

第36回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成21年12月4日（金）
14時00分～16時00分
九段会館

（議題）

1. 国民健康保険制度の見直しについて
2. 協会けんぽの財政問題への対応策について
3. その他

（資料）

- 資料1 国民健康保険制度の見直しについて
資料2 協会けんぽの財政問題への対応策について（案）
資料3 高齢者医療制度関係資料

- 参考資料1 国民健康保険制度関係
参考資料2 医療制度改革及び医師等確保対策に関する決議（全国市長会提出資料）
参考資料3 協会けんぽの財政問題関係
参考資料4 制度改正検討要望について（小林委員提出資料）
参考資料5 第32回～35回医療保険部会 各委員の発言要旨

国民健康保険制度の見直しについて

1. 国保財政基盤強化策等（暫定措置）の取扱い
2. 市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進
3. 市町村国保の保険料（税）のあり方
 - （1）市町村の実情に応じた保険料（税）の設定
 - （2）非自発的失業者の保険料（税）の軽減
4. その他

1. 国保財政基盤強化策等（暫定措置）の取扱い

下記の国保財政基盤強化策等については、市町村国保の財政は依然厳しいこと、及び、今後検討される新たな高齢者医療制度の影響を見極める必要があることにかんがみ、引き続き、暫定措置として延長することが必要。

（参考）平成17年12月18日 厚生労働・総務・財務三大臣合意

1. 国保財政基盤強化策の継続

（1）高額医療費共同事業

- ・一件80万円以上の医療費について、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、都道府県単位で財政リスクを分散
- ・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

- ・低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援
- ・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

- ・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（1,000億円程度）

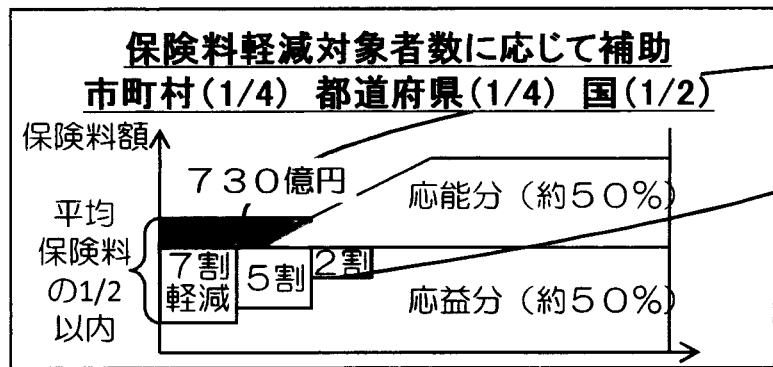
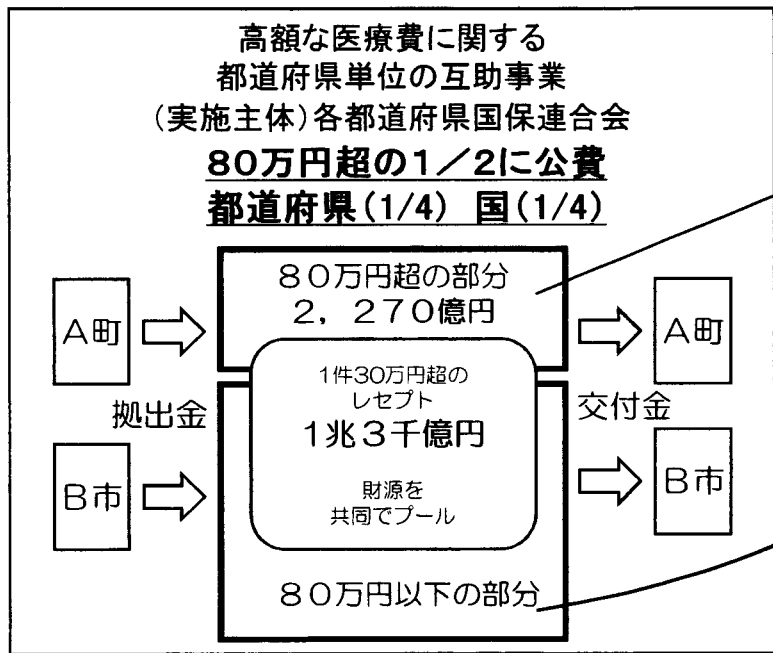
2. 保険財政共同安定化事業の創設

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実施

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。

(参考)三大臣合意に係る措置の概要(平成18~21年度)

保険者の責に帰さない
所得水準、病床数等に着眼
市町村への地方財政措置
1,000億円程度



(白抜き太字) 三大臣合意に係る措置

法定外一般会計繰入等 約3,800億円(19年度)		
財政安定化支援事業	調整交付金 (9%) 6,700億円	前期高齢者 交付金 27,900億円
高額医療費 共同事業		
保険財政 共同安定化事業	定率国庫負担 (34%) 23,300億円	
保険料 (29,600億円)		
保険者支援分	都道府県調整交付金 4,800億円 (7%)	
保険料軽減分		
50%		50%

国保財政のイメージ

医療給付費等総額 : 約9兆8,400億円(21年度予算)

2. 市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進

現 状

- ・ 都道府県は、国保事業の運営が健全に行われるよう市町村を指導。
- ・ 広域化等支援基金や都道府県調整交付金の配分を通じて、保険運営の広域化に一定の役割。

平成18年医療制度改革

- ・ 市町村国保では、保険財政の広域化の観点から都道府県単位の再保険事業(保険財政共同安定化事業)を創設。
- ・ 政管健保(現・協会けんぽ)では、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。

民主党マニフェスト

「被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。」

地方分権改革

- 地方分権改革推進委員会第3次勧告(概要)(平成21年10月7日)
 - ・ 市町村が保険料率の変更や任意給付の創設をする場合などにおける都道府県知事への事前協議義務
→ 廃止すべき ※全国知事会からの要望 (法第12条)
 - ・ 医療費が著しく高額として厚生労働大臣の指定を受けた市町村による運営安定化計画の策定義務
→ 規定の廃止又は「できる」規定化、努力義務化、例示化等の措置を講ずべき (法第68条の2)
- 地方分権改革推進要綱(第1次)(抄)(平成20年6月20日地方分権改革推進本部決定)
「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」



地方分権改革推進委員会第3次勧告で指摘された規定については、勧告に従って廃止しつつ、民主党マニフェストで盛り込まれた地域保険としての一元的運用の方向性及び地方分権改革推進要綱の趣旨を踏まえ、新たに都道府県の判断により、以下のことを実施できることとしてはどうか。

- ① 保険財政の都道府県単位化に向けた保険財政共同安定化事業の拡大(対象医療費の引下げ等)
- ② 市町村国保運営の都道府県単位化に向けた「広域化等支援方針(仮称)」の策定
- ③ ②の方針を踏まえつつ、特に事業運営について改善の必要が認められる市町村に対して、「国保運営改善計画(仮称)」の策定を求めること

※「地域保険としての一元的運用」のあり方については、高齢者医療制度の見直しにあわせて議論を行う。

☆ 「広域化等支援方針(仮称)」のイメージ

都道府県が総合調整機能を発揮し、市町村国保の都道府県単位化による広域化に向けた3～5年程度の支援方針を策定するもの。

<p>(1) 事業運営の広域化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収納対策の共同実施 ・医療費適正化策の共同実施 ・広域的な保健事業の実施 ・保険者事務の共通化 など 	<p>(2) 財政運営の広域化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険財政共同安定化事業の拡充 ・都道府県調整交付金の活用 ・広域化等支援基金の活用など 	<p>(3) 都道府県内の標準設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者規模別の収納率目標 ・赤字解消の目標年次 ・標準的な保険料算定方式 ・標準的な応益割合 など
---	---	--

※ 都道府県が市町村の意見を聴き、できることから取り組む

☆ 「国保運営改善計画(仮称)」のイメージ

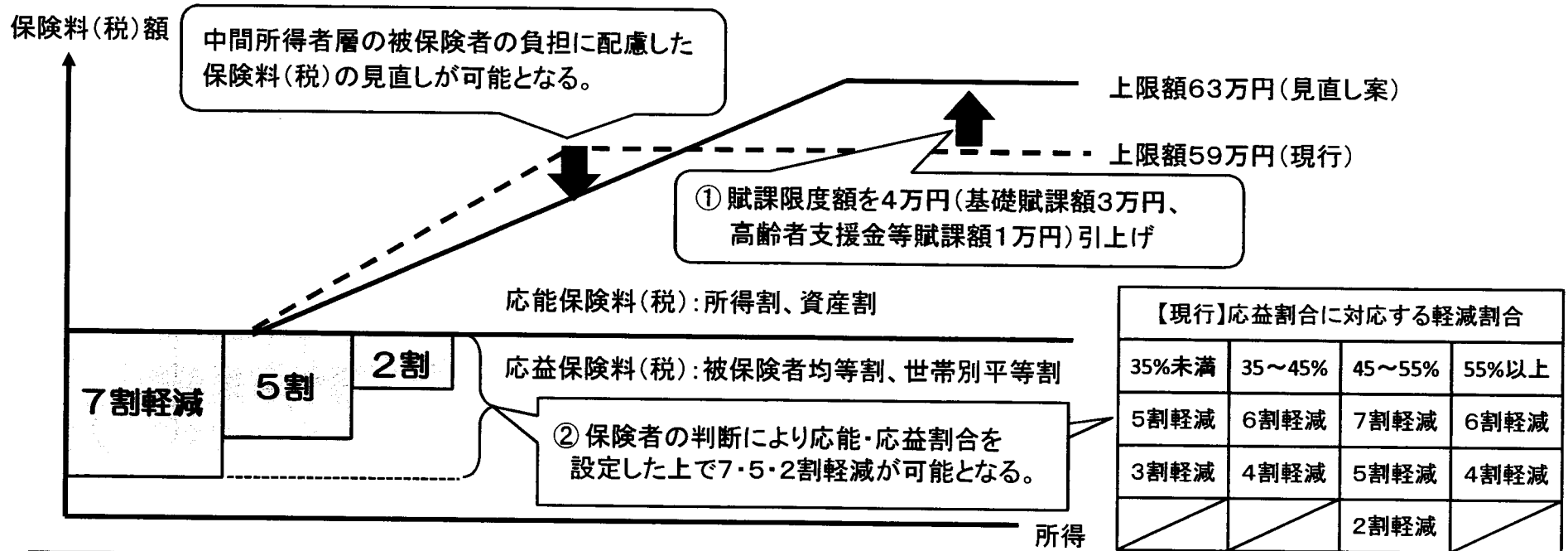
「広域化等支援方針」を踏まえつつ、都道府県が、特に事業運営について改善の必要が認められる市町村に対して、その改善に向けた計画の策定を求めることができることとするもの。

(例) ・収納率の改善 ・赤字解消 ・医療給付費の適正化 など

3. 市町村国保の保険料（税）のあり方

(1) 市町村の実情に応じた保険料（税）の設定

- ① 保険料（税）の基礎賦課額の限度額を3万円、高齢者支援金等賦課額の限度額を1万円引き上げる。
- ② 保険料（税）を減額賦課する際、応益割合にかかわらず7・5・2割軽減を可能とする。



(2) 非自発的失業者の保険料（税）の軽減

失業者の国民健康保険の保険料（税）が過重な負担とならないようにする観点から、非自発的失業者の保険料（税）について、概ね在職中の水準に維持されるよう、失業の翌年度末まで、前年の給与所得を30/100として算定する特例措置を創設する。

保険税では地方税法等の改正を税制改正要望。保険料では国保法施行令の改正を予定。

協会けんぽの財政問題への対応策について(案)

1. 国庫補助率の引上げ 【法律改正事項】

○協会けんぽの保険給付費に対する国庫補助は、健保法の本則上、「16.4%から20%までの範囲内で政令で定める割合」とされているが、平成4年以降、「当分の間13%」となっている暫定補助率から引き上げる（来年度予算の概算要求で事項要求中）。

2. 単年度の財政均衡の特例・財政健全化計画 【法律改正事項】

○協会けんぽについては、毎事業年度の財政均衡が要件とされているが、平成22年度に、前年度の借入金（約4500億円程度の見込み）の償還を行うと大幅な保険料率の引き上げが見込まれることから、財政均衡の要件の例外を定めるとともに、中期的な財政健全化の枠組みを法定する。

3. 被用者保険内の費用負担の在り方の見直し 【法律改正事項】

○別紙のとおり。

【その他の検討事項】

①都道府県単位保険料率の激変緩和措置の期間・幅

・協会けんぽの財政状況の急激な悪化を踏まえ、協会けんぽの都道府県単位保険料率に関し、激変緩和措置を講じることができ平成25年9月までの期間（5年間）について、どのように考えるか。また、現在、全国平均との差を1/10に圧縮しているが、平成22年度においては、どのように考えるか。

②保険料率の上限

・現在、3%から10%までと法定されている協会けんぽ・健保組合の保険料率の上限については、各保険者の現在の財政状況等を踏まえ、引き上げるべきではないか。

③現金給付の見直し（全国健康保険協会の要望事項）

・協会けんぽ・健保組合における傷病手当金・出産手当金について、各給付の基本的な役割を踏まえつつ、給付の重点化・適正化を図る観点から、給付水準や給付要件の見直しを行うべきではないか。

被用者保険内での後期高齢者支援金の総報酬割について(骨子案)

別紙

【1. 趣旨】

- 現行の後期高齢者支援金の負担額は、国保と被用者保険の共通の拠出ルールとして、「加入者数(0～74歳)」を基に算定。
 ※各保険者の負担額 = 加入者1人当たり負担額(44,506円: 22年度概算要求ベース) × 加入者数(0～74歳)
- 他方、被用者保険内では、各保険者の財政力にばらつきがあり、財政力が弱い保険者の支援金負担が相対的に重い。
- このため、現行制度の下で、できる限り、実質的な負担能力に応じた費用負担を実現する観点から、後期支援金について、被用者保険内では、各保険者の「総報酬額」に比例した負担方法を導入する。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)
 ※昭和59年に創設された退職者医療制度では、退職後に国保に加入する被用者OBの医療費を負担する「退職者給付拠出金」を被用者保険者内で総報酬割で負担。

【2. 協会けんぽへの財政影響】

- 総報酬割の導入により、後期支援金が応能負担となった場合、健保組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫補助(16.4%:約2700億円)は、廃止の見込み。
- この国庫財源(約2700億円)を活用し、協会けんぽに対する国庫補助を拡充する。

総報酬割導入による後期支援金の負担額の変化(推計)

(22年度概算要求ベース)

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	被用者保険 計
加入者割	1兆6700億円(注1) (1人当たり4.45万円×3460万人)	1兆4600億円(注1) (1人当たり4.45万円×2990万人)	4400億円(注1) (1人当たり4.45万円×890万人)	3兆5800億円 (加入者7360万人)
総報酬割	1兆4200億円 (総報酬77.3兆円(全体比39.8%))	1兆6000億円 (総報酬87.2兆円(全体比44.8%))	5500億円 (総報酬29.6兆円(全体比15.2%))	3兆5800億円 (総報酬194兆円)
負担額の変化	-2500億円	+1400億円	+1000億円	±0

