

厚生労働省提出参考資料

右上の番号は、経済・財政再生計画改革工程表の項目番号

- 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。
 1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
 2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
 3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

- 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。
- その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。

「地域医療介護総合確保基金」(H28年度予算は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、

1 病床の機能分化・連携に関する事業	2 在宅医療の推進
3 介護施設等の整備に関する事業	4 医療従事者の確保に関する事業
5 介護従事者の確保に関する事業	

が対象。
医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。
- また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

- 地域医療構想との整合性を確保しつつ、医療従事者の需給を見通し、その確保策、地域偏在対策等について検討する「医療従事者の需給に関する検討会」を昨年12月より開催。

医師、看護職員、理学療法士・作業療法士のそれぞれに分科会を設置し、都道府県が平成29年度中に第7次医療計画を策定するに当たり、医療従事者の確保対策について具体的に盛り込むことができるよう、各分科会とも平成28年内にとりまとめ予定。
- 医師需給分科会については、当面の医師養成数の基本的方針や今後検討を深める医師偏在対策の事項を本年6月に中間とりまとめ。今後、医師偏在対策については、実効性のある地域偏在・診療科偏在対策について年末に向けて議論。

基本的考え方

- 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。

(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

- ・ 「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。
 - 「地域医療介護総合確保基金」
「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」を活用して、整備を推進。
- ・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。

(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

- ・ (1)に加えて、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」を設置し、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、具体的な改革の選択肢の整理等を実施。
- ・ 検討会の報告を踏まえ、平成28年6月から社会保障審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」において、制度改正に向けた議論を開始。平成28年内を目途にとりまとめ。

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

（◎は座長、○は座長代理）

- | | | | |
|---------|----------------------------|---------|-----------------------------|
| ・阿部 泰久 | （日本経済団体連合会常務理事） | ・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 丈朗 | （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・社会医療法人財団新和会理事長） |
| ・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） | | |

スケジュール

月1回程度のペースで開催を予定し、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。

(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

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 (医療区分、以外の者)	医療区分、 (スモン、筋ジス等)
<p>640円</p> <p>保険給付 280円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> <p>別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p>	<p>554円</p> <p>保険給付 94円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 460円</p>	<p>398円</p> <p>保険給付 78円</p> <p>自己負担 (光熱水費) 320円</p> <p>554円</p> <p>保険給付 194円</p> <p>自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> <p>398円</p> <p>保険給付 398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</p> <p>全額自己負担 金額は施設との契約による</p>	<p>1380円</p> <p>補足給付 730円</p> <p>自己負担 650円</p> <p>自己負担 370円</p> <p>※平成27年度介護報酬改定により、1日320円→370円に改定。</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。

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。

(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。

- 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。
- 低所得者は引上げを行わない(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	}	低所得者は、引き上げない。(据え置き)	}			
低所得 (住民税非課税で 一定所得以下)	100円						

