

介護保険給付外保健福祉サービス（在宅サービス）一覽

介護予防・生活支援事業＝メニュー事業	家族介護支援事業＝メニュー事業	老人保健事業
<p>I 高齢者等の生活支援事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 配食サービス事業（現行通り） 2 外出支援サービス事業（拡充） 3 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業（現行通り） 4 軽度生活援助事業（新規） 5 住宅改修指導事業（新規） 6 訪問理美容サービス事業（新規） 7 高齢者共同生活（グループ化）支援事業（現行通り） <p>II 介護予防・生きがい活動支援事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 介護予防事業（新規） <ol style="list-style-type: none"> ① 転倒予防教室（寝たきり防止事業）★ ② 痴呆予防・介護事業☆ ③ IADL 訓練事業★ ④ 地域住民グループ支援事業★ ⑤ 高齢者食生活改善事業 ⑥ 生活習慣改善事業 2 生きがい活動支援通所事業（現行通り） 3 生活管理指導事業（新規） <ol style="list-style-type: none"> ① 生活管理指導員派遣事業 ② 生活管理指導短期宿泊事業 4 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業（現行通り） <p>III その他の市町村事業（現行通り）</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 健やかで活力あるまちづくり基本計画策定・普及啓発推進事業 ② 新寝たきり老人ゼロ作戦普及啓発推進事業 <p>IV 都道府県・指定都市事業（平成12年度予算概算要求事項）</p> <p>V 老人クラブ活動等事業（平成12年度予算概算要求事項）</p> <p>補助率負担割合 IV : (国1/2 県1/2)</p> <p>上記以外 : (国1/2 県1/4 市町村1/4)</p> <p>利用者負担 I 割負担 : □で囲んだ事業 実費相当の徴収 : I-④以外、II-1</p> <p>★：在宅介護支援センターに委託可 ☆：在宅介護支援センター及び痴呆性老人グループホームに委託可</p>	<p>I 平成12年度から実施する事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 家族介護教室★ 2 家族介護用品の支給 3 家族介護者交流事業（元氣回復事業） 4 家族介護者ヘルパー受講支援事業 5 徘徊高齢者家族支援サービス事業 <p>II 平成13年度から実施（支給）する事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 家族介護慰労事業 	<p>I 健康手帳</p> <p>II 健康教育</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 個別健康教育★ 2 集団健康教育 3 介護家族健康教育 <p>III 健康相談</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 重点健康相談 2 介護家族健康相談 3 総合健康相談 <p>IV 健康診査</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 基本健康診査 <ol style="list-style-type: none"> ① 集団検診 ② 医察機関委託 ③ 訪問健康診査 ④ 介護家族訪問健康診査 2 歯周疾患検診及び骨粗鬆症検診 3 健康度評価事業（ヘルスアセスメント） <p>V 機能訓練</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 機能訓練A型 2 機能訓練B型 <p>VI 訪問指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 健診要指導者 2 介護予防 3 介護家族
	<p>・下記で検討中 (国1/2 県1/4 市町村1/4)</p>	<p>(国1/3 県1/3 市町村1/3)</p>
	<p>健康診査のみ費用徴収</p> <p>従来のものに加え ★：医業機関に委託可</p>	

国民健康保険安定化推進費補助金補助基準額

補助対象事業	被保険者数					交付対象保険者	対象経費等
	2千人未満	2千人以上 5千人未満	5千人以上 1万人未満	1万人以上 5万人未満	5万人以上		
I 保健事業推進	①保健事業	2,000	2,500	3,000	3,500	4,000	各種健康教育、健康相談、健康診査、高齢者対策、その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業等にかかる経費
	②保健事業向上に資する事業	800	1,000	1,200	1,500		保健婦等の事務の効率化・活動強化に資する事業、いくつかの保険者が共同で実施する効果的な事業、他の範となる事業等に係る経費。
II 重複受診者等指導事業	250	300	350	450	500	重複受診者等を対象に保健婦等による指導事業等を実施する保険者	人件費（職員給付費等を除く）、活動費、及び事務費。
III 収入対策強化事業	200～500					国民健康保険税（料）の、滞納繰越分についての徴収業務の強化事業実施保険者。	国民健康保険税（料）の、滞納繰越分の徴収に係る経費。（人件費を除く）
IV 地域健康ヘルプ ネットワーク事業	500（補助率 1/2）					多受診者等に対し、保健的な支援活動を行う地域活動者の組織化等を行い、各種支援活動を展開することによって、医療費の適正化等を推進する事業を実施する保険者	報償費、事務費、委託料。
V 適用適正化推進事業	国民健康保険加入世帯数					被保険者の適用適正化推進事業を実施する保険者。	実態調査、広報等に係る経費。
	2,000以下	3,000以下	4,000以下	5,000以下	5,000超		
	30～250	350	450	550	650		

注 ① 被保険者数及び加入世帯数は、前年度の平均数とする。
 ② 国保特会支弁以外の経費は対象としない。（但し、IVの事業を除く）
 ③ 国保直営診療施設（病院、診療所）の事業で、国保特会から繰出しを行う場合については、当該繰出金は対象とする。

