

# **和歌山県有床診療所協議会**

## **第15回総会・研修会**

**平成21年8月22日**

**和歌山ビック愛（和歌山市医師会大会議室）**

## 第 15 回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会

### 目 次

第 15 回和歌山県有床診療所協議会 会次第	1
会長挨拶	2
祝電披露	4
報告事項	
① 事業報告	4
② 第 22 回全国有床診療所連絡協議会総会報告	5
協議事項	
① 平成 19 年度、平成 20 年度収支決算	14
② 平成 21 年度事業計画	15
③ 次期役員選出について	15
出席者名簿	16
研修会	17
和歌山県有床診療所協議会会則	34
和歌山県有床診療所協議会会員名簿	36

第 15 回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会は、以下の会次第の通り開催した（詳細は次頁以下）

## 会次第

総合司会 丸笛雄一郎

### I. 総会

- |                        |       |
|------------------------|-------|
| 1. 会長挨拶                | 青木 敏  |
| 2. 祝電披露                | 丸笛雄一郎 |
| 3. 報告事項                |       |
| ①事業報告                  | 青木 敏  |
| ②第 22 回全国有床診療所連絡協議会報告  |       |
| 第一日目                   | 青木 敏  |
| 第二日目                   | 坂田仁彦  |
| ③その他                   |       |
| 4. 協議事項                |       |
| ①平成 19 年度、平成 20 年度収支決算 | 青木 敏  |
| ②平成 21 年度事業計画          | 青木 敏  |
| ③次期役員選出について            |       |
| ④その他                   |       |

### II. 研修会

『有床診療所と地域医療・・・4 月介護保険改定のポイント』  
講師 風神会計事務所 所長 風神正典

### III. 情報交換会

## 平成 21 年度和歌山県有床診療所協議会総会 会長挨拶

皆さんこんにちは、本日は残暑厳しい中、本年度の総会並びに研修会にご出席頂き有難う御座います。2年ぶりです。昨年は、わたしの不手際で一回やすませていただきました。申し訳なく思っています。

ここ数年は、毎年約 1,000 の有床診療所が無床化又は廃院に追い込まれました。この 1 年間は約 600 件、1 日 2 つの有床診療所が無床化しています。その原因は地域の医療ニーズが無くなったのではなく、あまりにも入院基本料が低いため経営が成り立たなくなつたのが原因です。

有床診療所の減少は特に小児救急を含めた救急医療、産科等に重篤な影響を与え、病院勤務医の疲弊を招き、地域医療崩壊に拍車をかけています。

全国有床診療所連絡協議会では、20 年以上前から日本医療文化である有床診療所の灯を消さないため、有床診療所の活性化を目指して必死の努力を続けています。

今日は日医とともにに行っている有床診療所復活のための諸活動についてお話し、挨拶に代えさせていただきます。

平成 14 年にプロジェクト委員会として「有床診療所に関する検討委員会」が設立されました。(平成 18 年に常設委員会になる)

そこで、医療法 13 条(いわゆる 48 時間規制)、診療報酬問題を中心に検討されました。しかし実質的に成果が上がらず有床診療所の数は減り続けました。

平成 17 年 4 月の社会保障審議会医療部会で委員の三上裕司先生(日医常任委員)と内藤全国有床診療所連絡協議会会长の、有床診療所の実態から医療法 13 条の撤廃を求める説明で、ほとんどの委員の理解、賛同を得て、平成 18 年 6 月の第 5 次医療法改定で既に形骸化していた医療法 13 条が救急医療体制等、他の医療機関との連携を条件に撤廃され、正規の入院施設として認められました。

正式な入院施設でありながら診療報酬では全く評価されず、平成 20 年 7 月に日医総研と全国有床診療所連絡協議会共催で実態調査を行いました。その結果、有床診療所は大きく 5 つの機能が明らかになりました。

- ① 専門医療を担って病院の負荷を軽減し地域医療の崩壊を防ぐ
- ② 地域の病院から早期退院患者を含めた患者の受け皿として機能
- ③ 地域の在宅医療の拠点診療所として在宅医療の後方支援に病床を活用する
- ④ 終末期医療などのニーズが高まる分野への取り組みを行う
- ⑤ 特にへき地・離島では唯一の入院施設としての機能

この実態調査結果を受けて日医は「グランドデザイン 2009」に以下の様に記載して、会員・厚労省・マスコミ等に有床診療所をアピールしてくれています。

「2007年の第5次医療法改正で、有床診療所の一般病床も医療計画上の基準病床に算入され、病床規制の対象にされることになった。しかしそれ以前から、有床診療所の病床数は大幅な減少傾向にある。経営が困難な診療報酬改定が続いてきたこと、さらに療養病床の削減も決まったことなどのためである。

有床診療所の一般病床は、急性期病院からの退院患者の受け皿としての役割だけでなく、専門性の高い医療も担ってきた。今後は、病院が集約化される方向にある中で、有床診療所の一般病床は、地域に密着した急性期病床として、よりそのニーズが高まると推察される。特に周産期医療においては、有床診療所の活用も喫緊の課題であり、その機能強化が求められている。

また有床診療所の34.1%は在宅療養支援診療所の届出をしており、さらなる高齢化、国の在宅医療推進政策のなかにあって、有床診療所には、これまで以上に在宅医療を支える機能が期待される。有床診療所は病院が存在しない地域や病院が閉鎖に追い込まれた地域、特に過疎地やへき地において、病院に代わる役割も担っている。

すなわち有床診療所は、病院を補完するだけのものではなく、その固有の機能で地域医療を支えているとの認識に立つべきである。そして有床診療所の機能を維持、向上させるため、病床の活用についての柔軟な施策と財源的手当が必要である。」

今年の5月から7月にかけて、次期診療報酬改定に向け、厚生労働省に有床診療所に対する理解を深めてもらう必要があることから、厚生労働省、日本医師会有床診療所に関する検討委員会委員、都道府県医師会役員、日本医師会役員による有床診療所の視察及び関係者からのヒアリングを全国14ヶ所で実施いたしました。（和歌山県では田辺市　辻外科内科医院）

その結果すべての有床診療所が地域密着型で、その地方に不可欠であることが再確認されましたが、介護施設よりも低い診療報酬のため入院は赤字で、外来収入で入院部門の赤字を補填している現状、深刻な看護職員不足が判りました。

8月19日にはじめて都道府県有床診療所担当理事連絡協議会が開催され、入院基本料の引き上げなくして有床診療所は生き残れないとの大合唱にも似た要求が出されました。この会で、唐澤会長は、有床診療所は、休日・夜間の対応、救急医療、産科医療、在宅医療で対応できない患者の受け入れ等「地域住民の多様なニーズに応えている」と高く評価し、有床診療所の活用は地域医療の再生に向けて不可欠であると強調していた。

今、日医有床診療所に関する検討委員会では、エビデンスに基づいた入院基本料引き上げの戦略を立てています。

以上が全国有床診療所連絡協議会と日医が有床診療所の活性化で医療の再建を目指している活動でございます。

## 祝電披露

第15回協議会総会、おめでとうございます。  
総会並びに研修会のご盛会と貴会のますますのご発展をお祈り申しあげます。

田辺市医師会長 辻 薫

総会の盛会を心からお喜び申しあげ、本会ますますの伸展で有床診療所の活性と、地域医療の充実を実現してまいりましょう。

西牟婁郡医師会長 西本 栄一郎

## 報告事項

### ①事業報告

平成19年度

和歌山県有床診療所協議会

理事会 1回

総会

研修会 『医療法改定と今後』 日医常任理事 鈴木 満

全国有床診療所連絡協議会

定時総会 7月28、29日 鹿児島

常任理事会 5回

理事会 3回

日医 有床診療所に関する検討委員会 5回

有床診療所の活性を目指す議員連盟 5回

その他

第171回 国会 衆議院予算委員会 第5分科 平口参議院議員質問

平成20年度

和歌山県有床診療所協議会

理事会で今年度本総会を中止する事を決定

“本会のあゆみ”と研修会の演題、講師名を送付

## 全国有床診療所協議会

定時総会 8月2、3日 青森  
常任理事会 5回  
理事会 3回  
日医 有床診療所に関する検討委員会 5回  
有床診療所の活性を目指す議員連盟 5回

## 平成21年度

### 和歌山県有床診療所協議会

理事会  
総会  
研修会 『有床診療所と地域医療』—4月介護保険改定のポイント—  
講師 風神会計事務所所長 風神 正典  
有床診療所のヒアリング 辻外科内科医院

## 全国有床診療所連絡協議会

定時総会 8月1、2日 熊本  
常任理事会  
理事会  
日医 有床診療所に関する検討委員会  
有床診療所の活性を目指す議員連盟 … 提言書  
その他  
参議院厚生労働委員会 21年4月 西島英利  
日医 都道府県有床診療所担当理事連絡協議会 21年8月19日

## ②第22回全国有床診療所連絡協議会総会報告

日 時 平成21年8月1日 14:00~8月2日 12:30  
場 所 ホテル日航熊本  
出席者 会員家族462名  
来賓 唐澤、竹嶋、飯沼、今村、三上（日医）西島（参議）  
道県医師会長15名、知事（代理）市長（代理）他7名  
報 告  
総会 いつもどおりスムーズに進行終了しましたが、  
・内藤会長が辞任し、葉梨先生が新会長に就任したことが承認された。

- ・入院基本料の引き上げ、入院基本料の逓減制等を内容とする日医に対する要望書を唐澤会長に手渡した。(別紙1)
- ・平成21年度事業計画が承認された。(別紙2)

#### 特別講演I 『社会保障の課題』

講師 参議院議員 西島英利

社会保障特に医療に関して自民党が実行してきたこと、実行しようとしていることを民主党のマニフェストと一部比較しながら述べられた。

- ・自然増8,700億円の内2,200億円の削減について  
2009年度は、特別保健福祉事業資金より1,370億円、道路特定財源600億円、後発医療薬品の使用促進で230億円、2010年度は骨太の方針2009で「基本方針2006等を踏まえ」という文言は残りましたが、与謝野財務大臣が「10年度予算では社会保障費の自然増はそのまま認めると表明し、事実上社会保障費の自然増に対する2,200億円の抑制は完全撤廃となりました。
- ・消費税5%（12.7兆円）のうち1%（2.6兆円）は地方消費税、4%（10.1兆円）のうち29.5%は地方交付税として地方にまわります。従って国分として56.4%7.1兆円しか残りません。  
使途は基礎年金9.6兆円、老人医療4.7兆円、介護2.0兆円、計16.2兆円かかります。16.2-7.1=9.1兆円はスキマと呼ばれ、赤字国債でうめています。  
平成23年までに消費税を含め、税制の抜本的な改革を行うために必要な法制上の措置を講じます。診療報酬に軽減税率で消費税をかけることは決まっています。
- ・平成21年度税制改正大綱（2008.12.12）  
「社会保険診療報酬に係わる事業税の非課税」措置存続

