



ひと、暮らし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health Labour and Welfare

社会保障の充実・重点化 (参考資料)

平成25年11月15日
田村臨時議員提出資料

(目次)

1. ICTの利活用の拡大による社会保障給付の適正化・効率化 …	P. 2
2. 診療報酬、特に薬価の適正化 ……………	P. 8
3. 医療・介護計画のレビューの活用 ……………	P. 15
4. 地域の実情に応じた医療・介護体制の構築 ……………	P. 19
5. 病床の機能分化・集約促進 ……………	P. 29
6. 雇用保険制度の見直し ……………	P. 39

1 ICTの利活用の拡大による 社会保障給付の適正化・効率化

保険者におけるレセプト・健診情報等の活用方策

① 現状の把握（全体）

・ 医療費分析の実施

各保険者は、他の保険者と比較して現在の特徴を把握し、効果的な保健事業を実施

② 保健事業等における対象者の抽出（個人）

・ 医療機関への受診勧奨

健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず通院していない者等に対し、受診勧奨を行う

・ 重症化予防の実施

レセプトから対象病名の患者を抽出し、投薬状況などから一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、必要な場合に指導を行う

・ 重複・頻回受診者や重複服薬者に対する改善指導

レセプトで把握した被保険者の受診状況や服薬状況を踏まえ、医療機関、保険者等の関係者間で連携した上で、訪問指導などを行い、適正な受診の指導を行う

・ 医療費通知の送付

医療費の実情、健康に対する認識を深めることを目的とし、被保険者・被扶養者に対し医療費を通知

・ 医薬品の差額通知の送付

後発医薬品の使用を促進するため、被保険者・被扶養者に対し差額通知を送付

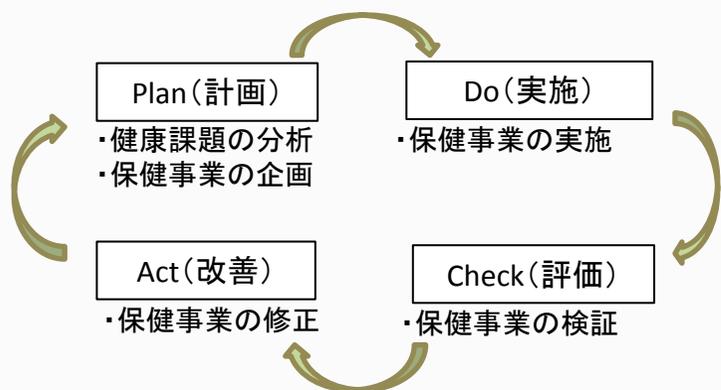
「レセプト等のデータ分析に基づく保健事業(データヘルス)」の推進

○日本再興戦略:(平成25年6月14日 閣議決定)

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針(告示)を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

データヘルス: 医療保険者による、レセプト・健診情報等のデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿って実施する効率的・効果的な保健事業

データヘルス計画: 健保組合等の被用者保険の保険者が策定するデータヘルスを実施するための事業計画



データヘルス計画の特徴

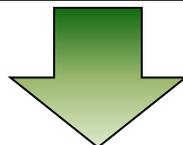
1. PDCAサイクルに沿った事業運営
2. レセプト・健診情報等を活用したデータ分析
 - ① 組合や事業所における全体的な健康状況・受診状況・医療費状況の把握
 - ② 保健事業の効果が高い対象者の抽出
3. 身の丈に応じた保健事業範囲
 - ① 加入者に対する全般的・個別的な情報提供
 - ② 重症化予防
4. 事業主との協働
5. 外部専門事業者の活用
6. アウトカムを重視・効果測定の徹底(データ分析により費用対効果を追求)

平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
データヘルス事例集の作成 改正 保健事業実施指針(告示)の	モデル的「データヘルス計画」作成 (健保組合の一部及び協会けんぽの数支部)	「データヘルス計画」の実施 (第1期の終期は平成29年度)		
	普及・指導事業	(実証事業その他実施準備) モデル的「データヘルス計画」を参考に作成	「データヘルス計画」の実施 (第1期の終期は平成29年度)	
	※平成26年度概算要求 計画作成に係る事業を支援 モデル計画の作成及び説明会・講習会の開催、計画作成にかかる講師の派遣等により支援			

