

医療提供体制の機能分化と 臨床データベースの必要性

自治医科大学
永井良三

1

概要1

- 日本の医療提供体制は、市場原理でも社会主義でもない。独自の制御機構が必要。
- 日本は欧米よりも医療機関数が多い。フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足、看護師不足となる。
- 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要
- 病院の機能分担と連携を図る。大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要。
- 専門医トレーニングの枠は、地域ごとの調整が必要。
- 地方では医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネータや支援組織が必要。

2

概要2

- 慢性疾患の増加により、確率論的医療が増加する。例えば、生命予後、心臓発作、人工透析などの重大な事象を、有効性評価のするために、データベースの構築が必要である。
- 保険で承認された医療も、多施設の臨床結果を蓄積し、費用対効果などの観点から常に再評価されるべきである。
- 診療情報を有効に活用し、有効性評価や有害事象を把握するシステムの構築が必要。これらのデータをもとに、医療の機能分担と連携のシステムを構築する。
- 疾患登録事業やデータベースの構築と維持に対し、公的に支援する。
- 心のケアや、高齢者の地域活動により、医療費の節減は可能。

3

医療サービスの需要増加

手術等の実施件数(全国)

※一般病院(精神科病院・結核療養所以外)

	2011年 9月中	2005年 9月中	1996年 9月中
全身麻酔	204,091	167,744	128,086
開頭術	-	6,463	6,315
人工心肺を用いた手術	-	3,689	2,814
悪性腫瘍手術	50,739	36,569	30,605
人工関節置換術	-	6,987	5,561
腹腔鏡下手術	-	12,027	6,976
内視鏡下消化管手術	58,013	41,669	22,693
経皮的冠動脈形成術	-	11,249	5,818

医療提供体制の国際比較(2011年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	33.2 (18.5)	13.7	15.8	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.8 (7.5)	8.2	44.1	3.6	133.2	11.0
フランス	12.8 (5.2)	6.6	#49.3	#3.3	#123.6	#8.2
イギリス	7.8 (6.8)	3.3	81.1	2.7	283.2	9.5
アメリカ	6.3 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#10.8

(出典):「OECD Health Data 2011」

注1 「臨床医師数」、「臨床看護職員数」について、日本は2008年のデータ。

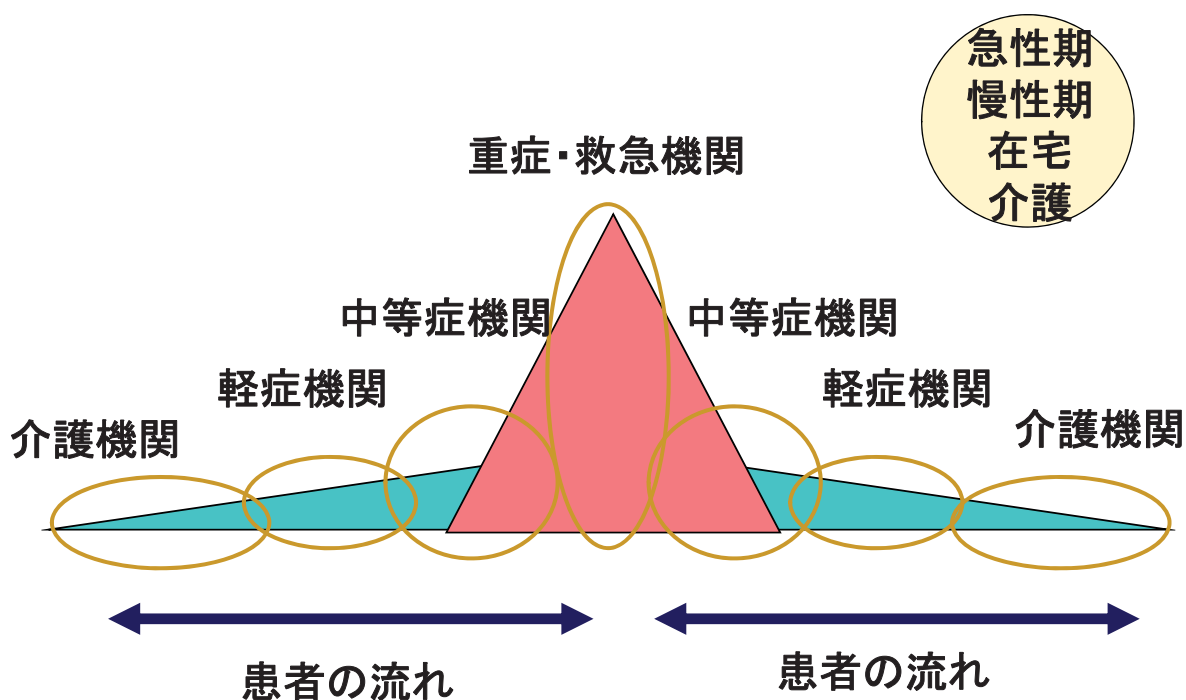
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

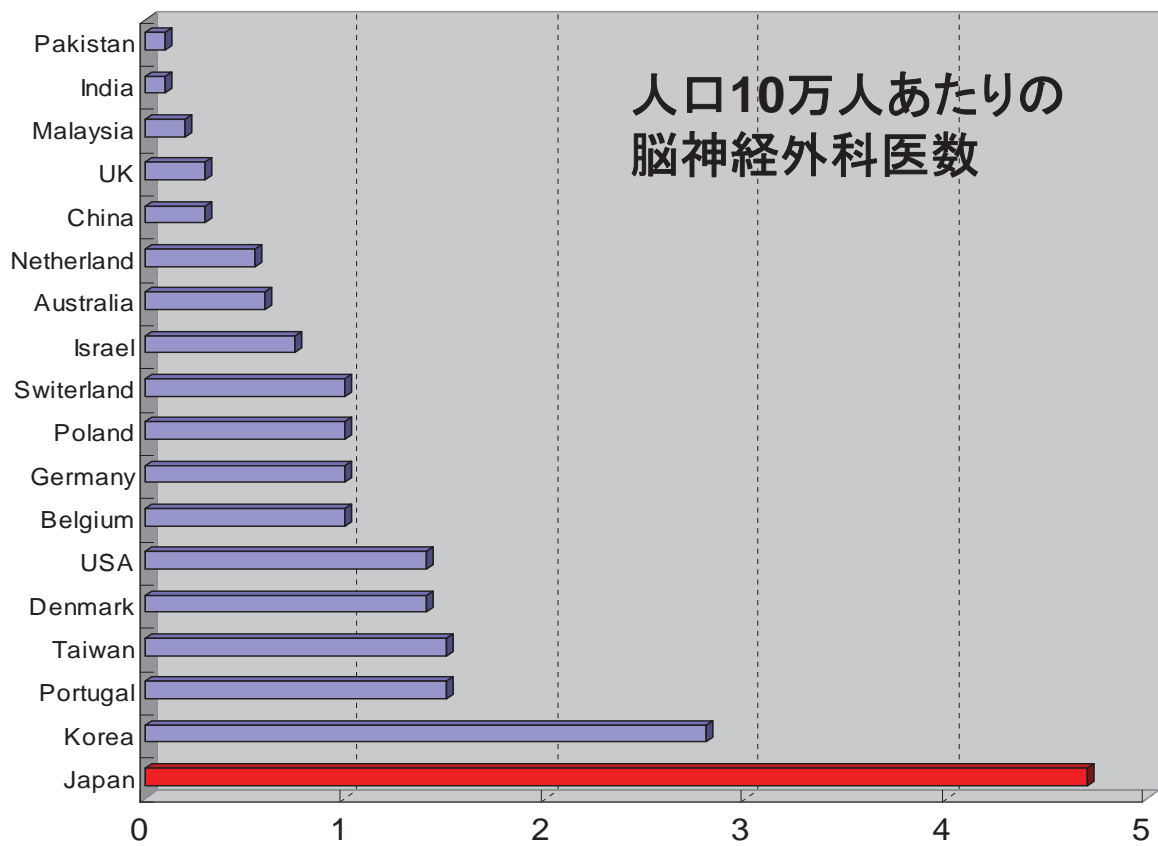
注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

5

医療提供体制の再構築



6



桐野高明先生提供

7

10万人あたりの外科医数

	外科	脳外科	胸部外科 (心臓と肺)	整形外科
米国	24.1	1.2	1.6	10.2
日本	29.7	5.4	4.5	17.6

田林晁一先生提供

8

外科医数と手術症例数

胸部外科				脳外科				
医師数		手術症例数		医師数		手術症例数		
全体	10万人当	全体	1医師当	全体	10万人当	全体	1医師当	
米	4737	1.6	26.6万	56.1	3500	1.2	217.1万	620.3
日	5745	4.5	10.5万	18.2	6880	5.4	19.1万	27.8

