

第102回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成28年12月 8日(木)
15時00分～17時00分
場所：グラントーク半蔵門華の間

(議 題)

1. 骨太2016、経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項等に係る
議論の整理(案)について
2. その他

(配布資料)

資料1-1 議論の整理(案)

資料1-2 議論の整理(案)に関する参考資料

参 考 資 料 社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成28年12月8日

いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長 / 高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいに 菊池 令子	日本看護協会副会長
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいに 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長 / 栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひるきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会委員 / 新潟県聖籠町長

印は部会長、 印は部会長代理である。

(五十音順)

第102回 社会保障審議会医療保険部会

平成28年12月8日(木) 15:00~17:00

グランドアーク半蔵門 華の間

速記

遠藤委員
濱谷審議官
鈴木局長
遠藤部長
谷内審議官
渡邊委員
横尾委員

兼子委員
小林委員
白川委員
新谷委員
菅原委員
武久委員
原委員

森委員
望月委員
(岩村参考人)
松原委員
藤井委員
福田委員
(山本参考人)
樋口委員
(新井参考人)

黒田課長
榎本課長
宮本課長
泉課長
城課長
迫井課長
平子室長
山内課長

赤羽根室長
高木室長
高齢者医療課
国民健康保険課
保険課
総務課
友田室長
矢田貝室長
小椋管理官
中山管理官
諏訪管理官
仲津留企画官

傍聴者席

議論の整理（案）

平成28年12月●日
社会保障審議会医療保険部会

当部会においては、経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）及び経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）並びに経済・財政再生計画改革工程表（以下「改革工程表」という。）等において本年末までの検討が求められていた項目を中心に、国民皆保険制度の持続可能性の確保、世代間・世代内の公平性や負担能力に応じた負担等の観点から、平成28年9月29日以降5回にわたり審議を重ねてきた。

以下、この間の議論について整理する。なお、審議の中で示された各項目に関する主な意見は、別添のとおりである。

（高額療養費制度の見直し）

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないようにする観点から、被保険者の所得等に応じて自己負担限度額が設定され、原則として、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払った後、その合計額が月ごとの自己負担限度額を超えた場合に保険者から償還払いされる仕組みである。

制度創設以来、数次の改正が行われてきたが、直近では、平成25年に、現役世代（70歳未満）について所得区分を細分化し、より負担能力に応じた自己負担限度額を設定している。

- この高額療養費制度については、改革工程表において、「外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、

- ① 70歳以上の現役並み所得者の負担のあり方についてどのように考えるか。
- ② 70歳以上の一般区分の負担のあり方についてどのように考えるか。
- ③ 70歳以上の低所得者の負担のあり方についてどのように考えるか。
- ④ 外来上限特例についてどのように考えるか。

等の各論点について議論を行った。

- 70歳以上の高齢世代に係る高額療養費の限度額については、
 - ・ 現役並み所得者については、70歳未満の現役世代と同様に細分化した上で同様

の負担限度額を設定すること、

- ・ 一般区分については、70歳未満の現役世代と同額に負担限度額を引き上げるともに多数回該当を設けること

について、制度の持続可能性を高め、世代間の負担の公平性を確保する等の観点から、実施すべきとの意見が多かった。

また、低所得者については、負担限度額を据え置くことについて、低所得者への一定の配慮を行う観点から、大きな反対意見はなかった。

- 外来上限特例（個人単位）については、
 - ・ 現役並み所得者については外来上限特例を廃止し、一般区分については外来上限特例を維持した上で上限額を引き上げるべきとの意見が多く、
 - ・ 低所得者については外来上限特例を継続すること及び負担限度額を据え置きべきとの意見が多かった。
- 70歳未満の現役世代については、今般の見直しにおいて据え置くとの方向性に異論はなかった。また、高額介護合算療養費については、高額療養費制度に合わせ見直しを行うべきとの意見が多かった。
- 施行時期については、29年8月から各限度額を引き上げることに異論はなかったものの、激変緩和措置の必要性、十分な周知・広報等の必要性、既定のシステム改修のスケジュール等も考慮しつつ、外来上限特例の廃止や所得区分の細分化は平成30年8月から実施することで段階的に施行すべきとの意見があった。

