

社会保障について② (参考資料)

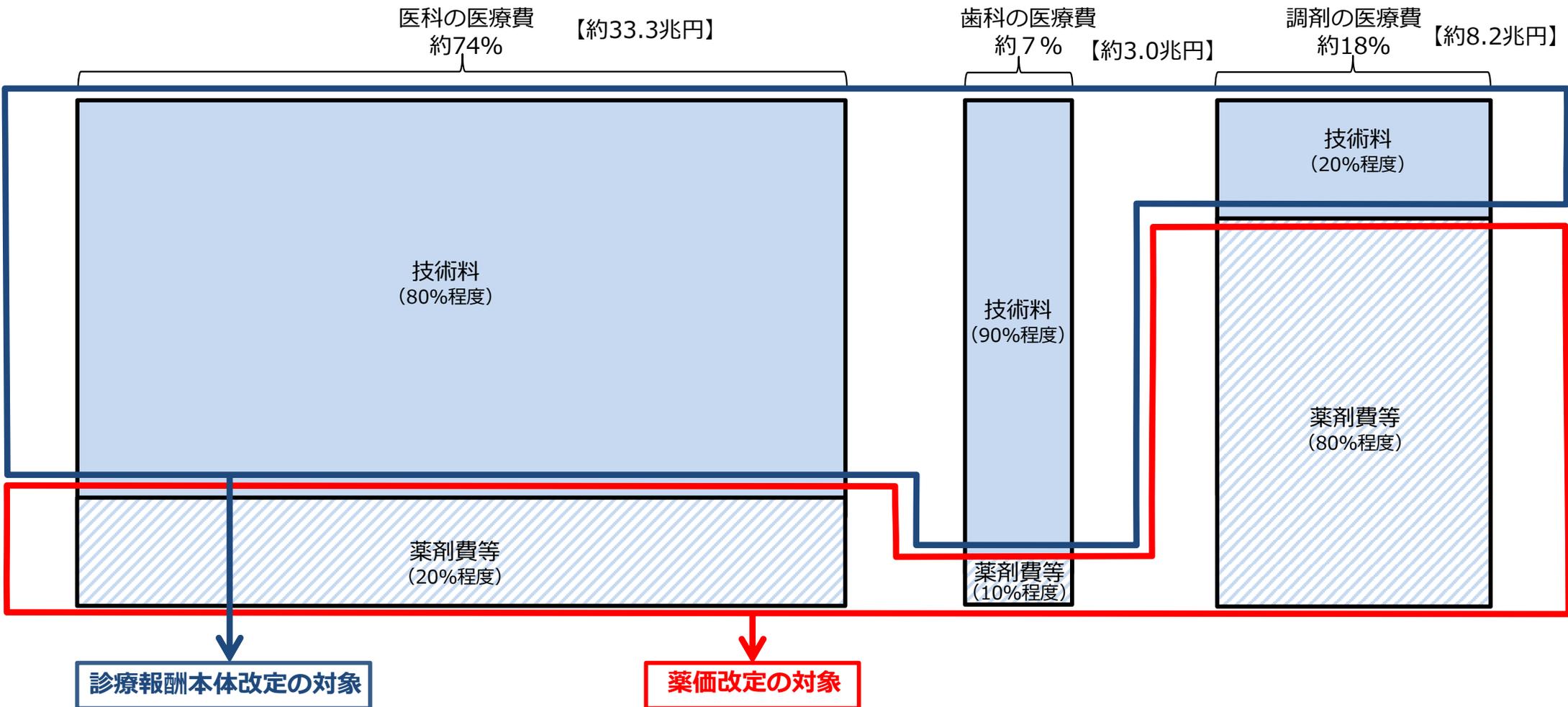
平成29年10月25日

医療

診療報酬制度について

- 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：282点（2,820円）、入院基本料(7対1)：1,591点/1日(15,910円/1日)

薬価改定・診療報酬本体改定の対象範囲（イメージ）



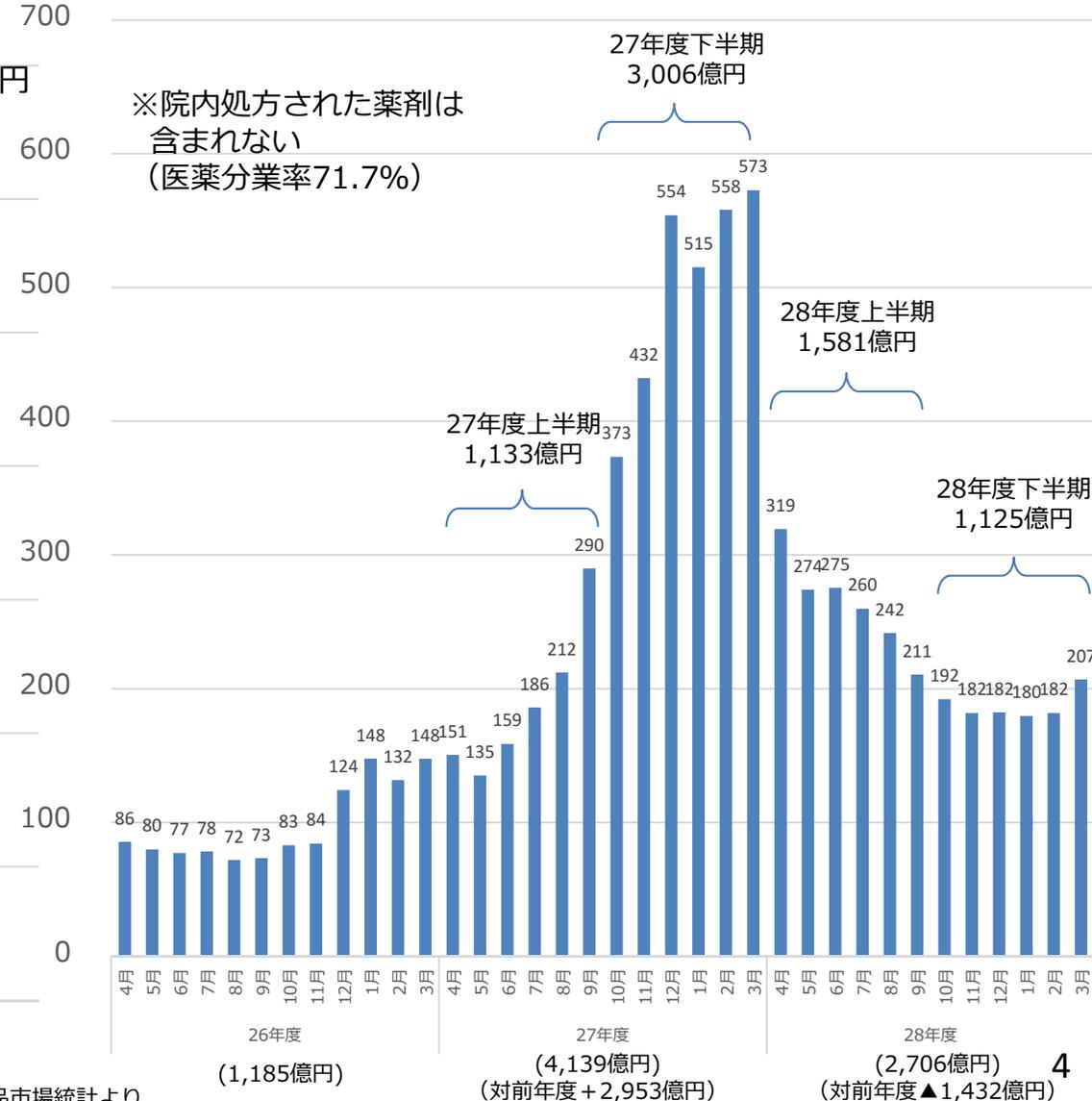
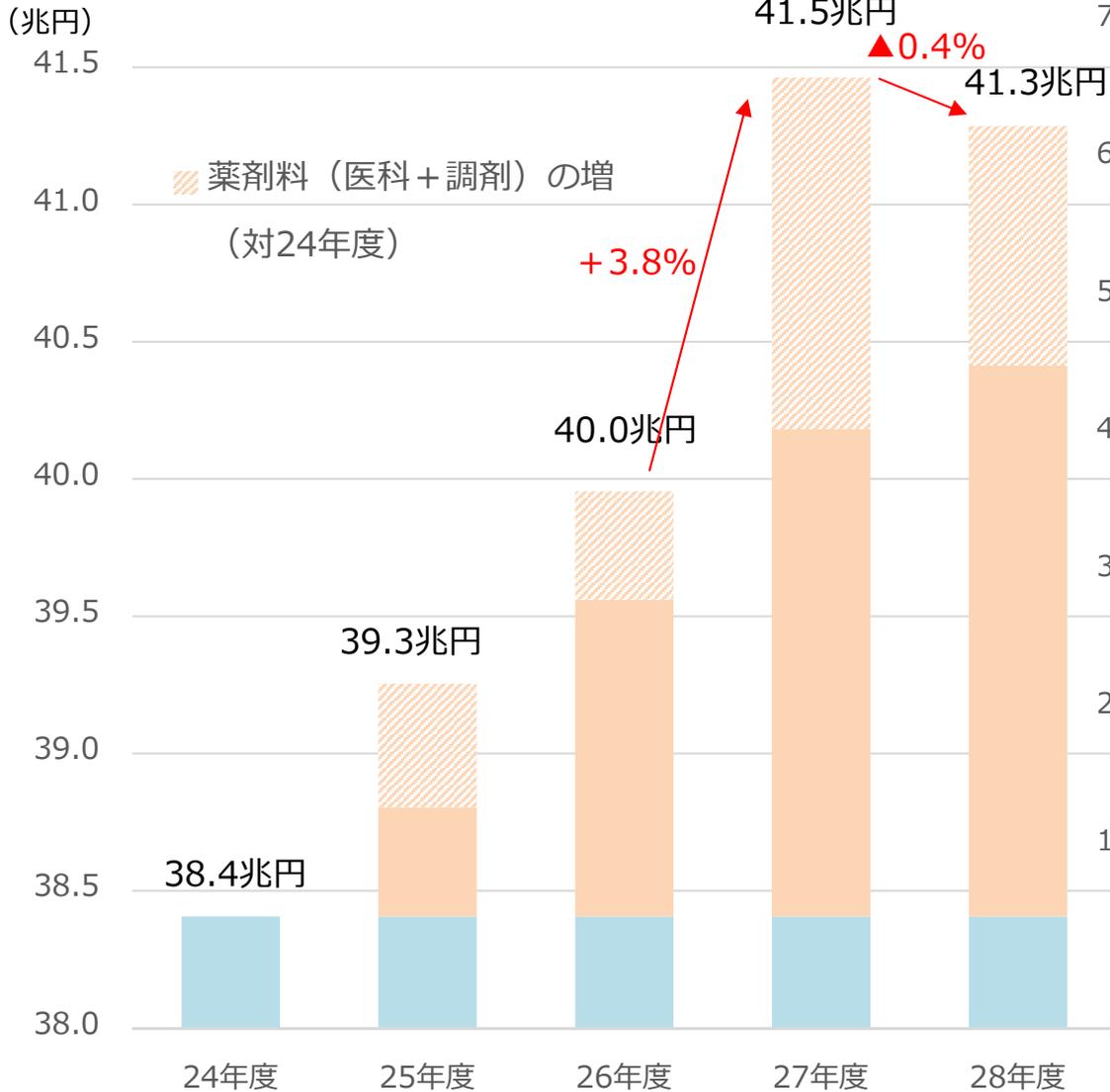
※ 平成28年度の概算医療費、調剤医療費の動向を踏まえ、財務省作成。【 】の数字は、29年度予算ベースの国民医療費（約44.8兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

