

医療機関・介護事業所を 対象とした制度改正の紹介



「2012年度診療報酬・ 介護報酬改定の概要」

今年4月、医療・介護サービスの公定価格を定めている診療報酬と介護報酬の内容が改定されました。診療報酬改定と介護報酬改定が同時に行われるのは6年に一度のことであり、改定内容や、そこから見える医療・介護制度の方向性は、今後の医療機関や介護事業所の経営に大きな影響を及ぼすことが予想されます。

そこで本稿では、今改定の特徴を紹介した上で、診療報酬と介護報酬それぞれの主な改定のポイントと、その及ぼす影響について、今年3月にFFGグループで開催した「医療・介護経営セミナー2012」の開催報告と合わせてレポート致します。

なお、今回の診療報酬・介護報酬の改定内容は非常に多岐にわたっておりますが、紙面の都合上、本稿にてご紹介出来る内容は主要なポイントのみに止めております。ご了承下さい。

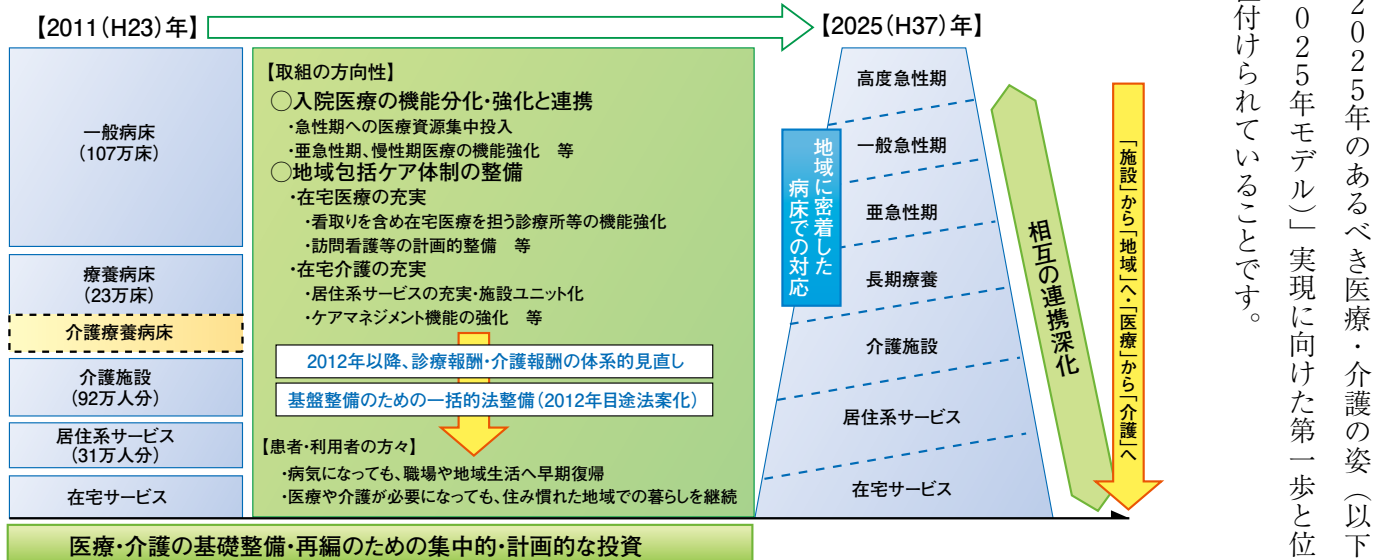
診療報酬・介護報酬改定の全体像

今回の改定は「2025年のあるべき医療・介護」の実現に向けた最初の第一歩

今回の診療報酬・介護報酬改定における最も重要なポイントは、政府が昨年取り纏めた「社会保障・税一体改革成案」で示された

図1 2025年までのロードマップ

○患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



「2025年のあるべき医療・介護の姿（以下2025年モデル）」実現に向けた第一歩と位置付けられていることです。

(出所)厚生労働省発表資料

社会保障・税一体改革は、今後到来することが確実視されている「財政状況が厳しい中で人口減少、超高齢社会」においても持続可能な社会保障制度の確立を目指して取り組まれているものであり、その改革の中で、社会保障制度の核となる医療・介護サービスについて「どこに住んでいても、適切な医療・介護サービスが受けられる社会」の実現が目標として示されています。

