

# 医療・介護制度改革について

平成23年11月16日

厚生労働省

社会保障・税一体改革成案 工程表(抄)

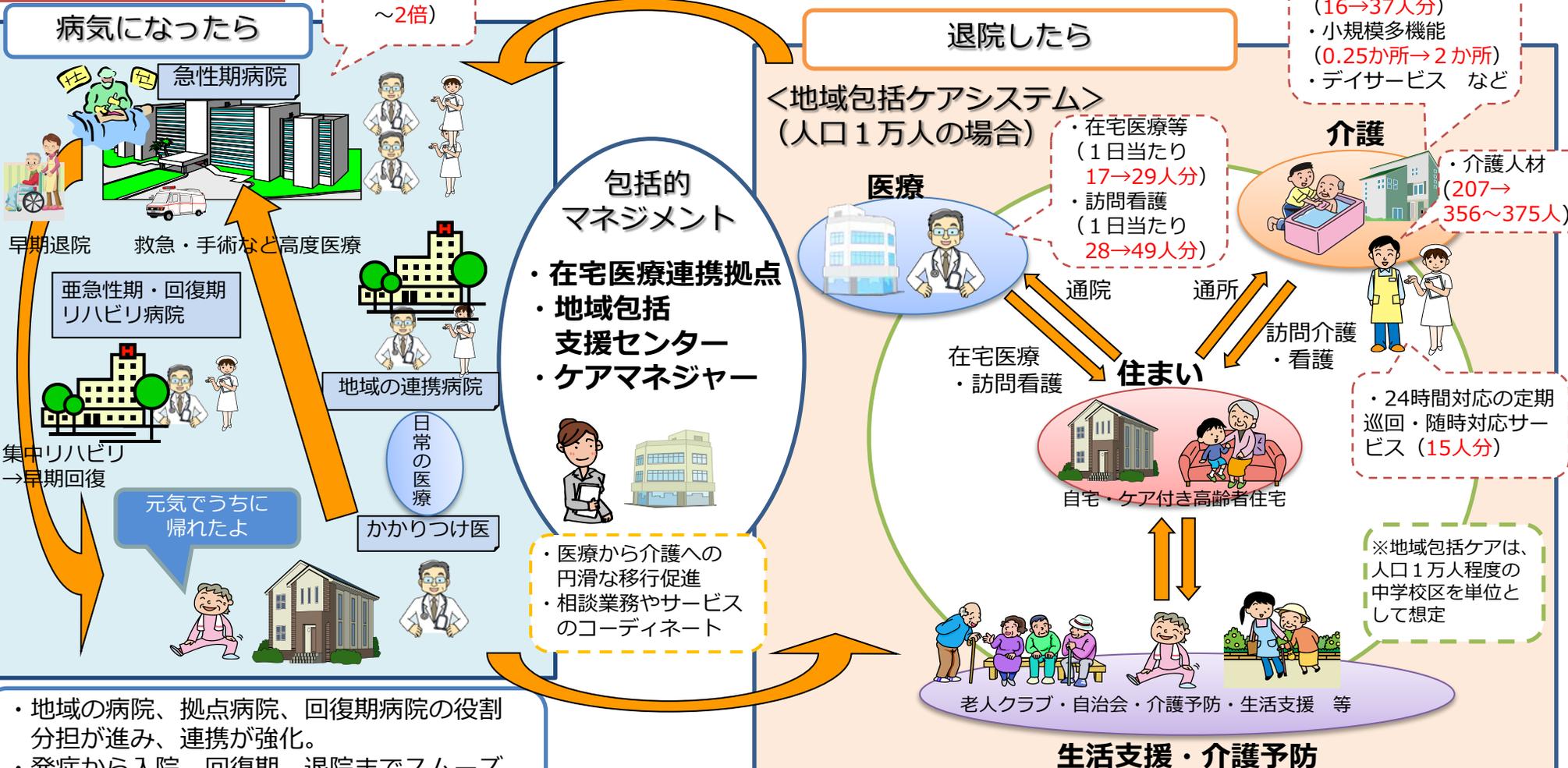
		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年				
II 医療・介護等	○ 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化	<p>～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等)</li> <li>・ 在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等) (8,700億円程度)</li> </ul> <p>→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平均在院日数の減少等 (▲4,300億円程度)</li> </ul> <p>→ ○平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期：9日程度 ○病床数：概ね現状水準 ○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し</li> <li>・ 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出</li> <li>・ 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現</li> </ul>	0.4兆円程度	1.3兆円程度				
	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等)(▲1,200億円程度)</li> <li>・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減</li> </ul> <p>→ 外来患者数：2025年に現行ベースより5%程度減少</p>	△0.1兆円程度				△0.6兆円程度			
	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等</li> <li>・ 施設のユニット化 (2,500億円程度)</li> </ul> <p>→ GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日</p>						<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防・重度化予防</li> <li>・ 介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)</li> </ul> <p>→ 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少</p>	0.1兆円程度	1.2兆円程度
	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ (2,400億円程度)</li> </ul> <p>→ 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人 (1.6倍程度)</p>								
医療・介護①小計	<p>充実計(2015年) ～1.4兆円程度</p>	<p>重点化・効率化計(2015年) ～0.7兆円程度</p>		<p>(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算) ～0.6兆円程度</p>	<p>～2.3兆円程度</p>					

