

平成28年10月27日

第15回 社会保障ワーキング・グループ

改革工程表において 年末までに検討・結論とされた事項について (参考資料)



目次

1. 医療分野関係	2
2. 介護分野関係	38

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

③

- 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Ⅰ (医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者)	医療区分Ⅱ、Ⅲ (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) 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>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日) (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。

※ 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。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の創設経緯について

③

<p>～昭和46年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
<p>昭和47年 ～ 平成5年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
<p>平成6年～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時食事療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食費は、保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として、食材料費相当額を自己負担化 ・ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
<p>平成17年～</p>	<p>(参考)介護保険における食費・居住費の見直し(平成17年10月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 在宅と施設の給付と負担の公平性、介護保険給付と年金給付との調整の観点から、<u>介護保険施設において食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を原則として、保険給付外。</u> ➤ 低所得者に対する負担軽減措置として、<u>補足給付制度を創設</u>
<p>平成18年～</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>○ 入院時生活療養費制度の導入(平成18年10月施行)</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は医療上の必要性から入院しており、病院での食事・居住サービスは、入院している患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、<u>医療保険においては、食費・居住費についても保険給付の対象とする。</u> ・ 一方、療養病床については、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護保険における食費・居住費の見直しを踏まえ、<u>介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を自己負担化</u>

療養病床における医療区分について

③

<p>医療区分3</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人口呼吸器使用・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室におけるケア ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
<p>医療区分2</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他難病※(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・せん妄 ・うつ状態 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
<p>医療区分1</p>	<p>医療区分2、3に該当しない者</p>

※ 網掛け部分の疾患は難病法の対象。

※ その他難病とは、平成26年3月5日付け保医発0305第3号厚生労働省保険局医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別紙44に掲げる疾患を指す(56疾患)が、この中に、難病法の施行(平成27年1月)以後新たに難病と指定された疾患は含まれていない。

※ 療養病床の入院患者のうち各区分の割合 I:19.6% II:43.8% III:36.6%
(平成26年度入院分科会調査(患者票)を基に算出したもの)

現行制度における入院時の居住費負担(光熱水費相当額)の考え方について

③

○ 現行では、①療養病床、かつ、②65歳以上、かつ、③医療区分Ⅰの入院患者に居住費負担を求めているが、入院時生活療養費を導入した平成18年改正時の考え方は以下の通り。

①療養病床	・療養病床は、医療機能のほか、「住まい」としての機能を有すること
②65歳以上	・介護保険と同様、年金給付との調整を図る必要があること
③医療区分Ⅰ	・入院医療の必要性が低いこと

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分	医療区分Ⅰ	
65歳未満	一般所得	食費460円/食 (H30.4～)		入院時 食事療養費 (健康保険法第85条)
	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～) 居住費なし	食費460円/食 (H30.4～)
	低所得	食費210円/食 居住費320円/日	食費210円/食(注1) 居住費なし	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 居住費なし	食費100円/食

入院時生活療養費

(健康保険法第85条の2)

・食費・居住費の額は、健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を定める件(平成8年厚生省告示第203号)による。

(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

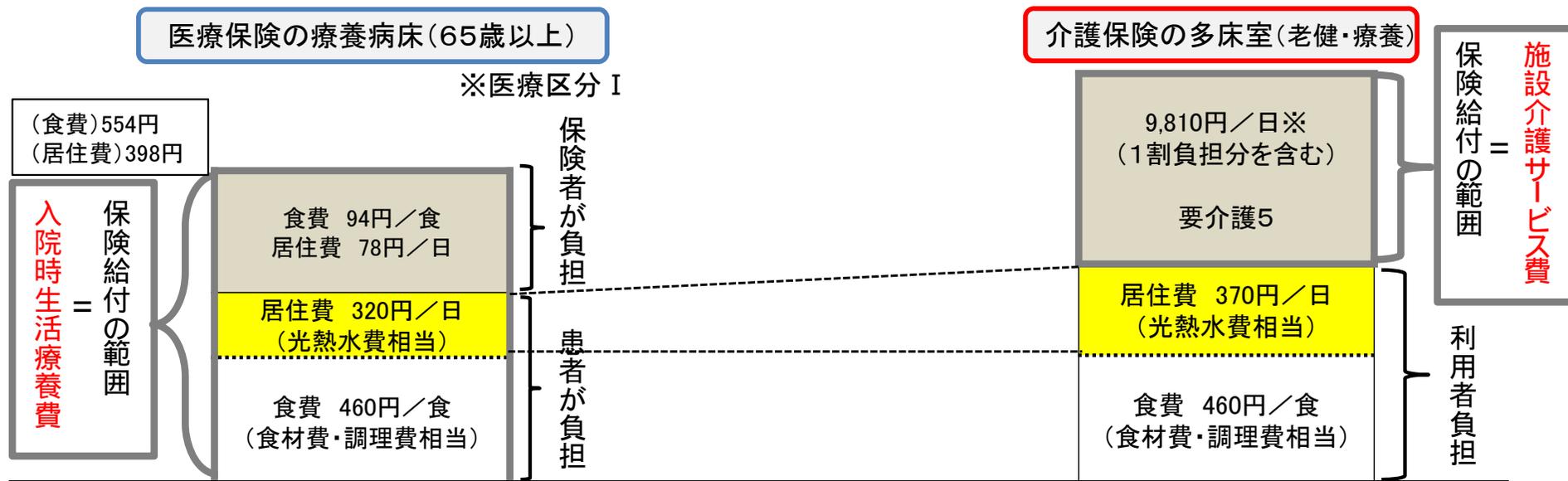
※ 低所得Ⅰ:(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

入院時生活療養費における居住費負担(光熱水費相当額)について

③

○ 介護保険施設(老健・療養)の多床室の居住費負担については、平成27年度介護報酬改定において、直近の家計調査の光熱水費相当額を踏まえた見直しを行っている(平成27年4月から、1日当たり320円→370円)。

※ 平成15年家計調査:約320円/日(9,460円/月)→平成27年家計調査:約370円(11,215円/月)



※老健の従来型多床室の基本施設サービス費
 ※食費は1380円/日を3で除して算出

対象者	居住費負担(一日)	対象者数(推計)
・一般所得者	320円	約3万人
・低所得者Ⅱ ・低所得者Ⅰ(70歳以上) (市町村民税世帯非課税者)	320円	約2万人 ・低所得者Ⅱ:約1万人 ・低所得者Ⅰ:約1万人
・老齢福祉年金受給者 ・医療区分Ⅱ・Ⅲの者 ・指定難病患者	0円	約16万人

対象者	居住費負担(多床室・一日)	3施設認定者数(多床室以外も含む)
・利用者負担第4段階	全額自己負担※	—
・利用者負担第3段階 ・利用者負担第2段階 (市町村民税世帯非課税者)	370円 (平成27年4月～)	約50万人 ・第2段階:約36万人 ・第3段階:約14万人
・利用者負担第1段階 (老齢福祉年金受給者・生活保護受給者)	0円/日	約3.5万人

※金額は施設との契約によるが、基準費用額(老健・療養)は370円/日で設定。

入院時の居住費(光熱水費相当額)に係る患者負担の見直しに関する 医療保険部会における主な意見

■第91回医療保険部会(平成27年11月20日)

- 入院時の食事も安静も医療の一環であり、入院患者が大きな負担をすることは困難。
- 療養病床の医療区分Ⅱ・Ⅲだけでなく、一般病床でも長期入院のケースがあり、精神病床は入院期間が長期化している現状を踏まえ、幅広く議論をするべき。
- 医療の中で食事や居住費がどういう役割なのかについて議論することが必要であり、慎重な検討が必要。
- 医療・介護を通じた居住費負担の公平化については、介護保険と医療保険(療養病床)だけでなく、一般病床、精神病床も含めて検討するべき。

入院時の居住費(光熱水費相当額)に係る患者負担の見直しについて(論点)

- 骨太2015では、「医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う」とこととされているが、これを踏まえ、医療保険における入院時の居住費(光熱水費相当額)の負担の在り方について、どう考えるか。

<考えられる論点>

- ① 医療保険の療養病床の65歳以上の入院患者の居住費負担額は、介護保険施設の多床室における光熱水費を踏まえて設定された経緯から、1日320円から370円に引き上げることについて、どう考えるか。
- ② 入院医療の必要性の高い医療区分Ⅱ・Ⅲの者については、居住費(光熱水費相当額)の負担を求めないこととしているが、医療区分Ⅱ・Ⅲの居住費負担について、どう考えるか。
- ③ 療養病床の65歳未満の入院患者については、年金給付がないこと等から居住費(光熱水費相当額)の負担を求めないこととしているが、居住費負担における年齢区分について、どう考えるか。
- ④ 一般病床・精神病床等については、食費(食材費+調理費相当)の負担を求めている一方、「住まい」としての機能がないことから居住費(光熱水費相当額)の負担を求めているが、入院期間が長期化しているケースや入院医療の必要性の低いケースもあり、これらの点も含め、どう考えるか。

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

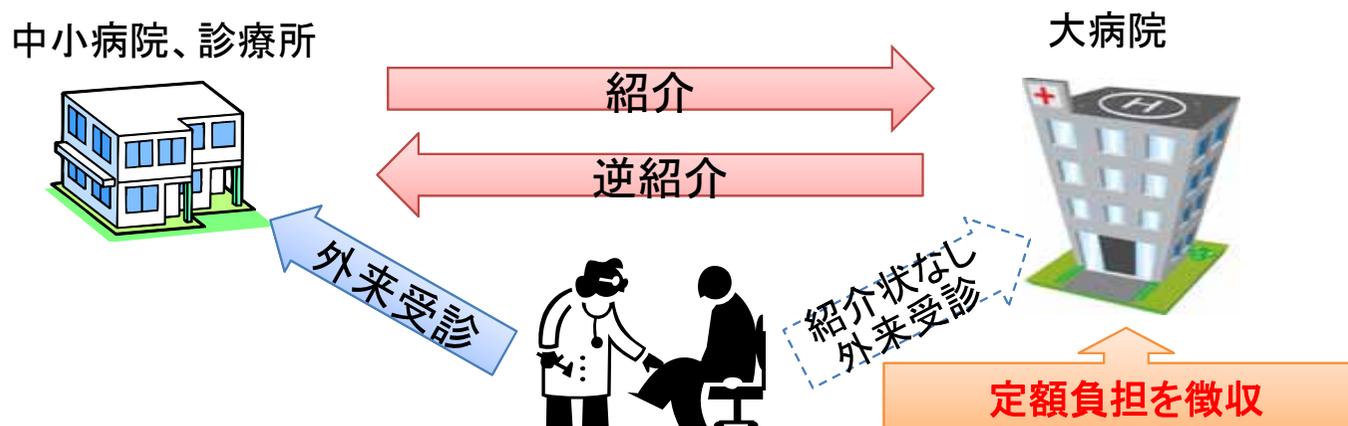
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 医療保険制度においては、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等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)の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている。
- 一方、診療報酬上の措置は、定率負担の下では、診療報酬が低く評価された方が患者負担が安くなるという問題が伴う。また、選定療養は、活用の有無や料金水準が病院の選択に委ねられているほか、診療報酬への上乗せとなる。

初診料・外来診療料	選定療養
<p>初診料 209点 外来診療料 54点</p> <p>【対象医療機関】</p> <p>① 特定機能病院と許可病床が<u>500床以上</u>の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設</p> <p>② 許可病床数が<u>500床以上</u>の全ての病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設</p>	<p>初再診において特別の料金を徴収</p> <p>【対象医療機関】 病床数が<u>200床以上</u>の病院であって、地方厚生局に届け出たもの</p> <p>【主な要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る(初診) ・ 病院が他の医療機関(200床未満)に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る(再診) ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示 <p>【設定状況(H26.7.1現在)】</p> <p>≪初診≫ 1,201施設 最高10,800円 最低210円 平均2,365円</p> <p>≪再診≫ 101施設 最高6,480円 最低210円 平均 962円</p>
<p>初診料 282点 外来診療料 73点</p> <p>上記以外</p>	

