

社会保障の機能強化の工程表

年
金

医
療
・
介
護

少
子
化
対
策

共
通

社会保障
国民会議最終
報告に基づく
機能強化の課題

基礎年金国庫負担割合2分の1の
実現

基礎年金の最低
保障機能強化

社会の構造変化
に対する対応

(医 療)

急性期医療の機
能強化

医師等人材確保
対策

(介 護)

介護従事者の確
保と処遇改善

居住系サービス
拡充と在宅介護
の強化

仕事と子育ての
両立を支える
サービスの質と
量の確保

すべての家庭に
対する子育て支
援の強化

子育て支援サー
ビスを一元的に
提供する新たな
制度体系の構築

社会保障番号・
カードの導入

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

(~2025)

財政検証

実 現

制度設計・検討

法 改 正 、 順 次 実 施

・ 低年金・無年金者対策の推進
(保険料免除制度の見直し、受給資格期間の見直し、厚生年金適用拡大、保険料追納の弾力化)
・ 在職老齢年金制度の見直し等(→ 高齢者の就労に配慮した検討・実施)
・ 育児期間中の保険料免除(→ 他の少子化対策と歩調を合わせて検討・実施) など

など

診療報酬改定

診療報酬改定

診療報酬改定

(現行)都道府県医療計画(2008~12の5か年)

(新)都道府県医療計画(2013~17の5か年)

救急を含む急性期医療の新たな指針の作成

医師養成数の増加

(従事医師数の増加)

臨床研修の見直し、医師と看護師等との
役割分担の推進(制度的対応)

レセプトの段階的なオンライン
請求への切替え

レセプトオンライン化の完全実施

2015年の姿

○ 安心して出産できる体制
○ 救急患者の受入れ、早期回復
○ 社会復帰できる体制の構築

・ 救急・産科等の体制強化
・ 養成数、臨床研修、役割分担の見直し等の制度的
対応による人材確保 など

・ 急性期の機能分化推進
・ 地域包括ケアの推進と在宅医療の強
化・充実 など

介護報酬改定

介護報酬改定

介護報酬改定

第4期介護計画(2009~11の3か年)

第5期介護計画(2012~14の3か年)

基本方針の策定

介護事業所の雇用管理の改善、介護従事者の定着支援、潜在的有資格者の再就職支援等

+3%改定

2015年の姿

○ 居住系サービスの拡充、24時間対応、
小規模多機能サービス充実による在宅
サービスの整備・機能強化
○ 重度化対応、看取り機能、個室化・ユ
ニット化等の施設機能の強化

・ 専門性等のキャリアアップ、夜勤・看護体制の充
実等の評価を通じた介護従事者の処遇改善と
確保 など

・ 医療との連携強化
・ グループホーム等居住系サービスの拡充
・ 24時間対応の強化等在宅介護の強化・充実
など

連携
体系的見直し

「安心子ども
基金」の設置

「生活対策」、「5つの安心ブ
ラン」に基づくサービス基盤
整備(2008~10)

「安心子ども基金」の設置

・ 「安心子ども基金」による保育
サービスの集中重点整備
・ 放課後児童クラブの緊急整備
・ 妊婦健診公費負担の拡充 など

新たな制度体系の創設
をにらんだサービス基盤
緊急整備

・ 保育所整備に加え、保育サービス
提供手段の多様化(家庭的保育、小
規模保育等)、供給拡大
・ 一時預かりの利用助成と普及
・ 訪問支援事業や地域子育て支援
拠点の基盤整備 など

新制度体系
スタート

新たな制度体系の下での
給付・サービスの整備

2015年の姿

○ すべての子ども・子育て家庭に必要な給付・サービスを保
障
・ 休業中 — 所得保障(出産前後の継続就業率55%)
・ 働きに出る場合 — 保育サービス(3歳未満児保育利用
率38~44%) (フランス、スウェーデン等)
→ 両給付は統合又は選択・併用可能に(シームレス化)
・ 働いていない場合 — 20時間程度の一時預かりの利
用を支援
・ 学齢児 — 放課後児童クラブ(低学年利用率60%)
→ 「小1の壁」の解消

