

# 委員配付資料

# 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

●近藤克則

日本福祉大学社会福祉学部 (高齢者医療制度改革会議委員)

民主党は、後期高齢者医療制度を廃止することを公約した昨年の総選挙で勝利した。しかし政権につくと、即刻廃止は混乱を招くなどとして「現政権の1期4年の中で、国民の皆様の納得と信頼が得られる新たな制度に移行する」という方針を打ち出した。そして2009年11月に高齢者医療制度改革会議を設置し、2010年度中に新制度の基本構想を提示するとした。

厚生労働省高齢者医療課からの突然の電話で、同会議の委員就任を打診された私は、持論である「公的医療費の拡大<sup>(1)</sup>や健康格差是正<sup>(2)</sup>の必要性などを主張していただいて結構」と言われ、引き受け

小論では、本年1月12日に開催された第2回の高齢者医療制度改革会議(以下、会議)に私が提出した資料「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」について簡単に紹介したい。

### 医療制度— 医療提供制度と医療保険制度

医療制度には、どのように医療を提供するのかがという側面と、その財源をどう確保するのかがという医療保険制度の側面とがある。後者は保険料と公費(税金)、自己負担の3つで賄われている。これら3つをどのように組み合わせ、誰が負担するのかを設計するのが医療保険制度の中心課題になる。

会議の初回に示された「基本的な考え方」の6項目(表1)を見ても、(1)を除く5項目は保険や負担に関するものである。

話が、医療保険制度のあり方を軸に進むのも無理はない。医療保険制度は巨大だからである。平成19年度の(自己負担部分を含む)国民医療費は34兆1360億円だったから、1年で約1兆円増えるとする、22年度には37兆円近くになるだろう。

兆円を分母とすると7割に相当する。また歳入額と比べてみると税収は37・4兆円、公債が税収を超える44・3兆円なので、ほぼ税収に匹敵する額が医療保険制度の下で動いている。

「前の(老人保健)制度に戻すにも、コンピュータシステムの改修、あるいは一旦集めたデータを元にお戻りする等々の手続き、あるいは事務作業等がございまして、急ピッチでやつても2年近くかかる」(第1回会議での長妻大臣の発言)のもムリはない規模である。

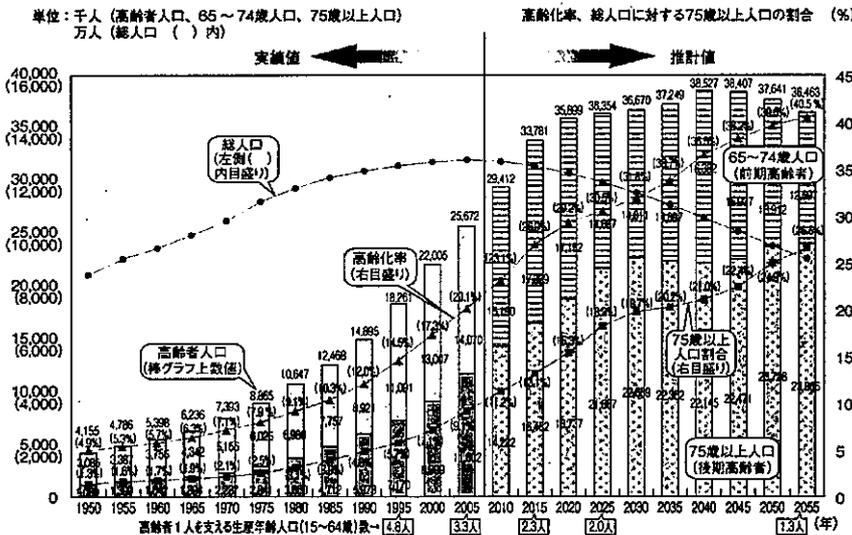
今後の議論の重点は  
医療提供体制  
財源や制度設計にめどがつけ

表1 基本的な考え方

- (1) 後期高齢者医療制度は廃止する
- (2) 民主党マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- (3) 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
- (4) 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- (5) 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
- (6) 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

