則7日を限度とする。
- ・ 緊急短期入所受入加算は100分の5の緊急確保枠を利用する場合は算定可能とし、100分の5の緊急確保枠以外の空床利用者は、当該加算を算定することができない。
- ・ 緊急短期入所受入加算は3月間において、緊急短期入所受入加算を算定しない場合、続く3月間において、緊急短期入所受入加算及び緊急短期入所受入加算は算定できない。

② 重度療養管理加算
手厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う。

重度療養管理加算（新規） ⇒ 100 単位/日

※算定要件

所要時間1時間以上2時間未満の利用者以外の者であり、要介護4又は5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

(注) 別に厚生労働大臣が定める状態（イ〜リ）のいずれかに該当する状態

- イ 常時頻回の喀吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

5. 短期入所系サービス

(1) 短期入所生活介護

介護福祉施設サービス費の見直しに併せて、短期入所生活介護費の見直しを行う。

<基本サービス費の見直し>

(例1) 単独型短期入所生活介護費 (I) : 従来型個室

要介護1	655 単位/日	645 単位/日
要介護2	726 単位/日	715 単位/日
要介護3	796 単位/日	787 単位/日
要介護4	867 単位/日	857 単位/日
要介護5	937 単位/日	926 単位/日

(例2) 併設型短期入所生活介護費 (I) : 従来型個室

要介護1	621 単位/日	609 単位/日
要介護2	692 単位/日	679 単位/日
要介護3	762 単位/日	751 単位/日
要介護4	833 単位/日	821 単位/日
要介護5	903 単位/日	890 単位/日

(2) 短期入所療養介護

介護保健施設サービス費又は介護療養施設サービス費等の見直しに併せて、短期入所療養介護費の見直しを行う。

<基本サービス費の見直し>

【介護老人保健施設における短期入所療養介護費

<介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）>

<介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅱ）：従来型個室>

要介護1	746 単位/日	750 単位/日
要介護2	795 単位/日	797 単位/日
要介護3	848 単位/日	860 単位/日
要介護4	902 単位/日	912 単位/日
要介護5	955 単位/日	965 単位/日
<介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅱ）：従来型個室>		
要介護1		779 単位/日
要介護2		851 単位/日
要介護3		913 単位/日
要介護4		970 単位/日
要介護5		1,025 単位/日

(新規)

<介護老人保健施設短期入所療養介護費：多床室>

(iii)

要介護1	845 単位/日	826 単位/日
要介護2	894 単位/日	874 単位/日
要介護3	947 単位/日	937 単位/日
要介護4	1,001 単位/日	990 単位/日
要介護5	1,054 単位/日	1,043 単位/日
<介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅳ）：多床室>		
要介護1		859 単位/日
要介護2		933 単位/日
要介護3		996 単位/日
要介護4		1,052 単位/日
要介護5		1,108 単位/日

(新規)

① 重度療養管理加算

短期入所療養介護については、介護老人保健施設における医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受入れを評価する見直しを行う。

重度療養管理加算（新規） ⇒ 120 単位/日

※算定要件

- 要介護4又は5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、短期入所療養介護を行った場合。
- (注) 別に厚生労働大臣が定める状態（イ〜リ）のいずれかに該当する状態）
- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重症脳心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経腸胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

② 緊急時の受入れに対する評価

緊急時の受入れを促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、居宅サービス計画に位置付けられない緊急利用者の受入れについて評価を行う。

緊急短期入所ネットワーク加算 ⇒ 廃止

緊急短期入所受入加算（新規） ⇒ 90 単位/日

※算定要件

- ・ 利用者の状態や家族の事情等により、介護支援専門員が、短期入所療養介護を受ける必要があると認めていること。
- ・ 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行っていること。
- ・ 利用を開始した日から起算して、7日を算定の限度とすること。

※算定要件

- ・ 特定施設入居者生活介護事業所が初めて指定を受けた日から起算して3年以上経過していること。
- ・ 入居定員の範囲内で空室の居室（定員が1人であるものに限る。）を利用すること。

ただし、短期利用の利用者は、入居定員の100分の10以下であること。

- ・ 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
- ・ 短期利用の利用者を除く入居者が、入居定員の100分の80以上であること。
- ・ 権利金その他の品金を受領しないこと。
- ・ 介護保険法等の規定による通告等を受けた日から起算して5年以上であること。

（注）外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費を算定している場合には適用しない。

6. 特定施設入居者生活介護

介護福祉施設サービス費の見直しに併せて、特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費の見直しを行う。

＜特定施設入居者生活介護費＞	
要介護1	571 単位/日
要介護2	641 単位/日
要介護3	711 単位/日
要介護4	780 単位/日
要介護5	851 単位/日

要介護1	560 単位/日
要介護2	628 単位/日
要介護3	700 単位/日
要介護4	768 単位/日
要介護5	838 単位/日

⇒

要介護1	87 単位/日
要介護2	86 単位/日

＜外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費＞

要介護1	87 単位/日
要介護2	86 単位/日

（注）特定施設入居者生活介護費の見直しに併せて、当該外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費に係る限度単位数の見直しを行う。

① 看取りの対応強化

特定施設入居者生活介護については、看取りの対応を強化する観点から、特定施設において看取り介護を行った場合に評価を行う。

看取り介護加算（新規）	⇒	死亡日以前4～30日	80 単位/日
		死亡日以前日及び前々日	680 単位/日
		死亡日	1,280 単位/日

※算定要件

- ・ 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ・ 利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
- ・ 医師、看護師又は介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて、随時、介護が行われていること。
- ・ 夜間看護体制加算を算定していること。

（注）外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費又は短期利用型特定施設入居者生活介護費を算定している場合、当該加算は算定しない。

② 短期利用の促進

一定の要件を満たす特定施設については、家族介護者支援を促進する観点から、特定施設の空室における短期利用を可能とする見直しを行う。

7. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

福祉用具貸与費の対象として、「自動排泄処理装置」を追加する。

8. 地域密着型サービス

(1) 定期巡回・随時対応サービス

日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度者の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担う定期巡回・随時対応サービスを創設する。

基本報酬 定額報酬（1月）

	定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（I） （一休型）		定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（II） （連携型）
	介護・看護利用者	介護利用者	
要介護1	9,270 単位	6,670 単位	6,670 単位
要介護2	13,920 単位	11,120 単位	11,120 単位
要介護3	20,720 単位	17,800 単位	17,800 単位
要介護4	25,310 単位	22,250 単位	22,250 単位
要介護5	30,450 単位	26,700 単位	26,700 単位

※ 連携型事業所の利用者が定期巡回・随時対応サービス事業所が連携する訪問看護事業所から訪問看護を受ける場合、上記とは別に訪問看護事業所において訪問看護費（要介護1～4は2,920単位、要介護5は3,720単位）を算定する（再掲）。

（注）利用者1人につき、1の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所において算定する。

区分支給限度額の範囲内で、柔軟に通所・短期入所ニーズに対応するため、これらのサービス利用時には定期巡回・随時対応サービス費を日割りする。

- ・ 通所系サービス利用時 基本報酬の1日分相当額の2/3（66%）相当額を減算
- ・ 短期入所系サービス利用時 基本報酬の1日分相当額を減算

定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一休型）の利用者が医療保険の訪問看護を利用した場合、訪問看護を利用した期間は定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）の介護利用者に係る単位を算定する。

その他、以下に掲げる加算を設定する。

加算名等	単位数
特別地域加算	所定単位数に15%を乗じた単位数を算定
中山間地域等の小規模事業所がサービス提供する場合	所定単位数に10%を乗じた単位数を算定
中山間地域等に居住する者にサービス提供する場合	所定単位数に5%を乗じた単位数を算定
緊急時訪問看護加算	290 単位/月
特別管理加算	(Ⅰ) 500 単位/月 (Ⅱ) 250 単位/月
ターミナルケア加算	2,000 単位/死亡月
初期加算	30 単位/日
退院時共同指導加算	600 単位/回
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) 500 単位/月 (Ⅱ) 350 単位/月 (Ⅲ) 350 単位/月
介護職員処遇改善加算（再掲）	所定単位数に40%を乗じた単位数を算定

（注）特別地域加算、中山間地域加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算及び介護職員処遇改善加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

② 複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した複合型サービスを創設する。利用者の状態に応じた通い・泊まり・訪問（介護・看護）サービスを柔軟に提供する観点から、要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬を設定する。

要介護1	13,255 単位/月
要介護2	18,150 単位/月
要介護3	25,111 単位/月
要介護4	28,347 単位/月
要介護5	31,934 単位/月

複合型サービス費（新規）⇒

利用者が医療保険の訪問看護を受ける場合の給付調整を行う。

複合型サービスの利用者から医療保険の訪問看護を利用した場合 ⇒ 所定単位数を減算する

（注）利用者1人につき、1の複合型サービス事業所において算定する。

その他小規模多機能型居宅介護及び訪問看護に準拠した各種加算を創設する。

加算名	訪問看護	小規模多機能	単位数
初期加算	※	○	30 単位/日
認知症加算		○	(Ⅰ) 800 単位/月 (Ⅱ) 500 単位/月
退院時共同指導加算	※	○	600 単位/回
事業開始時支援加算		○	540 単位/月
緊急時訪問看護加算	○		(Ⅰ) 500 単位/月 (Ⅱ) 250 単位/月
特別管理加算		○	(Ⅰ) 500 単位/月 (Ⅱ) 250 単位/月
ターミナルケア加算	○		2,000 単位/死亡月
サービス提供体制強化加算	○	○	(Ⅰ) 500 単位/月 (Ⅱ) 350 単位/月 (Ⅲ) 350 単位/月
介護職員処遇改善加算（再掲）		※	所定単位数に4.2%を乗じた単位数を算定

