

社会保障について (医療・介護)

財務省

2019年11月14日

社会保障について② (医療)

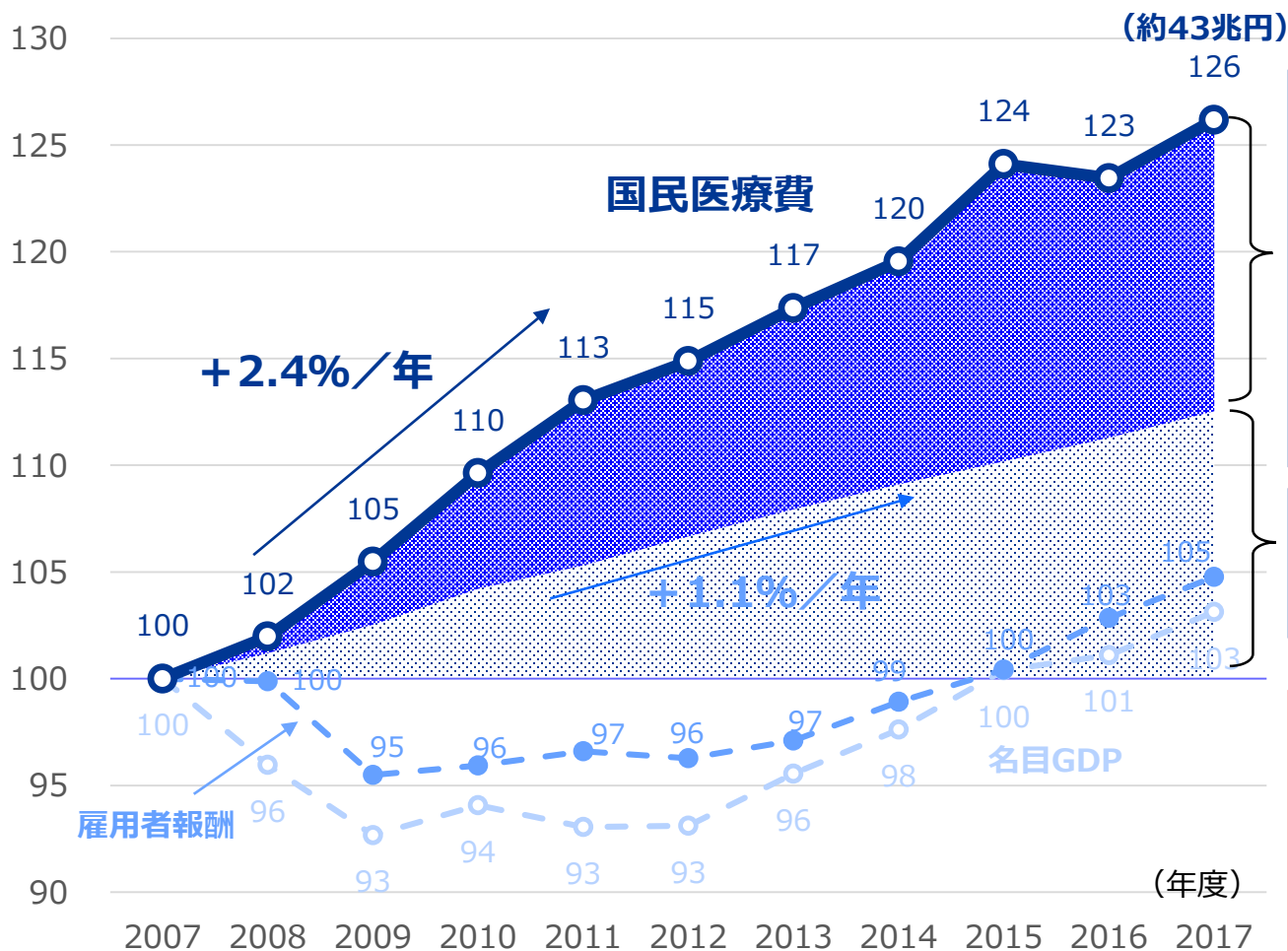
財務省

2019年11月 1 日

医療制度改革の基本的な考え方

医療費の伸びの現状

- 国民医療費は過去10年間で平均2.4%/年のペースで増加。このうち、高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年であり、残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素によるもの。
- こうした医療費の伸びは、これを賄う雇用者報酬等の伸びを大きく上回り、保険料率引上げ等の要因となっている。医療保険制度の持続可能性の確保の観点から対応を検討すべき。



「その他」の影響

- ・ 新規医薬品等の保険収載
- ・ 医師数、医療機関数の増加
- ・ 診療報酬改定
- ・ 過去の改定で収載された高額な医療へのシフト

※ 政策的に対応できる余地があると考えられる部分大きい。

人口増減／高齢化の影響とされる部分
⇒ 2022年以降は、団塊の世代が順次75歳に到達し、更に増加率が上昇。

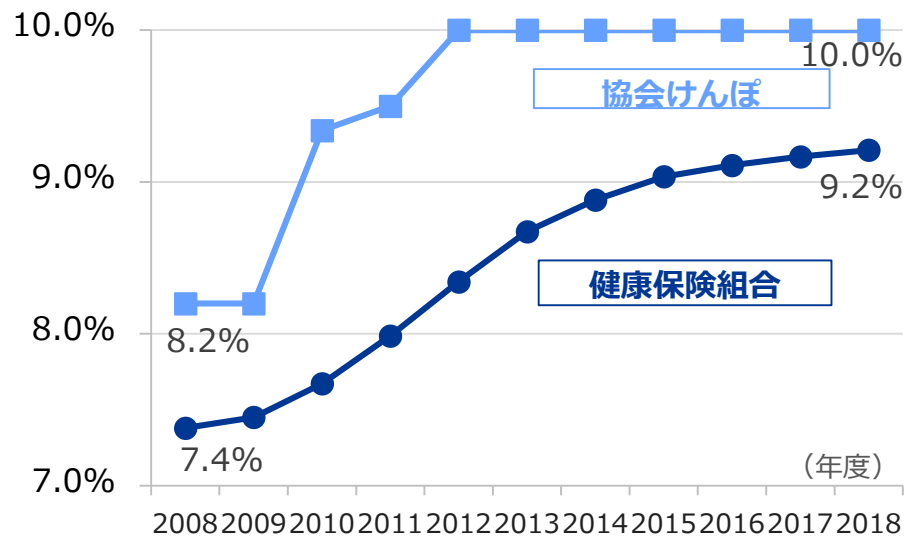
国民医療費の増加は、国民負担の増加を意味する。

⇒ これ以上の負担増を防ぐためには、医療費の増加を抑制することが必要。

医療保険制度の持続可能性の確保

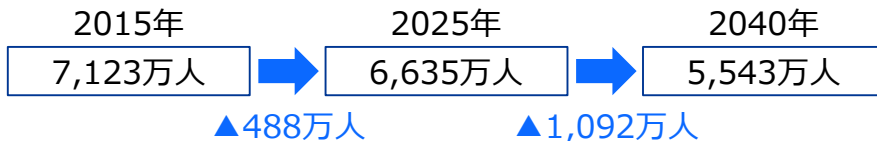
- 日本の医療保険制度を支えている財源は、公費と保険料と自己負担であるが、
 - ・ **公費**については、既に国債発行に大きく依存し、**将来世代につけ回し**を行っている（給付と負担のバランスが損なわれている）状態
 - ・ **保険料**は年々上昇し、急速に減少していく**現役世代に大きな負担**（可処分所得を大きく引下げ）
 - ・ **自己負担**については、高額療養費制度の影響もあり、**実効負担率は年々低下傾向**
- こうした中で、世界に冠たる医療保険制度をどのように改革し持続可能なものとしていくかが重要な課題。

◆ 被用者保険の保険料率の推移（平均）



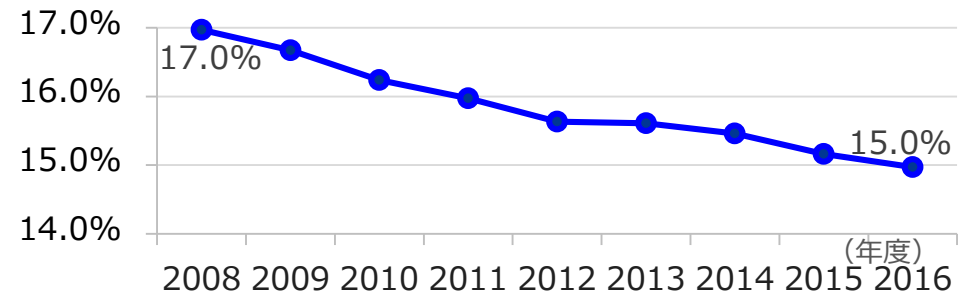
（出典）健康保険組合連合会「平成30年度 健康保険組合 決算見込のポイント」ほか

◆ 20~64歳人口の今後の見通し



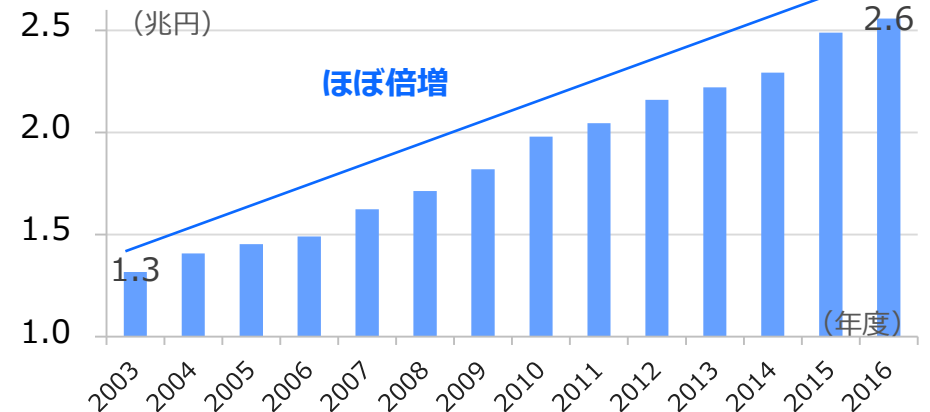
（出典）総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2017年推計）」

◆ 患者の実効負担率の推移（医療保険全体）



（出典）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

◆ 高額療養費の推移



（出典）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

視点

保険給付範囲の在り方の見直し

- 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底
- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応

保険給付の効率的な提供

- 医療・介護提供体制の改革（過剰な病床の削減等）
- 公定価格の適正化

高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

今後の主な検討事項

- 受診時定額負担の導入
- 薬剤自己負担の引上げ
- 経済性の面からの評価も踏まえた保険収載等の在り方
- 保険外併用療養費制度の更なる活用

- 診療報酬の合理化・適正化
- 地域医療構想の推進
 - ・ 達成状況が不十分であった場合のより実効性が担保される方策
- 国保の保険者機能の強化
 - ・ 法定外繰入等の解消
 - ・ 都道府県内保険料水準の統一
- 薬価制度抜本改革における残された課題への取組

- 75歳以上の窓口負担割合について70～74歳時と同じ2割の維持
- 現役並み所得の判定基準の見直し
- 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

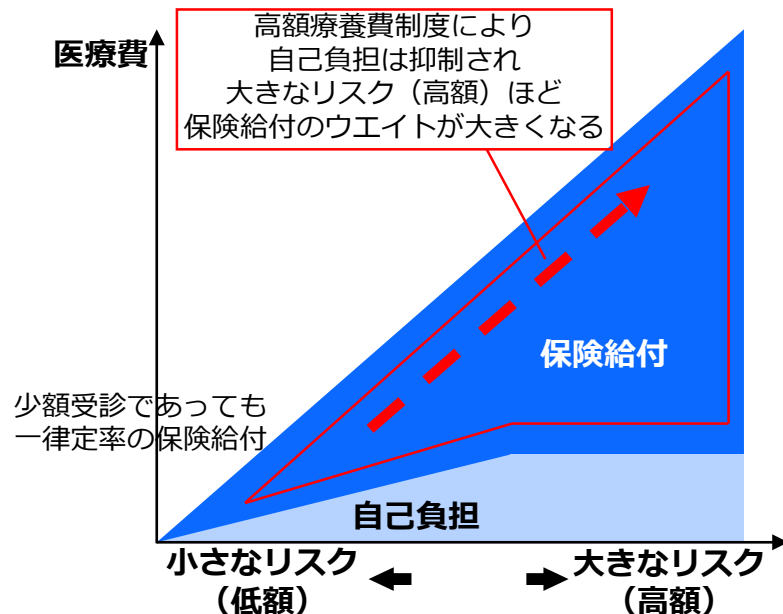
2. 保険給付の効率的な提供

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

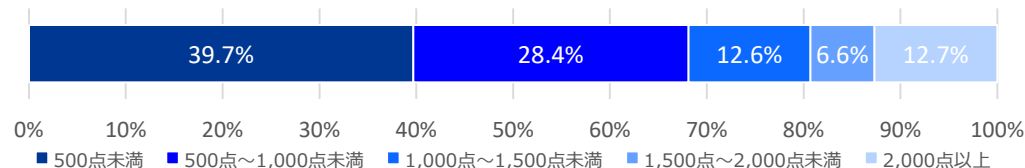
保険給付範囲の在り方の見直し：受診時定額負担の導入

- 日本の年間外来受診回数は**OECD平均の約2倍**であり、**医科・歯科合計で年間約21億回**。
- 医療保険制度の基本は**大きなリスクへの備え**。限られた医療資源の中で医療保険制度の持続可能性を確保し、高額な医療費がかかった場合には医療保険がしっかりと支えるという安心を確保していく必要。このため、外来受診に関し、**少額の定額負担を導入し広く負担を分かち合うべきではないか**。
- これにより、全体として医療保険給付の伸びを抑制することを通じ、**現役世代の保険料負担等を軽減しつつ、重点的に大きなリスク・高額な医療費を支えていくことが可能**。

◆ 保険給付のイメージ

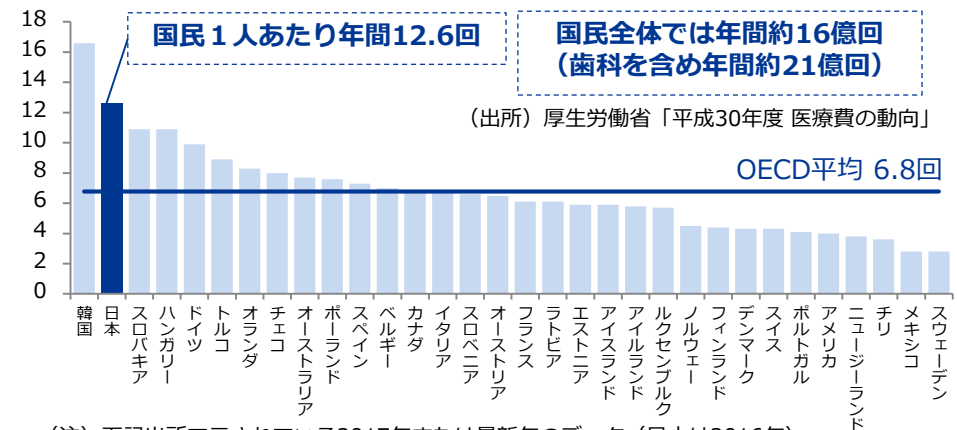


◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布



（出所）厚生労働省「医療給付実態調査」（平成29年度） ※ 1点＝10円であり、その一定割合が窓口負担。

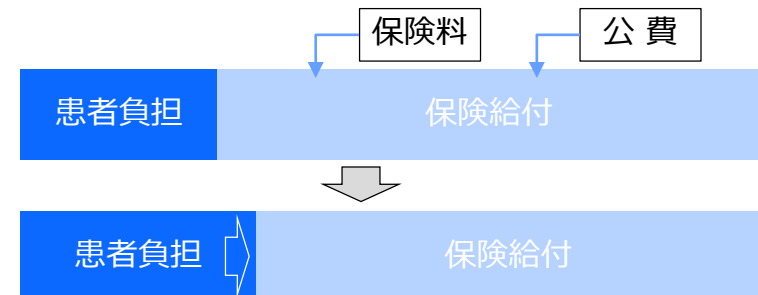
◆ 1人あたり年間外来受診回数（医科）の国際比較



（注）下記出所で示されている2017年または最新年のデータ（日本は2016年）
（出所）OECD Health Statistics 2019

◆ 受診時定額負担導入による保険財政への効果（イメージ）

⇒ 保険給付の減少を通して現役世代の保険料負担等を軽減



保険給付範囲の在り方の見直し：薬剤自己負担の引上げ

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくためには **小さなリスクへの保険給付の在り方**を検討する必要。
- リスクに応じた自己負担や市販品と医療用医薬品とのバランスといった観点等を踏まえ、① **O T C 医薬品**と同一の有効成分を含む医療用医薬品に対する保険給付の在り方の見直し、② **薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定**、③ **薬剤費の一定額までの全額自己負担**などの手法を検討すべき。

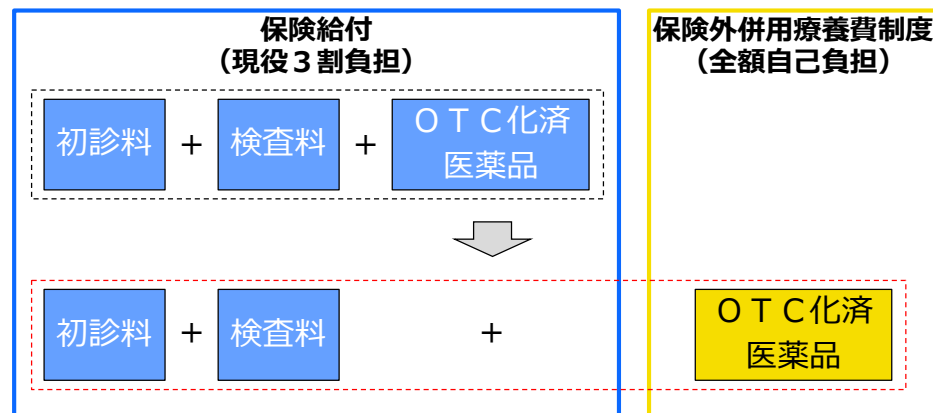
◆ これまでに取り組んできた医薬品の適正給付の例 (以下を保険算定の対象外とする措置)

⇒ 保険給付の抑制の効果は不十分

2012年度	単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与
2014年度	治療目的以外のうがい薬単体の投与
2016年度	必要性のない70枚超の湿布薬の投与

① 保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のままで医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



② 薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定 (フランスの例)

抗がん剤等の代替性のない 高額医薬品		0%
国民連帯の観点から 負担を行うべき 医療上の利益を評価して分類 (医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

③ 薬剤費の一定額までの全額自己負担 (スウェーデンの例)

年間の薬剤費	自己負担額
1,150クローネまで	全額自己負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=11円
(令和元年11月中において適用される裁定外国為替相場)

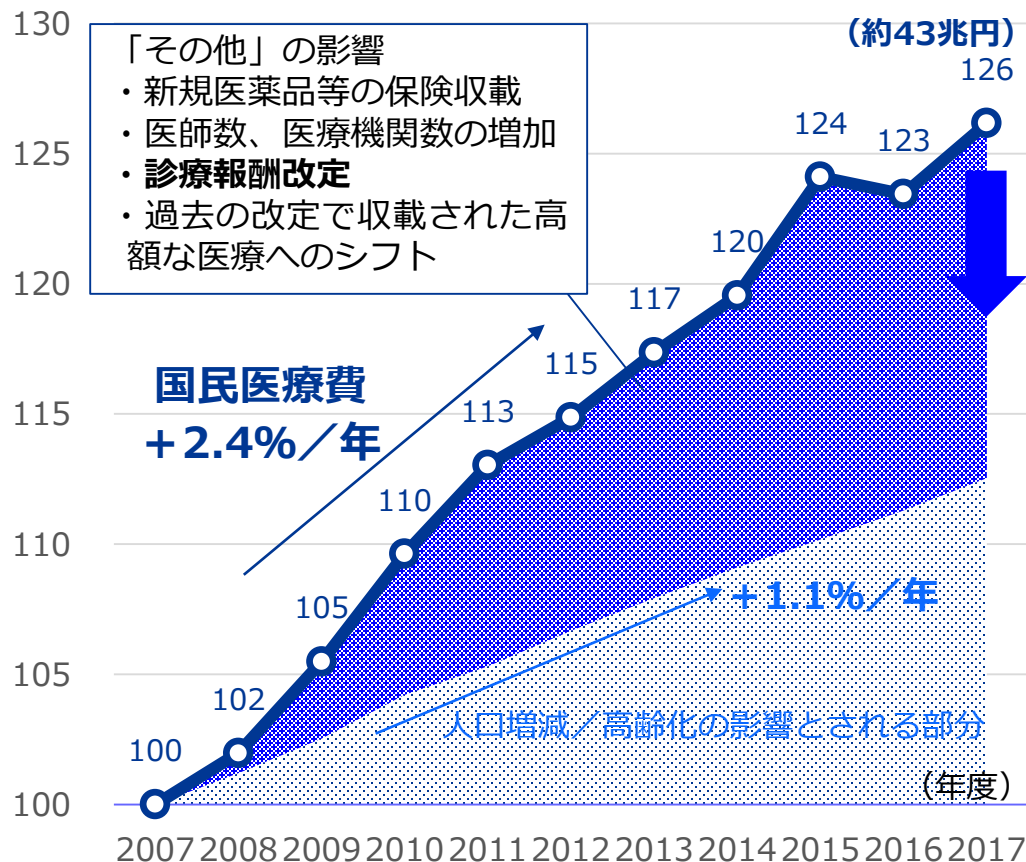
1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

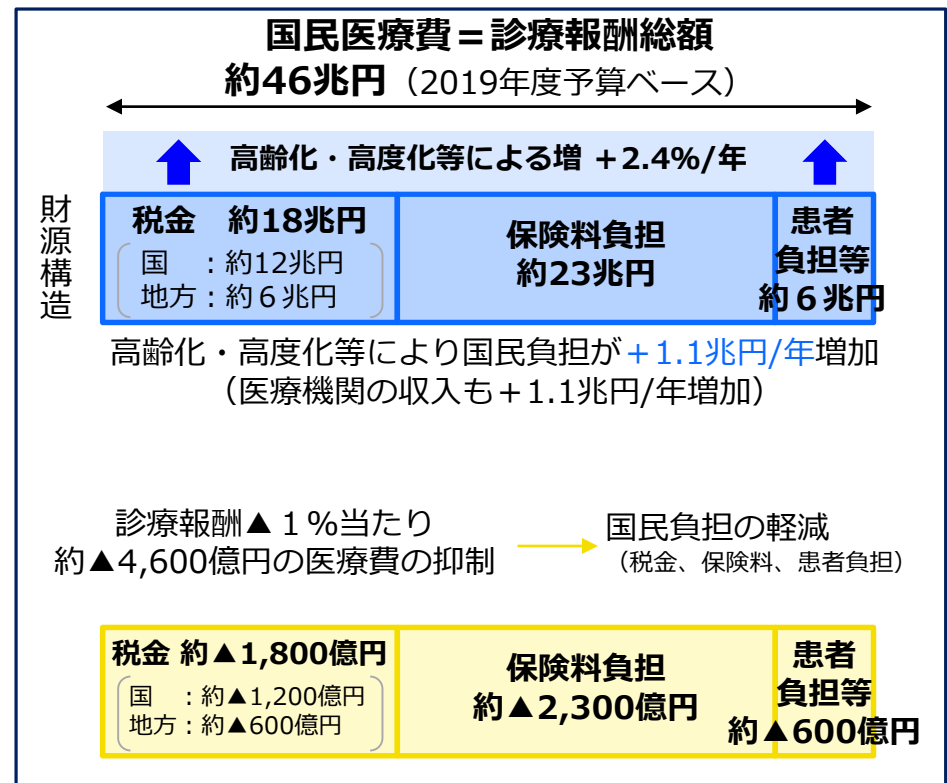
3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

診療報酬改定に係る基本的な考え方：医療費の伸びを意識した水準

- 過去10年間で**国民医療費は平均2.4%/年**のペースで増加。このうち、**高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年**であり、**残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素**によるもの。
高齢化等の要因による増加の範囲に収めるためには、診療報酬改定において2年間で**▲2%半ば以上**のマイナス改定とする必要。
- こうした観点から、制度改革の実現のほか、2020年度の診療報酬改定においても**一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要**。



(出典) 厚生労働省「国民医療費」 (注) 2017年度の影響割合は、概算医療費を基礎にした推計値



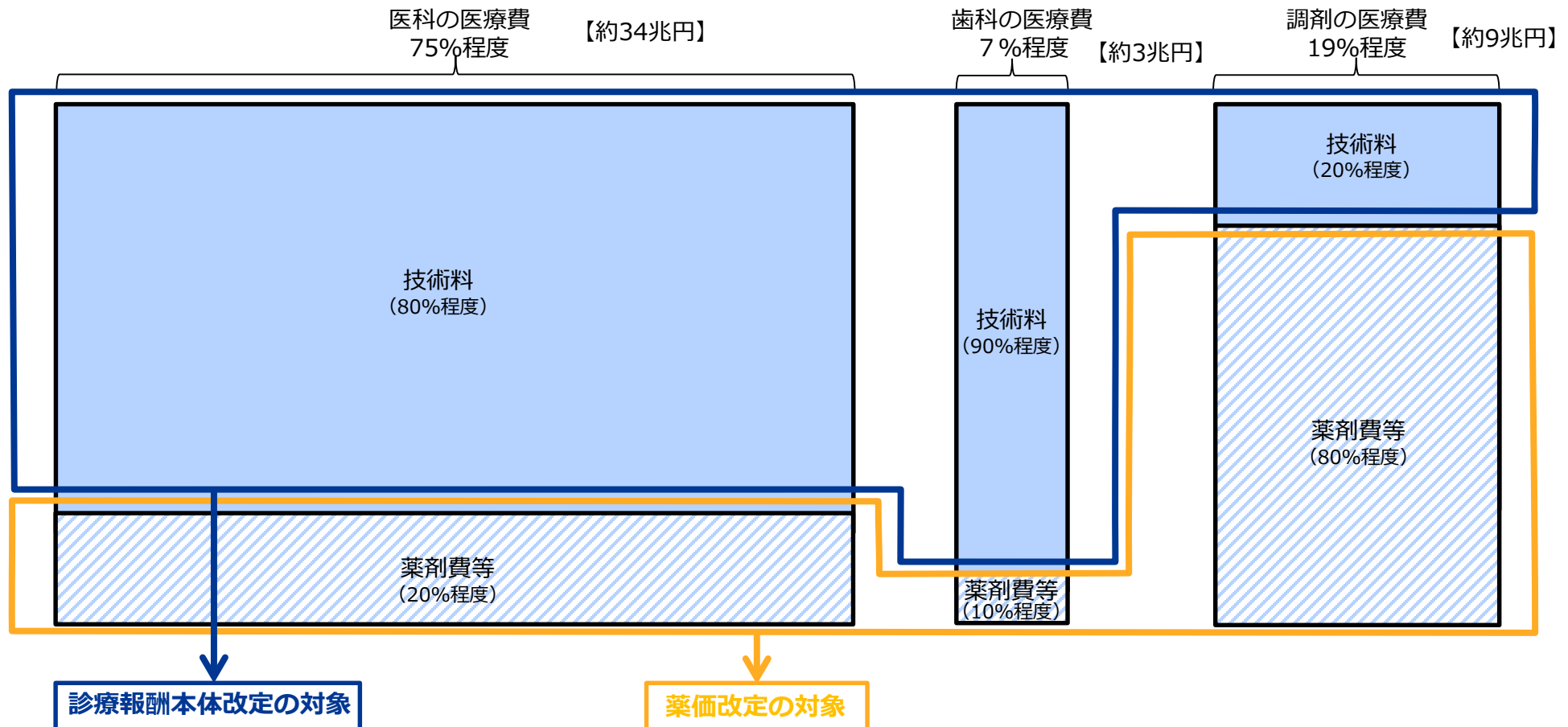
国民医療費の抑制を図るためには、診療報酬のマイナス改定は不可欠。

医療費の構造と診療報酬本体改定・薬価改定の対象範囲

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬は、①医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）と、②薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）からなっており、個々の技術・サービスを点数化して表示（1点は10円）。

（例）初診料：288点（2,880円） 急性期一般入院料1：1,650点／日（16,500円／日）

診療報酬本体改定・薬価改定の対象範囲（イメージ）



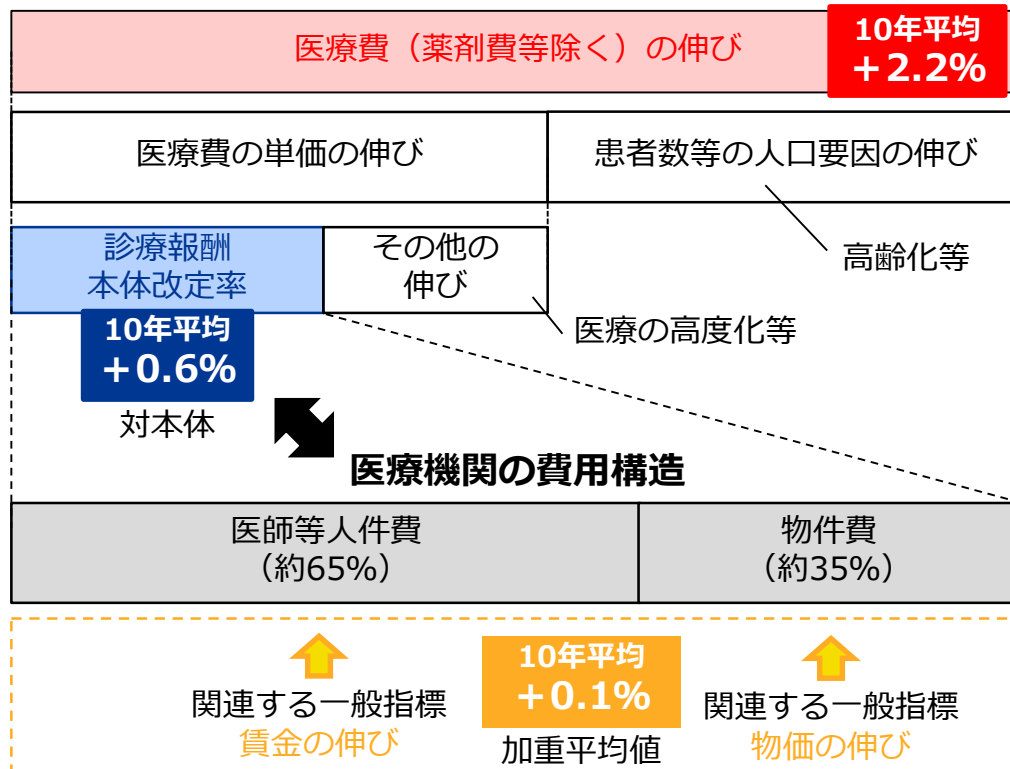
※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。

【 】の数字は、2019年度予算ベースの国民医療費（約46兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

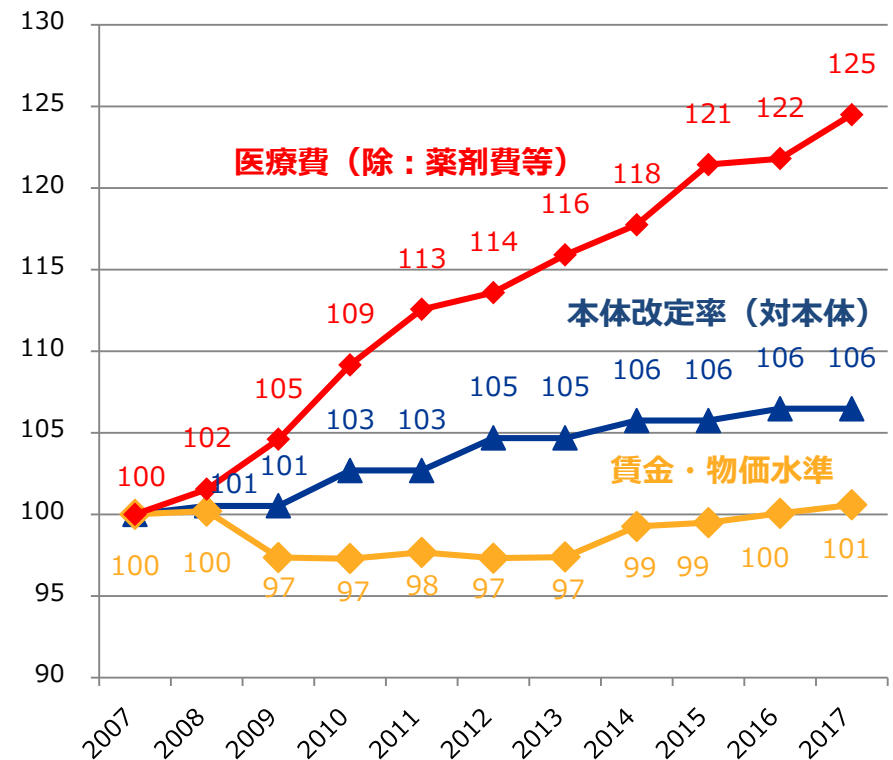
医療費の伸びの構造

- **医療費（薬剤費等除く）の伸び**は、「医療費の単価の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」で構成。**全体として医療機関の収入増**となって人件費や物件費（薬剤費等除く）を賄っている。
- 「医療費の単価の伸び」の一部である「**診療報酬本体改定率**」は、一般的な人件費や物件費の伸びを示す「**賃金・物価の伸び**」の**加重平均値**（医療機関と同じ費用構造にある場合の一般企業のコスト）の**近年の増加率よりも大きい**。
- 「その他の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」を加えた**医療機関の収入の伸びはさらに大きく上回る水準**となっている。

医療機関の収入の伸び



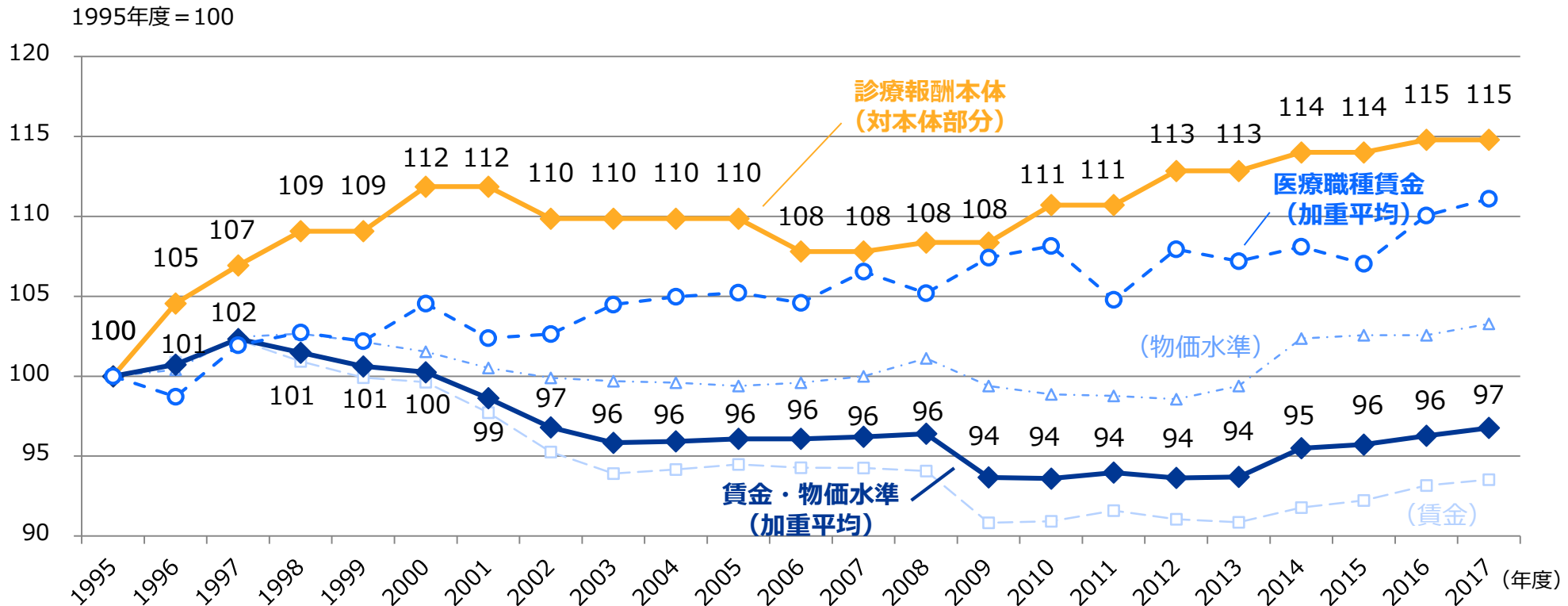
医療費（薬剤費等除く）の推移（2007年度=100）



（出所）厚生労働省「平成29年度国民医療費の概況」、「医療経済実態調査」、内閣府「国民経済計算（GDP統計）」、総務省統計局「消費者物価指数年報」、「労働力調査」、厚生労働省発表の診療報酬改定率による。

