

効率化とは対極にある介護

平成24年度の介護費は約9兆円と、医療費と比較するとおおよそ4分の1以下の水準ですが、その伸びは制度がスタートした平成12年と比較すると約2.5倍にまでなっています。もちろん、国にとってはこの伸びはある程度予想されたものだったのでしょうか、増え続ける医療費、介護費そして年金などの社会保障給付費をできる限り適正化するため、今回の介護報酬の改定(引き下げ)も行われたと理解しています。

わが国の社会保障給付費が年間100兆円を超える時代にあって、その適正化を国家的な課題とすることについてはやむを得ないところもあるとはいえ、医療や介護を他のサービスと同様に「効率化」させることには、疑問を持つと同時に大きな違和感を覚えます。特に介護は、高齢者にとって生活そのものであり、極めて個性も強く、本来、効率とは対極にあるサービスでもあるからです。

ケアマネジャーの質と独立性の確保

「介護の社会化」を謳って平成12年からスタートした介護保険は、民間事業者の積極的な参入を促したこともあり、「保険あって介護なし」の状況は何とか免れました。しかし、本来、利用者にとって望ましいありようになっているかどうかについては、心もとないところでもあります。

介護保険によって提供されるサービスは、利用者の生活にとって必要なサービスの一部でしかありません。しかし、資源も財源も限られている中であっては、無制限なサービス提供は許されませんし、だからこそ、適切なサービスメニュー、ケアプランが重要になってくるのです。介護保険創設から15年が経過しました。当初は、サービス提供量の確保が最大の課題でしたが、今後は、それと同時に利用者のQOLに着目した質の確保にも、軸足を置くべきでしょう。そのためには、ケアマネジャーの質と独立性がカギを握ることになります。

本来、ケアマネジャーは利用者の生活全体を把握し、ケアプランを作成します。そのためには、利用者あるいはその家族との密なコミュニケーションが重要になります。同時に、関連する多くの情報が必要になってきます。しかし、当然そこには限界があります。そこで求められる

「ケアマネジャーは介護保険の中心的な役割」

FOCUS



長寿社会文化協会 理事長
服部メディカル研究所 所長
服部 万里子

のが、多様な専門職、機関との連携です。その上で、利用者にとって必要となるサービスを優先順位を考慮しながら組み合わせるのです。

こういったケアマネジャーに求められる資質は、専門領域における深い知識より、むしろ柔軟なコミュニケーション能力でしょう。そして、それをベースとし、地域の資源を探し、その内容まで把握できる情報収集、コーディネート、連携力も重要になってきます。

地域社会の再構築

周知のように高齢化による課題は、主として都市部に大きいのしかかってきます。私たちは、戦後、高度成長を経て、便利さ快適さを獲得する半面、地域社会を失ってきたと指摘されています。だからこそ、介護保険も創設されたといえるのですが、本来、介護保険は高齢になった私たちの生活を支える資源としては最後に活用するものだと考えています。

まずは、自分でできることはやる、そして地域社会で互いに支えるという取り組みが大切なのです。都市部において地域社会は崩壊したといわれることもあります、東京の渋谷区で15年間ケアマネジャーとして介護サービスに取り組んでいる私自身の経験では、崩壊しているわけではなく、新たな芽が出て、再構築は可能だと考えます。ボランティアも少なくありません。重要なのは地域に対する要所での働きかけです。同時に、高齢者も自分の生活を諦めずに主張し、意欲を持つべきでしょう。それには、高齢者自身が、生活の中での役割意識を持つことです。まずは自立への意欲、地域社会の支援、そして不足するところを保険がカバーしていくべきだと考えます。

(文責:編集部)



平成27年介護報酬改定を

読み解く

個別事業の傾向と対策

平成27年2月6日「介護給付費分科会」で改定点数(案)が告示されると、事業者間には大きな衝撃が走った。事業者からは「処遇改善加算はあるが、あくまで職員給与にそのまま充てるもの。事業の収入自体は大幅な減収になり、これでは経営がままならない」との声も聞かれた。

今回の改定は、平成18年改定以来、実に9年ぶりとなるマイナス改定となる。

ただし、平成18年のマイナス改定は食事、住居費用等のいわゆる「ホテルコスト」を保険対象外にしたことに伴うマイナスであり、その分については事業者側が自費徴収によって補填することが可能であった。

この点を考慮すると、サービスそのものを対象としたマイナス改定は実質的にはこれが初めてとなる。

平成37年に向け、医療・介護の提供体制の再編が急ピッチで進む中、今回の介護報酬改定が現場にどのようなインパクトをもたらすのか。

Part 1 居宅系サービス

1. 居宅介護支援事業所

「認知症加算、独居高齢者加算の包括化
事業所集中減算への対応は、27年9月から」

居宅介護支援事業所については、認知症加算および独居高齢者加算が基本サービス費に包括化されたことが大きな変化だ。これにより居宅介護支援費(I)の単位数は要介護3で1,306→1,353単位へ3.5%プラスの改定となっている。

認知症加算および独居高齢者加算の算定率が高かったことが背景にはあるが、算定率の低かった事業所以外にとっては実質的にはマイナスの改定だ。

経営面でそれ以上に大きな影響が想定されるのが、特定事業所集中減算の厳格化である。これまで90%を超える場合に減算されていたものが、80%に引き下げられる。適用は平成27年9月と若干の猶予期間はあるものの、影響は免れない。仮に集中が85%の事業所で、要介護3～5プラン数が35件であった場合、集中減算による影響は200単位・月×35件、

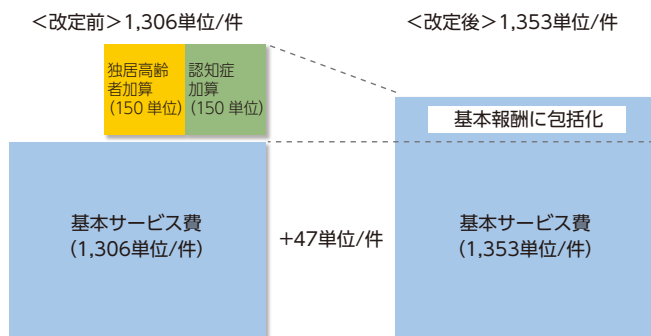
7,000単位となる(要介護3～5を前提とすると△14.8%、要介護1～2を前提とすると△19.2%)。

「抱え込み」を制限し、事業所間の連携を強化する狙いであるが、複数の法人が林立する地域と事業所(法人数)が限られた地域では、影響が異なる。事業所数(法人数)が限られた地域では、実質的には選択の余地も少なく集中せざるを得ない事情も出てくるだろう。法人間の連携を進める一方で、地域の実状を勘案した政策・制度的対応の動向についても今後、注視が必要だ。

2. 訪問介護

「総合事業への対応、生活援助と身体介護」

要支援者へのサービス提供が順次、総合事業に移行される。介護予防訪問介護費(I)で1,226→1,168単位へ、△4.7%の減収となる。NPOやボランティア団体による支援が期待されているが、サービスの提供体制や基準が多様化する中では、これまで「介護保険」という枠内で一定の品質担保がなされていたサービス内容について、サービス提供者と利用者間での「合意形成」をどのように構築していくのが鍵となるだろう。厚生労働省の例示では、地域でのサロン活動等での人間関係、信頼関係の構築を「訪問開始」の糸口にすることが検討されているが、一定の期間を要することが想定され、実質的にはこれまで保険事業としてサービス提供をしてきた事業者が中心的な役割を担うことが求められることとなるだろう。一方で、将来的には保険外事業へ移行していくことも想定し、地域資源(ソーシャルキャピタル)とのつながりを、法人が主体となり形成していくことも求