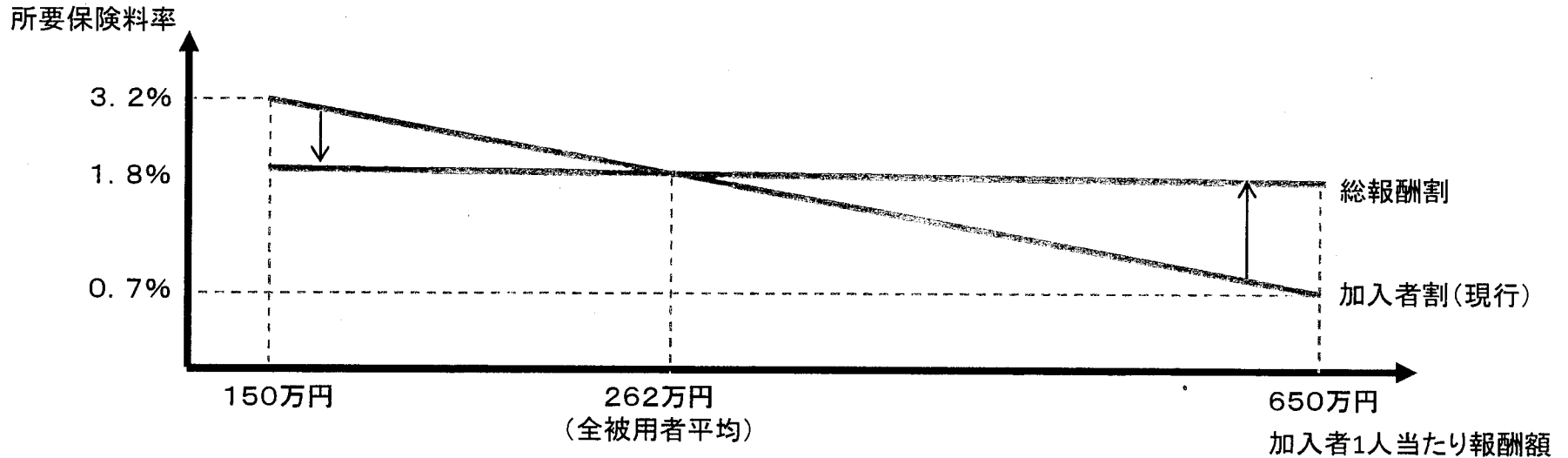
(注1)前期高齢者に係る支援金負担分(協会1300億円、健保組合1300億円、共済組合400億円)を含む。

(注2)100億円単位で端数処理。

【3. 実施時期】

- 平成22年度賦課分から実施。

後期高齢者支援金に総報酬割を導入した場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注1) 21年度賦課ベース。所要保険料率は、前期財政調整を加味した支援金負担を算定。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は224万円。1人当たり報酬額が協会けんぽより高い保険者は1366、低い保険者は196。

(参考) 後期支援金の負担額の変化の例 (21年度賦課ベース)

	加入者数	加入者一人当たり報酬額	加入者割	総報酬割
A健保組合	1857人	540万円	90百万円 ^(注) (単価43,323円×1,857人)	181百万円 (総報酬10,030百万円)
			所要保険料率 0.9%	所要保険料率 1.8%
B健保組合	2094人	156万円	100百万円 ^(注) (単価43,323円×2,094人)	59百万円 (総報酬3,263百万円)
			所要保険料率 3.1%	所要保険料率 1.8%

(注) 前期高齢者に係る支援金負担分(A組合 9百万円、B組合 9百万円)を含む。

「被用者保険内の費用負担の在り方の見直し」として考えられる選択肢(全体)

	65歳未満医療給付費 総報酬割を導入	前期高齢者納付金 加入者割→総報酬割	後期高齢者支援金 加入者割→総報酬割
調整対象額 (22年度概算要求ベース)	7兆3,200億円	3兆2,300億円	3兆5,800億円
現行の各保険者の負担額	加入者の療養の給付等に 要する費用	1人当たり前期高齢者給付費 × 加入者数(0歳～74歳) × 全国平均の前期高齢者加入率 － 当該保険者の前期高齢者加入率	加入者1人当たり負担額 × 加入者数(0歳～74歳)
総報酬割の導入のねらい	○保険者間の財政力格差の解消を 図る。	○現行の高齢者医療制度の施行に より、被用者保険の負担が大きく 増加した部分に着目し、その負 担の平準化を図る。	○他制度支援としての負担の平準化 を図る。
総報酬割の導入の留意点	○加入者医療費に係る負担調整で あり、各保険者の医療費適正化 など、保険者機能に悪影響を及 ぼすのではないかな。 ○「将来的な医療保険制度の一元 的運用」に向けた広範な議論の前 に、被用者保険内で完全な財政 調整を実施することになるのでは ないかな。	○高齢者医療制度改革の中で取り 扱うべき問題ではないかな。 ○前期納付金は、加入者医療費を 算定基礎としており、65歳未満 医療費の財政調整と同様の問題 を含む。	○高齢者医療制度改革の中で取り 扱うべき問題ではないかな。

(参考) 医療保険者は、介護保険の第2号被保険者数(40歳～64歳)に応じて、介護納付金を拠出。被用者保険計 1兆3700億円(21年度賦課ベース)

◎高齢者医療制度に関する検討会(厚生労働大臣主宰)

「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」(平成21年3月17日)(抜粋)

3. 制度の見直しに関する論点

(3) 世代間の納得と共感が得られる財源のあり方について

一方、現役世代からの仕送りである支援金や前期高齢者の医療費を支える納付金については、現行制度では、それぞれの保険者の加入者数等に応じた費用負担として
いるため、財政力の弱い被用者保険の保険者の負担が過重になっている。このため、
国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強
い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた
応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべきであるという意見があった。

平成二十年度における政府等が管掌する健康保険の事業に係る国庫補助額の特例
及び健康保険組合等による支援の特例措置等に関する法律案の概要

(参考3)

(平成20年通常国会提出。平成20年臨時国会において審査未了廃案)

○平成20年度予算の2200億円対策の一環として、単年度の特例措置として、政管健保への国庫補助の削減(1000億)とともに、被用者保険から政管健保への支援を規定。(健保組合750億円、共済組合250億円)

政管健保(協会管掌健康保険)
(国庫補助は1000億円削減)

特例交付金総額1000億円

社会保険診療報酬支払基金

3共済間で
負担を報酬按分

※個別の健保組合から徴収

健保組合:特例支援金総額750億円

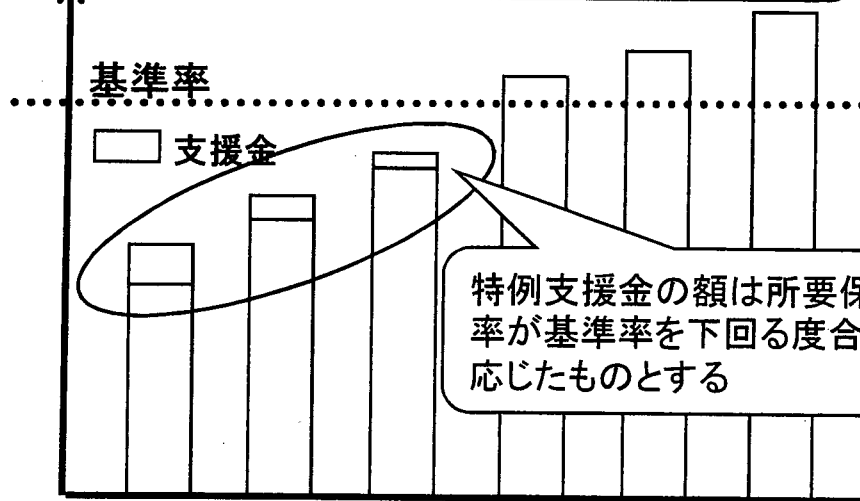
共済:特例支援金250億円

所要保険料率が一定基準未満の
健保組合が特例支援金を負担

所要保険料率

基準率

支援金



特例支援金の額は所要保険料
率が基準率を下回る割合に
応じたものとする

A組合 B組合 C組合 D組合 E組合 F組合

国家公務員共
済組合連合会

地方公務員共済
組合連合会

G共済組合

H共済組合

I共済組合

J共済組合

K共済組合

L共済組合

日本私立学校振興・共済事業団

新しい高齢者医療制度の創設までのスケジュール(見込み)

平成21年11月

平成22年夏

平成22年末

平成23年1月

平成23年春

平成25年4月

検討会議の設置



中間とりまとめ



地方公聴会の開催
意識調査の実施

最終とりまとめ



法案提出



法案成立



実施体制の見直し・準備・広報
全ての市町村等でコンピュータ
システムの改修
政省令の制定

新しい高齢者医療制度の施行

制度決定まで1年

法案作成から成立まで半年

施行準備 2年

(参考)後期高齢者医療制度も法案成立から施行までは約2年。
平成18年6月 高齢者の医療の確保に関する法律の成立
平成20年4月 後期高齢者医療制度の施行

高齢者医療制度における平成22年度の保険料軽減等の措置について (案)

1. 国費による措置(2,902億円)

以下については、平成21年度第2次補正予算において全額国費により措置する。

- ① 70歳から74歳までの患者負担割合(1割→2割)の引上げの凍結 2,075億円
- ② 所得の低い方の保険料軽減の継続(均等割9割・8.5割、所得割5割軽減) 523億円
- ③ 被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減の継続(均等割9割軽減のうち4割相当分) 294億円

2. 地方負担による措置(244億円、全体の7.8%)

- 被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減措置(均等割9割軽減のうち5割相当分)については、引き続き地方負担とし、地財措置を行う。

※ 被用者保険の被扶養者であった方の均等割の軽減(5割分)に対して地方負担を行う期間は、「高齢者の医療の確保に関する法律」において加入後2年間と規定されている。したがって、制度施行当初から加入している方の均等割の軽減分に対する地方負担は、平成22年3月末で終了することとなるため、同法を改正し、後期高齢者医療制度廃止までの間、当該地方負担を延長する。(総務省と協議中)

平成22年度及び23年度における後期高齢者医療保険料の上昇抑制について

- 後期高齢者医療制度においては、財政運営期間は2年間とされており、各広域連合において、平成22年度及び23年度の保険料率を来年2月頃までに決定することとなるが、以下の4点の要因により、何らの抑制策も講じない場合には、保険料は平成21年度と比較し、全国ベースで約13.8%増加することが見込まれる。

<保険料が増加する要因>

① 一人当たり医療費の伸びにより約4.3%増加

- 平成22年度及び23年度の被保険者一人当たりの医療給付費は、直近の医療給付費の実績等をもとに、平成20年度及び21年度に比べ、約4.3%伸びると見込んでいる。

② 後期高齢者負担率の上昇により約2.6%増加

- 後期高齢者負担率とは、医療給付費に対し後期高齢者が負担する保険料の割合であり、将来的な若人人口の減少による若人一人当たりの負担増分について、後期高齢者と若人で半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料の負担割合を若人減少率の1/2の割合で引き上げることとなる。

- 平成20年度及び21年度の後期高齢者負担率が10%であるのに対し、平成22年度及び23年度は10.26%となる。

③ 平成20年度及び21年度における医療給付費の算定期間が23ヶ月であったことにより約4.3%増加

- 平成20年4月支払分(3月診療分)は、老人保健制度からの支払いであるため、平成20年度及び21年度に保険料等でまかなうことになる医療給付費は23ヶ月分であるのに対し、平成22年度及び23年度は24ヶ月分となる。

④ 所得の減少が見込まれることにより約2.0%増加

- 平成21年度の被保険者の所得は、平成20年度に比べ減少しており、平成22年度及び平成23年度の被保険者の所得を平成21年度所得と同水準と見込んだ場合、約2.0%の増加すると見込んでいる。

- 一方、各広域連合においては、平成20年度の医療給付費の実績額が見込額を下回ったこと等から、剰余金が生じることが見込まれるところであり、これを保険料額の上昇の抑制に活用することが可能。
- さらに、都道府県に設置されている財政安定化基金を取り崩すことにより、保険料額の増加を抑制することが可能。

※ 現在、上記の方針に基づき、法改正の実施を含め、関係省庁及び各広域連合・都道府県と具体的な対応について調整中。

<財政安定化基金について>

- ・ 給付費の伸びや保険料の未納により広域連合の財政に不足が生じた場合、都道府県が広域連合に対し交付又は貸付を行うもの。(したがって、保険料の上昇抑制のために活用する場合、法改正が必要)
- ・ 国、都道府県及び広域連合(保険料)が3分の1ずつ拠出。
- ・ 平成20年から平成25年までの6年間に、全国ベースで約2000億円程度を積み立てることとし、平成21年度末で約530億円、平成23年度末で約1060億円が積み立てられる見込み。

参考資料

(国民健康保険制度関係)

市町村国保の収支状況(医療給付分)

科 目		平成19年度 (実績)	平成20年度 (見込)	増減額	前年度比
		億円	億円	億円	%
単年度収入 (経常収入)	保険料(税)	35,034	28,011	▲7,023	80.0
	国庫支出金	30,892	28,277	▲2,615	91.5
	療養給付費交付金	26,221	8,936	▲17,285	34.1
	前期高齢者交付金	-	24,365	24,365	-
	都道府県支出金	8,124	7,407	▲717	91.2
	一般会計繰入金(法定分)	4,348	3,919	▲429	90.1
	一般会計繰入金(法定外)	3,804	3,668	▲136	96.4
	共同事業交付金	12,890	13,858	968	107.5
	直診勘定繰入金	6	3	▲3	50.0
	その他	380	341	▲39	89.7
合 計		121,699	118,785	▲2,914	97.6
単年度支出 (経常支出)	総務費	2,269	2,002	▲267	88.2
	保険給付費	83,253	83,382	129	100.2
	後期高齢者支援金	-	14,256	14,256	-
	前期高齢者納付金	-	19	19	-
	老人保健拠出金	22,404	3,331	▲19,073	14.9
	保健事業費	406	840	434	206.9
	共同事業拠出金	12,874	13,843	969	107.5
	直診勘定繰出金	35	43	8	122.9
	その他	1,038	614	▲424	59.2
	合 計		122,280	118,329	▲3,951
単年度収支差(経常収支差) (A)		▲581	456	1,037	

赤字補填のための一般会計繰入金 (B)	2,556	2,585	29	101.1
赤字補填のための一般会計繰入金を除いた場合の 単年度収支差(経常収支差) (A) - (B)	▲3,137	▲2,129	1,008	

(出所)国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

(注1)平成20年度については速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2)端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

(注3)前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金については、当年度概算額と前々年度精算額を加えたものとなっており、平成19年度の精算は平成21年度に、平成20年度の精算は平成22年度にそれぞれ行われる。

(注4)「赤字補填のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金(法定外)」のうち赤字補填を目的とした額である。

