

国民皆保険

Universal Health Coverage

- 日本は1961年に実現
- WHOからも賞賛された世界に冠たるシステム
- 健康保険はみんなの助け合い



保険診療とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づく，保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である．
- 保険医療機関の指定，保険医の登録は，「療養担当規則」等，保険診療のルールを熟知していることが前提となっている．

2016.12

経済財政諮問会議が診療報酬にも踏み込む

- 2016.12 経済財政諮問会議が診療報酬にも影響
 - 年間2兆円の人工透析の医療費が高すぎる。
- 【医師会】医療に対する経済の論理を強めてはいけない。大それたこと。
 - 中医協（中央社会保険医療協議会，厚労省の諮問機関，現場）
- 【内閣，官邸】薬価のみでなく，診療報酬も経財諮会議で。
 - 中医協は医師会や製薬業界など関係者が中心で、「業界に甘い」。
- 【経済財政諮問会議】
 - 民間議員，マクロ経済の司令塔
- データの見える化，薬価制度改革，診療報酬，費用対効果

中央社会保険医療協議会について

* 診療報酬、薬価など、公的医療保険から医療機関等に支払われる
公定価格を決定する権限を有する厚生労働大臣の諮問機関

1. 根拠法

社会保険医療協議会法

2. 所掌事務

「診療報酬」、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「訪問看護療養費」に関する事項等について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議・答申するほか、自ら建議する。

3. 委員

○ 支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整するといういわゆる「三者構成」をとっている。

① 支払側委員(保険者、被保険者の代表) 7名

② 診療側委員(医師、歯科医師、薬剤師の代表) 7名

③ 公益代表 6名(国会同意人事)

の合計20名で構成。任期は2年

○ 委員は厚生労働大臣が任命

○ 専門事項を審議するために必要があると認められる場合には、**10名以内の専門委員**を置くことができる。(社会保険医療協議会法第3条3項)

平成29年度 経済財政諮問会議 H29.10.26 資料

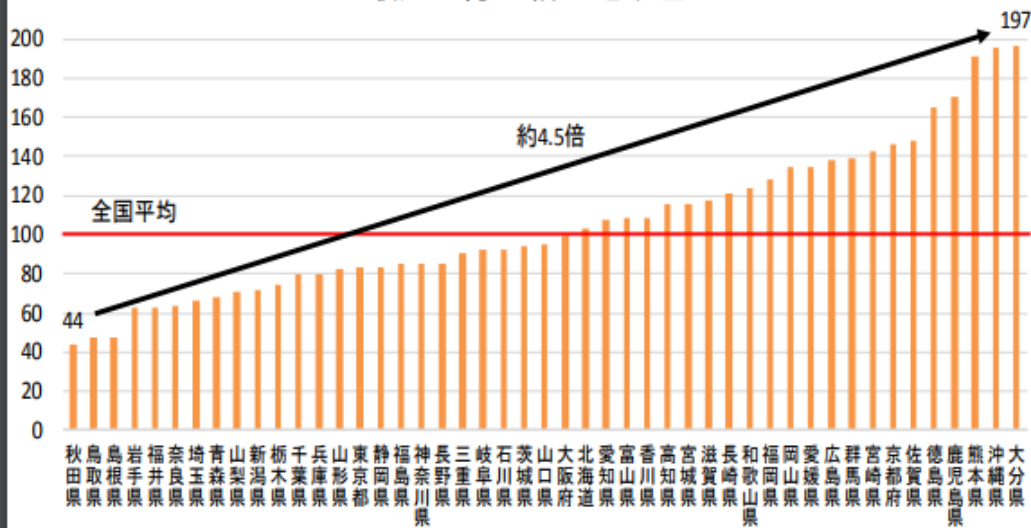
(3) 診療報酬改定

地域医療構想の実現、医療費適正化に向け、以下の点を報酬改定に反映させるべき。

- 病床の機能分化・連携推進に向け、7対1病床の基準・要件の厳格化、医療・介護療養病床からの早期転換を推進する報酬体系の構築、ICTを活用したオンライン診療の促進
- 透析医療の実態に応じて診療報酬の適正化を図るとともに、保険者等による糖尿病患者の重症化予防を促進
- 調剤技術料がそれに見合った付加価値を生み出しているのか徹底して検証し、薬局の機能分化や調剤報酬の適正化(ほとんどの薬局においてその機能に関わらず院内処方と比べて高く設定されている調剤基本料の見直し等)を推進

