

新たな高齢者医療制度の創設を含む 医療制度改革に向けての提言

〔概 要〕

平成17年7月

健康保険組合連合会

〔問い合わせ先〕

保険者の再編・統合関係-----共同事業部 03-3403-0576
医療提供体制、診療報酬体系関係----医 療 部 03-3403-0987
上記以外-----企 画 部 03-3403-0921

健康保険組合連合会では、本年3月の理事会で承認された本提言について、その後、全国で開催した説明会における会員組合からの意見等を踏まえ、今般、下記のとおり、とりまとめた。

・医療保険制度の持続安定性の確保について

(1) 医療費総額抑制の必要性

医療保険制度の持続安定性を確保するためには、国民の負担力と調和のとれた国民医療費となるよう不断の対策が不可欠である。高齢化の進展等に伴い、今後も急速に医療費が増え続ければ、将来的には、保険料でその負担増を賄うことが困難となり、保険者が支払不能状態となって予算制導入さえも検討せざるを得ない状況に陥ることが懸念される。そのため、医療費は、医療の質と安心・安全性を担保しつつ、中長期的視点に立ち、政策に裏打ちされた目標の下で適正化を図っていくことが重要である。

(2) 医療費総額抑制にあたっての基本的考え方

医療費総額については、国民経済の動向などを考慮した国民合意に基づく一定の政策目標を設けることが重要であり、この目標を達成するため、医療費を構成する分野ごとに、具体的な適正化方策を策定し、効果的な施策を実行することで医療費総額の増大に歯止めをかけていくことが必要と考える。

・医療保険制度体系について

1. 制度体系等の基本的なあり方

(1) 社会保険方式の堅持

(2) 保険者機能の発揮

(3) 保険医療分野におけるIT化の促進

2. 新たな高齢者医療制度

(1) 基本的な考え方(制度運営に費用負担者が参画することが前提)

一般医療保険制度とは別建ての制度とする。

不合理な拠出金制度は廃止し、保険者機能を発揮し医療費適正化に対するインセンティブが働く仕組みとする。

若年者の5倍弱となっている高齢者一人当たり医療費を例えば3倍程度に縮小させるといった目標を掲げ、具体的な抑制に取り組む必要がある。

少子・高齢社会においては、高齢者医療費に対する若年者の保険料による支援は、公平な負担の観点からも、消費税等による公費の適切な導入が前提となる。

(2) 制度の概要

保険者と運営調整機構

- 一定規模や地域特性を考慮した広域的な市町村の区域を対象とし、市町村行政から独立した公法人とする。
- 「高齢者医療制度運営調整機構」(仮称)を設置し、費用負担者などが参画して運営にかかる主要事項(保険料及び国費等の配分や保険運営基準の策定等)を協議・決定する。

被保険者と受給者

- 65歳以上の者を高齢被保険者、一定年齢以上65歳未満の者を若年被保険者とし、受給者は高齢被保険者とする。

財源構成

- 医療給付費の5割を公費負担、残りを高齢被保険者と若年被保険者の保険料負担(高齢被保険者と若年被保険者の人数比で按分)とする。
- 患者一部負担は、原則2割負担(高所得者3割、低所得者に要配慮)とする。

若年者保険料

- 世代間扶養に基づく保険料負担であること、その賦課・徴収を一般医療保険制度に委任するものであることを明確にする。
- 被用者保険と国民健康保険の若年者数で按分したうえで、被用者保険では、その負担総額を若年者の報酬総額で除した率を算定基準とする。
- 事業主負担については、一般医療保険制度と同様に原則、折半とする。

3. 一般医療保険制度のあり方

(1) 健康保険組合の再編と事業の共同化について

健保組合は保険者機能強化の観点から、事業の共同化や再編・統合に自主的に取り組むことにより、保険基盤の強化を図り、保険者としての活動能力を高める必要がある。

健保組合の保険者機能発揮を促進するために、事業の特性に応じた事務及び事業の共同化を進めることが必要である。

保険者機能の発揮が難しい健保組合は、自主的な判断のもとに総合組合や資本等の関係がある健保組合などとの統合により、保険基盤の強化に取り組む。再編・統合を容易にするため、設立認可基準や事業所編入基準、または組合規約の変更を弾力的に行えるよう緩和を求める。

統合や事業の共同化について、統合時に発生する過大なコストの負担軽減を図る。合併後、組合運営の特例(財産の取扱、保険料率、保険料率の負担割合等)を認める - などの支援措置、支援策を講ずる。

これら保険者機能の強化策を推進するため、運営努力へのモチベーションを高めるような環境の整備や制度的・財政的な支援策・誘導策について、引き続き検討する。

- (2) 健康保険組合における保健事業等への取り組みについて
被保険者等の利益を代表する立場から地域医療計画や健康増進計画の策定への参画などにより、地域医療の充実と医療費適正化に向け取り組む。
保健福祉事業について、事業の共同化によりその効率的、効果的な運営を行う健康開発共同事業を、保健事業関連の各種指針などを十分に踏まえ、生活習慣病対策に重点を置いた事業を一層推進する。
- (3) 政府管掌健康保険の再編について
保険者機能の強化を図る観点から、監督行政と政管健保の運営とを分離する。
保険者は公法人とし、自主性・自律性のある組織とする。
保険料率、予算、保健事業を含む事業計画などは、加入者の意向を反映して決定し、効率的に事業を執行する体制を構築する。
新しい組織運営の中で、国庫負担や被用者保険の受皿機能についても今後検討する。
- (4) 国民健康保険制度の改革について
医療保険制度の一本化を想定した年齢構成調整など制度間財政調整は、保険者機能の発揮を前提として発展してきたわが国独自の医療保険制度を否定するものであり反対である。
保険者を行政から独立させた公法人とし、保険者機能発揮のための基盤強化を図るとともに、国及び都道府県のより積極的な関与が重要である。
都道府県及び市町村の役割、国の責任について明確にする。
国民健康保険組合に対する国庫補助については早急に根本的な見直しを図るとともに、被用者保険としての実態のある国保組合については組合管掌健康保険とすべきである。