- ・レセプトオンライン化  
水面下で65才以上の開業医、月300枚以下のレセプト枚数、レセコン買い替えるまでの医療機関には配慮する
- ・健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会に880億円
- ・出産育児一時金の見直し

今年の10月より4万円の引き上げ 等

#### 特別講演II

#### 『21世紀の国民医療と地域医療』～医療崩壊から守るみち～

講師 日本医師会会長 唐澤 祥人

日本医師会は、日本の医療の現状を把握して分析・数値化し、予測値、ビジョンを考え、グランドデザインを策定し、医療政策を提言し、実現することが役目です。

- ・国民皆保険を守るための緊急提言

身近な医療機関が健全に存続し、国民が経済的負担におびえることなく、いつでも医療機関にかかることができる社会を目指す。

- ・1. 一部負担金割合の引き下げと保険料改革

(1) 外来一部負担金割合の引き下げ

(2) 資格証明書による全額自己負担の停止

(3) 保険料上限の見直し

↓

所得格差からくる受診抑制を起こさない

- 2. 診療報酬の大幅な引き上げ

(控除対象外消費税の是正を含む)

↓

医療機関の経営破綻を救い、地域医療の崩壊を食い止める

- ・医療をめぐる諸問題

(日本医師会の医療政策立案と課題)

I. 超高齢社会における社会保障制度

II. 地域医療提供

III. 医療提供と機能連係

IV. 医療保険制度の課題と展望

V. 疾病予防と保険事業の時代

VI. 日本医師会の取り組み

について、ご講演されました。

IIIの中で有床診療所に関しては

・医療崩壊が社会問題とされている昨今、病床を持つ地域の有床診療所の価値に対する理解を求め、その機能を十分に発揮させが必要ではなかろうか。

・有床診療所には地域や診療科によって機能や役割に違いがある。それらへの理解を広く得て、活用のための具体的な方策を検討すべきである。

・かかりつけ医機能を持ちながら地域密着型の医療提供ができる診療所は日本の文化である。住民の身近で医療提供ができるとの社会的意義も大きい。これからの方について早急な議論が必要と、日医が有床診療所問題に真剣に取り組んでいることをアピールしていました。

VI. 日本医師会の取り組み

・公的医療保険を支える財源

消費税などの新たな財源の検討

特別会計などの支出の見直しの継続

公的医療保険の保険料の見直し

- ・地域医療再生基金の活用

- ・地域医療全体の底上げ

診療報酬の引き上げが医療機関経営の健全化につながり、設備投資や人材雇用をすることになり、質の高い医療と安全性の確保ができ、崩壊した地域医療の再生ができる。

- ・医療から日本再生

一部負担割合の引き下げは、受診抑制の回避、早期発見・早期治療に通じ、国民の健康な就労につながる。また診療報酬の引き上げを始めとする医療への財源投入は、雇用を誘発する。これらの結果、経済成長・税収増がもたらされ、さらに医療への財源投入、国民・患者への還元が可能になるという好循環を創出することが期待される。

#### 講演

##### 『有床診療所と介護保険』

講師 日本医師会 常任理事 三上祐司

※ 診療所後期高齢者医療管理料（介護認定者を除く）は高く設定されているので活用されたい（アンケート調査で有効回答数633の約21%が届けている）。

※ 短期入所療養介護病床が有床診療所の療養病床・一般病床に認められたので活用してほしい（同18, 8%が届けている）。

###### ○ 短期入所療養介護のニーズ

- ・ 医療の必要性があり、在宅医療・在宅介護を継続している要介護高齢者の増加が見込まれる中で、有床診療所で本人の体調管理や介護者家族の緊急時・レスパイトに
- ・ 有床診療所での要介護者の短期対応が、ケアマネジメントの中での一つの有効資源に

###### ○ 短期入所療養介護実施の問題点

- ・ 指定申請が煩雑
- ・ 一般病床のみの施設では、施設基準、人員基準がネック
- ・ ケアマネジャーのケアプランが必要（医師の判断による近況対応が難しい）
- ・ 利用日数制限

###### ○ 現制度内での対応

- ・ 有床診療所とケアマネジャーとの連携
- ・ 地域のネットワーク機能（相互補完機能）の強化

## 診療所後期高齢者医療管理料の周知

(以上 青木)

メインテーマを

「有床診療所を医療崩壊の救世主に—

一鍵を握る入院基本料の引き上げー」

と 揭げ前日には 全国有床診療所連絡協議会会長 内藤哲夫会長等、また日本医師会会长 唐澤祥人、三上裕司、今村定臣など。参議院議員 西島英利等が参集し総会、懇親会が行われた。

2日目は

特別講演III

厚生労働省 保険局 医療課長 佐藤敏信氏が「医療提供体制の現状と課題」というテーマにて講演されました。佐藤課長は、1983年山口大学を卒業になられ、厚労省に入られております。

講演の冒頭に 医療崩壊は 2,200 億の削減だけではない。小松秀樹氏の文書を引き合いに出し、医療崩壊は国民が医療、社会保障に対して負担増を嫌がり、にもかかわらず、医療に過剰なまでの要求を求めたために、医者が疲弊してしまった。(医療事故、医療裁判など) ことも考えられる。と言われております。

厚労省としては財政諮問会議・委員会では、34兆円にも膨らむ医療費の増加を阻止するために、今までパイの振替などしてきたが、ここに至ってはこれ以上の締め付けは困難である。と、結論(理解されているが)付けられているが、しかしながらその配分については白紙の状態である。

有床診療所の位置付けは病院と診療所、療養病床、特養、老健施設との役割分担など、また平成24年度には介護施設との関連もあり同時に考えなくてはならない。

今まで有床診療所のデーターでしか無かったが、メディアスのデーターを現在分析中である。今後は分析の結果を待ち検討したい。

今回の選挙、中医協の問題もあり、いま入院基本料の引き上げについては言及できない。

次のシンポジウムでは

「地域医療における有床診療所の役割」というテーマで、5人のシンポジストの講演がありました。

1. 2. 武田、下田先生は、有床診療所の経済状況の窮状を訴えてくれました。
3. 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 江口成美先生はデーター分析

で、有床診療所には5つの機能がある。

- ①専門医療を担つて病院の負担を軽減し、地域医療の崩壊を防ぐ（夜間・休日の緊急時も含む）
- ②地域の病院から早期退院患者を含めた患者の受け皿としての機能
- ③地域の在宅医療を拠点診療所として病床を活用する
- ④終末期医療などのニーズが高まる分野への取り組みを行う。
- ⑤特にへき地、離島では唯一の入院施設として機能をなしている。

ところが看護師の確保、医師負担の増加が有床診療所の閉鎖に拍車をかけている。そのためにも早急に経済状況の改善が急務である。（診療報酬の引き上げが必要）と分析されています。

4. 熊本大学医学部附属病院、地域医療システム学寄付講座 特任教授 黒田豊先生も

地域医療の中で有床診療所の果たす役割は大きく、かつ必要不可欠である。いまの極端に低い診療報酬の引き上げが急務である。と分析された。

総合討論ではフロアから「厚労省は有床診療所をどうしたいのか？存続させるとも、つぶすとも言わず、真綿で締め付けられるような状態が続いている」と、不満の意見があつて、佐藤課長は、歴史的に1980年代（岡光時代の全国に老健を造っていたときかな？？賄賂で失脚してくれたのが幸いしているかも？？）老健が配備されていたはずですが、有床診療所の役割は終わったとされた、時があった。と述べ、しかしながら

今、色んな変化が起きてきて、平均在院日数が短縮され、その一方で受け皿となる特養、老健施設も参酌標準で増やせない。八方ふさがりの中で、むしろ有床診療所の役割が再浮上してきている。この1～3年で十分か解らないが、厚労省も有床診療所のあり方についても引き続き検討していくたいと理解を求めましたのであります。

このメインテーマ「鍵を握る入院基本料の引き上げ」につながるよう期待しております。

（以上 坂田）



日本医師会  
会長 唐澤祥人 殿

平成21年8月1日  
全国有床診療所連絡協議会  
会長 内藤哲夫

## 要望書

医療法改正で、“48時間”の入院期間制限規定が撤廃され、有床診療所の病床は法的に「正式な病床」として認められた。

しかしながら、近年、有床診療所の無床化が年ごとに著しく、毎年約1,000の施設が病床閉鎖・崩壊に追い込まれている。その原因としては、永年に亘って極端に低く設定されている入院基本料が病床の運営を急速に困難にしているのである。

有床診療所の無床化は、“かかりつけ医”として患者の近くに存在し、かつ、急性期から慢性期、更には終末期、そして在宅医療にも対応してきた入院機能が失われることとなり、地域住民にとって大きな不便と不利益をもたらす。

高齢社会が進展し、地域の医療崩壊が叫ばれている今、地域医療、地域ケアの中核として、また、安心・安全医療の一翼を担う有床診療所に求められる役割は極めて大きいものがある。

有床診療所の存続と有効活用に向けて、日医の強力な支援を求めるとともに次の事項を要望する。

### 1) 入院基本料の全体的引き上げ

一般・療養病床を問わず、入院基本料の底上げを求める。

### 2) 一般病床入院基本料の逓減制の見直し

急性期の14日までと亜急性期の30日までを重点的に評価すること。

### 3) 看護配置基準の見直し

現在2段階の看護配置基準の評価を、実態に近い4人未満、4人以上7人未満、7人以上の3段階に変更すること。

### 4) 入院時医学管理加算の新設

急性期医療提供体制を持つ有床診療所について評価を求める。

### 5) 医療計画における病床規制の撤廃

改正医療法により、有床診療所の病床は基準病床数の対象となり、特例以外は新規開設が制限されている。地域医療を担う小規模な病床は、届出のみで開設を認めるべきである。

### 6) 病床区分の撤廃

診療所病床は最大でも19床と小規模であるにもかかわらず、その中で病床区分を定められては効率的な運用が出来ない。

診療所病床は病院病床とは別概念で捉え、医療・介護等の病床区分をせずに、急性期から慢性期、終末医療に至るまで、周辺地域の患者・利用者に多様な対応が出来るよう現場に応じた柔軟な特性を維持させるべきである。

