

制度と報酬はどう変わるのか 医療・介護分野の 将来予測

- 1 政府が描く社会保障ビジョン
- 2 機能分化が進む医療提供体制
- 3 介護住宅・施設分野は高齢者住宅市場が激変
- 4 2012年度診療報酬改定の焦点
- 5 次期介護保険制度改正の方向性

1 | 政府が描く社会保障ビジョン

社会保障改革の基本方針「社会保障ビジョン」

社会保障制度全般において改革案策定に取り組むなかで、政府・与党が目指す方向として提示する基本方針となるのが、「安心と活力への社会保障ビジョン（2010年12月：社会保障改革に関する有識者検討会による報告、以下「社会保障ビジョン」）」です。

◆「安心と活力への社会保障ビジョン」(抜粋)で示す項目

～ 政府・社会保障改革に関する有識者検討会(2010年12月報告)

1 現行社会保障制度と改革の課題

- (1) 日本社会の現状と社会保障改革の課題
- (2) 社会保障改革の可能性 いかなる日本を目指すのか
- (3) これまでの社会保障改革論議の総括
- (4) 改革の方法と選択肢

2 社会保障改革の3つの理念と5つの原則

- (1) 3つの理念
- (2) 5つの原則
- (3) 理念と原則を踏まえた改革の各論（例示）

3 社会保障改革の枠組み

- (1) 社会保障負担の在り方
- (2) 信頼醸成への道
- (3) 社会保障強化と財政健全化の同時達成

4 社会保障改革を支える税制の在り方

<略>

5 持続可能な希望のもてる日本へ

- 機能強化に向けた当面の優先課題
- 中規模の高機能な社会保障体制へ

(1)示された政策目標

社会保障ビジョンでは、今後の日本の進むべき社会保障体制のあり方を示すものとして、社会保障政策に関する当面の目標を次のように掲げています。

少子高齢化が進むとともに、人口減少に転じた日本にとって、社会保障システムそのものの維持に対する懸念から、社会保障改革の必要性は強く主張されてきたところです。

ここでも財源の確保という課題に直面していますが、社会保障制度を支える現役世代の人口割合が減少していること、さらには経済停滞による雇用の不安定化と所得減少から保険料未納者が増えており、人口構造・雇用および経済環境の変化によって、保険財政にも危機を及ぼす状況は変わることがありません。

◆「安心と活力への社会保障ビジョン」より～持続可能な希望の持てる日本へ

- 社会保障の機能強化と財政健全化の同時達成・同時追求こそ、進むべき道
- 目標とする負担と給付の水準は、国際比較の観点からは「高福祉高負担」ではなく「中福祉中負担」
- 社会保障給付を徹底して切り下げる「低福祉低負担」は責任ある選択肢といえない



社会保障改革の当面の目標
中規模の高機能な社会保障体制

現在の制度を維持するためには、今後も現役世代の負担を増加せざるを得ないのが現状です。したがって、社会保障制度の充実には、財政健全化を達成することが必要だという方針は、社会保障ビジョンの中にもうたわれています。

一方では、医療・介護サービスを利用する本人にも応分の負担を課する方向性検討とともに、消費税増税論議が始められようとしています。つまり、「高負担高福祉」を目指しながらも、現実的には「高負担中福祉」を確実に実現する、という政策を進める方向に舵を取るようになるでしょう。

(2)今後展開される重点議論

「安心と活力への社会保障ビジョン」においては、緊急性の高い分野を中心として、改革の各論が示されています。

そのなかのひとつとして、医療・介護のサービス提供体制の基盤強化に向けた取り組みを挙げ、次のようなかたちでサービス供給体制の整備を図るべきと示しています。

- ①ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る
- ②都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現する。
- ③不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できがぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができると目指す。そのために、医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する。

上記の取り組みによって、特に高齢者ケアに関して、家庭医による複数の併存症のマネジメント、多重薬剤の回避、介護資源の効率的利用、疾病予防など、医療・介護サービスの質を高め、医療・介護費用の増大の抑制につながる効果も期待できるとしています。