（後期高齢者の保険料軽減特例の見直し）

- 後期高齢者の保険料軽減特例は、政令本則において、被保険者の世帯の所得に応じ、均等割部分を7割・5割・2割軽減する措置が設けられているところ、更に特例として軽減措置を追加し、7割軽減を受ける者については世帯所得等に応じ9割・8.5割軽減としている。また、一定の所得を有する者について課される所得割についても5割軽減している。
- この後期高齢者の保険料軽減特例については、平成27年1月に、内閣総理大臣を本部長とする社会保障制度改革推進本部において取りまとめられた「医療保険制度改革骨子」において、この特例軽減の廃止について「段階的に縮小する」、「低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻す」、「負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずる」こととされている。

- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 現行の加入者については激変緩和措置を設けつつ、原則的に本則に戻していくべきではないか。その際、新規加入者についてはどのように考えるか。
 - ② 均等割を本則の軽減に戻していく場合、低所得者の生活に配慮しながらいかなる激変緩和措置を設けるか。また、所得割についてはどのように考えるか。
 - ③ 元被扶養者について、均等割を本則に戻していく場合、いかなる激変緩和措置を設けるか。所得割についてどのように考えるか。等の各論点について議論を行った。

- 現行の加入者に対する適用については、
 - ・ 均等割の軽減特例については、段階的に本則に戻していくべきとの方向性に大きな反対意見はなかったものの、低所得者については一定の配慮を行うべきとの観点から、見直しの実施は介護保険料の軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と合わせるべきとの意見があった。
 - ・ また、所得割の軽減特例については、高齢者への激変緩和としての一定の役割を終えたと考えられる等の理由から、本則に戻していくことについて大きな反対意見はなかった。
 - ・ 元被扶養者への軽減特例については、一定の負担能力のある方も含めて一律に負担を軽減する制度となっていることから、これを段階的に解消することについて異論はなかった。
- なお、新規加入者については、速やかに本則に戻すべきとの意見もあった。
- 見直しの施行に当たっては、激変緩和や社会的な混乱を回避する等の観点から、周知広報を行いながら、平成 29 年度から段階的に丁寧を実施すべきとの意見があった。

(入院時の居住費（光熱水費相当額）に係る患者負担の見直し)

- 65 歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費の一部については、入院時生活療養費が支給されており、食費・光熱水費相当額を負担することとされている。
- この入院時の居住費（光熱水費相当額）については、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の観点から、改革工程表において、「入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 医療保険の療養病床の 65 歳以上の入院患者の居住費負担額については、介護保険施設の多床室における光熱水費を踏まえて設定された経緯から、1 日 320 円から 370 円に引き上げることについて、どう考えるか。
 - ② 医療区分Ⅱ・Ⅲの居住費負担について、どう考えるか。
 - ③ 居住費負担における年齢区分について、どう考えるか。
 等の各論点について議論を行った。

- 65 歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費については、介護保険施設（老健・療養、多床室）や在宅との負担の公平化を図る等の観点から、医療区分Ⅰについては現行の 320 円／日から 370 円／日に引き上げ、医療区分Ⅱ・Ⅲについても、新たに段階的に 200 円／日の負担を求めた上で、370 円／日の光熱水費相当額の負担を求めるべきとの意見が多かった。
 なお、医療療養病床以外の病床でも、長期入院の場合は光熱水費相当額の負担を求めるべきとの意見があった。

- 施行時期については、システム改修期間等を考慮し、医療区分Ⅰについては平成 29 年 10 月から、医療区分Ⅱ・Ⅲについても同月から段階的に実施することとし、本格実施は、療養病床の在り方の見直しや診療報酬改定の時期と合わせて平成 30 年 4 月からとすることについて異論はなかった。

- 難病患者については、難病法施行の平成 27 年 1 月から食費・居住費は自己負担となり、施行から 3 年間は公費助成により負担が軽減されていることに鑑み、今回の引上げの対象外とすることについて異論はなかった。

（金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方）

- 介護保険制度においては、施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、その有する預貯金等の資産も勘案した上で補足給付を支給し、負担を軽減している。

- この金融資産等を考慮に入れた負担の在り方については、改革工程表において、「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、

