

さらに議論すべき事項 ② (関係資料)

平成25年6月13日
社会保障制度改革国民会議事務局

【目次】

1. 地域包括ケアシステムの構築等、 介護サービス提供体制の在り方……………	3
① 医療提供体制改革に対応した介護サービス機能の再編成	
② 地域包括ケアシステム(資料1:厚生労働省説明資料)	
③ 在宅医療と在宅介護の連携	
④ 住宅サービスとの連携	
⑤ 生活支援サービスの在り方	
⑥ ケアマネジメントの再構築	
⑦ 認知症施策	
2. 健康の維持増進・疾病の予防に向けた取組……………	31

3. 医療給付の重点化等(療養の範囲の適正化等)	39
① 70－74歳の医療費自己負担	
② 高額療養費の在り方	
③ 後発医薬品の使用促進	
④ 病院外来受診に対する負担の在り方	
⑤ 保険料負担の公平化	
4. 介護サービスの範囲の適正化等	57
① 介護保険施設の重点化	
② 補足給付の在り方	
③ 一定所得以上の者の利用者負担の在り方	
④ 介護納付金の総報酬割	
5. 年金制度について	73

1. 地域包括ケアシステムの構築等、介護サービス提供体制の在り方

- ① 医療提供体制改革に対応した介護サービス機能の再編成
- ② 地域包括ケアシステム（資料1:厚生労働省説明資料）
- ③ 在宅医療と在宅介護の連携
- ④ 住宅サービスとの連携
- ⑤ 生活支援サービスの在り方
- ⑥ ケアマネジメントの再構築
- ⑦ 認知症施策

【これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）（平成25年4月22日提出資料：以下、「医療・介護分野の議論の整理（案）」）関係部分抜粋】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。

- 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。
- 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。
- 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。
- 老後の暮らしの質を良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- 「キュア」から「ケア」重視の生活支援と看取りの体制を確保するため、医療と介護が一体化した地域包括ケア体制を構築すべき。原則、すべての診療所を在宅療養支援診療所とすること等を検討すべき。また、地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や、これを利用する患者への優遇策を検討すべき。
- 医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーターや支援組織が必要。
- 医療の機能分化のためには、しっかりした地域包括ケアを構築すべき。介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要。介護は、24時間巡回型介護、訪問看護などで、重度要介護者の在宅生活限界点を高めるべき。サービス付き高齢者住宅（住まい+生活支援等）を整備し、そのため、空き家・空き施設など既存社会資源を有効活用すべき。
- 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。

「医療・介護に係る長期推計(平成23年6月)」具体的な改革のイメージより

◇充実 ◆重点化・効率化

(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
医療病床	一般病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、 亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)に移行。
		一般急性期 (約5割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、 亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)に移行。
		亜急性期・回復期 リハ等(約3割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、 医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)に移行。
	長期療養(慢性期)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆ 在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
	精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、 アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用に移行。	
介護施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下	
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆ 現行の介護療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)		◇グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)	
在宅・外来	医療	◇ 在宅医療・訪問看護の充実(利用者の大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、 医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少	
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能については、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆ 介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少	

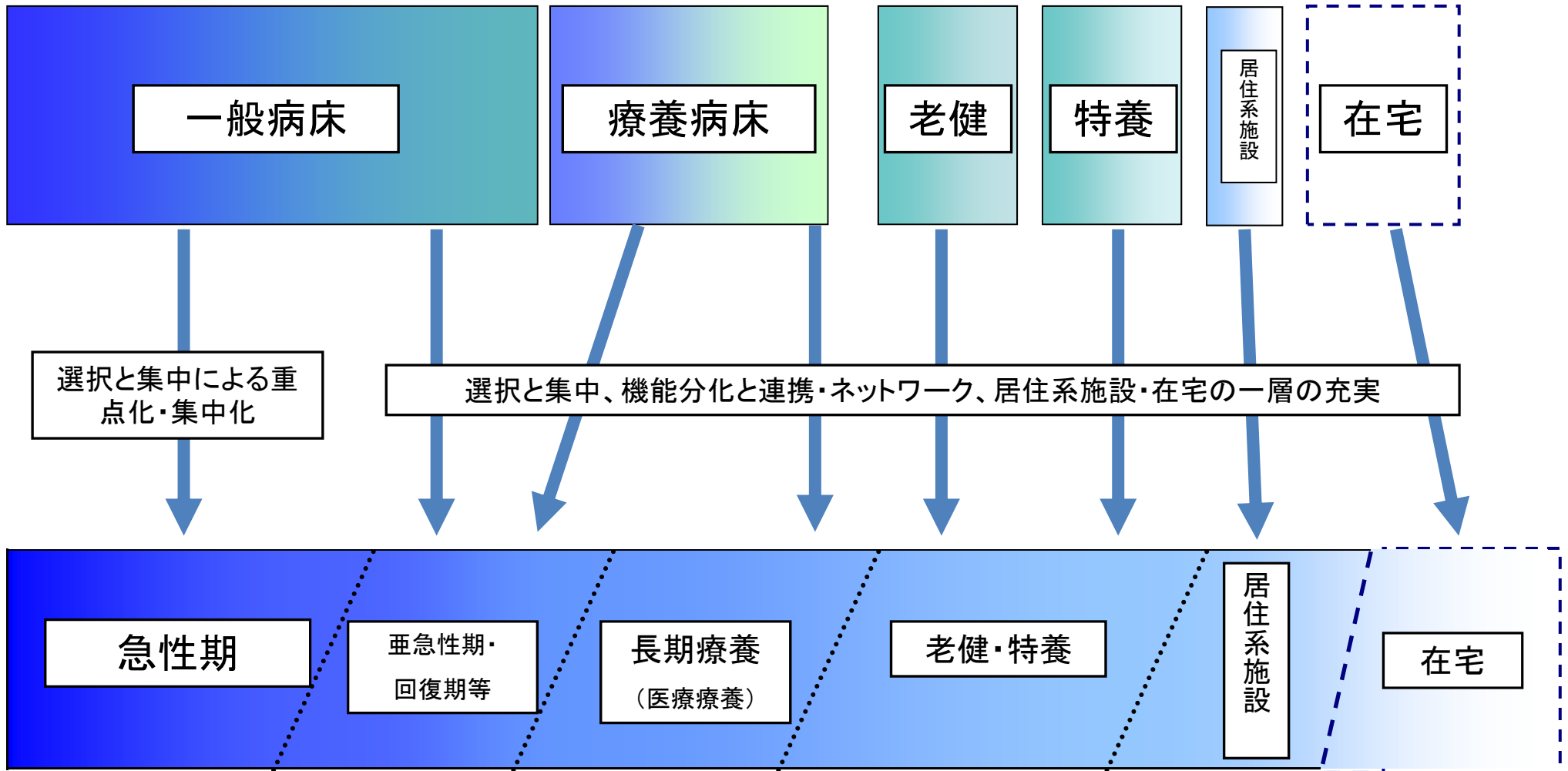
※ 薬や医療機器等に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み(医療の伸び率ケース①の場合)(◆)
 (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
 地域連携推進のためにMSW等の増を仮定(◇)、介護職員の処遇改善(賃金アップ)を仮定(◇)

(参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) <p>(現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> ・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



7 将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

医療療養病床・介護保険施設

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健施設	(従来型の) 老人保健施設	介護老人 福祉施設
ベッド数	約101万床 ^{※4}	約27万床 ^{※4}	約7万床 ^{※4}	約6,000床 ^{※4} (H20.5創設)	約33万床 ^{※6}	約47万床 ^{※7}
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上	10.65㎡以上
平均的な1人当 り費用額 ^{※1} (H24改定後)	(※2)	約53万円 ^{※3}	約39.8万円	・療養型 約36.2万円 ^{※5} ・療養強化型 約38.3万円 ^{※5}	約30.5万円	約27.6万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 看護補助者20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人	医師 必要数 看護職員 3人 介護職員 31人
平均 要介護度 ^{※6}	—	—	4.41	3.31		3.89
平均在院 (在所)日数 ^{※8}	17.9日	175.1日	412.0日	329.2日		1474.9日

施設の種類

病院

施設

財 源

医療保険

介護保険

※1 介護保険施設:多床室、要介護5の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。(1単位10円)

※2 算定する入院料により異なる。

※3 療養病棟入院基本料1を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書)

※4 平成24年12月現在。介護療養型老人保健施設は、各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

※5 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

※6 平成23年度介護サービス施設・事業所調査(平成23年10月現在) ※7 介護給付費実態調査(平成23年10月審査分)、地域密着型を含む。

※8 平成22年度介護サービス施設・事業所調査(平成22年10月現在)、一般病床及び医療療養病床は平成23年病院報告

介護サービス提供体制改革に係るこれまでの議論①（前の自公政権下での議論）

○ 社会保障国民会議 中間報告（平成20年6月19日）（抜粋）

(3) サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的配備

① サービス提供体制の構造改革

・ 病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化

専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実

・ 地域における医療機能のネットワーク化

「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現

・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現

人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現。

在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸にした「地域包括ケアマネジメント」の実現

・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現

介護サービス提供体制改革に係るこれまでの議論②（前の自公政権下での議論）

○ 社会保障国民会議 中間報告（平成20年6月19日）

第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ(抄)

4-2 これからの課題への対応

(1) サービス需要の増大への対応

3(1)で述べたように、今後の医療・介護サービス需要の大幅な増大は構造的なものである。従って、サービス提供体制の効率化の努力を継続しつつ、質・量両面で安定的なサービス保障を実現するための体制整備を進めていくことが必要であり、そのための安定的な財源を確保していくことが必要である。

医療や介護・福祉といったサービスは、広い意味での「生活支援サービス」と言える。

国民一人一人の社会生活を支えるサービスであり、その意味でニーズの個別性が高く、その人の価値観やライフスタイルによって必要とされるサービスの内容・水準等は異なる。

したがって、国民の医療・介護・福祉サービスに対する需要について、社会全体としてどのように応えていくか、という点については、

まず、個人の生活を成り立たせていく基本的責任はその人自身にある、という意味での「自立・自助」を基本に置き、

次に、個人の選択・自由意思を尊重しながら個人の抱える様々なリスクを社会的な相互扶助(=共助)の仕組みでカバーしていく、

さらにそれでもカバーできない場合には直接的な公による扶助(=公助)で支える、という、「自立と共生」の考え方に立って様々な制度を構築していくことが必要である。

同時に、「社会的な相互扶助(=共助)の仕組み」として、社会保険のような「制度化された仕組み」のみならず、地域社会の中での支え合いやNPO・住民参加型相互扶助組織のような「自律的・インフォーマルな相互扶助(共助)の仕組み」を活用し、制度化されたサービスの受け手として、そのみに依存して生きるのではなく、国民一人一人が相互扶助の仕組みに参加し、共に支え合って生きていくことを実感できるような地域社会づくりが重要である。

介護サービス提供体制改革に係るこれまでの議論③（前の自公政権下での議論）

○ 社会保障国民会議 中間報告（平成20年6月19日）

第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ(抄)

4-2 これからの課題への対応

(2) サービス提供体制の構造改革

③ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現

- ・ 多くの国民は、要医療・要介護の状態になっても、可能であれば住み慣れた地域や自宅で必要なサービスを利用しながら生活し続けることを願望している。
- ・ 医療や介護を必要とする高齢者や障害者の地域生活・在宅生活の継続を可能にするには、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスが、その人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることが必要となる。
- ・ そのためには、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で用意されていることが必要であり、同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制（地域包括ケア）づくりが必要である。
- ・ 地域包括ケアづくりには、在宅支援機能をもつ主治医（在宅療養支援診療所）とケアマネジメントを担う介護支援専門員（ケアマネジャー）の緊密な連携が不可欠であり、両者の連携が核となり、サービス提供に関わる様々な関係職種と協働しながら、地域医療ネットワークや地域の在宅介護サービスなどの「サービス資源」を駆使して、一人一人の患者・要介護者のニーズに合わせたサービスを計画的に提供していく、という「地域包括ケアマネジメント」が不可欠である。

- このため、地域における医療・介護・福祉サービスの量的整備と併せて、マネジメントを有効に機能させるためのワンストップの総合相談体制の整備・診療所の在宅支援機能の強化、介護支援専門員(ケアマネジャー)の機能強化等を進める必要がある。
- 多くの地域の実践事例が示しているように、十分強化された在宅支援機能があり、地域全体で高齢者・障害者の生活支援を行うことのできる地域であれば、要医療・要介護度の高い高齢者や障害者であっても最後まで地域(在宅)で暮らしていくことが可能となる。
限られた医療・介護サービス資源を効果的に活用し、より患者・利用者満足度の高い医療・介護サービスを実現する観点からも、地域包括ケアの実現は極めて重要である。

(中略)

上記のようなサービス提供体制の改革を実効あるものにしていくためには、国レベルでの制度的対応はもちろん、実際にサービスが提供される現場である地域レベルでの継続的な取り組みが不可欠である。

また、実際にサービスを担う事業者組織・専門職種が、当事者として改革に参画し、協力していくことも必要である。

その意味で、改革遂行に際しての地方自治体のイニシアチブは非常に重要であり、自治体レベルでの計画的取り組みの強化や専門職種が当事者として責任を持って参画する仕組みの構築など、実効ある改革推進のための工夫が強く望まれる。

介護サービス提供体制改革に係るこれまでの議論④（民主党政権下での議論）

○ 社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日）（抄）

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

(2) 地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・ 生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

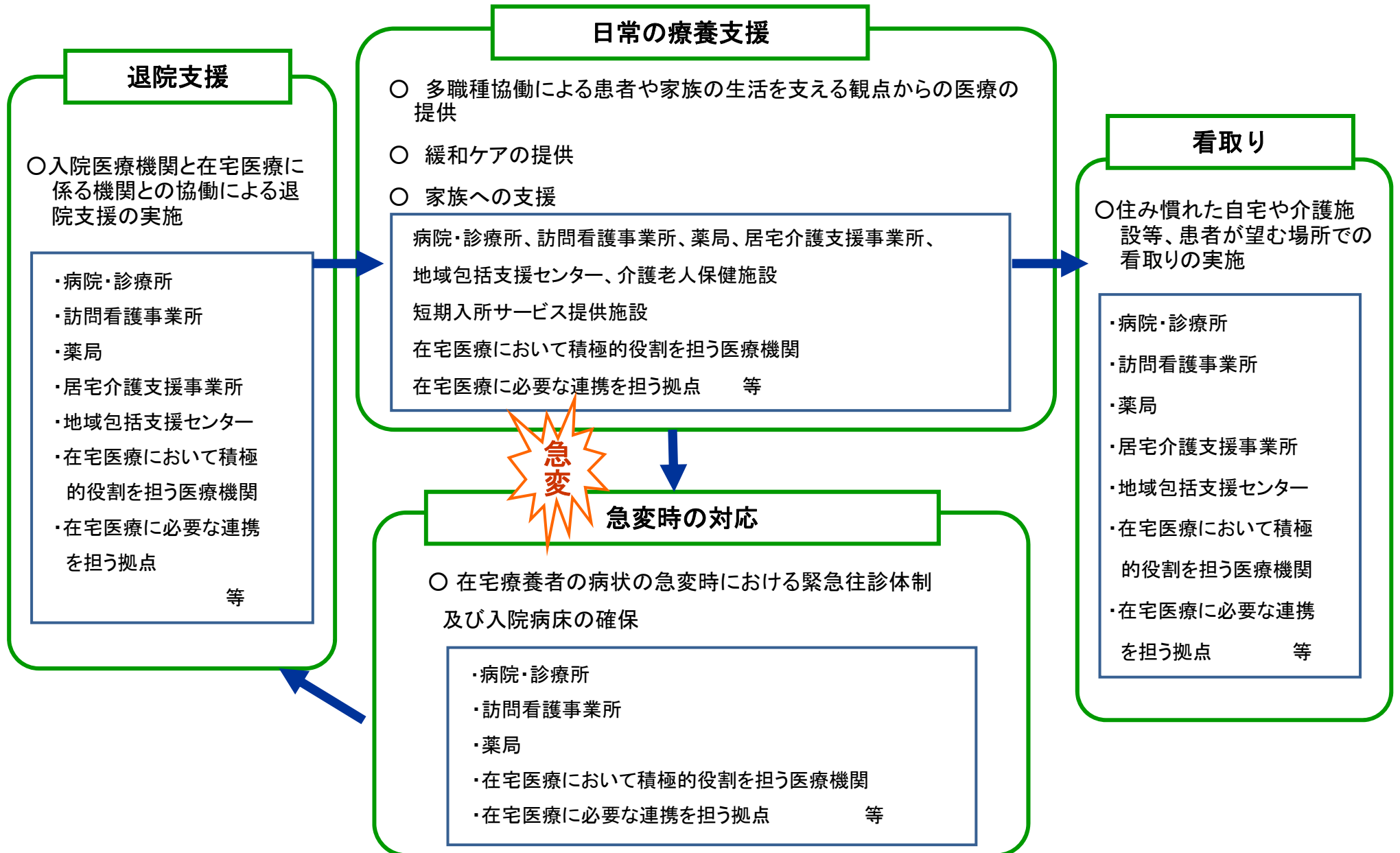
iii 医療と介護の連携の強化

- ・ 在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・ 他制度、多職種のチームケアを推進する。
- ・ 小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・ 退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・ 認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・ 市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

