

2018年度改定から見える 医療・介護制度の論点と課題 ～自治体、地域の観点で～

2018年4月14日

大阪大学医療経済・経営学寄附講座

東京研究会

ニッセイ基礎研究所 准主任研究員

三 原 岳

今日の内容（1）

（1）はじめに

（2）惑星直列の2018年度改定

- ①医療提供体制改革（地域医療構想、診療報酬改定）
- ②医療保険制度改革（国保の都道府県化）
- ③介護保険制度改革（介護保険改革、介護報酬改定）

（3）自治体の動向

- ①都道府県の総合的なガバナンスの強化
- ②地域医療構想に見る実情
- ③国民健康保険の都道府県化に見る実情

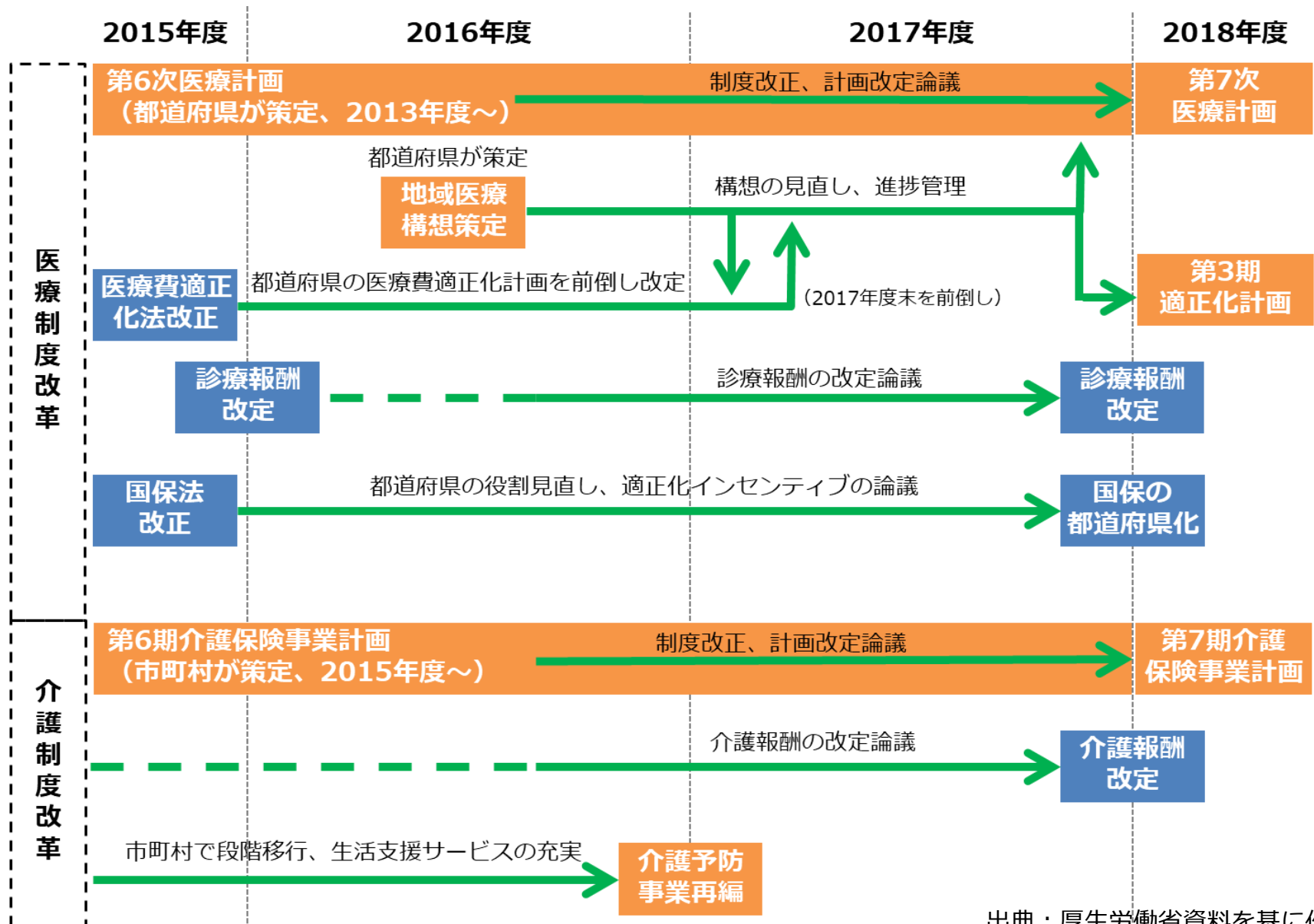
（4）今後の課題、論点

（5）おわりに

少しでも自己紹介

- 早大政経卒。時事通信記者、東京財団研究員を経て、2017年10月から現職。
- 主な関心事は医療・介護政策。社会政策学会、日本財政学会、日本地方財政学会、自治体学会、全国マイケアプラン・ネットワークに所属。
- 主な論文、寄稿は以下の通り。
 - ・ 会社のウェブサイト『基礎研レポート』を掲載（2017年10月～）
 - ・ 『医薬経済』に『現場が望む社会保障制度』を連載（2015年6月～）
 - ・ 『ダイヤモンド・オンライン』に「映画を見れば社会保障が丸分かり！」を連載中（2017年12月～）
 - ・ 「日本の医療保険における保険料賦課の現状と課題」『社会政策』通巻27号（2017年10月）
 - ・ 「" 森友問題 " で空回りした法改正論議」『週刊ダイヤモンド』（2017年8月12日&19日合併号）
 - ・ 「障害者政策の変容と差別解消法の意義」「合理的配慮の考え方と決定過程」日本聴覚障害学生高等教育支援ネットワーク編『トピック別 聴覚障害学生支援ガイド』（2017年3月、共著）
 - ・ 「『混合介護』という幻想」『介護保険情報』（2016年11月号）
 - ・ 「介護報酬複雑化の過程と問題点」『社会政策』通巻第20号（2015年7月、共著）

医療・介護制度の大改正 ～惑星直列～



惑星直列の内容と結果

～医療・介護・障害者の改定～

分野	制度改正	制度改正の内容
医療	診療報酬の改定	・ 医療機関に対する報酬を国が改定。2年周期。かかりつけ医充実、急性期病床の厳格化、在宅医療の充実、薬価見直しなどに重点。薬価を含む全体の改定率は▲1.19%、医療機関に対する本体は+0.55%。
	医療計画の改定	・ 病床規制や在宅医療の充実などを定める計画を都道府県が改定。5年周期、次回計画（2018年度～）は6年周期に改正。2017年3月までに策定した「地域医療構想」を踏襲。
	医療費適正化計画の改定	・ 健診、重症化予防などを定める計画を都道府県が策定。5年周期、次回計画（2018年度～）は6年周期に改正。
	国民健康保険の広域化	・ 市町村国民健康保険の財政運営を都道府県単位に変更。3,400億円の国費追加投入、一般会計繰入の圧縮などを推進。
介護	介護保険法改正	・ 介護予防の強化による要介護度の維持・改善を規定。4月から施行。介護予防に取り組む市町村を支援する交付金（200億円）を2018年度予算案に計上。
	介護報酬の改定	・ 介護事業所に対する報酬を国が改定。3年周期。改定率は+0.54%。医療・介護連携、介護予防などに重点。
	介護保険事業計画の改定	・ 介護サービスの量や保険料を設定する計画を市町村が策定。3年周期。医療・介護連携や介護予防の強化に力点。
障害者	福祉サービス報酬の改定	・ 障害者福祉サービス事業所に対する報酬を国が改定。3年周期。改定率は+0.47%。生活支援や地域移行支援などに重点。

本体は前回を超える伸び率 ～同時改定の結果～

年度	診療報酬	内訳（本体、薬価）	介護報酬	主な内容
2000	0.2%	1.9%、▲1.7%	—————	
2002	▲2.7%	▲1.3%、▲1.4%	—————	診療報酬本体が初のマイナス
2003	—————	—————	▲2.3%	介護保険創設後初の改定
2004	▲1.0%	0%、▲1.0%	—————	
2005	—————	—————	▲1.9%	
2006	▲3.16%	▲1.36%、▲1.8%	▲0.5%	診療報酬は過去最大の削減
2008	▲0.82%	0.38%、▲1.2%	—————	
2009	—————	—————	3.0%	
2010	0.19%	1.55%、▲1.36%	—————	民主党政権での改定
2012	0.004%	1.38%、▲1.38%	1.2%	介護保険は実質▲0.8%
2014	0.1%	0.73%、▲0.63%	(0.63%)	介護保険は消費増税対応
2015	—————	—————	▲2.27%	実質▲4.48%
2016	▲0.84	0.49%、▲1.33%	—————	
2017	—————	—————	1.14%	処遇改善を前倒し
2018	▲1.19%	0.55%、▲1.74%	0.54%	

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：2014年度は消費増税の影響を加味した実質ベース。

今日の内容（2）

（1）はじめに

（2）惑星直列の2018年度改定

- ①医療提供体制改革（地域医療構想、診療報酬改定）
- ②医療保険制度改革（国保の都道府県化）
- ③介護保険制度改革（介護保険改革、介護報酬改定）

（3）自治体の動向

- ①都道府県の総合的なガバナンスの強化
- ②地域医療構想に見る実情
- ③国民健康保険の都道府県化に見る実情

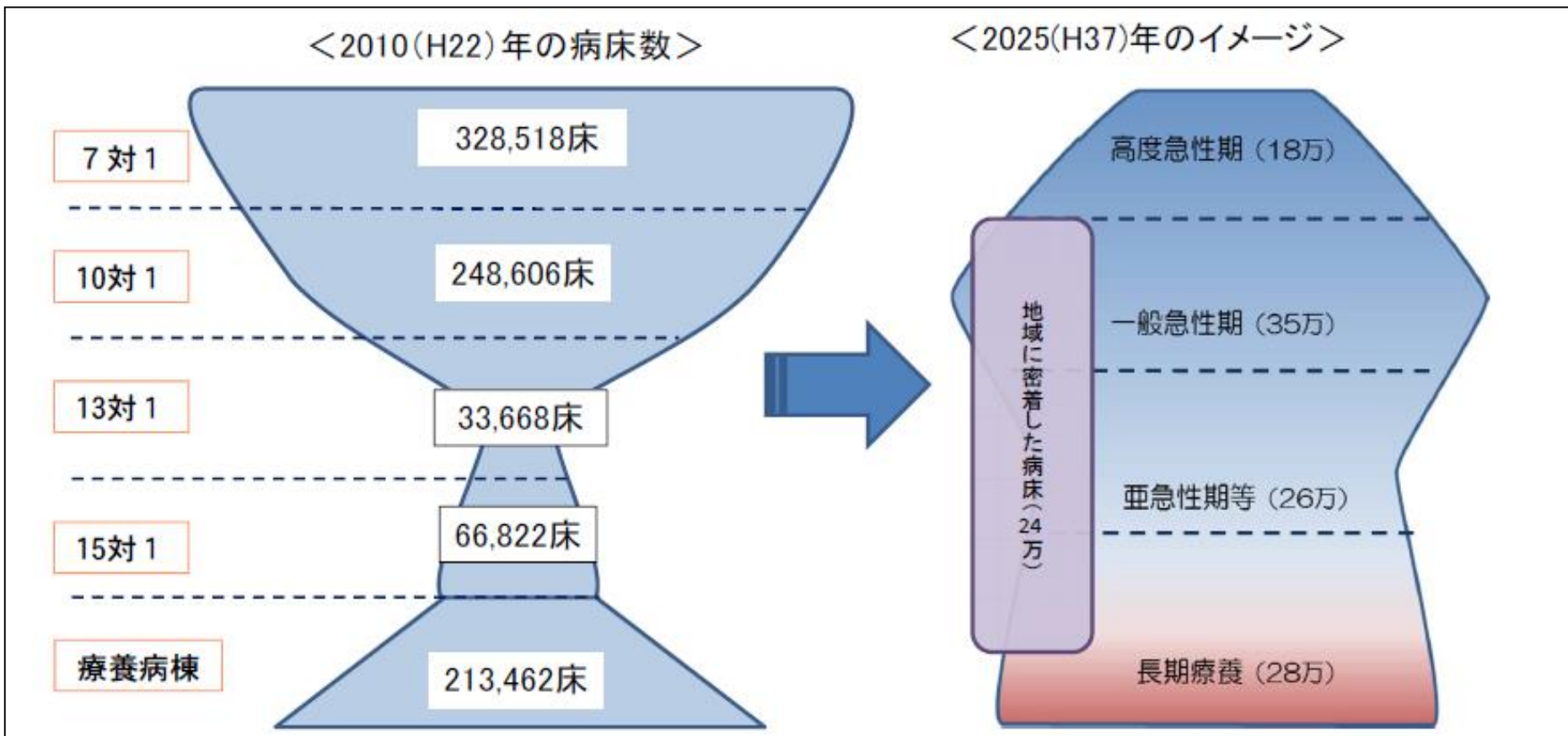
（4）今後の課題、論点

（5）おわりに

医療提供体制改革 ～地域医療構想を中心に～

地域医療構想の策定①

～病床機能再編～



出典：厚生労働省資料

膨らんだ急性期、慢性期の病床を圧縮し、
回復期の病床と在宅ケアを増やす政策

地域医療構想の策定② ～全体の病床推計～

	現状 (A)	2025年 必要病床 (B)	A - B
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

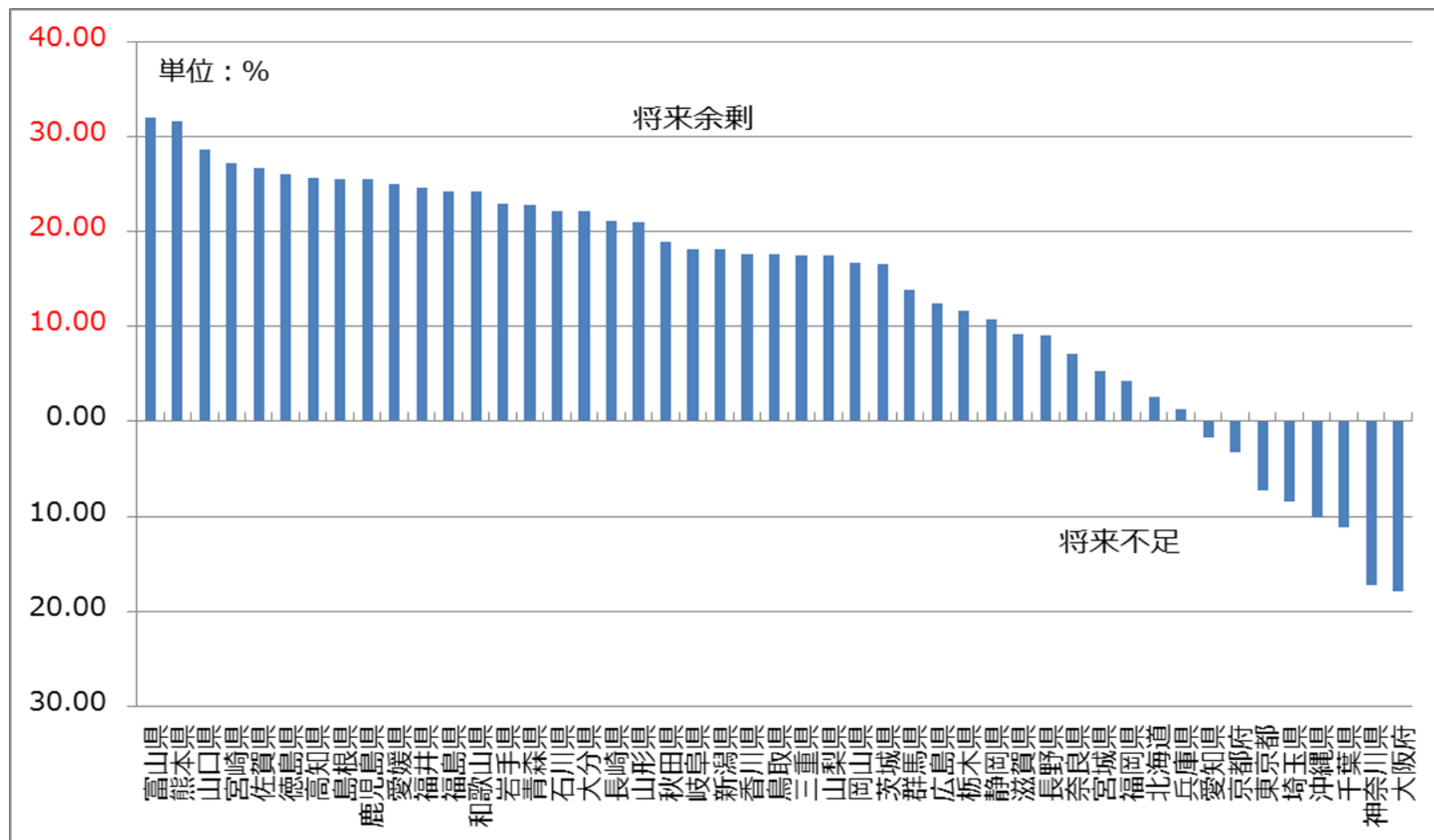
単位：床数

注1：▲は不足を意味する。

注2：「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとしており、2014年度と2015年度の双方が含まれる。

注3：秋田など13県は未報告などの「その他」を計上しておらず、表1の数字にも含まれていない。

地域医療構想の策定③ ～都道府県別の過不足～



出典：各都道府県の地域医療構想を基に集計・作成

注：地域医療構想に盛り込まれた現状から2025年の必要病床数を差し引き、現状で割った。現状は地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとしており、2014年度と2015年度の双方が含まれる。

地域医療構想の推進①

～調整会議による議論～

- 1 地域医療構想の策定・公表
- 2 関係者で構成する地域医療構想調整会議を区域ごとに設置
- 3 構想で示した課題や対応策を関係者が議論
- 4 合意した内容を関係者が実行

