

## 医療保険制度改革における日本医師会の考え方

### 1. 医療保険制度改革における基本方針

- ・ 国民皆保険制度を堅持する。
- ・ 新たな高齢者医療保険制度を創設し、国民の不安を払拭する。
- ・ 高齢者医療保険制度においては、高齢者の特性ならびに個々の疾患に配慮するが、医療内容が年齢によって急に規制されるものであってはならない。
- ・ 高齢者医療保険制度においても保険制度であることを堅持し、自助・共助・公助を基本とする。
- ・ 医療保険制度は国民に必要十分な医療を給付するため現物給付によって成り立っている。現金給付である介護保険制度とは統合し得ない。
- ・ GDP等の経済指標を基本とする医療費の伸び率管理は、必要かつ安全な医療の確保を阻害する点から容認できない。
- ・ 高齢者医療の充実のためには、生活習慣病対策を推進し、高齢者になっても健康を維持できるようにする。
- ・ 患者自己負担は軽減すべきであり、少なくとも現状を超えるものであってはならない。
- ・ 国は被用者の定年退職年齢が65歳になるよう努力すべきである。

### 2. 新たな高齢者医療保険制度の創設

- ・ 対象：75歳以上の高齢者。
- ・ 保険者：国とする。但し一定期間後、都道府県単位とすることも検討する。
- ・ 財源構成：患者自己負担10%、保険料10%（但し低所得者への配慮を行う）。残りは公費ならびに国民的共助によって構成する。

### 3. 一般医療保険制度の改革

- ・ 老健拠出金、退職者給付拠出金は廃止する。
- ・ 被用者は退職後、すべて国民健康保険に加入し、その場合、患者自己負担以外の給付金を保険料および被用者保険による制度間共助により賄う。

平成17年7月7日

社会保障審議会医療保険部会  
部会長 星野進保様

医療保険部会委員 浅野史郎

意見書の提出について

医療保険制度改革について、別添の意見書を提出いたします。

平成17年7月7日  
全国知事会

## 医療保険制度改革に関する意見

### はじめに

高齢化が進み、少子化の流れが止まらない中で、国民健康保険は被保険者に高齢者や無職者を多く抱え、一般会計から多額の繰り入れを余儀なくされるなど非常に厳しい財政状況に陥っている。この構造的問題を解決するためには、国民健康保険制度のみならず医療保険制度全体の抜本的な改革を行い、給付と負担の公平を図り、安定的で持続可能な制度とすることが不可欠である。

また、医療保険制度のみならず、介護保険制度、年金制度等、総合的な社会保障制度論の中で抜本的改革の議論を深め、制度設計を行うべきである。

さらに、昨年度は、医療保険制度改革の議論の最中に、三位一体改革の名の下に唐突に国民健康保険制度に都道府県負担が導入されたが、今後このような、真摯な議論を軽視し、国と地方の信頼関係を損なうような措置は絶対に行わないことを強く求める。

### 1 医療保険制度の抜本的改革について

国民健康保険制度の構造的問題を解決し、将来にわたって医療保険制度の安定的運営を図るため、国は、全ての医療保険制度を全国レベルで一元化する道筋を示すべきである。

一方、一元化には、国・都道府県・市町村の役割分担を踏まえた具体的なプロセス、被用者と自営業者の所得捕捉問題、被保険者の資格管理と保険料（税）の賦課・徴収、地域保健との関係等解決すべき課題も多く、短期的には実現困難な面もある。国においてそれらの課題を整理して、具体的に関係者と協議を進める必要がある。

### 2 国民健康保険の保険者の再編・統合について

国民健康保険の保険者は、医療保険制度の一元化が実現するまでの間、引き続き、保健・介護・福祉事業の中心的な実施主体であり、保険料（税）の

賦課・徴収、被保険者管理等に実績のある市町村とすべきであるが、その前提として、国が責任を持って財政支援を行うべきである。

また、保険事業運営について、二次医療圏単位等で、広域連合、一部事務組合といった広域的な手法を用いることもありうるが、市町村合併が進む中で、あくまでも地域の実情に応じ、市町村の自主的な判断によって検討されるべきものである。この際、都道府県は、広域的自治体という立場、国民健康保険法上の助言の権限を有する立場から、技術的な助言や情報提供、関係者間の連携に向けた調整等の必要な支援を行う。

なお、都道府県が保険者の役割を担うことは、国民健康保険の構造的問題の抜本的な解決にはならず、市町村が被保険者管理業務並びに保険料（税）の賦課・徴収を担っている現状を考慮すると、事業運営の責任主体があいまいになり、問題である。

### 3 高齢者医療制度について

高齢者医療制度をどう考えるかは、医療保険制度全体を持続可能で安定的な制度として構築できるかどうかを左右する大きな課題である。

現在の老人保健制度については、給付と負担の関係が不明確であり、運営責任の所在があいまいである等の問題点がある。これらをどう整理し解決するのか、また、安定的な財政運営を制度上どう担保するのかについて十分明らかにしないまま、年齢による区分や独立医療保険制度の創設、地域保険を前提として議論を進めることは拙速である。すなわち、

- ・ 給付と負担の関係を明確にした、持続可能な制度設計であること
  - ・ 社会保障制度全体の中で、適切な本人負担であること
  - ・ 現役世代からの支援は必要であると考えられるが、本人負担との均衡に配慮すること
  - ・ 公費負担の割合を適切に設定し、地方の財政負担が過度に生じないこと
- といった論点について、まず具体的に明らかにすべきである。

### 4 医療費適正化における国、都道府県、市町村の役割分担について

今後の抜本的な制度改正においては、医療保険制度及び医療費の適正化について、国・都道府県・市町村の役割分担を明確にし、権限と負担の在り方を明らかにする関係者の議論が必要不可欠である。