ば、今後の論議は、その具体化へと進むが、もう一つ重点とすべきものがある。それは医療提供体制である。第1回会議の質疑の中で、長妻大臣も「医療を受ける側に立って、どういう医療を受けるのが理想なのか、まずは理想の医療の提供体制や、受ける側に立った体制を議論をしていただいた上で、そこからあるべき制度はどういう制度が考えられるのか、そういうアプローチもある」と発言している。必要な財源(あるいは対価)の妥当な水準を考える上でも、提供される医療の中身やそれを可能

図1 後期高齢者は急増する



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・死亡中位仮定による推計結果

(平成21年版高齢社会白書、p4)

そこで今後論議すべきだと私が考える方向について、第2回会議に提出した資料「高齢者医療制度改革の課題と戦略」にそって、その概要を述べておきた

い。日本版NSF策定に向けて、その概要を述べておきた

言した。いざれ医療・介護サービスに関する国民会議を設置して論議を進める方向だという。しかし、今までの所、その動きは見えない。

問題意識の背景—予想される量的かつ質的・構造的な変化

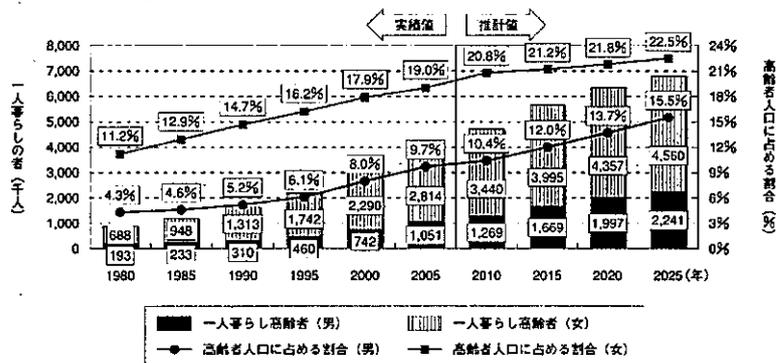
また、年間死亡者数の増加(図3)など、終末期医療の重要性が増してくる。第二の変化のうち単身世帯の増加を図2に示した。導入時の介護保険制度は、在宅支援を掲げたが、家族介護者による介護を前提とし、それを社会的サービスで補う

い。日本は今や世界一の高齢化先進国であり、今後も高齢者の増加に伴い、医療・介護ニーズにおいて量的な増大がおきる。しかし、より重要なのは質的にも2つの大きな変化—①後期高齢者の増加、②高齢者のみの世帯・単身世帯の増加—が予想されることである。第一に、今後、高齢者全体の増加速度は鈍化するが、後期高齢者数は2005年からの20年間で1160万人から2167万人(2025年)へと1.9倍に増える(図1)。前期高齢者に比べ、後期高齢者では医療・介護ニーズは急増する。つまり、医療・介護ニーズは2倍にとどまらず、領域によっては3倍以上に増えるだろう。

い。日本は今や世界一の高齢化先進国であり、今後も高齢者の増加に伴い、医療・介護ニーズにおいて量的な増大がおきる。しかし、より重要なのは質的にも2つの大きな変化—①後期高齢者の増加、②高齢者のみの世帯・単身世帯の増加—が予想されることである。第一に、今後、高齢者全体の増加速度は鈍化するが、後期高齢者数は2005年からの20年間で1160万人から2167万人(2025年)へと1.9倍に増える(図1)。前期高齢者に比べ、後期高齢者では医療・介護ニーズは急増する。つまり、医療・介護ニーズは2倍にとどまらず、領域によっては3倍以上に増えるだろう。

