

## 参考資料

・健康保険法改正の概要 .....	1
・政管健保の公法人化の概要 .....	2
・全国健康保険協会と年金運営主体の業務の流れ .....	4
・中長期的な医療費適正化方策 .....	5
・医療制度改革における生活習慣病対策の推進について .....	6
・生活習慣病対策の推進体制の構築 .....	7
・保険者による健診及び事後指導サービス体系のイメージ .....	8
・医療保険者による後期高齢者医療支援金の加算・減算 .....	9
・政府管掌健康保険における健診・医療費データの分析結果 .....	10
・社会保険健康事業財団の都道府県別保健師活動状況 .....	11
・レセプトのオンライン化 .....	12
・政府管掌健康保険の都道府県別の状況 .....	13
・各種提言等 .....	14

# 健康保険法改正の概要

## 趣旨

国民皆保険を堅持し、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとしていくため、「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決定)に沿って、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合等所要の措置を講ずる。

## 骨子

### 1 医療費適正化の総合的な推進

- (1) 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定【平成20年4月】
- (2) 保険給付の内容・範囲の見直し等
  - ・ 現役並みの所得がある高齢者の患者負担の見直し(2割→3割)、療養病床の高齢者の食費・居住費の見直し【平成18年10月】
  - ・ 70～74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割→2割)、乳幼児の患者負担軽減(2割)措置の拡大(3歳未満→義務教育就学前)【平成20年4月】
- (3) 介護療養型医療施設の廃止【平成24年4月】

### 2 新たな高齢者医療制度の創設 【平成20年4月】

- (1) 後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設
- (2) 前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設

### 3 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合

- (1) 国保財政基盤強化策の継続【平成18年4月】、保険財政共同安定化事業【平成18年10月】
- (2) 政管健保の公法人化【平成20年10月】
- (3) 地域型健保組合の創設【平成18年10月】

### 4 その他

中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止等所要の見直し【平成19年3月】 等

# 政管健保の公法人化の概要

## 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、年金運営主体において行う。
- 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。
  - ・理事(5人以内)は理事長が任命する。監事(2人)は厚生労働大臣が任命する。
  - ・都道府県ごとに支部を設けるとともに、評議会(評議員は、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。
  - ・職員は理事長が任命する
- 解散等
  - ・協会の解散については、別に法律で定める。
  - ・協会は、解散により消滅した健康保険組合の権利義務を承継する。

## 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。
- 協会は、毎事業年度、会計監査人の監査を受けるほか、厚生労働大臣の業績評価を受けなければならない。
- 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。
- 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。