※新設予定

（注）事業開始時支援加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算及び介護職員処遇改善加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

また、小規模多機能型居宅介護に準拠した減算に関する規定を設ける。

登録者数が登録定員を超える場合（新規） ⇒ 基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定

従業員の員数が基準に満たない場合（新規） ⇒ 基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定

サービス提供が過少（※）である場合（新規） ⇒ 基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定

※登録者1人当たりの平均回数が週あたり4回に満たない場合

(3) 認知症対応型通所介護

サービス提供時間の実態を踏まえるとともに、家族介護者への支援（レスパイト）を促進する観点から、サービス提供の時間区分、評価を見直す。

＜時間区分の見直し＞

所要時間 3 時間以上 4 時間未満	⇒	所要時間 3 時間以上 5 時間未満
所要時間 4 時間以上 6 時間未満		所要時間 5 時間以上 7 時間未満
所要時間 6 時間以上 8 時間未満		所要時間 7 時間以上 9 時間未満

＜基本サービス費の見直し＞

(例) 単独型指定認知症対応型通所介護の場合		(所要時間 3 時間以上 5 時間未満の場合)	
要介護 1	526 単位/日	要介護 1	589 単位/日
要介護 2	578 単位/日	要介護 2	648 単位/日
要介護 3	630 単位/日	要介護 3	708 単位/日
要介護 4	682 単位/日	要介護 4	768 単位/日
要介護 5	735 単位/日	要介護 5	827 単位/日

① 長時間のサービス提供に着目した評価

1 2 時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をより評価する。

8 時間以上 9 時間未満	50 単位/日	9 時間以上 10 時間未満	50 単位/日	
9 時間以上 10 時間未満	100 単位/日	⇒	10 時間以上 11 時間未満	100 単位/日
		⇒	11 時間以上 12 時間未満	150 単位/日

(4) 小規模多機能型居宅介護

① 事業開始時支援加算

事業開始時支援加算については平成24年3月末までの時限措置としていたが、今後増加が見込まれる認知症高齢者等の在宅サービス基盤のさらなる充実を図る観点から、所要の見直しを行った上で平成27年3月末まで継続する。

事業開始時支援加算 (I)	500 単位/月	⇒	事業開始時支援加算	500 単位/月
事業開始時支援加算 (II)	300 単位/月	⇒	廃止	

※算定要件（変更点のみ）

事業開始後1年未満であって、登録定員に占める登録者数の割合が70%（現行：80%）を下回る事業所であること。

(5) 認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護については、利用者の平均要介護度の高まりへの対応を強化する観点から、フラット型ととなっている現行の要介護度別の基本報酬体系を見直すとともに、ユニット数別の報酬設定による適正化を図る。

＜認知症対応型共同生活介護費＞

要介護 1	831 単位/日	⇒	認知症対応型共同生活介護費 (I)	802 単位/日
要介護 2	848 単位/日		要介護 1	840 単位/日
要介護 3	865 単位/日		要介護 2	865 単位/日
要介護 4	882 単位/日		要介護 3	882 単位/日
要介護 5	900 単位/日		要介護 4	900 単位/日

要介護 1	789 単位/日	⇒	認知症対応型共同生活介護費 (II)	789 単位/日
要介護 2	827 単位/日		要介護 1	827 単位/日
要介護 3	852 単位/日		要介護 2	852 単位/日
要介護 4	869 単位/日		要介護 3	869 単位/日
要介護 5	886 単位/日		要介護 4	886 単位/日

(注) 認知症対応型共同生活介護 (I) は1ユニット、認知症対応型共同生活介護 (II) は2ユニット以上である場合に算定する。

＜短期利用共同生活介護費＞

要介護 1	861 単位/日	⇒	短期利用共同生活介護費 (I)	832 単位/日
要介護 2	878 単位/日		要介護 1	870 単位/日
要介護 3	895 単位/日		要介護 2	895 単位/日
要介護 4	912 単位/日		要介護 3	912 単位/日
要介護 5	930 単位/日		要介護 4	930 単位/日

要介護 1	819 単位/日	⇒	短期利用共同生活介護費 (II)	819 単位/日
要介護 2	857 単位/日		要介護 1	857 単位/日
要介護 3	882 単位/日		要介護 2	882 単位/日
要介護 4	899 単位/日		要介護 3	899 単位/日
要介護 5	916 単位/日		要介護 4	916 単位/日

(注) 短期利用共同生活介護 (I) は1ユニット、短期利用共同生活介護 (II) は2ユニット以上である場合に算定する。

(6) その他

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスにおいて、一定の額の範囲内で、市町村が全国一律の介護報酬額を上回る報酬額を独自に設定できるようにする。

加算名等	単位数
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	所定単位数に500を加えた範囲内で設定
夜間対応型訪問介護	所定単位数に300を加えた範囲内で設定
小規模多機能型居宅介護	所定単位数に1000を加えた範囲内で設定
複合型サービス	所定単位数に1000を加えた範囲内で設定

9. 介護予防サービス

(1) 訪問系サービス

介護予防訪問介護については、サービスの提供実態を踏まえるとともに、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から見直しを行う。

介護予防訪問介護費 (I) 1,234 単位/月 ⇒ 1,220 単位/月
 介護予防訪問介護費 (II) 2,468 単位/月 ⇒ 2,440 単位/月
 介護予防訪問介護費 (III) 4,010 単位/月 ⇒ 3,870 単位/月

また、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、介護予防訪問リハビリテーション実施時に介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することについての評価を行う。

生活機能向上連携加算（新規） ⇒ 100 単位/月

(2) 通所系サービス

介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、通所介護、通所リハビリテーションと同様に、基本サービス算の適正化を行う。

<介護予防通所介護費>
 要支援1 2,226 単位/月 ⇒ 要支援1 2,099 単位/月
 要支援2 4,353 単位/月 ⇒ 要支援2 4,205 単位/月

① 看取りの対応強化

看取りの対応を強化する観点から、看取り介護加算の評価を見直し、認知症対応型共同生活介護事業所の配置看護師又は近隣の訪問看護事業所等との連携により看取りを行う。

看取り介護加算 80 単位/日 ⇒ 死亡日以前 4~30日 80 単位/日
 ⇒ 死亡日前日及び前々日 680 単位/日
 死亡日 1,280 単位/日

※算定要件

- ・ 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
 - ・ 利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
 - ・ 医師、看護師（当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所又は訪問看護ステーションの職員に限る）、介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて、随時、介護が行われていること。
 - ・ 医療連携体制加算を算定していること。
- （注）短期利用共同生活介護費を算定している場合、当該加算は算定しない。

② 夜間の安全確保の強化

夜間における利用者の安全確保を強化する観点から、夜勤職員の配置基準の見直しを行うとともに、夜間ケア加算の見直しを行う。

夜間ケア加算 25 単位/日 ⇒ 夜間ケア加算 (I) 50 単位/日
 夜間ケア加算 (II) 25 単位/日
 （注）夜間ケア加算 (I) は1ユニットの場合、夜間ケア加算 (II) は2ユニット以上の場合に算定する。

※算定要件

- ・ 夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置することに加え、夜勤を行う介護職員を1名以上配置すること。

③ 在宅支援機能の強化

在宅支援機能の強化を図る観点から、短期利用共同生活介護の事業実施要件として設定されている「事業所開設後3年以上」の規定の緩和を行う。

※算定要件（変更点のみ）

- ・ 認知症対応型共同生活介護の事業者が介護保険法の各サービスのいずれかの指定を初めて受けた日から3年以上経過していること。

※算定要件

- 機能訓練指導員等の介護予防通所介護従事者が共同して、利用者に対し生活機能の改善等の目的を設定した介護予防通所介護計画を作成していること。
- 複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが実施されていること。（少人数のグループを構成して実施する。）
- 生活機能向上グループ活動サービスを1週間に1回以上実施していること。

10. 介護保険施設

(1) 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設の入所者の重度化に対応し、施設の重点化・機能強化等を図る観点に立って、要介護度別の報酬の設定を行う。また、ユニット型個室、従来型個室、多床室の報酬水準を適正化し、その際、平成24年4月1日以前に整備された多床室については、新設のものに比して報酬設定の際に配慮した取扱いとす。

＜介護福祉施設サービス費の見直し＞

(例1) 介護福祉施設サービス費 (I)：従来型個室)

要介護1	589 単位/日	要介護1	577 単位/日
要介護2	660 単位/日	要介護2	647 単位/日
要介護3	730 単位/日	要介護3	719 単位/日
要介護4	801 単位/日	要介護4	789 単位/日
要介護5	871 単位/日	要介護5	858 単位/日

【介護福祉施設サービス費 (II)：多床室】

要介護1	651 単位/日	要介護1	630 単位/日
要介護2	722 単位/日	要介護2	699 単位/日
要介護3	792 単位/日	要介護3	770 単位/日
要介護4	863 単位/日	要介護4	839 単位/日
要介護5	933 単位/日	要介護5	907 単位/日