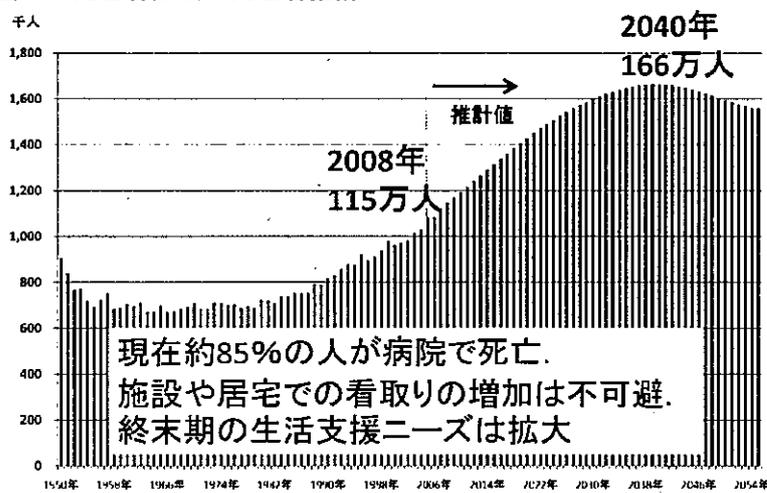
い。日本は今や世界一の高齢化先進国であり、今後も高齢者の増加に伴い、医療・介護ニーズにおいて量的な増大がおきる。しかし、より重要なのは質的にも2つの大きな変化—①後期高齢者の増加、②高齢者のみの世帯・単身世帯の増加—が予想されることである。第一に、今後、高齢者全体の増加速度は鈍化するが、後期高齢者数は2005年からの20年間で1160万人から2167万人(2025年)へと1.9倍に増える(図1)。前期高齢者に比べ、後期高齢者では医療・介護ニーズは急増する。つまり、医療・介護ニーズは2倍にとどまらず、領域によっては3倍以上に増えるだろう。

図2 一人暮らし高齢者世帯の増加



資料：総務省統計局「国勢調査」(2000年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2003年10月推計)」  
(平成19年版 厚生労働白書、p34)

図3 死亡者数及び死亡者推計



厚生労働省統計情報部「人口動態統計」  
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)」

給付水準であった。しかし、高齢者のみの世帯が増えれば、老老介護に加えて、認知症高齢者の介護者も認知症という「認知介護」も増える。単身世帯でも、今後は子どもがいる離別高齢者だけでなく、頼る子どももない単身世帯が増える。2030年の生涯未

婚率(50歳まで未婚の者の割合)は、男性で29%、女性でも23%と予測されている。まさに「単身世帯社会の衝撃」(4)に備えなければならぬ。  
今から10年、30年後には、この二つの変化に伴い、今も話題の医療・福祉・介護職の量的不足問題

だけでなく、診療科や提供されるサービスなどと(後期)高齢者(世帯)の持つ医療・介護ニーズとのミスマッチなど、質的な矛盾や問題も拡大すると予見できる。例えば、後期高齢者の増加に伴って、リハビリテーションのニーズが急増し、家族介護力や自宅を前

提としない介護システムが必要になる。年間死亡者数が約1.5倍に増えるに伴って(図3)、緩和ケアニーズも増える。生活を支える福祉と医療とが今以上に連携したケアの必要性が高まるなどの変化も予想される。

このような、質的な、あるいは構造的な変化に対し、従来のやり方を少し手直ししたり、トレンドを延長して考えるようなやり方で果たして対応できるであろうか。人材養成一つをとっても、急いでも10年かかるものが少なくないのだ。

政策レベルのマネジメントシステムの開発が必要  
これほどの構造的な変化に耐えるには、今までの延長線上で対策を考えるのではなく、枠組み(フレームワーク)から考え直す必要がある。そこでは医療・介護の一体的な提供プログラム開発すら要素的なものに過ぎない。政策レベルのマネジメント・システム(4)の構築を急がなければならない。  
あるべき姿を描き、対処すべき課題を見極め、それらの克服に必要な資源を見積もり、主要な数値