こうした取り組みを確実に進めていくためには、サービス供給体制の改革と同時に、安定的な財源を継続的に確保し、医療制度と介護保険制度内部での資源配分のあり方を見直していくことが必要になります。ビジョンでは、2012年4月に行われる診療報酬・介護報酬の同時改定において、診療報酬と介護報酬についての基本骨格の見直しを行うべきであると提言しています。

これらの3点の内容は、かつての社会保障国民会議（福田康夫内閣）、安心社会実現会議（麻生太郎内閣）で行われた議論とほぼ重なるものであり、政権運営が不安定な現在の情勢を含めて鑑みても、今後も医療・介護分野で求められる政策の方向に大きな差はないと推測されます。

医療機関や介護事業者は、これらを具体化した政策の方向性を読み解き、対応していくことが求められているといえるでしょう。

(3)今後の医療・介護制度関連のスケジュール

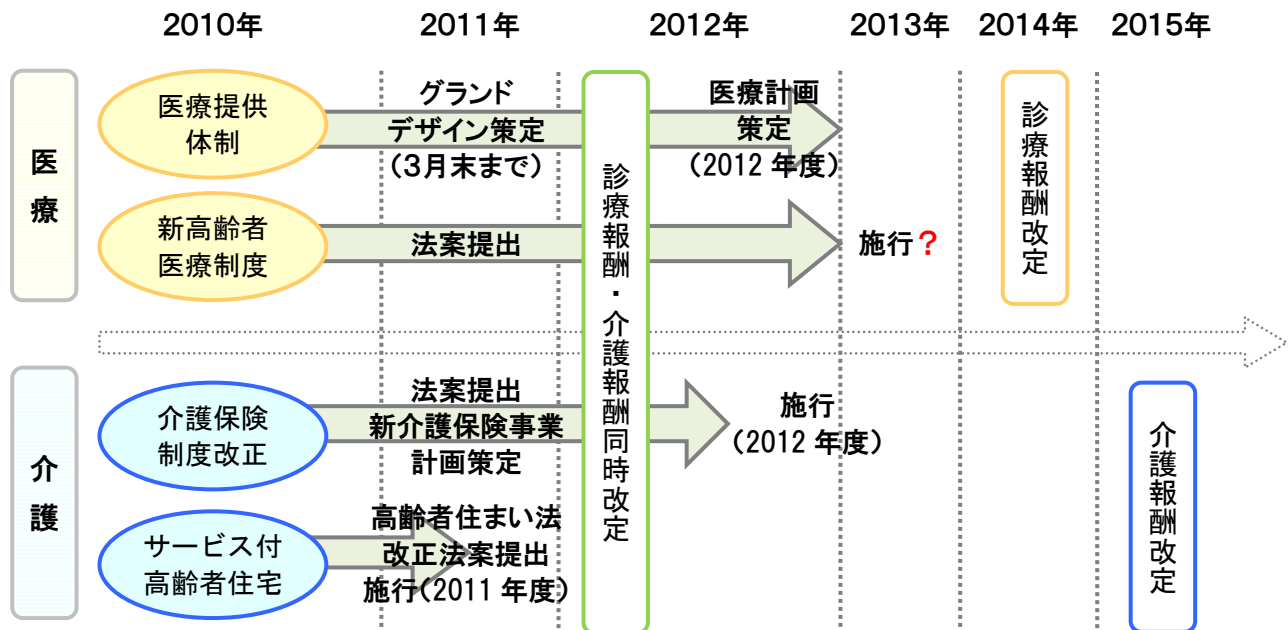
2011年以降に予定される医療・介護保険制度改革関連項目は、後期高齢者医療制度に代わる新たな高齢者医療制度のほか、来年度の診療報酬・介護報酬の同時改定をはじめ、新しい医療計画の策定が挙げられています。

今後5年間で予定されているこれらの制度改革の実現には、現政権が直面している財源確保への取り組みを避けて通ることはできません。

社会保障ビジョンでは、この問題への対応として、「社会保障改革を支える税制のあり方」の項目のなかで、「消費税の基幹性（消費税収を再分配効果の高い社会保障給付に充当する

ことで人口構造による逆進性解消に活用)」「消費税の使途明確化」の2点を示し、特に消費税に焦点を当て、税と社会保障制度改革に向けての取り組み姿勢を表明しています。それは、先送りにしてきた本質的な医療・介護保険制度改革に対して、実効性のある政策を打ち出すために必要な財源としての税の具体案を提示する準備が進行中であることからもうかがえます。

