

地域医療構想と地域包括ケア

平成30年1月10日

厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当)

伊原 和人

※本資料は、演者個人の見解により作成・構成されています。

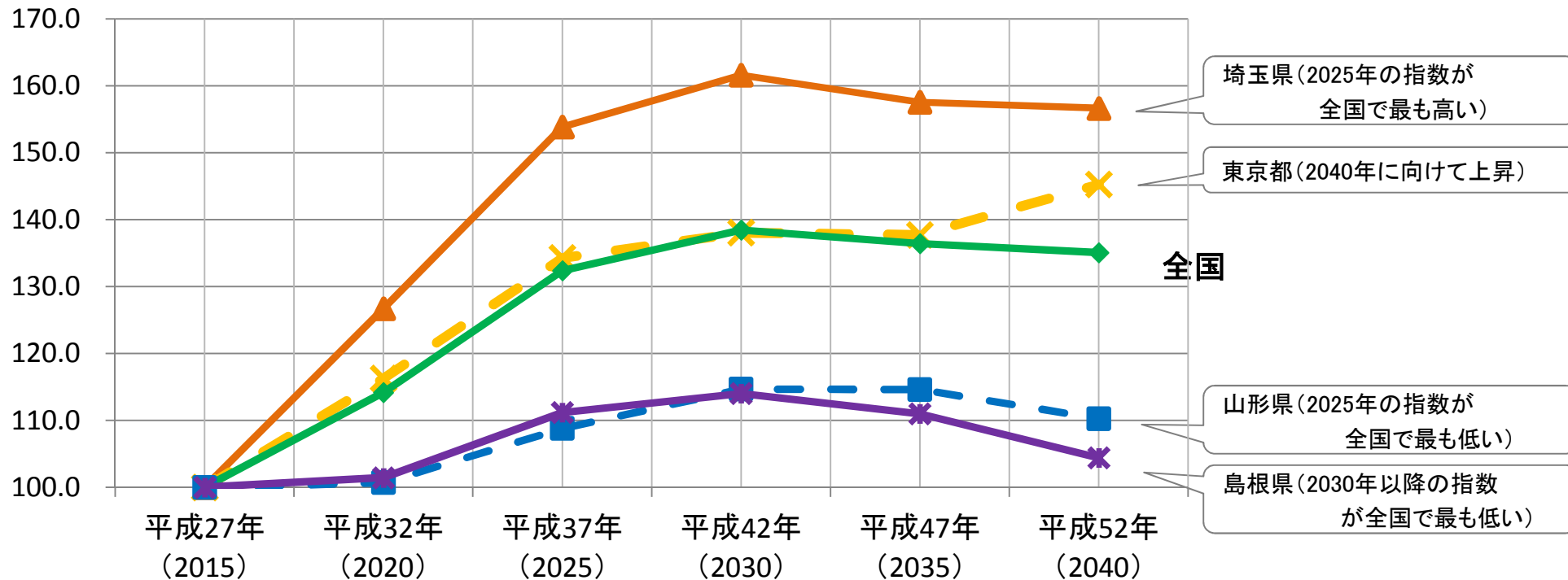
30年で社会は、大きく変わった！7年後は？

	1987年度 (入省時)	2015年度	2025年
高齢者数 (高齢化率)	1,332万人 (10.9%)	3,387万人 (26.6%)	3,677万人 (30.0%)
出生数 (合計特殊出生率)	135万人 (1.69)	101万人 (1.45)	84万人 (1.42(中位))
医療給付費	16兆円	38兆円 (2.4倍)	54兆円 (3.4倍)
国民年金保険料	7,400円/月	16,260円/月 (2.20倍)	16,900円/月 (2.28倍)
非正規労働者数 (比率)	711万人 (17.6%)	1,986万人 (37.5%)	
給与所得者給与	336万円/年	361万円/年 (1.07倍)	

2015～2025～2040年の各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

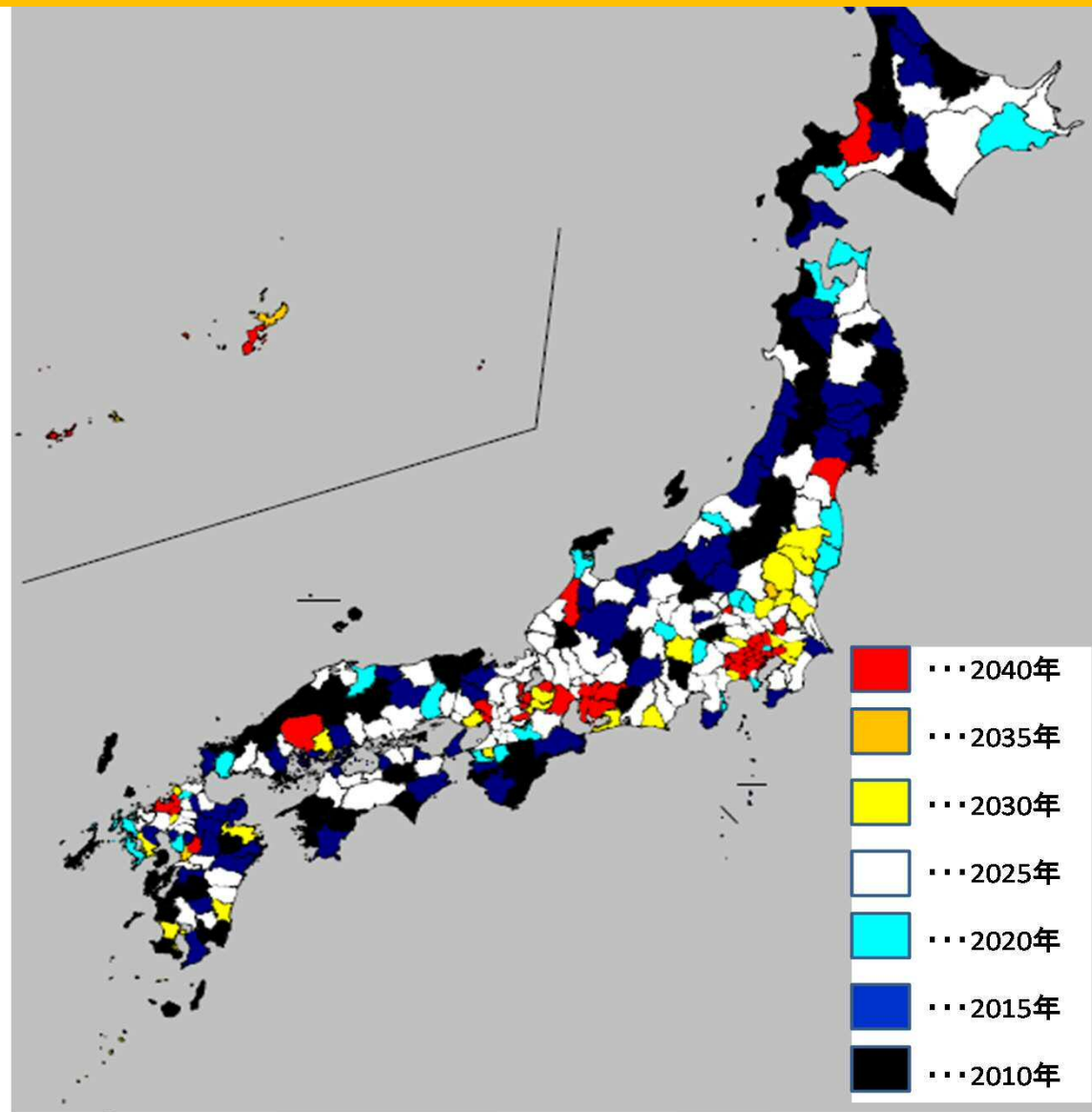
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

