

第79回 社会保障審議会
医療保険部会（H26.7.24）
資料

社会保障審議会医療保険部会での主な意見（案）

平成26年7月 日
社会保障審議会医療保険部会

(目 次)

1	国保の財政上の構造問題	2
	・国保の財政上の構造問題	
	・一般会計からの法定外繰入	
	・保険料負担の水準	
	・国保に対する財政支援の拡充	
	・都道府県と市町村の役割分担	
2	協会けんぽの国庫補助	6
3	医療費適正化、保険者機能発揮	6
4	高齢者医療の費用負担全体の在り方	7
5	後期高齢者支援金の全面総報酬割	8
6	前期財政調整	9
7	高齢者の保険料特例軽減措置等	10
8	給付の効率化について	11
	・予防・健康管理、データヘルス	
	・後発医薬品の使用促進	
	・現金給付の見直し	
9	審査支払機関について	14
10	療養の範囲の適正化・負担の公平の確保について	14
	・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方	
	・入院時食事療養費・生活療養費	
	・国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額及び 被用者保険における標準報酬月額上限	
	・国民健康保険組合に対する国庫補助	
11	その他	17
	・出産育児一時金について	

1 国保の財政上の構造問題について

(国保の財政上の構造問題について)

- 高齢化の進行に伴い、医療費の増加も見込まれるが、国保の構造問題を解決するためには赤字を解消するだけでなく、将来にわたり安定した制度となることが必要。
- 都道府県が国保の財政運営の責任を担うことが可能となるためにも、政府においても勇断をもって前進を検討すべき。
- 都道府県が国保の財政運営の責任を果たすためには、財政上の構造問題を解決することが前提。法定外繰入については議論もあるが、法定外繰入分を保険料で全て賄うとした場合、果たして持続可能な制度となるのかどうか課題がある。
- 国保において前期高齢者の医療費が高いという問題は、前期財政調整で解決できていると言える。それよりも、入院医療費や精神疾患の医療費が高いという課題に着目する必要がある。
- 国保には、年齢構成が高い、低所得者の加入者が多いといった制度上変えられない問題があり、そうした国保特有の構造を踏まえて持続可能となるような仕組みを考えるべき。
- 医療保険制度改革の議論は、持続可能な制度を構築し、皆保険制度を堅持するという観点が必要。国保は、医療保険の最後の砦。年齢構成や所得水準など保険者の責によらない構造的問題の解消について、納得性のある対策の検討が必要。大都市では、法定外繰入が多く行われている一方で保険料負担率が平均より低い状況。これを、構造的な問題と言えるのか。

(一般会計からの法定外繰入について)

- 国保の保険料負担の重さから、一般会計からの法定外繰入を実施せざるを得ないという実態もあり、法定外繰入をやめるべきというのであれば、基盤強化のための公費による財政支援が不可欠。
- 現在行われている3,500億円の法定外繰入が解消されたとしても、所得に対する保険料負担は高いままで、国保の被保険者の負担感は変わらない。
- 法定外繰入の3,500億円だけが解消すればいいということではない。法定外繰入を行っている市町村であっても、被用者保険と比べ、保険料負担率はかなり高い水準にある。仮に法定外繰入をやめて、単純に保険料に転嫁するとなると、中低所得者層の負担はさらに重くなってしまい、国保制度自体が破綻しかねない。法定外繰入だけが国保の問題ではない。

- 一般会計からの法定外繰入について、東京、神奈川、大阪、埼玉、愛知の5県を合計すれば、2,000 億円以上に及び。これらの都道府県が平均保険料率まで保険料を引き上げれば、法定外繰入は減るのではないか。
- 被用者保険は、積立金の取崩しか保険料率の引き上げによって対応するしか選択肢がないのに対し、国保には、一般会計からの繰入という手法がある。しかし、保険制度であるなら、保険料で賄うことを最優先にすべきで、この仕組みを見直すべき。
- 一般会計からの繰入は、それが可能だから行っている。財政の地域間格差の問題を医療保険で抱え込むのはおかしい。繰入は行わない、という方向で、制度改革を行うべき。その上で、どのように財政調整を行うか、ということを議論すべき。

(保険料負担の水準について)

