

視点2

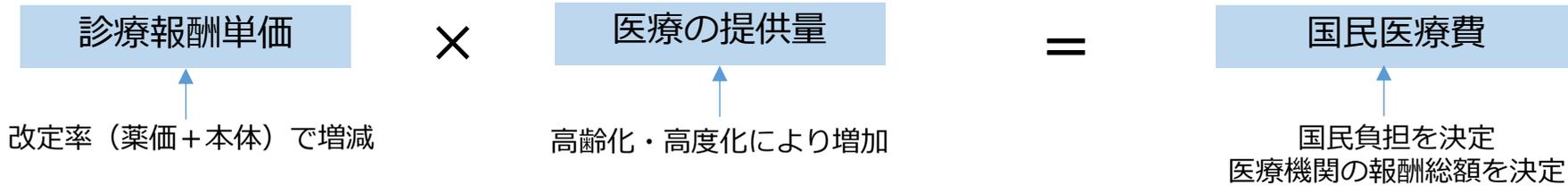
必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する

～公定価格と提供体制～

- **公定価格の適正化・包括化**
- **医療提供体制の改革**

医療費の伸びと要因(診療報酬改定)

- 診療報酬改定においては、「改定率」という形で、単価の変動による財政影響の総額を予算編成過程で決定しているが、実際の国民負担(診療報酬総額)は、高齢化や高度化による提供量の増加の影響も受ける。
- したがって、「改定率」のみに着目して「プラス改定/マイナス改定」というのは一面的であり、国民負担となる医療費自体の増加率は、診療報酬全体がマイナス改定となった年においても、一貫して、「プラス」の伸び。
- 国民負担や医療機関等の経営を考えるうえで、改定率のみならず、国民医療費の増減に着目していくことが重要。国民医療費の増加率を抑制していくため、本体も含め改定率は厳しく抑制していくべき。
- 併せて、改定の際には、地域医療構想なども踏まえて、政策的配慮から単価設定が行われており、想定された政策目的が達成されているかについて、その後の検証を行っていくことが重要。



◆ 診療報酬改定率と国民医療費増減率の推移

		H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
診療報酬改定率	本体	▲1.36		+0.38		+1.55		+1.379		+0.73		+0.49		+0.55
	薬価	▲1.80		▲1.20		▲1.36		▲1.375		▲0.63		▲1.33		▲1.45
	本体+薬価	▲3.16		▲0.82		+0.19		+0.004		+0.10		▲0.84		▲0.90
国民医療費増減率		+1.5		+2.7		+3.6		+1.9		+2.9				
		(▲0.004)	(+3.0)	(+2.0)	(+3.4)	(+3.9)	(+3.1)	(+1.6)	(+2.2)	(+1.9)	(+3.8)	(▲0.4)	(+2.8)	(+0.9)

(出所)厚生労働省「国民医療費の概況」(27年度までの国民医療費増減率)、「医療費の動向」(28年度国民医療費増減率)等
 (注)28年度の国民医療費増減率は概算医療費ベース。29年度、30年度の国民医療費増減率は予算ベース。
 ※ 27年度から28年度の医療費の伸び率について、27年度はC型肝炎治療薬等の抗ウイルス剤の薬剤料の大幅な増加等により高い伸びになったのに対し、28年度は抗ウイルス剤の薬剤料の大幅な減少等により一時的にマイナスとなったと考えられる。

- 平成30年度薬価制度改革において、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、薬価制度について一定の改革を実施したが、「毎年調査・毎年改定」など、具体的な内容について今後検討することとされたものもある。
- 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。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。

主な改革事項

- ### 新薬創出等加算の抜本の見直し
- ・ 対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み
(約920品目*→約540品目)* 現行制度が継続した場合
 - ・ 企業指標：**企業指標** (革新的新薬の開発等) の**達成度に応じた加算**

- ### 効能追加等による市場拡大への速やかな対応
- ・ 対象：**350億円以上*** ・ 頻度：**年4回** (新薬収載の機会)
* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

- ### 新薬のイノベーション評価の見直し
- ・ 加算対象範囲 (類似薬のない新薬)
: 営業利益への加算 → **薬価全体への加算**
(製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定)

- ### 外国平均価格調整の見直し
- ・ 米国参照価格リスト：メーカー希望小売価格
→ **公的制度の価格リスト**

- ### 日本創薬力強化プラン (緊急対応パッケージ)
- 厚労省計上分529.4億円 (30当初・29補正)
- **がんゲノム医療の実現など日本初のシーズが生まれる研究開発環境の改善**
 - **薬事規制改革等を通じたコスト削減と効率性向上**
 - **日本初医薬品の国際展開の推進**
 - **医療分野の研究開発** 等

今後の検討事項

- 費用対効果評価の導入 : 技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

- ### 毎年薬価調査・薬価改定
- ・ 対象範囲：全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**H32年中に設定**

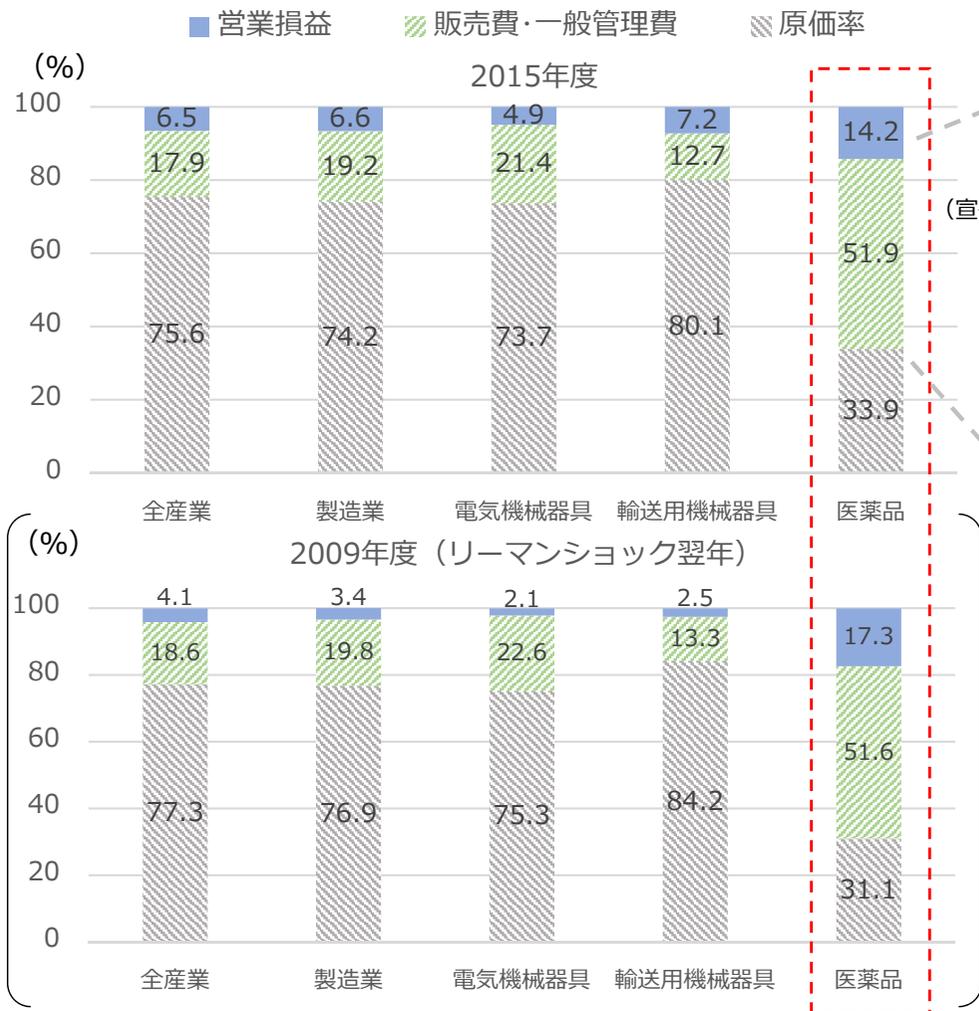
- ### 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の取扱いの見直し
- 長期収載品の段階的な価格引き下げまでの期間の在り方等
⇒ **次期薬価改定**に向けて検討

- ### 【改革の方向性】 (案)
- 薬価制度の抜本改革のうち、残された検討課題については、スケジュールに沿って着実に検討を進めていくべき。
 - あわせて、イノベーションの推進に向けて、創薬コストの低減、製薬企業の費用構造の見直しや業界再編に取り組むべき。 71

