

指定都市市長会社会保障部会

報告書（案）

平成27年12月25日

指定都市市長会
社会保障部会

指定都市市長会社会保障部会報告書目次

第1章 本報告書のねらい

1	はじめに	1
2	医療費の適正化について	4
3	地域包括ケアシステムについて	5
4	社会保障部会における取組について	6

第2章（視点1）医療費適正化の取組について

1	生活習慣病の発症・重症化予防の取組について	8
	（1）目的	8
	（2）生活習慣病にかかる現況について	8
	（3）静岡市での取組（参考事例）	10
	・腎機能低下者への取組等について	
	（4）課題と対策	11
2	若い世代に対する取組について	13
	（1）目的	13
	（2）静岡市での取組（参考事例）	14
	（3）さいたま市での取組（参考事例）	16
	（4）課題と対策	20
3	その他の議論について	21
	（1）精神疾患にかかる医療費について（札幌市提案）	21
	（2）特定健康診査の受診率とデータ分析について	23
	① 現状と課題	
	② 千葉市での取組（参考事例）	
	・ビッグデータを活用したデータ分析について	
	（3）生活保護の医療扶助について（神戸市提案）	29
	① 生活保護受給者の医療費一部自己負担の神戸市提案について	
	② 提案に対する意見等について	
	③ 提案市の説明	
	④ 社会保障部会での見解	

第3章 （視点2）在宅医療・介護の連携推進について

（地域包括ケアシステム構築に向けた取組について）

- 1 在宅医療・介護の連携推進について 32
- 2 指定都市間の情報共有について 37
 - （1）目的 37
 - （2）各市の状況について 37
 - （3）社会保障部会での情報共有について 40
 - ①川崎市での取組（参考事例）
 - ②第6期介護保険事業計画にかかる在宅医療・介護連携推進について
 - ア「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」について
 - イ 各市の介護保険事業計画の内容調査について
 - ウ 課題と検討について

第4章 国に対する要請等について

- 1 国民健康保険制度の見直しに関する指定都市市長会要請 49
- 2 持続可能な国民健康保険制度の構築に向けた指定都市市長会緊急要請 . 51
- 3 増大する医療費等の適正化に関する指定都市市長会要請 53
- 4 生活保護における医療費一部自己負担に係る指定都市市長会要請 . . 54
- 5 地域包括ケアシステムに係る
在宅医療・介護連携推進に関する指定都市市長会要請 . . 55
- 6 厚生労働省との意見交換会の実施について 56

第 1 章 本報告書のねらい

第1章 本報告書のねらい

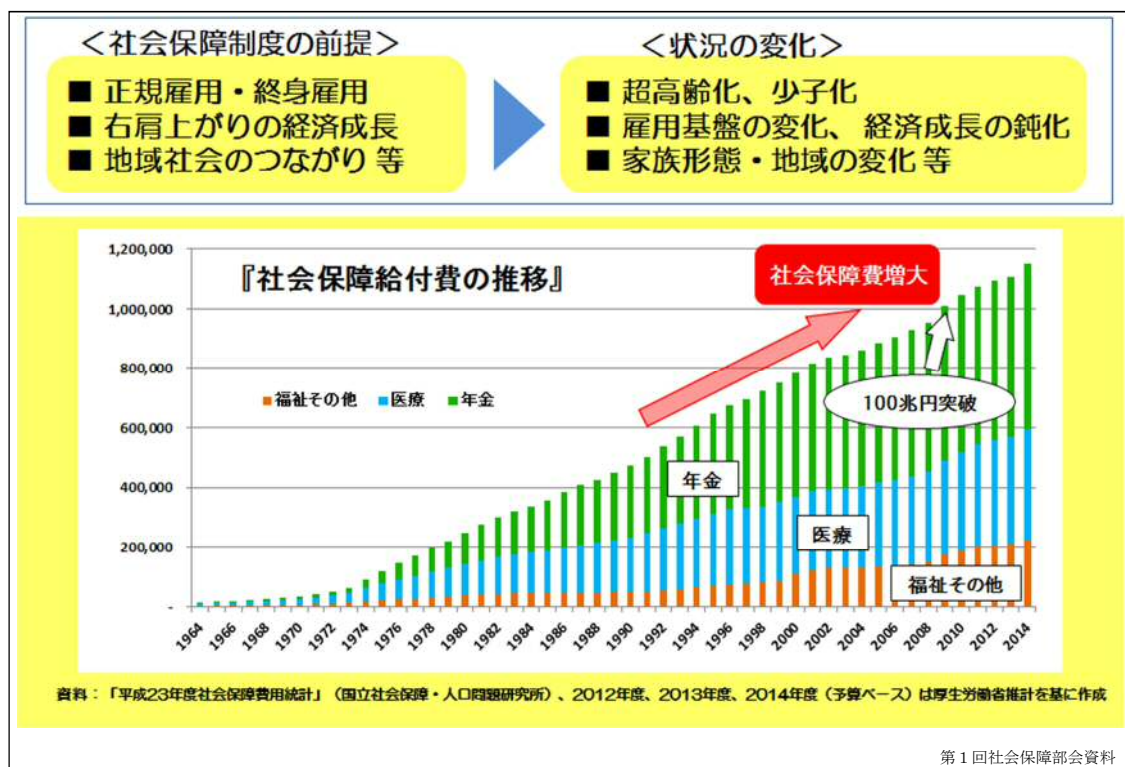
1 はじめに

現在の社会保障制度は、高度経済成長期であった1960～1970年代に、その多くが制度化され、正規雇用や終身雇用、右肩上がりの経済成長、企業の福利厚生充実、及び家族や地域社会のつながりなどが、制度設計の前提とされていた。

しかしながら、就労形態の多様化、経済成長の鈍化、人口減少・高齢化による現役世代の減少、及び核家族化や地域社会のつながりの希薄化などにより、社会保障制度が前提としていた状況は大きく変化を遂げている。

また、急速に進む高齢化により、特に都市部である指定都市では、保健・医療・福祉などの行政サービスに対する需要が増加し、市民の暮らしや財政運営に大きな影響を及ぼしつつある。

<社会保障制度を取り巻く状況の変化>

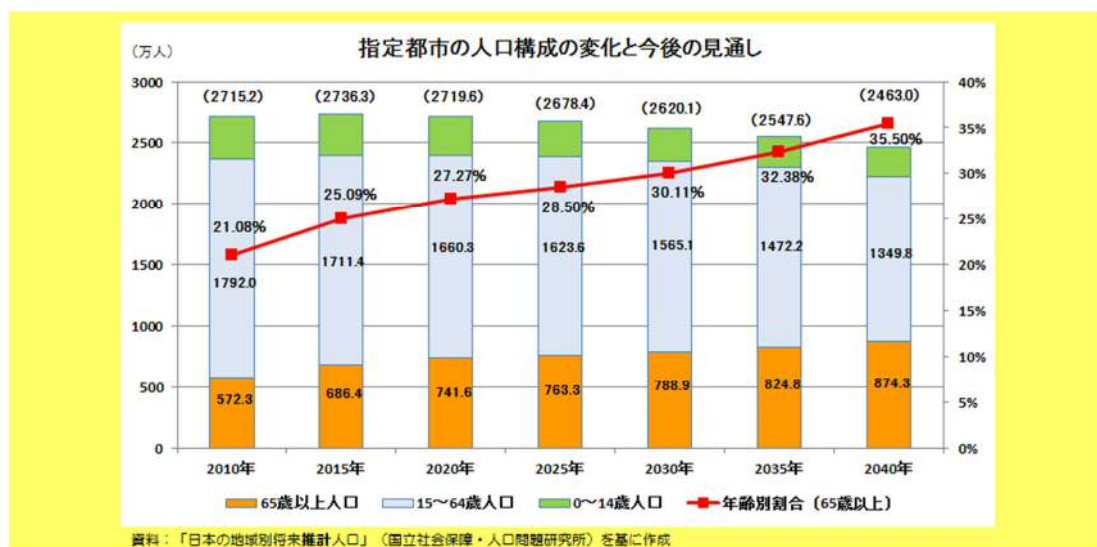


平成25年10月1日の推計人口によれば、日本の総人口に占める65歳以上人口の割合は25.1%となり、初めて4人に1人が高齢者という時代を迎えている。

すべての指定都市において、年々高齢化が進んでおり、指定都市全体で見ても、全国と比較して高齢化の進行が顕著である。また、2040年には、指定都市の市民の約1／3が65歳以上の高齢者となる推計もでており、今後更なるの社会保障給付費の増加が見込まれている。

<社会背景>

- 急速な人口減少や少子高齢化の進行
- 65歳以上の高齢人口の比率は総人口の1／4
- 2040年には指定都市全体の1／3以上の市民が65歳以上の高齢者
- 社会保障給付費は既に100兆円を超える水準



第1回社会保障部会資料

<指定都市人口推計：65歳以上人口>

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	差(2040年-2010年)	増減割合(2010→2040)
札幌市	393,230	497,871	564,801	599,098	627,910	653,358	683,748	290,518	173.9%
仙台市	194,616	237,732	269,798	289,095	305,742	324,363	348,356	153,740	179.0%
さいたま市	235,360	284,991	309,663	323,951	342,253	366,262	394,935	159,575	167.8%
千葉市	205,941	259,323	287,460	294,069	301,819	315,226	332,845	126,904	161.6%
川崎市	240,264	289,476	316,006	333,484	363,076	405,693	454,411	214,147	189.1%
横浜市	741,214	899,918	975,557	1,013,671	1,071,767	1,153,565	1,238,209	496,995	167.1%
相模原市	139,040	172,752	190,805	198,298	207,480	220,847	236,252	97,212	169.9%
新潟市	188,716	218,222	235,169	239,554	240,918	242,920	249,221	60,505	132.1%
静岡市	176,830	200,031	208,676	207,619	205,888	206,040	209,470	32,640	118.5%
浜松市	183,437	211,501	226,286	232,343	235,679	239,235	246,565	63,128	134.4%
名古屋市	481,004	569,302	603,997	617,541	639,001	669,636	713,029	232,025	148.2%
堺市	190,199	224,864	235,267	231,357	230,360	236,081	250,924	60,725	131.9%
神戸市	357,900	428,801	458,901	468,701	477,493	488,591	509,611	151,711	142.4%
岡山市	153,392	177,403	187,074	190,766	193,247	197,029	208,621	55,229	136.0%
広島市	236,958	292,966	320,258	332,754	343,353	357,303	380,932	143,974	160.8%
北九州市	246,463	286,042	302,822	302,653	297,799	294,107	295,938	49,475	120.1%
福岡市	259,036	325,644	369,275	395,326	419,259	447,527	484,569	225,533	187.1%
熊本市	155,060	179,288	195,913	205,408	211,803	216,317	223,470	68,410	144.1%
指定都市 合計	5,723,587	6,864,330	7,416,142	7,633,893	7,889,044	8,248,014	8,742,567	3,018,980	152.7%
(対全国: %)	19.4%	20.2%	20.5%	20.9%	21.4%	22.0%	22.6%	32.8%	
指定都市 平均	286,179	343,217	370,807	381,695	394,452	412,401	437,128	150,949	152.7%

(再掲) 指定都市	1,561,819	1,906,460	2,079,491	2,163,473	2,286,395	2,461,593	2,656,652	1,094,833	170.1%
対全国: %	5.30%	5.60%	5.80%	5.90%	6.20%	6.60%	6.90%	11.90%	

全国 (全地方自治体 計)	29,483,665	33,951,869	36,123,804	36,573,488	36,849,258	37,407,182	38,678,103	9,194,438	131.2%
---------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-----------	--------

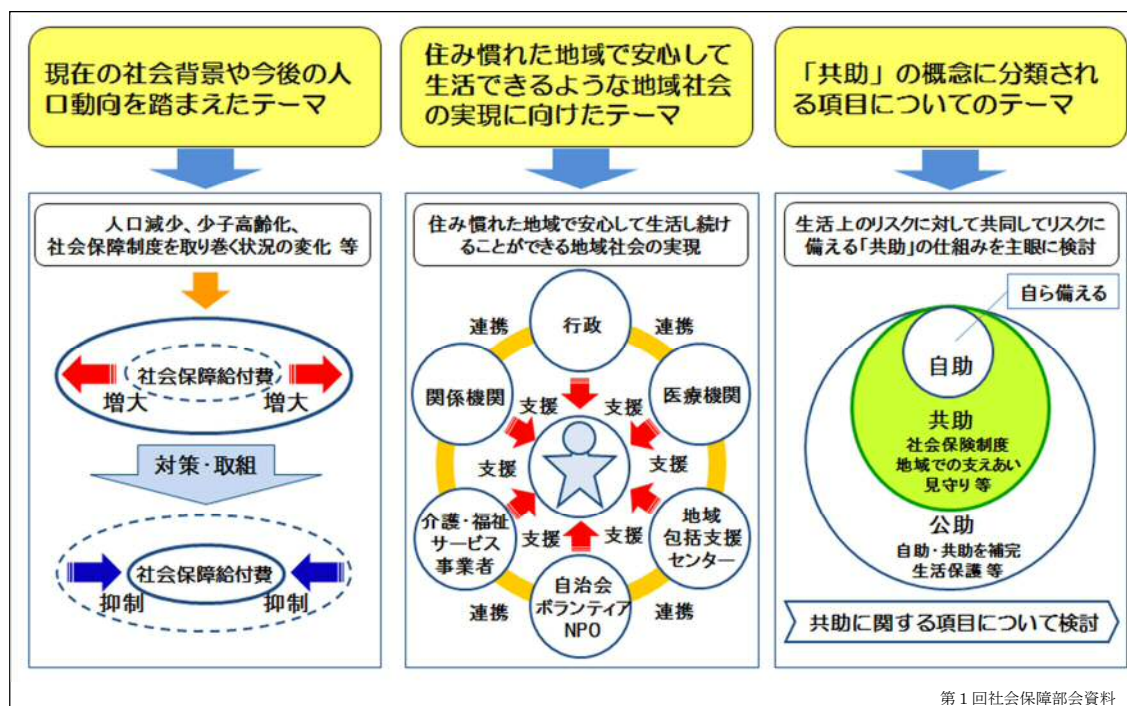
大都市制度研究会 人口推計の調査より

このような状況の下、本部会で取り組むテーマは、以下の3つのポイントを踏まえて、選定を行った。

- (1) 現在の社会背景や今後の人口動向を踏まえ、特に社会保障の中でも、将来を見据えた対策や取組が必要となるテーマとなること。
- (2) 市民が、住み慣れた地域で安心して生活できるような地域社会の実現に向けたテーマとなること。
- (3) 社会保障関係費の中でも大きなウェイトを占める、社会保険給付に関わる「共助」の概念に分類される項目についてのテーマとなること。

(1)から「医療費の適正化」、(2)及び(3)から「地域包括ケアシステムの構築」に視点を定め、指定都市としての役割を踏まえ、市民に身近な行政であるからこそ、実行が可能な対策や取組について、検討を行うこととしたものである。

＜社会保障部会取組テーマ選定の視点＞



2 医療費の適正化について

我が国は、国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。

しかしながら、近年では、急速な高齢化、医療技術の高度化などにより医療費の増加が大きな課題となっている。

厚生労働省で発表された「平成 25 年度 国民医療費の概況」では、平成 25 年度の医療費は、約 40 兆円となり、前年度に比べ約 8,493 億円、2.2%の増加となっている。

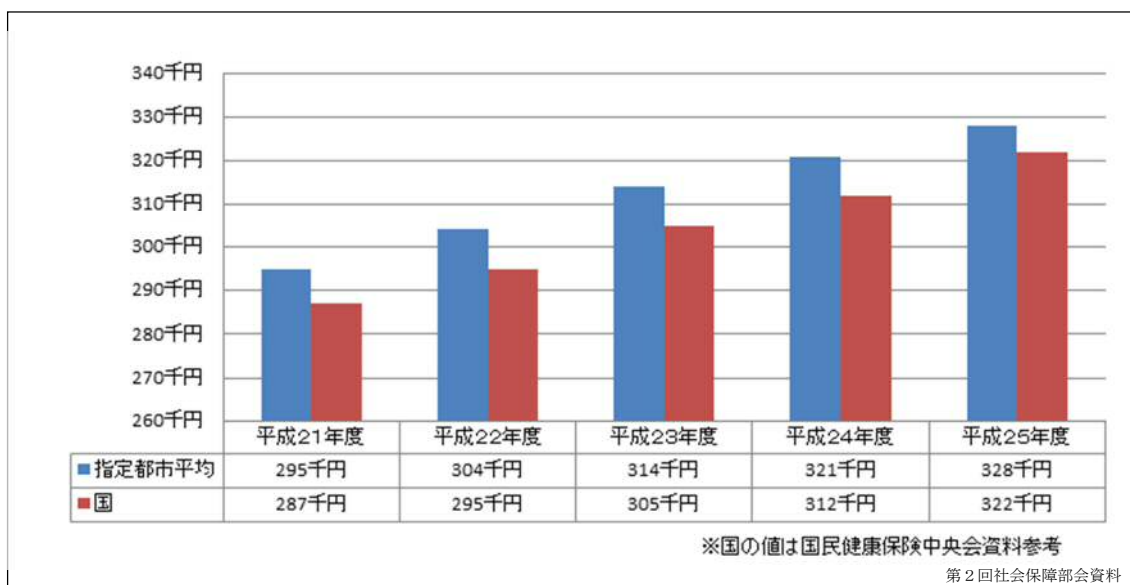
<医療費の動向（国）>

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
医療費(兆円)	36.0	37.4	38.5	39.2	40.0

※平成 25 年度 国民医療費の概況(厚生労働省)

また、市町村国保においては、1人あたりの医療費が、指定都市平均、国平均のどちらも年々増加しており、さらに、指定都市平均は、全国の市町村国保の平均を上回っている状況となっている。今後、医療保険制度の安定的な運営と持続可能性や次の世代の負担軽減のため、医療費の伸びが過度に増大しないよう対策を講じることが喫緊の課題である。

<1人あたり医療費の推移>



3 地域包括ケアシステムについて

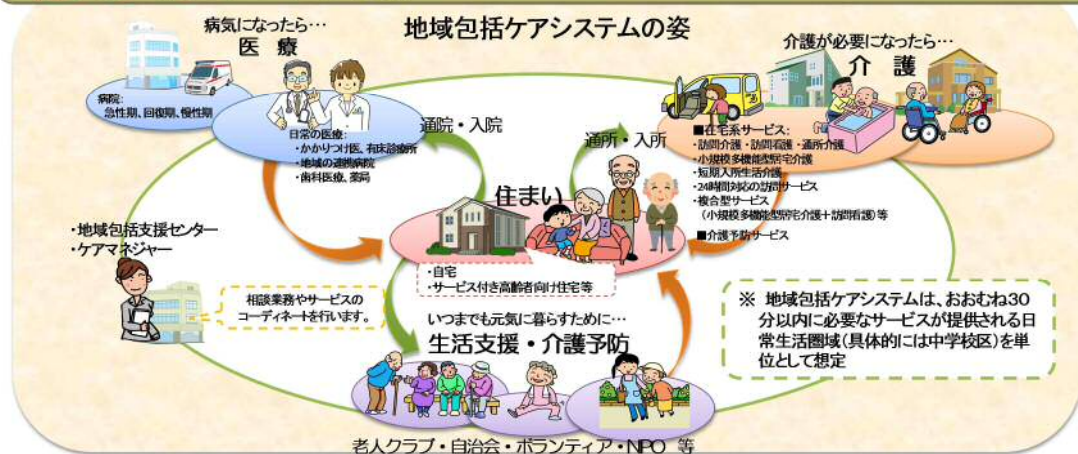
社会保障制度が前提としていた状況が大きく変化を遂げている中、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、団塊の世代が全て75歳に達する2025年を目途に、要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められている。