・ 医療提供体制の効率化と質の向上について

- (1) 医療計画について
病床機能に着目した機能分化・連携の促進
効率的・効果的な医療機関再編成の検討の必要性
介護保険事業計画等との整合性と社会的入院の解消
実態に合った二次・三次医療圏の的確な見直し
医療計画等の策定過程への健保組合等、保険者の関与
大都市圏における過当競争に起因する過剰な高額医療機器設置の是正
- (2) 医療従事者の需給と資質の向上について
医療従事者の地域・診療科などにおける偏在の是正と適正な配置
医・歯学部の入学生定員の削減・大学の再編統合
医師・歯科医師国家試験の受験回数制限、不適格医師・歯科医師の免許取り消しなど、処分の厳格化

生涯教育制度の義務化、医師・歯科医師免許の更新制度の導入、保険医の定年制の導入

- (3) 新医師臨床研修制度について
 - 指導医 1 人当たりの研修医数への配慮と指導内容の実態把握
 - 医局制度・医師派遣制度等、大学病院の改革
 - 制度創設（ 16 年 4 月）後のフォローアップと改革に向けたフィードバック

- (4) へき地を含む地域における医師の確保等の推進について
 - 都道府県における実効ある具体的施策の検討・実行
 - 医療計画制度の見直し議論とのリンク
 - 大学医局制度に代わる新たな医師派遣システムや医学教育のあり方の検討の必要性
 - 地域が主体となった積極的な取組みの必要性
 - 医師のライフサイクルも勘案した幅広い観点からの検討の必要性

- (5) 適正な保険診療（不正請求の防止等）の推進について
 - 監督行政機関の連携と指導・監査の体制強化
 - 不正請求された診療報酬の医療保険者への速やかな返還、医療機関側の保険診療に対する意識改革の必要性

- (6) いわゆる「混合診療」について
 - 医学的エビデンスと保険財政の両面からの検証の必要性
 - 特定療養費制度の手続き等の一層の簡素化・迅速化の必要性
 - 医療行為と直接関係ないサービスについては、透明性の確保を前提に積極的に検討すべき

- (7) 医療機関情報の提供について
 - 「病院情報」提供事業（ぽすぴたる！）を中心とした情報提供の拡大
 - 医療に関するデータベース及び標準的ガイドラインの設定普及の促進
 - 医療機関の広告規制の原則ネガティブリスト化
 - 医療機関の施設基準等行政情報の開示
 - 医療機関の領収明細書発行の義務化
 - インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンの推進に向けた環境整備
 - カルテ・レセプト開示の原則の徹底

- (8) その他（終末期医療＝ターミナルケア）
 - 不合理な医療の排除等による、医療費適正化の促進
 - 複数の医師による診断が下せる体制の確立
 - 介護施設・在宅等での看取り医療の促進

- リビングウィル（尊厳死宣言書）の普及
- 終末期医療に関する医学教育の充実

・ 診療報酬体系の見直しについて

1. 基本的考え方

（簡素化・合理化の促進、出来高払いの是正、包括払い定額払い方式の拡大）

2. 診療報酬体系の見直しにおける重点事項

（経済状況に見合う医療費レベルに抑止）

（1）急性期入院医療について

- 蓄積データの整備・分析体制の強化、評価・検証の充実に図り、診断群分類をより精緻化させ、DPCの普及と一層の適用病院の拡大を図るべきである。

（2）急性期以外の入院医療について

- 亜急性期から回復期、慢性期まで急性期以外の入院医療については、患者の重篤度等、特性（ケースミックス）に応じた包括払い方式（日本版RUG分類など）の早期導入を図るべきである。併せて、社会的入院の是正策、介護から医療へのいわゆる“患者の逆流”防止対策についても同時並行して検討されるべきである。

（3）外来医療について

- 外来医療についても包括化の検討が促進されるべきであるが、当面、現行の診療報酬点数テーブルでの包括化を早急に図るべきであり、特に初診料・再診料体系の見直しに焦点をあてるべきである。さらに、いわゆる「かかりつけ医」・「専門医」の定義の明確化と診療報酬上の位置づけや、諸外国で導入されている医療保険による償還払いの検討も行われるべきである。

（4）薬価基準制度・調剤報酬について

- 医薬分業や「かかりつけ薬局」のあり方、それとリンクする関係にある薬価基準制度・調剤報酬体系の見直しを早急に検討するべきである。また、後発医薬品の使用促進、代替調剤の導入についても併せて検討するべきである。