(参考)製薬企業の費用構造

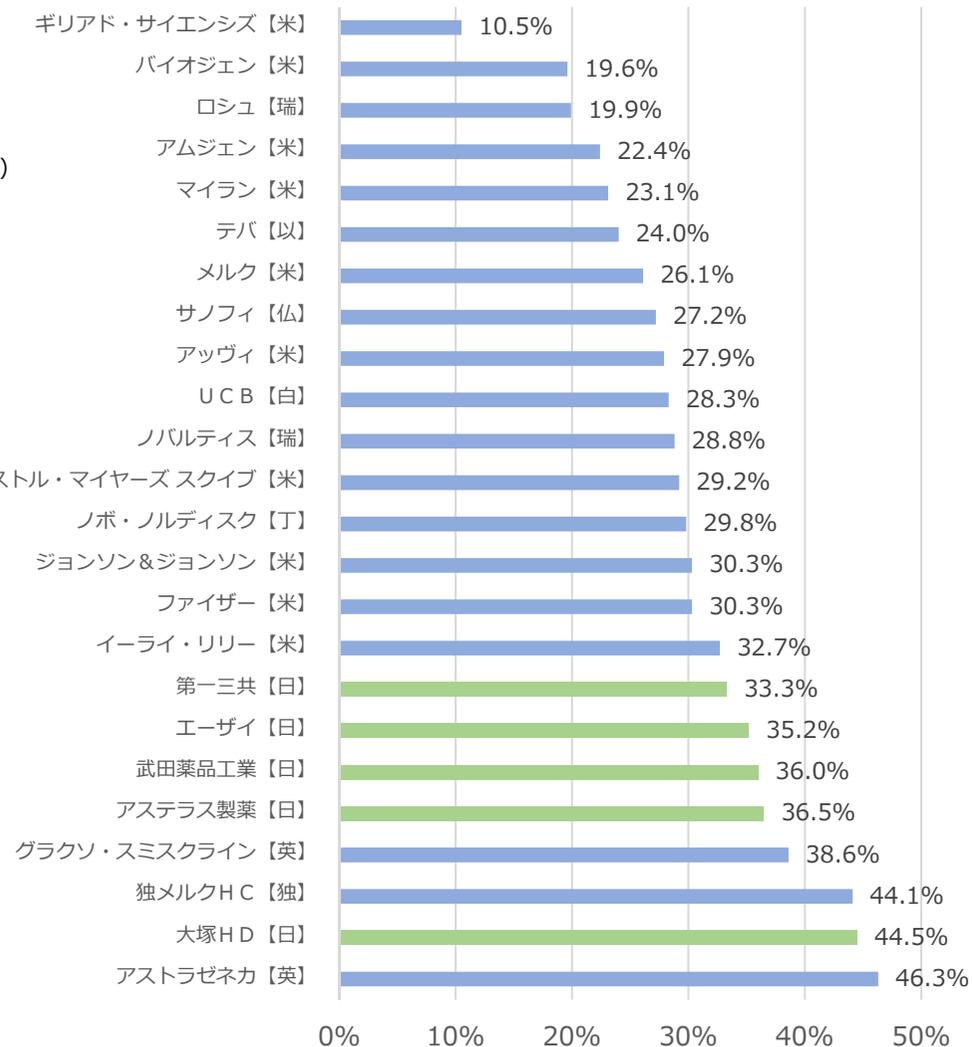
- 医薬品産業の営業利益率は他業種と比較して高く、リーマンショックなどによる景気後退の影響も受けにくい。
- 他業種と比較して、研究開発費率は高いが、それ以上に営業費用など研究開発費以外の販管費の比率が高い。国際的に見ても、我が国製薬企業の研究開発費以外の販管費率は高い。

◆ 医薬品産業の営業コスト構造（他業種との比較）



◆ 販売費・一般管理費（研究開発費以外）の比率

(2015)



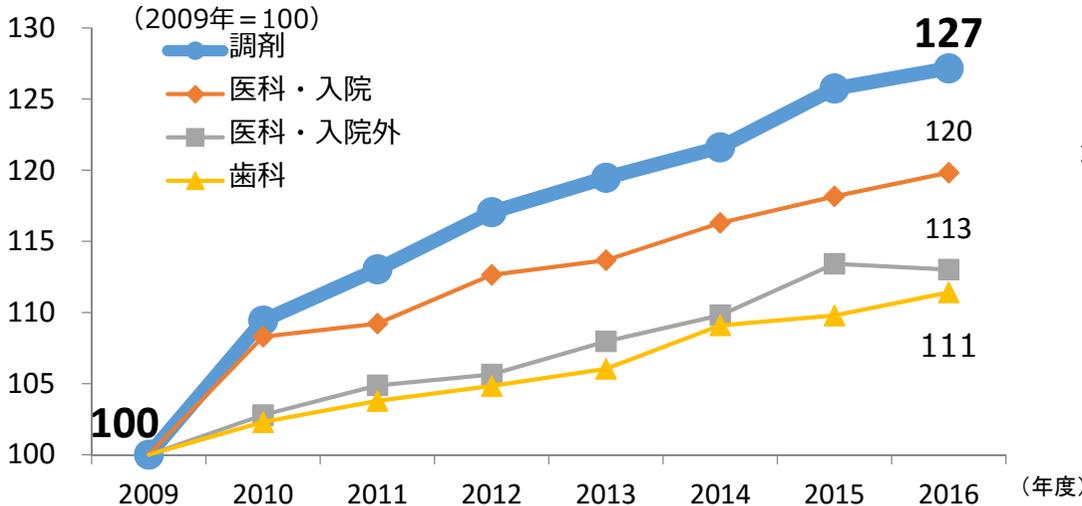
(出典) 日本政策投資銀行「産業別財務データハンドブック2016」、報道発表資料等

(※) 企業により、仕掛研究開発の償却費が含まれている場合がある。これを加算した場合の研究開発費の割合は、34.2%となる。

(出典) 研ファーマ・ブレーション発行「NEW Pharma Future」(2016年10-11月号)

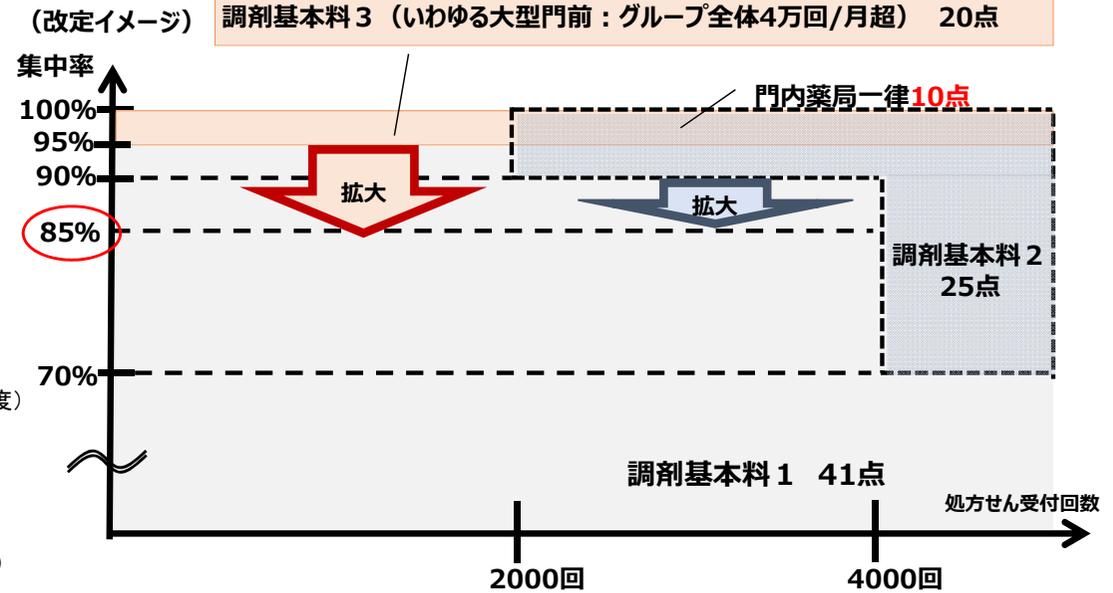
- 医薬分業の進展による処方せん枚数の増加のみならず、処方せん1枚当たりの単価の増加により、調剤医療費のうち、薬剤料等を除いた技術料部分の伸びは、入院医療費や外来医療費と比較して大きいものとなっている。
- 平成30年度診療報酬改定において、大型門前薬局に係る調剤報酬の引き下げを実施。