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年	
II 医療・介護等	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策						
	a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大</li> <li>→ 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円)</li> <li>市町村国保の財政運営の都道府県単位化</li> <li>財政基盤の強化 (低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))</li> </ul> ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動				税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出	～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討	—
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化				↓ 順次実施		
<ul style="list-style-type: none"> <li>1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円)</li> </ul> ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,600億円)</li> <li>軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化</li> </ul>						
②	c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度)</li> </ul> ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円)ただし、低所得者に配慮。</li> </ul>				～0.1兆円程度 …受診時定額負担等と併せて検討	—
	d その他				総合合算制度： 2015年の番号制度以降導入		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)</li> <li>低所得者対策・逆進性対策等の検討</li> <li>高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す)</li> <li>国保組合の国庫補助の見直し</li> </ul>				〔 総合合算制度 ～0.4兆円程度 〕	
医療・介護②小計	充実計(2015年)	1兆円程度(改革の内容により変動)	重点化・効率化計(2015年)	～0.5兆円程度(改革の内容により変動)	～1兆円弱程度	—	
医療・介護計	充実計(2015年)	～2.4兆円程度(改革の内容により変動)	重点化・効率化計(2015年)	～1.2兆円程度(改革の内容により変動)	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度	

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。

・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※ 診療報酬・介護報酬の同時改定を実施 ※ 数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

# 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期-ス 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

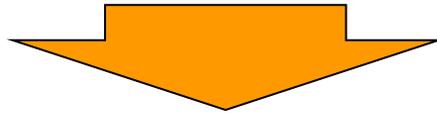
（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

# 医療提供体制の機能強化に向けた今後の取組

## 目指すべき方向性

- 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、病院・病床の機能分化・強化と集約化により、入院から早期に地域に復帰できる体制を構築
- 住み慣れた環境でできるだけ過ごせるよう、地域で適切な医療・介護サービスが受けられる体制を確立
- 医師確保や、医師の地域間、診療科間の偏在を解消するとともに、多職種協働によるチーム医療を推進
- 臨床研究を強化するなど医療イノベーションを推進することで、質の高い医療を提供



## 当面取り組むべき方策

- 診療設備の整備や手厚い人員配置がなされるべき急性期病床について、機能分化・強化と集約化を図るための取組を促進
- 多職種協働により地域の在宅医療を支援するための在宅医療連携拠点の創設
- 医師確保、地域偏在の解消に責任を持つ都道府県の役割強化
- 日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方の検討
- 医療の質の向上に資する国際水準の臨床研究中核病院の創設 他

# 平成24年度診療報酬改定の基本方針（案）

（社会保障審議会医療保険部会・医療部会において議論中）

## 重点課題（案）

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

チーム医療の推進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等

- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組

在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

## 改定の視点（案）

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

がん医療の充実、認知症対策の促進 等

- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等

- 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等

- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進策 等

## 将来に向けた課題（案）

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化  
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、  
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

