改革工程表2019の進捗状況について

令和2年5月19日 厚生労働省

目 次

| 1. | 令和2年度診療報酬改定について | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | Р | 2 |
|----|------------------|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 2. | 法定外繰入の解消について・ | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | P: | 36 |
| 3. | 介護インセンティブ交付金について | | | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | PΔ | 45 |
| 4. | 介護分野におけるデータヘルス改革 | の | 推 | 進 | رت. | つ | い | 7 | | | | • | • | • | • | • | • | • | ΡΔ | 48 |

1.令和2年度診療報酬改定について

令和2年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0. 55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%

各科改定率

医科 + 0.53%

歯科 + 0.59%

調剤 + 0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲ 0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0. 43%
市場拡大再算定の見直し等 ▲ 0. 01%

② 材料価格 ▲ 0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0. 01%

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として

公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

令和2年度診療報酬改定の概要

I 医療従事者の負担軽減、医師等の 働き方改革の推進

- 1. 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
- 2. 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- 3. タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
- 4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

Ⅲ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

- 1. かかりつけ機能の評価
- 2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
- 3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
- 4. 重症化予防の取組の推進
- 5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
- 6. アウトカムにも着目した評価の推進
- 7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- 8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
- 9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活 の質に配慮した歯科医療の推進
- 10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
- 11. 医療におけるICTの利活用

Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムの推進

- 1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 2. 外来医療の機能分化
- 3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 4. 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
- 5. 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

- 1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 2. 費用対効果評価制度の活用
- 3.市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再 掲)
- 5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- 6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による 医薬品の適正使用の推進
- 7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

Λ

医療機能の分化・強化、連携の推進

【改革工程表2019における記載】

29地域医療構想の実現

ii 病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討

病床の機能分化・強化・連携を推進し、患者の状態に応じて適切な医療資源が投入されるよう、 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しや療養病棟の適切な評価について、

2020年度診療報酬改定において対応。

急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目 判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
 - ・必要度 I 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度 II 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を 算定した患者を新たに評価

| 3点以上」の基準を削除 | *** | - 00 |
|--------------|------------|------|
| | 現行 | 改定後 |
| 開頭手術 | 7日間 | 13日間 |
| 開胸手術 | 7日間 | 12日間 |
| 開腹手術 | 4日間 | 7日間 |
| 骨の手術 | 5日間 | 11日間 |
| 胸腔鏡•腹腔鏡手術 | 3日間 | 5日間 |
| 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 | 2日間 | 5日間 |

2日間

なし

なし

該当患者割合の施設基準

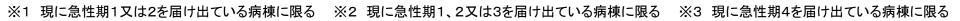
| | 現行 I/II (200床未満の経過措置) |
|-------------|--------------------------|
| 急性期一般入院料1 | 30% / 25% |
| 急性期一般入院料2 | — / 24% (27% / 22%) |
| 急性期一般入院料3 | -/ 23% (26% / 21%) |
| 急性期一般入院料4 | 27% / 22% |
| 急性期一般入院料5 | 21% / 17% |
| 急性期一般入院料6 | 15% / 12% |
| 特定機能病院入院基本料 | 28% / 23% |

| | | 見直し後 I / II (200床未満の経過措置) |
|---|-------------|--|
| | 急性期一般入院料1 | 31% / 29% |
| | 急性期一般入院料2 | 28% / 26% (26% / 24%) ^{※1} |
| | 急性期一般入院料3 | 25% / 23% (23% / 21%) ^{※2} |
| / | 急性期一般入院料4 | 22% / 20% (20% / 18%) ^{※3} |
| | 急性期一般入院料5 | 20% / 18% |
| | 急性期一般入院料6 | 18% / 15% |
| | 特定機能病院入院基本料 | - / 28% |

救命等に係る内科的治療

別に定める検査

別に定める手術



5日間

2日間

6日間

中心静脈栄養の適切な管理の推進

▶ 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、 腸瘻,虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻,虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。

[算定要件]

- (1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、<u>当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際</u>に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。





▶ 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心 静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

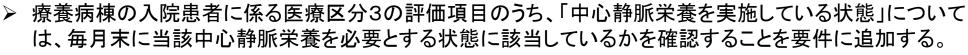
[施設基準]

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

- ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。
- イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る<u>感染症の発生状況を継続的に</u> <u>把握</u>すること。

【経過措置】

令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。







高額医療機器の共同利用の促進

【改革工程表2019における記載】

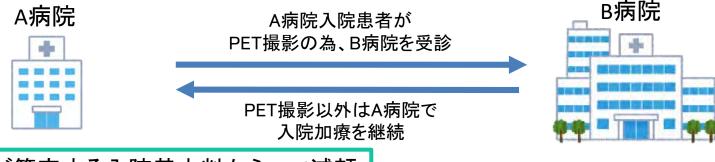
30高額医療機器の効率的な配置等を促進

高額医療機器の共同利用の推進を図るため、2020年度診療報酬改定において、対象となる高額医療機器の範囲を拡大。

高度な医療機器の効率的な利用の推進

ポジトロン断層撮影(PET)のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受け るために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

【現行】 【改定後】 入院基本料から10%減額 入院基本料から5%減額 ※特定入院料等算定病棟でも同様



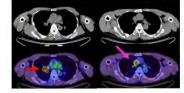
A病院が算定する入院基本料から10%減額



A病院が算定する入院基本料から 5% 減額

- PET検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所 の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断 などに利用される。
- 〇 癌には放射性薬剤が集まるため、薬剤が集まっている場所や集まり方で がんの部位や転移、機能等を診断することができる。(右図矢印)





国立国際医療研究センター病院HPより

ポリファーマシー・重複投薬の解消

【改革工程表2019における記載】

- 34多剤投与の適正化
 - ii 診療報酬での評価等

医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定において多剤投与の適正化を推進。

- 53適正な処方の在り方について検討
 - i 高齢者への多剤投与対策の検討
 - 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定において多剤投与の適正化を推進。

入院時のポリファーマシー解消の推進

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

▶ 現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現行

薬剤総合評価調整加算(退院時1回)

250点

次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。

- (1) 入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた 患者について、処方の内容を総合的に評価及び 調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上 減少した場合
- (2) 精神病床に入院中の患者であって、入院前又は 退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4種類以上内服していたものについて、退院日まで の間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少 した場合その他これに準ずる場合※



改定後

①薬剤総合評価調整加算(退院時1回)

100点

- ア 患者の入院時に、<u>関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する</u> 薬剤等の確認を行う。
- イ アを踏まえ、多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、 処方内容の変更又は中止を行う。
- ウ カンファレンスにおいて、<u>処方変更の留意事項を多職種で共有した上で、</u> 患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
- エ 処方変更による病状の悪化等について、多職種で確認する。
- ②薬剤調整加算(退院時1回)

150点

- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
 - ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ・<u>退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他</u>これに準ずる場合※
- ※ クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合

医療機関から薬局に対する情報提供の評価

▶ 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由 や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。

退院時薬剤情報管理指導料

(新) 退院時薬剤情報連携加算

60点



薬局における対人業務の評価の充実(1)

外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

▶ 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の 服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の 解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

「算定要件〕

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用 中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検 討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



相談

【対象患者】

合計6種類以上の薬剤 が処方されている患者



①患者の服用薬を一元 的に把握

②重複投薬等の解消に 係る提案を作成

報告書の送付

<報告内容(例)>

- ・受診中の医療機関、診療科等
- ・服用中の薬剤の一覧(処方背景含む)
- 重複投薬の状況
- 副作用のおそれがある症状及び関連す る薬剤
- その他(残薬の状況等)
- ・上記を踏まえた、処方変更の提案