28年度の概算医療費について

○ 平成28年度の概算医療費は、41.3兆円となり、前年度に比べて約0.2兆円（▲0.4%）のマイナスとなった。これは平成27年度が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となったのに対し、平成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ものであり、医療費増加のトレンドは変わっていない。

◆ 概算医療費の推移

◆ 調剤医療費のうち「抗ウイルス剤」の薬剤料の推移



薬局の主な形態

医療機関と調剤薬局の関係性 - 門前・マンツーマン（点）・面 -

調剤薬局の形は、大きく分けて下の3つに分類されます。

（対医療機関の薬局形態について）

大規模病院の前にある門前薬局

クリニック、医院の近くにあるマンツーマン薬局（点）

面分業を行っている薬局

（中略）

門前薬局と医療機関

東京都内には、大学病院、大規模総合病院、多数の医療機関が存在しますが、それでも各病院の1日平均来院人数は2000人を超えます。そのため、各調剤薬局はその病院の来院患者数を見て、病院の門前に薬局を構えます。

4軒の調剤薬局があったとしても、単純に計算して1日の門前処方箋枚数が400枚以上にはなるであろうと試算できますので経済的体力のある大手の調剤薬局が最新の機器を備えて望みます。

大規模病院は基本的に月曜～金曜に外来を行います。午後の外来終了が早いので、患者さんが薬局に来るのは最終で17時です。そのため、門前薬局は比較的残業もなく18時にはしっかり薬局を閉めて帰宅することができます。（中略）

マンツーマン（点）薬局と医療機関

クリニックや医院と調剤薬局が同時にオープンする場合は、開業する医師が前もって近隣の薬局にあいさつ回りをします。

近隣に調剤薬局がない場合は、卸業者や専門業者、以前の病院で一緒に働いていた薬剤師に薬局をしないか？と話をもちかけます。

医師の考え方にもよりますが、処方した薬を在庫している薬局が近くにあると患者さんのためになるからです。いざ、患者さんが家の近くの薬局に処方箋を持って行って「在庫していません」と言われた場合、患者さんに影響が出てしまうからです。

また、医薬分業が進んでいる背景から院内処方を行っているクリニックの先生が院外処方に切り替えるタイミングでも同時オープンをする時と同じような働きかけをします。（中略）

医療機関との関係、

マンツーマンのよい点は、調剤薬局においても在庫管理がしやすいことです。

多くのクリニックの医師は電子カルテを導入しますので、処方箋発行も2次元バーコード付きで薬局は処方入力の手間を8割程度省略することができます。

また問い合わせも電話で直接医師に行うことができるのでフランクなお付き合いができます。クリニック側も、薬についての問い合わせがしやすく病院の薬剤部に問い合わせる感覚が再現できるため重宝されます。（中略）

面分業薬局と医療機関

主に駅前の立地条件のよい場所に立てられます。または、住宅の密集地や商店街等に散見されます。

人の往来が頻繁にある立地場所は、帰宅途中の患者さんからの処方箋が期待できるために地代家賃が高くても将来性を考えて立てられます。

特定の医療機関との関係は一切なく、反対にクリニック側から「近くに薬局ができてうれしい」などのお言葉を頂くこともあります。

しかし、面の場合、多数の医療機関からの処方箋を扱うため在庫の管理が非常に大変です。（都内では100から200の医療機関の処方箋が面分業の調剤薬局に集まります）

箱買いをしても次回同じ患者さんが来局される保障は一切ないため、デッドストックを多く抱えることになります。

面分業薬局の良いところは、地域の薬剤師会の力が強いところです。薬剤師会の歴史の長いところは、「かかりつけ薬局」という目標に向けて努力しますので、医療機関に頼らず地域のかかりつけ薬局を目指し、面分業の薬局が多く存在します。

同じ地域内のため、薬剤師会に入っている薬局は不足の薬を近くの薬局に走って買いに行き、患者さんを待たせることなく適切なサービスに結びつけることができます。結果、デッドストックも比較的少なめにすることができます。

医療機関との関係、

面分業の薬局には、医療機関との関係がありません。よって、局外の間関係のしがらみはありません。患者さんに重宝され、かかりつけ薬局を目標にすることができるため、薬剤師の力量に比例して運営することができるでしょう。

（出典）ファーマシストライフ 薬剤師の転職相談所

<http://www.onenationworkingtogether.org/>

薬価制度の抜本改革及び骨太2017における記載

改革項目	薬価制度の抜本改革に向けた基本方針 (平成28年12月20日 4大臣決定)	経済財政運営と改革の基本方針2017 (平成29年6月9日 閣議決定)
新規収載と効能追加の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険適用時の見込みよりも一定規模以上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とする。
毎年調査と毎年改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目(注)について薬価改定を行う。 (注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づく薬価改定に当たっては、相応の国民負担の軽減となる仕組みとする。
新薬創出等加算のゼロベースでの抜本の見直し/費用対効果評価の導入	<ul style="list-style-type: none"> ○ 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。 ○ なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度について、革新性のある医薬品を対象を絞る等により革新的新薬創出を促進しつつ国民負担を軽減する。 ○ エビデンスに基づく費用対効果評価を反映した薬価体系を構築する。このため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った透明性の高い組織・体制をはじめとするその実施の在り方を検討し、本年中に結論を得る。 ○ 画期性、有用性等に応じて薬価を設定し、創薬投資を促す一方、類似薬と比べて画期性、有用性等に乏しい新薬については、革新的新薬と薬価を明確に区別するなど、薬価がより引き下がる仕組みとする。

オブジーボの緊急薬価改定

○ 高額薬剤（オブジーボ）については、適応拡大により対象疾患が大きく拡大し、大幅に市場が拡大する中、30年度薬価改定まで薬価を維持することによる医療保険財政への影響が極めて大きいことから、市場拡大再算定の考え方を適用し、緊急的に薬価を50%引き下げる対応が行われた。

これまでの経緯	
H26/7	薬事承認（悪性黒色腫）
/9	薬価収載（1瓶（10ml） 約73万円）① （27/5 ソバルディ 薬価収載） （27/8 ハーボニー 薬価収載）
H27/9	薬価調査（2年に1回）
/12	オブジーボ効能効果追加（非小細胞肺癌）②
H28/1	中医協 再算定項目決定（ソバルディ、ハーボニー等）
/4	薬価改定
/8	オブジーボ効能効果追加（腎細胞がん）③
/12	オブジーボ効能効果追加（ホジキンリンパ腫）
H29/2	緊急薬価改定※
/3	オブジーボ効能効果追加（頭頸部がん）
H30/4	次期薬価改定

	予想対象者数	用法 用量	薬価 (100mg10ml)	売上予想
①	ピーク時 年470人	2mg/kg 1回/3週間	約73万円	31億円
	↓ 32倍	↓ 2.25倍	↓ 変わらず	↓ 41倍
②	29/3期 最大15,000人	3mg/kg 1回/2週間	約73万円	1,260億円
		↓ 変わらず	↓ 変わらず	
③	(不明)	3mg/kg 1回/2週間	約73万円	(不明)

※ 緊急薬価改定の概要（告示日：平成28年11月24日、適用日：平成29年2月1日）

対象品目	予想販売額※	改定前薬価	改定後薬価	変化率
オブジーボ点滴静注 (小野薬品工業)	収載時：31億円 H28年度：1500億円超	20mg1瓶 150,200円 100mg1瓶 729,849円	75,100円 364,925円	▲50% ▲50%