国保保健事業（国庫対象分）の年次推移

年度	事業名	事業費（国庫補助金）千円	事業内容
2年度	ヘルバイ（パートⅠ）	10,783千円（10,000千円）	啓発普及事業、新七健運動推進事業、運動普及推進地区組織活動事業、健康フェア
3年度	ヘルバイ（パートⅠ） 健康管理データバンク事業	10,602千円（10,000千円） 3,480千円（2,000千円）	啓発普及事業、新七健運動推進事業、運動普及推進地区組織活動事業、健康フェア、コンピューター機器購入、ソフトウェア・ミニドック（健康診断）の導入
4年度	ヘルバイ（パートⅠ） ヘルバイ（パートⅡ） 総合データバンク事業	10,264千円（10,000千円） 4,883千円（4,000千円） 9,991千円（6,000千円）	啓発普及事業、新七健運動推進事業、運動普及推進地区組織活動事業、健康フェア、高齢者健康フェア、健康づくり事例集、健康フォーラム地区懇談会、健康長寿者紹介、シルバー健康教室 システム開発委託（健康診査システム）
5年度	ヘルバイ（パートⅡ） ヘルバイ（パートⅠ）二次分 エイズ加算分 直診健康管理事業 総合データバンク事業	6,140千円（6,000千円） 3,833千円（2,000千円） 692千円（360千円） 9,991千円（6,000千円）	高齢者健康フェア、健康づくり事例集、シルバー健康教室、健康を考えるつどい等 国保被保険者のつどい等 エイズ予防に関する知識の普及啓発 直診診療施設を中心に難病教室、母親教室、両親教室 システム開発委託（がん健康診査システム）
6年度	ヘルバイ（パートⅡ） ヘルバイ（パートⅠ）二次分 エイズ加算分 直診健康管理事業 総合データバンク事業	6,236千円（6,000千円） 3,751千円（2,000千円） 2,096千円（2,000千円） 844千円（422千円） 9,991千円（6,000千円）	高齢者の健康を考えるつどい、高齢者健康教室等 国保被保険者のつどい等 エイズ予防に関する知識の普及啓発 直診診療施設を中心に難病教室、母親教室、両親教室 システム開発委託（母子保健事業、在宅療養者管理）
7年度	ヘルバイ（パートⅡ） エイズ加算分 直診健康管理事業 総合データバンク事業 健康総合対策事業	2,153千円（2,000千円） 2,121千円（2,000千円） 935千円（443千円） 9,991千円（6,000千円） 3,750千円（3,397千円）	高齢者の健康を考えるつどい、老人保健ビジター育成事業 エイズ予防に関する知識の普及啓発 直診診療施設を中心に難病教室、母親教室、両親教室 システム開発委託（在宅ケア支援事業） 健康まちづくり運動基盤整備事業、健康まちづくり運動リーダー育成事業、健康まちづくりモデル町支援事業
8年度	ヘルバイ（パートⅡ）二次分 エイズ加算分 直診健康管理事業 総合データバンク事業 健康総合対策事業	2,355千円（2,000千円） 2,017千円（2,000千円） 5,438千円（4,198千円） 9,991千円（6,000千円） 3,222千円（3,205千円）	高齢者の健康を考えるつどい、老人保健ビジター育成事業 エイズ予防に関する知識の普及啓発 直診診療施設を中心に在宅ケアサービスの実施、地域における保健事業の実施 システム開発委託（国保情報システムの開発） 健康まちづくり運動基盤整備事業、健康まちづくり運動リーダー育成事業、健康まちづくりモデル町支援事業
9年度	健康総合対策事業 直診健康管理事業	4,911千円（4,908千円） 5,998千円（4,475千円）	健康まちづくり運動基盤整備事業、健康まちづくり運動リーダー育成事業、健康まちづくりモデル町支援事業 直診診療施設を中心に在宅ケアサービスの実施、地域における保健事業の実施
10年度	高齢者健康指導事業 エイズ予防啓発普及事業 直診健康管理事業	4,878千円（4,530千円） 2,009千円（2,000千円） 5,950千円（4,475千円）	高齢者健康調査（高齢者口衛衛生習慣、歯科疾患調査） 総合健康指導（寝たきりゼロの集い、はつらつ健康づくり講座、高齢者のための歯の教室、高齢者口腔ケア研修会） エイズ予防に関する知識の普及啓発 直診診療施設を中心に在宅ケアサービスの実施、地域における保健事業の実施
11年度	高齢者健康指導事業 エイズ予防啓発普及事業 直診健康管理事業	3,597千円（3,327千円） 1,831千円（1,831千円） 7,659千円（4,373千円）	高齢者健康調査（高齢者口衛衛生習慣、歯科疾患調査） 総合健康指導（寝たきりゼロの集い、はつらつ健康づくり講座、高齢者のための歯の教室、高齢者口腔ケア研修会） エイズ予防に関する知識の普及啓発 直診診療施設を中心に在宅ケアサービスの実施、地域における保健事業の実施

平成12年度 保健年金課重点施策

国民健康保険係

◎基本方針

国民皆保険制度のもと、地域住民の健康の確保、増進に寄与している国民健康保険事業であります。現在の国保加入者の多くは、長びく不況により失業者・零細自営業者や高齢者等を抱えた低所得者世帯が占めており、医療費に対する財源確保が厳しく、こうした傾向は今後さらに進むことが予想されます。こうした状況の中、国保税の平準化対策や賦課限度額の見直し、医療費対策における適正化の推進、保健事業の推進、税収納率向上の強化、さらには、中高年者の再雇用が困難な今、国保への移行者で退職者医療該当者の把握を強化し、国保財政の健全化を図っていききたい。