【介護福祉施設サービス費 (III)：多床室】

要介護1	623 単位/日	要介護1	623 単位/日
要介護2	691 単位/日	要介護2	691 単位/日
要介護3	762 単位/日	要介護3	762 単位/日
要介護4	831 単位/日	要介護4	831 単位/日
要介護5	898 単位/日	要介護5	898 単位/日

(新規)

※算定要件 (介護福祉施設サービス費 (II) (III))
介護福祉施設サービス費 (II) については、平成24年4月1日以前に整備された多床室 (同日において建築中のものを含む。) であることとし、介護福祉施設サービス費 (III) については、同日後に新設された多床室であること。

＜介護予防通所リハビリテーション費＞

要支援1	2,496 単位/月	⇒	要支援1	2,412 単位/月
要支援2	4,880 単位/月	⇒	要支援2	4,828 単位/月

① 複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価 (介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション共通)

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービス (運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス) のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価を創設する。

選択的サービス複数実施加算 (I) (新規)	⇒	480 単位/月
選択的サービス複数実施加算 (II) (新規)	⇒	700 単位/月

※算定要件

- 利用者が介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションの提供を受ける日に必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。
- 1月に、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。
- なお、選択的サービス複数実施加算 (I) については、選択的サービスのうち2種類、選択的サービス複数実施加算 (II) については、3種類実施した場合に算定する。

② 事業所評価加算 (介護予防介護及び介護予防通所リハビリテーション共通)

生活機能の維持・改善に効果の高いサービス提供を推進する観点から、事業所評価加算の評価及び算定要件を見直す。

事業所評価加算	100 単位/月	⇒	120 単位/月
---------	----------	---	----------

※算定要件 (変更点のみ)
評価対象期間において、介護予防通所介護 (又は介護予防通所リハビリテーション) を利用した実人員数のうち、60%以上に選択的サービスを実施していること。

③ 生活機能向上グループ活動加算 (介護予防通所介護)

アクティビティ実施加算を見直し、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動 (以下「生活機能向上グループ活動サービス」という。) を行った場合に所定単位数を加算する。

アクティビティ実施加算	⇒	廃止
生活機能向上グループ活動加算 (新規)	⇒	100 単位/月

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正によって、介護福祉士及び研修を受けた介護職員等が、登録事業所の事業の一環として、医療関係者との連携等の条件の下にたんの吸引等を実施することが可能となったことに伴い、介護老人福祉施設の既存の体制加算に係る重度者の要件について、所要の見直しを行う。

- ※算定要件 ①～③のいずれかの要件を満たすこと。下線部は変更点。
- ①要介護4若しくは要介護5の者の占める割合が入所者の70%以上であること。
 - ②認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の占める割合が入所者の65%以上であること。
 - ③たんの吸引等（※）が必要な利用者の占める割合が入所者の15%以上であること。
- （※）たんの吸引等
・ 口腔内の嚥下吸引、鼻腔内の嚥下吸引、気管カニューレ内部の嚥下吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

(2) 介護老人保健施設

在宅復帰支援型の施設としての機能を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とし、機能に応じた報酬体系への見直しを行う。

＜介護保健施設サービス費の見直し＞

（例）介護保健施設サービス費（Ⅰ）

【介護保健施設サービス費（Ⅰ）：従来型個室】

要介護1	734 単位/日	要介護1	710 単位/日
要介護2	783 単位/日	要介護2	757 単位/日
要介護3	836 単位/日	要介護3	820 単位/日
要介護4	890 単位/日	要介護4	872 単位/日
要介護5	943 単位/日	要介護5	925 単位/日

【介護保健施設サービス費（Ⅱ）】

要介護1	739 単位/日
要介護2	811 単位/日
要介護3	873 単位/日
要介護4	930 単位/日
要介護5	985 単位/日

（新規） ⇒

【介護保健施設サービス費（Ⅱ）：多床室】

要介護1	813 単位/日	要介護1	786 単位/日
要介護2	862 単位/日	要介護2	834 単位/日
要介護3	915 単位/日	要介護3	897 単位/日
要介護4	969 単位/日	要介護4	950 単位/日
要介護5	1,022 単位/日	要介護5	1,003 単位/日

（新規） ⇒

※現行の介護保健施設サービス費（Ⅰ）を介護保健施設サービス費（Ⅲ）とし、介護保健施設サービス費（Ⅱ）及び介護保健施設サービス費（Ⅳ）を創設する。

（例2）ユニット型介護福祉施設サービス費

【ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）：ユニット型個室】

要介護1	669 単位/日	要介護1	659 単位/日
要介護2	740 単位/日	要介護2	729 単位/日
要介護3	810 単位/日	要介護3	802 単位/日
要介護4	881 単位/日	要介護4	872 単位/日
要介護5	941 単位/日	要介護5	941 単位/日

【ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅱ）：ユニット型準個室】

要介護1	669 単位/日	要介護1	659 単位/日
要介護2	740 単位/日	要介護2	729 単位/日
要介護3	810 単位/日	要介護3	802 単位/日
要介護4	881 単位/日	要介護4	872 単位/日
要介護5	941 単位/日	要介護5	941 単位/日

また、ユニット型個室の第3段階の利用者負担を軽減することにより、ユニット型個室の更なる整備推進を図る。

＜特定入所者介護サービス費に係る居住費の負担限度額の見直し＞

第3段階・ユニット型個室 1,640円/日 ⇒ 1,310円/日

※ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、（介護予防）短期入所生活介護及び（介護予防）短期入所療養介護の居住費・滞在費についても、同様の見直しを行う。

さらに、介護老人福祉施設における看取りの充実を図るため、配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、介護老人福祉施設における看取りを行った場合について、診療報酬において評価を行う。（平成24年1月18日中央社会保険医療協議会資料「平成24年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）（案）」より抜粋）

① 認知症への対応強化

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規） ⇒ 200 単位/日

※算定要件

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護福祉施設サービスを行う必要があると判断した者に対して、介護福祉施設サービスを行った場合（入所した日から起算して7日を限度として算定可能とする。）。

② 日常生活継続支援加算

介護老人福祉施設の入所者の重度化への対応を評価する。

日常生活継続支援加算 22 単位/日 ⇒ 23 単位/日

② 短期集中リハビリテーション実施加算

入所中に状態が悪化し、医療機関に短期間入院した後、再度入所した場合の必要な集中的なリハビリテーションを評価するとともに、別の介護老人保健施設に転所した場合の取扱いを適正化する見直しを行う。

（注）介護療養型老人保健施設において同様の見直しを行う。

③ ターミナルケア加算

看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算について算定要件及び評価の見直しを行う。

死亡日以前 15～30日 200 単位/日 死亡日以前 4～30日 160 単位/日
 死亡日以前 14日まで 315 単位/日⇒ 死亡日当日及び前々日 820 単位/日
 死亡日 1,650 単位/日

④ 入所前からの計画的な支援等に対する評価

入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合は、並びに地域連携診療計画に係る医療機関から利用者を受入れた場合について評価を行う。

入所前後訪問指導加算（新規） ⇒ 460 単位/回

※算定要件

入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、施設サービス計画の策定及び診療方針を決定した場合（1回を限度として算定。）

地域連携診療計画情報提供加算（新規） ⇒ 300 単位/回

※算定要件

診療報酬の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行い、入所者の同意を得た上で、退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合（1回を限度として算定。）

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

※算定要件（介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅱ若しくはⅳ））

【体制要件】

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適切に配置していること。

【在宅復帰要件】

・ 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数（当該施設内で死亡した者を除く。）のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（入所期間が1月以上のものに限る。）の占める割合が100分の50を超えていること。

・ 入所者の退所後30日以内（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以内）に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以上）、継続する見込みであること。

【ベッド回転率要件】

・ 30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.1以上であること。

【重度者要件】（以下のいずれかである場合）

・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、要介護4又は要介護5である者の占める割合が35%以上であること。

・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が10%以上又は経管栄養が実施された者の占める割合が10%以上であること。

① 在宅復帰・在宅療養支援機能加算

在宅復帰・在宅療養支援機能を強化するため、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設等を行う。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（新規） ⇒ 21 単位/日

※算定要件（在宅復帰・在宅療養支援機能加算）

【在宅復帰要件】

・ 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数（当該施設内で死亡した者を除く。）のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（入所期間が1月以上のものに限る。）の占める割合が100分の30を超えていること。

・ 入所者の退所後30日以内（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以内）に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以上）、継続する見込みであること。

【ベッド回転率要件】

・ 30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.05以上であること。

（注1）在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、介護老人保健施設のうち、介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅱ若しくはⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ（ⅱ若しくはⅲ）についてのみ算定可能とする。

（注2）現行の在宅復帰支援機能加算については、介護療養型老人保健施設においてのみ算定する。（後述）

＜介護保健施設サービス費（iv）：多居室＞

要介護1	814 単位/日
要介護2	897 単位/日
要介護3	1,081 単位/日
要介護4	1,157 単位/日
要介護5	1,233 単位/日

（新規） ⇒

※現行の介護保健施設サービス費（ii）を介護保健施設サービス費（iii）とし、介護保健施設サービス費（iv）を創設する。

※算定要件（介護保健施設サービス費Ⅱ若しくはⅢ（ii若しくはiv））

次のいずれにも該当する場合

- ①算定日が属する月の前 12 月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し、入所した者の占める割合から自宅等から入所した者の占める割合を減じて得た数が 0.35 以上であること。
- ②算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が0.2以上であり、かつ、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が0.5以上であること。