また、今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要となる。

高齢化の進展状況には大きな地域差もあることから、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。

<地域包括ケアシステムの構築について>

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



第2回社会保障部会資料

4 社会保障部会における取組について

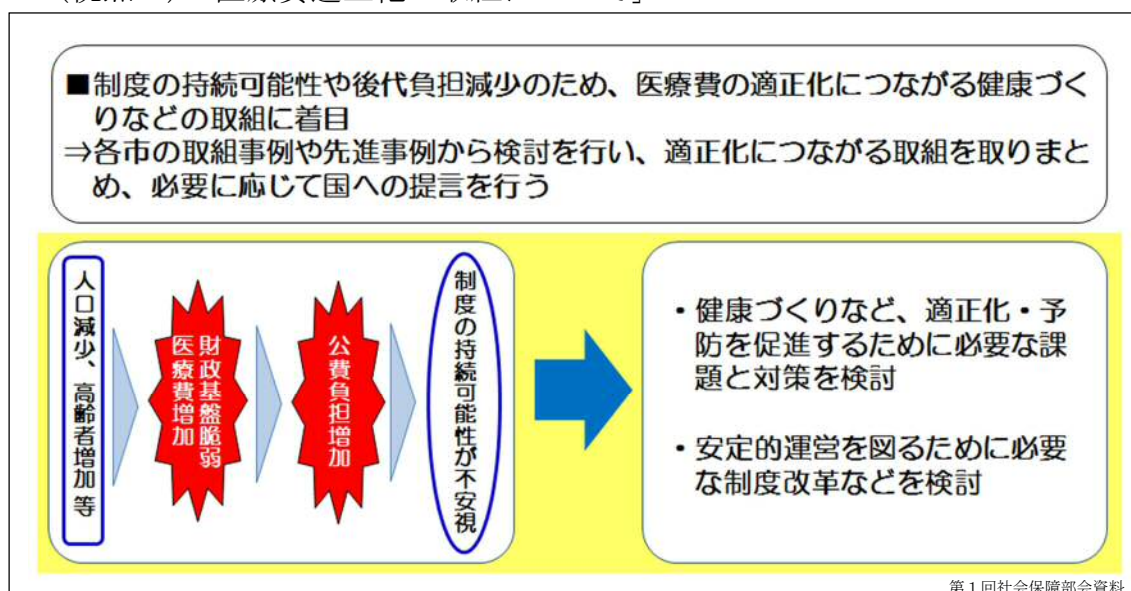
既述のとおり、本部会では、社会保障制度の中でも、特に「(視点1) 医療費適正化の取組」及び「(視点2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組」に視点を定め、検討を行った。

「(視点1) 医療費適正化の取組」については、医療保険制度の安定的な運営と持続可能性や次の世代の負担軽減のため、医療費の適正化につながる対策や健康づくりなどの取組に着目し、検討したものである。

2年間の部会においては、特定健康診査・特定保健指導は、はっきりとしたエビデンスはないものの、健康寿命や予防医療という観点からも重要であること、また、生活習慣病の重症化予防は、医療費の適正化に有効な対策であることなどについて議論した。さらに、特定健康診査・特定保健指導の対象外となる40歳以下の若年層や国民健康保険以外の被保険者への対策が、市民の健康と医療費の適正化のために必要との観点から議論を行った。

また、医療費の適正化を考える上では、生活保護の医療扶助の適正化も重要との提案もあり、生活保護の医療費の一部自己負担の導入についての議論もあわせて行ったものである。

< (視点1) 「医療費適正化の取組について」 >



「(視点2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組」については、今後、高齢者の増加に伴い、医療処置を必要とする在宅要介護者の増加が見込まれるため、可能な限り要介護者を在宅で介護できるよう、また、そのためには、在宅への訪問医療と介護サービスの連携強化が重要となることから、地域包括ケ

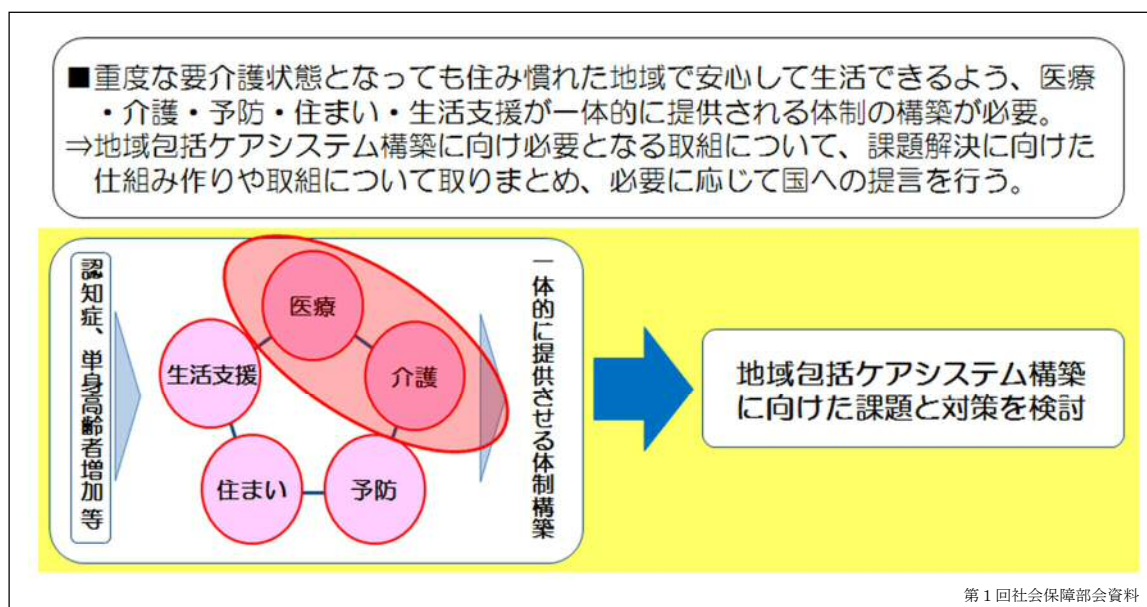
アシシステムを構築する上でも、その重要なテーマである「在宅医療・介護の連携推進」のあり方に視点を定め、検討を行ったものである。

2年間の部会での議論では、「在宅医療と介護の連携推進」については、医療関係者の方々に担っていただく部分が大きいことから、医師を在宅医療へ誘導していくためのインセンティブを働かせる制度が必要といった意見や、医療機関も人員・スタッフが整っておらず、取り組んでいけない実情があることなどの課題が挙げられた。

しかしながら、「在宅医療と介護の連携推進」は、これから本格化するところであるため、各市とも十分課題が整理できておらず、どのような多職種連携が望ましいのかを検討している状況であることや、各市における医療・介護資源に大きな差があり、取組状況・課題も様々であることから、先進事例を共有して、検討するといったアプローチは有意義であり、指定都市間で取組内容の情報共有化を図っていくことは実践的かつ効果的であるとの認識に至ったところである。

そこで、情報共有の一環として、各市の取組状況を確認し、情報共有化を図るとともに、課題等を抽出し、検討を行ったものである。

<（視点2）「地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について」>



本報告書は、各指定都市における取組の一助となるよう、また、国に対して、制度改革や新たな支援について提案を行うためのベースとなるよう取りまとめたものである。

第2章（視点1）

医療費適正化の取組について

第2章（視点1）医療費適正化の取組について

1 生活習慣病の発症・重症化予防の取組について

（1）目的

本部会では、医療費適正化の取組の一つとして、生活習慣病の発症や重症化を予防することに着目し、検討を行った。特に、腎不全などにより人工透析が必要となると、その医療費が高額となるため、人工透析への移行を防止することが、医療費適正化につながるといった意見があったことから、取組事例を参考に、検討を行ったものである。

（2）生活習慣病にかかる現況について

平成25年度国民医療費の概況（厚生労働省発表）によると、国民医療費推計額は、全体で約400,610億円となっており、前年度に比べ、約8,493億円、2.2%増加している。また、そのうち、医科診療医療費は、入院、入院外を合わせて約287,447億円となっており、前年度に比べ、約4,249億円、1.5%増加している。

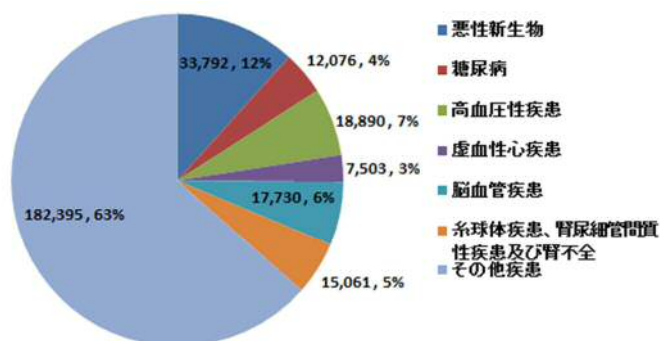
<診療種類別国民医療費>

診療種類別	平成25年度推計額（億円）	平成24年度推計額（億円）
国民医療費	400,610	392,117
医科診療医療費	287,447	283,198
入院医療費	149,667	147,566
病院	145,523	143,243
一般診療所	4,144	4,323
入院外医療費	137,780	135,632
病院	55,894	54,434
一般診療所	81,886	81,197
歯科診療医療費	27,368	27,132
薬局調剤医療費	71,118	67,105
入院時食事・生活医療費	8,082	8,130
訪問看護医療費	1,086	956
療養費等	5,509	5,597

参考：平成25年度 国民医療費の概況（厚生労働省）

その医科診療医療費の約287,447億円のうち、生活習慣病（悪性新生物、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、糸球体疾患・腎尿細管間質性疾患及び腎不全）にかかる医療費は、約105,052億円と約4割に達している。

＜平成25年度入院＋入院外医療費に占める生活習慣病の割合＞



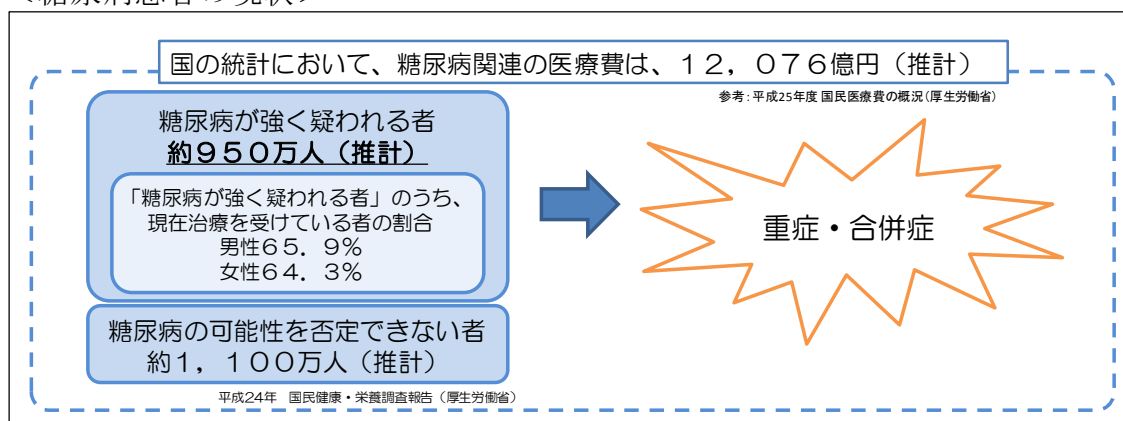
	傷病分類	入院＋入院外 (単位：億円)	割合
生活習慣病	悪性新生物	33,792	11.8%
	糖尿病	12,076	4.2%
	高血圧性疾患	18,890	6.6%
	虚血性心疾患	7,503	2.6%
	脳血管疾患	17,730	6.2%
	糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全	15,061	5.2%
	上記合計	105,052	36.5%
	その他疾患	182,395	63.5%
	合計	287,447	100.0%

参考：平成25年度 国民医療費の概況（厚生労働省）

生活習慣病にかかる医療費は、全体の医療費に対して非常に高い割合となっており、このような状況に対応するため、国においては高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）により、平成20年度より医療保険者に対し、生活習慣病予防を中心とした特定健康診査及び特定保健指導の実施を義務付けるなど、生活習慣病予防の取組は重要となっている。

例えば、1件あたりの医療費が高い腎不全についてみると、医療費全体に占める割合も少なくない。特に、糖尿病は適切な治療を受けていないと、発症してから20～30年で人工透析が必要な腎不全にまで進行するケースが多い。「平成24年国民健康・栄養調査結果の概要」（厚生労働省）による国の統計では、糖尿病が強く疑われる者は約950万人、そのうち、現在治療を受けている者は、男性65.9%、女性64.3%という結果が出ている。

＜糖尿病患者の現状＞



仮に人工透析が必要となった場合、その対象者は、週2～3回の通院を強いられ、食事制限も行われるなど、QOL（生活の質）が低下することも懸念される。人工透析への移行を防止することによって、対象者がより一層健康な生活を送ることができるとともに、今後の医療費の増嵩を抑制する効果が期待される。

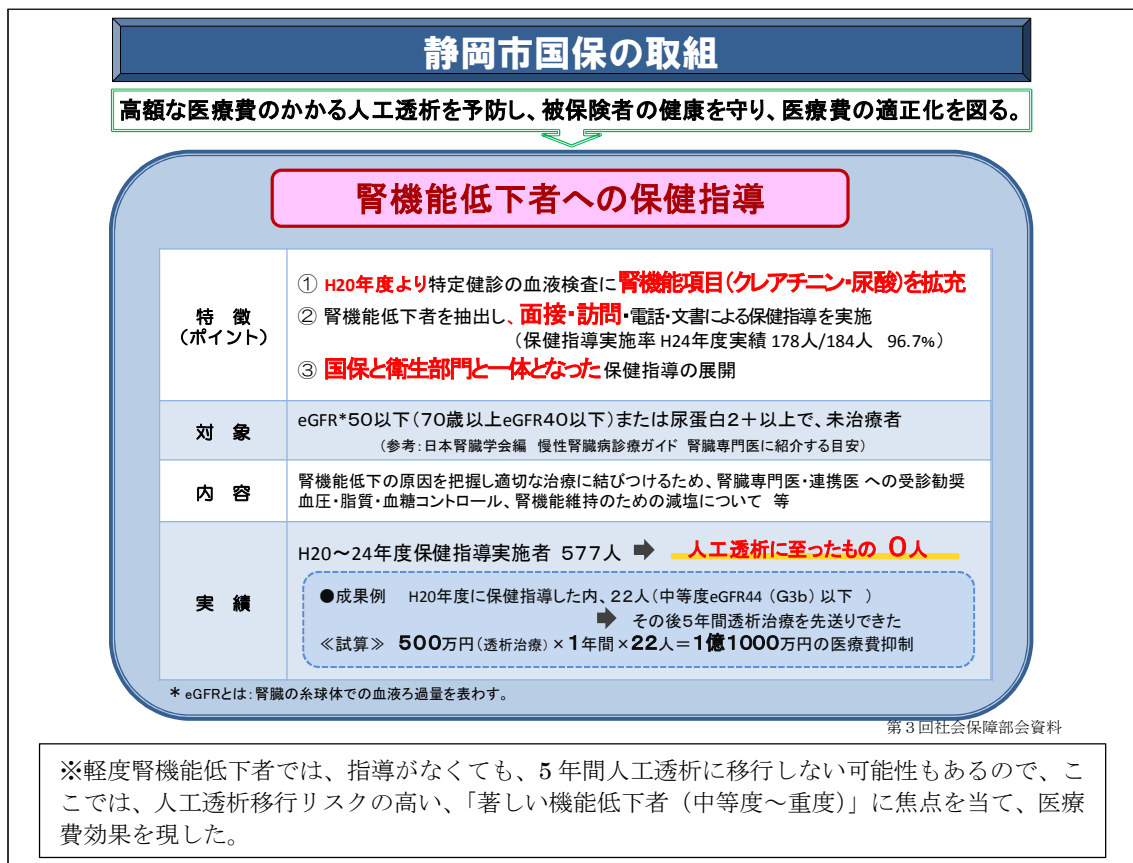
(3) 静岡市での取組（参考事例）

以下は、静岡市における腎機能低下者への保健指導の取組である。

静岡市の指導対象者は、学会で腎臓専門医への紹介の目安とされている eGFR50 以下（腎臓の血液ろ過能力）又は尿蛋白 2+以上で、治療をしていない者に対して行っている。特徴としては、「平成 20 年度特定健康診査制度開始当初から、市独自で腎機能の検査を付加して腎機能低下者の早期発見に取り組んだこと」、「面接や訪問等で 90%以上の指導実施率となったこと」、「衛生部門と一体となって受診勧奨と減塩指導等を実施していること」、の 3 点である。

5 年間で 577 人（実人数）の指導を実施したが、例えば、平成 20 年度に指導を実施した 83 人の内、特に著しく腎機能の低下が進んでいた（中等度～高度）22 人について確認したところ、その後 5 か年は、腎機能を維持できたことが分かっている。

人工透析は医療費が高額で、1 人当たり年間 500 万円程度かかる。効果判定を金額で表すのは難しいため、あくまで試算ではあるが、仮にこの人たちが、人工透析へ移行することを、1 年でも人工透析を先送りできれば、医療費の抑制効果は大きいと考える。



(4) 課題と対策

静岡市の取組事例でも分かるように、腎機能低下者が人工透析へ移行することを、仮に1年でも先送りできれば、医療費の抑制効果は大きいと思われる。このため、各市においても静岡市と同様の取組を実施、または実施を検討しているところであるが、腎機能低下者の抽出に必要な検査値「eGFR」を算出するための検査項目「クレアチニン」が、現在の特定健康診査の健診項目には入っていないため、各市が独自に追加して実施し、その費用も負担している状況である。

