

重要な政策関連ニュースのポイントが分かる

# MC plus Monthly



2017年11月  
No. 2

## 診療報酬

1~4

中医協－  
退院早期のリハ算定日数上限からの除外を提案 厚生労働省

## 診療報酬

5

入院医療分科会－  
療養病棟のデータ提出項目、厚生労働省が見直し案を提示

## 診療報酬

6

財務省－  
改定1回あたり2%半ば以上のマイナス改定必要

## 今月のデータ

7~10

2017年度介護事業経営実態調査

中医協一

# 退院早期のリハ算定日数上限からの除外を提案 厚生労働省

中央社会保険医療協議会・総会は10月、回復期リハビリテーション病棟や、緩和ケア、精神科医療などを取り上げた。回復期リハでは厚生労働省が、退院後早期の患者を【疾患別リハ料】の日数上限の対象から外すことや、要介護者への維持期リハ提供の経過措置期限を1年間延長することなどを提案した。

回復期リハビリテーション病棟は、2016年度診療報酬改定でアウトカム評価が導入され、3カ月ごとの報告でリハの効果の実績を示す「実績指数」が2回連続で27未満の場合は、【疾患別リハビリテーション料】の算定が6単位までに制限され、超過分は入院料に包括される取り扱いになった。

厚労省のデータによると、1日平均6単位以上のリハ提供実績がある回復期リハ病棟は、ほぼ全てで実績指数が基準の27以上であったのに対し、それ以外の病棟ではばらばらだった。

さらに実績指数が高い病棟ほど、平均在院日数は短く、在宅復帰率

がやや高めであることなどから、厚労省はアウトカム評価をさらに推進するとして、実績指数に基づく【回復期リハビリテーション病棟入院料】のあり方を検討課題にあげた（図表1）。

また回復期リハ病棟の患者の約65%は退院後も何らかのリハを必要としているにも関わらず、退院後に通所リハを利用するまでに14日以上要している患者は、2割近くいることが明らかになった。

原因の1つとしてあげられるのが、人員配置の問題から自前で通所リハや訪問リハを提供している回復期リハ病棟保有病院が、全体の半数程度にとどまること。だが、

多くの病院は病棟に基準以上の専従リハスタッフを配置しており、絶対数が足りないわけではなく、配置の運用に課題があることがうかがえる（図表2）。

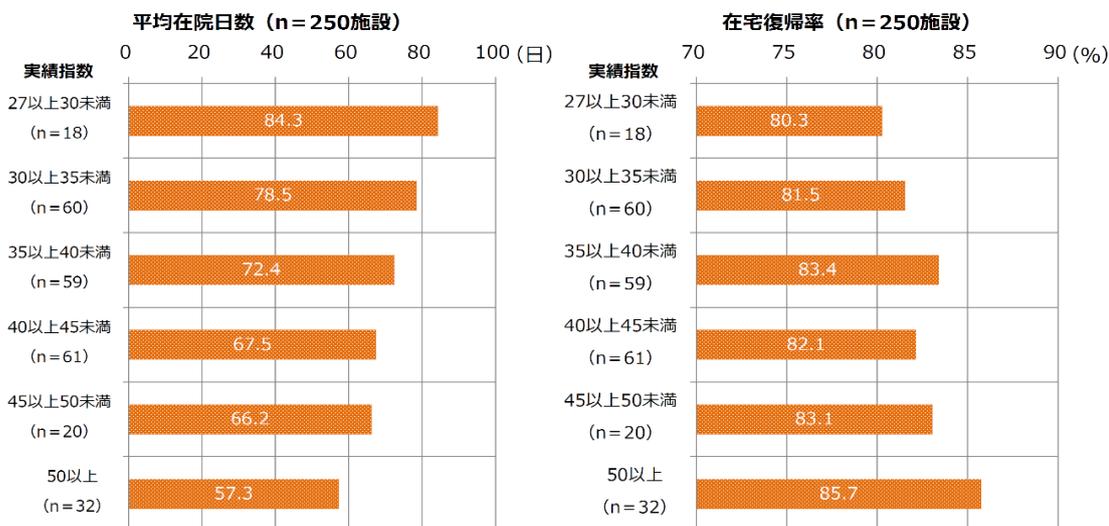
もう1つの問題は、【回復期リハ病棟入院料】の算定日数上限と、【疾患別リハ料】の標準的算定日数との関係だ。

【回復期リハ病棟入院料】は、患者の状態に応じた日数上限が定められているが、上限いっぱいまで入院した後、外来リハに移行した場合、その時点で疾患別リハの標準的算定日数まで残りわずかであることや、すでに超過してしまっていることがあり得る。

【図表 1】

## 回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。



※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟（過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟）について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）速報値

こうした問題の解決策として厚労省は、退院後早期の患者を【疾患別リハ料】の標準的算定日数上限の除外対象とすることや、病棟に専従配置されている理学療法士などが退院後のリハ提供にも関与できるように、専従の取り扱いを見直す方針を打ち出した。

維持期のリハについては前回改定で、介護保険への移行を前提に、要支援・介護者に対する標準的算定日数を超えての【疾患別リハ料】の算定について、所定の60%の点数の算定を認める経過措置が設定されている。

期限は2018年3月末までだが、介護の人員配置を満たせないなどの理由から通所リハを提供していない医療機関があるなど、受け皿の問題もあり、総会では厚労省から、医療と介護のリハで職員や設備の共有が可能になるような取り扱いの見直しと併せ、経過措置を

2019年3月末まで1年間延長することが提案された。

【医療安全対策加算】で専従医師の配置を提案

【医療安全対策加算】では、医師の配置が論点になった。同加算には2区分あり、高点数の1は、医療安全に関する研修を修了した専従の薬剤師、看護師などを医療安全管理者として配置することが要件だが、医師の配置は求められていない。

特定機能病院では2016年6月に、医療安全管理部門への専従医師の配置が承認要件に追加されたが、特定機能病院以外であっても、医療安全部門に専従の医師を置いている病院は、専従の薬剤師または看護師を置いている病院に比べ、医療事故における再発防止で、統計学的に2.9倍有効な立案を行っているとの報告もある(図表3)。

