

社会保障（医療制度）を通じた論点（案）

I 現状と課題

1 我が国の医療制度 【資料 2-2~3、参考 2-①~⑤参照】

- ・ 我が国の医療制度の特徴は「国民皆保険制度」であり、保険証があれば基本的に全国どこの医療機関でも受診することができる「フリー・アクセス」である。
- ・ 医療保険制度（国民保険、職域保険等）は、いずれも被保険者が保険料を負担する社会保険方式であるが、加入者の所得水準が低く、年齢構成が高い「国民健康保険」や中小企業の被用者を対象とした「協会けんぽ」、「後期高齢者医療制度」ではその財源の一定割合を公費で負担している。
- ・ 医療費は、高齢化の進展や医療技術・機器の進歩とともに増え続けており、持続可能な制度をどのように構築していくかが課題となっている。
- ・ 国や地方自治体による主な施策としては、国が医療保険による医療サービスの価格を全国一律に定める診療報酬制度や、国が基準を設定し、都道府県が地域医療計画で定める病床規制があげられる。
国は診療報酬の改定や病床規制の基準設定等により増大する医療費の抑制や在宅医療の推進等の政策誘導を行っている。
- ・ 地域医療における医師不足は深刻であり、とりわけ産科・小児科・救急等の特定診療科医師の確保、地域偏在の是正が大きな課題となっている。
- ・ 超高齢化社会に向けて、医療における病院機能の分化・強化とともに、「施設」から「地域」へ・「医療」から「介護」への適切な誘導を行うため、医療と介護の関係機関が連携し、地域において医療・介護・生活支援等の福祉サービスを一体的に提供する地域包括ケア体制の整備等を目指す動きがある。

2 諸外国との比較 【資料 2-4 参照】

- ・ 日本では社会保険方式（財源は保険と税の組み合わせ）、フランス・ドイツは社会保険方式、イギリス・スウェーデンは税方式である。アメリカは一部の対象者に対してのみ公的医療制度を運営している。

〈参考〉

- ・ 社会保険方式であるフランスは、職域ごとの保険と、無職者等を対象とする普遍的医療制度（CMU）により国民皆保険を実現している。国の出先機関である地方医療庁が地

域医療計画を策定している。

同じく社会保険方式のドイツは、一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではないため、公的医療保険のカバー率は全国民の約 85%となっている。地域医療計画は州が疾病金庫等と協議の上で策定している。

- 税方式であるイギリスは、国民医療制度（NHS）によって受診者の自己負担なしで医療を提供している。NHS から一定の独立性を持ち全国に点在している PCT（プライマリ・ケア・トラスト）が地域医療計画を策定し、医療サービスを提供している。

同じく税方式のスウェーデンは、国の医療ケア行動計画及び基本方針のもと、県（ランスタング）が具体的な計画を策定し、医療施設を設置・運営している。（初期医療は私立の診療所もある。）

- アメリカは、高齢者と障害者を対象とするメディケア、低所得者を対象としているメディケイド等の公的医療制度を有するが、多くの国民は民間医療保険に加入するしかないため、無保険者も多数存在している。2010 年に成立した医療保険改革法により、全国民にいずれかの保険への加入を義務づけることとなった。なお、メディケアは連邦政府が運営しているが、メディケイドは州が提供し、地域医療計画を策定している。
- 我が国では医療計画による病床規制はあるが、医師の開業は自由であり、ドイツのように地域ごとの保険医の総数は規制していない。我が国では医師の養成数を国が全国の医学部入学定員で制限している。

3 国と地方の役割分担について【資料 2-2~3、参考 2-①~⑤参照】

- 国が、医療計画（病床規制の算出方法等）の基準設定や診療報酬の改定、施設基準等の決定等を通じて、全国統一的な医療政策を進めており、都道府県は、その国の方針に基づき地域医療計画を策定し、圏域ごとの基準病床数を定め、それをもとに病院の開設、増床等の許可を行っている。（病床過剰地域での許可は国の同意が必要。）

なお、保険医療機関の指定等は国の事務権限となっている。

また、生活習慣病対策や長期入院の是正等により医療費の適正化に取り組むため、国と都道府県で医療費適正化計画を策定している。

- 市町村が運営する国民健康保険の財政は、一般会計から繰り入れざるを得ない厳しい状況が続いており、市町村間の格差も大きいことから、財政運営の安定化を図るため、都道府県単位による広域化への動きがある。
- 自治体病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年はその経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しくなっている。

なお、国立病院でも、高度医療や民間では困難な分野を担うなど、地域医療においても重要な役割を果たしており、国と地方の役割分担は明確とは言いきれない。

Ⅱ 論点

1 国と地方の役割分担

- 引き続き国が担うべき役割とは何か。
 - ・ 国民の疾病、傷害によるリスクに対する社会保障として、国民皆保険制度の持続可能な運営、医療の質の確保（医師の養成、施設・運営基準等）、医療費の適正化については、引き続き国が責任を果たすべきか。
 - ・ 現在は、診療報酬や病床規制等の基準は国が全国一律に定めているが、地方において地域の実情を踏まえた医療提供体制を確保するために、地方独自に診療報酬を高くしたり、病床数を増加するなど独自の設定を可能とすべきではないか。

その場合、地域間の過当競争により医療費が増大し、却って都市部へ集中してしまうなど地域間格差が一定生じる懸念もあるが、国民の理解を得ることは可能か。
- 道州と基礎自治体の役割分担や関係をどうするのか。
 - ・ 現在、都道府県において地域医療計画を策定し、医療提供体制の確保を進めているが、患者は都道府県を越えて、他府県の病院等にも入院・外来していることから、広域自治体（道州）単位で医療計画を策定すれば、医療機関のより効率的な配置・連携等が可能になるのではないか。
 - ・ 道州になると管轄区域が広大となるが、現在、都道府県で策定している二次医療圏※の計画策定など、地域へのきめ細かい医療提供の体制をどのように図るか。（※参考②-4参照：関西広域連合構成府県における二次医療圏数は44）
 - ・ 国民健康保険の保険者を広域化することを前提に、基本的に医療供給体制や介護入所施設の確保については、広域自治体（府県または道州）が担い、住民に身近な在宅介護サービスなどの提供体制の確保については、介護保険の保険者である市町村（基礎自治体）が担うべきではないか。
 - ・ 市町村域（一次医療圏）におけるプライマリケア（地域での住民に身近な総合医療）や在宅医療と介護サービスの連携による地域包括ケア体制を確保する観点から、基礎自治体の役割をもっと重視すべきではないか。

2 税財源・財政調整のあり方

- ・ 我が国の医療保険制度は社会保険方式であるものの、国民健康保険や後期高齢者医療制度などは公費負担を前提としているが、格差が生じないように引き続き、国庫負担により財源保障すべきか。
- ・ 医療費の増大を抑制しつつ、地域医療における供給体制を確保することは、

全国一律による診療報酬改定等による誘導だけで可能か。または、地域医療再生交付金のような補助金（交付金）なども組み合わせ、地域の独自性を生かした整備を図っていくべきか。

- 国は基本的な方針を定めるだけで、地方が診療報酬や病床規制等の権限を持つこととした場合、医療費の増大の抑制と医療提供体制の確保との面の両立は果たして可能か。

その場合、地域における受益と負担を明らかにするために、被用者保険についても地域単位とし、その財源保障は、国は全国一律分のみとし、地域独自の上乗せ分については地方が担えばよいのではないか。

- 道州制を導入した場合、運営主体の変更に伴う改革コストが相当程度生ずるのではないか（誰が負担するか）。