

## 2. 連合の「退職者健康保険制度（仮称）」の提案

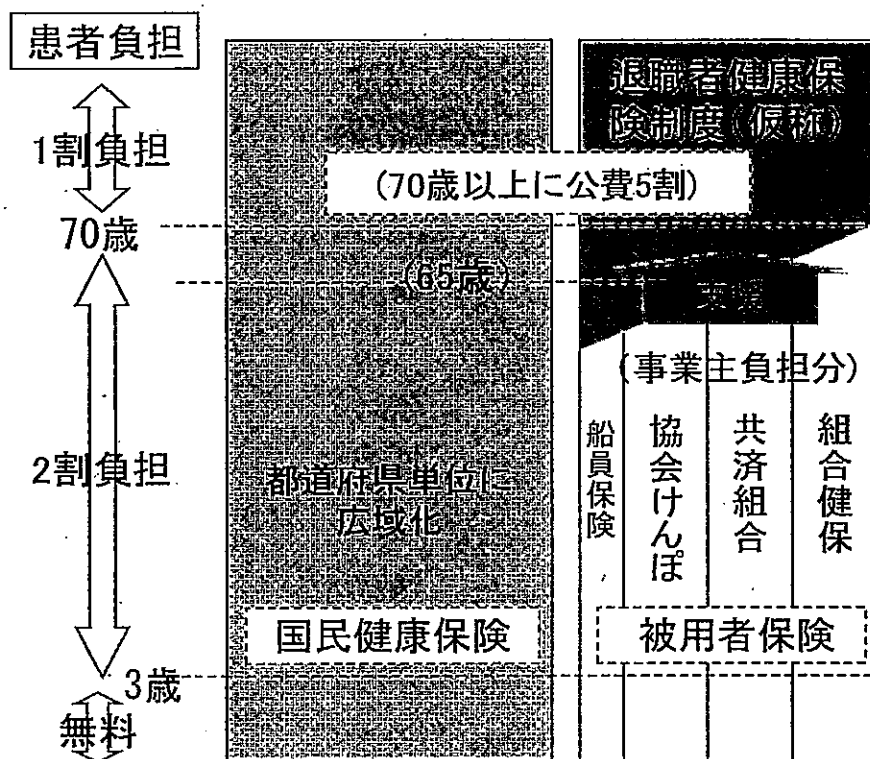
連合は、被用者保険の加入者が退職後も引き続き健康保険法の適用を受ける医療保険制度への加入が出来るよう、新たな制度として「退職者健康保険制度（仮称）」の創設を提案する。基本的な考え方としては、国民健康保険と被用者保険グループの2本立てを前提として、被用者保険の退職者は、国民健康保険に加入するのではなく、被用者保険グループが共同で運営する新たな制度（退職者健康保険制度（仮称））に引き続き加入する。（突き抜け方式）

具体的には、

- (1) 被用者保険の被保険者が、定年退職後等に医療リスクが高くなってから国民健康保険に移動するのではなく、各被用者保険共通の医療保険として、『退職者健康保険制度（仮称）』を創設し、そのまま被用者保険OB（退職者）として、引き続き健康保険法において医療給付が受けられる仕組みとする。（いわば、現行の「退職者医療制度」の年齢上限を撤廃し、被用者保険に位置づけるものである。）
- (2) 国民健康保険は、地域格差を是正するため、都道府県単位に広域化する。
- (3) 低所得の高齢者等に対しては、統一的な基準による保険料減免措置の制度化等、公費による支援の充実をはかる。

この機能分担、役割整理によって、被用者保険グループと国民健康保険の双方の保険者が、自立して保険者機能を発揮することを可能とする。

(図1) 連合の退職者健康保険制度(仮称)の考え方



## 退職者健康保険制度（仮称）の基本的な仕組み

### 1. 基本的な考え方

- 若年層に比べ、健康リスク、医療リスクの高い高齢者を独立させた制度は保険原理に馴染まない。
- 少子高齢化と医療技術の進歩により、医療費の増加は必然であるが、これに対して、医療の質は確保しながら、不必要な支出を抑制し、医療費の適正化を図るために、医療保険者が強力な保険者機能を発揮することが必要である。
- 保険者機能が適正に機能するためには、旧政管健保のような全国一保険者では規模が大きすぎ、市町村国保では、逆にリスク分散の観点から規模が小さすぎる。保険者機能が適正に発揮できる規模を維持しつつ、自立した運営を確保することが必要である。

### 2. 対象者

- 被保険者期間が通算して一定期間（25年）を超える退職者とその扶養家族を対象とする。（※「一定期間」については、現在の雇用労働の実態を踏まえ、厚生年金の適用期間の見直し等と併せて今後検討する。）

### 3. 保険料

- 給付と負担については、健康保険法を適用する。
- 保険料については、都道府県毎に整理することとし、退職者を含めた各都道府県の被用者保険医療費の総額から自己負担分を除いた給付費総額を（被保険者数×標準報酬）で除して、その2分の1を退職者の保険料率とする。各退職者の所得（年金）総額に保険料率を乗じて保険料を算出する。残りの2分の1の保険料分（事業主負担相当分）については、都道府県単位ではなく、全国一本とした上で、被用者保険全体での按分とする。
- 退職者の保険料は年金からの天引きを原則とするが、普通徴収の選択も検討する。

