

あんしん医療制度研究会報告書

<概要>

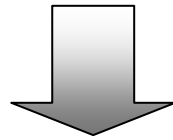
1. 調査研究の目的

都道府県は保健医療政策全般に責任を有するが、効果的には遂行しにくい現状。

ア. 医療計画等の策定、検証に必要なデータの入手が困難であること

イ. 保健医療政策の実施主体が分散しており、調整が困難であること

ウ. 厳しい状況にある市町村国保への関与が限定的であること



これらを踏まえ、府民の健康確保に必要な医療サービスを将来にわたり安定的に提供できる制度の構築に資するよう、京都府内の疾病構造や医療資源、市町村国保の保険財政等について調査分析し、あわせて都道府県の保健医療政策をより効果的にするための方策について検討。

2. 分析結果の概要

(1) 京都府内の疾病構造及び医療資源

①地域ごとの疾病構造の特徴 (資料①参照)

がんの死亡率

全体 丹後医療圏（男性）及び京都・乙訓医療圏（女性）が高く、南丹医療圏（男女）が低い。

部位別 丹後医療圏で男女とも肝がんが高いほか、山城南医療圏で男女とも肺がんが高い。

脳卒中・急性心筋梗塞の死亡率

ほとんどの医療圏で2つの疾病の死亡率は全国平均よりも低いが、山城南医療圏及び南丹医療圏では、男女とも急性心筋梗塞の死亡率が高い。

②医療圏を越えた患者の受診行動

全国で初めて、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療のレセプトデータを都道府県単位で集約し、疾病ごとに医療の需給状況をマクロ的に分析。

全体 (資料②参照)
 居住する市町村内の医療機関にかかる割合 ⇨ 外来 55.9%、入院 32.0%

がん

肺がん、肝がん及び乳がんは一部の医療機関に患者が集中。丹後及び山城南医療圏では放射線治療の実績なし。連携拠点病院や連携協力病院を中心に、緩和ケアを含めた切れ目ない連携体制の構築が必要。

脳卒中

比較的多くの医療機関で治療を実施。急性期医療の基準を満たす医療機関が所在しない医療圏もあり、対応が必要。

急性心筋梗塞

一部の医療機関に患者が集中。全医療圏に急性期医療の基準を満たす医療機関があるが、30分以内にアクセスできない地域も存在。

(2) 市町村国保の状況

①全体の状況

- ・市町村国保は、他の保険者に属さないものすべてが加入する国民皆保険制度の「最後の砦」として、府民にとって重要なセーフティネット。
- ・様々な財政支援措置の拡充や後期高齢者医療制度の創設等があったものの、現在、市町村国保の運営は非常に厳しい状況。

府内市町村の財政状況 (H10→H20)

累積収支	+106.0 億円	⇨	△41.0 億円
実質赤字の保険者	45.5% (20/44)	⇨	76.9% (20/26)

※一般会計からの任意繰入分等を除外

【背景1】世帯主の構成割合(全国) (S40→H19)

- 自営業・農林水産業	67.5%	⇨	18.2%
- 無職者	6.6%	⇨	55.4%
- 非正規・小規模事業所労働者	19.5%	⇨	23.6%

【背景2】課税所得がない世帯の割合(全国) 16.0% (S60) ⇨ 27.4% (H19)

【背景3】1人当たり保険給付費(府内) 12.4万円(S63) ⇨ 22.4万円(H19)

(資料③④参照)

②保険料の格差

- ・市町村ごとに保険料水準が異なり、同一の所得であっても住んでいる市町村によって保険料負担に大きな差。

<府内市町村の保険料額の差>

- ・夫婦と子供2人の4人世帯（中所得） ⇨ 1.8倍
（最高一年29万3千円、最低一年16万4千円 差額12万8千円）
- ・高齢2人世帯（基礎年金のみ） ⇨ 2.9倍
（最高一年4万6千円、最低一年1万6千円 差額3万円）

③将来の保険料推計

- ・現行制度のままでは、保険料の大幅な引上げをしない限り巨額の赤字が発生し、市町村間の保険料格差も改善されないとの試算結果。

単年度赤字額 5.5億円(H20) ⇨ 158.1億円(H37)

※保険料でカバーする場合の引上げ額（1人当たり） 7.7万円 ⇨ 11.8万円(+53%)
(資料⑤⑥参照)

3. 都道府県の保健医療政策についての検討

(1) 医療の確保に向けた取組

分析で示された課題に対応するため、医療計画の改定等の際に対応策を描いていくほか、臨床研修制度の見直しなどの人材確保対策を進めることや、施設整備の国庫補助、保険医療機関の指定等に関する国から都道府県への権限移譲が必要。