### (1) 国の役割

国は、国民皆保険を支える最終的な責任者として、医療保険制度を持続可能な制度として構築する立場にある。また、医療費適正化については、医療費に多大な影響を与える診療報酬制度等に権限を有する国が、主導的に推進しなければならない。

具体的には、医療費適正化に資する取組について、短期的（保険給付の範囲の見直し）、中期的（診療報酬体系の見直し）、長期的（生活習慣病対策等、予防施策）目標を示すとともに、医療・保健・介護の各分野における国、都道府県、市町村その他関係者の役割と連携の在り方を示した方針を、関係者との十分な議論を経て決定すべきである。

### (2) 市町村の役割

市町村は、住民にもっとも身近な基礎的自治体であり、国民健康保険、介護保険の保険者、生活習慣病予防や介護予防その他保健事業の実施主体として、老人医療費をはじめとした医療費適正化に資する取組を効果的に推進できる立場にある。

今後とも、その実績やノウハウを生かし、国の方針を踏まえ、地域の実情に合わせた施策を進める役割を担うべきである。

### (3) 都道府県の役割

都道府県は、国の方針を踏まえ、広域的自治体として、市町村が先の役割を効果的に果たすための専門的・技術的支援、関係者間の連携を促進するための調整を行う役割を担う。

また、都道府県は、「医療計画」「介護保険事業支援計画」「健康増進計画」等の既存計画に基づき医療提供体制の整備、介護保険、健康増進に関する取組をすでに進めている。これらの計画を着実に推進することは必要であるが、医療費適正化の主導的立場にない都道府県が新たに「医療費適正化計画」を策定しても実効性に乏しいと考えられるため、一律にその策定を求めるべきではない。

以 上

## 患者本位、安心・信頼の医療・医療保険制度の抜本改革を

日本労働組合総連合会

医療・医療保険制度の抜本改革は、バブル崩壊後の90年代半ばから本格的な議論が開始され、10年が過ぎようとしている。しかし、医療提供体制の改革は進みつつあるものの、医療保険制度の改革は2000年、2002年といずれも先送りされてきた。また、政管健保の国庫補助率は92年に16.4%から「当分の間」13%に切り下げられ、回復しないままに、自己負担や保険料などの引き上げのみが実行されてきている。これ以上、抜本改革を先送りすることは許されない。今回こそ抜本改革を確実なものとするよう強く求めたい。

### 1. 改革論議の経過

- 医療・医療保険制度の抜本改革は、80年代からその必要性が指摘されながら、本格的な論議が開始されたのはバブル崩壊後であった。老人医療費の急増、政管健保が大幅な赤字であっても国庫補助率をもとにもどすことなく、97年9月から被用者保険の自己負担1割から2割への引き上げ、政管健保保険料率の引き上げ、薬剤一部負担の導入など、全体で2兆円といわれる大幅な国民負担増が強行された。  
この大幅な負担増となる健康保険法「改正」法案を審議した国会は、介護保険制度が導入される2000年度を目途に医療・医療保険制度の抜本改革を実施することを国民に確約した。97年8月7日に旧厚生省案が、8月29日には与党協案（自民、社民、さきがけ）が示され、同年11月より検討が開始された。
- 改革は、①診療報酬制度、②薬価基準制度、③高齢者医療制度、④医療提供体制の4本柱に、保険者機能の強化、医療情報の公開が加えられて、それぞれが精力的に審議された。しかし、薬価制度については日本型参照価格制の導入が概ね合意されたにもかかわらず、一部の反対によって実行には至らず、新たな高齢者医療制度は最終的に1本の案にまとまることができなかった。医療提供体制は病床区分や人員配置基準の引き上げ、新医師臨床研修の必修化など前進はみられたが、医療保険制度の抜本改革は先送りされた。
- 2000年度抜本改革は実行されず、再度2002年度改革が目指され、2001年秋に「厚生労働省試案」が公表されることになるが、抜本改革を先送りしたまま、自己負担3割への引き上げを柱とする内容であった。これも2002年の通常国会で強行成立されて、老人医療の定率負担は2002年10月から、3割負担は2003年4月から実施された。この国会審議において、①保険者の再編・統合、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬制度の改革について、政府は基本方針を策定すること等が法の附

則に盛り込まれた。

- 2003年3月、政府は「医療保険制度改革の基本方針」を閣議決定し、2008年度の実施をめざし、2003年7月より社会保障審議会医療保険部会で検討が開始され、今日に至っている。

## 2. 改革にあたっての基本的な考え方

- 国民医療費は、2000年度の介護保険制度導入や2002年度診療報酬のマイナス改定、老人定率負担制によって、伸び率は抑制傾向にある。2002年の制度「改正」の影響が表れる、2003年度、2004年度の国民医療費はまだ公表されていないが、最近の医療費の伸びをみると、制度改革がない限り、再び増加に転じる可能性は高い。
- これまでの国民医療費の増加は、主として高齢化の進展、医療の進歩が原因であると言われている。その他の大きな原因として制度の欠陥がある。

現行の医療制度は、医療費の「不正」請求、薬の多剤投薬、重複検査、多い受診回数、社会的入院など、診療報酬の出来高払制度や審査・支払制度に起因して医療費の大きな無駄を生んでいる。また、医療機関の機能分担が不明確であること、後を絶たない医療ミス・事故、小児・救急医療体制の不備、過剰病床、高額医療機器の無計画な配置、今だ解消されない無医地区や医師の地域偏在、IT化の遅れ・未整備など、公共財である医療資源が非効率かつ不公正に使われてきた。これらの問題に全面的にメスを入れることが、まさに抜本改革である。

