

第2 試案

I 予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組

生活習慣病を中心とした疾病予防を重視するとともに、医療計画の見直しなどによる総治療期間（在院日数を含む）の短縮等により、地域ごとに患者本位の医療提供体制を確立する。

(1) 生活習慣病予防のための本格的な取組

① 糖尿病・高血圧症・高脂血症の予防に着目した健診及び保健指導の充実

○ 近年、我が国では、中高年の男性を中心に、肥満者の割合が増加傾向にある。肥満者の多くが、糖尿病、高血圧症、高脂血症（以下「糖尿病等」という。）の危険因子を複数併せ持ち、危険因子が重なるほど心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大する。

○ これらの疾病を予防するためには、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善が効果的であり、こうした効果をねらって健診及び保健指導の充実を図る必要がある。

○ 具体的な方策としては、国が示す基本方針の下で、都道府県健康増進計画において、糖尿病等の患者・予備群の減少率の目標やその実現につながる内容の健診及び保健指導の実施率の目標を設定し、これらの達成に向け、医療保険者、都道府県、市町村等の具体的な役割分担を明確にし、連携の促進を図る。

特に、国保及び被用者保険の医療保険者においては、糖尿病等の予防に着目した保健事業の本格的な実施を図る。（後述）

○ 健診及び保健指導の実施に際しては、適切な主体への外部委託を含め、民間活力を活かし、効果的で効率的なものとする必要がある。

また、保健指導については、個々の対象者の生活習慣等を理解した上でそれぞれの状況を踏まえた効果的な支援を行うものでなければならないことから、国において早急に保健指導プログラムの標準化を行うとともに、都道府県においては、保健指導の質の向上等を図るための研修事業等の取組を行う。

② 都道府県、市町村による国民の生活習慣改善に向けた普及啓発等の充実

○ 運動習慣の定着、バランスのとれた食生活、禁煙といった健全な生活習慣の定着に向け、「健康日本21」の中間評価結果を踏まえた取組を充実強化する。

○ 都道府県健康増進計画において、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定し、市町村を中心とした普及啓発を積極的に展開する。

○ たばこに起因して医療費が増大することを勘案し、たばこ対策についての取組を強化する。

③ 健やか生活習慣国民運動推進会議（仮称）の設置

運動、食生活、禁煙を柱とする生活習慣病予防や、生活習慣の積み重ねが影響する高齢期における介護予防を国民運動として展開していくことを目指し、健やか生活習慣国民運動推進会議（仮称）を設置する。そのため、まず、所要の準備会議を置く。

(2) 患者本位の医療提供体制の実現

① 医療計画制度の見直しや地域における高齢者の生活機能の重視

○ 国の示す基本方針の下、入院から在宅医療まで切れ目のない形での地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、患者の生活の質（QOL）向上に向けて総治療期間（在院日数を含む）が短くなる仕組みをつくるため、医療計画を次のように見直す。

・ 脳卒中対策、糖尿病対策、がん対策等の主要事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、その地域内では、各医療機関が患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有するとともに、患者の尊厳を重視する在宅医療を推進する。

・ 脳卒中、糖尿病、がん等の年間総入院日数、年間外来受診回数、在宅等での看取り率や在宅復帰率等の数値目標を導入する。

○ 高齢者が長期に入院する病床について、生活環境に配慮された居住系サービスへの転換を促進する。このほか、病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、介護保険事業支援計画においては、居住系サービスの充実を図ることとする。

○ 医療と介護の両面にわたる地域ケア体制の確立に併せて、厚生労働省と国土交通省の緊密な連携の下、地域において高齢者を支える福祉・住まいの在り方などを検討し、超高齢化社会に即した地域社会づくりを推進する。

② 医療に関する積極的な情報提供

○ 医療計画の内容の地域住民への周知を徹底するとともに、医療機関に関する情報提供の制度化、医療機関等が広告可能な事項の拡大等により、患者・国民の医療機関の選択を支援する。

○ 医療費の内容が分かる領収書の発行について、所要の経過措置を講じた上で、これを保険医療機関や保険薬局に義務づけることを検討する。

③ 根拠に基づく医療（EBM）の推進

- 根拠に基づく医療（EBM）の手法による診療ガイドラインの充実・普及を進める。

④ 医療法人制度改革

- 医療法人について、解散時の残余財産は個人に帰属しないことを医療法上明確に位置づけるとともに、公立病院等が担ってきた分野を扱えるよう公益性の高い医療法人類型を創設する。