田林晁一先生提供

9

医療処置項目	「現在看護師が実施している」と回答			
	研究班調査		日本医師会調査	
	医師 回答 n=2,420	看護師回答 n=5,684	医師 回答 n=3,525	看護師 回答 n=3,506
心肺停止患者への電氣的除細動実施	18.9%	20.9%	13.0%	16.5%
カテコラミンの選択・使用	11.0%	29.2%	8.0%	19.8%
末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICC)挿入	3.3%	0.9%	2.1%	1.5%
血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	3.2%	18.5%	6.6%	18.5%
中心静脈カテーテル抜去	3.0%	2.4%	8.0%	7.6%
腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	2.7%	2.6%	3.1%	4.3%
術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整)	2.1%	1.8%	3.9%	7.5%
直接動脈穿刺による採血	2.0%	1.7%	4.0%	4.9%
IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施	1.9%	0.6%	2.2%	1.6%
動脈ライン確保	1.7%	0.7%	3.1%	2.0%

10

特定行為に係る看護師の研修制度について

平成25年3月29日 チーム医療推進会議

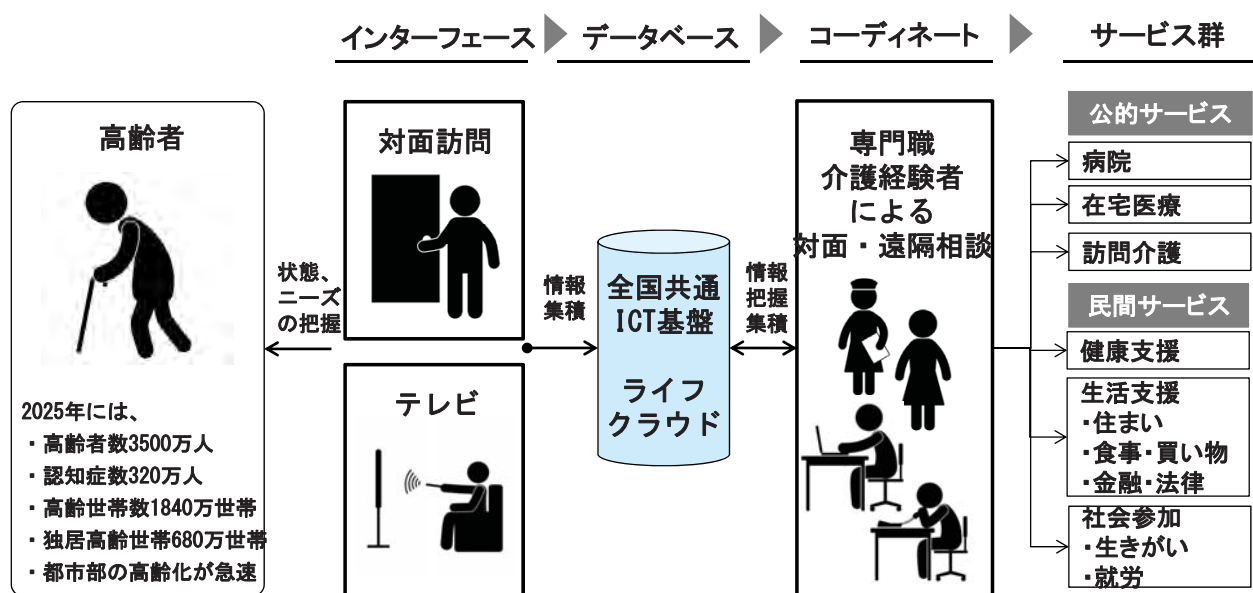
- ・ 看護師が現在行っている高度な知識・判断が必要とされる行為の中には、診療の補助に含まれるか否かが明確でないものが存在すること
- ・ これらの行為を実施するに当たっては、医療安全の観点から、教育を付加することが必要であることについて、本推進会議として意見が一致。

特定行為に係る看護師の研修制度(案)

○ 医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為(以下「特定行為」という。)について、保助看法において明確化する。

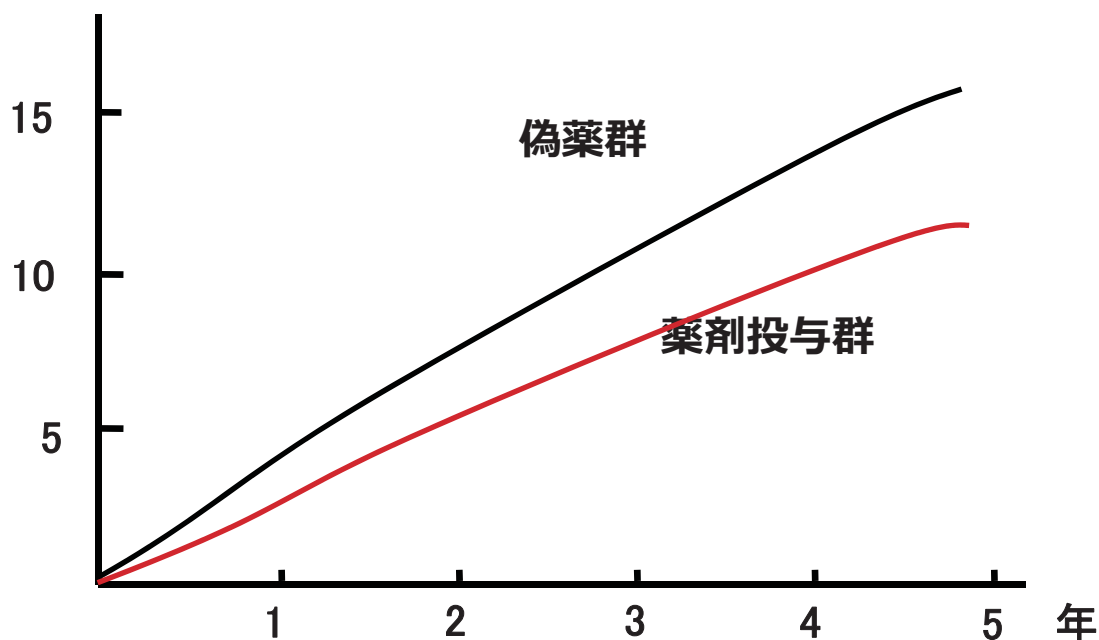
11

超高齢社会の課題に対する施策～高齢先進国モデル構想～



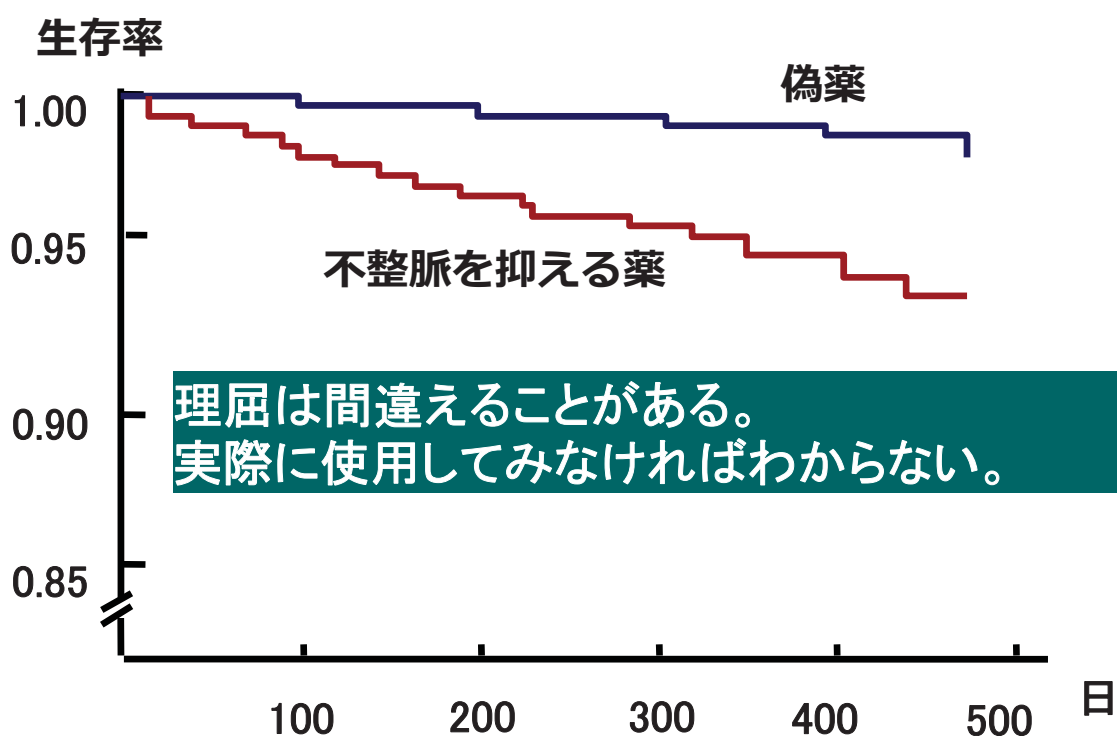
低い頻度で発生する発作に対する治療効果は、 大量のデータを集めないとわからない

心臓発作や脳卒中の発生率(%)



