

社会保障について② (各論)

平成29年10月25日

医療

医療

1. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 適切な医療提供体制の構築
(地域医療構想の実現等)
 - (3) 調剤報酬の改革
2. 薬価制度の抜本改革
3. 医療・介護提供体制
4. 改革工程表の着実な実施

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。

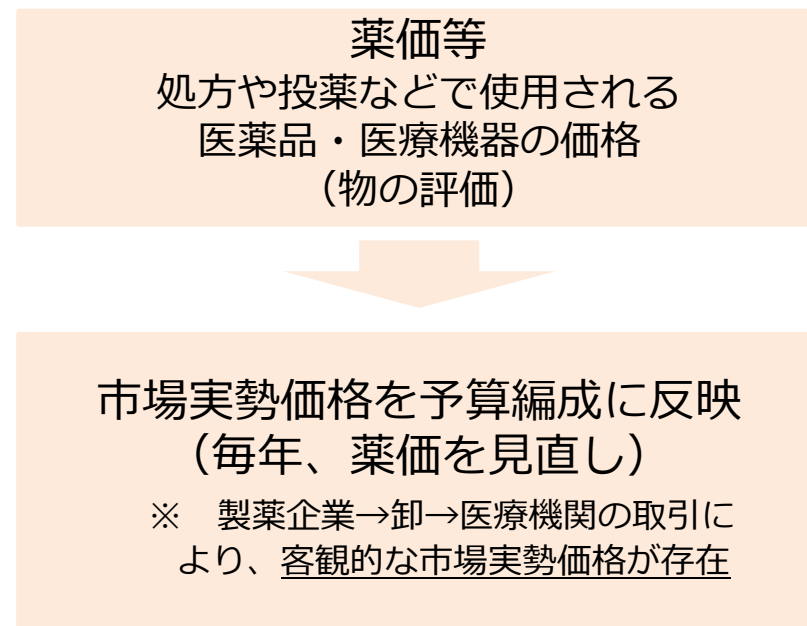
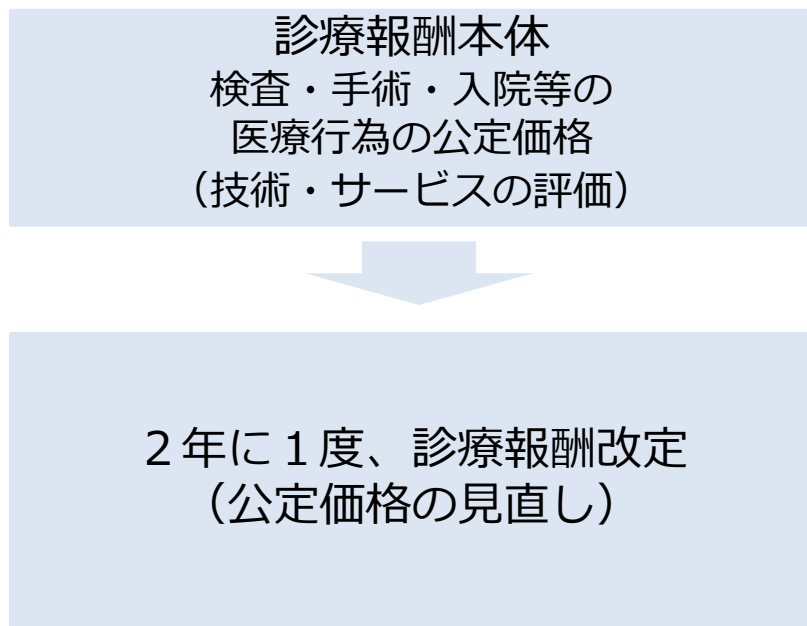
医療機関の地域連携強化に向けたこれまでの診療報酬改定内容を検証するとともに、地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携を更に後押しするため、患者の状態像に即した適切な医療・介護を提供する観点から、報酬水準、算定要件など入院基本料の在り方や介護医療院の介護報酬・施設基準の在り方等について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。

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。

診療報酬制度について

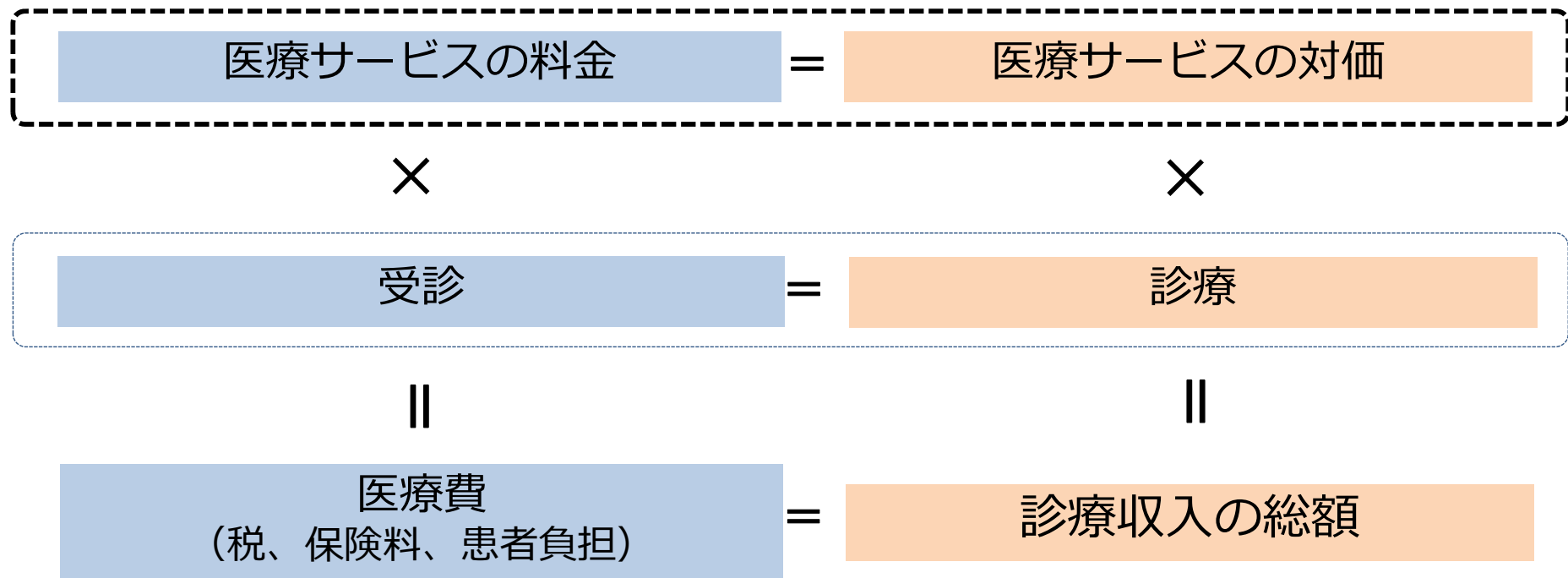
- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬のうち、
 - ① 医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（**診療報酬本体**）については、2年に一度、個別診療行為の公定価格が見直されており（診療報酬改定）、30年度は改定の年度にあたる。
 - ② 薬の値段等の「物の価格評価」（**薬価等**）については、従来は2年に1度の見直しであったが、今後、市場実勢価格をより適時に反映する観点から、毎年価格を見直し（薬価制度の抜本改革）。
- **診療報酬本体**は、予算編成過程を通じて**内閣が決定した改定率を所与の前提として、中央社会保険医療協議会において、初再診料、各種入院基本料、各種検査・手術など4千以上の診療報酬項目の点数設定や算定条件について審議**を行い、改定がなされる。



診療報酬改定にあたっての基本的視点

- 「診療報酬」とは医療サービスに対する公定価格であるため、医療機関から見れば収入となるものである一方、国民から見れば受診にかかる「料金」に相当する。また、その総額である「医療費」は、国民の保険料・税・自己負担で賄われることとなる。
- 診療報酬改定にあたっては、こうした点を踏まえ、国民（患者、被保険者、納税者）の負担に与える影響を十分に考慮する必要がある。

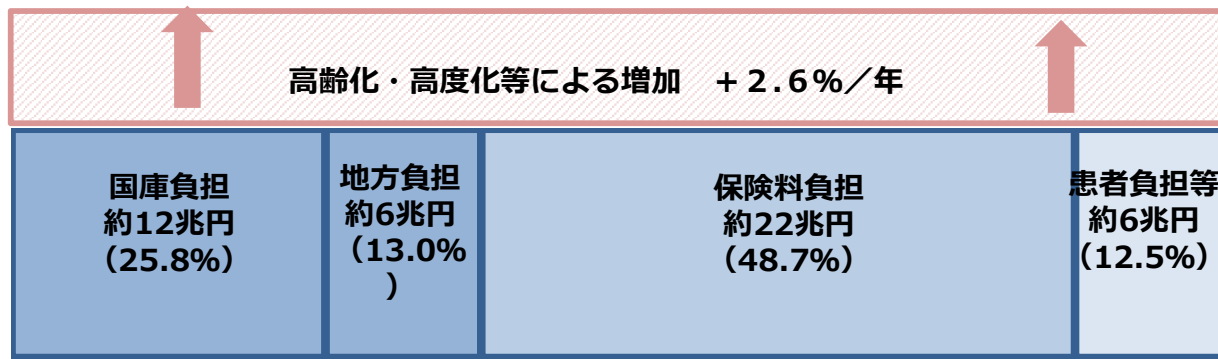
(診療報酬の2つの側面)



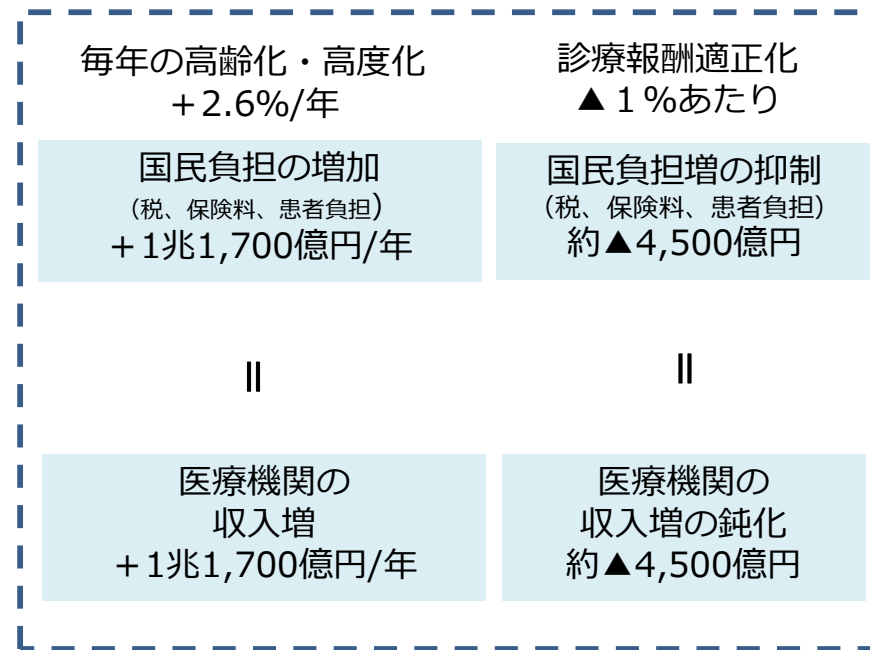
医療費の財源・費用構造内訳

- 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。

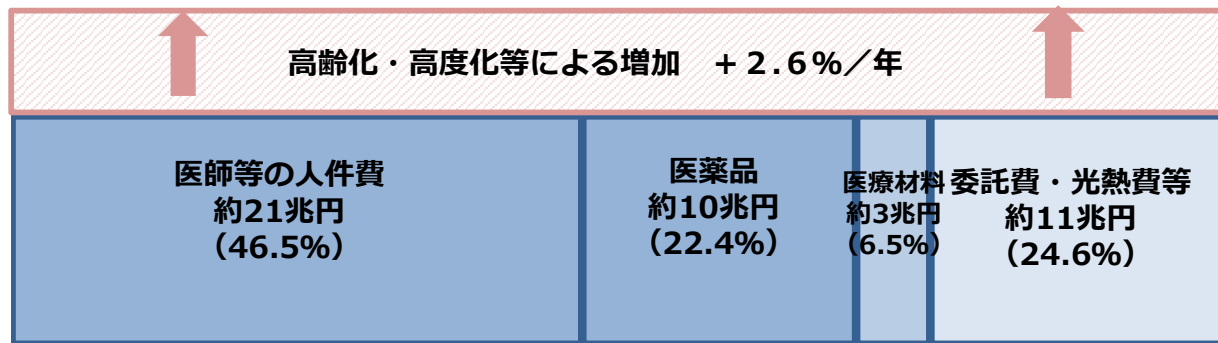
◆ 医療費の負担構造（国民への影響）



診療報酬改定



◆ 医療機関の費用構造（医療機関への影響）



診療報酬改定

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

診療報酬(本体)改定率・薬価改定率

(年度)

	1986 (S61)	1988 (S63)	1989 (H元)	1990 (H2)	1992 (H4)	1994 (H6)	1996 (H8)	1997 (H9)	1998 (H10)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	▲1.6%	▲2.9%	(+0.65%)	▲2.7%	▲2.5%	▲2.12%	▲2.6%	▲0.87% (+0.45%)	▲2.8%
診療報酬本体改定率 (B) (自然増への上積み)	+2.3%	+3.4%	(+0.11%)	+3.7%	+5.0%	+4.8%	+3.4%	+1.25% (+0.32%)	+1.5%
医療費に与える影響 (A)+(B)	+0.7%	+0.5%	(+0.76%)	+1.0%	+2.5%	+2.7%	+0.8%	+0.38% (+0.77%)	▲1.3%

(年度)

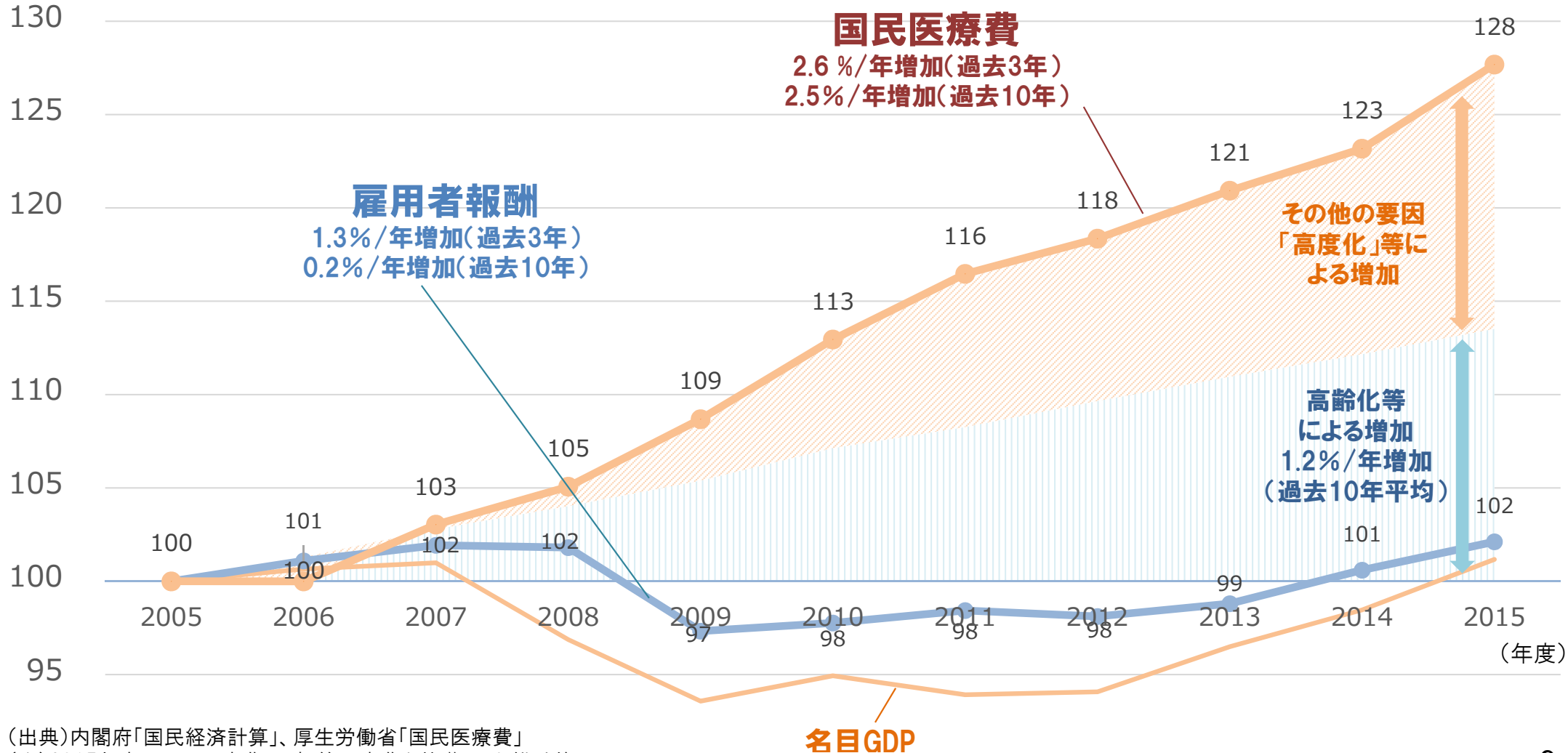
	2000 (H12)	2002 (H14)	2004 (H16)	2006 (H18)	2008 (H20)	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	▲1.7%	▲1.4%	▲1.0%	▲1.80%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.375%	▲0.63% (+0.73%)	▲1.33%
診療報酬本体(B) (自然増への上積み)	+1.9%	▲1.3%	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%	+0.73% (+0.63%)	+0.49%
医療費に与える影響 (A)+(B)	+0.2%	▲2.7%	▲1.0%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.004%	+0.1% (+1.36%)	▲0.84%

※ ()内は、消費税対応分。

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。

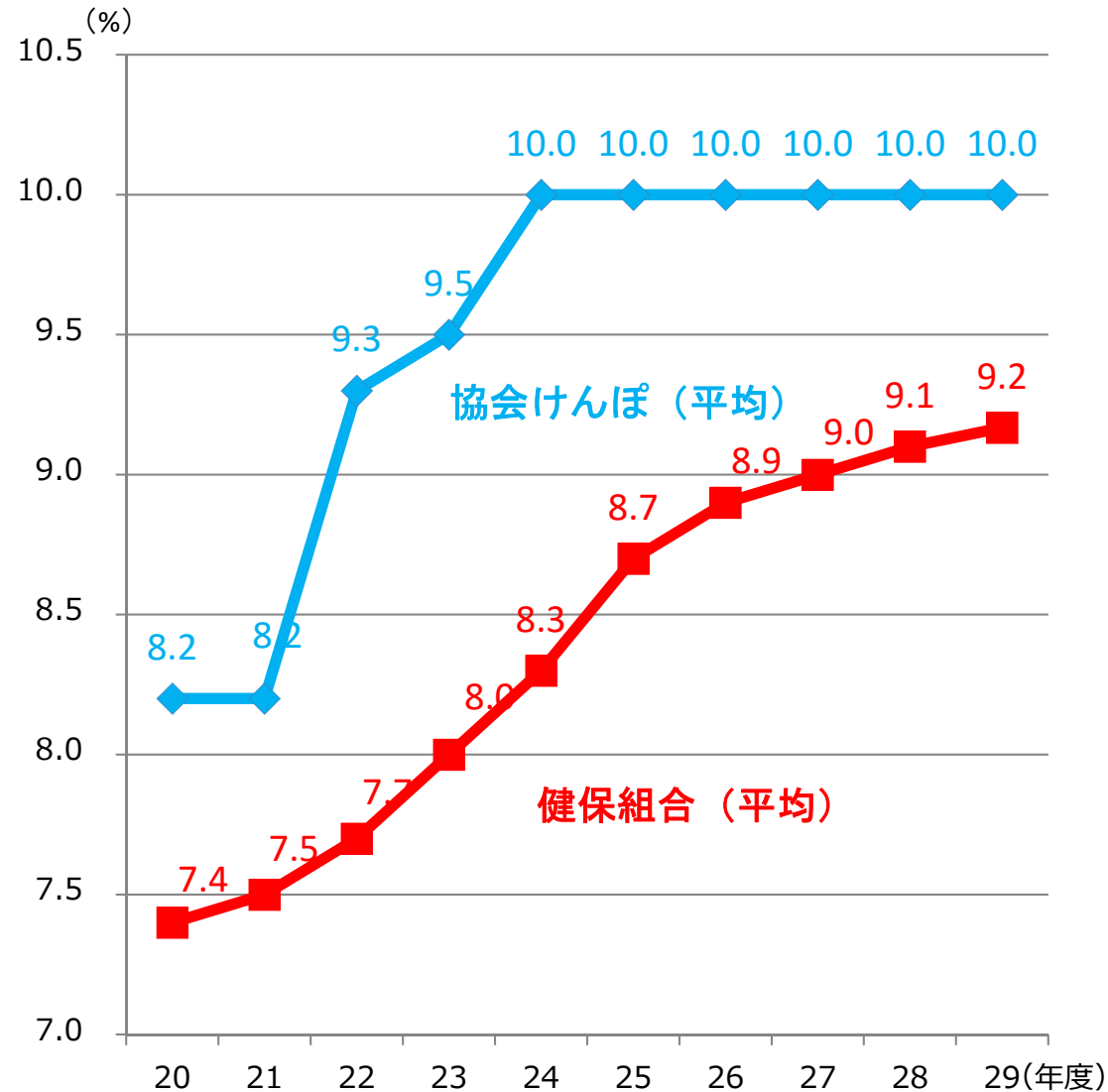
2005年(平成17年)=100



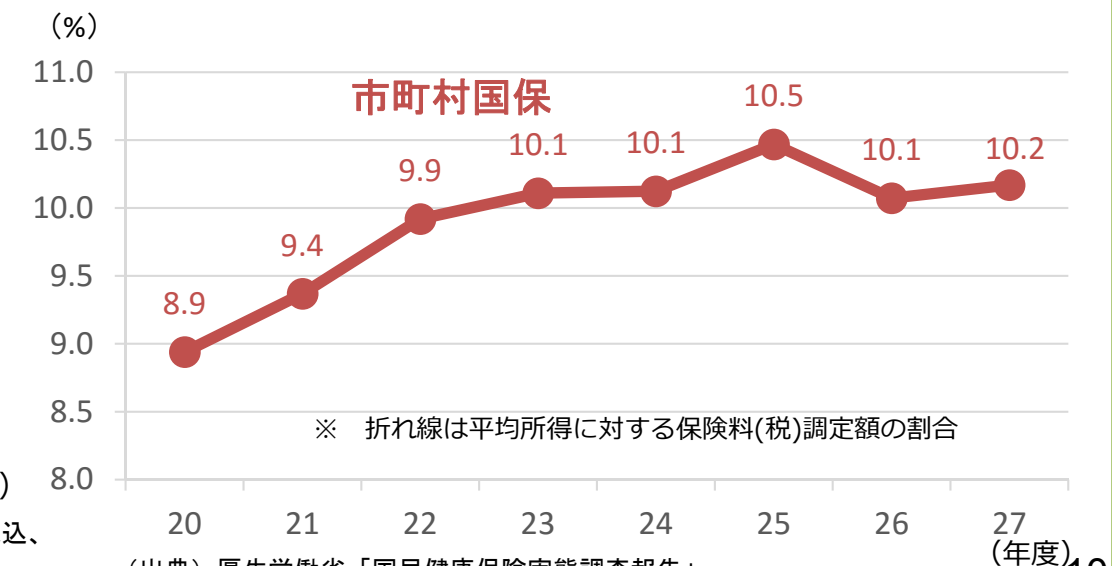
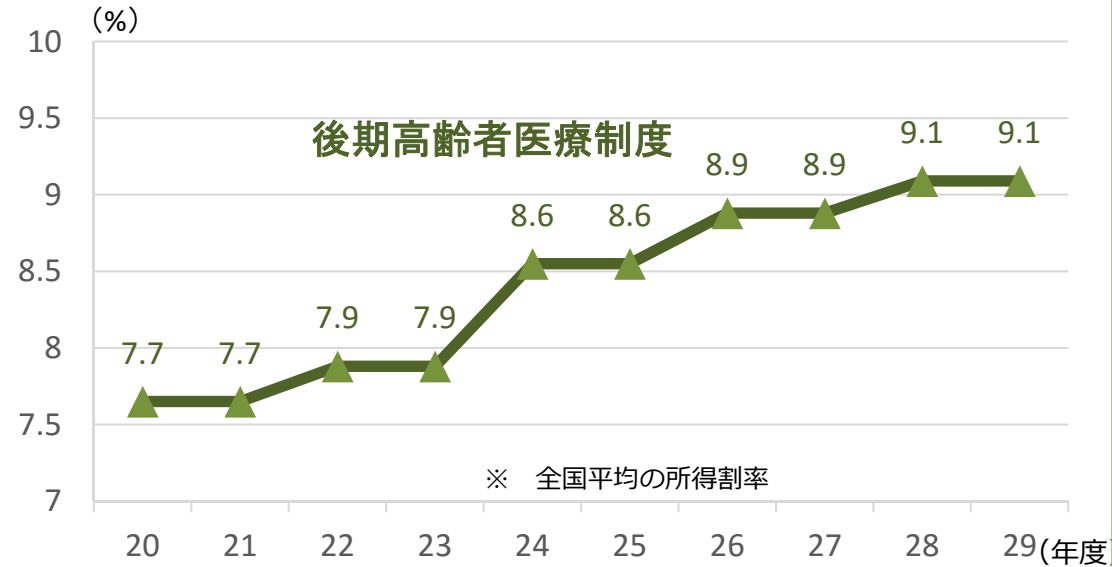
(出典)内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」
(注)2015年度の国民医療費は、概算医療費を基礎にした推計値。

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。



※ 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、12年度～26年度は決算、27年度は決算見込、28年度は予算、29年度は予算早期集計による。

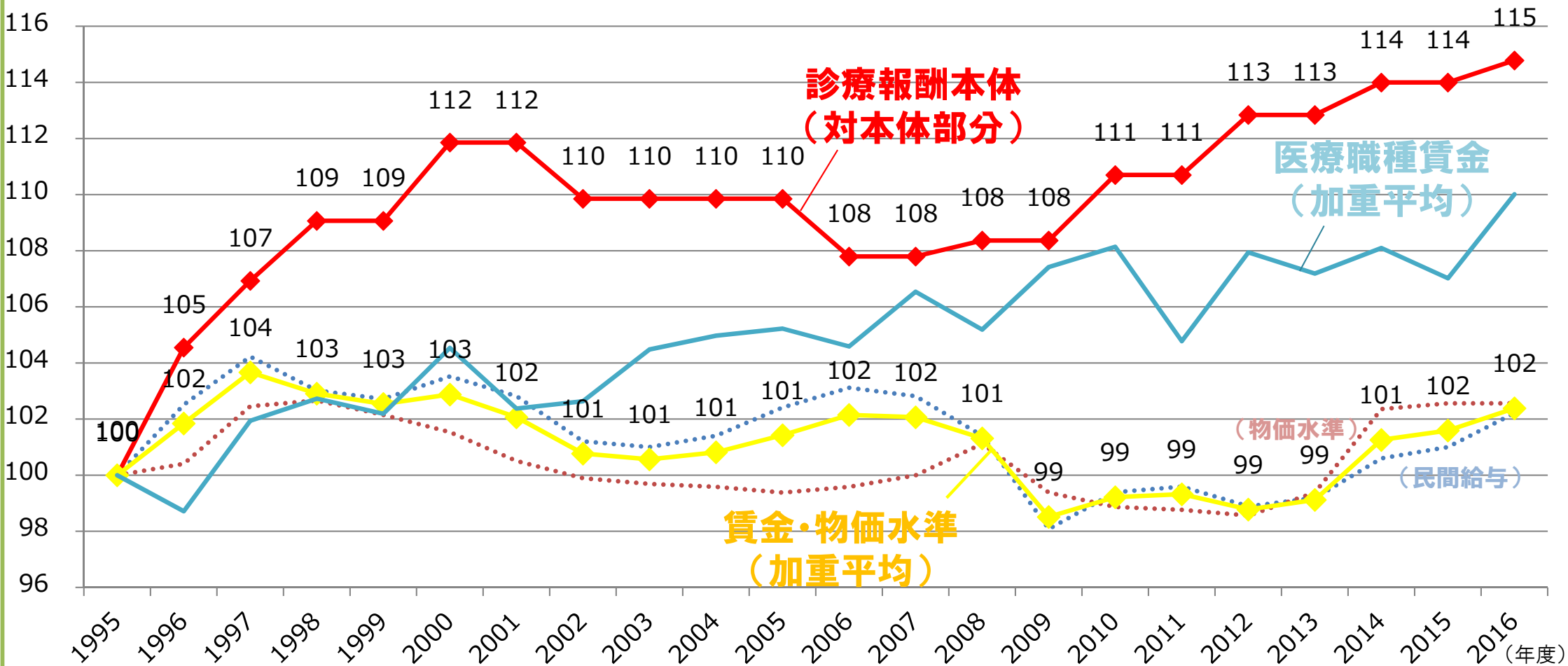


(出典) 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

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。

1995年(平成7年)=100



※ 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である。

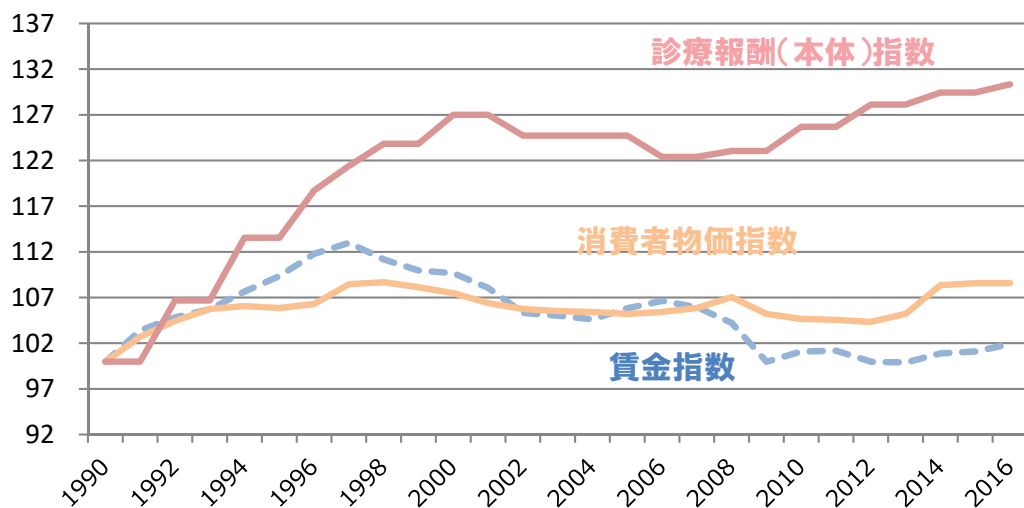
※ 医療職種賃金(加重平均)は、各年の職種別の給与(決まって支給する給与額)について、各年の職種別医療従事者数より加重平均し、指数化したもの。なお、理学療法士・作業療法士の平成7～8年の給与額、各職種の平成26年度の従事者数は直近年からの推計値。

※ 「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。

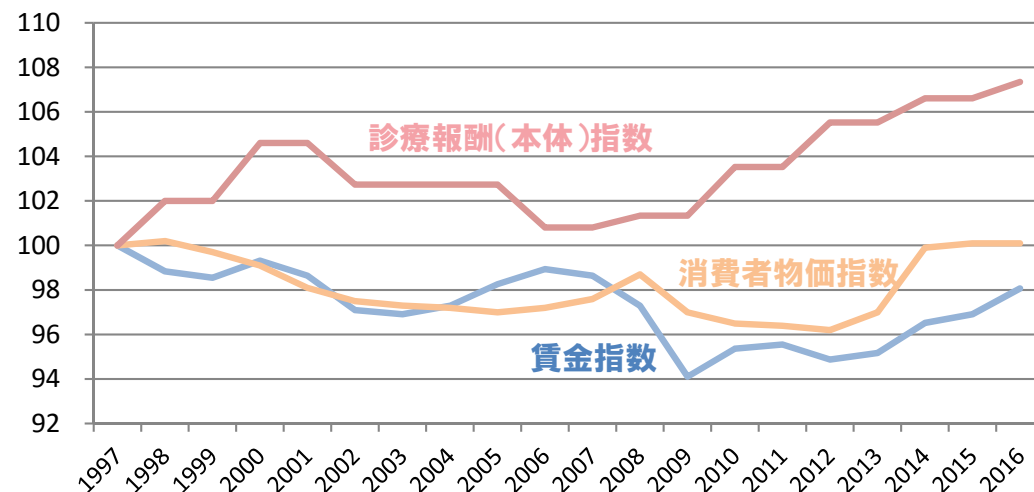
(出典) 厚生労働省発表の診療報酬改定率、厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数(現金給与総額、事業所規模30人以上)、総務省統計局「消費者物価指数年報」による。

(参考)診療報酬本体と賃金・物価の動向

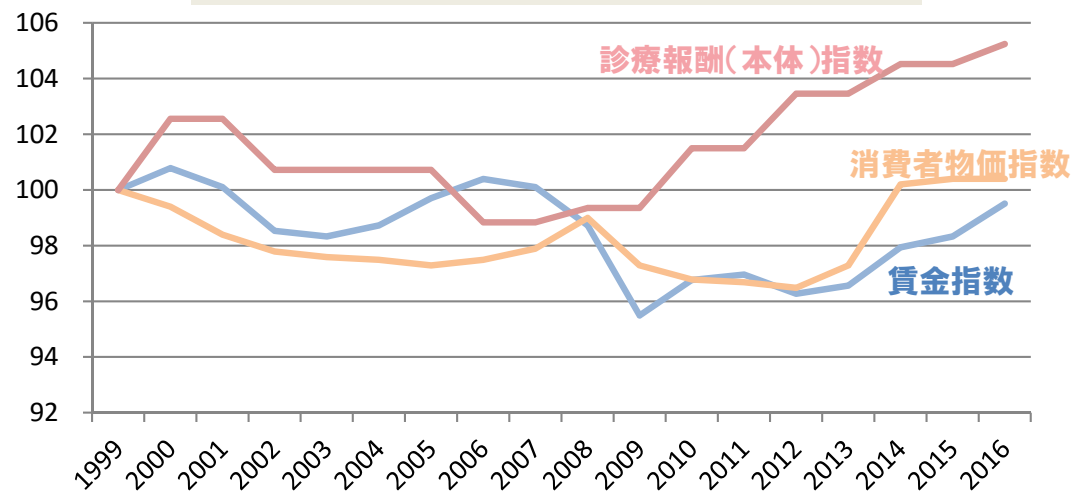
基準年＝1990年



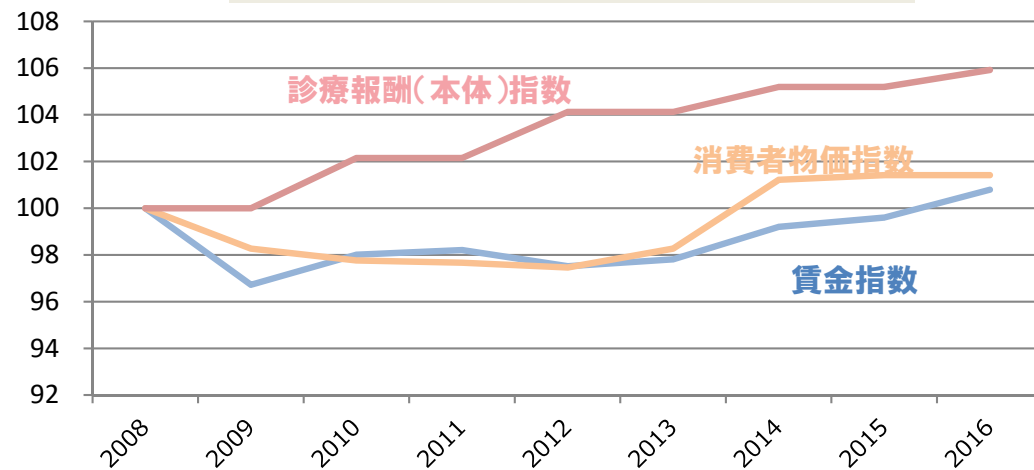
基準年＝1997年
(アジア通貨危機、金融危機)



基準年＝1999年
(CPI対前年マイナスの初年)



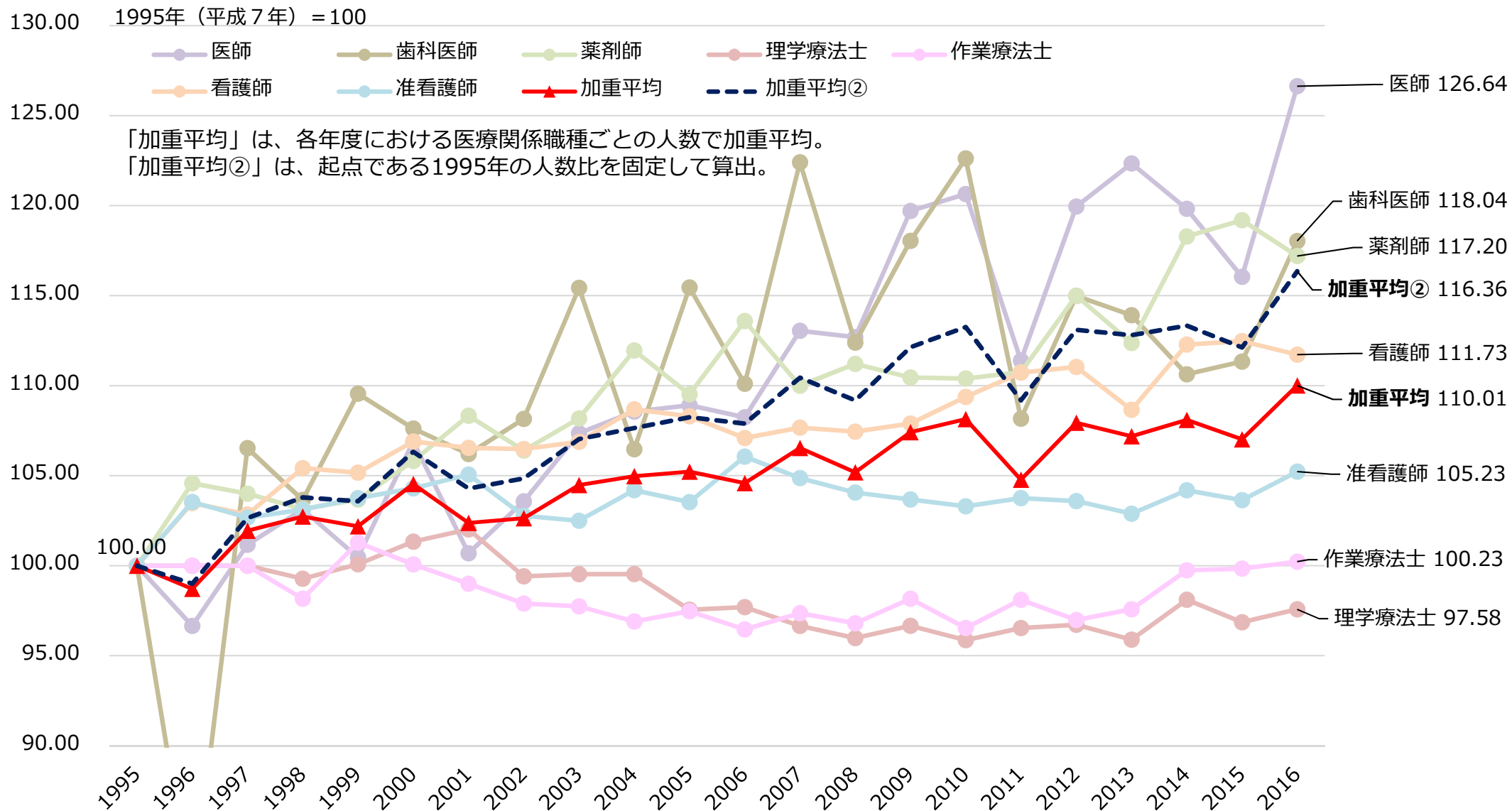
基準年＝2008年
(リーマンショック)



※ 賃金指数は、事業所規模30人以上の一般労働者の現金給与総額(基準年を1990年とするもののみ、データの制約からパート労働者を含む)。(出典) 厚生労働省発表の診療報酬改定率、厚生労働省「毎月勤労統計調査」、総務省統計局「消費者物価指数年報」による。

(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. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 適切な医療提供体制の構築
(地域医療構想の実現等)
 - (3) 調剤報酬の改革
2. 薬価制度の抜本改革
3. 医療・介護提供体制
4. 改革工程表の着実な実施

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。

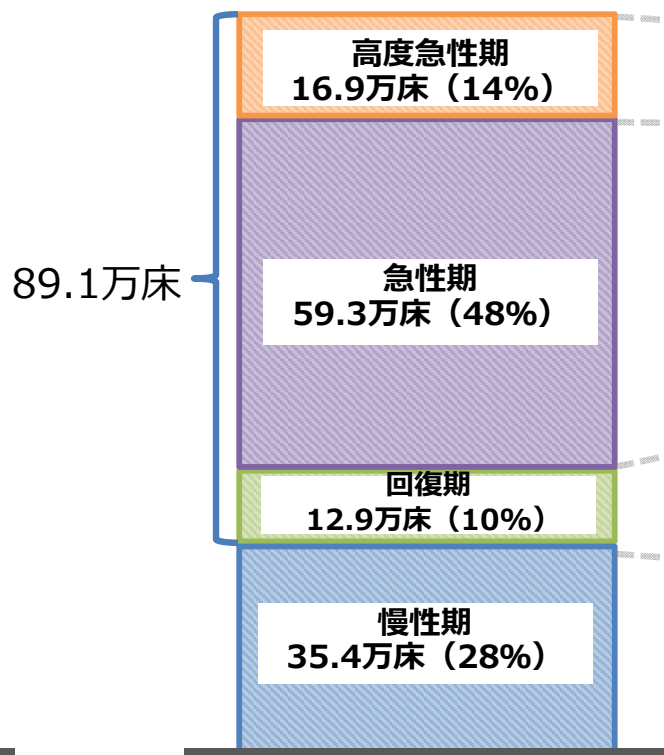
【2013年の許可病床数】

合計 134.7万床



【足元の病床機能報告】

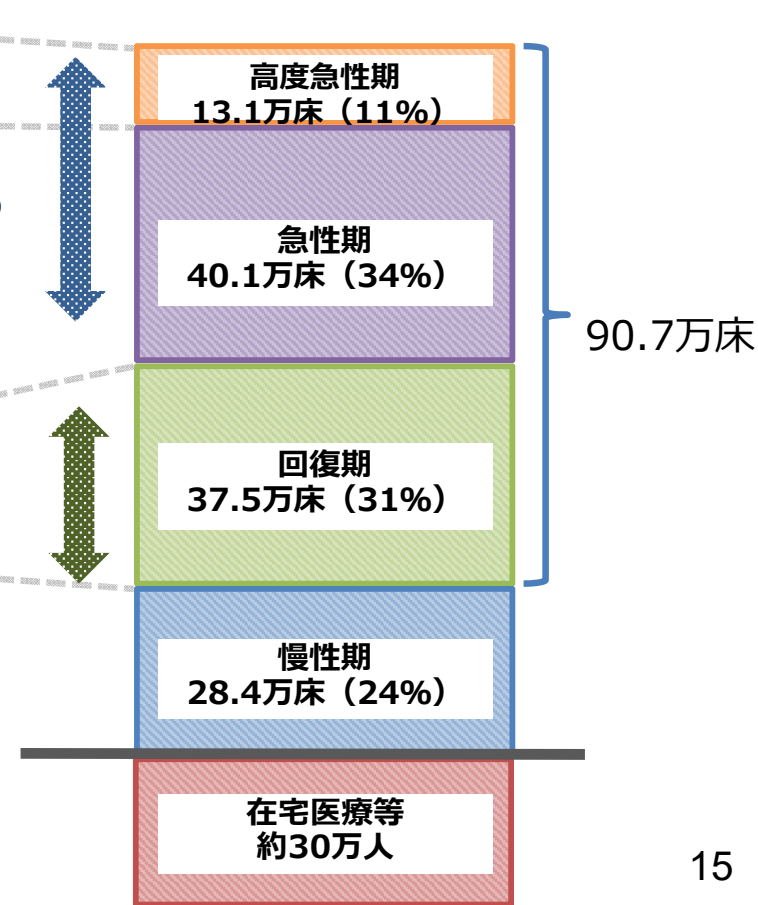
合計 124.5万床



※ 約2.6万床が未報告
(平成27年度病床機能報告)

【2025年の病床の必要量】

合計 119.1万床



約30%
縮減

約191%
増加

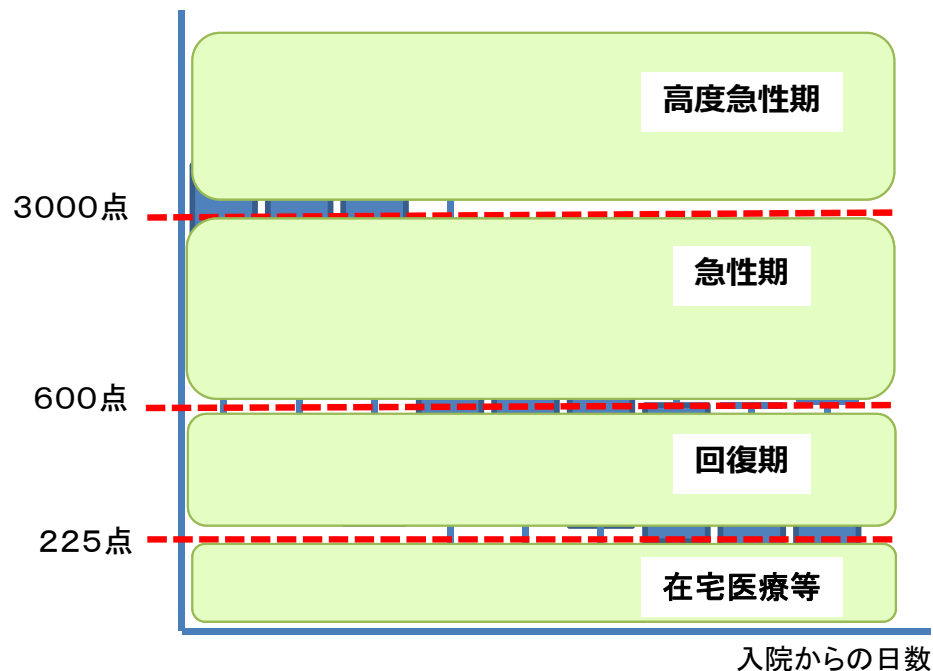
(参考)地域医療構想の概要

- 地域医療構想に盛り込まれる病床数については、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が「地域医療構想ガイドライン」にそって、実際の診療データや地域の将来の年齢別人口等を基礎に、二次医療圏ごとに推計。

高度急性期、急性期、回復期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 実際の診療データに基づき、全患者の1日当たり医療資源投入量を入院経過日数順に並べ、基準に該当する患者数(人・日)を合算。これにより得られる医療需要を病床数に換算。

医療資源投入量



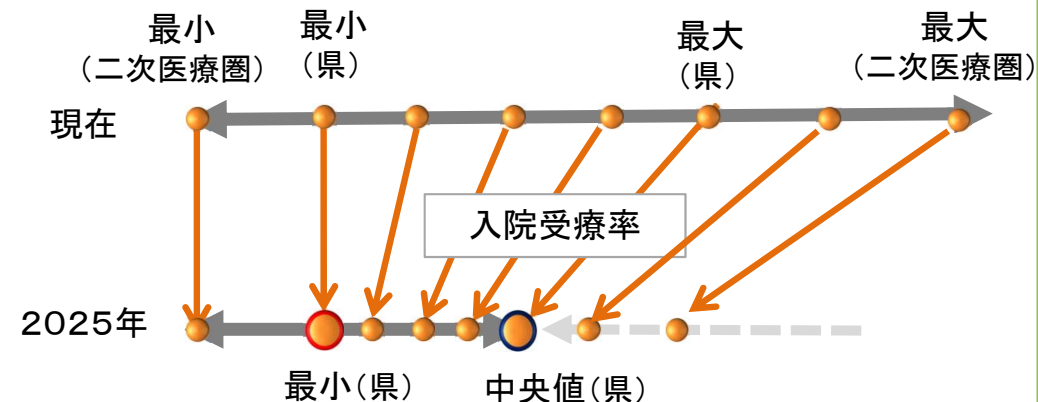
※「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(平成27年6月15日)提出資料を基に作成

慢性期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 療養病床の入院受療率に現在、地域差があることから、例えば、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、地域差を解消。

【地域差解消手法の基本例】

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。



地域医療構想の実現に向けて実行すべき施策

30年度診療報酬・介護報酬改定の課題

診療報酬・介護報酬

- 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（19ページ）
- 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（73ページ）

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（KPI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

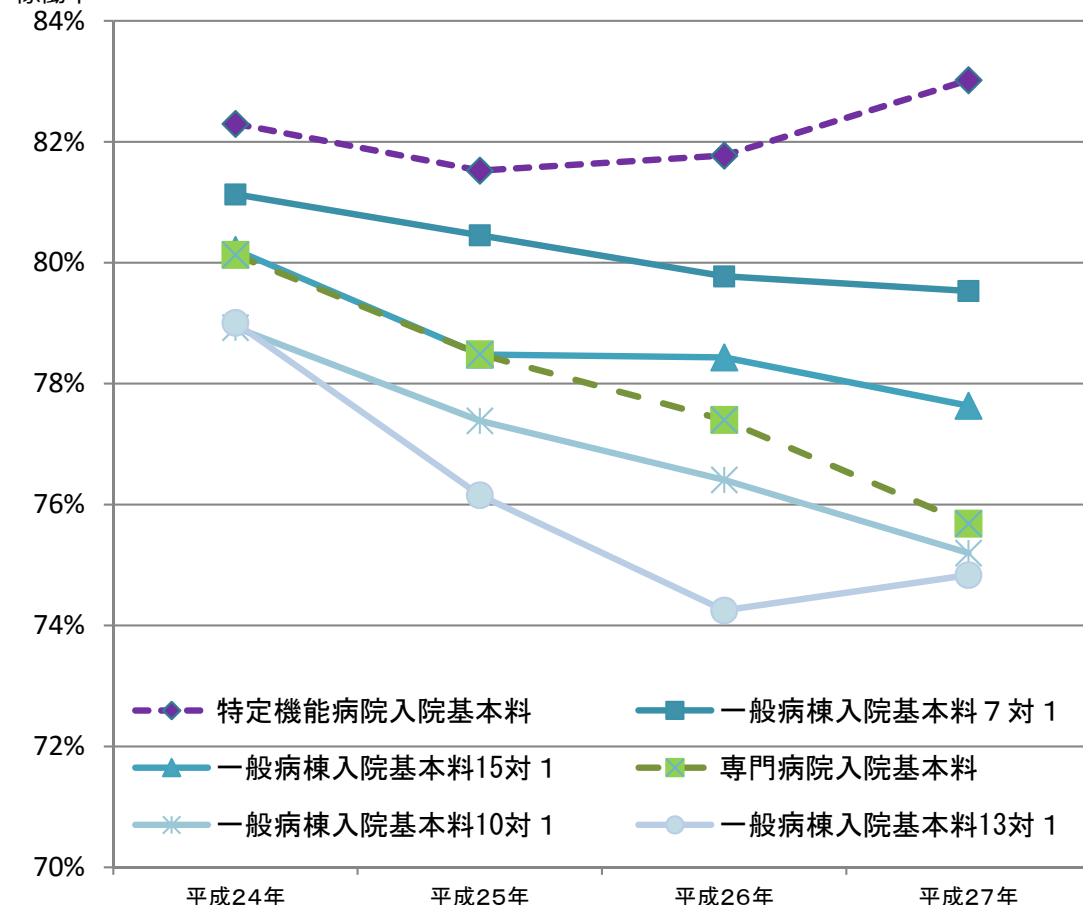
- 慢性期病床の地域差縮減等と受け皿整備の整合性確保
 - 慢性期病床を受け皿（在宅医療や介護施設等）に転換していくにあたり、都道府県や市町村が連携し、医療・介護を通じて慢性期病床の地域差縮減と受け皿の整備が整合的に進む枠組みとしていくべき。