診療種類別の技術料の伸び（医科・歯科は推計値）



平成30年度改定における調剤基本料の見直し

【新規追加】特に大型の門前：グループ全体40万回/月超※ 15点
 ※200店舗超に相当。上位15程度の薬局グループが該当。



処方せん1枚当たりの技術料（単価）の伸びとその要因



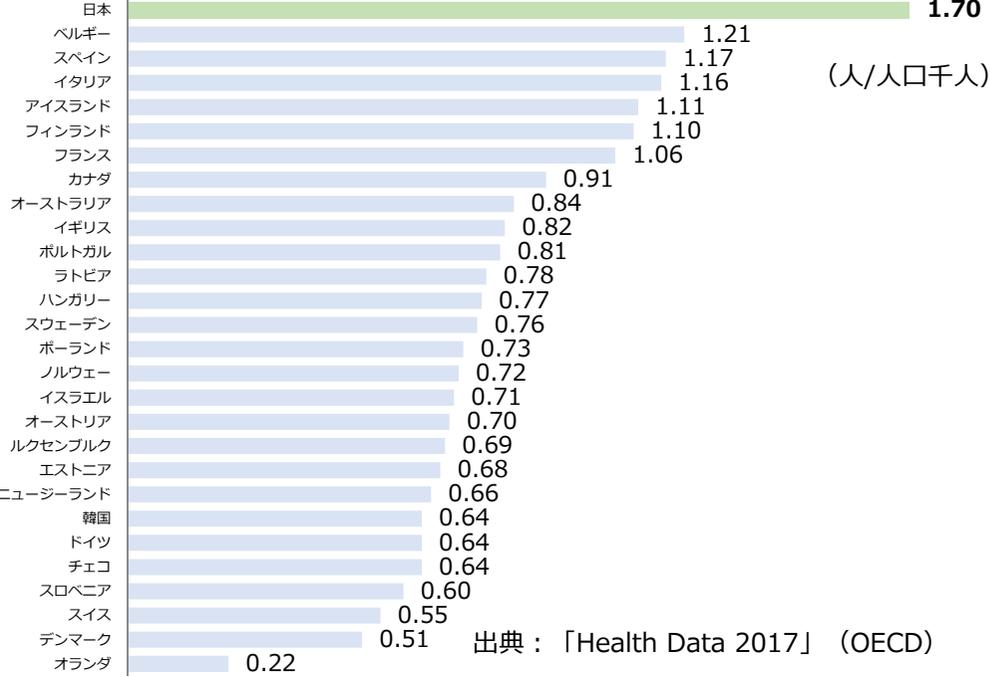
【改革の方向性】（案）

- 今後とも、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観点から、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、適正化していくことが必要。
- 今般の報酬改定の効果を検証しつつ、かかりつけ薬局を評価すると患者負担も増加する点への対応も含め、調剤報酬の在り方については、引き続き検討を行っていくべき。

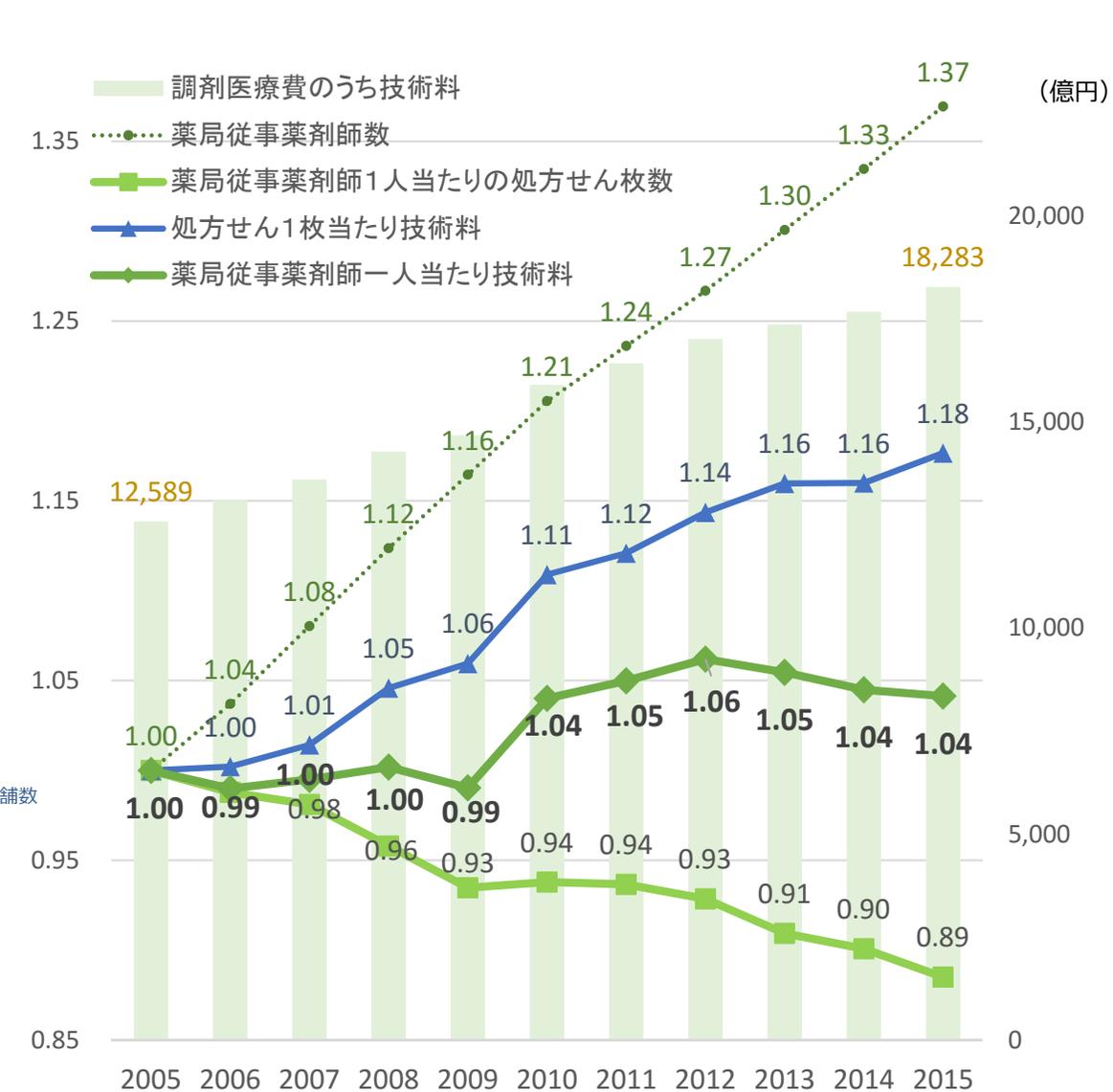
薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

- 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。

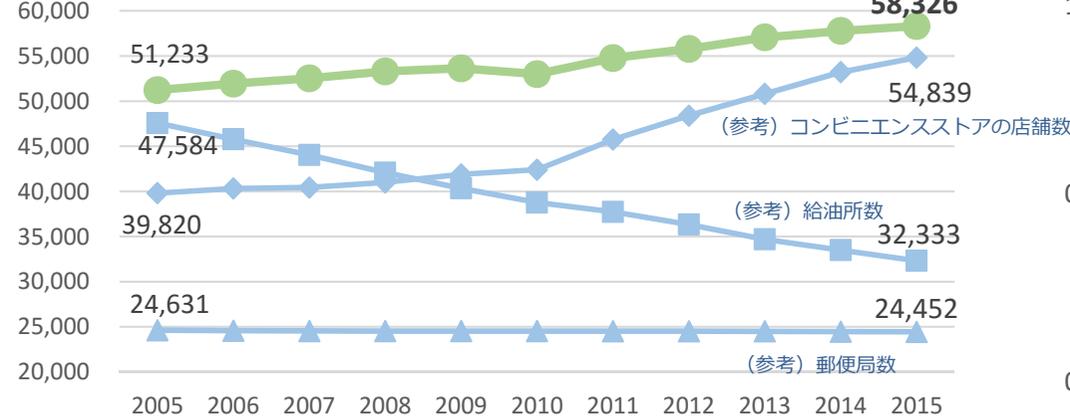
◆ 薬剤師数(対人口比)の国際比較 (2014年)