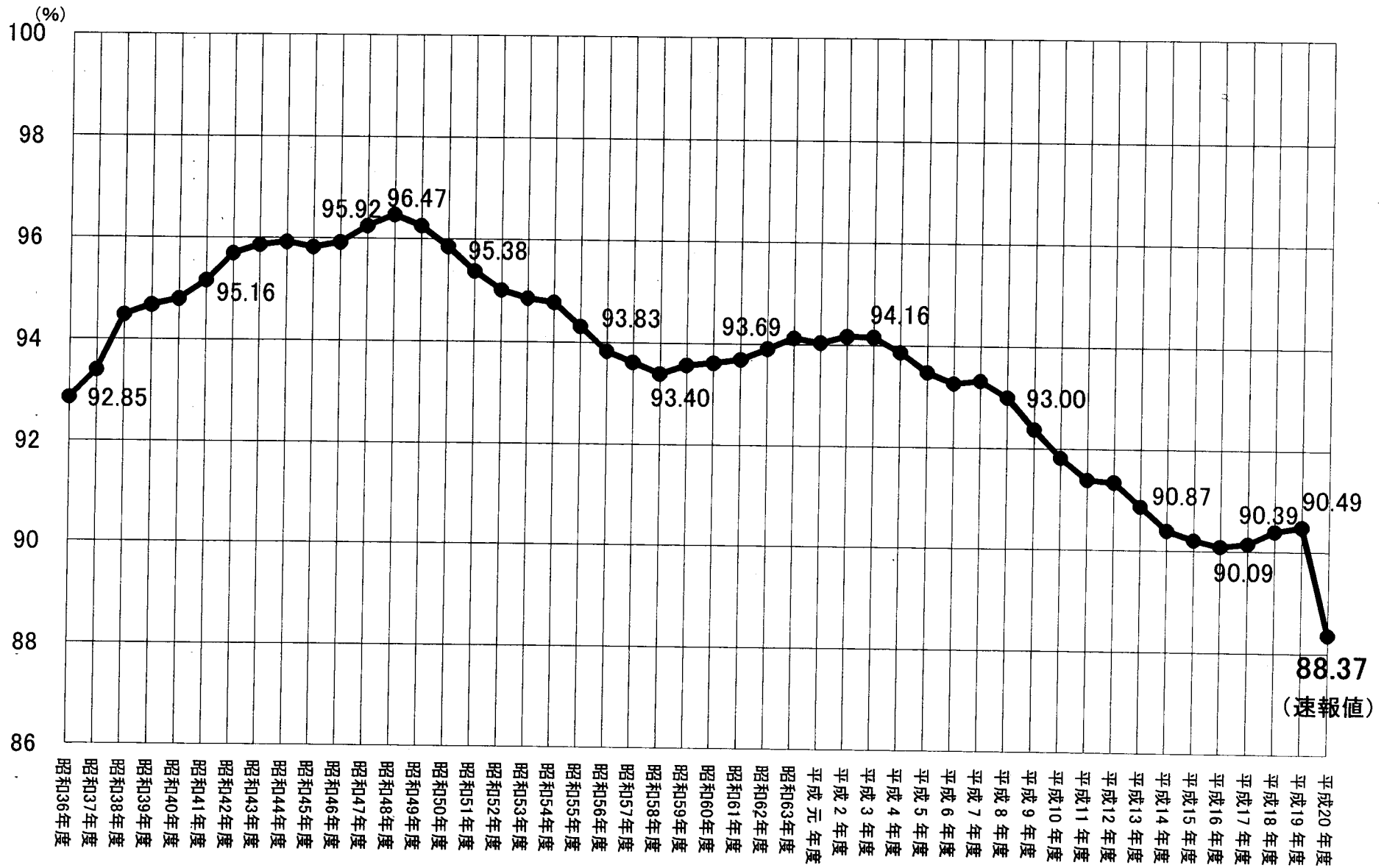
(注5)翌年度に精算される国庫負担等の額を調整している。

市町村国保の一般会計繰入金(法定外)の内訳

		19年度 (実績)	20年度 (見込)		
		億円	億円		
		3,804	3,668	①+②	
一般会計繰入金(法定外)	赤字補てん	保険料(税)の負担緩和を図るため	924	929	
		保険料(税)の減免額に充てるため	145	140	
		地方単独の保険料(税)の軽減額に充てるため	61	56	
		単年度の決算補てんのため	676	869	
		累積赤字補てんのため	137	96	
		地方独自事業の医療給付費波及増等に充てるため	207	253	
		任意給付費に充てるため	64	14	
		医療費の増加	257	179	
		後期高齢者支援金(老人保健拠出金)	81	45	
		公債費、借入金利息	2	2	
		高額療養費貸付金	0	0	
	小 計		2,556	2,585	①
	上記以外	保健事業費に充てるため	43	95	
		直営診療施設に充てるため	3	5	
納税報奨金(納付組織交付金)等		6	0		
基金積立		2	3		
返済金		7	11		
その他		1,187	968		
(再掲)その他のうち東京都財政調整		968	798		
(再掲)その他の「東京都財政調整」以外	219	170			
小 計		1,248	1,083	②	

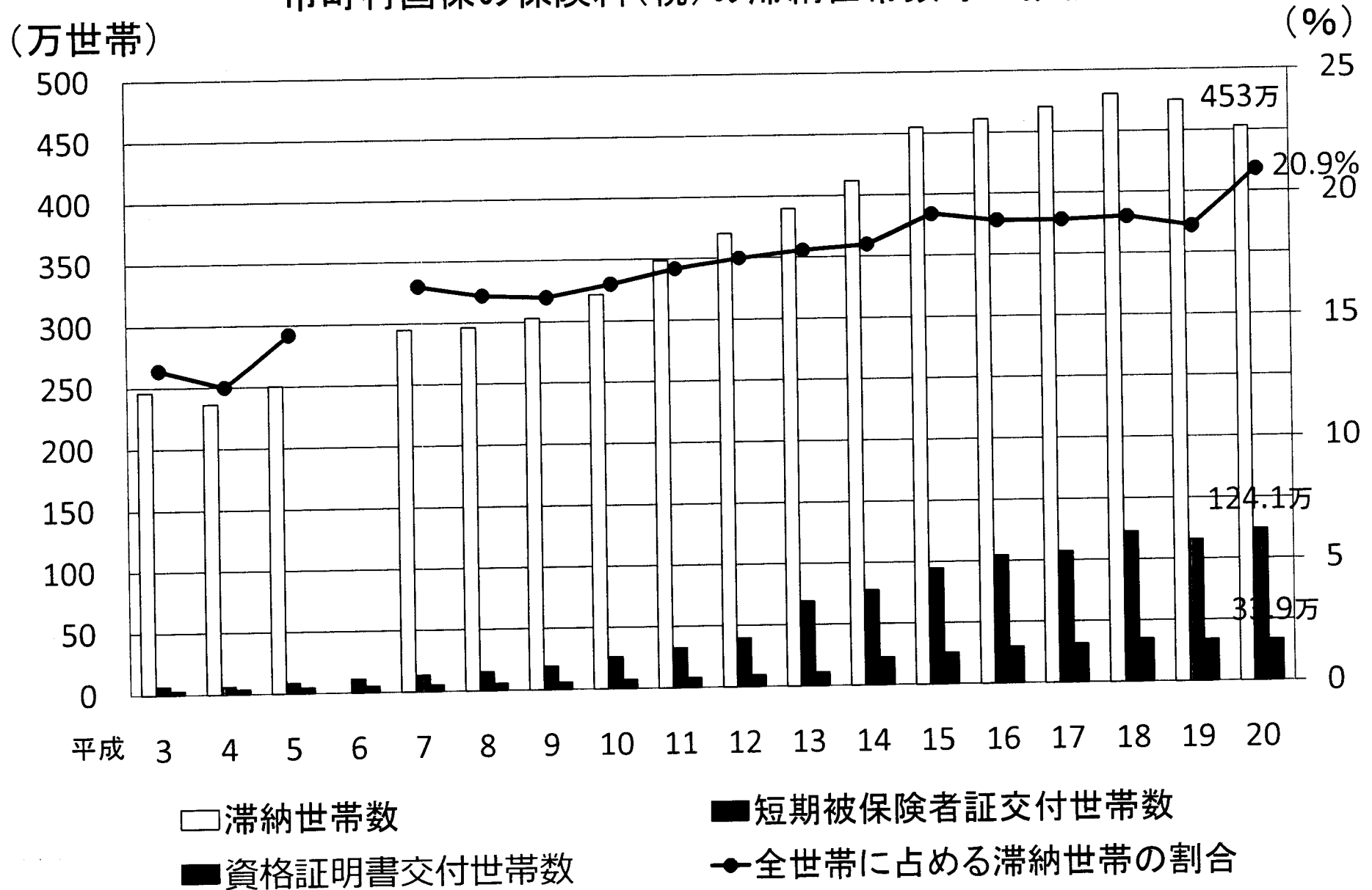
(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)
 (注) 平成20年度については速報値であるため、数値は変わり得る。

市町村国保の保険料(税)の収納率(現年度分)の推移



(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)
 (注1) 平成20年度については速報値であるため、数値は変わり得る。
 (注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)
 (注3) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。

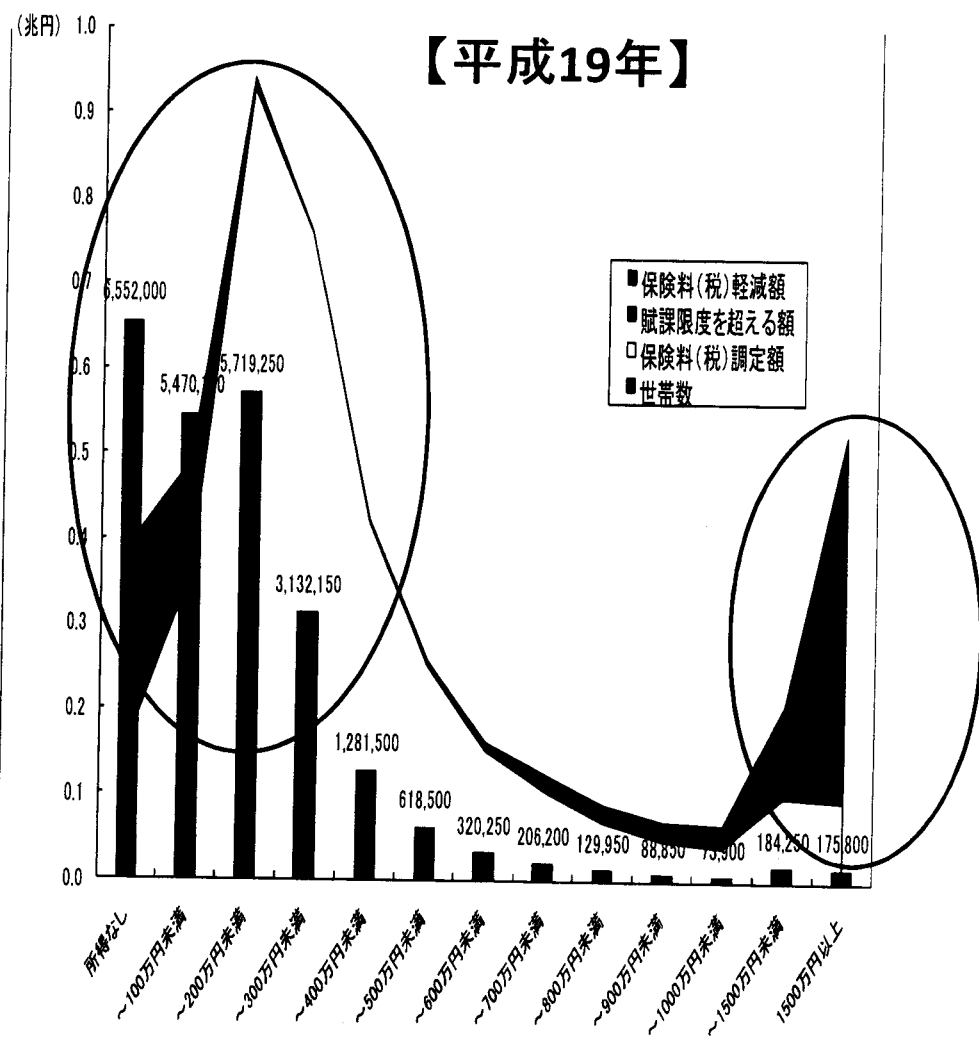
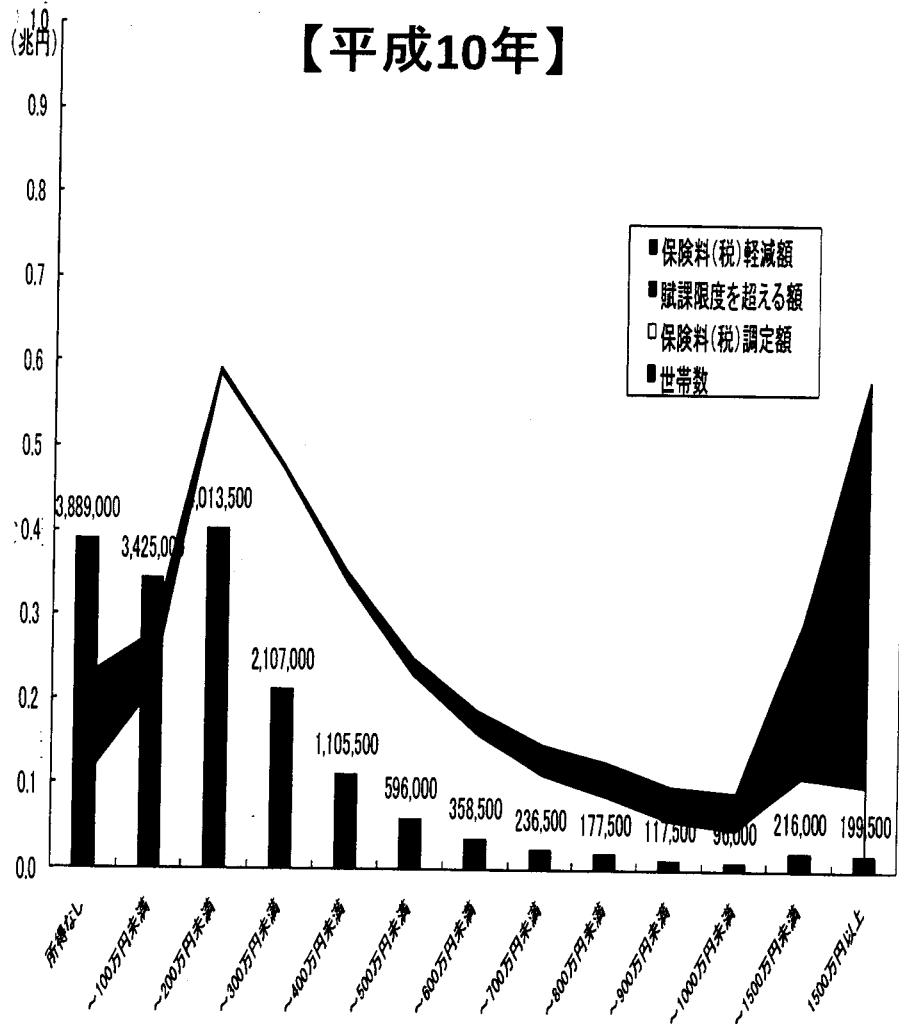
市町村国保の保険料(税)の滞納世帯数等の推移