病院の稼働実態を踏まえた対応の在り方

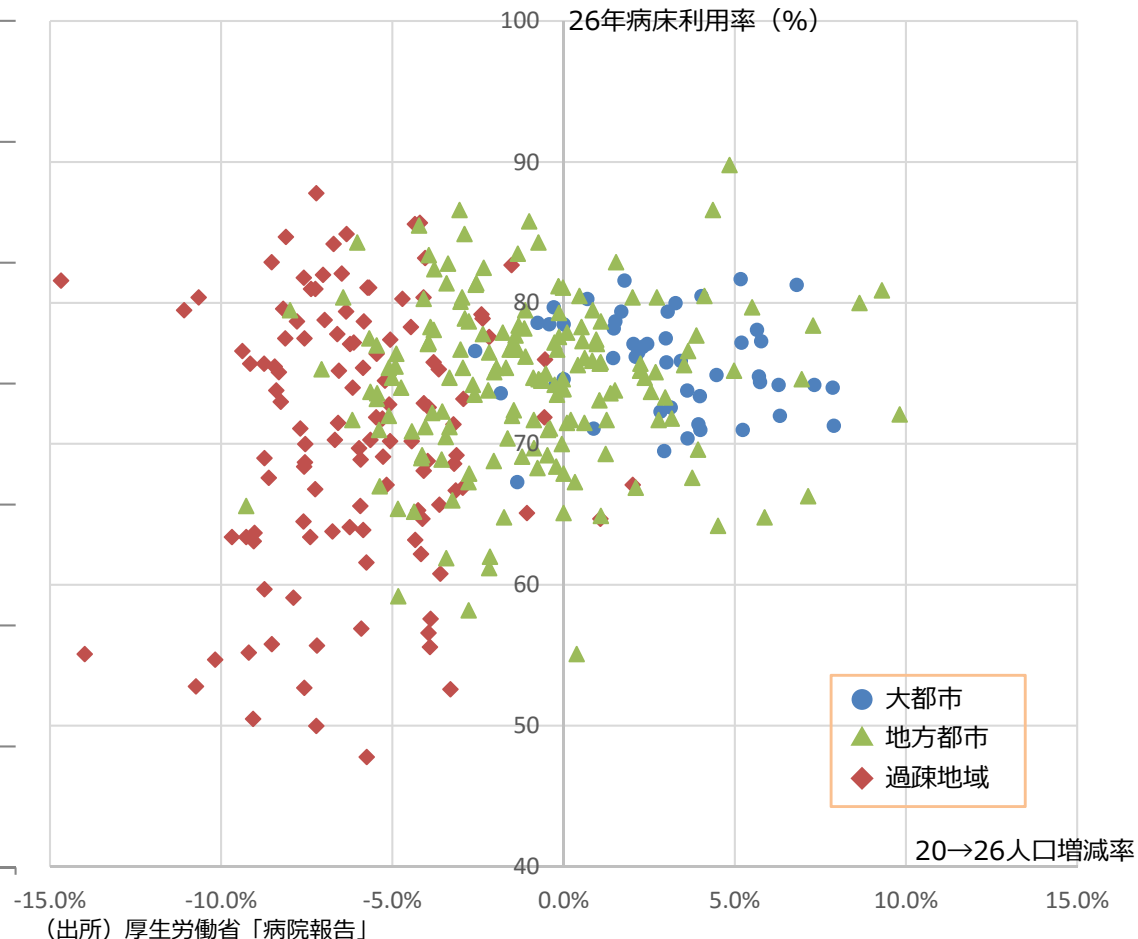
【論点】

- 一般病棟入院基本料の稼働率を見ると、近年低下傾向にある。
- また、二次医療圏ごとに見ると過疎地ほど人口の減少が進展しており、病床利用率の低い医療圏が相当程度存在。
- こうした実態は、医療機関の経営にも一定程度の影響を与えるものと考えられる。

稼働率 ◆ 一般病棟入院基本料の稼働率の推移



◆ 二次医療圏別病床利用率の分布



【改革の方向性】 (案)

- 地域の医療ニーズの変化や減少による経営課題への対応については、
 - ① 全国一律の診療報酬単価の調整を行うことは、地域ごとの状況に応じたきめ細やかな対応ができず、地域医療構想の実現にもつながらないため、適当ではなく、
 - ② むしろ、地域ごとの医療ニーズの現状や見通し（地域医療構想等）を踏まえつつ、地域医療介護総合確保基金による必要な支援を通じて、病床機能の転換やダウンサイジング等により対応していくべきではないか。

急性期病床の適正化(7:1入院基本料)

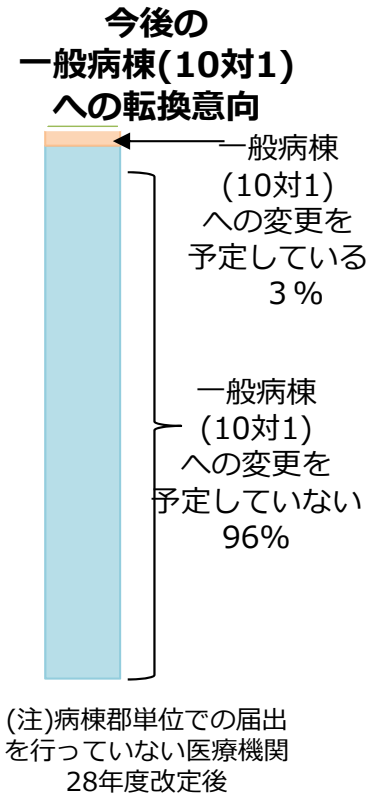
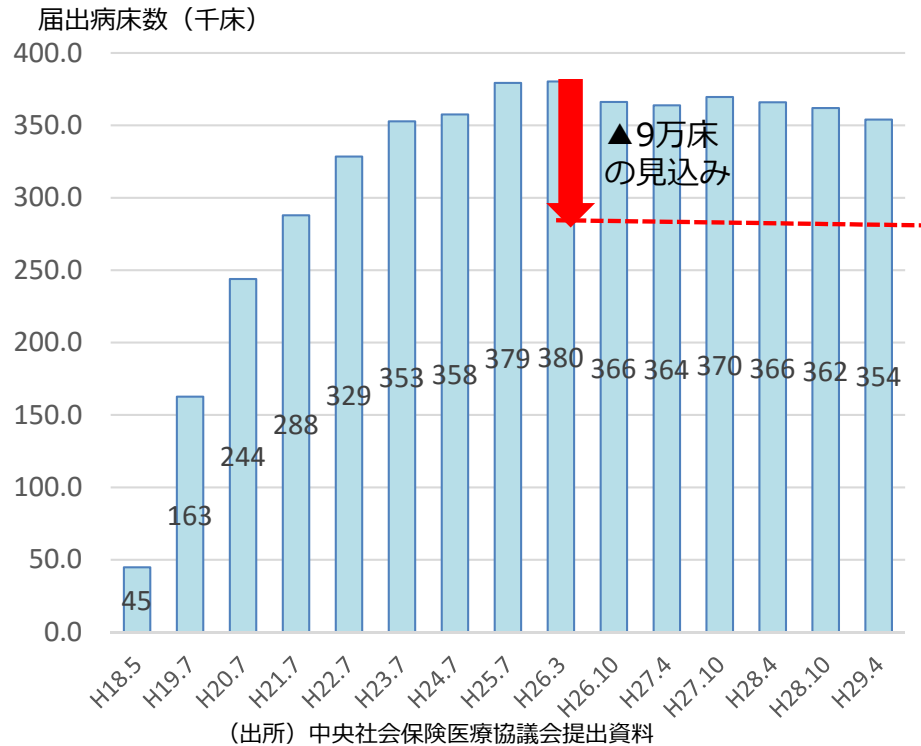
【論点】

- 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)

◆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)

- 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。

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。

基準	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 あるいは C得点1点以上
A	モニタリング及び処置等
1	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
4	心電図モニター管理
5	シリンジポンプ管理
6	輸血や血液製剤管理
7	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管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 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抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療)
8	救急搬送後の入院(2日間)

1点

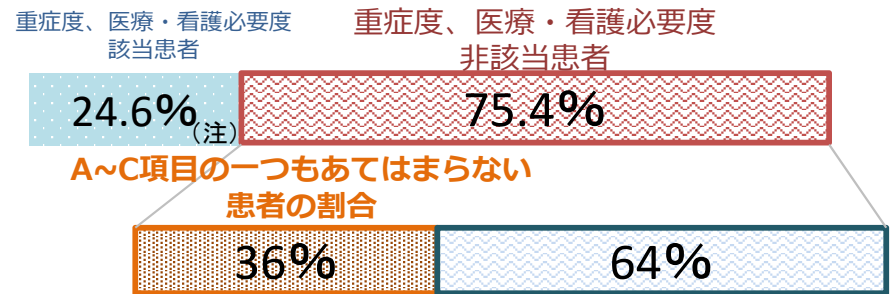
2点

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	22 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的筋断焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)

※状況に応じて0～2点

(出所) 中央社会保険医療協議会提出資料

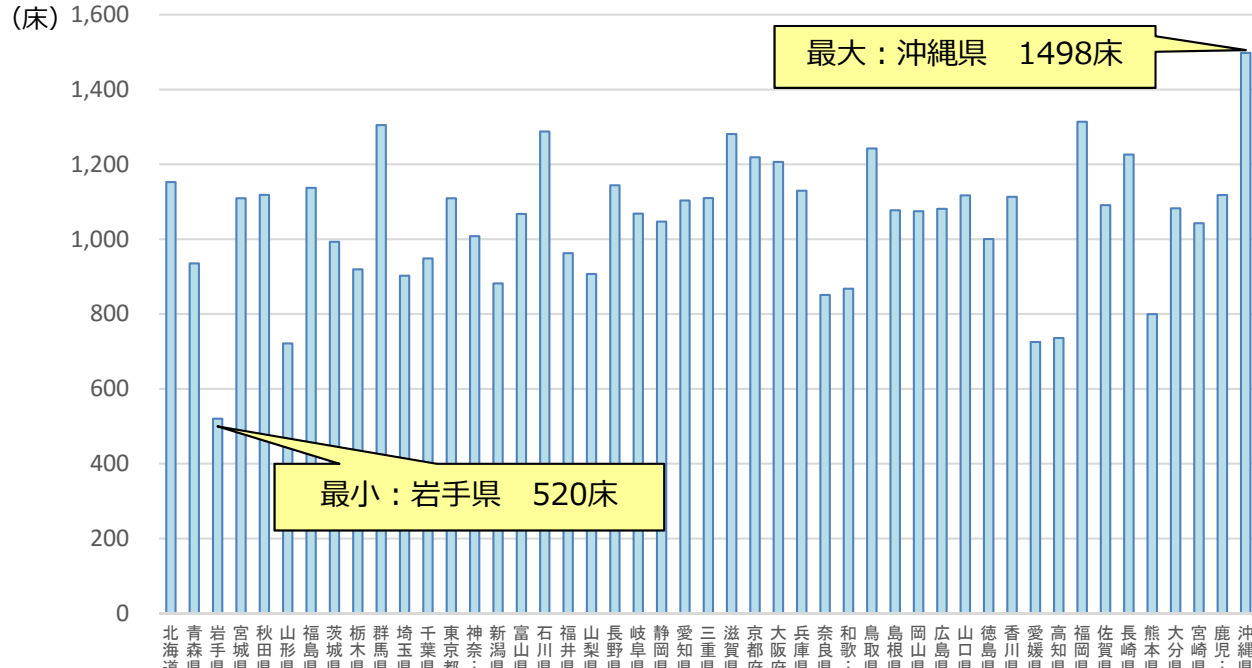
◆7対1病床の重症度、医療・看護必要度の該当状況



(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%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

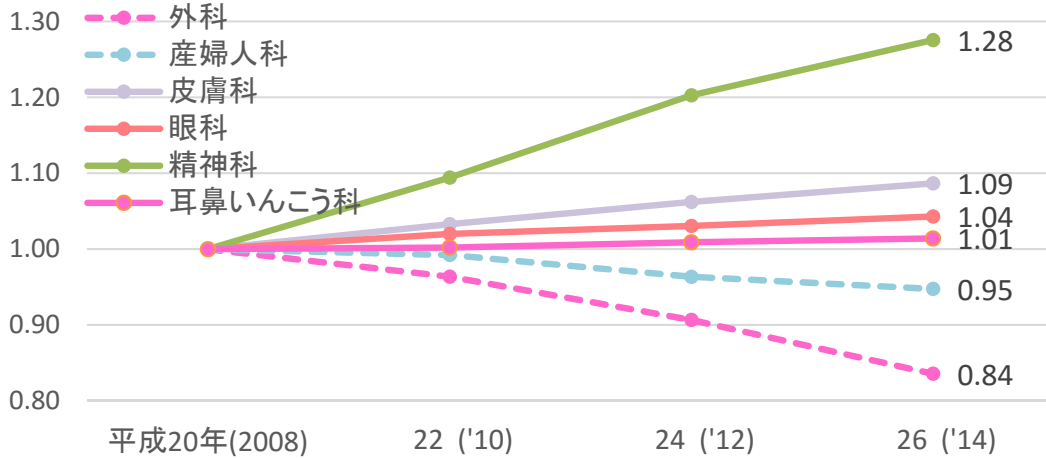
◆都道府県別 一般病棟7対1入院基本料届出病床数(65歳以上人口10万人あたり)



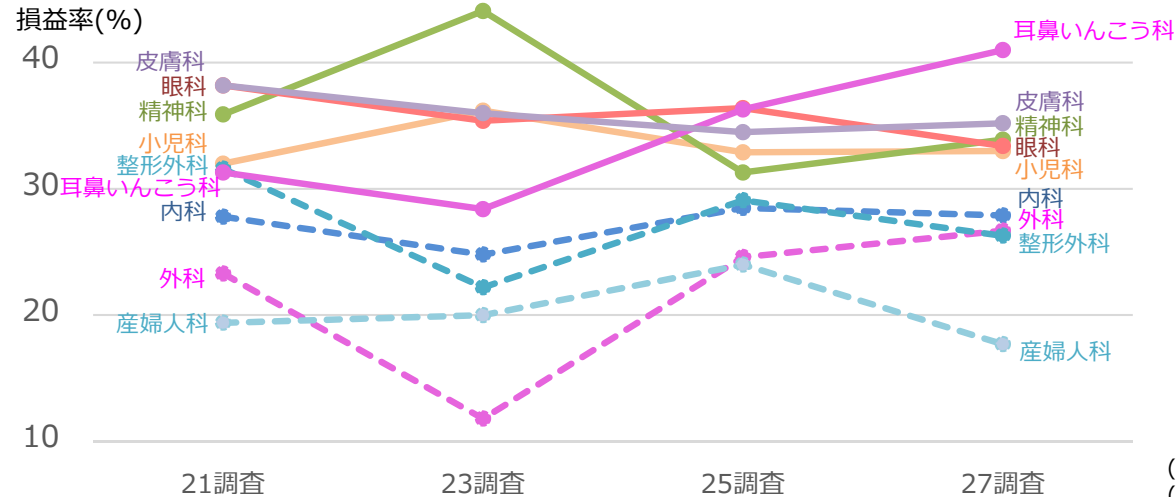
診療科偏在と診療報酬

- 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。

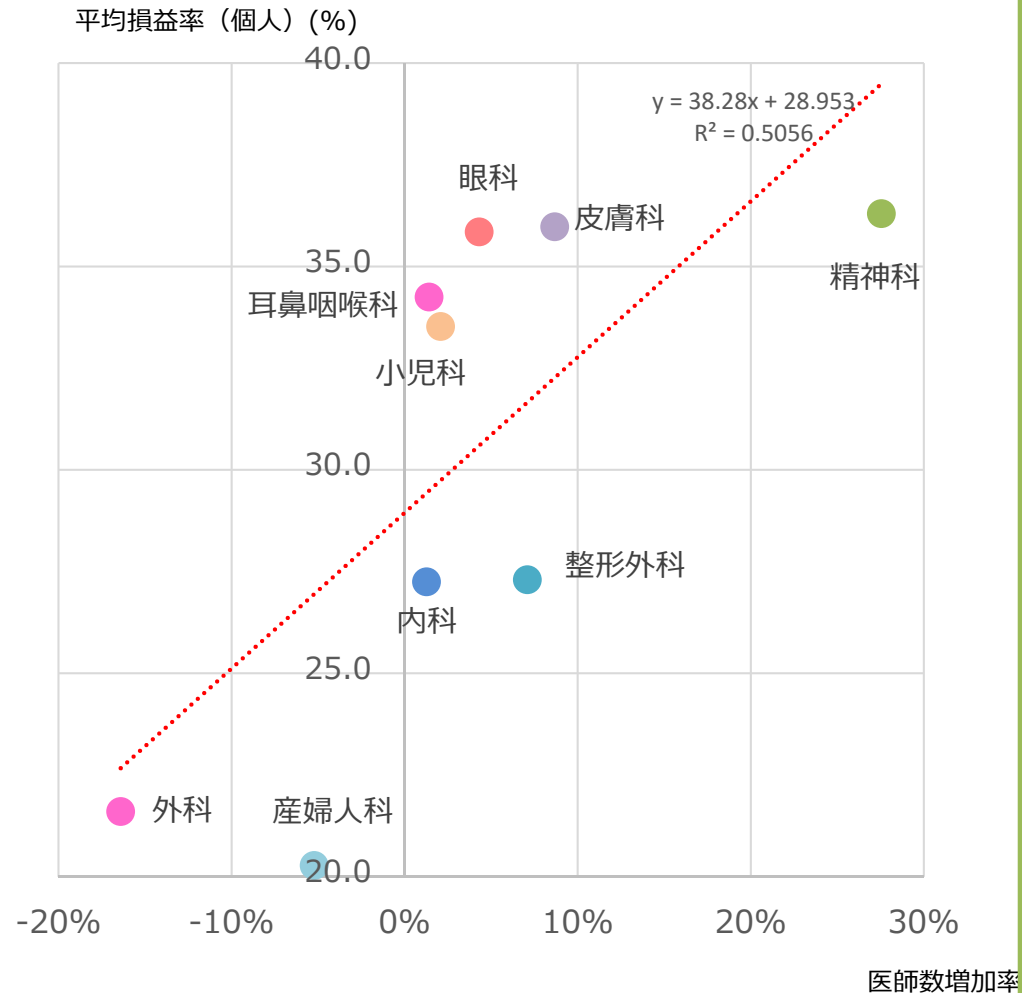
◆ 診療科別医師数の推移（2008年 = 1）



◆ 診療所損益率（個人）の推移



◆ 診療科別損益率と医師増加率



（出所）厚生労働省「医療経済実態調査」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」
 （注）医師数の増減は、平成20年から26年までの診療科ごとの診療所従事者医師数の増減。

（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。

医療

1. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 適切な医療提供体制の構築
(地域医療構想の実現等)
 - (3) 調剤報酬の改革**
2. 薬価制度の抜本改革
3. 医療・介護提供体制
4. 改革工程表の着実な実施

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）

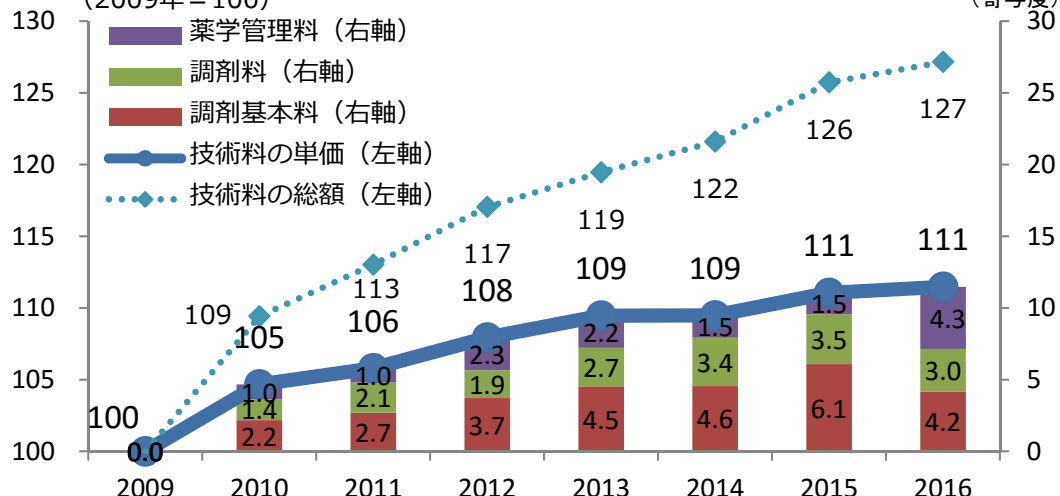
（単位：兆円）

	調剤医療費					
	技術料	調剤技術料		薬学管理料	薬剤料	
		調剤基本料	調剤料			
2006年度	1.3	0.35	0.74	0.26	3.4	4.7
2008年度	1.5	0.38	0.83	0.26	4.0	5.4
2010年度	1.6	0.43	0.92	0.30	4.4	6.1
2012年度	1.8	0.48	0.95	0.33	4.9	6.6
2014年度	1.8	0.49	1.00	0.33	5.4	7.2
2016年度	1.9	0.48	1.01	0.38	5.6	7.5

（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

処方せん1枚当たりの技術料（単価）の伸びとその要因

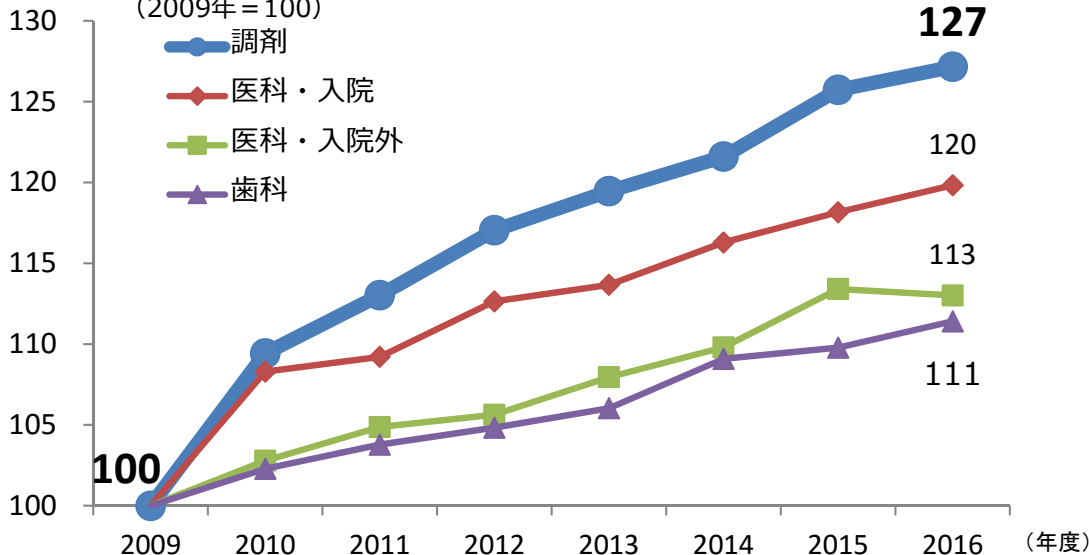
（2009年 = 100）



（出所）厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向～平成28年度版～」より作成

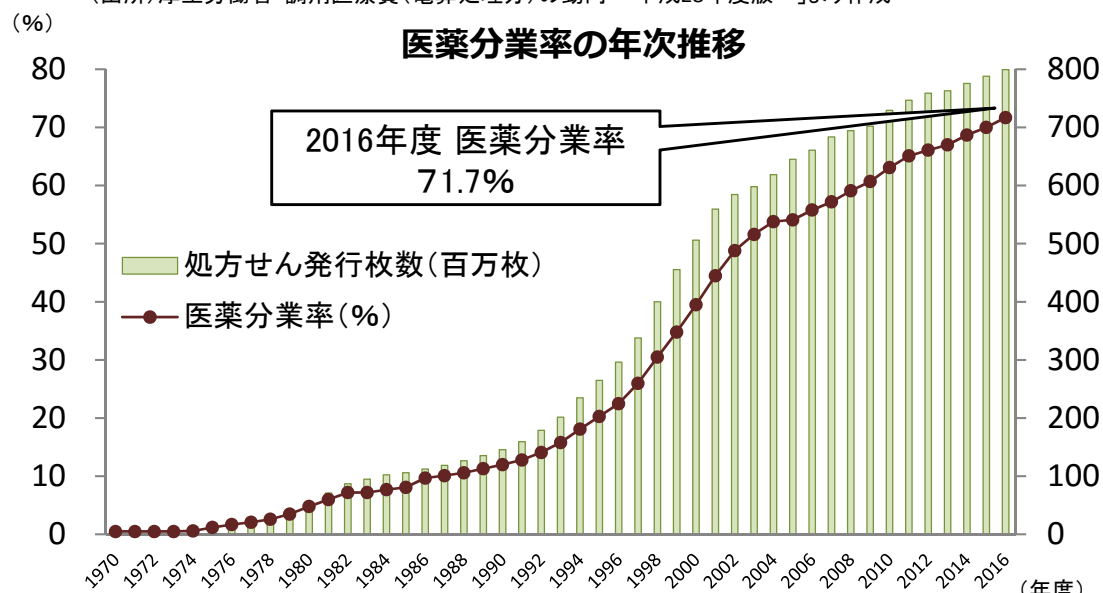
診療種類別の技術料の伸び（医科・歯科は推計値）

（2009年 = 100）



（出所）厚生労働省「平成28年度 医療費の動向」、「調剤医療費（電算処理分）の動向～平成28年度版～」、「社会医療診療行為別調査」より作成

医薬分業率の年次推移



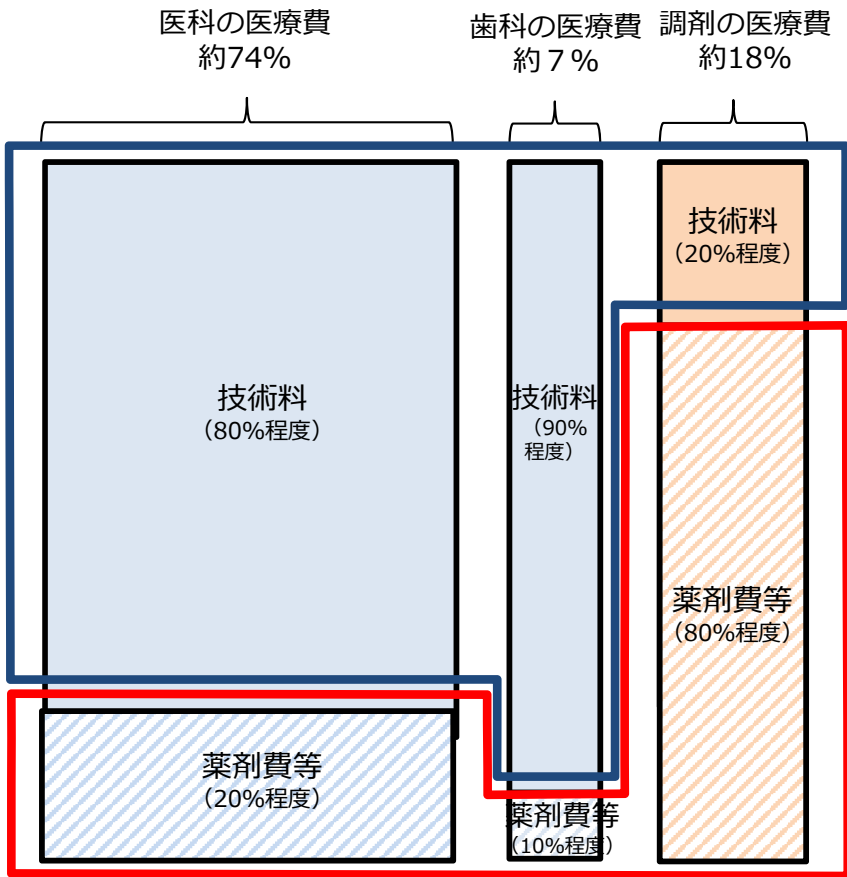
※医薬分業率(%) = $\frac{\text{処方せん枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$

（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

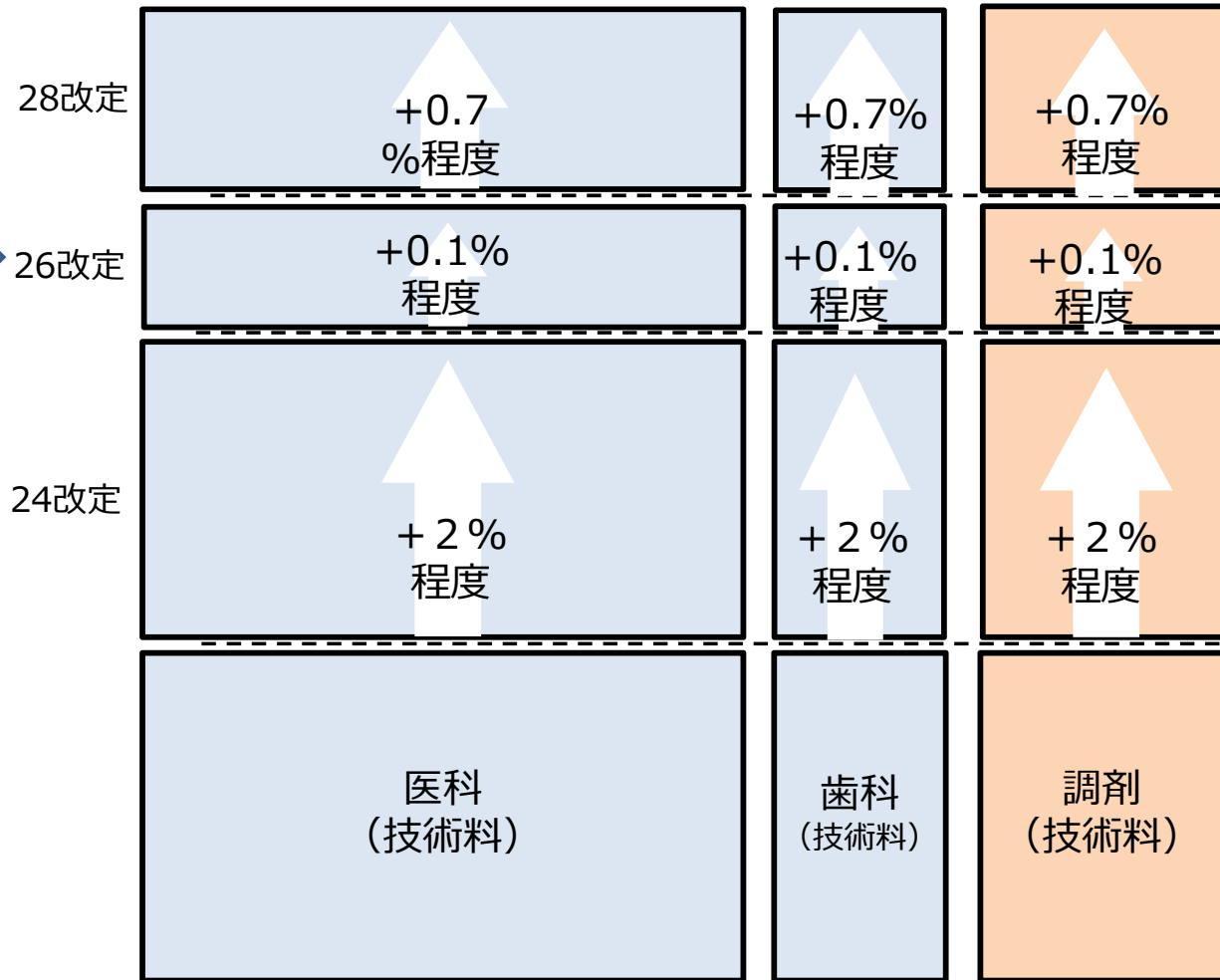
調剤報酬に対する改定率の設定

○ 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。

◆診療報酬の構造



◆診療報酬改定における各科の改定率の設定



1 : 1.1 : 0.3
 (各科の診療報酬全体に対する配分割合)

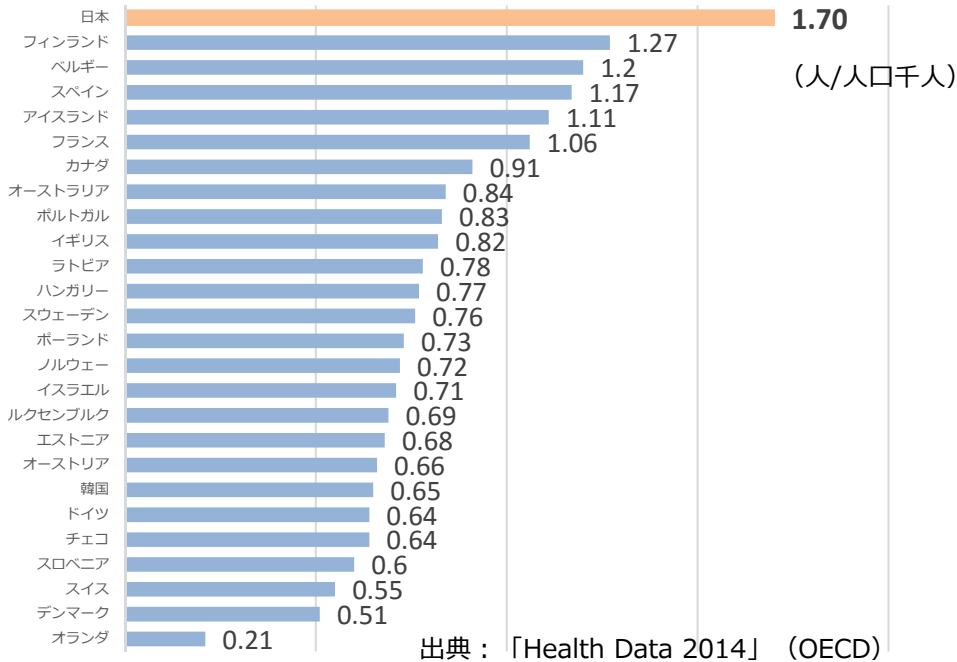
1 : 1 : 1
 (各科の技術料部分に対する配分割合)

(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

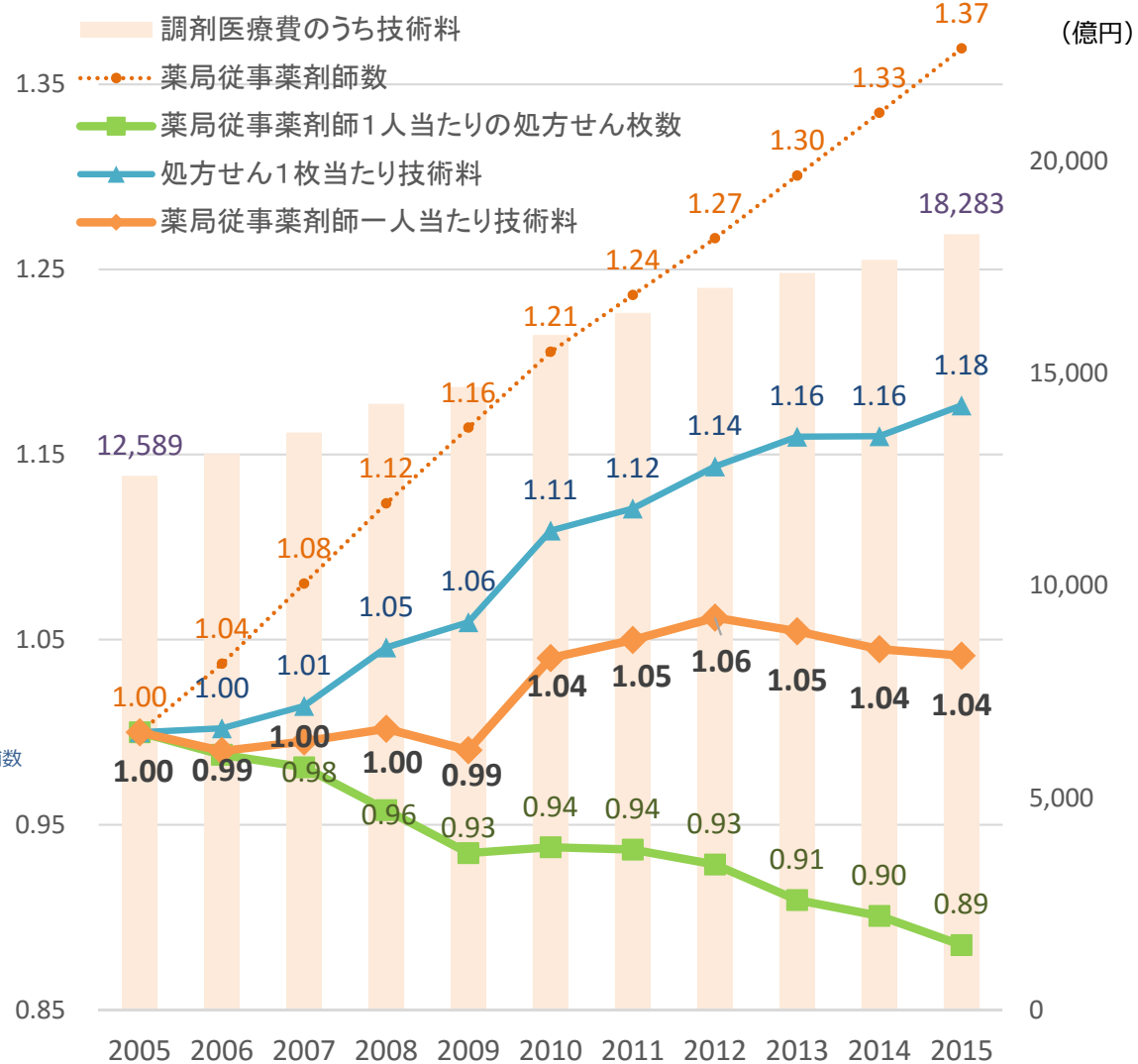
薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

- 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。

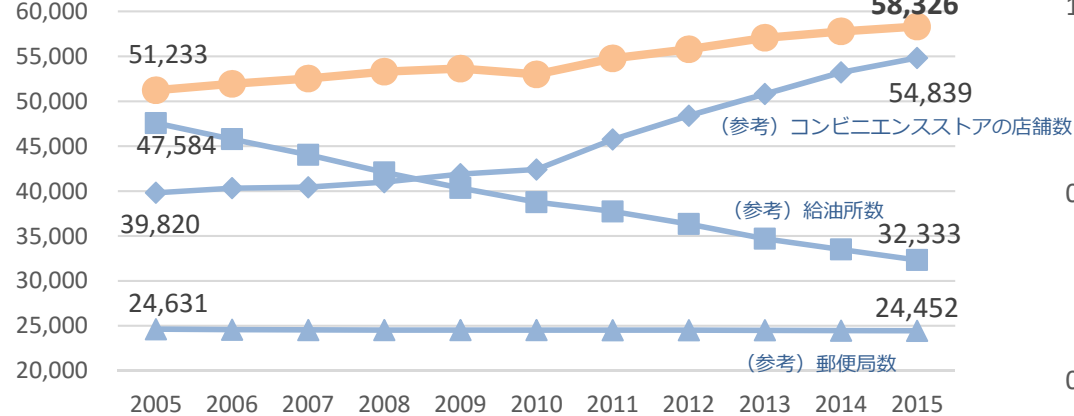
◆薬剤師数(対人口比)の国際比較(2014年)



◆薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移(2005年度=1)



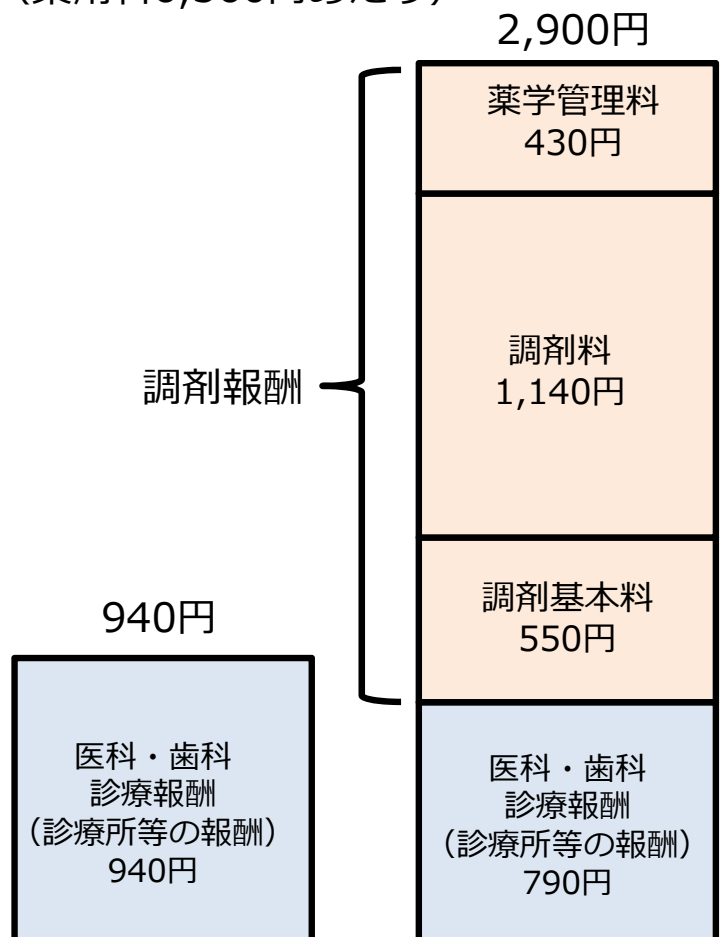
◆薬局数の推移



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。

◆ 1 処方の平均的な技術料 (薬剤料6,360円あたり)



「薬学管理料」 (0.4兆円)

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
- ・ 残薬の状況確認
- ・ お薬手帳への記載 (手帳を用いる場合)
- ・ 後発医薬品に係る情報提供

「調剤料」 (1.0兆円)

処方した薬剤の剤数や処方日数等に応じて算定

「調剤基本料」 (0.5兆円)

例) 調剤基本料 (狭義)

処方せん受付につき算定 (大型門前薬局は減算)

基準調剤加算

開局時間、構造設備、備蓄品数等に応じて加算

後発医薬品調剤体制加算

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	処方せん料 680円	剤数・日数に比例 院外処方の場合のみ
	長期投薬加算 650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	
	調剤料 90円	後発医薬品調剤体制加算 180円	
	その他加算 20円	調剤料 2,400円	
薬剤情報提供料等 130円	一包化加算 1,280円	向精神薬等加算 80円	薬剤服用歴管理指導料 380円
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。

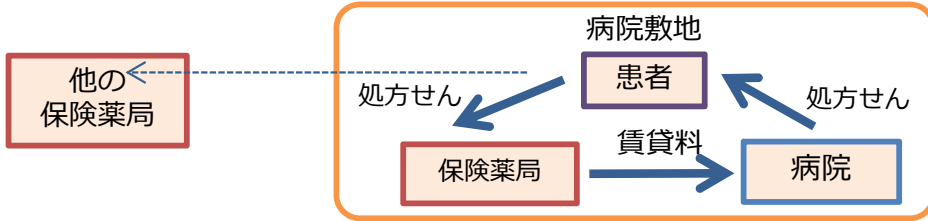
(注2) 事例は、平成27年3月12日「規制改革会議公開ディスカッション」にて日本医師会が提出した資料を抜粋したものであり、平成28年度診療報酬改定を踏まえて一部修正。

(参考)薬局を取り巻く昨今の情勢

いわゆる「門内薬局」の動き

規制緩和後、医療機関の至近に開店して処方箋を応需するいわゆる「門前薬局」に加えて、医療機関と賃貸借契約を締結して病院等の敷地内に保険薬局（いわゆる「門内薬局」）を誘致する動き。

※ 規制改革推進会議での議論を踏まえ、平成28年度から、原則、保険医療機関と保険薬局が同一敷地内にある形態も認めるなど、保険薬局の構造規制を緩和。



◆いわゆる「門内薬局」誘致の例

滋賀医科大学付属病院

- ・ 附属病院の敷地内に2軒の薬局を誘致。
- ・ 大手調剤チェーン2薬局の入居を盛り込んだ事業者を優先交渉権者に決定。（平成28年7月25日薬事日報）

千葉大学医学部付属病院

- ・ 敷地内に建設中の「患者アメニティ棟」に薬局2店舗の誘致
- ・ 大手調剤チェーン等の入居が決定。（平成28年10月4日リスファクス）

益田赤十字病院

- ・ 益田赤十字病院保険調剤薬局整備事業として保険調剤薬局の開設、管理、運営等の事業者を公募。（益田赤十字病院HP）

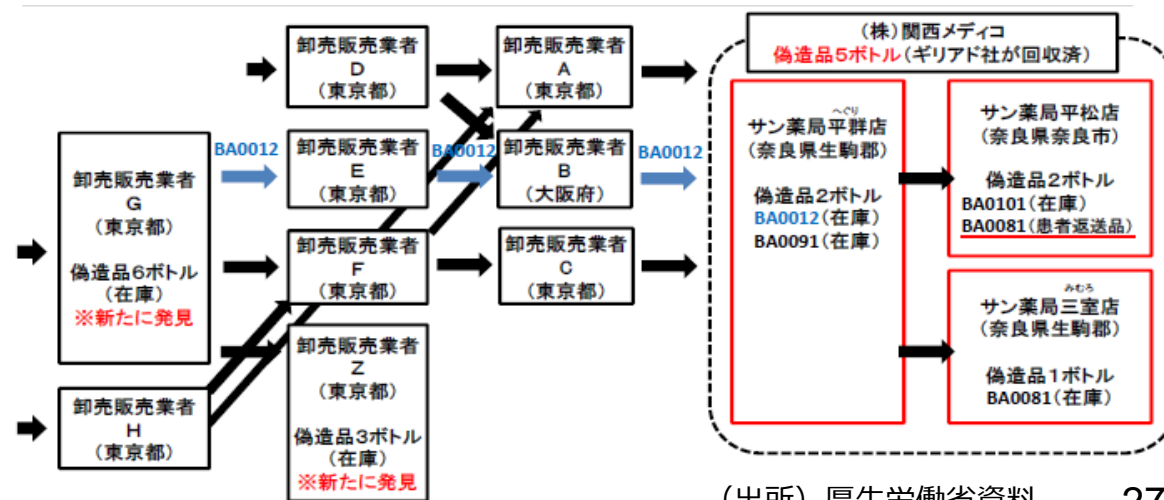
鳥取赤十字病院

- ・ 鳥取県薬剤師会の会長が社長を務める薬局を優先交渉権者に選定し、正式契約に向け交渉。（平成29年7月28日リスファクス）

C型肝炎治療薬の偽造品流通

- ・ 高価なC型肝炎治療薬の偽造品が、医薬品卸売販売業者間を流通し、奈良県の薬局チェーンでそのまま患者に処方。
- ・ 形状の違いに患者が気づき明るみに。その後調査の結果同様の特徴を持つ偽造品は、卸売業者や薬局で合計14ボトル発見。
- ・ 正規品はシールにより封緘された箱に入った状態で通常は流通しているが、偽造品は、箱から取り出された裸のボトル状態で流通し、添付文書の添付もなかった。

◆ ハーボニー配合錠 偽造品流通ルート（1月23日現在）



(出所) 厚生労働省資料

医薬品流通の正規ルートとは異なる「裏ルート」の存在が背景にあることが、厚生労働省などへの取材で分かった。裏ルートは、「現金問屋」と呼ばれる中小卸売業者が担い、由来が不確かな医薬品の売買が横行。

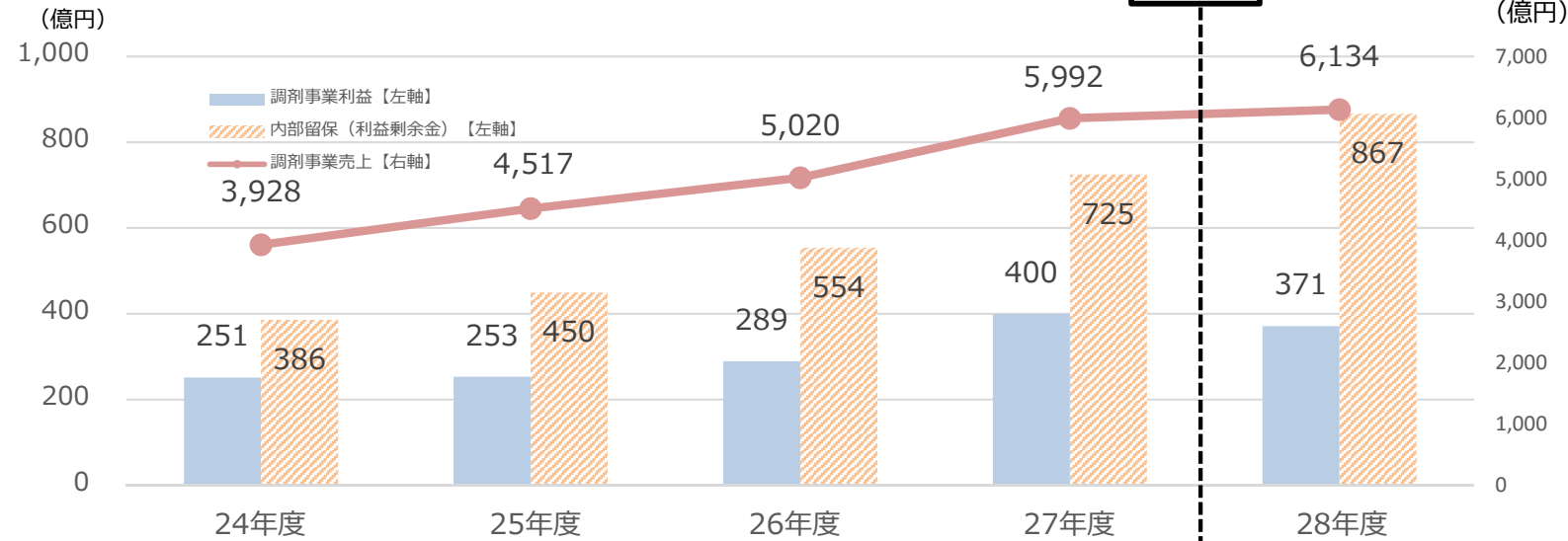
納入時に偽造品5本があった奈良県内の薬局チェーン「関西メディコ」は、県の聞き取りに「安く仕入れられるので（正規の卸以外からも）買っていた」と説明。製薬会社の元役員は、「大きな薬局もこんな仕入れをしていたのか」と驚く。（毎日新聞 29年2月1日 朝刊）

土屋文人・国際医療福祉大学特任教授の話「薬局の薬剤師は、医薬品の品質保証をする責任がある。非正規のルートで購入したのであれば、なおさら検品して患者に渡すべきだった」（読売新聞 29年1月25日 朝刊）

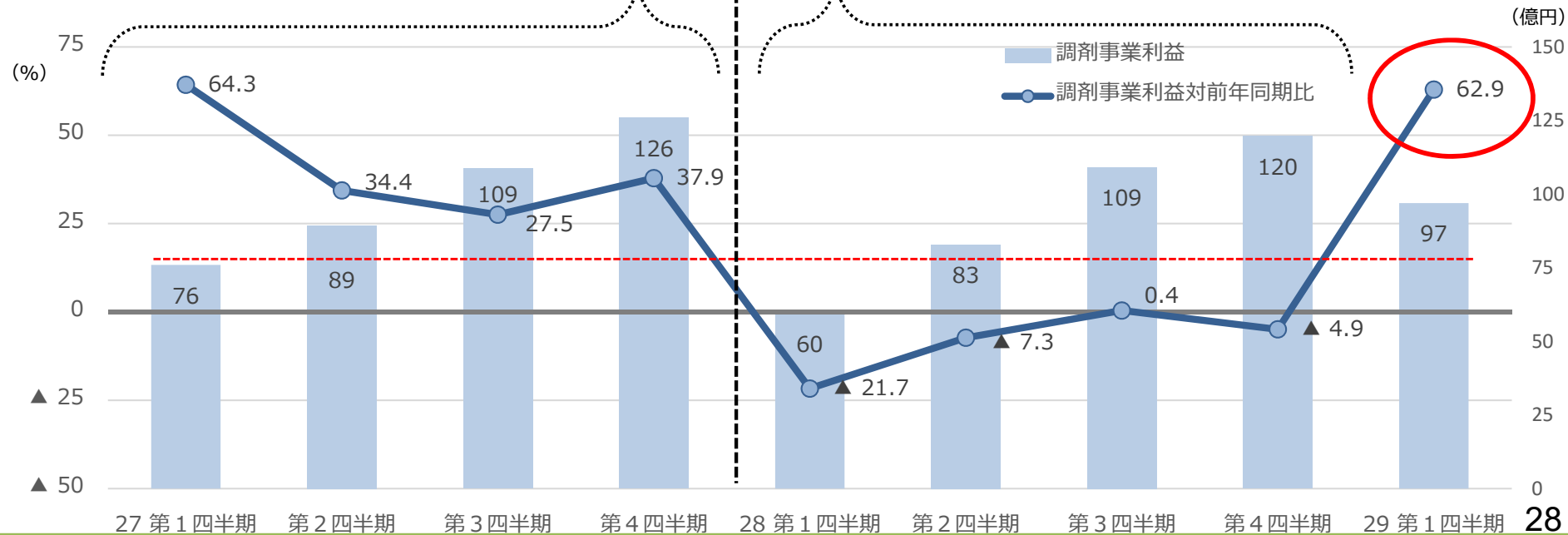
(参考)大手調剤チェーンの経営状況

- 多数のグループ内店舗を抱える大手調剤チェーンは近年利益等を大幅に拡大してきた。
- 28年度改定で大型駅前薬局に対する調剤報酬の適正化が行われたが、直近（29年度第1四半期）時点で、大手調剤チェーンの利益水準は28改定前の水準まですでに回復している。