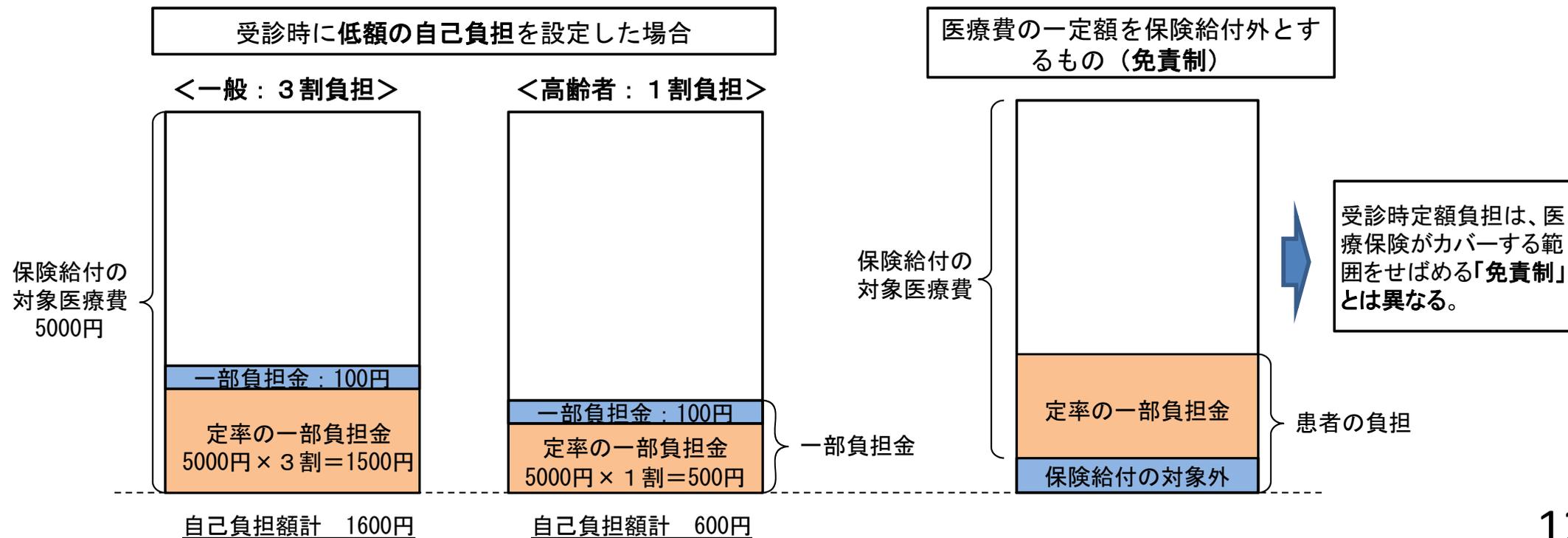
- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [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。



(参考) 平成23年9月16日 医療保険部会提出資料 (受診時定額負担の仕組みについて (案))

- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を変えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。
(参考)健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)
附則
第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合(医療費5000円の例)



かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担に関する医療保険部会における主な意見

■第91回医療保険部会（平成27年11月20日）

- 地域包括ケアの推進の観点から、かかりつけ医の普及は急務。一方、診療科ごとに専門医が開業医として地域医療を担っている現状で、かかりつけ医の定義をどう定め、国民のプライマリケアを担う体制をどうするかなど、実効性のある工程表と目標を設定し、ビジョンを明確にすることが先決。
- 一部負担金を増やせば、その分受診抑制がかかり、重症化することもあることから、一部負担金ではなく、保険料で調整すべき。ただし、紹介状なしの大病院の定額負担は、うまく設定すれば実際には負担金を払わずに自動的に病診連携が可能。
- 外来時の定額負担については、政策効果として何を狙っているのかよく理解できない。
- 外来時の定額負担を検討する場合、低所得者への配慮が必要になるが、その際に所得区分を設けていくことになると、市町村にとって業務の負担増となる点について御理解頂きたい。

■第93回医療保険部会（平成28年1月20日）

- 経済力の差によって医療へのアクセスが阻害されることのないよう、平成14年健康保険法改正法附則のとおり、将来にわたって7割の給付を維持するという考え方を堅持することが前提。
- 定額負担については、ずっと申し上げていることであり、ぜひ前向きに検討していただきたい。

かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について(論点)

⑨

■現状の整理

- 外来機能の分化・連携の推進は、これまでに、
 - ・ 診療報酬において、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、選定療養の枠組みを活用する
 - ・ 地域医療総合確保基金を活用して、居宅等における医療の提供に関する事業を実施できることとする、等の取組を進めており、在宅医療を担う医師の確保・育成等の取組と併せて総合的に進めていくことが重要。
- 平成28年度診療報酬改定では、認知症に対する主治医機能の評価、小児に対するかかりつけ医の評価、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の緩和等が盛り込まれている。
 - ※ 地域包括診療料の届出施設数93施設、地域包括診療加算の届出施設数は4,713施設(いずれも平成27年7月時点)
- また、平成27年国保法等改正において、平成28年4月から、大病院の責務として、紹介状なしで受診する患者から、診療報酬に上乗せさせる形で、一定額以上の定額負担(選定療養)を徴収することとしたところ。

■論点

- 改革工程表に示された「かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担」については、たとえば、「かかりつけ医」以外の者に受診した場合に、定率負担に加えて定額負担を求めることが考えられるが、
 - ・ 定額負担を求めることについて、どう考えるか。
 - ・ 定額負担の求める範囲(かかりつけ医以外)について、どう考えるか。

高額療養費制度の見直しについて

24

1. 高額療養費について

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の負担が過重なものとならないよう、被保険者の所得等に応じて自己負担限度額が設定され、被保険者はその範囲内で自己負担を支払う制度。
- 制度創設以来、数次の改正が行われてきたが、直近では平成25年に、現役世代(70歳未満)について所得区分を細分化し、より負担能力に応じた自己負担限度額を設定している(平成27年1月施行)。
- 70歳以上については、平成18年以来、自己負担限度額の見直しは行われていない。
- 70歳以上については、現役世代と異なり、外来上限特例が設けられている。これは、平成14年にそれまで設けられていた外来の月額上限を廃止し、定率1割負担の徹底を行った際に、①高齢者は外来の受診頻度が若者に比べて高いこと、②高齢者の定率負担を導入してから間もないこと等を考慮したものの。
- 高額療養費の支給額は、75歳未満では平成25年度に約1兆6772億円(10年間で約1.56倍)なのに対し、75歳以上では同年度に約5,429億円(10年間で約1.65倍)となっている。

高額療養費制度の見直しについて

2. 経済・財政再生計画 改革工程表

○ 経済・財政再生計画 改革工程表(抜粋) (平成27年12月24日 経済財政諮問会議決定)

	2014・2015年度 ＜主担当府省庁等＞	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017年度	2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	＜厚生労働省＞	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			-	-
	<p>＜④世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討＞</p> <p>＜(i)高額療養費制度の在り方＞</p> <p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる</p> <p>＜(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方＞</p> <p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>								

高額療養費制度の見直しについて

24

3. 論点

- 現役世代の住民税課税世帯においては所得区分を細分化し、負担上限額をきめ細かく設けている一方、70歳以上の現役並み所得者においては細分化されておらず単一の区分となっている。世代間の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、患者の受診行動に与える影響も含め、70歳以上の現役並み所得者の負担のあり方についてどのように考えるか。(①)
- 一般区分については、現役世代においては負担上限額が57,600円とされている一方、70歳以上においては44,400円とされている。世代間の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、患者の受診行動に与える影響も含め、70歳以上の一般区分の負担のあり方についてどのように考えるか。(②)
- 低所得者については、現役世代においては単一の区分として負担上限額(35,400円)が定められている一方、70歳以上においては所得水準によって細分化し、負担上限額も低く抑えられている。低所得者の生活に配慮しつつ、世代間の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、患者の受診行動に与える影響も含め、低所得者の負担のあり方についてどのように考えるか。(③)
- 外来上限特例は、制度改正の経緯や外来受診頻度等を勘案して70歳以上にのみ設けられた制度。70歳以上については、負担上限額が70歳未満の多数回該当の場合と同額に抑えられているなかで、世代間の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、制度を設けた趣旨や患者の受診行動に与える影響も含め、外来上限特例についてどのように考えるか。(④)

高額療養費制度の見直しについて

24

3. 論点

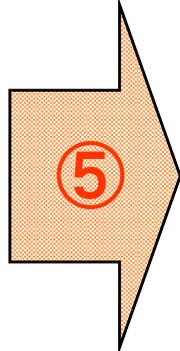
- 現役世代については、平成27年1月から高額療養費制度を見直し、所得等に応じたきめ細かな負担上限額を定めているところ。前回の見直しから時間も経過しておらず、見直しの影響を確認する必要もあることから、今般見直しを行う必要性は低いのではないか。(⑤)
- 前回(平成25年)の高額療養費制度の見直しに当たっては、システム対応の必要性等を考慮し、見直し内容が決定してから施行されるまで約1年間の間隔を空けている。今般見直しを行うこととした場合、既定のシステム改修のスケジュール等も考慮しつつ、施行時期をどのように考えるか。
- 例えば介護保険制度においては、65歳以上の被保険者の上位20%に該当する者に対して自己負担2割を求めているが、このような他制度とのバランスも考慮しつつ、70歳以上の「現役並み所得」のあり方についてどのように考えるか。

高額療養費制度の見直しについて

4. 論点(イメージ)

69歳以下

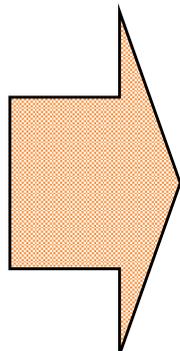
区分(年収)	窓口負担	限度額(月単位)
1160万~	3割	252,600 + 1% <140,100>
770~1160万		167,400 + 1% <93,000>
370~770万		80,100 + 1% <44,400>
~370万		57,600 <44,400>
住民税非課税		35,400 <24,600>



区分(年収)	限度額(月単位)
1160万~	252,600 + 1% <140,100>
770~1160万	167,400 + 1% <93,000>
370~770万	80,100 + 1% <44,400>
~370万	57,600 <44,400>
住民税非課税	35,400 <24,600>

70歳以上

区分(年収)	窓口負担	外来	限度額(月単位)
現役並み 370万~	3割	44,400円	80,100円 + 1% <44,400>
一般	70-74歳 2割(※) 75歳以上 1割	12,000円	44,400円
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



区分(年収)	外来	限度額(月単位)
現役並み 370万~	④	①
一般		②
住民税非課税		③
住民税非課税 (所得が一定以下)		

<>内は年4回以上利用する多数回該当時の4回目以降の負担額。

※ 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

高額療養費制度の概要

24

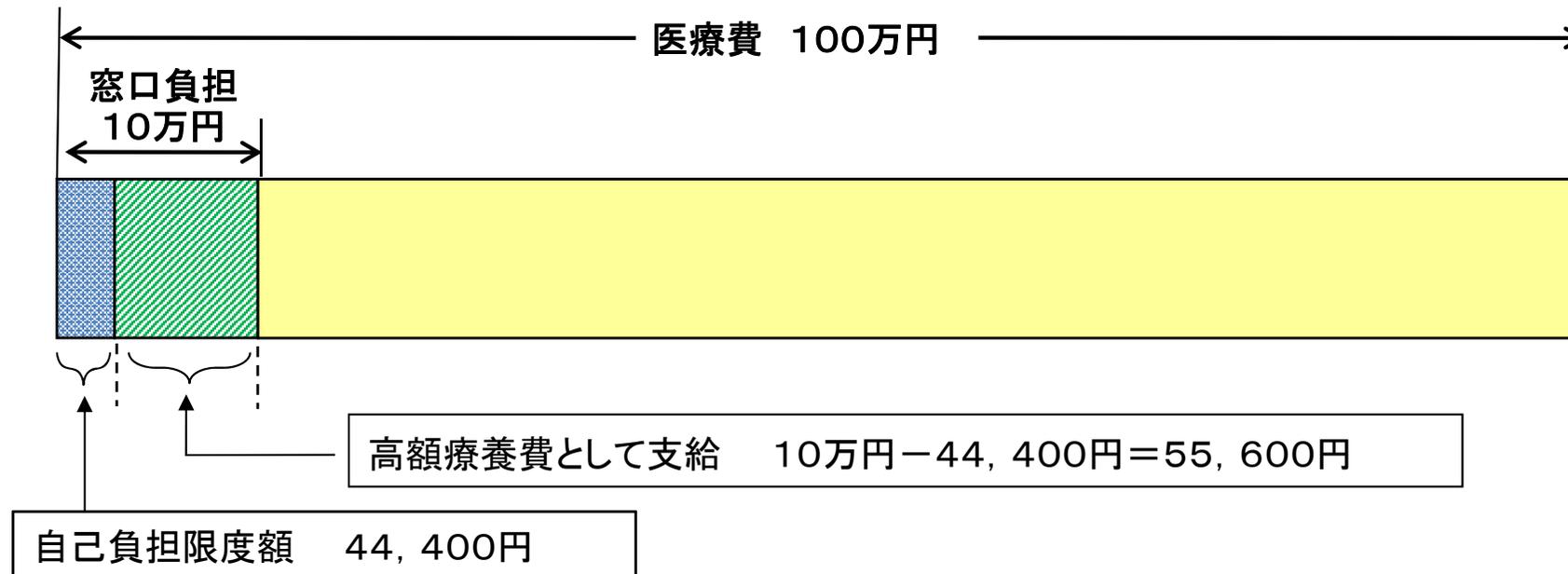
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※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て設定される。

（例）70歳以上・一般区分の場合（1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。

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額(現行)

(平成27年1月～)

加入者数(5)

24

()は年齢区分ごとに占める割合

	負担割合	月単位の上限額 (円)		加入者数 (万人)	割合 (%)	
		標準額	多数回該当額			
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	3割	252,600+	140,100	330	3.1%
	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+	93,000	1,000	9.4%
	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+	44,400	4,150	39.2%
	～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	44,400	4,060	38.3%
	住民税非課税		35,400	24,600	1,050	9.9%
70歳～74歳	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	3割	80,100+	44,400	60	8.6%
	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)	2割 (3)	80,100+	44,400	420	60.3%
	住民税非課税			24,600	150	21.6%
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000	70	9.5%	
	75歳～	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	3割	80,100+	44,400	100
一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(1)(2)		1割	80,100+	44,400	830	54.2%
住民税非課税				24,600	320	20.9%
住民税非課税 (所得が一定以下)				8,000	15,000	280

