

「2025年問題」
に向き合う

安心と信頼の医療と介護の実現を 二〇一八年度診療報酬・介護報酬改定方針決定 医療も介護も基本は、「地域包括ケアシステム」の構築

二〇二五年には全ての団塊世代が七五歳以上となり、医療・介護ニーズが急増する。二〇一八年の「惑星直列」と呼ばれる六年に一度の諸報酬、諸計画同時改定は「二〇二五年問題」に対応する事実上最後の同時改定となる。注目されていた医療・介護報酬の一八年改定は関係審議会等で基本方針と報酬改定率が決定された。

昨年二月一日に「二〇一八年度診療報酬改定の基本方針」が、同一三日には「二〇一八年度介護報酬改定の基本方針」が、社会保障審議会医療保険部会及び介護給付費分科会で取りまとめられた。

両方針とも、「どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現」をかかげ、そのため地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じた日常生活を営むことができるようにする「地域包括ケアシステムの推進」を基本課題に位置付けており、この限りでは私たちの主張と一致している。

一月二二日、政府は両報酬改定の基本方針を踏まえ、一八年度診療報酬については、△一・一九％（医師人件費などの診療報酬本

体については＋〇・五五％、薬価等は△一・七四％）、介護報酬は＋〇・五四％、障害福祉サービス等報酬は＋〇・四七％の改定率を閣議決定した。プラス改定は政権に近い業界団体への配慮などとする報道もあるが、かつての医療崩壊を招いた抑制を繰り返さなかったことは妥当と思われる。

一月二二日、総額九七兆七二八億円の一八年度政府予算案が閣議決定された。うち社会保障関係は三二兆九七三二億円となり、概算要求時の六三〇〇億円の自然増は「骨太方針」により四九九七億円で抑制されている。なお、介護保険制度改定で新設された「保険者へのインセンティブ」については、介護財源からの取り崩しは見送られ、新たな交付金として二〇〇億円が計上された。

政府は一月二二日にかけて、個別サービスの報酬改定額を決定する予定であり、重点課題については予算編成と併せ、粘り強い国会対策が課題となっている。

二〇一八年度介護報酬改定に関する審議会報告 医療介護連携による地域包括ケア推進を強調 生活援助の分断・切捨ては介護予防・重度化防止に逆行

一八年度介護報酬改定の報告は、二〇一七年五月に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の一部改正」をベースに、経済財政諮問会議の「骨太方針二〇一五」の「四四項目の改革工程表」に規定されながら、二〇回にわたる社会保障審議会・介護給付費分科会での審議を経て取りまとめられた。

【審議報告の基本骨子と内容抜粋】

(一) 地域包括ケアシステムの推進

- ① 医療系職員配置・医療行為への評価
- ② ケアマネ事業所の入院時連携への評価
- ③ 介護医療院に二類型を創設
- ④ 障害福祉サービスの指定事業所は、介護保険における「共生型サービス事業所」の指定を受けたものとする。その報酬は、介護報酬単価と区分し、概ね障害福祉制度における報酬の水準を担保。

(二) 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- ① 訪問・通所介護におけるリハビリテーションの評価、小規模多機能型居宅介護に生活機能向上加算創設
- ② 通所介護におけるADLの維持または改善の度合いが一定水準を超えた場合は新たな評価
- ③ 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」（老計第一〇号の訪問介護におけるサービス行為ごとの区分規定）を明確化する。
- ④ 訪問介護の身体介護と生活援助の報酬にメリハリをつける
- ⑤ ケアマネジャーが、生活援助中心型の訪問介護を通常のケアプランよりかけ離れた回数や位置付ける場合は、市町村にケアプランを届け出る。市町村は届けられたケアプランを地

域ケア会議で検証し、必要に応じてサービス内容の是正を促す。

(三) 多様な人材の確保と生産性の向上

- ① 生活援助中心型の担い手を拡大するため、身体介護は介護福祉士等が中心に担う。生活援助中心型は、現在の訪問介護員の要件である一三〇時間以上の研修は求めず、新たに生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した新たな研修過程を創設し、研修修了者が担うこととする。
- ② 訪問介護事業所の訪問介護員等の配置基準「常勤換算方法で二・五以上」に、新しい研修修了者も含める。
- ③ 生活援助中心型サービスの報酬は、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同様とする。

(四) サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- ① 福祉用具貸与の価格の上限設定
- ② 要支援者と要介護者に対する訪問看護の報酬額に一定の差を設ける。
- ③ 通所介護等の基本報酬のサービス提供時間区分を現行二時間区分から一時間区分に見直す。
- ④ 大規模通所介護の基本報酬を、収支差が大きくサービス提供一人当たりのコストも低くなっていることから見直す。
- ⑤ 三時間以上の通所リハビリテーションの基本報酬を、同規模の通所介護の基本報酬との均衡を考慮し見直す。
- ⑥ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)は、廃止する。
- ⑦ サービス提供責任者の任用要件のうち、初任者研修過程終了者や旧二級課程修了者は任用要件から廃止する。

今後の課題（次期報酬改定までの検討事項抜粋）

① 「生活援助中心型」の担い手の拡大による、人材確保・サービスの質等への影響の検証、② 共生型サービスの実施状況の把握、運営基準やその評価についての検討、③ 事業者へのインセンティブ付与のサービス利用への影響検証、④ 人員配置基準緩和のサービスの質への影響、処遇改善加算と実際の賃金改善効果の把握、他産業との比較検討、⑤ 介護医療院の療養病床からの転換状況や介護財源への影響の検討、⑥ 医療・介護連携の実施状況把握、認知症施策等の検証・在り方の検討、⑦ 介護サービス適正化や重点化の利用者に与える影響を検討