<指定都市 平成27年度特定健康診査実施状況>

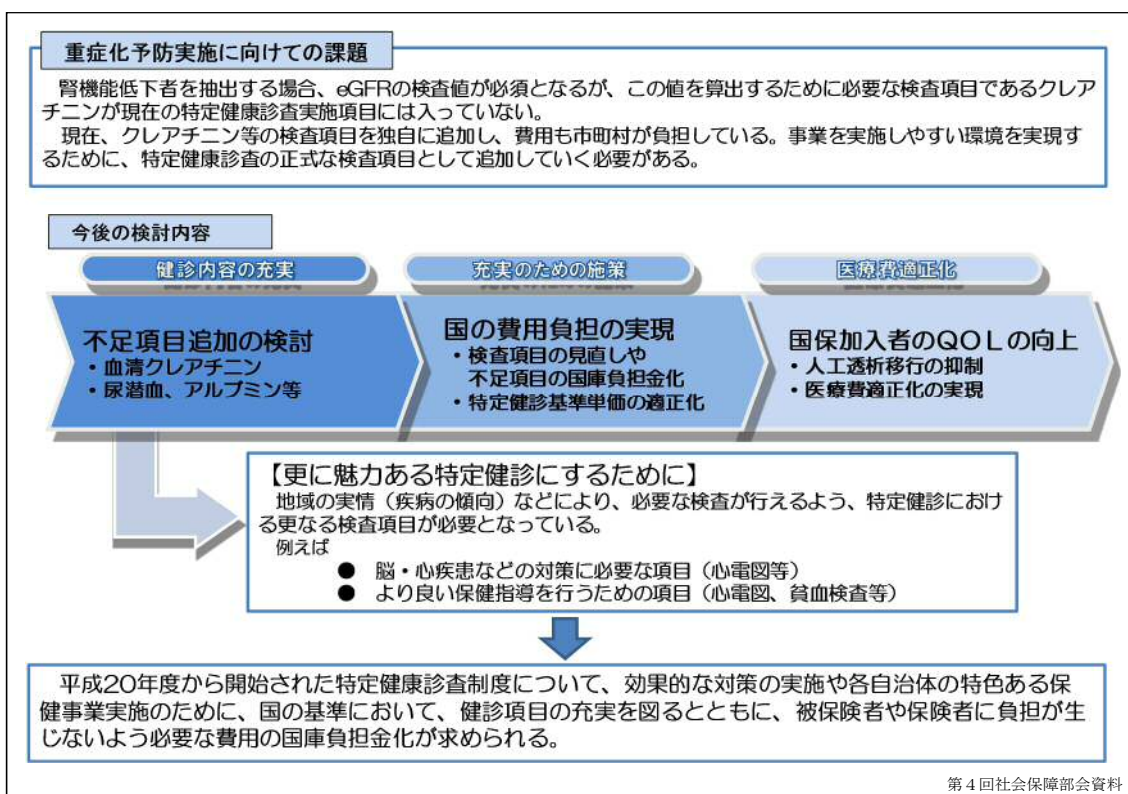
政令市名	追 加 健 診 項 目															備考
	HbA1c	クレアチニン	尿酸	尿潜血	白血球数	血小板	総コレステロール	ウロビリゲン	心電図検査	眼底検査	貧血検査	随時血糖	アルブミン	血清総蛋白	eGFR	
札幌市	○ (※)基本健診で実施	○	○		○				○		○					眼底検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
仙台市	○	○	○						○	○	○					-
さいたま市	○	○	○		○	○			○	△	○					眼底検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
千葉市	○	○	○						△	△	△					・心電図検査、眼底検査、貧血検査は詳細な健診項目として、一定の基準のもとに医師の判断にて実施 ・随時血糖は、空腹時血糖が実施できない場合にのみ実施
横浜市	○	○	○	○												心電図検査、眼底検査及び貧血検査については、詳細な健診項目として国の実施基準に基づいて実施
川崎市	○	○	○	○					△	△	△					心電図検査、眼底検査、貧血検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
相模原市	○ (※)基本健診で空腹時血糖と選択	○	-	○	-	-	-	-	△	△	△	-	-	-	○	心電図検査、眼底検査、貧血検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
新潟市	○	○	○	○			○		△			○		○	○	心電図については60歳以上の希望者に実施。ただし、心疾患・高血圧等で治療中の者を除く。随時血糖については、空腹時血糖が測定できない場合実施
静岡市	○	○	○				○		○		○	○			○	-
浜松市	○	○	○	○					○	△	○					眼底検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
名古屋市	○	○	○						△		△					-
京都市	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(65歳以上全員)	○(前年度の健診結果から必要と判断された者)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	○(基本健診に含む)	眼底検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
大阪市	○	△	△						△	△	△					・クレアチニン、尿酸については、大阪市内の医療機関で受診した場合のみ実施 ・心電図検査、眼底検査、貧血検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
堺市	○	○	○	○	○		○	○	△	△	○					心電図検査・眼底検査については、詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
神戸市		○	○	○											○	-
岡山市	○	○	○				○		※	※	※					※詳細な健診項目として一定の基準のもと医師の判断にて実施
広島市		○							△	△	△					心電図検査、眼底検査、貧血検査については、一定の基準のもと医師の判断で実施
北九州市	○	○	○	○					△	△	△					-
福岡市	○	○	○	○					○	△	○					-
熊本市	○	○	○	○					△	△	△					-

○…一律追加実施 △…条件や基準を設けた実施

また、各市とも特定健康診査の受診結果から生活習慣病予防へつなげるため、「クレアチニン」以外にも健診項目を独自追加して、その費用も各市が負担しながら、さまざまな対策を講じているところである。例えば、HbA1cは18市、尿酸18市、尿潜血、心電図検査、貧血検査なども大半の指定都市が独自に追加しているが、この状況を踏まえると、それぞれの健診項目が、特定健康診査・特定保健指導を実施する上で、既に必要性が高い検査項目であると言え、国の基準において基本的な健診項目とすべきと考えられる。

また、今後、更なる生活習慣病予防対策を推進するためには、例えば、心電図や貧血検査、尿潜血、アルブミンといった検査項目を追加して、より詳細なデータ分析を行うことで、新たな視点からの対策を実施できるほか、地域によって、疾病の傾向も変わることから、その地域に合わせた検査を実施することで、より具体的かつ積極的な保健事業が実施できるものとする。そうすることによって、国民健康保険加入者のQOLの向上と医療費適正化へつなげるとともに、特定健康診査が魅力的になることで、受診率の向上も期待できる。

については、特定健康診査及び特定保健指導の実施を医療保険者に義務付けた趣旨に鑑み、検査項目の充実を図り、指定都市が実施する生活習慣病予防事業等に必要な項目を国の基準に位置付けるとともに、検査に係る経費については全額国庫負担とするよう、制度の見直しを図るべきであるとする。

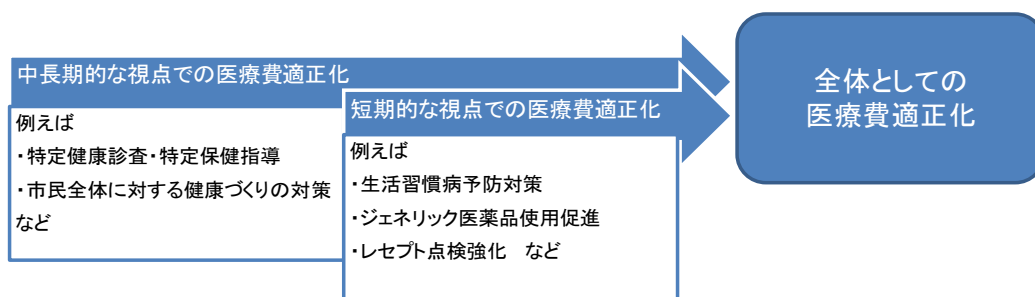


第4回社会保障部会資料

2 若い世代に対する取組について

(1) 目的

本部会においては、前項のような腎機能低下者などのリスクの高い者に焦点を絞った取組のように、医療費適正化効果が比較的分かりやすい「短期的な視点での医療費適正化」の取組について議論する一方で、医療費適正化効果の判定は難しいが、若い世代からの健康づくりに対するポピュレーションアプローチや市民全体に主体的な健康づくりを促進し、健康寿命を延伸させるような、「中長期的な視点での医療費適正化」の取組も重要であり、この2つを併せて行うことが、医療費適正化を図るうえで、大変重要となるとの認識に至った。



働き盛りの若い世代の多くは、社会保険に加入している場合が多く、被用者保険者においても、一定の取組は行っているものの、国民健康保険加入時には、すでに健康状態が悪化していることも少なくない。若い頃的生活習慣が結果として、20年後30年後に出てくること、また、市民全体との観点から、国民健康保険加入者だけでなく、社会保険に加入している現役世代の者の健診の受診履歴、結果などのデータの共有やそのデータ分析が、市民全体の健康づくりや保健指導には重要であり、将来的に医療費適正化につながるといった意見もあったところである。

このため、働き盛りの若い世代からの健康づくり、市民全体の健康づくりへの取組について、社会保険者との連携などの取組事例に基づき、将来的な医療費適正化につながるよう、検討したものである。

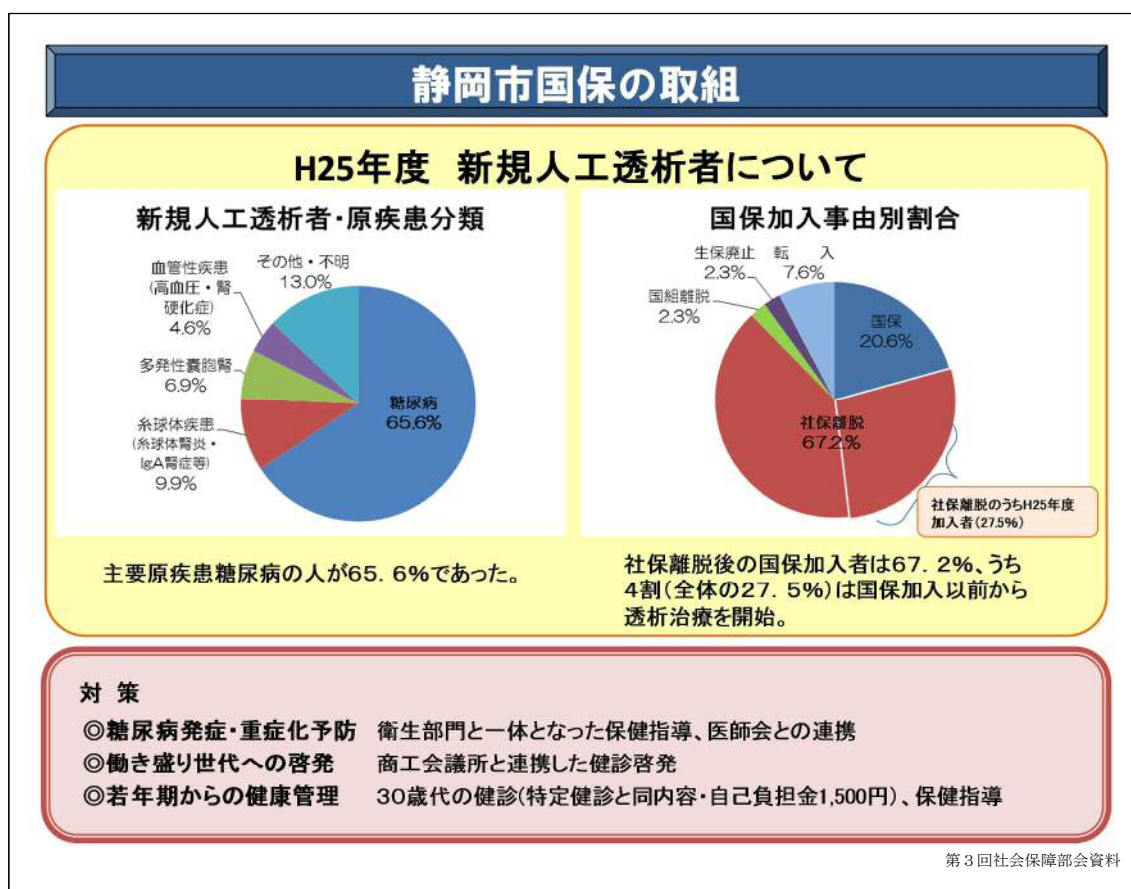
(2) 静岡市での取組（参考事例）

以下は、静岡市における国民健康保険に加入する以前の社会保険加入者に対する取組である。

静岡市において、平成 25 年度新規人工透析者について分析した結果、主要原疾患として糖尿病が 65.6%であった。また、国民健康保険加入事由では、社会保険を離脱して国民健康保険に加入している者が 67.2%と多いことも分かった。さらに、平成 25 年度新規人工透析者の 27.5%が国民健康保険加入時に、既に透析治療を実施していた。

これらのことから、糖尿病への対策と働き盛り世代、つまり国民健康保険に加入する以前の社会保険加入者に対する対策が重要と考えられる。

静岡市国保においては、30 歳代（若年期）から健診を行い、健康のリスクの高い者へ保健指導を実施し、生活習慣病予防を行っており、併せて「協会けんぽ」との連携を図り、市民全体の健康寿命の延伸に向けて、取り組んでいる。



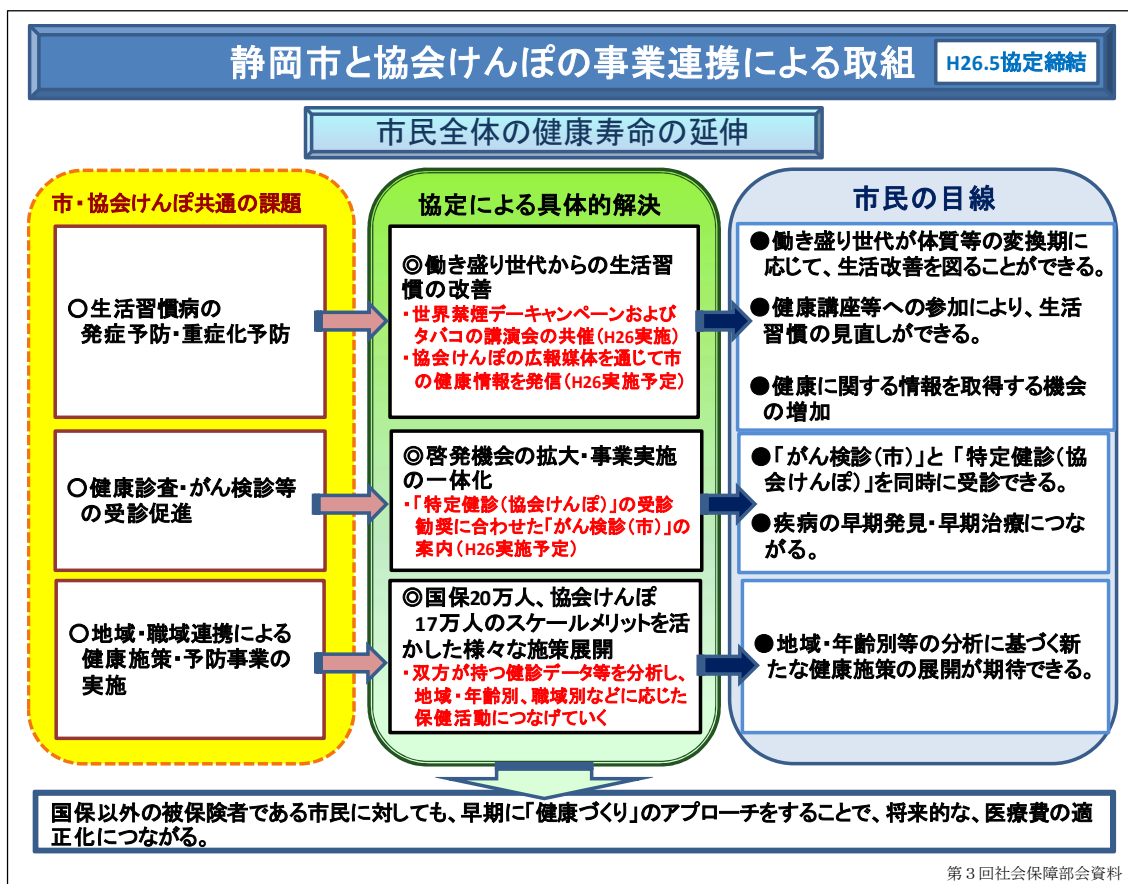
静岡市と協会けんぽは、平成 26 年 5 月に協定を締結し、双方共通の課題の解決に向け具体的な取組みを始めた。

『生活習慣病の発症予防・重症化予防』については、連携の第一歩として、世界禁煙デーに関連した街頭キャンペーンや講演会を共催で実施し、また、11 月から、協会けんぽの広報媒体（けんぽ便り）に市の健康情報を掲載し、市内約 9,400 の事業所に広く情報発信できるようになった。

『健康診査・がん健診等の受診促進』については、12 月に、「協会けんぽ」が特定健診の受診勧奨を行うのにあわせて、市のがん検診の案内を発送し、特定健診（協会けんぽ）とがん検診（市）が同時に受けられることを周知することで、双方の受診率の向上を図っている。

『地域・職域連携』については、スケールメリットを活かし、双方が持つ健診データ等を分析することで、健康課題を把握し、地域別、年齢別、職種別などに応じた保健活動につなげていきたいと考えている。

これらの取組を進め、働き盛り世代に早期にアプローチすることで、将来的な医療費抑制にもつながるものとする。



第 3 回社会保障部会資料

(3) さいたま市での取組（参考事例）

以下は、さいたま市における協会けんぽと協働した健康づくりの取組である。

さいたま市の高齢化率は、今後、一貫して上昇を続け、平成32年（2020年）には24.8%、平成52年（2040年）には33.3%に達するとの推計が出ている。人口構成は、団塊世代と団塊ジュニア世代の構成割合が多く、現在40歳前後の市民が後期高齢者となる2045年から2050年を見据えた施策が必要となっている。

市の健康増進計画「さいたま市ヘルスプラン21（第2次）」では、「若い世代から、健康づくりを意識した生活スタイルの獲得」を重点目標の一つに掲げているが、平成17年と平成24年の「健康についての調査結果」では、30～40歳代の男性や20～40歳代の女性において運動習慣のある者の割合が低い状況となっていることが分かった。

一方、1日に1時間以上歩いている人の割合は、この7年間で全体として増加しており、働き盛りの世代においても、同様に増加している。

このことから、さいたま市の健康づくりでは、働き盛りの世代の日常の身体活動量をさらに上げることが必要であり、そのためには、「歩く」ことを中心とした生活習慣を定着させることが有効と考えられる。

協会けんぽと協働したさいたま市の健康づくり

さいたま市の高齢化の状況



さいたま市の現状

全体として、日常生活における1日の歩数は増加。働き盛りの世代でも同様



本市の健康づくりでは、働き盛りの世代の身体活動量を上げることが必要であり、そのためには、「歩く」ことを中心とした生活習慣を定着させることが有効

【日常生活における1日の歩数】 (1時間以上歩いている人の割合)

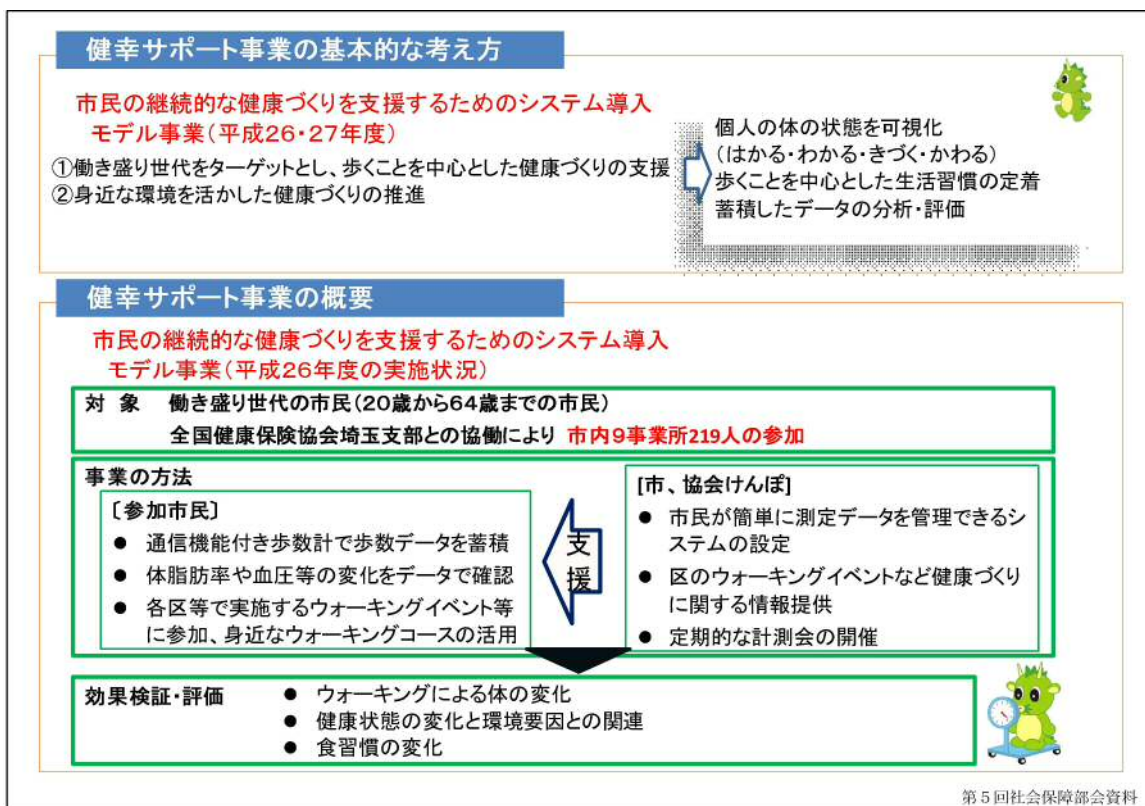


健幸サポート事業の基本的なコンセプトは、①働き盛り世代をターゲットとした歩くことを中心とした健康づくりの支援、②身近な環境を活かした健康づくりの推進をキーワードとして、「個人の体の状態の可視化」、「歩くことを中心とした生活習慣の定着」、「蓄積したデータの分析・評価」を行うものである。

平成26年度は、システム構築のためにモデル事業を実施したものである。その対象は、働き盛り世代である20歳から64歳までの市民約300名とし、一般公募に加え、協会けんぽとの協働により参加者を募集し、9事業所219人の申し込みを得て実施した。