中医協 総-2参考
28.12.14より

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる

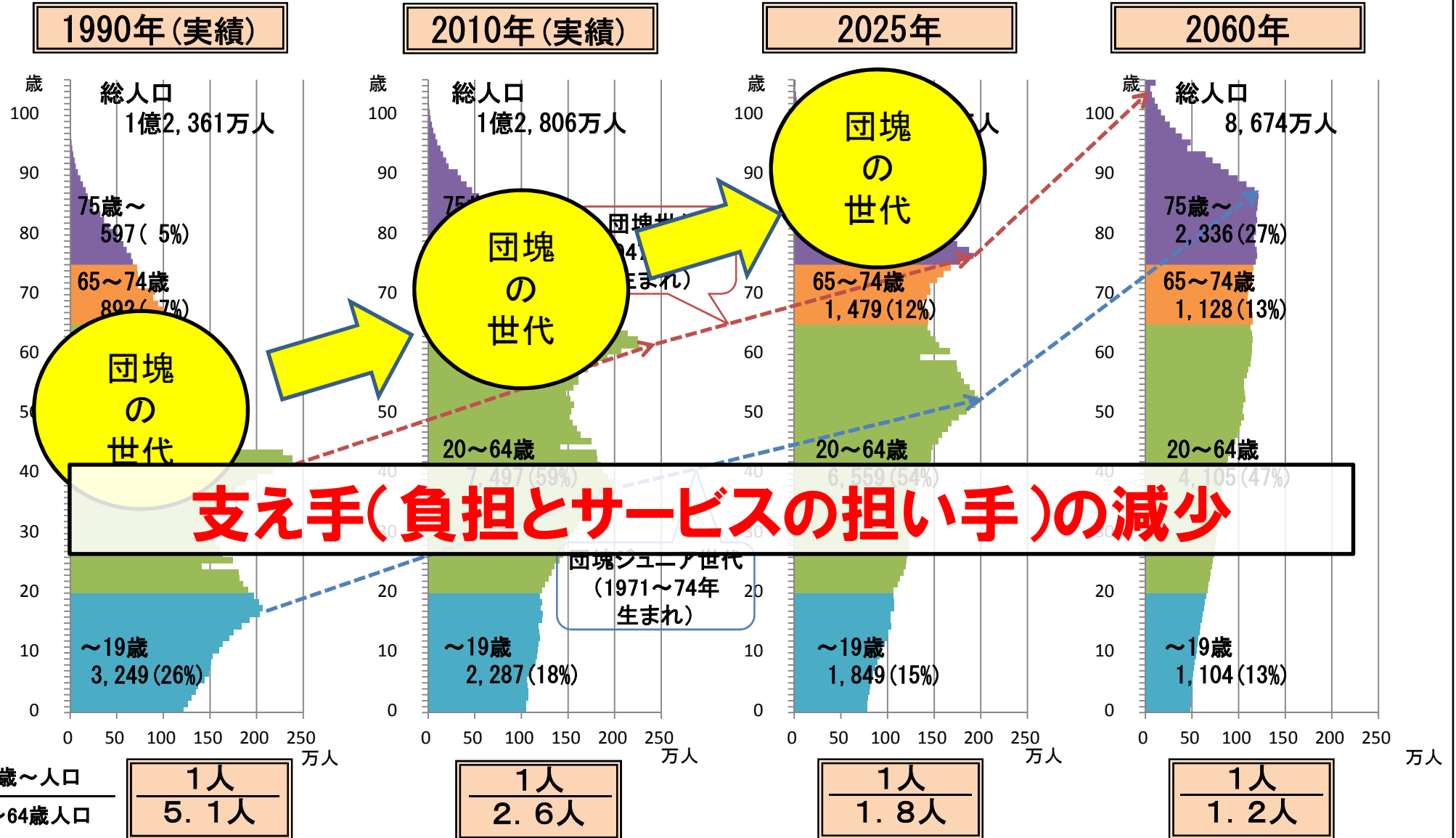


出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

中医協 総-2 参考
28.12.14をもとに加筆修正

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



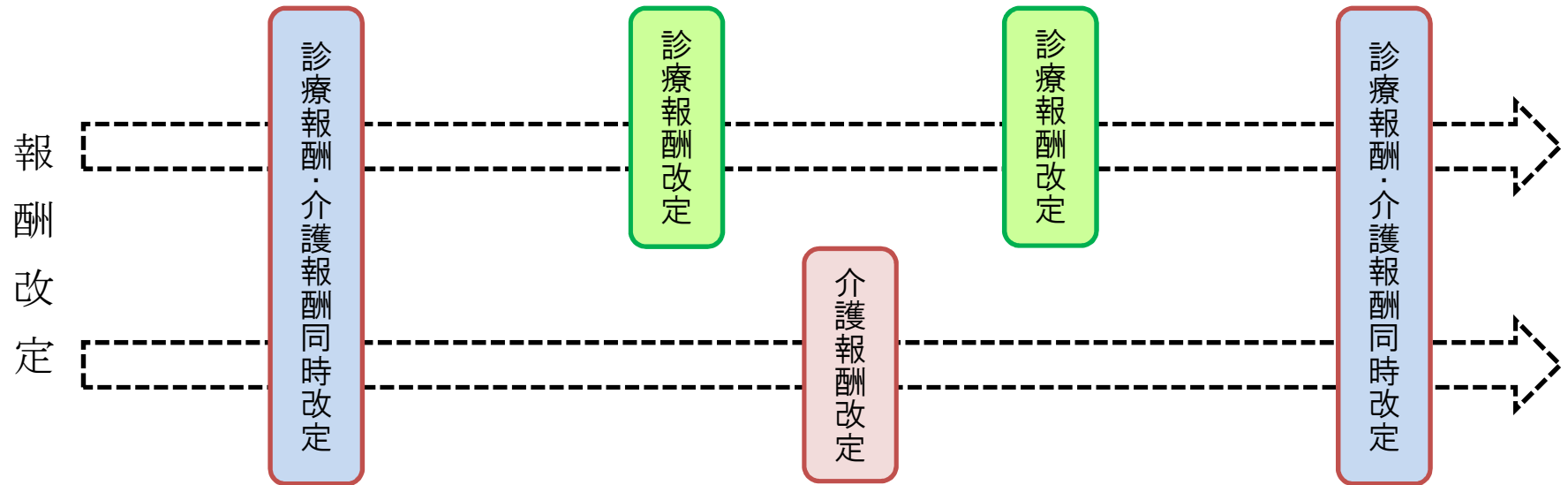
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール

	2017 (平成29)	2018 (平成30)	2019 (平成31)	2020 (平成32)	2021 (平成33)	2022 (平成34)	2023 (平成35)	2024 (平成36)	2025 (平成37)
計 画	第6次	第7次医療計画 (中間見直し)					第8次		
	第6期	第7期介護保険事業(支援)計画			第8期介護保険事業(支援)計画		第9期		

地域
医療
構想

医療機能の分化・連携と地域包括ケア提供体制の構築を一体的に推進
 ※データヘルス、介護ロボット、人材確保・働き方改革等の視点とともに

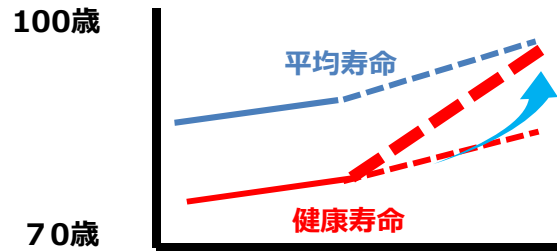


2025年に向けた医療制度・介護制度の改革

- 医療制度・介護制度は、人生100年時代の国民生活を支える重要な基盤。
- 一方、我が国は75歳以上人口の急増、生産年齢人口の減少など、制度を取り巻く構造的な変化に直面。将来にわたる国民生活の安心を確保するため、こうした課題に正面から取り組む必要。
- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年は、医療制度・介護制度にとって大きな節目であり、政策手段を駆使し、以下のような総合的な取組を推進。

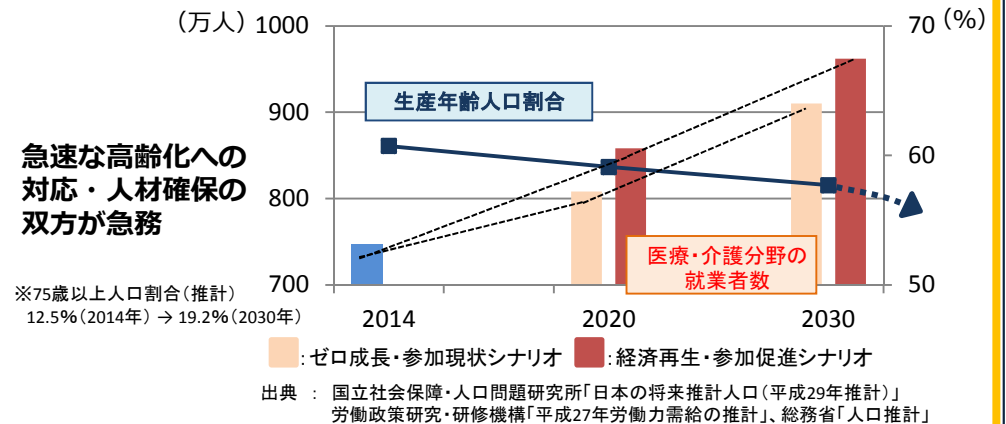
<健康寿命の延伸>

= 活力ある長寿社会の基盤



予防・健康づくりの取組強化により、平均寿命との差を縮小

<急速な高齢化の進展への対応>



政策課題と対応の方向性

- ① 予防・健康づくりの取組強化による健康寿命の延伸
- ② 医療・介護提供体制の改革
地域包括ケアシステムの構築
- ③ 制度の持続可能性の確保
制度を支える人材の確保と働き方改革の推進



医療・介護におけるインセンティブ改革に向けた取組

- 保険者の予防・健康づくり等の取組を通じた医療費・介護費の適正化等を推進するため、医療・介護における **インセンティブ改革を着実に実施**

医療保険制度におけるインセンティブ改革

- 後期高齢者支援金の加減算制度について、予防・健康づくりに取り組む保険者へのインセンティブを強化。

【現行の仕組み】

◇加算・減算率
低く設定
(加算+0.23%、
減算▲0.05%)

◇評価指標
特定健診・保健
指導の実施率のみ

【平成30年度～】

◇加算・減算率
最大で法定上限(±10%)まで
引上げ(32年度までに段階的)

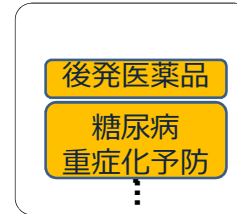
◇評価指標
加えて、**保健指導の成果指標、
がん検診・歯科健診、事業主との
連携等で総合評価**



- 国保の保険者努力支援制度については、平成30年度から
 - ① 財政規模を拡充し**1,000億円規模で実施**するとともに、
 - ② 新たに**アウトカム評価**を導入し、医療費適正化を実効的に推進

【平成28年度】

財政規模：150億円



取組状況中心の評価



【平成30年度】

財政規模：**1,000億円**



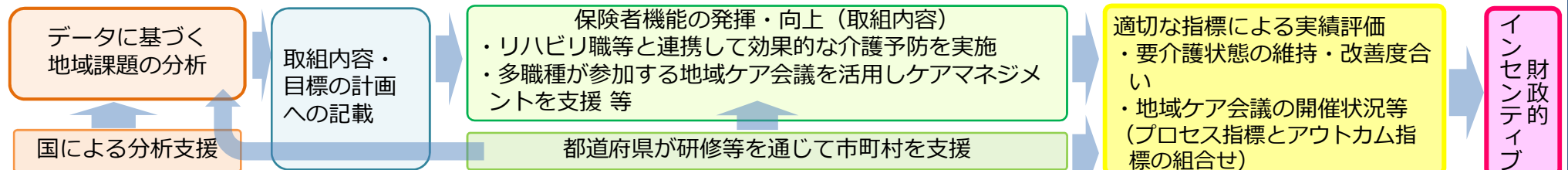
アウトカム評価追加



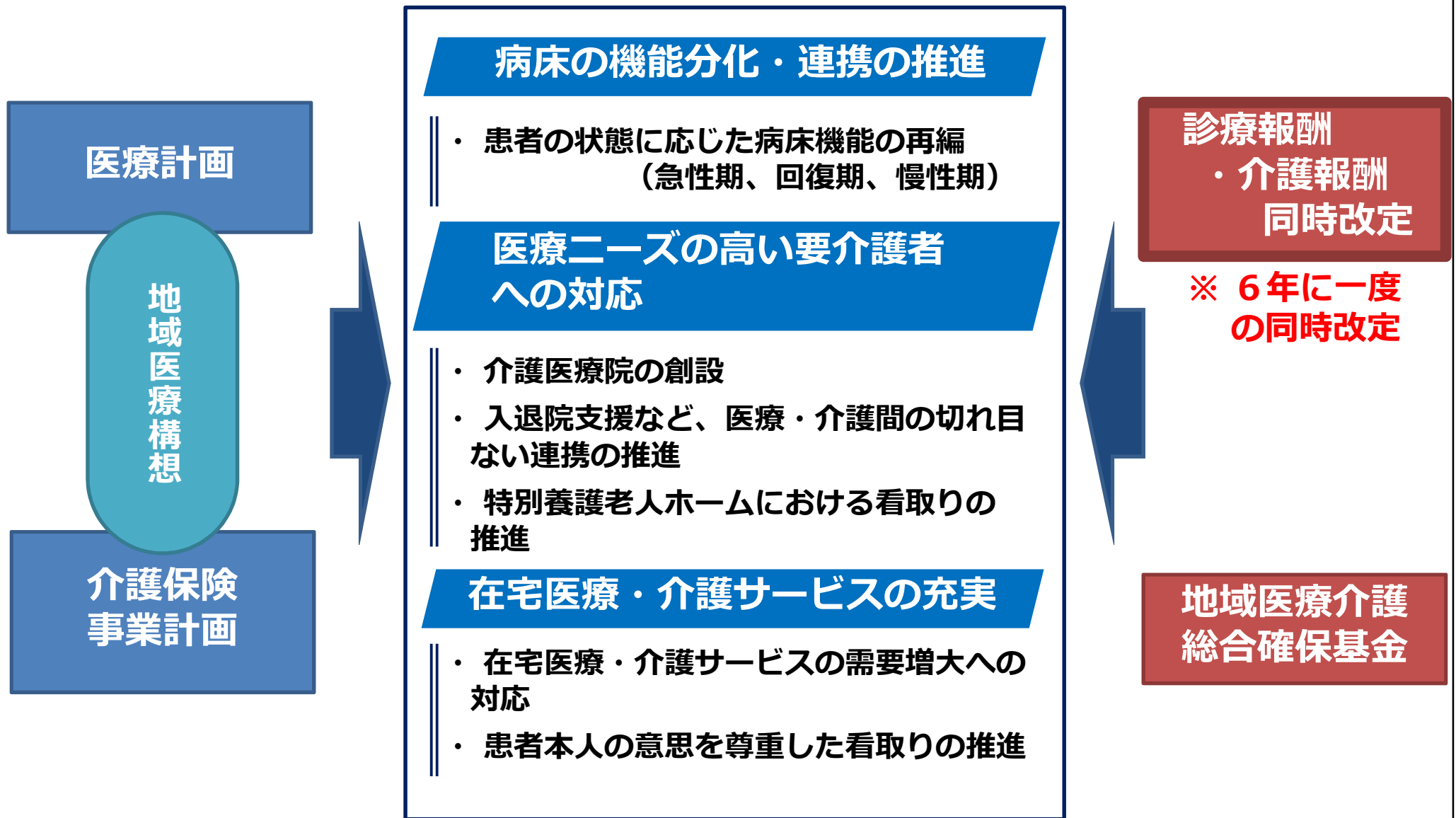
介護保険制度におけるインセンティブ改革

- 平成30年度から、高齢者の自立支援や介護の重度化防止等の保険者の取組を推進するための財政的インセンティブとして、交付金を交付。具体的な評価指標等について、今後、地方関係者等の意見を踏まえつつ検討