※ 協会けんぽについては別途検討中
 ※ 市町村国保等においても同様の取組を実施

保険者協議会の取り組み

- 医療保険の保険者(以下「保険者」という。)は、これまでも保健事業を行ってきたところであるが、都道府県ごとに健康水準や医療費水準に格差がある中で、都道府県単位で保険者が共通認識を持ち、行政や医療関係者等の協力を得ながら、生活習慣の改善から始める健康づくりの推進等について統合的な対応を行うことが求められている。
- また、生活習慣病対策や、その中でも特に被用者保険の被扶養者等に対する対策については、職域保健・地域保健が連携して取り組む必要がある。



保険者の連携協力を円滑に行うため、都道府県内の保険者を構成員として、都道府県ごとに**保険者協議会**を設置。

《構成員》市町村国保 国保組合 健保組合 共済組合 協会けんぽ 後期高齢者医療広域連合 都道府県
《事務局》国民健康保険団体連合会

- ◇市町村(地域保健)との連携
- ◇医療関係者との連携・協力
- ◇保険者間の物的・人的資源の共同利用
- ◇保険者間の知識・ノウハウの共有
- ◇特定健診等の円滑な実施のための協力

- ◎医療費の分析
- ◎マンパワーの確保(研修の実施)
- ◎ホームページを活用した周知・情報提供
- ◎健診・保健指導の評価・検討
- ◎集合契約による健診・保健指導の体制確立

後期高齢者支援金の加算・減算について

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度については、平成24年度の特定健診・保健指導の結果に基づき、平成25年度から実施(平成24年度の特定健診・保健指導の実績が平成26年の秋頃確定するので、これを踏まえ平成27年4月からの平成25年度の後期高齢者支援金の精算に反映)。
- 平成25年度からの実施状況、関係者の意見に加え、特定保健指導の効果の検証を踏まえ、よりよい仕組みを今後検討。

＜後期高齢者支援金の仕組み＞

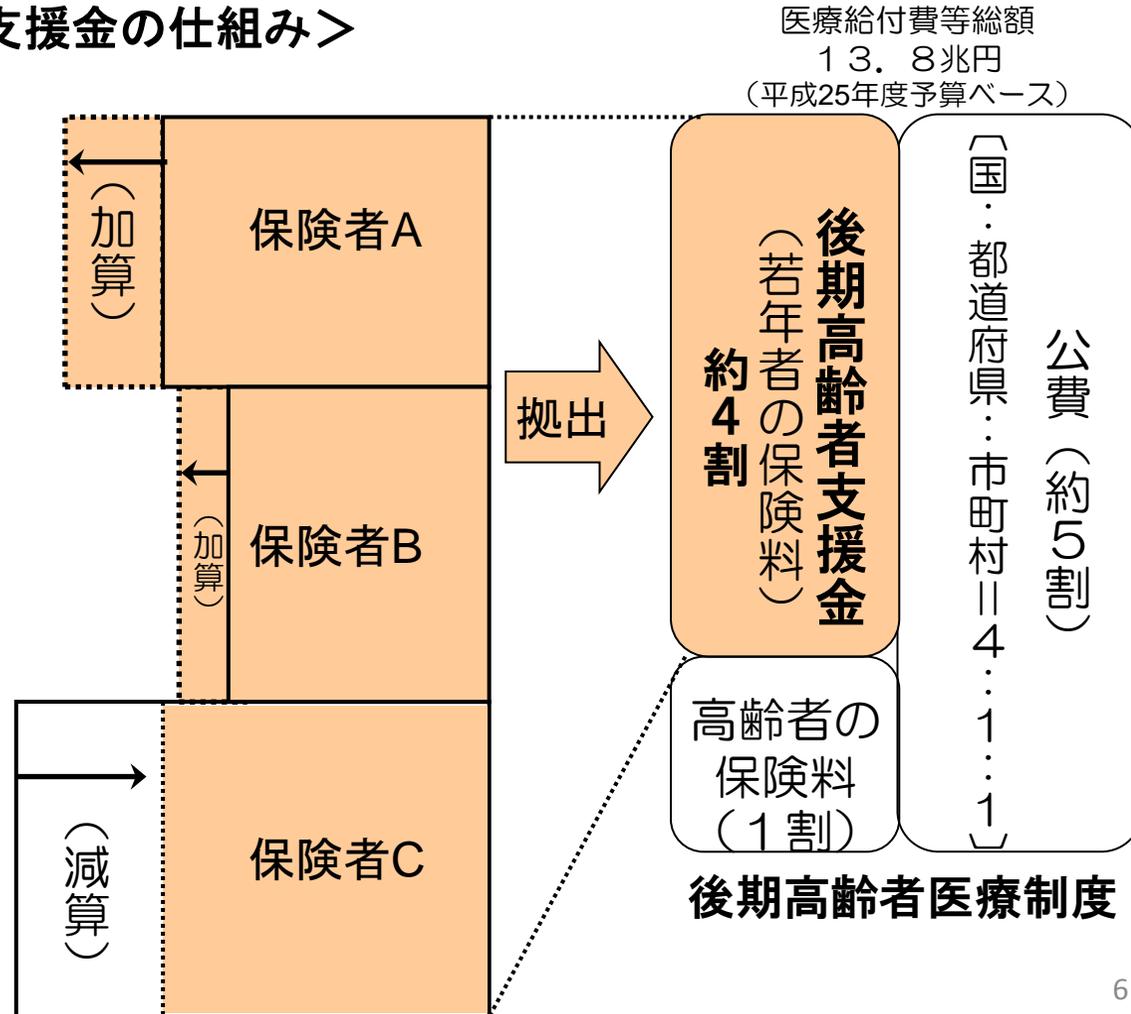
各保険者の特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