(出所) 保険局国民健康保険課調べ
 (注) 平成6年の滞納世帯数については、調査していない。

市町村国保の所得階級別保険料(税)調定額等の変化

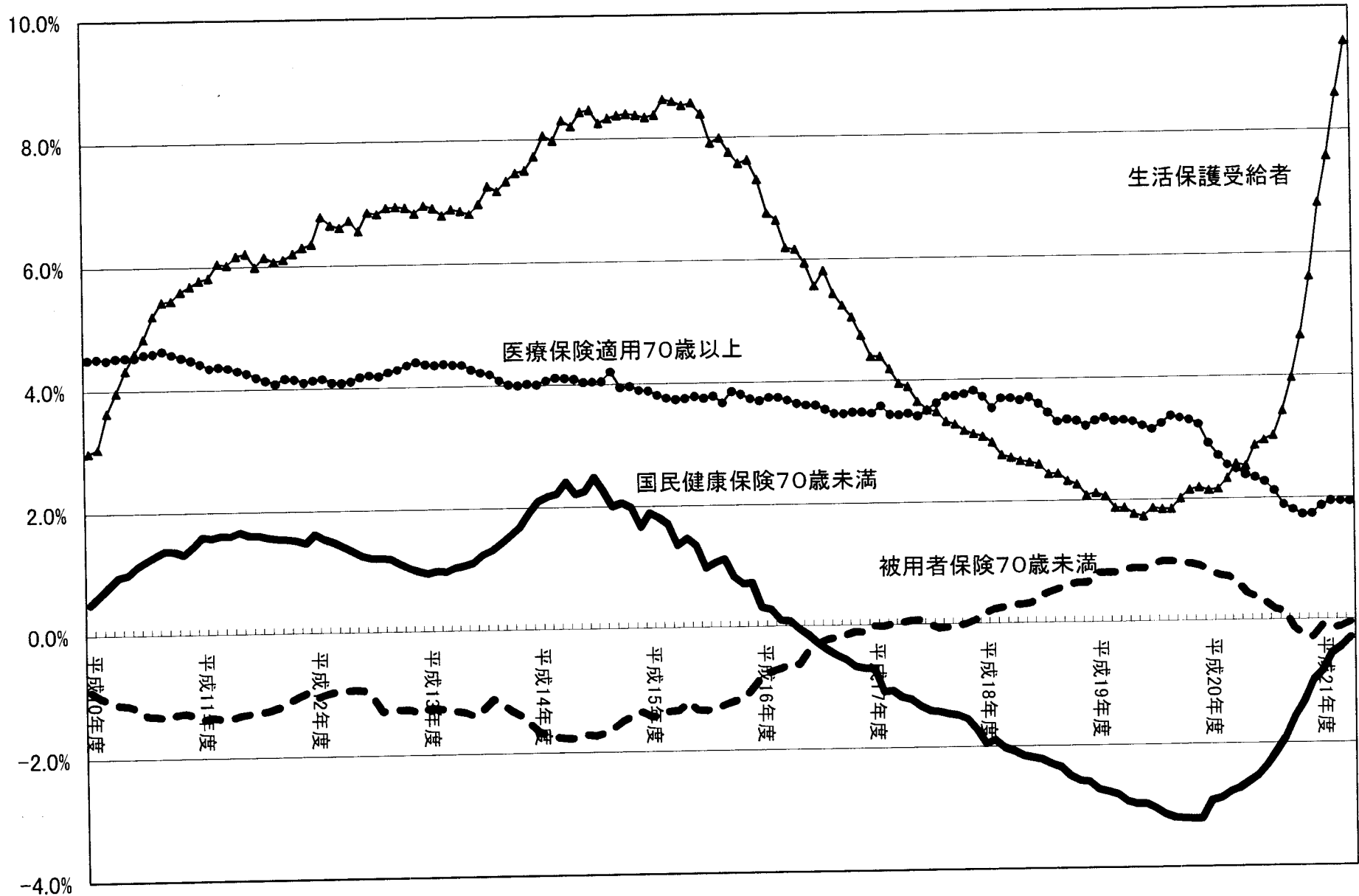
500万円未満、特に300万円未満の世帯が大きく増加。これに伴い、100～300万円層の調定額が大きく増加する一方、軽減額も大きくなった。他方、賦課限度を超える算定額は、依然として一定の割合を占めている。



(出所) 国民健康保険実態調査報告(保険局調査課)

医療保険の被保険者数等の伸び率

対前年同月比



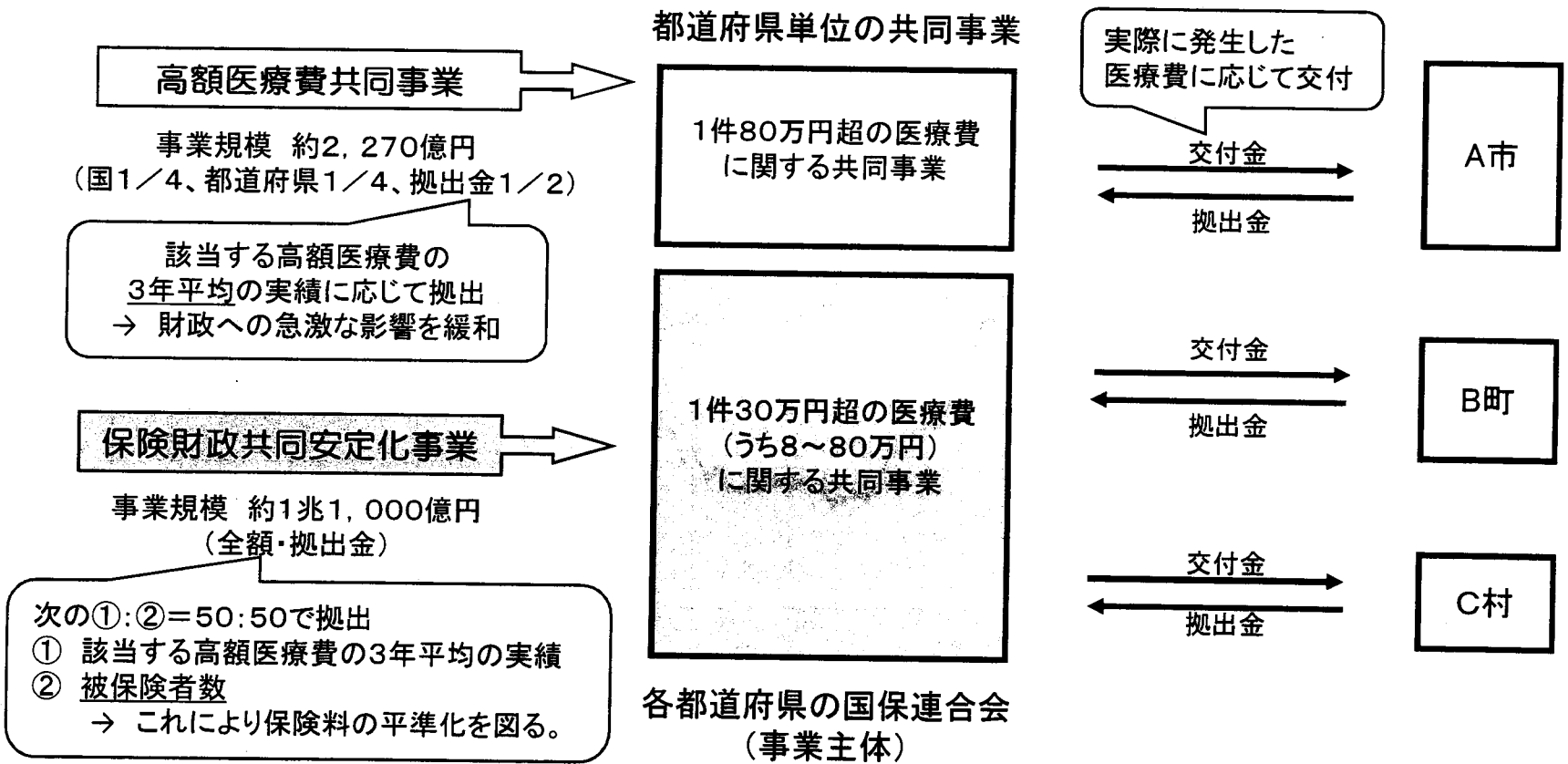
(出所) 保険局調査課調べ

(注) 直近2年程度の計数については、速報値等を利用して計算している。今後、数値が置き換わることがある。

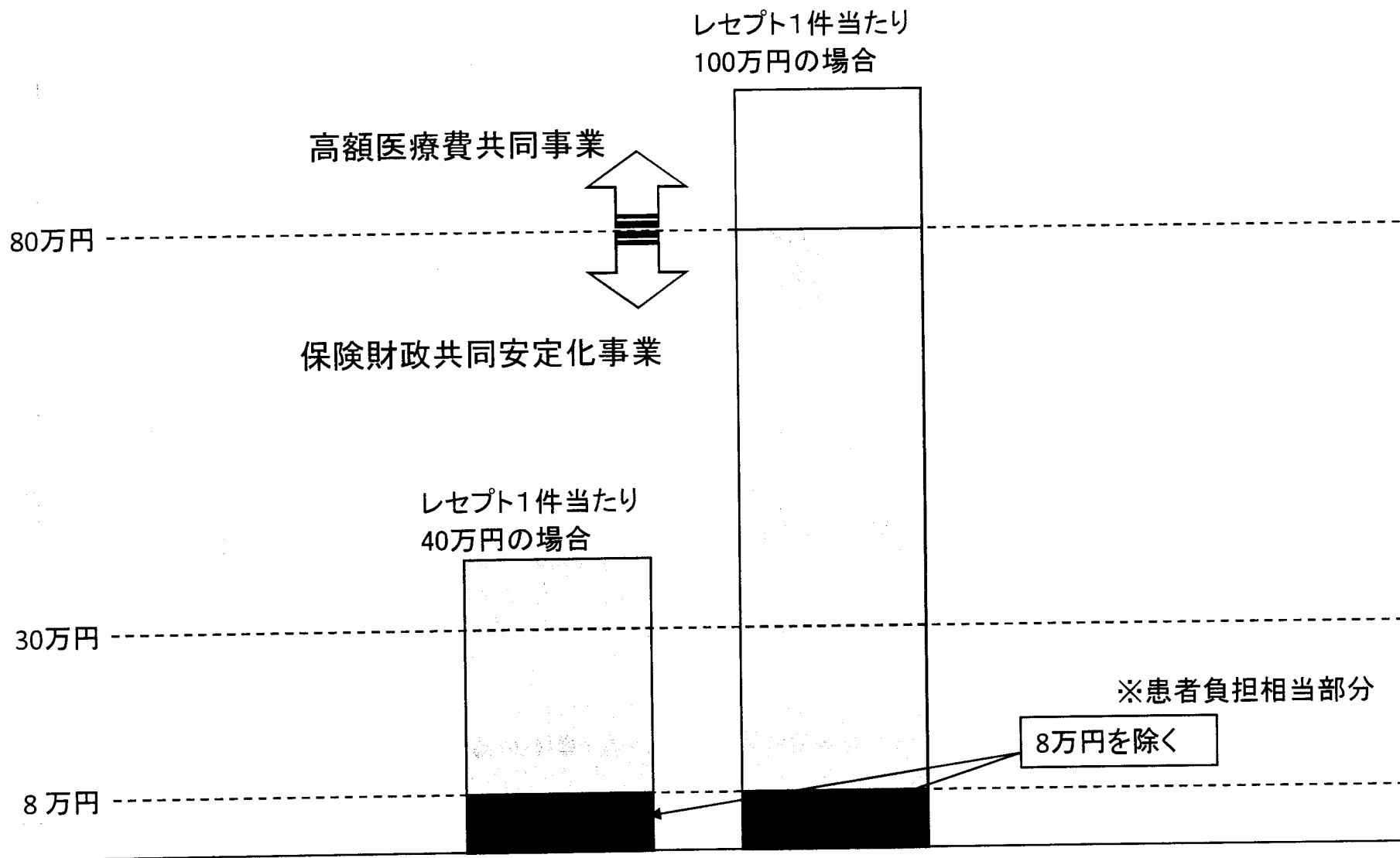
高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業
 高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国において一定の支援措置を講じる。

○保険財政共同安定化事業
 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30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出による共同事業を実施。



高額医療費共同事業・保険財政共同安定化の対象医療費(イメージ)



保険基盤安定制度の概要

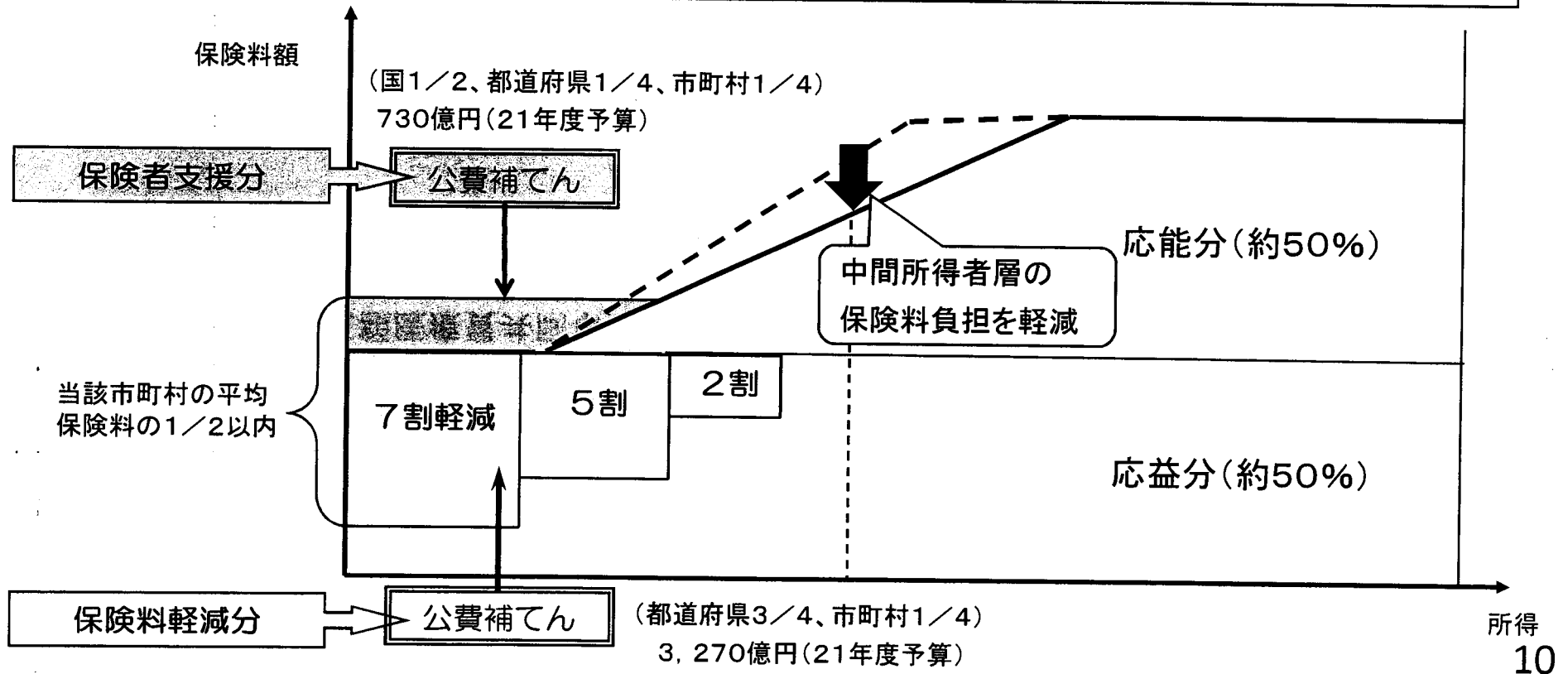
○保険料軽減分

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。

○保険者支援分

中間所得者層を中心に保険料負担を軽減するため、保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。

$$\begin{aligned} \text{補てん額} &= \{ 7(6)\text{割軽減世帯の被保険者数} \times \text{一人当たり平均保険料収納額の}12(10)\% \} \\ &+ \{ 5(4)\text{割軽減世帯の被保険者数} \times \text{一人当たり平均保険料収納額の}6(5)\% \} \end{aligned}$$