さらに医療機関との直接契約、医療機関への調査・立入権限さえ確保されていないなど本来的な保険者機能がほとんど発揮できない実情にある。

これらの問題が未解決に放置されたまま、給付削減、負担増が繰り返されていることに対して、医療に対する国民の不信・不満は高まっている。それを端的に表したのが国民健康保険の保険料収納率の低下である。

- 医療・医療保険制度の抜本改革とは、現行制度の持つ課題をまず改革し、患者・国民の安心・信頼を回復するものでなければならない。

## 3. 医療費の抑制・適正化

- 国民医療費が増加する要因は、高齢化の進展、医療技術の高度化・医療の進歩、制度的欠陥がある。高齢化の進展による高齢者数の増加は避けられないが、老人1人当たりの医療費が若人の約5倍であることは他国との比較においても正常とは言えない。5倍は是正されなければならない。また、医療技術の高度化や医療の進歩は患者・国民の幸福を増進するものとして容認されるべきものであるが、たとえば高額医療機器の無計画な配置のために不必要に医療費が使われているとすれば、患者・国民の幸福にはつながらない。医療の進歩は、効率的・有効的に活用されなければならない。
- 医療費の最良の抑制策は、国民の健康水準を引き上げることである。若年期からの生活習慣病対策や健康づくりの取り組みは重要である。しかし、これは長期的な目標である。短期的な抑制策として、まず、「不正」請求の一扫など制度的欠陥を

改革し、医療費の無駄・非効率を排除することである。中期的には社会的入院の解消と在宅医療の体制整備と推進、多剤投薬の是正と高薬価シフトの是正・後発医薬品の使用促進、保険者機能の発揮・強化などである。そのための方策を早急に講じていくべきである。

政府は、「老人医療費の適正化策」や「保険者協議会」設置による都道府県ごとの医療費抑制策を実施しているが、ひとつの方策として実行速度を速めるべきである。

#### 4. 雇用の安定と社会保険制度の安定

社会保障制度の中心である社会保険制度の安定は、デフレ経済の脱却、雇用不安の解消、賃金の安定を通じてのみ確保される。

社会保険の財源は、被保険者(雇用労働者)の人数及びその賃金水準に規定される。被保険者数の伸び悩みあるいは減少、賃金の低下はそのまま保険料収入の低下を意味する。さらに、失業者の増加は国民健康保険制度の不安定要因ともなる。デフレ経済からの脱却や雇用の安定が、社会保障制度を支える基盤である。

また、社会保険制度からの違法脱退を防止し、パート・派遣労働者などのような雇用形態であっても、すべての雇用労働者を社会保険に原則適用させる制度改革が重要である。

#### 5. 総合的に検討する場の設置

現在、来年の通常国会に向けて、医療保険制度は医療保険部会で、医療提供体制は医療部会で検討されている。また、来年4月の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、中医協と介護給付費分科会で検討される。医療提供体制とそれを支える医療保険制度や診療報酬の在り方、医療と介護の連携と報酬の在り方等、これらはそれぞれに密接に関連する内容である。総合的に検討する場を設置すべきである。

#### 6. 連合の求める医療・医療保険制度の改革内容

(1) 医療情報の公開や、医療・医薬品の安全管理対策の確立で、患者本位の医療、安心と信頼の医療を確立する

- ① インフォームド・コンセントの義務化、患者が納得できる医療を得るためセカンドオピニオンの普及推進をはかる。
- ② 個人情報保護法の施行を踏まえ、本人請求によるカルテ・レセプトの原則開示を促進する。遺族からの請求も同様とする。
- ③ 医療機関の客観的情報とともに、患者が医療機関を選択する上で重要な判断材料となり得る医師の経歴、技術、経験等の開示も義務化する。医療の広告については、虚偽広告・比較広告・誇大広告を除き、原則自由とする。
- ④ 患者自らが情報を得、納得して治療方法等を選択できるよう、EBMを推進し、診療ガイドラインの整備をはかる。



- ⑤ 医療事故や院内感染の防止に向け、全病院・有床診療所に医療安全管理委員会と、組織横断的に安全管理を担う独立した室・部門を設置し、専任「医療安全管理者（リスクマネジャー）」の配置を義務づける。
- ⑥ すべての医療機関に医療ミス・事故の報告と再発防止策の策定・公表を義務づけ、怠った場合の罰則規定を設ける。医療事故の原因究明のために第三者機関を設置する。また、「医療安全支援センター」は、被害患者等の相談機関として、すべての第二次医療圏へ早急に設置するよう取り組む。「医療安全支援センター」に寄せられた情報や個別事例は、必要に応じ患者・住民に公表する。
- ⑦ 患者の尊厳と自己決定権を尊重した終末期医療とするため、リビング・ウィルを定着化させるとともに、ホスピスケアの普及をはかる。
- ⑧ 薬害被害なくすため、患者に対する副作用を含めた正確な薬剤情報を提供する。また、薬害被害者救済のため、当面、「独立法人・医薬品医療機器総合機構」の拡充をはかり、将来的には国が安全監視体制に責任を持ち、独立した救済機関を設ける。

(2) 医療機関の機能分担と連携強化、救急医療や小児医療体制の確立、医療従事者の質の向上により、良質で安心の医療サービスを提供できる体制を確立する。

- ① 「かかりつけ医」の役割を明確にした上で、初期医療（プライマリーケア・ヘルスケア）から高次医療に至る医療機関の機能分担を明確にした連携システムを構築する。
- ② 1948年に制定された医療法第1章総則・第1条の5に規定される「病院」と「診療所」の定義づけについて、医療の高度化や医療機関の機能分化の視点で見直しの検討をおこなう。
- ③ 病床規制を強化する。また、地域医療計画に高度医療機器の設置数と診療所を加え、高額医療機器の共同利用を含め実効性を確保する。
- ④ 医療圏域ごとに必要な医療サービスを確保するため、無医地区の解消と、医師の地域格差改善、第二次医療圏における救急診療や夜間・休日診療体制、小児医療体制の確立、精神救急病床、結核・感染症病床の設置に向け、整備目標や整備責任を明確にした上で、すべての第二次医療圏に地域医療支援病院を設置する。