新制度へのステップとなる制度改正

・ 児童福祉法、次世代法の改正

・ 育児・介護休業法の見直し

新たな制度体系の制度設計の検討

法制化

社会保障カード(仮称)の実現に向けた
環境整備(実証実験の実施等)

→ 2011年度中を目途とした導入

第10回関西勉強会 レジューメ（介護保険関連）

全国膠原病友の会 大阪支部 大黒宏司

◎厚労省、社会保障改革の方向性

（5月12日 社会保障改革に関する集中検討会議）

- ・東日本大震災の被災地に、改めて社会保障の原義を再認識させられました。
- ・被災者が支えあう姿、全国からのボランティアが支援する姿は「家族や地域のコミュニティの大切さ」「人々の絆やつながり」「仲間同士の信頼」「共に助け合う精神」など、日本人と日本社会の中に継承されている無形の資産です。
- ・このような意味で「共に助け合う」ことこそが、社会保障が本来目指すべき姿であると考えます。
- ・「安定」「共助」「公平性」を担保する社会保障改革を実現するためには、「共に助け合う」「絆」という「社会資本」を復元することが必要です。
- ・そのことによって「給付の重点化」「選択と集中」「優先順位の明確化」という課題をクリアすることができるようになり、社会保障の機能強化が実現します。

◎「税・社会保障一体改革」（成案）（6月30日）…社会保障改革の基本的な考え方

- ①自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回復し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して「居場所と出番」を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する。
- ②必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に答え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。

◎「自助・互助・共助・公助」の整理

- ・「自助」…自ら働いて、又は自ら年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。
- ・「互助」…インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。
- ・「共助」…医療保険・介護保険のような制度化された相互扶助。
- ・「公助」…自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家族状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。

◎介護保険がなぜできたのか？

- ・少子高齢化、核家族化 ⇒ 介護の社会化（国民みんなで高齢期を支える）
※高齢者の福祉の充実でよかったのでは？ なぜ社会保険にしたのか？ … 財源問題
- ・福祉の市場化、商品化 ⇒ お金がないとサービスが買えない！
※儲かるサービスでないと成り立たない（良いサービスより儲かるサービス）
儲かるサービスは利用者負担が大きい

※介護度の高い方ほどお金がかかってしまう。…本当に国民みんなで高齢期を支えているのか？

◎平成6年・高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン（少子・高齢社会に向けて）」発表

- ・国際的にみても給付構造を、「年金」：「医療」：「福祉」＝5：4：1の割合から、「年金」：「医療」：「福祉」＝5：3：2に変えることによって、バランスのとれた社会保障へと転換することを求めました。

- ・介護保険の導入によって、「医療」の一部が介護という「福祉」に区分が変わった。

※社会的入院 ⇒ 介護療養病床・高齢者施設・高齢者住宅へ

※介護保険の導入は新たな財源づくりと、医療費の削減の狙いがある。

- ・本来は「医療」を「福祉」に変えるのではなく、「福祉」への給付を増額する必要があったのではないのでしょうか。「医療」は「医療」の役目をしっかりと果たし、「福祉」は「福祉」の役目を拡充していく方向が良かったのではないかと思います。つまり介護保険で医療をみるのではなく、本物の「地域医療」の充実を求める必要があるのでは・・・。

※「介護」と「医療」の抱き合わせになってしまっている。

（訪問看護も原則は介護保険が優先、訪問リハビリは完全に介護保険が優先）

◎介護保険の問題は介護の問題だけではなく、私たちの医療問題と直結しています。

- ・私たちにどのような医療が必要かを考えながら、改正介護保険法をみる必要があります。
- ・介護保険の中で安価な医療が提供されることで、大切な地域医療が潰されないか注意してみていく必要があります。

※介護保険の医療系サービスも介護度によって上限が決まってしまう。介護の必要性和医療の必要性は異なるにも関わらず介護度のみによって決まるため、医療度の高い利用者は医療を取るか、介護を取るかという選択を迫られます。