新たな高齢者医療制度の創設を含む 医療制度改革に向けての提言

平成17年7月

健康保険組合連合会

- 目 次 -

はじめに	1
. 医療保険制度の持続安定性の確保について	3 ~ 4
(1) 医療費総額抑制の必要性	3
(2) 医療費総額抑制にあたっての基本的考え方	3
. 医療保険制度体系について	4 ~ 10
1. 制度体系等の基本的なあり方	4
(1) 社会保険方式の堅持	4
(2) 保険者機能の発揮	4
(3) 保険医療分野におけるIT化の促進	5
2. 新たな高齢者医療制度	5
(1) 基本的な考え方	5
(2) 制度の概要	5
3. 一般医療保険制度のあり方	7
(1) 健康保険組合の再編と事業の共同化について	7
(2) 健康保険組合における保健事業等への取り組みについて	8
(3) 政府管掌健康保険の再編について	9
(4) 国民健康保険制度の改革について	9
. 医療提供体制の効率化と質の向上について	10 ~ 13
(1) 医療計画について	10
(2) 医療従事者の需給と資質の向上について	11
(3) 新医師臨床研修制度について	11
(4) へき地を含む地域における医師の確保等の推進について	12
(5) 適正な保険診療(不正請求の防止等)の推進について	12
(6) いわゆる「混合診療」について	12
(7) 医療機関情報の提供について	13
(8) その他	13
. 診療報酬体系の見直しについて	13 ~ 15
1. 基本的考え方	13
2. 診療報酬体系の見直しにおける重点事項	14
(1) 急性期入院医療について	14
(2) 急性期以外の入院医療について	14
(3) 外来医療について	14
(4) 薬価基準制度・調剤報酬について	15
おわりに	15

はじめに

わが国の社会保障制度は、少子・高齢化の急速な進展と低成長の経済基調を背景に、給付と負担、制度の持続性についての将来展望が描ききれず、国民の制度に対する信頼感は大きく低下し、国民の将来への不安を助長している。政府は、医療、年金、介護、福祉の各制度を一体的に見直し、国民生活を安定的に支える制度として再構築すべく検討を進めているが、増大し続ける高齢者医療費問題に長年直面してきた本会も、この一体的見直しに基づく制度改革の早期実現を強く求めるものである。

本会は、医療制度改革について、平成11年に「21世紀の国民の健康と医療の確保を目指して - 医療保険制度構造改革への提言」を公表したが、それ以降も、

12年の介護保険制度の創設、13年の第4次医療法改正と14年の広告規制緩和、医療提供体制の効率化・診療報酬にかかる包括報酬制の導入・体系の合理化などに向けた12年以降3度にわたる診療報酬等の改定、13年の総合規制改革会議の設置による医療制度分野における規制改革、14年の健康保険法等の改正、近時における介護保険制度の見直しなどに対応して幾多の制度改革に当たったの考え方と具体的提案を行ってきた。この間、本会の主張に沿った改革・改善も行われてきたが、その成果は部分的なものにとどまり、提案の多くは未だ実現を見ていない。特に、患者中心の医療の実現、保険・医療全般にわたるIT化や保険者機能の強化の改革に向けた歩みは鈍く、中でも、われわれが強力に取り組んできた老人保健制度並びに退職者医療制度に代わる新たな高齢者医療制度については創設に至っていない。

今後の医療制度改革については、15年3月に「基本方針」が閣議決定され、医療保険制度体系のあり方・新たな高齢者医療制度の創設については社会保障審議会・医療保険部会で、診療報酬体系のあり方については中央社会保険医療協議会でそれぞれ審議されている。また、医療提供体制の見直しについても、15年8月に厚生労働省が公表した「医療提供体制の改革ビジョン」に基づき社会保障審議会・医療部会で審議されている。これらの検討はいずれも18年度からの医療制度改革を視野に進められている。一方、社会保障制度の一体的見直しについて、経済財政諮問会議や社会保障の在り方に関する懇談会においても精力的に検討が行われている。また、中央社会保険医療協議会のあり方や社会保険庁のあり方についても、それぞれ検討の場が設けられている。本会としてもこれらの動向を注視しているところである。

18年度からの医療制度改革を真に抜本的、かつ画期的なものとし、制度の持続安定性を確保するためには、医療の質の確保を前提として、医療費総額の抑制を中長期的視点に立ち政策に裏打ちされた目標の下で、医療提供の効率化とこ

れを支える診療報酬体系の簡素・合理化、生活習慣病対策などの保健事業の徹底、これら実施施策の検証・評価とそれに基づく施策の見直し - などを行うことにより、その達成を図ることが不可欠である。これによりはじめて患者、保険料負担者、公費の負担について国民の合意が得られ、確固とした医療保険制度が構築できると考える。このため、本会は、かねてからの提言・提案を踏まえ、制度改革の促進に向けてテーマごとに設置されたワーキンググループなどにおいて鋭意検討した結果を、今般「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」としてまとめたところである。とりわけ、高齢者医療制度に対する本会の新たな提言は、改革を早期に実現する観点からまとめたものであり、今後の医療制度改革の検討がより具体的に、また検討の促進が図られることを強く期待するものである。

．医療保険制度の持続安定性の確保について

(1) 医療費総額抑制の必要性

国民の信頼に足る患者中心の医療を実現するには、少子高齢社会においても持続安定性が確保された医療保険制度とすることが大前提である。

そのためには、国民の負担力と調和のとれた国民医療費となるよう不断の対策が不可欠である。高齢化の進展等に伴い、今後も急速に医療費が増え続ければ、将来的には、保険料でその負担増を賄うことが困難となり、保険者が支払不能状態となって予算制導入さえも検討せざるを得ない状況に陥ることが懸念される。そのため、医療費は、医療の質と安心・安全性を担保しつつ、中長期的視点に立ち、政策に裏打ちされた目標の下で適正化を図っていくことが重要である。