➤ 地域医療構想は策定するだけで終わりではなく、その後の方が重要。

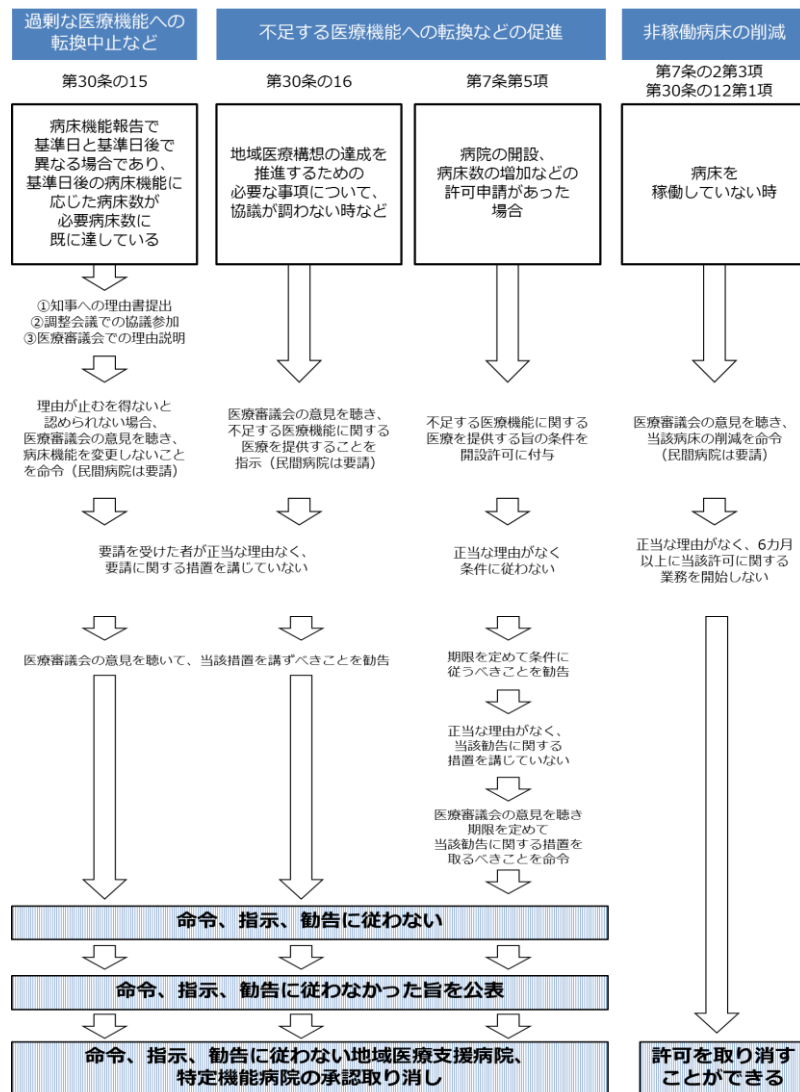
➤ 公表後は在宅医療の充実や医療・介護連携など構想で示した課題や対応策について、**関係者で構成する地域医療構想調整会議**で議論し、そこで合意した内容を**関係者が実行**することが想定されている。



出典：（上）地域医療構想策定ガイドラインを基に作成
（下）2017年2月1日、都庁で三原撮影

地域医療構想の推進②

～知事の権限強化～

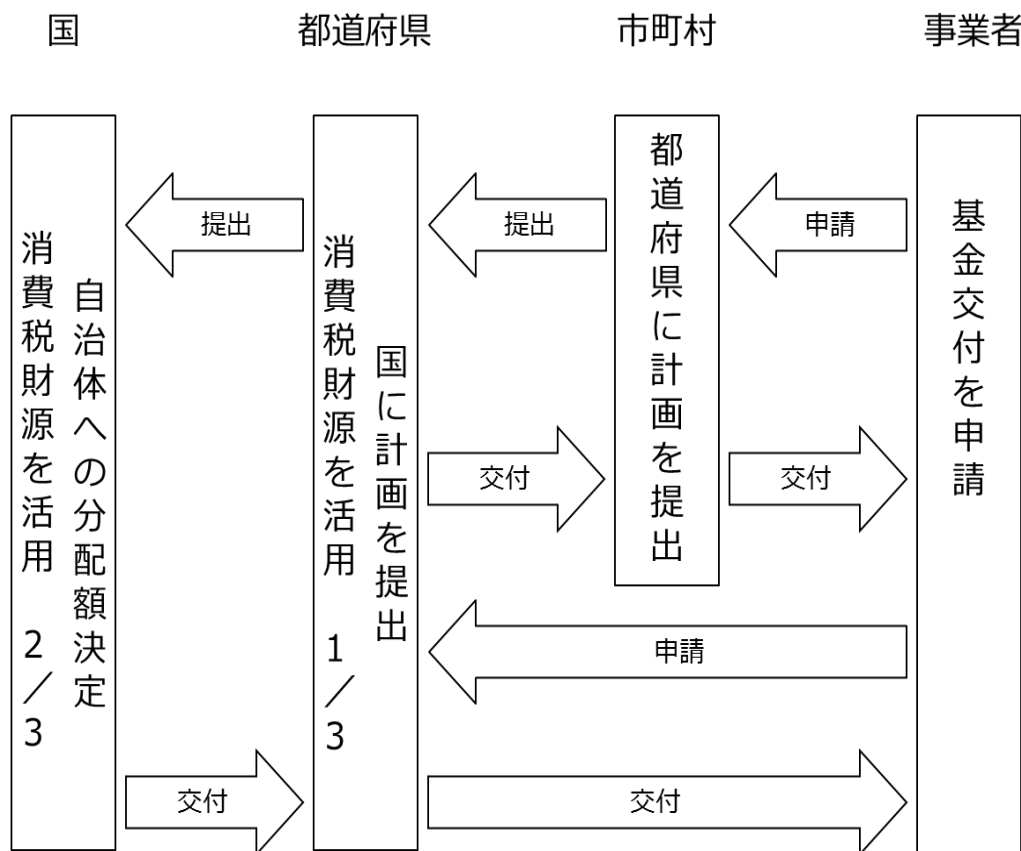


➤ 地域医療構想を推進するツールとして、知事の権限を強化。

➤ 具体的には、①地域医療構想調整会議の結果、合意形成に至らない場合、②過剰気味な病床機能の増設・開設に関する申請が来た場合、③稼働していない病床の許可取り消しーなどに関して、知事が病床再編・削減を命令できる権限を規定。

地域医療構想の推進③

～都道府県単位の基金～

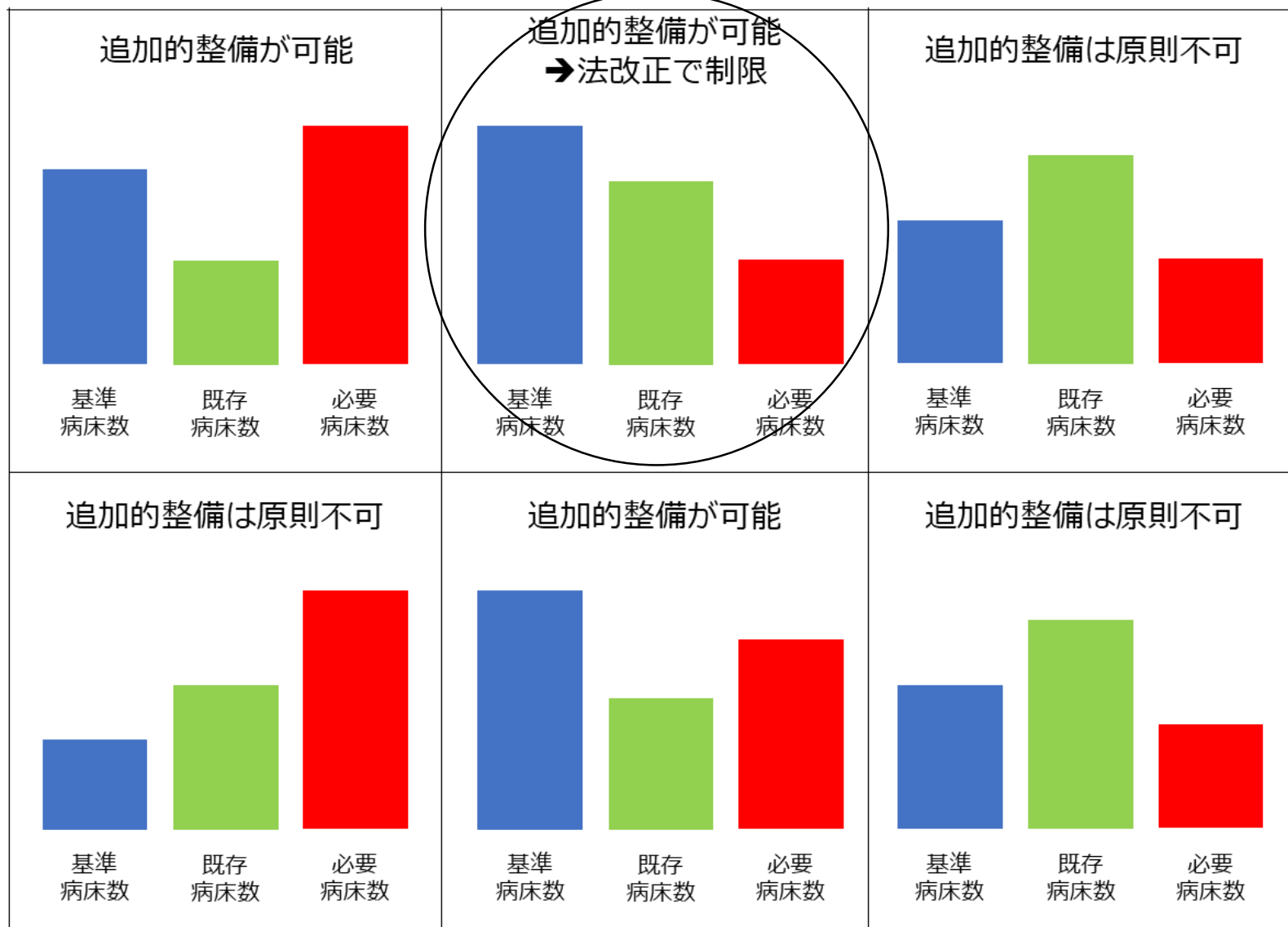


出典：厚生労働省資料を基に作成

- 構想を推進するツールとして、都道府県単位の基金を設置。
- 国は3分の2、都道府県が3分の1を負担し、その財源は消費税を充当。
- 事業費は2018年度で医療分934億円、介護分724億円。医療分の事業費ベースで30億円上乘せされた。

地域医療構想の推進④

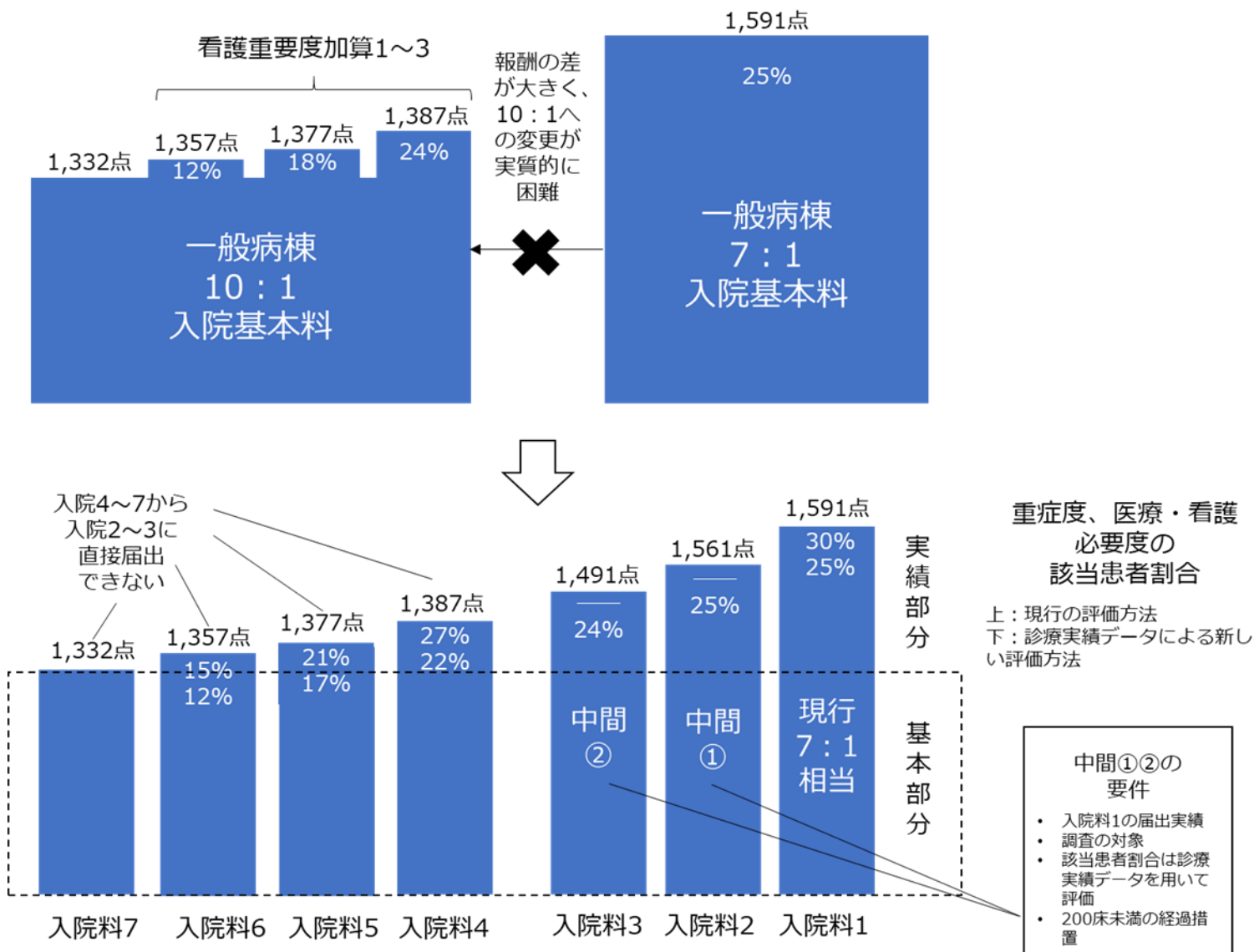
～2018年の法改正～



出典：厚生労働省資料を基に作成

医療提供体制改革 ～診療報酬改定を中心に～

急性期を圧縮 ～「崖」をなだらかに～



医療・介護連携の促進 ～ケアマネと主治医の連携～

診療報酬

退院時共同指導料

- カンファレンスの出席者は医師、看護師だけだったが、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職、社会福祉士なども可能に



介護報酬

退院・退所加算

- カンファレンスに参加した場合の評価を拡充

診療報酬

在宅時医学総合管理課

- 悪性腫瘍の患者が医学的に末期と判断した段階で、ケアマネジャーに対し、予後、想定される病状の変化、必要なサービスなどについて情報提供することを義務化



介護報酬

ターミナルケアマネジメント加算

- 頻回に訪問し、状態変化を把握し、医師、居宅サービス事業者に連絡した場合に算定。医師の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化。

➤ 診療報酬と介護報酬が6年ぶりに同時改定となったため、**主治医とケアマネジャーの連携を強化**したほか、特別養護老人ホームの看取りも充実。

➤ 医療保険のリハビリを介護保険にシフト。

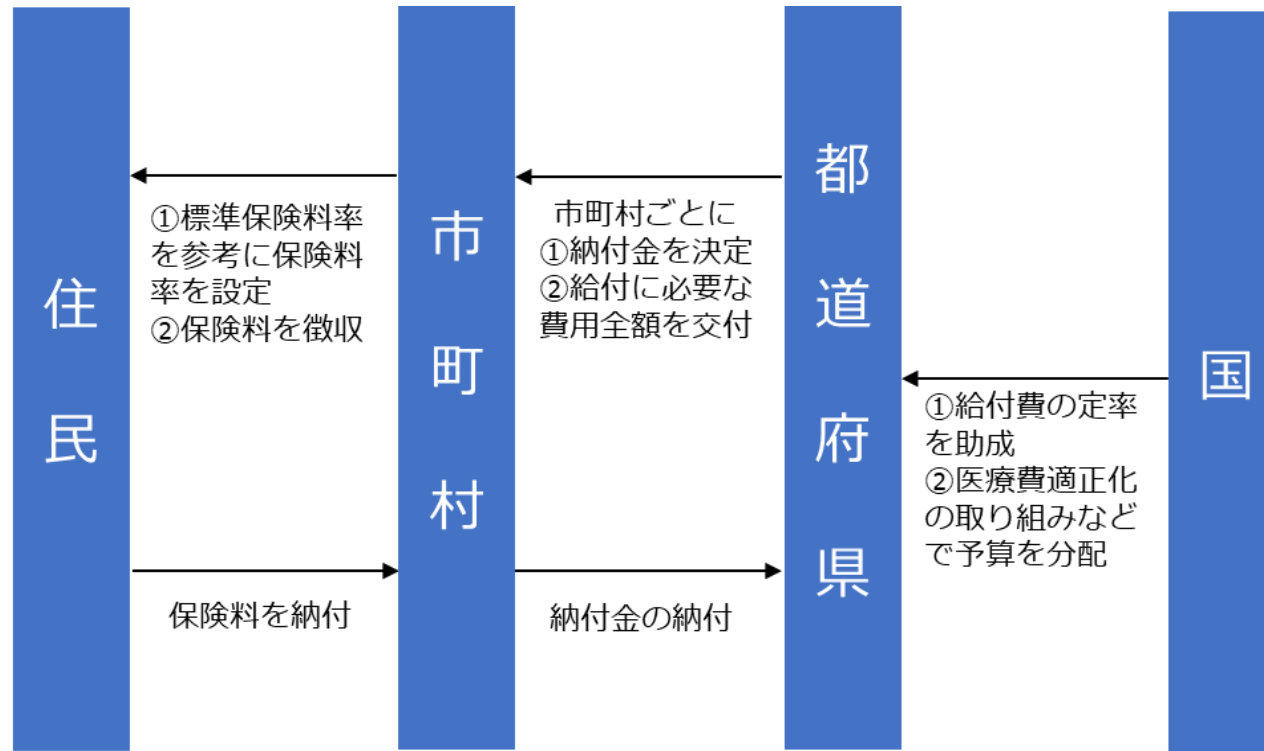
- 同じように作業療法士が行うリハビリなのに、医療のリハビリは点数が高く、介護の場合は低い。これを**介護の点数として付けないと、いつまでも高コストな医療のリハビリを行うことになり、財政が立ち行かなくなります。だからここを介護にうまく移行させよう**ということです。