※出所：厚生労働省老健局資料より作成



められてくることとなる。

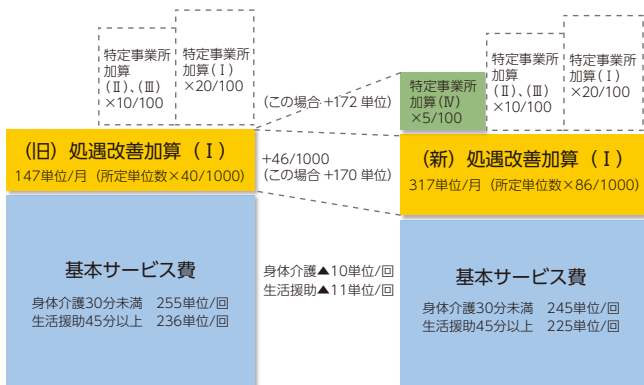
新設の加算等も特にないことから減収が見込まれる中、短期的な施策として注視すべきは他事業の動向だ。今回の改定で新たな概念として、訪問リハビリ・通所リハビリの機能を有機的に連携させた「生活機能向上加算」が新設されているが、これはリハビリのうちいわゆる「生活期リハビリ」に対する保険制度上の評価である（詳細は、訪問リハビリ・通所リハビリの箇所に記載）。

リハビリはPT等によって提供されるサービスとも捉えられがちだが、ADLの回復に加えQOL（生活の質）を高めることもリハビリの重要な目的の一つ。この意味において、生活機能を支える「訪問介護」の現場においても生活期リハビリに焦点を当てた、プラン形成が必要となってくる。例えば、食事や洗濯、掃除などの日常生活行為についても「自立支援」を前提としたリハビリテーションとして捉える場合、訪問介護員の関わり方は「生活援助」ではなく、「見守り」を中心とした「身体介護」になる。プラン作成時に居宅介護支援専門員や訪問リハビリ、通所リハビリ技師との連携が求められるが、訪問介護についても利用者への関わり方（発想の転換）が求められることになるだろう。

前提条件

月15回（身体20～30分未満）7回、生活援助（45分以上）8回利用の場合
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、特定事業所加算（Ⅳ）を算定

<改定前>3,820単位/月 <改定後>4,004単位/月



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

3. 訪問看護

「リハビリ型の訪問看護ステーションは減収
看護体制強化加算と、機能強化型訪問看護ステーションの両立は可能か」

PT、OTを中心としたリハビリ提供をメインとする訪問看護ステーションにとって今回の改定の影響は深刻だ。訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションは、318→302単位と△5.0%の減収となった。同時に新設された看護体制強化加算によりプラスの要素もあるとされるが、現場の声は厳しい。都内のある事業所では「看護体制強化加算を取れる事業所はそもそも「医療保険」の訪問看護でも一定の重度化対応している所が多いだろう。その場合、介護保険適用の利用者で該当項目を満たせるケースがどの程度あるのか疑問だ。特に特別管理加算の割合が厳しい」との声も聞かれた。

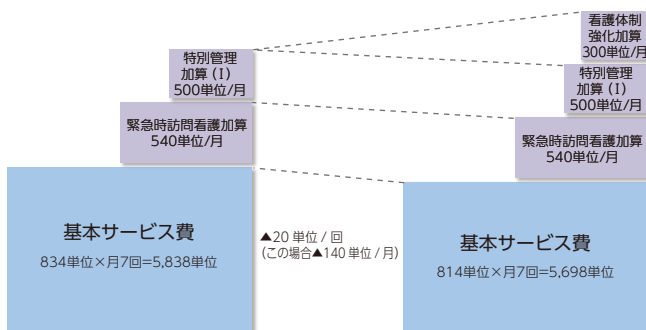
一方、病院や診療所からの「みなし訪問看護」（訪問看護ステーションとしての届出なしで実施する訪問看護）については、報酬上の評価が高まっている。営利法人立の訪問看護ステーションが増加する半面、医療法人立の訪問看護ステーションの伸びが鈍化（減少）していく中での対応とも見られるが、病院にとっても退院促進や退院後の継続看護の提供という意味で取組みの価値は大きい。「みなし訪問看護」から「訪問看護ステーション」へ展開していく事業者も増加していくだろう。

いずれにしても、平成26年診療報酬改定で評価された、機能強化型訪問看護ステーションとしての機能要件を整えていけるかが戦略の鍵となりそうだ。

前提条件

訪問看護ステーションの訪問看護
要介護5の利用者が、月7回、30～60分未満を利用する場合
緊急時訪問看護加算、特別管理加算（Ⅰ）、看護体制強化加算を算定する

<改定前>6,878単位/月 <改定後>7,038単位/月



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

4. 訪問リハビリテーション

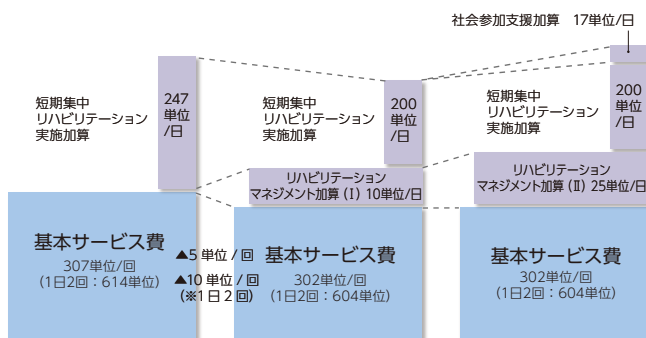
「リハビリテーションマネジメント加算の算定、
通所リハビリテーションと連携した
生活行為向上リハビリテーションへの展開」

訪問リハビリテーションについては、訪問看護ステーションからのリハビリテーションとの単位数の調整がなされた結果、307→302単位と1.6%の減収となった。訪問看護のリハ

前提条件

通常規模、要介護2の利用者が6～8時間未満のサービス提供を受けた場合
改定後① リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）、
短期集中リハビリテーション実施加算
改定後② リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）、
短期集中リハビリテーション実施加算、社会参加支援加算

<改定前>861単位/日 <改定後①>814単位/日 <改定後②>846単位/日



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

ハビリテーションに比較して減収幅は小さい。この中で対応を図れるのが、「リハビリテーションマネジメント加算」の算定だ。「通所リハビリテーション」においては既設の点数であったがこれが訪問リハビリテーションにも対象が拡大された形だ。リハビリテーション単位数が減算となる中で基準算定に向けた対応が必要となるだろう。

5. 通所リハビリテーション

「3つの機能：短期集中、認知症、生活行為向上、介護保険のリハビリテーションの方向性」

今回の改定で大きな動きがあった事業の一つが通所リハビリテーションだ。まず基本サービス費の変化としては、個別リハビリテーション実施加算80単位数が基本サービス費の一部包括化された。このため、今回の改定では数少ない基本サービス費のプラス改定となっている。