【改正介護保険法による保険者機能の強化の仕組み】



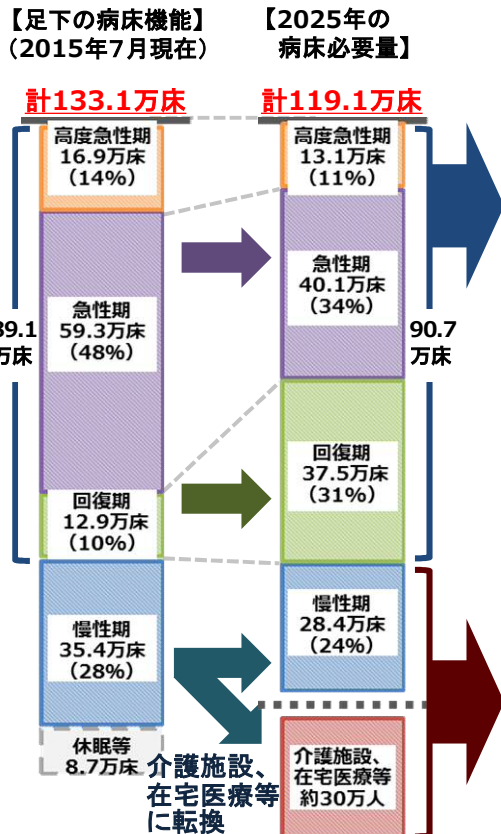
2025年に向けた医療・介護提供体制の改革①



2025年に向けた医療・介護提供体制の改革②

地域医療構想

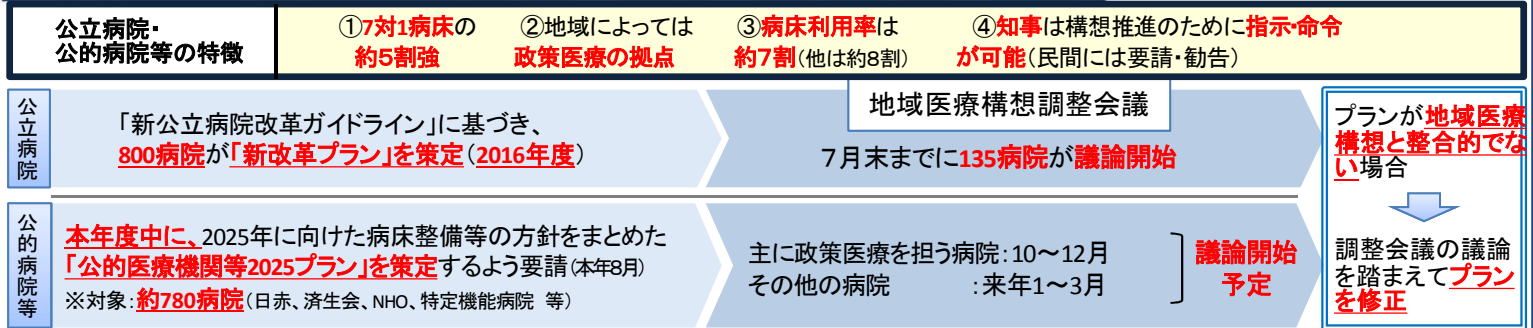
2016年度に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025年時点での
病床の必要量を『見える化』



急性期・回復期

- 個別の病院名や転換する病床数等の**具体的対応方針の速やかな策定**に向けて、**2年間程度で集中的に検討**
- 一般病棟入院基本料(7対1)の約5割強**を占める**公立・公的病院等**について、調整会議における**検討を促進**
- 地域医療介護総合確保基金**や、**診療報酬改定**においても、病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

①「地域医療構想調整会議」における公立病院・公的病院等の議論の促進



②地域医療介護総合確保基金の配分方針

- H29 **病床の機能分化・連携関連に重点化**(504億円)
- H30 **引き続き重点化**
解体撤去費等の対象拡大を検討

③H30診療報酬改定

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価を進め、
病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

慢性期

- 介護療養病床(約6万床)**: **介護医療院等への転換を2023年度末までに段階的・計画的に実施**
- 医療療養病床**: 入院医療の必要性に応じて**介護医療院等**における対応への**移行を促進**
- 在宅医療・介護サービス**: **高齢化の進展や病床の機能分化・連携による需要増大に対応**する提供体制構築

①介護医療院等への転換(同時改定での総合的な対応)

<介護報酬>

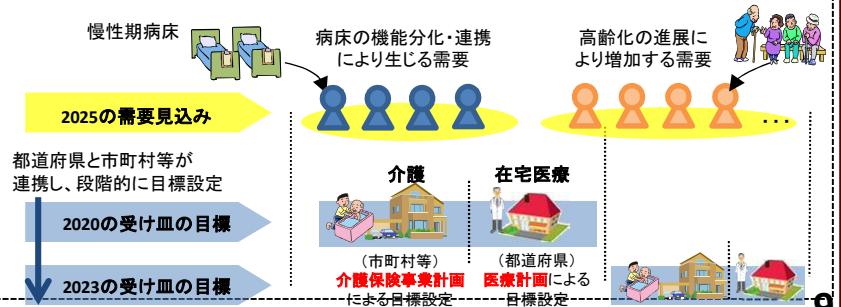
- 介護医療院の基準・報酬は、入所者の状態等に応じた必要な医療が提供されるよう、**I型(介護療養病床相当)とII型(老健施設相当以上)**として、現行の介護療養病床や老健施設を参考に設定。
- 施設基準の経過措置**や**介護保険事業(支援)計画の弾力運用**等の転換支援策を用意。

<診療報酬>

- 療養病棟入院基本料については、より入院医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から見直し。

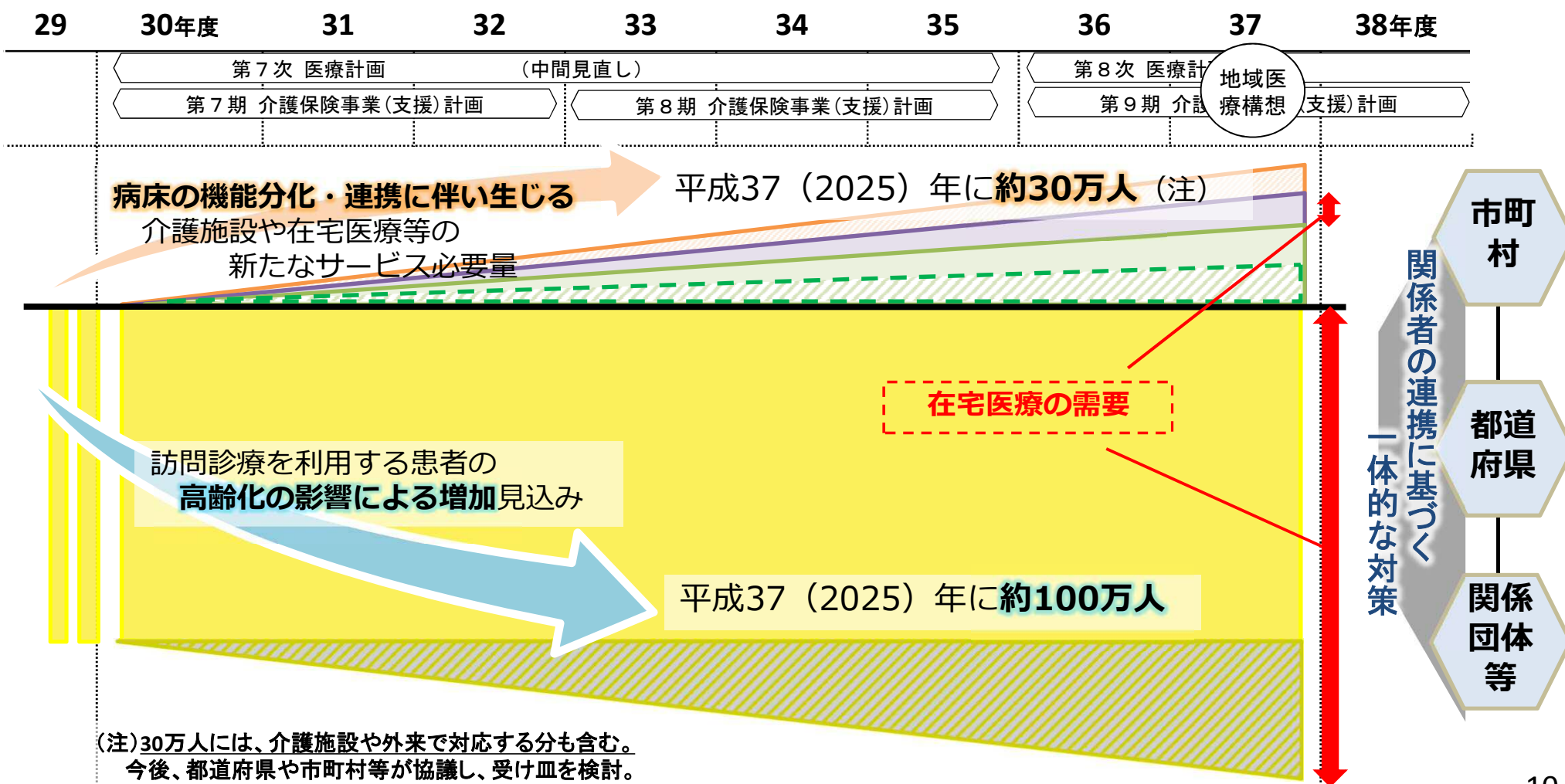
②在宅医療・介護サービスの提供体制の構築

- 高齢化の進展や病床の機能分化・連携による在宅医療・介護サービスの**需要の増大に対応**するため、**都道府県と市町村等が連携して受け皿を構築**。



2025年に向けた在宅医療の体制構築について

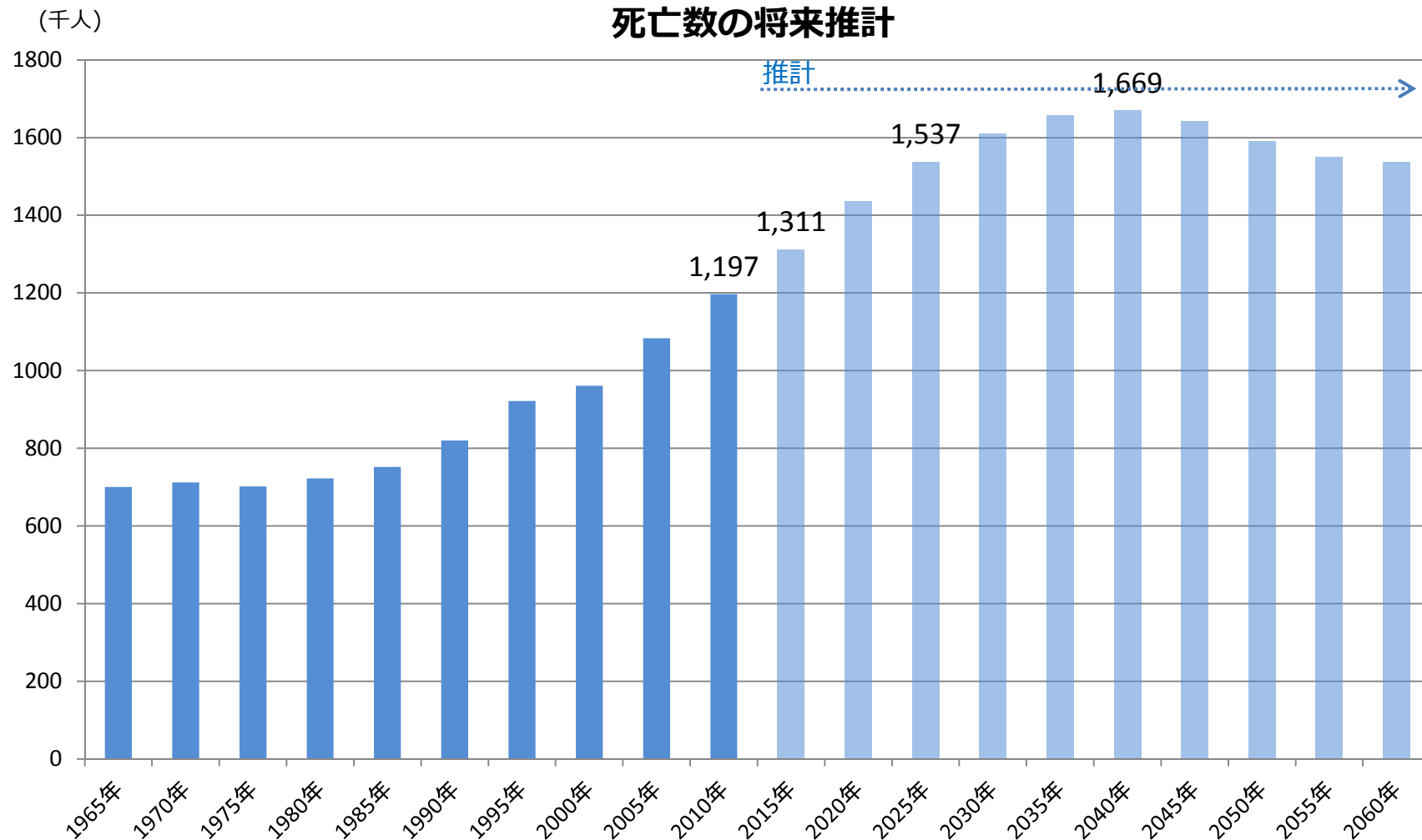
- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**してることが重要。