事業の方法としては、参加者にウェブサイト上で歩数や体脂肪率・筋肉量等のデータを蓄積・確認することができる通信機能付き歩数計を貸与し、参加者は、各区等のウォーキングイベントへの参加や身近なウォーキングコースの活用を通して、歩くことを中心とした健康づくりに取り組むものである。

事業の実施後は、そこで得たデータに基いて、参加者の体や健康状態の変化と環境要因との関連、また食習慣の変化などの項目について効果検証・評価を行った。



健幸サポート事業を図で示すと、「歩数計での身体活動の見える化」、「専用サイトで経過を確認」、「体組成での体の見える化」のサイクルとなっている。

また、専用サイト上で、海外旅行が仮想体験でき、その期間中は歩数に応じて景色が変化し、さらに参加者同士の歩数ランキングが表示されるといった仮想ウォーキングイベントを実施した。そして、専用サイトへの送信には、コンビニエンスストア（ローソン）内の情報端末「Loppi」から送信を可能とし、その際に過去の歩数や仮想ウォーキングイベントの順位が確認できるよう、環境を整えた。

この健幸サポート事業の主な成果は、協会けんぽと協働することにより、働き盛りの世代で健康に関心がない層の参加と高い継続率が維持できたこと、職員も業務時間内での参加や昼休みや終業後の参加、職場内で日常の歩数や通勤方法を徒歩にするなど、職場内での意識と行動の変化があったことが挙げられる。

今後の市民の運動習慣を定着させ、生活習慣病予防への意識付けを推進し、健康寿命の延伸を目指していく。また、その結果、将来的な医療費の適正化にも繋がっていくものと考えている。

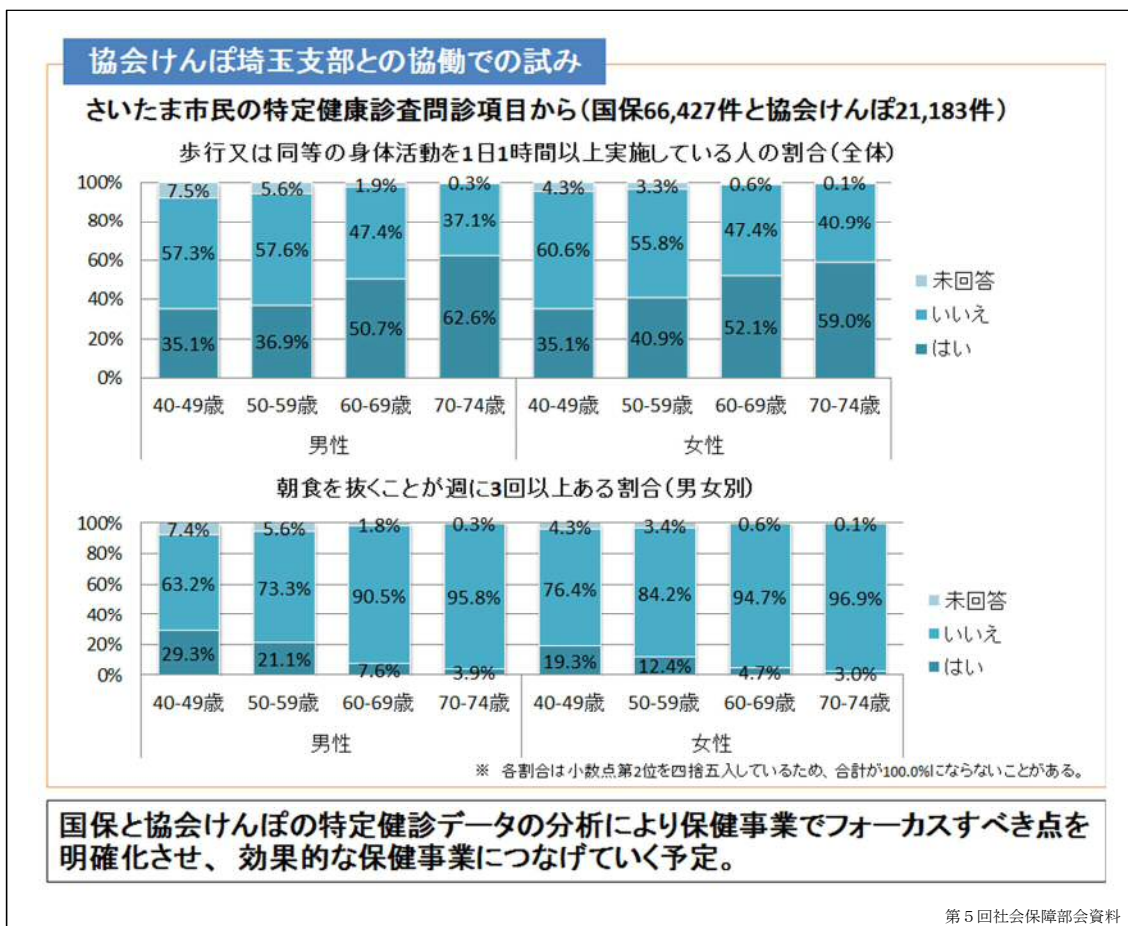


協会けんぽの協力により、協会けんぽ埼玉支部加入者のさいたま市民分のデータ分析を開始した。

さいたま市の国保と協会けんぽのデータを合わせると、40歳代から50歳代のデータを得ることができ、より多くのさいたま市民の特定健康診査のデータが分析できる。

例えば、以下は、問診項目から「歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している人の割合」と「朝食を抜くことが週3回以上ある人の割合」について集計したものである。

検査データだけではなく、問診項目の分析からも、今後、協会けんぽと協働で行う保健事業のフォーカスすべき点が明確化されと考えている。



(4) 課題と対策

静岡市の事例でも分かるように、国民健康保険に関しては、国民健康保険加入時に既に人工透析を受けている者の割合が高いなど、自治体の努力だけでは対策を講じることが難しい場合がある。将来的な医療費の適正化を図るには、国民健康保険へ加入する前の社会保険加入者や、すべての市民に対する取組によって、働き盛りの若い世代のうちから自身の健康に関心を持ち、健康寿命を延伸していくことで、生活習慣病を予防していくことが必要と考える。

また、そうした取組を実施することで、将来的に医療費の適正化を図るとともに、市民がより一層健康な生活を送ることができると考える。

そのために、社会保険との協定などによる市民全体の啓発や対策、さらには、社会保険とレセプトや健診結果などのデータを共有することによって、市民全体の精度の高いデータ分析を行い、詳細な地域・年齢ごとなどの対象を絞った新たな対策の実施などが必要である。

なお、静岡市やさいたま市のように、協会けんぽと連携を図り、協働して取組を実施している市もあるが、他の社会保険も複数あり、すべての社会保険の足並みを揃えることは難しく、また、個人情報の問題やデータ分析には、経年のデータが必要となり、時間もかかることなどの課題も本部会において指摘されたところである。

よって、働き盛りの若年層が多く加入する社会保険の加入者に対する健康づくりの取組の強化を図るとともに、各医療保険者間においてレセプトや健診データなどの引継ぎや共有がなされる仕組みが必要と考える。

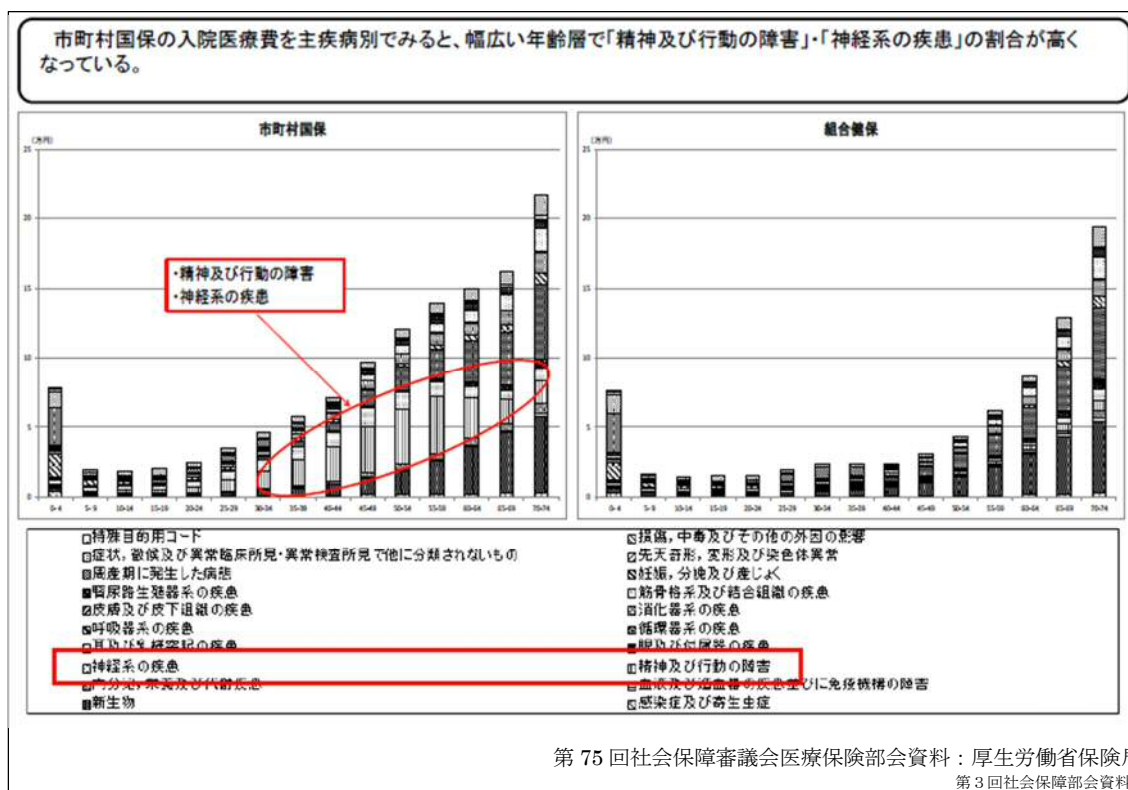
3 その他の議論について

(1) 精神疾患にかかる医療費について（札幌市提案）

市町村国保における精神疾患にかかる医療費の割合は、幅広い年齢層で高くなっており、自治体の責めによらない要因のひとつとして、認識されてきた。本部会においても、医療費適正化の取組を議論するうえで重要な課題として指摘されたところである。

また、国においても、精神疾患に係る医療費については、社会保障審議会医療保険部会で指摘されており、国民健康保険が抱える課題の一つとして、精神疾患の医療費の高い保険者への公費投入の検討が進められていることから、指定都市市長会として、国に対して、その対応を求めていくべきとの議論が行われてきたところである。

＜主疾病別、年齢階級別、1人当たり入院医療費の比較【市町村国保と健保組合】（平成23年度）＞



この点については、平成27年1月13日に、社会保障制度改革推進本部で決定された「医療保険制度改革骨子」において、国民健康保険の改革による制度の安定化に向けた公費拡充の内容が示され、精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等などの自治体の責めによらない要因による医療費

増・負担への対応について明記され、平成30年度から財政支援の強化として公費投入が実施される見込みとなった。

このことを受けて、今後の国の動向を注視しながら、指定都市として共通の課題がある場合は、必要に応じて、国に対して要請等を検討していくこととした。

国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、**毎年約3,400億円の財政支援**の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施>

- **低所得者対策の強化**のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（**約1,700億円**）

<平成30年度から実施>（毎年約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）
- **自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等）
- **保険者努力支援制度**…医療費の適正化に向けた取組等に対する支援
- **財政リスクの分散・軽減方策**（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等）等

・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成等（平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円）

・平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分

- あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の強化を図る。

(2) 特定健康診査の受診率とデータ分析について

① 現状と課題

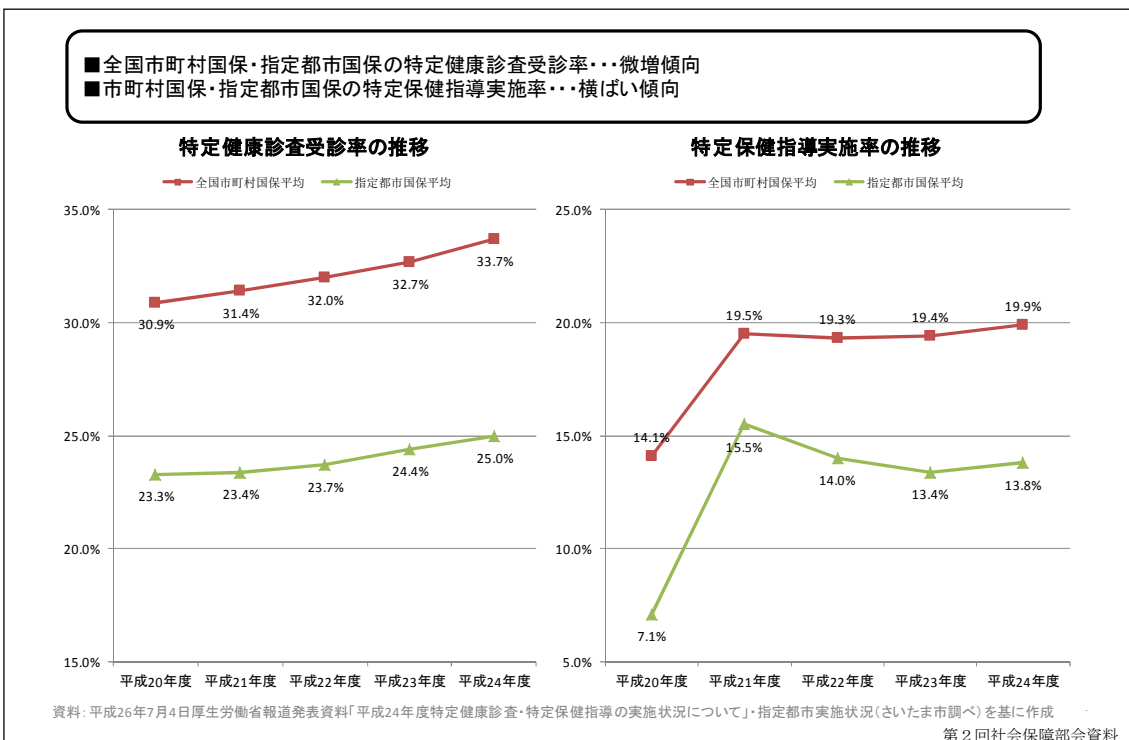
本部会では、自分自身の健康について見つめ直す機会として、特定健康診査が重要であるとの認識の下、特定健康診査の受診率やそのデータ分析について検討した。

特定健康診査は、高齢化の急速な進展に伴う疾病構造の変化により、疾病全体に占めるがん、虚血心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加する中、国民の生涯にわたっての生活の質の維持・向上及びその結果としての中長期的な医療費の増加の抑制のため、平成 18 年の医療制度改革において、特定健診・保健指導の仕組みが導入され、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づき、平成 20 年度以降実施されているところである。

指定都市国保の特定健康診査の平均受診率は、平成 20 年度 23.3%、平成 24 年度 25.0%であり、全国市町村国保では、平成 20 年度 30.9%、平成 24 年度 33.7%であり、ともに若干の微増傾向となっている。

また、指定都市国保の特定保健指導実施率及び全国市町村国保の特定保健指導実施率は、初年度を除き、ともに横ばい傾向である。全国的に見ても、指定都市における特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率は低いものとなっている。

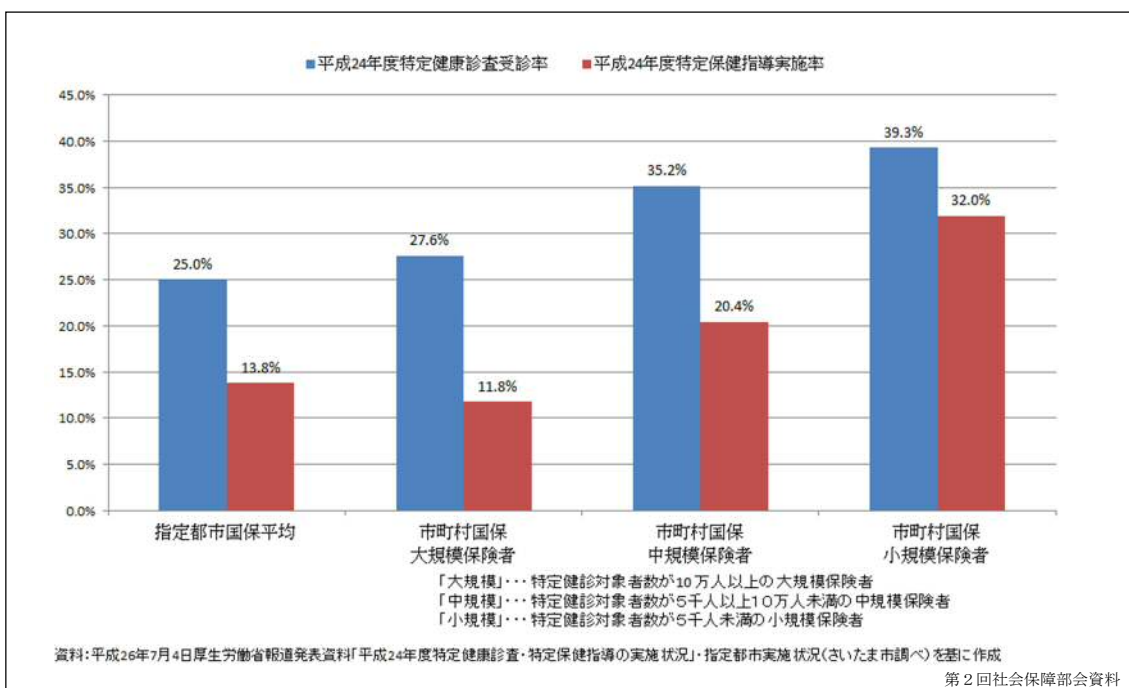
<特定健康診査・特定保健指導実施状況>



また、保険者規模別に比較すると、保険者規模が小さくなるにつれて、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率が高くなる傾向となっている。

各市において、さまざまな特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上対策を講じているが、なかなか結果に結びつけることは難しく、また大都市になるほど、その傾向は顕著となっている。

< 特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者規模別） >



本部会では、特定健康診査を受診してもらうためには、健康づくりの大切さを市民へ訴えることが重要であり、そのためには、特定健康診査のデータを有効に活用し分析することで、市民にエビデンスを示して、意識の変化をもたらしていくことや健康をトータルサポートするような新たな仕掛けづくりが必要といった議論があった。例えば、受診勧奨する際に、特定健診等受診者と未受診者との健康状態や医療費の差を示すことができれば、特定健康診査の受診勧奨にも説得力が増すといったものである。

一方で、医療費分析は、経年のデータが必要となり、時間がかかることや、社会保険等に参加している現役の人たちの健診の受診履歴、結果の引継ぎが、詳細なデータ分析をするためには必要であるが、個人情報問題などで困難な実情があることなどの課題についても指摘された。

そうした状況を踏まえ、現状でのデータ分析やその検証結果などについて、取組事例に基づき、データ分析の重要性を認識したところである。

② 千葉市での取組（参考事例）

以下は、千葉市における千葉大学及び東京大学とのデータ分析に関する共同研究の取組である。

千葉市では、千葉大学や東京大学と効果的な医療費適正化対策のため、様々な分析を行っている。

千葉大学との共同研究では、効果的な医療費抑制のため、課題の抽出などを目的に、レセプト、特定健康診査、資格、所得データを活用し、平成 25 年度に国民健康保険の医療費分析を実施した。

この分析結果から、千葉市の国民健康保険加入者の医療費の傾向や、予防すべき対象が見えてきており、医療費が多くかかっている疾患は、国民健康保険の特徴である精神疾患を除くと、入院では、虚血性心疾患、脳梗塞などの循環器系の疾患、入院外では高血圧や腎不全、糖尿病などとなっていることが確認できた。

また、高額医療費発生者（年間費用額が上位 10%以内、この分析では約年間 56 万円以上の者）についての分析では、この者たちにかかる医療費が、医療費全体の半分以上、約 56%を占めているとの結果も出ている。

