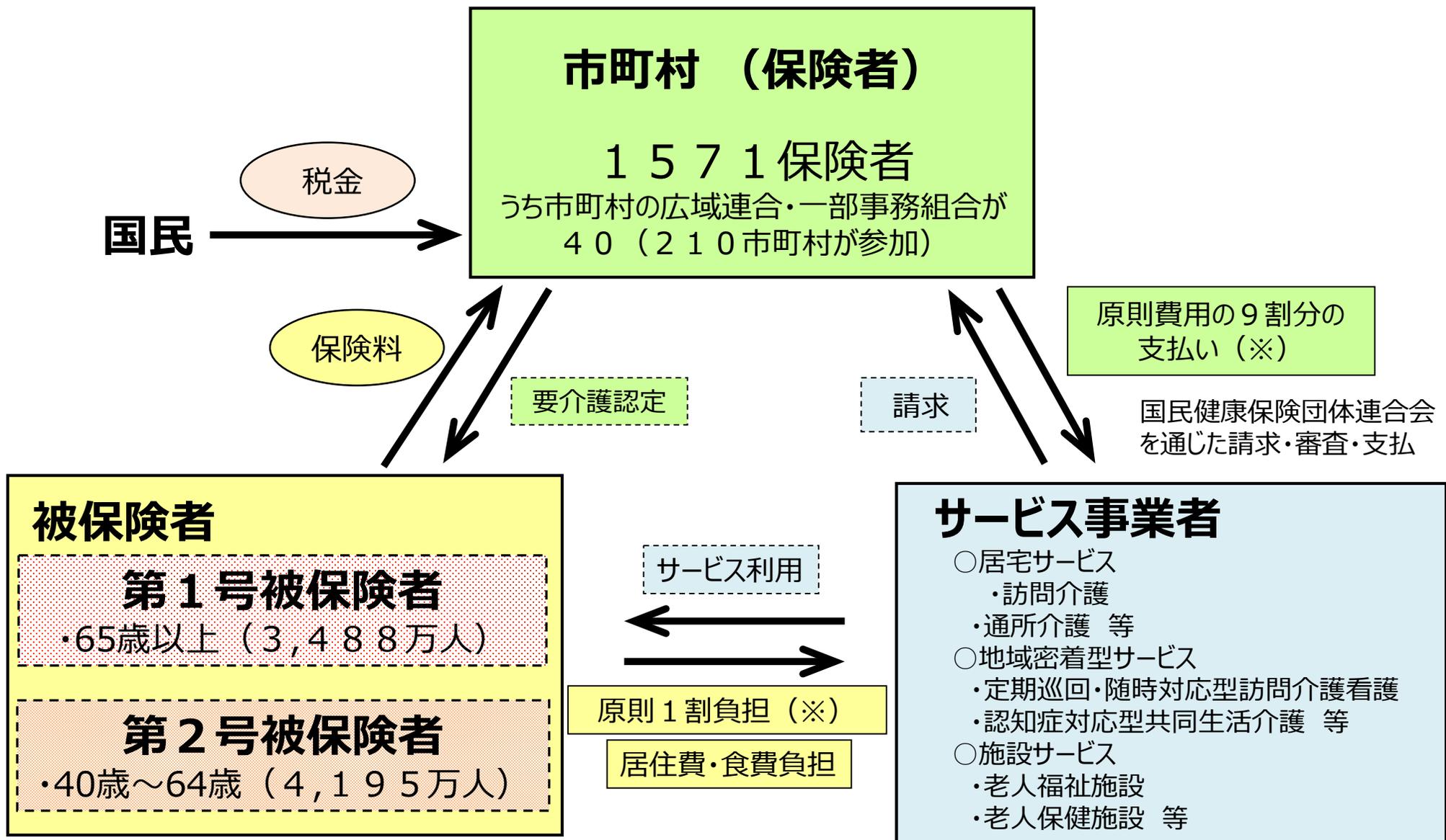


社会保障について① (参 考 資 料)

財務省

2019年10月9日

介護保険制度の仕組み



（注）第1号被保険者の数は、「平成29年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成29年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成29年度内の月平均値である。

（※）平成27年8月以降、一定所得以上者については費用の8割分の支払い及び2割負担。平成30年8月以降、特に所得の高い層については、3割負担。

介護保険サービスの体系

在宅



訪問系サービス

- ・訪問介護 ・訪問看護 ・訪問入浴介護・居宅介護支援等
- (例) ホームヘルパーが1時間、身体介護を行う場合
→ 1時間：3,950円

通所系サービス

- ・通所介護 ・通所リハビリテーション等
- (例) 通所介護（デイサービス）で1日お預かりする場合
→ 要介護3の方：9,020円

短期滞在系サービス

- ・短期入所生活介護等
- (例) 短期入所生活介護（ショート）で1日お預かりする場合
→ 要介護3の方：7,240円

居住系サービス

- ・特定施設入居者生活介護 ・認知症共同生活介護等
- (例) 特定施設（有料老人ホーム等）に入所する場合
→ 要介護3の方：1日当たり6,710円

入所系サービス

- ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 等
- (例) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所する場合
→ 要介護3の方：1日当たり7,780円

施設



介護保険の保険給付等

・保険給付

・介護給付

・予防給付

・市町村特別給付

(条例で定めて行うことができる市町村の独自給付、財源は1号保険料)

・地域支援事業

- ・介護予防・日常生活支援総合事業
- ・包括的支援事業
- ・任意事業

・保健福祉事業

(市町村の独自事業、財源は1号保険料)

介護給付	予防給付	
居宅介護サービス費	介護予防サービス費	介護保険のサービス費の支給は、代理受領方式で現物給付化されている
地域密着型介護サービス費	地域密着型介護予防サービス費	
施設介護サービス費	—	
居宅介護サービス計画費(ケアマネ)	介護予防サービス計画費(ケアマネ)	
特定入所者介護サービス費(補足給付)	特定入所者介護予防サービス費(補足給付)	左の給付は、償還払いが原則 (一部の自治体で、福祉用具購入費、住宅改修費、施設の高額介護(予防)サービス費は、受領委任方式が行われている。)
居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費	
居宅介護住宅改修費	介護予防住宅改修費	
高額介護サービス費	高額介護予防サービス費	
高額医療合算介護サービス費	高額医療合算介護予防サービス費	

介護保険制度の被保険者（加入者）

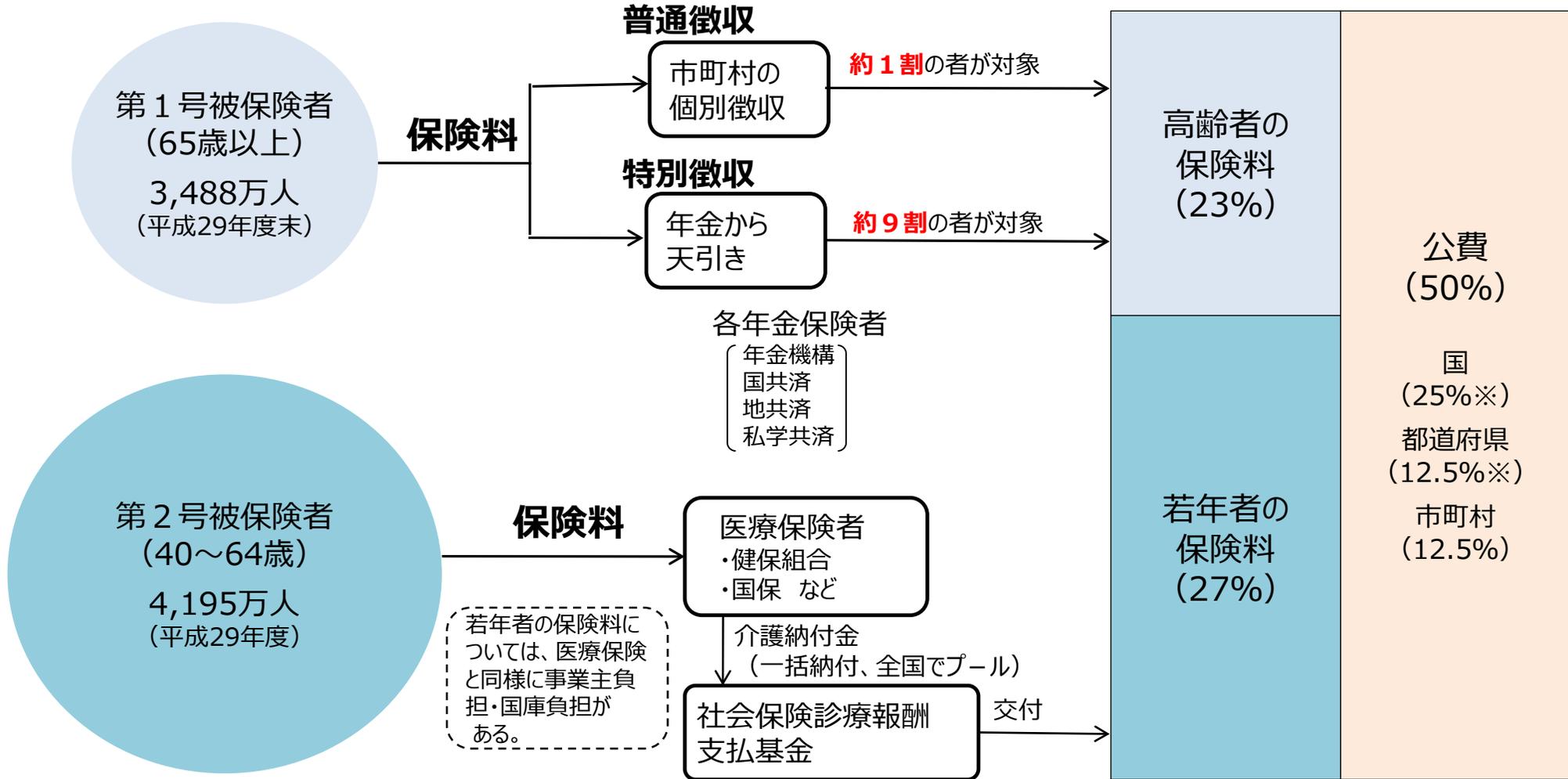
- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,488万人 (65～74歳：1,746万人 75歳以上：1,742万人) ※1万人未満の端数は四捨五入	4,195万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態) 	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援）認定者数と被保険者に占める割合	628万人（18.0%） 〔65～74歳：74万人（4.2%） 75歳以上：555万人（31.9%）〕	13万人（0.3%）
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「平成29年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成29年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成29年度内の月平均値である。