図5 人工透析・予防に関する地域差

人工腎臓(慢性維持透析)(4時間以上5時間未満)(入院)のレセプト出現比
 ~最大で約4.5倍の地域差~



(備考)内閣府「経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト」により作成。右図の人工透析は左図と同じ。

人工透析と糖尿病透析予防の取組

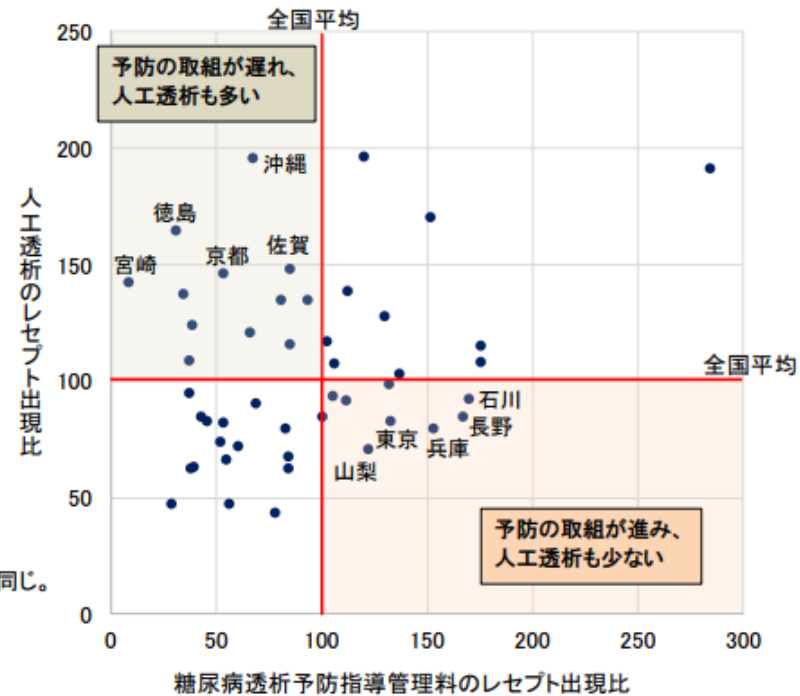
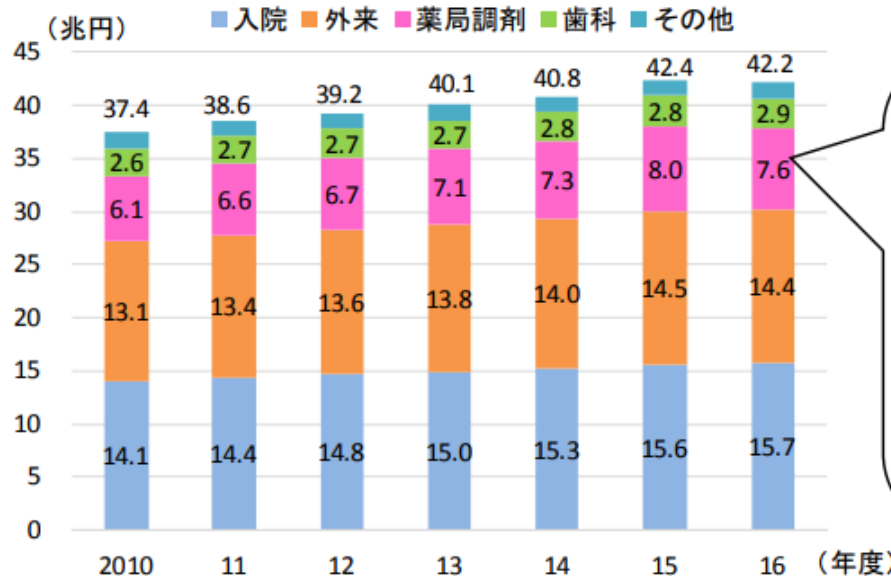
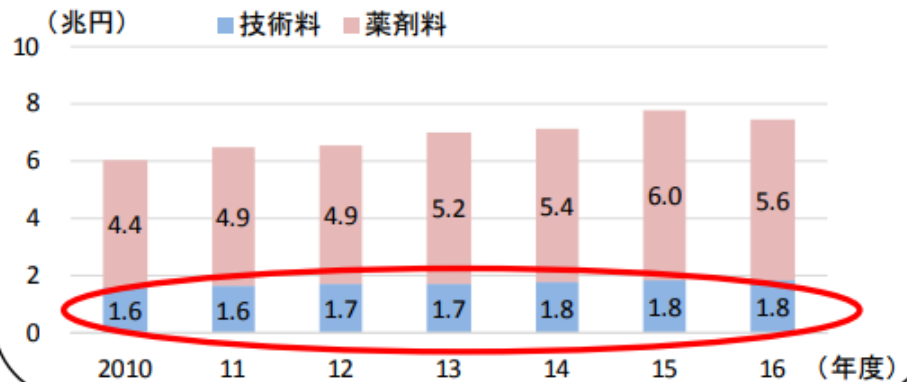