平成25年度千葉市・大学等共同研究事業 「千葉市国民健康保険事業の医療費分析」

1 健康保険課と千葉大学大学院による共同研究

→レセプト、特定健康診査、所得、資格データを活用

2 分析結果(抜粋)

(1) 医療費が多くかかっている疾患

入院…「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最大

その他、「虚血性心疾患」「その他の心疾患」「脳梗塞」「脳出血」など循環器系の疾患

入院外…「高血圧性疾患」「腎不全」「糖尿病」 など

(2) 高額医療費発生者（年間費用額上位10%以内の人）の特徴

ア 高額医療費発生者の医療費が全体の58%を占める。

イ 入院した人の7割は高額医療費発生者となる。

ウ 入院外で高額医療費発生者となることは少ないが、発生する場合もあり、その最大の原因は腎不全。

以下、パーキンソン病、白血病、アルツハイマー病の順。

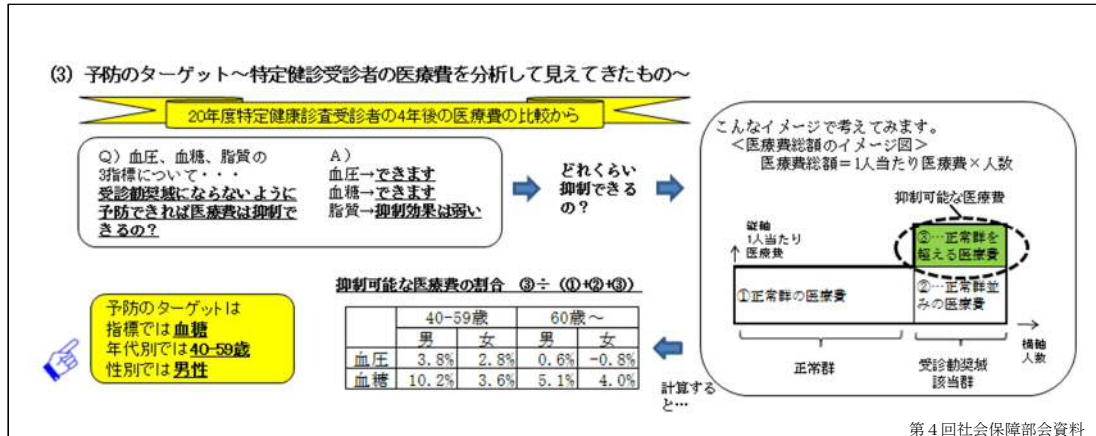
活用したデータ	年度	件数
レセプトデータ	H24	約402万件
特定健康診査データ	H20-H24	各年度約5万8千件のべ約29万件
所得データ	H24	約25万件
資格データ	H20-H24	各年度約25万件的べ約125万件

第4回社会保障部会資料

さらに、平成 20 年度に特定健康診査を受診した者の血圧・血糖・脂質の 3 項目について分析し、正常値だった者とそうでなかった者(医師の受診勧奨域の者)の平成 24 年度年間医療費を比較すると、仮に医師の受診勧奨域にならないように予防できていたとすれば、血圧と血糖については、医療費適正化の効果が見込まれ、脂質については、その効果は弱いというものであつ

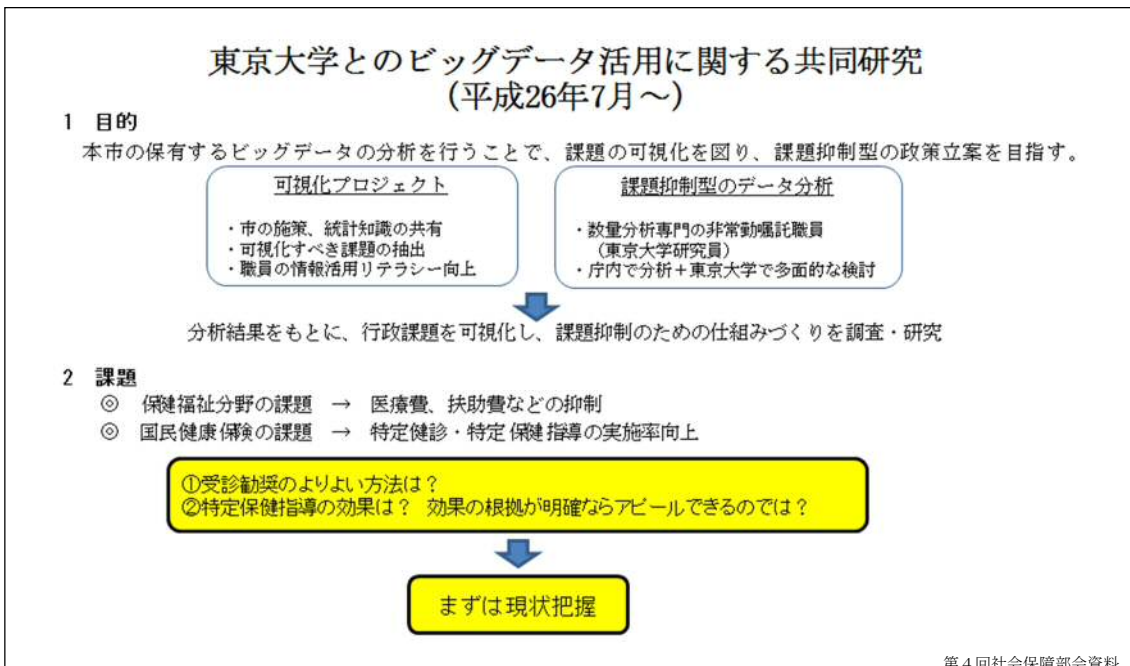
た。

これらの結果から、年齢、性別ごとに推計すると、予防のターゲットとしてより大きな効果が期待できるのは、指標では血糖で、年代別では40歳から50歳代の若い世代、特に男性ということが言える。



また、昨年度からの取組として実施している東京大学とのビッグデータ活用に関する共同研究においては、千葉市が抱えるさまざまな行政課題について、データを分析して、課題を可視化した上で、課題抑制のための仕組みを構築していこうとする取組である。

現在、東京大学の数量分析専門の者を非常勤嘱託職員として委嘱しており、協力して実施している。行政課題はさまざまあるが、健康保険関連については、まずは、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上を図るために、現状を把握するための分析を行っている。

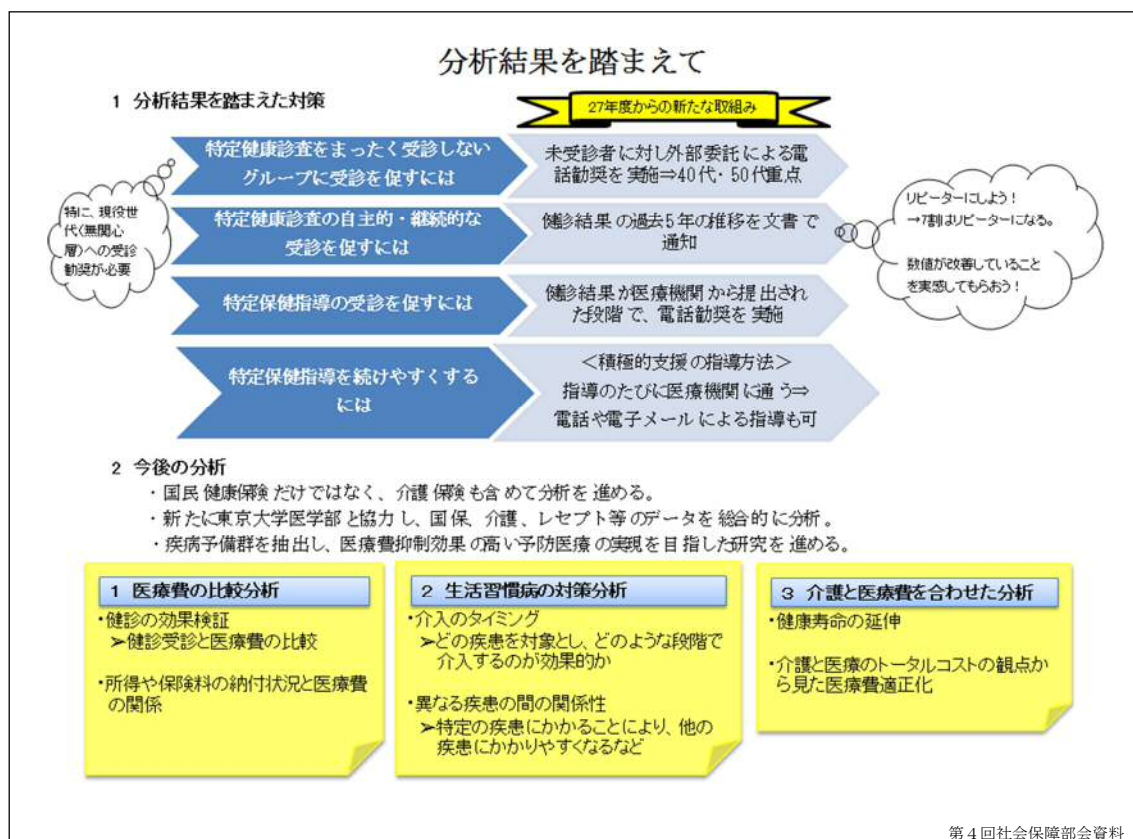


分析の結果として、「受診の傾向」については、平成 22 年度から平成 25 年度までの 4 年間の状況において、受診した者の約 7 割はリピーターであり、また特定健康診査対象者全体で見ると、「0 回」56.7%となり、4 年間一度も受診しない者が半数以上になっている。1 度受診すれば継続受診につながりやすいとも言えるが、そもそも関心がないのか受診しない者が多いという状況が分かった。

◎特定健診・特定保健指導実施率向上に向けた分析

このような分析結果を踏まえ、今年度、千葉市では、特定健康診査を受診しない、健康に関心の少ない現役世代の方への電話勧奨の強化や、特定健康診査の自主的・継続的な受診を促すために、過去5年間の健診結果の推移を文書で通知するなどの受診率向上の対策を講じている。

また、今後は、東京大学医学部とも協力して、介護保険のデータなども活用して、分析を進めていく予定であり、その他もさまざまな分析を行うことによって、例えば、生活習慣病予防について、どの疾患を対象に、いつ、どのような働きかけをするが効果的なのかといった介入のタイミングや、介護と医療のトータルコストの観点から、何らかの対策はとれないかなどを検討していきたいと考えている。



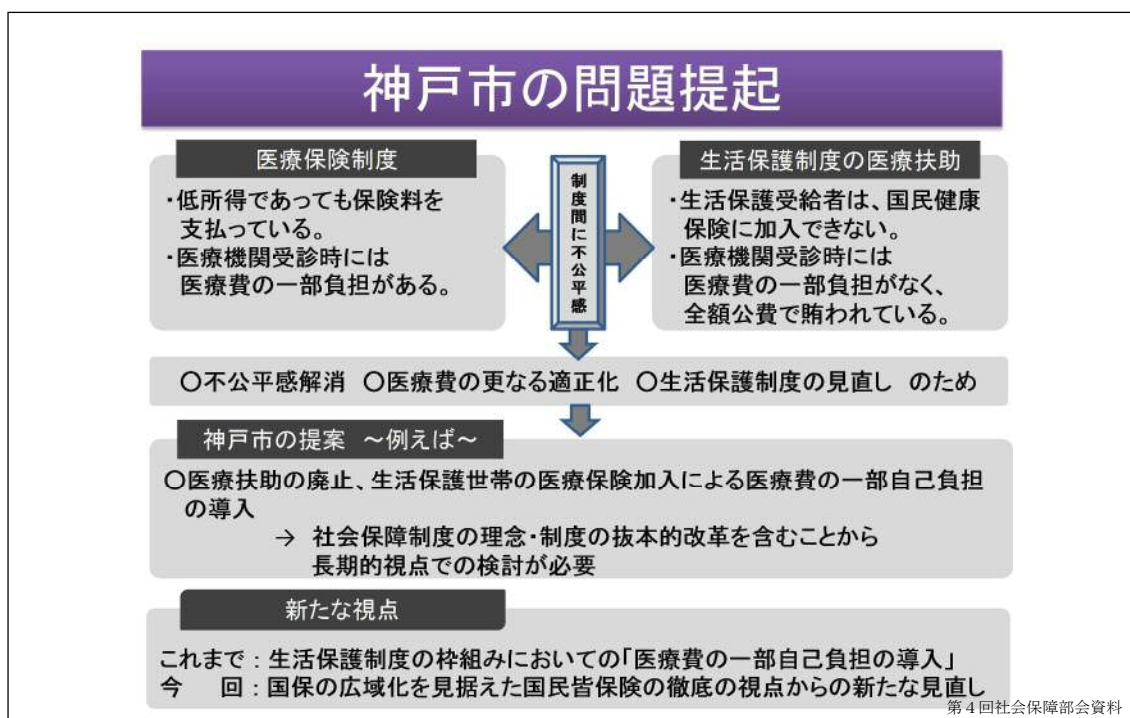
(3) 生活保護の医療扶助について（神戸市提案）

神戸市長から、「医療費の適正化を考えるうえでは、生活保護の医療扶助のあり方という議論は避けられないと考える。これまでも指定都市市長会において議論し、一定の結論が出ているが、本部会でも議論をしていきたい」と申し入れがあった。

本部会としては、前身である「市民生活・都市活力部会」において、生活保護制度の抜本的見直しに向け、生活困窮者支援体制の確立や、医療扶助の適正化を含めた生活保護制度の見直し、生活保護費の全額国庫負担の導入などの議論を行い、国に提案してきた。しかし、今回新たな視点からアプローチできるのであれば、再度検討すべきであるとの結論に達した。

① 生活保護受給者の医療費一部自己負担の神戸市提案について

神戸市から、医療保険加入者であれば保険料や医療機関受診時の窓口負担がある一方、生活保護受給者は自己負担する仕組みではなく、制度間に不公平感が存在するという問題提起があり、その不公平感解消に向けた取り組みの一例として、医療扶助を廃止し、生活保護世帯の医療保険加入による医療費の一部自己負担を導入するといった提案がなされた。この提案について、各構成市長の意見を聴いたところである。



② 提案に対する意見等について

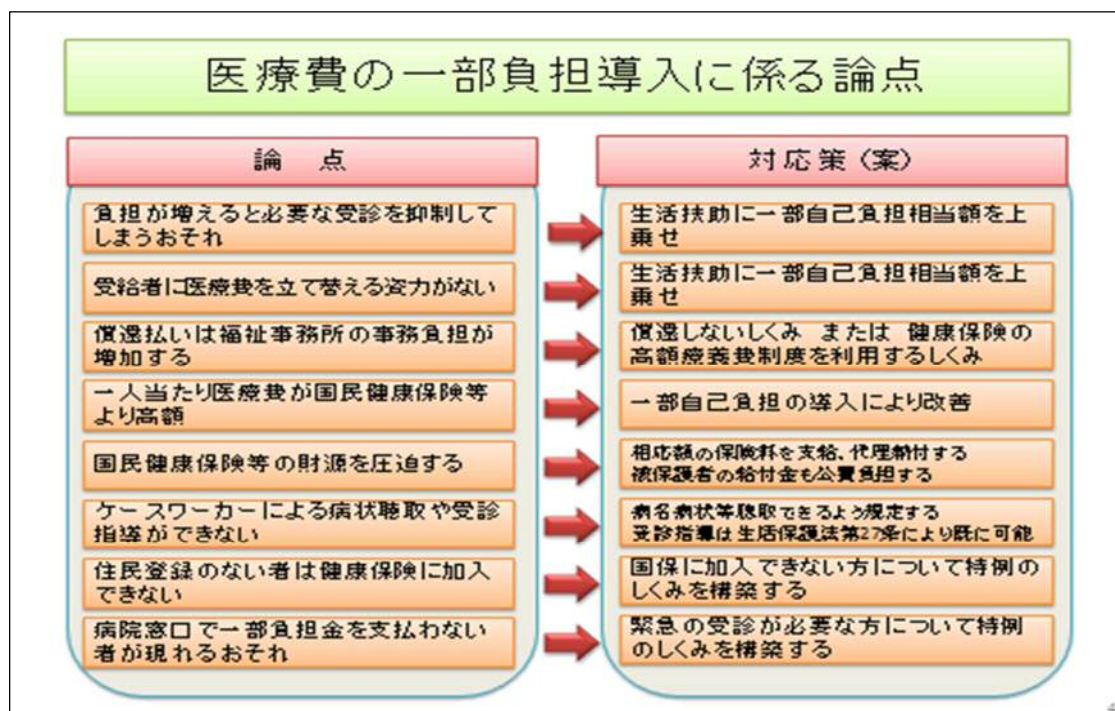
神戸市の提案については、医療費が高額な生活保護受給者が国民健康保険に加入することによる一般会計からの繰入金の増加や国民健康保険料水準の上昇など、国保会計への影響が懸念されるといった意見があった。

また、技術的な課題はあると思われるが、一部自己負担の導入に長期的な視点から取り組んでいくべきであるとの意見や、不適正診療排除の観点から導入の方向がふさわしいとの意見があった。

このほか、費用対効果を見極めなければいけないことや、現状の医療扶助に、過剰診療などの無駄な医療費があるという根拠をしっかりと示す必要があるといった意見もあった。

③ 提案市の説明

各構成市長の意見に対して、さまざまな論点があるが、それぞれに対応策を考えることができると神戸市からの説明があった。



④ 社会保障部会での見解

(第6回社会保障部会終了後掲載)

第3章（視点2）

在宅医療・介護の連携推進について

（地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について）

第3章（視点2）在宅医療・介護の連携推進について

（地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について）

1 在宅医療・介護の連携推進について

高齢化の進展に伴い、今後、我が国では、首都圏をはじめとする大都市で、高齢者人口の急増が顕著になるものと見込まれており、例えば、埼玉県においては、2010年に比べ2025年の75歳以上人口が2倍になるものとの推計もされている。

こうした高齢者人口の急増に伴い、要介護認定高齢者、認知症高齢者の増加や医療費の増加も見込まれており、今後10年間で医療サービスと介護サービスの需要は、急速に高まることが予想される。

<在宅医療・介護の連携推進を必要とする背景①>

- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にピークを迎える。
- 首都圏をはじめとする都市部において、75歳以上人口が急増する。
- 高齢化の進展に伴い、要介護認定高齢者、認知症高齢者の増や医療費の増が見込まれる。

表1 65歳以上人口及び75歳以上人口推計

	2012年8月	2015年	2025年	2042年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,878万人(36.8%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,212万人(21.2%)	2,401万人(26.1%)

出典：日本の将来推計人口(社会保障・人口問題研究所)

表2 2010年及び2025年の都道府県別75歳以上高齢者人口(倍率)

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年	58.9万人	56.3万人	79.4万人	84.3万人	66.0万人	123.4万人		25.4万人	11.9万人	18.1万人	1419.4万人
2025年 (倍率)	117.7万人 (2.00倍)	108.2万人 (1.92倍)	148.5万人 (1.87倍)	152.8万人 (1.81倍)	116.6万人 (1.77倍)	197.7万人 (1.60倍)		29.5万人 (1.16倍)	13.7万人 (1.15倍)	20.7万人 (1.15倍)	2178.6万人 (1.53倍)

