社会保障

財務省主計局 平成29年11月8日

医療

医療

- 1. 改革工程表の着実な実施
- 2. 薬価制度の抜本改革
- 3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2)調剤報酬の改革
- 4. 医療•介護提供体制

改革項目と改革工程表における記載(医療保険制度関連)

) 昨年末までに結論が出ず、再度検討期限を設定したもの

改革項目	改革工程表の記述	番号
かかりつけ医以外を受 診した場合の定額負担 の導入	 かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、2017年末までに結論 → 関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む) ・ かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる 	1
薬剤自己負担の引き上げ	・ 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき 必要な措置を講ずる(2018年度末まで)	2
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	マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における 負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる(2018年度末まで)	3

改革項目	改革工程表の記述	番号
後発医薬品の使用促進 (後発医薬品の価格を 超える部分への対応)	・ 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について、関係審議会等にお いて検討し、2017年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に結論	4
生活習慣病治療薬等の処方のあり方	・ 生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した 上で検討し、結論(2017年度末まで)	(5)
医療費適正化に向けた 高確法第14条の活用	・ 高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論。検討の 結果に基づいて必要な措置を講ずる(2017年度末まで)	6
医療保険における後期 高齢者の窓口負担の在 り方	・ 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施 状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論(2018年度末まで)	② 3

かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担

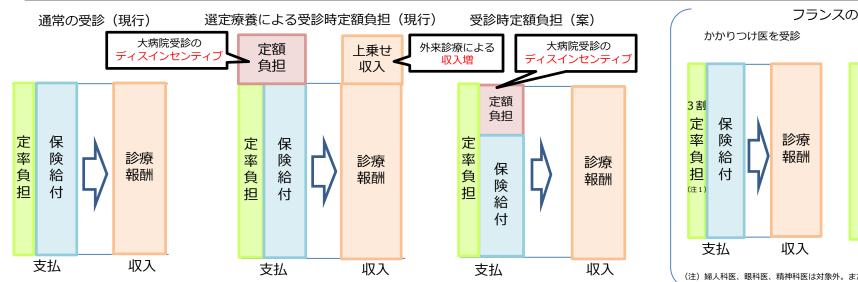
【論点】

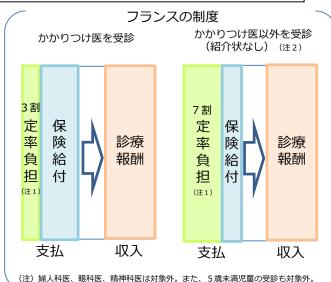
- 病院への紹介状なしの外来受診が依然として多いなど、「かかりつけ医」の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。
- 現在、導入されている「紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担」は、すべて病院の追加収入となるため、大病院への外来受診を 抑制するために患者には定額負担を求めながら、医療機関側にとっては外来診療による収入増を与えるものとなっている。このため、制度 としても整合性がなく、保険財政にも寄与しない。
- また、かかりつけ医の普及や、国民皆保険制度を維持していく観点を踏まえ、かかりつけ医以外を受診した場合について、個人が日常生 活で通常負担できる少額の定額負担の導入に向けて取り組んで行く必要。

○紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

- 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。





【改革の方向性】 (案)

- かかりつけ医の普及に向けて、現行の選定療養による定額負担について、まずは病院・診療所の機能分化を適切に進めていく 観点から、診療報酬への上乗せ収入とはせず、診療報酬の中で定額負担を求める仕組みとし、あわせて保険財政の負担軽減につ ながるよう仕組みを見直すべき。
- かかりつけ医機能のあり方について、速やかに検討を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入に 向けて検討を進めるべき。

薬剤自己負担の引き上げ

【論点】

- 高額・有効な医薬品を公的保険に取り込 みつつ、持続可能性を確保していく必要。
- 市販品と同一の有効成分の医薬品でも、 医療機関で処方されれば、自ら市販品を求 めるよりも大幅に低い負担で入手が可能。 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。
- なお、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は技術料 とは異なる仕組みが設けられている。

美容クリームより処方薬?

美容には、何万円もする高級クリームよりも、医療用医薬品「ヒルドイド」がいい——。

ここ数年、女性誌やウェブに、こんな特集記事が続々と出る。保湿効果があるヒルドイドは、医師が必要だと判断した場合のみ処方されるが、雑誌には「娘に処方してもらったものを自分に塗ったらしっとり」といった体験談も載る。 ソフト軟膏タイプの50~7入りで1185円。保険がきくので、

患者負担は現役世代なら3割の350円余り、子どもなら自治体によっては無料になる。東京都内の40代の開業医は「患者に『多めに出して欲しい』と言われれば、出さざるを得ない」と話す。(朝日新聞 29年8月31日 朝刊)

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)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた 額は自己負担
フランス	薬剤の種類時応じて自己負担割合を設定(加重平均した自己負担率34%) 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品:0% 一般薬剤:35% 胃薬等:70% 有用度の低いと判断された薬剤:85% ビタミン剤や強壮剤:100% (注)参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額 は自己負担
スウェー デン	900クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定(注)上限は年間2,200クローナ

▶ 市販品(OTC医薬品)と医療用医薬品の比較

		医療用医薬品					
種類	医療費	銘柄	薬価	3割負担 (現役)	1割負担(高齢者)	銘柄	価格
湿布	1,500億円程度	AA	120円	36円	12円	Α	1,008円
ビタミン剤	1,100億円程度	BB	300円	90円	30円	В	1,620円
漢方薬	800億円程度	CC	170円	51円	17円	С	1,296円
皮ふ保湿剤	500億円程度	DD	1,180円	354円	118円	D	2,634円

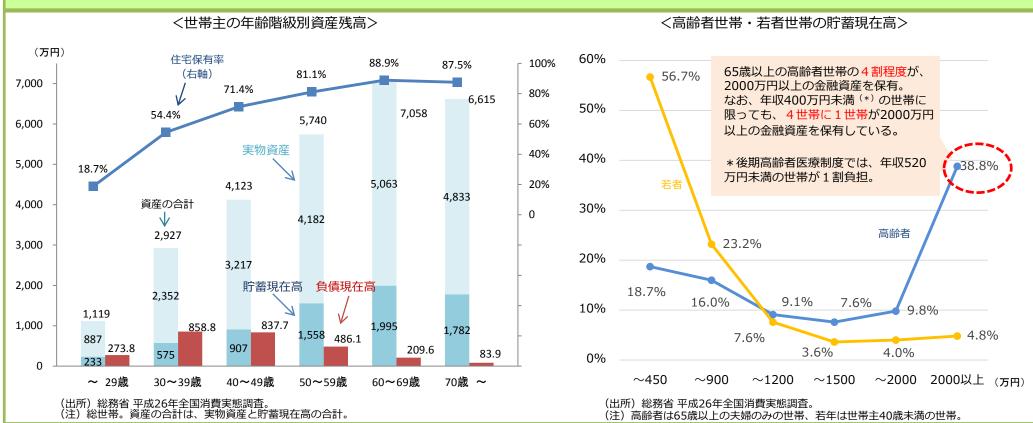
- ※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。
- ※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
- ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。
- ※4 医療費の金額は、平成26年度における、各薬効分類の入院、外来別の上位30品目の売上金額である。

【改革の方向性】(案)

○ 薬剤自己負担の引上げについて、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といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。

【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来年から施行予定。



【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。

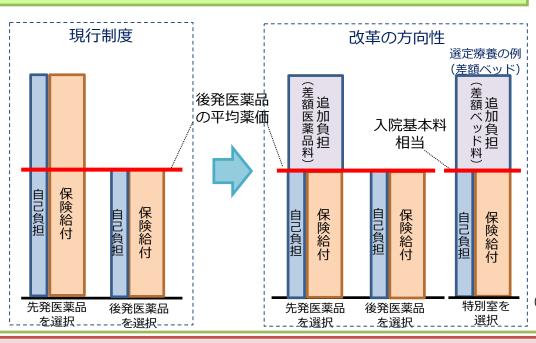
(n=704) 2.1%

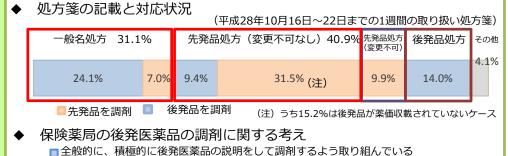
10.5%

15.9%

【論点】

- 平成32年度末までに後発医薬品の使用割合を80%とする目標が閣議決定され、その歳出削減効果は来年度からの全都道府県の医療費適正化計画に織り込まれる予定。
- 他方、後発医薬品が使用されないのは患者の意向によるケー スが多い。
- 後発医薬品の使用割合を更に高めていく上では、これまでの 措置の拡充・強化に加え、患者により働きかける施策が必要。 また、後発医薬品の使用割合が7割近くまで上昇し、多くの方 が後発医薬品を選択している中、公平性にも配慮する観点から も、保険給付は後発医薬品の平均価格を基準とすべきではない か。





薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる

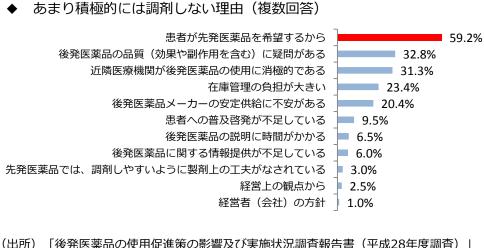
■患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる

-

70.6%

■後発医薬品の説明・調剤に積極的に取り組んでいない

■無回答



(中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会)

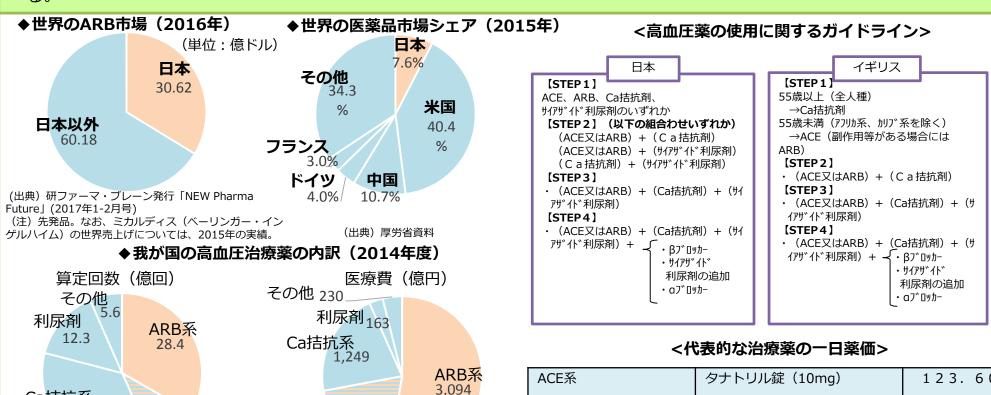
【改革の方向性】(案)

選定療養の仕組みも参考に、後発品の平均価格を超える部分については、原則、自己負担で賄う仕組みを導入すべき。

生活習慣病治療薬等の処方のあり方

【論点】

○ 生活習慣病治療薬等の処方は、臨床上の知見を踏まえつつ、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個々 の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、我が国では高価なARB系が多く処方されてい る。



Ca拮抗系 ARB系 3,094	ACE系	タナトリル錠(10mg)	123.60円
30.5 8.5 ARB系+Ca拮抗系 1,145	ARB系	ディオバン錠(80mg)	109.10円
(配合剤)	Ca拮抗系	アムロジン錠(5mg)	53.30円
(出所) 厚生労働省 第1回NDBオープンデータ(対象期間:平成26年4月~平成27年3月) (注) 該当期間の入院、入院外、調剤における「血圧降下剤」「血管拡張剤」「利尿剤」の薬効分類の医薬 品(効能・効果に高血圧が含まれないものを除く)の算定回数(それぞれの上位30品目)を基礎に作成	サイアザイド系利尿薬系	ヒドロクロロチアジド錠 (100mg)	22.40円

【改革の方向性】 (案)

- 薬剤の効率的かつ適正な使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について、臨床上の有効性・安全性を前提としつつ、経 済的な観点も踏まえた医薬品選択のガイドラインを策定すべき。
- 併せて、生活習慣病治療薬等の適切な処方を進めるための診療報酬上の対応の在り方を検討すべき。

医療費

【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、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はなく、どのような内容の診療報酬の定めができるかについて、検討は進んでいない。
- また、地域ごとに異なる診療報酬の定めを行うことは、同条の規定に関わらず、厚生労働大臣の権限として実施が可能。介護報酬等においては1点当たりの単価は地域によって異なるなど、公定価格が全国一律ではない例もある。
- 〇 平成30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。

全国一律(注)

診療報酬点数(厚生労働大臣告示)

(例) 初診料 入院基本料(7:1) 調剤基本料1 282点 1,591点

41点

X

(参考)

全国一律

単価

1点あたり

10円

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。

(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。

- ◆ 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)
- 〇 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)

○ 第2期医療費適正化計画の実績評価が行われる来年度から、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についてどのような活用が考えられるか、次期診療報酬改定において、具体的な方策を幅広く検討すべき。

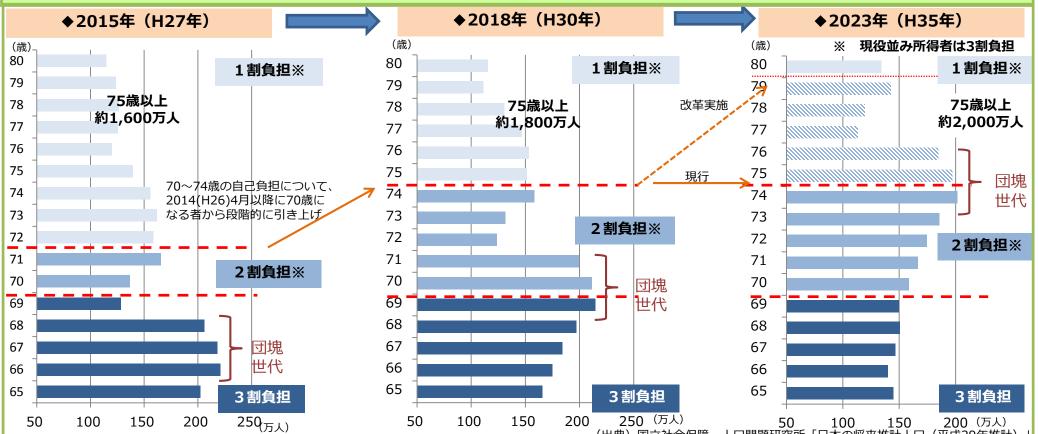
医療分野での都道府県のガバナンス強化に向けた具体策

	手段・権限の付与	インセンティブの強化
地域医療構想の 着実な推進	 客観的・定量的指標に基づく病床機能報告の実施とこれによる進捗把握 慢性期病床の地域差是正・受け皿への移行に向けた地域における標準的な意思決定プロセスの整備 病床再編に向けた都道府県の権限の整備 	都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況の公表進捗に応じた保険者努力支援制度等や地域医療介護総合確保基金の配分受益と負担の牽制による保険財政運営
		・ 都道府県が国保の財政運営の責任 主体となり、市町村ごとの納付金や
医療費適正化	 二次医療圏・市町村等の医療内容の可視化 地域における医療関係者を含めた医療費適正化に向けた協議の枠組みの構築 高確法14条(地域別診療報酬の特例)の活用 	標準保険料率を決定 ・標準的な医療費水準 (注) に基づく国保普通調整交付金等の配分 ・法定外一般会計繰入の解消 ▶ 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分
	 → 高確法14条(地域別診療報酬の特例)の	

医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

【論点】

- 後期高齢者の定率の窓口負担は、現役世代よりも低い1割に軽減されている。他方、後期高齢者の人口は毎年増加。
- 平成30年度に74歳までの自己負担は2割となるが、31年度以降、75歳以上の自己負担について改革を実施しない場合、自己負担が1割 となる対象者が毎年増加していく(5年間で約200万人増加)。



【改革の方向性】 (案)

- 後期高齢者数や医療費が毎年増加し、これを支える現役世代の保険料や税の負担が重くなっていく中、世代間の公平性や制度 の持続可能性を確保していく観点から、75歳以上の後期高齢者の自己負担について見直しを行う必要。
- 現在70歳~74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げを、引き続き75歳以上についても延伸して 実施し、2019(H31)年度以降に新たに75歳以上となる者について2割負担を維持すべき。また、2019(H31)年度時点で既 に75歳以上となっている者については、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。
 - これらの実施は31年4月からとなるため、早急に議論を開始すべき。

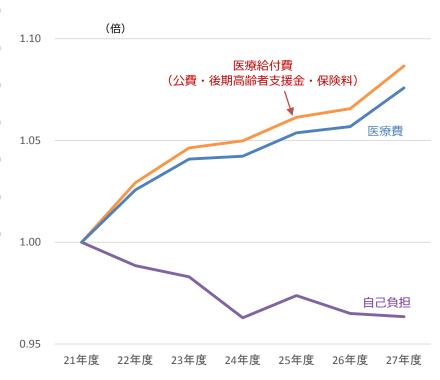
(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)

(参考)後期高齢者医療費と費用負担の動向

- 後期高齢者医療費は、制度創設以来、後期高齢者数と一人当たり医療費の伸びにより、約3.7兆円(30%以上)増加。
- 後期高齢者一人当たりでみると、医療給付費が医療費の伸びを上回って増加している一方で、自己負担は減少している。
- 医療給付費の約5割を公費、約4割を現役世代からの支援金で賄っているが、支え手である現役世代は減少している。



◆後期高齢者一人当たりの医療給付費と自己負担



	21年度	27年度	増減額
医療給付費	80.5万円	87.5万円	+7.0 万円
自己負担	7.7万円	7.4万円	▲0.3万円

(注) それぞれ、各年度の金額を被保険者数(月末平均値)で除した値を、満年度化した平成21年度分を基準に示したもの。

医療

- 1. 改革工程表の着実な実施
- 2. 薬価制度の抜本改革
- 3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2)調剤報酬の改革
- 4. 医療•介護提供体制

薬価制度の抜本改革(基本的な視点)

(市場価格の反映による国民負担の軽減)

- 市場価格を適時に把握して不必要な財政支出がなされないように予算執行がなされるのが通常であるが、医薬品分野については、①慣行により、市場実勢価格の把握は従前2年に1回とされ、②市場実勢価格が把握されても、新薬の相当部分について、市場価格を上回る価格を維持したまま予算が執行されている。
- 医薬品についても、適時に市場価格を薬価に反映させることで、市場価格を上回る部分に係る国民負担を抑制する仕組み としていくべき。

(革新的な医薬品を見極めたイノベーションの評価)

- イノベーションを適切に評価していくためには、新薬であれば何でも評価するのではなく、患者にとっての個々の医薬品の画期性や有用性を見極めて評価をしていくことが重要。
- そうした観点ではなく、研究開発の原資とするために一定の売上げを確保する観点から公的医療保険の価格設定を行うことは適当ではなく、また、それが本当に画期的な医薬品を創出する研究開発につながるかどうかも明らかではない。
- また、財政措置のみに頼るのではなく、研究開発環境の改善、創薬コスト低減や産業構造転換といった対応が重要。

◆ 市場価格を反映した予算執行を行っている他の行政分野の例

分野	市場価格の反映方法
公共工事	労務費や資材単価について毎年市場価格調査を 行い入札予定価格に反映
石油や米の国家備蓄	入札時点の市場価格を予定価格に反映

◆ 現行薬価制度と市場価格との関係(イメージ)

	X年度	X+1年度	X+2年度	X+3年度	X+4年度	X+5年度	
		新薬創	出等加算效	対象 (反映	世ず)		
薬価 (保険償還額)	反映	(反映せず)	反映	(反映せず)	反映	(反映せず)	
					4		

◆ イノベーションの推進に向けた政策対応

補助金	特定の要件(例:産学官連携による革新的医薬 品研究開発)を満たす場合に、その費用を補助
研究開発税制	各年度に支出した試験研究費の総額や内容等に 応じて、一定額をその年度分の法人税額から控除。
薬価制度	医療保険制度における償還価格を設定 (医薬品の価値に応じた薬価の設定)

研究開発環境の 改善、コスト低 減	臨床データの蓄積・活用などゲノム創薬に向けた研究開発基盤の整備、安全性に配慮した早期の承認制度、ビッグデータによる製造販売後調査のコスト低減 等
産業構造の転換	再編による規模拡大、強みのある疾患領域や機能への特化 等

