

将来も安心な日本の医療・介護を考える －持続的な制度の実現に向けた改革－

－参考資料－

2023年12月1日
令和国民会議（令和臨調）

医療・介護の質の向上のための見直しと社会保障費の適正化

医療		医療保険の適用範囲の見直し	今後3年間程度の目標値（億円）※年額単位
P.3	機能連携・質向上	リフィル処方箋の普及（頻回受診の是正）	1319～1350
P.4	機能連携・質向上	多剤投与における重複投薬のは是正	122～366
P.5	保険適用範囲	長期収載品の後発医薬品への置き換え	2679～5115
P.6	調剤報酬	後発医薬品調剤体制加算の見直し	1200～1350
P.7	保険適用範囲	セルフメディケーションの推進	2360～3250
P.8	診療報酬	病床機能の報告と実態の一致	396～623
P.9	機能連携・質向上	6か月以上の長期入院のは是正（医療扶助）	197
P.10	機能連携・質向上	1年以上の精神病床における長期入院のは是正	619～1500
介護		介護保険の適用範囲の見直し	
P.11	保険適用範囲	軽度要介護者への生活援助サービスの適正化	500～1025
P.12	介護報酬	介護報酬算定方式の差異の適正化	680～1360
P.13	保険適用範囲	ケアプラン作成に関する自己負担の導入	515
P.14	保険適用範囲	住宅改修費・福祉用具貸与費給付等の適正化	552
		適正化の数値については複合的な取り組みにより重複する性質のものもあることに留意し、幅をもって解釈する必要がある	11139億円～17203億円
長期	DXと働き方改革	ICT技術導入による人員配置基準緩和（今後10年間）	ICT化等による設備費増加と要員数減少の双方を踏まえ年1.5兆円程度の適正化

【機能連携】リフィル処方箋の普及（頻回受診の是正）

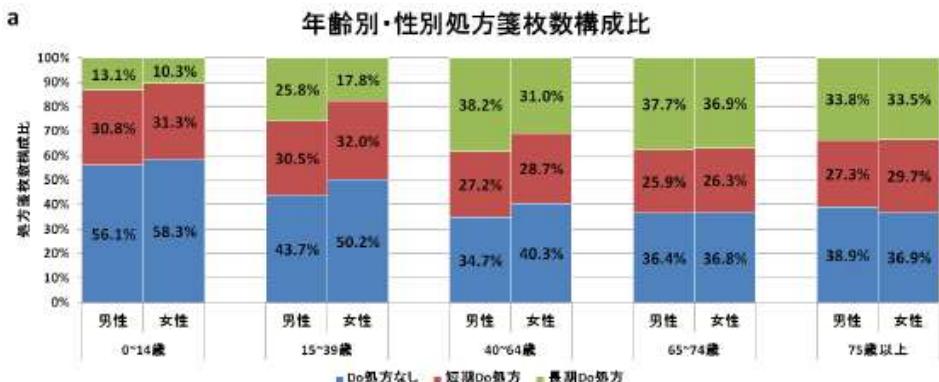
Table 1 リフィル処方箋へ置き換え可能な推定処方箋枚数

月間平均処方箋 枚数（万枚）	リフィル対象患者の 割合（%）	月間リフィル 対象処方箋枚数 (万枚)	年間リフィル 対象処方箋枚数 (万枚)	リフィル処方箋へ置 き換え可能な推定 処方箋枚数（万枚）
第一群 6,877	20.2	1,389	16,670	11,114
第二群 6,877	4.4	303	3,631	2,421

第一群：各薬剤が14日分以上の処方が2回以上、継続的に処方された患者群（全患者の20.2%）

第二群：第一群のうち年間来局期間が330日以上、かつ医薬品の給付日数が180日分以上 ※長期Do処方に相当（全患者の4.4%）

日本医薬総合研究所（2022）「長期Do処方に関する分析結果」では、**40歳代以上の処方箋枚数の30%以上が長期Do処方**



※長期Do処方：同一医療機関からの外来処方において、180日以上にわたって処方が前回と同じ内容であること。前回と同じ内容とは、薬価基準収載コード9桁が一致（同一成分、同一経路、同一規格）した場合をさす。

短期Do処方：180日未満のDo処方、Do処方なし：60日未満の継続性のない処方
(左図：2020年8月～2021年7月 日本調剤611店舗の処方箋データによる分析より引用)

一方、医師がリフィルを許可した処方箋は極めて少ない現状
日本保険薬局協会（2022）「リフィル処方箋応需の実態調査報告書」によると、リフィル処方箋割合は0.1%（2022年10月）

推計においては現行の再診料（730円）と処方箋料（680円）、処方箋枚数（2022年度：8.4億枚）、長期Do処方患者割合に関する健保連（2019）推計：患者全体の19.2%、を参考に0.9～1億枚程度のリフィル処方箋枚数を想定すると、1319～1350億円の節減が可能。

Kurata K, Onuki M, Yoshizumi K, Taniai E, Dobashi A. (2019) "Proportion of Japanese outpatients filling prescriptions for long-term medication regimens." *Patient Prefer Adherence*, 2019 ; 13 : 667-73.

前田あゆみ、菅野敦之. (2020) 「リフィル処方制度導入がもたらす経済性の効果予測」 *社会薬学*, 39(1), 35-39.

