

年末までの検討項目に係る参考資料

○年末までの検討項目

番号は、経済・財政再生計画改革工程表の項目番号

<医療・介護>

- ②介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換

<医療>

- ③入院時の光熱水費負担の見直し
- ⑨かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入
- ⑳()高額療養費(月額負担上限)の見直し
- ㉒金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大
- ㉔()スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方

<介護>

- ⑰地域差分を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化・給付費の適正化に向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討
- ⑳()高額介護サービス費(月額負担上限)の見直し
- ㉑()介護保険の利用者負担の在り方
- ㉒()介護納付金の総報酬割
- ㉔()軽度者に対する生活援助サービス等の在り方

設置の趣旨

「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1未満の病床」については、平成29年度末にその設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。

こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置する。

委員

（◎は部会長、○は部会長代理）

- | | | | |
|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|
| ・阿部 泰久 | （日本経済団体連合会参与） | ・白川 修二 | （健康保険組合連合会副会長・専務理事） |
| ・荒井 正吾 | （全国知事会 / 奈良県知事） | ・鈴木 邦彦 | （日本医師会常任理事） |
| ・市原 俊男 | （高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事） | ・鈴木 森夫 | （認知症の人と家族の会常任理事） |
| ・井上 由起子 | （日本社会事業大学専門職大学院教授） | ・瀬戸 雅嗣 | （全国老人福祉施設協議会副会長） |
| ・井上 由美子 | （高齢社会をよくする女性の会理事） | ・武久 洋三 | （日本慢性期医療協会会長） |
| ・岩田 利雄 | （全国町村会 / 東庄町長） | ・田中 滋 | （慶應義塾大学名誉教授） |
| ・岩村 正彦 | （東京大学大学院法学政治学研究科教授） | ・土居 文朗 | （慶應義塾大学経済学部教授） |
| ◎ 遠藤 久夫 | （学習院大学経済学部教授） | ○ 永井 良三 | （自治医科大学学長） |
| ・遠藤 秀樹 | （日本歯科医師会常務理事） | ・西澤 寛俊 | （全日本病院協会会長） |
| ・岡崎 誠也 | （全国市長会 / 高知市長） | ・東 憲太郎 | （全国老人保健施設協会会長） |
| ・加納 繁照 | （日本医療法人協会会長） | ・平川 則男 | （日本労働組合総連合会総合政策局長） |
| ・亀井 利克 | （三重県国民健康保険団体連合会理事長 / 名張市長） | ・松本 隆利 | （日本病院会理事） |
| ・川上 純一 | （日本薬剤師会常務理事） | ・見元 伊津子 | （日本精神科病院協会理事） |
| ・小林 剛 | （全国健康保険協会理事長） | ・横尾 俊彦 | （全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長） |
| ・齋藤 訓子 | （日本看護協会常任理事） | ・吉岡 充 | （全国抑制廃止研究会理事長） |
| ・柴口 里則 | （日本介護支援専門員協会副会長） | | |

開催実績

- 第1回：平成28年6月1日（検討会の整理案の報告）
- 第2回：平成28年6月22日（関係者ヒアリング）
- 第3回：日程調整中

スケジュール

具体的な制度設計について検討を進め、年内のとりまとめを目指す。
 なお、検討状況・結果については、関係部会に報告することとし、それぞれの制度改革との整合性を図るものとする。

**医療機関
(医療療養病床
20対1)**

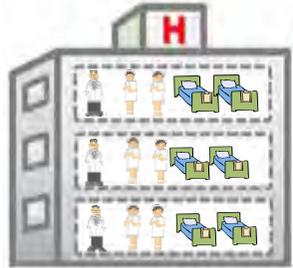
医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

**医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設**

〔医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。〕

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2) 医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



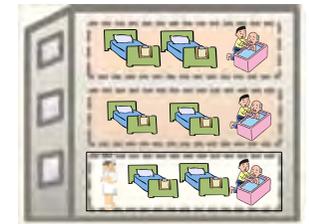
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



診療所等

- 医療は外部の病院・診療所から提供
- 多様な介護ニーズに対応

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について
平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会において議論。**

新たな類型の整理案について

医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージ

要介護度や年齢が高い者が多い

80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める

平均在院日数が長く、死亡退院が多い

医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院

一定程度の医療が必要

医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低い、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備
（『住まい』の機能を満たす）

経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

医療機能を内包した施設類型（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型

医療機能の集約化等により、医療療養病床(20対1)や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。

(参考) 医療療養病床と介護療養病床の現状

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度未 まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度未 まで経過的に6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度未 まで経過的に6対1が認められている。)	
	介護職員			6対1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約13.7万床(1)	約7.6万床(1)	約6.1万床(2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、 その他

(1) 施設基準届出(平成26年7月1日現在)

(2) 病院報告(平成27年8月分概数)

(3) 療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

(注) 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分 (医療区分、以外の者)	医療区分、 (スモン、筋ジス等)
<p>640円 保険給付 280円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注) 別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p>	<p>554円 保険給付 94円 自己負担 (食料費、調理費) 460円</p>	<p>554円 保険給付 194円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> <p>398円 保険給付 78円 自己負担 (光熱水費) 320円</p>

(参考) 介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担

一般所得者 (介護保険の給付なし)	低所得者 (介護保険の補足給付あり)
<p>1380円 全額自己負担 金額は施設との契約による</p>	<p>1380円 補足給付 730円 自己負担 650円 自己負担 370円</p>

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日)

上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(注)平成27年国保法等改正により、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。ただし、難病・小児慢性特定疾病患者等は、1食260円で据え置き。

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1日) (居住費:1日)

介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者等は負担額を据え置く。

<平成27年度以前>		<平成28年度>		<平成30年度>	
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)
一般所得	260円	一般所得	360円	一般所得	460円
低所得 (住民税非課税)	210円				
低所得 (住民税非課税で 一定所得以下)	100円				

低所得者は、引き上げない。(据え置き)

(対象者数 約70万人)

(食材費) (食材費+調理費)

難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費における標準負担額

③

- 入院時の食事代については、一般病床・精神病床等、65歳未満の療養病床、65歳以上の療養病床のうち医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者（一般所得）について、1食260円の自己負担であったが、平成27年国保法等改正により、低所得者及び難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引き上げられる。
- 入院時の居住費については、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設との負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の者を対象に、一日320円の自己負担を求めている。
- ただし、療養病床の医療区分ⅡⅢの者については、医療度の必要性が高いことを踏まえ、居住費負担を求めている。

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分	医療区分	
65歳未満	一般所得	食費460円/食 (H30.4~)		
	低所得	食費210円/食 (注1)		
65歳以上	一般所得	食費460円/食 (注2) 居住費320円/日	食費460円/食 (H30.4~) 居住費0円	食費460円/食 (H30.4~)
	低所得	食費210円/食 (注1) 居住費320円/日	食費210円/食 居住費0円	食費210円/食 (注1)
	低所得 (70歳以上のみ)	食費130円/食 (注3) 居住費320円/日 (注3)	食費100円/食 居住費0円	食費100円/食

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 老齢福祉年金を受給している場合は、一食100円、居住費0円

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立

- 地域のかかりつけ医が、患者の状態や価値観も踏まえ、適切な医療を円滑に受けられるようサポート。

現状と課題

○かかりつけ医の定義

- ・「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」
(日医・四病協の合同提言(H25.8)より)

○診療報酬での評価

- ・平成26年度改定において、複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療を行うこと評価する「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新たに創設。

地域包括診療料122か所、地域包括診療加算6,536か所(H26.7)
利用者数:計約119万人(H26.5現在)

○患者負担の在り方

- ・患者負担は原則3割である中で、患者にかかりつけ医の受診を促すための方策が課題

○総合診療専門医の養成

- ・総合的な診療能力を有する医師を、「総合診療専門医」として新たな専門医に位置づけ、平成29年度以降に養成を開始。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人:69.4%
(平成23年健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査報告書」より)

今後の対応方針・スケジュール

○かかりつけ医普及促進のためのモデル事業の実施を中心とした総合的な診療を行うかかりつけ医普及促進のための方策

- [27年度]28年度予算に、かかりつけ医の業務の実態把握、効果検証等を行う調査研究事業を計上。
- [28年度~]調査研究事業を実施しつつ更なる取組を検討。

○診療報酬での評価

- [28年度改定]かかりつけ医機能の更なる強化を中医協で検討
- [30年度改定]引き続き、中医協で検討

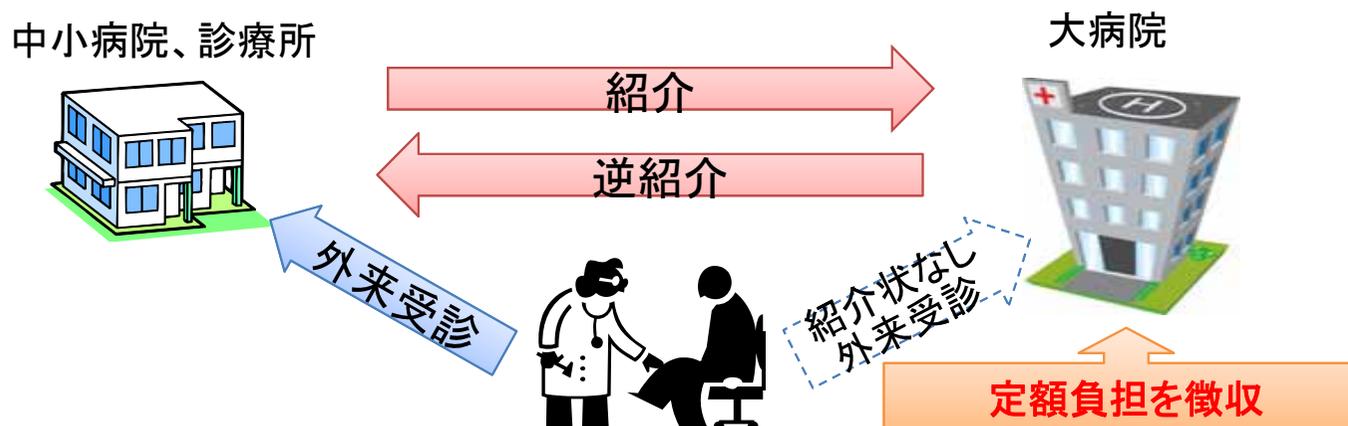
○患者負担の在り方の検討

- [28年度]紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入
- [29年度以降]上記の効果を踏まえつつ、関係者の意見を聞きながら検討