そして、目標実現に向けた取り組みとして、1947年～51年生まれ、いわゆる団塊の世代の方々が全員75歳以上となり、その年以降医療・介護への需要が飛躍的に高まることが予想される「2025年」までに「医療の機能分化・強化と連携」や「地域包括ケアシステム（※1）の整備」等を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス体制の構築を目指す、とされています。（図1）

以下、診療報酬、介護報酬それぞれの改定の主なポイントについてご紹介致します。

（※1）の詳細は本レポート最終ページで

キーワードとして紹介しています（以下の※も同様）。

1 診療報酬改定

― 前回に続くプラス改定をкаろうじて維持

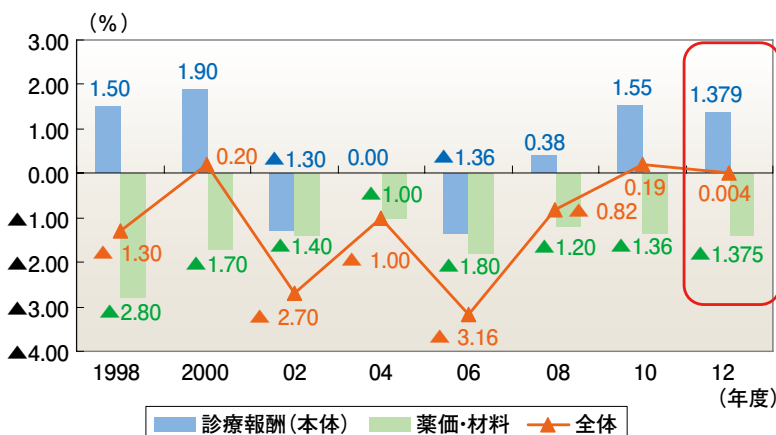
2012年度の診療報酬改定は、国の財政が厳しい中、マイナス改定を求める財務省との折衝を乗り越え、前回改定に引き続き報酬全体（診療報酬本体＋薬価・材料価）でプラス改定となりました。ただし、その改定率はプラス0.004%とごく僅かなものに止まっており、実質的にはプラスマイナスゼロという声も聞かれます。なお、医療費ベースでの内訳は、薬価・材料価を1.375%引き下げる一方、診療報酬本体を1.379%引き上げています。（図2）

これまで診療報酬の配分は、「医療機関の機能分化と医療の質の向上」という医療政策の大きな方向性に沿って行われてきました。今改定においても、従来と同様の方向性に沿いながら、前述の「2025年モデル」実現を見据えた配分が行われています。

厚生労働省社会保障審議会の医療保険部会及び医療部会が策定した「平成24年度診療報酬改定の基本方針」では、「社会保障・税一体改革成案」を踏まえて、「負担の大きな医療従事者の負担軽減」と「医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実」が重点的に取り組むべき重要課題として掲げられています。

その他、改定時のキーワードとして従来から重視されてきた「医療の質の向上」「患者の点」

図2 過去の診療報酬改定の推移と今回の改定の詳細

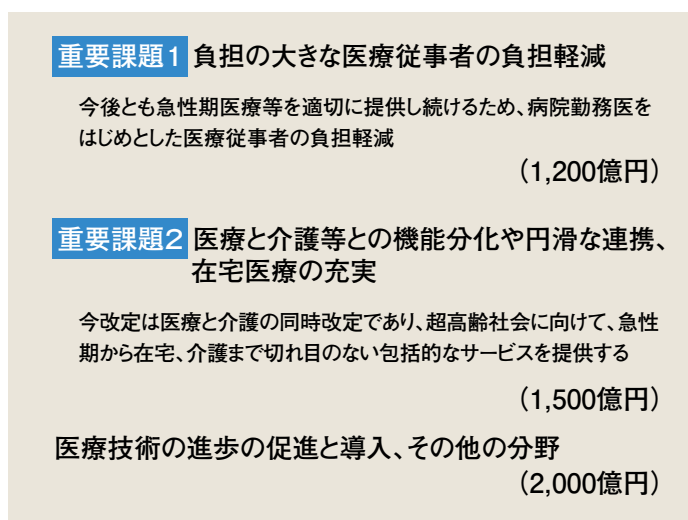


2012年度改定	改定率	実額
診療報酬(本体)	1.379%	5,500億円
医科	1.55%	4,700億円
入院	2.07%	3,300億円
外来	1.01%	1,400億円
歯科	1.70%	500億円
調剤	0.46%	300億円
薬価・材料	▲1.375%	▲5,500億円
全体	0.004%	0億円

