

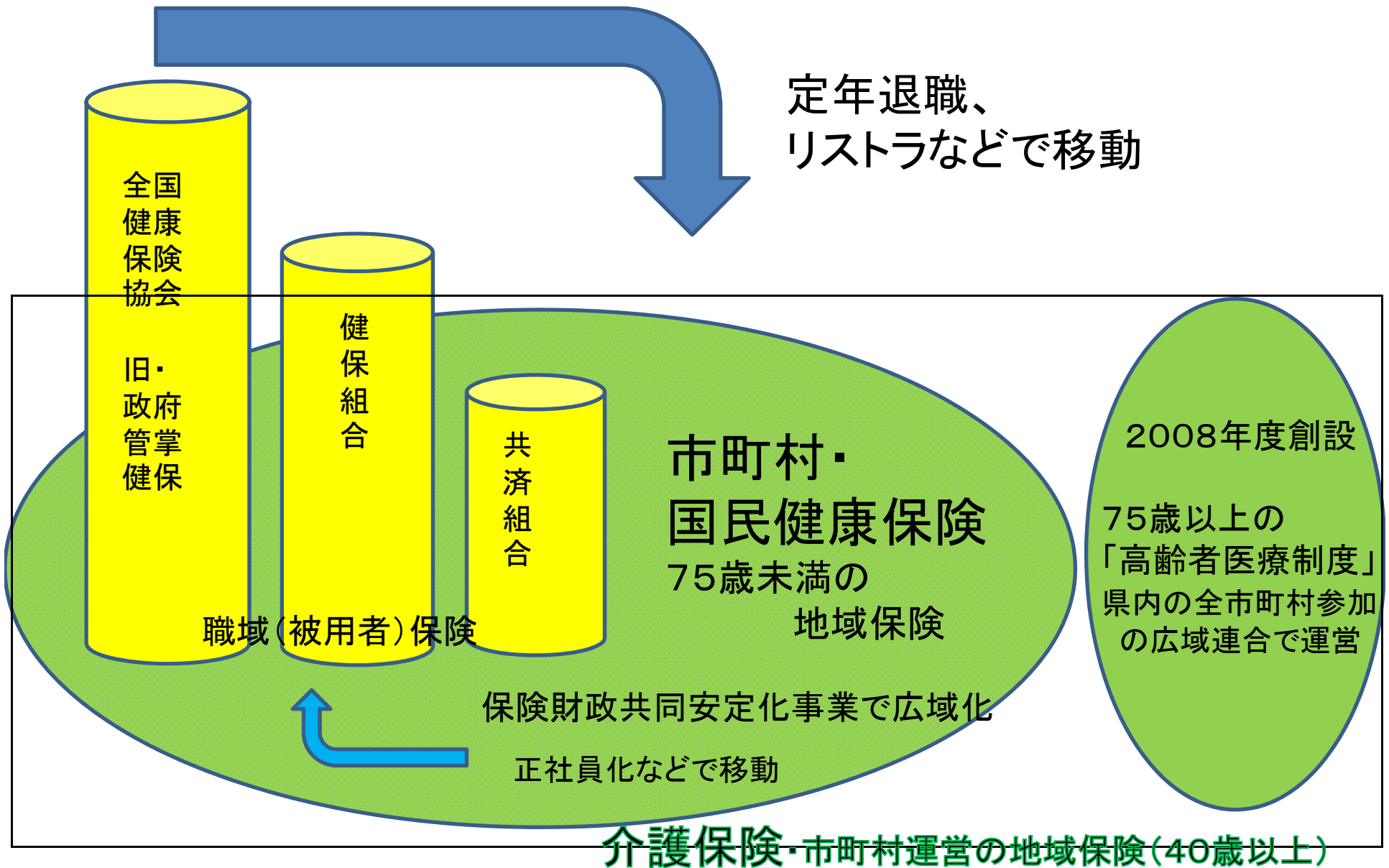
新たな「国民皆保険」体制の構築へ

地域で創る
地域に適した
地域ぐるみの支え合い

(地域保険P2~7、地域医療・介護P8~14)

宮武 剛

国民皆保険体制の現状 (概念図)



市町村国保の保険者

全国1723保険者(2010年9月時点)

加入者数	一〇〇〇未 人満	三〇〇〇未 人満	五〇〇〇未 人満	一万人未 満	一万人以上
保険者数	109	308	217	351	738
割合	6.3%	17.9%	12.6%	20.4%	42.8%
	24.2%				

東日本大震災の被災地では市町村国保は零細化が加速し、原発被災の福島県では多くの市町村国保が再建のメドさえ見いだせない。

市町村の将来推計人口 (2013年3月推計)

