

社会保障制度改革 国民会議 報告書を読む

医療・介護分野の改革を中心に

北海道医療新聞社
医療新聞編集部 伊藤 真史



国は「社会保障・税一体改革」を押し進めている

理由

- ・少子高齢化（高齢者が増え、人口が減る）
- ・雇用環境（非正規労働の割合が高まる）
- ・家族のあり方（核家族化、独居世帯の増加）
- ・経済成長（実質経済成長率0.9%）

社会保障のニーズは増え続けるが、財政は厳しい
そこで「社会保障の充実と安定化」&「財政健全化」を目指す
→社会保障・税一体改革

社会保障・税一体改革の流れ

- 2010年(平成22年)12月 社会保障改革の推進 閣議決定
- 2012年(平成24年) 2月 社会保障・税一体改革大綱 閣議決定
- 6月 3党合意(民主党、自民党、公明党)
- ・消費税引き上げ(社会保障の財源とする)
 - ・国民会議を設けて議論・結論を得る
- 8月 社会保障制度改革推進法が成立
- 11月 国民会議 初会合
- 2013年(平成25年) 8月 国民会議の報告書がまとまる
- 8月 プログラム法案(改革に向けたスケジュール)
閣議決定

2017年(平成29年)までに細部を検討(医療保険部会、介護保険部会など)
の上、法改正などを行い、改革を順次実施していく

社会保障制度改革 国民会議とは？

- ・社会保障制度改革推進法に基づき、内閣に設置
- ・「社会保障・税一体改革」の推進策を、話し合う会議
 - 改革に向けた方向性
 - 具体的な制度改革案
- ・委員は15人（委員長・清家 篤 慶応義塾長） 大学教授ら
- ・設置期間は 2012年11月～2013年8月まで
- ・計20回開催
- ・まとめた報告書をベースに、国は改革を進めていく

社会保障制度改革の全体像 30%

- ・負担は「年齢別」から「負担能力別」に
- ・短期的→消費税アップで集中的に改革
- ・中長期的→団塊世代すべてが75歳以上となる2025年までに段階的に改革

少子化対策 13%

- ・就学前の発達をサポート ・待機児童解消 ・妊娠・出産・育児までの支援
- ・ワークライフバランス(仕事との両立)の推進

医療・介護 40%

- ・サービス提供体制の改革 ・必要な財源は消費税を活用

年金 17%

- ・現行制度を維持しつつ、将来の制度体系は引き続き議論

医療・介護分野の改革 目次（4項目）

- 1 改革が求められる背景と
社会保障制度改革国民会議の使命
- 2 医療・介護サービスの提供体制改革
- 3 医療保険制度改革
- 4 介護保険制度改革

1 改革が求められる背景と 社会保障制度改革国民会議の使命

改革が求められる背景①

- 平均寿命が80歳を超え、高齢の患者が中心となってきた
- 慢性疾患を複数抱えたまま、病気と共存しQOL維持向上
- 住み慣れた地域で暮らしながら、地域で支える「地域完結型」の切れ目ない医療・介護提供が不可欠
- しかし、日本の医療システムは「病院完結型」が目立つ
- 求められる医療ニーズと、医療提供体制にミスマッチ

改革が求められる背景②

- 人口当たり病床数は諸外国より多い
- 急性期・回復期・慢性期の機能分担が不明確
- 病床当たりの医師・看護師数は諸外国より少ない
- 現場の医療従事者は頑張っているものの、結果として医療ニーズに合わず非効率
- ミスマッチの根本は、医療システムそのもの。選択と集中による提供体制の構造的な改革が不可欠

改革が求められる背景③

- 構造的改革とは、医療の機能分化を進め、急性期を中心に人とお金を集中投入。後を引き継ぐ回復期を充実させる
- 入院期間を短縮し、早期の復帰を実現する
- さらに在宅医療・介護をもっと充実させ、地域包括ケアシステムの構築で、医療から介護までの提供体制のネットワークを築く
- その結果、患者・利用者のQOL向上を図る

医療問題の日本的特徴

- 日本の医療機関は、西欧等と異なり、民間が中心。政府が強制的に改革できない
- そこで、データ(レセプトなど)に基づき、医療ニーズと提供体制を(自主的に)マッチングさせるシステムを築こう
- 一方、国民皆保険制度を維持しつつ、増え続ける医療・介護ニーズに対応するため、保険料・税の徴収、給付は、これまで以上の能力に応じた公平性のある負担が欠かせない
- 日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならない

改革の方向性～基本的な考え方

- 診療報酬・介護報酬による改革誘導では、医療提供者が過度に危機回避的な経営に走る（7対1etc.）
- そこで病床区分など医療機関の体系を法的に改正する
- それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑に運営できるようにする
- 利用者は「いつでも、好きなところで」の受診から、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」へ見直す
- 緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」を普及させる
- 国民の意識（大病院志向）の変化も必要
- 医療提供者と政府の信頼関係こそが基礎になる

改革の方向性～機能分化とネットワークの構築①

- 急性期、亜急性期、回復期まで、患者の容態に見合った病床でふさわしい医療を受けられるよう、急性期を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の在宅復帰を実現する
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。病院のみならず、地域の診療所もネットワークに組み込む
- これまで1つの病院に居続けることができた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、在宅への移動が求められる

改革の方向性～機能分化とネットワークの構築②

- 川上に位置する病床の機能分化は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に行うべき。川上から川下までの提供者間のネットワーク化が不可欠
- 地域によって人口動態が異なり、医療介護ニーズのピークはバラバラ
- 「ご当地医療」の必要性がある
- こうした認識はかねてから共有化されてきた。医療費や介護費の増大の抑制と必要な医療・介護の確保を両立するため、待ったなしで改革を断行すべき

改革の方向性～健康の維持増進等

- 医療保険者がレセプトなどを分析し、加入者の健康づくりを行う
- 自発的な健康づくりのサポート
- 改革の方向性を総括すると、前回の社会保障国民会議（平成20年11月）の報告書で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革に実効性と加速度を加える

2 医療・介護サービスの提供体制改革

提供体制改革① 「病床機能報告制度」の導入

- 医療機関が都道府県へ病床機能を報告する制度
- 早急に導入する(2016年度)
- 地域の医療機能の現状を把握し、高齢化の進展を含むデータに基づき、都道府県は地域医療ビジョンを策定する

提供体制改革② 「地域医療ビジョン」の策定

- 病床機能報告制度で得た情報を基に、都道府県は地域医療ビジョンを策定する
- 地域医療ビジョンとは、その地域にふさわしいバランスのとれた医療の必要量を、医療機能ごとに示すもの
- 2018年(次期医療計画の策定期間)までに策定、実行が望ましい
- ビジョンを実現させるためには、医療機能の分化と連携の推進が不可欠
- 医療計画と法的な病床区分を組み合わせ、具体化させる
- 医師・診療科の偏在是正、高額医療機器の適正配置も

提供体制改革③ 都道府県の役割強化

- 市町村が担ってきた国保の運営を、都道府県に移す
- 医療提供体制と国保給付の責任を都道府県が担う
- 国保の財政面は都道府県、保険料徴収や保健事業は市町村が担う
- 医療計画を策定する都道府県の権限や役割を広げ、地域医療ビジョンを活用しつつ、医療のあり方を地域ごとの実情に応じて考える→「ご当地医療」を作っていく

提供体制改革④ 医療(社会福祉)法人制度の見直し

- 地域における医療・介護サービスのネットワーク化に当たり、医療法人同士の競合を避け、協調すべき
- 法人が容易に再編・統合できるよう制度を見直す
- 例として、ホールディングスカンパニーのように法人間の合併や権利の移転を速やかにできるようにする
- 複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の配置、人事、医療事務、仕入れなどを統合して行える。医療資源の適正配置、効率化が期待される
- さらに、都市再開発に参加できる制度とそれに伴う資金調達
- 社会福祉法人は、経営の合理化が必要。大規模化や複数法人連携を推進、非課税扱いにふさわしく、低所得者の住まい、生活支援に力を入れてほしい

提供体制改革⑤ 地域包括ケアシステム構築 課題

- 地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内だけでは完結しない
- 医療と介護サービスを一体的に提供するため、医療と介護の連携（ネットワーク化）は誰がマネジメントするかが重要
- 今のところ、提供者が現場レベルで「顔の見える」関係をつくり、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない
- 成功ケースは、地域の医師など民間の熱意ある者が取りまとめ役となり、行政が良き理解者としてマネジメントしている
→ 西区在宅ケア連絡会を指している！

- 2015年からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、実現に向けて展開する

具体例

- ・24時間定期巡回・随時対応サービスの普及
- ・小規模多機能型サービスの普及
- ・認知症高齢者への初期段階からの対応、生活支援サービス充実

●介護保険給付と地域支援事業のあり方を見直す

具体例

- ・市町村の地域支援事業は、地域包括推進事業(仮称)に再編する
- ・要支援者への介護予防給付を、地域包括推進事業(仮称)へ段階的に移行していく

●在宅医療連携拠点事業を制度化

具体例

- ・これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業は、地域包括推進事業(仮称)として制度化し、地域包括支援センターや地域医師会が業務を実施する
- ・地域包括ケアの実現に当たり、地域包括支援センターの役割が大きい。かかりつけ医機能を担う地域医師会の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携推進
- ・将来的には、市町村策定の介護保険事業計画と、都道府県策定の医療計画を共同で策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」と言えるほど連携を深める