…場合によっては非常に高い自己負担となる可能性があります（月10万円以上も）。

- ・特に今回の改正は医療との関わりが大きい！

※今回の改正のテーマは「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組み

…2025年を目途に完成させようとしている。

◎介護の機能再編（タスクシフティング）

- ・介護保険施設は「ケアが組み合わされた集合住宅」へ
- ・訪問看護は見取りなど、自立的（医師を伴わない）に医療提供
- ・基礎的な医療ケアは介護福祉士へ
- ・生活援助は自治会・NPOへ

☆介護保険の見直し…正念場はまだこれから！ まだまだ良くなることも、悪くなることもある。

- ・2012年1月…介護報酬改定案諮問・答申
- ・2012年4月…介護保険法改正実施・介護報酬改定
- ・法改正ではなく、省令や告示で変わる事項もある。
- ・市町村に改悪をやめさせよう！（法律が変わっても、最終的には市町村判断もたくさんある）

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

23.6.16現在

氏 名	現 職
池 田 省 三	龍谷大学教授
井 部 俊 子	元日本看護協会副会長
大 島 伸 一	国立長寿医療研究センター総長
◎※ 大 森 彌	東京大学名誉教授
勝 田 登 志 子	認知症の人と家族の会副代表理事
木 村 隆 次	日本薬剤師会常務理事・日本介護支援専門員協会会長
久 保 田 政 一	日本経済団体連合会専務理事
高 智 英 太 郎	健康保険組合連合会理事
※ 木 間 昭 子	高齢社会をよくする女性の会理事
小 林 剛	全国健康保険協会理事長
齊 藤 秀 樹	全国老人クラブ連合会理事・事務局長
佐 藤 保	日本歯科医師会常務理事
篠 原 淳 子	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
武 久 洋 三	日本慢性期医療協会（日本療養病床協会）会長
田 中 滋	慶応義塾大学大学院教授
田 中 雅 子	日本介護福祉士会名誉会長
中 田 清	全国老人福祉施設協議会会長
馬 袋 秀 男	民間介護事業推進委員会代表委員
※ 福 田 富 一	全国知事会社会文教常任委員会委員長（栃木県知事）
※ 藤 原 忠 彦	全国町村会長（長野県川上村長）
三 上 裕 司	日本医師会常任理事
村 川 浩 一	日本社会事業大学教授
矢 田 立 郎	兵庫県国民健康保険団体連合会理事長（神戸市長）
山 田 和 彦	全国老人保健施設協会会長

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

介護給付費分科会における今後の検討の進め方について（案）

【平成23年】

4月～夏頃 フリートーキング+事業者団体等ヒアリング

＜テーマ＞

4月13日 総論

4月27日 総論、地域区分について

5月13日 介護人材の確保と処遇の改善策について

定期巡回・随時対応サービス及び複合型サービスについて

今後（未定）・高齢者施設について

・医療と介護の連携について

・リハビリ、軽度者への対応について

・認知症への対応について

など

※事業者団体等ヒアリングについては、テーマに応じて選定予定。

秋頃～12月 居宅サービス・施設サービス等について議論（各論）

12月中旬 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・取りまとめ

平成24年度政府予算編成

【平成24年】

1月

介護報酬改定案 諮問・答申

4月

平成24年4月改定施行

改正介護保険法などのポイント

6月15日の参院本会議で可決・成立した、介護保険法や老人福祉法などを改正する「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」には、24時間対応で行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を同一の事業所で運営できる「複合型サービス」など、新たな地域密着型サービスの創設が盛り込まれた。また、介護療養病床については、廃止期限を2017年度末まで6年間延長することも決まった。このほか、14日の参院厚生労働委員会で示された同法の附帯決議には、介護療養病床について3-4年後に実態調査し、その結果に基づいて必要な見直しを検討することなどが明記された。(6月22日公布、来年4月1日に大半が実施)

同法の概要と附帯決議の内容は次の通り。

■介護保険事業計画の見直しのポイントを明記

市町村が介護保険事業計画にできる限り盛り込む事項として、▽認知症の人の日常生活の支援に関する事項▽医療との連携に関する事項▽高齢者の住まいについての施策—を明記。なお、計画の立案に当たっては、高齢者の状況や環境などのニーズ調査を実施し、その結果を勘案するよう努めるべきであることも示された。

