

## 意見書

学習院大学 遠藤久夫

**医療に関するデータの利活用**

○医療の質の向上を進めるため、国が保有するレセプト等データの利活用を促進すべきである。具体的には、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

○保険者においては、ICT を活用しレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりの推進や医療費の適正化等に取り組む好事例の全国展開を図るべきである。

○自治体等はレセプト等データを利活用して、2次医療圏等の地域別の医療需要を正しく把握することに務め、地域医療計画に反映させるべきである。

**診療報酬と補助金による適切な組み合わせ**

○病院・病床の機能の分化・連携においては診療報酬と補助金による誘導が考えられる。これまで分化・連携を進めてきたのは主として診療報酬による誘導であり、平均在院日数の短縮や医師・看護配置の整備等、病院・病床の機能分化・連携においてきわめて有効に機能してきた。日本の医療供給は民間病院主体であり、経営に大きな影響を及ぼす診療報酬の改定には敏感に反応する特性があるため、今後も機能分化・連携を推進するための中核的な手段としては診療報酬を用いるべきである。

○補助金によって分化・連携を行う場合、全国一律に設定されている診療報酬とことなり、地域ごとの実情を細やかに対応することが可能であることは利点である。しかし、施設整備を伴わない場合には補助されない等、補助の対象が限定的となる側面もある。

○したがって、病院・病床の機能の分化・連携を促進する上で、診療報酬と補助金のそれぞれの特性を考慮した適切な組み合わせによる誘導が有効である。

## 医療提供体制の改革と診療報酬改定

○社会保障・税一体改革では、日本は人口当たりの病床数が国際的にも非常に多いため、今後の高齢者の増加に伴う医療ニーズの拡大に対して、入院患者を抑制しつつ、一方で、外来、在宅医療、介護サービス等で受け止めることにより、病床を増やすことなく対応するとされている。

○このためには、急性期の病床を中心に人的資源を手厚く配置することによって、平均在院日数を短縮化させることと並行して、亜急性期機能、回復期機能及び慢性期機能を有する病床を充実していく必要がある。このような病床機能の分化の推進に加えて、退院後の受け皿である在宅医療や介護体制の整備を車の両輪として同時に進める必要がある。特に、在宅医療・介護体制の充実・普及は喫緊の課題である。

○このためには平成 26 年度の診療報酬改定においても、長期入院の是正を図るとともに、在宅医療の更なる推進のため、例えば、在宅療養支援診療所における看取り等の要件の強化や訪問看護の充実を図るなど、在宅における受け皿の整備を推進すべきである。

○また、病院・病床の機能分化を推進するためには、医療法改正に先行して、26 年度の診療報酬改定を通じて、急性期病床の過剰な数の是正と亜急性期機能、回復期機能及び慢性期機能の充実を並行して図っていく必要がある。

○一方で、病院・病床の機能分化と平均在院日数の短縮を推進する際、入院患者が安心できるよう、受け皿となる施設との連携の強化がさらに求められる。そのため、診療報酬改定を通じて、退院調整などの連携機能の充実をさらに図る必要がある。

## 病院外来受診に対する負担の在り方

○今後、高齢者の増加に伴い医療ニーズが増加するが、こうした医療ニーズの増加に対応するためには、医療機関間の適切な役割分担が必要となる。

○役割分担の観点から、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という受診行動を根付かせる必要がある。このことは、限りある医療資源を効率的に活用するという視点に加えて、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。

○このため、例えば、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、自己負担を引き上げることが検討すべきである。現状では、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みなども検討すべきである。

## 保険医療機関の指定・取消権の都道府県移譲

○保険医療機関の指定は、保険者に代わり、保険診療契約を締結するもので、被用者保険を含めた保険者の代理契約という性格であり、国保だけでなく被用者保険も含めた権限である。

○かつて都道府県知事への機関委任事務だったものを国の直轄事務に改めた経緯があることや、被用者保険者が全国統一的な取扱いが適当として反対していることを踏まえれば、都道府県に権限移譲することは適切ではない。

## 被用者保険と高齢者医療制度の課題

○国民皆保険制度は、被用者保険と地域保険である国民健康保険により構成される。特に、被用者保険に加入しない者を受け止める最後の砦としての国民健康保険は構造的に財政基盤が脆弱であり、多くの公費が投入されているだけでなく、前期高齢者や後期高齢者に対して多額の拠出金を支払うことを通じて、被用者保険が支援している。

○他方で、被用者保険は、全支出の半分近い金額を高齢者の医療費財源として拠出しているが、今後10年間、団塊の世代が前期高齢者になることに伴い、この割合が50%を超えることが見込まれている。

○国民皆保険制度を将来にわたり維持するためにも、過度に現役世代に依存する構造を見直し、国保や後期高齢者医療を支える被用者保険を持続あるものとする必要がある。

○特に、独自に健保組合を設立できない中小企業の事業主と従業員が加入する、いわば被用者保険の最後の砦である協会けんぽについては、平均給与額が健保組合に比べて低いため、結果的に保険料率が高くならざるを得ない。

○協会けんぽの保険料が上がれば、中小企業が負担に耐えられず、労働時間を減らして被用者保険の適用対象から外すことや、適用逃れをすることにつながる。それにより、本来、協会けんぽが受け止めるべきである保険料徴収が難しい若年の加入者層が国保に流れることとなり、国保の負担がいつそう増えるだけでなく、結果的に公費が増大することにもつながる。

○このような所得の低い者がより高い保険料率を負担するという問題を改善するためにも、まずは、後期高齢者支援金の負担方法について、加入者数に応じた負担から、加入者の所得水準に応じた負担、すなわち全てを報酬額に応じた負担（全面総報酬割）に見直す必要がある。