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4月1日までに70歳に達している者は1割。

4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

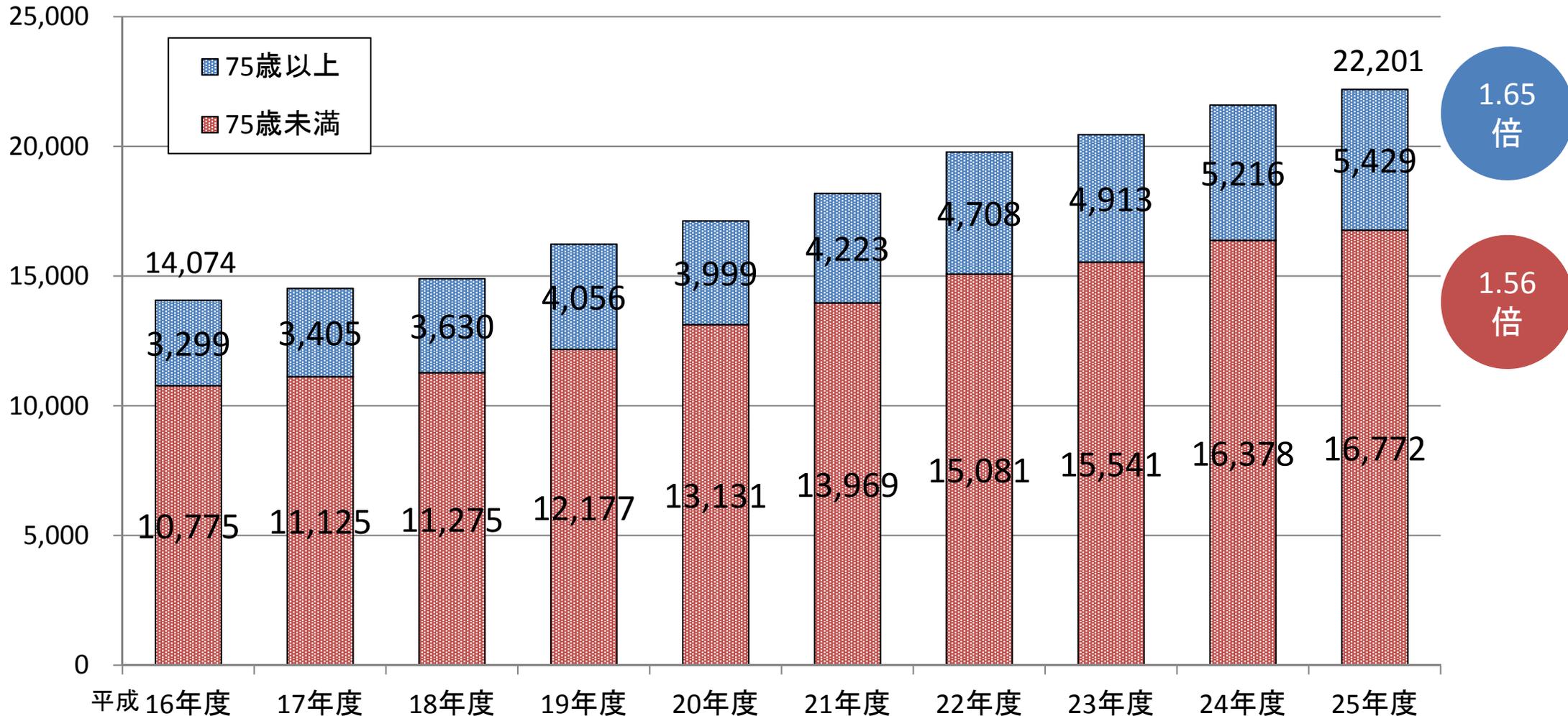
5 加入者数は一定の仮定を置いた粗い推計。

高額療養費の支給額の推移

24

- 高額療養費の支給額は、全体的に増加傾向（10年間で約1.58倍）。
- 75歳未満の支給額は10年間で約1.56倍であるのに対し、75歳以上は約1.65倍となっている。

(億円)



出典：医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況～（厚生労働省保険局）

※老人医療の対象年齢の引き上げに伴い、平成16年度の75歳以上には、75歳未満の支給額も含まれている。

高額療養費及び窓口負担の見直しに関する経緯

24

○昭和48年10月 被扶養者について高額療養費制度を創設

○昭和56年3月 被保険者(低所得者)について高額療養費制度を創設

○昭和59年10月 被保険者(低所得者以外)について高額療養費制度を創設
世帯合算方式、多数回該当を創設

○平成13年1月 70歳未満について上位所得者区分を創設。一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算。
70歳以上の患者負担割合を1割に設定(高齢者への一部負担金導入)
月額上限制(個人単位)と高額医療費支給制度(世帯単位)を導入

○平成14年10月 定率1割負担の徹底(一定以上所得者定率2割負担)
世帯単位の高額医療費支給制度に統一(外来については個人単位の限度額を設定)。

○平成18年10月 限度額について見直し

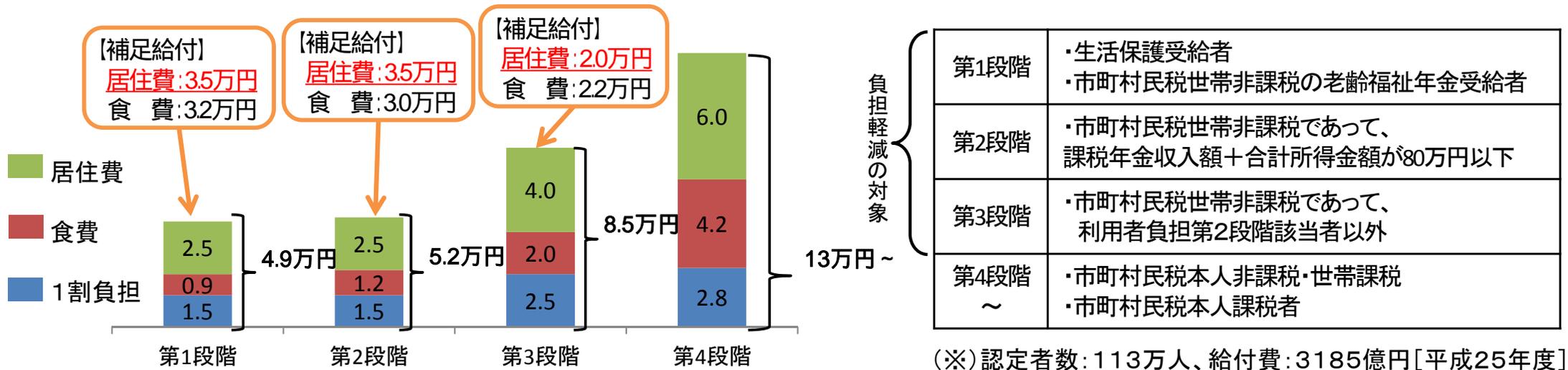
○平成26年4月 平成26年4月に新たに70歳になる者から、段階的に法定負担割合(2割)
平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続
低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く

○平成27年1月(平成25年度に見直し)
70歳未満について所得区分細分化(3段階→5段階)、自己負担限度額の見直し

介護保険の食費・居住費の軽減(補足給付)の見直し (資産等の勘案)

- 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



<要件の見直し>

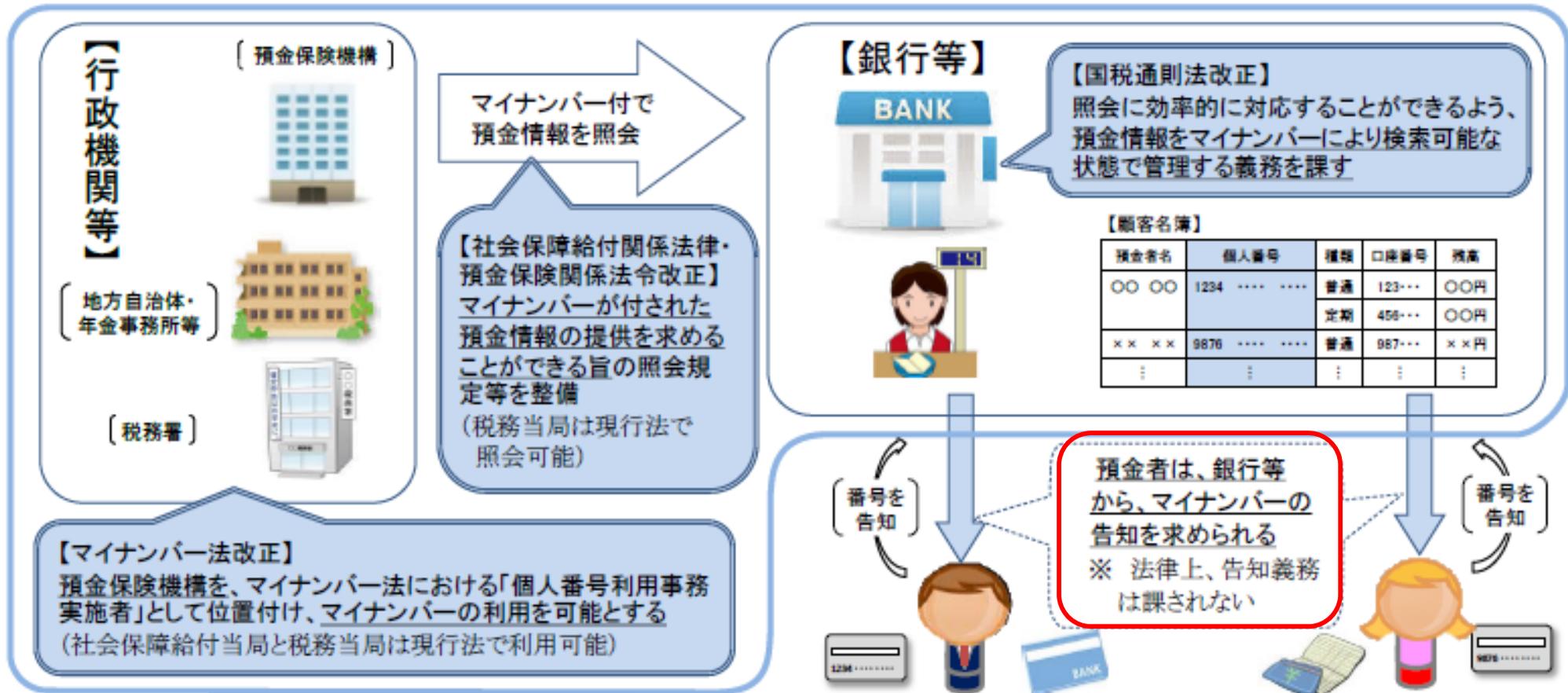
- ① 預貯金等 → 一定額超の預貯金等 (単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超) がある場合には、対象外。 → 本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ (加算金) を設ける
- ② 配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- ③ 非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金 (遺族年金・障害年金) も勘案する

預金口座へのマイナンバーの付番の概要

マイナンバーが付された預金情報の効率的な利用について

マイナンバー法等の改正により、新たに預金保険でマイナンバーを利用できるようにするとともに、その改正法案の中で、国民年金法、国税通則法等を改正し、銀行等に対する社会保障制度の資力調査や国税・地方税の税務調査でマイナンバーが付された預金情報を効率的に利用できるよう所要の措置を講ずる（平成30年1月から施行予定。なお、マイナンバーは平成28年1月から利用開始）。

（注）内閣官房において、マイナンバー法などの関係法律の改正を一括法案として提出し、平成27年9月に成立。



【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、預金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について(論点)

- 医療保険において、負担能力に応じた負担とする観点から、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた仕組みを導入することについて、どう考えるか。

<考えられる論点>

- ① 介護保険では、補足給付は本来の保険給付とは異なる福祉的・経過的な性格を有することを踏まえ、補足給付についてのみ金融資産等を勘案して給付の対象となるかを判定しているが、仮に、医療保険において、同様の仕組みを導入する場合、給付の範囲について、どう考えるか。

介護保険では、利用者負担割合の判定や高額介護サービス費の支給に当たって、金融資産等を勘案していない。

- ② 介護保険の補足給付に対応する医療保険の給付は入院時食事療養費・入院時生活療養費であると考えられるが、医療保険では、食事・居住サービスは、医学的管理の下に保障する必要があることから、食費・居住費についても保険給付の対象としている点で、介護保険と考え方が異なる点について、どう考えるか。
- ③ 負担能力に応じた負担を求めることが必要である一方、現時点では、金融資産等の把握は自己申告をベースとせざるを得ない点について、どう考えるか。

- 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」等について、以下の対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- 単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与

ビタミン剤については、

- ① 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、
 - ② 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、
 - ③ 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

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

- 外来患者について、1処方につき計70枚を超えて投薬する湿布薬

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計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。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

いわゆる「スイッチOTC」とは

○ 「OTC」とは

- 「OTC」とは、英語の「Over The Counter: オーバー・ザ・カウンター」の略
- 「OTC医薬品」とは、カウンター越しに薬を販売するかたちに由来しており、一般用医薬品のことをいう。