保険料徴収の仕組み

○ 介護保険の給付費の50%を65歳以上の高齢者（第1号被保険者）と40～64歳（第2号被保険者）の人口比で按分し、保険料をそれぞれ賦課。



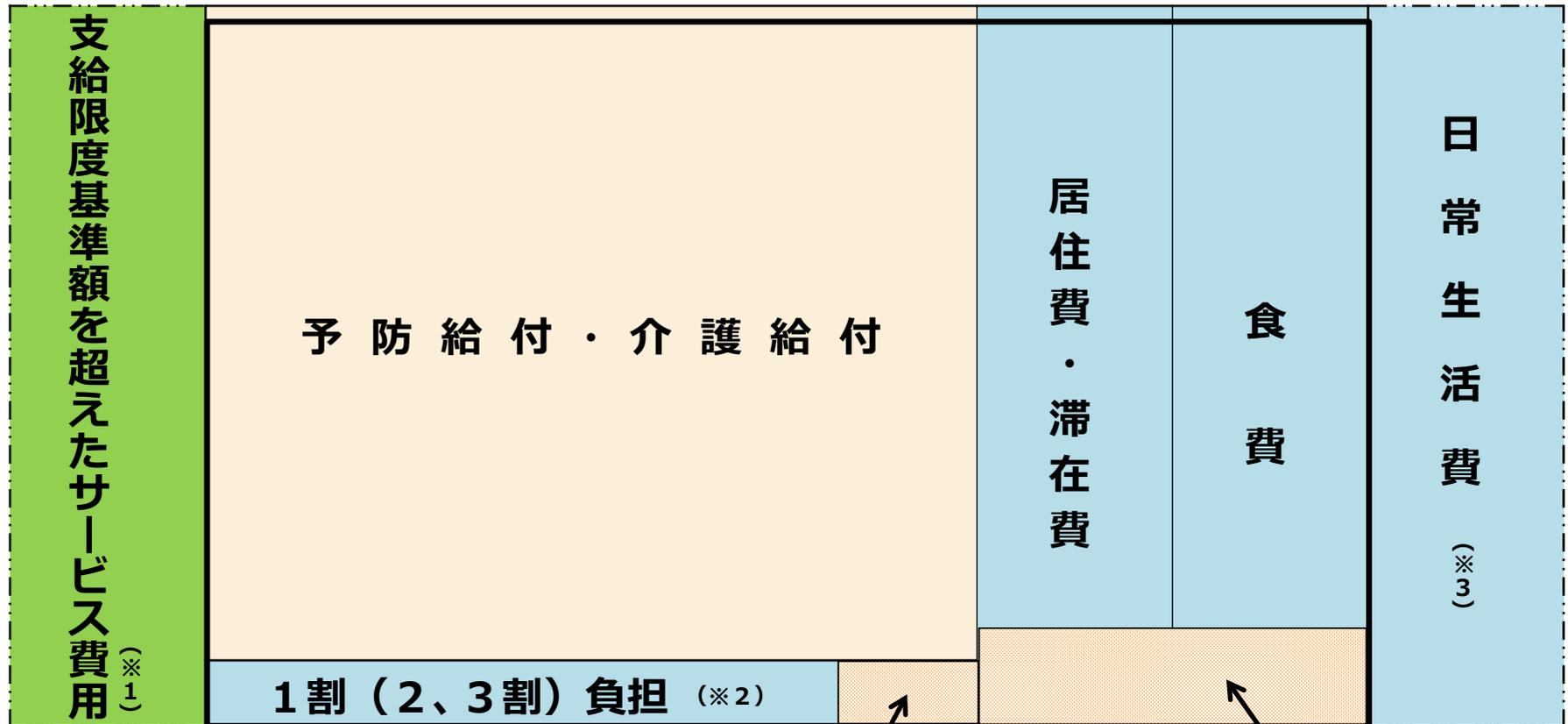
(注) 第1号被保険者の数は、「平成29年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成29年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成29年度内の月平均値である。

※ 国の負担分のうち5%は調整交付金であり、75歳以上の方の数や高齢者の方の所得の分布状況に応じて増減。

※ 施設等給付費（都道府県が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設に係る給付費）は国20%、都道府県17.5%。

保険給付の対象と利用者の自己負担



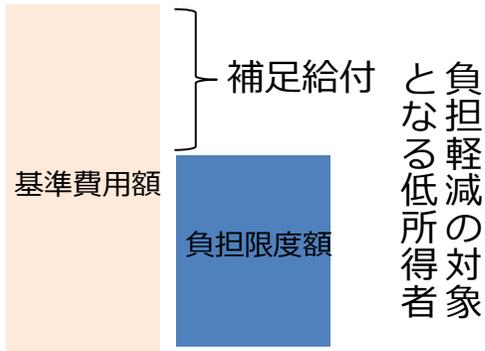
高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減

特定入所者介護サービス費(補足給付)による居住費・滞在費、食費の軽減

- ※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額(保険対象費用の上限)が設定されている。
- ※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。平成27年8月以降、一定以上の所得者については2割負担。平成30年8月以降、特に所得の高い層については、3割負担。
- ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。
(例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付。

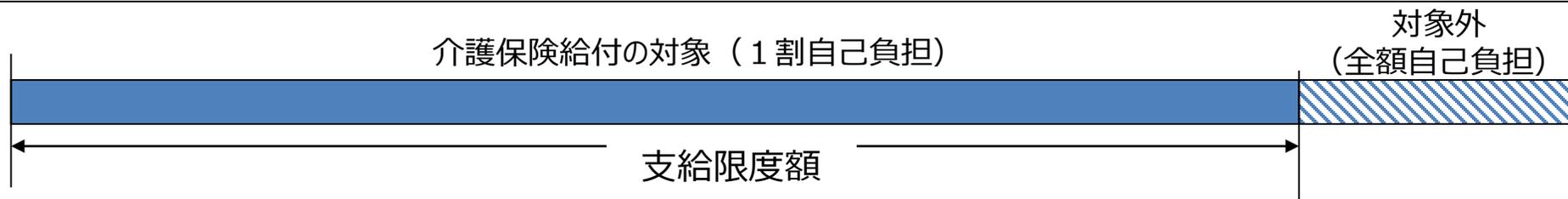


利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額＋合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

			基準費用額 (日額 (月額))	負担限度額 (日額 (月額))		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,392円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)
居住費	多床室	特養等	855円 (2.6万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
		老健・療養等	377円 (1.1万円)	0円 (0万円)	370円 (1.1万円)	370円 (1.1万円)
	従来型 個室	特養等	1,171円 (3.6万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,668円 (5.1万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室的多床室		1,668円 (5.1万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型個室		2,006円 (6.1万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)

区分支給限度基準額

- 在宅サービスについて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。
 → 支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額自己負担。



