

# 医療・介護の生産性向上を巡る 議論と展望

～現場本位の見直しに向けて～

2023年5月20日

日本労働組合総連合会

医療・介護フェス2023

～安心と信頼の医療と介護 中央集会～

ニッセイ基礎研究所

主任研究員

三原 岳

# 今日の内容 (1) ～自己紹介など～

1 : はじめに～自己紹介など～

2 : 医療・介護の「生産性向上」の動向

3 : 生産性向上が語られる背景と過去の施策

4 : 医療・介護の生産性向上とは何か

5 : 生産性向上や現場改善に必要な方策

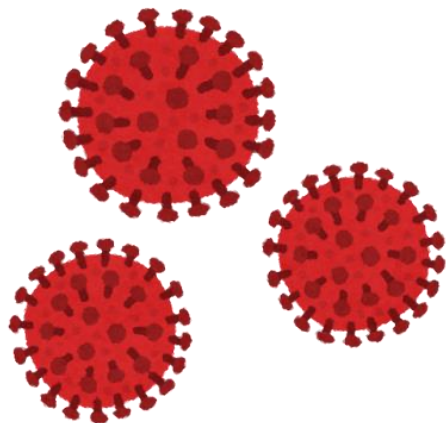
6 : 2024年度同時改定に向けた展望

7 : おわりに

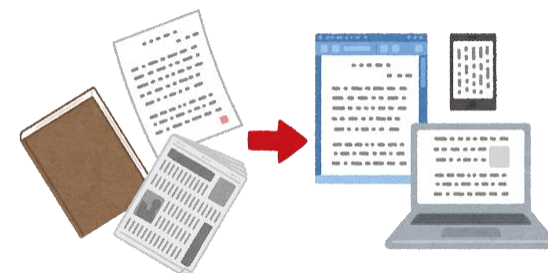
# 現場で起きていること？

新型コロナ対応で大変な中なのに、相次ぐ制度改革に加えて、最近はDXや生産性向上、科学的介護などが論じられており……

新型コロナウイルス対応



DX化  
科学的介護など

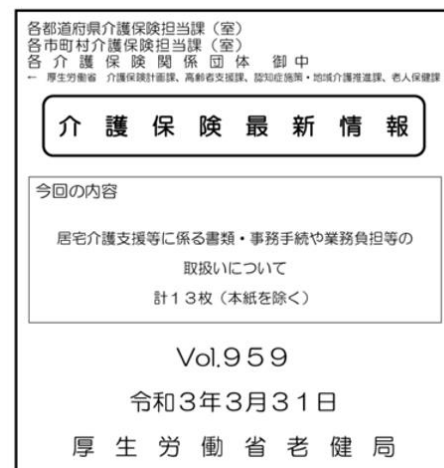


感染症対応を  
強化して下さい！

生産性を向上して下さい！  
DX化が必要です！

厚生労働省

相次ぐ制度改革  
間断なく送られる通知



# 少しでも自己紹介

## 元々は新聞記者、別のシンクタンクを経て現職に。 ウェブサイトなどに情報発信。

＜主な基礎研ウェブサイトでの情報発信＞

- かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか（2023年2月、全2回）
- コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか（2022年12月）
- 2022年度診療報酬改定を読み解く（2022年5月、全2回）
- 医療制度論議における「かかりつけ医」の意味を問い直す（2021年8月）
- コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか（2021年7月）
- 自治体の認知症条例に何を期待できるか（2021年4月）
- 感染症対策はなぜ見落とされてきたのか（2020年9月）
- 新型コロナがもたらす「2つの回帰」現象（2020年5月）
- 20年を迎えた介護保険の再考（2020年6月～2021年3月、全25回）
- 医療と介護の国・地方関係を巡る2つの逆説（2020年1月）
- 公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか（2019年10月）
- 認知症施策の「神戸モデル」は成功するか（2019年10月）
- 認知症大綱で何が変わるのか（2019年8月）
- 議員立法で進む認知症基本法を考える（2019年3月）
- 社会保障関係法の「自立」を考える（2019年2月）
- 平成期の社会保障改革を振り返る（2018年12月）
- 「65歳の壁」はなぜ生まれるのか（2018年11月）
- 2018年度介護報酬改定を読み解く（2018年5月）
- 2018年度診療報酬改定を読み解く（2018年4月、全2回）
- 地域医療構想を3つのキーワードで読み解く（2017年11月～12月、全4回）

ニッセイ基礎研究所 2020-09-15

### 基礎研 レポート

#### 感染症対策はなぜ見落とされてきたのか

保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る

ニッセイ基礎研究所 2022-05-16

### 基礎研 レポート

#### 2022 年度診療報酬改定を読み解く(上)

新興感染症対応、リフィル処方箋、オンライン診療の初診緩和など

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～感染症対策は新型コロナウイルスの感染が広がる中、中でも、感染症対策の脆弱な医療制度の課題が浮き彫りでは、なぜ感染症対策に對してきたのだろうか。歴史を振り返り、対策を重視してきた。この点視されるようになったと言えそこで、本レポートでは感とされてきた背景を探る。具構造の変化、公的医療保険の上で、感染症対策にも対応を参考にした病床の確保な

#### 1—はじめに～2022 年度診療報酬改定を読み解く～

2022 年 4 月 から 新 し い 診 療 報 酬 体 系 が ス タ ー ト し た 。 医 療 サ ー ビ ス の 対 価 と し て 医 療 機 関 に 支 払 わ れ る 診 療 報 酬 本 体 は 2 年 に 1 回 の 頻 度 で 見 直 さ れ て お り 、 2022 年 度 の 改 定 に 際 し て は 、 新 興 感 染 症 へ の 対 応 に 加 え て 、 症 状 が 安 定 し て い る 患 者 に つ い て は 、 医 師 の 処 方 で 一 定 期 間 内 に 処 方 箋 を 反 復 利 用 で き る よ う に す る 「リフィル処方箋」、初診からのオンライン診療解禁などに関して、数多くの改定項目が盛り込まれた。

本レポートでは2回シリーズで、改定の狙いや背景、今後の展望などを考察する。(上)では診療報酬改定を巡る財務省、厚生労働省、日本医師会などの利害調整を振り返るとともに、2022年度改定の柱のうち、新興感染症への対応やリフィル処方箋、オンライン診療、不妊治療の保険適用などに関する内容や論点を概観する。

### 地域医療は再生するか

コロナ禍における医療体制改革  
三原 岳



医療経済社

- 早大政経卒。時事通信記者、東京財団研究員を経て、2017年10月に入職。関心事は医療・介護政策。社会政策学会、日本財政学会、日本地方財政学会、自治体学会、日本ケアマネジメント学会、全国マイケアプラン・ネットワーク会員。
- 『地域医療は再生するか』（2020年11月出版）、「介護報酬複雑化の過程と問題点」『社会政策』（2015年7月）、『医薬経済』の連載（2015年6月～）。
- 市町村職員の人材育成に関する厚生労働省老健事業委員（2020年度～）、厚生労働科研究費「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」（2017年度）など。参議院、自民党、立憲民主党、財政制度等審議会、経団連、経済同友会、日本商工会議所、全国知事会、連合、日本医師会、東京都薬剤師会、松下政経塾など講演・講師多数。

出典：Amazon、ニッセイ基礎研究所ウェブサイト

# 今日の内容

医療・介護で「生産性」向上が論じられている状況や背景を考察し、現場での対応を論じます。2024年度同時改定の論点も検討します。

- 近年の制度改正では、医療・介護で「**生産性向上**」が語られている現状とともに、その背景として**人口減少**などが影響している点を指摘します。さらに、**DX化の推進**や介護現場の**文書量削減**、**介護職の給与引き上げ**など、過去の施策を考えます。

- その上で、医療・介護現場における**生産性向上**では、利益を優先する一般の企業とは違う視点が求められる点を論じ、**現場に求められる対応**として、報酬の引き上げだけでなく、**風通しの良い職場づくり**などが必要な点を指摘します。

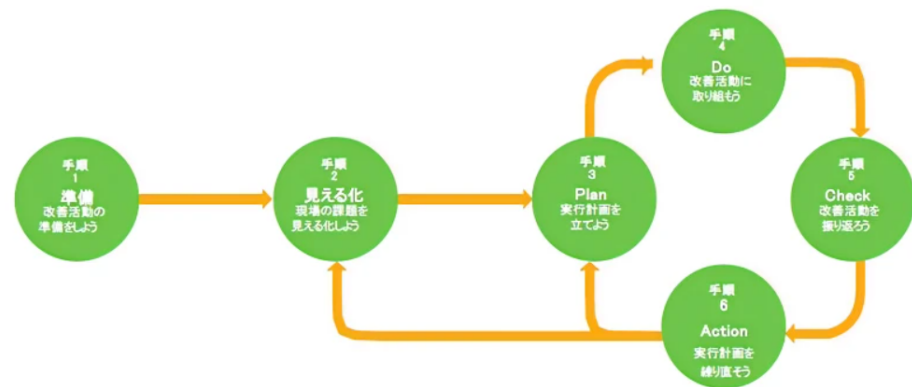
- このほか、診療報酬、介護報酬の同時見直しとなる**2024年度改定**に向けた論点として、急性期病床の削減や在宅医療の充実などを旨とする「**地域医療構想**」の推進、**医療・介護連携**、介護現場におけるICT化の推進と人員基準の弾力化、データを活用する「**科学的介護**」などが論点になる可能性を論じます。



ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護分野における生産性向上の取組の進め方

## 介護分野における生産性向上の取組の進め方

介護分野における生産性向上の取組のポイントを理解していただくため動画や分析ツールを公開しています。  
※動画をまとめて再生する場合はこちら



出典：厚生労働省ウェブサイトから抜粋

## 今日の内容（2）

～医療・介護の「生産性向上」の動向～

1：はじめに～自己紹介など～

2：医療・介護の「生産性向上」の動向

3：生産性向上が語られる背景と過去の施策

4：医療・介護の生産性向上とは何か

5：生産性向上や現場改善に必要な方策

6：2024年度同時改定に向けた展望

7：おわりに

# 2019年6月の「改革プラン」が始まり

2019年6月に公表された「医療・福祉サービス改革プラン」で、生産性向上が本格的に規定された。

## 医療・福祉サービス改革プラン

## 2019年6月の骨太方針

### I. 基本的方向性と目標

- 以下の4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る。
  - ①ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
  - ②タスクシフティング、シニア人材の活用推進
  - ③組織マネジメント改革
  - ④経営の大規模化・協働化
- これにより、2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量<sup>1</sup>について5%（医師については7%）以上の改善を目指す

### II. 医療・福祉サービス改革のための取組

- 医療・福祉サービス改革による生産性の向上に向けて、2025年までに取り組むべき事項及びその工程は別紙のとおりであり、それぞれ進捗管理指標（実施指標、成果指標）を策定し取り組む。主要事項は次のとおり。

#### 【主要施策】

1. ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
  - (1) 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化【未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進】

2018年度の未来イノベーションWG（中間取りまとめ）における提言について、官民の関係者と具体化につき検討を行う（経済産業省、文部科学省、健康医療戦略室等と連携）。また、同提言を踏まえ、AMED等において、ロボット・AI等の実用化を推進す

### （医療・介護制度改革）

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、医療・福祉サービス改革プランを推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築と併せ、医療・介護提供体制の効率化を推進し、勤労世代の負担状況にも配慮しつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びの適正化や一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

### （i）医療・福祉サービス改革プランの推進

医療・福祉サービス改革プランにより、ロボット・AI・ICT等<sup>175</sup>、データヘルス改革、タスク・シフティング、シニア人材の活用推進、組織マネジメント改革、経営の大規模化・協働化を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ることにより、2040年における医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について5%以上向上、医師については7%以上向上させる。

出典：内閣府、厚生労働省資料から抜粋

2019年6月の「医療・福祉サービス改革プラン」を契機に、医療・介護で「生産性向上」がテーマに。

→ICTの活用などを通じて、  
「単位時間サービス提供量」を5%以上改善する目標  
サービス提供量÷従事者の総労働時間

# 自民党「医療DX令和ビジョン2030」

2022年5月に公表された自民党の医療DXビジョンでは、  
オンライン資格確認の拡充や電子カルテの標準化などを規定。

## グラウンドデザイン

- 医療DXを通じて、より効果的かつ効率的で質の高い医療の提供を実現
- PHRの推進により、疾病の予防を促進し、国民の健康寿命を延伸
- 医療機関等においてデジタル化による業務改革を行い、人材不足の状況を改善
- 医療情報を研究や事業開発に利活用し、その結果を社会実装する取組（二次利用）を促進
- 強力かつ一元的な司令塔の下、データ連携やアクセス管理を行うためのガバナンスの確保等

## 医療DXの推進体制（ガバナンス）の強化

- 社会保険診療報酬支払基金を抜本的に改組し、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体に
- 厚生労働省の大臣官房に司令塔機能を有する部署を確保し、改組後の新組織のあり方と厚生労働省内の体制等とを一体的に検討して、必要な法整備を速やかに実施

## 全国医療情報プラットフォーム

- オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築
- 電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大
- 二次利用に係る検討体制の立ち上げと利活用促進のための法令等を整備
- PHR等事業者が行うサービスに係るデータの規格標準化を早急に整えるなどにより、PHRを推進
- 全国医療情報プラットフォームの運用費用は、情報の共有・交換が普及するまでの間、国が負担し責任をもって運営。その後は、国、オンライン資格確認等システムに拠出する保険者のほか、プラットフォームの利用に係る受益者で幅広く費用負担。二次利用のネットワークについては先行している取組事例も踏まえつつ、今後検討

## 電子カルテ情報の標準化等

- 電子カルテ情報の標準化と標準型電子カルテの提供により、必要とされる、すべての医療情報が共有される
- 中小規模を含むすべての医療機関への導入及び普及を目指し、国が責任をもって取り組む

## 診療報酬改定DX

- 医療機関等における診療報酬改定に伴う間接経費の極小化に向け、マスタを改善・開発し、早期に提供
- 共通算定モジュール・標準型電子カルテを併せて提供し、医療機関システムを抜本的に改革
- 診療報酬改定の施行時期について、合理的な期間が確保されるよう、数ヶ月後ろ倒しに