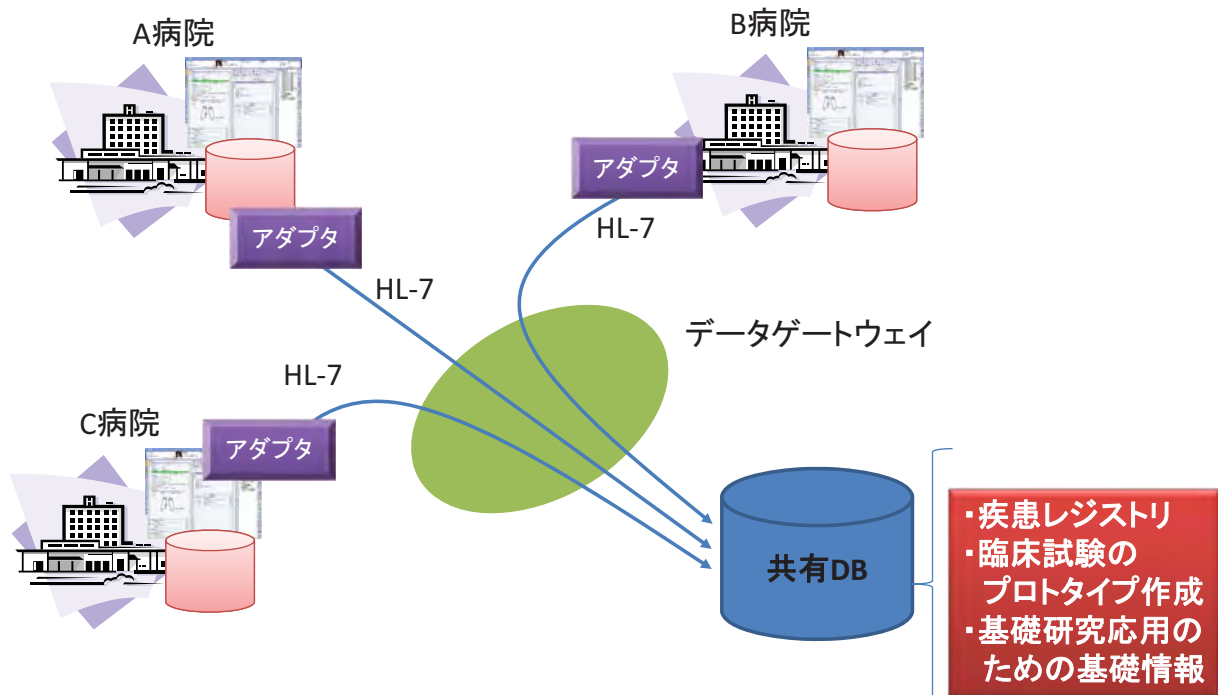
13

疫学の重要性: 抗不整脈薬によって、死亡率 が増加することがある



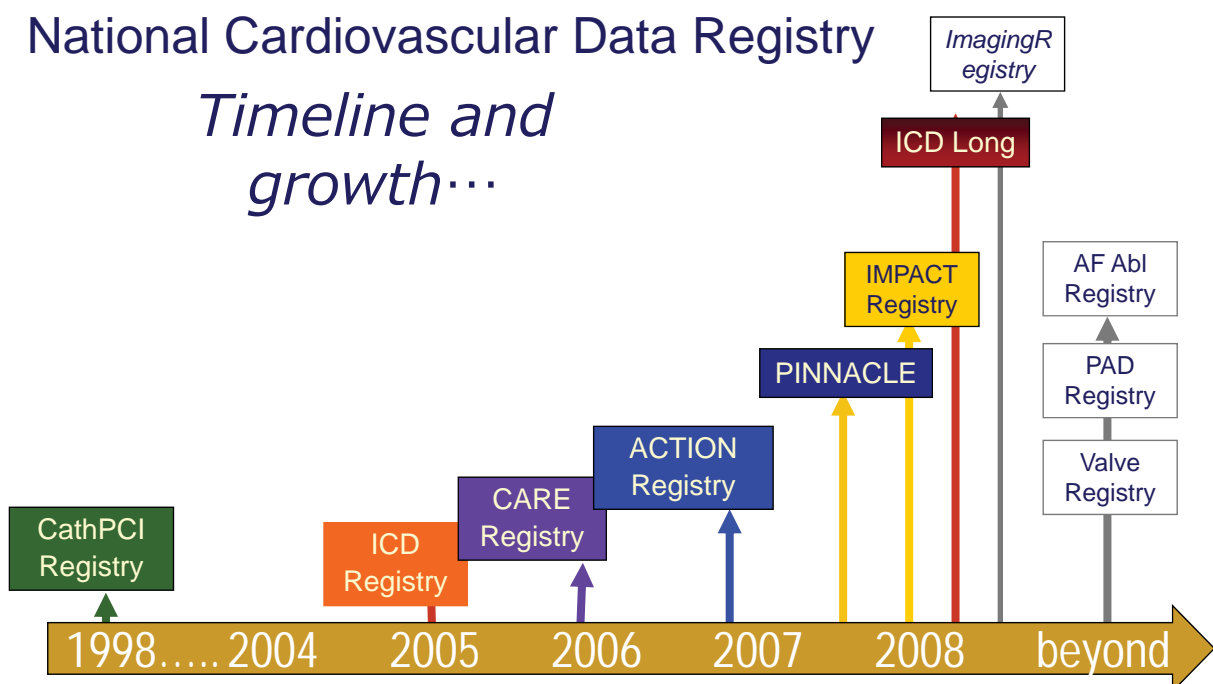
14

施設バイアスのないデータのために 複数施設からデータを取得しレジストリとする



15

National Cardiovascular Data Registry Timeline and growth...



米国心臓病学会 (ACC) 提供 16

米国心臓病学会が主導する患者登録事業

名前	登録事業者	患者数
冠動脈インターベンション	1350	10 million
ICD	1542	600,000
ACTION-GWTG	667	180,000
CARE	167	15,000
IMPACT	16 pilot sites	2000
PINNACLE	720	700,000

米国心臓病学会 (ACC) 提供 17

諸外国における活用可能な主要データベース概要

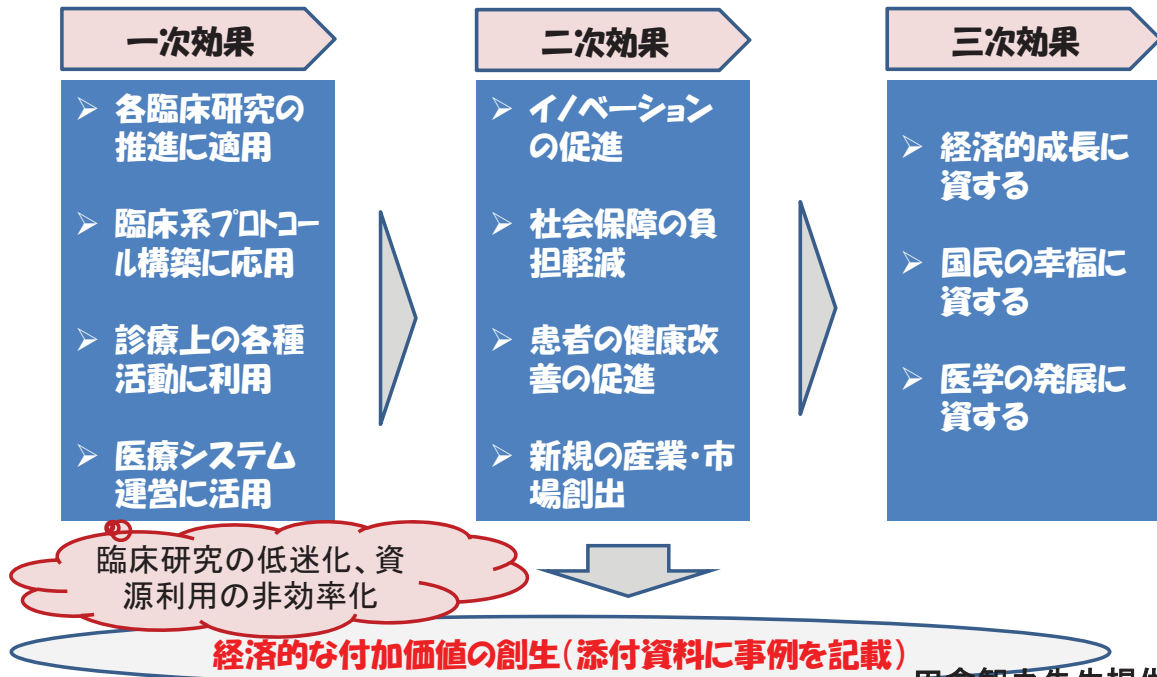


DB/ DB運用組織名	国	規模	含まれるデータ	備考
GPRD	英	657万人	診療情報、処方、患者情報、検査結果等	MHRAが管理運営するDB 一般診療所488施設より情報収集
THIN	英	500万人	診療情報、処方、患者情報等	EPICがGPRDの代替として構築したDB GP300人より情報収集
PHARMO	蘭	200万人以上	診療情報、処方、検査結果等	ユトレヒト大学、ロッテルダム大学が構築したDB
IMS Disease Analyzer	英独 仏豪	1570万人	診療情報、処方、患者情報、医師情報等	IMS Health社が構築したDB GP3600人より情報収集
i3 Aperio	米	3900万人以上	診療・処方レセプト、患者情報、検査結果等	保険会社ユナイテッドヘルス・グループの1部門であるi3のDB
Kaiser Permanente	米	860万人以上	診療・処方レセプト、患者情報、検査結果等	米国最大の非営利総合医療団体であるKaiser PermanenteのDB。7地域にリサーチセンターがあり、それぞれ独自のDBを所有する
HMO research network	米	4000万人以上	診療・処方レセプト、患者情報等	カイザーを含む14の保険会社のコンソーシアムが収集したレセプトデータのDB

