も、同プロジェクトの提言に基づき、認知症行動・心理症状への対応や、専門的な認知症ケアの普及に向けた取組など、認知症ケアの推進を図るための評価を行った。

なお、平成17年度から開始した、認知症の正しい知識の普及を図り、認知症の人が尊厳をもって地域で暮らし続けることを支える「地域づくり」を推進していくための広報キャンペーンについては、21年度においても引き続きこれを実施したところであり、同キャンペーンの中心である「認知症サポーター100万人キャラバン」については、21年12月末時点でサポーター養成講座の講師役であるキャラバンメイトを28,514名、サポーターについては、1,426,266名養成した。

エ　介護に関する普及啓発

介護についての理解と認識を深め、介護サービス利用者及びその家族、介護従事者等を支援するとともに、これらの人たちを取り巻く地域社会における支え合いや交流を促進する観点から、平成20年７月に、介護に関する啓発を重点的に実施する日として、「11月11日」を「介護の日」と設定した（図２－３－10）。

「介護の日」に合わせ、「介護の日」フォーラムを開催したほか、政府広報や厚生労働省ホームページ等を活用した普及啓発、「介護の日」ポスターの配付等を行うとともに、都道府県・市区町村、関係機関・団体等による広報・啓発活動やイベント等が行われた。

（４）地域の支え合いによる生活支援の推進

地域福祉等推進特別支援事業において、高齢者等の地域社会における今日的課題の解決を目指す先駆的・試行的取組を行う自治体等への支援を行った。

図２－３－10　介護の日ポスター

また、高齢者も含む一人暮らし世帯等が地域において安心して暮らすことができるよう、見守り活動等への支援を行う安心生活創造事業を実施している。

（５）高齢者医療制度の改革

ア　後期高齢者医療制度の廃止と新たな制度の検討

後期高齢者医療制度については、制度に対する国民の御意見等を踏まえ廃止することとし、廃止後の新たな制度の具体的なあり方を検討するため、平成21年11月に、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」が開催された。同会議においては、検討に当たっての基本的な考え方として、「後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする」、「高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする」、「市町村国保の広域化につながる見直しを行う」等

の６原則が示され、この原則に基づき検討が進められている。

イ　現行制度の問題点の解消等

後期高齢者医療制度を廃止するまでの間、制度本体の見直しに先行して、現行制度の様々な問題点は速やかに解消を図ることとしている。具体的には、①資格証明書（保険料を特別の事情がなく１年以上滞納した場合に被保険者証の代わりに交付され、医療機関の窓口で一旦、医療費の全額を支払い、後日、申請により窓口負担を引いた医療費が還付される仕組み）は原則として交付しないこととする、②健康診査について、現行制度への移行に伴い受診率が低下していることから、各広域連合において受診率向上計画を策定し着実な取組を進める、③人間ドックについて、現行制度への移行に伴い実施市町村数が減少していることから、国からの費用助成を拡充し、再開を要請する、④75歳以上という年齢に着目した診療報酬は廃止するなどの取組を進めている。

また、高齢者の方々に混乱や不安を生じさせないよう、現行の負担軽減措置については継続することとし、①70歳から74歳までの方の窓口負担を１割に軽減する措置や、②所得の低い方及び被用者保険の被扶養者であった方の保険料を軽減する措置を継続するための費用として、平成21年度第二次補正予算に約2,900億円を計上した。

さらに、後期高齢者医療制度の財政運営期間は２年間とされていることから、平成22年度は保険料の改定年であるが、22年度及び23年度の保険料については、何ら措置を講じない場合、高齢化の進行等により大幅な上昇が見込まれていた。このため、各広域連合及び都道府県に対して、①広域連合の20年度及び21年度の財政収支上の剰余金を充当することに加え、②都道府県に設置されている財政安定化基金を取り崩すとともに、③特に保険料の増加率が高い都道府県に対しては、基金を積み増して取り崩すことにより、保険料の上昇を抑制するよう要請し、厚生労働省においても、基金を取り崩すことを可能とするための改正法案を22年通常国会に提出した。この結果、被保険者一人当たりの保険料の増加率は全国平均で約2.1％となり、大幅な増加抑制が図られたところである。