○ 「スイッチOTC」とは

- 医療用医薬品の有効成分が一般用に転用されたもの。
- 医療用としての使用実績などを踏まえ、
 - 副作用の発生状況
 - 海外での使用状況などからみて、一般用医薬品として適切であると考えられるもの。
- 製薬企業が、「効能・効果」、「用法用量」、「使用上の注意」、「包装」などを改めて見直した上で、開発・申請を行い、薬事・食品衛生審議会における審議を経て、承認される。

スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険給付率の在り方に係る論点

②⑦(iv)

経済・財政再生計画 改革工程表(平成27年12月24日経済財政諮問会議)

○ 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について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論

※ 「経済財政運営と改革の基本方針2015～経済再生なくして財政健全化なし～」(平成27年6月30日経済財政諮問会議)において「市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する。」とされている。

(論 点)

○ スイッチOTC化された医療用医薬品に着目して、保険給付率を引き下げることについて、どのように考えるか。

○ 平成14年健保法改正法附則の「将来にわたって7割の給付を維持する」という規定との関係について、どのように考えるか。

○ 平成14年健保法等改正法の附則第二条

(医療保険制度の改革等)

第二条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

最近のスイッチOTC薬等の承認について①

平成27年10月末現在

承認年 (成分数)	主な成分名	薬効群等
平成20年 (5成分)	フラボキサート塩酸塩 イソコナゾール硝酸塩(外用) ニコチン(外用) エメダスチンフマル酸塩 ミコナゾール硝酸塩(外用)	頻尿改善薬 腔カンジダ治療薬(腔錠) 禁煙補助剤 アレルギー用薬 腔カンジダ治療薬(腔坐薬)
平成21年 (4成分)	イソコナゾール硝酸塩(外用) ミコナゾール硝酸塩(外用) ジクロフェナクナトリウム(外用) ビダラビン(外用)	腔カンジダ治療薬(クリーム) 腔カンジダ治療薬(クリーム) 消炎鎮痛薬 口唇ヘルペス薬
平成22年 (5成分)	トロキシピド エピナスチン塩酸塩 ロキソプロフェンナトリウム水和物 オキシコナゾール硝酸塩(外用) ベクロメタゾンプロピオン酸エステル(外用)	胃腸薬 アレルギー用薬 消炎鎮痛薬 腔カンジダ治療薬(腔錠) アレルギー用薬

最近のスイッチOTC薬等の承認について②

平成27年10月末現在

承認年 (成分数)	主な成分名	薬効群等
平成23年 (7成分)	クロトリマゾール (外用) オキシメタゾリン塩酸塩 (外用) アシタザノラスト水和物 (外用) イブプロフェン・ブチルスコポラミン臭化物 ペミロラストカリウム メキタジン	膣カンジダ治療薬 (膣錠) アレルギー用薬 アレルギー用薬 生理痛薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬
平成24年 (6成分)	ネチコナゾール塩酸塩 (外用) フェキソフェナジン塩酸塩 セチリジン塩酸塩 ケトチフェンフマル酸塩・ナファゾリン塩酸塩 イコサペント酸エチル イブプロフェン	膣カンジダ治療薬 (クリーム) アレルギー用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬 中性脂肪異常改善薬 解熱鎮痛薬
平成25年 (4成分)	トリメブチンマレイン酸塩 ペミロラストカリウム (外用) エバスチン トラニラスト (外用)	消化器官用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬
平成26年 (2成分)	アルミノプロフェン	解熱鎮痛薬
平成27年 (2成分)	フッ化ナトリウム (洗口液) ロキソプロフェンナトリウム水和物 (外用)	歯科用剤 (う蝕予防) 消炎鎮痛薬

- 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。

療養病床の概要

②

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。

		医療療養病床	介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
概要		病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u>	病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの</u>	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための生活施設
病床数		約21.3万床	約6.1万床	約36.2万床 (うち、介護療養型:約0.7万床)	約54.1万床
設置根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所) 介護保険法 (介護療養型医療施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準 (医療法施行規則等)	医師	48対1(3名以上)	48対1(3名以上)	100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (経過措置で6対1が認められている)	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ¹	4対1 (経過措置で6対1が認められている)	6対1		
面積		6.4m ²	6.4m ²	8.0m ² ²	10.65m ² (原則個室)
設置期限		—	29年度末	—	—

¹ 医療療養病床にあつては、看護補助者。

² 介護療養型は、大規模改修まで6.4m²以上で可。

現行の介護療養病床、医療療養病床の主な利用者像

<療養生活が長期に及ぶ>

- ・ 平均在院日数が長い(特に、介護療養)
⇒ 介護療養病床は約1年半の平均在院日数となっている。
- ・ 死亡退院が多い
⇒ 介護療養病床は約4割が死亡退院。

<医療・介護の必要度が高い>

- ・ 特養や老健よりも、医療必要度が高い者が入院している
- ・ 要介護度や年齢が高い者が多い
⇒ 特養や老健よりも高い要介護度を有している者が多い。
⇒ また、平均年齢が80歳を超えている。

これらの状態像から以下の機能が必要。

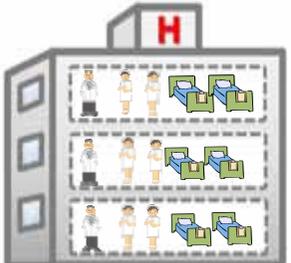
- ・ 長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備(『住まい』機能の強化)
- ・ 経管栄養や喀痰吸引等日常生活上必要な医療処置や、充実した看取りを実施する体制



『住まい』機能を確保した上で、医療機能を内包した新たな施設類型が提案された。

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。

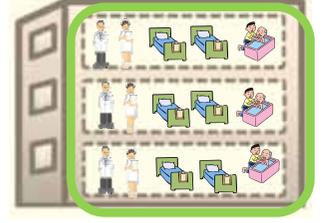


- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

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。)

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。



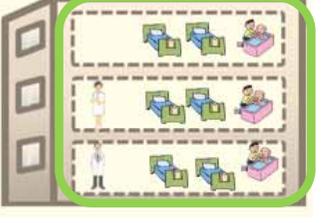
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶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

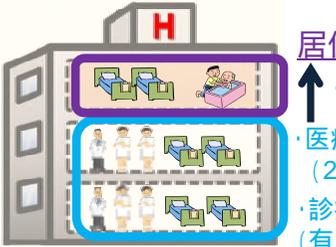
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



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。)

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。



居住スペース ↑ 訪問診療

- 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

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

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：平成28年10月5日 [意見交換]
- 第4回：平成28年10月26日 [これまでの議論の整理]

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。

社会保障審議会介護保険部会について

改革工程表関連の部会開催状況(平成28年)

- 第55回 (2月17日) 議題：介護分野の最近の動向等について、介護保険制度における所得指標の見直しについて
- 第56回 (3月25日) 議題：在宅医療・介護の連携等の推進、慢性期の医療・介護ニーズに対応したサービスのあり方
- 第57回 (4月22日) 議題：地域の実情に応じたサービスの推進（保険者機能の強化等）
- 第58回 (5月25日) 議題：地域支援事業・介護予防の推進
- 第59回 (6月 3日) 議題：介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）、その他の課題①
- 第60回 (7月20日) 議題：軽度者への支援のあり方、福祉用具・住宅改修
- 第61回 (8月19日) 議題：利用者負担、費用負担（総報酬割・調整交付金等）
- 第62回 (8月31日) 議題：その他の課題②（被保険者範囲）、ニーズに応じたサービス内容の見直し
- 第63回 (9月 7日) 議題：介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）、保険者の業務簡素化（要介護認定等）、認知症施策の推進
- 第64回 (9月23日) 議題：保険者等による地域分析と対応、介護保険総合データベースの活用、サービス供給への関与のあり方、ケアマネジメントのあり方
- 第65回 (9月30日) 議題：介護予防の推進、地域支援事業の推進、ニーズに応じた給付の見直し
- 第66回 (10月12日) 議題：軽度者への支援のあり方、福祉用具・住宅改修

介護保険部会委員一覧(平成28年9月23日現在)

- | | | | |
|--------|----------------------------------|--------|--------------------------------------|
| ・石本 淳也 | 公益社団法人日本介護福祉士会会長 | ・鈴木 邦彦 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| ・伊藤 彰久 | 日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長 | ・鈴木 隆雄 | 桜美林大学大学院自然科学系老年学研究科教授 |
| ・井上 隆 | 一般社団法人日本経済団体連合会常務理事 | ・鷺見よしみ | 一般社団法人日本介護支援専門員協会会長 |
| ・井上由美子 | NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事 | ・陶山 浩三 | UAゼンセン日本介護クラフトユニオン会長 |
| ○岩村 正彦 | 東京大学大学院法学政治学研究科教授 | ・武久 洋三 | 一般社団法人日本慢性期医療協会会長 |
| ◎遠藤 久夫 | 学習院大学経済学部教授 | ・土居 丈朗 | 慶應義塾大学経済学部教授 |
| ・大西 秀人 | 全国市長会介護保険対策特別委員会委員長
(香川県高松市長) | ・栃本一三郎 | 上智大学総合人間科学部教授 |
| ・岡 良廣 | 日本商工会議所社会保障専門委員会委員 | ・馬袋 秀男 | 民間介護事業推進委員会代表委員 |
| ・黒岩 祐治 | 全国知事会社会保障常任委員会委員
(神奈川県知事) | ・花俣ふみ代 | 公益社団法人認知症の人と家族の会常任理事 |
| ・小林 剛 | 全国健康保険協会理事長 | ・東 憲太郎 | 公益社団法人全国老人保健施設協会会長 |
| ・齋藤 訓子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 | ・藤原 忠彦 | 全国町村会長(長野県川上村長) |
| ・齋藤 秀樹 | 公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事 | ・柘田 和平 | 公益社団法人全国老人福祉施設協議会
介護保険事業等経営委員会委員長 |
| ・佐野 雅宏 | 健康保険組合連合会副会長 | | |

(◎は部会長、○は部会長代理)
(全25名、敬称略、五十音順)

⑪

- ・地域差の分析結果を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化
- ・保険者機能の強化や市町村による給付の適正化に向けた取組へのインセンティブ付けなどに係る制度的枠組み 等

保険者等による地域分析と対応

保険者等による地域分析と対応

現状・課題

- 地域包括ケアシステムをより深化させ、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供していくと同時に、制度の持続可能性を確保していくことが重要な課題となっている。
- 今後、75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加することが予想される。2025年、さらにはいわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる2040年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくるのが想定され、地域実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化させていくことが必要。
- また、各市町村が介護保険事業を担う中で、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合等について、地域差が存在している状況にある。介護保険制度には、保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組み（全国一律の基準による要介護認定、居宅サービスにおける区分支給限度額等）や、差を必然的に生じさせる要素（高齢化の状況、都市部、山間部といった地理的条件、独居等の家族構成等の地域の実情が、サービス提供に反映）があり、多角的な地域分析が必要。
- 高齢者の自立した日常生活の支援や、介護予防、要介護状態の改善・悪化防止等に係る市町村や都道府県の好事例について、保険者のリーダーシップ、地域の状況の実態把握・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、介護予防等に関する住民の意識向上といったポイントを踏まえて全国展開していく必要がある。
- 一方で、多くの市町村、都道府県では、必ずしも、介護保険事業（支援）計画のPDCAサイクル等が十分な状況とはいえず、ノウハウや人員不足が大きな理由となっている。

保険者等による地域分析と対応

論点

(制度見直しの方向性)

- 今後、地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組として、「地域マネジメント」を推進し、保険者機能を強化していくことが必要ではないか。
- 高齢者の自立支援と介護の重度化防止といった介護保険の理念の実現と、制度の持続可能性の確保を両立していくことができるよう、地域マネジメントを推進することにより、「自助・互助・共助・公助」に基づく地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の促進、効率的なサービスの提供等に取り組み、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築していくことが重要ではないか。
- この場合、市町村の保険者機能を果たすことはもちろんのこと、国及び都道府県がその役割を発揮し、市町村を具体的に支援していくことが必要ではないか。

(具体的な見直しに向けた論点)

- 保険者による地域の実態把握・課題分析のための基盤を整備し、都道府県・市町村の介護保険事業計画の作成、実施及び評価、並びに国民の介護保険事業の運営に関する実情の把握に資するため、①市町村による国に対する介護給付費や要介護認定等に関するデータの提出を法律上位置づけるとともに、②国は、市町村から提供されるデータを集計・分析し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて、各都道府県・市町村の地域分析に資するようなデータ（地域差に関するデータを含む。）を提供することとしてはどうか。（資料2 P. 4 論点 【後掲】）

保険者等による地域分析と対応

論点

- 市町村及び都道府県が介護保険事業（支援）計画を策定する際には、上記により国から提供されたデータを利用して地域課題を分析するよう努めることとするとともに、都道府県においては、市町村が行う地域課題の分析を支援するよう努めることとしてはどうか。なお、こうした分析が円滑にできるよう、国はガイドラインの策定等による支援を実施してはどうか。
- 市町村の介護保険事業計画に、地域の実情に応じて、高齢者の自立支援と介護の重度化防止に向けた具体的な取組内容及びその目標を記載することとしてはどうか。
- 都道府県については、介護保険法において「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない」とされているところ、高齢者の自立支援と介護の重度化防止に向けて、都道府県が実施に努めるべき具体的な保険者支援について、法律上明確化してはどうか。さらに、都道府県の介護保険事業支援計画に、市町村が行う高齢者の自立支援と介護の重度化防止に向けた取組に係る支援の具体的な内容及びその目標を記載することとしてはどうか。
- 上記の取組に関する事項をはじめとして、地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの深化が着実に進むよう、取組のアウトカム指標やアウトプット指標（プロセス指標）を国が設定し、PDCAの一環として、市町村及び都道府県が自己評価するとともに、国に報告してもらう仕組みとしてはどうか。