※収載時：薬価収載時におけるピーク時（2年度）の企業予想販売額（H26.9.2収載）

H28年度：企業予想年間販売額（1,260億円）に対し、流通経費、消費税、乖離率、今後の効能追加を考慮し厚生労働省において推計

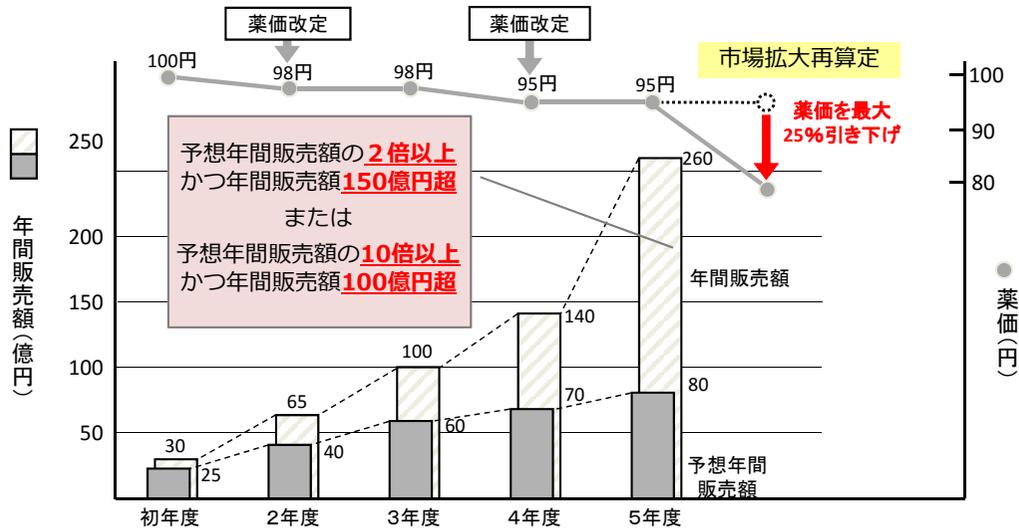
市場拡大再算定の特例措置について

○ 平成28年度薬価制度改革において、年間販売額が極めて大きい品目に係る再算定の特例措置が導入された。

【28改定前】

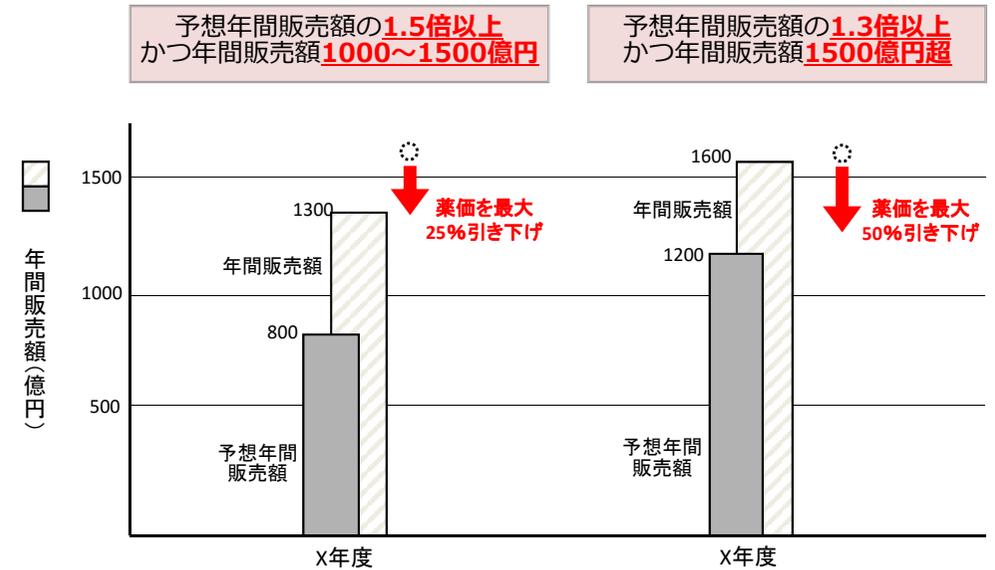
年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げ。

原価計算方式で算定された新薬の例



【28改定後】

既存ルールに加え、年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えて極めて大きくなった品目に係る特例を新設。

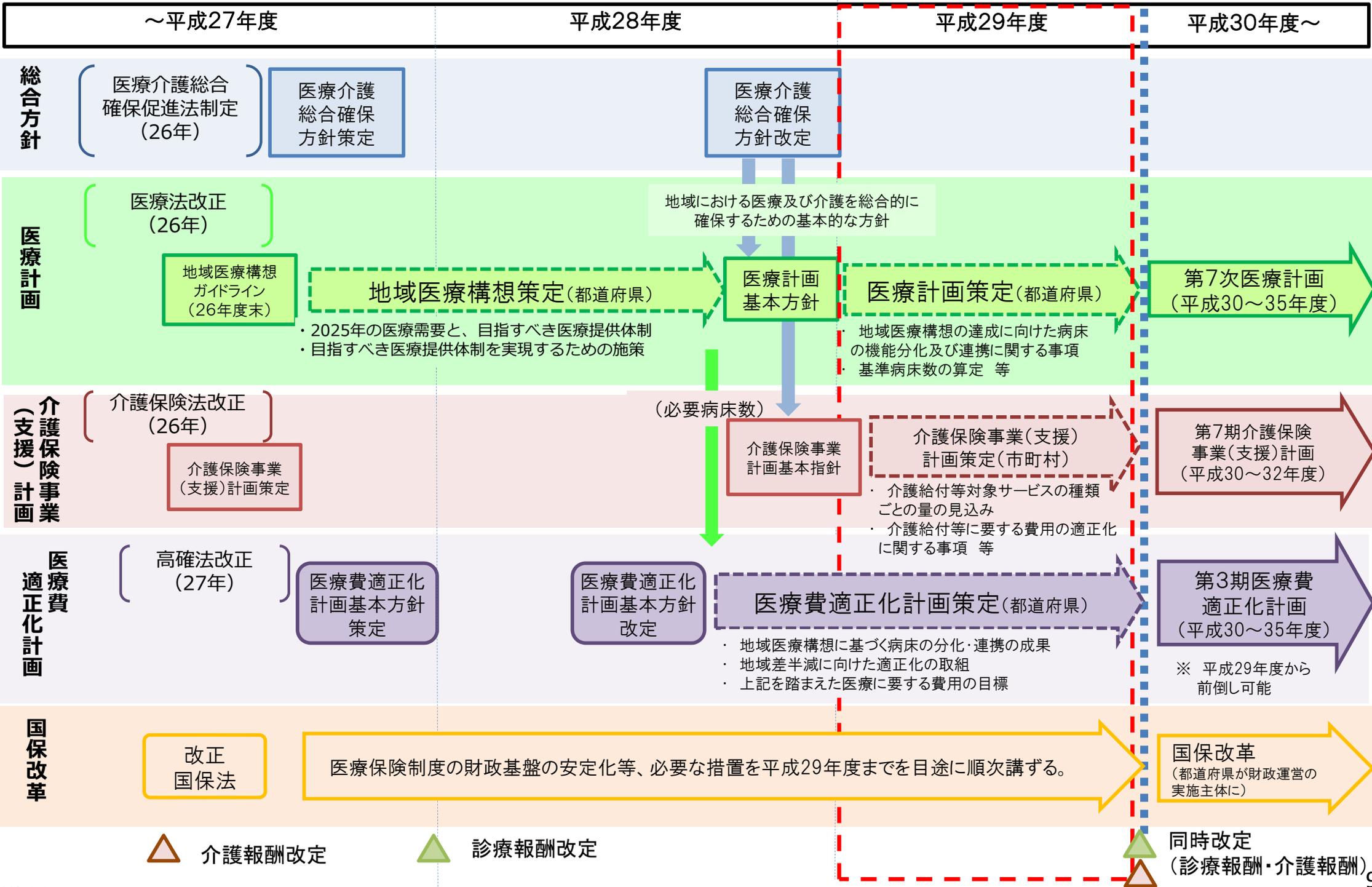


特例拡大再算定の対象品目（28年度）

銘柄名	プラビックス錠25mg/75mg	ソバルディ錠400mg	ハーボニー配合錠	アバスチン点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL
成分名	クロピドグレル硫酸塩	ソホスブビル	レジパズビルアピオン付加物・ソホスブビル	ベバシズマブ（遺伝子組換え）
会社名	サノフィ	ギリアド・サイエンシズ		中外製薬
規格単位	25mg 1錠/75mg 1錠	400mg 1錠	1錠	100mg4mL 1瓶/400mg16mL 1瓶
改定前薬価	112.50円/282.70円	61,799.30円	80,171.30円	46,865円/178,468円
改定後薬価	80.30円/201.20円	42,239.60円	54,796.90円	41,738円/158,942円
引下率	▲29%	▲32%	▲32%	▲11%
薬効分類	その他の血液・体液用薬（虚血性脳血管障害後の再発抑制等用薬）	抗ウイルス剤（C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善用薬）		その他の腫瘍用薬（治療切除不能な進行・再発の直腸・結腸癌等用薬）
薬価収載時点のピーク時予想販売金額（括弧書きは収載時）	534億円 (18年4月)	987億円 (27年5月)	1,190億円 (27年8月)	301億円 (19年6月)

※ 厚生労働省作成資料に基づき財務省作成。

医療・介護提供体制の見直し／医療費適正化に向けたスケジュール



社会保障制度改革国民会議報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL (Quality of Life)の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿になっていない。 (中略)

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008(平成20)年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢

性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医(診療所の医師)等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのまま当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008(平成20)年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

病床再編に向けた都道府県の権限の整備

【論点】

- 都道府県に医療提供体制の改革の取り組みを求め、財政支援に反映していく以上、民間病院主体のわが国医療提供体制の下であっても、実効性ある権限を付与していく必要。現在、地域医療構想の実現や病床規制の観点からの権限が付与されているが、以下の点で不十分。
 - ① 公的医療機関等（公立病院、厚生連、日赤等）に対しては、不足している機能に係る医療を提供することの指示や、過剰な医療機能に転換しようとする病院に対する転換中止の命令等を実施できるが、民間医療機関に対しては、指示・命令はできない（要請等のみ）。
 - ② 介護保険施設や在宅医療への移行といった慢性期機能の再編を想定した権限が用意されていない。
- 基準病床制度（基準病床数を超えた一般病床/療養病床の開設・増床を規制する制度）においては、民間病院の場合には、医療法上は勧告以上の措置（医療機関の開設不許可等）はないが、健康保険法上、保険医療機関の指定をしないことができるとされており、これにより実効性を担保している。

地域医療構想の実現に向けた都道府県知事の権限（現行）

① 病院の新規開設・増床への対応

- 知事は、開設許可の際、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、やむを得ない事情がないと認める時、医療審議会の意見を聞いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。

【協議の場が整わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合において、知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。