また、その基盤整備にあたっては、医療機関の連携の強化と役割の明確化、財政支援措置を確立する。

- ⑤ 小児医療・救急体制を確実なものとするため、財政支援の拡充など対策を早急に講ずる。救急医療機関における医師・看護師等の人員配置基準や構造設備基準を設け、救急医療の質の向上をはかる。また、三次救急を担う救急救命センターを拡充する。
- ⑥ 入院診療計画の積極的導入をはかり、医師とその他の医療従事者（コメディカル）が十分に連携できる「チーム医療」体制を構築する。チーム医療を確実に実行するため、医師・看護師以外のコメディカルの適正配置を進める。
- ⑦ 入院における医療サービスの質の向上と効率化をはかるために、一般病床の医師・看護師等の人員配置基準を引き上げる。看護基準は、「1：1」をめざし、当

面「1.5 : 1」とする。精神・結核病床の人員配置基準を一般病床と同様にする。また、療養病床については、既存施設についても早急に新設の構造設備基準に合わせた改善をはかる。

- ⑧ 医師の質の向上をはかるため、大学医学部の「医局講座制」を解消し、教育、研究、臨床を分離する。また、医師国家資格については、専門的な能力や知識を保つために5年ごとの更新制とし、「更新時研修」を義務づける。当面、保険医資格についての更新制度を導入する。

医業停止等の処分を受けた医師に対する再教育を義務化する。特に「リピーター医師」は、その定義を明確にした上で、再教育を義務づける。

- ⑨ 医師臨床研修について、研修の質を確保するため、全国共通の評価委員会を設置する。研修医の処遇については、研修医が研修に専念できるよう、賃金、労働条件等、適切な環境を確保し、評価委員会での検証を行う。歯科技師の臨床研修も将来的には2年間とし、薬剤師の臨床研修についても必修化する
- ⑩ 准看護師養成制度を即時に廃止し、看護制度の一本化を実現する。そのため、看護師養成過程を統合し、就労を前提とした准看の移行教育を早急に実施する。
- ⑪ 2006年度からの第6次看護職員需給見通しの策定にあたっては、医療安全対策、在宅医療・介護、地域医療計画の見直し、介護保険法の見直しや第3期介護保険事業計画を踏まえ、医療現場の実態に対応したものとする。
- ⑫ 医療におけるIT化の促進のため、早急にカルテ・レセプトの電算処理システムの普及促進をはかる。プライバシー保護の観点と、医療機関におけるITインフラの整備状況を見つつ、保険者証の電子媒体による個人カード化についても検討する。

(3) 診療報酬制度の「包括・定額化」への転換、薬価算定ルールの明確化、透明性の確保などにより安心・信頼の医療保険制度を確立する。

- ① 診療報酬制度は、出来高払いから定額・包括払い制度へ転換する。その際には「医療の質」を確保する仕組みも併せて導入する。
- ② 2006年度の診療報酬改定にあたっては、良質な医療サービスの確立に向けた取り組みを踏まえつつ、物価や賃金の動向に対応した改定とする。また、エビデンスに基づき、国民に分かりやすい診療報酬体系とする。とりわけ初・再診料の病診格差等の是正をはかる。
- ③ DPCについては、当面、民間を含めて対象医療機関をさらに拡大する。またDPCにおけるレセプト審査のあり方について検討を行なう。
- ④ 薬価の算定にあたっては、診療報酬支払い方式の定額化・包括化への転換に至るまでの間、薬価算定組織において薬価算定ルールの明確化、薬価算定過程の透明性・公平性を高める。調整幅(2%)については、その性格を明確化するとともに透明性を確保した上で、必要に応じ薬価に算定する。医療材料の内外価格差を縮小する。
- ⑤ 画期的な新薬開発の促進のための研究整備の充実や、効果的・効率的な治験のあり方等、必要な条件整備を行う。また、良質な後発品の使用促進のため、情報提供、品質管理、安定供給に対する評価システムを強化する。

- ⑥ 医療保険各制度における患者一部負担については、被扶養者を含め2割負担に引き下げ統一する。高額療養費の負担限度額における「上位所得者」区分と上乘せ「1%」は廃止する。
  - ⑦ 子育て支援と、安心・安全な出産のため、妊娠・出産にかかる費用について健康保険の適用とし、出産一時金は廃止する。
  - ⑧ 健康保険の傷病手当、出産手当の給付率は、標準報酬月額7割に引き上げる。
  - ⑨ 特定療養費制度の廃止と新たな制度の創設に伴う、保険外診療の拡大については、患者の安全性の確保を最優先し、一定期間後に実施状況について検証する。また、その際、患者の選択に資するように、費用も含めた十分な情報提供と院外掲示・広告、本人同意、詳細な明細がわかる領収書発行等を義務づける。
- (4) 患者・被保険者の代理人として保険者機能を発揮・強化し、効率的な運営を行うため、保険者の権限を強化し、保険者規模の適正化をはかる。
- ① 保険者は、レセプト審査の強化と審査体制の拡充をはかる。被保険者への情報提供の充実、医療費通知の内容充実、本人・遺族申請によるレセプトの開示などを積極的にすすめる。また、インフォームド・コンセントについて、患者が医療への知識を高めたり、病院を選択する上で必要な情報が得られるような教育と、予防・健康相談、指導体制を強化する。また、医師・医療機関等に対する評価能力を高め、評価結果を加入者に公表する。
  - ② 医療事故や医療費の不正請求に対して、苦情処理機能と被害者委任による代理交渉権を確立する。
  - ③ 効率的な運営を行うとともに、医師・医療機関等との直接契約、費用総額をめぐる交渉権を確立する。
  - ④ 保険者に対する保険医療機関等および患者への調査権の付与をめざし、当面、都道府県の医療機関等への調査に保険者を参画させる。
  - ⑤ 審査支払機関において、レセプトの減額査定が行われた場合、保険者は患者の一部負担が1万円以下であっても医療費通知で被保険者に対し確実に通知する。また、保険者は患者が払い過ぎた患者一部負担の返還を代行する。
  - ⑥ 保険者機能の発揮・強化に向けて、保険者規模の適正化をはかる。