新規収載 市場価格の形成・変化

新規収載と効能追加の考え方

【論点】

- 新薬収載・薬価算定や効能追加は、予算にかかわらず 年度中に実施される。
- その際、新薬が既存薬と競合し、医療費への影響は大 きくない場合もあるが、新たな薬効のあるものや、類似 薬と比べて高薬価のもの等については、新規収載は医療 費の増加につながる。
- また、収載後の市場環境の変化があれば、収載時の見 込みにかかわらず、医療費が増大していく。

類似薬効 同じ効果を持つ類似薬がある場合には、新薬の一日 比較方式 薬価を既存類似薬の一日薬価とあわせる。 (原則) 類似薬に比べて高い有用性が認められる場合には、 これに補正加算(+5~120%)を行う。

原価計算 類似薬がない場合には、製造原価(原材料費等)、 方式 販売費・研究費、営業利益等を積み上げて価格算定

> する。 既存治療と比較した有効性、安全性の程度に応じて、

営業利益率 $C = 50 \sim + 100 %$ の加減算を行う。

眼科薬剤(加齢黄斑変性治療薬)の例 新薬創出加算 21.3 28.4 薬価収載 25.8 効能追加 市場拡大 類似薬効比較方式 網膜静脈閉塞症に伴う黄斑浮腫 再算定 有用性加算15% **▲**13% (一日薬価2,269円) 26.2 効能追加 糖尿病黄斑浮腫 ピーク時予想234億円 新薬創出加算 24.11 28.4 市場拡大 薬価収載 25.11/27.6 効能追加 再算定 類似薬効比較方式 網膜静脈閉塞症 ▲13% (一日薬価2,269円) に伴う黄斑浮腫 ピーク時予想248億円 26.11 効能追加 (億円) 糖尿病黄斑浮腫 800 ■ アイリーア 600 ■ ルセンティス 393.8 274 400 172.8 4.1 200

252.4

24年

191.7

25年

199.7

23年

158.3

22年

(出典) (公財) 日本眼科医会

86.9

21年

311.7

26年

305

27年

15

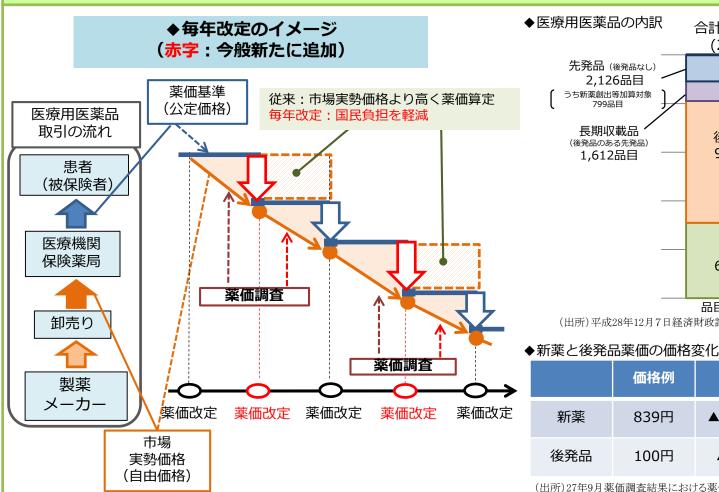
【改革の方向性】(案)

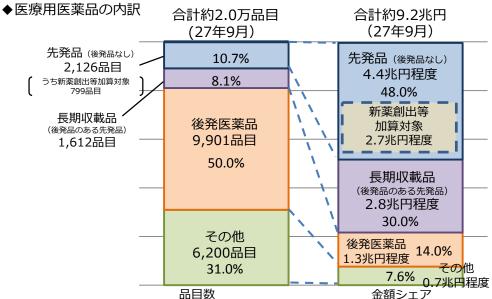
- 年度途中に新薬を保険収載する場合には、保険財政や国民負担の観点から、収載による財政影響を検証するとともに、これに 対して必要な措置を講ずることができるよう検討すべき。
- 新薬の収載後も、その使用動向を随時把握し、効能追加等により保険適用時の見込みよりも販売額が増加する場合には、市 場拡大再算定も参考に、速やかに薬価を引き下げる仕組みを設けるべき。

毎年調査と毎年改定

【論点】

- 医療用医薬品の内訳について、品目数や数量ベースでは後発医薬品が最大であるが、金額ベースで半分程度を「後発 品のない先発品」が占めるなど、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。
- 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。





(出所)平成28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	839円	▲0.12%	▲0.60%	▲1.19%	▲1.79%
後発品	100円	▲ 1 %	▲ 5%	▲10%	▲15%

(出所)27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)

○「価格乖離の大きな品目」の検討にあたっては、金額ベースでみて国民負担の軽減に十分につながるものとなるような範囲とす べき。

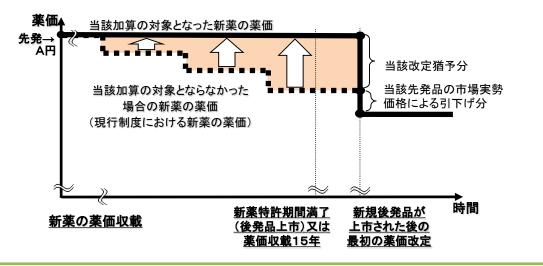
16

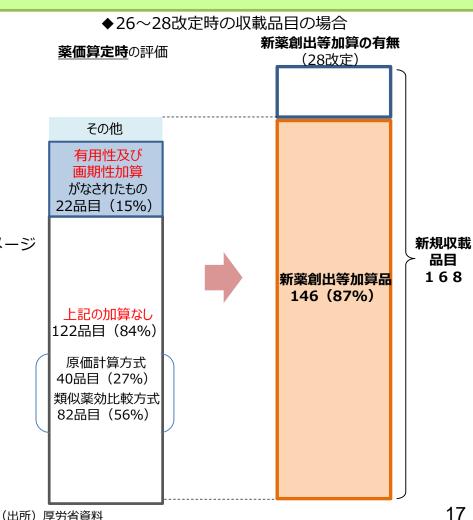
新薬創出等加算のゼロベースでの抜本的見直し1

- 薬価を最初に算定する際に、医薬品の画期性や有用性に応じて薬価に加算を行う制度が別途あるが、新薬創出等加算は、そうした制度で評価された革新的医薬品にとどまらず、こうした評価がなされなかった医薬品も含め、新薬に幅広く適用されている実態。
- 優れた医薬品が生まれた場合にこれを評価する必要はあるとしても、そうした画期性や有用性の高さが認められなくとも新薬創出等加算の対象となるため、イノベーションの適正な評価という観点からも問題が大きい仕組みとなっている。

●新薬創出加算の要件

- ① 薬価収載後15年以内で、かつ後発品が収載されていないこと。
- ② 市場実勢価格と**薬価との乖離が、薬価収載されている全医薬品の** 平均を超えないこと
- ③ 厚生労働省による開発要請品目又は公募品目について開発に向けた取組を行う企業が製造販売するもの、又は「真に医療の質の向上に貢献する医薬品」の研究開発を行う企業が製造販売するもの。
- ④ 再算定対象品でないこと。
- ◆新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となる医薬品の薬価推移のイメージ





新薬創出等加算のゼロベースでの抜本的見直し2

【論点】単年度の国民負担は、22年度以降、薬価改定で試行が継続するたびに追加。現在、新薬創出等加算の財政影響は単純計算で2,530億円/年であり、これに加えて改定後の薬剤使用量の変化や類似薬効比較方式による他の医薬品の薬価引き上げを通じた影響も生じている。



【改革の方向性】(案)

- 現行の新薬創出等加算制度は廃止すべき。薬価改定時の加算制度を何らかの形で存続する場合には、十分に国民負担を軽減し つつイノベーションの促進につながるよう、他の医薬品にない画期性や有用性の高さを根拠に薬価算定時に相応の加算が認めら れた医薬品に対象を絞り込むべき。
- これまでになされた加算についても速やかに薬価を引き下げ、解消していくべき。

費用対効果評価の活用

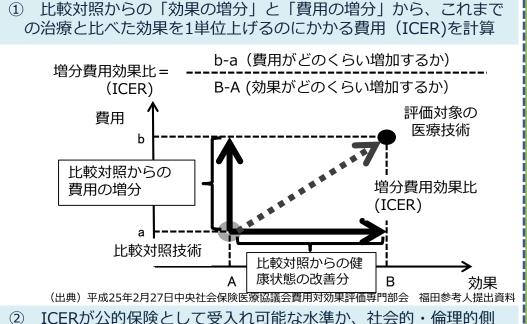
【論点】

- 新規の医薬品等について、既存の医薬品等に比べて、効果と費用がどの程度変化するかを分析し、「効果に比べてどの程度費用が高くな るかし「公的保険として受け入れ可能な水準か」等を評価する「費用対効果評価しが30年度から制度化。医薬品の価格設定への反映方法 等を年末までに決定することとされる。
- 新たな医薬品の保険償還価格は、市場価格がないため、一定の算定式に基づいて計算されるが、例えば、「原価計算方式」について、企 業の提出した「原価」に営業利益分などを積み上げて価格設定されるものであり、輸入医薬品の場合には企業間の輸出入価格がそのまま 「原価」とされるなど、価格水準の妥当性は明らかではない。



薬価(※※) ※ 製造業者出荷価格 (原価+販売費・研究費+営業利益) に占める割合。製薬企業の平均値。

費用対効果評価



面等も踏まえて総合評価(「アプレイザル」)

評価結果(費用対効果が「良い」か「悪い」か)

【改革の方向性】(案)

※※ 要件を満たす場合に外国平均価格調整がなされる。

- 原価計算方式で算定された医薬品は費用対効果評価を義務付け、費用対効果が「悪い」ものについては、薬価全体について公的保険とし て償還可能な価格まで引き下げる仕組みとすべき。
- 類似薬効比較方式で算定された医薬品についても、補正加算が付される場合には費用対効果評価を義務付け、その結果に応じて薬価を引 き下げるべき。

医療

- 1. 改革工程表の着実な実施
- 2. 薬価制度の抜本改革
- 3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2)調剤報酬の改革
- 4. 医療•介護提供体制

経済財政運営と改革の基本方針2017(抄) (平成29年6月9日閣議決定)

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

- 3. 主要分野ごとの改革の取組
- (1) 社会保障
 - ⑤ 平成30年度診療報酬・介護報酬改定等

人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療報酬改定の在り方について検討する。

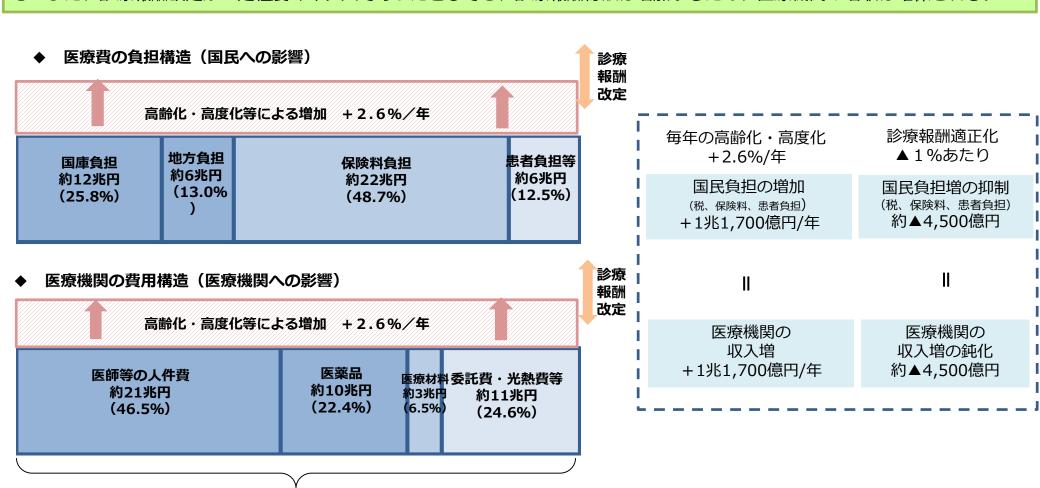
医療機関の地域連携強化に向けたこれまでの診療報酬改定内容を検証するとともに、地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携を更に後押しするため、患者の状態像に即した適切な医療・介護を提供する観点から、報酬水準、算定要件など入院基本料の在り方や介護医療院の介護報酬・施設基準の在り方等について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。

⑦ 薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の 適正使用等

調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、 在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検 討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精 査し、それに応じた評価を更に進める。

医療費の財源・費用構造内訳

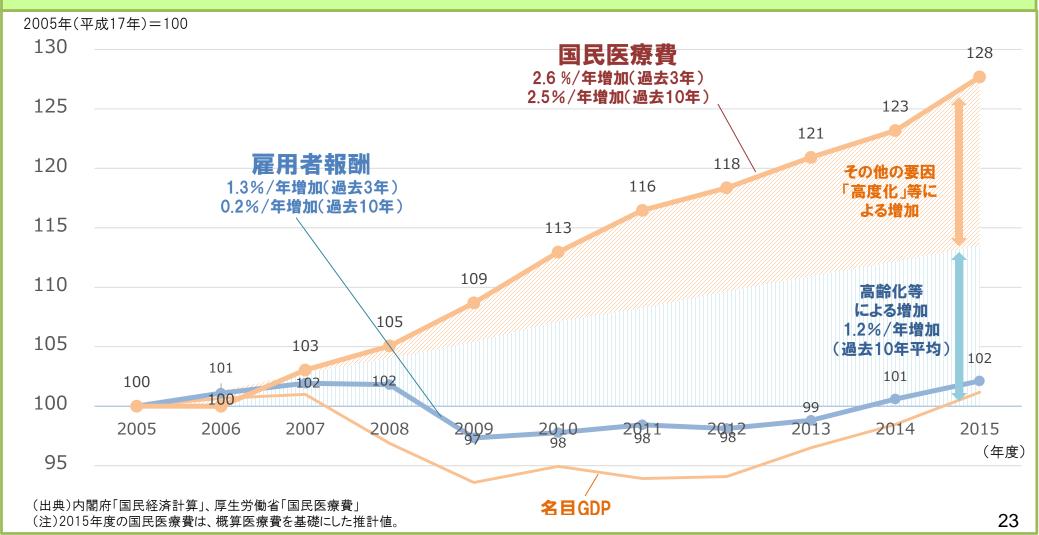
- 診療報酬総額(医療費の総額)は、「診療行為」×「単価」であるが、「診療行為」が高齢化・高度化により毎年増加。診療報酬改定はこうしたトレンドの下で「単価」を増減させるものであり、国民負担の増加を抑制する観点からは診療報酬単価を抑制していくことが必要。
- また、診療報酬改定が一定程度マイナスであったとしても、診療報酬総額は増加するため、医療機関の増収は確保される。



国民医療費=診療報酬総額(平成29年度予算ベース):約45兆円

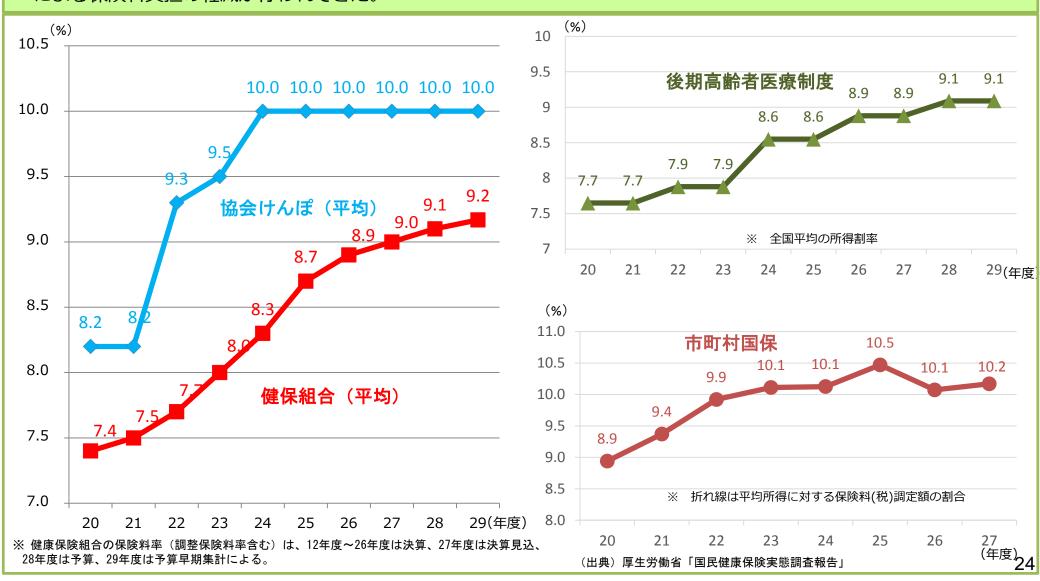
医療費の伸びと経済動向

- 国民医療費は過去10年で平均2.5%/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1.2%/年であり、残りの半分程度は、人口や高齢化以外の要因によるもの。
- 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、保険料率引き上げの要因になってきた。
- 医療費の伸びを「高齢化等」の範囲内とするためには、診療報酬改定1回あたり2%半ば以上のマイナス改定が必要となる。また、近年の雇用者報酬の伸びを踏まえても、保険料率の更なる引上げにつながらないようにし、制度の持続可能性を確保するためにも、少なくともこの程度のマイナス改定とすることが求められる。



各医療制度における保険料率の推移

- 近年、医療費の増加等に伴い、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽに対しては、平成22年度から国庫補助率の引き上げ(13.0%→16.4%)も行われている。
- 国保においても、一人当たり保険料額は増加してきており、平成26、27年度においては消費税収による公費の拡充 による保険料負担の軽減が行われてきた。



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がある。

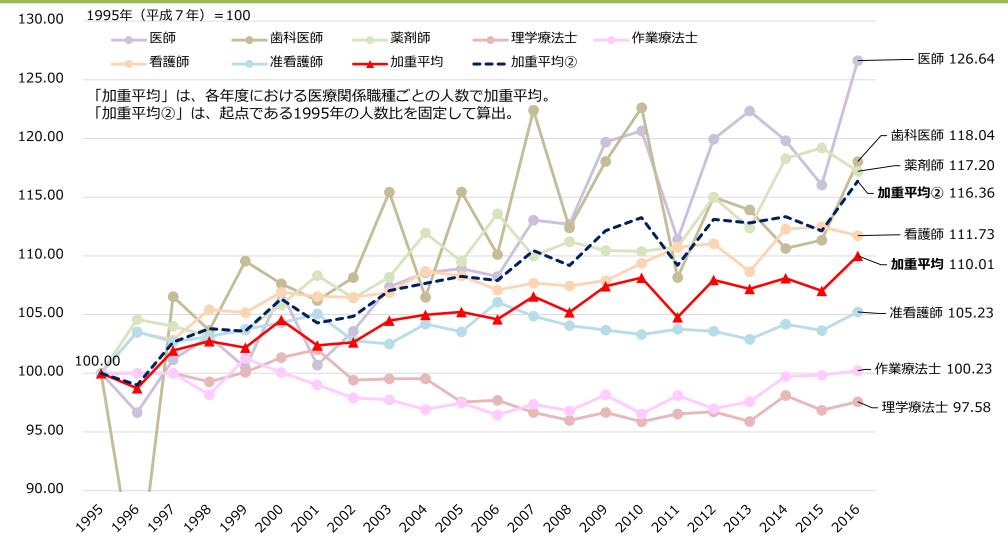


- ※ 診療報酬本体(対本体部分)は、薬剤費等を除く医療費(一部公表資料に基づく推計値)に対する改定率に換算したものを指数化することで、各年度の改定による本体部分の単価の伸びを示したもの。 ※ 医療職種賃金(加重平均)は、各年の職種別の給与(決まって支給する給与額)について、各年の職種別医療従事者数より加重平均し、指数化したもの。なお、理学療法士・作業
- 療法士の平成7~8年の給与額、各職種の平成26年度の従事者数は直近年からの推計値。 ※「賃金・物価水準」は、医療機関の費用構造における人件費と物件費の比率により、賃金及び物価指数を加重平均したもの。

(参考2)主な医療関係職種の給与水準

○ 主な医療関係職種の給与水準は、加重平均でみて、上昇トレンドを続けてきた。

医療関係職種の中でも、特に、医師・歯科医師・薬剤師などの給与水準の伸びが大きい。



(出典) 人事院「民間給与の実態 職種別民間給与実態調査の結果」、厚生労働省「病院報告」、「医療施設調査」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「衛生行政報告例」

^{(※) 1995}年(平成7年度)=100とする。

^(※)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、各職種の平 成26年度の従事者数は直近年からの推計値。

