

- 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）は、対面診療と適切に組み合わせで行われ、対面診療を補完するものとして位置づけられており、その適用については、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（情報通信機器を用いた診療）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。
- 仮に遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）を、診療報酬で評価するとした場合は、上記のような内容を要件として求めるべきではないかと。
- なお、現行の電話等による再診（電話等再診料）は、患者又はその看護に当たっている者から治療上の意見を求められ指示をした場合にのみ算定可能となっており、仮に評価するとした場合は、電話等再診料との整理が必要となる。

見直し内容

- 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。
- 病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	<p>介護医療院</p> <p>※ただし、<u>病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u></p>
機能	<p>要介護者に対し、<u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。</u>（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）</p>
開設主体	<p>地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等</p>

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

論点 1

- 介護医療院については、社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の整理において、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）が提供されることとしているが、この人員・設備・運営基準についてどのように考えるか。
- また、医療資源の有効活用の観点から、医療機関と併設する場合について、どのように考えるか。
- 併せて、介護医療院におけるユニットケアについてどのように考えるか。

対応案

【サービス提供単位】

- 介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとしてはどうか。
ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービスを可能としてはどうか。

【人員配置】

- 開設に伴う人員基準については、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、
 - ① 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、
 - ② リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定することとしてはどうか。

対応案 (続き)

【設備】

- 療養室については、定員4名以下、1人あたり床面積を8.0m²/人とし、療養環境をより充実する観点から、4名以下の多床室であってもプライバシーに配慮した環境になるよう努めることとしてはどうか。
- また、療養室以外の設備基準については、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとしてはどうか。その際、医療設備については、医療法等において求められている衛生面での基準との整合性を図ることとしてはどうか。

【運営】

- 運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定してはどうか。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとしてはどうか。ただし、一定の条件を満たす場合については、医師の宿直が必要ないこととしてはどうか。

【医療機関との併設】

- 医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共用を可能としてはどうか。

【ユニットケア】

- 介護医療院におけるユニットケアについては、他の介護保険施設でユニット型を設定していることから、介護医療院でも設定してはどうか。

論点2

- 介護医療院の基本報酬及び加算等について、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、どのように考えるか。

対応案

- 介護医療院の基本報酬に求められる基準については、
 - ・ I型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
 - ・ II型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとしてはどうか。
- その上で、介護医療院の基本報酬については、I型、II型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価してはどうか。

対応案 (続き)

- 介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とすることとしてはどうか。なお、必要に応じて加算等の名称を変更してはどうか。

(参考) 退院時指導等加算 → 退所時指導等加算
特定診療費 → 特別診療費

- 介護医療院については、病院・診療所ではないものの、医療施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととしてはどうか。

(参考)

緊急時施設療養費

入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬検査、注射、処置等を行ったとき等を評価。

※対象となる入所者は、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、ショック、その他薬物中毒等で重篤なものとしている。

- 併せて、重度の認知症疾患への対応については、入院患者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとしてはどうか。

論点3

- 社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床（以下、療養病床等という。）から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策を設けてはどうか。
- 併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。

対応案

- 療養病床等から介護医療院等に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床等が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととしてはどうか。
- また、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を新設してはどうか。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設けてはどうか。
- 介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、転換前の療養病床等では有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととしてはどうか。

論点 1

- 要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるようにするためには、必要な訪問介護（身体介護・生活援助）を受けられることが重要。
 - 訪問介護は、要介護高齢者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことを支援するものであるが、訪問介護のサービス提供においても、高齢者の自立支援や要介護状態の重度化防止等に向けた取組を効果的に進めていくことが必要。
 - また、介護人材が不足する中で必要な訪問介護を確保していくためには、限られた人材の有効活用の他、人材確保の裾野を広げることも必要。
- 上記を踏まえ、
- (1) リハビリ専門職と連携した訪問介護計画の作成による身体介護の実施（対応案①）や「自立生活支援のための見守りの援助」の適切な実施の促進（対応案②）により、身体介護の自立支援の機能を高めてはどうか。
 - (2) 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を進める観点から、身体介護と生活援助の報酬を検討してはどうか（対応案③）。
 - (3) 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、（対応案④）
 - ・ 身体に直接接触れる身体介護について、自立支援の機能を高めることも踏まえ、現在の訪問介護員（130時間以上の研修を修了した者）が中心に担うことを進めるとともに、
 - ・ 生活援助について、必要な量を確保するために人材確保の裾野を広げつつ、生活援助の自立支援の機能等を確保するため、生活援助中心型の新研修（後述）の修了を必要としてはどうか。