（出所）厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

「機能分化の推進」「連携強化」「効率化」についても引き続き重視する姿勢が示されており、その方針に沿って報酬が配分されています。(図3)

図3 今回の改定の概要と予算配分



(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

①重要課題に対する取り組み

最初に、重要課題に対する改定のポイントを紹介します。

まず「負担の大きな医療従事者の負担軽減」に向けては、医師の事務作業等の負担を軽減することを目的に、前々回(08年度)の改定で導入された医療事務作業補助体制加算における「30

対1(410点…1点=10円)」「40対1(330点)」の配置基準区分の新設や「50対1」の算定要件の緩和が行われている他、急性期看護補助体制加算での「25対1」の新設(140/160点)や、夜間配置の加算の新設(50対1…10点/100対1…5点)も行われています。(※2)

また、大規模病院への一般外来縮小を目的に、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等(対象病院は一部に止まる見通し)を紹介無しに受診した場合の初診料が「200点(従来は270点)」、そして外来診療料が「52点(同70点)」と引き下げられ、保険外負担(初診時/再診時特定療養費)(※3)が増える(受診者の自己負担が増える)仕組みが新設されています。加えて、同一に複数の診療科を受診した場合の再診料、外来診療料も新設(ともに34点)されています。

そして「医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実」に向けては、救急搬送患者地域連携紹介加算(500点↓1,000点)及び同受入加算(1,000点↓2,000点)を引き上げるとともに、同一医療機関が紹介加算、受入加算を同時に届出することが可能となる等の拡充が図られています(在宅医療の充実については後述します)。

次に、医療機能別のポイントを紹介します。

②医療機能別ポイント

急性期

病床再編に向けて「機能分化」をより推進

まず病症の発生直後の患者に対して短期集中的に手術等の治療を行う急性期病床(一般病床)については、診療報酬改定の際に2025年モデルとともに示された「病床再編の2025年のイメージ」にて記載されているように、病床の機能分化を進めて、高度な医療を提供する病床の数を絞り込み、そこにマンパワーを集中的に投入する、という方向に沿った改定となっています。(図4)

一般病床の入院基本料別の変更内容について、そのポイントを紹介すると、7対1については看護必要度(※4)等に関する要件が厳しくなり、従来以上に「提供する医療の質」が求められるようになる他、13対1、15対1については、より急性期の後方連携機能が求められるようになります(詳細は次頁の表1をご参照下さい)。

また、2025年モデルや前述の2025年のイメージに示されている「地域に密着した病床(※5)」の実現に向けて、離島等の医療資源が限られた地域にある13対1、15対1の一般病院で一定要件を満たす場合、病棟毎の入院基本