保険者等による地域分析と対応

論点

- アウトカム指標については、例えば、要介護状態等の維持・改善の度合い、健康な高齢者の増加など、保険者の取組の成果を反映する指標を設定してはどうか。なお、その際、要介護認定等が過度に抑制されることの無いよう留意する必要がある。また、アウトプット指標については、例えば、地域包括ケア「見える化」システムの活用状況も含む地域分析の実施状況、地域ケア会議の実施状況、生活支援コーディネーターの活動状況、地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援等の実施状況、介護予防の取組の状況等を指標とする方向で検討してはどうか。
- 都道府県及び市町村に対する取組のインセンティブとして、上記の評価については各市町村、都道府県毎に、住民も含めて公開することとし、成果を他の地域と比較することによりPDCAサイクルに活用してはどうか。
- さらに、財政面においても、市町村や都道府県に対するインセンティブ付けについて検討していくべきではないか。

保険者等による地域分析と対応 (参考資料)(抜粋)

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

全国展開に向けて必要となるポイント抽出

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

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

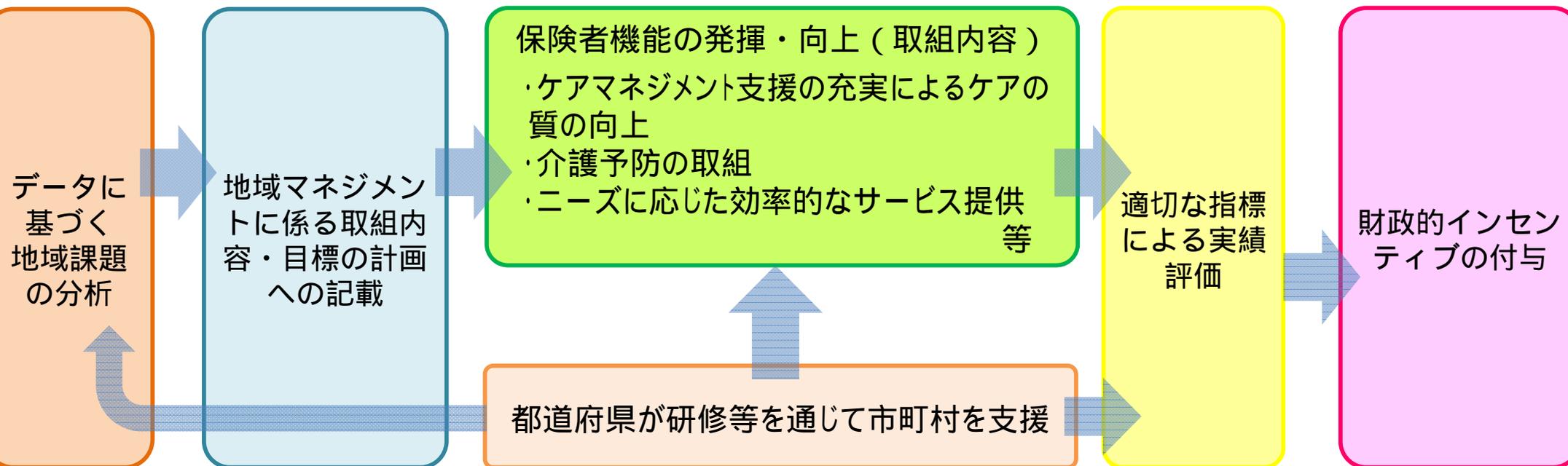
地域	平成23年	平成27年
全国	17.3	18.0
和光市	9.6	9.3
大分県	19.6	18.6

基本コンセプト

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が、地域の課題を分析してサービス提供体制等を構築することや、高齢者になるべく要介護状態とならずに自立した生活を送っていただくための取組を進めることが重要

➡ 保険者がこれらを強力に推進できるよう、保険者機能を強化するとともに、都道府県による保険者支援機能も強化する。

好事例から示唆される地域マネジメント推進のイメージ



- ②④ (iii)高額介護サービス費制度の見直し
- ②④(iv)介護保険における利用者負担の在り方
- ②⑤(i)介護納付金の総報酬割導入

利用者負担

利用者負担のあり方

現状・課題

1. 利用者負担割合・高額介護サービス費

(前回改正及び現状)

- 平成26年の介護保険法改正において、保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代に過度な負担を求めず、高齢者世代内において負担の公平化を図っていくため、一定以上所得のある方について負担割合を2割とするとともに、高額介護サービス費の上限について、特に所得が高い、高齢者医療制度における現役並み所得に相当する所得がある方については、37,200円(世帯)から医療保険の現役並み所得者の多数回該当と同じ水準である44,400円(世帯)とされたところ。
- 制度施行後の実績をみると、2割負担に該当するのは、在宅サービス利用者のうちの9.7%、特別養護老人ホーム入所者のうちの4.1%、介護老人保健施設入所者のうちの6.2%となっている(平成28年2月サービス分データ)。
また、サービス毎の受給者数をみると、平成27年8月の施行前後において、対前年同月比の傾向に顕著な差は見られない。
- また、実質負担率は、平成18年度は約7.7%だったが、高額医療合算介護サービス費の創設等により、平成26年度は約7.2%に低下していたところ、制度改正後の直近の実質負担率は平均で約7.7%となっている。

利用者負担のあり方

現状・課題

(経済財政運営と改革の基本方針2015 における記載等)

- 経済・財政再生アクション・プログラム(平成27年12月24日経済財政諮問会議)においては、利用者負担のあり方について、以下のとおり記載されている。
 - ・ 医療保険における高額療養費制度及び介護保険における高額介護サービス費制度の見直しについて、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる。
 - ・ 介護保険における利用者負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)。
- また、医療保険制度における患者負担についてはこれまで累次の改正が行われており、70歳以上の方については、平成14年10月から現役並み所得者の負担割合を2割に引き上げ、平成18年10月からこれを3割としている。さらに、70～74歳の方について、平成26年4月2日以降に70歳の誕生日を迎える方の患者負担を2割とした。
- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、制度創設時の医療保険の高額療養費制度を踏まえて設定されている。医療保険制度における高額療養費についてはこれまで累次の改正が行われており、70歳以上の方については、平成18年10月からは、一般区分(住民税世帯非課税以外の方)の上限額及び現役並み所得区分の多数回該当の上限額が、44,400円とされている。
- 現在、社会保障審議会医療保険部会において、世代間の公平、負担能力に応じた負担等の観点を踏まえた高額療養費制度の見直しについて議論が行われているところ。

利用者負担のあり方

現状・課題

- 利用者負担割合については、軽度者が支払う利用者負担額が、中重度者が支払う利用者負担額と均衡する程度まで、要介護区分ごとに、軽度者の利用者負担割合を引き上げるべきとの指摘がある。また、高額介護サービス費については、高額療養費制度と同水準まで利用者負担の月額上限を引き上げるべきとの指摘がある。

(8月19日介護保険部会における主なご意見)

- 8月19日の介護保険部会においては、主に以下のような意見があった。
 - ・ 負担能力に応じた負担となるようにしていくべきではないか。
 - ・ 医療保険制度における患者負担割合や高額療養費との整合性をとるべきではないか。
 - ・ サービスの利用控えや家計への負担に配慮しつつ検討していくべきではないか。
 - ・ 介護サービスの利用が長期間となることを考えると、医療保険制度と並びをとる必要はないのではないかと。

2. 補足給付

- 補足給付への不動産勘案については、平成25年の介護保険部会では、引き続き検討を続けていくことが必要とされた。
- その後に厚生労働省において行った調査研究事業では、
 - ・ 認知症の方を含む高齢者との契約支援の仕組み、自治体による不動産担保貸付等の説明や意思確認、不動産評価、利用者の死後における競売手続等、実務的課題

利用者負担のあり方

現状・課題

- ・ 金融機関にとっての市場規模や費用対効果
 - ・ 土地の価格分布や、サービスを提供する金融機関等に係る地域格差等の課題が指摘されたところ。
- 8月19日の介護保険部会においては、主に以下のような意見があった。
- ・ 自治体の事務負担、民間金融機関等の参入の担保、費用対効果等について、実務的に実施が可能であるかを十分に議論するべきではないか。
 - ・ まだ課題が多いものの、今後の導入に向けて、引き続き調査分析・検討を続けていくべき。

利用者負担のあり方

論点

- 高齢化の進展に伴い、40～64歳の第2号被保険者及び65歳以上の第1号被保険者の保険料水準の上昇が見込まれる中で、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、今後の介護保険制度の持続可能性を高める観点から、サービスを利用する方の負担のあり方についてどのように考えるか。

(利用者負担割合)

- 利用者負担割合については、平成27年8月から一定以上所得者については2割負担を導入したところである。制度の施行状況や、医療保険における患者負担割合を踏まえ、こうした利用者負担割合のあり方についてどのように考えるか。

要介護認定が軽度である者について、利用者負担を引き上げるべきとの指摘があるが、どのように考えるか。

また、8月19日の介護保険部会において、負担能力に応じた負担となるようにしていくべきとのご意見があったが、具体的にどう考えるか。

(高額介護サービス費)

- 高額介護サービス費については、平成26年改正では基本的に据え置きとしつつ、2割負担の導入に伴い、特に所得の高い層のみ、上限の引上げを行ったところである。制度の施行状況や、医療保険における自己負担額の上限額を踏まえ、高額介護サービス費のあり方についてどのように考えるか。

例えば、医療保険の高額療養費制度を踏まえ、現在の一般区分の負担上限額を37,200円から44,400円に引き上げるべきとの指摘があるが、どのように考えるか。

(補足給付)

- 補足給付の不動産勘案については、一定額以上の宅地を保有している場合には、資産として活用することについて、民間金融機関が実施するリバースモーゲージ等における知見の蓄積、成年後見制度の普及等の状況も踏まえつつ、将来的な課題として引き続き検討を深めてはどうか。

費用負担（総報酬割）

費用負担のあり方（介護納付金）

現状・課題

1. 介護納付金の仕組み及び現状

○ 介護保険制度においては、40歳以上になれば、介護ニーズの発生の可能性が高くなるとともに、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなることから介護保険制度により負担が軽減される等一定の受益があるため、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、40歳以上64歳以下の方について、第2号被保険者として保険料を負担する仕組みとなっている。

○ 財源構成における第1号保険料と第2号保険料の負担割合については、両者の一人当たり負担額が同水準となるように設定されており、また、第2号保険料が世代間扶養の意味合いを持つことも踏まえ、各医療保険者の介護納付金の負担については、そ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仕組みとなっている。

※負担割合は、平成27～29年度は第1号保険料が22%、第2号保険料が28%

○ 主として中小企業の被用者が加入する協会けんぽと健保組合・共済組合の負担能力（総報酬額）の差は拡大しており、特に、介護保険第2号被保険者に該当する年齢層（40～64歳）で特に差が大きくなっている。また、健保組合間における負担能力の差も拡大している。

○ 現行の第2号保険料は、第2号被保険者一人当たりの保険料負担額は、医療保険者を通じて同額となるため、報酬額に対する保険料負担額の割合（所要保険料率）は、相対的に報酬の高い被用者保険者では低くなり、報酬の低い被用者保険者では高くなる。

これに対し、被保険者間で、各保険者の総報酬額に応じて負担する仕組み（総報酬割）とした場合には、財政力に応じた負担となり、報酬額に対する保険料負担額の割合（所要保険料率）は、相対的に報酬の高い被用者保険者でも、報酬の低い被用者保険者でも、同一となる。すなわち、同じ報酬であれば同じ保険料負担となる。

費用負担のあり方（介護納付金）

現状・課題

2. 介護納付金の総報酬割に関する議論等

- 介護納付金の総報酬割の導入については、社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）において、「今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分方法とすること（総報酬割の導入）を検討する。また、現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討」とされている。
- また、経済・財政再生計画改革工程表（平成27年12月24日経済財政諮問会議）において、社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされているところ。
- 「負担能力に応じて応分の負担を求める」という考え方が、現在の社会保障制度改革の基本的な路線となっており、第1号保険料についても、応能負担の要素を踏まえて、所得段階に応じた設定をしているとともに、これまでの改正により段階を細分化し、標準的な段階設定における基準額に対する割合の差も大きくなっている。また、負担能力に応じた負担とするという考え方を踏まえ、平成26年改正においては、一定以上所得がある高齢者の利用者負担割合を2割とするとともに高額介護サービス費の上限を引き上げる改正を行ったところ。

社会保障制度改革国民会議報告（平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議）（抄）

「自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす」ことや、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことによって社会保障の財源を積極的に生み出し、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすべきである。