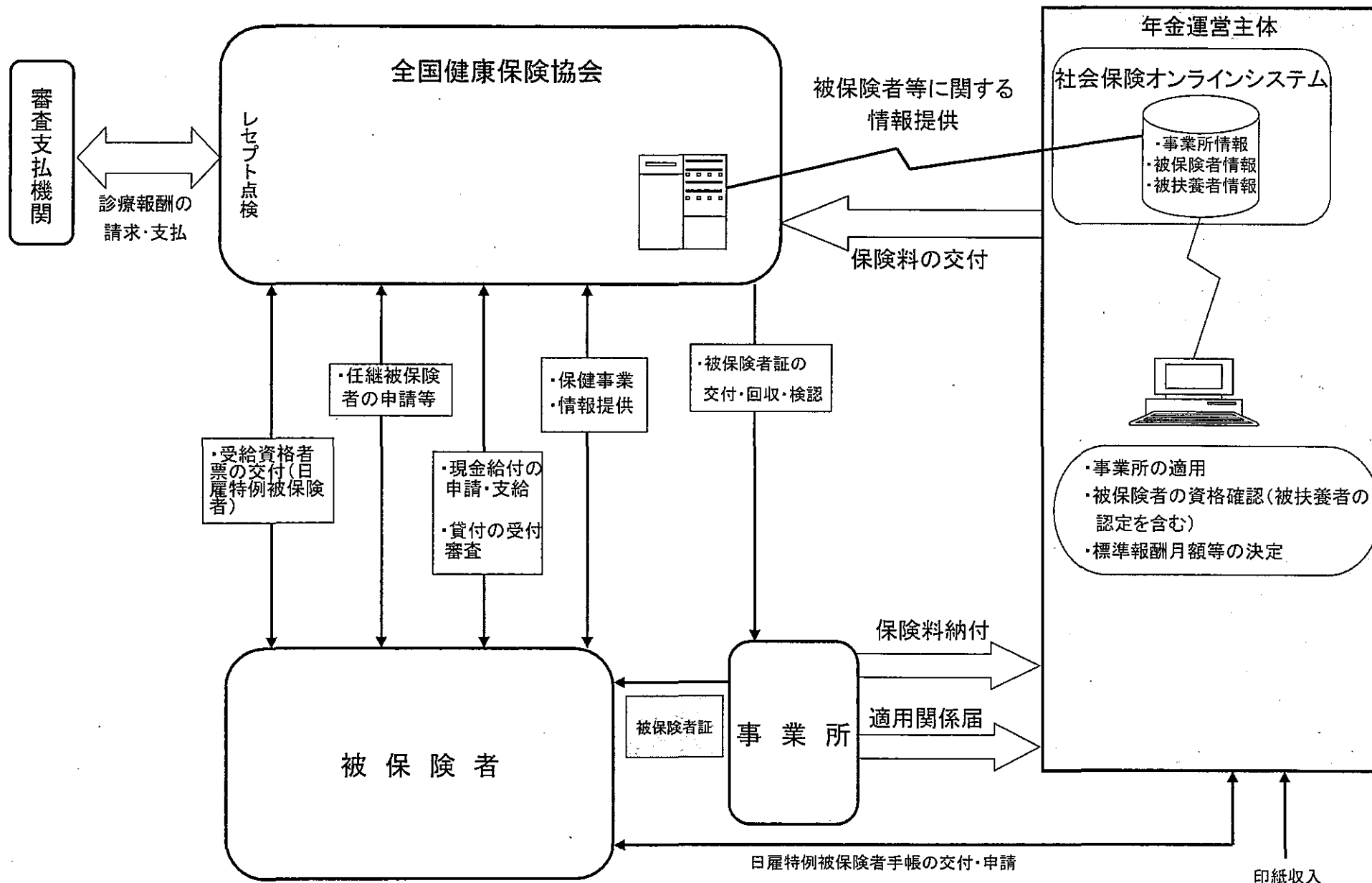
### 4. 設立に係る措置等

- 厚生労働大臣は、設立委員を命じて、定款の作成、事業計画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。

### 5. 施行期日

- 施行期日は、平成20年10月1日とする。ただし、設立委員の関係については、平成18年10月1日から施行する。

# 全国健康保険協会と年金運営主体の業務の流れ



(注) 被保険者証の交付、被扶養者の認定の事務については、今後、政省令で定める方向で検討

(日雇特例被保険者)

# 中長期的な医療費適正化方策

## 基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
  - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少(平成27(2015)年度)
  - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援
  - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
  - ・ 医療提供体制の整備
  - ・ 人材養成
  - ・ 病床転換に関する財政支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施
  - (生活習慣病対策)
  - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
  - ・ 市町村の啓発事業の指導
  - (在院日数の短縮)
  - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
  - ・ 病床転換の支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

### 実績評価の結果を踏まえた措置

- 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)
- 都道府県と協議の上、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる  
※設定にあたっては中医協において審議
- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

(※)については中間年における進捗状況の評価時も同様

保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

## 医療制度改革における生活習慣病対策の推進について

- 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が、肥満者の多くが、糖尿病、高血圧症、高脂血症等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。
- こうした内臓脂肪型肥満に着目した「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）」の概念を導入し、国民の運動、栄養、喫煙面での健全な生活習慣の形成に向け（「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」）、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図る「健康づくりの国民運動化」を推進するとともに、必要度に応じた効果的な保健指導の徹底を図る「網羅的・体系的な保健サービス」を積極的に展開する。

### <具体的な取組>

#### 健診・保健指導の重点化・効率化

- 内臓脂肪症候群等の予備群に対する保健指導を徹底するため、健診機会の段階化により予備群の確実な抽出を図るとともに、健診の結果を踏まえ、保健指導の必要度に応じた対象者の階層化を図り、動機付けの支援を含めた保健指導プログラムの標準化を図る。

#### 医療保険者による保健事業の取組強化

- 健診未受診者の確実な把握、保健指導の徹底、医療費適正化効果までを含めたデータの蓄積と効果の評価といった観点から、医療保険者による保健事業の取組強化を図る。  
→ 医療保険者に糖尿病等の予防に着目した健診・保健指導の実施を義務付け