### 4. 公費

- 70歳以上の医療給付費への公費は5割とし、国保と被用者保険集団（退職者健康保険）の高齢者比率に応じて按分する。

### 5. 保険者間の財政調整と支援金・拠出金

- 現行の「後期高齢者医療制度」、「退職者医療制度」は廃止するため、それに伴う各支援金・拠出金制度も廃止する。
- 65歳～74歳を対象とした国民健康保険と被用者保険の制度間財政調整は廃止する。

### 6. 運営主体

- 退職者健保を含む全被用者保険の代表者及び労使代表者で構成する管理運営機関を中央と各県に設置する。（連合・21世紀社会保障ビジョン『社会保障基金』（仮称）の創設）
- 被保険者は、基礎年金番号を活用し、各都道府県で把握する。
- 被用者保険の現役世代は既存の保険者（組合健保、協会けんぽ、共済等）に引き続き加入する。
- 市町村国保についても、都道府県単位に広域化し、安定運営を目指す。

### 7. 患者窓口負担

- 窓口一部負担は、保険制度の種類に関わらず70歳以上は一律で1割負担とする。（69歳以下2割負担、乳幼児は無料）

### 3. 「退職者健康保険制度（仮称）」の課題と対応

#### (1) 国民健康保険への財政的影響

被用者保険の被保険者であった退職者は、現状では、一般的に国民健康保険の加入者と比べ、厚生年金の給付等、比較的安定して高い収入がある場合が多く、連合の「突き抜け方式＝退職者健康保険制度（仮称）」が実現すると、国民健康保険に“優良な”保険料納付者がいなくなり、国保財政が破綻するとの指摘もある。

国民健康保険においては、より適切な保険者運営の広域化と、高齢者に対する公費支援の充実によって、保険者機能を強化していくことが、安心と信頼の国民皆保険制度を支える基盤になると考える。

#### (2) 被用者への健康保険の適用

自営業者を中心とする医療保険であるはずの国民健康保険に、現在、雇用労働者全体のおよそ4分の1が加入している。また、国民健康保険の加入者のうち、無職の割合は5割を超えるといわれるが、そのうちの10%は、60歳未満の、いわゆる「現役世代」として被用者となるべき人々である。

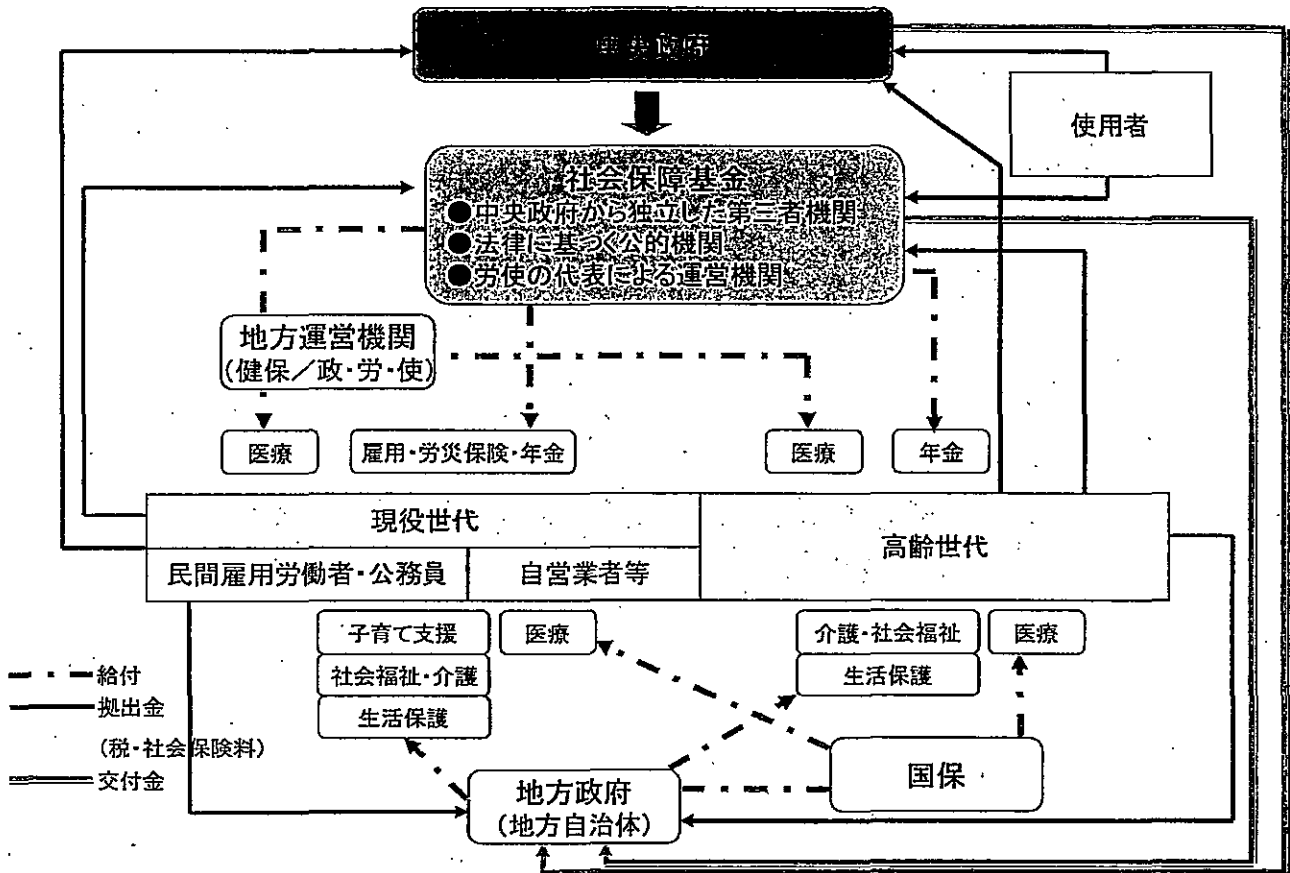
こうした実態も合わせて考えれば、国民健康保険に加入する被用者及び被用者となるべき人々に対して、社会保険を適用させる仕組みを作っていくことこそが必要である。

