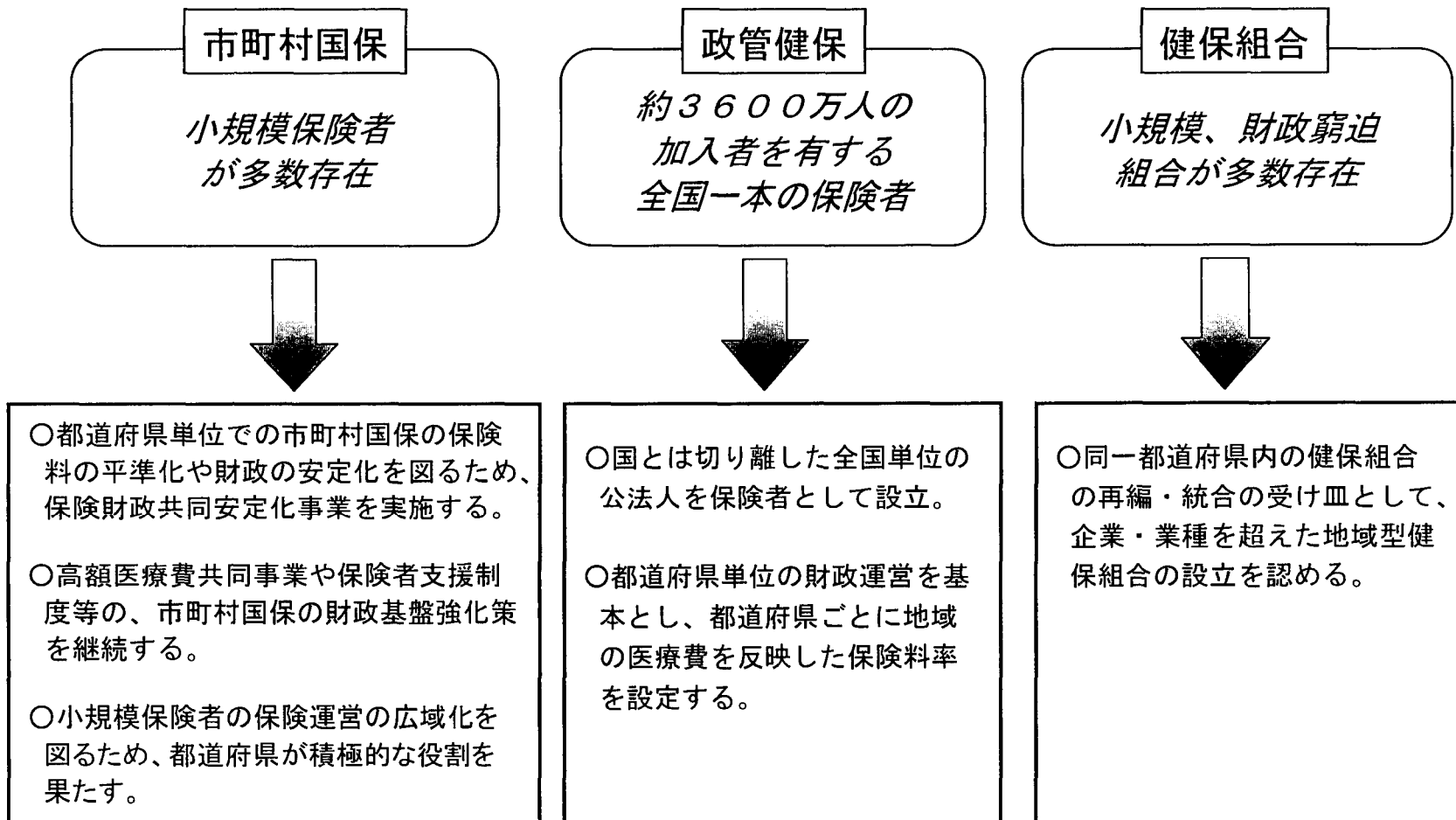


3 都道府県単位を軸とした 保険者の再編・統合

都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合

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。



保険者の再編・統合（国民健康保険）

医療制度改革大綱(抄)

国民健康保険については、都道府県単位での保険運営を推進するため、保険財政の安定化と保険料平準化を促進する観点から都道府県内の市町村の拠出により医療費を賄う共同事業の拡充を図る。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17年12月18日の総務・財務・厚生労働3大臣合意において、以下の内容を平成18年度以降行うことを決定。