なぜ地域包括ケアシステムが必要か？

中医協 総-2参考
28.12.14より

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



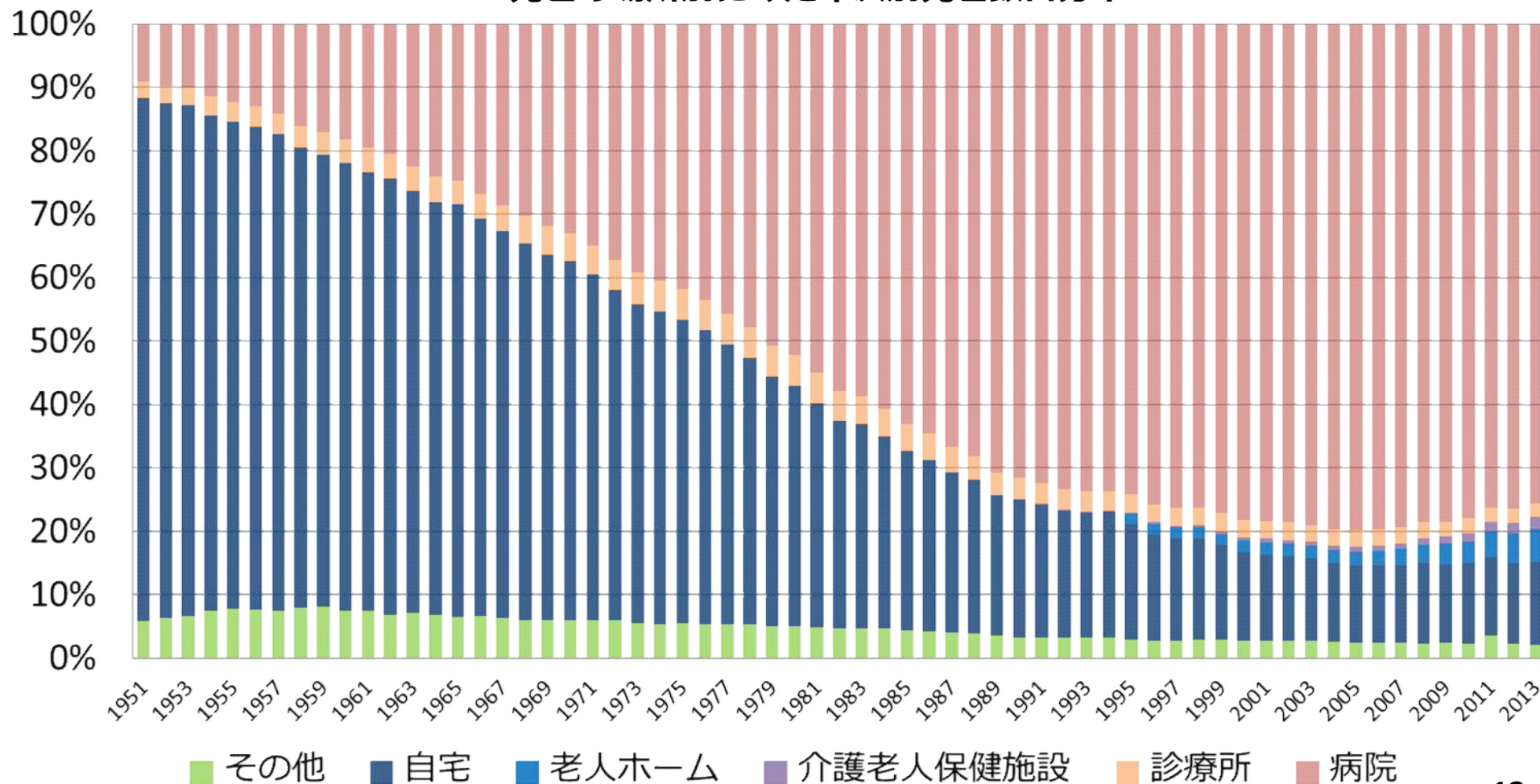
出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？

中医協 総-2参考
28.12.14より

- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率

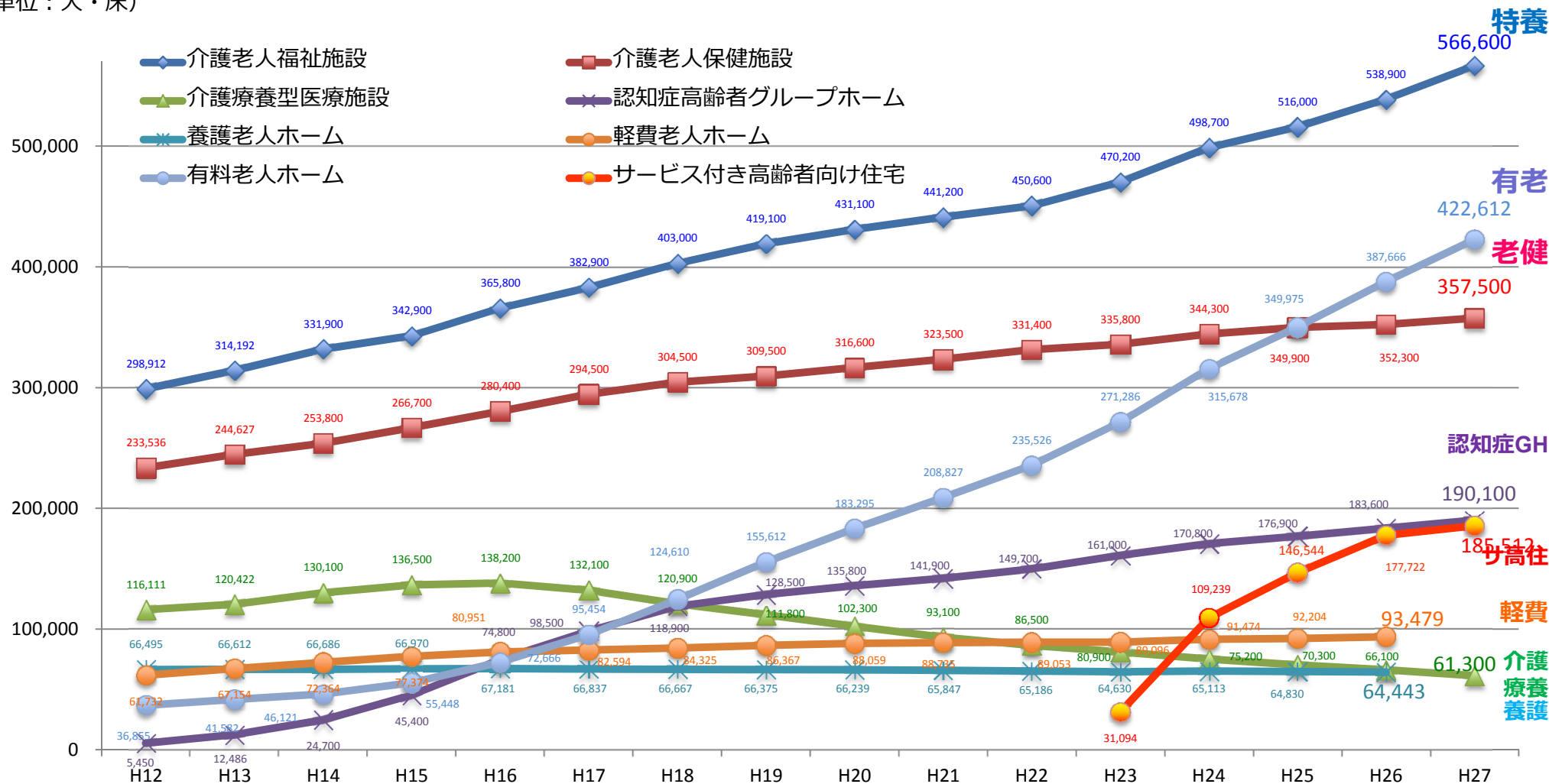


高齢者向け住まい・施設の定員数

中医協 総-3
29.1.11

○ 高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

(単位：人・床)



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24・25は基本票の数値。
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

訪問診療を実施する医療機関数に関する整備目標のイメージ

- 将来の在宅医療の需要を、医療機関ごとの対応できる患者数（訪問診療数、在宅看取り数等）で割り返した値（施設数）を目標とする。

○横浜市青葉区における在宅医療の整備目標の例

需要予測

- 青葉区の死亡小票分析と、死因別死亡者数の予測から、
 - 団塊世代が後期高齢者となる2025年に、死亡者数のボリュームが単純に増加（2倍弱）するだけでなく、
 - その増加が医療機関での看取り能力の限界を超え、在宅看取りへと流れこみ、
 - 結果的に、在宅看取りの増加は約3.5倍に膨らむ、ということが推計された。

～意味合い～

- 区外のクリニックによる看取りを考慮しても、
- 2025年には青葉区内の在支診で、**区民約900人の在宅看取りをカバーしなければならない**

目標設定

- 2025年、在宅看取り（施設 & 自宅）**900人の時代へ**

《実現へ向けた2つのパターン》

在支診体制パターンA
【内科クリニック総動員パターン】
※152クリニック動員
青葉区内の全内科クリニックが在宅にそれぞれ可能なレベルで関わる必要あり

在支診体制パターンB
【在宅専門クリニック牽引パターン】
※94クリニック動員
特化型在支診が8箇所展開、併用型・外來型在支援の不足を補完する

在宅医療に集中・特化したクリニック

午前外来、午後在宅、バランスをとって診療するクリニック

普通の外來クリニックだが、自分の患者さんを何名か往診（非在支診含む）

	在宅医療に集中・特化したクリニック	午前外来、午後在宅、バランスをとって診療するクリニック	普通の外來クリニックだが、自分の患者さんを何名か往診（非在支診含む）
年間在宅看取り	年間40名の在宅看取り	年間10名の在宅看取り	年間2名の在宅看取り
施設タイプ	特化型（在宅メイン） 6箇所	併用型（外來・在宅） 46箇所	外來型（外來メイン） 100箇所
看取り	240名	460名	200名
合計	+	+	
年間在宅看取り	年間480名の在宅看取り	年間320名の在宅看取り	年間100名の在宅看取り
施設タイプ	特化型（在宅メイン） 12箇所	併用型（外來・在宅） 32箇所	外來型（外來メイン） 50箇所
看取り	480名	320名	100名
合計	+	+	