対応案

①生活機能向上連携加算の見直し

- 生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、リハビリ専門職との連携を促進するため、これらの評価を充実してはどうか。

※ 生活機能向上連携加算の取得率 : 156件 (出典) 平成29年4月審査分 (介護給付費等実態調査)

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する訪問介護を進めるため、
 - ・ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言 (アセスメント・カンファレンス) を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成 (変更) すること
 - ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。を定期的に行うことを評価してはどうか。

②「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

- 自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知 (老計第10号 (訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について)) について、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」を明確化してはどうか。

③身体介護と生活援助の報酬

- 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、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てはどうか。

対応案

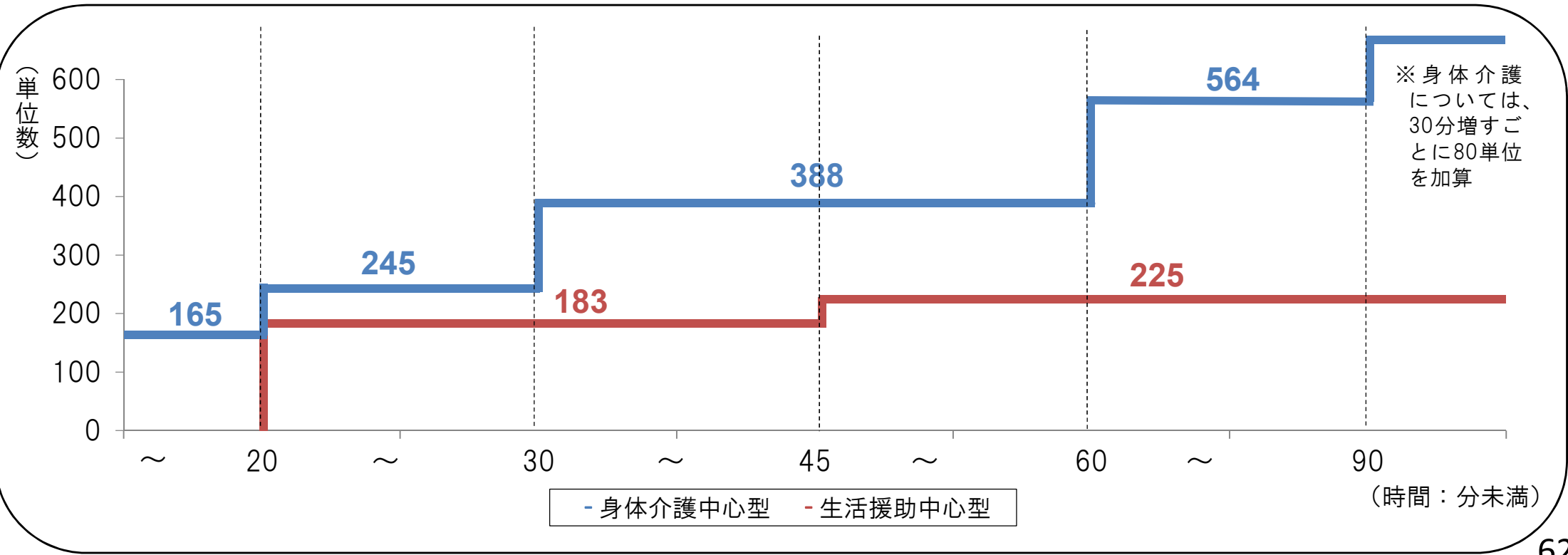
④生活援助中心型の担い手の拡大（基準の緩和）

- 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととしてはどうか。
- このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとしてはどうか。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点としてはどうか。
- また、訪問介護事業者ごとに訪問介護員等を常勤換算方法で2.5以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとしてはどうか。
- この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様としてはどうか。
- なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくことが必要ではないか。