2010年

人口5千人未満 226 (総数の13.4%)

高齢化率40%以上 87 (5.2%)



2025~2030年にかけて

1628市町村 (総数の96.7%) で人口減少

2040年

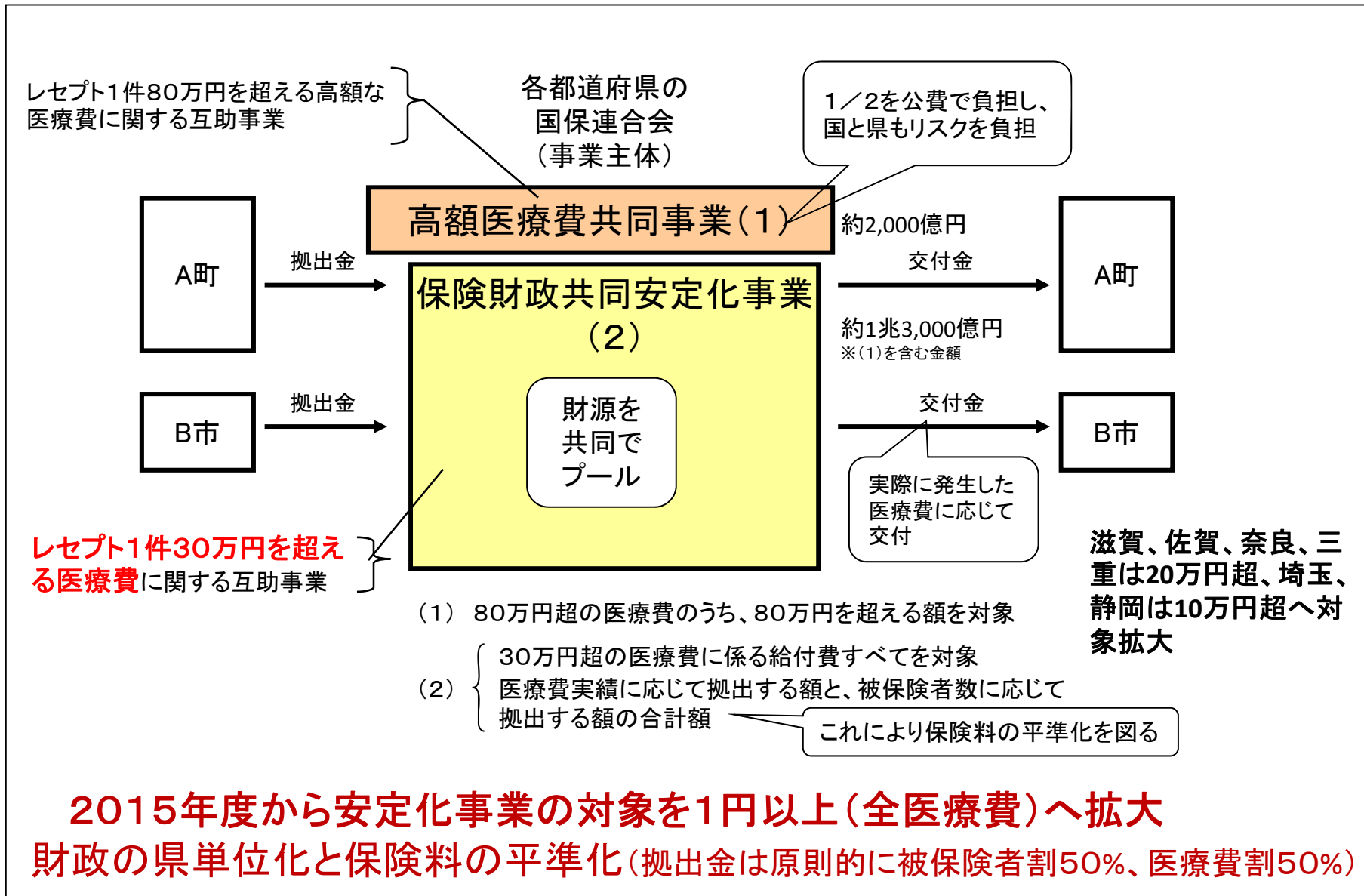
人口5千人未満 370 (総数の22.0%)

高齢化率40%以上 836 (総数の49.7%)