＜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
 - 実績の上がっていない保険者
⇒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。



実施スケジュール (2. 健康で安心して快適に生活できる、世界一安全で災害に強い社会)

年度	短期			中期			長期			KPI	
	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年		
(1) 適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現 の展開 ① 効果的・効率的で高品質な医療・介護サービスの提供	医療情報連携ネットワークの全国展開 これまでの実証を通じた成果・課題の洗い出し【総務省、厚生労働省】	低廉かつ安全な標準システムに関する検証・確立(データやシステム仕様の標準化、運用ルールの検討、費用対効果検証等)【総務省、厚生労働省】 患者・個人が自らの医療・健康情報を活用する仕組みの推進【総務省、厚生労働省】			医療情報連携ネットワークの全国的な展開【総務省、厚生労働省】						・導入システムの費用対効果・持続性を踏まえた医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開 ・医療・介護等に係る多様な主体が情報連携を行う仕組みの普及状況
	適切な医療・介護や生活支援サービスの提供 地方自治体に有益な情報を提供(=「見える化」)するために、介護保険総合データベースを含む情報システムの構築・機能強化【厚生労働省】	情報システムの段階的改良による地域包括ケアに関わる多様な主体との連携のための情報発信機能の強化【厚生労働省】 介護サービスの客観的な評価とサービス内容の向上に資する取り組みの推進【厚生労働省】			情報システムの効果を検証しつつ段階的改良による普及発展【厚生労働省】						
ロボット技術等の実証・実用化 これまでの取組を踏まえた課題の洗い出し【総務省】	これまでの実証を通じた成果・課題の洗い出し【総務省、厚生労働省】			地域包括ケアに関わる多様な主体の情報共有・連携の仕組みの確立【総務省、厚生労働省】			成果の推進・普及【総務省、厚生労働省】			・医療・介護等に係る多様な主体が情報連携を行う仕組みの普及状況	
高齢者・障がい者向けサービスの充実 高齢者・障がい者向けの通信・放送サービスの充実や字幕・解説番組等の制作促進を図る取り組みを実施【総務省】	センサーやロボットを医療・介護等に活用するためのプラットフォーム構築【総務省】			センサー技術やロボット技術を活用したサービス創出【総務省】			制度等の見直しを実施しつつ引き続きサービスの充実【総務省】				
② 現役世代からの健康増進等、医療・健康情報等の各種データの活用推進	医療情報データベースの構築 【厚生労働省】			構築システムの利活用拡大 【厚生労働省】						(全体の成果として) ・健康寿命の延伸(または、平均寿命の増加を上回る健康寿命の延伸) ・世界最高水準の健康寿命の維持	
	医療・健康情報等の各種データの活用 レセプト情報等の活用に資するシステム構築(国保データベースシステム・健保組合医療費分析システムなど)【厚生労働省】	保険者におけるレセプト情報等に基づく加入者の健康状況等の把握・分析、データに基づく保健事業の実施、実施促進のための環境整備【厚生労働省、経済産業省】			成果の全国展開【総務省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省】						
国民の健康増進・健康管理に有効な方策の確立 既存取り組みを踏まえた健康増進・健康管理モデルの設計・検討【総務省、厚生労働省、農林水産省】	電子医療情報基盤の機能拡充 【内閣府】			新たなビジネスモデルの創出に向けた取り組みの推進 【内閣府】							