(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

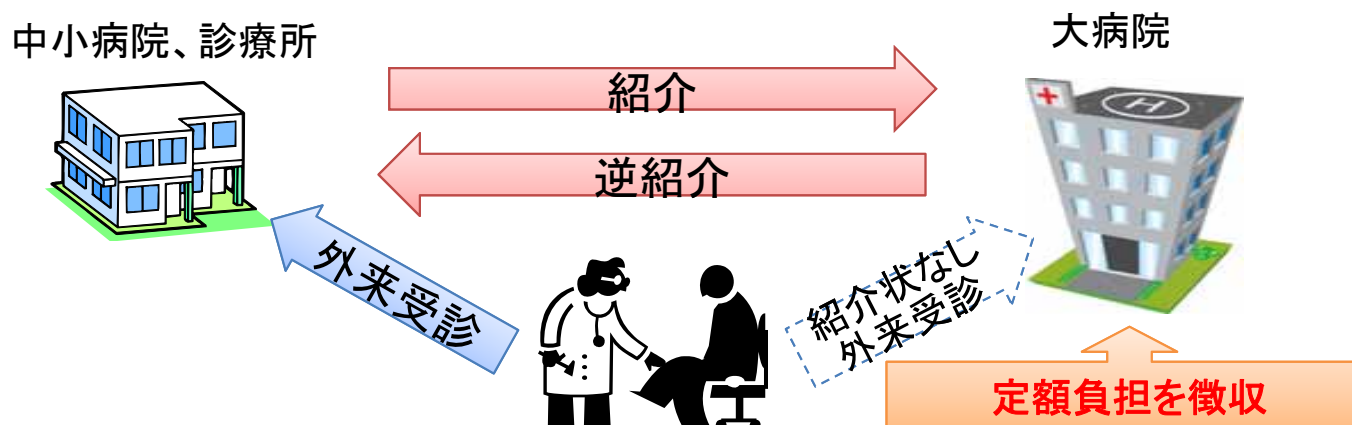
○患者負担の在り方の検討

- [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。

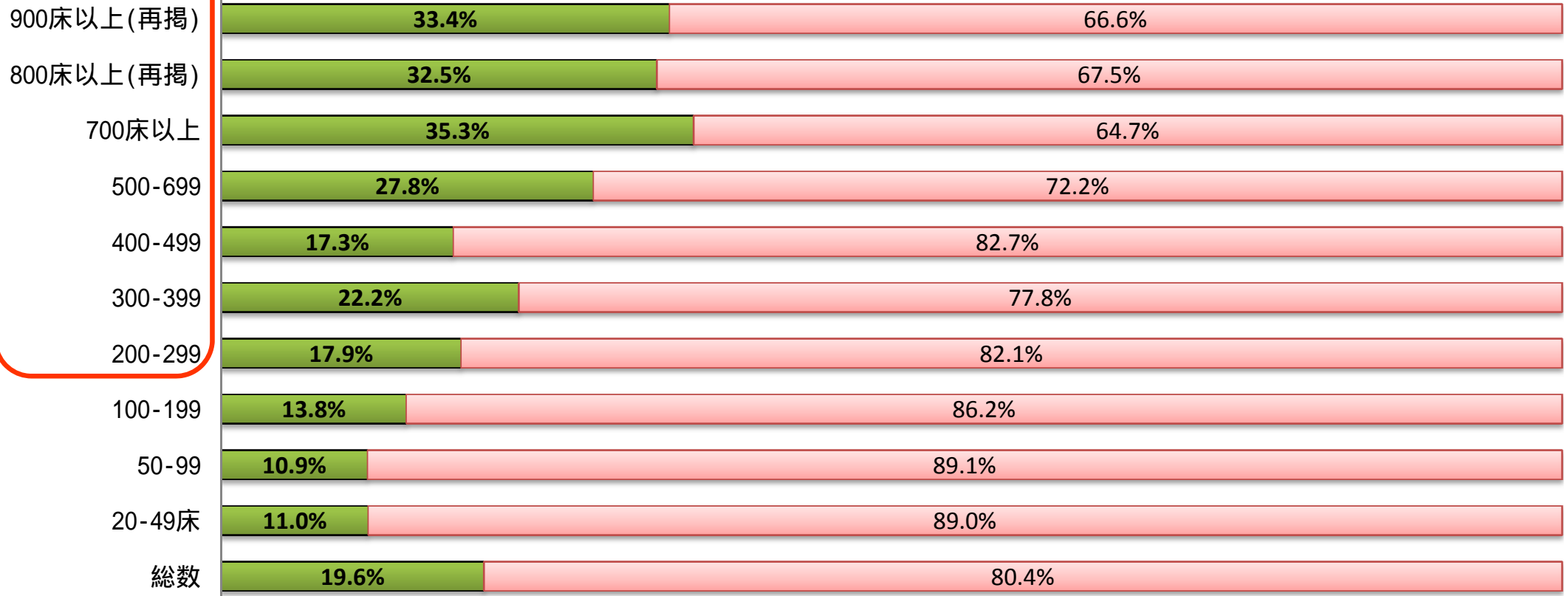


病床規模別の紹介率の状況

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。

病院（外来）

■ 紹介あり患者の割合 □ 紹介なし患者の割合



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

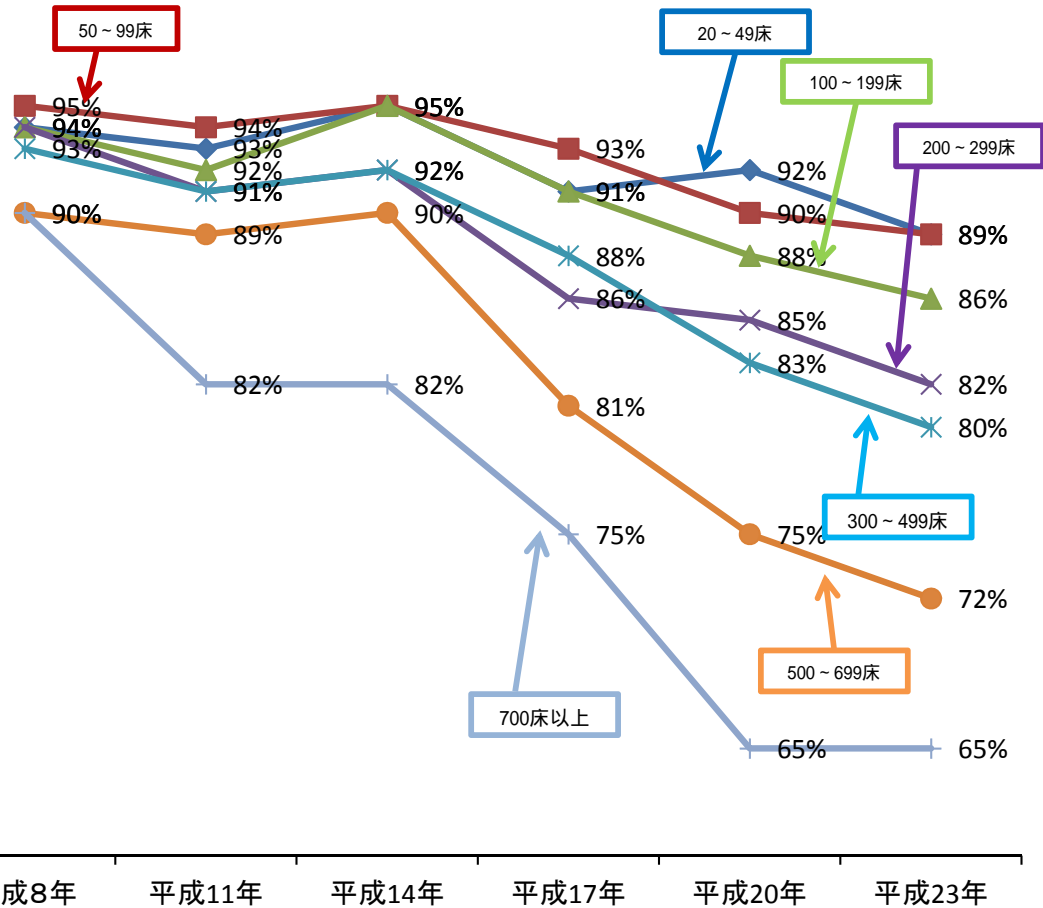
（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

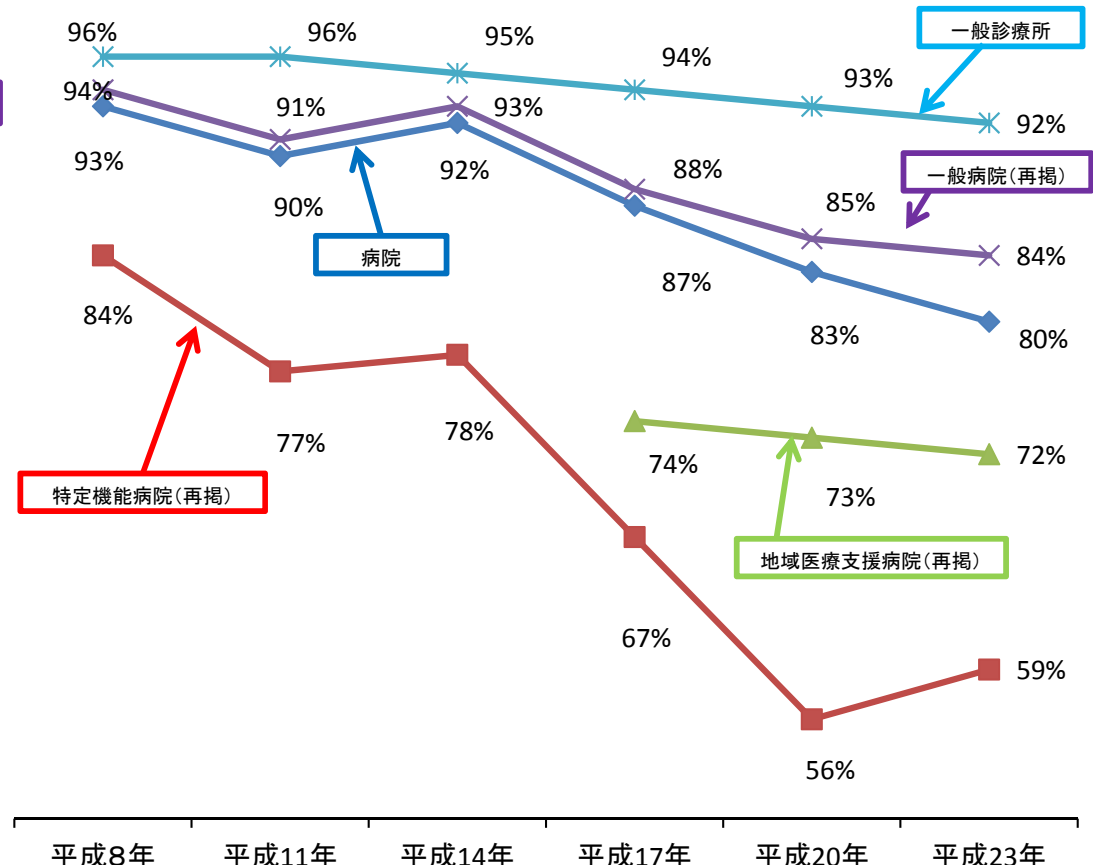
500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約7割と高い水準にある。

特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。

<病床数別>



<施設別>



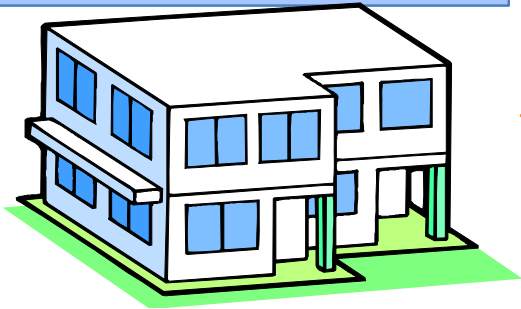
(出所) 平成8年~平成23年患者調査を基に作成。
 注: 平成23年患者調査については、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

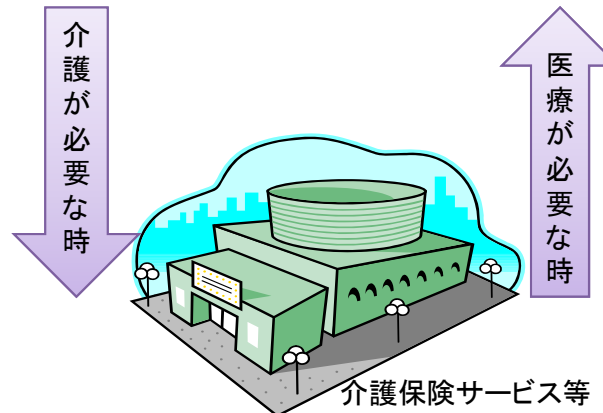
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護保険サービス等

主治医機能の評価(その1)

平成26年度診療報酬改定
(平成28年度診療報酬改定で
施設基準を一部見直し)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- 1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
- 2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- 3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が**2人以上()**在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

()平成28年度診療報酬改定で「3人以上」から「2人以上」に見直し。

主治医機能の評価(その2)

平成26年度診療報酬改定
(平成28年度診療報酬改定で
施設基準を一部見直し)

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- 1 対象医療機関は、診療所
- 2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- 3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