◆医療・介護制度改革関連スケジュール(2011年～2015年)



2 | 機能分化が進む医療提供体制

政府が目指す医療提供体制

2010年6月に閣議決定された「新成長戦略」では、医療サービスの基盤強化を重要なテーマに据えています。

2011年以降の5年間において、政府が目指す医療提供体制とは、急性期医療を拡充する方向で、医療機関の機能分化と連携強化を進めるとともに、医療関連職種の役割分担を見直し、さらに医療そのものの生産性を高めることによって、良質な医療サービスの提供を図る方向に進む予定となっています。

◆新成長戦略「健康大国戦略」＜抜粋＞(2010年6月18日閣議決定)

【現状の問題点】

- 病院・病床間、医療関連職種間の役割分担が不十分

【今後の対応】

● 医療機関の役割分担・連携強化

- 病院、病床の役割分担を進め、急性期医療の機能強化、リハビリテーション・在宅医療などの充実、連携強化により、シームレスな医療提供体制を構築
- 患者や市民の参画による地域ニーズを反映した医療提供体制の整備
- 4疾病5事業（*）の医療連携体制の構築強化、病院機能の見える化

● 専門職種の役割分担見直し

- 「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書を受け、特定看護師（仮称）制度など、医療関連職種間の役割分担を推進
- 看護師、薬剤師、介護職員など既存の医療介護関連職種の活用促進と役割拡大、医療クラークなどの大幅な導入推進

● 地域における医師の確保

- チーム医療の推進などにより、OECD平均並みを目指して実働医師数を増加
 - 診療科ごと、地域ごとの医師などの不足の実態把握
- （*）4疾病5事業：4疾病とは「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」を、5事業とは「救急医療」「災害医療」「へき地医療」「周産期医療」「小児救急を含む小児医療」を指す。

上記の新成長戦略では、今後の需要予測を踏まえた医療提供体制のグランドデザイン策定も明記されています。この策定作業は、厚生労働省医政局により進められ、2010年度内（2011年3月末まで）に最終報告書がまとめられる予定となっています。

ここでの重点課題は、議論の舞台となった社会保障審議会・医療部会での検討経過や政府方針からみると、次の3点に整理されます。

- ① 医師不足・偏在対策
- ② 医療施設体系の整理
- ③ コメディカルの役割見直し

上記のうち、②に掲げた医療施設体系の整理が最大の焦点とみられます。

医療提供体制の見直しは、既存の医療施設体系のそれぞれについて、役割分担や連携、および集約化を進めることによって、国際的基準から人員不足とされる医療従事者の配置の改善、また救急医療の確保や医師不足等の課題の解消につながると期待されます。

2010年度診療報酬改定において手厚い評価がなされた急性期医療については、改定のみでは大きく立て直すには至っていないため、さらなる医療資源の集中投下が必要と思われます。前述の「社会保障ビジョン」においても、あるべき医療サービス提供体制として、「病院・病床の機能分化と急性期病院と中心とした人員配置の大幅な拡充」をうたっています。これを実現するために、どのような方法で医療施設体系の整備が進められるかという点については、次のようなツールや手段が挙げられます。

(1) 医療計画の見直しで施設体系を整備

2006年の第5次医療法改正を機に、大幅に見直された医療計画は、1期5年で全国一斉にスタートしており、2012年度末で1期目が終了します。すなわち、2期目に入る2013年度からの次期医療計画を修正し、施設体系の整備を進めていくと予測されています。

① 4疾病5事業要件の厳格化

第5次医療法改正では、医療計画は、単なる「量的」規制から、診療機能の整備・強化のような「質的」側面での充実に踏む込むものとされましたが、都道府県によって4疾病5事業に関する要件について、事実上その取扱いに温度差がみられていたことから、この点の運用が厳格化されることについては確実視されています。

併せて、この要件の厳格化に際しては、アウトカム指標の導入等により医療機関の選別を図る手法が活用される見通しです。

② 地域医療再生計画と基金活用

都道府県内の医療提供体制整備を支援する仕組みとして、2009年度補正予算によって創設されたのは「地域医療再生基金」です。これは、医療提供体制の整備に関する「地域医療再生計画」を立案し、これに従った取り組みを進める場合に基金を活用できるとするもので、多くは既存の医療計画をベースにしていることから、いわば医療計画で進める事業