<要介護度別の支給限度額と平均的な利用率>

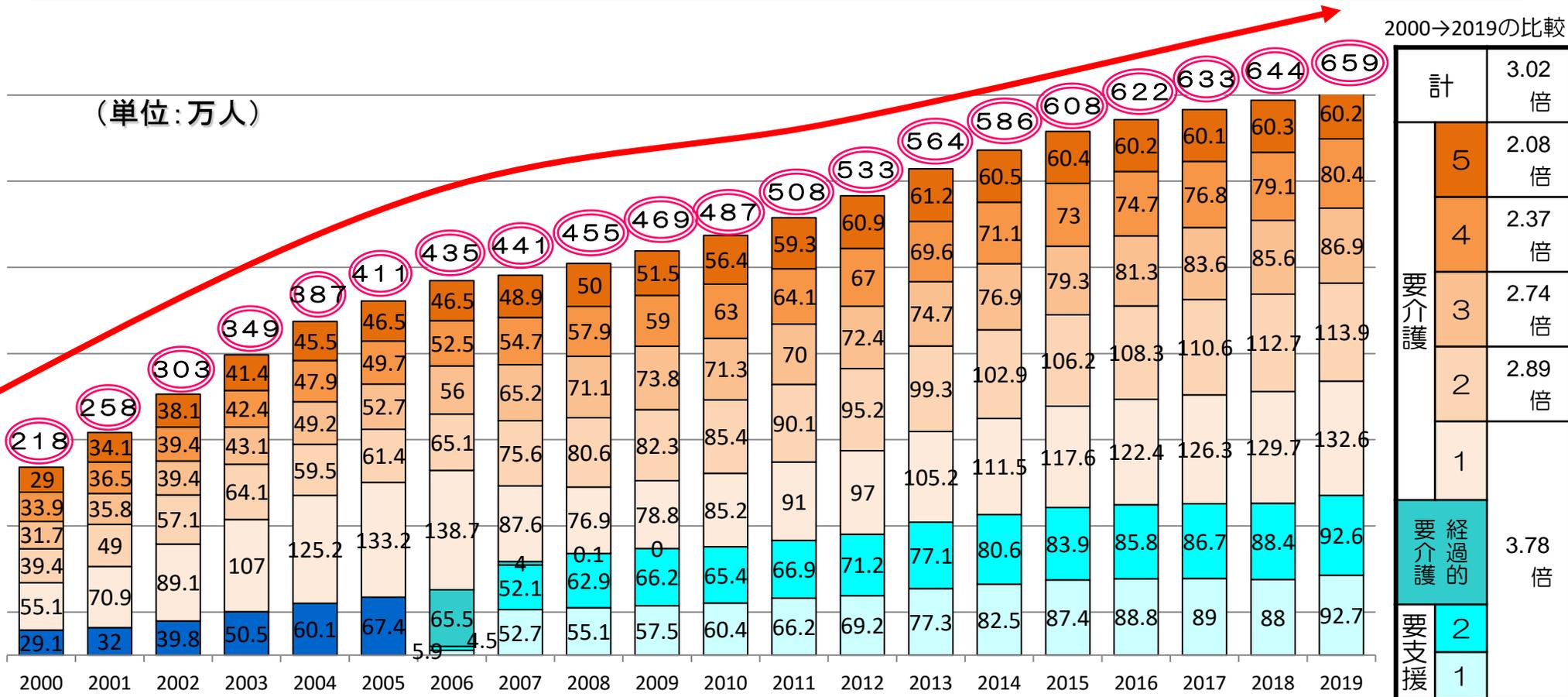
	支給限度額 (円)	人数	受給者1人当たり 平均費用額 (円)	支給限度額に 占める割合 (%)	支給限度額を 超えている者 (人)	利用者に占める支 給限度額を超えて いる者の割合 (%)
要支援1	50,320	242,658	13,358	26.7	950	0.4
要支援2	105,310	399,279	22,049	21.1	547	0.1
要介護1	167,650	949,638	74,184	44.4	16,437	1.7
要介護2	197,050	848,991	103,980	53.0	30,454	3.6
要介護3	270,480	488,411	156,289	58.0	14,205	2.9
要介護4	309,380	324,417	190,492	61.8	12,465	3.8
要介護5	362,170	202,770	236,498	65.6	9,843	4.9
合計		3,456,164			84,901	2.5

注1 支給限度額は介護報酬の1単位を10円として計算。

注2 支給限度額は、本年10月に見直しを実施。平均的な利用率については、介護給付費等実態調査（平成30年4月審査分）を基に作成しており、見直し前の支給限度額に基づくもの。

要介護認定者数の推移

○ 要介護（要支援）の認定者数は、平成31年4月現在659万人で、この19年間で約3倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



(※) 各年における4月末の計数。

(注1) (注2)

■ 要支援 □ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 経過的 □ 要介護1 ■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

(注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

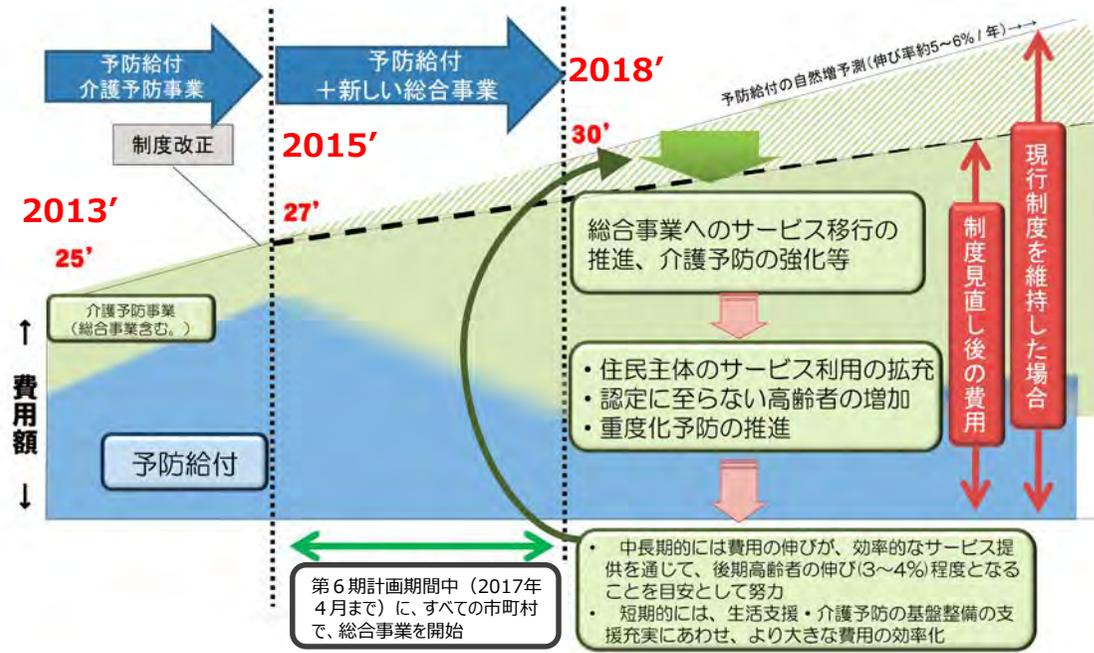
(注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

(出典：介護保険事業状況報告)

軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等

◆ 総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）

（厚生労働省作成資料）



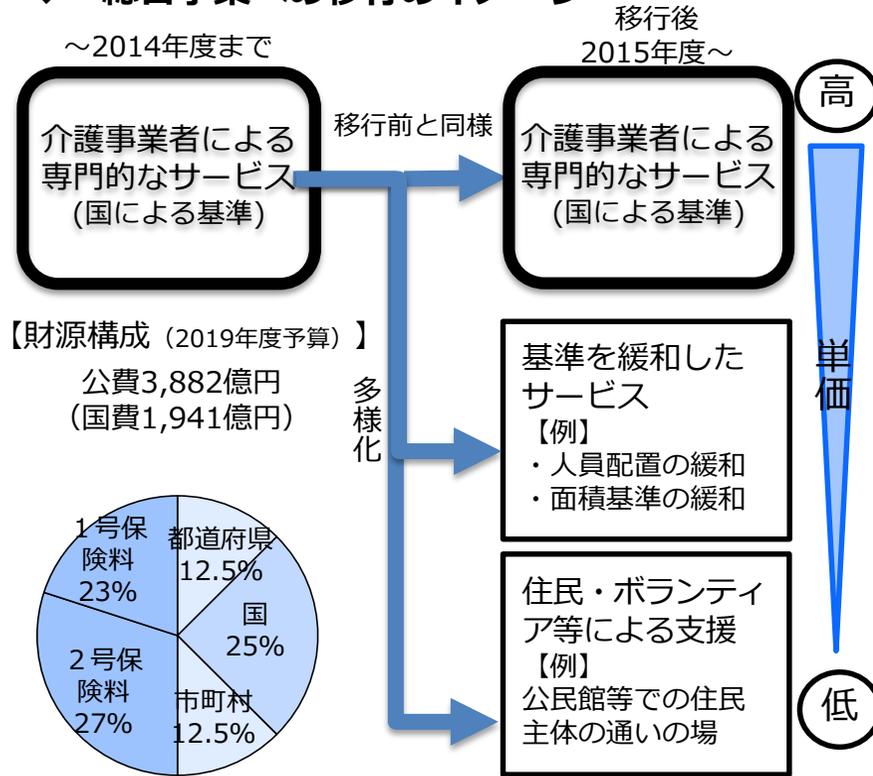
◆ 総合事業の報酬の在り方

報酬については、地域における担い手の確保に関する見通しに配慮するとともに、利用者がそのニーズや状態、自己負担に応じて選択可能とする必要。

【参考例：武蔵野市の訪問型サービス報酬】

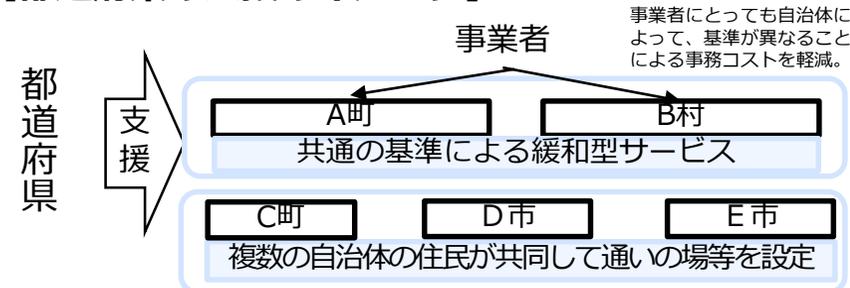
	訪問型サービス（基準緩和型）	介護予防訪問介護相当（総合事業移行前）
単位	訪問介護（有資格者） 250単位/回 訪問介護（研修修了者※） 200単位/回 ※ 武蔵野市認定ヘルパー 包括報酬から1回毎にし、無駄を削減	介護予防訪問介護費(I) 1,168単位/月 介護予防訪問介護費(II) 2,335単位/月 介護予防訪問介護費(III) 3,704単位/月
人員基準	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者
対象者	生活援助のみ必要な高齢者で右記以外	身体介護や特別な対応が必要な高齢者