<政府管掌健康保険>

- 保険者を国から分離・独立し、労使代表が直接制度運営に参加する組織「健康保険基金（仮称）」を設置する。「健康保険基金（仮称）」は、全国一本の制度とし、中央・各都道府県に労使代表による運営評議会を設置する。
- 中央・各都道府県の運営評議会は、保険料率の設定や、レセプト点検、健康事業、医療機関の情報提供、相談事業などを行なう。
- 財政運営は都道府県単位とし、地域のインセンティブが働く仕組みとすると共に、各都道府県毎の保険料の一定の格差は公費で財政調整を行なう。
- 現在の国庫補助（給付費の13%）は、本来の給付費（16.4%）に引き上げた上で、これを維持する。

<健康保険組合、国民健康保険>

- 健康保険組合については、再編・整備をすすめる保険者規模の適正化をはかる。
- 国民健康保険については、都道府県の関与の在り方を明確にした上で、少なくとも第二次医療圏単位以上への広域化をはかり、財政運営の安定を確保する。また、国保の加入者が運営に参加できる体制を確立する。
- 低所得者の割合が高い国保の特性を踏まえて、保険者の再編・整備をすすめる財政の安定化をはかる。
- 国保組合については、その在り方を抜本的に見直す。現行の国保組合の公費負担は、各保険者ごとの加入者の実態や財政状況に応じたものとする。

(5) 老人保健制度を廃止し、退職者を被用者保険全体で支える退職者保険制度を創設する。また、予防・健康づくり、老人医学の研究の促進により老人医療費の適正化をはかる。

- ① 高齢者医療の対象は 70 歳以上とする。70 歳以上の高齢者の患者負担は心身の特性に対応して定率 1 割とし、「一定以上所得者」の 2 割負担は廃止する。また高額療養費については、「一定以上所得者」の区分と「1%」を廃止し、一般に統一する。償還払いは窓口払いに切り替える。
- ② 介護サービス基盤の拡充を前提に、長期入院や社会的入院を解消し、老人医療費の適正化をはかる。
- ③ 退職高齢者が被用者保険の被保険者として継続加入するため、被保険者期間が通算 25 年を超える退職者とその扶養家族を対象とする。
  - a) 給付と負担については健康保険法を適用する。保険料については、年金等収入による標準報酬月額に退職者を含む被用者健保の平均料率を乗じたものとし、事業主負担相当分は被用者健保全体が負担する。退職者の保険料は年金からの徴収とする。
  - b) 70 歳以上の高齢者の患者負担と高額療養費は、前述した高齢者医療の取り扱いと同様とする。
  - c) 「退職者健康保健制度」(仮称)の創設により、各医療機関が自立性を発揮できる基盤整備をすすめる、現行老人保健制度による財政調整制度(拠出金)は廃止する。
  - d) 老人医療給付費への公費は 5 割とし、国保と被用者保険集団の高齢者比率に応じて按分し、国保の財政安定化をはかる。
  - e) 退職者健保を含む被用者健保全体について、全被用者健保の代表者および労使代表者で構成する管理運営機関を中央と都道府県に設置する。被保険者の捕捉については、基礎年金番号を活用し、実際の制度運営に関しては政管健保の運営組織(「健康保険基金」(仮称))に委託する。
  - f) 「退職者健康保健制度」(仮称)の管理運営機関と「健康保険基金」(仮称)は中央および各都道府県それぞれの段階で密接な連携をはかりながら、予

防・健康づくり、情報提供、相談業務などの保険者機能を強化し、適切な運営にあたる。

(6) 地域におけるネットワークづくり、インフラの整備等によって、地域ぐるみ、街ぐるみの「健康プラン」を策定し、健康寿命の延伸をめざした予防・健康づくりを推進する。

① 各市町村における「健康増進プラン」の策定を義務づける。地域保健と職域保健の連携や、教育機関、企業、NPO、労働組合などが一体となり、生活習慣病等に対する総合的予防対策、健康増進施策を進める。

メンタルヘルスを含めた様々な疾病への理解と予防、対処法等についてや、医薬品などの適切な使用方法等について、企業、自治体、学校等、あらゆる場での健康教育の徹底をはかる。