また、「退職者健康保険制度」において被用者期間を設定することについて、雇用の流動化に対応できないとの指摘もある。現役時代における被用者への社会保険の完全適用が行われることより、雇用形態を問わず被用者の生涯にわたる医療保険の保障が可能となると考える。

# 「社会保障基金」(仮称)の創設と退職者健康保険制度(仮称)の運営について

連合は、「21世紀社会保障ビジョン」において、年金や、労働保険(雇用・労災)も含めた、雇用労働者の社会保障制度全体の運営について、政府から切り離れた第三者機関として『社会保障基金』(仮称)を創設し、当事者である労使代表の参画によって、民主的に運営していく構想を提案している。

(図2) 社会保障基金のイメージ図 (連合「21世紀社会保障ビジョン」)

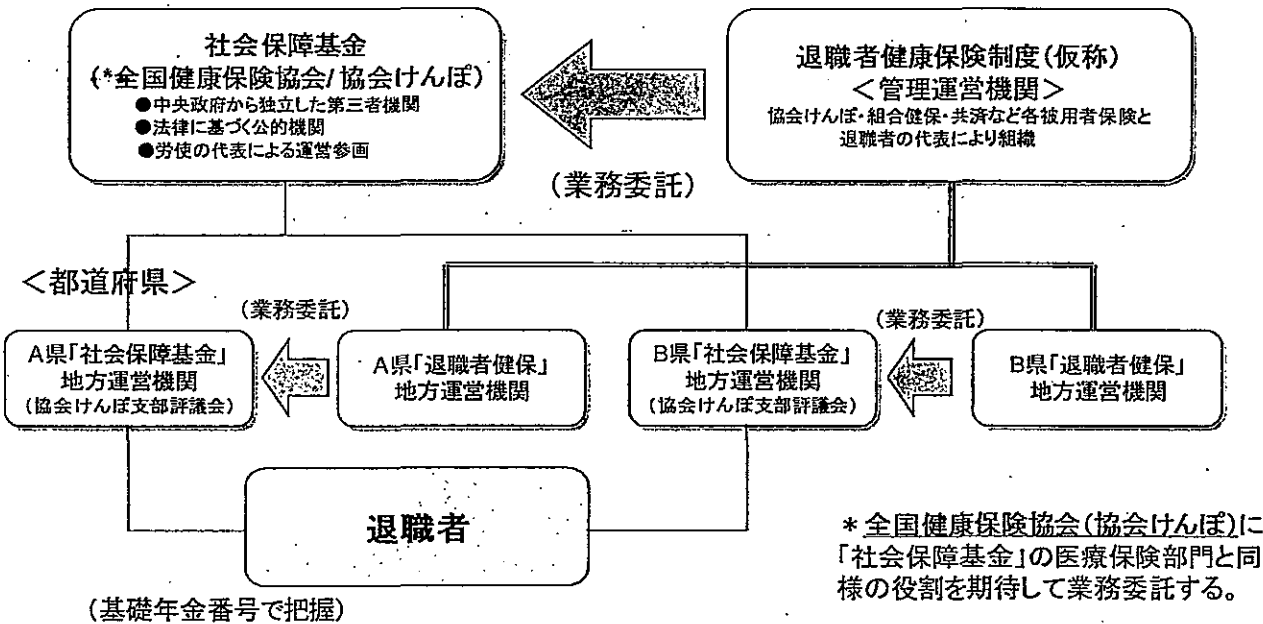


『退職者健康保険制度(仮称)』についても、実際の運営にあたっては、この「社会保障基金」(仮称)に業務委託することを基本とする。

その上で、2008年10月からスタートしている「全国健康保険協会」が、都道府県単位で労使代表が参画する評議会を設置し、保険料や事業計画等、実質的な保険者運営を行なう役割を担っているところであり、連合の提案と方向性が一致する部分も多いため、当面の現実的かつ、暫定的な構想として、この「全国健康保険協会」に退職者健康保険制度(仮称)の運営を委託することも含めて検討する。

### (図3) 退職者健康保険制度(仮称)の保険者運営の具体化

○退職者健康保険制度(仮称)は、全ての被用者保険の保険者が共同により運営する管理運営機関を設置し、実際の事務運営に当たっては、「社会保障基金」の中に設置する現役被用者の医療保険を運営する地方運営機関に業務委託する。(管理運営機関として、各被用者保険の保険者代表と、退職者の代表による「運営協議会」を定期的を開催する。)  
(連合・21世紀社会保障ビジョン)



以上

# 見坊委員配布資料

# 「新たな制度のあり方」に対する意見

平成 22 年 1 月 12 日  
高齢者医療制度改革会議  
委員 見 坊 和 雄

社会保障制度は、国民の幸せを願う国家百年の大計であり、わが国の医療制度においても、その将来像を明らかにするなかで、高齢者医療のあり方が検討されることを願っています。