## 平成21年度 事業計画

有床診療所を再生し地域医療を守り、会員の大同団結を図るため、以下の事業を行う。

1. 次期診療報酬改定において、有床診療所の入院基本料と療養病床入院基本料の大幅な引き上げを実現すべく関係各方面に強力に働きかける。
2. 全ての都道府県に有床診療所協議会を設置すべく、未設置の都府県医師会に強力に働きかける。
3. 日本医師会「有床診療所に関する検討委員会」に積極的に参画し、本協議会の方針の実現に努める。
4. 医療崩壊を阻止し地域医療を守るために、有床診療所の存在意義と役割を広く国民に周知徹底するとともに、魅力ある新しい有床診療所のあり方を提言する。

## 協議事項

### ①平成19年度・20年度収支決算

平成19年度

《収入の部》		《支出の部》	
項目	金額(円)	項目	金額(円)
前回より繰越金	3,972,743	全国会費7,000円×57名(平成19年)	399,000
預金利息	7,958	7,000円×57名(平成20年)	399,000
会費15,000円×57名	855,000	19年度総会冊子	
15,000円×1名(前期分)	15,000	送料・封入手数料	172,620
		講演料(鈴木先生)	100,000
		講師会食・おみやげ(鈴木先生)	44,000
		事務費	60,000
		振込み手数料	2,340
計	4,850,701	計	1,176,960

繰越金 3,673,741円

平成20年度

《収入の部》		《支出の部》	
項目	金額(円)	項目	金額(円)
前回より繰越金	3,673,741	退会後の会費入金分の返金	45,000
預金利息	2,380	振り込み料	500
会費15,000円×55名	825,000	事務費	60,000
		会議費	45,370
		全国有床診理事会及び	
		和有診会議費	86,260
計	4,501,121	計	237,130

繰越金 4,263,991円

## ②平成21年度和歌山県有床診療所協議会事業計画

有床診療所の活性化を図り、地域医療を守るために以下の事業を行う。

### I. 全国有床診療所連絡協議会と協力して

1. 以下の有床診療所の存在意義と役割を厚生労働省、関係機関はもとより、広く国民に周知徹底する。
  - ・専門医療を担って病院の負担を軽減し、地域医療の崩壊を防ぐ
  - ・地域の病院からの早期退院患者を含めた患者の受け皿としての機能
  - ・地域の在宅医療の拠点診療所として病床を活用する
  - ・終末期医療の取り組み
  - ・特にへき地・離島では唯一の入院施設としての機能
2. 病院と比較して不当に低く設定されている入院基本料（一般・療養）の大幅な引き上げ
3. 一般病床入院基本料の逓減制のは是正（急性期14日までと亜急性期30日までの評価）

### II. 医療改革、診療報酬改定等について、必要に応じ研修会・情報提供を行う。

## ③次期役員選出について

理事会より次期会長に坂田仁彦先生を推薦し、満場一致で承認された。他の役員については、坂田先生一任とした。

### 新会長挨拶

今般、前回の5月23日に行われた 平成21年度 第15回和歌山有床診療所協議会 理事会にて推薦され、会長職を拝命しました。  
また、今総会で承認下さり有難うございます。

先日、全国有床診療所連絡協議会の総会にて長く続けられた内藤哲夫会長が勇退され、新しく芝梨之紀先生が会長になられました。変革の時なのかもしれません。一番若輩であります。が、諸先輩のご指導の下にできる限り和歌山有床診のために頑張りたいと思います。今後ともなお一層のご指導ご鞭撻よろしくお願い致します。

## 出席者名簿(順不同・敬称略)

### ● 会員

青木 敏	坂田 仁彦	深谷 修平
梅本 博昭	丸笠 雄一郎	要 明雄
辻 啓次郎	山口 節生	岩橋 五郎
岡田 正	武用 潤彦	橋本 忠明
勝田 仁康		

### ● その他各診療所のスタッフ

坂田 優子	小川 房子	吉岡 秋雄
田代 純二	深谷 太洋	出水 恵利香
寺本 果代	尾崎 匡俊	辻 昌子
山本 紀代美	南村 理智子	川崎 仁人
松山 哲夫	八木 秀樹	野田 昌男
雜賀 克仁	山東 俊樹	松谷 修志
打田 尚也	田端 清志	

計 33 名 (敬称略)

## 研修会

### 有床診療所と地域医療 —4月介護保険改定のポイント—

講師 風神会計事務所 所長 風神正典

座長 和歌山県有床診療所協議会 会長 青木敏

#### 風神先生略歴

##### 学歴

昭和 48 年 3 月 和歌山県立桐蔭高校卒業

昭和 52 年 3 月 同志社大学卒業

##### 職歴

大学卒業後一般企業・会計事務所勤務を経て

昭和 62 年 9 月 風神会計事務所（和歌山市黒田 87 の 7 ）開業

##### 所属団体等

MMPG (メディカル・マネジメント・グループ) 常務理事

出版物（共著）

病院・医療経営管理質疑応答集（第一法規）

医療法人の設立時・運営時・移行時の税務と経営戦略（ぎょうせい）

すぐにできる診療所経営工夫アイデア 120 (日本医療企画)

◎講演時の録音失敗しましたので、スライドのみの掲載になってしまいました。

有床診療所と地域医療

～4月介護保険改定のポイント～

I 診療報酬の動向

2

II 和歌山県における高齢化の流れ

高齢者(65歳以上)	2007年			2008年			増加率(新規登記)			合計(5月31日現在)		
	255,040	264,111	102.8%	266,871	268,871	103.8%	265,9	265,9	105.3%	52,107	52,107	107.9%
高齢化率	24.6%	25.3%	102.8%	25.9%	25.9%	105.3%						
ひとり暮らしの高齢者	41,270	49,655	103.1%	52,107	52,107	107.9%						
同上高齢者人口比	18.6%	18.8%	101.1%	19.4%	19.4%	104.3%						
様たき生活高齢者	5,528	5,564	100.7%	5,585	5,585	101.0%						
同上高齢者人口比	2.1%	2.1%	100.0%	2.1%	2.1%	100.0%						
後発高齢者(75歳以上)	126,853	131,660	103.6%	135,287	136,651	106.6%						
同上高齢者人口比	12.0%	12.6%	105.0%	13.0%	13.0%	108.3%						

4

### 和歌山県の将来老人人口

	単位 1000人				
	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
老年人口	250	272	298	304	299
増加数	0	22	26	6	-5
増減率	0	108.8%	109.6%	102.0%	98.4%
					98.0%
					97.3%

6

### Ⅲ 各介護サービスの改定内容のポイント

#### 1.今回改定の概要

##### (1)訪問介護

- ①短時間ケアの基本報酬の引き上げ
- ②特定事業所加算の算定期件の見直し
- ②訪問看護
- ③訪問リハビリテーション
- ④通所介護・通所リハビリテーション
- ⑤事業所評価加算の算定期件の緩和
- ⑥サービス提供体制強化加算の新設
- ⑦短時間の通所リハビリの新設
- ⑧診療所の一般病床に対して短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護サービスの実施が可能に

#### 2.訪問介護における改定のポイント (1)サービスの効果的な推進を図る等の観点からの短時間の訪問に対する評価

##### 【訪問介護】

###### (1) 短時間訪問の評価

		30分以上	1時間以上	1時間30分以上	2時間以上	30分ごと	1時間30分ごと	1時間60分ごと	1日間未満	30分未満	30分以下
身体介護	改正前	231単位	402単位	584単位	834単位	83単位	83単位	83単位	83単位	83単位	83単位
	改正後	254単位	402単位	584単位	834単位	—	—	—	—	—	—
生活援助	改正前	—	208単位	291単位	—	—	—	—	—	—	—
	改正後	—	229単位	291単位	—	—	—	—	—	—	—
通院等賃貸介護		100単位									
夜間・早朝・深夜加算	夜間・早朝	所定単位数の25/100	所定単位数の50/100	所定単位数の50/100	所定単位数の50/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100
	深夜	所定単位数の50/100	所定単位数の50/100	所定単位数の50/100	所定単位数の50/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100	所定単位数の10/100

※身体介護が中心で、もともと訪問介護を行なうため引き継ぐ場合を除く場合は、身体介護の算定期件は30分以上が評価され、また、生活援助の算定期件は、30分以上が評価され、30分未満である場合は、66単位です。  
※夜間・早朝・深夜加算の場合には、50%の算定期件が評価されます。

※介護予防訪問介護(1月につき)の算定期位数は変更なし。

※介護予防訪問介護(1月につき)の算定期位数は変更なし。

※介護予防訪問介護(1月につき)の算定期位数は変更なし。

※介護予防訪問介護(1月につき)の算定期位数は変更なし。

7

#### (2)訪問介護員等及びサービス提供責任者の段階的なキャリアアップを推進する観点からの特定事業所加算の見直し

##### 【訪問介護】

###### (2) 特定事業所加算 算定期件の見直し

特定事業所加算 I	所定単位数の20/100
特定事業所加算 II	所定単位数の10/100
特定事業所加算 III	所定単位数の10/100
<b>【算定期件】 介護のみ</b>	
<b>【特定事業所加算(Ⅰ)】</b>	
体制要件・入材要件(①及び②)、重度要介護者等対応要件	のいずれにも適合
<b>【特定事業所加算(Ⅱ)】</b>	
体制要件・入材要件(①)	のいずれにも適合
<b>【特定事業所加算(Ⅲ)】</b>	
体制要件・入材要件(①又は②)のいずれにも適合	
<b>【特定事業所加算(Ⅳ)】</b>	
体制要件・重度要介護者等対応要件のいずれにも適合	
<b>【特定事業所加算(Ⅴ)】</b>	
重度要介護者等対応要件のいずれにも適合	

8

9

19

### 和歌山県の将来老年人口

		単位 1000人						
		2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
老年人口	250	272	298	304	299	293	285	
増加数	0	22	26	6	-5	-6	-8	
増減率	0	108.8%	109.6%	102.0%	98.4%	98.0%	97.3%	