料算定を可能にしている他、チーム医療を評価する加算の算定要件の緩和等といった特例措置が設けられています。

そして、7対1、10対1で対象病院が拡大しており、一般病床全体の半分以上を占めるよう

図4 一般病床再編のイメージ

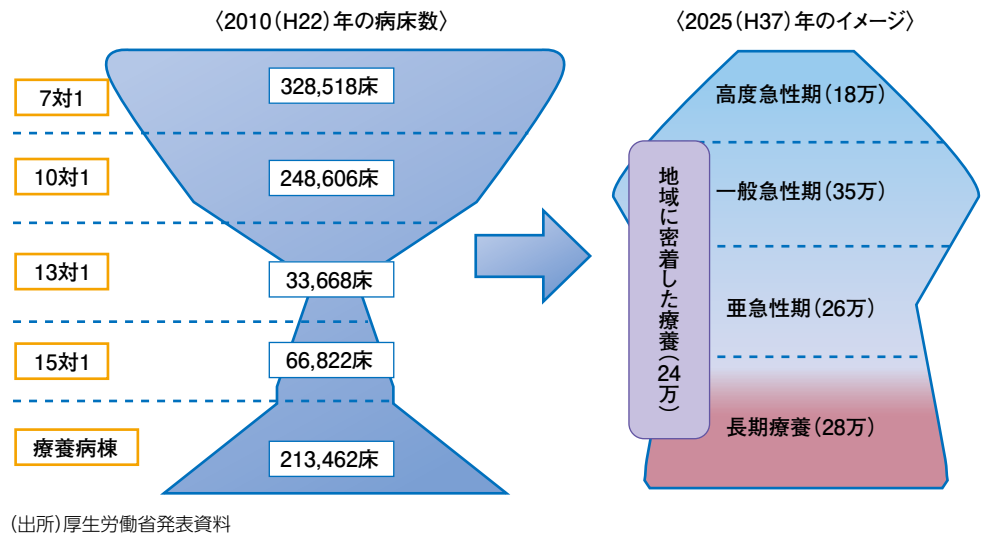


表1 一般病床での主な変更点

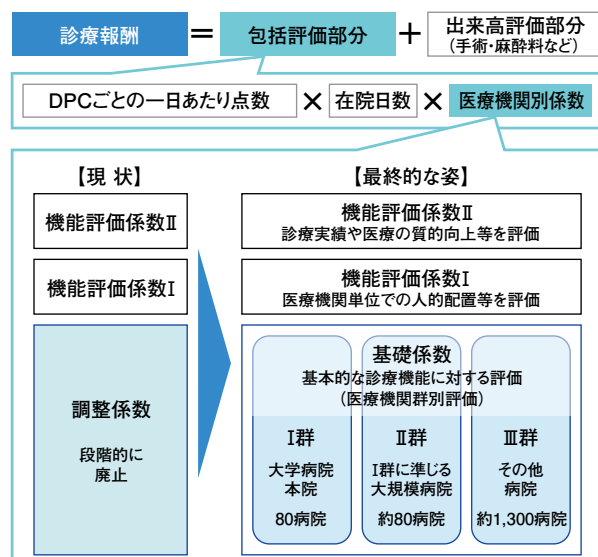
7対1	算定要件を厳格化 - 平均在院日数短縮（19日以内→18日以内） - 看護必要度基準の引き上げ（重症患者が1割以上→1割5分以上）
10対1	看護必要度の評価導入を算定要件に組み入れ（従来は加算）、重症患者の受け入れ割合に応じた2段階の加算を新設
13対1 15対1	- 看護必要度の評価導入への加算新設（13対1） - 入院日数90日超の患者について①療養病床と同等の報酬体系（包括払い）にするか、②出来高払いのままでよいが、従来は対象外だった平均在院日数の計算対象とすることを求める - 従来療養病床等のみが算定出来た「救急・在宅等支援病床初期加算」の算定が可能に

(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

になった「DPC（診断群分類）」に基づく包括払い方式（以下、DPC）では、対象病院を機能別に3つの「医療機関群」にグループ分けし、医療機関群別に評価係数を変える仕組みである「基礎係数」が導入されることになりました。

これは、従来DPCを導入した病院に前年度並みの収入を確保する役割を果たしてきた「調整係数」が平成30年度改定までに段階的に廃止されることが正式に決まり、その調整係数の代わりに今改定より導入されるものです。この仕組みによりDPC対象病院（急性期病院）の中でも高度急性期を担う病院と一般急性期を担

図5 DPCに基づく包括評価の概要



(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

「機能分化」と「連携」がより明確に

次に、急性期での治療が一段落した後に慢性期や在宅への移行に向けた入院医療やリハビリテーションを担う亜急性期と回復期については、それぞれが担うべき役割の棲み分けをより明確にする方向での改定となっています。

具体的には、亜急性期では入院医療管理料1の算定対象を「これまでリハビリテーション料を算定したことのない患者」に限定し、そ

う病院との機能分化の推進が図られる見通しです。(図5)

図6 亜急性期・回復期入院基本料の変更内容

		現行	改定後
亜急性期入院医療管理料1		2,050	2,061
同	2		1,911
回復期リハビリテーション病棟入院料1			1,911
同	2	1,720	1,761
同	3	1,600	1,611

- ・ 亜急性期1については、リハビリテーション料を算定したことがない患者について、亜急性期2については、算定したことがある患者について算定
- ・ 回復期1の施設基準:①看護配置13対1以上、
②リハビリスタッフの手厚い配置、③在宅復帰率7割以上、
④重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善等

(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

れ以外の患者には点数の引き下げが行われた同管理料2を適用します。あわせて、回復期リハビリテーション病棟入院料については、充実したリハビリの推進を実現する為、より充実した体制や実績等の要件を満たすことで算定出来る上位ランクが新設されました。(図6)