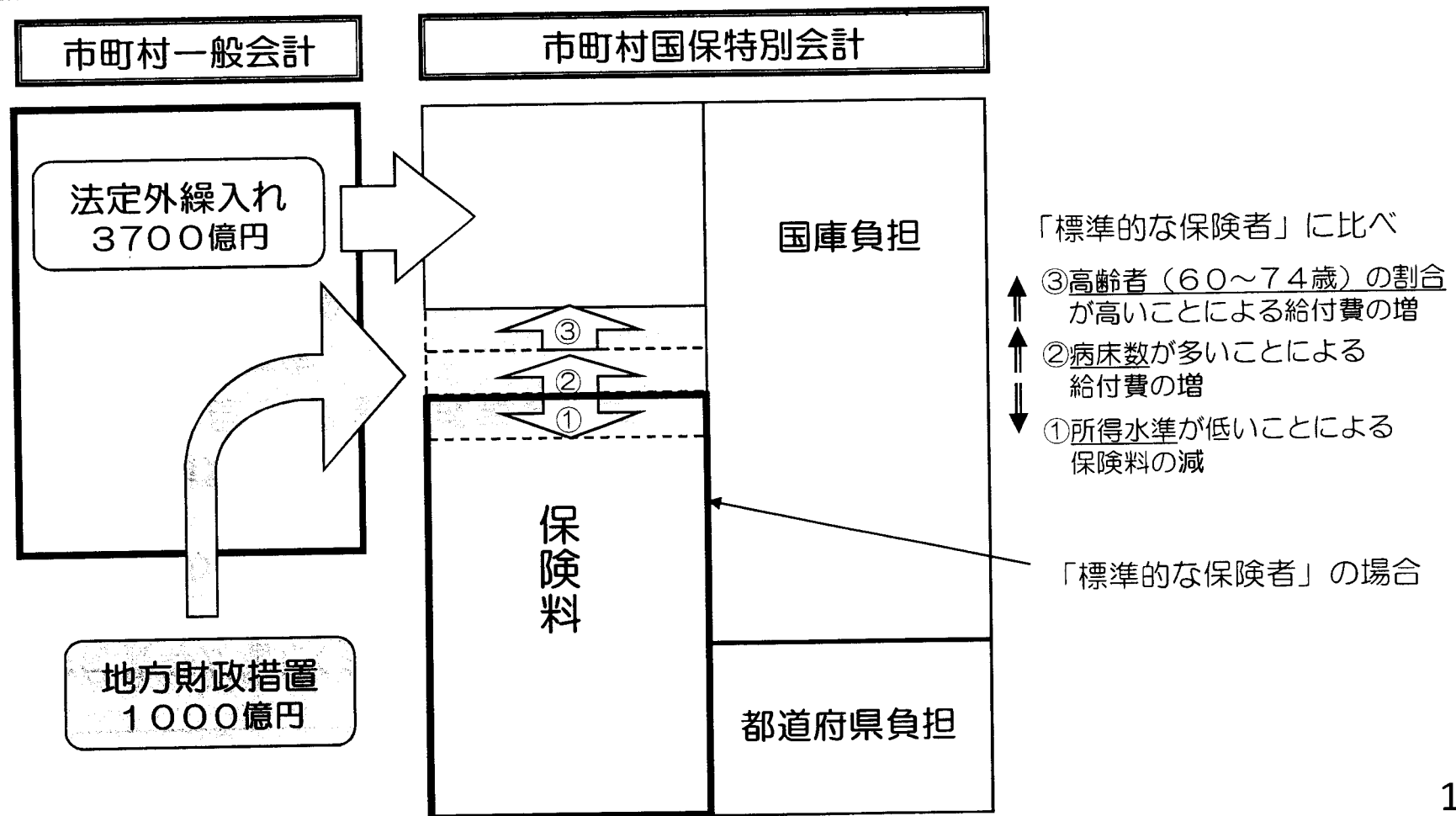


財政安定化支援事業（交付税措置）

市町村国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するため、市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置するもの。具体的には、ア. 保険料負担能力、イ. 過剰病床、ウ. 年齢構成差を勘案して算定された対象経費に相当する額を基準財政需要額に参入。

(措置額の推移) 平成4年度 約1000億円、平成5～12年度 約1250億円、平成13～21年度 約1000億円

※ 市町村では、これ以外に、赤字補てん等のため、3700億程度の繰入れをしている状況。(平成20年度(速報値))



指定市町村制度

医療給付費等が著しく多額な市町村は、国民健康保険事業の運営の安定化に関係計画（安定化計画）を作成し、国及び都道府県の指導及び援助の下に、給付費等の適正化等運営の安定化のための措置を講ずる。

(1) 市町村の指定

- ・厚生労働大臣は、年齢構成等を勘案した基準給付費の1.14倍を超えた市町村を指定。

(2) 安定化計画の策定

- ・ 高医療費の内容分析
- ・ 安定化計画の目標設定
- ・ 医療費適正化等の具体的措置 等

(3) 基準超過費用額の国・都道府県・市町村による共同負担

- ・ 指定年度の実績給付費が基準給付費の1.17倍を超えた場合、その超過額について、指定年度の翌々年度に、国、都道府県及び市町村がそれぞれ1/6ずつ負担。

【指定市町村数】

19年度	20年度	21年度
95市町村 (16道府県)	84市町村 (20道府県)	109市町村 (24道府県)

保険料の賦課限度額の推移

保険料の限度額は、中間所得層の保険料負担が増大しないよう、限度額に達する世帯の割合が高くなると引き上げるなどの見直しを行ってきている。

	基礎 賦課(課税)額	後期高齢者支援金等 賦課(課税)額 <small>平成20年度 制度導入</small>	介護納付金 賦課(課税)額 <small>平成12年度 制度導入</small>
	平成 元年4月	42万円	
3年4月	44万円		
4年4月	46万円		
5年4月	50万円		
7年4月	52万円		
9年4月	53万円		
12年4月			7万円
15年4月			8万円
18年4月			9万円
19年4月	56万円		
20年4月	47万円	12万円	
21年4月			10万円

(注) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度に老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設。

保険料の応能・応益比率

中間所得層の負担軽減を図るため、応益割合は50%が標準割合とされており、45%～55%の場合には、軽減割合を大きくしている。

また、多くの市町村の応益割合は、45%～55%であるが、約2割の保険者は、35%～45%となっている。

	市町村保険者の応益割合			
	35%未満	35%～45%	45%～55%	55%以上
応益割保険料の 軽減率	5割軽減 3割軽減 (※)	6割軽減 4割軽減	7割軽減 5割軽減 2割軽減	6割軽減 4割軽減
該当保険者の割合 (平成19年度)	5.9%	18.9%	72.0%	3.2%

(資料出所) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

※ 保険者は、当分の間、6割・4割軽減とすることができる。

民主党マニフェスト(抜粋)

○ 民主党の政権政策マニフェスト2009

21. 後期高齢者医療制度を廃止し、国民皆保険を守る

【政策目的】

- 年齢で差別する制度を廃止して、医療制度に対する国民の信頼を高める。
- 医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険制度を守る。

【具体案】

- 後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。
- 被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。

【所要額】 8500億円程度

38. 雇用保険を全ての労働者に適用する

【政策目的】

- セーフティネットを強化して、国民の安心感を高める。
- 雇用保険の財政基盤を強化するとともに、雇用形態の多様化に対応する。

【具体案】

- 全ての労働者を雇用保険の被保険者とする。
- 雇用保険における国庫負担を、法律の本則である1/4に戻す。
- 失業後1年の間は、在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるようにする。

【所要額】 3000億円程度

○ 民主党政集インデックス2009

後期高齢者医療制度の廃止と医療保険の一元化

後期高齢者医療制度は廃止し、廃止に伴う国民健康保険の財政負担増は国が支援します。国民健康保険の地域間格差を是正します。

国民健康保険、被用者保険などの負担の不公平を是正します。

被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域医療保険として、医療保険制度の一元的運用を図り、国民皆保険制度を守ります。

求職者支援など雇用のセーフティネットの拡充

すべての労働者が、雇用保険や社会保険、生活保護などのセーフティネットに支えられ、社会的に排除されることのない仕組みを再構築します。

雇用保険と生活保護との間をつなぐ第2のセーフティネットを整備します。「求職者支援法」を制定し、失業給付が終了した人や、自営業を廃業した人に、職業能力訓練を受けた日数に応じて能力開発手当を支給します。また、失業後1年に限り、在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるようにします。

(略)

非自発的失業者の国民健康保険料（税）の軽減措置（案）

マニフェストにおいて、失業者については在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるようにすることとされているところであり、解雇等による非自発的失業者の国民健康保険料（税）について、その負担軽減策を講じる必要がある。

- 国民健康保険において、失業時からその翌年度末までの間、失業者の所得のうち給与所得（前年）を30/100として保険料（税）を算定する。【平成22年度施行】
- 保険料（税）の減収に対して、
 - ① 保険基盤安定制度（保険料軽減分・保険者支援分）により公費負担（国・都道府県・市町村）を行い、
 - ② 平成21年度から講じている離職者に係る保険料減免に対する国の特別調整交付金での対応を踏まえ、平均保険料と軽減後の保険料との差額について、①の部分を除き、引き続き、特別調整交付金で補てんする。
- なお、一部負担金の現役並み所得者の判定、高額療養費等の所得区分の判定についても、給与所得（前年）を30/100として対応する。

【平成22年度所要額】

〈予算要求額〉 約40億円 ※このほか特別調整交付金 約180億円

〈地方財政措置要求額〉 都道府県 約170億円、市町村 約70億円

〈税制改正要望〉 国保税について税制改正要望（国保保険料は政令改正）

非自発的失業者への保険料軽減による減収分の補てん（イメージ）

<現行>

<今回の措置>

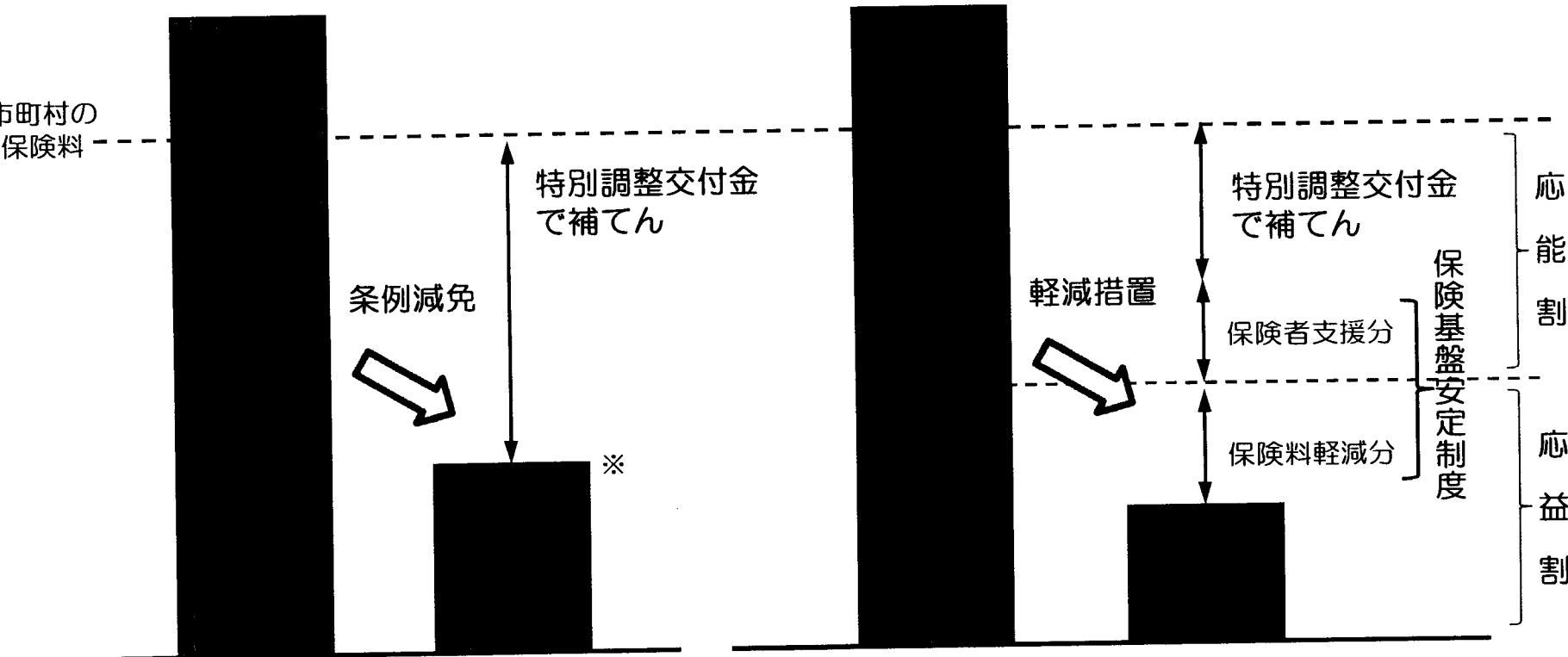
前年給与により
算定した保険料

減免後の保険料

前年給与により
算定した保険料

前年給与を30/100
として算定した保険料
(7・5・2軽減適用)

当該市町村の
平均保険料



※

※ 市町村により減免額は異なる

H21.11.20

全国市長会

理事・評議員合同会議決定

医療制度改革及び医師等確保対策に関する決議

高齢化の進展等に伴う医療費の増嵩は、各医療保険制度の財政運営を圧迫している。とりわけ、国民健康保険は、加入者における高齢者・低所得者の割合が著しく高いうえ、昨今の経済不況に伴う失業者の急増により更に厳しい事態となっている。

このような中、鳩山新内閣は、国民皆保険制度の堅持を前提に後期高齢者医療制度の廃止に向けた新たな制度のあり方や、医療提供体制の充実強化等のための診療報酬の改定等について、現在、検討を進めているところである。

一方、自治体病院等においては、病院の閉鎖等による地域医療の崩壊や医師不足等に伴う様々な問題が生じており、早急な対応が必要となっている。

よって、国は、下記事項について万全の措置を講じられたい。

記

1. 医療保険制度について

- (1) 後期高齢者医療制度の廃止については、現行制度が一定の定着をみていることから、被保険者を始め現場に混乱が生じることのないよう、都市自治体の意見を十分に尊重して検討すること。

