

医政メモ Q&A

社会保障制度改革国民会議の報告書

平成25年8月5日に、社会保障制度改革国民会議は報告書を取りまとめ、改革の手順を定める「プログラム法案」の骨子が、8月21日に閣議決定し、秋の臨時国会に法案を提出することになりましたので、報告書のうち医療・介護分野の主な改革案を中心にまとめました。

Q：医療介護分野の改革の方向性はどのようなもののでしょうか？

A：医療提供を、今後は「病院完結型」から、「地域完結型」へ転換し、介護や生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ません。「いつでも、好きなところで」というフリーアクセスを、「必要な時に必要な医療に」という意味に理解していく必要があります。これには緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須です。患者が状態に見合った医療を受けることができるよう、機能分化した病床機能と、病院、診療所をも含めたネットワークの構築が必要となります。また適切な人材が確保できるよう、職能団体には、計画的に養成・研修することを考えていく責務があります。また医療・介護資源の地域差も大きい実態から、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性があります。そして、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たなして断行していかねばなりません。さらに国民の健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するために、医療関連情報の電子化・利活用のインセンティブを医療提供者に持たせ、医療保険者がICTを活用してレセプト等データを分析

し、疾病予防の促進等を図っていきます。

Q：医療・介護サービスの提供体制の改革についてはどうでしょうか？

A：都道府県ごとの「地域医療ビジョン」等の策定と医療機能の分化、医療・介護提供者間のネットワーク化等の医療・介護の一体改革、さらには国民健康保険の保険者の都道府県への移行は、いずれも国民皆保険制度発足以来の大事業になります。

- ①医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（病床機能報告制度）を早急に導入します。その地域の医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県は平成30年度の次期医療計画を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していきます。
- ②国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体も都道府県が一体的に担い、保険料の賦課徴収・保健事業などは引き続き市町村が担うようにします。
- ③医療法人等が容易に再編・統合できるように制度の見直しを行うことが重要です。このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改革を検討します。
- ④平成27年度からの介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、実現のためには地域包括支援センターの役割が重要です。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を

推進することも重要です。

- ⑤医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきです。
- ⑥地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという観点から、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法（基金方式）が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要となります。
- ⑦総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）は地域医療の核となり得る存在であり、その養成と国民への周知を図ることが重要です。
- ⑧死生観・価値観の多様化も進む中、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）」を高める医療も射程に入れて、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要です。

Q：医療保険制度改革・介護保険制度改革についてはどうでしょうか？

A：医療保険制度について、「財政基盤の安定化」と「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」を図ることも必要です。国民健康保険の保険者の都道府県移行、医療の患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」への負担の原則の転換と、難病対策の改革が求められています。

- ①「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となります。具体的には、国民健康保険は、無職者・失業者・非正規雇用の労働者など低所得者の加入者が多いこと、年齢構成が高く医療費水準が高いこと、所得に占める保険料負担が重いこと、保険財政運営が不安定となるリスクの高い

小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題があります。これを解決していくためには、財政運営の責任を都道府県にも持たせ、国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となります。その財源については、後期高齢者支援金に対する負担方法を「全面総報酬割」にすることにより生ずる財源をも考慮すべきです

- ②「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」については、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げること、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきです。
- ③医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）については、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須です。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっていますが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきです。
- ④70～74歳の医療費の自己負担については、法律上は2割負担となっていますが、現在暫定的に1割負担となっている特例措置を止める方向で段階的に進めます。高額療養費制度についても、低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求め所得区分を細分化し、今後は「年齢別」から「負担能力別」に負担の原則を切り替えます。
- ⑤難病対策については、原因不明で治療法未確立でも、医療費助成の対象に選定されていないケースがあるなど疾患間の不公平が指摘され、予算面でも医療費助成における都道府県の超過負担の早急な解消を図ります。
- ⑥介護保険制度については、地域包括ケアシ

ステムの構築こそが最大の課題です。それとともに「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」ことについては、予防給付の見直しのほか、利用者負担等の見直しが必要です。また 「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」することについては、今後

の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇に対応するため、低所得者の第1号保険料については、負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置の拡充が求められています。

(政策部長 松村 茂樹)