在宅医療に必要な体制



在宅医療・介護の連携推進の方向性

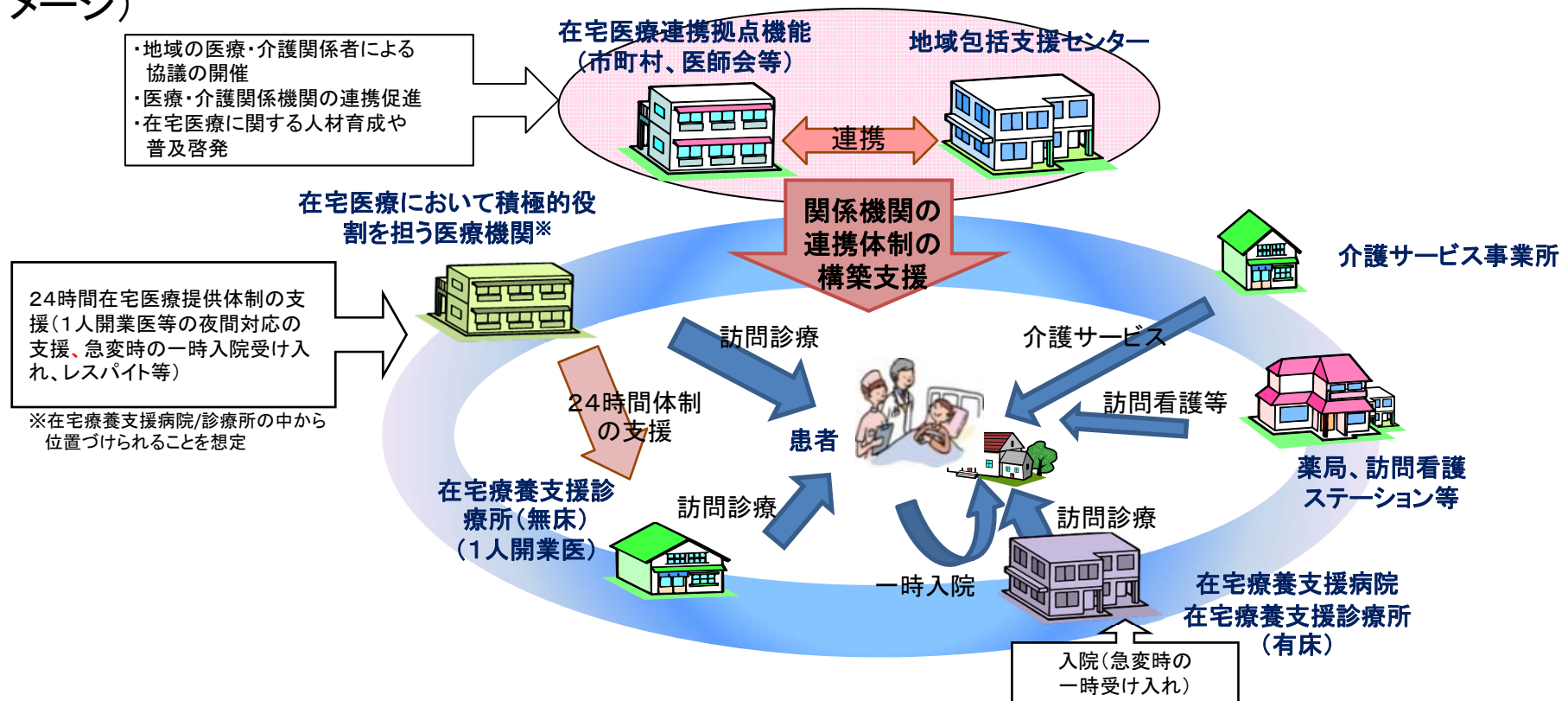
○ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所(有床)（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)



在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数等を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満の病院又は4km以内に診療所がない
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数等を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

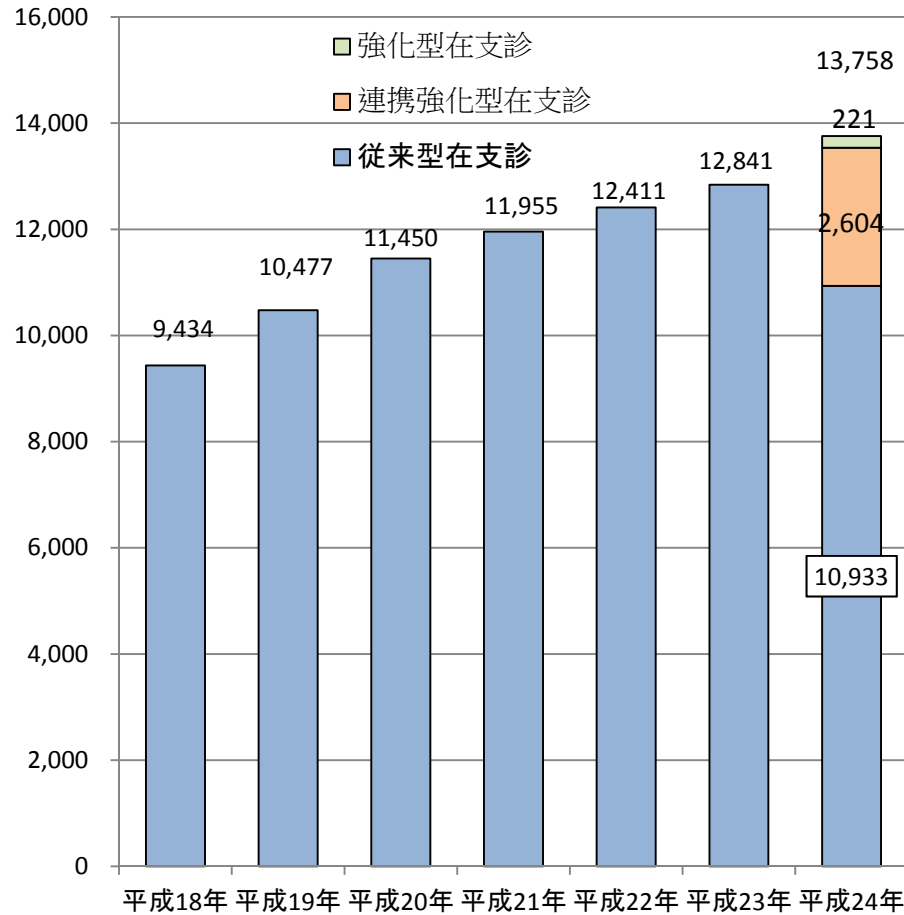
【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

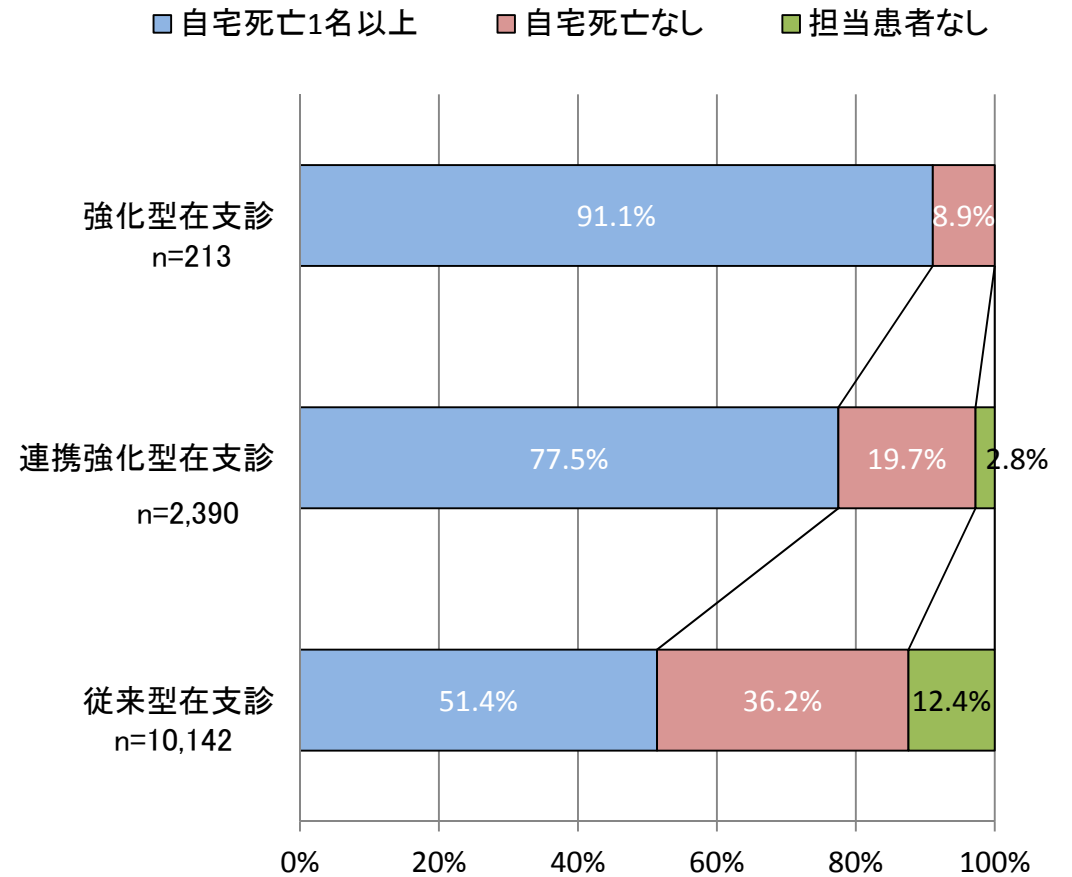
注3：①の医師数については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

(届出数) 在宅療養支援診療所届出数



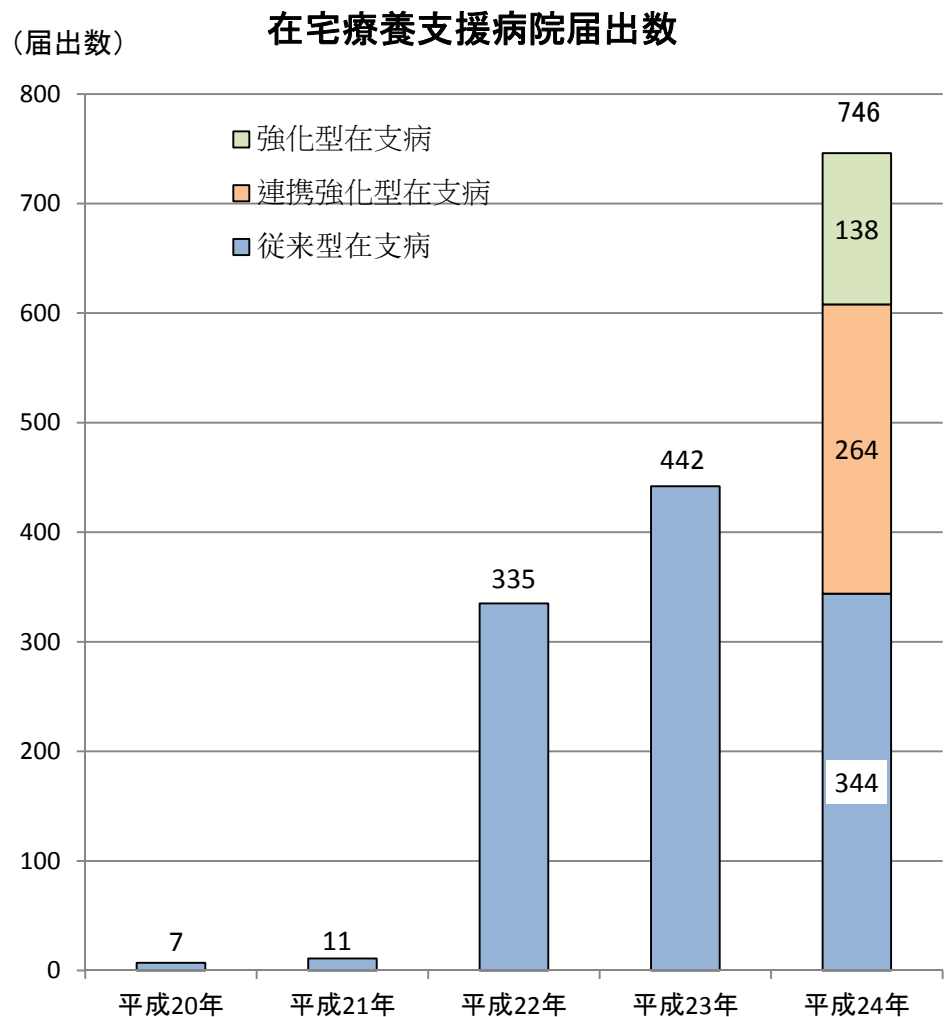
在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月1日時点)



(注1) 平成23年10月1日現在の診療所総数は99,547
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

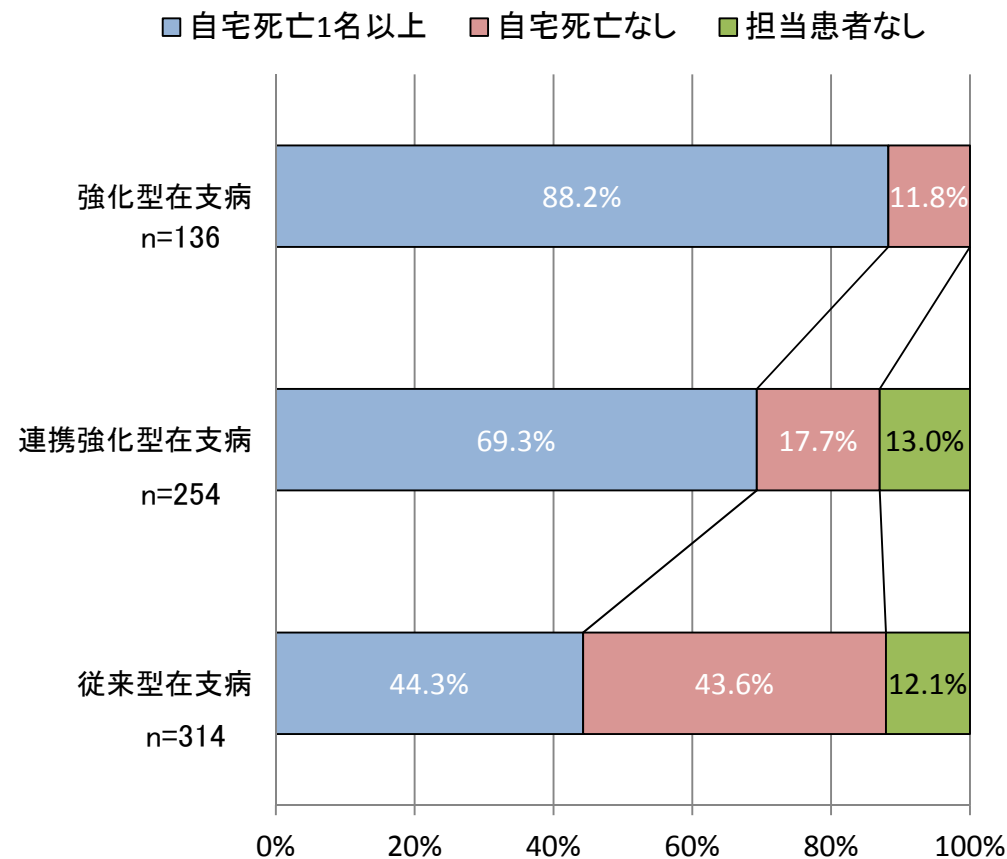
(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

在宅療養支援病院の届出数の推移と実績



(注1) 平成23年10月1日現在の病院総数は8,605
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

在宅療養支援病院の年間実績(平成24年7月1日時点)

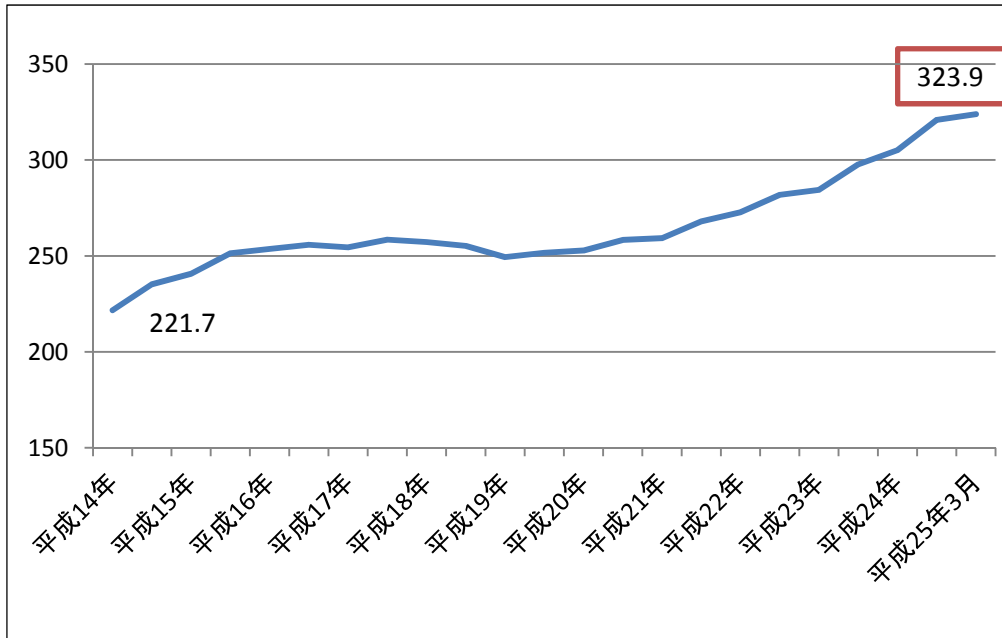


(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

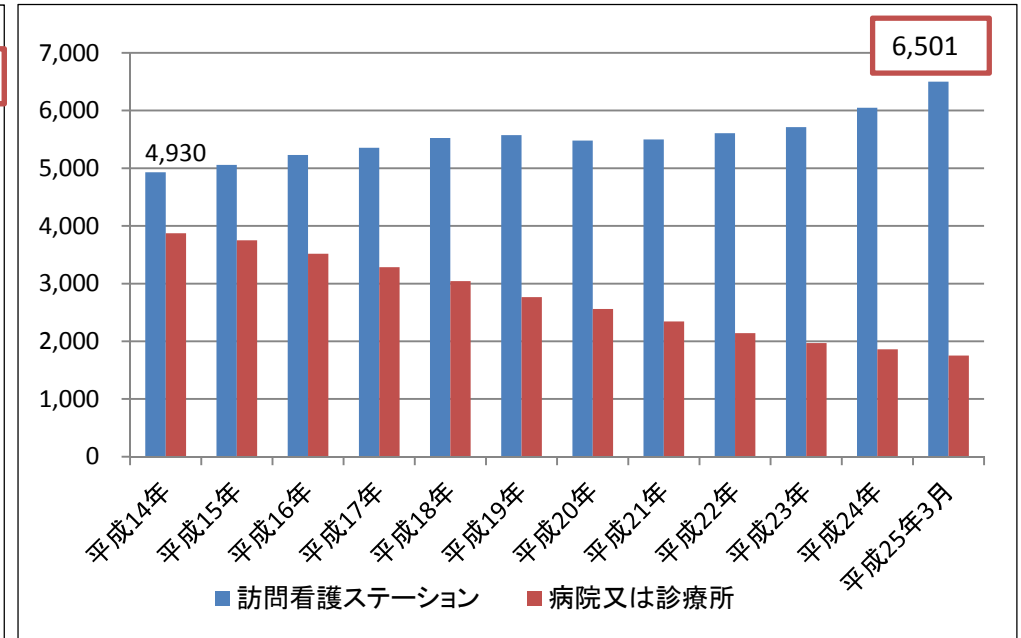
訪問看護サービスの状況(利用者数・事業所数)

- 訪問看護(予防含む)の利用者数は約323.9千人(平成25年3月審査分)、訪問看護ステーション数は6,501ヶ所(平成25年3月審査分)、ともに増加傾向にある(ステーション数については近年の増加が著しい)。
- 訪問看護利用者の約6割は、要介護3以上の中重度者である。