^(※) 加重平均②は各年度の従事者数がすべての年度で平成7年度の時点の従事者数であると仮定した場合の職種別給与額の加重平均。

医療

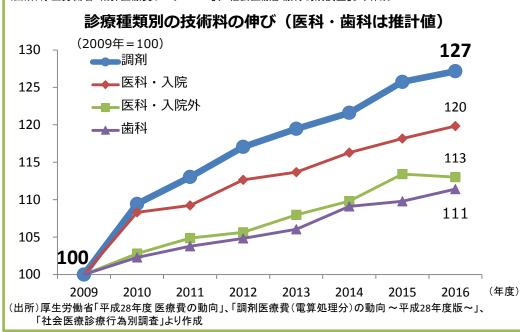
- 1. 改革工程表の着実な実施
- 2. 薬価制度の抜本改革
- 3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2)調剤報酬の改革
- 4. 医療•介護提供体制

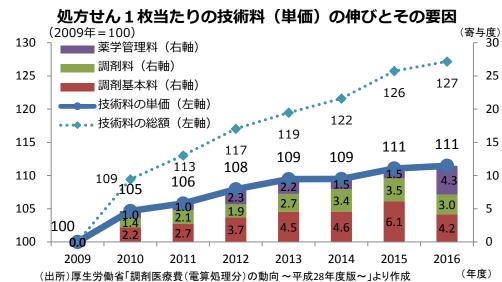
調剤医療費を巡る現状

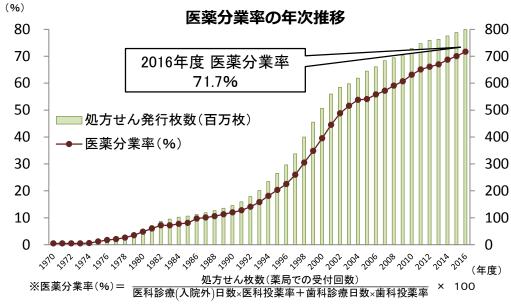
○ 医薬分業の進展による処方せん枚数の増加のみならず、処方せん1枚当たりの単価の増加により、調剤医療費のうち、薬剤料等を除いた技術料部分の伸びは、入院医療費や外来医療費と比較して大きいものとなっている。

調剤医療費の推移(内訳は推計値) (単位: 兆円) 調剤医療費 技術料 調剤技術料 薬学 薬剤料 調剤 管理料 調剤料 基本料 2006年度 1.3 0.35 0.74 0.26 3.4 4.7 2008年度 5.4 1.5 0.38 0.83 0.26 4.0 2010年度 6.1 1.6 0.92 0.30 4.4 0.43 2012年度 6.6 4.9 1.8 0.48 0.95 0.33 2014年度 7.2 1.8 1.00 0.33 5.4 0.492016年度 7.5 1.9 0.48 1.01 0.38 5.6

(出所)厚生労働省「概算医療費データベース」、「社会医療診療行為別調査」より作成





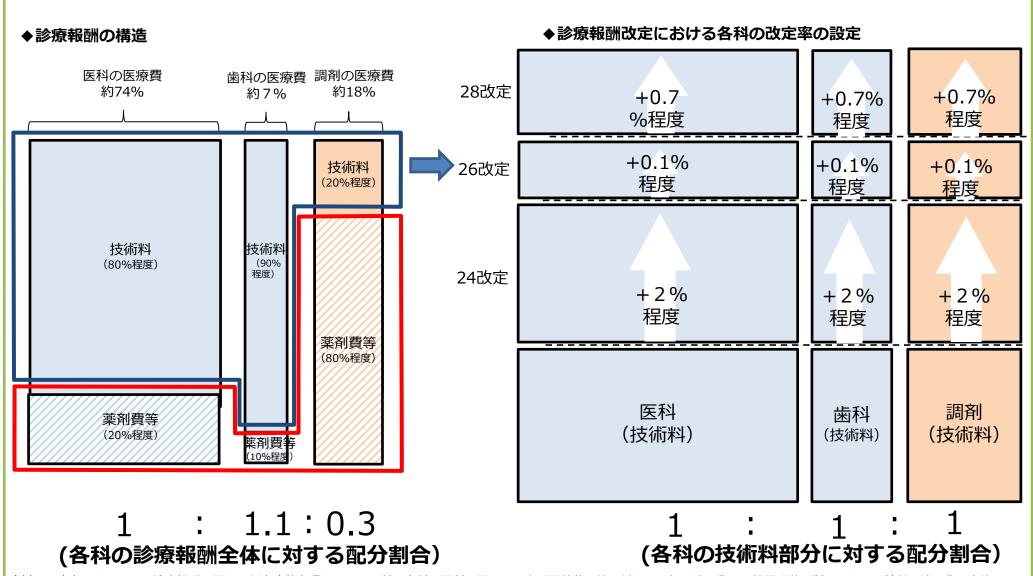


(出所)日本薬剤師会「医薬分業進捗状況(保険調剤の動向)」より作成

28

調剤報酬に対する改定率の設定

○ これまで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関わらず、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改定率が設定され、単価の上乗せが行われてきた。

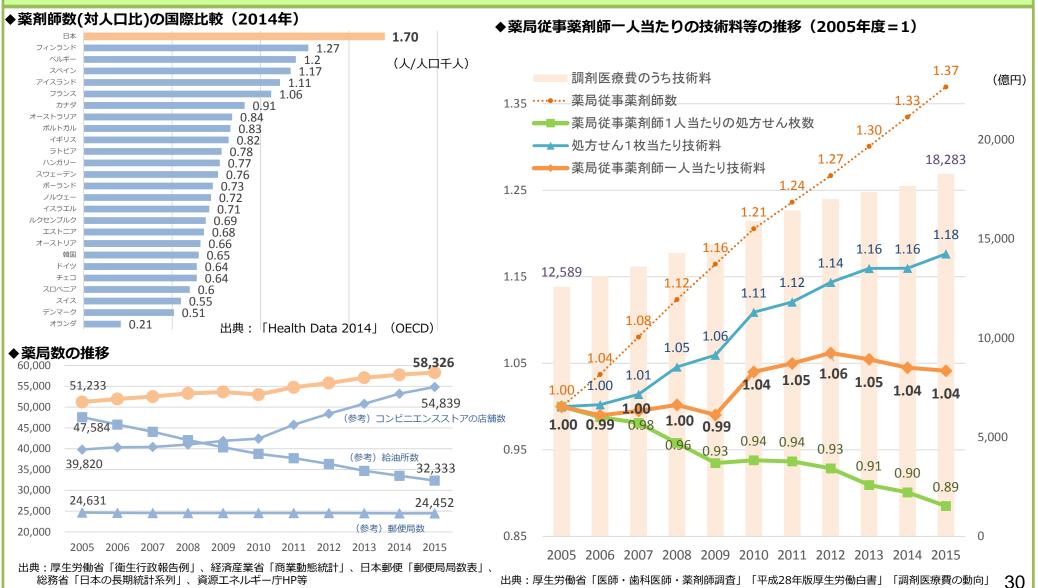


(注) 28改定においては、診療報酬に関する制度改革事項として、医科、歯科、調剤に関して、大型門前薬局等に対する評価の適正化や、経腸栄養用製品にかかる給付の適正化を実施。

※ 平成28年度の概算医療費、調剤医療費の動向を踏まえ、財務省作成

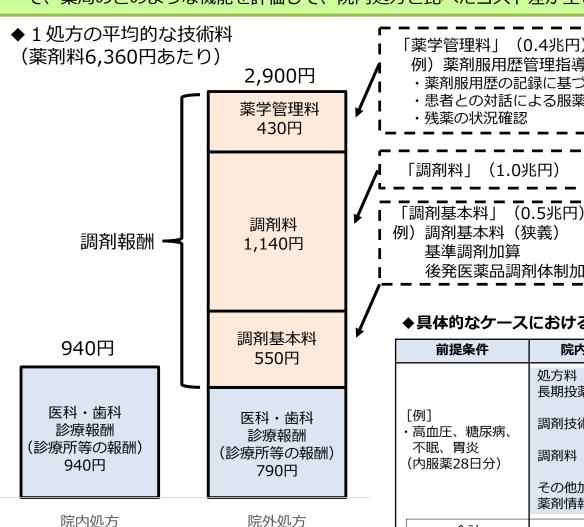
薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

- 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。
- 通常の市場競争であれば、必要以上の供給増は収益の低下を招き調整が行われる。しかしながら、薬剤師数の増加により薬剤師一 人当たりの処方せん枚数は減少している中で、調剤報酬の引き上げにより、薬剤師一人当たりの技術料が維持されている状況。



院外処方と院内処方のコスト差

- 同じ金額の薬剤を処方する場合であっても、院外処方の場合は院内処方と比べて3倍超の診療報酬(技術料)が算定される。
- 処方せん受付1回ごとに算定される「調剤基本料(狭義)」、処方する医薬品の剤数に応じて算定される「調剤料」につい て、薬局のどのような機能を評価して、院内処方と比べたコスト差が生じているのか明らかではない。



「薬学管理料」(0.4兆円)

「調剤料」(1.0兆円)

基準調剤加算

後発医薬品調剤体制加算

- 例)薬剤服用歴管理指導料 以下を実施した場合に算定 ・薬剤服用歴の記録に基づく重複投薬等の確認、薬剤情報提供文書による情報提供、説明
- ・患者との対話による服薬状況等の確認 ・お薬手帳への記載(手帳を用いる場合) ・残薬の状況確認 ・後発医薬品に係る情報提供

処方した薬剤の剤数や処方日数等に応じて算定

処方せん受付につき算定(大型門前薬局は減算)

開局時間、構造設備、備蓄品数等に応じて加算

後発医薬品の調剤割合が高い場合に加算

▶具体的なケースにおける院内処方と院外処方の診療報酬上の評価(例)

前提条件	院内処方(診療所等)	院外処方(診療所等+薬局)	差額
[例] ・高血圧、糖尿病、 不眠、胃炎 (内服薬28日分)	処方料 420円 長期投薬加算 650円	処方せん料680円長期投薬加算等670円	
	 調剤技術基本料 80円 	調剤基本料(狭義) 410円 後発医薬品調剤体制加算 180円	 剤数・日 数に比例
	調剤料 90円 定 この他加算 20円 な 変別情報提供料等 130円 1		数に比例 院外処方の 場合のみ
合計	1,390円	6,080円	4,690円
自己負担(3割)	420円	1,820円	1,400円

- (注1) 上記診療報酬は、投薬に関する費用のみで、医療機関で算定する基本診療料や医学管理料は含まない。
- (注2) 事例は、平成27年3月12日「規制改革会議公開ディスカッション」にて日本医師会が提出した資料を抜 粋したものであり、平成28年度診療報酬改定を踏まえて一部修正。
- (注2) 院内処方・院外処方を通じた1処方あたり薬剤料は 約6,360円

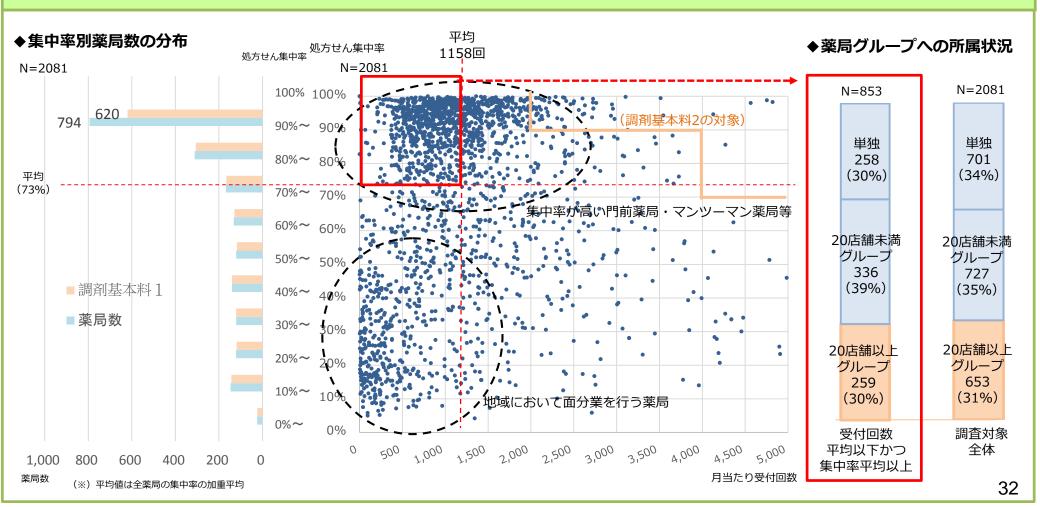
(出典) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(2016年) (注1) 院内処方は処方料、院外処方は処方箋量の算定回数に

基づき1処方あたり金額を計算。

31

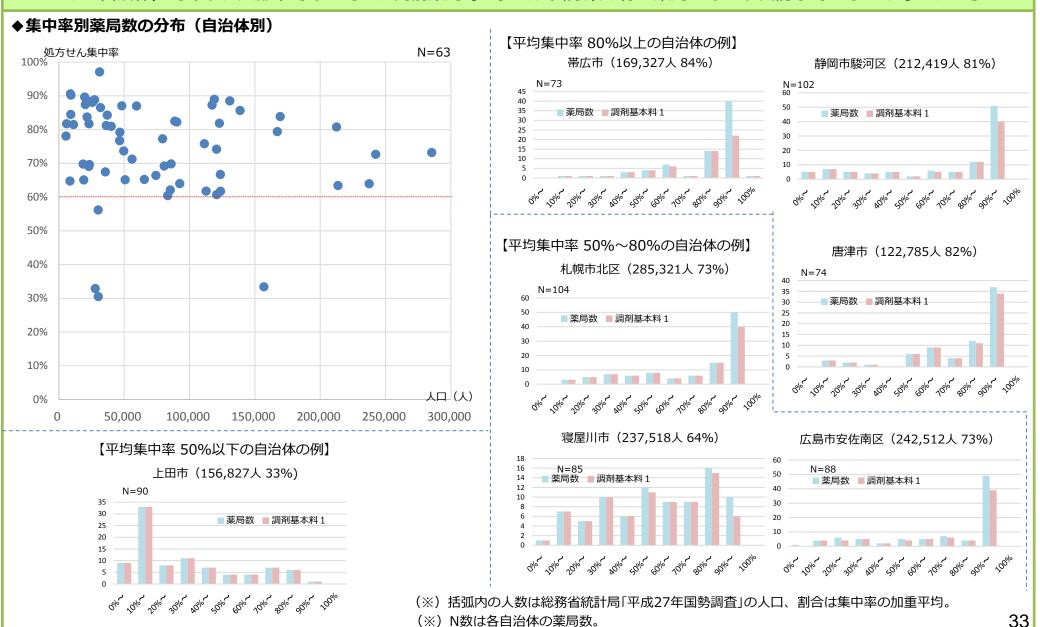
処方せんの受付回数や集中率からみた薬局の実態①(平成29年度予算執行調査)

- 全体として、特定の医療機関から受付ける処方せんの割合(集中率)が50%を超える薬局が全体の7割、90%を超える薬局が4割となっている。これに対して、様々な医療機関からの処方せんを地域で受け付ける(面分業を行う)薬局は少数派。
- 処方せん集中率と規模で薬局を4形態に区分すると、「平均より小規模」で「集中率が高い」類型が4割を超え、最多。次いで「平均より大規模」で「集中率が高い」類型が3割。
- 中小規模の薬局は、地域において面分業を行っている薬局も一定程度あるが、集中率が高い薬局が多い(いわゆる門前薬局・マンツーマン薬局など)。
- 処方せん受付回数が平均以下かつ集中率が平均以上の薬局であっても、その3分の1は、20店舗以上の大手保険薬局チェーンに属しており、単独で経営している小規模薬局とは経営実態が異なるものと考えられる。



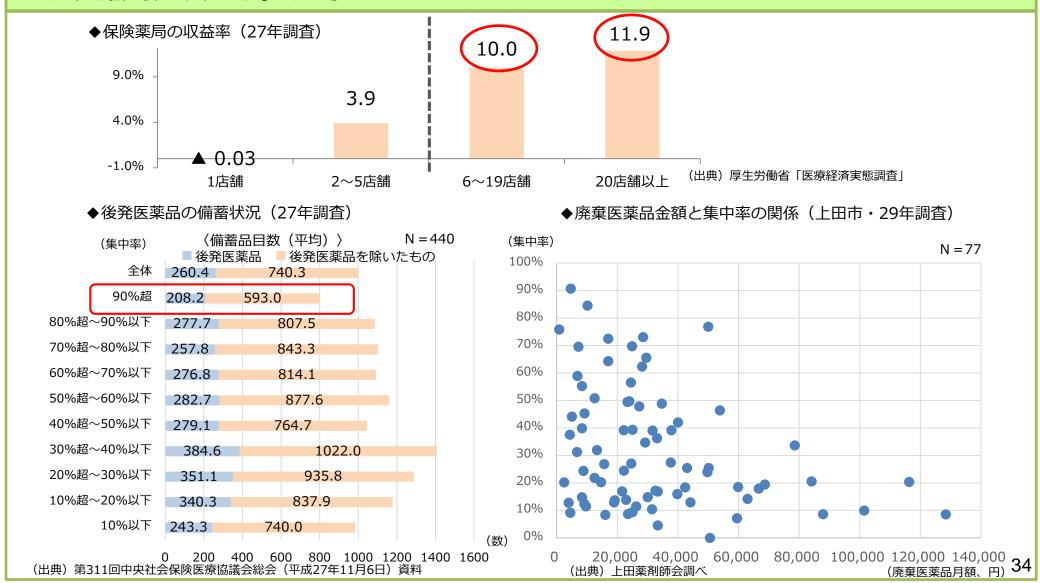
処方せんの受付回数や集中率からみた薬局の実態②(平成29年度予算執行調査)

○ 地域別にみると、面分業が根付いている自治体はごく例外的(集中率の平均が60%以下だったのは、調査対象 63自治体 のうち4自治体)であり、大都市であっても、門前薬局等が多く、面分業を行う薬局があまり機能していないと考えられる。



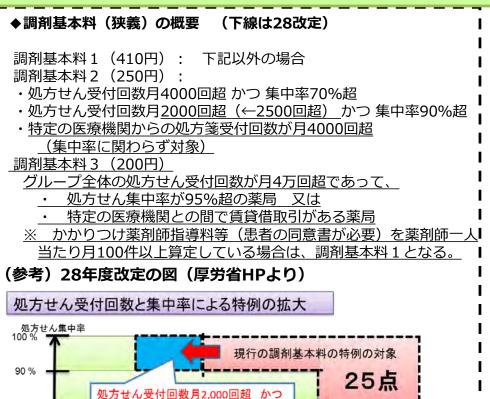
(参考)保険薬局の規模や処方箋集中率と経営の効率性

- 同一法人で保険調剤を行っている店舗数が多い薬局では、収益率が二桁台と高い。
- 処方せん集中率が高い薬局は、特定の医療機関において処方される医薬品への対応が中心となるため、備蓄品目数が相対的に少ない傾向。このため、多数の備蓄品目を取りそろえ、不要な在庫も生じやすい面分業を行っている薬局と比べてコストを低く抑えやすいと考えられる。



薬局の実態を踏まえた調剤基本料のあり方(平成29年度予算執行調査)

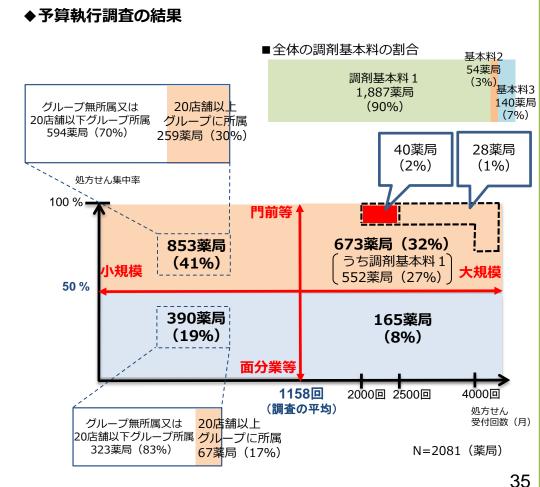
- 28年度診療報酬改定において、大型門前薬局に係る調剤基本料の見直しが行われたが、これにより調剤基本料が250円に減額となった薬局は、全体の3%、200円に減額となった薬局は全体の7%にとどまった。平均より規模が大きい門前薬局の大宗は引き続き、地域において面分業を行っている薬局と同じ高い調剤基本料(410円)が算定されている。
- また、平均より規模が小さい薬局にも、大規模グループに所属している薬局は多いが、その多くは、薬局の機能の違いにかか わらず、高い調剤基本料の算定を行っている。
- 政策目標である「地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現」に向けては、薬局の4割を占める「平均より小規模」の門前・マンツーマン薬局等の機能をどのように評価していくか、検討していく必要があるのではないか。