これまで行われてきた単なる財政支出削減対策の観点からの抑制策は、医療保険制度への国民の信頼を損ね、根本的な問題解決とはならない。なお、制度の持続性や安定性の観点からも、医療費に対する必要な公費財源の確保と適切な投入が重要である。

(2) 医療費総額抑制にあたっての基本的考え方

医療費総額については、国民経済の動向、人口動態、適切な医療の確保の観点などを考慮した国民合意に基づく一定の政策目標を設けることが重要である。この目標を達成するためには、医療費を構成する分野ごとに、例えば、入院・外来・調剤医療費や高齢者医療、医療費の地域格差などについて具体的な医療費の適正化方策を策定し、効果的な施策を実行することで医療費総額の増大に歯止めをかけていくことが必要と考える。

政策目標ならびに医療費を構成する各分野の適正化方策については、その効果を含めて体系的かつ相互に連携させて設定する必要がある。本会としても今後検討を深めることとするが、政府は責任を持って早急に具体策を国民に提示しなければならない。なお、機械的手法で一律的・強制的に医療費抑制を行う方式の導入には慎重であるべきである。

政策目標は、概ね5年間程度を単位とし、その実現に必要な具体的提案と目標とする適正化効果を明確にする。毎年度、実施した医療費適正化施策について、検証を行う仕組みを構築するとともに、関係情報を的確に開示し、定期的に中間的な状況を検証・評価を行うローリング方式により政策目標及び必要な適正化施策の見直しを行う。

政策目標を達成する効果的な施策の実施と検証を行うためにも、医療の標準化、IT化は必須であり、とりわけ、医療情報の標準化、データベースの構築、情報開示などの基盤整備を進める必要がある。また、政策目標・適正化方策の設定や検証にあたっては、医療分野の当事者である医療保険者の参

画する実効性のある仕組みの構築が必要である。

したがって、関連制度改正の実施、具体的な適正化施策については、遅くとも14年の法改正等の効果が消える20年度までに実施する必要がある。併せて、保健事業及び医療の効率化による医療費適正化の効果は短期的に期待できるものではない。そのため、今から「団塊の世代が高齢期に達する2015年」、「高齢化のピークとされる2025年」を見据え、中長期的視点に立ち医療提供体制の改革を含む適正化施策を進める必要がある。

．医療保険制度体系について

1．制度体系等の基本的なあり方

(1) 社会保険方式の堅持

効率的で質の高い国民医療を確保していくためには、社会保険方式に基づく保険者機能の発揮が重要と考える。本会が提案する新たな高齢者医療制度の創設により、若年者を対象とする職域、地域別の一般医療保険制度と高齢者医療保険制度との体系が整理され、それぞれの保険者がその機能を適切に発揮し、自律的・主体的に運営することによって国民皆保険体制が堅持されるものとする。従来から、本会が強く主張しているように制度の一本化に通じる制度間の財政調整には絶対反対である。

(2) 保険者機能の発揮

保険者機能の強化・発揮の方向性は、「患者中心の医療」の実現にある。このためには、医療提供者による医療機関情報の公開やカルテの開示などインフォームド・コンセントの徹底とともに保険者による医療機関や医療に関する基本情報の提供、医療費通知などを通じて医療機関等の選択を含む適切な受診を支援することが重要である。さらに、健診情報や医療費情報の分析などにより加入者の健康問題を適切に把握し、保健指導、受診指導を含む加入者自らによる自己健康管理を支援するなど、加入者の健康増進と疾病予防に重点を置いた事業の展開を図る。この加入者の特性に応じた適切な保険運営とともに各保険者は共同若しくは連携して保健事業や医療費適正化事業に取り組む必要がある。

また、地域特性に基づく診療報酬などの契約、医療機関や患者への調査権、保険医療機関に対する指導・監査への参画などの権限も、保険者に付与することが重要である。

なお、レセプトの審査は、本来、保険者固有の権能であり、保険者自らの審査を前提として、その審査・支払いを保険者の選択により、社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険団体連合会などに委託できるようにすべきである。

(3) 保険医療分野におけるIT化の促進

「患者中心の医療」の実現に向けた関係者の取り組みを可能とするためには、医療情報の共通化・標準化・データベース化、カルテの電子化、被保険者証のカード化と資格確認システム、診療報酬体系の簡素化(レセプト様式の見直し、レセプト電子請求の拡大促進と受け皿の整備)など保険運営におけるIT化による情報基盤の整備が不可欠であり、その促進に向けた施策が講じられなければならない。

2. 新たな高齢者医療制度

(1) 基本的な考え方

新たな高齢者医療制度は、制度運営に費用負担者が参画することを前提として、次の4点を重要事項と位置づけてその実現を図る。

老齢年金受給者に対する医療保障等の観点から、65歳以上の高齢者を対象に医療給付を行う制度と65歳未満の若年者に対する医療給付を行う一般医療保険制度を別建ての制度としたうえで、各制度の自律と相互の関連を明確にした制度構成とする。

現行の老人保健制度や退職者医療制度は、医療費負担を制御できないように、高齢者の医療費に対する若年者負担の明確な位置づけがないままに、各医療保険者に対し一方的に賦課、徴収する仕組みとなっており、不合理な拠出金制度は廃止する。

新しい高齢者医療制度では、現行拠出金制度ではなし得なかった保険者機能を発揮し医療費適正化に対するインセンティブが働く仕組みとする。また、若年者負担を高齢者医療保険制度において明確に位置づけ、運営責任主体となる保険者を明確にすることで、若年者の負担に関わる一般医療保険制度の役割を納得できるものとする。