だが、それ以上に大きな変化としては通所リハビリテーションに3つの類型が示されたことだ。

- ①短期集中リハビリテーションであり、病院退院後等の時期に在宅復帰に向けた機能訓練を目的としたリハビリテーション
- ②認知症利用者への認知症短期集中リハビリテーション評価。従来240単位数であったものが、実施加算1と実施加算2（新設：1,920単位数月）に分けられた
- ③今回初めて報酬上の評価として設けられた「生活行為向上リハビリテーション」。ADL、IADL、社会参加などの生活行為の向上に視点を当てたもの。

心身機能の回復だけではなく、その先にある居宅での生活で利用者本人の意向の実現（たとえば自立して風呂に入りたい）等に向けて、主に通所訓練を重点的に行う時期（前半のおおむね3ヵ月間）と、主に参加への移行を念頭に置いた訓練の時期（残りのおおむね3ヵ月間）に分けて、計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指すことが目的となる。

これに向けて生活行為の聞き取り、生活行為の阻害要因特定に向けたアセスメント、また終了（目標の達成）を前提としたリハビリテーション計画の作成等、これまで以上にリハ

ビリテーションマネジメントの観点が重要視されてくる。

こうした一連の変化は介護保険におけるリハビリテーションの目的を再定義し、終了（利用者の入れ替わり）を前提とした経営管理上の体制変化も求められてくることとなる。新規の利用者を定期的に確保する必要があるため（最低6ヵ月で入れ替わるという前提）、これまで以上に「営業的観点」が求められてくることとなる。また「終了」に伴い、「通所介護」や「総合事業等におけるサロン等」への移行についても、リハビリテーション計画を共有し体制を継続できる「連携先」の確保が鍵になってくるだろう。

6. 通所介護

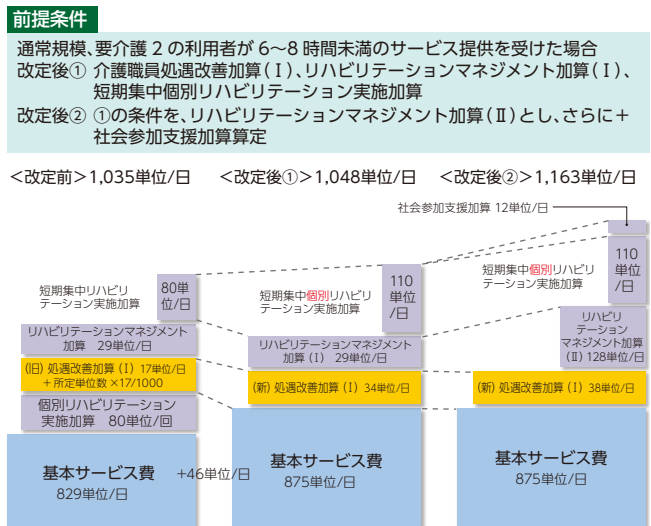
「大幅マイナス 加算の取得がポイントだが、短期での対応には困難が伴う 急激な事業所増加の結果、事業所の再編統合が促進されるか」

居宅サービスの中で、マイナス改定の影響を真正面から受けているのが通所介護だ。特に小規模通所介護事業所については、基本報酬単価が△9.2%となっている（要介護3、7～9時間利用の場合1,108→1,006単位）。また通常規模についても小規模ほどではないにせよ、△4.9%と下がり幅は大きい（要介護3、7～9時間利用の場合944→898単位）。介護保険創設以降、急速に増加しているが、なかでも特に伸び率の高かった小規模事業所（全体の半数近くを占める）については「給付の適正化」の対象となった格好だ。

事前の検討段階から示されていた通所介護の4類型（中重度者対応、認知症対応、機能訓練対応、レスパイト型）には新たな加算の設定および、プラスとなった加算もあった。新たに設置されたのは「認知症加算（60単位/日）」「中重度者ケア体制加算（45単位/日）」、既設点数でプラスとなったのは「個別機能訓練加算（42単位→46単位）」だった。つまり、認知症、中重度者対応、機能訓練の3点が評価されたという事である。審議の段階より、今後の通所介護の方向性は「ナーシング型（中重度者ケア体制加算対象）」「認知症型（認知症加算対象）」「機能訓練型（個別機能訓練加算対象）」「レスパイト型（通常型）」の4類型ごとに、よりその機能が高まるような評価がされていくものと考えられる。

一方で既設事業者の中では、「ハードルの高い基準で、とてもではないが今からすぐに対応できるものではない」という声も聞こえる。リハビリ特化型でこれまで積極的に機能訓練士等を採用してきた事業者や、認知症リーダー研修に人材派遣を行ってきた事業者等については、基準をクリアできるケースもあるようだが、こうしたケースは戦略的に先行して投資を行ってきた事業者が中心のようだ。市場の順応にはしばらくの時間を要する可能性が高い。

その中で、既にサービス類型として存在している「療養通所介護」「認知症対応型通所介護」と、いわゆる「加算型」との棲み分けについても議論は分かれる。加算の算定状況（市場への浸透度合い）にもよるが、将来的には特化型と加算型が介護報酬の体系として統合される可能性も見越して、人員配置や設備配置について計画を立てていくことも視野に入れる必要がある。





要支援者へのサービス提供についても現場での対応に苦慮しているケースが見られる。介護予防通所介護については、今後、市町村が独自に単価設定可能な総合事業にスライドする。予防給付については短期的には継続されるものの（平成29年3月末を猶予期間）、単価は概ね△20%（要支援2、4,236単位→3,377単位）と、事業者にとってはその存続について経営的判断を求められる局面にある。通所介護の機能が分化していく中で、介護保険の通所介護費対象者と共通したサービス内容を同一場所で提供していくことは容易ではない。

この意味で、通所介護については今後、同一事業所内でも提供プログラムや利用者層に応じた機能（あるいは実施場所）の切り分けが必要になってくる可能性もある。

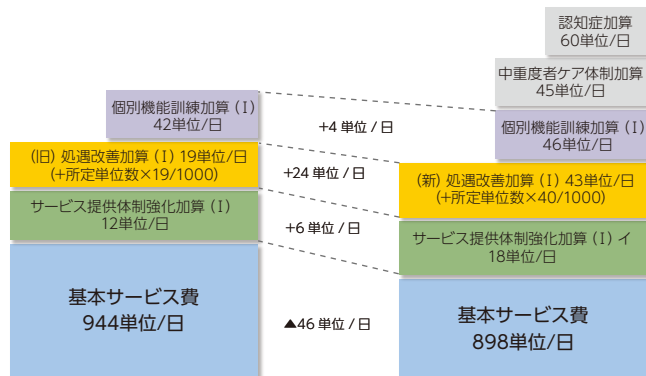
今回の改定を受け、小規模事業所の中には事業の進退についての検討を始めている事業所も少なくはない。改定の議論の過程においても小規模多機能型居宅介護サービスのサテライト事業所として機能していく可能性についても示唆されていたが、不足する人材の確保、稼働率の伸び悩み、介護報酬のマイナス改定などを理由に今後事業所統合が進んでいく可能性もあるだろう。

前提条件

通常規模、要介護3の利用者が7～9時間未満のサービス提供を受けた場合
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、
個別機能訓練加算(Ⅰ)、中重度者ケア体制加算、認知症加算を算定

