

社会 保障 制度 改革 国民 会議

「皆保険50年」のハードとソフトの変革を迫る

社

会 保 障 制 度 改 革 国 民 会 議 の 報 告 書 は 8 月 初 旬 に ま と め ら れ る 。 医

療 分 野 の ポ イ ン ト は 何 か 。 以 下 は 同 会 議 の 末 席 に 座 る 筆 者 の 私 的 総 括 で あ る 。

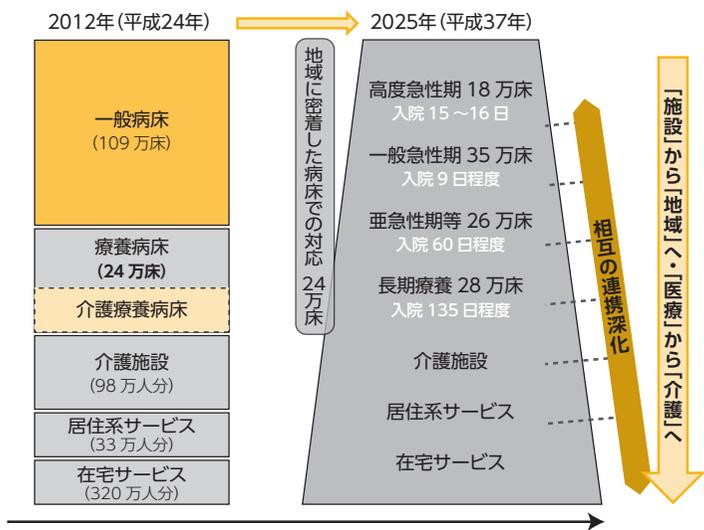
病院群の機能別再編へ

医療法では「一般病床」と

「療養病床」に大別されるだけの病床を目的・機能別に再編成しよう、という方針に異論はなかった。厚生労働省による2018年度着手では「遅い」との注文も出て、同省は近く医療法改正案をまとめ、国会に提出する構え。

骨子は①各病院は病床機能（急性期、亜急性期、回復期等）を都道府県へ報告（2014年度後半開始予定）。県は地域の医療需要を基に2次医療圏等ごとに「地域医療ビジョン」を策定（2015年度後半予定）②医療計画は「在宅医療」も目標や医療連携の記載を義務

医療・介護機能の再編成



進——など(図参照)。
付け③医師の確保策やチーム医療の推

公立病院の再編成は先行例もある。山形県酒田市では県立と市立の急性期病院を統合化、県立は急性期、市立は回復期・療養に切り換えた。

民間病院を含む例もある。富山県では

脳卒中対応病院22カ所を9カ所に集約、1病院当たりの脳外科医を倍増、残り13病院は慢性期中心にされた。

しかし、医療法の改正となれば全国各地の民間病院を巻き込む難作業になる。診療報酬の誘導に加え「地域医療再生基金（仮称）を設け、補助金との二本立て促進策が提起された。この基金を十分に確保できるか、どう活用するか、重い課題だ。

地域保険の太合併へ

市町村国保の「分権的広域化」でも大筋で合意に達した。

急激な人口減少と超高齢化にさらされ、零細な市町村国保が続出する。市町村国保1723をリスク分散可能な県単位47に集約する。まさに皆保険発足以来の大改革である。

各県に医療計画および地域医療ビジョン策定の責任者と国保の保険者を兼ねてもらい、病院群の再編・入院期間の短縮を図り、医療費の効率化で国保財政の安定化を目指す。医療提供体制にメスを入れない限り、支援金、納付金の重圧にあえぐ被用者保険側も共倒れに陥るからだ。ただし、知事の多くは「構造的問題を抱

えたままでは巨大な赤字団体に陥る」などと反発は収まらない。実務的に市町村の保険料設定、保険料徴収、保健事業実施の方が医療費効率化や収納率向上を図れる、との意見も根強い。

しかし、従来も国保の県単位化の議論で、市町村による保険料徴収、保健事業実施等の継続は当然のことであった。保険料も県内の平均的な1人あたり医療費、平均的な収納率等を基に県が基準保険料を定め、市町村が最終的な保険料率を決めるなら、医療費適正化や収納率向上の努力は報われる。当面は各市町村が基準保険料率に近づく競争状態を設けるのがむしろ望ましい。

市町村間の所得格差は調整交付金で緩和し、災害等の支出増に備え財政安定化基金を設けることになるだろう。

地域包括ケアの構築へ

市町村が国保と介護保険の保険者を兼ねる現行体制は医療・介護の連携を図りやすい、との意見もある。

しかし、医療サービスは県単位で、介護サービスは市町村ごとに整備されてきた。超高齢化の時代に市町村が担当すべき医

療分野の大半は介護保険制度の枠内と周辺にある。要介護認定時の主治医意見書から医師による療養管理指導、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護との連携等は、介護保険制度の守備範囲である。

しかも、市町村が主体で2025年の実現を目指す「地域包括ケア体制」は、かかりつけ医や24時間対応の訪問看護・介護の普及で、自宅や福祉施設の居室を、いわば病室とする狙いだ。

国民会議の議論では、かかりつけ医の定着へ向け病院への直行受診には自己負担を増やす提案が相次いだ。これも日本独自の「フリーアクセス」に一定の歯止めをかける試みになる。

過度の病院頼みから脱け出すために、県は病院機能の再編成・入院期間の短縮、市町村は早期退院者の受け入れ先づくりや自宅療養者らの支援に専念すべきではないか。

皆保険の半世紀を支えた枠組みと内容を変革することで、新たな皆保険の将来を切り拓きたい。

■宮武 剛（みやたけ 剛）

毎日新聞社 論説副委員長、埼玉東立大学、目白大学の教授を経て、目白大学生涯福祉研究科 客員教授、NHK（Eテレ）「福祉マガジン」編集長（毎月、最終水曜日午後8時放映）やNPO「福祉フォーラム・ジャパン」会長も務める。