こうしたデータを踏まえ厚労省は、専従医師の配置を【医療安全対策加算】の要件に追加することを提案。だが診療側は、医療機関が医師確保に動けば、医師不足や人件費の高騰が加速する恐れがあるとして、医師配置の必須化ではなく専従要件を見直すよう求める意見や、外形基準的な評価を進めることをけん制する声があがった。

がん診療では、小児がん拠点病院(15病院)の評価を議論した。小児がん拠点病院や緩和ケアの提供を評価する診療報酬としては、【小児がん拠点病院加算】(入院初日750点)、【緩和ケア診療加算】(1日400点)があるものの、15拠点病院が算定する包括点数の【小児入院医療管理料】では、入院基本料の加算は包括範囲に含まれる扱いになっており、これらの加算は算定できない。このため厚労省は、加算算定が可能になるような見直し

【図表2】

回復期病院退院後のリハビリテーション開始までのタイムラグ

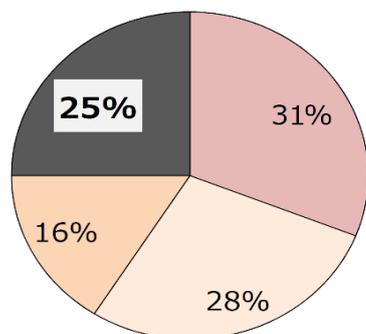
日本理学療法士協会提供資料

回復期病院退院後、通所リハビリテーションを利用するまでに14日以上要する割合は、平成23年度調査で25%、平成28年度調査で18%であった。

平成23年度調査

回復期病院退院後、通所リハビリテーションを開始するまでに要した日数 (n=1,313)

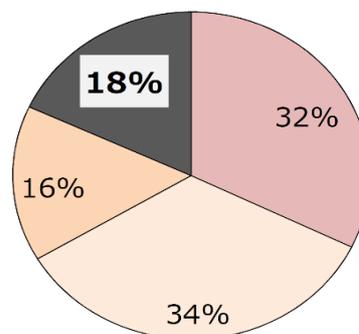
■ 3日以内 □ 7日以内 ■ 14日以内 ■ 14日以上



平成28年度調査

回復期病院退院後、通所リハビリテーションを開始するまでに要した日数 (n=397)

■ 3日以内 □ 7日以内 ■ 14日以内 ■ 14日以上



参照：平成23年度 厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業「地域におけるリハビリテーション提供の在り方に関する調査研究事業」報告書

参照：平成28年度日本理学療法士協会 調べ  
通所リハビリテーション事業所に従事する日本理学療法士協会会員の管理者1,300名に対して平成28年9月にWeb調査を実施。「通所リハを開始する直前の所在が急性期病院若しくは回復期病院」「急性期・回復期病院入院中にリハビリを受けていた」「2016年4～9月の間に通所リハを新規開始」の要件をすべて満たす通所リハビリテーション利用者3名について回答。

の検討を促した。

**緩和ケア病棟の  
入棟待機期間は平均 14 日**

緩和ケアでは、▽緩和ケア病棟と在宅緩和ケアの連携、緩和ケアチームへの栄養士の参加▽医療用麻薬の投与日数上限の見直し▽在宅末期がん患者への酸素療法を【在宅酸素療法指導管理料】の算定対象に追加▽進行的な心不全患者に対する緩和ケアの評価を今後の論点として提示した。

【緩和ケア病棟入院料】を算定する緩和ケア病棟は、在宅療養患者などのバックベッドとしての役割が期待され、緊急入院を受け入れた場合の報酬（【緊急入院初期加算】）も設定されている。

しかしながら、がん診療連携拠点病院などの患者が緩和ケア病棟に入院できるまでの平均待機期間は14日。連携拠点病院ベースでは、平均待機時間が2週間超の施設が全体の約36%を占め、バックベッド機能を果たしているとは言い難い現状となっており、総会の議論でも複数の委員が強い問題意識を示した（図表4）。

精神医療では、措置入院患者に対する退

院後の継続支援の評価が焦点の一つになっている。9月の衆議院解散で廃案になった、精神保健福祉法改正案に盛り込まれていた内容で、入院先病院に退院後生活環境相談員を置くことや、都道府県が帰住先の保健所設置自治体や入院先病院などと協議して退院後支援計画を策定することなどが盛り込まれ

ており、厚労省は法案を再提出する構えだ。

ただ、診療報酬上の評価は、退院時の計画作成に対してのみ（【精神科措置入院診療加算】など）で、退院後の継続的な支援についての要件設定はないことから、厚労省は現行の【精神科措置入院診療加算】などを踏まえた、評価のあり方の

【図表 3】 医療安全管理部門への医師の関与について

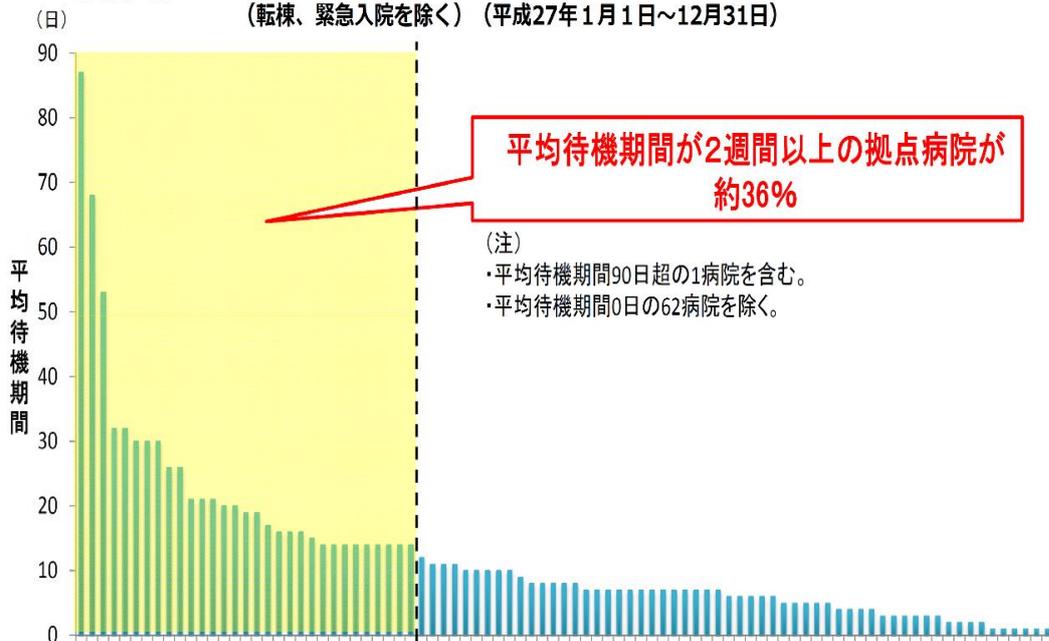
○ 医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上との関連を調査するため、全国の医療安全管理部門の医療安全管理者（医師以外）にアンケート調査を実施（n = 1,161）。

