

何が変わる、医療制度の見直し

桃山学院大学 助教授 川井 太加子



川井 太加子
(桃山学院大学 助教授)

「医療費適正化」がポイント

医療制度改革の方向については、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」として、2003年3月28日に閣議決定されました。大きくはこれに沿って、今、医療制度改革が進められているところです。基本的な考え方として、①安定的で持続可能な医療保険制度の構築②給付の平等・負担の公平③良質かつ効率的な医療の確保—の3点を据えています。

この基本方針を基礎として、「医療制度構造改革試案」（2005年10月19日厚生労働省）が出され、昨年12月には、政府・与党で「医療制度改革大綱」が決定されました。

その後、本年2月に医療制度改革関連法案が国会に提出され、本年6月に成立いたしました。

医療制度改革の柱は、①医療費適正化の総合対策、②都道府県単位の保険者再編、③新たな高齢者医療制度の創設—です。

医療制度改革の考え方としては、まずは老人医療費を中心に伸びる医療費を適正化していこう、その上で、現役世代と高齢者世代との負担の公平化を図る観点から新たな高齢者医療制度の創設を行おうということです。

①の「医療費適正化」については、▽高額療養費制度・現金給付の見直し▽高齢者負担の増加▽都道府県に「医療費適正化計画」において具体的な政策目標を設定し、その実現を求め—を目玉にしています。

高齢者の負担を増やすということは、自己負担を増やすということですから、医療費自体の削減にはつながらないわけです。本人に払ってもらうか、保険で払ってもらうかということです。自己負担を増やす分、診療所へ通う回数を減らすという、受診構造に抑制がかかるということで、2～3年の短期的には医療費の削減につながりますが、中長期的には医療費そのものを適正化する必要があるでしょう。

都道府県でマネジメント

都道府県の「医療費適正化計画」について述べたいと思います。現在、都道府県は医療計画、健康増進計画及び介護保険事業支援計画の策定を通じ、都道府県民の医療、健康及び介護について、計画的に行政を進める責任を持っていますが、医療保険制度について見ると、市町村に対する一定の指導は行っているものの、ほとんど権限・責任がありません。

他方、医療費の適正化を進める手段としては、生活習慣病を中心とした住民の健康づくりや長期入院の是正による医療の効率化が中心となります。

今後、中長期的に医療費を適正化していくためには、医療提供体制、健康づくり、介護について責任を持つ都道府県も医療費適正化に一定の権限と責任を持つことが必要だということです。

後期高齢者（75歳以上）については、診療報酬体系を別にするということです。そのアウトラインが今年中に出る予定です。在宅ケアや高齢者特有の疾患については手厚く、外来診療は抑制するという方向ではないかと予想されます。財政的には、都道府県単位で財政運営を行うことにより財政運営を安定化させる観点から、都道府県単位で設立する広域連合が運営主体となります。

また、市町村国保や政府管掌健康保険についても、都道府県単位の財政運営を推進するこ

とになっています。具体的には、市町村国保については、一定額以上の医療費について都道府県単位で医療費を共同で賄う共同事業の範囲を大幅に拡充して、実質的に都道府県単位の財政運営を目指すこととされています。また、政府管掌健康保険についても、政府の直轄から公法人化するのに併せ、都道府県単位の財政運営とすることにより、都道府県単位で医療費の高低に応じた保険料となることになります。

このように、医療費適正化計画及び保険者の財政運営について、いわば車の両輪として都道府県単位を軸として再編していこうというのが、今回の医療制度改革の考え方だといえるでしょう。

成果指標に従って補助金を

都道府県の「医療費適正化」については、医療費及び医療資源の制御は、厚生労働省から都道府県に徐々に移譲していくことになっています。そのために、今回新たに加わった「健康増進計画」と先ほど説明した「医療費適正化計画」のほか、これまでもあった保健医療計画、老人保健福祉計画、介護保険事業支援計画などがきちんとつくられることを求めています。その結果、「成果指標」を示すことを求め、それを政府が点検し、補助金などを誘導することになっています。成果指標の中身は、例えば、「糖尿病発症率を10年で20%改善する」とした場合、「これを毎年実行するためにはどういう計画を組むのか」、そして、取組指標として、「検診受診率を約6割から9割に向上させる」などといったことが考えられます。都道府県それぞれ実情が異なりますから手法は様々ですが、その実態に沿って計画を考えるのが「保険者協議会」となるわけです。

「住まい」型で介護・医療サービスを

それと、「療養病床の再編」が今回の改革の大きな柱になっています。これは、2003年8月から療養病床と一般病床に分けたのですが、今回その機能分化をさらに推し進めようというものです。現在、医療型が25万床、介護型が13万床ありますが、これをどのように再編していくのがテーマとなっているわけです。

まず、療養病床には、介護保険型療養病床と医療保険型療養病床があります。介護保険型療養病床とは、今までだったら「在宅」と「施設」と分けていた介護保険を「住まい」「介護サービス」「医療サービス」の機能別に区分していこうというものです。高齢者の「住まい」のあらゆるパターンを考慮して、さらに介護ニーズと医療ニーズがどの程度あるのかなどさまざまな状況をクロスし、どういう暮らし方をするのかを予測して、医療と介護と同時に見直ししながら、医療サービスと介護サービスを別々にサービス提供するということをいっているわけです。

医療保険型療養病床とは、ADL（日常生活行為）で医療区分して、3段階に分けている中で、医療区分の軽い人は、外付けの医療サービスを利用してほしい、重度の人は、今まで通り病院の中で診ましようということを言っているわけです。

これをどのように再編するかといいますと、介護型療養病床については廃止し、医療の必要度の低い者については、介護施設や在宅に戻っていただく。他方、医療療養病床についても、対象者を医療の必要度の高い者に限定しようということです。

具体的には、介護型については2011年度末までに廃止した上で、医療型についてもスリム化して15万床に減らそうというものです。

そうしますと、療養病床は38万床から15万床となるわけですが、残りの23万床については、老人保健施設、ケアハウスなどの介護保険の受け皿となる施設などに転換して下さいということになります。

以上、今回の制度改革のポイントについて簡単にご紹介させていただきました。今後は、急増していく国民医療費に対して納税者である我々も自己の日常の健康管理に責任を持つことが必要であると同時に、今回のこうした改革が本当に我々納税者にとってプラスになっているのかどうか、今後の動向を見ていく必要があると思います。