調剤基本料1 41点

70 %

集中率90%超(改定)



予算執行調査を踏まえた改革の方向性

【薬局の実態】

- 薬局の機能に関して、昨今「服薬情報の一元的・継続的把握」といった側面が強調され、将来像としても、「地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる『かかりつけ薬剤師』」が役割を発揮する「かかりつけ薬剤師・薬局」のビジョンが提示されている。
- しかしながら、地域において様々な医療機関からの処方せんを受け付ける薬局は少数派。特定の医療機関の 処方せんを受け付ける薬局(いわゆる「門前薬局」「マンツーマン薬局」などと考えられる)が大宗を占めて いる。これら薬局が真に地域における「かかりつけ薬剤師・薬局」として高い院外処方のコストに見合った機 能を果たしているものとは想定しにくい。

【改革の方向性】

- 「処方内容のダブルチェックといった最低限の機能を果たしつつ、患者の負担軽減や利便性を重視する形態」や「高齢者等を対象に在宅対応やきめ細やかな服薬指導を行う形態」など、薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえつつ、それに即した調剤報酬の評価を行っていくべき。
- 「かかりつけ薬剤師・薬局」のビジョンに向けて、調剤報酬の大宗を占める「調剤基本料(狭義)」や「調 剤料」について、地域においてかかりつけ機能を担っている薬局は適切に評価しつつ、こうした機能を果たし ていない薬局の報酬水準は、適正化していくべきではないか。
 - また、平均より小規模の薬局も含め、大手調剤グループに所属している薬局や、処方せん集中率が高い薬局については、経営環境・収益性の観点からも、より低コストでのサービス提供を求めていくべき。
- 28年度改定において調剤報酬の適正化が行われたが、不十分なものにとどまっている。 次期改定においては、以下の観点から抜本的な見直しを行うべき。
 - ① 大型門前薬局に係る調剤基本料の対象範囲を拡大し、平均以上の規模の門前薬局・マンツーマン薬局を対象とすべき。その際、規模に応じた収益性や処方せん集中率の差異を踏まえた段階的な報酬設定とすることも考えられる。
 - ② 平均以下の規模の門前薬局・マンツーマン薬局に対する調剤基本料についても、その機能やグループへの 所属など経営実態や収益性を踏まえつつ、適正化を進めていくべき。
 - ③ 調剤料のさらなる適正化、後発医薬品調剤体制加算の見直しを行うべき。

30年度診療報酬改定の考え方(まとめ)

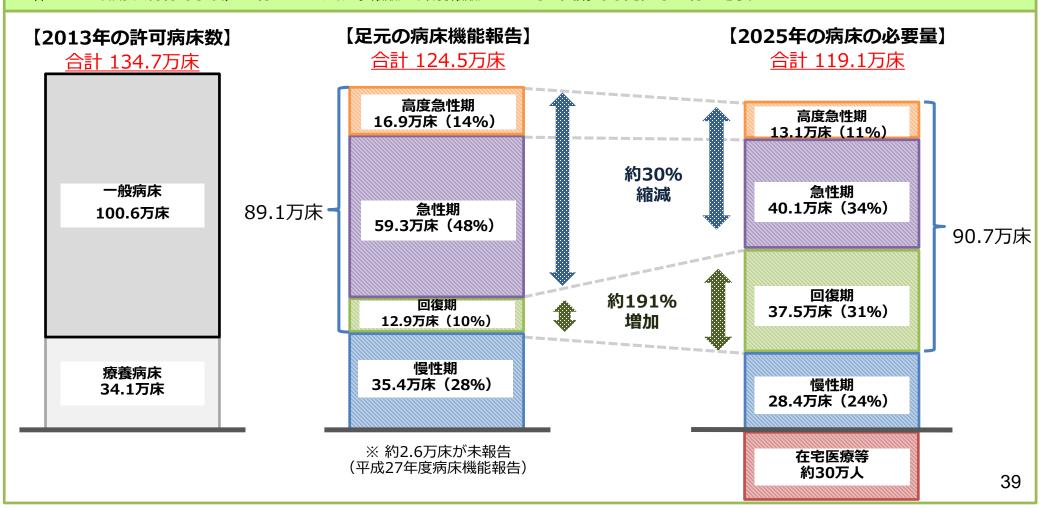
- 医療保険制度や財政の持続可能性を維持していく観点や、医療費を負担する国民の賃金水準等を踏まえれば、30年度予算においては、今後明らかになる薬価調査や医療経済実態調査の結果を踏まえつつ、
 - ① 薬価について、市場価格を反映した薬価改定を行うとともに、
 - ② 診療報酬本体について一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要。
- また、「基本方針2017」や「改革工程表」等に基づき、診療報酬に係る改革検討項目 (薬価制度、調剤報酬等)を実施するとともに、個別の診療報酬項目についても不断の精 査を行い、歳出削減につなげていく必要がある。具体的には、
 - ① 調剤報酬(技術料)については、予算執行調査の結果も踏まえ、物的業務の適正化により、真に地域のかかりつけ薬局としての機能を果たしている薬局への適切な評価を行いつ つ、調剤報酬全体として、水準を十分に引き下げる。
 - ② 薬価制度に関して、「薬価制度の抜本改革の基本方針」や「基本方針2017」に沿って、抜本改革を実行し、平成30年度予算から、十分な国民負担の軽減につなげる。
- また、極めて多岐にわたる診療報酬の各分野について、政策的必要性を精査したメリハリ 付けを行っていく必要。地域医療構想の実現、適切な医療提供体制の構築といった観点も 踏まえ、
 - ① 7:1入院基本料等の見直し、② 療養病床における標準報酬の適正化、
 - ③ 診療科ごとの不均衡の是正、などを実施すべきである。

医療

- 1. 改革工程表の着実な実施
- 2. 薬価制度の抜本改革
- 3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2)調剤報酬の改革
- 4. 医療•介護提供体制

地域医療構想との関係

- 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。今後、個別の病院名や転換する病床数等の具体的転換方針の速やかな策定に向けて、各地域において2年間程度で集中的な検討を促進することとされている。
- 一方、現行の診療報酬・介護報酬は、提供している医療機能というよりも職員配置による評価との側面が強く、患者の状態像や地域の ニーズの変化を踏まえた効率的な医療・介護提供体制への転換が進みにくい状況となっている。
- 次期改定は、医療・介護を通じた報酬上の対応ができる事実上最後の機会であり、地域ごとの実情に応じた取組み(地域医療介護総合確保基金の活用や規制的手法)を行いつつ、診療報酬・介護報酬においても実効的な見直しを行う必要。



地域医療構想の実現に向けて実行すべき施策

診療報酬	・介護報酬

30年度診療報酬・介護報酬改定の課題

- 急性期病床数の適正化に向けた入院基本料算定要件(7:1)の厳格化
- 慢性期病床の再編に向けた療養病床及び介護医療院の報酬水準、算定要件の設定

都道府県への 手段の付与

慢性期病床の適正化に向けた構想会議における議論の進め方、データ提供の在り方 慢性期病床を地域において重点化し、介護施設等へ転換していく上での判断材料と なるデータの提供を行ったうえで、具体的な議論を進めていく枠組みを示す必要。

病床再編に向けた都道府県の権限の整備

都道府県への インセンティブ

適切な進捗管理

医療・介護を通じた

在宅医療・介護施設

等への転換

進捗に応じた財政支援(保険者努力支援制度、地域医療介護総合確保基金) 保険者努力支援制度(平成30年度~)及び地域医療介護総合確保基金の配分において、地

域医療構想の進捗に応じた配分を行う仕組みを導入すべき

病床機能報告における定量的基準の策定

- 地域医療構想の進捗を毎年評価する「病床機能報告制度」は、医療機関による医療機能
- 準を来年の調査までに設定すべき。
- 地域医療構想が医療費適正化につながっているかどうかの検証 地域医療構想の進捗評価に際して、病床の転換等によって実際に医療適正化につながったか
- どうかを検証し、これにより評価することとすべき(KPIの設定等)

慢性期病床の地域差縮減等と受け皿整備の整合性確保

慢性期病床を受け皿(在宅医療や介護施設等)に転換していくにあたり、都道府県や市町 村が連携し、医療・介護を通じて慢性期病床の地域差縮減と受け皿の整備が整合的に進む枠組 みとしていくべき。

の判断基準が定性的で、客観性に乏しい。看護人員配置等ではなく、地域医療構想と同様に 実際に提供された医療の中身に応じて医療機能を判断し、病床機能を報告できる定量的な基

40

急性期病床の適正化(7:1入院基本料)

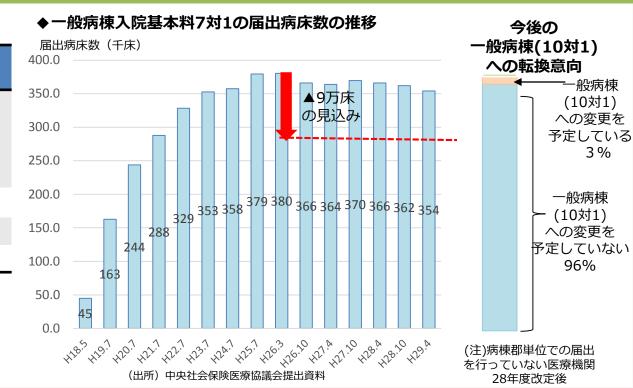
【論点】

- 高齢化や人口減少に伴い、今後、急性期や高度急性期のニーズは減少していくことが想定されている。
- 他方、診療報酬上、急性期を念頭に高い報酬設定がなされている「7:1入院基本料」を算定する病床が、導入(平成18年度)以降、急増し、最多となっている。これまでの要件見直しにもかかわらず、緩やかな減少にとどまっており、今後転換するとの意向も医療機関からはほとんど示されていない。

(注) 26改定においては、要件見直しにより「9万床」の7:1病床を転換するものとされていた。

◆一般病棟入院基本料の概要

看護配置	入院 基本料	その他の要件
7:1	1,591点	・平均在院日数(18日以内) ・重症度、医療・看護必要度 基準を満たす患者が 25%以上 ・在宅復帰率(8割以上)
10:1	1,332点	•平均在院日数(21日以内)
13:1	1,121点	•平均在院日数(24日以内)
15:1	960点	•平均在院日数(60日以内)



【改革の方向性】(案)

- 地域医療構想において、将来の少子高齢化を踏まえて急性期から回復期への転換が求められていることも踏まえ、7:1入院基本料について、今後2025年に向けてどの程度病床数を適正化していくか見通しを示した上で、これに向けて重症度、医療・看護必要度など算定要件の一層の厳格化を行うべき。
-) 入院基本料ごとに具体的にどのような医療を提供しているか検証したうえで、看護職員配置ではなく、提供している医療の機 能(高度急性期、急性期、回復期等)により評価される仕組みを目指していくべき。 41

地域医療構想の方向に沿った診療報酬(入院基本料)

- 一般病棟入院基本料は、看護師の配置の多寡で基本的に点数が決定。
- 7:1入院基本料には、これに加えて、「重症度、医療看護必要度」を満たす患者が25%以上との要件があるものの、残り75%の患者 がどのような状態でどのような医療を受けているかは問われておらず、評価項目に一つも当てはまらない患者も相当割合存在している。
- 7:1病床の病床数は、地域によって大きな差がある。

◆一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

対象病棟の入院患者ごとに以下のA~Cの項目について毎日評価 し、直近1か月の該当患者の割合を算出。

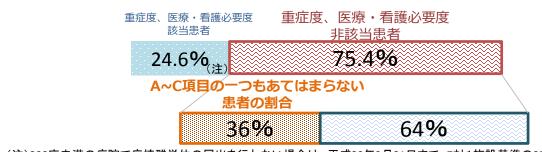
> A得点2点以上かつB得点3点以上 あるいは A得点3点以上 基準 あるいは C得点1点以上

A モニタリング及び処置等 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 1点 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理, ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 2点 ⑪ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療 8 救急搬送後の入院(2日間)

B 患者の状況等※ C 手術等の医学的状況 9 寝返り 16 開頭手術(7日間) 10 移乗 **17** 開胸手術(7日間) 11 口腔清潔 18 開腹手術(5日間) 12 食事摂取 19 骨の手術(5日間) 13 衣服の着脱 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間) 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) 15 危険行動 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ※状況に応じて0~2点 ③侵襲的な消化器治療)

(出所) 中央社会保険医療協議会提出資料

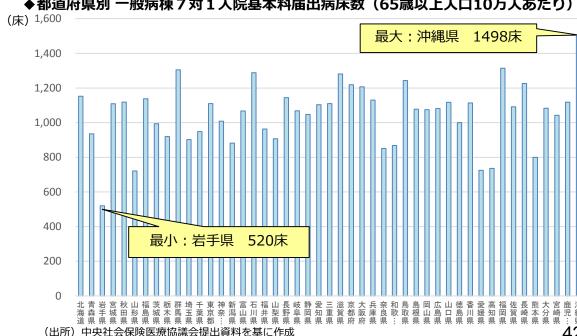
◆ 7 対 1 病棟の重症度、医療・看護必要度の該当状況



(注)200床未満の病院で病棟群単位の届出を行わない場合は、平成30年3月31日まで、7対1施設基準の25%を 23%と読み替える経過措置があること等により25%を下回る数値となっていると考えられる。

(出所)中央社会保険医療協議会提出資料を基に作成

◆都道府県別 一般病棟7対1入院基本料届出病床数(65歳以上人口10万人あたり)



今後の医療・介護提供体制のあり方

【論点】

- 地域医療構想や基準病床制度により、病床については一定の規制を行う仕組みが整備されつつある。一方、診療所や医師の配置、 高額医療機器への設備投資、介護の在宅サービスについては、提供体制をコントロールする仕組みがない。
- このうち外来医療に関しては、高齢化に伴い複数疾患をもつ患者等を総合的・継続的に診療する専門的知見・能力が重要となるが、こうした観点からの医師養成は進んでいない。

	;		外来医療			
	基準病床制度 年齢階級別人口等を基に			高額 医療機器	介護サービス 事業者	
	年齢階級別人口等を基に 算定した基準病床を 地域の病床の上限とする	医療機能ごとに需要を推計、これに沿って 病床の機能分化・連携	- 医師配置	区/永1 灰 位	介護施設	
	(公的医療機関等)	(公的医療機関等)			(介護施設)	
医療法 医療機関の	病床過剰地域での 病院開設・増床の不許可	過剰な病床機能 <u>への</u> 転換等に関して、命令 など			総量規制 ※ 計画に定める定員数 を超える場合、指定 等をしないことがで	
開設・管理 (都道府県知事)	(民間医療機関)	(民間医療機関) 過剰な病床機能 <u>への</u> 転換等 に関して、要請/勧告 など			きる。	
(即应的宋州子)	病床過剰地域での 病院開設・増床に関して 要請/勧告		なし 自由開業	なし	(地域密着型 サービス)	
健康保険法等	(民間医療機関)		自由標榜		公募制	
医療保険の 給付対象範囲 (厚生労働大臣)	上記勧告を受けた場合、 厚生労働大臣は 保険医療機関の指定を しないことができる	なし			(在宅サービス) なし	

【改革の方向性】(案)

【以車の方向性】 (条) ○ 診療所や医師数、高額医療機器など病床以外の医療資源に関しても、医療費の増加を抑制しつつ、診療科や地域ごとの偏在を 是正し、限られた医療資源の中で適切かつ効率的な医療提供体制を構築していく観点から、その配置に係る実効的なコントロー ルが必要であり、その在り方について早期に議論を進めるべき。

43

○ 来年度以降養成が開始される「総合診療専門医」について、必要な養成数を確保し、速やかな養成を進めるべき。

(参考)外来医療に係る諸外国の制度的対応

○ 外来医療に関し、諸外国においては、医師の診療所開業や診療科標榜についてのコントロールや、医療機能を踏まえた適切な外来受診のための仕組みが導入されているが、我が国においてはこうした仕組みはほとんど設けられていない。

	開業や標榜へのコントロール	外来受診の機能分化
フランス	○ 専門医養成課程を修了して、国によって認定を受けた専門診療科ごとに、実施できる医療行為が限定されている(他の診療科の診療はできない)※ 専門医養成課程等の選択にあたっては、医学部卒業時点の医学生に対し、全国選抜試験を実施。診療科・地域ごとに定員が定められ、成績順に卒後研修の地域や診療科を選択。	 ○ フリーアクセス ○ 予め登録した「かかりつけ医」の受診とそれ以外で自己 負担に差異 ・ かかりつけ医受診時等:3割負担-1ユーロ ・ 紹介状なしでのかかりつけ医以外受診時:7割負担+1ユーロ ※ 婦人科医、眼科医、精神科医は対象外。 また、5歳未満児童の受診等も対象外。
ドイツ	 ○ 開業には、医師免許に加え、卒後研修を修了し、保険医として許可される必要。医師過剰地域では許可がなされない。 ※ 連邦共同委員会が、診療科ごとの外来医師配置の区割りや、人口当たりの医師数を定め、それを参考に州の委員会が州独自の定数役割を決定。 ○ 卒後研修を修了して承認がされない限り、診療科の標榜はできない。 	○ フリーアクセス
イギリス	○ 一般医として専門研修を終了し、登録を受けることで一般医(GP)として診療が可能。 ※ 研修等における一般医の定員は医療需要を予測して保健省が決定。	○ 救急の場合以外はあらかじめ登録した診療所の一般医 (GP)による診療が必要。直接専門医の診療を受けることは原則認められない。
日本	○ 医師免許取得と臨床研修修了で医療に従事することが可能。その後の開業や診療科標榜は自由。	○ フリーアクセス○ 大病院受診時のみ、選定療養として、大病院の追加収入になる形での定額負担

(出所) 厚生労働省資料、健康保険組合連合会「健保連海外医療保障」、「先進諸国におけるかかりつけ制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」(平成 27年度厚生労働省科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)報告書)を基に作成。

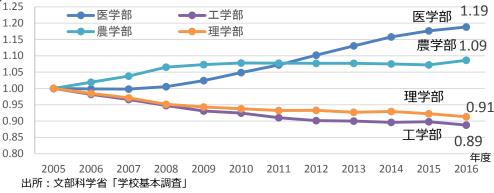
医師総数の増加と地域偏在の状況

- 医師数が医療費に大きな影響を与えているとの指摘がなされている。
- 一方、医師の地域偏在/診療科偏在への対応として、医師増加が図られているが、実効的なコントロール手段がない中での医師総 数増加は、医師がもともと多い地域・診療科の医師を増やし、十分な偏在是正が進まないまま医療費の増加につながっている可能

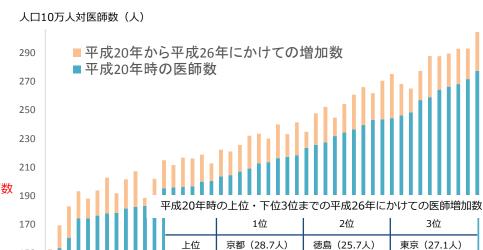


出所:厚生労働省「医療費の地域差分析」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」





◆都道府県別人口10万人対医師数 (平成20年時からの増加数)



茨城(15.9人)

埼玉(12.9人)

出所:平成20年、26年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

45

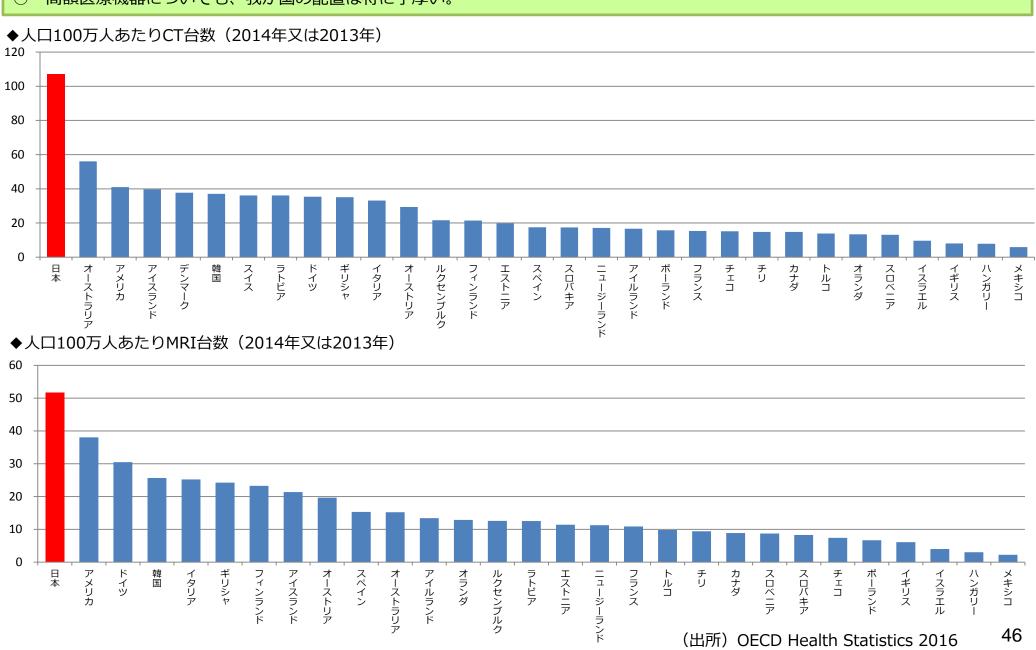
3位

東京(27.1人)