項目	全病院 n = 1,161病院 うち、医師専従あり 47病院	特定機能病院を除く n = 1,102病院 うち、医師専従あり 29病院
✓ 医療事故調査において有効な再発予防策を立案しているか	2.3倍 / p = 0.012	2.9倍 / p = 0.009
✓ 医療安全管理部門で、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っているか	3.3倍 / p = 0.002	2.8倍 / p = 0.013
✓ インシデント・アクシデント報告件数総数	1.0倍 / p = 0.710	1.2倍 / p < 0.001
✓ 医師によるインシデント・アクシデント報告件数	1.1倍 / p < 0.001	1.4倍 / p < 0.001

- ❖ たとえば、最上行では、医療安全管理部門に専従で配置されている職種が「医師」である病院は、「薬剤師もしくは看護師」である病院に比べて、「統計学的に有意に、2.3倍、医療事故調査において有効な再発予防策を立案している」ことを示唆する。
- ❖ 統計解析は多変量解析を用いて、病床数等の影響を調整している。

平成28年度厚生労働科研「医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究」(研究代表者 長尾能雅)より引用

【図表 4】 緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間  
(転棟、緊急入院を除く) (平成27年1月1日~12月31日)



平成28年度がん診療連携拠点病院等現況報告書をもとにがん・疾病対策課作成

## 診療報酬

検討を要請した。

### 精神疾患患者の地域移行 特養、老健を退院先に追加

精神疾患患者を地域で受け入れるための受け皿の整備も急務となっている。精神科の入院関連報酬には在宅への移行割合を要件化した点数があるが、ほとんどの場合、計算式の分子に退院先として含まれるのは、自宅と精神障害者施設のみ。精神病床の長期入院患者の高齢化が進む中、現状のままでは地域への移行が進まないとして、厚労省は【地域移行機能強化病棟入院料】と同様、退院先に特別養護老人ホームと介護老人保健施設を追加することを提案した（図表5）。

精神科の在宅医療では、【精神科重症患者早期集中支援管理料】の算定が進まないことが問題として大きくクローズアップされた。最大のネックは24時間対応。なかには24時間体制要件のない【在宅時医学総合管理料】（在総管）を算定している施設もあることから、総会では【在総管】と【精神科重症患者早期集中支援管理料】、それぞれの点数設定の目的を整理した上で、評価のあり方を見直す考えが示された（図表6）。

このほか「認知症患者

医療センター」の評価も取り上げられた。

2017年4月の見直しで、従来の「診療所型」は名称が「連携型」に改められ、中小病院もセンター指定が受けられるようになった。これを受けての対応として、【認知症

専門診断管理料1】の算定対象をセンター指定を受けた中小病院にも広げる見直し案が提示された。

出典：中央社会保険医療協議会・総会（2017年10月4日、11日、18日、25日開催）資料

【図表5】

精神病棟における在宅への移行に関する指標（概略）				
○ 精神病棟における在宅への移行に関する指標の算出方法は、長期の入院患者の地域移行を評価している地域移行機能強化病棟入院料では、特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設が含まれているが、その他の退院支援（地域移行）に関する評価の要件では、含まれていない。				
在宅への移行の割合	(分子)	<b>精神保健福祉士配置加算</b> （精神病棟入院料、精神療養病棟入院料）  入院日から1年以内に ・患者 ・精神障害者施設 のいずれかに退院	<b>精神科救急入院料</b> 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料  入院日から3ヶ月以内に ・患者 ・精神障害者施設 のいずれかに退院	<b>地域移行機能強化病棟入院料</b>  1年以上入院していた患者のうち ・患者 ・精神障害者施設 ・特別養護老人ホーム ・介護老人保健施設（加算+）
	(分母)	・措置入院・鑑定入院・医療観察法入院患者を除いた当該病棟の入院患者	・措置入院・鑑定入院・医療観察法入院患者を除いた新規入院患者	当該病棟の届出病床数
	（施設基準の届出に必要な水準）	精神病棟入院料 90%以上 精神療養病棟入院料 70%以上	救急入院料1 60%以上 救急入院料2 40%以上 急性期治療病棟入院料 40%以上 救急・合併症入院料 40%以上	1.5%以上

※精神障害者施設：障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム

【図表6】

### 在宅医療における24時間体制に対する診療報酬上の評価

○ 精神科重症患者早期集中支援管理料は、算定に当たり24時間対応の確保が必要だが、同様に在宅医療における医学管理を評価した（在総管等）については、24時間対応の体制がなくても算定可能となっている。

	在宅時医学総合管理料（在総管）		
	無床の機能強化型在支診	在支診・在支病	その他の医療機関
24時間対応に関する施設基準	・24時間の連絡体制 ・24時間の往診及び訪問看護の体制		—
対象疾患	—		
算定要件	・月1回以上の訪問診療 ・緊急時の連絡先等について文書で提供		・月1回以上の訪問診療
点数（単一建物患者数2～9人の場合）	月1回訪問診療：1,380点 月2回以上訪問診療：2,300点	月1回訪問診療：1,260点 月2回以上訪問診療：2,100点	月1回訪問診療：945点 月2回以上訪問診療：1,575点
算定期間	—		

	精神科重症患者早期集中支援管理料
24時間対応に関する施設基準	・24時間の連絡体制 ・24時間の往診又は訪問看護の体制
対象疾患	重症かつ長期入院後又は入退院を繰り返す精神疾患
算定要件	・月1回以上の訪問診療と週2回以上の訪問看護 ・緊急時の連絡先等について文書で提供 ・週1回以上多職種チームでカンファレンスを開催 ・月1回以上保健所等も含めてカンファレンスを開催
点数（単一建物患者数2人以上の場合）	1,350点／1,110点
算定期間	初回の算定日から6月