<改定前>1,017単位/日

<改定後>1,110単位/日



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

7. 特定施設入居者生活介護

「入居一時金、権利金制度の廃止
特養の入所基準変更に伴う、受入層の変化
運営体制のシフトが求められる」

特定施設については、特養の利用条件の厳格化（原則、要介護3以上）に伴い、要介護1、2の利用者に対する補完的機能が期待されている。一方、要支援者へのサービス提供については大幅なマイナス改定となった。要支援2は456→308単位（△32.4%）となっているが、同時に介護職員・看護職員の配置についても見直しが行われており、人員要件については若干緩和された形だ。

また入居者層についても、これまで以上に認知症や看取りへの対応といった機能に対する加算が設けられ、「認知症専門ケア加算」「看取り介護加算の充実」がなされている。特定施設については、現在よりも中重度者の受け入れ割合の増

加を求められているようだ。これに合わせ医療対応機能の拡充（外部との連携）も含め、訪問診療や訪問看護（医療保険などによる）についての積極的連携強化が、いま以上に求められてくることとなる可能性は高い。

一方で、特定施設については平成27年4月から「入居一時金の算定基礎を適正化し、権利金を廃止すること」が完全に義務化される。これに伴い特定施設の収益構造は、これまで以上に「稼働」を意識せざるを得ない仕組みになるだろう。

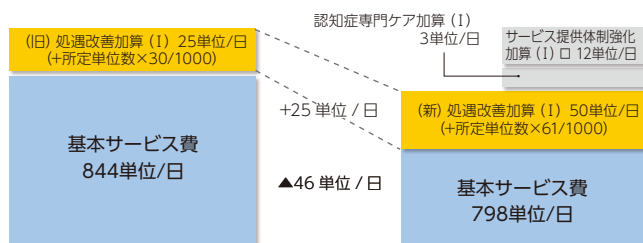
今回の改定で「短期利用の要件緩和」が行われたことにより、若干ではあるが運営面での柔軟性が増した側面もある。中重度者対応と稼働率の確保を同時に実現していくことは容易ではないが、健康面での管理や空き居室の効果的活用について検討を進めていく必要がある。

前提条件

要介護5 サービス提供を受けた場合
認知症専門ケア加算(Ⅰ)、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ

<改定前>869単位/日

<改定後>863単位/日



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

8. 短期入所生活介護／短期入所療養介護

「長期利用者の減算 機能の整理図られる」

短期入所生活介護については、新たに「個別機能訓練加算56単位/日」の算定が可能となったこと、また「医療連携強化加算 58単位/日」が新設されたことが改定のプラス要素だ。個別機能訓練加算は、利用者に対して機能訓練指導員が訪問し個別の機能訓練を実施することが求められている。介護老人福祉施設ですでに個別機能訓練加算を算定している施設であれば、対応には比較的支障がないだろう。また、医療連携強化加算については中重度者対応として事業所要件を満たし、一定の条件下にある利用者を受け入れた場合に算定が可能だが、看護体制加算2の届出や看護職員の定期的巡視が必要など、医療対応機能を常時整えておく必要があるため算定は一定のハードルがある。

大きな変化として「長期利用者に対する減算」が設けられたことが挙げられる。30日を超えたショートステイの利用＝いわゆる「ロングショート」であるが、1日あたり△30単位の減算が設けられた。本来の目的に照らすと30日以内での利用が前提となるものの、実態としては30日を超える利用は珍しいケースではない。事業者とともに利用者の調整が難航する可能性も高い。その一方で、緊急時における短期利用や宿泊ニーズへの対応については緩和策が講じられ、一定の条件を満たせば静養室での宿泊も可能となった。中重度の対応をしながら、本来の機能である「短期入所」を果たせるよう、機能の整理が図られたといえよう。

Part 2 施設系サービス

1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

「特養の入所要件は要介護3に
中重度対応、看取りは標準的機能に」

今後の新規入所要件として要介護度は3以上に絞られた。他の施設・住宅系サービス（介護療養病床や介護老人保健施設、あるいはグループホームや特定施設、サービス付高齢者住宅など）との機能分担を明らかにしていく狙いも見られる。特別養護老人ホームについては、重度の要介護者や認知症高齢者等の積極的な受け入れが、これまで以上に求められることも踏まえ、「終の棲家」としての役割を果たせるよう、「看取り介護加算」の充実と質向上に向けた評価や要件の強化が行われている。

一方で改定前より特別養護老人ホームの利益率の高さや内部留保などが議論の対象となり今回の改定でも、それらの意見がある程度反映された結果となった。基本報酬については△5.6%程度（例：従来型個室 要介護5 863単位→814単位）と減収が見込まれており、事業者側には厳しい改定となった。

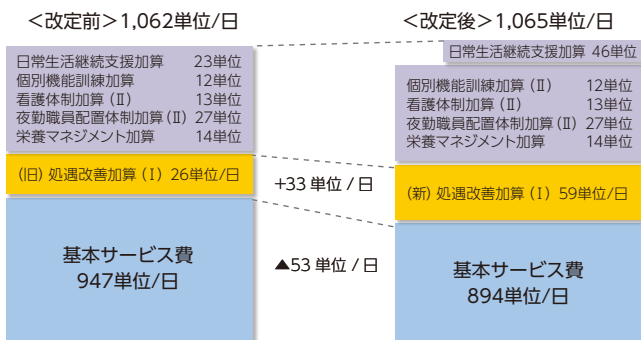
唯一のプラス要素は、日常生活継続支援加算の単位数が23→46単位（ユニット型の場合）に増額している点だ。要件引き上げはあったものの、対応していく必要がある。

また、経口維持・移行加算を中心とした口腔マネジメントに焦点が当てられている点については改めてその意味を確認したい。特別養護老人ホームにおける急変、救急搬送等の理由として最も頻度が多いのが「誤嚥性肺炎」であり、予防に向けた嚥下訓練や口腔ケアの必要性についてはこれまででも重ねて指摘されてきた点だ。改定では療養食加算との並算定が可能となったことがプラス要素だ。

報酬単価が下がる中で、可能な限り満床に保つことは必須事項となってくる。例えば100床の特養であれば、1%の稼働率の差は月間で約30万円、年間で約360万円の収入差となる。このためにも、可能な限り緊急入院に至らないよう日々の健康マネジメントや口腔ケアによる予防、また少しの異変にも気付けるスタッフのリスク感性の向上が重要になってくるだろう。

前提条件

要介護5の利用者がサービス提供を受けた場合（定員31～50名）
栄養マネジメント加算、夜勤職員配置加算（Ⅱ）、看護体制加算（Ⅱ）、個別機能訓練加算、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、日常生活継続支援加算（Ⅱ）



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

2. 介護老人保健施設

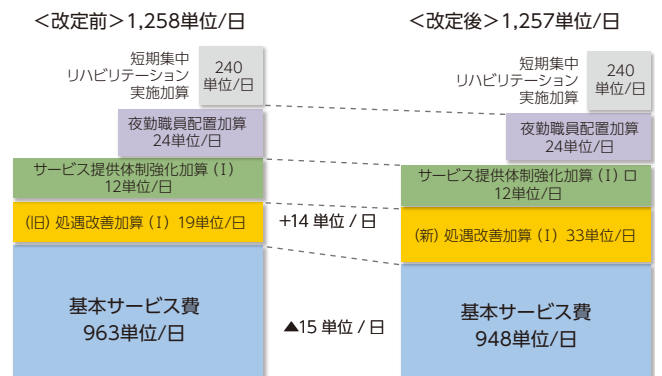
「在宅復帰機能の強化を図れるか」

介護老人保健施設については、本来が「在宅復帰施設」であることを踏まえ在宅復帰支援機能として復帰率30%の「加算型」、復帰率50%の「強化型」に移行していきけるかが今後の鍵となりそうだ。特に「強化型」については、急性期病院等にとっても紹介先として頼り甲斐のある存在だ。7対1の施設基準、地域包括ケア病棟、また回復期ケア病棟などについて在宅復帰率の基準が設けられているが、在宅の定義には、強化型および加算型の老人保健施設が含まれる。この意味で、稼働率の安定確保には「強化型ないしは加算型老健」であるかが一つのポイントとなってくる。