介護保険の訪問看護利用者数の年次推移(千人)



訪問看護事業所数の年次推移



出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

○ 訪問看護受給者数(千人)

総数※	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
305.1	8.7	20.4	44.9	62.0	48.1	52.9	67.9
(%)	(2.9%)	(6.7%)	(14.7%)	(20.3%)	(15.8%)	(17.3%)	(22.3%)

※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成24年4月審査分)

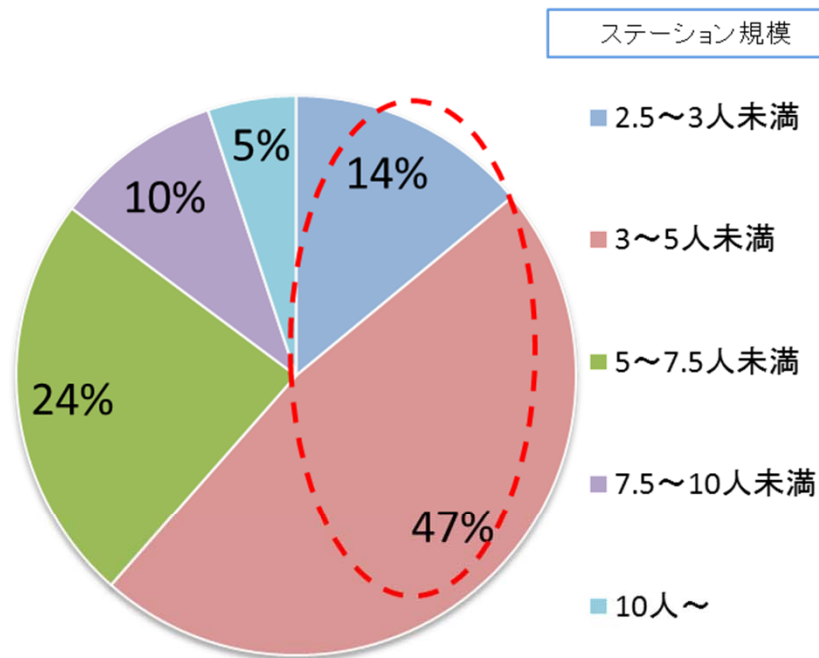
訪問看護ステーションの規模別状況

中医協 総 - 1
23.11.11 (改)

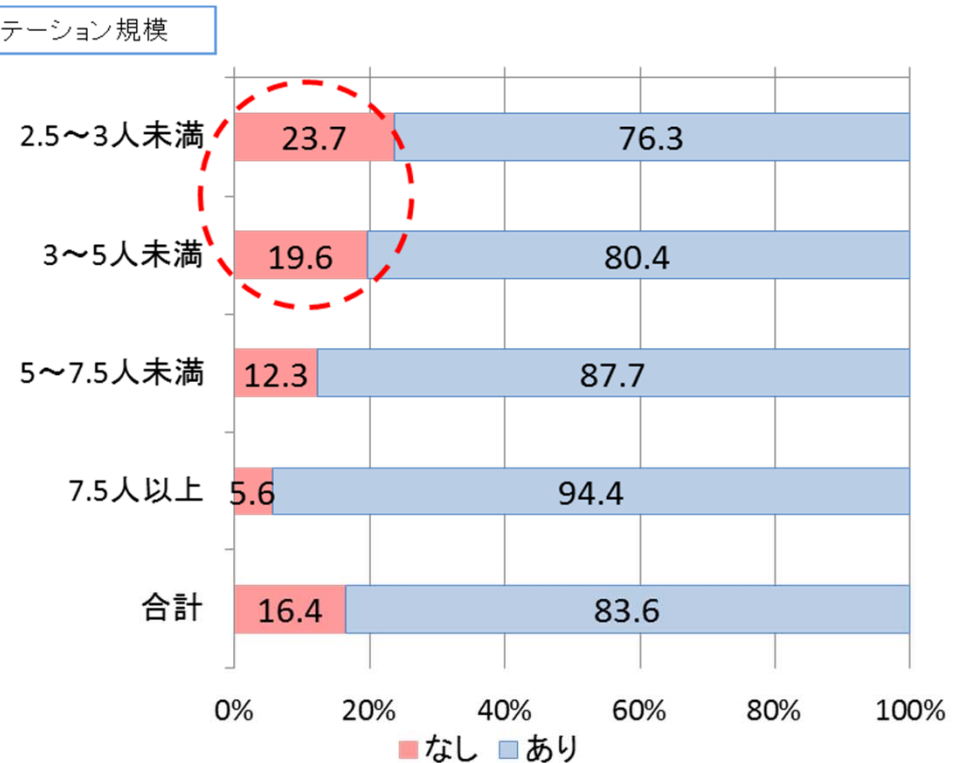
中医協 総 - 2
23.1.21 (改)

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



■職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



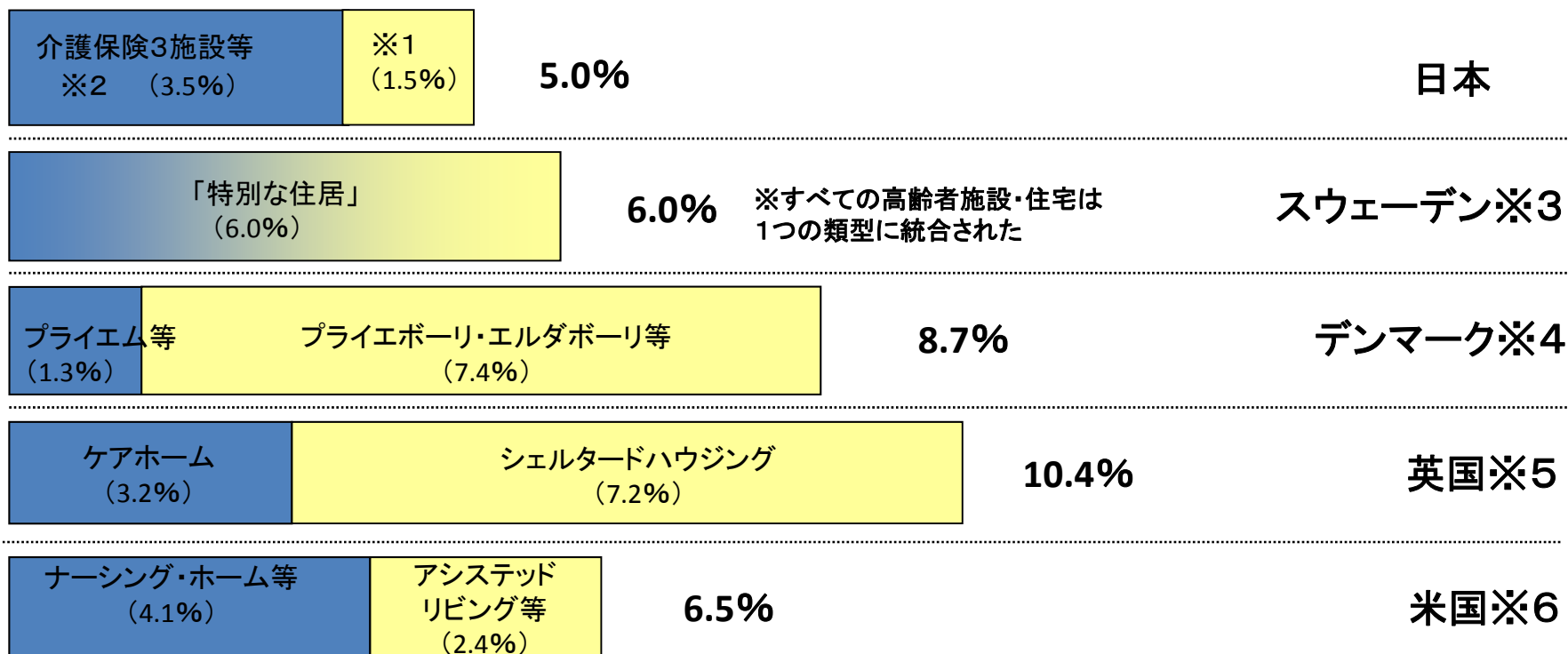
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

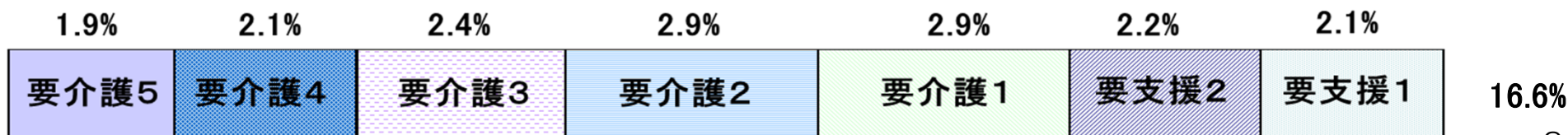
日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)
 ※2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査) ※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010" ※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"
 ※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計
 ※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

(参考)65歳以上の高齢者に占める認定者割合(要介護度別)

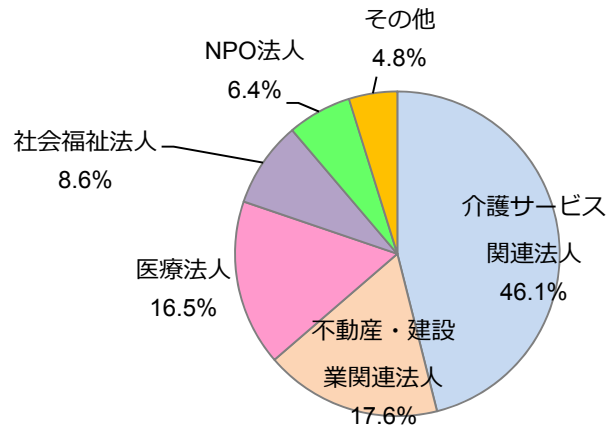


【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告

サービス付き高齢者向け住宅の状況について

【実施主体】

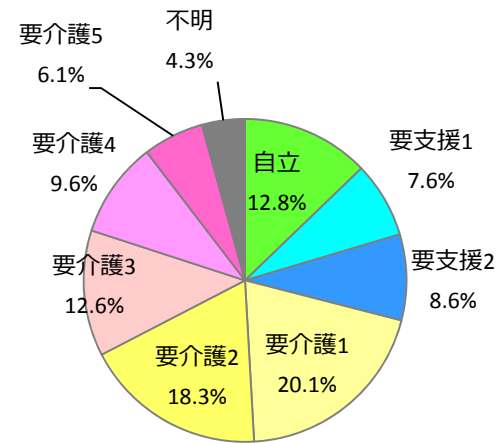
○ 実際に事業を行っている事業種別では、**介護サービス関連法人(46.1%)**、**不動産・建設業関連法人(17.6%)**、**医療法人(16.5%)**、**社会福祉法人(8.6%)**で全体の約9割を占める。



【入居者】

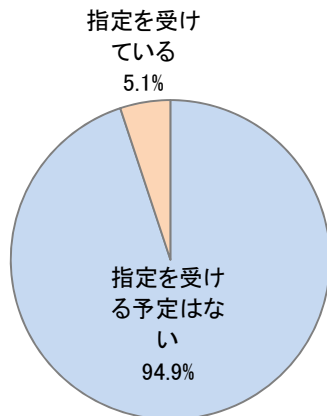
※ 平成24年8月31日時点(厚生労働省調べ)

○ 入居者のうち『自立』は12.8%。要介護度の範囲は幅広いが、比較的、『要支援』『要介護1・2』の入居者が多く、全体としての**平均要介護度は1.8**となっている。



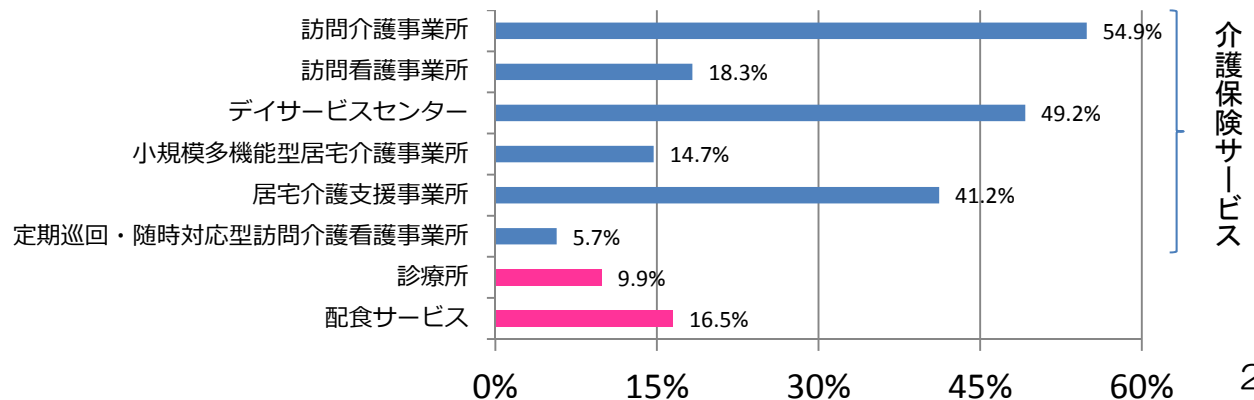
【特定施設入居者生活介護の指定】

○ 特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設は、**約5%**



【併設事業所の状況】

○ 訪問介護事業所など、**介護保険サービスの事業所を1つ以上併設している施設は81.7%**



サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

1. 登録基準

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：110,134戸
（平成25年4月30日現在）

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

《サービス》

- ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること
（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

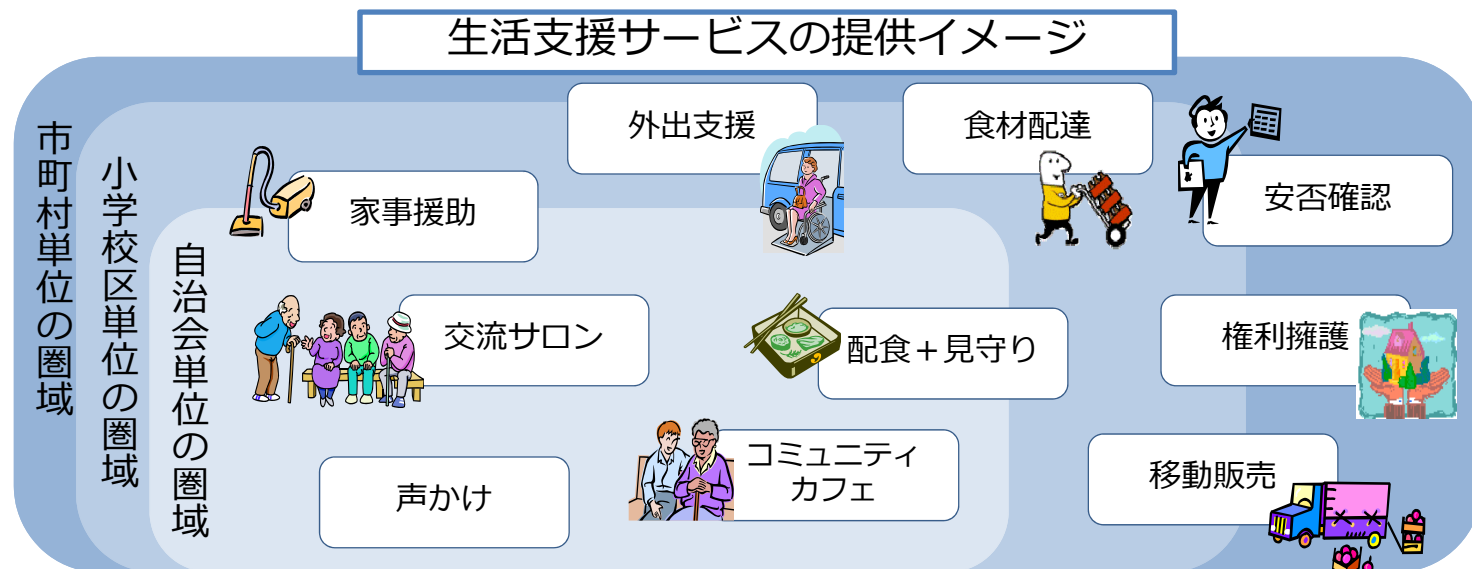
【併設施設】

診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加による介護予防の促進

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。
- 高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援（コーディネーターの配置や協議体の設置などに対する支援）。
- 高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待。高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。

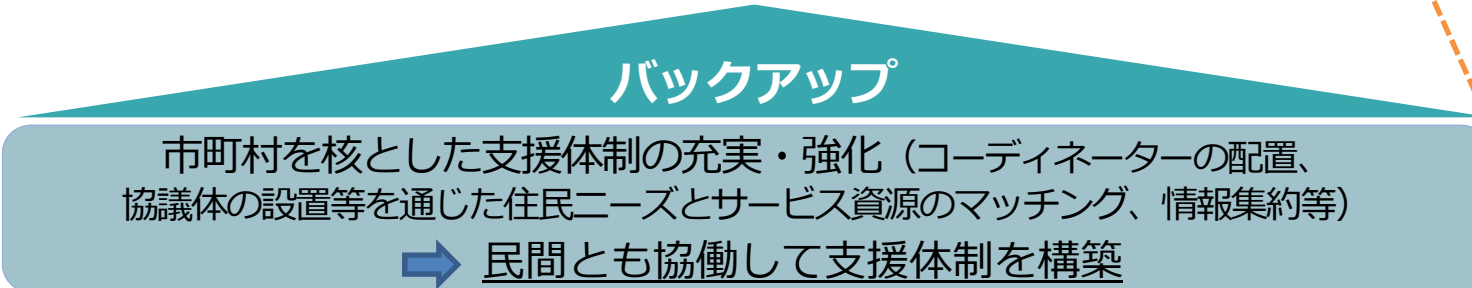


<長崎県佐々町の取組み>
研修を受けた高齢者が、介護予防事業のボランティアや要支援者の生活支援サービスを行うことを支援。



ボランティア同士の支え合い（地域活動を行うことで、必要な時に自分も地域活動による支援を受ける）の実現

社会参加は介護予防にもつながる



介護予防給付等について

- 介護予防給付について、訪問介護・通所介護等の法定のサービス類型を定め、基本的に全国一律の人員基準・運営基準で給付が行われている。介護予防給付については認定率の上昇とともに、給付費も増大している。
- 地域支援事業は、介護予防事業、介護予防・日常生活支援総合事業、地域包括支援センターによる総合相談業務や権利擁護業務などの包括的支援事業、介護給付費適正化事業、家族介護支援事業などの任意事業の4種の事業類型がある。事業の詳細な内容については、市町村の裁量となっており基本的に人員基準や運営基準がないなど、柔軟な取組が可能
- 平成24年度から、市町村の選択により、要支援者・二次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業として、介護予防・日常生活支援総合事業を創設