高齢者医療制度をめぐる課題について、

- ①1991 年「高齢者のための国連原則」（自立・参加・ケア・自己実現・尊厳）
- ②1999 年「国際高齢者年」のテーマ（「すべての世代のための社会をめざして」）
- ③またわが国では 1995 年の「高齢社会対策基本法」

をもとに、高齢期を国民一人ひとりの生涯にわたる課題としてとらえ、以下のとおり意見を申し上げます。

## 1. 高齢者の「自立」と「尊厳」が守られる制度に

- 政府が初めて発表した相対的貧困率では、貧困層（年間所得が 114 万円未満）が、先進国の中で高い水準にあり、特に「ひとり親世帯」では 54.3%と半数以上が該当し、経済格差が広がっている。
- 年金額が据え置かれるなかで、保険料は費用の伸びに応じて引き上げられ、このことが高齢者の生活不安を大きくしている。保険料や利用料によって過度な負担が生じないように、低所得者に温かみのある制度に、また長寿を誰もが寿げる制度としていただきたい。

## 2. 公平でわかりやすい制度に

- 医療サービスは、個々人の状態に応じて提供されるべきものである。諸外国でも例のない年齢による区分を設けるべきではない。
- 保険料や窓口負担は、生涯にわたる負担であり、若い世代と高齢者といった対立軸で論じるべきではなく、それぞれの年齢期に応じた公平な負担のあり方を講じるべきである。
- また同じ年齢期にある世代内の負担も、公平でわかりやすい制度とすべきである。

## 3. 高齢者が理解し、選択できる制度に

- 昨今の社会保障制度の改正はめまぐるしく、高齢者の理解が追いつかない状況である。拙速な制度改正を改め、制度の長所・短所、負担と給付の関係を明らかにし、国民の選択に資する制度としていただきたい。
- 制度の理解のために、住民に身近な基礎的自治体である市町村の責任において、十分な説明・周知、きめ細かな対応を行っていただきたい。

言葉をかかわせば  
みんな仲間。



すべての世代のための社会をめざして



towards a society for all ages  
International Year of Older Persons 1999

総務庁

10月1日は国際高齢者の日



# 1999年は国際高



towards a society for all ages  
International Year of Older Persons 1999

## ■「国際高齢者年」とは

私たちの住んでいる地球は、いま、全世界的に人口の高齢化が進んでいます。そこで、1992年の国連総会において、1999年を「国際高齢者年」にすることが決まりました。

「高齢者のための国連原則」(1991年国連総会で採択)を促進し、政策及び実際の計画・活動において具体化することを目的としています。

# すべての世代のための 社会をめざして

## ■高齢者のための国連原則

### ○自立 independence

高齢者は

- ・収入や家族・共同体の支援及び自助努力を通じて十分な食料、水、住居、衣服、医療へのアクセスを得るべきである。
- ・仕事、あるいは他の収入手段を得る機会を有するべきである。
- ・退職時期の決定への参加が可能であるべきである。
- ・適切な教育や職業訓練に参加する機会が与えられるべきである。
- ・安全な環境に住むことができるべきである。
- ・可能な限り長く自宅に住むことができるべきである。

### ○ケア care

高齢者は

- ・家族及び共同体の介護と保護を享受できるべきである。
- ・発病を防止あるいは延期し、肉体・精神の最適な状態でいられるための医療を受ける機会が与えられるべきである。
- ・自主性、保護及び介護を発展させるための社会的及び法律的サービスへのアクセスを得るべきである。
- ・思いやりがあり、かつ、安全な環境で、保護、リハビリテーション、社会的及び精神的刺激を得られる施設を利用することができるべきである。
- ・いかなる場所に住み、あるいはいかなる状態であろうとも、自己の尊厳、信念、要求、プライバシー及び、自己の介護と生活の質を決定する権利に対する尊重を含む基本的人権や自由を享受することができるべきである。