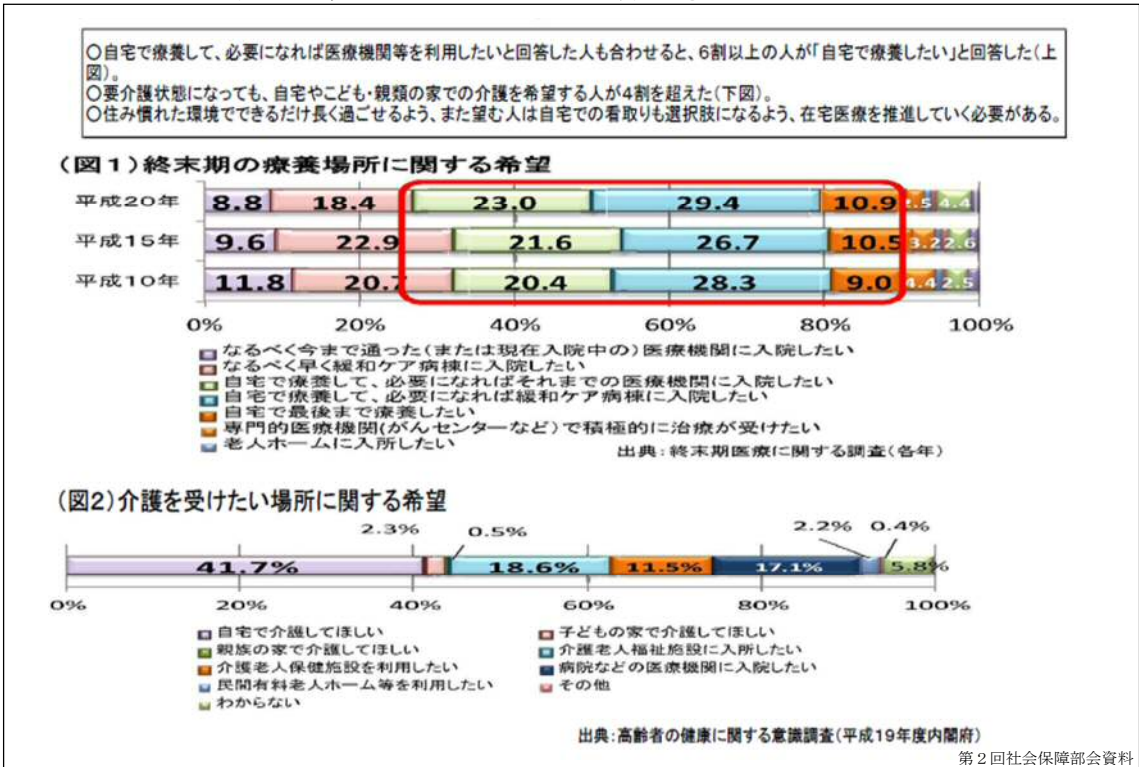
(倍率)は対2010年

出典：日本の地域別将来推計人口(社会保障・人口問題研究所)

第2回社会保障部会資料

また、終末期や要介護状態になった場合の療養場所に関するニーズについては、終末期に「自宅での療養」を希望する方が年々高まり6割に達し、さらに、要介護状態になった場合に自宅や家族宅での介護を希望する方が4割を占めているが、現状では、病院で亡くなる方が8割となっており、このニーズと現状のギャップは、在宅医療及び介護の提供体制に課題があるものと考えられる。

<在宅医療・介護の連携推進を必要とする背景②>



在宅医療と介護の提供体制については、認知症高齢者や単身高齢者世帯の増加などにより、家族看護・介護力が低下しており、訪問診療機関の数も十分とは言えず、連携も不足している状況である。

図1では、認知症高齢者の増加、図2では、単身高齢者や高齢者夫婦のみ世帯の増加に関する推計値が示されており、今後は家族で支えることが困難になるものと考えられる。

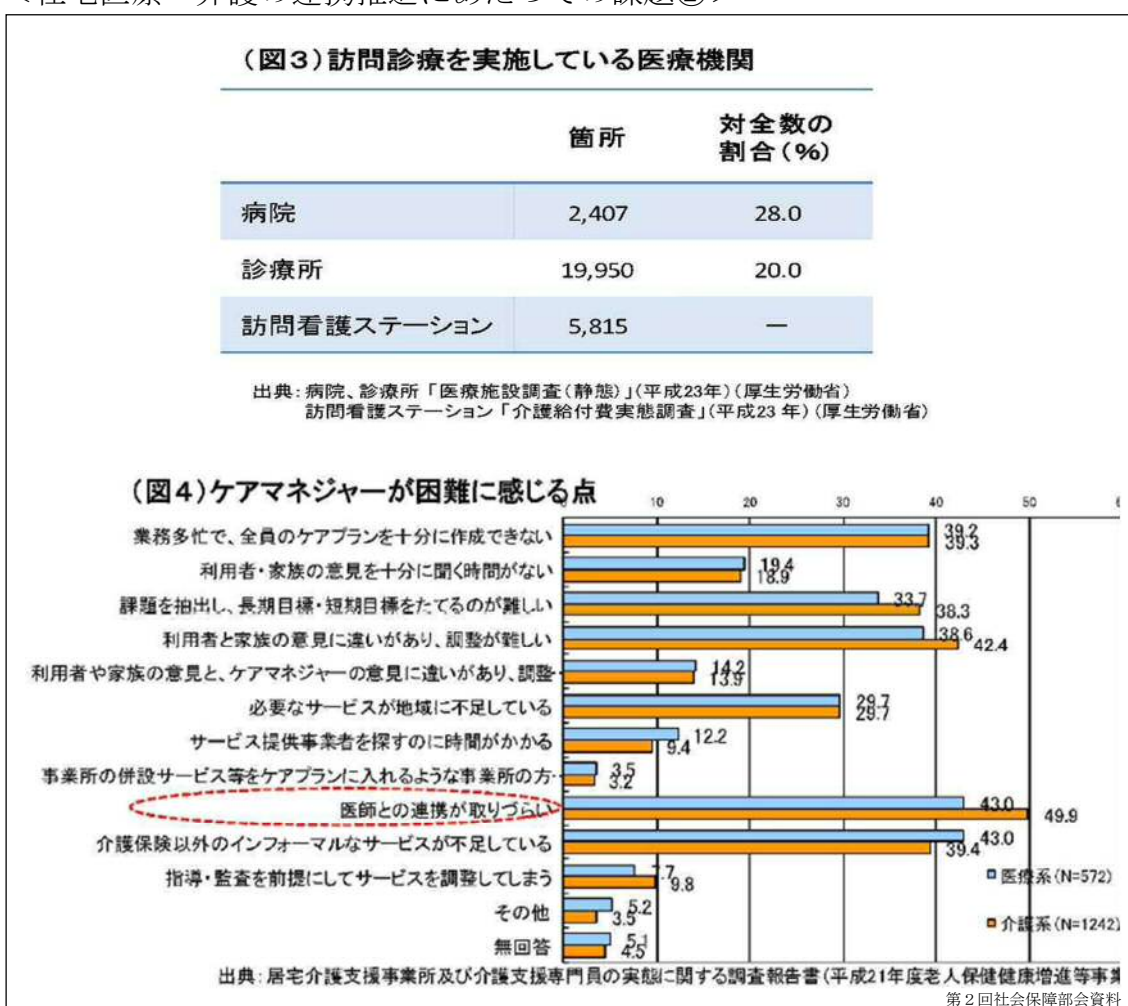
<在宅医療・介護の連携推進にあたっての課題①>





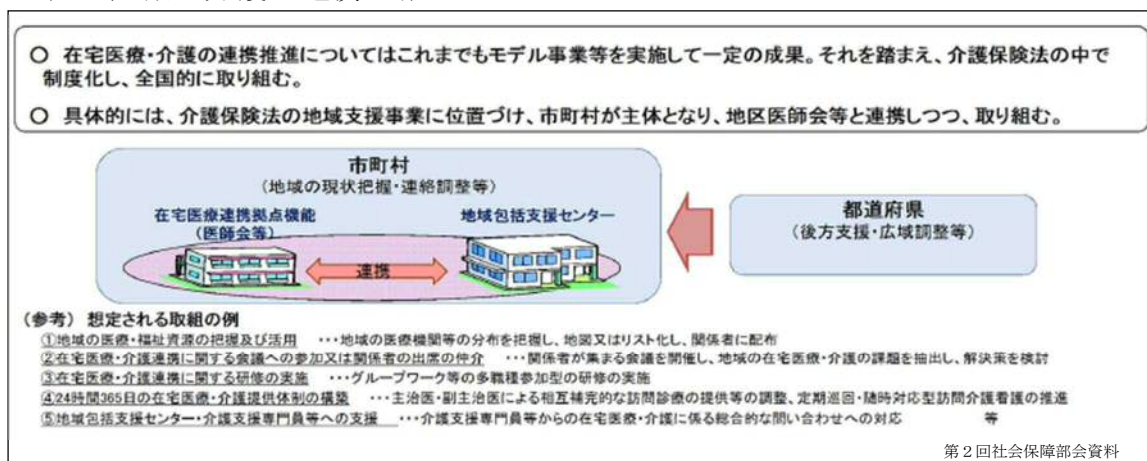
また、その一方で、図3のとおり、訪問診療を提供する体制は十分とは言えず、図4のとおり、介護側の人材は、医師との連携に困難を感じているという現状となっている。

<在宅医療・介護の連携推進にあたっての課題②>



社会保障制度改革国民会議においては、「医療資源を有効に活用し、より質の高い医療供給体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠」と結論付けられている。これは、病院から地域・在宅への移行と、それを支える医療、介護及び生活全般にわたる支援の必要性が求められているものと考えられ、この要請を踏まえた法改正において「在宅医療・介護の連携の推進」が市町村事業とされたところである。

＜在宅医療・介護の連携の推進＞



このような状況の下、本部会では、医療と介護に係る課題のうち、「在宅医療・介護の連携推進」を主要テーマとして検討を行った。

今後、指定都市として、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の一つである在宅医療・介護連携の推進については、市区町村が主体的に都道府県や関係団体等と連携・協力しながら、事業を実施しなければならない。また、「介護保険事業計画」の策定や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を参考とし、その構築に向け検討を進めていかなければならない。

本部会においては、「在宅医療・介護の連携推進」についてはこれから本格化するところであるため、各市とも十分課題が整理できておらず、多職種連携が重要であることは認識しているものの、どのような連携が望ましいのか、また、他職種間での情報共有も重要な要素となるが、ICT化などを含め、どのように取り組んでいくのかといった議論のほか、医療機関側としても人員・スタッフが整っておらず、取り組んでいけない実情などの課題も指摘されている。

さらには、この連携は、医療関係者の方々に担っていただく部分が大きく、医師を在宅医療に誘導していくためのインセンティブを働かせる制度設計が必要ではないか、といったことや医療・介護の双方をどのようにコーディネートしていくかが重要であるとの指摘もされたところである。

よって、在宅医療・介護連携の推進にあたっては、市区町村事業となっているものの、医師会の協力が欠かせないことから、国において、関係団体への協力要請をしていただくことが必要であり、また医療関係者がさらに在宅医療へ積極的に取り組めるよう、制度設計を図るべきと考える。

そして、医療従事者や介護従事者が担うべき役割を明確にするとともに、医療・介護の双方をコーディネートできる人材が重要な役割を担うことから、その養成の仕組みの構築など、関係者が一体となって取り組むことができる体制の構築が必要である。

さらに、医療・介護関係者の円滑な情報共有は欠かせないことから、その手段のひとつであるＩＣＴ化に取り組む市区町村に対する財政措置を国に対して求めていくべきである。

また、ＩＣＴ化に当たってのデータフォーマットの標準化の検討や個人情報への取扱いに関する統一した基準の明確化など、市区町村が具体的かつ主体的な取組を実施する上で必要となる環境整備を図るとともに、それに伴う財政措置についても国に対して求めていくべきである。

2 指定都市間の情報共有について

(1) 目的

本部会において、各市で取組の状況や内容はさまざまであることから、先進事例をお互いに共有して、検討するといったアプローチは、大変有意義であるとの議論があった。

大都市として同様の問題を抱える指定都市においては、各市の取組とその結果は非常に重要な情報である。医療と介護の連携について、他市の取組等を参考にできるよう情報共有を図っていくことは、実践的、かつ効果的であるとする。

よって、本部会では、地域包括システムの構築に向けた取組にかかる事例紹介や各市の取組状況について、情報共有を図り、併せて各市に共通する課題の抽出や検討を行ったものである。

(2) 各市の状況について

部会構成市の状況を確認したところ、医療・介護資源には大きな違いがあることが分かった。例えば、医師会数については、最も多い大阪市は26団体、市内1団体の市においても、川崎市と神戸市は市医師会とは別に行政区ごとの医師会があるなど、状況は大きく異なっている。また、病院数については、最も少ないのが静岡市の29、最も多いのが札幌市の207となっており、約10倍の差があり、公的病院数についても、約5倍の差がある。

さらに、地域包括支援センター数については、最も少ないのが静岡市の23、最も多いのが神戸市の75で約3倍の差がある。最後に指定居宅介護支援事業所数については、最も少ないのが静岡市の261、最も多いのが大阪市の1,419で、約5倍の差があるといった状況である。

<各市の医療・介護資源の状況>

平成26年8月1日現在										
市名	区数	人口	医師会数	医師会の構成内訳	病院数	公的病院数	病床数	診療所数	地域包括支援センター数	指定居宅介護支援事業所数
札幌市	10	1,934,474	1	1団体が市内全域を所掌。	207	4	37,357	1,338	27 ※1	434 ※2
さいたま市	10	1,259,229	4	合併前の旧市区分による。	37	3	7,873	882	26	338
千葉市	6	965,480	1	1団体が市内全域を所掌。	48	8	7,794	695	24	315
川崎市	7	1,459,796	1	市医師会と別に、法人格は持たないが行政区ごとに区医師会あり。	42	3	10,919	954	49	335
静岡市	3	718,746	3	合併前の旧市町区分による。	29	11	7,889 ※3	548 ※3	23	261
大阪市	24	2,685,218	26	平成元年度の合区以前の行政区分による。	188	9	32,894	3,410	66	1,419
神戸市	9	1,538,267	1	市医師会と別に、行政区ごとに区医師会あり。	110 ※3	11 ※3	18,952 ※3	1,594 ※4	75	485 ※5

※1 プランチを除く

※2 平成26年7月1日現在

※3 平成26年4月1日現在

※4 平成25年12月末日現在

※5 休止含むと513

第3回社会保障部会資料

次に、医療・介護連携に向けた取組状況については、市が主体となって取り組んでいるのが静岡市など2市、区が主体となっているのが大阪市1市、医師会に委託しているのがさいたま市と千葉市の2市、市が主体となるのと同時に医師会にも委託しているのが札幌市と神戸市の2市となっている。

また、取組内容についても、各市とも会議や研修会等を開催して多職種の人材の交流を図ることから始めてはいるものの、訪問看護の業務支援と医療ネットワークを図るICTシステムを構築した静岡市、医療介護資源マップを作製した大阪市、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定した川崎市など、具体的に独自の取組を始めている市もあるといった状況が確認できた。

＜各市の医療・介護連携に向けた取組状況＞

医療・介護連携に向けた取組状況		平成26年8月1日現在
札幌市	・医療と介護の連携に向けたアンケート調査の実施 ・市民、診療所、訪問看護ステーションを対象とした在宅医療等に関するアンケート調査を実施 ・在宅医療従事者の共通認識の形成や課題の共有に向けた取組の実施 ・全市意見交換会、各区ワークショップ等を開催 ・在宅医療の基盤を整備するための取組（従事者の確保・人材育成）の実施 ・医師会に在宅医療関係者を対象とした研修会、事例検討会・勉強会等の開催を委託 ・このほか、多職種による地域課題の協議の場として地域ケア会議の充実強化を検討中	
さいたま市	○各医師会が中心となって以下の取組みをそれぞれ行っている。 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡協議会、介護支援専門員協会、介護保険サービス事業者連絡協議会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、区役所で構成される包括ケアネットの設置。 ・医師やケアマネ等を集めた在宅医療研究会・医師ケアマネ研修会を開催。 ・市立病院内に地域医療連携室を設置。	
千葉市	・医師会に在宅医療推進事業を委託。医師会、歯科医師会、薬剤師会、県看護協会、県訪問看護ステーション連絡協議会、県理学療法士会、介護支援専門員協議会、地域包括支援センター、行政で構成される在宅医療推進連絡協議会を設置。同協議会が多職種連携のための協議や講演会等を行うとともに、区ごとの代表者を選出し、地域包括ケアセンターを中心とした多職種連携会議を開催。 ・市立病院内に地域連携室を設置。連携室では、地域包括支援センターや市内の病院・訪問看護ステーションとの交流会等を実施。	
川崎市	・ケアを必要とする高齢者・障害者・子どもをはじめとした、すべての住民を対象とした、関連個別計画の上位概念として、「（仮称）川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を今年度中に策定する予定。 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、ケアマネ連絡会、地域包括支援センター、医療社会事業協会（MSW）で構成する「在宅療養推進協議会」の設置。 ・多職種による「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修」を開催。 ・多職種での情報共有ツールとして、「在宅療養連携ノート」を作成・普及。 ・認知症について、市内2か所の認知症疾患医療センターにおいて、医師や地域包括支援センター、ケアマネ等で構成する「認知症疾患医療連携協議会」を設置。	
静岡市	・医師会や歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、ケアマネ協会、介護サービス事業者、地域包括支援センター、区役所などの多職種で構成した、地域包括ケアに取り組む連絡会が各区等で設置されている。 ・県立大学と共催により地域包括ケア体制構築推進のための講演会・ワークショップを開催。 ・多職種のグループを圏域単位で編成し、地域ごとの課題抽出や地域支援対策を検討する「認知症ケアに携わる多職種協働研修」を開催し、チームケアの推進と共に主体的に市民と一体となって取り組む企画・事業を支援。 ・訪問看護の業務支援と医療ネットワークを図るICTシステムを構築した。 ・主治医とケアマネの意見交換会の開催。	
大阪市	○大阪府が設置した地域医療再生基金を活用し、各区が次の取組みを地域特性に合わせて取捨選択のうえ実施している。 ・各区医師会等の関係機関と連携し、多職種合同研修会を実施 ・各区医師会等の関係機関と連携し、在宅医療連携拠点支援事業の今後の進め方の調整及び研修会の開催に関する会議を開催 ・市民向けの講演会を開催予定 ・区内の医療介護資源マップの作成	
神戸市	・「地域包括ケア推進会議」の開催 - 参加団体：市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、県精神科病院協会、県民間病院協会、県看護協会、市ケアマネ連絡会、市老健協会、市シルバーサービス事業者連絡会、市老人福祉施設連盟、県社会福祉士会、県作業療法士会 ○議題：地域包括ケアシステム構築にかかる医療・介護連携方策の検討 ・事業者団体による研修会開催 - 例：介護事業者に対する医療知識研修会等 ・各医療関係団体（市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会等）との意見交換の実施。	

第3回社会保障部会資料

さらに、課題についても、さいたま市など「均てん化を図る」といった全体的なことを挙げている市がある一方で、静岡市では「医療と介護の連携を実施している医師が過重負担」など現場レベルの具体的な課題を挙げている市もあり、取組内容及び進捗状況も様々といった状況となっている。

こうしたことから、本部会では、医療と介護の連携について統一的なモデルの検討は難しく、まずは、他市の状況を地域特性に合わせて各市が参考にできるように、情報共有を図っていくこととしたところである。

＜各市の医療・介護連携に向けた課題＞

平成26年8月1日現在

	医療・介護連携に向けた課題
札幌市	・多職種間における情報共有等の連携体制の構築が課題。 ・在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応について、医療職・介護職をはじめ、多職種が協議する場の充実が必要。
さいたま市	医師会が4つあるため、それぞれが在宅医療に取り組んでおり、均てん化を図ることが課題。
千葉市	・訪問診療医師を増やすため、訪問診療の現状を理解し、ノウハウを学んでもらうための仕組み作りが課題。 ・多職種連携会議は医療に偏っているため、いわゆる「地域ケア会議」との融合が課題。
川崎市	今年度、市医師会を通じて、各区医師会での医療・介護の連携に向けた取組の試行を実施しているが、今後、行政区を単位とした取り組みにどのように落とし込んでいくのが課題。
静岡市	・連携にあたって基盤となる人材が不足している。 ・医療と介護の連携を実施している医師が過重負担となっている。 ・病院から退院後、在宅医療を必要とする者が、市内全域でサービスを24時間受給できるようになっていない。
大阪市	本市では各区において、地域の特性に応じて取り組んでいる。そのため、課題についても広域的な課題と地域における課題を整理する必要がある。
神戸市	・連携における各職種の役割の理解と周知が必要。 ・区によって、連携が進んでいる所と進んでいないところがあり、均てん化が必要。 ・連携における看護師、ケアマネジャーのコーディネート能力の向上が必要。 ・病院と地域の医療・介護関係者との連携システムが未整備。 ・在宅医療推進のための組織体制が未整備。

