

第66回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成25年8月9日（金）
10時00分～12時00分
場所：厚生労働省2階講堂
（中央合同庁舎5号館低層棟2階）

（議題）

1. 次回の診療報酬改定に向けた検討について③
2. 社会保障制度改革国民会議の報告

（配布資料）

- 資料 1 次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について（案）（これまでの医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの）
- 参考資料 1－1 社会保障審議会 医療保険部会 各委員の発言要旨【未定稿】
- 参考資料 1－2 社会保障審議会 医療部会 各委員の発言要旨【未定稿】
- 参考資料 1－3 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について（案）」と医療保険部会・医療部会における主な発言
- 参考資料 2 社会保障制度改革国民会議 報告書
- 委員提出資料 1 岡崎委員提出資料
- 委員提出資料 2 小林委員提出資料
- 委員提出資料 3 白川委員提出資料
- 委員提出資料 4 菅家委員提出資料
- 委員提出資料 5 福田委員提出資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成25年8月9日現在

<p>本委員</p>	<p>えんどう ひさお ◎遠藤 久夫</p> <p>すがや いさお 菅家 功</p> <p>ふくだ とみかず 福田 富一</p>	<p>学習院大学経済学部教授</p> <p>日本労働組合総連合会副事務局長</p> <p>全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事</p>
<p>臨時委員</p>	<p>いわむら まさひこ ○岩村 正彦</p> <p>いわもと やすし 岩本 康志</p> <p>おおたに たかこ 大谷 貴子</p> <p>おかざき せいや 岡崎 誠也</p> <p>かわじり たかお 川尻</p> <p>きくち れいこ 菊池 令子</p> <p>こばやし たけし 小林 剛</p> <p>さいとう まさやす 齋藤 正寧</p> <p>しばた まさと 柴田 雅人</p> <p>しらかわ しゅうじ 白川 修二</p> <p>すずき くにひこ 鈴木 邦彦</p> <p>たけひさ ようぞう 武久 洋三</p> <p>ひぐち けいこ 樋口 恵子</p> <p>ほり けんろう 堀 憲郎</p> <p>もり ちとし 森 千年</p> <p>もり まさひら 森 昌平</p> <p>よこお としひこ 横尾 俊彦</p> <p>わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>東京大学大学院法学政治学研究科教授</p> <p>東京大学大学院経済学研究科教授</p> <p>全国骨髓バンク推進連絡協議会顧問</p> <p>全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長</p> <p>全国老人クラブ連合会理事</p> <p>日本看護協会副会長</p> <p>全国健康保険協会 理事長</p> <p>全国町村会財政委員会委員／秋田県井川町長</p> <p>国民健康保険中央会理事長</p> <p>健康保険組合連合会専務理事</p> <p>日本医師会常任理事</p> <p>日本慢性期医療協会会長</p> <p>NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長</p> <p>日本歯科医師会常務理事</p> <p>日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長</p> <p>日本薬剤師会常務理事</p> <p>全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長</p> <p>早稲田大学法学学術院教授</p>