介護給付(要介護者)

7兆3920億円(平成22年度)※1

個別給付

- ◆ 法定のサービス類型
(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆ 人員基準・運営基準あり

予防給付(要支援者)

4290億円(平成22年度)※2

個別給付

- ◆ 法定のサービス類型
(訪問介護・通所介護等)
- ◆ 人員基準・運営基準あり

地域支援事業

1590億円(平成22年度)※3

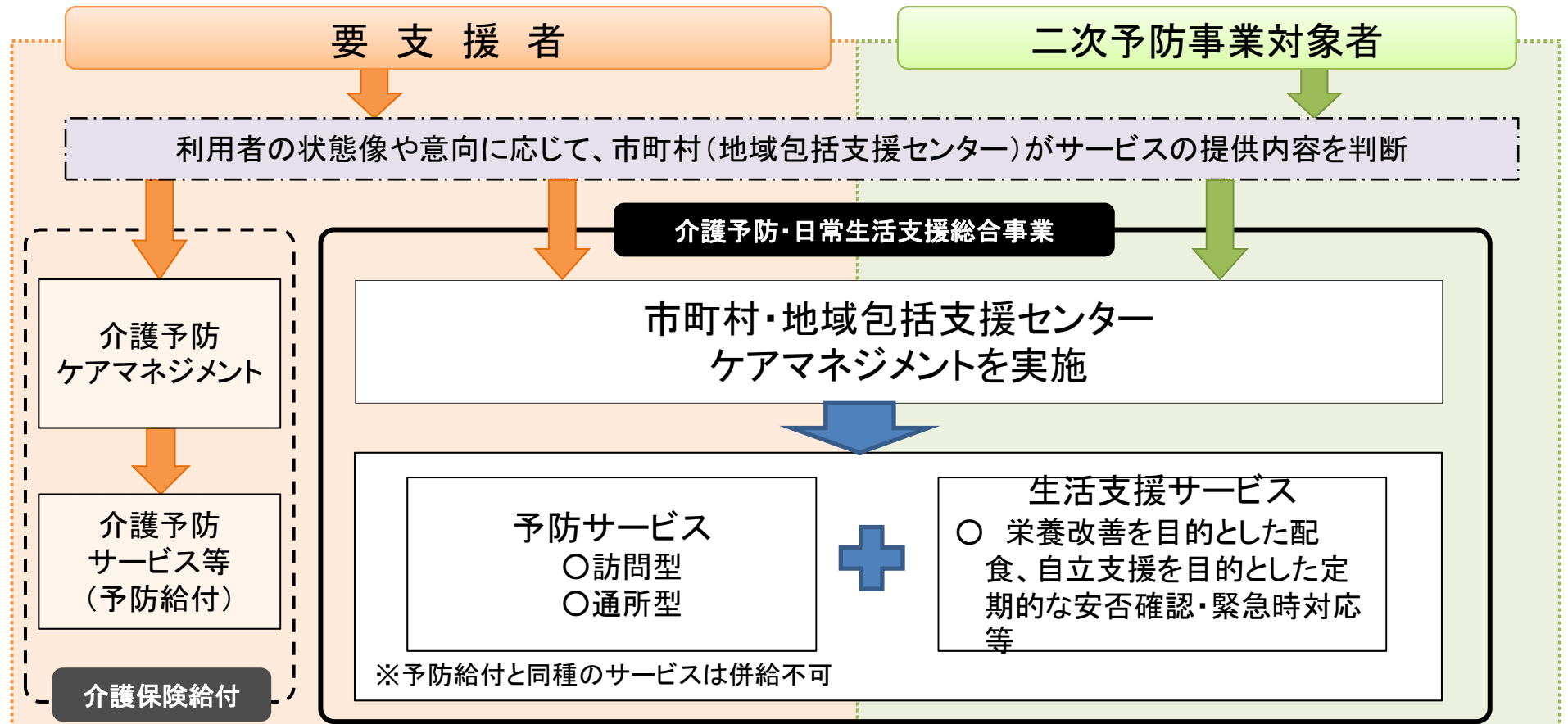
保険者ごとの事業

- ◆ 事業内容については
市町村の裁量
(介護予防・総合相談等)
- ◆ 人員基準・運営基準なし

※1、2は費用額、 ※3は事業費

介護予防・日常生活支援総合事業

- 市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・2次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業を創設(平成24年4月～)
- 同事業の導入により、多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。
(例)
 - ・ 要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供
 - ・ 虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
 - ・ 自立や社会参加意欲の高い人には、社会参加や活動の場を提供
- 平成24年度では、27保険者(市町村等)が実施。(第五期介護保険事業計画期間では約132の保険者が実施予定)



ケアマネージャーをめぐる主な課題

介護支援専門員(ケアマネージャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理(平成25年1月7日)より

- 適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない。
- サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
- ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
- 重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。
- インフォーマルサービスのコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。等

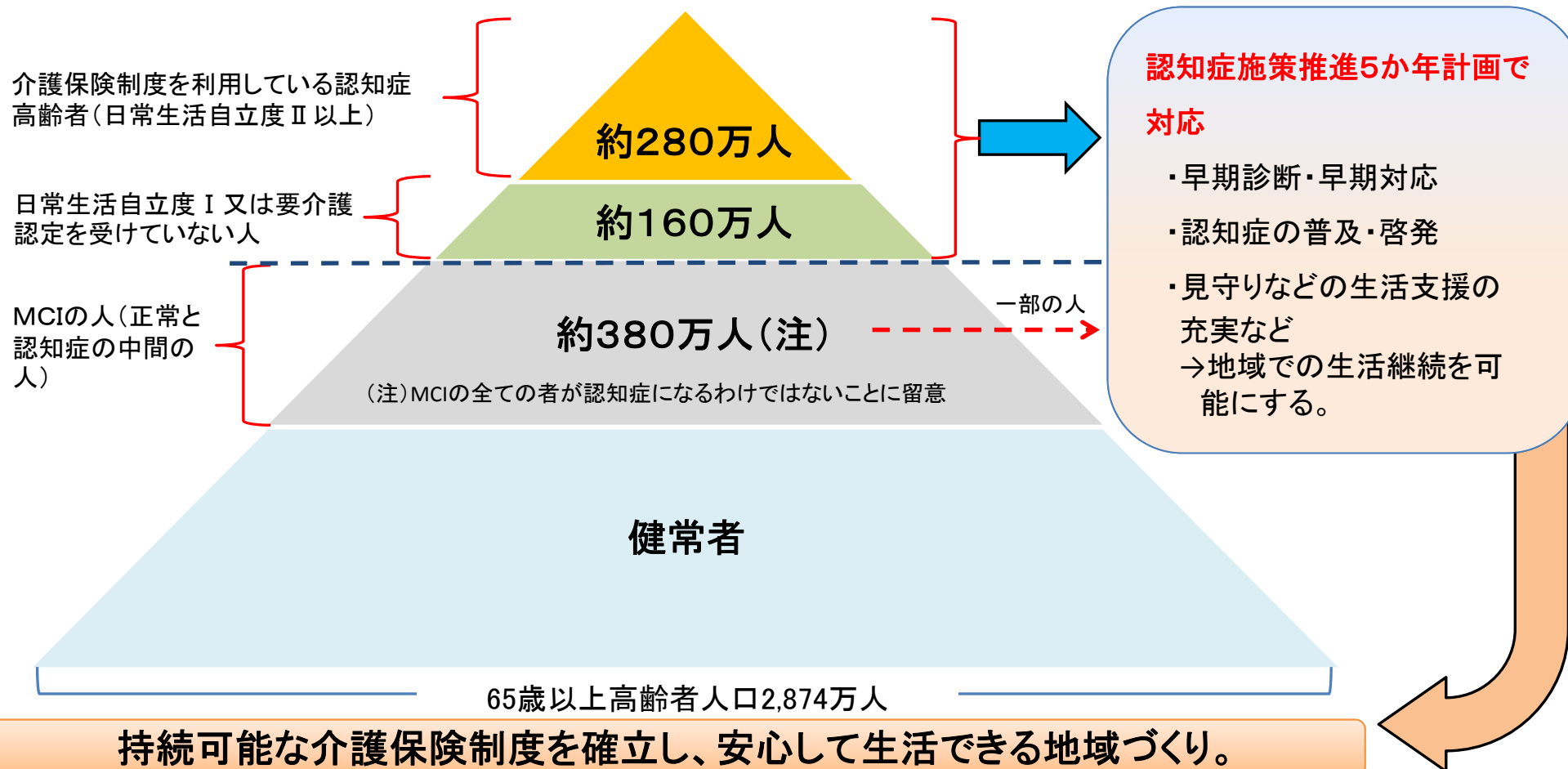


見直しの視点

- ① 介護支援専門員の資質の向上(研修の充実等)
- ② 介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントを実践するための環境整備(地域ケア会議の機能強化、在宅医療連携拠点事業など在宅医療・介護の連携機能の整備等)

認知症高齢者の現状(平成22年)

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。



現 状

- 早期受診・対応の遅れにより、認知症症状が悪化している。
- 精神科病院に認知症の人が長期入院している。
(精神病床の入院患者数5.3万人、精神病床の平均入院期間373.8日(血管性認知症等) [H23患者調査])
- 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくためには介護サービスが量、質の両面から必要になる。
- 地域で認知症の人とその家族を支援する体制が必要になる。
(普及啓発や教育、地域で支える家族介護支援、民間団体との連携等)
- 医療・介護従事者が現場で連携がとれた対応が出来ていないケースがある。
- 認知症の診断技術・根本的治療薬、発症後の介護ケア技術等の研究開発が不十分である。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「**早期・事前的な対応**」に基本を置く。

【認知症施策推進5か年計画(平成25年度～29年度)の主な内容】

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人(現在340万人)

2. 健康の維持増進・疾病の予防に向けた取組

社会保障制度改革推進法第六条（抜粋）

- 一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。

【「医療・介護分野の議論の整理（案）」関係部分抜粋】

- 健康の維持・疾病の予防に対するインセンティブが働くような仕組みの構築を推進すべき。
- 健康寿命の問題は、医療も含め、地域にあった包括的なシステムが必要。各自治体が取り組むべき。
- 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。
- 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。
- 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

健康日本21(第2次)の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(平成15年厚生労働大臣告示)を改正するもの。
- 第1次健康日本21(平成12年度～平成24年度)では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

具体的な目標

○ 5つの基本的方向に対応して、**53項目**にわたる具体的な目標を設定する。

基本的な方向	具体的な目標の例（括弧内の数値は現状）	目標
① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	○日常生活に制限のない期間の平均（男性70.42年、女性73.62年）	→ 平均寿命の増加分を上回る増加
② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（がん、循環器疾患、糖尿病、COPDの予防）	○75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（84.3（10万人当たり））	→ 73.9（10万人当たり）
	○最高血圧の平均値（男性138mmHg、女性133mmHg）	→ 男性134mmHg、女性129mmHg
	○糖尿病合併症の減少（16,271人）	→ 15,000人
③ 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上（心の健康、次世代の健康、高齢者の健康を増進）	○強いうつや不安を感じている者（10.4%）	→ 9.4%
	○低出生体重児の割合の減少（9.6%）	→ 減少傾向へ
	○認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上（0.9%）	→ 10%
④ 健康を支え、守るための社会環境の整備	○健康づくりに関する活動に取り組み自発的に情報発信を行う企業数の増加（420社）	→ 3000社
⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善	○20～60歳代男性の肥満者の割合（31.2%）	→ 28%（自然増から15%減）
	○食塩摂取量（10.6g）	→ 8グラム
	○20～64歳の日常生活での歩数（男性7841歩、女性6883歩）	→ 男性9000歩、女性8500歩
	○生活習慣病のリスクを高める量（1日当たり純アルコール摂取量男性40g、女性20g以上）の飲酒者割合の減少（男性15.3%、女性7.5%）	→ 男性13.0%、女性6.4%
	○成人の喫煙率（19.5%）	→ 12%
	○80歳で20歯以上の歯を有する者の割合（25%）	→ 50%

その他

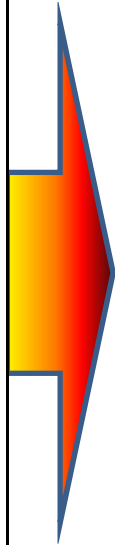
- 都道府県及び市町村は、独自に重要な課題を選択して、目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施。（PDCAサイクルの実施）
- 国は、生活習慣病の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究を企画し、推進。
- 各保健事業者は、各種健診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施。
- 国、地方公共団体は、企業、団体等が行う健康増進に向けた自発的な取り組みを支援。

経済財政諮問会議等における提言と対応状況(医療分野)①

平成25年5月16日 経済財政諮問会議
資料2 田村臨時議員提出資料

経済財政諮問会議(4月22日)における 提言や関連する一体改革の内容

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 健康の維持増進
 - 電子レセプトの活用等による医療・介護給付の重点化
 - 外来受診の適正化
 - 外来受診の適正化等、ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減についての取組の推進



対応状況

既に対応している事項

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 保険者による特定健診・特定保健指導の推進
 - 医療費の伸びの適正化を図るため、第1期医療費適正化計画を策定(平成20年～平成24年度)
 - ICT等を活用した保険者による加入者の適正受診のための取組を促進(システム整備の助成等)
 - 健康寿命の延伸、健康格差の縮小等の実現に向け、「健康日本21(第二次)」を実施(平成25年度～)

検討中の事項

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 健診受診・生活習慣病改善に関する広報活動の強化
 - 健診・保健指導の推進
 - ・ 特定健診・特定保健指導の効果検証
 - ・ 保険者によるレセプト・健診情報等を活用した上で、糖尿病に起因する人工透析導入を予防する等の好事例を全国に広げていけるよう、補助等の支援措置を検討し、予算等に反映
 - ・ メタボリックシンドロームでない者を含む高血圧の者に対する生活習慣改善プログラムのモデル事業の実施について検討を行い、予算等に反映
 - ・ 特定保健指導におけるICTを活用した初回面接の実施
 - 企業、自治体、民間団体等と連携した健康増進活動の推進
 - ・ スマートライフプロジェクトの推進(企業登録目標数3,000社)
 - ・ 健康づくりのための身体活動基準・指針や食事摂取基準を活用した活動の普及
 - 医療費の伸びの適正化を図るため、第2期医療費適正化計画を策定(平成25年度～平成29年度)

生活習慣病の発症予防・重症化予防等により、
 ・糖尿病患者の増加抑制(※1)で約1.4兆円(平成34年度)
 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少(※2)で約0.3兆円(平成29年度)
 の医療費適正化を目指す。

※1 健康日本21における「糖尿病有病者の増加抑制」の目標を達成した場合の医療費適正化効果

※2 第二期医療費適正化計画における「メタボリックシンドローム該当者・予備群」の目標を達成した場合の医療費適正化効果

■ 好事例を横展開させるための3つの取組

I. 好事例をモデル化する



- ・レセプトデータ
- ・特定健診データ

- ・ジェネリック医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知
- ・健診データから異常値の者を抽出、レセプトデータと突合して、医療機関未受診者に**受診勧奨**
- ・運動や食事などの**生活習慣改善を指導**（重症化予防プログラム）
- ・複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者などに対して**訪問指導**

被保険者



II. レセプトデータ・健診データ等の
分析のためのシステムを整備する

III. モデル化された取組の実施のために
必要な費用に対する支援を検討する

■ 特定健診・保健指導の実施率の更なる向上

- 特定健診・保健指導の効果に関するエビデンスの検証及び周知を行い、保険者の主体的な取組を促進
（例 メタボ該当者と非該当者の平均医療費には約年9万円の差が存在
特定保健指導を終了した者の約1/3が、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群ではなくなる）
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度については、現行制度に対して関係者からは廃止も含め意見があり、今年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討

国・都道府県による医療費適正化計画に基づく取組

医療費適正化計画について

- ◎ 生活習慣病対策や長期入院の是正などにより中長期的に医療費適正化に取り組むため、国及び都道府県が計画を策定(第1期:平成20~24年度、第2期:平成25~29年度)

政策目標	特定健診実施率	特定保健指導実施率	メタボ該当者・予備群減少率	平均在院日数
第1期 (24年度)	70%	45%	10%以上減(平成20年度比)	全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小
第2期 (29年度)	70%	45%	25%以上減(平成20年度比)	社会保障・税一体改革に基づく病院・病床機能の分化・連携の将来像を参考に、都道府県が目標を設定

医療費適正化計画の目標の進捗状況について

特定健診・保健指導等の推進

平成23年度実施率 (速報値)	全体	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
特定健診	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
特定保健指導	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%

実施率の状況

- ・特定健診・特定保健指導ともに、目標とはまだ開きがあるものの、実施率は着実に上昇してきている。
- ・特定健診の実施率は被用者保険において高い傾向にあるのに対して、特定保健指導の実施率は市町村国保や健保組合において高い。

特定健診・保健指導の効果

- ・特定保健指導終了者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の割合 **▲約32%(21年度)**
- ・メタボリックシンドローム該当者と非該当者との年間医療費の比較 **▲約9万円(22年度)**

平均在院日数の縮減

	18年	23年
全国平均	32.2日	30.4日
最短県	25.0日	23.3日

平均在院日数の状況

- ・全国平均で見れば、目標には届いていないものの一定程度縮減してきている。
- ・全国平均と最短との差はほとんど縮小しておらず、都道府県間のばらつきも大きい。

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者別年次推移)

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
平成22年度 (確報値)	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度 (確報値)	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 (確報値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