(2) 医療に関する情報の提供

府民が信頼できる情報を得られるよう、行政が、よろずネット等を活用して的確で質の高い情報提供に努めるべき。

(3) 保健事業の推進

保健事業は、地域の疾病構造や資源などを把握し、また健康増進法に基づく保健事業なども担っている市町村が中心となるべき。

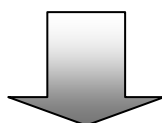
(4) レセプトデータ等を都道府県で集約する仕組み

医療保険及び介護保険の各保険者が、共通の様式により定期的に都道府県にレセプトデータ等を提出する仕組みとすべき。

4. 市町村国保の見直し

(1) 市町村国保の見直しの趣旨

- ・ 府民が安心して医療を受けるためのセーフティネットとして再構築が必要。
- ・ ナショナルミニマムとして、国が責任を持って安定的な制度を構築し、給付費に対する国庫負担割合の引上げ等により必要な財源確保に努めることが必要。
- ・ 保健医療政策について重要な役割を担う都道府県が、政策全般について相乗効果を上げるためにも、医療保険についても都道府県が一定の責任を果たすべき。



市町村国保を都道府県単位で一元化し、都道府県が積極的に関わっていくべき

(2) 保険者の案

都道府県
(徴収等の事務は市町村)

又は

都道府県と市町村による広域連合
(徴収等の事務は市町村)

(資料⑦参照)

(3) 制度設計の案

①市町村別方式

⇒ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設けつつ、各市町村単位で収支を均衡させることで、市町村の自立的な運営を維持する方式。

②全体一律方式

⇒ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設け、保険料設定などの制度運営は基本的に都道府県単位で統一する方式。

③ブロック別方式

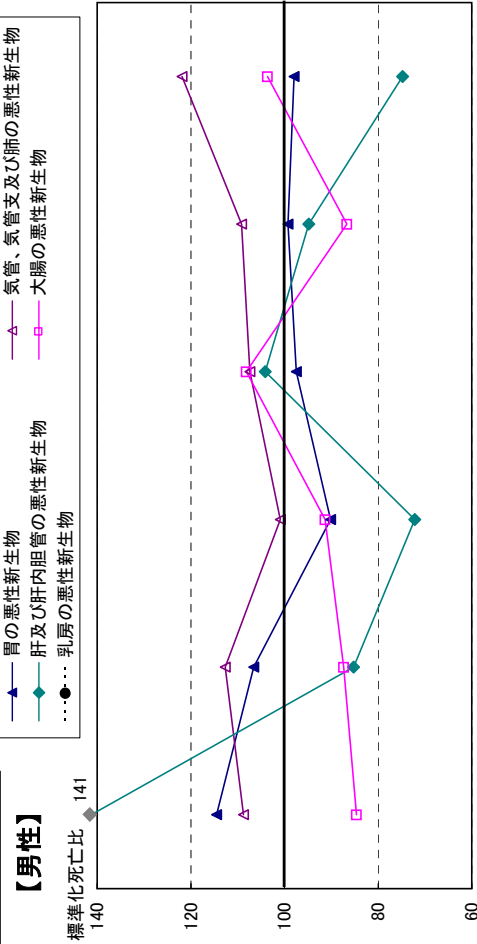
⇒ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設けつつ、医療提供体制の状況が同程度となるブロック（例えば二次医療圏）ごとに収支を均衡させる方式。

死亡率(疾患別標準化死亡率)(医療圏別)

資料①

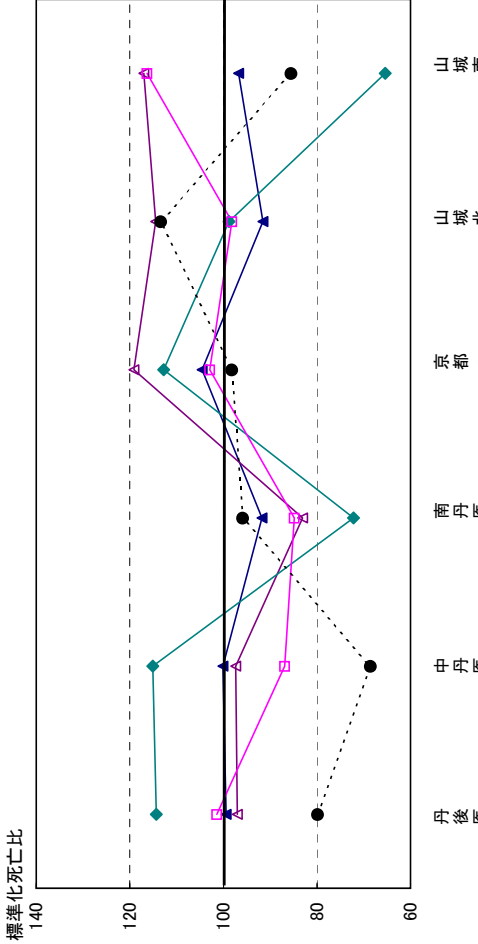
利用データ:人口動態統計・国勢調査(平成16~20年)