◆ 薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移 (2005年度 = 1)



◆ 薬局数の推移



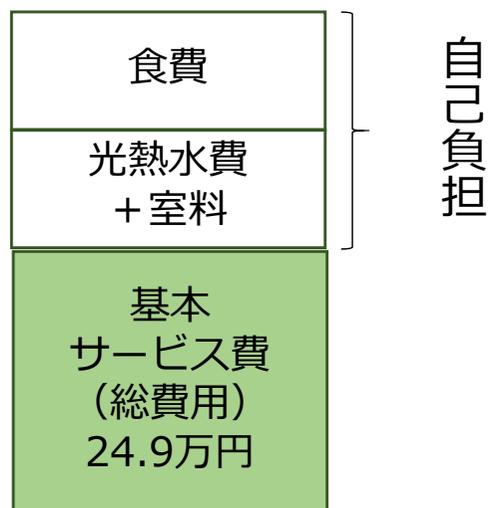
在宅と施設の公平性の確保（多床室の室料負担について）

【論点】

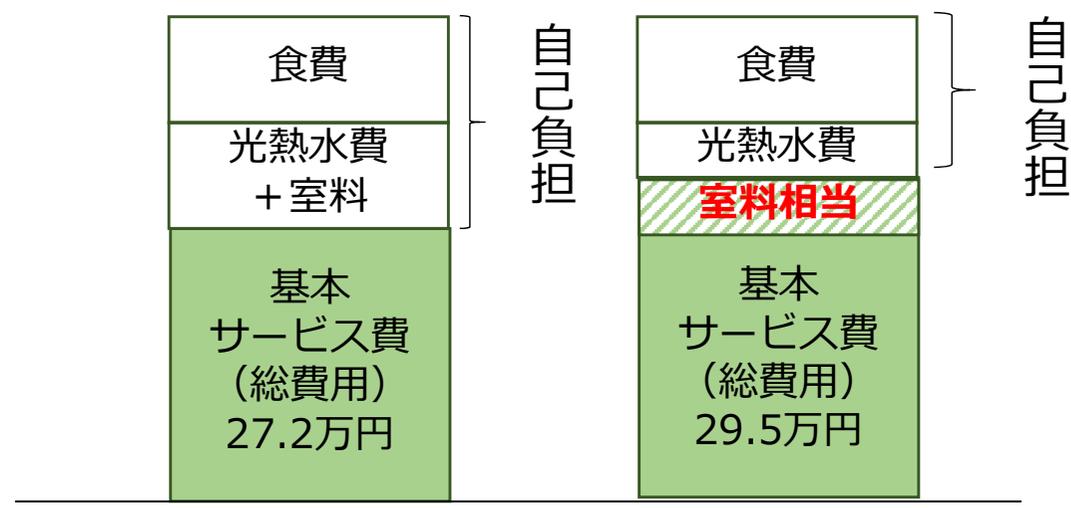
- 平成17年制度改正において、施設サービスにおける食費や個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする制度見直しを実施（多床室については光熱水費のみ給付対象外とし、また低所得者には補足給付を創設）。
- 平成27年度介護報酬改定において、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行ったが、介護老人保健施設、介護療養病床、新設される介護医療院については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

特養は27改定で多床室の室料をサービス費から除外し、従来型個室と多床室の報酬水準は同額となっている。

老健施設、介護医療院、介護療養型医療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、多床室の方が従来型個室よりも基本サービス費が高くなっている。



特養老人ホーム
(個室・多床室)



介護老人保健施設
(従来型個室)

介護老人保健施設
(多床室)

※ 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）。

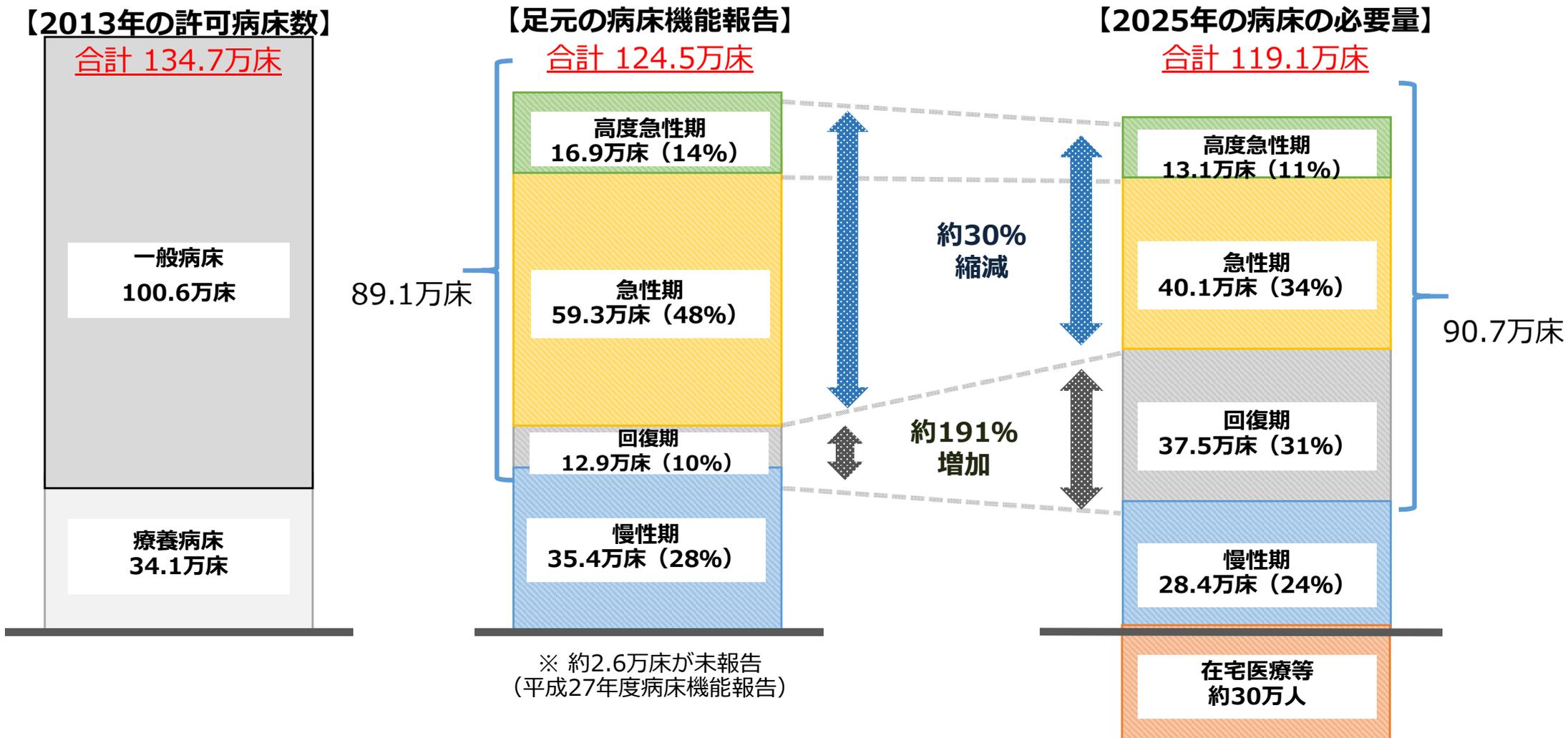
(参考)「経済再生計画 改革工程表(2017改定版)」(抜粋)

在宅と施設の公平性の確保や医療・介護を通じた効率的な提供体制の構築の観点等から、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の**多床室の室料負担**等、施設サービスの報酬等の在り方について、**第8期計画期間に向けて検討し、結論**

【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、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行う必要。