出典：『経済セミナー』Vol.700、野口晴子氏のコメント)

医療保険制度改革 ～国保の都道府県化を中心に～

国保の都道府県化①

～保険料設定までの流れ～



出典：厚生労働省資料を基に作成

- 都道府県は納付金を設定する際、年齢構成と所得の差を配慮する**リスク構造調整**を実施。
- 市町村は標準保険料を参考にしつつ、保険料を設定。

国保の都道府県化②

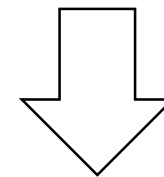
～法定外繰入の整理～

①決算補填等目的

- a. 保険者の判断に依らない補填
 - ・ 保険料の収納不足
 - ・ 医療費の増加
- b. 保険者の判断に依る補填
 - ・ 保険料の負担緩和を図る補填
 - ・ 任意の給付に充てる補填
- c. 過年度の赤字に依る補填
 - ・ 累積赤字補填の補填
 - ・ 公債費、借入金利息

2018年度以降、
医療費の増加に対し、
財政安定化基金の
貸付を実施

国保運営方針に基づき、
計画的に削減・解消
すべき赤字



②決算補填以外の目的

- ・ 保険料の減免
- ・ 地方単独事業の波及増補填
- ・ 保健事業費
- ・ 直営診療施設に充当
- ・ 基金積立
- ・ 返済金
- ・ その他

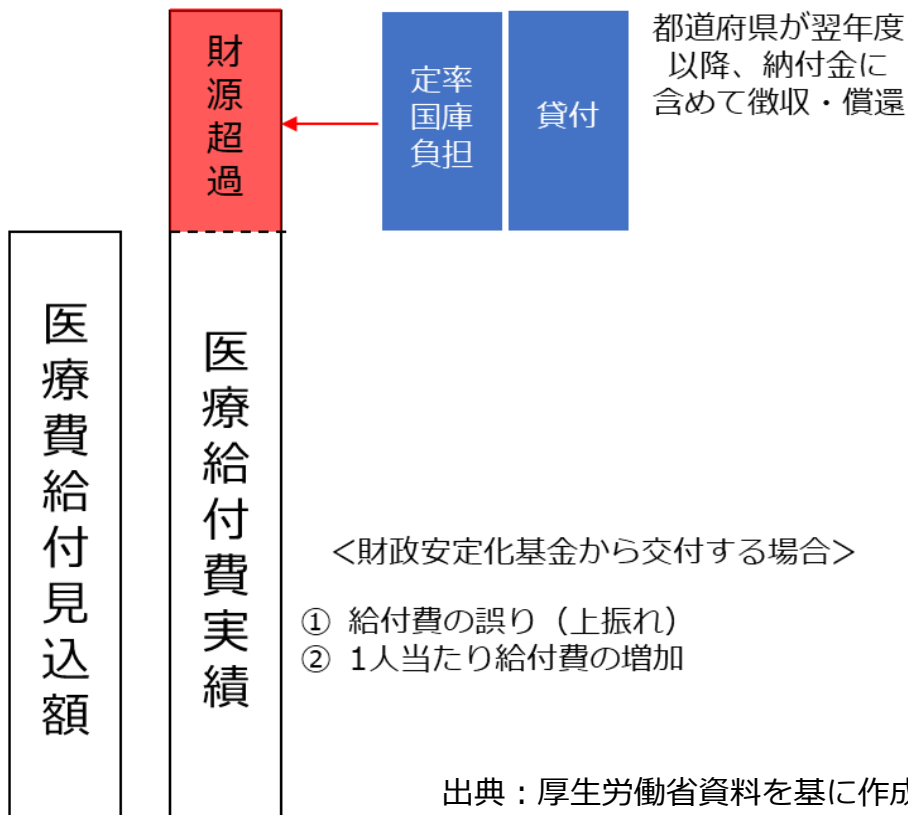
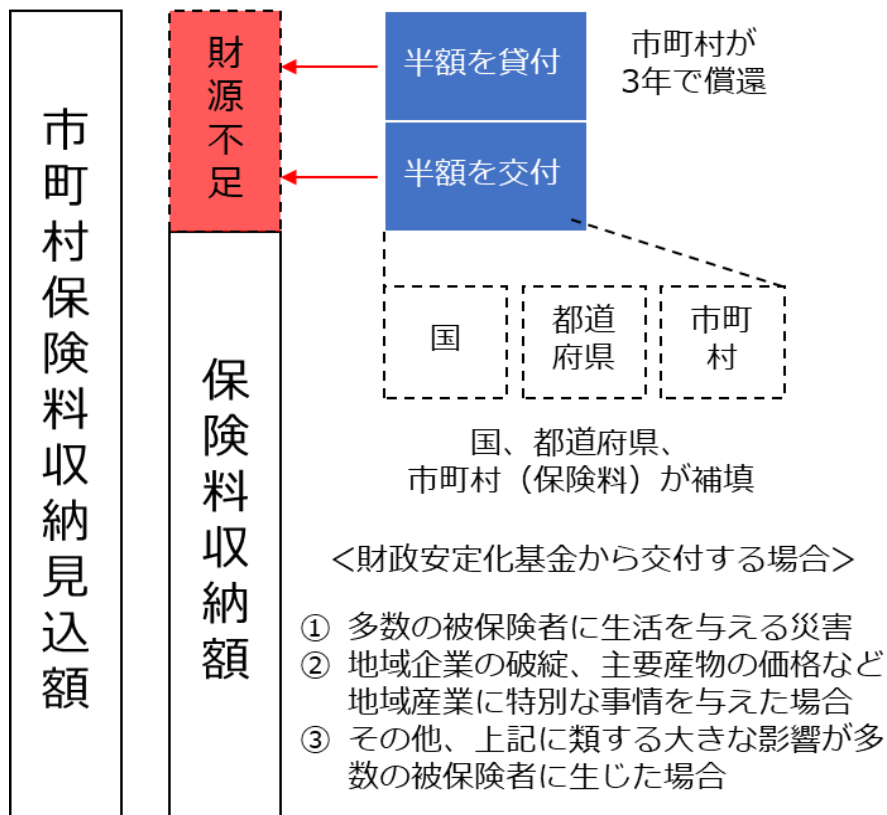
税で補填していた
赤字分が保険料の増加
として反映？

国保の都道府県化③

～財政安定化基金の設置～

市町村で収納不足が生じた場合

都道府県全体で給付増が生じた場合

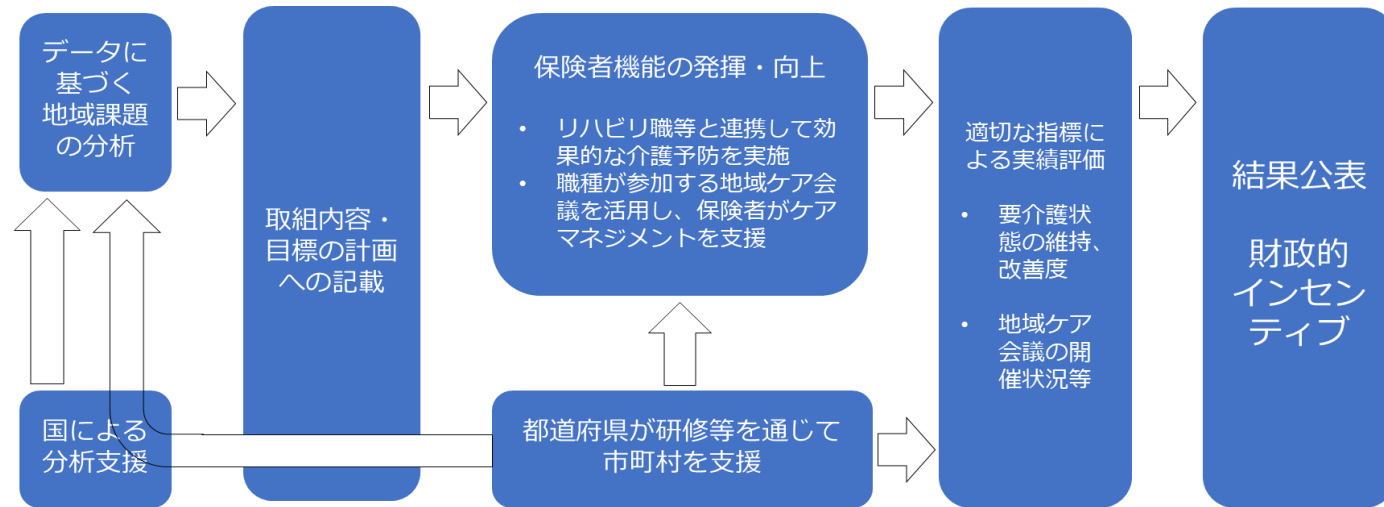


出典：厚生労働省資料を基に作成

- 都道府県単位に**財政安定化基金**を設置。**法定外繰入を制限**するため、財源不足、財源超過に対して貸付or交付。
- ➔ 負担と給付の明確化（見える化）

介護保険制度改革 ～自立支援介護を中心に～

自立支援介護の推進① ～保険者機能の強化～



出典：厚生労働省資料を基に作成

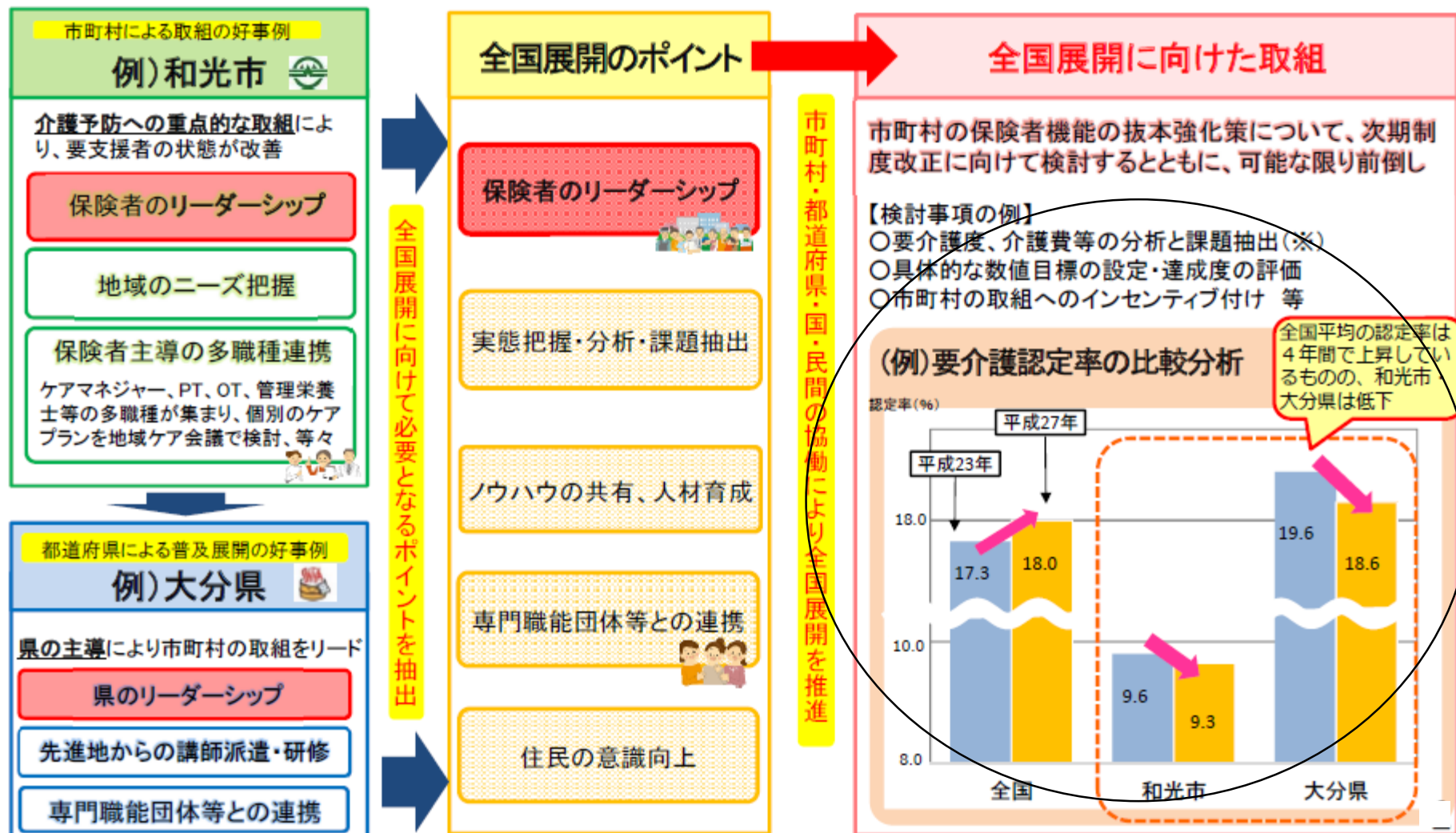
資料の文言

高齢化が進展する中で、地域包括ケアを推進するとともに、
制度の持続可能性を維持するためには、
保険者が地域の課題を分析してサービス提供体制等を構築することや、
高齢者になるべく要介護状態とならずに
自立した生活を送っていただくための取組を進めることが重要

➡保険者がこれらを強力に推進できるよう**保険者機能を強化**するとともに、
都道府県の保険者支援機能も強化

自立支援介護の推進②

～和光市、大分県が先進例～



自立支援介護の推進③ ～和光市の場合～

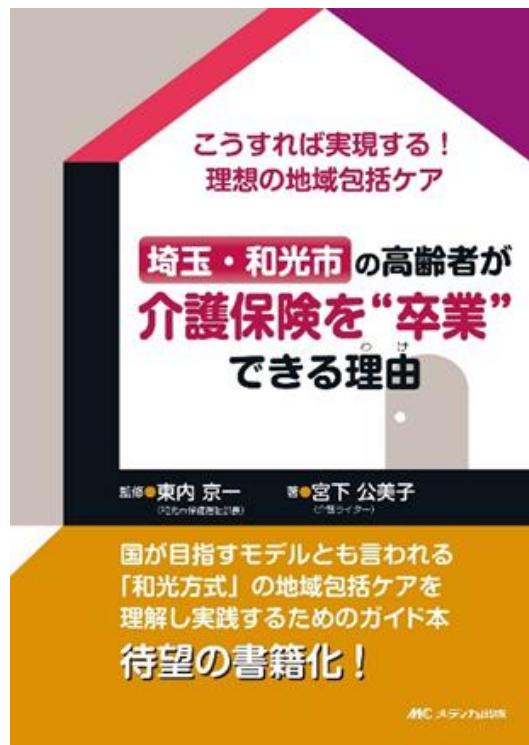
＜本の記述＞

- 和光市では、**自立を後押しする介護サービスの提供**によって、要支援者の約40%が毎年、**介護保険を卒業**していくのです。
- 信じられないような改善率を維持している背景には、以下の7点があります。

- ①高齢者を自ら元気になるために「頑張る気」にさせる工夫
- ②高齢者の心と身体、生活の実態を把握する調査・分析
- ③綿密な調査・分析に基づくサービス基盤の整備
- ④介護保険にない和光市独自のサービス整備
- ⑤高齢者の心や身体、環境にも配慮したきめ細かな支援
- ⑥市の方針である介護予防、自立支援を実践する専門職の育成
- ⑦支援目標を共有する専門職による多職種連携

＜はじめに＞

この本で紹介するのは
行政が強いリーダーシップ
を取り、**自分たちのまちに**
ふさわしい仕組みづくり、
街づくりを進めた和光市の
取り組みです。

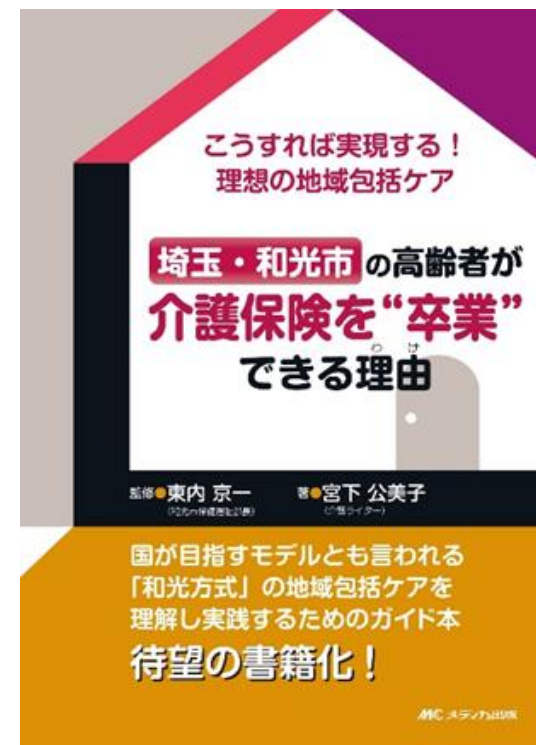


自立支援介護の推進④

～介護保険からの「卒業」～

年月	状態
～2011年12月	夫とともに30年間にわたり、弁当屋を営む。心身共に健康で、ソーシャルダンスを楽しみ、新宿や渋谷までコンサートに出掛けるなど活動的に過ごす。
2011年12月	心筋梗塞で緊急入院。一時、心停止し、蘇生術を受ける。3カ月間、ほぼベッド上で安静に過ごす。
2012年3月	退院に向けて要介護認定は「要介護4」に。
2012年7月	更新認定で「要介護1」に。
2013年1月	更新認定で「要支援2」に。
2013年8月	更新認定で「要支援1」に。
2014年1月	更新認定を受けず、介護保険を「卒業」。体操などを行う送迎付きの地域支援事業プログラムに主2～3回通う。
2014年8月 (現在)	送迎なしの体操教室に週1回、片道35分かけて歩いて通う。

