

京 都 府

あんしん医療制度研究会

報 告 書

平成 2 2 年 3 月

委員名簿

(五十音順)

氏 名	所 属	役 職 名	備 考
浅野 義孝	京都市保健福祉局	局 長	
一圓 光彌	関西大学政策創造学部	教 授	
今中 雄一	京都大学大学院医学研究科	教 授	座 長
片田 住夫	京都府国民健康保険団体連合会	副 理 事 長	
倉澤 卓也	京都府病院協会	会 長	
笹田 昌孝	滋賀県立成人病センター	総 長	座長代理
中谷 浩三	井手町	副 町 長	
西村 健一郎	同志社大学大学院司法研究科	教 授	
長谷山 正弘	全国健康保険協会京都支部	支 部 長	
真鍋 克次郎 [※]	京都私立病院協会	会 長	
森 洋一	京都府医師会	会 長	
矢田 久雄	ワコール健康保険組合	常 務 理 事	
山崎 達雄	亀岡市	副 市 長	
山田 昌弘	京都府後期高齢者医療広域連合	副広域連合長	
吉川 敏一	京都府立医科大学大学院医学研究科	教 授	
浅田 良純	京都府健康福祉部	部 長	

※ 平成21年5月31日までは清水紘氏（京都私立病院協会の役員改選による。）

開催経過

- 第1回 平成21年 5月21日
調査研究の方向について
- 第2回 平成21年 7月14日
調査研究内容について
委員及び外部識者からの報告
- 第3回 平成21年 8月27日
市町村国民健康保険に関する論点整理
- 第4回 平成21年 9月14日
医療提供体制に関する論点整理
保健事業に関する論点整理
- 第5回 平成21年10月26日
市町村国民健康保険に関する論点整理
- 第6回 平成21年11月25日
中間報告（案）について
- 第7回 平成22年 1月25日
パブリックコメントについて
国・他府県における検討状況について
- 第8回 平成22年 3月 1日
最終報告（案）について

・パブリックコメントの募集

平成21年12月28日～平成22年1月22日

提出者数 13人、 提出件数 21件

目次

はじめに	1
第1章 調査研究の背景	3
第2章 調査研究の目的	6
第3章 調査研究項目	7
第4章 データによる分析結果等	8
第1節 京都府内の疾病構造及び医療資源について	8
(1) 疾病構造	
①地域ごとの疾病構造の特徴	
②保健事業の効果	
(2) 医療資源	
①医療圏を越えた患者の受診行動	
②医療資源と医療費の関係	
第2節 市町村国保の状況について	33
(1) 市町村国保の現在の状況	
(2) 市町村国保の将来の状況	
第5章 都道府県の保健医療政策についての検討	37
第6章 市町村国保の見直し	43
まとめ	50

資料編

はじめに

安心できる医療の確保は、府民生活にとって重要な問題である。京都府においては、医療提供体制について公的病院や私立病院の充実、へき地診療所の開設等が進められる一方で、昭和36年に国民皆保険制度が確立されて以来、国民健康保険における給付割合の改善や高額療養費制度の導入などの公的医療保障の充実も図られてきた。今日では、府内の人口10万人当たりの医師数は30年前の約1.6倍で、全国一の水準となっている。

一方で、高齢化の進行に伴って疾病構造が慢性疾患中心に変化する中で疾病の予防や健康の保持増進に重点を置いた対策がより重要となっているほか、特定の地域や診療科における医師不足の問題が顕在化している。また、他の保険者に属さない者全てが加入する国民皆保険制度の「最後の砦」である市町村国保の運営は、高齢化の進展や就業構造の変化により、非常に厳しい状況となっている。

こうした状況の下、地域医療の確保に責任を有する京都府として、府民が安心できる医療制度の構築に向けた取り組みを進めていく必要がある。このため、あんしん医療制度研究会では、昨年5月から8回にわたり、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を行うとともに、これらの分析結果を踏まえ、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を進めてきた。

報告書では、第1章から第3章までで、調査研究の目的や項目等を記載し、第4章で、京都府内の疾病構造及び医療資源と市町村国保の状況についての分析、第5章で、分析結果等を踏まえた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の検討を行った。また、第6章では、都道府県の保健医療政策と深く関わる市町村国保の見直しについて、重点的に取り上げた。

検討を進めるに当たっては、できるだけ詳細なデータに基づく現状の把握が出来るよう、京都府国民健康保険団体連合会の全面的な協力を得て、同連合会において

新たにレセプト情報分析のためのデータベースを構築し、学識者によるデータ解析を行った。また、外部識者からのヒアリングや中間報告のパブリックコメントを実施し、幅広い意見の聴取に努めた。関係各位の御協力に改めて感謝申し上げたい。

第 1 章 調査研究の背景

(1) 保健医療政策に関する都道府県の役割

都道府県は、医療提供体制の整備・健康づくり・介護基盤整備の施策を進めるために、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画及び医療費適正化計画を相互に調和のとれた形で策定し、その成果を検証しつつ計画の改定を行うなど、関係者の役割分担の決定を含め、総合的・計画的に施策を実施することとされている。

- | | |
|-------------|---|
| ①医療計画 | 医療提供体制の整備、医療資源の適正配置
【医療法第30条の4第1項】 |
| ②健康増進計画 | 生活習慣病予防等による健康づくり
【健康増進法第8条第1項】 |
| ③介護保険事業支援計画 | 施設や人材確保を通じた介護基盤整備
【介護保険法第118条第1項】 |
| ↓ | |
| ※医療費適正化計画 | 上記計画の実施の結果として医療費を適正化
【高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項】 |

特に医療政策の分野においては、市町村域を超える圏域ごとの拠点の確保や連携体制の構築といった医療提供体制の整備等に責任を有する広域行政としての都道府県の役割が重要となっている。

(2) 課題

都道府県は上記(1)の役割を担っているものの、現状では以下のような課題があり、効果的には遂行しにくい状況にある。

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

医療計画等について実効性を持って策定し、その結果を具体的に検証するためには、実際に提供されている医療についての情報収集と統計的な分析を通じて、都道府県単位で疾病構造や医療資源の状況等を総合的に把握する必要がある。

しかしながら、現在では、一定程度の行政統計データはあるものの、医療提供の状況や費用が把握できるレセプト（診療報酬明細書）データや住民の健康状態

が把握できる健診データは、都道府県単位で一元的に管理されていない。

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

保健医療に関する施策を実施する場合に、関係する事業の主体が市町村・都道府県・国等に分散しており、一体的な施策の実施が難しくなっている。

区 分	実施主体
医療提供体制	・ 医療計画の策定…都道府県
健康づくり	・ 特定健診・特定保健指導…保険者 ・ 保健事業（特定健診・特定保健指導を除く）…市町村、（都道府県） ・ がん検診…市町村
医療保険運営	・ 国保…市町村、国保組合 ・ 健康保険…全国健康保険協会（協会けんぽ）、健保組合 ・ 後期高齢者医療…広域連合
診療報酬	・ 報酬決定…国
医療機関指導	・ 構造設備、人員基準等運営関係（医療法）…都道府県等 ・ 保険医療機関の指導監督関係…国、（都道府県）

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

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（安全網）である市町村国保については、市町村が運営主体となっており、現在の都道府県の関与は限定的である。

事業所に常時雇用される給与所得者など保険料負担能力を比較的有する者は別保険であるため、市町村国保の被保険者は保険料の負担能力が低いパート労働者や年金生活者等が中心であり、また、年齢構成が高くなるため総じて医療費が高い。このため、様々な財政調整措置が講じられているものの、他の保険者と比べて、中間所得者層を始めとして加入者の保険料負担が相当程度重くなっている。産業構造の変化や少子高齢化の進展により、今後、さらに状況が厳しくなることが予想される。

また、市町村単位での運営であることから、市町村ごとに異なった保険料率が設定されており、同じ所得水準の世帯でも住んでいる地域によって保険料の格差

が生じている。さらに、市町村合併の進展や高額医療費共同事業により一定の改善は見られるものの、過疎化による保険者規模の縮小等により、依然として高額な医療費が発生すれば保険財政が逼迫する町村も存在する。

市町村国保はこのような構造的な問題を抱えており、また、エリアが狭く医療政策の権限もないため、医療資源の偏在などに対応できず、保険者機能が十分に発揮できない状況にある。

第2章 調査研究の目的

上記の都道府県の果たすべき役割と課題を踏まえ、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、レセプト（診療報酬明細書）データ等も用いて調査分析するとともに、これらの分析結果を踏まえ、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する。

第3章 調査研究項目

(1) 疾病構造・医療資源に関する調査研究

国民健康保険（市町村国保・国保組合）、健康保険（協会けんぽ）、後期高齢者医療制度のレセプト（診療報酬明細書）データ等を用いて、府内全域の医療受給の状況等を包括的・定量的に把握する。また、保健事業について、定量的な分析を行った先行研究等に基づき、取組の効果や優良事例等をまとめる。

<具体的分析項目>

- ア. 京都府内の疾病構造
- イ. 京都府内の医療資源

(2) 市町村国保に関する調査研究

市町村国保の現在の財政状況及び代表的な世帯類型ごとの国保保険料の状況を分析する。また、人口の高齢化等が進展する中、市町村国保が将来的にどうなっていくのか、現行制度が継続した場合の財政状況及び国保保険料の推計も行う。

<具体的分析項目>

- ア. 市町村国保の現在の状況
- イ. 市町村国保の将来（2025年）の状況

(3) 都道府県の保健医療政策に関する調査研究

(1)及び(2)の分析結果を踏まえ、詳細なデータを用いた医療計画等の策定や市町村国保の一元化など、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する。

第4章 データによる分析結果等

第1節 京都府内の疾病構造及び医療資源について

(1) 疾病構造

①地域ごとの疾病構造の特徴

二次医療圏別に疾病ごとの死亡率と受療率を分析することによって、地域ごとの疾病構造の特徴について把握する。分析対象とする疾病は、都道府県が医療計画で取り上げるべきとされている、がん（胃がん、肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん）、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病とした。死亡率については人口動態統計（厚生労働省）、受療率については患者調査（厚生労働省）を用いて算出した。

ア. 死亡率の地域間比較

死亡率は通常年齢によって大きな違いがあり、異なった年齢構成を持つ地域別の死亡率をそのまま比較することはできないため、ここでは標準化死亡比(SMR)を用いて地域別、疾病別に分析を行う。標準化死亡比とは、地域の年齢構成を標準的なものに補正した上で死亡率を算出して比較可能な形式にしたものであり、数値が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高く、100以下の場合には死亡率が低い。ここでは100を基準としておおむね110以上（90以下）であれば高い（低い）とし、120以上（80以下）であれば顕著に高い（低い）と記述した。

<がん>（資料編 p1）

○男性

丹後医療圏では、肝がんの死亡率が顕著に高く、大腸がんは低い傾向があり、がんによって大きな偏りが見られる。医療圏内では、胃がん・肝がんの死亡率に大きな開きがあり、高い地域と低い地域が混在している。