○主要ながん



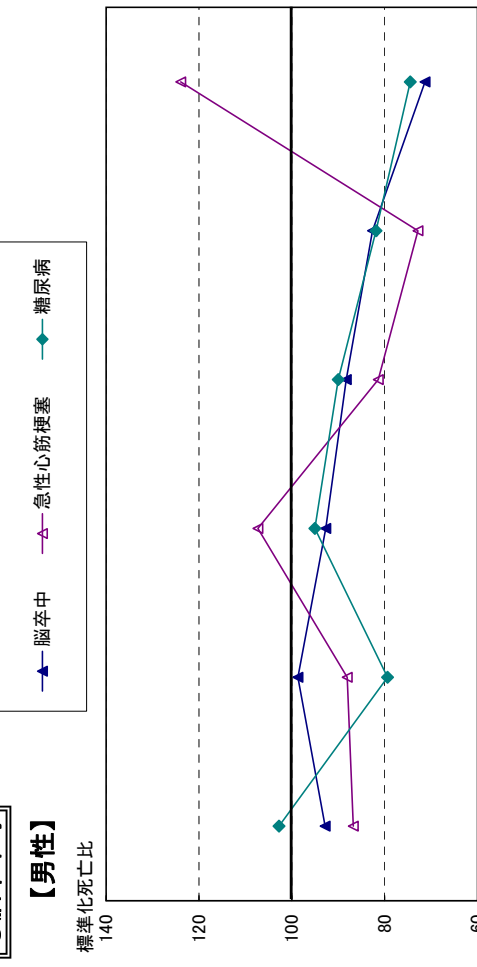
丹後医療圏
中丹医療圏
南丹医療圏
京都・乙訓医療圏
山城北医療圏
山城南医療圏

【女性】



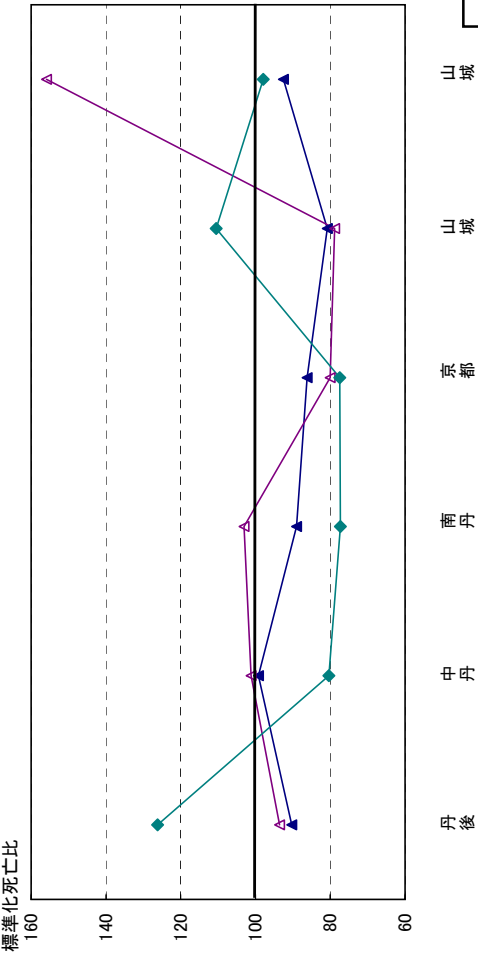
丹後医療圏
中丹医療圏
南丹医療圏
京都・乙訓医療圏
山城北医療圏
山城南医療圏