### 都道府県の総合調整機能の発揮と都道府県健康増進計画の内容充実

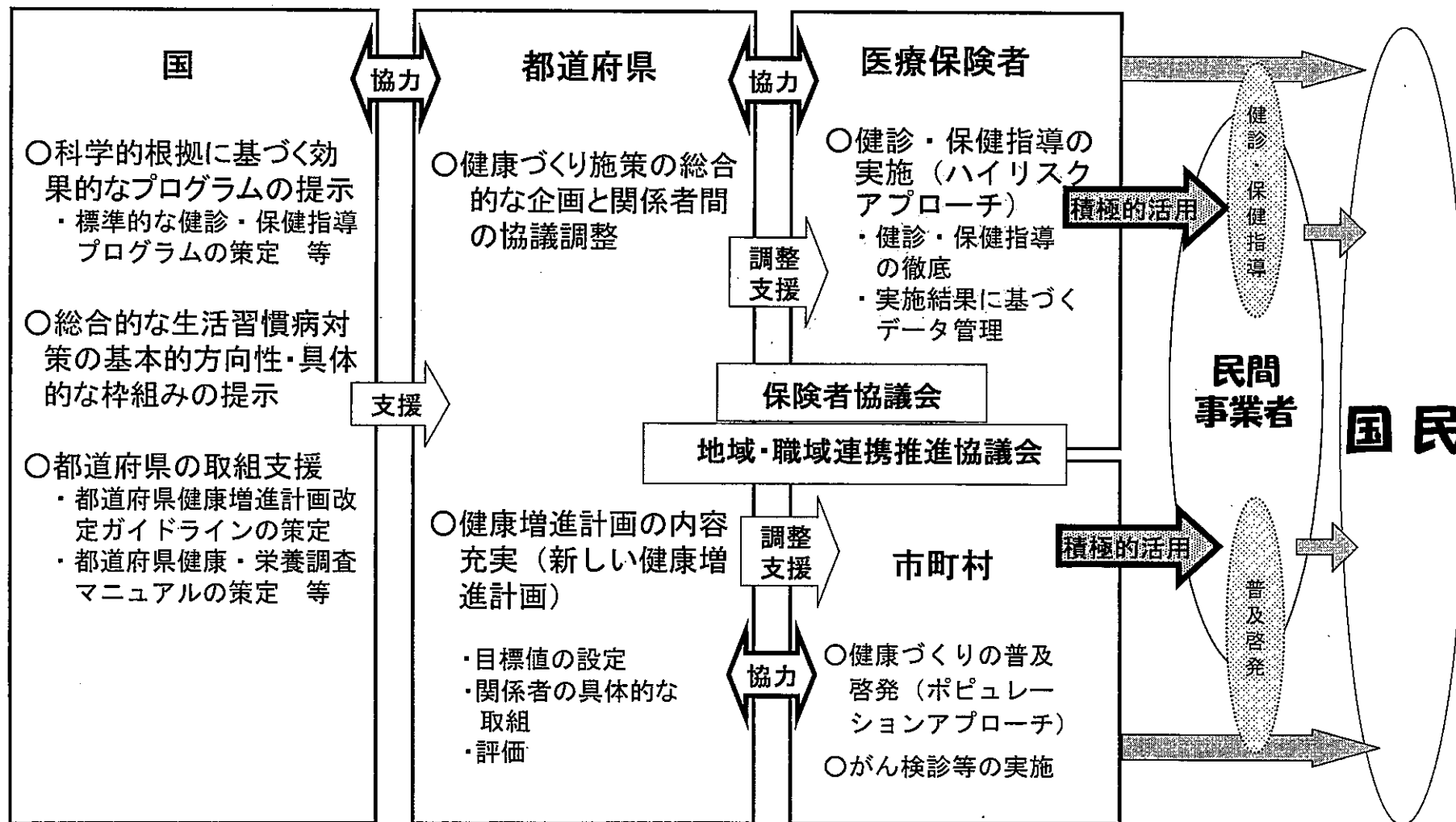
- 都道府県が総合調整機能を発揮し、明確な目標の下、医療保険者、事業者、市町村等の役割分担を明確にし、これらの関係者の連携を一層促進していくことが必要。  
このため、都道府県健康増進計画について、地域の実情を踏まえ、糖尿病等の有病者・予備群の減少率や糖尿病等の予防に着目した健診・保健指導の実施率等の具体的な数値目標を設定し、関係者の具体的な役割分担と連携方策を明記するなど、その内容を充実させ、総合的な生活習慣病対策の推進を図る。