○全面総報酬割の導入によって生じた財源の使途については、被用者保険関係団体からは、被用者保険の持続可能性の観点から、現役世代に過度に依存する構造の見直しを強く求められていることから、高齢者医療への公費投入など、被用者保険の理解を得ながら進めていかなければ、全面総報酬割の導入自体が進まないと考える。

## 後期高齢者医療制度について

○ 後期高齢者医療制度は施行から既に5年が経過し、現場では十分定着しており、廃止する必要はない。高齢者医療制度については、現行制度を前提としながらその改善を検討するのが適切である。

## 国保の都道府県単位化に係る課題

○国民皆保険体制で、財政基盤が最も弱い市町村の国民健康保険については、財政運営の都道府県単位化によって基盤強化を図る必要がある。

○一方で、保険料徴収率の維持や保健事業の実施率の維持等、一部の機能については市町村が運営する方が合理的なものもあり、都道府県と市町村が保険者機能に関する権限と責任を分担する仕組みを目指すべきである。

○また、国保の財政は、実質 3,000 億円の赤字となっているが、この原因は一般会計繰入が 3,500 億円あるからである。一般会計繰入れは、裕福な保険者が、保険料負担を下げるために行っている傾向も見られることから、赤字の原因をよく分析する必要がある。

○平成 27 年度より保険財政共同安定化事業によって全ての医療費を都道府県単位で共同して負担することにより、保険料の平準化を進めていくことになっているが、広域化を進める際、この事業の経験を参考とすべきである。

## 短時間労働者の社会保険適用

○国保の加入者には短時間労働者などの雇用者が含まれており、現在は、世帯主が被用者である世帯が3割を占めている。

○本来、事業主に雇われている者に対しては、雇われている時間にかかわらず、健康保険の傷病手当金や厚生年金などの充実した保障を受けられる権利を保障するべきである。

○24 年度に成立した法律による短時間労働者への適用拡大は極めて限定的であったが、更に短時間労働者に対する健康保険・厚生年金保険の適用拡大を行うべきである。例えば、短時間労働者への適用拡大を全面的に行った場合、約 400 万人が被用者保険の対象となり、国保の負担は約 1,200 億円軽減される。こうした拡大によって、加入者の権利保障や負担軽減につながるのみならず、国保の負担軽減にも大きく貢献することになる。

## 保険料の公平性の課題

- 医療保険制度における保険料の負担については、公平性の視点から所得に応じて応分の負担をすることを基本に改革を進めていくべきである。
- 国保は無職者や低所得者が半数を占め、負担能力が低いため、低所得者以外の者が連帯して保険料を負担するしかない。しかし、現状では、給与所得 770 万円が保険料賦課上限となっており、それ以上の所得の者であっても限度額（65 万円）しか負担しないので、結果として、給与所得 400～500 万円程度の間所得層の負担感が大変大きくなっている。このような中間層の負担をできるだけ緩和するためには、高額所得者に対して、負担能力に応じた負担を求めることが必要である。
- 同様の問題が被用者保険においても生じており、国保においては賦課上限額の引き上げを、被用者保険においては標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

## 医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）

- 医療保険制度を持続可能なものとするためには、医療の質が維持され、また適切な受療機会が損なわれない範囲において、保険給付の対象となる範囲や患者の自己負担の見直しを行うことは避けて通れない。
- 保険給付の対象となる範囲の適正化については、不断の取組が必要で、具体的には、後発医薬品の使用促進、給食給付の原則自己負担化の検討などを進めるべきである。
- 現役世代に過度な保険料負担を求めることを避けるためには負担能力のある者に適切な負担を求めることも重要である。

## 70～74 歳の医療費自己負担の見直しについて

- 持続可能な医療保険制度の実現のため、現在 1 割負担となっている 70～74 歳の医療費の自己負担を、早急に本則の 2 割負担に戻すべきである。
- その際は低所得者の負担に配慮しつつ、現在の自己負担割合が引き上げられることがないよう、新たに 70 歳になった者から段階的に進めることが必要である。

## 負担能力に応じた高額療養費制度の見直し

○医療が高度化する一方で、がんや難病など長期にわたって経済的負担が重い患者が増えている。高額療養費制度により所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。

○一方、医療保険制度を維持するためには、負担能力のある者には、相応の負担をしてもらうことが重要。こうしたことから、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。

## 介護保険の自己負担

○介護保険制度では利用者の自己負担率は所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の観点から、所得の高い人の自己負担率は、医療保険同様に引き上げるべきである。

○介護保険は医療保険とことなり、利用者自身が利用するサービスの量を決定できる。そのため、所得水準の高い人は10%の自己負担に耐えられるため、同じ要介護度の低所得の人と比べて多くのサービスを利用する可能性がある。それは、所得の高い人は、多くの保険給付を得ることができることを意味して、不公平だといえる。したがって、所得に応じて自己負担率を変えるべきである。

○介護は長期間に及ぶため、自己負担率を引き上げることに反対の意見もあるが、それは高額療養費制度の適用によって対処すべきである。

## 医療と介護の統合的な計画の推進

○社会保障・税一体改革で示されたビジョンの実現には、在宅医療・介護における医療と介護の連携が極めて重要である。一方で、医療と介護では、そのカルチャーにおいて隔たりのみだけでなく、それぞれの提供体制、保険制度にも違いがあり、シームレスな連携を阻害している面がある。

○このようなことから、これまでも連携の強化のための数々の施策がとられてきたが、さらにこれを強力に進めることが求められる。

○そのためには、医療制度と介護制度をそれぞれ所管する部局や、それぞれを担う審議会等の垣根を越えた、部局横断的な会議体を設置して、医療と介護の連携強化を促進させ、統合的な計画を推進させる必要がある。