1. 訪問介護の人員基準（訪問介護員等の資格要件）

- 【身体介護中心型・生活援助中心型いずれも同一の基準】
- 介護福祉士、実務者研修修了者（450H）、介護職員初任者研修修了者（130H）
 - 旧介護職員基礎研修修了者（500H）、旧訪問介護員1級（230H）又は旧2級課程修了者（130H）

2. 訪問介護の介護報酬（1回あたり）



外部の通所リハ事業所等のリハビリ専門職との連携による 機能訓練の推進（生活機能向上連携加算の創設）について

社保審一介護給付費分科会

②⑦ (i)

第150回（H29.11.8）

資料1

論点 1

- 現行の個別機能訓練加算は機能訓練指導員を専従で置く必要があり、特に小規模事業所では、新たな職員を雇用することが困難なために加算を取得できないとの声がある。
- このような事業所においても質の高い個別機能訓練を行えるようにするための評価を創設してはどうか。

対応案

- 自立支援・重度化防止に資する通所介護を推進するため、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることについて評価してはどうか。
- 具体的には、
 - 訪問・通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
 - リハビリテーション専門職と連携して個別機能訓練計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことを評価してはどうか。

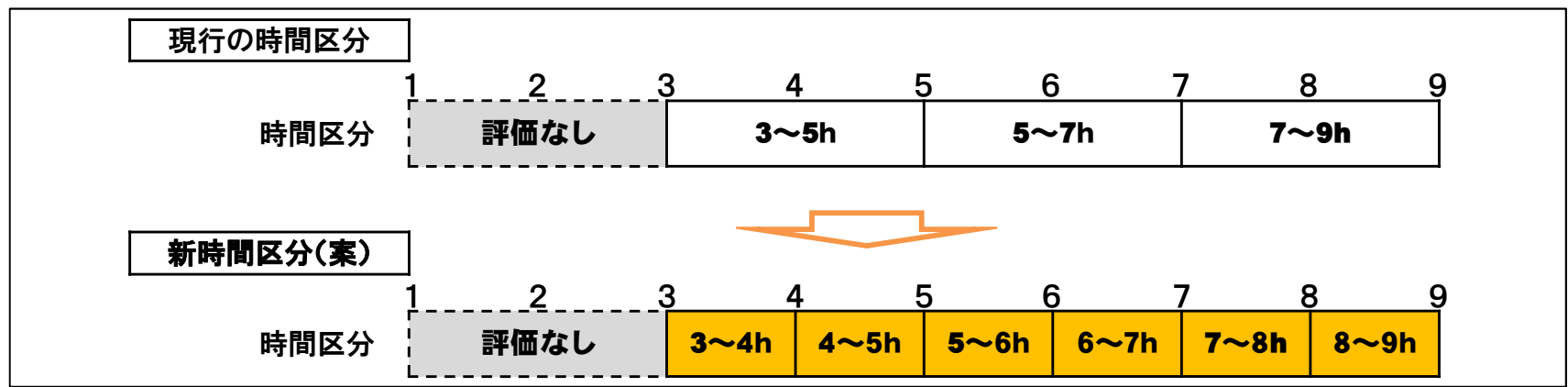
基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて

論点 2

- 通所介護の基本報酬は、2時間ごとの設定としている（3時間以上5時間未満、5時間以上7時間未満、7時間以上9時間未満）。
※ 2時間以上3時間未満もあるが、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な利用者が算定。
- 事業所の実際のサービス提供時間を見ると、3時間以上5時間未満は「3時間以上3時間半未満」にピークがあり、5時間以上7時間未満は「6時間以上6時間半未満」に、7時間以上9時間未満は「7時間以上7時間半未満」にピークがある。
- このサービス提供時間の実態を踏まえて、現行の基本報酬のサービス提供時間区分を見直してはどうか。