※ 現行法上、公的医療機関等に対しては、知事が稼働していない病床の削減を命令できる。

⇒【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合】

- 知事は勧告を行う。勧告に従わない場合や、公的医療機関が命令・指示に従わない場合、以下の措置を講ずることができる。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

（参考）基準病床制度における都道府県知事の権限

- 病床過剰地域において病院の開設や増床等の申請があった場合には、知事は、医療審議会への諮問を経て、勧告を行うことができる（公的医療機関の場合には許可しないことができる）。
病床過剰地域において勧告に従わない場合には、健康保険法に基づき、保険医療機関の指定をしないことができる。

※ 厚生労働省資料を基に作成

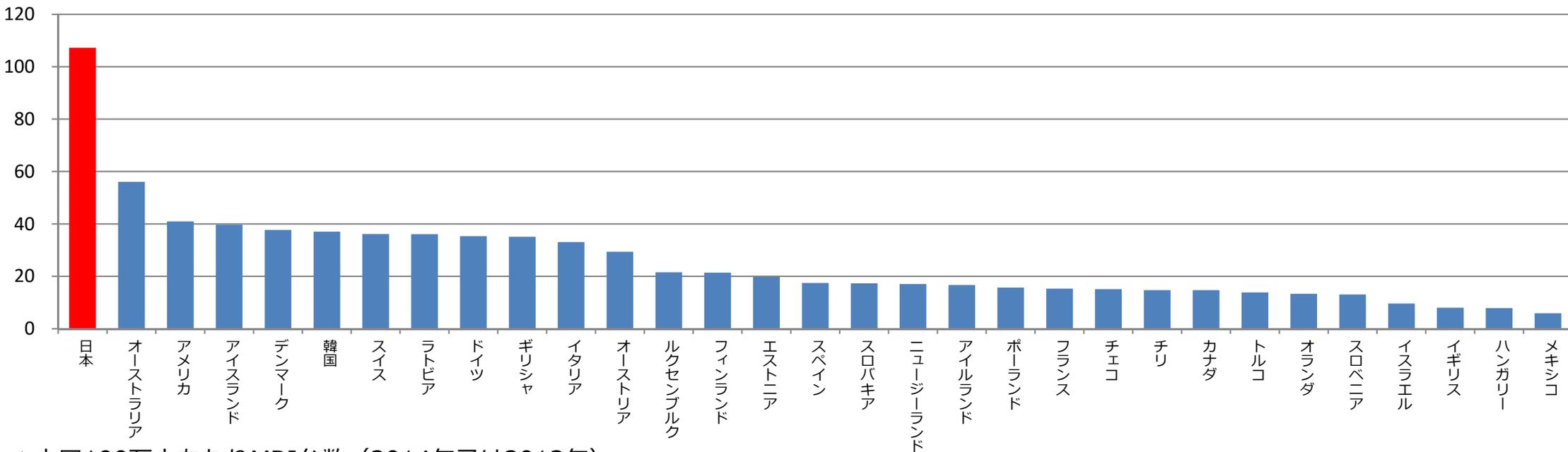
【改革の方向性】（案）

- 民間医療機関の場合であっても、要請・勧告に従わない場合には、病床過剰地域における対応の例に倣い、病床単位で保険医療機関の指定を取り消すことを可能とするなど、都道府県知事の権限をより実効的なものとしていくべき。
- 介護保険施設や在宅医療への移行といった慢性期機能の再編を想定した権限の在り方について早急に検討を進めるべき。