- あるべき保険料水準について十分議論した上で、極めて大きい国保と被用者保険との保険料負担の格差をできる限り縮小し、所得水準が低いにもかかわらず、保険料負担が重いというような逆進性を是正するような、抜本的な財政基盤の強化が必要。
- 少なくともこれ以上は国保の保険料負担率が高くなるようにすべきであり、例えば、協会けんぽをひとつの目安にしながら可能な限り保険料負担率を引き下げてほしい。
- 国保の保険料負担は、圧倒的多数の都道府県においては、非常に高いのが実態。国保の実際の被保険者は、3割を被用者が占めており、被保険者に対する一定の所得捕捉は現場では適切にできている。
- 国保の被保険者の職業構成については、自営業や農業水産業の者が中心だったものから、年金生活者等の無職者と非正規労働者等で約7割を占める状況に変わってきている。そうしたことを踏まえると、国保と被用者保険との保険料負担の間には、大きな格差が存在していると考えられる。
- 国保の保険料負担は重いというが、国保と被用者保険とでは所得形態が異なり、また、所得捕捉率が同等とは言えない中で、同じ土俵で単純比較することは困難であり、1人当たり保険料負担率の平均が高いか低いかを議論することはできない。国保の保険料負担と、健保組合の負担を単純に比較するやり方は誤解を生じさせる。
- 東京などは、保険料負担を増やして、一般会計からの繰入を減らす余地があるのではないか。保険料負担を、被用者保険と単純に比較することも疑問。

- あるべき保険料水準に関する議論については、保険料水準は低い方がいいと思いがちであるなか、公費投入ありきという前提で議論して、果たして適正な水準に決まるのか。あるべき保険料水準を議論することが、今後の国保の在り方を考えていく上で、適切な議論なのかどうか疑問。

(国保に対する財政支援の拡充について)

- 国保の財政基盤強化は、最優先の課題。保険料格差の平準化は、適正になされるべきであり、スピード感を持った議論を事務局にお願いしたい。1,700億円の投入は、まだ実施されておらず、早期に確実な実施をお願いしたい。公費財源を予算編成過程で確実に確保してほしい。国保が崩壊すると、地域医療が崩壊する。
- 社会保障と税の一体改革による保険者支援の1,700億円だけでは国保の財政基盤の強化は難しい面があるので、更なる公費投入が不可欠。後期高齢者支援金への全面総報酬割導入により生じる財源を国保の支援に優先的に活用することを含めて、国の責任において財政確保を行うべき。
- 現在示されている財政上の構造問題の解決に向けた方向性からは、将来にわたり持続可能な制度となるか、確信を持ってない。マクロ的な観点から検証された解決策により、抜本的な国費投入策が講じられないと、責任を持って財政運営を担うとは約束できない。
- 国保の財政上の構造問題の解決策として受け入れることができるかを地方側が判断するのに支障を来すことのないよう、抜本的な財政基盤強化の具体策を、追加公費の規模も含めて一刻も早く提示すべき。
- 国保の被保険者の負担が限界に近づいていることを認識し、将来にわたって持続可能な制度を構築するために、追加国費の規模も含めた抜本的な財政基盤強化の具体策を一刻も早く提示すべき。
- 公費投入の方法としては、都道府県の被保険者の所得格差に着目した、より財政調整機能を強化する支援策を要望する。
- 低所得者対策も重要。国民皆保険を維持するためにも、全ての国民が支払えるような環境になる改革をすべき。
- 予期しない給付増や保険料未納等に対して、国保においても、後期高齢者医療制度等にある「財政安定化基金」を設けることで、赤字補填のための繰入を解消していくことが適当。

(都道府県と市町村の役割分担について)

- 国保改革は、大改革となる。実務で混乱が起こることを避けるため、準備をしっかりと行う必要がある。そのためにも、早期に都道府県と市町村の役割分担を議論する必要がある。
- 財政上の構造問題を解決するために必要な範囲において、役割分担の議論も並行して進めていきたい。今後、国が構造問題解決への道筋を明確に示さずに、都道府県と市町村の役割分担についての議論のみを進めようとする場合は、都道府県は協議から離脱する。
- 国保の構造問題が解決し、持続可能な制度が構築されるなら、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟である。
- 都道府県は、国民の健康や医療を守るというスタンスに立って、少々苦勞が多くても一緒に知恵を出すというスタンスで臨んでいただきたい。
- 都道府県と市町村の役割分担の在り方については、色々な形で財政の問題と関わりがある。役割分担に関する議論を進めないと、財政問題を議論する前提も決まらないので、都道府県は役割分担に関する議論にも積極的に参加していただきたい。
- 単に国保の財政運営が都道府県単位化されるだけでなく、被保険者にとってもメリットがあり、市町村が行っている保険者業務にとっても効率化が図られるというメリットがある仕組みにすべき。
- 都道府県と市町村の役割分担のあり方の検討においては、厚労省委託事業の「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究」で6つ（被保険者の適用、保険料の設定・徴収、保険給付、審査・支払、保健事業、医療提供側への働きかけ）に整理されている保険者機能を十分に発揮できるのかという観点でしっかり議論されなければならない。
- 保険料の賦課徴収は、分賦金方式か直接賦課方式かという論点があるが、直接賦課方式の場合、徴収を怠ると、そのつけが全体に回るということになるという点において、分賦金方式の方が妥当な考え方である。
- 国保の保険料の設定は、均一の保険料にするかどうかという論点があるが、負担する側が納得できる透明で公平な制度設計とすべき。例えば、協会けんぽは、全国一律の保険料ではなく、保険料に差があり、医療費を全国並以上に使っている都道府県はその分保険料も高くなっている。こうした格差は医療費をたくさん使っているという説明が可能で、保険料を抑えたければ自分の都道府県で努力して医療費を抑えるという、前向きな格差を取り入れた仕組みとなるようにすべき。