内容に、同基金という補助金が支給された形です。

具体的事業内容は都道府県に委ねられているものの、同基金の活用は、今後の地域医療のカギを握るカードのひとつだといえるでしょう。

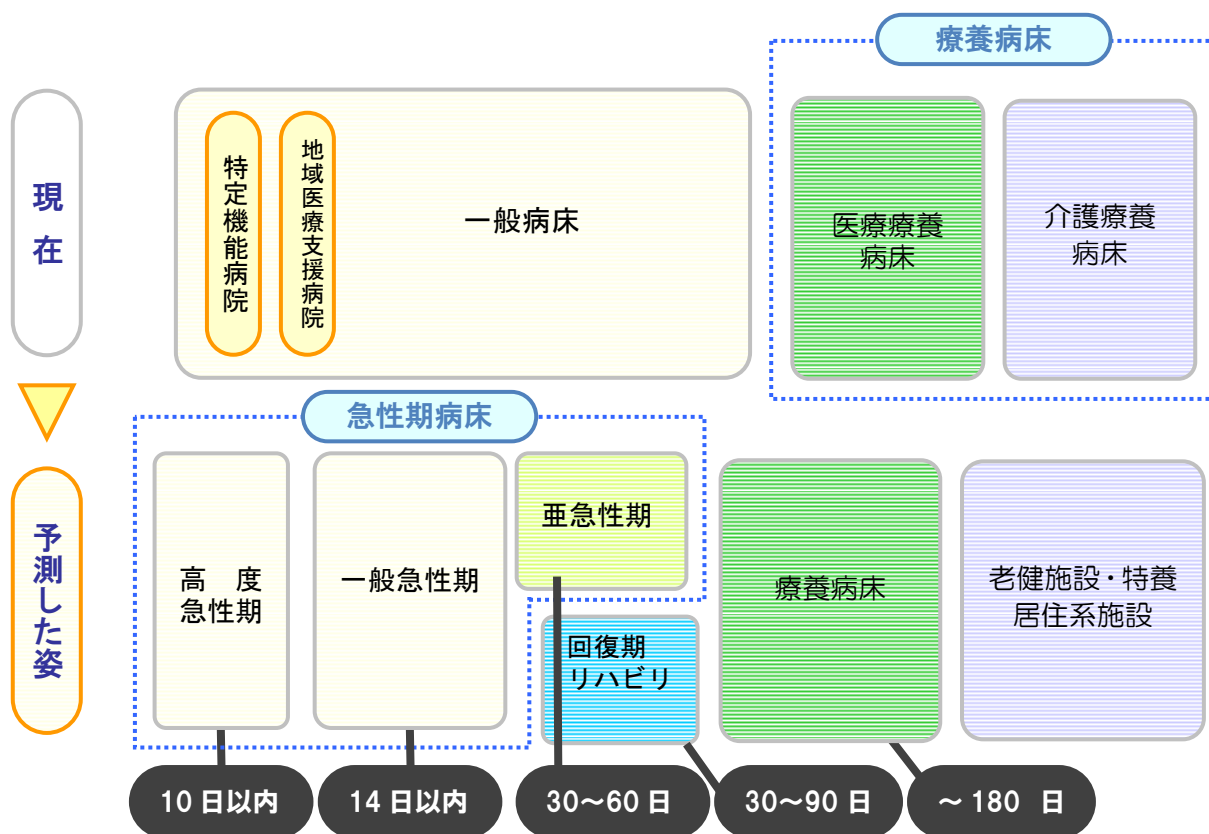
(2)一般病床をめぐる病床区分再編の可能性

医療機関の機能分化を最も確実に達成するには、病院病床の新たな区分導入という方法が挙げられます。なかでも、一般病床が必ずしも急性期医療の提供とは結びついていないという現状は、近年の検討課題とされてきました。

法改正による病床再編の可能性は低いものの、機能分化を促進するための病床区分に関して、厚生労働省内では検討が進められているとされ、これまでの政策動向等を鑑みると、下図のような方向性が予測されています。