◆近年の大手調剤チェーン4社の経営状況



(出典) 厚生労働省「医療経済実態調査」
各社HP公表資料



(参考)相次ぐ大手調剤チェーンによる不正請求

複数の大手調剤チェーンにおいて、①処方せん集中率を実態よりも低くし、高い調剤基本料が算定できるよう、実際に医薬品を調剤した薬局とは別の薬局に処方せんを送付し、送付先の薬局で調剤したものとしたり、②実際には行っていない医療機関の診察を装って市販品より安く医薬品を販売するなど、不正に保険請求をした事案が相次いで報道されている。

処方せん「付け替え」による不正な保険請求

「集中率下げ」基本料増を画策、一部調剤他店舗に”付け替え請求”

大手調剤チェーンで、日本保険薬局協会の会長会を務めるクオール（約700店舗）で、ブロック単位の不正行為があったことが本紙取材でわかった。医療機関とマンツーマンの状況にあり、調剤基本料が低く評価されている「クオール薬局秋田飯島店」（秋田市）の処方箋集中率引き下げを狙い、2月にブロック長が周辺店舗に「受け付けた従業員家族の処方箋を飯島店にFAXする」よう指示。実際は「飯島店以外」で調剤しながら、飯島店で調剤したと偽り、飯島店が保険請求していた。同社は本紙の指摘内容を認め、飯島店以外の6店舗で受けた11枚の従業員家族の処方箋が、飯島店から保険請求されていた事実を確認したとし、対応を急ぐ考えを示した。

本紙は、ブロック長の指示を受け、飯島店と同じブロック、隣のブロックの薬局長らの家族の処方箋が飯島店にFAXされていたことを確認。そして、調剤していない飯島店が保険請求する不当な“付け替え請求”を行ったことも判明した。周辺店舗とはいえ、発行元医療機関から飯島店が約100キロ離れているケースもあった。その際、在庫管理システムで、実際に調剤した店舗から飯島店への架空の在庫移動を行い「飯島店で調剤、飯島店の在庫が減った」と社内的に見えるよう取り繕っていた。（リスファクス 29年4月14日）

◆ 調剤基本料の概要

「処方せん集中率」 = $\frac{\text{（特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数）}}{\text{（当該期間に受け付けたすべての処方せんの枚数）}}$



※ 上記にかかわらず「グループ全体の処方せん受付枚数が月4万回超」かつ「処方せん集中率が95%超」の薬局は調剤基本料3（200円）

アイセイ薬局：処方箋付け替え、不正に保険請求

大手調剤薬局チェーンの「アイセイ薬局」（本社・東京都）は4日、実際に薬を調剤した薬局とは別のグループ内の薬局に、社員やその家族の処方箋を送付し、送付先の薬局で調剤したものとして不正に保険請求をしていたと発表した。同社は、複数の社員が関わっていたことを認めているが、不正請求の額や時期については明らかにしていない。

2016年度の診療報酬改定で、特定の医療機関からの処方箋が95%以上のいわゆる「大型駅前薬局」について、調剤基本料を引き下げた。処方箋の付け替えは、この条件に当たらないようにするために行われており、社員は社内調査に「会社の利益のためだった」と話しているという。（毎日新聞 29年8月5日 朝刊）

医療機関の診察を装い処方した不正な保険請求

受診せず 割安に医薬品 愛知の企業、保険制度悪用

愛知県などで薬局を展開する「シー・アール・メディカル」（名古屋市）の元取締役が社員から注文を取った医療用医薬品を、病院で診察を受けさせずに処方箋を作成し、市販品より安く販売していたことが16日、同社への取材で分かった。

医師が診察せずに自己負担分の3割で購入しており、税金や保険料で病気やけがをした人の医療費を支える健康保険制度を悪用した。

同社によると、30代の元取締役が昨年2月以降、社員に薬の注文を取り、知り合いの医師が勤める三重県鈴鹿市の病院に社員ら13人分の保険証コピーを提出し、処方箋の作成を依頼。病院は診察したように装い計約80枚を作成、同社が運営する薬局が処方箋に基づき、保湿剤や鎮痛剤などを出していたとしている。

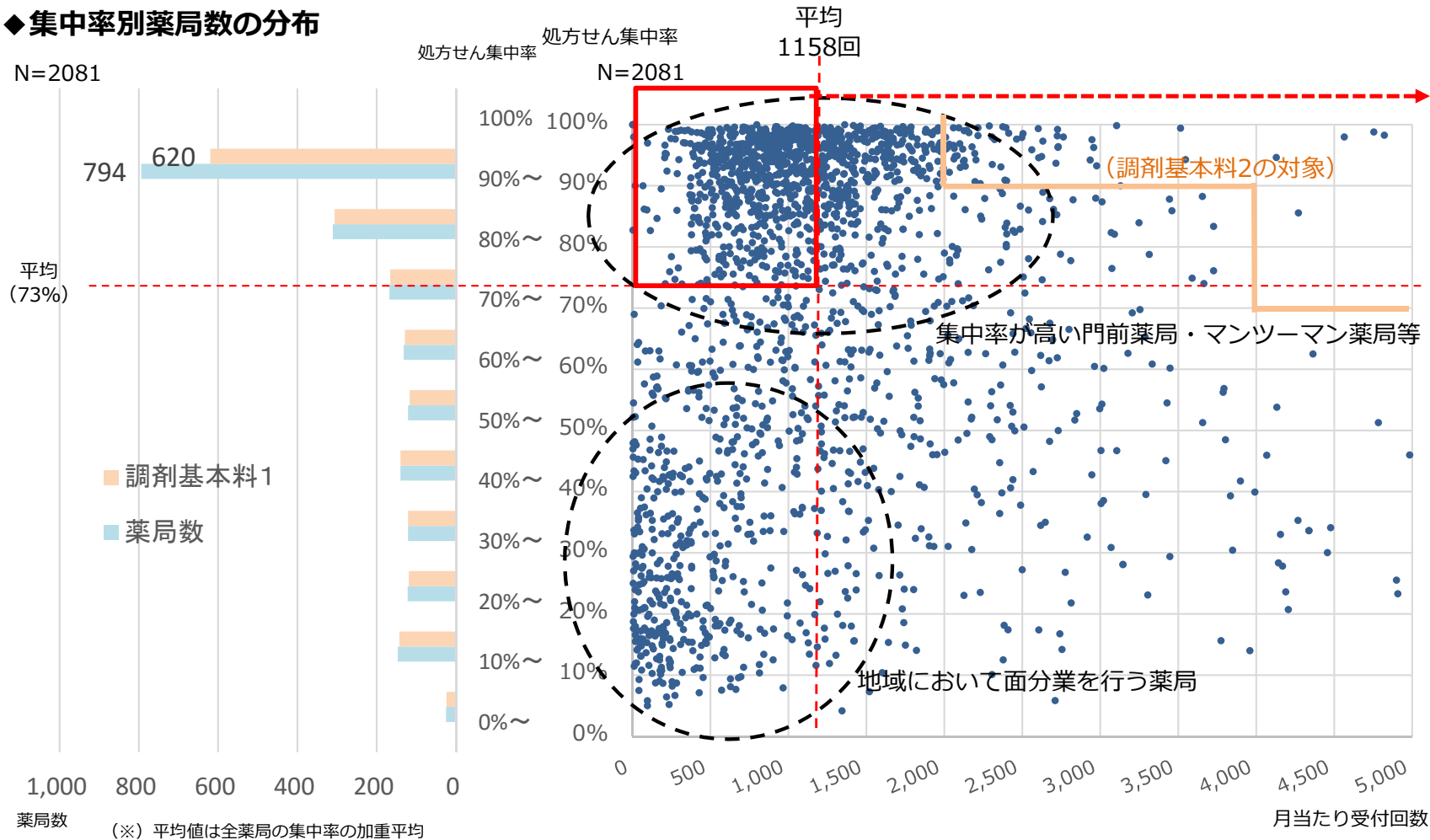
同社は東証1部上場の医薬品流通支援会社「メディカルシステムネットワーク」（札幌市）の子会社。東海・北陸地方を担当し、愛知県など6県で「なの花薬局」など薬50店舗を運営している。

（日本経済新聞 29年9月17日 朝刊）

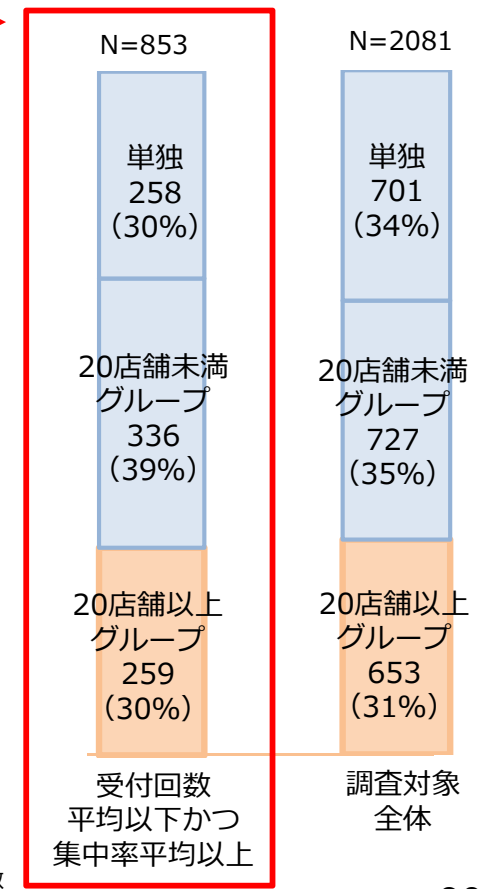
処方せんの受付回数や集中率からみた薬局の実態①(平成29年度予算執行調査)

- 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。

◆ 集中率別薬局数の分布



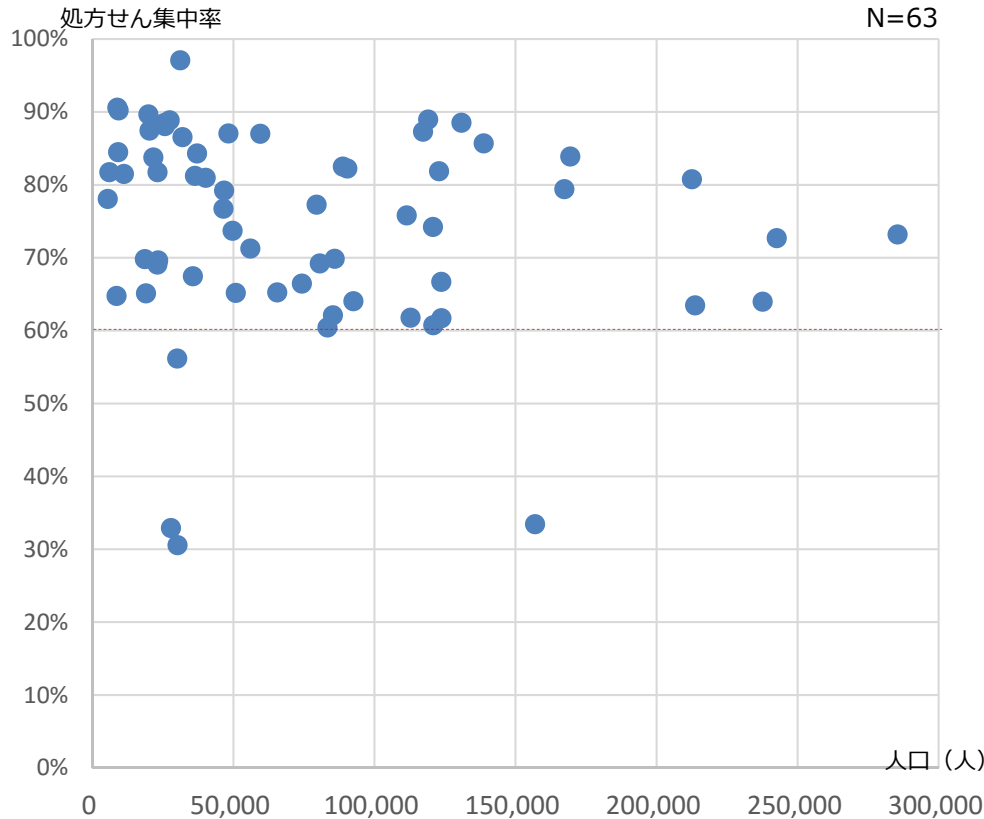
◆ 薬局グループへの所属状況



処方せんの受付回数や集中度からみた薬局の実態②(平成29年度予算執行調査)

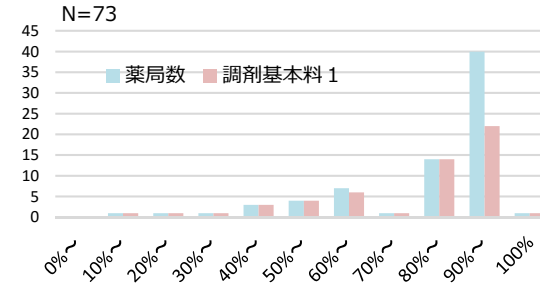
○ 地域別にみると、面分業が根付いている自治体はごく例外的（集中度の平均が60%以下だったのは、調査対象63自治体のうち4自治体）であり、大都市であっても、駅前薬局等が多く、面分業を行う薬局があまり機能していないと考えられる。

◆集中度別薬局数の分布（自治体別）

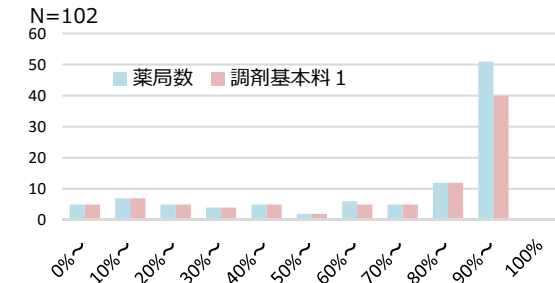


【平均集中度 80%以上の自治体の例】

帯広市（169,327人 84%）

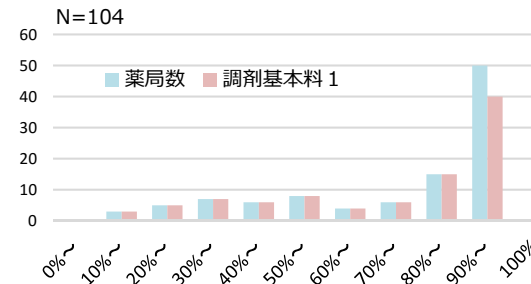


静岡市駿河区（212,419人 81%）

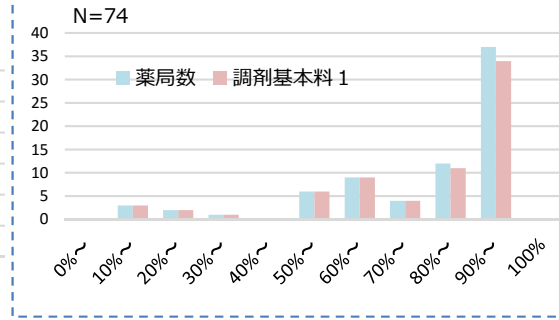


【平均集中度 50%~80%の自治体の例】

札幌市北区（285,321人 73%）

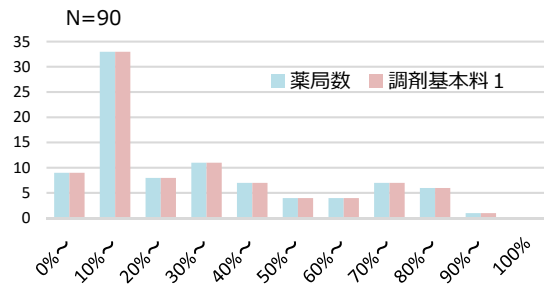


唐津市（122,785人 82%）

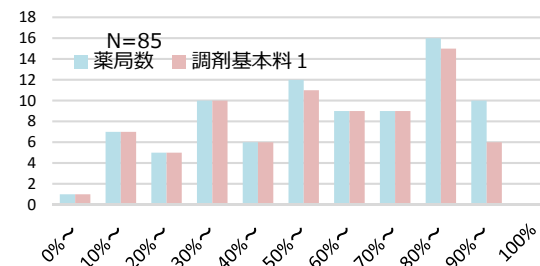


【平均集中度 50%以下の自治体の例】

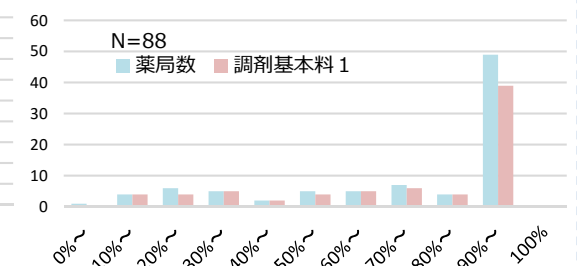
上田市（156,827人 33%）



寝屋川市（237,518人 64%）



広島市安佐南区（242,512人 73%）



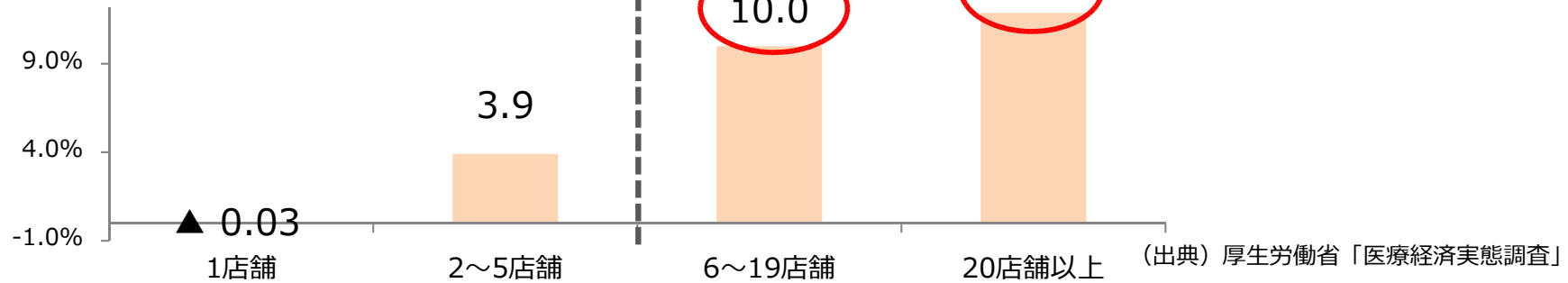
(※) 括弧内の人数は総務省統計局「平成27年国勢調査」の人口、割合は集中度の加重平均。

(※) N数は各自治体の薬局数。

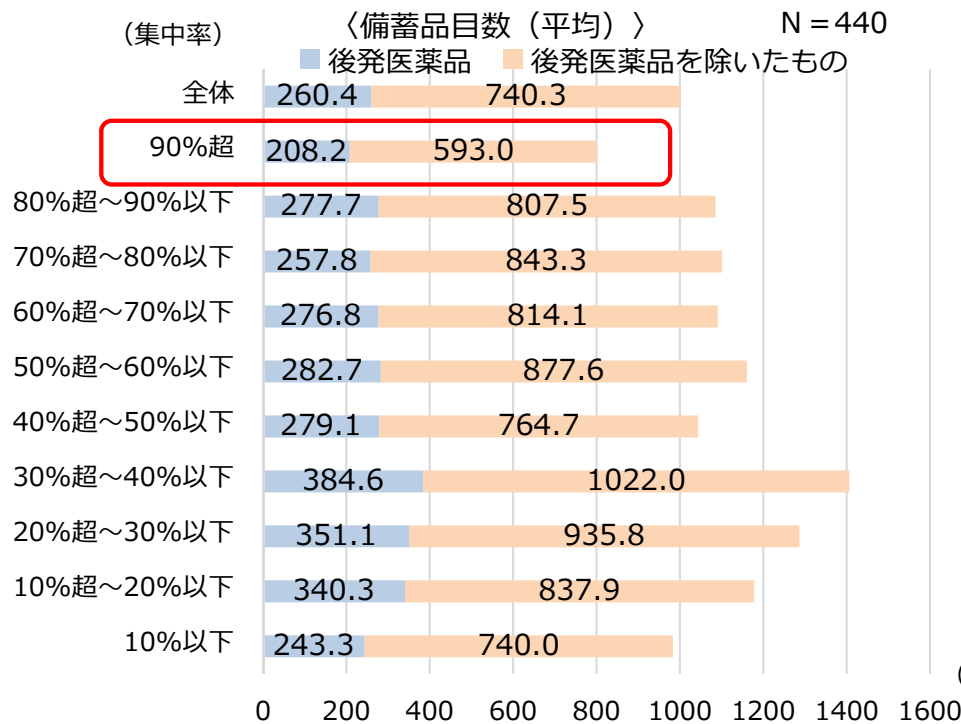
(参考)保険薬局の規模や処方箋集中率と経営の効率性

- 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。

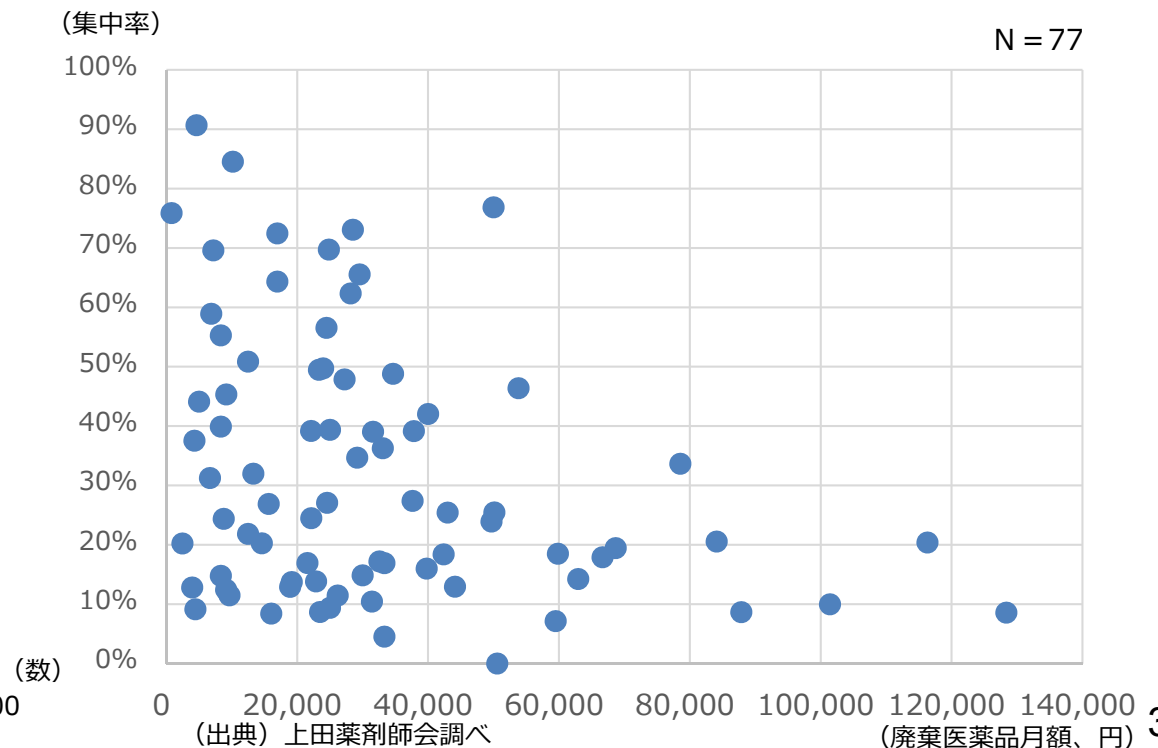
◆保険薬局の収益率（27年調査）



◆後発医薬品の備蓄状況（27年調査）



◆廃棄医薬品金額と集中度の関係（上田市・29年調査）



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(狭義)の概要 (下線は28改定)

調剤基本料1(410円) : 下記以外の場合

調剤基本料2(250円) :

- ・ 処方せん受付回数月4000回超 かつ 集中度70%超
- ・ 処方せん受付回数月2000回超(←2500回超) かつ 集中度90%超
- ・ 特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4000回超
(集中度に関わらず対象)

調剤基本料3(200円)

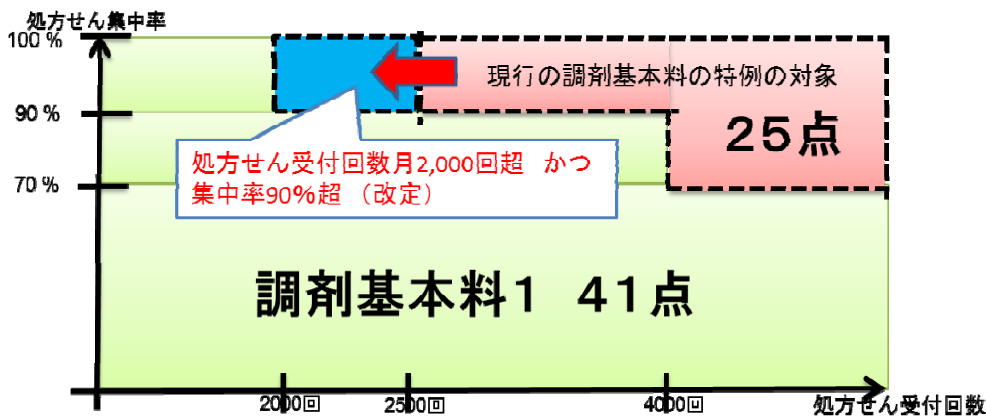
グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超であって、

- ・ 処方せん集中度が95%超の薬局 又は
- ・ 特定の医療機関との間で賃貸借取引がある薬局

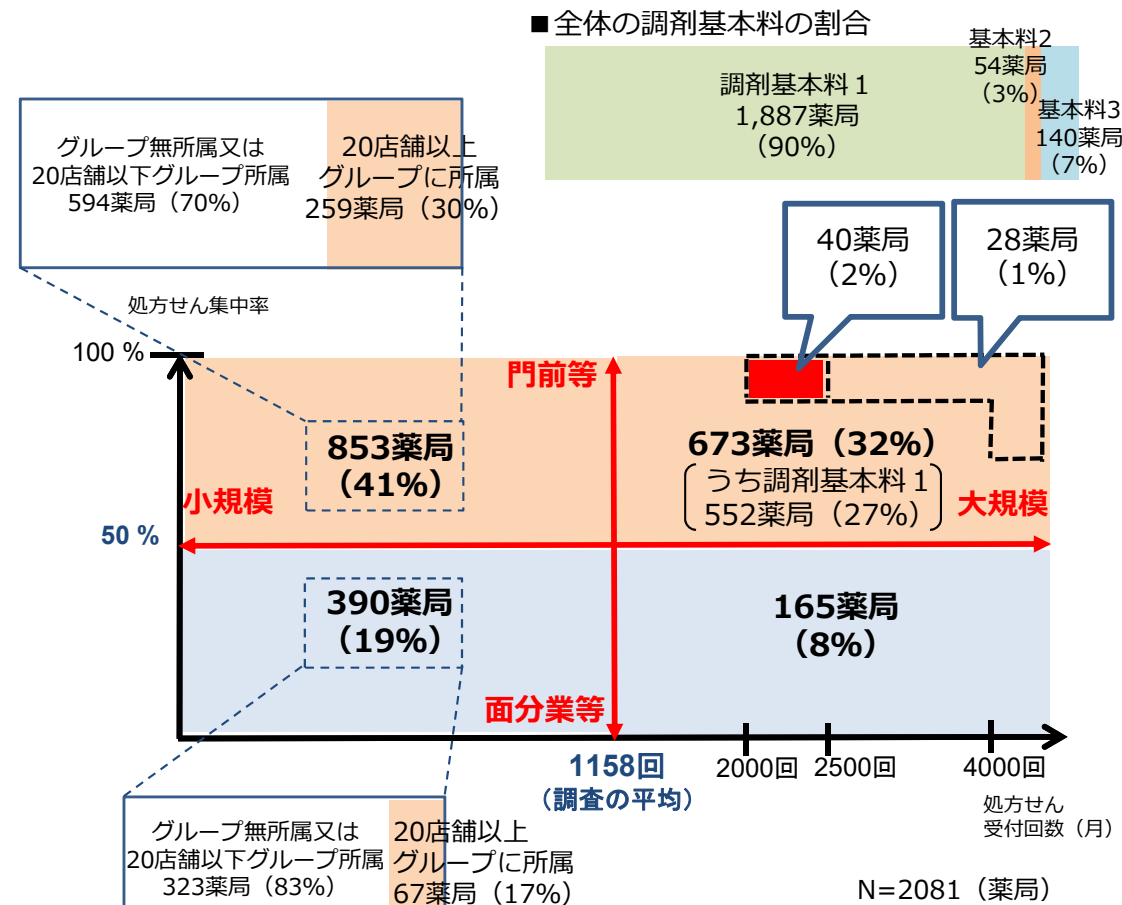
※ かかりつけ薬剤師指導料等(患者の同意書が必要)を薬剤師一人当たり月100件以上算定している場合は、調剤基本料1となる。

(参考) 28年度改定の図(厚労省HPより)

処方せん受付回数と集中度による特例の拡大



◆予算執行調査の結果



調剤料等の見直し

- 調剤料（内服薬）については、院内処方では投与日数や剤数にかかわらず1回の処方につき定額（9点）とされている一方で、院外では投与日数や剤数に応じて点数が高くなるように設定されている。
- 今日の業務の実態や技術進歩（PTP包装の一般化、全自動錠剤分包機の普及など調剤業務の機械化等）を踏まえれば、調剤料の水準を全体として引き下げるとともに、投与日数や剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした調剤料の仕組みを見直すべき。こうした観点からの28年度改定における見直しはごく一部にとどまっており、さらなる引下げを行うべき。
- 後発医薬品調剤体制加算については、すでに2/3の薬局が算定していることや、足元の後発医薬品使用割合、80%の目標達成時期が平成32年9月とされたことを踏まえ、次期改定において、これに向けて基準の引き上げを行うべき。

◎ 調剤料（内服薬）〔0.8兆円〕（赤字は28改定）

1剤につき

イ. 14日分以下

(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 50円

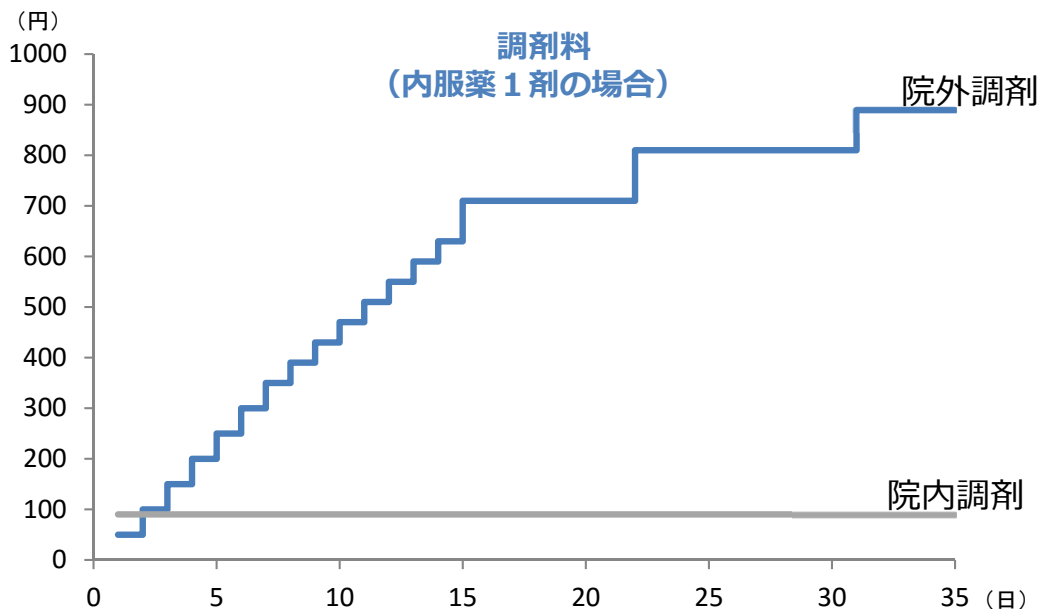
(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 40円

ロ. 15日分以上21日分以下 700円←710円

ハ. 22日分以上30日分以下 800円←810円

ニ. 31日分以上 870円←890円

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



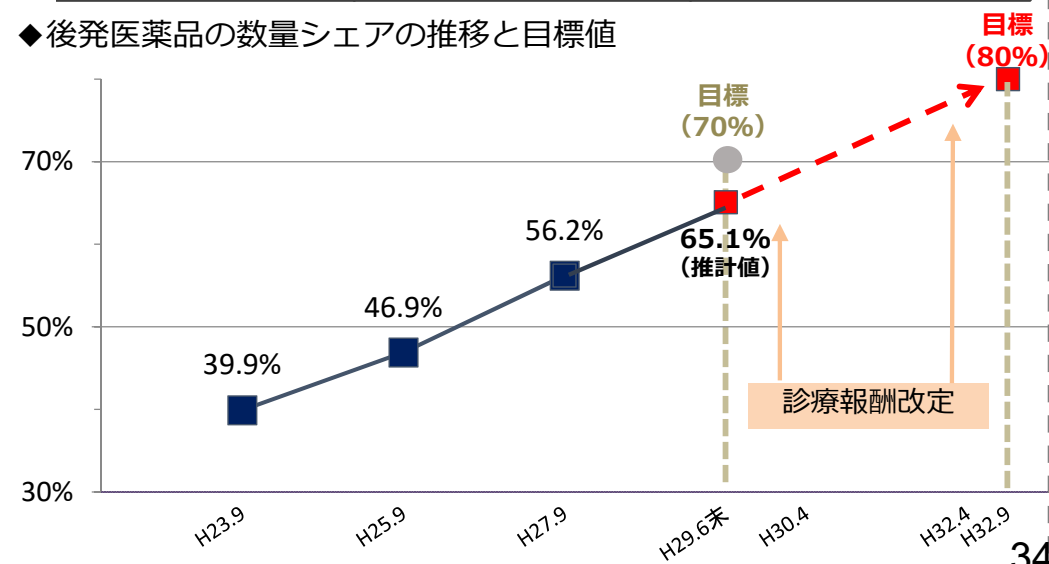
◎ 後発医薬品調剤体制加算〔0.1兆円〕

点数	後発医薬品調剤割合 (現行)	後発医薬品調剤割合 (改正案)
	18点	
22点	75%以上	85%以上

◆ 後発医薬品調剤体制加算の算定状況（平成28年10月）

75%以上 (22点)	65%以上 (18点)	65%未満 (加算なし)
30.3%	34.2%	34.5%

◆ 後発医薬品の数量シェアの推移と目標値



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、不十分なものととどまっている。
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（詳細は後述）。
- 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。

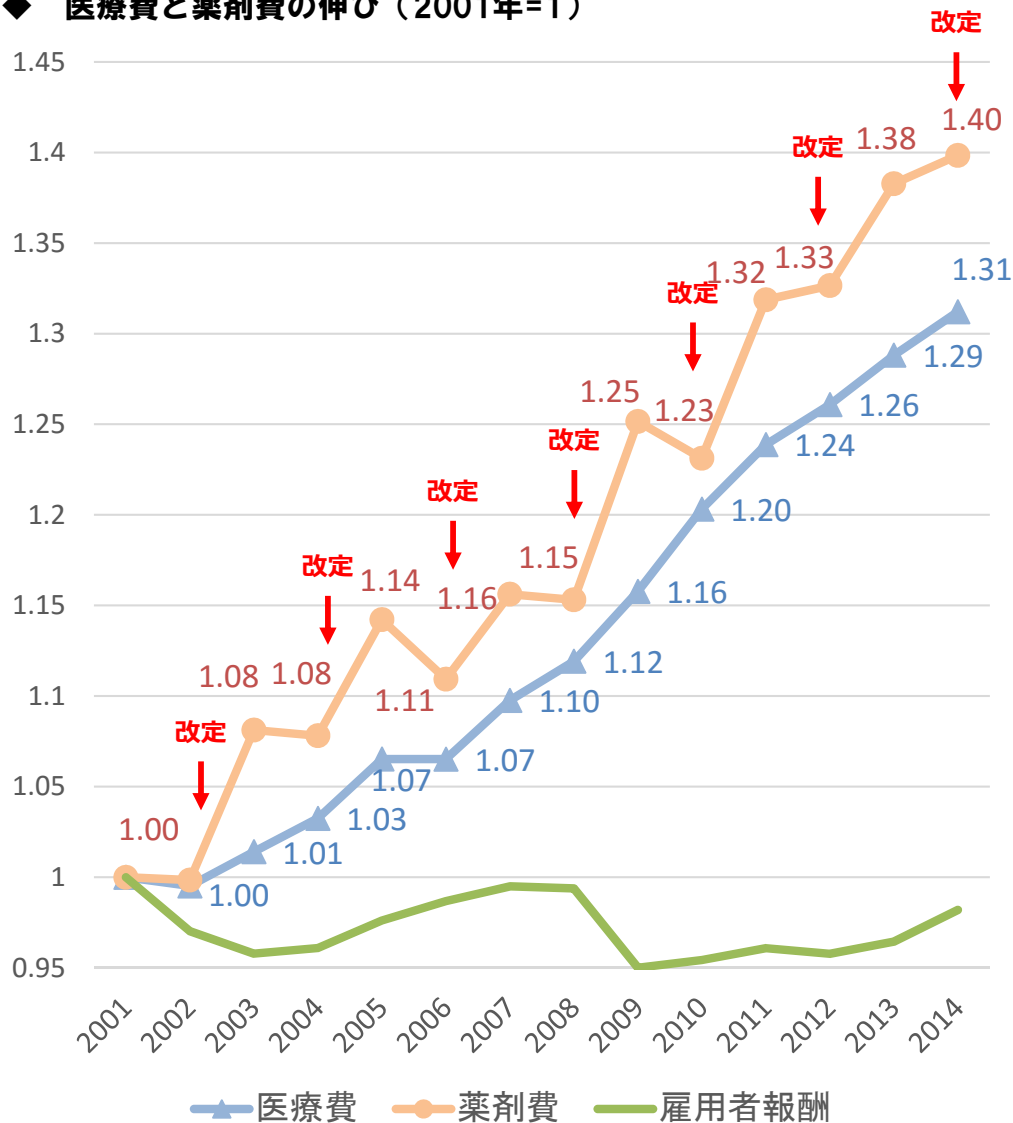
医療

1. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 適切な医療提供体制の構築
(地域医療構想の実現等)
 - (3) 調剤報酬の改革
2. 薬価制度の抜本改革
3. 医療・介護提供体制
4. 改革工程表の着実な実施

薬価制度の抜本改革

- 2年に1度の薬価改定による薬価引き下げにもかかわらず、高齢化に加えて、年度途中の新薬の収載・効能追加などにより、これまで、薬剤費は大きく増加してきた。また、近年、高額な薬剤が相次ぎ収載されてきており、こうした状況は今後も続くと見込まれる。
- 医療保険制度の持続可能性を確保し、国民負担を軽減していく観点から、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、年末までに改革の具体案を決定する必要。

◆ 医療費と薬剤費の伸び（2001年=1）



◆ 近年登場した高額薬剤の例

販売名 (収載年月)	会社名	薬効 (適応)	費用
オブジーボ点滴静注 (26年9月)	小野薬品工業 /ブリストル・マイ ヤーズ	その他の腫瘍用薬（注 射薬） （免疫チェックポイント 阻害薬） 〔非小細胞肺がん等〕	約1,400万円/人 (体重50kg,1年間の場合)
キイトルーダ点滴静注 (28年9月)	M S D		約1,400万円/人 (1年間の場合)
ソバルディ錠 (27年5月)	ギリアド・サイエ ンシズ	抗ウイルス剤 (内用薬) 〔C型肝炎〕	約355万円/人 (12週間)
ハーボニー配合錠 (27年8月)			約460万円/人 (12週間)

※ 中央社会保険医療協議会資料に基づき作成、費用は市場拡大再算定反映後のもの。

◆ 世界売上上位10品目（2001年・2016年） ※ 赤字網掛けはバイオ医薬品。

2001年			
製品名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)
1 ゴール(リボパ ス)	高脂血症薬	メルク	6,670
2 リピトール	高脂血症薬	ファイザー	6,449
3 オメプラール/ プロセック	抗潰瘍剤PPI	アストラゼネカ	5,684
4 ノルバスク	降圧剤Ca拮抗 剤	ファイザー	3,582
5 マベタン/プラ バコール	高脂血症薬	三共/BMS	3,509
6 プロクリット/ エプレクソン	腎性貧血	J&J	3,430
7 タカロン	抗潰瘍剤PPI	武田薬品/TAP	3,212
8 クラリチン/D	抗ヒスタミン剤	シリング・パラ	3,159
9 セレブレル	Cox2阻害剤	ファルマシア	3,114
10 ジンメル	精神分裂病薬	イーライ・リリ	3,087

2016年			
製品名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)
1 ヒミナ	関節リウマチ等	アッヴィ/イーザイ	16,501
2 エンブレル	関節リウマチ等	アムジエン/ ファイザー/武田	9,248
3 ルホニー	慢性C型肝炎	ギリアド・サイエンシズ	9,081
4 レキード	関節リウマチ等	J&J/メルク/田辺三 菱	8,852
5 リツタン	抗がん剤	ロシュ/バイオジェン	8,718
6 レブリチン/ レブリチン	多発性骨髄腫	セルゲン	6,974
7 アムスチ	転移性結腸がん	ロシュ/中外製薬	6,879
8 ルセパチ	HER2乳がん	ロシュ/中外製薬	6,878
9 ジヤルディア	2型糖尿病/ DPP4阻害	メルク/小野薬品/ アルミラ	6,419
10 ランタス	糖尿病/ インスリンアナログ	サカイ	6,317



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の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。

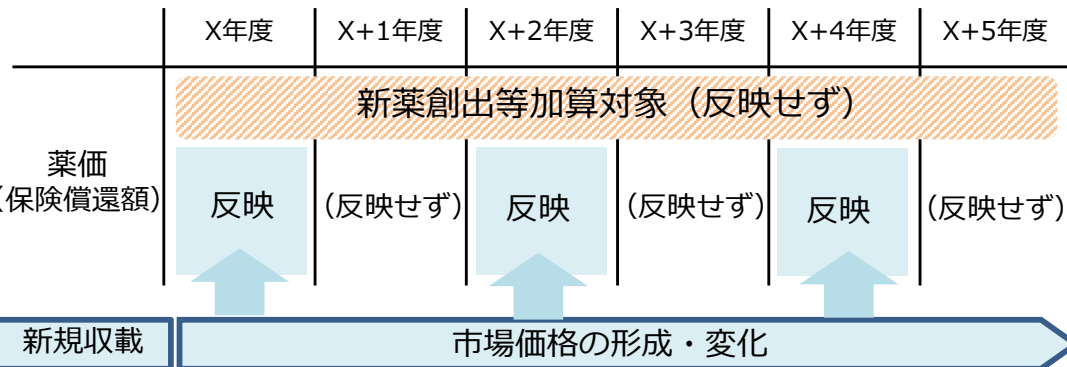
◆ 市場価格を反映した予算執行を行っている他の行政分野の例

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

◆ 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)

◆ 現行薬価制度と市場価格との関係(イメージ)

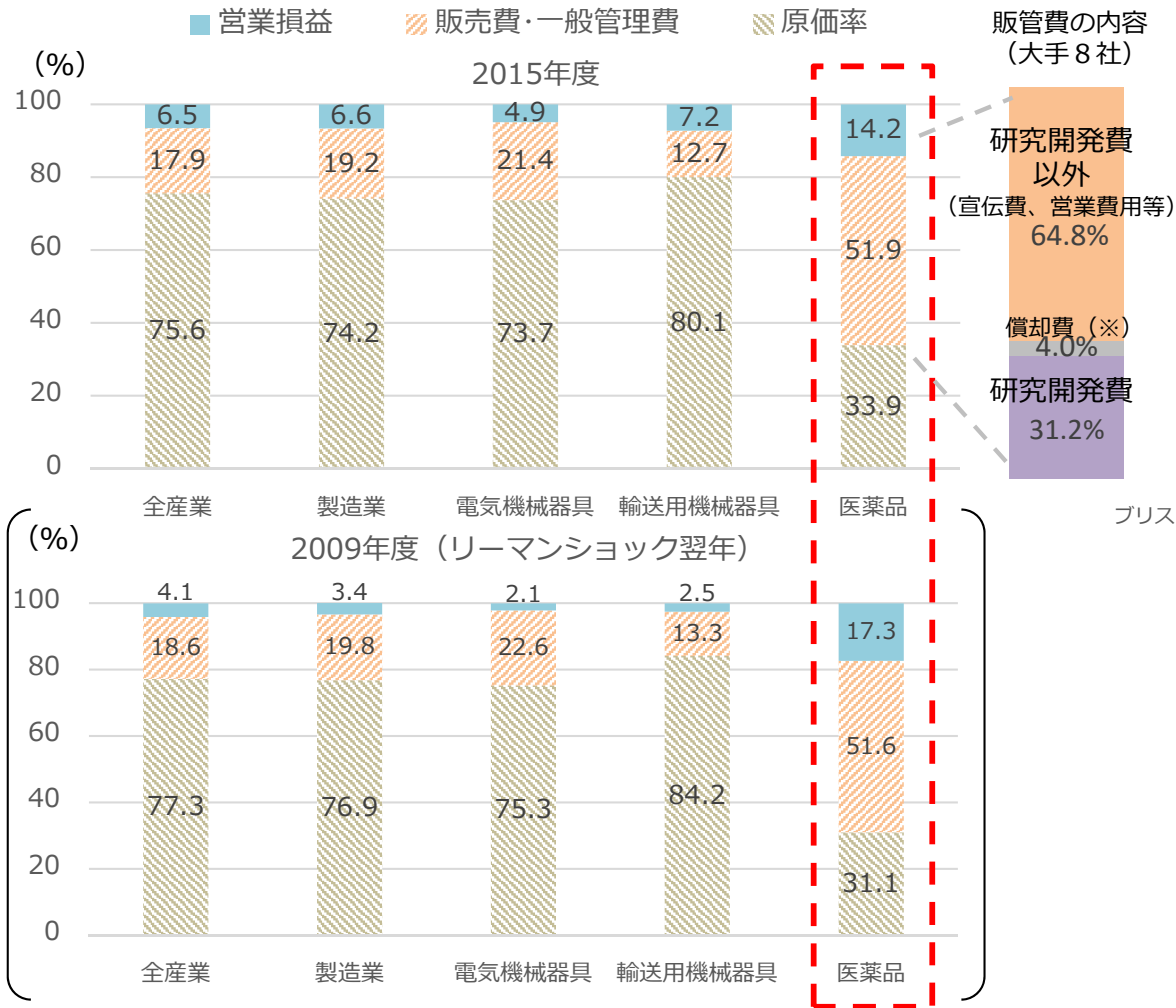


研究開発環境の改善、コスト低減	臨床データの蓄積・活用などゲノム創薬に向けた研究開発基盤の整備、安全性に配慮した早期の承認制度、ビッグデータによる製造販売後調査のコスト低減 等
産業構造の転換	再編による規模拡大、強みのある疾患領域や機能への特化 等

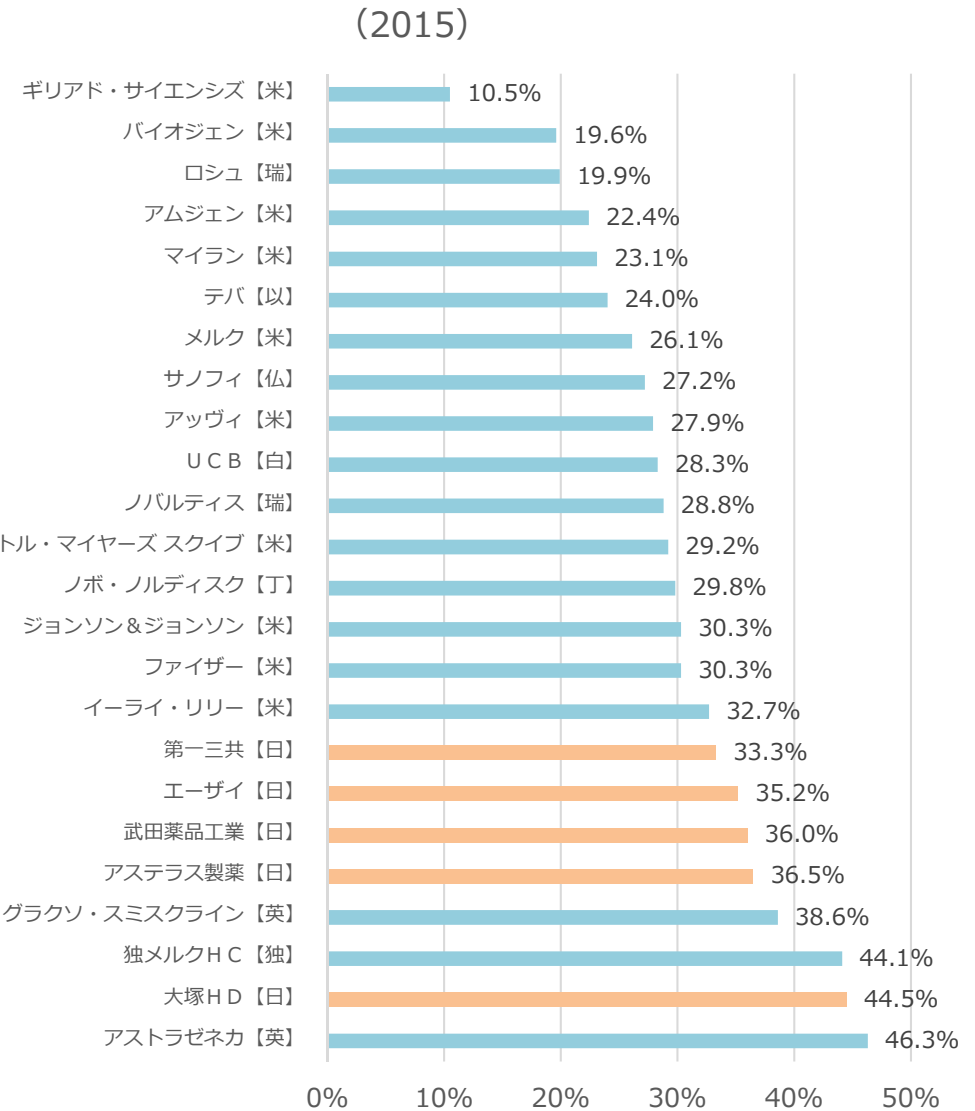
(参考)製薬企業の費用構造①

- 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



(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)

(参考)製薬企業の費用構造②

- 製薬企業から医療機関や医師に対し、共同研究等の研究費開発費のほか、寄付金、原稿執筆料、講演会費など、合計数千億円程度が支払われている。
- また、医師5人に対して1人のMR（医療情報担当者）による営業が行われ、待ち時間や雑務が多いとの調査結果もある。

◆ 製薬企業から医師等へ提供される資金の例

「研究費開発費等」	共同研究費、委託研究費、臨床試験費、製造販売後臨床試験費、副作用・感染症症例報告費等
「学術研究助成費」	奨学寄附金、一般寄附金、学会寄附金、学会共催費
「原稿執筆料等」	講師謝金、原稿執筆料・監修料、コンサルティング等業務委託費
「情報提供関連費」	講演会費、説明会費、医学・薬学関連文献等提供費
「その他の費用」	待遇等費用

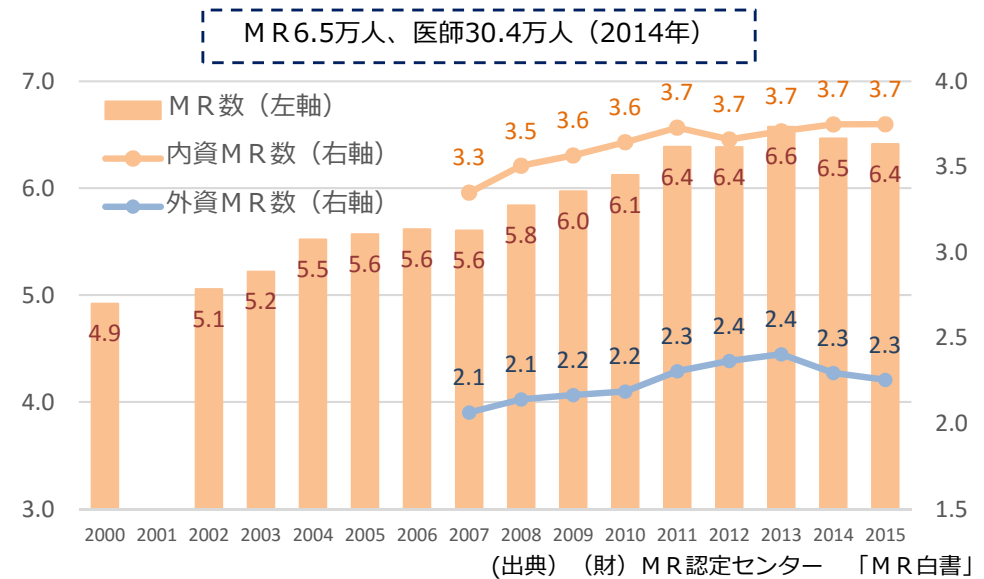
(出典) 日本製薬工業協会の策定した「透明性ガイドライン」に基づき会員各社HPにおいて公表しているもの。