そして、急性期や亜急性期等を経て、比較的症状が安定しているものの、完治はしていない患者に対して継続的な入院医療を行う慢性期(療養病床)については、前回の大きな変更は行われておりませんが、急性期病院や在宅の後方連携機能を強化する方向で加算項目が拡充されています。

在宅

引き続き評価拡充

在宅医療は今改定の重要課題に掲げられているとともに、2025年モデルの中核も担う分野であることから、今回も評価の拡充が図られています。

今改定での最も大きなポイントは「機能を強化した在宅療養支援診療所(在宅診療)・病院(在宅病)」という報酬区分の新設です。従来の在宅診療・在宅病に比べて診療体制や緊急往診、看取りの実績で厳しい要件が求められるものの、より高い点数の算定が可能となっています。なお、複数の医療機関が連携して要件を満たした場合でも、機能強化型の点数算定が可能となっています。(図7)

診療所

地域に密着した医療機関としての役割重視

機能分化や在宅医療の推進を図る為には、地域に密着した診療所の果たす役割が大きくなってきます。その為、今改定では、有床診療所におけるターミナルケア、緩和ケア実施に対する加算項目が新設されています。

図7 機能強化型在宅診療・在宅病の概要

【加算措置拡充の例】…緊急時・夜間での往診料

	現行	改定後(強化型)	
		病床有	病床無
緊急加算	650	850	750
夜間加算	1,300	1,700	1,500
深夜加算	2,300	2,700	2,500

(※)通常の在宅診療・在宅病の報酬は変更無し

【施設基準】

- ・ 常勤医師3名以上
- ・ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ・ 過去1年間の看取り実績2件以上

(※)複数の医療機関が連携する場合は「患者からの緊急時の連絡先一元化」や「月一回以上の定期的なカンファレンスの実施」等が必要

(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

2 介護報酬改定

前回に続くプラス改定だが実質的にはマイナスとの声も

2012年度の介護報酬改定は前回同様プラス改定(1・2%…うち在宅分1・0%、施設分0・2%)となりました。しかし、その中身を見ると、09年度補正予算にて介護

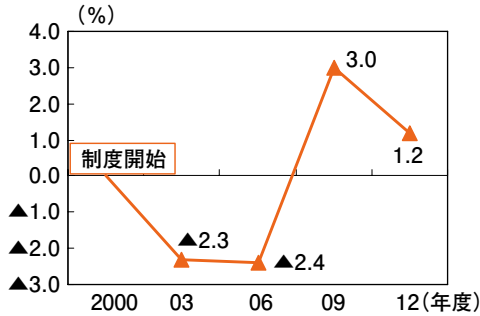
また、前回導入された「地域医療貢献加算(3点)」については、「時間外対応加算」とより分かりやすい名称に変更するとともに、評価体系も①24時間常時対応(5点)、②準夜帯(概ね24時まで)に対応(3点)、③他の医療機関との輪番で準夜帯に対応(1点)と、3段階の評価に分けられています。

職員の人材不足と低賃金を解消することを目的に、介護報酬本体とは別に設置された「介護職員処遇改善交付金（介護報酬2%分）」が報酬本体に組み込まれることになっている為、実質的には0・8%のマイナス（1・2%―2%）ではないか、という声も聞かれます。（図8）

今改定の最も大きなポイントは、本レポート冒頭に紹介した「2025年モデル」の核となっている「地域包括ケアシステム（詳細は本レポート最終頁で紹介しているキーワードの1を参照）」構築の推進が中心に据えられていることです。

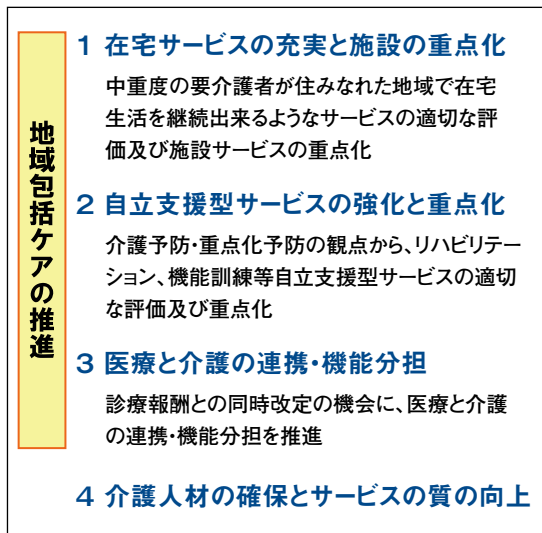
今改定では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、「在宅サービス」や「自立支援型サービス」の強化（中重度の利用者は在宅で、施設は重度者への対応を強化という方向性）や「医療と介護の連携・機能分担」が取り組みの重点項目として掲げられており、在宅や自立支援に繋がるサービスが評価されています。その一方で、重