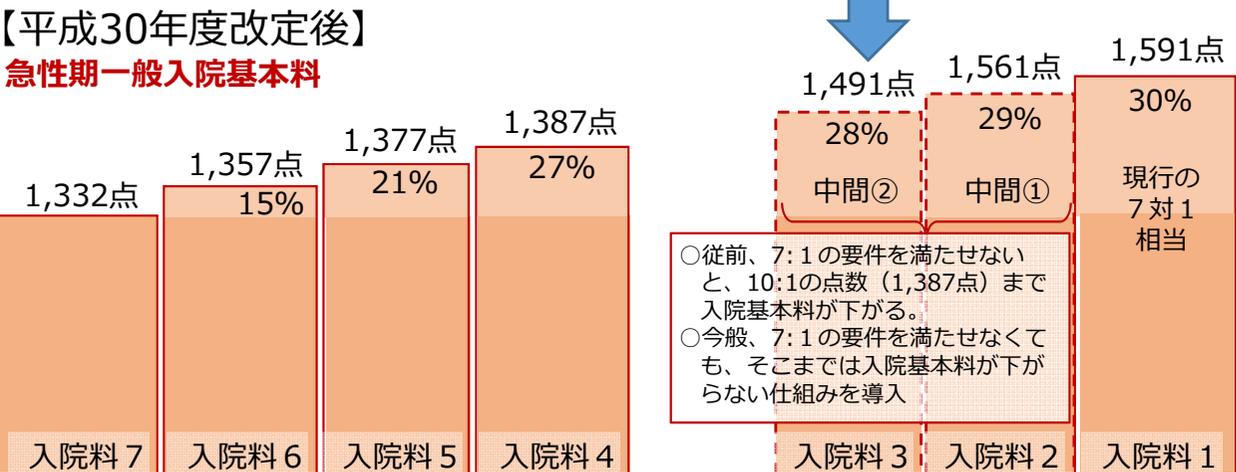
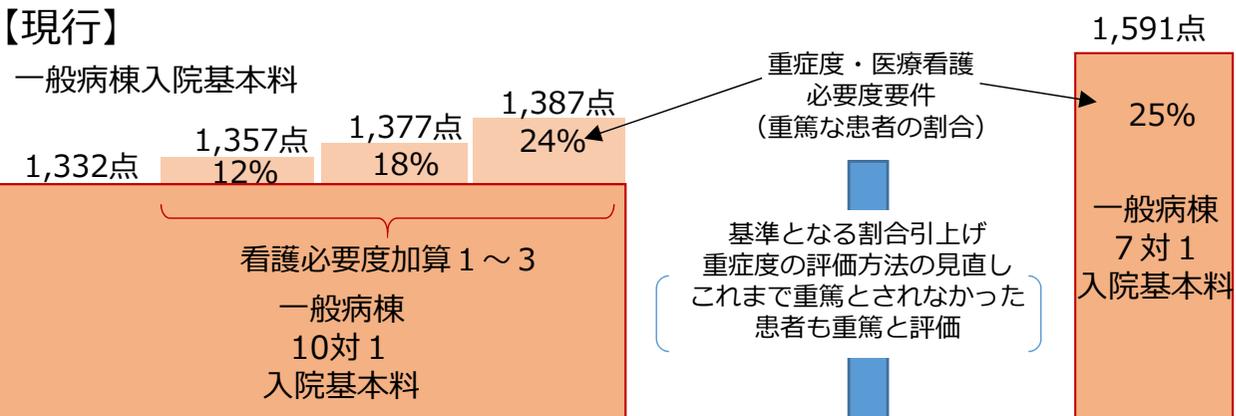
- 団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年、すべて後期高齢者となる2025年に向けて、地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていく必要。今後、個別の病院名や転換する病床数等の具体的転換方針の速やかな策定に向けて、各地域において2年間程度で（来年半ばまで）集中的な検討を促進することとされている。



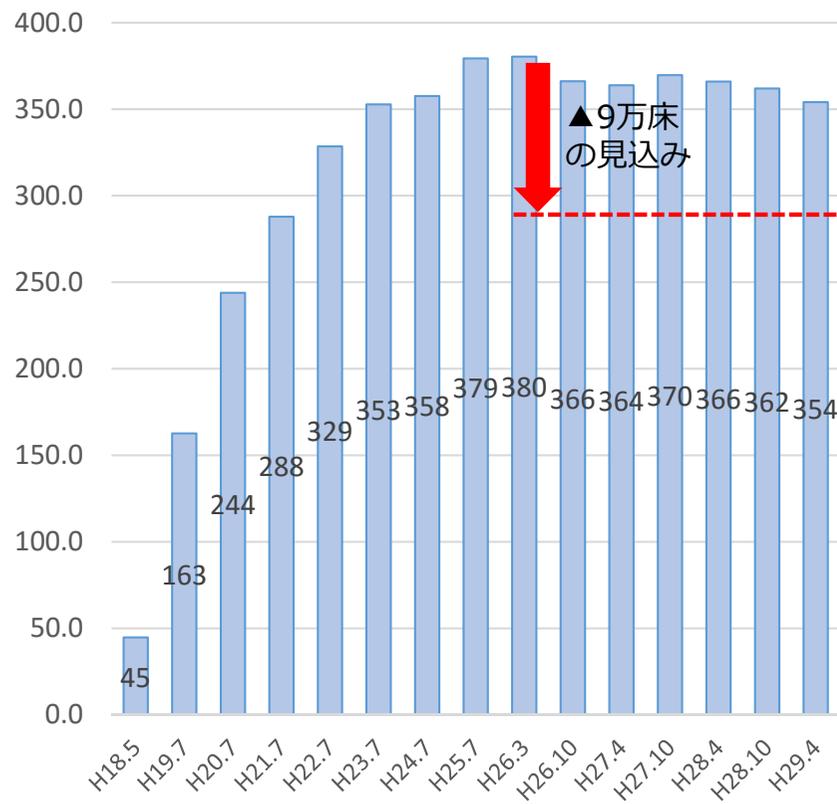
- 診療報酬・介護報酬
 - 平成30年度診療報酬・介護報酬改定の効果検証・フォローアップと必要に応じた更なる対応。
- 都道府県への手段の付与
 - 慢性期病床の適正化に向けた構想会議における議論の進め方、データ提供の在り方
 - 慢性期病床を地域において重点化し、介護施設等へ転換していく上での判断材料となるデータの提供を行ったうえで、具体的な議論を進めていく枠組みを示す必要。
 - 病床再編に向けた都道府県の権限の整備
- 都道府県へのインセンティブ
 - 進捗に応じた財政支援（保険者努力支援制度、地域医療介護総合確保基金）
 - 保険者努力支援制度（平成30年度～）及び地域医療介護総合確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
- 適切な進捗管理
 - 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（K P Iの設定等）
- 医療・介護を通じた在宅医療・介護施設等への転換
 - 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。

急性期病床の適正化

- 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、最多となっており、これまでの累次の見直しでも、十分に減少してこなかった。
 （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。
- 今回の診療報酬改定により、入院基本料の名称を変更し、（旧）7：1入院基本料を算定する際の基準の変更などが実施されたが、急性期に係る入院医療費がどの程度効率化されるのかは明らかではない。



◆一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移



【改革の方向性】 (案)

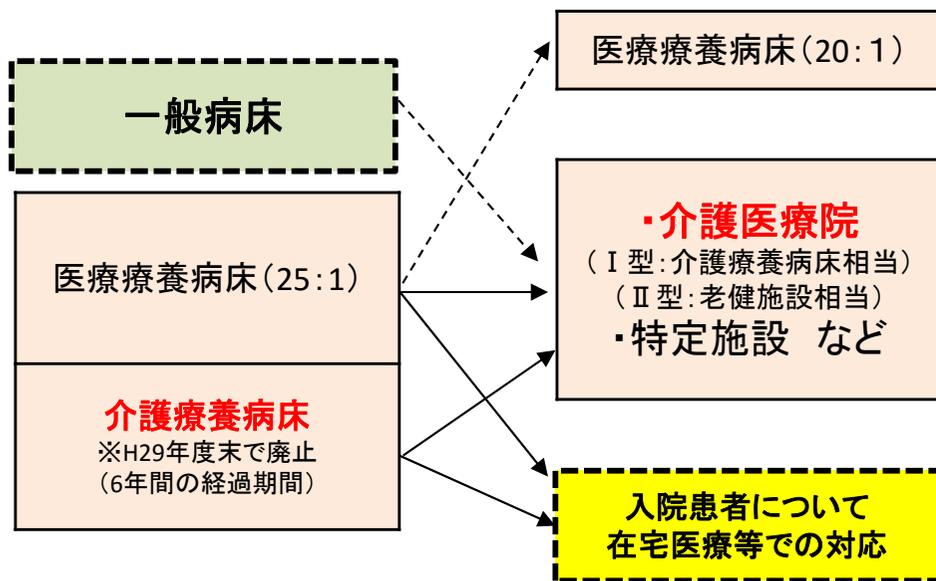
- 今回の診療報酬改定が、全体としてどの程度地域医療構想に沿った病床の再編・急性期入院医療費の削減につながっていくかについて、適切なKPIを設定したうえで、進捗を評価し、必要に応じて更なる要件厳格化等を次期改定において実施すべき。78