18

医療DBの社会経済的な意義

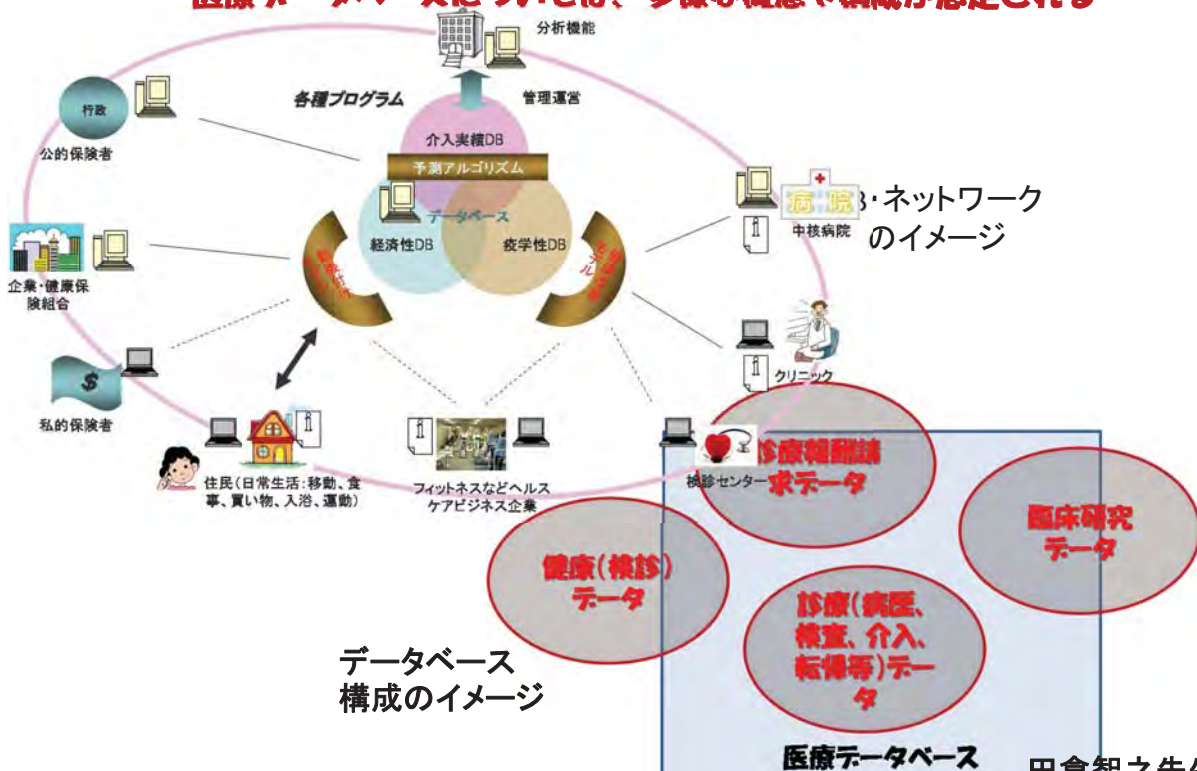
- 医療DB（データベース）は、投資に見合う成果が期待できるのでは
- レジストリー等の医療DBについても社会経済的な意義に関する議論が散見される（医療DBへの投資は二次効果として、社会経済的に回収される可能性もある）**



田倉智之先生提供 19

医療DBのコンセプト例

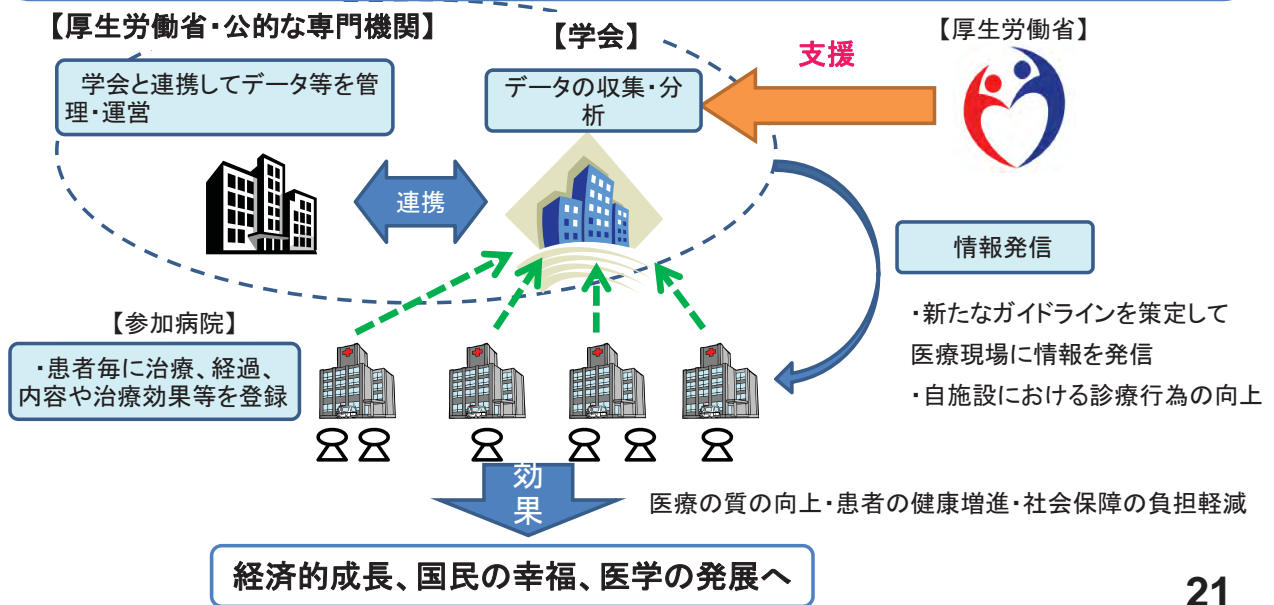
- 今後の医療DBには、領域横断的で拡張性や汎用性が希求されるのでは
- 医療データベースについては、多様な概念や構成が想定される**



20
田倉智之先生提供

医療DBの構築のイメージ

- 複数の施設から患者毎の診療情報(治療内容や効果)を登録し、バイアスのないデータ収集を行う。
- データの収集、分析、情報発信について学会等が中心となり取り組む。
- 行政(厚生労働省)は学会等の取組に対して財政面を含め支援を行う。
- 効率的に情報を収集し活用するため、データベースの構築にあたっては、既存の取組(レセプト情報・特定健診等情報データベースや医療情報サービスMindsなど)との連携を検討する。



21

治療効果、費用対効果の分析の具体的な例

<経皮的冠動脈ステント留置術の場合>

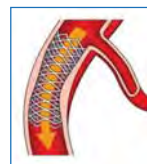
※心筋梗塞等の虚血性心疾患に対して、狭くなった心臓の血管の内腔に、ステントと呼ばれる金属でできた網目状の筒を留置して、血管を拡げる手術。