具体的には、一般病床における急性期を3つに分類しようというもので、将来的にこうした病床区分へ再編が進められると予測されます。

◆病床区分見直しの予測イメージ



3 | 介護住宅・施設分野は高齢者住宅市場が激変

高齢者専用賃貸住宅の廃止と介護3施設の見直し

地域包括ケアシステム実現に向けて、高齢者住宅の整備は、不可欠な要件のひとつだといえます。この点における厚生労働省のねらいは、高齢者住宅に医療・介護サービスを組み合わせ、医療必要度や要介護度が増しても、住み慣れた地域・在宅での生活を継続できる環境づくりにあります。

こうした方針を受けて、国土交通省と厚生労働省が連携し、社会資本整備審議会・住宅地分科会（2010年11月29日）において、新たな高齢者住宅制度の案が示されました。それは、高齢者専用住宅（高専賃）については経過措置を設けて廃止し、新たに「サービス付高齢者住宅（仮称）」を2011年度中に創設するという内容となっています。2011年の通常国会において、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」の改正案を提出する運びです。

◆現行法制度で定める主な居宅サービスの課題

高齢者向け 賃貸住宅	医療、介護事業者との連携が不十分	生活支援サービスの提供が任意
	行政の指導監督が不十分	サービス部分における行政の指導監督権がない
有料老人 ホーム	居住の安定性が弱い	要介護となった場合の居室移動、入院時の入居契約解約等
	入居一時金に関するトラブル	入居後すぐの解約時の初期償却大

■共通する課題

- 高齢者に適した住まいの絶対的不足
- 高齢者の住まいの制度が複雑

(1) 高齢者専用賃貸住宅廃止と「サービス付高齢者住宅」の創設

改正法案では、新たな「サービス付高齢者住宅」は都道府県への登録制とし、既存の高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）、高専賃、高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）の各制度は経過措置を設けたうえで廃止し、新制度に一本化するとしています。現在のところ、経過措置は2～5年となる見通しです。サービス付高齢者住宅の登録基準は、国交省が2010年

度に創設した高専賃等への建設費補助制度、「高齢者等居住安定化推進事業」とほぼ同様となっており、ハード面でも居室面積を原則 25 m²以上とするほか、バリアフリー化も義務付けています。

◆「サービス付高齢者住宅」の制度案

登録基準	①住宅に関する基準	<ul style="list-style-type: none"> ●原則として 25 m²以上 (居間、食堂、台所その他共同利用の際に十分な面積を有する場合は 18 m²以上) ●トイレ、洗面設備の必置 ●バリアフリー化
	②サービスに関する基準	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢者支援サービスの提供 (安否確認、生活相談は必須)
登録事業者の義務	<ul style="list-style-type: none"> ●入居契約に関わる措置 (提供するサービスなど登録事項の情報開示、入居者に対する契約前の重要事項説明) ●賃貸借方式 (居住安定が図られる契約内容であれば利用権方式でも登録可能) 	
行政による指導監督	<ul style="list-style-type: none"> ●住宅管理や生活支援サービスに関する行政指導監督 (報告徴収・立ち入り検査・改善命令など) ●地方公共団体における福祉部局、住宅部局の連携 	

サービス付高齢者住宅は、新規開設だけではなく、既存の高専賃や有料老人ホームも基準を満たせば、登録できる見込みです。

ここで注意すべきなのは、既存の有料老人ホームがサービス付高齢者住宅に登録する場合に、老人福祉法の届け出対象から除外されるかどうかという点です。この点については、現時点では、有料老人ホームの届け出を継続したまま、新制度に登録する仕組みとなると予測されています。

国交省は、2011 年度から 5 年間はサービス付高齢者住宅の建設・改修費に直接補助金を支給する予定とし、整備に力を注いでいます。

また厚労省も、2012 年度介護保険制度改正で新設予定の 24 時間定期巡回・随時対応サービスなどを組み合わせて、入居者が外部サービスを受けられるように制度整備を行う方針です。

(2)介護保険3施設の役割明確化

次期介護保険制度改正において、介護保険3施設の報酬見直しは小幅にとどまる見通しです。これは、地域包括ケアシステムにおいて、これら施設整備の優先順位が低いこと、さらには介護保険財政の厳しさも要因となっています。