○総合診療専門医の養成支援

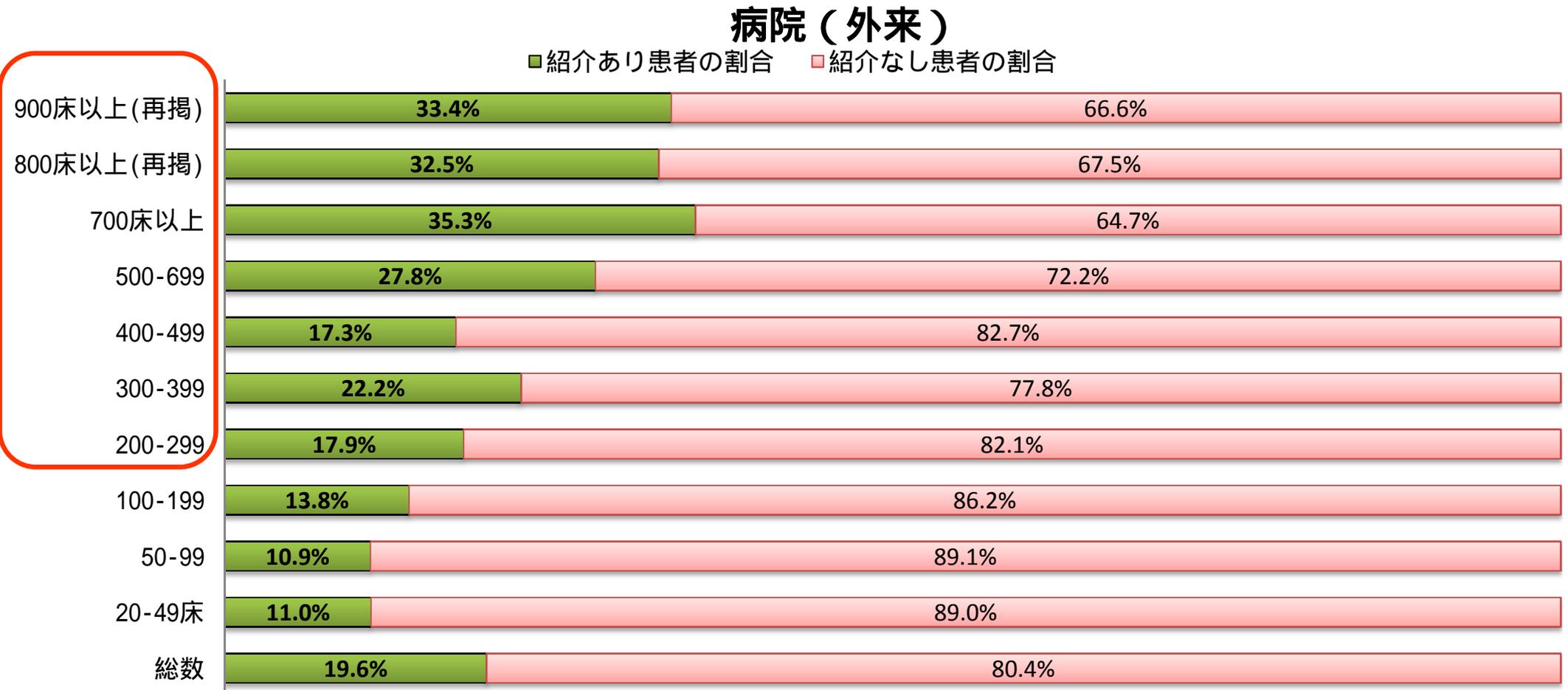
- [28年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を計上
- [29年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を引き続き支援するための予算を検討

- 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。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



病床規模別の紹介率の状況

病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。



紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

介護費用の構造と要素

- 介護費用は様々な要因によって変動するため、介護費用を構成する要素に分けて分析することが有効である。
- 介護サービス費用を構成する要素は、大きく以下の通りである。

施設サービス: 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、地域密着型介護老人福祉施設

居住系サービス: 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

在宅サービス: 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、特定福祉用具販売、住宅改修、居宅介護支援、介護予防支援、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、

介護費用(1月当たり)

$$= \text{①-1 施設サービス費用} + \text{①-2 居住系サービス費用} + \text{①-3 在宅サービス費用}$$

①サービス費用

=

②サービス受給者数

×

サービス利用者1人1月当たり費用

②サービス受給者数

=

③認定者数

×

サービス受給率

③認定者数

=

第1号被保険者数

×

要支援・要介護認定率

構成要素である「要支援・要介護認定率」「受給率」「サービス利用者1人1月当たり費用」及び「施設・居住系と在宅サービスのバランス」に着目して介護費用の地域差分析を行う

地域差を生じる要素と分析の視点

要支援・要介護認定率

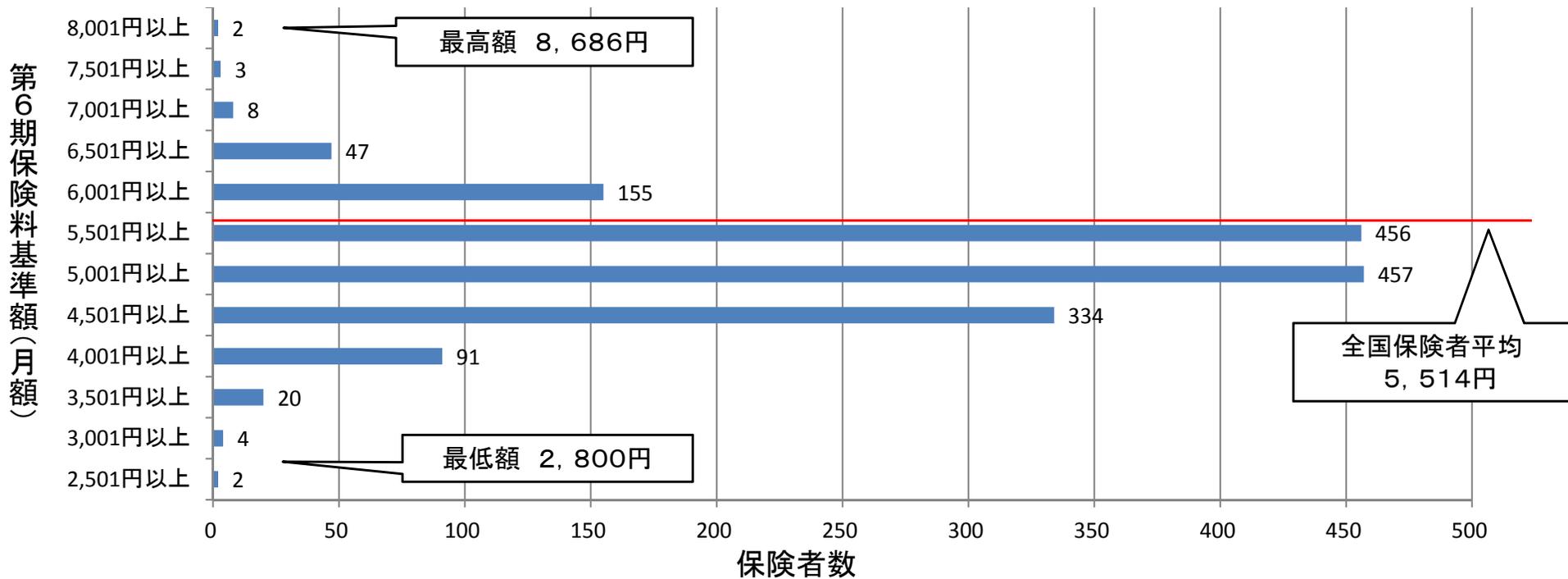
サービス受給率

サービス利用者1人1月当たり費用

- 第1号被保険者(65歳以上人口)のうち介護サービスを利用する可能性がある高齢者(要支援・要介護者)の割合に他の保険者と乖離があれば、介護予防等の取組の観点から分析する。

- 要支援・要介護者が利用しているサービスを「受給している高齢者の割合(サービス受給率)」の観点から見ることで、どのサービスの受給者に地域差があるかを分析する。
- 「受給しているサービスの単価(サービス利用者1人1月当たり費用)」の観点から見ることで、サービスの利用のされ方(日数・回数等)に地域差があるかを分析する。