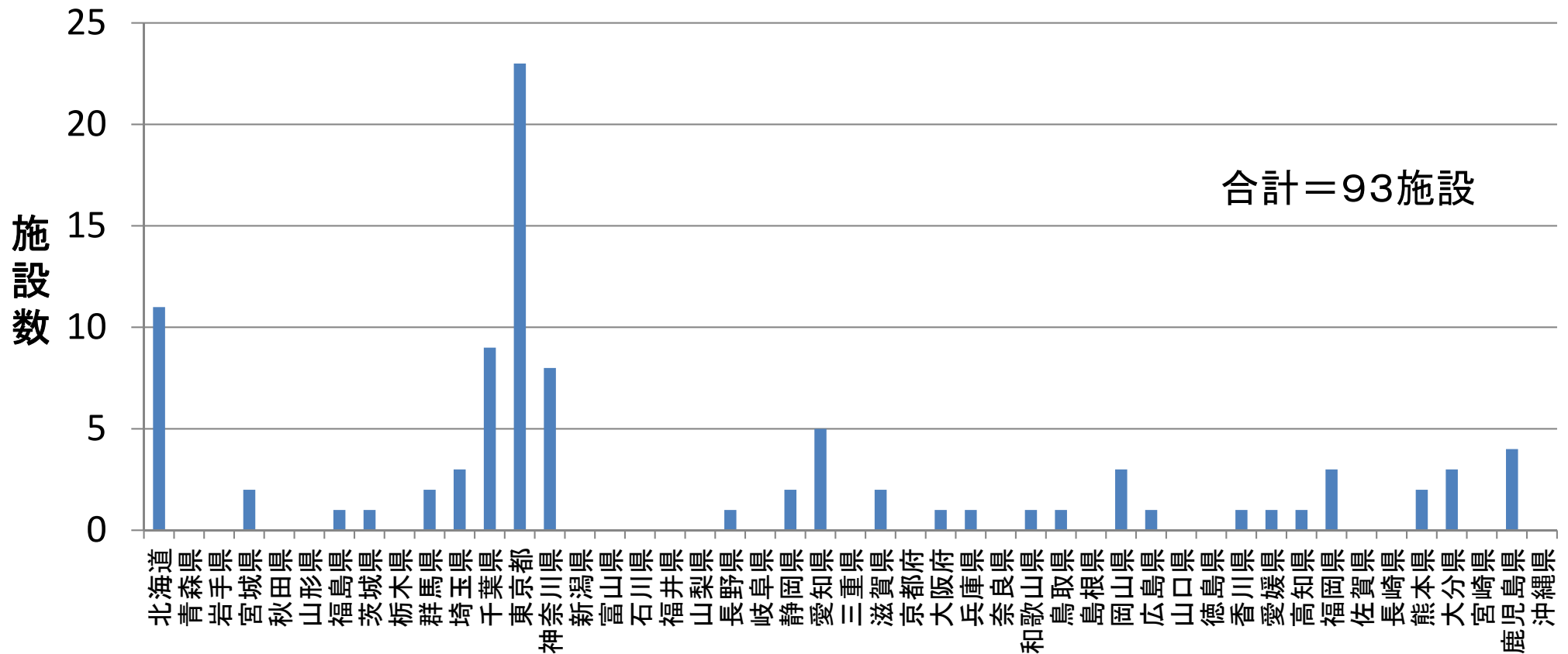
- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
 - イ) 常勤医師が2人以上()在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること

()平成28年度診療報酬改定で「3人以上」から「2人以上」に見直し。

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況①

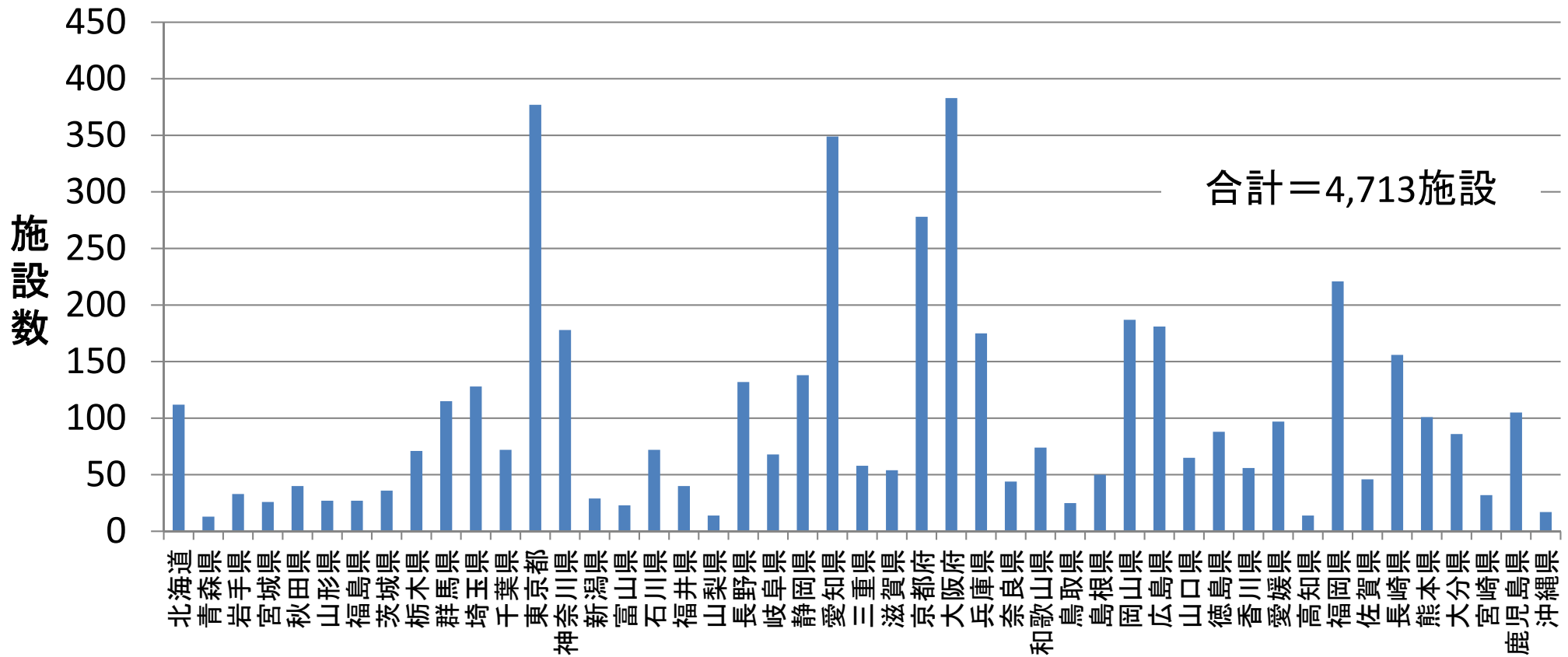
地域包括診療料を届け出た施設数



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況②

地域包括診療加算を届け出た施設数



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

認知症に対する主治医機能の評価

➤ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 **以外に1以上の疾患**を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も **受けていない**。
 - ① 1処方につき**5種類を超える内服薬**
 - ② 1処方につき**3種類を超える向精神薬**
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 **以外に1以上の疾患**を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も **受けていない**。
 - ① 1処方につき**5種類を超える内服薬**
 - ② 1処方につき**3種類を超える向精神薬**
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

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)

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

$$\text{①サービス費用} = \text{②サービス受給者数} \times \text{サービス利用者1人1月当たり費用}$$

$$\text{②サービス受給者数} = \text{③認定者数} \times \text{サービス受給率}$$

$$\text{③認定者数} = \text{第1号被保険者数} \times \text{要支援・要介護認定率}$$

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

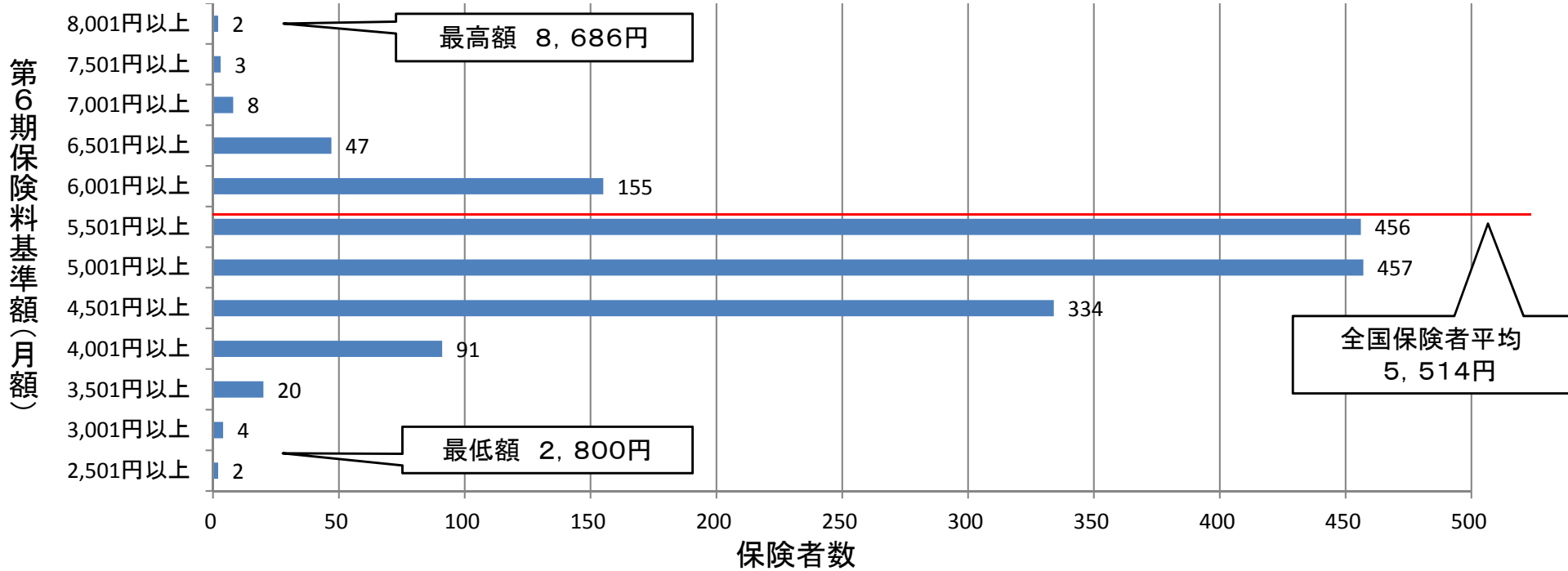
サービス受給率

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)	