◎重点事項

- 1 保険税の適正賦課と収納率の向上
 - ・被保険者資格確認の適正処理と保険証更新時の滞納者の納税相談
 - ・国保税限度額の見直しによる公平負担と税収確保
 - ・納税徴収員（嘱託）体制の充実と臨戸訪問の強化
 - ・滞納者に対し保険給付発生時における保険税への充当強化
 - ・口座振替不能者に対する納期毎の電話催告
 - ・資格証明書交付対象者の適正把握
 - ・介護保険開始に伴う保険税適正賦課及び納税強化

- 2 医療費の適正化対策
 - ・医療費分析等の調査研究による医療費適正化計画の策定
 - ・レセプト点検体制の充実・強化（内容点検）
 - ・多受診・重複受診の選定及び訪問指導
 - ・交通事故等による第三者行為の発見努力と適正処理
 - ・退職者医療該当者の発見及び移行指導の強化
 - ・被保険者の健康生活指導（教育、検診、相談等）の積極的推進

- 3 国保加入者の保健事業の推進
 - ・地域における健康まちづくり運動の普及啓発
 - ・総合データベースシステムの効果的運用による保健事業の充実
 - ・高齢者健康指導事業の推進

平成12年度保健センター重点事項

地域保健法の施行により、保健センターを拠点に健康管理システムを駆使して、市民一人ひとりが自ら健康に対する意識を持つための保健指導を行い、又時代の変化に応じた、生涯を通じる健康づくりに視点を置き、七尾市健康まちづくり推進員を核とした健康な地域づくりを積極的に推進する。

①生活習慣病予防対策

生活習慣病予防教育に関しては個人の状態に応じた個別の病態別健康教育、健康相談を主に、一人ひとりの健診データ・生活環境を考慮し、よりきめこまかく重点的に行う。中でも禁煙については平成11年度より、モデル事業として禁煙を支援する個別相談事業を本格的に実施している。

②がん健診

死因第1位の悪性新生物に対してがん検診の未受診者対策・精密検査早期受診勧奨等強化を図る。(乳がんに新しくマンモグラフィの導入も考え事前準備調査を行う)

③食習慣支援ネットワークの推進

若年層における食生活の問題点を見い出し、解決のための支援をするため個別コンピュータ食事診断を行い個人への対応・充実を図ることにより、良い食習慣を確立し生活習慣病早期予防対策の一環とする。また、問題を解決するために医療・福祉・教育などの各機関と連携強化しながら支援ネットワークの輪を広げる。

④高齢者健康指導・健康まちづくり組織活動

高齢者を取りまく生活環境の潜在的問題を把握しそれを基に保健福祉を総合した視点に立って、健康管理、セルフケア等に関する健康指導を行う。

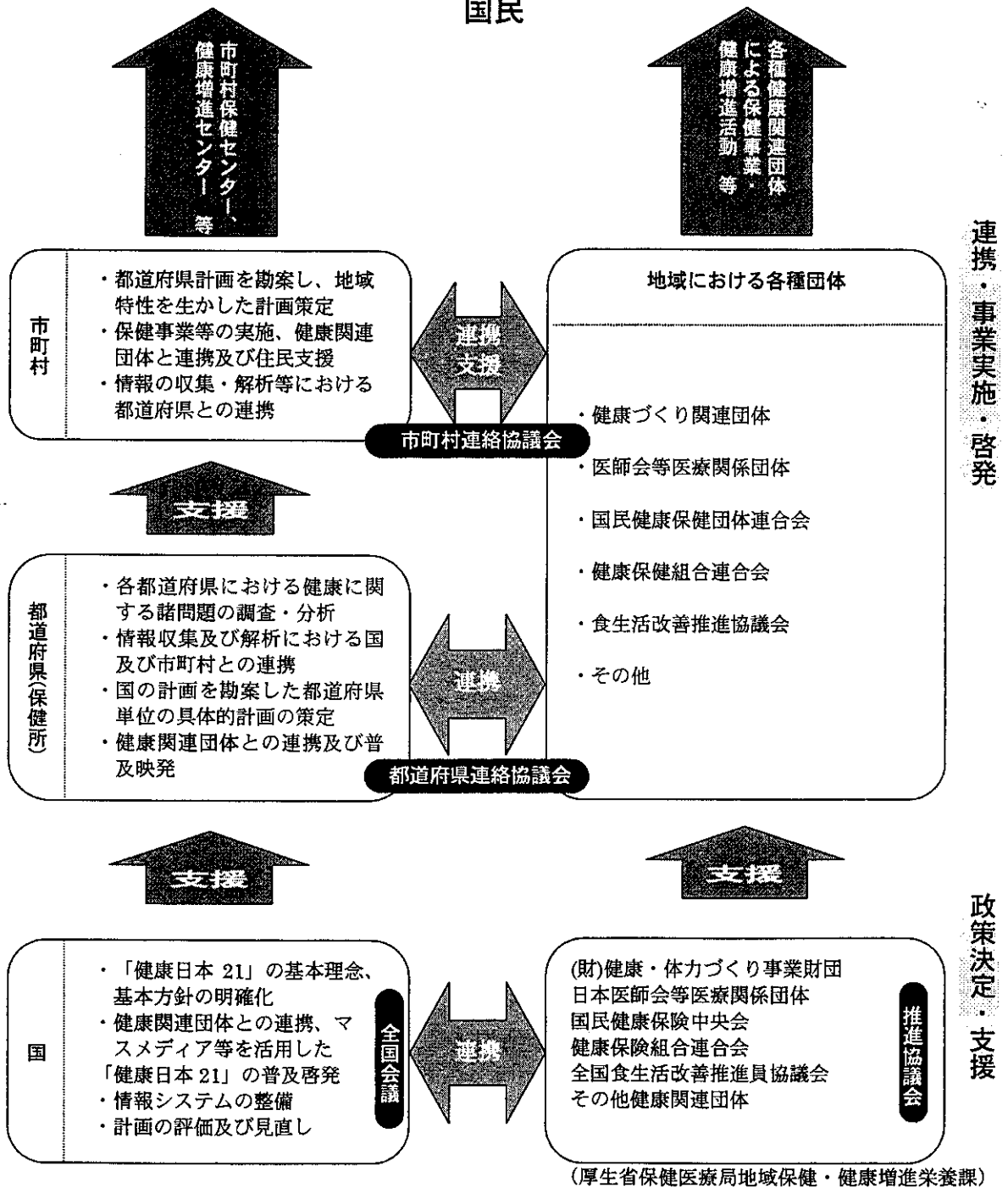
又介護保険サービス対象外の虚弱老人の存在、閉じこもり防止等を考慮し機能訓練B型の新設と訪問指導の強化を検討中