- 財政運営については、財政規模および医療供給体制の地域性を反映させることができるという視点から、都道府県が担うこととするのが妥当。一方で、給付については、地域包括ケアが進められていることをふまえ、医療・介護の連携という視点から、都道府県と市町村の役割分担を検討することが重要。
- 地域包括ケアを推進し、特に医療と介護の一体的供給を進めていく中、特に医療保険の給付については、市町村が重要な役割を担う必要がある。
- 都道府県と市町村の役割分担に当たっては、都道府県単位化によるスケールメリットを活かし、効率的な運営が図られるよう進めていくべき。移行によってシステムの維持、改修費用の削減や事務の効率化につながるようすべき。
- 医療費適正化の努力をしている自治体の工夫が活かせるインセンティブも大切にすべき。
- 財政改革と同時にもう一つ重要なのが業務改革。数年後に射程に入ってきたマイナンバーの活用をしっかりと念頭に置き、今後の事務のあり方を検討することが必要。
- 実際に事務を進めていくに当たってはシステム構築に向けてのいろいろな要素があるので、そうした観点からの議論も進めるべき。

2 協会けんぽの国庫補助について

- 協会けんぽについては、直近の収支はやや改善したが、依然として厳しい状況。国庫補助率を16.4%ではなく、20%にすること、暫定的ではなく恒久化することを検討するべき。協会けんぽの保険料率は現在10%と高く、厳しい状況。所得の低い方が高い保険料率を負担するという逆進的な状況は社会保障とは言いがたい。
- 中小企業の多い協会けんぽの保険料負担が、大企業や公務員の健保組合、共済組合より実額で多いことは矛盾。まずは金額を揃え、その上で保険料率を揃えるべき。

3 医療費適正化、保険者機能発揮について

- 診療報酬の仕組みの再構築、医療機関の機能分化・連携の推進、ジェネリック医薬品の使用促進、療養の範囲の見直し等、様々な医療費適正化対策を更に推進すべき。
- 被用者保険の保険者が医療費の適正化・効率化や加入者の健康の維持・増進に効果的に取り組んできた努力を十分尊重するとともに、今後とも国保と被用者保険が共存し、地域と職域それぞれが各々の連帯を基礎に、保険者機能を発揮できる制度体系を維持すべき。

- プログラム法に掲げられた医療費の適正化だけでは不十分。高齢者の患者負担割合引上げ、高額療養費の外来特例の見直し等についても、議論すべき。
- 保険適用範囲の見直しも議論すべき。湿布薬あるいは市販類似薬の保険適用除外についても議論すべき。併せて、傷病手当金などの現金給付の見直しについても議論すべき。
- 保険者機能を発揮するためにも、どの資金が具体的に何に使われているのかを把握することが重要。そのためにも会計区分が明確になることが必要。