- ① 介護保険では、補足給付は本来の保険給付とは異なる福祉的・経過的な性格を有することを踏まえ、補足給付についてのみ金融資産等を勘案して給付の対象となるかを判定しているが、仮に、医療保険において、同様の仕組みを導入する場合、給付の範囲について、どう考えるか。
 - ② 介護保険の補足給付に対応する医療保険の給付は入院時食事療養費・入院時生活療養費であると考えられるが、医療保険では、食事・居住サービスは、医学的管理の下に保障する必要があることから、食費・居住費についても保険給付の対象としている点で、介護保険と考え方が異なる点について、どう考えるか。
 - ③ 負担能力に応じた負担を求めることが必要である一方、現時点では、金融資産等の把握は自己申告をベースとせざるを得ない点について、どう考えるか。
- 等の各論点について議論を行った。

- 金融資産等の保有状況を考慮した負担の在り方については、金融資産を正確に把握する仕組みがない現状では尚早であり、今後、マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組みを踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法の検討を進めるとの方向性に異論はなかった。

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担)

- 外来機能の分化・連携の推進は、これまでに、
 - ・ 診療報酬において、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に対する初診料等を適正な評価とするとともに、選定療養の枠組みを活用する
 - ・ 地域医療総合確保基金を活用して、居宅等における医療の提供に関する事業を実施できることとする等の取組を進めており、在宅医療を担う医師の確保・育成等の取組と併せて総合的に行っていくことが重要である。
- 平成 28 年度診療報酬改定では、認知症に対する主治医機能の評価、小児に対するかかりつけ医の評価、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の緩和等も盛り込まれている。また、平成 27 年度国保法等改正において、平成 28 年 4 月から大病院の責務として、紹介状をなしで受診する患者から、診療報酬に上乘せさせる形で、一定額以上の定額負担（選定療養）を徴収することとした。
- かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担については、改革工程表において、「かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、「かかりつけ医」以外の者に受診した場合に、定率負担に加えて定額負担を求めることが考えられるが、
 - ① 定額負担を求めることについて、どう考えるか
 - ② 定額負担を求める範囲（かかりつけ医以外）について、どう考えるか。等の各論点について議論を行った。

- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、具体的な検討を進めるとの方向性に異論はなかった。その上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、幅広く検討を進めるべきとの意見があった。

（スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方）

- スイッチOTCは、医療用医薬品の有効成分のうち、医療用としての使用実績や副作用の発生状況、海外での使用状況などからみて適切であると考えられるものについて、製薬企業が「効能・効果」・「用法用量」等を見直した上で開発・申請を行い、薬事・食品衛生審議会における審議を経て承認され、一般用に転用されたものである。

- スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率については、改革工程表において、「スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① スイッチOTC化された医療用医薬品に着目して、保険給付率を引き下げることについて、どのように考えるか。
 - ② 平成14年健保法改正法附則の「将来にわたって7割の給付を維持する」という規定との関係について、どのように考えるか。等の各論点について議論を行った。

- 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き検討を進めるとの方向性に異論はなかった。

（子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直しについて）

- 地方単独事業により一部負担金が法定割合より軽減される場合、それによって生じる医療費の波及増分はその性格上当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、公費負担部分について減額調整を行っている。
- この子どもに対する医療費助成に係る国保の減額調整措置については、本年6月2日に閣議決定されたニッポン一億総活躍プランにおいて「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、医療保険制度の規律や、財政影響、小児科医をはじめとする医療提供体制に与える影響に配慮しつつ、
 - ① 見直しの対象範囲（年齢、自己負担・所得制限の有無、自治体の財政力等）
 - ② 見直しの時期
 - ③ 見直しが国民の利益となるよう、見直しが少子化対策に寄与するものとなるようにすること
 等の各論点について議論を行った。
- 見直しは平成30年度より実施し、その対象は未就学児までとすべきとの意見が多かった。なお、対象は未就学児までとしつつも、何らかの一部負担金や所得制限を設けている場合に限定すべきとの意見もあった。

（任意継続被保険者制度について）

- 任意継続被保険者制度は、健康保険に2ヶ月以上加入した被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度である。大正15年の健康保険法の施行時から存在する仕組みであり、これまで、加入期間の延長、保険料の軽減を図る改正を行っている。
- 制度の意義は、①国民皆保険実現（昭和36年）までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一（平成15年）までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が、その実質的な意義となっている。
- こうした任意継続被保険者制度の意義の変化を踏まえ、制度見直しの必要性について、当部会においては、「任意継続被保険者制度の在り方について、特に、加入期間、加入要件、保険料設定の在り方について、どう考えるか」等の各論点について、議論を行った。