都道府県の介護保険事業支援計画については、高齢者居住安定確保法に基づく高齢者居住安定確保計画との調和を保って策定することとした。

■2つの新サービスが登場

訪問介護と訪問看護の両サービスを24時間体制で提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設された。具体的には、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回を実施すると同時に、利用者からの要望に応じたサービスも行われる。サービス提供体制については、1事業所に訪問介護と訪問看護を併設する方式でも、訪問介護事業所と訪問看護事業所が緊密に連携を取り合いながら提供する方式でもよい。

また、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた「複合型サービス」も導入される。

■介護予防・日常生活支援総合事業の創設

介護予防サービスや配食・見守りといった日常生活支援サービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業を創設。事業の導入は市町村の判断に委ねる。

■介護療養病床、廃止期限を6年延長（健康保険法）

現在は11年度末とされている介護療養病床の廃止期限を6年間延長し、17年度末とする。

■介護従事者によるたん吸引などの実施（社会福祉士及び介護福祉士法）

介護福祉士と一定の研修を受けた介護職員が、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助としてたん吸引などの行為を行えるようにする。また、事業の一環としてたん吸引などの業務を行う事業者は、事業所ごとに都道府県に登録する仕組みにする。

■介護福祉士国家資格の取得方法見直しの延期（社会福祉士及び介護福祉士法）

12 年 4 月の施行を予定している介護福祉士国家資格の取得方法見直しについては、施行時期を 15 年 4 月に延期する。

■労働法違反で指定取り消しが可能に

介護サービス事業者の指定権者である都道府県や市町村は、労働基準法など、労働法規に違反して罰金刑を受けた事業者の指定を取り消すことができる。

■介護サービス情報の公表制度を見直し

事業者には義務付けられている介護サービス情報の公表制度について、都道府県が必要と判断した場合に調査を実施する仕組みに変更する。

■前払い金に関する新規定を明記（老人福祉法）

認知症高齢者グループホームや有料老人ホームの設置者が利用者から受け取る前払い金について、新規定が盛り込まれた。具体的には、入居後の一定期間内に利用者が契約を解除したり、死亡したりした場合、受け取った前払金から一部を除いた金額を返還する内容の契約を利用者と結ばなければならない。

■後見業務の人材育成を促進（老人福祉法）

都道府県や市町村は、後見や保佐、補助などの業務を適正に遂行できる人材の育成に努める。

■自治体による主体的な取り組みの推進

市町村が定める地域密着型サービスの独自の介護報酬について、基準額以上を設定する場合でも、一定の範囲内ならば厚労相の認可なしに報酬設定ができる。また、現行制度では、市町村が別の市町村にある地域密着型サービス事業所を指定する場合、事業所のある市町村長の同意を得る必要があるが、改正案では、事前に両市町村長の合意があれば、個別の同意がなくても指定が可能な仕組みに改める。

さらに、訪問介護などの居宅サービス供給量が市町村の介護保険事業計画の見込み量に達している場合、市町村は都道府県に事業者の指定に関する協議を求めることができる。都道府県はこの協議に基づいて居宅サービス事業者の指定を取りやめたり、指定の際に条件を付けたりできる。

このほか、市町村は定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの事業者指定について、公募で行うこともできる。公募指定の有効期間については、6 年を超えない範囲で市町村が定める。

■地域包括支援センターに関係者との連携で努力義務

地域包括支援センターについては、介護サービス事業者や医療機関、民生委員、ボランティアなどの関係者と連携に努めなければならないと規定。

■財政安定化基金の一部取り崩しを認める

介護保険料の急激な上昇を抑制するため、都道府県は 12 年度に限って財政安定化基金の一部を取り崩すことができる。

【附帯決議】

■介護職が喀痰吸引等を実施するに当たっては、知識・技術の十分な習得を図るとともに、医師、看護師その他の医療関係者との連携のもとに、安全管理体制を整備し、その上で実施状況について定期的な検証を行うこと。

■介護職員等の処遇改善については、財源を確保しつつ、幅広い職種を対象にして実施するよう努めること。特に、介護領域における看護師の重要な役割に鑑み、介護保険施設や訪問看護に従事する看護師の確保と処遇改善に努めること。