第6期保険料基準額（月額）の保険者分布



保険料基準額高額保険者

保険料基準額低額保険者

保険者名(都道府県名)	第6期基準額(月額)
天川村(奈良県)	8,686
飯舘村(福島県)	8,003
黒滝村(奈良県)	7,800
美咲町(岡山県)	
双葉町(福島県)	7,528
三島町(福島県)	7,500
大熊町(福島県)	
葛尾村(福島県)	7,450
三戸町(青森県)	
瀬戸内町(鹿児島県)	7,300

保険者名(都道府県名)	第6期基準額(月額)
三島村(鹿児島県)	2,800
音威子府村(北海道)	3,000
中札内村(北海道)	3,100
檜枝岐村(福島県)	3,340
興部町(北海道)	3,500
平取町(北海道)	
登別市(北海道)	3,700
奥尻町(北海道)	
遠軽町(北海道)	
四街道市(千葉県)	

保険者機能の強化 ~ 介護予防の横展開 ~

高齢者の自立支援・介護予防に取り組む先進的な保険者の取組の全国展開

高齢化が進展する中で、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減に向けた保険者の取組を一層加速化することが必要

市町村による取組の好事例

例) 和光市

介護予防への重点的な取組により、要支援者の状態が改善

保険者のリーダーシップ

地域のニーズ把握

保険者主導の多職種連携

ケアマネジャー、PT、OT、管理栄養士等の多職種が集まり、個別のケアプランを地域ケア会議で検討、等々



都道府県による普及展開の好事例

例) 大分県

県の主導により市町村の取組をリード

県のリーダーシップ

先進地からの講師派遣・研修

専門職能団体等との連携

全国展開のポイント

保険者のリーダーシップ



実態把握・分析・課題抽出

ノウハウの共有、人材育成

専門職能団体等との連携



住民の意識向上

全国展開に向けて必要となるポイント抽出

市町村・都道府県・国・民間の協働により全国展開を推進

全国展開に向けた取組

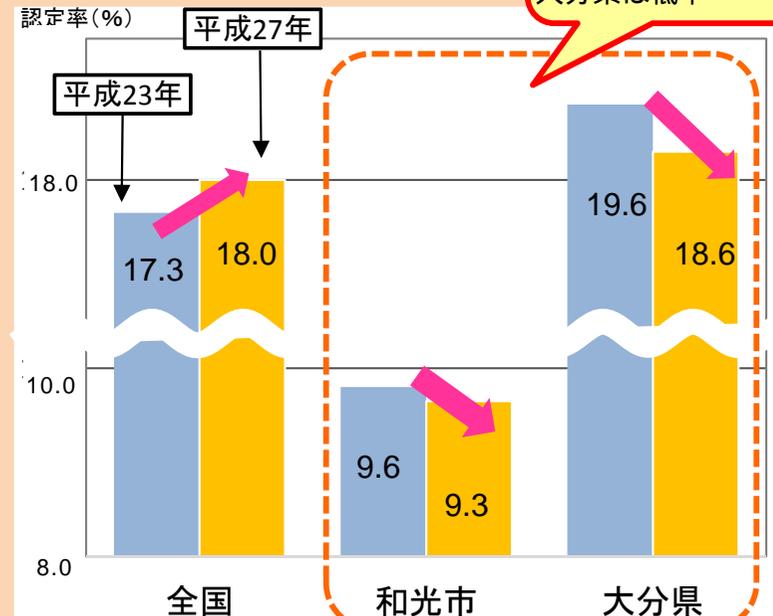
市町村の保険者機能の抜本強化策について、次期制度改正に向けて検討するとともに、可能な限り前倒し

【検討事項の例】

- 要介護度、介護費等の分析と課題抽出
- 具体的な数値目標の設定・達成度の評価
- 市町村の取組へのインセンティブ付け 等

(例)要介護認定率の比較分析

全国平均の認定率は4年間で上昇しているものの、和光市・大分県は低下



高額療養費制度、後期高齢者の窓口負担の在り方の検討

- 骨太方針2015等を踏まえ、医療保険部会等で関係者の意見を聞きながら検討。
- なお、患者の負担増に国民の理解が得られるか、必要な医療が確保されるか等の課題に留意が必要。

○ 70～74歳の窓口負担について、平成26年4月から、以下の見直しを実施中。

- ・平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。
※70歳になる月の翌月の診療から2割負担
- ・低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。

○ 高額療養費制度について、平成27年1月から、負担能力に応じた負担とする観点で、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定。

見直し前	見直し後
上位所得者 年収約770万円～	年収約1,160万円～
一般所得者(上位所得者・低所得者以外)	年収約770～約1,160万円
住民税非課税	年収約370～約770万円 ～年収約370万円
	住民税非課税

- 医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、医療費に占める自己負担の割合は高齢者の方が低い。
- 他方、収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

年齢(負担割合)	医療費に占める自己負担の割合	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	8.1%	4.3%
70～74歳 ¹	法定2割 (現役並み所得3割)	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)	7.7%
65～69歳(3割)	21.1%	3.8%
20～64歳(3割)	22.3%	1.4%

1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

高額療養費制度の概要

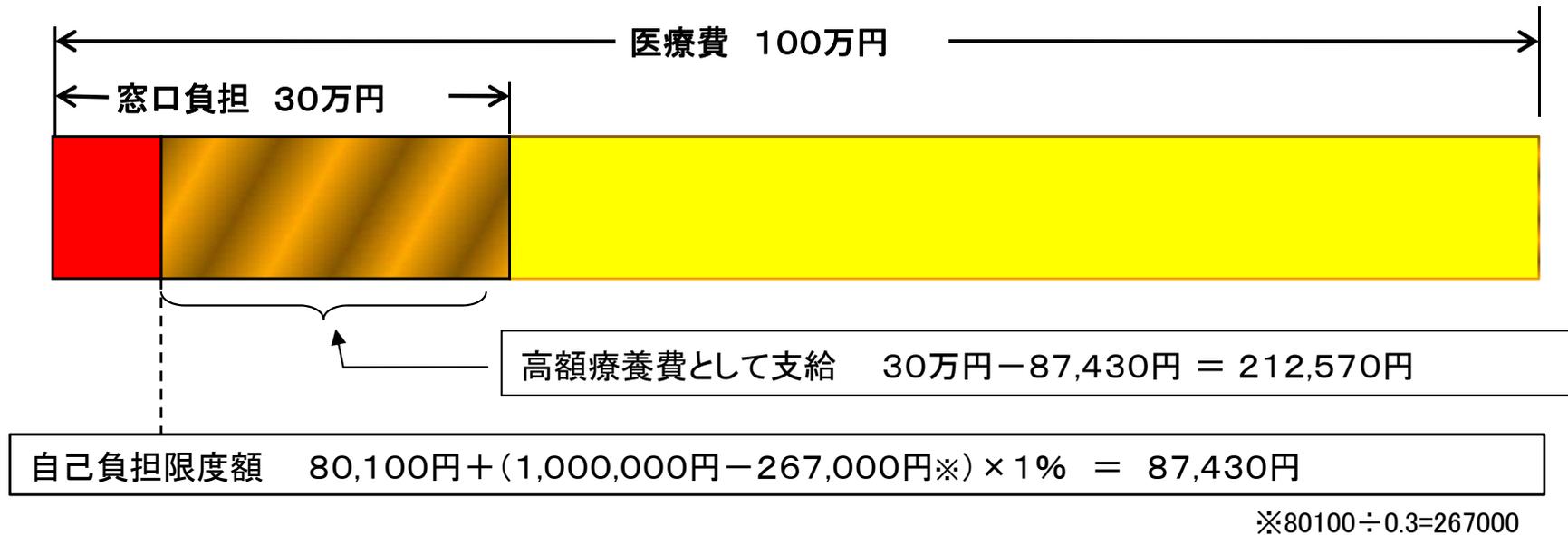
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。

(※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。

高額療養費制度の見直し（平成27年1月施行）

1. 見直しの趣旨

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、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直しの内容

(見直し前)

(見直し後)

年齢区分	窓口負担割合		月単位の上限額 (円)	
	窓内	外来	窓内	外来
70歳未満	上位所得者 (年収約770万円～) 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超		150,000 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数回該当：83,400>	
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) 3人世帯(給与所得者/夫婦子1人の場合： 年収約210万～約770万円)		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳～74歳	3割	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	外来
		一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(1) 国保：課税所得145万円未満(1)	44,400	44,400
	2割 (3)	住民税非課税	24,600	
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000	
75歳～	3割	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	外来
		一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(1)	44,400	44,400
	1割	住民税非課税	24,600	
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000	

年齢区分	窓口負担割合		月単位の上限額 (円)	
	窓内	外来	窓内	外来
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超		252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	約1,330万人
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	約4,060万人
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>		
70歳～74歳	3割	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	外来
		一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(1) 国保：課税所得145万円未満(1)(2)	44,400	44,400
	2割 (3)	住民税非課税	24,600	
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000	
75歳～	3割	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	外来
		一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(1)	44,400	44,400
	1割	住民税非課税	24,600	
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000	

1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。 2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。 3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。 (注)75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

高齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

		自己負担限度額(1月当たり)	
		外来(個人ごと)	
現役並み所得者		44,400円()	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 多数回該当 44,400円 ()
一般		12,000円()	44,400円()
低所得者	住民税非課税	8,000円()	24,600円()
	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円()