健康保険組合連合会（2019）「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究IV」

【機能連携】多剤投与における重複投薬の是正

「最近の調剤医療費の動向」令和5年（令和4年度実績）	
調剤医療費	78821 億円
処方箋枚数	83762 万枚
処方箋一枚当たり調剤医療費	9410
処方箋一枚の薬剤料	5389
薬の種類	2.76 種類
平均日数	27.9 日
一剤当たりの価格	70 円
重複投薬割合	5.8 %
7種類以上の投薬割合	12.9 %

※7種類以上の投薬割合は、「社会医療診療行為別調査（2023年6月）」第21表より集計

多剤投薬とは

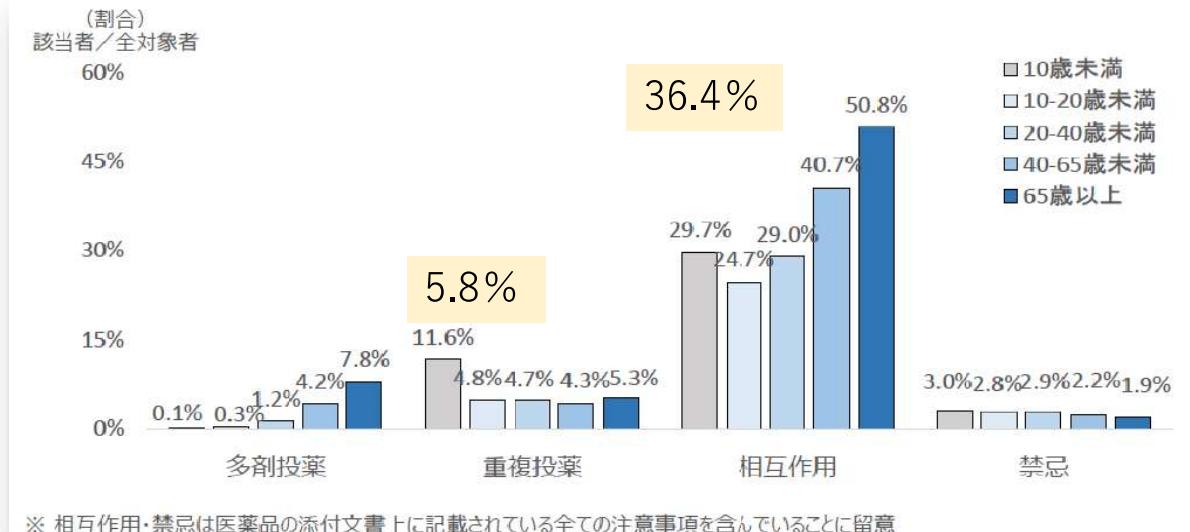
定期服薬者のうち、7種類以上の薬剤を服薬していること

重複投薬とは

同月に、同一の薬効分類の医薬品が複数医療機関から処方されていること

相互作用・禁忌とは

同月に、医薬品の添付文書にある相互作用・禁忌の組合せが、同一または複数医療機関から処方されていること



※相互作用・禁忌は医薬品の添付文書上に記載されている全ての注意事項を含んでいることに留意

全国健康保険協会 福岡支部 調査研究事業報告書（2018）

協会けんぽ福岡支部2017年3月診療分のレセプトデータ656,550名を対象とした分析

推計においては「多剤投与」かつ「重複投薬」となる場合が健康上特に問題が多いと考え、**かかりつけ機能を持つ医療者による服薬歴参照**を通じた、是正が必要と想定

1日1剤あたり価格（70円）処方日数（28日）

多剤投与かつ重複投薬の推定枚数：627万枚（2022年度）

※重複投薬全体では4858万枚と推計される

**多剤投与者において1剤～3剤の処方を取りやめると想定
少なくとも122～366億円が節減され、健康状態が改善する**

【保険適用範囲】先発医薬品（長期収載品）の後発医薬品への置き換え

令和3年薬価調査結果①

1. 平均乖離率 7.6%

$$\text{※ 平均乖離率} = \frac{(\text{現行薬価} \times \text{販売数量}) \text{ の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{ の総和}}{(\text{現行薬価} \times \text{販売数量}) \text{ の総和}}$$

2. 後発医薬品の数量割合 79.0%

$$\text{※ 後発医薬品の数量割合} = \frac{(\text{後発医薬品の販売数量})}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の販売数量}) + (\text{後発医薬品の販売数量})}$$

3. 後発医薬品への置換による医療費適正効果額（年間推計） 19,242億円

うち、バイオシミラーへの置換による医療費適正効果額（年間推計） 480億円
(バイオシミラーの金額割合 21.8%)

※ 医療費適正効果額は、取引された全ての後発医薬品について、個別に、対応する先発医薬品が取引されていた場合を仮想し、以下の計算式により算出

$$\text{医療費適正効果額} = \{ (\text{対応する先発医薬品の現行薬価} - \text{後発医薬品の現行薬価}) \times \text{後発医薬品の販売数量} \} \text{ の総和}$$

$$\text{※ バイオシミラーの金額割合} = \frac{(\text{バイオシミラーの現行薬価} \times \text{販売数量}) \text{ の総和}}{(\text{対応する先行品の現行薬価} \times \text{販売数量}) \text{ の総和} + (\text{バイオシミラーの現行薬価} \times \text{販売数量}) \text{ の総和}}$$



令和5年「厚生労働白書」より
後発医薬品の使用割合 推移

後発医薬品の使用割合
(数量ベース) は近年
70%代後半で推移して
いる。

厚生労働省「医薬品価格調査」(2021年)

※先発医薬品が後発医薬品に置き変わる
(後発医薬品の数量割合が79%) となった
ことによる医療費適正化効果額は
19242億円と推計されている。
1%の置き換えが243億円に相当する。

推計においては、
後発医薬品の数量割合の増加に応じて
比例的に医療費差額が拡大すると仮定

79% ⇒ 90% の場合
19242億円 × (0.9/0.79 - 1) = 2679億円
79% ⇒ 100% の場合
19242億円 × (1/0.79 - 1) = 5115億円