○脳卒中等



丹後医療圏
中丹医療圏
南丹医療圏
京都・乙訓医療圏
山城北医療圏
山城南医療圏

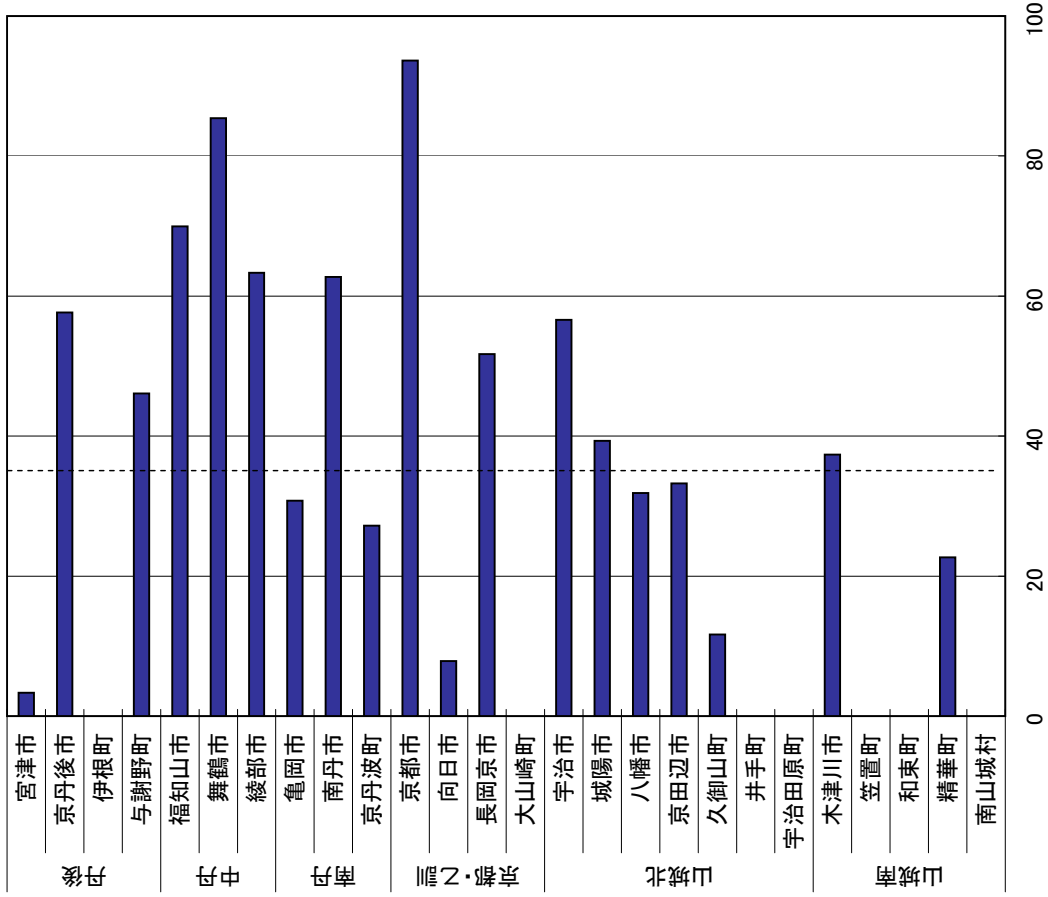
【女性】



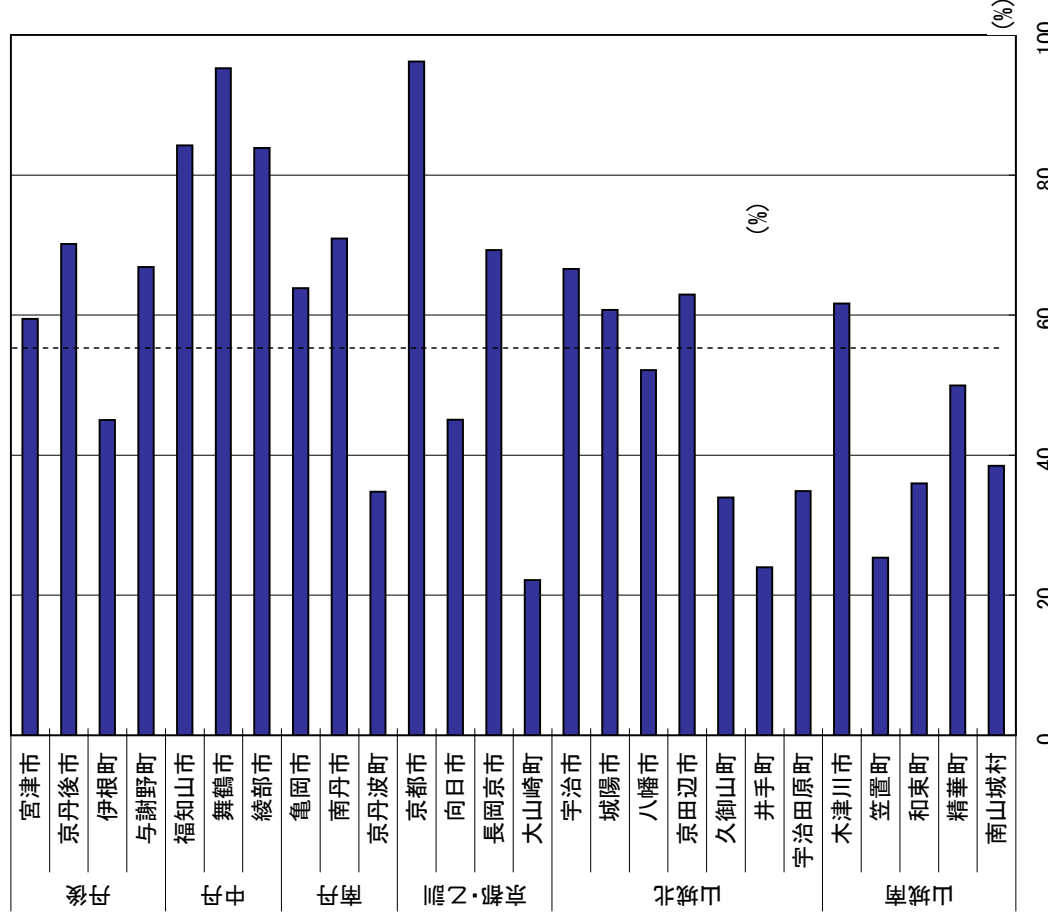
丹後医療圏
中丹医療圏
南丹医療圏
京都・乙訓医療圏
山城北医療圏
山城南医療圏