② 誰もが居住地で健康相談や指導などが受けられるよう、保健所や市町村保険センターをはじめ、大規模スーパーや駅ビルなどに健康相談所を配置する。

(7) 医療・医療保険制度の効率的な運営、透明性の確保に向けて、国・都道府県の役割を強化する。

① 国が行う保険医療機関・保険医等の指定や取消の権限を強化する。

② 医療事故、診療報酬の不正請求、脱税、犯罪等による医師免許の取消や保険医療機関・保険医指定取り消しの基準を明確にし厳格に適用する。

③ 国や都道府県に寄せられた苦情や、保険医療機関・保険医等に実施した指導・監査の内容を公開する。

④ 保険医療機関・保険医の指定には診療明細のわかる領収書発行を義務づける。

以 上

## 安心と信頼の医療・医療保険制度改革のポイント

＜医療情報の公開や、医療・医薬品の安全管理対策の確立で、患者本位の医療、安心と信頼の医療を確立する＞

- \* インフォームドコンセントの義務化、セカンドオピニオンの普及推進をはかる。
- \* 本人、遺族の請求によるカルテ・レセプト開示の原則義務化の徹底。
- \* 広告規制の原則自由化と、医師の経験、技術、履歴などに関する情報開示の義務づけ。
- \* すべての医療機関における医療ミス・事故の報告と再発防止策の策定の義務づけ、および病院・有床診療所における医療安全管理委員会の設置の制度化。
- \* 正確な薬剤情報の提供と、国の責任による安全監視体制と独立した救済機関の設置。

＜医療機関の機能分担と連携強化、救急医療や小児医療体制の確立、医療従事者の質に向上により、良質で安心の医療サービスを提供できる体制を確立する＞

- \* 「かかりつけ医」の役割を明確化し、初期医療から高次医療に至る医療機関の機能分担と連携システムを構築する。
- \* 診療所の設置規制、病床規制を強化し、高額医療機器の共同利用等、実効性ある地域医療計画の策定を進める。
- \* 無医地区の解消と、産科医、小児科医、麻酔科医の不足など、診療科による偏在を解消する。二次医療圏における救急診療や、夜間・休日診療体制、小児救急医療体制等の確立を進める。地域医療支援病院を中心とした第二次医療圏における医療サービス基盤の整備をはかる。
- \* 医師国家資格の更新制導入をめざし、当面、保険医指定の更新制を導入する。「リピーター医師」などの再教育を義務づける。

＜診療報酬制度の「包括・定額化」への転換、薬価算定ルール of 明確化、透明性の確保などにより安心・信頼の医療保険制度を確立する。＞

- \* 診療報酬制度は出来高払いから「定額・包括払い」制度に転換する。薬価、医療機器・医療材料の価格設定過程はエビデンスに基づき、国民に分かりやすい仕組みに透明化する。
- \* 医療費における患者の一部負担は被扶養者を含め2割に統一する。高額療養費の負担限度額における「上位所得者」区分と上乗せ「1%」は廃止する。
- \* 妊娠・出産にかかる費用は健康保険の適用とし、出産一時金は廃止する。

＜患者・被保険者の代理人として保険者機能を発揮・強化し、効率的な運営を行なうため、保険者の権限を強化し、保険者規模の適正化をはかる。＞

- \* 保険者の再編、統合、広域化を進め、機能・権限の強化をはかる。レセプト審査体制を一層強化し、さらに医療機関との費用交渉・契約、不正請求や医療事故を起こした医療機関への調査等を可能とする体制を確立する。
- \* 政府管掌健康保険は社会保険庁から独立した公法人とし、運営機関として、労使代表が直接参加する「健康保険基金」（仮称）を設立する。

＜老人保健制度を廃止し、退職者を被用者保険全体で支える退職者保険制度を創設する。また、予防・健康づくり、老人医学の研究の促進により老人医療費の適正化をはかる。＞

- \* 高齢者医療の対象年齢は70歳とする。70歳以上の高齢者の患者負担は心身の特性に応じて定額1割とし、「一定以上所得者」の2割負担は廃止する。
- \* 介護サービス基盤の拡充を前提に、長期入院や社会的入院を解消し、老人医療費の適正化をはかる。

<地域におけるネットワークづくり、インフラの整備等によって、地域ぐるみ、街ぐるみの「健康プラン」を策定し、健康寿命の延伸をめざした予防・健康づくりを推進する。>

- \* 各市町村における「健康増進プラン」の策定を義務づける。地域における保険者の連携や、教育機関、企業、学校、NPO、労働組合も含め一体的な連携ネットワークを構築し、総合予防対策や健康増進施策を進める。
- \* 誰もが気軽に相談できる健康相談所を日常生活で利用される様々な施設に設置する。

<医療・医療保険制度の効率的な運営、透明性の確保に向けて、国・都道府県の役割を強化する。>

- \* 国が行なう保険医療機関・保険医等の指定や取消の権限を強化し、保険医療機関・保険医等に実施した指導・監査の内容を公開する。
- \* 保険医療機関・保険医の指定には診療明細のわかる領収書発行を義務づける。

## 安心と信頼の医療保険制度への改革

- 急速な高齢化の進展と老人医療費の増大。
  - 新たな高齢者医療制度の創設は、先送りが許されない課題。
  - 老人医学、予防医学による健康づくりと、高齢者の生活機能を重視した医療・介護サービスの充実による老人医療費の適正化。
- 高齢者の主な生活の場である地域をベース保健医療サービスの充実と健康事業の強化が必要不可欠。
- 地域の特性を活かした医療・介護サービスの連携体制（ネットワーク）を構築する。
- 医療費の適正化を目指し、長期的には、若年期からの生活習慣病対策や健康づくりで、国民の健康水準を引き上げる。中期的には、社会的入院の解消と在宅医療の体制整備、多剤投薬の是正などを進め、短期的にはレセプト開示などにより、不正請求の一掃をはかる。
- 国保、政管、共済、そして健保組合などの各保険者が被保険者・加入者に対する本来の役割・機能をさらに強化すべき。
- 保険者は再編、統合、広域化し、機能・権限を強化する。
  - 高齢者医療制度の独立方式化は、高齢者のみで構成する仕組みの疾病等へのリスクが高く、保険原理になじまない。この高リスク集団の保険者の選定、公費、他保険者からの拠出金等の整理が課題となる。
- 新しい高齢者医療制度については、退職者を被用者保険全体で支える「退職者健康保健制度」（仮称）を創設し、老人保健制度は廃止する。
- 政府管掌健康保険は社会保険庁から独立した公法人とし、運営機関として、労使代表が直接参加する「健康保険基金」（仮称）を設立する。