第3回社会保障部会資料

(3) 社会保障部会での情報共有について

本部会では、情報共有の一環として、「川崎市における在宅医療をはじめとする地域包括ケアのまちづくり」についての取組事例紹介や、各市の在宅医療・介護連携推進についての取組を調査し、現状の情報共有を図るとともに、課題の抽出と検討を行った。

また、本部会終了後についても、情報の共有は引き続き行うこととし、各市の負担軽減や継続性を考慮して、既存の大都市会議などを積極的に活用して情報共有を図っていくとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療と介護の連携だけでなく、その他の様々なテーマについても情報共有も図っていくこととしたい。

① 川崎市での取組（参考事例：第4回社会保障部会）

以下は、川崎市における在宅医療をはじめとする地域包括ケアのまちづくりの取組である。

川崎市における在宅医療をはじめとする地域包括ケアのまちづくり

1 川崎市の高齢化の状況

- ・本市の総人口は、平成26年10月1日現在で146.1万人で、高齢者人口が27.4万人、高齢化率が18.9%と、全国平均と比較して「若い都市」である。
- ・しかしながら、今後、急速な高齢化が進み、2040年（平成52年）の高齢者人口は約45万人となり、総人口の30.4%になることが予想されている。

2 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの策定（平成26年度）

「未曾有の超高齢社会」とは、人口減少、後期高齢者（75歳以上）の急増、生産年齢人口（15歳～64歳）の減少を伴った社会であり、地域全体の課題であり、「地域包括ケアシステムの構築」が求められている。

システムを推進するためには

行政だけではなく、地域の**多様な主体が密接に連携**し合うことが重要

そのためには、

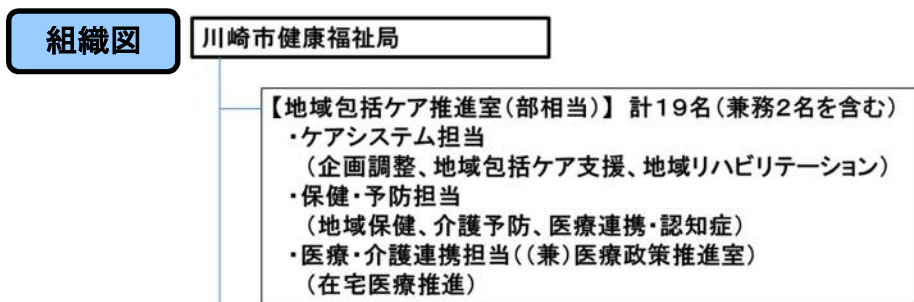
本市の基本的な考え方を示し、地域全体で共有した上で、その構築に向けた具体的な行動につなげていくことが必要

関連個別計画の上位概念として「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」策定

【地域包括ケア推進室の設置】

住み慣れた地域でいつまでも元気に暮らせるように、①予防医療や介護予防の充実、②地域の医療資源との連携の強化、③安心して介護サービスを利用できる仕組みづくりなどに総合的に取り組むため、地域包括ケア推進室を設置(平成26年度～)。

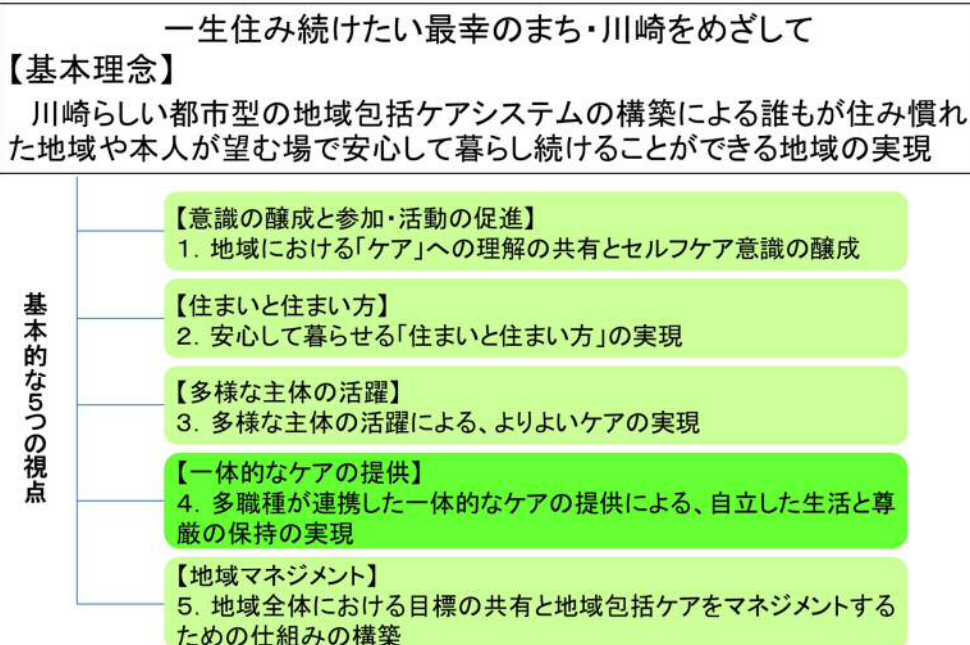
さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、区保健福祉センターの機能・推進体制のあり方の検討をはじめ、今後、区役所全体の体制整備につなげていくことを予定している。



3 地域包括ケアシステムの構築に向けた検討・推進体制

- 平成26年度に、国の「地域包括ケア研究会」で座長を務められている慶應義塾大学の田中滋名誉教授(国社会保障審議会介護保険給付費分科会長)を委員長にお迎えして、「川崎市地域包括ケアシステム検討協議委員会」を設置し、検討を進めてきた。
- 「委員会」では、医療・福祉・介護関係者、地域団体、事業者、市民等、19名に参加いただき、今後、「連絡協議会」として、システム構築に向けた検討を進める。

4 ビジョン推進に向けた取組の視点



5 医療と介護の連携に向けた多職種による顔の見える関係づくり

多職種連携の強化、在宅療養患者に対する一体的な支援体制づくりに向けて、医療・介護関連団体の代表者による「川崎市在宅療養推進協議会」を平成25年12月から開催。

【参加7団体】

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員連絡会、MSW(医療社会事業協会)、地域包括支援センター

【主な検討テーマ】

- ・在宅医療推進に向けた全般的な方向性
- ・多職種による地域リーダー研修の企画
- ・多職種連携に向けたツールづくり 等

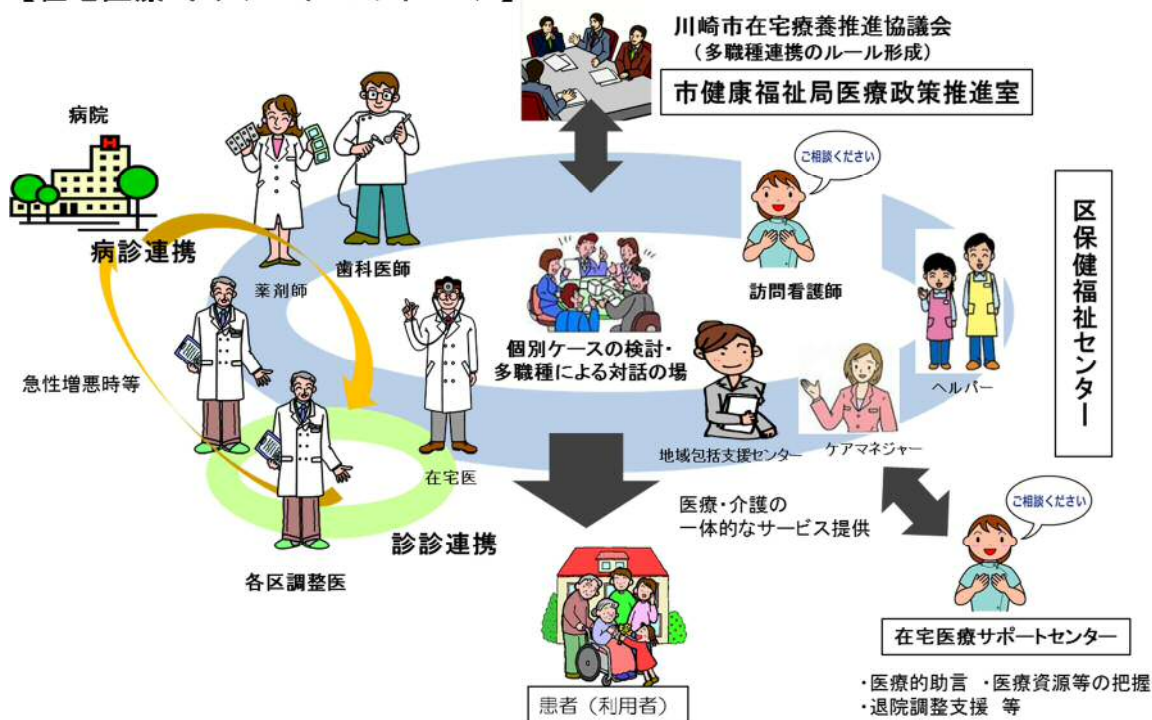


6 在宅医療(医療と介護の連携)推進に向けた課題と取組の方向性

「川崎市在宅療養推進協議会」での議論を通じて、課題と取組の方向性を以下のとおりとしている。

- ① 急速な都市部の高齢化に対応した、24時間365日の在宅医療推進の仕組みづくりが求められている。(在宅医の負担軽減の取組の推進)
- ② 医療と介護の連携がよりスムーズに進められるような仕組みづくりが求められている。(より円滑な多職種連携の推進)
- ③ 在宅医療・ケアへの理解が十分に浸透しているとはいきれず、市民の選択肢の1つとはなりきっていない。(市民啓発の取組の推進)

【在宅医療・ケアシステムのイメージ】



7 在宅医療(医療と介護の連携)推進に向けた特徴的な取組

(1)在宅療養調整医師の配置

各行政区に、区の推進役として、在宅療養調整医師を配置し、①各区での取組推進に向けて、先導的な役割を担うとともに、②開業医同士のネットワークづくりや、③退院調整支援等を推進することをめざしている(平成25年度～)。

幸区の在宅療養調整医師からは、地域包括ケアを進めるため、「医師の定期訪問診療だけでは、患者の日常生活状況を把握できないので、多職種で情報共有を図ることが重要」と話されている。

※あわせて、川崎市医師会が、在宅療養調整医師を中心に、在宅医の意見交換・研修を通した在宅医療の普及・推進を図るために、「在宅医連絡協議会」準備委員会を設置(平成26年7月)し、平成27年度から本格稼働の予定。



(2)在宅医療サポートセンターの運営

川崎市看護協会に訪問看護の経験のあるコーディネーターを配置し、①在宅医療情報誌の作成や、出前講座の実施などの市民啓発、②多職種連携の推進に向けたルールづくり、③在宅療養調整医師と連携した退院調整等を行っていくことをめざしている(平成26年度～)。



(出前講座風景)

(3)行政区を単位とした在宅医療推進に向けた取組

全市的な取組とともに、行政区を単位として、共有された課題を解決するために、各区医師会において主体的な取組を推進(平成26年度～)。

多摩区では、これに先立って、平成25年度から、在宅療養の質の向上を目指し、「チーム・たま」を発足。区医師会長を中心に、「在宅療養のことで困ったら、チーム・たまに連絡してください」と呼びかけている。

顔の見える関係会議(中原区)



市民シンポジウム(多摩区)



	区	取組の分類	取組の概要(平成26年度)
1	川崎区	②多職種連携	医療・介護サービスの円滑な提供をめざし、区内の医療・介護従事者の互いの業務への理解を高め、顔の見える関係づくりに向けて、多職種による協議(10/3・2/23)を行うとともに、グループワーク等を行う(10/30・3/26)。
2	幸区	②多職種連携 ③市民啓発	多職種による誤嚥性肺炎の予防対策の研究会において、スキルアップセミナーの開催(年6回)とともに、市民公開フォーラムを開催(7/5)し、さらに、在宅医療の普及に向けて、市民公開講座を開催した(11/15)。
3	中原区	②多職種連携	多職種による互いの業務の理解、円滑な連携と統合に向けて、多職種による協議会を開催(10/15・11/19)するとともに、グループワーク等を行う「多職種に依る顔の見える関係会議」を開催した(2/15)。
4	高津区	②多職種連携	多職種の現場での体験を共有し、知識を深め、顔の見える連携をめざし、事例検討会(10/16・2/19)や関係団体代表者による連携会議を開催する。
5	宮前区	②多職種連携	区学術講演会の場を活用して、在宅医療技術の習得に向けた講演会を開催(1/22)するとともに、区内医師会会員へのアンケートを実施。
6	多摩区	②多職種連携 ③市民啓発	在宅療養のみならず住民の健康と看取りの相談窓口及び連携を目標に多職種による「チーム・たま」を設立。多職種の代表者会議(10/1・12/10)及び「チーム・たま講演会」(1/28)を開催した。
7	麻生区	①診診連携	在宅医療に係る医療機関を増やしていくために、在宅医療に対する知識を深めるための勉強会を開催し、具体的なグループ化に向けた仕組み等を検討する(9/19・12/16・1/30・2/19)。

【在宅医療市民シンポジウムの開催(平成 27 年 2 月 11 日)】

「在宅医療から考える地域包括ケアのまちづくり」をテーマとして、東京大学高齢社会総合研究機構の辻哲夫特任教授の基調講演、市内医療・介護関係者によるパネルディスカッションを行い、人生の最期をどのように迎えるかを考えるきっかけにいただいた(参加者; 約 300 名)。



辻哲夫特任教授(東京大学
高齢社会総合研究機構)

② 第 6 期介護保険事業計画にかかる在宅医療・介護連携推進について

ア 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」について

在宅医療と介護の連携については、地域包括ケアシステム構築にあたって重要な問題のひとつであるが、医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互理解や情報の共有が十分にできていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった。

このような背景の下、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業(平成 23・24 年度)、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業(平成 25 年度～)において実施されてきたところであるが、これらの成果を踏まえ、介護保険法の地域支援事業の包

括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけ、全国的に取り組むこととなった。

この事業では、平成 27 年度以降取組を開始し、平成 30 年 4 月には全国の市区町村で取り組むこととなるため、市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を円滑に実施できるよう、市区町村における取組の参考のため、平成 27 年 3 月 31 日に「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」が国より示されたところである。

その具体的な内容は、在宅医療・介護連携推進事業は、(ア)地域の医療・介護の資源の把握、(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援、(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援、(カ)医療・介護関係者の研修、(キ)地域住民への普及啓発(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携、の 8 つの取組からなる。

当該事業における(ア)から(ク)の具体的取組について、目的・方法・留意事項等について取りまとめたので、市区町村における取組の参考にしていただきたいとしている。

在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組(概要)	
ア 地域の医療・介護の資源の把握	既存情報等をもとに、地域の医療・介護資源のリストやマップを作成し、地域の医療・介護関係者が協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにする。
イ 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・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。
ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。 (例：主治医・副主治医制の導入)
エ 医療・介護関係者の情報共有の支援	患者等の在宅療養生活を支えるために、患者等の状態の変化に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われるよう支援する。(例：地域連携クリティカルパスの作成)
オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援	相談窓口を設置し、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援する。(例：相談窓口の運営は医師会に委託することが考えられる)
カ 医療・介護関係者の研修	保険制度の違いなどから医療と介護の情報共有が不十分。多職種によるグループワーク等の研修を行い、現場レベルでの医療と介護の連携を促進する。
キ 地域住民への普及啓発	地域住民が、在宅療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるように啓発すること、また終末ケアや看取りについての理解の促進を図り、在宅医療・介護連携を推進する。(例：パンフレットの作成)
ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	二次医療圏内の市区町村等と連携し、広域連携が必要な事項について協議する。

◆介護保険最新情報 Vol. 447(平成27年3月31日)より

第4回社会保障部会資料

本部会では、こうした状況を踏まえ、各市の第6期介護保険事業計画の中で、この8項目（ア～ク）について、どのような取組がなされるのか、各市の取組をまとめ、示していくとともに、併せて、実施にあたっての課題・問題点を抽出し、検討を行ったものである。

イ 各市の介護保険事業計画の内容調査について

指定都市20市へ現在の取組状況及び課題点などについて、調査を実施した。調査の内容としては、各市の第6期介護保険事業計画における、手引きに示された8項目についての取組状況と在宅医療・介護連携推進事業の所管部所等や道府県との関わりなどの現状の課題についてである。

主な8項目についての取組状況については、全体的に、今年度からの取組を予定している市が多数であるが、そのような状況の中で、他に先駆け、既に実施している取組について、以下のとおりまとめた。

各市の主な取組状況

（ア）の地域の医療・介護の資源の把握では、医療資源のマップなどを作成している市が多い。

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ・市医師会の協力のもと、「千葉市医療マップ～わたしの町のお医者さん」を作成して、冊子及びホームページ上で公開。また、市薬剤師会で作成した「在宅医療支援薬局リスト」を地域包括支援センター等で配布。（千葉市）
- ・在宅医、訪問看護ステーション、調剤薬局にアンケート調査を実施し、相談機関向けの「在宅医療資源ガイドブック」を作成し、関係機関に配布。（川崎市）
- ・病院・医科診療所・薬局・訪問看護ステーション計937件の同意を得て、施設の運営や在宅医療の対応窓口、対応可能な処置など提供サービス情報を日常生活圏域別に掲載し、かつ圏域別の医療・介護情報マップを作製し、関係者に配布。（静岡市）

（イ）の在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討では、協議会や連絡会といった協議の場を設け、協議や意見交換を行っている市が多い。

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ・市医師会に委託し、「千葉市在宅医療推進連絡協議会」を設置。医療・介護連携の現状やその在り方に係る課題について意見交換及び関係機関、団体等の取組みに対する必要な提言を行っている。（千葉市）
- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院協会、医療社会事業協会、看護協会、理学療養士会、介護支援専門員連絡会、地域包括支援センターの代表者による「川崎市在宅療養推進協議会」を設置し、多職種連携の強化、在宅医療患者に対する一体的な支援体制の構築にむけて協議を実施。（川崎市）
- ・市内関係者が参画した会議「浜松市医療及び介護連携連絡会」を設置。在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策の協議を実施。（浜松市）

(ウ) の切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進では、在宅医療に取り組む医師の把握やその強化などに向けた取組が多い。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ・在宅医療に携わる医師の現状に関するアンケート調査や訪問診療に関心のある医師に対し、同行訪問研修などを実施し、在宅医療に取り組む医師の増強につなげていく予定。(千葉市)
- ・「大宮包括ケアネット」(さいたま市内4医師会のひとつ(社)大宮医師会が主催する多職種連携を軸とした地域包括ケア体制の構築事業)において、在宅医療連携カンファレンスを実施。(さいたま市)
- ・各区に在宅療養調整医師を配置し、在宅医の状況等の把握をはじめ、在宅医相互支援チームづくりにむけた検討を行うとともに、多職種への地域の実情に即した医療的な助言を行い、退院調整支援につなげる取組を実施。(川崎市)

(エ) の医療・介護関係者の情報共有の支援では、従事者間や本人・家族との情報共有を、ペーパーベースで図っている市が多い。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・在宅医療・介護従事者間の情報共有を図るため、在宅療養患者宅に置いて、従事者間及び本人・家族との情報共有につなげるため、「在宅療養連携ノート」を作成。(川崎市)
- ・必要な情報が、医療と介護の関係者間で共有できるための様式集を作成し、関係者に配布。(静岡市)
- ・クラウド型システムを利用した多職種による情報共有・情報交換の場を提供。(岡山市)

(オ) の在宅医療・介護連携に関する相談支援では、相談窓口などを設置している市が多い。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ・在宅医療サポートセンター事業を川崎市看護協会に委託により実施。(川崎市)
- ・在宅医療・介護の情報提供や相談対応のために、「在宅医療相談窓口」を設置。(熊本市)
- ・医師会に委託して、行政区ごとに「在宅医療・介護連携支援センター」を設置。(名古屋市)