市町村内受診割合

全疾病(入院)



全疾病(外来)



市町村国保の現状

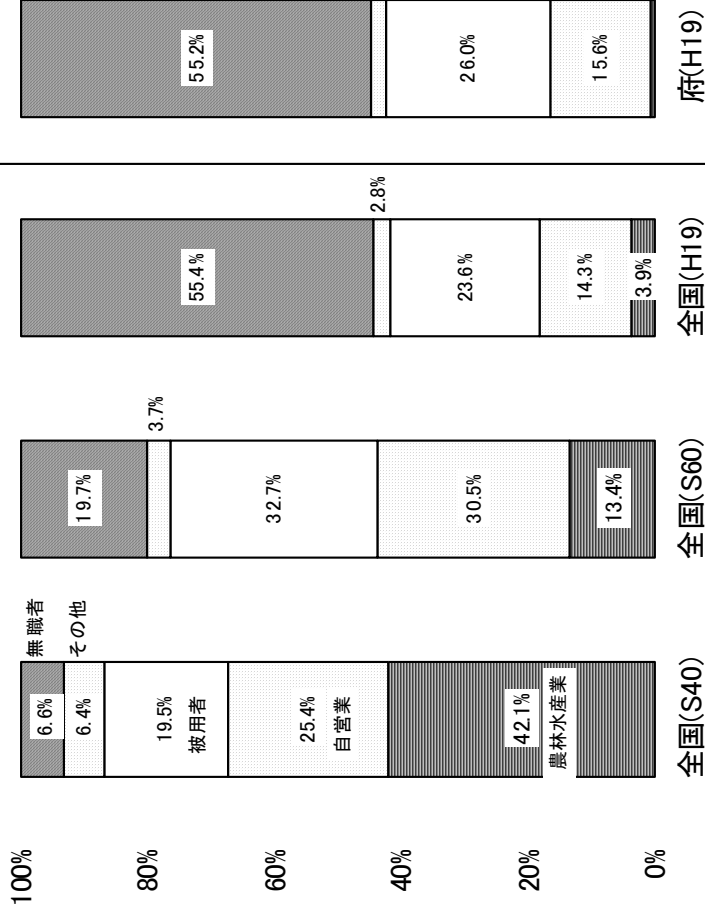
○各市町村が運営する国民健康保険(市町村国保)は、国民皆保険を支える重要なセーフティネットだが、現在では非常に厳しい状況。

府内市町村の財政状況(平成10年度→平成20年度)