⑤母子保健事業

虐待、育児拒否、育児能力低下、マタニティブルー等ハイリスク児、家庭のフォローなどの最も必要な現状となってきたため母子保健事業すべてに強化を図る。

行政と各種団体の役割

国民



出典：平成 11 年 12 月 13 日（月曜日）
第 1033 号 週刊 保健衛生ニュース

1 医療費適正化対策

	10年度	11年度
基本方針	<p>実績</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり診療費伸び率 対前年度比 一般 (7.63%) 退職 (-2.07%) 老人 (2.17%) レセプト内容点検効果額 (838円) 	<ul style="list-style-type: none"> レセプト点検の充実・強化 医療費分析 被保険者指導の徹底 多受診・重複受診者訪問指導 <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり診療費伸び率 対前年度比 一般 (-2.34%) 退職 (10.64%) 老人 (9.84%) レセプト内容点検効果額 (860円)
具体的対策	<ul style="list-style-type: none"> ○医療費分析及被保険者啓発 ○レセプト点検調査 全レセプトを対象とし、 内容点検・縦覧点検を実施 ○重複・多受診者、社会的入院者対策 ○他部局との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療費分析及び被保険者啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・高額医療者リストより1ヶ月医療費 80万円以上について分析 ・保険証発送時に「増えつづける医 療費」のチラシ同封 ○レセプト点検調査 従来の作業に加え <ul style="list-style-type: none"> ・手書レセプトの検算 ・歯科レセプトの点検強化 ○重複・多受診者、社会的入院者対策 重複・多受診者の基準に基づき 対象者 34件を選定し、訪問指導を 実施 ○他部局との連携 訪問結果により、長寿いきがい課 への継続訪問を依頼 両課相互の情報交換

2 保健事業

国保保健事業に支出した総額

(千円)

区分	9年度	10年度	11年度(予算額)
事業費の総額	18,301	16,203	25,955
国保特会支出額	18,301	16,203	25,955
(内 訳)			
健康まちづくり啓発普及	3,611		
健康増進	3,166	2,206	2,420
総合データバンク	2,793		
医療費通知	2,084	2,032	1,969
ガン検診及び人間ドック 助成	688	898	1,992
健康総合対策	4,866		
在宅医療等推進支援	1,043		
総合健康づくり推進		11,067	9,980
医療費適正化			9,051
健康づくり市民のつどい			543
保険料(税)収入〔調定 額〕に対する国保特会支 出額の割合	1.232 %	1.068 %	2.121 %

注1 「事業費の総額」欄には、国保の保健事業に関連する事業費が一般会計上にも計上されている場合に、その額を含めた総額を記入すること。

注2 国保特会支出額には、内訳として各事業名と額を記入すること。

3 市町村保健事業との連携状況

※ 健康推進・保健部局と協議の上、記入すること。

事業区分	市町村保健事業の概要	(国保の役割分担)
健康・体力づくりに関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・健康まちづくり啓発普及事業 高齢者・中高年・女性を対象とした健康づくり講座の開催 ・健康まちづくり組織育成事業 ・健康まちづくり組織活動事業 	
健康教育・健康相談等	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育事業 高血圧・高脂血症・糖尿病等の予防教室の開催 ・健康相談事業 定期相談、成人病検診結果 健康相談の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費データ・レセプトの活用により、個別相談・教育の資料提供
病気の早期発見及び予防のための事業	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診 胃・大腸・肺・子宮・乳・甲状腺がん検診の実施 ・成人病検診 	<ul style="list-style-type: none"> ・国保加入の要精検者に対し費用助成 ・人間ドックの結果資料の活用
医療・保健・福祉に係る在宅支援等の事業		