⑤ 医療安全対策の総合的推進及び医療従事者の資質向上

- 病院、診療所等における安全管理体制及び院内感染制御体制、医薬品や医療機器の安全使用・管理体制等の整備を図る。
- 医業停止等の行政処分を受けた医師等に対して再教育を義務づける制度の創設等を行う。

⑥ 地域・診療科による医師偏在問題への対応

- 都道府県に医療対策協議会を設置し、地域・診療科による医師偏在問題への対応を図るとともに、とりわけ、小児科・産科を中心とした医療資源の集約化・重点化等を推進する。

(3) 都道府県医療費適正化計画（仮称）との整合性の確保

- 国の示す基本方針に基づく都道府県の健康増進計画、医療計画及び介護保険事業支援計画（以下「三計画」という。）の目標は、都道府県医療費適正化計画（仮称）における目標と、相互に整合性のとれたものとする。

II 医療費適正化に向けた総合的な対策の推進

医療費適正化計画に基づき、関係当事者の参加による中長期的な医療費適正化を進めるとともに、公的保険給付の内容・範囲の見直し等の短期的な方策を組み合わせ、国民的合意を得ながら医療費の適正化に強力に取り組む。

(1) 中長期的な医療費の適正化

～個人の生活に根ざし、生活習慣病の予防対策や、介護・医療提供体制の改革との整合性を持った仕組みの導入～

中長期的に医療費の適正化を行うため、国が示す参酌標準の下で、三計画との整合性を図る形で都道府県が医療費適正化計画（仮称）を策定し、一定期間後に計画推進効果を検証しつつ、医療費の適正化に取り組む仕組み（都道府県医療費適正化計画制度）を導入する。

① 計画の策定、実施、検証、実施強化、実績評価の流れ

○ 国は、都道府県医療費適正化計画の策定に資するため、次の事項を示すこととする。

- ・ 医療費適正化の政策目標について、都道府県が参酌すべき標準（全国的な目標）
- ・ 目標実現のための国、都道府県を始め、患者（被保険者）、医療機関、市町村を含む医療保険者といった関係当事者の役割
- ・ これらの政策目標の実現の効果としての将来医療費の見通し

（平成27（2015）年度における医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標（全国目標））

i 糖尿病等の患者・予備群の減少率

・・・平成20（2008）年と比べて25%減少させる。

ii 平均在院日数の短縮日数

・・・全国平均（36日）と最短の長野県（27日：計画策定時に固定）との差を半分に縮小する。

※ i 及び ii の目標と併せて、これらを実現するための具体的な取組レベルでの目標も示す。

例) i については、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の実施率

ii については、在宅等での看取り率、地域連携クリティカルパス実施率、病床転換数 等

※ 第1期都道府県医療費適正化計画の終了年度である平成24（2012）年度時点での数値も示す。

- 国が都道府県に対して示す政策目標の参酌標準については、三計画に関して国が示す基本方針との整合性を確保する。
 - 国はこれらの政策目標の実現に資するよう、診療報酬体系の見直しや必要な財政措置を行い、都道府県や関係者の取組を支援する。
また、これと併せ、病床転換を進めるため、医療保険財源を活用した支援措置を講ずる。
 - 都道府県は、
 - ・ 平成20（2008）年度から平成24（2012）年度までを計画期間とする第1期の都道府県医療費適正化計画を定める。この計画では、国の参酌標準を勘案し、当該都道府県における政策目標、その実現のための関係者の役割、政策目標の実現の効果としての当該都道府県における将来の医療費の見通しを定める。
 - i 糖尿病等の予防対策に関する政策目標については、国保及び被用者保険の各医療保険者が主な実施主体となる。また、都道府県においても、今後、一層積極的な役割を担うこととし、医療保険者への指導又は助言、保険者協議会での関係者間の調整、市町村が行う普及啓発活動の支援等を行う。
 - ii 平均在院日数に関する政策目標については、都道府県が主な実施主体となり、在宅等での看取りや地域連携クリティカルパス、退院時ケアカンファレンスの推進や、病床転換の支援等を図る。
 - 都道府県は、計画策定から3年目の平成22（2010）年度において、計画の進捗状況について、要因分析を含めた検証を行い、その時点で政策目標の達成が危ぶまれ、実際の医療費の動向が医療費見通しを上回ると予測される場合は、三計画の見直しを含め、関係者がそれぞれに果たすべき役割に基づいた取組の強化を行う。
この際に、必要があれば、都道府県は、国に対し診療報酬体系に関する意見具申を行い、国は真摯に対応するものとする。
 - 第1期計画の終了年度（平成24（2012）年度）における政策目標の実施状況を踏まえ、以下のとおり、関係当事者への実績評価措置を講ずる。
 - ・ 後期高齢者医療制度及び国民健康保険において、各都道府県の平均在院日数に係る政策目標の実施状況を踏まえ、費用負担の特例を設ける。
 - ・ 都道府県は、国に対し、医療費適正化に資する特例的な診療報酬の設定について申し出ることができることとし、国は、これを踏まえ、当該都道府県のみ適用される特例的な診療報酬を設定することができることとする。
- ② 医療保険者による保健事業の本格実施
- 国保及び被用者保険の医療保険者に対し、40歳以上の被保険者及び被扶養者を対象とする、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の事業を計画的