一方で、介護療養病床が廃止の方向で検討されていることから、2015年度に向けて施設再編が進み、将来的に介護施設は、在宅復帰支援機能としての介護老人保健施設と、終の棲家としての特別養護老人ホームに集約されると思われます。

◆介護保険3施設の今後

介護療養病床	2012年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 3年間の猶予期間を設けて存続 ● 介護報酬は引き下げ
	2015年度以降	廃止
介護老人保健施設	2012年度以降	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅復帰支援機能を重視 1) 在宅復帰支援機能が強い施設（リハビリを中心） <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 介護報酬引き上げ ⇒ 在宅復帰のためにリハビリなどを行う施設として存続 2) 長期入院が多い施設 <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 介護報酬据え置き、または引き下げ ⇒ 介護報酬で高齢者住宅などへの転換を促進
特別養護老人ホーム	2012年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 終の棲家としての機能強化 ● 社会医療法人による特養運営の解禁 ● 医療提供体制の強化（外部医療サービスの解禁、もしくは医師配置要件の強化）
	2015年以降	<ul style="list-style-type: none"> ● 低所得者・重度要介護者のセーフティーネットとして存続

4 | 2012 年度診療報酬改定の焦点

次期診療報酬改定は後方支援病院を評価

次期 2012 年度は、診療報酬および介護報酬の同時改定となるため、医療と介護をつなぐ項目を重点的に評価、もしくは見直しとなる可能性が高いと予想されます。

具体的には、次のような項目がポイントとして挙げられます。

◆2012 年度診療報酬改定で予想されるポイント

13 : 1 ・ 15 : 1 入院基本料の扱い	<ul style="list-style-type: none"> ●90 日超は完全包括 ⇒ 特定患者に対する特例廃止 特定除外患者でも出来高算定不可に 包括評価（療養病棟入院基本料における患者分類）導入の可能性
慢性期入院に対する 評価の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ●患者分類の改変 ●慢性期救急に対する評価の拡充
DPC/PDPSの 見直し	<ul style="list-style-type: none"> ●調整係数廃止後の基礎係数 ⇒ 施設類型別に設定 ●機能評価係数Ⅱの重みづけの見直し

次期改定の焦点になるのは、特に慢性期入院の扱いであるとみられています。

前回診療報酬改定は、医療費抑制により疲弊した急性期医療の充実に配慮され、評価の引き上げなどの手当ても奏功したことから、急性期における平均在院日数は近年大幅に短縮されています。

一方で、慢性期入院患者の病態は多様化し、重症患者の割合も増加したほか、在宅で療養生活を送る患者や施設等入居者における急性増悪への対応ニーズが増す傾向にあります。本来であれば、急性期病床が入院等を受け入れ、こうした在宅患者を支援する病床として機能すべきところですが、急性期入院そのものが「医療崩壊」をきたしている現状から、代わりに慢性期病床がこの機能を担うことが求められるようになっていきます。

次回改定項目にあっては、こうした機能に対する評価も導入されるとみられます。

(1)慢性期を担う「一般病棟」と「療養病棟」の整理

慢性期入院の主な担い手としては、医療療養病床が想定されています。しかし、一般病床にも、13：1や15：1一般病棟入院基本料の算定病棟の入院患者の中には、医療区分、つまり状態が医療療養病棟の入院患者とほぼ同等になっているケースもあります。

この点について厚生労働省は、「医療施設・介護施設の利用者に対する横断調査（2010年6月実施）」において、これらの一般病棟と20：1の医療療養病棟の入院患者の医療区分を調査し、その患者割合などを検証しており、報酬上の評価へ反映させることや体系の整理に取り組むべき、という意見もみられます。

◆慢性期入院医療の評価方法再編の一案

評価の基準	医師配置、看護・介護職員配置、病床面積、平均在院日数
評価の方法	各指標の標準を定め、上回れば加算し、下回れば減算 例) 医師配置 48：1 以上、看護・介護職員配置各 20：1 以上 病床面積 6.4 m ² 以上、平均在院日数 90 日以内