注1 市町村保健事業実施計画内容について、一覧表等参考資料があれば添付すること。

注2 国保の役割分担については、医療費データ等の提供、企画への参加状況等を記入すること。

第4項 神奈川県鎌倉市

1. 鎌倉市国保の財政の現状

(1) 国保特別会計の予算

鎌倉市の国保特別会計予算の歳入は、主に保険料 42%、国庫支出金 29%、療養給付交付金 14%、一般会計繰入金 11%により構成されている。県支出金は極めて小さい額であり、財政面において県からの支援は薄いと言える。鎌倉市の大きな特徴は任意繰入金が大いことであり、一般会計繰入金全体で 12 億円に対して任意繰入金は 7 億円を占めている。この任意繰入金は市町村が裁量的に決められるため、その額については各市町村間に格差がある。

(2) 国保特別会計の財政状況

現在の財政状況としては一般会計から多額の繰入金を投入しているにも関わらず赤字基調である。平成 10 年度は国保全体で 1,020 億円の赤字であるが、さらに繰入金分を控除して考えると赤字額は 2,995 億円に増える。

この財政逼迫の背景には、保険料の未納という国保特有の問題がある。平成 10 年度の全国収納率の平均は 91.82%であるが、仮に 100%徴収された場合には約 2,600 億円の増収となり、国保財政の赤字額はほとんど解消される。被用者保険の場合は保険料が給与から控除されるため未納の問題は起こり得ないが、国保の場合は自主納付であり未納の問題が生じている。そのため、保険料徴収・賦課業務は国保業務の約半分のウェイトを占めるほど負担が大きく、職員の業務負担を軽減させる意味でも口座振替を被保険者に推奨している。

2. 保険料の賦課・徴収の現状

(1) 国保の保険料の賦課・徴収方式

保険料徴収方法においては市町村により保険税方式か保険料方式の違いがあるが、一般的に大規模の市町村は保険料方式で被保険者から徴収を行っている。保険税方式は条例等で規定される必要があるのに対して保険料方式には首長による告示方式がある。しかし両方式とも保険料の引上げを行うためには、議会や首長の承認を経なければならないため、必要と思われる引上げに際して多大な労力がかかる。場合によっては、特に選挙の直前等において、一般会計繰入金を増加して保険料を下げるケースもある。

(2) 退職者への賦課・徴収に関する問題

退職者医療保険制度により被用者保険からの退職者は国保が引き受けているが、退職時に被用者保険側の保険者からの説明が不十分なため退職後速やかに国保に加入しない被保険者が多い。社会保険事務所において国保加入前の被保険者情報が入手しづらい現状では、保険料の遡及徴収について窓口でのトラブルが多い。このような制度間の移行手続きを簡素化するために、医療保険分野においても基礎年金番号のような制度をまたぐ番号体系を導入していくことが必要である。

3. 県との関係

県は市町村の保健事業や国保運営に対して指導・監督を行っているものの、現場の実態を把握していないための確な指導ができない場合もある。また、現在、鎌倉市の国保特別会計に占める県の支出金はわずか 0.1% 足らずであり、財政面では県は市町村の国保運営に対して支えになっていない。介護保険制度では都道府県と市町村の負担割合が同一となっているが、国保でも同様の規定が設けられていれば財政問題も軽減されたのではないかと予想される。

4. 今後の課題

(1) 医療保険制度の一本化

国保は高齢者や低所得者の割合が高く、鎌倉市の場合でも加入者の 46% が無職者である。このような加入者の構造が国保財政を悪化させる要因の一つである。また、在日外国人問題もある。すなわち、日本に 1 年以上滞在予定がある外国人には国保の加入資格が与えられているが、彼らは日本における前年の所得実績が無いいため、1 年目は最低保険料の支払で済み、2 年目以降は保険料が上がるため滞納が増え、中には滞納のまま帰国してしまうケースもある。最も悪質なケースでは同一の被保険者証を外国人同志で使いまわすこともあり、外国人の被保険者管理は非常に難しい。現状では高齢者や低所得者、外国人の負担を主に国保が被っているが、制度間で負担や待遇の格差があることは公正・公平の面から問題があり、医療保険制度の一本化が早期に実現されることが望まれる。

(2) 適正規模の保険者

現在、保険料収納率向上対策、医療費適正化対策、保健事業対策の 3 つの分野で国保事業充実強化推進運動（新国保 3% 推進運動）に取り組んでいるが、抜本的な解決には程遠い状況にある。国保の現状解決策としては保険者の単位を適性規模に再編成していくことも一案として考えられる。すなわち、事務処理効率や市町村格差の是正および財政安定を考慮すると、保険者の単位を従来の市町村から都道府県に転換することや、または運営主

体は市町村、財政主体は都道府県とすることも検討に値する。現在のように市町村単位で保険料の格差がある場合、住民から「同じ保険証なのに隣の市町村に引っ越しただけでなぜ保険料が違うのか」という苦情が多く、窓口で説明しても住民は納得しない。

5. 質疑応答

○アメリカのメディケイドにおいても同じ外国人問題が起きているが、アメリカの場合は保険者の調査権が付与されている。日本においても調査権が必要と考えるか。

…医療機関に対する指導・監督権は都道府県にあるため、問題があると思われる場合は一旦市町村から県にこれを報告し県からの指導・監督をお願いするかたちとなっている。特に、2年前から医療費通知に医療機関名を出すようになってから、被保険者からの照会などが多くなった。

○県はすぐ対処するか。

…なかなか腰が重い。

○医療費の問題に関して県の関心は薄く、保険者になりえないのではないか。実務上の面でも保険料徴収ができるとは思えない。

…そのとおりかもしれない。しかし県はすくなくとも財政面での責任は負って欲しい。(実務など運営主体は市町村のままでもよい)