中丹医療圏では肺がんが高く、大腸がん、肝がんは低い。医療圏内では、

肺がんは全て平均以上の死亡率であるが、胃がんについては大きな開きがある。大腸がん、肝がんは全ての地域で平均を下回っている。

南丹医療圏では肝がんの死亡率が顕著に低く、その他のがんも平均以下である。医療圏内では肺がんの死亡率のみ平均以上のところがあるが、他は全て平均以下である。

京都・乙訓医療圏では、死亡率は90～110の間にあり、標準的な数値である。医療圏内では、肝がんの死亡率に大きな開きがある。

山城北医療圏も同様に死亡率は概ね90～110の間にあり、標準的な数値である。医療圏内では、肺がんの死亡率は大多数の地域で平均以上であり、顕著に高い地域も見られるが、肝がん、大腸がんでは死亡率に大きな開きがある。

山城南医療圏は大きく偏りがあり、肺がんの死亡率が顕著に高い一方で、肝がんの死亡率は顕著に低い。医療圏内では、全ての地域で肺がんの死亡率が高く、顕著に高い地域も見られる一方、胃がん、大腸がんでは大きな開きがあった。

○女性

丹後医療圏では、肝がんの死亡率が高い一方、乳がんについては顕著に低い傾向がある。医療圏内では、肝がんの死亡率が顕著に高く、胃がん、大腸がんでも高い地域があり、それ以外の地域と開きがある。

中丹医療圏でも肝がんについては同様に高いが、その他のがんは平均以下であり、特に乳がんは顕著に低い。医療圏内では、肝がんの死亡率が顕著に高い地域があり、他地域と相当程度差がある。

南丹医療圏では、いずれも平均以下であり、特に肝がんの死亡率が顕著に低い。医療圏内でも、地域ごとの偏りはほとんど見られない。

京都・乙訓医療圏では、乳がんを除き平均以上であり、特に肺がんの死亡率が顕著に高い。医療圏内では、肺がんの死亡率はいずれも顕著に高い一方、大腸がんについては死亡率に相当程度差がある。

山城北医療圏では、肺がん、乳がんの死亡率が高い。医療圏内では、肝がん、肺がんについて死亡率に大きな差が見られた。

山城南医療圏では、大きく偏りがあり、肺がん、大腸がんの死亡率が高

い一方で、肝がん、乳がんは低い傾向が見られる。医療圏内では、大腸がん、肺がんが特に高い地域がある。

<脳卒中>（資料編 p2）

○男性

いずれの医療圏も平均以下であり、中でも山城北医療圏、山城南医療圏は顕著に低い。

各医療圏内の状況は、丹後医療圏内では地域ごとに死亡率に大きな開きがあり、顕著に高い地域と低い地域に二分されている。中丹医療圏では、高い地域もあるがおおむね平均程度である。南丹医療圏では地域ごとに大きな差があり、顕著に低い地域も見られる。京都・乙訓医療圏ではいずれも平均以下であり、顕著に低い地域がある。山城北医療圏内ではほとんどが平均以下の死亡率であるが、高い地域もあった。山城南医療圏内ではいずれの地域も平均以下の死亡率であり、顕著に低い地域もあった。

○女性

いずれの医療圏でも平均以下であり、京都・乙訓医療圏、山城北医療圏等の医療圏では特に低い。

各医療圏内の状況は、ほとんどの地域で平均以下の数値である。丹後医療圏では、平均より高い地域と低い地域が混在している。中丹地域では大きな開きがあり、高い地域もあった。南丹地域ではいずれも平均以下であり、京都・乙訓医療圏ではいずれの地域も低く、同程度の死亡率であった。山城北医療圏ではいずれも平均以下であり、半数以上が顕著に低い傾向があった。山城南医療圏では、死亡率が高い地域が一つだけあったが、他は平均以下であり、顕著に低い地域もあった。

<急性心筋梗塞>（資料編 p2）

○男性

南丹医療圏、山城南医療圏が高い傾向にある。他方、その他の医療圏は平均以下であり、特に山城北医療圏では顕著に低い。

各医療圏内の状況は、丹後医療圏内、南丹医療圏内、京都・乙訓医療

圏で地域ごとの死亡率に大きな開きが見られる。山城北医療圏内ではほとんどが平均以下の死亡率であるのに対して、山城南医療圏内ではほとんどが平均以上の死亡率になっている。

○女性

山城南医療圏が顕著に高く、京都・乙訓医療圏、山城北医療圏は顕著に低い。

各医療圏内の状況は、全ての地域で死亡率に大きな開きが見られる。山城北医療圏、山城南医療圏では、複数の地域で顕著に高い傾向が見られた。

<糖尿病>（資料編 p2）

○男性

丹後医療圏のみが平均以上で、他の医療圏は全て低い。各医療圏内の状況は、どの医療圏でも死亡率には大きな開きがあった。

○女性

丹後医療圏では顕著に高い一方、中丹医療圏、南丹医療圏、京都・乙訓医療圏では顕著に低い。各医療圏内の状況では、丹後医療圏内は全ての地域で死亡率が顕著に高い傾向があった。

イ. 受療率の地域間比較

4 疾病の入院について、二次医療圏別に受療率を分析した。受療率とは、調査日において入院していた者の総人口に対する割合をいう。受療率については、年齢構成の偏りを補正するような値はないため、直接の数値を比較している。（資料編 p3）

がんでは、消化器系で府平均が 0.36% に対して山城南医療圏で 0.09% と顕著に低く、婦人科系のがん（乳がんを除く）で府平均が 0.10% に対して中丹医療圏では 0.22% と高くなっている。

脳卒中（くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞）では、府平均が 0.25% であるのに対して、南丹医療圏は 0.55% と倍以上になっている。他方、山城南医療圏では 0.07% であり、顕著に低い。

急性心筋梗塞では、府平均が0.43%であるのに対して、中丹医療圏では1.22%と倍以上になっている。南丹医療圏、山城南医療圏ではそれぞれ、0.19%、0.12%と低くなっている。

糖尿病では、府平均が0.19%であるのに対して、南丹医療圏は0.50%となっている。山城南医療圏では0.07%であり顕著に低い。

②保健事業の効果

ア. 保健事業の効果に関する分析事例

医療技術の進歩や高齢化の進展などに伴って疾病の内容は感染症中心から生活習慣病中心に変化してきている。住民の福祉の観点からも、また医療費の適正化の観点からも、健康づくりに積極的に取り組むことによって病気を減らし、心身共に良好な状況を確保していくことがますます必要となっていく。

健康づくりのためには長い時間をかけた地道な取組が必要であり、事業効果について定量的に評価することは容易ではないが、これまでいくつかデータに基づいて効果を分析した事例がある。（資料編 p4～10）

まず、保健事業に積極的に取り組んでいる地域では、1人当たり医療費が低い傾向が見られる。例えば、国民健康保険中央会による「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」（平成9年3月）では、基本健診受診率が高い場合、1人当たり老人医療費は低い傾向があるとされている。また、同会の「市町村保健活動と医療費の関係に関する報告書」（平成8年3月）では、健診や保健指導にあたっている保健師数が多いと基本健診受診率は有意に高く、受診率が高いと老人医療費は有意に低いとされている。

次に、健診時に生活習慣病にかかるリスクが高いと、そうでない場合に比べて数年後の医療費が高くなる傾向が見られる。例えば、医療経済研究機構による「政府管掌健康保険における医療費分析手法等に関する調査研究」（平成19年3月）では、健診時において高血圧、肥満度、代謝機能等といったリスク要因が多いほど1人当たり医療費が高くなり、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）であれば糖尿病、高血圧症、脳血管疾患といっ

た疾病の有病率が高くなるとされている。川淵孝一東京医科歯科大学大学院教授ほかによる「生活習慣病予防事業による医療費におよぼす効果の検討」（平成19年3月）でも、リスク要因数が多いほど、健診後4年間の外来医療費がおおむね有意に高額となるとしている。

保健指導の効果については、保健事業に参加した者はそうでない者に比べて健康状態が改善され、一定期間その効果が持続する傾向が見られる。例えば、トヨタ自動車株式会社産業医石川貴之氏ほかによる「トヨタ自動車とトヨタ自動車健康保険組合における特定保健指導について」（平成21年3月）によれば、特定保健指導が継続的になされた者は、指導実施9～10ヶ月後も、腹囲、BMI、拡張期血圧等の改善が維持されたとしている。

また、研究事例は少ないものの、保健事業に参加した者はそうでない者に比べて1年当たりの医療費が低くなる傾向が見られる。例えば、デンソー健康保険組合畑中陽子氏による「健診データとレセプトデータの突合分析」（平成21年3月）では、集団での保健指導への参加者は、翌年度、有意にBMI改善が見られ、総医療費の有意な変化がなかったのに対し、未参加者はBMI改善効果は見られず、総医療費は有意に増加していた。他方、生涯医療費については、寿命が長くなる結果、長期的な医療費は必ずしも安くないとする研究がある。例えば、James Lubitz (Centers for Disease Control and Prevention)ほかによる「Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly」（平成4年8月）では、70歳時に健康な人は障害のある人よりも年平均医療費は約3割低い一方で、平均余命が長いこと、死亡時までの総医療費は約7%の減少となるとしている。ただし、慢性疾患についての分析は十分とは言えない点に留意が必要とされており、こうした点も含めて保健事業が医療費に与える影響についてのさらなる研究が求められる。

研究の中には、保健事業の意義は認めつつ、健診基準の妥当性について問題提起するものがある。例えば、高橋一夫島根大学講師ほかによる「メタボリックシンドロームと脳梗塞発症における男女差」（平成18年11月）によれば、メタボリックシンドロームの危険因子（脂質・血圧・血糖値の異常）の数と脳梗塞発症リスクには男女差があり、現在のように同一の基準は不適

当としている。

医療費には、医療機関数や医師数、高齢者就業率、住民の地域活動への参加度合い等様々な要因が影響を及ぼしていると考えられることから、これまで参照した分析から早急に結論を導くことは適当でないが、総じて保健事業は住民の健康状態の改善に一定の効果があると言えよう。他方、医療費削減効果については、地域単位で分析すると保健事業に積極的に取り組んでいる市町村では1人当たり医療費が低い傾向が見られるが、個人単位の効果については一概に生涯医療費を削減する効果を認めることは難しい面があり、今後も長期にわたる継続した観察と評価が求められる。また、保健事業は医学的な根拠のある健診基準に基づいて行うことが重要であり、医療分野における研究成果に照らして必要な都度、基準を改定していくことも求められる。

保健事業が医療費に与える影響や健診基準の妥当性を評価し効果的に事業を推進するためにも、特定健診・特定保健指導のデータを都道府県に集約して、長期間にわたってレセプト（診療報酬明細書）データと突合分析できるような仕組みが望まれる。