医療法人が老人保健施設を併設するケースは少なくないが、法人内の連携先としても「強化型・加算型」であるかは、大きな差となる。介護報酬の点数増減以上に「在宅復帰支援機能」としての位置付けを改めて見直していく必要がある。

前提条件

強化型の従来型老健、多床室の場合、要介護3の利用者がサービス提供を受けた場合
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、夜勤職員配置加算、短期集中リハビリテーション実施加算



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

3. 介護療養型医療施設

「医療行為への評価 療養型介護療養病床の設置は、介護療養病床廃止へ向けた事業者の振り分けか」

平成18年度の医療制度改革では、介護療養病床は平成24年3月31日をもって廃止が予定されていた。しかし、老健への転換等の対応が進んでいない状況などを踏まえ、平成30年3月31日に期限を延長することとなっている。同年4月に同時改定を踏まえていることを見越しての期限設定と考えられるが、先行きは不明だ。

介護療養病床は現在1,532施設（7万1,382床：いずれも平成26年4月時点）と、平成18年時点からはほぼ半減した結果、存続している現在の介護療養病床における要介護5の利用者の割合は90%弱と高く、転換が期待されていた老人保健施設等での受け入れは容易ではない。実際に介護療養型老人保健施設などよりも、喀痰吸引や経管栄養などの処置の頻度、ま

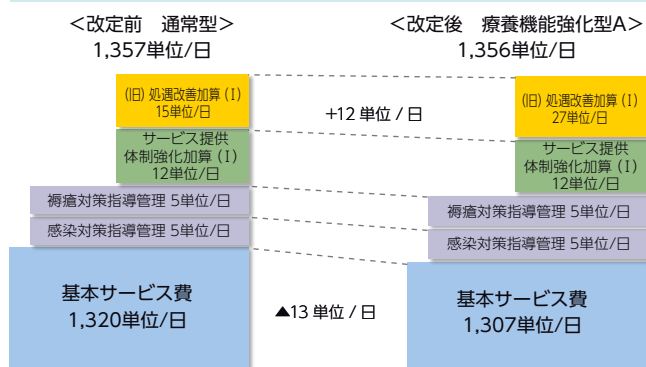


た看取りの件数についても発生頻度が明らかに多いことが指摘されている。

こうした背景の中、今回の改定では「療養機能強化型介護療養型医療施設」の区分が新設された。認知症高齢者の割合、略痰吸引・経管栄養・インスリン注射が実施された者の割合、ターミナル期にある者の割合、生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施等の基準が設けられている。平成30年4月に介護療養病床の廃止期限が控える中での新設であるが、これらに該当しない施設については介護老人保健施設等への転換を促される可能性を示唆しているようにも読み取れる。いずれにしても介護療養型医療施設については、新設基準への移行が運営上のポイントになってくることは確実だ。

前提条件

多床室の場合、看護6：1、介護4：1 要介護5の利用者がサービス提供を受けた場合 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、褥瘡対策指導、感染症対策指導を算定



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

Part 3 地域密着型サービス

1. 小規模多機能型居宅介護

「期待される小規模多機能は、評価されたのか？」
「居宅支援施設」としての小規模多機能と、施設型の小規模多機能」

平成37年(2025年)に向けた一連の改革の中で、ひととき高い期待を寄せられているのが「小規模多機能型居宅介護」である。平成21年度介護報酬改定の目玉サービスとして導入されてから、2回の改定を経て6年が経過した。しかし整備数については、社会保障国民会議(平成20年)で示された平成37年の目標数40万人分に対して、平成26年時点の利用数は8.6万人分(介護サービス実態調査)と大きく乖離があり、現状の進捗状況では目標に到達しない可能性が高い。介護報酬上の評価について注視が必要なサービスのひとつだ。

実際に今回の介護報酬改定でも、「減収の幅」が小さかったことが特徴として挙げられる。基本報酬こそ△5.9%(同一建物以外 要介護3 23,439単位→22,062単位)ではあったが、新設された「総合マネジメント体制強化加算」の算定

により、△1.6%程度(同一建物以外 要介護3 23,439単位→23,062単位)に抑えられるとしている。加えて利用定員数の増加(25名から29名)や「訪問体制強化加算」の新設により総合的には増収が可能となる、という立て付けだ。

このうち着目したいのは「訪問体制強化加算」の新設だ。同加算は延べ月200件以上の訪問を行う事業者に対しての評価であるが、この点は小規模多機能が、「宿泊サービス」というよりも「居宅療養・生活」を前提とした居宅支援サービスであることを改めて確認した、とも捉えられる。小規模多機能型居宅介護では、「宿泊サービス」を長期利用するケースも見られるが、利用者が均等に宿泊サービスを利用できると考えた場合、利用者の月間の平均利用日数は9.3日となる(9室×30日=270日、270日÷29名=9.3日。※登録者数や宿泊設備の戸数による)。

利用者ニーズと施設の機能、また政策的な意図も踏まえ、宿泊サービスの運用基準や通所、訪問サービスをどのように組み合わせていくのかについては、継続的な検討が必要だ。

2. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

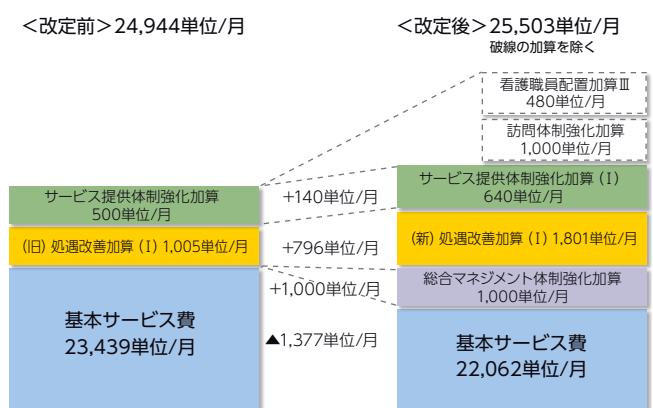
「減算されるも夜勤対象者の緩和」

認知症対応型共同生活介護も、大幅な整備数増が求められるサービスのひとつだが、今回の改定では、基本報酬が△5.7%(例2ユニット要介護3 855単位→806単位)と減幅は大きく、また、それを補完する加算等は特に設けられていないことから厳しい影響が見込まれる。入居者の高齢化(重度化)の問題への対応も求められる中、ターミナルケア加算の充実が図られている。

今回の改定では認知症対応も重点取り組み項目の一つとされたが、整備が順調に進むグループホームではなく、デイサービス等の居宅サービスにおける認知症対応に力が注がれたとも言える。一部設備の基準を満たす場合に限り、3ユニットでのサービス提供も認められることとなったが、既存施設に限った対応であり、3ユニットでのサービス提供は限