◆ 総合事業への移行のイメージ



（注）総合事業の財源については、事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額を措置。

【都道府県の支援のイメージ】



インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）の概要

2019年度予算 200億円（2018年度 200億円）

- 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、介護におけるインセンティブ改革を着実に実施
 - ・ 市町村・都道府県の**高齢者の自立支援や介護の重度化防止等の保険者の取組を推進するための財政的インセンティブ**として、2018年度予算に交付金を創設。介護予防や認知症総合支援に係る評価指標を盛り込み、これらの施策も推進。評価結果を公表し、**取組状況の「見える化」**を実施。
 - ・ 2019年度の評価に当たっては、アウトカム指標の配点比率を高めるなどの改善を通じて財政的インセンティブを強化。

概 要

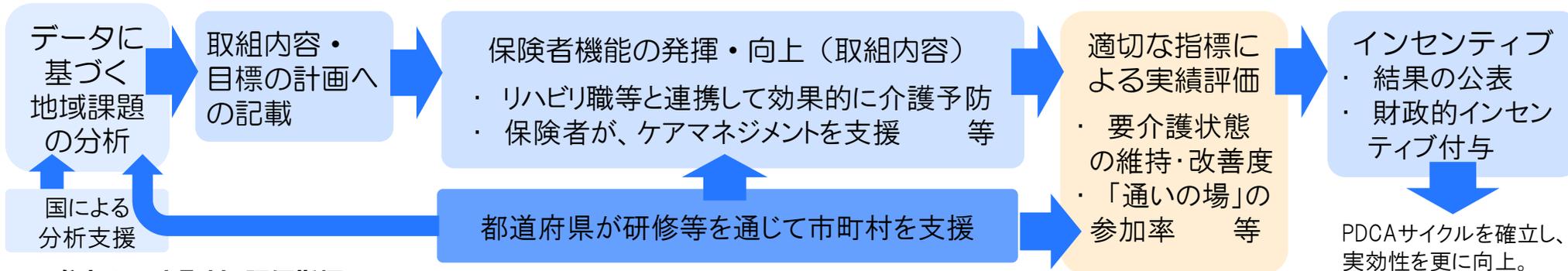
＜市町村分＞ 190億円

- 1 実施主体：市町村（広域連合、一部事務組合を含む）
- 2 事業内容：自立支援・重度化防止等に向けた市町村の取組を支援

＜都道府県分＞ 10億円

- 1 実施主体：都道府県
- 2 事業内容：自立支援・重度化防止等に向けた都道府県による市町村支援のための事業を支援

＜参考1＞ 保険者機能の強化に向けた取組



＜参考2＞ 市町村 評価指標 ※主な評価指標

- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
 - ☑ 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等
- ② ケアマネジメントの質の向上
 - ☑ 保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等
- ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
 - ☑ 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
 - ☑ 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

- ④ 介護予防の推進
 - ☑ 介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
 - ☑ 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数ほどの程度か 等
- ⑤ 介護給付適正化事業の推進
 - ☑ ケアプラン点検をどの程度実施しているか
 - ☑ 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等
- ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い（アウトカム指標）
 - ☑ 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

介護事業所・施設の運営効率化

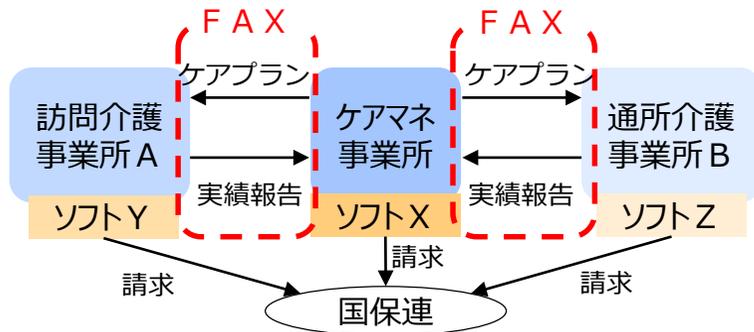
【論点】

- 介護現場の生産性向上・人材確保のためには、ICT化の推進が有効と考えられるが、各介護事業所で使用されている介護ソフトの互換性がない等の理由により、ICTを活用した情報連携が進んでいない。特に、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）と介護事業所の情報連携は紙のやり取りが一般的となっているが、ICT等の活用による効率化が必要ではないか。
- 特養などの介護施設についても、ICTを活用して効率的な人員配置でサービス提供を実現する施設もある。

◆ ケアマネ事業所と介護事業所の連携の効率化

・ケアマネ事業所と介護事業所の情報連携の現状

ソフトの互換性がないこと等により、**FAXでやり取り**し、**各事業所で転記**することが一般的。



⇒クラウドを整備して標準仕様による情報連携を行えば**ケアマネ事業所の負担・事務コストが大きく削減可能**。

(厚労省では来年度に実証実験等をすることを検討)



職員の必要数の減少や職場環境改善による人材定着が見込まれ、**介護人材の確保に貢献**。
事務コストや人件費の削減により、**介護サービスにかかる費用を縮減**。

◆ 介護施設の運営の効率化

・介護老人福祉施設（特養）の介護・看護職員配置比率

労働集約的なサービス提供が行われており、**人員を基準より多く配置**する状況が常態化している。

(入所者／常勤換算職員数)



⇒ ICT等（情報管理アプリ、インカム、タブレット等）の活用により、**効率的な人員配置、介護職員の負担軽減が可能**。実際に **2.8人に1人程度を実現している施設も存在**。

(厚労省では今年度にICTの活用等のパイロット事業を実施)



【改革の方向性】（案）

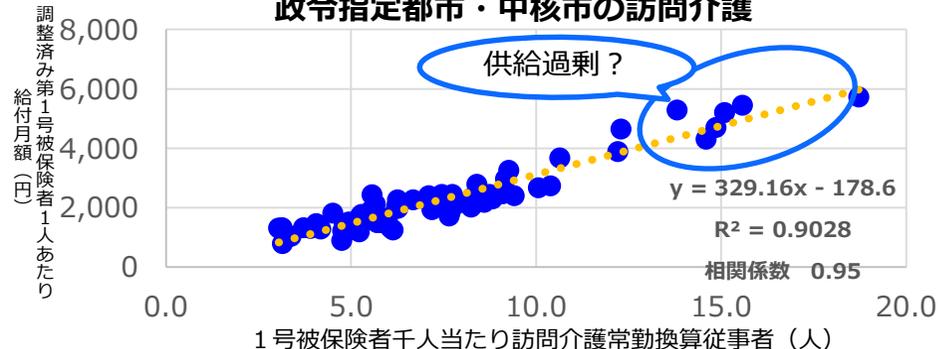
- ICT等の活用により介護現場の生産性を向上させ、介護人材の確保や介護サービスにかかる費用の縮減につなげていくべき。民間の取組み等を踏まえ、早急に全国的に推進すべき。

在宅サービスについての保険者等の関与の在り方①

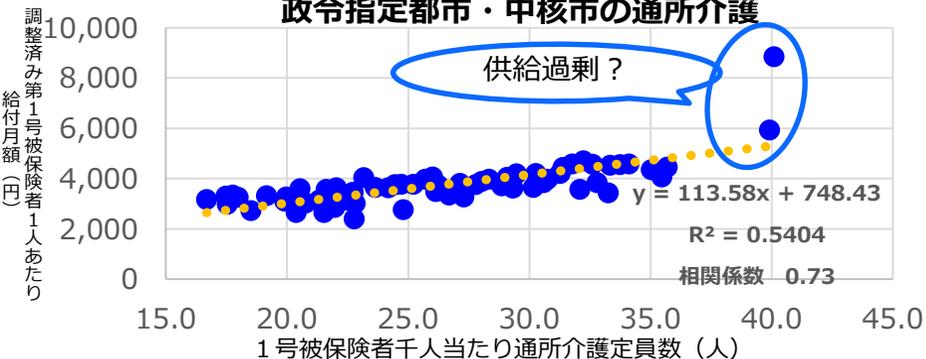
【論点】

- 訪問介護・通所介護の被保険者一人当たり給付費については、性・年齢階級（5歳刻み）・地域区分を調整してもなお、全国平均と最大値との間で3倍程度の差が存在（2018年4月財審資料参照）。その背景として、認定された介護度に応じた利用限度額の範囲内での利用ではあるものの、供給が需要を生んでいる面があるのではないかと伺われる。