（出典）横浜市青葉区「医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会」資料を改編

平成30年度の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等の報酬改定率

診療報酬本体	+ 0. 5 5 %
各科改定率	
医科	+ 0. 6 3 %
歯科	+ 0. 6 9 %
調剤	+ 0. 1 9 %

薬価等	
①薬価	▲ 1. 6 5 %
※うち、実勢価等改定	▲ 1. 3 6 %
薬価制度の抜本改革	▲ 0. 2 9 %
②材料価格	▲ 0. 0 9 %

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

介護報酬改定 + 0. 5 4 %

障害報酬改定 + 0. 4 7 %

※なお、今年度末までの経過措置とされていた食事提供体制加算については、食事の提供に関する実態等について調査・研究を十分に行った上で、今後の報酬改定において対応を検討することとし、今回の改定では継続することとした。

近年の診療報酬改定率の推移

	本体		薬価等	【参考】 本体+薬価等
平成10年度 (1998年度)	+1.5%		▲2.8%	▲1.3%
平成12年度 (2000年度)	+1.9%		▲1.7%	+0.2%
平成14年度 (2002年度)	▲1.3%		▲1.4%	▲2.7%
平成16年度 (2004年度)	±0%		▲1.0%	▲1.0%
平成18年度 (2006年度)	▲1.36%		▲1.8%	▲3.16%
平成20年度 (2008年度)	+0.38%		▲1.2%	▲0.82%
平成22年度 (2010年度)	+1.55%		▲1.36%	+0.19%
平成24年度 (2012年度)	+1.379%		▲1.375%	+0.004%
平成26年度 (2014年度)	通常改定分	+0.1%	▲1.36%	▲1.26%
	消費税対応分	+0.63%	+0.73%	+1.36%
	合計	+0.73%	▲0.63%	+0.1%
平成28年度 (2016年度)	+0.49%		▲1.82% (うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢薬価等改定分▲1.52%※)	▲1.33% (実勢薬価等改定分で計算すると、 ▲1.03%)
平成30年度 (2018年度)	+0.55%		▲1.74% (うち、薬価制度改革分▲0.29%、 実勢薬価等改定分▲1.45%)	▲1.19% (実勢薬価等改定分で計算すると、 ▲0.9%)

※ 市場拡大再算定(通常分)を除くと、▲1.33%

医療機関の経営をめぐる状況

医療経済実態調査

【損益状況】

- 一般病院全体の損益率は、悪化傾向にあり、28年度は▲4.2%となっている（19年▲5.6%、20年▲4.4%に次ぐ低さ）。
- 医療法人については、28年度は1.8%（17年1.3%、20年1.4%に次ぐ低さ）。

【一般病院の損益率】

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
全体	▲1.7%	▲3.1%	▲3.7%	▲4.2%
国公立を除く全体	0.4%	▲0.3%	0.4%	0.1%
医療法人	2.1%	2.0%	2.1%	1.8%
国立	3.3%	▲0.3%	▲1.3%	▲1.9%
公立	▲8.3%	▲11.3%	▲12.8%	▲13.7%

前回改定の直前の損益率

今回改定の直前の損益率

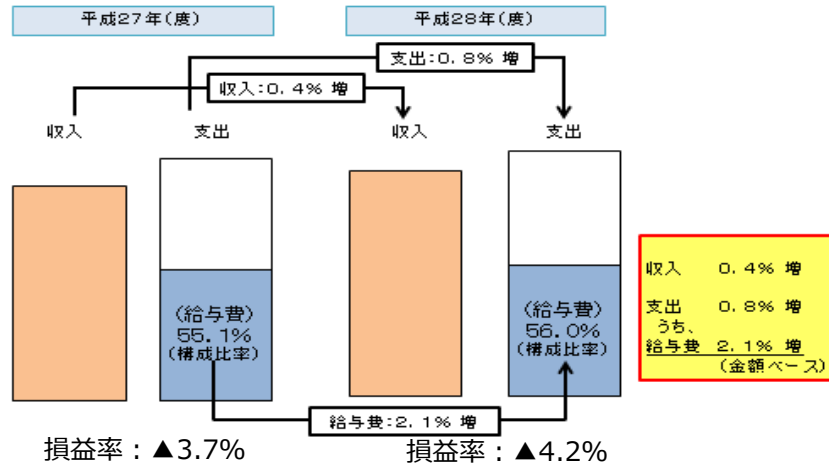
(注) 国公立を除く全体には、医療法人のほか、日赤、済生会、厚生連等の公的医療機関が含まれる。

直近の改定率(平成28年度)

薬価等	本体
▲1.33% (▲1.52%)	+0.49%

(注) ()内は薬価の市場拡大再算定(通常分)を加えたもの

【一般病院全体の収支状況】



- 28年度は収支差▲4.2%となり、28年度改定前(27年度)と比べて▲0.5%。
- 収入が0.4%増加となる一方、支出が0.8%増加。特に給与費が2.1%増加。(金額ベース)

賃金・物価

【賃金関係】

- 他産業の賃金の伸びと比べると、医療分野の賃金の伸びは低い。
- 平成29年4月～8月の賃金は、平成28年までと比べると、上昇傾向にある。

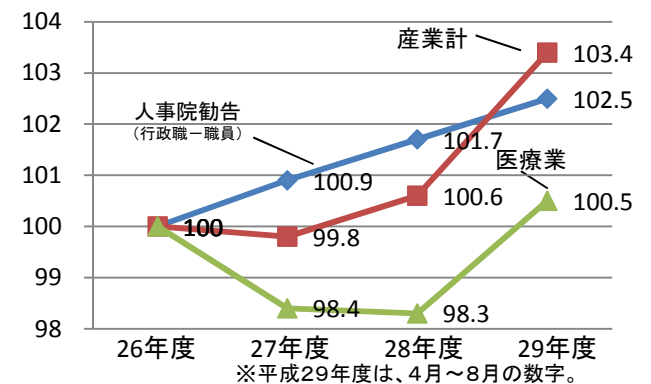
【物価関係】

- 平成29年4月～9月の物価は、前年度同期と比べると、0.5%の上昇となっている。

【参考】平成27年度 0.2%
平成28年度 ▲0.1%
平成29年度 0.5%

【全産業と医療分野の賃金の伸びの比較】

(「人事院勧告」、「毎月勤労統計調査」について、26年を100として指数で表示)



介護サービスの経営をめぐる状況

介護事業経営実態調査

【収支差の状況】

○全産業の収支差率が改善傾向にあるなか、介護サービスの収支差率は悪化傾向

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
介護サービス全体	7.8%	4.8%	3.8%	3.3%
特別養護老人ホーム	8.7%	3.0%	2.5%	1.6%
訪問介護	7.4%	7.4%	5.5%	4.8%
通所介護	11.4%	8.3%	7.1%	4.9%

前回改定の直前の収支差率

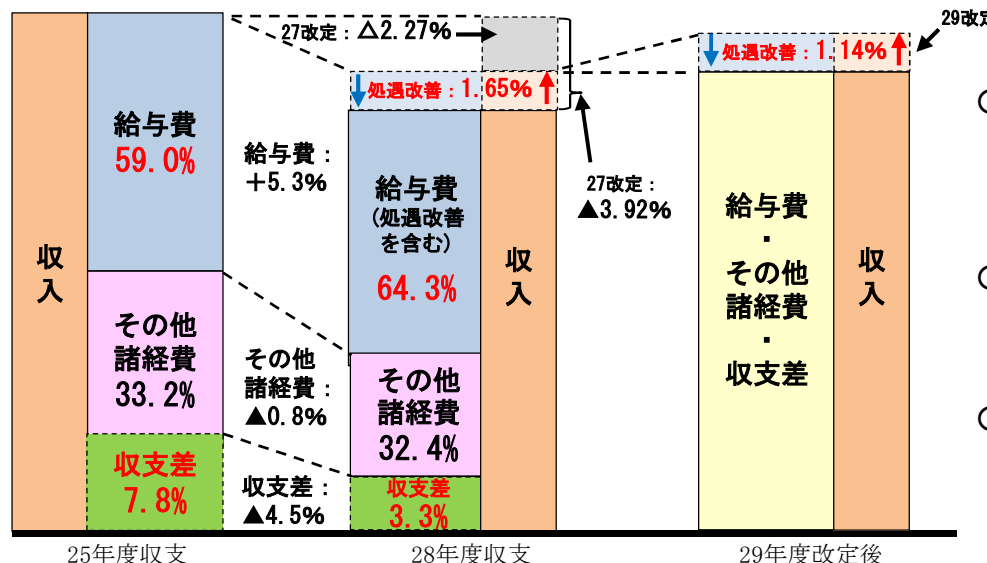
今回改定の直前の収支差率

全産業	4.0%	4.2%	4.2%	4.7%
-----	------	------	------	------

直近の改定率

改定時期	改定率
平成27年改定	▲2.27% (処遇改善を除くと▲3.92%)
平成29年改定 (臨時改定: 処遇改善)	+1.14%

【介護サービスの収支の構造(イメージ)】



○ 人手不足で給与比率が上昇。給与比率は、5.3%の増となっている。

○ 処遇改善加算は、事業所の収支差を改善させない。

○ 施設・設備基準があり、その他経費の節約も限界。

賃金・物価

【賃金関係】

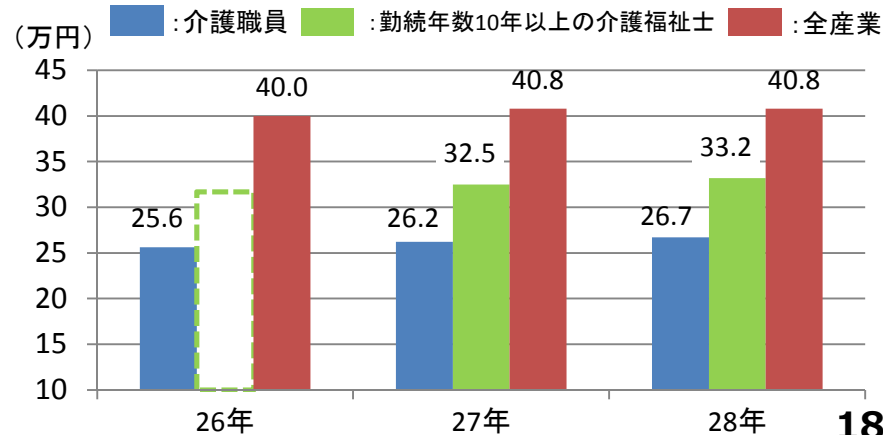
○ 介護職員と全産業との賃金差は依然として存在。

【物価関係】

○ 平成29年4月～9月の物価は、前年度同期と比べると、0.5%の上昇となっている。

【参考】

平成27年度 0.2%
 平成28年度 ▲0.1%
 平成29年度 0.5%



※平成26年の勤続年数10年以上の介護福祉士の賃金については調査を実施していない。

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

- 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進**

I 地域包括ケアシステムの推進、医療機能の分化・強化・連携

- どこに住んでいても**適切な医療・介護サービスを切れ目なく**受けられる体制を整備

具体的方向性(例)

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や、大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
- 地域の状況や患者の状態等に応じた質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 患者本人の意思を尊重した看取りの推進

II 安心・安全で質の高い医療・介護の実現

- 技術の進展、疾病構造の変化や新たなニーズ等を踏まえ、**安心・安全で質の高い医療・介護を実現**

具体的方向性(例)

- がん、認知症等の重点的な対応が求められる分野への対応
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカム評価の推進
- 高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減・悪化の防止に資する介護サービスの推進

III 人材確保・働き方改革

- 厳しい勤務環境の中、医療・介護人材を将来にわたって確保するため、**従事者の負担軽減等の取組を推進**

具体的方向性(例)

- 多職種連携や人材の柔軟な配置等による効率的なサービス提供の推進
- 遠隔診療を含むICT、介護ロボット等の有効活用
- 届出・報告の簡素化等、業務の効率化・合理化の推進
- 専門性等に応じた介護人材の有効活用

IV 制度の安定性・持続可能性の確保

- 国民皆保険を堅持するため、効率化・適正化を図ることにより**制度の安定性・持続可能性を確保**

具体的方向性(例)