2. 訪問介護における改定のポイント  
(1) サービスの効果的な推進を図る等の観点からの短時間の訪問に対する評価

### 【訪問介護】

#### (1) 短時間訪問の評価

(2) 訪問介護員等及びサービス提供責任者の段階的なキャリアアップを推進する観点からの特定事業所加算の見直し

### 【訪問介護】

#### (2) 特定事業所加算 対応要件の見直し

		特定事業所加算 I 所定単位数の20／100	特定事業所加算 II 所定単位数の10／100	特定事業所加算 III 所定単位数の10／100
<b>[算定要件] 介護のみ</b>				
		【特定事業所加算 I】 体制要件、人材要件(1)及び(2)、重度要介護者等対応要件		
		のいずれにも適合		
		【特定事業所加算 II】 体制要件、人材要件(1)及び(2)		
		【特定事業所加算 III】 体制要件、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合		
<b>注</b> 特定事業所加算(1)～(III)は、いずれか一つのみを算定することができる。				

※身体介護を中心とする短時間介護を行つた場合に付与される生活介護の所定単位数は30分以上の生活介護を中心とする短時間介護を行つたときは、身体介護を中心とする生活介護の所定単位数が0分未満である場合に30分未満を、30分以上は構造未満ある場合は合に10分未満を、1時間以上である場合は249単位の所定単位数が算出される。  
※介護予防訪問介護費(1) 1,234単位/月、(II) 2,468単位/月、(III) 4,010単位/月

### Ⅲ 各介護サービスの改定内容のポイント

#### 1. 今回改定の概要

- (1) 訪問介護
  - ① 短時間ケアの基本報酬の引き上げ
  - ② 特定事業所加算の見直し
  - ③ 訪問看護
  - ④ タームナルケア加算の引き上げ
  - ⑤ 訪問リハビリテーション
  - ⑥ 1日単位の基本報酬の時間単位への変更
  - ⑦ 訪問リハビリ提供回数制限の撤廃、管理者要件の拡大
  - ⑧ 通所介護・通所リハビリーション
  - ⑨ 事業所評価加算の算定要件の緩和
  - ⑩ サービス提供体制強化加算の新設
  - ⑪ 短時間の通所リハビリの新設
  - ⑫ 治療所の一般病床に対して短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護サービスの実施が可能に

(2) 訪問介護員等及びサービス提供責任者の段階的なキャリアアップを推進する観点からの特定事業所加算の見直し

### 【訪問介護】

#### (2) 特定事業所加算 対応要件の見直し

【特定事業所加算 I】  
体制要件、人材要件(1)及び(2)、重度要介護者等対応要件

のいずれにも適合

【特定事業所加算 II】  
体制要件、人材要件(1)及び(2)

【特定事業所加算 III】  
体制要件、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合

注 特定事業所加算(1)～(III)は、いずれか一つのみを算定することができる。

(3)サービス提供責任者の労力が特にかかる初回及び緊急時に着目した評価

【訪問介護】(2) 特定事業所加算 算定要件の見直し

## (2) 特定事業所加算 算定要件の見直し

（4）医療機関における医師の職務のうち、医師が直接医療行為を実施するもの

①すべての診療行為において医師の所持料金を差し引く。日本と米国又は英米をモデルとしている。

②診療行為の料金を算定する際、サービス費に相当しての患者負担額の二割以上は診療料に算入する。

（5）医療機関における医師の職務のうち、医師が直接医療行為を実施しないもの

①医療機関に勤務する医師、ナース等に於ける医療行為の監督・指導する事務的業務。

②医療機関に勤務する医師、ナース等に於ける医療行為の監督・指導する事務的業務。

（6）医療機関における医師の職務のうち、医師が直接医療行為を実施しないもの

①医療機関に勤務する医師、ナース等に於ける医療行為の監督・指導する事務的業務。

（7）医療機関における医師の職務のうち、医師が直接医療行為を実施しないもの

①医療機関に勤務する医師、ナース等に於ける医療行為の監督・指導する事務的業務。

6

(4)3級ヘルパーについて、原則として平成21年3月末まで評価を廃止(現に業務に從事している者については、一定の条件の下に一年間延定期間を設ける)。

[社聞介要]

#### (4) 3級ヘルパーの取扱い(介護予防訪問介護も同様)

3級ヘルパーについては、原則として平成21年3月末まで報酬上の評価(70／100)を廃止。  
しかし、現に業務に従事している者について、事業者が該当する従事者に対して、介護福祉士の資格を取得し、又は介護職員基礎研修課程、1級課程、2級課程を受講するよう通知することを条件に、平成22年3月末まで限定した経過措置を設ける。

9

[訪問介護]

(5)訪問介護事業所の効率的な運営や非常勤従事者のキャリアアップを図る観点から、サービス提供責任者の一部経験

[訪問介護]

### (3)サービス提供責任者の労力を評価

改正前		新規	初回加算	2000単位/月	改正後
		【算定要件】介護予防訪問介護も同様			
		定期的に訪問介護サービスを利用した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同時に内に訪問介護サービスを利用した責任者・専門的訪問介護を行う場合又は他の介護職員等が訪問介護を2週間に亘り訪問した場合			
改正前		改正後			
		【算定要件】介護のみ			
		利用者や家族等からの要請を受け、サービス提供責任者がケアマネジャーと連絡を取り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が窓口サービス計画面で、訪問介護を実施する場合			

10

- サービス提供責任者の配置に関する規定を以下のようより改正
  - ① 指定関係する事業所ごとに、訪問介護員等であつてから指定訪問介護の業務に從事するもののうち、訪問介護員等が1人以上いる者のサービス提供責任者としなければならないこと。
    - ② 本勤務場所は基本としつつ、非常勤就業するサービス提供責任者を配置して置くこと。
    - ③ 既存サービス基盤において、原則として一人分のみの勤務配置を実現すべきこと。
  - ④ あわせて、既存サービス基盤上、5人を超えるサービス提供責任者を配置しない場合は、必ず新設事業所において、当該事業所におけるサービス提供責任者3名の以上を新設する旨を定めるものとする。
  - ⑤ この場合の新設するサービス提供責任者について、当該事業所に当たる新設事業所が、当該事業所における定められている常勤の従業者が勤務すべく既存施設の2倍のものにしてほしいこと。

6

3.訪問看護における改定のポイント  
(1)特別管理加算の対象者の拡大及び対象者に対する長時間の訪問看護の評価

#### 訪問看護

##### (1) 特別管理加算の対象者（介護予防訪問看護も同様）

(1) 医科診療報酬請求書に掲げる以下の医字管理を受ける状態
在宅自立支援訪問看護 / 在宅介護訪問看護 / 在宅訪問看護 / 在宅訪問看護専門 / 在宅自己点検訪問看護 / 在宅自己点検訪問看護専門 / 在宅訪問看護専門 / 在宅訪問看護専門専門 / 在宅訪問看護専門専門専門
2. 気管カーネル、ドレンチューブ又は呼吸カテーテルを使用している状態
3. 人工呼吸又は人工肺膜を使用している状態
4. 真珠を入れる導管の状態（点滴）
⇒ NPJAPが算定尺度 若しくは DESIGN分類（日本看護学会）
D3, D4若しくはDSに該当する状況

##### ☆ 特別管理加算の対象者に対する長時間訪問看護の評価

(算定期間)
新規 30単位 加算
既約訪問看護加算 300単位 回

↓(算定期間)

1回(20分以上)につき305単位(週6回限度)へと変更になりました。

13

(2)複数名訪問の評価

#### 訪問看護

##### (2) 複数名訪問の評価（介護予防訪問看護も同様）

複数名訪問加算	複数名訪問加算	複数名訪問加算
新規 30分未満	30分未満	254単位/回
30分以上	402単位/回	

##### 【算定期間】

- 同時に複数の看護師等により訪問看護を行なうことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合は①利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難となる場合
- ②暴力行為、新しい迷惑行為、器物使用行為等が認められる場合
- ③その他利用者の状況から判断して、①又は②に該する場合は④両名同一資格であること。保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。

14

(3)ターミナルケア加算の算定期間の緩和及び評価の見直し

#### 訪問看護

改定前	改定後
ターミナルケア加算 1200単位／死亡月	ターミナルケア加算 2000単位／死亡月

##### 【算定期間のみ抜粋】

- ① 死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを実施。
- ② 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを実施すること。

↓(算定期間)

15

4.訪問リハビリテーションの改定ポイント  
(1)サービス提供時間に応じた報酬体系への変更  
訪問リハビリテーションにおいて、従来は1日ににつき500単位であった報酬体系が、1回(20分以上)につき305単位(週6回限度)へと変更になりました。

1回の訪問で40分の訪問リハビリテーションを行った場合、305単位×2回=610単位となります。これは、医療保険における「在宅患者訪問リハビリテーション指掌管理料」が「1単位(20分以上、週6回限度)300点(居住系施設入居者である患者の場合は255点)と実施時間に応じた報酬体系になつていることに合われたものと思われます。

訪問リハビリテーション	
(1) サービス提供時間に応じた評価への見直し（予防も同様）	改正前 改正後
訪問リハビリテーション費 (1日につき) 500単位	訪問リハビリテーション費 (1回につき) 305単位
【算定要件】※週6回限保 20分間のリハビリテーションを行った場合 305単位 × 2回(20分×2)=610単位 (例)40分割りハビリを行った場合は	

17

短期集中リハビリテーション実施加算の見直し(リハビリテーションマネジメント加算の廃止)	
(4) サービス提供体制強化の新設の見直し	改正前 改正後
定期集中リハビリテーション実施加算 退院・通所日又は認定日から イ 1ヶ月以内 330単位/日 ロ 1月超3ヶ月内 200単位/日 (週2回以上・1回 20分以上) ※介護予防3月以内 200単位/日のみ リハビリショナリシティ加算 20単位/日	定期集中リハビリテーション実施加算 退院・通所日又は認定日から イ 1ヶ月以内 340単位/日 (週2回以上・1回 40分以上) ロ 1月超3ヶ月内 200単位/日 (週2回以上・1回 20分以上) ※介護予防3月以内 200単位/日のみ
(4) サービス提供体制強化の新設（予防も同様）	