図6 国民医療費の推移



調剤医療費(電算処理分)の内訳



(備考)厚生労働省「国民医療費」、「平成28年度概算医療費」、「調剤医療費(電算処理分)の動向」により作成。2016年度の国民医療費は2015年度の実績を概算医療費の伸びで延伸

社会保障の理念

- 人生平穏無事ではない。傷病、障害、老齡、死亡、失業等で生活が苦しくなることがある。
- 何年生きるかわからない（長生きリスク）

• 社会保障の役割

- 生活の安定, 向上（安心感）
- 所得の再分配（医療, 介護, 年金, 子育て）
- 経済安定機能（消費活動を支える）

セーフティネットが自己実現を支える
リスクを冒しても自己実現できる

→ 社会の発展の原動力

日本の医療の特徴

- 医療財政制度

- 社会保険方式と税方式

- 保険 : 日本, ドイツ, フランス,
 - 税 : イギリス
 - 民間保険 : 米国

- 医療提供制度

- 日本：病床数の7割は民間，病院規模は様々
 - フリーアクセス，現物給付
 - 欧州：公的病院，規模は大きい
 - 開業医はゲートキーパー

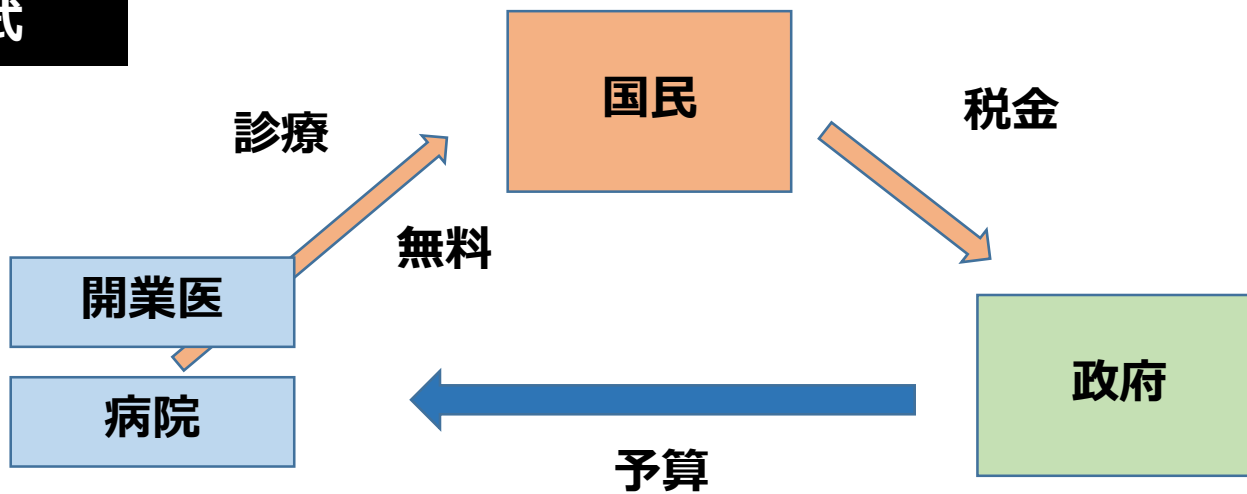
国民皆保険の現状は

- 社会保険方式か， 税方式か
 - 医療提供制度と医療財政制度の接合が異なる
 - 日本は社会保険方式
- 日本の医療崩壊の現況は「保険あって医療なし」か
 - 病院が遠い， 医師がいない
 - アクセスが不便
- 給付範囲， 給付率の縮減があっても国民皆保険といえるか
 - 傷病による家計の破綻を防ぐことが役目