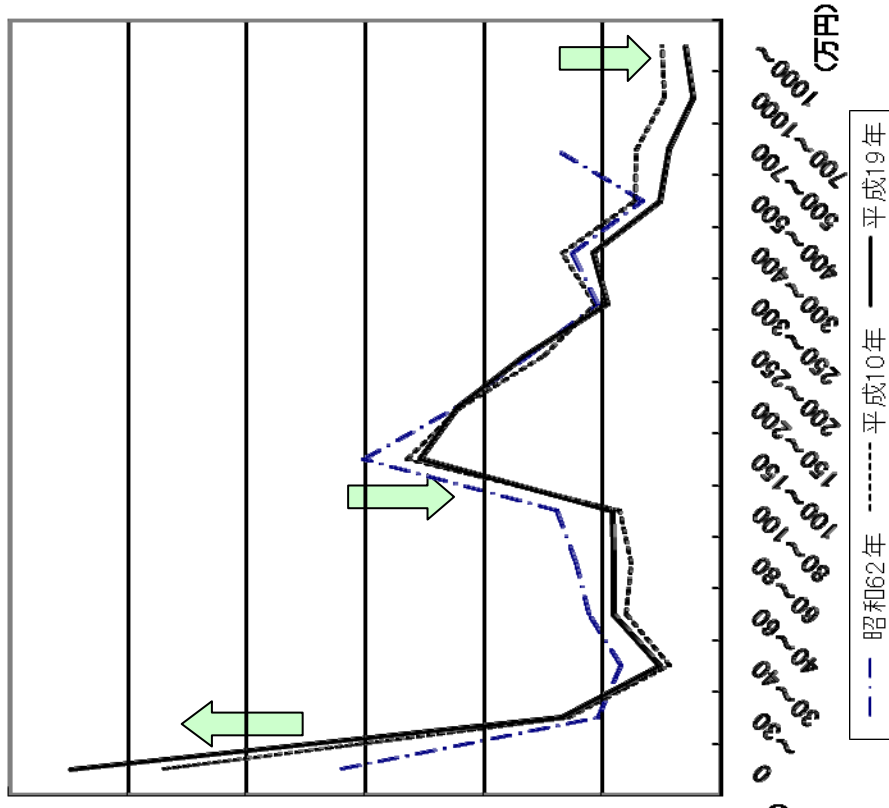
- ・累積収支 \rightarrow +106.0億円 \rightarrow Δ 41.0億円
- ・実質赤字の保険者数 45.5%(20/44) \rightarrow 76.9%(20/26)

※一般会計からの任意繰入分等を除外

国保被保険者の職業別世帯数構成割合(世帯主)
(全国・京都府)



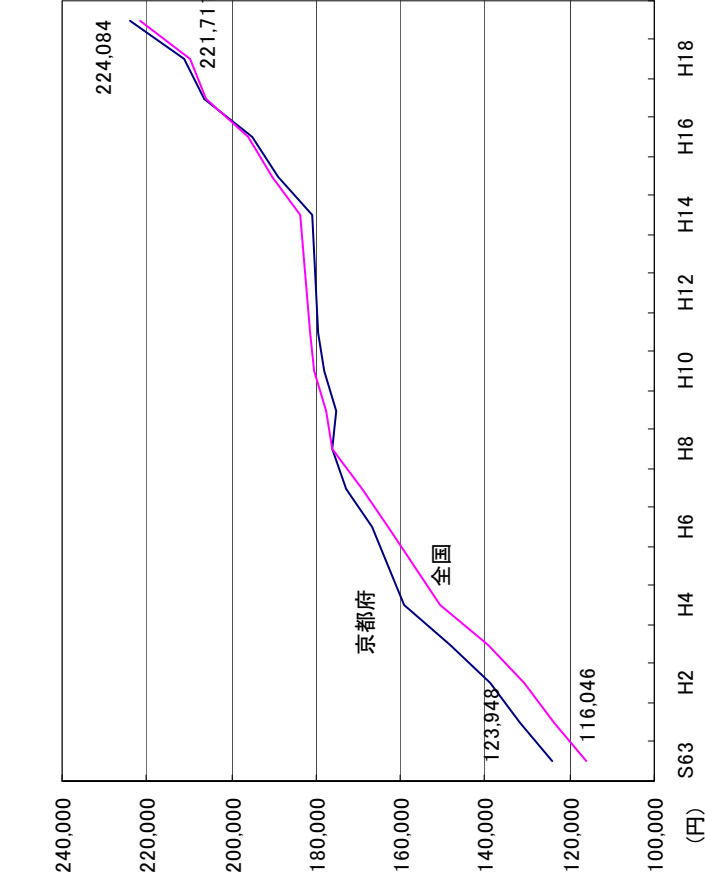
国保世帯の所得階層の推移(全国)