## 今日の内容 (3)

～生産性向上が語られる背景と過去の施策～

1：はじめに～自己紹介など～

2：医療・介護の「生産性向上」の動向

3：生産性向上が語られる背景と過去の施策

4：医療・介護の生産性向上とは何か

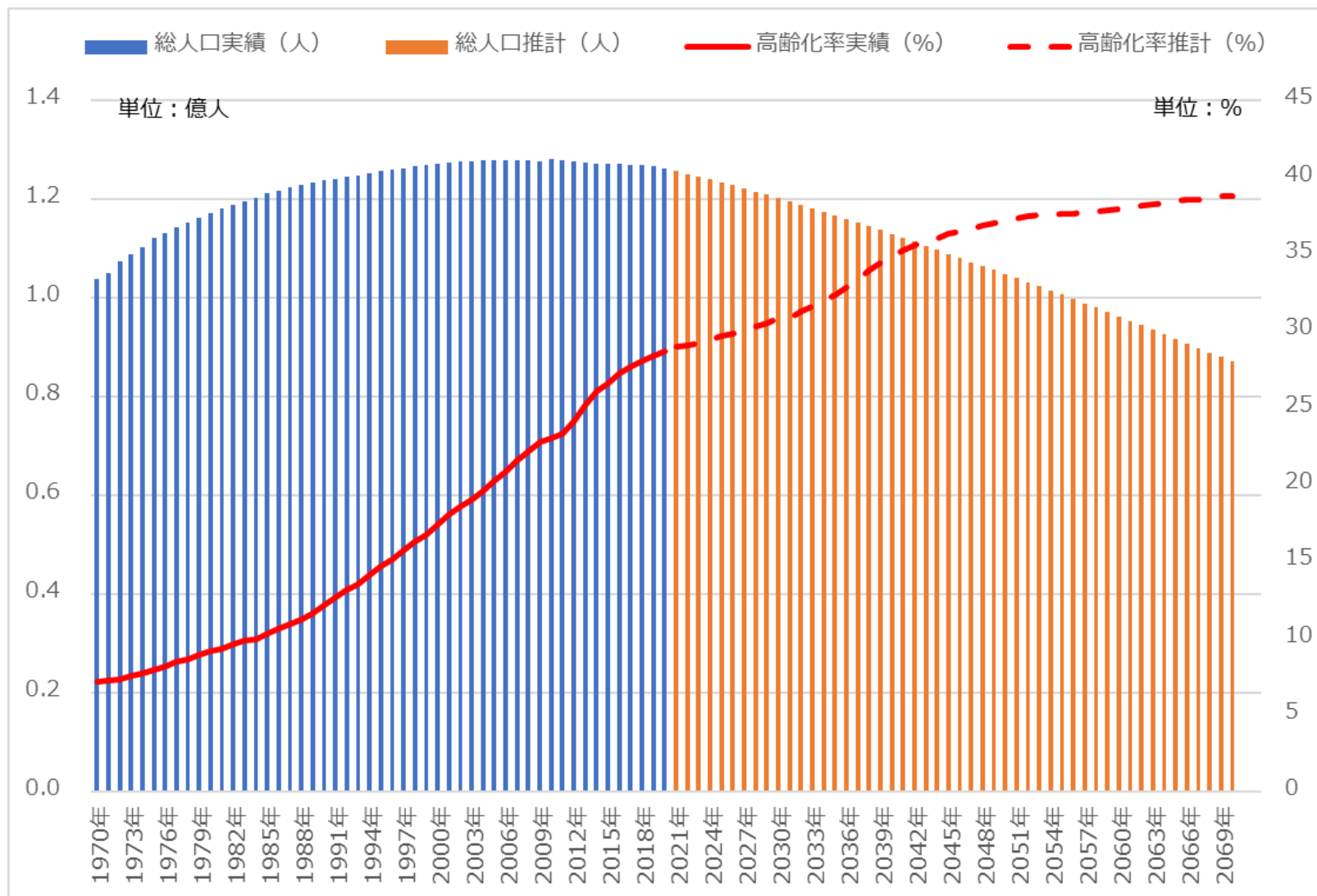
5：生産性向上や現場改善に必要な方策

6：2024年度同時改定に向けた展望

7：おわりに

# 人口減少の影響

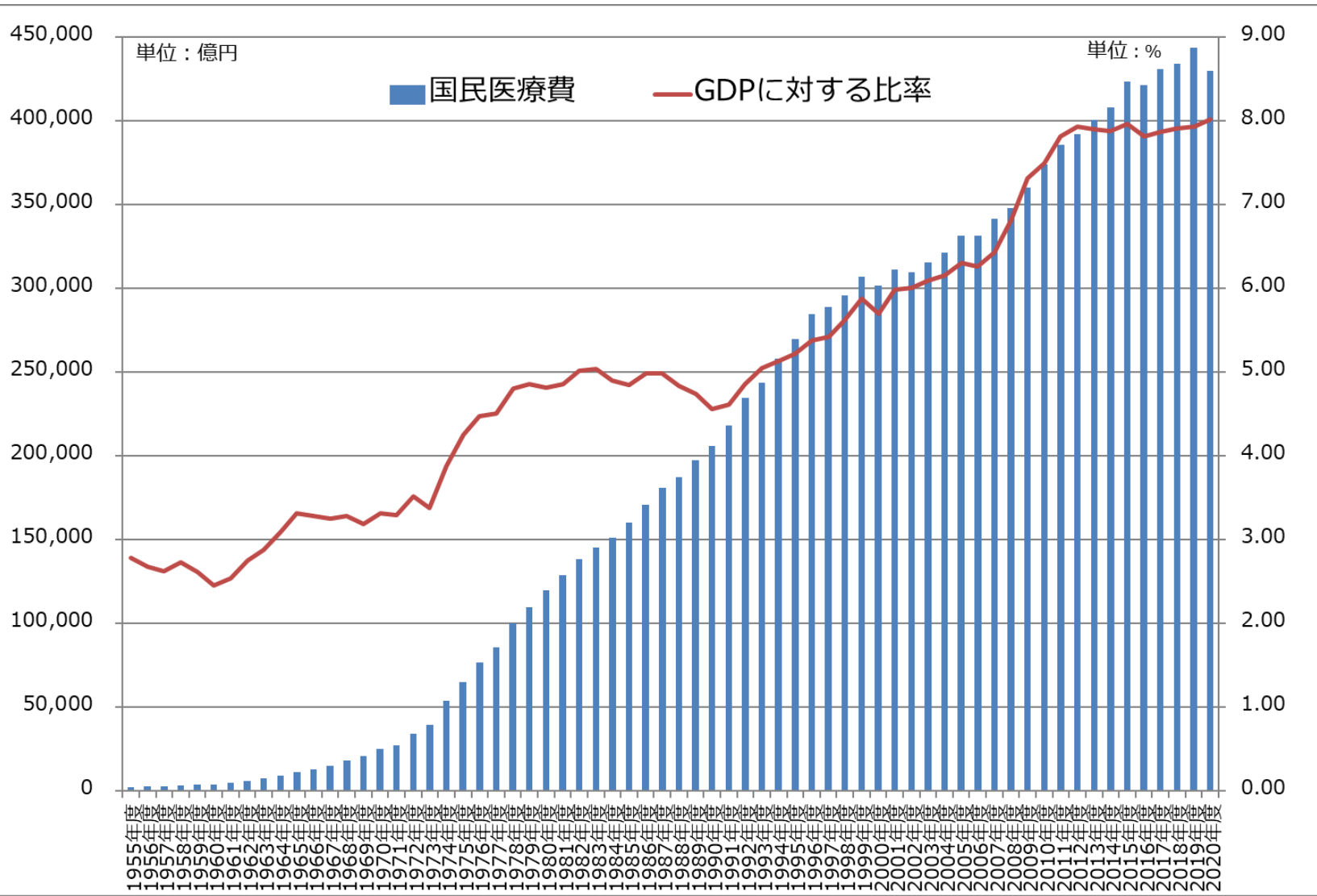
人口が減少する一方、高齢化が進展。  
労働力人口の減少が深刻化。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」を基に作成  
注：推計は死亡中位の数字。

# 国民医療費の増加

高齢化や医療技術の発達を受けて、GDPの伸びを超えて医療費が増加している。



出典：厚生労働省資料を基に作成

# 医師の働き方改革

## 勤務時間の上限を設定するとともに、医療機関を3類型に。 医師の過重労働で支えられていた体制が変容？

2024年4月～

年960時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

**A:診療従事勤務医  
に2024年度以降、  
適用される水準**

年1,860時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

**B:地域医療確保  
暫定特例水準**

連携B	B
-----	---

(医療機関を指定)

年1,860時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

**C:集中的技能  
向上水準**

C-1 臨床研修医・ 専攻医が研修 プログラムに 沿って基礎的 な技能や能力 を習得する際 に適用	C-2 高度技能の育 成が公益必要 な分野につい て、医籍登録 後の臨床従事 6年目以降の 医師が指定さ れた医療機関 で診療に従事 する際に適用
--	---

(医療機関を指定)

将来（2035年度末を目標）  
B水準を解消

年960時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

**A**

将来に向けて縮減方向

↓ C-1	↓ C-2
----------	----------

### 月の上限を超える面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限  
28時間・勤務間インター  
バル9時間の確保、代償  
休息のセット  
(努力義務)

※実際に定める36協定の上  
限時間数が一般則を超えない  
場合を除く。

連続勤務時間制限28時  
間・勤務間インターバ  
ル9時間の確保、代償休  
息のセット（義務）

連続勤務時間制限28時  
間・勤務間インターバ  
ル9時間の確保、代償休  
息のセット（義務）

※臨床研修医は連続勤務時  
間制限を強化・徹底

連続勤務時間制限  
28時間・勤務間インター  
バル9時間の確保、代償  
休息のセット  
(努力義務)

※実際に定める36協定の上  
限時間数が一般則を超えない  
場合を除く。

連続勤務時間制限28時  
間・勤務間インターバ  
ル9時間の確保、代償休  
息のセット（義務）

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：連携Bの場合、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。  
注2：C-1は医師の発意で計画を作成し、医療機関が審査組織に承認を要請。

# 介護保険を巡る2つの「不足」

介護保険は現在、財源不足と人材不足が大きな制約条件となりつつあり、対応策が焦点となっている。

## (1) 財源不足

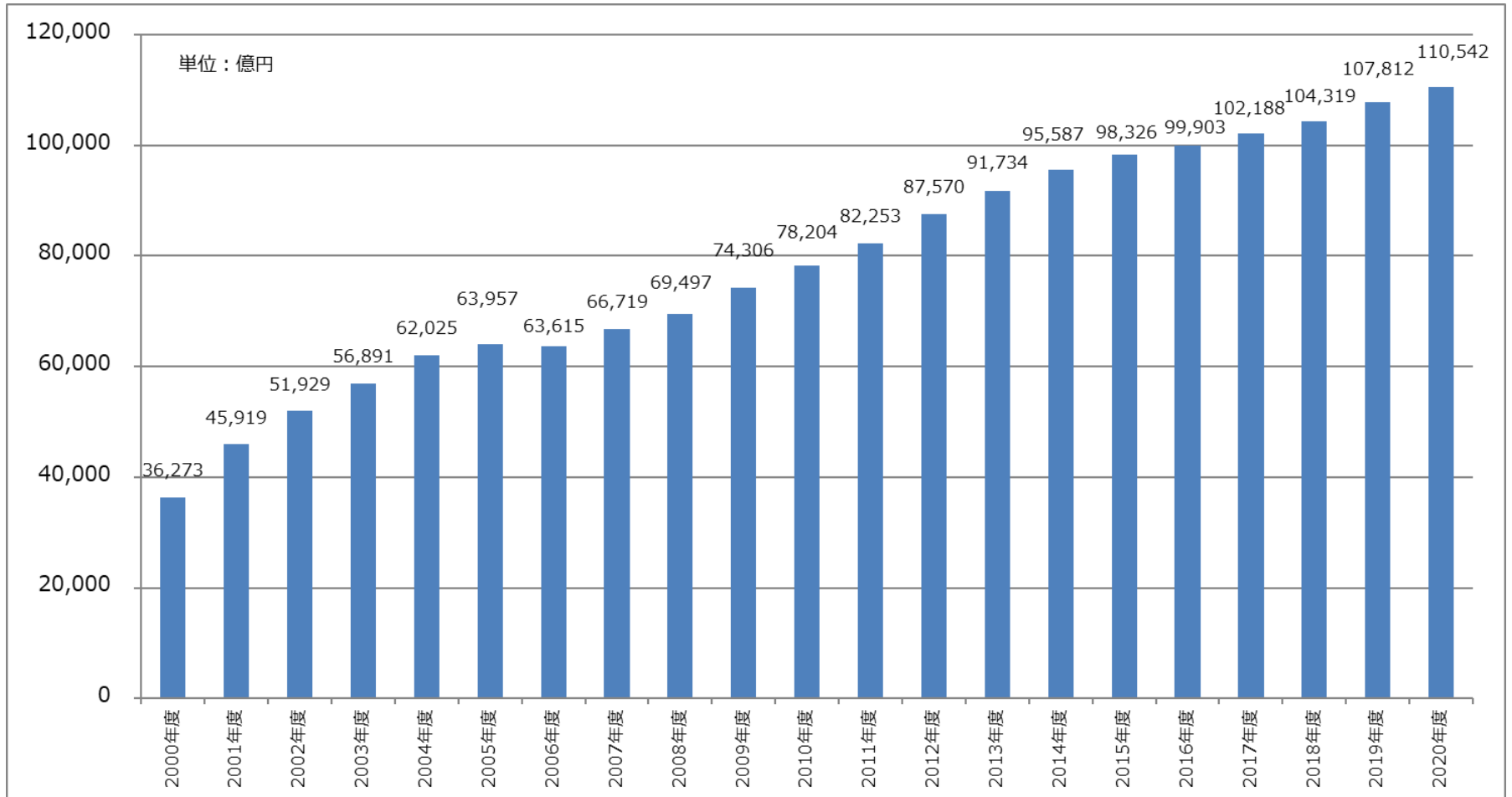
- 高齢化と要介護者の増加を受けて、**介護保険の費用**は20年間で**約3倍**に。高齢者が支払う**月額平均保険料は6,000円**を突破した。
- 高齢者に支払われる基礎年金の平均月額支給額は**約5万円**であり、介護保険料は天引きされる（後期高齢者の保険料も別に天引き）。
- このため、**保険料の引き上げ余地は限界**を迎えており、現行制度を前提とする限り、これ以上の大幅な引き上げは難しい情勢。
  - ➔ しかし、軽度者給付の見直しや負担増には国民の反発が強いため……。

## (2) 人材不足

- 介護現場は現在、**慢性的な人材不足**の状態にあり、これからも深刻化する可能性が大きい（2025年時点で**32万人が不足**という推計）。
- そこで、厚生労働省としては、介護職員の**処遇改善**に加えて、外国人労働者、ボランティアの拡大、文書量削減、ICTやロボットの活用などに取り組んでおり、2021年度報酬改定でも**人員・施設基準の見直し**などが図られた。
  - ➔ しかし、有効な手立てが見受けられず……。