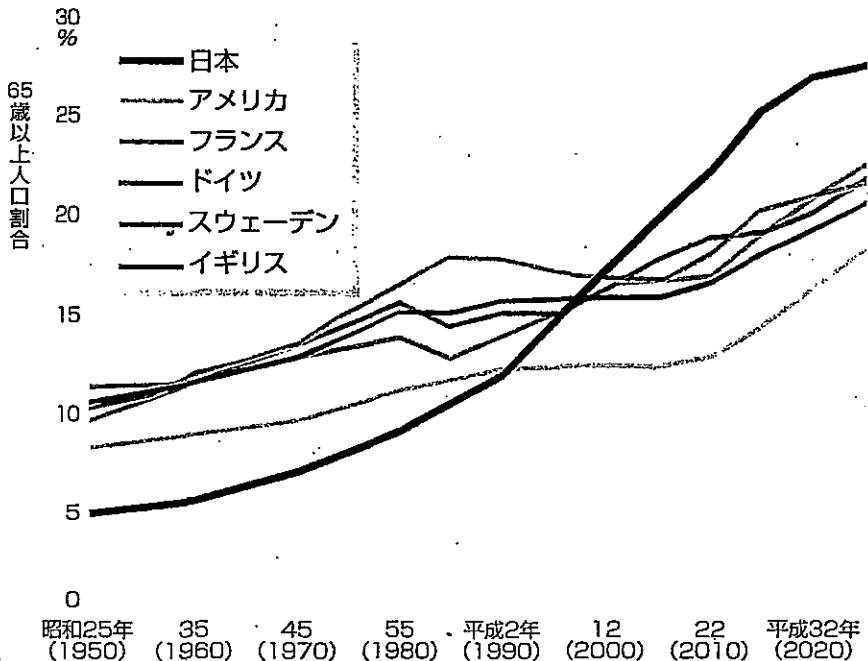
### ○参加 participation

高齢者は

- ・社会の一員として、自己に直接影響を及ぼすような政策の決定に積極的に参加し、若年世代と自己の経験と知識を分かち合うべきである。
- ・自己の趣味と能力に合致したボランティアとして共同体へ奉仕する機会を求めることができるべきである。
- ・高齢者の集会や運動を組織することができるべきである。

# 高齢者年。 International Year of Older Persons 1999

## ■先進諸国の高齢化率の推移及び予測

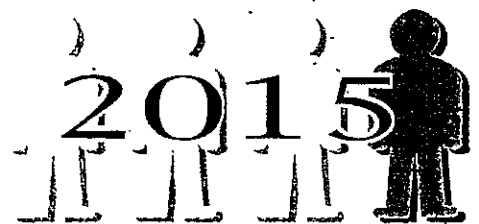


資料：総務庁統計局「国勢調査」  
厚生省国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)(中位推計)  
UN, World Population Prospects: The 1996 Revision

## ■我が国の高齢化の状況

左のグラフを見てわかるとおり、我が国の高齢化は、世界にも類を見ない速さで進んでいます。2015年には、国民の4人に1人が65歳以上の高齢者という本格的な高齢社会が到来するものと予測されています。

また、我が国は医療の発達などにより、人生80年時代を迎えました。誰もが生涯を通じて、健康で生きがいをもって、安心して暮らせることが重要な課題となっています。



## ○自己実現 self-fulfilment

- 高齢者は
- ・自己の可能性を発展させる機会を追究できるべきである。
  - ・社会の教育的・文化的・精神的・娯楽的資源を利用することができるべきである。

## ○尊厳 dignity

- 高齢者は
- ・尊厳及び保障を持って、肉体的・精神的虐待から解放された生活を送ることができるべきである。
  - ・年齢、性別、人種、民族的背景、障害等に関わらず公平に扱われ、自己の経済的貢献に関わらず尊重されるべきである。

## ■活力ある高齢社会

高齢者は社会を支える重要な一員です。本格的な高齢社会をいきいきとした社会にするためには、高齢者の自立と社会参加を一層進めていく必要があります。

現在はまだ若い世代も、目前の本格的な高齢社会について自分の問題として考えていく必要があります。すべての世代が助け合って豊かで活力ある高齢社会を築くため、世代間の理解と協力を進めていきましょう。

# 「異なる世代みんなが仲良く」。

## 社会参加活動例

地域(町内会・自治会)活動

趣味・健康・スポーツ・  
教育・文化等の活動

ボランティア(社会奉仕)活動

シルバー人材センターなどにおける  
生産・就業活動 など

## 世代間交流例

各種スポーツ

文通

施設訪問

文化・技能の伝承 など

## ■「社会参加活動」と「世代間交流」

趣味・スポーツ活動、学習・文化活動、社会貢献活動、自治会活動、生産・就業活動などの地域での各種社会活動に参加することによって、社会や他の人々とのつながりを持つことができます。これらを「社会参加活動」といいます。

また、子どもからお年寄りまですべての世代が理解し合い、助け合うため、異なる世代と一緒に活動を行うことを「世代間交流」といいます。

より良い高齢社会を迎えるために、これらの活動をみんなで進めていきましょう。

## 我が国の高齢社会対策

我が国においては高齢社会対策大綱に基づき、就業・所得・健康福祉・学習・社会参加等、各分野にわたる施策を推進しています。



towards a society for all ages  
International Year of Older Persons 1999

このロゴマークは、活力、多様性、助け合い、運動、発展を表しています。

## 問い合わせ先

総務庁長官官房高齢社会対策室

〒100-8905 東京都千代田区霞が関3-1-1

TEL 03-3581-6361 (内線4795)

FAX 03-3581-6170

ホームページアドレス

<http://www.somucho.go.jp/>

# 小林委員配布資料

平成21年12月25日

全国健康保険協会  
理事長 小林 剛

## 高齢者医療制度の在り方に関する意見について

標記について、下記のとおり、現時点における意見を述べます。

なお、今後、「高齢者医療制度改革会議」における議論や協会の運営委員会における議論を踏まえて、追加の意見もありうることを申し添えます。

### 記

#### 1. 基本的な考え方

- 協会けんぽは、中小企業等の従業員やその家族の方々が加入している健康保険であり、当協会としては、加入者や事業主の方々の利益の実現・増進を図るため、よりよい高齢者医療制度を目指していく必要があると考えています。
- 高齢者医療費を中心に医療費が増大する中で、国民皆保険を維持していくためには、増大する医療費の負担については、現役世代と高齢者世代の負担を明確化し、高齢者医療に係る費用を負担する加入者や事業主の方々の理解と納得が得られる制度としていくことが重要であると考えています。また、高齢者医療制度は、協会けんぽの加入者が将来、加入又は適用を受ける制度であり、単に財政負担の仕組みということではなく、利用者の視点からみて、わかりやすい仕組みとしていくことが、加入者の方々の理解を得るためにも重要であると考えています。
- また、今回の制度が、四半世紀（昭和58年（1983年）から平成20年（2008年）まで）にわたり続いてきた老人保健制度の反省点を踏まえて出来たという観点から、良い点は残し、次の制度でも活かしていただきたいと思えます。
- 例えば、費用負担の面で言えば、高齢者医療費を中心に増大する医療費の負