2 診療報酬、特に薬価の抑制

平成22年度、平成24年度の診療報酬改定における重点的な配分

平成22年度改定	平成24年度改定						
ネット +0.19% (700億円)	ネット +0.004% (16億円)						
診療報酬本体 +1.55% (5700億円)	診療報酬本体 +1.379% (5500億円)						
<table border="1"> <tr> <td>医科 +1.74% (4800億円)</td> <td>医科 +1.55% (4700億円)</td> </tr> <tr> <td>歯科 +2.09% (600億円)</td> <td>歯科 +1.70% (500億円)</td> </tr> <tr> <td>調剤 +0.52% (300億円)</td> <td>調剤 +0.46% (300億円)</td> </tr> </table>	医科 +1.74% (4800億円)	医科 +1.55% (4700億円)	歯科 +2.09% (600億円)	歯科 +1.70% (500億円)	調剤 +0.52% (300億円)	調剤 +0.46% (300億円)	
医科 +1.74% (4800億円)	医科 +1.55% (4700億円)						
歯科 +2.09% (600億円)	歯科 +1.70% (500億円)						
調剤 +0.52% (300億円)	調剤 +0.46% (300億円)						
薬価 ▲1.36% (5000億円)	薬価 ▲1.375% (5500億円)						

◇平成22年度改定の重点事項

- ① 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - ・救命救急センターの評価の引上げ
 - ・二次救急医療機関の評価の引上げ
 - ・ハイリスク妊産婦管理の充実
 - ・ハイリスク新生児への集中治療の評価の引上げ 等
- ② 病院勤務医の負担軽減
 - ・医師事務作業補助体制加算の引上げ
 - ・栄養サポートチーム加算の新設 等

◇平成24年度改定の重点事項

- ① 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供する観点から医療従事者の負担軽減
 - ・小児特定集中治療室の評価の新設
 - ・救急患者の転院受入れの評価の引上げ
 - ・薬剤師の病棟業務の評価
 - ・外来緩和ケアチームの評価 等
- ② 医療と介護の役割分担・連携強化、在宅医療等の充実
 - ・在宅療養支援診療所・病院の評価の引上げ
 - ・訪問看護の充実 等

平成 21 年度から 24 年度の軽減効果額について (協会けんぽ)

	通知対象条件	コスト	通知対象者数	軽減効果人数 (切替者数)	医療費全体	
					軽減額／月	軽減額／年※
21 年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 40 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 200 円以上 	約 7.5 億円	約 145.3 万人	約 38 万人 (26.2%)	約 5.8 億円	約 69.6 億円
22 年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 300 円以上 ※ 21 年度送付者は除く 	約 4.7 億円	約 54.9 万人	約 11 万人 (21.5%)	約 1.4 億円	約 16.8 億円
23 年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 300 円以上 ※ 22 年度送付者は除く ※ 1 回目通知で切替なかった者、または、まだ切替が見込める者に対して 2 回目通知を実施。 	約 5.0 億円	【1 回目】(全支部) 約 84 万人	約 20 万人 (23.3%)	約 2.5 億円	約 30.0 億円
			【2 回目】(22 支部) 約 21 万人	約 5.3 万人 (25.4%)	約 0.78 億円	約 9.3 億円
24 年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 【1 回目】医科:400 円以上 調剤:200 円以上 【2 回目】医科:400 円以上 調剤:400 円以上 ※ 23 年度送付者は除く ※ 1 回目通知で切替なかった者、または、まだ切替が見込める者に対して 2 回目通知を実施。 	約 4.8 億円	【1 回目】(全支部) 約 96 万人	約 24 万人 (25.1%)	約 3.1 億円	約 37.2 億円
			【2 回目】(全支部) 約 27 万人	約 6.7 万人 (24.9%)	約 0.9 億円	約 10.8 億円

※ 軽減額／月×12か月(単純推計)