に行うことを義務づける。あわせて、実施結果に関するデータ管理を義務づける。

- ・ 国は、都道府県健康増進計画に関する基本方針と整合性のとれた、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導に関する基本指針を提示する。
- ・ 医療保険者は、この基本指針に基づき、実施の目標、取組方策等を定めた「健診・保健指導事業計画（仮称）」を作成し、これに基づいて健診及び保健指導を実施する。
- ・ 医療保険者は、計画の作成、事業の実施に当たっては、各都道府県に設置される保険者協議会の活用を図る。
- ・ 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受けるべき者を効率的に選定するとともに、事業成果の評価を行う。

- 国は、医療保険者による後期高齢者医療支援金（仮称）の負担額等について、政策目標の実施状況を踏まえた加算・減算の措置を講ずる。
- 自営業者等の健診については、これまで市町村が老人保健事業として実施してきた実態を踏まえ、公費による市町村国保等への財政支援を行う。
- 医療保険者は、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導について、40歳未満の者に対しても事業実施に努めるものとする。

（2）公的保険給付の内容・範囲の見直し等

1）公的保険給付の内容・範囲の見直し

① 高齢者の患者負担の見直し

i 後期高齢者（75歳以上）

患者負担については、現行どおり1割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者については、3割負担とする。（※平成18年10月目途より先行して実施）

ii 前期高齢者（65歳～74歳）

患者負担については、新たな高齢者医療制度の創設と併せて、平成20（2008）年度より2割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担とする。（※70歳以上の現役並みの所得を有する者の負担の引上げについては、平成18年10月目途より先行して実施）

iii 医療保険及び介護保険の自己負担合算額が著しく高額になる場合の負担軽減をする仕組み（高額医療・高額介護合算制度）を設ける。

（前期・後期高齢者の患者負担の別案）

前期高齢者・後期高齢者双方とも、一般は2割負担、現役並みの所得を有する者は3割負担、後期高齢者のうち、低所得者は1割負担とする。

(注) この他に、65歳から69歳までの者は現行の3割負担を維持しつつ、70歳以上の者について、一般は2割負担、現役並みの所得を有する者は3割負担、低所得者は1割負担とする案がある。

② 保険給付の内容・範囲の見直し

i 入院時の食費・居住費の負担（※平成18年10月を目途に実施）

介護保険との負担の均衡を図るため、低所得者に対する配慮を行いつつ、療養病床に入院する70歳以上の者について、食費及び居住費の負担の見直しを図る（新たな高齢者医療制度の創設と併せて、平成20（2008）年度からは65歳以上の者について、見直しを図る）。

ii 高額療養費の見直し

ア 高額療養費の基準額（自己負担限度額）について、低所得者に対するきめ細かな配慮を行いつつ、負担の公平を図るため定額の限度額を月収の25%から、賞与を含む総報酬を基礎とした月額25%の水準となるよう見直す。また、高額な医療給付を受ける者とそうでない者の均衡を図るため、定額の限度額を超える部分について求められている医療費の1%の負担を2%に引き上げる。（※平成18年10月を目途に実施）

イ 人工透析患者の自己負担限度額の水準について、患者の負担能力を踏まえつつ、検討する。

iii 現金給付の見直し（※平成19年4月を目途に実施）

ア 傷病手当金及び出産手当金について、支給額に賞与（ボーナス）を反映させるとともに、任意継続被保険者に対する傷病手当金及び出産手当金を廃止し、併せて資格喪失後の出産手当金を廃止する。

イ 被用者保険において給付される埋葬料については、定額（一律10万円）にする。

ウ 出産育児一時金の水準について、検討する。

iv その他（※平成18年8月より実施）

公的年金等控除等の見直しに伴い、新たに現役並みの所得を有する者に該当する70歳以上の者について、2年間、高額療養費の自己負担限度額を一般の者の水準に据え置く経過措置を講ずる。また、老年者に係る住民税非課税措置の廃止に伴い、低所得者世帯から新たに一般世帯となる世帯についても、高額療養費の自己負担限度額について、2年間の所要の経過措置を講ずる。