担については、現役世代と高齢者世代の負担を明確化し、高齢者医療に係る費用を負担する加入者や事業主の方々の理解と納得が得られる制度としていくことが重要であると考えていますので、現役世代と高齢者の負担の関係が見えにくかったものから、現役世代が高齢者世代を支えるための負担がどれくらいか見えるようになった点は評価できます。

- また、運営主体の面で言えば、後期高齢者医療制度については、年齢で区切る点で理解を得られない点がありますが、都道府県ごとに設置される広域連合が運営主体となっている点は、従来の老人保健制度において指摘されていた財政責任が不明確であり、保険者機能が働きにくい等の問題点を踏まえてのものであると思いますので、財政責任を負う主体が明確にされた点についても十分に評価すべきものと考えています。

## 2. 費用負担、財源の在り方について

- 国民皆保険を維持していくためには、高齢者にかかる1人当たり医療費が現役世代に比べて高いことから、何らかの形で現役世代の支援を組み合わせていくことは必要ですが、その負担については、支え手である現役世代の負担が過重なものとならず、理解と納得が得られる在り方を考えていく必要があります。
- 一方で、後期高齢者医療制度の財源の4割は、医療保険制度からの支援となっており、また協会けんぽの保険料率のうち約4割は後期高齢者医療制度の支援金や前期高齢者納付金等に充てられています。このような状況については、現役の方の保険料負担という点で非常に重くなっていると同時に、保険集団にとって全く給付に充てられない費用が「保険料」という形で徴収されていることに疑問が出ております。
- さらに、保険料での負担のあり方についても、高齢者医療を支える各制度間での負担は、各制度の負担能力を反映したものとなることが重要であると考えています。
- 現役被保険者の負担の現状などを考慮すれば、今後、高齢化に伴う医療費の増大や所得水準の低下、高齢化率の上昇に対し、負担能力のある高齢者世代の方に一定の負担をお願いするとともに、社会全体で支え合う観点から公費の役割の拡大も含めた財源の在り方について検討していくことが必要と考えています。

### 3. 特定健診・保健指導について

- 平成20年度から医療保険者に実施が義務付けられた特定健診・保健指導については、特定健診・保健指導の導入により、国民の間にメタボリックシンドローム、生活習慣病に対する意識が高まり、また保険者も保健事業の取組みを進めたという点は評価すべきものと考えています。
- 一方で、特定健診・保健指導の実施率などをもとに平成25年度から後期高齢者医療制度の支援金の加算・減算が実施されることとなっていますが、加算・減算のルールについては、平成20年10月の協会けんぽ設立後の状況からすると、事業主や地域との関係が薄いことや、中小零細企業が大多数で効率的な事業遂行が難しいこと等もあり、他の各保険者と前提条件が大きく違うのではないかと考えています。
- 保険者機能の強化や、保健事業の取組み強化によって個々人の生活の質の向上を図り、また中長期的に医療費の伸びを抑制するという特定健診・保健指導の考え方は活かしながら、現在の加算・減算の仕組みは、廃止を含めて見直す必要があると考えています。