1. 国保財政基盤強化策の継続【公布日施行（平成18年4月から適用）】

(1) 高額医療費共同事業

- ・高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和するために、都道府県単位で財政リスクを分散する事業
- ・事業規模：1,800億円程度（交付基準は70万円以上から80万円以上に引上げ）
- ・事業主体：国民健康保険団体連合会 ・負担区分：市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

(2) 保険者支援制度

- ・市町村国保の財政基盤を強化するために、低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援する制度
- ・事業主体：市町村 ・負担区分：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

(3) 国保財政安定化支援事業

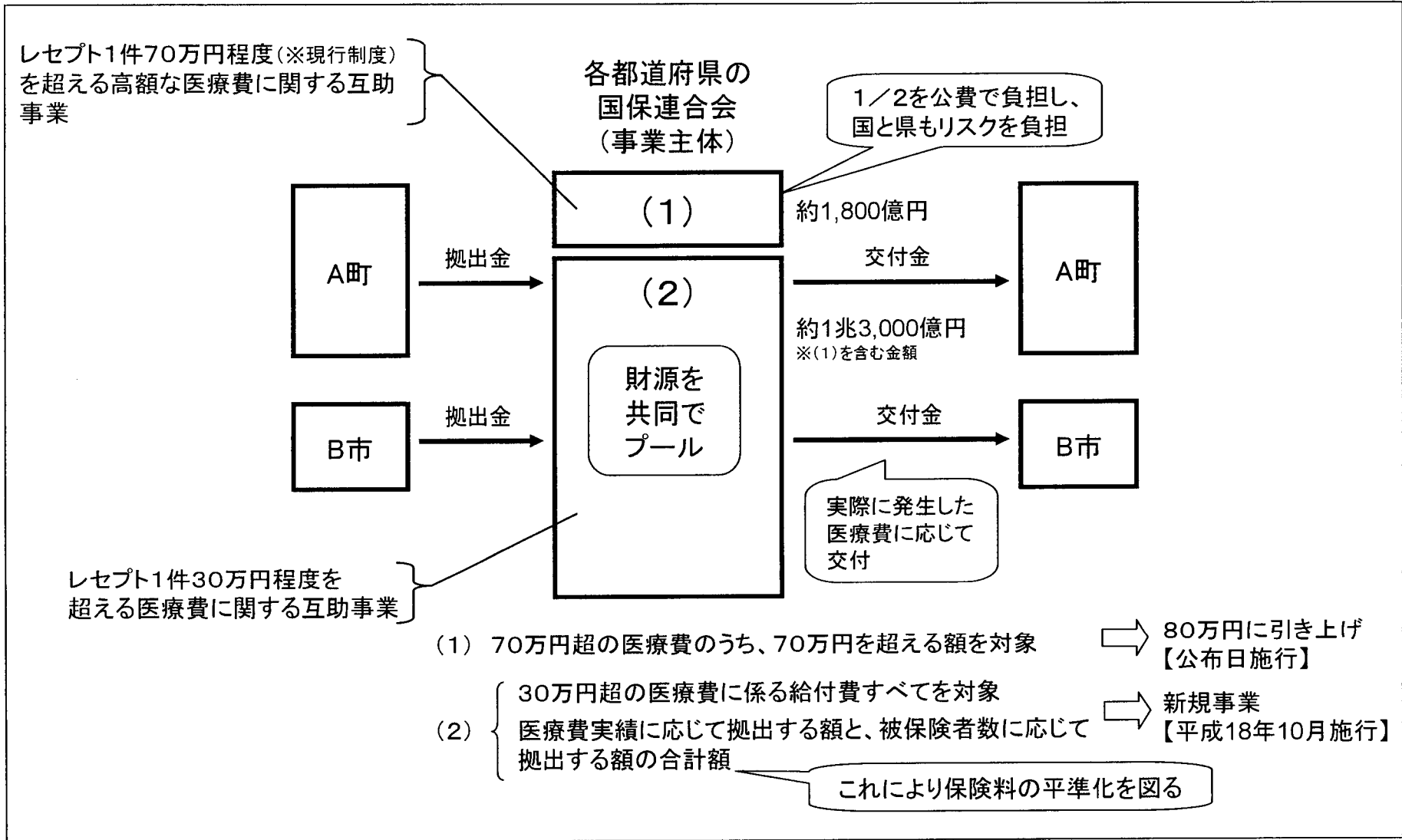
- ・国保財政の安定化、保険料（税）負担の平準化等に資するために、市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援する事業（市町村に対する地方財政措置：1,000億円程度）