社会保険方式



税方式

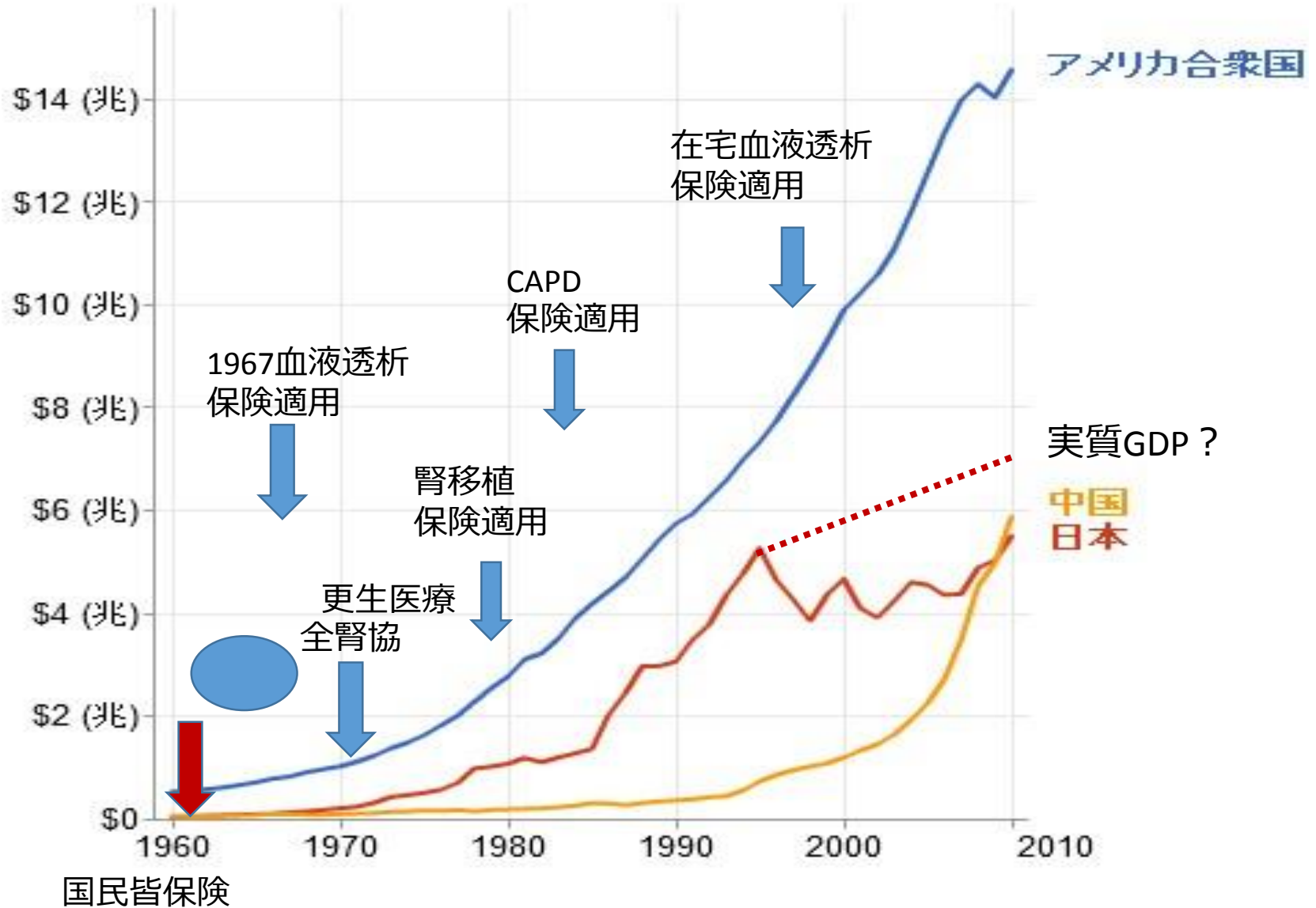


国民皆保険の実現

- 1961年に実現(S36), しかし制限診療が多かった
 - 国民カバー率, サービス範囲, 自己負担率
- 1973年 (S48) 頃には, 充実



GDP推移 (名目)



人工透析と健康保険

- 1967 人工腎が健康保険適用（しかし、給付率はさまざまであった）
 - 週2回でも月15-20万の自己負担
 - 家族のために退職金を前借りする
 - 家、土地を手放す、借金する、
 - 生活保護を受けるために離婚する
 - 家族に迷惑をかけるからと自殺する、
 - 高校生の息子に透析をさせなかった校長先生



- 1972 ほぼ全額が助成対象

腎友会

健康保険（特定疾病医療・マル長），更生医療，自治体障害者補助

健康の自己責任論

- 某 アナウンサー
 - 「自業自得の人工透析患者なんて、全員実費負担にさせよ！無理だと泣いたらそのまま殺せ！」
- 某 大臣
 - 「食いたいだけ食って、飲みたいだけ飲んで、糖尿病になって病院に入っているやつの医療費はおれたちが払っている。公平ではない。無性に腹が立つ」
- 某 議員
 - 「健康ゴールド免許」？
- 健康格差
 - 現在のどの治療法でも治らない病気がある
 - 生活習慣病は個人を取り巻く社会環境の影響を受ける
 - どこまでが自己責任か決められない
 - 低所得・失業・低学歴・非正規雇用に疾患が多い