# あるべき医療サービスを支えるための医療保険制度の機能強化

近年の社会経済情勢の変化に対応し、あるべき医療サービスを支えるため、医療保険制度の機能強化を図る。

## ① 雇用基盤の変化

### ○ 被用者保険が適用されない被用者が増加

- 正規労働者中心の雇用前提等が変化し、非正規労働者が増加するなど、就労形態が多様化
- 市町村国保の世帯主の職業を見ると、被用者が約3割を占めている

## ② 医療の高度化

### ○ 医療の高度化で負担が重い患者が増加

- がん、難病等の新薬登場で高額薬剤が増加、高額薬剤の長期服用で負担の重い患者が増加
- 現行の高額療養費は、非課税世帯ではない中低所得者の負担が重く、また、近年この層の人数が増加

## ③ 少子高齢化の進行

### ○ 高齢者医療費は更に増加する一方、支え手は減少

- 高齢者医療費を支える支援金は、加入者数に応じた負担が基本のため、財政力の弱い協会けんぽや健保組合の負担が重い
- 70～74歳の患者負担は、法律上2割負担とされているが、毎年度、約2,000億円の予算措置により1割負担に凍結中

## ④ 財政基盤の弱体化

### ○ 市町村国保の財政悪化

- 無所得者・失業者・非正規労働者等の低所得者や、高齢者が多く加入するといった構造的問題
- 市町村の一般会計から多額の法定外繰入れ

### ○ 中小企業が加入する協会けんぽの財政悪化

- 賃金の低下、毎年の保険料率の引上げ

## ①働き方にかかわらず同じ保障を提供

➡ 非正規労働者についても健康保険に加入できるようにし、被用者保険の適用を拡大 ※年金と同時実施

## ②長期・高額な医療に対応するためのセーフティネット機能を強化

➡ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しと、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討

## ③世代間・世代内の負担の公平化

➡ 高齢者医療について、高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み(支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

## ④保険財政基盤の強化

➡ 市町村国保の財政基盤の強化・広域化、協会けんぽの財政基盤の強化

# 高額療養費の改善と受診時定額負担の導入の検討

## 高額療養費について

- 高額療養費制度は、高額な医療費がかかった時に、定率負担による高額な自己負担によって、家計が破綻しないよう、所得に応じて自己負担に上限を設ける仕組み。
- 高額療養費は、自己負担割合の引き上げや医療の高度化等により、10年間で2倍程度に増加(平成11年度:約8200億円→平成21年度:約1兆8200億円)。  
今後も医療費の伸びを大きく上回って増加することが見込まれる。

高額療養費の支給額



給付費増は、保険料と公費による負担  
(15年度以降、自己負担の大幅な見直しは行っていない)

## 現行の高額療養費の課題

- 医療が高度化する一方で、がんや難病など長期にわたって負担が重い患者が生じている。
- 特に、現在の制度では、70歳未満の一般所得者の所得区分の年収の幅が大きい(年収約210万～790万円)ため、中低所得者層の負担が重い。
- 自己負担上限額は月単位で設定されているため、自己負担上限額は超えないが、長期にわたって負担が重い方の負担が軽減されない場合もある。

現行の自己負担上限額(70歳未満)

	月単位の上限額
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <4月目～: 83,400円>
一般所得者 ( <u>年収約210万円</u> (※)～ <u>約790万円</u> ) (※) 3人世帯(給与所得者/夫婦子1人)の場合 約210万円 単身(給与所得者)の場合 約100万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <4月目～: 44,400円>
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目～: 24,600円>

## 高額療養費の改善案

- 一般所得者の自己負担上限額を、**①年収600万円以上、②年収300万円～600万円、③年収300万円以下**と細分化し負担を軽減。
- **年単位の上限を設定することにより、患者負担を軽減する。**

自己負担上限額の改善案(70歳未満)

	月単位の上限額	年間の上限額
上位所得者	当初3ヵ月：150,000円 4月目～：83,000円	996,000円 (83,000円×12月)
一般所得者 (年収約600万円～約790万円)	当初3ヵ月：80,000円 4月目～：44,000円	501,000円 (44,000円×12月×95%)
一般所得者 (年収約300万円～600万円)	当初3ヵ月：62,000円 4月目～：44,000円	
一般所得者 (年収約210万円～300万円)	当初3ヵ月：44,000円 4月目～：35,000円	378,000円 (35,000円×12月×90%)
低所得者 (住民税非課税)	当初3ヵ月：35,000円 4月目～：24,000円	259,000円 (24,000円×12月×90%)

高額療養費改善に必要な財源(2015年度ベース)

給付費+3600億円(保険料2500億円、公費1200億円)