# 近藤委員配布資料



# 高齢者医療制度改革の課題と戦略 (日本版NSF)策定に向けて

2007.12.20版

日本福祉大学社会福祉学部  
近藤克則

# 後期高齢者医療制度を巡る論議 に対する現状認識

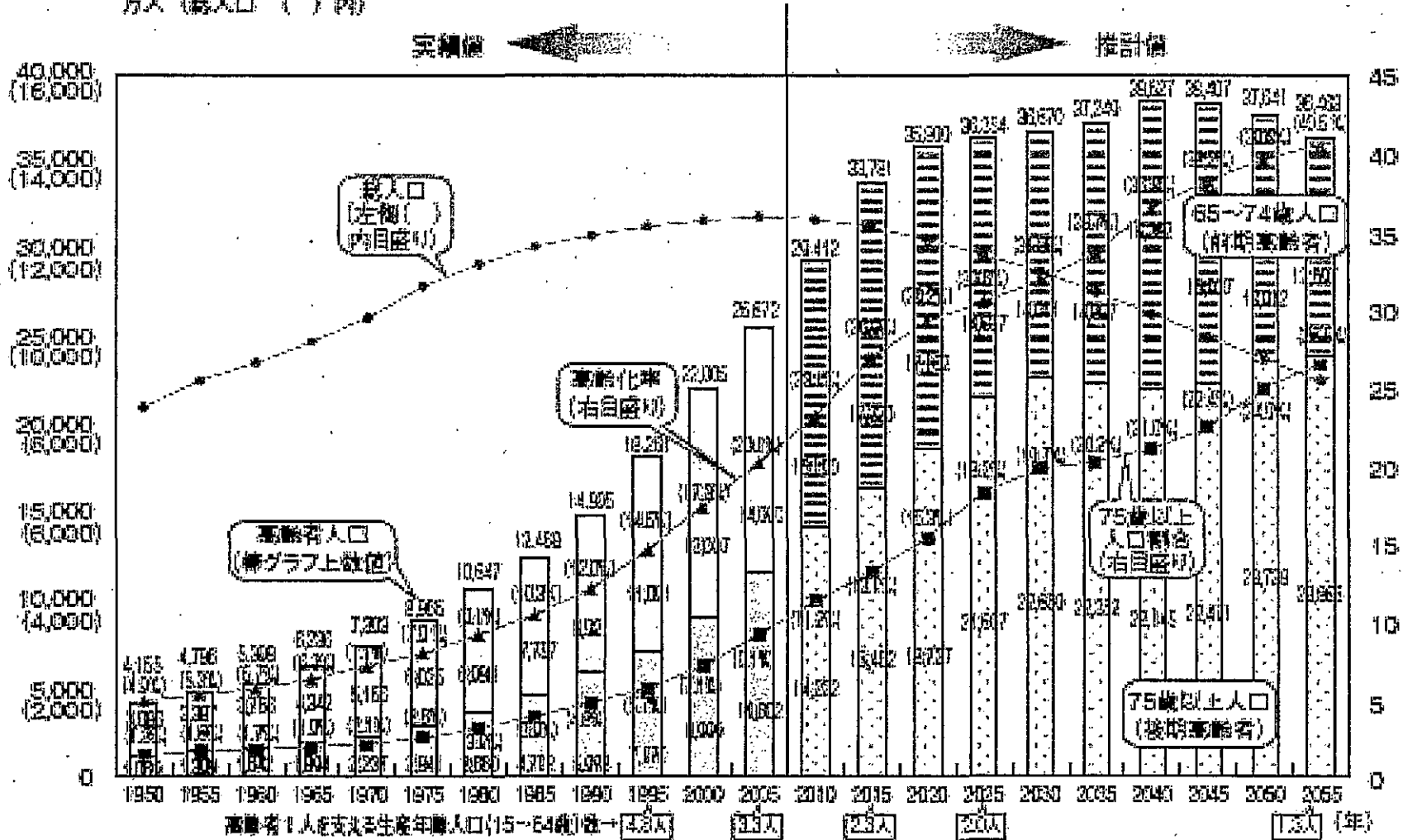
- 医療制度には、財政と医療提供の両面がある
- 今まで保険財政の側面に関する論議に偏重
  - 「基本的な考え方」6項目の多くは保険や負担に関するもの
  - 提供されるべき医療内容とその提供体制に関する論議が弱い
  - 提供される医療の中身が分からなければ、財政(対価)の妥当な水準は分からない
- 今から準備しなければ、医師数など量的不足問題だけでなく、診療科・医療内容とニーズとのミスマッチなど質的な問題を生じるのは確実
  - 診療報酬による誘導策だけでは対応できない構造的な変化
  - 医師を育てるには10年、医師養成・提供システムを作るにはそれ以上の時間がかかる

# 後期高齢者は急増する

(平成21年版高齢社会白書, p4)

単位：千人（高齢者人口、65～74歳人口、75歳以上人口）  
万人（総人口（ ）内）

高齢化率、総人口に対する75歳以上人口の割合（%）



資料：2005年までは総務省「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の出生中位・死亡中位假定による推計結果

# 後期高齢者の急増に備える 総合的な構想と目標・計画が必要

- 高齢化で急増するのは後期高齢者
  - 後期高齢者数は、1160万人(2005)から2167万人(2025)へ
- 保険財政面だけでなく、後期高齢者の増加による医療ニーズの量的・質的な変化への対策が必要
  - 医療・福祉職の不足、健康格差・地域格差是正
  - 介護予防、リハビリテーション、独居高齢者の在宅ケア、緩和ケアなどニーズの構造的な変化への対応
  - ケアの質と効率の改善を図れるシステムが必要
  - これらは診療報酬による誘導だけでは無理
  - 人材養成やケア提供の構想・目標、計画、それらの進捗状況評価によるマネジメントシステムが必要
- 日本版NSF (National Service Framework) が必要

# NSF (National Service Framework) とは

- 日本より10年早く「医療崩壊」を経験したイギリス政府が、そこからの脱却・再生に向けて策定したもの
- 現状評価に基づき課題抽出、全英で達成されるべき10年後の数値目標、目標に至る戦略を、領域・疾患別に示したもの
- 日本の高齢者医療で、今後10～20年間に起きる構造的なニーズの変化に対応するには構造改革のための「日本版NSF」の策定論議の場が必要である

# 日本版NSF策定のための指針(案)

- 現状評価・将来推計から課題を設定
- 各課題について・10年後目標(&中間評価する5年後の目標)を設定. できる限り数値目標を, 高・中・低の3段階で設定
- その数値目標を設定するために必要な戦略と予算規模も示す
- 診療報酬による誘導だけでなく, 医療提供に関わる計画, 人材育成計画をも含むものとする
- 策定過程には, 当事者である高齢者・家族・医療提供者・介護事業者なども参加していただく
- 予防・医療・リハビリテーション・緩和ケアまで対象とする
- 都市と地方など, 地域偏在や地域差にも留意する
- モニタリングシステムの構想・開発も同時に行う

# 構成と取り上げる課題の例

背景：高齢者人口・世帯の増加と対応

基本構想：医療の目標と戦略の構築

対象領域別の目標と戦略

- ① 介護予防の現状評価と拡充戦略
- ② 狭義の高齢者医療
- ③ リハビリテーション医療の拡充
- ④ 維持期の在宅・居宅・施設ケア
- ⑤ 施設内での医療の拡充
- ⑥ 緩和ケアの拡充