和光市だからこそ
有り得た
「介護版シンデレラ」

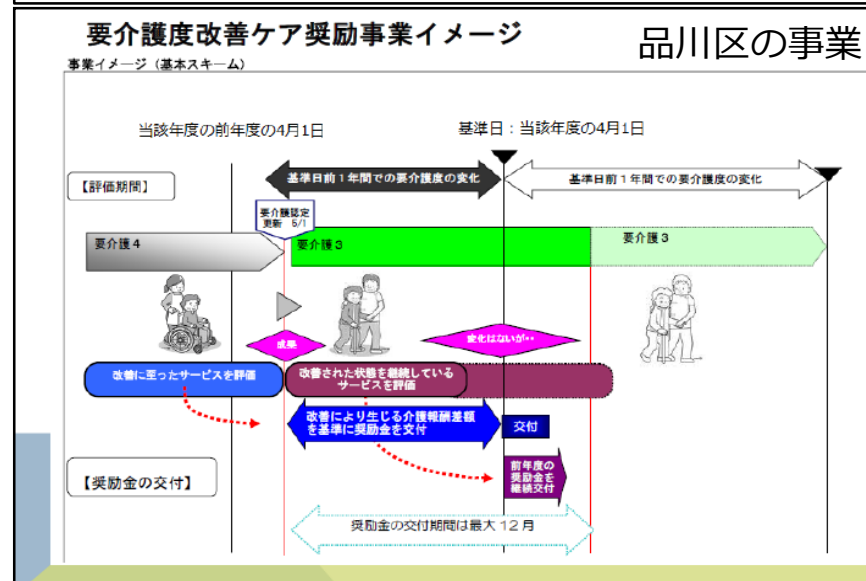
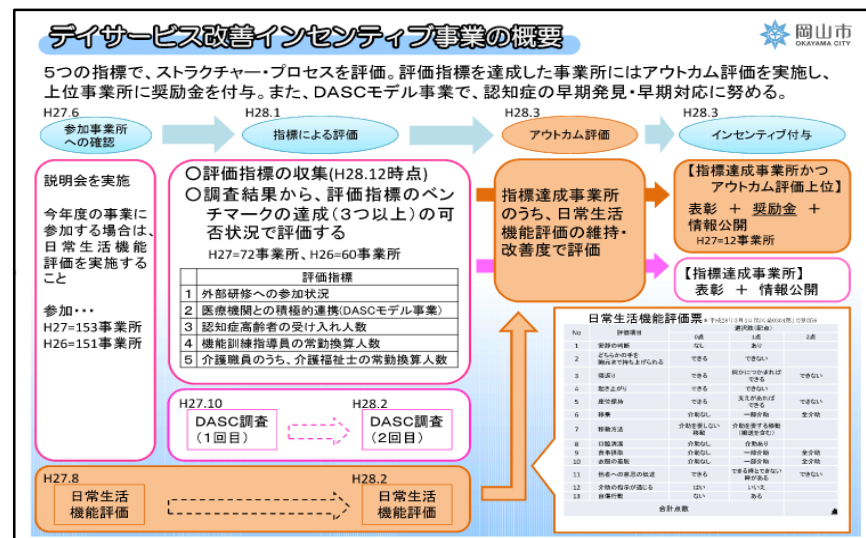


出典：東内京一監修（2015）『埼玉県・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由』

自立支援介護の推進⑤

～岡山市、品川区などの動き～

- 岡山市の提案を受け、「**介護サービス質の評価先行自治体検討協議会**」が2015年11月に発足。
- 協議会は情報交換、政策提言を目的とし、利用者の状態が維持・改善した場合、事業者インセンティブを付与している**東京都品川区、同江戸川区、川崎市、名古屋市、福井県、滋賀県、岡山市**がメンバー。
- 成績払いの導入、サービス提供者の評価などを厚生労働省に提言。



自立支援介護の推進⑥ ～81項目の評価指標～

サービス種類ごとに指標設定

市町村の
指標

PDCAサイクル の活用	自立支援、 重度化防止	運営 安定化
8項目	46項目	7項目

昨年11月時点では44項目

自立支援の
効果を勘案
した試算

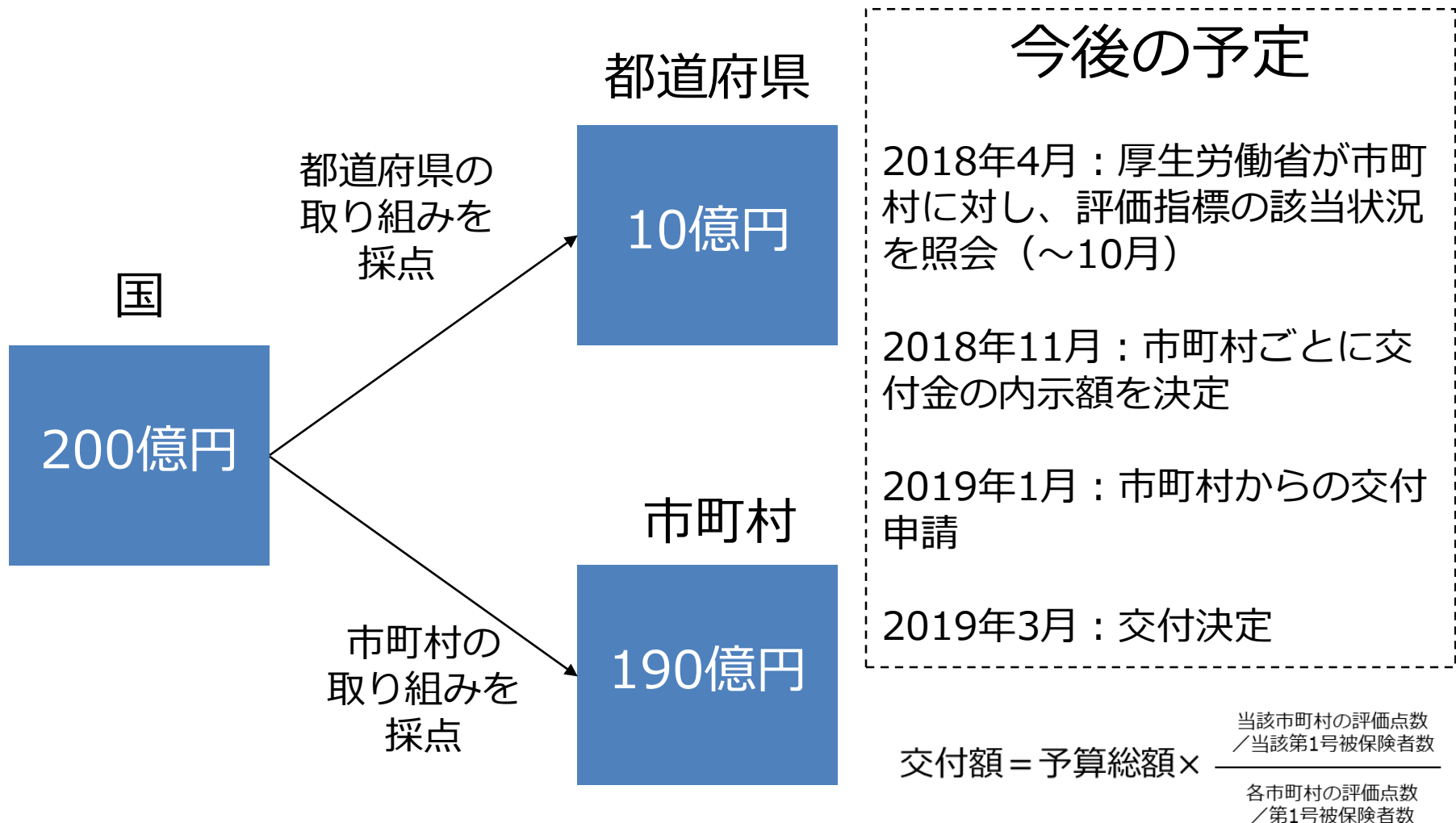
リハビリ職
の活用

要介護度関係は
計4項目

都道府県の
指標

データ分析を 踏まえた 地域課題の把握	自立支援 重度化防止 保険給付適正化	評価指標 の達成状況
6項目	11項目	3項目

自立支援介護の推進⑦ ～200億円の交付金～



介護報酬改定 ～自立支援介護を中心に～

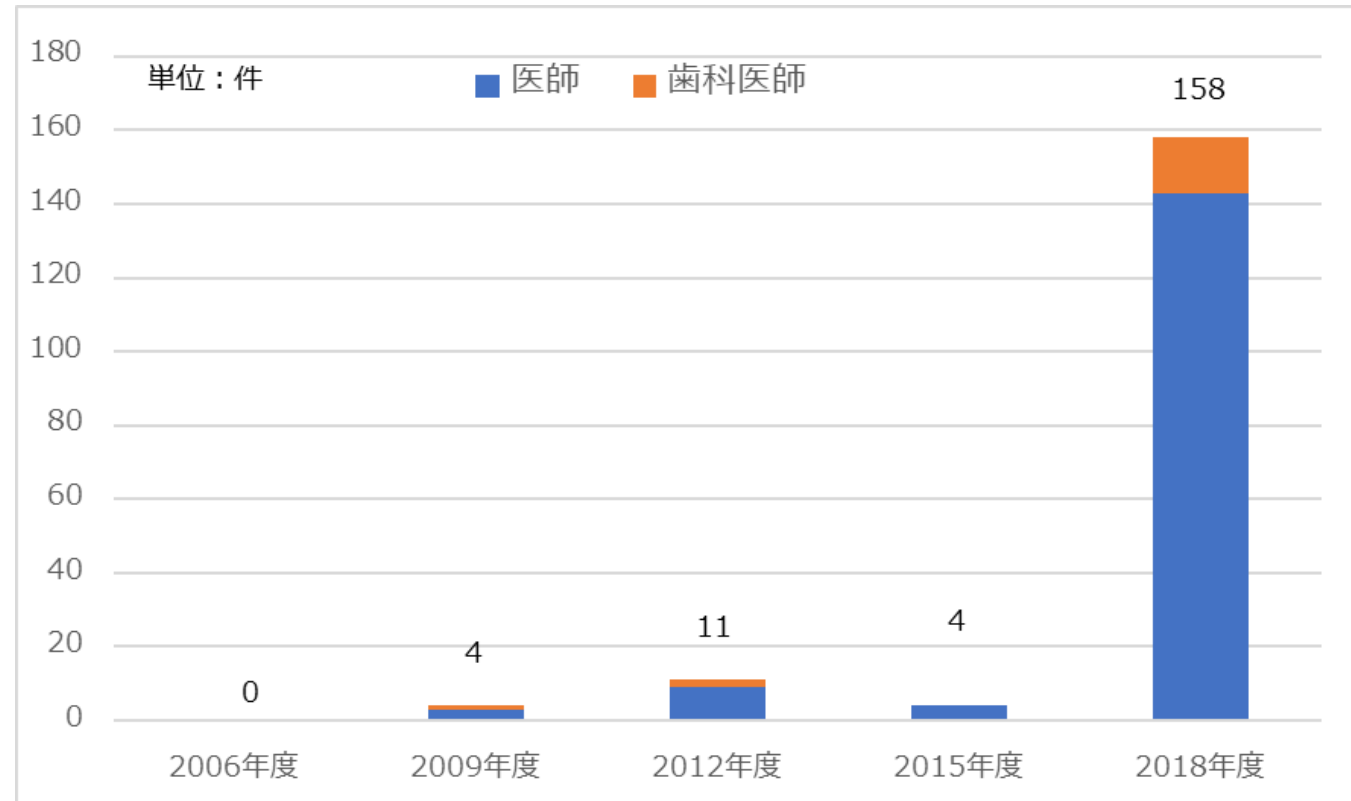
介護報酬改定における「医療化」 ～審議報告に見る登場回数～

2018年度
審議報告の前半部分
(上位5つ)

中重度者対応	16件
自立支援介護	16件
人材確保・生産性向上	9件
機能強化	6件
医療・介護連携	5件

2018年度
審議報告の後半部分
(上位5つ)

訪問リハ	20件
通所リハ	15件
特養	14件
居宅介護支援	7件
グループホーム	6件



出典：介護報酬に関する審議報告を基に作成
注：件数は歯科医師を含む。

- 介護報酬改定に関する審議報告に「医師」（歯科医師を含む）の登場回数を計算すると、2018年度は突出した数字に。
- 医療・介護連携の強化に加えて、自立支援介護の影響か？

デイサービスのADL維持加算 ～自立支援介護の一環～

項目	点数	質問内容
食事	10	➤ 自立、自助具などの装着可、標準時間内に食べ終える
	5	➤ 部分介助（例えば、おかずを切って細かくしてもらう）
	0	➤ 全介助
移乗	15	➤ 自立、ブレーキ、フットレスの操作を含む（歩行自立も含む）
	10	➤ 軽度の部分介助または監視を要する
	5	➤ 座ることは可能であるが、ほぼ全介助
	0	➤ 全介助または不可能
整容	5	➤ 自立（洗面、整髪、歯、磨き、髭剃り）
	0	➤ 部分介助または不可能
トイレ	10	➤ 自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄を含む）
	5	➤ 部分介助、体が支える、衣服、後始末に介助を要する
	0	➤ 全介助または不可能
入浴	5	➤ 自立
	0	➤ 全介助または不可能
歩行 (車いす)	15	➤ 45m以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず
	10	➤ 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5	➤ 歩行不能の場合、車椅子にて45メートル以上の操作可能
	0	➤ 上記以外
階段昇降	10	➤ 自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5	➤ 介助または監視を要する
	0	➤ 不能
着替え	10	➤ 自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5	➤ 介助または監視を要する
	0	➤ 上記以外
排便	10	➤ 失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能
	5	➤ 時に失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する者も含む
	0	➤ 上記以外
排尿	10	➤ 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5	➤ 時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0	➤ 上記以外

出典：厚生労働省資料を基に作成

10分野でADLを 100点満点で採点

➤ 予防を強化する「自立支援介護」の一環として、**デイサービスでアウトカム評価**を導入。ADL（日常生活動作）を維持できれば、事業所に加算措置。

➤ その際に**バーセル・インデックス（Barthel Index）**で評価、採点。

➔ デイサービスの質を評価しやすくなる半面、複雑な生活を数値で評価する問題点も？

今日の内容（3）

(1) はじめに

(2) 惑星直列の2018年度改定

- ①医療提供体制改革（地域医療構想、診療報酬改定）
- ②医療保険制度改革（国保の都道府県化）
- ③介護保険制度改革（介護保険改革、介護報酬改定）

(3) 自治体の動向

- ①都道府県の総合的なガバナンスの強化
- ②地域医療構想に見る実情
- ③国民健康保険の都道府県化に見る実情

(4) 今後の課題、論点

(5) おわりに

都道府県の総合的な ガバナンスの強化

～医療行政の地方分権化～

骨太方針2017の記述

～都道府県の総合的なガバナンスの強化～

- 公平な負担の観点を踏まえた**効果的なインセンティブ**を導入しつつ、「見える化」に基づく国による効果的な支援等を行うことによって、**都道府県の総合的なガバナンスを強化**し、医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した**効果的なサービスを効率的に提供する**。

①医療計画

- 地域医療構想調整会議で2年間で集中的に検討
 - ・ 国からのデータ提供、具体的な転換対応方針の策定し、議論の進め方を速やかに検討
 - ・ 都道府県知事の権限の在り方を検討
 - ・ 地域医療介護総合確保基金の重点配分
- 都道府県、市町村が統合的な整備目標を夏までに提示
- 都道府県のガバナンス強化、インセンティブ制度設定

②医療費適正化

- データの見える化
- 医療費の地域差半減に向けた見直しの推進

都道府県のガバナンス強化①

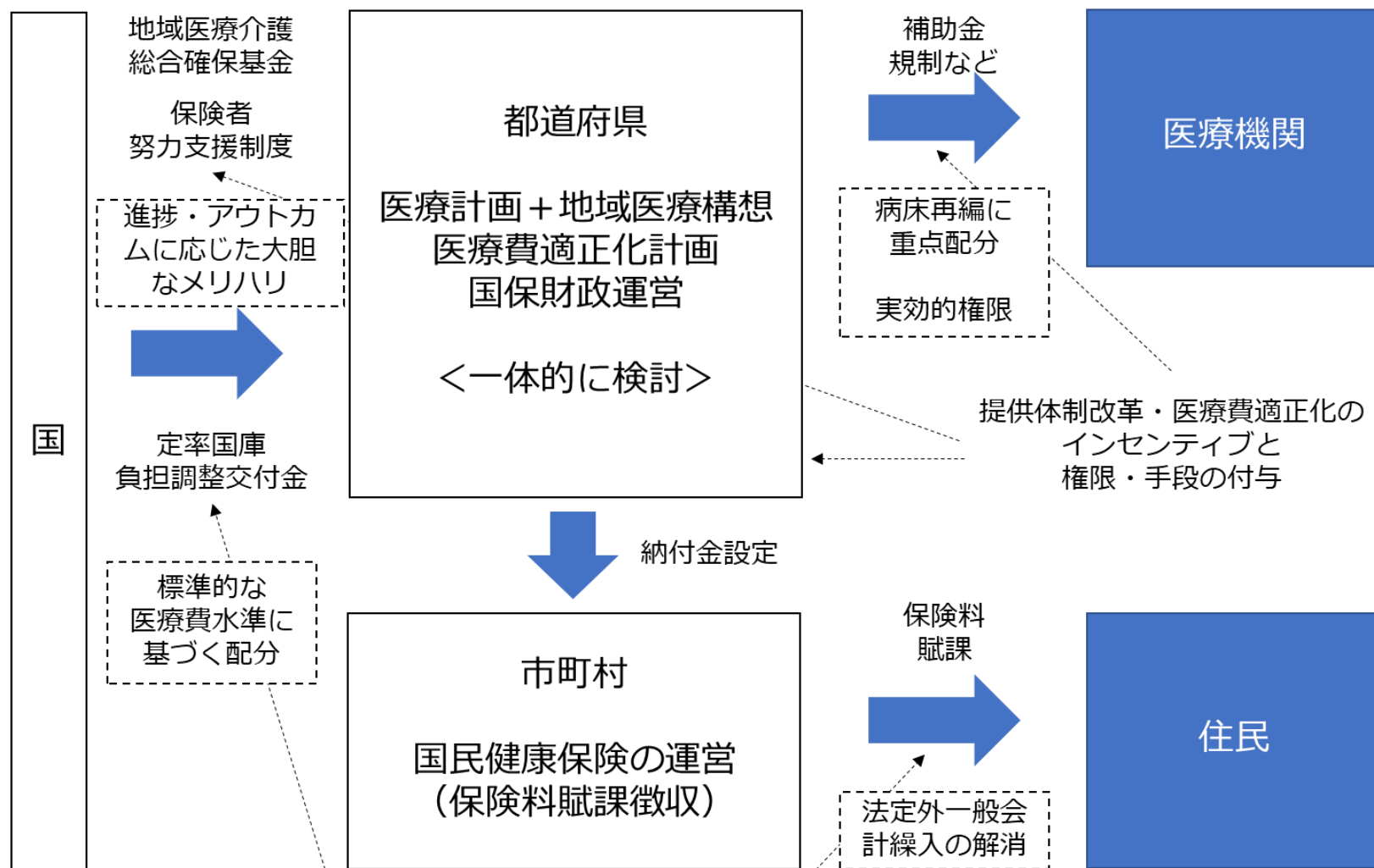
～地域医療構想と医療費適正化～

	手段・権限の付与	インセンティブの強化
地域医療構想の着実な推進	➤ 客観的・定量的指標に基づく病床機能報告の実施とこれによる進捗管理 ➤ 慢性期病床の地域差是正、受け皿への移行に向けた地域における標準的な意思決定プロセスの整備 ➤ 病床再編に向けた都道府県の権限整備	➤ 都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況 ➤ 進捗状況に応じた保険者努力支援制度等や地域医療介護総合介護基金の配分 ➤ 受益と負担の給付の牽制による保険財政運営 • 都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村ごとの納付金や標準保険料率を決定 • 標準的な医療費水準に基づく国保普通調整交付金等の配分 • 法定外一般会計繰入の解消 ➤ 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分
医療費適正化	➤ 2次医療圏、市町村など医療内容の可視化 ➤ 地域における医療関係者を含めた医療費適正化に向けた協議の枠組みの構築 ➤ 地域別診療報酬の特例活用	