# (1) 財源不足～介護保険総費用の増加～

介護保険の費用はほぼ一貫して増加し続けており、自己負担を含む総費用は制度創設時の3倍近くの約10兆円に増加。

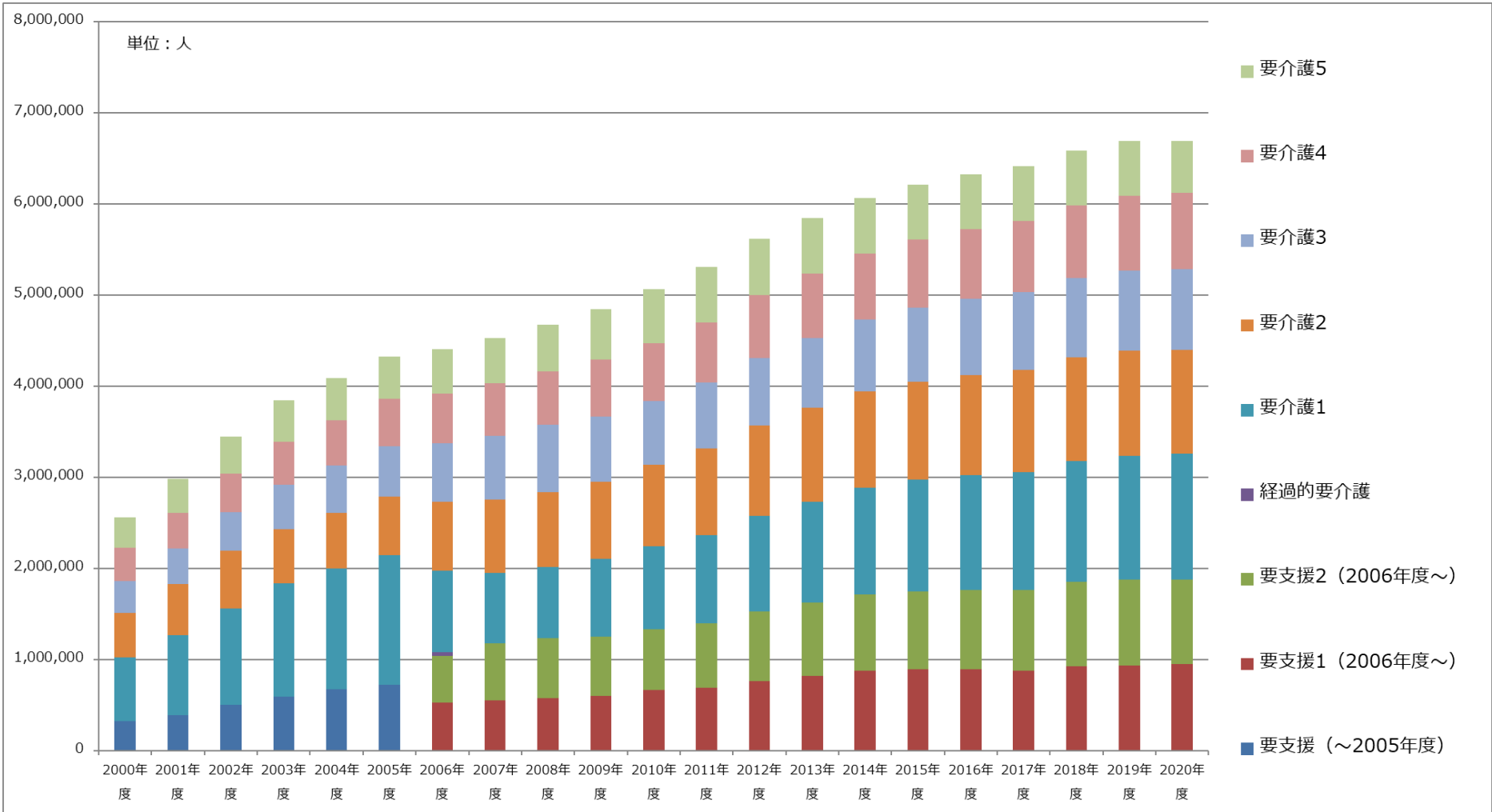


出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」を基に作成  
注：自己負担を含む総費用の推移。

# (1) 財源不足～給付費増加の理由～

介護保険の総費用が増えている理由は、高齢者人口の増加を反映した要支援者、要介護者の伸び。

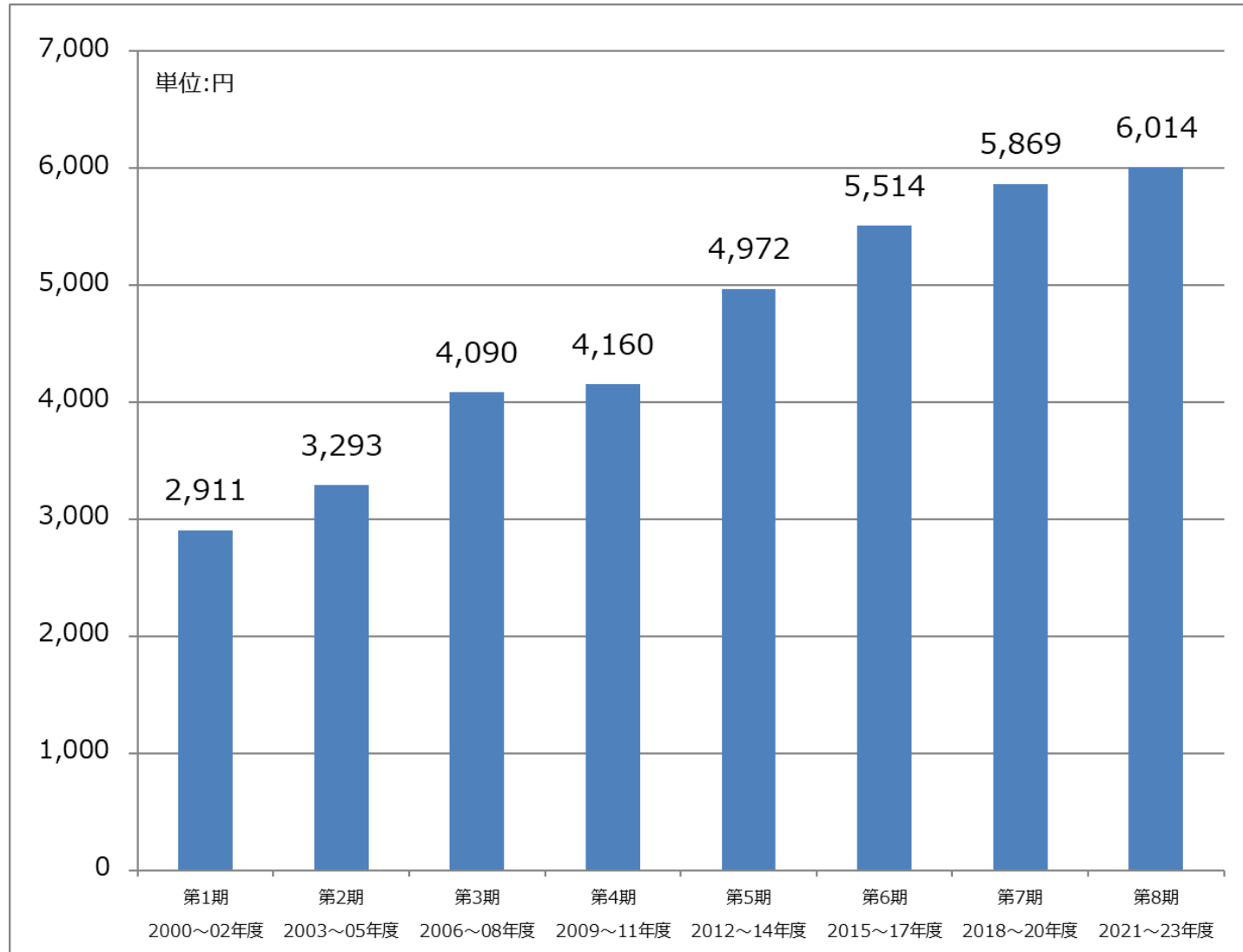
要介護者、要支援者の総数推移



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」を基に作成

# (1) 財源不足～高齢者の保険料引き上げは限界～

高齢者の基礎年金から天引きされる月額介護保険料は増加しており。  
これ以上の大幅な引き上げは困難。



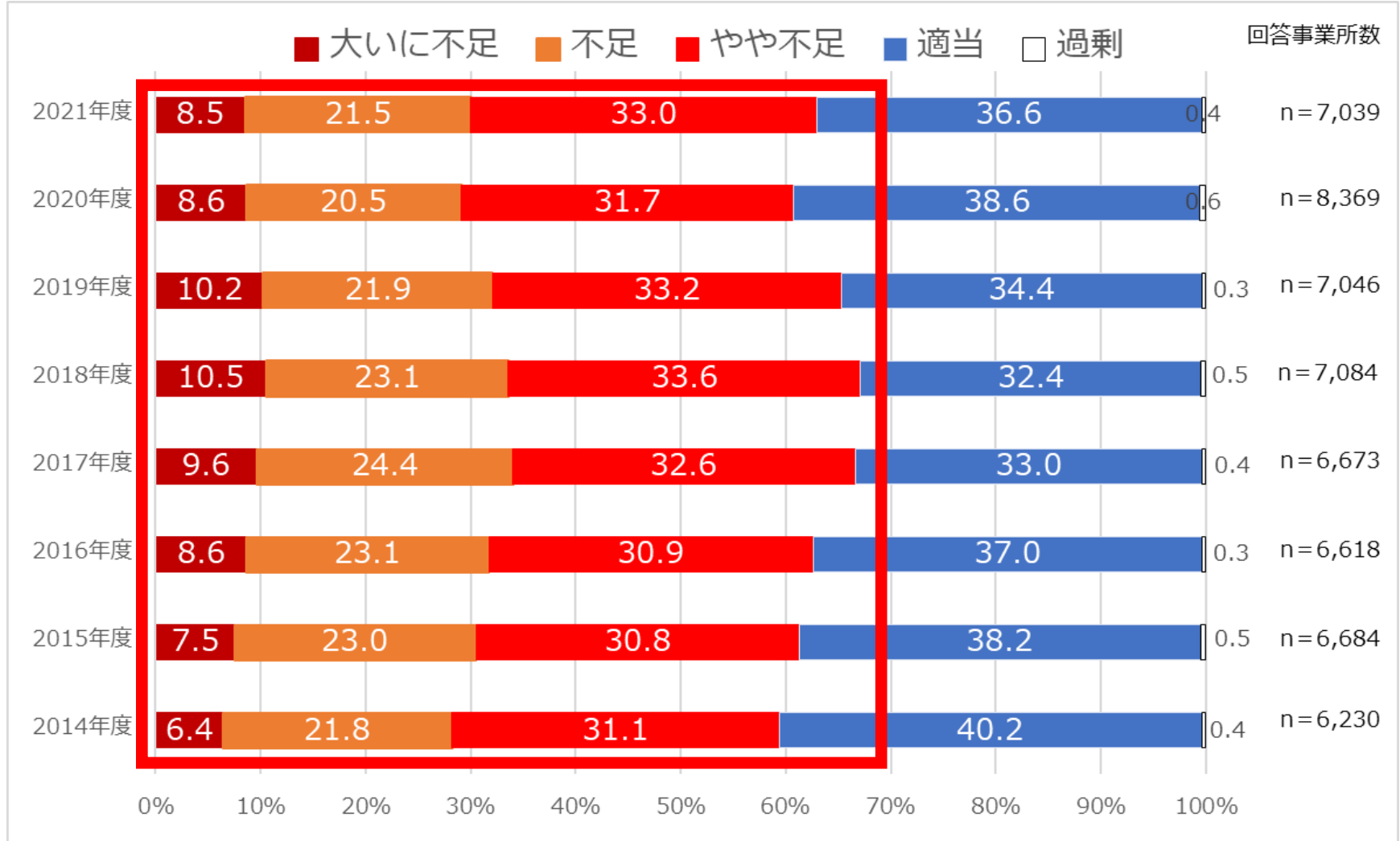
出典：厚生労働省資料を基に作成

注：月額平均の基準保険料であり、実際の保険料は所得に応じて課される。



## (2) 人材不足～介護現場での状況～

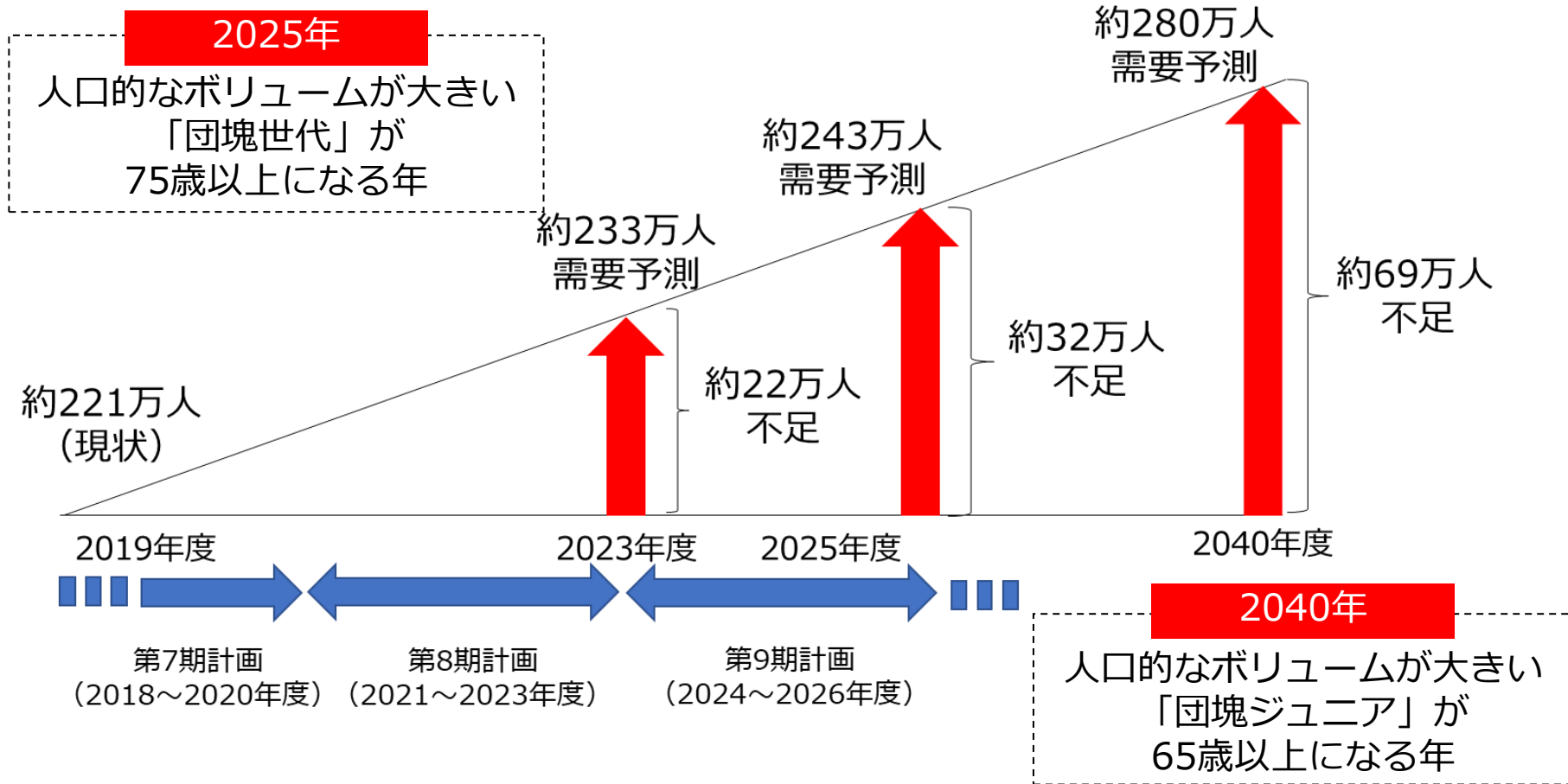
介護現場は恒常的に人材不足であり、「大いに不足」「不足」「やや不足」を足した数字は毎年、6割近くに達する。



出典：介護労働安定センター「介護労働実態調査」を基に作成

## (2) 人材不足～将来は一層、深刻化～

2025年度には介護現場で働く人材が32万人不足と見られており、生産年齢人口の減少が進む中、人材確保が問われている。



注1：2019年度の介護職員数約211万人は「介護サービス施設・事業所調査」に基づく。  
注2：介護職員の必要数（約233万人・243万人・280万人）については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）などに基づく都道府県による推計値を集計。  
注3：介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。  
注4：2018年度分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があったため、第7期計画と第8期計画との比較はできない。

# 介護人材に関して、これまでの対応策

深刻化する人材不足に対応するため、処遇改善加算や外国人労働力の活用などが図られている。

## ①介護職員の処遇改善加算

- 2012年度以降、介護報酬で段階的に給与を引き上げ。

## ②外国人労働力の受け入れ拡大

- 2019年度から特定技能制度を導入。最大6万人の受け入れ方針。

## ③元気な高齢者をボランティアの参入機会拡大

- ボランティアの活用、担い手の拡大。

## ④現場の文書量削減

- 介護現場の負担軽減を図るため、文書量を削減する取組を2019年度から開始。

## ⑤介護職のキャリアアップコース提示

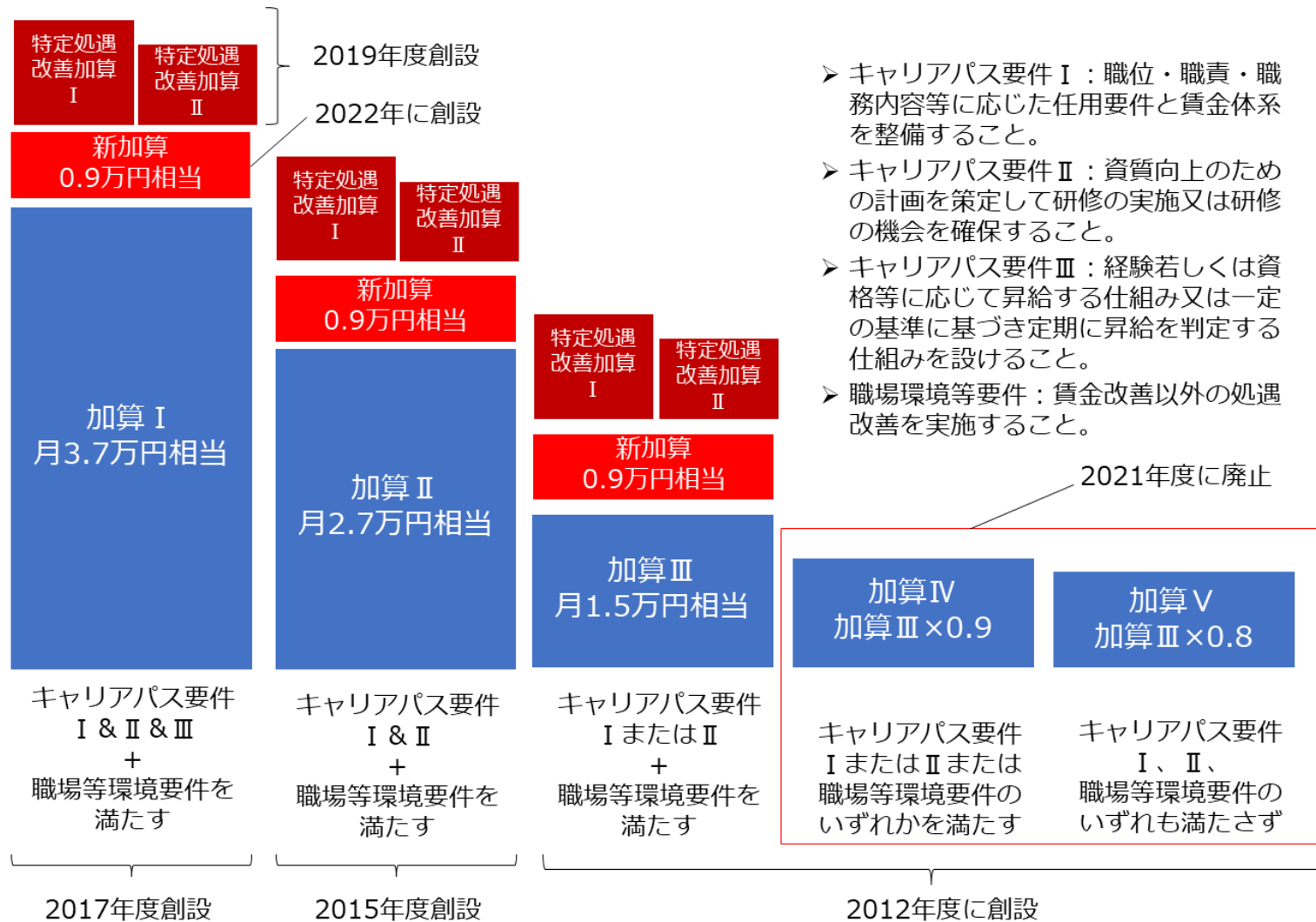
- 介護職員の離職を防ぐため、キャリアアップのモデルを提示。

## ⑥ICT、ロボットの活用

- 見守り機器やICT、ロボットの活用。導入を支援するための補助金、報酬改定。

# 介護人材の処遇改善加算に関する現行制度

## 消費増税などの財源確保に際して 段階的に引き上げられてきた。

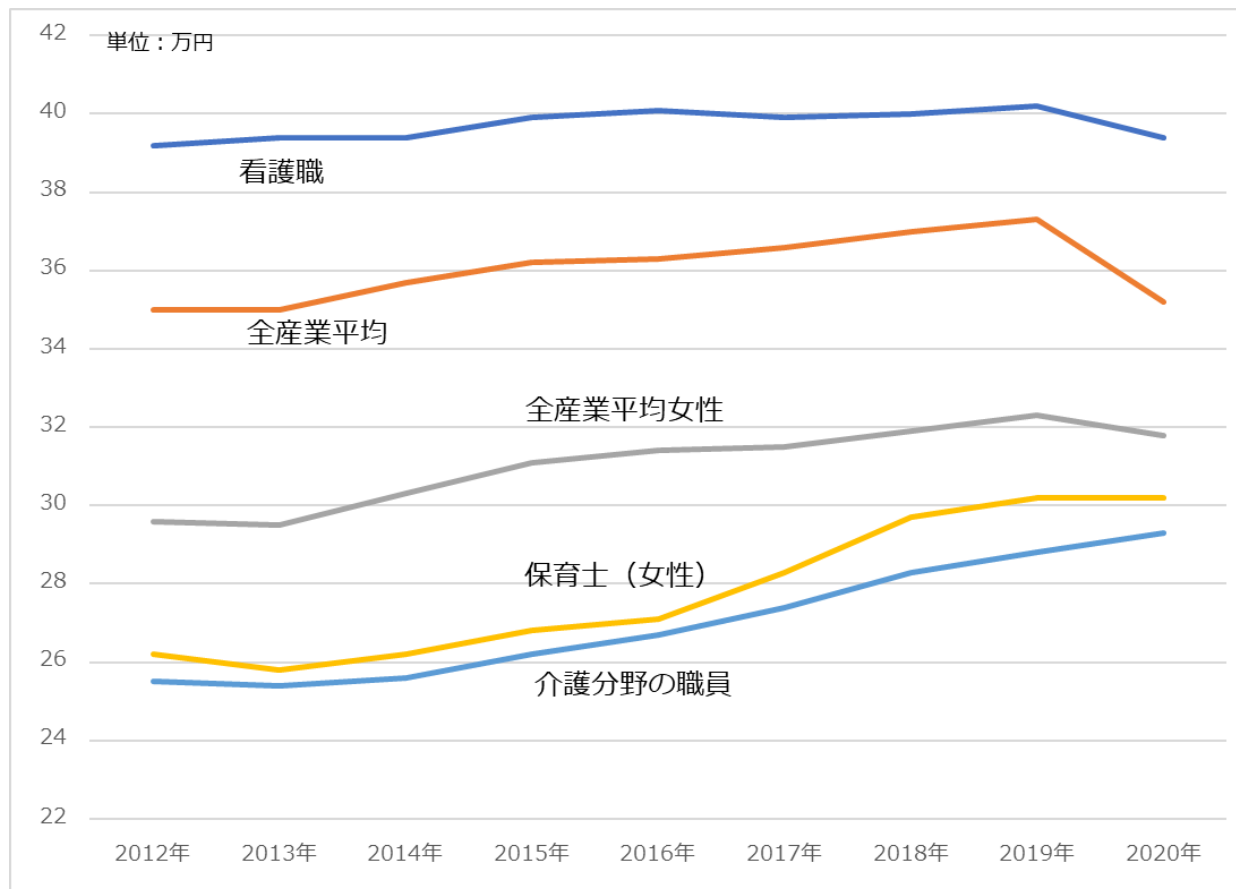


- キャリアパス要件 I：職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。
- キャリアパス要件 II：資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。
- キャリアパス要件 III：経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること。
- 職場環境等要件：賃金改善以外の処遇改善を実施すること。

# 依然として介護職は全産業平均との差

介護職の給与は改善傾向だが、  
依然として月収換算で6万円近いギャップ。

職種別平均賃金（月収換算）の推移



出典：内閣官房資料を基に作成

注1：月収は賃金構造基本統計調査の「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。

注2：2019年までは役職員を除く数字、2020年から調査方法が変わって役職員を含む数字。

注3：介護分野の職員は2019年までホームヘルパー、福祉施設介護員。2020年から訪問介護従事者、介護職員（医療・福祉施設等）をそれぞれ加重平均した数字。

注4：全産業は産業別データの「産業計」から役職別データの「役職計」を除いて算出。

# 最近では岸田政権が給与引き上げを決定

「新資本主義」を掲げた岸田首相が  
給与引き上げを総裁選で表明。



声をかたちに。  
信頼ある政治。

自由民主党 総裁候補

岸田文雄

あなたの所得が増える  
「公的価格の抜本的見直し」

■ 看護師、介護士、幼稚園教諭、保育士など、賃金が公的に決まるにも関わらず、仕事内容に比して報酬が十分でない皆様の収入を思い切って増やすため、「公的価格評価検討委員会（仮称）」を設置し、公的価格を抜本的に見直し。