わが国の医学研究者倫理に関する現状分析と信頼回復へ向けて 平成29年7月20日 (一社)日本医学会連合 研究倫理委員会

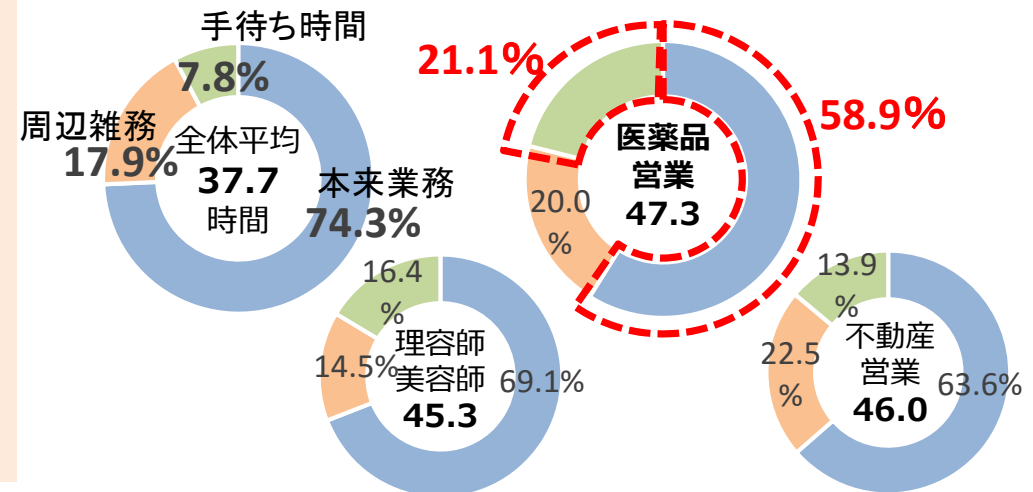
今日の商業化社会にあっては、製薬企業等のマーケティング部門が自社製品の販売促進を目的にして、「研究助成」や「奨学寄付」の名目で多くの研究者に対して資金供与しているという現実がある。このような企業資金に支えられる研究においては、研究の計画、実施、発表に企業の直接的な関与が無い場合であっても、研究者が継続的な支援を望むことや企業人との親交が深まることなどの理由によって、研究者が企業に利するバイアスを伴った発表をすることがあるということはデータが示している。(中略)

一方、企業が、企業支援により行われた研究の成果の中から自社製品の販売促進につながるものを抽出したり、処方する立場にある医師を集めて研修会と称して研究当事者に講演させたりすることが常態化している。

◆ MR（医療情報担当者）数の推移



◆ 職種別の週の労働時間と業務の内訳



(出典) リクルートワークス研究所調べ (日本経済新聞 29年8月15日 夕刊)

新規収載と効能追加の考え方

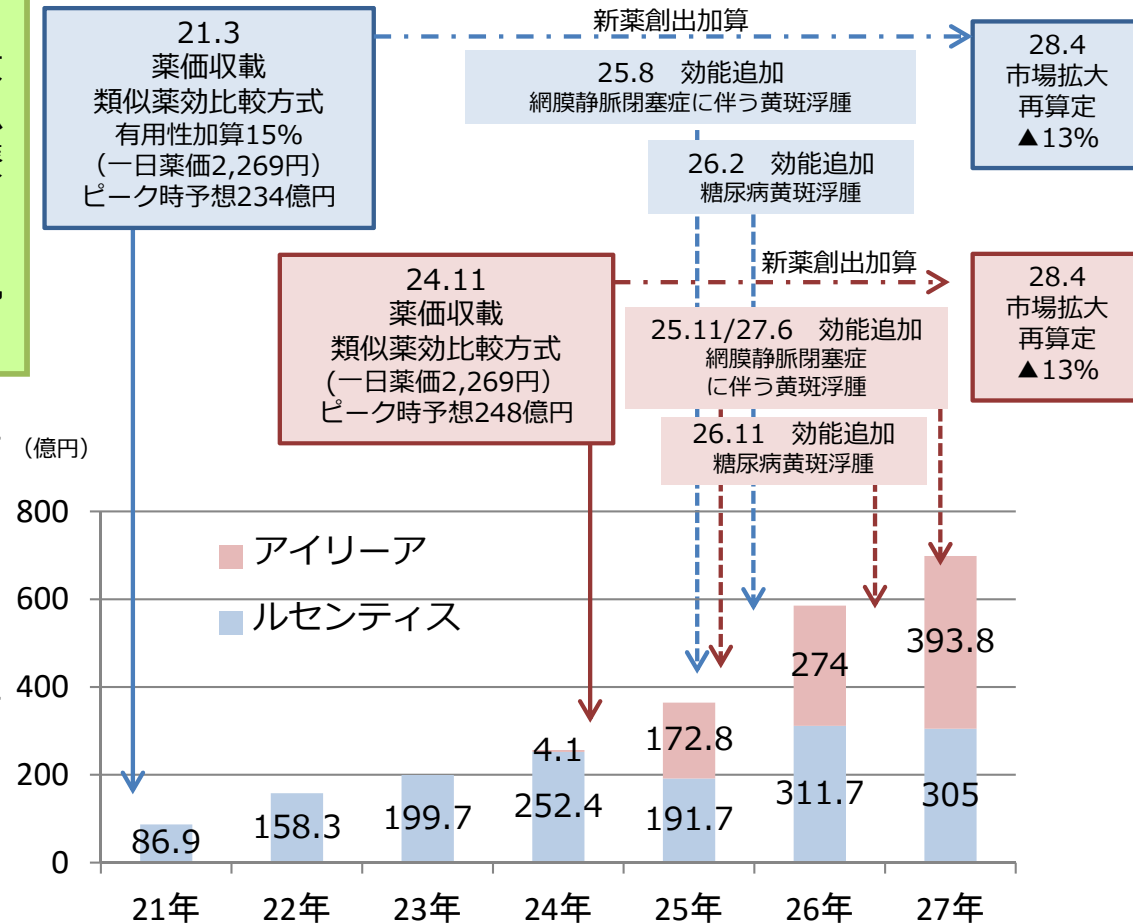
【論点】

- 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。

類似薬効比較方式 (原則) 同じ効果を持つ類似薬がある場合には、新薬の一日薬価を既存類似薬の一日薬価とあわせる。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。

原価計算方式 類似薬がない場合には、製造原価 (原材料費等)、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、営業利益率に -50~+100% の加減算を行う。

◆ 眼科薬剤 (加齢黄斑変性治療薬) の例



(出典) (公財) 日本眼科医会

【改革の方向性】 (案)

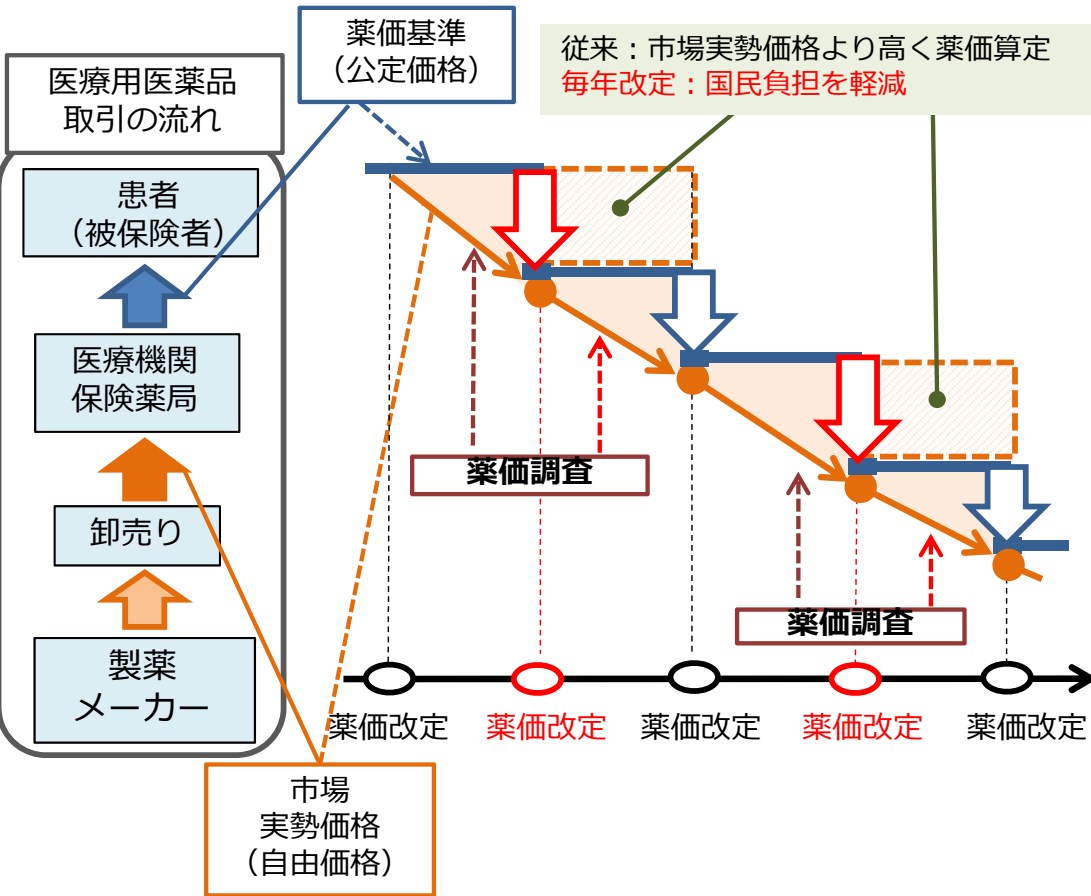
- 年度途中に新薬を保険収載する場合には、保険財政や国民負担の観点から、収載による財政影響を検証するとともに、これに対して必要な措置を講ずることができるよう検討すべき。
- 新薬の収載後も、その使用動向を随時把握し、効能追加等により保険適用時の見込みよりも販売額が増加する場合には、市場拡大再算定も参考に、速やかに薬価を引き下げる仕組みを設けるべき。

毎年調査と毎年改定

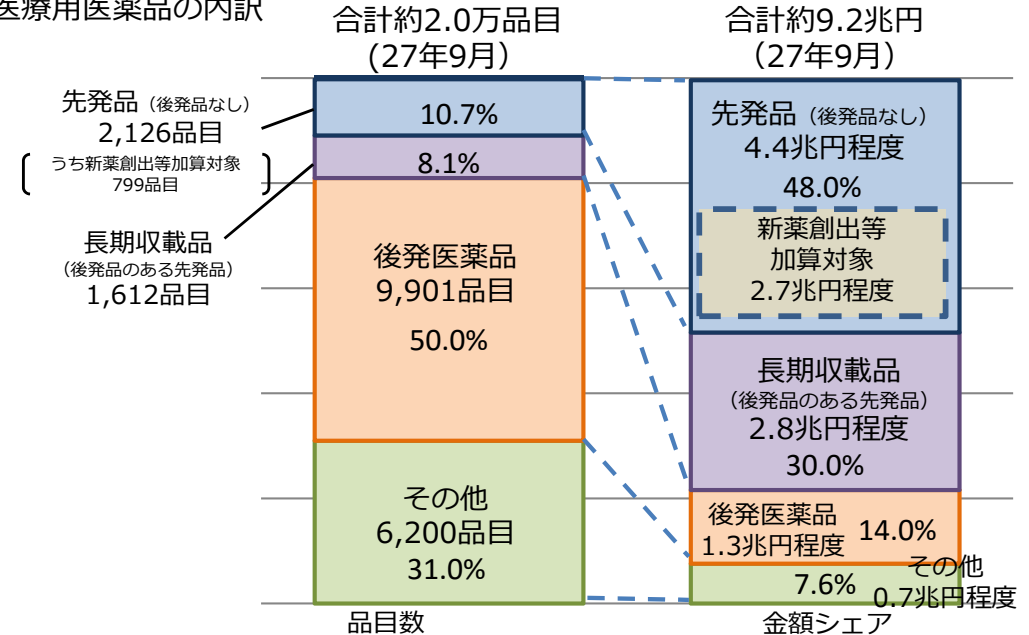
【論点】

- 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。

◆毎年改定のイメージ (赤字：今般新たに追加)



◆医療用医薬品の内訳



◆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。

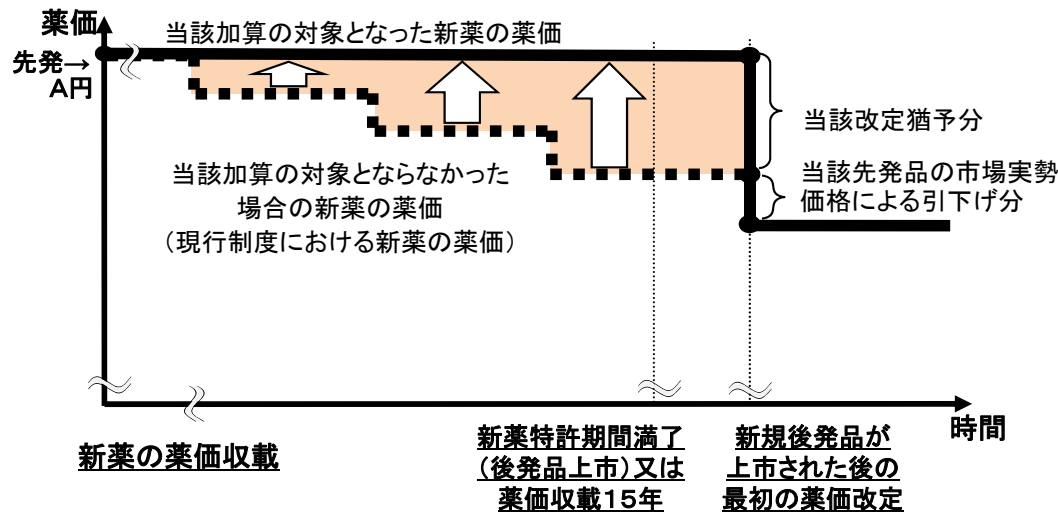
新薬創出等加算のゼロベースでの抜本的見直し①

- 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があるとしても、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。

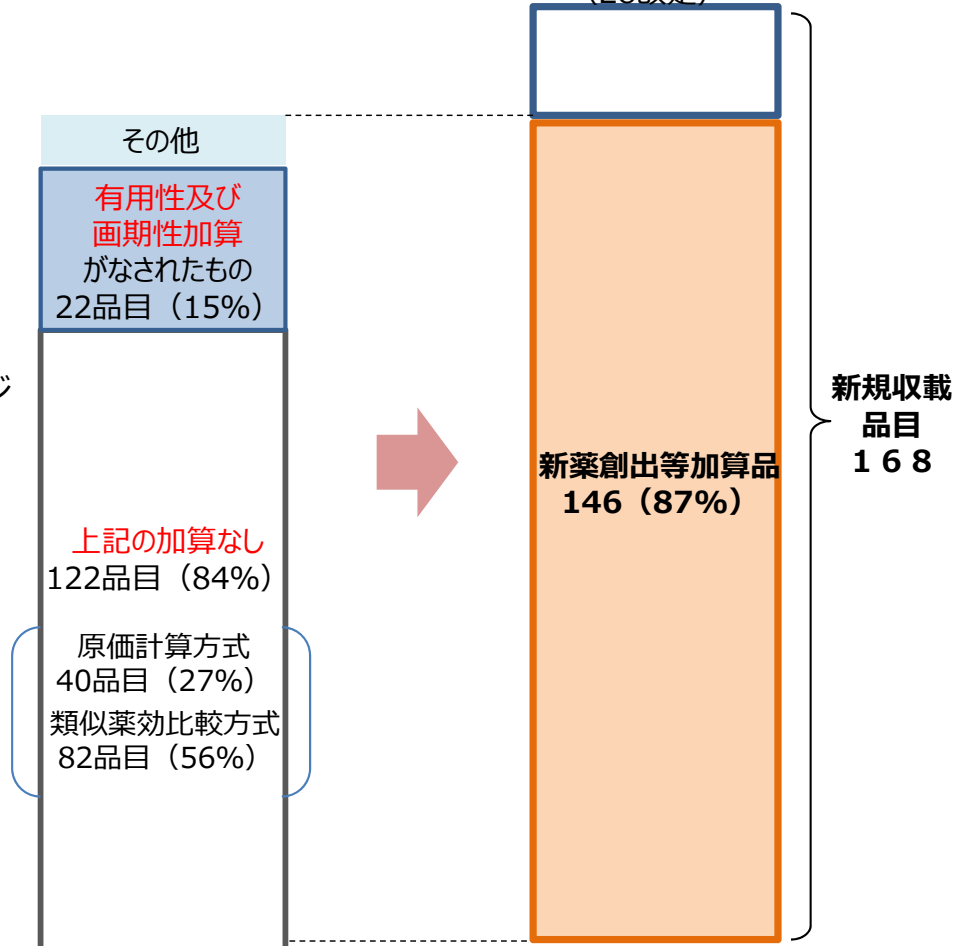
◆新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となる医薬品の薬価推移のイメージ



◆26～28改定時の収載品目の場合

薬価算定時の評価

新薬創出等加算の有無
(28改定)



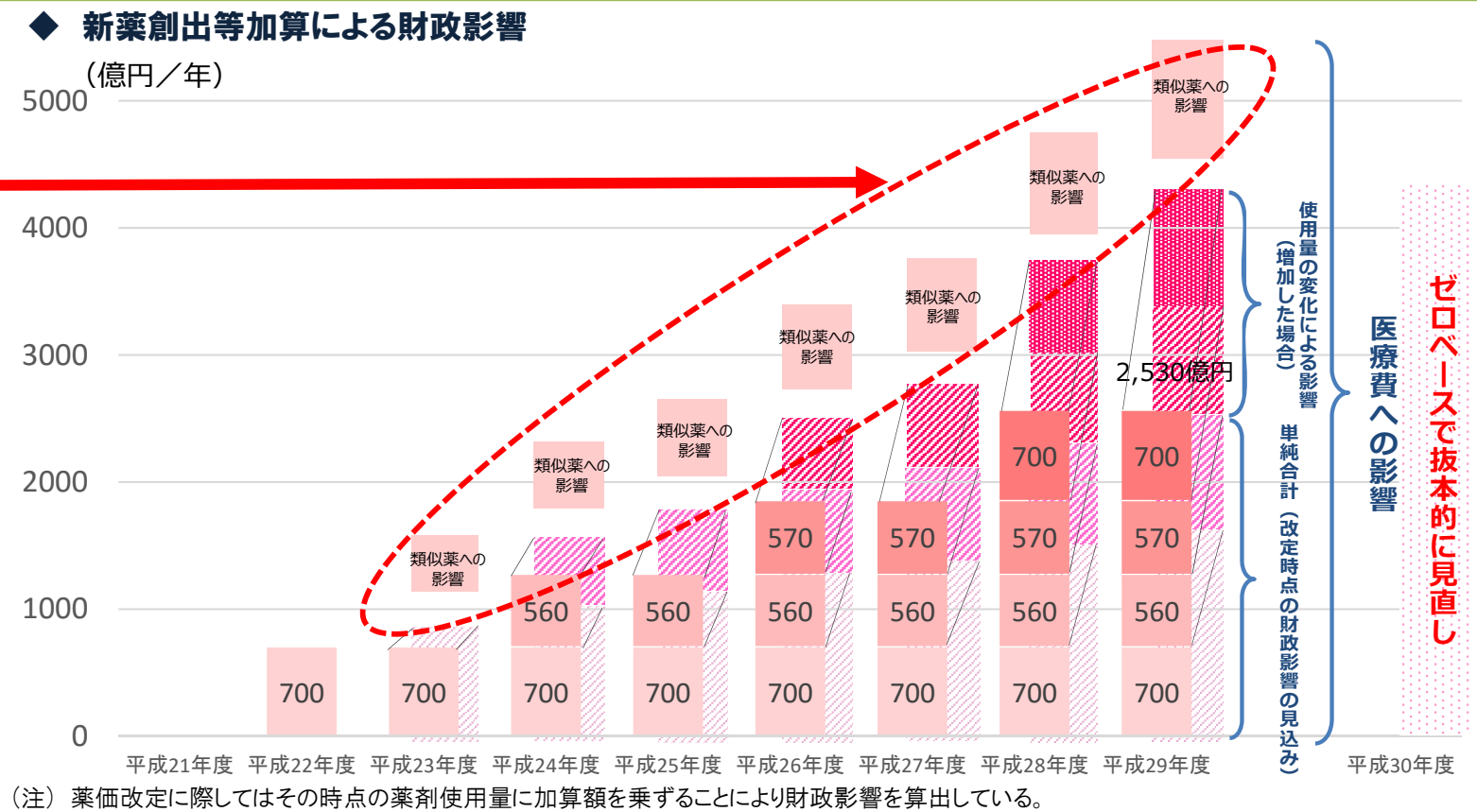
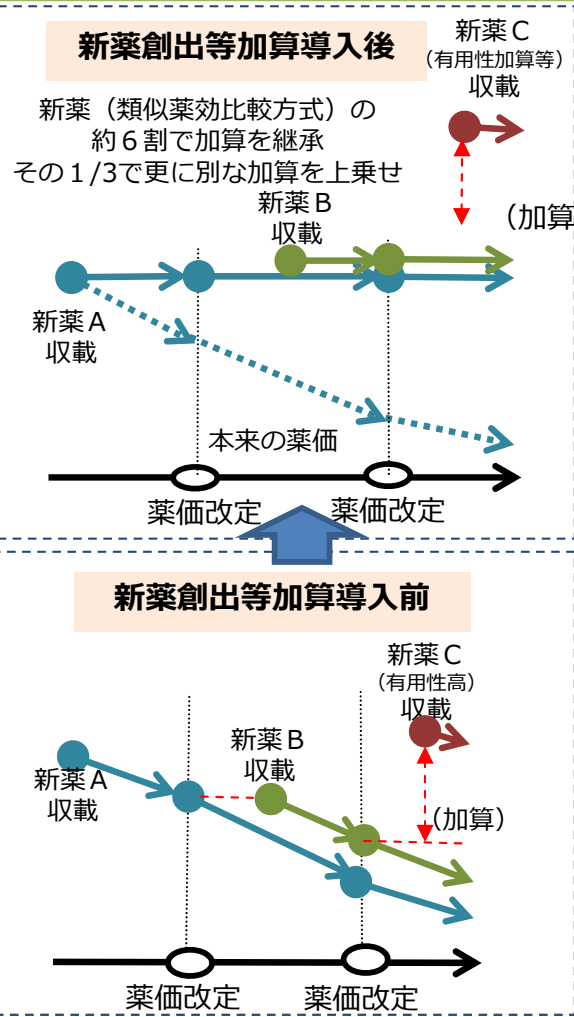
(出所) 厚労省資料

薬価制度における各種加算の現状

	新薬算定時		既収載品の改定時	
	類似薬効比較方式	原価計算方式	検証に係る加算	
有用性の高い医薬品	画期性加算 有用性加算	営業利益率の補正	市販後の 真の有用性の 検証に係る加算	新薬創出等加算
希少疾病医薬品	市場性加算		希少疾病の効能 追加に係る加算	
小児用医薬品	小児加算		小児適応の効能 追加に係る加算	
世界に先駆けた開発品目	先駆け審査 指定制度加算		先駆け審査指定を受け た効能追加に係る加算	
その他	(加算なし)	(加算なし)	(加算なし)	

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。



研究開発税制 764億円 (平成27年度)
 補助金 (例: 医療分野の研究開発(AMED) 204億円 (平成29年度))

(出所) 研究開発税制による減税額は平成29年4月11日社会保障WG提出資料、健康・医療戦略推進本部HPより。

【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を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」「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」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。

◆ 新薬の価格算定方法(原価計算方式の場合)

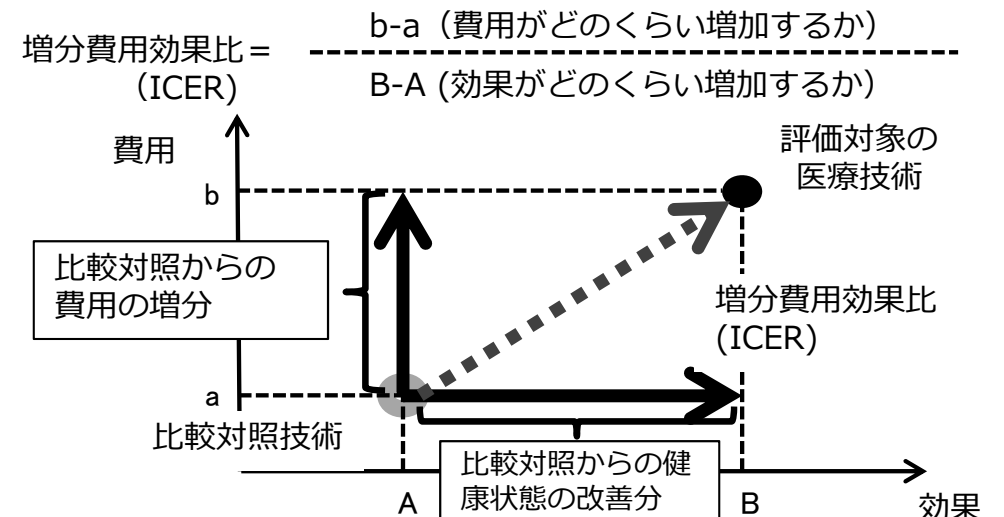
製品製造(輸入)原価		(論点)
【国内製造の場合】	【輸入品の場合】	<ul style="list-style-type: none"> ・原価の算定根拠・内訳は非開示 ・輸入価格は企業間取引価格を使用
原材料費	輸入価格	
労務費		
製造経費		
+		<ul style="list-style-type: none"> ・算定根拠・内訳は非開示
販売費・研究費等 一般管理販売比率(※)45.9%が上限		
+		<ul style="list-style-type: none"> ・高い営業利益率(製造業平均6.6%)
営業利益 営業利益率(※)14.6%に、革新性等に応じて-50%~+100%の補正		
+		費用対効果が「悪い」場合、引き下げ
流通経費・消費税		
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。

※※ 要件を満たす場合に外国平均価格調整がなされる。

費用対効果評価

- ① 比較対照からの「効果の増分」と「費用の増分」から、これまでの治療と比べた効果を1単位上げるのにかかる費用(ICER)を計算



(出典) 平成25年2月27日中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会 福田参考人提出資料

- ② ICERが公的保険として受入れ可能な水準か、社会的・倫理的側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)

- 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. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 適切な医療提供体制の構築
(地域医療構想の実現等)
 - (3) 調剤報酬の改革
2. 薬価制度の抜本改革
3. 医療・介護提供体制
4. 改革工程表の着実な実施

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

【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。

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性。

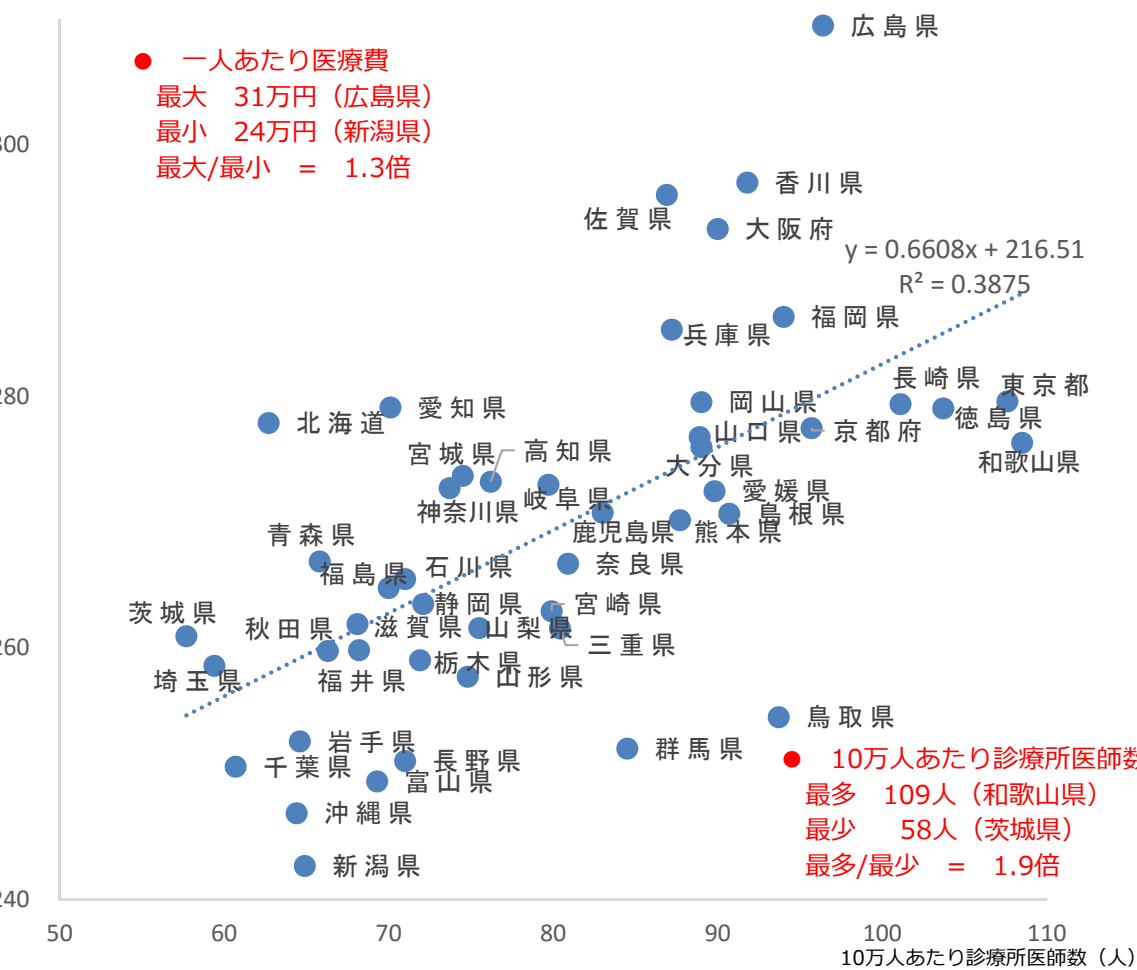
◆都道府県別一人当たり外来医療費（入院外+調剤、年齢調整後）と診療所医師数

一人あたり医療費(入院外+調剤)
(千円、国保+後期)

● 一人あたり医療費
最大 31万円(広島県)
最小 24万円(新潟県)
最大/最小 = 1.3倍

$$y = 0.6608x + 216.51$$

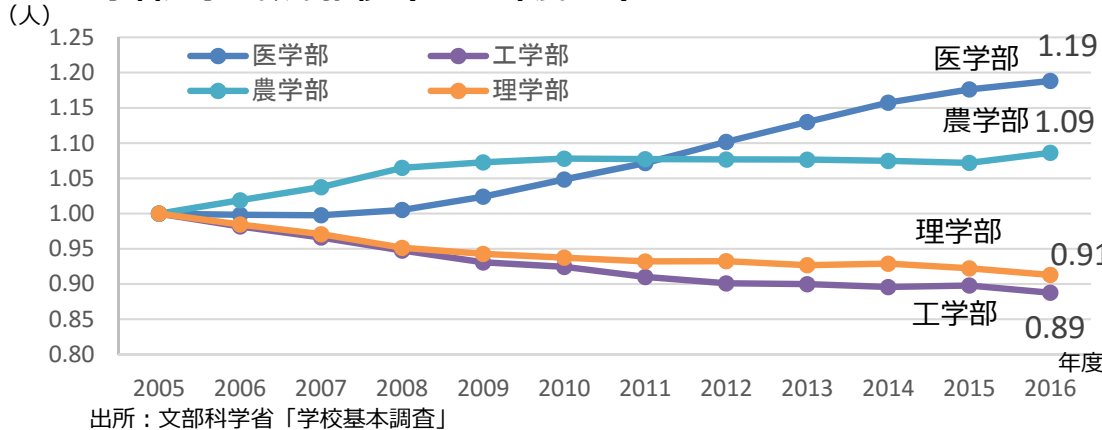
$$R^2 = 0.3875$$



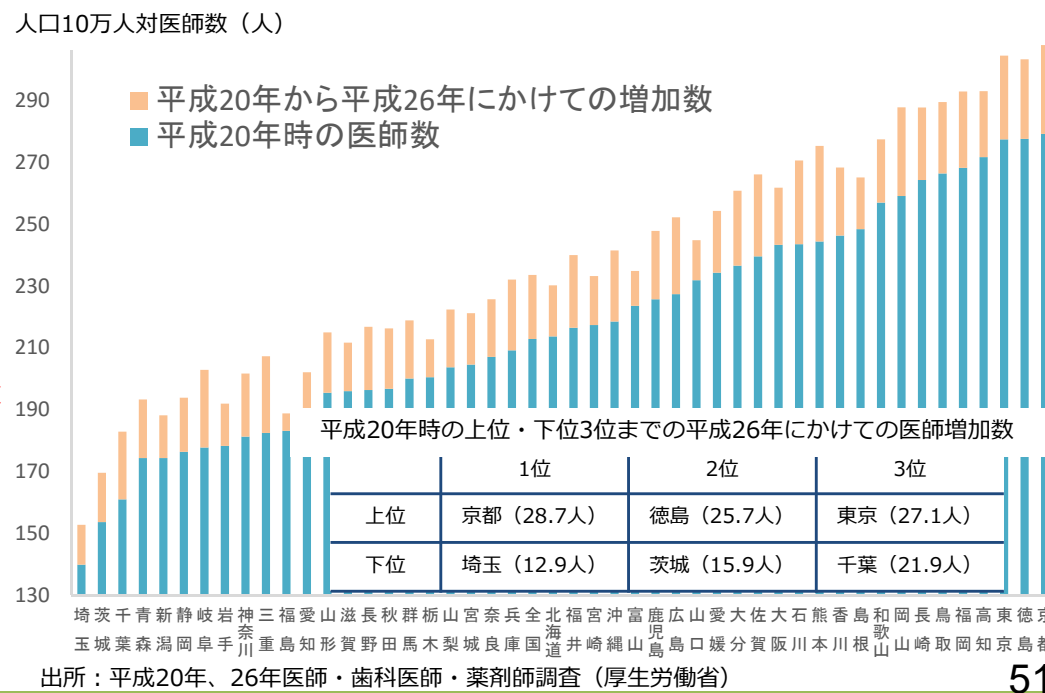
● 10万人あたり診療所医師数
最多 109人(和歌山県)
最少 58人(茨城県)
最多/最少 = 1.9倍

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」

◆学科別学生数の推移（2005年度=1）



◆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）



医療

1. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 適切な医療提供体制の構築
(地域医療構想の実現等)
 - (3) 調剤報酬の改革
2. 薬価制度の抜本改革
3. 医療・介護提供体制
4. 改革工程表の着実な実施

改革項目と改革工程表における記載(医療保険制度関連)

○ 昨年未までに結論が出ず、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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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等を踏まえつつ、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	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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前に結論 	④
生活習慣病治療薬等の処方あり方	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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) 	⑦

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

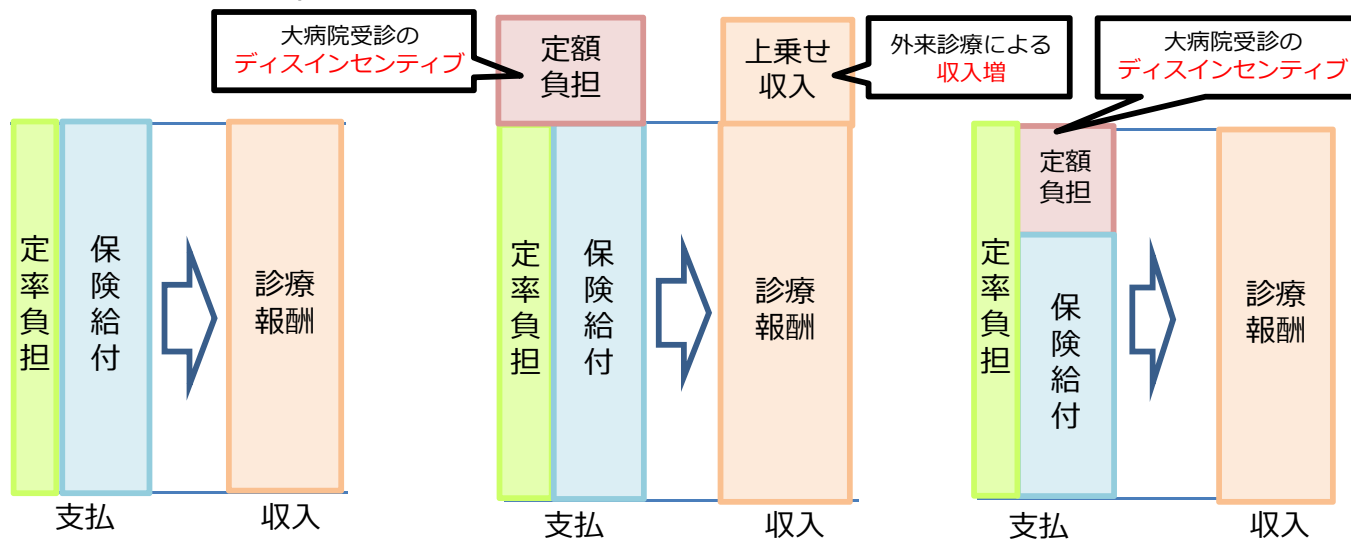
保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

- ① 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。
- ② 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。

通常の受診（現行）

選定療養による受診時定額負担（現行）

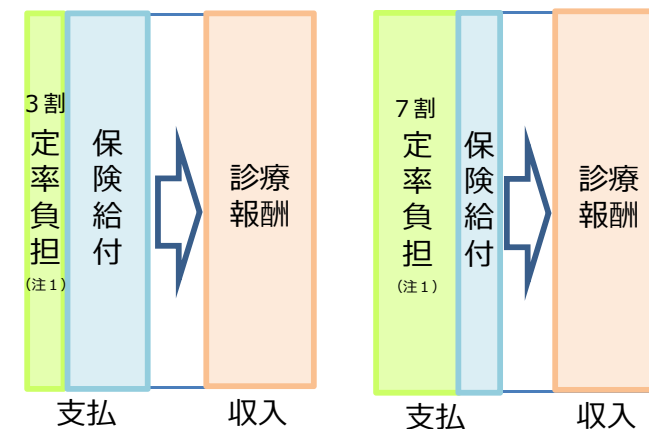
受診時定額負担（案）



フランスの制度

かかりつけ医を受診

かかりつけ医以外を受診 (紹介状なし) (注2)



(注) 婦人科医、眼科医、精神科医は対象外。また、5歳未満児童の受診も対象外。

【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50g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	薬剤の種類時に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、より高額な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

種類	医療用医薬品					OTC医薬品	
	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	A	1,008円
ビタミン剤	1,100億円程度	BB	300円	90円	30円	B	1,620円
漢方薬	800億円程度	CC	170円	51円	17円	C	1,296円
皮膚保湿剤	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）

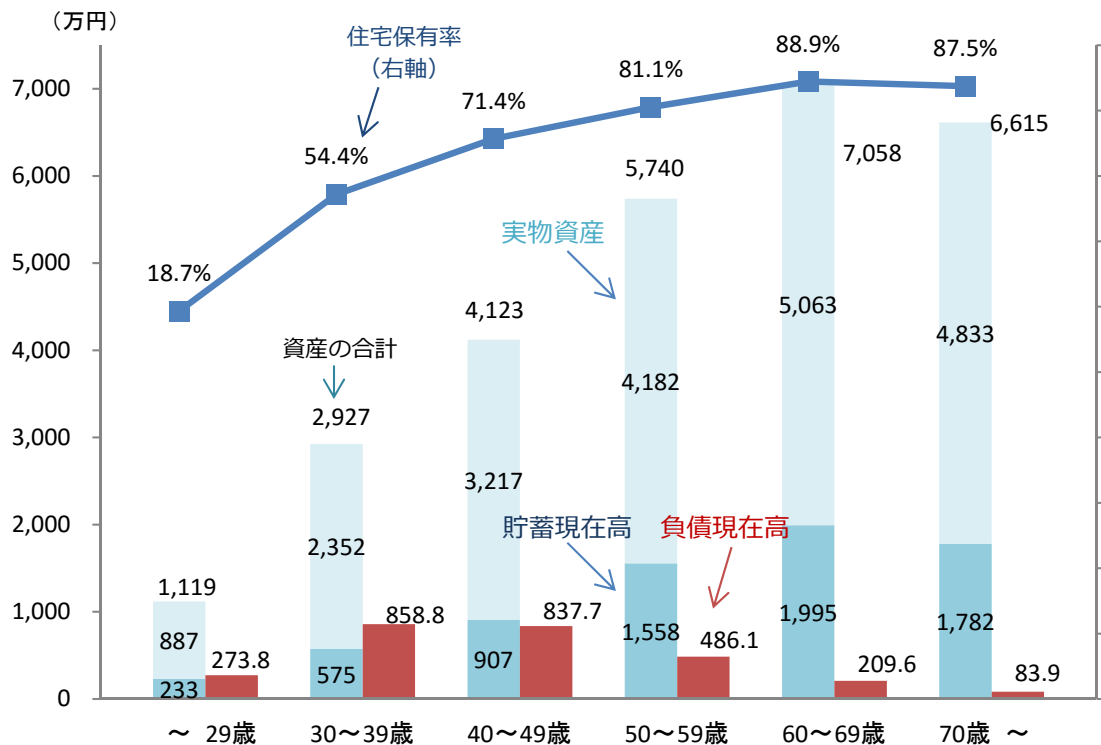
- 薬剤自己負担の引き上げについて、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

【論点】

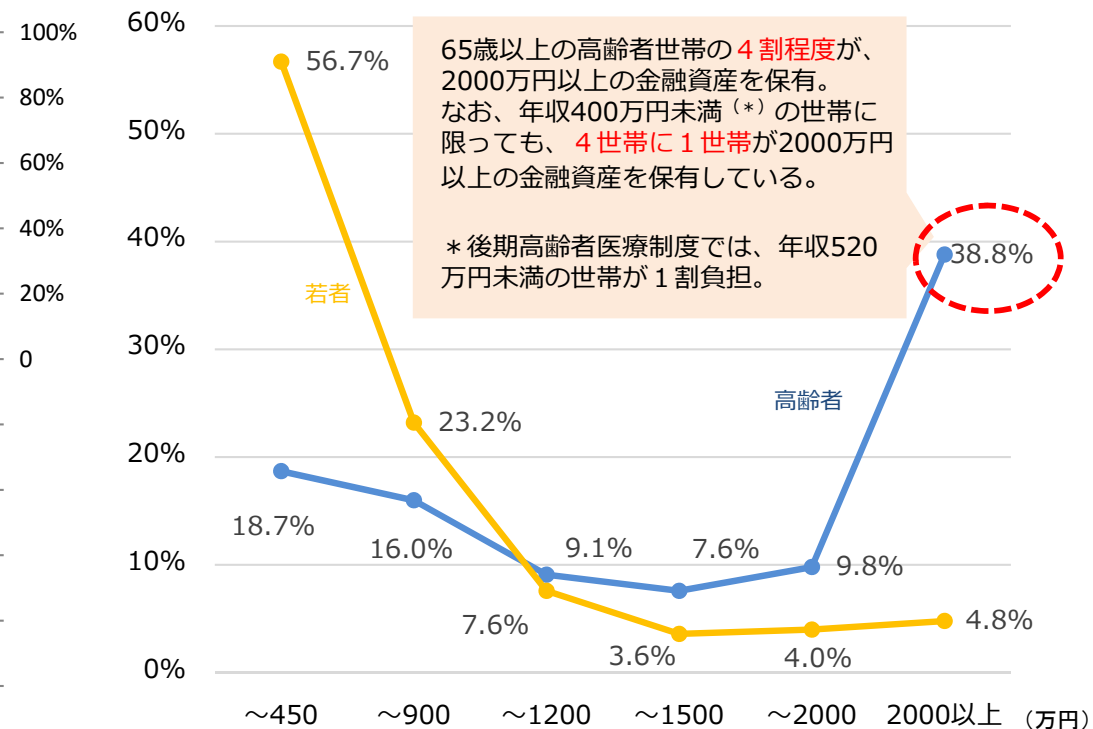
- 高齢者は、現役と比べて、平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が来年から施行予定。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

＜高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高＞



65歳以上の高齢者世帯の4割程度が、2000万円以上の金融資産を保有。なお、年収400万円未満(*)の世帯に限っても、4世帯に1世帯が2000万円以上の金融資産を保有している。

* 後期高齢者医療制度では、年収520万円未満の世帯が1割負担。

(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。
(注) 高齢者は65歳以上の夫婦のみの世帯、若年は世帯主40歳未満の世帯。

【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。

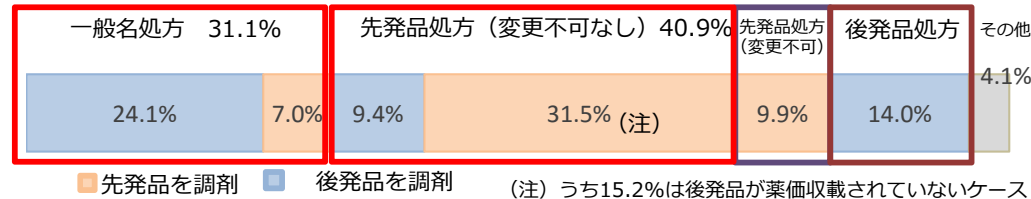
後発医薬品の使用促進(後発医薬品の価格を超える部分への対応)

【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。

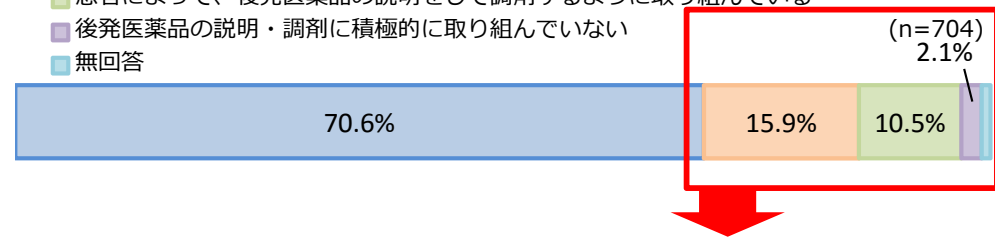
◆ 処方箋の記載と対応状況

(平成28年10月16日～22日までの1週間の取り扱い処方箋)

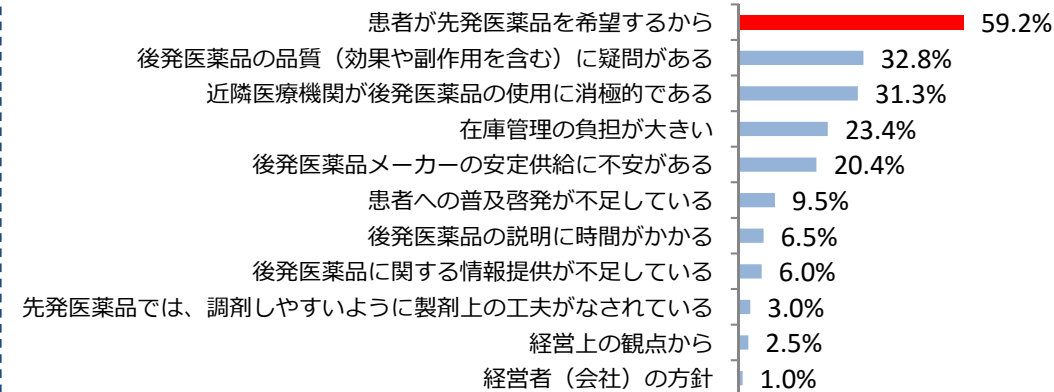


◆ 保険薬局の後発医薬品の調剤に関する考え

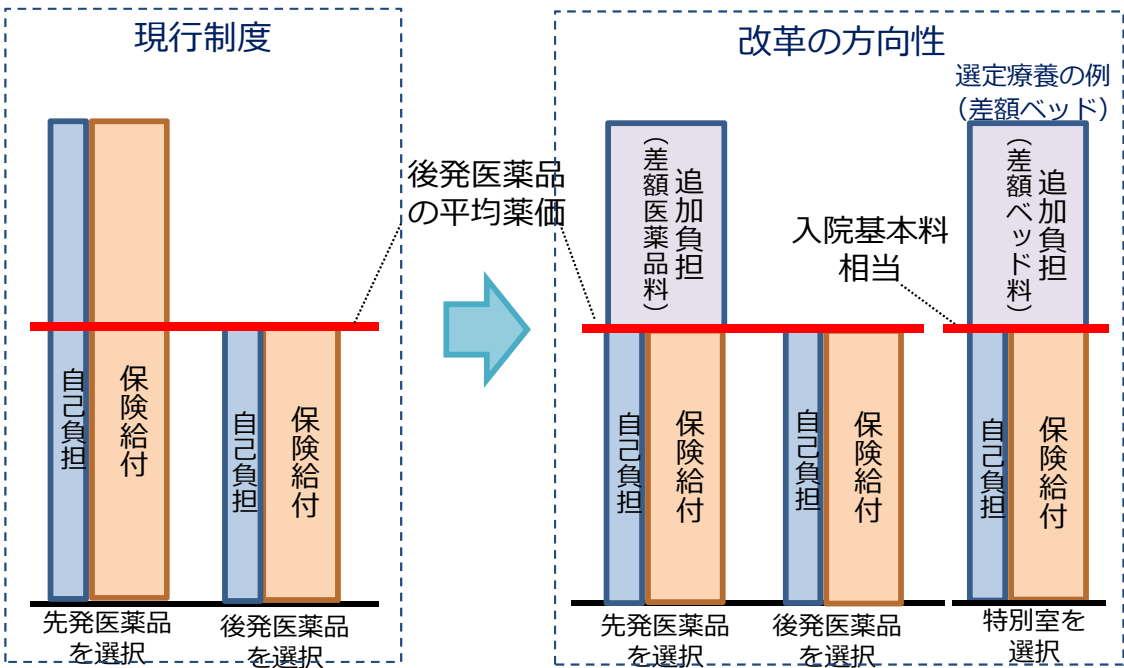
- 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するよう取り組んでいる
- 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 後発医薬品の説明・調剤に積極的に取り組んでいない
- 無回答



◆ あまり積極的には調剤しない理由 (複数回答)



(出所) 「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査報告書 (平成28年度調査)」 (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。

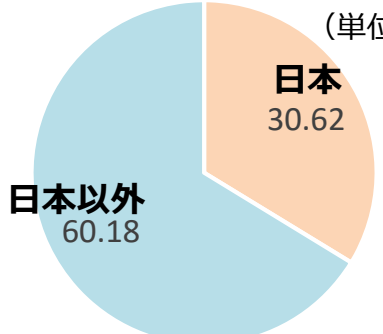
生活習慣病治療薬等の処方あり方

【論点】

○ 生活習慣病治療薬等の処方は、臨床上的知見を踏まえつつ、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。

◆世界のARB市場（2016年）

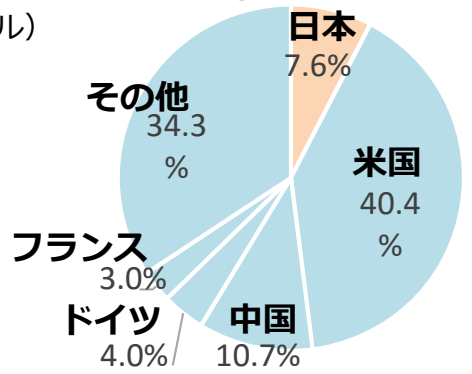
（単位：億ドル）



（出典）研ファーマ・ブレン発行「NEW Pharma Future」(2017年1-2月号)

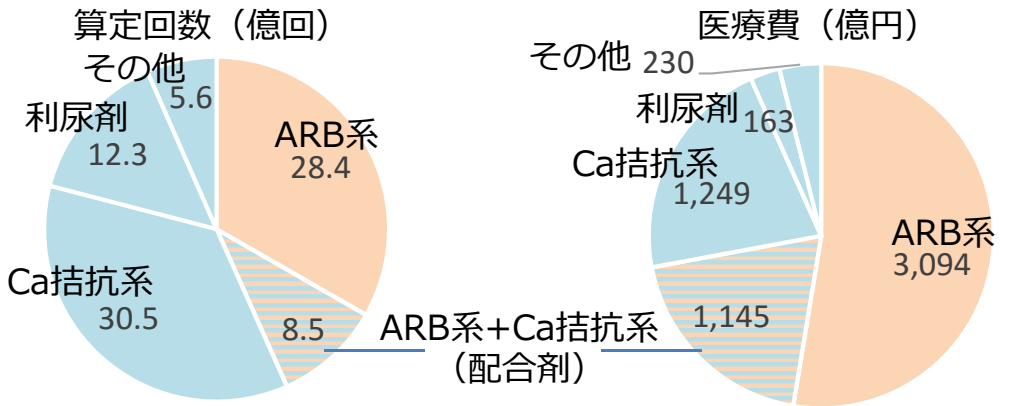
（注）先発品。なお、ミカルディス（ベーリンガー・インゲルハイム）の世界売上げについては、2015年の実績。