18

5. 居宅療養管理指導の改定のポイント	
(1)看護師による相談等の評価を新設	
(2)薬局の薬剤師が行った場合の評価を月2回目以降の評価と適正化	
(3)居住系施設入居者へサービス提供を行った場合の評価を適正化	
居宅療養管理指導（介護予防も同様）	
改正前 改正後	改正前 改正後
看護職員が行う場合 (居宅サービス開始後2ヶ月の間に1回を限度) ※看護師が行った場合	看護職員が行う場合 (居宅サービス開始後2ヶ月の間に1回を限度) ※看護師が行う場合
【算定要件】 1. 通常が困難で、医師が看護職員による居宅療養管理指導が必要と判断した 利用者に対して、指定居宅療養管理指導事業所の看護職員が利用者を訪問 し、医療上の相談及び支援を行った場合、量をサービス時間に基づく指定居 宅サービスの料金を開始したからの2ヶ月の間に1回を限度として算定。 2. 利用者が定期的に通院している場合若しくは定期的に訪問診療を受けて いる場合又は利用者が訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介 護、短期入所療養介護、特需施設入居者生活介護として認知症対応型共 同生活介護、地域密着型生活介護を受けていた時は、算定しない。 ※「居宅系施設入所者等」とは、収容老人ホーム、経費老人ホーム、小規模多機能型居 宅介護(宿泊のみ)、認知症対応型共同生活介護を受けている者をさします。	【算定要件】 1. 在住の利用者は居住系施設入居者等で医師が困難な者に対して、居宅 療養管理指導母事業所の看護師が医師又は精神医師の指示に基づく利用者 を訪問し、通常の看護指導が医師又は精神医師が医師又は精神医師を 行った場合 月2回(医師の看護指導は4回と限らずして算定する。 ただし、医師の看護指導が、未開示の看護指導、中心的看護指導を受けている者に 対して行つた場合は、週2回、かつ月6回を限度とする。 2. 看護師のための特別な看護指導の料金が行われている者に対して実施 した場合は、1回につき100単位加算

19

居宅療養管理指導（介護予防も同様）	
改正前 改正後	改正前 改正後
医療機関の業務 (1)月の1-2回目 550単位 (2)月の3回以降 300単位 医局の業務 (1)月の1回目 500単位 (2)月の2回目以降 300単位	医療機関の業務 (1)在宅の利用者 550単位 (2)居住系施設入居者 385単位 医局の業務 (1)月の1回目 500単位 (2)居住系施設入居者 350単位
【算定要件】 1. 在住の利用者は居住系施設入居者等で医師が困難な者に対して、居宅 療養管理指導母事業所の看護師が医師又は精神医師の指示に基づく利用者 を訪問し、通常の看護指導が医師又は精神医師が医師又は精神医師を 行った場合 月2回(医師の看護指導は4回と限らずして算定する。 ただし、医師の看護指導が、未開示の看護指導、中心的看護指導を受けている者に 対して行つた場合は、週2回、かつ月6回を限度とする。 2. 看護師のための特別な看護指導の料金が行われている者に対して実施 した場合は、1回につき100単位加算	【算定要件】 ※「居住系施設入所者等」とは、収容老人ホーム、経費老人ホーム、小規模多機能型居 宅介護(宿泊のみ)、認知症対応型共同生活介護を受けている者をさします。

※「居住系施設入所者等」とは、収容老人ホーム、経費老人ホーム、小規模多機能型居宅介護(宿泊のみ)、認知症対応型共同生活介護を受けている者をさします。

20

6.通所介護の改定ポイント  
<通所介護のみ>

(1)規模に応じた報酬設定の見直し

施設区分	改正前	改正後
小規模	延利用率数 300人以内	延利用率数 300人以内
	300人以内	300人以内
通常規模	延利用率数 301人～900人	延利用率数 301人～750人
	750人～900人	301人～750人
大規模	延利用率数 901人以上	延利用率数 901人以上
	901人以上	901人以上

21

【通所介護】  
規模に応じた報酬設定の在り方の見直し

大規模(II)		平均利用者数人月／月		901人／月	
所要時間	報酬	所要時間	報酬	所要時間	報酬
3~4	351	437	493	549	605
4~6	508	588	668	784	876
6~8	677	789	901	1,013	1,125
3~4	375	430	485	540	595
4~6	499	578	657	735	814
6~8	665	776	886	996	1,106
3~4	▲6	▲7	▲8	▲9	▲10
4~6	▲9	▲10	▲11	▲13	▲14
6~8	▲12	▲13	▲15	▲17	▲19

22

【通所介護】

(1)規格に応じた報酬設定の見直し

(4)栄養改善加算・口腔機能向上加算の引き上げ

口蓋機能向上・栄養改善(栄養マニピュレーター)サービスの見直し	
改正前	改正後
栄養改善加算 算定期量】 100単位／月	栄養改善加算 算定期量】 150単位／月
○丁寧な介護のため、食事改善を実現できる報酬	●正直
／BM=11.8, 5.4と算出される。	
ロ 1~6月に適用される料金の減少額が約10%である。	
ハ 食事改善度量が不足(75%以下)である場合	
ニ 飲食アシストの実施率が不足(75%以下)である場合	
○このように問題を有する者は、上記ノーリムのいずれかに該当するか否かを審査課	
・口蓋機能向上の目的が必ず医療行為(マニピュレーターの診断)によるものとされ、	
・生活機能の低下の問題／・精神に障る問題／・食事の低下の問題／	
・所定の「認知症」、「言語障害」、「嚥下障害」のうちの何れかに該する(1)(X)のみかつ項目にて	
・既往歴の問題(本マニピュレーターの施設にて治療する「既往歴」の問題)が該当するかの項目に該	
・アの項目が該当しないこと	
・アの問題をマニピュレーターのつくりに該当するから本マニピュレーターの項目に該当しないこと	
1.該当するなどとされる。	

23

(2)個別機能訓練加算(II)の新設

通所介護において、個別機能訓練加算(1日ににつき27単位)が(2区分となり、個別機能訓練加算(II)(1日ににつき42単位)が新設されました。この(II)を算定するために、通所介護提供時間帯を通じて専従・常勤の理学療法士等(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師)を1人配置することと、複数の機能訓練項目を準備して利用者の生活意欲が増進されるような提供を行うことが要件となっています。

(3)若年性認知症利用者受入加算の新設

本年度の改定の特徴である認知症対策について、從来の「若年性認知症ケア加算」に替わり、「若年性認知症利用者受入加算」が通所介護に新設されました。算定期は、受け入れた若年性認知症利用者(初老期における認知症によって通所介護者となつた者)毎に個別の担当者を定めていることとなっています。通所介護単位、介護予防通所介護で月240単位となっています。

## 口腔機能向上・栄養改善(栄養マネジメント)サービスの見直し

### (5)サービス提供体制強化加算の新設

改正前	改正後
口腔機能向上加算 100単位／月	口腔機能向上加算 150単位／月

【算定要件】  
(口腔機能向上加算を算定できる利用者)  
下記イ～ハのいずれかに該当する者で、口腔機能向上サービス提供が必要と認められる者  
イ 認定調査票における唾下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者  
ロ 基本チェックリストの口腔機能に該当する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者  
ハ その他の口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

：AKC : 14NG

25

改正前	改正後
新 設 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	新 設 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

【算定要件】※Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは、いずれか一方のみ算定  
◇サービス提供体制強化加算(Ⅰ)  
①事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占有割合が40%以上  
②別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。(Ⅱ 同様)  
◇サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  
①事業所の指定通所介護を利用者が30%以上  
職員総数のうち、30歳未満の者の占有割合が30%以上  
※2009年度の実績は、提出年の3ヶ月前の実績で算出可。(3月提出の場合: 08年12月～09年2月の3ヶ月実績)  
△AKC : 14NG

26

改正前	改正後
新 設 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援1 48単位／月 要支援2 96単位／月 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1 24単位／月 要支援2 48単位／月	新 設 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 要支援1 81単位／月 アクティビティ実施加算 53単位／月

【算定要件】※Ⅰ、Ⅱは、いずれか一方のみ算定  
◇サービス提供体制強化加算(Ⅰ)  
①事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占有割合が40%以上  
②別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。(Ⅱ 同様)  
◇サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  
①事業所の指定通所介護を利用者が30%以上  
職員総数のうち、30歳未満の者の占有割合が30%以上  
※2009年度の実績は、提出年の3ヶ月前の実績で算出可。(3月提出の場合: 08年12月～09年2月の3ヶ月実績)  
△AKC : 14NG

27

改正前	改正後
新 設 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	新 設 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

【算定要件】※Ⅰ、Ⅱは、いずれか一方のみ算定  
◇サービス提供体制強化加算(Ⅰ)  
①事業所の介護職員総数のうち、介護福祉士の占有割合が40%以上  
②別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。(Ⅱ 同様)  
◇サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  
①事業所の指定通所介護を利用者が30%以上  
職員総数のうち、30歳未満の者の占有割合が30%以上  
※2009年度の実績は、提出年の3ヶ月前の実績で算出可。(3月提出の場合: 08年12月～09年2月の3ヶ月実績)  
△AKC : 14NG

28

(8)事業所評価加算の見直し

7.通所リハビリテーションの改定のポイント

(1)規模に応じた報酬設定の見直し

要支援度の維持者数+ランク改善者数×5+ランク改善者数×10	
評価対象期間内に運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上サービスを3月以上利用してその後更新・更級定を受けた者の数	
改定前	> 2
改定後	$\geq 0.7$ 評価対象期間内(前年1月～12月)に運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上サービスを3か月以上利用してその後更新・更級定を受けた者の数 (要支援度の維持者数+改善者数×2)

改定前

改定後

7.通所リハビリテーションの改定のポイント

(1)規模に応じた報酬設定の見直し

通所リハビリテーション	
施設区分	所要時間区分
通常規模 延750人以内／月	1時間以上時間未満 3時間以上時間未満 6時間以上時間未満
大規模 I 延751～900人／月	1時間以上時間未満 3時間以上時間未満 6時間以上時間未満
大規模 II 延901人／月～	1時間以上時間未満 3時間以上時間未満 4時間以上時間未満 6時間以上時間未満

※開院開始の数が既存を越える場合は、開院開始月～PT-O7・ST・理学療法・介護職員助員が算定しない場合は70/100  
※2階層～3階層は、3時間～時間未満場合、PT-O7・ST・理学療法・介護職員助員が算定しない場合は70/100

※医療保険において、脳血管疾患等リハビリーションを実施するよう見なし指定を行う

7.通所リハビリテーションの改定のポイント

(1)規模に応じた報酬設定の見直し

通所リハビリテーション	
施設区分	所要時間区分
通常規模 延750人以内／月	1時間以上時間未満 3時間以上時間未満 6時間以上時間未満
大規模 I 延751～900人／月	1時間以上時間未満 3時間以上時間未満 6時間以上時間未満
大規模 II 延901人／月～	1時間以上時間未満 3時間以上時間未満 4時間以上時間未満 6時間以上時間未満