特に長期収載品と後発医薬品の差額の自己負担が導入されれば、後発医薬品への置き換えが一層進むことが期待される。

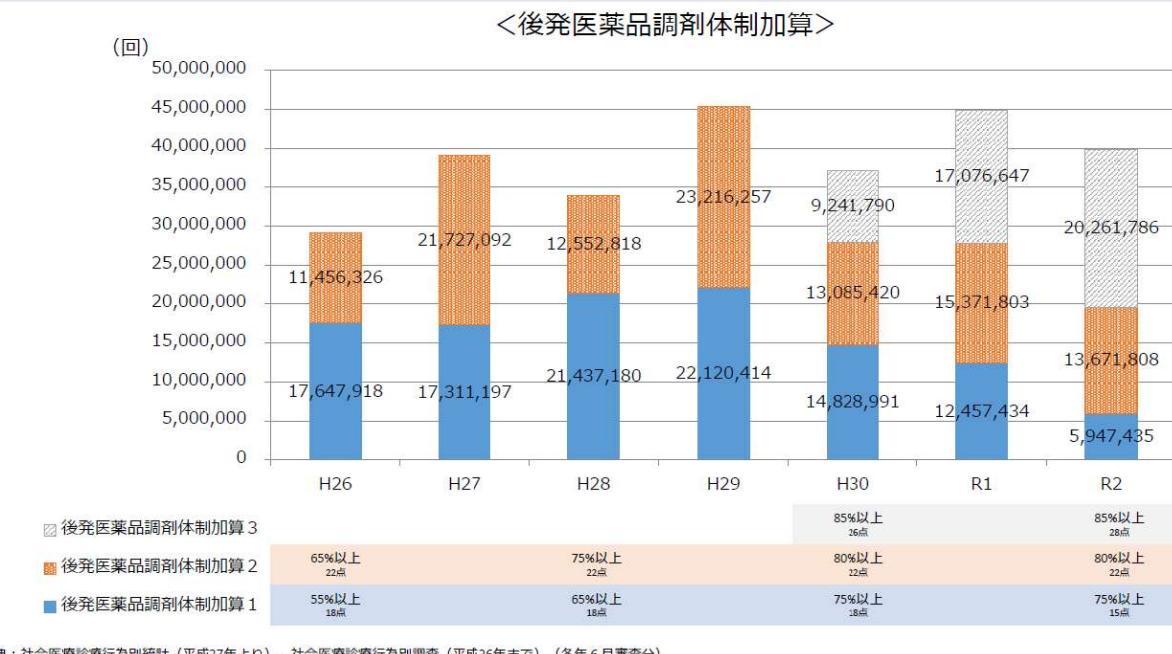
※推計では医薬品(OTC類似薬)が保険適用外になる可能性を含んでいないため、適正化額は「セルフメディケーションの推進」と重複する可能性があることに留意が必要。

【調剤報酬】後発医薬品調剤体制加算の見直し

中医協 総一4-1 「後発医薬品について」（2021年12月8日）

後発医薬品に係る診療報酬の算定状況（調剤）

- 後発医薬品調剤体制加算については、平成30年度診療報酬改定において、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げたため、平成30年度の後発医薬品使用体制加算の算定回数は、前年度より減少した。
- 令和2年度は、調剤数量割合が85%以上の調剤体制加算3を算定する薬局の割合が増加した。



後発医薬品使用割合85%以上の薬局への加算：681億円（2020年度推計）

後発医薬品使用割合80%以上の薬局への加算：361億円（2020年度推計）

後発医薬品使用割合75%以上の薬局への加算：107億円（2020年度推計）

計1149億円の体制加算に対し、追加の後発医薬品普及効果は過減しつつある（R2→R3 後発医薬品割合0.7%増：170億円相当）

財務省令和3年度予算執行調査（2021年6月）より

調査結果

○ 7割超が加算を取得、減算適用はわずか0.3%にとどまる

- 7割超の保険薬局が加算を取得する状況となっている（最大の沖縄県では93%）。他方で、減算制度の適用はわずか0.3%（181件）にとどまっている。【図1】

【図1】後発医薬品調剤体制加算の取得状況（平成28年～令和2年）



- 現行制度では年間1,200億円程度の加算に対し、減算は400万円程度となっている。政府目標（全都道府県80%）に到達した場合の医療費適正化効果額の増加分は、一定の試算の下、200億円程度と見込まれる。

○ 後発医薬品使用割合と備蓄品目数が正の相関関係はない

- 後発医薬品の使用を促進すると、備蓄医薬品が増加し、管理コストがかかることも踏まえて加算制度が設けられてきたところであるが、加算区分の中では、**使用割合の最も高い加算3を取得している保険薬局の備蓄医薬品目数が最も少ない**。

【図2】

【図2】加算区分別の1保険薬局当たりの備蓄医薬品目数の状況（令和2年）



後発医薬品備蓄コスト補償のための体制加算としては機能していない。本推計では、**加算を廃止し（R3:1200億円節減し）、減算対象を拡大することで制度を見直すことを想定。**

【保険適用範囲】セルフメディケーションの推進

OTCへの置き換えによる医療費削減効果は?
(結果の概要)

既存領域				新規領域			
疾患	人数 (A,万人)	医療費 (B,円)	総額 (億円)	疾患	人数 (A,万人)	医療費 (B,円)	総額 (億円)
かぜ症候群	560.0	7,200	403.2	腰痛・肩痛の筋弛緩薬	13.0	10,486	13.6
頭痛	126.7	5,300	67.2	過敏性腸症候群	16.3	7,617	12.4
腰痛・肩痛	92.0	8,830	81.3	高血圧	985.6	8,085	796.9
便秘	234.5	5,749	134.8	片頭痛	49.3	10,655	52.5
胸やけなど	287.8	7,457	214.6	胸やけなどのPPI	10.3	8,745	9.0
鼻炎	1668.7	8,561	1,428.7				
合計		2,329.7					884.3

既存領域2,330億円・新規領域880億円、合計3,210億円

上図の推計では、各疾患の医療費については、純粋な治療費を算出するため併発疾患が全くないものの医療費を単価として計算。
**既存のOTC類似薬が存在する領域で2,360 億円
新規のOTC置換が可能な領域でさらに890 億円と推計。**

・日本OTC医薬品協会（2020年11月）「新たな日常」を支えるセルフメディケーションの推進報告書（五十嵐中氏分析）より引用（左図）
JAMNETデータを用いた推計

※OTC医薬品で代替できる部分を特定するため、

- 対象となる疾患群から、医療機関を受診する必要がある疾患を除外、
- 対象疾患が主傷病であるものに限定、
- リスクが高い併発疾患を有するものを除外、したうえで

OTC医薬品で対応可能な医療費とした。この作業については上記報告書著者が疾患ごとに臨床医に相談しながら選定を行った。例えば、「かぜ症候群」からは、かぜが主傷病である患者から、インフルエンザや急性扁桃炎などの患者、過去5年以内に肺炎や喘息などの疾患がある患者を除外して集計。

・健保連（2023年9月）「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究VI」

健保連レセプトデータを用いた推計では、処方薬がOTC類似薬のみのレセプトの全国推計値から、65歳未満の患者について、結果的にOTC類似薬の処方（919億円）は、市販のOTC医薬品のみで対応が可能だったと推計（下図）。