【現状】

ステントA



ステントB



どのステントを使用したのか分からない。



自院を受診しなくなった患者についてはフォローアップができないため、治療効果や予後が分からない。



こういった情報を把握できれば

【将来】

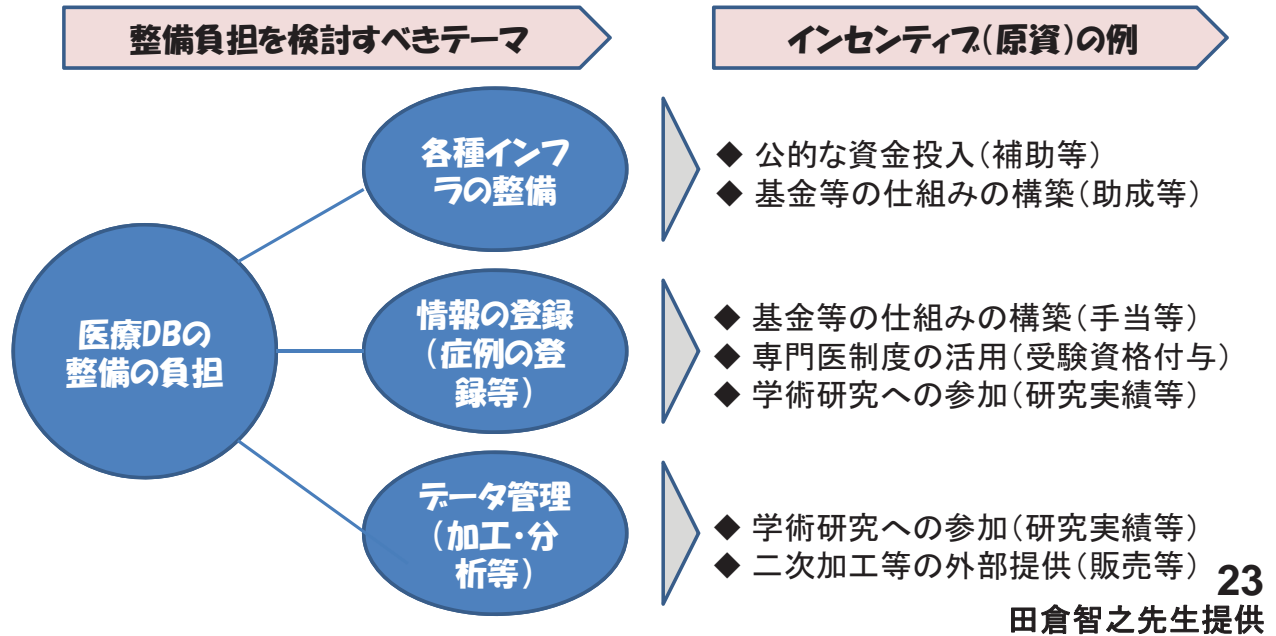
“どのような病変に対しては、どのステントを選択するのがよいのか。”
 “費用対効果の観点からどのタイプのステントを選択するのがよいのか。”
 “その後のフォローアップはどのようにするのがよいのか。”
 といったことの分析が可能となる。

22

医療DB整備のインセンティブ

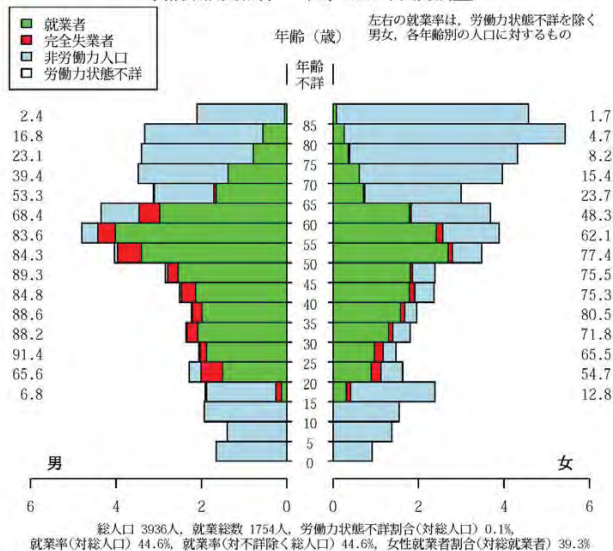
➤ 医療DBを円滑に構築するには、インセンティブの付与が重要である

医療DBに社会経済的な効果が期待できるのであれば、その成果を直接・間接的に享受する国民が、広く全体で負担するのが適切であると推察される

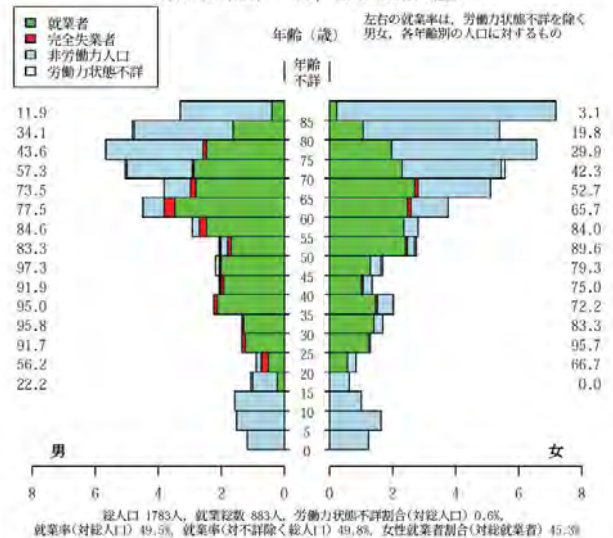


旧美和村と上勝町(徳島県)の人口構成と就業率

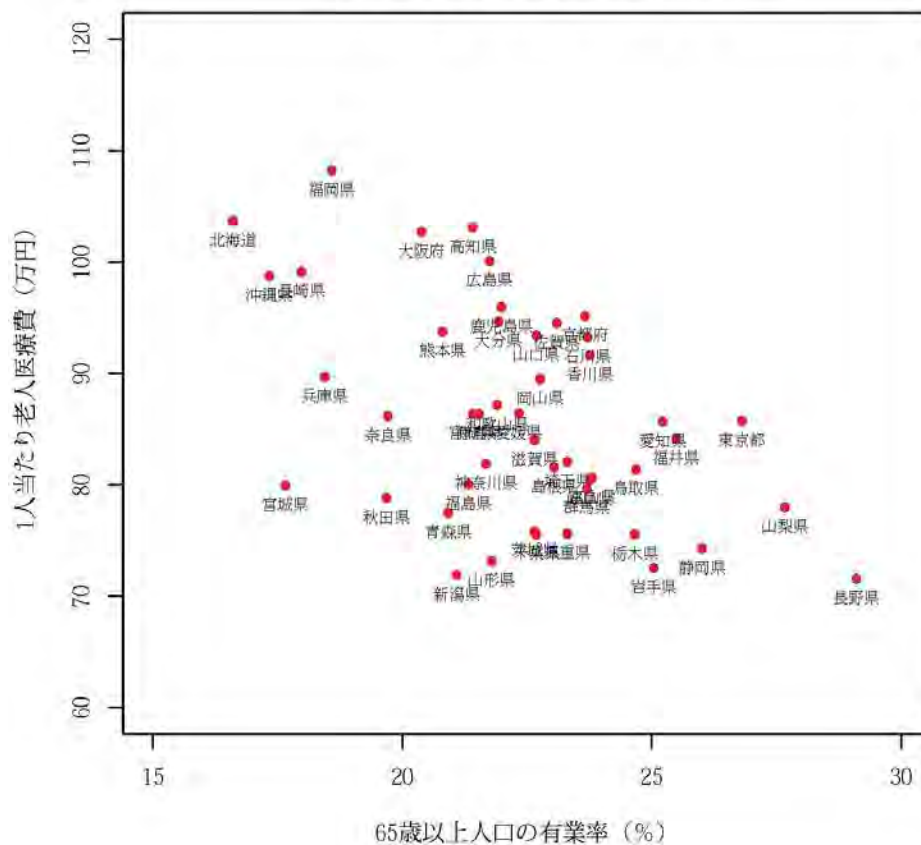
図C08346 人口の男女、年齢、労働力状態別割合(図の部分)及び男女、年齢別就業率(左右端の数値部分) —茨城県旧美和村—(%, 2010年国勢調査)



図C36302 人口の男女、年齢、労働力状態別割合(図の部分)及び男女、年齢別就業率(左右端の数値部分) —徳島県上勝町—(%, 2010年国勢調査)



65歳以上有業率（2007年10月1日）と
1人当たり老人医療費（2007年度）



第9回社会保障制度改革国民会議 提出資料

遠藤久夫

1

資料1 病院・病床機能の分化

—医療法と診療報酬の比較—

2

病院・病床機能の区分における医療法と診療報酬の関係

医療提供体制の改革の基本方向は、病院・病床の機能を細分化し、①各機能区分において平均在院日数の短縮、②機能区分ごとの医療資源の投入にメリハリをつける、③連携の推進、と集約されるが、病院・病床の機能分化の方法としての医療法と診療報酬について現状と展望を示す。

(現状)

○病院・病床の機能区分は原則として医療法によるが、診療報酬により(施設基準等と報酬額の組み合わせることで)事実上の機能区分が行われる。

○医療法による機能分類より、診療報酬による機能分類の方が多様で数が多い。

○診療報酬による機能区分は、医療法による機能区分と連携しているものもあるが、医療法とは独立に機能区分するケースが多い。

○新規の機能区分の策定や既にある機能区分の見直しについて、法律改正を伴う医療法は2年毎に改定がある診療報酬と比較して柔軟性・即時性に劣る。

○医療機能の地域偏在の是正については、診療報酬は原則として全国一律なので効果はないが、医療法改正では地域医療計画と関連させることにより是正効果は期待できる。

(展望)

○医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまでに以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。

○現状は診療報酬による実質的な機能区分の方が細分化され種類も多いが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべき。