生活習慣病を自助努力で減らすの極めて難しい
健康日本21（2000年～）計画ですら達成できなかった

透析医療の現在位置

- 日本経済のグローバル化への対応 → 格差・貧困
- 人口減少, 金欠病の政府, 問題解決ができない



- 人々の孤立, 閉塞感
- 連帯, 相互扶助の精神の退化
- 変化を求める人々 (→ブレクジット, トランプ, 極右政党)
- 犯人探しが始まった

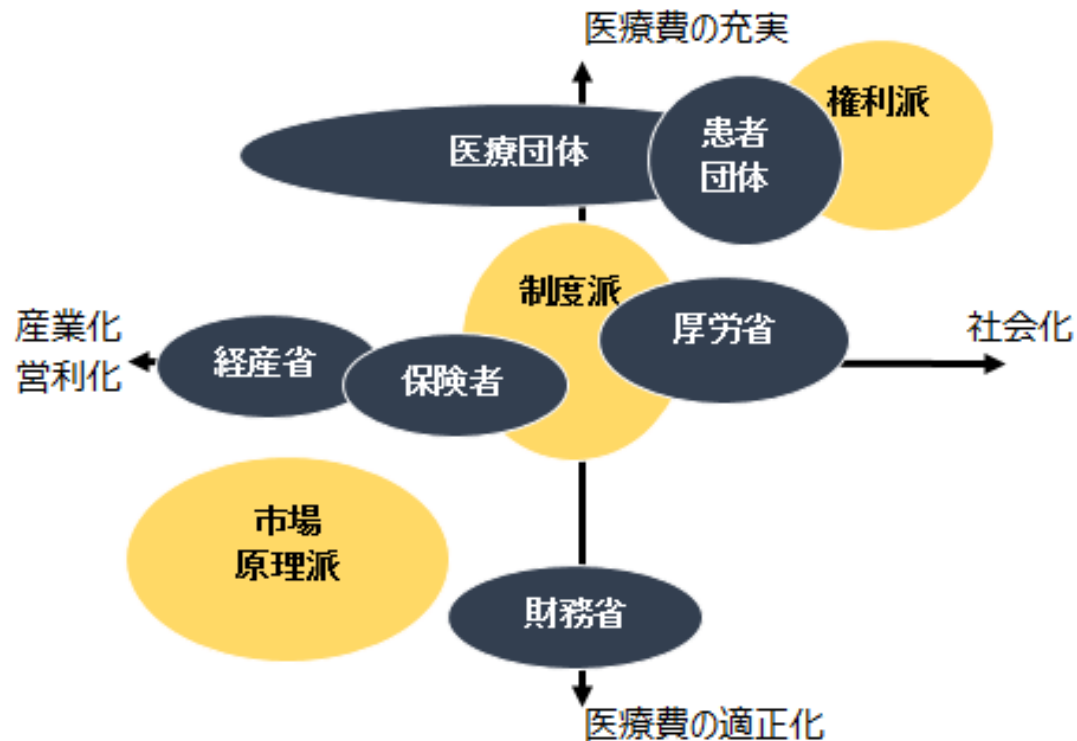
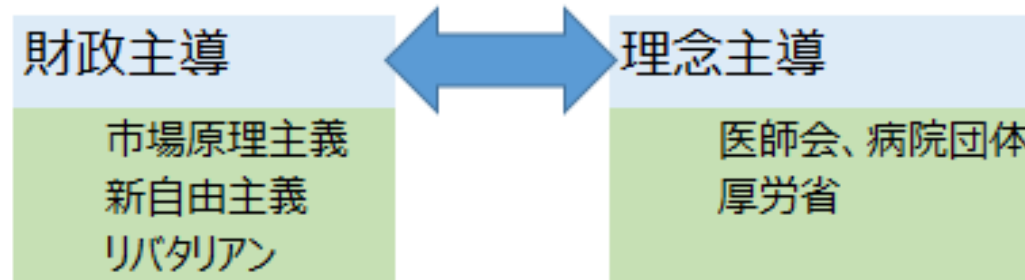