【審議会報告の問題点と課題】

一．全体的には、医療系サービス・リハビリ重視

「誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための地域包括ケアシステムの構築」が、診療報酬改定でも基本方針に挙げられており、できる限り地域・在宅生活を続けるためには医療・介護連携は必須の要件である。しかし、今回の報告は余りにも、医療系サービスやリハビリの評価に傾斜しており、生活援助サービスの軽視・切り捨て準備など、在宅で生活する一人暮らしの高齢者や認知症高齢者への生活支援の重要性が全く軽視されている。安倍政権の「骨太二〇一七」や「改革工程表」の呪縛を解き、介護予防・重度化防止の視点から在宅生活支援施策を拡充し、訪問介護の質と専門性を評価することこそが必要である。

二．訪問介護をターゲットとした「生活援助」の分断・切り捨て

審議会報告は、「多様な人材の確保と生産性の向上」を理由に、

診療報酬改定の重点課題は 地域包括ケアを視点とした医療機能の分化・強化、連携の推進 報酬改定率は▲一・一九％（医師等は＋〇・五五、薬価は▲一・七四）

一般会計社会保障予算の中で医療関係予算は三五％以上を占めており、安倍政権における社会保障経費抑制の最大のターゲットとなってきた。政府は「骨太二〇一七」及び「経済財政再生計画改革工程表」、「財政審建議」などで、執拗に医療提供体制の見直し、患者負担の拡大、診療報酬の削減等を求めていた。とりわけ、一八年度は一三〇億円以上の社会保障予算の抑制が求められる中で、介護報酬と診療報酬の改定に際し大幅削減が求められていた。

一八年度の「診療報酬改定の基本方針」はこうした厳しい削減圧力を受けつつ、社会保障審議会医療保険部会・医療部会及び中央社会保険医療協議会（中医協）で審議を重ね、一月十一日及び一月十五日にそれぞれの審議結果が取りまとめられた。

二一日に閣議決定された診療報酬の改定率は、薬価について大幅な見直し・引き下げとなったが、診療報酬本体については、平均で〇・五五％の引上げとなった。

医療保険制度については、診療報酬改定と同時に、医療提供体制の見直しによる地域医療構想を踏まえた都道府県の「第七次地域医療計画」の策定が進められている。今次の一八年度診療報酬改定と第七次地域医療計画は、介護保険の諸計画と併せ「二〇二五年問題」への対応を視野に入れた地域包括ケアシステムを推進する方向性と、「持続可能・効率化」という言葉で表現される経費削減の方向性のせめぎあいの中で具体化される。

【診療報酬改定の基本方針の概要】

一．改定にあたっての基本認識

- ・ 人生一〇〇年時代を見据えた社会の実現
- ・ どこに住んでも適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
- ・ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

訪問介護は「身体介護」に重点を置く観点から、「身体介護と生活援助に報酬上のメリハリをつける」と明記し、生活援助については新たな「生活援助中心型サービス」の創設を提言した。また新たなサービスの担い手は、訪問介護員の要件である「一三〇時間の研修」を緩和した「新たな研修課程」を修了した者とする。と、そして訪問介護員の配置基準「二・五人以上」の中に、新たに軽減された研修修了者を含むこととした。

さらに、生活援助中心型の介護報酬は、新研修修了者と介護福祉士と同様とすること、などが提言されている。

また、生活援助の利用回数が、「全国平均的利用回数十二標準偏差」を超えるケアプランは、市町村に届け出て、地域ケア会議で検証（チェック）する（正式基準は一八年四月提示、一八年一〇月実施予定）としている。

こうした一連の「生活援助」の見直しは、明らかに「骨太方針」の生活援助給付抑制要求に屈するものである。また、訪問介護員やケアマネジャーの「自立支援・重度化防止」に向けた専門的実践を軽視し、介護の質の向上に背を向けるものである。

三．危惧される、市区町村に対するインセンティブ

法改定により、保険者機能を発揮して重度化を防止した場合などに国から財政的なインセンティブを与える新制度が作られた。財務省は介護保険財政の中の調整交付金を充てることも求めていたが、最終的には介護保険財源とは別の「新たな交付金（二〇〇億円）」が創設された。実施に当たっては評価指標が問われるため、厚労省は介護保険部会で市町村向け、都道府県向け、個別事業向けの指標案を示している。しかし、過去にあったように財政が苦しい保険者が交付金確保を目的に、要介護認定やケアプランの抑制によるサービス利用の制限に走ることが深く危惧される。

二．改定の基本視点と具体的方策

(一) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化・連携の推進

(二) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現

(三) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(四) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

三．将来を見据えた課題

・ 二〇二五年、二〇四〇年の急速な高齢化の進展を見据えた医療提供体制と持続可能な医療保険制度の構築。

・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICT活用による医療連携や医薬連携の検討。

・ 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、医療関係者、保険者、地方公共団体、企業など関係団体、国が一体となった取り組み。

【改革工程表の指摘事項への社保審意見と取り扱い】

一．先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担のあり方↓先発医薬品（長期収載品）の薬価を段階的に引き下げる。

二．病院の外來受診時の定額負担↓選定療養による定額負担の対象範囲を拡大する方向で、診療報酬改定時までに具体の基準を検討する。

三．高齢者医療確保法第四条の診療報酬の特例の活用方策↓関係審議会での検討を行い、今年度中に運用の考え方を都道府県に周知する。

【改革工程表上で二〇一八年度中結論がわかっていく検討項目】

① かかりつけ医普及の方策と外來時定額負担の在り方、② 後期高齢者の窓口負担の在り方、③ 薬剤の自己負担の在り方、④ 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方