ウ　特定健診・特定保健指導

特定健診・特定保健指導は、医療保険者を実施主体として健診後のフォローアップを充実させること、また結果として医療費の伸びの適正化にも資するとの趣旨で平成20年度から実施されているが、制度初年度である20年度の実施率は伸び悩んだ。要因として、初年度ということもあり、①制度への理解が深まっていなかったこと、②契約の締結の遅れにより健診の開始時期が遅れたことなどが考えられる。

平成21年度においては、契約の早期締結に向けた支援、様々な手法による制度の周知徹底を進め、引き続き、特定健診・特定保健指導の実施率の向上に努めた。

エ　老人医療費の動向

医療費の動向に着目すると、平成19年度の老人医療費は、約11兆2,753億円であり、国民医療費に占める割合は33.0％となっているが、近年の傾向としては、我が国の国民医療費は国民所得の伸びを上回る伸びを示してきている。今後、急速な高齢化の進展に伴い、一人当たり医療費の高い高齢者が増えていくことにより、医療費の増大は避けられないと考えられる（図２－３－11）。

また、平成19年度の老人一人当たりの診療費は、若人と比較すると、4.8倍（入院7.4倍、外来3.9倍）となっており、その主な要因として、高齢者は、入院、外来とも受診率が高く（入院6.7倍、外来2.5倍）、一件当たり受診日数が多い（入院1.4倍、外来1.3倍）ことがあり、年間の一人当たりの受診回数（日数）は若人と比較して多くなっている（入院9.2倍、外来3.3倍）（図２－３－12）。

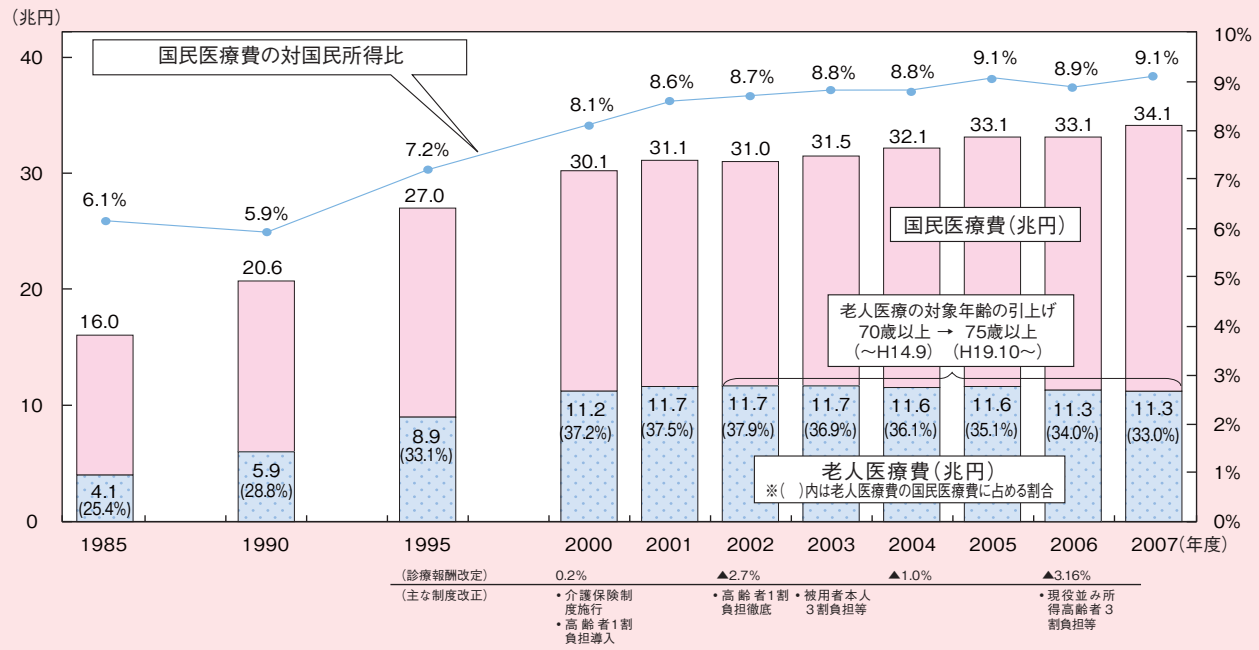
さらに、老人医療費の水準をみると、一人当たり老人医療費は、最大と最小で約37万円（約1.5倍）の格差がある（図２－３－13）。