■介護サービス情報の公表制度については、適正な調査が実施されるよう、都道府県、指定情報公表センター、指定調査機関その他の関係者の意見を十分に踏まえつつ、ガイドラインの作成など必要な措置を講ずること。その際、事業者より申出がある場合には積極的に調査できるよう配慮するとともに、指定調査機関・調査員の専門性を活用すること。

■地域包括ケアシステムの構築を図る観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスについては、医師、看護師、介護職員間の連携を深め、円滑な実施体制の実現を図ること。併せて、地域包括支援センターにおける総合相談などの包括的支援事業の機能の強化を進めるとともに、その拠点整備を推進すること。

■介護予防・日常生活支援総合事業については、その創設においても要支援認定者が従来の介護予防サービスと同総合事業を選択・利用する意思を最大限尊重すること。また、国として財源を確保し、各市町村のニーズに応じて適切に実施するよう努めること。

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

■認知症対策を推進するため、地域における医療、介護等の緊密な連携を図るとともに、市民後見人の活用を含めた成年後見制度の周知・普及を図り、権利擁護の体制整備を促進すること。



**第5回「今後の難病対策」関西勉強会
報 告 書**

テーマ「診療報酬制度について」

一部 「最近の動向について」

二部 「診療報酬制度について」

講師：奥村慶雄氏（大阪府保険医協会事務局）

- 第一章「診療報酬の基礎知識（基本診療料を中心に）」
- 第二章「平成22年度診療報酬改定の概要」
- 第三章「診療報酬から見えてくる問題点」

（三部 拡大実行委員会）

**開催日時：2010年6月20日（日）
13:15～16:30**

**開催会場：大阪府保険医協会
5階会議室**

**「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員会
（平成22年8月5日報告）**

20. まとめ 1（難病関連項目）

◎診療報酬の中の「基本診療料」を中心に
みてきました。ここでは特に難病関連の
項目について、まとめておきます。

ア) 外来での加算

◎難病外来指導管理料

- ・月 1 回、外来のみ算定可能 250 点
- ・対象は特定疾患治療研究事業の56疾患

イ) 一般病棟での加算

◎難病患者等入院診療加算（250点）

（表
1）

〔次のうち日常生活動作に著しい支障がある者〕
多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側
索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症、ハンチントン
病、パーキンソン病関連疾患（ヤール3以上）、多系
統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソ
ゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、
球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎
（CIDP）、MRSA、後天性免疫不全症候群（HIV
含む）、多剤耐性結核

…一般病棟で90日間を超えても「30日
超」の入院基本料が維持されます。

※次の場合も「30日超」の入院基本料が
維持されます。

…筋ジストロフィーおよび神経難病

（表
2）

〔以下の疾患に罹患している患者：主に神経難病〕
筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、ス
モン、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性
症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（ヤ
ール3以上）、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化
性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、
脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱
髄性多発神経炎（CIDP）、もやもや病（ウイリス動
脈輪閉鎖症）