若年者負担が過度とならない制度設計とするためにも、現在、若年者の5倍弱となっている高齢者一人当たり医療費を例えばフランス、ドイツ並みの3倍程度に縮小させるといった目標を掲げ、長期の社会的入院の解消等、具体的な抑制に取り組む必要がある。

少子・高齢社会においては、高齢者医療費に対する若年者の保険料による支援は、公平な負担の観点からも、消費税等による公費の適切な導入が前提となる。

(2) 制度の概要

保険者と運営調整機構

- 保険者は、都道府県単位で構成するという動向を念頭に置きつつ、保険者機能の発揮、運営の主体性と安定性を見地から、高齢被保険者の一定

規模や地域特性を考慮した広域的な市町村の区域を対象とし、市町村行政から独立した公法人とする。保険運営の意思決定は、高齢被保険者、当該地域の行政、労使など若年被保険者の代表による「組合会」において行うとともに厳正な監査機関を設ける。

- 「高齢者医療制度運営調整機構」(仮称)を設置し、高齢者医療制度の費用負担者などが参画して運営にかかる主要事項を協議・決定することにより、負担決定の透明性と合理的保険運営を確保するとともに医療費適正化などを基軸に保険者機能の推進・改善を図る。
- 同機構は、高齢者及び若年者の保険料算定方式や保険運営基準の策定、各年度の保険給付見込額と保険料負担額の決定、若年者保険料及び国費等の高齢者医療保険者への配分並びに各高齢者医療保険者の保険運営の評価及び指導など高齢者医療制度全体の管理運営・調整を行う。

被保険者と受給者

- 被保険者は、自助と世代間扶養の双方から成り立つ社会保険制度とするとの観点から、65歳以上の者を高齢被保険者、65歳未満で稼得年齢等を考慮し、一定年齢以上の者を若年被保険者とし、受給者は高齢被保険者とする。

財源構成

- 公費負担の重点投入は、高齢者、若年者の負担可能な保険料水準、制度の持続性確保の観点から不可欠であり、税制・財政改革の下で消費税等による公費財源の安定的な確保を図る。公費負担割合は、医療給付費の5割を目途とする。
- 患者一部負担は、年金給付や高齢者の医療及び介護の保険料水準、高齢者の受療行動を考慮する必要があるが、現役世代との均衡を図ることが高齢者医療を支える負担者の理解を得る条件となる。この観点から患者の一部負担は、原則2割負担(高所得者3割)を視野に引き上げることとする。また、ホテルコスト等については、介護保険制度との整合性を図る。なお、低所得者に対しては、別途適切な水準で設定する。
- 保険料は、医療給付費から公費負担額を控除した額について、高齢被保険者と若年被保険者の人数比で按分して、それぞれが負担する。
- 保険者及び運営調整機構の運営費用は、簡素・効率的な組織運営を行うことを前提として、医療給付費負担の財源構成と同様に、公費、高齢被保険者と若年被保険者の保険料で賄うものとする。

高齢者保険料

- 各高齢者医療保険者が高齢被保険者の負担すべき医療給付額について、均等割と所得割を基本とする保険料算定基準に基づいて設定する。徴収は、年金給付からの源泉徴収を原則とする。

若年者保険料

- 高齢者医療保険法（仮称）において、高齢者医療費を賄う若年者負担金は、世代間扶養に基づく保険料負担であること、その賦課・徴収を一般医療保険制度に委任するものであることを明記する。その上で、一般医療保険制度である被用者保険・国民健康保険のルールに基づいて医療保険者が、いわば徴収代行を行うこととする。
- 若年者負担額の算定方法は、若年被保険者が負担する高齢者の医療給付額について、被用者保険と国民健康保険の若年者数で按分したうえで、被用者保険では、原則としてその負担総額を若年者の報酬総額で除した率を算定基準（現行の政管健保に対する国庫補助水準の維持とその投入が前提）として一般医療保険者が徴収する。事業主負担については、一般医療保険制度と同様に原則折半とする。また、国民健康保険においても全国共通の基準に基づき算定し徴収する。
- 若年者負担額が過度とならないよう上限設定が必要となるが、その水準などの設定に当たっては、今後の高齢者医療費の推移を勘案し、さらに引き続き検討を行うこととする。

3. 一般医療保険制度のあり方

(1) 健康保険組合の再編と事業の共同化について

産業構造・就業構造の変化、経済の国際化、医療を取り巻く情勢などは、これまでの健康保険組合（以下「健保組合」という。）の存立基盤に大きな変化を生じさせている。同時に、医療保険者に対し、保険者機能の発揮が強く求められる等健保組合のあり方も変わってきている。こうした状況を踏まえて、健保組合は保険者機能強化の観点から事業の共同化や再編・統合に自主的に取り組むことにより、保険基盤の強化を図り、保険者としての活動能力を高める必要がある。

健保組合の保険者機能発揮を促進するために、例えば、

イ．基幹事務等を健保組合間で共同処理することで事務の効率化が見込まれる事業

ロ．家族の健診や保健指導など医療費適正化に資する保健事業として、地域の健保組合間や都道府県連合会などで共同実施した方が効率的な事業

ハ．医療・医療機関情報の提供など全国レベルでの共同事業

など、それぞれの事業の特性に応じた事務及び事業の共同化を進めることが必要である。

また、保険者機能を発揮するには、保険基盤の安定が不可欠である。規模の小さい健保組合や財政が逼迫している健保組合で、保険者機能の発

揮が難しい健保組合は、自主的な判断のもとに総合組合や資本等の関係がある健保組合などとの統合により、保険基盤の強化に取り組む。

さらには、再編・統合を容易にするため、多様な形の健保組合を認め、同一の保険者を組織することに合意した「単一の企業（事業所）または企業群（事業所群）」の健保組合が可能となるよう設立認可基準や事業所編入基準、または組合規約の変更を弾力的に行えるよう緩和を求めめる。