4 高齢者医療の費用負担全体の在り方について

- 被用者保険は、高齢者を中心に医療費が増大する中、高齢者医療への拠出金負担により、厳しい状況。この危機を回避するために、高齢者医療制度の財源の在り方を早急に見直すとともに、伸び続ける医療費の適正化策を着実に実行すべき。
- 75歳以上の医療費への公費5割を実質確保することはもとより、前期高齢者の財政調整の仕組みを見直し、新たに公費投入を行うべき。現役世代の拠出金負担に一定の上限を設定する等、負担増に歯止めをかける仕組みを導入するべき。これらの負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引上げ分を活用、充当すべき。
- 高齢者医療のための現役世代の拠出金負担は今後、一層重くなる。特に、団塊の世代が前期高齢者となる平成27年からの10年間をどう乗り越えるかが大きな問題だ。
- 持続可能な社会保障制度のためには高齢者医療の負担構造の見直しが最重点課題。高齢者医療制度の在り方、その費用負担について早期に具体策を検討すべき。
- 国民皆保険は守って欲しい。高齢者である自分も、医療費の削減には努力したい。年齢にかかわらず、所得の高い人はそれなりに負担するべき。これは社会保障制度改革国民会議の基本的意見でもある。現役世代も必ず高齢者となるのであり、どのような分担の仕組みがよいのか、しっかりと議論する必要がある。
- 何が一番優先的な問題かを決めるべき。支える現役世代が、これからも夢を持てる医療保険制度とする必要があり、世代間の公平が重要。
- 現行の仕組みでは、被用者保険にとっては保険料収入に占める高齢者医療への拠出金割合は今後ますます高まり、積極的な保険者機能の発揮が困難になる。国保が抱える構造的問題をそもそもどう解消していくのか、現役も含めた負担の公平性と納得性を医療保険全体の中でどう確保していくのか、同時に議論すべき。

- 高齢者医療に係る費用負担については、増加する医療費を見据え、高齢世代、現役世代、事業主、国、地方自治体など関係者でベストミックスを図るべき。
- 国民健康保険の都道府県化検討の開始を契機に、後期高齢者医療制度について、改めて将来の在り方を見据えるとともに、最も適した運営主体を明確にするべき。

5 後期高齢者支援金の全面総報酬割について

- 全面総報酬割は、「負担能力に応じた負担の公平」の観点から行うもので重要である。被用者保険の中でも、所得の低い保険者は負担が軽減されるなど、より公平化を進めることになる。支え合いで高齢者が安心して医療を受けることができるようにするという高齢者医療制度の趣旨は、社会全体の将来を考えるうえでも不可欠。
- 負担の公平性の確保という観点から、総報酬割の全面導入を実現すべき。
- 総報酬割は行うべき。総報酬割にすると健保組合の保険料率が上がるということは、協会けんぽへの国庫補助は、実質的には健保組合を支援していると考えられる。総報酬割により生じる財源は、医療保険の今後を考えた上で、一番効果的なところに回すべき。
- 総報酬割によって生じた財源を国保に投入することは、被用者保険が国保の財政基盤強化にかかわる負担を肩代わりすることであり、明確に反対。
- 後期高齢者支援金への全面総報酬割導入については、高齢者医療への税投入の拡充、医療給付の重点化・効率化といった施策とセットでなければ賛同できない。
- 全面総報酬割導入は高齢者医療制度への公費拡充とセットで議論されるべき。それによって削減される国庫補助分は、現役世代の拠出金負担の軽減、特に前期高齢者への公費拡充のために活用すべき。
- 全面総報酬割導入で出る公費の使い方には、きちんとした理由が必要。保険料負担水準等の観点から、最も効果的な使い方をしていると説明ができるところに公費を投入するというのが妥当な選択肢になるのではないかと。

6 前期財政調整について

- 被用者保険全体で負担する前期高齢者納付金が、国保への国費負担を上回っていることはおかしい。
- 国保側に前期高齢者とそれ以外の財政区分が設けられていないため、被用者保険からの前期高齢者納付金の使途が前期高齢者の医療給付に特定されているかわかりにくい。国保の前期高齢者に係る収支を比較すると、収入が超過しており、これは、前期納付金が現役世代に使われているともとらえられる。国保の財政区分をはっきりさせ、65歳から74歳以下の会計区分の中で、保険料と公費で賄いきれない部分を納付金で支えるという形に見直すべき。
- 国保でも他の制度と同様、全加入者の保険料を一体として取り扱い助けあっており、前期財政調整の交付金は全て前期高齢者の給付等に充てられ、残りを加入者全員に保険料賦課している。仮に前期高齢者とそれ以外の加入者でグループ分けすると保険料を負担できる人がそうでない人を助けている形になっているに過ぎず、何ら問題ない。
- 仮に国保の中で年齢による財政区分等を実施する場合、更に財源が必要となり、国と地方の役割分担等に関する現在の協議の前提が壊れてしまう。
- 国保の65歳以上と64歳以下の会計を区分することは、現役世代の保険料を引き上げる可能性もあり、慎重な対応が必要。全加入者は保険料を一体として用いているので、財政全体の検討が重要。
- 前期高齢者納付金は、前期高齢者に係る後期高齢者支援金分まで加入者調整率により算定されている。被用者保険に在籍しない前期高齢者分の後期高齢者支援金まで負担しているかたちで、被用者保険側の納得感が得られていない。
- 国保には前期高齢者が非常に多く、その分、給付も後期高齢者支援金も負担が大きくなるので、後期高齢者支援金もあわせて調整することは当然。
- 前期高齢者納付金の算定について、概算と2年後の精算との乖離が大きいので、改善していくべき。