(2)慢性期入院患者分類の見直し

現行の診療報酬体系で採用する療養病棟入院基本料については、算定する点数に大きく影響する患者分類の問題点として、医療区分2・3（*）における基準が限定的であることが挙げられており、この基準に相当しない病態の患者はすべて医療区分1に区分される状態となっています。

したがって、医療区分2および3の基準を見直し、より精緻化した項目を列挙することで、患者の状態を適切に反映した医療区分に相当する評価を算定でき、また明確にこれらを適用することも期待できるとして、分類案の検討が進められています。

（*）医療区分2・3

医療区分3は、医療必要度が最も高い状態で、24時間体制での医師及び看護師による監視・管理を要する。医療区分2は、24時間体制での監視・管理は必要ないが、難病や感染症などの疾患で、特定の治療や介助を要する状態。

◆新たな慢性期病態別患者分類の概要 ～日本慢性期医療協会による見直し案

現行の医療区分の問題点

医療区分2・3の基準が限定的
⇒ 当該基準を満たさない場合
すべて医療区分1になる



見直し案

病態（*全13分類）ごとに、重症度や在院日数等に応じて医療区分2・3に相当する状態を詳細に設定

(3)DPCの変革で進む急性期入院評価見直し ～DPCからDPC/PDPSへ

急性期入院をめぐる診療報酬改定の動向は、DPC（*1）に基づく包括支払方式の変革が中心となります。

これまでDPCと称されてきた診断群分類は、2010年12月16日中医協・DPC評価分科会において、今後「DPC/PDPS（*2）」という呼称することが正式に決定され、これを機に、新たな類型化が進められることが予定されています。

DPC/PDPSは、「高度急性期医療を担う大病院」に適用されるものというイメージだったDPCから、新たに「基礎係数」という概念で施設類型別に区分されて適用となる可能性があります。

◆基礎係数の概念

基礎係数：調整係数のうち、機能評価係数に置き換えられなかった部分

前年度の収入を保証してきた機能評価調整係数は、2010年度診療報酬改定で段階的に廃止されることとなりましたが、代わりに導入された「機能評価係数Ⅱ」（*3）によって、対象病院の医療の質を反映させる考え方のもと、今後も急性期入院の評価体系の見直しが進むと予想されています。

新たな基礎係数では、個別設定をやめ、全てのDPC/PDPS対象病院の報酬水準を反映させた係数の平均値に一定幅を加えたものとする方向で検討が進んでいます。併せて、施設類型による特性を加味することとし、その例としては、「高度急性期病院」「総合病院」「ケアミックス病院」等、医療資源の投入量による有利不利を軽減し、包括支払方式全体の報酬体系に関わるキーワードとして、DPC/PDPSが位置づけられることとなります。

（*1）DPC

「Diagnosis Procedure Combination」の略で、従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、1日当たりの診断群分類点数をもとに医療費を計算する包括払い方式。

（*2）DPC/PDPS

DPCの新呼称。PDPSとは、「Per-Diem Payment System」の略で、1日当たりの支払い制度という意味。

（*3）機能評価係数Ⅱ

DPCを導入している病院で使用する係数。「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療係数」「地域医療指数」の6項目から算出され、係数が大きい病院のほうが高度な医療機能を有するとみなされ、1日あたりの診療報酬単価を高く請求することができる。

5 | 次期介護保険制度改正の方向性

2012年度介護保険制度改正の基本的考え方

(1) 第5期介護保険事業計画策定と次期制度改正

2012年度に予定される介護保険制度改正は、①地域包括ケアシステムの実現、②持続可能な介護保険制度の構築、という2つの基本的考え方に基づいて実施されます。

具体的な方向性は、社会保障審議会・介護保険部会により取りまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010年11月30日、以下「意見書」）に示されており、主な内容は次のとおりです。

◆第5期介護保険事業計画策定に向けた次期制度改正の考え方

介護保険制度を取り巻く現状と課題

- 重度者に対応可能な在宅サービスの不足
- 単身・高齢者のみ世帯、認知症高齢者の増加、都市部の高齢化
- 保険者による介護ニーズの把握不足とそれによるサービスのミスマッチ
- 要介護状態になって住み続けられる住宅の不足
- 介護費用の増加とそれに伴う介護保険料の上昇



制度改正の基本的考え方

- 「地域包括ケアシステム」(*)の実現
医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供
- 持続可能な介護保険制度の構築
給付の効率化および重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