（注）在総管と精神科重症患者早期集中支援管理料の併算定はできない。  
対象疾患でみると、精神科重症患者早期集中支援管理料の対象は、在総管の対象にも含まれるため、在総管を算定することも可能。

入院医療分科会

# 療養病棟のデータ提出項目、厚生労働省が見直し案を提示

厚生労働省は10月18日の入院医療等の調査・評価分科会に、療養病棟のデータ提出項目の見直し案を提示した。急性期関連の項目の提出を不要とする一方、慢性期医療特有の項目を追加する内容だが、委員からは項目のさらなる精査を求める意見が相次ぎ、継続審議となった。

診療報酬の【データ提出加算】を算定する病棟は、DPCデータの提出が求められ、【7対1、10対1入院基本料】や【地域包括ケア病棟入院料】の算定病棟は、入院料を算定するための要件に定められている（10対1病棟は一般病床200床以上の場合に限定）。

療養病棟も同加算の算定対象だが要件化はされておらず、実際に加算を算定してデータを提出しているのは、全体の約25%に過ぎないのが現状。そのため分科会の間とりまとめでは、療養病棟の特性を踏まえた項目の合理化や追加を行う方針が打ち出されていた。

厚労省がこの日示したのは、提出データのうち様式1（簡易診療録情報）の見直し案。入院患者の医療区分や、要介護認定の主治医意見書の該当項目の分析、入院患者のタイムスタディ調査の結果などを踏まえて、患者の特徴に合った

項目を洗い出した。

具体的には、様式1の記載項目のうち、▽手術日▽TNM分類▽化学療法の有無▽各疾患の重症度分類（脳卒中、心疾患、肺炎、狭心症、急性心筋梗塞、急性膀胱炎、熱傷）など、急性期入院患者の診療内容に関するものは、提出不要とすることを提案。一方で、▽脱水▽摂食・嚥下機能低下▽認知症の周辺症状▽発熱▽低栄養▽褥瘡▽疼痛の訴え▽要介護度一など慢性期医療特有の項目を追加する考えを示した（図表1）。

### 救急医療管理加算の対象患者の分析などを了承

このほか【救急医療管理加算】と【短期滞在手術等基本料3】についても、見直し案や今後の検討の方向性が示された。

【救急医療管理加算】は、医療機

関によって算定状況にばらつきがあることなどから、▽緊急の止血処置の有無▽動脈血酸素分圧▽収縮期血圧の低下一など現場で実際に使用されている評価指標を使って算定対象患者の実態を分析することを提案。

【短期滞在手術等基本料3】に関しては、▽副腎静脈サンプリング▽子宮鏡下子宮内膜焼灼術▽子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術▽子宮内膜ポリープ切除術一の追加を提案、両案とも大筋で了承された。

### 看護必要度とDPCの関連検証で分科会長が留意点示す

一方、武藤正樹分科会長（国際医療福祉大学大学院教授）は、急性期病棟における「重症度、医療・看護必要度」とDPCデータ（EFファイル）の関連について、分析に際しての留意点を示した。今回の分析は、急性期の入院患者の医療・看護の必要性や重症度を診療報酬に反映させる手法として、評価項目・指標、測定方法、合理性などの観点から妥当であるかどうかの検討を目的に行うものだと明記。仮に診療報酬に活用できるとの結論に至った場合は、「その条件や現場への影響等について、予測されることは何か等に留意する」とした。

出典：平成29年第10回 診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会（10月18日）資料

【図表 1】

### 慢性期の病棟におけるデータ提出項目(案)

DPCデータ様式1の既存の項目のうち、慢性期の病棟において提出を求める主な項目

- 患者の基本情報
- 入院年月日、退院年月日、退院時転帰、退院後の在宅医療の有無
- ADL(入院時、退院時)
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 主傷病等のICDコード 等

DPCデータ様式1の中で、慢性期の病棟において新たに提出を求める主な項目

- 慢性期の患者に特徴的な症状・状態の有無(月ごとに入力)
- |       |             |            |
|-------|-------------|------------|
| <項目例> |             |            |
| ・ 脱水  | ・ 摂食・嚥下機能低下 | ・ 認知症の周辺症状 |
| ・ 発熱  | ・ 低栄養       | 等          |
| ・ 褥瘡  | ・ 疼痛の訴え     | 等          |
- 要介護度（認定のある場合のみ入力）(入退院時に入力)

# 財務省— 改定 1 回あたり 2% 半ば以上のマイナス改定必要

財務省は 10 月 25 日の財政制度等審議会・財政制度分科会に、診療報酬の改定率について、制度の持続性を担保するためには「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」とする資料を提出した。

財務省は、診療報酬総額（医療費の総額）は、「診療行為」と「単価」の掛け算であるが、このうち「診療行為」は高齢化などの影響で毎年増加していると分析。これに対して診療報酬改定は「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」と強調した（図表 1）。

マイナス改定の場合は、医業経営への影響が懸念されるが、同省は「診療報酬改定が一定程度マイナスであったとしても、診療報酬総額は増額するため、医療機関の増収は確保される」とみている。

具体的な改定率については、「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になる」、「保険料率のさらなる引き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（2% 半ば）のマイナス改定とすることが求められる」などと繰り返し主張した。

## 7 対 1 入院基本料の要件減額化なども要求

2018 年度改定での見直し項目では 7 対 1 入院基本料について、急性期病床数を適正化する観点から、「重症度、医療・看護必要度」などの算定要件の厳格化を要求。療養病床でも、患者の状態像にそぐわない 20 対 1 療養病棟への転換を防