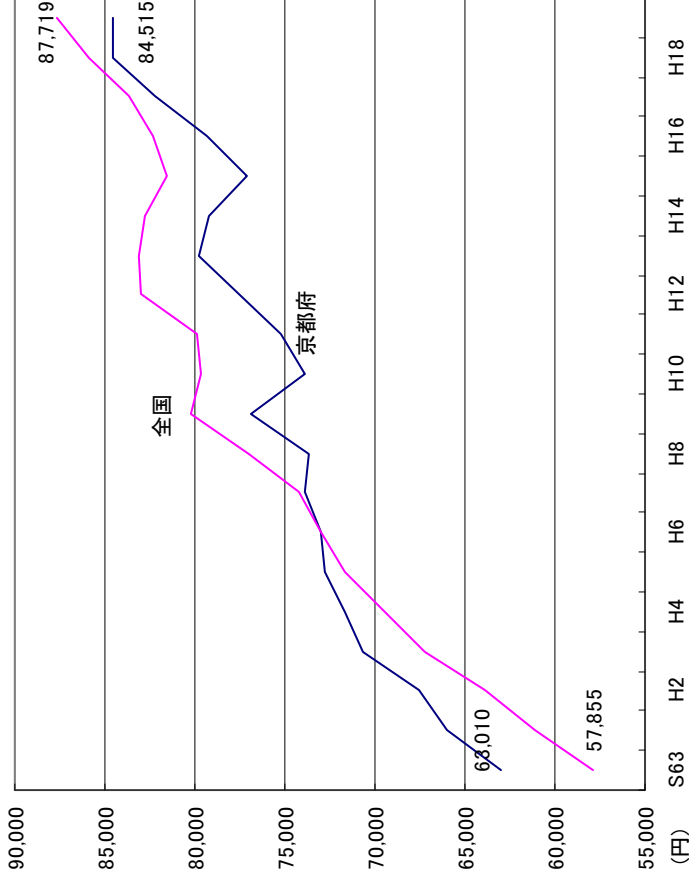
資料③

一人当たり医療費と保険料の推移

一人あたり保険給付費(一般のみ)



一人あたり保険料(税)(調定額)



将来の市町村国保財政の推計

○現行制度のままでは、今後巨額の赤字が発生

単年度赤字額(府内市町村国保計)

平成20年度 △ 5.5億円



平成37年度 △158.1億円

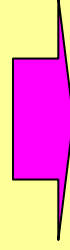
○保険料でカバーする場合は保険料の大幅な引き上げが必要

引き上げた場合の1人当たり保険料

平成20年度 7.7万円



平成37年度 11.8万円



※世帯類型ごとに見た場合の上昇度合い

・最も上昇率の高い

夫婦と子供二世帯で 1.6倍の増 (179,549円→289,416円)

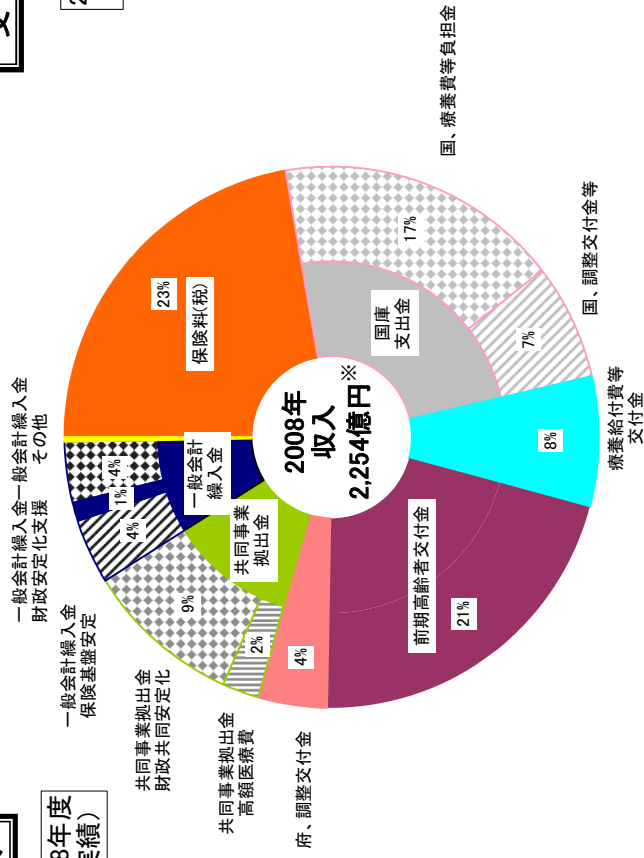
・最も上昇率の低い

高齢者単身世帯(厚生年金受給)でも 1.1倍の増 (88,285円→96,421円)

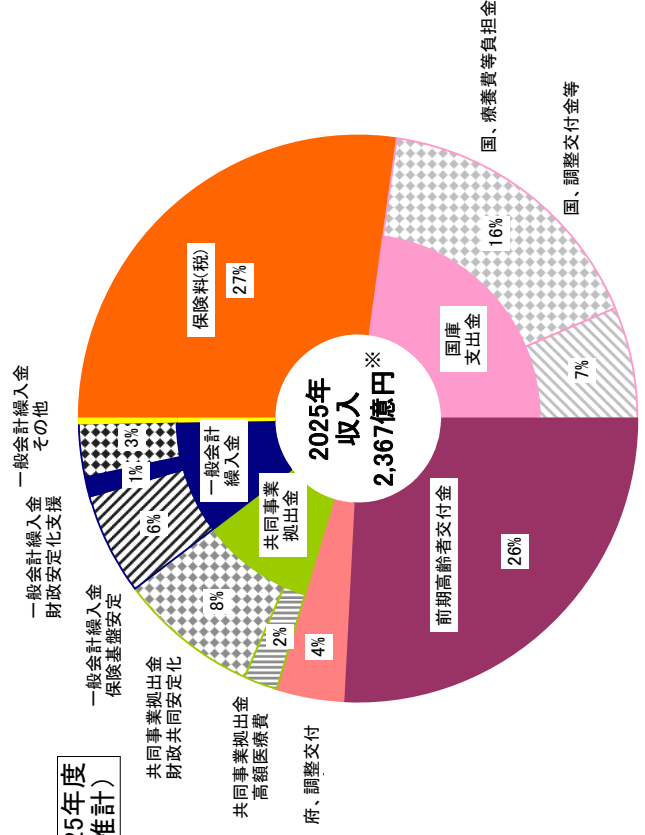
将来の国保財政の状況(現行制度が継続とした場合の推計)