糖尿病等の有病者・予備群の減少  
<国民の健康増進・生活の質の向上>



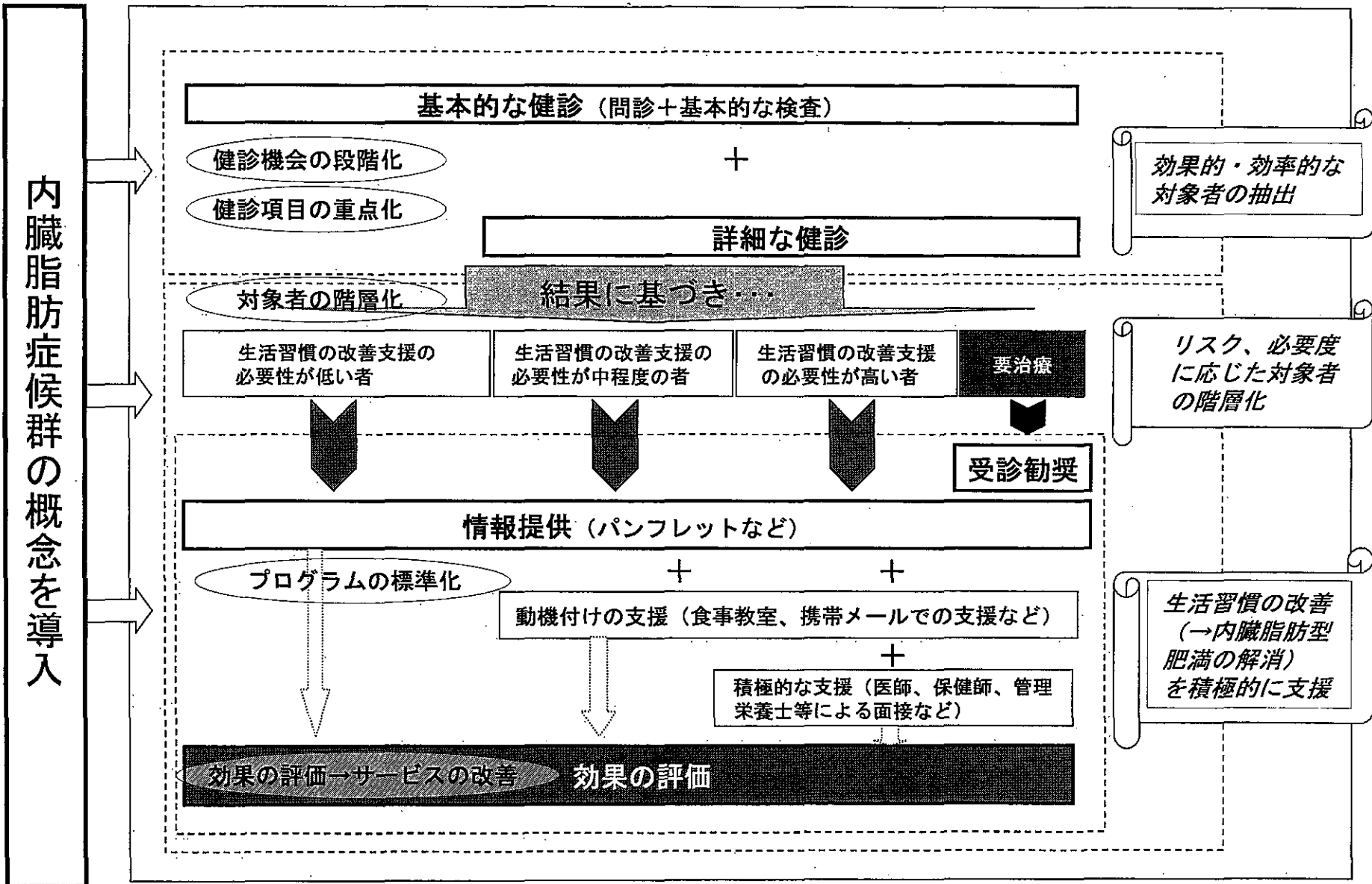
中長期的な医療費の適正化

## 生活習慣病対策の推進体制の構築

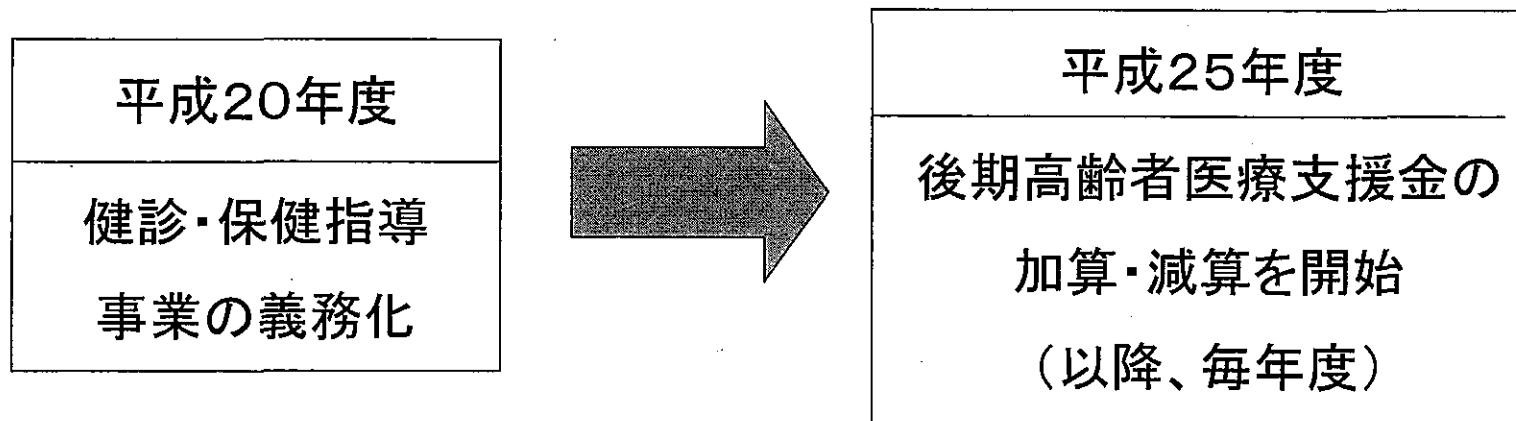




# 保険者による健診及び事後指導サービス体系のイメージ



## 医療保険者による後期高齢者医療支援金の加算・減算



### <加算・減算の方法>

#### ①目標の達成状況の数値化

##### ○ 基となるデータ

- ・健診データの把握率
- ・保健指導の実施率
- ・目標設定時と比べた内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の減少率

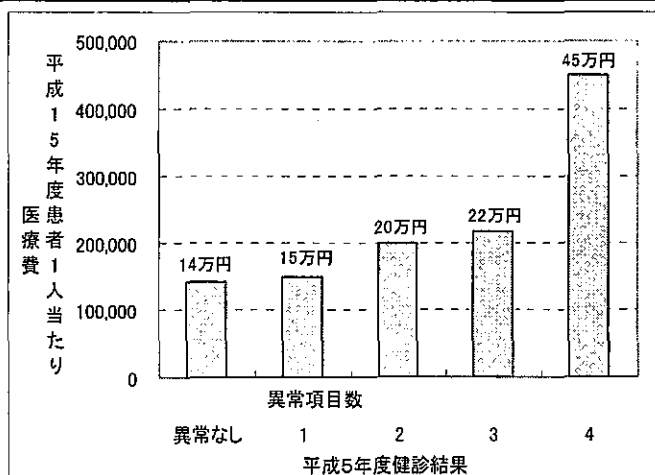
#### ② 各医療保険者(政管等は各都道府県支部ごと)間の数値を比較し、高い保険者については後期高齢者医療支援金の減算、低い保険者については加算を行う。