薬の変更を検 処方

時に 処 方

次回

0

アウトカムに着目した評価の推進

【改革工程表2019における記載】

38診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進 2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、アウトカム 指標の見直し等を実施。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

- ▶ 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、 その水準を見直す。
 - ・入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
 - ・入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35

施設基準の見直し

▶ 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を必須とすると ともに、入院料2~6についても、配置が望ましいこととする。

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- ➤ 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。
- ▶ 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

▶ 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

効果的なリハビリテーションの提供の推進



適切な栄養管理の推進



入退院時における適切なADLの評価と説明



データ提出加算の見直し(1)

▶ データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

| 許可病床数 | 200床以上 | 200床未満 50床以上 | 50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合 |
|---|---|-----------------|---------------------------------------|
| 急性期一般1 急性期一般2~7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟 | | | |
| 急性期一般2~7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4 | データの提出 | 出が必須 | データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了) |
| 回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟 | データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) <u>※経過措置②を設定</u> | データの提出は不要 = | 改定後 データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定 |

[経過措置]

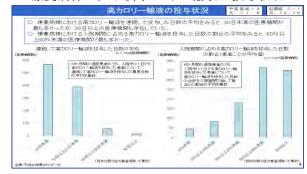
- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の 経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行なっていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。
- ▶ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの内容を拡充する。

[新たに提出する項目(例)]

- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
- ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

(データの活用例)

療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



オンライン診療・オンライン服薬指導

【改革工程表2019における記載】

41オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実

<オンライン診療>

オンライン診療料の普及状況、オンライン診療の適切な実施に関する指針の改訂、医療の質に係る エビデンス等を踏まえ、オンライン診療の実施方法や対象疾患等の要件について、2020年度診療報 酬改定において必要な見直しを実施。

<オンライン服薬指導>

改正医薬品医療機器等法に基づくオンラインでの服薬指導を実施する際の適切なルールについて検討を進め、速やかな施行が可能となるよう検討を行う。(改正法公布後1年以内の施行)

情報通信機器を用いた診療の活用の推進

オンライン診療料の要件の見直し

実施方法

- ▶ 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- 緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

対象疾患

▶ オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な慢性頭痛の患者及び一部の在宅自己注射を 行っている患者を追加する。

オンライン診療の より柔軟な活用

医療資源の少ない地域等

- ▶ やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で初診からオンライン診療を行うことを可能とする。
- ▶ 医師の所在に係る要件を緩和する。

在宅診療

▶ 複数の医師が<u>チームで診療</u>を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

かかりつけ医と連携した 遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

▶ 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、 かかりつけ医のもとで、事前の情報共有の上、 遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療 を行う場合について新たな評価を行う。



情報通信機器を用いた服薬指導の評価 ①

外来患者へのオンライン服薬指導

(新)薬剤服用歴管理指導料 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点 (月1回まで)

[対象患者]

- (1) オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療により処方箋が交付された患者、かつ、
- (2) 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料「1」又は「2」を算定した患者

[主な算定要件]

- 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
- 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
- オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
- 手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること
- ※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、オンライン診療による処方箋により調剤することなどが 要件として求められる。

[施設基準]

- (1) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿ってオンライン服薬指導を行う体制を有する保険薬局であること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次の①、②の算定回数の合計に占めるオンライン服薬指導(※)の割合が1割以下であること。
- ① 薬剤服用歴管理指導料
- ② 在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を含む。)
 - ※ 薬剤服用歴管理指導料「4」及び「在宅患者オンライン服薬指導料」の合計



情報通信機器を用いた服薬指導の評価②

在宅患者へのオンライン服薬指導料

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料 57点(月1回まで)

[対象患者]

- (1) 在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施により処方箋が交付された患者、かつ、
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料が月1回算定されている患者

[主な算定要件]

- ・ 保険薬剤師1人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
- 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
- ・ 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
- オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
- ・ 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと
- ※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤であることなどが要件として求められる

[施設基準]

(1)薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること

オンライン服薬指導を活用した在宅患者への薬学管理(イメージ)

| 第1週 | 第2週 | 第3週 | 第4週 |
|-----|-----|-----|-----|
| 訪問 | | 訪問 | |



月2回の訪問(※)のうち、1回をオンライン服薬指導で対応した場合は「在宅患者オンライン服薬指導料」の算定が可能 ※在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定

| 第1週 | 第2週 | 第3週 | 第4週 |
|-----|-----|-------|-----|
| 訪問 | | オンライン | |

薬価制度改革

【改革工程表2019における記載】

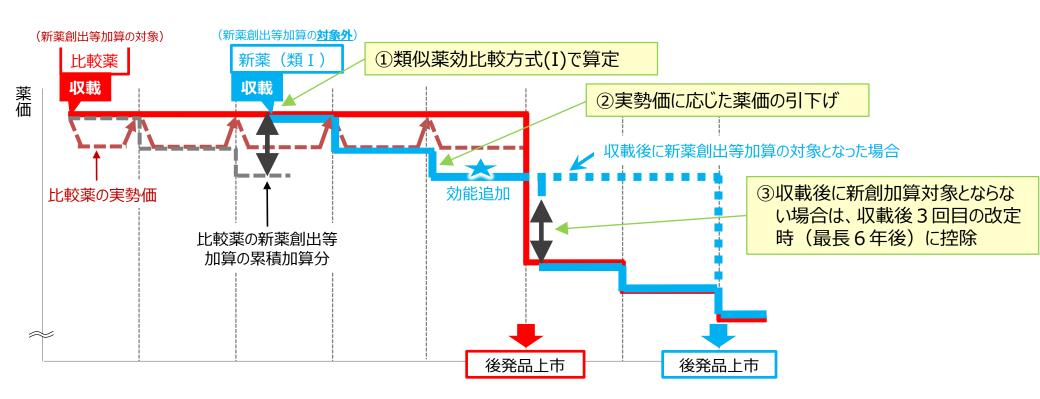
51薬価制度抜本改革の更なる推進

- iii 2020年度の薬価改定に向けた、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、 効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等 について、所要の措置を検討
- 新薬創出等加算の対象外である品目に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における 比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱いについて検討を行い、その結果に基づき、所要 の措置を講ずる。
- 長期収載品に関し、イノベーションを推進するとともに医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造 に転換する観点から、段階的な価格引下げ開始までの期間の在り方について検討を行い、その結果 に基づき、所要の措置を講ずる。
- ・ イノベーションの評価に関し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非について検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定

対応

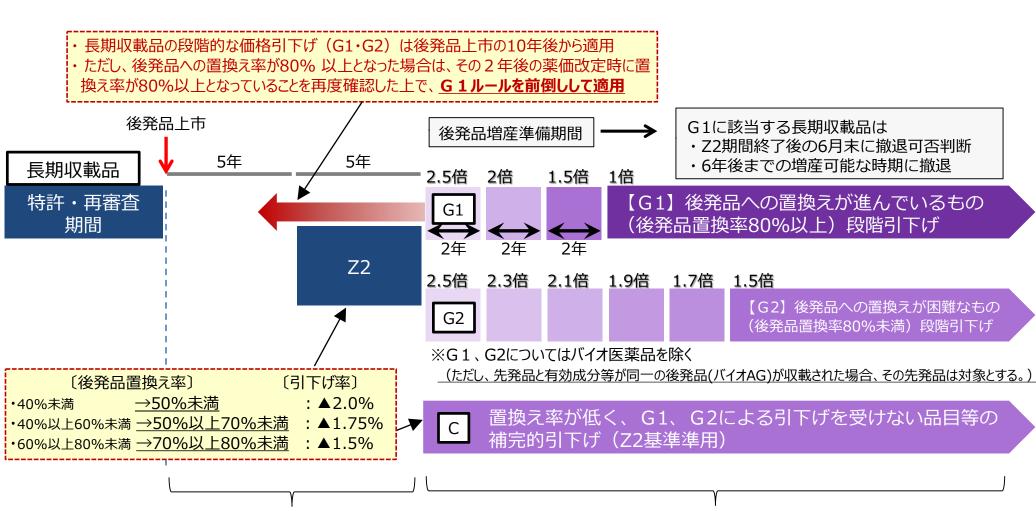
- 類似薬効比較方式(I)等で算定された新薬で、新薬創出加算対象外のものについては、収載から4年を経過した後の初めての薬価改定(収載後3回目の薬価改定)の際に、収載後の効能追加等により新薬創出等加算対象となった場合を除き、収載時点での比較薬の累積加算分を控除する。
- なお、新薬の上市の状況、収載後の効能追加の状況等を踏まえて、本取扱い及び控除の影響を検証し、必要に応じ、所要の措置を検討することとする。