診療報酬本体と賃金・物価の動向

- 我が国がデフレを経験した1990年代後半以降、賃金や物価水準がデフレにより上昇せず、リーマンショック後などは急激に落ち込むこともあったが、**医療機関の人件費や物件費を賄う診療報酬本体の水準については、改定（人為的な価格増）により、概ね上昇を続けてきた。**
- この結果、診療報酬本体の水準は、賃金や物価の水準と比べて高い水準となっており、国民負担の抑制や制度の持続可能性の観点から、**診療報酬本体のマイナス改定によりこれを是正していく必要。**



※ 診療報酬本体（対本体部分）は、薬剤費等を除く医療費（一部公表資料に基づく推計値）に対する改定率に換算したものを指数化することで、各年度の改定による本体部分の単価の伸びを示したもの。

※ 医療職種賃金（加重平均）は、各年の職種別の給与（決まって支給する給与額）について、各年の職種別医療従事者数より加重平均し、指数化したもの。なお、理学療法士・作業療法士の平成7～8年の給与額は直近年からの推計値。

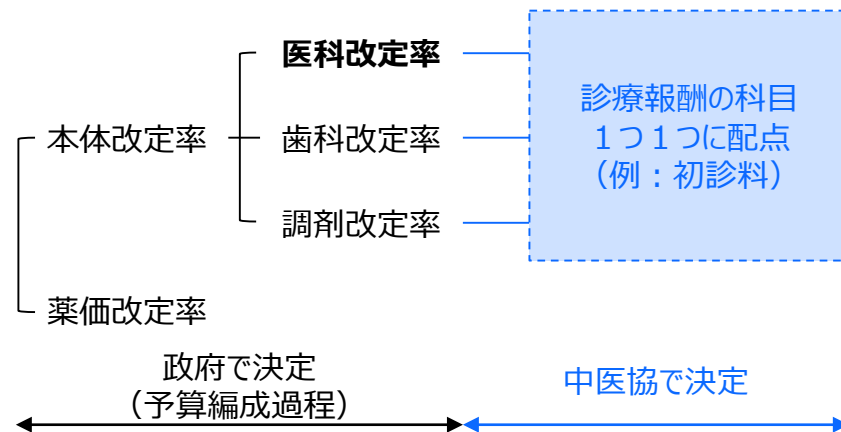
※ 「賃金・物価水準」は、医療機関の費用構造における人件費と物件費の比率により、賃金（雇用者報酬）及び物価指数を加重平均したもの。

（出典） 厚生労働省発表の診療報酬改定率、内閣府「国民経済計算（GDP統計）」、総務省統計局「消費者物価指数年報」、「労働力調査」による。

診療報酬改定に係る基本的な考え方：財源配分のメリハリ付け

- 予算編成過程においては、基本的に**医科・歯科・調剤**というそれぞれの改定率が決定されるのみ。その中で改定財源が**どの分野にどのように配分されているのか**は明らかではない。
- これまでの収益の動向なども踏まえれば、特に2020年度改定においては、**病院（救急対応等）と診療所の間で改定率に差を設けることなど、予算編成過程において大枠を決めるべき。**

◆ 診療報酬における改定率の構造



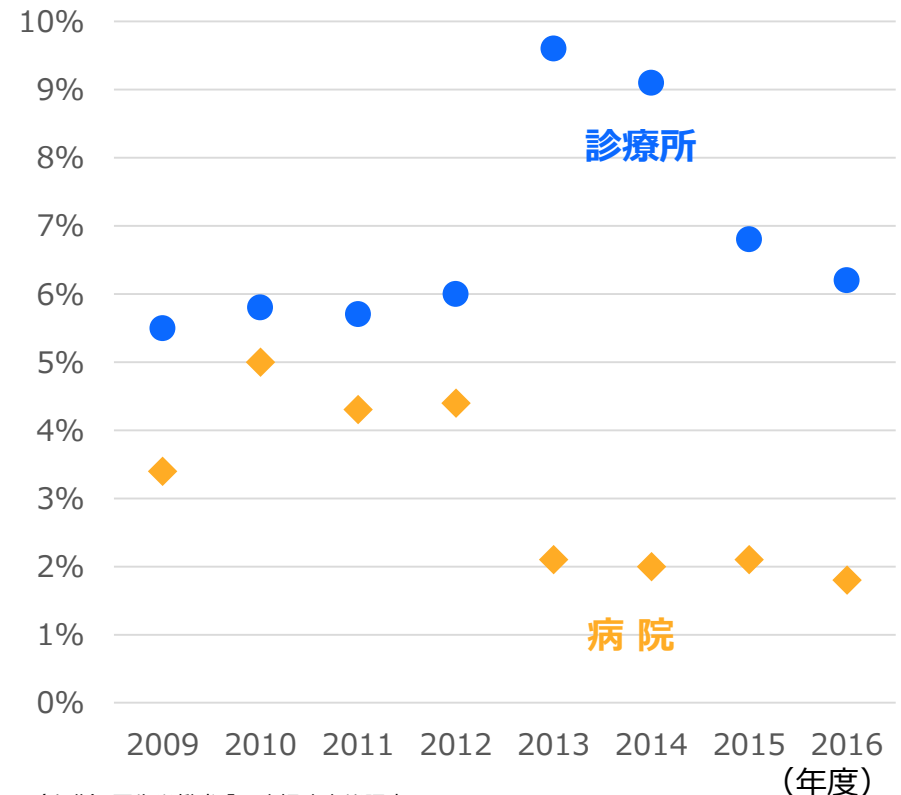
◆ 診療報酬本体改定における医科の改定率

2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度
+1.74% (入院+3.03% 外来+0.31%)	+1.55%	+0.11%	+0.56%	+0.63%

(注) 消費税対応分は除く。

◆ 一般病院と一般診療所の収益率の比較（医療法人）

⇒ 結果として必要な点数配分がなされていないのではないか



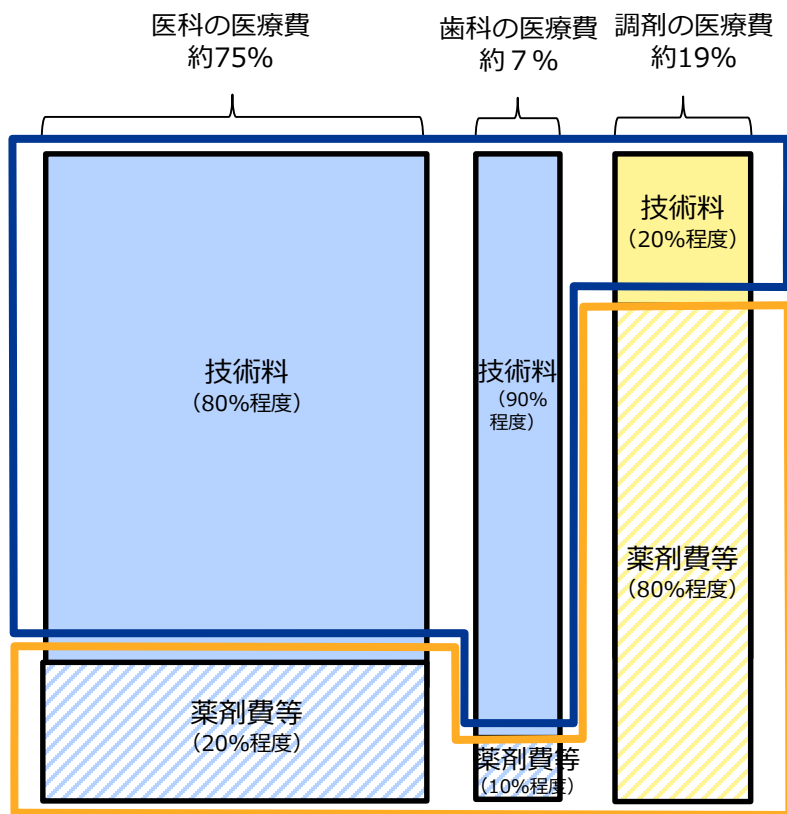
(出典) 厚生労働省「医療経済実態調査」

(注) 上記調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。

医科・歯科・調剤各科の報酬に対する改定率の設定の問題点

- 近年の診療報酬改定では、**医科・歯科・調剤の各科について、各科を取り巻く状況にかかわらず、それぞれの技術料部分に対して同程度の伸びとなるように横並びで改定率が設定され、単価を上乗せ。**

◆診療報酬の構造



◆診療報酬改定における各科の改定率の設定

30改定	+0.8% 程度	+0.8% 程度	+0.8% 程度
28改定	+0.7% 程度	+0.7% 程度	+0.7% 程度
26改定	+0.1% 程度	+0.1% 程度	+0.1% 程度
24改定	+2% 程度	+2% 程度	+2% 程度
	医科 (技術料)	歯科 (技術料)	調剤 (技術料)

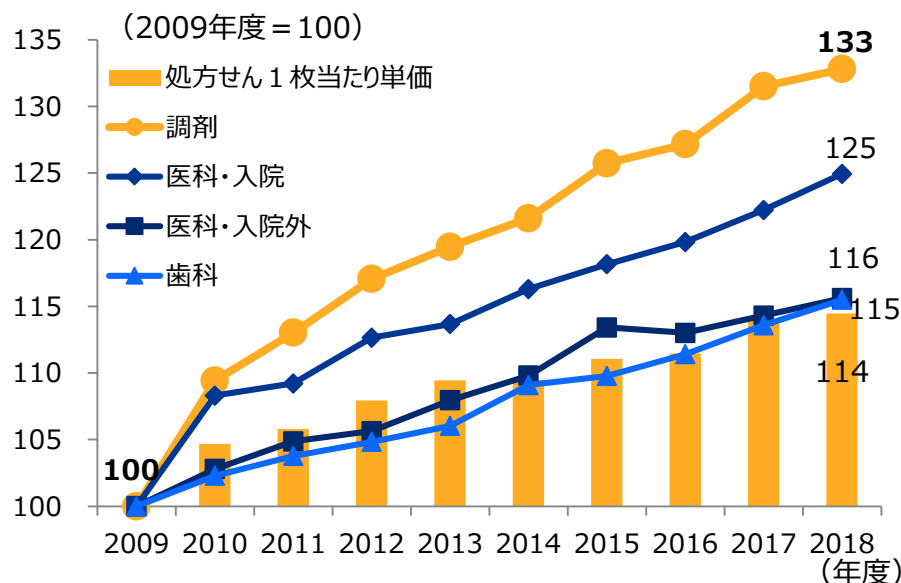
1 : 1.1 : 0.3
(各科の診療報酬全体に対する配分割合)

1 : 1 : 1
(各科の技術料部分に対する配分割合)

診療報酬改定に係る基本的な考え方：調剤報酬の適正化

- 薬剤費を除く調剤医療費（技術料部分）は、処方せん枚数の増加のみならず処方せん1枚当たりの単価の増加により、**入院医療費や外来医療費と比較して伸びが大きい。**
- OECD諸国で比較しても人口当たり薬剤師数が最も多く、更に毎年増加している中、本来であれば1人当たり技術料が下がるべきところ、**調剤報酬の増加により薬剤師1人当たりの技術料を確保し続ける構図。**

◆ 診療種類別の技術料の伸び



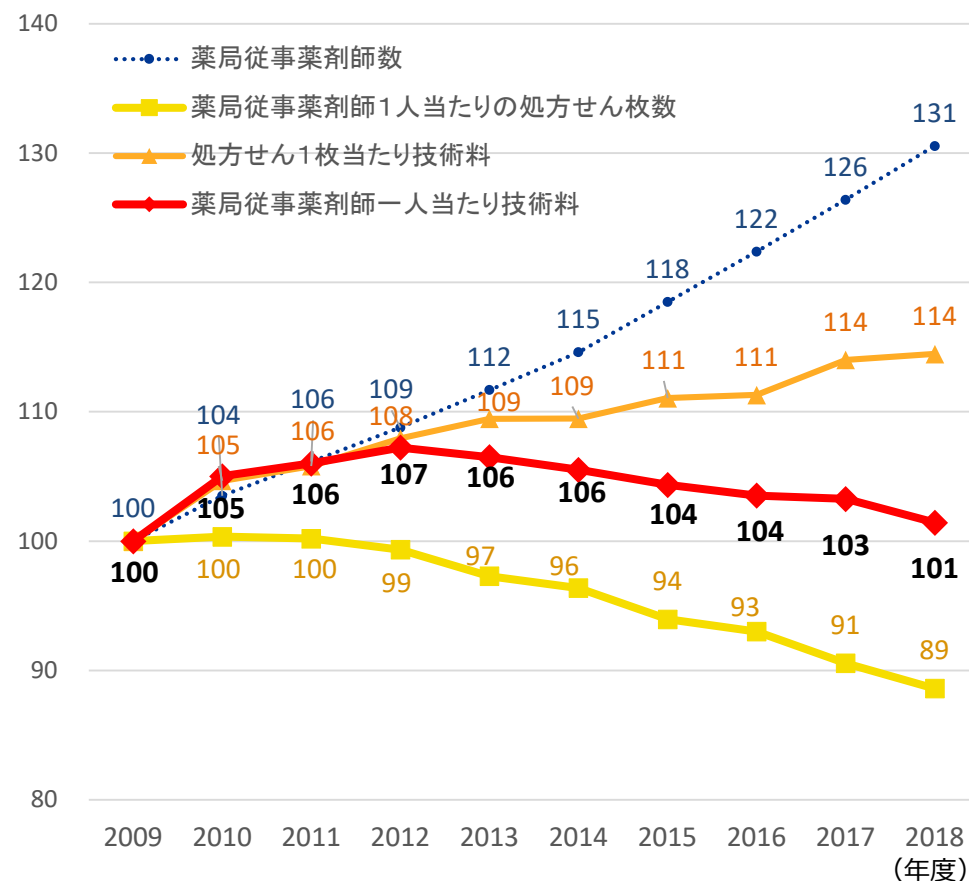
(出所) 厚生労働省「平成30年度 医療費の動向」、「調剤医療費（電算処理分）の動向」等

◆ 人口1,000人当たりの薬剤師数の国際比較

日 本 (1位)	ベルギー (2位)	スペイン (3位)	イタリア (4位)	フィンランド (5位)		オランダ (最下位)
1.81人	1.22人	1.21人	1.10人	1.09人		0.21人

(出所) OECD「Health Data 2019」

◆ 薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移（2009年度 = 100）



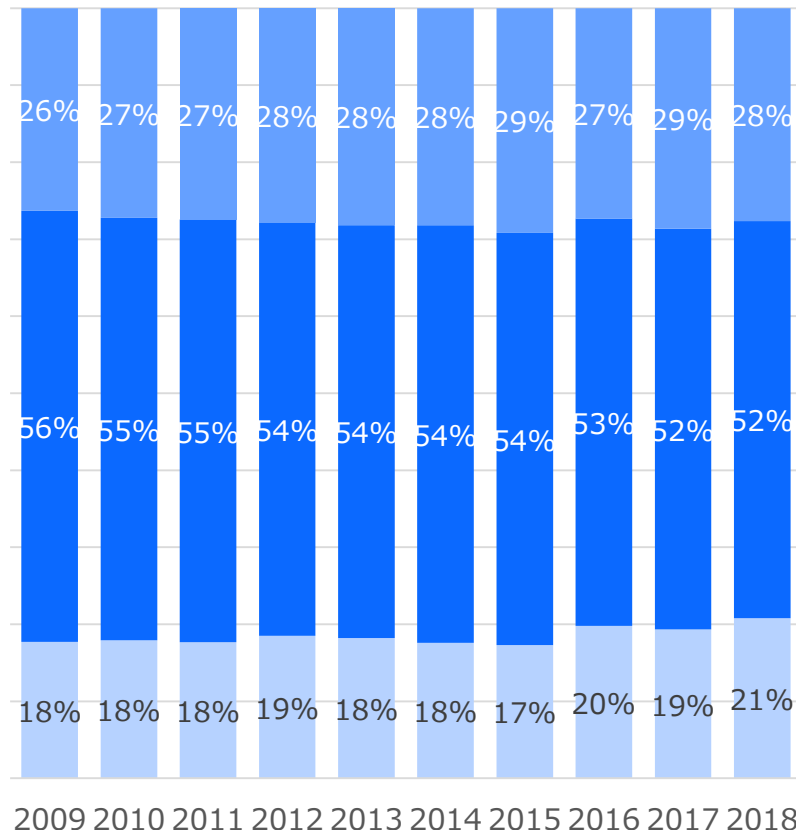
(出所) 厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」等

(注) 2017年度及び2018年度の薬局従事薬剤師数は、直近年からの推計値

診療報酬改定に係る基本的な考え方：調剤報酬の構造転換

- 対物業務から対人業務への転換が求められる中で、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料のウエイトはここ10年ではほとんど変化がなく、**調剤料に依存した収益構造は依然として継続**。
- 薬剤師の業務を**対物業務から対人業務中心へシフト**させていく中で、**全体として水準を下げつつ**、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料といった**調剤報酬全体の在り方について見直し**を行っていくべき。特に、**調剤料**については、**剤数や日数に比例した算定方法を適正化し大胆に縮減**すべき。

◆ 技術料に占める調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の比率の推移



◆ 技術料の構成と考えられる改革の例

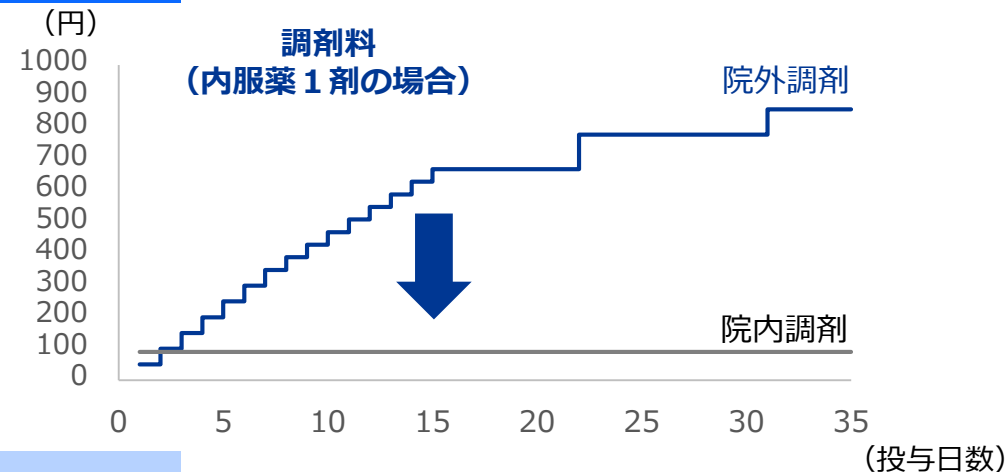
調剤基本料

〔0.5兆円〕薬局の運営維持費を評価

- ・調剤基本料1の要件見直し
- ・地域支援体制加算の要件見直し
- ・後発医薬品調剤体制加算の要件見直し

調剤料

〔1.0兆円〕医薬品調剤を行う際の技術を評価



薬学管理料

〔0.4兆円〕服薬指導、情報提供等を評価

- ・在宅業務や継続的なアフターフォローによる実績を重視する報酬構造への転換

我が国の医療提供体制の問題点

- 日本は、他の先進国と比較して**人口当たりの病床数が非常に多く**、都道府県別の人口当たり病床数についても**3倍以上の地域差**。人口当たり病床数と年齢調整後の入院医療費には強い相関関係が存在しており、医療費の適正化に当たっては**病床数の適正化が必要**。
- また、病床数の多さは病床当たりの医師数が非常に少ない要因ともなっており、**医師の働き方改革の推進の観点からは医療提供体制の適正化にまず取り組むべき**。

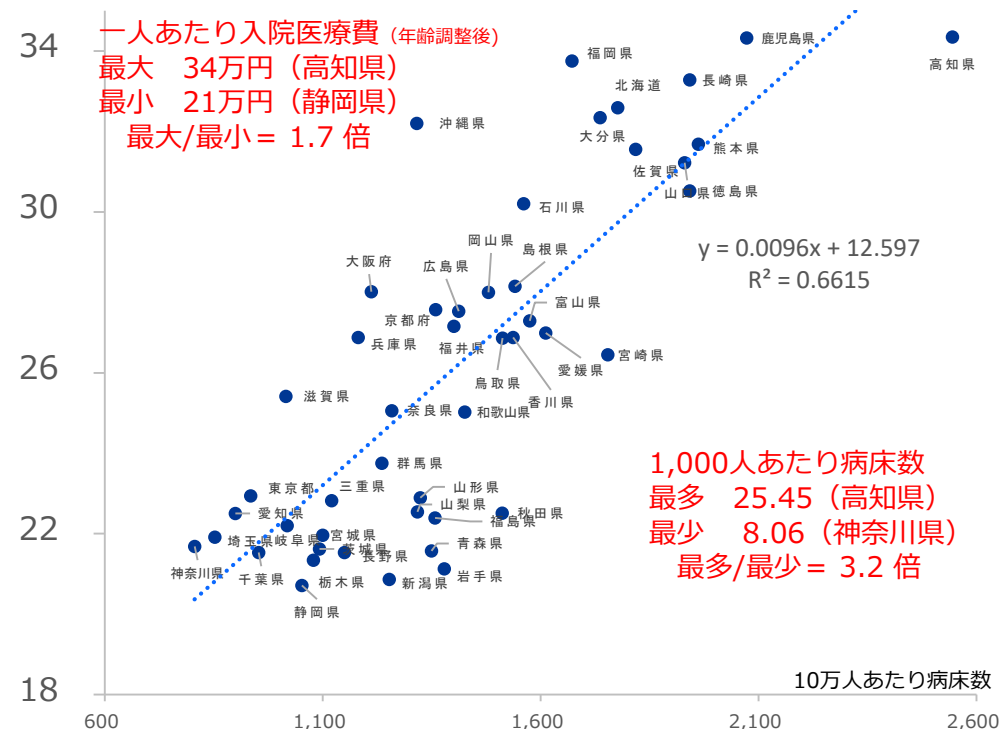
◆ 主要先進国における医療提供体制の比較

国名	平均 在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床医師数
日本	28.2 (16.2)	13.1	2.4 ※	18.5 ※
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	4.3	53.1
フランス	9.9 ※ (5.6) ※	6.0	3.2	52.8
イギリス	6.9 (5.6)	2.5	2.8	110.8
アメリカ	6.1 ※ (5.5) ※	2.8 ※	2.6	93.5 ※

出典：「OECD HealthData2019」（2017年データ。※は2016年のデータ）
注：平均在院日数の（ ）書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数。

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



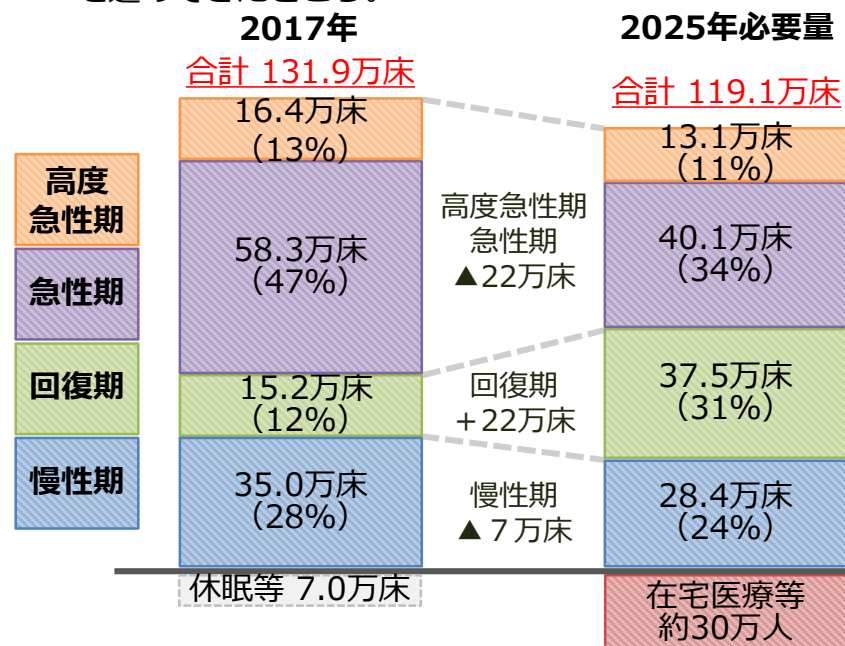
(出典)：病床数：厚生労働省「平成29年度医療施設調査」
一人当たり入院医療費：厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」
※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

地域医療構想の推進

- 厚生労働省は公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表。**遅くとも2020年9月までの再検証を要請。**
- 2025年に実現すべき姿に向け、**KPIを設けて中間的な達成状況を評価するとともに、その達成状況が不十分な場合には、都道府県知事の権限の在り方を含むより実効性が担保される方策を検討すべき。**また、都道府県に対する地域医療介護総合確保基金の配分については、一定の基準を設けた上で、**積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付け**をすべき。

◆ 地域医療構想における病床の機能分化等

- 地域医療構想は、都道府県が概ね二次医療圏単位で策定したもの。将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示すガイドライン等に基づき推計。
- これまで、個々の医療機関が、2025年に持つべき医療機能ごとの病床数などを盛り込んだ計画の策定を進めてきたところ。



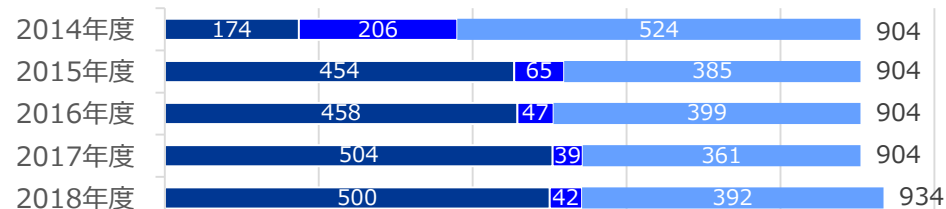
◆ 具体的対応方針の再検証が求められた医療機関

- 公立・公的病院等については、2018年度末までに具体的対応方針の策定を概ね終えたものの、その内容は2025年に実現すべき姿に沿ったものとなっておらず、再検証を要請。

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車で20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院 (Aに該当する先を除く)

(注) Bタイプの6領域は「がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期」であり、Aの9領域はこれらに「災害・へき地・医師派遣機能」を加えたもの。

◆ 地域医療介護総合確保基金（医療分・公費ベース）の交付状況 (億円)

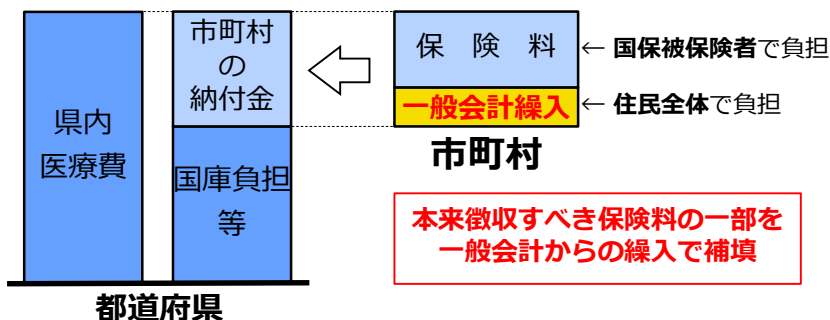


- 事業区分Ⅰ：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 事業区分Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業
- 事業区分Ⅲ：医療従事者の確保に関する事業

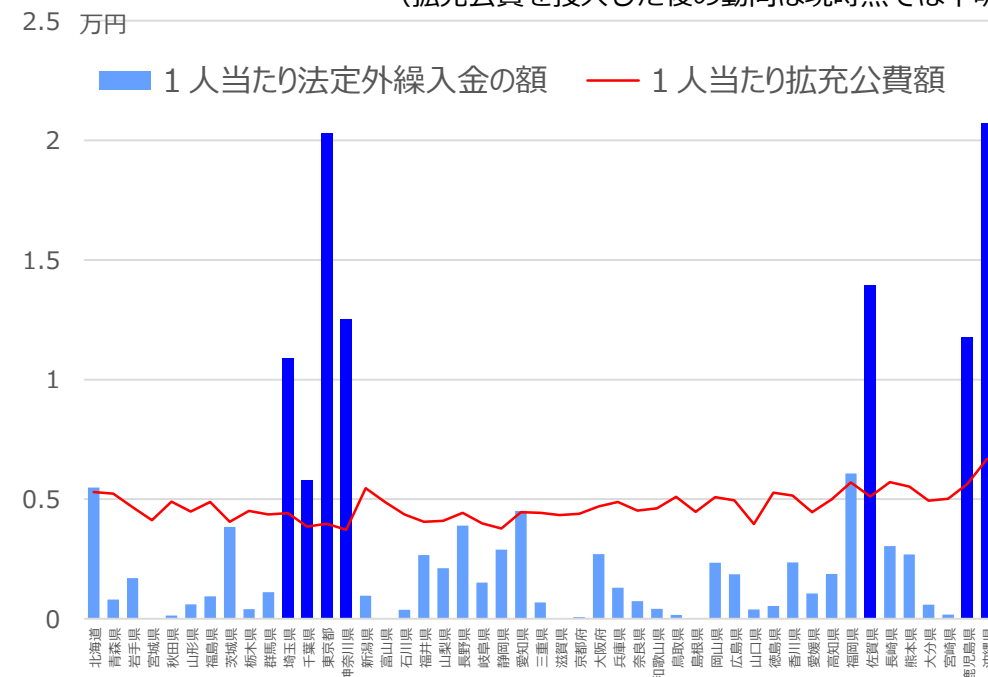
国民健康保険の保険者機能の強化①：法定外一般会計繰入等の速やかな解消

- 国民健康保険は、制度上の公費に加えて、**保険料の負担軽減等の目的で一般会計から総額約1,800億円の法定外繰入等**を実施。各市町村の保険料負担はこうした繰入の有無や額によって左右。
- 財政運営を都道府県単位化する国保改革と併せ、2015年度から1,700億円、**2018年度からは更に1,700億円の公費を制度上追加**。保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとする観点から、こうした**公費の適切な活用等により速やかに法定外一般会計繰入等を解消**し、保険者（特に財政力の強い地方団体）として規律ある保険財政の運営を行うべき。

◆ 法定外一般会計繰入の構造（イメージ）



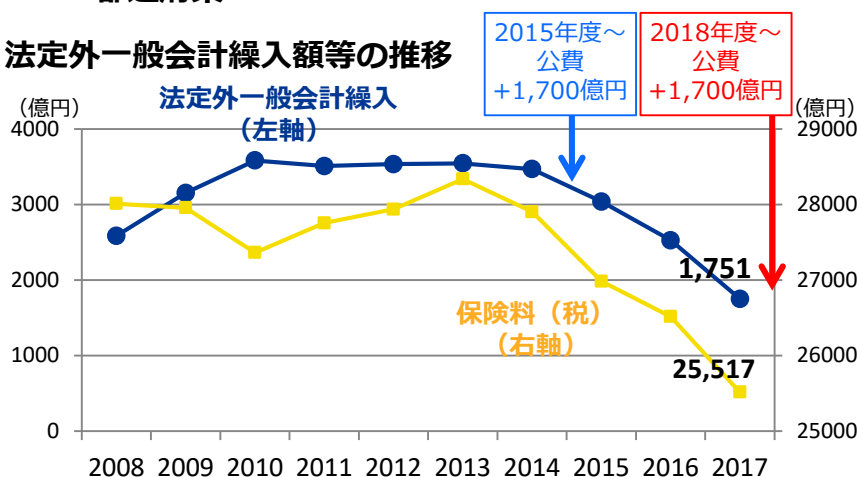
◆ 都道府県別の1人当たり法定外繰入金額（2017年度）と2018年度に投入された1人当たり拡充公費の額の比較（拡充公費を投入した後の動向は現時点では不明）



（出所）国民健康保険事業年報等

（注）法定外繰入金の額は、決算補填目的等のもの。2018年度拡充公費の額は、2018年度拡充公費約1,700億円のうち、保険者努力支援制度（市町村分）と特別調整交付金（精神・非自発的失業）に係る額を機械的に控除したもの（約1,310億円）。法定外繰入金の額が2018年度拡充公費の額を一定以上上回る都県のみグラフの色を濃くしたもの（佐賀県は、累積赤字解消のための繰入が太宗）。

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



（出典）国民健康保険事業年報

（注1）法定外一般会計繰入は、決算補填目的等のもの。（注2）保険料（税）は介護分を除く。

国民健康保険の保険者機能の強化②：都道府県内保険料水準の統一

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、**将来的に保険料水準の平準化**（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指すこととしている。
- 他方、同じガイドラインにおいて「都道府県内市町村間で医療費水準に差異がある都道府県においては、**年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが原則**となる（ $\alpha = 1$ ）」とも記載されており、**将来的な目標と逆行**。
- 保険料水準の統一（ $\alpha = 0$ ）により、法定外繰入等の廃止が不可欠となり、医療費の地域差に影響を与える医療提供体制の均霑化を併せて図るインセンティブの効果。都道府県の先進・優良事例について全国展開を図るとともに、**ガイドラインを変更し、都道府県内の保険料水準の統一化を原則**とすべき。

※ 年齢調整後の医療費水準をどの程度反映するか、各都道府県知事が医療費指数反映係数 α （ $0 \leq \alpha \leq 1$ ）を決定。 $\alpha = 1$ のとき医療費水準は納付金の配分に全て反映され、 $\alpha = 0$ のとき納付金の配分に全く反映されない（都道府県内統一の保険料水準）。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）における記載
国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。

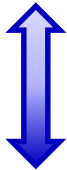
国保運営方針等における
具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

記載内容	該当都道府県
2024年度より統一	大阪府 奈良県 （激変緩和措置あり）
2024年度までを 目標に検討	北海道※1 広島県※2 沖縄県 ※1：納付金ベースでの統一 ※2：収納率の差異によるバラツキを容認
2027年度までを 目標に検討	和歌山県 佐賀県

年齢調整後の医療費水準を市町村の納付金に
どの程度反映するかを調整する係数（ α ）

係数 α	該当都道府県
$\alpha = 0$	滋賀県 大阪府 奈良県 広島県
$\alpha = 0.5$	北海道 宮城県
$\alpha = 0.7$	三重県
$\alpha = 0.9$	群馬県
$\alpha = 1$	その他の39都府県