地域医療構想を踏まえた介護療養病床等の転換

【論点】

- 平成30年度から新設されることとなった介護医療院への25対1 医療療養病床や介護療養病床からの転換に際しては、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。

【介護療養病床の転換等のイメージ】



※ 「在宅医療等」には、介護医療院以外の介護施設や高齢者向け住まいなども含まれる。

【介護療養病床の転換に必要な視点】

- 医療の病床への転換
 - ・ 患者の状態像によらない病床転換の防止
- 介護医療院等の報酬水準の適正化
 - ・ 多床室の室料負担や転換が進まない場合の介護療養病床等の報酬上の対応などを検討
- 療養病床自体の削減など
 - ・ サービス付き高齢者住宅などへの転換を含めた介護療養病床のダウンサイジングに向けた取組方針を作成

【改革の方向性】（案）

- 転換状況を逐次把握し分析するとともに、今後の転換促進にあたっては、①患者の状態像にそぐわずに単価の高い医療療養病床へ転換することの防止、②工程表に基づき、多床室の室料負担の見直しを確実に実施するとともに、転換が進まない場合の介護療養病床等の報酬水準を検討すること、③サービス付き高齢者住宅など、高齢者住まいへの転換も含めた幅広いダウンサイジングの方針を策定すること、などの政策を着実に進めていく必要。

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。

	病床		外来医療 ・診療所 ・医師配置	高額 医療機器	介護サービス 事業者 介護施設
	基準病床制度	地域医療構想			
	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	高度急性期～慢性期までの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			
医療法 医療機関の 開設・管理 (都道府県知事)	(公的医療機関等) 病床過剰地域での病院開設・増床の不許可	(公的医療機関等) 過剰な病床機能への転換等に関して、命令など	なし 自由開業 自由標榜	なし	(介護施設) 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きる。
	(民間医療機関) 病床過剰地域での病院開設・増床に関して要請/勧告	(民間医療機関) 過剰な病床機能への転換等に関して、要請/勧告など			(地域密着型サービス) 公募制
健康保険法等 医療保険の 給付対象範囲 (厚生労働大臣)	(民間医療機関) 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 ※平成30年4月から条件付与の仕組み

【改革の方向性】 (案)

- 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。
- 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

【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い。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。
- 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。
- 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)

診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)

(例)	初診料	282点
	入院基本料 (7 : 1)	1,591点
	調剤基本料 1	41点

×

全国一律

1点あたり
単価
10円

(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

(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)

- 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、今年度から開始する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

【論点】

- 昨年成立した改正介護保険法に基づき、平成30年度予算においては、都道府県・市町村の保険者機能強化のための新たな交付金を創設している（保険者機能強化推進交付金 30年度予算額：200億円）。
- 今後、こうしたインセンティブを活用することで、各市町村が保険者機能を発揮し、介護費の地域差縮減に努めていくことが求められる。

【保険者機能強化推進交付金の仕組み】

【市町村向けの評価指標：合計61指標】

- (1) PDCAサイクルの活用 : 8指標
地域の特征・課題の把握など
- (2) 自立・支援、重度化防止等に資する施策 : 46指標
要介護認定・認定等基準時間の変化など
- (3) 介護保険運営の安定化に資する施策の推進 : 7指標
ケアプラン点検の実施割合など

【都道府県向けの評価指標：合計20指標】

- (1) 管内の市町村の状況把握など : 6指標
- (2) 自立・支援、重度化防止等の保険者支援 : 11指標
- (3) 管内市町村の評価指標の達成状況 : 3指標

評価指標の達成状況の「見える化」

総合順位		指標1	指標2	指標3
1位	A市	10	10	10
2位	B町	10	5	10
3位	C市	10	5	10
4位	D町	10	10	0

⋮

	Z市	10	0	0
1300位	W町	5	5	0
1400位	K町	0	5	0
1500位	I市	0	0	0

多

交付額

少

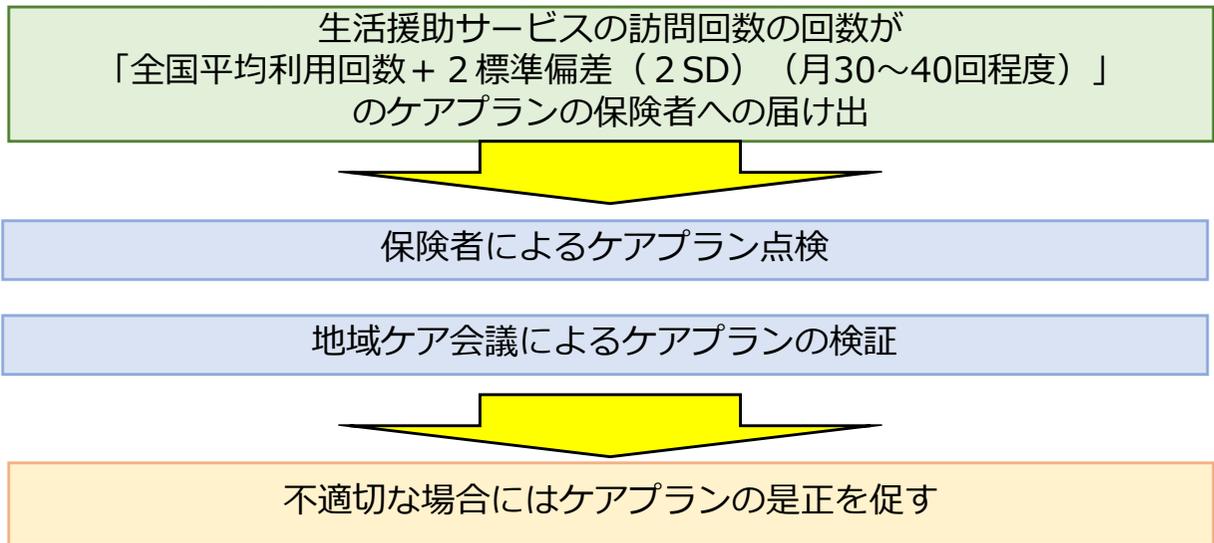
【改革の方向性】（案）

- この交付金については、市町村・都道府県の保険者機能強化に向けた体制整備や自立支援・重度化防止の取組などの複数の指標の成績に応じて交付することとなっていることから、この指標の達成状況について「見える化」を実施するとともに、達成状況がよい自治体の取組を分析し、全国展開するとともに、達成状況がよい自治体については、その原因を分析し、都道府県・市町村の取組を支援すべき。
- 合わせて、こうした取組をさらに進めるため、第8期介護保険事業計画期間の始期である平成33年度から調整交付金のインセンティブとしての活用を進めるべき。

【論点】

- 訪問介護の生活援助サービスについては、月100回以上の利用など平均を大きく上回る利用が存在。
- こうしたことを踏まえ、平成30年度から、「全国平均利用回数+2標準偏差」の生活援助サービスについては、ケアプランの保険者への届け出を義務づけ、保険者によるケアプランの点検や地域ケア会議における検証を行うこととし、不適切な事例については是正を促すこととしたところ（施行は平成30年10月から）。

【頻回の生活援助サービスについての点検の仕組み】



＜標準的な介護サービスの方法（イメージ）＞

利用者の状態像：要介護度、認知症の状況
独居か否か など

標準的なサービス例：

週〇回 訪問介護
（身体介護+生活援助）
週〇回 通所リハ
月〇回 訪問看護

標準的な内容と異なる部分についてはケアマネージャーが保険者に対し説明責任を持つ。

【頻回の生活援助サービスの利用状況】

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数	485,174	204,392	162,482	68,313	34,591	15,396
平均回数	10.6	9.2	11.1	13.2	11.3	9.3
+2SDライン	32	26	33	42	37	31
+2SD利用者数	23,502	11,165	8,406	4,169	1,995	664
割合	4.8%	5.5%	5.2%	6.1%	5.8%	4.3%