- 透析患者の医療費, 糖尿病の自己責任論

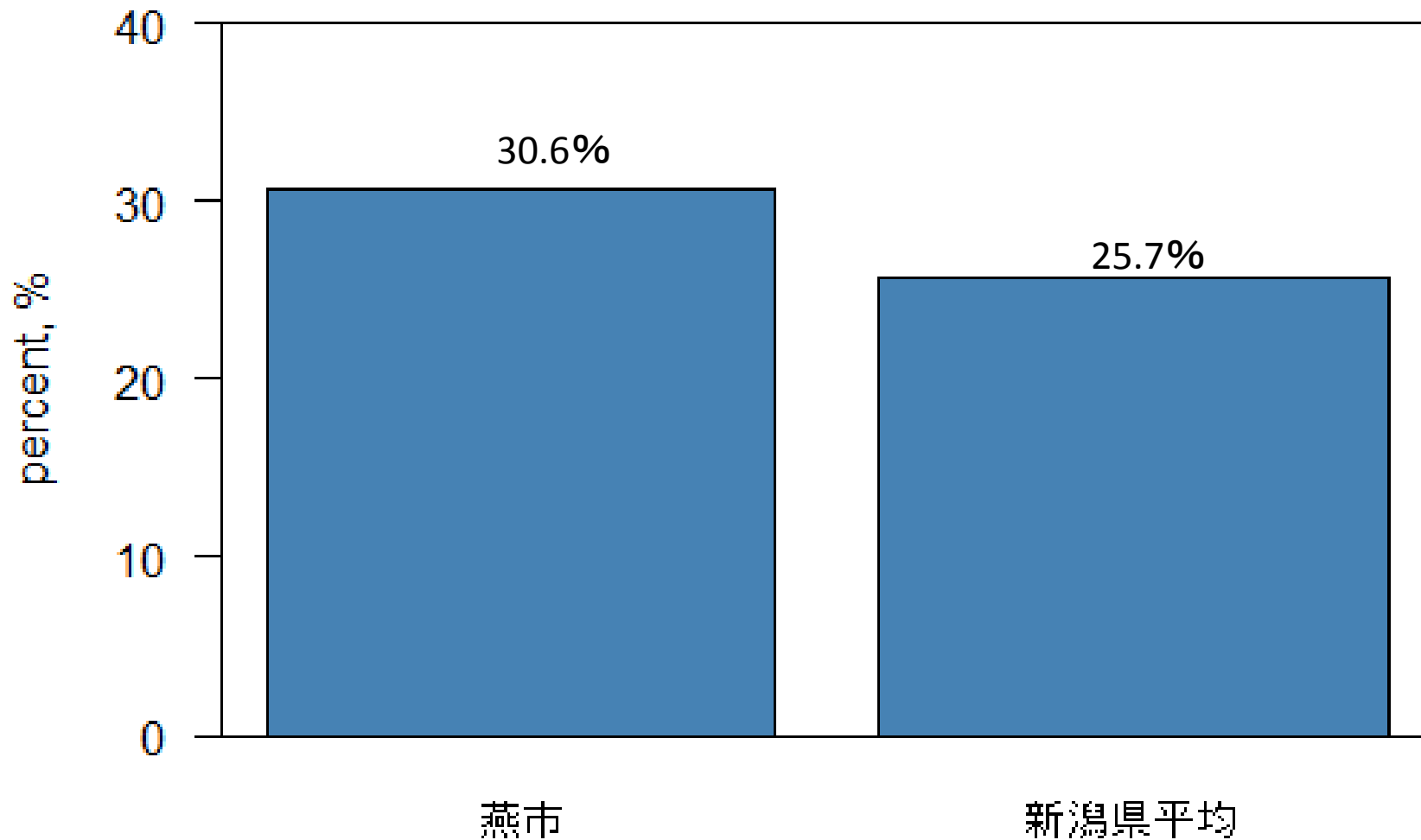
現実, 事実を知ってもらう

制度の現在を維持することは, いつも努力の要ること
患者さん自身の自覚も発信も必要

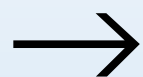
医療費決定の力学



燕市のメタボリック症候群は県平均より多い ＜特定健診実施者から＞



レセプトデータの活用



重症化予防の主たるプレーヤーは保険者

燕市 2014 (H26) ~

燕市 糖尿病重症化予防 (H26~Pilot prog.)

- 燕市医療データベース(レセプト・特定健診結果)を基に、糖尿病から軽度の腎不全者を特定し、主治医との連携により、対象者に対して食事指導などの生活習慣改善プログラムを実施し、人工透析治療への移行を遅延或いは阻止することで被保険者の生活の質(QOL)の維持を図るとともに、医療費の削減に繋げることを目的としています。⇒三次予防

【1)基本事項】

- 平成26年度は**燕市医師会**との連携のもと**パイロット事業**として実施する。

【2)対象者の選定】

≪糖尿病性腎症患者の重症化予防事業実施手順書(厚生労働省)-(4)対象者の選定方法より≫

- a及びbまたは、a及びcに該当
 - a : HbA1c(NGSP)7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上
 - b : 尿タンパク2+以上
 - c : 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR50(ml/分/1.73m²)未満

【3)期待される効果】

(参考) H25年度燕市医療費等分析より

- 燕市国保の人工透析治療に係る医療費 **530万円**
- 燕市国保の人工透析治療の患者数 **78人**

そのうち生活習慣病起因の糖尿病から腎症に至り透析患者となったと考えられる患者は

65.4%を占める。

糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究

平成28～29年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者:あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

研究参加自治体 91市町村、5広域連合(3月末)