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

所得区分要件・限度額設定の考え方

現役並み所得者については、現役世代との負担の均衡を踏まえ、70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定。

一般の者については、高齢者には長期入院が多いこと等を踏まえ、70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定。

70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定。

平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き。

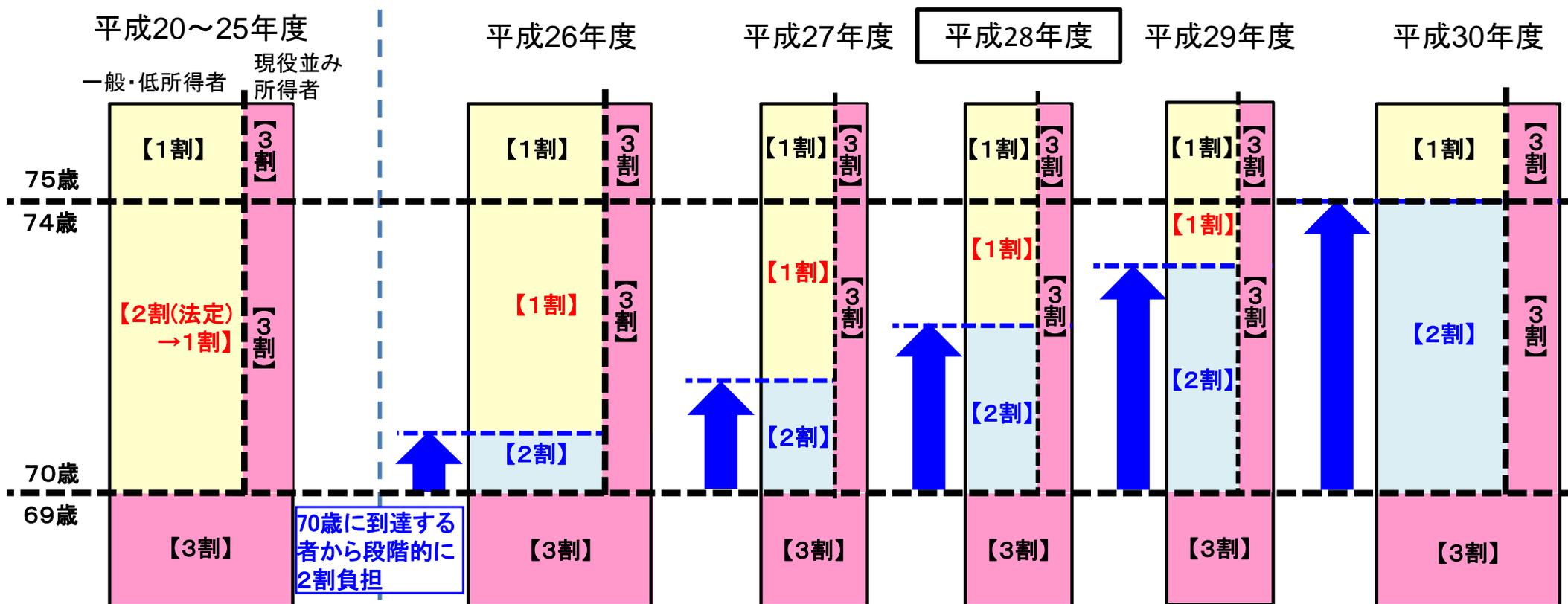
現役並み所得者の外来の限度額は、一般の自己負担限度額と同額に設定。

一般の外来限度額は、患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準に設定。

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

平成28年5月26日
第95回 社会保障審議会
医療保険部会資料より

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。※70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続する。
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。
- 平成28年度予算 1,146億円
(参考)平成27年度予算 1,433億円、平成26年度予算1,806億円、平成25年度分予算1,898億円

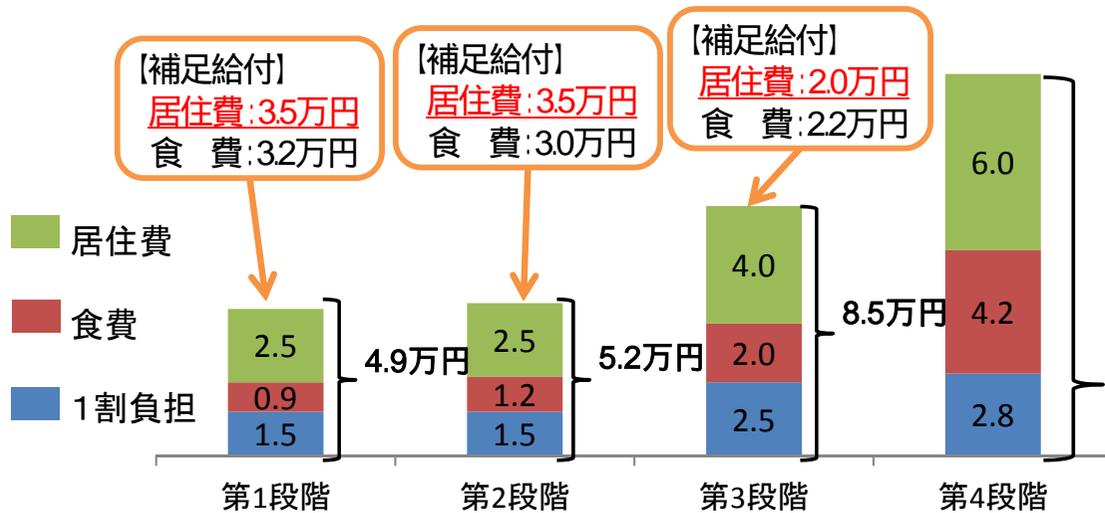


※ 現役並み所得者・・・国保世帯:課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険:標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者
(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合(平成27年1月以降、新たに70歳となる被保険者の属する国保世帯に限る。))は除く

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担>

ユニット型個室の例



負担軽減の対象

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
第4段階 ~	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

(※)認定者数:113万人、給付費:3185億円[平成25年度]

<要件の見直し>

①預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)がある場合には、対象外。本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける

②配偶者の所得

施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

③非課税年金収入

補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入	医師の診断・処方せんに基づき使用
使用における特徴		一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。	医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	（右のような注意事項はない）	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。 血液像、肝機能、腎機能等に注意。 など
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

）市販薬（一般用医薬品）とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているもの（要指導医薬品を除く。）をいう。」（医薬品医療機器法第4条）

）医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」（平成26年11月21日付け薬食発1121第2号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2)）

ビタミン剤・うがい薬・湿布薬に関する 診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」、「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」及び「湿布薬の適正給付」について、対応を行っている。

H24年度診療報酬改定

すべてのビタミン剤について単なる栄養補給目的での投与は医療保険の対象外とした

ビタミン剤については、

当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき

を除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

治療目的でない場合のうがい薬だけの処方については、医療保険の対象外とした

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

H28年度診療報酬改定

湿布薬について1処方につき原則70枚の処方制限を行うこととした

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

- これまでも、行政改革推進会議等から、いわゆる市販品類似薬を保険給付外とすることや自己負担化することについて指摘がなされている。
- 厚生労働省として、関係審議会において議論を求めたが、以下のような理由から慎重な意見が多かった。
(社会保障審議会医療保険部会 平成21年11～12月、平成22年12月、平成23年12月)
 - 市販品類似薬を保険給付外とした場合、それらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになり、この点の理解を得る必要があること。
 - 市販品類似薬には、市販品と異なる重篤な疾患の適応を有するものがあること。
 - 市販品類似薬を保険給付外とすることで、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇するなどの問題があること。
 - 市販品類似薬であるという理由で保険給付外とすることで、かえってより高額な薬剤が使用される可能性があること。

高額介護（介護予防）サービス費

②④()

月々の介護サービス費の1割の負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

所得段階	所得区分	上限額
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	○第1～3段階及び第5段階に該当しない者	世帯37,200円
第5段階	○世帯内の第1号被保険者の課税所得が145万円であり、かつ、世帯内の第1号被保険者の収入が合計520万円（第1号被保険者が1人のみ場合は383万円）未満である場合	世帯44,400円

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

(利用者負担世帯合算額－世帯の上限額)