医療費水準を
反映しない
($\alpha = 0$)



医療費水準を
反映する
($\alpha = 1$)

1． 保険給付範囲の在り方の見直し

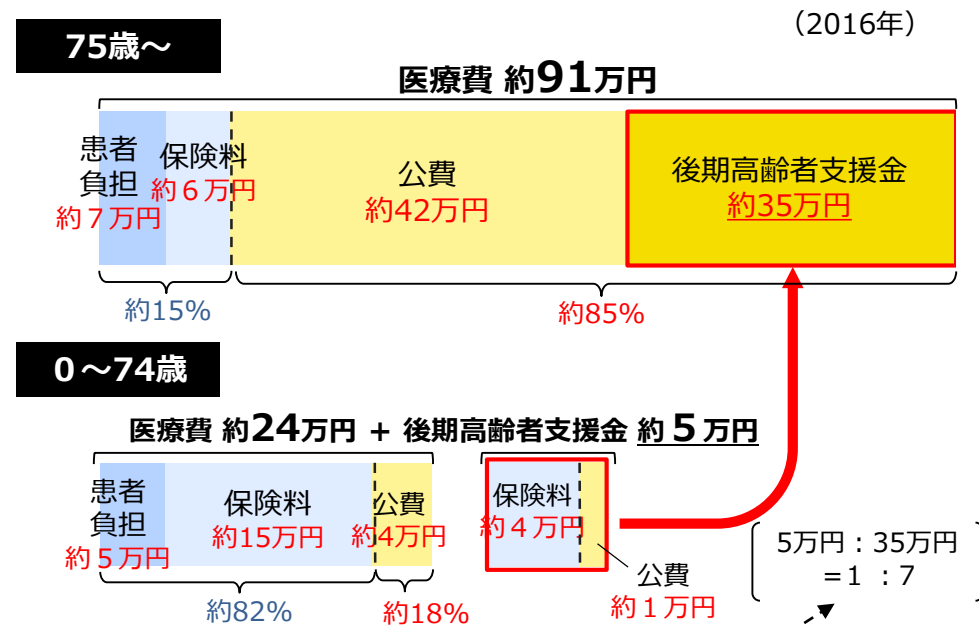
2． 保険給付の効率的な提供

3． 高齢化・人口減少下での負担の公平化

高齢化・人口減少下での負担の公平化：世代間の負担の不公平

- 75歳以上の者の**1人当たり医療費は現役世代の約4倍であり、その財源の8割強は公費と現役世代の支援金**。現役世代は、自らの医療費のほか後期高齢者支援金も負担。近年の高齢者の医療費の増加により、支え手である現役世代の保険料負担は重くなっている状況。
- 75歳以上の者の約4割は、**窓口負担を「負担に感じない」または「あまり負担に感じない」と回答**。

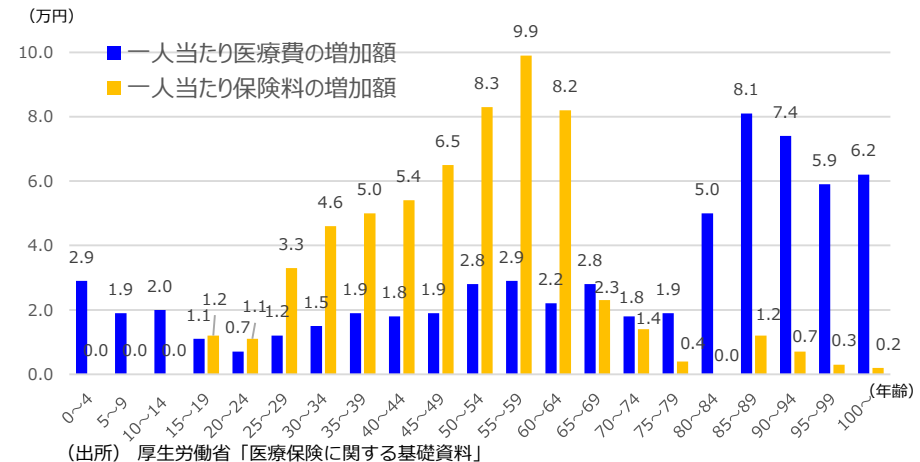
◆ 1人当たり医療費・後期高齢者支援金とその財源の内訳



◆ 年齢別人口の推移

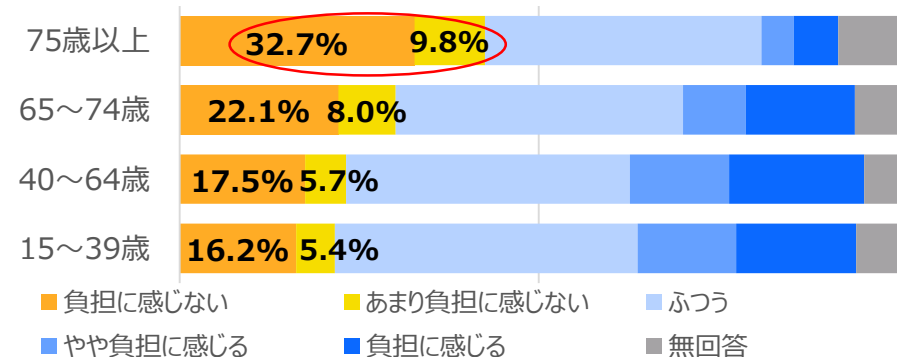
	75歳以上	0～74歳
2015年	1,632万人 1 : 7	11,077万人
2025年	2,180万人 1 : 5	10,074万人
2054年	2,449万人 1 : 3	7,385万人

◆ 1人当たり医療費と保険料の増加 (2009年→2016年)



◆ 世代別の窓口負担額に係る負担感

「今日、病院で請求された金額は負担に感じますか」への回答



(出所) 厚生労働省「平成29年 受療行動調査」

高齢化・人口減少下での負担の公平化に向けた課題

- 2022年に迫っている**団塊の世代の75歳への到達**、今後加速していく**支え手の減少**を踏まえつつ、**世代間・世代内の公平性を確保するための見直し**を行っていく必要。
- 具体的には、人生100年時代を踏まえ、年齢に応じた負担から負担能力に応じた負担に転換していく観点から、高齢者の窓口負担割合について、
 - ・ **新たに75歳になる者から70～74歳時と同じ2割の維持（現在1割負担となっている者の負担の引上げではない）**
 - ・ **「現役並み所得」の判定基準の見直し**
 などを検討していくべきではないか。

世代間の公平性を確保しつつ
個人から見て大きな負担増とならない方策が必要
⇒ **新たに75歳になる者から2割負担の維持**
(1割負担となっている者の負担の引上げではない)

【現役並み所得者以外の場合】

	～69歳	70歳	74歳	75歳～
現行	3割負担	2割負担	2割負担	1割負担
X年	3割負担	2割負担	2割負担	1割負担
X+1年	3割負担	2割負担	2割負担	1割負担
X+2年	3割負担	2割負担	2割負担	1割負担

(参考) 70～74歳の者の窓口負担割合を2割とした際も、2014年度から上記と同様の方法で段階的に実施。

負担能力のある方には
負担能力に応じた負担を求める

⇒ **「現役並み所得」の判定基準の見直し**

現役並み所得者：3割負担
後期高齢者の約7%

	～69歳	70歳	74歳	75歳～
現行	3割負担	2割負担	2割負担	1割負担

【現役並み所得者の要件：2人世帯の場合】

個人課税所得
145万円以上 + 世帯収入
520万円以上

⇒ 高齢夫婦2人世帯で

- ・ 夫が年金収入月36万円（年間432万円）*
- ・ 妻が基礎年金満額（年間約78万円）

の場合でも、世帯収入要件があるため、夫は現役並み所得者にはならない。

* 1年を通じて勤続した給与所得者の年収は400万円以下の者が5割強

社会保障について① (総論、年金、介護、子ども・子育て)

財務省

2019年10月9日

介護

介護保険費用・介護報酬改定・保険料・利用者負担の推移

第1期

第2期

第3期

第4期

第5期

第6期

第7期

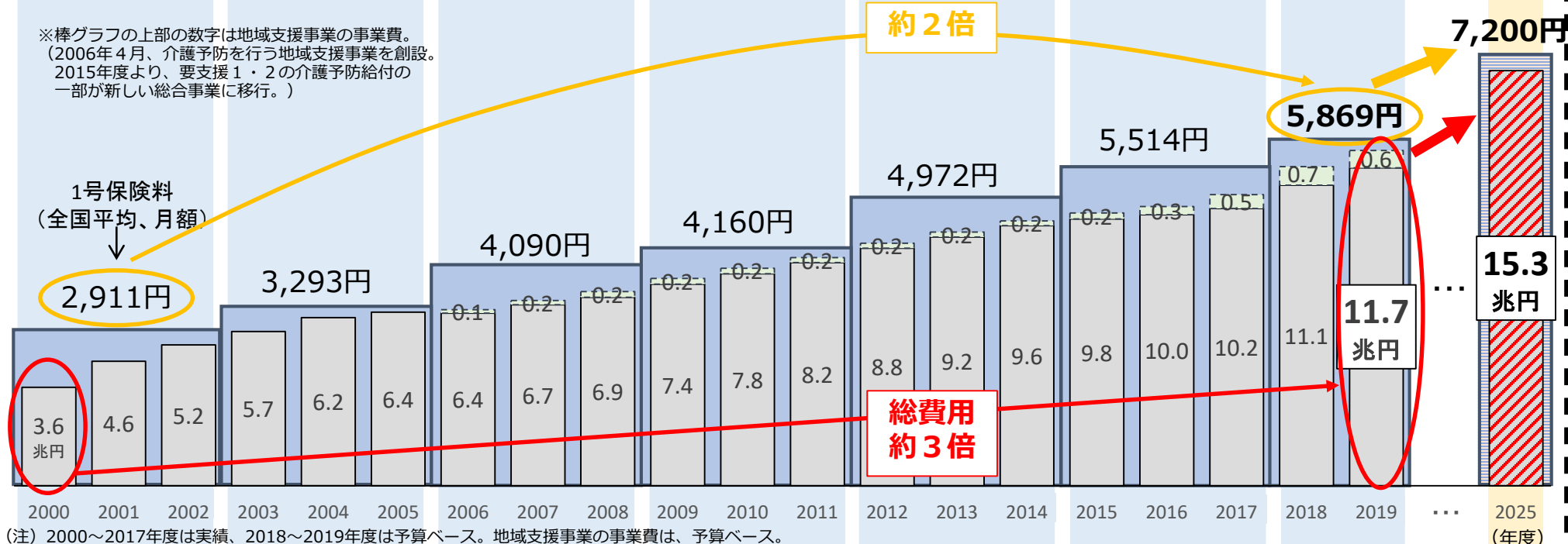
総費用及び1号保険料（全国平均）の推移

※棒グラフの上部の数字は地域支援事業の事業費。
(2006年4月、介護予防を行う地域支援事業を創設。
2015年度より、要支援1・2の介護予防給付の
一部が新しい総合事業に移行。)

1号保険料
(全国平均、月額)

約2倍

総費用
約3倍



(注) 2000～2017年度は実績、2018～2019年度は予算ベース。地域支援事業の事業費は、予算ベース。

2025年度については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）の推計値（保険料は2018年度賃金換算）。

利用者負担の推移

1割

1割

2割

2割

3割

介護報酬改定

▲2.3%
2003年度

▲0.5%
【▲2.4%】
2006年度

+3.0%
2009年度

+1.2%
2012年度

+0.63%
2014年度

▲2.27%
2015年度

+1.14%
2017年度

+0.54%
2018年度

+2.13%
2019年度

※【 】は05年度
改定を含めた率

処遇改善交付金（1.5万円分）
（09補正：基金（～2011末））

報酬へ移行

消費税率引上げに
伴う負担増への対応

消費税率引上げに
伴う負担増への対応
（1万円相当）

消費税率引上げに
伴う負担増への対応
・処遇改善加算を拡充

今後の主な改革の方向性

視点 1

給付・サービスの範囲の見直し

視点 2

給付・サービスの効率的な提供

視点 3

時代に即した公平な給付と負担

◆ これまでに取り組んできた主な事項

- 特別養護老人ホームの重点化
 - ・ 2015年4月から、特養入所者を要介護度3以上の高齢者に重点化。
- 要支援者の訪問・通所介護の地域支援事業への移行
 - ・ 2018年3月末に移行完了。
- 福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化
 - ・ 2018年10月に福祉用具貸与等の貸与価格の上限を設定。

- インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）の創設
 - ・ 2018年度から、保険者による自立支援、重度化防止等に向けた取組への財政的インセンティブを付与。
- 頻回のサービス利用についてのケアプランチェック
 - ・ 2018年10月から、「全国平均利用回数+2標準偏差」の生活援助サービスのケアプランを検証。

- 利用者負担の引上げ
 - ・ 所得額に応じて、2割負担、3割負担を導入。
- 補足給付に資産要件を追加
 - ・ 2015年8月に預貯金等を勘案する資産要件を追加。
- 介護納付金（2号保険料）の総報酬割導入
 - ・ 2017年8月分から、段階的に移行し、2020年度に全面移行。

◆ 今後の主な改革の方向性

- ケアマネジメントの利用者負担の導入
- 軽度者へのサービスの地域支援事業への更なる移行

- 地域支援事業の有効活用
 - ・ 地域の実情に合った多様なサービス提供の促進
- インセンティブ交付金のメリハリ付けの強化等

- 利用者負担の更なる見直し
- 多床室の室料負担の見直し
- 補足給付の要件見直し

視点 1：給付・サービスの範囲の見直し

- ・ ケアマネジメントの利用者負担の導入
- ・ 軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等

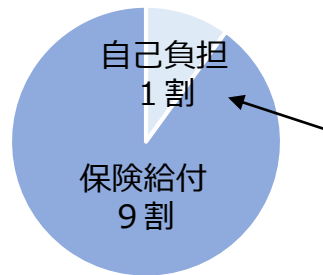
ケアマネジメントの利用者負担の導入

【論点】

- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援（ケアマネジメント）については、介護保険制度の導入にあたり、要介護者等が積極的にサービスを利用できるようにする観点から、制度創設以来、利用者負担はない。
- 介護保険制度創設から約20年が経ち制度が浸透していることを踏まえ、また、利用者自身がケアプランに関心を持つ仕組みとした方がサービスの質の向上につながると考えられることから、ケアマネジメントにも利用者負担を導入すべきではないか。

◆ 保険給付と自己負担の割合

通常の介護サービス



ただし、**在宅の者に対するケアマネジメントサービスは、自己負担がない。**

（注1）通常の介護サービスの自己負担は、所得に応じて1～3割になる。

（注2）ケアマネジメントにかかる費用は4,482億円（1件あたり費用は12,000円程度）。
（介護給付費等実態調査（2017年度））

◆ ケアマネジメントに自己負担がない理由

「介護保険制度の見直しに関する意見」（抜粋）
（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）

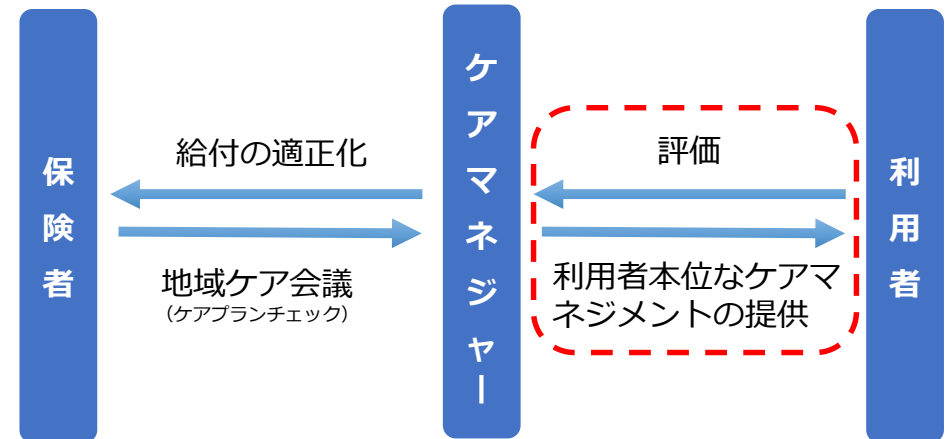
現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する**新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたもの**である。

◆ ケアマネジメントサービスの請求事業所数・受給者数

	2003年5月	2019年4月
請求事業所数	18,582件	44,757件
受給者数	129万人	336万人

（出所）介護給付費等実態統計

◆ ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ



※高額介護サービス費の支給によって自己負担額には上限がある。

【改革の方向性】（案）

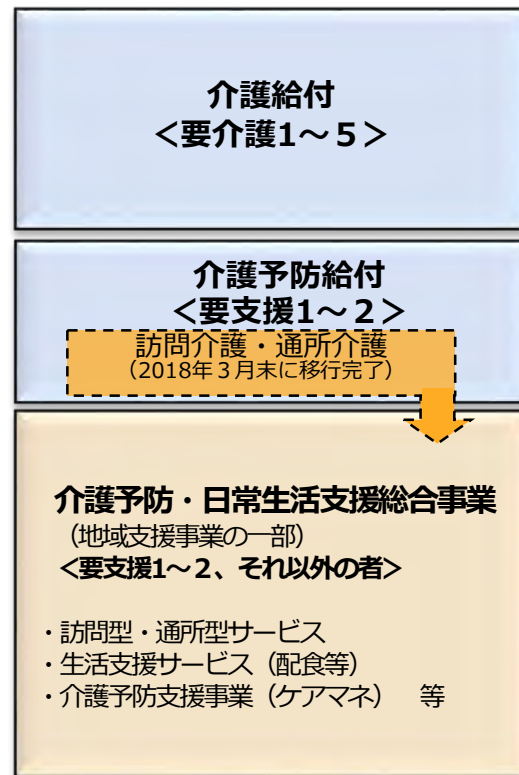
- 居宅介護支援におけるケアマネジメントに利用者負担を導入すべき。また、ケアマネジメントの質を評価する手法の確立や報酬への反映と併せ、利用者・ケアマネジャー・保険者が一体となって質の高いケアマネジメントを実現する仕組みとする必要。

軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等

【論点】

- 要支援者に対する訪問介護、通所介護については、地域の実情に応じた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を行う観点から、地域支援事業へ移行したところ（2018年3月末に移行完了）。
- 要介護1・2への訪問介護・通所介護についても、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすることが効果的・効率的ではないか。

◆ 介護給付と地域支援事業



サービスの種類・内容・人員基準・単価等が**全国一律**

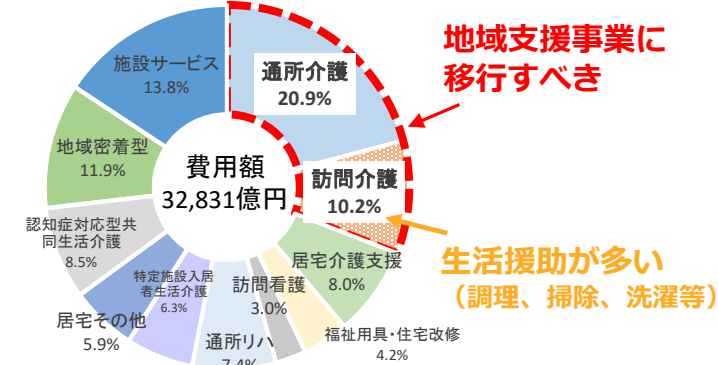
- (例)
- ・ 介護職員2人以上
 - ・ 1人あたり3㎡以上

地域の実情に応じ、住民主体の取組など効果的・効率的なサービス提供を実施

- (例)
- ・ 人員基準なし (ボランティア可)
 - ・ 面積制限なし

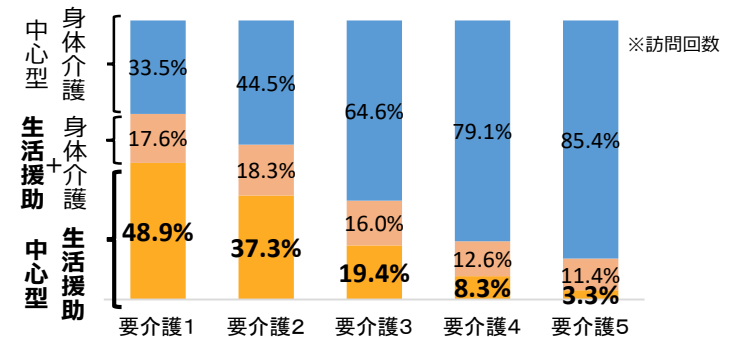
(注) いずれも、財源構成は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料23%、2号保険料27%。

◆ 要介護1・2への介護費用



(出所) 厚生労働省「2017年度 介護保険事業状況報告年報」

◆ 訪問介護サービスの提供状況



(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」(2017年5月～2018年4月審査分)

【改革の方向性】(案)

- 要介護1・2への訪問介護・通所介護についても、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすべき。

視点2：給付・サービスの効率的な提供

- ・ 地域支援事業の有効活用
- ・ インセンティブ交付金のメリハリ付けの強化等

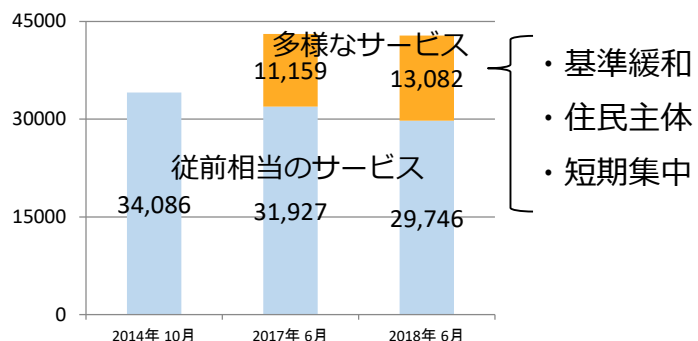
地域支援事業の有効活用

【論点】

- 要支援1・2向けの訪問・通所介護の地域支援事業への移行については、2018年3月末に完了したところであるが、多様なサービス提供が徐々に普及しているものの、依然として従前相当のサービス提供の占める割合が多い。
- 地域支援事業の趣旨を踏まえ、住民主体による支援など地域の実情に合った効果的・効率的なサービス提供を推進していく必要。

◆ 地域支援事業への移行状況

・訪問型サービスの事業所数の推移



・利用者の1月あたり利用日数

利用者のサービス利用日数は維持されている。
6.3日（2017年3月）→ 6.5日（2018年3月）

・サービス実施上の課題

実施主体・担い手の確保が課題である自治体が多く、例えば、住民主体のサービスについては、72.5%の自治体で実施主体・担い手の確保が課題と回答。

（出所）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所（2019年3月））

◆ 先進事例（大東市の取組）

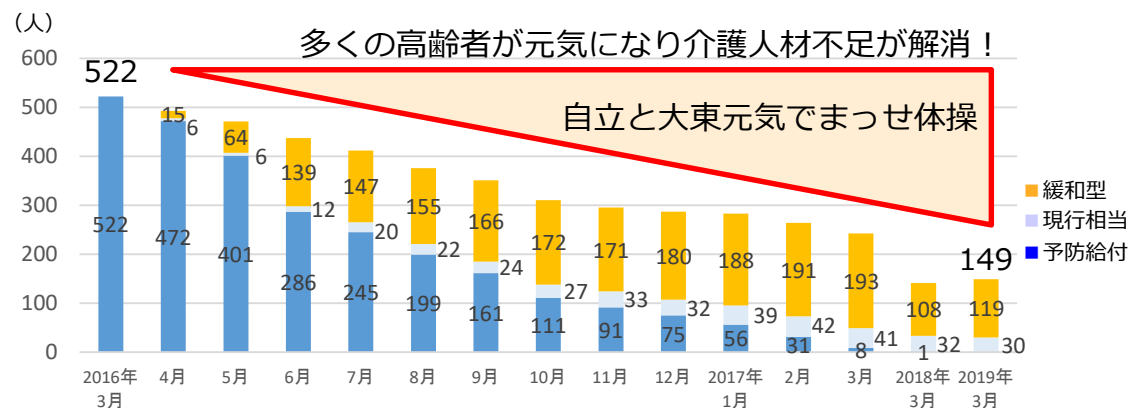
・住民主体の通所型サービスの例（大東元気でまっせ体操）

サポート内容	高齢者10名以上、週1回以上体操を行うグループに対して、DVD提供、運動指導員派遣、体力測定会の開催等
利用者負担	特になし
担い手	自治会、老人クラブ、校区地区福祉委員会、自主グループ、地元企業等

利用者数：2,248人、グループ数：119（2018年）

（参考）総合事業移行前は、介護予防通所介護費（要支援1）で1,647単位/月

・大東市の通所型サービス利用者数の推移（大東市提供）



【改革の方向性】（案）

- 地域支援事業を有効活用し、住民主体による支援など、従来より効果的・効率的なサービス提供をしている自治体の例を横展開していく必要。

インセンティブ交付金のメリハリ付けの強化①

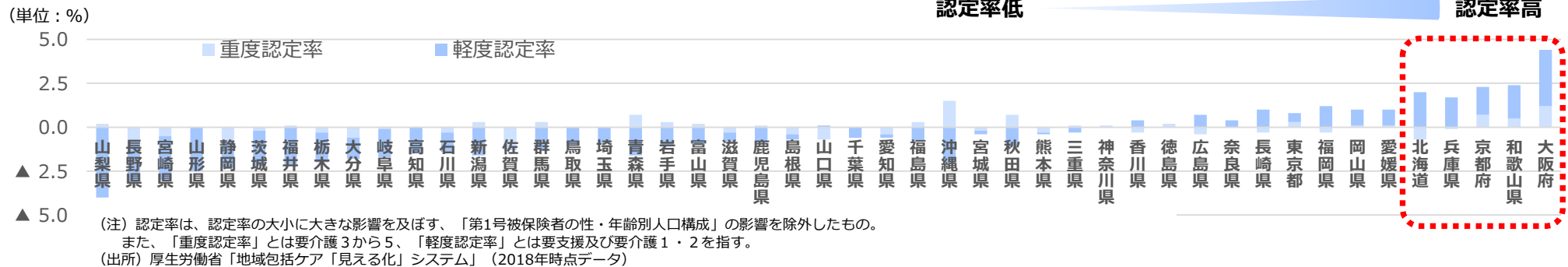
【論点】

- 要介護認定率や一人当たり介護給付費については、性・年齢階級（5歳刻み）・地域区分を調整してもなお大きな地域差が存在。その背景には介護供給体制など様々な要因が考えられるが、例えば、軽度者の認定率に地域差が大きいことも一因。

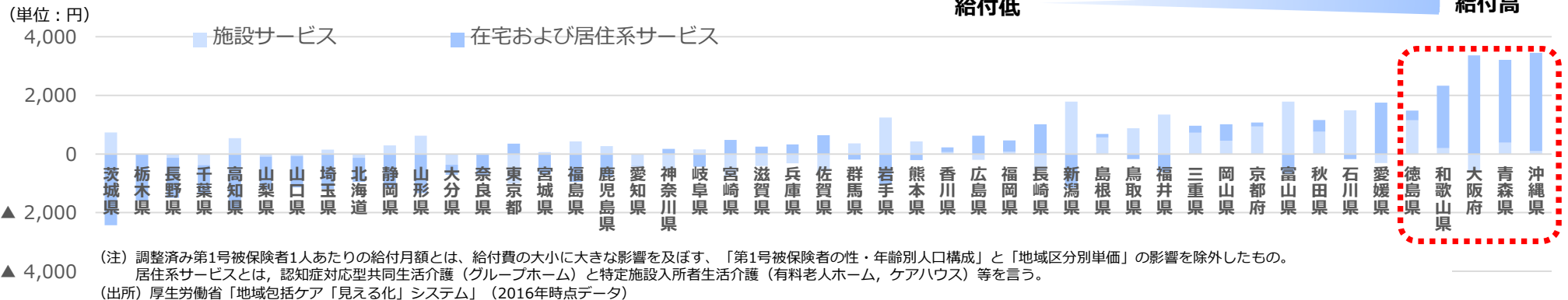
（参考）経済財政運営と改革の基本方針2019

「一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。」

◆ 調整済み要介護認定率の状況（全国平均（軽度12.0%、重度6.3%）との差）



◆ 調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額（全国平均（施設：7,003円 在宅等：12,969円）との差）



インセンティブ交付金のメリハリ付けの強化②

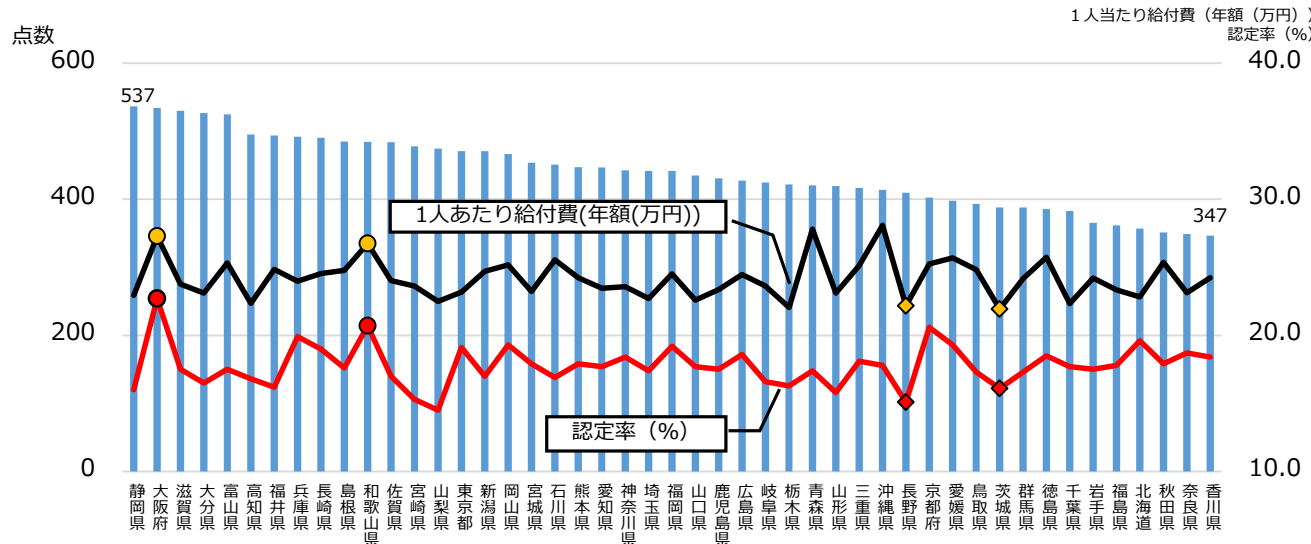
【論点】

- インセンティブ交付金は、高齢者の自立支援・重度化防止等を通じて、介護費の抑制や地域差縮減に向けた保険者の取組を推進できる重要な政策手段であるが、実際には取組の成果に応じて交付されているとは言えず、適切な配点やアウトカム指標の設定がなお不十分である。

◆ インセンティブ交付金（市町村分）の得点率の現状（2019年度）

2019年度 都道府県別市町村得点（満点692点 平均点428.6点 得点率61.9%）

※インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）
：200億円（2019年度予算。2018年度予算より同額を措置）
市町村分:190億円 都道府県分:10億円



（注）認定率は、認定率の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外したもの。
また、1人あたりの給付月額とは、給付費の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」と「地域区分別単価」の影響を除外したもの。
（出所）厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

<問題点>

得点の高い方（＝交付金の配分が手厚い方）に1人当たり給付費や認定率が高い県や、得点の低い方に1人当たり給付費や認定率が低い県があり、必ずしも**取組の成果に応じたもの**になっていない。

◆ インセンティブ交付金（市町村分）のアウトカム指標

- ① 要介護認定等基準時間の変化（要介護1・2／要介護3～5で15点ずつ）
- ② 要介護認定の変化（要介護1・2／要介護3～5で15点ずつ）

<問題点>

692点満点中、**アウトカム指標の配点は60点と10%以下**。

【改革の方向性】（案）

- インセンティブ交付金について、都道府県・市町村が最低限取り組むべき点を中心に評価しているが、アウトカム指標への配点の重点化や減点のための指標（ペナルティ）の追加など、実効性のある取組みを評価するメリハリをつけた配分として、財政的インセンティブを強化すべき。

保険者機能強化のための調整交付金等の活用

【論点】

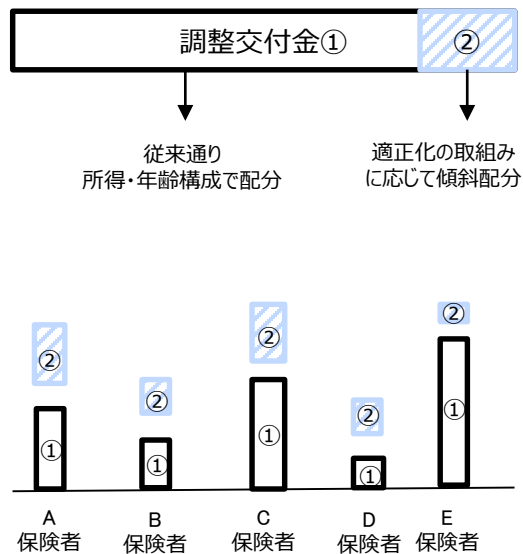
- 介護の地域差を縮減する観点から、調整交付金の活用も含めた保険者へのインセンティブの付与の在り方を検討し、保険者による介護費の適正化に向けた取組をより一層促進する必要。
- 介護費用が経済の伸びを超えて大幅に増加すると見込まれる中、若年者の保険料負担の伸びの抑制は重要な課題。2号被保険者の保険料負担分について、保険者機能の発揮を促す仕組みとし、給付と負担の牽制効果を高めるべき。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2019

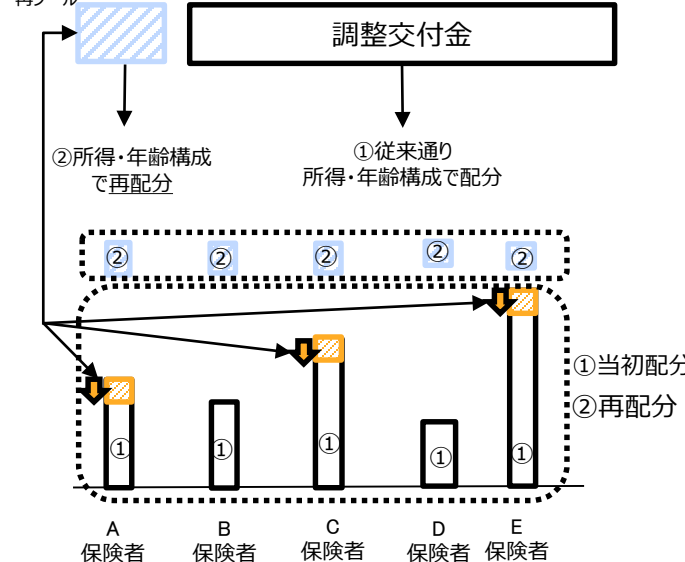
「第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、所要の措置を講ずる。」