保険薬局の調剤基本料における 後発医薬品調剤体制加算の見直し(1)

現在、後発医薬品調剤体制加算の要件として、後発医薬品の使用割合(数量ベース)が20%以上、25%以上及び30%以上の場合に段階的な加算を適用しているところである。

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が22%以上、30%以上及び35%以上に改めることとし、特に30%以上及び35%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改 定 後																		
<p>【後発医薬品調剤体制加算】(処方せんの受付1回につき)</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量(調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。)のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、上記のとおりであること。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】(処方せんの受付1回につき)</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量(調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。)のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、上記のとおりであること。</p>																		
<table> <tr> <td>1</td> <td>20%以上</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%以上</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30%以上</td> <td>17点</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	2	25%以上	13点	3	30%以上	17点	<table> <tr> <td>1</td> <td>22%以上</td> <td>5点(改)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>30%以上</td> <td>15点(改)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>35%以上</td> <td>19点(改)</td> </tr> </table>	1	22%以上	5点(改)	2	30%以上	15点(改)	3	35%以上	19点(改)
1	20%以上	6点																	
2	25%以上	13点																	
3	30%以上	17点																	
1	22%以上	5点(改)																	
2	30%以上	15点(改)																	
3	35%以上	19点(改)																	

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進①

＜医療機関で後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し＞

医療機関における取組の評価

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、医療機関でも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。

現 行	改 定 後
<p>【後発医薬品使用体制加算】(入院初日)</p> <p>30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】(入院初日)</p> <p>1 (新) <u>後発医薬品使用体制加算1 35点</u></p> <p>2 (改) <u>後発医薬品使用体制加算2 28点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算1 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が<u>3割以上</u>であること。</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算2 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が<u>2割以上3割未満</u>であること。</p>

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進②

＜一般名処方の推進＞

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設する。

現 行	改 定 後
【処方せん料】 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点 2 1以外の場合 68点	【処方せん料】 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点 2 1以外の場合 68点 （新） <u>一般名処方加算 2点</u> <u>（処方せん交付1回）</u> （注を追加） <u>一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</u>

薬局における薬剤情報提供文書を活用した 後発医薬品に係る情報提供の評価

薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書の中で、全ての先発医薬品に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格及び在庫情報）を付加的に提供することを、薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を行う。

現 行	改 定 後
<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p>[算定要件] 患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。 イ～ニ 略</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） <u>41点（改）</u></p> <p>[算定要件] 患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。 イ～ニ 略 <u>ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u></p>

3 医療・介護計画のレビューの活用

医療費適正化計画(概要)

- ◎ 国・都道府県において医療費適正化計画(5年計画)を定め、医療費の伸びを適正化(第1期:平成20~24年度、第2期:平成25~29年度)

<計画に定める事項>

- ・ 医療費の見通しの推計
- ・ 医療費適正化の目標 等

<第2期の目標> ※都道府県における目標設定は任意

- ・ 国民の健康の保持の推進: 特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45%【平成29年度】
メタボリックシンドローム該当者・予備群25%以上減(20年度比)【平成29年度】
- ・ 医療の効率的な提供の推進: 平均在院日数の短縮、後発医薬品の使用促進

- ◎ 第一期医療費適正化計画の実績評価については、都道府県が本年12月までに都道府県医療費適正化計画に関する評価及び国への報告を行い、これを踏まえ、国において、来年3月までに各都道府県計画及び全国計画の評価を実施することとしている。

国

共同作業

都道府県

- 医療費適正化基本方針・全国医療費適正化計画を作成
- 都道府県における医療費分析、事業実施への支援
・データ・事例等の情報提供、助成 等
- 全国計画の中間評価、実績評価の実施
- 医療費適正化のための調査・分析

- 都道府県医療費適正化計画を作成
- 住民の健康の保持の推進
・保険者(保健事業等)や市町村の支援
- 医療の効率的な提供の推進
・医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
・後発医薬品の使用促進に関する連携促進
- 各都道府県計画の中間評価、実績の評価の実施
- 診療報酬に関する意見を提出することができる

- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等

保険者

- 保険者に、40-74歳の加入者に対して、内蔵脂肪型肥満に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施を義務付け