① 介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換支援

介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設への転換を支援する観点から、有床診療所を併設した上で転換した場合に、診療所の病床数の範囲内で増床が可能となるよう見直しを行う。
併せて、現在実施している施設基準の緩和等の転換支援策については、平成30年3月31日までに引き続き実施する。

② 在宅復帰支援機能加算

在宅復帰支援機能加算（Ⅰ）⇒ 廃止

在宅復帰支援機能加算（Ⅱ）⇒ 在宅復帰支援機能加算 5 単位/日

※算定要件（変更点のみ）

- ・ 介護療養型老人保健施設についてのみ算定できること（介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定すること。）

⑤ 医療ニーズへの対応強化

入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について評価を行う。

所定疾患施設療養費（新規） ⇒ 300 単位/日

※算定要件

- ・ 肺炎、尿路感染症又は帯状疱疹について、投薬、検査、注射、処置等を行った場合。
- ・ 同一の利用者について1月に1回を限度として算定する。
- ・ 1回につき連続する7日間を限度として算定する。

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

⑥ 認知症への対応強化

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れ及び在宅復帰を目指したケアについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規） ⇒ 200 単位/日

※算定要件

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護保健施設サービスが必要であると判断した者に対して、介護老人保健サービスを行った場合（入所した日から起算して7日を限度として算定可能とする。）

（注）介護療養型老人保健施設において同様の加算を創設する。

（3）介護療養型老人保健施設

介護療養型老人保健施設については、医療ニーズの高い利用者の受入れを促進する観点から、機能に応じた報酬体系に見直しを行う。その際、評価を高くする基本施設サービス費については、喀痰吸引・経管栄養を実施している利用者割合及び認知症高齢者の日常生活自立度を算定要件とする。

（例1）介護保健施設サービス費
【介護保健施設サービス費（Ⅱ）】

＜介護保健施設サービス費（ii）：従来型個室＞

要介護1	735 単位/日
要介護2	818 単位/日
要介護3	1,002 単位/日
要介護4	1,078 単位/日
要介護5	1,154 単位/日

（新規） ⇒

11. 経口移行・維持の取組

① 経口維持加算

介護保険施設における経口維持の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、歯科医師との連携、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ） ⇒ 算定要件の見直し

② 経口移行加算

介護保険施設における経口移行の取組みを推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準の見直しを行う。

経口移行加算 ⇒ 算定要件の見直し

12. 口腔機能向上の取組

口腔機能維持管理加算

介護保険施設の入所者に対する口腔ケアの取組みを充実する観点から、口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者に対して直接口腔ケアを実施した場合の評価を行う。

口腔機能維持管理加算 ⇒ 口腔機能維持管理体制加算 30単位/月（名称変更）
（新規） ⇒ 口腔機能維持管理加算 110単位/月

※算定要件

<口腔機能維持管理体制加算>

・ 介護保険施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に對する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。

・ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

<口腔機能維持管理加算>

・ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合。

・ 口腔機能維持管理体制加算を算定している場合。

③ ターミナルケア加算

看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算について算定要件及び評価の見直しを行う。

死亡日以前 15～30日 200単位/日 死亡日以前 4～30日 160単位/日

死亡日以前 14日まで 315単位/日 ⇒ 死亡日前日及び前々日 850単位/日

死亡日 1,700単位/日

※算定要件（変更点のみ）

以下の要件を削除

入所している施設又は当該入所者の居宅において死亡した場合であること。

(4) 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設については、適切に評価を行う。

(例) 療養病床を有する病院における介護療養施設サービスのうち看護6：1、介護4：1

【療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）】

<療養型介護療養施設サービス費（ⅰ）：従来型個室>

要介護1 683単位/日 要介護1 670単位/日

要介護2 793単位/日 ⇒ 要介護2 778単位/日

要介護3 1,031単位/日 要介護3 1,011単位/日

要介護4 1,132単位/日 ⇒ 要介護4 1,111単位/日

要介護5 1,223単位/日 要介護5 1,200単位/日

<療養型介護療養施設サービス費（ⅱ）：多床室>

要介護1 794単位/日 要介護1 779単位/日

要介護2 904単位/日 ⇒ 要介護2 887単位/日

要介護3 1,142単位/日 要介護3 1,120単位/日

要介護4 1,243単位/日 ⇒ 要介護4 1,219単位/日

要介護5 1,334単位/日 要介護5 1,309単位/日

① 認知症への対応強化

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算（新規） ⇒ 200単位/日

※算定要件

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護療養施設サービスを行う必要があると判断した者に対して、介護療養施設サービスを行った場合（入所した日から起算して7日を限度として算定可能とする。）

13. 介護職員によるたんの吸引等の実施について

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正によって、介護福祉士及び研修を受けた介護職員等が、登録事業所の事業の一環として、医療関係者との連携等の条件の下にたんの吸引等を実施することが可能となったことに伴い、介護老人福祉施設及び訪問介護の既存の体制加算に係る重度者の要件について、所要の見直しを行う。

- ・訪問介護における特定事業所加算の算定要件の見直し（再掲）

- ・介護老人福祉施設における日常生活継続支援加算の算定要件の見直し（再掲）

また、介護職員によるたんの吸引等は、医師の指示の下、看護職員との情報共有や適切な役割分担の下で行われる必要があるため、訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画の作成の支援等を行う訪問看護事業所について評価を行う。

- ・訪問看護における看護連携強化加算の新設（再掲）

（指定基準に係る主な見直しの内容）

1 訪問介護（介護予防訪問介護についても同様）

- サービス提供者の配置に関する規定を以下のとおり改正する。
 - ・ 常勤の訪問介護員等のうち、利用者（前3月の平均値（新規指定の場合は推定数））が40人又はその端数を増す毎に1人以上の者をサービス提供責任者としなければならないこと（平成25年3月末までは従前の配置で可）。
 - ・ サービス提供責任者は、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員1級課程修了者又は訪問介護員2級課程修了者（介護等の業務に3年以上従事した者に限る。）であって、専ら指定訪問介護の職務に従事するもの（原則、常勤の者）を充てなければならないこと。

2 訪問看護

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所が、訪問看護事業所の指定を受けて受け、かつ、同事業が一体的に運営されている場合には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は複合型サービス事業所に必要な看護師等を配置していることをもって訪問看護事業所に必要な看護師等の配置基準を満たしていることとする。

3 訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーションについても同様）

- サテライト型訪問リハビリテーション事業所の設置を可能とすること。

4 通所介護（介護予防通所介護についても同様）

- 生活相談員及び介護職員等について、通所介護の単位ごとに提供時間帯を通じた人員配置から、サービス提供時間数に準じた人員配置に見直しこと。ただし、介護職員は、提供時間帯を通じて1人以上配置しなければならないこと。

5 療養通所介護

- 療養通所介護については、人材の効率的な活用という観点から、利用定員（8人から9人）について見直しを行う。

6 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護についても同様）

- 基準該当短期入所生活介護の基準を以下のとおり改正する。
 - ・ 医師の配置義務を廃止すること。
 - ・ 利用者1人当たりの床面積を7.43㎡以上とすること。

- （提供するサービス）
- ① 定期巡回サービス
訪問介護員等が、定期的に利用者の居宅を巡回して行う日常生活上の世話
 - ② 随時対応サービス
あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助又は訪問介護員等の訪問若しくは看護師等による対応の要否等を判断するサービス
 - ③ 随時訪問サービス
随時対応サービスにおける訪問の要否等の判断に基づき、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問して行う日常生活上の世話
 - ④ 訪問看護サービス
看護師等が医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助
- （注）一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業は、①から④までのサービスを提供する事業であり、連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業は、①から③までのサービスを提供する事業である。
- （人員基準）

オペレーター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 提供時間帯を通じて1人以上 ・ 1人は常勤の看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員であること。 ・ その他は、利用者の処遇に支障がない場合、3年以上サービス提供責任者の業務に従事した経験を有する者とする事が可能。 ・ 専従（利用者の処遇に支障がない場合は兼務可能、また、夜間、深夜、早朝は、施設等が併設されている場合に当該施設の職員をオペレーターとすることが可能。）であること。
定期巡回サービス	必要数
随時訪問サービス	提供時間帯を通じて1人以上
訪問看護サービス（※）	保健師、看護師又は准看護師 常勤換算方法で2.5人以上（うち、1人以上は、常勤の保健師又は看護師） 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 適当数
管理者	専従かつ常勤であること（利用者の処遇に支障がない場合は兼務可能。）

（注）訪問看護サービスの人員基準については、一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業を実施する場合同様にのみ適用する。

（設備基準）

- ・ 必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならぬ。
- ・ 次の機器等を備え、必要に応じてオペレーターに携帯させなければならない。
*利用者の心身の状況等の情報を蓄積することができる機器（ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が、適切に利用者の心身の情報を蓄積するための体制を確保している場合であって、オペレーターが当該情報を常時閲覧できると

7 福祉用具貸与及び福祉用具販売（介護予防福祉用具貸与及び介護予防福祉用具販売についても同様）

- 福祉用具サービス計画の作成に係る規定を新設する。
- ・ 福祉用具専門相談員は、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえ、福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具サービス計画を作成しなければならないこと。
- ・ 福祉用具サービス計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画の内容に沿って作成しなければならないこと。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画の作成に当たり、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならないこと。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画を作成した際には、当該福祉用具サービス計画を利用者に交付しなければならないこと。
- ・ 福祉用具専門相談員は、福祉用具サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行うこと。