長期収載品の薬価の見直し

対応

● 後発品上市後10年を経過する前であっても、後発品への置換え率が80%以上となった長期収載品は、その2年後の薬価改定時に置換え率が80%以上となっていることを再度確認した上でG1ルールを前倒しして適用。



後発品への置換え期間

効能追加等による革新性・有用性の評価

対応

- 革新性・有用性の高い品目を評価する観点から、「先駆け審査指定制度の対象品目」及び「薬剤耐性菌の治療薬」を新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の品目要件に追加。
- イノベーションを評価するため、収載後に効能追加等が行われたもののうち、追加された効能等において新規作用機序であって、新規作用機序医薬品の革新性及び有用性に係る基準に該当するものを同加算の品目要件に追加。 (既存の効能・効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。)

新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の品目要件

| 対象範囲 | 対象品目 | | | | |
|---|------------|-------------------------------------|--|--|--|
| ●希少疾病用医薬品 | | | | | |
| | ●開発公募品 | | | | |
| /// 3X I I I I I I I I I I I I I I I I I I | | 画期性加算、有用性加算Ⅰ・Ⅱ | | | |
| 後発品が上市され ていない新薬* | | 営業利益率の補正加算 | | | |
| | | 真の臨床的有用性の検証に係る加算 | | | |
| | ●新規作用機序医薬品 | (革新性・有用性のあるものに限る) <mark>(※1)</mark> | | | |
| *後発品が上市さ ●新規作用機序医薬品の収載から3年以内に収載された品目(3番手以内に限る。 れない場合、薬 新規作用機序医薬品(1番手)が加算適用品又は上記基準に該当するもの | | | | | |
| 価収載後15年ま | ●先駆け審査指定制度 | の指定品目 | | | |
| T | ●薬剤耐性菌の治療薬 | <u>(%2)</u> | | | |

- ※1 効能追加のうち、当該追加された効能において新規作用機序医薬品に相当する場合であって、新規作用機序医薬品の革新性 及び有用性に係る基準に該当する場合を含む。ただし、(既存の効能・効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と 類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。)
- ※2 薬剤耐性菌の治療に用いるもので、薬事審査において薬剤耐性菌に対する治療効果が明確になったものに限る。
- (注) 新規に追加・変更される要件については、令和2年度改定以降に保険収載又は効能追加されたものに適用する。

対物業務から対人業務への構造的な転換の推進

【改革工程表2019における記載】

52調剤報酬の在り方について検討

地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価を進めるとともに、調剤料などの技術料を含めた 対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化を行う観点か ら、2020年度診療報酬改定において見直しを実施。 令和2年度診療報酬改定 Ⅱ - 10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 - ①

地域医療に貢献する薬局の評価

▶ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価を見直す。

地域支援体制加算

<u>35点 → 38点</u>

〇地域支援体制加算の施設基準

(1)地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

- (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
- (3)患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
- (4)一定時間以上の開局
- (5)十分な数の医薬品の備蓄、周知
- (6)薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
- (7)24時間調剤、在宅対応体制の整備
- (8)在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
- (9)保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
- (10)医療安全に資する取組実績の報告
- (11)集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。

※青字は変更部分

- 〇 調剤基本料1を算定している保険薬局
- 以下の基準のうち①~③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。
- (1薬局あたりの年間の回数)
- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績 12回以上 ※1
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上 ※2
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研 修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 1回以上出席
- 調剤基本料1以外を算定している保険薬局

以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。

- (①~⑧は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、⑨は薬局あたりの年間の回数)
- ① 夜間・休日等の対応実績

400回以上 10回以上

- ② 麻薬の調剤実績
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
- ④ 重複技業・相互作用等防止加昇等の実績④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績

40回以上

- ⑤ 外来服薬支援料の実績
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績

12回以上 1回以上

⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績

12回以上 ※1

⑧ 服薬情報等提供料の実績

60回以上 ※2

- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 5回以上出席
- ※1 在宅協力薬局として実施した場合(同一グループ内は除く)や同等の 業務を行った場合を含む。
- ※2 同等の業務を行った場合を含む。

かかりつけ薬剤師指導料等の評価

▶ 対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括 管理料について、患者のプライバシーに配慮や残薬への対応に関する要件を見直すとともに評価を見直す。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 <u>73点</u> 281点

[施設基準] (新設)

【薬剤服用歴管理指導料※】

[算定要件]

- (1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。
- ※ かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して薬剤服用歴管理指導料に 係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行 うこととされている。

見直し後

【かかりつけ薬剤師指導料】 <u>76点</u> 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 <u>291点</u>

[施設基準]

患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを 有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

【薬剤服用歴管理指導料※】

[算定要件]

(1)エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。



令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するた めの所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 -2

薬局における対人業務の評価の充実②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

薬局が患者のレジメン(治療内容)等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、 その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回まで)

「対象患者]

連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等 の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者

[算定要件]

①レジメン(治療内容)等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持 療法に係る薬剤に関し、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書 により提供した場合に算定する。

「施設基準]

- (1) パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加していること。
 - ※ 経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

医療機関



外来化学療法室 看護師

①患者がレジメン等を持参

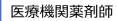
※公開されたレジメン情報や 研修会を薬局が活用

4 確認結果をフィードバック



- ②レジメン等に基づく服薬指導
- ③患者の服薬状況、副作用の 有無等を確認

⑤薬局からの情報を必要に応じ て診療に活用



令和2年度診療報酬改定 Ⅱ -10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 -②

薬局における対人業務の評価の充実(4)

調剤後薬剤管理指導加算

▶ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する 観点から、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作 用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合を新たな評価。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 30点(月1回まで)

[対象保険薬局]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤(以下「インスリン製剤等」という。)を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

[算定要件]

患者等の求めに応じて、

- ① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
- ② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。