千葉(21.9人)

CT台数及びMRI台数の国際比較

○ 高額医療機器についても、我が国の配置は特に手厚い。



診療科偏在と診療報酬

- 外科や産婦人科などの診療所に従事する医師数が減少する中、皮膚科、眼科などの診療所の医師数が増加しており、医師数の増加が診療 科偏在の是正に十分つながっていない。
- 診療報酬においても、診療科のうち、皮膚科、眼科などを主たる診療科とする診療所などの損益率等が高く、累次の診療報酬改定においてもこの傾向は変わっていない。こうした診療報酬における配分により、診療科偏在を助長しかねない。



47

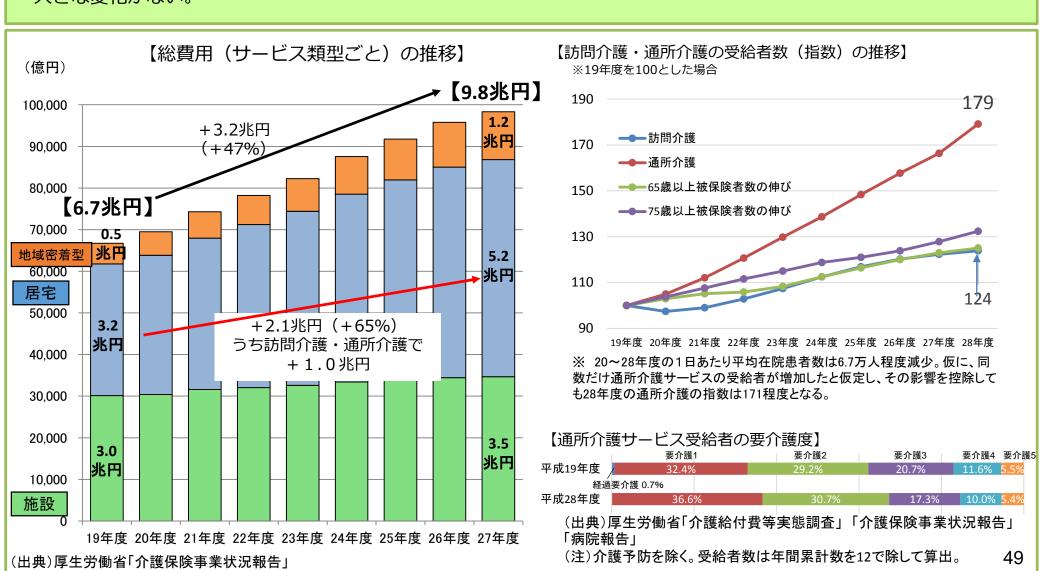
(出所) 厚生労働省「医療経済実態調査」、「医療施設調査」

(注) 21年調査は21年6月、23年調査~27年調査は前年4月から当年3月までに終了した事業年(度)の損益率。

介護

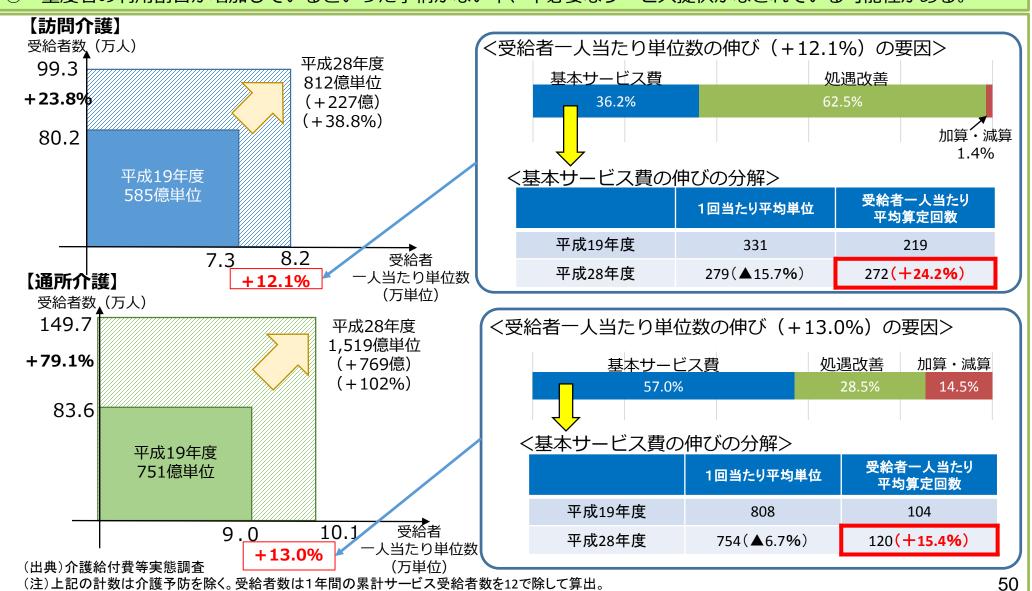
介護費用・受給者数の現状

- 介護費用は大幅に増加しており平成19年度から27年度までで3.2兆円増加(+47.4%)。このうち2.1兆円(+65.0%)が居宅サービスとなっており、うち半分の+1兆円程度が訪問介護・通所介護の伸び。
- このうち通所介護のサービスの受給者数は、高齢者数の伸びを大きく超えて増加しているが、受給者の要介護度には 大きな変化がない。



受給者一人当たり費用の伸びについて

- 訪問介護と通所介護サービスについては、受給者数の伸び以外に一人当たりのサービス費用も増加。その内訳は処遇改善による加算等のほか、基本サービス費の増が要因。サービス1回当たり平均単位数は減少しており、単価の低いサービスが回数多く提供され結果として費用が増加している側面が伺える。 (注) 単価の低下には改定の影響も含まれる。
- 重度者の利用割合が増加しているといった事情がない中、不必要なサービス提供がなされている可能性がある。



介護給付と保険料の推移

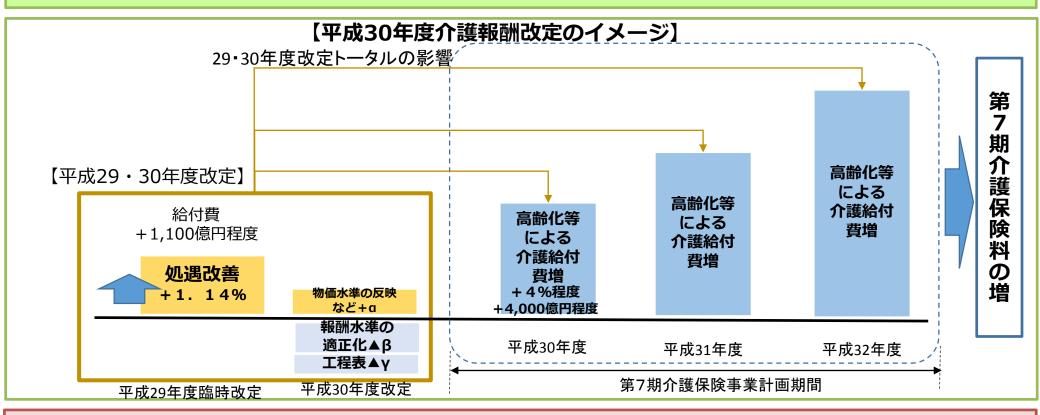
市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。

保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケア システムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。 事業計画 介護報酬 保険料 事業運営期間 給付 (総費用額) 2000年度 の改定率 3.6兆円 第 第 2,911円 2001年度 4.6兆円 (全国平均) 2002年度 5.2 兆円 H15年度改定 2003年度 **▲**2.3% 5.7兆円 3,293円 期 H17年度改定 2004年度 6.2 兆円 **▲**1.9% (全国平均) 6.4 兆円 2005年度 H18年度改定 2006年度 ▲0.5% 第三 6.4兆円 4,090円 期 三期 6.7兆円 2007年度 (全国平均) 期 6.9 兆円 2008年度 H21年度改定 +3.0%2009年度 第 第 7.4兆円 4,160円 四 7.8 兆円 四期 2010年度 (全国平均) 期 8.2 兆円 H24年度改定 2011年度 +1.2%8.8兆円 第五期 第五 2012年度 4,972円 9.2兆円 2013年度 消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63% 全国平均) 9.6 兆円 2014年度 H27年度改定 ▲2.27% 第六 10.1兆円 第 2015年度 5,514円 六 10.4兆円 2016年度 全国平均) 2017年度 2020年度 6,771円 (全国平均) 2025年度 8,165円(全国平均) ※2014年度までは実績であり、2015~2017年度は当初予算である。 ※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。 51 (注) なお、平成29(2017)年度においては、第7期の30年度介護報酬改定に先立ち+1.14%の改定(処遇改善)を実施。

平成30年度介護報酬改定の基本的考え方

【論点】

- 介護保険料負担や介護サービスの利用者負担の伸びを極力抑制していく観点等から、これまでも報酬改定毎に、介護 人材の処遇改善や質の高いサービスの評価と合わせて、介護事業者の経営状況を踏まえた報酬水準の適正化などを実施。
- 平成29年度には臨時の介護報酬改定により、+1.14%(給付費+1,100億円程度(満年度))の介護人材の処遇改善を先行して実施した一方、工程表に沿った見直しや報酬水準の適正化等は未実施となっている。
- 先行実施した+1.14%と平成30年度改定の合計が次期介護保険事業計画の保険料負担に直結することから、保険料 負担の増を極力抑制する観点からは平成30年度改定においてマイナス改定が必要。



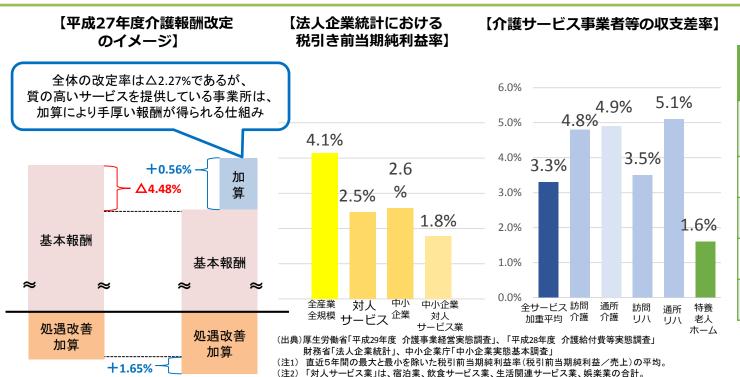
【改革の方向性】(案)

○ 平成30年度においても高齢化等による介護保険給付費の伸びや保険料負担の増が想定される中で、29年度には+ 1.14%の臨時改定を先行実施しており、この先行実施した改定分の保険料負担の増を極力抑制する観点から、平成30 年度改定において報酬水準の引き下げや工程表に沿った見直し等に取り組む必要。 52

介護サービス事業者の経営状況

【論点】

- 介護サービス事業者の経営状況を見ると、サービスごとの収支差率においては、訪問介護や通所介護は良好な経営状況となっており、また、介護サービス全体で見ても中小企業の経営状況と比較して概ね良好な状況となっている。
- 平成27年度介護報酬改定においては、報酬水準の適正化に加えて質の高いサービスの評価も行っており、特養老人ホームにおいても、黒字施設は機能訓練や手厚い夜勤配置などの加算を算定している割合が高く、比較的良好な経営状況となっている。



【特養(ユニット型)の経営状況 (平成27年度)】

(平成27年度))		
	黒字施設 n=1,319	赤字施設 n=617
入所者1人 1日当たり 活動収益(円)	13,532	13,254
サービス提供体制 強化加算(%)	48.1	48.9
個別機能訓練加算 (%)	45.6	37.0
夜勤職員配置加算 (%)	79.2	69.4
経常増減差額比率 (%)	8.8	▲ 7.5

(出典)独立行政法人 福祉医療機構 「平成28年度 施設・居住系サービス事業者運営状況調査」 (注)経常増減差額比率とは、サービス活動による収益からそ の活動による費用と、支払利息等のサービス活動以外のため の費用を控除した差額(経常増減差額)の収益に占める割合。

【改革の方向性】(案)

- 平成30年度介護報酬改定にあたっては、保険料の上昇や利用者負担をできる限り抑制していく観点から、中小企業の経営 状況を踏まえ、収支差率が高いサービスについては適正化・効率化を行う必要。
- また、27年度改定の趣旨を踏まえれば、介護サービス事業者の経営状況の判断にあたっては、質の高いサービスを評価す る加算を取得している事業者を基準とする必要があると考えられる。こうした加算を取得していない事業者の収支差率を含 めて介護サービス事業者の経営状況を判断した場合、質の高いサービスへの移行を促進する方向性に逆行する。 53

(参考)介護サービス事業者と他産業の法人等の経営状況の比較

- 大企業を含む全産業の法人の経営状況を見ると、純粋持ち株会社や情報通信業などの業種が全体の収益状況を押し上げている が、介護サービス事業者との比較に際しては、事業内容が比較的近い業種の経営状況を勘案する必要。
- また、比較対象の企業の規模についても、①介護サービスは事業所・施設単位で指定を受け、基本的に事業所・施設ごとに運 営が行われていること、②医療・福祉業や、いわゆる対人サービス業は、資本規模が比較的小さい法人がほとんどを占めている こと、などから中小企業の経営状況を勘案する必要。

【介護サービス事業者の収支差率】

	平成28年度経営概況調査
全サービス加重平均	3.8%

(注)サービス毎の収支差率を介護給付費等実態調査の費用で加重平均。

【1施設・事業所当たり常勤換算従事者数】

00	J 7131 1 J	-1-2000 10 1 10 2 0 1		
	訪問介護	通所介護	特養	老健
総数	7.9人	8.7人	44.4人	52.4人

(出典)厚生労働省「平成27年介護サービス施設・事業所調査」

【全規模(大企業含む)法人の経営状況】

経常 税引き前

	利益率	当期純利益率
全産業	4.5%	4.1%
製造業	5.7%	5.2%
不動産業	11.4%	11.8%
情報通信業	8.5%	8.2%
純粋持ち株会社	69.5%	63.8%
その他学術研究、専門・技術サービス	4.9%	4.4%
医療・福祉	3.7%	3.3%
対人サービス業(生活関連サービス・娯楽 業・宿泊業・飲食業)	3.0%	2.5%

【中小企業の経営状況】

5人以下

学		利金半	当别祂们益率
%	全産業	2.9%	2.6%
%	製造業	3.5%	3.0%
%	不動産業	8.6%	8.8%
% %	情報通信業	4.8%	4.3%
%	学術研究、専門・技術サービス	5.1%	4.5%
%	医療・福祉	3.0%	3.0%
%	対人サービス業(生活関連サービス・娯楽 業・宿泊業・飲食業)	2.5%	1.8%
%	「中小今世(注1今世)の公世本田世	コルノナー1	

経常

到大弦

(出典)財務省「法人企業統計」

(注)経常利益率・税引き前当期純利益率は平成24~28年度(中小企業は23~27 年度)の過去5年間の最大最小を除いた3年間の単純平均。

【中小企業(法人企業)の従業者規模別分布】 6~20人

63.9% 24.7% 7.3% 4.1% (出典)中小企業庁「中小企業実態基本調査」、医療・福祉のみ「法人企業統計」の資 本金五千万円未満。

21~50人

【医療・福祉、対人サービス業の資本金階級別分布】 ※中小企業基本法上、サービス業は資本金5000万円以下の会社などが中小企業者。

資本金(百万円)	10未満	10~20未満	20~50未満	50~100未満	100~1,000未満	1,000以上	(
医療・福祉	84.9%	10.9%	2.6%	1.1%	0.5%	0.0%	(出典)財務省 「法人企
対人サービス業	75.8%	17.3%	4.4%	1.8%	0.7%	0.1%	一

業統計」

51人以上

税引き前

- 【**論点**】 ※ 本年6月公表「平成29年度予算執行調査」資料は、45分以上の生活援助中心型が含まれていないため、今回、当該計数も含めて再集計。
- 訪問介護は、サービス内容に応じて「身体介護」と「生活援助」に区分され、このうち「生活援助」は、「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」に「生活援助中心型」として、所定の報酬を算定することができることとされている。
 - (注1) 「生活援助中心型」を利用する場合の基本報酬は、20分以上45分未満:183単位、45分以上:225単位(1単位≒10円)とされているが、おおむね2時間以上の間隔を空けた場合には、それぞれの訪問ごとに所定の報酬を算定できる。
 - (注2)日中・夜間を通じて、「生活援助」のみならず「身体介護」も含めて、定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、実際の訪問回数にかかわらず、利用者の要介護度別に月当たりの基本報酬が固定されている。
- 「生活援助中心型」の利用状況を調査したところ、1人当たりの平均利用回数は月10回程度となっているが、月31回以上の利用者が24,748人にのぼり、中には月100回を超えて利用されているケースも認められた。また、例えば、要介護1・2の者の場合、利用者の約9割は月20回までの利用であり、残り1割の利用者は月20回以上、中には100回以上の者がいるなど、全体として利用状況に大きなばらつきがあり、利用者の状態に沿った効率的なサービス提供が行われていない可能性がある。

	訓
利用者数	48万5,174人
うち月31回以上の利用者数	24,748人
平均利用回数	月10.6回
最高利用回数	月115回
平均単位数(1単位≒10円)	月2,309単位
最高単位数	月25,875単位
平均要介護度	1. 96

※ ケアマネジメントの質の向上に向けた先進的取組を 行っているとされる埼玉県和光市においては、

・平均利用回数:月6.8回・最高利用回数:月33回

訪問 <u>介護のうち「生活援助中心型」の利用状況(平成28年9</u> 月									
1	利用回	利用回数多い利用者の「回数」と「要介護度」							
] /	順位	利用回数	要介護度	順位	利用回数	要介護度	140		
<i>V</i>	1	115	5	7	98	5	120		
	2	108	5	7	98	2			
1	3	104	2	7	98	3	100		
	4	103	4	7	98	3	80		
1	4	103	2	8	96	3			
4	4	103	4	9	95	4	60		
	4	103	3	9	95	3	40		
ار	4	103	4	9	95	4			
<u>.</u>	5	101	3	9	95	3	20		
	6	99	5	10	94	3			
	7	98	4						

出所: 厚生労働省「介護保険総合データベース(平成28年9月サービス実施、10月審査分)」

160,000 140,000 140,000 120,000 100,000 80,000 60,000 40,000 20,000 0 100,000 100,000 100,000 100,000 100,000 20,000 10

【改革の方向性】 (案)

- <u>保険者機能の強化に向けた取組の一環として</u>、例えば、<u>一定の回数を超える生活援助サービスを行う場合には</u>、多職種が参加 する地域ケア会議等における<u>ケアプランの検証</u>を要件とするなど、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべき。
- また、一定の間隔を空ければ1日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい 構造的な課題を抱えていることから、<u>「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とのバランスも踏まえ</u>、例えば、<u>1日に算定可能</u> <u>な報酬の上限設定など</u>、<u>「身体介護」も含めて訪問介護の報酬の在り方を見直すべき</u>。 55

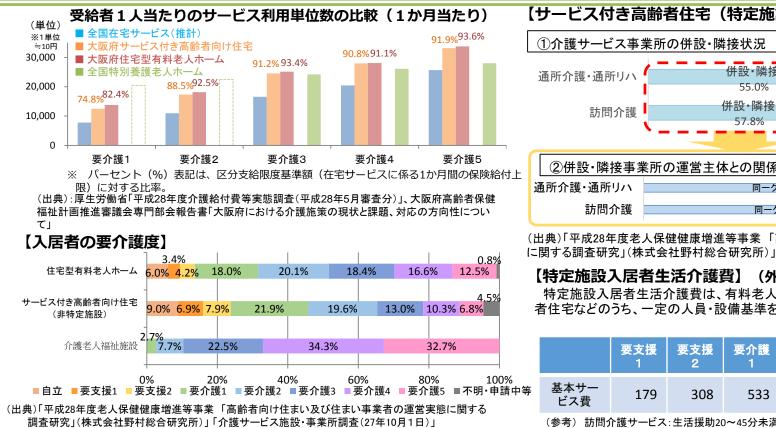
(単位数)