(*) 地域包括ケアシステム ～「地域包括ケア研究会報告書」より

ニーズに応じた住宅が提供されることを前提に、概ね30分以内の日常生活圏内において、医療・介護のみならず、福祉・生活支援サービスが一定的・連続的かつ適切に相談・利用できる提供体制。

意見書の内容のうち、新たなサービスの創設等法改正を要する項目については、現在開催中の通常国会において、厚生労働省が改正法案を提出するほか、それらサービスの指定基準や報酬に関わる項目については、社会保障審議会・介護給付費分科会で今春以降に具

体的な検討が行われることとなっています。

(2)地域包括ケアシステム実現のための制度改正ポイント

次期制度改正において、地域包括ケアの実現に向けて行われる具体的な見直しの方針については、意見書に示されています。

地域包括ケアシステムの構築には、5つの視点が不可欠だとされます。これらを踏まえたうえで、4つのポイントを明示するものです。

◆地域包括ケアシステムの構築と制度改正の主要項目

「地域包括ケアシステム」構築に求められる5つの視点

利用者のニーズに応じて、以下の5点について包括的・継続的に提供される必要がある

- (1) 介護サービスの充実・強化
- (2) 医療との連携強化
- (3) 介護予防の促進
- (4) 多様な生活支援サービス（見守り、配食、買い物等）の確保、権利擁護
- (5) バリアフリーの高齢者住宅の整備



次期制度改正の主要ポイント

①保険者（市町村）の機能強化

介護保険事業計画策定における地域ニーズの把握、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画との調和、地域包括支援センター運営の円滑化 等

②単身・重度の要介護者などに対応しうるサービスの整備

24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」の創設、複合型サービスの導入 等

③住まいの整備

「サービス付高齢者住宅」を「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に位置づけ

④施設サービスのあり方の検討

社会医療法人による特養開設の容認、介護療養病床廃止の一定期間猶予

(3)中重度者を支えるサービスの充実

在宅サービスは、地域包括ケアシステムの中核となるものとして位置づけられますが、一方で中重度者を支援するサービスが圧倒的に不足している現状があります。この状況を改善するため、次期制度改正では、24時間対応の訪問サービスや、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの創設等が検討されています。

また、市町村や都道府県の介護事業者に対する指定権限の強化が見込まれており、在宅サービスにも「総量規制」が導入され、通所介護等のすでに飽和状態となっているサービスに関しては、新規参入が認められない地域が出てくる可能性があります。

一方、新たなサービスとして意見書に盛り込まれたのは、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」です。これは、中重度の在宅要介護者に対して、身体介護を中心とした短時間のケアを一日複数回提供し、さらに通報システムによる随時対応を行うというものであり、訪問看護との連携により医療ニーズにも対応するとしています。

◆24時間対応「定期巡回・随時対応サービス」のあり方 ～「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会中間まとめ」より

サービスの対象者	主に要介護度3以上の在宅生活を維持することを前提
訪問サービスのマネジメント	24時間地域巡回型訪問サービス事業所がサービス提供のタイミングや回数などを決定
介護と看護の一体的提供	上記事業所に介護職員と看護職員を配置
随時対応のための体制	コール対応職員は看護・介護の基礎知識と経験を有する者が担当
職員配置のあり方	職員の他介護サービスとの兼務には柔軟に対応
サービス提供圏域	一定規模地域を単一事業所が担当、他事業所への部分的委託
報酬体系	包括定額方式

(4)キーワードは「24時間体制」と「複合化」

上記のように、次期制度改正のキーワードとしては、「24時間体制」「複合化」が挙げられます。ここからは、介護事業者に対し、規模の拡大とそれによる経営の効率化を促す厚生労働省の意向が読み取れます。つまり、制度創設当初の事業所数増加を優先させる政策からは、大幅な方針転換であるといえます。

それとともに、訪問介護や通所介護など都道府県指定の居宅サービスについては、市町村の介護保険事業計画と歩調を合わせた整備が求められることとなり、サービスが供給過剰となれば、指定を拒否できるようになる見込みです。今後は、再び行政側がサービス整備の主導権を握る方向に改正が進む可能性も十分考えられます。