図8 過去の介護報酬改定率の推移



(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

図9 介護報酬改定のポイント



(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

点項目から外れる既存サービスでは、効率化を図る為に報酬が減額となっている分野も存在する等、実質的にマイナス改定とも言える中で、限られた財源がメリハリのついた形で配分されています。（図9）

① 業界全体の課題解決に向けた改定

介護人材の確保に向けて

介護業界における最も重要な課題は「人材の

以下、最初に提供サービスの分野に関わらず影響が及ぶ改定の内容について紹介した上で、提供サービスの分野別に主な改定のポイントをご紹介します。

確保」です。今改定で人材面に関して行われた改定は大きく2点、前述の介護職員処遇改善交付金を引き継いだ「介護職員処遇改善加算（以下、処遇改善加算）」の創設と「報酬単価の地域区分（以下、地域区分）（※6）の見直し」です。

処遇改善加算については、11年度末までで終了となった同交付金を引き継ぐ形で、加算率、対象範囲、そして算定要件も同様の水準が設定されています。ただし、処遇改善加算は、次回（15年度）改定までの時限措置となっていることには留意が必要です（各サービスの基本報酬等に反映される予定）。

また、地域区分は国家公務員の地域手当の区分に倣って、従来の5区分から7区分に変更され、主に大都市圏の割増率が引き上げられています。九州では福岡市（6%→10%）や、その周辺市町村、飯塚市（0%→3%）で引き上げられた一方、北九州市、長崎市では引き下げられています（5%→3%）。

② 提供サービス別ポイント

居宅系サービス（訪問・通所等）

新サービス創設の一方で効率化を求められる分野も

居宅系サービスでの今改定の大きな変更点は、居宅において利用者の求めに応じて介護・看護サービスを提供する「定期巡回・随時対応サービス(以下、24時間訪問サービス)」と、通い・泊まり・訪問(介護・看護)サービスを利用者の状態に応じて柔軟に提供する「複合型サービス(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)」の創設です。両サービスは昨年6月に成立した「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(改正介護保険法)」にて創設された新しいサービスであり、本改訂にてその要件や報酬単価が設定されました。

両サービスは、どちらも「出来る限り在宅での介護を可能とすること」を目的にしたサービスであり、地域包括ケアシステムの中核を担うことが期待されています。なお、報酬については、両サービスとも要介護度に応じた定額の包括払い方式になっています(24時間サービスで介護・看護両方を利用：要介護度1…9, 720単位／要介護度5…30, 450単位／複合型サービス：要介護1…13, 255単位／要介護度5…31, 934単位／いずれも一ヵ月あたりの単位)。

また、今改定の重点項目に掲げられている「在宅サービス」及び「自立支援型サービス」の

強化に向けて、訪問看護の介護報酬の見直し(「短時間かつ複数回」という訪問看護へのニーズにこたえる為に短時間訪問の報酬を増額)や、居宅リハビリテーションや介護予防サービス等に対する加算の拡充・要件緩和等が行われています。(図10)

図10 リハビリテーション等に対する拡充の例

- ・訪問介護と訪問リハビリテーションの連携を評価する生活機能向上連携加算(100単位/月)の新設
- ・通所リハビリテーションでの短時間リハ(1時間～2時間)での個別リハビリテーション実施加算(80単位/回)の同日複数算定を可能に
- ・訪問リハビリテーションに係る医師の診療頻度の見直し(1ヵ月ごと→3ヵ月ごと)
- ・介護福祉施設からの訪問リハを医療機関からの訪問リハと同様の要件に緩和(医師が3ヵ月ごとに診察することで継続的な訪問リハ実施が可能に)