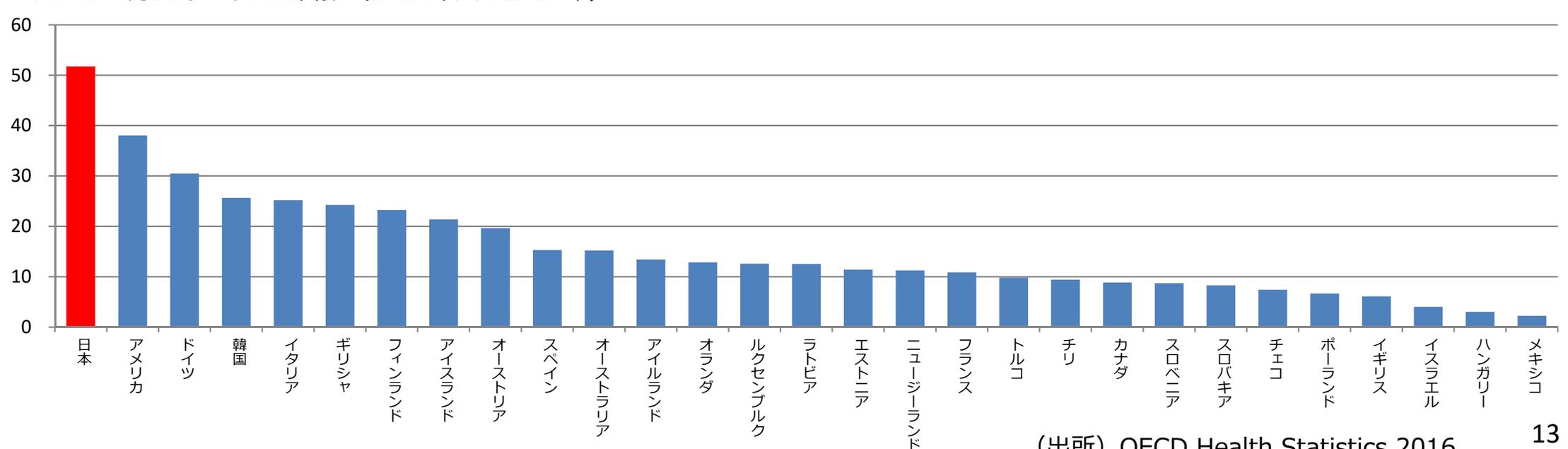
CT台数及びMRI台数の国際比較

○ 高額医療機器についても、我が国の配置は特に手厚い。

◆人口100万人あたりCT台数（2014年又は2013年）



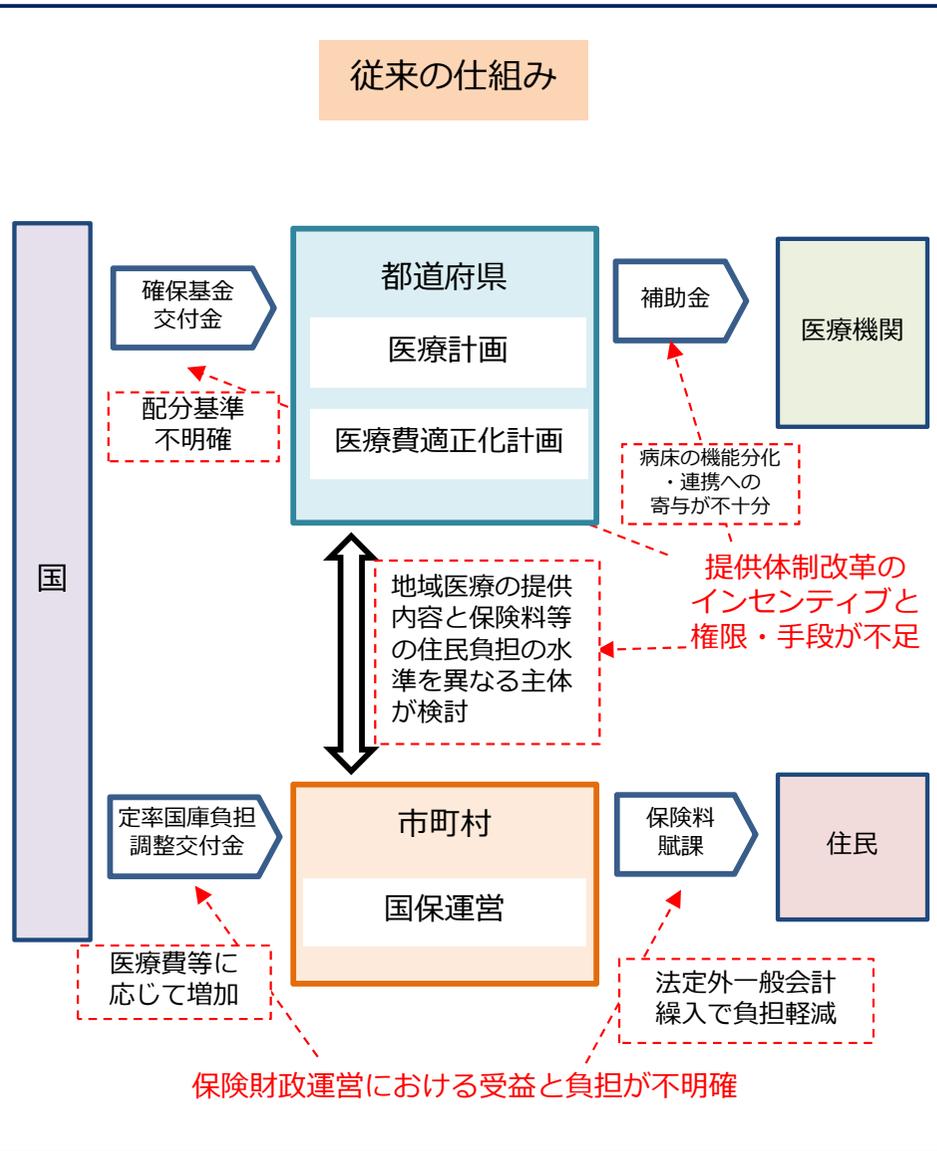
◆人口100万人あたりMRI台数（2014年又は2013年）



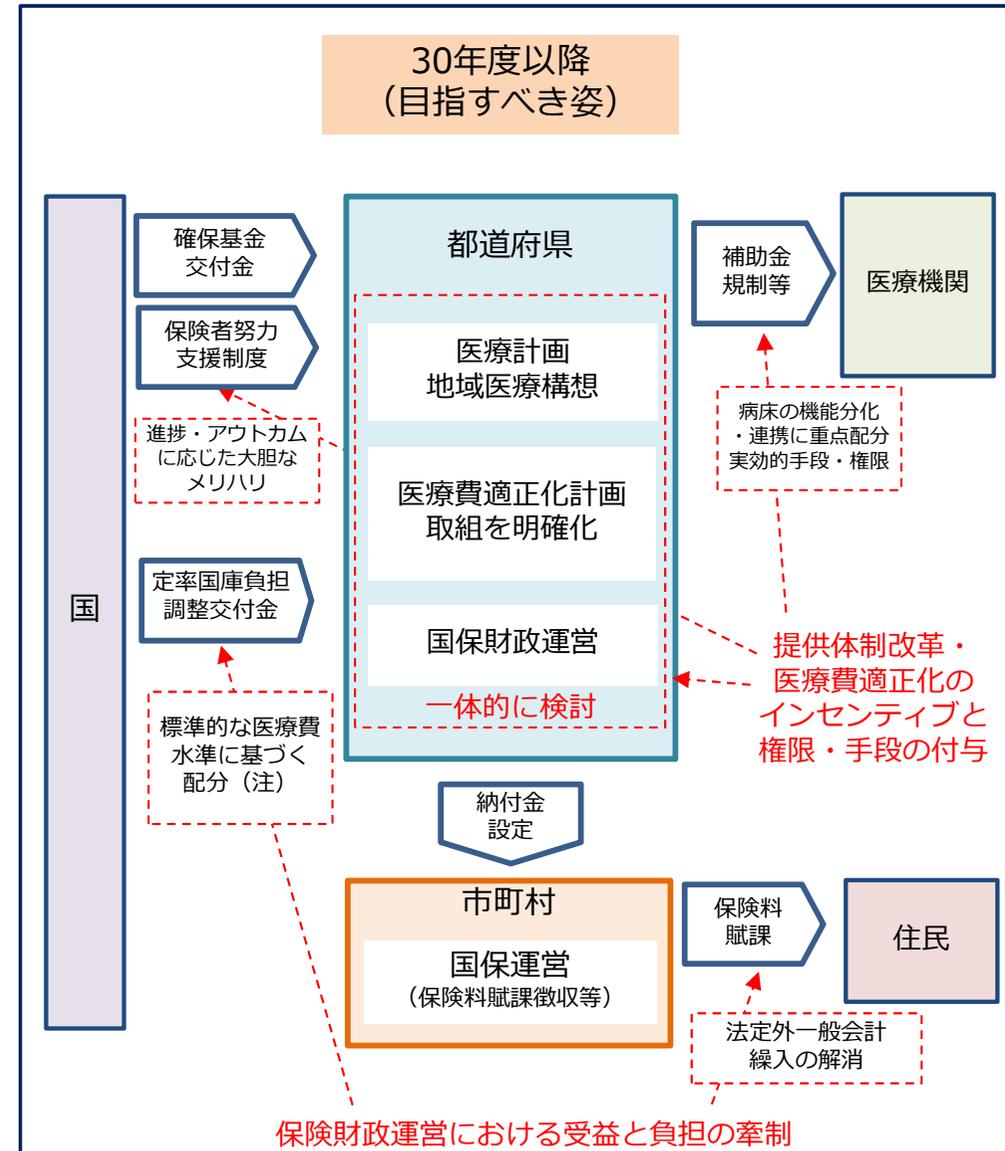
医療分野での都道府県のガバナンス強化(基本的考え方)

- 平成30年度から、都道府県において、地域医療構想の実現に向けた医療提供体制改革、医療費適正化計画の推進、国民健康保険の財政運営を一体的に担うようになる。
- 都道府県に実効的な手段・権限を付与するとともに、取組の結果に応じた強力なインセンティブを設けることで、医療保険・医療提供体制を通じたガバナンス体制を構築する必要。

従来の仕組み



30年度以降 (目指すべき姿)



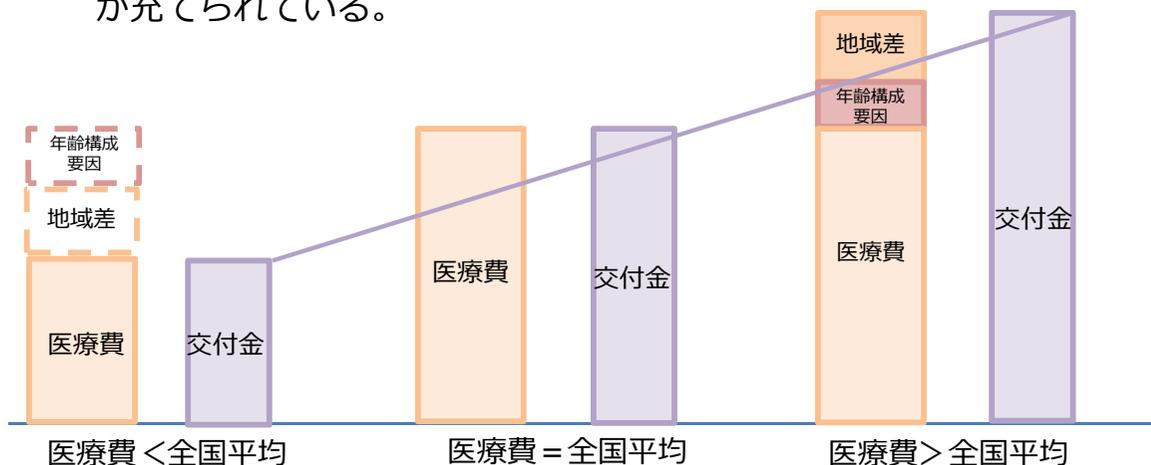
(注) 全国平均の性・年齢構成別一人当たり医療費をもとに、性・年齢構成を当該自治体と等しくした場合の医療費水準。

普通調整交付金の配分方法の見直し

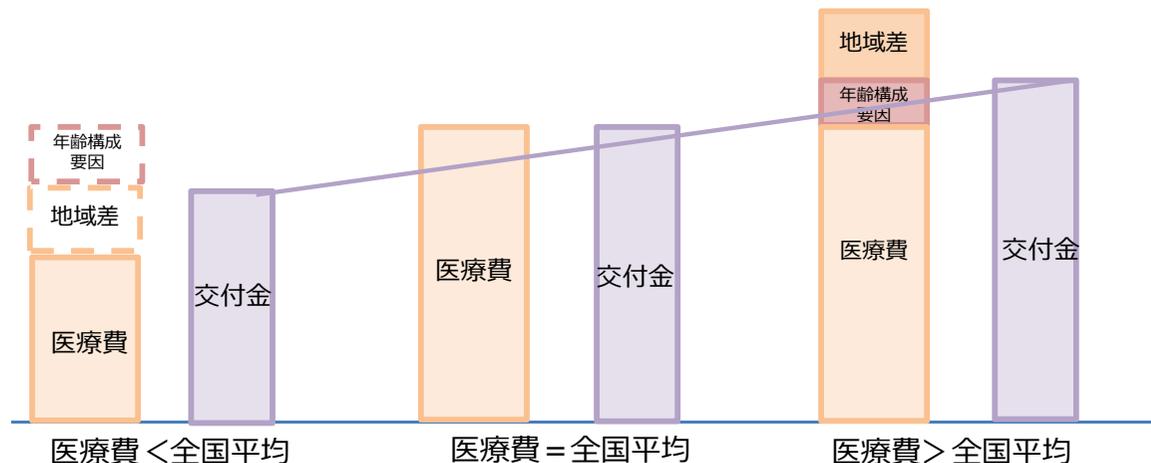
【論点】

- 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6,100億円は、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。

現行では、年齢構成では説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



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。



◆国民健康保険の財政（29予算）

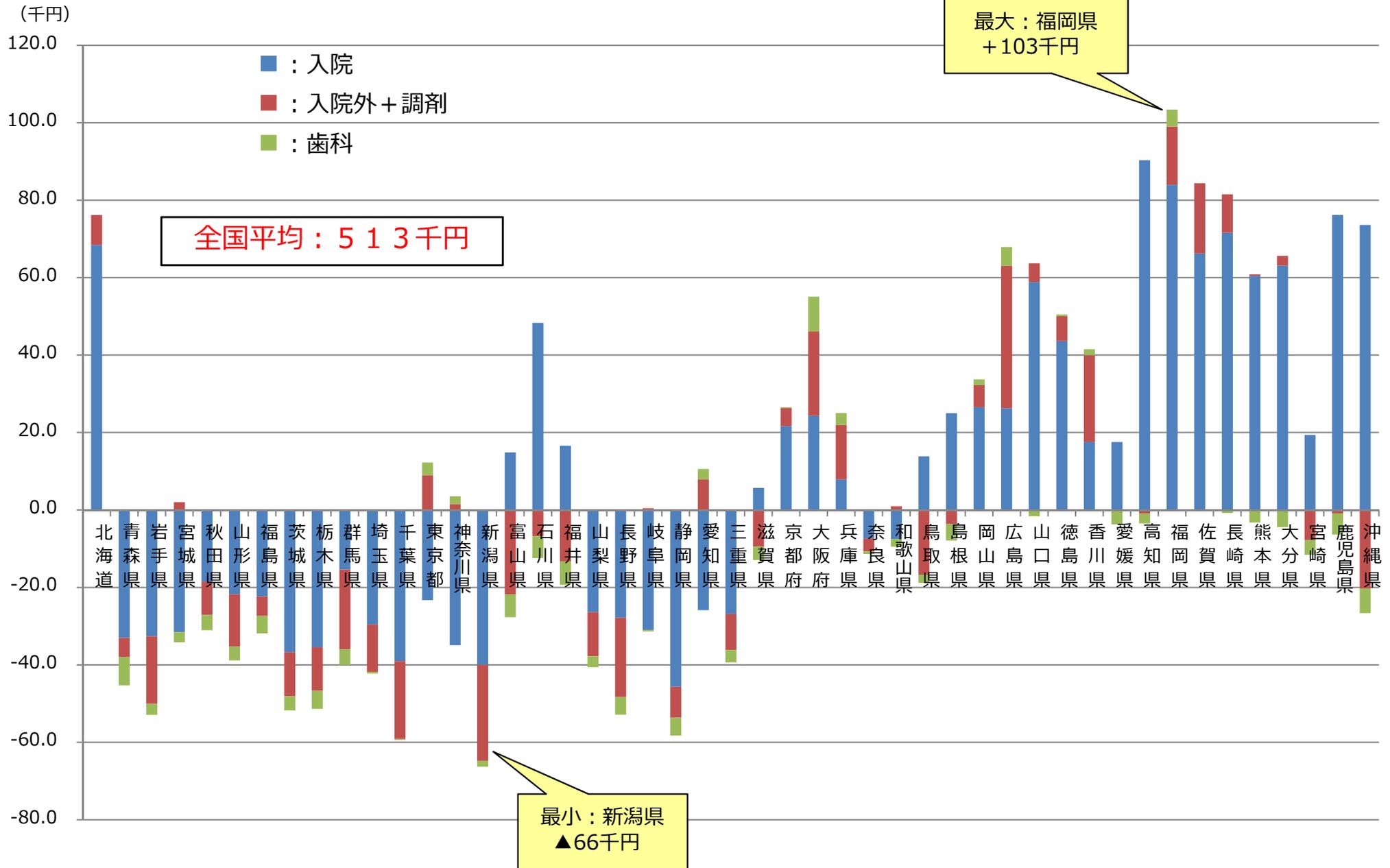
保険料 (29,200億円) 法定外一般会計繰入 約3,500億円	調整交付金(国) (9%) 7,700億円	普通調整交付金 6,100億円 特別調整交付金 1,700億円
	定率国庫負担 (32%) 23,400億円	
	都道府県調整交付金 (9%) 6,600億円	