政令指定都市・中核市の訪問介護



政令指定都市・中核市の通所介護



	居宅サービス	地域密着型サービス	施設サービス
指定等	都道府県 (指定都市・中核都市)	市町村	都道府県 (指定都市・中核都市)
総量規制	・特定施設入居者生活介護	・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型老人福祉施設入所者生活介護	・介護老人福祉施設(特養) ・介護老人保健施設 ・介護医療院
公募制		・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・小規模多機能型居宅介護 ・複合型サービス	
・総量規制なし	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問リハ ・通所介護 ・通所リハ ・短期入所生活介護等 		

(注1) 総量規制：都道府県知事又は市町村長は介護保険事業計画等の達成に支障が生じる場合などにおいては、事業者の指定等をしていないことができる。
 (注2) 公募制：市町村長は公募により、特定の地域での開設を特定の事業者のみに認めることができる。
 (注3) 介護療養型医療施設については、介護保険法の改正により2012年以降、新設は認められていない。
 (注4) 定期巡回などの地域密着型サービスの普及のために必要があるときは、市町村長は訪問介護・通所介護の都道府県知事による指定について協議を求めることができる。

2018年度に条件付与の仕組を創設

(注) 「地域包括ケア「見える化」システム」、「2015年度介護サービス施設・事業所調査」、「2015年度介護保険事業状況報告」のデータを用いて、2015年度時点の20政令指定都市、45中核市のデータを用いて分析。要支援1・2が地域支援事業に2017年度3月末をもって移行したことから、最新の状況は異なる可能性がある。

【改革の方向性】(案)

- 要介護認定率等の地域差縮減、介護保険給付と地域支援事業との連携の推進とあわせて、在宅サービスについても、総量規制や公募制などのサービスの供給量を自治体がコントロールできる仕組みを検討すべき。

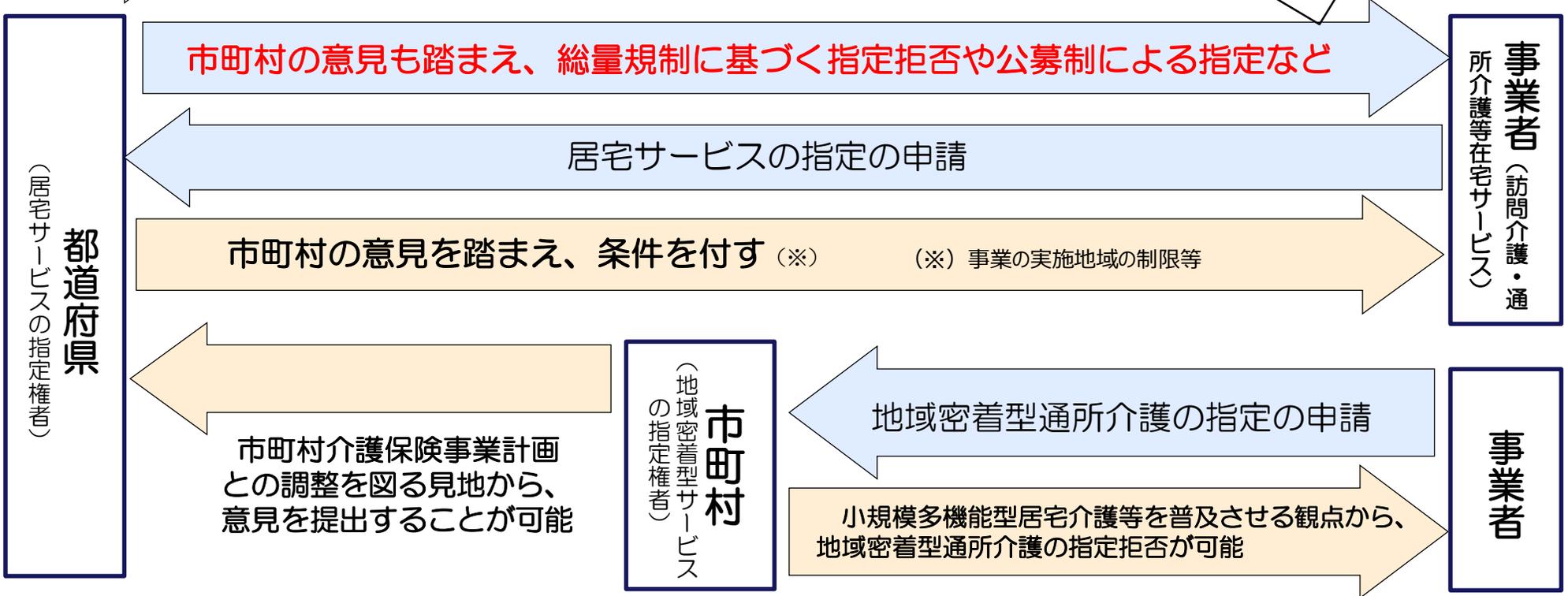
在宅サービスについての保険者等の関与の在り方②

- 2017年度制度改正において、在宅サービス事業者の指定にあたって、都道府県は市町村の意見を踏まえ、条件付与を行うなどの仕組みを創設しており、今後、この仕組みが円滑に施行されていく必要がある。
- その上で、訪問介護や通所介護の一人当たり給付費が、既に全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もあるが、こうした地域において、自治体により積極的に地域のサービス供給量をコントロールするための方策として、都道府県が市町村の意見も踏まえ、在宅サービス事業者の指定にあたって、域内の市町村の計画上のサービス見込み量を超えるなどの場合に指定拒否を行える仕組み（「総量規制」）や、特定の地域において特定の事業者に限定して指定を行う仕組み（「公募制」）を導入するなど、自治体の在宅サービス事業者への関与の在り方を検討する必要。

◆ 事業者の指定にあたっての都道府県・市町村の役割

都道府県の関与を強めるための仕組みを検討すべき。

→ : 2017年度改正で追加した事項

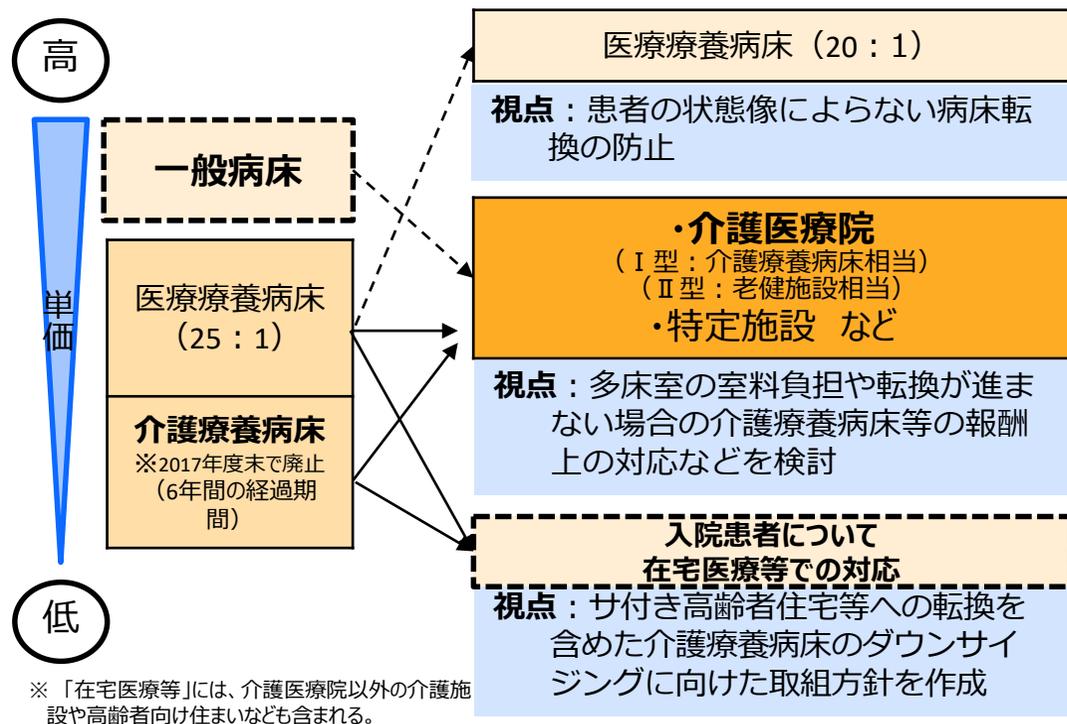


地域医療構想を踏まえた介護療養病床等の転換

【論点】

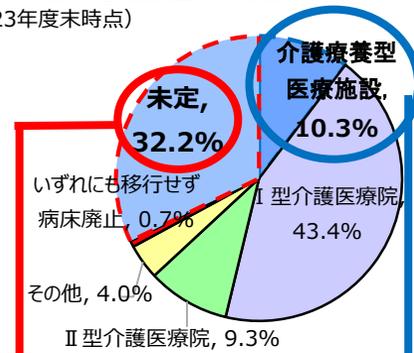
- 25対1 医療療養病床や介護療養病床から介護医療院への転換に際しては、地域医療構想の趣旨を踏まえ、提供体制全体として医療費・介護費が効率化されることが重要。
- 厚生労働省の調査では、介護療養病床の転換に向けた検討が十分に進んでいない実態が浮かび上がっており、昨年末に策定された新改革工程表のK P I に従い、移行期限の2023年度に向けて、「第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量」が100%となるよう、国は、各保険者を通じて第7期中も計画的に介護療養病床等の移行推進に取り組むよう促していく必要がある。