市町村「国保」の住民加入率は地方で平均4割、大都市部で3割程度

加入者1000~2000人程度の零細な国保が続出していく

市町村「国保」の保険財政共同安定化事業（イメージ）



同じ構造の地域保険の併存

都道府県地域保険への参画は時代の要請

74歳までの市町村国保

保険財政安定化事業で「広域連合化」
1000~2000人程度の零細な国保の続出

75歳以上の
高齢者医療制度

県内の全市町村による「広域連合」
当初1300万人から2300万人へ

- ①市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に財政の“責任者不在”
- ②市町村は両方へ職員を配し、報酬改定、法改正のたびに両方で膨大なシステム改修費
- ③新たな地域医療計画(病院の抜本的再編成)、医療費適正計画などは都道府県で策定



都道府県には医療供給への統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限が必要

医療は県(州)単位・介護は市町村単位

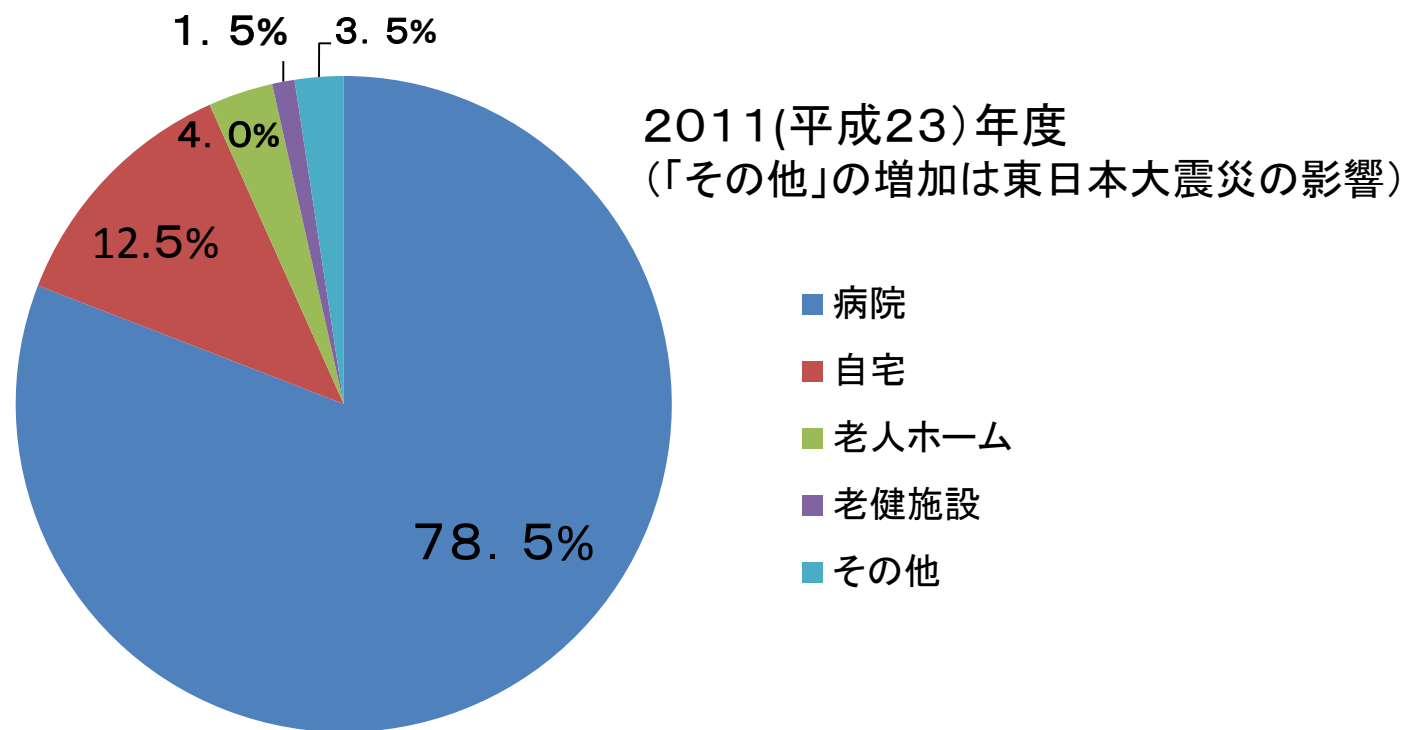
- デンマーク(人口552万人)
アトム(県)を廃止・5カ所のレジオン
(この広域行政区で医療を担当)
人口2万人以下の市(コミューン)は認めない
約1300市から78市へ
- スウェーデン(人口942万人)
ランスティング(21県)の予算の9割は医療・保健
市(コミューン)は約2500市から290市
- ドイツ(人口8250万人)・疾病金庫(健保組合に類似)
各種疾病金庫は1221から170
地区疾病金庫は269から15(原則・州単位)