構造を変えるための総合的な戦略

- ⑦ 医療・福祉の人材養成：卒前教育
- ⑧ 医療・福祉の人材養成：卒後教育
- ⑨ 科学的な根拠に基づいた戦略づくり
- ⑩ 効率・質・公正のモニタリング

# 10カ年戦略策定とマネジメント

- 2010年：第1期NSFの策定と必要な法制化
- 2011-12年：必要なモデル事業と評価の実施，指標やモニタリングシステムの開発，領域別NSFの策定，目標値（上・中・下）別の予算試算と公表，国民的論議で目標設定
- 2013-16年：モデル事業の中から優れたものを選別し，改良を加えて普及，人材養成などの本格化，開発した指標やモニタリングシステムの一部導入，それらを活用したNSFの中間評価と計画の見直し
- 2017-19年：経年的評価と見直し，
- 2020年：第2期NSFの策定



以下は、より具体的な例示

# 背景：高齢者人口・世帯の増加と対応

- 世界一の水準の超高齢社会
  - 人類が未経験の社会，他国にもモデルがない，創意工夫が必要
- 急増する後期高齢者
  - 団塊の世代が後期高齢者となる2025年に，およそ1.5～2倍に増えるニーズに応える量的規模・目標が必要
- 急増する高齢者のみ世帯，単身世帯
  - 家族介護力の低下，生活を支える介護サービスとの連携が必要，多職種連携できる人材養成が必要
  - 高齢者施設，施設内での医療の確保が必要
- 有限の社会保障財源
  - 効率・質・公正のモニタリングが必要

# 基本構想：医療の目標と戦略の構築

- 目標は延命期間の最大化でなくQOL(quality of life)の最大化
  - 心身の健康のためにも社会参加・知的活動・情緒的なサポートの授受, 心身が多少不健康でも社会参加できる場の重視へ
  - 延命・臓器別高度専門医療重視からQOL・生活機能の重視へ
- 対象は予防から緩和ケアまで
  - 予防:1次予防(健康的な生活), 2次予防(早期発見・早期介入)
  - 狭義の高齢者医療
  - リハビリテーション(急性期・回復期)
  - 維持期の在宅・居宅・施設ケア
  - 終末期における緩和ケア
- 診療報酬だけに頼らない構造を変える総合的な戦略
  - 人材育成
  - 根拠に基づく政策
  - マネジメントの強化ーモニタリングの重視

# ①介護予防の現状評価と拡充戦略

- 地域支援事業の一般高齢者介護予防施策
  - 現状：具体化の遅れ，その基礎となる研究の遅れ
  - 5年後：モデル事業を評価
  - 10年後：効果・効率の良いものを選び全国に普及
- 地域支援事業の特定高齢者介護予防施策
  - 現状：現行事業では効果が不明
  - 5年後：改善されたモデルプログラムの評価による効果の検証，評価ができる組織・人材の育成
  - 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化
- 介護予防給付の質（効果）の検証
  - 現状：マクロレベルで見た効果検証方法に疑義
  - 5年後：モデル事業のプログラム評価，事業所単位のモニタリングシステムの開発
  - 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化

## ②狭義の高齢者医療

- 高齢者に多い疾患についての基本戦略
  - 現状:がん対策基本法はあるが、人材養成が追いついていない。整備状況のモニタリングが不十分
  - 5年後:脳卒中対策基本法, 高齢者医療対策基本法などで, 高齢者に多い疾患に対する基本戦略を策定。必要な専門職の人材養成, システム開発の疾患別・診療科別・地域別数値目標設定と予算化, 整備状況の中間評価
  - 10年後:高齢者に多い疾患を専門とする医師数, 診療チーム・拠点数・急性期入院病床数・訪問診療実施件数等で, 2025年に必要とされる疾患別・診療科別・地域別目標数値の60%を達成

### ③リハビリテーション医療の拡充

- 急性期リハビリテーションの拡充
  - 現状:「リハビリテーションは回復期で」という誤解
  - 5年後:半数の脳卒中患者が1週間以内にリハビリテーションを受けられる. 全入院患者の廃用症候群の把握を義務づけ
  - 10年後:廃用症候群のリスクをもつすべての患者がリハビリテーションを受けられる. すべてのDPC病院にリハビリテーション科臨床認定医の配置
- 回復期リハビリテーションの拡充
  - 現状:訓練不足で潜在的な能力を引き出せていない
  - 5年後:30%の患者で1日3時間以上の訓練
  - 10年後:すべての回復期リハビリテーション病棟にリハビリテーション科専門医の配置. 適応ありとされたすべての閑雅で1日3時間以上の訓練

## ④維持期の在宅・居宅・施設ケア

- 生活を支える介護サービスとの連携
  - 現状：在宅支援診療所：〇〇診療所，介護保険でのリハビリテーション不足，ケアマネジャーの基礎資格で介護福祉士急増
  - 5年後：半数の生活圏域（市町村介護保険事業計画）に複数の在宅支援診療所，介護保険リハビリテーションサービスの倍増，ケアマネ研修に基礎的な医療的内容導入
  - 10年後：すべての生活圏域に複数配置，2025年に必要な介護保険リハビリテーションサービス，医療を受けられる居宅サービス目標値の75%達成。