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

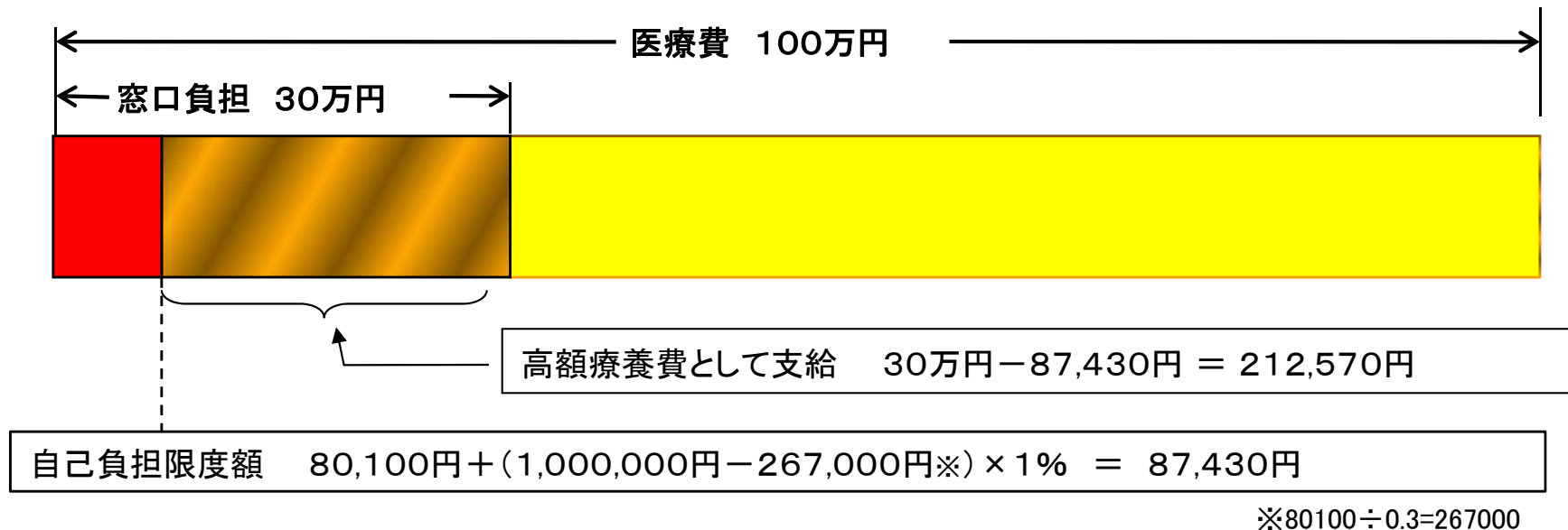
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。

(※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)

		月単位の上限額（円）	
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	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	窓口負担割合 3割	外来 80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	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割	44,400
	住民税非課税	(3)	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000
75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	窓口負担割合 3割	外来 80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(1)	1割	44,400
	住民税非課税		24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000

		月単位の上限額（円）	
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>	
	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>	
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>		
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	窓口負担割合 3割	外来 80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	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	44,400
	住民税非課税	(3)	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000
75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	窓口負担割合 3割	外来 80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(1)	1割	44,400
	住民税非課税		24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	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。

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)

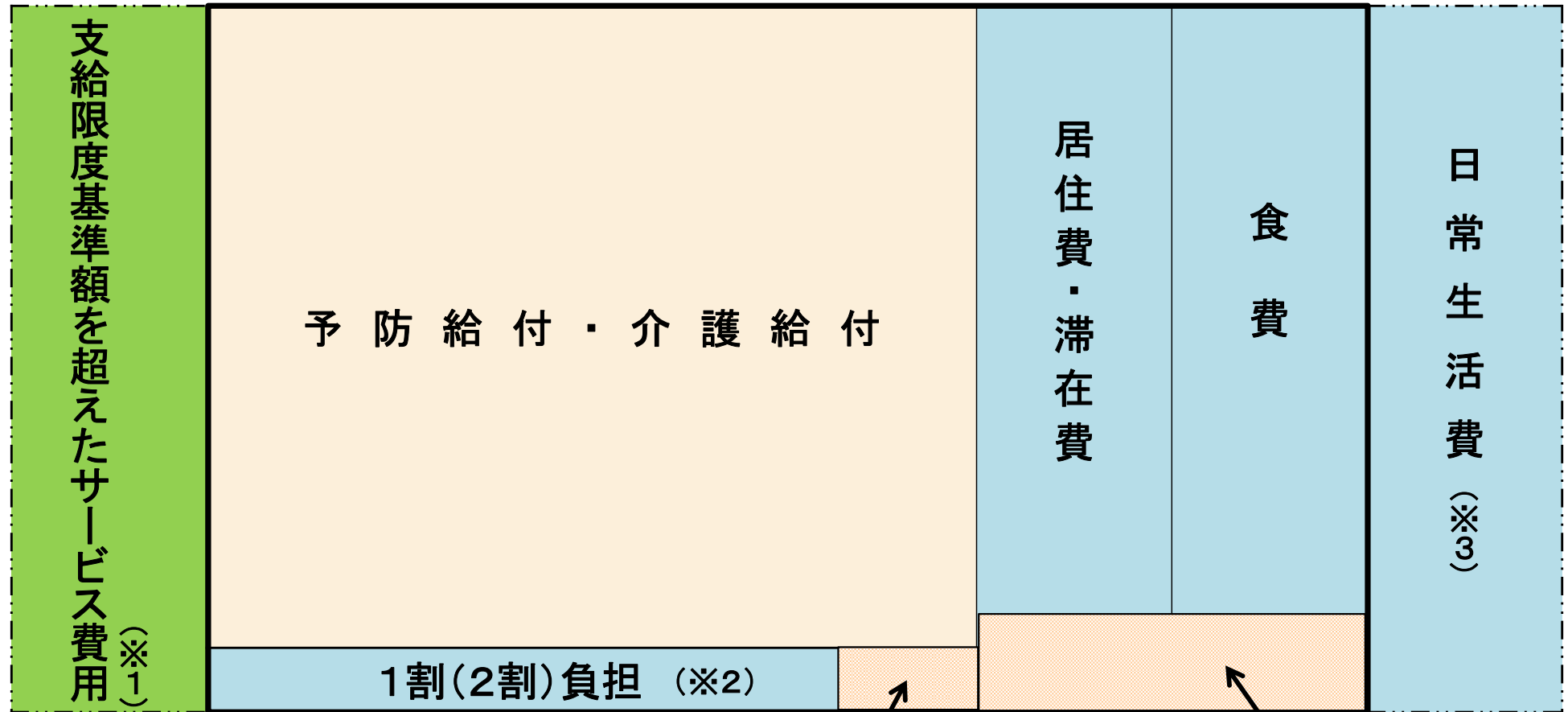
×

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)

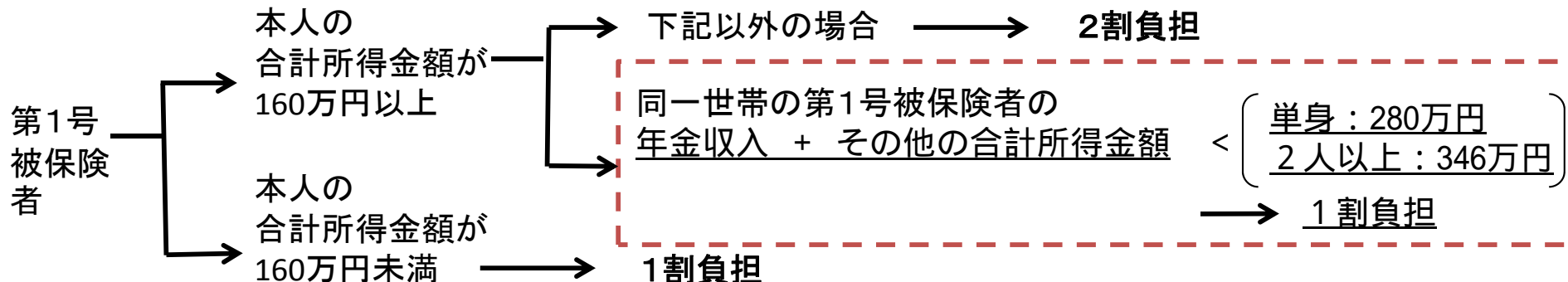
一定以上所得者の利用者負担の見直し

②④()