止するには、医療必要度の要件の厳格化が必要とし、医療必要度が低い療養病床入院患者については、在宅医療での対応を進める改定内容にすることを要請した。

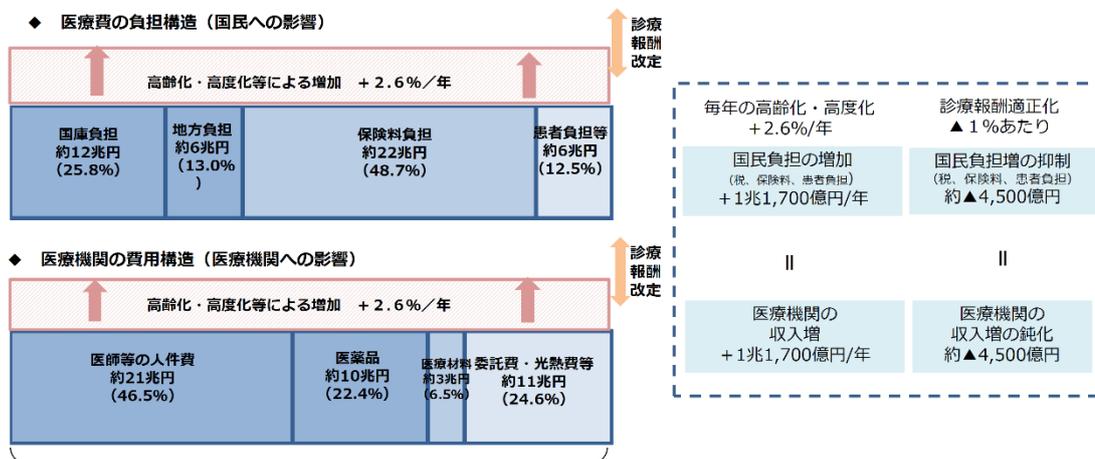
また皮膚科、眼科の医師数が増加傾向にあり、これらを主たる診療科とする診療所の損益率が高いことを問題視。「こうした診療報酬における配分により、診療科偏在を助長しかねない」として、次回改定に診療科ごとの不均衡の是正策を織り込むことを求めた。

改革工程表の関係では、かかりつけ医の普及に向けた外来時の定額負担について、選定療養を活用した現在の仕組みは、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になっていると指摘。

こうした問題を解消するため、診療報酬への上乗せ収入ではなく、診療報酬の中で負担を求める仕組みに改めていく必要性を示した。そのうえで、かかりつけ医以外を受診した場合は、「個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担導入に向けて取り組んでいく必要がある」とした。

【図表 1】 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

（出所）財源構成比：厚生労働省「平成26年度国民医療費の概況」、費用構成比：厚生労働省保険局資料による

# 2017 年度介護事業経営実態調査

社会保障審議会・介護給付費分科会の介護事業経営調査委員会は10月26日に「平成29年度介護事業経営実態調査」の結果を公表した。2016年度決算における介護サービス施設・事業所の収支差率は、全サービス平均で3.3%となり、2014年度以降、減少傾向が続いている。

調査は、各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、介護報酬改定の基礎資料を得る目的で実施されているもの。従来は単月調査だったが、今回から改定後2年目の1年分（決算データ）を把握する方式に改められた。

今回調査は、3万1,944施設・事業所の2016年度決算を対象に実施。1万5,062施設から回答を得た。有効回答率は47.2%。

結果をみると、2016年度決算における全サービス平均の収支差率は3.3%。2014年度は4.8%、2015年度は3.8%で、悪化の一途を辿っている。

サービス別では、通所介護、居宅介護支援、介護老人福祉施設での収支差率の低下が目立った。

2.27%の大幅引き下げが実施された2015年度改定の影響も決して小さくはないが、収支差率が悪化したサービスの多くで給与費割合が上昇しており、人材確保のた

めに給与費を上げたことにより、経営が圧迫されるという、悪循環に陥っている状況がうかがえた（図表1）。

## 全サービス中、通所介護の収支差率が最も悪化

施設サービスの収支差率は、介護老人福祉施設1.6%（2015年度からの増減：0.9%減）、介護老人保健施設3.4%（0.2%増）、介護療養型医療施設3.3%（0.4%減）で、3施設の中では特養の収支が1%台と極めて低い状況に陥っている。

居宅サービスは、訪問介護4.8%（0.7%減）、訪問入浴介護2.8%（0.1%増）、訪問看護3.7%（0.7%増）、訪問リハビリテーション3.5%（0.8%減）、通所介護4.9%（2.2%減）、通所リハビリテーション5.1%（0.5%増）、短期入所生活介護3.8%（0.6%増）、居宅介護支援▲1.4%（0.4%増）など。

居宅介護支援が全サービスを通じて唯一の赤字となったが、前年度比で収支差率が最も悪化したのは、通所介護だった。

地域密着型サービスは、認知症対応型通所介護4.9%（1.1%減）、小規模多機能型居宅介護5.1%（0.3%減）、認知症対応型共同生活介護5.1%（1.3%増）などとなっている。

## 訪問リハ、通所介護で給与費割合が伸びる

一方、収入に占める給与費の割合（給与費割合）は多くのサービスで上昇、事業所の苦しい台所事情が浮き彫りになった。

介護老人福祉施設の2016年度の給与費割合は64.6%（0.8%増）、介護老人保健施設60.1%（0.5%増）、介護療養型医療施設60.0%（1.2%増）。居宅サービスでは、収支差率の前年度比がマイナスになった、訪問介護（76.1%・0.9%増）、訪問リハビリテーション（65.2%・1.7%増）、通所介護（64.2%・2.1%増）などで、給与費割合の伸びが目立った。

調査結果を受けて開かれた介護給付費分科会で事業者はプラス改定を訴えたが、財務省は中小企業と比べると良好な経営状態でマイナス改定は不可避としており、予算編成に向けた攻防が続くようだ。