統合や事業の共同化について次の支援措置・支援策を講じるべきである。

- 統合時に発生する過大なコスト（基幹システムの統合費用等）の負担軽減を図る。
- 合併後、経過的に一定年間において、組合運営の特例（財産の取扱、保険料率、保険料率の負担割合等）を認める。
- 基幹事務・事業を効率的に共同処理できる根拠を健康保険法に明記する。
- 事務・事業の共同実施への初期費用等を補助する。

これら保険者機能の強化策を推進するため、運営努力へのモチベーションを高めるような環境の整備や制度的・財政的な支援策・誘導策について、引き続き検討する。

政府が提案する地域型健保組合は、引き続き検討を加える必要がある。

（２）健康保険組合における保健事業等への取り組みについて

健保組合においては、従前より組合方式のメリットを生かして健保組合の実状に応じて様々な保健福祉事業を展開してきた。さらに近時の「健康増進法」の制定に対応して「健康増進事業実施者」として健康教育や健康相談等の健康の増進のための事業を積極的に推進するよう努めているところである。

また、今般の医療保険制度改革の検討において、「地域における医療費適正化の取り組み」として保険者をはじめとする地域の関係者の協力の必要性が指摘され、「保険者協議会」の設置による地域の医療費特性の把握と効果的な対応策を実施することとされている。

本会としては、これら医療費適正化に向けた保健事業等の取り組みの具体的な対応については次のとおり考える。

サービス受給者である被保険者等の利益を代表する立場から都道府県における地域医療計画や健康増進計画の策定への参画などにより、地域医療の充実と医療費の適正化に向けて取り組む。

「保険者協議会」については、基本的には賛成であり、実効性のある事業への取り組みとなるよう協力していくこととする。しかし、政府による類似の協議会が多数あり、この整理統合が必要である。

国は、保険者による医療費の分析・評価のために全国及び地域の疾病特性と医療費に関する「ものさし」となる基本資料を社会保険診療報酬支

払基金や国民健康保険団体連合会のデータを活用して作成、提示する必要がある。

健保組合が先導的に実施してきた保健福祉事業について、事業の共同化によりその効率的、効果的な運営を行う健康開発共同事業を、国が進める国民健康づくり運動「健康日本21」や健康増進法及び保健事業関連の各種指針などを十分に踏まえ、保健師等専門スタッフの活用を図りながら生活習慣病対策に重点を置いた事業を一層推進する。

一次予防に寄与する保健予防体制の確立に向けて、健康教育、保健指導及び健康相談と健診事業との一体的進め方や効果的な保健事業の実施・評価方法等について、健康フロンティア戦略関連事業との整合性を図りながら検討、開発を行う。

(3) 政府管掌健康保険の再編について

政府管掌健康保険（以下「政管健保」という）の再編は、健保組合の運営に少なからず関係が生ずるので、この点を踏まえ、次のとおり考える。

保険者機能の強化を図る観点から、監督行政と政管健保の運営とを分離する。

政管健保を運営する保険者は公法人とし、自主性・自律性のある組織（選任による執行機関、加入者の代表からなる意思決定機関、監査機関を配置）とする。

保険料率、予算、保健事業を含む事業計画などは、加入者の意向を反映して決定し、運営に責任を負う専任の理事が効率的に事業を執行する体制を構築する。

新しい組織運営の中で、国庫負担や被用者保険の受皿機能についても今後検討する。

(4) 国民健康保険制度の改革について

国民健康保険については、保険者が公営・小規模であること、国庫補助負担金のあり方及び保険料収納率や給付費適正化事業などについて種々指摘されてきたところであり、今後の制度改革において、次の考え方に沿った改革を促進することが重要と考える。

医療保険制度の一本化を想定した年齢構成調整など制度間財政調整は、競争の働かない国家統制的な仕組みを目指すものであり、保険者機能の発揮を前提として発展してきたわが国独自の医療保険制度を否定するものであり反対である。

高齢者医療を切り離すことにより最も大きな影響を受ける市町村国民健康保険については、保険者を行政から独立させた公法人とし、保険料の適正な設定と保険料未納者に対する収納対策の強化、IT化等による給

付管理、レセプト点検、効果的な保健事業の実施など、保険者機能発揮のための基盤強化が必要であり、国及び都道府県のより積極的な関与が重要である。

再編・統合は、保険運営の主体性と安定性の確保の観点から推し進めるべきである。

給付費に対する都道府県負担の導入などを踏まえ、都道府県及び市町村の役割、国の責任について明確にする。

保険者の対象区域や保険運営組織などについては、高齢者医療保険者等との整合性を念頭に置いて検討する。

国民健康保険組合(以下、「国保組合」という)に対する国庫補助については、早急に根本的な見直しを図るとともに、被用者保険としての実態のある国保組合については組合管掌健康保険とすべきである。

