

第14回社会保障制度改革国民会議（平成25年6月10日開催） 遠藤委員発言抜粋

○遠藤委員 いろいろと御意見を頂戴いたしました。実は国民会議の議論を社会保障審議会の医療保険部会、議論が非常に重なるものですから、そこで3回ほど議論をいたしました。それについてまとめたものが参考資料2-1にあるわけでありすけれども、かいつまんでどのようなことが話し合われたのか、恐らくここでの議論の深みを増す意味でも参考になるのかなと思っておりますので、もし説明する時間を与えられるのであればお話しさせていただきたいと思っておりますけれども、いかがでございましょうか。

（医療保険部会の主な議論について報告）

○遠藤委員 それでは、私、医療保険部会の部会長もしておりますので、国民会議との連携を図るといような役目も負っているのかなと認識しておりますので、3回ほど医療保険部会で議論してまとめたものを簡潔にお話しさせていただきたいと思っております。

これは参考資料2-1でございまして、2-2は、そのときに医療保険部会で配られた資料ということで、参考資料2-1をベースにお話をさせていただきます。時間が限られておりますので簡潔に申し上げます。

まず、2-1の1ページの一番下の○と2ページの一番上の○でございすけれども、医療保険部会において協会けんぽ、健保連、連合、経団連、日商の5団体から私宛てに提出された意見でございまして、3つほどございす。

第1に、被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、高齢者医療制度への公費投入を拡充するべきである。

第2に、そのための財源として消費税引き上げ分を活用するとともに、保険料負担の増大を抑制することにより、制度の持続性を図るべきである。

第3に、今後とも国保と被用者保険が共存して、それぞれの加入者特性に応じた保険者機能を発揮する制度体系を維持するべきだという御意見でありました。

これらの点につきましては、特に議論を深め、持続可能な制度の実現に向けた改革につなげてほしいという強い要望がありましたものですから、初めにお伝えしました。

次に「【医療・介護の提供体制の在り方】」でございす。3ページをござらんになっていただければと思っております。

医療保険部会におきまして、医療・介護の提供体制のあり方に関連して、病

院、病床機能の分化・連携をどのように進めるか、その方策について議論いたしました。その結果が下から4つ目の○ですが、診療報酬と補助金はそれぞれ一長一短あるので、それぞれの利点を生かしながら最適な組み合わせを考えていくべきであり、消費税財源を活用して平成26年度から実施していくべきであるという意見があり、さらに医療関係者からは、下から2つ目と一番下の○になりますが、補助金と診療報酬の両方の手法が必要であるが、診療報酬を中心に対応すべきという意見がありました。

また、4ページ目の一番上の○になりますが、今回、消費税が引き上げられることから、通常、11月下旬に決まる診療報酬改定の基本方針について、前倒しで策定すべきという意見もございました。

4ページには最後になります国保の保険者のあり方、これは先ほど来御議論されているものでありますけれども、それとの関連で、「（保健医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与）」についての意見を載せております。これについては地方団体、保険者、医療提供者のいずれも保健医療機関の指定・取消には全国統一の取り扱いが必要であり、引き続き国が実施すべきという意見が大勢を占めております。

なお、制度的なことを申し上げますと、指定・取消権限はもともと都道府県の機関委任事務だったものを平成11年の地方分権一括法により国の直轄事務としたという経緯がありますので、そういった経緯も踏まえる必要があるかなと思うわけです。詳細につきましては、参考資料2-2の25ページに記載されております。

次に、5ページの中段「【外来の役割分担の在り方】」についての意見を示しております。かかりつけ医機能を充実させて市町村ごとに地域包括ケアを地域医師会と連携して構築することが必要である。あるいはかかりつけ医の定着には国民の意識改革必要であるといった意見がありました。

また、大病院の外来受診の自己負担に関しましては、5ページ後半部分に意見を載せてあります。定額自己負担によるフリーアクセスの緩やかな制限には賛成である。フリーアクセスの一定の制限は仕方がないが、経済格差が寿命の格差にならないような配慮が必要である。あるいは低所得者の定額自己負担は減免されると思うが、病院窓口での判定方法や保険者の中での区分方法など、技術的な課題は残るといったような意見がございました。

6ページ「【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】」です。在宅医療の体制づくりを推進されるには、地域医療再生基金など、国による財政支援が必要である。在宅療養後方病院を地域ごとに設立して、在宅医療や在宅介護と入院医療とがスムーズな連携をとれるようにするべきである。あるいは在宅医療と介護の仕組みは給付調整の問題など医療担当者にわかりづらい部分があるので、

シンプルな形に改善するべきであるといったような御意見がありました。

「【医療関連データの収集・分析等】」についてでございます。これは6ページ、7ページに記載されております。今後、ICTのかつ様が、機能分化や医療と介護の連携にとって重要になるため、ICTの活用と制度面の一体的な運用についてもっと深掘りした議論をしてほしい。あるいは診療報酬などの情報を活用できる環境整備を速やかに進めるべきである。レセプト情報の利活用には賛成だが、国民への周知と個人情報の保護に留意する必要がある。あるいは共通番号制度を活用して総合合算制度を導入するなど、より踏み込んだ議論を期待したい。