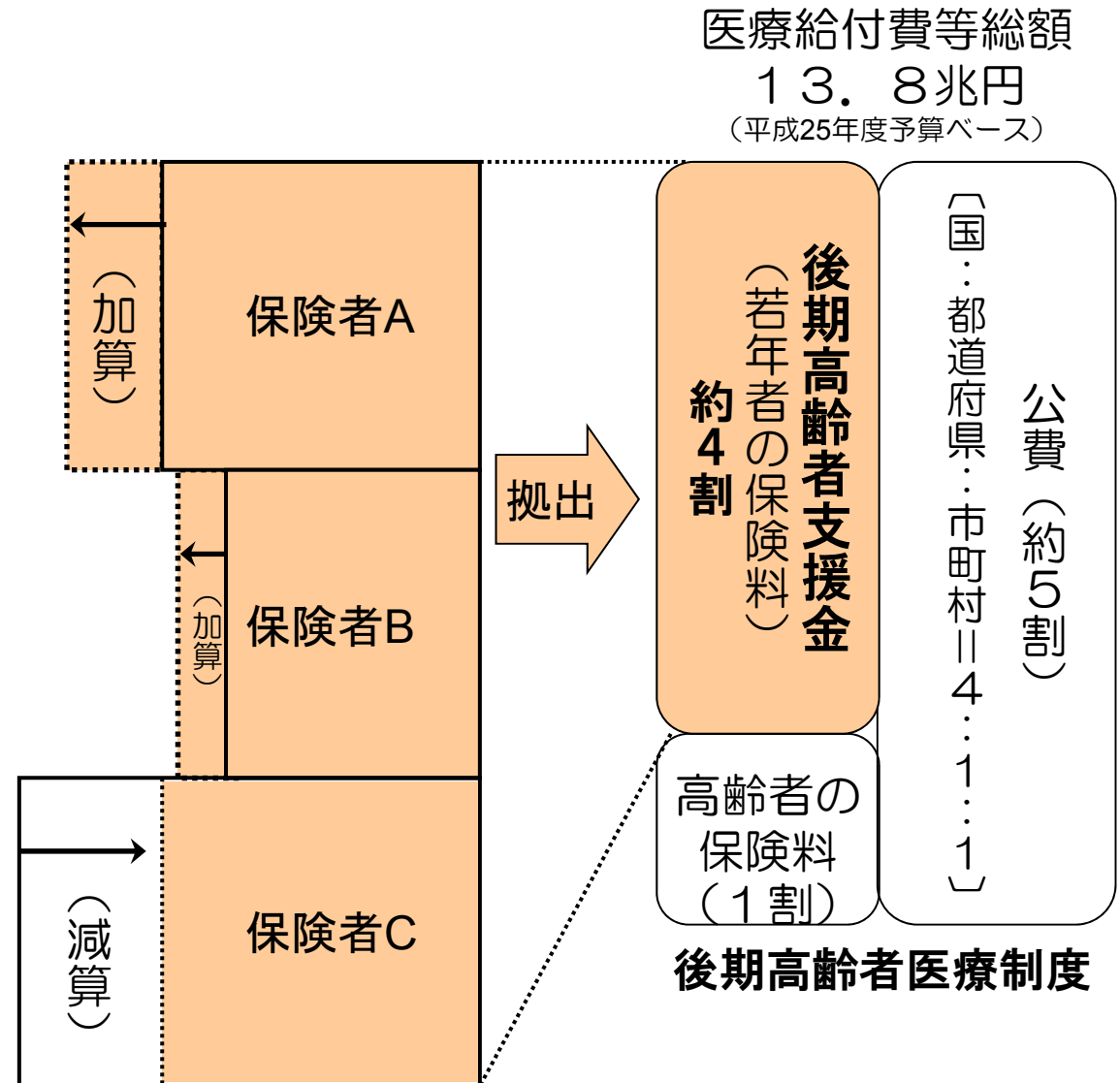
	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%
平成22年度 (確報値)	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度 (確報値)	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

後期高齢者支援金の加算・減算の仕組み

各保険者の特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈加算・減算の方法〉

- ① 目標の達成状況
 - 特定健診・保健指導の実施率
 - ② 保険者の実績を比較
 - 実績を上げている保険者 → 支援金の減算
 - 実績の上がない保険者 → 支援金の加算
- ◆ 加算率は0.23%に設定。
 - ◆ 減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように、設定。



3. 医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）

- ① 70－74歳の医療費自己負担
- ② 高額療養費の在り方
- ③ 後発医薬品の使用促進
- ④ 病院外来受診に対する負担の在り方
- ⑤ 保険料負担の公平化

社会保障制度改革推進法（抜粋）

第二条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。

第六条

二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。

【「医療・介護分野の議論の整理（案）」関係部分抜粋】

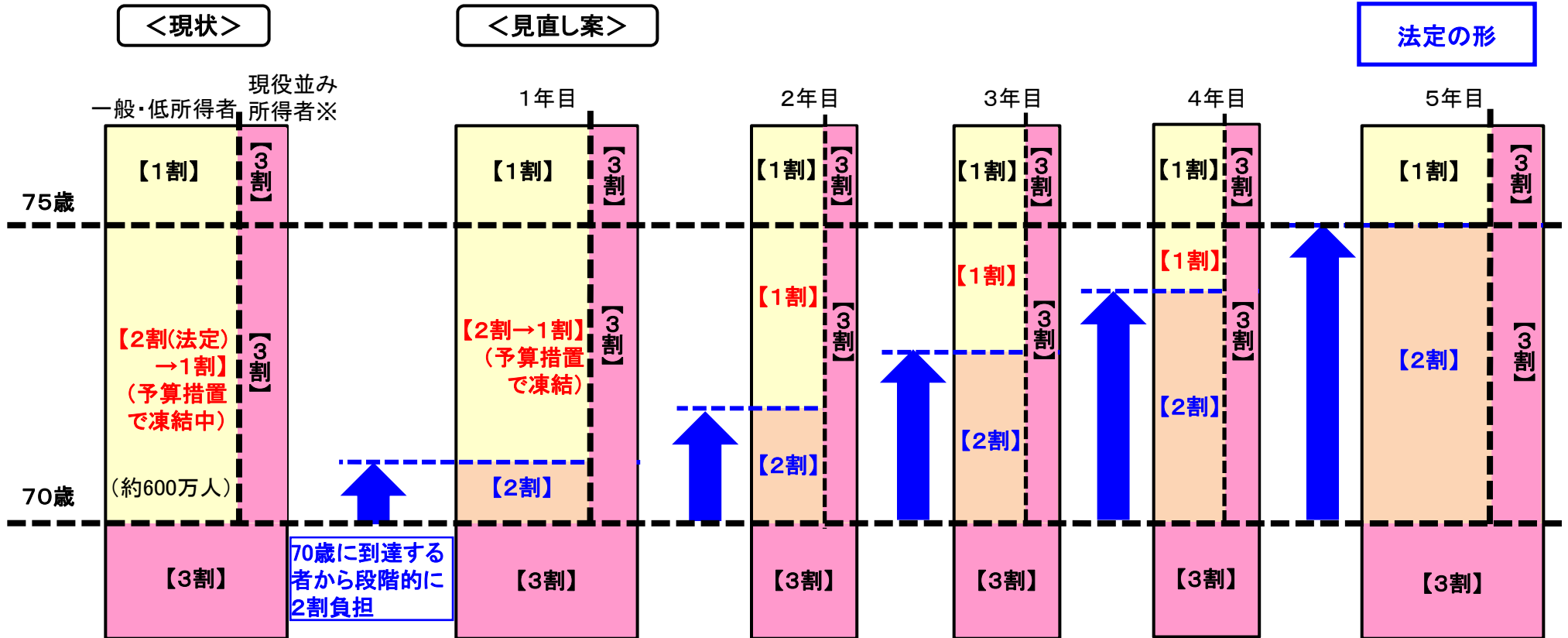
- 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠である。
- 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。
- 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。
- 低所得者への配慮は当然として、70歳以上の高額療養費、特に外来特例の見直しを行うべき。
- 70－74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。
- 70－74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。
- 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論をすべき。
- フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

○ 70～74歳の者の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、平成20年度から毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

○ 高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一
 「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」
 ⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

○ 日本経済再生に向けた緊急経済対策(平成25年1月11日閣議決定) 一抄一
 「70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。」



70～74歳の患者負担特例措置の状況

- 70～74歳の1人当たり患者負担額は、法定2割の場合年7.4万円だが、1割負担への凍結により4.5万円に抑えられている。
- 65～69歳、75歳以上と比較すると、1人当たり医療費に対する割合、平均収入に対する割合とも低い。

1人当たり医療費に対する患者負担割合

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	患者負担額(年)	医療費に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		90.5万円	7.6万円	8.4%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	55.6万円	7.4万円	13.3%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	<u>8.2%</u>
65～69歳(3割)		41.0万円	8.9万円	21.7%
20～64歳(3割)		16.9万円	3.8万円	22.6%

1人当たり平均収入に対する患者負担割合

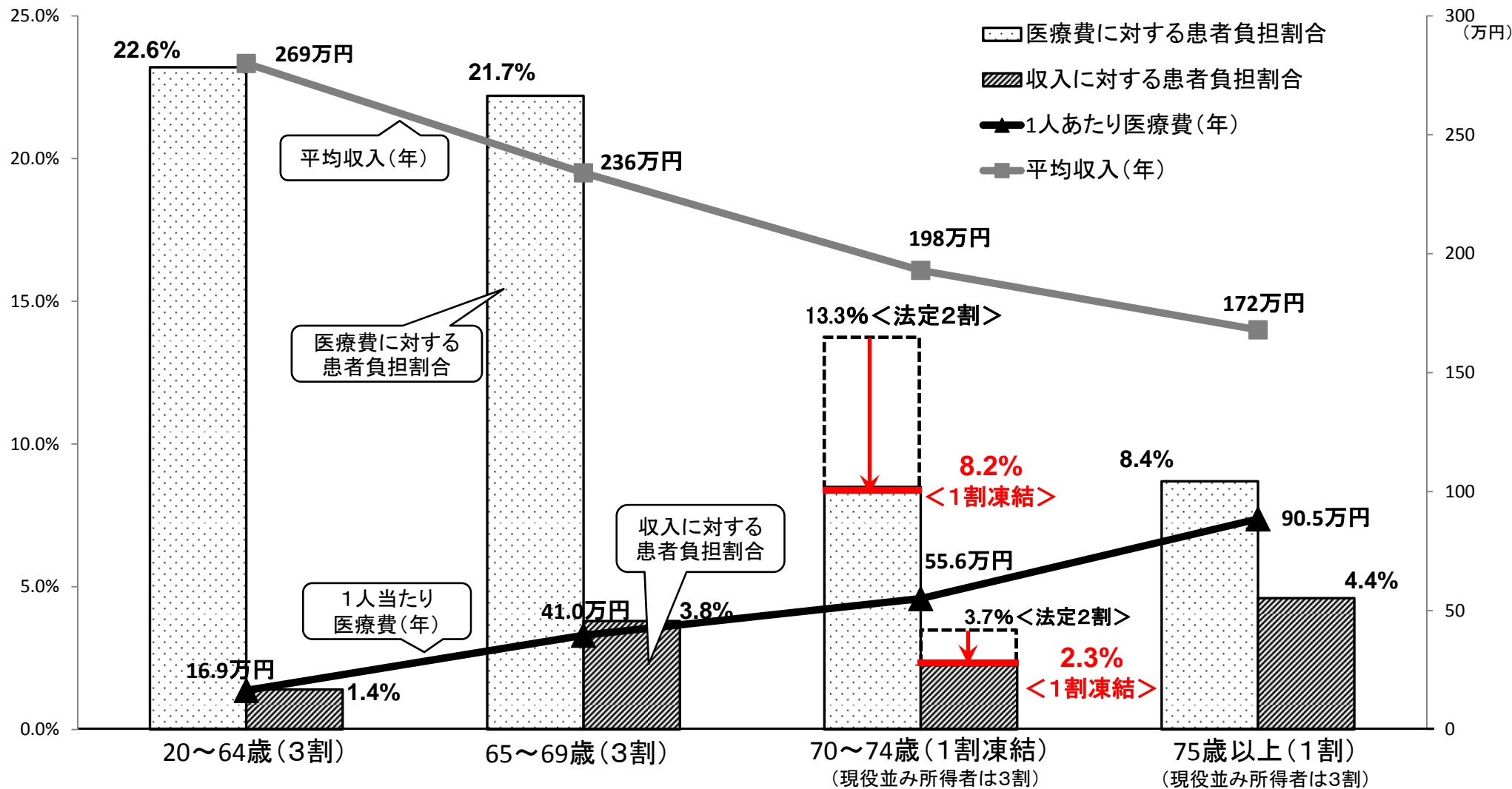
年齢(負担割合)		平均収入(年)	患者負担額(年)	収入に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		172万円	7.6万円	4.4%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	198万円	7.4万円	3.7%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	<u>2.3%</u>
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		269万円	3.8万円	1.4%

※医療費は、各制度の事業年報等をもとに保険局調査課が推計した平成22年度の実績。

※平均収入額は、平成23年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成22年の数値。

70～74歳の患者負担特例措置の状況

- 70～74歳の1人あたり患者負担額は、法定2割の場合年7.4万円だが、1割負担への凍結により4.5万円に抑えられている。
- 65～69歳、75歳以上と比較すると、医療費に対する割合、収入に対する割合とも低い。



1人あたり患者負担額(年)	3.8万円	8.9万円	4.5万円 <1割凍結> 7.4万円 <法定2割>	7.6万円
---------------	-------	-------	------------------------------	-------

※医療費は、各制度の事業年報等をもとに保険局調査課が推計した平成22年度の実績。
 ※平均収入額は、平成23年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成22年の数値。

高額療養費制度の概要

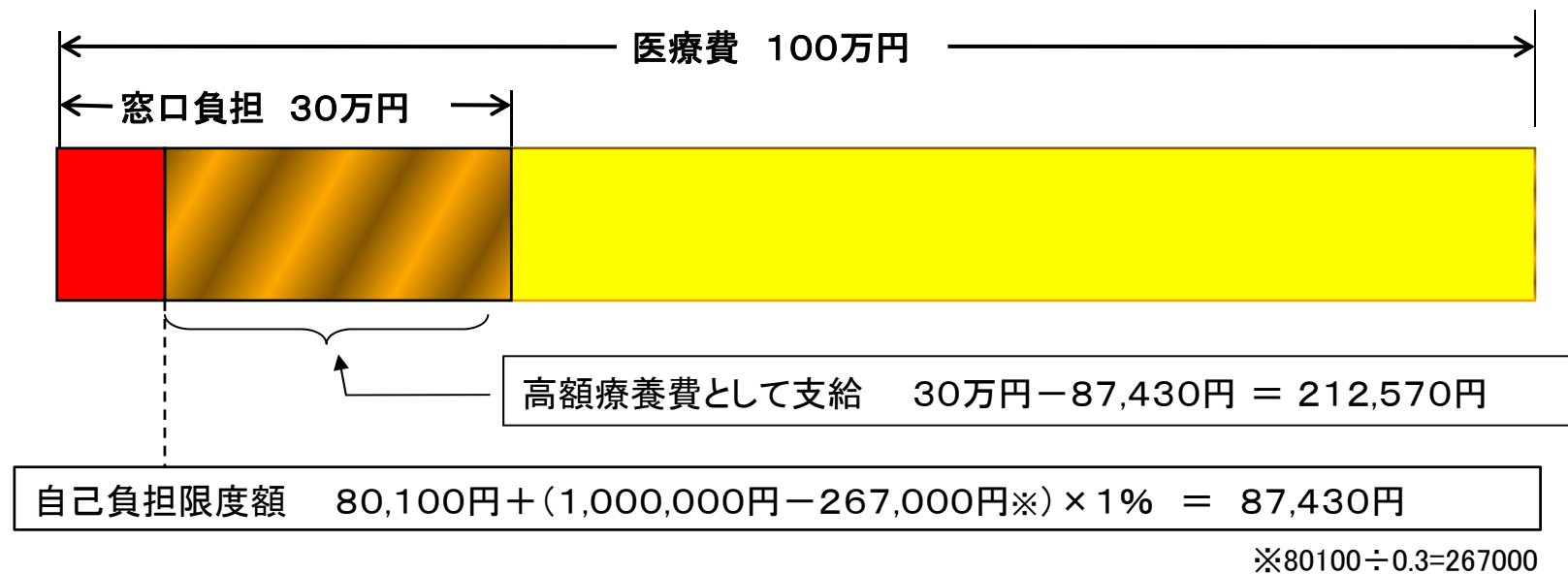
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（3割負担）>



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円超	150,000円＋（医療費－500,000円）×1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 等（※3）	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※4） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※4）	44,400円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等（※3）	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下（※5） [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※5） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※5） 等（※3）		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの

※3 市町村民税非課税のほか、生活保護法による要保護者（低所得者に該当しない場合は、生活保護の適用対象となる者）を含む。

※4 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※5 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。
- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

(9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ（概要）

- 後発医薬品の数量シェアを平成30年3月末までに60%以上にする。
また、達成状況をモニタリングし、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直す。
 - ※ 数量シェアについては、国際的な比較が容易にできることも踏まえ、後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアとする。
- 後発医薬品のさらなる使用促進のための取組についてもモニタリングを行い、その結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加する。

－ 主な取組内容 －

- ① 安定供給
- ② 品質に対する信頼性の確保
- ③ 情報提供の方策
- ④ 使用促進に係る環境整備
- ⑤ 医療保険制度上の事項
- ⑥ ロードマップの実施状況のモニタリング

①安定供給

課 題

・製造管理、品質管理、原薬確保及び需要予測の誤り等による品切れの発生

国の取組

・諸外国の状況に関する情報提供

メーカーの取組

- ・業界団体による「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」の作成
- ・後発医薬品メーカーによる「安定供給マニュアル」の作成
- ・供給を継続して確保する体制の整備

②品質に対する信頼性の確保

課 題

・品質に対する医療関係者や国民へのさらなる理解の促進

国の取組

ジェネリック医薬品品質情報検討会の継続
一斉監視指導の継続

都道府県の取組

都道府県協議会による研修事業の実施

メーカーの取組

製造所に対する現地における品質管理の確認の徹底
特に海外の製剤や原薬の製造所に対し、適切かつ合理的な品質管理が行えるよう専門的な人材等の活用等について検討

③情報提供の方策

課題

- ・ 医療関係者への情報提供の充実
- ・ 医療関係者の情報収集・評価の負荷の解消



都道府県の取組

- ・ 市区町村又は保健所単位レベルでの協議会の活用
- ・ 汎用後発医薬品リストの作成

メーカーの取組

- ・ 業界団体の「情報提供システム」の改善・拡充
- ・ 後発医薬品メーカーによる情報収集・提供体制の整備・強化

④使用促進に係る環境整備

課題

- ・ 後発医薬品の推進の意義、メリットについてのさらなる理解の促進
- ・ 使用促進に向けた、都道府県協議会活動の強化



国の取組

- ・ 全国医療費適正化計画における後発医薬品に関する取組の推進

都道府県の取組

- ・ 都道府県医療費適正化計画における後発医薬品に関する目標設定及び関連施策の推進

保険者の取組

- ・ 差額通知事業の推進

⑤医療保険制度上の事項

課題

- ・ 医師、歯科医師、薬剤師の後発医薬品への理解が進むようなさらなるインセンティブの検討



国の取組

- ・ 診療報酬上の使用促進策について、中央社会保険医療協議会等で検討

⑥ロードマップの実施状況のモニタリング

ロードマップの達成状況について、モニタリングを行い、その結果等を踏まえ、必要に応じ追加的な施策を講ずる。

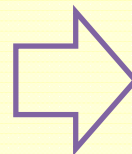
後発医薬品の使用促進のための診療報酬上の評価

(平成24年度診療報酬改定)