（６）子育て支援施策の総合的推進

平成21年度においては、16年６月に国の基本施策として閣議決定された「少子化社会対策大綱」の具体的実施計画として策定された「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について（子ども・子育て応援プラン）」（平成16年12月少子化社会対策会議決定）に基づき、若者の自立や働き方の見直し、地域における子育て支援など総合的な取組を進めている。

今般、「少子化社会対策大綱」及び「子ども・子育て応援プラン」を見直し、新たに子育て支援の総合的な対策である「子ども・子育てビジョン」（平成22年１月閣議決定）を策定した。この「子ども・子育てビジョン」では、子どもが主人公（チルドレン・ファースト）と位置づけ、「少子化対策」から「子ども・子育て支援」へ考え方を転換し、社会全体で子どもと子育てを応援する社会の実現を目指し、平成22年度か

図２－３－11　医療費の動向



〈対前年度伸び率〉

（%）

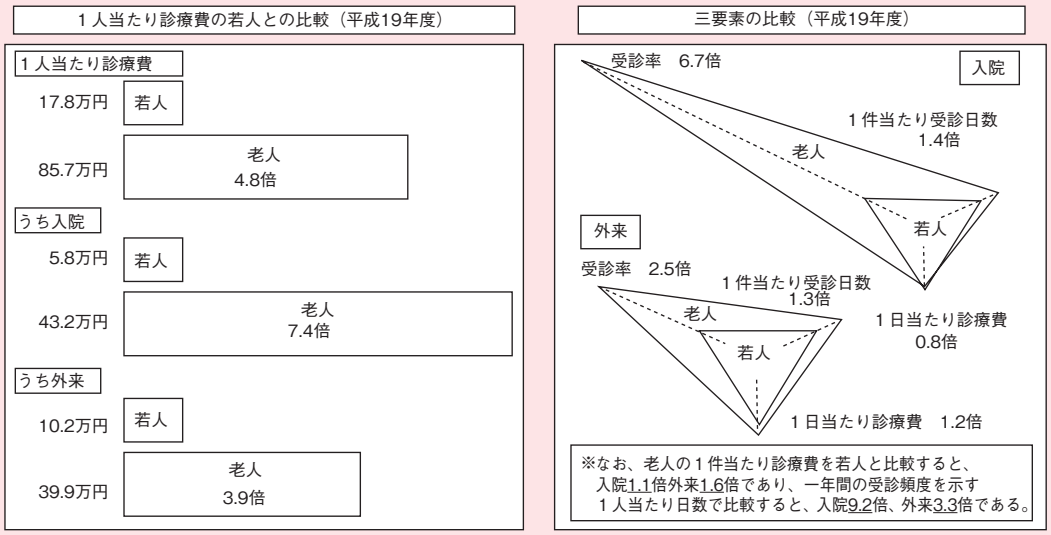
	1985（S60）	1990（H2）	1995（H7）	2000（H12）	2001（H13）	2002（H14）	2003（H15）	2004（H16）	2005（H17）	2006（H18）	2007（H19）
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3..0
老人医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1
国民所得	7.4	8.1	0.1	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.6	0.5	2.1	0.3