また、後期高齢者医療制度を廃止して新たに創設する医療保険制度については、全ての国民を対象とする医療保険制度の一本化に向けて、国または都道府県を保険者とする国民健康保険制度の再編・統合などを早急に検討すること。

- (2) 平成 21 年度までの当面の財政措置とされている国保制度における高額医療費共同事業、保険基盤安定制度及び財政安定化支援事業については、平成 22 年度以降においても引き続き継続するとともに、国における十分な財政措置を講じること。
- (3) 後期高齢者医療制度の保険料負担軽減等の特別対策については、平成 22 年度以降においても引き続き継続し、国の責任において十分な財政措置を講じること。

2. 医師・看護師等の確保対策及び地域医療の充実について

(1) 産科医・小児科医・麻酔科医等をはじめとする医師、看護師等の不足の解消や地域ごと・診療科ごとの医師偏在の是正を図るため、国の主要施策である「医療・介護の再生」等を実効あるものとするとともに、医師・看護師等の絶対数を確保するべく即効性のある施策及び十分な財政措置を早急に講じること。

(2) 自治体病院をはじめ公的病院については、地域の実情に応じた医療を確保することができるよう、十分な財政措置を講じること。

また、自治体病院をめぐる経営環境が激変していることにかんがみ、制度改革や経営改善に係る具体的な情報の提供など病院経営の改革に向け、更に積極的な支援策を講じること。

以上決議する。

平成 21 年 11 月 20 日

全国市長会

参考資料

(協会けんぽの財政問題関係)

全国健康保険協会管掌健康保険・組管掌健康保険・共済組合の比較

	協会けんぽ	組 合 健 保	共 済 組 合
被 保 険 者	主として中小企業 のサラリーマン	主として大企業の サラリーマン	国家・地方公務員 及び私立学校職員
保 険 者 数 (平成20年度末)	1	1, 4 9 7	7 7
加 入 者 数 (平成20年度末)	3, 4 7 1 万人 本人 1, 950 万人 家族 1, 521 万人	3, 0 3 4 万人 本人 1, 608 万人 家族 1, 437 万人	9 0 0 万人 本人 438 万人 家族 462 万人
加入者平均年齢 (平成20年 9 月末)	3 6 . 0 歳	3 3 . 8 歳	3 3 . 4 歳
加入者1人当たり医療費 (平成20年度)	14 . 5 万円	1 2 . 6 万円	1 3 . 3 万円
被保険者1人当たり 標準報酬総額(年額) (平成20年度)	3 8 5 万円	5 5 4 万円	6 8 1 万円

資料出所:厚生労働省保険局調査課調べ

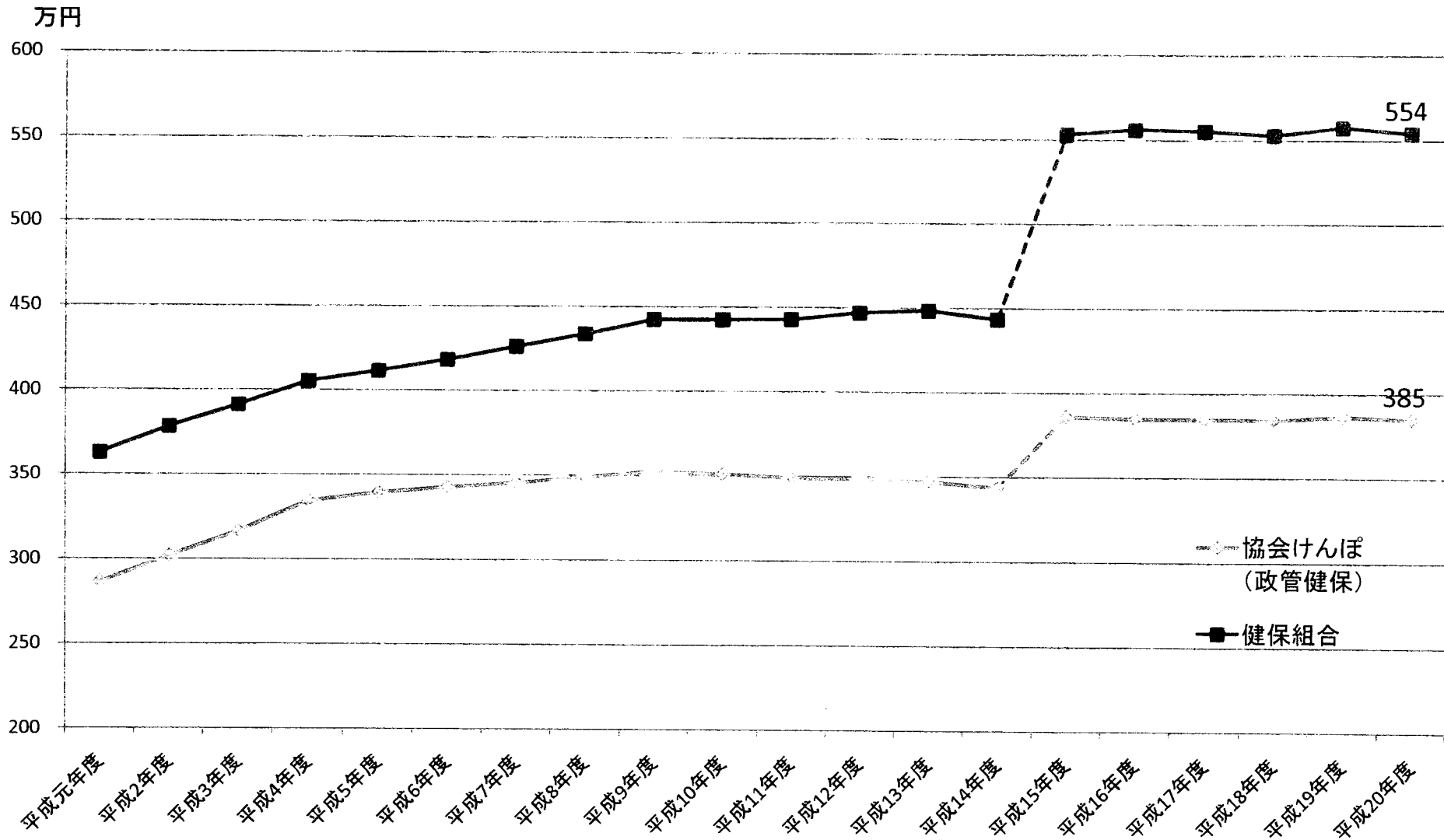
(注1) 協会けんぽの数値には平成20年9月30日までの政管健保の数値を含む。

(注2) 数値は速報値である。ただし、共済組合の被保険者1人当たり標準報酬総額は平成19年度の確定値である。

(注3) 加入者1人当たり医療費は、審査支払機関における審査分の医療費である(療養費等を含まない)。

標準報酬総額の差

- ・ 健保組合と協会けんぽ(政管健保)の標準報酬総額の水準には差があり、平均で1.44倍(平成20年度)。
- ・ 平成15年度からの総報酬制導入以降、差は大きくなっている。



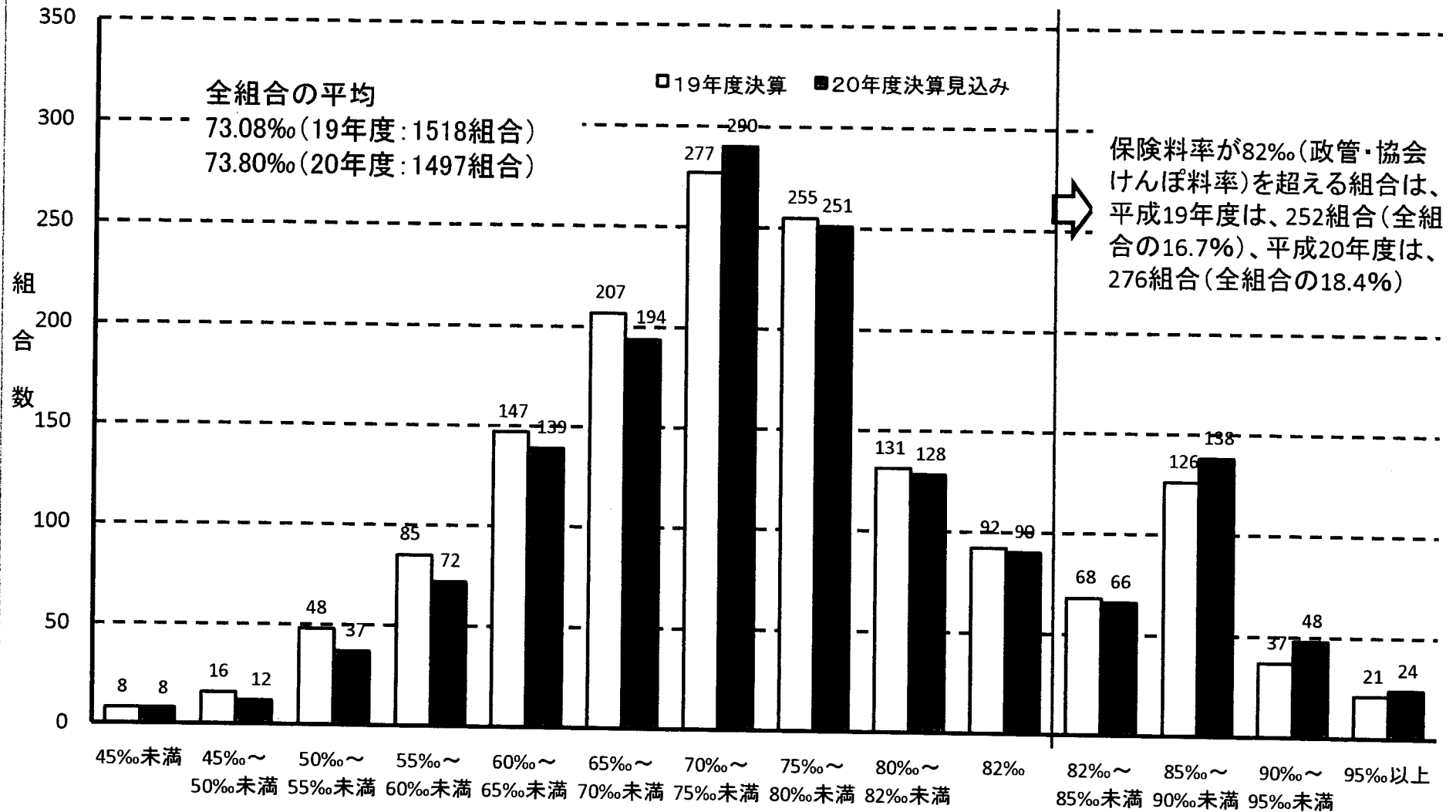
注1:各制度の事業年報等を基に作成。

注2:平成元年度～14年度については、各年度の被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍したもの。

平成15年度以降については、被保険者1人当たり標準報酬総額(年額)である。

健保組合間のばらつき

- ・ 個々の健保組合の保険料率を見れば、45%未満から95%超まで、ばらつきがある。
- ・ 協会けんぽ(政管健保)の保険料率(82%)を上回る組合数も、全体の約2割弱存在する。



協会けんぽにおける来年度保険料率の見通しの修正について

平成 21 年 1 月 1 7 日 全国健康保険協会

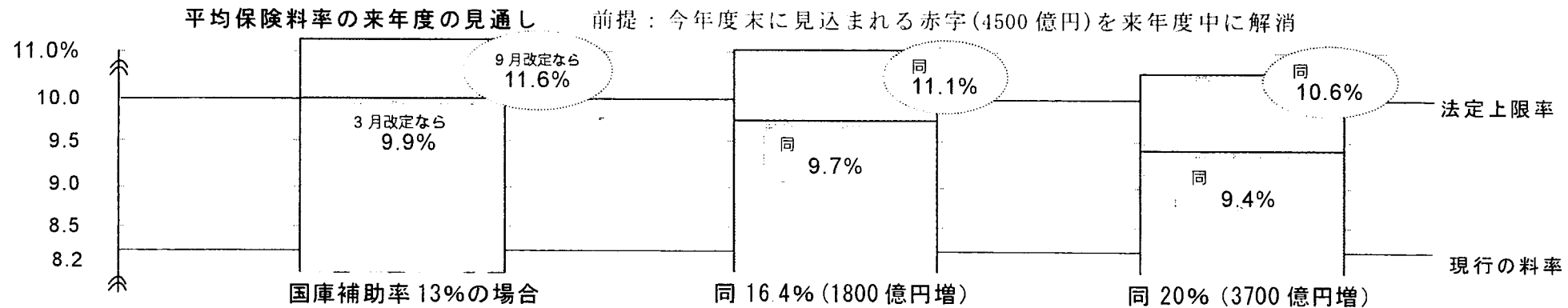
協会けんぽは、中小企業の従業員を中心とした、健康保険組合に入っていない被用者・家族 3500 万人の加入する健康保険であり、被用者保険の最後の受け皿として、昨年 10 月に社会保険庁から政管健保を引き継いでいる。協会において、来年度の保険料率見通し等を去る 10 月 19 日に公表。

その後も、被保険者の賃金低下に伴う保険料収入の減少、秋以降の新型インフルエンザ流行による医療費の増加など予想以上の財政悪化が続いており、その悪化要因を踏まえて、見通しを修正。

○来年度の平均保険料率は、現行制度を前提として（国庫補助率 13%）、現在の 8.2%から 9.5%に引上がる見通しであったが、これを 9.9%に修正（月収 28 万円の場合、労使合計で月約 3600 円増であったが、約 4800 円増に修正）。

○10 月 5 日に続き、本日、国庫補助率引上げを国に再度要望したが、暫定的な補助率（13%）から法律本則上の補助率（16.4~20%）に改定された場合であっても、平均保険料率は 9.7~9.4%に引上げ（同 4200~ 3400 円増）。

○保険料率の法定上限は 10.0%であり、都道府県単位保険料率に係る激変緩和措置や診療報酬改定の内容次第では、必要な保険料収入を確保できない事態になる。



激減緩和措置 1/10(現行)を維持した場合の都道府県単位料率への影響	都道府県毎に ▲0.06~+0.06%	同 ▲0.06~+0.06%	同 ▲0.06~+0.06%
激減緩和措置 3/10 とした場合の都道府県単位料率への影響	同 ▲0.17~+0.15%	同 ▲0.17~+0.15%	同 ▲0.16~+0.14%

診療報酬 1% 当たりの平均料率への影響	0.08%(満年度も同じ)	0.08%(満年度も同じ)	0.07%(満年度で 0.08%)
----------------------	---------------	---------------	-------------------

※ 激変緩和措置：都道府県単位保険料率へ円滑に移行するため、平成 25 年 9 月までは、都道府県間の保険料率の差を小さくした上で、料率を設定。

協会けんぽの収支イメージ(医療分)

(単位:億円)