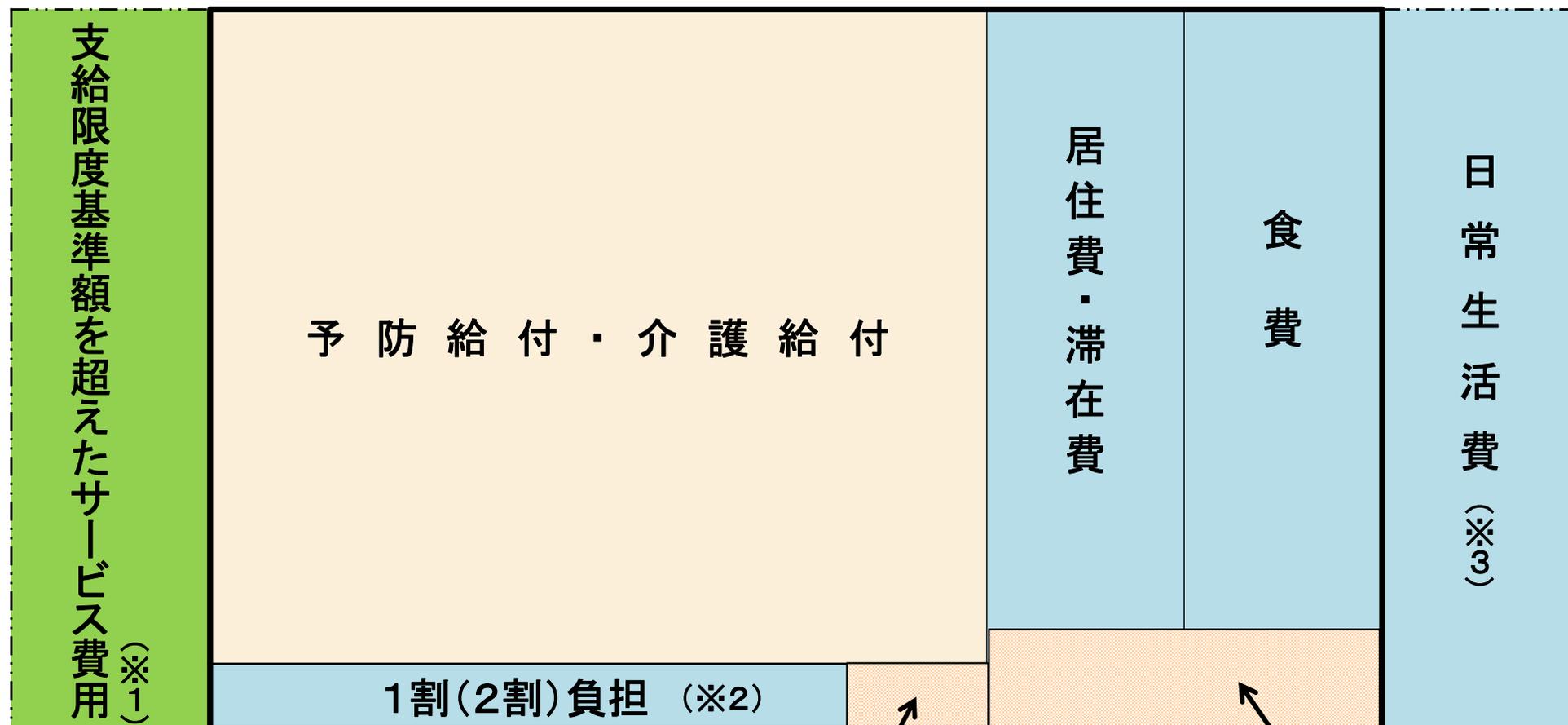
×

個人の利用者負担合算額

利用者負担世帯合算額

高額介護サービス費の支給：保険給付の1割負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。

利用者の自己負担



高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減

特定入所者介護サービス費(補足給付)による居住費・滞在費、食費の軽減

- ※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額(保険対象費用の上限)が設定されている。
- ※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。平成27年8月以降、一定以上の所得者については2割負担となる。
- ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。
(例:理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

平成26年改正における一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

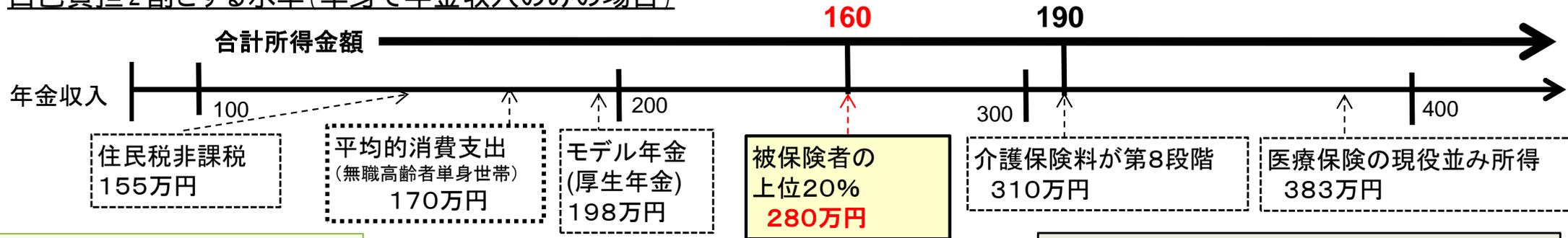
⑭()

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
 - 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**(1) **160万円以上**(2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
 - ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**(3)の場合は、**1割負担に戻す**。
- 1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額
 - 2 **被保険者の上位20%に該当する水準**。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、**実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度**と推計。
 - 3 280万円 + 5.5万円(国民年金の平均額) × 12 = 346万円

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

年金収入の場合: 合計所得金額 = 年金収入額 - 公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、**医療保険の現役並み所得に相当する者**のみ引き上げ

参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	自己負担限度額 (現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100 + 医療費1% (多数回該当: 44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

〈見直し前〉

〈見直し後〉

	自己負担限度額(月額)
一般	37,200円 (世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)

現役並み所得相当()	44,400円
一般	37,200円

課税所得145万円以上(ただし、同一世帯内の第1号被保険者の収入が、1人のみの場合383万円、2人以上の場合520万円に満たない場合には、一般に戻す)

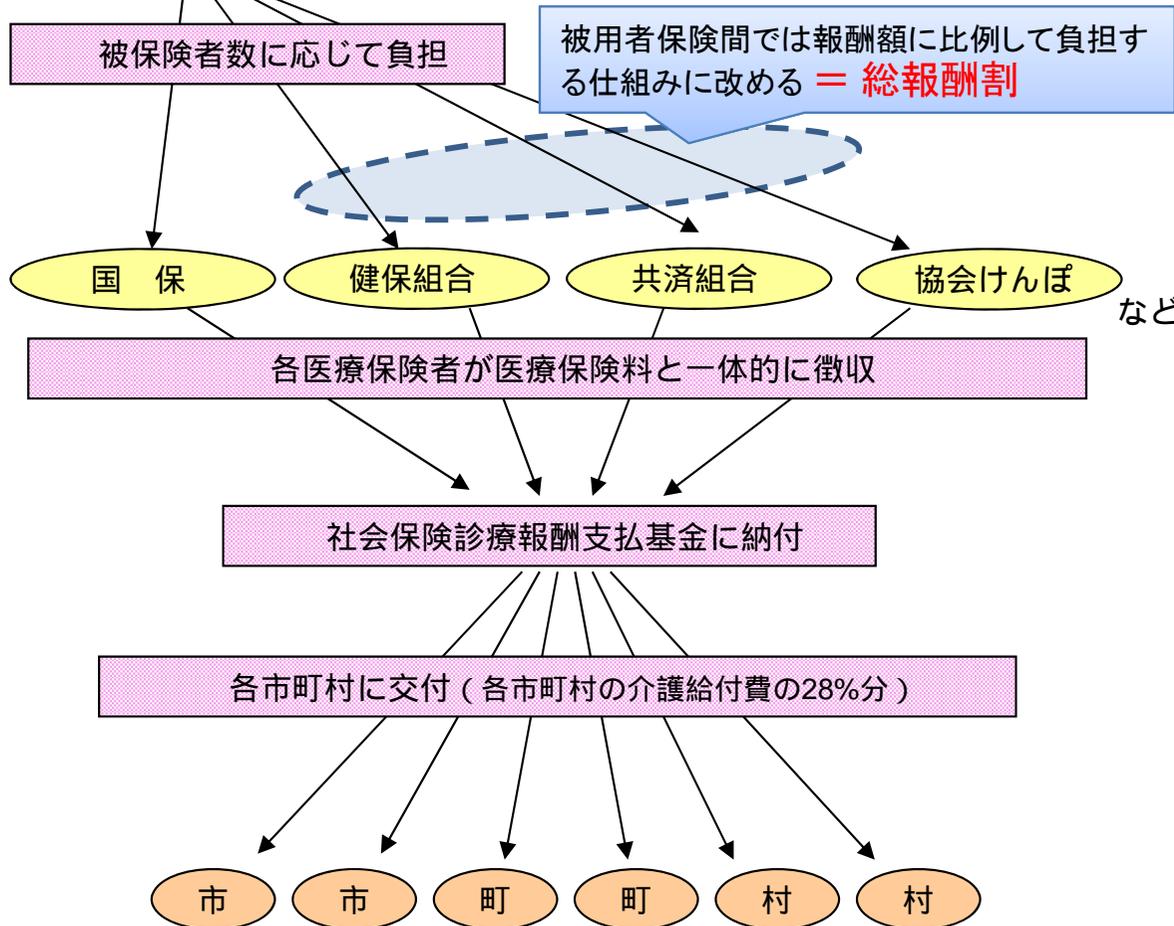
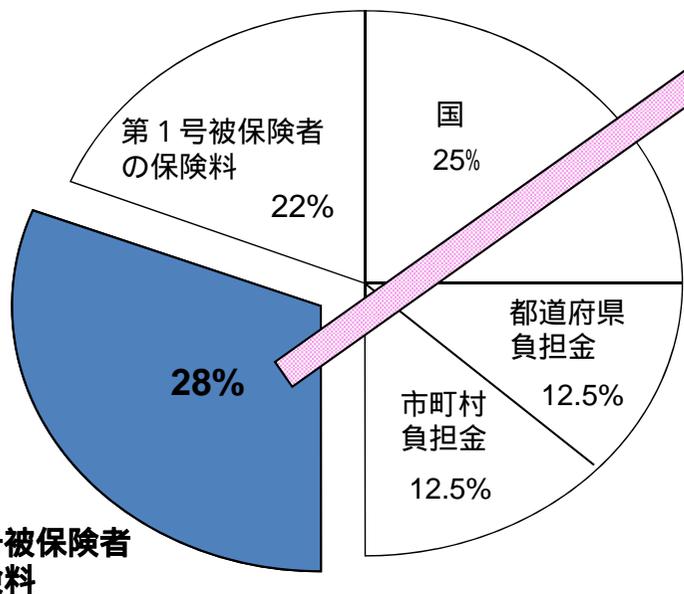
介護納付金の総報酬割