目標を設定し、そこから逆算して戦略・計画を練る。ミッション・ビジョン・ゴールと戦略、計画をつくり、そして実行する。時間的

猶予がないだけでなく社会保障財源の制約や労働力人口の減少も考慮すれば、進捗状況のモニタリングや効果・効率の評価システムも必要だろう。とくに医療制度など複雑なシステムになれば予期せぬ副作用は避けられない。その早期発見のためにも、モニタリングが可能な情報システムなどの整備も重要である。

思い描く「あるべき姿」によって、必要な財源規模もずいぶん異なるものになる。その意味でも、保険制度の基本設計にメドがついたら、このような医療・介護提供体制についても重点的に論議をして、国民にそのイメージを伝え、選択肢を示すことが必要である。

### 日本版NSF (National Service Framework) の論議を

政策レベルのマネジメントシステムや10年単位の取り組みで参考になるのが、イギリスである<sup>6)</sup>。日本より10年早く「医療崩壊」を経験したイギリス政府は、そこから

の脱却・再生に向けて10カ年戦略を立てた。

現状評価に基づき課題を抽出し、全英で達成されるべき10年後の数値目標、目標に至る戦略の大半を示したのがNHS (国民保健サービス) プランであり、その各論として領域・疾患別に示したものがNSF (National Service Framework) である<sup>7)</sup>。高齢者<sup>8)</sup>、子ども、がん<sup>9)</sup>、冠動脈疾患、糖尿病、腎疾、精神保健<sup>10)</sup>などおよそ10の重点対象領域や疾患別に策定されている。

NSFの特徴は、①ケアの質や格差是正などを含む多面的なスタンダードを掲げ、②10カ年に及ぶ数値目標を提示し、③それを実現するための長期戦略がエビデンスや患者の声も反映して作られていること、④その目標の達成度が評価公表され、⑤必要な改訂もなされていることなどである<sup>11)</sup>。

日本でも、これらを参考に今後10～20年間に起る構造的なニーズの変化を予想し、それに対応する構造改革のための「日本版NSF」の策定論議を始めるべきだ。

### 日本版NSF策定プロセスのイメージ

少し具体的な策定プロセスのイメージを示してみよう。まず将来のあるべき姿や将来推計と現状とのギャップから重要課題を設定する。その過程では、政策判断の根拠となる現状把握ができる情報システムすら多くの課題を抱えていることが明らかになるだろう。

主要な課題や資源については、10年後の数値目標と5年後の中間目標が必要だろう。数値目標は、高・中・低の3段階で設定してもよい。それらを達成するための戦略・計画が必要となる。提供に関わる医療計画、人材育成計画を含むものになるので、これらは診療報酬による誘導だけでできるとは思われない。必要となる財源規模の算出も必要となる。

これらの策定過程に、当事者である高齢者・家族・医療・介護事業者なども参加する方法も取り入れることが重要になる。なぜなら根拠に基づく政策形成を追求するにしても、日本では使える根拠が乏しいのに加え、正確な予測など不可能だからである。科学的な合

理性で予測不可能なことについては、社会的な合意を尊重すべきだ。費用や効率だけでなく、ケア・サービスの質、都市と地方など地域間格差や社会階層間の健康格差などのモニタリングシステムも、イギリスから学べることは多い。

### 取り上げる課題の素案

まず基礎となる高齢者人口の変化や独居者の増加など世帯の変化の推計を元に、増大する医療・福祉ニーズを推計する。後期高齢者になると、狭義の医療だけではQOL向上は難しいので、予防、リハビリテーション、緩和ケア、独居生活や施設生活を支える福祉サービスなども対象にすべきだろう。主な領域としては、例えば、①予防、②狭義の高齢者医療、③リハビリテーション医療、④維持期の在宅・居宅での生活と医療を支える包括ケア、⑤緩和ケアなどが考えられる(表2)。