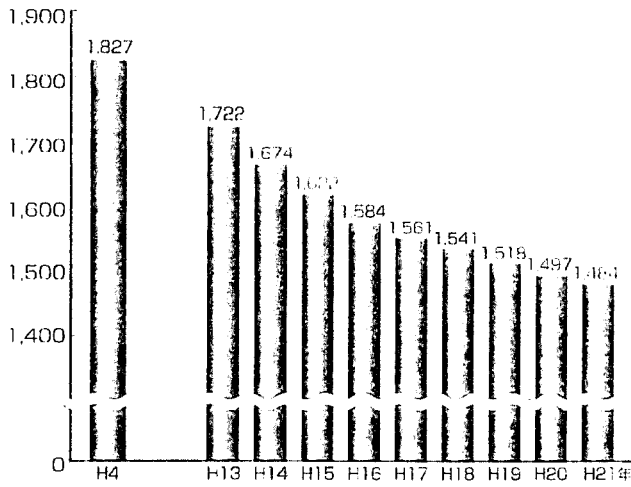
	20年度 (決算)	21年度			22年度			備考	
		10月時点の協会推計 (a)	直近での見直し (b)	(b)-(a)	10月時点の協会推計 (c)	直近での見直し (d)	(d)-(c)		
収 入	保険料収入	62,013	60,100	59,600	▲ 400	68,400	70,200	1,800	○左の22年度の保険料収入を基に機械的に試算した保険料率(3月改定の場合) 9.9% " (9月改定の場合) 11.6% ※1 国庫補助率が13%から16.4%に引き上げられた場合の数値。これを基に機械的に試算した保険料率(3月改定の場合) 9.7% " (9月改定の場合) 11.1% ※2 国庫補助率が13%から20%に上げられた場合の数値。これを基に機械的に試算した保険料率(3月改定の場合) 9.4% " (9月改定の場合) 10.6%
	国庫補助等	9,093	9,700	9,700	0	※1 66,600	68,400	1,700	
						※2 64,700	66,500	1,700	
	その他	251	600	600	0	9,900	10,000	100	
	計	71,357	70,300	69,900	▲ 400	※1 11,700	11,800	100	
					※2 13,600	13,700	100		
					300	300	0		
支 出	保険給付費	43,375	44,500	45,400	900	45,200	45,600	400	
	老人保健拠出金	1,960	0	0	0	100	100	0	
	前期高齢者納付金	9,449	11,000	11,000	0	11,900	11,900	0	
	後期高齢者支援金	13,131	15,100	15,100	0	14,800	14,800	0	
	退職者給付拠出金	4,467	2,700	2,700	0	2,000	2,000	0	
	病床転換支援金	9	0	0	0	0	0	0	
	その他	1,257	1,700	1,700	0	1,600	1,600	0	
	計	73,647	75,000	75,900	900	75,500	76,000	500	
単年度収支差	▲ 2,290	▲ 4,600	▲ 6,000	▲ 1,400	3,100	4,500	1,400		
準備金残高	1,539	▲ 3,100	▲ 4,500	▲ 1,400	0	0	0		

(注) 1. 従来の政府管掌健康保険の単年度収支と同様の手法で作成したもの。
2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

健康保険組合の財政状況

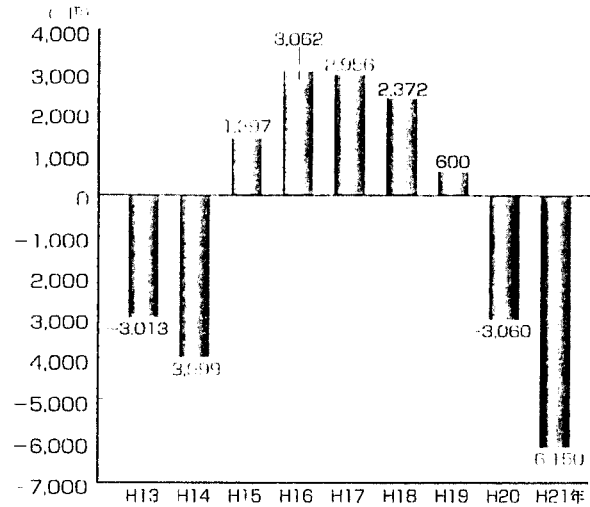
(平成21年11月25日)

保険料収入の推移



(注) 平成20年度(前年度)末、21年度は10月1日現在のところである。前年度は平成4年の1,827億円。

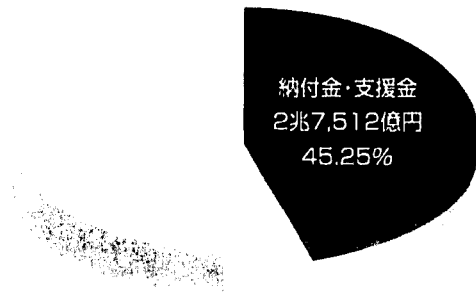
収入支出状況の推移



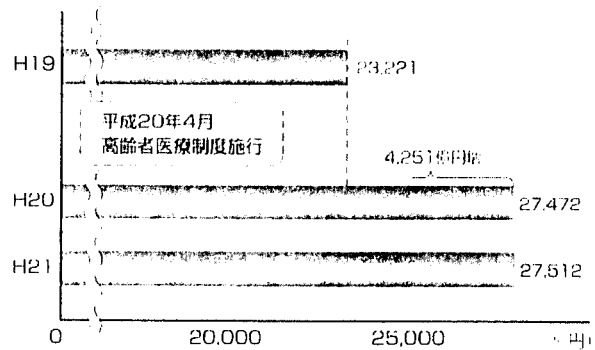
(注) 平成13年度(前年度)までは収入、20年度は決りあみ、21年度は前年度と同様である。

保険料収入に対する納付金・支援金の割合

(平成21年度予定)



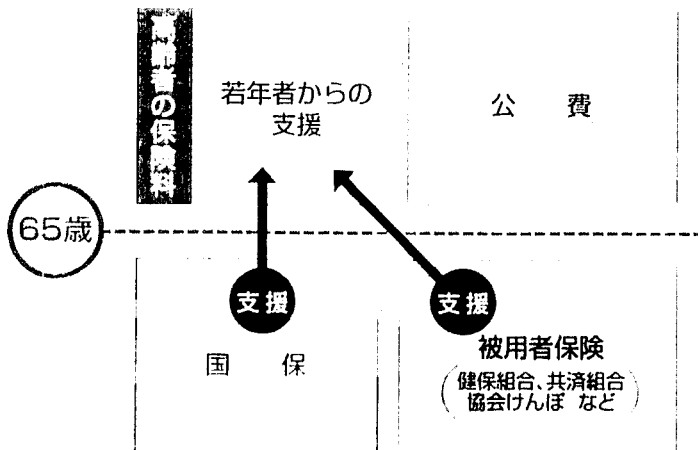
19年度、20年度、21年度の拠出金の比較



(注) 平成19年度(前年度)は決りあみ、20年度は決りあみ、21年度は前年度と同様である。

拠出金の比較

健保連が提案する高齢者医療制度



制度の特徴

前期・後期の区分をなくし、65歳以上の高齢者を対象に一元的な運用を行う別建ての制度

患者一部負担を除く医療費について、5割を目的に公費を投入する。

それ以外の5割部分は、高齢者の保険料と若年者の支援により賄う。

若年者からの支援は、被用者保険と国保の若年者数で按分し、被用者保険では、公費投入を前提に負担能力に見合ったものとする。

今、3000万人の国民の健康を守る「健康保険組合」は危機に瀕しています。健保組合は、平成20・21年度と2年連続で巨額な赤字を計上し、赤字組合の割合も9割を超えています。厳しい財政状態から、解散に追い込まれる組合もあり、また今後、続出することも懸念され、健保組合は今まさに存亡の危機にあります。

この未曾有の危機を招いた最大の要因は、保険料収入の5割近くを占める過重な高齢者医療制度の納付金・支援金負担にあります。高齢者医療の負担は、健保組合がその本来の使命である保険者機能を十分に発揮できる、負担可能な納得性のあるものでなければなりません。

我々は高齢者医療制度を、65歳以上を対象とし、十分な公費投入により国民全体で公平に負担する制度に改革するよう、また改革が実施されるまでの間、瀬戸際に立つ健保組合に対し、過重な負担を軽減する財政支援を継続・拡大するよう強く要求します。

「民の力」で、自主・自立を基盤に3000万人の健康を支え、かつ最も効果的・効率的に保険者機能を発揮できる健保組合は、皆保険制度の維持に不可欠です。また、財政調整・一元化は、保険者の自主性と経営努力のインセンティブを否定し、保険者機能の高度化を阻害するものであり、絶対に認められません。国民の安心確保に向けて「健康保険組合制度」を守るべく、我々は不退転の決意で臨みます。

全ての健保組合は次の事項の実現を期し、組織の総意をもってここに決議します。

高齢者医療制度の改革と適正な公費投入の実現

高齢者医療制度は、年金、介護との整合性の面からも、前期・後期を区切らず65歳以上を対象にした新たな制度に再構築すべきです。また、その費用は、国民全体で支える観点から、国による十分な公費を中心に賄われるべきです。

健保組合の過重な負担を軽減する財政支援の継続・拡大

健保組合は、平成20年度3060億円、21年度6150億円と2年連続で巨額の赤字を計上し、9割が赤字組合に陥っています。その最大の要因は、高齢者医療制度の納付金・支援金の過重な負担にあります。制度が改革されるまでの間、過重な負担に苦しむ健保組合に対し、財政支援措置を継続・拡大すべきです。

制度間の財政調整・一元化の断固阻止

財政調整・一元化は、保険者の自主性を否定し、保険者の効率化の意欲や経営努力を低下させるものです。医療保険に欠くことのできない保険者機能の発揮を阻害する制度間の財政調整や一元化は、断固阻止します。

保険者機能を十分に発揮できる組合方式の推進

健保組合は、疾病保険的役割にとどまらず、医療費の適正化、加入者へのきめ細かい保健事業等、保険者機能を最も効果的に発揮できる保険者です。高齢化等による医療費の増大が避けられない中、限りある医療資源を有効活用するためにも、保険者機能を十分に発揮できる組合方式を推進すべきです。

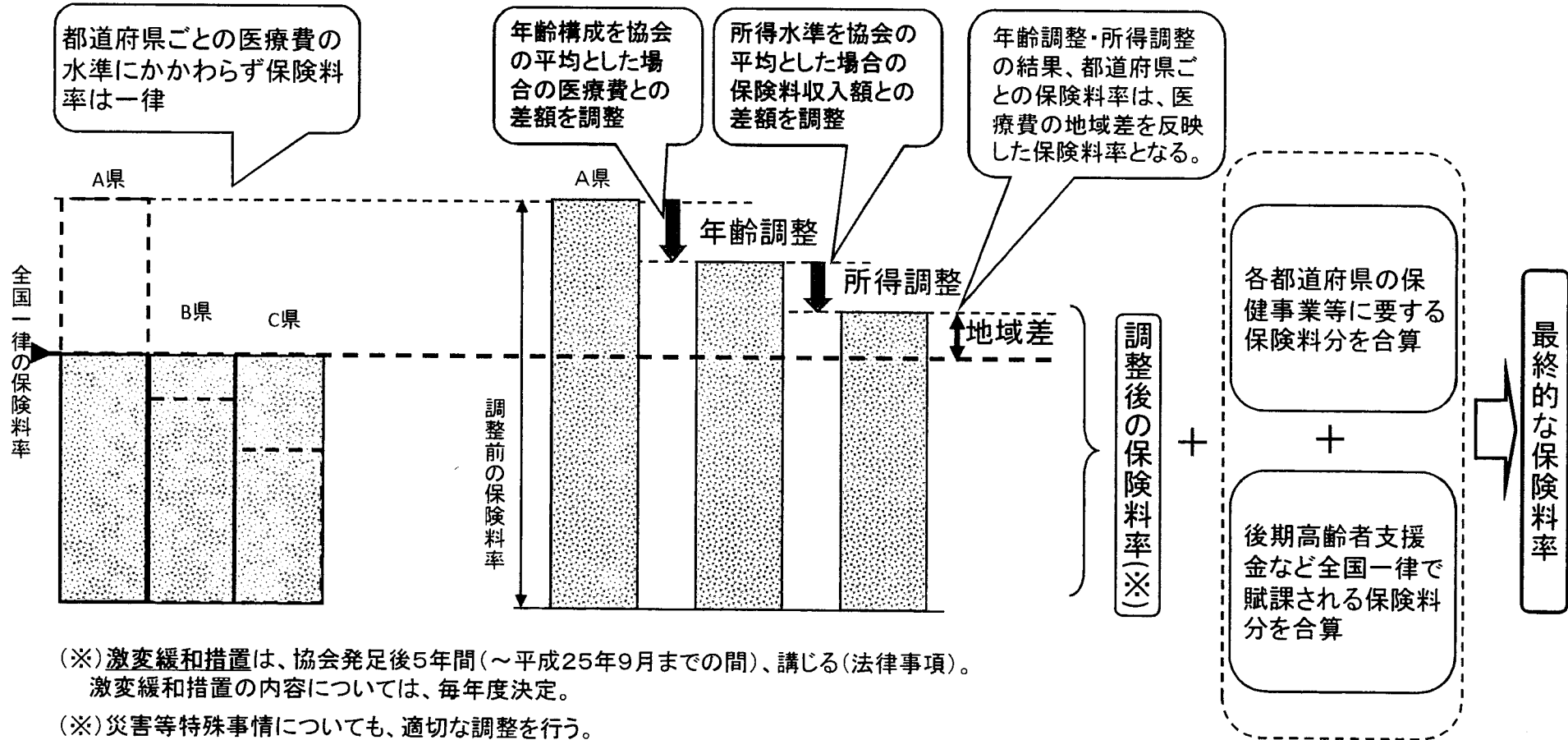
協会けんぽの都道府県単位保険料率の設定のイメージ

都道府県単位保険料率では、年齢構成の高い県ほど医療費が高く、保険料率が高くなる。また、所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなる。このため、都道府県間で次のような年齢調整・所得調整を行う。

※都道府県単位保険料率になることで、保険料率が大幅に上昇する場合には、激変緩和措置を講じる。

全国一本の保険料率
(20年9月まで)