対応案

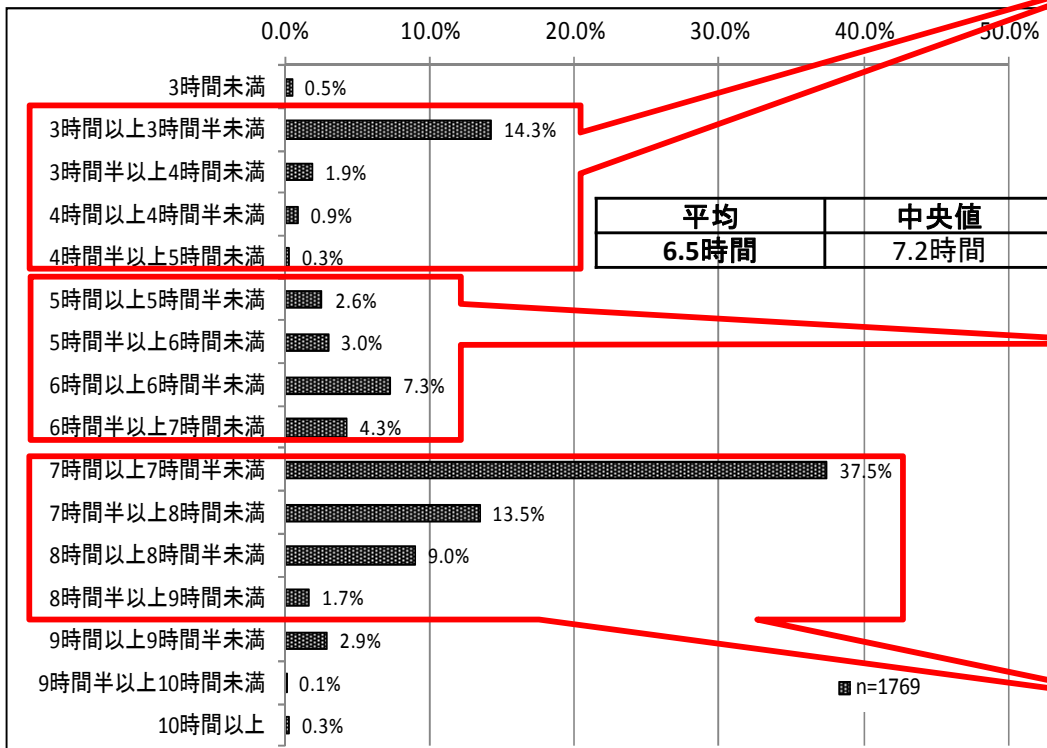
- サービス提供実態を適切に評価する観点から、時間区分を1時間ごとに見直してはどうか。



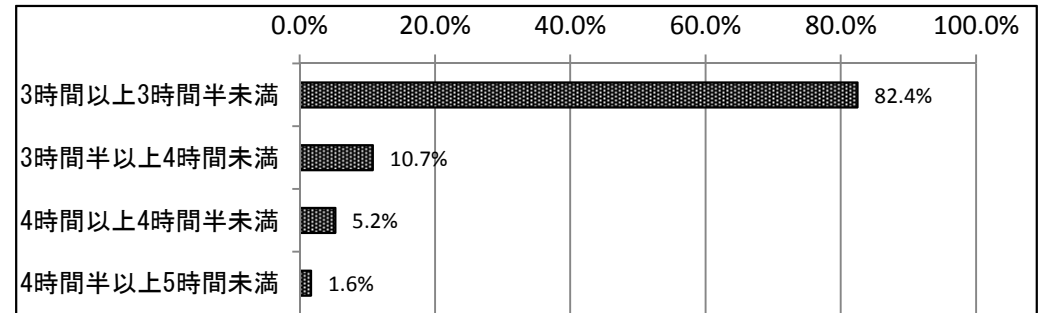
通所介護のサービス提供時間

○ 事業所の実際のサービス提供時間を見ると、7時間以上9時間未満は「7時間以上7時間半未満」にピークがあり、5時間以上7時間未満は「6時間以上6時間半未満」に、3時間以上5時間未満は「3時間以上3時間半未満」にピークがある。