出典：社会保障審議会 介護給付費分科会 介護事業経営調査委員会（2017年10月26日）資料



【図表 1】

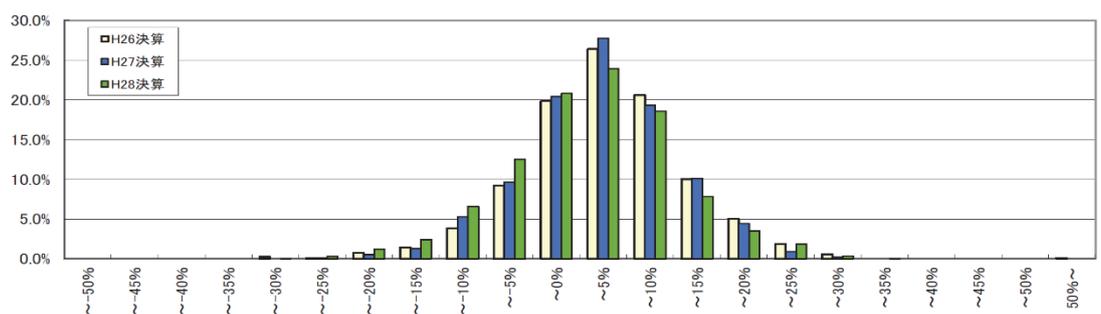
各介護サービスの収支差率及び給与費割合（平成28年度概況調査との比較）

	平成28年度概況調査				平成29年度実態調査				
	平成26年度決算		平成27年度決算		平成28年度決算				
	収支差率 ( )内は 税引後	収入に対する 給与費の割合	収支差率 ( )内は 税引後	収入に対する 給与費の割合	収支差率 ( )内は 税引後	対27年度 増減	収入に対する 給与費の割合	対27年度 増減	
<b>施設サービス</b>									
1	介護老人福祉施設	3.0% (3.0%)	62.6%	2.5% (2.5%)	63.8%	1.6% (1.6%)	△0.9%	64.6%	+0.8%
2	介護老人保健施設	3.9% (3.3%)	58.5%	3.2% (2.7%)	59.6%	3.4% (3.0%)	+0.2%	60.1%	+0.5%
3	介護療養型医療施設	6.1% (5.0%)	56.9%	3.7% (2.7%)	58.8%	3.3% (2.6%)	△0.4%	60.0%	+1.2%
<b>居宅サービス</b>									
4	訪問介護（介護予防を含む）	7.4% (6.6%)	73.3%	5.5% (4.6%)	75.2%	4.8% (4.1%)	△0.7%	76.1%	+0.9%
5	訪問入浴介護（介護予防を含む）	2.9% (1.5%)	70.6%	2.7% (1.6%)	72.0%	2.8% (2.1%)	+0.1%	65.1%	△6.9%
6	訪問看護（介護予防を含む）	3.5% (2.6%)	78.7%	3.0% (2.3%)	79.3%	3.7% (3.0%)	+0.7%	78.3%	△1.0%
7	訪問リハビリテーション（介護予防を含む）	6.9% (6.1%)	62.2%	4.3% (3.6%)	63.5%	3.5% (2.9%)	△0.8%	65.2%	+1.7%
8	通所介護（介護予防を含む）	8.3% (6.8%)	60.7%	7.1% (5.6%)	62.1%	4.9% (4.7%)	△2.2%	64.2%	+2.1%
9	通所リハビリテーション（介護予防を含む）	6.5% (5.9%)	62.3%	4.6% (4.0%)	64.3%	5.1% (4.7%)	+0.5%	64.6%	+0.3%
10	短期入所生活介護（介護予防を含む）	5.9% (5.8%)	60.6%	3.2% (3.1%)	63.9%	3.8% (3.8%)	+0.6%	64.0%	+0.1%
11	特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）	5.9% (4.3%)	43.2%	4.1% (2.7%)	44.4%	2.5% (1.9%)	△1.6%	46.0%	+1.6%
12	福祉用具貸与（介護予防を含む）	0.4% (△0.4%)	35.7%	3.7% (3.0%)	34.8%	4.5% (3.6%)	+0.8%	34.2%	△0.6%
13	居宅介護支援	△3.5% (△3.8%)	86.5%	△1.8% (△2.1%)	85.6%	△1.4% (△1.7%)	+0.4%	84.1%	△1.5%
<b>地域密着型サービス</b>									
14	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	※ △1.7% ※ (△1.9%)	88.8%	※ 6.8% ※ (6.5%)	82.1%	4.8% (4.7%)	△2.0%	81.6%	△0.5%
15	夜間対応型訪問介護	※ 7.1% ※ (7.0%)	78.3%	※ 3.6% ※ (3.6%)	81.5%	※ 1.5% ※ (1.3%)	△2.1%	74.9%	△6.6%
16	地域密着型通所介護	5.7% (5.4%)	62.0%	3.2% (2.8%)	63.7%	2.0% (1.6%)	△1.2%	63.7%	0.0%
17	認知症対応型通所介護（介護予防を含む）	6.9% (6.6%)	66.3%	6.0% (5.7%)	67.4%	4.9% (4.7%)	△1.1%	68.3%	+0.9%
18	小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）	5.2% (4.9%)	65.8%	5.4% (5.2%)	66.8%	5.1% (4.9%)	△0.3%	67.6%	+0.8%
19	認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）	6.2% (5.1%)	61.7%	3.8% (2.5%)	64.0%	5.1% (4.8%)	+1.3%	62.7%	△1.3%
20	地域密着型特定施設入居者生活介護	※ 5.6% ※ (5.3%)	53.1%	※ 5.2% ※ (5.0%)	53.9%	3.2% (2.9%)	△2.0%	56.5%	+2.6%
21	地域密着型介護老人福祉施設	2.2% (2.2%)	62.1%	1.6% (1.6%)	63.5%	0.5% (0.5%)	△1.1%	64.4%	+0.9%
22	看護小規模多機能型居宅介護	※ 1.4% ※ (1.4%)	71.3%	※ 6.3% ※ (6.3%)	68.2%	※ 4.6% ※ (4.1%)	△1.7%	66.8%	△1.4%

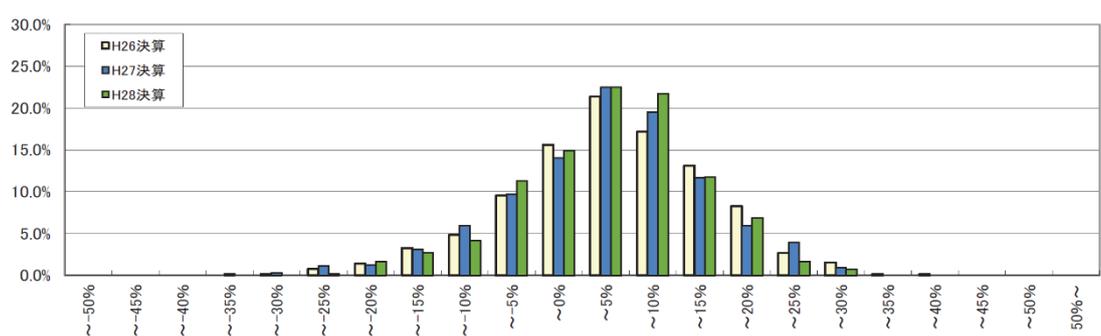
注1：収支差率に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注2：通所介護の平成28年度概況調査の数値については、従前の通常規模型と大規模型の数値（1月当たり延べ利用者数：300人超）を合算したものを掲載しており、地域密着型通所介護の数値については、従前の小規模型の数値（1月当たり延べ利用者数：300人以内）を掲載している。