ウ) 療養病棟の医療区分

◎医療区分 3…スモン

◎医療区分 2

…筋ジストロフィー

スモン以外の難病

（特定疾患治療研究事業の56疾患）

エ) 障害者施設等での加算

◎難病患者等入院診療加算（250点）

- ・対象は左の表 1 と同じ

◎特殊疾患入院施設管理加算（350点）

- ・対象は左の表 2 と同じ
- ・地方厚生局へ届け出が必要

オ) 特定入院料

◎特殊疾患入院医療管理料

- ・1日当たり1943点（包括入院料）
- ・対象は左の表 2 と同じ
- ・地方厚生局へ届け出が必要

◎特殊疾患病棟入院料 1

- ・1日当たり1943点（包括入院料）
- ・対象は左の表 2 と同じ
- ・地方厚生局へ届け出が必要

〔近畿各県での届け出施設の状況〕

	京都	滋賀	兵庫	大阪	奈良	和歌山
①	41	7	19	67	10	8
②	0	0	2	2	0	1
③	0	0	4	3	2	1

①：特殊疾患入院施設管理加算

（障害者施設等入院基本料を算定している）

②：特殊疾患入院医療管理料…非常に少ない

③：特殊疾患病棟入院料 1…非常に少ない

〔近畿厚生局のホームページより検索〕

21. まとめ2（入院基本料関連）

◎これまで急性期病棟や療養病棟など、様々な入院形態（包括払いを含む）をみてきました。第一章の最後に入院基本料を比較しておきます。

ア）一般病棟の入院基本料（急性期）

看護配置	平均在院日数	看護師比率	1日あたりの算定点数（点）			
			14日以内	15～30日以内	30日超	90日超
7対1	19日以内	70%以上	2005	1747	1555	928
10対1	21日以内		1750	1492	1300	
13対1	24日以内		1542	1284	1092	
15対1	60日以内	40%以上	1384	1126	934	
特別入院基本料	上記の要件を満たさない		875	730	575	790

・90日を超えると特定入院基本料となり包括払いとなります（点数も激減）

イ）特定機能病院の入院基本料（急性期）

看護配置	平均在院日数	看護師比率	1日あたりの算定点数（点）			
			14日以内	15～30日以内	30日超	90日超
7対1	28日以内	70%以上	2267	1762	1555	928
10対1			2012	1507	1300	

ウ）DPCの例（急性期）：包括払い

期間	1日当たりの点数	日数	点数合計
①	2869	7	20,083
②	2293	13	29,809
③	1949	33	64,317
合計		53	114,209

※膠原病、手術・処置なしの場合の点数表

※期間①：入院から7日間の点数

期間②：次の13日間の点数

期間③：さらに次の33日間の点数

（合計53日間について算定可能）

エ）療養病棟の入院基本料：包括払い

入院基本料	ADL区分	医療区分	療養病棟入院基本料1		療養病棟入院基本料2	
			基本点数	生活療養の場合	基本点数	生活療養の場合
A	3	3	1758	1744	1695	1681
B	2	3	1705	1691	1642	1628
C	1	3	1424	1410	1361	1347
D	3	2	1369	1355	1306	1292
E	2	2	1342	1328	1279	1265
F	1	2	1191	1177	1128	1114
G	3	1	934	920	871	857
H	2	1	887	873	824	810
I	1	1	785	771	722	708
特別入院基本料	配置の要件を満たさない		563	549	563	549

オ）障害者施設等の入院基本料

看護配置	看護師比率	1日あたりの算定点数（点）			
		14日以内	15～30日以内	30日超	90日超
7対1	70%以上	1867	1722	1555	928
10対1		1612	1467	1300	
13対1		1404	1259	1092	
15対1	40%以上	1266	1121	954	

※筋ジストロフィー患者または難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟も含みます。

カ）特定入院料

◎特殊疾患入院医療管理料：包括払い

・1日当たり1943点

◎特殊疾患病棟入院料1：包括払い

・1日当たり1943点

※急性期の入院では入院初期（14日以内）には2,000点（医療費として20,000円）前後となっています。DPCでは包括払いのため更に高額となっていますが、全体として包括化の流れが進んでいくことが考えられます。

〔在宅医療〕

◎在宅医療は「在宅患者診療・指導料」と「在宅療養指導管理料」の2つに大別されます。

- ・「在宅患者診療・指導料」とは医師などの医療スタッフが自宅で療養中の患者に出向き、診療・指導を行うものです
- ・「在宅療養指導管理料」とは在宅医療での毎月の管理料のことです。

【在宅患者診療・指導料】

◎往診料（突発的な事態に対応）

…医師が患者の求めに応じて患者のお家
に赴き診療を行った場合に算定します。

（1日2回以上算定可能）

※定期的に出向いて診療を行う場合は、
在宅患者訪問診療料で算定します。

- ・往診料引き上げ 650点→720点
（昼間の往診：1時間以内）
- ・夜間の往診 720点+650点=1370点
（概ね午後6時～午後10時の往診）
- ・深夜の往診 720点+1300点=2020点
（午後10時～午前6時の往診）