財政中立

医療保険財政は厳しい状況にあり、高額療養費を改善するのであれば、**給付の重点化(低額の場合の患者負担を見直す)**という視点に立って、「**受診時定額負担**」(外来時100円の負担)を提案。

外来受診時100円の負担(ただし、低所得者は50円の場合)

給付費▲3700億円(保険料▲2700億円、公費▲1100億円)

## 受診時定額負担について

- 高額療養費の改善の財源は、保険料や公費に求めるべきであり受診時定額負担に反対の意見がある一方で、医療保険財政が厳しい中(※)で、その財源を保険料に求めることはできないため、一つの選択肢として検討すべきとの意見がある。

(※)24年度の協会けんぽの保険料率は10%を超える見込み

# 「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の開催について

## 1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討に当たっては、特に、国民健康保険制度のあり方については、地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進めることが必要であることから、国民健康保険の構造的な問題の分析と基盤強化策等について検討するため、厚生労働省と地方の協議を開催することとし、これまで5回にわたって事務レベルのワーキング・グループを開催してきたところである。

本年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においては、医療保険制度改革について、「税制抜本改革の実施と併せ、2012年以降速やかに法案を提出」し、順次実施することとされており、改革案の具体化に向けて、これまでの事務レベル協議を踏まえた検討を行うための政務レベルの協議を開催する。

## 2. メンバー

【厚生労働省】 辻泰弘厚生労働副大臣、藤田一枝厚生労働大臣政務官

【地方代表】 福田富一知事（栃木県）、岡崎誠也市長（高知市）、齋藤正寧町長（秋田県井川町）

## 3. 協議事項

○市町村国保の構造的問題への対応

・低所得者対策等のあり方 ・事業運営・財政運営の広域化 ・財政支援のあり方 等

○その他

## 4. 開催経過

○ 政務レベル協議

第1回 10月24日

○ 事務レベル ワーキング・グループ(WG)

第1回 2月25日、第2回 6月6日、第3回 7月14日 第4回 7月27日 第5回 9月30日

(事務レベルWGのメンバー)

全国知事会 栃木県、愛知県、鳥取県

全国市長会 福島市、高知市

全国町村会 井川町(秋田県)、聖籠町(新潟県)

厚生労働省 保険局総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

# 主な論点

## 1. 財政基盤強化策について

- 低所得者が多く保険料負担が重い、市町村間で所得の格差がある等の構造問題について、どのように対処するか。公費拡充や公費による効果的な支援方法について、どのように考えるか。
- 社会保障・税一体改革成案において、市町村国保に関し、「低所得者保険料軽減の拡充等(～2200億円程度)」とされていることについて、どのように考えるか。
- 現在、3100億円の決算補填目的等のための一般会計繰入れ及び1800億円の前年度繰上げ充用があるが、これをどのように評価するか。また、社会保障と税一体改革との関係をどのように考えるか。

(検討事項例) ・ 低所得者に対する保険料の軽減のあり方  
・ 低所得者が多い保険者への支援のあり方  
・ 財政調整機能の強化 等

## 2. 財政運営の都道府県単位化について

- 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在や、市町村間で保険料や医療費の格差がある等の構造問題について、どのように対処するか。
- 社会保障・税一体改革成案において、「市町村国保の財政運営の都道府県単位化」とされていることについて、どのように考えるか。
- 財政運営の都道府県単位化を進める上で、国、都道府県、市町村の役割分担をどのように考えるか。

(検討事項例) ・ 財政運営の都道府県単位化の具体的なあり方  
・ 財政運営の都道府県単位化の円滑な実施方法 等

# 介護分野の検討課題

## 社会保障・税一体改革成案 に掲げられた課題

### ○介護サービス提供体制

充実	重点化・効率化
<ul style="list-style-type: none"><li>・在宅介護の充実</li><li>・ケアマネジメントの機能強化</li><li>・施設のユニット化 (2,500億円程度)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・介護予防・重度化予防</li><li>・介護施設の重点化 (在宅への移行) (▲1,800億円程度)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>・マンパワー増強 (2,400億円程度)</li></ul>	

### ○費用負担の能力に応じた負担の公平化

充実	重点化・効率化
<ul style="list-style-type: none"><li>・1号保険料の低所得者保険料軽減強化 (~1,300億円)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・介護納付金の総報酬導入 (完全実施で▲1,600億円)</li><li>・重度化予防に効果のある給付への重点化</li></ul>