医療保険者全体を通じた減算額と加算額は同額。

# 政府管掌健康保険における健診・医療費データの分析結果

## 健診結果と医療費の関係

健診結果で異常が見つかった項目が多いほど10年後の患者一人当たり医療費は高くなり、異常なしの者と主要4検査項目異常ありの者では3倍の格差。



- ・全項目異常なし 約14万円 ... ①
- ・主要4検査項目 (BMI、血圧、脂質、代謝系) 異常あり 約45万円 ... ②

⇒ ①と②の差 約3.2倍

(参考) 主要4検査項目の健診結果と医療費の関係

	(異常なし)	(異常あり)	格差
BMI(肥満)	16.3万円	19.3万円	約1.2倍
血圧	15.6万円	22.5万円	約1.4倍
脂質(コレステロール等)	16.4万円	17.6万円	約1.1倍
代謝系(血糖値等)	16.1万円	27.1万円	約1.7倍

※上記は、三重県の政管の被保険者(約2800人)について調査・分析を行ったもの

## 糖尿病患者と健診・医療費の関係

10年前の健診結果を見ると、代謝系に異常があった者は約43%が糖尿病患者となっており、代謝系に異常がない者の約6倍であった。

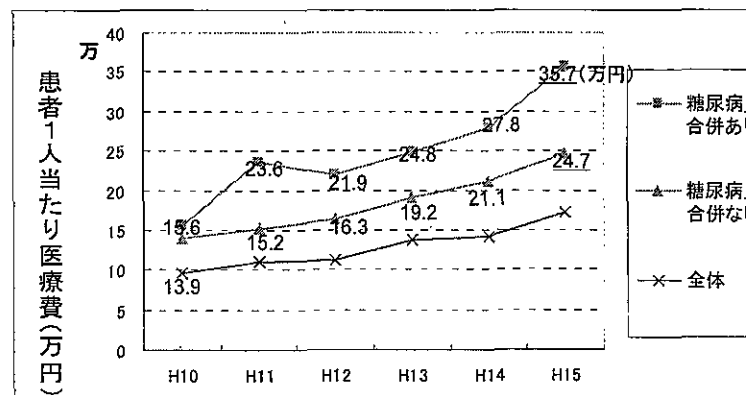
(平成5年度) (平成15年度)

代謝系で異常あり※ → 43%が糖尿病患者 } 約6倍の差  
代謝系で異常なし → 7%が糖尿病患者

※平成10年に健診結果が異常なしと改善した群は、18%が糖尿病患者と大幅に低い値となっていた。

糖尿病合併症患者と合併症のない患者は、5年前の医療費はほぼ同額であったが、年々格差が拡大し、現在の医療費では約10万円の差が生じていた。

糖尿病・合併症ありなし別患者一人当たり医療費の推移



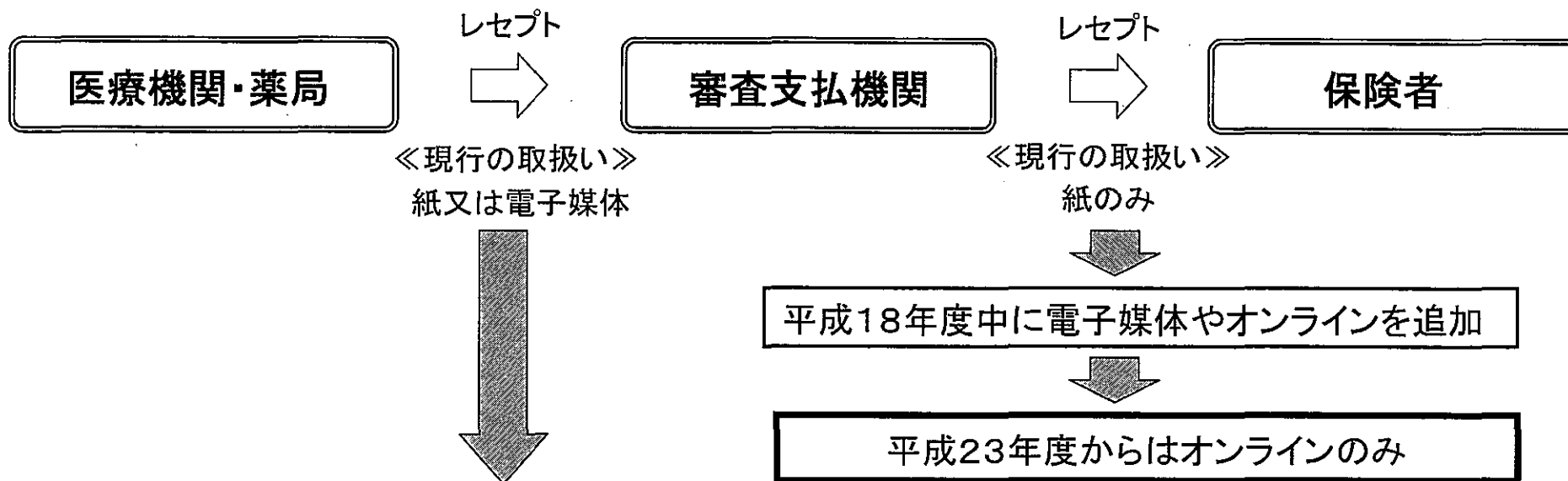
出典:「政府管掌健康保険における医療費等に関する調査研究報告書」(医療経済研究機構)