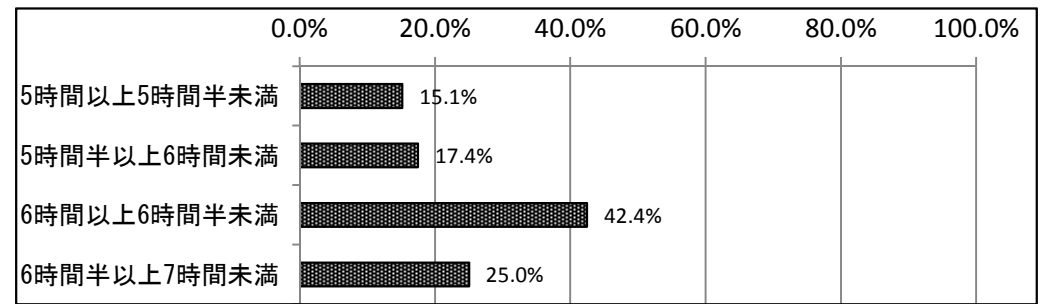
サービス提供時間(平日)



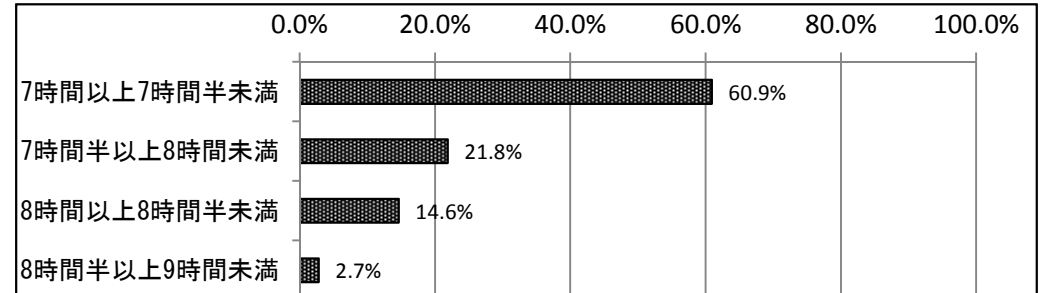
3時間以上5時間未満



5時間以上7時間未満



7時間以上9時間未満



サービス提供開始・終了時間(平日)

	開始時間	終了時間
全体	9:33	16:01
3時間以上5時間未満:午前開始	9:03	13:08
3時間以上5時間未満:午後開始	13:28	16:38
5時間以上7時間未満	9:33	15:48
7時間以上9時間未満	9:09	16:32

論点3

- 通所介護の基本報酬は、事業所規模(地域密着型、通常規模型、大規模型 (I)・(II))に応じた設定としており、サービス提供1人当たりの管理的経費を考慮し、大規模型は報酬単価が低く設定されている(通常規模型に比して、大規模型 (I) は約2%、大規模型 (II) は約4%)。
- 直近の通所介護の経営状況について、規模別に比較すると、規模が大きくなるほど収支差率も大きくなっている。
- また、直近の管理的経費の実績を見ると、大規模型におけるサービス提供1人当たりのコストは、通常規模型と比較して、大規模型 (I) は約11%、大規模型 (II) は約12%低い結果となっている。
- これらの実態を踏まえて、基本報酬についてどう考えるか。

対応案

- 基本報酬について、介護事業経営実態調査の結果を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直しを行ってはどうか。

通所介護の経営状況とサービス提供1人当たりの管理的経費

- 通所介護の経営状況について、規模別に比較すると、規模が大きくなるほど収支差率も大きくなっている。
- 管理的経費の実績を見ると、大規模型におけるサービス提供1人当たりのコストは、通常規模型と比較して、大規模型(Ⅰ)は約11%、大規模型(Ⅱ)は約12%低い結果となっている。