◆世界の医薬品市場シェア（2015年）



（出典）厚生省資料

◆我が国の高血圧治療薬の内訳（2014年度）



（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

<高血圧薬の使用に関するガイドライン>

日本	イギリス
<p>【STEP 1】 ACE、ARB、Ca拮抗剤、サイアザイド利尿剤のいずれか</p> <p>【STEP 2】（以下の組み合わせいずれか） (ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) (ACE又はARB) + (サイアザイド利尿剤) (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤)</p> <p>【STEP 3】 ・ (ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤)</p> <p>【STEP 4】 ・ (ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤) + <ul style="list-style-type: none"> ・β¹阻害剤 ・サイアザイド利尿剤の追加 ・α¹阻害剤 </p>	<p>【STEP 1】 55歳以上（全人種） →Ca拮抗剤</p> <p>55歳未満（アフリカ系、アジア系を除く） →ACE（副作用等がある場合にはARB）</p> <p>【STEP 2】 ・ (ACE又はARB) + (Ca拮抗剤)</p> <p>【STEP 3】 ・ (ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤)</p> <p>【STEP 4】 ・ (ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤) + <ul style="list-style-type: none"> ・β¹阻害剤 ・サイアザイド利尿剤の追加 ・α¹阻害剤 </p>

<代表的な治療薬の一日薬価>

ACE系	タナトリル錠 (10mg)	123.60円
ARB系	ディオバン錠 (80mg)	109.10円
Ca拮抗系	アムロジン錠 (5mg)	53.30円
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、臨床上的有効性・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。

【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。
- 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)		×	全国一律		= 医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)				1点あたり 単価 10円	
(例)	初診料	282点		(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。	
	入院基本料 (7 : 1)	1,591点			
	調剤基本料 1	41点			

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

◆ 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)

- 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。

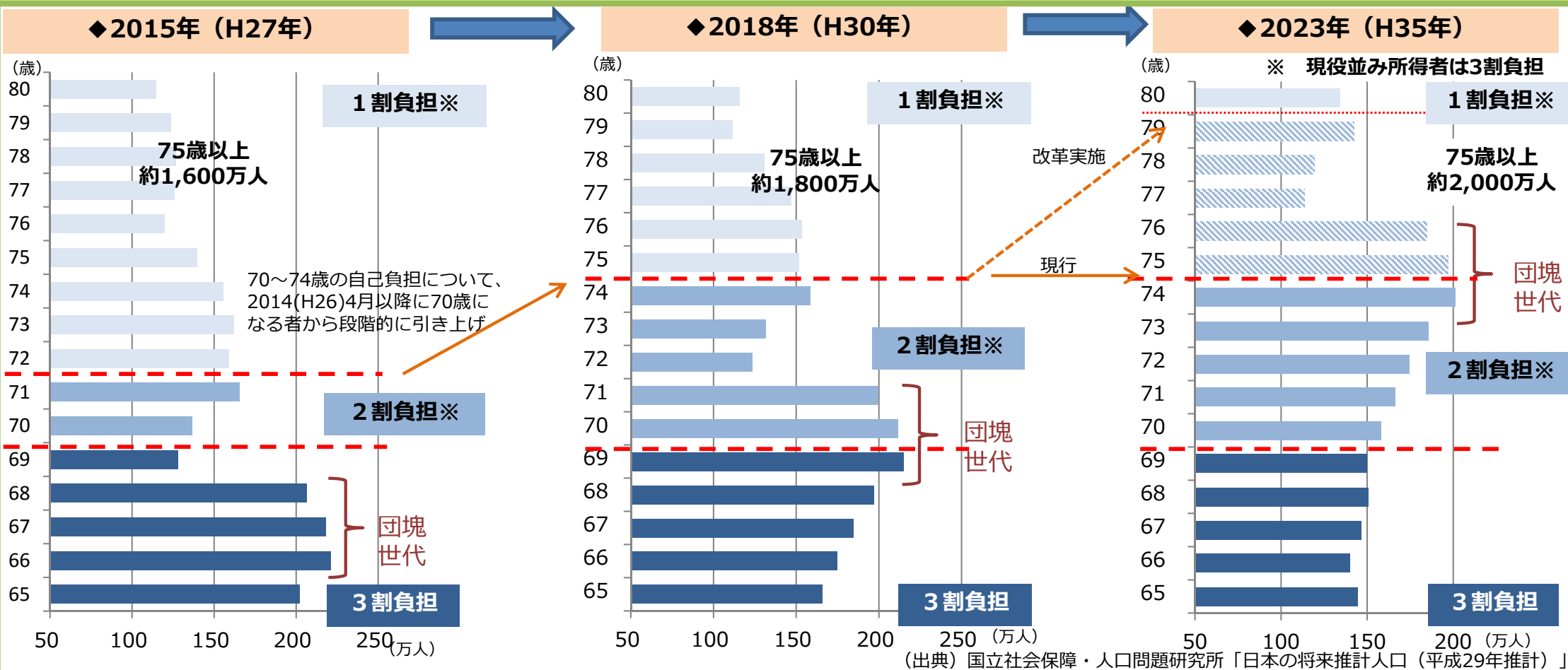
医療分野での都道府県のガバナンス強化に向けた具体策

	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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 受益と負担の牽制による保険財政運営 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 </div> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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
医療費適正化	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 高確法14条（地域別診療報酬の特例）の活用 </div>	<p>(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。</p>

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）。



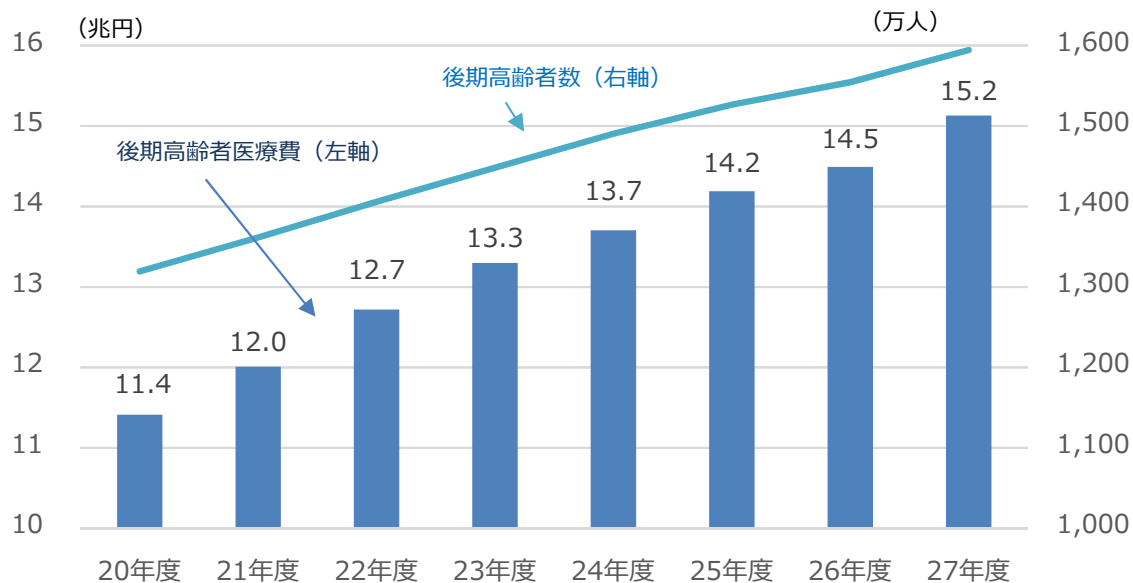
【改革の方向性】 (案)

- 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。

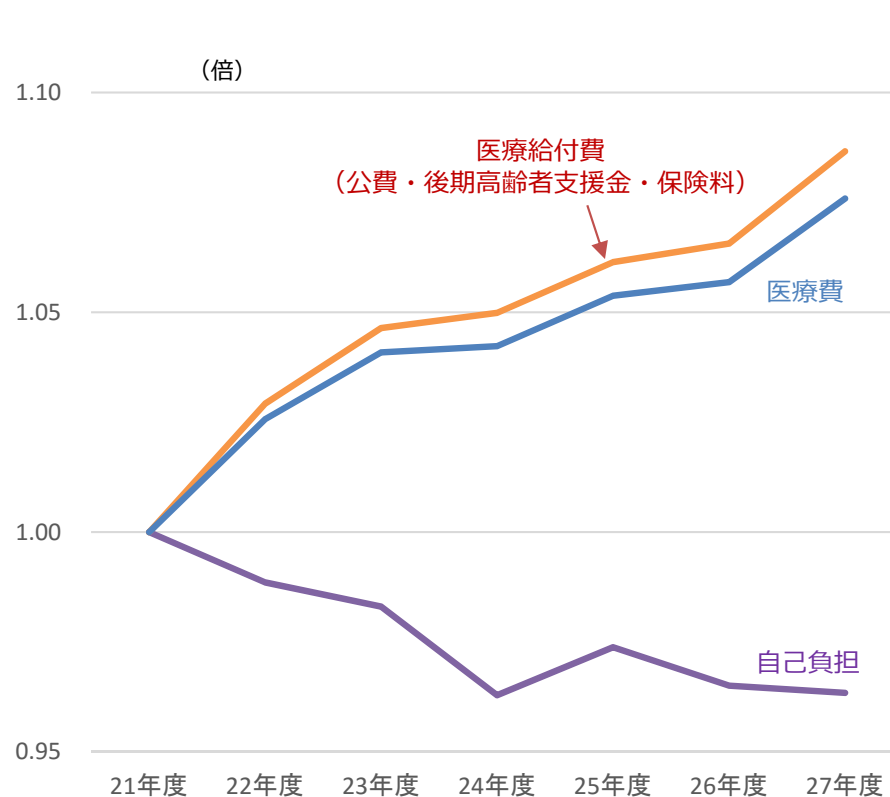
(参考) 後期高齢者医療費と費用負担の動向

- 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見ると、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。

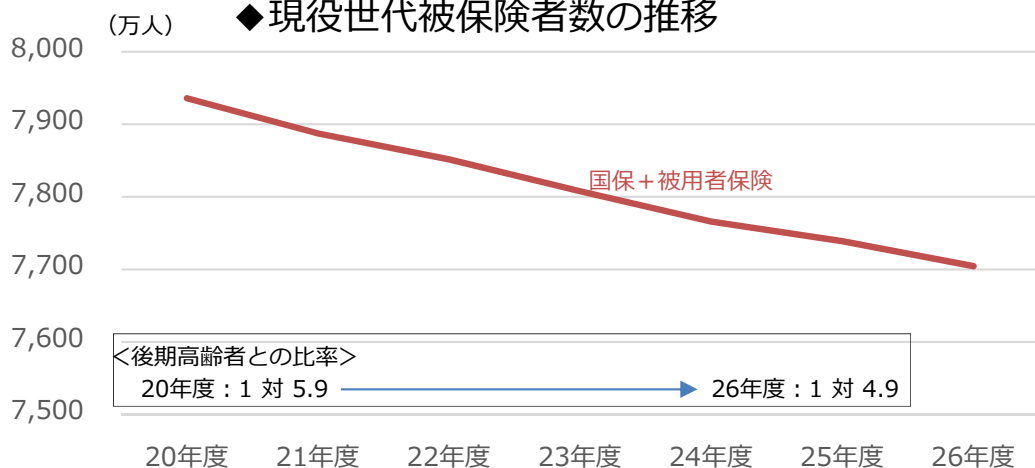
◆ 後期高齢者医療費の推移



◆ 後期高齢者一人当たりの医療給付費と自己負担



◆ 現役世代被保険者数の推移



	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

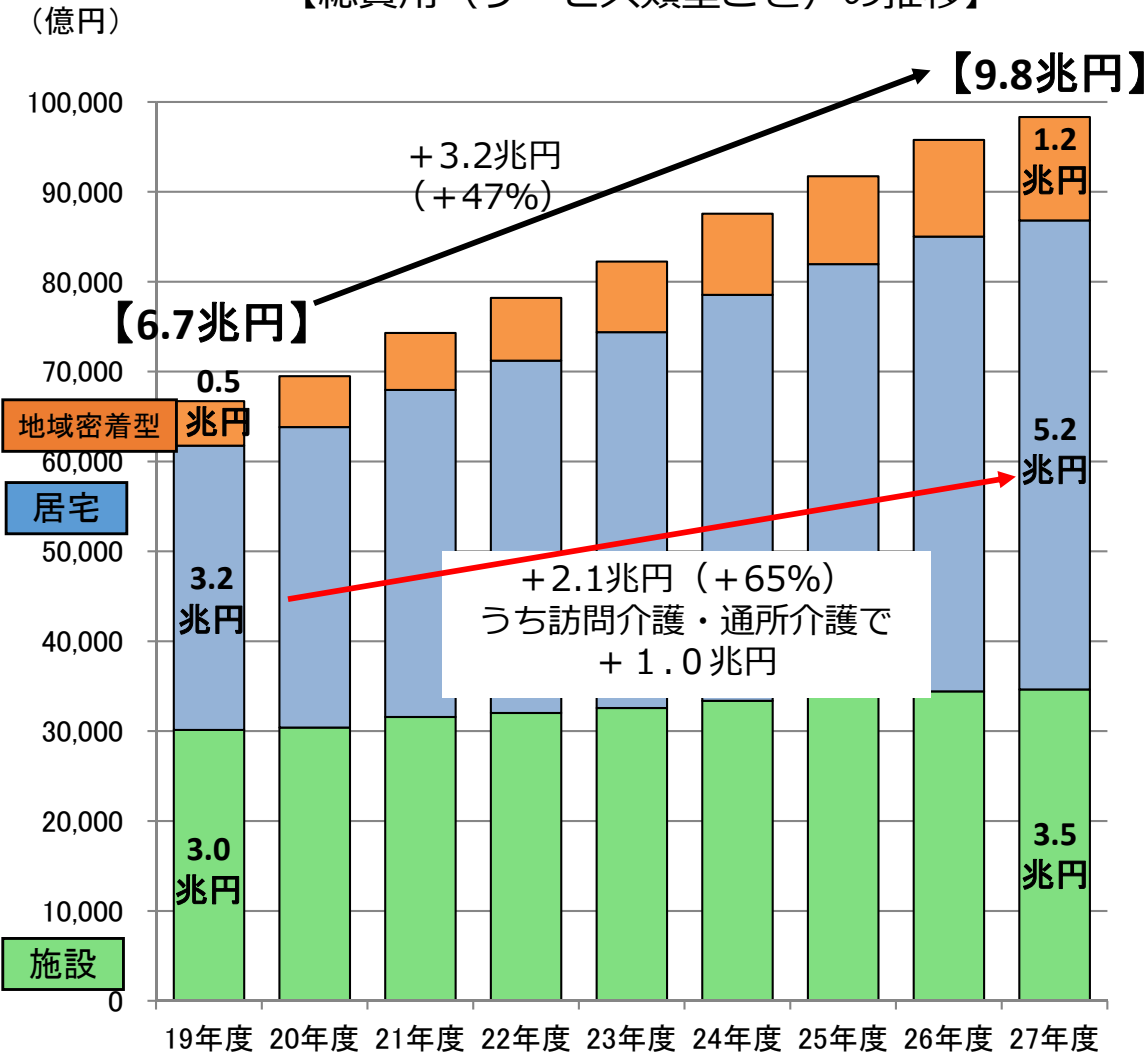
(注) それぞれ、各年度の金額を被保険者数（月末平均値）で除した値を、満年度化した平成21年度分を基準に示したものの。

介護

介護費用・受給者数の現状

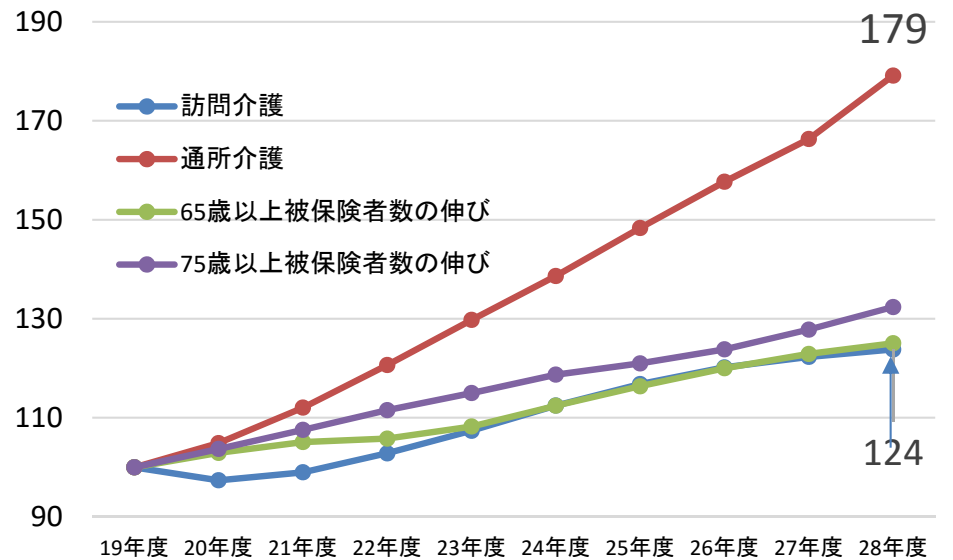
- 介護費用は大幅に増加しており平成19年度から27年度までで3.2兆円増加（+47.4%）。このうち2.1兆円（+65.0%）が居宅サービスとなっており、うち半分の+1兆円程度が訪問介護・通所介護の伸び。
- このうち通所介護のサービスの受給者数は、高齢者数の伸びを大きく超えて増加しているが、受給者の要介護度には大きな変化がない。

【総費用（サービス類型ごと）の推移】



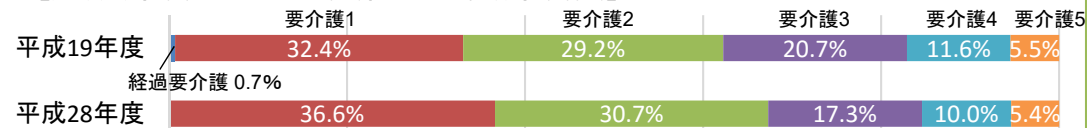
【訪問介護・通所介護の受給者数（指数）の推移】

※19年度を100とした場合



※ 20～28年度の1日あたり平均在院患者数は6.7万人程度減少。仮に、同数だけ通所介護サービスの受給者が増加したと仮定し、その影響を控除しても28年度の通所介護の指数は171程度となる。

【通所介護サービス受給者の要介護度】



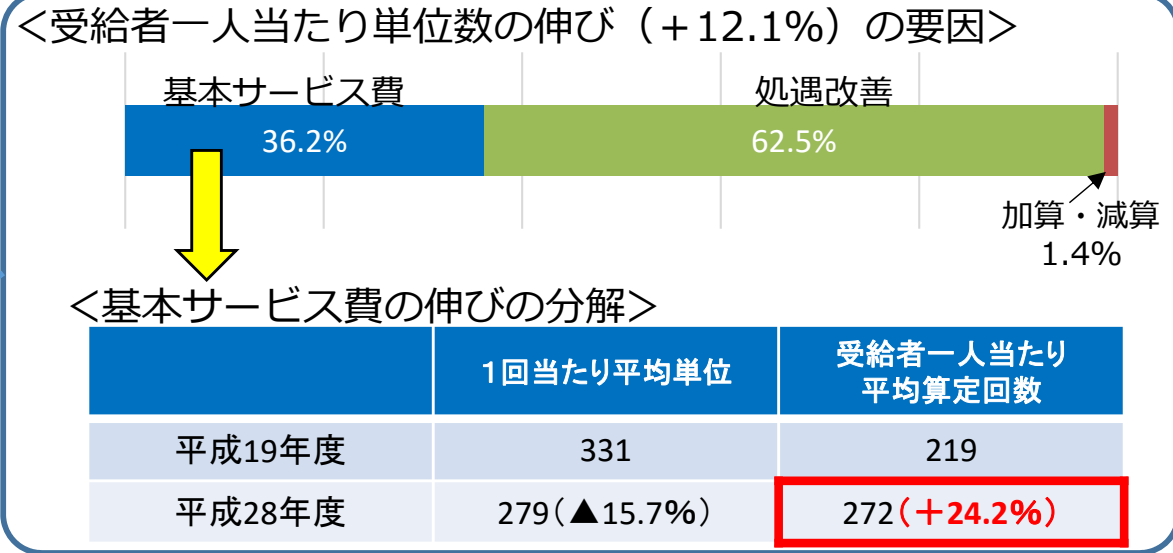
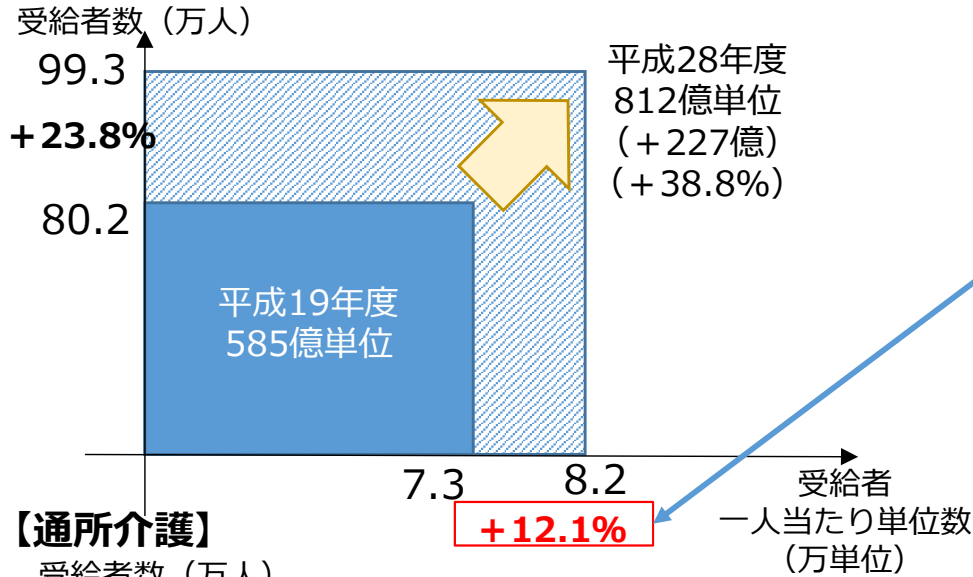
（出典）厚生労働省「介護給付費等実態調査」「介護保険事業状況報告」「病院報告」

（注）介護予防を除く。受給者数は年間累計数を12で除して算出。

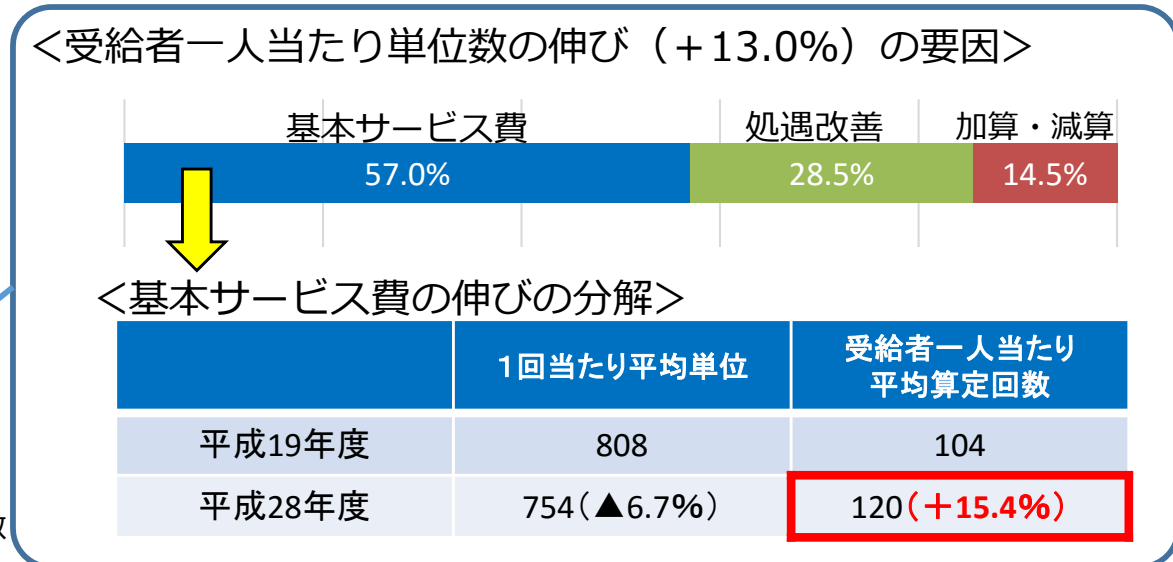
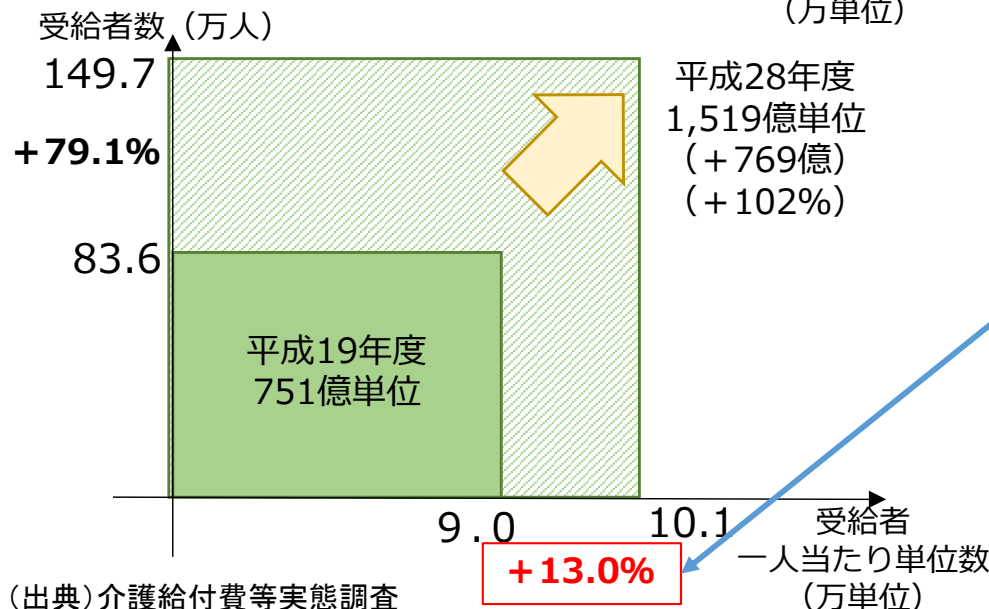
受給者一人当たり費用の伸びについて

- 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。

【訪問介護】



【通所介護】



(出典) 介護給付費等実態調査

(注) 上記の計数は介護予防を除く。受給者数は1年間の累計サービス受給者数を12で除して算出。

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。

事業運営期間		事業計画		給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期		3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度				4.6兆円		
2002年度				5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期		5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度				6.2兆円		
2005年度				6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期		6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2007年度				6.7兆円		
2008年度				6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期		7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2010年度				7.8兆円		
2011年度				8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期		8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度				9.2兆円		
2014年度				9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期		10.1兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度				10.4兆円		
2017年度				10.8兆円		
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。

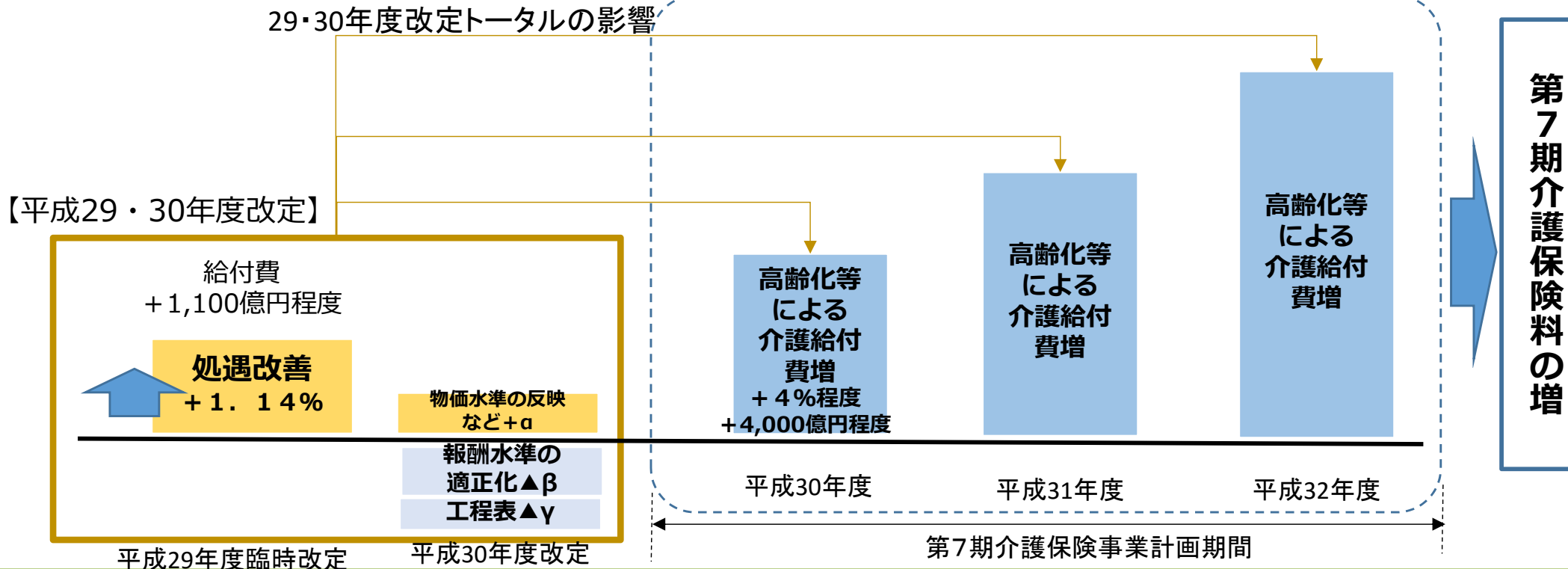
(注) なお、平成29（2017）年度においては、第7期の30年度介護報酬改定に先立ち+1.14%の改定（処遇改善）を実施。

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。

【平成30年度介護報酬改定のイメージ】



【改革の方向性】（案）

- 平成30年度においても高齡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。

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。

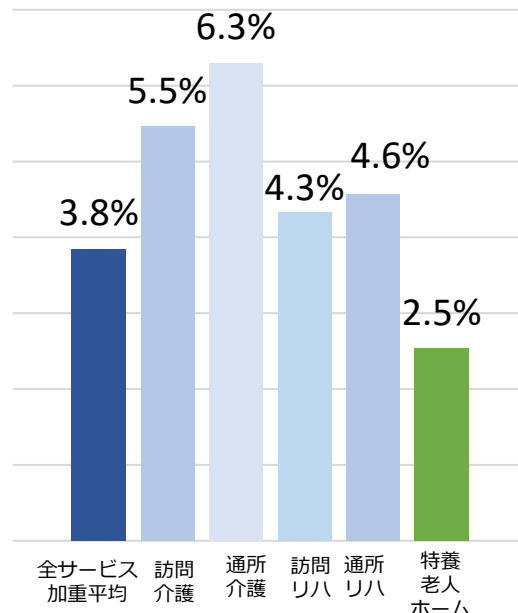
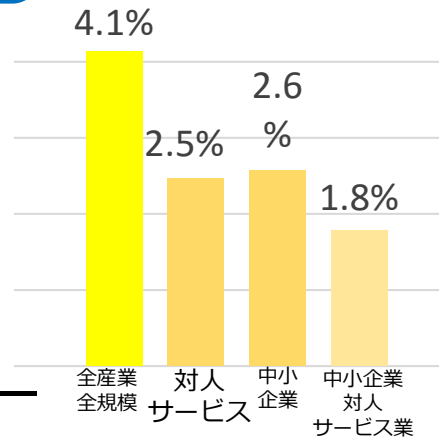
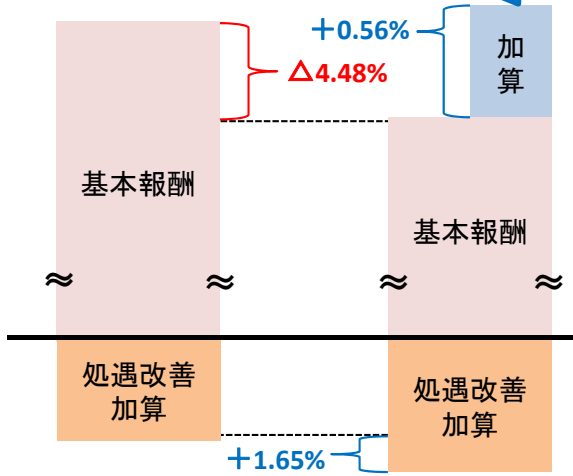
【平成27年度介護報酬改定のイメージ】

【法人企業統計における税引き前当期純利益率】

【介護サービス事業者等の収支差率】

【特養（ユニット型）の経営状況（平成27年度）】

全体の改定率は△2.27%であるが、質の高いサービスを提供している事業所は、加算により手厚い報酬が得られる仕組み



	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)厚生労働省「平成28年度 介護事業経営概況調査」、「平成27年度 介護給付費等実態調査」
財務省「法人企業統計」、中小企業庁「中小企業実態基本調査」
(注1) 直近5年間の最大と最小を除いた税引前当期純利益率(税引前当期純利益/売上)の平均。
(注2) 「対人サービス業」は、宿泊業、飲食サービス業、生活関連サービス業、娯楽業の合計。

(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。

(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、純粹持ち株式会社や情報通信業などの業種が全体の収益状況を押上げているが、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】

	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】

	経常利益率	税引き前当期純利益率
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%
純粹持ち株式会社	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%

(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。

【中小企業の経営状況】

	経常利益率	税引き前当期純利益率
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%

【中小企業（法人企業）の従業者規模別分布】

5人以下	6～20人	21～50人	51人以上
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。

【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	75.8%	17.3%	4.4%	1.8%	0.7%	0.1%
対人サービス業	84.9%	10.9%	2.6%	1.1%	0.5%	0.0%

(出典)財務省「法人企業統計」

【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。

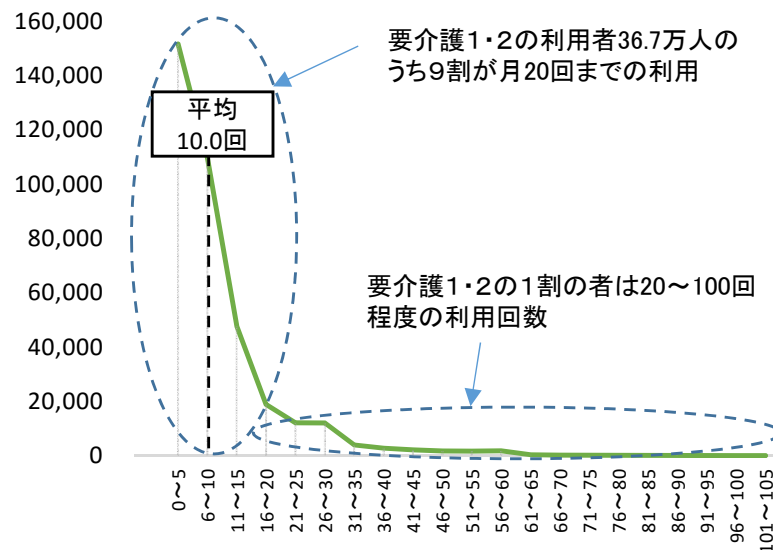
訪問介護のうち「生活援助中心型」の利用状況(平成28年9月)

【要介護1・2の利用者の利用回数の分布】

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

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
1	115	5	7	98	5
2	108	5	7	98	2
3	104	2	7	98	3
4	103	4	7	98	3
4	103	2	8	96	3
4	103	4	9	95	4
4	103	3	9	95	3
4	103	4	9	95	4
5	101	3	9	95	3
6	99	5	10	94	3
7	98	4



※ 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思わ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

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)」

【改革の方向性】(案)

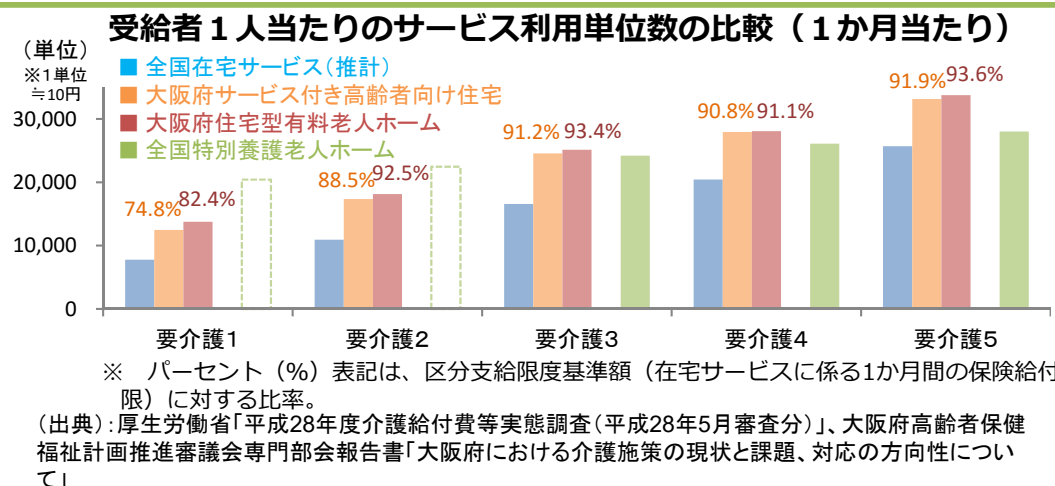
○ 保険者機能の強化に向けた取組の一環として、例えば、一定の回数を超える生活援助サービスを行う場合には、多職種が参加する地域ケア会議等におけるケアプランの検証を要件とするなど、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべき。

○ 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、「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、例えば、1日に算定可能な報酬の上限設定など、「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。

高齢者向け住まいについて

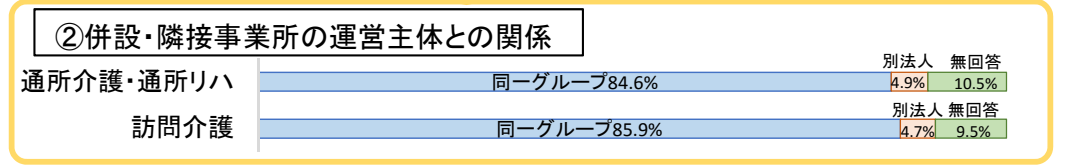
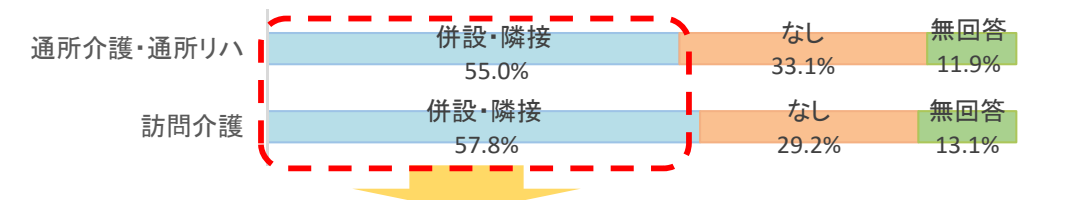
【論点】

- 大阪府の調査結果では、「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。



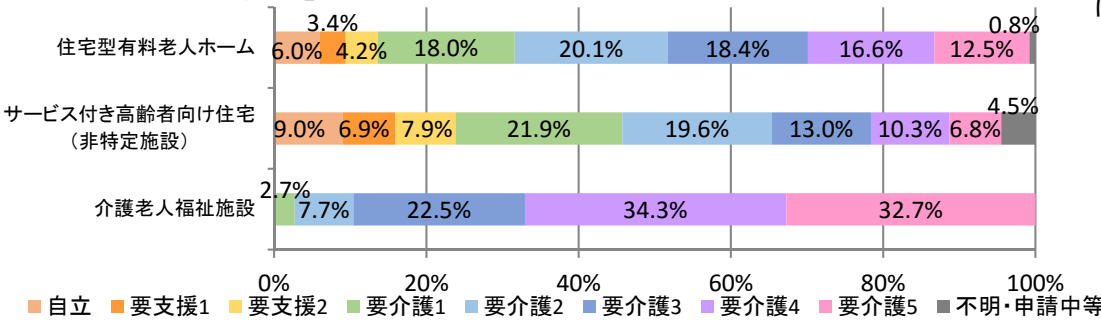
【サービス付き高齢者住宅（特定施設の指定なし）】

※ 住宅型有料老人ホームについても、同様の傾向



(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に関する調査研究」(株式会社野村総合研究所)」

【入居者の要介護度】



(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に関する調査研究」(株式会社野村総合研究所)」「介護サービス施設・事業所調査(27年10月1日)」

【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。
 (単位数)

	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。

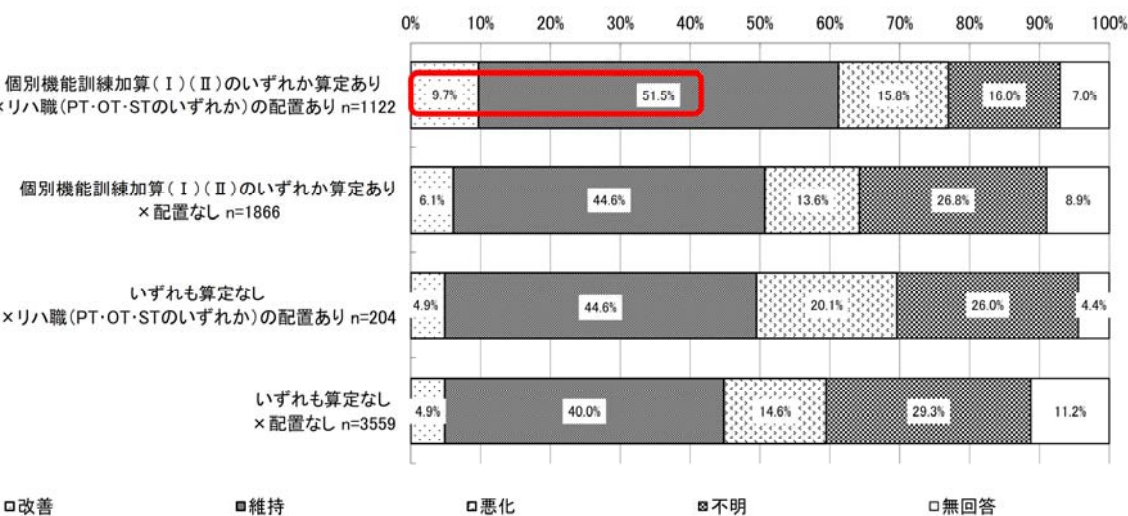
通所介護サービスについて

【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。

【通所介護の機能訓練による効果等】



(出典) 平成29年6月21日 介護給付費分科会資料

通所介護の事業所規模別比較

(単位)
※1単位≒10円

	個別機能訓練加算取得事業所率※		1回当たり単位数 【平成27年度実績】 (1単位≒10円)
	加算Ⅰ	加算Ⅱ	
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)

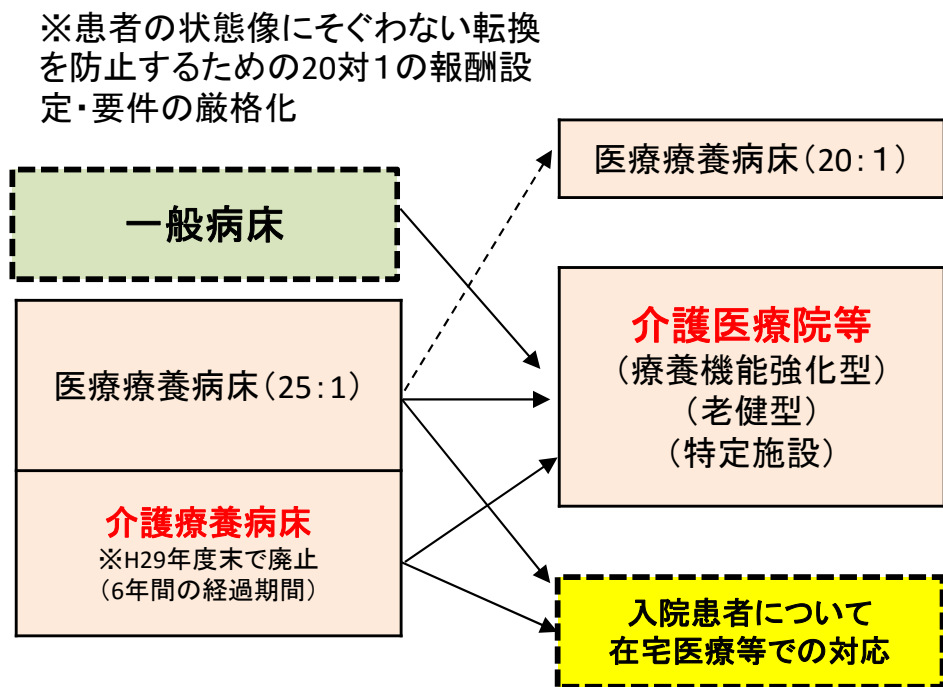
- 通所介護について機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。

地域医療構想の推進と療養病床の再編

【論点】

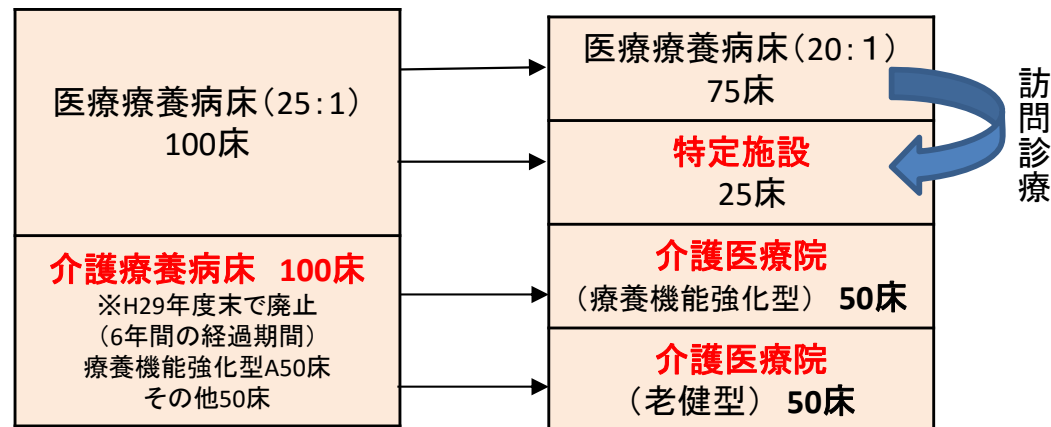
- 現行の介護療養病床は平成29年度末で廃止（経過措置あり）となり、新たな類型として介護医療院が設置され、これに合わせて地域医療構想の方向性に沿った療養病床の再編が行われていくこととなる。
- 一方で、再編にあたっては、①介護療養病床について、現行の療養機能強化型と老健施設並びの二つの類型へ転換、②25対1病床の一部を、より報酬の高い20対1病床へ転換する、といった動きがある。
- この場合、現行の報酬体系を前提として、一定の仮定の下に試算すると、再編後の医療費・介護費は変わらないか、かえって増加することもありえ、こうした転換例が多くなる場合、療養病床全体を在宅等への移行も含めて再編するとの地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

【本来目指すべき療養病床の転換の方向性(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。

【療養病床の転換の一例】



【上記を基に現行の診療報酬・介護報酬を前提にした一定の仮定に基づく試算(入院基本料(基本単位)部分+訪問診療+医学管理料)(1月あたり)】

転換前：		転換後：	
・ 25対1病棟	3,600万円	・ 20対1病棟	3,200万円
・ 介護療養病棟	3,600万円	・ 特定施設入居者生活介護	500万円
療養機能強化型	1,860万円	・ 療養機能強化型	1,900万円
その他	1,780万円	・ 老健型	1,600万円
合計：7,200万円程度		合計：7,200万円程度	

※介護医療院のうち、療養機能強化型は、現行の療養機能強化型A、老健型は療養型老健・多床室の報酬水準を前提。

【改革の方向性】 (案)

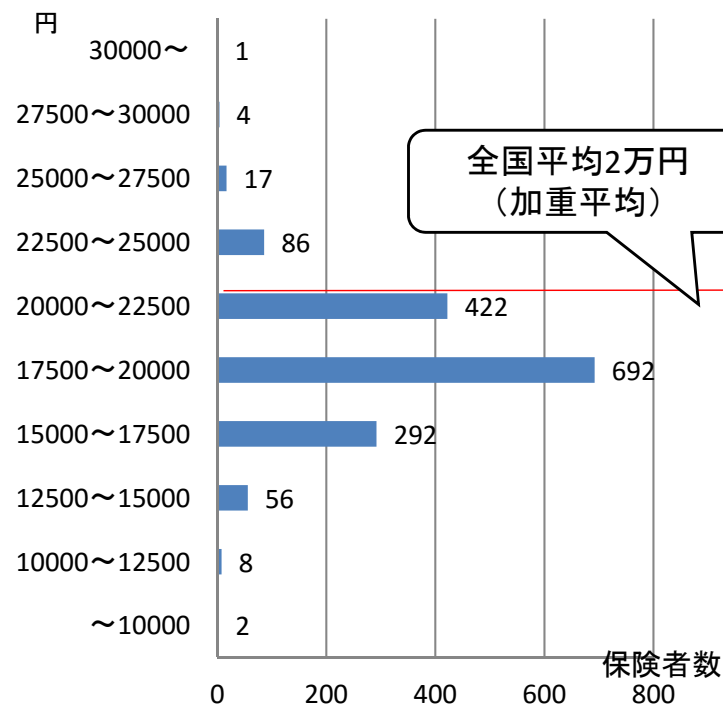
- 地域医療構想の方向性と整合的に療養病床の転換を進めるとともに、効率的な医療・介護サービスの提供体制を構築するため、患者の状態像にそぐわない20対1病床への転換の防止のための医療必要度の要件の厳格化等や、介護医療院について、人員配置や費用面での効率化が進むよう報酬・基準を設定するとともに、療養病床の入院患者のうち医療の必要度の低い患者については、在宅医療等での対応を進めるような改定内容とすることを検討すべき。

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。

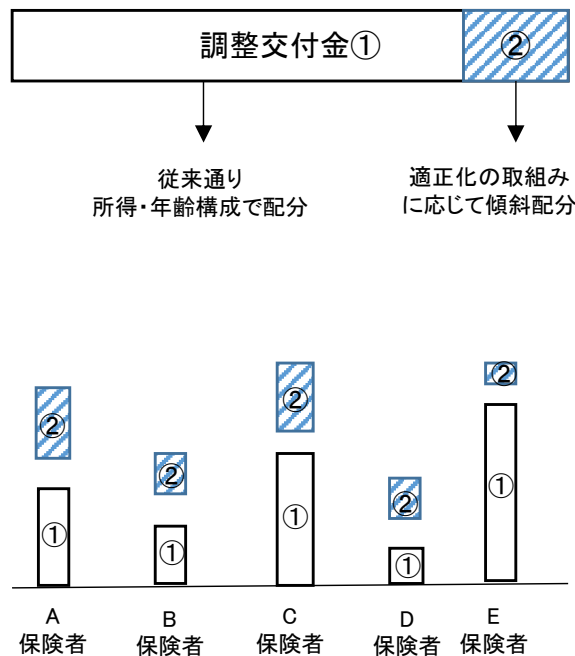
性・年齢・地域区分調整後1号被保険者一人当たり給付費(月額)平成27年度



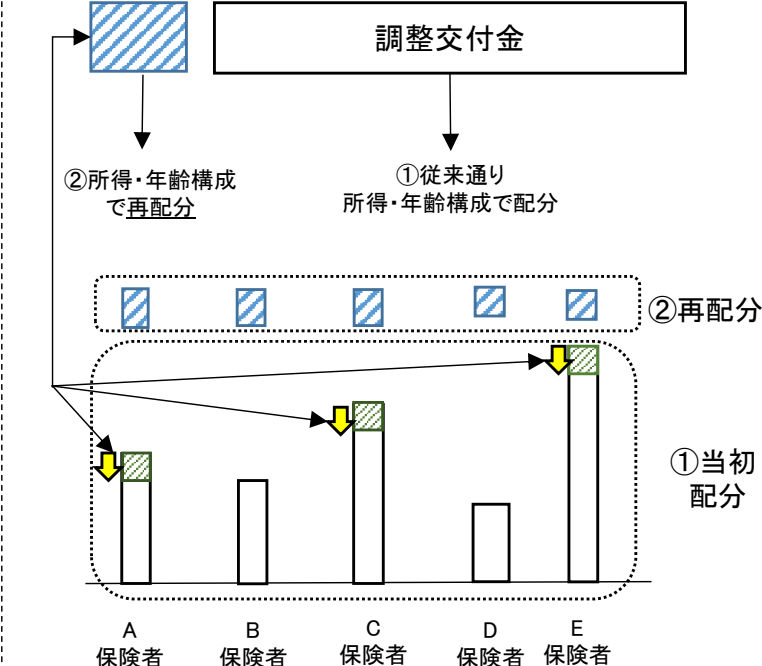
(出典)厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