今後、予防やリハビリテーション医療、包括ケア、緩和ケアが重要になることに異論は少ないと思われる。ところが今80校ある医学部の中に、これらを担う医師を養

表2 基本構想：高齢者医療・介護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
- ①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
- ②延命・臓器別高度専門医療重視からQOL・生活機能の重視へ
- 主要な対象領域：予防から緩和ケアまで
- ①予防の拡充
- ②狭義の高齢者医療の質の向上
- ③(急性期・回復期)リハビリテーション医療の拡充
- ④維持期の在宅・居宅での地域包括ケアの拡充
- ⑤慢性期・療養期の施設・病棟の整備
- ⑥終末期医療の過不足の是正・緩和ケアの拡充
- 診療報酬だけに頼らない構造を変える総合的な戦略
- 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科学的根拠に基づく政策づくり
- ⑩マネジメントの強化—質・効率・公正のモニタリング

リハビリテーション専門医が関与した患者の方が、治療成績が良いことが実証されているので、現状のままでは、技術的には提供可能でも、専門医のいない地域や病院では、それを提供できないことを意味

資料が得られるリハビリテーション医療を例に見てみよう。日本リハビリテーション医学会が、将来の専門医の必要数を推計してい

る。それによると、2007年4月現在の専門医数1384人に対し、必要数は合計で3078から4095人で、不足数は1694から2711人である。リハビリテーション科専門医数は1980年から毎年30〜50人の割合で増加傾向にあるので、単純計算で専門医3000人に到達が2047年、4000人到達が2069年の見込みとなる。ただし、医師の高齢化による資格喪失者を差し引くと、現状のままでは必要数を満たす可能性はゼロである。学会も独自の努力をしてはいるが、臨床研修制度の導入の余波もあって状況はむしろ悪化しているという。

リハビリテーション医療の場合

成できる講座や教授がいる大学は4分の1もない。会議に提出する資料づくりのために厚生労働省医政局に、このような今後ニーズが増えると思われる診療を担える医師数の資料を求めたが、「リハビリテーション科を除き標榜診療科ではないので、現状すら分からない」との回答であった。

と、現状のままでは必要数を満たす可能性はゼロである。学会も独自の努力をしてはいるが、臨床研修制度の導入の余波もあって状況はむしろ悪化しているという。

■文献

- (1)近藤克則：「医療費抑制の時代」をこえて—イギリスの医療・福祉政策。医学書院, 1-319, 2004
- (2)近藤克則：健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか。医学書院, 2005
- (3)近藤克則：「健康格差社会」を生き抜く。朝日新聞出版, 2010
- (4)藤森克彦：単身急増社会の衝撃。日本経済新聞出版社, 2010
- (5)山本美智子, 近藤克則：イギリスの最近の医療・福祉改革—NSFとPAFを中心に—。ジェロントロジー ニューホライズン 18: 193-195, 2006
- (6)近藤克則：イギリスの医療改革から学ぶもの：日本医療への示唆。Urology View 4: 104-109, 2006
- (7)Department of Health: The National Service Framework for Mental Health - Five Years On. [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4099122.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4099122.pdf), 2004
- (8)イギリス医療保障制度に関する研究会(編)：イギリス医療関連データ集2008年版。医療経済研究機構, 2009
- (9)日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科専門医会リハ科専門医需給に関するワーキンググループ(担当幹事 佐伯寛, 委員 菅原英和, 瀬田拓, 水野勝広, 吉田輝, 若林秀隆)：「リハビリテーション科専門医需給」に関する報告。Jpn J Rehabil Med 45: 528-534, 2008
- (10)日本リハビリテーション医学会：リハビリテーション科専門医の関与の有無と患者のアウトカム—ADL改善度, ADL改善率および自宅退院率との関連。リハビリテーション医学 42: 232-236, 2005
- (11)Murata C, Yamada T, Chen C-C, et al.: Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. International Journal of Environmental Research and Public Health 7: 1330-1341, 2010