◆ 介護療養病床の転換等のイメージと必要な視点



◆ 介護療養型医療施設の移行予定

(2023年度末時点)

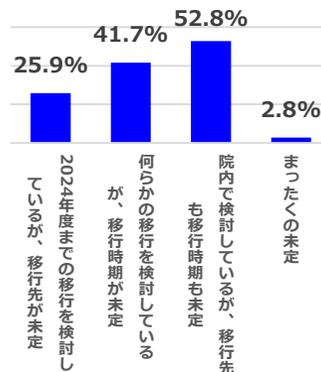


- 介護療養型医療施設のうち、移行期限である2023年度末までの対応が未定等である病床は約4割 (2018年11月調査時点)。

- 2023年度末時点でも、介護療養型医療施設のままと回答したもののうち、次期介護報酬改定の結果を見て判断するとしたものが約4割。

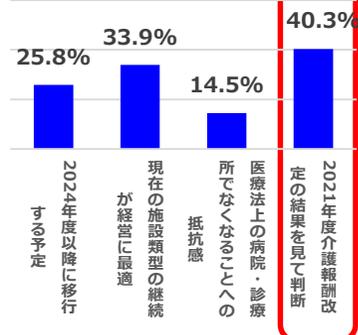
◆ 「未定」の施設の検討状況

(複数回答)



◆ 現在の施設から移行を予定していない理由

(複数回答)



(出典)介護報酬改定検証・研究委員会公表資料 (2019年3月)

【改革の方向性】 (案)

- 介護療養病床等の着実な転換を図り、国民負担を抑制するため、国は、各保険者の第7期中の病床転換に向けた取組状況を定期的に把握し、計画的移行を推進するとともに、第8期における報酬のメリハリづけなどを通じて、転換促進を図るために十分な対応を行うべき。
- また、インセンティブ交付金を活用し、都道府県・市町村の取組状況を指標に加えて点数を加減算し、取組を推進すべき。

介護報酬改定に係るPDCAサイクルの確立

【論点】

- 介護報酬については、これまで地域包括ケアシステムの推進、質の高い介護サービスの実現、多様な人材の確保と生産性の向上等といった様々な観点から改定が行われているが、報酬改定の効果に関する検証については十分ではない。

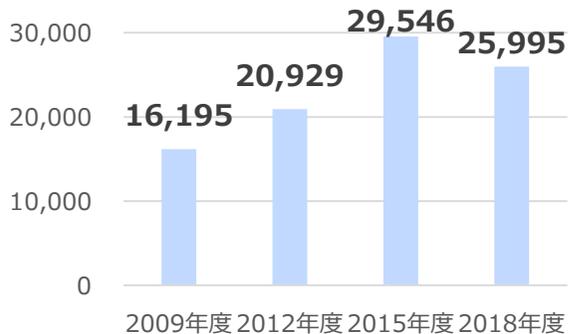
◆ 介護報酬改定の動向等

近年では、サービスの質に着目した加算の設定や要介護の改善度合い等のアウトカムに応じたメリハリ付けなどによる報酬上のインセンティブ付与を実施。

※ クリームスキミング（改善見込みのある利用者を選別して改善度を上げる）を回避するため、アウトカム評価のみならず、専門職による機能訓練の実施といったプロセス評価等を組み合わせることが必要。

◆ サービスコード項目数の推移

※ サービスコードとは、介護サービス毎の基本報酬・加算をコード化したもので、介護給付費の請求に使用するもの。



(注) 2018年度におけるサービスコード数が減少しているのは、サービスコード体系の見直し（簡素化）等を行ったもの（基本報酬等の減少ではない）。

(出所) 厚生労働省「介護給付費単位数等サービスコード表」

2015年度改定

新設加算 115
廃止加算 7

2018年度改定

新設加算 147
廃止加算 11

(注) サービス共通の加算については、集計上、重複がある。

◆ 介護報酬改定に向けて必要な取組

○ 加算の効果に係るエビデンスの整理・公表・検証

- 各種加算がサービスの質を反映したものになっているか。
- 各種加算が狙いとするインセンティブとして機能しているか。
- 利用者自身が、自己負担等との関係で、自分にとって必要なサービスか否かを判断できる程度に簡素な制度となっているか。

○ 介護報酬改定に反映

- より効果的な加算の在り方の再検討
- 政策目的達成又は一般化した加算の整理・統合 等

◆ 介護事業経営実態調査等の精度向上（参考P.○参照）

○ 本調査は、報酬改定の際に参照されるなど高い信頼性が求められるため、次の取組が必要。

- 有効回答率の向上。
- 業界団体等が回答内容を指南するなど、疑義を生じ得る状況の解消。
- 多様な経営状況等が適切に把握できるよう改善。

<訪問介護 1事業所当たり訪問回数/月>

■ 介護給付費等実態調査 ■ 介護事業経営実態調査等



(注) 介護事業経営実態調査は、月当たり延べ訪問回数。給付費等実態調査は、基本サービス費の算定回数。

【改革の方向性】（案）

- 公定価格の適正化等を通じた介護給付の効率化に向け、報酬の政策的効果に係る客観的なエビデンスに基づき、介護サービスの質や事業者の経営への効果・影響を検証するといったPDCAサイクルを確立した上で、介護報酬改定に着実に反映していく必要。
- 介護事業経営実態調査等については、有効回答率の向上や調査内容等の充実に着実に取組むとともに、調査結果の信頼性確保に向けた措置を講じるべき。

民間企業の参入とサービス価格の透明性向上・競争推進 (在宅サービスの在り方の見直し)

【論点】

- 介護保険制度の創設以来、在宅サービスについては民間企業の自由な参入が可能とされる一方で、在宅・施設サービスのいずれについても、事業者は介護報酬を下回る価格を設定することが可能とされている(=サービス面のみならず、価格競争も可能)。
- しかしながら現実には、営利法人の参入が進んできた一方で、介護報酬を下回る価格を設定している事業者は確認できず(注)、サービス価格が報酬の上限に張り付いている実態にある。

(注) 事業者が割引を行う場合には、その届出を受けた都道府県が、厚労省通達に基づき「WAM NETへの掲載等の手段により周知を図る必要」があるが、財務省調査によれば、2014年8月に全国で1事業所確認できたが、2019年4月時点では確認できない。

(参考) 「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて」(2000年3月1日老企第39号)(抄)

・・・事業者等が厚生労働大臣が定める基準により算定した額より低い費用の額で介護サービス等を提供することが可能であること。

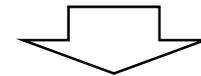
訪問介護の事業所数の推移

通所介護の事業所数の推移

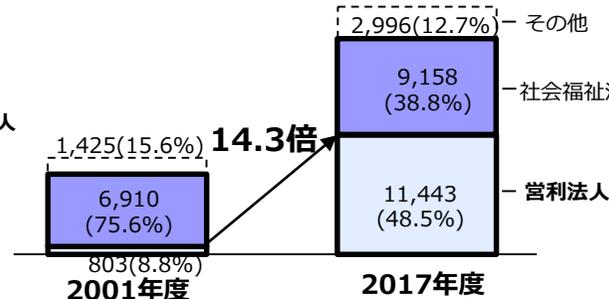
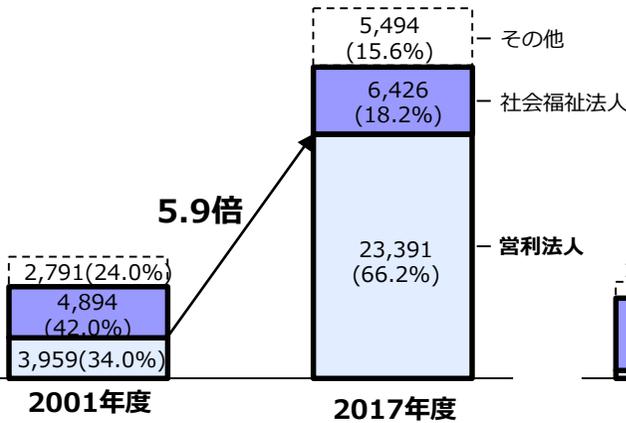
【ケアマネジャーの利用者に対する説明責任】

- ケアマネジャーは、2018年度から、利用者にあらかじめ以下の説明が求められ、違反すれば報酬が減算される。
 - ・ 複数の事業所の紹介を求めることが可能
 - ・ ケアプランに位置付けた事業所について、その理由の説明を求めることが可能

(注) 「利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする」(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第5号)。



- 「利用者本位」に考えれば、ケアマネジャーがケアプランを作成・提供するに当たり、利用者側の求めによらずとも、単なる情報提供に止まらず、**複数の事業所のサービス内容と利用者負担(加減算による差等)について説明することを義務化**することにより、利用者には比較検討の機会を確保し、**サービス価格の透明性を向上**すべき。



(出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

【ケアマネジャーとサービス事業所との関係】

ケアマネ事業所がケアプランを作成するに当たっては、特定のサービス事業所に不当に偏ることがないように求められており、特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合には報酬が減算(介護保険法第69条の34等)