・医療提供体制の効率化と質の向上について

医療提供体制の課題は広範かつ多岐にわたり、それらの課題は相互に関連するとともに、医療保険制度や診療報酬制度とも密接不可分の関係にある。したがって、医療費適正化の観点からは、例えば「医療連携体制」が構築されることによって、重複診療などのムダの排除、高額医療機器の共同利用や、入院日数の短縮などが期待されるとともに、同時に診療報酬体系の面からも効率化のインセンティブが働くような見直しが必要である。本会は、このように診療報酬体系を見据えながら、医療費適正化へ繋がる医療提供体制の効率化とあわせて質の向上について、次のように考える。

(1) 医療計画について

医療機能の分化と連携を促進するため、一般病床がさらに急性期・亜急性期・回復期リハビリテーションなどに機能分化されるよう、インセンティブが働く診療報酬体系が導入されるべきである。

医療機能の確保と連携の観点から、医療機関の再編成が効率的・効果的に行われるよう、地域において十分な検討と調整がなされたうえで、決定されるべきである。

介護保険事業計画や障害者プランとの整合性ある連携を医療計画に、明確にするべきである。また、社会的入院の解消へ向けての対応等を講じる必要がある。

二次医療圏を地域の実態に合うよう、的確に見直すべきである。また、三次医療圏における医療機能の整備については、医療資源の効率的活用の観点から、圏域を越えた柔軟な対応も可能とするべきである。

医療計画の策定にあたっては、地域の医療提供体制の効率化と質の向上を念頭に置きつつ、地域における医療の特性が十分に検討されるべきであり、都道府県に設置されている医療審議会はもとより、「医療連携体制」を構築する際にも、地域で中心となって医療連携体制の構築に向けて調整する組織等における計画・策定過程において健保組合等の各保険者も積極的に関与していくべきである。

大都市圏における医療機関の集中により、高額医療機器の無意味ともいえる導入競争が行われているが、その設置・稼動状況についてのデータ収集、継続的モニタリング等を行うことにより、過大な導入競争の是正、共同利用の推進が図られるべきである。

上記事項については、18年度に予定される第5次医療法改正に伴う、医療計画制度改革においてその実現を期すべきである。

(2) 医療従事者の需給と資質の向上について

医療従事者の需給については、チーム医療の観点から総合的な検討を行うべきである。また、医療従事者の地域偏在の是正と適正な配置が必要なことから、医療計画の見直しにあたっては実効ある施策を具体的に盛り込むべきである。

医・歯学部の入学定員の削減を徹底するとともに、大学の再編統合等についても検討されるべきである。

医師・歯科医師国家試験の受験回数に制限を加えるべきである。医の倫理に反する事例に対して、医師免許の取り消しをはじめ厳正な処分を行うべきである。

生涯教育の義務化、免許更新制の導入を図るべきである。また、適正な保険診療の観点から、保険医の定年制を設けるべきである。

(3) 新医師臨床研修制度について

指導医1人が受け持つ研修医数については十分配慮することとし、必修化後においても医療の質が低下しないよう指導内容の実態を把握するべきである。

臨床研修の必修化にともなう大学病院の改革(医局制度、医師派遣制度)についても具体的に示されるべきである。

新医師臨床研修制度創設(16年4月)後の状況把握と検証を早急に行い、新規参入医師の資質の向上をめざした次の改革のステップへつなげるべきである。

(4) へき地を含む地域における医師の確保等の推進について

医療計画における記載事項(医師の確保対策など)の実現のため、各都道府県において実効ある具体的施策が検討され、実行されるべきである。地域における医師の確保等の推進の検討にあたっては、医療計画の見直し議論等とのリンクが一層緊密にされるべきである。

医師の養成機関である大学(医学部)の体質改善が必要である。医局制度に代わる新たな医師派遣システムの構築や、地域におけるプライマリケアに目を向けさせるような医学教育の実現なども視野に入れ、具体的な方策が検討、実施されるべきである。

医師の確保等については、極めて地域性のある問題であるので、地域が主体となった積極的な取組みが必須である。

医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等に加えて、医師のキャリア形成や所得、家族の問題等、医師のライフサイクルも勘案した幅広い観点からの検討が必要である。

(5) 適正な保険診療(不正請求の防止等)の推進について

医療保険制度の適正な運営の確保という観点から、監督行政機関の連携を一層推進するとともに、より厳正な監査・指導のための体制強化及び具体的施策の速やかな実施が必要である。

不正に請求された診療報酬については、速やかに保険者に返還されるべきである。また、仮に医療提供側の不正請求に対する認識が「運悪く表面化した」という程度であれば、監査・指導体制を強化しても根本的な解決は望めない。不正請求が保険診療ルールの根幹に関わる重大問題という認識を醸成していくような取組みも必要である。

(6) いわゆる「混合診療」について

保険で定められた回数、用量等を超えて行われる医療行為等については現在のエビデンスにもとづいた検証と保険財政への影響の両面からの検討が必要である。

保険未収載の新技术等については、高度先進的な医療技術の場合は、現行の特定療養費制度における手続き等のより一層の簡素化・迅速化が図られるべきである。高度先進医療には該当しない新規の医療行為(医薬品等を含む)については、すでに中央社会保険医療協議会において検討段階に入っているが、早急に具体化を図るべきである。

アメニティサービスに関するものについては、医療行為とは直接関係のないものとして明確に位置づけたうえで、患者のニーズ、利便性の向上の観点から、国民の意見を聞き、実情に見合った対応を図るべきであり、透明性の確保を前提により積極的に検討されるべきである。