OTC類似薬に関する分析結果（2021年10月～2022年9月）

	分析対象レセプト全体会	OTC類似薬を含むレセプト		分析対象レセプト 全国推計値 ^{※2}	全国推計値 ^{※2}
		OTC類似薬を含む レセプト	処方薬がOTC類似薬のみのレセプト		
医科レセプト件数	7,774万件	3,524万件	1,073万件	—	—
医療費総額	1兆3,941億円	7,185億円	1,469億円	1兆635億円	1兆635億円
うちOTC類似薬の処方額 ^{※1}	—	453億円	127億円	919億円	919億円
レセプト1件当たり医療費	17,933円	20,388円	13,694円	—	—
うちOTC類似薬の処方額	—	1,284円	1,182円	—	—

（注）*1 処方額は処方された医薬品の額。

*2 2021年10月～2022年9月における分析対象レセプトの医科入院外および調剤医療費の合計額（約1.4兆円）と、同期間の65歳未満の国民医療費の医科入院外および調剤医療費の合計額（約10.1兆円）（厚生労働省「医療費の動向調査」）の比率（1:7.24）を基に、「処方薬がOTC類似薬のみのレセプト」の医療費総額・処方額を7.24倍することで算出した粗い推計値

65歳未満の患者について、結果的にOTC医薬品で対応が可能だったと考えられる医薬品の見込み額
※機械的な粗い試算であり、必ずしも処方の必要性を否定するものではない。

【診療報酬】病床機能の報告と実態の一一致

◆「病床機能報告」と診療報酬の関係（2022年7月1日時点）

該当する入院基本料・特定入院料	2022年7月1日時点の機能			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
救命救急入院料等（ICU・HCUなど）	27,661	1,971	-	45
特定機能病院7対1入院基本料等	43,673	15,709	-	285
急性期一般入院料1（7対1以上）	69,937	253,072	803	79
急性期一般入院料2～7（10対1以上）	515	137,049	8,356	515
地域一般入院料等（13対1、15対1以上）	-	24,466	17,694	5,317
地域包括ケア病棟入院料等	32	13,409	53,394	2,305
回復期リハビリテーション病棟入院料	-	387	86,664	287
療養病棟入院料等	96	229	3,239	186,994
その他（障害者施設、診療所など）	15,347	87,184	29,345	112,589
計	157,261 13%	533,476 45%	199,495 17%	308,416 26%
2025年の病床の必要量	13.1万床 11%	40.1万床 34%	37.5万床 31%	28.4万床 24%

財務省 財政制度等審議会（2023年11月1日）資料

推計では、**急性期疾患に応需できる病院とそうでない病院との機能分化を図る目的**で、入院基本料を「急性期」（1650点/日）と「一般入院」（1159点/日）に二分する方向性が必要と考え、**623億円の節減**を推計。

各医療機関の「病床機能報告」（自己申告）においては、「急性期」に分類されているものの、実態としては看護配置が手薄で急性期機能の脆弱な病床が17万床存在。

10病床対1 (13.7万床) 急性期2～7

13病床対1以上 (2.4万床) 地域一般

13病床対1以上 (1.3万床) 地域包括ケア

診療行為	点数	総計(件数)	入院基本料 (億円)	基本料引下げ 推計節減額(億円)
急性期一般入院料1	1,650	11,345,086	1,872	
急性期一般入院料2	1,619	1,371,820	222	63
急性期一般入院料3	1,545	50,059	8	2
急性期一般入院料4	1,440	12,410,215	1,787	349
急性期一般入院料5	1,429	3,830,255	547	103
急性期一般入院料6	1,408	2,137,768	301	53
急性期一般入院料7	1,382	2,380,354	329	53
地域一般入院料1	1,159	2,307,681	267	
地域一般入院料2	1,153	1,003,135	116	
地域一般入院料3	988	6,112,886	604	
			6,053	623

第8回NDBオープンデータ（2021年4月～2022年3月診療分）より作成

【機能連携】6か月以上の長期入院の是正（医療扶助・入院）

長期入院患者の状況

		平成30年度	令和元年度	令和2年度※
各自治体の長期入院患者にかかる書類検討総数(入院180日を超える者)(A)		55,033人	53,804人	53,571人
嘱託医との検討の結果、主治医と意見調整を行った者(B)		28,605人	27,616人	25,629人
主治医と意見調整を行った結果入院の必要が無いとされた者(C)		4,173人	3,762人	3,805人
(C)への対応状況	退院等した者	2,972人	2,808人	2,914人
	未対応の患者数(D)	1,201人	954人	891人
入院の必要性がない者の割合(C) / (A)		7.6%	7.0%	7.1%
入院の必要性がない者のうち未措置の割合(D) / (C)		28.8%	25.4%	23.4%

※令和2年度については、1自治体が未回答のため参考

厚生労働省「医療扶助等に関する現状と課題」
(2022年4月28日：「医療扶助に関する検討会」資料)

生活保護費負担金は約3.7兆円（2022年度予算）。うち、約50%は医療扶助。被保護者調査（2020年）では、**65歳以上の人口の2.9%（105万人）**が被保護者。

180日以上の長期入院患者5.4万人のうち、嘱託医により**入院の必要性がないと判断された割合は7%**。

病院ではなく、社会において生活支援や社会復帰の支援を行うことが、当事者への福祉サービスとしても、医療資源の有効活用という点も適切である。

令和4年医療扶助実態統計から、6か月以上の長期入院者の医療費は年額で515万円（日額1.4万円）である。推計では、現状の長期入院患者のうち、**入院の必要性のない7%の退院を支援することによる医療費の節減（197億円）**を試算。

嘱託医により**入院の必要性がないと判断された割合は、退院支援等の試みで2010年度9.3%⇒2020年度7.1%**と段階的に減少できており、自治体の好事例などの収集も行われている。ただし、入院の必要性がないと判断されつつも対応がなされていない割合は23%となっている。

病院ではなく、社会において生活支援や社会復帰の支援を行うことが、当事者への福祉サービスとしても、医療資源の有効活用という点も適切であり、**退院支援を加速する必要**がある。