※数字は2015年の公費

## 24年度の予算編成過程 において検討すべき課題

### ○介護職員の処遇改善問題

・介護職員処遇改善交付金は23年度末が期限

↓  
介護報酬での対応  
→介護報酬2%分  
(国費500億円)

↓  
交付金での対応  
→3年分6,000億円  
(1年分1,900億円)

- ・財源をどう確保するか
  - 介護納付金の総報酬割の導入
  - 給付の重点化(利用者負担の引上げ等)

### ○平成24年度介護報酬改定

- ・介護報酬改定率
- ・各サービスの報酬改定
- ・地域差の是正

# 介護職員の処遇改善

## 処遇改善交付金の現状

### ■ 制度

—平成21年度補正予算で基金を創設し、事業者に交付

### ■ 効果

—平均給与額1.5万円増加  
—介護労働者の需給逼迫状況は改善  
—給与引上げの態様

一時金	諸手当	本給
50%	30%	16%



## 課題

### ■ 財源の確保策

- ①交付金継続の場合  
3年分6000億円(1年1900億円)
- ②報酬組入れの場合  
報酬2%分=国費500億円



—介護納付金総報酬制導入  
—給付の重点化(利用者負担の引上げ等)

## 関係者の意見

- A.交付金継続(市町村、事業者団体の一部、労働組合)
- B.報酬組入れ、2%アップ(事業者団体)
- C.事業者の自助努力(財界、医療保険者)

※事業者の経営は改善

	特養	老健	訪問介護
収支差	9.3%	9.9%	5.1%
3年前との比較	+5.8%	+2.6%	+4.4%

# 介護納付金への総報酬割導入

- ・現行の頭割り負担が、報酬額に比例した応能負担になる。
- ・協会けんぽに投入されている国庫補助が不要になり、介護サービスの充実に充当できる。

第5期(平成24~26年度)平均(見込額)

	第2号被保険者 1人当たり負担額 (現行)	第2号被保険者 1人当たり報酬額	負担割合
健保組合 (労使含めて の月額)	4,900円	463万円	1.27%
共済組合	4,900円	499万円	1.18%
協会けんぽ (労使含めて の月額)	〔 4,900円 〕	〔 318万円 〕	〔 1.85% 〕
国庫補助充 当による実際 の負担額	4,100円	318万円	1.55%

○ 中小企業の従業員等が加入する協会けんぽの費用負担能力を考慮し、介護納付金の16.4%分が国庫補助されている。

	完全に総報酬割を導入する場合	1/3導入する場合
負担割合		
第2号被保険者 1人当たり負担額	5,800円 【+900円】	5,200円 【+300円】
第2号被保険者 1人当たり負担額	6,000円 【+1,100円】	5,300円 【+400円】
第2号被保険者 1人当たり負担額	〔 4,000円 〕 【-900円】	〔 4,600円 〕 【-300円】
第2号被保険者 1人当たり負担額	4,000円 【-100円】	4,050円 【- 50円】

1.49%

○ 負担能力に応じた負担になることにより、この国庫補助が不要に  
完全導入の場合：▲1,300億円  
1/3導入の場合：▲430億円 (第5期平均の見込額)