収入

2008年度
(実績)

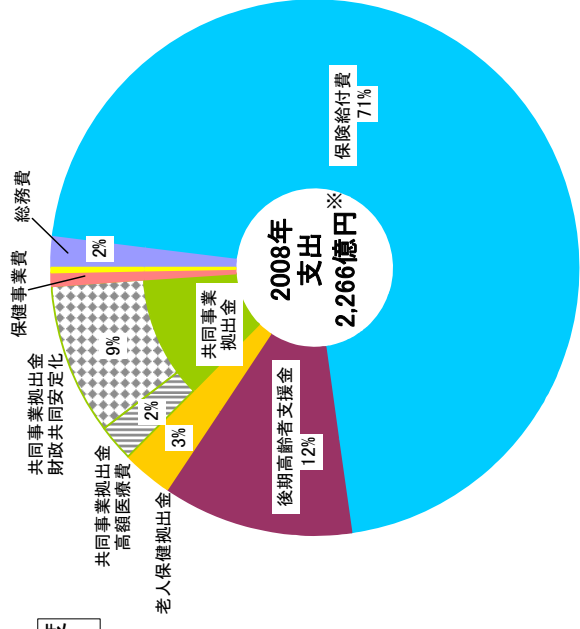


2025年度
(推計)

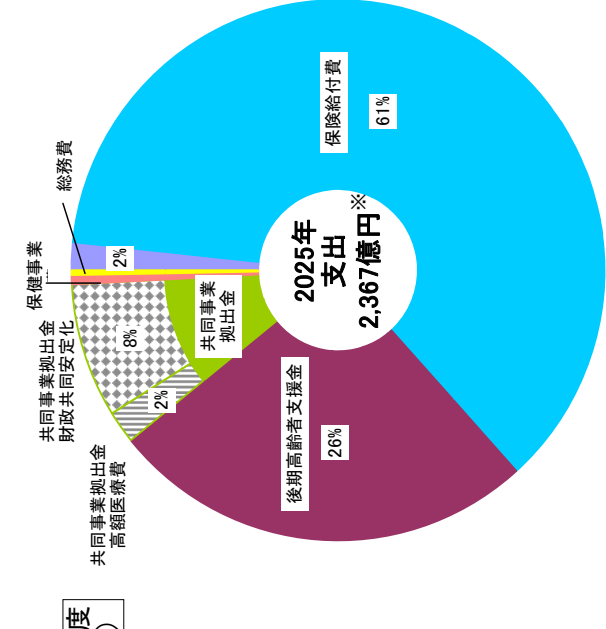


支出

2008年度
(実績)



2025年度
(推計)



※介護分を含まない

2008年 国民健康保険事業概要、国民健康保険実態調査
2025年 年齢階層別将来推計人口に基づき京都府で推計

保険者についての比較

	A 都道府県 (一定の事務は市町村)	B 都道府県と市町村による広域連合 (一定の事務は市町村)
住民との 距離	<ul style="list-style-type: none"> ・住民が日頃から関わることでできる地方公共団体。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民にとって距離がある地方公共団体。
組織	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県庁内で事務を実施するため、人員の強化が必要。 ・組織内でノウハウを承継しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事務局の人員の確保のほか、議会の設置等の事務コストが必要。
意思決定	<ul style="list-style-type: none"> ・協議会を設けるなど、一定の事務を担う市町村の意向を取り入れる仕組みが必要。 ・支援の重点化など、市町村間の利害が対立する事項について、指導力を発揮しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営に当たり市町村の意向を取り入れやすい。 ・市町村間の利害が対立する事項について、調整に時間を要する。
他政策との 関係	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県が医療保険を含めた保健医療政策を一体的に担う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県と市町村の協調体制の下、医療保険とその他の保健医療政策を実施。