※医療扶助受給者の入院の34%は「精神・行動の障害」であることから、本推計は、「1年以上の精神病床への入院」の是正と部分的に重複することに留意する必要がある。

【機能連携】1年以上の精神病床における長期入院のは是正（退院支援）

令和4年「精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>)」によると

精神病床への入院者数は25.9万人、うち1年以上の入院は16.0万人

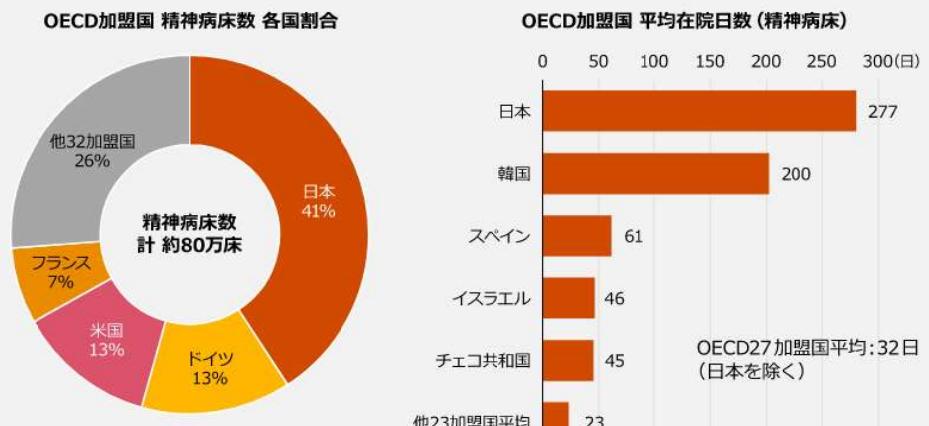
(1年以上5年未満：81,251、5年以上10年未満：34,646、10年以上20年未満：25,479、20年以上：18,933 小計160,309人)

PwC (2023年8月10日) 「これから病院経営を考える：第9回 これからの精神科医療」
<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/column/hospital-management/vol09.html>

世界標準と一線を画す日本の精神科医療

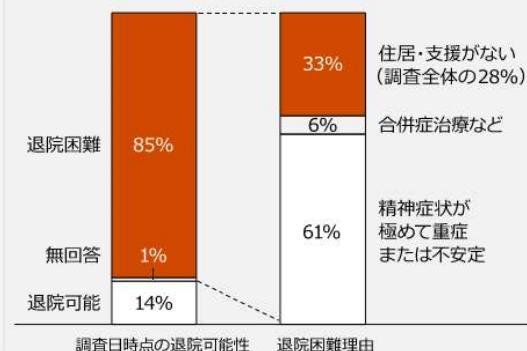
精神病床の数や入院患者の在院日数を諸外国と比較すると、日本の精神科医療の特異さが見えてきます。国によって精神病床の定義が異なるものの、OECD加盟国36カ国における精神病床数全体のうち、実に約4割を日本が占めています。また、入院患者の平均在院日数に至っては、OECD加盟国の平均が1ヶ月程度であるのに対し、日本は9ヶ月にも及びます(図表1)。

図表1:OECD加盟国と日本の精神病床数および平均在院日数の比較



図表4:長期入院患者に関する退院可能性および退院困難な理由の調査

精神病床を有する医療機関における1年半以上の長期入院患者
(認知症を除く)の退院可能性及び退院困難な理由
(n=4,978)



約3割が支援体制が整備されれば
退院可能と回答
短期的には、この3割を地域に移行
していくことが当面の課題と
考えられる

厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」参考資料
(2017年2月)を踏まえたPwC (2023) 作成資料より引用

推計として、精神病床入院医療費は年額553万円(日額1.5万円)
(令和4年社会医療診療行為別調査)。うち医療扶助に関する調査を参考に、**7%が退院可能と試算(619億円)**。
長期的には、重度精神障害を除く6.3万人が外来診療と生活扶助による日常生活(退院)が更に可能と試算。**社会保障費の節減額として年額140万円(医療費と生活扶助費等の差額)と試算。(880億円)**

【保険適用範囲】軽度者への生活援助サービス給付の算定回数の見直し

訪問介護	身体介護	単位数（令和3年4月改定後）		単位数（単位：千単位）	割合（単位数ベース）
		総数	8,664,947		
	調理・洗濯・掃除など、45分あたり183円（1割自己負担の場合）	167単位～579単位 (1時間以上は30分を増すごとに+84単位)	5,393,164	62.24%	
身体介護・生活援助	上記に加えて+67・134・201単位	1,499,425	17.30%		
生活援助	183・225単位	838,909	9.68%		
通院等乗降介助	99単位	45,565	0.53%		
2人訪問介護加算	×200/100	109,110	1.26%		
夜間・早朝加算	+25/100	1,415,375	16.33%		
深夜加算	+50/100	442,091	5.10%		
特定事業所加算（Ⅰ）	+20/100	881,507	10.17%		
特定事業所加算（Ⅱ）	+10/100	2,429,044	28.03%		
特定事業所加算（Ⅲ）	+10/100	110,100	1.27%		
特定事業所加算（Ⅳ）	+5/100	4,197	0.05%		
特定事業所加算（Ⅴ）	+3/100	1,283	0.01%		
共生型サービス居宅介護減算1（30%）	×70/100	△ 3	△ 0.00%		
共生型サービス居宅介護減算2（7%）	×93/100	△ 8	△ 0.00%		
共生型サービス重度訪問介護減算（7%）	×93/100	△ 10	△ 0.00%		
同一建物減算1（10%）	×90/100	△ 288,438	△ 3.33%		
同一建物減算2（15%）	×85/100	△ 58,282	△ 0.67%		