【改革の方向性】(案)

- 在宅サービスについては、ケアマネジャーの活用等により、介護サービスの価格の透明性を高めていくための取組等を通じて、サービスの質を確保しつつ、確実に価格競争が行われる仕組み(より良いサービスがより安価に提供される仕組み)を構築すべきである。

介護サービスの経営主体の大規模化等の施策について

- 介護サービス等の事業を行う複数の法人が、人材育成・採用などの本部機能を統合・法人化することで、ケアの品質の底上げや研修・採用活動のコスト減を図るなどの取組も存在。
- 介護サービスの経営主体の大規模化については、①こうした介護サービス事業の人事や経営管理の統合・連携事業を自治体が目標を定めるなどして進めることのほか、②一定の経営規模を有する経営主体の経営状況を介護報酬などの施策の決定にあたって勘案することで経営主体自体の合併・再編を促す、といった施策が考えられる。また、③経営主体について一定の経営規模を有することや、小規模法人については人事や経営管理等の統合・連携事業への参加を指定・更新の要件とする、といったことも考えられる。

(参考) 法人間の機能の統合・連携の例

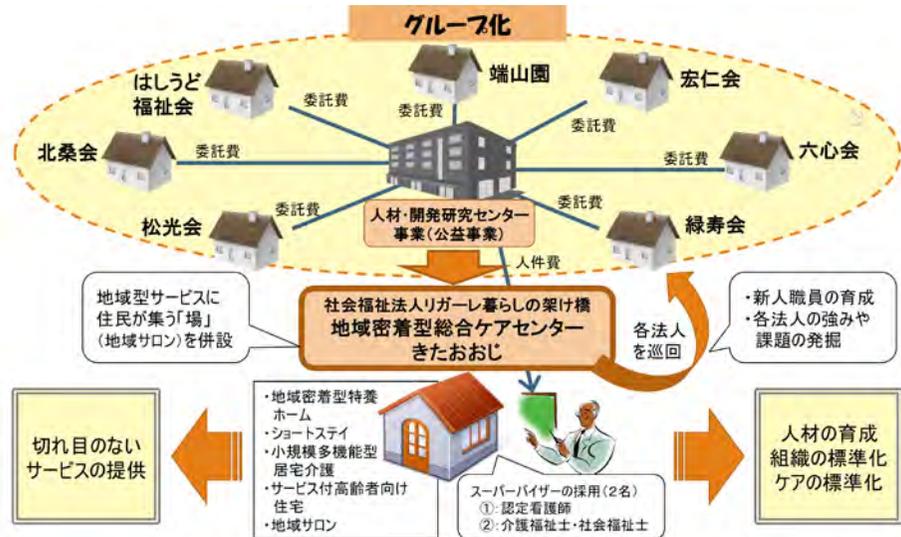
<社会福祉法人 リガーレ>

○ 7つの社会福祉法人(※)が、本部機能を独立・法人化。

※ 所在地は、京都府が5法人、滋賀県が1法人、青森県が1法人

○ 統合した本部機能

- ① 介護サービスの質の標準化
各法人への定期的な巡回訪問によるサービスの質の標準化
- ② 介護等人材の確保・育成
研修や採用活動の共同実施。将来的に法人間人事異動も検討
- ③ 経営管理機能の強化
老朽化施設の改修や地域展開への経営戦略等の支援



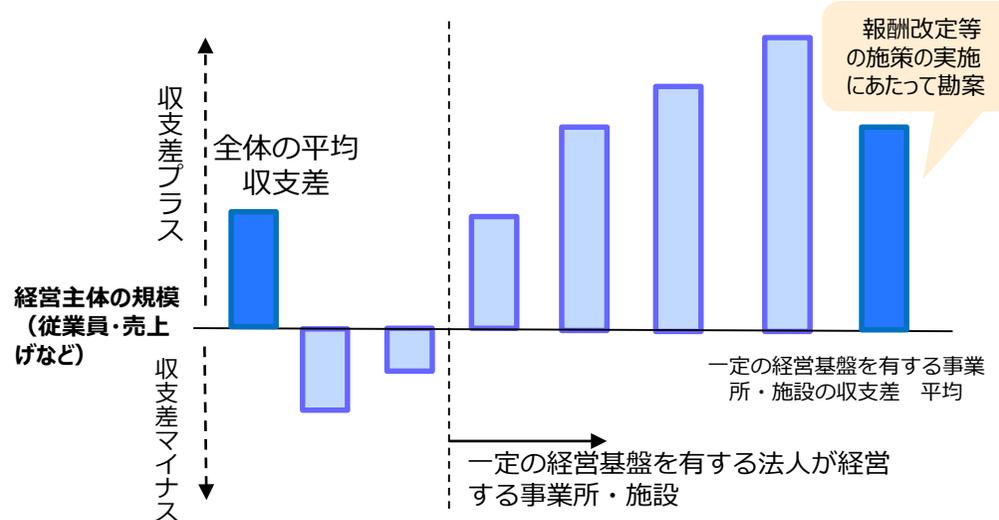
(出典) 2016年度老健事業「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」

◆ 経営主体の大規模化に向けた施策イメージ

例) 経営主体の事業の統合・連携



例) 介護サービス事業者の経営状況の勘案



介護事業経営実態調査等の精度向上（2018年度予算執行調査）

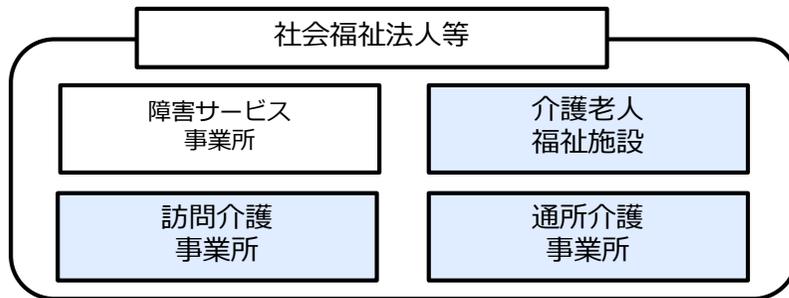
- 介護事業経営実態調査等については、厚生労働省において、介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的に行われている統計調査の1つであり、その内容については高い信頼性が求められている。
- 次期介護報酬改定に向けては、改定をより適切なものとするべく、複数の事業所を有する多様な主体の経営状況等が適切に把握できるよう、調査手法・集計方法等を見直すとともに、例年、調査の有効回答率が低調であることを踏まえ、その向上を図ることにより、統計の精度を高めていく必要。

◆ 介護事業経営実態調査対象

調査対象	全ての介護保険サービス（介護保険施設、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所）
調査の周期	3年周期（改定後3年目の5月）
調査の範囲	改定後2年目の1年分の収支状況
調査客体数	31,944事業所等、有効回答数15,062、有効回答率47.2%（2017年度調査）

※ 介護事業経営概況調査は、調査の周期は改定後2年目の5月、対象の範囲は改定前後の2年分の収支状況で、調査客体数は介護事業経営実態調査の概ね半分。

（参考）介護事業経営実態調査等の対象先のイメージ



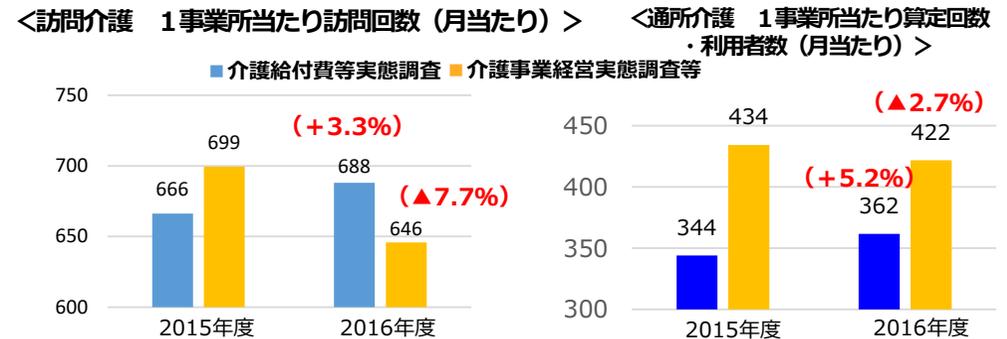
：介護事業経営実態調査等の対象事業所

（注1）調査対象には、社会福祉法人のほか、営利法人や医療法人傘下の介護サービス事業所・施設が含まれる。

（注2）（独）福祉医療機構の調査レポート（2018年1月）によると、2016年度社会福祉法人の主たる事業別構成では、介護保険事業は41%、保育事業が37%、障害福祉が12%となっている。

◆ 介護給付費等実態調査との比較

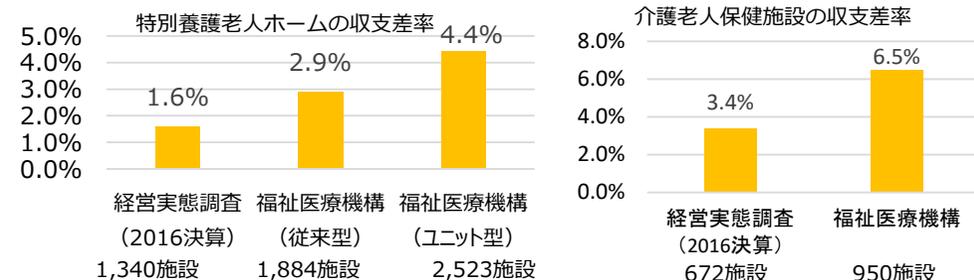
2016年度訪問・通所介護の1事業所当たりの算定回数等は、介護給付費等実態調査（マクロ統計）では増加している一方、介護事業経営実態調査等では減少しており、逆の動きとなっている。