【調整交付金の活用イメージ】

<案①（別枠方式）：調整交付金の一部を別枠にして配分>



適正化の取組に応じて減額して再プール
<案②（再配分方式）：取組に応じて減額した調整交付金を再配分>



【改革の方向性】（案）

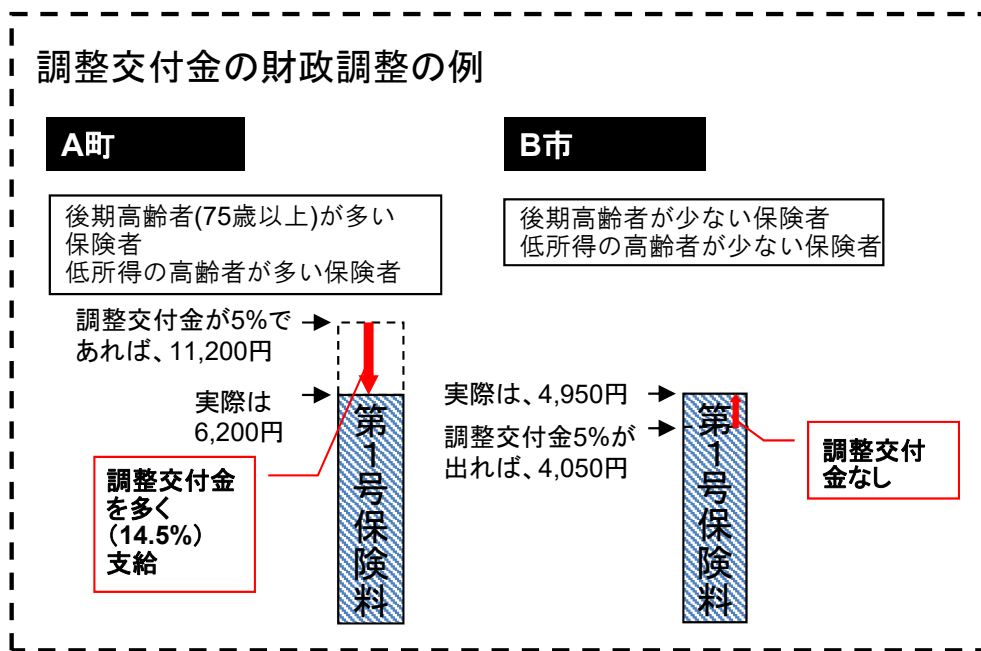
- 介護費の適正化などに向けた財政的なインセンティブとして、客観的な指標に基づき自治体に対して財政支援を行う新たな交付金を創設することとなっているが、全自治体の取組みの底上げを図るためには、あわせて現行の調整交付金の活用によるインセンティブも必要。
- 新たな交付金とセットで、調整交付金を活用したインセンティブの仕組みを導入すべき。

(参考)調整交付金について

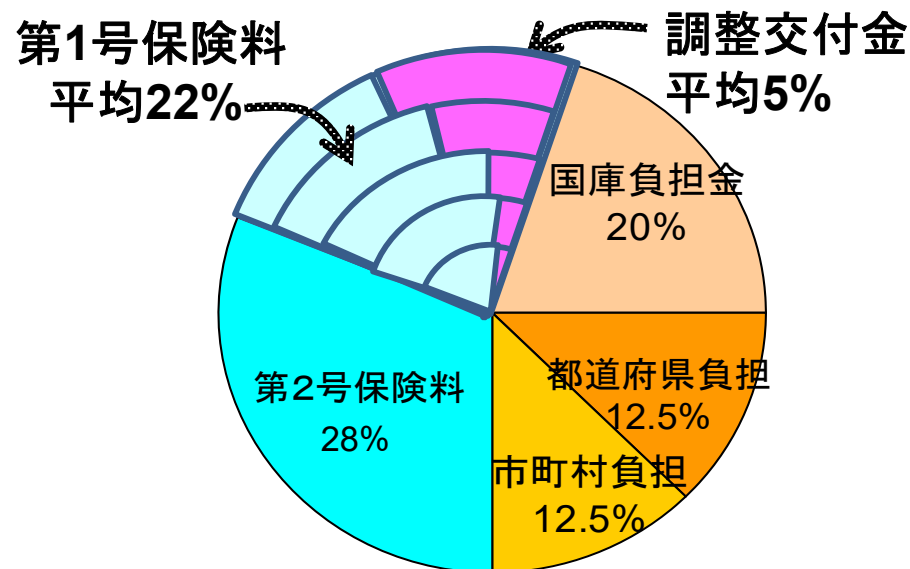
【現行の調整交付金について】

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

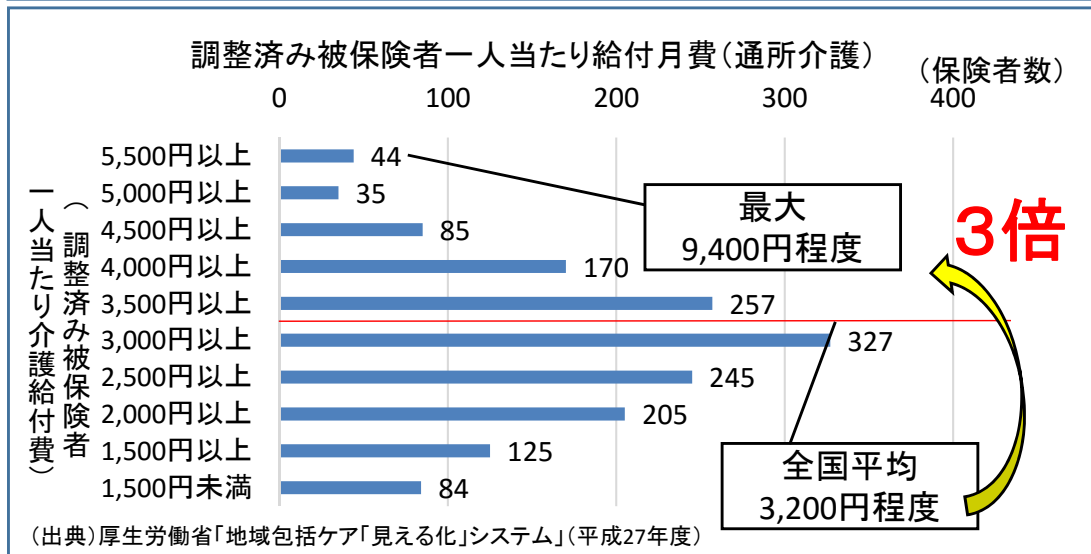
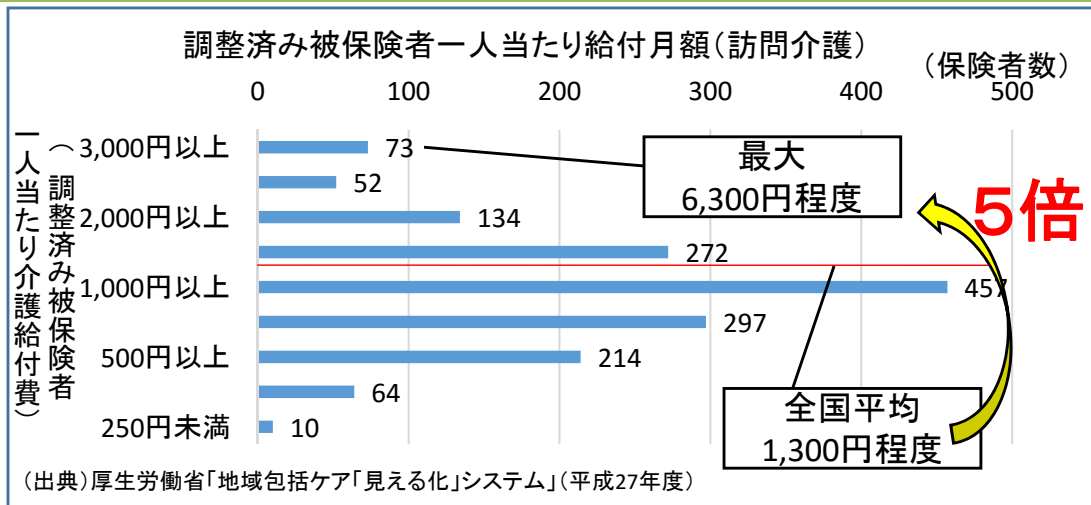
⑥ 介護保険制度等

介護ニー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する仕組みが十分でない。



	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	・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、事業者の指定等をしていないことができる。
- (注2) 公募制: 市町村長は公募により、特定の地域での開設を特定の事業者のみに認めることができる。
- (注3) 介護療養型医療施設については、介護保険法の改正により平成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。

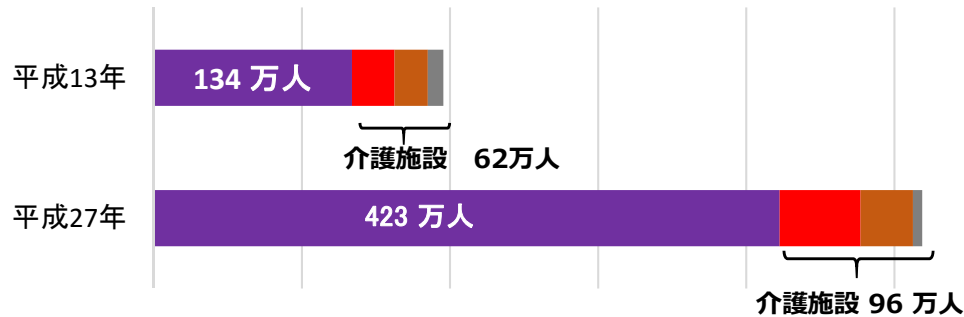
介護施設と在宅との公平性の確保

【論点】

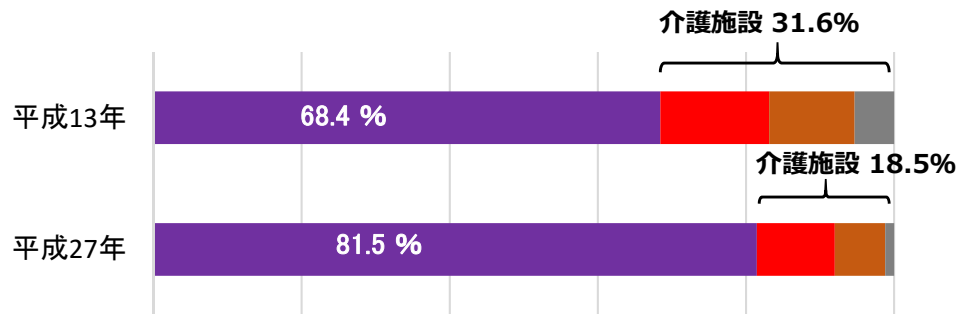
- 近年は介護施設の入所者の割合が減少し、高齢者向け住まいを含めた在宅でのサービス受給者の割合が増大。
- 介護施設等の利用者のうち低所得者には、その居住費・食費について介護保険制度から補足給付が支給されているが、在宅でのサービス利用者は基本的に全額自己負担となっている。

<介護施設・在宅サービスの利用者数・割合（一部推計）>

介護サービス受給者数(万人)



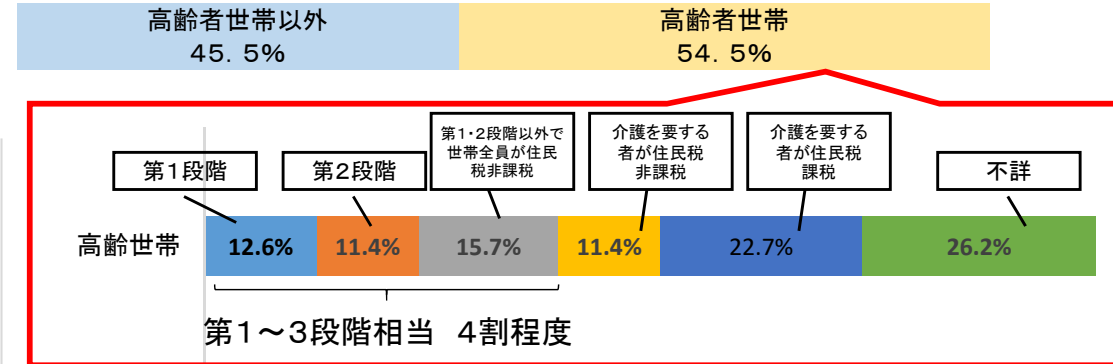
介護サービス受給者割合(%)



■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」

<介護を要する者（在宅）のいる世帯（高齢者世帯）の所得段階>



(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>

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。

第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外

(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」

※ 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。

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
<p>＜⑩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＞</p>	<p>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。</p>	<p>①</p>
<p>＜⑦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＞ ＜(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＞</p>	<p>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</p>	<p>②</p>
	<p>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。</p>	<p>③</p>
	<p>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。</p>	<p>③</p>

地域支援事業への更なる移行

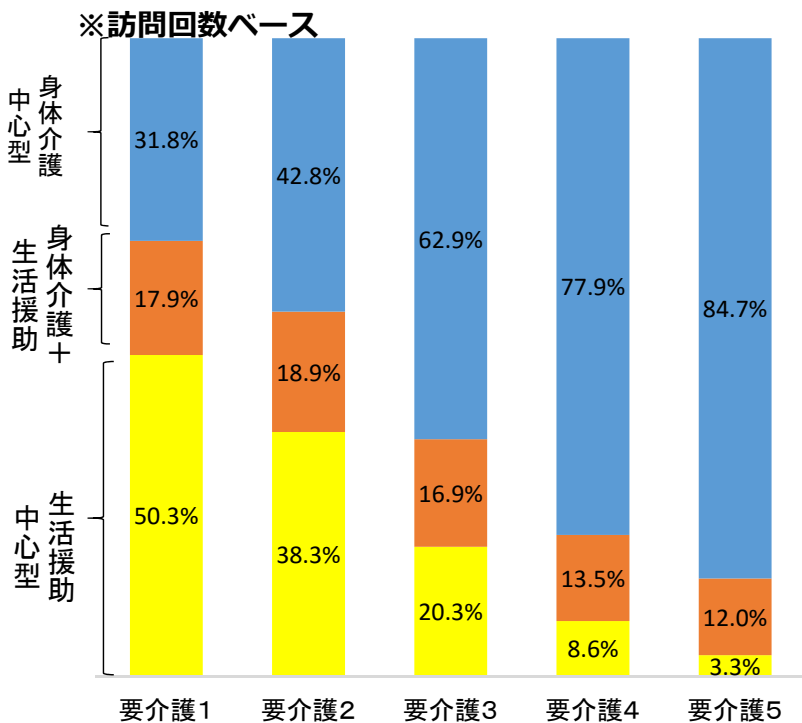
【論点】

- 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

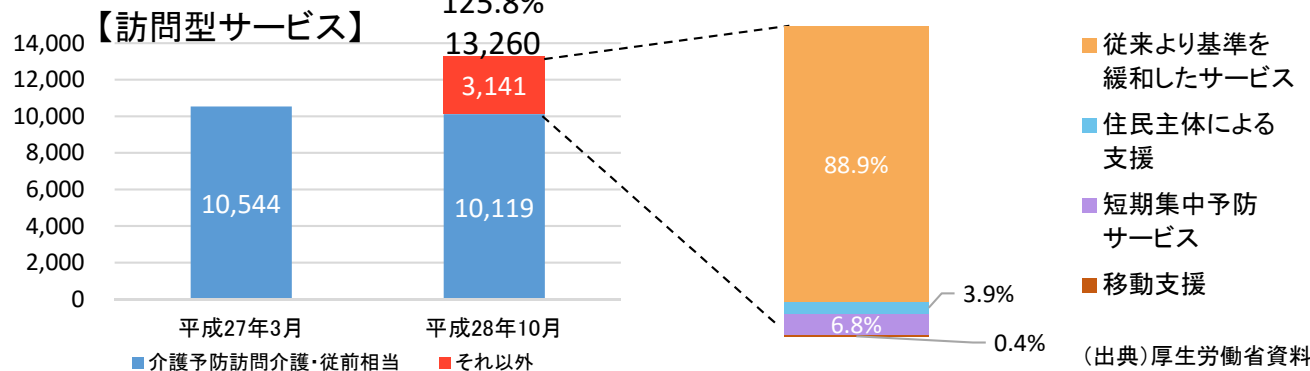
軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（2019（平成31）年度末まで）

【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】



基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援

【総合事業のサービス別事業所数推移】



【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。

子ども・子育て支援

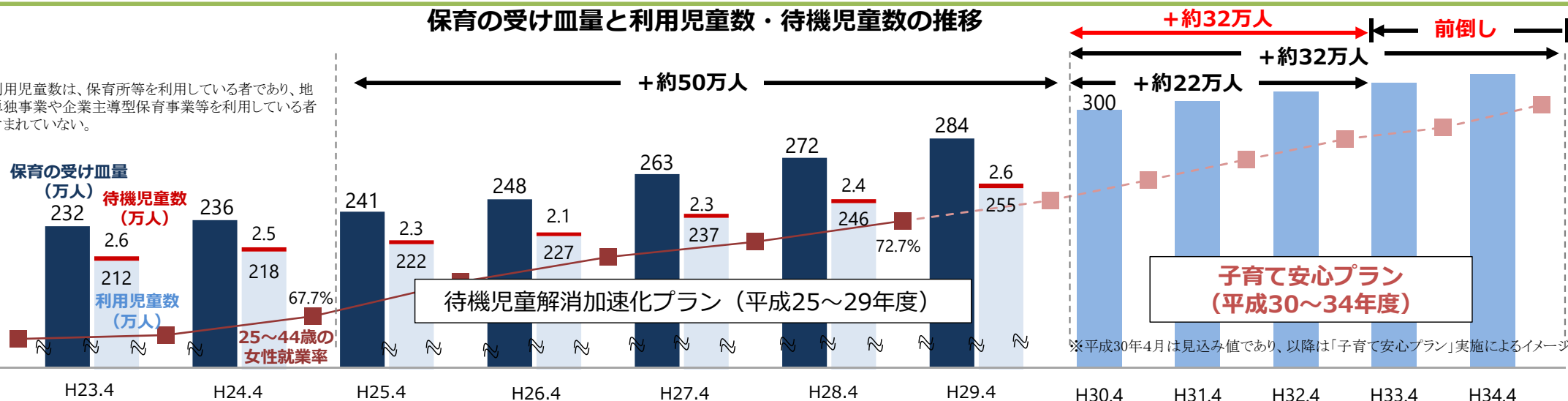
保育の受け皿拡大について

【論点】

- 本年6月、待機児童解消等のために、厚生労働大臣から「子育て安心プラン」が発表された。同プランにおいては、今後2～3年間で保育の受け皿を約22万人分拡大し、遅くとも平成32年度末までの3年間で待機児童を解消するとともに、女性就業率80%に対応できるよう、平成34年度末までの5年間で合計約32万人分の受け皿を拡大することとされていたところである。その後、9月の総理記者会見において、同プランを前倒しし、平成32年度までに32万人分の受け皿拡大を進めることが表明されたところである。
- 保育の受け皿拡大に伴う運営費の増分については、安定的な財源を確保していく必要がある。

保育の受け皿量と利用児童数・待機児童数の推移

※利用児童数は、保育所等を利用している者であり、地方単独事業や企業主導型保育事業等を利用している者は含まれていない。



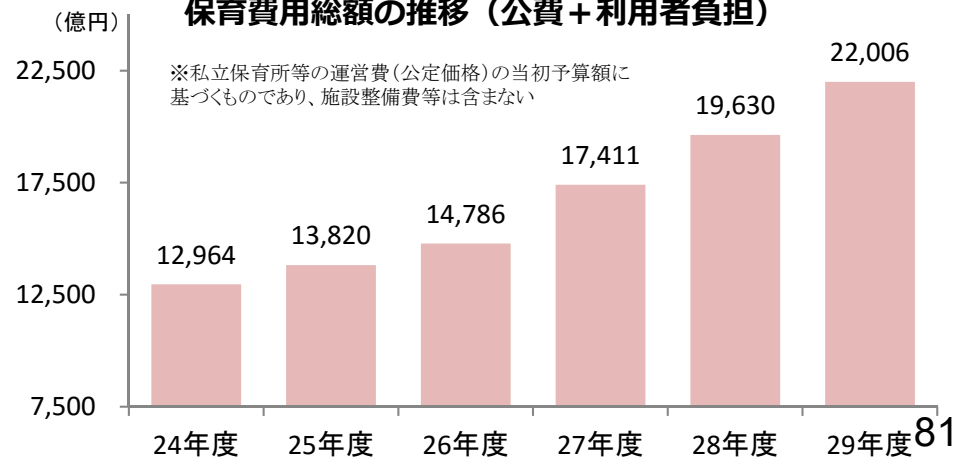
都市部とそれ以外の地域の待機児童数 (平成29年4月1日現在)

	利用児童数	待機児童数
7都府県・指定都市・中核市	146万人 (57%)	18,799人 (72%)
その他の道県	108万人 (43%)	7,282人 (28%)
計	255万人 (100%)	26,081人 (100%)

首都圏の待機児童数と定員充足率 (平成29年4月1日現在)

都県	待機児童数	定員充足率
東京	8,586人	97%
千葉	1,787人	95%
埼玉	1,258人	97%
神奈川	756人	99%

保育費用総額の推移 (公費+利用者負担)



※私立保育所等の運営費(公定価格)の当初予算額に基づくものであり、施設整備費等は含まない

※7都府県は、首都圏(埼玉・千葉・東京・神奈川)、近畿圏(京都・大阪・兵庫)

※定員充足率(利用児童数÷定員)

(出所) 厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ(平成29年4月1日)」、総務省「労働力調査」等

「子育て安心プラン」

【待機児童を解消】

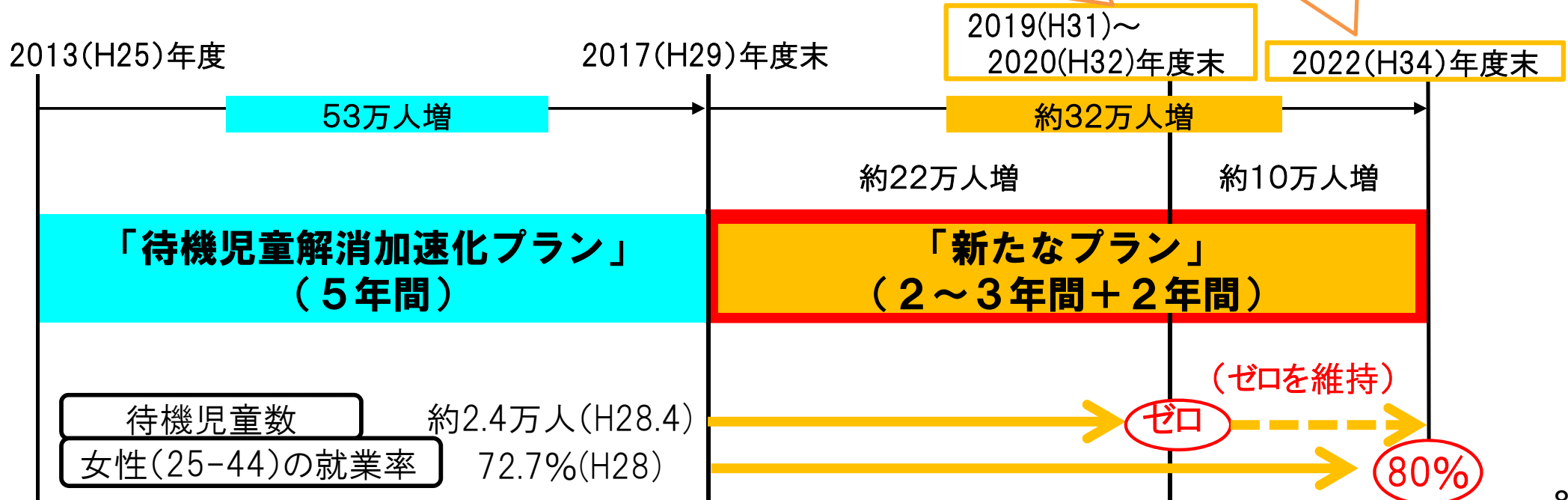
国としては、東京都をはじめ意欲的な自治体を支援するため、**待機児童解消に必要な受け皿約22万人分の予算**を平成30年度から平成31年度末までの**2年間で確保**。
(遅くとも平成32年度末までの3年間で全国の待機児童を解消)

【待機児童ゼロを維持しつつ、5年間で「M字カーブ」を解消】

「M字カーブ」を解消するため、平成30年度から平成34年度末までの**5年間で女性就業率80%**に対応できる**約32万人分**の受け皿整備。
(参考)スウェーデンの女性就業率:82.5%(2013)

自治体を支援し、2年間で待機児童を解消するための受け皿整備の予算の確保
(遅くとも3年間で待機児童解消)

5年間で女性就業率80%「M字カーブ」解消



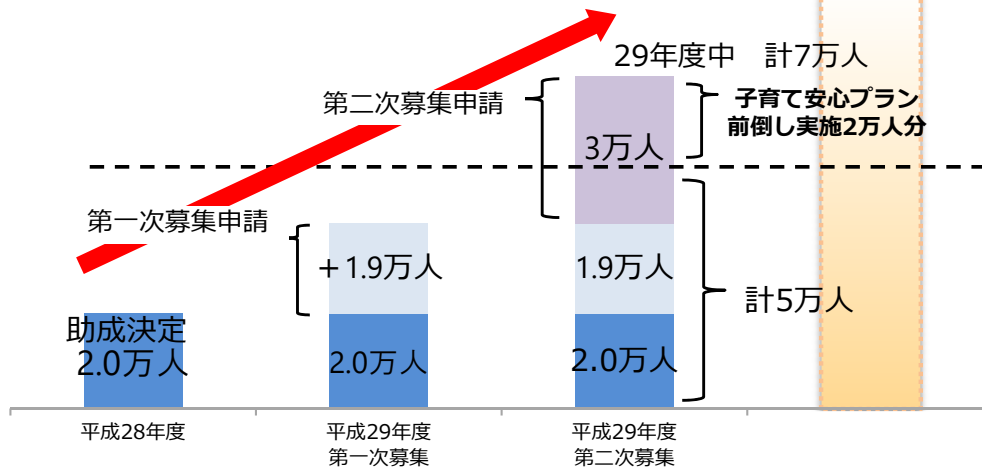
事業主拠出金による子ども・子育て支援の充実

【論点】

- 保育の受け皿整備の拡充に向けて、事業主拠出金を引き上げ、企業主導型保育事業を創設（平成28年度～）。創設当初は5万人の受け皿拡大を目指していたが、申請状況を踏まえ、新たに2万人を追加し、29年度末までに7万人の受け皿を確保する予定（新たに追加した2万人は「子育て安心プラン」の前倒し実施分。内閣府集計によれば、8月の第二次募集に対してすでに申請は計7万人に到達）。制度創設以降、企業からの申請は増加傾向にあり、来年度以降に新たに取組を始めようとする企業ニーズに応え、安定的な運営のための財源を確保する必要。
- 全世代型社会保障制度の実現に向け、子ども・子育てを社会全体で支援していく仕組みの強化を図っていく中で、企業にも相応の役割を担って頂くとの観点から、事業主拠出金について、法定上限の引上げ等を進め、子ども・子育て支援の充実を検討すべきではないか。

（事業主拠出金による財源 平成28年度+0.05%（+835億円）、平成29年度+0.08%（+1,377億円））

企業主導型保育事業拡大量の推移



平成28年度助成決定の地域別定員 (人)

北海道	1021	東北	1301	関東	5343	中部	3255
近畿	3386	中国	1405	四国	1059	九州・沖縄	3514

【企業主導型保育事業の財源】

- ・ 28年度に企業が負担する拠出金率※の上限を+0.1%引上げ（0.15%→0.25%（28年度:0.2%、29年度:0.23%））

※ 厚生年金保険の被保険者を使用する事業主が負担。既存の事業主拠出金は引き続き児童手当等の財源に充当。

（参考）雇用保険料率引下げ（28年度）

・失業等給付	被用者分	▲0.1% (0.5%→0.4%)
	使用者分	▲0.1% (0.5%→0.4%)
・雇用保険二事業	使用者分のみ	▲0.05% (0.35%→0.30%)

※ 29年度に別途失業等給付に係る保険料率を引下げ
被用者分: ▲0.1% (0.4%→0.3%)、使用者分: ▲0.1% (0.4%→0.3%)

【改革の方向性】（案）

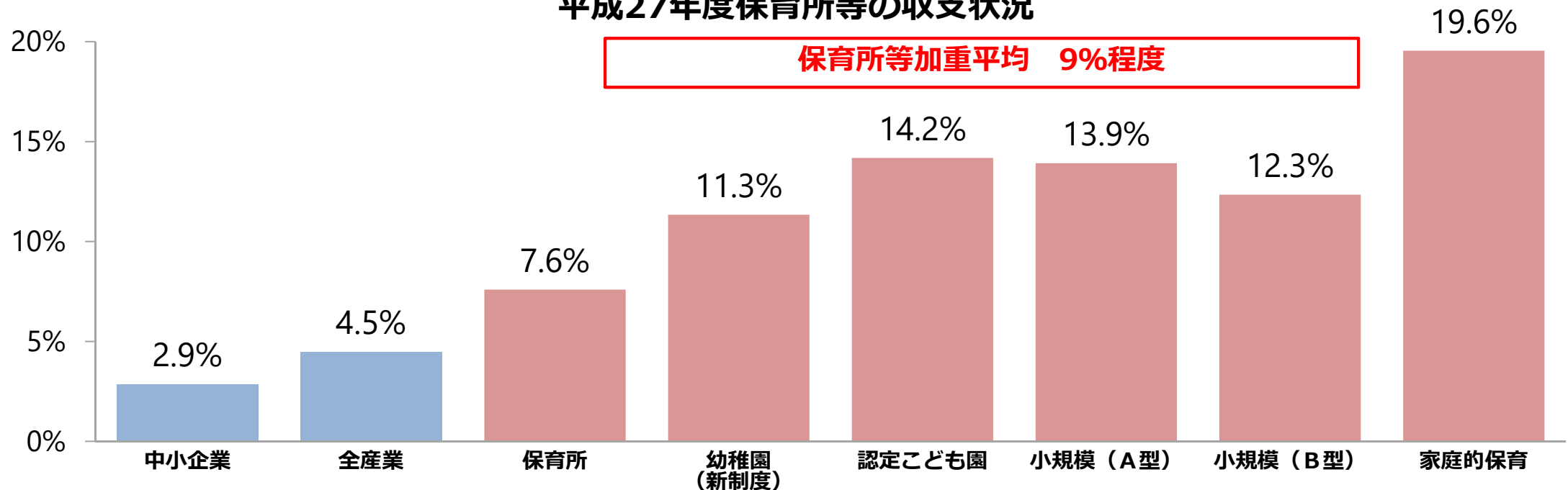
- 子ども・子育てを社会全体で支援していく仕組みの強化を図っていく中で、企業にも相応の役割を担って頂くとの観点から、事業主拠出金について、法定上限も含めた拠出金率の引上げ等を検討すべきではないか。

保育事業の収支状況

【論点】

- 保育事業の運営にあたっては、事業類型・定員規模等に応じて算出された公定価格から利用者負担額を控除した額が施設型給付・委託費（＝公費）として、各事業者には配分されている。
（「給付費」＝「公定価格」－「利用者負担額」）
- 平成28年度調査（平成29年9月公表）によれば、保育等事業者全体の平均収支差率は+9%程度となっており、一般の中小企業の利益水準の平均約3%を大幅に上回る状況。（平成29年度調査は結果集計中であり今後公表予定）
- 公費を基に運営されている中で他業種とのアンバランスが生じていないか、公費で負担している範囲は適切か、これまでの保育士の処遇改善加算が適切に人件費に反映されているのか、といった点から検証し、公定価格全体を適正化する必要があるのではないか。

平成27年度保育所等の収支状況



（出所）平成29年9月8日子ども・子育て会議（第31回）資料「平成28年度 保育所・幼稚園・認定こども園等に係る実態調査等の集計結果概要について」、経済産業省「中小企業実態基本調査」、財務省「法人企業統計」

※1 保育所等の収支差率は、（収入－支出）÷収入で算出し、いわゆる保育所等運営費以外の収支も含まれる。いずれも私立の収支差率を表す。

※2 幼稚園については、子ども・子育て支援新制度に移行した園のみ。

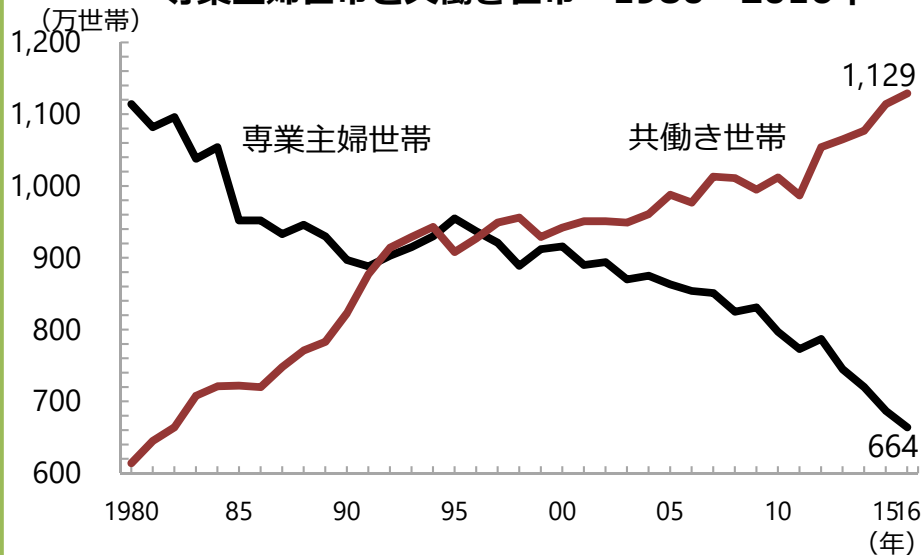
※3 中小企業及び全産業は、経常利益÷売上高で算出。なお、営業外利益を除き、本業で稼いだ利益に相当する営業利益を基に算出すると、中小企業は2.4%、全産業は3.7%。中小企業は平成23～27年度（全産業は平成24～28年度）の5年間のうち最大・最小値を除いた3年間の単純平均値。

児童手当の見直し(所得判定基準)

【論点】

- 児童手当の制度の創設（昭和47（1972）年）時において、父親が家計を支えている世帯が多かったこと等を踏まえ、児童手当が支給されるか否かの判定基準である所得の範囲については、世帯全体の所得ではなく、世帯の中で所得が最も多い者（主たる生計者）の所得のみで判定することとされている。（本則給付の所得基準は夫婦子2人の場合で年収960万円未満）
- 平成9年以降、共働き世帯数が専業主婦世帯数を上回り、足元ではほぼ倍になっている。このように制度創設時から大きな変化が生じている中、現行の仕組みについても見直す必要があるのではないか。（参考:保育料は世帯合算の所得で判断）

専業主婦世帯と共働き世帯 1980～2016年



(出所) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「グラフでみる長期労働統計」

(注) 「専業主婦世帯」とは、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者（非労働力人口及び完全失業者）の世帯。「共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。なお、出所の「グラフでみる長期労働統計」において、妻が非農林業雇用者で、夫が非就業者の世帯の集計結果は公表されていない。

児童手当及び特例給付の概要

概要		対象児童数 (29年度予算)
○0～3歳未満	一律15,000円	※ 1,541万人 ※ 給付対象児童の 92%をカバー
○3歳～小学校修了まで	第1子、第2子:10,000円（第3子以降:15,000円）	
○中学生	一律10,000円	
○所得制限以上	一律5,000円（当分の間の特例給付）	127万人

児童手当の支給例（子2人（小学生1人、3歳未満1人）の例）

収入の例		児童手当支給額（月額）
世帯収入1,200万円	夫 収入1,000万円 妻 収入 200万円	特例給付10,000円 小学生 5,000円 3歳未満 5,000円
世帯収入1,200万円	夫 収入 800万円 妻 収入 400万円	児童手当25,000円 小学生 10,000円 3歳未満15,000円

【改革の方向性】（案）

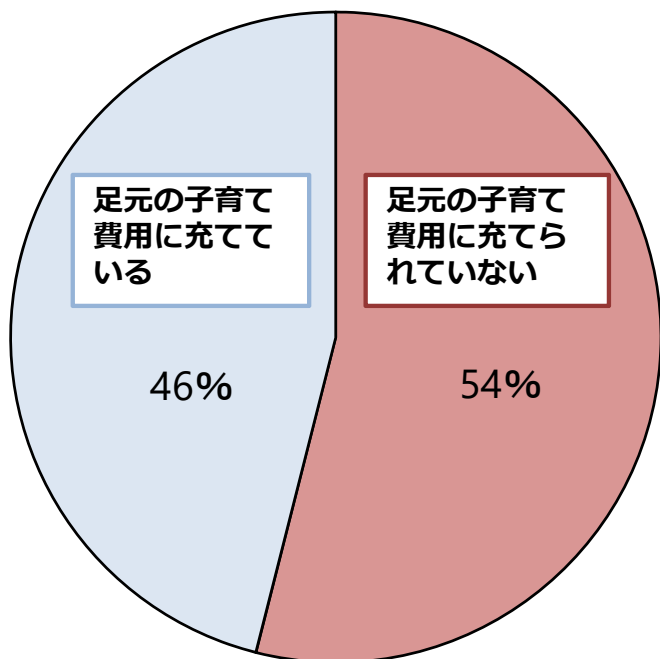
- 児童手当の所得制限について、足元の状況変化等を踏まえ、「主たる生計者」のみの所得で判断するのではなく、保育料と同様、世帯合算で判断する仕組みに変更すべきではないか。

児童手当の見直し(特例給付)

【論点】

- 児童手当の所得制限(夫婦子2人の場合で年収960万円未満)を超える者に対しては、「当分の間」の措置として、月額5千円の「特例給付」が支給されている。(平成29年度予算 国費490億円、公費734億円、そのほか公務員分で26億円)
- 全世代型社会保障の実現に向け、子ども・子育て分野の充実・強化を図る中においても、効果的・効率的な支援とするためには、現行の施策についても、分野内における優先順位付けも含め、必要に応じた見直しを検討すべきである。

特例給付の用途別使用金額の構成比

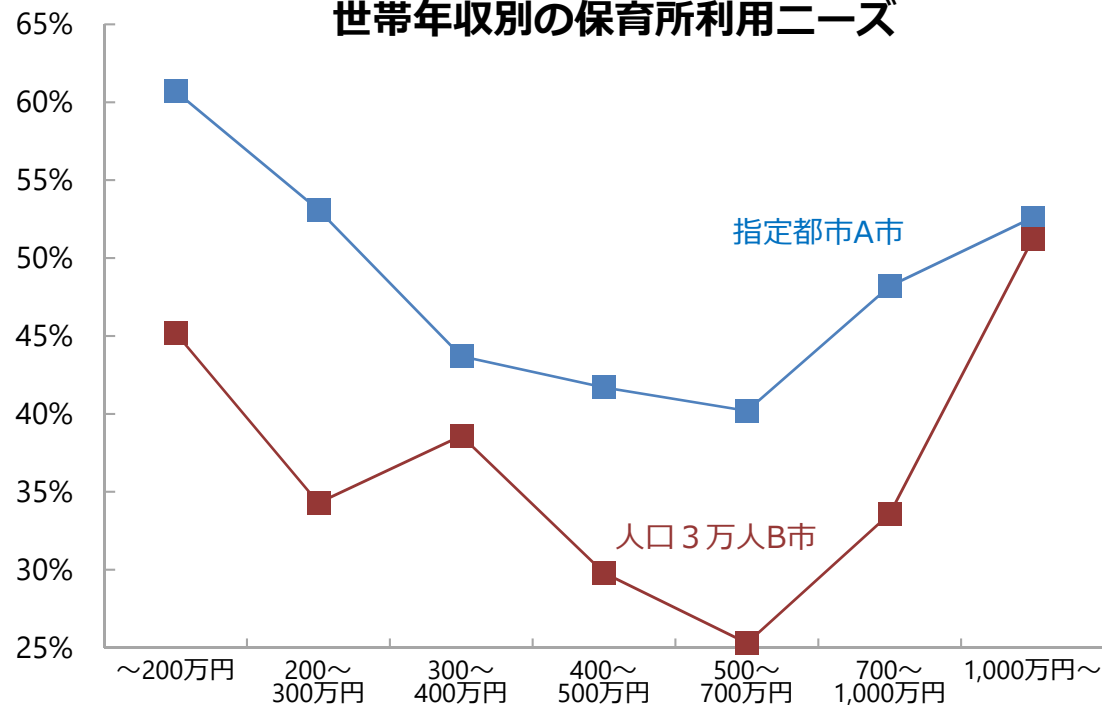


(出所)厚生労働省「平成24年児童手当の用途等に係る調査」

(注)「足元の子育て費用に充てている」とは、子どもの生活費、子どもの教育費、子どものおこづかい等に充てている金額を合計したもの。

「足元の子育て費用に充てられていない」とは、日常生活費や貯蓄・保険料等に充てている金額を合計したもの。

世帯年収別の保育所利用ニーズ



(注)市町村子ども・子育て支援事業計画策定のために、自治体において、子育て世帯に対してニーズ調査(平成25年調査)を行っており、その調査結果報告書を基に作成したもの。現在、保育所を利用している、利用していないにかかわらず、定期的にご利用したいと考える事業として保育所と回答した世帯年収別の割合。

【改革の方向性】(案)

- 児童手当の所得制限を超える者に対しては「当分の間」の措置として特例給付が支給されているが、効果的・効率的な支援とするため、廃止を含めた見直しを行うべきではないか。

児童手当制度の概要

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

制度の目的	○家庭等の生活の安定に寄与する ○次代の社会を担う児童の健やかな成長に資する				
支給対象	○中学校修了までの国内に住所を有する児童 (15歳に到達後の最初の年度末まで)	所得制限 (夫婦と児童2人)	○所得限度額(年収ベース) ・960万円未満		
手当月額	○0～3歳未満 一律15,000円 ○3歳～小学校修了まで ・第1子、第2子:10,000円(第3子以降:15,000円) ○中学生 一律10000円 ○所得制限以上 一律5,000円(当分の間の特例給付)	受給資格者	○監護生計要件を満たす父母等 ○児童が施設に入所している場合は施設の設置者等		
		実施主体	○市区町村(法定受託事務) ※公務員は所属庁で実施		
		支払期月	○毎年2月、6月及び10月(各前月までの分を支払)		
費用負担	○児童手当等の財源については、国、地方(都道府県、市区町村)、事業主拠出金で構成されている。 事業主拠出金の額は、標準報酬月額及び標準賞与額を基準として、拠出金率(2.3/1000)を乗じて得た額。				
		被用者	非被用者	公務員	
	0歳～3歳未満	特例給付 (所得制限以上)	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10
		児童手当	事業主 7/15 国 16/45 地方 8/45	国 2/3 地方 1/3	
3歳～ 中学校修了前	特例給付 (所得制限以上)	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10	
	児童手当	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3		
財源内訳 (29年度予算)	[給付総額] 2兆1,985億円 (2兆2,216億円) ※ () 内は28年度予算額	(内訳) 国負担分 : 1兆2,175億円 (1兆2,320億円) 地方負担分 : 6,087億円 (6,160億円) 事業主負担分 : 1,832億円 (1,835億円) 公務員分 : 1,891億円 (1,902億円)	うち特例給付 490億円 うち特例給付 245億円 うち特例給付 26億円		
その他	○保育料は手当から直接徴収が可能、学校給食費等は本人の同意により手当から納付することが可能 (いずれも市町村が実施するかを判断)				

●児童手当法の一部を改正する法律(平成24年法律第24号)附則
(検討)

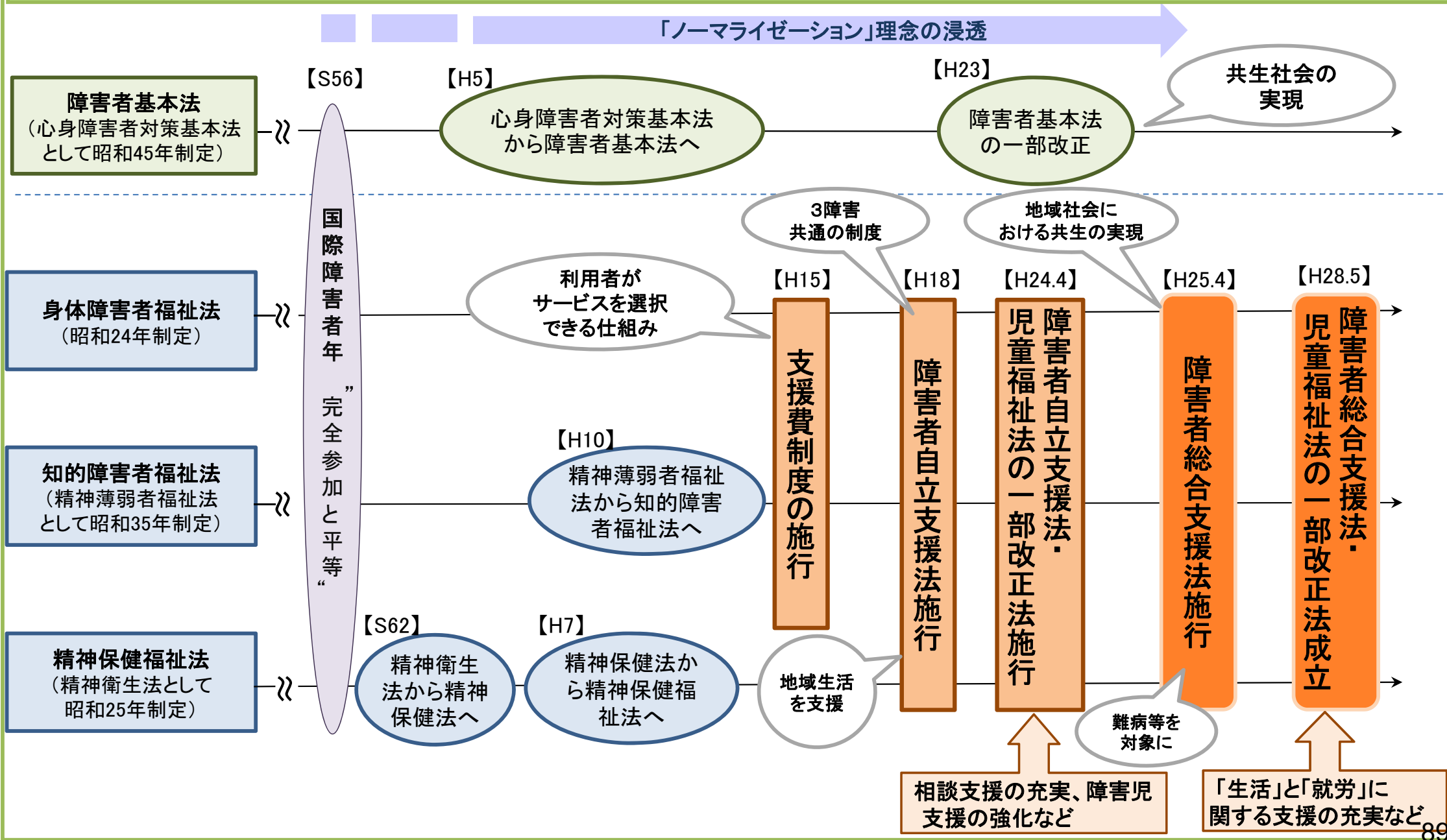
第2条 政府は、速やかに、子育て支援に係る財政上又は税制上の措置等について、この法律による改正後の児童手当法に規定する児童手当の支給並びに所得税並びに道府県民税及び市町村民税に係る扶養控除の廃止による影響を踏まえつつ、その在り方を含め検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

2 この法律による改正後の児童手当法附則第二条第一項の給付の在り方について、前項の結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

障害福祉

障害者福祉施策の歴史

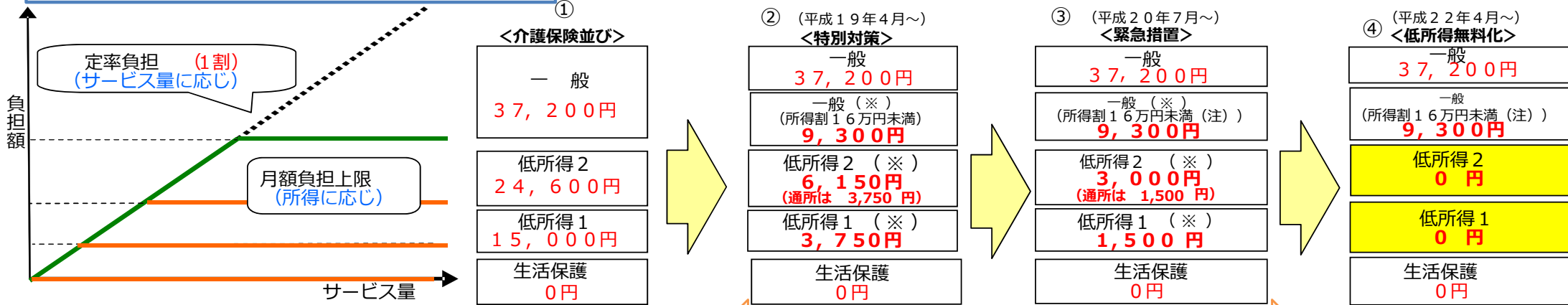
- 平成15年度に支援費制度が導入され、平成18年度には、身体障害者・知的障害者・精神障害者ともに共通の制度構築等を内容とする障害者自立支援法が施行。
- その後、応益負担の見直し等が行われるとともに、地域社会における共生の実現を理念とする障害者総合支援法が成立。



利用者負担の在り方

- 障害福祉等に係る利用者負担については、累次の軽減措置により大幅に軽減され、現在、給付費全体に占める利用者負担額の割合は、0.23%、利用者負担のない者の割合は93.3%。
- 利用者負担が非常に少ないことは、コストインセンティブが働かず、供給サイドによるサービス増加や、質の低いサービス供給につながる側面も持ち合わせているのではないか。

利用者負担の変遷（居宅・通所サービスの場合）



- (1) 一般：市町村民税課税世帯
 - (2) 低所得2：市町村民税非課税世帯（(3)を除く）
 - (3) 低所得1：市町村民税非課税世帯であって、利用者本人（障害児の場合はその保護者）の年収が80万円以下の方
 - (4) 生活保護：生活保護世帯
- ・ 緊急措置により平成20年7月から障害者の負担限度額については、世帯全体ではなく「本人及び配偶者」のみの所得で判断

※ 資産要件あり（所有する現金及び預貯金等が1,000万円（単身の場合は500万円）以下等）。平成21年7月以降資産要件は撤廃。

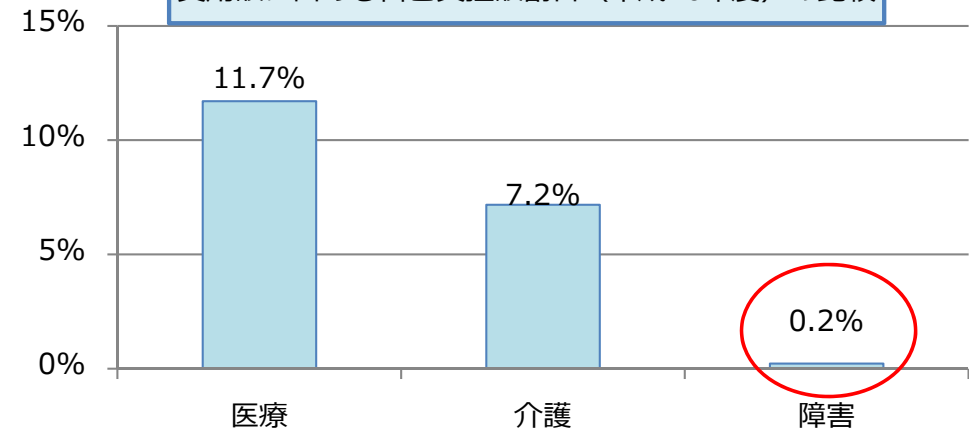
(注) 障害児の場合は、一般世帯の所得割28万円未満は、4,600円

利用者負担の状況

	19年 11月	20年 7月	21年 7月	22年 4月	29年 5月
利用者負担率	4.28%	2.86%	1.94%	0.37%	0.23%
負担がない者	N.A.	N.A.	10.6%	86.8%	93.3%