※ 住宅型有料老人ホームについても、

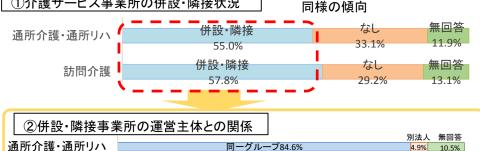
高齢者向け住まいについて

【論点】

- 「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」においては、外部の在宅サービス利用 大阪府の調査結果では、 に係る受給者1人当たり単位数が非常に高い傾向。
- 高齢者向け住まいの居住者にも要介護度が高い方が一定程度おり、介護サービス事業所が併設・隣接されているものが半数以 上ある。その大半が同一グループの運営となっており、実質的に介護施設に近い性格を有しているものが多くあると考えられる。
- こうした高齢者向け住まいでは、訪問介護・通所介護サービスが出来高で提供されている一方、特定施設入居者生活介護(外 部サービス利用型以外)の指定を受けている有料老人ホーム等については、1日当たりの費用が決まっている。



【サービス付き高齢者住宅(特定施設の指定なし)】



別法人 無回答 訪問介護 同一グループ85.9% (出典)「平成28年度老人保健健康増進等事業 「高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態

【特定施設入居者生活介護費】(外部サービス利用型以外)(1日につき)

特定施設入居者生活介護費は、有料老人ホームやそれに該当するサービス付き高齢 者住宅などのうち、一定の人員・設備基準を満たして指定を受けた事業者が算定可能。

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本サー ビス費	179	308	533	597	666	730	798

(参考) 訪問介護サービス:生活援助20~45分未満183単位、身体介護 20分未満165単位

【改革の方向性】 (案)

高齢者向け住まいに居住する者の在宅サービス利用については、必要以上にサービスが提供されないよう、例えば「特定施設 入居者生活介護費」とのバランスも考慮し、報酬を算定できる回数の上限を設定するなどの対応を検討すべき。 56

通所介護サービスについて

【論点】

- 通所介護サービスを提供する事業所のうち、個別機能訓練加算※1を取得し、リハ職(PT・OT・STなど)の配置を行っている事業所については、他の事業所と比べて、利用者の日常生活自立度の改善・維持率が高くなっている。
- 一方で、事業所の規模が小さいほど、個別機能訓練加算の取得率が低くなる一方で、サービス提供1回当たりの単位数は高くなる傾向にあり*2、規模が小さい事業所に通う利用者にとっては、機能訓練などの質の高いサービスを受ける割合が低いにもかかわらず、高い費用を支払う結果となっている。
 - ※1 個別機能訓練加算(I) 46単位/日:生活意欲が増進されるよう、利用者による訓練項目の選択を援助。身体機能への働きかけを中心に行うもの。 個別機能訓練加算(II) 56単位/日:生活機能の維持・向上に関する目標(1人で入浴できるようになりたい等)を設定。生活機能にバランスよく働きかけるもの。
 - ※2 規模が小さいほど、サービス提供1回当たりの管理的経費が高いことが考慮され、基本報酬が高く設定されていることが要因と考えられる。

口無回答

【通所介護の機能訓練による効果等】 個別機能訓練加算(I)(II)のいずれか算定あり 51.5% 15.8% 16.0% ×リハ職(PT-OT-STのいずれか)の配置あり n=1122 個別機能訓練加算(I)(I)のいずれか算定あり 44.6% 13.6% 26.8% 8.9% ×配置なし n=1866 いずれも算定なし 44.6% 26.0% ×リハ職(PT·OT·STのいずれか)の配置あり n=204 いずれも算定なし 40.0% 14.6% 29.3% 11.2%

口悪化

⊠不明

(出典) 平成29年6月21日 介護給付費分科会資料

四維持

×配置なし n=3559

通所介護の事業所規模別比較

(単位) ※1単位=10円

			※1年位-10円			
個別機能訓練加算				得事業所率 ※	1回当たり単位数 【平成27年度実績】	
		加算I		加算Ⅱ		(1単位≒10円)
小規模	12.7%			26.7%		783単位
通常規模		22.2%		32.7%		754単位
大規模 I		40.3%		41.3%		763単位
大規模Ⅱ	55.8%			42.5%		735単位

※ 「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」から抽出した給付データを 基に、同月中に1回でも加算を取得している事業所は、「加算取得事業所」と計上。

出所:厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」、「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」

【改革の方向性】(案)

口改善

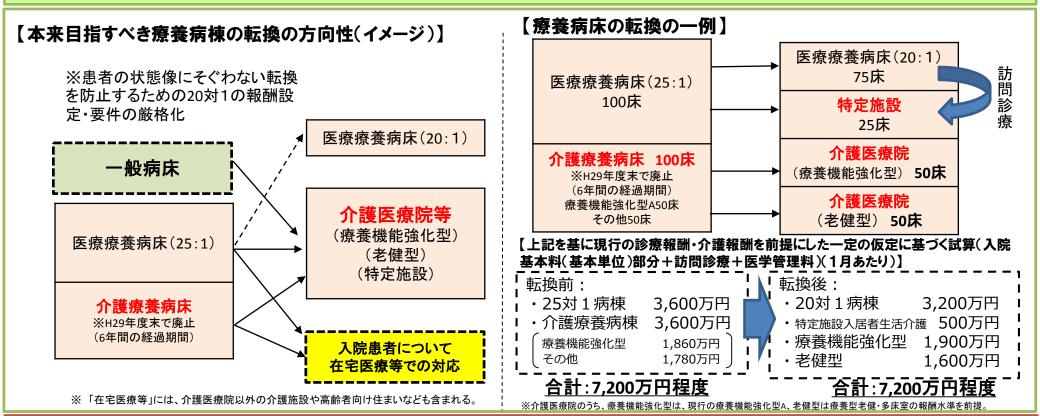
○ 通所介護について機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合 には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。

地域医療構想の推進と療養病床の再編

1

【論点】

- 現行の介護療養病床は平成29年度末で廃止(経過措置あり)となり、新たな類型として介護医療院が設置され、これに合わせて地域医療構想の方向性に沿った療養病床の再編が行われていくこととなる。
- 一方で、再編にあたっては、①介護療養病床について、現行の療養機能強化型と老健施設並びの二つの類型へ転換、 ②25対1病床の一部を、より報酬の高い20対1病床へ転換する、といった動きがある。
- この場合、現行の報酬体系を前提として、一定の仮定の下に試算すると、再編後の医療費・介護費は変わらないか、かえって増加することもありえ、こうした転換例が多くなる場合、療養病床全体を在宅等への移行も含めて再編するとの地域医療構想の考え方とも整合的でなくなる可能性がある。



【改革の方向性】(案)

) 地域医療構想の方向性と整合的に療養病床の転換を進めるとともに、効率的な医療・介護サービスの提供体制を構築するため、患者の状態像にそぐわない20対1病床への転換の防止のための医療必要度の要件の厳格化等や、介護医療院について、人員配置や費用面での効率化が進むよう報酬・基準を設定するとともに、療養病床の入院患者のうち医療の必要度の低い患者については、在宅医療等で対応を進めるような改定内容とすることを検討すべき。

介護報酬改定に向けた論点(インセンティブ付与と生産性向上)

財政制度等審議会資料 (平成29年4月20日)

【論点】

- 政府の「未来投資会議」等において、介護を巡る以下のような課題が指摘されている。
 - 「お世話型の介護」ではなく「自立支援・重度化防止に向けた介護」を促す介護報酬上のインセンティブの必要性
 - 介護ロボット等の活用による介護現場の負担軽減や生産性向上の必要性

介護保険法【抜粋】

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態と なり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療 を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生 活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うた め、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必 要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

- 第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等)と いう。) に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるととも に、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3・4 (略)

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化 を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進 んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することに より、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 (略)

介護ロボットの活用促進に向けた最近の主な予算事業

ニーズ・シーズを踏まえた 開発



介護現場への

導入

〇ロボット介護機器の開発補助(AMED補助金)

○介護現場のニーズを反映した開発提案の取りまとめ

○開発中の試作機器の現場での実証

○介護ロボットの効果的な活用方法の構築

〇介護ロボットの導入費用の助成

負担軽減効果の 実証

〇介護ロボットの導入効果の実証研究

【参考】介護ロボットの開発重点5分野

支援















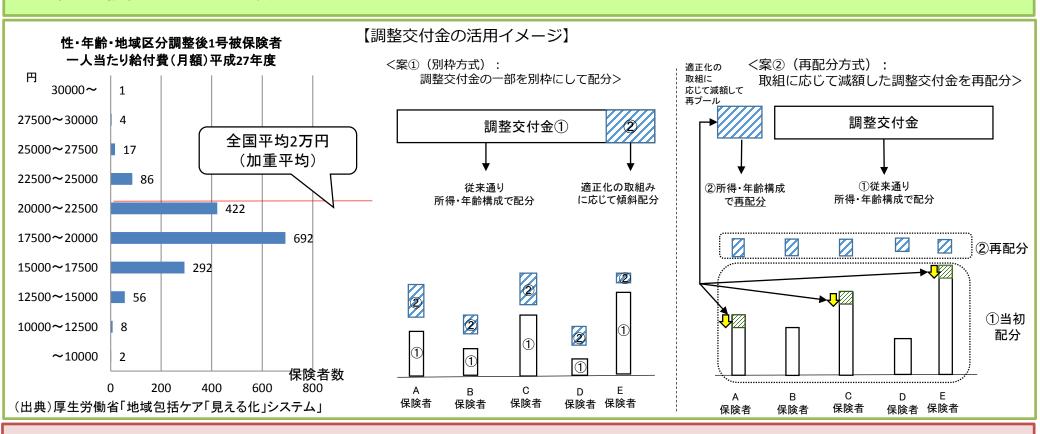
【改革の方向性】 (室)

- 「自立支援・重度化防止に向けた介護」を促す介護報酬上のインセンティブについては、例えば、利用者の要介護度の改善度 合い等のアウトカムに応じて、事業所ごとに、介護報酬のメリハリ付けを行う方向で検討を進めるべき。
 - その際、クリームスキミング(改善見込みのある利用者の選別)を回避する必要性にも留意し、アウトカム評価のみならず、 例えば、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を検討すべき。
- 介護ロボットの活用については、予算事業を有効活用しつつ、導入効果を分析・検証し、人員・設備基準の緩和につなげるこ とで、生産性の向上を図り、介護人材不足にも対応していく観点から検討を進めるべき。 59

調整交付金の活用について

【論点】

- 介護サービスについては、性別・年齢(5歳階級別)や地域区分による単位の違いを調整した上でも、なお、被保険 者一人当たり給付費には、大きな地域差が存在。
- 今後、こうした地域差を縮減する観点から、保険者機能を強化し、保険者による介護費の適正化に向けたインセン ティブを強化することが必要。



【改革の方向性】(案)

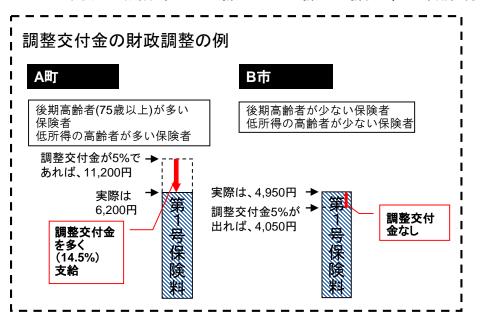
- 介護費の適正化などに向けた財政的なインセンティブとして、客観的な指標に基づき自治体に対して財政支援を行う新たな交付金を創設することとなっているが、全自治体の取組みの底上げを図るためには、あわせて現行の調整交付金の活用によるインセンティブも必要。
- 新たな交付金とセットで、調整交付金を活用したインセンティブの仕組みを導入すべき。

(参考)調整交付金について

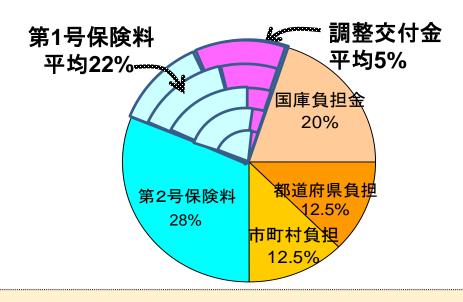
【現行の調整交付金について】

保険者毎に①前期・後期高齢者の比率(65~74歳と75歳以上の者の構成比)と、②被保険者の所得水準に基づき、国庫負担金25%のうち5%分について、高齢者の比率が高い、又は被保険者の所得が低い保険者に傾斜配分。

※ 今後、3段階(65~74歳、75~84歳、85歳以上)の年齢区分で調整する見直しが行われる見込み。



【介護保険の財源構成】(平成29年度)



【参考】経済財政運営と改革の基本方針2017

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

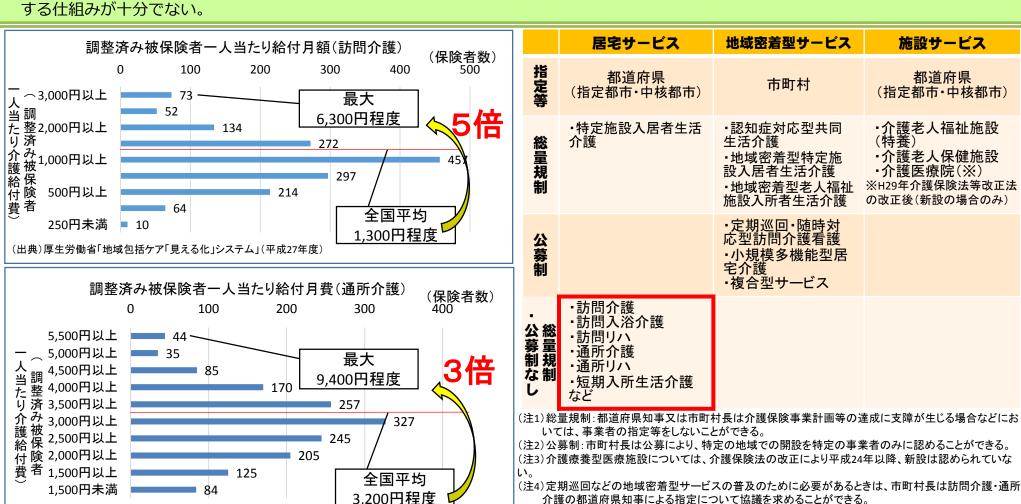
- 3. 主要分野ごとの改革の取組
- (1)社会保障
- ⑥ 介護保険制度等

介護二一ズに応じた介護サービスを確保し、地域包括ケアを推進する。**保険者機能の強化に向けた財政的インセンティブの** 付与の在り方について、地方関係者等の意見も踏まえつつ、改正介護保険法に盛り込まれた交付金の在り方を検討し、早期 に具体化を図るなど、自立支援・重度化防止に向けた取組を促進する。あわせて、調整交付金の活用についても検討する。

在宅サービスの提供体制について

【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~5倍の差が存在。
- 一方で、訪問介護・通所介護をはじめとした居宅サービスについては、総量規制や公募制などの自治体がサービス供給量をコントロール



【改革の方向性】(案)

(出典)厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」(平成27年度)

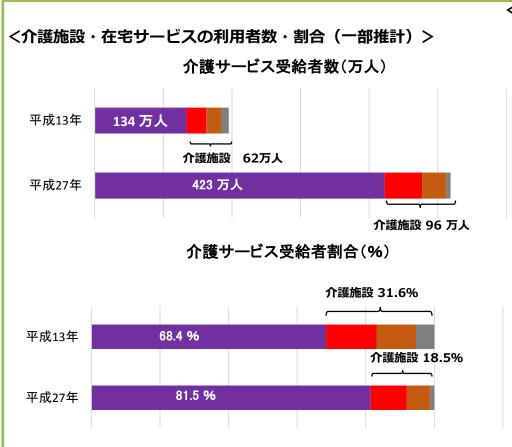
○ 今後、介護費の地域差を縮減に向けて保険者機能を強化していくことが必要であり、在宅サービスについても総量規制や公募制などのサービスの供給量を自治体がコントロールできる仕組みを導入すべき。 62

(注5)居宅サービスについては、平成29年法改正により条件付加の仕組みが設けられた。

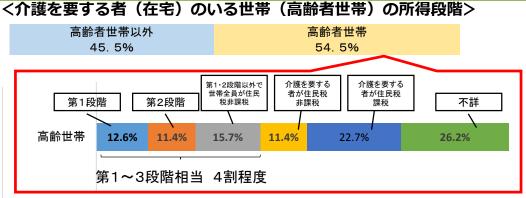
介護施設と在宅との公平性の確保

【論点】

- 近年は介護施設の入所者の割合が減少し、高齢者向け住まいを含めた在宅でのサービス受給者の割合が増大。
- 介護施設等の利用者のうち低所得者には、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が、在宅でのサービス利用者は基本的に全額自己負担となっている。



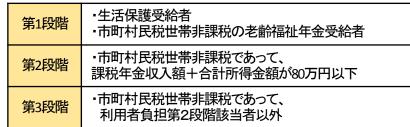
■**在宅サービス** ■介護老人福祉施設 ■介護老人保健施設 ■介護療養型医療施設 (出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査」



認定者数:137万人、給付費:3,456億円[平成27年度]

※ 介護施設の入所者だけでなく、短期入所生活介護、短期

入所療養介護の利用者も対象。



(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」

(出典)厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

<補足給付の対象範囲>

※ 補足給付の支給にあたっては①預貯金等、②配偶者の所得、③非課税年金 を勘案する こととなっている。①・②平成27年8月~ ③平成28年8月~

介護施設の入所者だけでなく、短期入所生活介護、短期入所療養介護の利用者も対象。

【改革の方向性】(案)

○ 今後、更に在宅での介護サービスを利用者が増加していく中で、在宅と施設におけるその負担の公平性を確保するためには、 補足給付については、さらに要件等について見直しを検討する必要。 63

改革項目と改革の方向性(概要:介護)

改革項目	改革工程表の記述	番号
<⑪都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組><(iii)機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応>	平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定において適切に対応。	1)
<②公的保険給付の範囲や内容について適正化し、 保険料負担の上昇等を抑制するための検討>	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護 予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き関係審議会等において検討し、その結 果に基づき必要な措置を講ずる	
(i)次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討>	生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定について、関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応。	3
	通所介護などその他の給付の適正化について、介護報酬改定の議論の過程で関係審議会等 において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応。	3

65

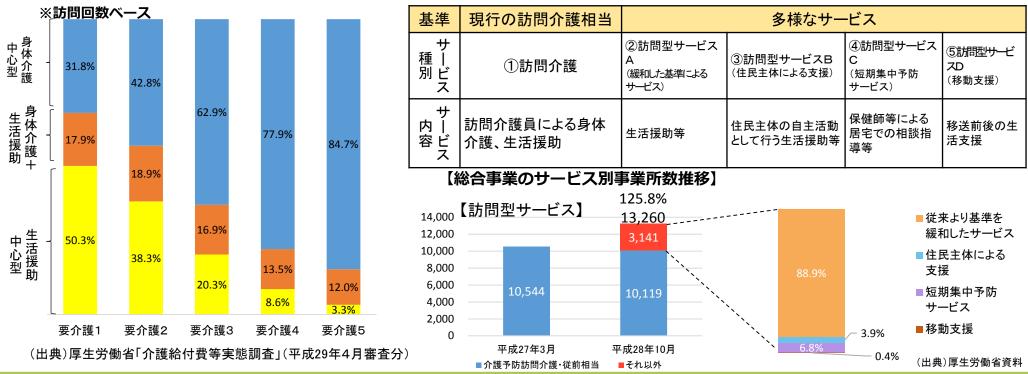
地域支援事業への更なる移行

【論点】

- 訪問介護サービスを利用している要介護 1 ・ 2 の者においては、生活援助中心型の利用者の割合が多く、こうした生活支援にかかわる サービスは、保険給付によるサービス提供だけでなく、多様な主体が利用者のニーズに柔軟に対応して提供することが有益であり、介護保 険財政の観点からも望ましい。
- こうした観点から要支援 1 ・ 2 の者に対する訪問介護・通所介護は、平成27年度から地域支援事業(総合事業)へ移行している。現状、総合事業を実施するサービス事業所においては、ほとんどが移行前の訪問介護・通所介護相当のサービスの実施にとどまっている。