- 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]

第2号被保険者(40~64歳)は給付費の28%を負担

第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
 (介護給付費の28% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)



(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27年度介護保険料率
協会けんぽ	1.58%
健保組合	1.409%

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(1384組合)ベースの速報値

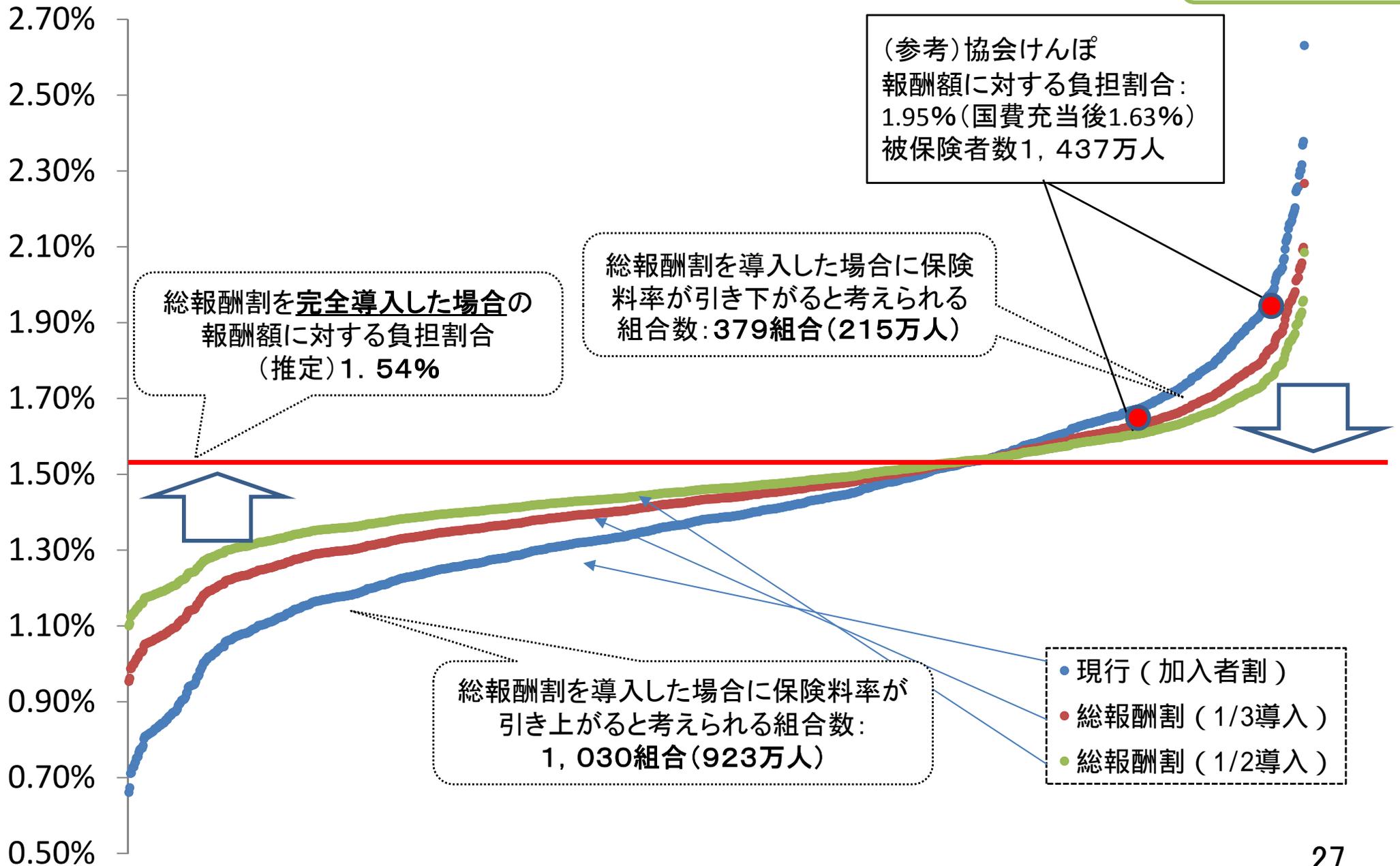
健保組合の介護保険料率(介護納付金総額／総報酬額)の分布

未定稿

②5()

(報酬額に対する負担割合)

平成28年8月19日
第61回 社会保障審議会
介護保険部会資料より



平成26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。
協会けんぽには、船員保険の第2号被保険者を含まない。

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)

未定稿

②⑤ ()

平成28年8月19日
第61回 社会保障審議会
介護保険部会資料より

健保組合・協会けんぽ・共済組合の比較

	現行		
	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)	$(A) \times 12 \div (B)$
健保組合 (全組合(1,408組合)平均)	5,125円	456万円	1.35%
協会けんぽ 国庫補助がない場合の負担額。 ()内は実際の負担額	5,125円 (4,284円)	315万円	1.95% (1.63%)
共済組合 (全組合(85組合)平均)	5,125円	553万円	1.11%

総報酬割とした場合	
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
1.54%	5,852円 【+727円】
	4,043円 【-241円】 実際の負担額との差
	7,097円 【+1,972円】

健保組合内でも、組合によって負担能力は様々

	現行		
	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)	$(A) \times 12 \div (B)$
上位10組合平均	5,125円	841万円	0.73%
下位10組合平均		270万円	2.28%

総報酬割とした場合	
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
1.54%	10,793円 【+5,668円】
	3,465円 【-1,660円】

平成26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。

健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

協会けんぽには、船員保険の第2号被保険者を含まない。

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

未定稿

平成28年8月19日
第61回 社会保障審議会
介護保険部会資料より

②5 ()

		協会けんぽ	国庫補助額 (加入者割分の 16.4%)	(国費充当後)	健保組合	共済
現行 (加入者割)	納付額	8,840億円	1,450億円	7,390億円	7,000億円	2,150億円
	報酬額に対する 負担割合	1.95%	—	1.63%	1.35%	1.09%
総報酬割 (1/3導入)	納付額	8,220億円 (-620億円)	970億円 (-480億円)	7,250億円 (-140億円)	7,320億円 (+320億円)	2,450億円 (+300億円)
	報酬額に対する 負担割合	1.81% (-0.14%)	—	1.60% (-0.03%)	1.42% (+0.07%)	1.24% (+0.15%)
総報酬割 (1/2導入)	納付額	7,910億円 (-930億円)	730億円 (-720億円)	7,180億円 (-210億円)	7,490億円 (+490億円)	2,600億円 (+450億円)
	報酬額に対する 負担割合	1.75% (-0.20%)	—	1.59% (-0.04%)	1.45% (+0.10%)	1.32% (+0.23%)
総報酬割 (全面導入)	納付額	6,970億円	0円	6,970億円	7,980億円 (+980億円)	3,040億円 (+890億円)
		(-1,870億円)	(-1,450 億円)	(-420億円)		
	報酬額に対する 負担割合	1.54%			1.54% (+0.19%)	1.54% (+0.45%)
		(-0.41%)	—	(-0.09%)		

○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数(被保険者人数)

	健保組合	共済	協会けんぽ	合計被保険者人数
負担増	1,030組合(923万人)	84組合(349万人)	0団体	1,272万人
負担減	379組合(215万人)	1組合(1万人)	1団体(1,437万人)	1,653万人

平成26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。

健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算

協会けんぽには、船員保険の第2号被保険者を含まない。

新しい地域支援事業の全体像

< 改正前 >

介護保険制度

< 改正後 >

【財源構成】

- 国 25%
- 都道府県 12.5%
- 市町村 12.5%
- 1号保険料 22%
- 2号保険料 28%

【財源構成】

- 国 39%
- 都道府県 19.5%
- 市町村 19.5%
- 1号保険料 22%

地域支援事業

地域支援事業

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

- 二次予防事業
- 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
 - ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携推進事業**
- **認知症総合支援事業** (認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)
- **生活支援体制整備事業** (コーディネーターの配置、協議体の設置 等)