する。これは研究途上の最先端の医学技術の問題ではなく、政策の問題である。

リハビリテーション医療は一例に過ぎない。他の課題についての少し具体的なイメージ例を表3に示しておく。これらを、すべての国民がどこでも受けられる標準的なものとするを「あるべき姿」として望むのであれば、上述したように専門医育成一つをとっても本格的な対策が必要である。

例えば、リハビリテーション医学や緩和ケアなど、今後必要性の高まる診療科の医師を、すべての医学部で養成できるように講座を開設しようとする、文部科学省を含む省庁横断的な対応も必要になる。医療・福祉の卒前と卒後教育における人材養成の規模や身につけるべきものについての目標、それを実現する戦略、裏付けとなる財源なども必要である。これらは、保険局が得意とする診療報酬

による誘導でできるものではない。

まとめ

会議では、ここで述べたこと以外に、低所得者の死亡率が高所得者の2〜3倍という健康格差<sup>②)</sup>や、低所得者ほど窓口負担が大きいことを理由に受診を控えている実態があること<sup>③)</sup>、それらを踏まえた制度改革をすべきことも資料を示して発言した。これらの点については、別の機会に述べたい。

研究者である私にできることは、事実やあるべき姿、それらを踏まえた対応策の意義や必要性、具体化するための方法やその手がかりを示すことである。あるべき姿や課題、数値目標とそれを達成する戦略と予算を含む総合的な改革について、いくつかの選択肢を用意して、小論で述べたような医療「提供」制度改革の基本骨格を作るにも年単位の時間がかかるだろう。財源問題も絡むだけに、それらを国民に示して問う必要もある。このような日本版NSDを巡る論議が、一日も早く始まることを願っている。

表3 領域別の課題と戦略のイメージ (例示)

<p>① 予防の拡充</p> <p>● 特定健診・保健指導 現状：低迷する受診率、妥当性や効果への疑問 5年後：再評価に基づく方法や基準の改善 10年後：高齢者の特性を踏まえた施策（健診以外の方法も含む）</p> <p>● 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：モデル事業を実施し評価 10年後：効果・効率の良いものを選び全国に普及</p> <p>● 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</p> <p>● 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</p>	<p>③ (急性期・回復期)リハビリテーション医療の拡充</p> <p>● 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、専門医不在の病院が多数 5年後：半数の脳卒中患者が3日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、3日以内に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専門医の配置</p> <p>● 回復期リハビリテーションの拡充 現状：専門医不在の病院が多数、訓練量不足で潜在的能力引き出せていない 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患者で1日3時間以上の訓練</p>
<p>② 狭義の高齢者医療の質の向上</p> <p>● 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：脳卒中对策基本法、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</p>	<p>④ 維持期の在宅・居宅での地域包括ケアの拡充</p> <p>● 在宅・居宅におけるケア 現状：在宅療養支援診療所不足、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。自宅でない居宅の不足 5年後：半数の生活圏域（市町村介護保険事業計画）に複数の在宅療養支援診療所、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、自宅でない居宅の計画的な整備 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。</p>

(※次頁に続く)

(※前頁からの続き)

⑤慢性期・療養期の施設・病棟の整備

現状：医療・介護保険療養病床・老健で患者像が重複，特別養護老人ホーム入所待機者42万人，欧米に比して少ない高齢者人口あたり施設定員  
5年後：施設整備構想・計画の策定，一部実施  
10年後：計画目標値の50%実現