病院で生まれ、病院で死ぬのは幸せか

病院で99%強が生まれる

病院で78.5%が亡くなる(うち有床診療所2.3%)

看取りの場所(全国平均・総死亡数に占める割合)



少子・長命化＝高齢化の先行き

65～74歳人口は2016年の1761万人でピーク
その後は逡減していく(患者数も逡減)

75歳以上人口は2030年に2278万人で最初のピーク、
2040年代から再び逡増し、第2のピークは2055年の2401万人
(患者数も死亡者数も高止まり)

慢性期の疾患を抱え晩年を暮らす膨大な高齢者群

75歳以上の要支援・要介護者の認定率29・9%(2010年度)

総死亡者数 2011年で126.4万人 →2040年で166.9万人(推定)



過度の病院頼み・施設頼みからの脱却

「キュア」より「ケア」重視の生活支援と看取りの体制づくり

自宅死の多い地域・少ない地域

死亡総数に占める「自宅死」の割合（2011年度）

カッコ内は一人当たり医療費(国保+高齢者医療制度)の地域差指数(年齢補正後の全国順位)

- 1位 奈良県 17.2% (26位)
- 2位 東京都 16.1% (28位) ←2000年度 39位 12.2%
- 3位 兵庫県 15.7% (18位)
- 4位 大阪府 15.0% (10位)
- 5位 滋賀県 14.9% (25位)
- (全国平均 12.5%) ←2000年度 13.9%

45位 北海道 8.7% (2位)

46位 大分県 8.2% (8位)

47位 佐賀県 8.0% (5位)

「長野モデル」の変貌

長野県2000年度・1位19.8% ~2011年度・11位13.6%(44位)

「在宅医療推進会議」の目標

自宅、非医療機関で看取り率25%

日本の医療 多い病床・長い入院・少ない医療職

	日本	オランダ	スウェーデン
総人口	1.27億人	1670万人	942万人
高齢化率	23.3%	15.6%	17.5%
医療体制	社会保険	社会保険	公費

いずれも国民に家庭医(GP)への登録を義務付け

年間の外来

平均受診回数	13.07回	5.9回	2.9回
(75歳以上)	32.95回		
(同、受診者では)	44.4回		

平均入院日数	18.5日	5.6日	3.8日
病院死亡率	78.5%	35.3%	42.0%
ケア付き住宅等	2.4%	32.5%	31.0%
自宅死亡率	12.5%	31.0%	20.0%

注・統計時点はそれぞれ異なる(オランダ、スウェーデンの病院死亡率等は中医協資料)

北欧の先行例

デンマーク

1988年 特養ホーム全廃宣言・「ケア付き集合住宅」へ

標準・50~65㎡の個室 自由な日常生活
入居者1人対職員1人弱の個別ケア

退院可能から2ヶ月超で受け入れ先のない場合は、
市(コミューン)が病院(「レジオン」広域行政圏)へ1日約3万円の罰金を払う

スウェーデン

1992年 エーデル改革・施設から「特別な住居」へ

法的な住居基準を満たし、一般住宅扱いで住宅補助の対象、
市が看護・介護サービスを提供する。
(サービスハウス、老人ホーム、高齢者住宅、ナーシングホーム、
グループホームなど)

退院可能で受け入れ先のない場合は市が入院費を病院(県)へ払う。

医療のスリム化と介護の拡充を基本戦略とする

新たな国民皆保険体制の再構築

「だれでも、いつでも、どこでも」
医療サービスを受けられる



だれもが信頼できる「家庭医」(総合診療医)
を持ち、その紹介で、いつでも、どこでも
専門医や病院を受診・入院ができる



医療は都道府県ごとに病院の再編成
介護は市町村で地域包括ケアの構築

医療機関の役割分担の促進

主に2次医療圏の地域特性に応じた

病院の再編成 入院へ特化・入院で成り立つ報酬・外来の縮小、
入院期間の短縮・受け入れ先の確保



地域ごとに「地域包括ケア」体制の構築
医療と介護の一体化

原則・全診療所の在宅療養支援診療所化(特に連携強化型、強化型の普及)
「家庭医」と介護保険上の「主治医」との一体化

この診療所群へ高齢者向け「家庭医・療養指導料」(仮称)の創設
(地域包括ケアへの参画を条件に高い定額報酬)

その契約を結ぶ患者に対する優遇策

70～74歳の自己負担1割 (直接、200床以上の病院受診は2割負担)

75歳以上の自己負担1割 (同 2割負担)

(就学後～70歳未満は紹介状なしの200床以上の病院初診は選定療養)