出典：財務省資料を基に作成

都道府県のガバナンス強化②

～3点セット～



保険財政運営における受益と負担が牽制

出典：財務省資料を基に作成

地域医療構想の実情 ～都道府県の対応～

目的が曖昧な地域医療構想①

～病床削減？～

- 都道府県の総合的なガバナンスを強化し、医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供する。

出典：2017年6月19日、骨太方針2017

- 医療費の地域差半減に向けて、入院医療費については、地域医療構想の実現をはじめ政策的手段を駆使して取り組む。

出典：2016年12月21日、経済財政諮問会議資料

- 枕を高くして寝たいので、3,000床ぐらい削る見通しを作りたい。

出典：2016年9月16日シンポジウム、国から出向中の某県部長による発言（大意）

目的が曖昧な地域医療構想② ～病床削減ではない？～

- 地域医療構想は2025年に向けての取組であり、丁寧に調整を行っていくこと。（中略）単純に「我が県は●●床削減しなければならない」といった**誤った理解**とならないようにお願いします。

出典：2015年6月18日、厚生労働省地域医療計画課長通知

- 機能分化と連携の推進、つまり役割分担をはっきりさせて、お互い連携することが目的で、**削減の施策ではありません**。役割分担を明確にして連携した方が、医療提供の効率性という点で国民側のメリットも大きいし、経営資源の選択と集中による効率化など、医療機関の経営上のメリットにもつながる。

出典：『フェイズ・スリー』2015年11月号、厚生労働省担当官（当時）のコメント

分析の枠組みと方法論 ～2つの視点で分析～

- 地域医療構想には「**病床削減による医療費適正化**」、「**切れ目のない提供体制構築**」という2つの目的が混在していると考え、2つの目的に沿って制度化の背景やプロセス、国の動向などを分析。
- さらに、地域医療構想の本体や各都道府県のウェブサイトを通じて、**病床数、構想で用いられた文言、検討の場に加わった関係者の顔触れ、策定プロセスなどをデータベース化し、2つの目的で整理。**
- 都道府県担当者に対するヒアリングを通じて、問題意識、見通しなどを調査。

病床削減の視点 ～政府文書の文言～

<2008年9月、社会保障国民会議中間報告>

- 国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化。
- 専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実。

<2012年1月、社会保障・税一体改革素案>

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。
- 病院・病床機能の分化・強化・急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

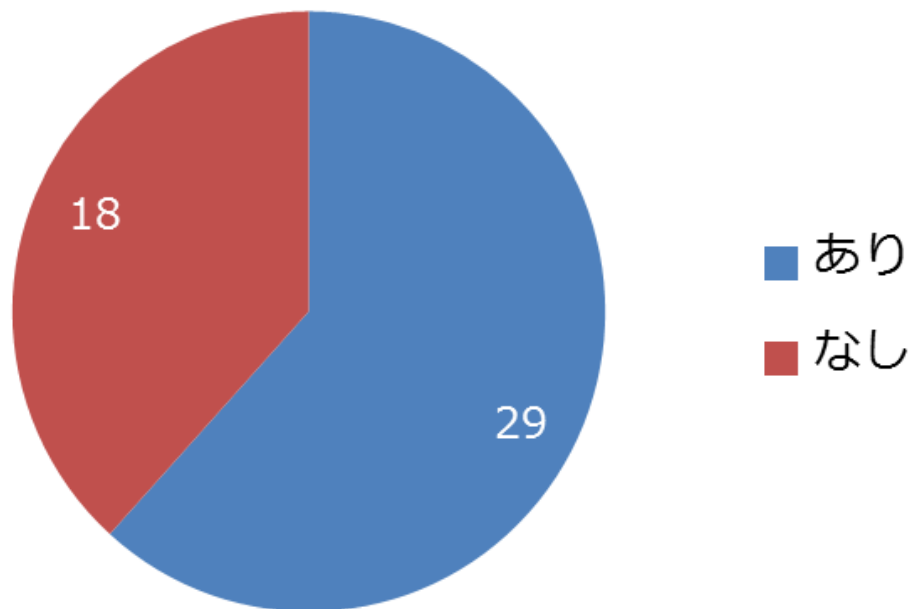
<2013年8月、社会保障制度改革国民会議報告書>

- 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。

病床削減に向けた姿勢①

～必要病床に関する言及～

必要病床数が削減目標ではないことを明記したかどうか



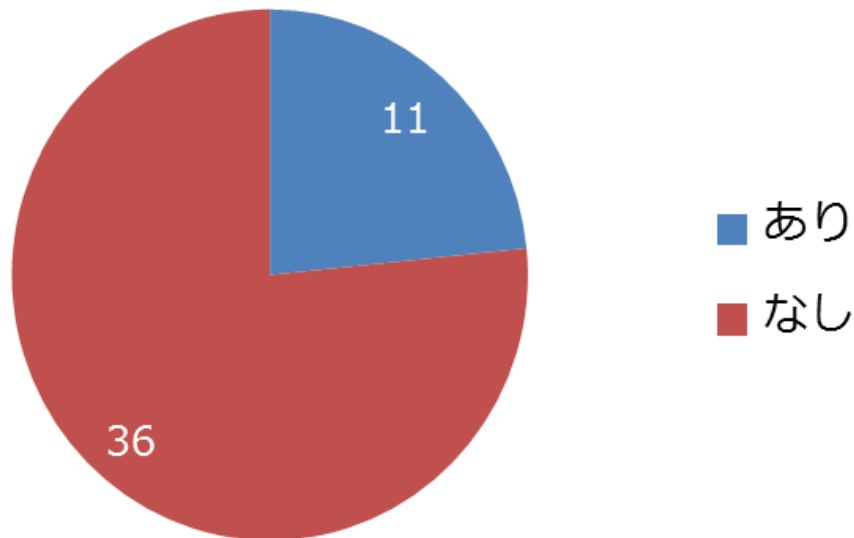
出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

注：「強制的に削減するものではない」「機械的に当てはめない」といった表現を特記しているケースを「あり」と見なし、地域医療構想の一般的な説明として「自主的な判断」と書いている場合は「あり」にカウントしていない。

- 29道府県が**必要病床数を削減目標ではない**と明示。
- 国は2015年5月、「**必要病床＝削減数**」ではないことを都道府県に通知。
- 病床削減を恐れる日本医師会は目標ではないことを明記するよう要請していた。

病床削減に向けた姿勢② ～権限行使に関する言及～

構想で知事の権限に言及したかどうか



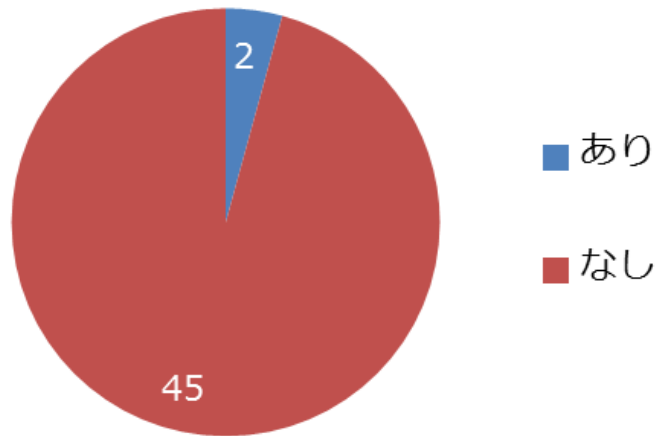
出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

- 「強化」されたとする知事の権限について、**11道府県が言及していたが**、ヒアリングでは「行使できないのに、『強化された』と言わない方がよい。医療機関の不信感を招きかねない」との声が出るなど、**全都道府県が現時点の行使に慎重。**

病床削減に向けた姿勢③

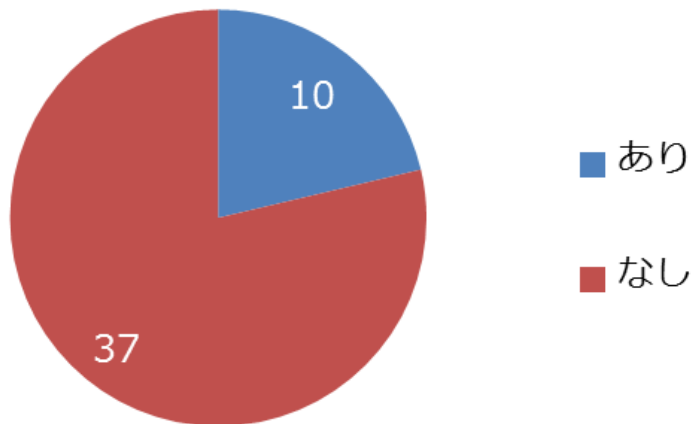
～国保改革、医療費適正化の言及～

国保都道府県化への言及があるか



➤ 国保の都道府県化、医療費適正化計画に言及したのは少数派。**明確にリンクさせたのは奈良県だけ。**

医療費適正化計画への言及があるか

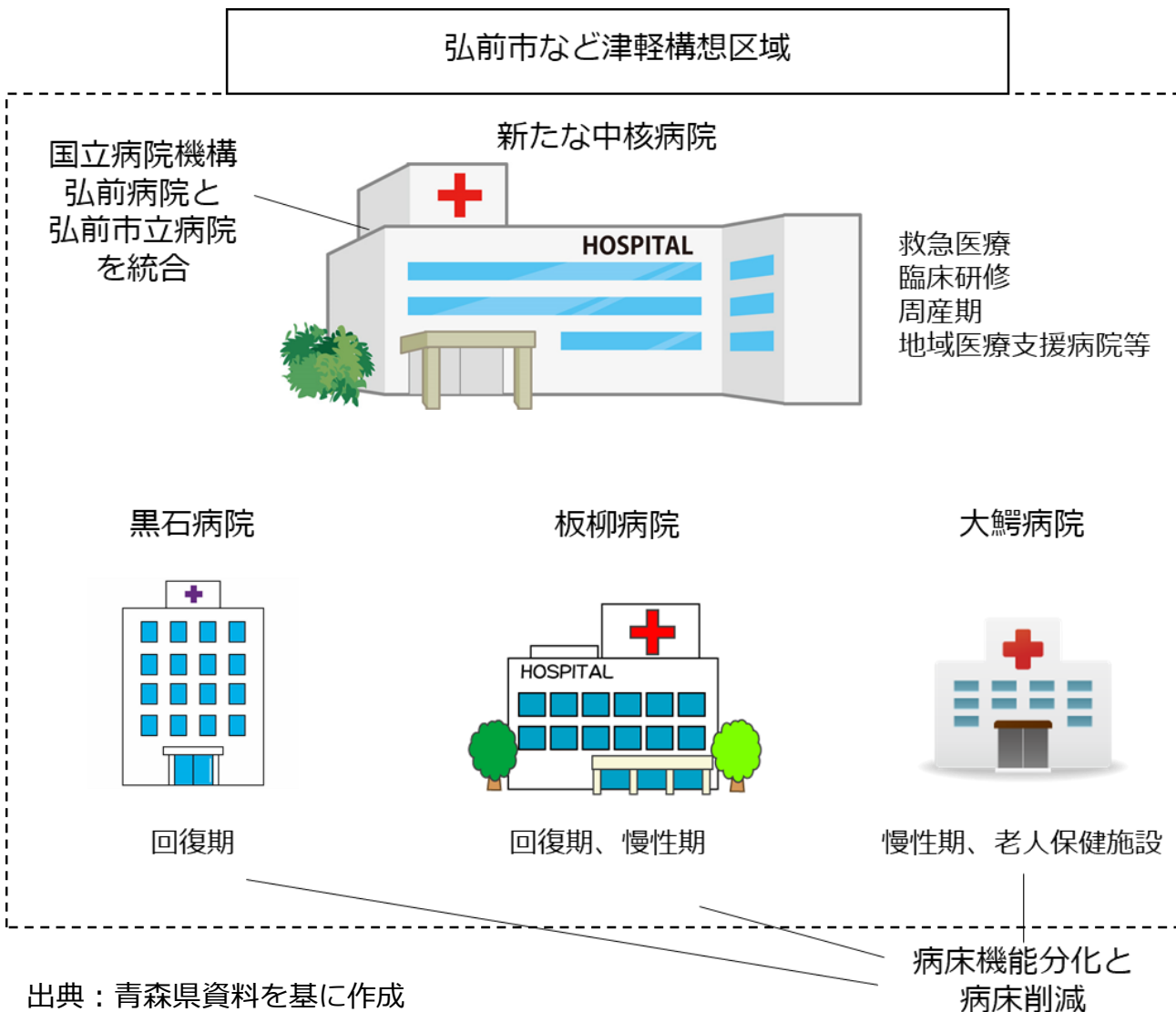


➤ ヒアリングでは「**医師会が地域医療構想を医療費削減の手段と警戒しかねないので、議論をリンクさせなかった**」との声が出ていた。

➔ 「ガバナンス」強化を促す国の認識との間にギャップ？

病床削減に向けた姿勢④

～先行した「青森方式」～



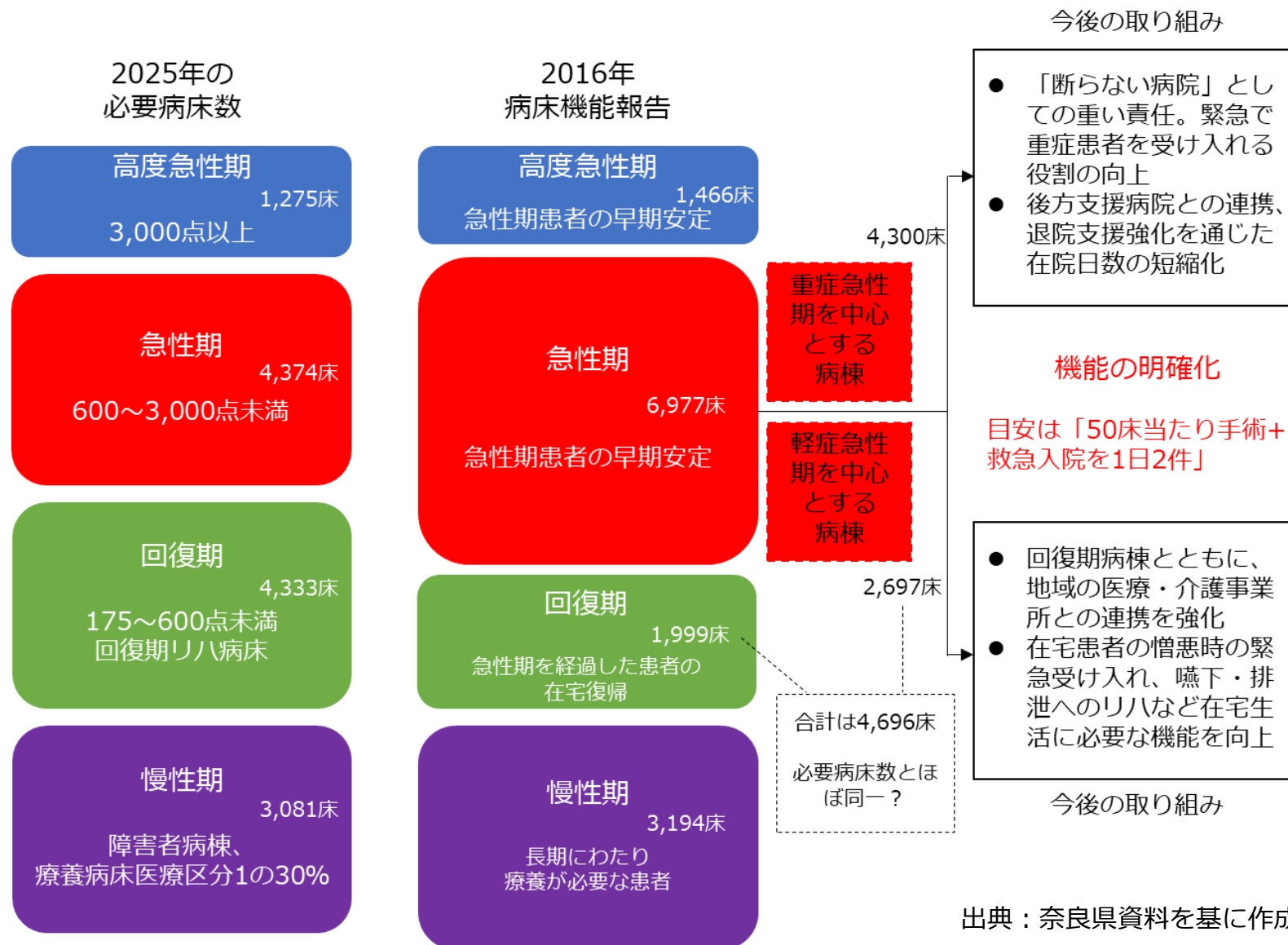
➤ 青森県は地域医療構想を策定した時点で、地域の医療機関の役割を明示。

➤ 弘前市を含む津軽構想区域では病院統合と病床機能分化を推進。

➔ 自治体病院が4分の1を占める地域特性？

病床削減に向けた姿勢⑤

～急性期を厳格化する「奈良方式」～



提供体制構築の視点①

～医師会の主張～

- （注：2008年6月の社会保障国民会議報告書で）急性期に医療資源を集中投入する方針が示され、これにNoと言いました。急性期だけでなく慢性期・在宅まで切れ目なく（注：提供することが）大事であって優劣はないと一貫して主張した。
- 次に、2011年11月に厚生労働省は「急性期病床群」（仮称）の認定制度を提案されました。これに対し、認定される施設とされない施設では診療報酬で大きな差がつき、特に地方では急性期医療が提供できなくなると反対したのです。
- そこで日本医師会是对案を出しました。まずは地域医療の実情を自主的に報告してもらい、（注：地域の関係者が）検討・分析する。そのうえで、皆が相談して地域の実情に応じた医療のビジョンを地域ごとに策定することに決着し、今に至っています。