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第66回社会保障審議会医療保険部会

平成25年8月9日(金) 10:00~12:00

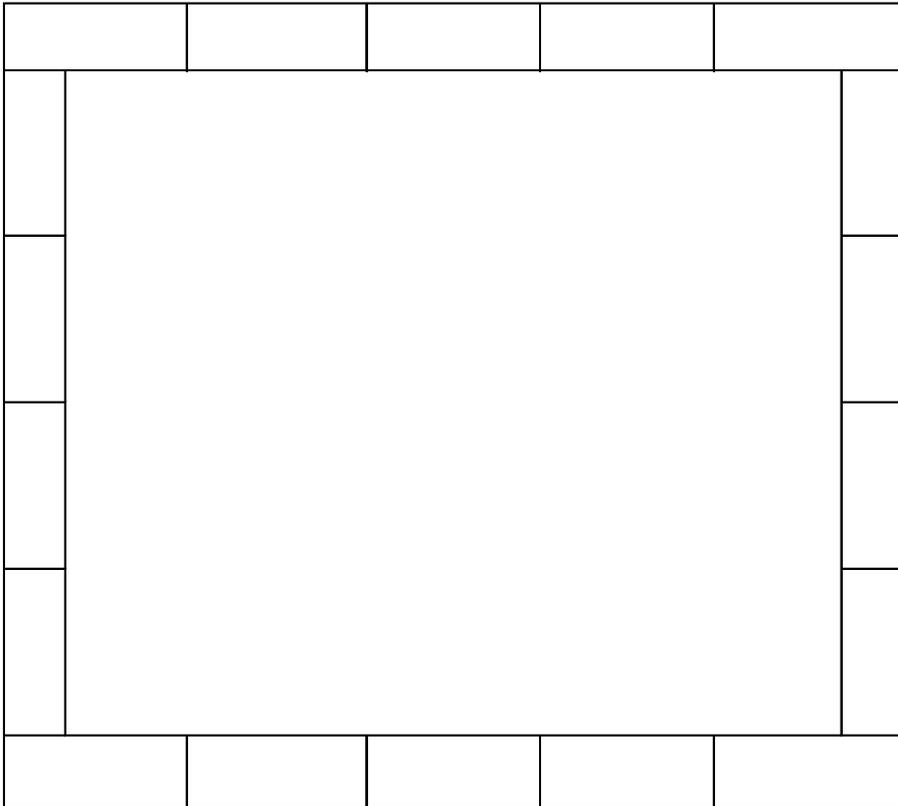
厚生労働省 講堂(低層棟2階)

(大 岩 木 遠 岩 神 和 (オ
 参 本 倉 藤 村 田 田 フ
 考 委 局 部 村 審 田 本
 人 員 員 長 会 部 議 委 工
) 員 員 長 会 官 員 業
 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 所)
 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○
速 記

岡 崎 委 員 ○
 (参 考 人)
 川 尻 委 員 ○
 菊 池 委 員 ○
 小 林 委 員 ○
 柴 田 委 員 ○
 白 川 委 員 ○
 菅 家 委 員 ○

○ 森 昌 平 委 員
 ○ 森 千 年 委 員
 ○ 堀 委 員
 ○ 福 田 委 員
 (参 考 人)
 ○ 樋 口 委 員
 ○ 武 久 委 員
 ○ 鈴 木 委 員



○ 佐 久 間 室 長
 ○ 安 藤 室 長
 ○ 中 村 課 長
 ○ 横 幕 課 長
 ○ 大 島 課 長
 ○ 鳥 井 課 長
 ○ 宇 都 宮 課 長
 ○ 竹 林 室 長
 ○ 佐 々 木 企 画 官
 ○ 秋 田 課 長



○ 渡 辺 室 長
 ○ 唐 木 補 佐
 ○ 渡 邊 補 佐
 ○ 藤 田 室 長
 ○ 田 口 管 理 官
 ○ 近 澤 管 理 官
 ○ 鎌 田 企 画 官

傍 聴 者 席

次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の 基本的な考え方について(案)

(これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの)

平成 25 年 8 月 〇 日

1. 基本認識について

(1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化

- ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。今後の超高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。
- イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが変化しながら増大していく中で、引き続き国民が質の高い医療を受けられるようにするためには、医療提供体制の再構築に取り組み、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的にかつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。
- ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、
- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、医療機関の機能分化・強化と連携を推進
 - ・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進
 - ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の役割を明確化するなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。
- エ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、急性期病床をはじめとする各病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実していかなければならない。
- オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。
- 消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。

(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

ア 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備するとともに、退院した患者を支える在宅医療等を充実させながら、段階的に進める必要がある。

また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。

イ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なのであり、そのような視点に立って、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、そして介護に至るまで、患者を支える施設等が円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの施設等がネットワークを構築し、地域全体で面的に地域の医療需要に応えていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべきである。