8 介護老人保健施設

- 介護療養病床からの転換支援策として実施している各種施策を平成30年3月31日まで延長すること。

9 介護療養型医療施設（経過型介護療養型医療施設）

- 医療法施行規則第五十一条又は第五十二条の規定の適用を受ける指定介護療養型医療施設に適用される施設基準の緩和措置の期限については、平成24年3月31日時点において当該緩和措置を受ける介護療養型医療施設に限り、平成30年3月31日まで延長すること。

10 介護予防支援

- 介護予防支援の業務の委託について、一の居宅介護支援事業者に委託することができ、他の居宅介護支援事業者の介護支援事業所の介護支援専門員1人あたり8件以内の制限を廃止すること。

11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（新規）

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る規定を新設する。
（基本方針）
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、定期的な巡回又は随時通称によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応その他の安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うい、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものであること。

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、訪問看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示文書を受けなければならないこと。
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、主治の医師に定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び訪問看護報告書を提出し、訪問看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならないこと。
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を担当する医療機関である場合には、上記にかかわらず、主治の医師の文書による指示並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び訪問看護報告書の提出は、診療録その他の診療に関する記録への記載をもって代えることができること。

※訪問看護サービス利用者のみ適用

- ④ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画等の作成
 - ・ 計画作成責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための具体的な定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成しなければならないこと。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならないこと。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画における定期巡回・随時対応型訪問介護を提供する日時等については、当該居宅サービス計画に位置付けられた定期巡回・随時対応型訪問介護看護が提供される日時にかかわらず、当該居宅サービス計画の内容及び利用者の心身の状況を踏まえ、計画作成責任者が決定することができる。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、保健師、看護師又は准看護師が利用者の居宅を定期的に訪問して行うケアマネジメントの結果を踏まえ、作成しなければならないこと。
 - ・ 常勤看護師等は、訪問看護サービスに係る記載について、必要な指導及び管理を行うとともに、利用者又はその家族に対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の説明を行う際には、計画作成責任者に対する必要な協力を行わなければならないこと。
 - ・ 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならないこと。
 - ・ 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成した際には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を利用者に交付しなければならないこと。
 - ・ 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成後、計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行うものとする。
 - ・ 看護師等は、訪問看護サービスについて、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならないこと。
 - ・ 常勤看護師等は、訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならないこと。
- ⑤ 管理者等の責務
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の管理者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の従業員及び業務の管理を、一元的に行わなければならないこと。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の管理者は、指定定期巡回・随時対応

- きは不要。）
- *随時適切に利用者からの通報を受けられることができる通信機器
- *利用者が適切にオペレーターに通報できる端末機器（ただし、利用者が適切にオペレーターに随時の通報を行うことができる場合はこの限りでない。）

(運営基準)

- ① 基本取扱方針
 - ・ 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われるとともに、随時対応サービス及び随時訪問サービスについては、利用者からの随時の通報に適切に対応して行われるものとし、利用者が安心してその居宅において生活を送ることができるものであること。
 - ・ 事業者は、提供する定期巡回・随時対応型訪問介護看護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならないこと。
- ② 具体的取扱方針
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき、利用者が安心してその居宅において生活を送るのに必要な援助を行うものとする。
 - ・ 随時訪問サービスを適切に行うため、オペレーターは、計画作成責任者、定期巡回サービスを行う訪問介護員等と密接に連携し、利用者の心身の状況、その置かれている環境等の確かな把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行うものとする。
 - ・ 随時訪問サービスの提供に当たっては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき、利用者からの随時の連絡に迅速に対応し、必要な援助を行うものとする。
 - ・ 訪問看護サービスの提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき、利用者又はその家族の機能的維持回復を図るよう妥当適切に行うものとする。
 - ・ 訪問看護サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の確かな把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導等を行うこと。
 - ・ 特殊な看護等を行ってはならないこと。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、懇切丁寧に行い、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、介護技術及び医学の進歩に対応し、適切な介護技術及び看護技術をもってサービスの提供を行うものとする。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たり利用者から合意を預かる場合には、その管理を厳重に行うとともに、管理方法、紛失した場合の対処方法その他必要な事項を記載した文書を利用者に交付するものとする。
- ③ 主治の医師との関係
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の常勤の保健師又は看護師は、主治の医師の指示に基づき適切な訪問看護サービスが行われるよう必要な管理をしなければならないこと。

型訪問介護看護事業所の従業者に基準を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

- ・ 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用の申込みに係る調整、サービスの管理を行うものとする。

- ⑥ 勤務体制の確保等
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、利用者に対し適切な定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供できるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所ごとに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所ごとに、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者によって定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供しなければならない。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が、適切に定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を利用者に提供する体制を構築しており、他の指定訪問介護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所との密接な連携を図ることにより当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、市町村長が地域の実情を勘案し適切と認める範囲内において、定期巡回サービス、随時対応サービス及び随時訪問サービスの事業の一部を、他の訪問介護事業所等との契約に基づき、訪問介護事業所等の従業者に行わせることができる。
 - ・ 上記にかかわらず、午後6時から午前8時までの間に行われる随時対応サービスについては、市町村長が地域の実情を勘案して適切と認める範囲内において、複数の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所間の契約に基づき、当該複数の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が密接な連携を図り、一体的に利用者又はその家族等からの通報を受けることができる。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

- ⑦ 地域との連携
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者、家族、地域住民の代表者、医療関係者、地域包括支援センターの職員、有識者等により構成される「介護・医療連携推進会議」を設置し、サービス提供状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。
 - ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対しサービスを提供する場合は、当該住居に居住する利用者以外のものに対しサービスの提供を行うよう努めるものとする。

- ⑧ その他
 - ・ 上記の他、運営に関する基準について、地域との連携、内容及び手続きの説明及び同意、提供拒否の禁止等について、夜間対応型訪問介護等と同様の規定を設ける。

（注）訪問看護サービスに関する運営基準については、一体型定期巡回・随時対応型訪問介護

看護事業を実施する場合にのみ適用する。

- （連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者と訪問看護事業者との連携）
 - ・ 連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所ごとに、当該連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の利用者に対する指定訪問看護の提供を行う指定訪問看護事業者と連携をしなければならない。

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は前項の規定に基づき連携を行う指定訪問看護事業所（以下「連携指定訪問看護事業者」という。）との契約に基づき、当該連携指定訪問看護事業者から、以下の事項について必要な協力を得なければならない。
 - ① 利用者に対するアクセスメント
 - ② 随時対応サービスの提供に当たっての連絡体制の確保
 - ③ 介護・医療連携推進会議への参加
 - ④ その他必要な指導及び助言

（地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で制定する際の基準）

- ・ 地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律（平成23年法律第37号）（以下「地方分権法」という。）に基づき、地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で制定する際の基準は以下のとおりとする。
 - ① 従業者及び従業者の員数、サービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する事項 従うべき基準
 - ② その他の基準 参酌すべき基準

12 夜間対応型訪問介護

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設を踏まえ、夜間対応型訪問介護事業所のオペレーター、訪問介護員等が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所において業務を可能にすること。

13 認知症対応型通所介護

- 生活相談員及び看護職員又は介護職員は介護職員配置基準について、通所介護と同様に見直すこと。
- 共用型指定認知症対応型通所介護の事業実施要件を緩和すること。（改正前）
 - ・ 事業の開始又は施設の開設後3年以上経過している指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所又は指定地域密着型特定施設若しくは指定地域密着型介護老人福祉施設（改正後）
 - ・ 介護サービスの指定又は許可を初めて受けた日から起算して3年以上の期間が経過している指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所又は指定地域密着型特定施設若しくは指定地域密着型介護老人福祉施設

(人員基準、登録定員)

日中（通い）	常勤換算方法で3：1（1人以上は保健師、看護師又は准看護師）
日中（訪問）	常勤換算方法で2以上（1人以上は保健師、看護師又は准看護師）
夜間（夜勤職員）	時間帯を通じて1以上
夜間（宿直職員）	時間帯を通じて1以上
看護職員	常勤換算方法で2.5人以上（1人以上は常勤の保健師又は看護師）
介護支援専門員	配置が必要
管理者	専従かつ常勤で配置
登録定員	25人以下
通いサービス	登録定員の1/2から15人
宿泊サービス	通いサービスの1/3から9人

(設備基準)

○ 事業所は、居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備その他複合型サービスの提供に必要な設備及び備品等を備えなければならないこと。

○ 居間及び食堂は、適当な広さを有すること。

○ 宿泊室

・ 1の宿泊室の定員は、1人とする。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができるものとする。

・ 1の宿泊室の床面積は、7.43平方メートル（指定複合型サービス事業所が病院又は診療所である場合は、6.4平方メートルとし、この場合の宿泊室の定員は、1人とする。）以上としなければならないこと。

・ 上記の2つを満たす宿泊室（以下「個室」という。）以外の宿泊室を設ける場合は、個室以外の宿泊室の面積を合計した面積は、おおむね7.43平方メートルに、個室の利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上とするものとし、その構造は利用者のプライバシーが確保されたものでなければならないこと。

・ 居間はプライバシーが確保されたものであれば、個室以外の宿泊室の面積に含めて差し支えないものとする。

○ 設備は、専ら当該複合型サービスの事業の用に供するものでなければならぬこと。

○ 事業所は、利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度の利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあるようにしなければならないこと。