○しかしながら、医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。

3

(参考)

	医療法	診療報酬
機能区分との関係	○病院・病床の機能区分は本来医療法が決定する。 ○医療法による機能区分の数は多くない。 ○医療法による機能区分も診療報酬による裏付け（インセンティブ）がないと進まない。	○診療報酬で施設基準等と報酬額の組み合わせることにより事実上の機能区分が行われる。 ○医療法による機能区分以外にも独自の「機能区分」が多数ある。 ○価格誘導であるため機能分化に及ぼす効果は大きい。 ○病院単位、病棟単位で詳細な区分が行われている。
機能区分の例	(病院) ・地域医療支援病院 ・特定機能病院 (病床) ・一般病床 ・療養病床 ・精神病床 ・結核病床・ ・感染症病床	(病院) ・DPC対象病院 ・在宅療養支援病院 (病棟) ・7対1入院基本料 ・10対1入院基本料 ・亜急性期入院医療管理料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・特定機能病院入院基本料 ・地域医療支援病院入院診療加算等
内容の見直しの特徴	○原則として法律改正が必要なため柔軟性・即時性は低い。	○法律改正を必要としない告示であり、2年に1回改定される。 ○実情に応じて報酬額や施設要件等は適宜見直される。

4

	医療法	診療報酬
機能分化を進める上での政策ツールとしての特徴	○必ずしも十分に機能しているとはいえない。 ○（医療法で定められている）療養病床の再編計画（＝療養病床を減らして介護施設に転換）においても中心的な政策ツールは診療報酬政策であった（＝医療必要度の低い患者の入院基本料の引き下げ等）。	○政策目標に沿う形で診療報酬改定が行われる。 （平均在院日数の短縮） ・入院基本料を平均在院日数に応じて逓減させる ・退院支援の評価（連携強化） ・地域連携パスの評価（大病院の外来患者の抑制） ・紹介患者割合による報酬の引き下げ
地域偏在の是正に対する有効性	○医療法で定められている地域医療計画において、機能分類毎の病床数の上限を設定することにより地域偏在を是正させる可能性は期待できる。	○診療報酬は原則として全国一律なので地域偏在の是正の効果はない。 ※平成24年診療報酬改定において医療資源が不足している地域での要件緩和の特例が設けられた。

5

資料2 日本の医療費管理

6

医療費管理の概要

○わが国の医療費は、結果として経済成長と大きくかい離しないようにある程度コントロールされてきた。したがって、機械的に医療費の総枠を管理する方式を改めて導入する根拠は乏しいのではないかと。

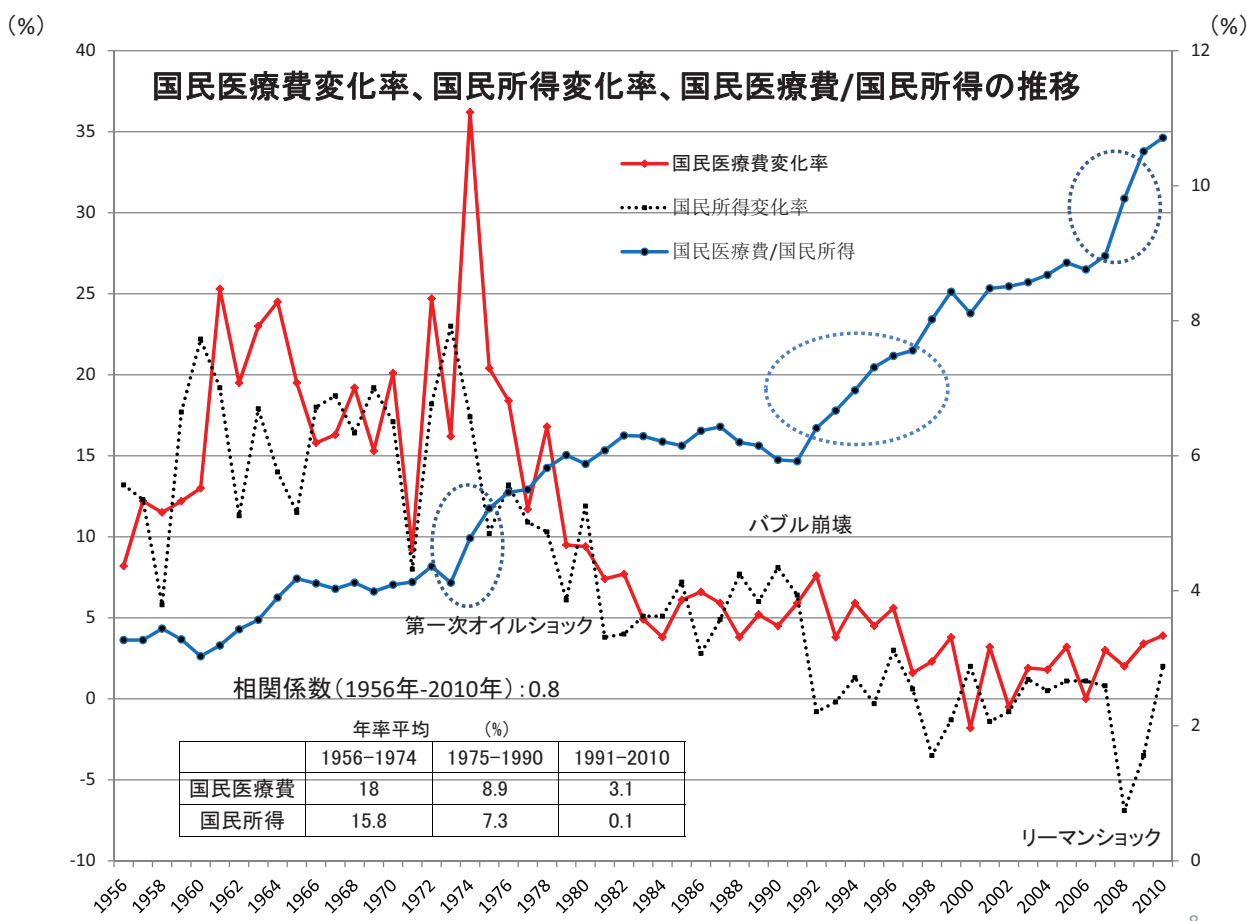
○国民医療費の対国民所得比は長期的には上昇傾向にあるが、これは経済成長が大きく低下した時期(オイルショック、バブル崩壊、リーマンショック)に、上昇したものであり、国民医療費伸び率が上昇しているのではない。長期的には、経済成長の鈍化に伴い国民医療費の伸び率も低下しており、2000年代の医療費伸び率は皆保険成立以降、最低水準にある。

○医療費の伸び率管理に用いられた手法は多様である。わが国の医療費の対GDP比は先進国中低い水準なので抑制策の選択も慎重にならざるを得ない。そのため、先進諸国の平均値と比較してわが国の実態が大きくかい離している領域が医療費抑制の分野とされてきた。

具体的には、「薬剤費比率が大きかったことからR幅の引下げ、後発品の使用の促進」「病床数が多いことから増床抑制と介護施設への転換誘導」「平均在院日数が長いこと短縮化への誘導と連携の強化」「在宅医療の充実」「入院医療の評価を出来高から包括へシフト」等がある。

○医療費の伸び率に即時的に影響を与えるのが診療報酬の改定率(価格政策)政策である。「失われた20年」における医療費の伸びの抑制に用いられたのがマイナス改定で、それにより、経済成長率と医療費伸び率のかい離は縮小したが、一方で医療提供体制にネガティブな影響を与えた可能性も否定できない。

7



○国民皆保険制度確立以降、国民医療費伸び率と国民所得の相関は高い(相関係数0.8)

⇒いわゆるキャップ制を行わなくても経済成長と大きくかい離しないような医療費管理政策がとられてきたと考えるべき。

○高度成長期:経済成長率より国民医療費伸び率が大きい

⇒医療提供体制の整備(「保険あって医療なし」を回避)

○安定成長期:経済成長率と国民医療費伸び率がほぼ均衡

○低成長期(失われた20年)

・1990年代は医療費伸び率を経済成長率が大きく下回る。医療費伸び率は急速には低下できなかった。

・2000年代は医療費伸び率を抑制して経済成長率とのかい離が縮小。

⇒医療費伸び率は皆保険成立後、最低水準＝医療提供への影響。

○国民医療費/国民所得の値は上昇傾向にあるが、その理由は以下の時期の経済成長率の急速な低下によるものであり、国民医療費の伸び率が上昇しているためではない。

・第一次オイルショック ・バブル崩壊 ・リーマンショック

9

医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

[医療提供体制]

これらの施策の実施には、診療報酬改定、(医療法等)法律改正、補助金等の手法を用いるが、診療報酬によるインセンティブが最も有効だったといえる。

(1)一般病床の機能分化の推進

○平均在院日数の短縮: 平均在院日数 平成12年:24.8日 ⇒平成21年:18.5日

○入院患者の特性と診療報酬の対応:7対1看護基準の創設

(2)医療機関相互および医療と介護の連携

○地域連携クリティカルパスの拡大(対象疾患の拡大、医療と介護の連携)