前提条件

要介護3の利用者、同一建物居住者以外がサービス提供を受けた場合 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、総合マネジメント体制強化加算、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

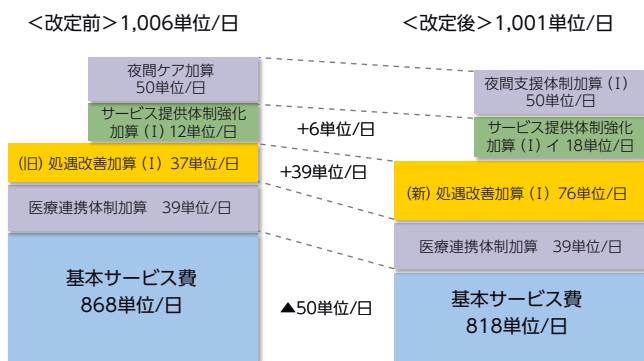


※出所：厚生労働省老健局資料より作成

られているだろう。一方、実務的には夜勤時の2人夜勤体制の対象者として、介護職員以外の宿直者が評価対象になったことは現場ではプラスの要素だ。

前提条件

1ユニットで要介護3の利用者がサービス提供を受けた場合
夜間支援体制加算(Ⅰ)、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ、医療連携体制加算、
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を算定



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

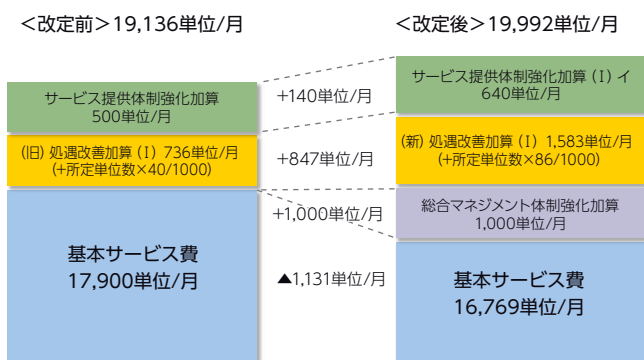
「オペレーターの配置要件緩和」

小規模多機能と並び、地域包括ケアシステムの中核的な機能を期待されている定期巡回型訪問介護看護であるが、平成37年の整備目標15万人分に対して、現状では8,500人（介護サービス実態調査）と大きく不足しており、今後サービス量増加に向けた取り組みを急ピッチで進めていくことが求められている。基本サービス費については、17,900→16,769単位（要介護3）と、△6.3%の減収となっているが、総合マネジメント体制加算を含めると△0.7%の減収と相対的には下がり幅は小さい。

それ以上に大きいのは、オペレーターの人員配置要件の緩和だろう。夜間・早朝の間のオペレーターにつき同一敷地内または隣接する施設・事業所まで、兼務範囲が拡大されたことで、人員配置を効果的に進める可能性が出てきた。報酬としてはプラスとなる項目が少ないものの、オペレーター等の兼務対応等の実務面での対応を検討していくことも必要だろう。

前提条件

要介護3の利用者、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(Ⅰ)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)、総合マネジメント体制強化加算、
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を算定



※出所：厚生労働省老健局資料より作成

* *

平成27年度の介護報酬について、事業ごとの対応方針・方向性についての検証を行った。今回の改定は基本報酬のマイナスを加算等により補填したという説明がある一方で、実質的にはハードルの高い加算が多く、短期的には対応が難しいというのが現場の声だ。

しかし、それはただちに減収を意味する訳ではない。第一に今回の改定では利用者の負担限度額について引き下げは行われていない。視点を変えれば、提供できるサービスの量（利用できるサービスの量）は増えたとも捉えられる。第二に、区分支給限度額対象外の項目が増えている。これも基本サービスや、付加的サービスの量を増やせることに繋がる。これまで限度額の都合上、提供を諦めていた項目について検討する余地が表れてきたと捉えることも出来る。単価だけを見るのではなく、「サービス量の視点」を踏まえ、今後の戦略検討が必要だ。

その際、事業者が考慮しなければならないのは、自らの事業所が提供できる「サービスの種類」であり、「サービスの接続」という視点である。つまり、施設サービス、居宅サービス、地域密着サービス、また医療サービスやボランティアサービスなど、当該法人が有するサービスを「複合的に組み合わせたサービス提供体制」を検討していく必要があるだろう。加えて、保険外のサービス＝自費領域のサービス展開についても、事業モデルとして準備していくことが出来るかは今後の重要検討事項だ。

また人材が慢性的に不足し、人員の入れ替わりが激しい業界の中で、安定した人員の採用・定着・育成の出来る組織はそれだけで大きな差別化要因となる。従業員の満足度・定着率の向上が無くては、提供されるサービスの品質を高めることは難しく、サービスの品質が高まらなければ利用者のQOLを高めることも難しい。処遇改善加算を通じた効果的なキャリアパス構築と共に、ワークライフバランスを実現する働き方が求められる。加算取得のためのキャリアパス形成ではなく、組織の人材育成やサービス品質の向上に焦点を当てたキャリアパスは、採用力強化の意味でも、戦略的な取り組みが必要となる。

一部のサービスについては量的拡大の時代を終え、質的拡充が求められる段階に至っているものと考えられる。特に今回マイナス幅が大きかったものほど、「質的拡充の時代」に入ったサービスであるということができよう。マイナス改定の今だからこそ、平成30年の同時改定に向けた助走期間の今だからこそ、介護保険制度の各サービスの本質に立ち返り、利用者を中心においたサービス提供の望ましいあり方について検討していく必要があるだろう。

「平成27年介護報酬改定と経営セミナー：平成30年同時改定に向けた経営戦略」

- 日時：平成27年5月8日 13:30～17:00/
場所：緑地駅ビル6F(大阪府豊中市寺内2-4-1)
- 講師：高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 常務理事 宮島渡氏/
株式会社日本経営 代表取締役会長 藤澤功明
- 定員：100名(お申し込み多数につき、残席僅かとなっています。お早めにお申し込みください)。お申し込みは当社ホームページのセミナー情報をご確認ください。
<http://nkgr.co.jp/seminar/1008> (受講料：無料)

2015 新春 病院組織人事シンポジウム 「病院経営を強くする職員の働き方革命」

2015年1月31日、大阪国際会議場にて『2015 新春 病院組織人事シンポジウム ～病院経営を強くする職員の働き方革命～』を開催いたしました。

現在、日本においては少子高齢の課題を背景に、労働力人口の不足、そして社会保障制度の維持に黄信号が灯っていると指摘もあり、労働力の安定的確保を目的とした雇用の質改善が急務とされています。特に、女性の多い医療界においては、女性のライフサイクルに合わせた多様な勤務のあり方が求められており、それらを制度として整備するとともに、理解を高める組織風土改革が求められています。

今回の病院組織人事シンポジウムでは、深刻な労働力確保という課題について、3題の講演で、職員の「働き方革命」という視点でシンポジウムを行ないました。



講演1

経営戦略としての ワークライフバランス

株式会社ワーク・ライフバランス
代表取締役社長
小室 淑恵 氏



小室氏は、1990年台半ばより、日本は生産年齢人口が拡大する人口ボーナス期から、働く人よりも支えられる人が多くなる人口オーナス期に突入しつつあるといたうえで、人口オーナス期においては、労働力人口の減少や働く世代が引退世代を支える社会保障制度の維持が困難になると指摘しています。