⑥終末期医療の過不足の是正・緩和ケアの拡充

●医療の過不足

現状：療養病床の一部で家族・本人が望まない延命治療という指摘，特養での医療不足で看取り困難。

5年後：施設・病棟における治療方針ガイドライン策定，治療内容モニタリングシステムの開発，相応しい診療報酬・介護報酬制度の策定，必要な人材養成・配置

10年後：人材配置状況，治療ガイドライン遵守率，治療内容などのモニタリングで質を担保

●がん患者の緩和ケア

現状：希望する患者が緩和ケアを受けられない  
5年後：在宅で緩和ケアを受けられるプログラム（デイホスピタルなど）の開発，緩和ケアを受けられる人を倍増  
10年後：すべての希望者が緩和ケアを受けられる

●緩和ケアチームの整備

現状：大病院にすら緩和ケア科・病棟・チームがない

5年後：25%の病院で緩和ケアチームのサポート  
10年後：年間100万人が，病院・施設・在宅で緩和ケアを受けられる（緩和ケアチームによるサポート含む）

⑦医療・福祉の人材養成：卒前教育

●養成プログラムの見直し

現状：現場では連携が重要とされながら，養成課程は各職種で独立し連携を経験できない

5年後：養成校の20%に多職種連携教育導入

10年後：養成校の50%に多職種連携教育導入

●医学教育・研究内容を超高齢社会対応へ

現状：老年科，リハビリテーション科，緩和ケア科など超高齢社会で需要が増える診療科，地域ケア，プログラム評価の研究・教育スタッフの不足

5年後：50%の大学医学部に配置

10年後：100%の大学医学部に設置

⑧医療・福祉の人材養成：卒後教育

●超高齢社会に対応できるように医療・福祉職の再教育

現状：今までに受けた教育では対応困難，臓器別専門性は高いが，高齢者のQOLを高める視点などが弱く，リハビリテーション，緩和ケアなど超高齢社会で不可欠な知識と技術も不足

5年後：研修プログラムの開発，希望者の25%が修了

10年後：希望者の75%が受講修了

●ケアの質や経営の両面でのマネジメント教育

現状：卒前教育ではマネジメント教育が欠如・困難

5年後：25%の医療・福祉系の大学院にマネジメントコース設置，受講者の授業料支援制度などの拡充

10年後：すべての事業所に修了生

⑨科学的根拠に基づく政策づくり

●高齢者のQOLを高める予防・医療・リハビリテーション・緩和ケア研究の強化

・ CSDH (Commission on Social Determinants of Health, WHO) の勧告に沿って「健康の社会的決定要因」と「健康格差」に関する測定・インパクト評価の強化