改革のための財政支援

- 必要な財源は消費税増収分を活用
- 財政支援するポイントは
 - ・ 病院や病床機能の分化と連携
 - ・ 急性期医療を中心とする人的・物的資源
 - ・ 在宅医療・介護の推進
 - ・ 地域包括ケアシステム構築に向けた医療と介護の連携
 - ・ 生活支援、介護予防の基盤整備
 - ・ 認知症施策
 - ・ 人材確保
- 診療報酬、介護報酬は「地域完結型」に見合う体系へ
- 病院の機能転換や病床統廃合は、基金方式(地域医療再生基金など)も検討に値する

医療の在り方①

- 高齢化に伴い、変化が求められている
- 総合診療医が地域医療の核となり得る存在
- 専門性を養成・評価する取り組みを支援
- かかりつけ医に日頃から相談受診しやすい体制を構築

- 医療職種の仕事の見直し、チーム医療を確立
- 医療機関の勤務環境改善へ支援し、定着を図る
- 医師不足は、必ずしも数の問題ではない。医師以外でも担える業務を抱えている点が医師不足を深刻化している側面がある。医師と看護師の業務を見直す

医療の在り方②

- 有効で効率的な医療提供へ、医療行為による予後の改善、費用対効果を全国的に継続的にデータ収集。レセプトデータの活用も不可欠
- データの活用は、制御機構がないままの医療提供体制の改善につながる
- 人間の尊厳ある死を視野に入れたクオリティ・オブ・デス(QOD)について、国民の合意形成が必要

改革の推進体制の整備

- 地域医療ビジョン策定、医療機能分化、医療と介護のネットワーク化、国保保険者の都道府県移行
 - … 国民皆保険制度発足（1956年）以降の大事業となる
- 中学校区単位の地域包括ケアシステム構築
 - … 介護保険創設時に匹敵する難作業
- 政府の下に医療・介護サービスの提供体制改革の推進する体制を設け、厚生労働省、都道府県、市町村が行う改革実行と連動させる
- 具体的にまずやるべきことは、2次医療圏における将来の人口構成、有病率のデータを基に医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合っているか検証の上、地域事情に応じたサービス提供体制のモデルを描くこと。これにより、2次医療圏そのものの見直しも可能となる

3 医療保険制度改革

財政基盤の安定化

- 市町村が運営している国保は赤字が多く、地域ごとの保険料格差が大きい
 - ・加入者は低所得者（無職、失業、非正規雇用）が多い
 - ・年齢構成が高いため、医療費水準も高い
 - ・所得に占める保険料負担が重い
- 国保運営を都道府県に移行し、財政運営の責任を持たせる
- 財政基盤強化へ、公費投入、保険料適正化

保険料負担の公平性の確保

- 国保低所得者に対する保険料軽減措置を拡充(所得基準額の引き上げ)
- 保険料負担は、負担能力に応じて求める。負担の格差是正を図る
- 被用者保険者(協会けんぽ、健保組合、共済組合)の平準化を目指す
 - ・後期高齢者支援金に対する負担方法を、総報酬割とする
- 所得の高い健保組合に対する定率補助は廃止の方向で

医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用する
- 医療機関の役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」が必要
- 大病院受診で紹介状がなければ、定額の自己負担を設ける
- 高額療養費制度の上限額を、高所得者を引き上げ、低所得者を引き下げ
- 70～74歳の医療費自己負担は現行の1割から、2割へ引き上げ
- 年齢別から負担能力別へシフト