- 任意継続被保険者について、①加入要件を2か月から1年とすること、②被保険者期間を最大2年から最大1年とすることについては、国民皆保険の実現、給付率の統一により、任意継続被保険者制度の意義が薄れてきていること等の理由から、制度の廃止に向けた当面の見直し案として賛成する意見があった一方、任意継続被保険者制度における国保移行時の保険料負担の激変緩和の意義や、国保財政、事務コスト、有期労働者の保護等の観点から慎重な意見もあった。

- 更に、任意継続被保険者の加入要件や被保険者期間の見直しについては、当面現行のまま維持するとともに、施行後3年以内に検討する予定である短時間労働者の適用拡大と合わせて引き続き検討することについては、制度の意義が薄れていることを踏まえ、早急に検討すべきとの意見がある一方、国保の財政状況等に対する懸念から、慎重に検討すべきとの意見があった。

- 一方、③保険料の算定基礎については、現行では、保険料負担軽減の観点から、「(A)従前の標準報酬月額又は(B)当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」とされている。これを、組合自治の観点から、健保組合の規約により、一律に(A)か(B)かを保険料の算定基礎として設定することについては、可能な限り速やかな実施を検討することに異論はなかったが、協会けんぽについても見直しの対象とすべきとの意見があった。

この間の当部会の議論については、以上の通りである。厚生労働省においては、上記各項目について、当部会における種々の意見を十分に踏まえ、見直し等を進められたい。

主なご意見

(高額療養費制度の見直しについて)

経済・財政再生計画 改革工程表

外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016 年末までに結論

- 外来特例については創設から 10 年以上経過し、財政が悪化している中で、一定程度の役割は終えているので、段階的にでも廃止すべき。
- 高額療養費制度については、70 歳未満と 70 歳以上で取り扱いが大きく異なるため、世代間の公平性を確保する観点から、早急に見直すべきであり、特に外来特例については、廃止が妥当である。
- 負担能力に応じた負担を求めるのは当然の考え方。
- 現役並み所得区分については世代内の所得格差を踏まえて細分化すべき。
- 高齢者は弱い立場であり、負担を求めるのは反対。
- 今は外来で高度な治療が受けられるようになっている。安心して外来にかかるためにも、外来特例については患者の負担や受診行動への影響を考慮して、慎重に議論すべき。
- 特に低所得者について、経済力の差によって医療へのアクセスが阻害されることがあってはならない。
- 現役並み所得者については、もう少し区分を細分化しても良いと思うが、公平性を考えて、高齢者の状況や所得格差をきめ細かく見据えた議論をしてほしい。
- 制度を見直すべきだとは思いますが、施行時期を考えるに当たっては、事務処理やシステムについても配慮してほしい。

(後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)の見直しについて)

医療保険制度改革骨子

後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成 29 年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずること

ととする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

- 平成 29 年度から原則的に本則に戻すべき。
- 特例を設けてから 8 年が経過しており、保険財政も厳しく、高齢者を取り巻く関係も変化しており、一定の役割は終えている。
- 負担能力に応じた負担が大原則であり、見直しは必要。そもそも特例であり、経過措置である。
- 国保の被保険者も最大 7 割軽減であり、75 歳になって突然年金額が下がるわけでもないため、後期になったから 9 割軽減というのは説明がつかない。
- 元被扶養者については応能負担にも逆行しているため、本則に戻すべき。
- 低所得者に負担を求めることは大きな負担になる。高齢者の生活を考えると、見直しには反対。
- 後期高齢者医療制度の発足時から、高齢者の生活実態という面ではあまり変わっていない中で、特例的な措置を終えるのが公平なのかについては疑問がある。
- 9 割軽減を 7 割軽減に戻して、月額 380 円が年額 1 万円増加するというのは重い負担であり、考慮が必要。
- 見直しは必要ではあるが、高齢者は医療の負担が大きいことを考えて、激変緩和措置の配慮が必要。
- 十分に時間を取って議論・周知すべき。
- システム等の観点からは早めに具体的な内容を固めてほしい。

(入院時の居住費(光熱水費相当額)に係る患者負担の見直しについて)

経済・財政再生計画 改革工程表

入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論

- 療養病床の居住費について介護保険が家計調査というエビデンスに基づいて 370 円に引き上げたのであれば、医療保険も整合性を取るべきではないか。
- 在宅との公平性の観点から、医療区分ⅡⅢからも居住費負担を求めるべきではないか。
- 介護はついの住み処だが、医療は治療の場であり、医療区分ⅡⅢの者から居住費負担を求めることに反対。本来は医療区分に関係なく居住費負担を求めないのが普通ではないか。