(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

新設や強化が行われるサービスがある一方で、効率化を求められる分野も多数存在しています。

まず訪問介護では、生活援助の基本サービス費算定の時間区分が変更されました。生活援助サービスの平均所要時間が30～40分程度と

なっている現状では、多くの事業所で減収となってしまう可能性があります。

また、通所介護でも基本サービス費の時間区分の変更が行われています。現状の通所サービス提供時間の平均が約6時間半となっている現状では、多くの事業所がこれまでの「6～8時間」ではなく「5～7時間」の区分に変わることになる為、1割以上の減収となってしまう可能性があります。(図11)

その他、今改定の重点項目に掲げられた「サービスの質の向上」に向けて、ホームヘルパー2級の資格保有者が訪問介護事業所のサービス提供責任者を務めている場合の減算規定(該当事業所全体の訪問介護の基本報酬が

図11 訪問介護・通所介護での主な変更内容

【訪問介護(生活援助)の時間区分変更(一回あたりの単位)】

改定前		改定後	
30分以上 60分未満	229	20分以上 45分未満	190
60分以上	291	45分以上	235

【通所介護の時間区分変更(一日あたり一部抜粋)】

改定前		改定後	
所要時間6時間以上 8時間未満		所要時間5時間以上 7時間未満	改定前比
要介護1	790	要介護1	700 ▲90
要介護2	922	要介護2	825 ▲97
要介護3	1,055	要介護3	950 ▲105
要介護4	1,187	要介護4	1,074 ▲113
要介護5	1,320	要介護5	1,199 ▲121
		所要時間7時間以上 9時間未満	改定前比
		要介護1	809 19
		要介護2	951 29
		要介護3	1,100 45
		要介護4	1,248 61
		要介護5	1,395 75

(出所)厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

10%減となる）が設けられており、全体の2割弱を占める該当事業所では介護福祉士等の配置といった対応が求められます。

最後に認知症対応型共同生活介護（グループホーム）では、要介護度別の基本報酬体系の見直しと一施設あたりのユニット（ケアを行う単位／1ユニットあたりの利用者は5～9人）数別の報酬設定が行われ、1ユニットのみの施設で且つ要介護度3以上の利用者の基本報酬は据え置かれましたが、その他は全て引き下げとなっています。また、重度化への対応強化の一環として、看取り対応への加算が拡充されています。

施設系サービス（特養・老健等）

本来の機能強化が求められる

施設系サービスでは「本来の機能強化」に向けた改定が行われています。具体的には、介護老人福祉施設（特養）については重度の利用者を受け入れる施設、そして介護老人保健施設（老健）については在宅復帰支援施設、そして介護療養病床からの転換が進められている介護療養型老健については、より医療ニーズの高い利用者の受け入れと、それぞれの役割をより明確化させる方向での改定となっています。

図12 老健の基本報酬の変更内容の例

【多床室の基本報酬（一日あたりの単位）】

改定前		改定後	
		従来型	改定前比
要介護1	813	要介護1	786 ▲ 27
要介護2	862	要介護2	834 ▲ 28
要介護3	915	要介護3	897 ▲ 18
要介護4	969	要介護4	950 ▲ 19
要介護5	1,022	要介護5	1,003 ▲ 19
		在宅復帰支援型	改定前比
		要介護1	819 6
		要介護2	893 31
		要介護3	956 41
		要介護4	1,012 43
		要介護5	1,068 46

（出所）厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

まず特養では、全体的に基本報酬が引き下げられている中、重度者の受け入れと入居者の生活の質向上という観点から、ユニット型個室（※7）で要介護度5の利用者分のみ改定前の水準を維持しています（引き下げ幅の大きさは、多床室▽従来型個室▽ユニット型個室となっています）。また、老健についても、従来型の施設の基本報酬が引き下げられる一方で、在宅復帰率やベッド回転率等で高い要件を満たす「在宅復帰支援型」の老健に対しては、より高い報酬の算定が可能な上位ランクの区分が創設されています。そして、介護療養型老健についても、老健と同様に、医療必要度の高い利用者の割合や医療機関からの利用者の受け入れ割合

最後に

「医療・介護経営セミナー2012」の開催を終えて

最後に、先般開催した医療・介護経営セミナーの開催報告と合わせて、医療・介護の今後の方向性について考察致します。

ふくおかフィナンシャルグループでは、今年3月17日に、診療報酬・介護報酬のダブル改定を見据えて医療機関や介護事業所の経営の方向性を探るセミナーとして、「医療・介護経営セミナー2012」を開催致しました。本セミナーには福岡、熊本、長崎の各県をはじめ、九州・山口全域の医療機関・介護事業所の経営者を中心に約340名もの方々にご参加いただきました。