○退院調整の充実

(3)療養病床の再編

○医療療養病床削減は診療報酬による誘導

○介護療養病床は廃止予定(延期)

(4)在宅医療の促進

○在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院推進のための診療報酬上の誘導

○医療計画に在宅医療を加える

(5)後発品の使用促進 平成24年までに数量シェア30%を目標

○処方箋様式の変更

○後発品処方、調剤等に対する診療報酬上の優遇

10

医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

[価格政策]

- (1)患者自己負担率の引上げ
- (2)診療報酬改定率のマイナス改定
 - 改定のない年は医療費は3%の増加
- (3)薬価改定率
 - かつてはR幅の縮小：平成4年：15% ⇒ 平成12年：2% 限界
 - 新薬創出加算は薬剤費増加要因
 - 包括化の進展の中で薬剤費が見えなくなっている。

[予防政策]

- (1)特定健診・保健指導の促進
 - 医療費抑制の正攻法だが効果は中長期的視野で。

①平均在院日数の短縮、②後発品使用促進、③特定健診が医療費適正化の主要政策だといわれるが、最も直接的に医療費の増加を抑制するのは価格政策(＝診療報酬の改定率)であった。

しかし、医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定は医療収益の悪化となって現れ、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制への悪影響につながる可能性は否定できない。

11

医療費のコントロール手段としての診療報酬改定率

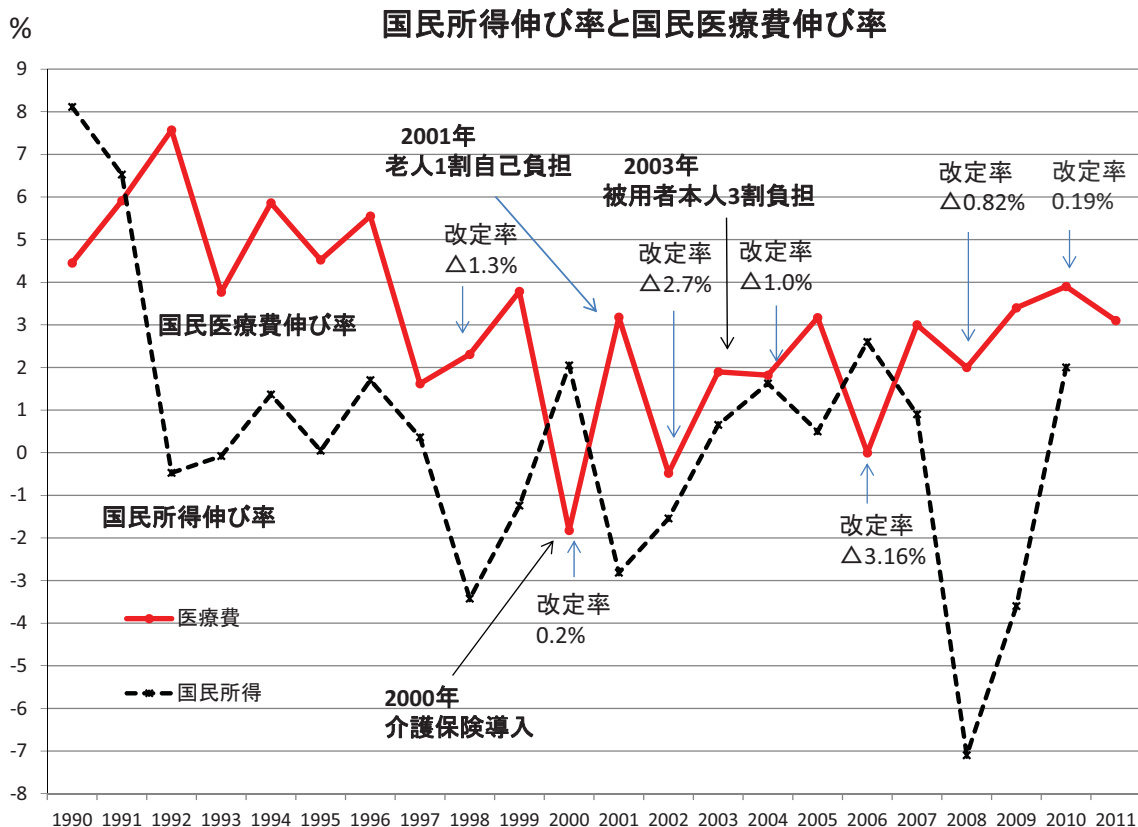
○バブル崩壊に伴い1990年代は国民医療費伸び率と国民所得伸び率が大きくかい離した。

⇒2000年代にマイナス改定(2002年△2.7%、04年△1.0%、06年△3.16%、08年△0.82%)が続き、国民医療費の伸び率を抑えた。その結果、医療費伸び率と国民所得伸び率のかい離幅は縮小した。

○医療提供体制の疲弊が注目されたこともあり、2010年0.19%、2012年0.004%とマイナス改定からの脱却。その結果、2010年の医療費伸び率は4%に上昇。

○2000年以降は、(自己負担引き上げ等の制度改革がなく、)診療報酬改定のない年度(奇数年)の医療費伸び率は3%。

12



国民医療費：2009年度までは国民医療費（統計情報部）、2010年度以降はMEDIAS
 国民所得：2010年度までは実績、2011年度は実績見込み

診療報酬改定率と病院の医業収益率

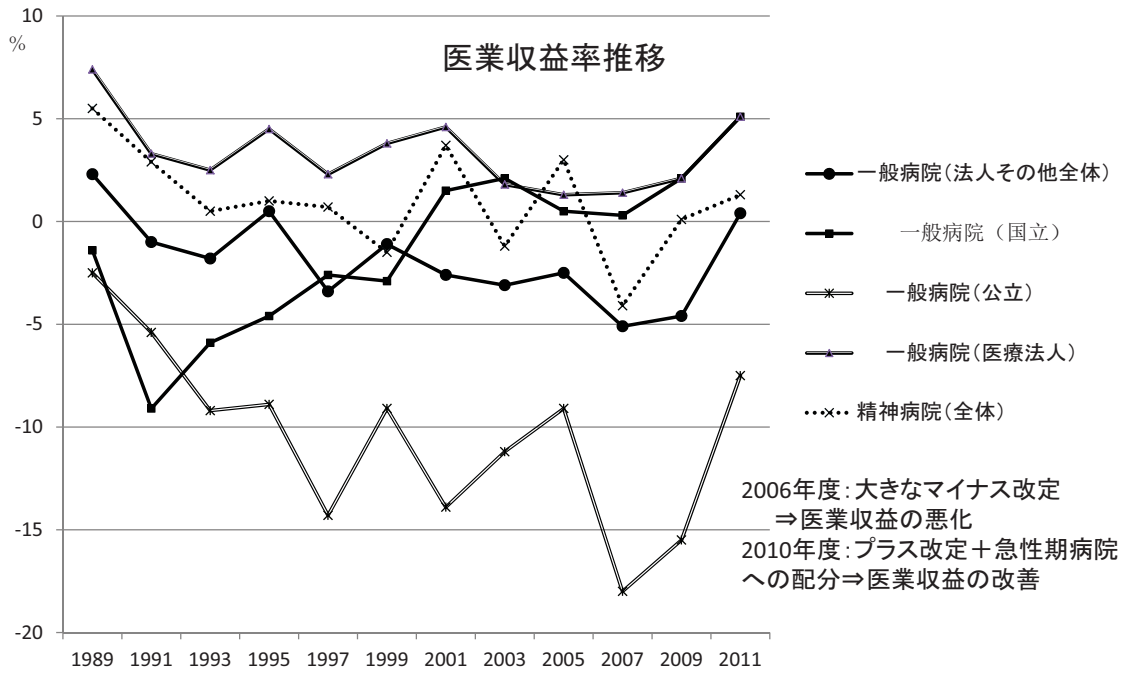
医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定（＝価格引き下げ）の影響が収益率の悪化となって現れる。

（理由）

- 医療の特性上、労働集約的な事業であり、労働力の多くが不足基調が続いている専門職であるため人件費の圧縮が難しい。（病院の費用の5割強は人件費）
- 医療は基本的にはオーダーメイドであるため、単純な標準化・規格化によるコスト削減が難しい。
- これまでの抑制策で一定程度のコスト削減が図られてきた。

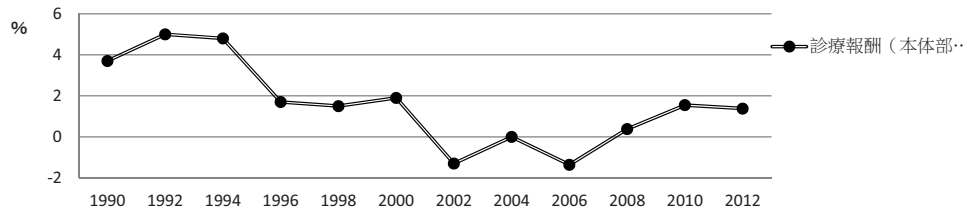
マイナス改定は医業収益の悪化を通じて、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制へ悪影響につながる可能性は否定できない。