(7) 医療機関情報の提供について

本会は、“患者中心の医療”の実現という視点から、インターネットによる医療機関情報を15年10月から「病院情報」提供事業(サイトの愛称:ぼすびたる!)として展開している。同サイトの特徴はEBM(根拠にもとづく医療)の検証、インフォームド・コンセント(同意にもとづく医療)の確認、セカンド・オピニオン(第三者である医師の助言)の確認を掲載病院ごとに把握することが可能になることである。今後とも、掲載内容の充実を図りながら、国民・患者が自らの意思により医療機関にかかる客観的情報を得られるように寄与していくこととしている。また、医療機関のカルテ・レセプト開示の原則の徹底、領収明細書発行の義務化についても併せて検討されるべきである。

(8) その他

終末期医療(ターミナルケア)については、16年7月に「終末期医療に関する調査等検討会」の報告書に基づき、社会保障審議会・医療部会等において国民的合意形成の方法や、具体的施策について議論していくこととされているが、そのあり方については、医療費抑制の問題として捉えるよりは、むしろ医療提供体制や医の倫理等も含めて総合的に検討する必要がある。具体的には、複数の医師による診断が下せる体制の確立をはじめ、介護施設での見取り医療の環境等の整備、リビングウィル(尊厳死宣言書)の検討、終末期医療に関する医学教育の充実を目指すべきである。

．診療報酬体系の見直しについて

1. 基本的考え方

現行の診療報酬体系は、数多くの項目と多様な組み合わせから成り立っており、国民にとって極めて複雑でわかりにくく、それらがIT化を妨げる大きな要因となっている。また、長年にわたる多くの改定を通じ、体系全体のバランスが崩れ、医療の実態とかけ離れているところもある。さらには、出来高払いがベースであるため、効率化のインセンティブが働きにくい。したがって、診療報酬体系の見直しについては、政府の「基本方針」で方向性が示されているように早期に包括払い・定額払い方式の拡大を図るべきである。また、診療報酬改定にあたっては、物価・賃金等、社会経済情勢が十分に反映され、これまで議論されてきた診療報酬改革の方向に沿ったものとするべきである。

2. 診療報酬体系の見直しにおける重点事項

以上のような基本的考え方に沿って、これまで中央社会保険医療協議会等において個別具体的な提案を行ってきたところであるが、18年度診療報酬改定においては、なお引続く経済の低迷状況に見合う医療費レベルに抑止させることが喫緊の課題となっている。したがって、本会は診療報酬体系の見直しにあたっての重点事項について次のように考える。

(1) 急性期入院医療について

本会ではこれまで、急性期入院医療に関して診断群分類による包括払い方式の導入を提唱してきた。DPCの特定機能病院等への導入(15年4月)によりデータにもとづく病院間の比較が可能となる、医療の標準化が進展する、在院日数の短縮化、後発薬剤の使用促進が図れるなど、医療の効率化と患者の受療の両面からのメリットが大きいことが明らかになってきている。今後は、蓄積データの整備・分析体制の強化、評価・検証の充実を図り、診断群分類をより精緻化させ、DPCの普及と一層の適用病院の拡大を図るとともに、支払い方式についても一層の改善を進めるべきである。

(2) 急性期以外の入院医療について

亜急性期から回復期、慢性期まで急性期以外の入院医療については、患者の重篤度等、特性(ケースミックス)に応じた包括払い方式(日本版RUG分類など)の早期導入を図るべきである。具体的には、中医協調査専門組織「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」における調査・検討にもとづき、18年度診療報酬改定において実現を期するべきである。併せて、社会的入院の是正策、介護から医療へのいわゆる“患者の逆流”防止対策についても同時並行して検討されるべきである。

(3) 外来医療について

外来医療についても包括化の検討が促進されるべきであるが、当面、現行の診療報酬点数テーブルでの包括化を早急に図るべきであり、特に初診料・再診料体系の見直しに焦点をあてるべきである。また、医療提供体制の問題と深く関連するが、診療所と病院、診療所相互間のスムーズな患者の流れをつくり、診療情報伝達が適切に行われることによる重複受診や重複検査などのムダが排除され効率化のインセンティブが働くような診療報酬上の手立てを構築するべきである。さらに、いわゆる「かかりつけ医」・「専門医」の定義の明確化と診療報酬上の位置づけや、諸外国で導入されている医療保険による償還払いの検討も行われるべきである。

(4) 薬価基準制度・調剤報酬について

16年度の医薬分業率は50%の大台を超えたが、この実態とは相反して、患者の保険調剤薬局利用による負担感は根強く、一方保険者にとっては院外処方箋による調剤報酬の負担が大きい。医薬分業や「かかりつけ薬局」のあり方、それとリンクする関係にある薬価基準制度・調剤報酬体系の見直しを早急に検討するべきである。また、後発医薬品の使用促進、代替調剤の導入についても併せて検討するべきである。

おわりに

本提言は、医療費の適正化なくしてはいかなる医療保険制度も持続できない、との基本的な認識のもとに、医療の質の確保と医療費の適正化に向けての対応策と新たな高齢者医療制度の骨格を中心に医療制度の改革についての考え方をまとめたものである。

今後、具体的な事柄にかかる提案を含めさらに検討を行っていくが、特に、医療費の増加については、国民経済の動向に照らして負担能力との調和を図ることが必要であり、中長期的視点に立ち、政策に裏打ちされた目標の下で、総額抑制を含む医療費適正化方策を講じることが今後ますます重要となることから、その具体的方策についても検討を深めていくこととする。

以上の提言の考え方については、広く国民に訴え理解を得たいと考えているが、今後、18年度からの医療制度改革に向けて、日本経団連、連合との連携のもとに全組合の力を結集して取り組んでいくこととする。