難病対策の改革

- 消費税増税分を活用し、対象疾患の拡大、都道府県の超過負担の解消
- 公平性の観点から、対象患者の認定基準見直し、自己負担の見直し

4 介護保険制度改革

改革内容①

● 予防給付の見直し

- ・市町村の地域支援事業は地域包括推進事業(仮称)に再構築
- ・要支援者への介護予防給付は、地域包括推進事業(仮称)へ段階的に移行

● サービス利用者負担の見直し

- ・一定以上の所得がある利用者の負担を引き上げる

改革内容②

●低所得者への補足給付の見直し

- ・施設入所で、利用者負担となる居住費や食費は、補足給付で助成されているが、世帯の課税状況や所得に加え、保有する不動産、預貯金も考慮すべき

●低所得の認定のあり方を見直し

- ・遺族年金などの非課税年金、世帯分離された配偶者の所得も考慮すべき

●特養は、中重度者(要介護度3以上)とする

●軽度の要介護者を含めた低所得者の住まい確保

●デイサービスは重度化予防に効果がある給付へ重点化

高齢化にマッチした
効率的・効果的なサービス提供が欠かせない

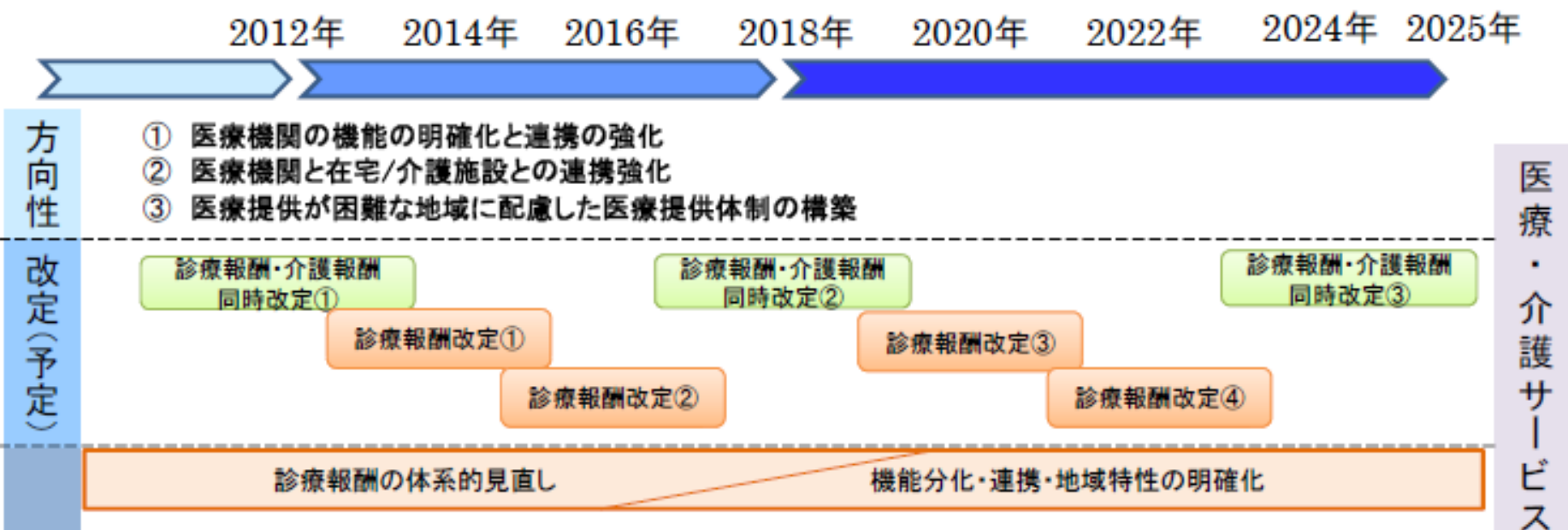
医療と介護が連携して
地域包括ケアシステムを確立する

そのために、制度や法律を改正し
現場を変えていかなければならない

国が示した法改正の伴う改革スケジュール

		改革内容	法案提出	実施時期(めど)
医療制度	地域医療提供体制	病床機能を都道府県に報告	2014年度	2017年度までに順次
		地域医療ビジョンの策定		
	70～74歳の窓口負担	1割→2割へ	不要	2014年4月以降、順次
医療保険	高額療養費制度	上限額を、高所得者は引き上げ、 低所得者は引き下げ	2015年度	2017年度までに順次
	紹介状のない患者	定額の自己負担を導入		
	国保の運営	市町村から都道府県へ移管		
	保険料算定に総報酬割	健保組合の保険料を引き上げ		
	保険料負担	高所得者の負担を重く、低所得者 は軽く		
介護	給付対象	要支援者を外す	2014年度	2015年度
	自己負担	高所得者の自己負担を引き上げ		
	特養の利用制限	要介護度3、4、5に限定		
	保険料負担	低所得者の負担を軽くする		

2025年までの改革スケジュール



「診療報酬」「介護報酬」

「医療計画」「地域包括ケア計画(介護保険事業計画)」「法改正」

5年後の2018年度が改革のターニングポイント

●2014年診療報酬改定の動向

- ・医療保険部会などでの論議
- ・機能分化(病床機能報告制度)の方向性

●介護の改革の動向

- ・介護保険部会の議論
 - 在宅医療、予防給付、認知症
 - 介護人材、利用者負担

●西区ケア連絡会のあり方