【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。

都道府県別年齢調整後一人当たり医療費の全国平均との差(平成26年度)

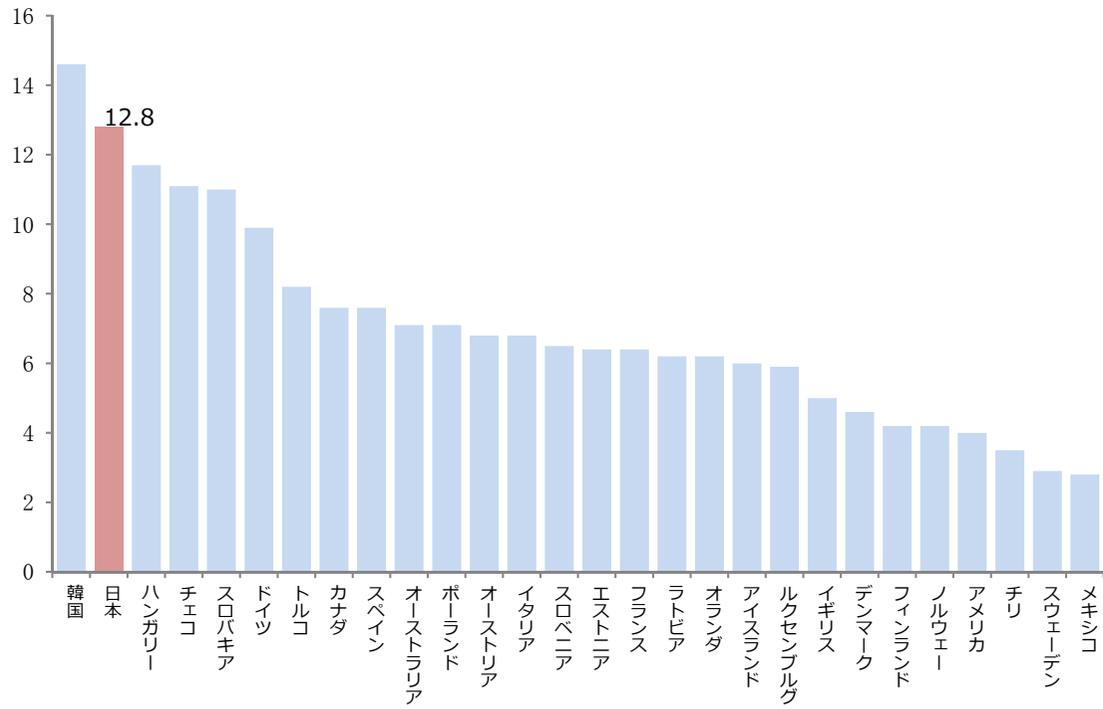
平成29年4月20日
財政制度等審議会
財政制度分科会提出資料



注：後期高齢者医療制度 + 市町村国保の医療費であり、市町村国保のデータには64歳以下のものも含まれている。（出所）厚生労働省「医療費の地域差分析」

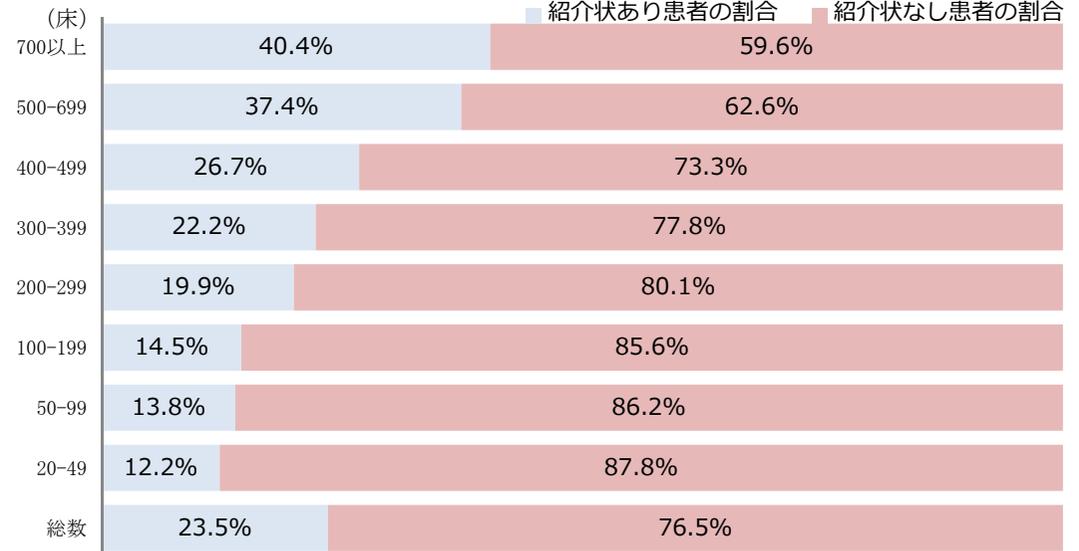
外来受診に関するデータ

◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2013年)



(注)イギリスは2009年、アメリカは2010年のデータ (出所) OECD Health Data 2015, OECD Stat Extracts

◆ 病床規模別の紹介率(外来)



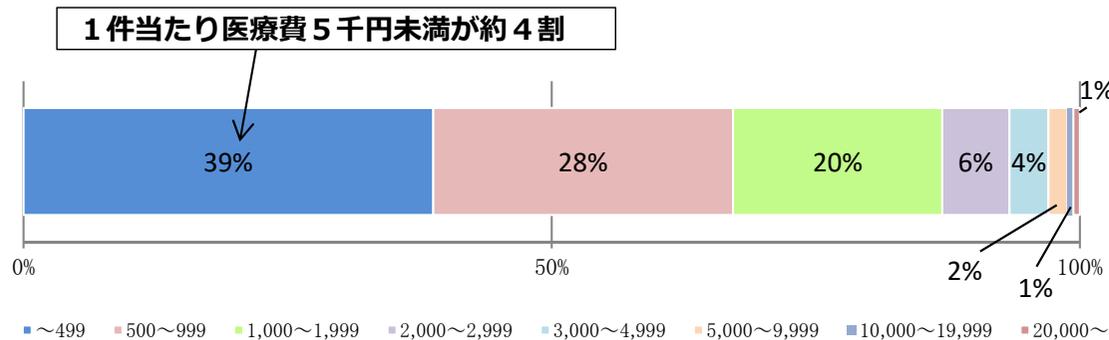
(出所) 平成26年患者調査を基に作成

◆ フリーアクセスは制限すべきか？

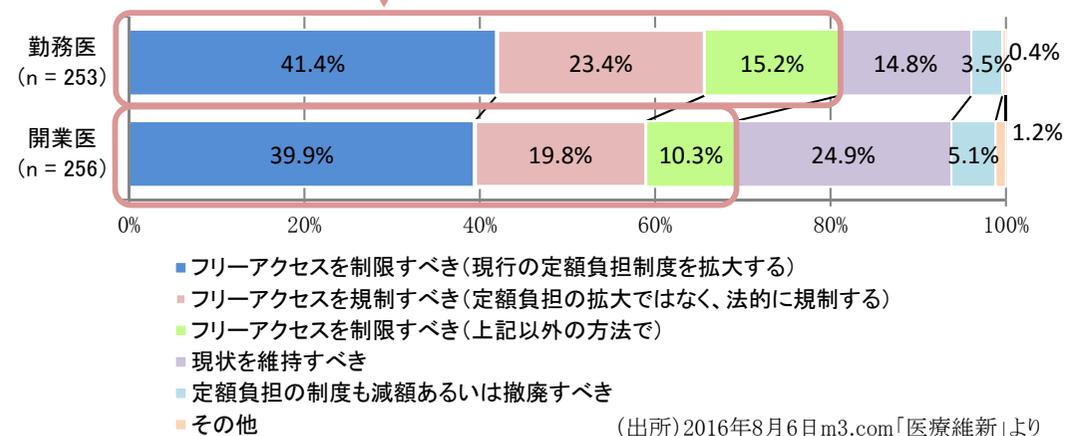
Q この4月から、特定機能病院と、一般病床500床以上の地域医療支援病院では、紹介状なしの初診の際は5000円以上の定額負担が義務化されました(以下、定額負担制度)。これまで、日本の医療ではフリーアクセスが基本になってきましたが、医療費抑制のためにかかりつけ医制度を促進し、フリーアクセスを制限すべきとの意見も聞かれるようになりました。今後、医療へのアクセスについて、先生はどのように考えますか。