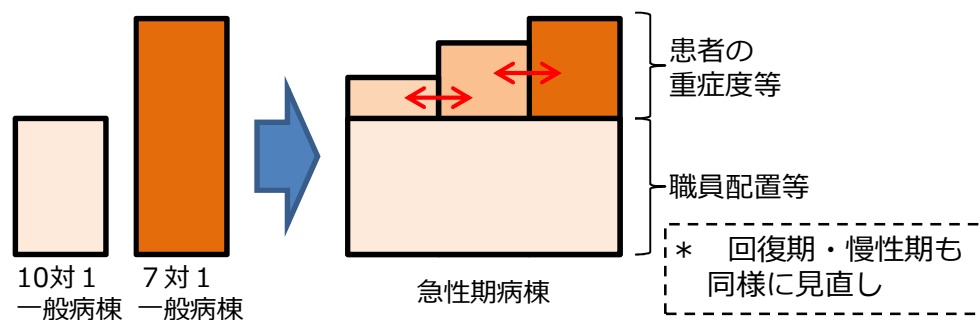
- 薬価制度の抜本改革や費用対効果評価の導入
- 医師・薬剤師の協力による多剤・重複投薬の防止等の医薬品の適正使用や後発医薬品の使用の推進、透析医療の適正化
- いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化
- 福祉用具貸与価格の上限の設定等

地域医療構想と地域包括ケアの視点から見た診療報酬改定の検討内容

入院医療

<入院医療の評価体系の再編・統合>

- ・ **医療機能**や**患者の状態**に応じた評価
- ・ **柔軟な人員配置**



外来・在宅医療

<在宅医療の普及・推進>

- ・ 複数医師が連携した**チーム**による**訪問診療**の拡大

<遠隔診療の推進>

- ・ **オンライン診察**に係る**新たな報酬**の設定

<紹介状なし大病院受診時定額負担>

- ・ 定額負担を徴収する病院の**対象範囲の拡大**

<透析医療機関の報酬>

- ・ **患者の集中度**等に応じた**適正化**

歯科医療

<医科歯科連携>

- ・ **周術期の口腔機能管理**の対象患者
: がん、心疾患等 → 脳血管疾患の追加

<かかりつけ歯科医の取組>

- ・ **重症化予防の継続的管理**や関係機関との連携の評価

<院内感染の防止>

- ・ 器具や機材の滅菌等を基準とした**初・再診料**の見直し

調剤

<門前・敷地内薬局の報酬>

- ・ **処方箋集中度**等に応じた更なる**適正化**

<かかりつけ薬剤師の取組・後発医薬品の使用促進>

- ・ **多剤・重複投薬の防止**や、**残薬の削減**の推進
- ・ **数量シェア80%**目標達成に向けた医療機関・薬局の取組の評価

地域医療構想と地域包括ケアの視点から見た介護報酬改定の検討内容

地域包括ケアシステムの推進

<医療と介護の複合的ニーズへの対応>

- ・ **介護医療院を創設**し、現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設定

<本人が希望する場所での看取りの推進>

- ・ 医療提供体制の整った**特別養護老人ホーム内での看取りの評価の充実**

<医療機関とケアマネジャーの連携の推進>

- ・ 利用者の**入院時・退院時の連携**に関する評価の充実

<地域共生の推進>

- ・ **共生型サービス**の創設

質の高い介護サービスの推進

<外部のリハビリ専門職との連携>

- ・ 特別養護老人ホーム等で、**外部のリハビリ専門職と連携**して行う介護に対する**評価を新設**

<自立支援・重度化防止に資するサービスへの重点化>

- ・ **通常とかけ離れた回数**の生活援助^(※)に対する**市町村の確認**、本人の状態に応じたサービス利用への**是正勧奨**

※ 全国平均利用回数 + 2 標準偏差 (= 偏差値 70)

多様な人材の確保と生産性の向上

<人材の裾野の拡大>

- ・ **生活援助について**、地域支援事業に移行するのではなく、**新研修を創設**するとともに、**報酬を見直し**。質を確保しながら、人材の裾野を拡大

※ 現在は130時間の研修が必要。中高年齢者等が参入しやすいよう短時間の研修を創設

<介護ロボットの活用の促進>

- ・ 特別養護老人ホーム等の夜勤に、**見守り機器を活用した場合の評価の新設**

制度の安定性・持続可能性の確保

<福祉用具貸与の価格の上限設定等>

- ・ 商品ごとの**全国平均貸与価格の公表**、**利用者への説明**
- ・ **貸与価格の上限設定**

<集合住宅への訪問介護の適正化>

- ・ 事業所と同一敷地内にある**集合住宅**に対する訪問介護の**減算幅の拡大** (利用者数**50人以上の場合**)

地域共生の視点から見た障害報酬改定の検討内容

障害者の重度化・高齢化を踏まえた、 地域移行・地域生活の支援

- 重度の障害者への支援を可能とするグループホームについて、**新たな報酬上の類型を創設**
- 一人暮らしの障害者に定期的な居宅訪問等を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「自立生活援助」の報酬を設定**

精神障害者の地域移行の推進

- 長期に入院する精神障害者の地域移行を進めるため、**グループホームでの受入れに係る加算を創設**

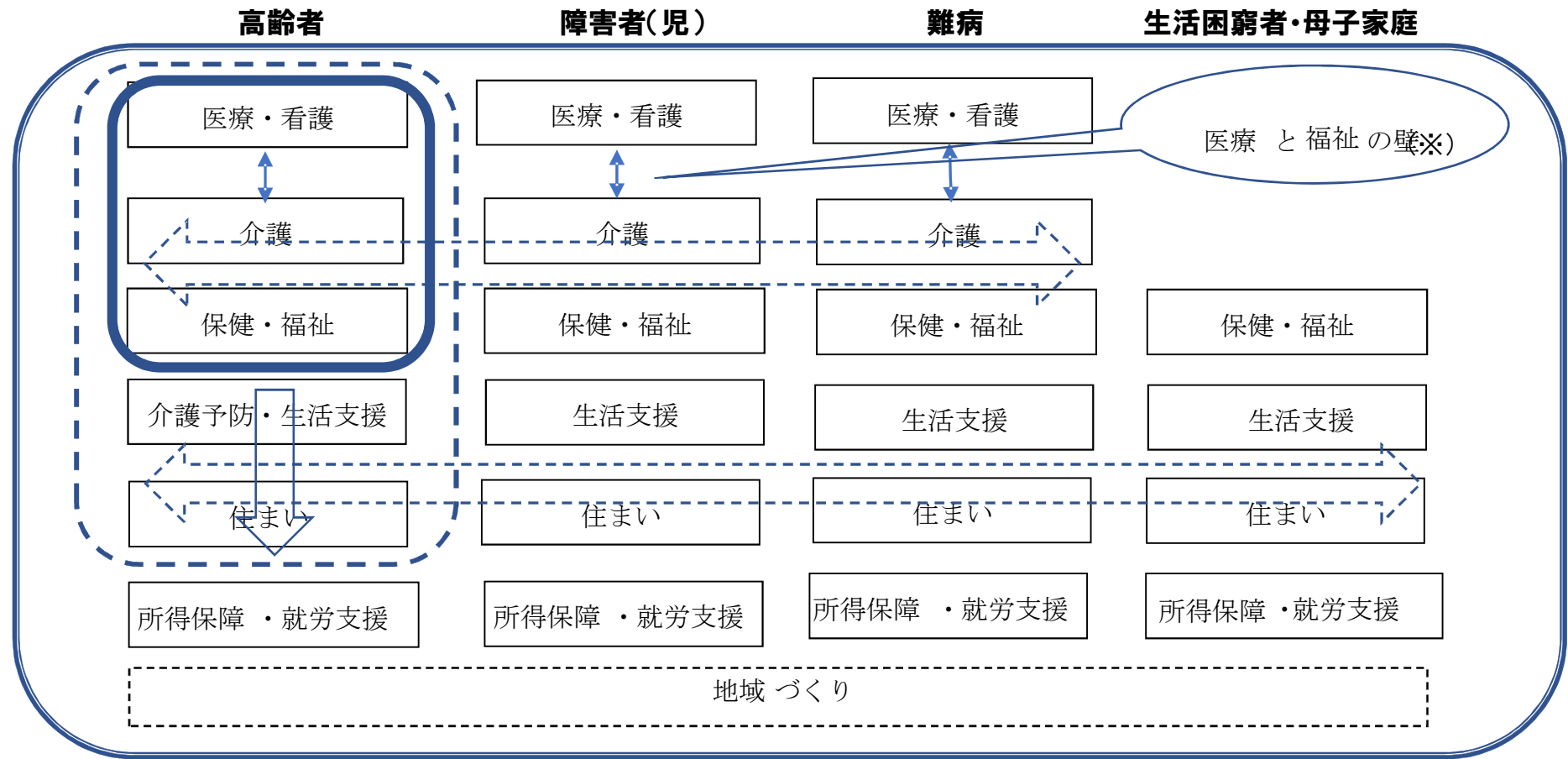
医療的ケア児への対応等

- 人工呼吸器等を使い、たん吸引などの医療的ケアが必要な障害児が、必要な支援を受けられるよう、**看護職員の配置に対する加算を創設**
- 障害児の通所サービスについて、**利用者の状態や利用時間に応じた評価**を行う

就労系のサービスにおける工賃・賃金の向上、 一般就労への移行促進

- **一般就労への移行実績等に応じた報酬体系**とする
- 一般就労に移行した障害者に生活面の支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、**「就労定着支援」の報酬を設定**

医療・福祉連携⇒地域包括ケア⇒丸ごと(地域共生)へ



- 当初の保健・医療・福祉 の連携
- - - - 現在の「地域包括ケア（高齢者介護）」の範疇
- 「地域共生」の射程

(※)昭和62年厚生白書

今後、75歳以上の後期老年人口の増大に伴い、寝たきり老人や痴呆性老人の急増が見込まれている。これら寝たきりや痴呆性等の要介護老人は、保健・医療ニードと福祉ニードを併せ持っていることが大きな特徴であり、その対策を進める上で、これまでの保健・医療・福祉が独立した縦割り型のサービスでは対応できず、保健・医療・福祉が一体となった総合型のサービスが要求される

改正住宅セーフティネット法の概要 (平成29年10月25日施行)

背景・必要性

○ 住宅確保要配慮者*の状況

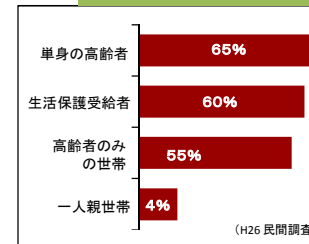
* 高齢者、子育て世帯、低額所得者、障害者、被災者など
住宅の確保に特に配慮を要する者

- 高齢単身者が今後10年で100万人増加 (うち民間賃貸入居者22万人)
- 若年層の収入はピーク時から1割減 (30歳代給与: <H9> 474万円 ⇒ <H27> 416万円 [▲12%])
- 若年夫婦が理想の子ども数を持たない理由「家が狭いから」(16%)
- 一人親世帯の収入は夫婦子世帯の43% (H26: 一人親世帯296万 ⇒ 夫婦子世帯688万円)
- 家賃滞納、孤独死、子どもの事故・騒音等への不安から入居拒否

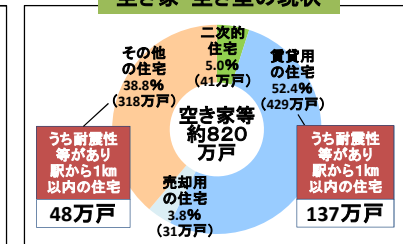
○ 住宅ストックの状況

- 総人口が減少する中で公営住宅の大幅増は見込めない
- 民間の空き家・空き室は増加傾向

大家の入居拒否感



空き家・空き室の現状



空き家等を活用し、住宅セーフティネット機能を強化

法律の概要

○ 国の基本方針[既存]に加え、地域の住宅事情に応じ、地方公共団体が登録住宅等に関する供給促進計画を策定

登録制度の創設

○ 空き家等を住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅として賃貸人が都道府県等に登録

- 構造・設備、床面積等の登録基準への適合(耐震性能、一定の居住面積等)
 - ※ 地域の実情に応じて、供給促進計画で基準の強化緩和
 - ※ 共同居住型住宅の面積等の基準も策定