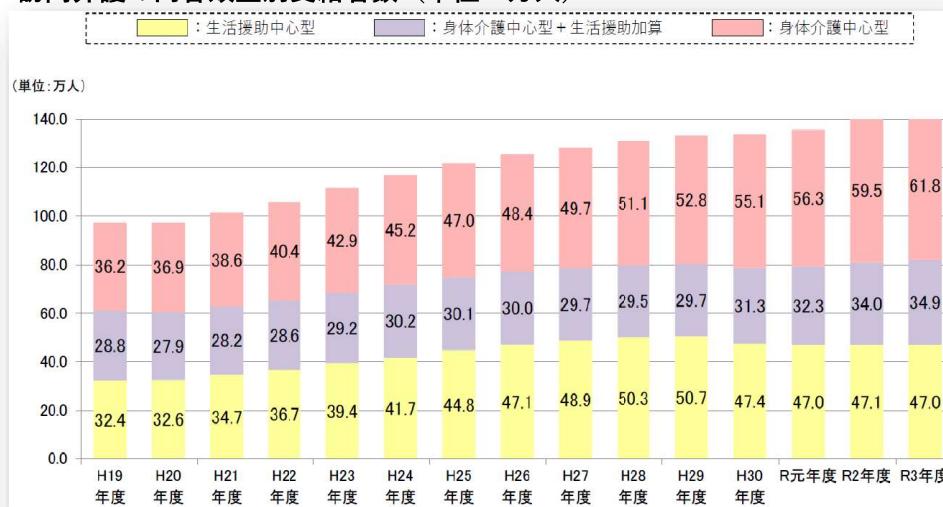
社会保障審議会・介護給付費分科会（2023年7月24日）より一部抜粋

令和3年度介護給付費等実態統計では、「訪問介護」の費用は10562億円（介護保険の総費用の9.8%）である。訪問介護の内容類型別受給者数（右上図）においては、47万人が生活援助中心型の受給である。（要介護度別の受給内容では、要介護1の43%、要介護2の37%が生活援助中心型の給付となっている。）

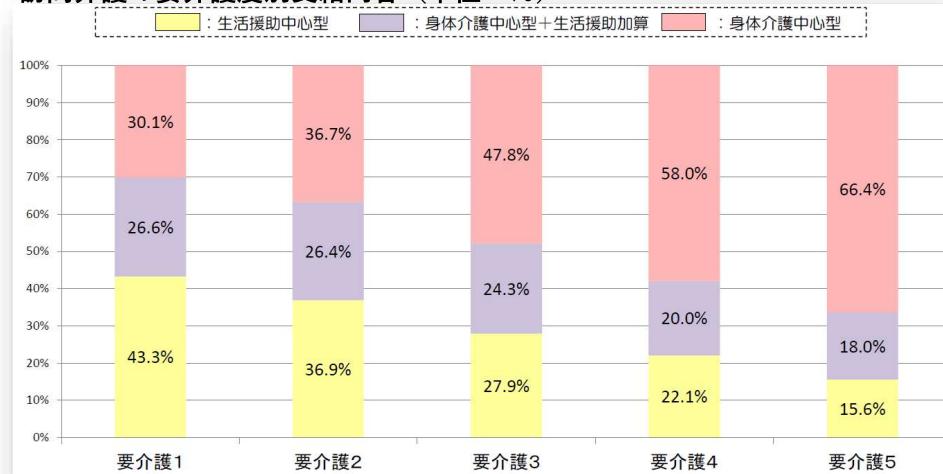
訪問介護における生活援助については2018（H30）年度報酬改定時に算定回数に関する27~43回/月（1回あたり45分）の規定が設けられ、一定程度適正化。一方、高齢者の増加に伴い給付は増加しており、優先順位を設けたさらなる効率化を図ることが適切と考えられる。

推計では、要介護1・2（軽度者）の訪問介護における調理・洗濯・掃除などの生活援助サービスを自己負担とした場合1025億円、地域支援事業へ移行し、利用水準（給付）を効率化した場合を500億円と試算。

訪問介護の内容類型別受給者数（単位：万人）



訪問介護の要介護度別受給内容（単位：%）



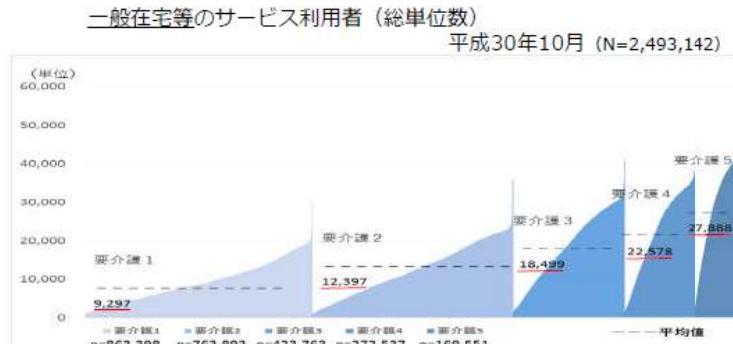
【保険適用範囲】介護報酬算定方式(包括・出来高)の差異の適正化

	介護付き有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
許認可の有無	都道府県又は市町村による指定	都道府県等への届出	都道府県等への登録
指導監督権限	右記に加え、介護保険法に基づく勧告、改善命令、指定取り消し 等	老人福祉法に基づく改善命令、業務停止命令等	高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく是正指示、登録の取消 等
介護サービスの利用・報酬体系	・介護保険サービスをホームが直接提供 ・介護報酬はホームに包括報酬で支払い	・介護保険サービスを受けたい場合は、別途外部のサービス事業所と個別契約し利用 ・介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払い	・介護保険サービスを受けたい場合は、別途外部のサービス事業所と個別契約し利用 ・介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払い

「第221回 社会保障審議会介護給付費分科会（2023年8月）」資料より抜粋

◆一般在宅等のサービス利用者と併設事業所を利用しているサ高住居住者の比較

- 総単位数について、併設事業所を利用しているサ高住居住者の方が一般在宅等のサービス利用者よりも、要介護度ごとの平均値が25～45%高い。



◆一般型特定施設の報酬設定（1日当たりの包括報酬） (円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬	5,360	6,020	6,710	7,350	8,040

↓ 1ヶ月に換算

◆外部サービス利用型特定施設のひと月の利用限度額 (円)

外部サービス利用限度額	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
外部サービス利用限度額	162,940	183,010	203,980	223,440	244,420

財政制度等審議会資料「社会保障について②」より（2020年11月）



◆サ高住等の高齢者向け住まいにおける外部サービスのひと月の利用限度額

外部サービスを利用していても、**特定施設ではないサ高住等の高齢者向け住まいは、一般的な利用限度額（区分支給限度額）があるのみ。**

(参考)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
区分支給限度額	167,650	197,050	270,480	309,380	362,170