◆ 調整交付金の活用イメージ

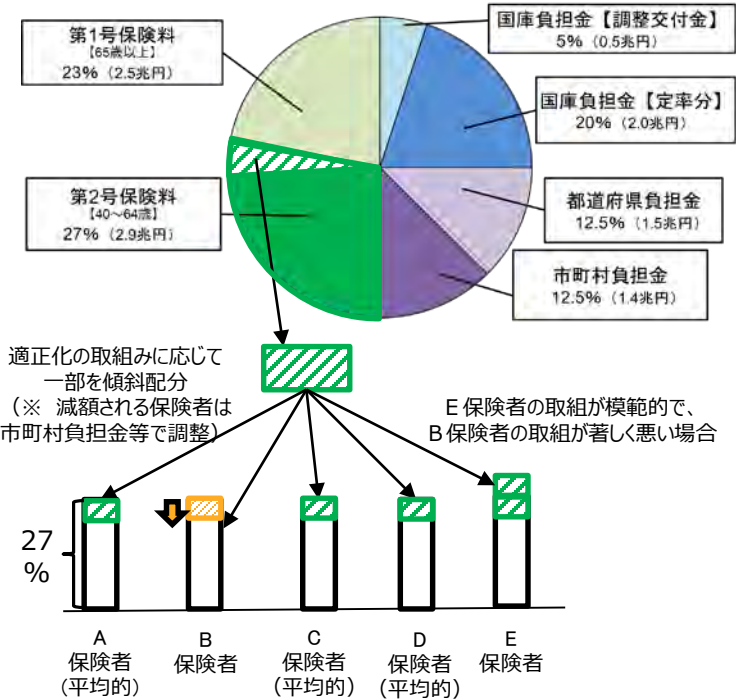
＜案1（別枠方式）＞：
調整交付金の一部を別枠にして配分＞



＜案2（再配分方式）＞：
取組に応じて減額した調整交付金を再配分＞



◆ 2号保険料の活用イメージ 2019年度予算 介護給付費：10.8兆円 総費用ベース：11.7兆円



【改革の方向性】（案）

- 介護費の適正化などに向けた財政的なインセンティブとして、全自治体の取組みのより一層の底上げを図るため、今年度中に結論を得て、第8期から調整交付金のインセンティブとしての活用を図るべき。
- 2号被保険者の保険料負担についても、インセンティブ交付金の評価の仕組みを参考にしつつ、介護予防・重症化防止の取組によって認定率や給付の抑制等に成果をあげた保険者（市町村）に傾斜配分する仕組みを検討すべき。

視点 3 : 時代に即した公平な給付と負担

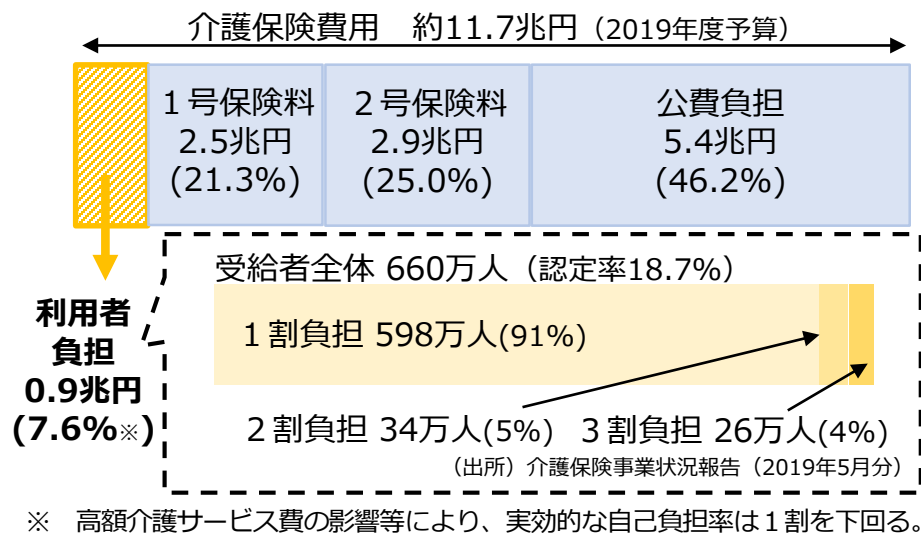
- ・ 利用者負担の更なる見直し
- ・ 多床室の室料負担の見直し
- ・ 補足給付の要件見直し

利用者負担の更なる見直し

【論点】

- 介護保険の財源構造は、原則 1 割の利用者負担を求めた上で、残りの給付費を公費と保険料で半分ずつ負担する構造であり、保険料は65歳以上の者（1号被保険者）と40～64歳の者（2号被保険者）により負担されている。
- 今後、介護費用は経済の伸びを超えて大幅に増加することが見込まれる中で、若年者の保険料負担の伸びの抑制や、高齢者間での利用者負担と保険料負担との均衡を図ることが必要。

◆ 利用者負担の現状



◆ 利用者負担の区分

1割負担	下記以外の者
2割負担	合計所得金額 160 万円以上の者 (単身で年金収入+その他合計所得金額280万円以上 (夫婦世帯：346万円以上))
3割負担	合計所得金額 220 万円以上の者 (単身で年金収入+その他合計所得金額340万円以上 (夫婦世帯：463万円以上))

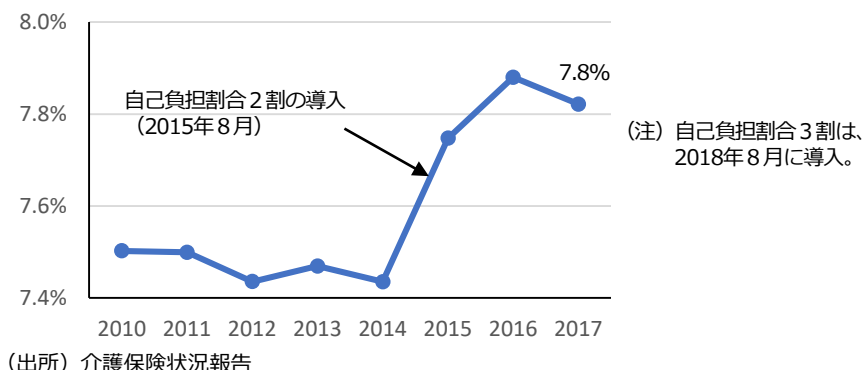
◆ 保険料負担の見通し

※2018年度賃金換算

	2018年度	2025年度	2040年度
1号保険料	約5,900円	約7,200円	約9,200円
2号保険料 (市町村国保)	約2,800円	約3,500円	約4,400円

（出所）「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」
（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）

◆ 実効的な自己負担率（利用者負担／総費用）の推移



※ 諸外国の実効的な負担率（利用者負担／総費用）は、ドイツが約 3 割、韓国が約 2 割。

【改革の方向性】（案）

- 制度の持続可能性や給付と負担のバランスを確保し、将来的な保険料負担の伸びの抑制を図る観点から、介護保険サービスの利用者負担を原則 2 割とすることや利用者負担 2 割に向けてその対象範囲の拡大を図るなど、段階的に引き上げていく必要。

多床室の室料負担の見直し

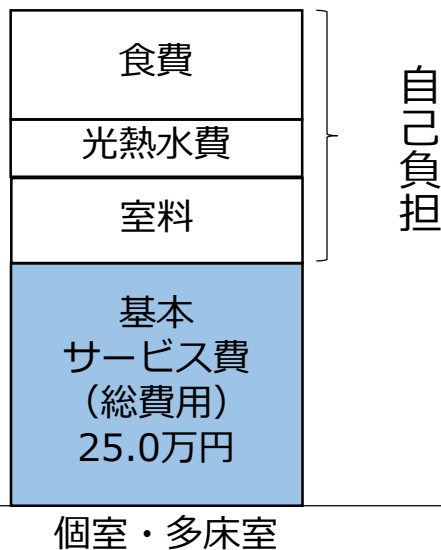
【論点】

- 2005年制度改正において、施設サービスにおける食費や個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする制度見直しを実施（多床室については食費と光熱水費のみ給付対象外とし、また低所得者には補足給付を創設）。
- 2015年度介護報酬改定において、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行ったが、介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

◆ 各施設における給付費と自己負担

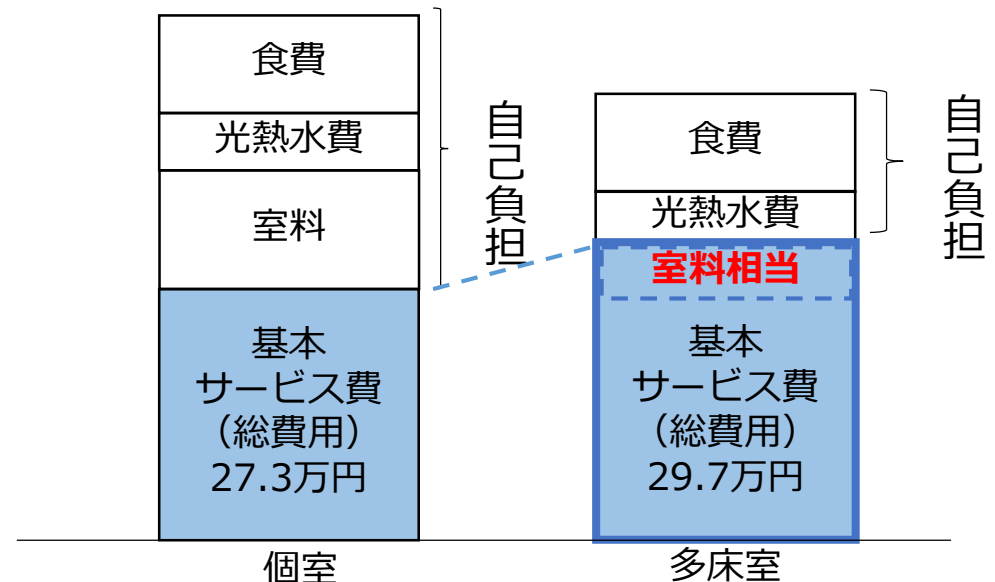
・特養老人ホーム

特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



・介護老人保健施設（介護療養病床、介護医療院も構造は同様）

老健施設の多床室については、**室料相当額は基本サービス費に包含されたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。



（注）上記のサービス費はいずれも要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）。

【改革の方向性】（案）

- 在宅と施設の公平性を確保する等の観点から、次期介護報酬改定において、これらの施設の多床室の室料相当額についても基本サービス費から除外する見直しを検討すべき。

補足給付の要件見直し

【論点】

- 在宅サービス受給者との負担の均衡の観点から、介護施設等の利用者の居住費・食費は基本的には自己負担とされているが、低所得者については、その居住費・食費について介護保険制度から補足給付が支給されている。
- この補足給付については、福祉的性格を有するため、預貯金等の資産等を有する経済力のある高齢者の利用者負担を軽減することは本来の姿ではなく、2014年改正により、所得要件に加えて預貯金等の一部資産を勘案する資産要件が加えられたが、その要件は十分か。

◆ 補足給付の対象範囲

認定人数：98万人、給付費：3,165億円 [2017年度]

第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・世帯全員が市町村民税世帯非課税であって、年金収入額+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世帯非課税であって、第2段階該当者以外

上記の者であり、かつ、**預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下**であることが条件。

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

◆ 高齢者の貯蓄現在高の状況

	中央値	平均値
単身（男性、65歳以上）	985万円	1,457万円
単身（女性、65歳以上）	840万円	1,409万円
2人以上世帯（65歳以上）	1,437万円	2,292万円

(参考) 若者も含めた2人以上世帯の中央値は966万円、平均値は1,698万円。

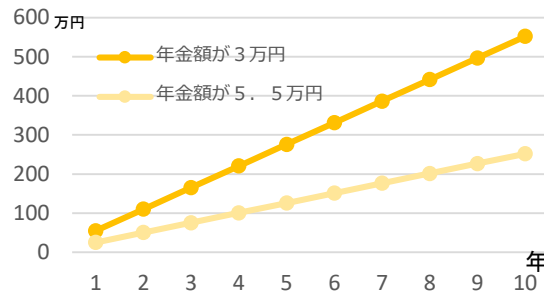
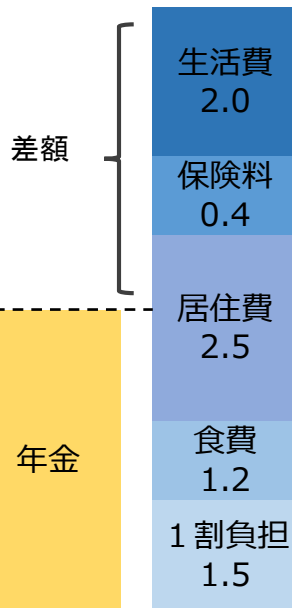
(出所) 単身世帯：「全国消費実態調査」(2014年)、2人以上世帯：「家計調査」(2018年)

補足給付の基準となる預貯金等の水準は**中央値以上の水準**

◆ 施設での生活にかかる費用等の目安（国民年金受給者）

補足給付受給者が、年金収入を得つつ、施設（特養・ユニット型）で生活する場合の費用負担の累計額を計算。**年金額が低くても、預貯金が500万円程度があれば10年居住が可能**（特養の平均入所期間は約4年間。約8割は5年未満で退所。）。

特養ユニット型個室の月額利用料等7.5万円



国民年金受給月額（2017年度末）

受給額(万円)	人数	割合	累積割合
～ 1	86,643	0.3	0.3
1 ～ 2	322,260	1.0	1.3
2 ～ 3	1,020,851	3.2	4.4
3 ～ 4	3,192,049	9.9	14.3
4 ～ 5	4,667,422	14.5	28.8
5 ～ 6	7,283,079	22.6	51.4
6 ～ 7	13,926,213	43.2	94.6
7 ～	1,748,970	5.4	100.0
合計	32,247,487		

平均受給額：55,518円

【改革の方向性】（案）

- 在宅サービス受給者と施設サービス受給者との負担の均衡や世代間の公平性を確保するため、現行の預貯金等の基準（1,000万円）等の要件の更なる見直しが必要。

參考資料

社会保障について② (参 考 資 料)

財務省

2019年11月 1 日

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

経済性の面からの評価も踏まえた保険収載等の在り方

【論点】

- 現在、薬事承認が行われた新規医薬品は事実上全て90日以内に保険収載される仕組みとなっており、保険収載に当たって財政影響がどの程度生じるか十分検証されていない。新たな医療技術についても、保険収載に当たり経済性は考慮されていない。こうした保険収載の影響は、医療費の「高度化による増加」の要因と考えられる。
- 単価が極めて高額である医薬品が登場しているほか、単価が相応に高額であって患者数が非常に多い医薬品の登場も考えられる中で、新規収載や効能追加による財政影響を検証する必要。

新経済・財政再生計画 改革工程表2018（2018.12.20 経済財政諮問会議）における記載

医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養費制度を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。

◆ 今後、保険財政への影響が大きいと考えられる医薬品の類型

類型	事例
単価が極めて高額	●キムリア点滴静注（急性リンパ芽球性白血病） （薬価：34,113,655円） ⇒ 予測患者数216名、予測販売金額は72億円。 ※ 仮に医薬品単体では患者数が少ない場合でも、品目数が増加すれば保険財政への影響は大。
単価が高額であり患者数が非常に多い	●ゾレア皮下注用75mg（気管支喘息用剤として収載済） （薬価：23,556円） ⇒ 2018年11月に、 既存治療薬では効果が認められない重症または最重症の花粉症 患者向けに製造販売承認申請済 （新規収載ではなく、既存の医薬品についての効能追加）

スイス製薬大手のノバルティスは2019年秋にも重症の花粉症患者向けの医薬品を国内で販売する。花粉症向けとしては世界で初めての「抗体医薬」で、高い症状抑制効果が期待できる。気管支ぜんそくの薬として発売済みの薬を花粉症治療薬として改めて承認を得る。（中略）

ゾレアの薬価は75ミリグラム1本で約2万3千円で、使用する本数は体重や症状によって月1～16本と異なる。そのため患者の自己負担額も様々となるが、多くのケースで3万円前後になるもよう。

既存薬で効果が不十分な重症患者は国内に200万～300万人いると推定されている。ビジネスパーソンや女性の治療ニーズが高い。（以下略）

（2019年2月26日 日本経済新聞朝刊より抜粋）

【改革の方向性】（案）

- 国民皆保険制度を維持していく観点から、医薬品・医療技術については、安全性・有効性に加え費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて検証を行い、保険収載の可否も含め公的保険での対応の在り方を決める仕組みとすべき。

(参考) 国内外で登場した高額医薬品

- 国内外において、従来よりも高額な医薬品が登場してきている。

銘 柄	収載年月	効能・効果	費 用
オプジーボ点滴静注	2014.9	非小細胞肺癌 等	約3,500万円 (1年間の場合)
ハーボニー配合錠	2015.8	C型慢性肝炎 等	約670万円 (12週間)
ステミラック注	2019.2	脊髄損傷に伴う 機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	2019.5	急性リンパ芽球性 白血病 等	約3,350万円 (1回投与)

(出所) 中央社会保険医療協議会資料等に基づき作成。費用は新規収載時または上記効能・効果追加時のもの。体重は60kgを想定。

米国での製品名	米国での承認年月等	米国での費用
イエスカルタ (リンパ腫)	2017.10	約4,000万円 (1回投与)
ラクスターナ (遺伝性網膜疾患)	2017.12	約9,100万円 (両眼1回投与)
ゾルゲンスマ (脊髄性筋萎縮症)	2019.5 (日本:薬事承認申請中)	約2億2,700万円 (1回投与)

(出所) 各社報道発表資料等に基づき作成。1米ドル=107円(令和元年11月中において適用される基準外国為替相場)。

保険給付範囲の在り方の見直し（薬剤自己負担の引上げ）

- 諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担について技術料とは異なる仕組みが設けられている。
- OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品は、医療機関での処方によりOTC医薬品より大幅に低い負担で入手可能。セルフメディケーションの推進に逆行し公平性も損ねている。

◆ 薬剤自己負担の国際比較

日本	原則 3 割 + 高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%） （義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割）
ドイツ	10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限 5 ユーロ） （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定 （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	1,150クローネまで全額自己負担、より高額の場合一定の自己負担割合 （注）上限は年間2,300クローネ

◆ 医療用医薬品と市販品（OTC医薬品）の比較

種 類	医療用医薬品				OTC医薬品	
	銘柄	薬価	3 割負担 (現役)	1 割負担 (高齢者)	銘柄	価格
湿布	AA	300円	90円	30円	A	2,598円
ビタミン剤	BB	530円	159円	53円	B	4,048円
漢方薬(感冒)	CC	1,010円	303円	101円	C	4,730円
皮ふ保湿剤	DD	1,300円	390円	130円	D	2,493円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。

※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

保険外併用療養費制度の更なる活用

【論点】

- 現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担。「全ての診療行為を保険適用とする」か「全ての診療行為を保険適用としない」のいずれかしか選択肢がない硬直的な制度。
- そのため、今後、①高額医薬品の経済性の面からの評価や、②OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付範囲からの除外が行われる際には、保険が適用されない部分の薬剤料だけでなく、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となり、患者にとって大きな負担。

◆ 保険外併用療養費制度の概要（現行制度）

- ・ 例外的に、保険外併用療養費制度として認められている治療であれば、保険診療と併用することが可能。例えば、差額ベッド代は全額自己負担であっても、それ以外の入院料などは通常の負担。

保険診療部分	保険外診療部分
保険から給付 3割自己負担	全額自己負担

保険外併用療養費制度の分類

評価療養	保険導入のための評価を行うもの (例：先進医療)
患者申出療養	患者からの申出に基づき 保険導入のための評価を行うもの
選定療養	保険導入を前提としないもの (例：差額ベッド、歯科の金合金)

◆ 高額医薬品に活用する場合

- ・ 経済性の面からの評価に見合う価格を超える高額医薬品の処方について、①当該価格までを保険適用とし、②当該価格を超える部分については全額自己負担とすることが可能。

高額医薬品		
初診料や検査料	①効果に見合う価格分	②超過する価格分
保険から給付 3割自己負担	保険から給付 3割自己負担	全額自己負担

◆ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医薬品に活用する場合

- ・ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医薬品の処方について、当該医薬品は全額自己負担、当該医薬品以外の部分（初診料や検査料など）は従来通りの負担。

初診料や検査料	OTC化済医薬品
保険から給付 3割自己負担	全額自己負担

【改革の方向性】（案）

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2018」においても「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養費制度を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討」とされたことも踏まえ、国民皆保険制度を維持する観点から、新たな類型の創設も含めて保険外併用療養費制度の更なる活用を行うべき。

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

① 医療提供体制の改革

② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方

③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現

④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革

⑤ 薬価制度抜本改革

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院 日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	28.2 (16.2)	13.1	18.5 ※1	2.4 ※1	86.5 ※1	11.3 ※1	55.2
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	53.1	4.3	161.6	12.9	34.7
フランス	9.9 ※1 (5.6) ※1	6.0	52.8	3.2	175.3 ※3	10.5 ※3	14.2
イギリス	6.9 (5.9)	2.5	110.8	2.8	308.5	7.8	7.2 ※2
アメリカ	6.1 ※1 (5.5) ※1	2.8 ※1	93.5 ※1	2.6	419.9 ※1・3	11.7 ※3	37.6

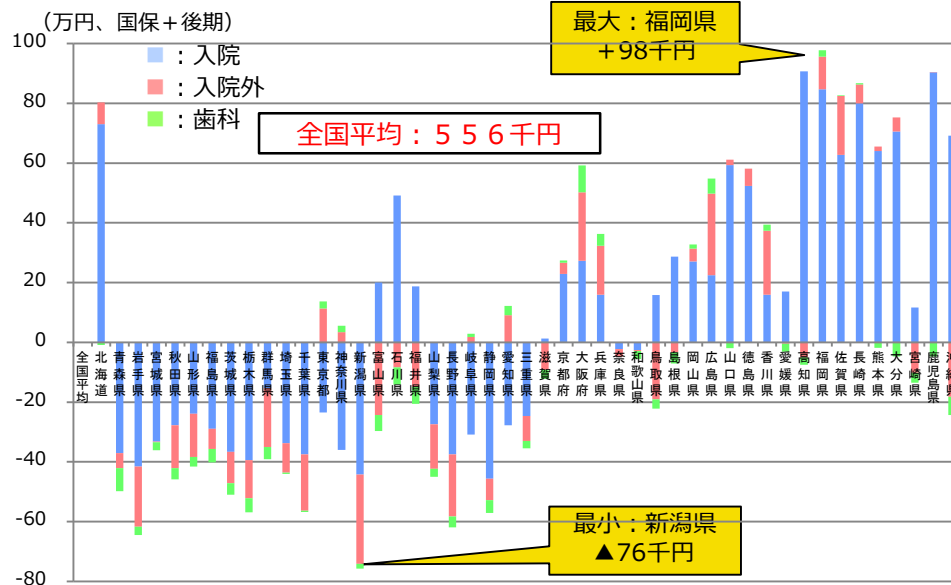
出典：「OECD HealthData2019」（2017年データ） 注1：「※1」は2016年のデータ。

注2：「※2」は2014年のデータ。

注3：「※3」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注4：平均在院日数の（ ）書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数である。

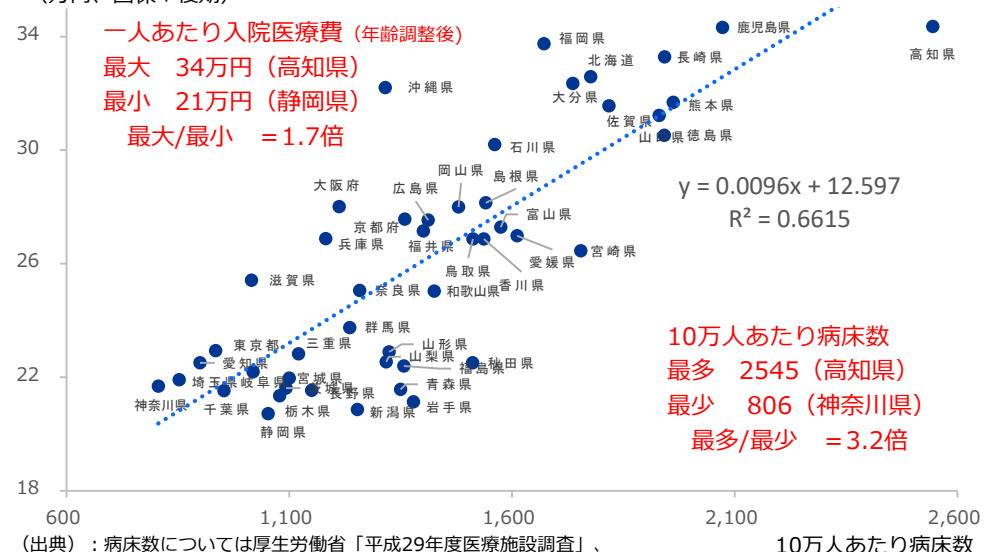
◆ 一人あたり医療費（年齢調整後※）の地域差



◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費

(万円、国保+後期)

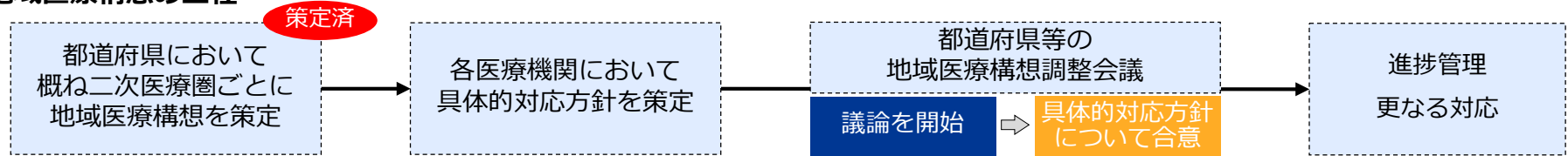


※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

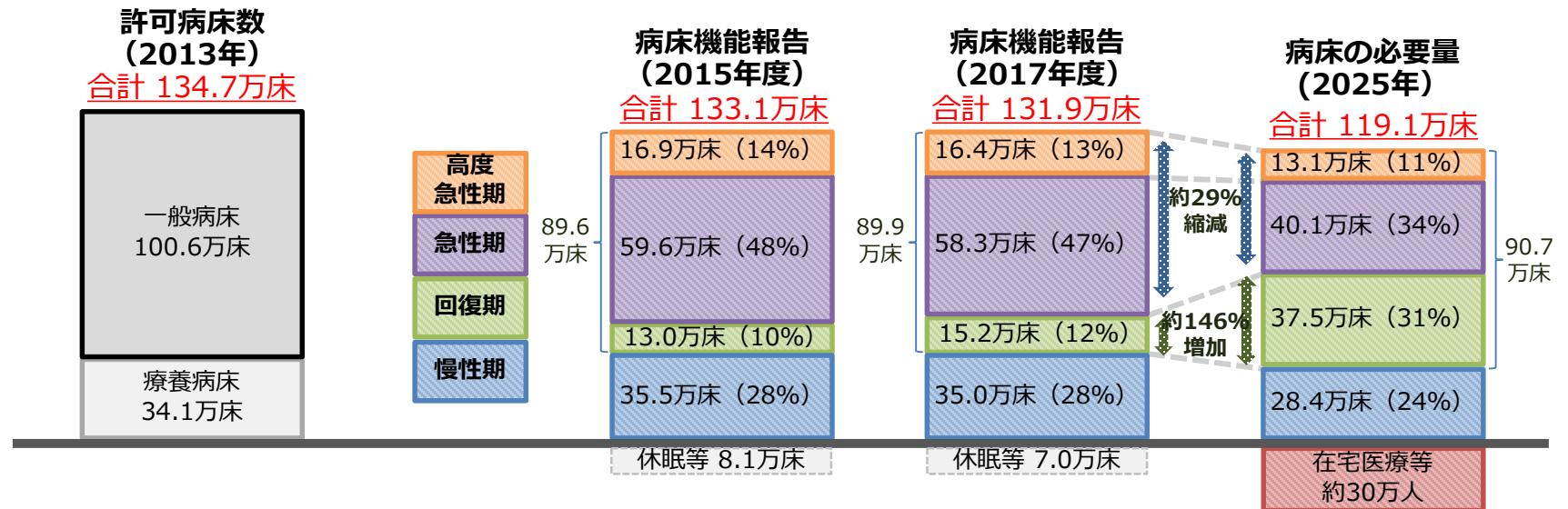
地域医療構想の推進①

- 団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年、すべて後期高齢者となる2025年に向けて、地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていく必要。

◆ 地域医療構想の工程



◆ 地域医療構想に基づく病床の必要量



病床機能報告においては、各医療機関の判断により、実際に提供されている医療機能を踏まえて病棟ごとに病床が担う医療機能を選択・報告

高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能（救命救急病棟等を例示）
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

地域医療構想の推進②

- 地域医療構想の実現に向け、公立・公的病院等について2018年度末までに具体的対応方針の策定を概ね終えた状況。
- しかしながら、具体的対応方針の内容が地域医療構想における2025年のあるべき姿と整合的か否かは担保されていない。構想区域内の全ての公立・公的病院等に係る具体的対応方針が合意されていても、単にほぼ現状維持の方針が示されているだけに過ぎないケースも存在。

◆ 全ての公立・公的病院等について対応方針が「合意」されている構想区域の例（病床数の状況）

2025年に向けて病床数がほぼ維持されたままであり
減少すべき急性期病床は逆に増加している区域

	2017年度報告		2025年 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	17	公 17 民 0	84	▲2
急性期	708	公 673 民 35	318	+18
回復期	149	公 149 民 0	259	+42
慢性期	144	公 144 民 0	117	+3
休棟中等	63	公 60 民 3	—	▲60
合計	1,081	公 1,043 民 38	778 (要 ▲303)	+1

休棟中の病床を減少させるべき急性期病床に振替え、
大幅に減少させるべき高度急性期病床が逆に増加している区域

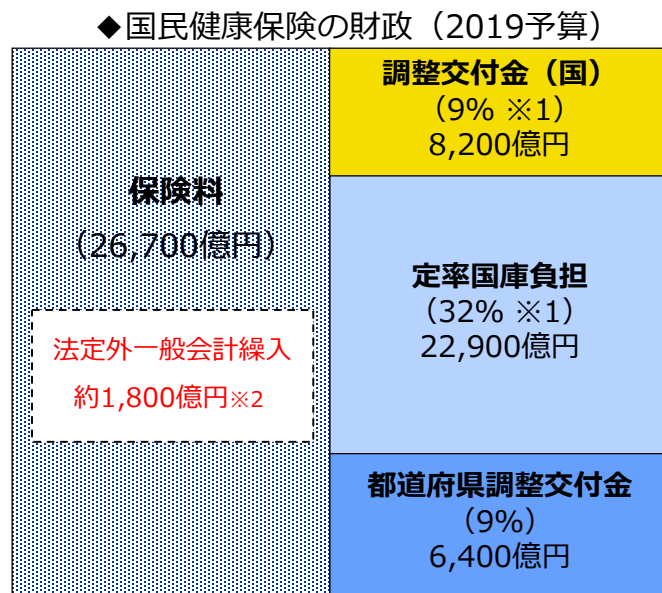
	2017年度報告		2025年 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	2,050	公 2,050 民 0	889	+10
急性期	2,414	公 1,651 民 763	2,104	+83
回復期	772	公 285 民 487	1,572	±0
慢性期	2,598	公 515 民 2,083	1,449	±0
休棟中等	183	公 93 民 90	—	▲93
合計	8,017	公 4,594 民 3,423	6,014 (要 ▲2,003)	±0

(出典) 地域医療構想に関するワーキンググループ (2019.6.21) 提出資料

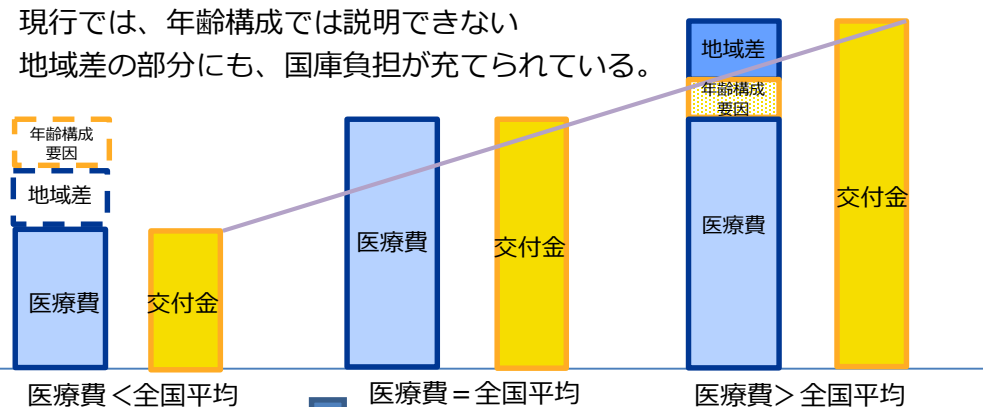
普通調整交付金の配分方法の見直し

【論点】

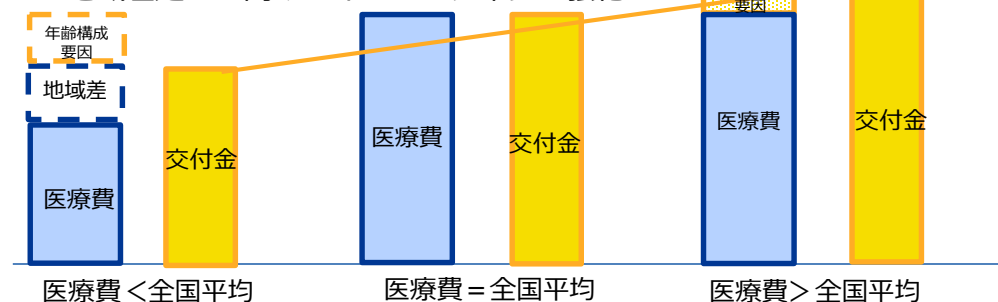
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く 5 割超は公費で賄われており、このうち6,400億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から自治体に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組み。



普通調整交付金
6,400億円
特別調整交付金
1,500億円
特例調整交付金
300億円



年齢構成では説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



※1 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 2017年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

【改革の方向性】（案）

- 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。（年齢構成では説明できない地域差は、その地域の保険料水準に反映されるべき。）

医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、2006年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。発動の要件やどのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されてもいない。
- 2018年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。
- 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

全国一律（注）		×	全国一律		＝	医療費
診療報酬点数（厚生労働大臣告示）			1点あたり 単価 10円			
（例）	初診料	288点				
	急性期一般入院料 1	1,650点				
	調剤基本料 1	42点				

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

（参考）
①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用（考えられる例）

- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整
- 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
- 調剤業務の需要に見合わない供給増（薬剤師や薬局数の増加）が生じた場合の調剤技術料の引下げ

【改革の方向性】（案）

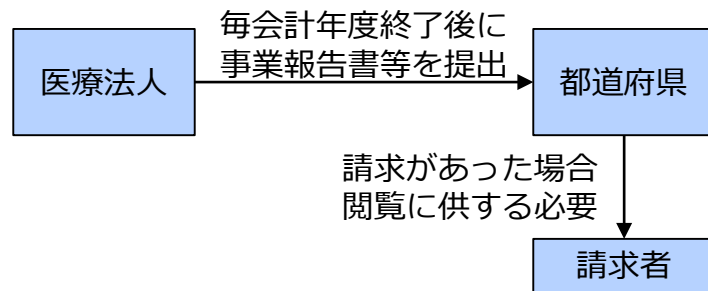
- 都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のガバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的に活用可能なメニューを国として示すとともに、第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき。

医療分野におけるデータの「見える化」の更なる推進

【論点】

- 2007年に施行された医療法改正により、医療法人が都道府県等に提出する財務諸表等を誰でも閲覧することが可能となった。情報公開の観点から評価されるべきものであるが、基本的に書類は個々の医療法人を所轄する都道府県に保管されるにとどまっている。
- 2018年度に創設された国民健康保険の保険者努力支援制度は、市町村や都道府県における医療費適正化等の取組状況を点数化し、獲得点数に応じて交付額を決定する制度。都道府県ごとの点数は公表されているものの、市町村ごとの点数は公表されておらず、近隣の市町村や同規模の市町村との比較や優良・先進事例の把握が困難であり、インセンティブとして十分に機能しない。