改定率（本体部分） 2006年：△1.36% ⇒ 2010年：1.55%
 医業収益率 2007年：△5.0% ⇒ 2011年：0.5%



診療報酬(本体部分)の改定率

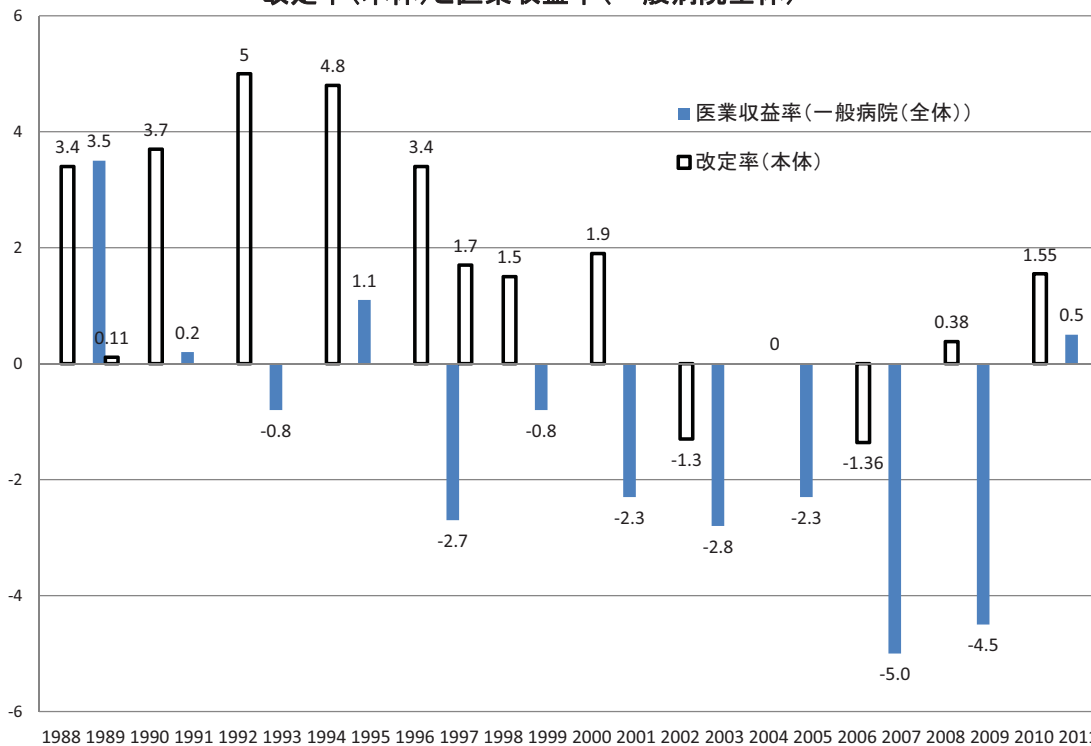
中医協「医療経済実態調査」より



15

(%)

改定率(本体)と医業収益率(一般病院全体)



16
医業収益率は医療経済実態調査より

資料3 後期高齢者支援金の総報酬割

医療保険関係者の間においては、これまで「総報酬割にすべきかどうかは高齢者医療制度全体の中で検討すべき」という意見に加え、全面総報酬割に移行した際に生ずる約2000億円の財源について、「協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見」もあった。今後の検討において、こうした意見も考慮すべきである。

(参考) 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成25年1月9日)抜粋

○ 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。

○ 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

17

資料4 市町村国保の都道府県単位化について

○市町村国保の都道府県単位化を検討する上では、保険料や運営コスト、保険者機能におよぼす影響等を総合的に考える必要がある。特に、3,500万人の被保険者の保険料に影響があるため、27年度から実施される共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、次のステップを検討するのが適当だと考える。

※社会保障審議会医療保険部会の議論を踏まえ、昨年国保法改正が行われ、平成27年度から市町村国保の都道府県単位の共同事業が拡大されることとなったが、保険料が低い市町村で大きく保険料が上昇しないよう、都道府県が財政調整を行い、激変緩和措置を講ずることになっている。

○市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化を早期に実施すべきである。

18

医療・介護保険制度改革の方向性

山崎 泰彦

医療保険

〔これからの医療のあり方〕

○医療における高齢者医療、特に後期高齢者医療の比重が飛躍的に高まる。これは人口構造の変化から不可避。

○高齢者医療の内容が変わる（変えなければならない）。急性期医療から回復期・慢性期医療へ、入院医療から外来・在宅医療へ、そして介護と連携した医療へ。その際、地域包括ケアを推進する観点が特に重要。介護と同様に高齢者医療も地域密着型サービスに重点をシフト。

〔後期高齢者医療の問題点〕

○都道府県単位の後期高齢者医療と市町村単位の介護保険の不整合性

・市町村が介護や在宅医療で引き受けるインセンティブを阻害、市町村は医療に委ねたほうが保険料・市町村負担が軽減される。

・市町村負担の割合は、後期高齢者医療 12 分の 1、介護保険 8 分の 1。

・後期高齢者医療と介護保険の給付と負担の関係を一体化させるべき。

〔国保の広域化論を巡って〕

○広域化の狙いは何か

・小規模保険者対策としてのリスク分散機能の強化：再保険としての現行の高額医療費共同事業等が相当な効果をあげている。この事業の改善によって対応可能ではないか（医療費の平準化の期間を拡大する、超高額医療費については公費の配分を高めるなど。）

・保険料負担の平準化：受益としての実質医療費水準（年齢構造調整後の医療費水準）の差を考慮しない平準化は、市町村レベルでの保健施設活動、医療費適正化対策、地域包括ケア等の取り組みを阻害。

○小規模市町村よりも大都市国保の方により大きな問題あり

・小規模市町村のリスク分散機能の低下には再保険事業で対応。所得水準の格差には国・県の財政調整交付金で対応。年齢構成の違いには制度間調整で対応。残る問題への対応を探るのが現実的な検討の方向。

・単に小さいということであれば、国保だけでなく、介護、子ども・子育て支援、その他福祉などにも及ぶ脆弱な行財政力の問題で、基礎自治体のあり方として論ずるべき問題。

・大都市国保には、低い保険料（税）収納率、高い一般会計法定外繰入金割合、少なくない総務費割合（スケールメリットが発揮できていない）などの問題がある。赤字保険者は大都市国保に多く、黒字保険者は町村国保に多い。共同事業においても大都市国保は交付金超過（拠出金<交付金）になりがち。

・都道府県による広域化等支援方針による取り組み（平成 22 年国保制度改正による市町村国保の事業運営の都道府県単位化にむけた環境整備）が必ずしも順調に進まないのはなぜか検討すべき。

国民健康保険の市町村規模別比較（平成 22 年度）

	保険料・税 収納率 (%)	一般会計法定 外繰入金割合 (%)	総務費 割合 (%)	1人当たり 共同事業拠出 金(円)	1人当たり 共同事業交付 金(円)*
19 大都市・特別区	86.30	5.2	1.7	36,684	37,275
10 万人以上の市	87.62	3.0	1.4	40,856	40,731
5~10 万人未満の市	87.39	2.7	1.4	39,235	39,464
5 万人未満の市	90.13	2.1	1.5	41,304	41,284
市 計	88.19	3.2	1.6	39,532	39,722
町 村	92.39	1.6	1.7	44,554	43,695
合 計	88.61	3.0	1.6	40,042	40,125

* 高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業の合計額。

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」

○広域化には都道府県単位の共同事業の改善により対応すべき

・リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。

〔医療提供体制の見直しと地域医療の充実に向けて〕

- ・都道府県からの診療報酬に関する意見の提出とそれを踏まえた診療報酬の決定や、地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みの積極的な活用による地方分権の推進。
- ・都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。

介護保険

〔介護保険制度見直しの基本的考え方〕

- ・地域の実情に応じた地域包括ケアを構築する上で、その中核となる介護保険制度の持続可能性確保が課題。特に、積み残しになっている給付と負担の見直しが重要。

〔介護保険給付の重点化・効率化〕

○軽度者に対する給付の見直し

- ・要支援者に対する予防給付について、市町村が地域の実情に応じて、ボランティア、NPOなどの互助や民間企業などを積極的に活用し、柔軟・効率的にサービス提供できる地域支援事業へシフト。
- ・互助の基盤整備は、給付見直しの前提としても重要。
- ・デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。

○介護保険施設の重点化

- ・特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。

〔世代間・世代内の負担の公平性の確保〕

○介護保険料の低所得者軽減強化

- ・介護保険料の引上げが避けられないなかで、公費を財源として低所得者の保険料軽減を強化