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

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

〈現行〉	
	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)

〈見直し後〉	
現役並み所得相当()	44,400円
一般	37,200円

	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

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)

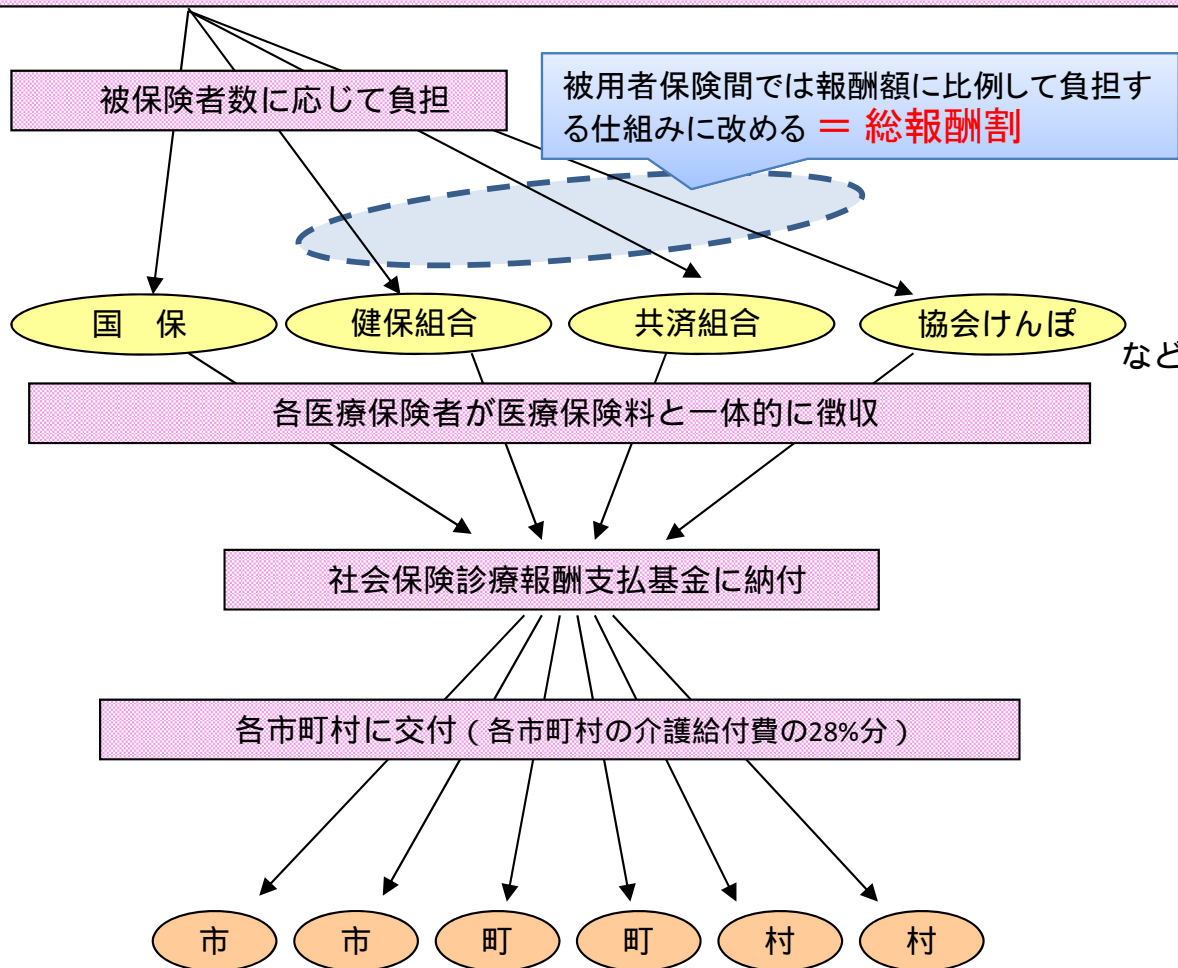
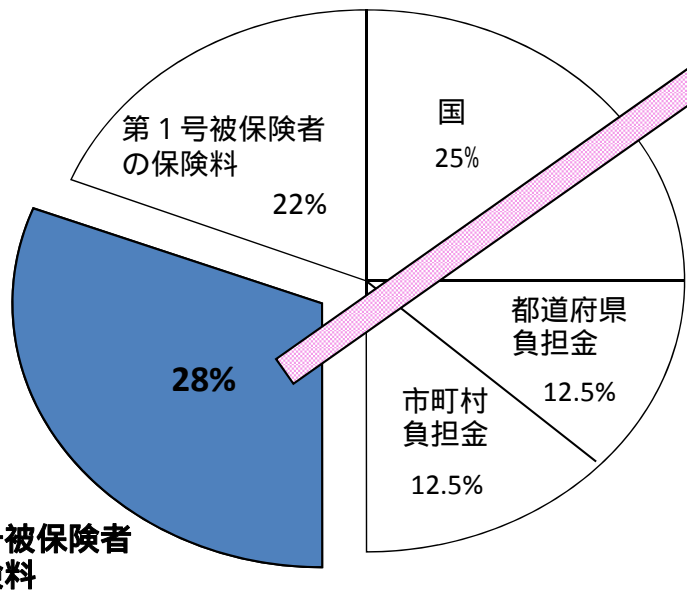
介護納付金の総報酬割

- 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

(参考) 介護納付金に総報酬割を導入した場合の負担の変化

(現行制度における第2号被保険者一人当たりで見た負担額と報酬額の比較)

平成25年10月3日
第50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)x12 / (B)
健保組合 (全組合(1,443組合)平均)	4,463円	443万円	1.21%
協会けんぽ ()は国庫補助がない場合の負担額	3,731円 (4,463円)	303万円	1.48% (1.77%)
共済組合 (全組合(85組合)平均)	4,463円	553万円	0.97%



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
1.37%	5,058円 【+595円】
	3,459円 【-272円】
	6,313円 【+1,850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)x12 / (B)
上位10組合 平均	4,463円	838万円	0.64%
下位10組合 平均		261万円	2.05%



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
1.37%	9,567円 【+5,104円】
	2,980円 【-1,483円】

平成23年度決算見込み数値データによる試算。

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

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。

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

		協会けんぽ	(国費充当後)	健保組合	共済
現行 (加入者割)	納付額	7,316億円	6,116億円	5,885億円	1,928億円
	報酬額に対する負担割合	1.77%	1.48%	1.21%	0.97%
総報酬割 (1/3導入)	納付額	6,775億円 (-541億円)	5,975億円 (-141億円)	6,152億円 (+267億円)	2,197億円 (+269億円)
	報酬額に対する負担割合	1.64% (-0.13%)	1.44% (-0.04%)	1.27% (+0.06%)	1.10% (+0.13%)
総報酬割 (全面導入)	納付額	5,694億円		6,685億円 (+800億円)	2,735億円 (+807億円)
		(-1,622億円)	(-422億円)		
	報酬額に対する負担割合	1.37%		1.37% (+0.16%)	1.37% (+0.40%)
		(-0.40%)	(-0.11%)		