（注）介護事業経営実態調査は、月当たり延べ訪問回数。給付費等実態調査は、基本サービス費の算定回数。

◆ 経営分析参考指標との比較

（独）福祉医療機構が公表している「経営分析参考指標」と比較すると、同統計において集計された法人の収支差率の方が、介護事業経営実態調査等におけるものと比べ、概ね収支差率が良く、統計間での差が大きい。



（出所）厚生労働省「2016年度 介護事業経営概況調査」、（独）福祉医療機構「経営分析参考指標」

（注）特養の計数は「経常収益対経常増減差額比率」を、老健施設は「経常利益対経常収益比率」。経営分析参考指標では、老健施設における併設短期入所も含めて集計するなど一定の集計上の差が存在する。

サービス付き高齢者向け住宅の居住者のサービス利用実態 (2019年度予算執行調査)

- 2019年度予算執行調査により、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）に併設した事業所を利用するサ高住居住者は、一般在宅等のサービス利用者よりも介護サービス利用量が多い傾向にあることが確認された。
- サ高住は今後も増加していくことが見込まれており、居住者に対して過剰なサービス提供が行われているのであれば、適正化していくことが必要である。今後、より詳細な分析を行うため、サ高住の併設事業者の経営実態などを把握することが有用ではないか。

◆ 調査の概要

厚生労働省より提供された「介護レセプト情報等」の集計表情報である介護DBを調査。サ高住併設事業所を利用しているかどうかの照合に当たっては、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」において公表されている全国の登録情報を活用。

調査においては以下のとおり用語を定義。

1. 併設事業所を利用しているサ高住居住者

サービス提供年月において、居宅介護支援の算定があり、サ高住併設事業所を利用しており、同一建物減算の適用がある者。

(注1) 併設事業所を利用しているが、サ高住に居住しておらず、同一建物減算の算定要件の②や③に該当しているケースが含まれることに留意が必要。

(注2) 居宅介護支援の算定者に限定することにより、特定施設のサ高住居住者は除外されている。

2. 一般在宅等のサービス利用者

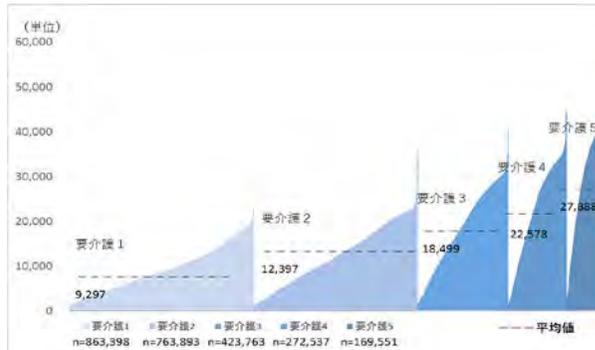
サービス提供年月において、居宅介護支援の算定がある者のうち、サ高住併設事業所を利用していない者。

◆ 一般在宅等のサービス利用者と併設事業所を利用しているサ高住居住者の比較

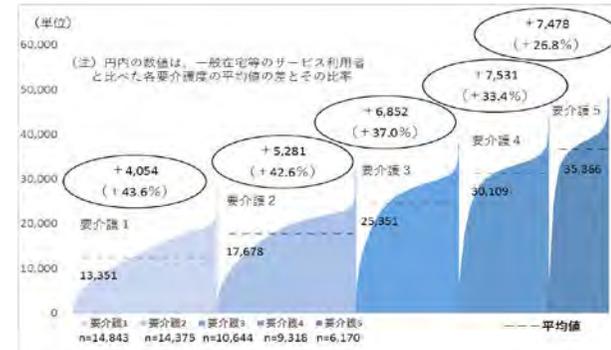
サービス総単位数については、併設事業所を利用しているサ高住居住者の方が一般在宅等のサービス利用者よりも、要介護度ごとの平均値が25%~45%ほど高いことが確認できた。

また、限度額管理対象総単位数の区分支給限度額の90%以上の利用割合については、併設事業所を利用しているサ高住居住者の方が一般在宅等のサービス利用者よりも要介護度ごとの値が15~35%ほど高く、要介護度が高くなるほどその割合が高くなる傾向が見受けられた。

一般在宅等のサービス利用者（総単位数）
平成30年10月 (N=2,493,142)



併設事業所を利用しているサ高住居住者（総単位数）
平成30年10月 (N=55,350)



◆ 併設事業所を利用しているサ高住居住者の利用量の変化 (同一建物減算見直し前後の比較)

同一建物減算については、平成30年度の介護報酬改定において、減算幅を見直すなど適正なサービス利用を促すような仕組みが導入されたところであるが、併設事業所を利用しているサ高住居住者について、介護サービス利用量を平成29年10月と平成30年10月で比較したところ、「限度額管理対象総単位数」の平均値、区分支給限度額単位数90%以上の利用割合がともに増加しており、その増加幅は、特に低い要介護度において、一般在宅等のサービス利用者よりも大きい傾向が見受けられた。

併設事業所を利用しているサ高住居住者のサービス利用量の変化 (限度額管理対象総単位数ベース)

	平成30年10月 (N=55,350)				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
限度額管理対象総単位数の平均値	10,892 (+609)	14,963 (+432)	21,909 (+569)	26,490 (+497)	31,628 (+472)
区分支給限度額単位数の90%以上の利用者数の割合	23.6% (+5.0%)	41.1% (+4.6%)	48.3% (+4.2%)	61.0% (+3.8%)	65.7% (+3.9%)

	平成29年10月 (N=54,719)				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
限度額管理対象総単位数の平均値	10,283	14,531	21,340	25,993	31,156
区分支給限度額単位数の90%以上の利用者数の割合	18.6%	36.5%	44.1%	57.2%	61.8%

(注1) 赤字は、平成29年10月から増加した差分。

(注2) 色塗りのセルは、一般在宅等のサービス利用者とは比べ、平成29年10月からの増加幅が大きいもの。

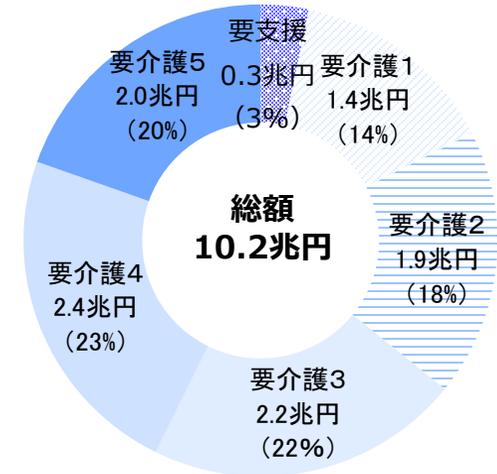
(注3) 平成30年度改定では、同一建物減算以外についても改定が行われているが、その影響は特に考慮していない。

諸外国における介護制度との比較

- 介護に社会保険制度を採用している主な国には、ドイツ、韓国があり、日本と比較すると、
 - ・ 給付対象（要介護区分）については、ドイツ、韓国ともに近年軽度にも拡大しているものの、引き続き簡素な仕組みを採用し、
 - ・ 利用者負担については、韓国では在宅給付は15%、施設給付は20%、ドイツでは保険給付は定額制（部分保険）で超過部分は全額自己負担であり、利用者負担が高くなっている。

	日本	ドイツ	韓国
保険者	市町村等 (全国で1,579)	介護金庫 (全国で124)	国民健康保険公団 (全国で1)
要介護区分	7段階 (要支援1・2、 要介護1～5)	5段階 (要介護1～5) ※1995年の制度導入時は3段階。2017年 から軽度も対象として5段階へ拡充。	5段階 (要介護1～4、 認知症特別等級) ※2008年の制度導入時は3段階。2014年 から最も軽度の要介護3を3と4に分け、 認知症特別等級を新設。
給付対象者	○65歳以上の要支援者・ 要介護者 ○40～64歳の加齢に伴う 特定疾病により要支援・ 要介護状態となった者	すべての年齢層の要介護者	○65歳以上の要介護者 ○65歳未満の老人性疾患に より要介護状態となった者
被保険者	○第1号被保険者 (65歳以上) ○第2号被保険者 (40～64歳の医療保険加 入者)	公的医療保険の加入者 (年齢制限なし)	国民健康保険の加入者 (年齢制限なし)
利用者負担	原則1割	保険給付は定額制 (超過部分は自己負担)	在宅給付15% 施設給付20%
利用者負担 ／総費用*	7.6%	30.4%	17.8%

介護保険総費用の構成割合
(2017年度実績)



出所：厚生労働省「2017年度介護保険事業状況報告」

出所：増田雅暢編著「世界の介護保障〔第2版〕」2014、渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正－認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更－」2016、OECD “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care” 2011等に基づき作成