7 高齢者の保険料特例軽減措置等について

- 保険料特例軽減について、確かに非常に低くなっているという状況は認識すべき。一方では、比較的安定している後期高齢者医療制度において、特例軽減の見直しは、高齢者一人一人には実質収入減など大きな影響を与える。このため、段階的な見直しの検討や、丁寧な説明が重要。また、27年度に予定される介護保険料の見直し状況と併せた検討も行う必要がある。
- 被用者保険の元被扶養者に対する保険料特例軽減は、後期高齢者医療制度導入時の一時的な暫定措置として行ったもの。高齢になるほど男女間の所得格差は拡大するが、元被扶養者は相対的に恵まれている。注意深く一人一人の所得を見ながら、激変緩和を行いつつそろそろ見直すべき。
- 応分の負担をする公平な制度とすることは、基本的なこと。高齢者も自覚していかなければならないが、理解を深めるためには丁寧な説明が必要。
- 保険料特例軽減を見直すとしても、介護保険料の軽減拡大等と併せ、低所得者の負担を増やさないように配慮すべき。
- 高齢者の保険料負担率は、今でも見直しの必要性は変わらない。保険料特例軽減を見直すならば、より公平な負担の在り方を実現していくためにも、きちんとした議論が必要。
- 高齢者の保険料負担率について、増え続ける高齢者医療費に対して、診療報酬の在り方を含めた見直しをしなければ、現役世代の負担が際限なく増える。単純に人口増減だけで高齢者医療の負担を機械的に現役世代に転嫁することのないよう、現役世代の負担の引き上げについては十分、慎重に検討すべき。
- 高齢者には、所得が高い者と低い者の両方の立場がある、ということ踏まえた議論が必要。
- 被用者保険全体の拠出金の伸び率は、後期高齢者の保険料の伸び率を大きく上回っている。

8 給付の効率化について

(予防・健康管理、データヘルス)

- 特定保健指導によりメタボリックシンドロームの改善効果が見受けられ、今後、生活習慣病の予防を進めていく上で特定保健指導の実施率を上げることが重要。
- 健診データやレセプトデータを分析して活用するための基盤整備が進みつつあるが、今後、各保険者や都道府県、市町村がこのシステムを有効に活用するには、その集団のデータを分析して効果的な保健事業を企画できる人材の養成や確保が必要。
- 特定保健指導、特に積極的支援が健康面の数値を改善するのに大きな効果があることがわかったが、特定保健指導によって医療費がどれくらい節約できたのか数字が発表されれば、効果を見ながら具体的に特定保健指導に投資していくという動きにつながる。
- 高齢女性の健康は社会の資源である。地域において女性、特に介護中、育児中の人たちも健診を受けやすくし、全体の実施状況、受診率が高まるように、きめ細かい手だてが必要。
- 特定保健指導においては、一人一人をいかに本気にさせるかが重要であり、本人が本気にならない限り受診率も向上しない。健診結果の数値やその影響の理解を促す広報啓発することで受診率が上がる。全国の良い事例も含めて厚生労働省で情報収集して改善を提起すべき。
- 健康・予防インセンティブの付与について、個人・保険者に加えて企業の取組も重要。既に海外では、社員の健康づくりを生産性向上や業績の改善につなげていく「健康経営」といった経営手法が普及しており、日本においても、社員の健康づくりに取り組む企業を積極的に評価し、税制優遇や保険料の軽減などの仕組み作りが必要。
- 個人健康情報については、マイナンバーの時代を控え、今後はオープンデータやビッグデータなどによる活用も重要になることも射程に入れて検討すべき。
- 成人用・肺炎球菌ワクチンの接種には効果もあるので、国の財政措置やワクチンの承認・供給体制等についてもさらに工夫改善し、広報も充実すべき。

(後発医薬品の使用促進)

- さらなる使用促進のためには、安定供給の取組みとして最低5年間の製造販売の継続、着実な安定供給、品質確保が大前提であるが、5年経過あるいは5年以内に撤退するメーカーが存在する。こうした企業行動が医療現場での信頼関係を崩して、使用促進の妨げの一つになっている。医療保険サイドから、こうした企業の行動を自制させるための仕掛けが必要ではないか。
- 患者が後発品を希望しない理由のひとつに、後発医薬品への不安ということがある。一度後発品へ変更して調剤しても、欠品等によって、不安を覚えてその後希望しないこともある。後発品メーカーには、安定供給ができる体制をお願いしたい。