出典：2021年9月の自民党総裁選における岸田文雄氏公約集から抜粋

- （注：分配戦略の一つの柱は）看護、介護、保育などの現場で働いている方々の収入を増やしていくことです。新型コロナ、そして、少子高齢化への対応の最前線にいる皆さんの収入を増やしていきます。そのために、公的価格評価検討委員会を設置し、公的価格の在り方を抜本的に見直します

出典：2021年10月8日、衆院本会議における岸田首相の所信表明演説

- 2021年9月実施の自民党総裁選で、岸田文雄首相は「新しい資本主義」を標榜。その一環として、分配を強化するため、公的価格で決まっている看護師、介護職、幼稚園教諭、保育士などの給与を引き上げることで、民間賃金に波及させる方針を表明。
- その後、有識者などで構成する「公的価格評価検討委員会」が設置。2021年11月に決定された経済対策では、▽保育士、幼稚園教諭、介護・障害福祉職員の給与を月額9,000円、▽コロナ対応に当たる医療機関の看護師の給与を月額4,000円——を引き上げる方針が決まり、2021年度補正予算に必要経費が計上。

# 看護師の給与を補正予算で引き上げ

2022年2月から9月までの間、  
看護師の給与を月額平均4,000円引き上げ。

## 看護職員等処遇改善事業補助金の概要

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）に基づき、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を1%程度（月額4,000円）引き上げるための措置を、令和4年2月から前倒しで実施するために必要な経費を都道府県に交付する。

- ◎ **対象期間** 令和4年2月～9月の賃金引上げ分（以降も、別途賃上げ効果が継続される取組を行う）
- ◎ **補助金額** 対象医療機関の看護職員（常勤換算）1人当たり月額平均4,000円の賃金引上げに相当する額  
※ 4,000円の賃金引上げに伴う社会保険料の事業主負担の増加分も含む
- ◎ **対象となる医療機関**：以下の全ての要件を満たす医療機関
  - ✓ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関であること；一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）
  - ✓ 令和4年2・3月分（令和3年度中）から実際に賃上げを行っていること（医療機関は都道府県に賃上げを実施した旨の用紙を提出。メール等での提出も可能。）。なお、令和4年2月分の支給に間に合わない場合は、3月に一時金等により支給することを可能とする。
  - ✓ 令和4年4月分以降は、賃上げ効果の継続に資するよう、補助額の2/3以上をベースアップ等（基本給又は決まって毎月支払われる手当による賃金改善）に使用すること。なお、就業規則（賃金規程）改正に一定の時間を要することを考慮し、令和4年2・3月分は一時金等による支給を可能とする。
- ◎ **賃金改善の対象となる職種**
  - ✓ 看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）
  - ✓ 医療機関の判断により、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの賃金改善に充てることが可能
- ◎ **申請方法** 対象医療機関が都道府県に対して、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した計画書を提出
- ◎ **報告方法** 対象医療機関が都道府県に対して、賃金改善実施期間終了後、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した実績報告書を提出

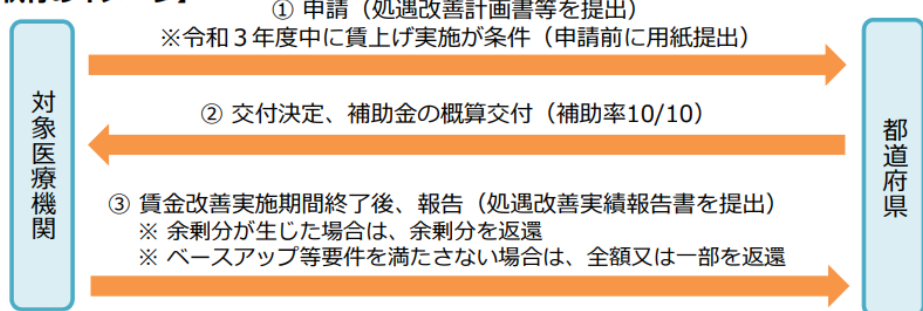
### ◎ 補助金の交付方法

対象医療機関は都道府県に対して申請を行い、都道府県から対象医療機関に対して補助金を交付（国費10/10、約222.2億円）

### ◎ 申請・交付スケジュール

- ✓ 賃上げ開始月（2・3月）に、その旨の用紙を都道府県に提出
- ✓ 実際の申請は、都道府県における準備等を勘案し、令和4年4月から受付、6月から補助金を交付
- ✓ 賃金改善実施期間終了後、処遇改善実績報告書を提出

### 【執行のイメージ】



# 看護師の給与を診療報酬で引上げ

## 看護師の給与引き上げは2022年10月から診療報酬に移行。 年平均で約1万2,000円を加算。

### 看護職員処遇改善評価料の新設①

- 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

<b>(新)</b>	<b>看護職員処遇改善評価料 1</b>	<b>1点</b>	<b>(1日につき)</b>
	<b>看護職員処遇改善評価料 2</b>	<b>2点</b>	
	↓		
	<b>看護職員処遇改善評価料165</b>	<b>340点</b>	

#### [算定要件]

- ・ **看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき**施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

#### [施設基準の概要]

(1) 次のいずれかに該当すること。

- イ **救急医療管理加算の届出**を行っており、**救急搬送件数が年間で200件以上**であること。
- ロ **救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置**していること。

(2) (1)のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の**前々年度1年間（新規届出の場合は、前年度1年間（※1））における実績**とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。

(3) 当該保険医療機関に勤務する**看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施**しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、**看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる。**

(4) (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。

(5) (3) 賃金改善の合計額の**3分の2以上（※2）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図る**こと。

※1 令和4年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とする。

※2 「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足るものとする。



# 介護職の給与は9,000円アップ

2022年2月から9月は補助金で対応。

10月からは報酬改定で引き上げ。

- 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)に基づき、介護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置を、令和4年2月から前倒しで実施するために必要な経費を都道府県に交付する。
- 他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

◎ **対象期間** 令和4年2月～9月の賃金引上げ分(以降も、別途賃上げ効果が継続される取組を行う)

◎ **補助金額** 対象介護事業所の介護職員(常勤換算)1人当たり月額平均9,000円の賃金引上げに相当する額。対象サービスごとに介護職員数(常勤換算)に応じて必要な交付率を設定し、各事業所の総報酬にその交付率を乗じた額を支給。

◎ **取得要件**

- ・ 処遇改善加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している事業所(現行の処遇改善加算の対象サービス事業所)
- ・ 上記かつ、令和4年2・3月(令和3年度中)から実際に賃上げを行っている事業所(事業所は、都道府県に賃上げを実施した旨の用紙を提出。メール等での提出も可能)
- ・ 賃上げ効果が継続に資するよう、補助額の2/3以上は介護職員等のベースアップ等(※)の引上げに使用することを要件とする(4月分以降。基本給の引き上げに伴う賞与や超過勤務手当等の各種手当への影響を考慮しつつ、就業規則(賃金規程)改正に一定の時間を要することを考慮して令和4年2・3月分は一時金による支給を可能とする。)  
※ 「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」

◎ **対象となる職種**

- ・ 介護職員
- ・ 事業所の判断により、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

◎ **申請方法** 各事業所において、都道府県に介護職員・その他職員の月額の賃金改善額を記載した計画書(※)を提出。  
※月額の賃金改善額の総額(対象とする職員全体の額)の記載を求める(職員個々人の賃金改善額の記載は求めない)

◎ **報告方法** 各事業所において、都道府県に賃金改善期間経過後、計画の実績報告書(※)を提出。  
※月額の賃金改善額の総額(対象とする職員全体の額)の記載を求める(職員個々人の賃金改善額の記載は求めない)

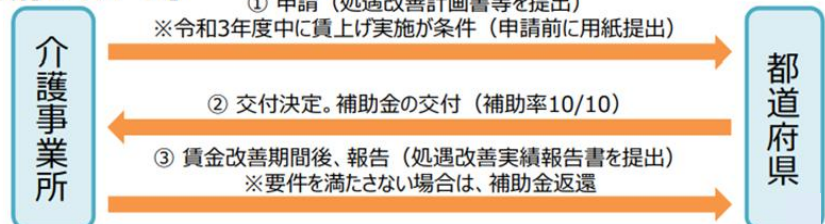
◎ **交付方法**

対象事業所は都道府県に対して申請し、対象事業所に対して補助金支払(国費10/10、約999.7億円)。

◎ **申請・交付スケジュール**

- ✓ 賃上げ開始月(2・3月)に、その旨の用紙を都道府県に提出
- ✓ 実際の申請は、都道府県における準備等を勘案し、令和4年4月から受付、6月から補助金を毎月分交付
- ✓ 賃金改善期間後、処遇改善実績報告書を提出。

【執行のイメージ】



# 介護に関して、その他の対応策 外国人労働力の活用、ボランティアの参入拡大、 文書量削減などが図られているが…。

あなたの職場でも  
特定技能外国人を採用してみませんか？

特定技能外国人の受入れに関する介護事業者向けガイドブック



<p>在留資格「特定技能」は、深刻化する人手不足に対応するため、生産性向上や国内人材の確保のための取組みを行ってなお人材を確保することが困難な状況にある産業上の分野（介護など14分野）において、一定の専門性・技能を有する人材を受け入れる制度として、2019年4月に施行されました。</p> <p>現在、外国人介護職員の受入れには大きく分けて4つのルート（EPA、在留資格「介護」、技能実習、特定技能）がありますが、<b>今後は就労を目的とする在留資格「特定技能」での受入れが主流</b>になっていくと考えられます。そのため、この</p>	P2 座談会「ニューノーマルにおいてどのように人材を確保するか」 ～特定技能外国人受入れのすずめ～
	P7 在留資格「特定技能」の概要
	P8 介護分野における特定技能外国人受入れの現状
	P12 特定技能外国人の受入れにあたり行うこと
	P13 登録支援機関による支援



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング、三重県、厚生労働省資料から抜粋

社会保障審議会介護保険部会  
介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会  
中間取りまとめ

令和元年12月4日

## 1. 検討の背景・経緯

- 少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、専門人材が利用者のケアに集中し、ケアの質を確保するために、介護現場の業務効率化は急務であり、その一つとして文書に係る負担軽減が求められている。同時に、自治体においても、限られた人員の中で指定権者や保険者としての役割を適切に果たすためには、職員の負担軽減が重要である。
- こうした状況を踏まえ、介護分野の文書に係る負担軽減の実現に向け、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者が協働して、必要な検討を行うことを目的として、社会保障審議会介護保険部会に本専門委員会を設置し、本年8月に議論を開始した。
- 本専門委員会では、主に以下の検討事項について、事業者団体からのヒアリングを含めて計5回にわたり議論を行った。

介護分野において、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者の間でやり取りされている文書に関する負担軽減を主な検討対象とする。

- (1) これまでに取組が進められている以下の分野について、必要に応じ更なる共通化・簡素化の方策を検討する。(様式例の見直し、添付文書の標準例作成)
- ① 指定申請関連文書（人員・設備基準に該当することを確認する文書等）
  - ② 報酬請求関連文書（加算取得の要件に該当することを確認する文書等）

EPA、在留資格、  
技能実習に加えて、  
2019年4月から  
特定技能制度が  
スタート

元気な高齢者に  
介護施設で  
働いてもらう  
「介護助手」をほぼ  
全ての都道府県が実施

2019年度から  
現場の文書量を  
減らす検討、  
取り組みが開始

# 介護の文書量削減、簡素化、手続きのICT化

## 2019年12月に公表された専門委員会の中間報告に沿って 手続きの改善。

簡素化・標準化の検討が、ICT化の推進にも繋がる。  
(並行して検討することが有益な項目は柔軟に取り扱う。)

	指定申請	報酬請求	実地指導等	<凡例>
<b>簡素化</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 提出時のルールによる手間の簡素化 ・押印、原本証明、提出方法（持参・郵送等）</li> <li>● 様式、添付書類そのものの簡素化 ・勤務表の様式、人員配置に関する添付書類 ・その他、指定申請と報酬請求で重複する文書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 処遇改善加算/ 特定処遇改善加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実地指導に際し提出する文書の簡素化 ・重複して求める文書 ・既提出文書の再提出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R元年度の取組</li> <li>1～2年以内の取組 (R2年～R3年度)</li> <li>3年以内の取組 (R4年度まで)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 平面図、設備、備品等</li> <li>● 介護医療院への移行にかかる文書の簡素化</li> <li>● 変更届の頻度等の取扱い</li> <li>● 更新申請時に求める文書の簡素化</li> <li>● 併設事業所や複数指定を受ける事業所に関する簡素化 ・複数種類の文書作成（例：介護サービスと予防サービス） ・複数窓口への申請（例：介護サービスと総合事業） ・手続時期にずれがあることへの対応</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実地指導等の時期の取扱い</li> </ul>	<p>《取組を徹底するための方策》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各取組の周知徹底（特に小規模事業者）</li> <li>■ 国・都道府県から市区町村への支援</li> <li>■ 事業所におけるICT化の推進</li> <li>■ 自治体における取組推進のための仕組みの検討 他</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● H30省令改正・様式例改訂の周知徹底による標準化（※）</li> <li>● 様式例の整備（総合事業、加算の添付書類等）</li> <li>● ガイドライン、ハンドブック等、効果的な周知の方法</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 標準化・効率化指針の周知徹底による標準化</li> </ul>	
<b>ICT等の活用</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 申請様式のHPIにおけるダウンロード</li> <li>● ウェブ入力・電子申請</li> <li>● データの共有化・文書保管の電子化</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実地指導のペーパーレス化 ・画面上での文書確認</li> </ul>	

出典：厚生労働省資料から抜粋

# 介護ロボットの導入

## 移乗支援、移動支援、排泄支援などを重点分野に規定。 現場への実装を期待しているが…。

### 開発重点分野

○経済産業省と厚生労働省において、重点的に開発支援する分野を特定（平成25年度から開発支援）  
○平成29年10月に重点分野を改訂し、赤字箇所を追加

#### 移乗支援

##### ○装着



・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器

##### ○非装着



・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器

#### 移動支援

##### ○屋外



・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器

##### ○屋内



・高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器

##### ○装着



・高齢者等の外出をサポートし、転倒予防や歩行等を補助するロボット技術を用いた装着型の移動支援機器

#### 排泄支援

##### ○排泄物処理



・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ

##### ○トイレ誘導



・ロボット技術を用いて排泄を予測し、的確なタイミングでトイレへ誘導する機器

##### ○動作支援



・ロボット技術を用いてトイレ内での下衣の着脱等の排泄の一連の動作を支援する機器

#### 見守り・コミュニケーション

##### ○施設



・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

##### ○在宅



・在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

##### ○生活支援



・高齢者等とのコミュニケーションにロボット技術を用いた生活支援機器

#### 入浴支援



・ロボット技術を用いて浴槽に出入りする際の一連の動作を支援する機器

#### 介護業務支援

・ロボット技術を用いて、見守り、移動支援、排泄支援をはじめとする介護業務に伴う情報を収集・蓄積し、それを基に、高齢者等の必要な支援に活用することを可能とする機器



# 素朴な疑問

全体像や将来を考えると、生産性向上が必要なことは分かるが……。  
肝心の点が抜けているのでは？

医療・介護現場で働く  
従事者のメリットは？



患者・利用者のメリットは？  
「医療・介護の質が上がる」って  
どういう状態？



# 医療・介護現場や研究書に触れると……

## 医療・介護の仕事はボランティアズム、専門性が強く、 経済的な側面だけでは語れない？

JILPT Discussion Paper 23-04

2023年3月

看護師、介護職員、保育士、幼稚園教諭を対象とした処遇改善事業の  
有効性の検討に向けて—先行研究レビューを手がかりとして

独立行政法人 労働政策研究・研修機構

副主任研究員 前浦 穂高

### 《 要 旨 》

本稿の目的は、先行研究レビューを通じて、看護師、介護職員、保育士、幼稚園教諭（医療・福祉・教育サービス職種）を対象とした処遇改善事業の有効性を検討することにある。

これらの4職種が提供するサービスに対するニーズは、今後も高まることが予想されているが、サービスを提供する人材は不足している。上記の4職種には、継続的な賃上げを目的とした処遇改善事業が行われてきたが、事業内容を細かく見ると、人事制度や職場環境等の整備、キャリアアップの仕組みの導入等が含まれている。処遇改善事業には、継続的な賃上げという目的だけでなく、人材を定着させるという狙いがあると考えられる。

しかし、医療・福祉・教育サービス職種の労働者は、先行研究によって、報酬等の経済的な刺激によって動機づけられるとは限らないことが指摘されている。また、処遇改善事業の効果を検証した先行研究は、分析対象が介護職員に限定され、その分析は処遇改善事業による賃上げに焦点が当てられており、人材の定着については分析を行っていない。それゆえ、医療・福祉・教育サービス職種の定着を含め、処遇改善事業の効果を検証する必要がある。

ただし、処遇改善事業の効果の検証については、今後実施予定の調査を通じて行うため、本稿では、離職に関する先行研究レビューを通じて、可能な限り、医療・福祉・教育サービス職種の離職理由に賃金はあるのかどうか、賃金による離職抑制効果があるのかどうかを検討している。その結果は、医療・福祉・教育サービス職種の主な離職理由の1つに賃金があり、賃上げによって離職が抑制されるかどうかについては、その効果を認める研究と認めない研究があり、統一した結論は得

## 介護職員の定着を いかにして図るか

エビデンスをもとに探る老人ホームの組織マネジメント理論

田中康雄

[著]



TO RETAIN CARE WITH  
Evidence-Based Organizational Models  
at Nursing Homes for the

ミネルヴァ書局

## 若手職員と介護の未来を考える会 報告書

～魅力的で働きがいのある職場づくりに向けて～

公益財団法人Uビジョン研究所

# 今日の内容 (4)

## ～医療・介護の「生産性向上」とは何か～

- 1 : はじめに～自己紹介など～
- 2 : 医療・介護の「生産性向上」の動向
- 3 : 生産性向上が語られる背景と過去の施策
- 4 : **医療・介護の生産性向上とは何か**
- 5 : 生産性向上や現場改善に必要な方策
- 6 : 2024年度同時改定に向けた展望
- 7 : おわりに