費用負担のあり方（介護納付金）

現状・課題

- また、労働力人口が減少に向かっている中、事業主にとっての介護離職の防止の重要性も高まっており、政府を挙げて介護離職ゼロのための取組を進めている。
- 総報酬割の導入については、所得に応じた公平な負担とするために速やかに総報酬割へ移行すべきとの指摘がある。
- 8月19日の介護保険部会においては、主に以下のような総報酬割の導入に消極的な意見があった。
 - ・ 現役世代にとって受益を伴わない負担増である
 - ・ 国庫負担を健康保険組合に付け替えているのではないか
 - ・ 順番として給付の重点化、効率化が先ではないか
 - ・ 賃上げの努力をしている中で、タイミングが悪いのではないか
- 一方で、以下のような積極的な意見もあった。
 - ・ 平均総報酬額には大きな違いがあるにもかかわらず、同額の負担をする仕組みは不合理ではないか
 - ・ 協会けんぽへの国庫補助は、報酬の高い健保組合や共済組合の保険料を抑えることとなっていたのではないか
 - ・ 介護納付金の総額は予算ベースで決まるのであって、賃金が上昇したから必ずしもそれと比例して介護納付金が増えるということではない
 - ・ 介護納付金は逆進性を有しており、負担能力に応じたものに変えてくべきではないか

費用負担のあり方（介護納付金）

論点

- 高齢化に伴い第2号被保険者の保険料負担が増大していく中で、「負担能力に応じて応分の負担を求める」という社会保障制度改革における考え方、制度創設時の考え方、前回の部会における議論の内容等を踏まえ、各被用者保険等保険者の負担する介護納付金について応能負担の必要性をどのように考えるか。
- 仮に介護納付金に総報酬割を導入する際に、留意する点は何か。

利用者負担 （参考資料）

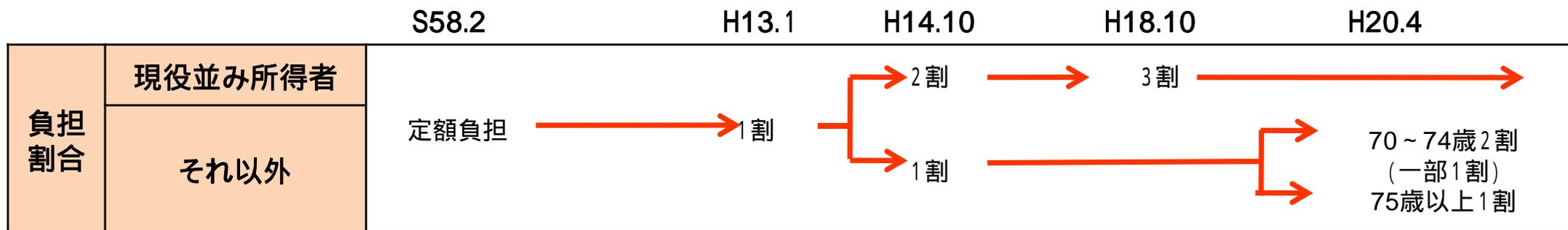
利用者負担割合の変遷

- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
- 介護保険制度施行時にはまだ高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

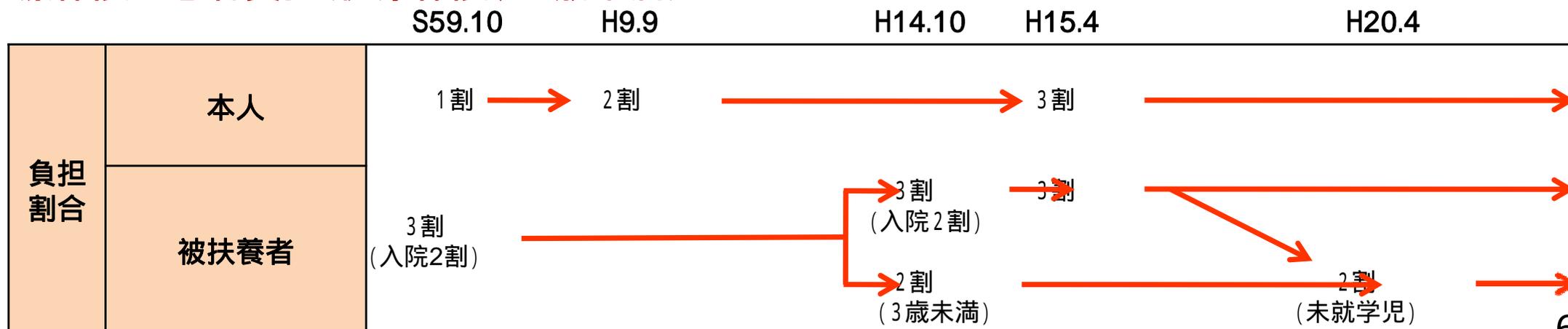
介護保険の利用者負担



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)



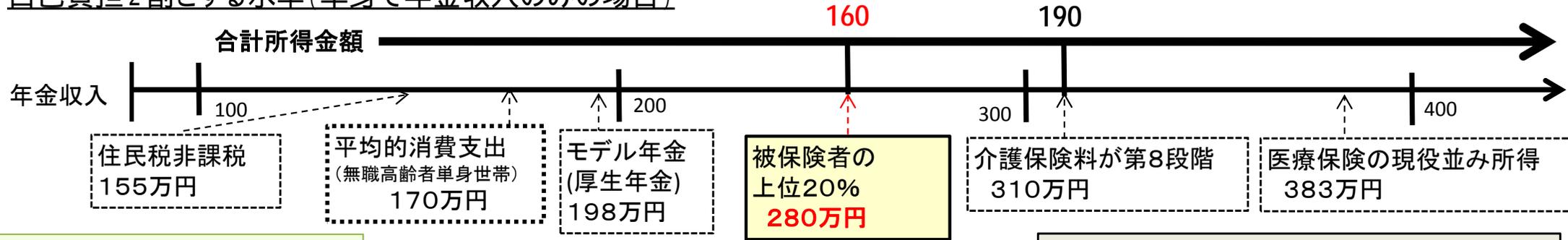
平成26年改正における一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

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)

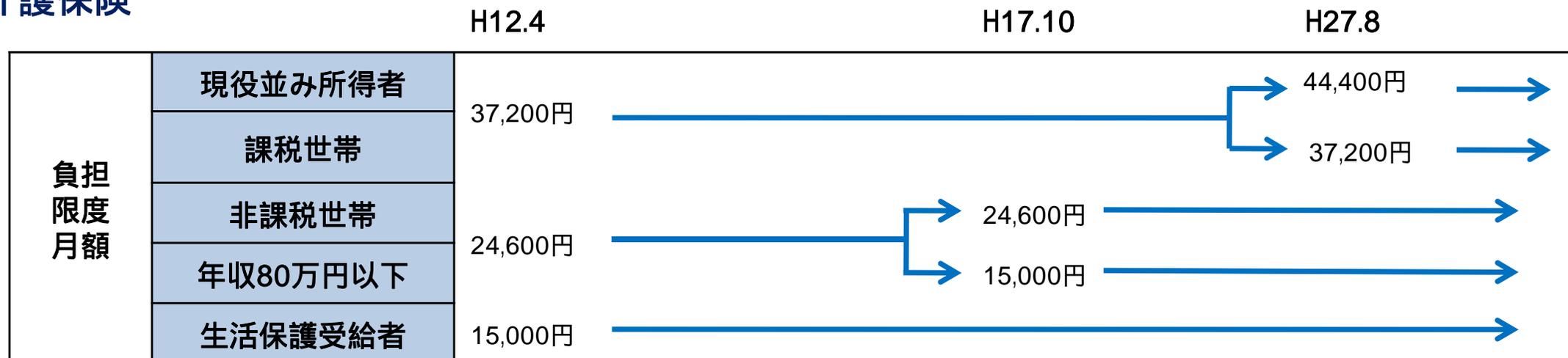
現役並み所得相当()	44,400円
一般	37,200円

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)

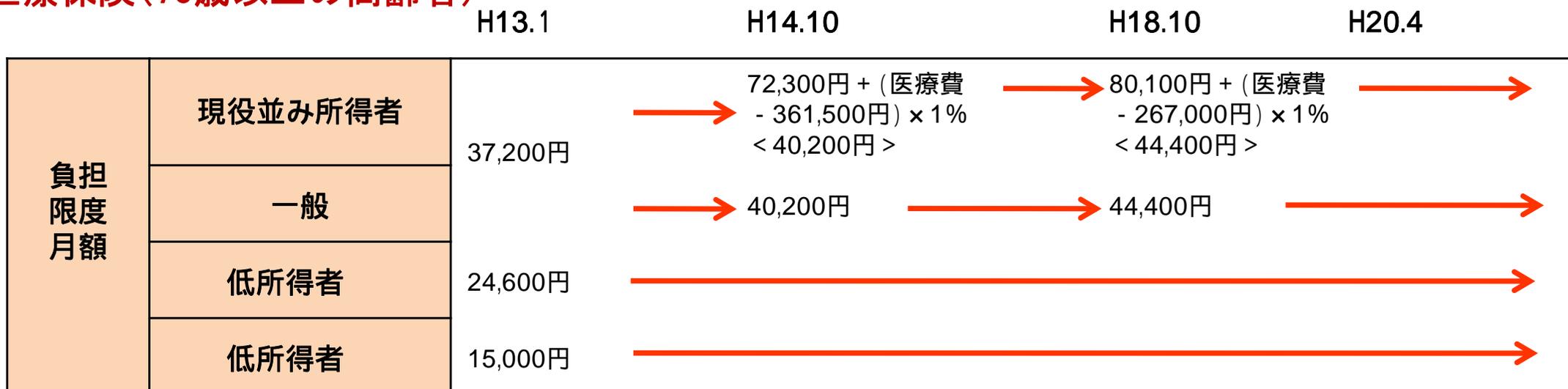
利用者の自己負担限度額の推移

- 介護保険制度の高額介護サービス費の限度額は、制度創設時の医療保険の高額療養費の多数回該当の金額に合わせて設定されたが、医療保険における住民税課税世帯の基準は現在37,200円から44,400円に引き上げられている。
- これをふまえ、介護保険制度においても、医療保険の現役並み所得に相当する人がいる世帯に限定して、限度額が44,400円に引き上げられた。

介護保険



医療保険(70歳以上の高齢者)



< > は、年4回以上利用する多数回該当時の金額。

高額介護サービス費の支給基準

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計(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る。

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	①第1～3段階又は第5段階のいずれにも該当しない者 ②課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合であって、世帯内の第1号被保険者の収入の合計が520万円(世帯内の第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37,200円
第5段階	○課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合(第4段階の②に該当する場合を除く。)	世帯44,400円