出来高報酬の施設居住者は87万人（R3年度） 介護保険受給者690万人の12.6%に相当し、包括報酬の施設居住者より増加傾向

要介護度別サービス総単位数は併設事業所を利用しているサービス付き高齢者向け住宅居住者の方（右上図）が一般在宅等のサービス利用者（左上図）よりも、要介護度ごとの利用単位の平均値が25%～45%ほど高い

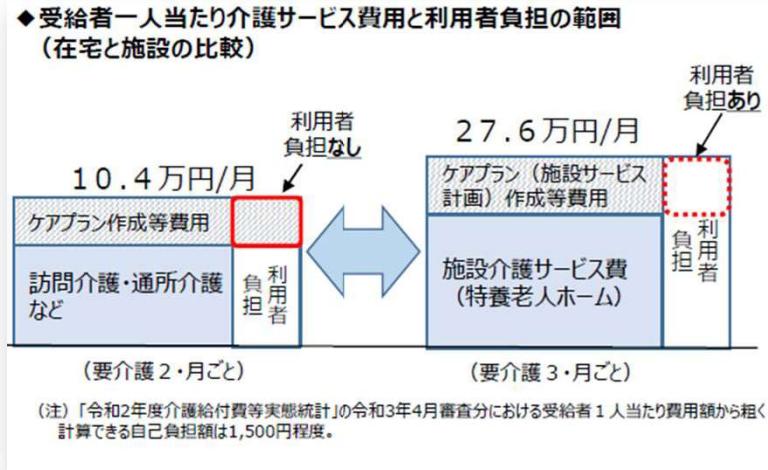
特定施設と特定施設でない事業所間では、報酬価格（限度額）には、最大で月額約12万円の差（要介護5の場合）がある。
(下表参照)

アセスメントに基づいた入居者への適切なケアプランとサービス提供を一層行う必要性がある。

実質的なサービスが同等の場合、出来高報酬を包括報酬に近づけてゆく必要がある。（10%減算の適用など） 680～1360億円

【保険適用範囲】ケアプラン作成への自己負担の導入

◆受給者一人当たり介護サービス費用と利用者負担の範囲 (在宅と施設の比較)



財務省「財政制度等審議会」（2023年5月11日）

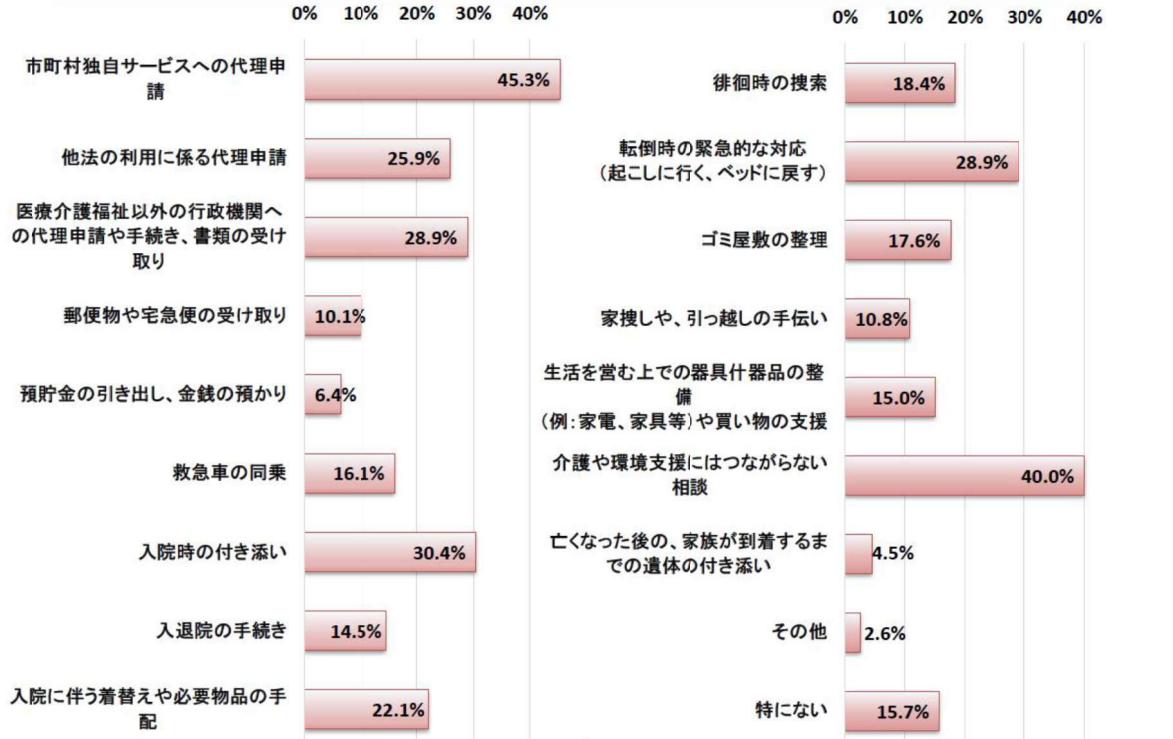
ケアプラン作成（居宅介護支援費）については、全体の99%において、10760円/月、13980円/月算定されている（R3年度給付総額は5150億円）が利用者の自己負担はない。

一方、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）等の介護施設における施設サービス計画の作成等に係る費用については、利用者負担がある。（上図）
施設と在宅の間で公平性が確保されていない。

ケアマネジメント業務以外で、必要に迫られ、やむを得ず行ったことがあること

居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業(令和元年度調査)【居宅介護支援事業所 ケアマネジャー調査票:複数回答】