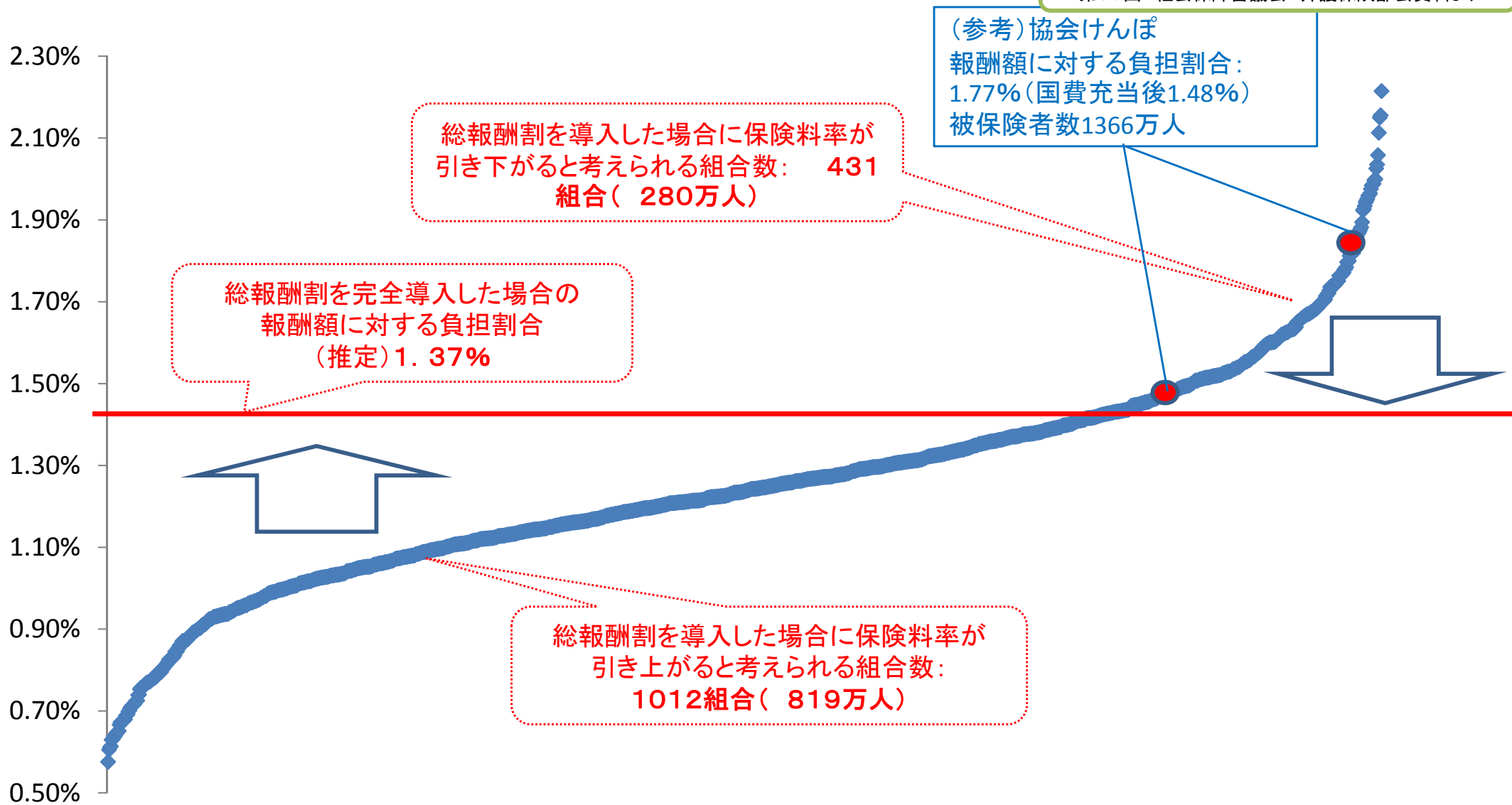
○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	1012組合	84組合
負担減	431組合	1組合

平成23年度決算見込み数値データによる試算。
被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。
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。

(参考) 健保組合の介護保険料率(介護納付金総額 / 総報酬額)の分布

平成25年10月3日
第50回 社会保障審議会 介護保険部会資料より



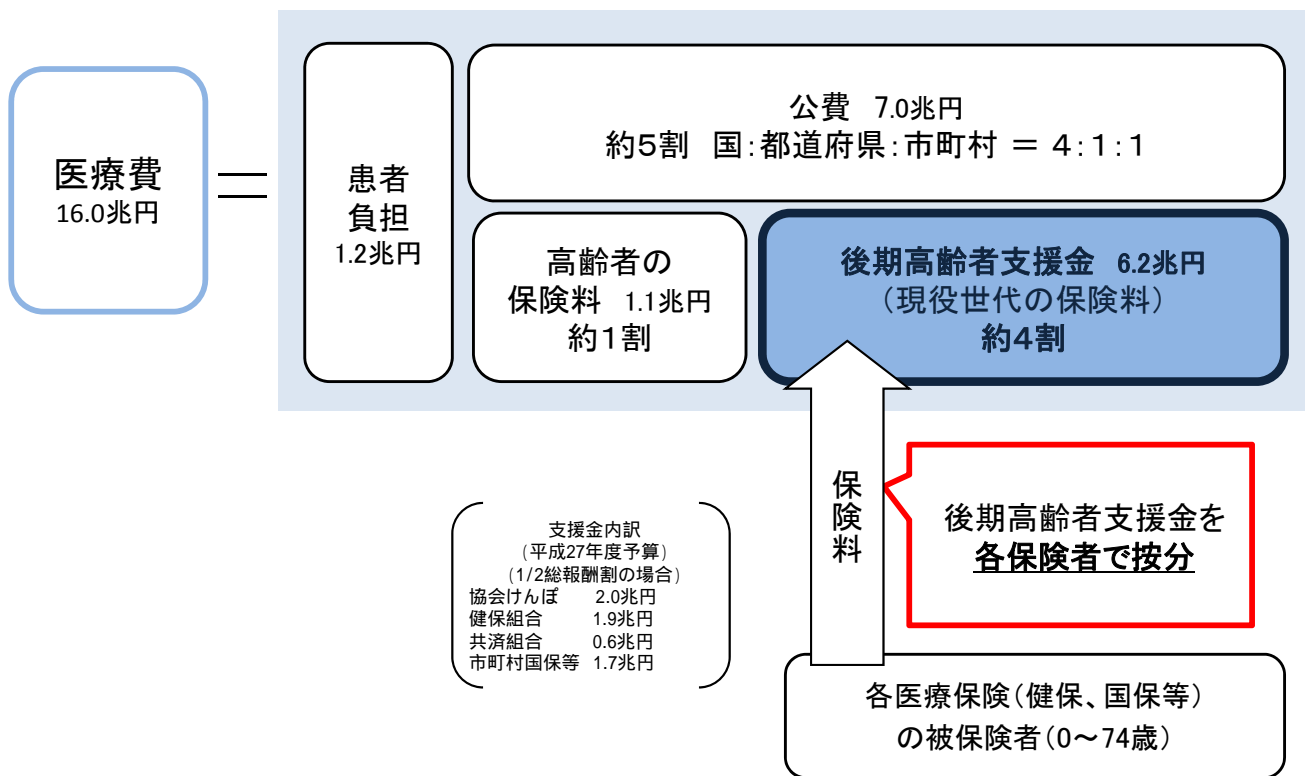
平成23年度決算見込み額の各健康保険組合の納付金総額を総報酬額で除して推計したものであり、実際の保険料率ではない。

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

平成27年5月法改正
医療保険制度改革

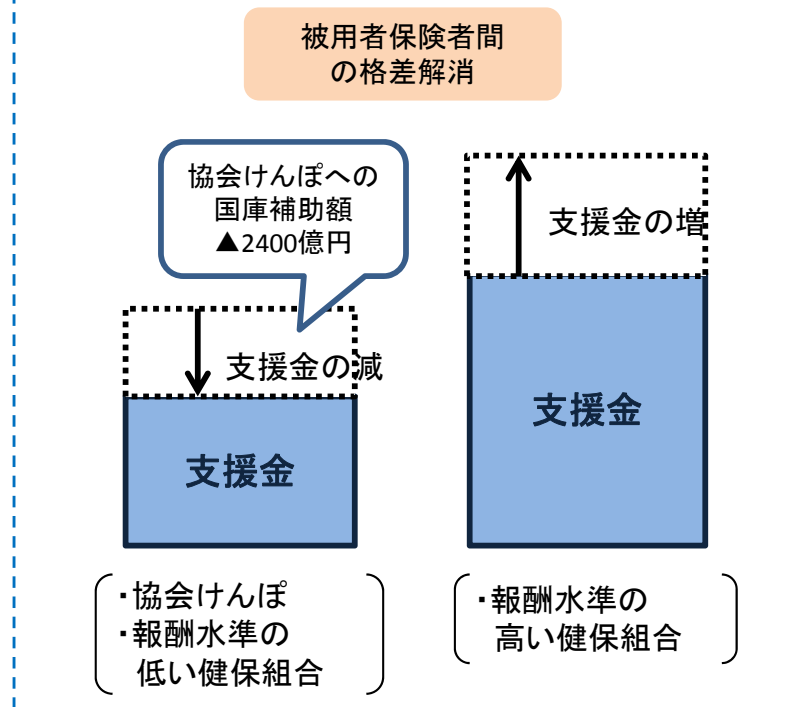
- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、**総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施**
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕



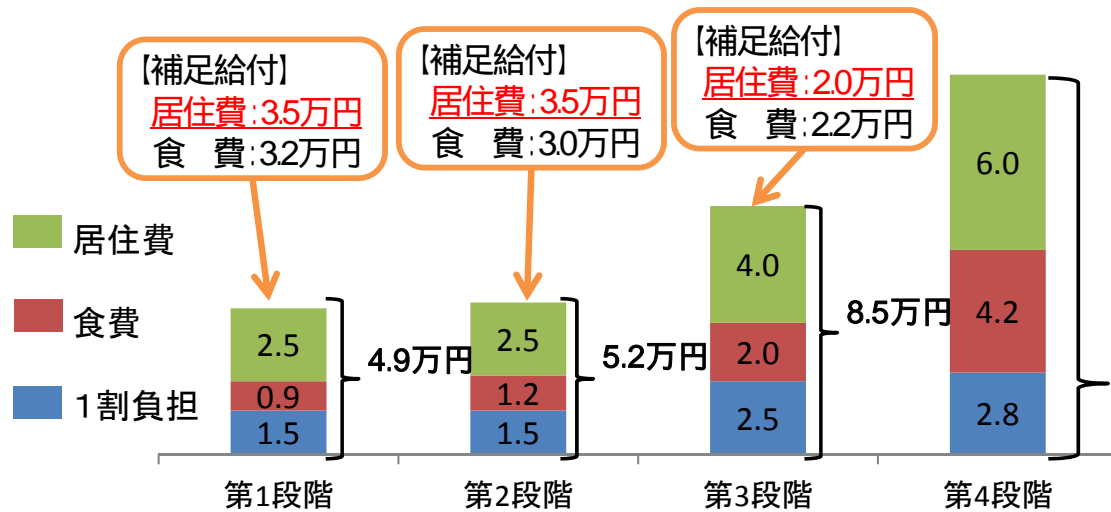
後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入による健保組合の負担増は1500億円(ただし、700億円規模の被用者保険者への支援を実施)

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



負担軽減の対象	対象者
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階 ~	・市町村民税本人非課税・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

①、②:平成27年8月施行、③:平成28年8月施行

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%

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

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

充実

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)

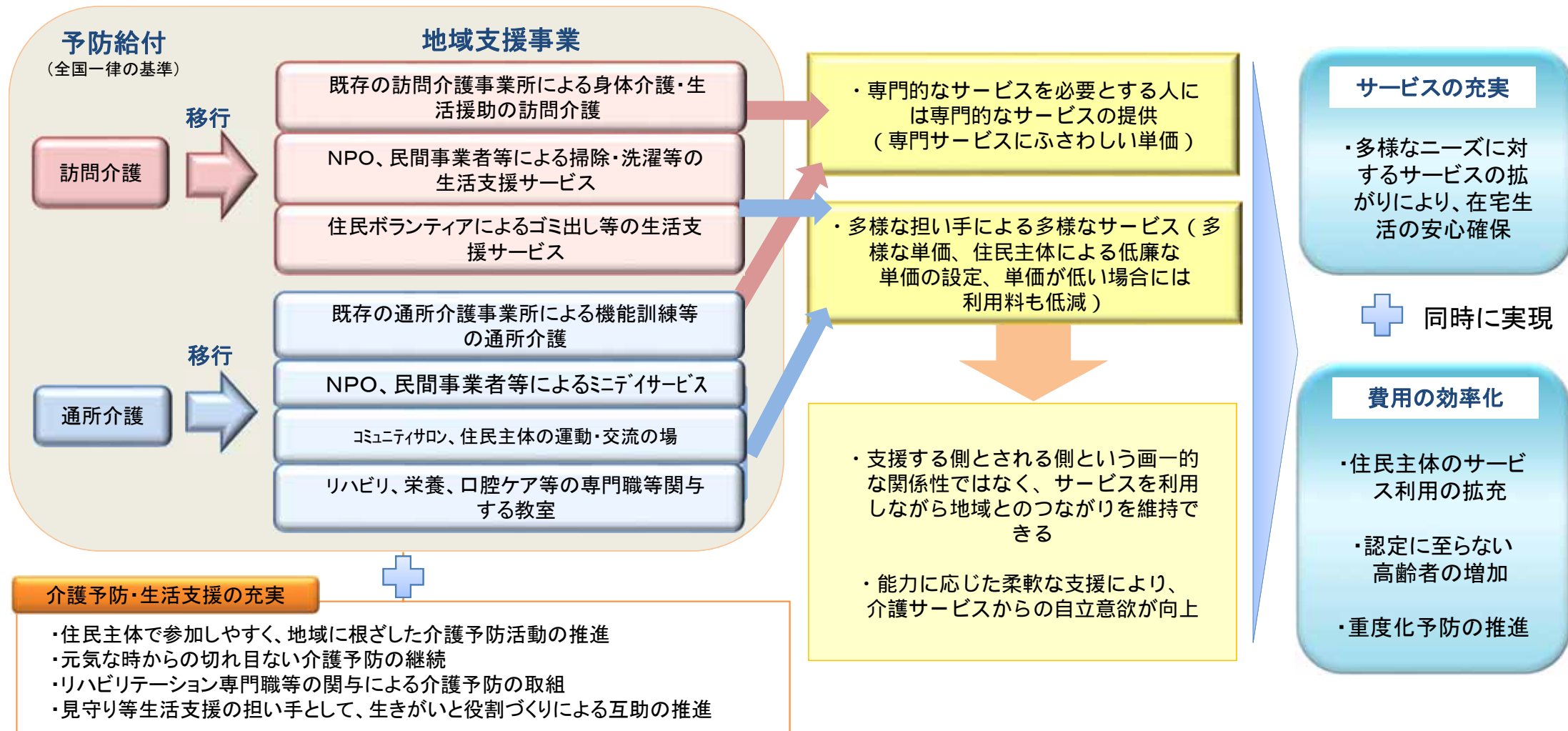
任意事業
 ○介護給付費適正化事業
 ○家族介護支援事業
 ○その他の事業

地域支援事業

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。

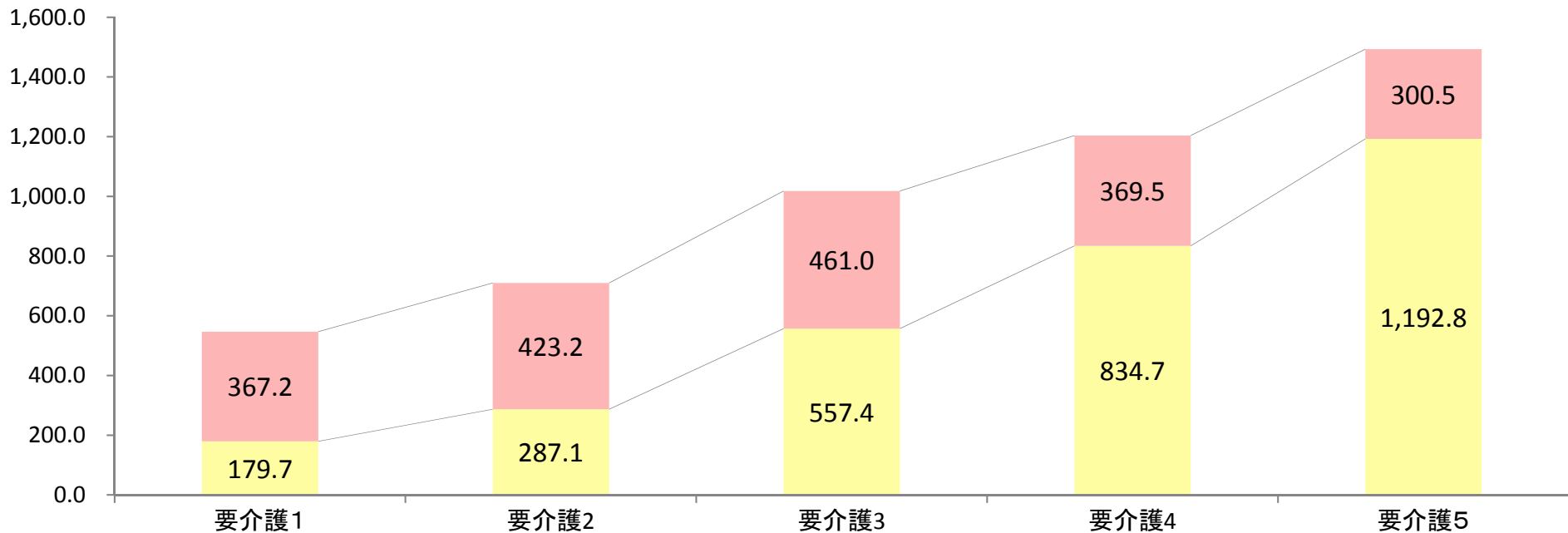
「訪問介護員等」とは、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