※開院開始の数が既存を越える場合は、開院開始月～PT-O7・ST・理学療法・介護職員助員が算定しない場合は70/100  
※2階層～3階層は、3時間～時間未満場合、PT-O7・ST・理学療法・介護職員助員が算定しない場合は70/100

※医療保険において、脳血管疾患等リハビリーションを実施するよう見なし指定を行う

(2)1時間以上2時間未満の新設

通所リハビリテーション

短時間・個別リハビリテーションの評価

改正前		改正後	
新設	所要時間	1時間以上2時間未満のサービス	(単位数)
要介護 1	1～2	要介護 1	1
要介護 2	3	要介護 2	2
要介護 3	4	要介護 3	3
要介護 4	5	要介護 4	4
要介護 5	6	要介護 5	5
通常規模		通常規模	360
大規模 I		大規模 I	360
大規模 II		大規模 II	360

【算定期】  
(1時間から2時間未満のサービスは、0.5単位として扱う)  
1.個別リハビリテーションを0.5以上実施した場合に限り所定単位数を算定  
2.医師又は理学療法士が個別リハビリテーションの実施前に指示をされ、かつ、当該個別リハビリテーションの実施後に係る報酬を受けける場合であつて、別に規定する場合を除き、個別リハビリテーションを行なう場合は、所定単位数の0.005分の30に相当する単位数を算定  
※定期的に通夜が算定される運動器リハビリテーションセラピスト研修、運動療法法則創始能認定者によるマッサージ指導師、柔道整復師又はほんまんマッサージ指導師

規模に応じた報酬設定の在り方の見直し

通所リハビリテーション

規模に応じた報酬設定の在り方の見直し

大規模(I)		平均利用延人員 751人～900人／月	
改正後	改正前	改正後	改正前
所要時間 時間未満	1	所要時間 時間未満	1
要介護 1	2	要介護 1	2
要介護 2	3	要介護 2	3
要介護 3	4	要介護 3	4
要介護 4	5	要介護 4	5
要介護 5	6	要介護 5	6
通常規模		通常規模	360
大規模 I		大規模 I	360
大規模 II		大規模 II	360

【算定期】  
(1時間から2時間未満のサービスは、0.5単位として扱う)  
1.個別リハビリテーションを0.5以上実施した場合に限り所定単位数を算定  
2.医師又は理学療法士が個別リハビリテーションの実施前に指示をされ、かつ、当該個別リハビリテーションの実施後に係る報酬を受けける場合であつて、別に規定する場合を除き、個別リハビリテーションを行なう場合は、所定単位数の0.005分の30に相当する単位数を算定  
※定期的に通夜が算定される運動器リハビリテーションセラピスト研修、運動療法法則創始能認定者によるマッサージ指導師、柔道整復師又はほんまんマッサージ指導師

(3)理学療法士等体制強化加算の新設

### 通所リハビリテーション

#### 短時間・個別のリハビリテーションの評価

新 設	理学療法士等体制強化加算	30単位/日
【算定要件】 所要時間1時間以上2時間未満において、指定居宅サービス基準に規定する配量基準を超えて、専従する常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置している事業所については、1日につき30単位を所定単位額に加算する。		
		33 L&K (IPMG)

(4)リハビリテーションマネジメント加算の評価方法の見直し

### 通所リハビリテーション

#### リハビリテーションマネジメント加算の評価方法の見直し

改正前	改正後
リハビリテーションマネジメント 加算 20単位/日	リハビリテーションマネジメント 加算 230単位/月

【算定要件】  
月に8回以上通所リハビリテーションを行っている場合  
※初回月は、月8回以下の通所リハビリテーション利用でも算定可能

34  
L&K (IPMG)

(5)短期集中リハビリテーションの充実

### 通所リハビリテーション

#### 短期集中リハビリテーションの充実

改正前	改正後
短期集中リハビリテーション実施加算 退院(所)日又は認定日から イ 1月以内 180単位/日 ロ 1月超3月以内 130単位/日 ハ 3ヶ月超 80単位/日	短期集中リハビリテーション実施加算 退院(所)日又は認定日から イ 1月以内 280単位/日 (週2回、1回40分以上の隔日リハ) ロ 1月超3月以内 140単位/日 (週2回、1回20分以上の隔日リハ) ハ 3ヶ月超 80単位/日

【算定要件】  
所要時間1時間以上2時間未満の場合で、看護職員等が実施する場合、並びにリハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定不可  
※初回月は、月8回以下の通所リハビリテーション利用でも算定可能

35  
L&K (IPMG)

(6)個別リハビリテーション実施加算の新設

### 通所リハビリテーション

#### 短期集中リハビリテーションの充実

改正前	改正後
個別リハビリテーション実施加算(算定日から3月超に隔離リハ実施) 【算定要件】 ○所要時間1時間以上2時間未満を算定している場合、又はリハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定不可 ○以下の医療者を有する者で、通所リハビリテーション事業所の医師の診察内容等及び運動機能改善の結果を基に、リハビリテーション事業所の医師等、看護職員等が隔離して作成する通所リハビリテーションの提供が可能であると判断された場合も同様とする。 a.高次脳機能障害(失語症を含む) b.先天性又は進行性の神経・筋疾患 (医科診療報酬点数表の難病筋疾患リハビリテーション料に規定する疾患)	※退院(所)日又は認定日から3月超に隔離リハ実施

36  
L&K (IPMG)

(7)認知症短期集中リハビリテーション実施加算

通所リハビリテーション

短期集中リハビリテーションの充実

改正前	新設	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (遅延(所)日・通所開始日より3月以内 (遅延(所)日2日程度、1日20分以上) 240単位/日
【算定要件】※過去3ヶ月間に当該加算を算定していない場合に算定可。		
○認知症あると医師(精神科、神経内科、認知症)に対するリハビリーションに関する専門的な研修を受けた者で、医師又は医療の指示を受け(PT、OT、STが発見(所)日又は通所開始日から3月以内の期間に集中的ないハビリテーションを行った場合に算定可。ただし、リハビリテーション加算を算定しない場合は算定不可。短期集中リハビリテーションはHDS-R(改訂版谷式伝易認能評価スケール)にて5～25点に相当する者)		
【施設基準】		
○リハビリテーションを担当するPT、OT、STが強制的に配置されていること。		
○利用者数が、PT、OT、STの数に対して過切なものであること。		
		37

(8)若年認知症利用者受入加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算

通所リハビリテーション

その他(介護予防も同様)

改正前	新設	若年性認知症利用者受入加算 60単位/日 (介護予防) 240単位/月
【算定要件】受け入れる年性認知症利用者(おもに80歳以上)毎に認知症について要介護者となる方に看護予防の担当者を定めていること。		
改正前	栄養マネジメント加算 100単位/回	栄養改善加算 150単位/回 (月2回まで。予防は月1回)
改正後	口腔機能向上加算 100単位/回	口腔機能向上加算 150単位/回 (月2回まで。予防は月1回)

38

39

(9)サービス提供体制強化加算の新設

通所リハビリテーション

その他

改正前	新設	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 12単位/回 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 6単位/回
【算定要件】※、口は、いすれか一方のみ算定		
△サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		
①事業所の介護職員比率のうち、介護福祉士の占有率が40%以上		
②別の告示で定める判定員・人員比率に適合していること。(Ⅱ両替)		
△サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		
①事業所の施設運営リハビリテーションを利用者に直接提供する職員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は介護職員として勤務所を行う職員(※)以下の者のうち、勤続年数3年以上の者の占有率が30%以上		
※1時間以上2時間未満の場合には、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師も含まれる。		

39

(10)利用人員のカウント方法

参考

通所介護・通所リハビリテーションの利用人員カウント  
(介護予防も同じ)

	1時間以上 2時間未満 (新設)	2時間以上 3時間未満 (※1-2)	3時間以上 4時間未満 (※1-2)	4時間以上 6時間未満 (※1-2)	6時間以上 8時間未満 (※1-2)	8時間以上 10時間未満 (※1-2)	10時間以上 12時間未満 (※1-2)	12時間以上 14時間未満 (※1-2)	14時間以上 16時間未満 (※1-2)	16時間以上 18時間未満 (※1-2)	18時間以上 20時間未満 (※1-2)	20時間以上 22時間未満 (※1-2)	22時間以上 24時間未満 (※1-2)	24時間以上 26時間未満 (※1-2)	26時間以上 28時間未満 (※1-2)	28時間以上 30時間未満 (※1-2)	30時間以上 32時間未満 (※1-2)	32時間以上 34時間未満 (※1-2)	34時間以上 36時間未満 (※1-2)	36時間以上 38時間未満 (※1-2)
通所介護	—	0.5	0.5	0.5	0.75	1														
通所リハ	0.25	0.5	0.5	0.75	1															

※1 心臓の状況から、長期的利用のサービス利用が困難な場合、長い時間に亘り利用が困難である場合等、利用者の都心に伴う長時間のリハビリ利用が困難である場合等。

※2 3時間以上4時間未満の所定単位数100分の70を算定

38

短期入所療養介護の改定ポイント

共通項目・施設基準等>  
①短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護の類型別所定単位数  
②〇診療所の一級病床における短期入所療養介護の新設

104

卷之二十一 短期 乙 審議會

经验谈与短期】胡锦涛（Ⅱ）

区分	改正前			改正後			増減
	多床室	從來型個室	多床室	從來型個室			
要介護1	723単位	592単位	737単位	606単位			+14単位
要介護2	769単位	638単位	783単位	652単位			+14単位
要介護3	815単位	684単位	829単位	698単位			+14単位
要介護4	861単位	730単位	875単位	744単位			+14単位
要介護5	907単位	776単位	921単位	790単位			+14単位

43

サービス体系では、1.介護老人保健施設、2.介護療養型医療施設、3.老人認知症疾患専用又は介護老人保健施設の二つに区分されています。

介護老人保健施設では、從来型の老人保健施設と平成20年5月の改修整備改定にて新設された介護型を人保健施設(療養病床から転換した介護老人保健施設)に区分され

今改定にアーチ橋の一般部の二般部中にアーチ橋の其他の一般部を設ける

後は、診療所が医療従事者と連携して届けられる診療所における転換

12

(2)特定短期入所療養介護にサービス提供時間に応じた評価の導入  
(短期入所療養介護のみ)