(注) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの利用者負担について国保連データを基に作成。

費用額に占める自己負担額割合（平成26年度）の比較

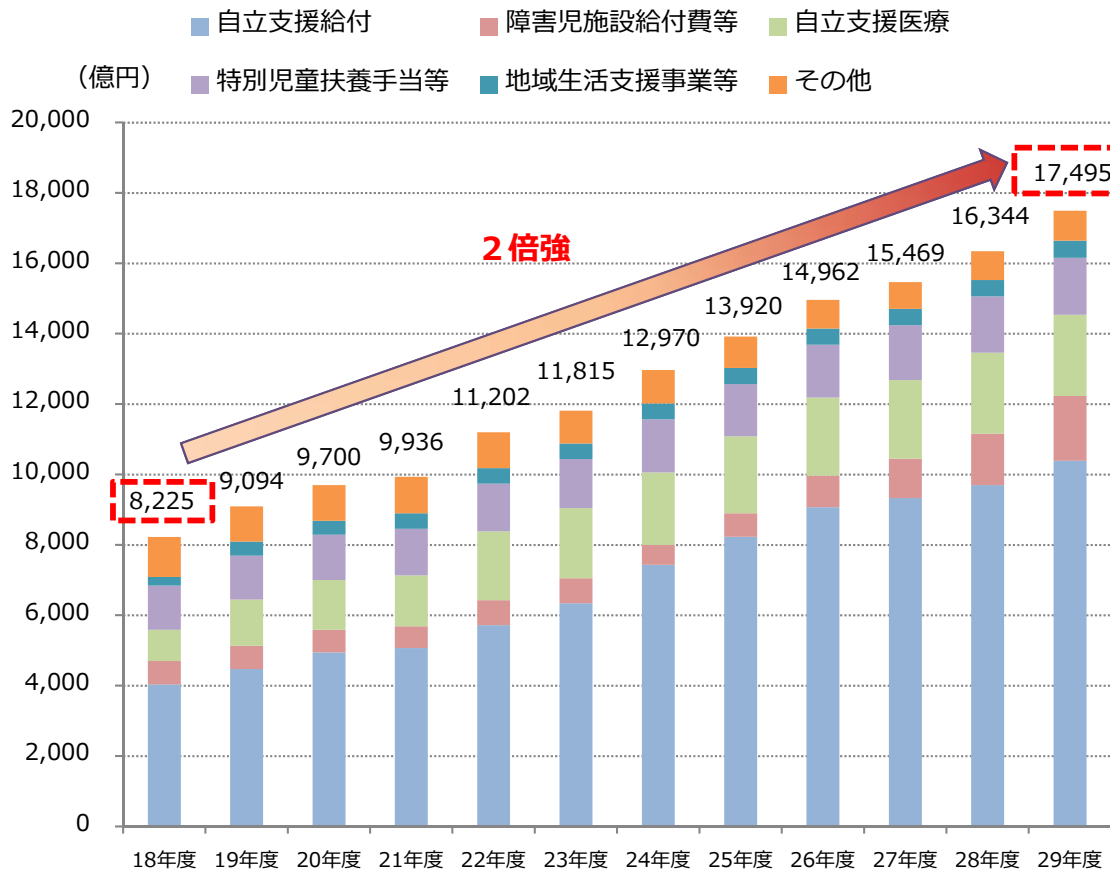


(注) 医療は「平成26年度国民医療費の概況」における国民医療費に占める患者負担、介護は「平成26年度介護保険事業状況報告（年報）」における費用額から給付費を控除して自己負担額を算出、障害は「国保連データ」を基に作成。

障害保健福祉関係予算等の推移等①

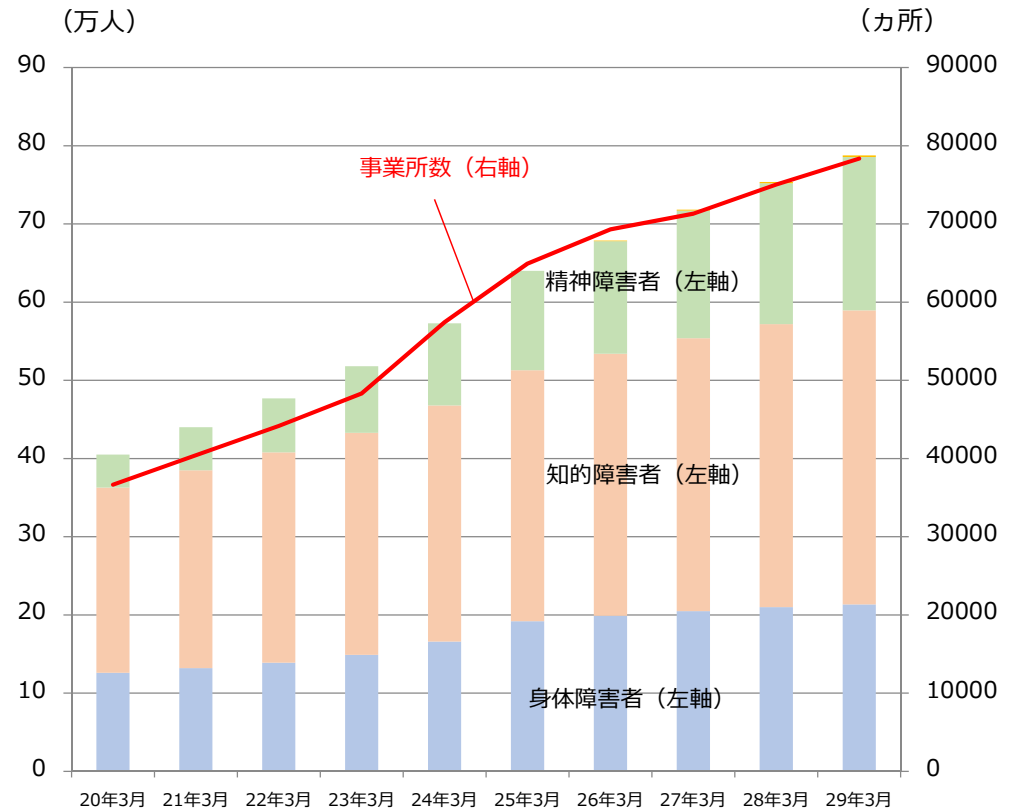
- 平成18年の障害者自立支援法（現：障害者総合支援法）の施行以降、障害保健福祉関係予算は急増。
- 平成29年度予算額は、平成18年度の2倍強に当たる1兆7,495億円（対前年度+1,150億円、+7.0%）となっており、29年度予算額の対前年度増の大半は、自立支援給付の増（+689億円）、障害児施設給付費等の増（+382億円）によるもの。
- 平成28年度末における自立支援給付を行う事業所数についても、過去9年間で2倍強に増加（3.7万カ所→7.8万カ所）しており、事業所数の増加が実利用者数の増加につながっているものと考えられる。

障害保健福祉関係予算の推移



(注) 一般会計の当初予算ベース。自殺対策関係予算を含む。

自立支援給付に係る実利用者数・事業所数の推移



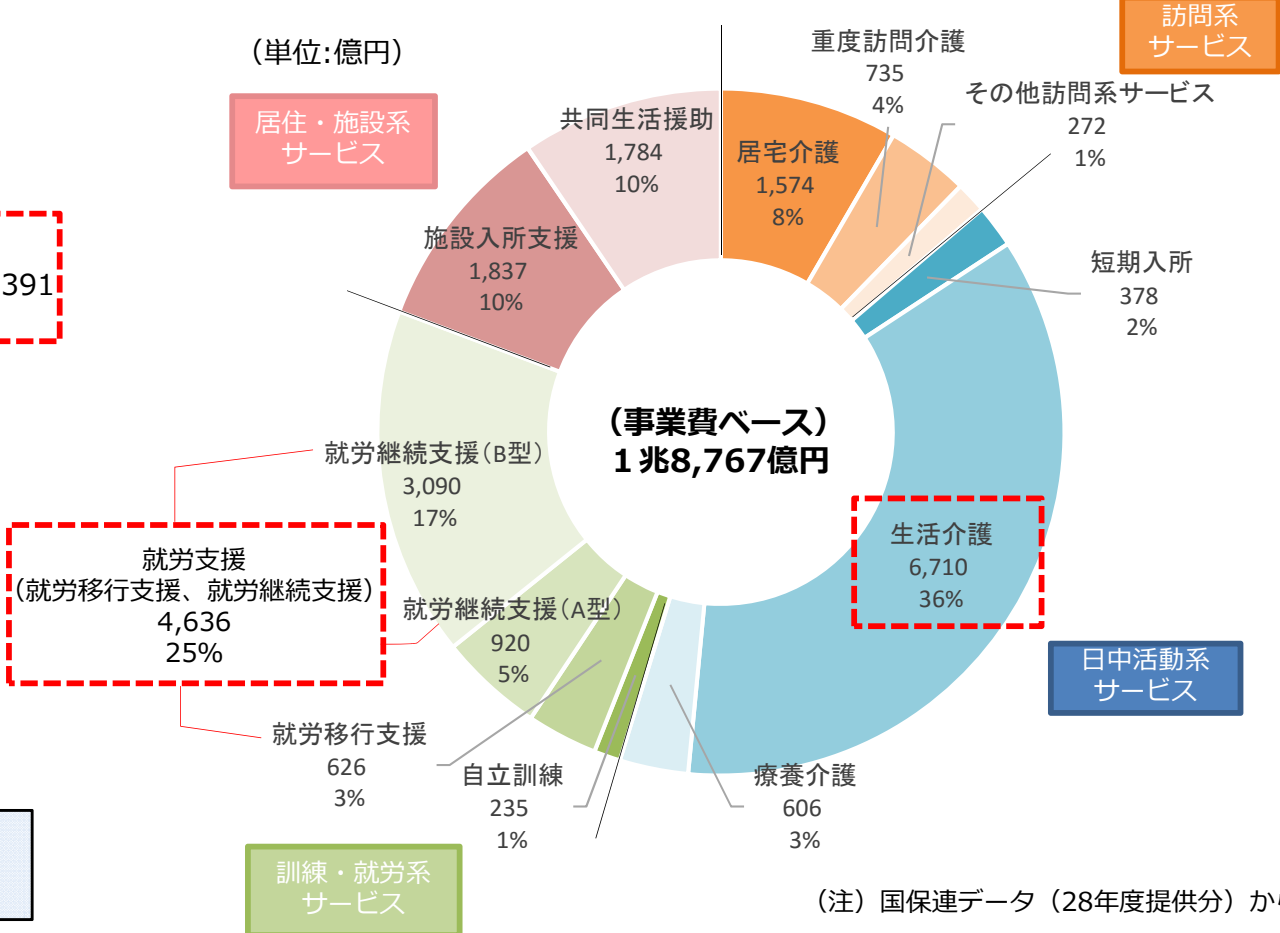
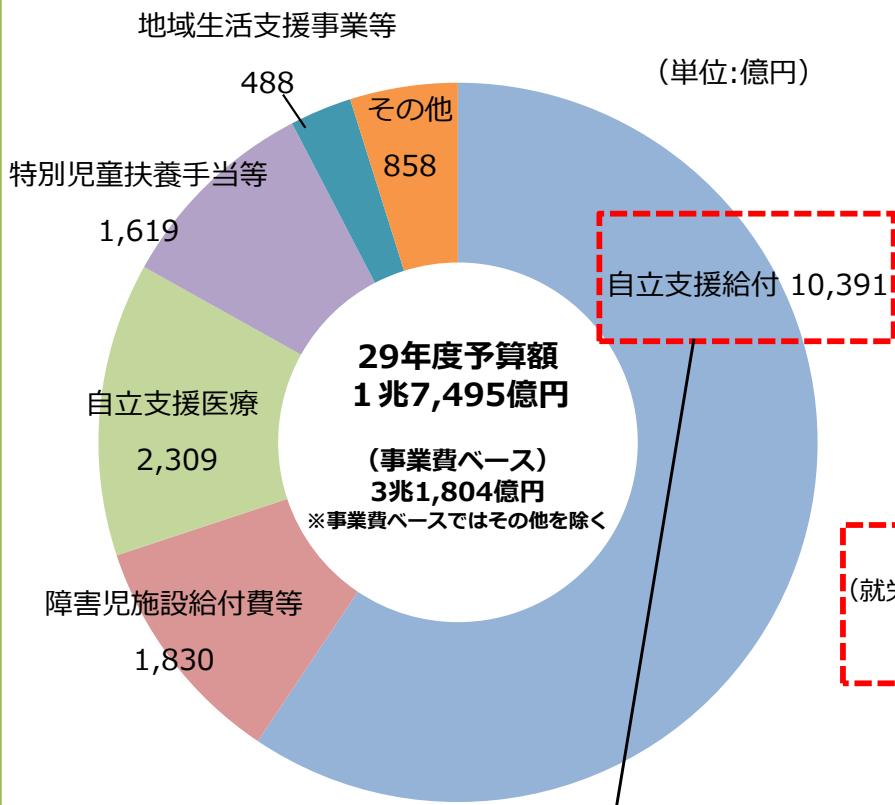
(注) 国保連データを基に作成。児童デイサービスを除く。事業所数は異なる障害福祉サービスを提供している者について、重複して計上している。

障害保健福祉関係予算等の推移等②

- 平成29年度予算額は、地方公共団体の負担等も含めた事業費ベースでは3兆円を超える規模に達している。
- 自立支援給付は、生活面（訪問による家事等の援助、施設における日中活動、外出や在宅時の付添・見守り等）、住居面（入所支援やグループホーム）、就労面（就労のための訓練や就労の場の提供等）といった包括的な支援をほぼ自己負担なしで提供。その他、収入面（障害年金等の支給、特定の医療の自己負担免除等）の支援も存在。
- 自立支援給付の中では、平成28年度では、生活介護が4割弱、就労支援（就労移行支援、就労継続支援）が4分の1を占めている。

障害保健福祉関係予算の内訳（平成29年度）

自立支援給付の内訳（平成28年度）



・国費の約6割
 ・負担割合：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

(注) 国保連データ (28年度提供分) から作成。

就労支援(就労移行支援、就労継続支援)①

○ 就労支援(移行支援、継続A・B)は、近年大きく増加してきた自立支援給付[=障害福祉サービス等報酬](28年度:1兆8,767億円)の中でも、大きな割合(4,636億円、25%)を占め、また、その伸びもとくに大きい(24年3月→29年3月の伸び率:97.4%)。

- ・ 就労移行支援:一般就労を希望する障害者に、一定期間、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行う。
- ・ 就労継続支援:一般就労が困難な障害者に、就労の機会を提供し、能力向上に必要な訓練等を行う(雇用契約に基づくA型、基づかないB型がある。)

○ 障害者の所得保障については障害年金など他の仕組みがある中、就労支援事業は、税財源を障害者に直接移転するのではなく、障害者が就労できる環境づくりに充てることで、障害者が自立した日常・社会生活を営めるように行うもの。

○ 実態に着目すると、次のような特徴がある。

- ・ 移行支援(=2年)を除き、「利用期限」がない
- ・ 支援の必要度を示す「支援区分」の低い者の利用が多く、過去5年の利用者増の7割が「支援区分なし」。
- ・ サービスの利用率に、著しい地域差が存在(継続A:14.2倍/継続B:5.0倍/移行支援:4.3倍)
- ・ 他の障害福祉サービス等に比べても、相対的に高い水準の報酬。さらに、継続Aには「雇用」の補助金も。

就労支援サービスの利用額の伸びと特徴

	総費用伸び率 (24.3→29.3)	利用期限	支援区分 平均	収支差率
就労移行支援	52.5%	原則24ヶ月以内	0.6	16.8%
就労継続支援A型	276.5%	無し	0.4	9.4%
就労継続支援B型	81.8%	無し	1.4	10.1%
(参考)生活介護	51.4%	無し	5.0	13.4%
(参考)居宅介護	50.0%	無し	3.2	9.4%

97.4%
の伸び
(加重平均)

就労支援サービス利用者数に占める障害支援区分の有無

		24年4月	29年4月	増加人数	伸び率
就労移行支援	区分あり	9,170人	6,396人	▲2,774人	▲30.3%
	区分なし	16,189人	26,215人	10,026人	61.9%
就労継続支援A型	区分あり	4,177人	11,412人	7,235人	173.2%
	区分なし	16,565人	55,482人	38,917人	234.9%
就労継続支援B型	区分あり	70,971人	107,046人	36,075人	50.8%
	区分なし	82,194人	119,788人	37,594人	45.7%

伸び
全体の
7割

(注1) 総費用伸び率は「国保連データ」の24年3月分と29年3月分の比較。

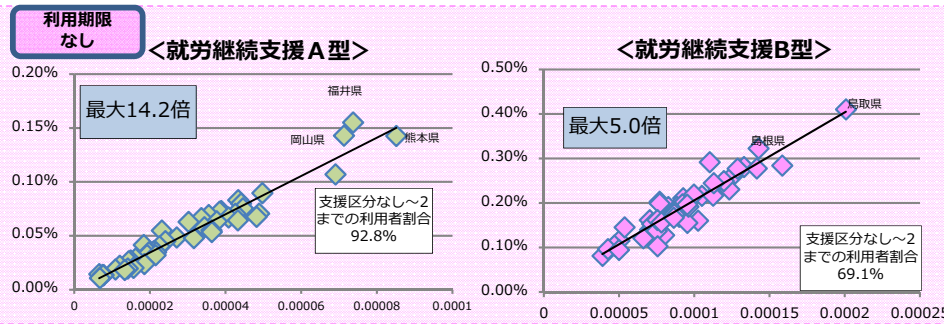
(注2) 支援区分平均は、各サービス利用者の支援区分(29年3月)を加重平均したものの(支援区分とは、障害者等の障害の多様な特性等に応じて必要とされる標準的な支援の度合を1~6の区分により総合的に示すものであり、区分6が最も支援の必要度が高い)。

(注3) 収支差率は、「平成26年障害福祉サービス等経営実態調査」による。

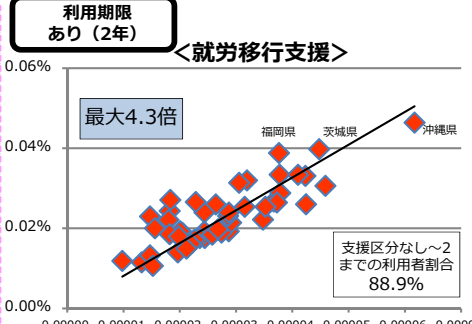
(注) 「国保連データ」の24年4月分と29年4月分の比較。

各サービス毎の「利用者/人口(縦軸)」と「事業所数/人口(横軸)」

※ 内は、都道府県別の「利用者/人口」の最大値/同最小値

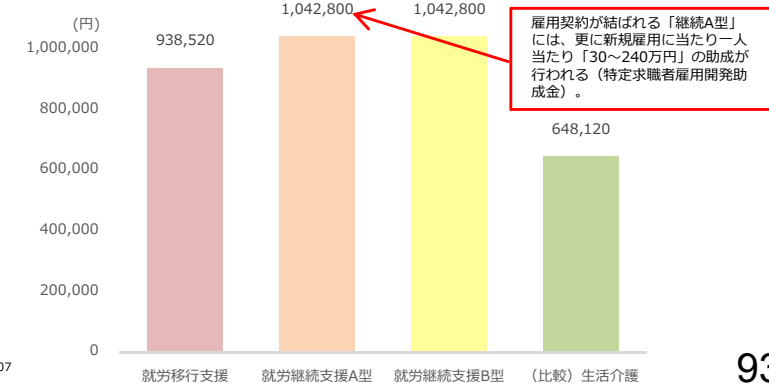


(注) 平成27年10月サービス提供分の国保連データ、平成27年国勢調査(平成27年10月1日時点)を基に作成。



就労支援サービスの基本報酬による収入(月額)

(注) 利用定員21人以上40人以下、月22日利用した場合の職業指導員一人当たりの基本報酬による収入



就労支援(就労移行支援、就労継続支援)②

- サービス供給が拡大する中、「一般就労の可能性があり本人も希望しているにもかかわらず、一般就労に向けた支援を行わない」「就労継続支援事業A型を安易に選択してしまう」など、利用者のニーズに基づかないサービスや質の低いサービスの供給が指摘されている。
- こうした状況は、「ニッポン一億総活躍プラン」が掲げる障害者の「希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる」環境整備等を推進する上で大きな課題。

「障害福祉サービスから一般就労への移行をより一層促進するための意見書」(抄)

(障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ(第5回、平成27年2月4日)における、全国就労移行支援事業所連絡協議会副会長 酒井氏提出資料)

1. 「福祉から一般就労へ」の促進

平成18(2006)年に障害福祉サービスが再編された際の骨子の一つは、本来、一般就労する力があるにもかかわらず、福祉施設を利用し続けている方々に適切な就労移行支援を提供し、なるべく多くの方が一般企業で就職できるようにすることでした。これはノーマライゼーション理念に沿ったものであり、共生社会の一つの柱です。しかし、現行制度が運用されてきた中で、懸念される状況が明らかになってきました。

まず、本人のニーズに基づいたサービス提供がなされていない状況です。就労系事業で、短時間の利用を勧められる場合や、一般就労の可能性があり本人も希望しているにもかかわらず、一般就労に向けた支援を行わない場合、本人のアセスメントさえしていない場合があります。当初の目的を再確認し、「福祉から一般就労へ」を骨子に据え、当事者のニーズに基づいた就労移行支援を適切に行える制度設計をお願いいたします。

もう一つは、就労継続支援事業A型(以下、A型と呼ぶ。)を安易に選択してしまうという状況です。A型は急激に増加していますが、一般就労できるにもかかわらず、A型を利用し続ける利用者が増えることになりかねません。この点については、実際に障害者雇用を実現している企業からも懸念の声が聞かれています。(後略)

不適切な継続A型サービス事例の指摘(毎日新聞2016年1月10日)

「就労継続支援A型事業所」への参入事業者が急増している。(略)中には障害者を雇用しながら就労実態がほとんどないなど不正が疑われるケースも相次ぎ、厚生労働省が指導強化に乗り出している。(略)福岡市の40代男性は、昨年夏に約2カ月間雇われた同市内のA型事業所での日々を振り返る。うつ病を発症し精神障害者手帳を持つ。ハローワークで見つけた求人票の「ウェブ制作」という事業内容にひかれ、雇用契約を結んだ。ところが、通い始めて受けた指示は「自習」。平日午前10時半～午後3時半に家から持ち込んだ本を読むだけで、時給900円が支払われた。(略)、福岡市で別の事業所を運営する男性は「事業収益がなくても、利用者の就労時間を短くして賃金を抑えれば給料を払ってももうけが出る」と証言する。(以下略)

「ニッポン一億総活躍プラン」

(平成28年6月2日閣議決定)(抄)

4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向

(3) 障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援

一億総活躍社会を実現するためには、障害者、難病患者、がん患者等が、希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備することが必要である。このため、就職支援及び職場定着支援、治療と職業生活の両立支援、障害者の身体面・精神面にもプラスの効果がある農福連携の推進、ICTの活用、就労のための支援、慢性疼痛対策等に取り組むとともに、グループホームや就労支援事業等を推進する。

(参考) 就労継続支援A型の運用の見直し

厚生労働省における見直し内容等

1. 就労の質の向上

- ① 事業収入から必要経費を控除した額に相当する金額が、利用者に支払う賃金総額以上となるように
- ② 賃金を給付費から支払うことは原則禁止

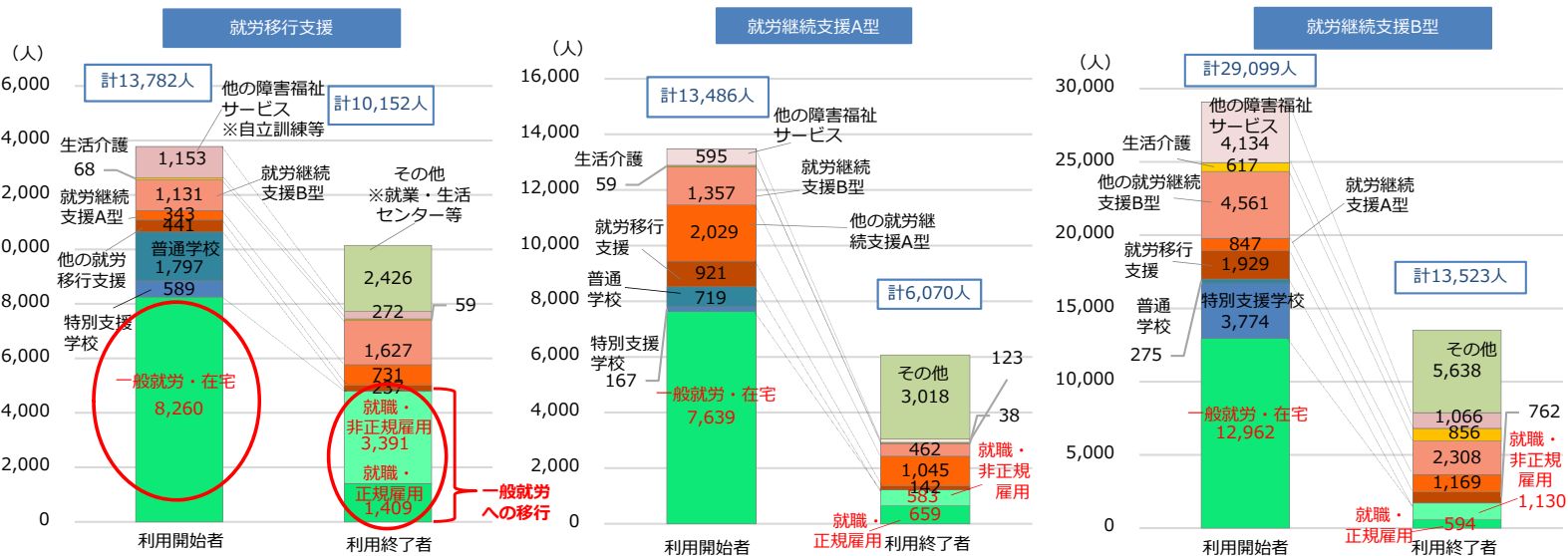
2. 障害福祉計画上の必要サービス量を確保できている場合、自治体は新たな指定をしないことを可能に

3. 実施時期 平成29年4月1日

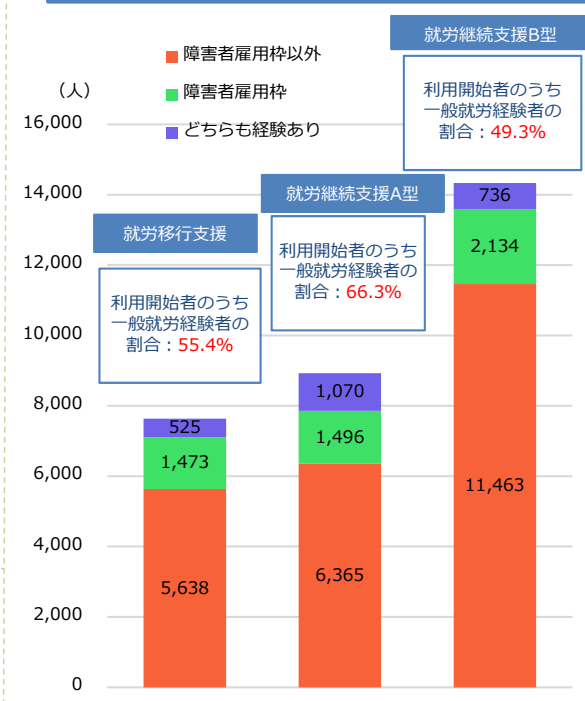
就労支援(就労移行支援、就労継続支援)③

- 就労支援事業の実態を把握するため、予算執行調査として、全国の事業所（16,186事業所）を対象に調査票を送付し収集したデータを基に分析（有効回答数8,644件、有効回答率53.4%）。
- 増加する利用開始者の中では、5～6割を一般就労経験のある者が多くを占めており、そのうち6～7割は精神障害者が占めている。
- 一方で、一般就労への移行による退所は進んでおらず、結果として、福祉サービスの利用者は増加し続ける構造。
- 移行支援事業については、民間企業では法定雇用率の引上げ等に伴い、毎年2万人程度、障害者雇用が増加しているにもかかわらず、全体の3割の移行支援事業者は、平成27年度（一年間）において一般就労への移行者を一人も出していない。

サービスの利用開始者の入所前の状況と利用終了者の退所理由（平成27年度）



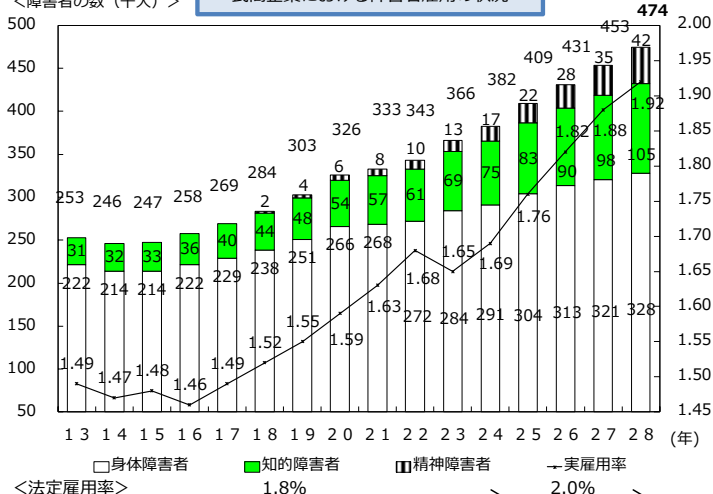
利用開始者のうち一般就労経験者の割合（平成27年度）



障害分野別:一般就労・在宅からの利用開始者と一般就労への移行者(平成27年度)

		身体障害者	知的障害者	精神障害者	その他
就労移行支援	利用開始者	576人 (0.7%)	1,649人 (20.0%)	5,988人 (72.5%)	47人 (0.6%)
	一般就労移行者	319人 (6.6%)	1,678人 (35.0%)	2,787人 (58.1%)	16人 (0.3%)
就労継続支援A型	利用開始者	1,748人 (22.9%)	1,349人 (17.7%)	4,384人 (57.4%)	158人 (2.1%)
	一般就労移行者	222人 (17.9%)	227人 (18.3%)	780人 (62.8%)	13人 (1.0%)
就労継続支援B型	利用開始者	1,282人 (9.9%)	3,097人 (23.9%)	8,493人 (65.5%)	90人 (0.7%)
	一般就労移行者	98人 (5.7%)	566人 (32.8%)	1,054人 (61.1%)	6人 (0.4%)

民間企業における障害者雇用の状況



※ 過去に一般就労経験がある者を計上しているため、利用開始者のうち「一般就労・在宅」の人数とは一致しない。

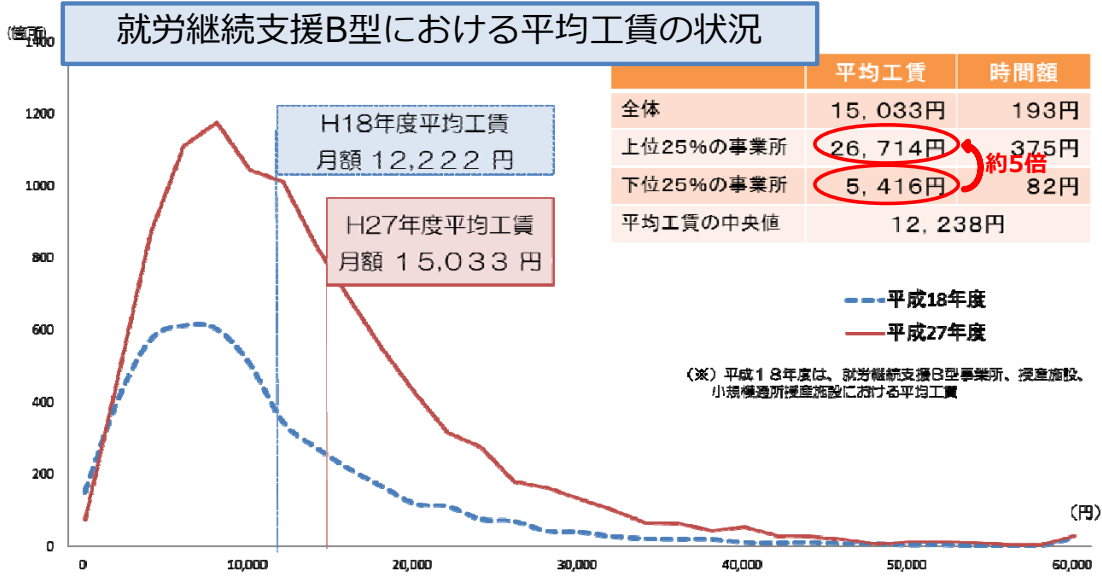
一般就労への移行者数別の就労移行支援事業所数

一般就労移行者数	事業所数
0人	411 (28%)
1人以上	1,077 (72%)

(出典) 厚生労働省「平成28年 障害者雇用状況」

就労支援(就労移行支援、就労継続支援)④

- 継続B型事業については、工賃の支払いを、障害者の生産活動による収入で賄うことができず、本来障害者への直接の所得移転に充てるべきでない報酬(税財源)によって補てんしていると考えられる事業者が、全体の3割に上る。
- 一方で、継続B型事業所の中には、創意工夫や営業努力によって売上げを伸ばし、適切に障害者への工賃を大幅に増加させている事業所の存在も指摘されている。
- こうした中、障害者に支払われる工賃については、上位25%と下位25%の事業所で約5倍の差があるなど二極化。



就労継続支援B型事業所：運営収益、事業収益による4分類

	事業収益が赤字 (障害者の生産活動収入では障害者の工賃を賄えていない)	事業収益が黒字 (障害者の生産活動収入で障害者の工賃を賄えている)
運営収益が黒字 (障害福祉サービス報酬等で職員人件費等の運営費を賄えている。)	1,656事業所 (32.3%)	2,163事業所 (42.3%)
運営収益が赤字 (障害福祉サービス報酬等では職員人件費等の運営費を賄えていない。)	475事業所 (9.3%)	823事業所 (16.1%)

【出典】厚生労働省障害福祉課調べ

就労継続支援B型事業所における賃金増加の取組の紹介 (読売新聞2017年8月24日)

一般企業での就労が難しい障害者が働く「就労継続支援B型事業所」で、賃金を増やす取り組みが活発になってきた。(略)愛知県豊橋市の一般社団法人「ラ・バルカグループ」は3年前から、知的障害や精神障害などの人が高級チョコレートを手作りする取り組みを進めている。(略)賃金は月額約3万5,000円。全国平均の約1万5,000円を大きく上回る。(略)千葉県いずみ市のNPO法人「アロンアロン」は9月、同県富津市に、知的障害者がギフト用のコショウランを栽培するB型事業所を開設する。慶事用として、すでに企業500社以上から注文があり、月額賃金10万円程度を見込む。(略)アイデアで勝負するだけでなく、事業者の営業力や障害者の作業効率向上など地道な努力も重要だ。兵庫県姫路市のNPO法人「出愛の里福祉協会」では、積極的な営業活動を展開し、ダイレクトメールの封入業務などを受注。10年度は約6,000円だった賃金を、今年度には約4万円まで増やしている。ヤマト福祉財団(東京)が事業者向けに行っている研修で、実際に賃金アップに成功した事業所の担当者から営業ノウハウなどを学んだ。(以下略)

【改革の方向性】(案)

- 就労支援事業所に支払われる報酬について、他の障害福祉サービス等との均衡を図りつつ、サービスの質や費用に見合った水準となるよう見直しを行うべき。また、「雇用」の施策との整合性も確保すべき。
- 障害者の活躍・一般就労の促進のため、移行実績が一層効果的に評価されるような報酬体系に改定すべき。
- 障害者に支払われる賃金・工賃について、その向上に向けた適切なインセンティブが働く報酬体系とすべき。また、賃金・工賃の向上については、安易に税財源に依存するのではなく、優良事例のノウハウを収集し事業者への展開を図ること等によって実現すべき。

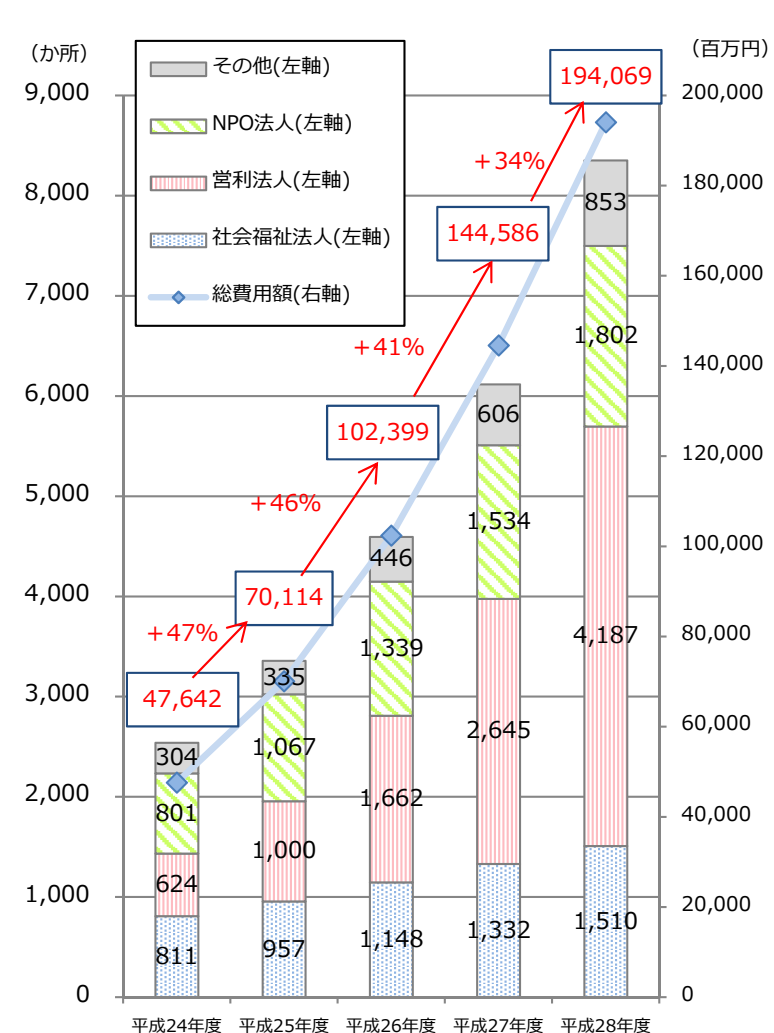
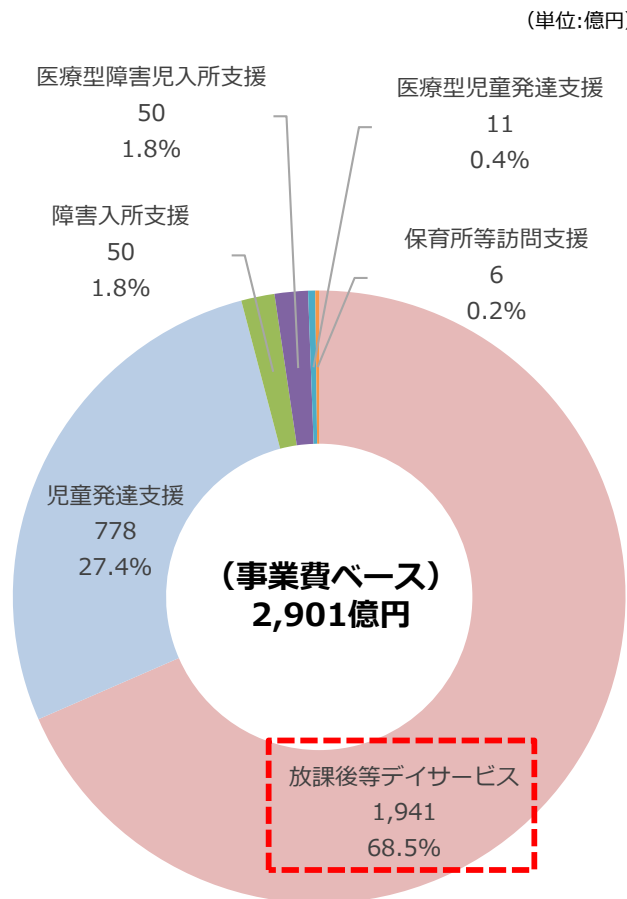
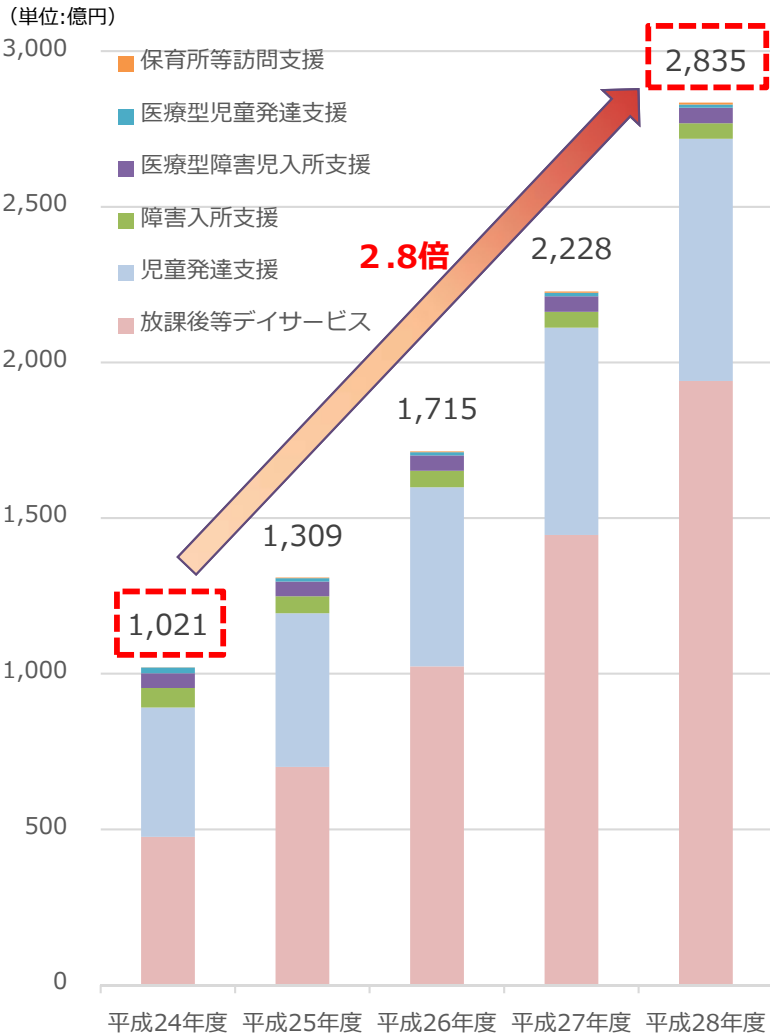
放課後等デイサービス①

- 障害者向けと同様に、障害「児」向け給付についても近年大きく増加しており、その総額は、現行のサービス体系となった平成24年度の2.8倍。（28年度総事業費：2,835億円）
- 中でも、放課後等に障害児を預かり生活能力向上のために必要な訓練等を行う「放課後等デイサービス」は、大きな割合（事業費：1,941億円、68.5%）を占め、また、その伸び率も大きい（28年3月→29年3月の伸び率：34.2%）

障害児施設給付費等事業費の推移

障害児施設給付費等の内訳（平成28年度）

放課後等デイサービス事業所数及び総費用額の推移



(注) 国保連データ（28年度提供分）から作成。

(注) 国保連データ（28年度提供分）から作成。

(注) 国保連データ（28年度提供分）から作成。
事業所数は各年度4月時点。

放課後等デイサービス②

- 放課後等デイサービスについては、高い収益を確保できる報酬水準であること等により多くの法人が参入しているが、事業所の中には利潤を追求し支援の質が低い事業所が増えているとの指摘や、障害児の発達にとって望ましいとは言えないような利用のされ方もみられるとの指摘がある。

障害児通所支援サービスの収支差率

サービス名	収支差率
児童発達支援	4.7%
医療型児童発達支援	1.1%
放課後等デイサービス	14.5%
保育所等訪問支援	0.9%

(注) 障害福祉サービス等経営実態調査(26年度調査)から作成

第75回社会保障審議会障害者部会(平成27年11月9日)における委員からの意見(抜粋)

放課後等デイサービスの数が劇的に増えております。東京都のある区では、4月から5月の間に倍増したという結果も出ているほど、とても増えているのですね。(略)

会計士か税理士の立場の方が、放課後等デイサービスはもうかるとうたって、営利法人に対してあっせんしているという実例もあります。ただ、現状は、では、そこで質的なものが担保されているかというところではなく、私たちの所に入ってくるのは、ただ預かるだけ、部屋に押し込めてビデオをただ流しているだけであつたり、週に何日か通えると聞いて行ったのだけれども、実際は月に1回しか通えないとか。それから、重度の人を預かると言いつつも、実際に行ってみると、2階にあってエレベーターがない状況だつたりというような形で、多々問題が出てきております。ですので、この課題の所で、私が一番言いたいのは、先ほどからも意見が出ておりましたが、質の向上と支援内容の適正化を図るところを、どうか国を挙げて徹底していただきたいと考えております。

不適切な利用事例の指摘(西日本新聞2017年3月26日)

障害児の放課後の居場所として国が2012年度に創設した放課後等デイサービスを巡り、国は4月から事業所スタッフの資格要件を厳しくする。民間の指定事業所の急増に伴い、支援の質が一部で低下しているのが理由。一方、送迎サービスが付いて利用料の自己負担が軽いこともあって、連日夕方遅くまで預けられる例もみられ、教育現場などからは「行き過ぎた利用は、障害児の負担になる」との懸念が聞かれる。(略) 支援学校の校長経験者は「高等部は自主通学が原則だが、送迎車に自宅まで送られ、生徒の公共交通機関を使う能力が落ちている」と危惧する。(略) 北九州市では利用日数の上限を、国に準じ原則「各月の日数マイナス8日」と定める。保護者の依頼で障害児25人の利用計画を作成する相談支援専門員(略)によると、上限いっぱいの利用を望む例が多いという。「親の仕事や息抜きも大切だが、本人の成長や発達にマイナスにならないことが前提。その点は嫌な顔をされても伝えていきます」と語る。

(参考) 放課後等デイサービスの運用の見直し

厚生労働省における見直し内容等

1. 障害児支援等の経験者の配置
 - ① 管理責任者の資格要件を見直し、障害児・児童・障害者の支援の経験(3年以上)を必須化
 - ② 配置すべき職員を「児童指導員」「保育士」「障害福祉サービス経験者」とし、そのうち、児童指導員又は保育士を半数以上に
2. 「放課後等デイサービスガイドライン」の遵守及び自己評価結果公表の義務付け
3. 実施時期 平成29年4月1日

※既存の事業所については、1年間の経過措置を適用

【改革の方向性】(案)

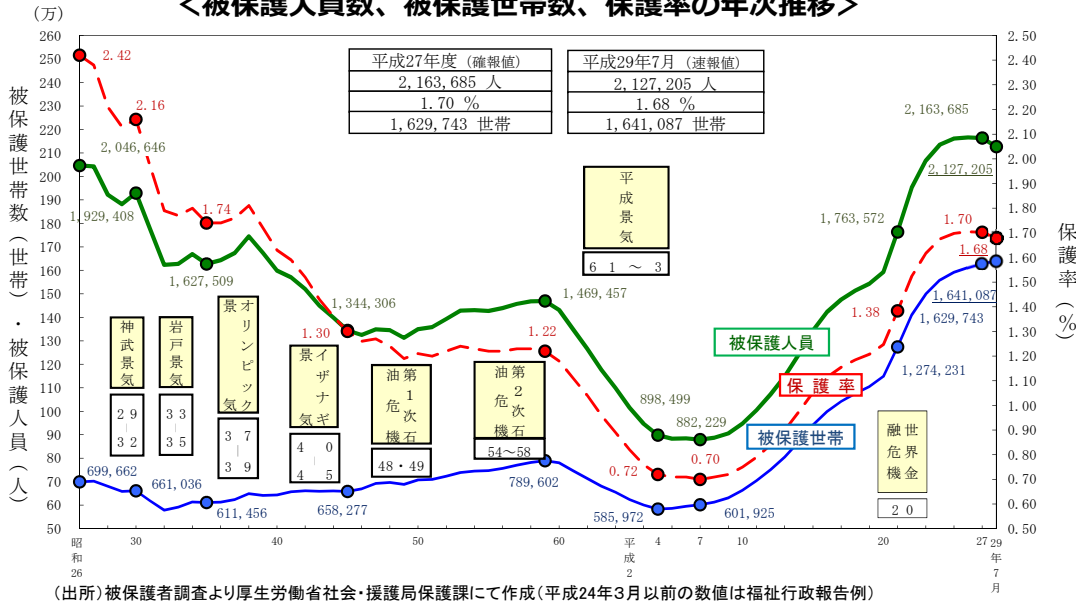
- 障害児の成長や発達を妨げるような形での利用を防ぐことができるよう、事業者の監督や必要な支援の評価を適切に行うべき。
- 障害児への療育・訓練サービスの提供に当たっては、特別支援学校や特別支援学級との適切な役割分担を踏まえたものとするべき。
- 事業所に支払われる報酬について、他の障害福祉サービス等との均衡を図りつつ、サービスの質や費用に見合った水準となるよう見直しを行うべき。

生活保護

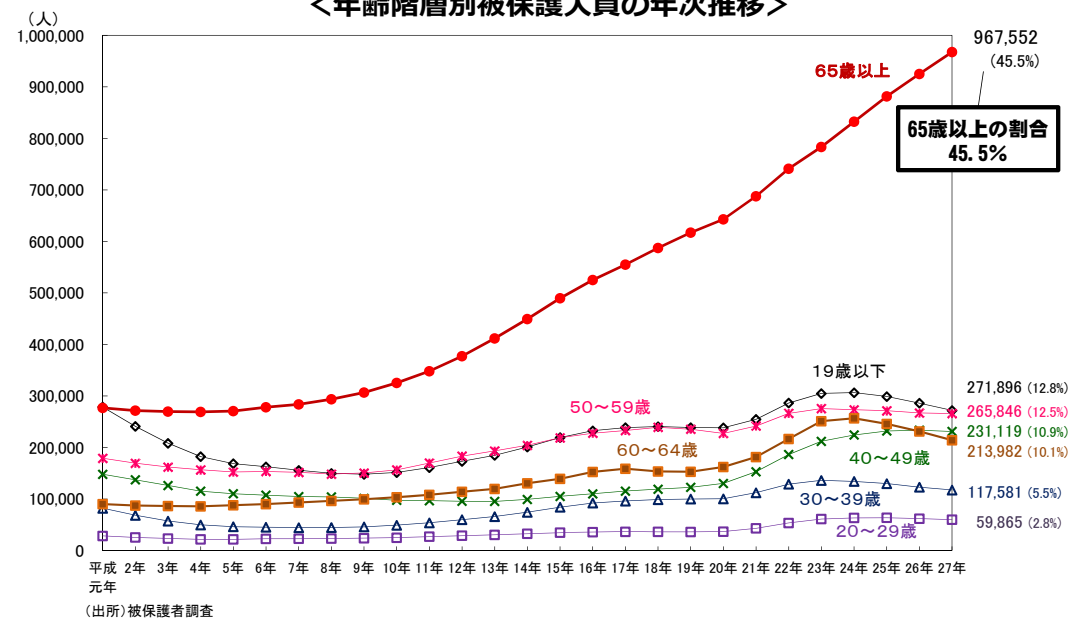
生活保護の現状

- 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。

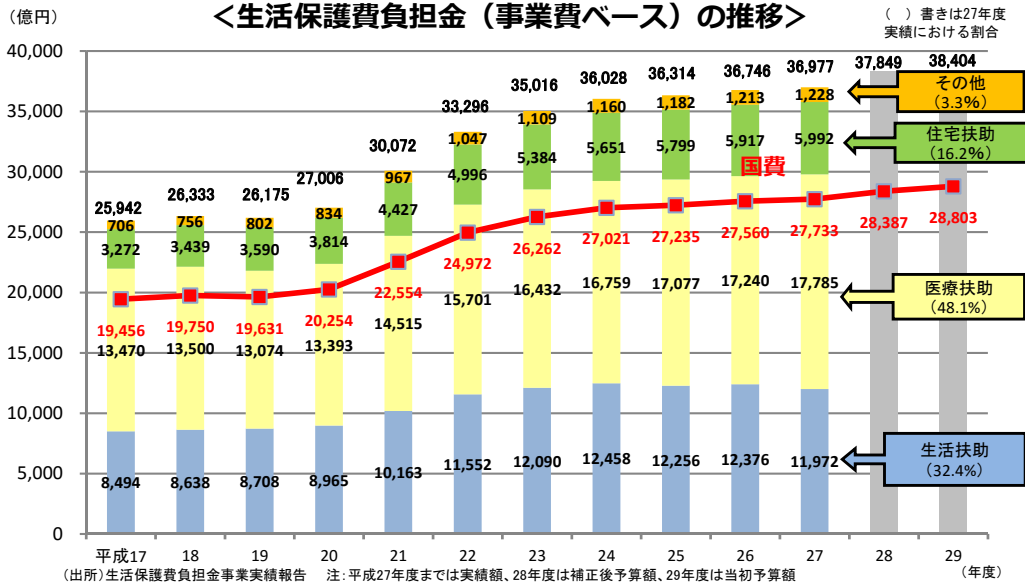
<被保護人員数、被保護世帯数、保護率の年次推移>



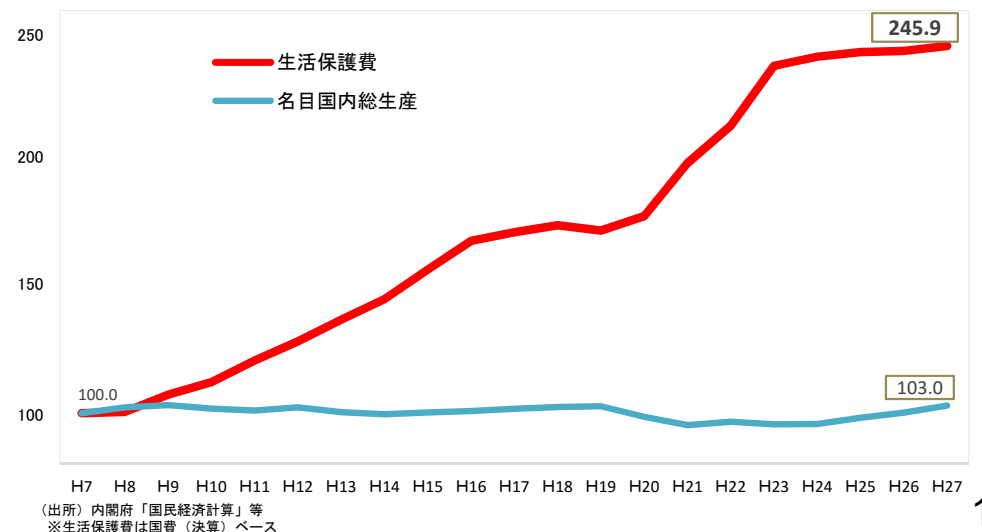
<年齢階層別被保護人員の年次推移>



<生活保護費負担金(事業費ベース)の推移>



<生活保護費と名目国内総生産の推移 (H7=100)>

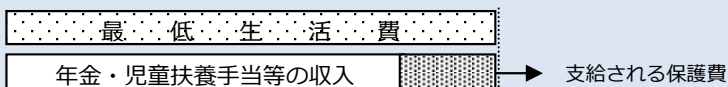


最低生活費の考え方

- 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。

< 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



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最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、且つ、これをこえないものでなければならない。