(現金給付の見直し)

- 協会けんぽが抱える特有の事情として、加入事業者の多くが小規模事業所であり、また協会と事業所との距離が遠く、事業所の実態になかなか目が届かないため、形式的に審査などが整っていれば非常に疑わしい請求でも法律違反として結論づけることは困難な事例も確認されており、事業所調査では限界があると考え。問題は、現在の傷病手当金や出産手当金の仕組み自体が不正を誘発する仕組みになっているところである。少なくとも支給額の算定基礎となる標準報酬月額を計算の基礎は、直前の1か月というワンポイントで支給するのではなく、過去の一定期間の平均標準報酬月額を計算の基礎とすべきではないかと考える。事務的な問題がクリアされれば対応できる内容であるので検討すべき。
- 出産手当金について、出産予定日から逆算して3か月前に被保険者資格を取得する方がいるなど、加入期間要件がないことが要因の一つと考えられ検討が必要。また、支給額や支給期間などの給与水準についても、社会保障給付としてどう考えるのか改めて検討すべき。
- 社会保険の適用拡大も予定されており、雇用期間の短い方や短時間労働の被保険者が増加することになる。見直しの検討にあたっては、それらも含めて仕組みを修正していく必要がある。傷病手当金などについては、実態を分析した上で、支給額や期間について議論すべき。
- 傷病手当金・埋葬料や任意継続被保険者制度も含め、資格を喪失した後の取扱いについて検討すべき。
- 傷病手当金の目的のひとつが労働力の早期回復にあるにも関わらず、データを見ると資格喪失者の継続給付に4分の1程度の財源が使われている。資格喪失者に対する継続給付の見直しが必要。被用者保険には任意継続制度という資格喪失後2年間、本人の選択で被用者保険に残れるという仕組みがある。これは以前、国保と被用者保険の自己負担割合が違っていただけから、その名残で今も残っているものだが廃止すべき。

- 海外療養費について、日本での生活実態がなく、海外現地にいる被扶養者は適正な給付であることの担保が難しい以上、何らかの給付制限を設けるなど、その存廃も含めて見直しを検討すべき。
- 海外療養費の不正請求対策として、申請時のパスポートの確認、海外医療機関へ照会することについての同意書の提出などを省令上でも規定したほうが徹底される。
- 傷病手当金と出産手当金について、過去の一定期間の標準報酬月額に基づいて支給することの問題については、毎月変動する報酬を払われている人もおり、そのような人に関してある程度の平均をとった報酬に基づいて給付をするという考え方は成立する。直前の1か月が正しいというふうに必ずしも言い切れないのでどちらをとってもいいと考えられる。システム改修のコストがあるにしても速やかに対策をとるのが、不正事例を減らすという面で効果的。
- 傷病手当金は傷病から回復し、再び勤務できるように支援するための制度であるところ、資格喪失者の支給期間が現存者の2倍以上の長期にわたっている状況を見ると、職場復帰支援ではなく、むしろ退職後の所得保障として機能しているのではないか。雇用保険や労災との役割・給付額等の比較を踏まえた上で、健康保険が退職後の所得保障をどう担うべきなのか、一度考え方を整理すべき。
- 傷病手当金・海外療養費等の不正受給について、給付や申請のルールを改めることで状況を変えることができるのであれば、予防ができる措置を法令等にも埋め込むべき。新しい時代と社会情勢に合わせた法制度も必要である。
- メンタルヘルスを初めとする精神疾患による労災の請求、支給の状況も踏まえた検討が必要。傷病手当金制度の目的には、収入の喪失または減少を来した場合に、これをある程度補填し、生活保障を行うという目的もあり、生活保障制度として法定給付とされている制度であることを踏まえて今後議論することが必要。