2) 保険運営効率化の取組

① ITを活用した医療保険事務の効率化

○ 医療保険事務全体の効率化を図るため、保険医療機関等、審査支払機関、

保険者というレセプトの流れが、オンラインを含め一貫してペーパーレスで行われる仕組みづくりを目指す。

- このため、審査支払機関から保険者への提供も電子的な手法でできるようにするなど必要な取組を早急を実施する。また、いまだ2割程度にとどまっている病院における電子的手法によるレセプト提出の大幅な拡大を図るため、病院については、電子的手法によるレセプト提出を標準であるものとする。
- 被保険者の利便性の向上等のため、被保険者証の個人カード化を推進する。

② 審査支払機関による審査の充実等

- 審査支払機関による高額医療に係る審査の充実を図るため、社会保険診療報酬支払基金本部及び国民健康保険中央会での審査を行う高額医療の対象を拡大する。
- 被用者保険及び国保それぞれの保険者が、社会保険診療報酬支払基金及び各都道府県国民健康保険団体連合会のいずれに対しても、レセプトの審査及び支払に関する事務を委託することを可能とする。
- 保険者によるレセプトチェックの充実等を図り、交通事故等の場合に加害者が支払うべき医療費や業務上の事故のため労災保険で賄われるべき医療費について、第三者求償や労災適用の徹底を図る。

3) 保険料賦課の見直し（※平成19年4月目途より実施）

- 健康保険の標準報酬月額分布の拡大を踏まえた標準報酬月額の上下限の範囲の拡大及び負担の公平化を図るための標準賞与額の範囲の見直しを行う。

Ⅲ 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編統合等 ～保険運営の安定化と保険者機能の発揮による医療費適正化～

保険財政運営の規模の適正化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する。これにより、保険財政の安定化を図り、医療費適正化に資する保険者機能を強化する。

(1) 国民健康保険

- 市町村合併によってもなお残る小規模保険者の保険運営の広域化を図るため、都道府県が積極的な役割を果たす。
- 都道府県単位での保険運営を推進するため、各市町村における高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散させるとともに、保険財政運営の安定と保険料平準化を促進する観点から共同事業の拡充を図り、あわせて、保険者支援制度等の国保財政基盤強化策について、公費負担の在り方を含め総合的に見直す。
(※平成18年度より実施)
- 公的年金等控除の見直し等に伴う高齢者の保険料負担の増加について、所要の経過措置を講ずる。(※平成18年度より実施)
- 保険料収納率の向上のため、クレジットカードや携帯電話を活用した新たな収納方法の導入を検討するなど、総合的な対策を講ずる。
- 国保組合の国庫補助について、所得調査の結果等を踏まえ、財政力に応じて適切に見直す。(※平成18年度より実施)

(2) 被用者保険

① 政府管掌健康保険

- 政府管掌健康保険については、平成20(2008)年10月を目途に、国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立する。
- 財政運営は、都道府県単位を基本とし、都道府県間の年齢格差に起因する医療費格差及び所得格差を調整した上で、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料を設定する。なお、法律で定める保険料率の上下限の見直しについて検討する。
- 中期的な視点による財政検証、医療費の支払い等のための準備金の積立てなど、財政運営の安定化のために必要な措置を講ずる。

- 公法人の組織については、意思決定機関として、関係事業主、被保険者、学識経験者から構成される運営委員会を設置するとともに、都道府県単位での財政運営、保健事業について意見を聴くため、被保険者等で構成する評議会を設置する。
- 適用・保険料徴収の事務は、社会保険庁改革に伴い新たに設立される公的年金の運営主体において併せて実施する。

② 健康保険組合

- 健保組合については、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えて健保組合同士が合併して形成する地域型健保組合の設立を認める。(※平成18年10月目途より実施)
- 特定健康保険組合制度を存続させるとともに、その特例退職被保険者に係る資格喪失要件等を見直す。(※平成18年10月目途より実施)

(3) 地域の関係者が連携して行う医療費適正化に関する取組

- 各都道府県に、健保組合、新たに設立される(2)①の公法人の支部、国保保険者等で構成する保険者協議会を置く。
- 保険者協議会においては、保健事業の取組状況、県内の医療費の動向等について、取りまとめや分析を行い、前・後期高齢者医療制度の運営や都道府県の医療費適正化計画について協議する。