(運営基準)

① 基本取扱方針

・ 複合型サービスは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならないこと。

・ 事業者は、自らその提供する複合型サービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならないこと。

14 小規模多機能型居宅介護

○ サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の設置を可能にすること。

- ・ 介護保険その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の実績を有する事業者
 - ・ 小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所について、本体事業所となることか可能とする。
- (人員基準、登録定員)

	本体事業所	サテライト型事業所
日中（通い）	常勤換算方法で3：1	常勤換算方法で3：1
日中（訪問）	常勤換算方法で1以上	1以上
夜間（夜勤職員）	時間帯を通じて1以上	時間帯を通じて1以上
夜間（宿直職員）	時間帯を通じて1以上	本体事業所の適切な支援を受け、本体事業所から従事する場合に必要
看護職員	従業者のうち1以上	本体事業所の適切な支援を受け、本体事業所から従事する場合に必要
介護支援専門員	配置が必要	介護支援専門員に代えて、小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する厚生労働大臣が定める研修を修了している者の配置が可能
管理者	専従かつ常勤で配置	本体事業所の管理者が兼務可
登録定員	25人以下	18人以下
通いサービス	登録定員の1/2から15人	登録定員の1/2から12人
宿泊サービス	通いサービスの1/3から9人	通いサービスの1/3から6人

(注) 本体事業所及びサテライト型小規模多機能型居宅介護事業所は、相互の登録者に訪問サービスを可能とし、また、サテライト型小規模多機能型居宅介護事業者の登録者の処遇に支障がない場合には、本体事業所での宿泊サービスを可能とする。

○ 小規模多機能型居宅介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対し、小規模多機能型居宅介護を提供する場合は、当該住居に居住する利用者以外の者に対し小規模多機能型居宅介護を提供するよう努めるものとする。

15 認知症対応型共同生活介護

○ 夜間及び深夜の勤務を行う介護従業者について、利用者の処遇に支障がない場合は、併設の他の共同生活住居又は小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事することができるとして規定を廃止すること。

16 複合型サービス（新規）

○ 複合型サービスに係る規定を新設する。

(基本方針)

- ・ 地域密着型サービスに該当する複合型サービスの事業は、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の基本方針を踏まえ行うものでなければならないこと。

務を、看護師等（准看護師を除く。）に複合型サービス報告書の作成に関する業務を担当させることとする。

- ・ 複合型サービス計画書の作成に当たり、介護支援専門員は、看護師等と密接な連携を図りつつ複合型サービス計画書の作成を行わなければならないこと。
- ・ 複合型サービス計画書の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならないこと
- ・ 介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれた環境を踏まえて、他の複合型サービス従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した複合型サービス計画書を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行わなければならないこと。
- ・ 介護支援専門員は、複合型サービス計画書の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならないこと。
- ・ 介護支援専門員は、複合型サービス計画書を作成した際には、当該複合型サービス計画書を利用者に交付しなければならないこと。
- ・ 介護支援専門員は、複合型サービス計画書の作成後においても、常に複合型サービス計画書の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて複合型サービス計画書の変更を行うこと。
- ・ 看護師等（准看護師を除く。）は、訪問日、提供した看護内容等を記載した複合型サービス報告書を作成しなければならないこと。

⑤ 緊急時等の対応

従業者は、現に複合型サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、随時応急の手当を行う（看護師等である場合に限る。）とともに、速やかに主治の医師又はあらかじめ当該事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならないこと。

⑥ その他

その他、運営に関する基準について、心身の状況等の把握、居宅サービス事業者等との連携、利用料等の受領、居宅サービス計画の作成、法定代理受領サービスに係る報告、利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付、生活上の便宜の提供、運営規定、定員の遵守、災害対策、協力医療機関、調査への協力、地域との連携等の規定について、小規模多機能型居宅介護と同様の規定を設ける。

（地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で制定する際の基準）

・ 地方分権法に基づき、地方公共団体が介護サービスの指定基準を条例で制定する際の基準は以下のとおりとすること。

- ① 従業者及び従業者の員数、居室の面積及びサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する事項 従うべき基準
- ② 利用定員 標準とすべき基準
- ③ その他の基準 参酌すべき基準

② 具体的取扱方針

・ 複合型サービスは、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができよう、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれた環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、療養上の管理の下で妥当適切に行うものとする。

・ 複合型サービスの提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び複合型サービス計画書に基づき適切な看護技術をもってこれを行うこととし、特殊な看護等については、これを行ってはならないこと。

・ 複合型サービスの提供に当たっては、複合型サービス計画書に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るとともに、漫然かつ画一的にならないよう利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うものとする。

・ 従業者は、複合型サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことと旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項その他サービスの提供等について、理解しやすいように説明又は必要に応じて指導を行うものとする。

・ 事業者は、複合型サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならないこと。

・ 事業者は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

・ 複合型サービスは、通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続いてはならないこと。

・ 登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供しなければならないこと。

③ 主治の医師との関係

・ 事業所の常勤の保健師又は看護師は、主治の医師の指示に基づき適切な複合型サービス（保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が利用者に対して行う療養上の世話又は必要な診療の補助に限る。以下「看護サービス」という。）が提供されるよう、必要な管理をしなければならないこと。

・ 事業者は、看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならないこと。

・ 事業者は、主治の医師に複合型サービス計画書及び複合型サービス報告書を提出し、看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならないこと。

・ 事業所が病院又は診療所である場合においては、主治の医師の文書による指示及び複合型サービス報告書の提出は、診療録その他の診療に関する記録への記載をもって代えることができること。

④ 複合型サービス計画書及び複合型サービス報告書の作成

・ 事業所の管理者は、介護支援専門員に、複合型サービス計画書の作成に関する業

協会だより（定例理事会要録から）

2011年度（平成23年度）第16回 2012年1月24日

I. 文書報告

【総務部会】

1. 前回理事会（1月10日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 代議員会議長との打ち合わせ（1月18日）状況
4. 新規開業会員訪問（1月18日）状況
5. 会計半期収支点検（1月19日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談状況
2. 第2回医療安全対策部会学習会（1月12日）状況
3. 法律相談室（1月19日）状況
4. 医療事故案件調査委員会（1月20日）状況
5. 医師賠償責任保険処理室会（1月23日）状況

【保険部会】

1. 2011年度第5回保団連社保・審査対策部会（12月18日）状況
2. 京都府作業療法士会「組織化委員会・保険委員会合同研修会」（1月15日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（1月10日）状況確認の件
2. 2011年度第9回正副理事長会議（1月12日）状況確認の件
3. 伏見医師会との懇談会（12月12日）状況確認の件
4. 会員入退会及び異動（1月10日～1月24日）に関する承認の件
5. 火災等見舞金の給付の件

【経営部会】

1. 経営部会（1月10日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（1月10日）状況確認の件

【政策部会】

1. 第6回「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク会議（12月28日）状況確認の件
2. 政策部会（1月10日）状況確認の件
3. 韓国視察への参加募集の件
4. 第2回「バイバイ原発3.10京都」実行委員会（1月13日）状況確認の件
5. 第12回反核医師近畿懇談会（1月15日）状況確認の件

6. 本紙（第2809号）合評の件

【保険部会】

1. 保険部会（1月6日、10日）状況確認の件
2. 薬剤師会との懇談会（12月22日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 2月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件
3. 『文化ハイキング』下見実施の件
4. 地区懇談会開催の件

【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議への出席の件
2. 一人医療法人講習会開催の件
3. 白色確定申告書作成会開催の件
4. 白色確定申告説明会開催の件

【政策部会】

1. 第7回「人体の不思議展」を考える京都ネットワーク会議出席の件
2. 「バイバイ原発3.10京都」事務局会議出席の件
3. 「バイバイ原発3.10京都」実行委員会出席の件

【保険部会】

1. 療法士会との懇談会開催の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 週刊医療情報より

V. 診療報酬関連情報

1. 2011年10月度国保合同審査委員会（10月22日）状況確認の件
2. 2011年11月度国保合同審査委員会（11月21日）状況確認の件
3. 保険審査通信検討委員会（1月6日）状況確認の件
4. 中医協総会概要報告

VI. 要討議事項

【総務部会】

1. 「火災、風水害、地震など会員被災者への援助及び見舞金についての申し合わせ」改定の件
2. 第182回定時代議員会に対する代議員からの意見提出への対応について

【保険部会】

1. 保団連からの「2012年診療報酬改定に係る医科緊急要望書の団体要請のお願い」への対応の件
2. 「平成24年度診療報酬改定に係る検討状況につ

いて（現時点の骨子）（案）に対する京都府保険
医協会の意見提出の件
《以上36件の議事について承認》

3月のレセプト受取・締切

基金	9日(金)	10日(土)	労災	12日(月)
国保	○	◎		◎

※○は受付日、◎は締切日。
受付時間は午前9時～午後5時（基金は午後5時30分）です。

第11回 文化講座

日時 3月11日(日) 午後2時～4時

場所 京都府保険医協会 会議室

講演 人間が「生きる」とはどういうことか？
～ゼロから「哲学」と「科学」について考える～

講師 代々木ゼミナール公民科講師 畠山 創 氏

参加費 無料（要申込）

定員 40人



講演趣旨

昨年の今日、東日本大震災が発生し、その後の福島原発事故発生により、自然の脅威に対する人間の弱さや、科学の限界を誰もが感じたはずです。そして、科学がすべてを支配できるのか？私たちは「ゼロから考え直す」必要に迫られています。この講義ではソクラテスを導入に「哲学と科学の違いは何か？善き生とは何か？」を考え、デカルトを主題に「人間存在とは何か？クローン人間は思考や意志まで同じなのか？」を考え、パスカルと共に「人間と科学に限界はあるのか？人間は弱い生き物なのか、強い生き物なのか？」をデカルトとの対比で考えます。