### 退職者健康保険制度（仮称）の内容

- 被保険者期間が通算して 25 年を超える退職者とその扶養家族を対象とする。
- 高齢者医療の対象年齢は 70 歳とする。70 歳以上の高齢者の患者負担は心身の特性に対応して定額 1 割とし、「一定以上所得者」の 2 割負担は廃止する。また高額療養費については、「一定以上所得者」の区分と「1%」を廃止し、一般に統一する。償還払いは窓口払いに切り替える。
- 給付と負担については健康保険法を適用する。保険料については、年金等収入による標準報酬月額に退職者を含む被用者健保の平均料率を乗じたものとし、事業主負担相当分は被用者健保全体が負担する。
- 老人医療給付費への公費は 5 割とし、国保と被用者保険集団の高齢者比率に応じて按分し、国保の財政安定化をはかる。

### 退職者健康保険制度（仮称）の保険者の具体化

#### ◆退職者健康保険制度の運営

- 実務は「健康保険基金」（政管健保）のシステムを活用する。（「健保基金」に委託）
- 中央と各都道府県に管理運営機関を設置する。被用者健保である「健保基金」（政管）、健保組合、各共済組合の代表者で構成する。
- 各都道府県の管理運営機関が、当該在住の退職者を基礎年金番号で把握する。
- 退職者の医療費を含め、当該県被用者保険医療費の総額から、自己負担分を除き、給付費総額を算出する。給付費総額を当該県全被保険者数×標準報酬で除して、その 2 分の 1 を退職者の保険料率とする。年金総額に保険料率を乗じて保険料を算出し、保険料は年金からの天引きとする。残り 2 分の 1 については、当該被用者保険全体で按分する。
- 公費は、まず 65 歳以上の国保と被用者保険加入者比率で按分する。被用者保険対象の公費で、中央の管理運営機関が全国の財政調整を行なう。
- 中央の管理運営機関は、全国の財政調整、医療費の動向などを中心に、各都道府県の管理運営機関は、保険料率の設定、各被用者保険、市区町村・都道府県との連携・調整、健康づくり、情報提供、相談業務等を行なう。

#### ◆保険者機能の発揮

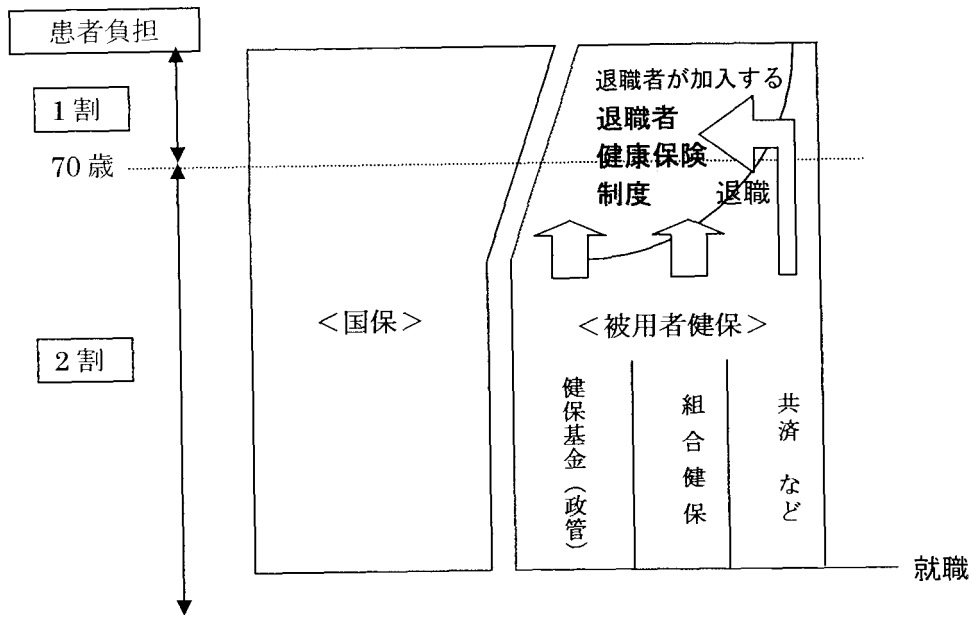
- 保険料率の設定、医療費の動向把握、検診・健康づくり、医療情報提供、医療相談体制、医療費通知発行、レセプト開示、不正医療機関に対する指導などを各都道府県の「健康保険基金」（政管）に委託して実施する。