提供体制構築の視点②

～民間中心～

開設者別で見た病院の数

	病院数	割合 (%)
国	329	3.9
公的医療機関	1 227	14.5
社会保険関係団体	55	0.7
医療法人	5 737	67.4
個人	266	3.4
その他	866	10.2

出典：厚生労働省「医療施設調査・病院報告の概況」

注：2015年10月現在。

- 日本の医療提供体制は民間法人や個人が7割程度を占めており、都道府県が構想を作っただけでは無意味。
- 民間医療機関との連携・協力なしに、あるべき提供体制の構築は困難。

提供体制構築の視点③

～関係者は医療に限らない～

地域包括支援センターによる連携コーディネート

【予防】 保健 かかりつけ医 近隣の見守り	連携 ①	【病院】 医療機関の 役割分担	連携 ②	【在宅】 介護 看護	連携 ③	【地域】 インフォーマル資源 社協活動
---------------------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	----------------------------------

	機能	主体
連携 ①	○ 保健活動による早期発見 ○ 前方連携（患者紹介） ○ 近隣の見守り・緊急時連絡	○ 保健師（行政、地域包括支援センター） ○ かかりつけ医 ○ 地域住民
連携 ②	○ 退院支援 ○ 医療・福祉（介護）連携	○ 医師、看護師、リハビリ職 ○ MSW ○ ケアマネジャー ○ かかりつけ医 ○ 地域包括支援センター
連携 ③	○ 地域自立生活支援 ○ インフォーマル資源の活用	○ 地域住民 ○ 社会福祉協議会 ○ ケアマネジャー ○ 地域包括支援センター

提供体制構築に向けた姿勢①

～策定プロセスでは関係者が参画～

単位：都道府県数	Yes	No	不明
医師会関係者がトップか	24	8	15
介護・福祉関係者が参加していたか	22	19	6
市町村関係者が参加していたか	36	5	6
住民団体が参加していたか	19	22	6

出典：各都道府県の地域医療構想、ウェブサイトを基に集計・作成

注1：構想やウェブサイトの検証を通じて、①「実質的な検討の場」を設定、②委員名簿など構成メンバーを検証、③医師会関係者は必ず入っていることが予想されるため、検討の場のトップに就いているかどうか検証—という手法を取った。このうち、①については、都道府県全域をカバーする専門的な検討組織（例：専門部会）を医療審議会の下に置いている場合、これを検討の場と見なし、その開催頻度が少ない場合、構想区域単位の会議を検討の場と位置付けた。

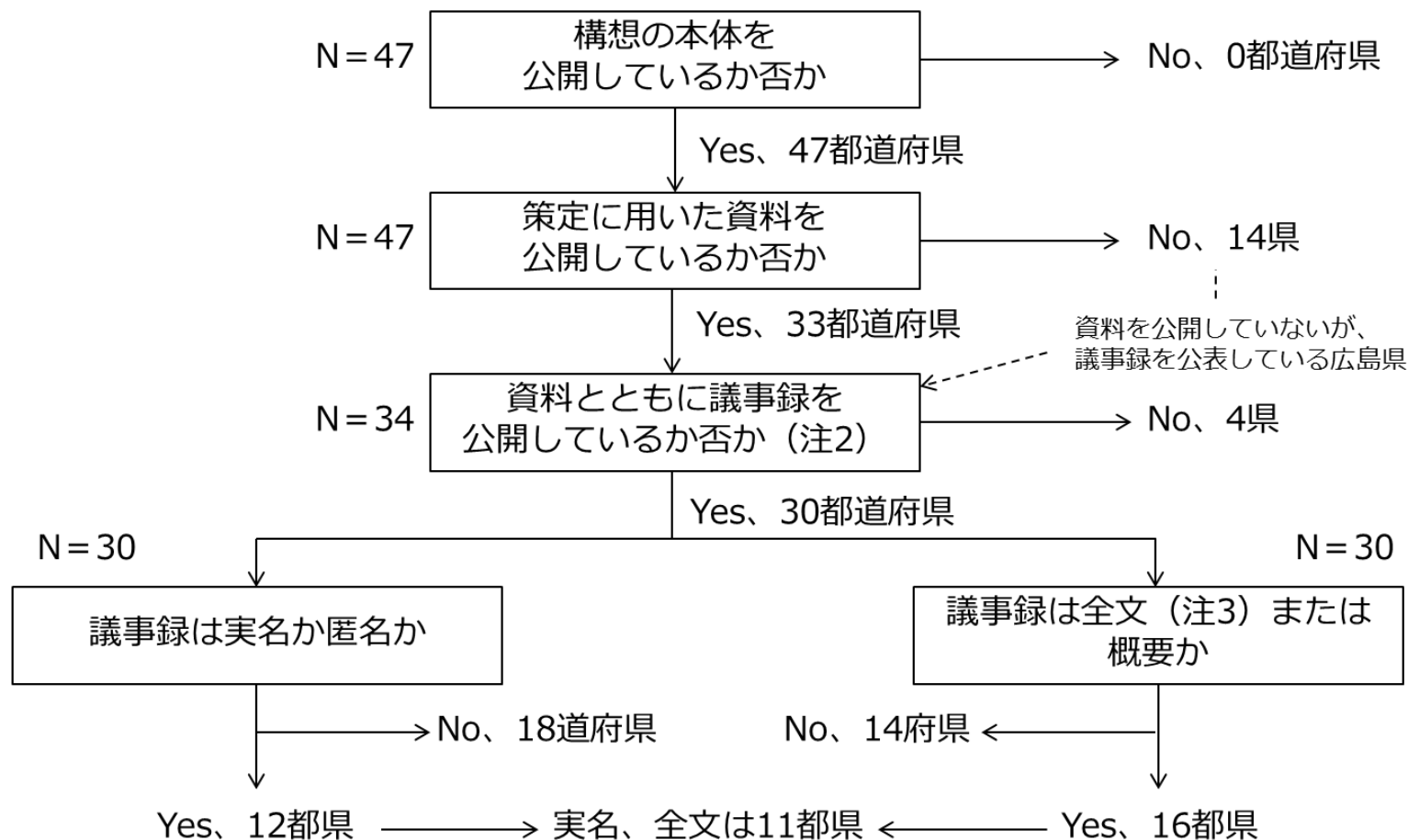
注2：不明は構想、ウェブサイト、議事録などを通じても判明しなかったケース。

注3：実質的な検討の場が構想区域単位の場合、一部の区域だけで医師会関係者、介護・福祉関係者が参加しているケースについても、ここでは「Yes」に含めた。

注4：ウェブサイトは2017年3月31日現在。

提供体制構築に向けた姿勢②

～議事録公開～



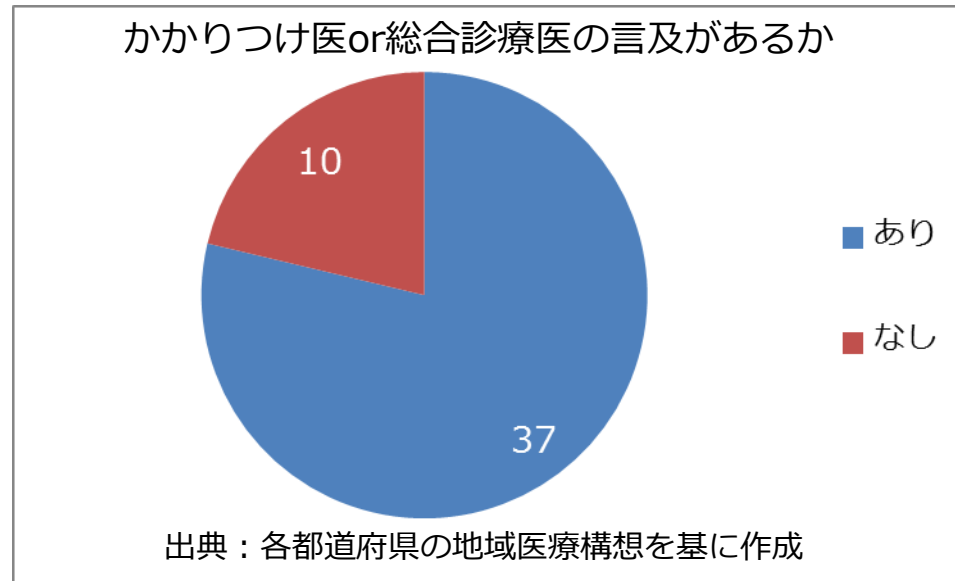
出典：各都道府県の地域医療構想、ウェブサイトを基に作成

注1：全域をカバーする専門的な検討組織（例：専門部会）を「実質的な議論の場」と見なし、開催回数が少ない場合、区域単位の会議でカウントした。

注2：会議の結論だけ公開しているケースも含む。

注3：発言ややり取りが分かる詳しいケースは「全文」に含む。

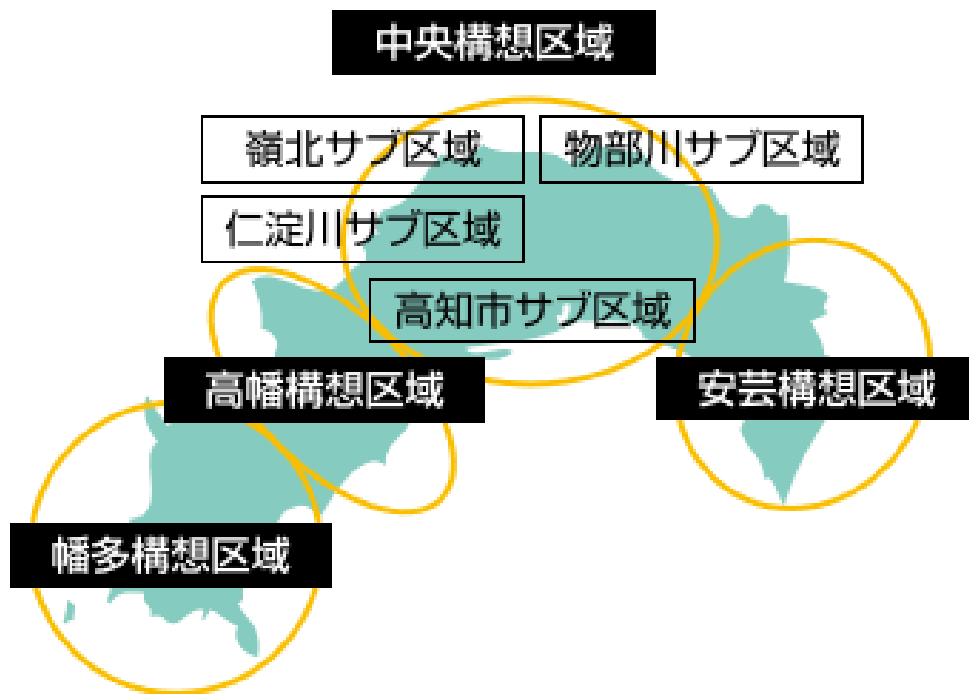
提供体制構築に向けた姿勢③ ～かかりつけ医等への言及～



- かかりつけ医や総合診療医に期待する機能として、
（a）患者が適切な医療機関を選べるようにする支援、（b）疾病管理や生活習慣病、（c）在宅医療の充実、（d）病院・診療所連携、（e）医療・介護連携、（f）過疎地医療—など。

提供体制構築に向けた姿勢④

～高知県の「サブ区域」～



出典：高知県地域医療構想を基に作成

- 慢性期削減後の受け皿づくりとして、中央医療圏では**保健所単位の「サブ区域」**を4つ設置。
- かかりつけ医機能、保健・介護・福祉連携、回復期リハビリ、退院調整など**日常的な医療**を展開。市町村との連携も視野。

➔ 病床再編・削減だけでなく、日常的な医療から医療提供体制を構築

提供体制構築に向けた姿勢⑤

～合意形成に力点を置く「佐賀方式」～

平成 28 年 12 月 15 日
佐賀県地域医療構想調整会議決定

佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領（案）

医療法第30条の14に基づく協議について、佐賀県地域医療構想調整会議運営要綱第6条の規定に基づき、以下のとおり定める。

第1 地域医療構想調整会議において協議を要する事項

（1）地域医療支援病院及び特定機能病院の医療機能の大幅な変更等

地域医療支援病院及び特定機能病院は、地域における中核医療機関としての役割が期待されていることから、医療機能の大幅な変更等を予定している場合には、地域医療支援病院等の開設者又は管理者（以下「開設者等」という。）は、変更前に地域医療構想調整会議において、変更の趣旨、変更後の医療機能等を説明することとする。

医療機能の大幅な変更等とは、回復期機能・慢性期機能を有しない地域医療支援病院等が新たに回復期機能・慢性期機能を有することや、従来有していた回復期機能・慢性期機能の病床を増床するなど、地域の医療機関との機能分化・連携に影響を及ぼすおそれがあるものを指す。

（2）医療機関の統合

医療機関の統合は、地域における医療提供体制に影響を及ぼすおそれがあることから、統合を予定している医療機関の開設者等は、統合前に地域医療構想調整会議において、統合の趣旨、統合後の医療機能等を説明することとする。

統合とは、複数の医療機関の廃止届と新たな医療機関の開設許可申請が、実態とし

- 地域医療構想調整会議で「協議を要する事項」「協議できる事項」を合意。
- 前者では、地域の医療提供体制に大きな影響を及ぼす事項として、①地域医療支援病院、特定機能病院の大幅な機能変更、②医療機関の統合—などを明記。
- 後者では、①医療機能の大幅な変更などで他の医療機関の理解を求めることが必要と判断する場合、②県が必要と判断した場合、③調整会議メンバーが必要と判断した場合—を規定。

➔医療機関の「抜け駆け」を制限

地域医療構想の成果

～提供体制構築に向けた積極姿勢～

- 都道府県のスタンスを総合すると、**病床削減による医療費適正化については消極的**だった。
 - しかし、①地元医師会など関係者と協力・連携しつつ構想を策定した、②かかりつけ医に言及するなど生活を支える医療の重要性に言及した—といった点を見ると、**切れ目のない提供体制構築について、都道府県が前向きとなっている**と評価できる。
- ➡これまで病床規制を除くと医療計画は「**役人の作文**」に過ぎなかったが、都道府県の姿勢に変化？

国保の都道府県化の実情 ～都道府県の対応～

曖昧な厚生労働省のパンフレット ～2つの目的～

効果① 都道府県内での保険料負担の公平な支え合い

新しい財政運営の仕組み

- 都道府県内で保険料負担を公平に支え合うため、都道府県が市町村ごとの医療費水準や所得水準に応じた国保事業費納付金（保険料負担）の額を決定し、保険給付に必要な費用を全額、保険給付費等交付金として市町村に対して支払います。これにより、市町村の財政は従来と比べて大きく安定します。
- 都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）し、市町村間で比較できるようになります。

保険料の賦課・徴収

- 市町村はこれまで個別に給付費を推計し、保険料負担額を決定してきましたが、今後は都道府県に納付金を納めるため、都道府県の示す標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、それぞれの保険料率を定め、保険料を賦課・徴収します。

効果② サービスの拡充と保険者機能の強化

- 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、市町村との協議に基づき、都道府県内の統一的な運営方針としての国民健康保険運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進していきます。
- 広域化により、平成30年度から、同一都道府県内で他の市町村に引っ越した場合でも、引っ越し前と同じ世帯であることが認められるときは、高額療養費の上限額支払い回数のカウントが通算され、経済的な負担が軽減されます。
- 今後、市町村は、より積極的に被保険者の予防・健康づくりを進めるために様々な働きかけを行い、地域づくり・まちづくりの担い手として、関係者と連携・協力した取組を進めます。

出典：厚生労働省資料

- 国民健康保険制度改革の効果として、厚生労働省は「保険料負担の公平な支え合い」「サービスの拡充と保険者機能の強化」を挙げている。
- しかし、公平な支え合いと「見える化」の関係が分かりにくい。
- サービスの拡充として、同一都道府県内で何度引っ越しても高額療養費の上限が通算される点を挙げているが、余りにもインパクトが小さく、給付抑制の文脈で使われる「保険者機能の強化」と並べている点も分かりにくい。

当初の説明

～財政安定化、リスク構造調整～

- （注：1961年に）それまで国保がなかった市町村にも国保を実施してもらう改革が行われ、国民皆保険が確立しましたが、**約50年ぶりの抜本的な改革**といえます。
- 国保改革の狙いは3つです。**1つは「財政基盤の飛躍的な強化」**で、毎年3,400億円の公費を投入します。
- 2つめは**「保険者の集約」**で、財政単位を拡大することです。（略）医療費の支払の最終責任は都道府県にあるということになります。
- 3つめは**「リスク構造調整」の導入**です。（略）国保の新しい体制下で保険料については主に2つの要素で決まっています。1つは医療費の水準。医療費の水準といっても中高年の被保険者が多ければ高くなってしまいますが、年齢補正後の医療費です。もう1つは所得水準です。**年齢補正後の医療費と所得水準に応じた保険料の賦課が実現することになります。**