◆ 医療法に基づき、医療法人が都道府県に提出する書類

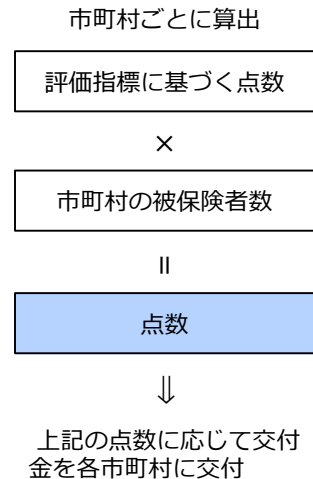


(注)「事業報告書等」には、事業報告書、財産目録、貸借対照表、関係事業者との取引の状況に関する報告書などが含まれる。

医療経済実態調査	上記により提出された財務諸表
2年に1回の実施	毎会計年度提出
病院・診療所単位	医療法人単位（医療法人のみ）
毎回調査対象が異なるため 時系列での比較が困難	時系列での比較が可能
一定割合の抽出調査	医療法人には提出義務あり

◆ 国民健康保険の保険者努力支援制度（市町村分・2020年度）

評価指標（概要）	満点（計995点）
特定健診・保健指導の実施率	190点
がん検診等の受診率	70点
重症化予防の取組	120点
個人へのインセンティブ提供・情報提供	110点
適正受診・適正服薬の促進	50点
後発医薬品の使用促進	130点
収納率向上	100点
データヘルス計画の取組	40点
医療費通知の取組	25点
地域包括ケアの推進	25点
第三者求償の取組	40点
適正かつ健全な事業運営の実施状況	95点



【改革の方向性】（案）

- 医療法に基づき都道府県に提出されている医療法人の財務諸表について、データを網羅的に集計し医療法人全体の経営状況の動向を把握するなどといった一層の「見える化」を推進するべき。
- 国民健康保険制度の保険者努力支援制度に関し、保険者における医療費適正化等に向けた取組に対するインセンティブをより働かせる観点から、市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表するべき。

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

① 医療提供体制の改革

② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方

③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現

④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革

⑤ 薬価制度抜本改革

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

診療報酬(本体)改定率・薬価等改定率

	(年度)								
	1989 (H元)	1990 (H2)	1992 (H4)	1994 (H6)	1996 (H8)	1997 (H9)	1998 (H10)	2000 (H12)	2002 (H14)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	(+0.65%)	▲2.7%	▲2.5%	▲2.12%	▲2.6%	▲0.87% (+0.45%)	▲2.8%	▲1.7%	▲1.4%
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への上積み)	(+0.11%)	+3.7%	+5.0%	+4.8%	+3.4%	+1.25% (+0.32%)	+1.5%	+1.9%	▲1.3%
(A)+(B)	(+0.76%)	+1.0%	+2.5%	+2.7%	+0.8%	+0.38% (+0.77%)	▲1.3%	+0.2%	▲2.7%

	2004 (H16)	2006 (H18)	2008 (H20)	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2019 (H31)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	▲1.0%	▲1.80%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.375%	▲0.63% (+0.73%)	▲1.33% 〔▲1.52%〕 〔▲1.82%〕	▲1.45% 〔▲1.74%〕	▲0.48% (+0.47%)
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への上積み)	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%	+0.73% (+0.63%)	+0.49%	+0.55%	+0.41% (+0.41%)
(A)+(B)	▲1.0%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.004%	+0.1% (+1.36%)	▲0.84%	▲0.90%	▲0.07% (+0.88%)

※ ()内は、消費税対応分。(注1)2016年度の〔〕書き(中段)には、市場拡大再算定(通常分)を含む。
(注2)2016年度及び2018年度の〔〕書き(下段)には、市場拡大再算定(通常分)及び新たに行われた制度改革の影響を含む。

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

- ① 医療提供体制の改革
- ② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方
- ③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現
- ④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革
- ⑤ 薬価制度抜本改革

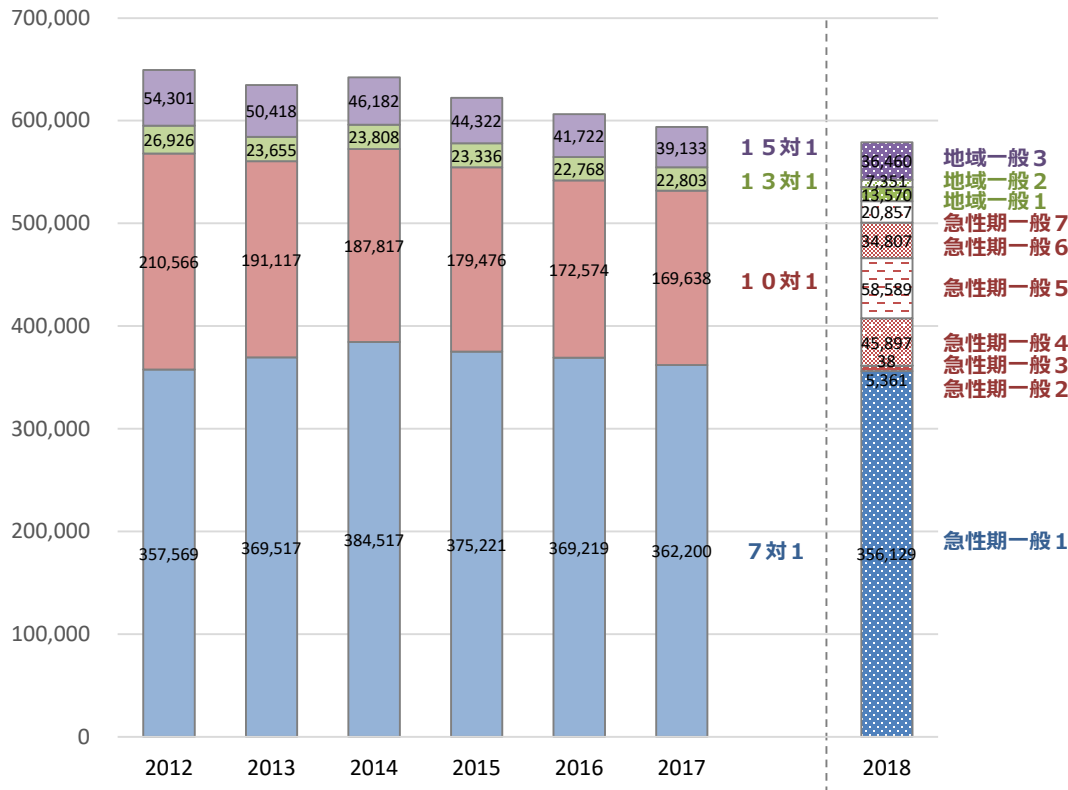
3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

一般病棟入院基本料別病床数の推移

- 病棟ごとに届出が行われている「一般病棟入院基本料」については、急性期を念頭に高い報酬設定がされている「急性期一般入院料1」（旧7対1入院基本料に相当）を算定する病床が最も多く、約6割を占めている。
- 旧7対1入院基本料を算定する病床は2006年の導入後に急増し、累次の見直しにもかかわらず十分に減少していない。
（注）2014年度診療報酬改定においては、要件見直しにより9万床の7対1病床を転換するものとされていた。

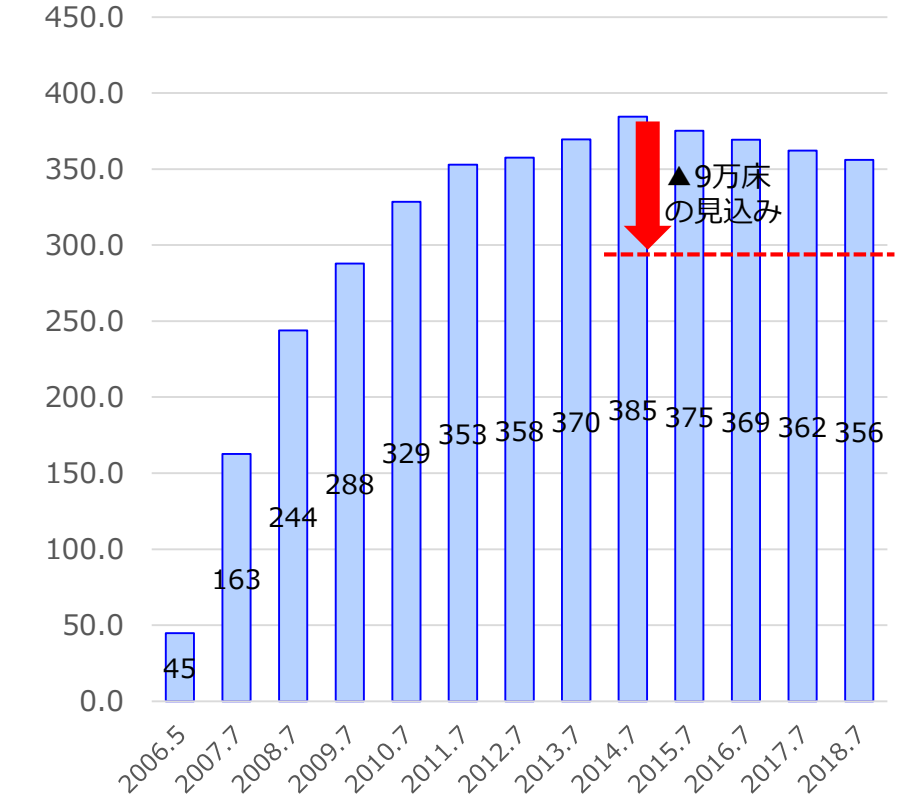
◆ 一般病棟入院基本料別の届出病床数の推移

（病床数）



◆ 旧7対1入院基本料の届出病床数の推移

届出病床数（千床）

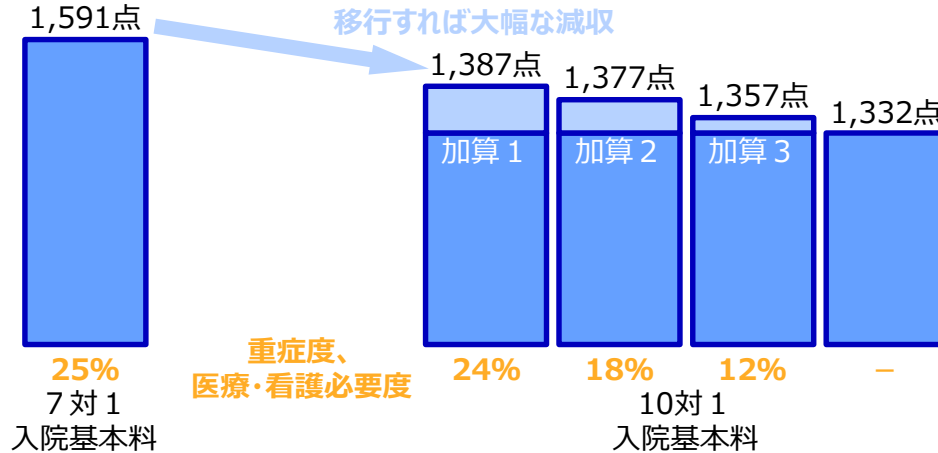


急性期病床の適正化（旧 7 対 1 入院基本料の動向）

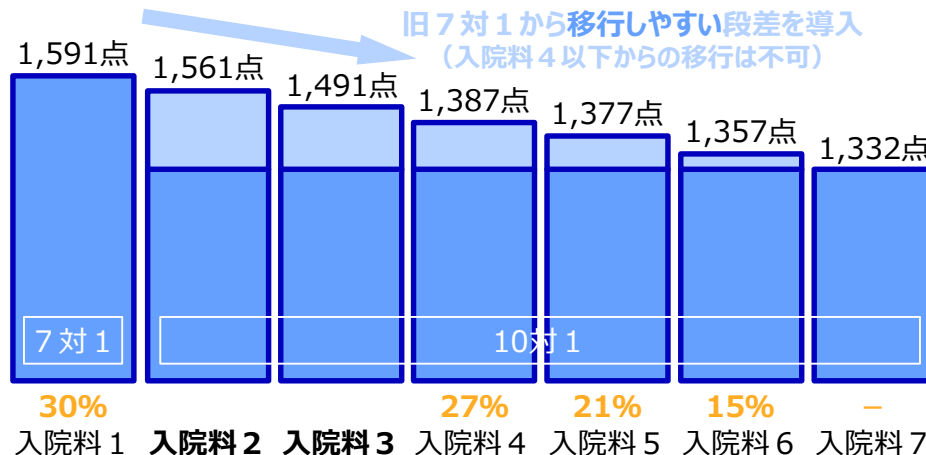
- 2018年度診療報酬改定においても入院基本料の再編を実施する中で旧 7 対 1 入院基本料の要件の見直しなどを実施したが、移行した病棟はこれまでに約 6 %にとどまり、今後も 9 割以上は増床または現状維持との意向。

◆ 急性期入院基本料の再編と主な要件

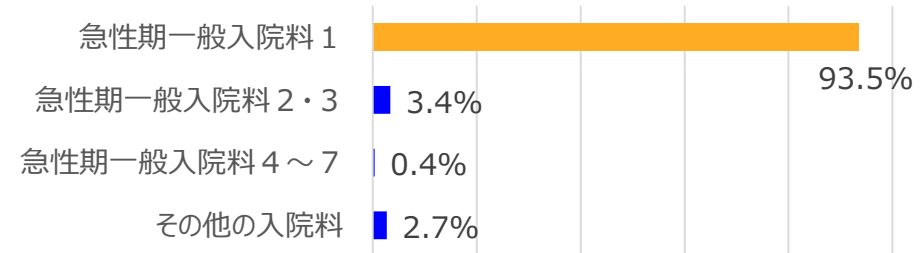
【2018年度改定前：7 対 1 ・ 10 対 1 入院基本料】



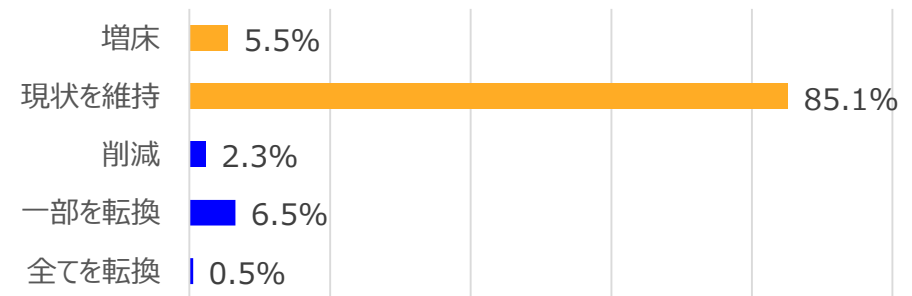
【2018年度改定後：急性期一般入院料】 ※ 2018年 4 月改定直後の点数



◆ 旧 7 対 1 入院基本料を届け出ていた病棟の2019年6月1日現在の届出状況



◆ 急性期一般入院料 1 の届出病床に係る今後の病床数増減の意向



◆ 医療機関が急性期一般入院料 1 を届け出ている理由 (複数回答・上位3位)

施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため	85.5%
改定前の一般病棟（7 対 1）相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い（医療需要がある）ため	70.1%
急性期一般入院料 1 以外の病棟へ転換すると地域で連携している医療機関からの要請に応えられなくなる懸念があるため	42.8%

急性期病床の適正化（重症度、医療・看護必要度の見直し）

【論点】

- 入院基本料の施設要件は、看護職員配置のほかに患者の重症度、医療・看護必要度なども要件とされているが、病床の果たしている機能に合わせた評価とするためには、患者の状態像を表す指標に切り替えていくことがむしろ自然。
- 2018年度診療報酬改定において急性期一般入院料1に係る重症度、医療・看護必要度は30%に引き上げられたが、これまで重篤と評価されていなかった患者も重篤であると評価する見直しの影響も受け、要件を大幅に上回る実績となった。

◆ 重症度、医療・看護必要度に係る評価（重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合）

A	モニタリング及び処置等（実施していれば各1点）	B	患者の状況等（状況により各0・1・2点）	C	手術等の医学的状況（該当すれば各1点）
1	創傷処置	9	寝返り	16	開頭手術（7日間）
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	10	移乗	17	開胸手術（7日間）
3	点滴ライン同時3本以上の管理	11	口腔清潔	18	開腹手術（4日間）
4	心電図モニターの管理	12	食事摂取	19	骨の手術（5日間）
5	シリンジポンプの管理	13	衣服の着脱	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）
6	輸血や血液製剤の管理	14	診療・療養上の指示が通じる	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）
7	専門的な治療・処置 ※2点 （抗悪性腫瘍剤（注射剤）の使用など11項目）	15	危険行動	22	救命等に係る内科的治療（2日間）
8	救急搬送後の入院（2日間） ※2点				

⇒ 対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3か月の下記に該当する患者の割合を算出

- ・ A得点2点以上 かつ B得点3点以上
- ・ 「B14」または「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上 かつ B得点が3点以上 ※2018年度改定で追加
- ・ A得点3点以上
- ・ C得点1点以上

◆ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布

30.0%～ 32.5%	32.5%～ 35.0%	35.0%～ 37.5%	37.5%～ 40.0%	40.0%～
58施設	99施設	82施設	34施設	43施設

（出典）中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会提出資料
（注）上記のほか、27.5～30.0%に該当する6施設が存在。

【改革の方向性】（案）

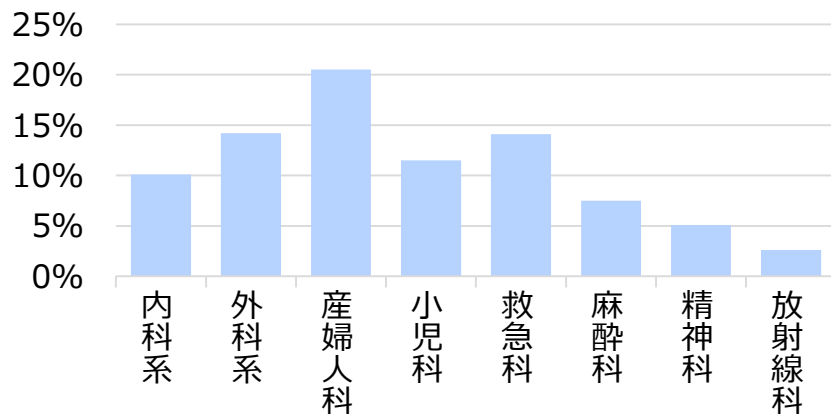
- 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度要件について、現在の30%以上から35%以上に引き上げるとともに、その他の急性期一般入院料についても併せてバランスの取れた引上げを行うべき。
- 将来的には、看護職員配置を要件とするのではなく、重症度、医療・看護必要度や手術実績等を算定要件とすべき。

医師の働き方改革への対応

【論点】

- 働き方改革については、2024年度から医師にも時間外労働上限規制が適用され、原則として年960時間（週勤務時間60時間相当）、やむを得ない限られた場合であっても年1,860時間（週勤務時間約80時間相当）以内とされることが見込まれている。
- 医師の働き方改革を支援するために、追加的な人件費等に係る診療報酬の増額を求める声もあるが、
 - ・ 病院勤務医の中でも診療科や病院の種別によって時間外労働の状況に大きなバラツキがあり、
 - ・ 例えば、タスク・シフティングであれば、医師の超過勤務が削減される中、必ずしも追加的なコストが生じるわけではない。

◆ 週勤務時間が約80時間相当を超える病院勤務医の割合



◆ 年間の時間外勤務時間が1,860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

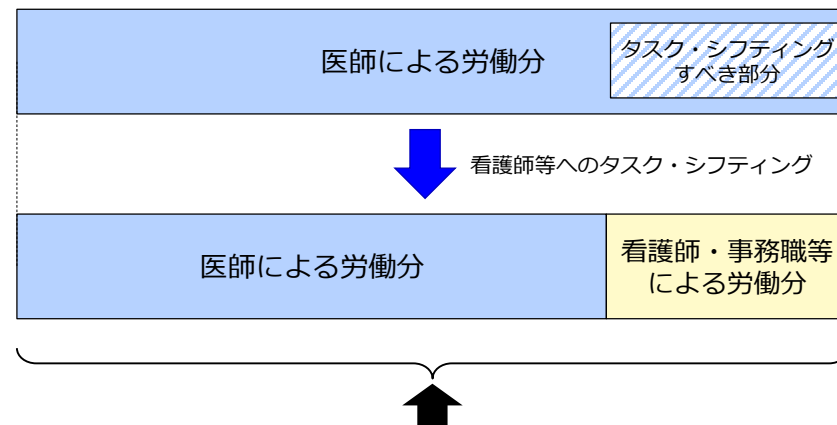
病院全体	大学病院	救命救急機能を有する病院	400床以上の病院
27%	88%	84%	71%

（上記2点の出典）医師の働き方改革に関する検討会 報告書（2019.03.28）

【改革の方向性】（案）

- 医師の働き方改革に当たっては、地域医療構想の推進などによる医療提供体制の効率化を進めることが前提。
- 必要に応じて地域医療介護総合確保基金を有効に活用して支援を行うことが基本。タスク・シフティング等の政策的な支援は必要であるが、全体として労働コストが増加しないようにすべきであり、安易に患者負担・保険者負担を生じさせることは避けるべき。

◆ タスク・シフティングを行った場合のイメージ



必ずしも追加的なコストが生じるわけではない

◆ 地域医療介護総合確保基金における標準事業例

- ・ 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・ 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・ 休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

適切な医療提供体制を実現する観点からの患者負担等の在り方

【論点】

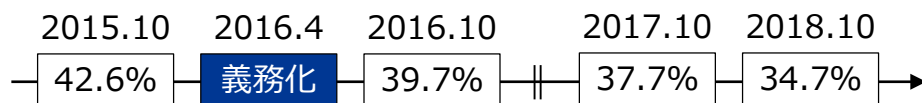
- 2016年度改定において、紹介状なく一定の大病院を受診する際には一定額（例：内科初診 5,000円）以上の徴収が義務付けられ、2018年度改定において対象範囲が拡大されたが、紹介状のない患者数の初診患者数に占める割合への影響は限定的。
- 2018年度改定において、かかりつけ医機能を評価するため、地域包括診療加算等の届出を行っている診療所等については、初診時に一定の点数を加算する機能強化加算が導入された。

◆ 大病院における紹介状なしの患者の割合（対 初診患者数比）

- ・ なお、徴収した額については病院の追加収入となり、保険財政に寄与するものではない。

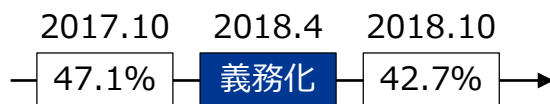
① 特定機能病院・500床以上の地域医療支援病院

（2016年4月より義務化）



② 400床以上の地域医療支援病院

（①を除く・2018年4月より義務化）



（出典）中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（2019.3.27）等

（注）2015年・2016年に係る調査と2017年・2018年に係る調査は別個に実施されている。

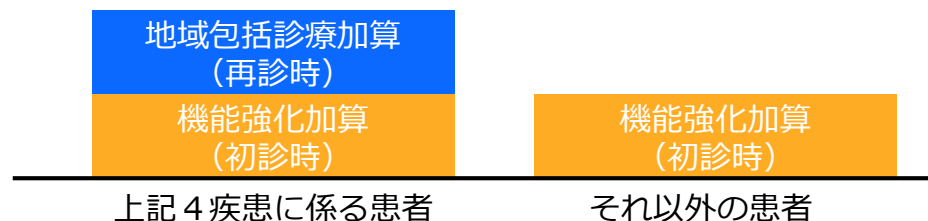
◆ 機能強化加算（2018年度改定で導入）

診療所または許可病床200床未満の病院のみ

- 地域包括診療加算（かかりつけ医機能を評価するため、一定の施設基準を満たし、脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認知症のうち2以上の疾病を有する患者に対し療養上の指導等を行っている場合に算定）等の届出を行っている医療機関
- 地域におけるかかりつけ医機能として、健康管理に係る相談や夜間・休日の問い合わせへの対応等を行っていることを掲示



受診内容や受けるサービスにかかわらず
初診患者全員について初診料288点に80点を加算
（3割負担の場合の患者負担：240円の増加）



【改革の方向性】（案）

- 大病院受診時の選定療養による定額負担について、対象範囲・金額を更に拡大しつつ、診療報酬への上乗せ収入とするのではなく保険財政の負担軽減につながるように定額負担を求めるなど、仕組みの見直しを行うべき。
- 機能強化加算を算定している診療所等においては、脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認知症のいずれでもない患者についても、初診の受診時に定額240円の窓口負担（3割負担の場合）が生じることとなっているが、こうした加算の在り方を検討すべき。

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

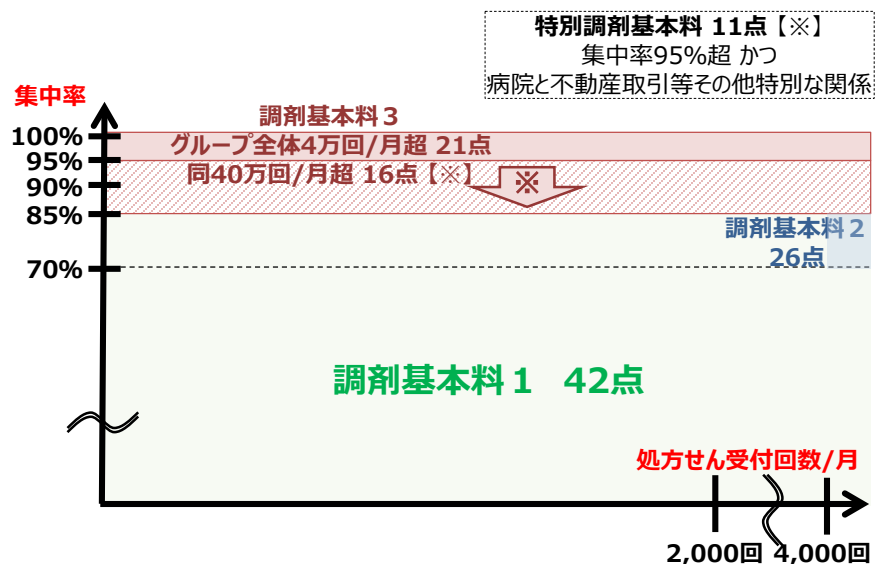
- ① 医療提供体制の改革
- ② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方
- ③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現
- ④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革
- ⑤ 薬価制度抜本改革

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

調剤基本料の構造

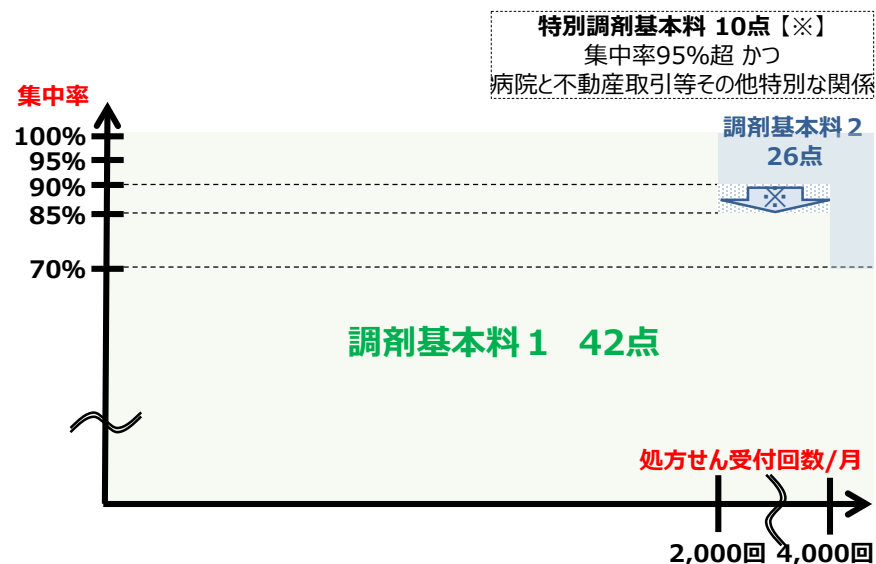
- 調剤基本料は、薬局の運営維持に要するコストを処方せんの集中率と受付回数の側面から評価したもの。
- 2018年度診療報酬改定においては、いわゆる大型門前薬局に係る調剤報酬の引下げを実施。いわゆる大型門前薬局が念頭に置かれた調剤基本料3を算定する薬局の割合は増加しているが、調剤基本料2を算定する薬局の割合は減少。

◆ 同一グループ全体で処方せん受付回数が4万回超の薬局



グループ全体40万回/月超：200店舗超に相当。上位15程度の薬局グループが該当。

◆ それ以外の薬局（※は2018年度改定による創設・拡大）



◆ 各調剤基本料の届出薬局数の構成比の推移

	調剤基本料1	調剤基本料2	調剤基本料3
2016年	90.1%	3.4%	6.5%
2017年	91.3%	3.2%	5.5%
2018年	84.4%	3.1%	12.5%

2018年度改定

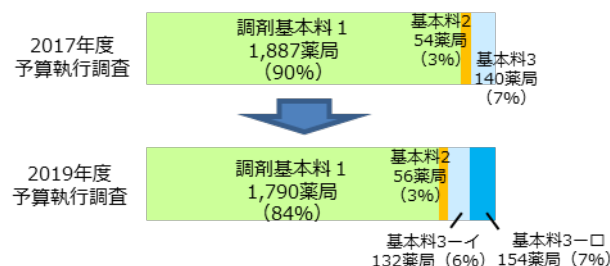
（出典）中央社会保険医療協議会総会（2019.9.11）提出資料。調剤基本料1には注1ただし書き該当の薬局数も含む。

調剤基本料 1 を算定している薬局の実態（令和元年度予算執行調査）

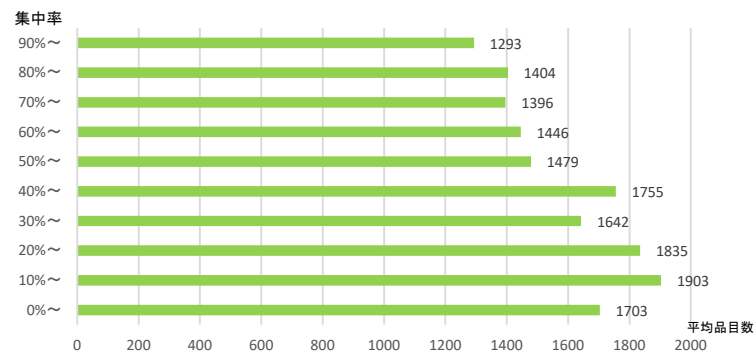
【論点】

- 2018年度診療報酬改定（調剤報酬に係る評価の見直し）の前後で、各調剤基本料を算定する薬局の割合を調査したところ、依然として調剤基本料 1 を算定している薬局が84%と全体の太宗を占めている。大型門前薬局を念頭に置いている調剤基本料 3 の割合は若干増加しているが、調剤基本料 2 にはほぼ変化が見られなかった。
- 調剤基本料 1 を算定している薬局を処方せんの集中率と受付回数で区分すると、様々な医療機関から処方せんを地域で受け付けている（面分業を行っている）比較的小規模な薬局が一定数存在する一方で、処方せんの集中率が高い薬局も存在し、その中には比較的規模の大きな薬局も含まれていた。
- 調剤基本料は、薬局の運営維持に要するコストを処方せんの集中率と受付回数の側面から評価したもの。集中率の低い面分業の薬局の方が備蓄している医薬品目数が多い傾向があり、高コストであると考えられる。

◆ 2018年度診療報酬改定前後の薬局の割合



◆ 処方せんの集中率別の備蓄医薬品目数



※ 地域体制加算の届出を行った薬局について集計

◆ 調剤基本料1を算定している薬局の集中率・受付回数別の分布



※ 令和元年度の調査対象期間において、調剤基本料または地域支援体制加算に係る届出がなかった薬局については、平成29年度調査時の届出のデータをそのまま使用。

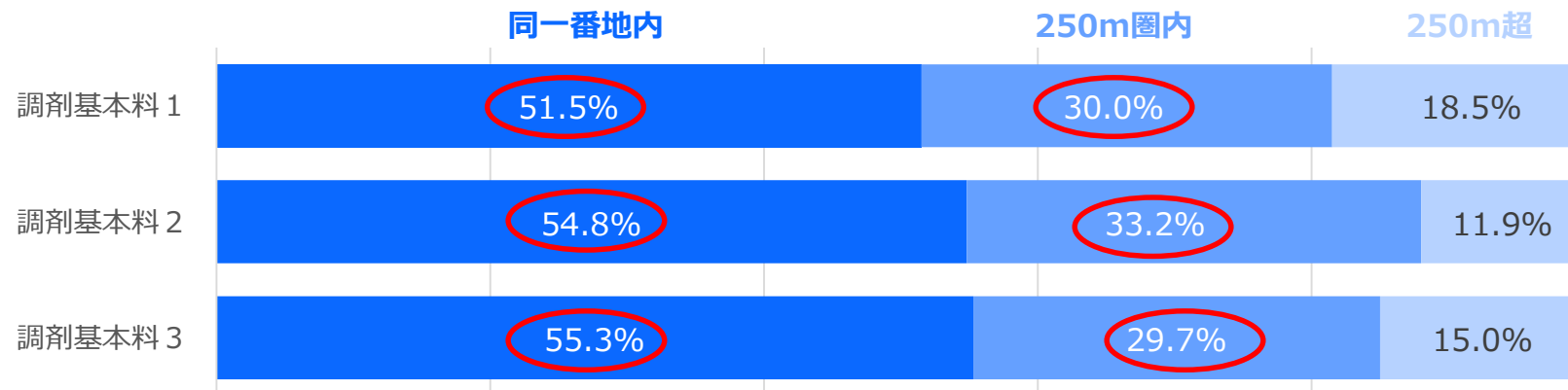
【改革の方向性】（案）

- 調剤基本料 1 が算定されている薬局の中には、処方せんの集中率が高く、比較的規模の大きな薬局も含まれているが、処方せんの集中率が低く比較的規模の小さな薬局と同様に調剤基本料 1 が算定されることについて見直しを行うべき。

調剤基本料別の処方元医療機関との距離、後発医薬品の調剤動向

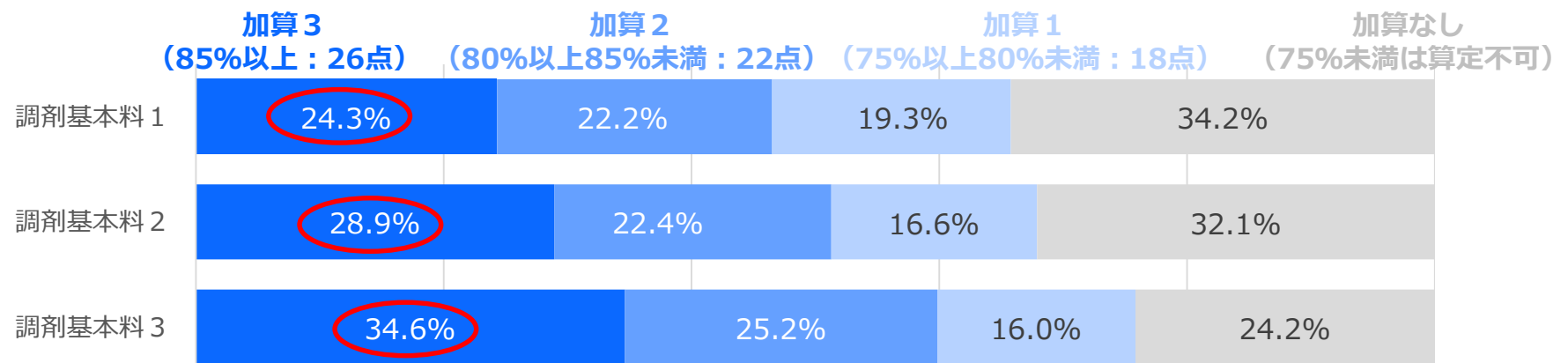
- 薬局と処方元医療機関との距離分布を見ると、調剤基本料1、調剤基本料2、調剤基本料3のいずれを算定していても、処方せんの半数強が同一番地内、概ね8～9割が同一番地または250m圏内となっており、ほぼ同じ傾向。
- 後発医薬品調剤体制加算の算定割合を見ると、全体的に、調剤基本料3を算定する薬局において後発品の調剤数量割合が大きく、調剤基本料1を算定する薬局において小さい傾向。