ウ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向がある。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせて対応することが適当である。

2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

① 高度急性期・一般急性期について

ア 7対1病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要である。

イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の充実等も重要である。

ウ このため、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
- ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
- ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・ 退院・転院に係る連携の強化
- ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

② 長期療養について

ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。

イ 急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図り、長期療養患者の受け皿を確保する観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

③ 亜急性期等について

ア 超高齢社会では高度急性期医療よりも地域に密着した亜急性期等の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なリハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先が見つからずに、次の救急患者を受け入れられない状況もある。

イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、亜急性期病床における患者像や機能を明確化し、亜急性期病床・回復期病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

④ 地域特性について

ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成 24 年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について検討する必要がある。

⑤ 有床診療所における入院医療について

ア 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

(2) 外来医療について

ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要である。

イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
- ・ 大病院の専門外来の評価
- ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

(3) 在宅医療について

ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、訪問歯科、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。

イ このため、在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進し、地域包括ケアシステムを構築するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
- ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・ 在宅歯科医療の推進
- ・ 在宅薬剤管理指導の推進
- ・ 訪問診療の適正化 等

(4) 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、移動先の紹介・確保、移動元と移動先での情報共有等が行われるようにしなければならない。

イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらの施設等が協力し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、「病院から在宅へ」、「医療から介護へ」の円滑な移行を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。

社会保障制度改革国民会議報告書について

本日、社会保障制度改革国民会議は「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」と題する報告書を内閣総理大臣に提出した。

国民会議においては、持続可能な社会保障制度の実現に資するため、今日まで、精力的かつ真摯に議論を尽されたことに敬意を表する。

この報告書において、少子化対策、国民健康保険をはじめとする医療保険制度、介護保険制度等について、都市自治体等の意見を踏まえ、一定の改革の方向が示されたことを評価したい。

とりわけ、積年の課題であった国民健康保険の運営主体の移行について抜本的な改革の方向が示されたことは、画期的であり、高く評価する。制度改革の具体化に当たり、国においては、安定的な運営が確保されるよう必要な財政措置を確実に講じるとともに、関係者間の協議や移行準備に要する時間を勘案のうえ、新しい制度への移行時期と工程表をできるだけ早く明確に示されたい。

国においては、今後、必要な法制上の措置等を講じる際には、社会保障の現場を担っている基礎自治体の意見を十分反映することを強く求める。

平成25年8月6日

全 国 市 長 会

社会保障制度改革国民会議報告書について

本日、「社会保障制度改革国民会議報告書」がまとめられ、内閣総理大臣に対して提出されました。

協会けんぽの財政基盤強化について、社会保障制度改革国民会議報告書では、「健康保険法等の一部改正の附則においては、(中略)協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある」とあります。

協会けんぽとしては、第8回社会保障制度改革国民会議に申し入れたとおり、被用者保険を持続可能な制度とするためには、一刻も早く協会けんぽの財政基盤を強化する必要があり、社会保障制度改革国民会議はその具体的な道筋を示すことが求められていることを主張しました。

しかし、同報告書は既に法律に規定されている検討規定を確認したに過ぎず、具体性の乏しい不十分な内容であり、極めて残念です。

また、後期高齢者支援金に対する負担の按分方法を全面総報酬割とすることで生ずる税財源は、被用者保険グループ内の負担の調整によって生じた財源であり、被用者保険の負担を軽減するために用いることが筋です。同報告書は、国民健康保険の財政上の構造的問題を解決することに用いる考えが示されており、極めて残念であり、この考えに対しては反対です。

協会けんぽの平均保険料率は既に10%に達しており、これ以上の保険料率の引上げは限界です。他の保険者と比べて著しく高い保険料率にもかかわらず、現在の財政構造のままでは、29年度には兆円規模の累積赤字に至る見通しであり、協会けんぽの財政基盤の強化は待ったなしの状況です。