現役並み所得者平成27年8月～

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

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。

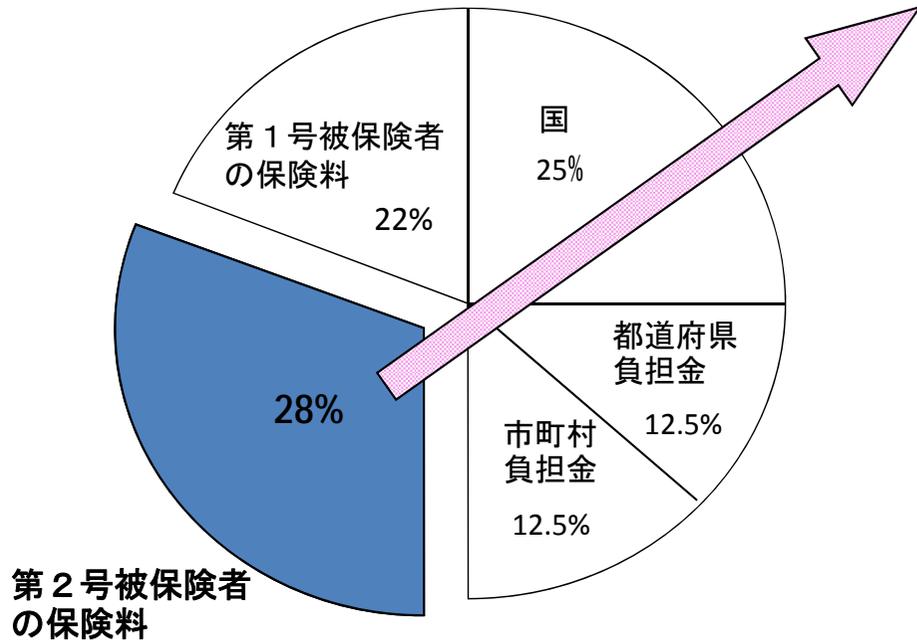
費用負担（総報酬割） （参考資料）

介護納付金の仕組みと総報酬割

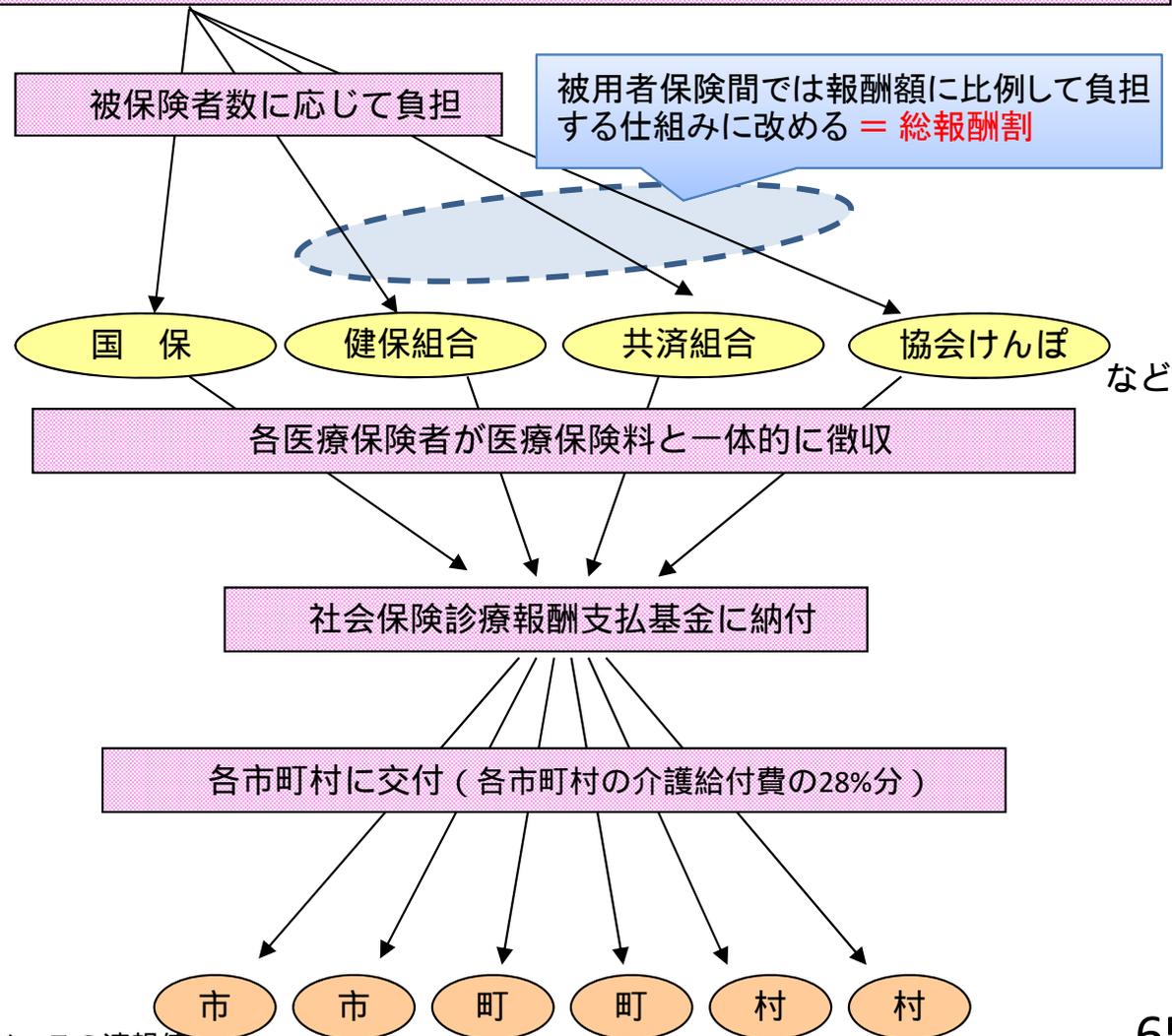
- 40～64歳が負担する保険料については、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

[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26年度介護保険料率
協会けんぽ	1.72%
健保組合	1.40%

※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(1409組合)ベースの速報値

②⑦(i)

- ・軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の在り方
- ・軽度者に係る生活援助、福祉用具貸与及び住宅改修に係る負担の在り方
- ・軽度者に係る福祉用具貸与及び住宅改修に係る給付の適正化

軽度者への支援のあり方

軽度者への支援のあり方

現状・課題

1. これまでの議論と次期介護保険制度改革に向けた検討

- 要支援・要介護度に応じた支援のあり方については、介護保険制度の創設時をはじめ制度改革時などにおいて議論されてきており、予防給付の創設や介護報酬改定など給付の見直しが行われてきた。
- 次期介護保険制度改革に向けては、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）等において、以下の検討が求められている。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）（平成27年6月30日閣議決定）】

公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する。このため、次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改革の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。

【経済・財政再生アクション・プログラム（抄）（平成27年12月24日経済財政諮問会議決定）】

公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料の上昇等を抑制するため、
(i) 次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活支援サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行、負担のあり方を含め、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）。

※ 下線は事務局が付した

軽度者への支援のあり方

現状・課題

【経済財政運営と改革の基本方針2016（抄）（平成28年6月2日閣議決定）】

社会保障分野においては、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指し、「経済・財政再生計画」に掲げられた医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金、生活保護等に係る44の改革項目について、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

※ 下線は事務局が付した

軽度者への支援のあり方

現状・課題

2. 給付の見直しや地域支援事業への移行について

(訪問介護における生活援助)

- 訪問介護とは、訪問介護員等が、利用者の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯、掃除等の家事を提供するものであり、介護報酬上は、①身体介護が中心である場合、②生活援助が中心である場合等に分かれている。
- このうち、生活援助については、これまでの介護報酬改定において、訪問介護の利用の実態等を踏まえ、以下の対応を実施している。
 - (平成18年度改定)
 - ・ 将来的な報酬体系の機能別再編を視野に入れつつ、当面は現行の身体介護・生活援助の区分を維持し、生活援助の60分以上の利用について適正化。
 - (平成24年度改定)
 - ・ 限られた人材の有効活用を図り、より多くの利用者に対し、そのニーズに応じたサービスを効率的に提供する観点から、45分での区分を基本とした見直し。
- なお、要介護度別に訪問介護の利用者一人一月当たりの生活援助（身体介護と組み合わせて提供される場合を含む）の平均利用時間をみると、要介護度の軽重に関わらず生活援助が利用されている実態がうかがえる。
- 介護サービスを提供する人材不足が緊喫の課題である中で、特に、訪問介護員の平均年齢は他の介護関係職種と比較しても高く、60歳以上の構成割合が3割を超えているという調査結果もあることから、介護人材の専門性などに応じた有効活用の観点も踏まえた対応を検討する必要がある。

軽度者への支援のあり方

現状・課題

(その他の給付(※))

(※) 訪問介護における生活援助以外の介護給付及び予防給付

- その他の給付についても、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点を踏まえながら、保険給付の効率化・重点化を検討する必要がある。
- 一方で、介護予防訪問介護と介護予防通所介護については、平成27年4月から平成29年3月にかけて総合事業への移行が進められており、地域における「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を促進するためには、市町村は生活支援コーディネーターの配置等の取組を進める必要がある。また、総合事業等の実施状況については、引き続き把握・検証を行う必要がある。

現状・課題

3. 負担のあり方について

- 利用者負担については、平成26年の介護保険法改正において、一定以上所得のある方について負担割合を2割としており、所得に応じた負担割合の設定はされているものの、要支援・要介護度に応じて負担のあり方に違いを設けることはしていない。
- 要支援・要介護度に応じて負担のあり方に違いを設けることについては、これまでの介護保険部会等において議論が行われてきた。
- 特に、訪問介護における生活援助については、民間家事代行サービスの利用者との公平性等の観点から、保険給付の割合を大幅に引き下げべきとの意見がある。

軽度者への支援のあり方

論点

- 軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付の地域支援事業(総合事業)への移行に関しては、まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行うべきではないか。
- 軽度者に対する訪問介護における生活援助やその他の給付について、利用の実態等を踏まえつつ、自立支援や重度化防止といった介護保険の理念や制度の持続可能性の観点から、どのような方策が考えられるか。
例えば、次回介護報酬改定において、訪問介護における生活援助については、要介護度に関わらず、生活援助を中心にサービス提供を行う場合の人員基準の見直し等を行うことも考えられるか。
- 訪問介護における生活援助やその他の給付についての負担のあり方に関しては、要支援・要介護度に応じて違いを設けることについて、どのように考えるか。

(軽度者の利用者負担に関する主な議論の内容)

- ・生活援助などは軽度者の生活に必要なものであり、重度化防止の観点からも給付の削減は反対。
- ・早期発見を通じた重度化防止が重要であり、利用抑制により重度化が進みかえって費用がかかる。
- ・要介護の程度によって自己負担の引き上げや新たな利用者負担の導入を検討する時期に来ている。
- ・給付の内容に応じて自己負担の割合に差を付けることも検討すべき。

社会保障審議会 介護保険部会(第66回)	資料2
平成28年10月12日	

福祉用具・住宅改修

福祉用具貸与・特定福祉用具販売について

現状・課題

(福祉用具貸与・特定福祉用具販売の価格)

- 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の価格は、貸与・販売事業者がその運営規程において定めているが、価格の設定に当たっては、通常、製品価格のほか、計画書の作成や保守点検などの諸経費が含まれている。
- しかしながら、貸与・販売価格の設定が事業者の裁量によることから、同一製品であっても、平均的な価格と比べて非常に高価な価格請求が行われているケースが存在しているとの指摘があり、これまで貸与価格については、
 - ・ 平成21年度より、保険者が国保連合会の介護給付費データを活用し、同一製品の貸与価格幅等が記載された介護給付費通知を発出することを可能としたほか、
 - ・ 平成26年3月より、(公財)テクノエイド協会が国保連合会から、種目別の全国平均価格と全国最頻価格(実勢値)の提供を受け、製品情報と合わせてホームページ上で公開する運用の開始、
 - ・ 平成27年度より、複数の福祉用具を貸与する場合において、事業者は一定のルールの下、都道府県等に届け出ている福祉用具の価格よりも減額して貸与することを可能とすること、といった取組を行ったところである。
- また、一部の自治体においては、福祉用具貸与適正化のため独自に価格を公表するなどの取組を行っている。
- しかしながら、適正な価格・サービス競争の促進、地域差の是正等の観点から、製品の希望小売価格や耐用年数を考慮して算定される価格と、搬出入や保守点検のサービス等に要する価格に区分し、価格形成について利用者・保険者への情報開示を進めるべきとの意見もある。
- 一方、一般社団法人日本福祉用具供給協会からは、利用者の重度化を防ぎ、介護離職ゼロを進め、介護費用を抑制するために軽度者に対する福祉用具サービス等については継続するよう要望が出されるとともに、レンタル価格及びサービスの適正化に向けて、「価格の見える化」や「外れ値」対策等を協会においても行うとの提案がなされている。

現状・課題

(福祉用具の適切な利用の促進)

- 福祉用具の利用に当たっては、介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアプランに記載するだけでなく、福祉用具専門相談員が専門的知識に基づき利用者又はその家族に助言をしながら利用開始時に適切なアセスメントを行うとともに、利用者の状態を考慮した定期的なマネジメントを適切に行い、利用すべき福祉用具が決定される必要がある。
- そのため、以下の対応を行っているところである。
 - ・ 平成24年度より、福祉用具専門相談員に対し、指定福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具貸与計画の策定を義務化した。また、計画に基づき、目録等の文書を示し、福祉用具の機能、使用方法、利用料等の情報を提供し、利用者の同意を得ることとしている。
 - ・ 平成27年度より、福祉用具専門相談員の指定講習カリキュラムの見直しや自己研鑽の努力義務化を行うことにより、福祉用具専門相談員の質の向上を図っている。

現状・課題

(住宅改修の工事価格・適切な利用の促進)

- 市町村は、居宅要介護被保険者等が住宅改修を行ったときは、当該居宅要介護被保険者等に対し、支給限度基準額である20万円を上限に、居宅介護住宅改修費を支給することとしている。住宅改修に係る工事価格の設定は、住宅改修を行う事業者の裁量による。
- しかしながら、平成24年度に実施したアンケート調査によると、約6割の保険者が「事業者により技術・施工水準のバラツキが大きい」と回答している。
- また、住宅改修費は償還払いのため、国保連合会に給付データの蓄積がないなど、工事価格等の取引実態の把握が進んでいない状況にある。
- これを踏まえ、住宅改修の質の向上に向けた対応として、平成27年3月に住宅改修事業者や関係職種向けのテキストの編集と都道府県を通じた市町村への周知を行ったところである。
- なお、一部の自治体においては、建築の専門職が事前に申請内容を確認する、PT・OT・その他住宅改修に関する知見を備えた者が関与する等、利用者にとって適切な住宅改修の利用につなげているところもある。

福祉用具貸与・特定福祉用具販売・住宅改修について

現状・課題

(保険給付の範囲・利用者負担)

- 福祉用具は、利用者が可能な限り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、生活機能の維持又は改善を図り、状態の悪化の防止に資するとともに、介護者の負担の軽減を図る役割を担っている。
- 保険給付の範囲については、「福祉用具の範囲の考え方について」（平成10年8月24日医療保険福祉審議会老人保健福祉部会事務局提出資料）を考慮しつつ、介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会において議論を行い、給付を行うことが適当と判断されたものに限り保険給付の対象種目としている。
- 一方、住宅改修は、段差の解消や手すりの設置などを通じて、高齢者の自立を支援する役割を担っている。
- 保険給付の範囲については、「個人資産の形成につながる面があり、また、持ち家の居住者と改修の自由度の低い借家の居住者との受益の均衡を考慮」し、小規模なものに限定されている（平成10年8月24日第14回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会事務局提出資料）。
- 利用者負担は、福祉用具、住宅改修ともに、他のサービスと同様、1割負担（一定所得以上の者は2割負担）となっている。
- これらに関して、要介護区分ごとに標準的な貸与対象品目を定めることや、軽度者に対する保険給付の割合を引き下げるべきなどの意見がある。