都道府県主体の医療費適正化 ～提供体制とのリンク～

- 地域医療構想の策定等の主体である都道府県が国保の財政運営の責任となることにより、**都道府県が医療保険と医療提供体制の両面**をみながら、地域の医療の充実を図り、良質な医療が効率的に提供されるようになることが期待される。

出典：2016年4月28日、厚生労働省「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」

- 効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、**更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担う**ことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。

出典：2013年8月6日、社会保障制度改革国民会議報告書

- 大きな流れとして**供給も保険の費用負担も（注：都道府）県単位に考えるのが**適当。

出典：2008年10月2日記者会見における厚生労働省の江利川毅事務次官の発言

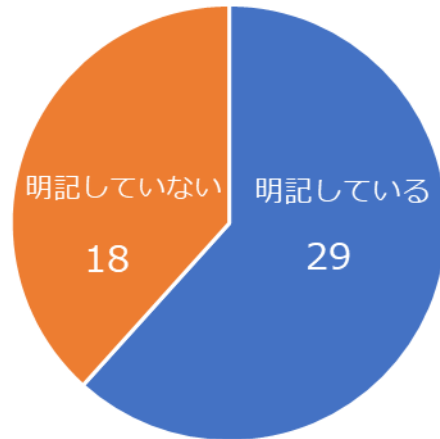
分析の枠組みと方法論 ～2つの視点で分析～

- 国民健康保険の都道府県化には「負担と給付の関係明確化（見える化）」、「医療行政の地方分権化」という2つの意義があると考え、これに沿って制度化の背景やプロセス、国の動向などを分析。
- さらに、計画的な赤字処理に向けたスタンス、財政安定化基金の説明、都道府県内の保険料統一化に向けたスタンス、医療計画との関係といった視点で、国民健康保険運営方針の文言を精査し、都道府県のスタンスを2つの意義で整理。

「見える化」に向けた姿勢①

～赤字の計画的解消に関する言及～

赤字処理の年度を明記しているか

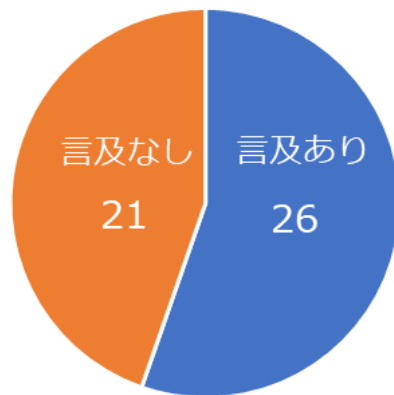


出典：各都道府県の国民健康保険運営方針を基に作成

- 国民健康保険運営方針の策定に向けて、国の策定要領は「**5年以内の計画を策定、段階的に赤字を削減、できるかぎり赤字を解消するよう努める**」と例示。
- これに対し、**29道府県が赤字処理の年度**を明記。
- 中でも千葉県、大阪府、奈良県、佐賀県は2017年度以前の赤字と、2018年度以降の赤字を切り分けて処理する方針を明示。
- 29道府県のうち、25道府県が5～6年のスパンを設定。
- 和歌山県は10年、千葉県は2年、奈良県、佐賀県は原則として1年で処理する方針

「見える化」に向けた姿勢② ～財政安定化基金に関する言及～

財政安定化基金の説明に際して、
法定外繰入の制限に言及しているか



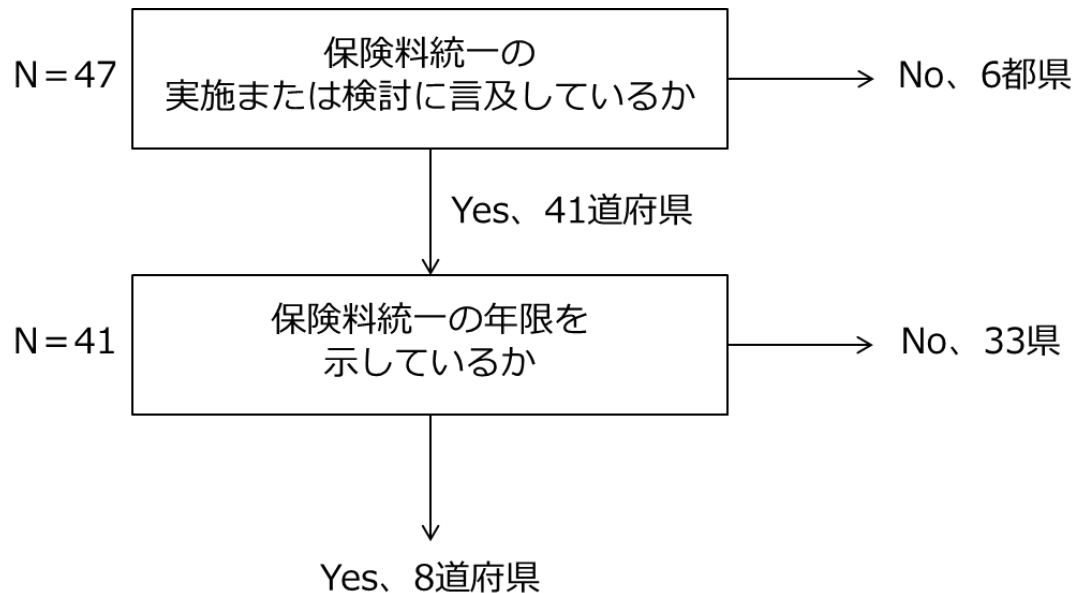
出典：各都道府県の国民健康保険運営方針を基に作成

- 介護保険制度で初めて導入された時の経緯を考えると、本来は法定外繰入の制限とセットだが……。

- 国の策定要領は財政安定化基金を説明する際、「**法定外の一般会計繰入を行う必要がないよう**都道府県に財政安定化基金を設置」と規定。
- しかし、運営方針での記述を見ると、財政安定化基金の説明に際して、**法定外繰入の制限に言及したのは26道府県**にとどまった。
- ➔ 法定外繰入の継続に向けた「逃げ道」？

「見える化」に向けた姿勢③ ～保険料統一に関する言及～

運営方針における保険料統一の記述

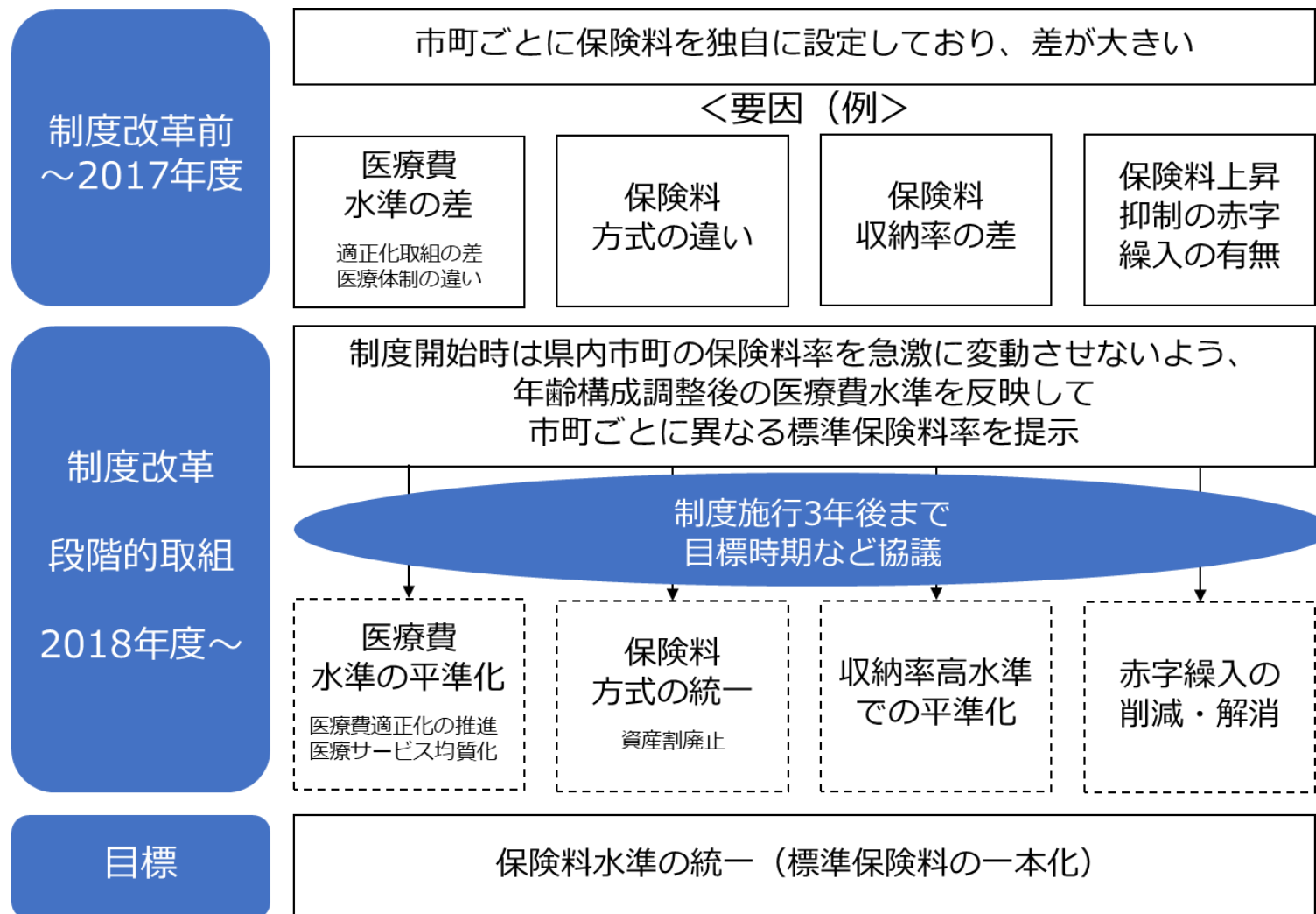


出典：各都道府県の国民健康保険運営方針を基に作成

- 大阪府と奈良県は6年間の経過措置を経て実施。北海道、岐阜県、滋賀県、広島県も6年程度、和歌山県は2027年度、沖縄県は2026年度と記述。

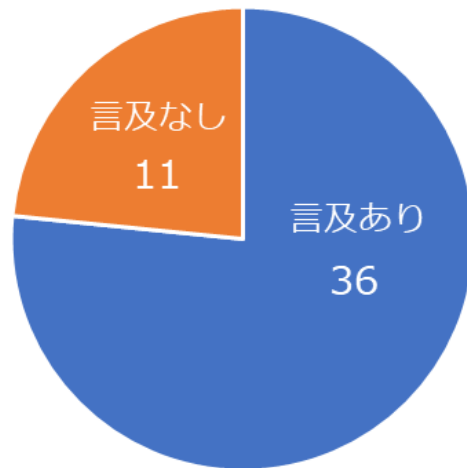
- 策定要領は「**地域の実情に応じて、二次医療圏ごと、都道府県ごとに保険料を一本化することも可能**」と記述。
- 運営方針では表記にバラツキが見られ、YesまたはNoの二元論では分類が不可能。
- 「実施または検討」が**41道府県**だったが、**統一の年限を示したのは8道府県**にとどまった。

「見える化」に向けた姿勢④ ～保険料統一が困難な理由～



医療行政の地方分権化に向けた姿勢 ～医療計画に関する言及～

医療計画に言及しているか



出典：各都道府県の国民健康保険運営方針を基に作成

- 医療費適正化計画との整合性or医療費適正化策（例：収納率向上、健診強化）については、全ての都道府県が言及。

➤ 国の策定要領は「都道府県が**医療保険と医療提供体制の両面**を見ながら、地域の医療の充実を図り、良質な医療が効率的に提供されるようになることが期待される」と記述。

➤ これに対し、運営方針で医療計画に言及したのは**36道府県**だった。

➡ 国は「総合的なガバナンスの強化」を掲げるが、都道府県とは依然として温度差？

国民健康保険の都道府県化の成果 ～「見える化」には課題？～

- 都道府県のスタンスを総合すると、**半数程度が赤字解消のメド**を立てており、一部には積極的な動き。
- ただ、約半分が財政安定化基金の説明に際して、法定外繰入の制限に言及していなかった。
- 保険料統一は中長期的な課題になる公算。
- 医療計画との整合性については、一部で忌避と見受けられる傾向が見られた。
- ➔ 一部に前向きなスタンスがあるが、**負担と給付の関係の明確化「見える化」、医療行政の地方分権化**には課題？

今日の内容（4）

（1）はじめに

（2）惑星直列の2018年度改定

- ①医療提供体制改革（地域医療構想、診療報酬改定）
- ②医療保険制度改革（国保の都道府県化）
- ③介護保険制度改革（介護保険改革、介護報酬改定）

（3）自治体の動向

- ①都道府県の総合的なガバナンスの強化
- ②地域医療構想に見る実情
- ③国民健康保険の都道府県化に見る実情

（4）今後の課題、論点

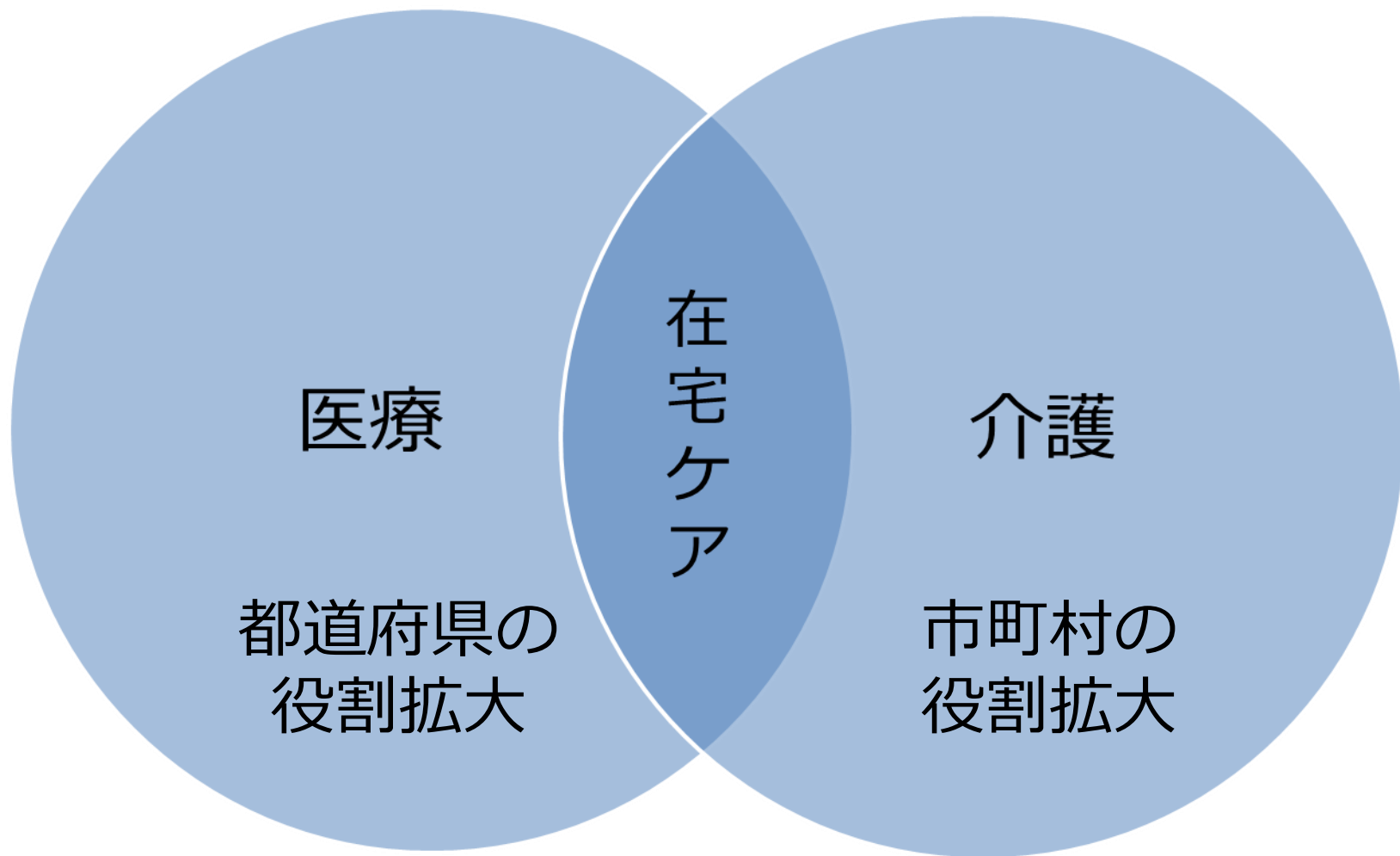
（5）おわりに

提供体制の論点①

都道府県と市町村の連携

都道府県、市町村との連携①

～在宅ケアでポテンヒット？～



都道府県、市町村との連携②

～在宅医療・介護連携推進事業～

事業の内訳	事業の内容
地域の医療・介護資源の把握	➤ 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集。 ➤ これらの情報を整理し、リストやマップなど必要な媒体を選択して共有・活用。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	➤ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	➤ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。
医療・介護関係者の情報共有の支援	➤ 情報共有シート、地域連携パスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有支援。 ➤ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	➤ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置などによる在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。
医療・介護関係者の研修	➤ 地域の医療・介護関係者がグループワークなどを通じ、多職種連携の実際を習得。 ➤ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催。
地域住民への普及啓発	➤ 地域住民を対象にしたシンポジウムなどの開催。 ➤ パンフレット、チラシ、HPなどを活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発。 ➤ 在宅での看取りについての講演会の開催。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	➤ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村などが連携し、広域連携が必要な事項について検討。

都道府県、市町村との連携③

～4つの機能に整理～

機能	医療・介護で期待される事務
広域	・ 2次医療、3次医療 ・ 医師確保、研修 ・ 退院支援や連携パスについての共通ルール作成 ・ 国民健康保険制度の運営
連絡調整	・ 同じ2次医療圏に属する市町村同士の連携
補完	・ 保健所業務や福祉事務所の業務に関する小規模市町村の支援
支援	・ 医師会との関係構築 ・ レセプトの提供や分析 ・ 専門人材の育成や研修

出典：市川喜崇（2011）「都道府県の性格と機能」『公的ガバナンスの動態研究』ミネルヴァ書房を基に作成

- 地方自治法の規定に沿って、都道府県の事務を4つに整理した行政学の先行研究を踏まえて整理。
- 医師会との連携、レセプトの提供や分析、専門人材の育成などの支援業務が重要に。