（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」（H28.9月サービス実施、10月審査分）

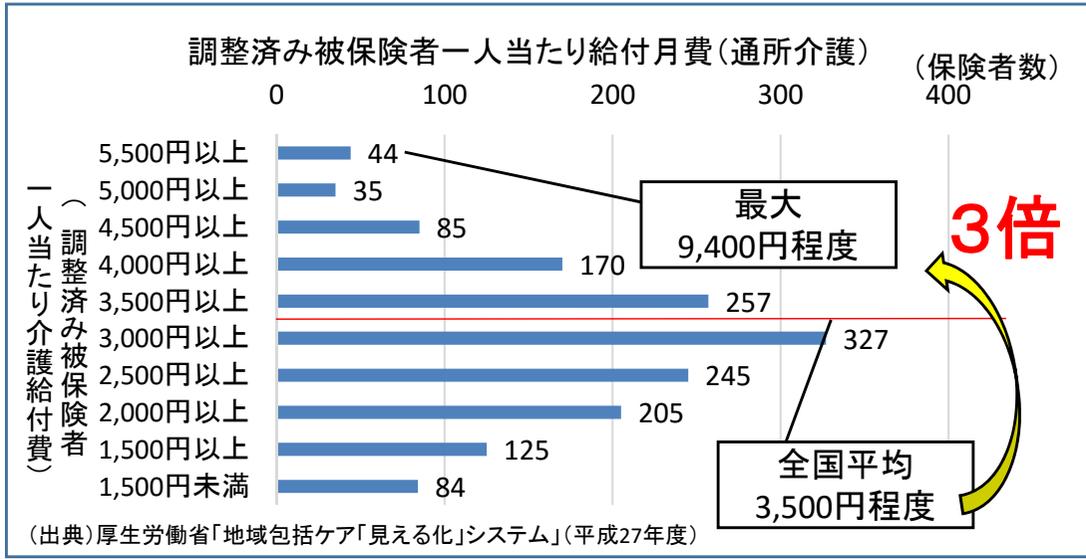
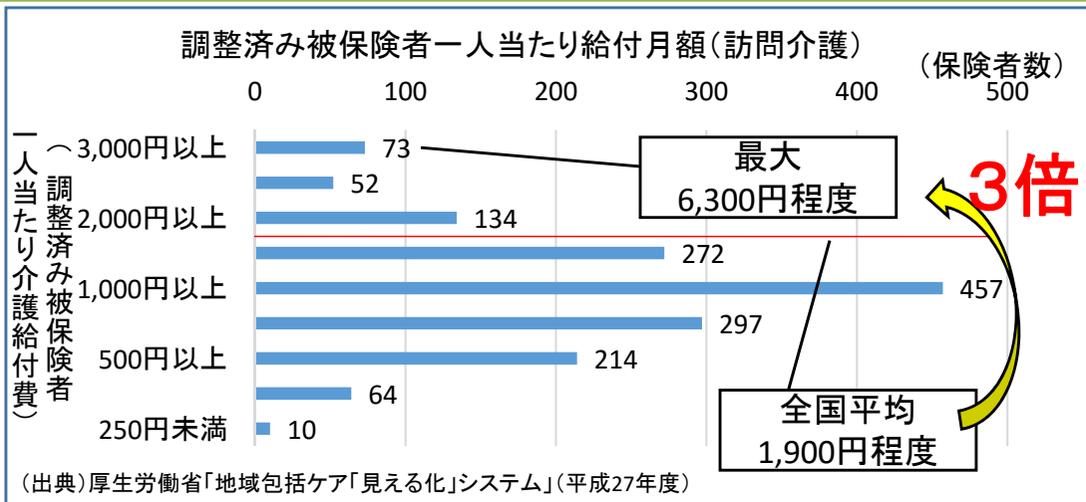
【改革の方向性】（案）

- 国において制度施行までに、保険者によるケアプランチェックのための指針等を早急に策定・周知するとともに、今後、ケアプラン点検の実績も踏まえ、利用者の状態像に応じたサービスの利用回数や内容等についての標準化を進める必要。

在宅サービスについての保険者等の関与の在り方

【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。
- 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する仕組みが十分でない（平成30年度から条件付与の仕組みを創設）。



	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(※) ※H29年介護保険法等改正法の改正後(新設の場合のみ)
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	
公募制なし	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問リハ ・通所介護 ・通所リハ ・短期入所生活介護など 		

(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、事業者の指定等を行わないことができる。
 (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平成24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られることができる。
 (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。

【改革の方向性】(案)

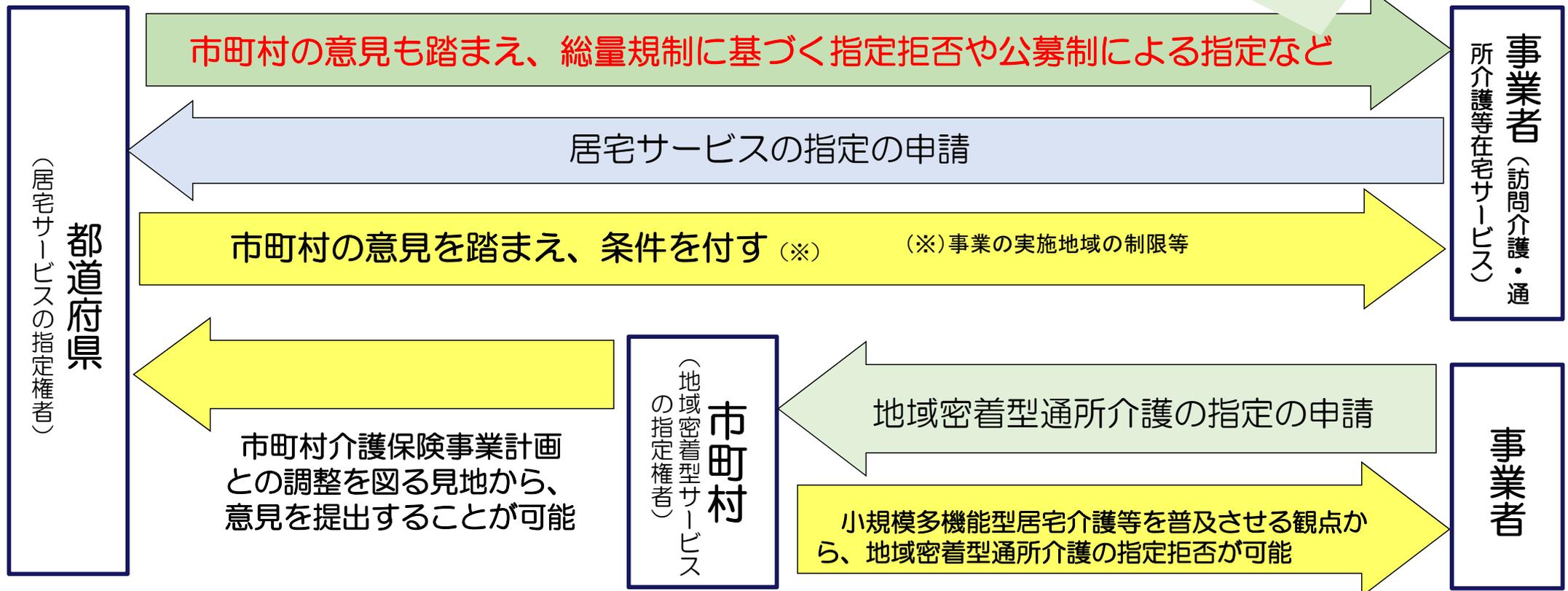
- 今後、介護費の地域差を縮減に向けて保険者機能を強化していくことが必要であり、在宅サービスについても総量規制や公募制などのサービスの供給量を自治体がコントロールできる仕組みを導入すべき。

- 平成29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が創設しており、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はとして、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。