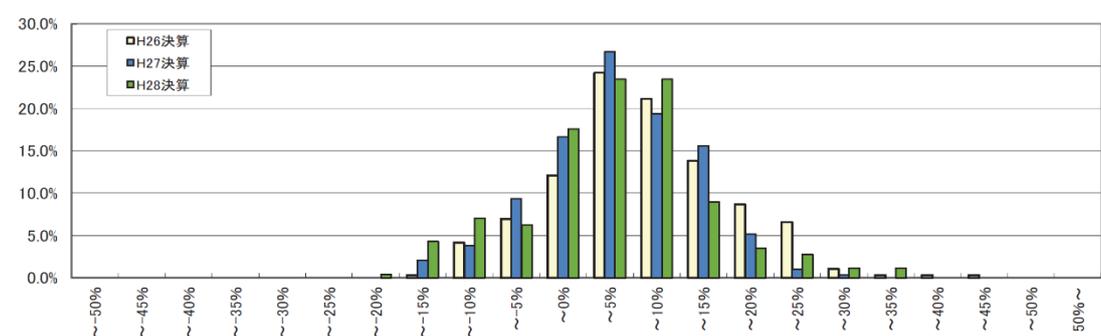
【図表 2】 介護老人福祉施設収支差率分布



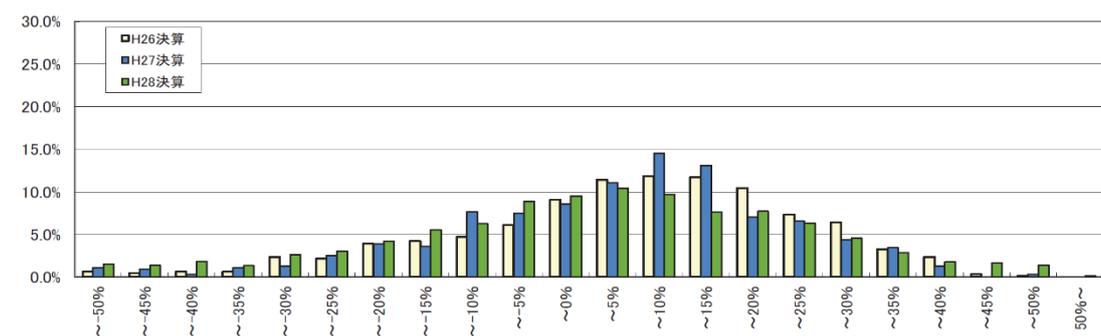
【図表 3】 介護老人保健施設収支差率分布



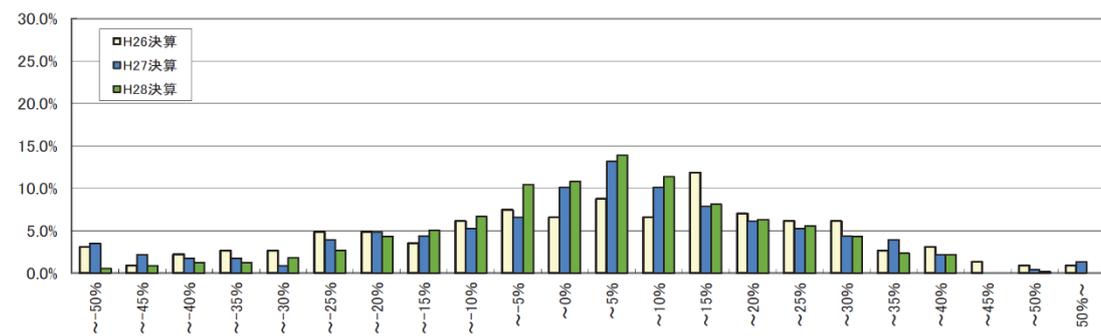
【図表 4】 介護療養型医療施設(病院)収支差率分布



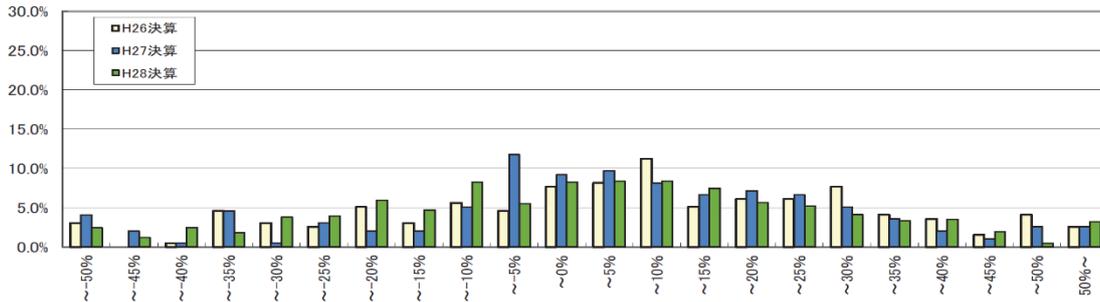
【図表 5】 訪問介護(予防を含む)収支差率分布



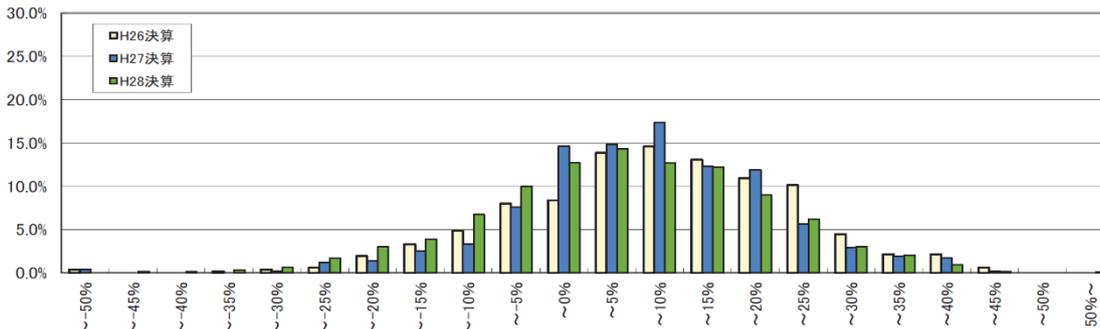
【資料 6】 訪問看護(予防を含む)収支差率分布



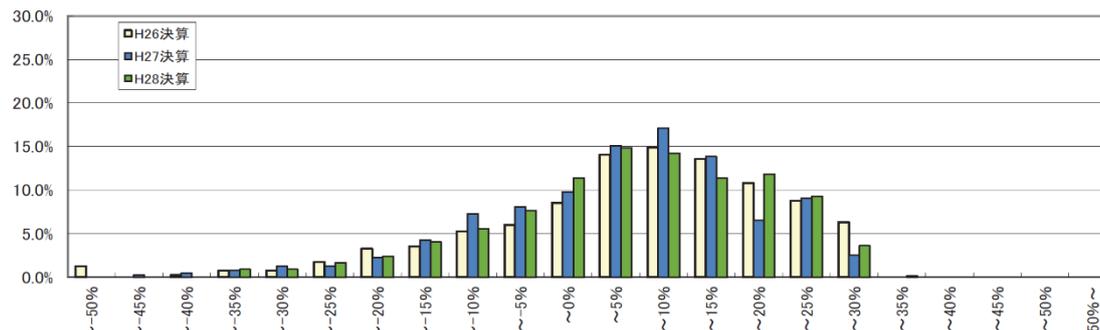
【図表 7】 訪問リハビリテーション(予防を含む)収支差率分布



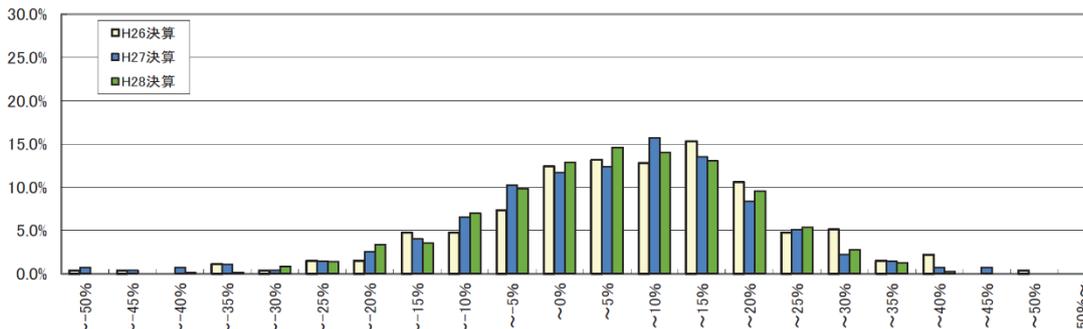
【図表 8】 通所介護(予防を含む)収支差率分布



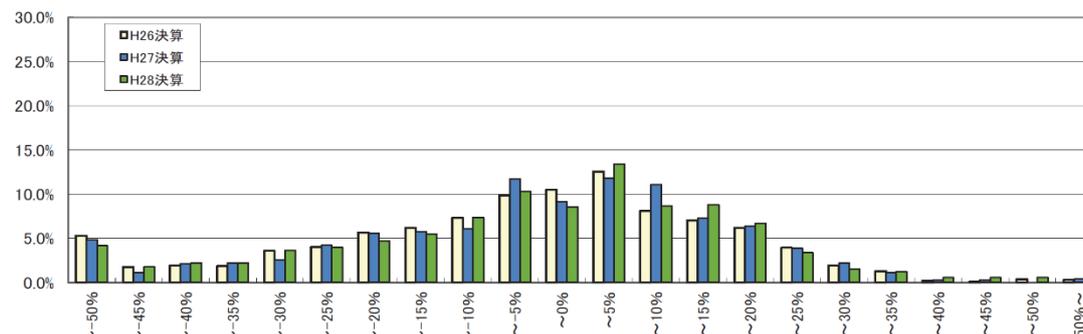
【図表 9】 通所リハビリテーション(予防を含む)収支差率分布



【図表 10】 短期入所生活介護(予防を含む)収支差率分布



【図表 11】 居宅介護支援収支差率分布



# MC+

「MC+(エムシープラス)」は、診療報酬・介護報酬・医療介護政策関連のニュース、資料、研修などをパッケージした総合メディアです。

## MC+の特長

### よむ



- ・診療報酬・介護報酬改定の動きを速やかに配信