イ. 保健事業の取組み事例

保健事業については、地域の疾病構造や世帯等の構成、各種の社会活動の状況、活用できる地域資源などを踏まえて、地域ごとに工夫を凝らして取り組むことが効果を上げる重要なポイントであり、これまで各保険者や自治体が工夫を凝らして様々な手法で保健事業に取り組んできた。（資料編 p11～13）

平成20年度から各保険者に義務化された特定健診・特定保健指導の関係では、例えば高知県檜原町は、健診を国保直診施設に委託して実施する際、受診者全員の健診結果に本人の意欲を引き出すようなコメントを医師が付けている。花王健康保険組合は、事業所でのイベント、ウォーキング等への参加によって健康マイルを付与し、マイルに応じて健康器具等と交換可能とすることで保健事業への参加のインセンティブ（動機付け）確保を図っている。

京都府内においても、京都府が先駆的・モデル的に実施し、効果のあった

手法を受けて、市町村等が地域の状況に応じて取り組んでいる。食生活改善の推進では、例えば宇治田原町は、メタボリックシンドロームのリスク要因を抱える人等を対象に、携帯電話・パソコンを使って歩数、体重、腹囲等を定期的に記録できるホームページを作成し、食事指導や健康情報等を定期的に配信するようにした結果、参加者の半数以上は腹囲が減少し、4割の参加者は体重も減少した。また、運動の推進では、京都府の保健所の協力の下、例えば井手町が、運動教室、ウォーキングサークル等を実施し、継続参加者30人のうち23人が減量に成功している。

この他にも、京丹後市は、総合検診問診票から喫煙者を抽出して、個別通知・電話勧奨を行い、専門医によるレクチャーやグループワーク等により、参加者の約3割が1年以上の禁煙継続に成功している。また、岡山県川上村は、乳児健診での歯科指導、歯磨きタイム実施等、行政は総合的な対策を推進するとともに、保育園、婦人会・老人会、地元歯科医、農協・商工会等各種の団体がそれぞれの立場で取組み、0～9歳児の虫歯件数が年々減少する等の効果があった。

(資料出所)

- ・「特定保健指導を核とした市町村国保における保健事業実施のための手引書」(平成19年6月)厚生労働省保険局国民健康保険課
- ・「へるすあっぷ21 2008年5月号」(平成20年5月)株式会社法研
- ・「平成19年度活動報告・抄録集」(平成20年5月)京都府市町村保健師協議会
- ・「糖尿病地域在宅アドバイザー設置モデル事業運営マニュアル」(平成18年3月)京都府山城北保健所
- ・「市町村における住民(組織)が参加した保健活動(健康づくり)実態調査先進事例集」(平成16年3月)国民健康保険中央会

(2) 医療資源

① 医療圏を越えた患者の受診行動

各保険者の協力によりレセプトデータの提供を受けて、医療計画に記載すべ

き4疾病のがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病について疾病ごとに患者の動きをマクロ的に把握するための分析を試みた。あわせて、5事業のうち分析が可能であった救急医療についても同様に分析した。具体的には、患者の住所地と患者が受診する医療機関の所在地の関係を、国民健康保険、後期高齢者医療（平成20・21年6月審査分）及び協会けんぽ（平成21年4・5月審査分）のレセプトデータに加え、京都府医療機能調査（平成19、20年）を利用して分析した。疾病分類は、レセプトに記載されている第一傷病名を分析に用いた。今後、こうした分析結果も踏まえて、医療計画の改定等に取り組んでいくことが必要である。なお、レセプトデータ分析は、疾病別、市町村別の疾病動向を把握できる点で有益であるが、記載された第一傷病名と実際の医療内容が合致しないことがある等の限界がある点に留意が必要である。（資料編 p14～17）

ア. 全体の状況

患者の居住する市町村内の医療機関にかかる割合は、全市町村の平均で、入院では32.0%、外来では55.9%となっている。市町村別に見ると、京都市・舞鶴市・福知山市・綾部市などは医療が市町村内で完結する割合が高く、その他の市町村は、特に山城南医療圏や丹後医療圏を中心として、医療が市町村内で完結する割合は低くなっている。このことから、医療提供体制の整備に関しては、市町村として対応できることには限界があり、やはり広域行政を担う都道府県が責任を持って取り組んでいく必要があることが分かる。（資料編 p18～19）

イ. 疾病等ごとの状況

<がん>（資料 p20～34）

がんについては、胃がん、肺がん、肝がん、大腸がん、乳がんのいわゆる5大がんについて、入院医療の需給の分析を行った。

【患者の移動】

患者が居住する市町村内で入院する割合を見ると、胃がんでは府内の平

均で 33.9%となっている。同様に、肺がんは 23.2%、肝がんは 28.4%、大腸がんは 38.3%、乳がんは 24.7%となっている。がんの中では、胃がんと大腸がんは比較的市町村内で受診する割合が高い。

次に、がんの入院について二次医療圏間の患者の移動状況を分析する。胃がんでは、丹後医療圏の 14.3%が中丹医療圏に移動しているほか、南丹医療圏から 38.0%、山城北医療圏から 32.3%、山城南医療圏から 11.1%が京都・乙訓医療圏に移動している。山城南医療圏は、山城北医療圏、大阪府、奈良県へもそれぞれ 5%以上が移動している。全体的に広域的な移動が見られるものの、がんの中では比較的少ない結果である。

肺がんでは丹後医療圏の 22.0%が兵庫県に移動している。中丹医療圏の 14.8%、南丹医療圏では半数近い 42.1%が京都・乙訓医療圏へ移動している。京都・乙訓医療圏へは、山城北医療圏の 50.0%、山城南医療圏からも 11.8%が移動している。山城南医療圏の 45.1%は山城北医療圏へ、23.5%は奈良県へ移動している。肺がんは、他のがんと比べても相当程度患者の移動が多くなっている。

なお、医療機関が集中する京都・乙訓医療圏では、胃がん・肺がんのいずれもほぼ全ての患者が同一医療圏内で入院している。

他のがんでは、肝がんは、丹後医療圏の 14.8%が中丹医療圏へ移動している。また、中丹医療圏の 18.8%、南丹医療圏の 47.4%、山城北医療圏の 64.3%、山城南医療圏の 10.5%が京都・乙訓医療圏へ移動し、山城南医療圏の 10.5%は奈良県へ移動しており、患者の移動が多い。一方、大腸がんでは南丹医療圏の 19.2%、山城北医療圏の 16.5%が京都・乙訓医療圏に移動し、山城南医療圏の 27.3%が奈良県へ移動しているほかは、患者のほとんどが同一医療圏内で入院している。乳がんは、肝がんと同様に移動が多く、丹後医療圏の 58.8%が中丹医療圏へ、11.8%が大阪府へ移動しているほか、中丹医療圏の 11.5%も大阪府へ移動している。また、南丹医療圏の 30.8%、山城北医療圏の 31.0%、山城南医療圏の 26.7%が京都・乙訓医療圏へ移動し、山城南医療圏の 13.3%は奈良県へ移動している。

【特定の医療機関への集中度合い】

患者の移動の状況は部位によって差があることが分かったが、その背景には、部位ごとに対応できる医療機関の数に違いがあることが考えられる。このため、部位ごとに特定の医療機関への集中度合いを分析してみた。

胃がんでは、全入院患者数 958 名の 50%以上を 16 の病院で対応しており、これは胃がんの入院を扱った総医療機関数 131 のうち 12.2%にあたる。比較的多くの医療機関で分散して治療が行われていると推測される。

これに対し、肺がんでは、全入院患者数 1165 名の 50%以上を 8 つの病院で受け入れており、これは肺がんの入院を扱った総医療機関数 121 のうち 6.6%にあたる。胃がんと比較して一部の医療機関に患者が集中していることが分かる。

他のがんについて見ると、肝がんでは、全入院患者数 635 名の 50%以上を 9 つの病院で受け入れており、これは肝がんの入院を扱った総医療機関数 91 のうち 9.9%にあたる。また、大腸がんでは、全入院患者数 740 名の 50%以上を 17 の病院で受け入れており、これは大腸がんの入院を扱った総医療機関数 104 のうち 16.4%にあたる。乳がんでは、全入院患者数 322 名の 50%以上を 10 の病院で受け入れており、これは乳がんの入院を扱った総医療機関数 80 のうち 12.5%にあたる。大腸がんは比較的多くの医療機関で分散して治療が行われる一方、肝がん及び乳がんは肺がんほどではないが、特定の医療機関への集中が見られた。

胃がんと大腸がんの分散傾向と、肺がん、肝がん及び乳がんの特定の医療機関への集中傾向は、患者の移動状況で見たのと同じ結果となった。

【実際の配置】

がんについては、各地域の連携、診療支援の拠点として、がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携協力病院が指定されているが、ここでは、入院件数が多く、手術、化学療法（一部は放射線療法）に対応した実績のある医療機関が各二次医療圏にどのように配置されているかを分析した。分析に当たっては、胃がん、肺がん、肝がん、大腸がん、乳がんについて、それぞれ該当する医療機関を抽出している。

まず、胃がんでは、丹後医療圏では3箇所の医療機関で入院件数が多く、化学療法・手術の実績があった。中丹医療圏では、6箇所の医療機関で受け入れている一方、南丹医療圏では1箇所のみであった。京都・乙訓医療圏には数多くの医療機関が集中する一方、山城北医療圏にも4箇所が見られた。山城南医療圏は1箇所のみであった。

肺がんでは、胃がんと異なって、丹後医療圏で1箇所、中丹医療圏で5箇所、南丹医療圏で1箇所となり、そのうち放射線療法の実績がある施設は中丹医療圏の2箇所のみであった。京都・乙訓医療圏では受け入れ医療機関が数多くあり、化学療法、放射線療法への対応も多くで実績があるのに対して、山城北医療圏、山城南医療圏ではそれぞれ1箇所のみであり、入院件数も少なかった。患者の移動状況、集中度合いで見られたのと同様、胃がんと比較して医療機関が限定されている傾向があった。

また、他のがんでは、大腸がんは胃がん同様に診療機関が分散している傾向が見られるが、肝がん、乳がんは肺がん同様に特定の病院に集中している傾向が見られた。

【まとめ】

胃がん、大腸がんについては、患者の多くが居住する医療圏内で受診しており、入院する医療機関が分散している傾向が見られた。一方、肺がん、肝がん、乳がんについては、患者が広範囲な地域を移動しており、他のがんよりも入院する医療機関が集中している傾向が見られた。

がんの入院治療は、事前に予定を立てて行うことが可能であり、医療資源の蓄積や医療技術の進歩への対応を必要とすることも踏まえつつ、必要な拠点整備などを進めていくべきである。その際には、手術、薬剤、放射線など様々な治療の組み合わせによる集学的治療や、医師、看護師、薬剤師等のスタッフが一体となったチーム医療、また、緩和ケアを含めて在宅医療を確保するための地域連携パスの活用など、質の高い医療を効率的に切れ目なく提供することができる医療連携体制の整備が必要である。