都道府県と市町村の連携④

～市町村の意識～

市町村が考える課題

回答項目	団体数
ノウハウ不足	1,294
行政と関係機関の協力関係構築	1,204
事業推進を担う人材確保	1,174
地域医療・介護資源の不足	1,138
指標設定など事業評価の難しさ	1,047
事業の必要性	1,007
多職種間連携の協力関係	983
関係機関との最終的な合意形成	964
隣接する市町村との広域連携	905
将来的な事業の姿をイメージできない	842
予算確保	810
行政内部の連携	787
提供実態を把握できていない	513
その他	72
特に無い	6

市町村が都道府県に望んでいる支援策

支援項目	団体数
医師会など関係団体との調整	1,208団体
広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議	1,200団体
在宅医療介護連携事業に関する研修、情報提供	1,119団体
在宅医療や介護資源に関するデータ提供	1,079団体
医療機関との調整	1,022団体
相談窓口に配置する相談員の研修・育成	981団体
多職種研修の企画・運営の技術的支援	963団体
市町村間の意見交換の場	881団体
その他	79団体
特に無い	23団体

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：2016年8月現在。

注2：調査対象は1741市区町村。

注3：複数回答可。

- 市町村はノウハウ不足、医師会などとの協力関係、人材確保、地域資源の不足を「課題」として意識している。
- 市町村は都道府県に対し、医師会などとの調整、広域連携、職員研修、データ提供などを要望。

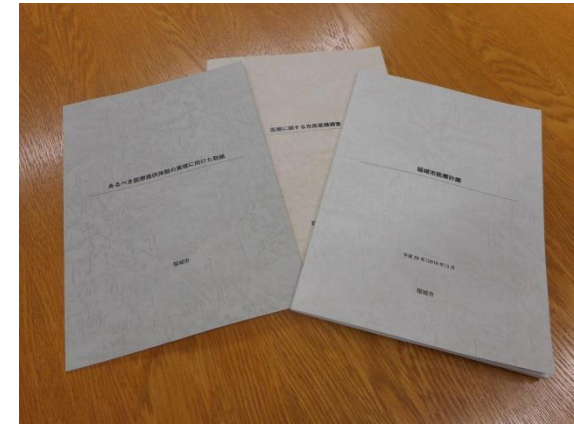
都道府県、市町村との連携⑤

～稲城市の事例～

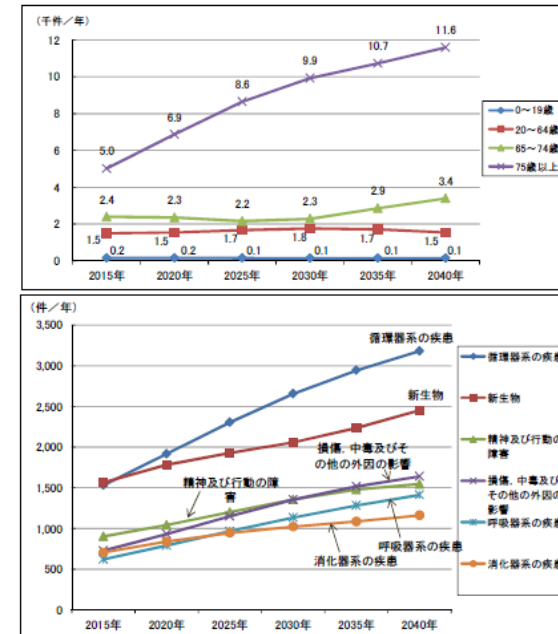
2018年4月14日
阪大東京研究会/p74

- 国保と後期高齢者のレセプトを基に、**市民の受療行動**を把握。
- 市民に医療・介護のニーズ、地区医師会に在宅医療の現状と課題などを聞く**アンケート**を実施。
- 地域包括支援センターごとに在宅医療・介護資源を地図に明示。
- 計画の別冊として、「**あるべき医療提供体制の実現に向けた取組**」を提示。

➡在宅医療や介護との連携を含めて、医療政策について、市として望ましいと考える方向性を提示



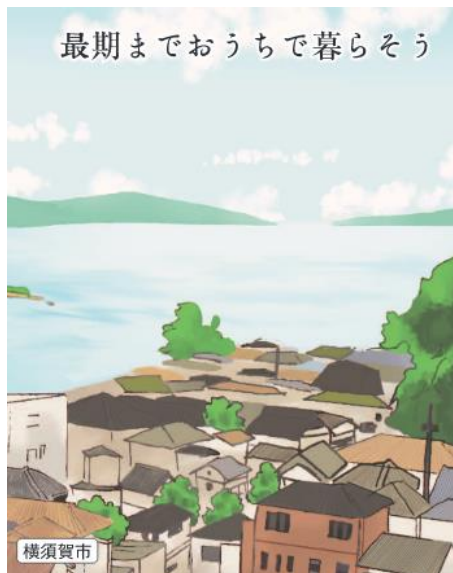
【入院需要推計(年齢・疾病)】



出典：稲城市ウェブサイトから抜粋

都道府県、市町村との連携⑥

～横須賀市の事例～



- 地元医師会と連携しつつ、2011年度から在宅療養環境の整備に乗り出しており、**多職種連携**や**市民向け啓発**を推進。
- 多職種連携では、医療機関や薬局、介護事業所の専門職が参加するワークショップなどを頻繁に開催。連携を進める際の留意点を記した「**エチケット集**」を策定。
- 市民向け啓発では、留意点や制度紹介などを盛り込んだ「**最期までおうちで暮らそう**」「**ときどき入院・入所 ほほ在宅**」というガイドブックを作成。
- 実態把握と関係者との情報共有に向け、独自の指標として「**地域看取り率**」を設定。

提供体制の論点②

住民への情報共有・情報開示

住民自治、住民参加の発想 ～団体自治との関係性～

- 行政学では「団体自治」「住民自治」に区分され、今回の地域医療構想は医療行政における都道府県の団体自治を強化する動き。実際、切れ目のない提供体制構築という視点では、先進的な地域医療構想が生まれているが、住民自治を担保しなければ、団体自治の意味は減退。
- 住民代表枠は確保されていたが、情報開示・情報共有など多様な参加者による合意形成には一層の対応が必要。
- 団体自治：国から自治体に多くの権限を移譲することによって自治体の仕事の範囲を広げ仕事量を増やすこと、自治体による事務事業執行に対する国の統制を緩和すること。
- 住民自治：住民が自治体の運営に日常的に参加し、住民の総意に基づいて自治体政策が形成・執行されるように仕組みを変革していくこと。

提供体制の論点③

地域医療構想と
診療報酬の整合性

地域医療構想と診療報酬の整合性 ～両者の役割分担は？～

- 地域で話し合った結果が報酬で裏打ちされることが重要であり、地域の実情を全然考えず、霞が関で設定した診療報酬が誘導することは、地域医療構想のコンセプトにはありません。

	診療報酬	地域医療構想 (医療計画)
主体	厚生労働省	都道府県
適用地域	全国一律	構想区域 (2次医療圏)
改正までの 期限	2年周期	2025年を想定 (6年周期)

出典：演者作成

- (注：地域医療構想が描く) 医療提供体制に対し、診療報酬がどう支援するのか、どう寄り添うのか今後議論してもらう課題。

- 医療機関の行動が診療報酬の動向に影響される構造は変わっておらず、全国一律＋2年周期の改定による影響を地域で対応する際の手段として、地域医療構想（医療計画）が機能する？

出典：上は2016年10月24日『m3.com』における迫井正深保険局医療課長インタビュー、下は2017年1月25日の中医協における迫井課長コメント。

提供体制の論点④

保険制度との整合性

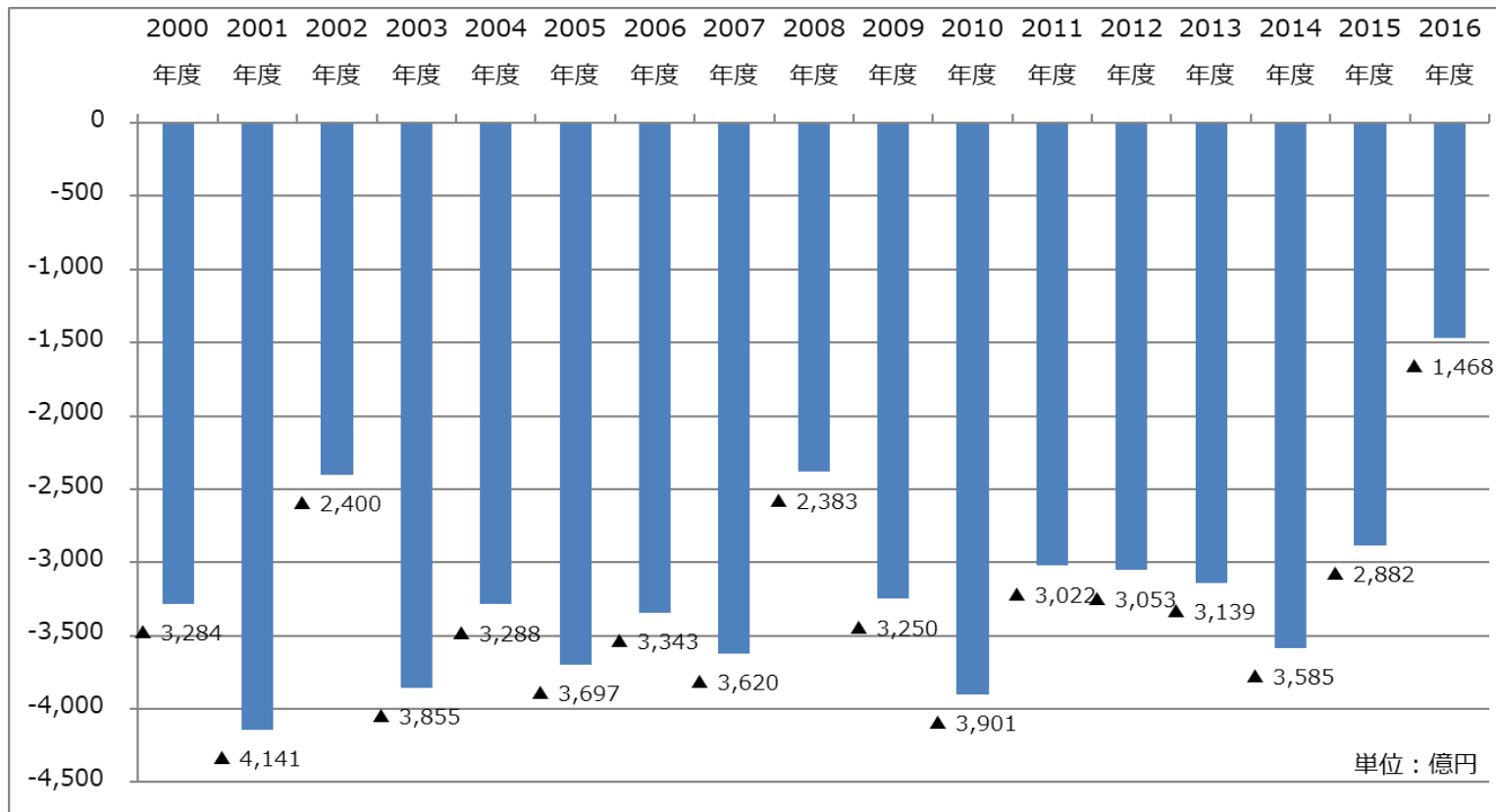
提供体制と保険制度の整合性は？ ～板挟みに立つ都道府県～

- 在宅医療や医療・介護連携など提供体制の構築を図る上で、地元医師会の協力は不可欠。都道府県は地域医療構想の策定に際して、**医療費適正化や病床削減とリンクしていないことを強調する**ため、国民健康保険の都道府県化に言及しなかった。
 - この傾向は国民健康保険の都道府県化に関する運営方針に際しても、一部で続いていると見られる。
 - 国は医療費適正化に向けて、「都道府県の総合的なガバナンスの強化」を通じて、提供体制と保険制度の整合性を図ろうとしており、都道府県との温度差。
- ➔ 地域医療構想、国民健康保険の都道府県化の**曖昧な説明のツケ**が都道府県に？
- ➔ 都道府県が国と地元医師会の板挟みに？

保険制度の論点①

赤字解消など
財政健全化

財政健全化をどう進めるか ～赤字幅は圧縮したが…～



出典：厚生労働省「国民健康保険（市町村）の財政状況」の各年度版を基に作成

- 国の追加支援の結果、赤字は2016年度で圧縮したが、**医療費適正化、財政健全化**をどう進めるか。
- 収納率の向上や保健事業、ジェネリックの推進などで**都道府県と市町村の連携**が重要に。

保険制度の論点②

「見える化」徹底と
住民への情報共有・情報開示

新しい役割分担

～住民向け事務は引き続き市町村～

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
財政運営	➤ 財政運営の責任主体 ・ 市町村ごとの「納付金」決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営	➤ 「納付金」を都道府県に納付
資格管理	➤ 運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	➤ 住民と身近な関係の中、資格を管理
保険料の決定、徴収	➤ 標準的な算定方法などにより、市町村ごとの標準保険料を算定、公表 ➤ 運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	➤ 標準保険料などを参考に保険料率の決定 ➤ 個々の事情に応じた徴収
保険給付	➤ 給付に要する費用を全て市町村に支払い ➤ 市町村が実施した保険給付の点検 ➤ 運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	➤ 保険給付の決定 ➤ 個々の事情に応じた窓口負担の減免など
保健事業	➤ 市町村に対し、必要な助言や支援	➤ 被保険者の特性に応じたきめ細かな事業（データヘルス事業など）

➤ 保険料の賦課・徴収、保健事業など住民向け事務は市町村が実施。

➤ 都道府県は事務の広域などで市町村をバックアップ。

➤ 標準保険料との違い、他の市町村との違いなどに関する住民向け説明が重要に。

保険制度の論点③

提供体制との整合性

提供体制と保険制度の整合性は？（再掲）

2018年4月14日
阪大東京研究会／p87

～板挟みに立つ都道府県～

- 在宅医療や医療・介護連携など提供体制の構築を図る上で、地元医師会の協力は不可欠。都道府県は地域医療構想の策定に際して、医療費適正化や病床削減とリンクしていないことを強調するため、国民健康保険の都道府県化に言及しなかった。
 - この傾向は都道府県化の運営方針に際しても、一部で続いていると見られる。
 - 国は医療費適正化に向けて、「都道府県の総合的なガバナンスの強化」を通じて、提供体制と保険制度の整合性を図ろうとしており、都道府県は国と地元医師会の板挟みに？
- ➔ 地域医療構想、国民健康保険の都道府県化の曖昧な説明のツケが都道府県に？

保険制度の論点④

他の保険制度との関係

被用者保険との連携は？ ～特に健康保険組合～

- 医療行政の地方分権化が進むと、**被用者保険との連携**が課題に。**保険者協議会**の活用も焦点に。
- 特に全国規模の健康保険組合は都道府県単位に足場を持っておらず、連携が課題。
- 民間の任意団体「**保険者機能を推進する会**」も2016年の大会で、自治体と連携した健康づくりを議論。地方紙の健康保険組合と地元自治体が取り組みを紹介。

第5回保険者機能推進全国大会

健康寿命延伸に向けた健保と地域のコラボヘルス

(平成28年11月28日、星陵会館(東京都千代田区永田町2-16-2))

第5回となる保険者機能推進全国大会では、大会テーマを「健康寿命延伸に向けた健保と地域のコラボヘルス」としました。この健保と地域とのコラボレーションというテーマは健保側では今まであまり注目されて来ませんでしたが、地域・職域連携の推進は国の事業としても重要視されており、自健保だけでなく社会全体を見たときに世代を超えた共通のベネフィットをもたらすものであると考え、今回のテーマとして選択しま



出典：「保険者機能を推進する会」のウェブサイトから抜粋

- しかし、健康保険組合は**会社単位で「連帯」を形成**しており、地域に貢献する必要性やインセンティブを持たない中で、連携には限界？

今日の内容（5）

(1) はじめに

(2) 惑星直列の2018年度改定

- ①医療提供体制改革（地域医療構想、診療報酬改定）
- ②医療保険制度改革（国保の都道府県化）
- ③介護保険制度改革（介護保険改革、介護報酬改定）

(3) 自治体の動向

- ①都道府県の総合的なガバナンスの強化
- ②地域医療構想に見る実情
- ③国民健康保険の都道府県化に見る実情

(4) 今後の課題、論点

(5) おわりに

今後の論点、課題 ～提供体制改革について～

①在宅ケアに関する都道府県と市町村の連携

- 医療行政の地方分権化と、介護行政における保険者機能の強化が進む中、**医療・介護が重なり合う在宅ケア**の部分で両者が連携を図るか。

②住民への情報共有・情報開示、住民参加・住民自治

- 提供体制改革を進める際、**住民を含めて情報を共有・公開し、地域における多様な意見を如何に取り入れるか。**

③地域医療構想と診療報酬の整合性

- 地域医療構想進める傍らで、**診療報酬との関係**をどう整合させるか。**都道府県の裁量拡大**が必要か。

④保険行政との整合性

- 都道府県の総合的なガバナンスの強化が進む中、**国民健康保険の都道府県化との整合性**をどう取るのか。

今後の論点、課題 ～保険制度について～

①財政健全化に向けた都道府県と市町村の連携

- 高齢者と非正規雇用者で構成する脆弱な構造は変わっておらず、医療費適正化など**財政健全化**をどう進めるか。
- その際に**都道府県と市町村がどう連携**するか。

②負担と給付の「見える化」徹底と情報共有・情報開示

- 標準保険料率、納付金制度、財政安定化基金などを使いつつ、如何に「**見える化**」を徹底させるか。
- 住民への説明について**都道府県、市町村の連携**をどう図るか。

④提供体制との整合性

- 地域医療構想に基づく提供体制改革とどう関連付けるか。その際、**地元医師会などとの調整**をどう図るか。

⑤被用者保険との連携

- 全国単位 of 健康保険組合を含めて、**被用者保険との連携**をどう図るか。**保険者協議会の枠組み**をどう使うか。

御清聴、有り難うございました。

問い合わせは

mihara@nli-research.co.jp