- ・医療・介護業界をめぐる制度・政策を明快に解説

### つかう



- ・院内(社内)勉強会に使えるスライドを定期発行

### まなぶ



- ・専門講師陣による訪問研修
- ・先駆的な経営の取り組み事例をレポート

## MC+のサービスパッケージ



### Daily

中医協・介護給付費分科会での議論のポイントなど注目ニュースを平日配信



### Monthly

編集部が厳選した、直近1カ月の最重要ニュースをまとめた冊子



### Scope

重要政策の予測・分析コラム、有識者インタビューなど多彩なラインナップ



### Tools

院内(社内)勉強会で使える制度・政策の基礎や最新トピックの資料



### Lecture

経営改善のヒントや、制度・政策を学び経営力を向上させる研修

お申込み・お問い合わせ ▶ <http://www.wic-net.com>

厚生政策情報

検索

# MC+

## MCplus Monthly

(2017年11月16日発行)

発行：メディキャスト株式会社 厚生政策情報センター

お問い合わせ

東京都品川区東品川2-2-20 天王洲郵船ビル22F

TEL : 03-5781-1850 FAX : 03-5781-1851

E-MAIL : [info@wic-net.com](mailto:info@wic-net.com)

本誌は2017年10月31日時点の情報に基づき作成したものです。他者への転送並びに記事の複製・転載等を禁じます。

Copyright(c)2017 Welfare policy Information Center All rights reserved