(出典)厚生労働省「平成29年度介護事業経営実態調査」

<収支差率>

1月当たり延べ利用者数 (報酬上の区分)	地域密着型通所介護 (定員18人以下)	通所介護 (定員19人以上)		
	— (小規模型)	750人以下 (通常規模型)	751～900人 (大規模型(Ⅰ))	901人以上 (大規模型(Ⅱ))
収支差率	2.0%(1.6%)	3.4%(3.2%)	7.9%(7.7%)	10.0%(9.5%)
		4.9%(4.7%)		
	4.2%(3.9%)			

※ 収支差率＝税引前利益(収入－支出)／収入。括弧内は税引後収支差率。

<大規模型と通常規模型の管理的経費> (サービス提供1人当たりの比較)

通常規模型	大規模型(Ⅰ)	大規模型(Ⅱ)
2,715円	2,405円	2,400円

※ サービス提供1人当たりに要する管理的経費を事業所規模別で比較すると大規模型(Ⅰ)が11.4%、大規模型(Ⅱ)が11.6%低い(≒スケールメリットが働いている)。

薬価制度の抜本改革における主要テーマ

- ① 新薬創出等加算の見直し(③①、③③)
- ② 改定年の間の年における改定について(③③)
- ③ 効能追加等に伴う市場拡大への対応(③③)
- ④ 長期収載品の薬価等の見直し(②⑨、③①、③③)

現行制度の概要

- 対象品目は、後発品上市までの間、改定による薬価引下げを猶予

〔企業要件〕厚労省からの医薬品開発の要請に応じていること

〔品目要件〕乖離率（薬価差）が全医薬品の平均以下であること

課題

- 企業に着目した制度であり、企業要件さえ満たせば、事実上、すべての新薬が対象となる。そのため、革新性の低い医薬品も薬価が維持される。
- 乖離率が平均以下という品目要件があることで、対象外になることを回避したい企業が仕切価を高く設定し、価格が高止まりしているとの指摘もある。

改革の方向性（品目要件の見直し）

現行

低い ← → 高い

見直し後

右記以外の
品目

平均乖離率を
上回っている品目

- ・ 画期性加算・有用性加算の補正加算のついた医薬品
- ・ 営業利益に補正された医薬品
- ・ 希少疾病用医薬品
- ・ 新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性・有用性が認められるものに限る）等

- ・ 医療用配合剤
- ・ ラセミ体が存在する医薬品
- ・ 類似薬効比較方式（Ⅱ）で算定された医薬品
- ・ その他基準に照らして革新性・有用性が認められない医薬品

- 未承認薬・適応外薬の解消に取り組むため、国からの開発要請に適切に対応することを前提条件とする
- 企業が更なる革新的新薬開発に取り組むインセンティブとするため、革新的新薬の開発やドラッグ・ラグ解消の実績・取組を指標とし、これらの指標の達成度に応じて、加算率を3段階に設定

現行

企業要件

見直し後

企業指標

① 開発要請等を受けた企業
(適切に対応しない企業を除く)

② 真に医療の質向上に貢献する医薬品の開発企業
(開発要請等を受けていない企業のうち)