# 医療・介護の生産性向上とは何か

生産性は一般的に「コスト／利益」だが……、  
医療・介護の「利益」とは何か。

産出  
(利益、価値)

1つの商品を5人で生産  
生産物を50万円で売却

投入  
(費用、時間など)

5人が6時間勤務 = 30時間  
1時間あたり費用が1万円の場合、  
30万円

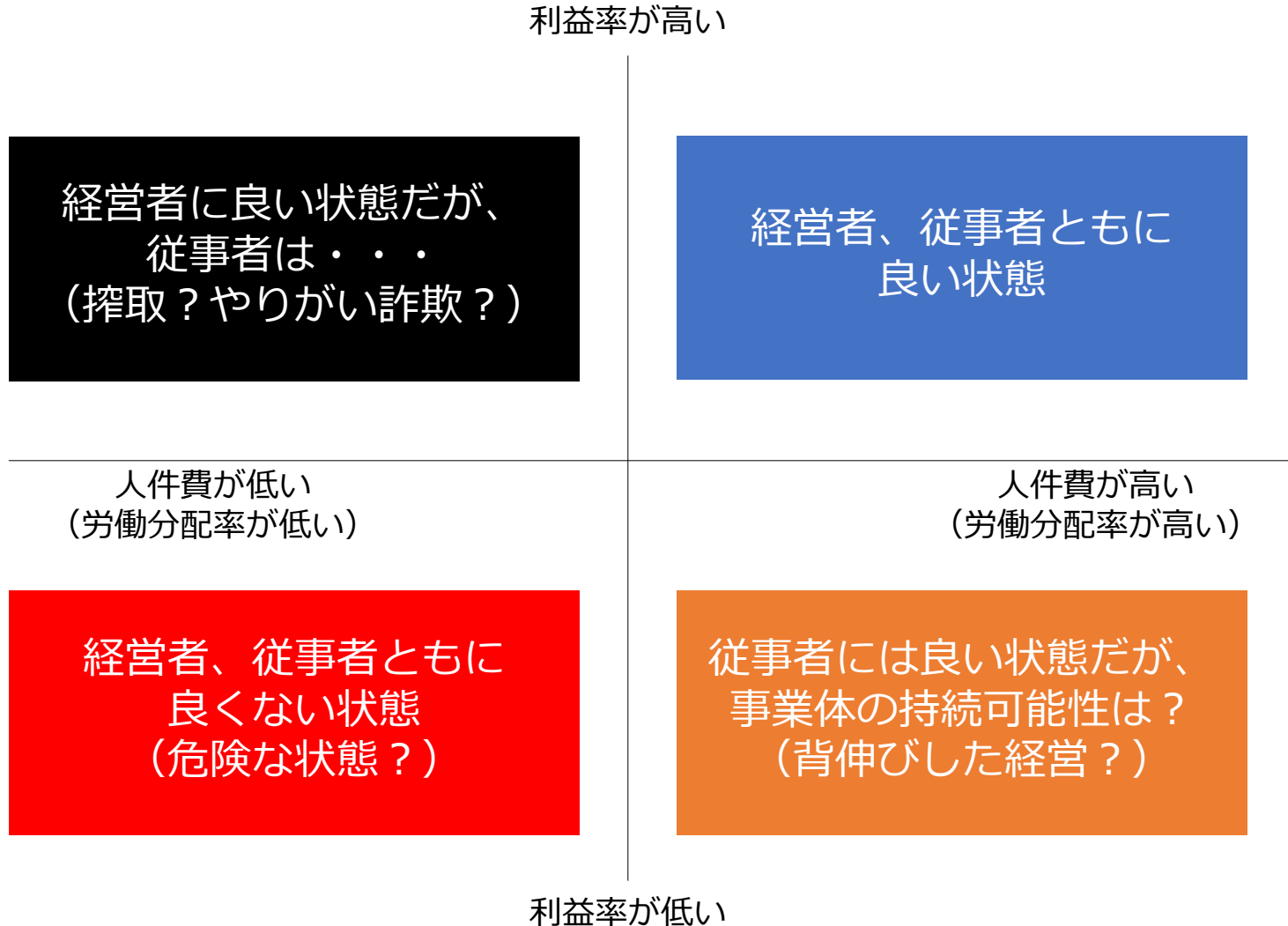
一般的に生産性は「投入／産出」で計算  
最も分かりやすいのは費用と利益の比率。

しかし、医療・介護の場合の生産性とは何か？

- 医療・介護の場合、提供主体に営利企業ではないケースが多く含まれる。
- 医療・介護の場合、利益だけで質や価値を議論できない。
- 医療・介護の従事者は利益だけで働いていない（例：ボランティア）。
- 医療・介護の現場は労働集約的であり、人材抜きに現場は回らない。

# 医療・介護の生産性向上で目指すゴールは？

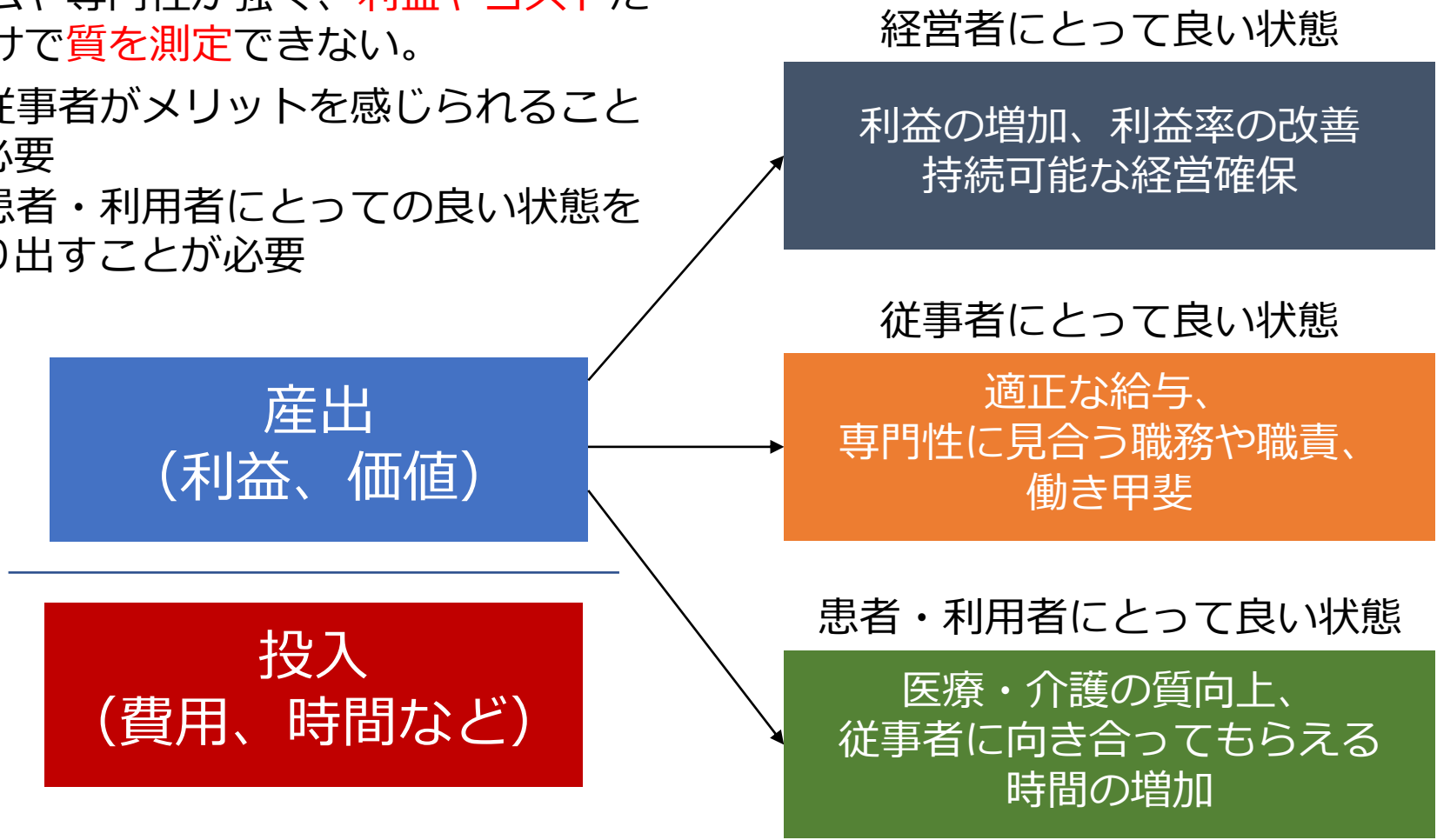
医療・介護は労働集約的であり、  
人件費を下げる生産性向上は採用しにくい。



# 医療・介護の生産性を語る上での留意点

医療・介護の仕事は利益だけでは測れない。  
最終的に患者・利用者のメリット還元が重要。

- 医療・介護の労働ではボランティアや専門性が強く、利益やコストだけで質を測定できない。
- ➔ 従事者がメリットを感じられることが必要
- ➔ 患者・利用者にとっての良い状態を作り出すことが必要



## 今日の内容（5）

～生産性向上や現場改善に必要な方策～

1：はじめに～自己紹介など～

2：医療・介護の「生産性向上」の動向

3：生産性向上が語られる背景と過去の施策

4：医療・介護の生産性向上とは何か

5：生産性向上や現場改善に必要な方策

6：2024年度同時改定に向けた展望

7：おわりに

# 今後、求められる取り組み①

医療現場に加えて、介護現場でもDX化が必要。  
DX化には業務の見直しが重要に。



令和3年3月より、マイナンバーカードが  
**保険証として使えます。**

マイナンバーカードを保険証として使うと

POINT 01

より良い医療が可能に!

初めての医療機関でも、薬剤情報等の相互連携を使えば、今までに比べて医療の連携が共有でき、より適切な医療が受けられるようになります。

POINT 02

手続きなしで限度額以上の一時的な支払が不要に!  
保険料適用限度額等がなくても、高額療養費制度における自己負担額を超える支払が免除されます。

このステッカーが目印!



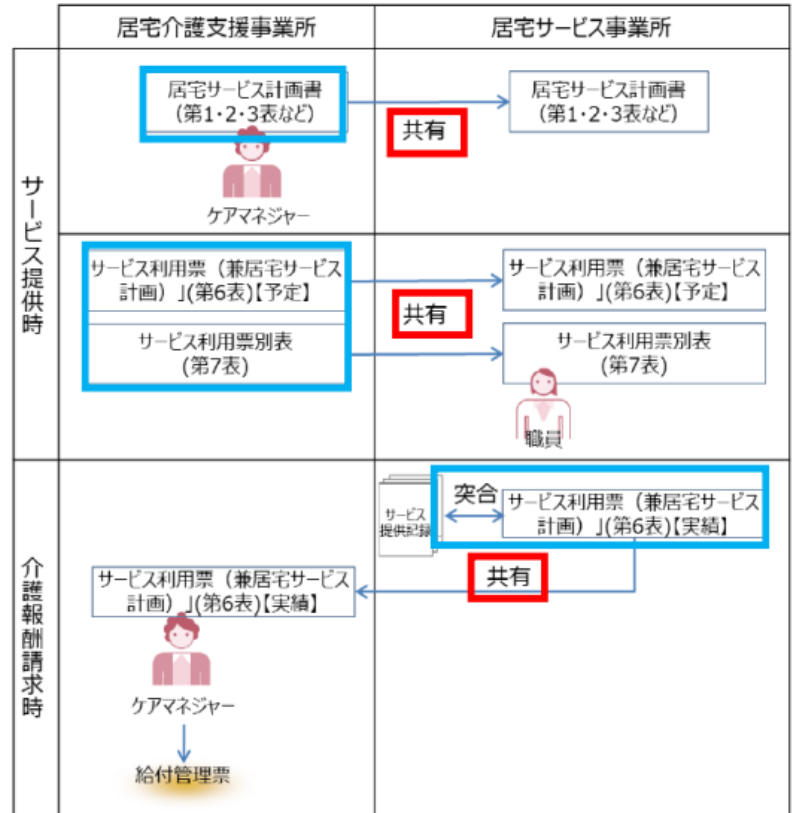
事前に登録するだけで利用できます!



詳しくは [マイナポータル](#)



## ケアプラン標準仕様の活用例



標準仕様の活用によりデータでやり取り

介護ソフトより、標準仕様に基づいた形式で出力

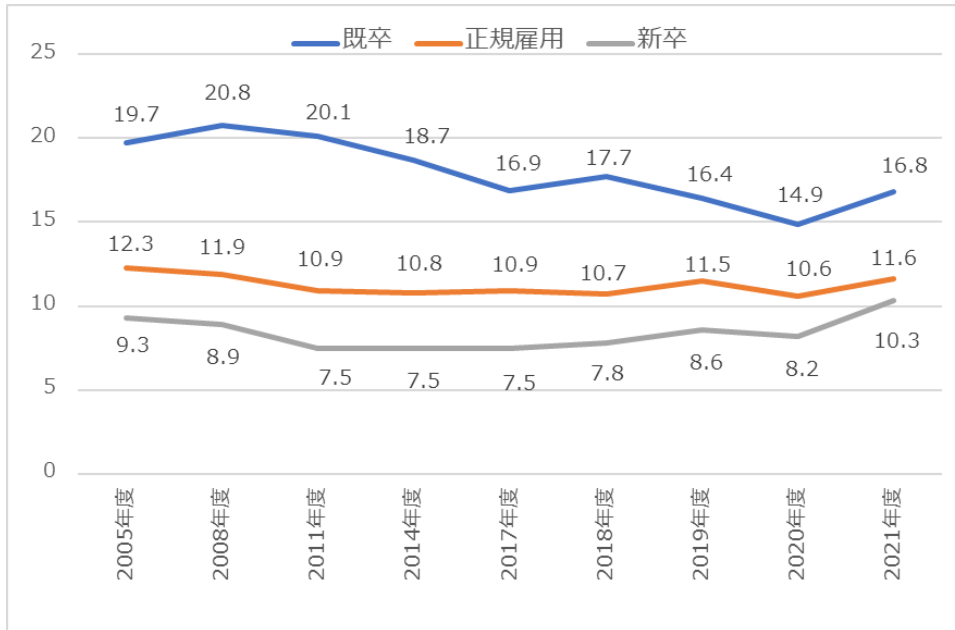
出典：厚生労働省資料から抜粋

➤ DX (デジタルトランスフォーメーション) には**データの標準化**に加えて、**現場のデータ装備**が不可欠。

➔ 今後もデジタル化、DX化の流れは不可避、仕事や事務の見直しが重要  
(紙ベースの仕事をデジタルに置き換えるだけでは不十分)

# 今後、求められる取り組み②

## 新卒の看護師の離職に「実習・指導の不徹底」が影響？ チームワークの醸成などが課題に。



出典：日本看護協会「病院看護実態調査」を基に作成

# 看護師疲弊 離職深刻

### 県内コロナ初確認3年

新型コロナウイルスと3年以上向き合  
い続けてきた県内の医療現場で、看護師  
の離職が深刻化している。業務量の増加  
に加え、自身の感染を防ぐため、日常生  
活を制限する

## 実習、指導少なく

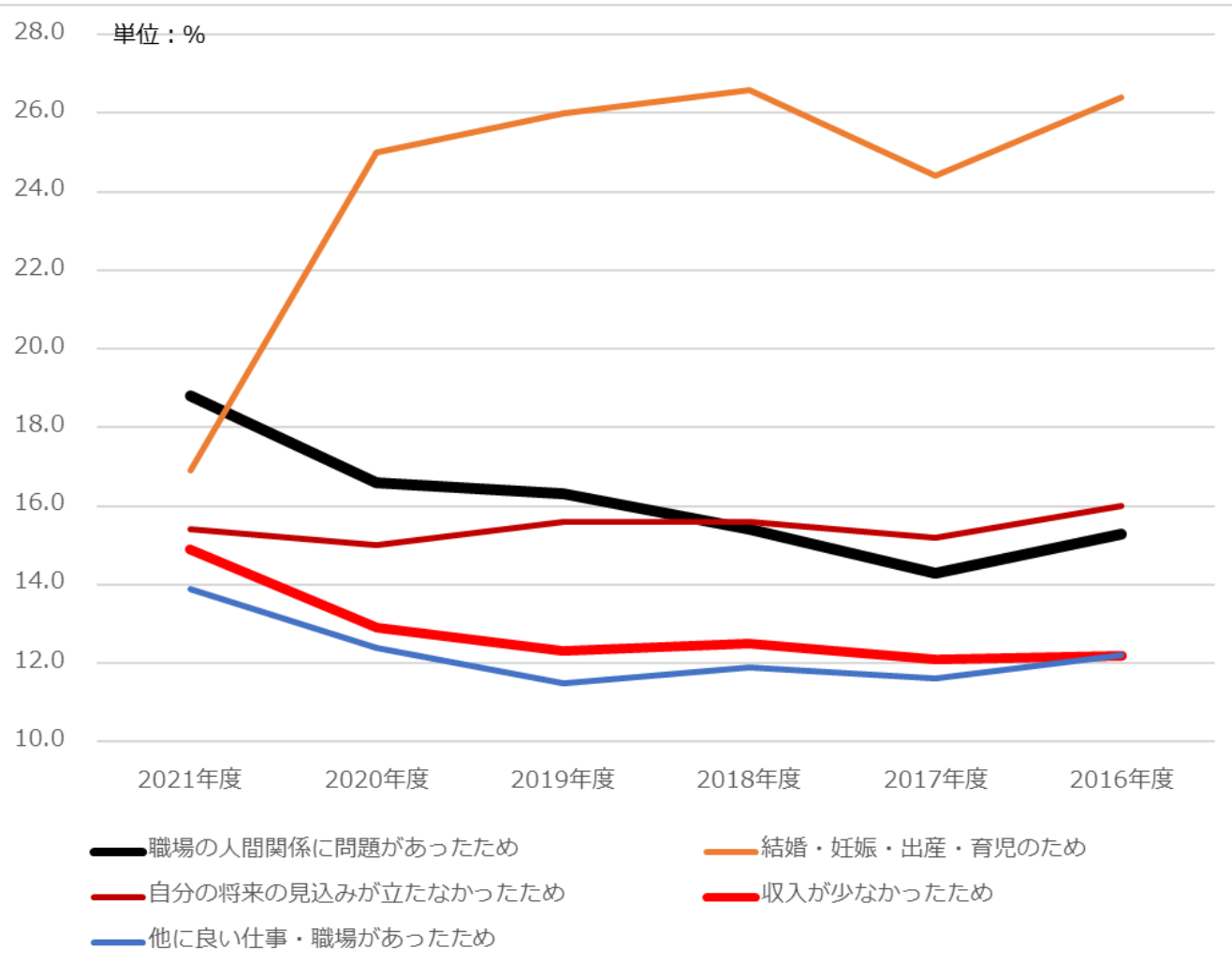
県内の40代看護師は、「こう」と離職を決めた。  
コロナ感染者を受け入れる病  
院で勤務していた。防護服  
が必要なコロナ患者への対  
応は神経を使い、病室の清  
掃など新たな業務が加わっ  
た。早朝から夜遅くまで働  
き、家族と過ごす時間も取  
れなかった。  
感染対策のため患者と接  
する時間が短くなり、不安  
に寄り添うことが難しい。  
実家にも気軽に近づけず、  
久々に帰ると母親は痩せて  
いた。「このままでは看護  
の仕事が嫌いになってしま  
う」と指摘する。  
新人看護師の離職も課題  
となっている。看護師の離  
職や求職の相談に応じ、復  
職も支援する県ナースセン  
ター(宮崎市)によると、