9 審査支払機関について

- 審査支払機関の統合には反対。国保連は市町村保険者が共同してその目的を達成するために設立した法人であり、国が一方的に見直すのは地方分権の趣旨に反する。市町村保険者の意見を踏まえるべき。
- 審査支払業務を国保連から切り離すことは、市町村保険者が取り組んでいるきめ細やかな保健事業、医療費適正化、健康づくりに弊害を生じさせる。また、現在、プログラム法を踏まえ、国保の運営の在り方について議論しているところ。国保連には医療費等のデータ整理など、多くの役割を担ってもらう必要があり、審査支払業務を切り離すとこれらの要請に答えられなくなる。
- 拙速な統合をした場合、市町村保険者は新たな人員確保やシステム改修など多額の負担が見込まれることから、そうした経費も試算し、比較検証した上で判断すべき。
- 将来、医療保険制度は地域保険に一本化すべきであり、審査支払機関の在り方を検討するにあたっては、医療保険制度の将来構想と合わせて慎重に検討すべき。
- 先進諸国における医療制度、保険給付、支払いチェックなどの創意工夫を参考にして日本の制度に取り入れていくべき。

10 療養の範囲の適正化・負担の公平の確保について

(紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方)

- 紹介状なしで受診する患者のうち、どれくらいが大病院受診の必要がないのか、なぜ紹介状なしで大病院を受診するのか等の受療行動に関する分析をして対策を立てたほうが効果的。また、自己負担金額を引き上げることで、所得によって受診すべき人が受診しづらくなることはないのか。
- 患者に定額負担を求めていく考え方の方向性はよい。平成26年度改定の効果の検証も必要。対象については、初診、再診の両方が必要と思うが、初診は救急搬送患者を除き、再診は病状が安定した後の再診について定額負担を求めるべき。定額負担の額は、初再診料相当額のみでは少ない。高額療養費の対象とはしない。
- 外来の機能分化を推進するために、定額負担は導入すべき。選定療養によって患者行動がどう変わったかといったことを検証して議論すべき。金額は、紹介状の作成にかかる2,500円以上とすべき。
- 再診については、逆紹介しても戻ってくる患者等を定額負担の対象とするなど、対象をどう考えるかについての検討が必要。

- 医療機関の機能分化、連携を推進していくという医療提供体制のあるべき姿を考えた時に、紹介状なく大病院を受診する行動を医療保険として評価しないと考えるのであれば、大病院について医療費を増やすのではなく、保険給付の範囲内で一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める案が1つの方法。一方で、医療保険の枠内に限らず、選定療養の拡大等を通じて紹介状なしの大病院受診を抑制する仕組みを考えてほしい。
- ゲートキーパーとなり得る、地域の医者をごどのように確保・育成していくかが問題。研修等を実施したうえで地域に適正配分し、紹介状を書いてくれる医師を患者に対してしっかりと情報提供していただきたい。
- かつて議論された受診時定額負担と混同してしまうので、定額負担という名称の是非も含め、あくまで大病院を紹介状なしで受診する場合に限定するという方向性を明らかにして議論することが必要。現在保険給付されている療養を縮小することになる案については慎重に議論すべき。
- 対象とする医療機関については、現在の選定療養との並びで200床以上がいいのではないかと。ただし、どの程度の負担とすべきかについては、より機能分化が必要とされる大規模な医療機関ほど負担額が大きくなるというように、病床規模で分けてもいいのではないかと。新たな定額負担は高額療養費の対象外とし、患者や国民にコスト意識を持ってもらうべき。
- 大病院の範囲をどうするかについては、病床数なのか、機能なのか、病床数プラス機能なのか、ということが考えられる。導入する際には、試行的に実施したうえで進めることが必要。

(入院時食事療養費・生活療養費)

- 入院中の食事は治療の一環であるので、基本的にはこれ以上の自己負担を増やすべきではない。今後、議論を進めていく場合には治療食を必要とされる患者と低所得者への配慮が必要。
- 介護保険と医療保険の整合性を考える必要はあるが、65歳以上の療養病床入院者が他の患者よりも高くなるということは説明ができないのではないかと。
- 精神病床などの長期の入院患者については、自己負担は引き上げる方向で考えるべき。食材費に加え調理費も自己負担とすべき。また、療養病床は医療区分によって自己負担が異なるため、医療区分2及び3については、医療区分1と同等の自己負担割合に引き上げるべき。
- 入院医療と在宅医療との公平を図る観点から、今後、食材費と調理費相当分を含めて、自己負担を求めていくのはやむを得ない。ただし、低所得者への配慮は必要。
- 低所得者への配慮が必要。高額療養費の見直しを行ったが、入院時の食事療養費の見直しによって効果が半減をすることのないよう、十分検討して制度設計をするべき。

(国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額及び被用者保険における標準報酬月額上限)