○住民が認識している帰属体は市町村であり、運営主体は市町村、財政主体は都道府県というのが理想像ではないか。

○年金ではドイツと協定を結んでおり、医療保険においても国際的な視点が必要。例えば、アメリカでは BC/BS が日本との医療機関と提携して入院に関しては日本国内でも保険が利用できるようになっている。国保は海外の医療機関では対応していないと思うが。

…12年7月から、国保でも対応可能となっている。

○適正規模の保険者として2次医療圏はどうか。

…2次医療圏では住民にわかりにくい。県単位の方がよい。

○国民健康保険運営協議会は機能しているか。運営協議会を活発化して加入者の意向を反映させることが必要。

…形骸化しており、質問もほとんど出ない。

○最後に査定率の話に触れておきたい。査定率の高い、低いは無意味。例えば、間違った請求をしてくる医療機関が多ければ査定率は自然と大きくなるはずであり、査定率の数字自体はまったく意味が無い。国保の努力を査定率で評価すると、医療機関に対して正しい指導を徹底している国保ほど評価が低くなる。

<平成11年4月1日現在>

市 全 体 世 帯 数	64,284世帯	
人 口	167,269 人	
国 保 世 帯 数	31,940世帯	
被 保 険 者 数	58,177 人	
加 入 率	世 帯 数	49.69 %
	被 保 険 者 数	34.78 %
退 職 者 被 保 険 者 数	7,574 人	
国 保 に 占 め る 割 合	13.02 %	
老 健 法 対 象 者 数	18,043 人	
国 保 に 占 め る 割 合	30.01 %	

〈平成11年度鎌倉市国民健康保険事業特別会計〉

歳入		歳出	
科目	金額 (万円)	科目	金額 (万円)
国民健康保険料	448,643	総務費	20,824
一部負担金	0	保険給付費	694,530
使用料及び手数料	0	老人保険拠出金	337,610
国庫支出金	312,545	共同事業拠出金	9,795
療養給付費交付金	153,716	保健事業費	1,555
県支出金	1,000	諸支出金	986
共同事業交付金	9,800	予備費	1,000
繰入金	121,627		
繰越金	18,000		
諸収入	969		
歳入合計	1,066,300	歳出合計	1,066,300

最終賦課総額の算出について

一般会計繰入金 740,000千円 (740,000千円)
繰越金からの繰入 180,000千円 (80,000千円)
※3案に共通。

1. A案

必要保険料	3,978,042千円	-	滞納繰越分	90,000千円 (70,000千円)	=	目標収納率	97%	賦課総額	4,008,290千円	-	調定増見込額	150,000千円 (90,000千円)
-------	-------------	---	-------	------------------------	---	-------	-----	------	-------------	---	--------	-------------------------

最終賦課総額	3,858,290千円
--------	-------------

現年度分保険料	3,888,042千円
所得割	5.45%
均等割	19,080円
平均割	13,800円

2. B案

必要保険料	3,978,042千円	-	滞納繰越分	90,000千円 (70,000千円)	=	目標収納率	97%	賦課総額	4,008,290千円	-	調定増見込額	125,000千円 (90,000千円)
-------	-------------	---	-------	------------------------	---	-------	-----	------	-------------	---	--------	-------------------------

最終賦課総額	3,883,290千円
--------	-------------

現年度分保険料	3,888,042千円
所得割	5.50%
均等割	19,200円
平均割	13,800円

3. C案

必要保険料	3,978,042千円	-	滞納繰越分	90,000千円 (70,000千円)	=	目標収納率	97%	賦課総額	4,008,290千円	-	調定増見込額	95,000千円 (90,000千円)
-------	-------------	---	-------	------------------------	---	-------	-----	------	-------------	---	--------	------------------------

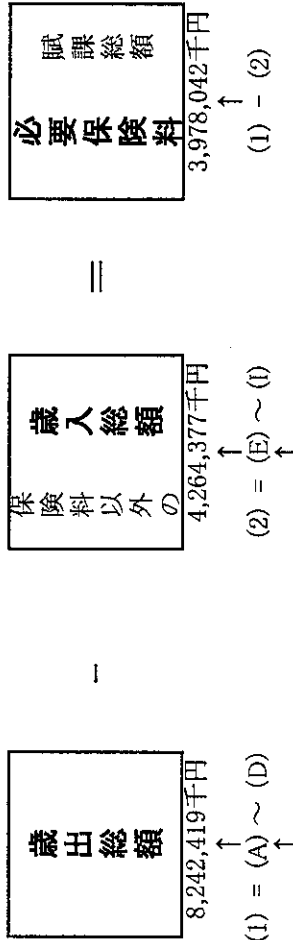
最終賦課総額	3,913,290千円
--------	-------------

現年度分保険料	3,888,042千円
所得割	5.55%
均等割	19,320円
平均割	13,800円

(注1) 「調定増見込額」とは、確定日以降の新規加入分の収納見込保険料及び未申告者の所得把握等による所得割保険料の収納見込保険料等。
(注2) ()は平成10年度数値。

必 要 保 険 料 の 求 め 方

□ 市国保条例第10条の2(一般被保険者に係る保険料に係る保険料の賦課総額(必要保険料))
 「保険料のうち一般被保険者に係る保険料の賦課額の総額(賦課総額)」は、第1号に掲げる額の見込額から第2号に掲げる額の見込額を控除した額を基準として算出した額とする