2. 保険財政共同安定化事業【平成18年10月施行】

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円以上の医療費について、市町村国保の拠出による保険財政共同安定化事業を平成18年10月から実施。（国保医療費の約4割が対象）

3. 上記は、平成21年度までの措置とし、市町村国保の財政状況や後期高齢者医療制度の創設に伴う影響を勘案し、平成22年度において見直しを行うものとする。

共同事業拡充の内容



保険者の再編・統合 ～政府管掌健康保険～

医療制度改革大綱(抄)

政府管掌健康保険については、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し、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど、都道府県単位の財政運営を基本とする。

公法人については、関係事業主、被保険者等の意見に基づく自主自律の運営を確保していく。また、被用者保険の最後の受け皿であることを踏まえ、準備金の積立や、保険料率に関する必要な国の関与、保険料率の上下限の見直しなど、必要な措置を講ずる。

1. 政管健保の公法人化

- 健康保険組合に加入していない被用者の健康保険事業を行う保険者として全国健康保険協会(以下「協会」という。)を設立する(平成20年10月)。適用・徴収業務は、ねんきん事業機構において行う。
- 組織
 - ・運営委員会(事業主3名、被保険者3名、学識経験者3名の計9名を大臣が任命)を設ける。予算、事業計画、保険料率の変更等は運営委員会の議を経なければならないものとする。
 - ・理事長は、運営委員会の意見を聴いて、大臣が任命する。
 - ・都道府県ごとに支部を設けるとともに、評議会(事業主、被保険者、学識経験者から支部長が委嘱)を置き、支部の業務について意見を聴く。

2. 都道府県単位の財政運営

- 都道府県ごとに、年齢構成や所得水準の違いを調整した上で、地域の医療費を反映した保険料率を設定する。
(なお、都道府県単位の保険料率への移行に伴い、保険料率が大幅に上昇する場合には、5年間に限り、激変緩和措置を講ずる)
- 都道府県単位保険料率は、各支部の評議会の意見を聴いた上で、運営委員会の議を経て決定する。
- 協会成立後1年以内に都道府県単位保険料率を決定するものとし、それまでの間は政管健保の保険料率を適用。

3. 財政運営の安定化等

- 予算や事業計画、財務諸表等は大臣認可とする。
- 保険料率の変更は大臣認可とするとともに、保険料率の変更命令や職権変更の権限を大臣に付する。
- 保険料率の上下限(現行66%~91%)は、健保組合と同様とし、30%~100%に改める。(次ページ参照)
- 2年ごとに5年間の収支の見通しの作成を義務づける。
- 準備金の積立てを義務づける。
- 借入金は大蔵省認可にする等の規制を行うとともに、借入金には政府保証を付することができるものとする。

4. 設立に係る措置等

- 厚生労働大臣は、設立委員を命じて、定款の作成等の設立に関する事務を処理させる。
- 設立委員は、協会の職員の労働条件及び採用基準を作成する。社会保険庁からの職員の採用については、社会保険庁長官を通じて、募集を行う。
- 協会の成立の際、健康保険事業に関して国が有する資産及び負債は、政令で定めるものを除き、協会が承継する。
- 上記のほか、所要の経過措置を講ずる。

健康保険組合について

医療制度改革大綱(抄)

○健康保険組合については、規制緩和等を通じて、再編・統合を進める。また、同一都道府県内における健康保険組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健康保険組合の設立を認める。

(平成18年10月)

- ・健康保険組合の約8割は概ね県内単位で設立。
- ・保険料率を高くせざるを得なかったり、小規模なため、安定した保険運営が困難な健康保険組合について、再編・統合の受け皿を整備することが必要。

地域型健康保険を設立し、その後5年間は不均一な保険料率を設定することを認めることとする。

医療制度改革大綱(抄)

○生活習慣病の予防についての保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対する効果的・効率的な健診・保健指導を義務づけるなど、本格的な取組を展開する。

(平成20年4月)

- ・健康保険組合の一般保険料率は、30%から95%の範囲内で健康保険組合が決定。
- ・健診・保健指導を義務づけることによる保健事業費の支出の増加に対応できるよう、一般保険料率の上限値を引き上げることが必要。