(参考：がんの緩和ケアの実施状況) (資料 p35～36)

がんの緩和ケアについて、府内医療機関からのレセプト詳細データ

(緩和ケア診療加算等を請求しているもの)を基に、二次医療圏別に需給の分析を行った。なお、府内の医療機関からのデータに限られるため、他府県に移動した患者の分は反映されていないこと、協会けんぽのデータは含まれないことに留意が必要である。

【患者の移動】

二次医療圏間の患者(入院及び外来)の移動状況を見ると、中丹医療圏、京都・乙訓医療圏では95%以上の患者が医療圏内で緩和ケアを受け一方で、南丹医療圏では6.6%、山城北医療圏及び山城南医療圏では40%台にとどまっている。南丹医療圏では73.7%が京都・乙訓医療圏へ移動している。京都・乙訓医療圏へは、山城北医療圏からも55.7%が、山城南医療圏からも50.0%が移動している。

【特定の医療機関への集中度合い】

緩和ケアについて、特定の医療機関に集中する度合いを見ると、全患者数3,543名の50%以上を5つの医療機関で受け入れており、これは緩和ケアを扱った総医療機関数47のうち10.6%にあたる。少数の医療機関に集中している傾向が見られる。

【実際の配置】

丹後医療圏で2箇所、中丹医療圏では5箇所の医療機関で受け入れているのに対して、南丹医療圏では南部に1箇所のみであった。京都・乙訓医療圏には受け入れ医療機関が集中しているが北部には受け入れ医療機関がなかった。山城北医療圏では5箇所、山城南医療圏では2箇所の医療機関で受け入れていた。

【まとめ】

患者の生活の質(QOL)の維持・向上のため、身体的な痛みの除去や精神的な不安に対するケアなどの緩和ケアの重要性が高まっており、各地域で緩和ケア病床や緩和ケア病棟の整備が求められる。あわせて、在宅の緩和ケアが促進されるよう、かかりつけ医や訪問看護師、かかりつけ薬局(薬剤師)の人材確保・養成のほか、それらを支援する医療機関との連携体制の構築が必要である。

＜脳卒中＞（資料 p37～39）

脳卒中（くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞）について、入院医療の需給の分析を行った。

【患者の移動】

患者が居住する市町村内で入院する割合を見ると、府内の平均で 38.6%となっている。

二次医療圏間の入院患者の移動状況を見ると、丹後医療圏の 11.5%、中丹医療圏の 18.4%が兵庫県へ移動し、中丹医療圏の 11.5%が南丹医療圏へ移動している。南丹医療圏の 46.4%は京都・乙訓医療圏へ、14.3%は大阪府へ移動している。大阪府へは、山城北医療圏からも 40.0%が移動している。また、山城南医療圏からは 18.9%が山城北医療圏へ移動しているほか、42.2%が奈良県へ移動している。二次医療圏外に患者がほとんど移動していないのは京都・乙訓医療圏のみと言え、全体的に大きく患者が移動していた。

【特定の医療機関への集中度合い】

脳卒中について、特定の医療機関に集中する程度を見ると、全入院患者数 5,116 名の 50%以上を 33 の医療機関で受け入れており、これは脳卒中中の入院を扱った総医療機関数 292 のうち 11.3%にあたる。比較的多くの医療機関で治療が行われていると推測される。

【実際の配置】

脳卒中を実際に受け入れた医療機関を入院件数の多さと急性期医療を担う医療機関の基準に基づいて抽出し、その配置状況を分析した。この基準は、京都府保健医療計画において、脳卒中の急性期医療を担う医療機関の条件として挙げているもので、具体的には以下の 8 つの要件を全て満たすことが必要である。

- (1) 血液検査や画像検査（X線検査、CT検査、MRI検査）等の必要な検査が 24 時間実施可能であること
- (2) 脳卒中が疑われる患者に対し、専門的治療が 24 時間実施可能であること（画像診断等の遠隔診断に基づく治療も含む）
- (3) 適応のある脳梗塞症例に対し、組織プラスミンゲノクチバクター（t-PA）の静脈内投与による

血栓溶解療法が実現可能であること

- (4) 外科的治療が必要とされた場合には治療が可能であること
- (5) 脳卒中を専門とする医師が常勤していること
- (6) 全身管理及び合併症に対する診療が可能であること
- (7) リスク管理のもとに早期リハビリテーションが実現可能であること（脳血管リハビリテーションⅠ、Ⅱ、Ⅲ届出医療機関）
- (8) 地域の回復期、維持期、在宅医療を担う医療機関等と連携していること

丹後医療圏で5箇所、中丹医療圏で8箇所の医療機関で受け入れており、医療圏内のほとんどの地域から30分でのアクセスが可能となっているが、8要件を満たす医療機関に限ると中丹医療圏の1箇所のみとなる。

南丹医療圏では、8要件を満たす2箇所の医療機関で受け入れているが、南丹医療圏の北半分では30分でのアクセスが不可能になっている。

一方、京都・乙訓医療圏では多数の医療機関が存在し、8要件を満たすものも数多い。ただし、人口は少ないものの、北部に30分でアクセスできない地域が存在する。

山城北医療圏では8要件を満たす医療機関が複数あり、30分以内でのアクセスもほぼ全域から可能である。山城南医療圏では受け入れる医療機関は1箇所のみであり、医療圏内の東半分は30分でアクセスできない地域になっている。また、その医療機関で8要件を満たしていないことも課題である。

【まとめ】

脳卒中については、京都・乙訓医療圏以外の全ての医療圏で患者のほとんどが大きく移動している。外科的治療を要する症例や回復期の症例等に対応できる医療機関が少ないことが原因として推測される。二次医療圏単位で見て、急性期医療を担う基準を満たす医療機関や回復期病床が所在しない地域もあり、今後の対応が求められる。

脳卒中は、発症後、早期に適切な治療を受けることで、より高い効果があるとされており、後遺症も少なくなることから、救急医療や早期治療の体制の確保が求められる。また、急性期の治療後、一定期間の入院訓練を必要とする場合は、円滑に回復期の治療につなげていく必要がある。連携

のための地域連携パスの確立と回復期の体制の充実が求められる。

<急性心筋梗塞>（資料 p40～42）

急性心筋梗塞について、入院医療の需給の分析を行った。

【患者の移動】

患者が居住する市町村内で入院する割合を見ると、府内の平均で 35.5%となっている。

二次医療圏間の患者の移動状況を見ると、丹後医療圏の 34.1%が中丹医療圏に移動しているほか、南丹医療圏の 25.5%、山城北医療圏の 19.4%が京都・乙訓医療圏へ移動している。山城南医療圏からは、16.3%が山城北医療圏へ移動しているほか、奈良県へも 5%以上が移動している。

【特定の医療機関への集中度合い】

急性心筋梗塞について、特定の医療機関に集中する程度を見ると、全入院患者数 2,177 名の 50%以上を 12 の医療機関で受け入れており、これは急性心筋梗塞の入院を扱った総医療機関数 165 のうち 7.3%にあたる。一部の医療機関に患者が集中していることが分かる。

【実際の配置】

急性心筋梗塞を実際に受け入れた医療機関を入院件数の多さと急性期医療を担う医療機関の基準に基づいて抽出し、その配置状況を分析した。この基準は、京都府保健医療計画において、急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関の条件として挙げているもので、具体的には以下の 6 つの要件を全て満たすことが必要である。

- (1) 日本循環器学会認定循環器専門医が常勤していること
- (2) 日本循環器学会認定研修施設もしくは同研修関連施設の基準を満たしていること
- (3) PCI（経皮的冠動脈形成術）が 24 時間実施可能であること
- (4) 冠動脈バイパス手術等の外科的治療が可能であるか、もしくは可能な医療機関と連携していること
- (5) 包括的リハビリテーションが実施可能であること
- (6) 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携が可能であること

丹後医療圏で3箇所、中丹医療圏で4箇所の医療機関で受け入れており、うち6箇所の医療機関は6要件を満たし、医療圏内のほとんどの地域から30分でのアクセスが可能となっている。

南丹医療圏では、6要件を満たす医療機関1箇所のみで受け入れており、南丹医療圏の北半分では、人口は少ないものの脳卒中よりも広範な地域で30分でのアクセスができなくなっている。

一方、京都・乙訓医療圏では多数の医療機関が存在し、6要件を満たすものも多数ある。ただし、人口は少ないものの30分でアクセスできない地域が存在する。

山城北医療圏では6要件を満たす医療機関が複数あり、ほぼ全域から30分以内でのアクセスが可能である。山城南医療圏では受け入れ医療機関は2箇所であり、うち1箇所は6要件を満たすものの、脳卒中の場合と同様、医療圏内の東半分は30分でアクセスできない地域になっている。

【まとめ】

急性心筋梗塞については、患者の多数は居住する医療圏内で受診しており、全ての二次医療圏に急性期医療を担う基準を満たす医療機関が所在しているが、30分以内にアクセスできない地域も一部残る。

急性心筋梗塞は、発症後、早期に適切な治療やリハビリテーションを受けることでより高い効果があるとされている。救急医療や早期治療を行った上で、回復期の治療に円滑につなげる体制を確保することが必要である。

<糖尿病>（資料 p43～45）

糖尿病では相当悪化するまでは日常生活への支障はなく、通院治療が通常であるので、通院医療の需給の分析を行った。

【患者の移動】

患者が居住する市町村内で外来治療を受ける割合は、府内の平均で59.3%となっている。

二次医療圏間の患者の移動状況を見ると、南丹医療圏の18.1%、山城北医療圏の20.4%が京都・乙訓医療圏に、山城南医療圏の18.0%が奈良

県に移動しているほか、広域的な移動はあまり見られない。

【特定の医療機関への集中度合い】

糖尿病について、特定の医療機関に集中する程度を見ると、全外来患者数 82,288 名について、50%以上を95の医療機関で受け入れており、これは糖尿病の外来を扱った総医療機関数 2,664 のうち 3.6%にあたる。非常に多くの医療機関で治療が行われていることが分かる。

【実際の配置】

次に、糖尿病について実際に受け入れ医療機関が府内各二次医療圏にどのように配置されているかを分析した。分析に当たっては、受け入れ医療機関を、外来受診件数の多さによって抽出している。

丹後医療圏では、比較的中規模の医療機関が2箇所あるほか、小規模な医療機関が5箇所あり、医療圏内のほぼ全域から30分以内でアクセスできている。

中丹医療圏では比較的中規模の医療機関が5箇所あり、30分以内のアクセスが可能になっている。

南丹医療圏では大規模な医療機関が1箇所あるほかは小規模な医療機関が5箇所あり、人口は少ないものの30分でアクセスできない地域が北部に存在する。

京都・乙訓医療圏では大規模なものから小規模なものまで多数存在している。人口は少ないものの北部には1箇所の小規模な医療機関があるだけである。

山城北医療圏では中規模の医療機関が複数存在し、医療圏内の全域から30分でのアクセスができるが、山城南医療圏では2箇所であり、医療圏内の東半分は30分でアクセスできない地域になっている。