勤務医の8割強、開業医の7割が「何らかのフリーアクセス制限が必要」との考え方を支持

◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布



(出所) 平成26年医療給付実態調査を基に作成



(出所) 2016年8月6日 m3.com「医療維新」より

介護

(参考) 過去の介護報酬改定について

改定時期	主な変更点	改定率
平成15年度改定	<u>施設サービスの適正化等</u> ○ 施設サービスの質の向上と適正化 - 施設の収支差を勘案し、施設サービス費を適正化。 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 - 訪問介護における生活援助の適正化、及び個別に実施するリハビリへの加算等	▲2.3% [在宅: +0.1%] [施設: ▲4.0%]
平成17年度改定 (H17.10施行)	<u>在宅と施設サービスの公平性確保等</u> ○ 居住費に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し - 施設の居住費・食費を介護保険給付の対象外に変更	
平成18年度改定	<u>自立支援と在宅介護の促進等</u> ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 - 予防給付を出来高払から月単位の包括払へ変更 ○ 中重度者への支援強化 - 訪問介護や訪問看護における重度者向けの対応への加算	▲0.5% 【▲2.4%】 [在宅: ▲1.0%] 【▲1.0%】 [施設: ±0.0%] 【▲4.0%】 【 】: 17年度改定を含めた率
平成21年度改定	<u>介護従事者の処遇改善等</u> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 - 介護従事者の専門性や勤務年数等への加算	+3.0% [在宅: +1.7%] [施設: +1.3%]
平成24年度改定	<u>介護職員の処遇改善の確保、地域包括ケアの推進</u> ○ 処遇改善加算の創設 ○ 24時間対応の定期巡回サービス等の新サービスの創設	+1.2% [在宅: +1.0%] [施設: +0.2%]
平成26年度改定	<u>消費税率引上げに伴う負担増への対応</u>	+0.63%
平成27年度改定	○ 処遇改善加算 ○ 良好なサービスを提供する事業所への加算等 ○ 収支状況などを反映した適正化等	▲2.27% (処遇改善: +1.65%、介護サービスの充実: +0.56%、その他: ▲4.48%)

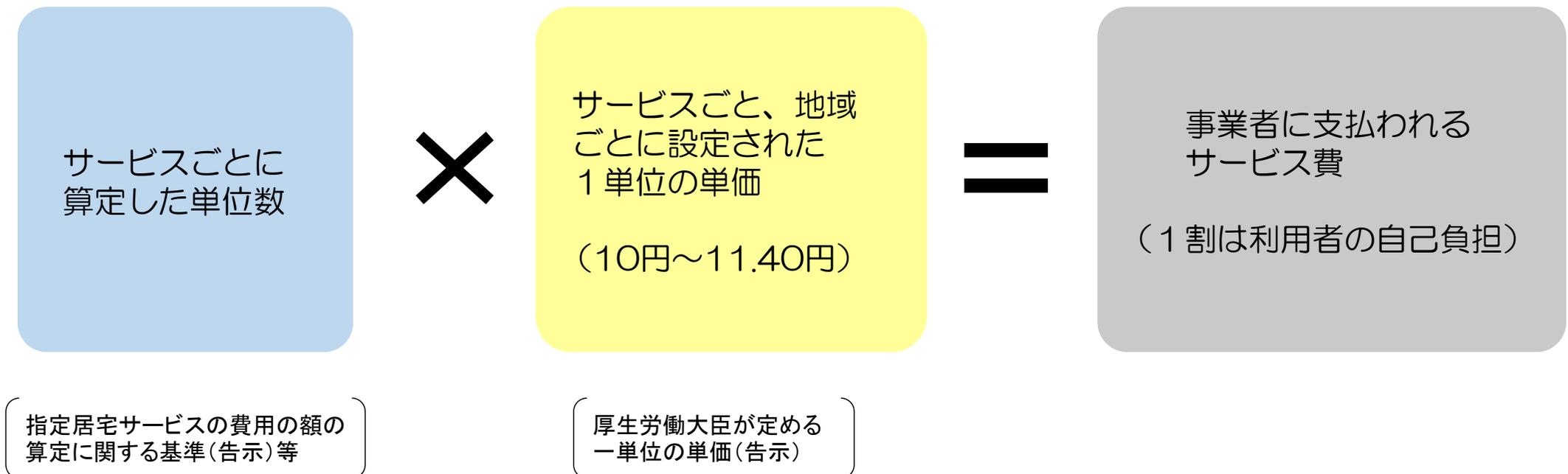
(注1) 平成29(2017)年度においては、第7期の30年度介護報酬改定に先立ち+1.14%の改定(処遇改善)を実施。

(注2) 改定率の在宅・施設の内訳について、18年度改定までは、在宅・施設それぞれの費用に対する改定率を表記していたが、21年度改定以降は、在宅・施設を合わせた総費用に対する改定率を表記する形に改められた。

介護サービス料金（介護報酬）について

- 介護サービス料金（介護報酬）とは、介護サービスの提供の対価として、事業者が、患者・保険者から受け取る報酬。
- 3年に1度、介護サービス料金（介護報酬）改定が行われる。
- 利用者に直接介護サービスを提供する従業者の賃金は地域によって差があり、この地域差を介護サービス料金（介護報酬）に反映するために、「単位」制を採用し、地域ごと、サービスごとに1単位の単価を設定している。

【介護サービス料金（介護報酬）の算定】

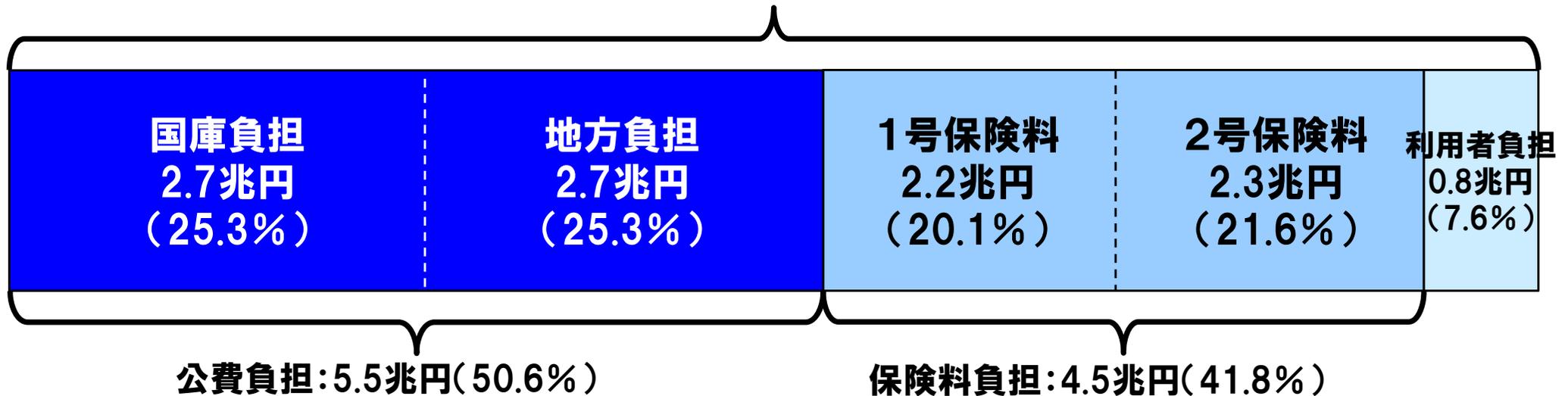


介護保険の財源と費用の内訳

▲ 1%の介護報酬改定で、年間▲1,080億円程度の国民負担（税金・保険料・利用者負担）が軽減される。

財源構造

介護保険総費用（平成29年度予算ベース）：約10.8兆円



費用構造

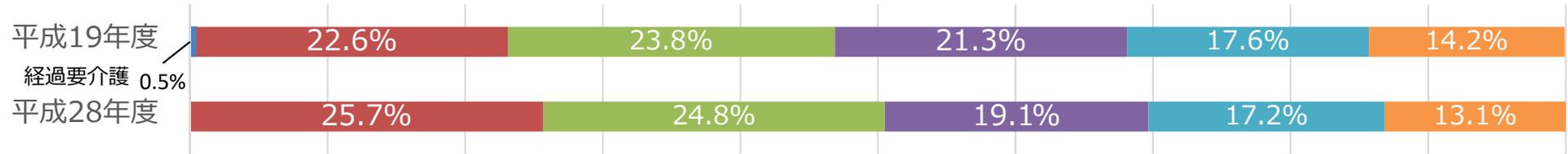


(出典) 費用構造については、厚生労働省「平成28年度介護事業経営概況調査」に基づき推計。

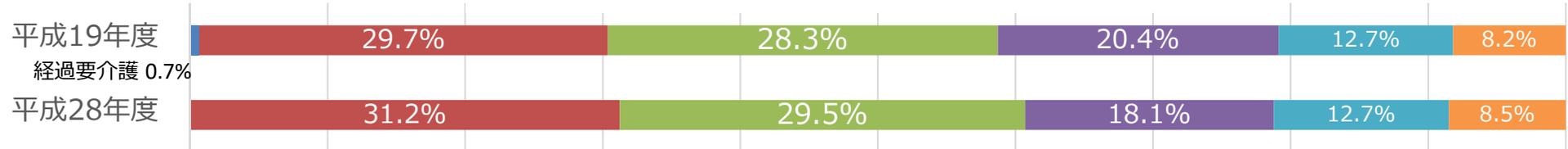
(注) 1号保険料とは65歳以上の被保険者(第1号被保険者)によって納められた保険料、2号保険料とは40~64歳以下(第2号被保険者)によって納められた保険料を指す。