(1) 条例第10条の2第1号に掲げる歳出総額の内訳	
A 療養の給付に要する費用 ・療養諸費	4,400,800千円 4,230,000千円 ほか
B 入院時食事療養費、特定療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費及び高額療養費の支給に要する費用 ・療養諸費 ・高額療養費	526,300千円 46,000千円 480,000千円 ほか
C 老人保健拠出金	3,182,951千円
D 国民健康保険事業に要する費用(職員給与及び物件費を除く)ための費用 ・共同事業拠出金 ・償還金利子及び還付加算金	132,368千円 97,941千円 8,880千円 ほか

※歳出総額には、国民健康保険の事務の執行に要する費用及び退職被保険者等に要する費用を含まない。

(2) 条例第10条の2第2号に掲げる歳入総額の内訳	
E 療養の給付に要する費用の一部負担金(法第70条)	3,114,782千円
F 調整交付金	1,000千円
G 法第72条の3第1項の繰入金	該当の繰入金なし
H 補助金、貸付金(法第74条・75条)	11,127千円
I その他の国民健康保険事業に要する費用(職員給与及び物件を除く)のための収入 ・共同事業交付金 ・出産育児一時金繰入金 ・財政安定化支援事業繰入金 ・その他一般会計繰入金 ・繰越金	1,137,468千円 98,000千円 38,000千円 72,414千円 740,000千円 180,000千円 ほか

※歳入総額には、保険基金安定繰入金、職員給与費等繰入金及び退職被保険者等に要する費用を含まない。

(4) 海外調査

第6章 池田委員研究発表「フランスにおける診療ガイドライン と保険者機能」

わが国では、医療費の高騰や医療の質に対する関心が高まりつつある。こうした中で、アメリカ民間医療保険に見られるマネジド・ケアが注目されており、医療保険制度改革の議論の中で「保険者機能の強化」が話題に上ることも多い。たとえば、1997（平成9）年8月29日に与党医療保険制度改革協議会により示された医療制度改革案（いわゆる与党協案）でも保険者機能の強化に言及しており、「保険者は、被保険者の立場に立ってその機能を強化し、制度運営の安定化のため、レセプト審査などの充実を図る。また、保険者に相談窓口を設けるなど、良質な医療サービスの確保を目指す。」と記されている（与党医療保険制度改革協議会、1997）。被保険者による保険者の選択が事実上不可能である現状の制度下では、保険者機能を発揮しうる場面が限定されており、レセプト審査を通じた診療の質の保証や医療費適正化が活動の中心とならざるをえない。しかしながら、レセプト審査においては審査基準が不透明であることや、審査内容に地域差が存在すること等の問題点も指摘されている。

わが国と同様、国民皆保険のもとで、出来高払いを基本とした診療報酬体系を有するフランスでは、近年、診療ガイドラインをもとに診療審査の基準を明確化した。フランスにおける本施策に関して検討することは、わが国のレセプト審査の方向性に対する示唆を与えるものと考えられる。そこで本稿では、既存文献¹⁾やインターネット²⁾等をもとにフランスの医療保険制度について概説するとともに、診療ガイドライン作成・導入の経緯とその影響を検討することとした。

1. フランスの医療保険制度

フランスの社会保障制度は1945年10月に創設され、職域を基盤とした制度が分立しているが、大多数の国民は3つの代表的な医療保険のいずれかに加入している。1994年の時点では全国被用者疾病金庫（Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries: CNAMTS）が運営する一般制度には人口の82.2%が加入しており、その他に人口の7.8%を占める農業経営者や農業労働者をカバーする農業福祉共済金庫（Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole: MSA）と、人口の約5.4%を占める自営業者をカバーする自営業者疾病金庫（Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes: CANAM）がある。また、社会保障制度創設以前からあった公務員や国有鉄道などの特殊企業を対象とする制度は特別制度として一般制度とは別に管理されている。これらの制度によって1978年には国民皆保険が達成されている。

社会保障制度の財源の3/4は保険料であり、一般制度の場合、雇用者は総賃金の12.8%を負担し、被用者は給料から0.75%天引きされる（1998年時点）。保険料の他に一般社会税（Contribution Sociale Généralisée: CSG）が1991年から総所得に課税され、社会保障の財源に充てられている。一般社会税の導入時の課税率は1.1%で家族給付の財源と

なり、それに伴って雇用者の家族給付制度の保険料が 7%から 5.4%に引き下げられ、その負担軽減分が老齢保険部門に充てられた。1993 年に CSG は 1.3%に引き上げられ、引き上げ分は老人連帯基金の財源となった。1997 年の CSG の課税率は 2.4%である。将来的には現在の職域を基盤とした制度ではなく、地域を基盤とした保険者を組織し、CSG を医療保険に拡大することが検討されている。

患者は医師を自由に選択して受診し、専門医やあらゆる病院を開業医を通さずに直接受診できる。このため、先進医療技術を受けるのも容易である。外来医療の場合、患者はいったん請求額の 100%を支払い、その後疾病金庫に請求書を送付し、1~2 週間後に償還を受ける。償還率は [表 1] のごとくであり、通常 70%であるが、低所得者や 30 種類の慢性疾患 [表 2]、障害者（人口の 7.8%を占める）は患者自己負担分（ticket modérateur）が免除されている。医薬は完全に分業しており、処方箋が発行された場合、患者は薬局に処方箋を持っていき同様の手続きをする。ただし償還率は薬剤の種類によって異なり、不可欠で高額な薬剤は 100%、通常の薬剤（白ラベル）は 65%、主に重症でない疾患のための薬剤（青ラベル）は 35%である。入院医療の場合、患者は病院に対し 0% 20%の自己負担分のみを支払う。国民の 87%は互助会か民間保険会社による補足的な保険に加入し、自己負担の大半を賄っている。