【まとめ】

糖尿病については、患者の多数は居住する医療圏内で受診しており、受け入れている医療機関の数も非常に多い。

糖尿病では、症状の緩和を受けて患者が治療中断するケースが多いが、合併症（失明、心疾患、脳卒中、人工透析を要する腎障害など）や歯周病により重症化するおそれもあり、適切な管理・治療が継続されるよう、かか

りつけ医と専門医療機関との連携やスタッフの確保が必要である。

<救急医療>（資料 p46～50）

医療計画に記載すべき事業のうち分析が可能であった救急医療について、救急年報報告を利用して救急現場から医療機関への搬送に要する時間を、また、国保及び後期高齢者医療制度のレセプト詳細データを利用して医療の需給状況をそれぞれ分析した。レセプト詳細データに基づく分析は、休日・深夜に受け入れ、その後入院したケースを対象とした。なお、レセプト詳細データは府内の医療機関からのデータに限られるため他府県に移動した患者の分は反映されていないこと、また、協会けんぽのデータは含まれないことに留意が必要である。

【搬送所要時間】

救急現場到着から医療機関へ搬送されるまでの所要時間は、救急医療体制の整備状況のほか、道路事情等交通インフラの影響を大きく受ける。京都府全体では平均 20.9 分（全国第 5 位）となっており、全国平均の 27.3 分よりも大幅に短い（平成 21 年版救急・救助の現況）が、ここでは府内の状況を二次医療圏別に分析した。

丹後医療圏では、全ての地域で 20 分以上（中央値。以下同じ）を要し、北部では 25 分以上要している地域もあった。中丹医療圏では、いずれの地域も 20 分未満であった。南丹医療圏では、一部の地域を除いて多くの時間を要しており、北部では 30 分以上、南部でも 25 分以上であった。京都・乙訓医療圏では、いずれの地域も 20 分又は 25 分未満であった。山城北医療圏では地域による差が大きく、北部では 20 分未満である一方で、南部の一部では 25 分以上を要していた。山城南医療圏では一部地域以外の全域で 25 分以上を要していた。

【患者の移動】

救急という性質上、受け入れ可能であれば医療圏内外に関わらず近接した医療機関に搬送される場合が多い。入院まで至ったケースについて二次医療圏間の移動状況を見ると、15 歳以上の一般救急では、丹後医療圏、中丹医療圏及び京都・乙訓医療圏で 90% 以上が医療圏内で受療してい

た。一方、南丹医療圏では 15.5%、山城北医療圏では 16.9%が京都・乙訓医療圏に移動していた。また、山城南医療圏からは 21.5%が山城北医療圏へ移動していた。

15歳未満の小児救急でも、同じく丹後医療圏、中丹医療圏及び京都・乙訓医療圏で90%以上が医療圏内で受療しているが、南丹医療圏では 14.6%が、山城北医療圏では 26.1%が京都・乙訓医療圏へ移動していた。また、山城南医療圏では 10.3%が山城北医療圏へ移動していた。

【特定の医療機関への集中度合い】

特定の医療機関に集中する程度を見ると、15歳以上の一般救急では、10ヶ月間の全患者数 5,526 名について、50%以上を 14 の医療機関で受け入れており、これは救急外来を扱った総医療機関数 113 のうち 12.4%にあたる。他方、15歳未満の小児救急では、全患者数 290 名について、50%以上を 4 つの医療機関で受け入れており、これは救急外来を扱った総医療機関数 28 のうち 14.3%にあたる。一般救急、小児救急のいずれも一部の医療機関に集中しているといえる。

【実際の配置】

救急診療件数が一定件数以上（一般救急で 15 件以上、小児救急で 4 件以上）の医療機関を対象として、その配置状況を分析した。15歳以上を対象とする一般救急では、15 件以上を扱った医療機関は丹後医療圏で 4 箇所、中丹医療圏で 5 箇所存在し、各医療圏の大半の地域から 30 分以内にアクセスが可能となっている。南丹医療圏では、3 箇所の医療機関が存在するが、北部に 30 分以内にアクセスできない地域が存在する。京都・乙訓医療圏では多数の医療機関が存在する。山城北医療圏では 8 箇所、山城南医療圏には 2 箇所の医療機関が存在しているが、それぞれ東部には 30 分以内にアクセスできない地域が多い。

15歳未満の小児救急では、4 件以上を扱った医療機関は丹後医療圏に 2 箇所、中丹医療圏では 3 箇所存在しているが、30 分以内にアクセスできない地域が多く存在する。南丹医療圏では 1 箇所のみ存在しており、大部分の地域では 30 分以内に医療機関にアクセスできない。京都・乙訓医療圏では 9 箇所の医療機関が存在するが、北部の地域からは 30 分以内の

アクセスは難しい。山城北医療圏では医療機関は2箇所、山城南医療圏では1箇所であり、いずれも医療圏の東部からのアクセスは30分以上を要する。

【まとめ】

救急医療は、近年、搬送要請の増加とともに、心筋梗塞や脳卒中等の急病患者が増加するなど救急患者の量と質が変化し、また、救急患者の受け入れ医療機関の確保に時間を要するといった課題も生じている。近隣に受け入れる医療機関がない地域での体制整備を進めるとともに、早期に適切な治療を行うことが求められる患者について、専門医療機関へ適切に搬送する体制の充実を図る必要がある。なお、小児救急についての実態をより正確に把握するためには、協会けんぽのレセプト詳細データも利用可能となることが望ましい。

②医療資源と医療費の関係

ア. 医療資源と医療費の相関関係

都道府県単位で見ると、医療資源の多さと1人当たり医療費の高さには高い相関関係があることが知られている。レセプトデータを中心に、医師数については医師・歯科医師・薬剤師調査を、病床数については地域保健医療基礎統計を、保健師数については京都府保健師配置状況をそれぞれ利用して、府内の二次医療圏単位でどのような関係があるか、分析を行った。なお、対象となるデータ数が6つとわずかであるため、結果については参考としての取扱いに止める必要がある。

医師数と医療費については前期及び後期高齢者において、医師数が増加するにつれて医療費が増加する傾向が見られた。また、医療費と保健師数の関係を見ると、後期高齢者において、保健師数の増加により医療費が減少する傾向が伺えるものの、その関係は明確ではなかった。（資料編 p51～59）

なお、市町村単位でも同様の分析を行ったが、すでに見たように患者は市町村域を越えて医療機関を受診することが多いことから、医療資源の多い市町村において1人当たり医療費が高くなるというはっきりした傾向は見られ

なかった。

イ. 受療頻度及び1件当たり医療費から見た医療費

患者が医療機関を受診する頻度や一連の治療に要する費用について、地域的な特徴があるか、二次医療圏ごとの人口1人当たりレセプト件数と、レセプト1件当たりの医療費を計算し、府平均と比較することで分析を行った。

(資料編 p60～62)

丹後医療圏では、人口1人当たりレセプト件数を見ると、総数では府平均よりも14%少なく、特に産婦人科、小児科では半数以下であった。一方、レセプト1件当たり医療費を見ると、総数、産科・産婦人科、小児科のいずれも府平均より高く、総数では21%高かった。これらの結果から、近隣に医療機関が少ないことなどにより、軽い症状では受診を控える傾向があると推測される。なお、人口1人当たり医療費は総数で府平均を上回っているが、これは高齢化による影響と考えられる。

中丹医療圏では、小児科では人口1人当たりレセプト件数が府平均の64%にとどまっている一方、レセプト1件当たりの医療費は府平均よりも34%高い。このため、総数や産科・産婦人科は平均的な受療状況であるものの、小児科については軽い症状では受診を控える傾向があると推測される。

南丹医療圏では、小児科について人口1人当たりレセプト件数が府平均よりも52%も多い。一方で、小児科のレセプト1件当たり医療費は府平均よりも15%低いことから、比較的軽い症状で多く受診する傾向があると推測される。

京都・乙訓医療圏では、医療機関数が多く医療サービスを利用しやすいと考えられ、人口1人当たりレセプト件数は総数、産科・産婦人科、小児科の全てで府平均を上回っている。レセプト1件当たり医療費はいずれも府平均程度であり、結果的に人口1人当たり医療費はいずれも府平均を上回っている。ただし、その割合はそれほど高くなかった。

山城北医療圏では、いずれの類型についても、人口1人当たりレセプト件数は府平均よりも少なく、レセプト1件当たり医療費も府平均よりわずかに低かった。このため、人口1人当たり医療費についても、いずれも府平均よ

り低くなっている。

山城南医療圏では、小児科の人口1人当たりレセプト件数が府平均よりも31%上回っている。レセプト1件当たり医療費は府平均よりも低い、人口1人当たり医療費では8%上回っており、比較的軽症でも多数受診する傾向が見られた。総数及び産科・産婦人科については、人口1人当たりレセプト件数とレセプト1件当たり医療費の両方とも、府平均より少なかった。

ウ. 疾病別医療費の保険者間比較

疾病ごとの医療費について、市町村国保、協会けんぽ、後期高齢者医療制度の保険者間で相違が生じているか、レセプトデータを用いて19の主要な疾病分類ごとに分析を行った。（資料編 p63～64）

まず、1人当たりの年間医療費を比較すると、市町村国保が入院で103,743円、外来で112,772円、協会けんぽが入院で33,856円、外来で59,150円である。いずれも市町村国保が高いが、特に入院で7万円近くの差がついている。市町村国保に受療率が高い前期高齢者が多く加入していることが1つの原因と考えられる。一方、後期高齢者医療制度の1人当たりの年間医療費は、入院で443,304円、外来で295,736円であり、市町村国保及び協会けんぽよりかなり高額となっている。

疾病別の医療費の割合については、入院治療をみると、市町村国保の第1位は「新生物」（悪性、良性を含む。以下同じ）（23.2%）であり、協会けんぽの18.7%と比較して多い。第2位は、「循環器系の疾患」（18.1%）であり、協会けんぽの18.8%とほぼ同じであった。第3位は、「精神及び行動の障害」（12.8%）であり、協会けんぽの5.2%と2倍以上の開きがあった。

外来治療をみると、「新生物」では市町村国保で9.6%で、協会けんぽの5.2%のほぼ2倍となっている。「循環器系の疾患」では、市町村国保で18.6%であり、協会けんぽの10.0%とやはり2倍近い差があった。他方、呼吸器系の疾患は、市町村国保の8.0%に対し協会けんぽでは20.8%となっている。

後期高齢者医療制度の入院治療では、1番多いのが循環器系の疾患の27.9%であり、市町村国保と比較しても非常に多い。第2位は「新生物」（11.4%）、第3位は「損傷、中毒及びその他の外因の影響」（9.7%）であった。