薬局における取組の評価

- 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品の情報提供※を評価する。
※ 薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書に、後発医薬品の有無、価格等の情報を付加。
- 後発医薬品の調剤数量に係る評価について算定要件を見直す。

改定前		
調剤数量割合	20%	6点
	25%	13点
	30%	17点



改定後		
調剤数量割合	22%	5点
	30%	15点
	35%	19点

医療機関における取組の評価等

- 後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。
30点(採用品目割合:20%) → 28点(採用品目割合:20%以上)
35点(採用品目割合:30%以上)
- 薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合の評価を新設する。

(新) 一般名処方加算 2点(処方せん交付1回)

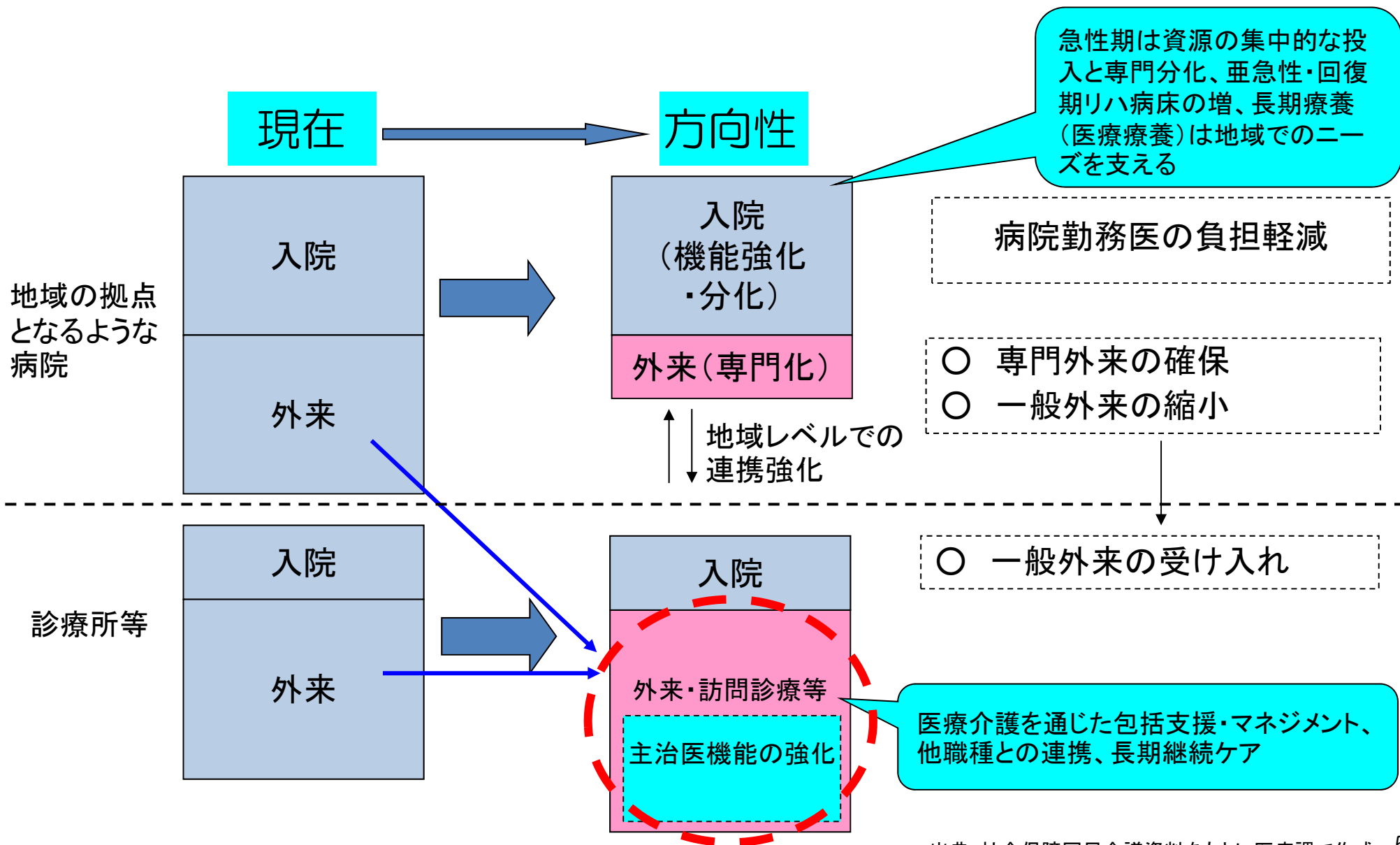
銘柄名処方(改定前)	一般名処方(改定後)
原則、当該銘柄を用いて調剤	有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

- 諸外国の例にならい、個々の処方薬※ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示するよう処方せん様式を見直す。

※ これまでは、処方薬全体で変更の可否を明示。

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-3
23.11.30



外来診療の機能分化の推進

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[算定要件]

①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

国民健康保険組合の概要

- 同種の事業又は業務に従事する従業員を組合員として組織された国民健康保険法上の公法人。
- 平成23年度末の組合数及び被保険者数

(1) 医師、歯科医師、薬剤師	92組合	被保険者数	64万人
(2) 建設関係	32組合	被保険者数	164万人
(3) 一般業種	40組合	被保険者数	83万人
合計	164組合	被保険者数	312万人 (項目ごとに四捨五入)

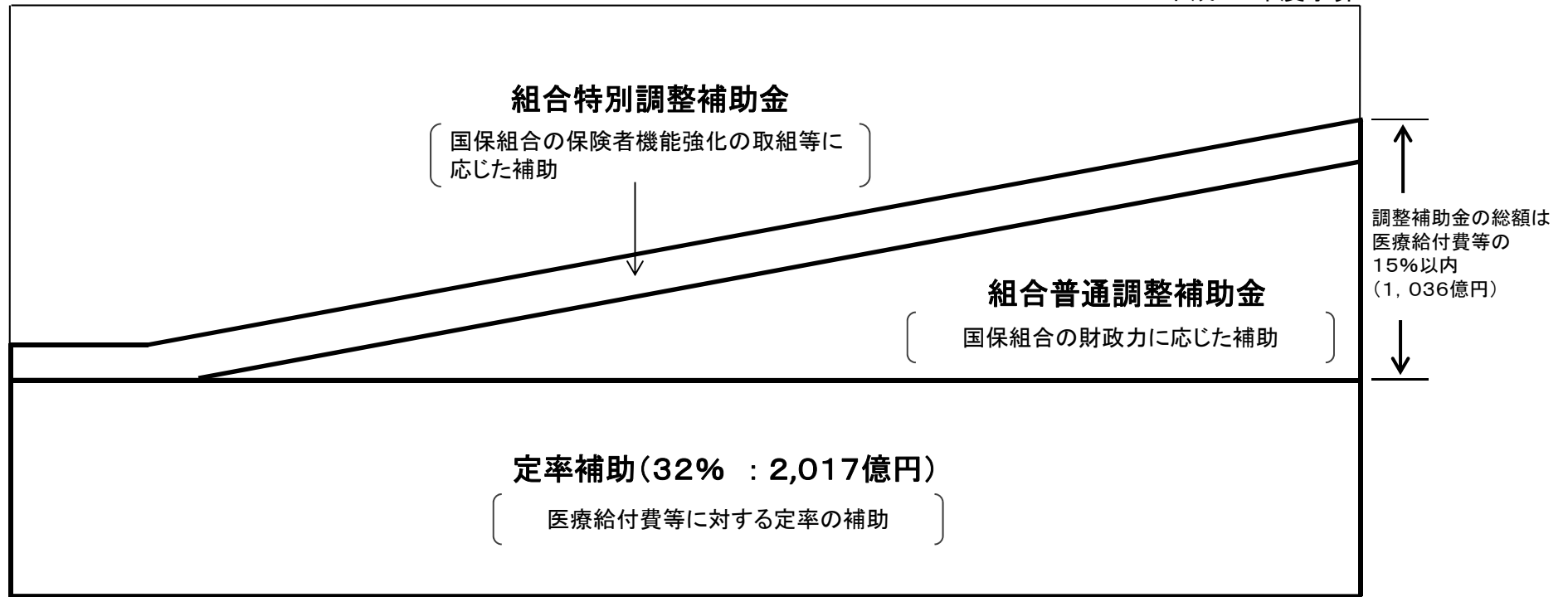
国民健康保険組合一覧

建設関係国保組合		一般業種国保組合		医師国保組合		歯科医師国保組合		薬剤師国保組合	
(1) 全国建設工事業	㉘ 広島県建設	1 関東信越税理士	28 大阪中央市場青果	1 北海道医師	28 兵庫県医師	1 全国歯科医師	1 北海道薬剤師		
(2) 建設連合	㉙ 徳島建設産業	2 東京理容	29 大阪府浴場	2 青森県医師	29 奈良県医師	2 北海道歯科医師	2 埼玉県薬剤師		
(3) 全国左官タイル塗装業	㉚ 香川県建設	3 東京芸能人	30 大阪府食品	3 岩手県医師	30 和歌山県医師	3 宮城県歯科医師	3 千葉県薬剤師		
(4) 全国板金業	㉛ 佐賀県建設	4 文芸美術	31 大阪府たばこ	4 宮城県医師	31 鳥取県医師	4 秋田県歯科医師	4 東京都薬剤師		
⑤ 中央建設	㉜ 長崎県建設事業	5 東京料理飲食	32 大阪質屋	5 秋田県医師	32 島根県医師	5 山形県歯科医師	5 神奈川県薬剤師		
⑥ 北海道建設		6 東京技芸	33 近畿税理士	6 山形県医師	33 岡山県医師	6 福島県歯科医師	6 新潟県薬剤師		
⑦ 宮城県建設業		7 東京食品販売	34 大阪市公設市場	7 福島県医師	34 広島県医師	7 茨城県歯科医師	7 福井県薬剤師		
⑧ 山形県建設		8 東京美容	35 大阪木津卸売市場	8 茨城県医師	35 山口県医師	8 群馬県歯科医師	8 静岡県薬剤師		
⑨ 埼玉県建設		9 東京自転車商	36 大阪衣料品小売	9 栃木県医師	36 徳島県医師	9 埼玉県歯科医師	9 愛知県薬剤師		
⑩ 埼玉土建		10 東京青果卸売	37 兵庫食糧	10 群馬県医師	37 香川県医師	10 千葉県歯科医師	10 三岐薬剤師		
(11) 東京建設職能		11 東京浴場	38 神戸中央卸売市場	11 埼玉県医師	38 愛媛県医師	11 神奈川県歯科医師	11 京都府薬剤師		
⑫ 東京建設業		12 東京写真材料	39 兵庫県食品	12 千葉県医師	39 高知県医師	12 静岡県歯科医師	12 大阪府薬剤師		
⑬ 東京土建		13 東京都弁護士	40 全国土木建築	13 東京都医師	40 福岡県医師	13 愛知県歯科医師	13 兵庫県薬剤師		
14 神奈川県建設業		14 神奈川県食品衛生		14 神奈川県医師	41 佐賀県医師	14 三重県歯科医師	14 紀和薬剤師		
15 神奈川県建設連合		15 福井食品		15 新潟県医師	42 長崎県医師	15 大阪府歯科医師	15 中四国薬剤師		
16 新潟県建築		16 静岡県食品		16 富山県医師	43 熊本県医師	16 兵庫県歯科医師	16 広島県薬剤師		
⑰ 富山県建設		17 名古屋市食品		17 石川県医師	44 大分県医師	17 奈良県歯科医師	17 福岡県薬剤師		
⑱ 長野県建設		18 京都芸術家		18 福井県医師	45 宮崎県医師	18 和歌山県歯科医師	18 長崎県薬剤師		
⑲ 岐阜県建設		19 京都料理飲食業		19 山梨県医師	46 鹿児島県医師	19 広島県歯科医師			
20 静岡県建設産業		20 京都府酒販		20 長野県医師	47 沖縄県医師	20 愛媛県歯科医師			
21 愛知建連		21 京都市中央卸売市場		21 岐阜県医師		21 福岡県歯科医師			
⑳ 三重県建設		22 京都市食品衛生		22 静岡県医師		22 佐賀県歯科医師			
㉑ 京都建築		23 京都府衣料		23 愛知県医師		23 長崎県歯科医師			
24 京都府建設業職別連合		24 京都花街		24 三重県医師		24 熊本県歯科医師			
㉒ 大阪建設		25 大阪府整容		25 滋賀県医師		25 大分県歯科医師			
㉓ 兵庫県建設		26 大阪府小売市場		26 京都府医師		26 宮崎県歯科医師			
㉔ 岡山県建設		27 大阪文化芸能		27 大阪府医師		27 鹿児島県歯科医師			

(注) 被保険者数(H24.3.31) 無印：全協加入 (1,540千人) ○印：全建総連 (1,200千人) ()：その他 (376千人)

国保組合の国庫補助の交付状況(概要)

平成25年度予算



医師国保:47組合 歯科医師国保:27組合 薬剤師国保:18組合 建設関係国保:32 一般業種:39組合

1. 平成9年9月1日以降、健康保険の適用除外承認を受けて、新規に国保組合に加入する者とその家族(組合特定被保険者)に対する補助率は、協会けんぽの補助率を勘案して設定(若人13.0%、後期・介護16.4%)。このため、実際の補助率は、年々低下。

※各業種の加入者に占める組合特定被保険者の割合

平成9年8月以前加入 18.3%(医師13.2%、歯科医師 7.2%、薬剤師14.7%、一般業種15.6%、建設関係10.7%、全国土木62.9%)

平成9年9月以降加入 18.1%(医師32.7%、歯科医師15.4%、薬剤師49.2%、一般業種16.8%、建設関係10.7%、全国土木37.1%)

2. 全国土木建築国保組合への定率補助は、平成9年8月以前からの加入者の家族については事業所の規模にかかわらず補助率32%、平成9年9月以降300人以上事業所の本人・家族については国庫補助対象外、300人未満事業所の本人・家族については若人13.0%、後期・介護16.4%。

4. 介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化

- ① 介護保険施設の重点化
- ② 補足給付の在り方
- ③ 一定所得以上の者の利用者負担の在り方
- ④ 介護納付金の総報酬割

社会保障制度改革推進法第七条

政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

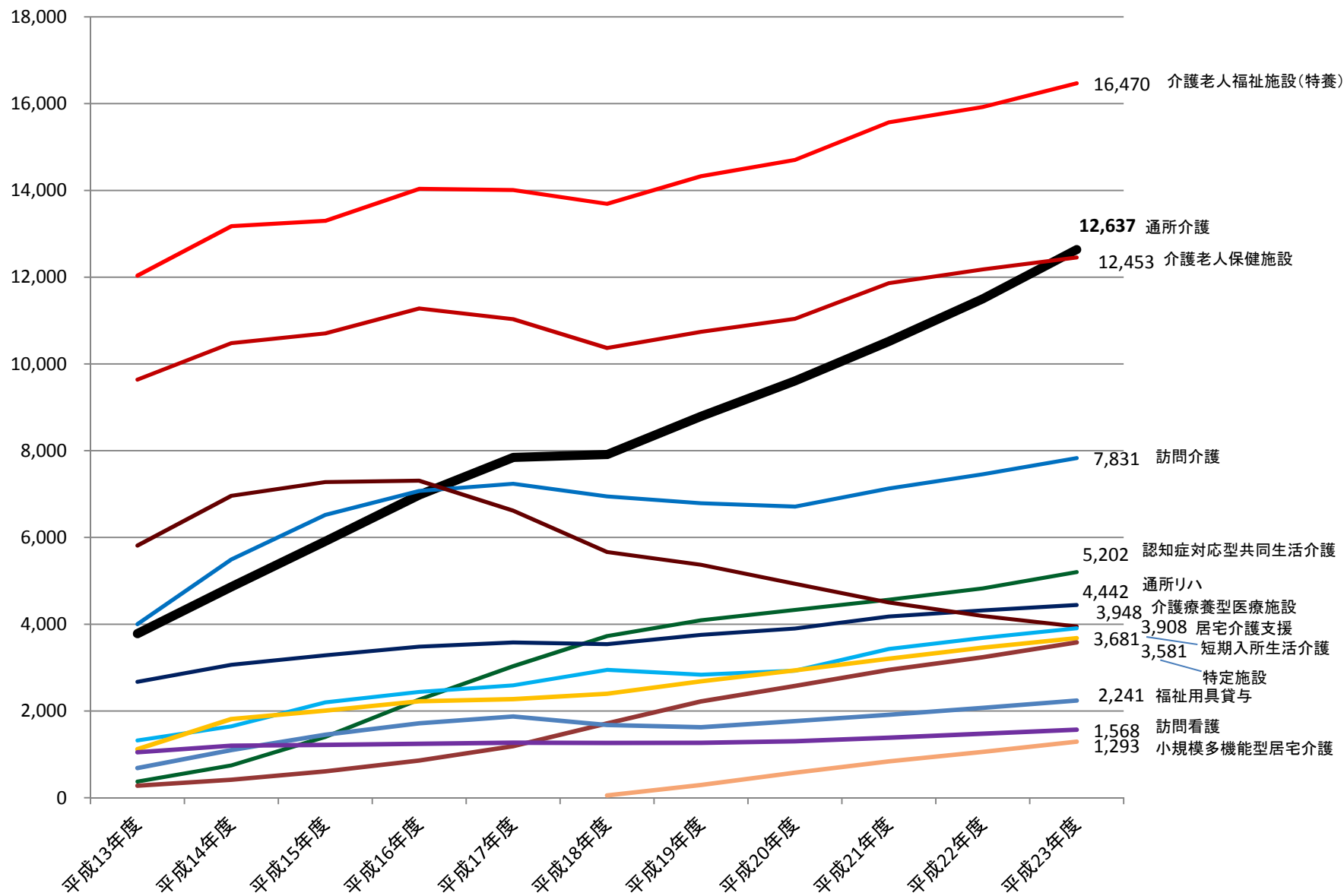
【「医療・介護分野の議論の整理（案）」関係部分抜粋】

- 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。
- サービス付き高齢者住宅（住まい＋生活支援等）を整備し、そのため、空き家・空き施設など既存社会資源を有効活用すべき。
- 介護について重点化・効率化が求められており、骨太の方針を示すべき。