健康保険組合の一般保険料率の上限値を95%から100%に引き上げることとする。

4 中医協の見直し

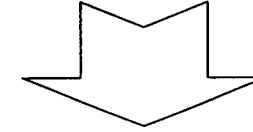
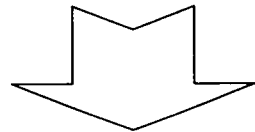
中央社会保険医療協議会の見直し（平成19年3月施行予定）

医療制度改革大綱

（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会）

○ 中医協の委員構成は、公益委員6名、支払側委員・診療側委員をそれぞれ7名とする。これに併せ、中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割についての規定を設ける。

○ 中医協委員の団体推薦規定を廃止する。これに併せ、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設ける。



社会保険医療協議会法の改正

公益委員の主導的役割

- ・ 公益委員は、会議の日程、議題等、中医協の運営に関する事項について協議を行い、支払側委員、診療側委員はその協議の結果を尊重する。
- ・ 診療報酬等に係る答申等を行う場合には、あらかじめ公益委員が診療報酬等の実施の状況について検証を行い、その結果を公表する。

地域医療を担う関係者等の意見の配慮

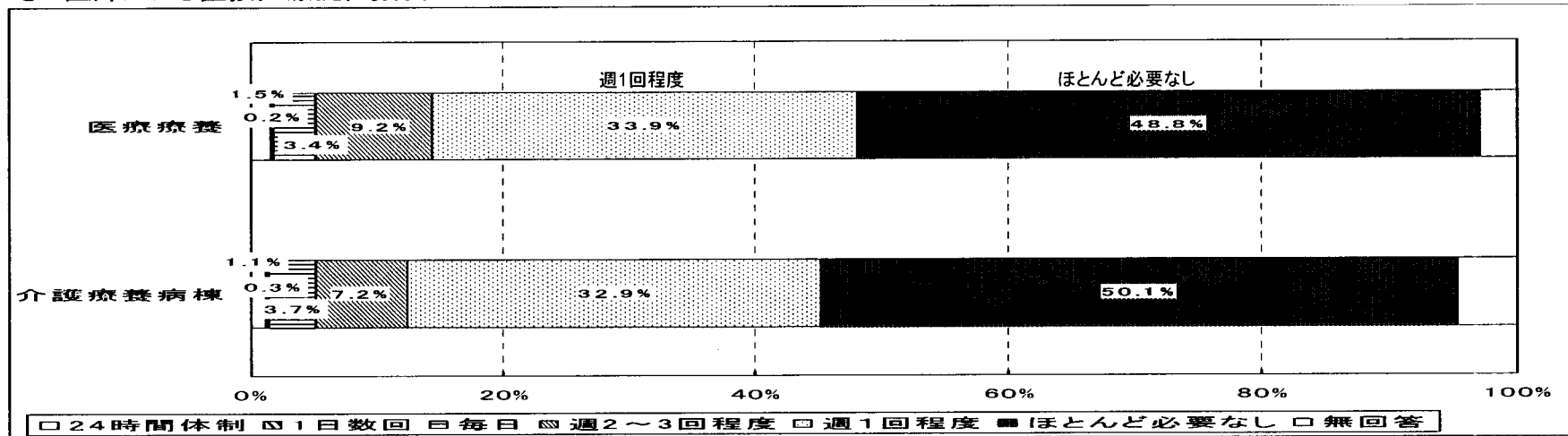
- ・ 保険者等を代表する委員の任命に当たっては、医療に要する費用を支払う者の立場を適切に代表しうると認められる者の意見に、医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員の任命に当たっては、地域医療の担い手の立場を適切に代表しうると認められる者の意見に、それぞれ配慮する。