・ 生物医学的要因だけでなく心理社会的要因，個人レベルだけでなく地域社会要因も重視した研究の強化

・ 高齢者のみでなく，家族介護者も視野に入れた評価研究

・ ケアの質・公正・効率（費用）を視野に入れた評価研究

・ プログラム評価，政策評価，マネジメント研究の蓄積

・ 日本版NSFとその各領域版の策定・中間評価研究

・ 医療サービス研究拠点・人材の育成

・ 戦略的厚労科研費を活用した研究・教育拠点の整備，社会科学系ポスドクの活用

⑩マネジメントの強化—質・効率・公正のモニタリング

・ 5年後に中間評価と戦略の見直し

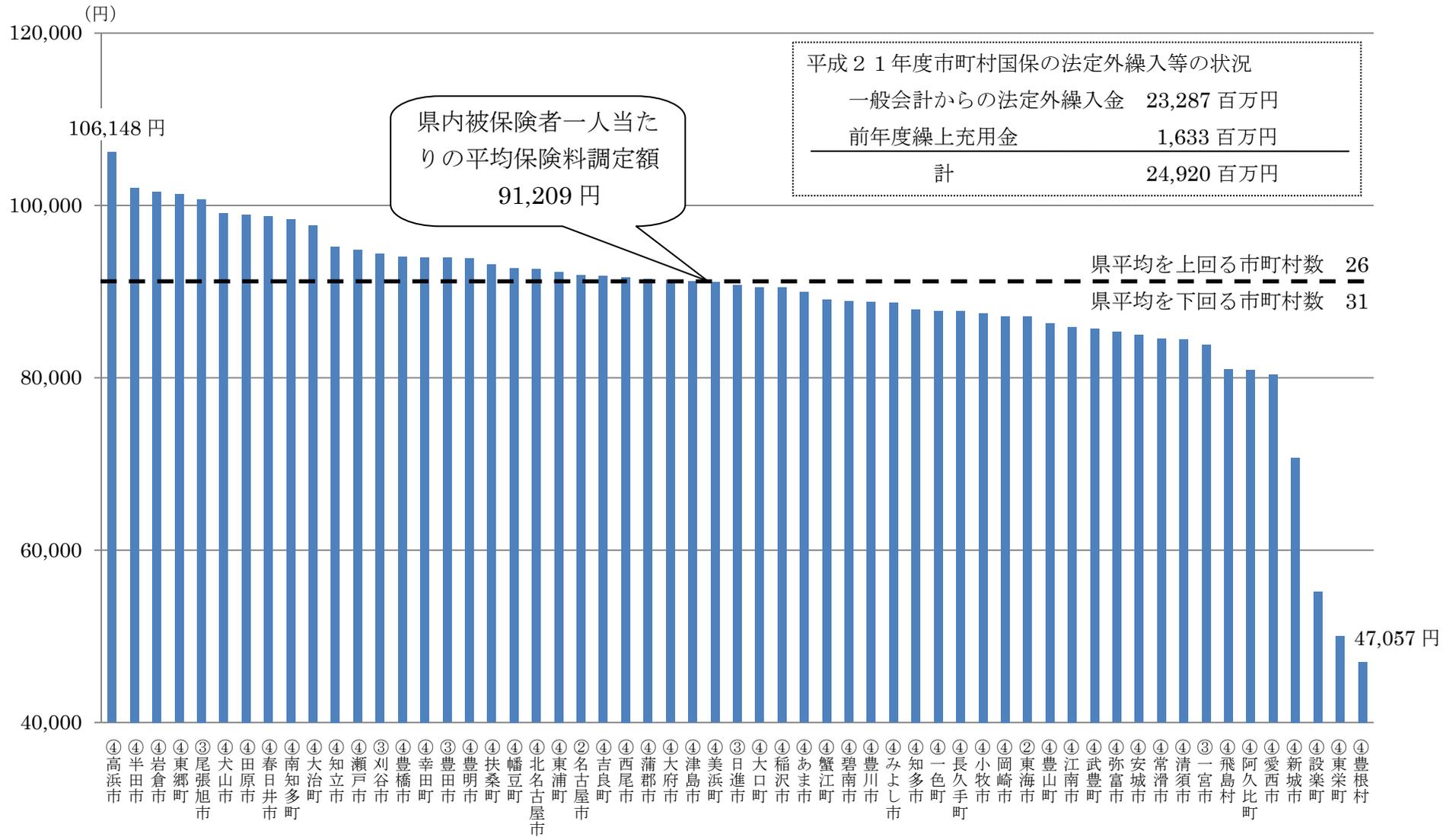
・ 電子化されたデータを活用したアクセス・プロセス・アウトカムの経年的モニタリング

・ 電子レセプト・DPC・電子カルテ・要介護認定データの活用

・ モニタリングのための指標とシステムの開発

・ 米国のHC (Hospital Compare)・NHC (Nursing Home Compare)，英国のPAF (Performance Assessment Framework)・CQC (Care Quality Commission) を参考に医療の質だけでなく，地域偏在・地域格差・健康格差や効率・費用もモニタリングできるシステムの開発

愛知県内市町村の平成21年度被保険者一人当たり保険料調定額



※丸数字は保険料の算定方式を表す

②二方式：所得割・均等割

③三方式：所得割・均等割・平等割

④四方式：所得割・資産割・均等割・平等割