外来治療では、第1位が入院と同様に「循環器系の疾患」（28.4%）であり、第2位は「筋骨格系及び結合組織の疾患」（13.5%）、第3位は「腎尿路生殖器系の疾患」（12.3%）であった。

次に、疾病ごとの1件当たり医療費と受療人数について、国民健康保険、協会けんぽ、後期高齢者医療制度の保険者間で相違が生じているか、121の詳細な疾病分類ごとに分析を行った。（資料編 p65～67）

市町村国保では、入院治療では「統合失調症及び妄想性障害」の件数が1,546件と最も多く、総医療費に占める割合も最も大きかったが、協会けんぽでは上位10位以内に入っておらず、市町村国保の特徴といえる。「他の悪性新生物」については、市町村国保で第2位、協会けんぽでは第1位であり、市町村国保では「肺の悪性新生物」が第7位であることも考え合わせると、がんが入院医療費に与える影響は非常に大きい。また、「虚血性心疾患」（いわゆる急性心筋梗塞）については、市町村国保・協会けんぽいずれも第3位、「脳梗塞」については、市町村国保・協会けんぽいずれも第4位である。市町村国保で「他の心疾患」が第8位であることから、がんに加えて、心臓、脳の疾患に多額の医療費がかかっていることが分かる。さらに、「糖尿病」は市町村国保で第9位、協会けんぽで第5位であった。

外来治療では、「高血圧性疾患」の件数が多く、市町村国保で第1位、協会けんぽで第3位であった。市町村国保では、1件当たり平均医療費が27万8千円と最も高い「腎不全」が第2位であるが、協会けんぽでは上位に入っていない。その他、市町村国保では「糖尿病」が第3位、「脊椎障害」が第6位になるなど、比較的長期化する疾病が特徴的であるのに対して、協会けんぽでは「アレルギー性鼻炎」が第1位、「他の急性上気道感染症」（いわゆる風邪）が第4位、「結膜炎」が第6位、「皮膚炎及び湿疹」が第7位になるなど、比較的軽い症状が上位を占めた。

後期高齢者医療制度では、入院治療については、上位5つの疾患はレセプト1件当たりの平均医療費は50万円から70万円の間集中している。「他の心疾患」が第1位、「虚血性心疾患」が第4位であった。また、「脳梗塞」が第2位、「他の悪性新生物」が第5位、「腎不全」が第7位になるなど、重篤な疾病が多く見られる。外来治療では、「高血圧性疾患」が65,685件と

非常に多く第1位となる一方で、件数は少ないが1件当たりの平均医療費が25万8千円と最も高い「腎不全」が第2位となった。また、「糖尿病」が第3位、「虚血性心疾患」が第7位、「他の悪性新生物」が第9位となるなど、入院と似通った疾病が上位であった。

保険者としては、以上で見られたような加入者の疾病の状況も参考としながら、効果的な保健事業の実施に努めることが望まれる。

第4章 第2節 市町村国保の状況について

(1) 市町村国保の現在の状況

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（安全網）である。昭和36年の制度創設以来50年近く経過したが、この間、高齢化の進展や就業構造の変化などにより、かつては自営業者や農林水産業従事者が中心であった保険から、年金受給者等の無職・低所得者を中心とする保険に変化しつつある。世帯主の職業について全国の状況を見ると、昭和40年には自営業・農林水産業が67.5%だったのが、平成19年度には18.2%まで低下している。一方で、6.6%であった無職者は55.4%まで大幅に増加しており、非正規労働者等の社会保険に加入できない被用者も19.5%から23.6%に増加している。こうした変化に伴って保険料負担のベースとなる所得も低下している。（資料編 p68）

これに対し、国保加入者の一人当たり保険給付費（京都府）は、昭和63年度が123,948円であるのに対し、平成19年度では224,084円と約20年間でほぼ倍近く増え、同様に一人当たり保険料（税）（京都府）は昭和63年度が63,010円であるのに対し、平成19年度では84,515円と34%増加している。（資料編 p69）

この結果、課税所得に占める保険料負担の割合は平成3年度以降ほぼ一貫して上昇しており、平成19年度までに55%増となっている。一方、政管健保（現：協会けんぽ）の負担率は同時期で6%増と、ほぼ横這いとなっている。なお、協会けんぽの保険料は平成22年3月分から引き上げられる予定であるが、それでも平成3年度から21%の増加にとどまる。（資料編 p70）

市町村国保における保険料（税）収納率の推移を見ると、全国平均では平成10年度では91.8%であったのが、平成20年度では88.4%と過去10年ほぼ一貫して低下しており、国保加入者にとって厳しい状況がうか

がわれる。(資料編 p71)

運営主体である市町村に対しては、地方財政措置を中心とする財政支援や後期高齢者医療制度の創設等様々な支援措置が講じられてきたが、厳しい状況を抜本的に改善するには至っていない。府内市町村の累積収支を見ると、平成10年度末には106.0億円のプラスであったが、平成20年度末には41.0億円のマイナスとなっている。また、平成20年度の決算においても、府内市町村のうち一般会計からの任意繰入れ等を除外した実質的赤字の保険者が約8割近くを占める状況にある。

また、府内市町村の一般会計から国保特別会計への繰入金は段階的に上昇する一方で、一般会計に対する普通交付税の総額は平成12年度をピークに減少するなど、一般会計からの繰入れを維持することも難しい環境となってきた。(資料編 p72)

②保険料の格差

市町村国保のもう一つの課題が、市町村間の保険料の格差である。同じ所得や世帯構成であっても、府内の市町村ごとに保険料水準が異なっている。保険料の格差が生じている状況を定量的に把握するため、複数のモデル世帯を設定し、各市町村の保険料を算出してみた。

保険料の算出に際しては、地域によって診療施設が身近にないため医療費が低く、結果として保険料が抑えられるなど、保険料が受診程度の差にも影響されると考えられることから、通常の方法に加えて、府内の全ての住民が同程度の医療を受けると仮定した場合の保険料も試算した。(資料編 p73~74)

試算の結果、夫婦と子供2人の中間所得世帯の場合、1世帯当たりの保険料額(医療分及び後期高齢者支援分。以下同じ。)が一番高い市町村で292,640円、一番低い市町村で164,370円と1.8倍の格差が生じており、受診程度の差を補正後の保険料についても1.9倍の格差が生じている。基礎年金のみの高齢者夫婦世帯の場合では、1世帯当たりの保険料額が一番高い市町村で45,600円、一番低い市町村で15,930円と、ここでは2.9倍の格差が生じており、受診程度の差を補正後の保険料についても2.6倍の

格差が生じている。厚生年金を受給している高齢者夫婦世帯の場合、1世帯当たりの保険料額が一番高い市町村で131,130円、一番低い市町村で69,350円と1.9倍の格差が生じており、受診程度の差を補正後の保険料についても同じく1.9倍の格差が生じている。このように、住んでいる市町村によって保険料負担に大きな格差が生じていることが明らかとなった。
(資料編 p75~81)

(2) 市町村国保の将来の状況

①全体の状況

現在すでに市町村国保の運営は非常に厳しい状況にあるが、今後のさらなる人口高齢化の下で市町村国保が将来的にどうなっていくのか、現行制度が継続した場合の平成37(2025)年度の財政状況を検証した。推計に当たっては、年齢層ごとの1人当たり医療費を基に、人口構成の変化を踏まえて、市町村国保の被保険者数の増減や高齢化の進展などによる医療費の伸びを算出するとともに、後期高齢者支援金の増加の影響なども考慮して試算している。一方で、医療の高度化による医療費増等の効果は織り込んでいない。(資料編 p82~90)

このような前提の下で推計を行った場合、被保険者の減少等で保険料収入は増えない中、後期高齢者人口の全国的な増加により後期高齢者支援金の支出が倍以上に増えることなどから、現行制度のままでは、保険料の大幅な引き上げをしない限り、府内市町村の合計で158.1億円に上る巨額の単年度赤字が発生すると見込まれる。

仮に、赤字分を保険料の引上げでまかなおうとすれば、1人当たり保険料額(医療分及び後期高齢者支援分。以下同じ。)は、77,191円(平成20年度)から118,092円(平成37年度)に53%上昇することとなる。また、世帯類型ごとに見ても、平成21年度と比較してほぼすべての市町村で保険料は上昇しており、夫婦と子供2人の低所得世帯では府全体で1.6倍の増、最も上昇率の低い、厚生年金を受給している高齢者単身世帯でも1.1倍の増となっている。(資料編 p91)

このような全体としての厳しい状況は、人口の高齢化で被保険者1人当たりの医療費が増加するとともに後期高齢者支援金の拠出も増加していく中で、所得水準の改善は見込まれないという市町村国保の構造的な問題を反映したものと考えられる。

②保険料の格差

現在でも1人当たり保険料額は京都府内で1.9倍の格差があるが、将来的には2.3倍になると見込まれている。このため、安定的な保険運営を確保するためにも、現在のような市町村単位での保険運営を見直していく必要がある。

世帯類型ごとの試算では、夫婦と子供2人の中間所得世帯の場合、1世帯当たりの保険料額が一番高い市町村で約395,000円、一番低い市町村で約187,300円と2.1倍の格差が生じている。受診程度の差を補正後の保険料についても2.0倍の格差が生じている。基礎年金のみの高齢者夫妻世帯の割合では、1世帯当たりの保険料額が一番高い市町村で約50,300円、一番低い市町村で約22,800円と2.2倍の格差が生じており、受診程度の差を補正後の保険料についても2.1倍の格差が生じている。厚生年金を受給している高齢者夫妻世帯の場合、1世帯当たりの保険料額が一番高い市町村で約158,700円、一番低い市町村で約73,700円と2.2倍の格差が生じており、受診程度の差を補正後の保険料についても2.0倍の格差が生じている。（資料編 p92）

第5章 都道府県の保健医療政策についての検討

第4章の分析結果等を踏まえ、第5章では府民の安心につながる医療のあり方と、地域医療に責任を負う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する。なお、市町村国保の見直しについては、都道府県の保健医療政策のあり方と深く関わるものであるが、第6章で重点的に取り上げることとする。

(1) あんしん医療制度のあるべき姿

安心できる医療の確保は、府民生活にとって重要な問題である。時代の変化とともに医療に求められるものも変わっていく中で、府民がどのような水準の医療を求めているのか、またそのためにはどれだけの負担を受け入れられるのか、機会あるごとに共通理解を形成していかなければならない。それを受けてあるべき医療の姿を描きながら、その時々課題に取り組んでいくことが必要であろう。

まずは、第4章の分析の中で見られたような医療提供体制の課題や市町村国保の課題について、医療計画の改定に当たって具体的な対応策を描いていくなどにより、京都府としてしっかりと取り組んでいくことが求められる。その際には、地域医療に責任を有する都道府県がその役割を果たすことができるよう、国からの権限移譲による政策手段の強化等について検討すべきである。