都道府県医療費適正化計画の位置づけの見直し

地域主権改革による考え方

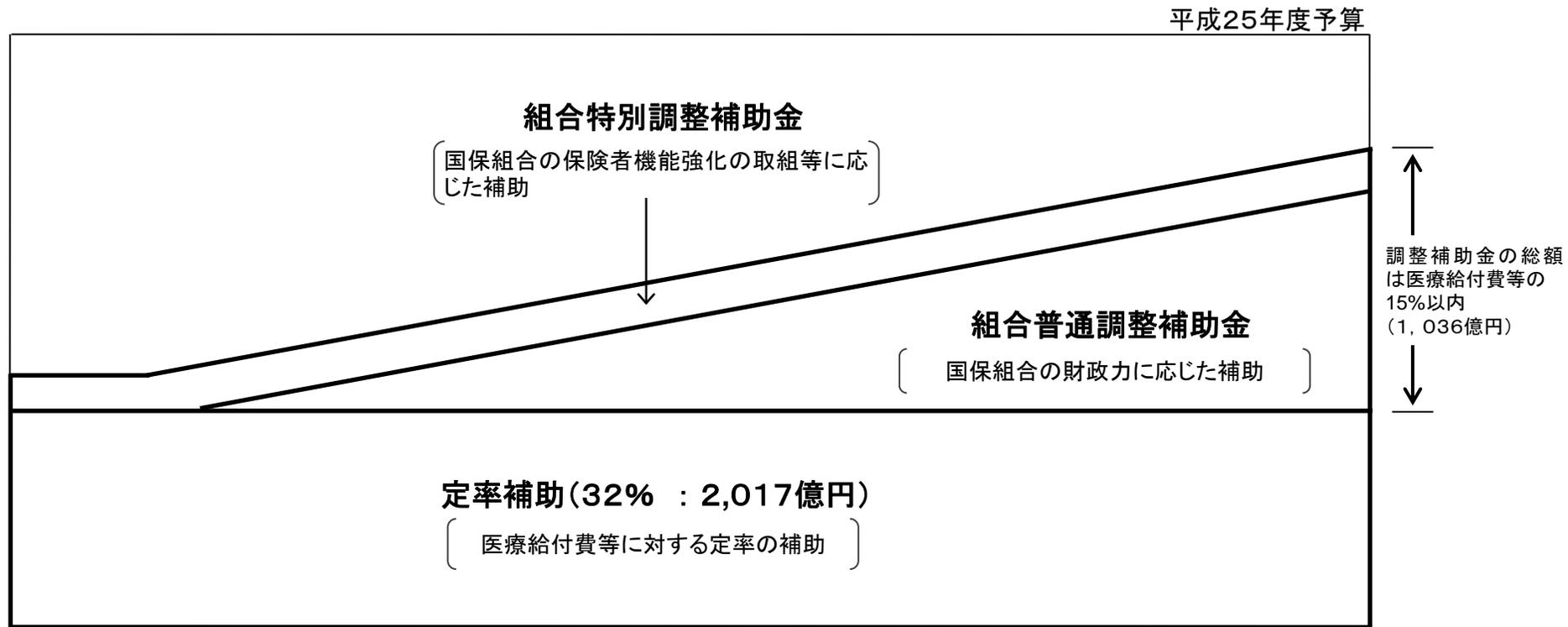
- 平成23年8月に成立した「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(平成23年法律第105号)において、政府全体の方針の一環として「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)第9条の都道府県医療費適正化計画の記載事項については、
- ・ 「計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」のみ必須的記載事項とし、
 - ・ これ以外の「住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」や「医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」については、各都道府県が任意的に記載する事項となった。

(参考) 高齢者の医療の確保に関する法律 (昭和五十七年法律第八十号)
(都道府県医療費適正化計画)

- 第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、五年ごとに、五年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。
- 2 都道府県医療費適正化計画においては、医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項を定めるものとする。
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。
- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 三 前二号に掲げる目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
 - 四 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
 - 五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
 - 六 計画の達成状況の評価に関する事項
- 4 都道府県医療費適正化計画は、医療法第三十条の四第一項に規定する医療計画、介護保険法第百十八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画及び健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならない。
- 5 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村に協議しなければならない。
- 6 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に提出するものとする。
- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

※ 地域主権改革の第三次一括法(平成25年6月14日施行)により、進捗状況に関する評価や実績評価についての結果の公表も都道府県の努力義務となった。

国庫補助の交付状況（概要）



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

- 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%）

- 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%。