平成30年1月～令和元年9月に、ケアマネジメント業務以外で、必要に迫られ、やむを得ず利用者・家族の代行等をしたこと



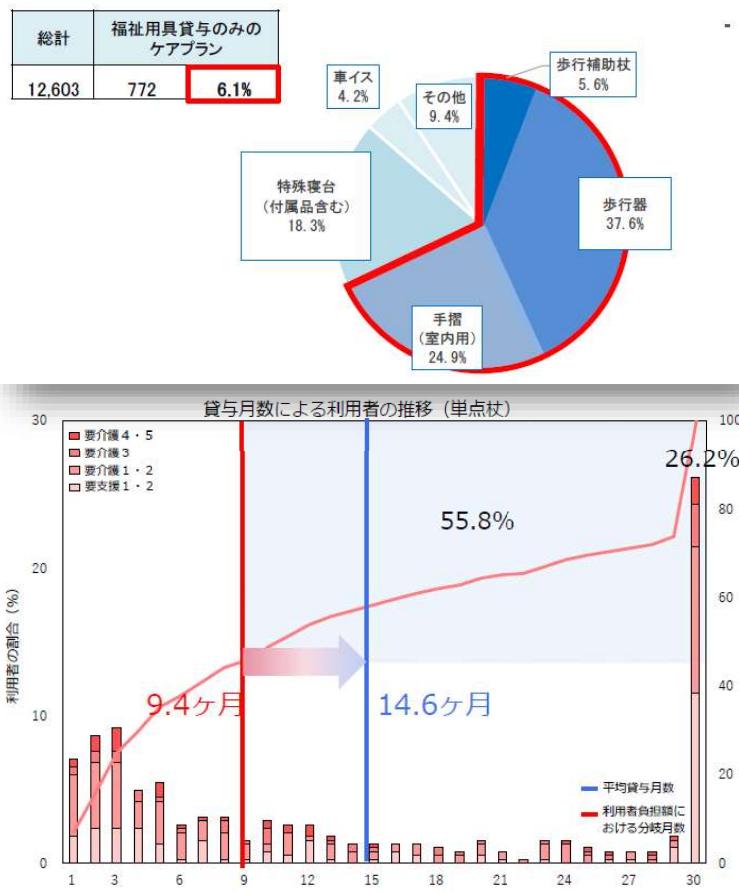
厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（2022年11月28日）

介護支援専門員（居宅介護支援事務所2074名・介護予防支援事務所11192名）へのアンケート（2020）では、ケアマネージャーが「ケアマネジメント業務以外」の依頼にやむを得ず対応している。利用者の自己負担がゼロであることによる認識不足が、業務の負担につながっている可能性もある。**1割の自己負担（概算で515億円）**は適正利用を促す効果も期待できる。

【保険適用範囲】住宅改修費・福祉用具貸与費給付等の適正化

◆ 福祉用具貸与のみのケアプランについて

- ケアプランの内容を調査した2020年度予算執行調査によれば、**福祉用具貸与のみを内容とするケアプランは全体の6.1%を占めている。**
- このうち、1年間同じケアプランにおける具体的な品目の内訳は、**歩行補助杖・歩行器・手すり等の廉価な品目が約7割を占める。**



財政制度等審議会（2020年11月2日）資料（上図）

介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会（2023年8月28日）（下図）

福祉用具貸与のみのケアプランが全体の6.1%であり、1年間同一の貸与品目の内訳として、杖など廉価な品目が7割を占める（上図）

例えば単点杖の場合、貸与価格 < 購入価格、となるのは9.4か月貸与までであるが、全体の56%がそれより長期間使用、**全体の26%が30か月以上（貸与価格が購入価格の3倍以上）** 使用している。（下図）

	件数 (千件)	日数 (千日)	単位数 (百万単位)	貸与価格 平均値：円/月	購入により自己負担が 減ると考えられる利用 者の割合	対象者が購入に切 り替えた場合の節 減額（億円）
手すり	32586	938297	9869.6	7815	35.3	348.4
スロープ	5645.7	159913.6	1381.0	4047	39.9	55.1
歩行器	11305.7	324808.7	3302.9	2065	39.1	129.1
歩行補助つえ	3194.1	92261.5	337.3	1173	55.8	18.8
					単位数*購入割合	551.5

介護給付費実態統計（R3年度） 福祉用具貸与単位数・日数・件数および、介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会（2023年8月28日）資料より推計

福祉用具貸与費は3786億円（R3年度：介護保険事業状況報告）であるところ、**廉価かつ長期の貸与品目を購入に切り替えることにより、551.5億円の節減**となる。

（手すり、スロープ・歩行器・歩行補助杖のみの試算）

【DXと働き方改革】ICT技術導入による人員配置基準緩和（長期）

医療・介護分野は人員配置基準が多く、人件費に比べICT投資が不十分⇒労働集約的な業務を改善できず、人材不足が深刻化しつつある。ICTを誘導し質を確保しつつ、医療・介護現場の負担軽減・処遇改善を図る必要がある。
ICT技術導入を要件に、人員配置基準等を緩和し医療・介護従事者の柔軟な働き方を推進する。

【診療報酬】

認知症ケア加算1（150点）

回復期病棟における医師や看護師の病棟巡回
(医師や看護師は常勤要件あり)

⇒常勤だけではなく非常勤職員も対応可能とする

入退院支援加算1（700～1300点）

退院困難な要因を有する患者に対して、看護師や社会福祉士が入退院を支援
(看護師や社会福祉士の専従要件あり)

⇒専従ではなく、兼務も可とする

看護職員夜間配置基準（12:1配置の場合110点）

回復期・慢性期の病棟における病棟の巡回など
⇒見守りセンサー等ICT技術の活用による負担軽減が可能であり、人員配置基準の緩和が可能

⇒上記の項目は実証事業でも効果が示されており、令和6年度診療報酬改定において拡大適用が必要

【介護報酬】

特別養護老人ホーム・居宅支援介護におけるケアマネジャーの常勤要件

⇒常勤だけではなく非常勤職員も対応可能とする

特別養護老人ホーム・訪問介護の管理者
管理者には専従要件がある

⇒専従ではなく、兼務も可とする

居宅介護支援の管理者要件

管理者は主任ケアマネジャー（実務経験5年以上等）

⇒ケアマネジャーも可とする。

ICT導入・人員配置基準緩和を並行して進め、長期的に回復期・慢性期の入院医療・介護事業において、ICT化等に伴う設備費増加と要員数減少効果の双方を仮定する。段階的な適正化により年1.5兆円程度の適正化を今後10年で目指す（同時に高度急性期人材は重点化を図る）。