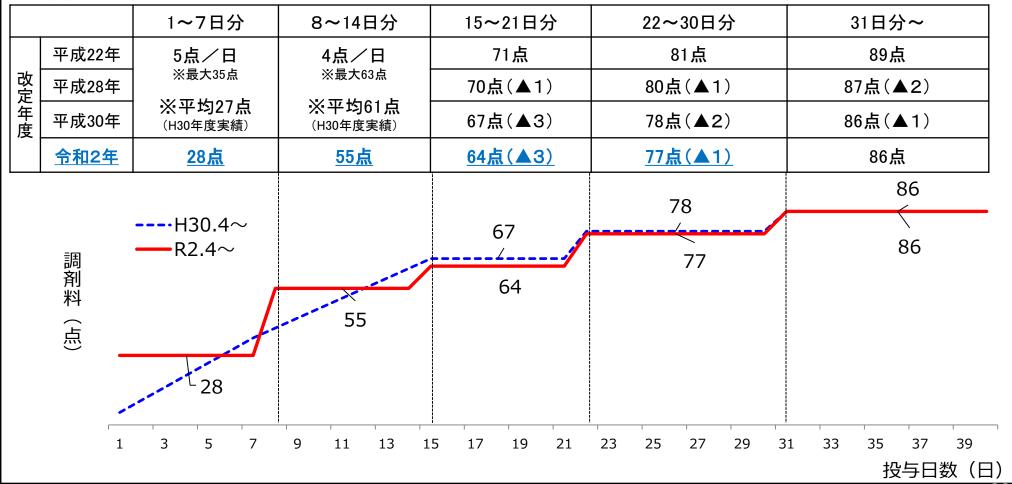


令和2年度診療報酬改定 II - 10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 - ②

調剤料の見直し

調剤料(内服薬)の見直し

▶ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

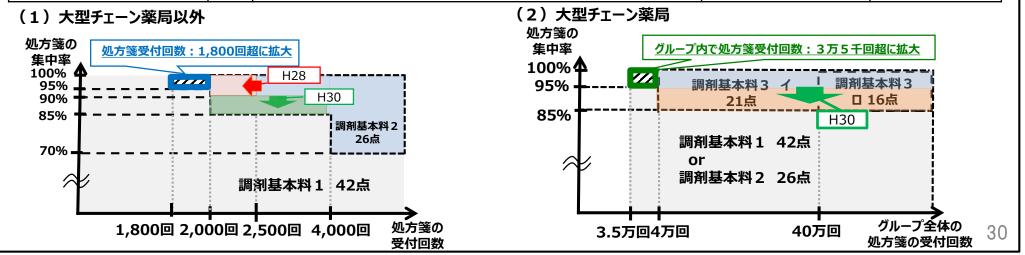


調剤基本料の見直し

処方箋の集中率が著しく高い薬局の調剤基本料の見直し

▶ 特定の医療機関からの処方箋の受付割合が95%を超え、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の 備蓄の効率性や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2又は調剤基本料3の対象とする。

| | | 要件 | 上 ₩ь | |
|-----------------------------|---|--|---------------------------------------|-----|
| | | 処方箋受付回数等 | 処方箋集中率 | 点数 |
| 調剤基本料1 | | | | 42点 |
| 調剤基本料2 | | ①処方箋受付回数が月2,000回超~4000回 ②処方箋受付回数が月4,000回超 (新)③処方箋受付回数が1,800回超~2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超 | ①85%超 ②70%超 <u>③95%超</u> ④ — | 26点 |
| 調剤基本料3 | , | (新)同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超~4万回 | 95%超 | 21点 |
| ※ 右記のほか、特定の保険医療機関との間で不動産取引が | | | 050/ ‡ 77 | 21点 |
| あるもの。 | П | 同ーグループで処方箋受付回数が 月40万回超 | 85%超 | 16点 |



生活習慣病治療薬に係るバイオ後続品の使用促進

【改革工程表2019における記載】

53適正な処方の在り方について検討

ii 生活習慣病治療薬について費用面も含めた処方の在り方の検討 生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方について、2020年度診療報酬改定において、必要な見直しを実施。

バイオ後続品に係る情報提供の評価

▶ 在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該 患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

(新) バイオ後続品導入初期加算

150点(月1回)

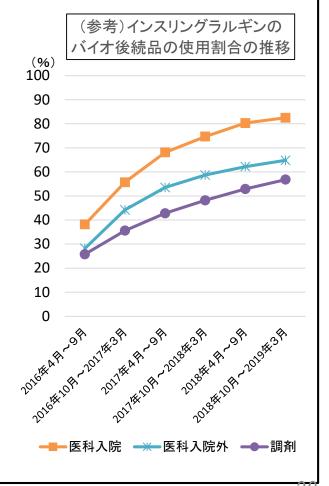
「算定要件]

バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、<u>当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する</u>。

[在宅自己注射指導管理料の対象となる注射薬のうち、 バイオ後続品が薬価収載されているもの]

I インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、 ■エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤





後発医薬品の使用促進

【改革工程表2019における記載】

54後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用を推進する観点から、2020年度診療報酬改定において後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直しなど所要の見直しを実施。

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

▶ 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。

| 現行 | |
|---------------------|-----|
| 後発医薬品調剤体制加算1(75%以上) | 18点 |
| 後発医薬品調剤体制加算2(80%以上) | 22点 |
| 後発医薬品調剤体制加算3(85%以上) | 26点 |



| 改定後 | |
|---------------------|------------|
| 後発医薬品調剤体制加算1(75%以上) | <u>15点</u> |
| 後発医薬品調剤体制加算2(80%以上) | 22点 |
| 後発医薬品調剤体制加算3(85%以上) | 28点 |

▶ 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局(現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下)に対する調剤基本料の減算規定(2点減算)について、当該割合の基準を拡大する。

現行

(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある 先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数 量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が2 割以下であること。ただし、当該保険薬局における処 方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。



改定後

(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある 先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数 量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が4 割以下であること。ただし、当該保険薬局における処 方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

[経過措置]

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算 規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

医療機関における後発医薬品の使用促進

一般名処方加算

一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

| 現行 | |
|----------|----|
| 一般名処方加算1 | 6点 |
| 一般名処方加算2 | 4点 |
| | |

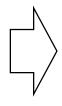


| 改定後 | |
|----------|-----------|
| 一般名処方加算1 | <u>7点</u> |
| 一般名処方加算2 | <u>5点</u> |

後発医薬品使用体制加算

▶ 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

| 現行 | |
|---------------------|-----|
| 後発医薬品使用体制加算1(85%以上) | 45点 |
| 後発医薬品使用体制加算2(80%以上) | 40点 |
| 後発医薬品使用体制加算3(70%以上) | 35点 |
| 後発医薬品使用体制加算4(60%以上) | 22点 |
| | |



| 改定後 | |
|---------------------|------------|
| 後発医薬品使用体制加算1(85%以上) | <u>47点</u> |
| 後発医薬品使用体制加算2(80%以上) | <u>42点</u> |
| 後発医薬品使用体制加算3(70%以上) | <u>37点</u> |
| (削除) | |

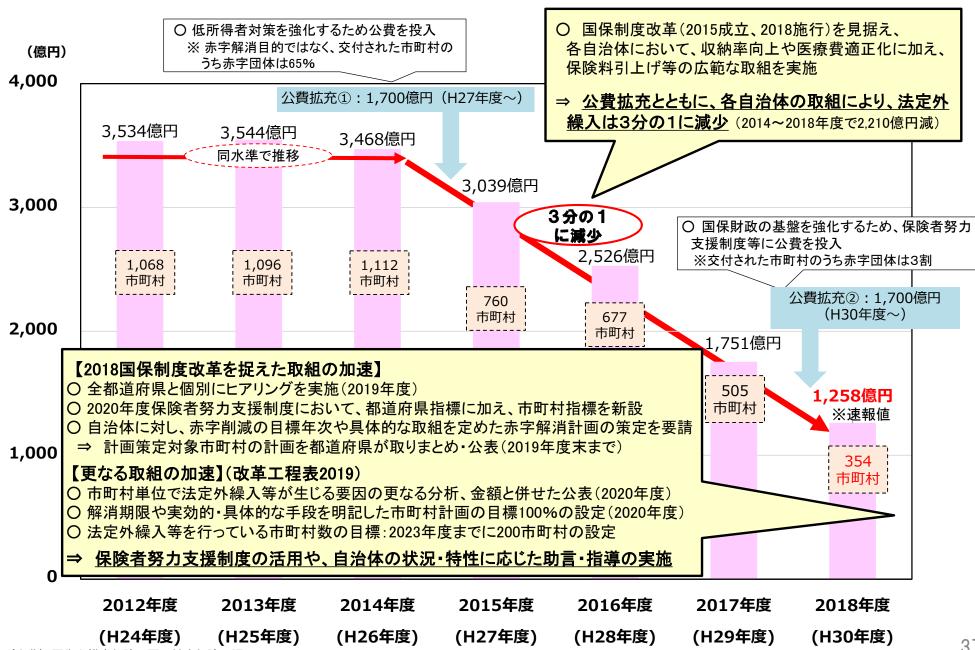
2.法定外繰入の解消について

【改革工程表2019における記載】

33地域の実情を踏まえた取組の推進

- ii 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進(法定外繰入の解消等)
 - ・ 法定外繰入等の解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進する。
 - 国保都道府県単位化後の法定外繰入等の状況を踏まえつつ、法定外繰入等を解消する観点から、 法定外繰入等が生じる要因の分析を市町村単位で行い法定外繰入等の額と併せて公表するととも に、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実効性のある更なる措置。