まず基調講演では厚生労働省保険局医療課課長補佐の待鳥詔洋氏より「平成24年度診療報酬

の高さに関する要件を満たす場合に算定出来る上位ランクが創設されています。（図12）

その他施設サービス全体に求められる「入居者の重度化への対応強化」の一環として、前述のグループホームと同様に、看取り対応への加算の拡充や算定要件の緩和が行われています。



講演会風景

酬改定について、「そして同省老健局老人保険課課長補佐の日野原友佳子氏より「平成24年度介護報酬改定について」と題し、それ

ぞれの制度を取り巻く環境や今改定のポイント等についてご講演いただきました。

次に特別講演として、国際医療福祉大学大学院教授の武藤正樹氏より「医療計画見直しの方向性と診療報酬・介護報酬同時改定」と題して、本レポート冒頭でも紹介した社会保障・税一体改革の動向や今回の診療報酬・介護報酬改定の内容、そして今後の医療・介護制度の方向性等、幅広い内容についてご講演いただきました。

講演会では、「今回の同時改定は『2025年』に向けた第一歩である」ということを講師の方全員が強調されていました。また武藤教授からは「今改定は医療と介護が連携を図る絶好

のチャンスである」として「これからは医療・介護連携、生活支援、高齢者向け住宅への視点が医療経営には必要となる」との提言がありました。

講演会終了後には、講演会の参加者や、講師陣、そしてふくおかフィナンシャルグループの役職員も参加して、懇親会を開催致しました。懇親会では、参加者同士の交流や情報交換が活発に行われる等、大変な盛り上がりを見せました。

今後、各医療機関・介護事業所は、診療報酬・介護報酬改定の内容や、そして何よりも今後の医療・介護制度の大きな方向性である

「2025年モデル」、すなわち「『施設』から『地域』へ・『医療』から『介護』へ」及び「医療・介護相互の連携進化」という流れを見据えた経営戦略を検討すること



国際医療福祉大学大学院教授 武藤正樹氏

が必要になってきます。

そして、制度の動向とともに重要となるのが、自院・施設が位置する地域の医療・介護の状況と将来展望です。

地域の状況・ニーズや自院・施設の強みも踏まえた上で「今後地域においてどのような役割を担うべきか」について検討し、他機関との連携等も図りながら役割を果たす上で必要とされる機能の拡充を図ることこそ、何よりも重要ではないかと考えます。

(花谷 禎昭)

Keyword

- (※1) 地域包括ケアシステムとは、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるように、日常生活圏内において医療・介護・予防・生活支援等のサービスを体系的、継続的に提供するシステムのこと。
- (※2) X対1とは、医療機関での人員配置の基準で、X人の患者に対して1人の看護職員・医療事務・看護補助職員が配置(雇用者数ではなく、実際にその時間働いている人数の24時間平均)されている、ということを示す。
- (※3) 初診時/再診時特定療養費とは、病院と診療所の機能分担の推進を図るために国が定めた制度で、他の医療機関等からの紹介状無しに200床以上の病院において初診・再診で受診した場合、通常の医療費に加えて各病院が定めた金額を徴収(保険外)できるといふもの。
- (※4) 看護必要度とは、患者に対して必要となる看護サービスの「質」と「量」を表す基準。患者それぞれの疾患・状態の違いに基づき、必要となる看護サービスの量を評価する。
- (※5) 地域に密着した病床とは、医療資源が限られて病床機能分化をしっかりと行うことが難しい地域(長崎の離島地区等)において、急性期から亜急性期・回復期としての慢性期までの医療を網羅的に提供する病床のこと。
- (※6) 報酬単価の地域区分とは、介護報酬単価の上乗せ割合の地域区分のこと。都市部と地方との他産業の人工費等の差を考慮して、介護報酬の基本単位(1単位10円)に対して、地域別に上乗せ18%・0%が行われるもの。
- (※7) エント型個室とは、個室をベースにした施設入居者をいくつものグループ(ユニット)に分けて生活をともにするタイプの施設。出来る限り家庭での生活に近い環境を作り出すことが目的。



懇親会風景