国保からは、国保は現在ICTを利用して健診・医療・介護データを結びつけて保健事業に役立てるシステムを構築しようとしている。共通番号が入った場合には、国保と被用者保険者間でデータ交換ができるということも期待できるということをおっしゃっておられます。

次に、療養範囲の見直しでございますが、8ページの後半部分でございます。70～74歳の患者負担の見直しは、低所得者などに配慮しつつ段階的に実施すべきという意見が多数ございました。

9ページ、高額療養費については見直しをするに当たって、対象者の範囲や所得区分の細分化といったことを考える必要があるという意見がありました。

9ページが一番下ですけれども、医療保険財政が厳しい中で、所得の高い方からは保険料をより多く負担してもらおうという観点から、健保の標準報酬月額の上限や国保の保険料の賦課上限の見直しをするべきという意見もありました。要するに上限の引き上げということであります。

次に、被用者保険の課題でございます。医療保険部会におきましては、被用者保険全般に関する議論を行いました。その議論の概略を示したものが11ページ、12ページに記載したものであります。被用者保険の課題は、先ほど中村事務局長から説明もありましたけれども、以下の3つぐらいに絞られると思います。

1つは、第1に、被用者保険のセーフティネットである協会けんぽの財政基盤の強化。

第2に、被用者保険間の負担の格差の問題。

第3が、高齢者医療への拠出金負担の増加であります。

この第1と第2の課題につきましては、平成24年健康保険法の一部改正の法律が成立しまして、協会けんぽの国庫補助率の引き上げ及び3分の1の総報酬割の導入に関する特別措置の2年延長といったことが決まったわけでありましてけれども、引き続きここでも議論になっておりますように全面総報酬割の導入の検討の議論が必要となっているわけであります。

全面報酬割を導入した場合に生ずる公費2,300億の使途につきまして、これも先ほど来御議論になっているわけでありませうけれども、このような意見が出ております。11ページ、後半部分でございます。浮いた公費の使い道については、国保に投入することについては賛成するという意見があった。

一方で、12ページの上から2つ目の○にあるように、被用者保険者からは拠出金負担が保険料収入の4割を超えている状況のもと、現役世代の負担を緩和する方向で財源を活用すべきである。具体的には被用者保険の最後の受け皿機能を守るため、協会けんぽに対する国庫補助割合の20%への引き上げを優先すべきである。あるいは拠出金負担の軽減のため、前期高齢者医療の支援に充てるべきだと、こういったような意見が被用者保険の立場からあったということでございます。

第3番目の課題であります高齢者医療への拠出金負担の増大につきましては、被用者保険にとっては高齢者医療に対する多額の拠出金が最大課題であり、高齢者医療制度が将来に向かって持続可能な制度になるよう、現役世代や高齢者の間で負担の関係を議論するべきであるという意見であるとか、あるいは被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、前期高齢者も含めた高齢者医療に対する税投入割合の拡充を検討していくべきであるといった意見がございました。

最後に、国保の課題でございます。国保の課題についても全般に関する議論を行いました。国保の課題につきましては、先ほどの中村事務局長の説明の中にもあったわけでありませうけれども、一言で言えば、国保の財政基盤は他の保険者に比べて脆弱であり、財政の安定化や保険料の市町村間格差についての問題があるという点でございます。このことにつきましては、次のような御意見がありました。

知事会からは、まずは構造問題の解決が先であり、国保の抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるのであれば、市町村とともに積極的に担う覚悟があるといった御意見です。

また、地方団体からは、国保を守っていくためにも都道府県単位化について賛成である。あるいは医療計画の策定者と一致させるという意味で国保の都道府県単位化に賛成であるという賛成意見があります。

一方、14ページでございますけれども、都道府県が国保の運営を担った場合、保健事業の実施主体等についてどう考えるか。保健事業が低下しないような仕組みを構築できるのか考えないといけない、こういった御意見があります。その他、保険料の賦課徴収あるいは保健事業の運営、介護保険との整合性の面での懸念あるいは影響が出ないか、どのような工夫が必要か、こういったような御意見がございました。

一方、こういった意見に対しまして地方団体などからは、15ページの下のほうに書いてありますけれども、保険者が都道府県になると保険料収納率の低下や地域の健康づくりが後退するという意見があるが、そのような懸念は全くないといった御意見もありました。

国保の広域化のスケジュールについても御意見がありました。これは17ページに示されております。都道府県単位の医療費の全面的な共同事業の実施が平成27年から予定されていること、あるいは医療法・医療計画の見直しに時間がかかる。さらにはその準備期間等々を考えますと、平成30年度ないしは32年度以降になるのではないかといったようなスケジュール感の御意見もありました。

また、保険料の統一につきましても、経過措置をとりながら段階的に慎重に行う必要があるというような意見もありました。

以上のような意見があることを御紹介させていただきました。今後の当会議の議論の参考になればと思ひまして御報告させていただきました。お時間頂戴してありがとうございます。