一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入(推移)



国保における法定外繰入等の解消

【骨太方針等を踏まえた取組の現状について】

- <u>市町村国保は</u>、被用者保険の加入者等を除く75歳未満の全ての者を被保険者とする公的医療保険制度であり、<u>①被</u> 用者保険に比べ高医療費で低所得者の被保険者が多い、②保険料の事業主負担分に見合う財源を持たない、といっ た構造的な課題を抱えている。
- このため、保険給付費に対し5割の公費負担を行いつつ、低所得者の保険料軽減等を講じてきたが、一部の市町村においては、なお必要な保険料の引上げが難しく、その判断により、法定外繰入等が行われてきた。
- 厚生労働省は、国保の安定的な財政運営の観点から、従来より、赤字の計画的・段階的な解消を進めており、国保改革後も、自治体には、赤字解消計画の策定等を通じて、収納率向上対策や医療費適正化等のほか、保険料率を適切な水準(標準保険料率として都道府県が参考値を算定・公表)に近づけていくことを促している。(決算補填等目的の法定外繰入は、H26年度:3,468億円⇒2018年度:1,258億円(速報値)と3分の1に減少)
- さらに、骨太方針等に基づき、法定外繰入等の早期解消を図るべく、2020年度の保険者努力支援制度において、マイナス点の設定、配点割合の引上げや市町村指標の新設、計画の厳格な評価や公表状況の評価など、抜本的な強化を図った。1人当たり繰入額の大きな自治体では、段階的・計画的な取組が不可欠であり、具体的な取組を策定した計画の公表等(見える化)が、この問題の改善に向けた最大の方策である。
- 2019年度においては、全都道府県と個別ヒアリングを継続するほか、特に1人当たり繰入額が大きい都道府県については、再度個別ヒアリングを実施し、具体的な数値(所得の状況、医療費指数、標準保険料率との乖離、収納率等)を基に要因を分析しつつ、助言・指導を行ったところ。
- 都道府県において、計画策定対象市町村の計画を取りまとめ及び公表。

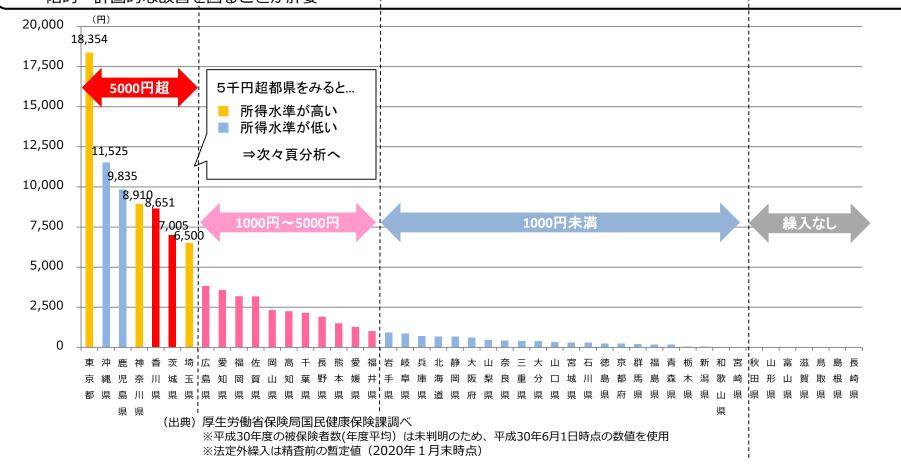
【更なる取組】

(2020年度)

- 全ての計画策定対象市町村において、赤字の「解消年度」と実効的・具体的な手段を設定し、計画に記載。
- <u>市町村ごとに、法定外繰入等が生じる要因(医療費水準、標準保険料率との乖離、収納率等)のさらなる分析、金額と併せた公表。</u>

【速報値】一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入(平成30年度)

- 東京都、沖縄県、鹿児島県、神奈川県、香川県、茨城県、埼玉県では、1人当たり繰入金が5千円を超える。
 - ※ これらの都県において、繰入を解消するためには、大幅な保険料の引上げが必要であり、被保険者の理解を得ながら、段階的・計画的な改善を図ることが肝要



【参考】 法定外繰入総額に占める、都道府県別割合

○ 市町村数でみると、8割の自治体は繰入を行っていない。繰入金額合計でみると、東京都、神奈川県、埼玉県の市区町村の合計が全体の7割を占めている。⇒総額の減少のためにはこれらの都県での取組が不可欠。



【参考】2020年度以降の更なる繰入解消に向けた取組

1. 2020年度以降の国の取組

- <u>2020年度の保険者努力支援制度</u>において、法定外繰入の解消等について、<u>抜本的に強化</u>
 - 指標の新設(市町村指標)や配点割合の引上げ(都道府県指標)
 - 市町村指標では具体的な計画策定を厳格に評価するとともに、都道府県指標では計画の公表状況について評価
 - 新たにマイナス点を設定しメリハリを強化
- 全都道府県とのヒアリングを継続するほか、<u>特に1人当たり繰入額が大きい都道府県については、</u>再度個別ヒアリングを実施し、具体的な数値(所得の状況、医療費指数、標準保険料率との乖離、収納率等)を基に<u>要因を分析しつつ、助言・指導。</u>
 - ⇒ 大幅な保険料引上げが必要となる自治体を中心に、赤字解消計画は定めたものの解消年度を設定することができていない自治体 (半数)が存在しているが、計画に解消年度を明記する自治体100%を目指し(改革工程表において指標化)、「見える化」を更に強化

(参考)市町村国保と協会けんぽの比較

| | 市町村国保 | 協会けんぽ | | |
|--------------|---------|---------|--|--|
| 加入者平均年齢 | 52. 9歳 | 37. 5歳 | | |
| 加入者1人当たりの医療費 | 36. 2万円 | 17. 8万円 | | |
| 加入者1人当たり平均所得 | 86万円 | 151万円 | | |

- 市町村国保は、被用者保険に比べ、年齢構成が高く医療費が高い、所得水準が低く保険料負担率が重いといった深刻な課題が存在。
- ⇒ しかし、その中でも、これまで保険者として、収納率向上や医療費適正化等の 取組とともに、保険料の引上げを実施し、財政の安定化を図ってきている。
- ⇒ この取組を今後とも着実に継続。

2. 1人当たり繰入額が大きい都道府県の分析

※個別ヒアリングを基に分析 ⇒ 抽出されたポイントを助言指導に活用し、好事例は横展開

①所得水準が高い自治体(東京都・神奈川県・埼玉県)