(参考)経済・財政再生計画改革工程表2016改定版 平成28年12月21日 経済財政諮問会議 軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き 関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる(2019(平成31)年度末まで)

【訪問介護利用者の要介護度別サービス内容】【総合事業の訪問型サービスの典型的な例】



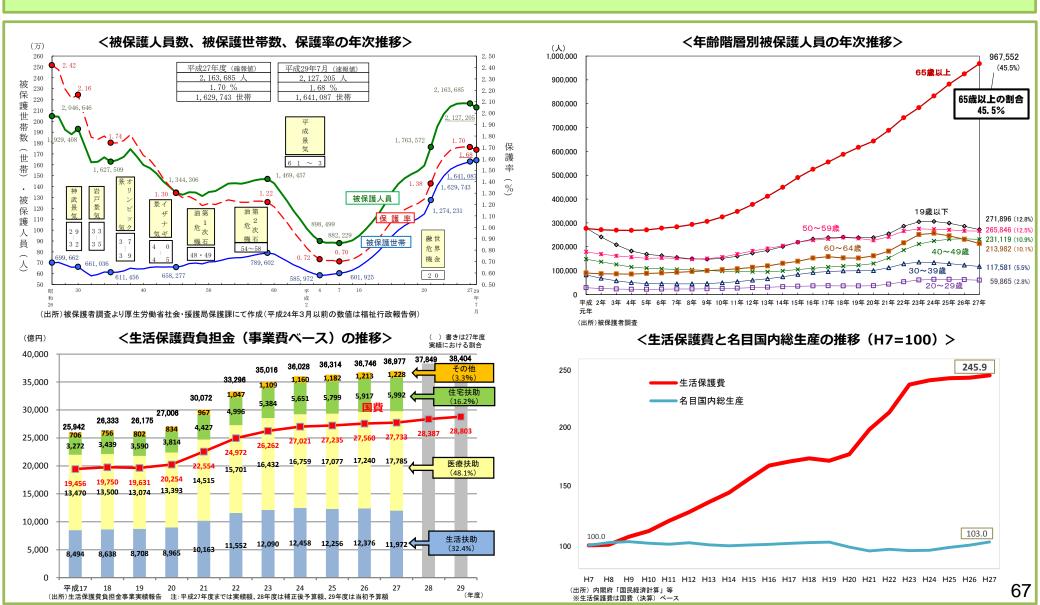
【改革の方向性】(案)

○ 今後、総合事業については、さらに多様な主体によるサービス提供に移行していく必要があり、その移行状況も踏まえなが ら、改革工程表に基づき、軽度者に対する生活援助サービスなどの更なる地域支援事業への移行を進めていく必要。

生活保護

生活保護の現状

- 生活保護受給者数は平成27年3月をピークに減少に転じたが、生活保護受給世帯数は引き続き増加。
- 年齢別に見ると65歳以上の生活保護受給者数は一貫して増加を続け、平成27年度には45.5%。
 - 生活保護費の伸びは、長期的な名目GDPの推移と比較すると伸び率が非常に大きく、近年ではほぼ横ばい。



最低生活費の考え方

- 生活保護制度においては、最低限度の生活を保障するとともにその自立を助長することが目的(生活保護法第1条)とされており、生活保護法において様々な原則や義務が設けられている。
- 最低生活費は、日常的に必要な食費、被服費、光熱水費等に対応するものとして生活保護受給者の年齢、世帯構成及び地域に 応じた生活扶助(第1・2類費と各種加算)のほか、必要に応じた住宅扶助、教育扶助、介護扶助、医療扶助等が支給されてい る。
- これらは最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、かつ、これを超えないものである必要。

支給される保護費

< 最低限度の生活の保障 >

- ① 資産、能力等あらゆるものを活用することが保護の前提。 扶養義務者による扶養などは保護に優先される。
 - ・不動産、自動車、預貯金等の資産
 - ・稼働能力の活用
 - ・年金、手当等の社会保障給付
 - ・扶養義務者からの扶養等
- ② 支給される保護費の額
 - ・厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた 差額を保護費として支給

毎金・児童扶養手当等の収入 **サー**

生活保護法 (昭和二十五年法律第百四十四号)

(保護の補足性)

第四条 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最 低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

(基準及び程度の原則)

- 第八条 保護は、厚生労働大臣の定める基準により測定した要保護者の需要を基とし、そのうち、 その者の金銭又は物品で満たすことのできない不足分を補う程度において行うものとする。
- 2 前項の基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した<u>最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであつて、且つ、これ</u>をこえないものでなければならない。

く 生活扶助基準の概要 >

- 生活扶助費は、食費・被服費・光熱水費等の日常生活に必要な経費に対応する扶助費。
- 生活扶助基準の具体的な金額は世帯単位で決まることとなっており、 【第1類費】食費等の個人的費用(年齢階級別に個人単位で定められた金額の世帯合計) 【第2類費】光熱水費等の世帯共通的費用(世帯人員別に定められた金額) を合算して算出。
- 第1類費、第2類費とも、<u>所在地域に応じて6段階の基準</u>が定められている。
- 障害者世帯、母子世帯など<u>特定の世帯には加算</u>がある。

< 生活扶助基準額の算出方法 >



生活扶助基準(第1類+第2類) ①

注:見直しの影響を一定程度に抑える激 変緩和措置のため、実際に算定される最 低生活費とは一致しない場合がある。

加算額

2

このほか、必要に応じて住宅扶助

教育扶助、介護扶助、医療扶助等 が支給される。

3

最低生活費

1+2+3

改革項目と改革の方向性(概要:生活保護)

改革項目	改革工程表の記述	番号
・ 就労支援を通じた保護脱却の推進のた めのインセンティブ付けの検討など自立	・ 2017年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、自立支援の推進等の観点から、生活保護制度全般 について、関係審議会等において検討し、検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要す るものに係る2018年通常国会への法案提出を含む)	1)
支援に十分取り組む ・ 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化	・ 生活保護受給者の後発医薬品の使用割合について、2017年央までに75%とするとともに、2017年央において、医療全体の目標の達成時期の決定状況等を踏まえ、80%以上とする時期について、2018年度とすることを基本として、具体的に決定する	2
・ 平成29年度の次期生活扶助基準の検証 に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等 を踏まえた真に必要な保護の在り方や更 なる自立促進のための施策等、制度全般	・ 頻回受診等に係る適正受診指導の徹底等による医療扶助の適正化を推進	3
について予断なく検討し、必要な見直し	・ 生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、 生活保護制度の適正化を推進	4

生活扶助基準の検証

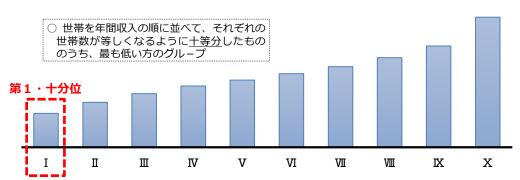
- 昭和59年度以降、生活扶助基準は一般低所得世帯との均衡を図るように設定されており、具体的には全国消費実態調査におけ る第1・十分位層の消費実態と均衡を図ってきた。一般低所得世帯との均衡が適切に図られているか否かを見極めるため、5年 に一度の頻度で生活扶助基準の検証を行うこととされており、本年(平成29年)はその検証の年。
- 平成24年検証においては、年齢、世帯人員及び居住地域の3要素別に検証を行った結果、生活扶助基準と一般低所得世帯の消 費実態との間に乖離が確認されたものの、その一部は激変緩和措置として基準の見直しに反映されず。

○ 社会保障審議会生活保護基準部会報告書(平成25年1月18日)

- 1. 基準部会の役割と検証概要
- (3)検証方針と検証概要
 - 今回の検証においては、生活保護において保障すべき健康で文化的な最低限度の生活の 水準は、一般国民の生活水準との関連においてとらえられるべき相対的なものとされてき たことから、生活扶助基準と対比する一般低所得世帯として、年間収入階級第1・十分位 層(以下「第1・十分位」という。)を設定した。
- 経済財政運営と改革の基本方針2017(平成29年6月9日)(抄)
- 3. 主要分野ごとの改革の取組
- (1) 社会保障
- ⑨牛活保護制度、牛活困窮者自立支援制度の見直し

生活扶助基準について、一般低所得世帯の消費実態との均衡等の観点からきめ細かく検 証する。

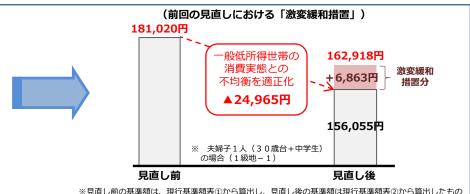
< 全国消費実態調査における第1・十分位層のイメージ > (年間収入十分位階級別の生活扶助相当消費支出額)



(注) 生活扶助相当の消費支出額とは、消費支出全体から、住居(住宅扶助相当)、保健医療(医療扶助相当)、教育(教育扶助相 当)、自動車等関係費(生活保護受給世帯の自動車保有は原則不可)、NHK受信料(生活保護受給世帯は支払免除)等を控除し て算出するもの。

前回 (平成24年) の生活扶助基準の見直し

- 生活扶助基準と一般低所得世帯の消費実態との均衡を年齢・世帯人員、居住地域の3 要素別に検証し、制度内の不均衡を適正化
- 前回見直し(平成20年)以降の物価変動の反映
- ※ 生活扶助基準の見直しにあたっての激変緩和措置
 - 見直しの影響を一定程度に抑える観点から、現行基準からの増減幅については、 ±10%を限度となるよう調整
 - ・ 生活扶助基準額の見直しは、平成25年8月から27年度まで、3年程度をかけて段 階的に実施

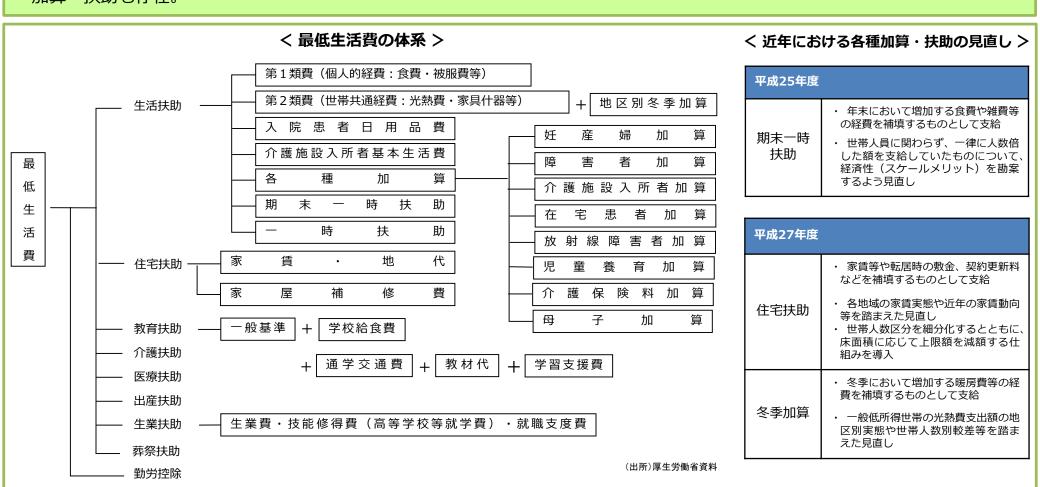


※見直し前の基準額は、現行基準額表①から算出し、見直し後の基準額は現行基準額表②から算出したもの

【改革の方向性】(案)

○ 今回の生活扶助基準の検証においては、国民に理解の得られる制度とする観点から、均衡を図る対象とする一般低所得世帯の 水準を検証するとともに、一般低所得世帯の消費実態との間で乖離が生じないよう検証結果を適切に基準に反映すべき。 70

- 一般低所得世帯の消費実態と均衡を図って設定される生活扶助(第1類費・第2類費)に加えて、生活保護制度には多くの加 算・扶助が存在し多種多様な特別の需要に配慮。
- 近年、期末一時扶助や住宅扶助、冬季加算について見直しが行われたが、必要性や内容・水準について検証が行われていない 加算・扶助も存在。



【改革の方向性】(案)

○ 近年、見直しが行われていない加算・扶助について、同類型の一般低所得世帯との間で不均衡は生じていないか、加算・扶助によって対応することとされた特別の需要に重複が生じていないか、などといった観点から検証すべき。 7

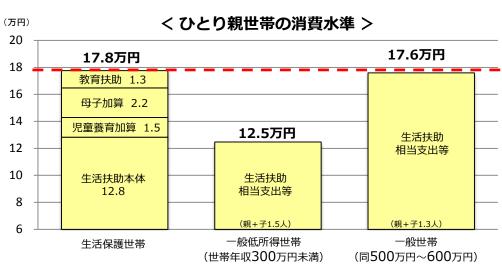
有子世帯の加算・扶助(母子加算・児童養育加算)

- 1
- ひとり親世帯の母子加算・児童養育加算を含めた生活扶助等の額は、ひとり親の一般低所得世帯の消費水準を大きく上回っており、世帯年収500~600万円の世帯の消費水準に相当。
- 児童養育加算については、児童手当に相当するものとして児童手当と同額を加算。生活保護世帯の生活扶助額(第1類費・第2類費)は、一般低所得世帯の消費実態と均衡を図って設定されているが、一般世帯の消費支出は就労収入だけでなく児童手当も含めた収入全体から支出されているものであり、改めて生活保護世帯に対してのみ児童手当見合いの児童養育加算を行うことは二重の配慮となる可能性。

< 有子世帯の加算・扶助の概要 >

	母子加算	児童養育加算	教育扶助	高等学校等就学費	
趣旨	子どもの貧困の解消を図るため、ひとり親世帯(母子世帯・父子世帯等)の生 活保護受給世帯に対し支給するもの。	児童の教養文化的経費、健全育成に資するための レクリエーション経費等の特別需要に対応するもの。	義務教育(小学校・中学校)に伴って必要となる 費用(学用品、通学用品、学校給食その他義務教育 に伴って必要となるもの。以下参照)について給付 を行うもの。	高等学校等就学に伴って必要となる費用(学用品、交通費、授業料その他高等学校等就学に伴って必要となるもの。以下参照)について給付を行うもの。 ※ 生業扶助として支給	
基準額 (月額、29年度)	○在宅 1級地 22,790円 2級地 21,200円 3級地 19,620円 ○入院入所 18,990円	児童手当と同額 ○第1子及び第2子 3歳未満 15,000円 3歳以上 10,000円 ○第3子以降 小学校修了前 15,000円 中学生 10,000円	○基準額 小学校 2,210円 中学校 4,290円 ○学級費等 小学校 670円以内 中学校 750円以内 ○教材代、学校給食費、校外活動費、通学交通費 実費支給 ※学習支援費 小学校 2,630円 中学校 4,450円	○基準額 5,450円 ○学級費等 1,670円以内 ○教材代、通学交通費 実費支給 ○授業料、入学料、入学考査料 公立高校相当額 ※学習支援費 5,150円	
経過	子育てを一人でするひとり親世帯には 追加的な栄養等が必要であることを理由 として、昭和24年創設。	児童手当制度創設に伴い、児童の教養文化的経費、 健全育成に資するためのレクリエーション経費等の 特別需要に対応するものとして、昭和47年創設。	義務教育就学児童・生徒がいる世帯での義務教育 に必要とされる費目の援助のため、昭和25年創設。	生活保護を受給する有子世帯の自立を支援する観点から、 高等学校等の就学費用に対応するため、平成17年創設。	

※ 学習支援費については、貧困世帯に属する子どもの増加という 「子どもの貧困」「貧困の連鎖」が社会問題化しつつあったことも 踏まえ、平成21年創設。

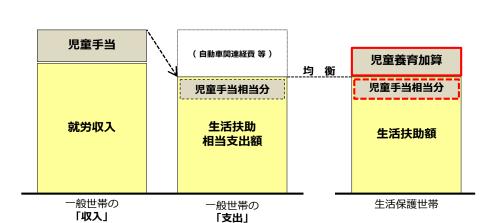


・生活保護基準額は、一般(低所得)世帯の級地別世帯数や子の構成が不明なため、級地区分は2級地-1、子の構成は中学生として算出。

-般(低所得)世帯の生活扶助相当支出等は、全国消費実態調査(平成26年度)に基づき財務省で試算。

教育扶助は、基準額と学習支援費の合計額。

< 児童手当と児童養育加算の関係 >

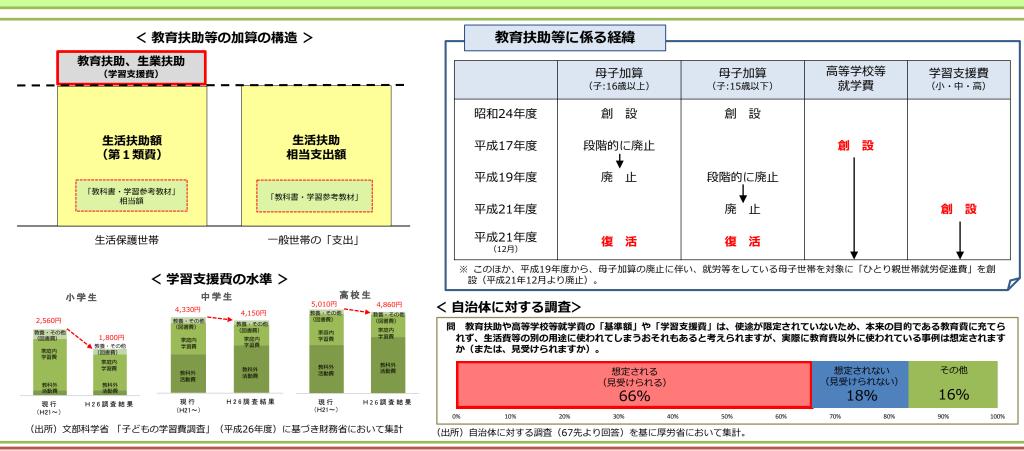


(注)「自動車関連経費等」とは、生活保護世帯では支出が想定されないため、生活扶助相当支出額を算出する際に生活保護世帯との均衡上除外して計算することとされている支出。

有子世帯の加算・扶助(教育扶助等)



- 教育扶助(小学生・中学生を対象)、高等学校等就学費に含まれている「学習支援費」については、
 - ・ 生活扶助(第1類費)において「教科書・学習参考教材」といった費用も勘案されている中、二重の配慮となっている
 - ・ 母子加算の廃止と同時期に創設されているが、平成21年度の母子加算の復活後もそのまま存続している
 - といった事情が存在することに加え、本来の目的外で使用されているおそれがあるのではないかとの指摘。

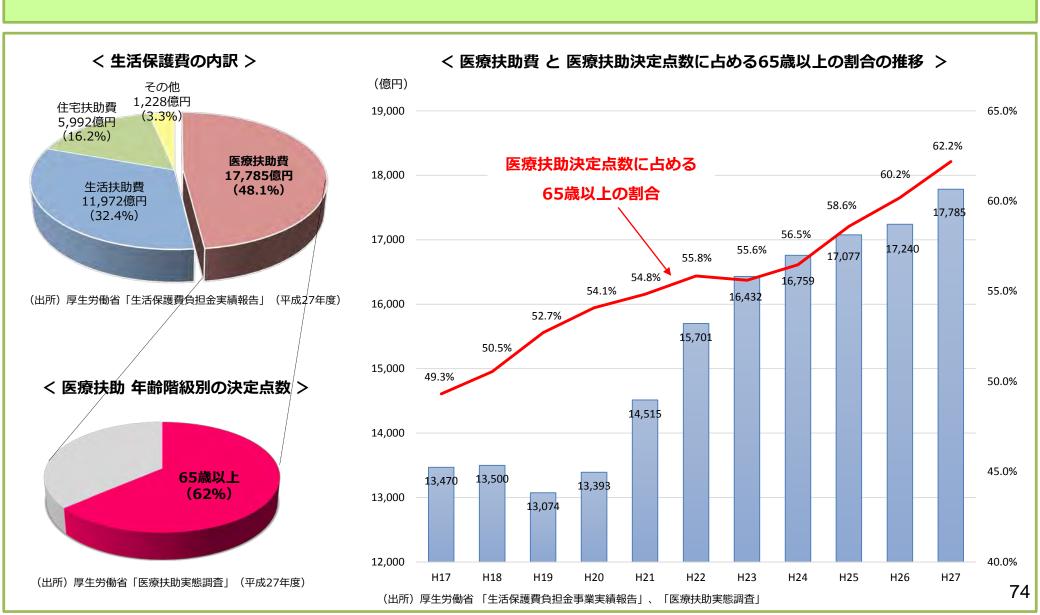


【改革の方向性】 (案)