◆ 各調剤基本料における薬局と処方元医療機関との距離分布



(出典) 健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」(2019年8月)

◆ 各調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算（後発品の調剤数量割合に応じて加算）の算定割合



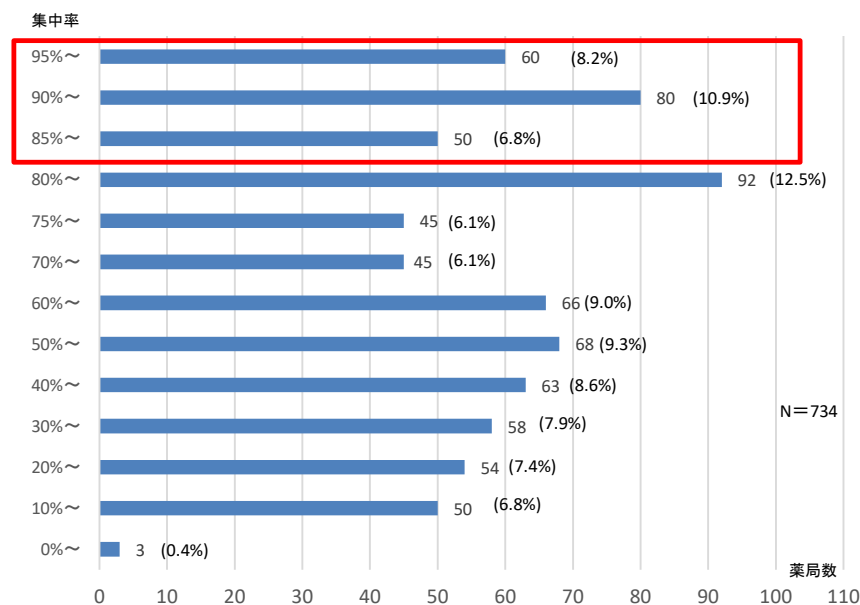
(出典) 健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」(2019年8月)をもとに、調剤基本料ごとの届出数から各体制加算の届出数の合計を控除したものを「加算なし」に分類

地域支援体制加算を算定している薬局の実態（令和元年度予算執行調査）

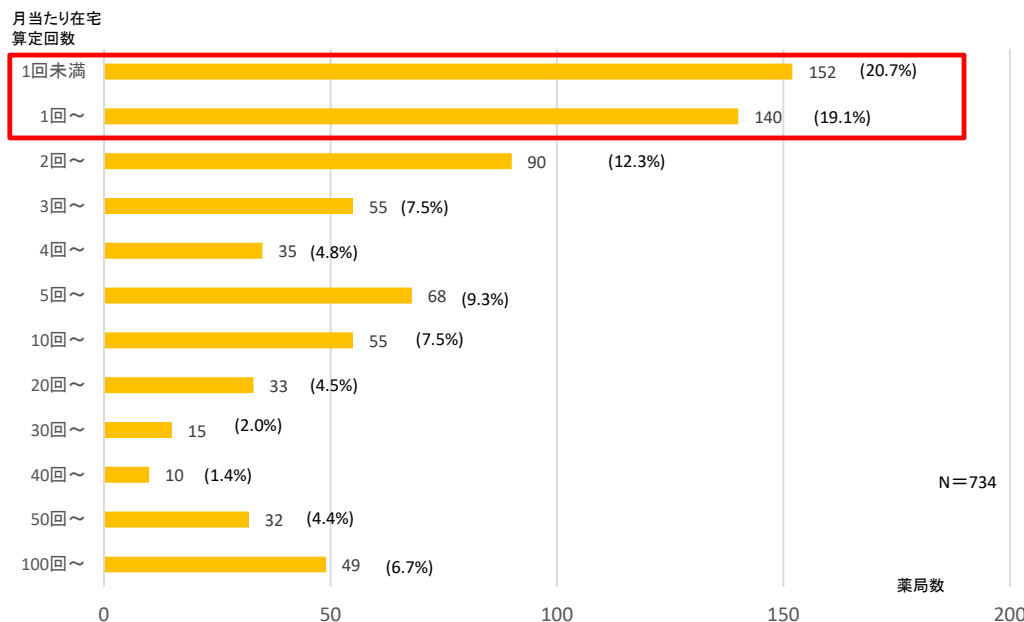
【論点】

- 2018年度より新設された地域支援体制加算（35点）を算定するには、地域医療に貢献する体制を有することを示す実績を有している必要があるが、調剤基本料1を算定している薬局においては、これらの定量的な実績要件の代わりに、①麻薬小売業者の免許を受けている、②在宅患者薬剤管理の実績を有している、③かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っている、の3要件を満たしていれば算定することが可能となっており、「地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局の評価」の要件が大幅に緩和されている。
- 地域体制加算を算定している薬局について調査を行うと、処方せんの集中率が85%を超える薬局（調剤基本料3の集中率要件であり、いわゆる門前薬局・マンツーマン薬局と考えられる）が約3割を占めていた。
- また、在宅患者への対応が平均して月1回未満の薬局が約2割、月2回未満の薬局が約4割を占めており、多くの薬局で在宅患者への対応を積極的に行っているとは言い難い状況にあった。

◆ 地域支援体制加算を算定する薬局の処方せんの集中率別の内訳



◆ 在宅患者に対する薬学的管理等の実施回数別の薬局数



【改革の方向性】（案）

- 地域支援体制加算について、調剤基本料1を算定していることによる要件の大幅緩和措置を撤廃するとともに、真に地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価する観点から、在宅患者への積極的な対応も含めた厳格な実績要件を改めて設定するなどの見直しを行うべき。

調剤料の設定のあり方

- 調剤料（内服薬）については、院内処方では投与日数や剤数にかかわらず1回の処方につき定額（9点：90円）とされている一方で、院外処方では投与日数や剤数に応じて点数が高くなるように設定。累次の改定においてもこうした構造についての見直しはごく一部にとどまっている。
- 今日の業務の実態や技術進歩（P T P包装の一般化、全自動錠剤分包機の普及などの調剤業務の機械化等）を踏まえれば、調剤料の水準を全体として引き下げるとともに、投与日数や剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした調剤料の仕組みを見直すべき。
- 調剤業務のうち、医薬品の必要量を取り揃える行為や一包化した薬剤の数量の確認行為などは、調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、薬剤師以外の者が行うことができる旨が明確化された。こうした状況も併せて適切に診療報酬体系に反映させ、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進すべき。

◆ 投与日数や剤数に応じた調剤料の設定のあり方

◎ 調剤料（内服薬）〔調剤料全体で0.9兆円〕

1剤につき

イ. 14日分以下 （赤字は、2018改定後←2018改定前←2016改定前）

(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 50円

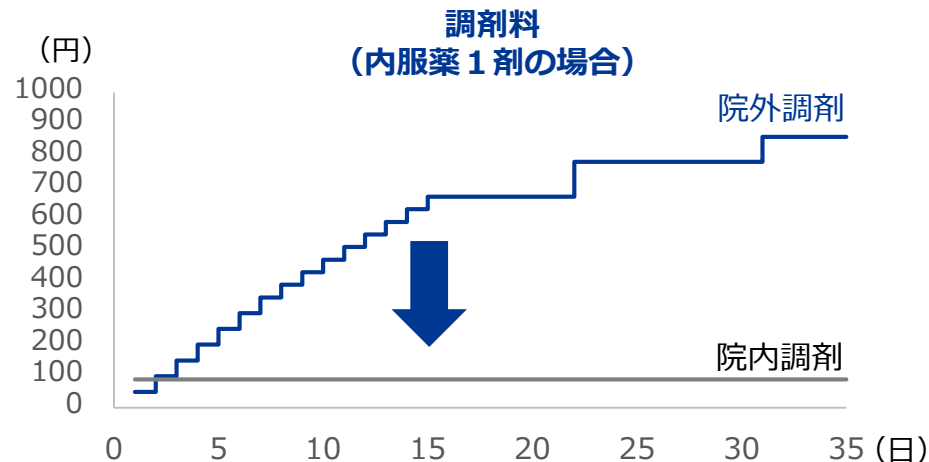
(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 40円

ロ. 15日分以上21日分以下 670円←700円←710円

ハ. 22日分以上30日分以下 780円←800円←810円

ニ. 31日分以上 860円←870円←890円

※ 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。



◆ 調剤業務のあり方について

(2019年4月2日付 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知 抜粋)

1 調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、以下のいずれも満たす業務を**薬剤師以外の者が実施することは、差し支えないこと**。なお、この場合であっても、調剤した薬剤の最終的な確認は、当該薬剤師が自ら行う必要があること。

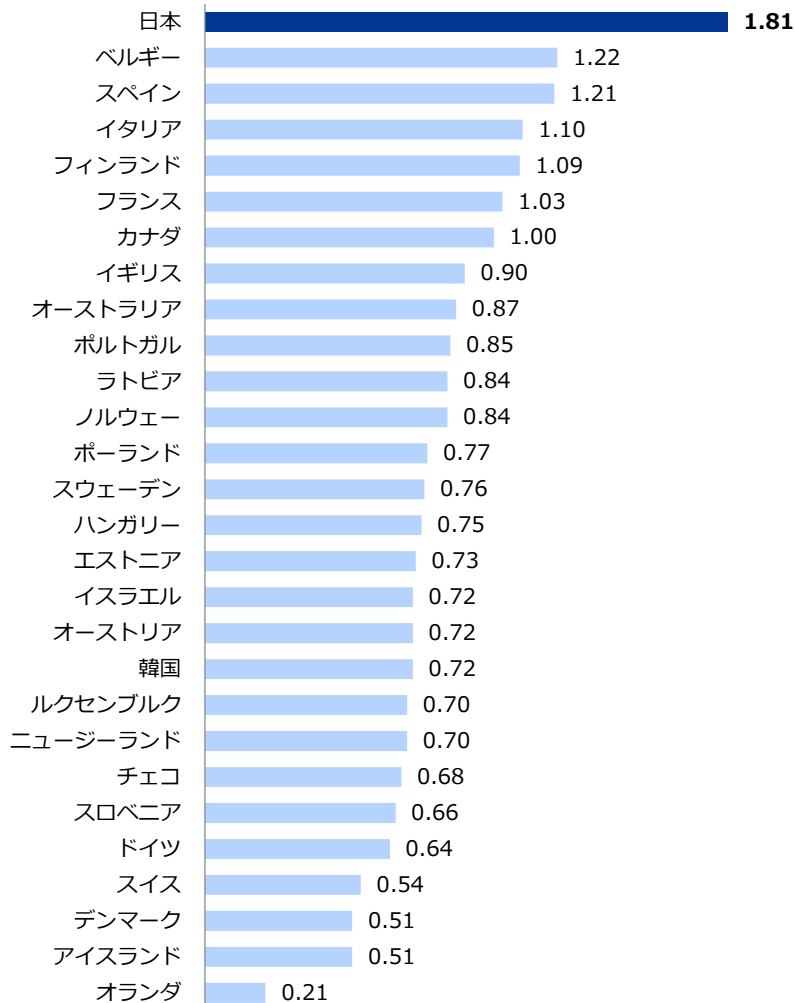
- ・ 当該薬剤師の目が現実届く限度の場所で実施されること
- ・ 薬剤師の薬学的知見も踏まえ、処方箋に基づいて調剤した薬剤の品質等に影響がなく、結果として調剤した薬剤を服用する患者に危害の及ぶことがないこと
- ・ 当該業務を行う者が、判断を加える余地に乏しい機械的な作業であること

2 具体的には、調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、当該薬剤師の目が届く場所で薬剤師以外の者が行う**処方箋に記載された医薬品（P T Pシート又はこれに準ずるものにより包装されたままの医薬品）の必要量を取り揃える行為**、及び当該薬剤師以外の者が薬剤師による監査の前に行う**一包化した薬剤の数量の確認行為**については、**上記1に該当するもの**であること。

(参考) 薬局・薬剤師数の増加

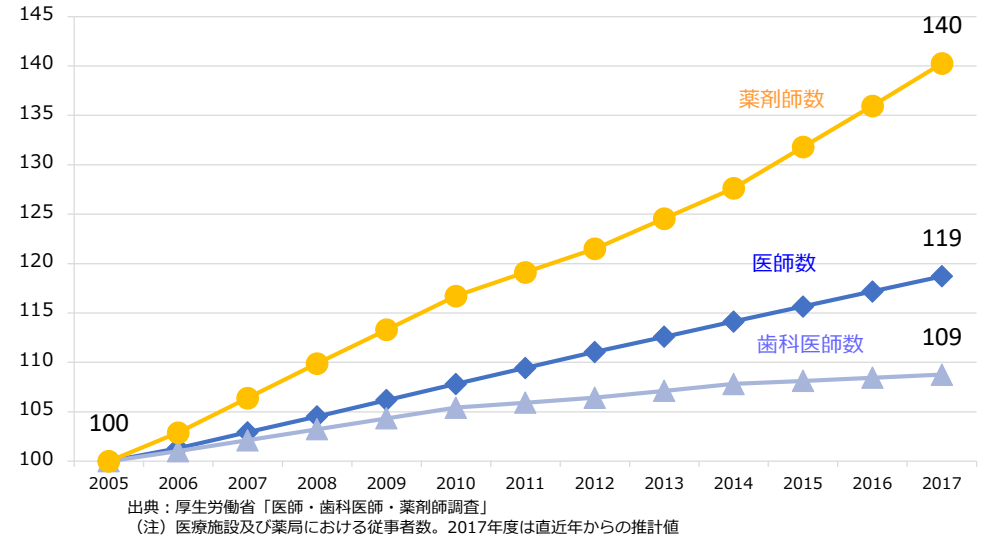
- 薬剤師数は近年増加しており、国際的に見てもOECD諸国の中で最も多い。また、薬局の開設許可には需給面からの規制がなく、薬局数も増加。コンビニエンスストアの店舗数や郵便局、ガソリンスタンド（給油所数）よりも多い。

◆ 人口1,000人当たり薬剤師数の国際比較（2017年）

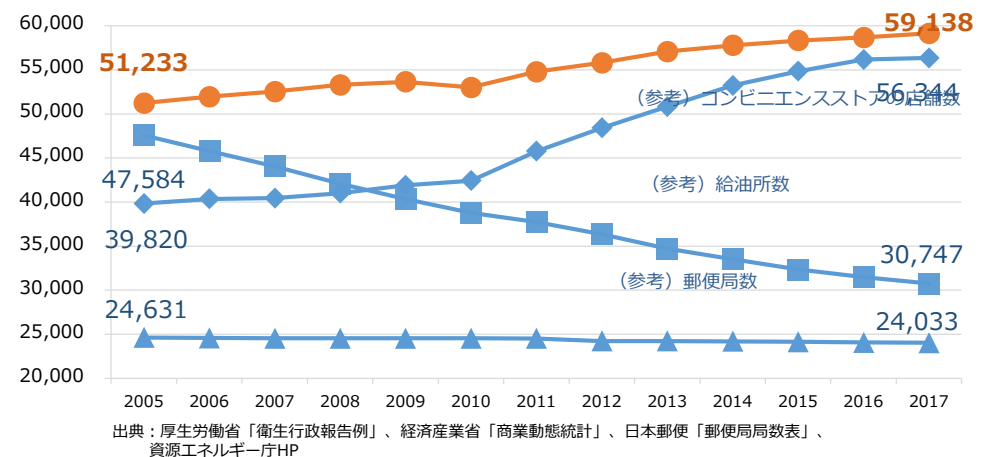


出典：「Health Data 2019」（OECD）

◆ 医師・歯科医師・薬剤師数の推移（2005年度＝100）



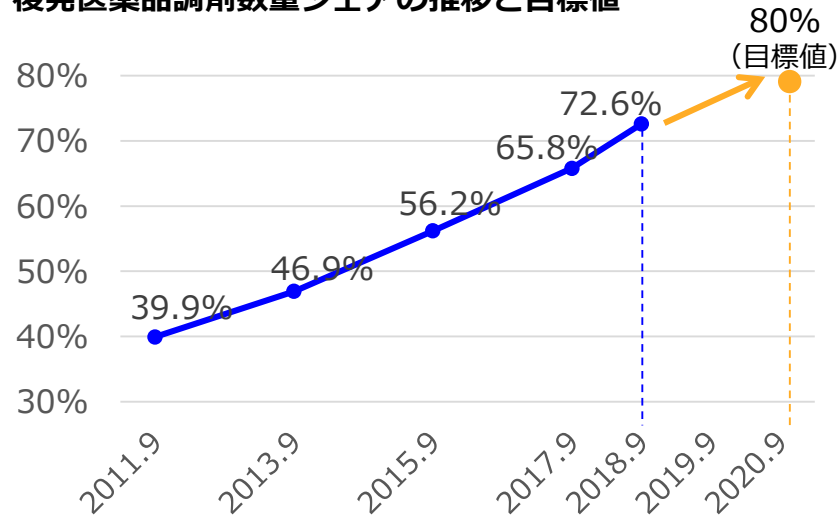
◆ 薬局数の推移



後発医薬品の更なる使用促進

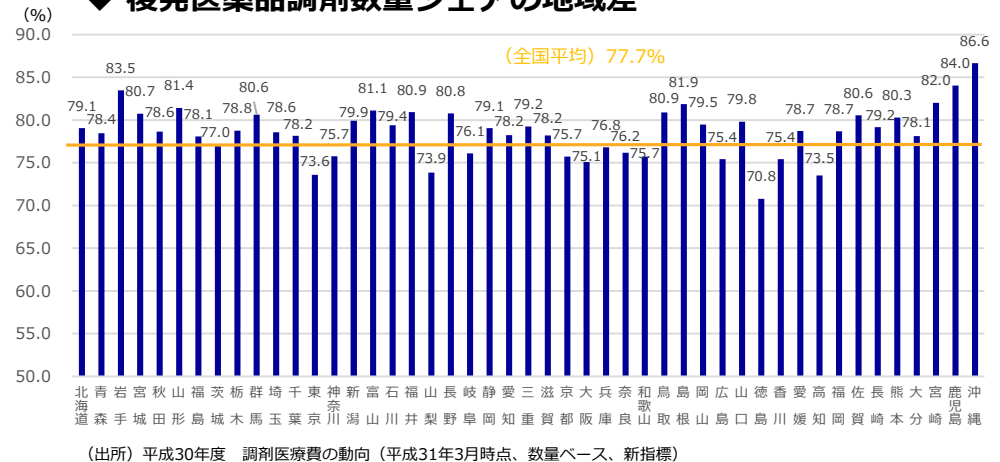
- 後発医薬品調剤体制加算については約6割の薬局が算定しており、また、後発医薬品の80%シェア達成目標が2020年9月に設定されていることを踏まえ、目標到達前の最後となる2020年度診療報酬改定において一段の対応が必要。
- また、後発医薬品の使用割合には地域による差及び保険者による差が大きい。

◆ 後発医薬品調剤数量シェアの推移と目標値

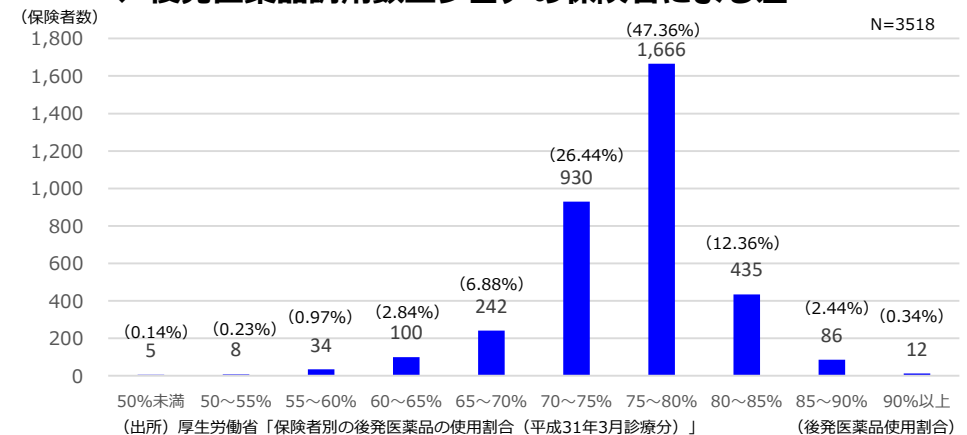


後発医薬品調剤体制加算等 (後発医薬品の調剤数量割合による)	
調剤基本料の減算 (原則20%以下)	▲ 2点
加算 1 (75%以上)	18点
加算 2 (80%以上)	22点
加算 3 (85%以上)	26点

◆ 後発医薬品調剤数量シェアの地域差



◆ 後発医薬品調剤数量シェアの保険者による差



【改革の方向性】 (案)

- 後発医薬品調剤体制加算について、加算を算定できる基準を80%以上に引き上げ、調剤基本料の減算となる対象も大幅に拡大するとともに、将来的には減算を基本とした体系とすべき。
- 保険者インセンティブ制度において、後発医薬品の使用割合に係るインセンティブを一層強化すべき。

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

- ① 医療提供体制の改革
- ② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方
- ③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現
- ④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革
- ⑤ 薬価制度抜本改革

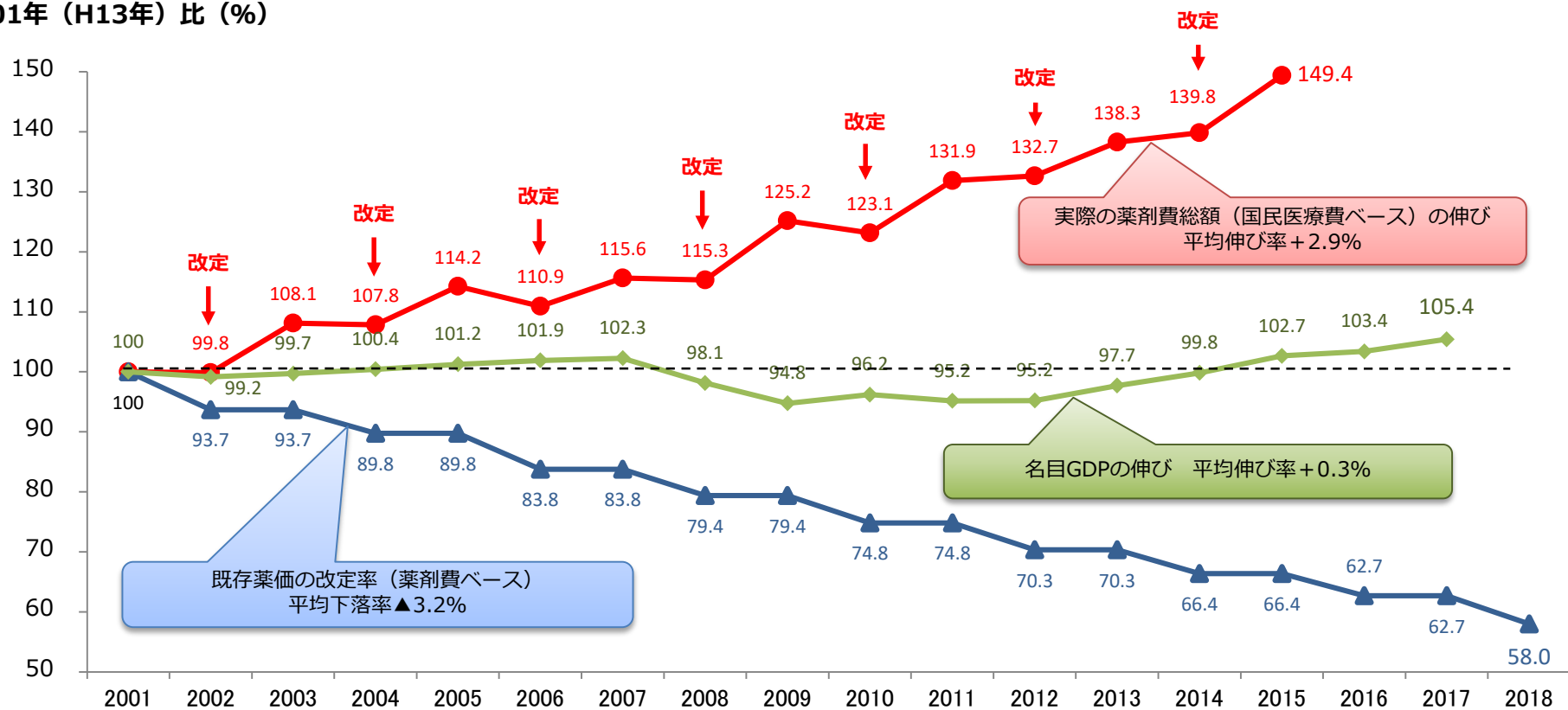
3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

既存薬価の改定率と実際の薬剤費総額の推移

○ 薬価については、これまでは2年に1回、すでに収載されている医薬品等について、実勢価格を反映した価格の引下げを行い、その影響については予算に反映させている。一方で、高齢化による使用量の増や年度中の新規保険収載等が生じるため、薬剤費自体は増加を続けており、その伸びは名目GDP成長率を大きく上回っている。

※ 新規に開発されて薬事承認を得た医薬品は、基本的にすべて3か月以内に中医協において薬価が算定されて保険収載がなされている（年4回・近年の平均は約90品目／年度のペース）。これにより国庫負担も増加しているが、現行制度では、年度中の保険収載に対して財政上の観点から検証がなされることにはなっていない。

2001年（H13年）比（%）



新規収載 (品目ベース)	68	45	39	38	24	78	60	90	55	112	61	88	69	124	70	108	55	96
改定率(%)		▲6.3		▲4.2		▲6.7		▲5.2		▲5.75		▲6.00		▲5.64		▲5.57		▲7.48

※1 2018年10月31日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料を基に作成。

※2 2001年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

薬価制度の抜本改革（毎年薬価調査・毎年薬価改定）

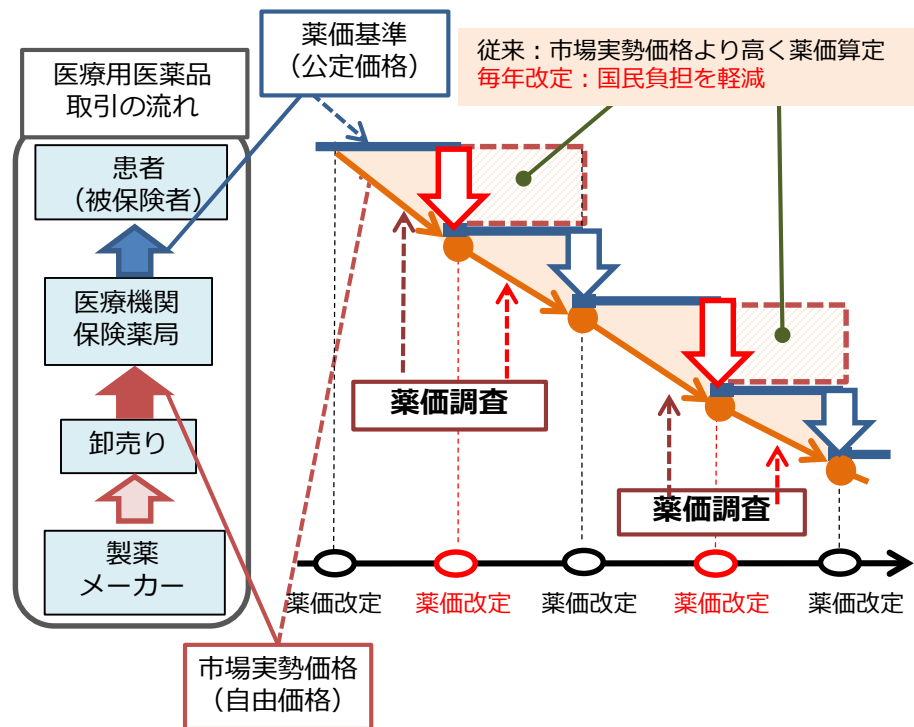
【論点】

- 医療用医薬品は、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。品目数や数量ベースでは後発医薬品が最大であるが、金額ベースでは半分程度を「後発品のない先発品」が占める。
- また、先発品は薬価水準が高いため、薬価と市場価格の乖離額が大きくても、乖離率は相対的に小さくなる。

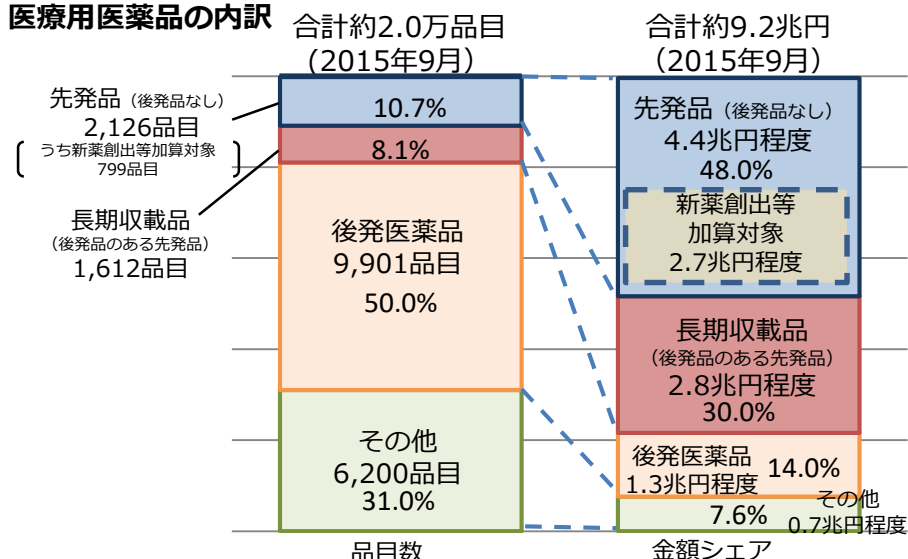
「経済財政運営と改革の基本方針2018」における記載

毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。

◆ 毎年改定のイメージ（赤字：今般新たに追加）



◆ 医療用医薬品の内訳



(出所) 2016年12月7日経済財政諮問会議 厚生労働省提出資料を基に作成

◆ 新薬と後発品薬価の価格変化と乖離率

	価格例	▲1円	▲5円	▲10円	▲15円
新薬	885円	▲0.11%	▲0.56%	▲1.13%	▲1.69%
後発品	100円	▲1%	▲5%	▲10%	▲15%

(出所) 2017年9月薬価調査結果における薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェアを基に作成

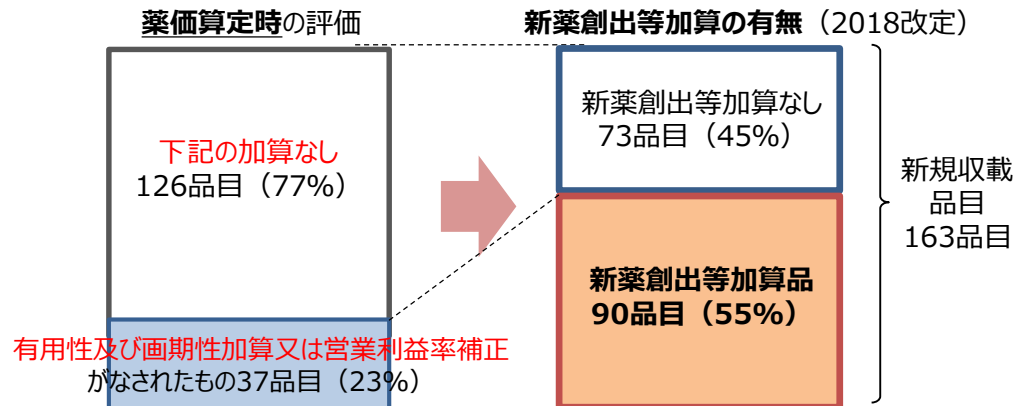
【改革の方向性】（案）

- 2021年度における薬価改定の対象範囲については、金額ベースで見て国民負担の軽減に十分につながるようなものとすべき。

製薬企業のイノベーションを支える施策

- 製薬企業のイノベーションを支える施策として、薬価制度における新薬創出等加算等だけでなく、研究開発税制など様々なものが存在。薬価制度だけに着目するのではなく、施策全体として在り方を考えていく必要。

◆2016～2017年度の新規収載品目と新薬創出等加算の状況



新薬創出等加算における企業要件 (2018年度改定)

①革新的新薬創出の実現、②ドラッグ・ラグ対策、③世界に先駆けた新薬開発に取り組む企業ほど高く評価。

◆日本創薬力強化プラン (緊急政策パッケージ) の策定 (2019年度予算)

2019年度予算において、**より高い創薬力を持つ産業構造への転換**を図るため、我が国の創薬力強化にかかる創薬環境強化経費及び医療分野の研究開発関連経費 (AMED経費) を予算措置。

I 「医薬品産業強化総合戦略」の見直しに伴う創薬環境強化経費

1. 日本発のシーズが生まれる研究開発環境の改善
2. 薬事規制改革等を通じたコスト低減と効率性向上
3. 医薬品の生産性向上 (バイオシミラーを含む) と製造インフラの整備
4. 適正な評価の環境・基盤整備
5. 日本発医薬品の国際展開の推進
6. 創薬業界の新陳代謝を促すグローバルなベンチャーの創出

II 医療分野の研究開発関連経費 (AMEDを通じて交付される経費)

1. 横断型統合プロジェクト
2. 疾患領域対応型統合プロジェクト
3. 医療研究開発革新基盤創成事業 (CiCLE) (2018年度補正予算250億円)

I・II 合計で

2019年度：約570億円

2018年度補正予算：250億円

を予算措置

◆研究開発税制 (2019年度改正後)

● 一般試験研究費に係る税額控除

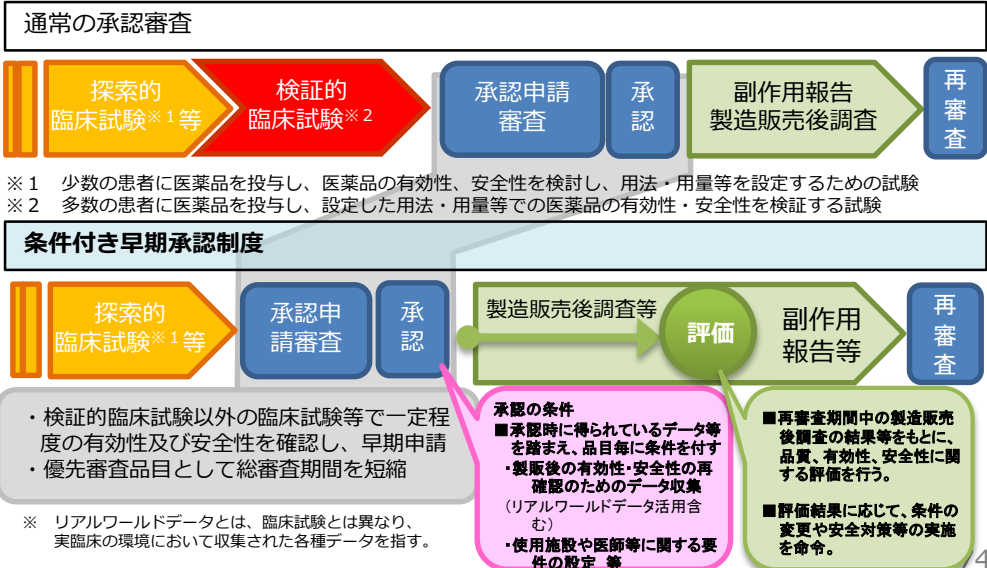
税額控除率	試験研究費の増減に応じ、 6%～14% (中小法人：12%～17%)
控除税額上限	法人税額の25% (研究開発を行う一定のベンチャー企業：40%) ※中小法人は試験研究費の増加率に応じて最大10%上乗せ ※試験研究費が平均売上金額の10%超の場合：0～10%上乗せ