- 医療区分 I にも重症の患者もいることから、医療区分に応じて居住費負担の有無を決めるのは整合性がないのではないか。
- 65 歳以上の人は年金が収入としてある一方、働いている人は長期入院により収入がなくなること考えても年齢で分けるということが必要ではないか。
- 65 歳未満の者についても、在宅との公平性を考えれば、療養病床については年齢区分なく居住費負担をお願いすべきではないか。
- 一般病床、精神病床等に「住まい」の性質はなく、居住費負担を求めるべきではない。長期入院と居住費負担の問題は分けて考えるべき。
- 療養病床以外の病床でも、一定期間長期に入院される方、例えば診療報酬上の取扱いで 1 つの考え方である 90 日を超える方に負担を求めるべきではないか。
- 社会保障を持続可能なものとするため、入院時の居住費負担を求めることが必要である一方、低所得者や重篤な方等に配慮するべきではないか。
- 患者の立場からすると医療と介護は明確に分かれていない。高齢者が円滑に施設を移ることができるようにするべき。

(金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について)

経済・財政再生計画 改革工程表

医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないか。
- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないか。
- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないか。

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について)

経済・財政再生計画 改革工程表

かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論

- 頻回受診の防止や医療保険財政の観点から、広く定額負担を求めることは重要ではないか。今回の提案については、かかりつけ医の定義や実務上の課題を検討した上で実現可能であれば、それも1つの方策になるのではないか。
- かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、診療科ごとにかかりつけ医を持つ患者がいることや若者はそもそも受診頻度が低いということでかかりつけ医を持っていない方もおり、何を以て「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。
- まずは、かかりつけ医の定義について関係者間で共通理解を得ること、プライマリ・ケアを担う地域医療の全体像を明確にすることが必要。
- 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。
- かかりつけ医普及の観点からの外来時定額負担については反対だが、定額負担には様々なバリエーションがあるので、定額負担の導入、7割給付の考え方等を含めた患者の負担の在り方について幅広い議論を行ってはどうか。
- 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担は、大病院の勤務医の負担軽減等の観点から実施したものであり、今回のものとは異なる議論である。
- かかりつけ医については、その普及の観点から、名称についても検討するべきではないか。
- 外来の機能分化・連携については、可能な限り取り組みを進めていくべき。
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担について、医療機関の機能分化・連携を促進する観点から、その取扱いを拡充していくべきではないか。その際、保険財政の負担軽減につながる形を考えるべき。
- 選定療養により負担に差をつけることは、医療機関の地域的な分布の問題や受診行動の誘導につながり得るのかということを含め、時間をかけて議論する必要がある。

(スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険給付率の在り方について)

経済・財政再生計画 改革工程表

スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論

- OTC化されたら保険給付率の変更ではなく、保険適用から外すというのが本来あるべき姿ではないか。
- 多剤服用や残薬対策という観点から服薬量を減らしつつ、健康寿命を延伸することが望ましい。例えば、基礎疾患は処方箋薬で治療し、軽度な疾病については医療用医薬品からOTC医薬品の配合剤への置き換えを促す仕組みや、セルフメディケーション税制の対象をOTC薬全般に拡大させ、OTC医薬品で治療することを促す取り組みをお願いしたい。
- スイッチOTC医薬品の保険給付率を下げると、高薬価な医薬品へ処方シフトすることが考えられ、安くて、安全性が確立した医薬品が医療保険の中で使いにくくなるのではないか。その結果スイッチ化が抑制されてしまう可能性もある。
- 基本的に薬を保険でカバーするか否かは、薬の有効性や必須性などの観点から決められるべきで、既にスイッチOTC医薬品があるか否かで議論すべきでない。給付率を引き下げるとセルフメディケーションを促進する可能性はあるが、財政効果は短期的なものであり、長期的な効果は見込めないのではないか。
- 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持するという観点から、慎重に検討する必要がある。
- 保険給付率の引き下げについては、どのような考え方でスイッチOTC化された医薬品だけを対象とするのか。処方量を勘案する必要はないのかなど、もう少し詳細に議論していく必要がある。
- スイッチOTC化されたものに限らず、市販品類似薬や軽度の薬剤については、保険収載から外すこと、フランスのように保険給付割合変えることなどについても今後議論していく必要がある。