## (財)社会保険健康事業財団の都道府県別保健師活動状況(H17年度)

都道府県	保健師数				事後指導実績			
	支部保健師	嘱託保健師	健康指導保健師	計	個別相談	集団学習	計	
1	北海道	2	10	3	15	15,272	326	15,598
2	青森	2	4	7	13	12,073	62	12,135
3	岩手	1	5	6	12	9,986	462	10,448
4	宮城	2	3	15	20	11,984	1,077	13,061
5	秋田	1	5	8	14	9,714	1,018	10,732
6	山形	1	3	13	17	10,518	574	11,092
7	福島	2	14	8	24	23,208	2,078	25,286
8	茨城	1	2	11	14	8,113	212	8,325
9	栃木	1	4	5	10	8,252	439	8,691
10	群馬	1	2	11	14	7,362	1,263	8,625
11	埼玉	2	1	14	17	9,866	727	10,593
12	千葉	2	2	15	19	16,655	954	17,609
13	東京	2	6	22	30	18,437	177	18,614
14	神奈川	2	5	11	18	15,469	563	16,032
15	新潟	1	3	14	18	7,890	3,616	11,506
16	富山	1	0	11	12	4,521	159	4,680
17	石川	1	1	10	12	7,085	28	7,113
18	福井	1	2	7	10	5,984	64	6,048
19	山梨	1	3	7	11	5,123	745	5,868
20	長野	2	8	14	24	16,303	1,210	17,513
21	岐阜	1	3	10	14	12,083	2,395	14,478
22	静岡	1	3	12	16	12,757	726	13,483
23	愛知	1	6	12	19	10,982	1,178	12,160
24	三重	2	1	14	17	11,101	342	11,443
25	滋賀	1	6	7	14	11,895	110	12,005
26	京都	2	6	9	17	11,849	1,165	13,014
27	大阪	2	4	12	18	11,755	2,530	14,285
28	兵庫	2	7	9	18	11,537	1,583	13,120
29	奈良	1	2	7	10	7,423	0	7,423
30	和歌山	1	5	4	10	6,877	222	7,099
31	鳥取	1	0	9	10	5,628	591	6,219
32	島根	1	7	6	14	12,453	1,331	13,784
33	岡山	2	8	5	15	15,152	314	15,466
34	広島	2	6	20	28	15,603	3,003	18,606
35	山口	1	3	10	14	7,990	90	8,080
36	徳島	1	2	3	6	4,988	214	5,202
37	香川	2	8	4	14	14,271	647	14,918
38	愛媛	1	3	2	6	7,784	272	8,056
39	高知	1	4	6	11	11,409	438	11,847
40	福岡	2	12	7	21	22,461	395	22,856
41	佐賀	1	5	7	13	10,849	32	10,881
42	長崎	1	7	8	16	11,306	1,822	13,128
43	熊本	2	6	10	18	16,487	740	17,227
44	大分	2	5	10	17	14,477	1,386	15,863
45	宮崎	1	9	7	17	15,651	271	15,922
46	鹿児島	1	8	3	12	9,564	2,148	11,712
47	沖縄	2	4	12	18	13,003	776	13,779
計		67	223	437	727	541,150	40,475	581,625

(注) 嘱託保健師(雇用契約(月15日~18日稼働))  
健康指導保健師(委嘱契約(月6日~14日稼働))

## レセプトのオンライン化



1. 本年4月から、これまでの紙又は電子媒体に加えて、オンラインによる請求も可能とする。

2.

① 平成20年4月からは、段階的にオンライン請求に限定

- ・ 病 院 : 規模、コンピュータの機能・導入状況により、20年度から(400床以上)、21年度から(400床未満)等
- ・ 診療所 : コンピュータの導入状況により、22年度から(既に導入している診療所)、それ以外は23年度から
- ・ 薬 局 : コンピュータの導入状況により、21年度(既に導入している薬局)から、それ以外は23年度から