(カ) の医療・介護関係者の研修では、研修会やワーキンググループにより研修を実施している市が多い。

(カ) 医療・介護関係者の研修

- ・「大宮包括ケアネット」において、医師、薬剤師、看護師を対象に多職種連携研修会を実施。(さいたま市)
- ・医師・看護師・ケアマネジャー等多職種を対象に在宅医療・介護連携のための研修会を開催。また、介護職員を対象に訪問看護ステーションとの連携や情報の伝達、記録の方法を学ぶと共に、日頃の疑問を解決する研修会を開催。(静岡市)
- ・市内病院の地域医療連携担当者等が集まる場を設け、グループワーキング等により、顔の見える関係づくりを進める。(岡山市)

(キ) 地域住民への普及啓発では、講演会などによる啓発を実施している市が多い。

(キ) 地域住民への普及啓発

- ・「大宮包括ケアネット」において、地域包括ケアシステムに関する講演会を実施。(さいたま市)
- ・地域の身近な専門職による市民への出前講座(54会場、60講座、参加者1300人、講師は8職種)や市民公開講座(120名参加)を実施。(静岡市)
- ・市民講演会、出前講座、広報(テレビ、ラジオ、ポスター、パンフレット)(熊本市)

(ク) の在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携では、単独で二次医療圏を構成している市は実施予定はなしとしており、それ以外の市は道府県や同じ二次医療圏内の市町村と検討を行うとしている。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ・単独で二次医療圏を構成している市は、実施予定なしとしている。
- ・上記以外の市は、道府県や同じ二次医療圏内の市町村と検討を行うとしている。

第5回社会保障部会資料

ウ 課題と検討について

主な課題点などについては、在宅医療・介護連携推進事業の所管課について、介護・福祉部門に設置している市と保健・医療部門に設置している市があり、双方の緊密な連携の必要性を重視している市が、多くあった。

また、道府県で設置している地域医療介護総合確保基金について、この基金の配分は道府県の裁量によるものであるため、その配分方法に関することや、この基金を活用して道府県で実施している事業について、市の事業との円滑な連携を図る必要があることなどが課題として挙げられた。

いずれにしても、各市での課題や道府県に対する課題であり、都市ごとの対応が必要である。

さらに、「第6期介護保険事業計画」については、各市とも4月にスタートさせたところであり、各取組を進めていく過程において、各市共通の課題が浮き彫りになってくるものと考えられる。今後も引き続き、情報共有を図りながら、制度や財政面で課題が見つかった際は、指定都市間で課題解決に向けて検討し、国への要請などを実施していく必要がある。

第4章 国への要請等について

第4章 国への要請等について

1 国民健康保険制度の見直しに関する指定都市市長会要請

今般、国保基盤強化協議会の「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」が示されたところであるが、未だ財政上の構造問題の解決のための具体策は明らかにされておらず、また、都道府県と市町村の役割分担についても、今後検討すべき論点は多い。こうした中、多くの被保険者を有し、制度の見直しにより多大な影響が想定される指定都市は、当該協議会の直接の構成員となっておらず、また、十分な協議等を行う機会も与えられていない。

指定都市市長会は、「安定的で持続可能な医療保険制度を再構築するためには、市町村国保と他の医療保険制度との負担の公平化を図り、国の責任を明確にした上で、全ての医療保険制度の一本化に向けた抜本的改革を早急に実現すべきである」という立場であるが、今回示された「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」に対しては、次の点についてさらなる検討を行うよう要請する。

1 国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決について

国民健康保険の財政基盤を抜本的に強化し、財政上の構造問題の解決を図るための具体策について、国が関係機関相互の調整的役割を十分に果たし、更なる追加公費の規模やその財源などを含めて早急に提示されたい。

2 国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担について

保険料の設定の在り方について分賦金方式が示されているが、財政支援策の規模によっては、実質的な財政責任をこれまで同様、市町村が負うことにもなりかねない。このため、分賦金方式の導入は、法定外繰入の解消など国民健康保険の財政上の構造問題の解決を前提とすべきである。

また、市町村ごとの分賦金の決定にあたり、保険料収納へのインセンティブを確保する観点については、「市町村の自助努力だけで対応することが難しい『収納率の低さ』」に配慮することが必要である。

さらに、分賦金については、医療費適正化へのインセンティブを確保するために、医療費水準を考慮することとされているが、保険者の規模や地域性などにより、その責によらない様々な要因が医療費に影響を及ぼしていることから、算定する仕組みを構築する際には、その点に十分配慮されたい。

都道府県が、単に保険料収納や医療費水準に応じて機械的に分賦金を算定するのではなく、保険者としての実質的な財政責任を担い、あわせて効率的な医療提供体制の構築に向けた役割をしっかりと果たすことのできる仕組みとする必要がある。

3 新たな制度への移行について

プログラム法では、平成 29 年度を目途として新たな制度へ移行するとされているが、制度改革の将来的なビジョンを明確に示すことはもとより、平成 27 年度から実施される保険財政共同安定化事業の対象の拡充による影響を見極めた上で、地方との協議、検討を尽くして制度設計に万全を期すとともに、平成 29 年度の移行にとらわれることなく、十分な準備期間を設定しなければならない。

特に、指定都市では、その都市規模からシステムの設計・改修等の準備にも相当の期間を要するものであり、移行時期については特に配慮されたい。

一般の国民健康保険を含めた医療制度改革は国全体の問題であることを踏まえ、新たな地方負担を招かないようにするとともに、すべての市町村が新制度へ円滑に移行できるよう財政面も含めた必要な措置を講じられたい。

4 指定都市の役割について

指定都市は、人口移動が多いことや今後急速に高齢化が進むなど大都市としての問題が顕著に現れ、国民健康保険においても保険料収納率の低さや法定外繰入の多さなど大規模保険者ならではの課題があるとともに、国民健康保険財政全体に与える影響も小さくない。

については、全国市長会が参加している国保基盤強化協議会とは別に、指定都市の意見を取り入れる、又は参加できる機会を設けられたい。

平成 26 年 9 月 12 日

指 定 都 市 市 長 会

2 持続可能な国民健康保険制度の構築に向けた指定都市市長会緊急要請

社会保障制度改革推進本部は、去る 1 月 13 日、医療保険制度改革骨子（以下「骨子」という。）を決定した。

骨子では、「国民健康保険の安定化」として平成 27 年度からの保険者支援制度の拡充約 1,700 億円に加え、新たに後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費約 1,700 億円を活用した財政基盤の強化等がうたわれており、消費税率の再引上げの延期や各方面からの強い反対意見もある中で、これらを英断されたことは、指定都市市長会として大いに評価するものである。

しかしながら、今回の 3,400 億円の公費投入は、現行の法定外繰入金が既に約 3,500 億円あることに加え、被用者保険に比べ低所得者が多く、医療費水準が高いという構造的な課題を解消し、国民の保険料負担の公平化を図っていくには到底十分とはいえない。

また、都道府県と市町村との役割分担においては、平成 30 年度から都道府県が財政運営の責任主体となり国民健康保険運営の中心的役割を果たすとされているものの、具体的には分賦金方式を採用し、資格管理、保険給付、保険料の賦課徴収等は引き続き市町村が担うこととされている。当市長会は、分賦金方式の導入に当たっては、法定外繰入の解消など国民健康保険の財政上の構造問題の解決を前提とすべきこと及び都道府県が保険者としての実質的な財政責任を担う仕組みとすることを求めてきたが、これらが骨子に十分反映されているとは認められない。

これら多くの課題を抱え、解決に向けての明確な説明がなされていない状況の中で、国民健康保険の都道府県単位化が進められていることに大きな危惧の念を抱くとともに、今後、これまで以上の丁寧な協議が必要であると再認識したところである。

さらに、当市長会において昨年 9 月 12 日に「指定都市の意見を取り入れる、又は参加できる機会を設けられたい」との要請を行ったが、いまだ国は、指定都市に対して意見聴取の機会を設けておらず、何ら情報提供もされていない。このような中で今回の骨子が決定されたことは、甚だ遺憾である。

ついては、指定都市市長会として、以下のとおり緊急要請を行う。

1 財政上の構造問題の解決に向けて

- (1) さらなる公費の追加によって、将来にわたり国民健康保険の財政基盤の一層の強化と構造的な課題の解消を図ることとし、これに係る所要の財源は、国の責任において確保することを今通常国会に提出予定の法案に明記されたい。
- (2) 平成 30 年度から実施予定の「財政調整機能の強化」の具体的内容や、「自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応」及び新たに創設される「保険者努力支援制度」に係る支援の対象や要件等については、地方との十分な協議に基づき整理の上、制度設計されたい。

(3) 財政安定化基金の交付分に係る補填措置については、市町村も負担する方向で検討されているようであるが、国及び財政責任を担う都道府県の負担によるものとされたい。

2 今回の国民健康保険の見直し後の事務運営等が円滑に行われるよう、都道府県と市町村の役割及び責任を適切かつ明確に分担し合える制度として構築されたい。

また、被保険者に対する周知の徹底や被保険者の利便性等を踏まえた窓口の明確化等、新制度移行時に混乱が生じないようにされたい。

3 骨子は、社会保障制度改革国民会議報告書において示された「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（中略）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」との観点からも極めて不十分なものと言わざるを得ない。

この「方向性」は、国民健康保険の財政運営責任を都道府県に委ねるだけで実現されるものではないことから、具体的な取組を早期に示すとともに、地方と十分に協議の上、国の権限と責任において必要となる条件整備を行われたい。

4 指定都市に対して積極的に情報提供を行うとともに、昨年9月12日に行った当市長会の要請のとおり、国保基盤強化協議会とは別に指定都市の意見を取り入れる、又は参加できる機会を設けられたい。

特に、今後検討される後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴う国費約1,700億円の配分方法等については、事前に地方と十分に協議・調整の上、決定されたい。

平成27年2月24日
指定都市市長会

3 増大する医療費等の適正化に関する指定都市市長会要請

高齢化の進展や医療技術の高度化に伴う医療費の増加は、各医療保険制度の財政運営を圧迫しており、特に市町村が運営する国民健康保険は、大変厳しい状況となっている。

こうした中、増大する医療費の適正化を図る観点から、指定都市においても様々な取組を実施しているが、市町村国保には制度的な課題も多く、十分な取組が実施できているとは言い難いのが現状である。

ついては、次の事項について、国が確実に検討を進めるよう求める。

1 特定健康診査の充実

特定健康診査及び特定保健指導の実施を医療保険者に義務付けた趣旨に鑑み、検査項目の充実を図り、指定都市が実施する生活習慣病予防事業等に必要な項目を国の基準に位置付けるとともに、検査に係る経費については全額国庫負担とするよう、制度の見直しを図るべきである。

2 大都市が実施する保健事業への国庫負担の拡充

市町村国保で実施する保健事業に対する助成額は「被保険者数 10 万人以上」から一律であり、大都市の財政需要に対応していない。指定都市をはじめとする大規模保険者に過度な負担が生じないように、被保険者数 10 万人以上についても区分を細分化し、区分に応じた適切な助成を行うなど、国庫負担の拡充を図るべきである。

3 「保険者努力支援制度」の指標の決定

国保基盤強化協議会において国民健康保険制度の見直しに伴う様々な財政支援策を検討しているが、新たに創設される「保険者努力支援制度」の詳細指標の検討を進めていくに当たっては、各保険者の医療費適正化への取組の適正かつ客観的な指標に基づく支援が目的であること、また、地方と協議の上で決定することとなっていることを踏まえ、指定都市のような大規模保険者が不利とならない配慮を確実に行った上で決定するべきである。

4 一体的な生活習慣病の重症化予防対策の推進

保険者が生活習慣病の重症化予防の取組を推進する上では、被保険者の過去の健診結果を活用することが有効であることから、保険者間で特定健康診査及び特定保健指導データを引き継げる仕組みなど、各保険者が一体となって取り組むことができる体制を国の責任で構築するべきである。

平成 27 年 12 月 25 日
指 定 都 市 市 長 会

4 生活保護における医療費一部自己負担に係る指定都市市長会要請

我が国は、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を目指し、国民皆保険制度を構築したが、急速な高齢化や医療技術の高度化などによる医療費の増加は、現在でも大きな課題となっており、今後、超高齢社会の進展とともに一層増大することが予測されることから、安定的で持続可能な制度としての再構築が求められているところである。

そのような状況の中、指定都市においても様々な取組を実施しているが、医療費の適正化を考える上で、生活保護における医療扶助の適正化は大きな課題である。

医療保険加入者については保険料の支払いや医療機関受診時の窓口負担がある一方、生活保護受給者は自己負担がないことなど、過剰な受診等に対する抑制効果が働きづらい状況となっている。

地方自治体においては、生活保護に係る医療扶助の適正化に向けて、生活保護受給者の医療機関への受診状況や病状の把握に努め、医療機関から届く診療報酬明細書（レセプト）の点検や医療機関への指導、受給者本人への受診指導を行うなど諸策を講じている。しかしながら、会計検査院の報告において、高頻度入院や頻回受診者等について指摘がなされ、厚生労働省に対して各種施策の立案、見直しが求められるなど、国において更なる適正化に向けた対策が必要である。

国においては、生活保護受給者の医療費の適正化のため、データを収集し、受診傾向や診療内容等と医療費の関係の分析を進めるべきである。そして、生活保護受給者の必要な受診を抑制することがないように十分に留意しつつ、最低限度の生活を保障した上での医療費の一部自己負担の導入について、地方自治体の意見を十分聞きながら、医療保険制度全体の在り方を含めて検討を行うことを求める。

平成27年12月25日
指定都市市長会

5 地域包括ケアシステムに係る在宅医療・介護連携推進に関する 指定都市市長会要請

地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の一つである在宅医療・介護連携の推進については、市区町村が主体的に都道府県や関係団体と連携・協力しながら、事業を実施しなければならない。指定都市は、その事業の円滑な実施に向けて、鋭意検討を進めているところである。

ついては、次の事項について、国が確実に検討を進めるよう求める。

1 円滑な実施のための協働体制の推進

在宅医療・介護連携の推進は、市区町村事業となっているものの、医療従事者の協力が欠かせないことから、国においても各関係団体へ協力を要請するとともに、医療従事者が在宅医療に積極的に取り組めるよう制度設計を図るべきである。

また、医療従事者や介護従事者が担うべき役割を明確にするとともに、医療・介護の双方をコーディネートできる人材が重要な役割を担うことから、その養成の仕組みの構築など、関係者が一体となって取り組むことができる体制を国の責任で構築するべきである。

2 市区町村の取組に対する財政措置等

在宅医療・介護連携の推進に当たっては、医療・介護関係者の円滑な情報共有が欠かせないことから、その手段の一つであるＩＣＴ化に取り組む市区町村に対する財政措置を国において講じるべきである。

また、ＩＣＴ化に当たっての標準的なデータフォーマットの検討や個人情報の取扱いに関する統一的な基準の明示など、市区町村が具体的かつ主体的な取組を実施する上で必要となる環境整備を図るとともに、それに伴う財政措置を国において講じるべきである。

平成２７年１２月２５日
指 定 都 市 市 長 会

6 厚生労働省との意見交換会の実施について

(1) 意見交換会の趣旨

国において協議を進めている「国民健康保険の見直し」について、国保基盤強化協議会とは別に、指定都市の意見を取り入れる又は指定都市が参加できる機会を設けるよう、指定都市市長会として、要請してきた結果、意見交換会という形で実現したものである。

(2) 意見交換会の概要

日 時 平成27年8月21日（金）午後2時～午後3時30分
場 所 指定都市市長会事務局 会議室（市政会館6階）
出席者 厚生労働省保険局国民健康保険課 伊藤課長補佐ほか1名、
指定都市国民健康保険所管課職員、指定都市市長会事務局職員

(3) 意見交換会の内容（一部抜粋）

【意見1】

保険者努力支援制度の評価指標の検討においては、指定都市のような「大規模保険者」が不利にならないためにも、被保険者数で交付する指標又は被保険者数で算出する項目の指標を導入することや、収納率や特定健診受診率、レセプト点検など水準評価に加え、その上昇率など、取組の努力が評価されるような指標を導入することを検討していただきたい。

【回答1】

新制度である保険者努力支援制度については、指定都市は規模が違うことは認識している。どうすれば公平かということを軸に指定都市からのご意見を参考にしながら検討していく。

【意見2】

特定健康診査・特定保健指導に係る国庫負担金の基準単価を引き上げるとともに、集団健診と個別健診の区別は実態に即したものとすべきである。また、特定健康診査の項目に、血清クレアチニンを追加すべきである。

【回答2】

特定健診の検査項目については、今後、特定健診の全体的な見直しという方向性があるので、その中で議論していくと思う。健診単価については、なかなか苦しい状況である。

【意見 3】

特別調整交付金による財政支援の拡充においては、大規模保険者特有の問題である被保険者の異動状況における転出入・社保加入・離脱の多さや、病床数の多さなどの地域性を含めて、「自治体の責めによらない要因」を十分精査の上、市町村に対して適切に配分がなされるような仕組みを検討していただきたい。

【回答 3】

大都市保険者の転入出に伴う事務の煩雑さというのは承知している。これがどのような形で財政支援に繋がるのかというのは、難しい話であるが、こういった意見も認識しながら議論は進めていく。

病床の多さについては、一応総務省の地財の中で一部、財政支援をしているので、どのように検討するかというのは、総務省内での検討となる。全体的な流れとして、病床が多いことに直接的な財政支援となると、難しいのではないかと考えている。

【意見 4】

高齢化や医療技術の高度化による医療費の増加に対応すべく、累積赤字や一般会計からの繰入れの解消へ向けて、さらなる国庫負担の増額を検討いただきたい。

【回答 4】

更なる財政支援については、今回の改革では30年度の対応として、3,400億円という形で進めている状況であり、その後は、施行後の状況をみて医療保険制度の持続可能性の確保のために検討していく。

【意見 5】

国保財政運営の都道府県化により導入される納付金について市町村ごとの所得水準及び医療水準を考慮することとしているが、いずれの水準も高い指定都市において一方的に不利とならないような制度設計をしていただきたい。

【回答 5】

国保事業費納付金については、当然公平性というのを念頭におきながら、都道府県にも、県調整交付金を含めた適切な水準を設定いただくよう、お願いしている。今後、都道府県に都道府県内市町村との議論も進めていただきたいと考えている。

【意見 6】

国保の運営が都道府県に広域化される現状の制度改革では、大都市にとってメリットが少なく、国保の構造的な問題の解決には至らないため、国を保険者とした国保の一本化を早期に実現していただきたい。

【回答 6】

医療保険制度の一本化については、今回の改革の施行に集中しているため、現状議論はしていない。今回の制度がスタートした上で、その後の状況を確認しないと、議論の中身も整わないと考えている。

【意見 7】

新しい国保制度に対応するために開発される「市町村事務処理標準システム（仮称）」の導入を希望せず、引き続き市町村独自システムを使用することは可能か。また、事務処理標準システムを使用しない場合、どのような問題があるか。

【回答 7】

システム関連については、指定都市を念頭に開発したものではないため、導入は任意と考えている。独自システムの改修等のため、国で開発しているシステムの設計等は、できるだけ早めに提示していきたい。また今後、意見を聞かせていただきたいと考えている。

【意見 8】

地方単独事業に係る国庫負担減額調整措置について、子どもへの医療費助成については子どもの医療という観点から幅広く議論・検討する場を設ける方向で一定の対応がされてるが、他の重度障害者等への医療費助成制度についても、各制度のエビデンスを検証するなど、早急に議論・検討をして、撤廃をしていただきたい。

【回答 8】

子どもの医療費助成減額調整措置については、特に国保の中での減額調整措置というよりは、子どもの医療の在り方を考えるという観点から、検討されている。子どもの医療の在り方というのは、小児医療の提供体制やコンビニ受診、小児科医の負担などがあり、そういった提供体制のことも考えながら、議論していることから、今の厚生労働省のスタンスとしては、例えば障害者に関して、特に今のところ検討していない。

指定都市市長会

社会保障部会