「人間が生きてはどういうことか？」をテーマに、皆さんと一緒に哲学をゼロから考えてみましょう！

3月の相談室

医院・住宅 新（改）築	3月14日(水)午後2時～	担当＝竹内建築士
ファイナンシャル	3月15日(木)午後1時～	担当＝三井生命FC (ファイナンシャルコンサルタント)
法律	3月15日(木)午後2時～	担当＝江頭弁護士
雇用管理	3月15日(木)午後2時～	担当＝河原社会保険労務士
経営	3月28日(水)午後2時～	担当＝鴨井税理士

開催日の3日前までに協会事務局へお申込み下さい。30分間無料です。

医療安全シンポジウムのご案内

今年は「対応に苦慮する患者さんたち－応召義務について」で開催いたします。医事担当者、看護師、弁護士、学者の下記4人のパネリストにご報告をいただきます。奮ってご参加下さいませようご案内申し上げます。ご家族や医療従事者の方の参加も歓迎いたします。なお、このシンポジウムは、医療法上年2回義務付けられている医療安全管理のための職員の研修となり、参加者には参加証を交付します。

日 時 **3月10日(土)** ① シンポジウム：午後4時～6時30分
② 懇親・懇談会：午後6時30分～8時

場 所 **新・都ホテル「陽明殿」の間**
(JR京都駅八条口前 ☎075-661-7111)

テーマ **対応に苦慮する患者さんたち－応召義務について**

「事務担当者からみた患者クレームについて」

小笹 和也 医事課長（亀岡市立病院）

「対応に苦慮する患者～看護師の立場から」

安井 邦子 看護部長（京都第二赤十字病院）

「対応に苦慮する患者さん～弁護士の立場から」

鵜飼 万貴子 弁護士（米田泰邦法律事務所）

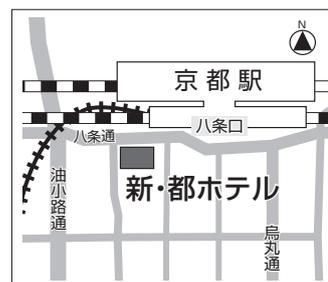
「応召義務の法的意義」

樋口 範雄 教授（東京大学大学院法学政治学研究科）

参加費 1人 2,000円（懇親会費含む）※当日徴収

申込み 3月2日(金)までにお申し込み下さい。

共 催 京都府保険医協会 有限会社アミス 協 賛 京都府歯科保険医協会



地区医師会との懇談会のご案内

開催日	地 区	時 間	場 所
2012年3月3日(土)	与謝・北丹医師会との懇談会	午後3時～	ホテル北野屋
3月10日(土)	綴喜医師会との懇談会	午後2時30分～	新田辺駅前CIKビル・3F

3ステップでより理解が深まる！

2012年診療報酬改定 新点数検討会の開催案内

2012年度診療報酬改定に対応して、京都府保険医協会では、改定のポイントをわかりやすく解説する点数検討会を2月、3月、4月にわたり3段階で開催します。ぜひご参加ください。

STEP

1

中医 **終了** 説明会（第1次新点数検討会）

申込は
お早めに！

STEP

2

『点数表改定のポイント』説明会（第2次新点数検討会）

日時 **3月24日(土)** 午後2時～午後4時30分

会場 ①京都市会場：京都産業会館・8Fシルクホール
(京都市下京区四條通室町)

※地下鉄四條駅・阪急烏丸駅より徒歩2分（地下通路26番出口、京都産業会館地下入口直結）

②北 部 会 場：舞鶴メディカルセンター

(舞鶴市北吸1055-3)

※北部はデータ配信によるサテライト開催となります。

※JR東舞鶴駅より徒歩約15分。周辺に駐車場あり。

資料 『点数表改定のポイント・2012年4月版』

参加費 会員：無料 非会員：5,500円

要確認！

※検討会当日は事前（3月10日頃）に送付する「案内ハガキ」（往復ハガキ）をお持ち下さい。ハガキと引き換えにテキストを1冊無料でお渡しします。

当日ご参加でない場合は、検討会開催後（3月末日頃）の送付となりますのでご了承下さい（1冊無料）。検討会当日も販売します（会員価格：1冊3,000円）。

STEP

3

『新点数運用Q&A・レセプトの記載』説明会（第3次新点数検討会）

改定後、初めてのレセプト提出を前に、新点数の運用とレセプト記載について詳しく解説します。

日時 **4月26日(木)** 午後2時～午後4時30分

会場 ①京都市会場：登録会館

(京都市中京区烏丸通御池上る東側)

※地下鉄烏丸御池駅1番出口徒歩1分

②北 部 会 場：舞鶴メディカルセンター

(舞鶴市北吸1055-3)

※北部はデータ配信によるサテライト開催となります。

※JR東舞鶴駅より徒歩約15分。周辺に駐車場あり。

資料 『新点数運用Q&A・レセプトの記載』

参加費 会員：無料 非会員：5,500円

※検討会当日は事前（4月10日頃）に送付する「案内ハガキ」をお持ち下さい。ハガキと引き換えにテキストを1冊無料でお渡しします。

当日ご参加でない場合は、検討会開催後（4月末日頃）の送付となりますのでご了承下さい（1冊無料）。

検討会当日も販売します（会員価格：1冊1,500円）。

「バイバイ原発3・10京都」

私たちの未来を考える講演会

小出 裕章氏 講演!

福島原発事故はなぜ起こったのか。
事故の実態はどうなっているのか。
今後どんな問題が起こってくるのか。
私たちは原発を、どう考えるのか。
私たちの、そして
子どもたちの未来のために……。



イベント
「バイバイ原発3・10京都」
にもご参加ください。

要申込

参加無料

福島原発事故の真実 事故が見つけた原発の危険

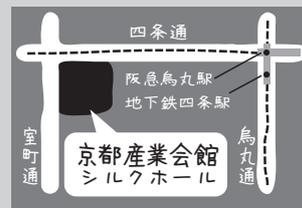
3/10 sat 18:30~ (開場18:00)

京都産業会館 8Fシルクホール
四条室町東南角



小出裕章さんプロフィール

- 1949年生まれ。東北大学原子核工学科卒業、同大学院修了。現在、京都大学原子炉実験所助教。
- 伊方原発住民訴訟で住民側の証人。著書に「放射能汚染の現実を超えて」「原発のウソ」「原発はいらない」などがある。
- 福島原発事故以降、自著「原発のウソ」が売れていることに関し、テレビ番組「みのもんたの朝ズバリ」のインタビューで「うれしくありません。売れているということは、原発の事故が起きてしまったから」と答えている。



市営地下鉄「四條駅」・阪急電鉄「烏丸駅」下車
(地下通路26番出口 京都産業会館地下入口直結)

共催/京都府保険医協会・「バイバイ原発3・10京都」実行委員会

協会
だ
よ
り

市民公開講演会・反核京都医師の会第32回定期総会記念講演

「隠された被曝労働」

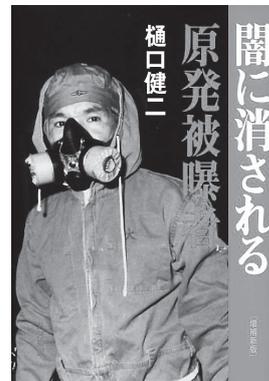
—日本の原発労働者—

講師 報道写真家 樋口 健二氏

講師に、原子力発電所労働者の実態を長年取材している報道写真家、樋口健二氏をお招きします。樋口氏は約40年前から原子力産業の労働実態を写真に記録しています。防護服を身にまとった作業員が施設内部で働く様子や、全身に付着した放射性物質をシャワーで洗い流す姿などを撮影。原発産業が、メーカーや電力会社から元請け、下請け、孫請けに至る「重層的な差別構造の上に成り立っている」と批判してきました。

とりわけ東京電力福島第1原発事故後は、その活動が改めて注目され、2011年度の「第17回平和・協同ジャーナリスト基金賞」を受賞。「何十万人もの労働者が日本各地で稼働している原発の内部で、ボロ雑巾のごとく使い捨てにされ続けている」と訴えています。

（写真は樋口氏の著書）



日時 2012年4月14日(土) 14:00~16:30

参加費無料
（一般参加可）
要申込

会場 京都市子育て支援総合センター
こどもみらい館 第1研修室

●アクセス

地下鉄／丸太町駅 徒歩3分
市バス／烏丸丸太町下車 徒歩3分



主催 反核京都医師の会 京都府保険医協会
京都府歯科保険医協会

反核京都医師の会 第32回定期総会議事 (16:50~17:20)

- ① 2011年度活動報告・決算報告
- ② 2012年度役員選出
- ③ 2012年度活動方針並びに予算案について

《連絡先》 京都府保険医協会

〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6F
TEL 075-212-8877 FAX 075-212-0707 <http://www.healthnet.jp/>