<共通する特徴>

- 若年層が多く医療費水準が低い
- 人口が多く保険料収納率が低い

<①型の場合の方策>

- ・ 保険料収納率の向上
- ・ 負担能力に見合った負担とすることへの<u>理解の</u> 促進と保険料設定の適正化

②所得水準が低い自治体(鹿児島県・沖縄県)

②-1 鹿児島県

<特徴>

- 医療費水準が高い
- 保険料収納率が高い

<2-1型の場合の方策>

- ・医療費適正化の更なる推進
- 保険料設定の適正化

②-2 沖縄県

く特徴>

- 若年層が多く医療費水準が低い
- 保険料収納率が高い

<②-2型の場合の方策>

- 保険料設定の適正化
- ※ ただし、所得水準が低い中で引上げ幅が大きく、関係者との調整を丁寧に行い、段階的に 実施することが肝要。
- ※ 県主導で令和5年度を目標に「保険料水準 の統一」に向けて議論・検討。

これらの分析を踏まえると、国として、自治体の取組を促すために改めて強いメッセージを打ち出しながら、法定外繰入や取組状況の 徹底した見える化を行うことがこの問題の改善に向けた最大の方策であり、現在、そうした方針に基づいた取組を実施

法定外繰入の解消等に向けた対応について

全国高齢者医療·国民健康保険主幹課(部)長及び後期高齢 者医療広域連合事務局長会議(令和2年2月18日)一部改編

新経済・財政再生計画 改革工程表2019(抄)

<2020年度の取組>

○ 法定外繰入等の解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進する。 国保都道府県単位化後の法定外繰入等の状況を踏まえつつ、法定外繰入等を解消する観点から、法定外繰入等が生じる要因の分析を市町村 単位で行い法定外繰入等の額と併せて公表するとともに、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実効性のある更なる措置。

<KPI>

- ・ 法定外繰入等の解消に向けた計画において、解消年度と公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段を明記した市町村の割合【2020年度 までに100%】
- ・ 法定外繰入等を行っている市町村数【2023年度までに200市町村】

計画策定対象の市町村・都道府県に取り組んでいただきたいこと

【~2019年度末まで】

新規

公表先(URL等)を

- ・ 都道府県において、計画策定対象市町村の計画について、取りまとめ及び公表 4月末までに国へ報告
- ※ 年次毎の計画(赤字の削減予定額・削減予定率)が未記載である等、計画の見直しが必要である場合には速やかに見直し

【2020年度】

・ 全ての計画策定対象市町村において、赤字の「解消年度」と実効的・具体的な手段を設定し、計画に記載

変更計画書を 9月末迄に国へ報告

・ 市町村ごとに、法定外繰入等が生じる要因(医療費水準、標準保険料率との乖離、収納率等)のさらなる分析と公表

(参考)平成30年1月29日 保国発0129第2号 国民健康保険課長通知 国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について

- ・ 市町村は、赤字削減・解消のための<u>基本方針</u>、<u>具体的な取組内容</u>(保険料率の改定、医療費適正化、収納率向上対策等)、<u>目標年次</u>及び<u>年次毎の計画</u>(赤字の削 減予定額・削減予定率)**を内容とする赤字削減・解消計画を定める**。
- · 赤字削減・解消計画の策定後、**毎年度決算後に実施状況報告書を作成し、9月末日までに厚生労働省**(各地方厚生(支)局)**へ報告**する。

保険者努力支援制度(2020年度市町村分)における評価指標

【固有指標⑥(iv)法定外繰入の解消等】(新設)

2020年度実施分

| 決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減(2018年度の実施状況を評価) | 配点 | 該当数 | 達成率 |
|--|-----|------|-------|
| ① 2018年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合 | 35 | 1384 | 79.5% |
| 赤字の解消期限(6年以内)、年次毎の削減予定額(率)及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画 を策定している場合であって、次の要件に該当している場合 | | | |
| ② 2018年度の削減予定額(率)を達成している場合 | 30 | 89 | 5.1% |
| ③ 2018年度の削減予定額(率)は達成していないが、その1/2以上の額(率)を削減している場合 | 15 | 15 | 0.9% |
| 赤字の削減目標年次、削減予定額(率)及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定しているが、 解消期限(6年以内)を定めていない場合であって、次の要件に該当している場合 | | | |
| ④ 2018年度の削減予定額(率)を達成している場合 | 10 | 41 | 2.4% |
| ⑤ 2018年度の削減予定額(率)は達成していない場合 | -15 | 28 | 1.6% |
| ⑥ 計画策定対象市町村であるにもかかわらず、赤字削減・解消計画を策定していない場合、又は赤字削減・解消計画を策定しているが、赤字の削減目標年次、削減予定額(率)若しくは具体的な取組内容のいずれかを定めていない場合 | -30 | 39 | 2.2% |
| ⑦ 2018年度までに赤字の解消が確実に見込まれるとして赤字削減・解消計画を策定していなかったが、2018年度決算において前年度以上の決算補填等目的の法定外繰入等を行っている場合(2017年度決算において赤字が解消していた場合は除く。) | -30 | 3 | 0.2% |

【2020年度指標の考え方】

○ 法定外繰入の解消等を着実に推進する観点から、指標を新設するとともに、マイナス点を導入する。

保険者努力支援制度(2020年度都道府県分)における評価指標

【指標③:決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等】

2019年度実施分

| 決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減 (2018年度の実施状況を評価) | 配点 | 該当数 | 達成率 |
|---|----|-----|-----|
| ① 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外 一般会計繰入等を行っていない※1、または、国保 運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会 計繰入等を行っている全ての市町村※2について、 削減の目標年次及び削減予定額(削減予定率でも 可)を定めた個別の計画が作成されているか。 | 30 | 45 | 96% |
| ② ①の基準は満たさないが、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村※2のうち5割以上の市町村について、削減の目標年次及び削減予定額(削減予定率でも可)を定めた個別の計画が作成されているか。 | 10 | 2 | 4% |



2020年度実施分

| | 決算補填等目的の法定外一般会計繰入 <mark>の解</mark> <mark>消等(2018</mark> 年度の実施状況を評価) | 配点 | 該当数 | 達成率 |
|--|---|-----|-----|-----|
| | ① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合 | 30 | 15 | 32% |
| | ② ①の基準は満たさないが、都道府県内の市町村のうち7割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合 | 10 | 24 | 51% |
| | ③ 都道府県内の計画策定対象市町村のうち3 割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥ 又は⑦に該当している場合 | -10 | 4 | 9% |
| | ④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の計画策定対象市町村のうち1割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合 | -5 | 3 | 6% |
| | ⑤ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字 削減・解消計画について、全て取りまとめ及 び公表を行っている場合 | 5 | 45 | 96% |
| | ⑥ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字 削減・解消計画について、取りまとめ及び公 表を全く行っていない場合 | -5 | 1 | 2% |

【2020年度指標の考え方】

- 法定外繰入の解消等を着実に推進する観点から、マイナス点を導入する。
- 赤字解消計画の策定だけではなく、法定外繰入等の有無や赤字解消計画の達成状況、赤字解消計画の見える化についても評価する。

【参考】令和2年度に都道府県と市町村に期待される役割

全国高齢者医療・国民健康保険主幹課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議(令和2年2月18日)一部改編

〇 制度改革3年目となる令和2年は、各都道府県及び市町村において、引き続き財政運営の安定化を図りつつ、最大の改革項目である「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るとともに、人生100年時代を見据え、予防・健康づくり事業の強化を図る年度と考えられる。

また、令和2年度の納付金等算定及び国保運営方針の改訂・中間見直し(令和2年度末)に向け、都道府県と市町村とで協議を進めていくことが重要。

- ※ このため、国は国保運営方針要領など関連ガイドラインを令和2年5月8日に改正。
- ※ 都道府県は、県内の統一的な国保運営方針を策定する主体であり、主体的に議論を進める役割が期待されている。