○ なお、健保組合内で見ると、負担額の変化は負担能力によって異なり、多くの組合で負担が増加するが、負担が減少する組合も存在。

納付額が増加する組合数

1,135

納付額が減少する組合数

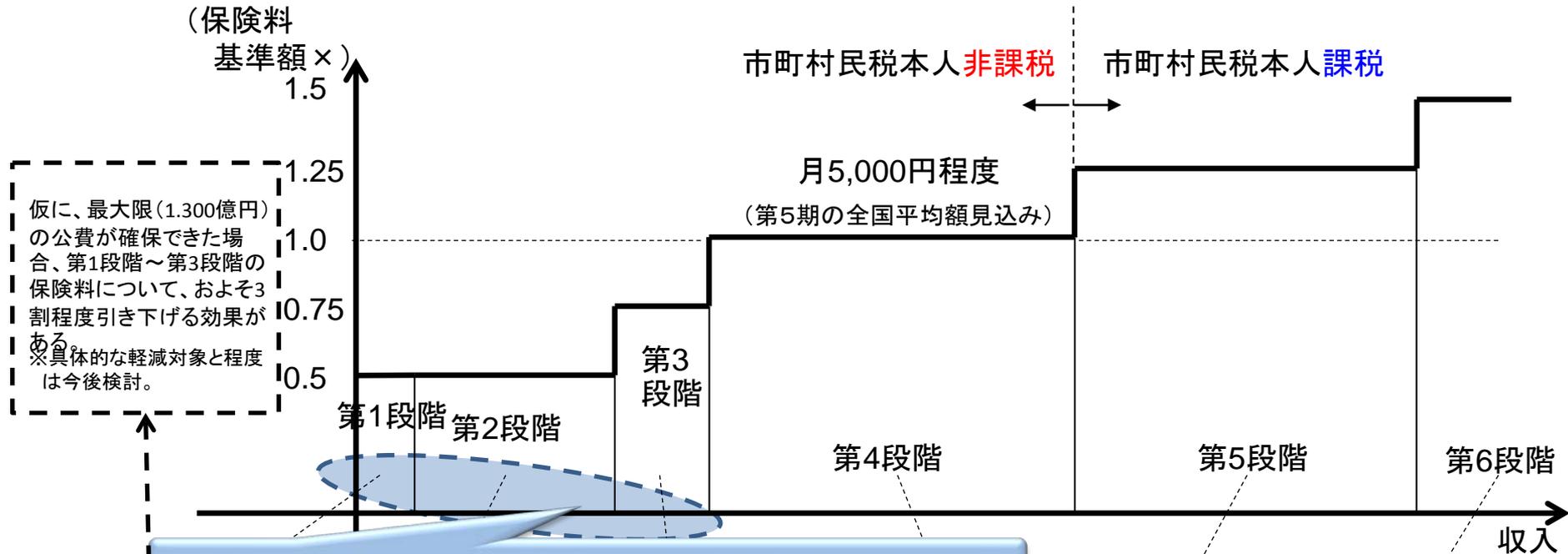
362

# 高齢者の保険料(第1号保険料)の低所得者対策強化

【現行】低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)

【見直し】低所得の被保険者で資産等の状況からさらに負担能力が低いと認められる者の保険料について、公費を投入することにより負担を軽減。

第1号被保険者数: 28,848,463人(平成21年度末現在)



仮に、最大限(1,300億円)の公費が確保できた場合、第1段階～第3段階の保険料について、およそ3割程度引き下げる効果がある。  
※具体的な軽減対象と程度は今後検討。

負担能力に応じた保険料減免を行い、減免分を公費により補填。

**第1段階**  
生活保護被保護者、世帯全員が市町村民税**非課税**の老齢福祉年金受給者等

**第2段階**  
世帯全員が市町村民税**非課税**かつ本人年金収入**80万円**以下等

**第3段階**  
世帯全員が市町村民税**非課税**かつ本人年金収入80万円超等

**第4段階**  
本人が市町村民税**非課税**(世帯に**課税者**がいる)

**第5段階**  
市町村民税**課税**かつ基準所得金額200万円未満

**第6段階**  
市町村民税**課税**かつ基準所得金額**200万円**以上

# 昨年介護保険部会で議論した給付に関する制度見直しの論点

- 要支援者の利用者負担
- ケアマネジメントに係る利用者負担
- 一定以上所得者の利用者負担
- 多床室における室料負担
- 補足給付における資産等の勘案

※ 他に、施設対応を中重度者中心にしていく観点からの見直しについて検討。

# 平成24年度介護報酬改定における主な検討課題・論点

## ○地域で介護を支える体制を構築すること(地域包括ケアシステムの基盤整備)

- ・新サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス)の評価のあり方
- ・通所介護や訪問介護など居宅サービスにおける自立支援に重点を置いたサービス提供のあり方 等

## ○医療と介護の役割分担・連携により、効率的で利用者にふさわしいサービスを提供すること

- ・入・退院時における医療機関と介護サービス事業所との連携促進のあり方
- ・訪問看護・リハビリ等、要介護者の在宅生活における医療提供のあり方
- ・介護施設における医療提供のあり方 等