(参考)介護サービス受給者に占める要介護度別割合

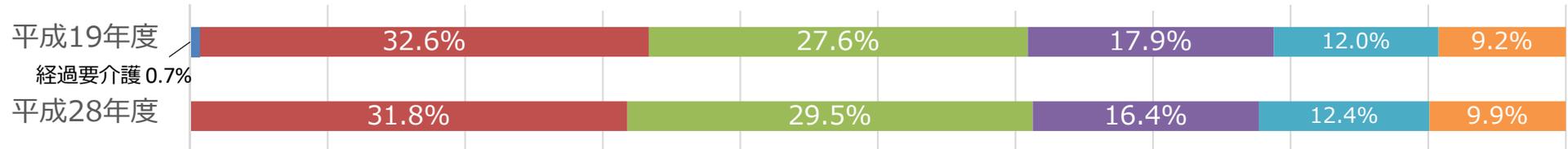
【居宅、施設、地域密着型介護サービス全体における受給者の要介護度】



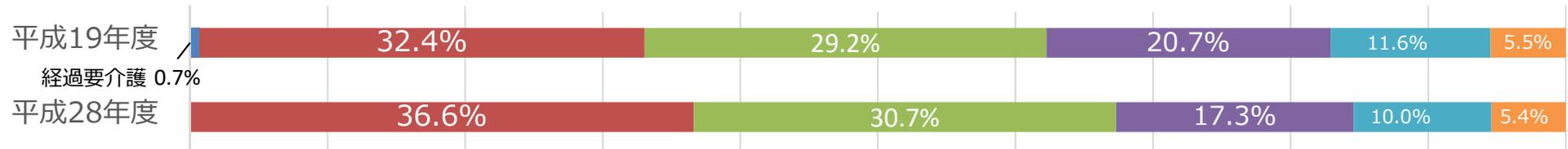
【居宅介護サービス受給者の要介護度】



【訪問介護サービス受給者の要介護度】



【通所介護サービス受給者の要介護度】



■ 要介護1
 ■ 要介護2
 ■ 要介護3
 ■ 要介護4
 ■ 要介護5

(注) 要支援を除く。
 (出典) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」

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

○ロボット介護機器の開発補助(AMED補助金)

介護現場への
導入

○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 等

負担軽減効果の
実証

○介護ロボットの導入費用の助成

○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

見守り



移動支援



排泄支援



入浴支援



移乗介助



【改革の方向性】(案)

- 「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。

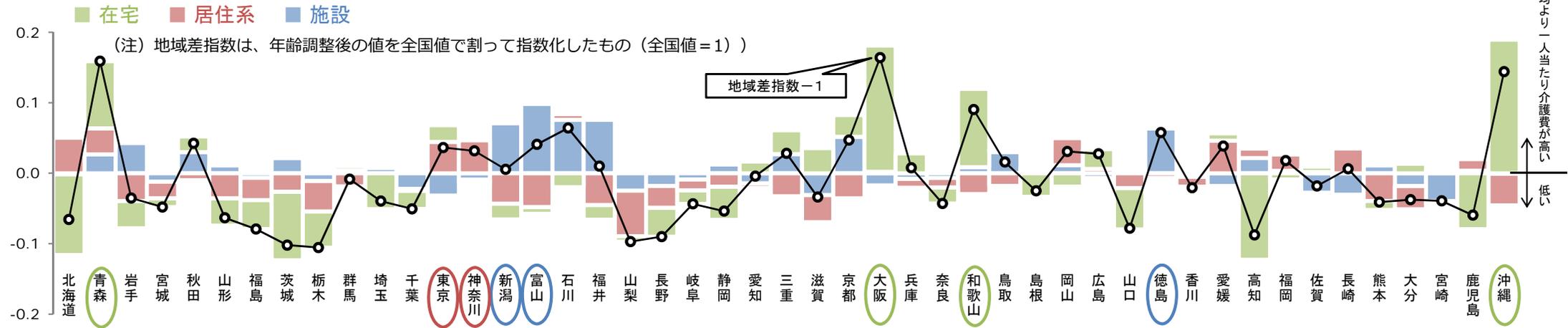
保険者機能の強化

財政制度等審議会資料
(平成29年4月20日)

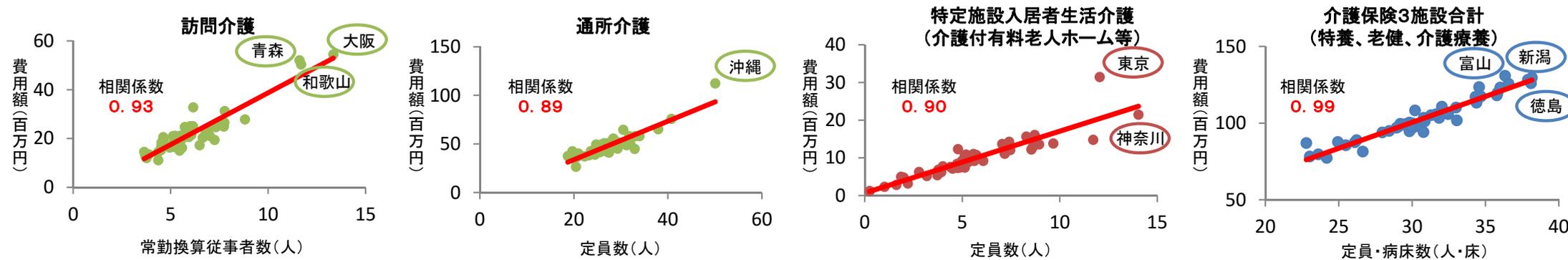
【論点】

- 被保険者一人当たり介護費（年齢調整後）が高い地域では、供給が需要を生む構造となっていることが推察される。

被保険者一人当たり介護費の地域差指数とサービス類型別の寄与度（平成26年度）



被保険者千人当たりの「従事者・定員・病床数」と「費用額」の相関



※ 「費用額」には要支援1・2に係る費用額（介護予防サービス費）を含めていない。

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告(平成27年9月分)」、「平成27年度介護給付費等実態調査」、「平成27年介護サービス施設・事業所調査」

【改革の方向性】（案）

- 都道府県・市町村におけるデータ分析力を高め、需要を適切に見込みながら計画的な制度運営に努めるとともに、供給が需要を生む構造を排除する観点から、ケアプランの検証等を通じて、真に必要なサービスの利用を徹底すべき。
- 市町村（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ため、具体的かつ客観的な成果指標（例：年齢調整後一人当たり介護費の水準や低下率等）に応じて、調整交付金（介護給付費の5%）の一部を傾斜配分する枠組を導入すべき。

介護療養病床等の施設基準のイメージ

		医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
		20対1	25対1			
概要		病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</u> を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数		約13.7万床	<u>約7.6万床</u>	<u>約6.1万床</u>	約36.2万床 (うち、介護療養型:約0.7万床)	約54.1万床
設置根拠		医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) <u>介護保険法(介護療養型医療施設)</u>	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	2対1 (3対1)	6対1 6対1 3対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※1	4対1 (29年度末まで、6対1で可)				
面積		6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※2	10.65㎡(原則個室)
設置期限		—		<u>29年度末(6年間の経過措置)</u>	—	—

※1 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※2 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

(参考) Ⅰ. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、その機能を維持・確保していく。

	新たな介護保険施設	
	I 型	II 型
基本的性格	要介護高齢者の 長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視 を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (療養機能強化型 A・B 相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

(参考) II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

居住スペースと医療機関の併設	
設置根拠 (法律)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 <p>※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）</p>
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準 (居住スペース)	<p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>医師 基準なし</p> <p>看護 } 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人</p> <p>介護 }</p> </div> <p>※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p>
面積 (居住スペース)	<p>(参考：現行の有料老人ホームの基準)</p> <p>個室で13.0 m²/室以上</p> <p>※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p>

考えられる要件緩和、留意点等

- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

(参考) 医療療養病床の『20対1』と『25対1』について

社会保障審議会
療養病床の在り方等に関する
特別部会資料

- ◎ 医療療養病床については、2つの診療報酬上の評価基準がある。
- ◎ 看護職員の配置がより手厚いほうの基準を満たすと『医療療養病床20対1』に、もう一方の基準を満たすと『医療療養病床25対1』に該当する。
- ◎ 『20（25）対1』は『入院患者20（25）人に対して看護職員1人』という意味。

		医療療養病床 20対1		医療療養病床 25対1
人員	医師	48対1(3人以上)	←同じ→	48対1(3人以上)
	看護師及び 准看護師	<u>20対1</u>		<u>25対1</u>
	看護補助者	<u>20対1</u>		<u>25対1</u>
施設基準		6.4㎡以上	←同じ→	6.4㎡以上
該当する病床数		約13.7万床 (※1)		約7.6万床 (※1)
患者要件		医療の必要度の高い者 (医療区分2・3)が <u>8割以上</u>		医療の必要度の高い者 (医療区分2・3)が <u>5割以上</u> (平成29年度末まで経過措置あり)

(※1) 施設基準届出 (平成26年7月1日現在)

(参考)療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL 区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL 区分1	1,468点	1,230点	814点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

医療区分

医療 区 分 3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態)
医療 区 分 2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

(参考) 看護職員の『雇用配置』と『実質配置』の違い

- 患者に対する看護職員の配置の考え方には、『雇用配置』と『実質配置』の2つがある。雇用配置は、実質配置の約5倍に相当する。

【実質配置の考え方】

常時(24時間365日)、患者に対応する看護職員の配置



看護職員1人

常時対応



入院患者20人

実質配置

20対1

診療報酬の人員配置基準は、実質配置で定めている。



常時、対応する
看護職員数

$$\times \frac{24\text{時間}}{8\text{時間}} \times \frac{365\text{日}}{225\text{日}} \doteq$$

労働時間
(1日8時間)

労働日数
(休祝日考慮)



雇用すべき
看護職員数

約5倍

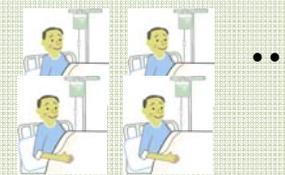
【雇用配置の考え方】

患者に対する
看護職員の雇用数



看護職員5人

雇用



入院患者20人

雇用配置

4対1

医療法の人員配置基準は、雇用配置で計算している。

※ 医療法の人員配置基準は、看護師長や手術室勤務の看護師も含め、病院全体で計算。