病院には、公立病院（Hôpital）と民間病院（Clinique または Polyclinique）があるが、民間病院は営利病院（1995 年病床総数の 20.1%）と非営利病院（同 15.5%）に分かれ、非営利病院はさらに、公的病院サービスに参加している病院（Participant Service Hospitalier Public: 1995 年病床総数の 10.4%）と参加していない病院（同 5.1%）に区分される。公的病院サービスとは、1970 年の病院改革法で制定された医療地図の根底にある考え方であり、地域医療の中核として 24 時間すべての患者を受け入れる義務がある。

公的病院サービスに参加している民間病院は、公立病院と同様に年間の総枠予算方式で運営される。公的病院サービスに参加していない非営利病院と営利病院の病院費用（Hospital Fee）は 1 日定額払いで医師費用（Doctor Fee）は出来高払いである。この医師費用と個人開業医の診療報酬の額は、支払い側である全国疾病保険金庫と代表的な複数の医師組合との間で毎年締結される協約によって定められている。各診療行為の協約料金は、表 3 に示した診療行為キーワード毎の単価に、料金点数表（タリフ）で定められた単位数をかけ合わせることで、算出される。例えば、専門医の診察（CS）を受け、心電図検査（K6.5）が行なわれた場合の協約料金は、 $150 + 12.60 \times 6.5 = 231.90$ フランと計算される。

個人開業医の中には、この協約料金を遵守することを強制されている医師（セクター 1）と協約料金以上の診療費を要求できる医師（セクター 2）がいる。ただし、セクター 1 に属す医師も、諸般の状況から適当と判断した場合に患者に「臨機応変」に請求する料金超過（DE）は可能である。1991 年には専門医の 40%、一般医の 20%がセクター 2 の医師であり、その数は個人開業医全体の 30%程度であった。しかし、それらの医師はパリやリヨンなどの大都市の専門医に集中したため、そのような地区ではセクター 1 の医師の受診が困難になるという事態が生じた。このため、現在セクター 2 は、大学の研修担当医などの

特別な医師に例外的に認められるのみであり、1992年～1996年の4年間は新規承認は行なわれていない。

2. ANDEMにおける診療ガイドラインの作成

1993年の疾病保険金庫と医師の労働組合との協議において、医療費削減のための最上の方法は質に基づくアプローチであるとの考えにより、診療の質の向上を行うことが合意された (Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie, 1993)。その具体的な方法として、統一規格の電子カルテの開発や、診断名および診療内容のコード化とともに、強制力のある診療基準 (Références Médicales Opposables: RMO) の導入が決定された。RMOの対象として、1994年に27、1995年に23のトピックが選択され [表4]、全国医療評価開発機構 (Association Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale: ANDEM) に伝えられた (Maisonneuve et al, 1997)。

ANDEMは、これらのトピックに関する診療ガイドラインの作成に着手した。まず、関係学会に対し郵送調査を行い、これらのトピックについて行われている研究ならびに作業委員会と評価委員会の参加候補者を把握した。1995年には167の学会に打診が行われ、61の学会から平均5つのトピックについて関心が表明された (Fourquet et al, 1997)。

引き続き、文献検索が行われた。英語・仏語の文献はMEDLINEおよびEMBASEで、さらに仏語文献はPASCALが使用され、キーワードは、clinical practice guidelines, consensus conferences, meta-analysis, literature review, decision analysis が用いられた。このほか、総説文献からの孫引きや専門家による文献の追加も行われた。50トピックに対して、6,831文献が収集されたが、このうち最終的に診療ガイドラインで引用されたのは1,862件に留まった。

各テーマに対して、10-15名 (平均13.4名) からなる作業委員会が組織された。各委員は、半日の会議に対して、旅費と15名分の診察料に相当する謝金が支給された。委員会では、当該テーマにおける専門家も非専門家も、また開業医も病院勤務医も、同等の発言権が与えられた。たとえば「普通型腰痛」については、リウマチ医4名、整形外科医3名、放射線科医3名、神経内科医1名、一般医2名、ならびにANDEMより1名の計14名で構成された (Schott et al, 1996)。

各委員会は各々3回開催された。2回の会合では、収集された文献における科学的根拠の程度について検討が行われた。科学的根拠が存在しない場面では、幅広い専門的合意が存在するか検討され、ガイドラインの素案が作成された。素案は、20-40名の評価委員 (平均32.8名) に送付され、妥当性、読みやすさ、根拠の程度、適用可能性に関して、チェックリストを基に評価が行われた。本評価に基づき、ガイドライン素案が修正された。

1994年6月から11月の間に27トピックのガイドラインが作成され、9,000部が配布された。このうち11のガイドラインは医学誌にも掲載された。1995年4月から11月には23トピックのガイドラインが作成され、うち21のガイドラインは医学誌のsupplementとして発行され、50,000名の医師に届けられたが、2つのガイドラインは未出版となった。そ