※初診料または再診料も同時にとれます。

例）深夜の往診の場合

- ・（再診料69点+深夜加算420点）
が加わると⇒2509点にもなる

※在宅療養支援診療所と連携医療機関、
または在宅療養支援病院が往診した場
合は、夜間と深夜の加算が増えます。

- ・夜間往診 720点+1300点=2020点
- ・深夜往診 720点+2300点=3020点

◎在宅患者訪問診療料

…医師が定期的・計画的に訪問して診療
を行った場合に算定します。

- ・通常のお家の場合 830点
- ・同一建物居住者の場合 200点

※同一建物居住者とは老人ホームなどで
共同で居住しており、同じ日に複数の
患者を診療する場合

※初診料や再診料は算定できません。

夜間加算や深夜加算ありません。

《重要》

- ・在宅患者訪問診療料は原則として週に
3回が限度です。

…しかし難病等の患者は制限がない！

〔週4日以上算定可能な疾患一覧表〕

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、ス
モン、筋委縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変
性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、
パーキンソン病関連疾患（ヤール3以上）、多系統委
縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾー
ム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球
脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎（C
IDP）、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼
吸器を装着している状態

- ・訪問看護の場合も週に3回が限度であ
るが、上表の患者の場合は制限なし！

…しかも難病等複数回訪問加算もある
（1日に複数回の訪問看護で加算）

【在宅療養指導管理料】

◎在宅時医学総管理料

…計画的な医学管理のもと、月2回以上
の診療を行った場合に月1回算定する

- ・院外処方の場合 2200点
- ・院内処方の場合 2500点

10. リハビリテーション

◎リハビリには4つの「疾患別リハビリ」とその他のリハビリがあります。

〔4つの「疾患別リハビリ」〕

- ・心大血管疾患リハビリ料 (150日限度)
- ・脳血管疾患等リハビリ料 (180日限度)
- ・運動器リハビリ料 (150日限度)
- ・呼吸器リハビリ料 (90日限度)

…それぞれ対象患者が決まっており、職員の人員配置によって点数が異なります。

…それぞれ算定日数の上限があります

例) 運動器リハビリ料 (Ⅰ) 175点

運動器リハビリ料 (Ⅱ) 165点

運動器リハビリ料 (Ⅲ) 80点

※それぞれ個別に1対1で20分間行ったリハビリの点数です (1単位毎)

…2単位なら40分間のリハビリです (通常は1人1日6単位まで)

《重要》

- ・算定日数上限の除外対象となる患者のなかに「難病患者リハビリ料に規定する患者(後述)」や「先天性または進行性の神経・筋疾患の患者」が含まれます。(除外対象の疾患でもリハビリの継続が必要であるという医学的判断がなされる場合のみ)

※算定日数上限の除外対象以外の場合で算定日数を超えた際は、維持期のリハビリとして月13単位を限度として算定可能です。(これを超えると保険外併用療養費「選定療養」となります)

〔難病患者リハビリテーション料〕

〔難病患者リハビリテーション料に規定する疾患〕

ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、強皮症、皮膚筋炎および多発性筋炎、関節性動脈周囲炎、ピュルガー病、脊髄小脳変性症、悪性関節リウマチ、パーキンソン病関連疾患、アミロイドーシス、後縦靱帯骨化症、ハンチントン病、モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)、ウェゲナー肉芽腫症、多系統萎縮症、広範脊柱管狭窄症、特発性大腿骨頭壊死症、混合性結合組織病、プリオン病、ギラン・バレー症候群、黄色靱帯骨化症、シェーグレン症候群、成人発症スチル病、関節リウマチ、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎(CIDP)

- ・上記の難病が原因で日常生活動作に著しい支障をきたしている外来の難病患者に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリを行った場合に算定
- ・実施時間の標準は患者1人1日6時間とする…640点

※地方厚生局への届け出が必要であり、リハビリも長時間必要。

…平成22年7月現在、近畿で届け出ている医療機関は大阪4件、京都2件、兵庫1件のみ(近畿厚生局HPより)

〔参考〕

◎回復期リハビリテーション病棟

- ・脳血管疾患などの場合、発症後または手術後2か月以内の方が開始の対象
- …病態により60～150日を限度として、集中的にリハビリを行う。(1日9単位までリハビリ可能)