- 有子世帯に対する加算・扶助は、一般低所得世帯と比較して生活扶助等の額が高くなる要因の1つであるととともに、二重の 配慮が生じているものも存在しており、子供の学習機会の確保等も踏まえつつ、整理を含めた見直しを行うべきではないか。
- こ その際、加算や扶助の目的をより効果的・効率的に達成する観点から、現金給付以外の方策で行うことはできないかとの観点からも検証すべき。

医療扶助の状況

○ 医療扶助は生活保護費の約5割を占める。その約3分の2 (決定点数ベース)が65歳以上の高齢者に対する給付であり、被保 護人員に占める高齢者の割合の増加とともに医療扶助も増加していくおそれ。



後発医薬品の使用促進①

- 「経済財政運営と改革の基本方針2017」においては、医療扶助費の適正化のための取組の1つとして「後発医薬品の使用促進の強化」が掲げられており、経済・財政再生計画の改革工程表においても、生活保護受給者の後発医薬品の使用割合の目標を設定。
- 平成25年の生活保護法改正においては、医学的知見に基づき使用できると認められた場合には可能な限り後発医薬品の使用を 促すことにより給付を行う努力義務を導入しており、その後も使用促進のために累次の取組を実施。

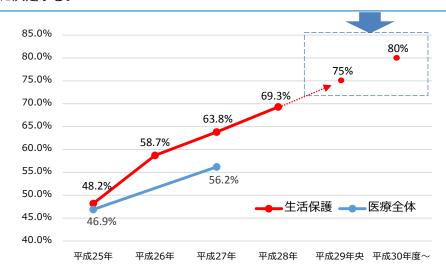
経済財政運営と改革の基本方針2017(平成29年6月9日)(抄)

- 3. 主要分野ごとの改革の取組
- (1) 社会保障
- ⑨生活保護制度、生活困窮者自立支援制度の見直し

医療扶助費の適正化のため頻回受診対策や<u>後発医薬品の使用促進を強化</u>するとともに、生活習慣病予防等のための効果的・効率的な健康管理に向け、データヘルス実施の仕組みを検討する。

経済・財政再生計画 改革工程表(平成28年12月21日)(抄)

生活保護受給者の後発医薬品の使用割合について、2017年央までに75%とするとともに、2017年央において、医療全体の目標の達成時期の決定状況等を踏まえ、80%以上とする時期について、2018年度とすることを基本として、具体的に決定する。



平成25年の法改正の内容

生活保護法改正により後発医薬品の使用を促すことを規定

(平成26年1月1日施行)

生活保護法 (抄)

第三十四条 医療扶助は、現物給付によつて行うものとする。(以下、略)

- 2 前項に規定する現物給付のうち、<u>医療の給付は、・・・医療機関にこれを委託して</u> 行うものとする。
- 3 前項に規定する医療の給付のうち、<u>医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品・・・を使用することができると認めたものについては、被保護者に対し、可能な限り後発医薬品の使用を促すことによりその給付を行うよう努める</u>ものとする。

法改正以降の新たな取組

【平成27年度~】

- 福祉事務所における後発医薬品使用促進計画の策定(院外処方)
-) 幅位事物がにおりる後先医業品使用促進計画の保定(成外処力)) 院内処方の使用割合が低調な医療機関に対する後発医薬品使用促進の要請

【平成28年度~】

- 改革工程表に、後発医薬品の使用割合の目標を設定[KPIの内容 → 2017年(平成29年)央までに75%等]
- 地域の薬局等と連携した服薬指導のモデル実施

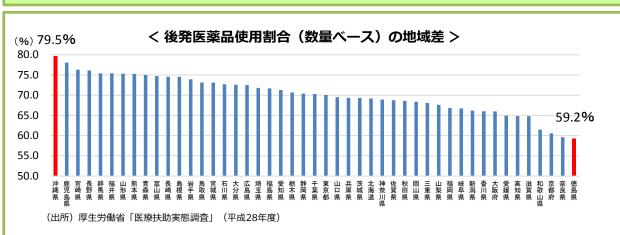
【平成29年度】

○ 外部評価を伴うPDCAサイクルを導入した自治体への支援の強化

後発医薬品の使用促進2

- 生活保護受給者の後発医薬品の使用割合は年々上昇しているものの、
 - 依然として使用割合には地域差が存在するとともに、
 - · 一般名処方が行われた医薬品で後発医薬品を調剤しなかった理由の約7割が患者意向であり、

多くの自治体ではこれまでの服薬指導の効果だけでは一定の限界があるのではないかとの認識。更なる使用促進に向けてもう一段の取組が必要と考えられる。





注:後発医薬品が存在しない場合を除く。

(出所)政令指定都市及び中核市の平成27年度データを財務省において集計。

○ 第8回社会保障制度審議会「生活困窮者自立支援及び生活保護部会」提出資料 (平成29年10月12日・抜粋)

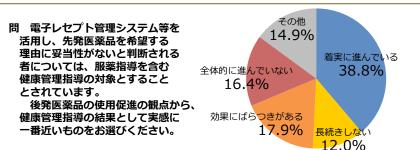
生活保護受給者の健康管理と医療扶助費の適正化

④後発医薬品の使用促進

(論点)

医師等が後発医薬品の使用を可能と認めた場合で、かつ、在庫等の問題がない場合に、後 発医薬品の使用を更に促進する方策についてどう考えるか。

< 自治体に対する調査 >



(出所) 自治体に対する調査(67先より回答)を基に厚労省において集計。

【改革の方向性】(案)

- 後発医薬品の更なる使用促進に当たっては、医師がその使用を認めていることを前提に、
 - 薬局における在庫の欠如などの問題がない場合には後発医薬品の使用を原則とする、
 - ・または、服薬指導を行ってもなお自己都合で先発医薬品を使用する場合には先発医薬品と後発医薬品の差額について自己負担を求める

など、実効性ある対策が必要ではないか。

76

頻回受診対策①

- 生活保護制度における医療扶助は全額公費負担であるため、頻回受診が発生しやすいとの指摘。生活保護受給者には傷病者や 障害者が比較的多いという要因はあるものの、国民健康保険等と比較しても通院回数が多い状況。
- 現在、原則として、同一傷病について同一月内に同一診療科を15日以上受診している月が3か月以上継続している者を把握や 指導の対象としており、頻回受診の解消に向けた取組を実施。

< 医療扶助における頻回受診についての指摘 >

○ 生活保護における医療費一部自己負担に係る指定都市市長会要請(平成27年12月25日)抄

医療保険加入者については保険料の支払いや医療機関受診時の窓口負担がある一方、<u>生活保護受給者</u>は自己負担がないことなど、過剰な受診等に対する抑制効果が働きづらい状況となっている。

○ 読売新聞 夕刊1面記事(平成27年11月25日)抄

く 年齢階級別

1.4

1.2

政府は、生活保護受給者の過剰受診や医療費の不正請求を防ぐため、各自治体の福祉事務所のケース ワーカーが地域の看護師や薬剤師らと共に受給者を訪れる仕組みを来年度から導入する。指導態勢を強 化することで、膨張する生活保護費の約半分を占める医療扶助の適正化を図り、価格の安い後発医薬品 (ジェネリック)の使用率向上などにつなげるのが狙いだ。

受給者は自己負担なしで診療や投薬を受けられ、費用は医療扶助として全額公費で支払われる。受給者は昨年12月時点で約217万人。2013年度は支給総額3・6兆円のうち、医療扶助費が1・7兆円に達した。不必要な通院を繰り返したり、薬剤を過剰に処方されたりして費用がかさんでいる面もある。

1か月当たりの医療機関を受診した人に係る利用日数(入院外) >

(日/件) 2.2 ■医療保険医療費 ■医療扶助費 2.0 1.8 1.6

注:レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数。

(出所)第63回医療扶助実態調査(平成27年6月審査分)特別集計、

平成27年度被保護者調査(年次調査)、平成26年度医療保険に関する基礎資料

< 受診状況把握対象者の定義 >

医療扶助による外来患者であって、<u>同一傷病</u>について、<u>同一月内</u>に、<u>同一診療科</u>を15日以上受診している月が、3ヶ月以上続いている者

※ 一部の自治体においては、対象範囲を平成29年度から拡大

く 全国的に把握対象となる頻回受診のうち最も通院日数が少ない例 >

○ …受診日

15日

平成29年11月 平成29年9月 平成29年10月 金 木 (2) 6 5 (5) 7 8 10 12 6 15 12 13 20 24 23 21 22 20 25 26 27 22 20 25 26 30

15日

頻回受診に係るこれまでの取組

15日

【平成28年度~】

○ 改革工程表を受け、福祉事務所等において頻回受診適正化計画を策定して適正受診指導を推進

【平成29年度】

(歳)

○ 受診指導の対象者の範囲を順次拡大しつつ、外部評価を取り入れたPDCAサイクルを実施する事業を実施

<対象者の範囲>

- ・ 同一傷病で、同一月内に同一診療科を15日以上受診する一定の者(初診月である場合や短期的 集中的に治療を行った者等を除く)にまで拡大
- <対象者拡大の段階的実施>
 - まずは、補助事業上の対象者を拡大(将来的には全ての福祉事務所での対象者拡大を想定)

頻回受診対策②

医療扶助における地域ごとの通院回数を見ると、

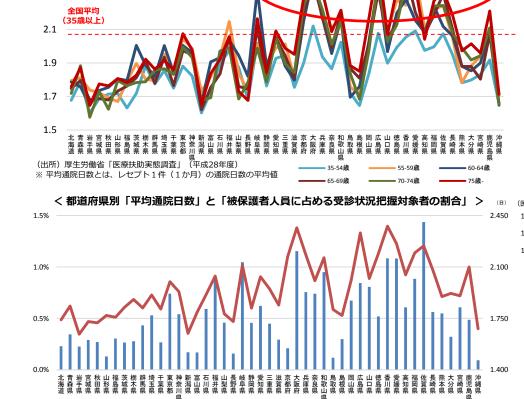
(日) 2.7

2.5

2.3

- レセプト1件(1か月)の平均通院日数は地域によってバラつきが見られ、ほとんどの年齢層について他の地域よりも明ら かに日数が多い地域が存在するとともに、
- そうした地域においては、被保護人員に占める頻回受診の受診状況把握対象者の割合も概ね高い傾向が見られ、また、生活 保護受給者の通院日数が生活保護受給者以外の通院日数に比べて多い医療機関が見受けられること から、頻回受診の発生状況には地域差があることがうかがわれる。なお、生活保護受給者の通院日数が生活保護受給者以外の通 院日数に比べて多い医療機関が標榜している診療科は、特定の診療科に偏る傾向が見られる。

また、レセプト請求件数の全件または大多数が生活保護受給者のレセプトである医療機関も見受けられる。



保護者人員に占める受診状況把握対象者の割合

< 都道府県別 平均通院日数の状況 >

数に比べて多い医療機関上位200先の所在する都道府県> 都道府県 医療機関数 大阪府 42 東京都 23 福岡県 15 広島県 13 京都府 11 兵庫県 11 8 香川県 8 鹿児島県 千葉県 6 愛媛県

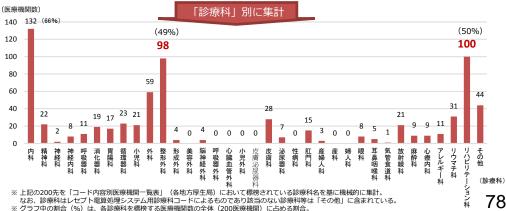
く生活保護受給者の通院日数が生活保護受給者以外の通院日

数」を比較し、前者の方が多い医療機関を差が大きい順に並べて上位200先を抽出したもの。

○ 抽出イメージ (一定期間中の通院日数) この差の大きい 医療機関を抽出 生保受給者以外

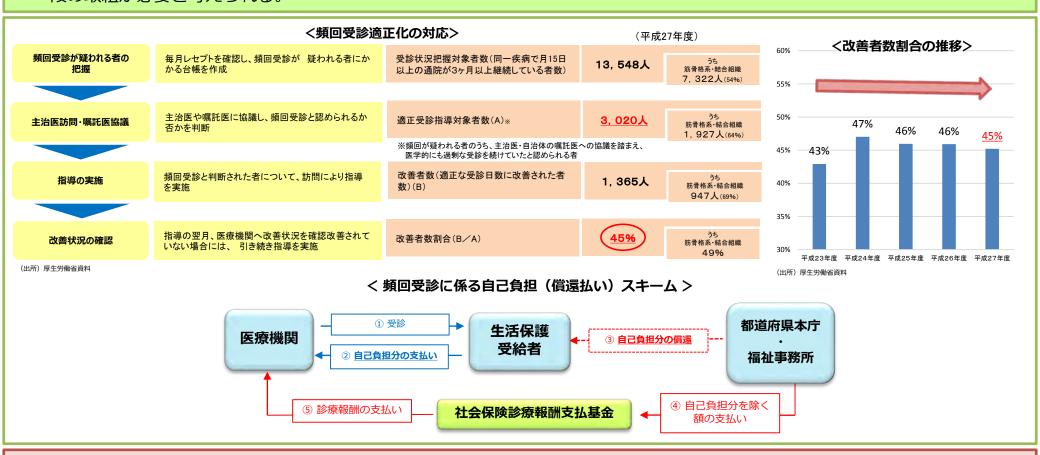
<生活保護受給者の請求件数割合 が高い医療機関>

件数割合	医療機関数
100%	25
90~100%	127
80~90%	190



頻回受診対策③

○ 頻回受診対策として、電子レセプトを活用した適正受診指導の取組などが進められてきたが、近年の改善者数割合はおおむね 横ばいで推移しており、自治体からは現状の適正受診指導には一定の限界がある旨の指摘もある。頻回受診対策について、もう 一段の取組が必要と考えられる。

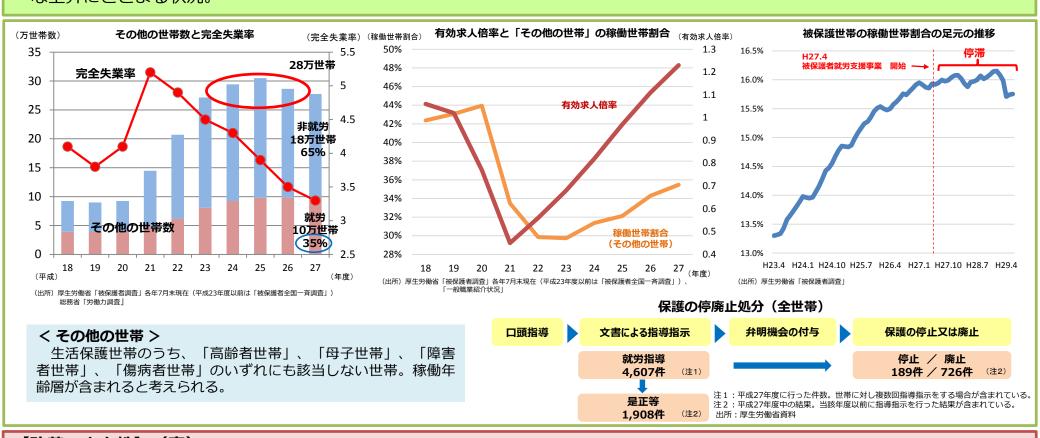


【改革の方向性】(案)

- 更なる頻回受診対策として、
 - ・ 各自治体に対して、例えば、嘱託医制度の充実や個別指導の重点化など頻回受診者が多く発生している医療機関に着目した 対策を講じるよう促すとともに、
 - ・ 頻回受診であるとして適正受診指導を受けてもなお改善の見られない者については、例えば、一定の自己負担(償還払い) を求める

など、実効性ある対策が必要ではないか。

○ 「その他の世帯」の世帯数は近年では減少傾向にあるが、最近の雇用環境の大幅な改善にもかかわらず、リーマンショック以前の状況と比べ依然として多い。障害・疾病などの事情がない就労可能な生活保護受給者は生活保護法の趣旨に基づき稼働能力を活用することが原則であるが、「その他の世帯」における稼働世帯割合(就労割合)は、雇用環境の改善と比較すると緩やかな上昇にとどまる状況。



【改革の方向性】(案

- 稼働年齢層が含まれるとされる「その他の世帯」を中心に、稼働能力を有すると考えられるにもかかわらず就労していない者 の状況や就労阻害要因等を統計面から分析するとともに、就労可能な者については引き続き就労指導を着実に実施していくべき ではないか。
- その上で、現実に稼働能力があり本人に適切と判断される職場が紹介されているにもかかわらず就労しないなど、正当な理由がない者に対しては、保護の廃止に至る前の措置として、保護の停止の積極的な活用や、保護費の減額といった柔軟な対応を設けることによって、取組の実効性を高めていくべきではないか。

級地の見直し



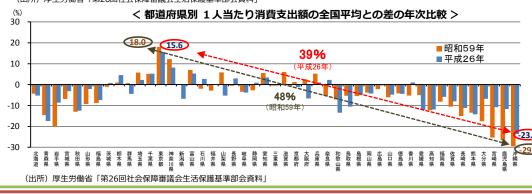
現在の級地区分は、全国消費実態調査(昭和59年)などを基礎として算出した各市町村の消費水準の額をもとに昭和62年度 に区分したものであり、30年が経過。その後、消費者の購買行動の変化、「平成の大合併」による市町村の広域化、地域ごとの 消費水準の変動など、経済社会の状況は大きく変化しており、生活水準の実態と乖離が生じているおそれ。

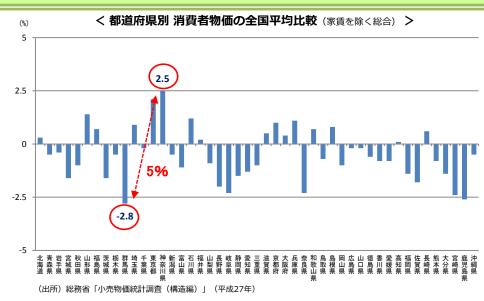
	< 級地	区分別の最	低生活保障	(単位:万円/月)		
		1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
3人世帯 (夫:20~40歳、妻:20~40歳、子:3~5歳)		16.0	15.4	14.7	14.3	13.7	13.2
高齢者単身世帯 (70歳~)			7.3	6.9	6.7	6.4	6.1
市町村数	1,719	58	49	121	79	557	855
(平成28年4月1日現在)	(100.0%)	(3.4%)	(2.9%)	(7.0%)	(4.6%)	(32.4%)	(49.7%)
被保護者世帯数	1,602,551	647,091	267,951	314,451	66,284	204,124	102,650
(平成27年7月31日現在)	(100.0%)	(40.5%)	(16.6%)	(19.6%)	(4.1%)	(12.7%)	(6.4%)
市町村の例		東京23区 横浜市 大阪市	札幌市 千葉市 福岡市	秋田市 静岡市 高知市	長岡市 三島市 佐世保市	弘前市 福知山市 今治市	結城市 篠山市 宇和島市

※ 平成28年度の生活扶助額の例

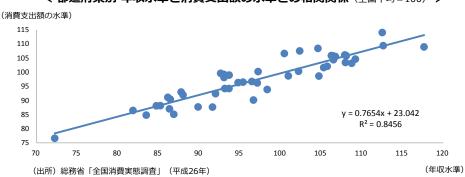
	く 巾町村合併による紋地拍足区万変更の状況 /								
	昭和62年度時点の市 町村総数	昭和62年度以降、級地指定区分の変 更が無かった市町村敷 (市町村合併が行われなかった市町村	昭和62年度以降の市町村合併で級地指定区分が合併前より 上位に変更となった市町村数						
	AT TO MOSAL	を含む)	計	1区分	2区分以上				
市町村姜	女 3,253	2,432	821	559	262				
構成割台	100%	75%	25%	17%	8%				

(出所) 厚生労働省「第26回社会保障審議会生活保護基準部会資料





< 都道府県別 年収水準と消費支出額の水準との相関関係(全国平均=100) >



【改革の方向性】 (室)

級地制度について抜本的な見直しを行うとともに、定期的な見直しの対象としていくべきではないか。その際、現在、級地別 の生活扶助額は、級地ごとの消費支出額を基に算出しているが、消費支出額は収入の増加に応じて増加していく傾向が強く、あ くまでも最低限度の生活の需要を満たす制度であるという趣旨を踏まえれば、例えば、物価の差による調整にとどめることを基 本とすべきではないか。 81