そして、人口構造及び産業構造の変化として、人口ボーナス期には重工業の比率を高め、長時間労働や男性中心の産業が発達しやすいこと。しかし、人口オーナス期には市場が成熟し労働力が不足しているため、男女ともに効率良く短時間で高い付加価値を産み出す働き方が求められる。高い付加価値を産み出すためにも、長時間労働で組織に縛り付けるのではなく、豊かなライフからの自己研鑽を求めることが必要としています。つまり、今の日本における組織マネジメントは人口構成の変化に適しておらず、今後はダイバーシティー、ワークライフバランスなどを実現できるよう抜本的にマネジメントのあり方を改革する必要があると警鐘を鳴らしています。

講演2

人材活用で「働きやすい職場づくり」 聖隷福祉事業団の取組み

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷三方原病院事務長
山本 功二 氏



山本氏からは、聖隷福祉事業団聖隷三方原病院における取り組みの実践例を紹介いただきました。

同事業団では、職員が永く働き続けられる環境を整えるために、看護職のワークシェア、医師のジョブシェアなどに積極的に取り組んでいます。看護職のワークシェアとは、週

3日勤務、週4日勤務、1日4.5時間勤務、1日6時間勤務、夜勤専従など多様な働き方ができる環境を整えることであり、これによって離職率の改善、産休取得率の向上などの成果を出すことに成功していること、また、医師のジョブシェアとは、フルタイムの医師と女性医師をはじめとする短時間勤務の医師でペアを組むことによって、2人で1.5人分の仕事を行うことであり、これによって短時間勤務医師のフルタイム復帰率の向上および医師の定着が実現できていることを紹介しています。なお、これら取り組みの結果、聖隷三方原病院では2014年に「第8回ワーク・ライフ・バランス大賞」(ワーク・ライフ・バランス推進会議)を受賞されています。

講演3

組織全体で働き方の見直しを 進めていくポイントと手法

株式会社日本経営
戦略人事コンサルティング部長
小畑 隆成



弊社・小畑は、現在、日本は働き方の大きなパラダイム転換の時期を迎えていること、そして、多様な働き方を実現す

るためには、関連諸制度を整備するだけではうまく運用できないといたうえで、望ましい多様な働き方を実現するためには人員数の拡充が求められる一方、それに伴う収益増加が見込めなければ人件費率は向上し、経営を圧迫する要因となりました。このパラダイム転換には、点での対処ではなく、経営及び組織全体的に俯瞰した施策を計画立てて実践していく必要があるとし、いくつかの具体例を紹介しました。



医療法人財団天翁会

理事長 天本 宏氏



医療法人財団天翁会

父の背中を見て医師を選択

— まず、天本先生が医師を目指したきっかけからお話いただけますか。

天本 私の実家は広島ですが、その広島で父親が開業医をしていました。午前中は外来を診て、午後は往診に出かける。ほとんど365日休むことなく診療していました。その後ろ姿を見ていて、長男である兄も、そして私も医師の道を選んだということです。

慈恵医大に入学して最初の2年間は教養課程のようなもので、高校の延長みたいなものでした。だから、最初はそんなに勉強しなくてもそれなりの点数が取れていました。しかし、大学での講義はほとんどが知識の詰め込みに終始しており、何かとてもつまらなくなってきました。これが医療なんだろうかと、疑問を持ったのです。同時に遊びが面白く、田舎から出てきた若者にとっては、都会で過ごすこと、遊ぶことが非常に刺激的でした。成績は急降下し、留年の憂き目にあいました。一時は、大学も辞めようかと考えたこともありました。友人たちに励まされたこともあり、改めて真剣に勉強や医療に取り組もうと考えたのです。

大学を辞めなかった大きな理由の1つは、人が好きだったということが挙げられます。詰め込みの勉強は嫌でしたが、人と会うこと、話をするのはとても好きだったのです。大学の終盤は、かなり真面目な学生でした。その頃、父親が広島で精神科病院を開設したのです。

父親は元々昭和大学で病理を学び、慶応大学の大学院の病理に進んだのですが、その後外科に転身し、田舎で開業医として地域医療に取り組んでいました。地域で往診を重ねる中で、精神科医療の重要性に気づき、病院開設に向かったのです。

病院を開設、そして医療法人財団へ

— 精神科を選択されたのはお父様の影響ですか。

天本 むろん、それもありましたが、結局は人に対する興味です。しかし、精神科を選択したものの当時の精神科医療は、精神病理が中心で、精神衛生に関してはほとんど触れられていなかったことで嫌になりかけていたのですが、森田療法に出会って変わりました。さらに、当時、聖マリアンナ大学を創設するにあたって慈恵医大の長谷川先生が行かれることになったときに、私と一緒に誘っていただいたのです。結局、これが大きな転機になりました。1974年に、長谷川先

生の指導のもと取り組んだ、東京都をフィールドとした高齢者の実態調査の結果、私たちが導き出した結論は、「脱施設化」であり、今後の高齢者医療、とりわけ認知症については、地域を中心とした身近な拠点による訪問型の医療が求められること。それにはかかりつけ医の機能が重要であり、地域における様々な機能、資源とのネットワークが求められるなど、現在のオレンジプランの原型のような取り組みを提言しました。同時に、この調査の結果、長谷川式認知症スケールも検証され、確立されていくことになりました。この研究は5年の追跡調査も行ったのですが、この時代、ヨーロッパでは精神科病院での入院、あるいは日本の特養のように施設での収容、処遇から地域で高齢者等を受け入れるという方向に転換していました。ノーマライゼーションの考えを基本にした取り組みは、当時の私にとっても納得できるものでした。

— しかし、1980年に天本病院を開設された。

天本 ええ。まだ36歳の頃でした。望ましい精神科医療を行うためにはチームでの取り組みが欠かせません。チームで取り組む環境を整備する、そして24時間対応するためにはある程度の人的、物的規模が必要になります。それと地域で受け止める精神科医療を展開するため、多摩地区という町の中で病院を開設する必要があると考えたのです。ただし、病院開設は簡単ではありませんでした。当初、住民の反対もありましたし、地区医師会も地域住民が望まない病院を受け入れるわけにはいかないと、相手にしてくれませんでした。その状況を打開できたのは、若手の市議員の方と出会ったことです。高齢化が進めば、必要になる医療だと理解、支援してくださったのです。

— 法人化に際して医療法人財団を選択されたわけは。

天本 多様なサービスを展開するには、持分のある法人よりも財団が望ましいと考えたからです。同時に、永続的に地域に医療・介護サービスとともに福祉サービスも提供するには持分がないほうがよいということです。1980年代、私も参加していた東京都私立病院会の青年部会での交流、情報交換、当時の河北会長からも大きな影響を受けました。

地域を病棟と考える

— その後、一気に多様なサービス展開をされるわけですが、病院開設当初から、現在の天翁会の姿をイメージされていたのですか。

■新天本病院

179床（一般）内科、脳神経外科、消化器科、呼吸器科、リハビリテーション科（予約制）、老年精神科（予約制）、嚥下外来（予約制）、一般病棟入院基本料（13対1）／亜急性期入院医療管理料1／回復期リハビリテーション病棟入院料1／特殊疾患病棟入院料1／特殊疾患病棟入院料2／臨床研修病院協力型入院診療加算／診療録管理体制加算 ほか