「都道府県単位化」が提起する論点

- ・ 公的医療保険制度は、個々人の実際の医療費の多寡を超えた助け合いによりリスクをヘッジする仕組みである。また、これを持続的に運営するためには、保険集団内において、公平で納得感のある取り扱いとすることが不可欠である。
- ⇒ 今般、財政が都道府県単位化されたことを踏まえ、「都道府県としての助け合いの形」を強固なものとしていくことが、今後の国保運営をより確かなものにするために必要である。課題となる点としては、さまざまな取組の土台ともなる事務の標準化に加え、①法定外繰入等の解消、②保険料水準の統一に向けた議論、③医療費適正化の推進などがある。
- ※ 標準化・均てん化の取組を進めるに当たっては、市町村において適正に行われている取組へのディスインセンティブとならないよう、「好ましい方向への均てん化」を図ることが重要である。

各課題における主な視点

① 法定外繰入等の解消

・ 保険制度としての給付と負担の透明化に加え、同一都道府県内で、法定外繰入等のある市町村とない市町村の存在をどのように考えるか。国保制度に対する公費拡充に伴い状況の見える化が強く求められている。市町村ごとの状況分析も行いつつ、早期に着実な解消を図ることが重要である。

② 保険料水準の統一に向けた議論

- ・ まずは改めて議論を深めることが重要である。地域の実情を踏まえ、統一化の定義や前提条件等、さらには保険料算定方式の統一や標準保険料率と実際 の保険料率の見える化から検討することも考えられる。統一化を目指す場合には、目標年次や目標水準を明確化したロードマップを描くことが考えられる。
- 保険料水準の統一について議論する中で、収納率の低い市町村における実効性のある取組の実施を確認する。

③ 医療費適正化の更なる推進

- 都道府県には、「国保の財政運営の責任主体としての役割」と「良質で効率的な医療の提供者としての役割」があり、庁内横断的な連携の下で、都道府県内全体の健康水準の向上や医療費適正化を推進することが求められている。法改正により市町村の保健事業支援の努力義務規定を創設(令和2年4月施行)。
- ・ また、近年、データヘルスの推進や糖尿病の重症化予防、保健事業と介護予防の一体実施といった比較的新しい取組が求められるようになっていることを踏まえ、国保連合会(法改正によりデータ分析業務を明確化(令和2年10月施行))と連携して、体制のより脆弱な小規模自治体の支援に努めていただきたい。_{4.4}
- ・ 令和2年度においては、「新規500億円」の予防・健康づくりの拡充が図られる。都道府県と市町村における積極的な事業企画をお願いしたい。

3.介護インセンティブ交付金について

【改革工程表2019における記載】

35介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進

介護予防の取組の更なる推進に向けた介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化について、関係審議会等における検討結果を踏まえ、所要の措置を講ずる。

市町村における地域分析に資するよう、2020年度中に、各市町村が他の市町村の指標ごとの点数 獲得状況を閲覧できる環境を整備するとともに、更なる見える化を推進する観点から、都道府県と 連携しつつ、市町村の指標ごとの点数獲得状況の公表に向けて、早期に議論を進めていく。

上記交付金の評価指標等について、その運用状況等を踏まえ、より自立支援・重度化防止等に資するものとなるように改善。

保険者機能強化推進交付金·介護保険保険者努力支援交付金

令和2年度予算額(令和元年度予算額):400億円(200億円)

400億円の内訳

- 保険者機能強化推進交付金 :200億円
- ・介護保険保険者努力支援交付金:200億円(社会保障の充実分)

趣旨

- 〇 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう。 PDCAサイクルによる取組を制度化
- 〇 この一環として、<u>自治体への財政的インセンティブ</u>として、市町村や都道府県の<u>様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定</u>し、市町村や都道府県 の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金(社会保障の充実分)を 創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

概 要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて、交付金を交 付する。

【アウトカム指標】

2019年度

要介護認定等基準時間の変化率

平均要介護度の変化率

2020年度

要介護認定等基準時間の変化率

平均要介護度の変化率

要介護2以上の認定率・認定率の変化率

<市町村分>

1 配分

保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度

介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度

2 交付対象

市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)

3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、

介護保険特別会計に充当

なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向 けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、 各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保 健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等 に必要な取組を進めていくことが重要。

<都道府県分>

1 配分

保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度 介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度

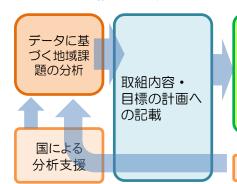
都道府県 2 交付対象

3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する

各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派

遣事業等)の事業費に充当。

<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



保険者機能の発揮・向上(取組内容)

- ・リハビリ職等と連携して効果的な介護予防を実施
- 保険者が、多職種が参加する地域ケア会議を活用しケア マネジメントを支援

都道府県が研修等を通じて市町村を支援

適切な指標による 実績評価

- 要介護状態の維 持・改善度合い
- 地域ケア会議の開 催状況 筀

インセンティブ

- 結果の公表
- 財政的インセ ンティブ付与

介護の保険者機能強化推進交付金の強化

(制度の抜本的強化)

○ 新規交付金(200億円)を創設し、自治体における介護予防・健康づくりを強力に推進

従来部分200億円

①保険者機能強化推進交付金

PDCAの実施状況や人材確保、介護給付適 正化などの保険者機能強化の取組を総合的 に評価

> 一般会計で行う予防等の取組にも 活用可能

新規200億円

②介護保険保険者努力支援交付金

介護予防・健康づくりの取組を 特別に評価

法に基づく介護予防・健康づくりに関する取組(介護予防・日常生活支援総合事業の拡充など)にのみ活用可能

(メリハリの強化)

- <u>2020年度の評価指標</u>において、「<u>介護予防」や「高齢者活躍促進」を重点評価することとし、配分基準の</u> メリハリを強化
 - 通いの場への参加促進に関する指標の充実
 - 民間サービス等の多様な主体との連携に関する指標の導入
 - 高齢者の就労的活動の推進に関する指標の導入
 - ・ 介護予防等に関するアウトプット・アウトカム指標の強化や配点の多段階化 等

(見える化の推進)

- 〇「見える化」を促進する観点から、自治体ごとの点数の獲得状況について<u>各自治体に公表(2019</u>年度)
- ○更なる見える化を推進する観点から、都道府県と連携しつつ、市町村の指標ごとの点数獲得状況の公表に向けて、調整を進めている。

4.介護分野におけるデータヘルス改革の推進について

【改革工程表2019における記載】

35データヘルス改革の推進

Vケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築 新たに構築したデータベース(CHASE)を含む介護関連データベースを活用し、自立支援・重度 化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。

介護関連データベースの構成

介護保険総合データベース(介護DB)

- 市町村から要介護認定情報(2009年度~)、介護保険レセプト情報(2012年度~)を収集。
- 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データ の第三者提供を開始。
- 地域包括ケア「見える化」システムにも活用

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ

- 通称"VISIT" (monitoring & e<u>V</u>aluation for rehab<u>I</u>litation <u>ServIces for long-<u>Term</u> care)
 </u>
- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度~)。
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算(IV)を新設。
- 2019年3月末時点で577事業所が参加。
- 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等のデータ

- 通称"CHASE" (**C**are, **H**e**A**lth **S**tatus & **E**vents)
- 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目(265項目)を選定。
- 2019年7月に報告書を取りまとめ。
- 2019年度中にデータベースの開発を行い、2020年度から運用を開始する予定。