「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))

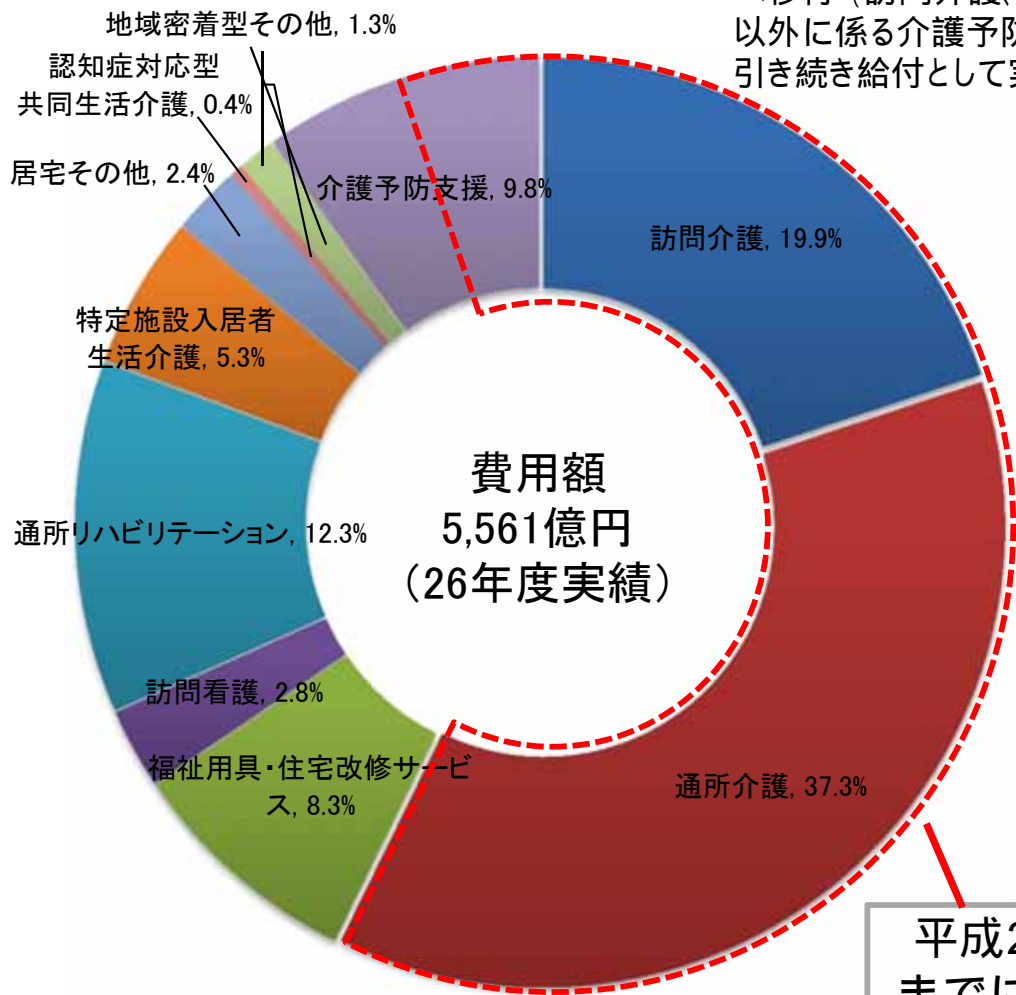
■: 身体介護中心型 ■: 生活援助中心型



軽度者に対する給付の概要

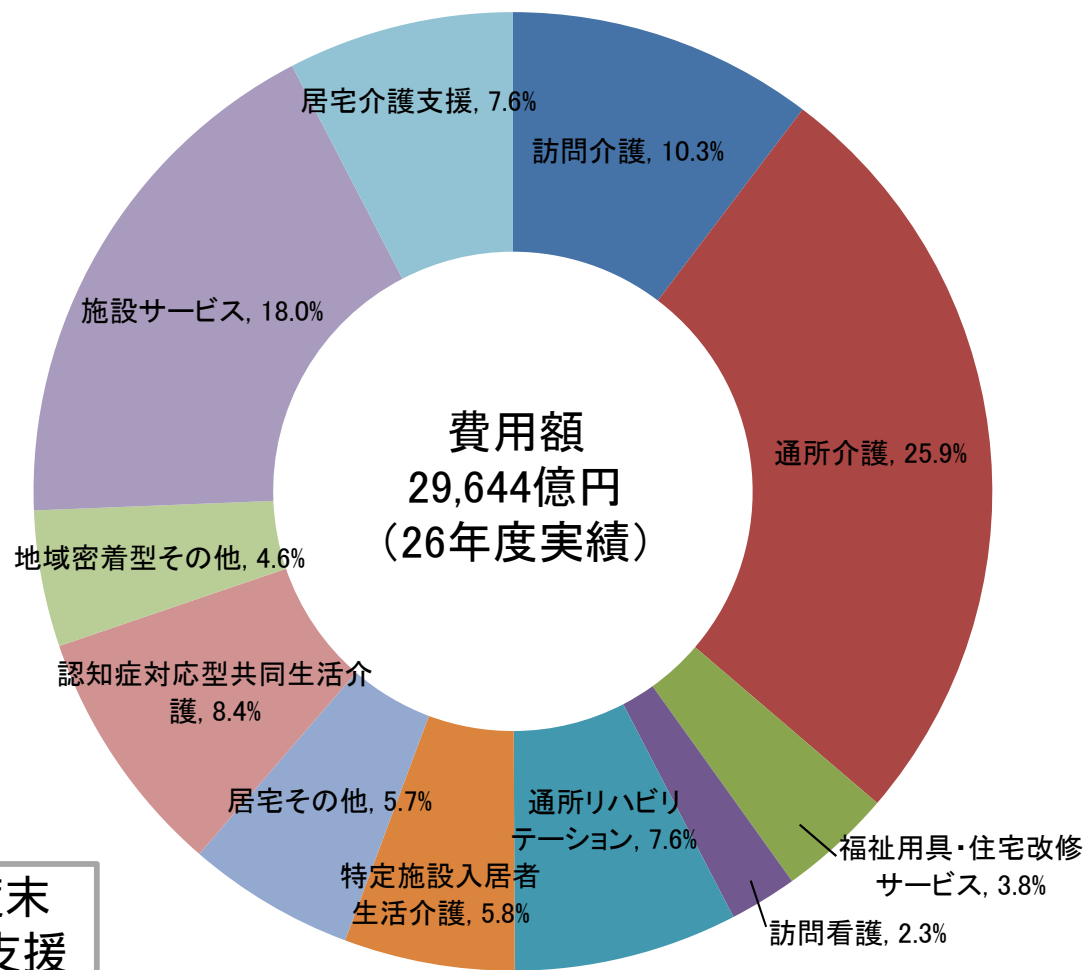
要支援1・2に対する給付

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



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

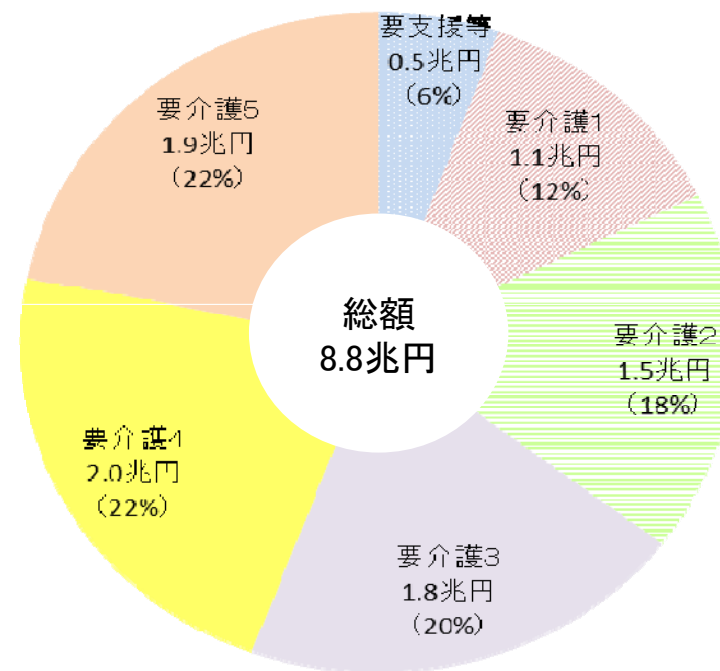
〔参考〕 諸外国における介護制度との比較

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%

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。