○ 都道府県等は登録住宅の情報開示を行うとともに要配慮者の入居に関し賃貸人を指導監督

○ 登録住宅の改修・入居への支援

- 改修費を住宅金融支援機構(JHF)の融資対象に追加

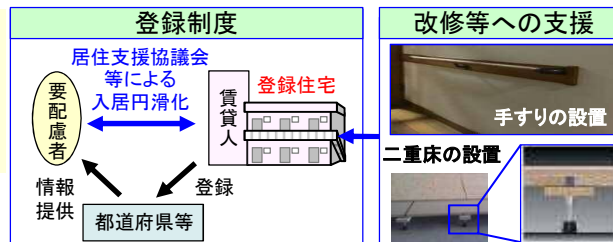
H29予算

専ら住宅確保要配慮者のために用いられる登録住宅について

- ①改修費を国・地方公共団体が補助、②地域の実情に応じて、要配慮者の家賃債務保証料や家賃低廉化に国・地方公共団体が補助

(KPI)

登録住宅の登録戸数
0戸 ⇒ 17.5万戸
(年間5万戸相当)
(2020年度末)



住宅確保要配慮者の入居円滑化に関する措置

○ 居住支援法人による入居相談・援助

- 居住支援協議会の活動の中核となる居住支援法人(NPO等)を都道府県が指定
- 同法人による登録住宅の情報提供、入居相談その他の援助

○ 家賃債務保証の円滑化

- 適正に家賃債務保証を行う業者について、情報提供を行うとともに、JHFの保険引受けの対象に追加
- 居住支援法人による家賃債務保証の実施

○ 生活保護受給者の住宅扶助費等について代理納付*を推進

- ※ 本来、生活保護受給者が賃貸人に支払うべき家賃等を、保護の実施機関が賃貸人に直接支払うこと

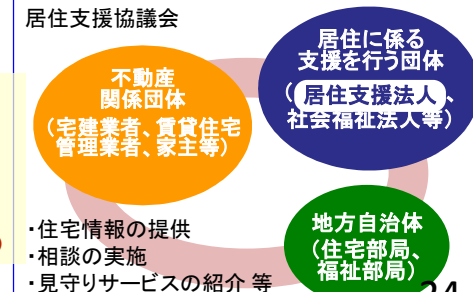
H29予算

居住支援協議会等による円滑な入居等を図るための活動に国が補助

(KPI)

居住支援協議会に参画する市区町村(①)及び自ら設立する市区町村(②)の合計が全体(1,741市区町村)に占める割合
39% (① 669+②17=686市区町村)(2016年)
⇒80% (①+② ≥ 1,393市区町村)(2020年度末)

居住支援協議会による支援の強化



平成30年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・かかりつけ医の機能の評価
- ・かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・国民の希望に応じた看取りの推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
- ・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化（再掲）
- ・外来医療の機能分化（再掲）

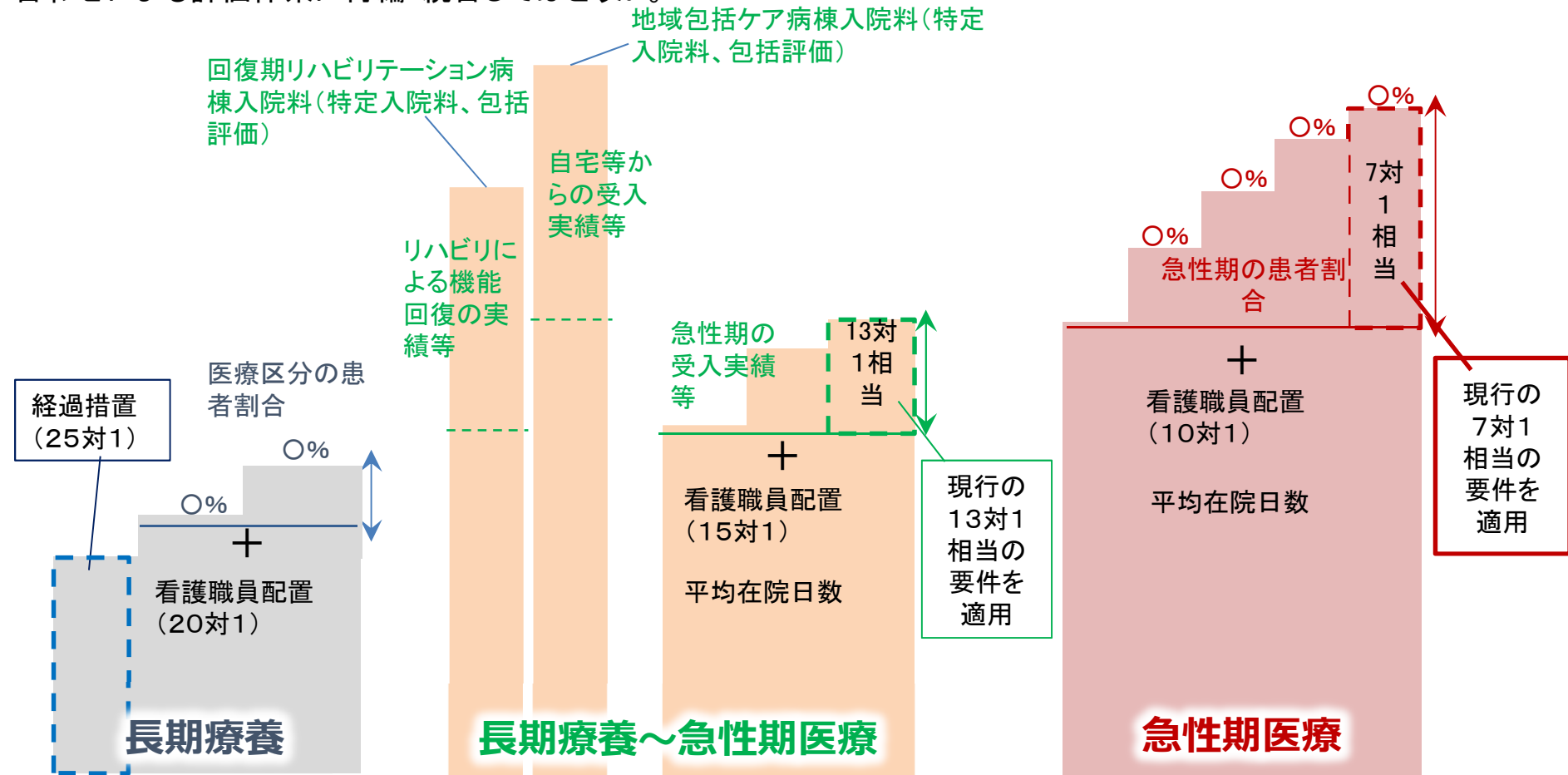
4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
- ・医薬品の適正使用の推進
- ・費用対効果の評価
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系（イメージ）

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。

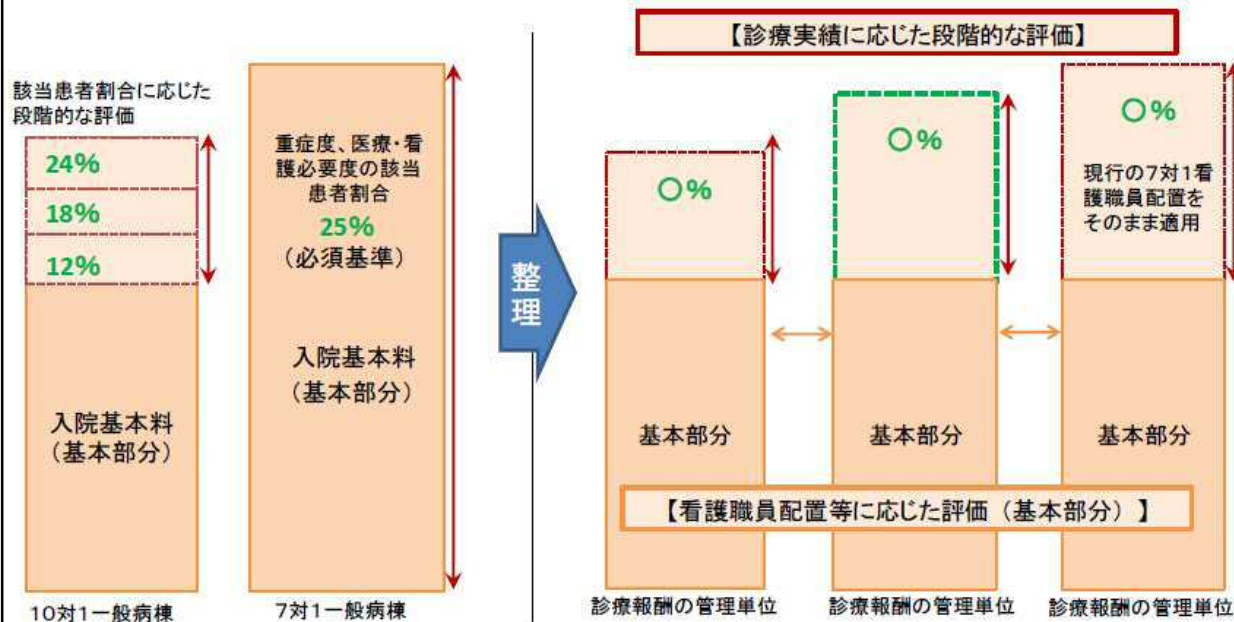
7対1・10対1入院基本料について

7対1・10対1入院基本料の課題

- 将来の入院医療ニーズは、疾病構成や高齢化の影響で、より高い医療資源の投入が必要となる医療ニーズは横ばいから減少、中程度の医療資源の投入が必要となる医療ニーズは増加から横ばいになると予想される。
- 医療ニーズに応じて適切に医療資源を投入することが、効果的・効率的な入院医療の提供にとって重要。
- 7対1・10対1の一般病棟入院基本料について、より適切な医療提供を進める上では、診療実績に応じた段階的な評価との組み合わせで評価することが、医療ニーズと資源投入とのバランスをとる上で望ましいと考えられる。

改定の方向性

＜一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の評価体系（案）＞



例えば以下の点から評価の在り方を検討。

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。
- 現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。

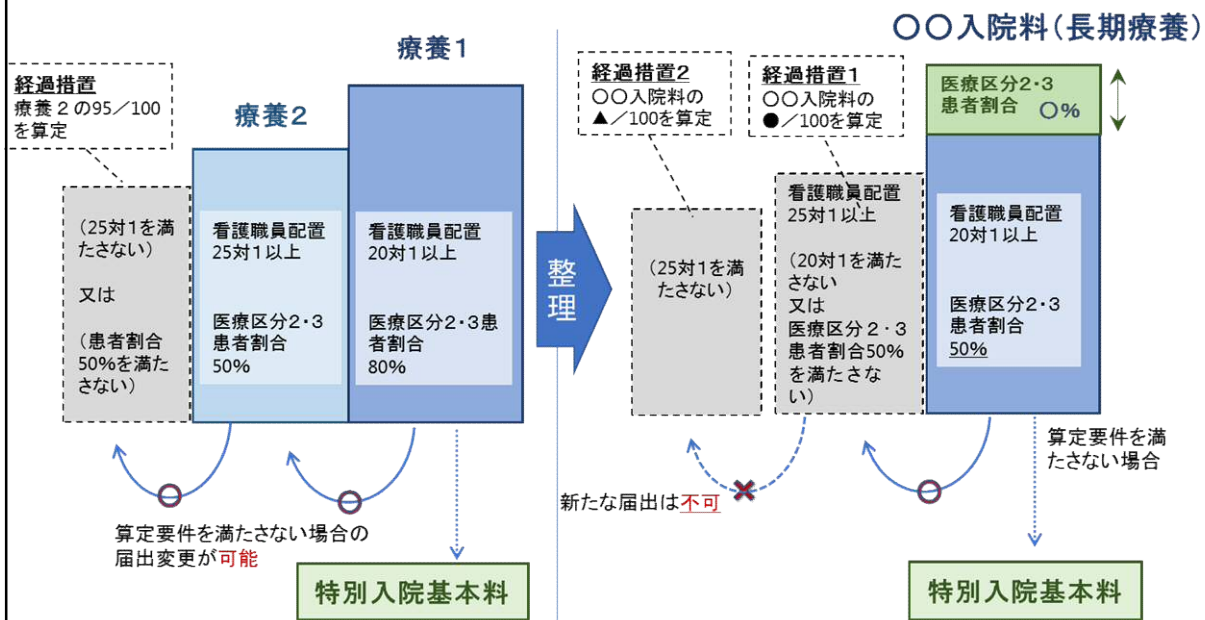
療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料の課題