出典：2023年3月4日『宮崎日日新聞』から抜粋

- 新卒看護師の離職率が10.3%と上昇するなど、看護師の離職率が全体的に高止まりしており、「前年度より退職者が増加した」と答えた病院は34.7% (2,964病院) に上った。そのうち、計38.0%が「新型コロナが影響」と回答。
- ➔ 業務多忙や人手の逼迫に伴って、メンタル不調が生まれている？
- ➔ 病院での実習や指導を十分に行えないまま、就職したことも影響？

# 今後、求められる取り組み③

介護職が辞める理由は結婚・妊娠・出産、育児に加えて、職場の人間関係。復職支援や風通しの良い職場づくりが必要。



- 介護職が前職を辞めた理由では「結婚・妊娠・出産・育児」がトップ、その次に「職場の人間関係」「将来の見込みが立たなかったため」が続く。
  - 一方、「収入の少なさ」を挙げる答えは近年、10~15%程度にとどまっている。
- ➔ 給与引き上げだけでなく、復職支援や風通しの良い職場づくりなど総合的な対策が必要

出典：介護労働安定センター「介護労働実態調査」を基に作成  
注：「前職の仕事をやめた理由」の上位5つを抽出。

# 現場でできることは何か？

現場でも業務の見直し、  
働きやすい職場環境の整備が可能では？

## 業務の見直し

- 専門性を発揮できるように、ICTやロボットで対応できる部分は極力、デジタル化or自動化する**業務の見直し**が必要。
- 介護施設の場合、ボランティアや外国人など**多様な人材**が参入してくる可能性があるため、**業務を切り出し**できるような見直しも必要。

## 従事者が働きやすい環境の整備

- 「働いて楽しい」「働くことが専門性の向上に繋がる」と感じられる職場づくりに向けて、**チームビルディング**などの現場改善。
- 男性も含めて、**産休・育休取得拡大**や**復職支援**、**短時間勤務**の導入。
- 専門性の向上に繋がる**実習**や**研修**の充実、**相互に学び合う場**の確保。
- ➔ ICT化や業務の見直しなどに関する好事例の情報共有
- ➔ 新人看護師に対する病院実務の実習・研修
- ➔ 介護職に関しては、腰痛で辞める人が多いため、腰痛対策の研修実施。

政策的な対応策として、報酬引き上げ、  
DX化の支援などは引き続き必要



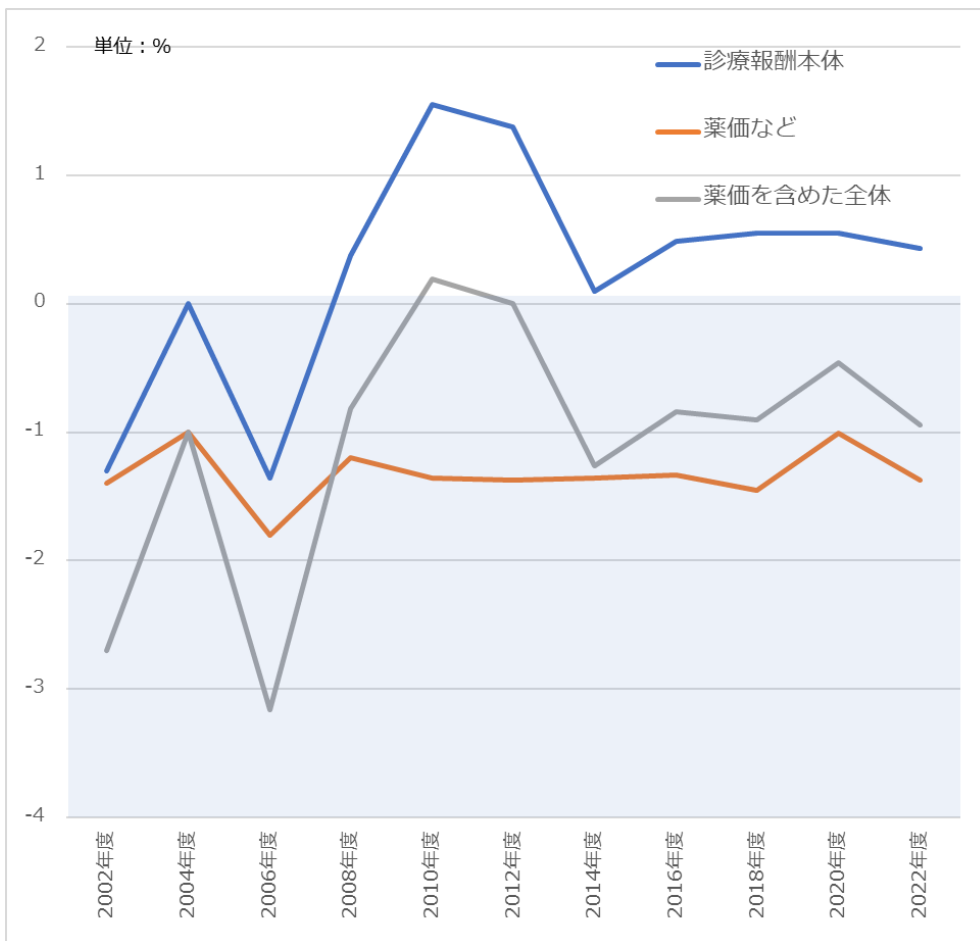
今日の内容（6）  
～2024年度同時改定に向けた展望～

- 1：はじめに～自己紹介など～
- 2：医療・介護の「生産性向上」の動向
- 3：生産性向上が語られる背景と過去の施策
- 4：医療・介護の生産性向上とは何か
- 5：生産性向上や現場改善に必要な方策
- 6：2024年度同時改定に向けた展望
- 7：おわりに

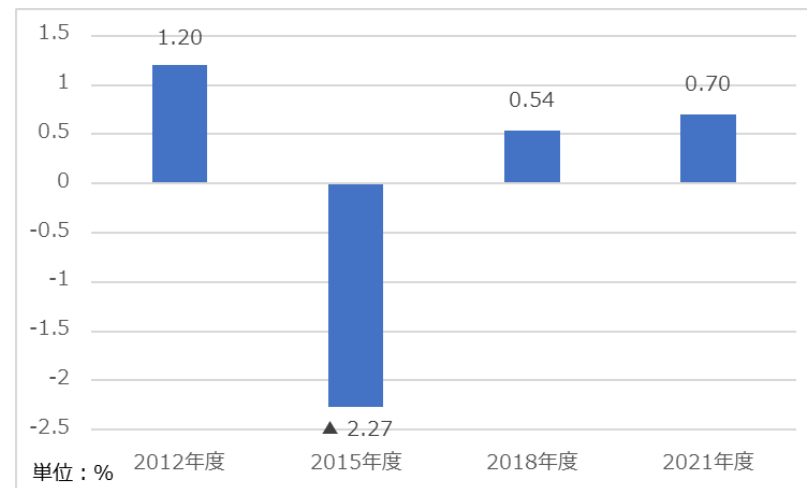
# 最近の報酬改定

診療報酬・介護報酬は微増だったが…、  
物価高への対応が課題に？

診療報酬改定率の推移



介護報酬改定率の推移



- 最近の**診療報酬改定**では、**薬価**を市場実勢に合わせる形で減らし、**財源**を診療報酬**本体**に**充当**。
- ➔ だが、物価高などで**薬価削減**が**困難**に。改定財源を確保できない？
- 近年の**介護報酬**は**微増**であり、**物価高**に対応するための**プラス改定**は**不可避**？ その場合の財源は？

出典：厚生労働省資料などを基に作成

注1：診療報酬の2014年度は消費税対応を除く数字。

注2：診療報酬の2020年度は働き方改革対応を含む数字。

注3：診療報酬の中間改定年、消費税に伴う介護報酬改定は省略。

# 想定される主な論点

## 6年に1度の同時改定なので、 医療・介護連携などが焦点に？



文字サイズの変更 **標準** 大 特大

御意見募集やパブリック

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

[ホーム](#) > [政策について](#) > [審議会・研究会等](#) > [中央社会保険医療協議会\(医療と介護の連携に関する意見交換\)](#) > [令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会\(第1回\)議事次第](#)

### 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第1回)議事次第

診療報酬を決める「中央社会保険医療協議会」と、  
介護報酬を決定する介護給付費分科会のメンバーの  
意見交換会が2023年3月から開催

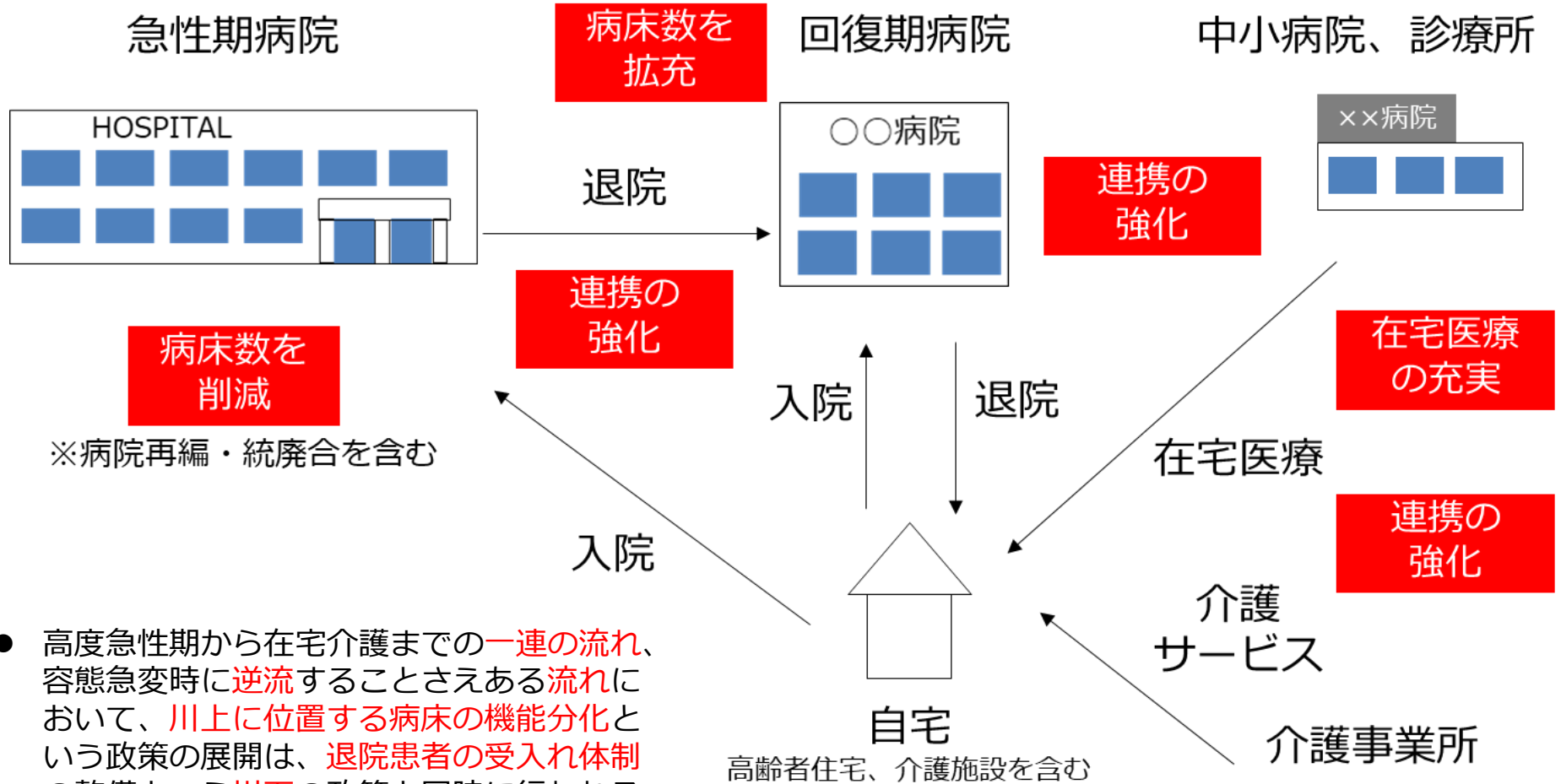
令和5年3月15日(水)  
9:30～  
於 オンライン開催

### 意見交換会で想定されているテーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

# 地域医療構想の目指す姿

膨らんだ急性期病床を削減し、回復期や在宅医療も拡充。  
医療機関間の連携を強め、各地域で切れ目のない提供体制を構築。

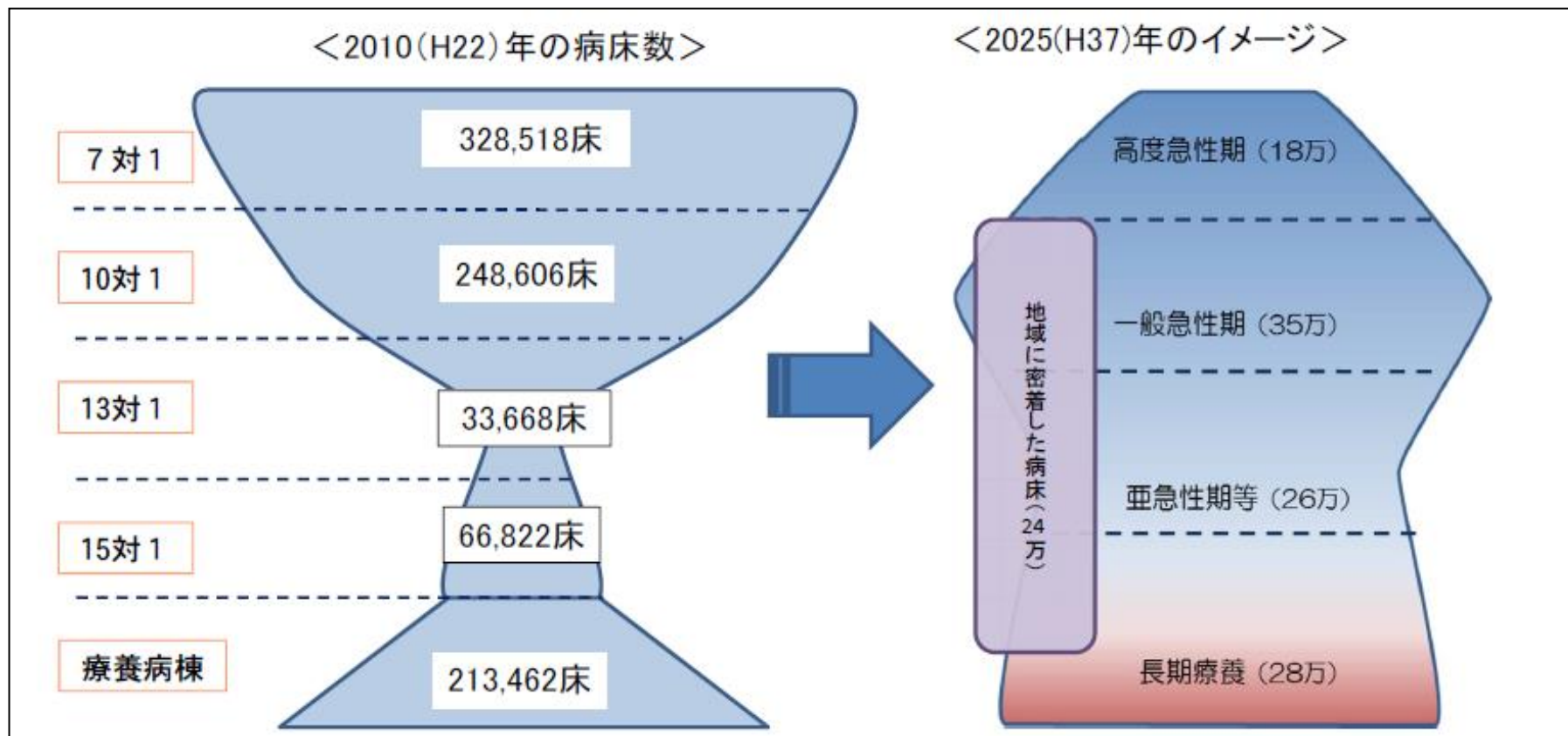


- 高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠。

出典：各種資料を基に作成  
注：慢性期、地域包括ケア病棟を省略するなど、簡略化している。

# 地域医療構想の背景

2006年度診療報酬改定で「7対1」に手厚く報酬を付けたところ、予想以上に取得する医療機関が増加し、医療費を増やす一因に。



出典：厚生労働省資料から抜粋

2006年度診療報酬改定では「7対1基準」（患者7人に対して看護師1人を配置）の報酬を引き上げたが、厚生労働省の予想以上に膨らんだため、診療報酬の欠点をカバーする手段として、地域医療構想が制度化