A 革新的新薬創出の実績・取組

B ドラッグ・ラグ解消の実績・取組

C 世界に先駆けた新薬の開発

※ 開発要請を受けていない企業に対し、
②の基準により対象企業かどうかを判定

* 開発要請に対して適切に対応しない企業は、
そもそも新薬創出等加算の対象外とする。

【指標の達成度・充足度の評価方法】（イメージ）

- 次に掲げるに関する指標の達成度・充足度に応じた加算率とする。
- (A) 革新的新薬創出 (B) ドラッグ・ラグ対策 (C) 世界に先駆けた新薬開発

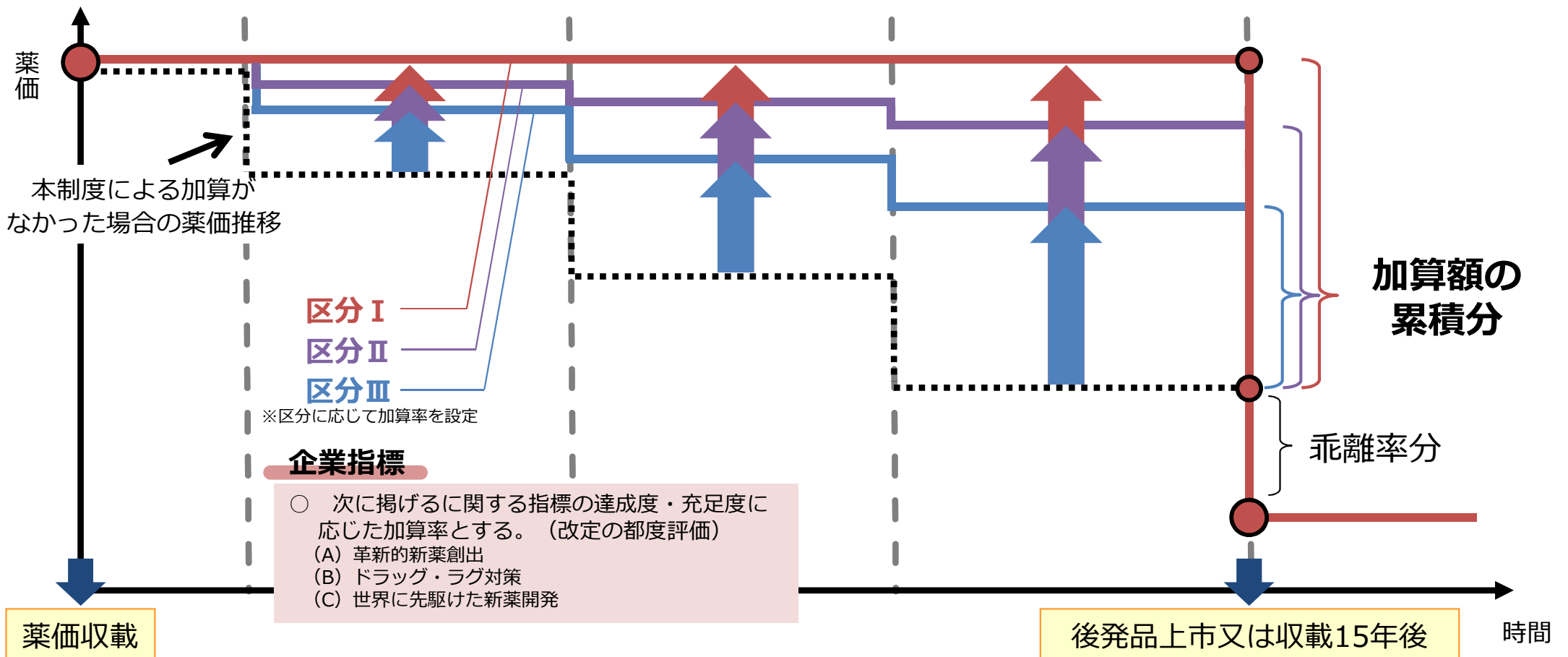
医療系ベンチャーについては、新薬開発に係る実績・今後の取組が限られている一方で、革新的新薬創出の重要な役割を果たすことが期待されており、企業指標にかかわらず加算率を設定

制度の位置づけ

- 革新的新薬の創出を促進するための効率的・効果的な仕組みへと抜本的に見直した上で、制度化を検討。

品目要件

- 医薬品そのものの革新性・有用性に着目して判断
画期性加算、有用性加算、営業利益率補正がなされた医薬品、希少疾病用医薬品、新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性、有用性が認められるものに限る。）等に絞り込み。



※ なお、加算額について、乖離率に応じた上限を設定

現行制度の概要

- 通常、薬価は2年に1度、市場実勢価格に応じて改定（全医薬品を対象）。
- 改定の前年に、卸売業者に対し、医療機関等への納入価格を調査する。
- 市場実勢価格に調整幅（改定前薬価の2%）を加えた額を改定後の薬価とする。

課題

- 市場実勢価格が低下しても、2年間、薬価が据え置かれることから、国民負担の軽減の観点を踏まえた対応を検討する必要がある。