医療の充実を図っていく必要があるのは確かであるが、その一方で、全ての地域で制限なく医療を確保することも困難である。24時間の医療体制や集学的な治療の必要性、医療技術の絶えざる進歩への対応等を踏まえて、医療資源の集中と分散のバランスをどのように配慮していくかが今後の検討課題となる。その際には、ドクターヘリの導入等による搬送手段の充実や画像診断等の遠隔医療の活用といった方策で、地理的な問題を少しでも解消できるようにすることが求められる。

また、そもそも個人の生活の中では健康で医者にかかることのない状態が理想であり、疾病を予防するための生涯を通じた取組がますます重要になってくる。行政としても、1人1人が自律的に健康な生活を送れるよう情報提供していくとともに、健診や栄養指導・運動指導などの保健事業を地域の特性を活かしながら効果的に展開して、地域全体で健康づくりを進めることが必要である。また、医療が必要になった場合には安心して医療を受けられるよう、医療機関や疾病に関する情報を得ら

れる環境整備が求められる。

(2) 医療の確保に向けた取組

(1)で述べたとおり、必要な医療の確保に向けた取組の強化が課題となる。

人材確保対策については、現在京都府においては、医師の確保が困難な地域等における医療体制の確保に向け、中堅・若手医師及び指導医の確保や女性・退職医師の復職支援のための医師バンク事業、地域医療を担う若手医師を育成するための奨学金制度等を実施している。また、古くから医科大学を設置し、医師の養成及び地域医療を支える人材の確保に努めてきた。今後もこうした取組みを充実していくとともに、薬剤師や看護師、理学療法士・作業療法士などの医療従事者の能力を活かしてチーム医療による医療の質の向上と医師の負担軽減を図れるよう、連携を促していくことが望まれる。ただし、医師の配置に大きな影響を与える臨床研修や診療報酬のあり方については、国が決定権限を有しており、都道府県としての取組みが困難である。（資料編 p93）

次に、医療機関の整備については、基準病床数に基づく病院・診療所の開設許可権限は府が有しているものの、医療の確保のための手段とはなっていない。また、救命救急センターや災害拠点病院等の指定は都道府県知事が行っているが、国庫補助を得るためには国の定める基準を満たす必要があり、さらに、がん診療連携拠点病院等の指定は国が直接行っている。医療機関の整備について、実質的に府が主体となっていて行っているとは言い難い状況にある。

また、医療法に基づく医療監視は国、都道府県及び保健所設置市が権限を有している一方で、保険医療機関の指導については都道府県も行っているが、指定・取消については国が専属的に権限を有している。特に国と都道府県の間で一貫した指導が行える状況とは言い難い。（資料編 p94）

以上のとおり、医療の確保に向けて都道府県として引き続き実施すべき点がある一方で、その取組には一定の限界が見られるのも事実である。このような状況の下、地域医療を支える都道府県が主体的に医療の確保に向けた実効ある取組を進めていくためには、政策手段の強化を図るべきであり、国からの権限や財源の移譲を図るなどの必要があると考えられる。

まず人材確保対策については、医学教育の課程において地域の医療機関での実習

を必修化すること、臨床研修について都道府県を含めた地域の関係者が関与する方式とすることなどが必要である。少なくとも、公立の医科大学を設置するなどの地域の自助努力が反映されないような臨床研修制度については、すぐに改める必要がある。

また、医師不足地域への重点的な配置に向け、これまでの取組みに加え、大学における地域枠の拡大等によってへき地医療を支えるローテーション体制の強化を図るとともに、医療保険の報酬についても地方の医療機関の経営を支えるような水準とすべきである。

医療機関の整備については、地域の実情を踏まえて柔軟に行えるよう、拠点病院の指定権限や施設整備補助の財源を都道府県に移譲する必要がある。

保険医療機関の指定・取消等については、機関委任事務の下とはいえ、かつて都道府県が行っていた時期もあったことから、現在においても都道府県に権限を移すことは可能であると考えられる。このことにより、指定権限と指導権限が一体となって効率的な保険医療機関指導を行うことが可能となる。

これまで見たような制度上の問題に加え、医療の質の向上と効率化にも都道府県として取り組んでいく必要がある。例えば、近年の情報通信技術の進展により、遠隔医療による画像診断などで都市部の専門医と地元の医師が連携することで、過疎地でも物理的な医師や医療機関の配置によらずに高度の専門性を有する医療を受けられる条件が整いつつあり、一部では実際の運用も行われている。直接的な医療資源の確保とあわせて、こうした取組も支援していくことが必要である。

(3) 医療に関する情報の提供

情報技術の進展とともに、医療に関する情報についてもインターネット等を通じて府民が容易に入手することが可能となったが、一方で様々な情報が氾濫し、信頼できる情報の取捨選択に迷う場面も見られることから、行政としても的確で質の高い情報提供に努める必要がある。

現在、医療法や薬事法において、診療日や診療時間、診療・治療内容等、医療機関や薬局などの医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務づけ、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みが構築されている。京都府ではインターネット上で情報提供サイト「京都健康医療よろずネット」を開設

し、医療・健康に関する情報を提供しており、府民の医療情報へのニーズに応じている。（資料編 p95）

また、府民が気軽に医療に関する相談をできるよう、京都府では府庁内に設置された京都府医療安全相談コーナーや保健所において、職員が電話や面談により医療に関する相談や情報の提供、医療機関等に関する苦情受付等を行っている。

一方、病院を拠点とした、患者等に対する相談窓口設置の取組もなされており、例えば、がん診療連携拠点病院では、専任職員を配置して患者や家族、地域住民からのがんに関する相談を受ける窓口を設置するとともに、患者の側でもこれらの拠点病院を足がかりに自ら患者会を結成して、患者相互で情報交換や勉強会を実施するなど、自主的な活動を行っている例も見られる。（資料編 p96）

今後も府民が安心して医療を受けるため、信頼度の高い情報提供を行うための更なる取組が求められる。厚生労働省が行った患者の医療機関の情報の入手状況に関する調査（受療行動調査）によれば、病院を選択する際に患者が必要であるとした情報は、「医師などの専門性や経歴」、「受けることができる検査や治療方法の詳細」などが上位に挙げられているが、実際にそのような情報を得られたとする割合はさほど高くない。また、これらの情報の情報源としては「医師による紹介」、「家族・友人・知人」等を挙げている者が多く、行政機関による情報提供や病院の相談窓口などを参考にした患者は少ない傾向がうかがえる。これらのことから、都道府県としても、情報提供の一層の充実を図る必要があるが、その内容については単なる医療情報の提供にとどまらず、健康づくりに関する情報提供や、疾病予防に関する情報提供など、過度に医療に依存せずに生活できる、住民と医療との適度な関係を構築するといった視点からの取組も考えられる。併せて、具体的に相談に応じることのできる様々な拠点の強化や患者団体の活動を進めていくことが必要である。

（資料編 p97～99）

（4）保健事業の推進

保健事業については、すでに見たように住民の健康状態の改善に一定の効果があると考えられる。また、個人単位の医療費削減効果についてはまだ長期的なデータを踏まえた明らかな結論を見いだすことはできなかったものの、地域単位で分析すると保健事業に積極的に取り組んでいる市町村では1人当たり医療費が低い傾向が

見られる。医療技術の進歩や高齢化の進展などに伴って疾病の内容が感染症中心から生活習慣病中心に変化し、今後さらにその傾向が強まることが予想される中では、生活習慣病をなるべく防ぐための取組がますます重要になってくる。健康づくりを積極的に進めることによって、健やかな生活を維持できるように努めることが望まれる。

保健事業を実施するに当たっては、地域の疾病構造や世帯等の構成、各種の社会活動の状況、活用できる地域資源などを踏まえて、地域ごとに工夫を凝らして取り組むことが効果を上げる重要なポイントであり、そのためには市町村国保の見直しを行った場合であっても、住民にもっとも身近な市町村が中心となって事業を進めていくことが望ましい。

また、市町村は、現在、国民健康保険における保健事業だけでなく、健康増進法に基づく健康教育や健康相談、訪問指導などの健康増進事業、母子保健法に基づく乳幼児訪問指導や離乳食教室などの事業、介護保険法に基づく地域介護予防活動などの地域支援事業といった様々な保健事業を地域において実施している。こうした活動は相互に関係し、また重なり合う部分も多いことから、国民健康保険における保健事業については、これまでのように市町村で実施することが望ましい。

(5) レセプトデータ等を都道府県で集約する仕組み

第4章で見たとおり、レセプト（診療報酬明細書）データを分析することで、疾病別地域別の医療機関の患者受け入れ実績の把握が可能となり、各医療圏単位での医療提供体制の課題が示されるなど、医療提供体制の整備等に関する現状及び課題を、より細かに把握できることが明らかとなった。また、レセプトデータを用いて市町村ごとの年齢別平均医療費を分析することで、従来では困難であった将来の国保医療費総額の推計が可能となるなど、医療保険財政のシミュレーションにも有益であることが明らかとなった。

従来の行政統計調査では、抽出調査による少ないサンプル数での実態把握しか行えず、今回のレセプトデータ分析で見たような地域別疾病別の医療等の実態を把握することは困難である。また、都道府県単位での調査結果が判明するのは調査実施の約2年後であり、調査実施後の現状の変化を把握することは困難である。

今回、各保険者の協力を得て、全国で初めて府内の国保各保険者、協会けんぽ及

び後期高齢者医療制度のレセプトデータを都道府県単位で集約し分析することにより、府内の医療状況についてより実態に基づいたデータの作成が可能となった。レセプトの傷病名と医療内容が必ずしも一致しないなど、レセプトデータを用いた分析に限界があることにも留意する必要があるが、有用な情報として活用を図っていくことが望ましい。今後、医療計画等を策定する際には、こうしたデータを活用することで、地域ごとの疾病構造の特徴や疾病ごとの患者の受診行動、診療科ごとの医療ニーズ等を踏まえた、より実態に即したものとすることが期待される。

ただし、現状ではレセプトデータや介護保険データを都道府県に集約する仕組みがなく、今回の取組も全保険者をカバーしたものとはなっていないことから、医療保険及び介護保険の各保険者が被保険者を住所地別に区分した上で、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ような仕組みづくりが求められる。

第6章 市町村国保の見直し

(1) 市町村国保の見直しの趣旨

第4章で見てきたように、これまで市町村が担ってきた国民健康保険については非常に厳しい状況にあり、府民が安心して必要な医療を受けることができるための基本的なセーフティネット（安全網）として再構築していくことが必要である。このような機能の確保はまさにナショナルミニマム（国による最低限の保障）としての取組であり、国が責任を持って安定的な制度の構築と必要な財源確保に努める必要がある。

その一方で、市町村域を越える広域行政として保健医療政策について重要な役割を担う都道府県は、第5章で見てきたように、医療の確保や保健事業の推進等において、様々な方法により住民の健康確保のための取組を行う必要がある。都道府県の保健医療政策全般について相乗効果を上げるためにも、医療保険について都道府県が一定の責任を果たしていくことが必要である。