# 「424リスト」の開示

病院再編が進まないため、厚生労働省は2019年9月、「再編・統合が必要な公立・公的病院」を名指し。知事が猛反発した。

地域医療確保に関する  
国と地方の協議の場（第1回）



出典：全国知事会ウェブサイトから抜粋

平井伸治鳥取県知事の発言

- 統廃合に世論誘導するならお門違い。地方の声を踏まえるよう国に要請する。
- 公立・公的医療機関だけで、地域医療構想の医療を語ることはできない。

鈴木英敬三重県知事の発言

- 現状の把握や改善の方策について議論するが、診療数のデータが一定期間に限られており、交通の実情を踏まえていない

出典：2020年9月27日『毎日新聞』『日本海新聞』、11月12日『m3.com』

- 病院再編が進まないため、厚生労働省は進めやすい部分から手を付ける方法として、**公立・公的病院の見直し**から開始。2019年9月には「再編・統合に向けた検討が必要な公立・公的病院」として、**424病院を名指し**（後に436病院に修正）したが、強引な手法として、知事達が猛反発した。
- その後、総務省が音頭を取る形で、**国と地方の協議の場**が開催され、**国による財政支援**などの方向性が示され、2019年12月に関係が正常化した。
- さらに2020年に入り、医師確保などの論点も加味しつつ、議論を本格化させようとしたが……。

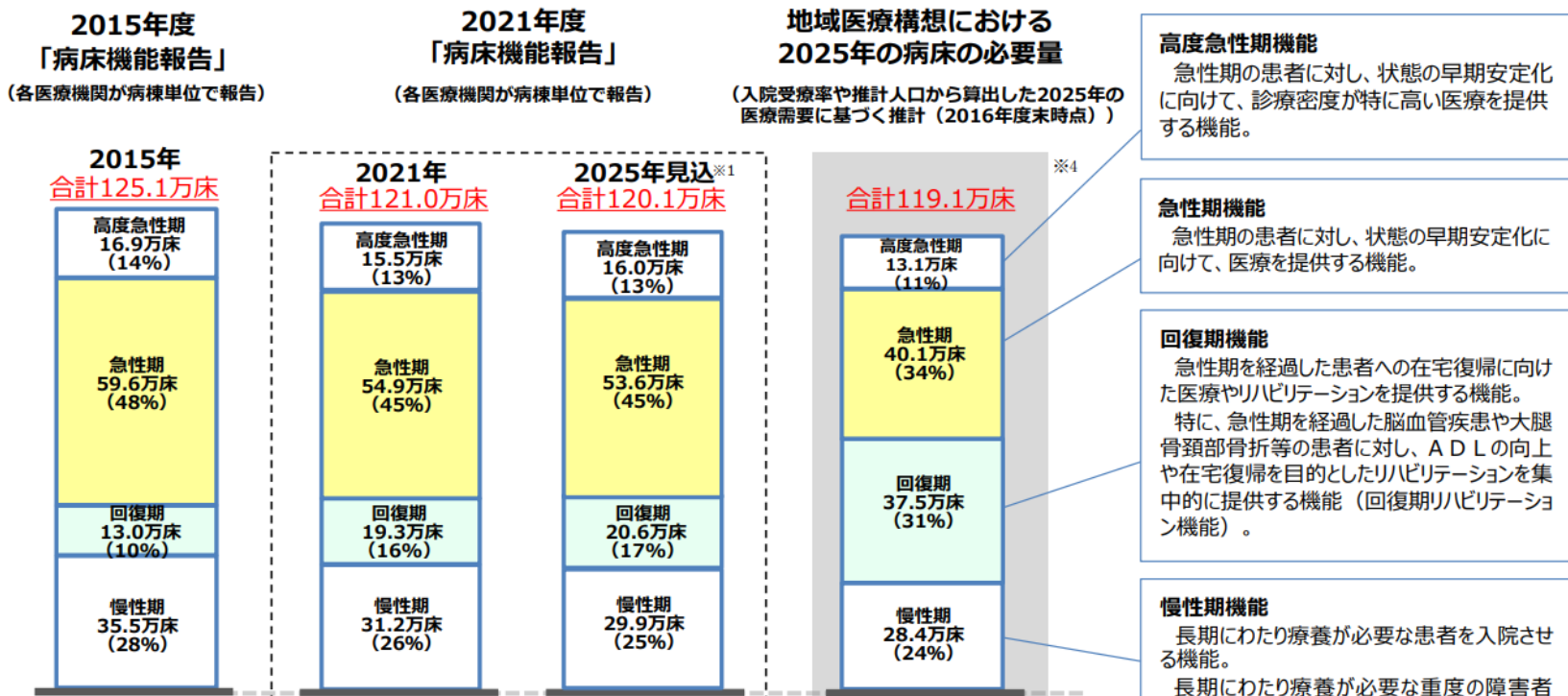
# 内閣府の会議に財務省が提出した資料

## 2023年4月末、財務省が内閣府の会議に提出した資料では、地域医療構想が進展していないと指摘。

### 地域医療構想の進捗状況

○地域医療構想の実際の進捗ははかばかしくない。

→急性期・回復期をはじめとする病床の役割分担が進まないと、今後、各地域で治療に長い期間を要する高齢者が増える中で、質の高い急性期医療、回復期における適切なケアの提供ができなくなる。



(出所) 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要。

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある。

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計。

出典: 内閣府ウェブサイトから抜粋

# コロナを踏まえた示唆

コロナ対応では医療資源集中の不徹底、  
医療機関の役割分担が不明確なことが浮き彫りになった。

世界一の病床大国でなぜ  
医療が逼迫したのか？

変異株の影響

医療提供体制の構造

保健所の逼迫

## ①医療資源の集中が不徹底

- 急性期病床が薄く広く点在しており、コロナ患者を受け入れられない（「何ちゃって急性期」の存在）。
- 200床未満の小規模な病院が林立し、コロナ患者を受け入れられない。
- 療養病床（慢性期）や精神病床など長期療養を前提とした医療機関が多く、コロナ患者を受け入れられない。

## ②医療機関の役割分担が不明確

- 医療機関同士の役割分担が不明確な分、医療機関同士の連携が不足しており、回復した重症患者を中等症、軽症向け病床に転院調整できず、目詰まりが起きた。



# 地域医療構想とコロナ対応の比較

コロナ対応では医療資源集中の不徹底、医療機関の連携不足が浮き彫りになったが、地域医療構想と共通している。

地域医療構想とのコロナ対応の対比

	地域医療構想（平時）	コロナ対応（有事）	
病床確保の方向性	病床削減	病床確保	相違点
医療資源集中の不徹底	何ちゃって急性期の存在 規模の小さい医療機関の林立 療養病床の存在	医療逼迫で焦点に	
医療機関の役割分担が不明確	連携強化、ネットワーク構築	目詰まり回避で焦点に	

出典：演者作成

- 地域医療構想は病床削減の要素を持っている上、新興感染症への対応を想定していないため、**病床確保の方向性の違い**だけに着目し、「地域医療構想をストップすべきだ」という意見が出ているが、①医療資源の集中が不徹底、②医療機関の役割分担が不明確——という**共通点を踏まえる必要**もある。
- 異なる点を解消しつつ、共通する課題を解消する上では、**新興感染症対策を加味する修正**を講じた上で、**地域医療構想を進める**ことが必要。

# 2022年度診療報酬改定の決着

日本医師会はコロナの影響を理由に小規模な改定を望んでいたが、前回の2022年度改定では、一部で思い切った改定項目が入った。

## 2021年8月の発言

- 2020年度改定と新型コロナの影響を峻別して**医療機関の経営実態を把握**することは極めて難しい。(略) **大幅な改定は絶対にやってはいけません。**

出典：2021年8月31日『m3.com』配信記事における日本医師会常任理事の城守国斗氏インタビュー

医療機関向け  
本体改定は  
+0.43%

- (注：コロナで) 浮き彫りになった**医療提供体制の課題へ対応**が重要なポイントになった

出典：『日経ヘルスケア』2022年4月号、厚生労働省保険局医療課長の井内努氏インタビュー

## 改定決着後の発言

- 特に今回は入院医療を中心として、かなり**大幅な改定**が行われた状態になっていますので、日本医師会としては**大変遺憾**に思っています。

出典：2022年3月2日『m3.com』配信記事における日本医師会常任理事の城守国斗氏インタビュー

- 我々の**要望**はかなわず、**医療機関経営に大きな影響**をもたらすであろう見直しが**多数の項目**にわたって盛り込まれた。

出典：2022年3月29日『日経メディカル』配信記事における全日本病院協会長の猪口雄二氏インタビュー

- 現に実施されている**医療政策の方向**に医療機関を向かわせるための**誘導型診療報酬改定**になっている。

出典：2022年2月9日記者会見における日本病院会長の相澤孝夫氏の発言。2022年2月10日『m3.配信記事』を参照

# 診療報酬改定の決着に際しての大臣合意

診療報酬本体はプラス0.43%改定となったが、  
財務省の主張が反映する形で大臣合意。

- 2022年度診療報酬改定に際して、財務省は「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」と主張したが、日本医師会の主張で本体は+0.43%で決着。
- その際、財務省はリフィル処方箋（一定の条件があれば繰り返し使える処方）の導入を吞ませるとともに、提供体制改革に向けた方向性を財務相、厚生労働相で合意。  
➔ 一部で思い切った点数が付いており、医療提供体制を加速。

2022年度診療報酬改定の決着に際して、  
財務相と厚生労働相が交わした合意

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC（診断群分類制度）の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC（一般用医薬品）類似医薬品等の既記載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

# スーパー急性期を評価する体系の創設（参考）

新興感染症にも対応できる  
スーパー急性期を評価する診療報酬が創設された。

## 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

### 急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている）</li> <li>敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>				
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備</li> <li>精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上</li> </ul>				
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上）</li> </ul> <table border="1"> <tr> <td>ア 右のうち、4つ以上満たす</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上</li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）</li> </ul> </td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> </ul>	ア 右のうち、4つ以上満たす	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> </ul>	イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上</li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）</li> </ul>
ア 右のうち、4つ以上満たす	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> </ul>				
イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上</li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）</li> </ul>				
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている</li> </ul>				
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算1を届け出ている</li> </ul>				
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている</li> </ul>				
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている</li> </ul>				
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者（退棟患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満</li> </ul>				
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆紹介受診重点医療機関</li> </ul>				
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい</li> </ul>				
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算1又は2の届出を行っている</li> <li>療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない</li> </ul>				
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神科病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上</li> <li>同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない</li> </ul>				

# 地域包括ケア病棟の役割明確化（参考）

地域包括ケア病棟の範囲は幅広かったが、「どこから転棟したか」を重視する改定に。

- ▶ 地域包括ケア病棟は元々、**2014年度診療報酬改定で創設**されたが、過剰気味な**急性期病床を削減する際の受け皿**として期待されていた。
- ▶ 主な機能は「急性期後の治療やリハビリテーション（**ポストアキュート**）」「在宅療養中の患者が急変した際に受け入れる機能（軽度急性期、**サブアキュート**）」「患者を回復させ、在宅や施設に繋ぐ**在宅復帰機能**」。
- ▶ ただ、自院から転院させる医療機関が少なくないため、2022年度診療報酬改定では、「どこから転棟したか」を重視。自院は減算、老健施設や自宅などは加算。
- ▶ 自院一般病棟からの転棟割合の見直し
  - 入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

**現行**

【地域包括ケア病棟入院料】  
400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

**改定後**

【地域包括ケア病棟入院料】  
**200床以上**の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。



**現行**

急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算  
150点（14日を限度とする。）  
在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算  
300点（14日を限度とする。）

**改定後**

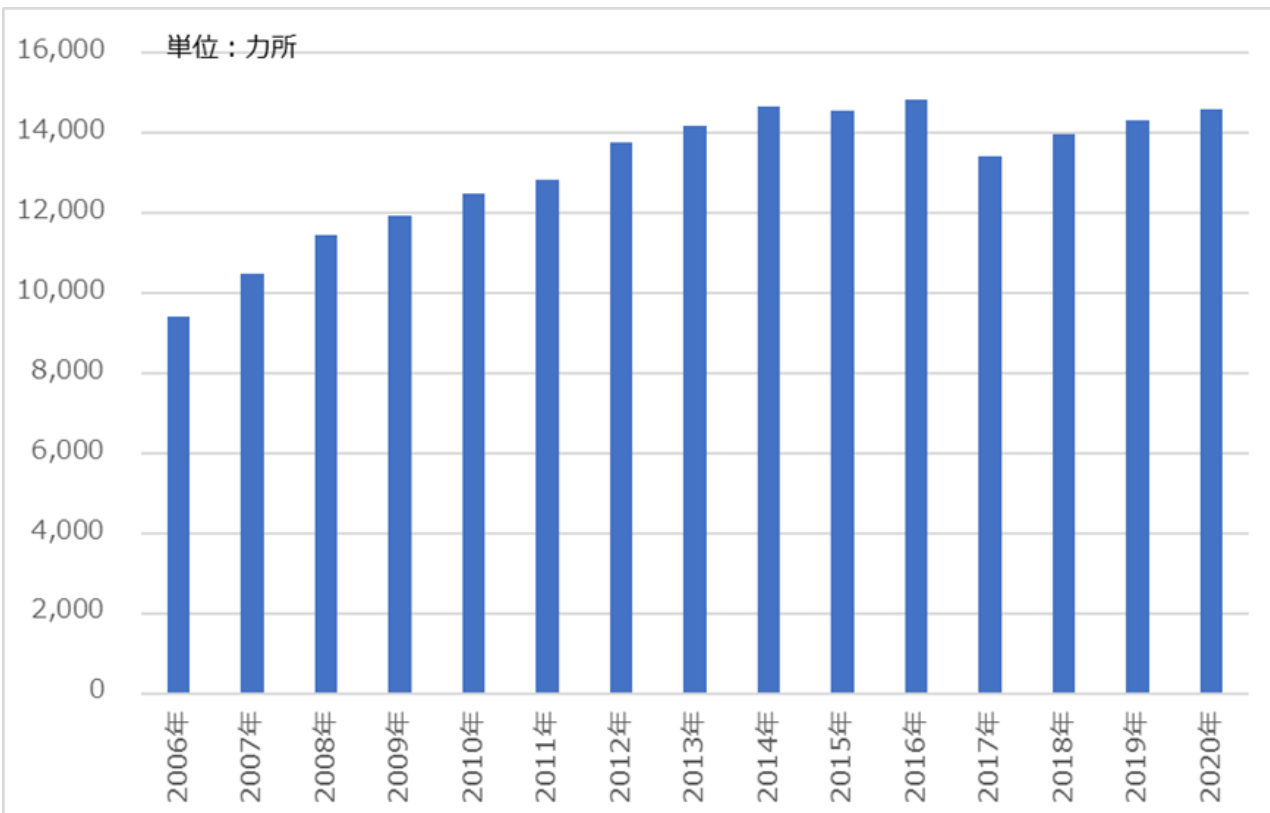
急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点
		他院の一般病棟	150点
急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床未満の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
		他院の一般病棟	250点
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設		500点
	自宅・その他施設		400点



# 伸び悩む在宅療養支援診療所（参考）

2006年度に制度化された在宅療養支援診療所は伸び悩み。  
24時間対応、後方支援病院の確保が課題に。

在宅療養支援診療所の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：従来型、機能強化型などの合計。

- 2006年度に創設された在宅療養支援診療所は在宅医療の拡大の手段として重視されて来た。
- ただ、総数は伸び悩みの傾向。24時間対応、後方支援病院の確保が課題に。
- 2022年度診療報酬改定では、一部で手当てが講じられた。

➔ 都道府県の医療計画で、在宅医療を中心に担う医療機関を明示する方向性

➔ ダブル改定では、中小病院が在宅医療に参入できる基盤整備も論点に？

# 2021年度介護報酬改定の項目

2021年度改定では、医療と介護の連携が重点項目の一つに盛り込まれた。  
感染症対応を除き、項目は2018年度とほぼ同じ。

## 令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05% (令和3年9月末までの間)

### 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

#### ○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

- ・感染症対策の強化
- ・業務継続に向けた取組の強化
- ・災害への地域と連携した対応の強化
- ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

### 2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

#### ○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

- ・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充
- ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

#### ○看取りへの対応の充実

- ・ガイドラインの取組推進
- ・施設等における評価の充実

#### ○医療と介護の連携の推進

- ・老健施設の医療ニーズへの対応強化
- ・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

#### ○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

- ・訪問看護や訪問入浴の充実
- ・緊急時の宿泊対応の充実
- ・個室エントの定員上限の明確化

#### ○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・事務の効率化による通減制の緩和
- ・医療機関との情報連携強化
- ・介護予防支援の充実

#### ○地域の特性に応じたサービスの確保

- ・過疎地域等への対応 (地方分権提案)

### 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

#### ○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

- ・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
- ・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
- ・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
- ・人員配置基準における両立支援への配慮
- ・ハラスメント対策の強化

#### ○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

- ・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
- ・会議や多職種連携におけるICTの活用
- ・特養の併設の場合の兼務等の緩和
- ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

#### ○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

- ・署名・押印の見直し
- ・電磁的記録による保存等
- ・運営規程の掲示の柔軟化

### 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

#### ○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

- ・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
- ・リハビリテーションマネジメントの強化
- ・退院退所直後のリハの充実
- ・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
- ・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
- ・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

#### ○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

- ・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
- ・ADL維持等加算の拡充

#### ○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

- ・施設での日中生活支援の評価
- ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

### 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

#### ○評価の適正化・重点化

- ・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し
- ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
- ・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し
- ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
- ・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し
- ・介護職員処遇改善加算(IV)(V)の廃止
- ・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

#### ○報酬体系の簡素化

- ・月額報酬化(療養通所介護)
- ・加算の整理統合(リハ、口腔、栄養等)

### 6. その他の事項

- ・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
- ・高齢者虐待防止の推進
- ・基準費用額(食費)の見直し

- ・基本報酬の見直し

5類移行  
で変化?