京都府保険医協会では医学書を斡旋しています。
案内にない書籍もお気軽にお問い合わせください。



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

★京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。
(表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します)

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(レ)して下さい

【医学書・新刊 2012年2月】

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 見逃せない、よくある 外臓疾患の診かた・みつけかた
内臓だけが臓器じゃない!
野村英樹・他編●B5変型判 380頁●中山書店 7,980円 <input type="checkbox"/> トラベル・アンド・トロピカル・メディシン・マニュアル
岩田健太郎・他監訳●A5変型判 800頁●MEDSI 8,400円 <input type="checkbox"/> 救急・集中治療医学レビュー2012 最新主要文献と解説
島崎修次・他監●AB判 360頁●総合医学社 12,600円 <input type="checkbox"/> がん研胃癌データ解析ブック1946-2007(CD-ROM付)
データベースと解析ソフト
中島聰徳・他編著●B5判 96頁●金原出版 6,300円 <input type="checkbox"/> 食道癌・胃癌
＜癌診療指針のための病理診断プラクティス＞
藤盛孝博・編●B5判 307頁●中山書店 18,900円 <input type="checkbox"/> イン・ザ・クリニック 診療現場ですぐに役立つエビデンス
竹本 毅・訳●A4変型判 384頁●MEDSI 7,980円 <input type="checkbox"/> 虎の門病院内分泌ハンドブック
外来・入院からフォローアップまで
竹内靖博・他編著●A5判 448頁●医薬ジャーナル社 5,670円 <input type="checkbox"/> リウマチ病セミナーXXII
七川敬次・監●B5判 240頁●永井書店 8,610円 <input type="checkbox"/> 神経疾患最新の治療2012-2014
小林祥泰・他編●B5判 400頁●南江堂 9,450円 <input type="checkbox"/> 今日の精神疾患治療指針
樋口輝彦・他編●A5判 1,032頁●医学書院 14,700円 <input type="checkbox"/> 経食道心エコー法マニュアル<DVD付> (改訂第4版)
渡橋和政・著●B5判 380頁●南江堂 15,750円 <input type="checkbox"/> 緊急内視鏡マニュアル<DVD付>
赤松泰次・他編●B5判 244頁●南江堂 8,925円 <input type="checkbox"/> 匠に学ぶ皮膚科外用療法 一古きを生かす、最新を使うー
上出良一・編●B5判 222頁●全日本病院出版会 6,825円 <input type="checkbox"/> ダーモスコピーのすべて 皮膚科の新しい診断法
斎田俊明・編著●B5判 254頁●南江堂 7,875円 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 変貌する座瘡マネージメント <皮膚科臨床アセット 8>
林 伸和・編●B5判 384頁●中山書店 14,175円 <input type="checkbox"/> 痛み・しびれの脊椎脊髄外科
井須豊彦・編著●B5変型判 224頁●メジカルビュー社 7,350円 <input type="checkbox"/> 消化管がんに対する 腹腔鏡下手術のいろは
技術認定に求められる基本手技の鉄則
北野正剛・監●B5判 200頁●メジカルビュー社 8,925円 <input type="checkbox"/> 形成外科モバイルブック
菅原康志・監●ポケット判 275頁●克誠堂出版 10,500円 <input type="checkbox"/> 標準リハビリテーション医学 (第3版)
上田 敏・監●B5判 552頁●医学書院 7,350円 <input type="checkbox"/> 更年期・老年期外来ベストプラクティス
誰もが知りたい104例の治療指針 <Ladies Medicine Today>
神崎秀陽・編●B5判 408頁●医学書院 8,925円 <input type="checkbox"/> 最新産科学 異常編 (第22版)
荒木 勤・著●B5判 550頁●文光堂 7,350円 <input type="checkbox"/> 眼科ベーシックポイント (第5版)
下村嘉一・他監●B5判 384頁●メジカルビュー社 9,450円 <input type="checkbox"/> 子どもの眼と疾患
＜専門医のための眼科診療クオリファイ 9>
仁科幸子・編●B5判 272頁●中山書店 14,175円 <input type="checkbox"/> 硝子体手術 広角観察システムの基礎と応用
小塚祐一郎・監●B5判 188頁●文光堂 12,600円 <input type="checkbox"/> 白内障 <眼手術学 5>
大鹿哲郎・監●B5判 580頁●文光堂 31,500円 <input type="checkbox"/> 網膜硝子体手術SOS トラブルとその対策
RETINAの会・監●A4判 264頁●医学書院 16,800円 <input type="checkbox"/> 緑内障<眼手術学 6>
大鹿哲郎・監●B5判 400頁●文光堂 25,200円 <input type="checkbox"/> 脳神経麻酔ハンドブック
藤田達士・訳●A5判 332頁●真興交易医書出版部 7,140円 |
|---|---|

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL : FAX :	
お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707 有限会社アミス TEL075-212-0303 〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階	

協会だより

〈申込書〉 FAX : 075-212-0707までお送りください。

☆京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。
（表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します）

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに○印を記入してください

【2012年度 年間購読雑誌一覧】

	雑誌名	税込価格	ご注文
総合	1 日本医事新報	¥ 34,335	
	2 j med Mook	¥ 22,050	
	3 ※New England Journal of Medicine	¥ 34,650	
内科系	4 内科	¥ 38,000	
	5 Medicina	¥ 37,190	
	6 M. P. (メディカルプラクティス)	¥ 36,750	
	7 診断と治療	¥ 36,500	
	8 治療	¥ 36,960	
	9 レジデントノート (4月~3月)	¥ 49,770	
	10 ※Annals of Internal Medicine	¥ 66,885	
	11 ※Archives of Internal Medicine	¥ 47,880	
	外科系	12 手術	¥ 43,680
13 消化器外科		¥ 39,270	
14 臨床外科 (個人特別割引価格)		¥ 38,640	
15 ※Archives of Surgery		¥ 49,560	
16 ※British Journal of Surgery		¥ 109,620	
消化器	17 胃と腸	¥ 43,190	
	18 消化器内視鏡	¥ 44,100	
	19 臨床消化器内科	¥ 34,230	
	20 ※Gut	¥ 64,260	
循環器	21 Heart View(ハートビュー)	¥ 38,010	
	22 心エコー	¥ 31,500	
	23 パスキュラーラボ	¥ 23,100	
	24 コロナリーインターベンション	¥ 15,750	
	25 ※Heart	¥ 68,460	
小児科	26 小児内科	¥ 49,560	
	27 小児科	¥ 42,210	
	28 小児科診療	¥ 42,800	
	29 小児科臨床	¥ 39,585	
	30 ※Archives of Pediatric & Adolescent Medicine	¥ 47,040	
	31 ※Pediatrics	¥ 37,380	

産婦人科・ 周産期	32 産科と婦人科	¥ 37,890	
	33 周産期医学	¥ 44,835	
	34 産婦人科の実践	¥ 43,365	
神経	35 Clinical Neuroscience	¥ 32,550	
画像診断 放射線	36 画像診断	¥ 40,740	
	37 臨床画像	¥ 40,740	
	38 臨床放射線	¥ 40,215	
	39 ※American Journal of Roentgenology	¥ 73,605	
	40 ※American Journal of Neuroradiology	¥ 65,940	

	雑誌名	税込価格	ご注文
整形外科	41 整形外科 (別冊含む)	¥ 49,000	
	42 整形災害外科	¥ 39,480	
	43 臨床整形外科	¥ 29,400	
	44 関節外科	¥ 40,740	
	45 Monthly Book Orthopaedics	¥ 35,805	
	46 OS Now Instruction(DVD付)	¥ 46,200	
	47 ※American Journal of Sports Medicine	¥ 34,650	
	48 ※Journal of Hand Surgery: European Volume	¥ 84,945	
呼吸器	49 ※American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine	¥ 122,010	
形成	50 形成外科	¥ 40,950	
	51 PEPARS	¥ 39,900	
脳神経	52 脳神経外科 (個人特別割引価格)	¥ 30,030	
	53 脳神経外科速報	¥ 28,350	
	54 ※Journal of Neurosurgery	¥ 102,690	
皮膚科	55 デルマ	¥ 39,585	
	56 皮膚科の臨床	¥ 43,680	
	57 Visual Dermatology	¥ 35,280	
	58 ※Archives of Dermatology	¥ 62,160	
泌尿器	59 臨床泌尿器科	¥ 41,780	

眼科	60 あたらしい眼科	¥ 32,382	
	61 眼科	¥ 43,680	
	62 臨床眼科	¥ 42,080	
	63 新ES NOW	¥ 50,400	
	64 ※Archives of Ophthalmology	¥ 54,600	
	65 ※British Journal of Ophthalmology	¥ 52,395	
耳鼻科	66 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 (個人特別割引価格)	¥ 38,430	
	67 JOHNS	¥ 37,380	
	68 ENTONI	¥ 39,585	
	69 ※Otolaryngology- Head & Neck Surgery	¥ 72,240	
麻酔・ 救急	70 救急医学	¥ 38,640	
	71 INTENSIVIST	¥ 18,480	
	72 ※BJA	¥ 108,360	

上記タイトル以外での購読・バックナンバーのお取り寄せも承ります。

雑誌名	出版社	バックナンバー巻号数

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL :	FAX :
お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707 有限会社アミス TEL075-212-0303	