- 利用者負担の在り方については、一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。
- 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保が必要。70－74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、全体の整合性を確保していくべき。
- 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。
- デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。
- 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進するため、自治体による各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介により、地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲を見直すべき。
- 特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。
- 補足給付は、所得だけではなく、預貯金や不動産などの資産を勘案して給付すべき。また、低所得となる所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金、世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう見直すべき。
- 介護保険では、現役世代の保険料負担の公平性は保険料で調整すべきであり、第2号被保険者の介護納付金について、総報酬割を導入すべき。
- 介護納付金の総報酬割導入については、負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。
- 後期高齢者支援金の全面総報酬割と合わせて介護納付金の総報酬割の検討も必要。

サービス種類別介護費用額の推移

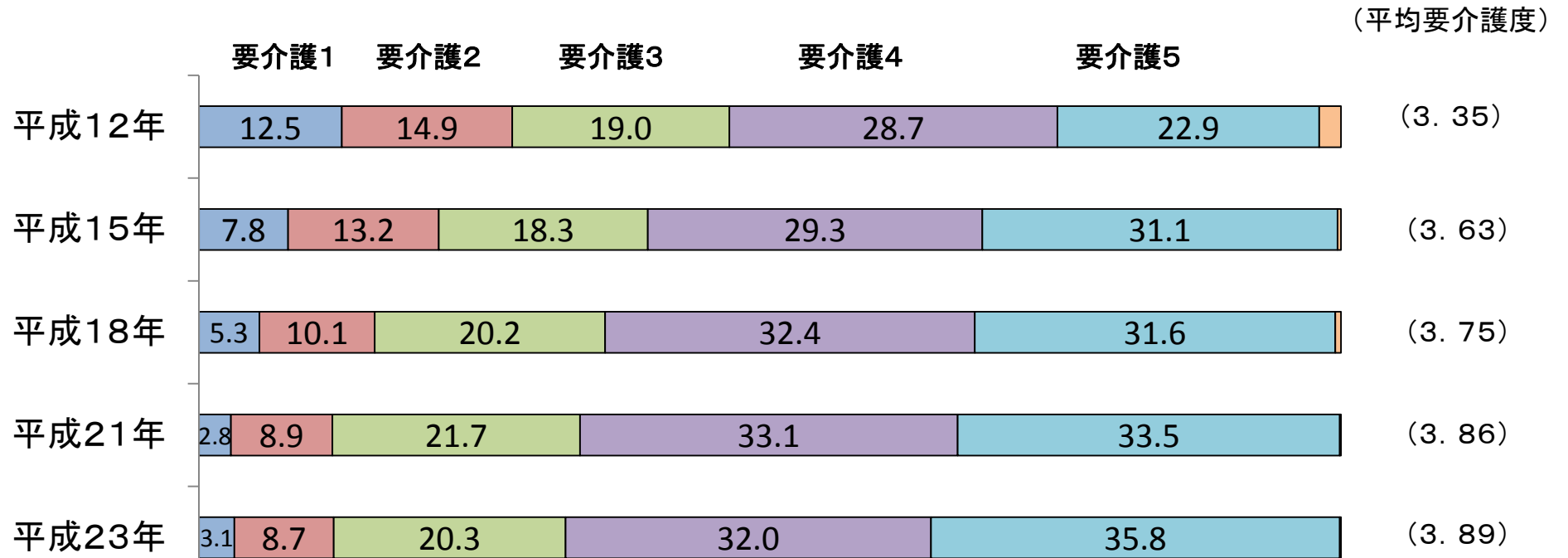
(単位: 億円)



(注)
 ・特定入所者介護サービス費及び予防給付を含む。
 ・平成23年度において1000億円以上を表示
 ・介護老人福祉施設に地域密着型介護老人福祉施設は含まれていない。
 ・平成23年4月審査分においては、東日本大震災の影響により、介護給付費明細書等を各都道府県国民健康保険団体連合会に提出できない介護サービス事業所等や介護給付費明細書によらない概算請求・支払いがあったものと考えられる。
 (資料)介護保険給付費実態報告年報(平成12年度年報はないため、表示していない。)

要介護度別の特養入所者の割合

- 特養の入所者に占める重度の要介護者の割合は、年々上昇してきている。
- 一方、軽度の要介護者(要介護1及び2)の割合は、平成23年では11.8%となっており、一定程度の軽度者が入所している現状。



[出典:介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日)]

【参考】
平成23年度における特養の新規入所者
(約14万人)



[老健局高齢者支援課作成]

軽度の特養入所者の実態

○ 軽度の特養入所者の最も大きな入所理由としては、「介護者不在、介護困難、住居問題等」が6割以上を占めている。

【調査の概要】

(調査時点):平成24年10月31日現在

(実施主体):全国老人福祉施設協議会

(調査対象):56施設、361人

※ 平成24年10月31日現在、特養に入所している者の中で、「入所時、要介護1・2の入所者」、「入所時は軽度ではなかったが、現在、要介護度2以下の入所者」

【調査結果】

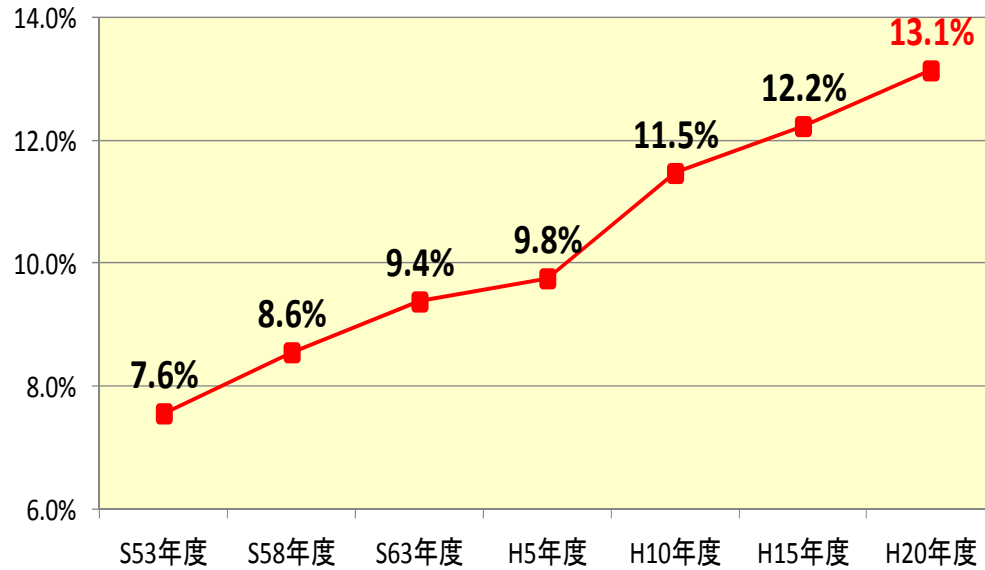
○ 契約入所した最も大きい理由

経済的理由	8名	(2.8%)
虐待・介護放棄	2名	(0.7%)
認知症のBPSDその他の理由による判断力の低下・喪失	61名	(21.1%)
介護者不在、介護困難、住居問題等	174名	(60.2%)
その他、無回答	44名	(15.2%)

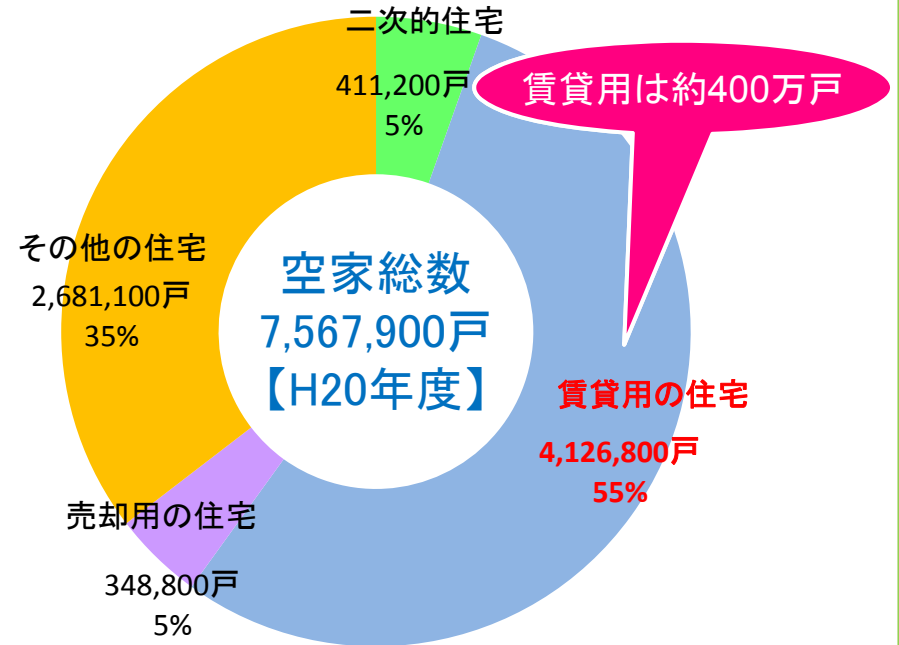
空家の実態(全国の状況)

空家の実態

【空家率の推移】



【空家の種類別内訳】



- ※二次的住宅 : 別荘及びその他(たまに寝泊まりする人がいる住宅)
- 賃貸用又は売却用の住宅 : 新築・中古を問わず、賃貸又は売却のために空き家になっている住宅
- その他の住宅 : 上記の他に人が住んでいない住宅で、例えば、転勤・入院などのため居住世帯が長期にわたって不在の住宅や建て替えなどのために取り壊すことになっている住宅など

(出典)平成20年度住宅・土地統計調査(総務省)

【平成25年6月12日産業競争力会議資料・成長戦略(案)より抜粋】

○生活支援サービス・住まいの提供体制の強化

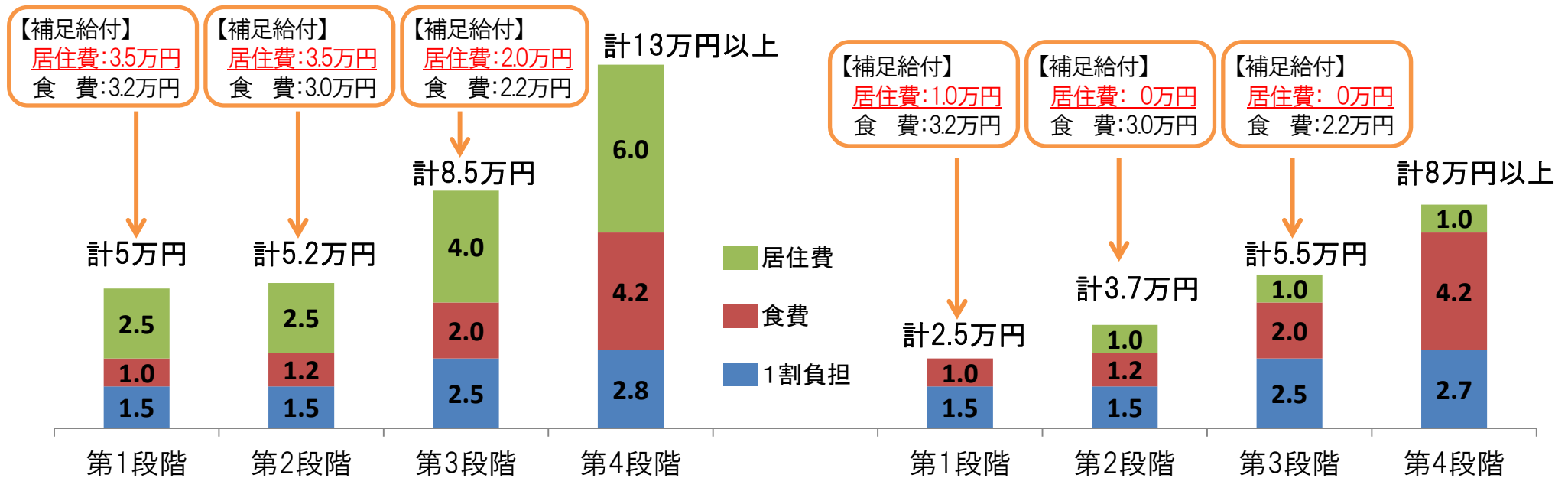
- ・ 中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、空家や学校跡地などの有効活用による新たな住まいの確保を図る。

介護老人福祉施設における低所得者の利用者負担の軽減(補足給付)

- 1割負担の部分については、高額介護サービス費により軽減
- 食費・居住費の部分については、補足給付により軽減

<特養ユニット型個室の利用者負担>

<特養多床室の利用者負担>



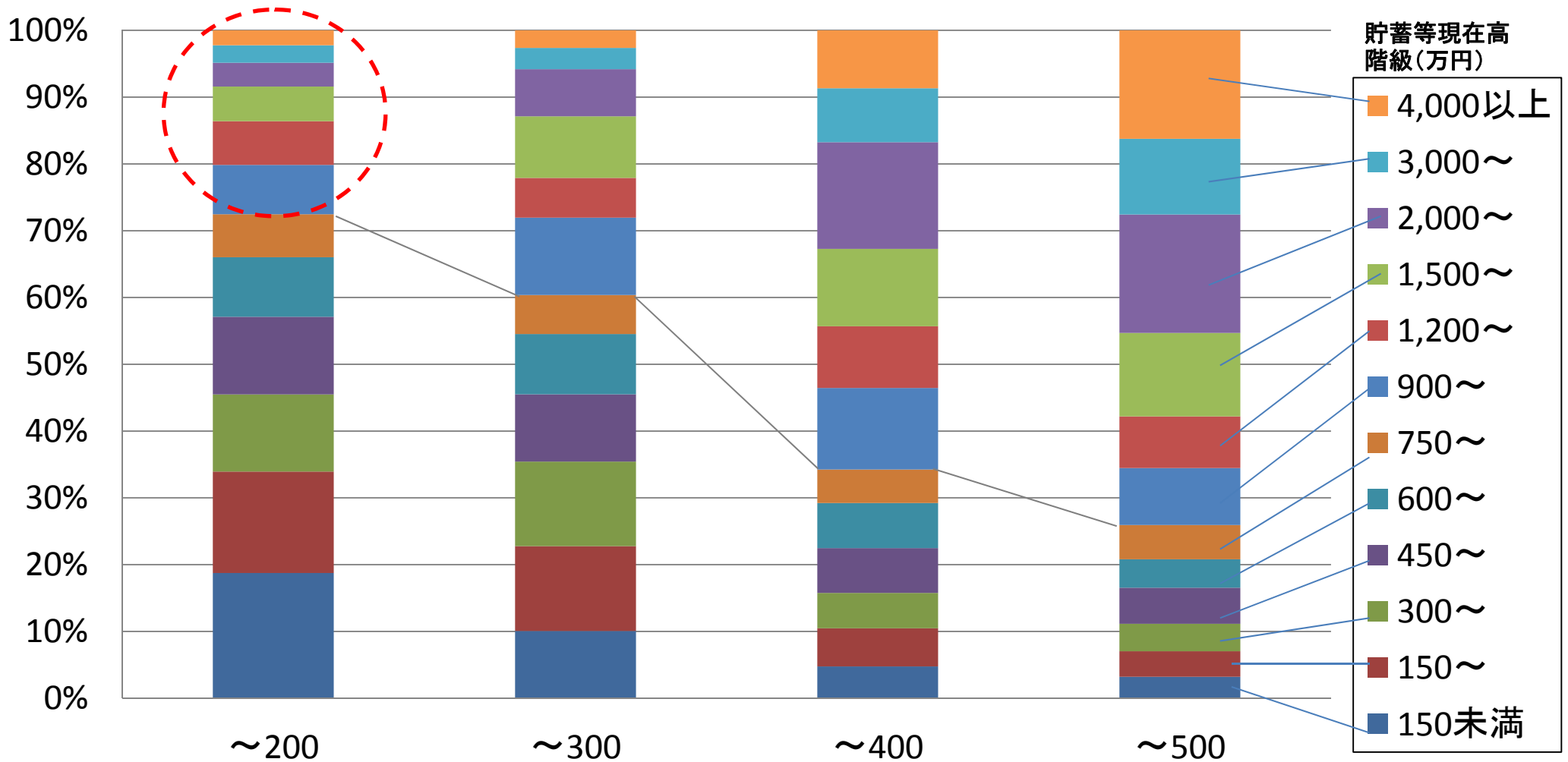
負担軽減の対象となる低所得者

	主な対象者
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
第4段階~	・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者

(参考) 高齢者世帯の資産の状況

(1) 夫婦高齢者世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入200万円未満の世帯で貯蓄等が900万円以上の世帯の占める割合は28%。



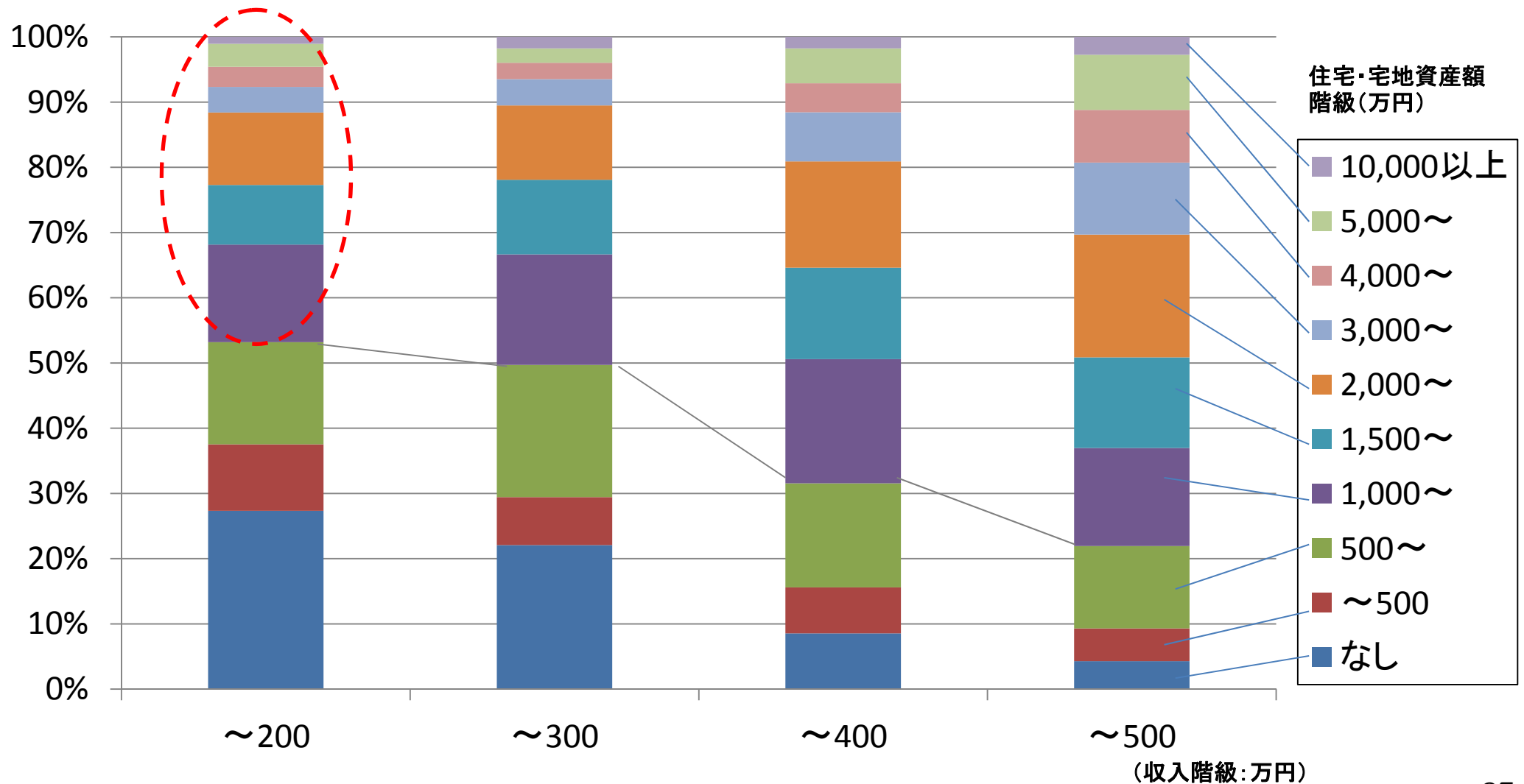
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[出典]平成21年全国消費実態調査