● 特別試験研究費に係る税額控除

税額控除率	下記を除く特別試験研究費 →20% 研究開発型ベンチャーとの共同研究・委託研究 →25%
控除税額上限	法人税額の10% (一般試験研究費とは別枠)

(参考) 製薬企業における研究開発税制による支援額の推計値 (2015年度) は**764億円** (出所：2017年4月11日社会保障WG提出資料)。

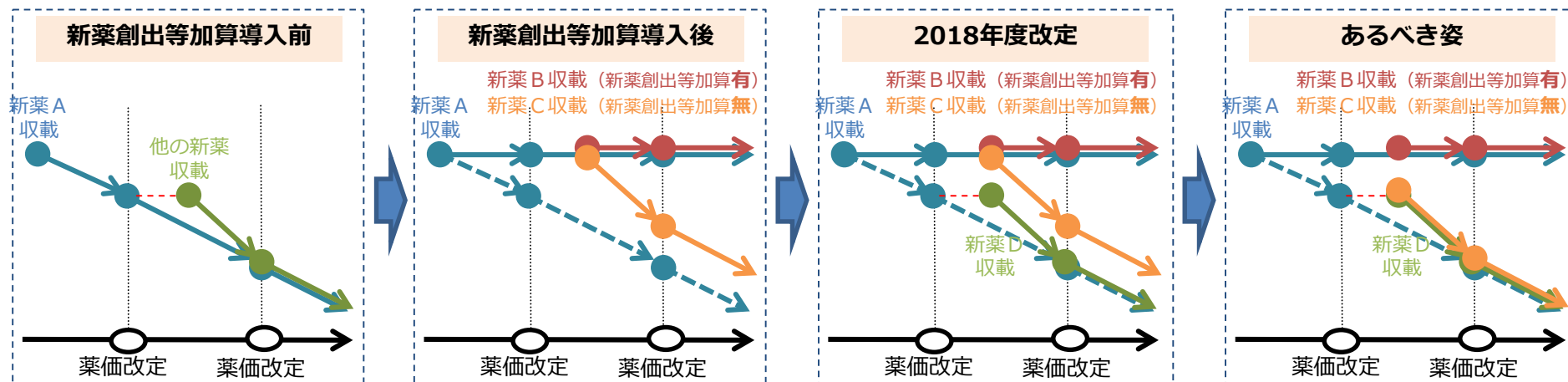
◆条件付き早期承認制度 (審議中の薬機法改正案において制度化)



薬価制度の抜本改革（次期薬価改定に向けて残された課題）

- 新薬創出等加算対象品目（図のA）を比較薬として薬価算定する場合、類似薬効比較方式Ⅰ（新規性に乏しいもの以外のもの：約8割）で算定されていれば、**新薬創出等加算の対象外の新規収載品目**（図のC）であっても、比較薬（図のA）に新薬創出等加算の額が上乗せされたまま薬価算定される。
- 長期収載品については、2018年度改定において後発品の上市後10年間は後発品の置換え期間とし、その後、段階的に価格を引き下げることとされたが、長期収載品依存の構造からどの程度転換が進むかについては、依然不透明。

◆ 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価推移（イメージ）



※ 新薬Dは類似薬効比較方式Ⅱ（新規性に乏しいもの：約2割）を適用したもの
新薬B・新薬Cは類似薬効比較方式Ⅰ（それ以外のもの：約8割）を適用したもの

◆ 長期収載品の薬価引下げ（2018年度改定）



【改革の方向性】（案）

- 新薬創出等加算の対象外である医薬品については、類似薬効比較方式Ⅰ等で算定されたものも含め、比較薬の新薬創出等加算の累積加算額を控除して薬価算定を行うべき。
- 長期収載品の後発品への置換え期間については、置換え率の状況等も確認しつつ、長期収載品依存の構造から早期に転換する観点から短縮を進めるべき。

1． 保険給付範囲の在り方の見直し

2． 保険給付の効率的な提供

3． 高齢化・人口減少下での負担の公平化

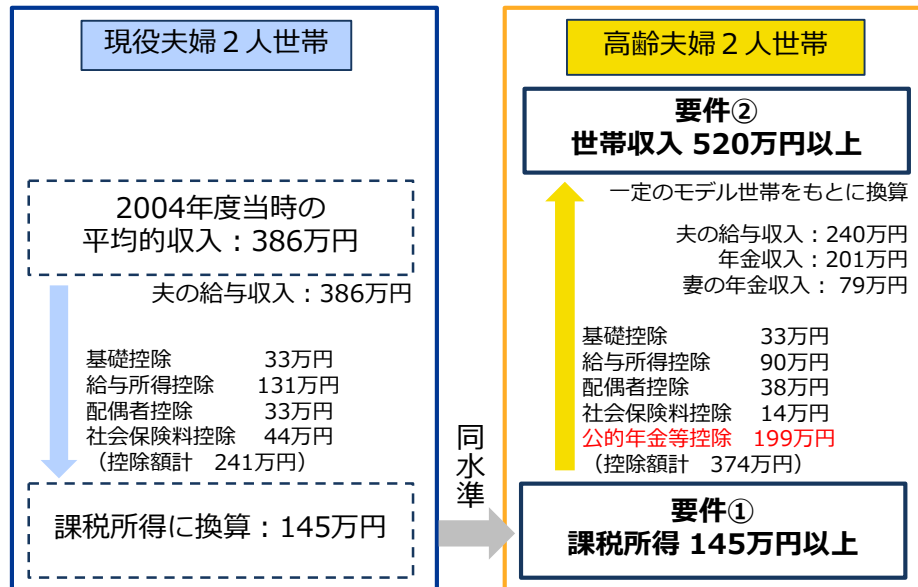
現役並み所得の判定基準の見直し

【論点】

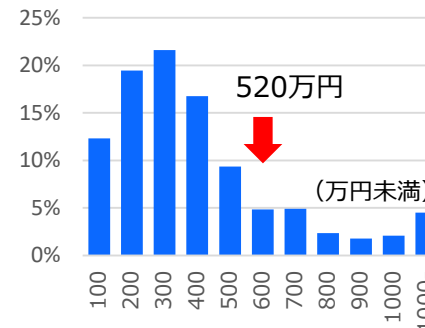
- 後期高齢者の自己負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担、それ以下であれば1割負担とされ、高額療養費の負担限度額にも差が設けられている。
- しかしながら、実際の判定基準は、「現役並み」以上の所得があっても「現役並み」とは評価されない仕組みとなっており、相当の収入があっても後期高齢者であれば1割負担となる。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効給付率の上昇の一因となっている。

◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
- 要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)

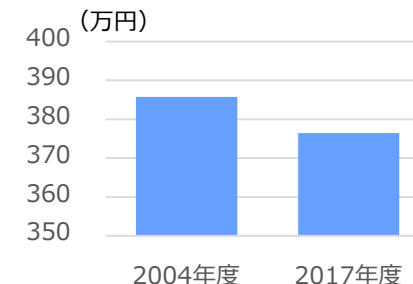


◆ 所得金額階級別の世帯数割合 (世帯主：75歳以上)



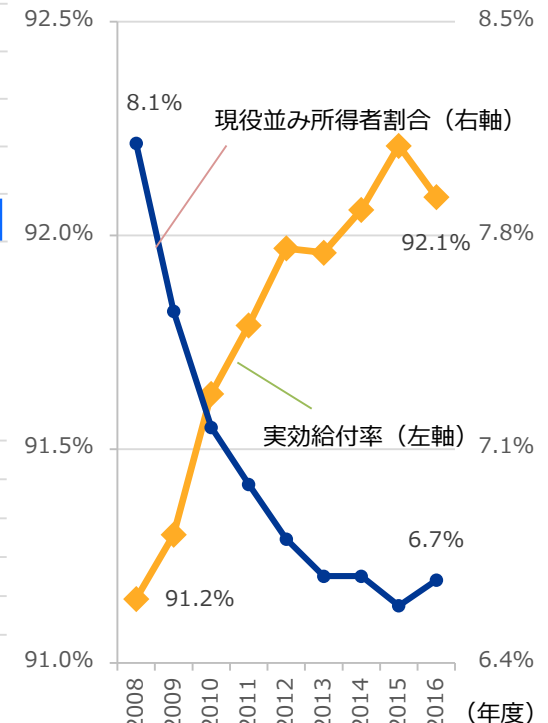
(出典) 平成30年国民生活基礎調査

◆ 年間総報酬額の変化



※ 協会けんぽ (旧政管健保) の例

◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率 (後期高齢者医療制度)



(出典) 医療保険に関する基礎資料

【改革の方向性】 (案)

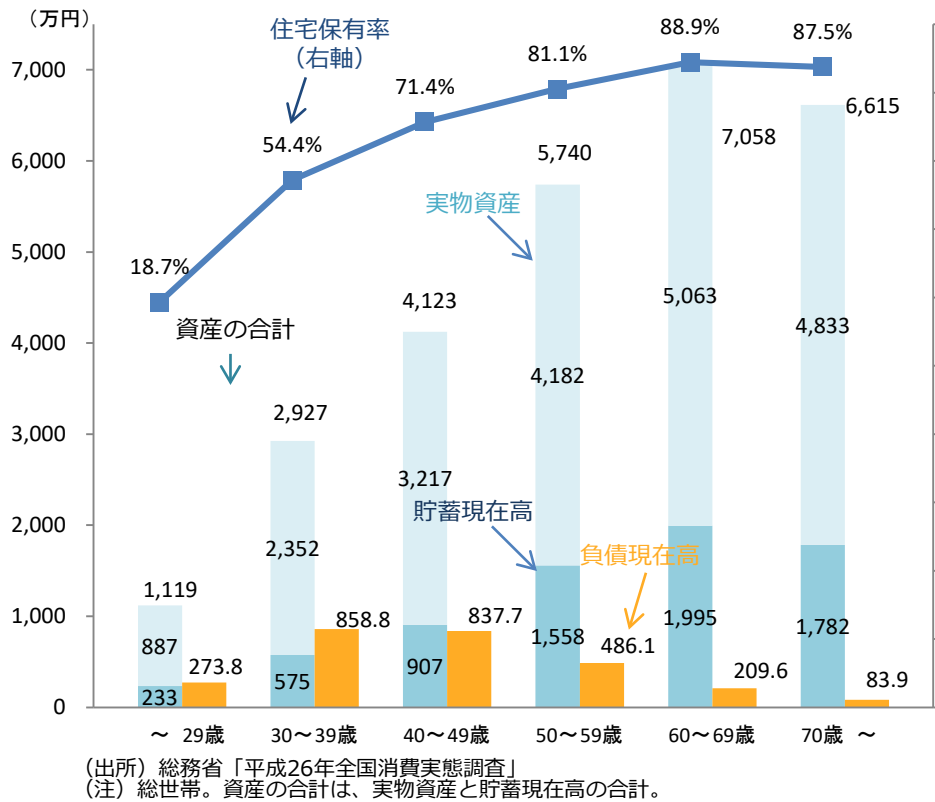
- 「現役並み所得」の判定基準について、能力に応じた負担としつつ現役世代との公平性を図る観点から、世帯収入要件について見直しを行うとともに、現役世代の所得水準の変化も反映すべき。

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

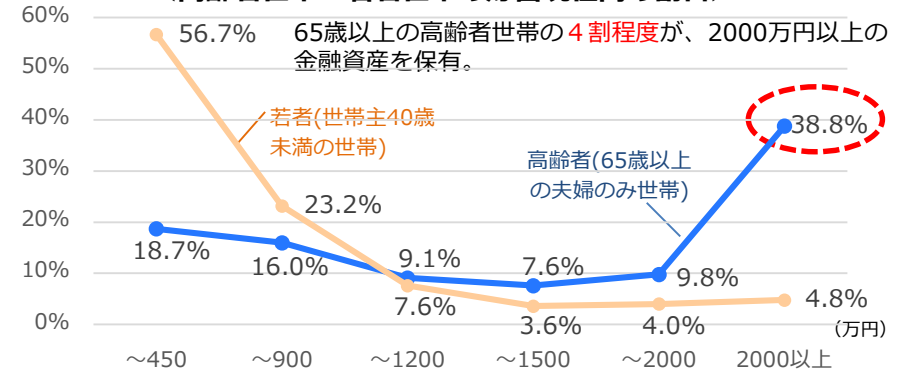
【論点】

- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行。

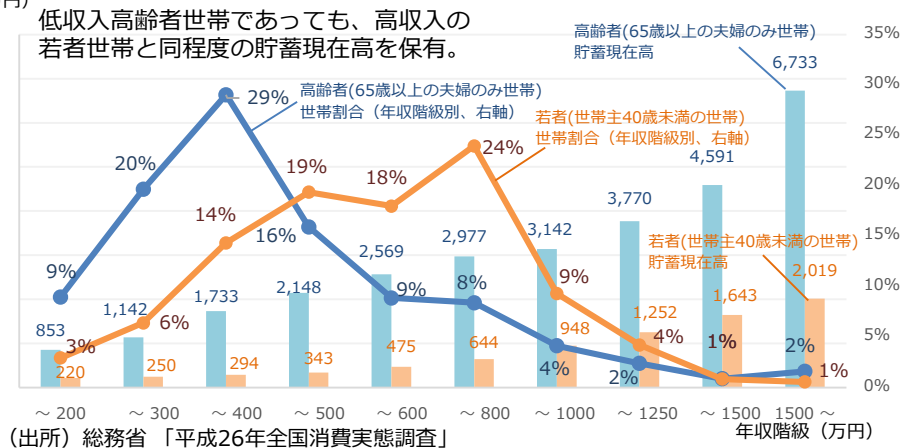
＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



＜高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合＞



＜高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高＞



【改革の方向性】（案）

- まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを適用すべき。
- さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

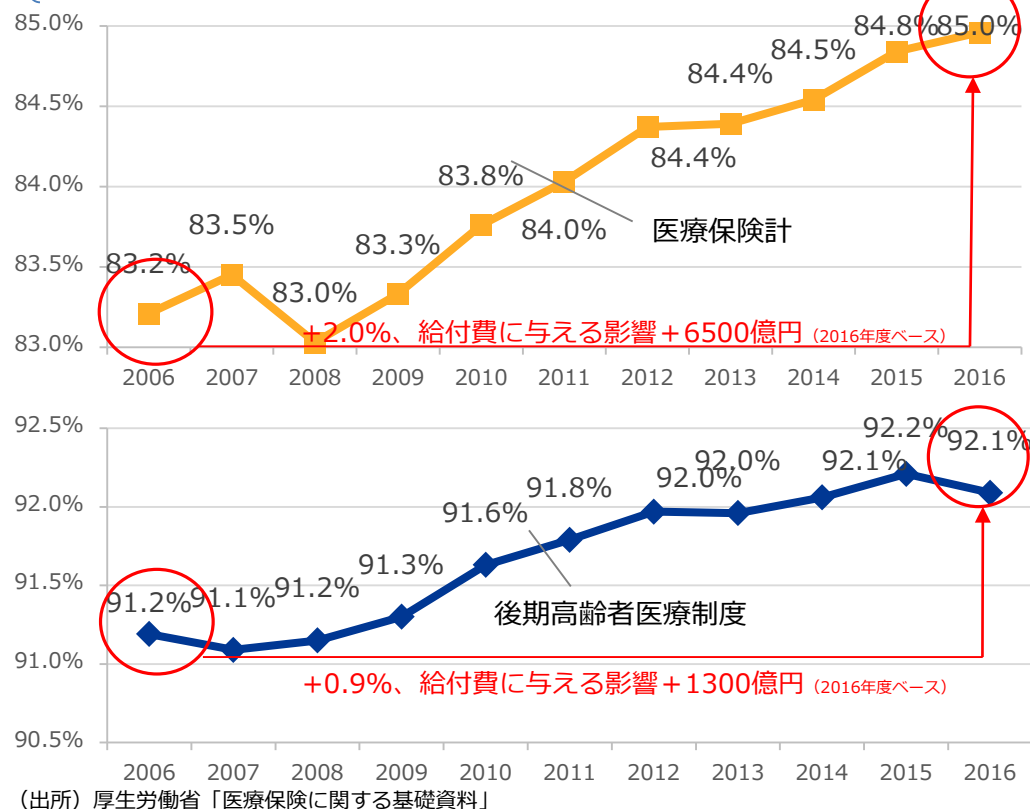
【論点】

○ 今後、現役世代の人口が急速に減少する一方で、医療費は増加し、実効給付率も上昇。医療費が支え手の負担能力を超えて増加し、制度の持続可能性が確保できなくなることを防ぐため、保険料・公費負担と患者負担の在り方を考えていく必要。

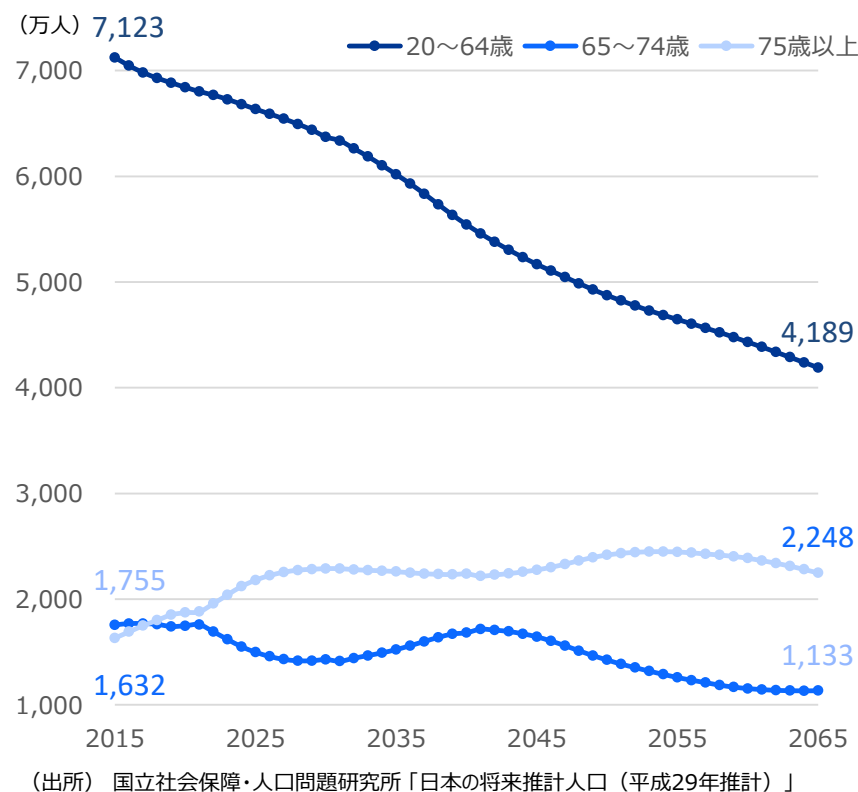
※ 後期高齢者医療制度において、人口減少による現役世代の負担増の一部を後期高齢者の保険料引上げで自動的に調整する仕組みがあるが、後期高齢者の保険料負担も近年増加してきており、若年・後期高齢者を含めた負担全体の水準についても検討する視点が不可欠。

◆ 実効給付率（医療費に占める給付費の割合）の推移

〔患者負担は定率であるが、高額療養費制度により負担限度額が定められているため、医療の高度化等によって医療費が増加するにつれて、実効負担率は下がっていく。（実効給付率は上がっていく）〕



◆ 2065年までの人口の推移



【改革の方向性】（案）

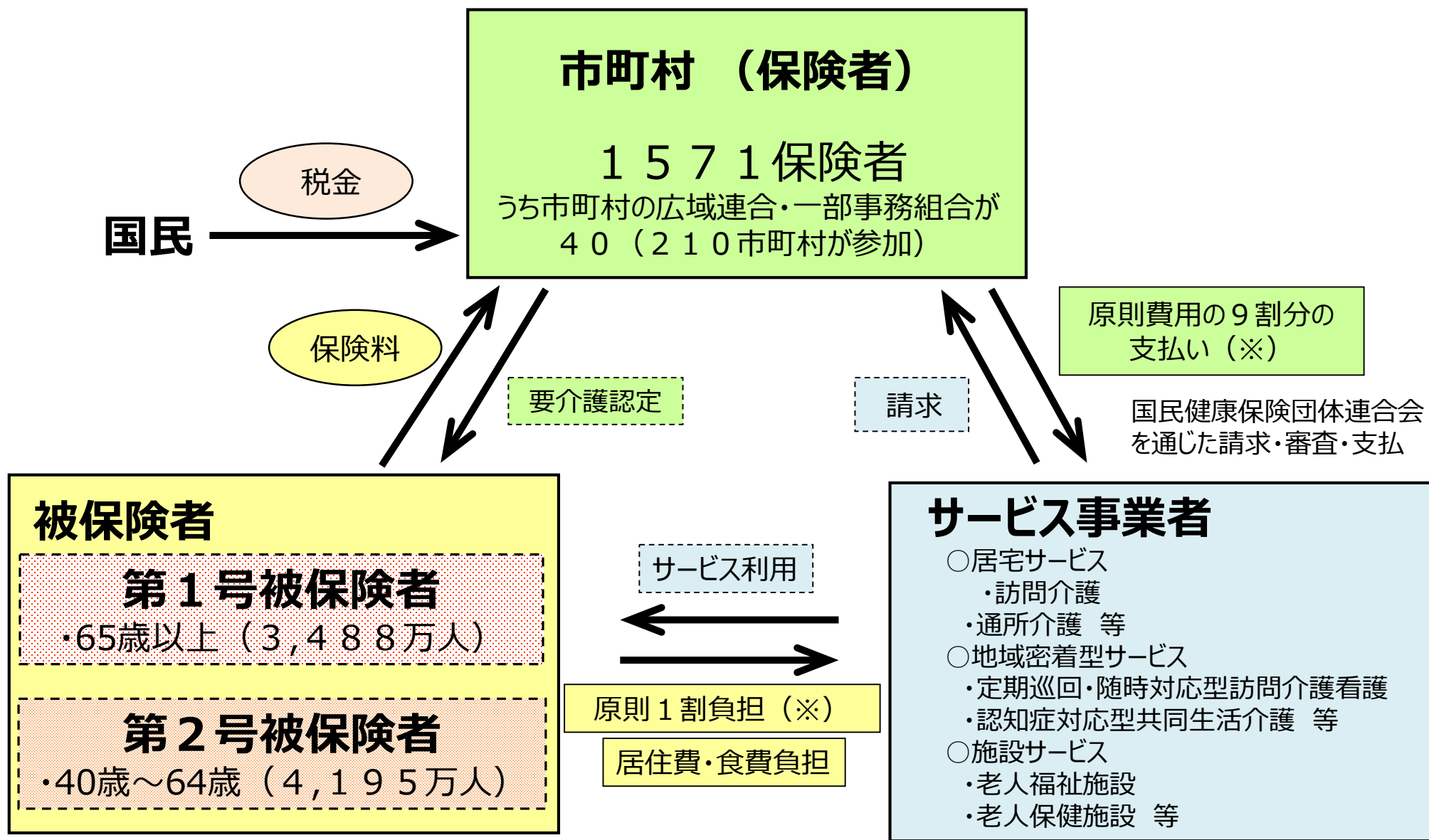
○ 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

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)	
居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費	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）

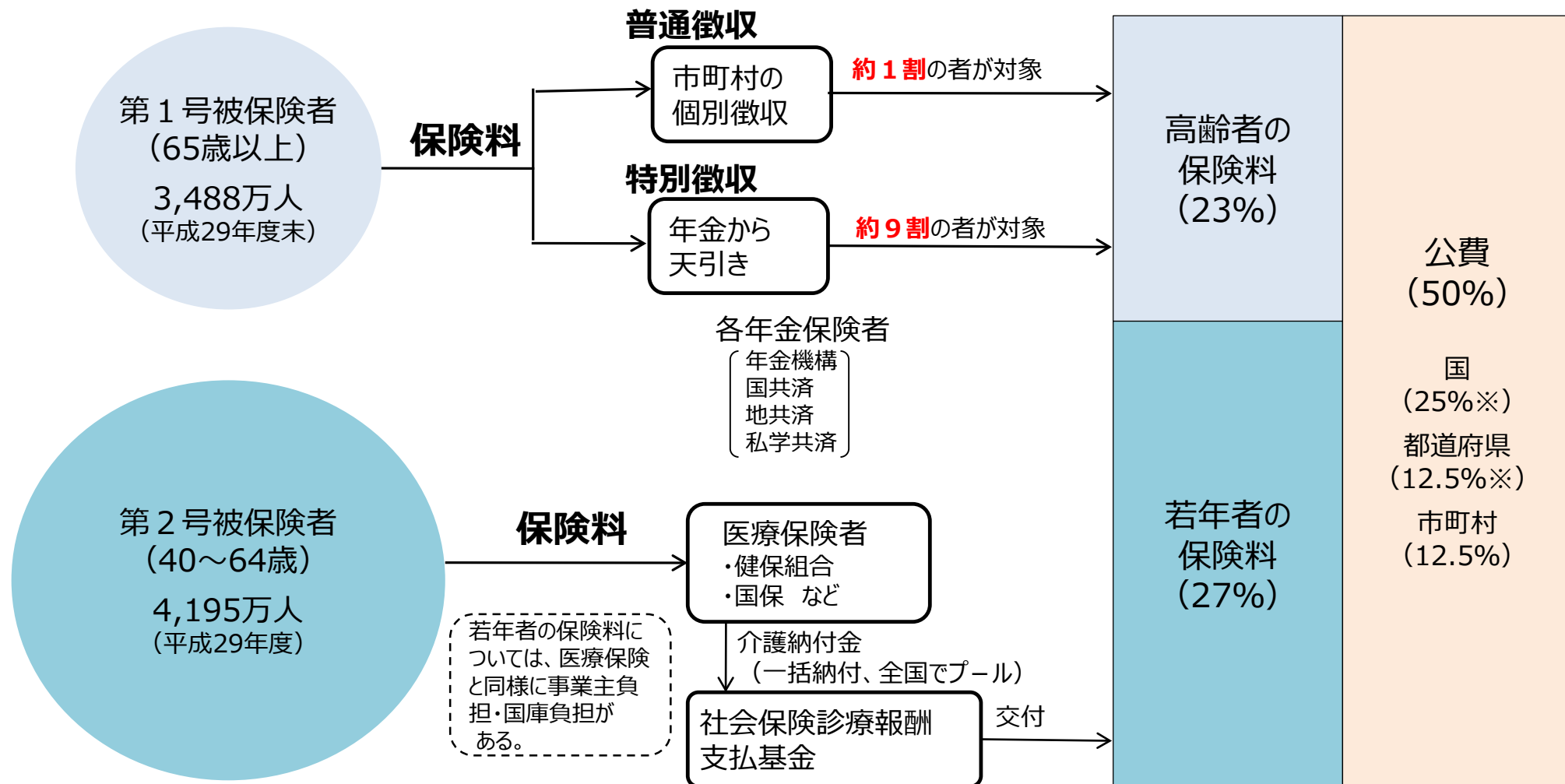
- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	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	・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。



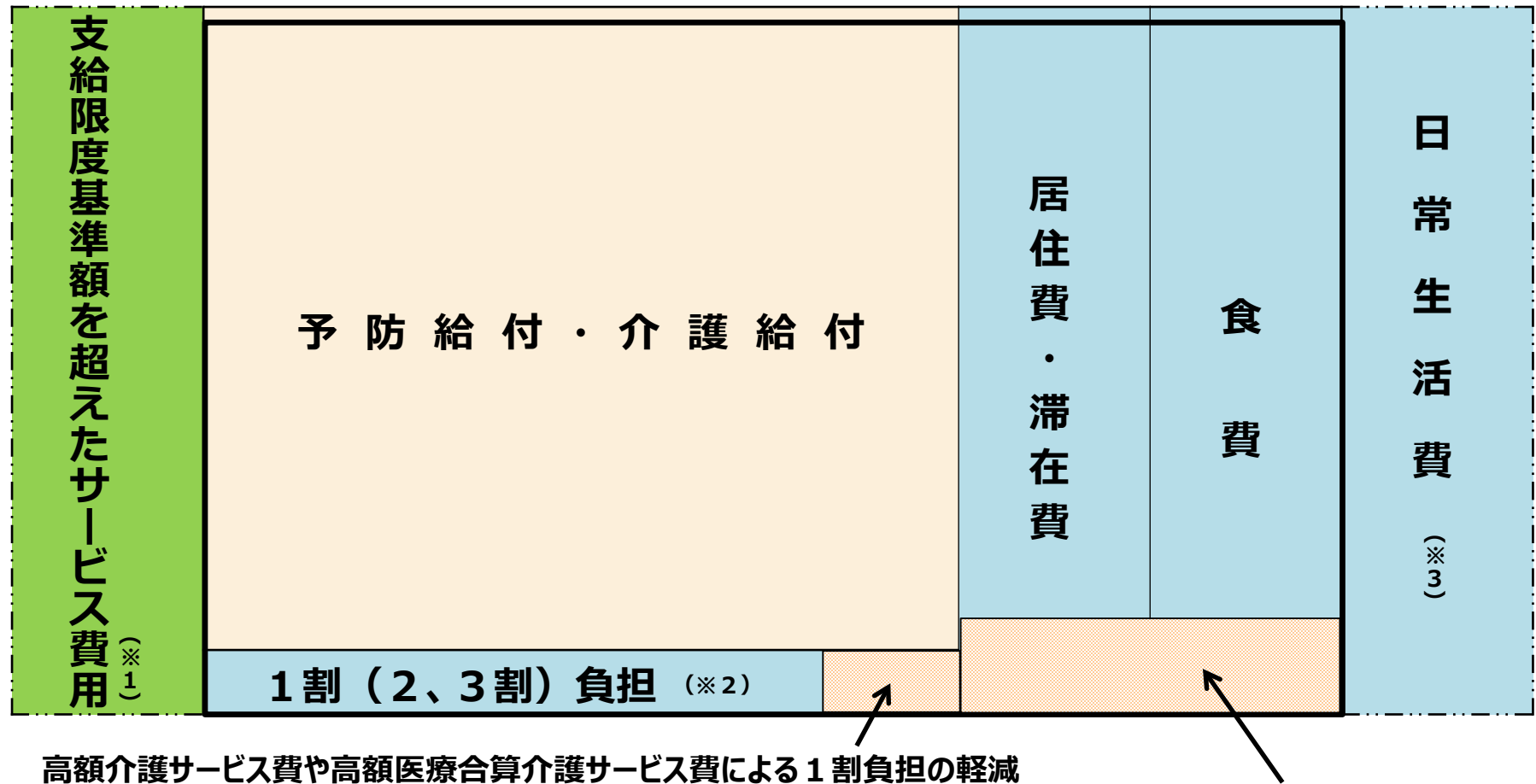
(注) 第1号被保険者の数は、「平成29年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成29年度末現在の数である。

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%。

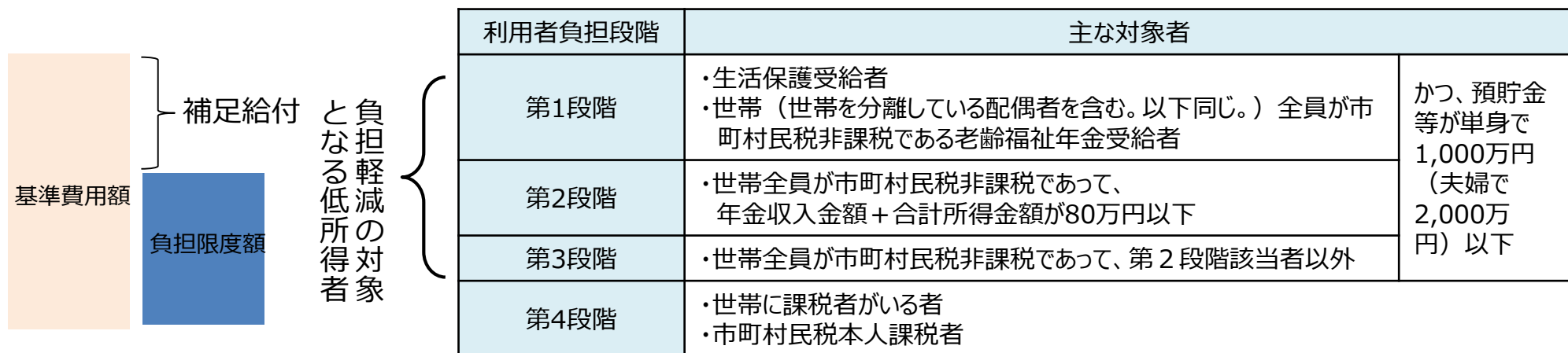
保険給付の対象と利用者の自己負担



- ※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

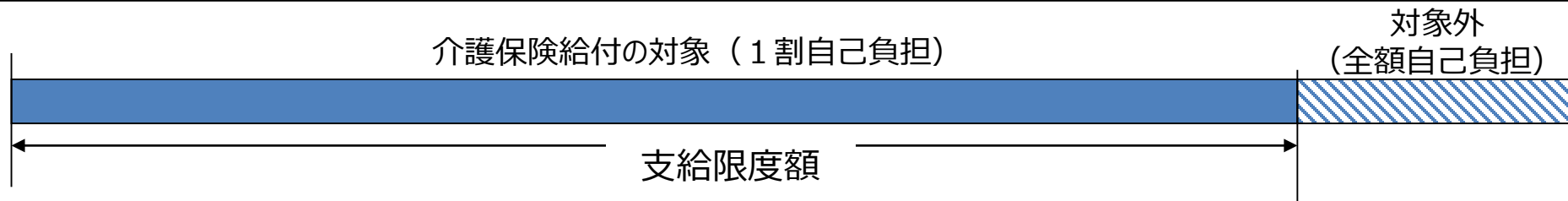
- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付。