日帰りの短期入所療養介護(特定短期入所療養介護)の評価方法の見直

改正前	改正後	特定期療所療養床短期入所療養介護費 (日帰りショート)	特定診療所短期入所療養介護費 (1日につき) 760単位	この特定診療所短期入所療養介護の利用者は、難病等を有する中重度患者又は末期の悪性腫瘍の利用者であって、サービス提供に当たり、常時看護師による観察を必要とするもの
		①3時間以上4時間未満 ②4時間以上6時間未満 ③6時間以上8時間未満	650単位 900単位 1250単位	

44

- (3)緊急短期入所ネットワーク加算の算定要件の見直し(短期入所療養介護のみ)  
 (4)認知症行動・心理症状緊急対応加算の新設(老人性認知症疾患療養病棟を除く)  
 (5)若年性認知症利用者受入加算の新設(老人性認知症疾患療養病棟を除く)  
 (6)サービス提供体制強化加算の新設  
 (7)人件費割合の引き上げ(40%から45%へ)による介護報酬単価の引き上げ

- <介護老人保健施設のみ>  
 (8)個別リハビリテーション実施加算(介護老人保健施設のみ)  
 (9)夜勤職員配置加算(介護老人保健施設のみ)の新設  
 <介護療養型医療施設(病院のみ)>  
 (10)病院療養病床における夜間勤務等看護加算の要件緩和

45

- 9.介護職員の給与が一律2万円上がらない本当の理由  
 (1)施設の財務内容の実態  
 ①基準の介護職員は国が指揮とした80万人ではなく、実際には約117万人  
 ②介護施設には、介護職員のほかに施設長や相談員や事務職など様々な職種  
 ③介護職員以外の給与の考察は一切ない  
 ④施設サービスの経営が悪化している要因  
 ⇒利用者の平均より介護度上昇と高齢化で医療対応が必要な利用者増  
 ⑤配慮基準を超えて職員を確保せねばサービスの質確保が難しい状況  
 ⑥100人定員施設の職員数は少なく見積もっても50人  
 ⑦定期昇給で一人の職員を6000円アップで、年額360万円(50人)  
 ⑧現行平均収益率3.4%※特養 4億円の収入でも純利益が年間1360万円しかしない。介護報酬が上がらない限り増えるわけではない  
 ⑨支出しに占める人件費は職員の勤続年数に応じた定期昇給をしている場合、選くとも4年後には単年度赤字施設に転落(減価償却も諸物価の高騰も資金繰りも考慮していない数字)

30

※参考  
 総務省後期高齢者医療管理料  
 ☆14日以内 1080点・15日以上 645点(退院後1ヶ月以上経過しない場合  
 には645点)・点数はマルメ

- ☆病室単位の申請  
 ☆夜間緊急体制の整備 看護職員又は看護補助者を1名以上配置  
 ☆病床1人当たりの面積は6.4m<sup>2</sup>以上  
 ☆食道及び浴室を有する  
 ☆機能訓練が出来る

46

- (2)3年後の保証のない経営(長期計画が立てられない)  
 ①3年に一度の法改正。3年後の収入保証はどこにもない  
 ②1年目に2万円給与アップしてしまえば、その後の昇給は何も財源の保証が無い  
 ③施設そのものの修繕や将来的な建て替えは必須  
 (3)人の視点、お金の視点  
 ①職員不足の現状は深刻で報酬アップが行われていない状況でも、職員確保のために賃金上昇。近くに施設があれば、高賃金で獲得競争。  
 ②努力すれば今年度の収入が増えるわけではない  
 ③収入は法定の介護報酬が変わらない限り増えない  
 ④支出に占める人件費は職員の勤続年数に応じた定期昇給をしている限り増えこそそれ減ることはあり得ない。

47

48



## 11.介護報酬改定を踏まえた医療機関の対応

(1)居宅療養管理指導の改正ポイントの理解。  
未だ「かかりつけ医の意見書」は請求するが、「居宅療養管理指導」は請求していない医療機関は、居宅療養管理指導について再認識し請求へ！

(2)脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション家庭医療機関において自院が通所リハビリテーションの「みなし事業所」になった場合のシミュレーションを行う  
①患者層の確認。リハの状態や要介護認定状況など  
②現状のリハビリテーション算定状況(1人当たりの算定回数など)確認  
③シミュレーション

(3)有床診療所の対応  
現在、一般病床や療養病床(医療・介護)を有している医療機関においては、一般病床にて短期入所療養介護が実施可能に。その為には、  
①一般病床で、使用されていない病床の再活性化  
②療養病床転換先が定まっていない病床を、一般へ転換し短期入所療養介護へ

53

54

(4)療養病床転換への対応  
介護療養病床の廃止(H24.3.31)まで、最後の介護報酬改正となる。今改定にて介護療養病床の転換先を明確に定めることが必要。

(5)介護保険におけるサービスとは限りのない医療機関にあっても、後期高齢者の患者は増加している。後期高齢者等の老後の生活を支えるのが介護保険制度。良き相談相手、生活のアドバイザー、又は患者の疾患問題が生活環境にある等、介護保険を理解しないでは後期高齢者の良き「かかりつけ医」にはならない。その意味で意識的に介護保険を理解して頂くことが必要。

③シミュレーション

参考資料  
MMPG 診療報酬データベース  
MMPG Medical Consultant Navi  
介護特化のための介護施設経営実践セミナー 小濱 道博氏

55



# 和歌山県有床診療所協議会会則

## 第1章 名称及び事務所

第 1条 本会は和歌山県有床診療所協議会と称し、事務所を会長診療所内に置く。

## 第2章 目的及び事業

第 2条 本会は日本医師会、県医師会のもとに、有床診療所がお互いに強い連携を持って時代に即応した医療機関のあり方を研究するとともに、その発展と健全運営を図り地域に密着した医療制度を目指して地域医療に貢献することを目的とする。

第 3条 本会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 総会、研修会等の開催に関する事項。
2. 日本医師会、県医師会への協力要請に関する事項。
3. 有床診療所運営に関する事項。
4. 地域医療、保健医療、救急医療活動の向上に関する事項。
5. その他、目的達成上必要な事項。

## 第3章 構 成

第 4条 ①本会は和歌山県医師会会員で有床診療所の開設者、およびそこに勤務する医師、又は本会の目的に賛同する人をもって構成する。

②本会会員は全国有床診療所連絡協議会会員となるものとする。

第 5条 本会へ入会する場合はその年度の会費を添えて会長に申し込むものとする。

入会は役員会議で決定する。

退会を希望する場合は、退会届けを会長に提出しなければならない。

第 6条 本会は次の役員を置く。

1. 会長 1名
2. 副会長 2名
3. 理事 若干名
4. 監事 2名
5. 役員の推薦により名誉会長及び顧問を置く事ができる。

第 7条 役員の任期は2年とし再任を妨げない。

第 8条 本会の会長及び副会長は役員会で選出し総会において承認を受けるものとする。

その他の役員は会長が委嘱する。

#### 第4章 会 議

第 9条 会議は総会及び役員会とし、会長が招集する。

第10条 総会は定期総会及び臨時総会とする。

1. 定期総会は毎年1回開催し会務報告、事業計画、収支決算報告等、運営上重要な事項については総会に図り(欠席者の委任状を含む)過半数の賛同を得て決定する。
2. 臨時総会は会長が必要と認めた時又は、会員の3分の1以上の希望があれば開くことができる。
3. 役員会は会務の計画、運営にあたる。

#### 第5章 軽 費

第11条 本会の軽費は会費、補助金、寄付金、その他の収入をもってこれにあてる。

第12条 本会の会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる。

第13条 会費は毎年度3月末までに納入しなければならない。

付 則 ①本会の会費は次のとおりとする。

年会費 15,000 円

(全国有床診療所連絡協議会年会費 7,000 円)

(和歌山県有床診療所協議会年会費 8,000 円)

平成11年度より会費は基金引きとする。

②本会側は平成7年7月22日から施行する。

③会費は毎年6月に基金引きとす。

④本会則は平成10年8月21日から施行す。

⑤本会則は平成16年8月21日から施行す。

## 和歌山県有床診療所協議会名簿

平成21年8月現在

### 和歌山市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
青木 敏	(医)青木整形外科	641-0015	布引763-8	073-446-2110	073-446-2135
岩橋 五郎	(医)新生会 岩橋医院	641-0035	関戸1丁目6-44	073-444-4060	073-444-4096
宇治田卓司	(医)卓麻会 宇治田循環器内科	640-8435	古屋153-9	073-455-6699	073-452-6540
酒井 英夫	酒井内科	640-0103	加太939-41	073-459-2277	073-459-2861
山東 秀樹	(医)サン 山東整形肛門科医院	641-0004	和田1202-5	073-471-5800	073-471-5071
嶋本 嘉克	嶋本脳神経外科・内科	641-0036	西浜921-4	073-446-3636	073-446-3637
中井 鰐	(医)鰐友会 中井クリニック	640-8322	秋月570	073-471-0204	073-471-1303
武用 瀧彦	(医)一穂会 武用整形外科	640-8303	鳴神1005	073-473-5000	073-474-4875
星野 英明	(医)明星会星野胃腸クリニック	640-8342	友田町5-32	073-422-0007	073-422-2288
山口 節生	(医)慈生会 山口整形外科	640-8472	大谷405-1	073-452-3121	073-453-0554
山野 雅弘	(医)明成会 紀伊クリニック	649-6332	宇田森275-10	073-461-7161	073-461-7112

### 海南市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
竹中 庸之	(医)天竹会 竹中整形外科	642-0023	重根11-1	073-487-4171	073-487-5134
辻 寛	(医)同仁会 辻整形外科	642-0031	築地1-50	073-483-1234	073-483-0221
辻 秀輝	(医)辻秀輝整形外科	642-0032	名高178-1	073-483-3131	073-482-6090