② 平成23年4月からは、原則として全てのレセプトがオンライン化

# 政府管掌健康保険の都道府県別の状況

	加入者※1			標準報酬 月額平均 (※2)	被保険者の 平均年齢 (※3)	都道府県別	加入者※1			標準報酬 月額平均 (※2)	被保険者の 平均年齢 (※3)
	総数	被保険者数	被扶養者数				総数	被保険者数	被扶養者数		
総数	35,616,359	18,930,749	16,685,610	283,624	43.07	三重	481,269	254,468	226,801	286,719	43.18
北海道	1,872,220	987,905	884,315	262,539	43.83	滋賀	334,498	174,756	159,742	288,420	42.68
青森	443,882	233,241	210,641	237,151	42.63	京都	858,895	458,851	400,044	291,450	42.84
岩手	457,283	240,193	217,090	240,388	43.09	大阪	3,064,060	1,590,659	1,473,401	307,124	42.65
宮城	706,848	373,699	333,149	259,616	42.57	兵庫	1,369,935	711,447	658,488	291,023	43.14
秋田	403,652	205,962	197,690	243,293	43.19	奈良	295,230	146,627	148,603	285,446	43.57
山形	425,460	224,531	200,929	249,162	42.82	和歌山	296,558	148,249	148,309	274,517	42.87
福島	660,374	340,390	319,984	257,503	42.86	鳥取	224,321	120,245	104,076	248,465	43.29
茨城	575,563	308,065	267,498	286,929	42.37	島根	293,020	154,972	138,048	251,900	43.75
栃木	489,650	263,929	225,721	284,169	42.37	岡山	738,133	392,639	345,494	271,418	43.27
群馬	566,749	292,950	273,799	289,624	43.45	広島	1,056,830	559,033	497,797	281,954	43.46
埼玉	950,742	513,546	437,196	304,749	43.20	山口	455,098	247,328	207,770	265,352	44.50
千葉	670,899	365,139	305,760	298,709	43.50	徳島	278,480	148,082	130,398	256,295	43.52
東京都	3,242,583	1,853,102	1,389,481	329,902	42.80	香川	404,076	214,748	189,328	269,089	43.65
神奈川県	1,159,344	643,821	515,523	320,341	43.69	愛媛	550,173	283,726	266,447	262,976	43.00
新潟	885,802	457,561	428,241	262,398	43.36	高知	274,152	151,092	123,060	256,194	43.42
富山	435,005	241,633	193,372	275,811	43.95	福岡	1,822,116	963,253	858,863	267,284	42.24
石川	450,944	248,641	202,303	274,694	43.17	佐賀	307,860	157,620	150,240	246,657	42.87
福井	319,055	175,989	143,066	271,672	43.81	長崎	489,841	250,748	239,093	247,886	42.88
山梨	240,701	124,273	116,428	290,675	43.66	熊本	612,229	321,522	290,707	246,565	42.67
長野	667,950	353,058	314,892	279,794	44.18	大分	435,262	224,226	211,036	251,152	43.23
岐阜	663,586	341,866	321,720	287,607	43.64	宮崎	398,567	208,899	189,668	240,862	42.76
静岡県	983,243	543,565	439,678	291,914	43.72	鹿児島	620,926	317,610	303,316	248,350	43.10
愛知県	2,221,227	1,180,904	1,040,323	307,772	42.60	沖縄	462,068	215,986	246,082	232,445	40.94

※1・・・平成17年3月末現在の数値

※2・・・平成16年度平均の数値

※3・・・「健康保険被保険者実態調査報告」に基づき、平成16年10月時点において10分の1で抽出調査したもの

## 各種提言等

### ○「医療制度改革大綱(抄)」(政府・与党医療改革協議会)(平成17年12月1日)

#### IV. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

##### 2. 保険者の再編・統合

##### (2) 政府管掌健康保険

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、準備金の積立てや、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。

### ○「社会保険庁改革について(抄)」(自由民主党 社会保障制度調査会 社会保険庁等の改革ワーキンググループ)(平成18年1月31日)

#### 一. 職員に関する法的措置

##### (二) 全国健康保険協会

- ① 全国健康保険協会の職員については、厚生労働大臣が任命する全国健康保険協会の設立委員が、職員の労働条件及び採用基準を示し、社会保険庁及び民間企業等から募集する。
- ② 社会保険庁からの職員の採用については、通常規定される職員の引継ぎ規定は設けず、業務目的外閲覧による処分を重視しつつ、勤務成績等に基づき公正な任用を行うため、全国健康保険協会の設立委員が示す職員の労働条件及び採用基準に照らして、社会保険庁長官が名簿を作成した上で、設立委員が採否を決定する。
- ③ 全国健康保険協会の職員については、社会保険庁からの採用職員を含めて、国共済を適用せず、厚生年金・健康保険を適用することを原則とする。

#### 二. 新組織の発足に向けた確認事項

##### (三) 全国健康保険協会における職員の採用

- ① 全国健康保険協会の職員の採用方針については、協会の設立委員が決定するものであるが、これまでの職場体質を一掃するとともに、民間企業等のノウハウを十分に活用する観点から、管理職を含め、民間企業等からの採用を確実に行うべきである。
- ② このため、その前提となる協会の事業内容、執行体制等の詳細を決定の上、民間企業等からを含めた採用方針について、協会発足の概ね一年前には決定できるよう、協会の設立委員の任命時期を前倒しし、本年十月以降できるだけ速やかに任命することとする。
- ③ なお、設立委員には、社会保険庁の職員は任命せず、協会の設立準備組織についても、社会保険庁以外の部局に設置する。