- 医療療養病床（医療法施行規則に基づく人員配置標準の特例の対象となっているもの）については、慢性期の患者の状態に応じた適切な入院医療を提供する観点から、入院医療の必要に応じて、介護施設・在宅医療等における対応への移行を促進する必要がある。
- 療養病棟入院基本料は、看護配置と医療区分2・3該当患者割合の要件で1と2に分かれているが、療養2の病棟単位でみると、療養1相当の基準を満たす病棟も一定程度存在しており、その機能は多様である。

改定の方向性

<長期療養に係る入院医療の新たな評価体系（案）>



例えば以下の点から評価の在り方を検討。

- 療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の見直しの方向性を踏まえ、基本部分と医療区分2・3患者割合（診療実績）に応じた段階的な評価とを組み合わせた評価体系に見直してはどうか。
- 現行の療養病棟入院基本料2については、医療法施行規則の療養病床の看護配置に係る経過措置が、転換に係る期間を考慮し最大6年間延長されるとの方針を踏まえ、まずは2年間の経過措置としてはどうか。

状態等に応じた質の高い在宅医療・看取りの推進

患者の状態等に応じた訪問診療の確保

課題



- 訪問診療に関連する診療報酬では、比較的状态が安定しているが定期的な診療が必要な患者に対応した評価が設けられていない。
- 有料老人ホーム等、高齢者向け住まいに併設する医療機関では、一定の自立度を有する患者にも訪問診療が提供されている可能性がある。

改定の方向性

- 比較的状态の安定した患者に対する訪問診療について、新たな評価を設ける。
- 併設する高齢者向け住まいへの訪問診療について、外来診療と訪問診療の中間的な性質であることを踏まえ、評価を新設する。

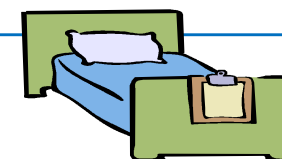
患者本人の意思を尊重した看取りの推進

課題

- 人生の最終段階における医療等については、医療従事者から適切な情報提供がなされた上で、患者と医療従事者らが話し合い、患者の意思に基づき方針決定することが重要。
- 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定・周知してきたが、従事者の34～50%が「ガイドラインを知らない」と回答している。

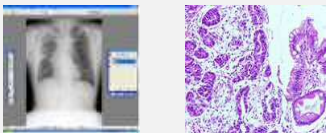

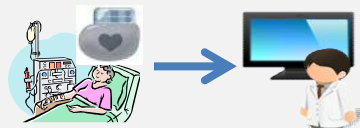
改定の方向性

- 人生の最終段階における医療等の提供方針の決定について、ガイドラインを参考にしたプロセスがとられるよう、ターミナルケアに関連する診療報酬における活用を検討する。



遠隔診療に関する対応について

現行の診療報酬上の評価

	診療形態		診療報酬での評価
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い 特定領域の専門的な知識を持っている医師と 連携して診療を行うもの 		・遠隔画像診断/遠隔病理診断 他医療機関の専門的な知識を持っている医師 に送信し、その読影・診断結果を受信した場合
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を 用いた診察	医師が情報通信機器を用いて 患者と離れた場所から診療を 行うもの 	・電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を 受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護 に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し 治療上必要な適切な指示をした場合
	情報通信機器を 用いた遠隔 モニタリング	情報通信機能を備えた機器を 用いて患者情報の遠隔モニタリ ングを行うもの 	・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者 に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必 要な指導を行った場合

改定の方向性

- 遠隔診療について、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行う。

遠隔診療について、例えば以下の点から評価の在り方を検討。

- 遠隔診療の適用については、患者の状態等を踏まえた個別判断が必要と考えられるため、一定程度の受診期間等を求める必要があるのではないかと。
- 遠隔診療における医療の質を確保する観点から、例えば事前の治療計画の作成・患者同意の取得等を求める必要があるのではないかと など

歯科診療報酬の対応について

歯科診療報酬の課題

- 歯科医療機関を受診する患者は増加傾向にあり、特に75歳以上の増加が著しい。
- かかりつけ歯科医機能の評価として、平成28年診療報酬改定において、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準を新設したが、他の医療機関や介護保険施設等との連携を評価することが必要。
- 患者像の変化等をふまえ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能の評価・管理などに取り組むことが重要。

改定の方向性

- 地域包括ケアシステムの構築を推進するため、かかりつけ歯科医機能の評価や周術期口腔機能管理、全身的な疾患を有する患者に対する医科歯科連携を推進
- 口腔機能が低下した高齢者の口腔の回復や維持・向上のための口腔機能管理の評価
- 在宅歯科医療における、他の医療機関や介護保険施設等との連携の評価

等について検討

歯科医療の提供体制の今後の展望（2025年イメージ）



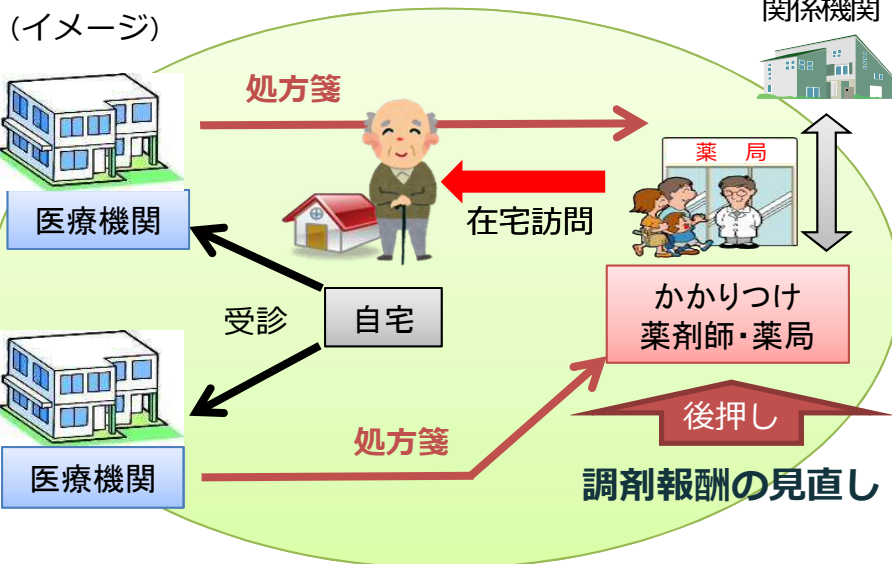
患者本位の医薬分業の推進に向けた調剤報酬の対応について

骨太方針2017の要点

- 薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化
- 対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討
- 様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める

目指す姿 ～地域包括ケアの一翼を担うかかりつけ薬剤師・薬局～

- ◆ 「患者のための薬局ビジョン」（平成27年10月23日厚生労働省）等を踏まえ、地域で暮らす患者本位の医薬分業を実現



改定の方角性

調剤報酬について、例えば以下の点から評価の在り方を検討。

- 処方薬の一元的・継続的管理を行う、かかりつけ薬剤師・薬局の推進
- 医師と連携した、多剤投薬や残薬の適正化への貢献
- 薬剤師の専門性を生かした後発医薬品の使用促進
- 地域の中で、在宅の無菌製剤にも対応できる地域のチーム医療の一員としての活躍
- 医薬品備蓄等の効率性等を踏まえたいわゆる大型門前・同一敷地内薬局に対する評価の見直し など

- 患者本位の医薬分業の実現のため、調剤報酬の抜本的な見直しを進め、**患者にとって付加価値のある業務の評価ヘシフト**。多剤・重複投薬の防止、残薬の削減等を進め、医療費適正化にも貢献。

薬価制度の抜本改革

- 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（H28.12）に基づき、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現。

新薬

新薬創出等加算の抜本の見直し

- ・対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み（約920品目*→約540品目）
- ・企業指標：**企業指標**（革新的新薬の開発等）の**達成度に応じた加算**
* 現行制度が継続した場合

効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- ・対象：**350億円以上***
- ・頻度：**年4回**（新薬収載の機会）
* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

外国平均価格調整の見直し

- ・**米国参照価格リスト**
：メーカー希望小売価格 → **公的制度の価格リスト**

新薬のイノベーション評価の見直し

- ・加算対象範囲（類似薬のない新薬）
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**
（製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定）

費用対効果評価の導入

- ・**試行的実施**
：対象13品目の価格調整を**平成30年4月実施**
- ・**本格実施**
：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

長期収載品・後発品

長期収載品の薬価の見直し

- ・対象：後発品の上市後、**10年を経過した長期収載品**
- ・見直し方法：**後発品の薬価を基準**に段階的に引下げ

後発品価格の集約化

- ・対象：上市から**12年を経過した後発品**
- ・価格体数：**1価格帯**を原則

・対象範囲…全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**H32年中に設定**

毎年薬価調査・毎年薬価改定

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

I 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ・ ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ・ ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- ・ 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- ・ 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・ 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- ・ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- ・ リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- ・ 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- ・ 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・ 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤ 認知症の人への対応の強化

- ・ 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- ・ どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・ 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。 35

Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

- ・ リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリのマネジメントに関する加算の要件とした上で、別途評価する。
- ・ 要支援者のリハビリについて、要介護者のリハビリに設けられている、リハビリのマネジメントに関する加算を設ける。

② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充

- ・ 現在、介護予防通所リハに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハにも設ける。
- ・ 現在、通所リハに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算(6月で目標を達成できない場合は減算)を、介護予防通所リハにも設ける。

③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進

- ・ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。
- ・ 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。
- ・ 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行い、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

※ 「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、10月から施行。

④ 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入

- ・ 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- ・ 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。
- ・ 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

⑥ 身体的拘束等の適正化の推進

- ・ 身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額する。

Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

① 生活援助の担い手の拡大

- ・ 訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。

② 介護ロボットの活用の促進

- ・ 特別養護老人ホーム等の夜勤について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合に関する評価を設ける。

③ 定期巡回型サービスのオペレーターの特任要件等の緩和

- ・ 定期巡回型サービスのオペレーターについて、夜間・早朝に認められている以下の事項を、日中についても認めることとする。
 - ア 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認める。
 - イ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認める。

④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- ・ リハビリテーション会議^(※)への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
 - ※ 関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

- ・ 地域密着型サービスの運営推進会議等の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 個人情報・プライバシーの保護等を条件に、現在認められていない複数の事業所での合同開催を認める。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービスに合わせて、年4回から年2回とする。

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

① 福祉用具貸与の価格の上限設定等

- ・ 福祉用具貸与について、商品毎の全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行う(平成30年10月)。
- ・ 福祉用具専門相談員に対して、商品の特徴や貸与価格、当該商品の全国平均貸与価格を説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示することを義務づける。

② 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

- ・ 集合住宅居住者に関する訪問介護等の減算の対象を、有料老人ホーム等以外の建物にも拡大する。
- ・ 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物について、当該建物に居住する利用者の人数が一定以上の場合、減算幅を見直す。
- ・ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。
- ・ 定期巡回サービス事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

③ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し

- ・ 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職の訪問について、看護職員との連携が確保できる仕組みを導入するとともに、基本サービス費を見直す。
- ・ 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、サービスの提供内容が異なることから、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

④ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等

- ・ 2時間ごとの設定としている基本報酬について、サービス提供時間の実態を踏まえて1時間ごとの設定に見直す。
- ・ 基本報酬について、介護事業経営実態調査による収支差率等の実態を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直す。

⑤ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

- ・ 3時間以上の通所リハの基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直す。