- 保険料を引き上げれば賦課限度額に到達する所得水準は下がるという問題もあり、単純に賦課限度額を改定するだけでは、本質的な問題は解決しない。相当の高所得者における負担能力に応じた応分の負担のあり方についても検討すべき。
- 標準報酬月額の上限見直しについては、保険料負担を求めることの方性は理解するが、協会けんぽの加入者の所得水準は他の被用者保険と比べると低く、上限を引き上げても財政影響はあまりない。むしろ保険者間での財政力格差をさらに広げることにならないか。また、上限額見直しを議論するならば、不正を誘発しかねない現在の傷病手当金等の現金給付の仕組みを一緒に見直す必要がある。
- 国保世帯の中でも 1,500 万円を超えるような所得の方も全国では 20 万世帯以上いる。そのような方々も、負担限度額の 80 万円で済んでおり、一定の高所得者の方々から負担をいただくという制度の在り方についてどのように考えるか。
- 保険制度の負担と給付という考え方からすると、関係がこれまでと異なる状況になるのではないか。法改正をしてまでさらに上位等級を設けることは慎重に考えるべき。
- 医療保険は年金とは異なり、保険料を納めるほど給付が増えるという性格ではないので、上限の引き上げは納得が得にくい。最高等級に該当する被保険者は直近 1 % を下回る水準で推移しており、こうした点を踏まえると見直しの必要性はない。

(国民健康保険組合に対する国庫補助について)

- 国保組合に対する 32% の定率補助は、市町村国保とのバランスを見て決められたものであり、国庫補助を見直す際には保険者間の財政調整や国庫補助の在り方、高齢者医療制度に関連する財政影響の見極めなど、総合的な判断が必要。組合員の所得水準を理由に一方的に定率補助を見直すことは、医療保険制度そのものの使命をないがしろにするものであり、容認できない。
- 医師国保の中には既に赤字の組合もあり、市町村国保並みに保険料を引き上げても、公費負担がなければ赤字になり、解散するしかなくなる。国保組合が解散すれば市町村国保や協会けんぽに加入することになるが、市町村国保に対する国庫補助率は国保組合に対する国庫補助率よりも高く、それまで自粛していた自家診療も請求することになり、結果的に国庫補助がかえって増えることになる。
- 保険料の収納率がほぼ 100% を達成しているという特性や、組合の診療所のいわゆる家族であるとか従業員の診療については、自主的に請求せずに経営の健全化を図っている等の特性を全く議論せずに、ただ単に所得が高いという一面だけで議論されるのは非常に異論がある。

- 定率補助の廃止、あるいは補助率を下げた場合の財政影響や、国保組合が解散した場合に国庫補助が結果的に増えるということが実際に起き得るのかどうかの財政影響等についての精査がされず、議論が停滞しているので、きちんと数字を出して議論を進める必要がある。
- 国保組合の中でも財政的に保険料だけでやっていけるのであれば、それをやるのが筋で、定率補助のように国保組合と名がつけば何でもかんでも国からお金が出るという考え方自体がおかしい。所得水準に応じて必要なところだけに国として補助金を出す、自立した運営が可能な国保組合への定率補助は廃止すべき。
- 被保険者の所得水準が低いということは構造的な問題であり、国庫補助や保険者間の助け合いを行う1つの理由になっていると理解しているが、所得水準の高い国保組合に対してなぜ国庫補助が必要なのかということについては、説得力に乏しいのではないか。そのため、そこへの国庫補助を見直す方向は理解できる。
- 国保組合の所得水準は二極化しており、明らかに所得水準の高い組合がある。所得水準の高い組合に国庫補助を入れるというのは国民感情としてもなかなか納得が得られないのではないか。

(その他)

- 療養病床から在宅復帰を要請されているが、特養、老健のほうが、はるかに自己負担金が高くなっており、実は療養病床のほうが圧倒的に入院費が安いという現状がある。そのために、病状がよくなってしかるべき施設なり在宅復帰をしていただくようと努力を現場がしても、なかなか退院していただけないという現状も勘案していただきたい。

11 その他

(出産育児一時金について)

- 出産育児一時金の本体部分と産科医療補償制度の掛金について、法令上の区分を検討すべき。また、出産費用の実態に基づいて、出産育児一時金を見直すのではなく、物価や診療報酬改定率などに基づいて出産育児一時金を見直すルールとすることを検討すべき。さらに、少子化対策として出産に係る費用負担を増やさない仕組みとするのであれば、保険者だけでなく医療機関も協力すべき。
- 出産育児一時金については、本来なら、産科医療補償制度の見直しに伴い、掛金引下げ相当額を下げるのが筋。自由価格である分娩費用の増額は、出産育児一時金の額を引き上げる理屈にはならず、どういう時にどういう考えで改定するのかという大きな方向性の議論を先送りすべきではない。