			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＞

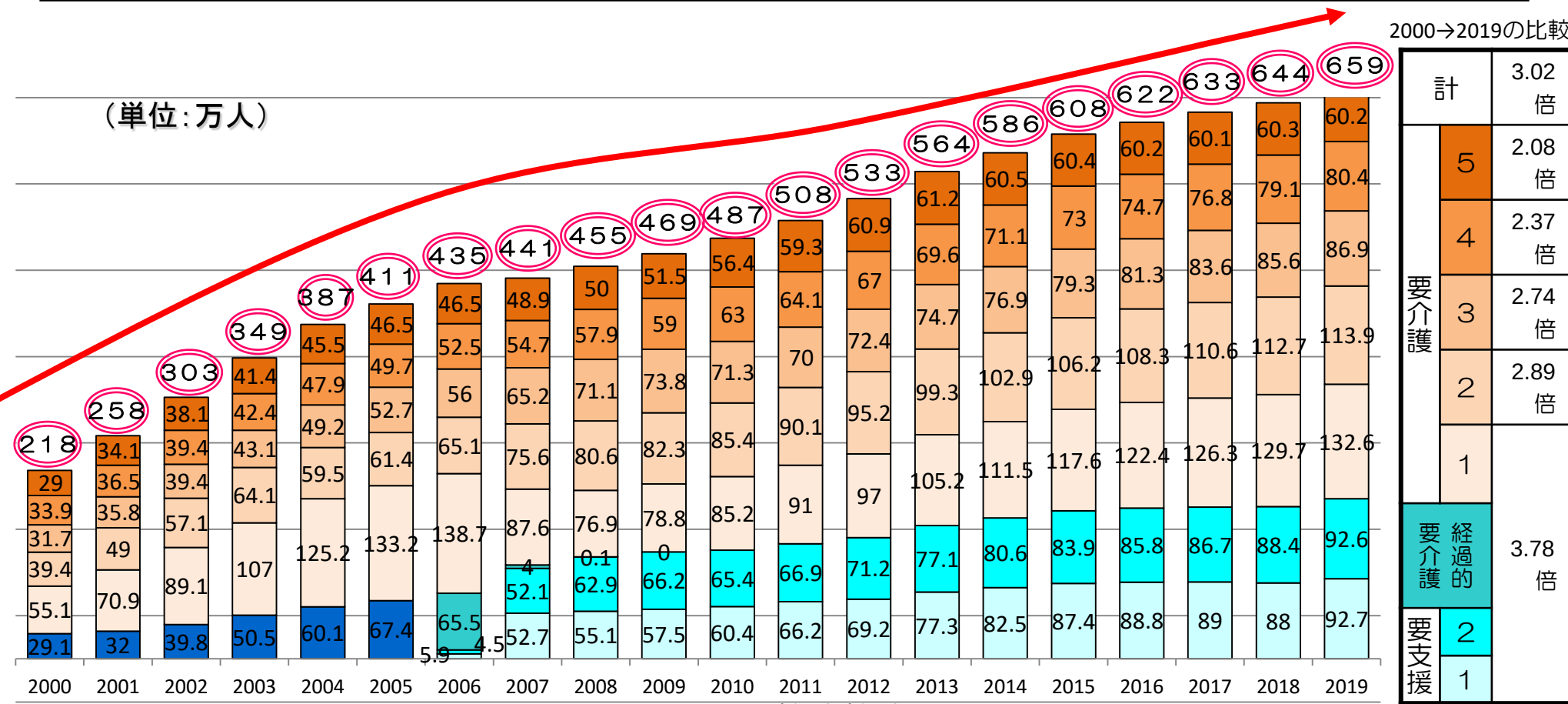
	支給限度額 (円)	人数	受給者1人当たり 平均費用額 (円)	支給限度額に 占める割合 (%)	支給限度額を 超えている者 (人)	利用者に占める支 給限度額を超えてい る者の割合 (%)
要支援1	50,320	242,658	13,358	26.7	950	0.4
要支援2	105,310	399,279	22,049	21.1	547	0.1
要介護1	167,650	949,638	74,184	44.4	16,437	1.7
要介護2	197,050	848,991	103,980	53.0	30,454	3.6
要介護3	270,480	488,411	156,289	58.0	14,205	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 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5

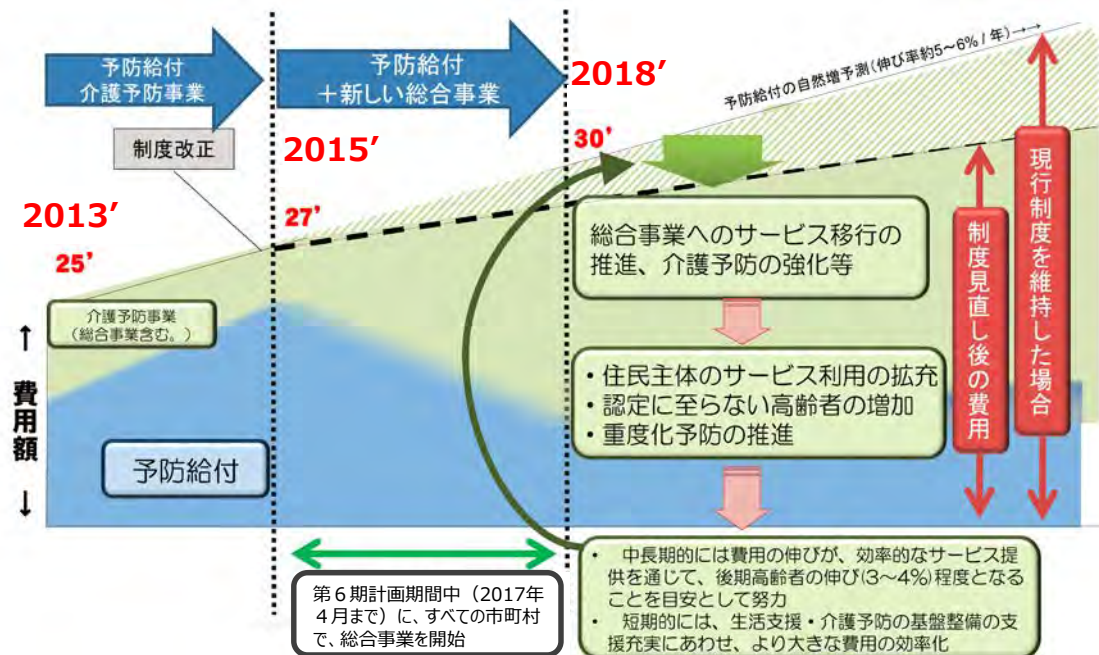
(注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

(注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

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）



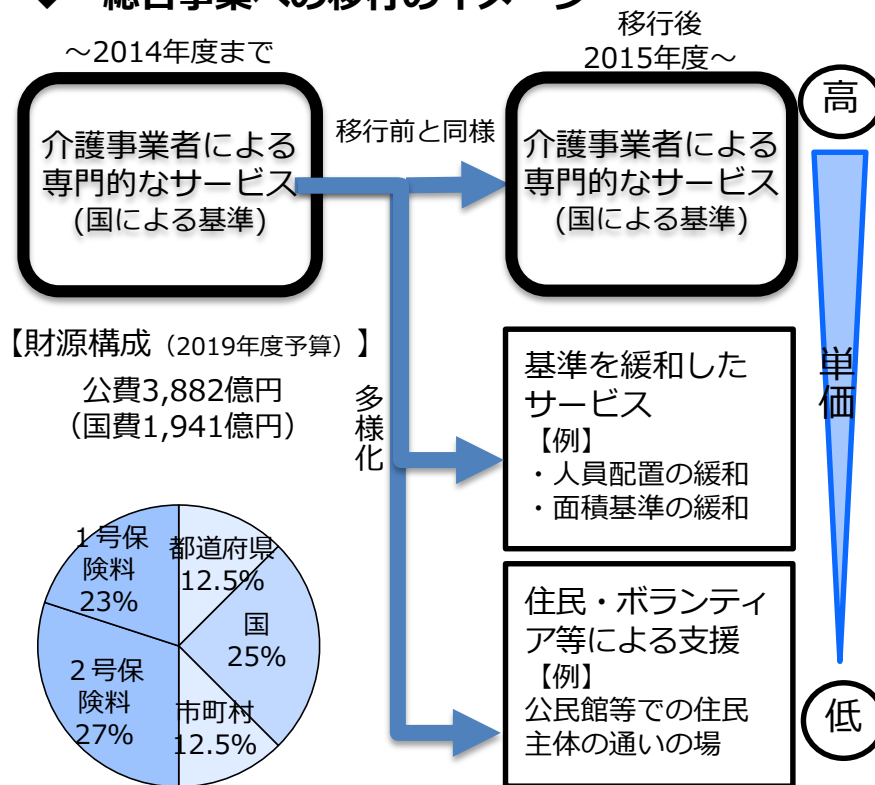
◆ 総合事業の報酬の在り方

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】

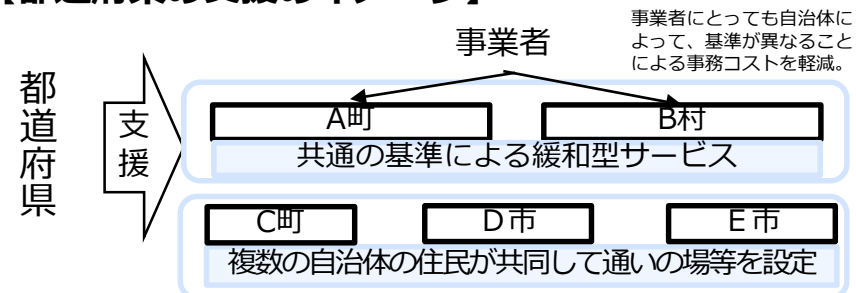
	訪問型サービス（基準緩和型）	介護予防訪問介護相当（総合事業移行前）
単 位	訪問介護（有資格者） 250単位/回 訪問介護（研修修了者※） 200単位/回 ※ 武蔵野市認定ヘルパー 包括報酬から1回毎にし、無駄を削減	介護予防訪問介護費(I) 1,168単位/月 介護予防訪問介護費(II) 2,335単位/月 介護予防訪問介護費(III) 3,704単位/月
人員基準	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者
対象者	生活援助のみ必要な高齢者で右記以外	身体介護や特別な対応が必要な高齢者

◆ 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

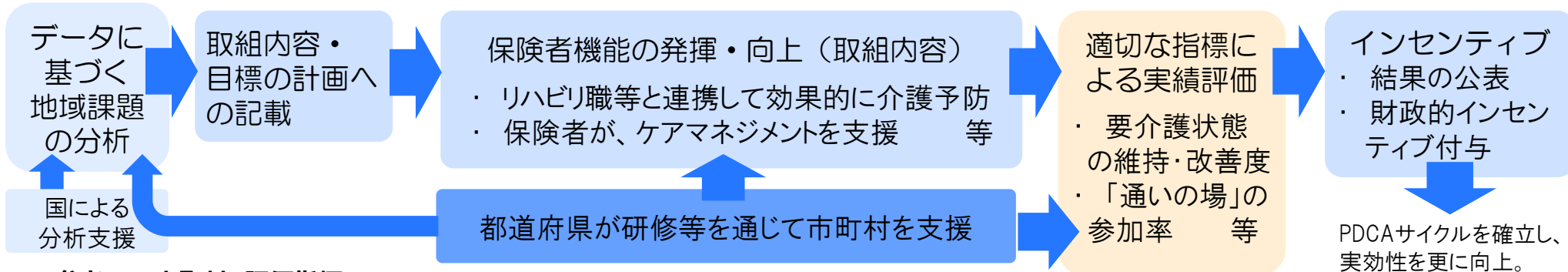
<市町村分> 190億円

- 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はどの程度か 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

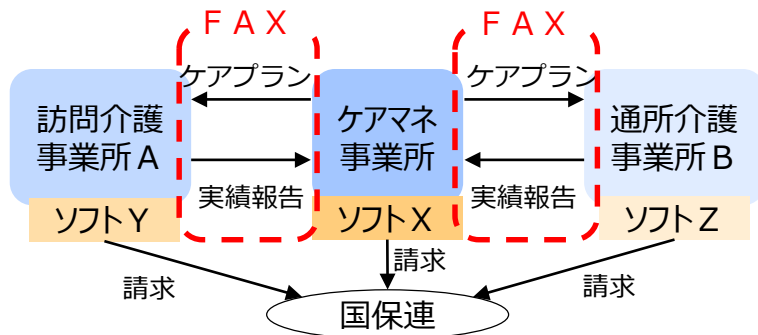
【論点】

- 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)



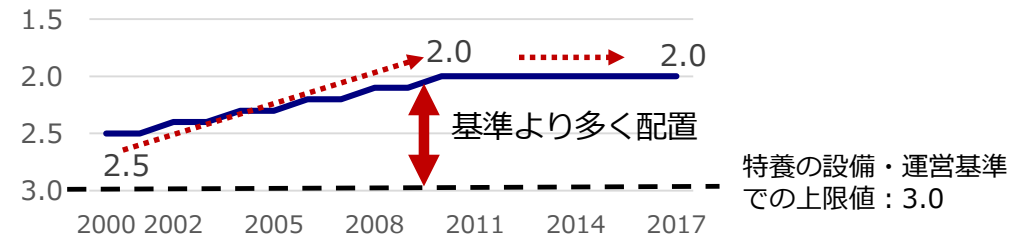
職員の必要数の減少や職場環境改善による人材定着が見込まれ、**介護人材の確保に貢献**。
事務コストや人件費の削減により、**介護サービスにかかる費用を縮減**。

◆ 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)



(出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

⇒ 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)



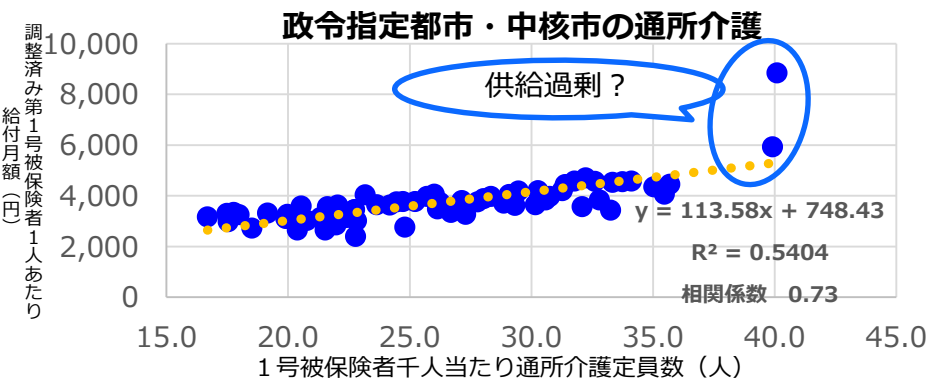
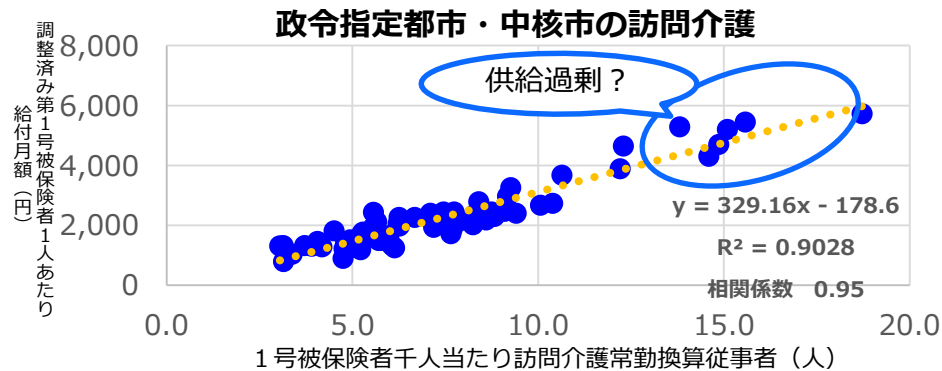
【改革の方向性】（案）

- 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。



	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	
・ 公募制 ・ 総量規制なし	・ 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みを創設

【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。

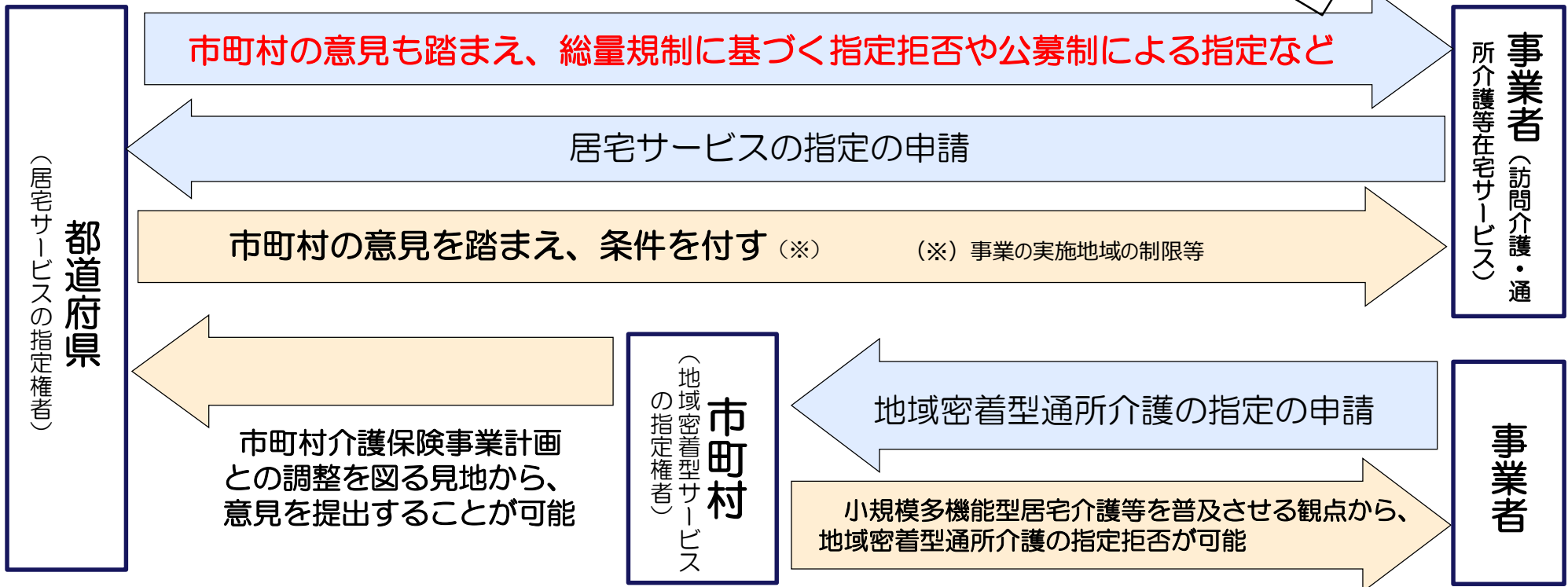
在宅サービスについての保険者等の関与の在り方②

- 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

→ : 2017年度改正で追加した事項

都道府県の関与を強めるための
仕組みを検討すべき。

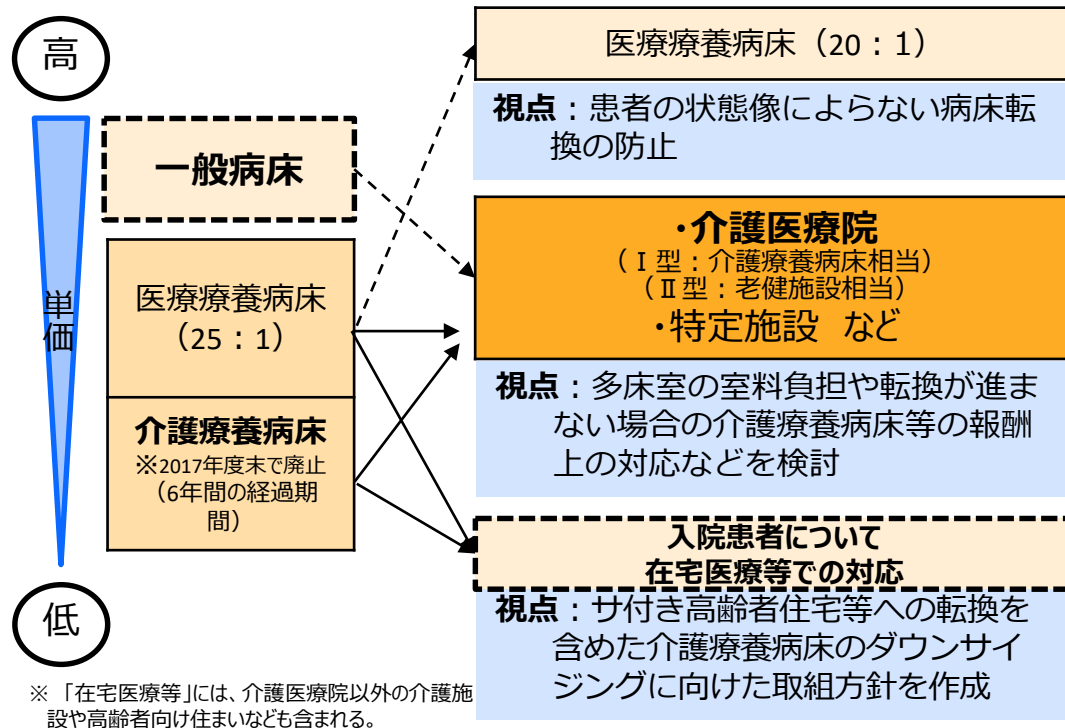


地域医療構想を踏まえた介護療養病床等の転換

【論点】

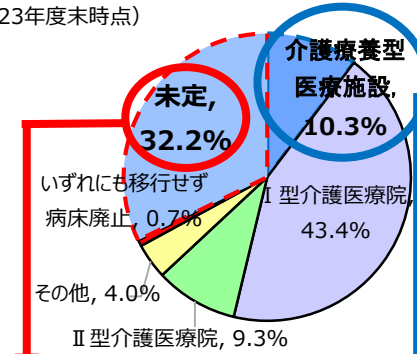
- 25対1 医療療養病床や介護療養病床から介護医療院への転換に際しては、地域医療構想の趣旨を踏まえ、提供体制全体として医療費・介護費が効率化されることが重要。
- 厚生労働省の調査では、介護療養病床の転換に向けた検討が十分に進んでいない実態が浮かび上がっており、昨年末に策定された新改革工程表のK P I に従い、移行期限の2023年度に向けて、「第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量」が100%となるよう、国は、各保険者を通じて第7期中も計画的に介護療養病床等の移行推進に取り組むよう促していく必要がある。

◆ 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)

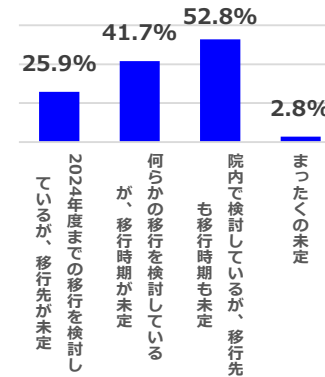


- 介護療養型医療施設のうち、移行期限である2023年度末までの対応が未定等である病床は約4割 (2018年11月調査時点)。

- 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。

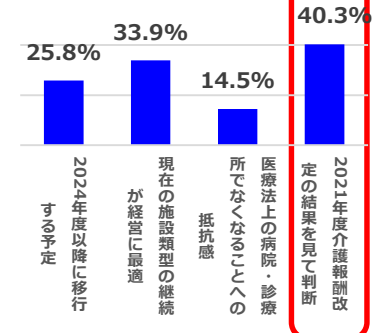
◆ 「未定」の施設の検討状況

(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。

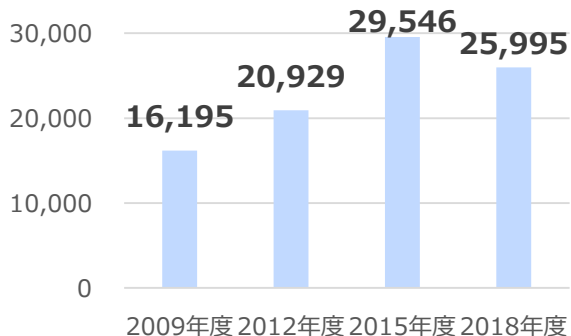
◆ 介護報酬改定の動向等

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

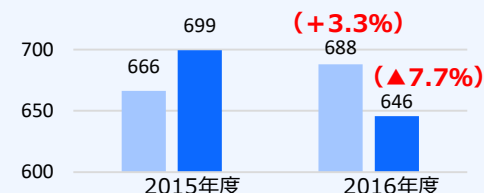
◆ 介護事業経営実態調査等の精度向上（参考P.○参照）

○ 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

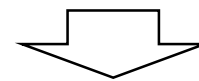
通所介護の事業所数の推移

【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

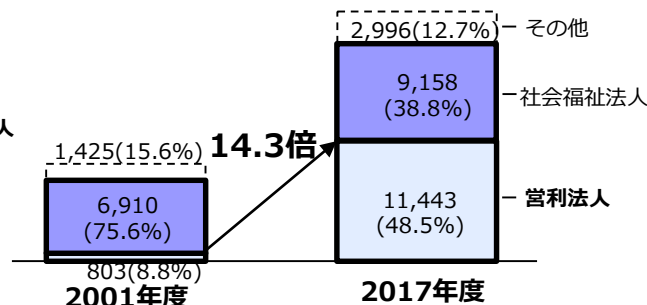
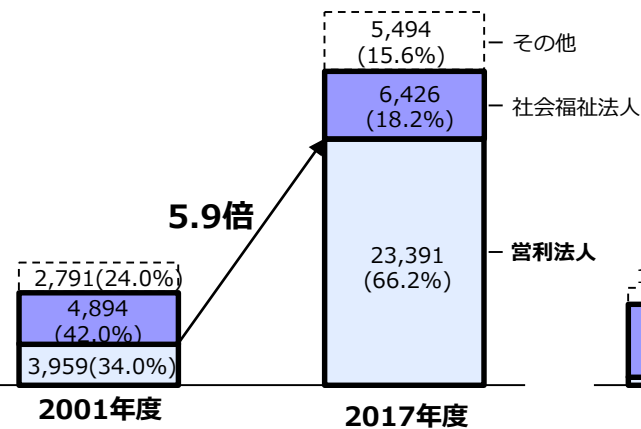
（注）「利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする」（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第5号）。



- 「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**。

5.9倍

14.3倍



【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

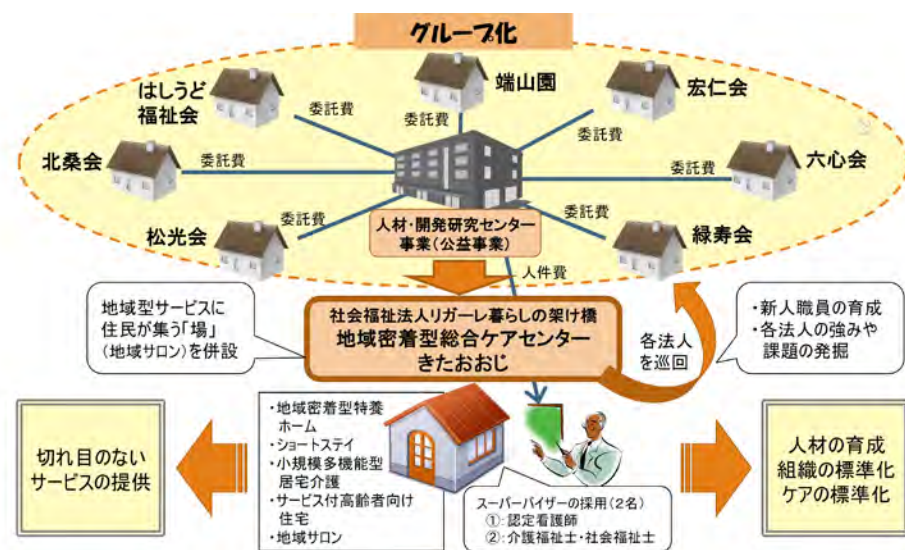
各法人への定期的な巡回訪問によるサービスの質の標準化

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

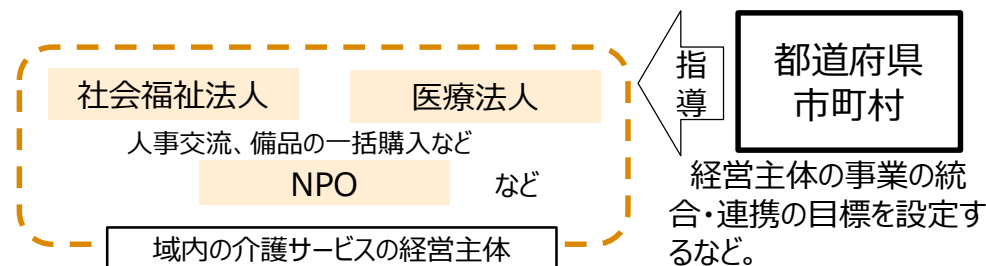
老朽化施設の改修や地域展開への経営戦略等の支援



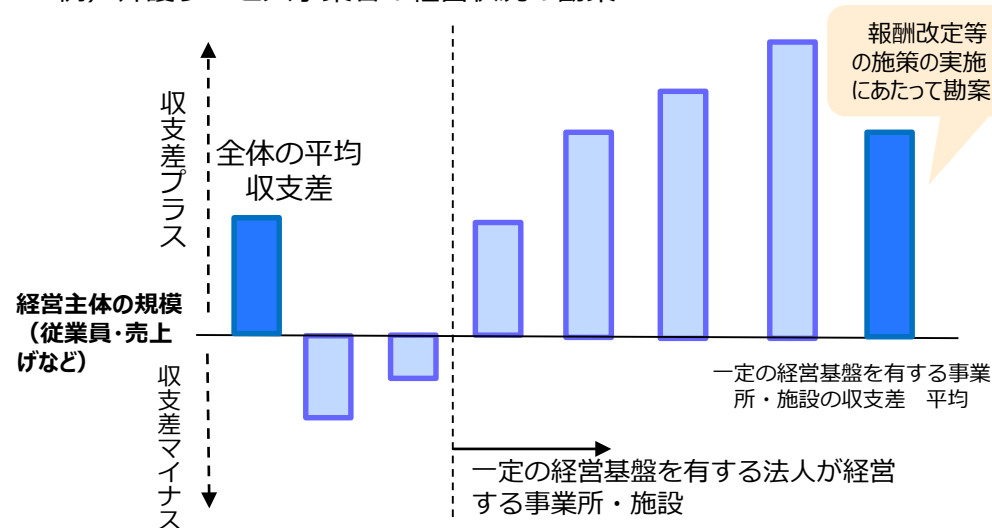
(出典) 2016年度老健事業「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」

◆ 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）

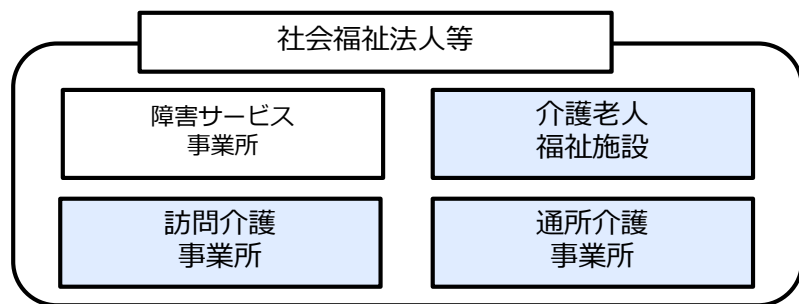
- 介護事業経営実態調査等については、厚生労働省において、介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的に行われている統計調査の1つであり、その内容については高い信頼性が求められている。
- 次期介護報酬改定に向けては、改定をより適切なものとするべく、複数の事業所を有する多様な主体の経営状況等が適切に把握できるよう、調査手法・集計方法等を見直すとともに、例年、調査の有効回答率が低調であることを踏まえ、その向上を図ることにより、統計の精度を高めていく必要。

◆ 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

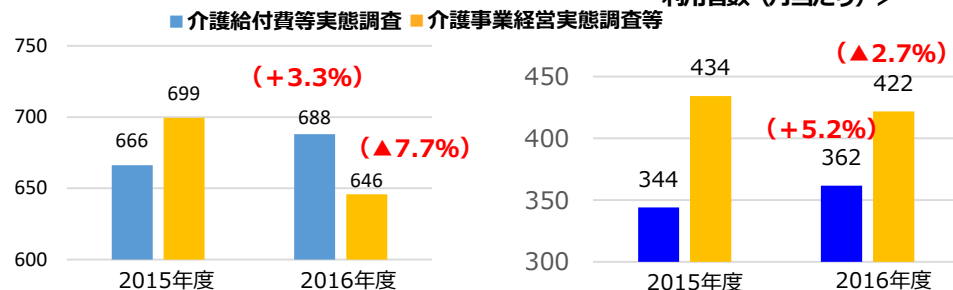
（注1）調査対象には、社会福祉法人のほか、営利法人や医療法人傘下の介護サービス事業所・施設が含まれる。

（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。

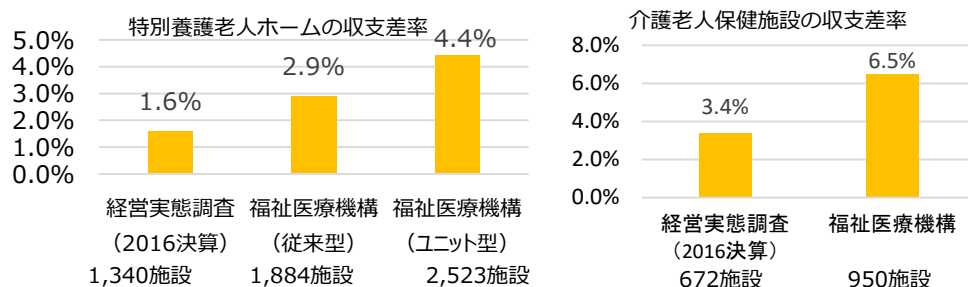
＜訪問介護 1事業所当たり訪問回数（月当たり）＞ ＜通所介護 1事業所当たり算定回数・利用者数（月当たり）＞



（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。

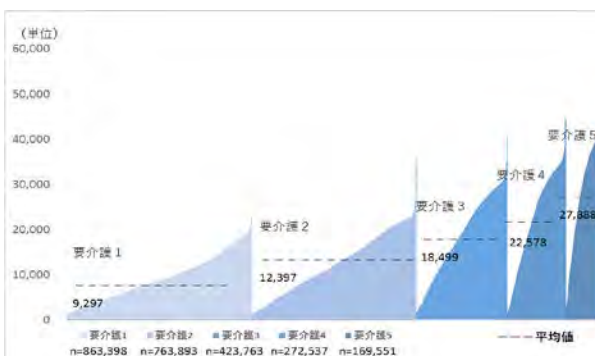
◆ 一般在宅等のサービス利用者と併設事業所を利用しているサ高住居住者の比較

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。

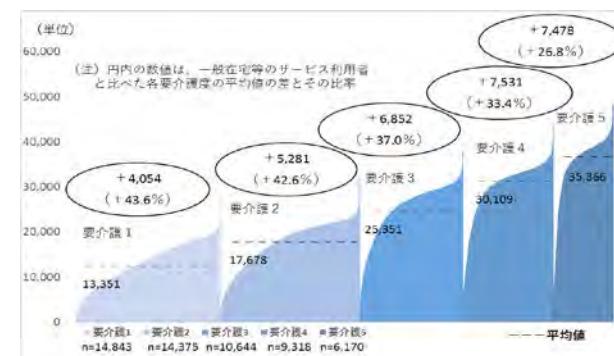
一般在宅等のサービス利用者（総単位数）

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。

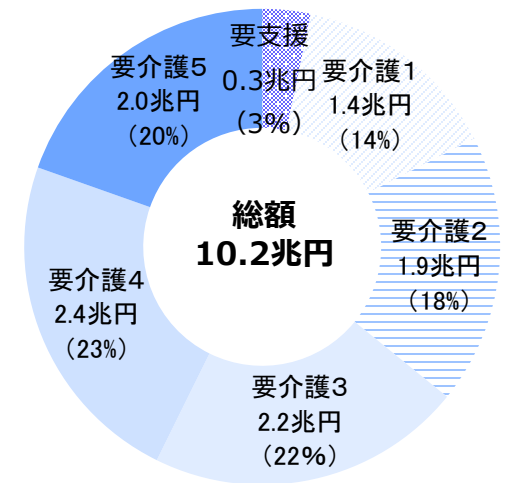
（注3）平成30年度改定では、同一建物減算以外についても改定が行われているが、その影響は特に考慮していない。

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