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

改正前と同様

事業に移行

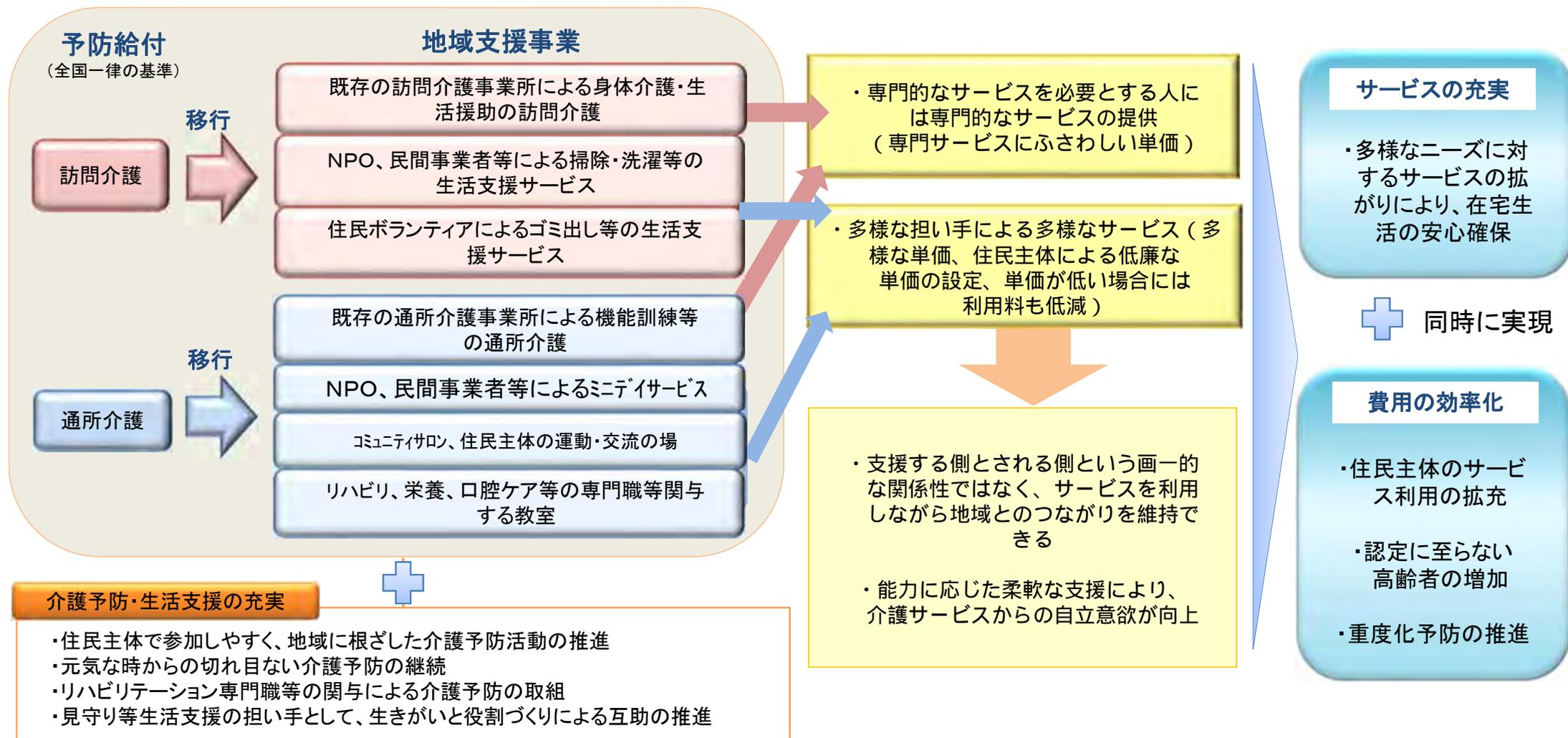
全市町村で実施

多様化

充実

総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



訪問介護における身体介護と生活援助

「訪問介護」とは、訪問介護員等()が、利用者(要介護者等)の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

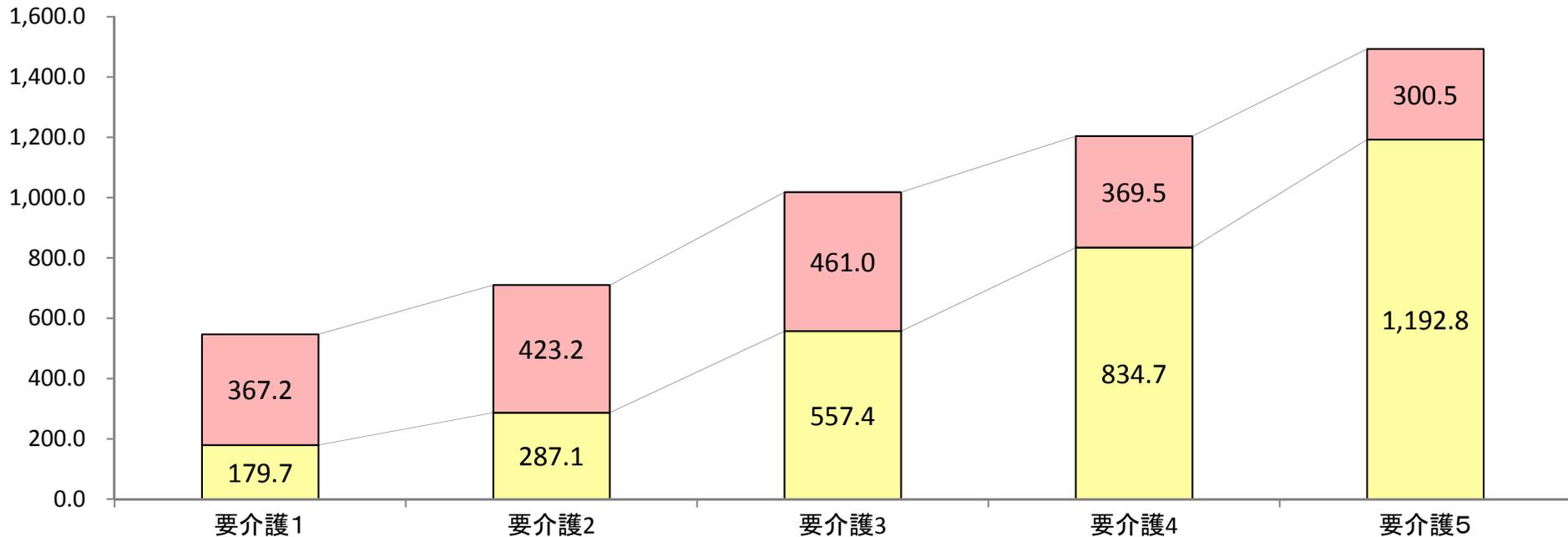
「訪問介護員等」とは、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等(例:入浴介助、排せつ介助、食事介助 等)
- ② 生活援助 家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる者に対して行われるもの(例:調理、洗濯、掃除 等)
- ③ 通院等乗降介助 通院等のための乗車又は降車の介助(乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む)

(分/月) 1ヶ月当たりの要介護度別・類型別利用者一人当たり
利用時間(平成27年3月サービス分(4月審査分))