介護DB

要介護認定情報・介護レセプト等情報

VISIT リハビリデータ

CHASE

高齢者の状態、ケアの内容等デー

奈良県立医科大学 今村知明教授作成資料

普及展開

重度化防止·自立支援。

利用者の状態及び医療・介護サービスの把握

一定期間経過後の ナービス利用後の状態の把握

医療領域

Aさん 70歳・女性

- ・糖尿病にて通院中
 - ⇒薬剤情報

(インスリン加療中)

転倒にて大腿骨頸部骨折

- ・手術 ⇒ 術式 (大腿骨頭置換術)
- ・術後にリハビリを実施
 - ⇒ リハビリ期間 等

NDB

要介護 認定



要介護度

介護領域

介護サービス

例:通所リハを利用

VISIT: リハビリ内容

- •歩行訓練
- ·頻度:1日3時間、週3回

CHASE: 栄養管理の内容

- ・BMIの測定
- 摂取カロリーのコントロール

介護 D B VISIT CHASE

- ・<u>糖尿病で血糖コントロール中に転倒し骨折</u>。
- 手術後にリハビリを実施。
- 要介護認定後に退院。

- 原疾患に応じて最適な介護サービスを選択。
- 栄養管理(血糖コントロール)の状態に応じて、
- 最適な負荷のリハビリを提供。
- 自治体においては、介護の提供体制の地域特性等を把握し、これを踏まえた介護保健事業(支援) 計画の策定等が可能
- また、エビデンスを蓄積により、科学的介護を推進し、介護の質の向上が可能







- 利用前後の状態
- ・利用サービスの
- 種類
- ・ケアの具体的な 内容 等



要介護度



【参考】

地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会:子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会(ニッポンー億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定))

改正の概要

- 1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。
- 2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】
- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業(支援)計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい(有料老人ホーム・サービス付き 高齢者向け住宅)の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。
- 3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】
- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めることができると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)や介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)等の医療・介護情報の連結精度向上のため、 社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・ 提供の業務を追加する。
- 4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】
- ① 介護保険事業(支援)計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。
- <u>5. 社会福祉連携推進法人制度の創設</u> 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

施行期日

令和3年4月1日(ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日)

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

○ 地域の医療・介護の状況を正確に把握し、医療・介護分野の調査分析、研究を促進することは、地域に応じた質の高いサービス提供体制の構築に資する。

令和元年5月成立の健康保険法等の一部改正法によって、医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)等の連結・解析が法定化されており、医療・介護分野データの有益な解析等が期待される。

介護分野のデータ活用の環境整備

○ 介護分野におけるデータ活用を更に進めるため、現行収集している要介護認定情報・介護レセプト等情報に加え、厚生労働大臣は、通所・訪問リハビリテーションの情報(VISIT情報)や高齢者の状態やケアの内容等に関する情報(CHASE情報)、地域支援事業の利用者に関する情報(基本チェックリスト情報等)の提供を求めることができると規定する。



医療・介護分野のデータの名寄せ・連結精度の向上等

- 現行のNDB等の医療・介護データの名寄せ・連結精度の向上に向けて、社会保険診療報酬支払基金等が、医療保険のオンライン資格確認のために管理する被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- 併せて、正確な連結の基盤となるオンライン資格確認を普及させる観点から、社会保険診療報酬支払基金の業務に、 当分の間、医療機関等の申込みに応じ、オンライン資格確認に必要な物品(オンライン資格確認システムに対応した 顔認証付きカードリーダー)を調達・提供する業務を追加する。
 - (※)令和3年3月からオンライン資格確認を導入する予定。

(→オンライン資格確認システムについて、令和5年3月末までに概ね全ての医療機関等での導入を目指す。)

介護現場革新会議「パイロット事業」各自治体の取組

| | | 宮城県 | 福島県 | 神奈川県 | 三重県 | 熊本県 | 横浜市 | 北九州市 |
|------|-------------|-------------------------------|---|--|--|--|---|---|
| | | 協同組合の活用 | 介護オープンラボ | AIの活用 | 介護助手の活用 | 介護の魅力発信 | 外国人人材への支援 | ロボット・ICTの活用 |
| | 業務仕分け | ◇課題の検証 特養1 | ◇若手経営者による 業務仕分け 特養10 | ◇業務の洗い出しと切り分け | ◇タイムスタディ 特養 1、老健 2 | ◇業務分析 ◇業務や課題の見え る化 「特養1、老健1 | ◇業務の標準化・平 準化・簡素化 特養1 | ◇業務整理 「特養1」 |
| عبيد | 介護助手 | 老健7 | ◇高齢者による介護 補助・見守り | | ◇介護助手の効果 的な導入方法の 検討 | ◇介護助手の活用 特養1、老健1 | | ◇高齢者・有償ボラン ティア等の活用 「特養1 |
| 業務改善 | ロボット ICT | ◇協同組合による ICT等の活用 特養1 | ◇業務仕分け結果を 踏まえた効率化 特養3◇ロボット・ICT・モバ イル端末等の活用 | ◇ロボット・ICTの活用 特養3、老健1、 グループホーム1、 特定1、訪問介護1 ◇介護現場の実態に 合わせた介護記録 ソフトの共同開発 特養2、老健2 | ◇インカムの活用 特養 1 、老健 2 | ◇ロボット・ICTの活用 特養 1 、老健 1 | ○ICTの活用特養 1○音声入力による介 護記録の作成支援 | ◇ロボット・ICTの活用 ◇介護記録・見守りセンサー等におけるプラットフォームの活用 「特養1 ◇ロボット等を活用した働き方等の好事例を作成 「特養4 |
| | その他 | | | ◇取組成果の横展開 を目的としたセミナー | | ◇好事例横展開 | | ◇効率的な勤務シフト の検討 特養 1 |
| | 魅力発信 | ◇介護の魅力・イメー ジアップ | ◇介護オープンラボ (産学官連携) | | プロモーションビデオ 等による介護現場 の魅力発信◇教職員のイメージ 改善 | ◇介護職の言葉・写 真による魅力発信 ◇福祉系高校と連携 した学校現場への 働きかけ | ◇外国語版「介護の 仕事PRビデオ」作成 | ◇先進的介護ワーク ショップ |
| 人 | 材確保∙育成 | ◇協同組合による介 護職のキャリアパ スの構築 | | ◇AIを活用したケア プラン点検◇アプリを活用した研 修の効率化 | | ◇退職自衛官に対す る福祉分野への再 就職働きかけ | ◇e-ラーニングによる 介護の知識・技能・ 日本語等習得支援 | ◇介護ロボットマスター 育成講習 |
| | その他 | ◇協同組合による物 品調達の合理化 | | ◇大学と連携「音楽 活動のマニュアル化」 | | | | |

介護関連用語の標準コードの開発について

○ 介護関連標準コードの開発に関する取組を、2018年度から老人保健事業推進費等補助 金を活用し、産業医科大学において実施。

<これまでの取組例>

※平成30年度老人保健健康増進等事業「介護関連標準コードの開発に係る基本検討」(学校法人 産業医科大学)等により実施

- ① 認定調査票のICF(国際生活機能分類)による試行的記述 現在要介護認定の認定調査において利用される認定調査票の項目について、ICFによる体系的 コーディング等を試行的に実施。
- ② 主治医意見書のICF・ICHI(医療行為の国際分類)による試行的記述 要介護認定の際に利用される主治医意見書について、ICF・ICHIによる体系的コーディング等を 試行的に実施。
- ③ 認定調査員テキストの他のアジアの言語等への試行的翻訳 要介護認定における認定調査を担当する職員の研修テキストである認定調査員テキストのうち 「第1群 身体機能・起居動作」及び「第2群 生活機能」について、中国語、ベトナム語、インドネ シア語等への翻訳等を試行的に実施。