5 療養病床の再編成

療養病床の現状

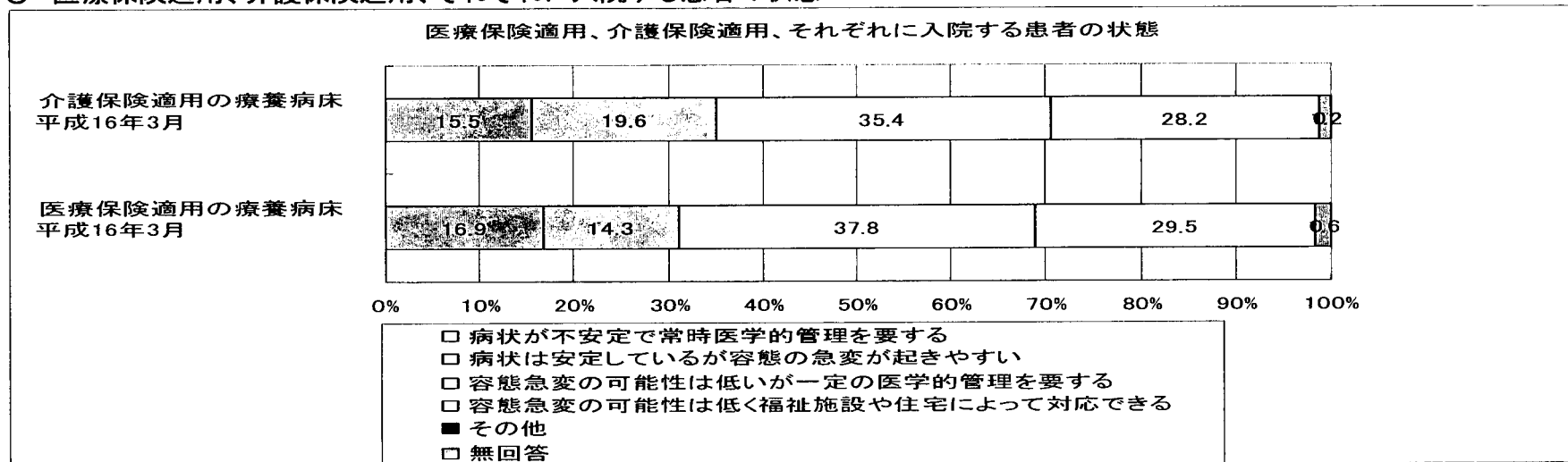
○ 療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割

○ 医師による直接医療提供頻度



[中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)]

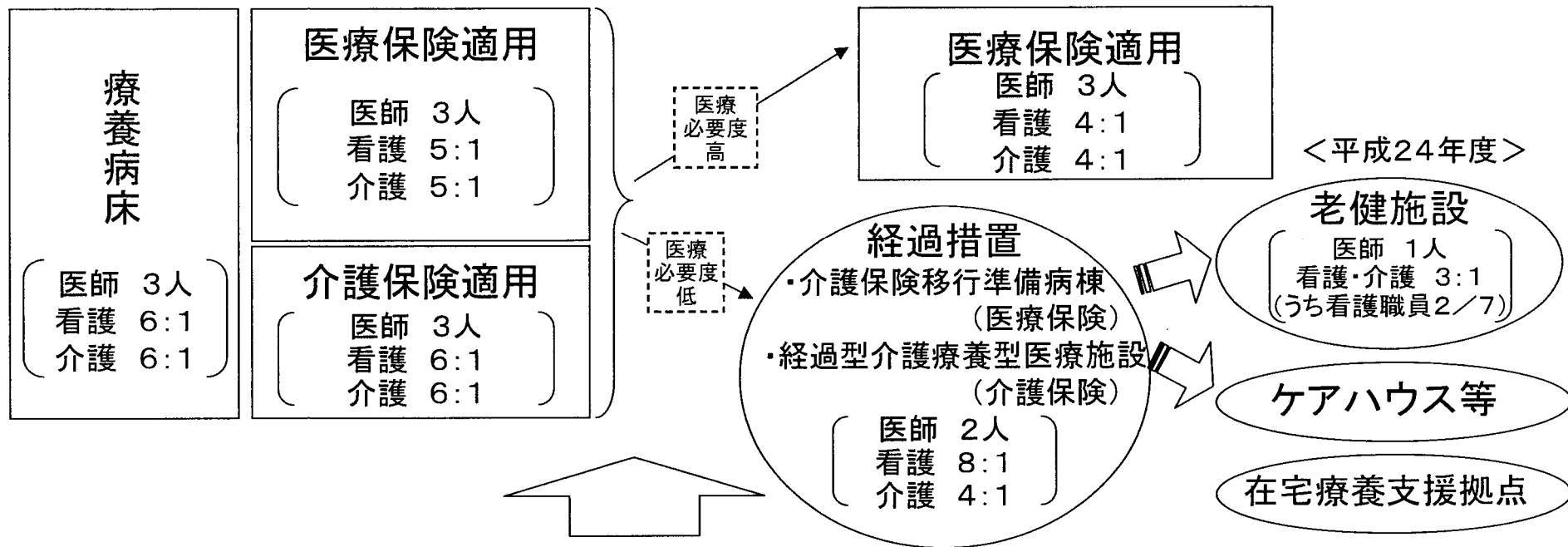
○ 医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態