(経済財政運営と改革の基本方針等における記載内容)

○ 経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）（平成27年6月30日閣議決定）

公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する。このため、次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改革の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。

○ 経済・財政再生アクション・プログラム（抄）（平成27年12月24日経済財政諮問会議決定）

公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料の上昇等を抑制するため、
(i) 次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活支援サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行、負担のあり方を含め、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）。

○ 経済財政運営と改革の基本方針2016（抄）（平成28年6月2日閣議決定）

社会保障分野においては、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指し、「経済・財政再生計画」に掲げられた医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金、生活保護等に係る44の改革項目について、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

※ 下線は事務局が付した

◆福祉用具貸与・特定福祉用具販売

- 福祉用具貸与の価格について、給付費請求データに基づいて全ての福祉用具の貸与価格情報を把握し、全国レベルでホームページにおいて公表する仕組みを作ってはどうか。
- 利用者が、自立支援や状態の悪化の防止に資する適切な福祉用具を選択できるよう、福祉用具専門相談員が、貸与価格情報等を用いて貸与しようとする製品の価格・特徴等を利用者に説明すること、及び複数の製品を提示することを義務づけてはどうか。併せて、利用者に交付しなければならない福祉用具貸与計画書を介護支援専門員（ケアマネジャー）にも交付することとしてはどうか。
- 福祉用具貸与価格に、極端な価格差が生じないようにするため、極端に高い額を貸与価格とする場合には、あらかじめ保険者の了解を必要とすることとしてはどうか。また、貸与事業者に対し、介護給付費請求書の適切な記載方法の徹底を図ってはどうか。

◆住宅改修

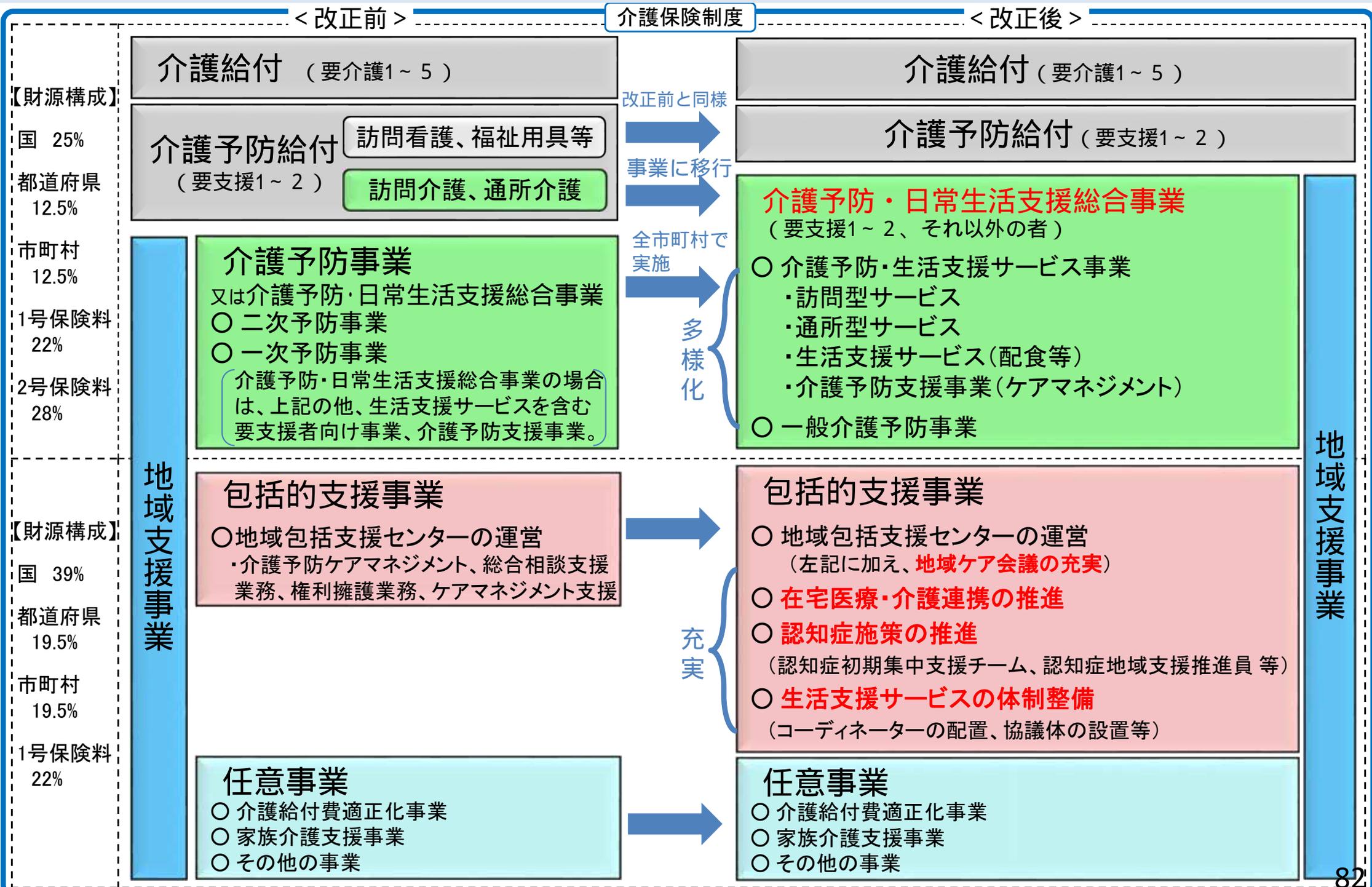
- 住宅改修の内容や価格を、保険者が適切に把握・確認できるようにするとともに、利用者の適切な選択に資するため、
 - ・ 事前申請時に利用者が保険者に提出する見積書類の様式（改修内容、材料費、施工費の内訳が明確に把握できるもの）を、国が示すこととしてはどうか。
 - ・ 複数の住宅改修事業者から見積りを取るよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）が利用者に対し説明することとしてはどうか。
- 建築の専門職やOT・PT・福祉住環境コーディネーター・その他住宅改修に関する知見を備えた者が適切に関与している事例や、住宅改修事業者への研修会を行っている事例等、保険者の取組の好事例を広く紹介してはどうか。

◆共通事項

- その他、福祉用具や住宅改修が、利用者の自立支援、状態の悪化の防止、介護者の負担軽減等の役割を果たしていることも考慮した上で、価格設定や保険給付の対象範囲、利用者負担のあり方等について、どのように考えるか。

軽度者への支援のあり方 (参考資料)(抜粋)

新しい地域支援事業の全体像



地域支援事業

福祉用具・住宅改修 (参考資料)(抜粋)

介護保険における福祉用具貸与・販売

【制度の概要】

- 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。

【 厚生労働大臣告示において以下のものを対象種目として定めている 】

	福祉用具貸与	特定福祉用具販売
対象種目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車いす(付属品含む) ・ 特殊寝台(付属品含む) ・ 床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 ・ 手すり ・ スロープ ・ 歩行器 ・ 歩行補助つえ ・ 認知症老人徘徊感知機器 ・ 移動用リフト(つり具の部分を除く) ・ 自動排泄処理装置 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腰掛便座 ・ 自動排泄処理装置の交換可能部品 ・ 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、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト) ・ 簡易浴槽 ・ 移動用リフトのつり具の部分

【給付制度の概要】

① 貸与の原則

利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則としている。

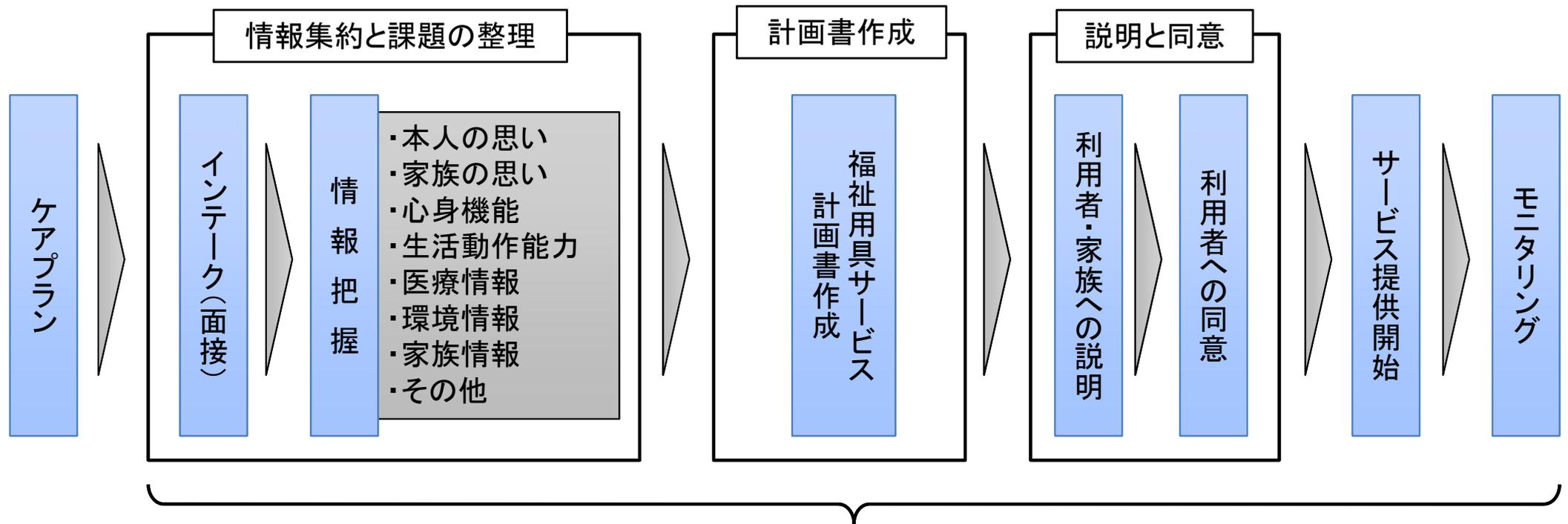
② 販売種目(原則、同一種目は年間10万円を限度)

貸与になじまない性質のもの(他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によってもとの形態・品質が変化し、再利用できないもの)は、福祉用具の購入費を保険給付の対象としている。

③ 現に要した費用

福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付における公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付する仕組みとしている。

福祉用具貸与・販売の流れ



福祉用具専門相談員(福祉用具貸与・販売事業所)が関与

福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、要介護者等の自立の促進及び介助者の負担の軽減を図り、利用者の状態に応じた福祉用具の選定を行うため、福祉用具貸与事業者及び特定福祉用具販売事業者は、利用者ごとに個別サービス計画(福祉用具サービス計画)を作成することとしている。

【福祉用具サービス計画に記載すべき事項】

利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえた

- ・ 利用目標
- ・ 利用目標を達成するための具体的なサービス内容
- ・ 福祉用具の機種と当該機種を選定した理由
- ・ 関係者間で共有すべき情報
(福祉用具使用時の注意事項等) 等

介護保険制度における住宅改修

1 住宅改修の概要

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、必要な書類（住宅改修が必要な理由書等）を添えて、申請書を提出し、工事完成后、領収書等の費用発生の実情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。

なお、支給額は、支給限度基準額（20万円）の9割（18万円）が上限となる。

（*）やむを得ない事情がある場合には、工事完成后に申請することができる。

2 住宅改修の種類

- （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）その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

3 支給限度基準額

20万円

- ・ 要支援、要介護区分にかかわらず定額
- ・ ひとり生涯20万円までの支給限度基準額だが、要介護状態区分が重くなったとき（3段階上昇時）、また、転居した場合は再度20万円までの支給限度基準額が設定される。

住宅改修の流れ

手続きの流れ



ケアマネジャー等に相談



施工事業者の選択・見積もり依頼



市町村へ **工事前** に申請



市町村は内容を確認し、結果を教示



改修工事の施工→完成／施工業者へ支払



市町村へ **工事後** に改修費の支給申請



住宅改修費の支給額の決定・支給

事前申請のポイント

- 利用者は、住宅改修の支給申請書類の一部を保険者へ提出
- 保険者は提出された書類等により、保険給付として適当な改修かどうかについて、事前に確認する。

提出書類

- ①支給申請書
- ②工事費見積り書
- ③住宅改修が必要な理由書(※)
- ④住宅改修後の完成予定の状態が分かるもの
(日付入り写真又は住宅の間取り図など)

※理由書の作成者

介護支援専門員、地域包括支援センター担当職員、作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上その他これに準ずる資格等を有する者

事後申請のポイント

- 利用者は、工事後領収書等の費用発生の実状がわかる書類等を保険者へ提出→「正式な支給申請」が行われる。
- 保険者は、事前提出された書類との確認、適切な工事が行われたかどうかの確認を行い当該住宅改修費の支給を必要と認めた場合、住宅改修費を支給する。

提出書類

- ⑤住宅改修に要した費用に係る領収書
- ⑥工事費内訳書
- ⑦住宅改修の完成後の状態を確認できる書類
(便所、浴室、廊下等の箇所ごとの改修前及び改修後それぞれの写真とし、原則として撮影日がわかるもの)、
- ⑧住宅の所有者の承諾書
(住宅改修した住宅の所有者が当該利用者でない場合)

※ただし、やむを得ない事情がある場合については、住宅改修が完了した後、①及び③を提出することができる。