【事業者の指定に当たっての都道府県・市町村の役割】

- ・ 都道府県の関与を強めるための仕組みを検討すべき。

→ : 平成29年度改正で追加した事項



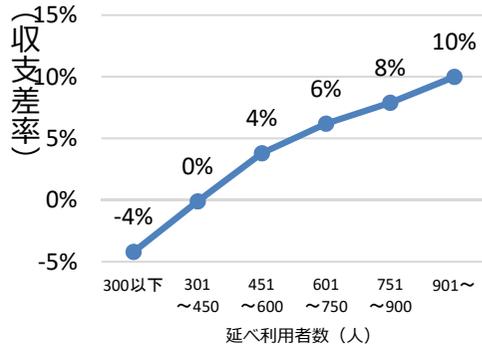
介護事業所・施設の経営の効率化について

【論点】

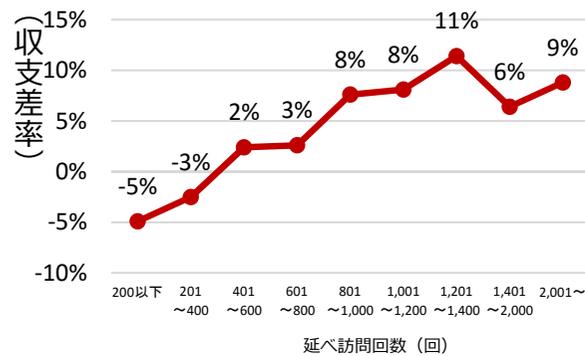
- 介護サービス事業者の事業所別の規模と経営状況との関係を見ると、規模が大きいほど経費の効率化余地などが高いことから経営状況も良好なことが伺える。一部の営利企業においては経営主体の合併等により規模拡大は図られている。営利企業とその他の経営主体では同列ではない部分もあるが、介護サービス事業全体で見た場合、介護サービスの経営主体は小規模な法人が多いことが伺える。

【介護サービス事業者の利用状況別の収支差率（事業所別）】

＜通所介護＞



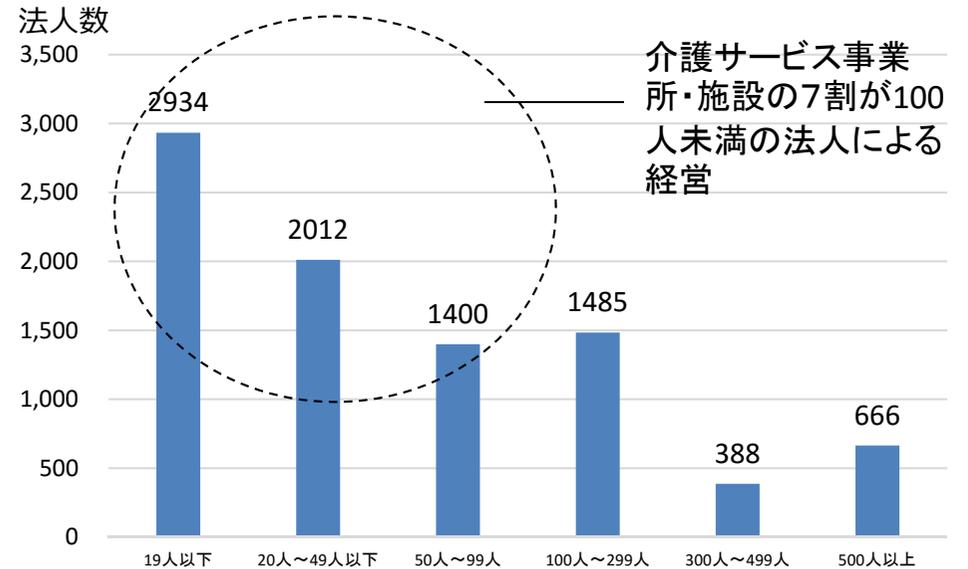
＜訪問介護＞



(出典) 平成29年度介護事業経営実態調査

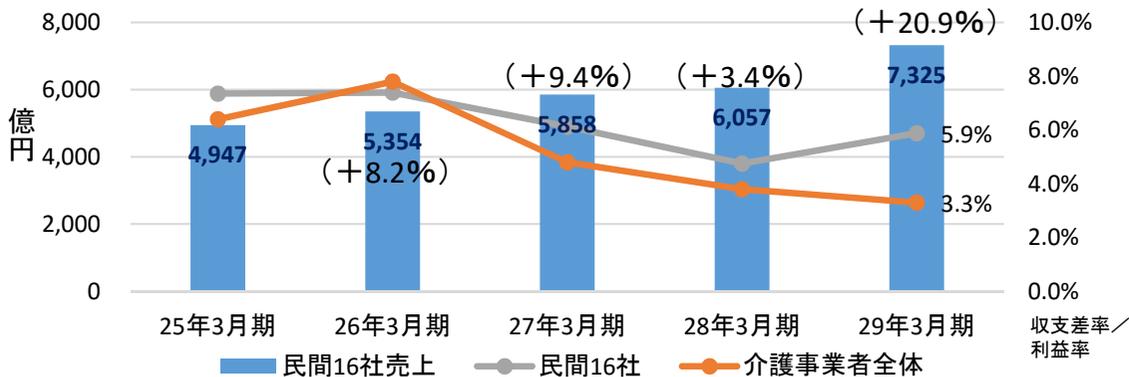
【介護事業者の経営主体の規模】

介護サービス事業所・施設の4割弱が1法人1施設・事業所



(出典)「平成28年度介護労働実態調査」介護労働安定センター

【介護関係の民間16社の経営規模・状況】



(注) 平成29年3月期の民間16社の利益率には、合併に伴う損失等を計上したSOMPOを除く。

【改革の方向性】 (案)

- 介護サービス事業者の経営の効率化・安定化と、今後も担い手が減少していく中、人材の確保・有効活用やキャリアパスの形成によるサービスの質の向上などの観点から、介護サービスの経営主体の統合・再編等を促すための施策を講じていくべき。

- 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

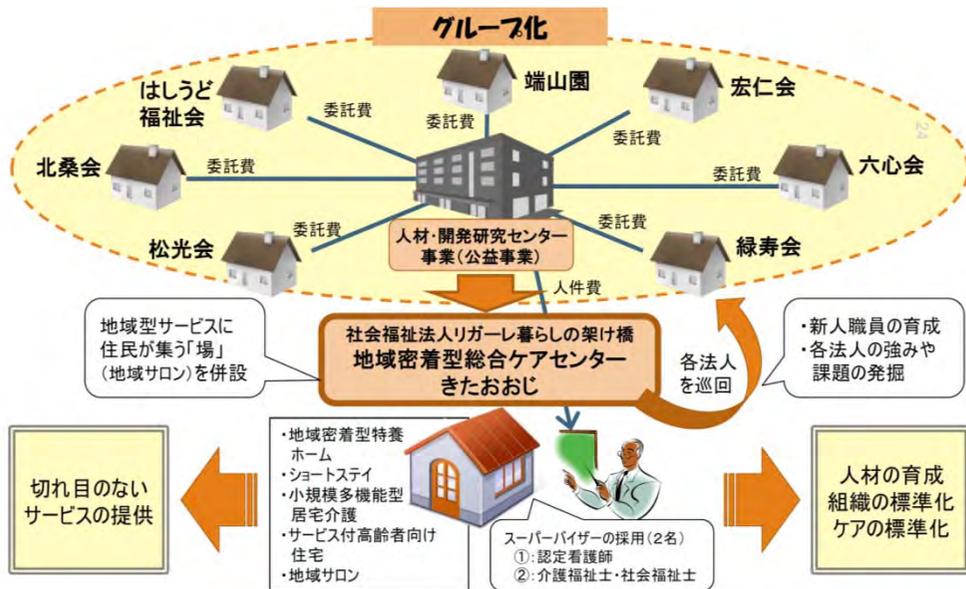
<社会福祉法人 リガーレ>

○ 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

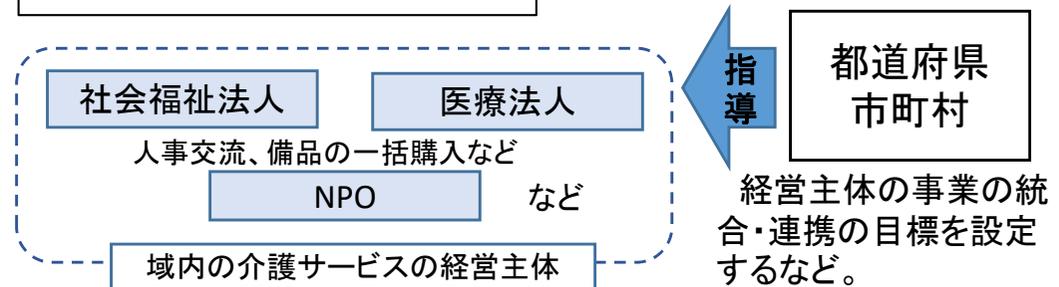
- ① 介護サービスの質の標準化
各法人への定期的な巡回訪問によるサービスの質の標準化
- ② 介護等人材の確保・育成
研修や採用活動の共同実施。将来的に法人間人事異動も検討
- ③ 経営管理機能の強化
老朽化施設の改修や地域展開への経営戦略等の支援



(出典)平成28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