協会けんぽの財政破綻は、被用者保険制度の破綻に繋がるとともに、中小企業の経営、従業員の雇用、生活に直結する極めて深刻な問題です。国及び政府に対しては、一刻も早く、協会けんぽに対する国庫補助率を健康保険法に規定する上限20%まで引き上げるなど、財政基盤を強化するための具体的方向性を示していただきますよう、改めて強く要請します。

平成25年8月6日

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

平成25年8月7日
健康保険組合連合会

社会保障制度改革国民会議の報告書について
(健保連・平井克彦会長のコメント)

このほど、社会保障制度改革国民会議において報告書がまとめられたが、その内容には、国民皆保険と高齢者医療を支えるための拠出金負担に苦しんでいる健保組合の厳しい財政状況に関する認識がまったく感じられない。改革への大きな期待を裏切るものであり、健保連として、到底、納得できるものではない。

国民会議は、社会保障制度改革推進法にもとづき、医療、介護、年金、少子化対策の4分野の改革について議論してきた。このうち医療については、今後も増え続ける高齢者医療にかかる費用負担のあり方を見直し、持続可能な制度への再構築を図ることが最重要課題であったはずだが、この問題について、議論が尽くされず、将来展望につながる具体策は見出されなかった。

かねてより健保連は、高齢者医療制度の持続性を担保するためには、とくに前期高齢者医療への公費投入・拡充が必要と訴えてきたが、結果として、報告書に反映されなかったのは極めて残念である。併せて、伸び続ける医療費の効率化、適正化のために諸策を講ずることも求めてきたが、70歳から74歳の患者負担の見直し等、一部、方策が見られるものの、充分とは言えない。

また、後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入によって削減される国庫財源を、被用者保険ではなく、国民健康保険の財政補填のために転用するといった方策が、強い反対意見があったにもかかわらず、報告書に打ち出された。これは、現在すでに、国保のために過重な財政負担を強いられている被用者保険に対して、さらなる負担増を求めるものである。国保財政の分析と改善の努力が不十分なまま、国の財政責任を被用者保険に転嫁する方策は、国民の理解を得られるはずもなく、強く反対する。

今後、この報告書の内容を踏まえた法制上の措置が講ぜられることになるが、政府・与党においては、現役世代の負担軽減、持続可能な制度への再構築につながる真の改革の実現に向けた熟慮を求めたい。その際、本年通常国会の健康保険法等一部改正法の審議で採択された「附帯決議」の趣旨を尊重し、過重な拠出金負担の軽減を実現されることを改めて強く要請する。