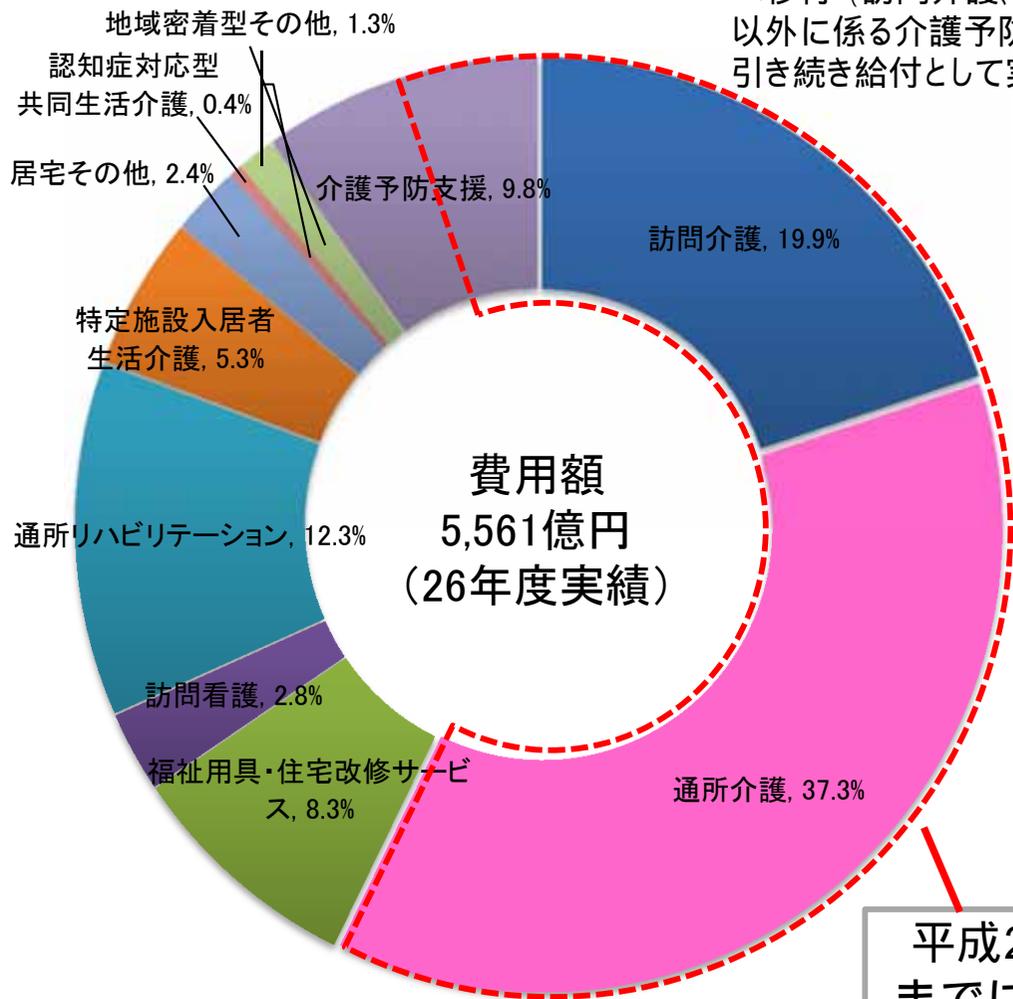
■: 身体介護中心型 ■: 生活援助中心型



軽度者に対する給付の概要

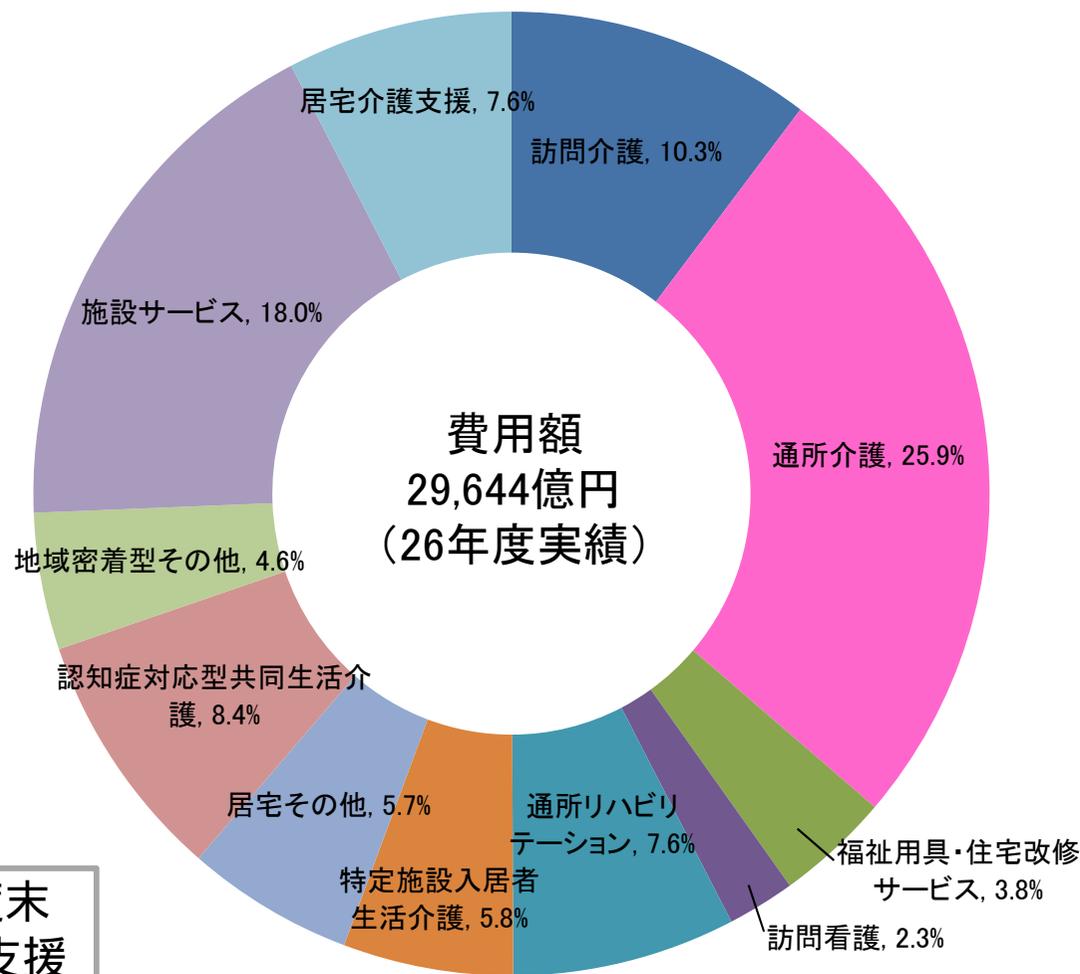
要支援1・2に対する給付

訪問介護、通所介護に係る介護予防支援は地域支援事業へ移行（訪問介護、通所介護以外に係る介護予防支援は、引き続き給付として実施）



平成29年度末までに地域支援事業へ移行

要介護1・2に対する給付



【出典】厚生労働省「平成26年度 介護保険事業状況報告(年報)」

計数には、補足給付を含む。

介護保険における福祉用具・住宅改修の概要

介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて、保険給付の対象としている。原則は貸与であるが、貸与になじまない性質のものは、購入費を保険給付の対象としている。

要介護者等が、自宅に手すりを取付ける等の住宅改修を行おうとするときは、申請書を提出し、工事完成後、費用発生の実態がわかる書類等を提出することにより、実際の住宅改修費の9割相当額が償還払いで支給される。

	福祉用具貸与	特定福祉用具販売	住宅改修
対象種目等	<ul style="list-style-type: none"> ① 車いす(付属品含む) ② 特殊寝台(付属品含む) ③ 床ずれ防止用具 ④ 体位変換器 ⑤ 手すり(工事を伴わないもの) ⑥ スロープ(工事を伴わないもの) ⑦ 歩行器 ⑧ 歩行補助つえ ⑨ 認知症老人徘徊感知機器 ⑩ 移動用リフト(つり具の部分を除く) ⑪ 自動排泄処理装置 	<ul style="list-style-type: none"> ① 腰掛便座 ② 自動排泄処理装置の交換可能部品 ③ 入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、入浴用介助ベルト) ④ 簡易浴槽 ⑤ 移動用リフトのつり具の部分 	<ul style="list-style-type: none"> ① 手すりの取付け ② 段差の解消 ③ 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ④ 引き戸等への扉の取替え ⑤ 洋式便器等への便器の取替え ⑥ その他①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修
限度額	区分支給限度基準額(要支援、要介護度別)の範囲内において、他のサービスと組み合わせ	同一年度で10万円 ・要支援、要介護区分にかかわらず定額	同一住宅で20万円 ・要支援、要介護区分にかかわらず定額

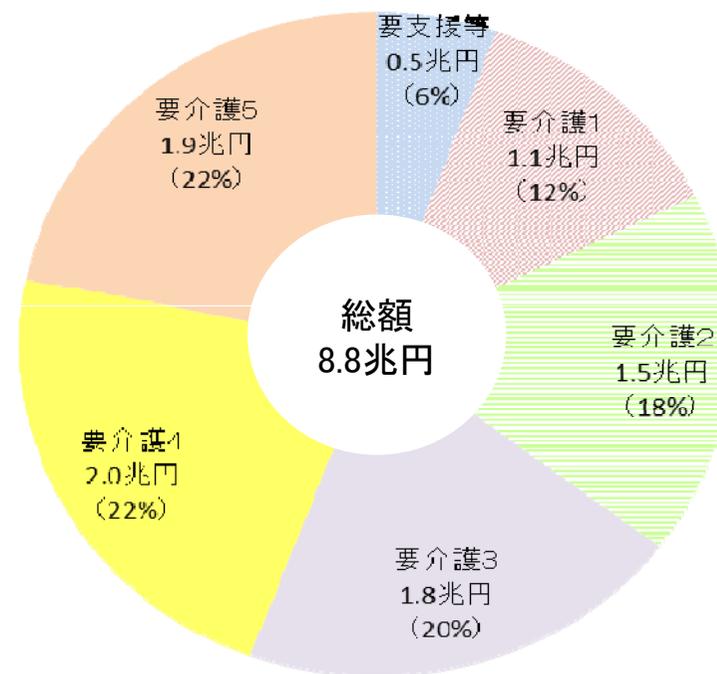
〔参考〕 諸外国における介護制度との比較

介護に社会保険制度を採用している主な国は、日本、ドイツ、韓国。

給付については、ドイツ、韓国は導入当初は3段階(中度以上)だが、韓国は2014年、ドイツは2017年(予定)に5段階に変更し、対象を軽度にも拡大。

利用者負担については、韓国では、負担割合が在宅給付は15%、施設給付は20%とされている。(ドイツの保険給付は定額制(部分保険)であり、それを超える部分は全額自己負担。)

介護保険総費用の構成割合
(2012(H24)年度実績)



(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」に基づき作成。

	日本	ドイツ	韓国
保険者	市町村等(全国で1,579)	介護金庫(全国で280)	国民健康保険公団(全国で1)
要介護区分	7段階(軽度も対象) (要介護1~5、要支援1・2)	3段階(中度以上)() (要介護の「特に重度」を加えると4段階。また、2013(H25)年に、認知症の者等を対象とする要介護0が創設。) ドイツの要介護区分は、2017年1月から軽度も対象として5段階へ変更予定(要介護1~5)。	5段階 (要介護1~4及び認知症特別等級) ※制度導入時は3段階。2014年の改正により要介護3級を3級と4級に分け、認知症特別等級を新設し現在の5段階に至る。
給付対象者	○65歳以上は原因を問わず要支援・要介護状態となった者 ○40~64歳(医療保険加入者)は加齢に伴う疾病(特定疾病)により要支援・要介護状態となった者	すべての年齢層の要介護者	65歳以上の要介護者 65歳未満の老人性疾患により要介護状態となった者
被保険者	第1号被保険者(65歳以上) 第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)	公的医療保険の加入者(年齢制限なし)	国民健康保険の加入者(年齢制限なし)
利用者負担	原則1割(一定以上所得がある場合は2割)	保険給付は定額制、それを超える部分は自己負担	在宅給付15% 施設給付20%
総費用に占める利用者負担の比率	7.1%	30.4%	17.8%