### 海草郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
上田 耕臣	(医)下津クリニック	649-0141	小南126-1	073-492-5131	073-492-0085

### 那賀郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
久保 光伸	久保外科	640-0413	貴志川町神戸212-2	0736-64-5788	0736-64-7907
黒山 哲彌	(医)彌栄会 黒山整形外科	649-6215	岩出市中迫13	0736-62-7777	0736-62-8813
児玉 敏宏	(医)博文会 紀の川クリニック	649-6213	岩出市西国分501-1	0736-62-0717	0736-62-2831
仲井間憲要	仲井間医院	649-6256	岩出市金池389-1	0736-62-5558	0736-63-2070
畠 宏和	(医)裕和会 畠産婦人科・小児科	649-6231	岩出市川尻240-6	0736-63-0055	0736-63-2736
坂中 昭典	坂中内科	649-6422	花野91-4	0736-77-5733	0736-77-7844
奥 篤	(医)篤眞会 奥クリニック	649-6412	黒土263-1	0736-77-7800	0736-77-7811
長雄 英正	(医)英正会 長雄整形外科	649-6426	下井阪447-1	0736-77-5700	0736-77-5702
勝田 仁康	(医)慈愛会 勝田胃腸内科外科医院	649-6531	粉河1916	0736-73-2101	0736-73-7188
近藤 和	近藤医院	649-6531	粉河1731	0736-73-2059	0736-73-2059

## 伊都・橋本市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
横手 英義	(医)英裕会 横手クリニック	648-0101	九度山町九度山800	0736-54-3111	0736-54-2111
吉田 裕	(医)恒裕会 吉田クリニック	649-7113	かつらぎ町妙寺439	0736-22-5862	0736-22-7485
梅本 博昭	(医)博周会 梅本整形外科	648-0015	隅田町河瀬352	0736-33-0477	0736-33-0873
岡田 正	(医)岡田整形外科	648-0073	市脇1-45-2	0736-32-8080	0736-32-8082

## 有田

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
島 和生	しまクリニック	643-0025	有田川町土生371-26	0737-52-7881	0737-52-7885
坊岡 進	坊岡医院	643-0801	有田川町徳田406-1	0737-52-3054	0737-52-6616
吉岡 裕	吉岡レディースクリニック	643-0034	有田川町小島291	0737-52-7503	0737-52-7633
橋本 忠明	橋本胃腸肛門科	643-0004	湯浅町湯浅1749-3	0737-62-2226	0737-64-0020
森下 常一	森下整形外科	643-0065	広川町東中64-1	0737-64-0366	0737-64-0093

## 有田市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
木下 敬之助	(医)有紀会 松尾外医院	649-0303	新堂97-1	0737-82-3122	0737-83-5755

## 日高・御坊市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
川端 良樹	紀伊クリニック	644-0012	湯川町小松原615-1	0738-24-2222	0738-24-1735
深谷 修平	深谷外科医院	644-0011	湯川町財部670-1	0738-23-1881	0738-23-1882
辻村 武文	辻村外科	645-0001	みなべ町東吉田282	0739-72-2522	0739-72-3751
寺田 泰治	(医)寺田医院	649-1111	由良町里30	0738-65-0027	0738-65-0536

## 田辺市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
榎本 修	(医)榎本産婦人科	646-0031	湊1174-1	0739-22-0019	0739-22-0519
坂田 仁彦	坂田整形外科医院	646-0053	元町946-19	0739-24-2223	0739-24-3078
辻 薫	辻内科医院	646-0003	中万呂133-11	0739-25-3377	0739-25-3399
辻 啓次郎	(医)外科内科 辻医院	646-0036	上屋敷町3-11-14	0739-22-0534	0739-26-2822

## 西牟婁郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
隱岐 和彦	(医)善明会 才キ外科	646-1111	上富田町市の瀬2207-7	0739-48-0026	0739-49-0172
覚前 一郎	(医)覚前医院	649-3523	串本町和深838	0735-67-0077	0735-67-0365
丸 笹 雄一郎	丸 笹外科	649-2511	白浜町日置981	0739-52-3636	0739-52-3970

## 東牟婁郡

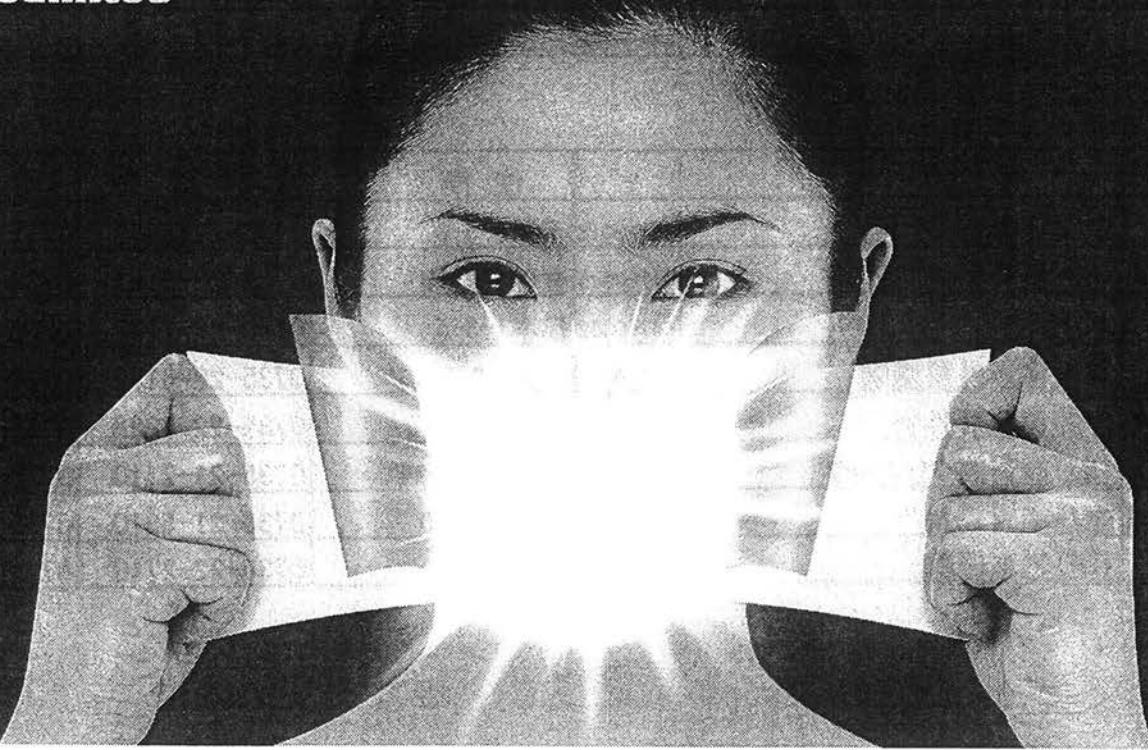
氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
木下 総一郎	(医)木下医院	649-5332	那智勝浦町朝日1-60	0735-52-2035	0735-52-6522
坂野 智洋	坂野医院	649-5171	太地町太地3055	0735-59-2063	0735-59-2175
中根 康智	中根医院	649-4104	古座川町高池10-3	0735-72-2822	0735-72-2818

## 新宮市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
生駒 静正	生駒呼吸器循環器	647-0015	千穂3-5-8	0735-21-5955	0735-21-5906
要 明雄	(医)要外科内科医院	647-0045	井の沢9-10	0735-22-5191	0735-22-3459
木下 真人	木下外科	647-0052	橋本1-3-5	0735-23-1122	0735-23-1445
玉置 公一	玉置整形外科医院	647-0043	緑ヶ丘2-3-11	0735-22-6172	0735-22-6173
中瀬古 晶一	中瀬古整形外科	647-0004	大橋通4-1-9	0735-22-7828	0735-22-3003
越村 邦夫	(医)熊野路クリニック	647-0042	下田1-1-24	0735-21-2110	0735-23-0380
味八木 保雄	味八木胃腸科外科	647-0044	神倉4-6-40	0735-21-5610	0735-23-1151
米良 孝志	(医)米良医院	647-0021	池田3-2-1	0735-22-2710	0735-22-8582

disamitsu

使いやすさ、さらにアップ。



- モーラスパップ30mgの主薬ケトプロフェンは、すぐれた鎮痛抗炎症作用を有し、水性基剤からの放出性・経皮吸収性にすぐれている。
- モーラスパップ30mgは、従来品\*に比べ「におい」の指標となる揮散成分が70%以上低減した。※1996年8月製造以前のモーラス
- モーラスパップ30mgは、関節部などの屈曲伸展部位にも貼付できる粘着性・伸縮性を有する製剤である。
- 副作用 総症例6,908例中副作用が報告されたのは141例(2.04%)で、すべて接触皮膚炎であった。その症状は、発疹32件、発赤36件、瘙痒感29件、刺激感9件等であった。(再審査終了時)  
ほかに医師などの自発的報告により、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、光線過敏症の発現が報告されている。
- 重大な副作用として、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、接触皮膚炎、光線過敏症がある。

指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン0.3%

〔医薬基準収載〕

## モーラス<sup>®</sup>パップ 30mg

### 【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

- (1)本剤又は本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者(「重要な基本的注意」の項(1)参照)
- (2)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[喘息発作を誘発するおそれがある。]
- (3)チアプロフェン酸、スプロフェン、フェノフィブロート及びオキシベンゾンに対して過敏症の既往歴のある患者[ケトプロフェンと交叉感作性を有することが知られており、本剤の使用によって過敏症を誘発するおそれがある。]

### 【効能・効果】

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎

変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

### 【効能・効果に関する使用上の注意】

本剤の使用により重篤な接触皮膚炎、光線過敏症が発現することがあり、中には重度の全身性発疹に進展する例が報告されているので、疾病的治療上の必要性を十分に検討の上、治療上の有益性が危険性を上回る場合にのみ使用すること。

### 【用法・用量】

1日2回患部に貼付する。

### 【使用上の注意】

#### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息のある患者 [アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。]

#### 2. 重要な基本的注意

(1)本剤又は本剤の成分により過敏症(紅斑、発疹・発赤、腫脹、刺激感、瘙痒等を含む)を発現したことのある患者には使用しないこと。

(2)接触皮膚炎又は光線過敏症を発現することがあり、中には重度の全身性発疹に至った症例も報告されているので、使用前に患者に対し次の指導を十分に行うこと。

(3)紫外線曝露の有無にかかわらず、接触皮膚炎を発現することがあるので、発疹・発赤、瘙痒感、刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、患部を遮光し、受診すること。なお、使用後数日を経過して発現する場合があるので、同様に注意すること。

(2)光線過敏症を発現することがあるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動を避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮光すること。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を透過するおそれがあるので、紫外線を透過させにくい色物の衣服などを着用すること。また、使用後数日から数ヶ月を経過して発現することもあるので、使用後も当分の間、同様に注意すること。

(3)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。

(4)皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。

(5)慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

●その他の使用上の注意については添付文書をご参考下さい。 2009年4月作成

製造販売元

久光製薬株式会社 〒101-0017 東京都千代田区丸の内1-11-1

資料請求先: 学術部 〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1