## ○質の高いサービスを確保するため、利用者、事業者、サービス提供者の努力を促すようなインセンティブを付与すること

- ・介護職員の円滑な入職、定着に向けて、キャリアアップの仕組みの導入など、介護職員の処遇改善のあり方
- ・自立支援型のケアマネジメントへの転換に向けた、介護支援専門員の質の向上やあり方 等

## ○認知症にふさわしいサービスを提供すること

- ・早期発見、重度化予防、医療と介護の連携、地域との連携など、ケアのあり方
- ・認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護における医療提供のあり方 等

## ○地域間、サービス間のバランス・公平性に配慮すること

- ・地域間の公平性に配慮した地域区分のあり方 等

# 平成24年度介護報酬改定のスケジュール

## 介護給付費分科会

平成23年

10月 ・介護事業経営実態調査結果公表済み

10月  
～11月 ・各サービスの報酬について審議

12月上旬 ・基本方針取りまとめ

平成24年

1月 ・厚生労働大臣からの諮問を受け、答申

## 内閣

12月下旬 予算編成過程において介護報酬の改定率を決定

# 社会保障・税一体改革が目指す介護の全体像

～高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護～

○ 支援を必要とする人の立場に立った、包括的な支援体制を構築し、また、地域で尊厳を持って生きられるよう、それを支える制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。

## サービス提供の方向性

### 施設サービス

- 特養
- ・地域における在宅拠点機能の重視
- ・集団ケアから個別ケアへ

### 居住系サービス

- 高齢者の住まいの整備
- ・サービス付き高齢者住宅  
(高齢者人口の3～5%)

### 在宅サービス

- ・24時間巡回など、切れ目のない在宅サービスにより、**居宅生活の限界点を高める**
- ・事業所間のネットワーク強化による包括的なサービス提供

包括的・継続的ケアマネジメントの提供  
(地域包括支援センターの機能強化)

## 継続的かつプラン化されたリハビリテーションの実施

- 老健施設の在宅復帰機能の強化

- ・自立支援型ケアマネジメントの効果的な展開
- ・軽度者に対する機能訓練の重点実施・重度化予防

## 退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスの提供

- 医療ニーズへの適切な対応

他制度・多職種ของทีมケアの推進  
(地域医療・介護連携)

- ・小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスを提供
- ・市町村レベルの在宅医療の計画的整備

BPSDに対応できる  
認知症ケアモデル構築

地域の実情に応じた認知症ケアパスの  
作成

市民後見人の育成など権利擁護

認知症アセスメントに基づく  
ケアマネジメントの導入

地域による認知症者支援ネットワークの  
推進

認知症に対応する地域密着型サービスの強化  
・小規模多機能型居宅介護・認知症専門デイサービス、グループホームの拡充

## あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化

制度の持続可能性、安定性の確保

介護人材の確保と資質の向上

# 社会保障・税一体改革が目指す医療・介護のサービス提供体制

～在宅介護サービス、居住系サービス、介護施設の利用者数の見込み～

○ 現状の年齢階級別のサービス利用状況が続いたと仮定した場合（現状投影シナリオ）に比べ、改革シナリオでは在宅・居住系サービスを拡充。

2011年度

2025年度  
(現状投影シナリオ)

2025年度  
(改革シナリオパターン1)

利用者数		426万人	647万人(1.5倍)	641万人(1.5倍)
在宅介護	304万人分	434万人分(1.4倍)	449万人分(1.5倍)	
うち小規模多機能 うち定期巡回・随時 対応型サービス	5万人分 —	8万人分(1.6倍) —	40万人分(8.1倍) 15万人分(—)	
居住系サービス	31万人分	52万人分(1.7倍)	61万人分(2.0倍)	
特定施設 グループホーム	15万人分 16万人分	25万人分(1.6倍) 27万人分(1.7倍)	24万人分(1.6倍) 37万人分(2.3倍)	
介護施設	92万人分	161万人分(1.8倍)	131万人分(1.4倍)	
特養	48万人分 (うちユニット12万人(26%))	86万人分(1.8倍) (うちユニット22万人分(26%))	72万人分(1.5倍) (うちユニット51万人分(70%))	
老健(+介護療養)	44万人分 (うちユニット2万人(4%))	75万人分(1.7倍) (うちユニット4万人分(5%))	59万人分(1.3倍) (うちユニット29万人部(50%))	

介護職員 140万人

213万人から224万人

232万人から244万人