(子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方について)

ニッポン一億総活躍プラン

子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険

の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

- 減額調整措置は、早急に全廃すべき。都道府県、市町村としても、廃止により生じる財源は、少子化対策の推進に用いることについては協力していく。
- 子どもを産むインセンティブを下げるようなことは、国として一切すべきでない。
- 無駄な医療が行われていないかという懸念が常につきまとうことから、見直しの対象範囲は全市町村がやっている未就学児までとすべきではないか。
- 見直しをする場合でも、自治体間の不公平とならないようにすべきであり、全ての市町村が行っている部分などに限定して行うべき。
- 見直しの対象範囲は、全市町村が助成を行っている未就学児までとするのが妥当。自己負担や所得制限も必要。
- コスト意識をもつために、医療費助成を実施する場合であっても、自己負担を残すべき。また、応能負担の観点から、所得制限をすべき。
- 見直しに当たっては自治体の財政力は考慮する必要はないのではないか。
- 医療保険における原則 3 割で未就学児が 2 割という自己負担の仕組みは堅持すべき。
- 単なる見直しでは地方自治体から国への負担の代替でしかなく、国民からは見えにくいので、見直しにより生じる財源は、少子化対策に資する施策に用いるべき。
- 少子化対策としては保育所対策や、妊娠、出産、子育ての不安や問題に切れ目無く対応できる地域包括支援システム等、直接的に効果のある施策が必要。
- 見直しの時期については、見直しにより生じる財源を効果的に施策に反映させるために、予算等についてしっかりと検討できるようにするという観点も踏まえて考えるべき。
- あまり制度に頼り過ぎることは良くないので、医療費助成を行う前提として、家庭内でのセルフメディケーションを推進すべき。

(高額介護合算療養費制度について)

- 高療を見直すことになれば見直すべき。所得区分も細分化すべき。高療と高額介護合算で所得区分などが異なると複雑であり、被保険者にわかりやすいように同じような区分とすべき。
- 基本的には負担能力に応じた仕組みに見直していくべき。前回の高療の見直しの際にも高額介護合算も見直しているので今回も見直すべき。

- 高額介護合算は高療の見直しに連動するものと思うが、制度が適切に運用されるような工夫が必要。訪問看護を行っている中で、制度が複雑で申請するだけで大きな負担になっているという声を聞く。適切に制度を利用できるようにする必要がある。
- 制度が複雑でみんな理解できていない。医療・介護の連携会議でも議論して欲しい。後期高齢者には要介護度が高い方が多いので、高額介護合算のもっと額が大きくなるはず。申請漏れも多いのではないか。
- 高療の見直しや介護分野でも負担増の議論がなされており、家計への影響も見ながら、慎重な検討が必要ではないか。

(任意継続被保険者制度について)

- 任継制度については、廃止に向けて検討していくべき。第一歩として、任継加入期間の2年から1年への見直し、加入要件のうち被保険者期間の2カ月から1年への見直し、退職時の標準報酬月額をもとにした保険料の設定を行うべきではないか。
- 前期高齢者医療制度の創設により、退職者医療制度が段階的に縮小している中、高齢者の医療費について任継制度を含めた医療保険全体としてカバーできている部分もあるのではないか。任継加入期間を1年に短縮すると、結果的に医療費の高い高齢者が国保に加入することになるが、国保は基盤強化が必要な中で新たな負担につながる議論は慎重に行うべき。
- 任継制度は、被用者保険の長い歴史そのものだが、今日的にも、国保移行の際の保険料の激変緩和や、退職者の医療保障という役割はあるのではないか。
- 国民皆保険を実現した際に、あるべき姿として退職者は市町村国保が対応することとなったはずであり、任継制度をいつまでも残すことに反対。ただし、国保への移行時に、前年度の所得に応じた保険料となると負担が大きいため、段階的な対応が必要。まず、任継加入期間を1年とし、再度、検討してはどうか。
- 任継制度は、国民皆保険が実現し、給付率が統一された現在、従来の意義が薄れているのは確か。

一方、任継の加入要件を1年にすると、有期労働者や派遣労働者は、任継を利用できなくなるなど、比較的弱い立場の方にしわ寄せが回る可能性がある。定期的所得がない時の保護の在り方や、任継の適用範囲を絞り、頻繁に被保険者が出入りすることが起きた場合の市町村の事務コストの観点を含めつつ、慎重に考えるべきではないか。