##### (四) 全国健康保険協会と厚生労働省の人事交流

全国健康保険協会と厚生労働省との間の人事交流については、必要性を踏まえた限定された規模とするよう求める。

○「社会保険庁改革について(抄)」(自由民主党 社会保障制度調査会 社会保険庁等の改革ワーキンググループ)(平成17年12月20日)

四. 政管健保公法人の職員について

政管健保公法人の職員については、その独自の人事制度及び採用方針に基づき、民間から適材適所の採用を行うほか、社会保険庁の職員であった者は退職の上、新たに非公務員として採用される。その際、業務目的外閲覧による処分を重視しつつ、勤務成績等に基づき公正に判断する。

○「社会保険庁改革の在り方について(最終とりまとめ)(抄)」(社会保険庁の在り方に関する有識者会議)(平成17年5月31日)

第2 社会保険庁の組織の改革

- 社会保険庁は、これまで公的年金、政管健保等の業務を併せて行ってきたが、それぞれの制度の特質や政策の方向性、サービスの特性等は異なっている。それぞれにふさわしい組織が、これらの業務を担うことにより、組織の果たすべき使命が明確になり、国民の意向に従った業務の効果的・効率的な実施が図られることが期待される。
- こうした基本的認識に基づき検討を行った結果、公的年金制度の運営と政管健保の運営を分離した上で、それぞれ新たな組織を設置し、それぞれの事業の運営を担わせることが適当であるとの結論に達した。

2. 政管健保の運営主体について

(1) 組織の形態

(中略)

- こうした関係審議会等における議論も踏まえると、政管健保については、
  - ・ 被用者保険の最後の受け皿として、安定した財政運営が図られる規模であること
  - ・ 保健事業の拡充などによる医療費適正化や被保険者に対する情報提供等の保険者機能を十分に発揮できること
  - ・ 都道府県単位での財政運営及び地域での医療費を反映した保険料率の設定がなされるよう、各都道府県単位で一定の自立性を有すること等が求められる。そこで、国とは切り離された全国単位の公法人を保険者として設立し、財政運営は都道府県単位を基本として、「保険給付」、「保健事業」、「保険料設定」等の事務を実施させることが適切である。
- その際、政管健保の公法人においても、次のとおり、組織の基本的機能である「意思決定機能」、「業務執行機能」及び「監査機能」について、それぞれの権限と責任の分担を明確にしつつ機能強化を図ることが必要である。
- また、「適用」及び「徴収」の事務については、事務の効率性、事業所の負担軽減及び強制性を帯びた公権力を行使するという事柄の性格から、公的年金の運営主体において併せて実施することが適切である。

(2) 組織の機能等の在り方

ア 意思決定機能について

- 保険料を負担する者の意見に基づく自主自律の事業運営を確保するため、関係事業主、被用者及び公益を代表する有識者で構成される「意思決定機関」を設置し、運営の基本方針、予算等の重要事項について決定する。また、「業務執行機関」に対する指揮・監督の徹底を図り、内部統制(ガバナンス)を確立する。併せて、国民への十分な情報提供と個人情報保護法に基づく利用者本位の情報開示を図る。なお、各都道府県別に同様の構成による評議会的組織を設ける。



#### イ 業務執行機能について

- 職員は、新組織の長の指揮・命令を受けて業務を適切に執行し、執行状況を報告する。また、「意思決定機関」及び「監査機関」に対し、常時、業務の執行状況等についての情報の提供等を行うほか、「意思決定機関」及び「監査機関」の求めに応じて迅速に情報の提供等を行う。
- 職員の人事・処遇については、職員が意欲を持って国民の意向を反映して保険者機能を発揮することを含め、政管健保業務の質の向上や費用の削減等に取り組むことができるよう、可能な限り、そのためのインセンティブを与える民間企業的な能力主義・実績主義に立った措置を講じる。
- 職員については、業務に習熟し、内部統制(ガバナンス)の強化を図ることができるよう、短期間での人事異動を行わない。また、国民の視点に立って業務を執行するための研修を徹底し、他機関との人事交流を積極的に進める。
- 業務執行に当たっては、権限と責任の明確化及び「意思決定機関」への報告の徹底を図る。また、業務の品質改善とスピードの向上、コミュニケーションの改善等に関する民間企業の経営手法を幅広く取り入れる。

#### ウ 監査機能について

- 新組織の業務全般についての会計監査、業務監査(保険者機能の成果、業務の効率性等を含む)、個人情報管理監査を徹底し、「新しい組織のグランドデザイン」において掲げた6つの基本コンセプトを実現するため、「監査機関」として複数の監事を置く。なお、外部からの監査も併せて受けることとする。
- 監査結果については、逐次「意思決定機関」に報告した上で公表する。また、毎年度、監査報告書を作成し公表する。

#### エ 厚生労働省との関係等

- 新組織の長は、業務運営の状況及び実績について毎年度、厚生労働大臣に報告し、実績評価を受ける。また、被用者保険の最後の受け皿としての機能を確保するため、厚生労働大臣は必要な監督等を行う。これらの点を含めた新組織の具体的な在り方については、今後、医療保険制度改革の議論において、詳細な検討を行うことが適当である。