(収入階級:万円)

(2) 夫婦高齢者世帯の収入階級別の住宅・宅地資産額状況

○収入200万円未満の世帯で住宅・宅地資産額が1,000万円以上の世帯の占める割合は47%



(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

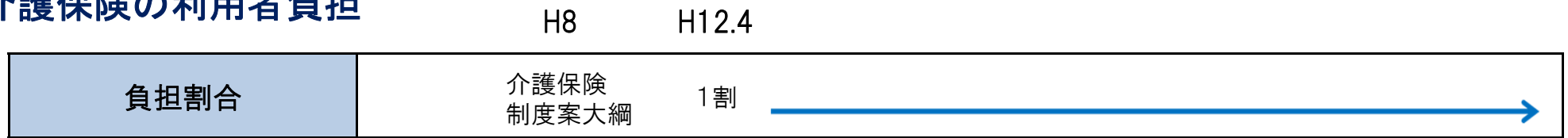
[出典]平成21年全国消費実態調査

介護保険の利用者負担

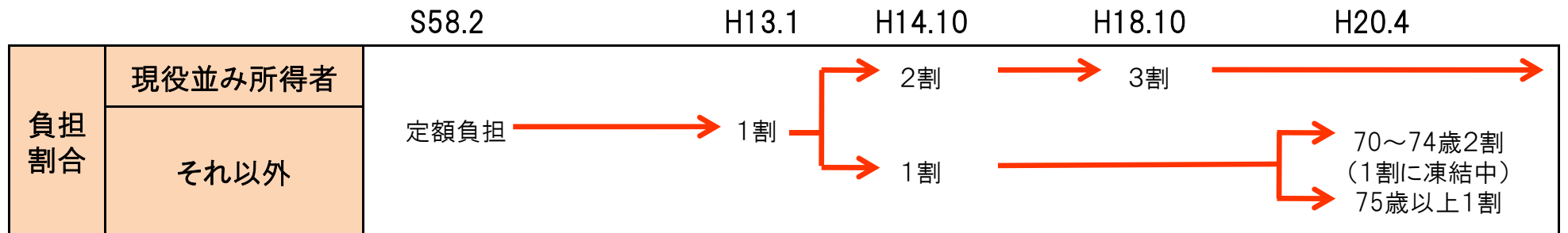
<定率負担の割合>

○ 介護保険の利用者負担は、制度制定以来1割を維持している。

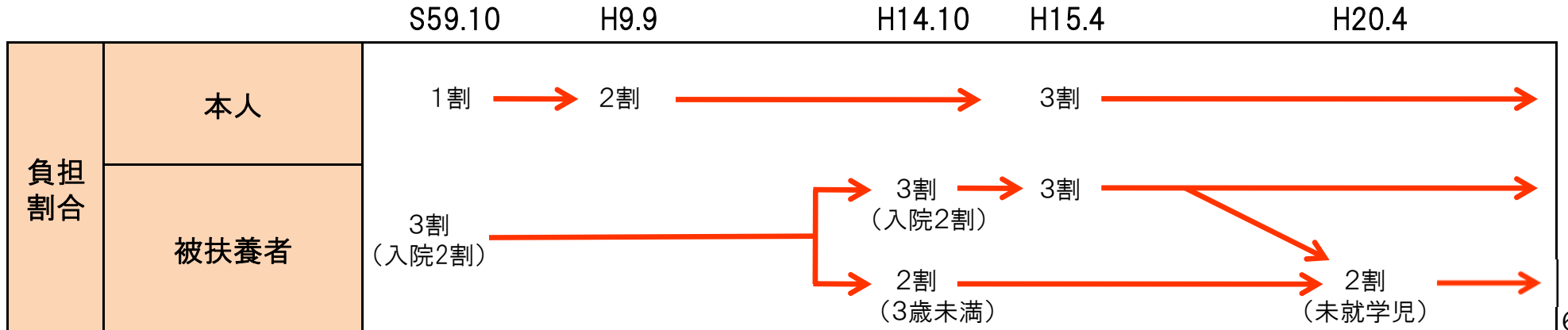
介護保険の利用者負担



医療保険の患者負担(70歳以上の高齢者)



医療保険の患者負担(健康保険、70歳未満)



<負担限度額>

○ 介護保険の高額介護サービス費の負担限度額は、制度創設以来据え置かれている。

介護保険

		H12.4	H17.10
負担 限度 月額	課税世帯	37,200円	→
	非課税世帯	24,600円	→ 24,600円
	年収80万円以下		→ 15,000円
	生活保護受給者	15,000円	→

医療保険(70歳以上の高齢者)

		H13.1	H14.10	H18.10	H20.4
負担 限度 月額 ※	現役並み所得者	37,200円	→ 72,300円+(医療費 -361,500円)×1% <40,200円>	→ 80,100円+(医療費 -267,000円)×1% <44,400円>	→
	一般		→ 40,200円	→ 44,400円	→
	低所得者Ⅱ	24,600円	→		
	低所得者Ⅰ	15,000円	→		

※ <>は、年4回以上利用する多数該当時の金額。

高額介護(介護予防)サービス費の概要

- ・ 月々の介護サービス費の1割の負担額が、世帯合計(又は個人)で負担上限額を超えた場合に、その超えた分を償還給付する制度
- ・ 低所得者(第1～第3段階)については、負担上限額を引き下げて、負担軽減をしている。

所得段階	所得区分	負担上限額(月額)
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で[公的年金等収入金額+合計所得金額]が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	上記のいずれにも該当しない者	世帯37,200円

個人の高額介護(介護予防)サービス費の支給金額

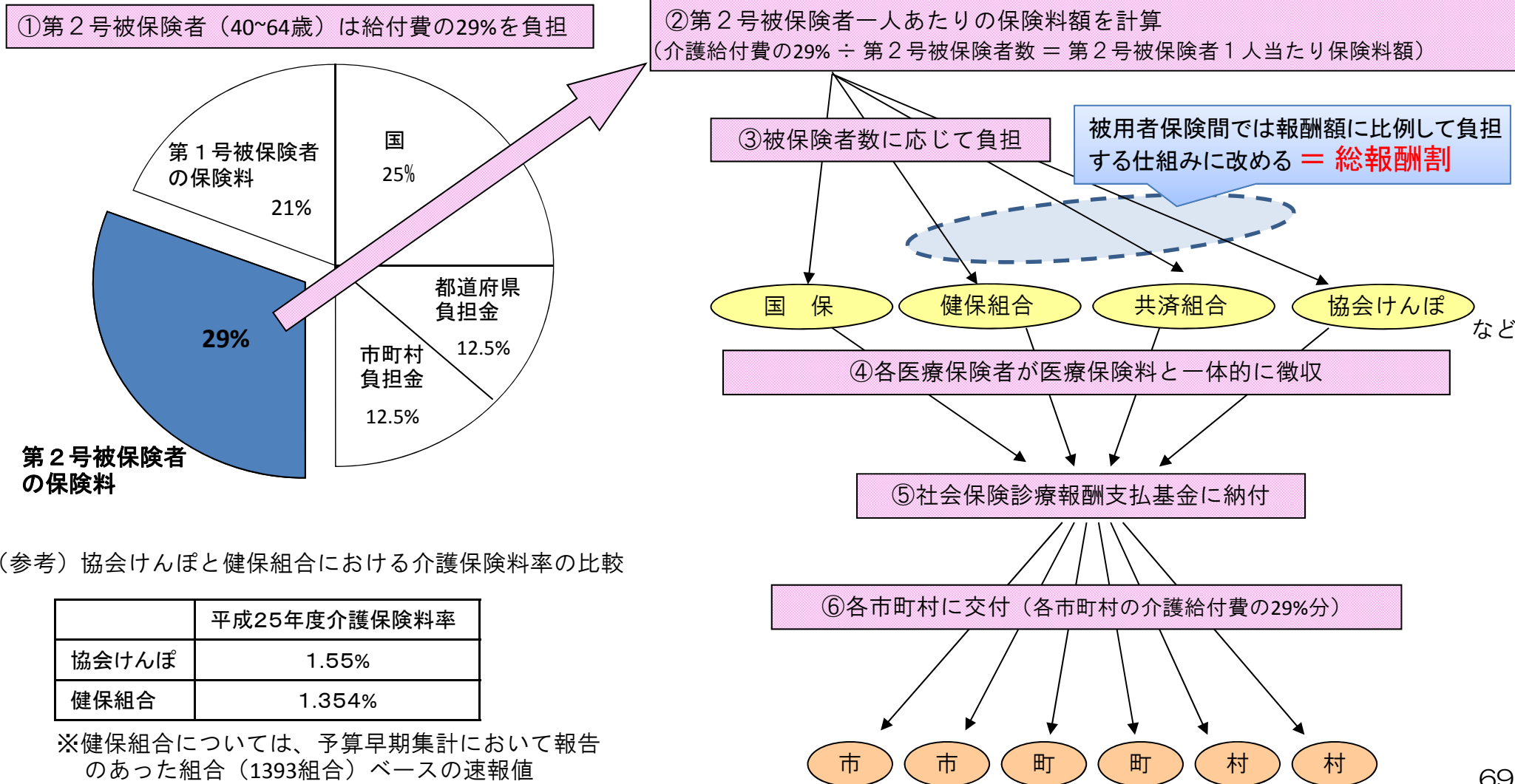
$$= (\text{利用者負担世帯合算額} - \text{世帯の上限額}) \times \frac{\text{個人の利用者負担合算額}}{\text{利用者負担世帯合算額}}$$

※上記計算の結果、個人単位の負担上限額を超える場合は、負担が15,000円になるように適用される。

介護納付金の総報酬割

- 40～64歳が負担する保険料については、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

[介護納付金の仕組み]



(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率の比較

	平成25年度介護保険料率
協会けんぽ	1.55%
健保組合	1.354%

※健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合(1393組合)ベースの速報値

(参考) 介護納付金に総報酬割を導入した場合の負担の変化

(現行制度における第2号被保険者一人当たりで見た負担額と報酬額の比較)

○ 健保組合と協会けんぽの比較

	現行			総報酬割とした場合	
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12 / (B)	報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)x(c)/12
健保組合 (全組合(1,443組合)平均)	4,463円	448万円	1.20%	1.37%	5,104円 【+641円】
協会けんぽ ()は国庫補助がない場合の負担額	3,731円 (4,463円)	303万円	1.48% (1.77%)		3,455円 【-276円】

○ 健保組合内でも、組合によって負担能力は様々

	現行			総報酬割とした場合	
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12 / (B)	報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)x(c)/12
上位10組合平均	4,463円	827万円	0.65%	1.37%	9,427円 【+4,964円】
下位10組合平均		274万円	2.03%		3,127円 【-1,336円】

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

		協会けんぽ	(国費充当後)	健保組合	共済
現行 (加入者割)	納付額	7,316億円	6,116億円	5,885億円	1,928億円
	報酬額に対する負担割合	1.77%	1.48%	1.20%	0.97%
総報酬割 (1/3導入)	納付額	6765億円 (-551億円)	5,965億円 (-151億円)	6,167億円 (+282億円)	2,192億円 (+264億円)
	報酬額に対する負担割合	1.63% (-0.14%)	1.44% (-0.04%)	1.25% (+0.05%)	1.10% (+0.13%)
総報酬割 (全面導入)	納付額	5,663億円		6,730億円 (+845億円)	2,721億円 (+793億円)
		(-1653億円)	(-453億円)		
	報酬額に対する負担割合	1.37%		1.37% (+0.17%)	1.37% (+0.40%)
		(-0.40%)	(-0.11%)		

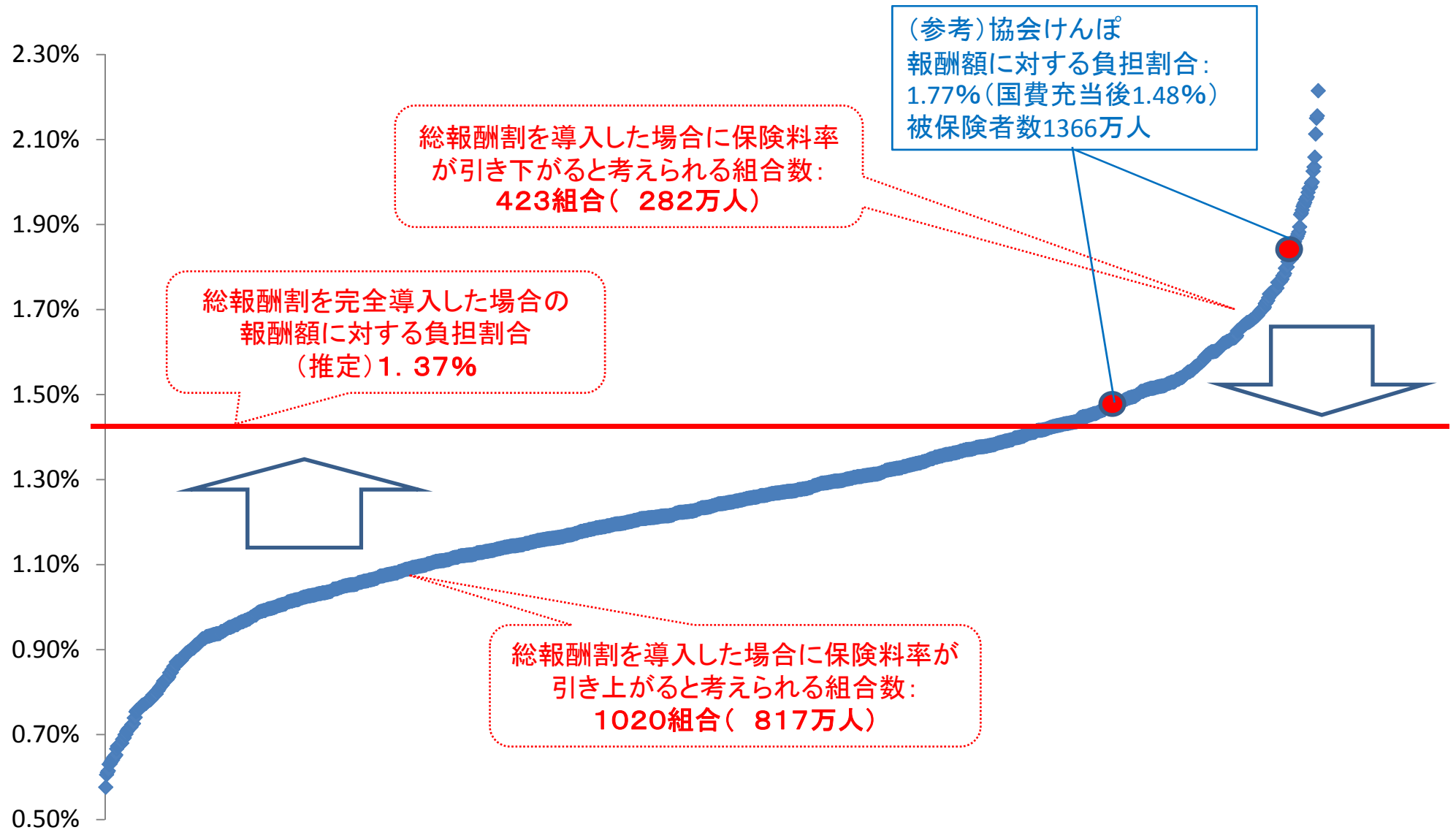
○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	1020組合	84組合
負担減	423組合	1組合

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

(参考) 健保組合の介護保険料率(介護納付金総額／総報酬額)の分布



※ 平成23年度決算見込み額の各健康保険組合の納付金総額を総報酬額で除して推計したものであり、実際の保険料率ではない。

5. 年金制度について

① 基本的な考え方

② 「残された課題」

- ・ マクロ経済スライド
- ・ 支給開始年齢
- ・ 高所得者の年金給付
- ・ 短時間労働者の適用拡大

③ その他

※ 「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（年金分野）（案）」
（平成25年6月3日提出資料）参照

年金関連4法による改革の到達点と残された課題

<到達点>

○平成16年改革による年金財政フレームの完成

長期的な給付と負担を均衡させるための措置として導入された「基礎年金国庫負担割合1/2」「マクロ経済スライド」がいずれも平成16年改革以来未完成状態にあったが、消費税引き上げ財源の充当と年金特例水準の解消により、完成した。

○社会経済状態の変化に対応した社会保障のセーフティネットの強化に着手

雇用基盤の変化や貧困・格差問題などの社会経済状況の変化に対応して、「短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大」や「低所得・低年金高齢者への福祉的給付」などのセーフティネット強化に向けた取組に着手。

<残された課題>

- 長期的な持続可能性をより強固なものとする。
- 社会経済状況の変化に対応したセーフティネット機能を強化する。

(一体改革大綱に記載された検討事項)

- ・ 第3号被保険者制度の見直し
- ・ マクロ経済スライドの検討
- ・ 在職老齢年金の見直し
- ・ 標準報酬上限の見直し
- ・ 支給開始年齢引き上げの検討

(年金機能強化法附則に記載された検討事項)

- ・ 高所得者の年金額の調整
- ・ 国年1号被保険者の出産前後の保険料免除
- ・ 短時間労働者に対する社会保険の適用拡大(施行3年後検討)