# 2021年度介護報酬改定の入退院支援

介護保険サービスの利用に至らなくても、  
入退院支援会議に参加すれば報酬で評価。僅か500円だが……。

## 2.(6)③ 医療機関との情報連携の強化

### 概要

【居宅介護支援】

- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

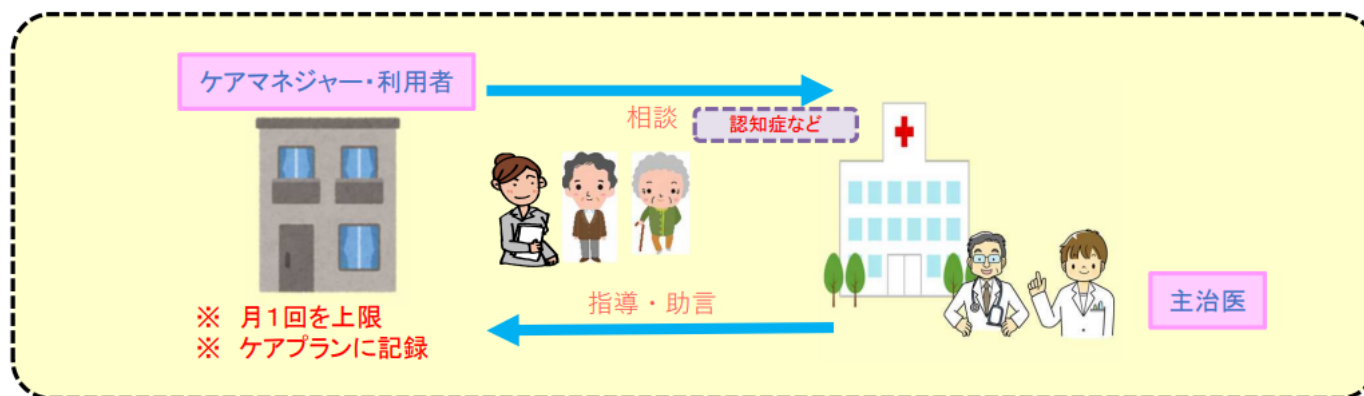
### 単位数

<現行>  
なし

<改定後>  
⇒ 通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

### 算定要件等

- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



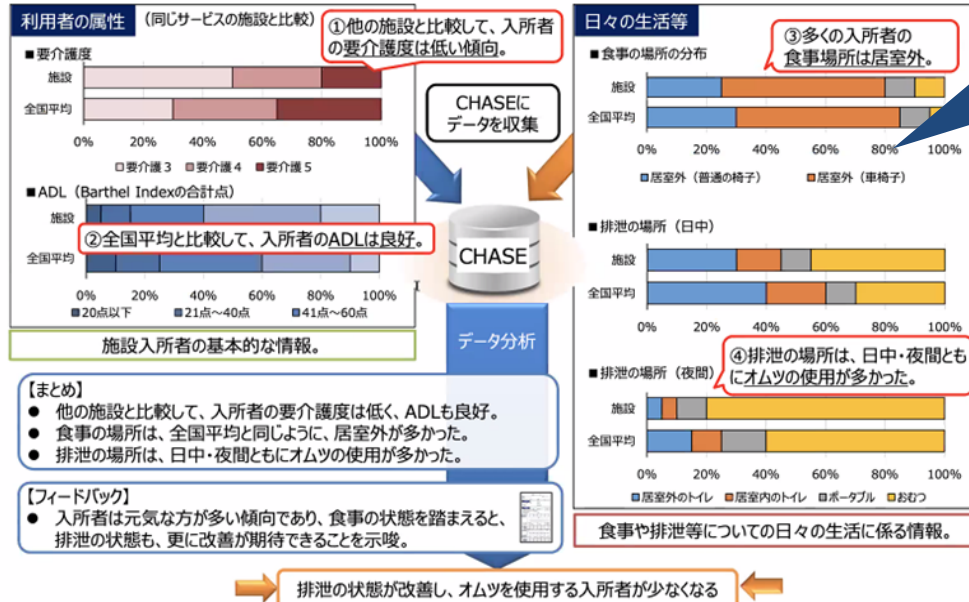


# 科学的介護の推進

## 介護の「科学」化に向けて、リハビリなどのデータを 集めて介護予防を強化する動きは今後も続く？

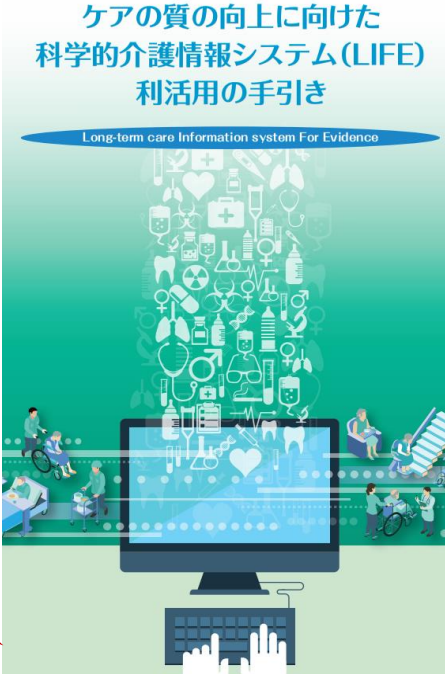
個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

例②：施設入所者の排せつ状態の改善に係る取組の評価（事業所単位）



事前に示された  
活用例の  
資料は2枚だけ

手引きを見ても、  
フィードバックは  
僅か2ページ  
(全体は164ページ)

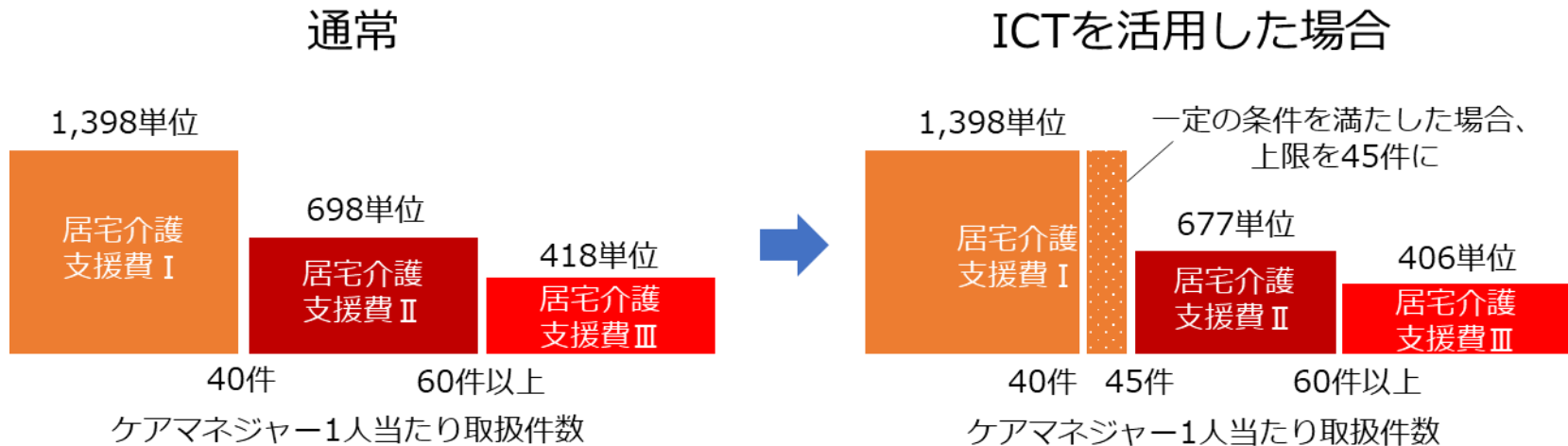


出典：厚生労働省資料、ウェブサイトから抜粋

- 2021年度改正では、データに基づく介護を目指す「科学的介護」が本格始動したが、データ収集に力点が置かれ、フィードバックは二の次に。
  - 2021年度改正では、「ADL維持等加算」の充実などアウトカム型報酬が拡大されたが、その傾向は今後も続く？
- ➔ 2024年度改正では、制度の運営改善、一層の拡大焦点に？

# 2021年度報酬改定で実施された弾力化

ICTや見守り機器を導入した場合、  
人員・施設基準に特例を設定。



出典：厚生労働省資料を基に作成  
注1：要介護3～5の場合  
注2：1単位は原則10円。

- 2021年度報酬改定では、ケアマネジャーの居宅介護支援事業所がICTを導入した場合、1人当たり取扱件数の上限を40件から45件に引き上げる改定が盛り込まれた。
- さらに、見守り機器を導入した特別養護老人ホームの人員基準を特例的に緩和したほか、グループホームの夜勤人員基準も部分的に緩和。

➔2024年度介護報酬改定でも論点に？

# 規制改革実施計画に盛り込まれた文言

規制改革実施計画では、先進事例のデジタル化事例を検証しつつ、  
人員配置基準の弾力化を検討する旨が規定されていたが…。

規制改革推進会議は  
民間の意見も聞きつつ、  
各省の規制改革を  
提唱する会議。

毎年6月頃に答申を公表。  
各省と調整した結果を  
実施計画として決定。

## 規制改革推進会議について

「規制改革推進会議」は、内閣府設置法第37条第2項に基づき設置された審議会です。内閣総理大臣の諮問に応じ、経済社会の構造改革を進める上で必要な規制の在り方の改革に関する基本的事項を総合的に調査・審議することを主要な任務としております。

規制改革実施計画の86ページを御覧下さい

## 規制改革実施計画

令和4年6月7日  
閣議決定

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
17	特定施設（介護付き有料老人ホーム）等における人員配置基準の特例的な柔軟化	厚生労働省は、ビッグデータ解析、センサーなどのICT技術の最大活用、介護補助職員の活用等を行う先進的な特定施設（介護付き有料老人ホーム）等において実証事業を実施し、現行の人員配置基準より少ない人員配置であっても、介護の質が確保され、かつ、介護職員の負担が軽減されるかに関する検証を行う。 厚生労働省は、当該検証の結果を踏まえ、先進的な取組を行うなど一定の要件を満たす高齢者施設における人員配置基準の特例的な柔軟化の可否について、社会保障審議会介護給付費分科会の意見を聴き、論点を整理する。 厚生労働省は、当該論点整理を踏まえ、同分科会の意見を聴き、当該特例的な柔軟化の可否を含めた内容に関する所要の検討を行い、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずる。	(前段)令和4年度措置、(中段)令和4年度目途措置、(後段)遅くとも令和5年度結論・措置	厚生労働省

出典：内閣府ウェブサイトから抜粋

# 先進的な特定施設とは…（参考）

規制改革推進会議では2021年12月、データやICTを用いた  
大手損害保険会社の取り組みが紹介された。

- ・サービス品質向上と介護職員の負担軽減の両立を目指すプロジェクト。
- ・「施設マネジメント・ケアマネジメント・介護サービス」の三位一体の改革を推進中。
- ・プロセスの見える化・分析により、個別性のある最適なケアを実践していく。

## ① サービス提供

### ・施設運営の品質向上

#### ■ テクノロジー&データ活用 の職員教育

- ・実装するテクノロジーを十分に利活用するためのITリテラシー向上
- ・データの理解、活用、定着の促進



## ② ケアマネジメント の品質向上

- カスタムメイドケア※の定着
  - ・ケアマネジメントの強化
  - ・ケアマネジャーの強化
- AIなどテクノロジーとデータを活用したケア品質向上と業務効率化

※心身の状態や価値観などを考慮し、「人間尊重」を通じて、お一人おひとりに合わせた「最適なケア」を提供する自立支援の取り組み

## ③ データを活用した科学的介護

- テクノロジーとデータを活用した、過去の知識や経験だけに頼らない、エビデンスに基づいた効率的かつ効果的な科学的介護を実践



# 人員配置見直しに関する記述

2022年12月の介護保険部会意見では中立的な記述だが、「政策パッケージ」では介護報酬改定で議論と記述。

## 部会意見の記述

- 現在実施している実証事業などで得られたエビデンス等を踏まえ、テクノロジーを活用した先進的な取組を行う介護付き有料老人ホーム等の人員配置基準を柔軟に取り扱うことの可否を含め、検討することとしている。

## 政策パッケージの記述

- 現場で働く介護職員の勤務環境を改善（残業の縮減や給与改善など）するためには、個々の事業者における経営改善やそれに伴う生産性の向上が必要であり、ノウハウの展開や改善に向けた具体的な働きかけ等の取組をより一層層進めていくことが重要である。
- 先進的な事業者では、業務改善や課題を踏まえた介護ロボット・ICT機器の導入などにより、人員配置が2.8:1となるなど、改善が図られている。
- 現在、介護施設では、サービス利用者3人に対して職員1人という3:1の職員配置基準となっているが、今後、優れた運営ノウハウに基づき、テクノロジーやいわゆる介護助手等の取組を先進的に導入し、組み合わせることにより、3:1より少ない人員で運営が可能になる事業所が出てくる可能性がある。
- このため、現在実施している実証事業などで得られたエビデンス等を踏まえ、先進的な取組を実施している事業所の人員配置基準を柔軟に取り扱うことを含め、次期報酬改定の議論の中で検討する。

## 今日の内容（7）

～生産性向上や現場改善に必要な方策～

1：はじめに～自己紹介など～

2：医療・介護の「生産性向上」の動向

3：生産性向上が語られる背景と過去の施策

4：医療・介護の生産性向上とは何か

5：生産性向上や現場改善に必要な方策

6：2024年度同時改定に向けた展望

7：おわりに

# 振り返り

現場の制約条件は厳しくなっており、現場本位の取り組みが必要。  
2024年度改定では医療提供体制改革や医療・介護連携などが論点に？

- 近年の制度改正では、「生産性向上」が多く語られており、DX化の推進やICT、ロボットの活用、介護現場の文書量削減、人員基準の弾力化などが論じられている。2023年通常国会で成立した改正介護保険法でも、生産性向上に向けた自治体の役割が明記されたほか、相談窓口を設置する経費が2023年度予算に計上されている。
- その背景として、少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少があり、少ない人数でも現場が回る取り組みは必要。
- ただ、医療・介護現場では、利益を重視する一般企業とは違う視点が不可欠。経営者のメリットだけでなく、従事者のメリットを意識してもらう必要がある。患者・利用者にメリットを還元する視点も不可欠。
- ➔ 報酬の引き上げに加えて、現場での業務の見直し、働きやすい職場づくりに向けて、現場レベルでの改善も必要。
- 2024年度同時改定では、物価上昇で薬価削減が困難となる中、厳しい改定率になる？
- 個別項目では、急性期病床の削減などを旨とする「地域医療構想」を中心に、医療提供体制改革を加速させる方向になる可能性が想定される。在宅医療の充実や医療・介護連携なども焦点？
- 介護報酬改定では、ICT化の推進と人員基準の弾力化、科学的介護などが論点になる？



# 最後に少しだけ宣伝

2020年11月、地域医療構想について単著を書きましたので、もし宜しければ御笑覧を。弊社ウェブサイトも御覧下さい。



地域医療は再生するか～コロナ

書 - 2020/11/11

三原岳 (著)

ベストセラー1位 - カテゴリ 医学一般関連

その他 の形式およびエディションを表示す

新書

¥1,650

獲得ポイント: 17pt prime

¥1,650 より 1 新品

プライム会員の場合は無料配送

- 書籍では、医療提供体制改革で重視されている**地域医療構想**の内容、現状を分析するとともに、新型コロナウイルスの影響も考察。その上で、**改革の処方箋**を提示。
- そのほか、医療・介護分野を中心に**ウェブサイトでも原稿をアップ**していますので、いずれも御笑覧下さい。

ニッセイ基礎研究所 2020-09-15

## 基礎研 レポート

### 感染症対策はなぜ見落とされてきたのか

保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

ニッセイ基礎研究所 2020-10-27

## 保険・年金 フォーカス

### コロナ禍で医療提供体制改革をどう進めるのか

リダンダンシーの発想が必要、難しい舵取りを迫られる都道府県

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

ニッセイ基礎研究所 2020-04-01

## 基礎研 レポート

### 20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る(上)

制度創設の過程、制度改革の経緯から見える変化と論点

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～感染症対策はなぜ見落とされてきたのか～

新型コロナウイルスの感染が再拡大する中、感染症に対応した医療制度改革の必要性が論じられている。中でも、感染症対策の最前線を担当した保健所の機能強化が争点となっており、感染症対策に脆弱な医療制度の課題が浮き彫りとなっている。

では、なぜ感染症対策に対して脆弱なのだろうか。言い換えると、なぜ感染症対策は見落とされてきたのだろうか。歴史を振り返ると、保健所を中心とした公衆衛生システムを整備する際、日本は結核対策を重視してきた。このため、どこかのタイミングで、あるいは何らかの理由で感染症対策が軽視されるようになったと言える。

そこで、本レポートでは感染症対策を含めた公衆衛生の歴史を振り返ることで、感染症対策が見落とされてきた背景を探る。具体的には、一部で指摘されている行政改革による影響だけでなく、疾病構造の変化、公的医療保険の拡大、国民の意識変容、地方分権の影響など様々な要因を挙げる。その上で、感染症対策にも対応できる医療提供体制改革に向けて、保健所の機能強化に加えて、災害対策を参考にした病床の確保策などを示す。

### 1—はじめに～コロナ禍で医療提供体制をどう改革するのか～

新型コロナウイルスの感染拡大が長期化する中、医療制度改革への影響が避けられない情勢となっている。中でも、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上となる2025年を意識し、病床削減や在宅医療の拡大といった提供体制改革を進める「地域医療構想」の部分的な軌道修正が迫られている。地域医療構想が策定された時点で感染症は考慮されていなかった上、コロナ禍で医療需要が急激に増えたことで、病床削減の要素を持つ地域医療構想の議論が進みにくくなっているためだ。ただ、人口動態の長期的なトレンドは不変であり、地域医療構想のコンセプトを見直す動きには至っていない。このため、地域医療構想の推進主体である都道府県は、「短期的にコロナ対応で病床を確保しつつ、中長期的には病床を減らして在宅医療を増やす」という難しい舵取りが求められる。本稿は「コロナ禍における医療提供体制改革」という視点で、中長期的な方向性を考察したい。

### 1—はじめに～20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る～

加齢による要介護リスクをカバーするための社会保険制度として、介護保険制度が発足して4月で20年を迎えた。制度創設に際しては、高齢者がサービスを選択する契約制度を採用するなど、従来の福祉制度を抜本的に改める内容を含んでおり、20年の歳月を経て、国民の間で一定程度、定着したと言えるだろう。

一方、現場の人手不足や認知症ケア、医療・介護連携など新たなニーズへの対応を迫られている中で、高齢化の進展で制度の持続可能性が危ぶまれており、政府は3年に一度の制度改革を通じて、介護

詳しくはニッセイ基礎研HP

基礎研 医療 介護 三原 検索



御清聴、有り難うございました。

問い合わせは  
[mihara@nli-research.co.jp](mailto:mihara@nli-research.co.jp)