[医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査」(平成16年3月)]

医療の必要性に応じた療養病床の再編成

- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応する。



平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

※ 介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

- (1) 医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設(仮称)」の創設[介護報酬改定]
将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置
- (2) 医療の必要性による区分の導入[診療報酬改定]
 - ・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ
 - ・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟(仮称)」を平成23年度末までの経過措置として創設

療養病床が転換するときの支援措置

○療養病床について、老人保健施設等への転換を進めるため、転換支援の助成等を行うとともに、介護保険において、平成23年度までに必要な受け入れを図る。

医療保険財源による転換支援措置(医療療養病床対応)

- ※長期入院病床を老人保健施設又は居住系サービス施設に転換するために要する費用を助成するための事業を実施
- ※都道府県が実施
- ※上記助成創設までは医療提供体制施設整備交付金(都道府県交付金)のメニュー項目の活用により対応

医療療養病床

介護療養病床

病床転換

老人保健施設

ケアハウス

有料老人ホーム

グループホーム

在宅療養支援拠点

市町村交付金の実施(介護療養病床対応)

- ※介護療養型医療施設等の機能転換を促進
- ※市町村が実施

医師・看護職員等の配置等が緩和された経過的類型

注: 現行の療養病床のほかに、将来的な老人保健施設や居住系サービス等への転換を念頭に移行促進措置を設ける

療養病床が老健施設に転換する場合の施設基準の緩和

注: 既存の建物をそのまま活用して老人保健施設に円滑に転換できるよう、6年間は1床当たり面積を6.4㎡(老人保健施設は8㎡)で可とするなど、経過的に施設基準を緩和

第4期の介護保険事業計画において病床の転換が円滑に行われるよう参酌標準を見直し(健保法改正法案の附則で措置)

健康保険法等の一部を改正する法律案における検討規定

附 則（検討）

第二条

- 3 政府は、入所者の状態に応じてふさわしいサービスを提供する観点から、介護保険法第八条第二十五項に規定する介護老人保健施設及び同条第二十四項に規定する介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入所者に対する医療の提供の在り方の見直しを検討するとともに、介護保険施設等の設備及び運営に関する基準並びに利用者負担の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるとともに、地域における適切な保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備の支援に努めるものとする。

参考

医療制度改革を実施した場合の総合的な財政影響

① 平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法改正を実施しなかった場合の財政負担(平成20年度)

	(75歳未満)				(75歳以上)	医療保険計	公費		
	政管健保	健保組合	共済組合	市町村国保	後期高齢者		国庫	都道府県	市町村
所要保険料(億円)	60,900	53,000	18,500	32,900	8,800	178,200	77,300	17,000	10,700
加入者数(万人)	3,400	2,800	900	3,800	1,300	12,700			
加入者1人当たり 所要保険料(万円)	17.9	18.9	20.5	8.6	6.7	14.1			

※ 所要保険料は、医療給付費を賄うために必要な保険料である。

※ 高齢者の所要保険料については、各制度の所要保険料のうち、高齢者が負担することとなる分を推計した。

※ 一般制度は、75歳以上の高齢者に係る分を除いている。

② 上記の改定及び改正を実施した場合の財政負担(平成20年度)

	政管健保	健保組合	共済組合	市町村国保	後期高齢者 医療制度	医療保険計	公費		
							国庫	都道府県	市町村
所要保険料(億円)	57,400	52,400	17,500	30,500	8,100	169,900	71,600	16,500	10,100
加入者数(万人)	3,400	2,800	900	3,800	1,300	12,700			
加入者1人当たり 所要保険料(万円)	16.9	18.7	19.4	7.9	6.1	13.4			

②-① 財政影響

	政管健保	健保組合	共済組合	市町村国保	後期高齢者 医療制度	医療保険計	公費		
							国庫	都道府県	市町村
所要保険料(億円)	△3,500	△600	△1,000	△2,500	△800	△8,300	△5,700	△500	△600
加入者1人当たり 所要保険料(万円)	△1.0	△0.2	△1.1	△0.7	△0.6	△0.7			