こうしたことを踏まえ、現在各市町村で実施されている国民健康保険事業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ことが求められる。なお、市町村国保は、人口構成や就業構造の変化という構造的な問題を抱えており、最終的には社会保険を含めた地域保険として一元的な運用を図る必要があるとの意見があった。（資料編 p101～102）

(2) 見直しの基本理念

市町村国保を都道府県単位で一元化することで、以下に掲げる4つの効果を上げることを目指すべきである。（資料編 p103）

①保険財政の安定化

保険の財政単位を大きくしてリスクを平準化する。財政上の国の役割の強化とあわせて、保険財政の安定化を図る。

②効率的・効果的な保険運営と患者の立場に立った医療の質の向上

・効率的な受診体制の確保

小規模市町村では困難であった医療費分析の実施やレセプト（診療報酬明細

書) 点検の強化などにより、効率的な受診体制の確保を図る。

・保健医療政策全体の効果向上

都道府県において医療保険と他の保健医療政策を協調的に実施することで、相乗効果による保健医療政策全体の効果の向上を図る。

・事務の効率化

事務処理体制のスリム化やシステム投資の重複の排除等により、保険運営事務の効率化を図る。

・持続可能性

制度の持続可能性を高めるため、地域特性を踏まえた保健事業の推進と、実効性ある徴収体制の確立が必要。

③保険料格差の是正

市町村ごとにバラバラだった保険料水準をできるだけ平準化していく。その際には、受診程度の差を考慮した給付と負担の公平に配慮する。

④住民の理解

住民の信頼があって初めて相互に支えあう医療保険制度が成り立つことから、制度を簡明にすること、責任の所在をはっきりさせることで、制度に対する住民の理解を得る必要がある。

(3) 保険者案

市町村国保を都道府県単位で一元化した場合の運営主体（保険者）については、いくつかの案が考えられる。ここでは、[A案—都道府県（一定の事務は市町村）]、[B案—都道府県と市町村による広域連合（一定の事務は市町村）]の2つの案について比較する。（資料編 p104）

住民との距離については、[A案—都道府県]の場合は、住民が日頃から関わることのできる地方公共団体であるのに対し、[B案—都道府県と市町村による広域連合]は都道府県と比較して、住民にとって距離がある地方公共団体である。

組織については、[A案—都道府県]の場合、庁内で事務を実施するための人員の強化が必要であるが、組織内でのノウハウは承継しやすい。[B案—都道府県と市町村による広域連合]では、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となる。また、出向職員が中心となるため組織内でのノウハウの承継に課

題がある。

意思決定については、〔A案－都道府県〕の場合は協議会等を設けるなど、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である一方、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は、指導力を発揮しやすいのに対し、〔B案－都道府県と市町村による広域連合〕では市町村の意向を取り入れやすいが、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。

他政策との関係においては、〔A案－都道府県〕では医療保険を含めた保健医療政策を一体的に担うこととなるが、〔B案－都道府県と市町村による広域連合〕では、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することとなる。

(4) 制度案

市町村国保を都道府県単位で一元化する場合の制度としては、主に保険料設定方式の違いを基本として、いくつかのパターンがあり得る。医療保険の給付水準と医療資源の配置状況との関係も踏まえ、ここでは、①市町村別方式、②全体一律方式、③ブロック別方式の3つの制度案について検討する。（資料編p105～107）

①市町村別方式

<趣旨>

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。広域化による効果は、事務処理の効率化が中心。

<保険料設定>

医療給付費・保健事業費については、各市町村において収支が均衡するようそれぞれ保険料を設定する。事務費についてのみ、各市町村に一定の方法で均等に割り振る。

<保険料徴収>

保険者は、国保事業に要する費用を分賦金として各市町村に負担を求める。各市町村は、分賦金の額に基づいて独自に保険料率を設定し、被保険者に保険料の

負担を求める。

<保健事業>

各市町村が、個別に保健事業の企画・実施を行う。必要となる保健事業費は、市町村ごとの分賦金に含まれており、住民から徴収する保険料で賄う。

<被保険者資格管理>

被保険者の台帳管理は保険者が行うが、転出入や出生・死亡等の住民からの届け出の受理等は市町村窓口において処理する。

<給付管理>

給付の審査・支払いは保険者が行うが、現金給付や減額認定証の申請等の住民からの届け出の受理等は市町村窓口において処理する。

②全体一律方式

<趣旨>

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。市町村ごとに保険料がバラバラという従来の課題が相当程度解消する一方で、地域性を踏まえた取組が不十分になる恐れがある。

<保険料設定>

都道府県全体を一つの会計とし、全体として収支が均衡するよう、都道府県内で単一の保険料を設定する。

<保険料徴収>

保険者が直接徴収するか、または、市町村が徴収する。市町村が徴収する場合、徴収率向上に向けた市町村の取組が促進されるような仕組みを取り入れる。

<保健事業>

保険者が企画し、各市町村が基本的に統一された内容で実施する。事業実施に要する費用は、共通の保険料率の下で都道府県全体で徴収し、各市町村に実費を配分する。

※被保険者資格管理・給付管理は、市町村別方式に準じる。

③ブロック別方式

<趣旨>

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。市町村ごとの格差の是正を図りつつ、一定程度地域性を踏まえた取組を可能とする。

<保険料設定>

ブロック単位で収支が均衡するよう、ブロックごとに保険料を設定する。その際、地域差指数が高い市町村、中程度の市町村、低い市町村の3つにグループ化し、保険料に差（＋５％、－５％など）を設ける。

<保険料徴収>

保険者がブロック単位で定める保険料水準に基づき、市町村が徴収する。広域的な税の徴収機構がある場合は、それを活用。

<保健事業>

事業実施に要する費用を都道府県全体で保険者が徴収した上で、各市町村に被保険者数等に応じて配分し、各市町村はその範囲内で事業を企画・実施する。

※被保険者資格管理・給付管理は、市町村別方式に準じる。

①市町村別方式については、広域化による事務処理の効率化が期待できる一方で、保険料格差については是正されず、財政の安定にも課題が残る。保健事業や保険料徴収については、市町村単位でインセンティブが働くため、現状と同様の市町村の取組が期待される。

②全体一律方式については、仕組みが簡明であり、都道府県内では市町村ごとの保険料格差が解消される。一方、全体で一本の保険料が設定されるため、医療資源の少ない地域や健康づくりに積極的に取り組んでいる地域の賛同が得にくいことが懸念される。各市町村が保健事業に積極的に取り組むインセンティブが働きにくいという課題もある。

③ブロック別方式については、地域ブロック単位で給付と負担の均衡を図ることで、

一定程度公平性へ配慮することができる。また、地域の医療費の動向が全体一律方式よりは当該地域の保険料に影響するため、市町村別方式ほどではないが各市町村が保健事業に取り組むインセンティブが働く。一方、ブロック間の保険料格差という課題は残る。

制度案については、これまで述べた各方式のメリット・デメリットを念頭に置きつつ、今後さらに制度設計についての実務的な検討や保険料の試算などを行い、議論を深めていく必要がある。

(5) 保険者案と制度案の組み合わせ

これまで見た2つの保険者案と3つの制度案の組み合わせについては、様々なパターンがあり得るが、保険者の特性と制度案の特性からみて適当な組み合わせは以下のとおりと考える。（資料編 p108）

①市町村別方式の場合、市町村の自立的運営を基本とするものであり、市町村も参加する〔B案―都道府県と市町村による広域連合〕とすることが適当と考えられる。

②全体一律方式の場合は、様々な事務が都道府県単位で統一されており、事務の複雑さを避ける意味でも、〔A案―都道府県〕とすることが適当と考えられる。

③ブロック別方式の場合は、保健事業の促進など保険者として明確な方向性を示して運営するものであり、住民に対する責任の所在が明らかで市町村に対する指導力を発揮しやすい〔A案―都道府県〕とすることが適当と考えられる。

(6) 共通する課題

上記(3)の保険者案及び(4)の制度案のいずれをとるかに関わらず、市町村国保の都道府県単位での一元化に当たっての共通の課題がある。

①財源構成の見直し

市町村国保は、人口構成や就業構造の変化という構造的な問題を抱えており、このような保険集団に対して、ナショナルミニマムとして国がしっかりとした財源措置を講じる必要がある。

現在、市町村に対して地方財政措置を中心として様々な財政支援措置が講じられているものの、法定外の一般会計繰入まで行って国保財政をなんとか維持して

いる現実があり、その改善が図られないままに制度を見直すことはできない。給付費に対する国庫負担の割合の引上げなど、国としての必要な財源の確保が一元化に当たっての前提となる。

②複雑な国庫補助の大幅な整理

様々な観点から講じられてきた国庫補助については、市町村国保が都道府県単位の保険者となることで、大幅な整理が可能となる。現在の国庫補助の目的に照らして、制度の見直し後にも存続させる必要性のないようなものについては廃止し、その分を給付費に対する国庫負担の割合の引上げや都道府県への財源移譲に回すべきである。

まとめ

本研究会で、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レセプトデータを用いた分析等を行った結果、以下のようなことが明らかとなった。

- ・地域別に見た疾病ごとの死亡率には、大きな差があること
- ・保健事業は住民の健康状態の改善に一定の効果があり、また地域ごとに工夫を凝らして取り組むことが効果を上げるポイントであること
- ・患者の居住する市町村内の医療機関にかかる割合は、全市町村の平均で、外来では55.9%、入院では32.0%にとどまること
- ・疾病別で受け入れ実績のある医療機関の分布は、二次医療圏ごとに差があること
- ・高齢化の進行や就業構造の変化により、市町村国保の運営は非常に厳しい状況にあり、また市町村ごとの保険料水準にも2～4倍の格差があること

こうした状況を踏まえ、地域医療の確保に責任を有する都道府県がその役割を効果的に果たすことができるよう、次のような取り組みを進めていくことが必要である。

- ・人材確保対策の推進や医療機関整備にかかる国と都道府県の役割の見直しなど
- ・府民が信頼できる情報を得られるよう的確で質の高い情報提供
- ・市町村を中心とした保健事業の推進
- ・レセプトデータ等を都道府県で集約する仕組みの導入

あわせて、非常に厳しい状況にある市町村国保については、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、必要な財源確保に努めるとともに、都道府県単位で一元化し、保健医療政策について重要な役割を担う都道府県が積極的に関わっていく必要がある。

本研究会の報告を踏まえて、京都府においては、今後、医療の確保等の課題に着実に取り組んでいくことや、市町村国保の見直しの実現に向けて国等に強く働きかけていくことが求められる。

また、今年度の検討では、市町村国保を都道府県単位化する場合の実務的な検討や医療と介護の連携など、必ずしも十分に調査研究を行えなかった分野もあることから、本研究会としては、来年度も引き続き、府民が安心できる医療制度の構築に向けて検討を進めていくことが適当である。