| 自治体 NO. | 都道府県 | 市町村名 | 登録数 (国保) | 登録数 (後期高齢) |
|---------|------|---------|----------|------------|
| 1 | 青森 | 野辺地町 | 28 | |
| 2 | 岩手 | 葛巻町 | 5 | |
| 3 | 福島 | 玉川村 | | |
| 4 | 茨城 | 結城市 | 31 | |
| 5 | 茨城 | 牛久市 | 2 | |
| 6 | 茨城 | 筑西市 | 8 | |
| 7 | 茨城 | 河内町 | 12 | |
| 8-47 | 埼玉 | 埼玉県40市町 | 5998 | 9 |
| 48 | 千葉 | 香取市 | 24 | |
| 49 | 千葉 | 君津市 | 16 | |
| 50 | 千葉 | 長柄町 | 4 | |
| 51 | 千葉 | 横芝光町 | 18 | |
| 52 | 東京 | 練馬区 | 208 | |
| 53 | 東京 | 清瀬市 | 1 | |
| 54 | 東京 | 武蔵村山市 | | |
| 55 | 神奈川 | 厚木市 | 7 | 1 |
| 56 | 新潟 | 燕市 | 66 | |
| 57 | 富山 | 砺波市 | | |
| 58 | 山梨 | 甲府市 | 17 | |
| 60 | 愛知 | 蒲都市 | 43 | 1 |
| 61 | 愛知 | 小牧市 | 27 | |
| 62 | 愛知 | 大府市 | 22 | |
| 63 | 愛知 | 半田市 | 21 | |
| 64 | 愛知 | 北名古屋市 | 9 | 3 |
| 65 | 愛知 | 東浦町 | 22 | |
| 66 | 愛知 | 豊橋市 | 18 | |
| 67 | 三重 | 東員町 | 11 | |
| 68 | 滋賀 | 野洲市 | 22 | |
| 69 | 滋賀 | 草津市 | 5 | |
| 70 | 滋賀 | 守山市 | | |

| 自治体 NO. | 都道府県 | 市町村名 | 登録数 (国保) | 登録数 (後期高齢) |
|---------|------|---------------|----------|------------|
| 71 | 大阪 | 寝屋川市 | 41 | |
| 72 | 大阪 | 富田林市 | 25 | |
| 73 | 兵庫 | 神戸市 | 4 | 1 |
| 75 | 奈良 | 葛城市 | 2 | |
| 76 | 鳥取 | 南部町 | | |
| 77 | 島根 | 江津市 | | |
| 78 | 岡山 | 総社市 | 8 | |
| 79 | 山口 | 柳井市 | 7 | |
| 80 | 高知 | 安芸市 | | |
| 81 | 福岡 | 八女市 | 22 | |
| 82 | 熊本 | 荒尾市 | 14 | 1 |
| 83 | 熊本 | 山鹿市 | 32 | |
| 84 | 大分 | 杵築市 | 2 | |
| 85 | 大分 | 宇佐市 | 10 | |
| 86 | 大分 | 九重町 | 7 | 1 |
| 87 | 大分 | 玖珠町 | 5 | 1 |
| 88 | 大分 | 竹田市 | 5 | |
| 89 | 大分 | 津久見市 | 8 | 2 |
| 90 | 大分 | U | 2 | |
| 91 | 大分 | S | 5 | |
| 93 | 大分 | 豊後大野市 | 5 | |
| 92 | 和歌山 | 海南市 | | |
| 後期1 | 茨城 | 茨城県広域連合(河内町) | | 4 |
| 後期2 | 神奈川 | 神奈川県広域連合(大和市) | | 38 |
| 後期3 | 愛知 | 愛知県広域連合(東浦町) | | 18 |
| 後期4 | 福岡 | 福岡県広域連合 | 3 | 63 |
| 後期5 | 長崎 | 長崎県広域連合 | | |

県主導で実施
 国保と後期が共同実施

| | 全体 | 埼玉県 | 埼玉県以外 |
|---------|------|------|-------|
| 国保データ | 6852 | 5998 | 854 |
| 後期高齢データ | 143 | 9 | 134 |
| | 6995 | 6007 | 988 |

糖尿病性腎症に対する包括的対応

集約的治療

病診・診々連携
医師会・地域連携

燕市食育推進計画
食生活改善推進委員会

専門的な指導：外部プログラム

食事内容の変化を指導できる
治療モチベーションの維持

連携

燕市

- 健康づくりマイストーリー運動
- 「元気がき隊」

薬剤師の介入

服薬指導
服薬内容チェック
多剤処方・禁忌薬

特定保健・指導

(燕市48.7%, 県35.4%)

治療中断者,
未治療者の受診勧奨

社会的課題

専門医, 看護師
療養指導士
薬剤師, 栄養士

行政 (市町村)
保険者 (国保, 健保)
地域 (保健所)