注：国民所得は内閣府発表の国民経済計算（2008.12）。

ら26年度までの今後５年間で目指すべき施策内容と数値目標を盛り込んでいる。今後は、同ビジョンの着実な実施に向け、政府を挙げて取り組んでいくこととしている。

また、「明日の安心と成長のための緊急経済対策」（平成21年12月閣議決定）及び「子ども・子育てビジョン」において、幼保一体化を含む新たな次世代育成支援のための包括的・一元的な制度の構築については、平成22年前半を目途に基本的な方向を固め、23年通常国会までに所要の法案を提出するとされている。このため、22年１月29日には、関係閣僚を構成員とする「子ども・子育て新システム検討会議」が設置され、保育サービスを始めとする子育て支援

図２－３－12　老人医療費の特性



（注）１．老人とは老人医療の受給対象者であり、若人とは老人医療受給対象者以外の医療保険加入者である。
２．入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費（医科）を含んでおり、外来は、入院外（医科）及び薬剤の支給の合計である。
３．平成14年10月以降、老人医療受給対象者の年齢は段階的に引上げられている。
４．老人の１人当たり医療費は87.0万円となっており、老人の１人当たり医療費18.1万円の4.8倍となっている。
（資料）保険局調査課「老人医療事業年報」、「医療保険に関する基礎資料」

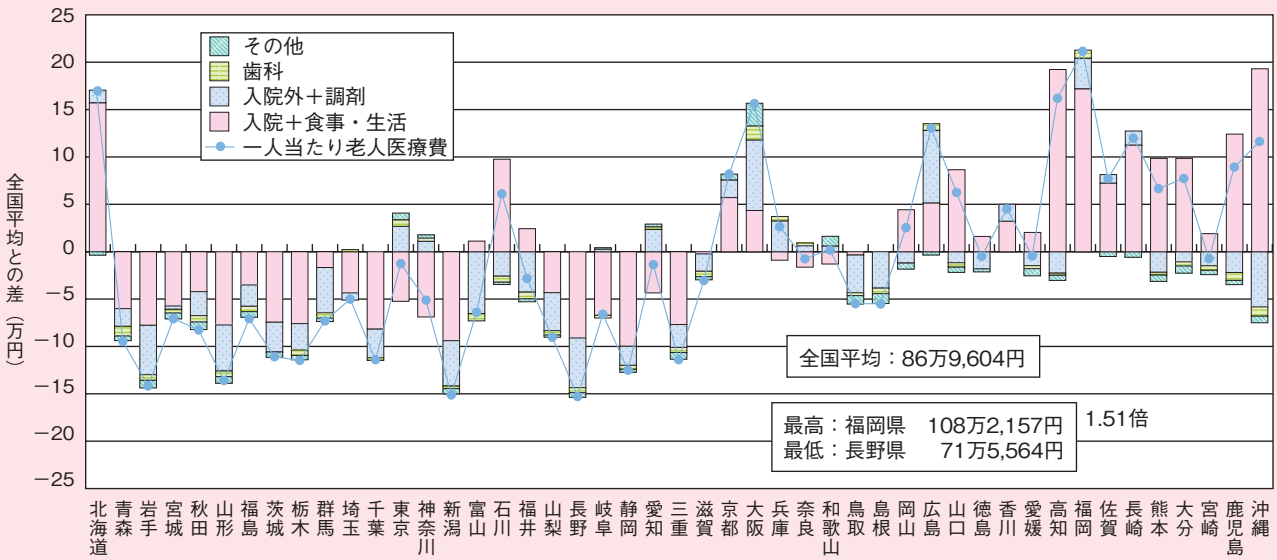



図２－３－13　一人当たり老人医療費の診療種別内訳（全国平均との差）～平成19年度～