< 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**世帯共通の費用**（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、**所在地域に応じて6段階の基準**が定められている。
- 障害者世帯、母子世帯など**特定の世帯には加算**がある。

< 生活扶助基準額の算出方法 >

（単位：円／月額）

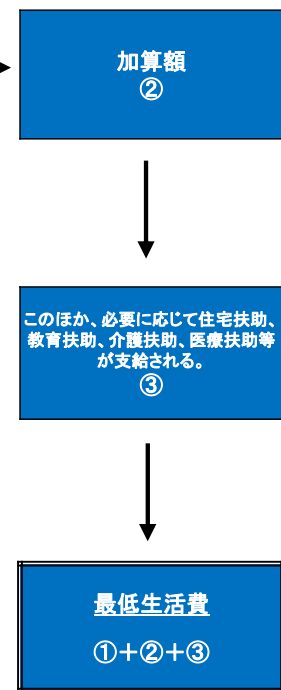
		生活扶助基準（第1類）					
		基準額					
年齢別	年齢	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
	0~2	26,660	25,520	24,100	23,540	22,490	21,550
	3~5	29,970	28,690	27,090	26,470	25,290	24,220
	6~11	34,390	32,920	31,090	30,360	29,010	27,790
	12~19	39,170	37,500	35,410	34,580	33,040	31,650
	20~40	38,430	36,790	34,740	33,930	32,420	31,060
	41~59	39,360	37,670	35,570	34,740	33,210	31,810
	60~69	38,990	37,320	35,230	34,420	32,890	31,510
70~	33,830	32,380	30,580	29,870	28,540	27,340	

		通減率					
		1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
世帯人員別	世帯人員	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
	1人	0.8850	0.8850	0.8850	0.8850	0.8850	0.8850
	2人	0.8350	0.8350	0.8350	0.8350	0.8350	0.8350
	3人	0.7675	0.7675	0.7675	0.7675	0.7675	0.7675
	4人	0.7140	0.7140	0.7140	0.7140	0.7140	0.7140

		生活扶助基準（第2類）					
		基準額					
世帯人員別	世帯人員	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
	1人	40,800	39,050	36,880	36,030	34,420	32,970
	2人	50,180	48,030	45,360	44,310	42,340	40,550
	3人	59,170	56,630	53,480	52,230	49,920	47,810
	4人	61,620	58,970	55,690	54,390	51,970	49,780
5人	65,690	62,880	59,370	57,990	55,420	53,090	

※冬季には地区別に冬季加算が別途計上される。

生活扶助基準（第1類+第2類）①
※各居住世帯員の第1類基準額を合計し、世帯人員に応じた通減率を乗じ、世帯人員に応じた第2類基準額を加える。



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。

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
<ul style="list-style-type: none"> 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 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、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 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
	<ul style="list-style-type: none"> 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
	<ul style="list-style-type: none"> 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
	<ul style="list-style-type: none"> 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）（抄）

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）

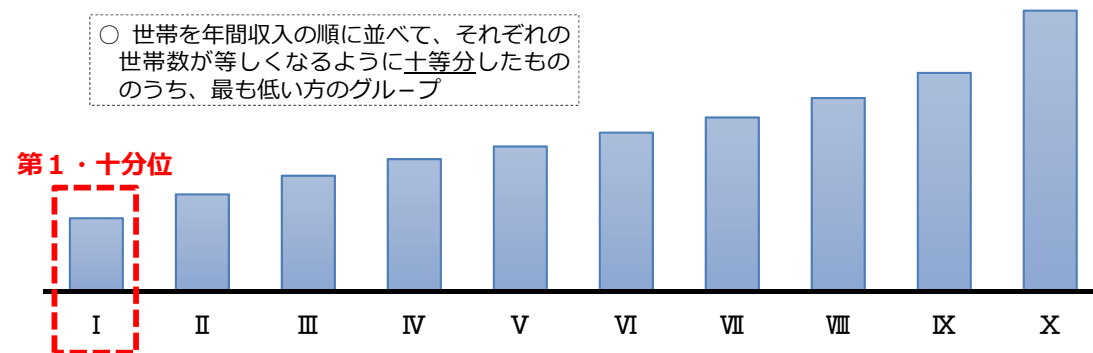
3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

⑨生活保護制度、生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。

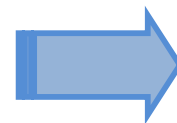
前回（平成24年）の生活扶助基準の見直し

- 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

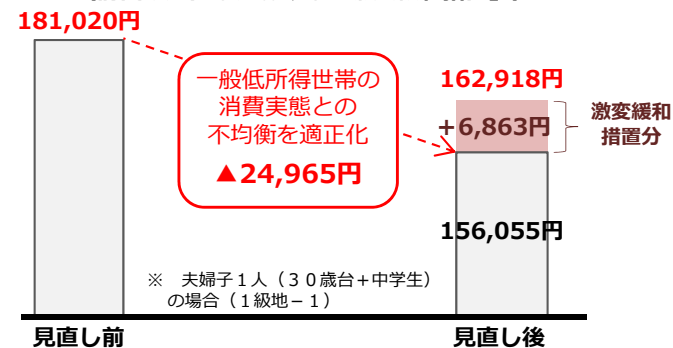
- 前回見直し（平成20年）以降の物価変動の反映

※ 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



（前回の見直しにおける「激変緩和措置」）



※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

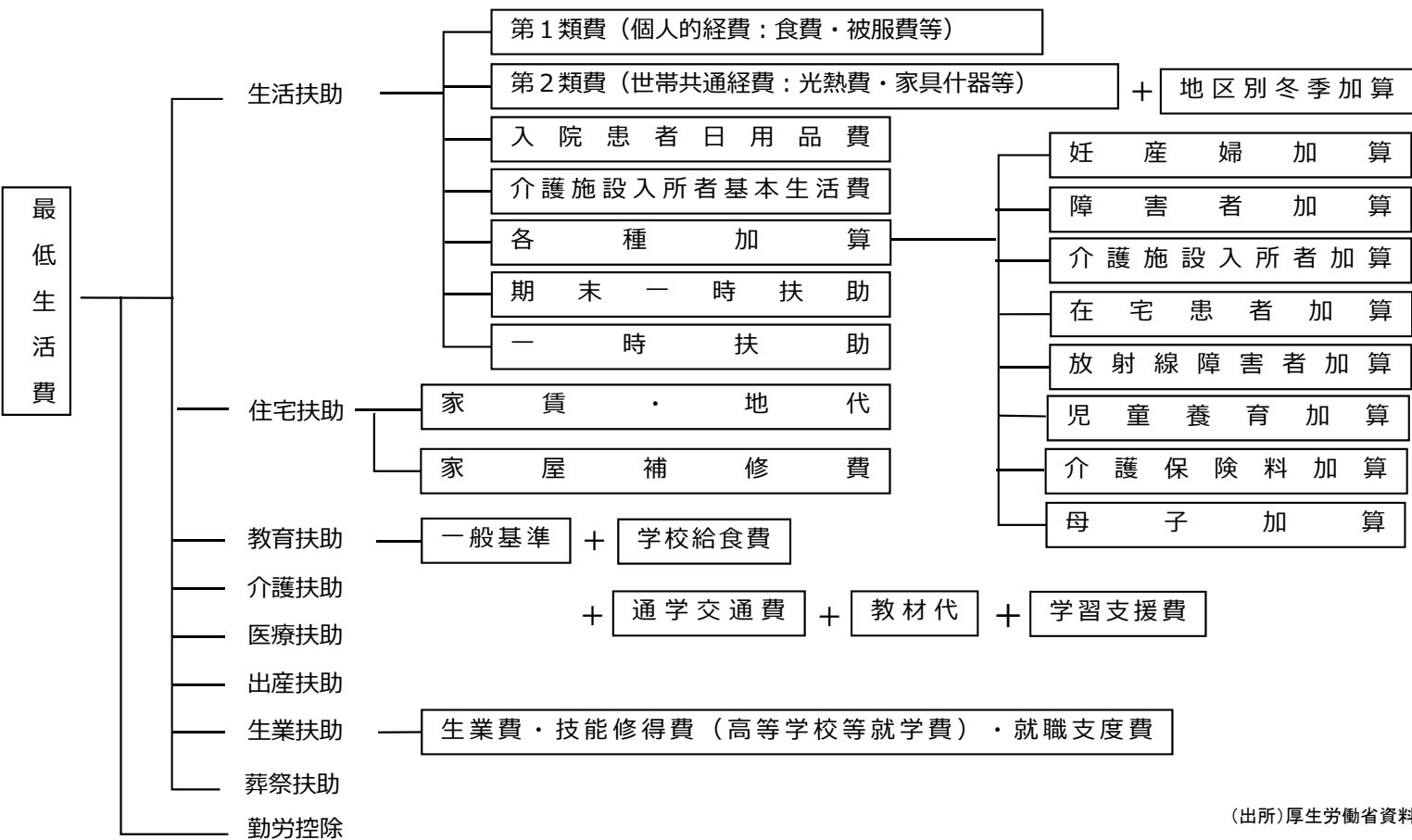
【改革の方向性】（案）

- 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。

各種の加算・扶助の全体像

- 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。

< 最低生活費の体系 >



(出所)厚生労働省資料

< 近年における各種加算・扶助の見直し >

平成25年度	
期末一時扶助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年末において増加する食費や雑費等の経費を補填するものとして支給 ・ 世帯人員に関わらず、一律に人数倍した額を支給していたものについて、経済性（スケールメリット）を勘案するよう見直し
平成27年度	
住宅扶助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家賃等や転居時の敷金、契約更新料などを補填するものとして支給 ・ 各地域の家賃実態や近年の家賃動向等を踏まえた見直し ・ 世帯人数区分を細分化するとともに、床面積に応じて上限額を減額する仕組みを導入
冬季加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 冬季において増加する暖房費等の経費を補填するものとして支給 ・ 一般低所得世帯の光熱費支出額の地区別実態や世帯人数別較差等を踏まえた見直し

【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。

有子世帯の加算・扶助（母子加算・児童養育加算）

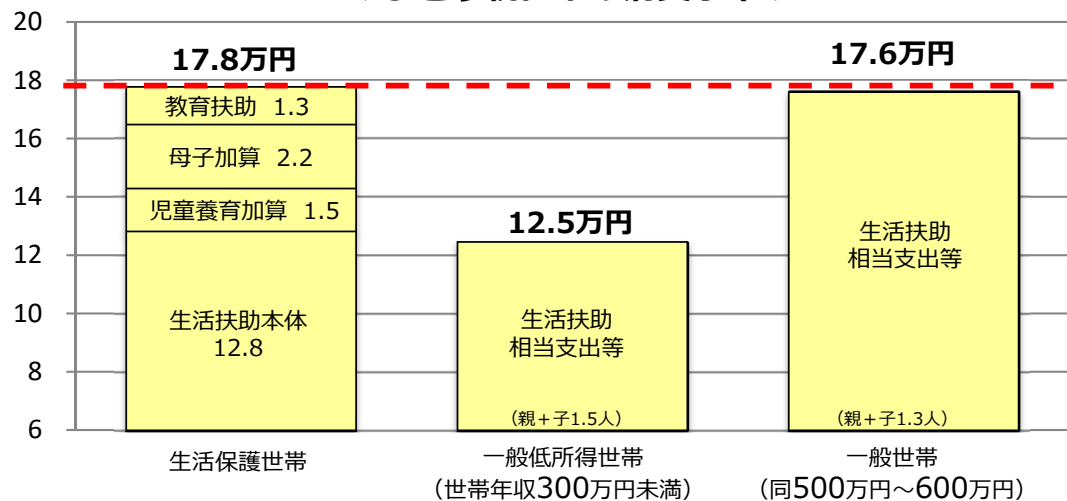
- ひとり親世帯の母子加算・児童養育加算を含めた生活扶助等の額は、ひとり親の一般低所得世帯の消費水準を大きく上回っており、世帯年収500～600万円の世帯の消費水準に相当。
- 児童養育加算については、児童手当に相当するものとして児童手当と同額を加算。生活保護世帯の生活扶助額（第1類費・第2類費）は、一般低所得世帯の消費実態と均衡を図って設定されているが、一般世帯の消費支出は就労収入だけでなく児童手当も含めた収入全体から支出されているものであり、改めて生活保護世帯に対してのみ児童手当見合いの児童養育加算を行うことは二重の配慮となる可能性。

< 有子世帯の加算・扶助の概要 >

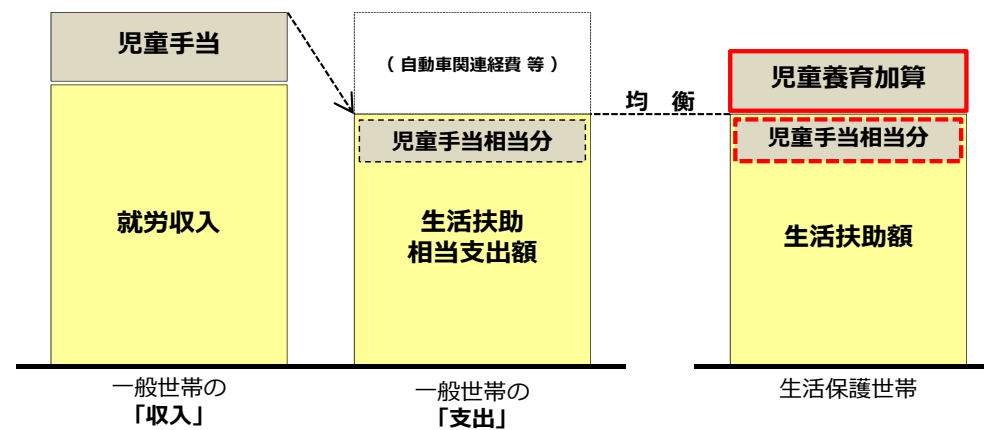
	母子加算	児童養育加算	教育扶助	高等学校等就学費
趣 旨	子どもの貧困の解消を図るため、ひとり親世帯（母子世帯・父子世帯等）の生活保護受給世帯に対し支給するもの。	児童の教養文化的経費、健全育成に資するためのレクリエーション経費等の特別需要に対応するもの。	義務教育（小学校・中学校）に伴って必要となる費用（学用品、通学用品、学校給食その他義務教育に伴って必要となるもの。以下参照）について給付を行うもの。	高等学校等就学に伴って必要となる費用（学用品、交通費、授業料その他高等学校等就学に伴って必要となるもの。以下参照）について給付を行うもの。 ※ 生業扶助として支給
基準額 (月額、29年度)	○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。

< ひとり親世帯の消費水準 >



< 児童手当と児童養育加算の関係 >



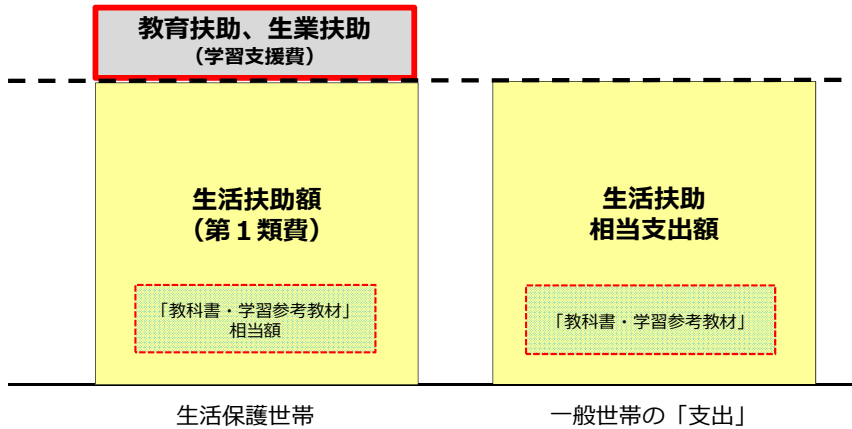
(注) ・一般（低所得）世帯の生活扶助相当支出等は、全国消費実態調査（平成26年度）に基づき財務省で試算。
 ・生活保護基準額は、一般（低所得）世帯の級地別世帯数や子の構成が不明なため、級地区分は2級地-1、子の構成は中学生として算出。
 ・教育扶助は、基準額と学習支援費の合計額。

(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。

＜教育扶助等の加算の構造＞

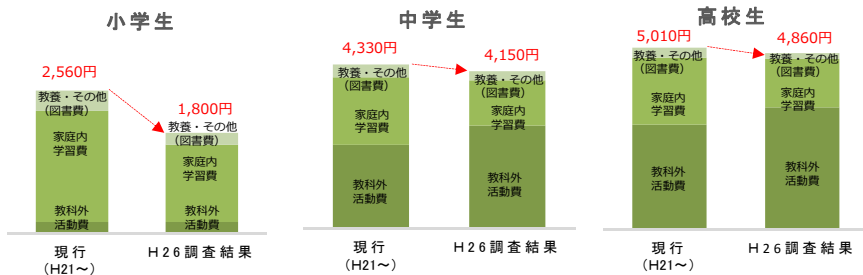


教育扶助等に係る経緯

	母子加算 (子:16歳以上)	母子加算 (子:15歳以下)	高等学校等 就学費	学習支援費 (小・中・高)
昭和24年度	創設	創設		
平成17年度	段階的に廃止		創設	
平成19年度	廃止	段階的に廃止		
平成21年度		廃止		創設
平成21年度 (12月)	復活	復活		

※ このほか、平成19年度から、母子加算の廃止に伴い、就労等をしている母子世帯を対象に「ひとり親世帯就労促進費」を創設（平成21年12月より廃止）。

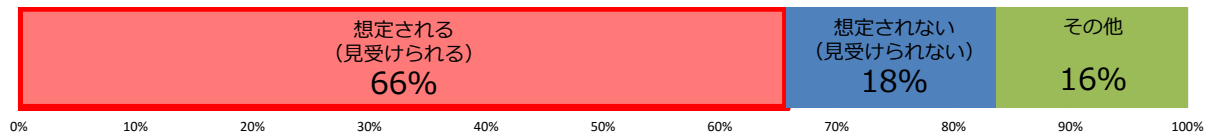
＜学習支援費の水準＞



(出所) 文部科学省「子どもの学習費調査」(平成26年度)に基づき財務省において集計

＜自治体に対する調査＞

問 教育扶助や高等学校等就学費の「基準額」や「学習支援費」は、用途が限定されていないため、本来の目的である教育費に充てられず、生活費等の別の用途に使われてしまうおそれもあると考えられますが、実際に教育費以外に使われている事例は想定されますか(または、見受けられますか)。



(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。

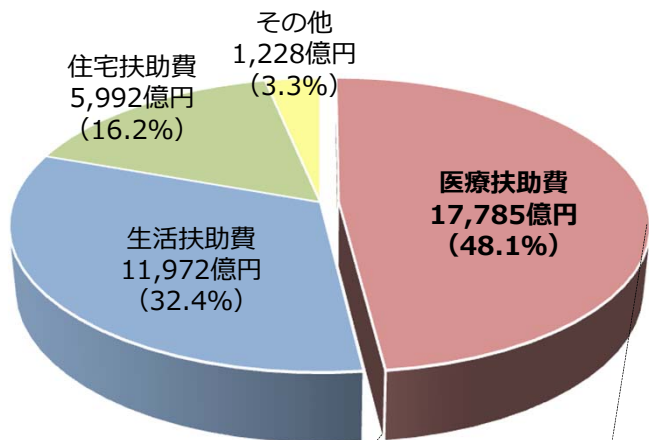
【改革の方向性】(案)

- 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。
- 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

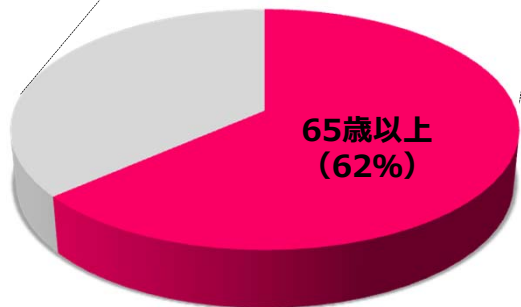
○ 医療扶助は生活保護費の約5割を占める。その約3分の2（決定点数ベース）が65歳以上の高齢者に対する給付であり、被保護人員に占める高齢者の割合の増加とともに医療扶助も増加していくおそれ。

＜生活保護費の内訳＞



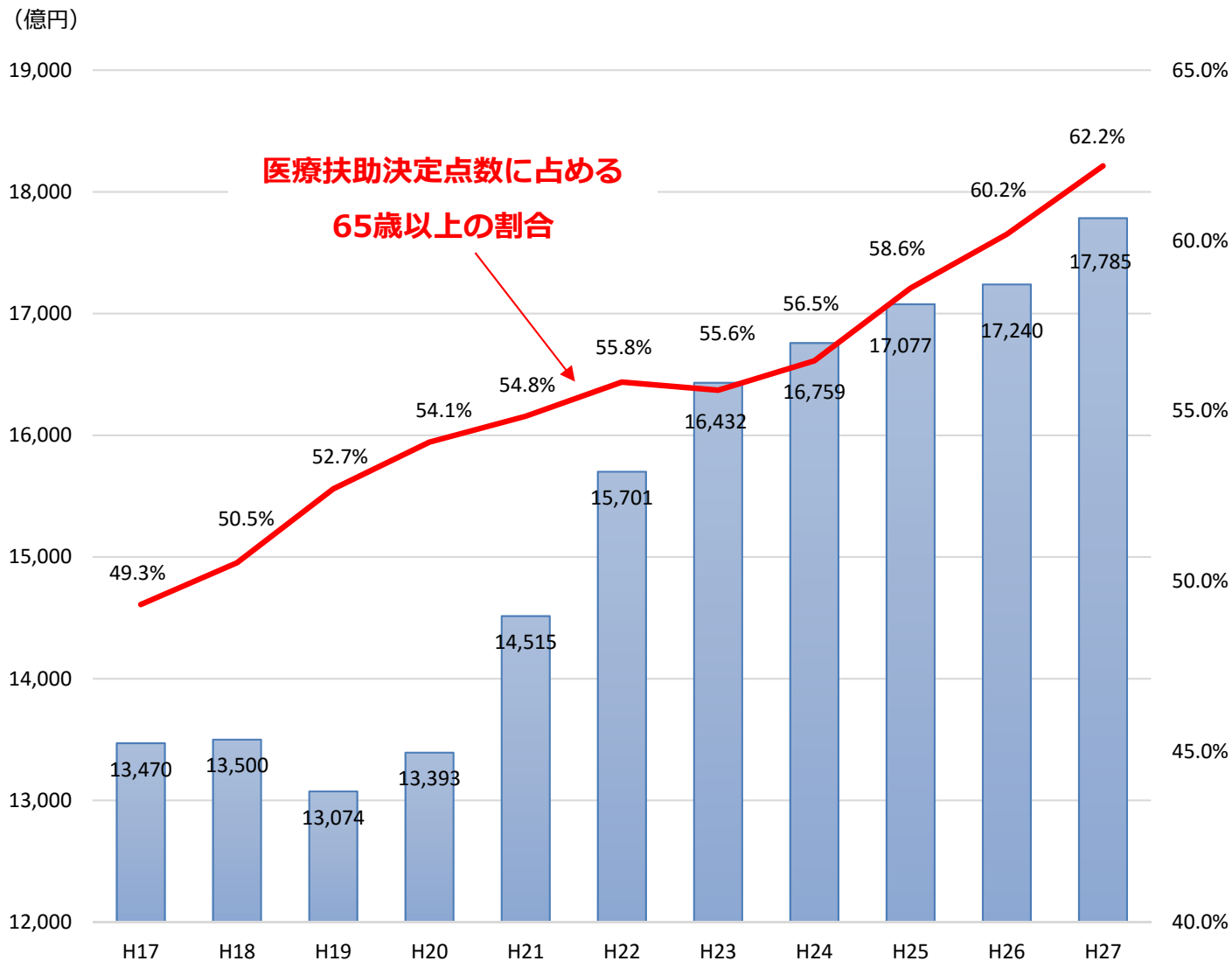
(出所) 厚生労働省「生活保護費負担金実績報告」(平成27年度)

＜医療扶助 年齢階級別の決定点数＞



(出所) 厚生労働省「医療扶助実態調査」(平成27年度)

＜医療扶助費と医療扶助決定点数に占める65歳以上の割合の推移＞



(出所) 厚生労働省「生活保護費負担金事業実績報告」、「医療扶助実態調査」

- 「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

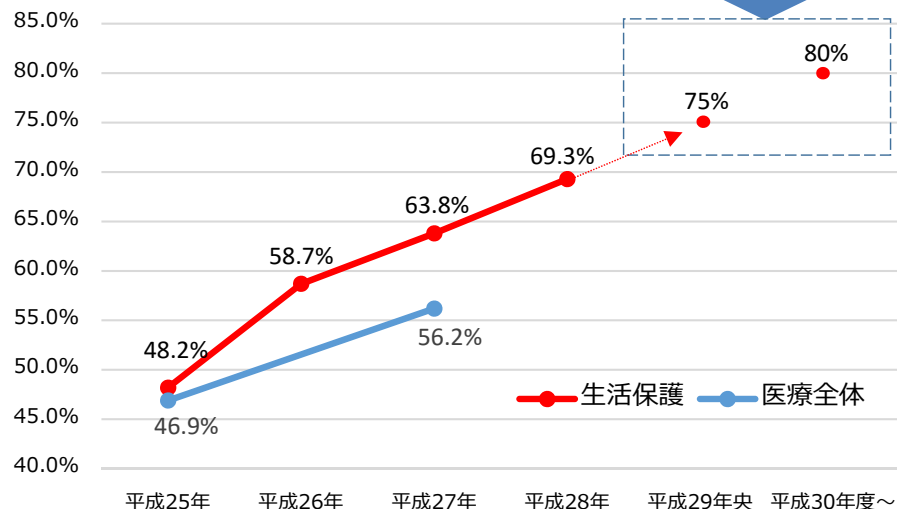
(1) 社会保障

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後発医薬品の使用促進を強化するとともに、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。



(出所) 厚生労働省「医療扶助実態調査」(各年6月審査分)、医薬品価格調査(薬価本調査)(速報値)(各年9月取引分)

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 第34条第3項 (中略)

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^{と認められたもの}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)
- 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～】

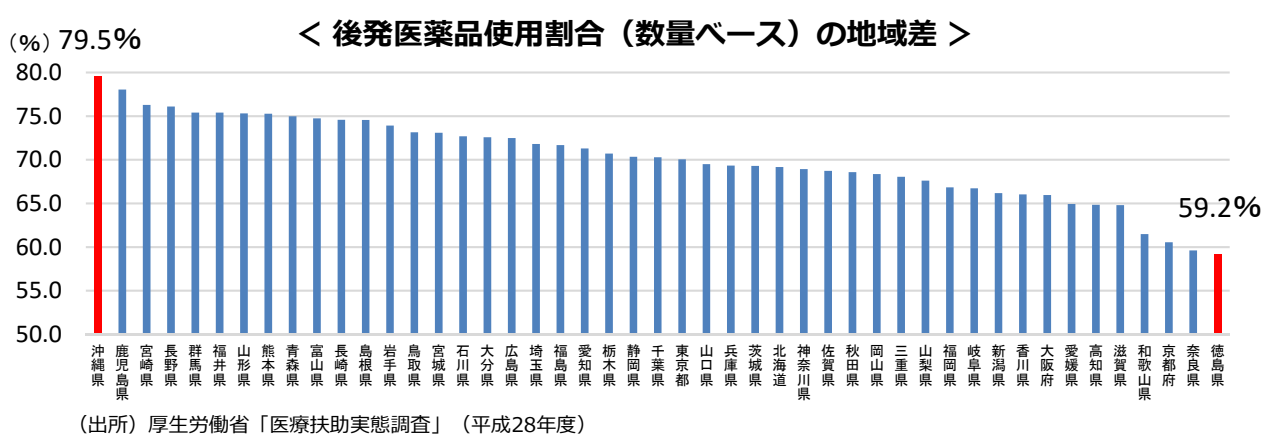
- 改革工程表に、後発医薬品の使用割合の目標を設定
[KPIの内容 → 2017年(平成29年)央までに75%等]
- 地域の薬局等と連携した服薬指導のモデル実施

【平成29年度】

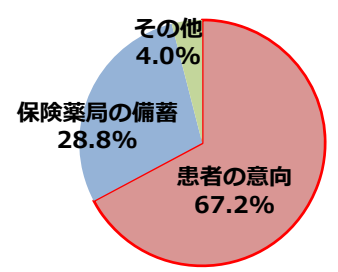
- 外部評価を伴うP D C Aサイクルを導入した自治体への支援の強化

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。



＜ 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 ＞



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

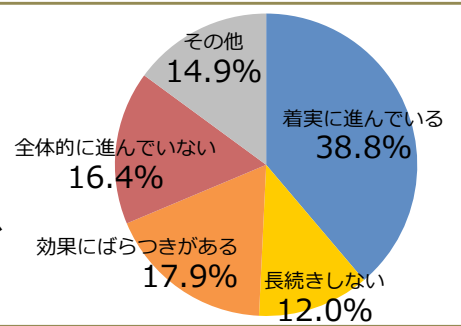
④後発医薬品の使用促進

(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 ＞

問 電子レセプト管理システム等を活用し、先発医薬品を希望する理由に妥当性がないと判断される者については、服薬指導を含む健康管理指導の対象とすることとされています。
後発医薬品の使用促進の観点から、健康管理指導の結果として実感に一番近いものをお選びください。



(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。

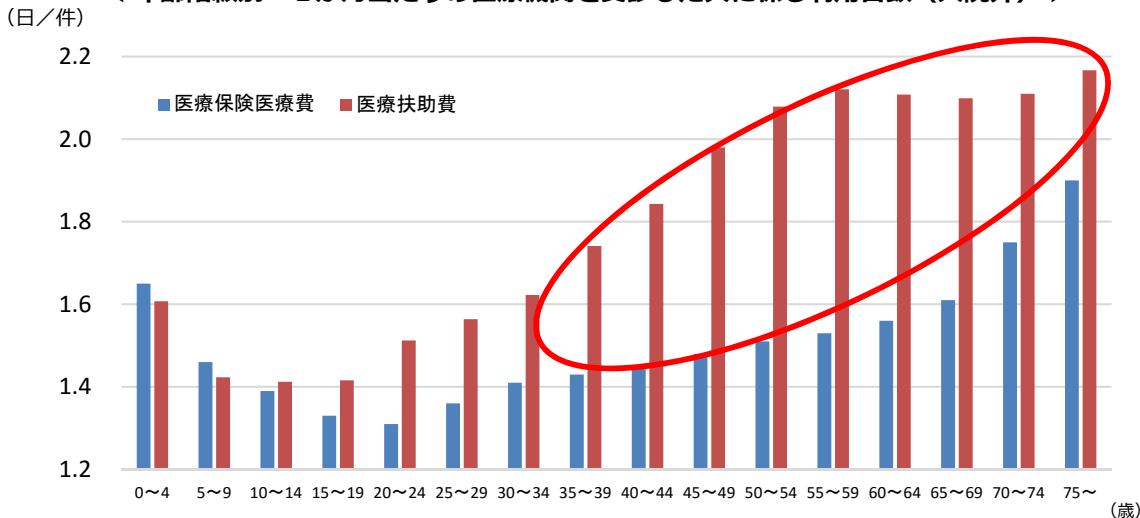
頻回受診対策①

- 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、生活保護受給者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
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。 unnecessary 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。

＜年齢階級別 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）＞



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、**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

＜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

平成29年9月					平成29年10月					平成29年11月				
月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金
				1	2	3	4	5	6			1	2	
4	5	6	7	8		10	11	12	13	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	13	14	15	16	17
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	20	21	22		24
25	26	27	28	29	30	31				27	28	29	30	
15日					15日					15日				

頻回受診に係るこれまでの取組

【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】

- 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＞

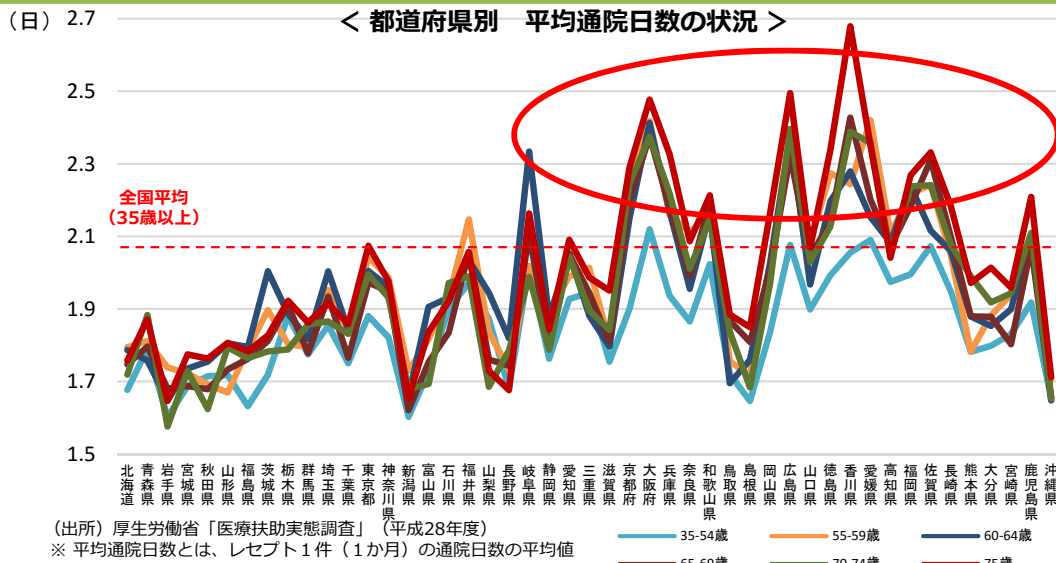
- ・ 同一傷病で、同一月内に同一診療科を15日以上受診する一定の者（初診月である場合や短期的・集中的に治療を行った者等を除く）にまで拡大

＜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、
 - ・ 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わかる。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。



< 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上位200先の所在する都道府県 > (n=200)

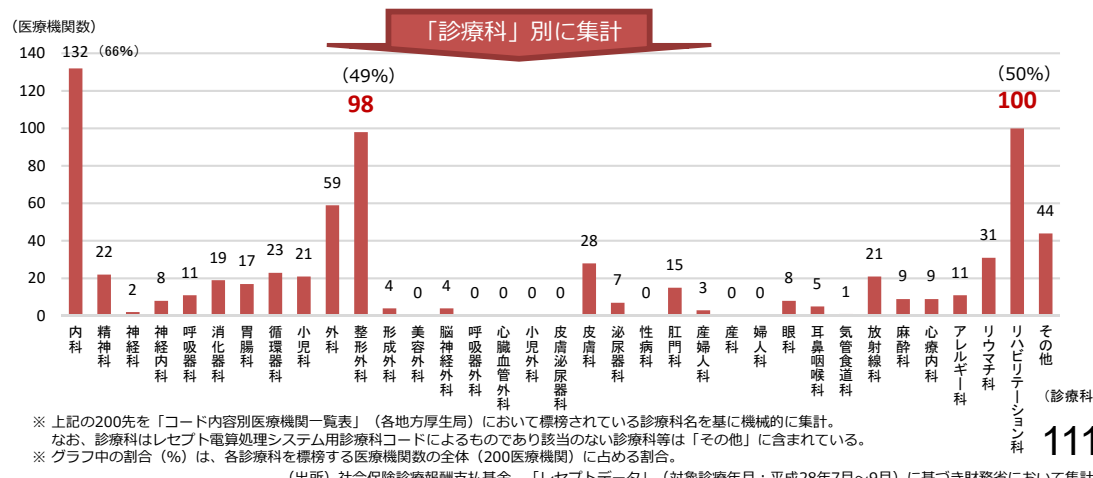
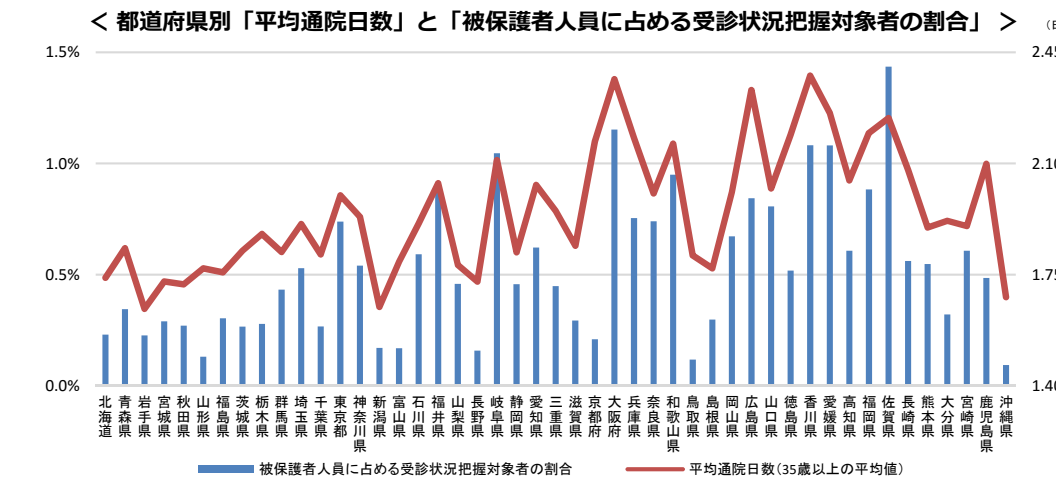
順位	都道府県	医療機関数
1	大阪府	42
2	東京都	23
3	福岡県	15
4	広島県	13
5	京都府	11
5	兵庫県	11
7	香川県	8
7	鹿児島県	8
9	千葉県	6
9	愛媛県	6

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

< 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

※ 約4万の医療機関について、「生活保護受給者の通院日数」と「生活保護受給者以外の通院日数」を比較し、前者の方が大きい医療機関を差が大きい順に並べて上位200先を抽出したものの。
※ 入院外のレセプトデータ（病院及び診療所）より集計。



頻回受診対策③

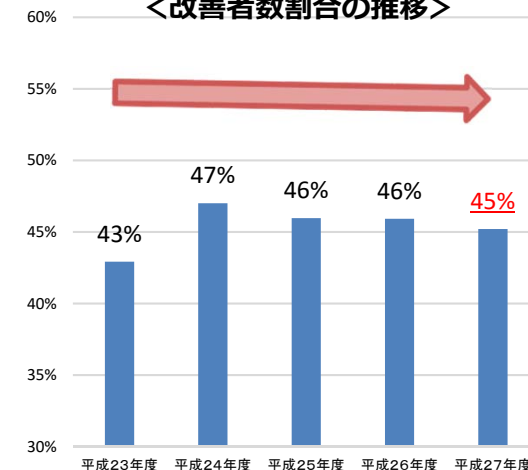
○ 頻回受診対策として、電子レセプトを活用した適正受診指導の取組などが進められてきたが、近年の改善者数割合はおおむね横ばいで推移しており、自治体からは現状の適正受診指導には一定の限界がある旨の指摘もある。頻回受診対策について、もう一段の取組が必要と考えられる。

<頻回受診適正化の対応>

(平成27年度)

頻回受診が疑われる者の把握	毎月レセプトを確認し、頻回受診が疑われる者にかかる台帳を作成	受診状況把握対象者数(同一疾病で月15日以上の通院が3ヶ月以上継続している者数)	13,548人	うち 筋骨格系・結合組織 7,322人(54%)
主治医訪問・嘱託医協議	主治医や嘱託医に協議し、頻回受診と認められるか否かを判断	適正受診指導対象者数(A)※	3,020人	うち 筋骨格系・結合組織 1,927人(64%)
指導の実施	頻回受診と判断された者について、訪問により指導を実施	改善者数(適正な受診日数に改善された者数)(B)	1,365人	うち 筋骨格系・結合組織 947人(69%)
改善状況の確認	指導の翌月、医療機関へ改善状況を確認改善されていない場合には、引き続き指導を実施	改善者数割合(B/A)	45%	うち 筋骨格系・結合組織 49%

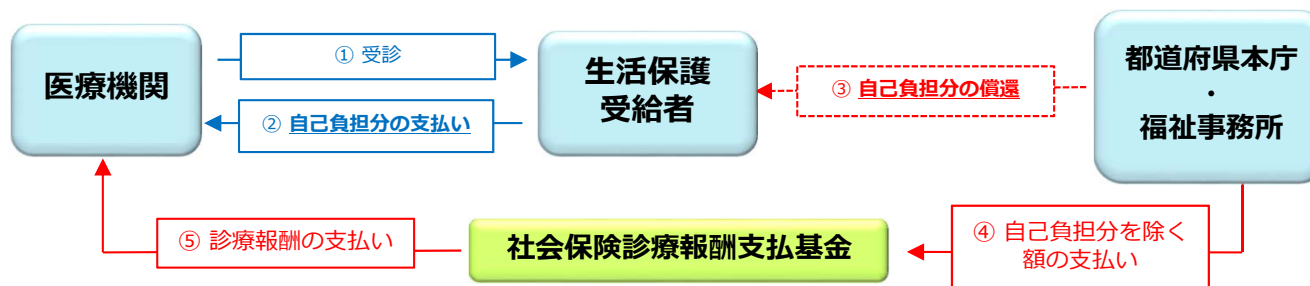
<改善者数割合の推移>



(出所) 厚生労働省資料

(出所) 厚生労働省資料

<頻回受診に係る自己負担(償還払い)スキーム>

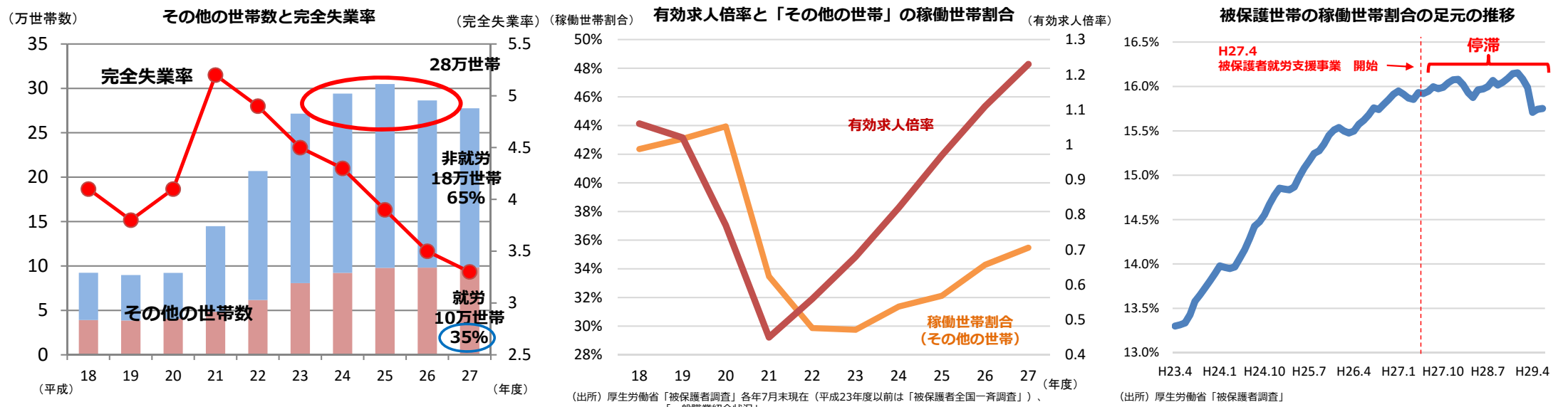


【改革の方向性】(案)

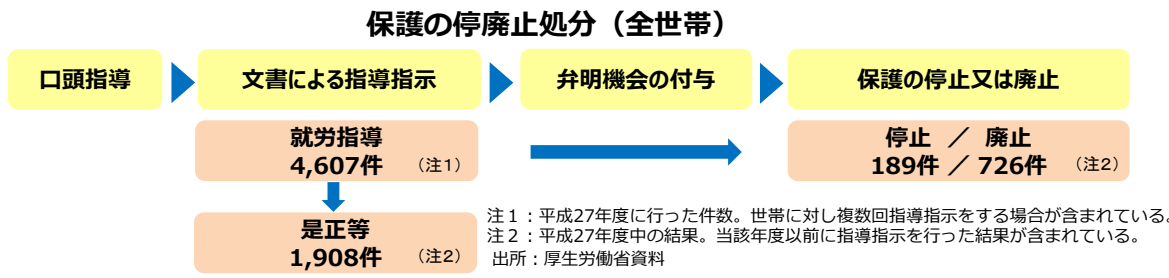
- 更なる頻回受診対策として、
 - ・ 各自治体に対して、例えば、嘱託医制度の充実や個別指導の重点化など頻回受診者が多く発生している医療機関に着目した対策を講じるよう促すとともに、
 - ・ 頻回受診であるとして適正受診指導を受けてもなお改善の見られない者については、例えば、一定の自己負担(償還払い)を求め、
 など、実効性ある対策が必要ではないか。

就労の促進に向けた取組

○ 「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。



< その他の世帯 >
生活保護世帯のうち、「高齢者世帯」、「母子世帯」、「障害者世帯」、「傷病者世帯」のいずれにも該当しない世帯。稼働年齢層が含まれると考えられる。



【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。

＜ 級地区別の最低生活保障水準 ＞ (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~)		7.6	7.3	6.9	6.7	6.4	6.1
市町村数 (平成28年4月1日現在)	1,719 (100.0%)	58 (3.4%)	49 (2.9%)	121 (7.0%)	79 (4.6%)	557 (32.4%)	855 (49.7%)
被保護者世帯数 (平成27年7月31日現在)	1,602,551 (100.0%)	647,091 (40.5%)	267,951 (16.6%)	314,451 (19.6%)	66,284 (4.1%)	204,124 (12.7%)	102,650 (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

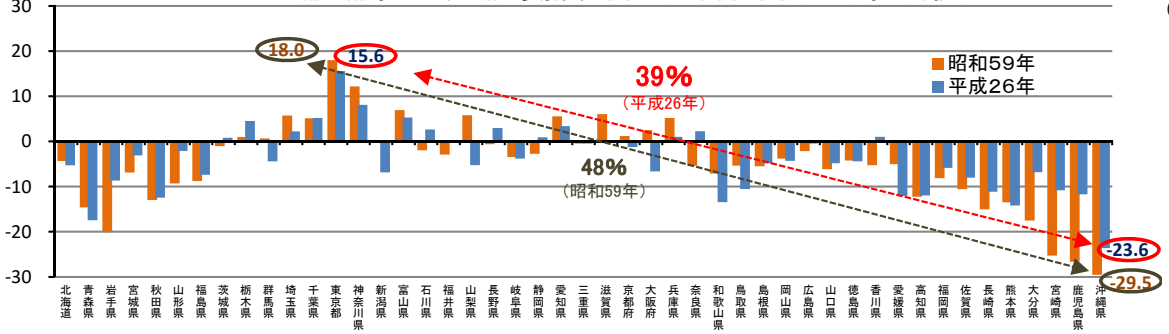
※ 平成28年度の生活扶助額の例

＜ 市町村合併による級地指定区分変更の状況 ＞

	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数 (市町村合併が行われなかった市町村を含む)		
		計	1区分	2区分以上
市町村数	3,253	2,432	821	559
構成割合	100%	75%	25%	17%

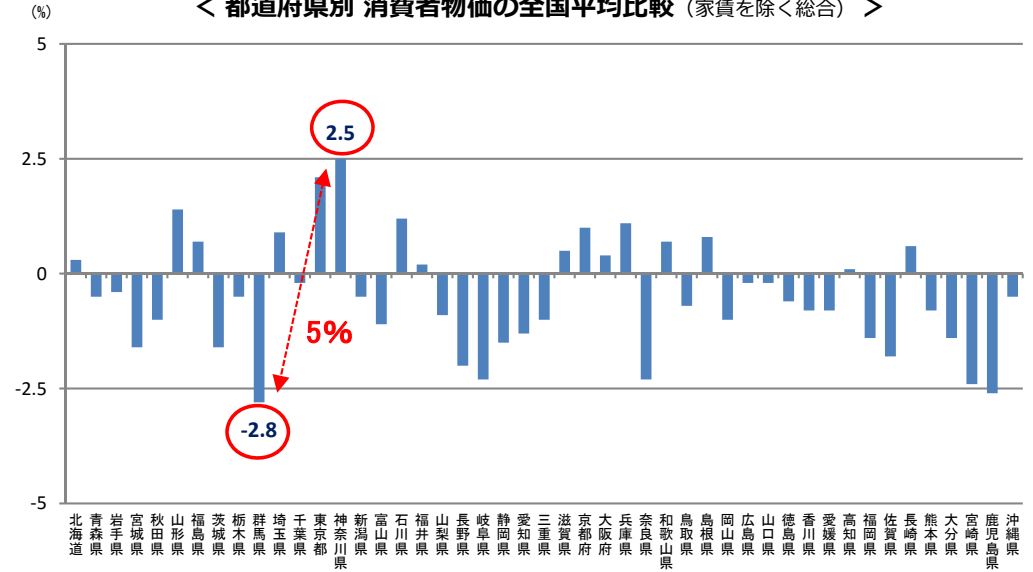
(出所) 厚生労働省「第26回社会保障審議会生活保護基準部会資料」

＜ 都道府県別 1人当たり消費支出額の全国平均との差の年次比較 ＞



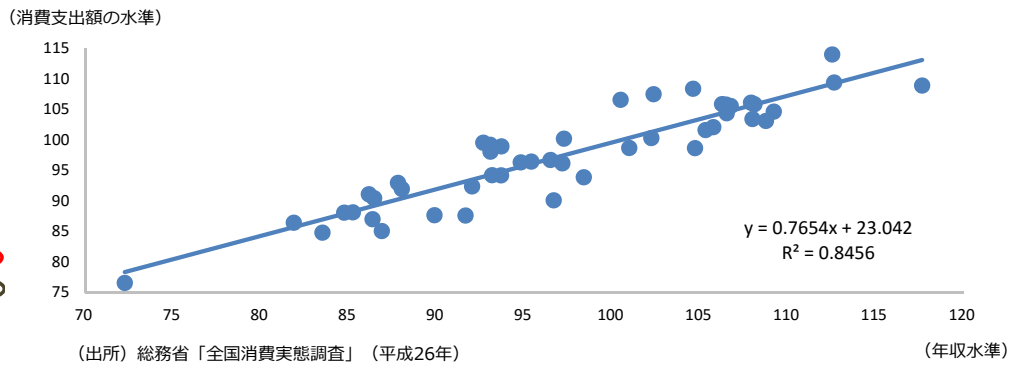
(出所) 厚生労働省「第26回社会保障審議会生活保護基準部会資料」

＜ 都道府県別 消費者物価の全国平均比較 (家賃を除く総合) ＞



(出所) 総務省「小売物価統計調査(構造編)」(平成27年)

＜ 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) ＞



(出所) 総務省「全国消費実態調査」(平成26年)

【改革の方向性】 (案)

○ 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。