### 政府管掌健康保険の「公法人化」（「社会保障基金」化）の仕組み

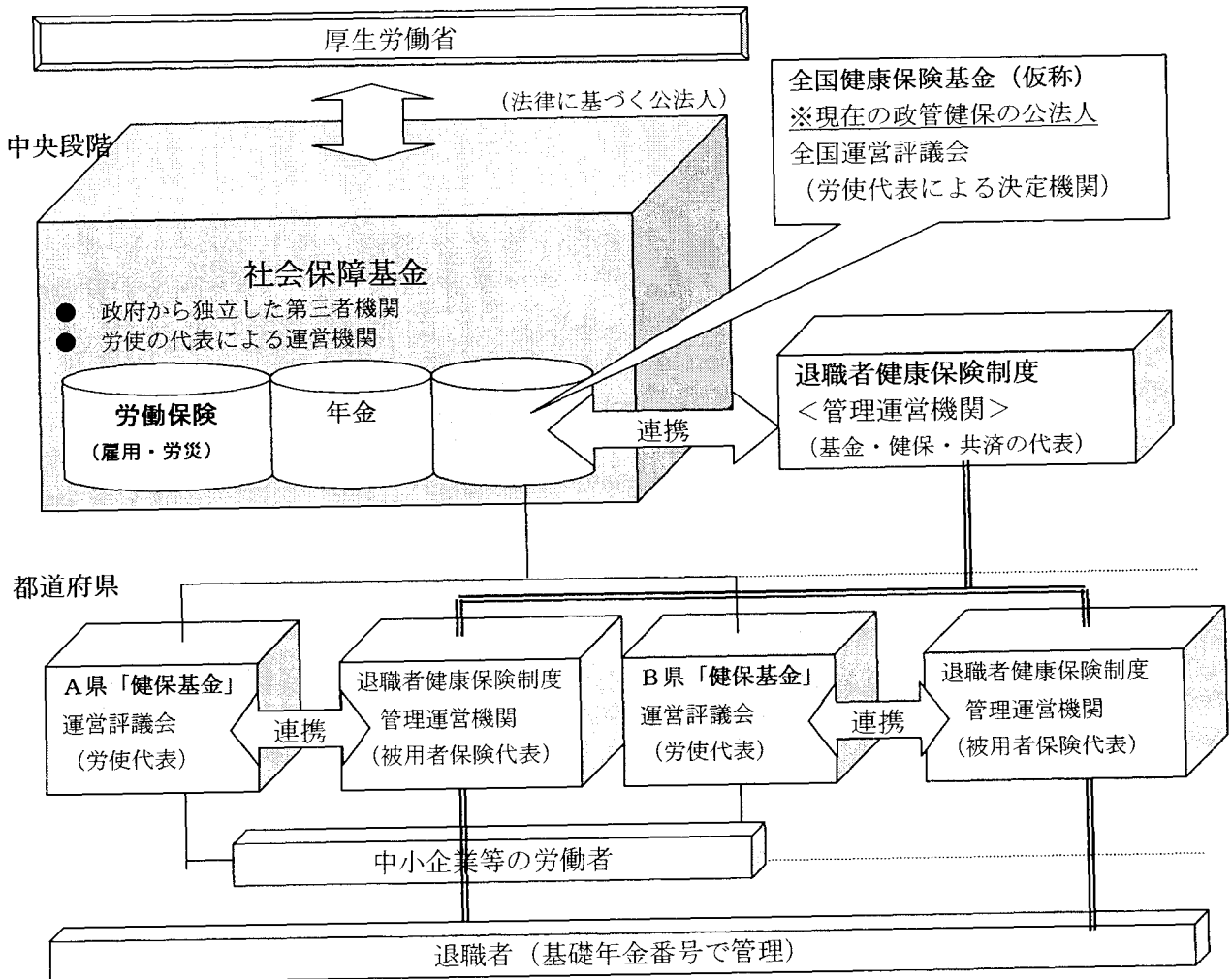
- 社会保険庁から独立した第三者機関（公法人化）とし、労使代表が直接制度運営に参加する「社会保障基金」（「健康保険基金」仮称）と位置づける。「健康保険基金」（仮称）は、全国一本の制度とし、中央・各都道府県に労使代表による運営評議会を設置する。
- 財政運営は都道府県単位とし、地域のインセンティブが働く仕組みとすると共に、各都道府県の保険料における一定の格差は公費で財政調整を行なう。
- 全国（中央）段階の運営組織（全国運営評議会）は、全国規模での財政調整や、医療費適正化対策の指導、医療改革への提言、医療情報提供の全国共同事業の運営などを行い、都道府県段階の運営組織（県運営評議会）は保険料率の設定、健康づくり、医療費通知の発行、不正医療機関の調査、他の保険者、市区町村・都道府県との連携、都道府県の医療計画策定への参画などを行なう。
- 現在の国庫補助（給付費の 13%）は、本来の給付費（16.4%）に引き上げた上で、これを維持する。



◆ 高齢者医療制度の改革 「退職者健康保険制度」(仮称)のイメージ



◆ 退職者健康保険制度と社会保障基金(健康保険基金)のイメージ



## 年齢階級別1人当り医療費の状況 (平成14年度)

年齢階級 (歳)	1人当り医療費 (円)	全国平均を100とした場合の指数 (%)
0 ~ 4	163,253	72.3
5 ~ 9	94,618	41.9
10 ~ 14	69,491	30.8
15 ~ 19	56,872	25.2
20 ~ 24	69,306	30.7
25 ~ 29	87,215	38.6
30 ~ 34	96,985	42.9
35 ~ 39	103,639	45.9
40 ~ 44	115,484	51.1
45 ~ 49	144,643	64.0
50 ~ 54	193,187	85.5
55 ~ 59	243,534	107.8
60 ~ 64	325,790	144.2
65 ~ 69	434,322	192.3
70 ~ 74	576,026	255.0
75 ~ 79	698,035	309.1
80 ~ 84	790,657	350.1
85 ~	944,183	418.0
全国計(平均)	225,861	100.0

## 年齢3区分別制度別加入者数の状況(平成14年度)

	全 国		市町村国保		政管健保		健保組合	
	加入者数	割 合	加入者数	割 合	加入者数	割 合	加入者数	割 合
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)
0歳～54歳	87,049	100.0	20,378	23.4	28,675	32.9	26,600	30.6
55歳～74歳	30,344	100.0	17,984	59.3	6,245	20.6	3,550	11.7
75歳以上	10,044	100.0	7,381	73.5	1,312	13.1	588	5.9
合 計	127,435	100.0	45,743	35.9	36,232	28.4	30,738	24.1