■あい介護老人保健施設

入所150名（内認知症専門棟として50名・内ショートステイ用8床）／通所リハビリテーション50名

■医療系：あいクリニック、あいクリニック中沢、あい訪問看護ステーション、あいクリニック平尾、あい訪問看護ステーション平尾

■介護系：あい小規模多機能施設ほたる、あいグループホーム天の川、ケアプランセンターあいクリニック、あいヘルパーステーション、あい小規模多機能施設かりん、あいグループホームどんぐり、あいケアプランセンターいなぎ、多摩市中部地区地域包括支援センター、多摩市桜ヶ丘いきがいデイサービスセンターさくら



天本 いや、ここまで具体的にはイメージしていませんでした。ただ、父親が往診を繰り返していたことから、何となく医療は施設で行うだけではなく、[生活の場での医療提供]といった訪問もセットであるべきだろうとは考えていました。

— 現在の天翁会に発展した転機は何だったのでしょうか。

天本 訪問診療から訪問リハ、そして訪問看護と訪問を展開するうち、地域を病棟、自宅を病室と捉えれば、「来てもらうのではなく、こちらから出かければ」もっと色んなことができるようになるようになったのです。高齢者への医療に必要な病棟の中にあるサービスを地域に放出・展開するのです。そこに考えが至ったとたん、かなり自由な発想でサービス展開に取り組むことができるようになりました。「Aging in Place」におけるサテライト診療所、訪問看護ステーション、デイサービスセンター、老人保健施設、ケアプランセンター、ヘルパーステーション、そしてグループホーム、小規模多機能施設といった展開につながっているのです。

— 地域内で完結する医療ということですね。

天本 ええ。国の施策は病床を減らしていく方向です。一方、高齢化は進み、何らかの支援を必要とする高齢者は激増していきます。いわゆる2025年問題といっていますが、本当に大変なのはそこから先です。現在、後期高齢者は75歳以上とされていますが、2010年では90歳以上の人口が137万人ですが、2040年には555万人まで増えます。医療のあり方を変えるような世界がもうすぐ先に見えてきているということです。だからこそ、地域の位置づけ、役割が重要になってくると考えます。

次の世代に向けて取り組むこと

— 天本病院を開設されて既に30年以上が経過しました。今後の展開については、どのように考えられていますか。

天本 以前、取引銀行の方に「経営者の賞味期限は長くても30年」といわれたことがあります。私も院長、理事長になって既に30年以上が経過しています。幸いなことに現在の副理事長に、後継者として頑張っていただいていますので、その承継も意識し、さらに地域にとって望ましい医療を展開していくため、2015年までを区切りとした「第三期中期事業計画」に2013年から取り組んでいます。私たちの理念は「信頼と安心の創造」ですが、そのため職員には①ハートワーク（愛）、②ヘッドワーク（智慧）、③フットワーク（行動）を求めています。次のトップを支える幹部職員の育成を強く意識していますし、そのために日本経営にも支援してもらい、人材育成のための人事評価制度の構築など、環境整備に取り組んでいるところです。

— 日本経営を選択された理由は何だったのでしょうか。

天本 社風ですね。自分ではなかなかできない。たとえば、朝礼をキッチンとやる、目上を敬い親孝行を奨励する。法人（多摩市）で朝7時半からといった打ち合わせでも、担当の江畑さんや工藤さんは、必ず時間前に来ていただいている。また、幹部研修などをやってももらっても、コピーではないし、人の感情・想いという厄介なものも踏まえていただいていると感じています。

— 人材育成や教育はすぐには結果がでません。

天本 そうですね。最初は色んな声がありました。しかし、超高齢社会の中で人口オーナスという厳しい状況を迎える。そこを乗り切ってさらに地域にサービス提供するためには、地域への貢献はもちろんですが、ここで働いてくれる職員への貢献という視点をなくしてはいけません。天翁会という場で専門性を発揮していただき、さらに地域に貢献するためには職員の成長なくしては実現不可能でしょう。

— 興味深いお話でした。ありがとうございました。

（文責：編集部）



母親そして上司、先輩から教えられた感謝の気持ち

株式会社日本経営 代表取締役会長 藤澤 功明



社員に送り続けた私の手紙には、「感謝」という言葉、もしくは関連する内容が頻繁に出てくることに、読み返してみても改めて気づきました。それは、自虐的に考えれば、社長としての自信のなさが表れているのかもしれませんが、当時は、ごく素直な気持ちで書いていたのです。

創業者そして2代目と、圧倒的な力で組織を引っ張ってきた2人の後継として、社員をはじめとする多くの方々の支援なくしては、1日も社長としての役割が果たせなかったであろうことは、誰の目から見ても明らかでした。その支援に素直に感謝していたのです。

この感謝の心は、どうも私が小さい頃に、すでに植えつけられていたのかもしれませんが。こんな手紙を社員に送っていました。

社員の皆様へ

「遣り繰りする」とは、広辞苑によれば、「不十分な物事を種々に工夫して都合をつけること」とされています。主婦は限られた収入の中から遣り繰りして、上手に日々の家計を「切り盛り」（広辞苑では、ほどよく物事を処理すること）してくれています。毎日毎日、1年365日、休みなく家族の体を気遣い栄養のバランスを考えて、食事を作ってくれていることが、いつのまにか当たり前となっていたのです。もし私が主夫としてそうしなければならなくなったとしたら、いったいできるのだろうかと思うとぞっとする限りです。

家庭を守ってくださっているお母様や奥様方の限らない愛情なくしては毎日の生活は成り立ちません。

最近、私が書いている手紙を見て、家内がぐすくすと笑うことがあります。たぶん、書いている内容に実行が伴っていないことがあるからだろうと思います。皆さんにお伝えしていることは私自身も不十分であることは認識しており、自分を戒める意味でも、恥ずかしながらあえて書かせて頂いています。

私は28歳のときに母親を亡くしています。私の引っ込み思案を心配してか、母親からは子供のころから、学校の勉強よりも「社会人になったらこうなさい、ああしなさい」といったことを毎日、言われ続けました。その言葉がいまだに体の中を駆け巡っており、そのことで寂しさを感じることもなく、私の心の支えになってくれています。だから、私の手紙も子供たちに読ませています。

それを通じて、菱村議長や小池会長はじめ社会人になってあらゆる先輩や周囲の方々から教えて頂いたこと、そして母親が孫たちに伝えたかったことを間接的にでも子供たちが感じてくれていることにも喜びを感じています。

日頃より社業に熱中して頂くあまり、家庭での時間も限られ、皆様には大変申し訳なく思っています。自分を支えてくださる家族の方に、労いの言葉を添えて、この手紙をお渡してください。

平成19年6月

(続く)

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「仕事に対して明るく前向きな姿勢で取り組む心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」を表現しています。

次号予告

特集：動き出す地域医療構想（仮題）

「地域医療構想策定ガイドライン」が3月31日に公表された。このガイドラインに基づいて、都道府県は平成37年に向けた地域医療構想の策定に取り組むことになる。一方、総務省の「新公立病院改革ガイドライン」も同日、公表された。後者は、地域医療構想を踏まえ、また調整会議の合意に合わせて修正すべきとされている。都道府県の力量が試されようとしている。

その他
FOCUS
介護・福祉施設経営

発行所 日本経営グループ
本社 東京都千代田区神田寺内2-13-3
東京支社 東京都千代田区神田河町2-11-1
編集部
平井昌俊
定価 500円(税、送料込)