以上

2013年8月7日

社会保障制度改革国民会議の報告書のとりまとめについての談話

日本労働組合総連合会
事務局長 南雲 弘行

1. 8月6日、政府の社会保障制度改革国民会議が少子化対策、医療、介護、年金の各分野に関する制度改革を提言する報告書を安倍総理に提出した。しかし、高齢者医療制度や年金制度の抜本改革が示されていない上に、消費税の負担増を医療・介護にどのように還元するかの具体的な提起もなく、改革の名に値しない不十分な内容である。
2. 総論では、国民皆保険・皆年金の意義、非正規労働者への社会保険の適用拡大、高齢者中心から全世代対象の社会保障への転換、医療分野における「年齢別」から「負担能力別」への負担の見直し、医療と介護の「総合合算制度」創設の検討が示され、連合が社会保障・税一体改革で求めてきた考え方に概ね一致するものであり、評価できる。しかし、そうした考え方に基づく具体的な提案はなく、年齢別の制度である後期高齢者医療制度を肯定するなど、総論の考え方が具体論に貫徹されていない。
3. 医療分野で提起された、医療機関の偏在是正や機能分化と連携の推進のため、地域医療ビジョンの策定、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大、基金の創設等の方向性は評価できる。これらの実現に向けては、地域の患者や被保険者が参画する検討・運営体制が不可欠である。
また、医療保険制度では国民健康保険の都道府県化のために、被用者保険への全面総報酬割導入で不要となる税財源を国保に投入するとの考え方が示された。しかし、退職者の医療保険の在り方を見直さない限り国保の赤字構造は変わらず、根本的な解決策とは言えない。また、被用者保険財政の4割以上が高齢者医療制度への支援金・納付金に支出されている構造にまったく手をつけることなく、現行の高齢者医療制度を温存しようとしていることは問題である。
4. 介護では、税財源の投入先についての具体的な提起はほとんど示されず、むしろ予防給付を新たな地域包括推進事業（仮称）に移行する案が示されたことは、介護の重度化防止という観点から問題である。軽度者への予防サービスは現行どおり介護保険給付の対象とし、自立支援効果の期待できる予防給付が行われるようケアマネジメントを強化すべきである。
年金では、連合の求めてきた最低保障年金と所得比例年金による公的年金改革案は検討もされなかった。一方、現行制度を前提として、デフレ下のマクロ経済スライドの発動が示されており、問題がある。
少子化対策では新たな課題や改革案は示されていないが、子ども・子育て支援新制度の着実な実施を求める。
5. 政府は今後報告書を受けてプログラム法を策定する予定としている。それに沿って各課題は関係審議会で検討される。連合は「働くことを軸とする安心社会」の実現に向け、安心と信頼の社会保障制度の確立をめざし、審議会、国会への対応を進めていく。

以上

社会保障制度改革の今後の進め方について

本日、社会保障制度改革国民会議報告書が内閣総理大臣に提出された。

国民会議においては、質が高く持続可能な社会保障制度の構築に向けて、真摯に議論を重ねられたことに対して敬意を表する。また、地方の役割と責任を高め、地域の課題の解決にあたることができるようにするという改革の方向性は、地方分権の趣旨に合致するものとする。

しかしながら、制度の骨格を成す事項や、財源の確保をはじめとする国の責任も曖昧なままであるなど、社会保障の運営責任者である地方の立場からは、十分な議論が尽くされたとは言い難い。

そのため、今後、改革の具体化に当たっては、特に次の点について、議論を尽くす必要がある。

1 国保について

(1) 構造的な問題の抜本的な解決について

単に保険者を都道府県に移行するだけでは、国保の構造的な問題は解決せず、巨大な赤字団体を生むだけである。構造的な問題を抜本的に解決することは国の責任であり、後期高齢者支援金の総報酬割導入により不要となる国費を国保に優先投入することはもとより、増嵩する医療費への対応など今後赤字を生み出さずに運営できるよう、将来にわたり安定的な運営と持続可能性を担保するための措置を講ずる必要がある。

その上で、全ての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的道筋を明らかにする必要がある。

(2) 運営主体のあり方について

国保の運営主体のあり方を議論するに当たっては、都道府県と市町村が協働する分権的な仕組みとすることが重要であり、都道府県と市町村の役割と責任の分担や市町村のインセンティブ等の法的な整理、保険者の形態、さらには保険料率の設定など、制度の骨格となる事項について十分検討する必要がある。

2 医療提供体制改革について

地域医療ビジョン等の策定とこれを踏まえた医療機能の分化については、地方はもとより医療機関の理解を得られる内容とすることが必須であるが、その実現に向けた道筋は未だ明らかではない。国と地方、さらには関係団体との間で手順を踏んだ丁寧な議論を行い、国が主体となった医師・診療科の偏在是正対策などを含め、実効性のある方策を講ずる必要がある。

医療制度改革は、地方の理解と協力なしには推進し得ないものであり、いやしくも国の責任と負担のみが軽減され、一方的に地方に転嫁するようなことがあってはならない。今後、上記のことを踏まえ、地方と国との間で、真に持続可能で実効性のある制度の構築に向けた、本質的かつ本格的な議論が行われるよう強く求める。

平成 25 年 8 月 6 日

全国知事会社会保障常任委員会
委員長 栃木県知事 福田 富一