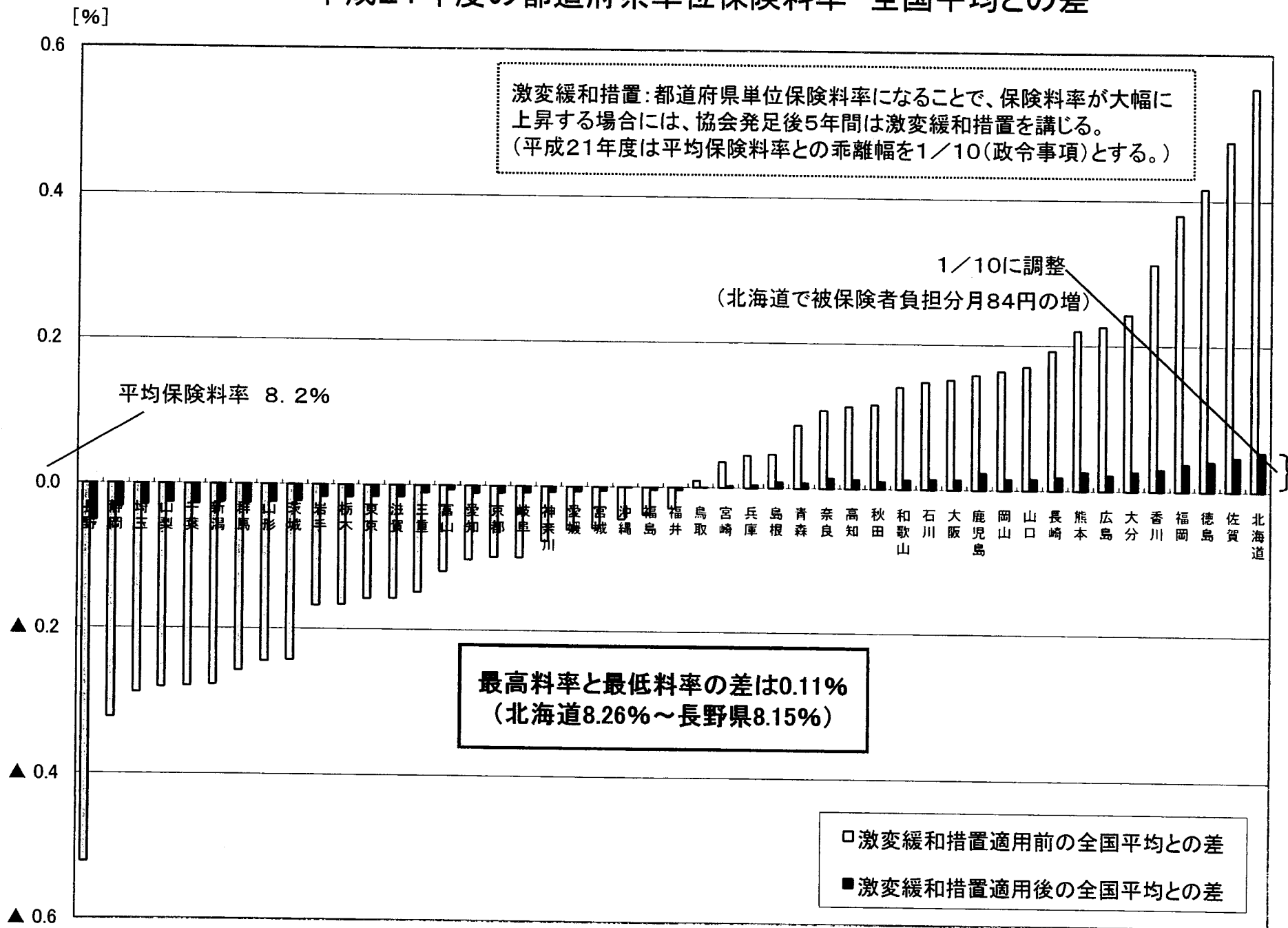
都道府県単位保険料率(20年10月から): 年齢構成が高く、所得水準の低いA県の例



(※) 激変緩和措置は、協会発足後5年間(～平成25年9月までの間)、講じる(法律事項)。激変緩和措置の内容については、毎年度決定。

(※) 災害等特殊事情についても、適切な調整を行う。

平成21年度の都道府県単位保険料率 全国平均との差



保険料率の上下限について

経緯

健康保険組合	
昭和56年3月～	平成20年4月～
3.0～9.5%	3.0～ <u>10.0%</u>
政管健保	協会けんぽ
昭和56年3月～	平成20年10月～
6.6～9.1%	<u>3.0～10.0%</u>

平成18年6月の法改正により、平成20年度から特定健診・特定保健指導が開始することに伴い、一般保険料率が上限に近い健保組合についても、積極的に保健事業を実施することができるよう上限を引上げ。

政管健保の保険料率の上下限についても、協会けんぽへ公法人化されることに伴い、健康保険組合と同一の率を設定。

(参考)

	協会けんぽ(政管健保) 保険料率	健保組合	
		平均保険料率	9.5%超 _{※1} の組合数・割合
平成15年度	8.5%→8.2% _{※2}	7.547%	18(1.11%)
平成18年度	8.2%	7.318%	10(0.65%)
平成20年度 _{※3}	8.2% _{※4}	7.38% _{※5}	24(1.6%) _{※5}
平成22年度(見込み)	9.9% _{※4※6} 【3月改定】	—	—

※1:調整保険料率が含まれる ※2:総報酬制の導入 ※3:4月に健康保険組合の上限改正、10月に協会けんぽの上下限改正

※4:全国平均保険料率 ※5:見込の数値

※6:仮に、最も高い都道府県の保険料率について、平均との乖離幅を平成21年度と同様にして設定した場合、9.85%～9.95%

傷病手当金及び出産手当金について

	傷病手当金	出産手当金
支給要件	被保険者(任意継続被保険者を除く。)が業務外の事由による療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して <u>3日を経過した日から</u> 労務に服することができない期間、支給される。	被保険者(任意継続被保険者を除く。)が出産のため会社を休み、事業主から報酬が受けられないときに、支給される。
支給額	1日につき、標準報酬日額(標準報酬月額) <u>の30分の1に相当する額</u> の <u>3分の2</u> に相当する金額	
支給期間	同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関して、その支給を始めた日から起算して <u>1年6月を超えない期間</u>	出産の日(実際の出産が予定日後のときは出産の予定日)以前42日目(多胎妊娠の場合は98日目)から、出産の日の翌日以後56日目までの範囲内で会社を休んだ期間(※)

※ 予定日より遅れて出産した場合の支給期間は、出産予定日以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日の範囲内となっており、実際に出産した日までの期間も支給される。

直近の改正(平成19年4月)

- 賞与を含めた水準とするため、支給額を、賃金の6割相当額から3分の2相当額に引上げ。
- 傷病や出産により労務に服することができなくなったものに対する所得保障という性格を踏まえ、任意継続被保険者に対する支給については廃止。

制度改正検討要望について

平成21年12月 協会けんぽ

近年、保険加入時に高い報酬等級を設定後、期間をおかず休職したとして高水準の傷病・出産手当を受給する事例が生じており、詐欺としての立件例もある。こうした事例への対処及び保険料率引上げ幅の圧縮のため、協会けんぽについて、次の扱いができるよう制度改正を要望する。

1. 給付の重点化の観点

○ 傷病・出産手当の支給額の上下限の設定

- ・ 現行の傷病・出産手当は、標準報酬に支給割合である2/3を乗じた額とされ、加入者の生活水準に対応するため、報酬比例とされている。近年の標準報酬月額の上限引上げ（S56 47万円 → S59 71万円 → H4 98万円 → H19 121万円）、支給割合の改善（H19 6割 → 2/3）により、現在の支給最高額は月約81万円となっている。

そこで、上限を一定水準に、下限を雇用保険の例（月約5万円）に倣い定めてはどうか。

- ※ 協会運営委員会では、上限額の水準について、被保険者（出産手当は女性被保険者）の標準報酬の上位四分位相当額として、傷病手当は約21万円/月、出産手当は約16万円/月という案を示したが、上下限額の根拠が曖昧である等の意見があった。

○ 傷病・出産手当に係る加入期間要件の設定

- ・ 傷病・出産手当の受給要件について、現在、加入期間に係る定めはなく、保険加入と同時に受給できる仕組みとなっている。そこで、雇用保険の例（倒産等の場合、直近1年以内に計6ヶ月以上）等を踏まえた一定の加入期間を要件として定めてはどうか。

- ・ この場合、要件を満たさない者に対しては、半分の支給割合（標準報酬の2/3 → 1/3）、半分の支給期間上限（1年半 → 9ヶ月）として支給してはどうか。

※ 協会運営委員会では、見直しに積極的な意見と、セーフティネット強化の観点から消極的な意見とに分かれた。

2. 財政対策の観点

○ 傷病・出産手当の支給割合の見直し

- ・ 19年度より、傷病・出産手当の支給割合が引上げられたが（6割→2/3）、元に戻すこととしてはどうか。

※ 協会運営委員会の議論では、見直しに積極的な意見と、総報酬制への移行と少子化対策を踏まえた改正法の施行後2年しか経過していないこと、特に出産手当はILO母性保護条約（日本は未批准）で2/3以上とされていること等により現行の割合を維持すべきという意見とに分かれた。

3. 不正受給対策の観点

○ 事業主等への質問・調査に関する法律上の明確化

- ・ 健康保険法では、厚生労働大臣は保険給付に際して必要時には事業主や保険医療機関に対して質問・調査できるが（事業主については社会保険庁長官も可、保険医療機関については社会保険事務局長に委任されていた）、政管健保が社会保険庁から協会に引き継がれ協会けんぽとなったことに伴い、質問・調査への協力が得にくい場合がある。

このため、現金給付の審査において、従前同様円滑に協力が得られるよう、根拠規定を置くとともに、必要に応じて国に依頼できることを明確化してはどうか。

※ 質問・調査協力について、任意に協力を得るためのものであり、強制的なものではない。

第 32 回～第 35 回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

I 診療報酬関係

1 診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」、平成 22 年度診療報酬改定の基本方針について

- ① 骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないか。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議（6月3日）でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。（21.7.15 藤原委員）
- ② 国民皆保険を守り、安心して質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方にに基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。（21.7.15 逢見委員）
- ③ 診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。（21.7.15 対馬委員）
- ④ 全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。（21.7.15 斉藤委員）

地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。（21.7.15 逢見委員）

国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということなのだろうか。産科や小児科へという点は結構だと思うけれど、医療の現状を見ると、むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口 20～30 万人に 1 つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。（21.7.15 樋口委員）
- ⑤ 病院と診療所の再診料の格差是正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。（21.7.15 斉藤委員）

「選択と集中」の考え方に基づいて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考

えていく必要がある。(21.7.15 小林委員)

前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではない
か。(21.7.15 岩本委員)

- ⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。(21.7.15 岩月委員)
- ⑦ 「選択と集中」は格差社会の継続につながるものだ。選択と集中によって中核病院のあった二次医療圏に小児科医がいなくなるなど、医療機関の連携が分断されている。地方は過疎化していくため、身近なところで適切な医療を提供できるよう、地域にあった医療提供体制が必要だ。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑧ 「選択と集中」は社会保障国民会議最終報告にあるもので、改定内容として決定しているものではないため、これを進めていくというのであれば、きちっとステップを踏んで欲しい。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑨ 4つの視点は賛成。(21.8.27 岩田参考人)
- ⑩ 20年度改定の4つの視点と緊急課題について、この2年間でどの程度改善したのか検証が必要。解消には至っていないだろうから、次回もこの視点等を継承していく必要がある。(21.8.27 逢見委員)
- ⑪ 4つの視点は継続すべきである。「選択と集中」という考え方を継続するとともに、地域医療の連携強化についても併せて検討する必要がある。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ⑫ これまでの医療費の伸びの抑制の考え方が見直されてきていることを改定にも盛り込んでいく必要がある。しかしながら、効率化は必要であり、効率化して本当に必要なところに財源を充てていくことが必要。(21.8.27 逢見委員)
- ⑬ 改定の4つの視点にあるように、メリハリをつけることはいかなる時代においても重要なことだ。保険者財政も国民の経済状況も厳しい。(21.8.27 対馬委員)
- ⑭ 協会けんぽの財政状況も深刻な状況にあり、基本方針の検討に当たっては、保険財政を十分踏まえて改定を行うことについて、きちんと位置づけるべき。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体の引き上げを行う状況にはなく「選択と集中」の観点から補助金も活用しながらメリハリをつけることが必要である。(21.8.27 小林委員)
- ⑮ 4つの視点に書かれていない点を2つ付け加えたい。1つは「医療の見える化」「IT化の推進」であり、もう1つは病院と診療所の再診料の格差解消の問題である。(21.8.27 対馬委員)
- ⑯ 疾病の予防にインセンティブをつけるべきだ。例えば口腔ケアをきちんと行った場合、誤嚥性肺炎の発症が半分になるというデータがある。こうしたエビデンスがあるものについては、診療報酬をつけるべきだ。(21.8.27 大内委員)
- ⑰ これまでは、「医療費の抑制」が審議会に臨む大前提だった。医療費に無駄が

あることは承知しているが、諸外国に比べれば決して高くない。負担も低ければ給付も低い。高齢者は治療に費用がかかるが、世界でも高齢化率が 20%を超えるのは日本ぐらいで、これから増えていくことが明白なのも日本のみ。増える給付費を高齢者も含めて負担すべきだと思うし、考え方を見直すべきだと思う。今後はその変化を踏まえて、議論していく必要がある。(21. 8. 27 樋口委員)

- ⑱ 今回の資料についても、財源については触れられていない。マクロの総額は政治レベルで決められるが、それによって、この方針の実現度が決まる。プラス改定にならなかった場合に向けて、財源についてもこの場で踏み込んで議論すべき。メリハリ、切り込む分野についてしっかり書くべき。マイナスシーリングの場合、どこかを削って他の場所に付けるが、そのような形で切り出すことが必要ではないか。(21. 8. 27 岩本委員)
- ⑲ 「選択と集中」は、10年先を見て手を打つべきだ。日本の産業構造が変わってきており、雇用イコール利益という関係ではなくなっている。将来的に県ごとに医師の必要数がどうなるのか、雇用数がどうなるのかといった数字をつめていかないといけない。(21. 8. 27 西村委員)
- ⑳ 基本方針について、改定の「視点」と「方向」という観点はあるが、「量」という観点が抜けている。(21. 8. 27 藤原代理人・経団連)
- ㉑ 基本方針にある「患者から見てわかりやすく、患者のQOLを高める医療の実現」はもっともなことだが、こういった審議会で通り一遍の議論をするというやり方で良いのか。1桁違うお金をかけて検証を重点的に行うといったことが必要なのではないか。(21. 8. 27 西村委員)
- ㉒ 人口減少地域の医療が崩壊している。身近なところで医療を受けられないのが地域の利用者から見たら医療崩壊として映る。無床診療所もこれまでの増加率からいえば、急減してきている。配分の見直しではなく、全体の底上げをお願いしたい。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ㉓ 高齢者に限らず誰でもどこに住んでいても一定の医療は保証されなければいけない。その意味で「選択と集中」以外に、「分散と公平」という視点があるべきではないか。「分散」というのは、どこにいても一定程度の適切な医療を受けられるという意味で、地域適正配置というべきかもしれないが、この二つの考え方について、基本方針の中でどうバランスをとっていくのか。(21. 11. 16 樋口委員)
- ㉔ 「基本認識・重点課題等」の文言の中に「国民全ての自覚と（不断の取組が求められるところ）」を入れて欲しい。この危機の克服には、医療関係のみならず全国民の協力が必要である。例えば、厳しい現場で尽力している勤務医に実際的狀況を聞くと、患者が過大な要求をしていることも多いようだ。いわゆるモンスター・ペイシエントと呼ばれる問題で、「ありがとう」の一言もないという。患者からの感謝の意は、医師にその崇高な使命を遂行する励ましを与えるものでもある。それが崩壊してきているのは「国民の自覚」不足にもよる。その改善も極

- めて重要なことである。(21. 11. 25 横尾委員)
- ②⑤ 基本認識はよいが、重点的に取り組む課題として、病床数の適正化と入院日数の短縮に引き続き取り組むということを入れて欲しい。医療関係者のマンパワーが分散して勤務医負担増につながっている。(21. 11. 25 齊藤委員)
- ②⑥ 病院・診療所の再診料の格差是正についても言及して頂きたい。(21. 11. 25 齊藤委員)
- ②⑦ 入院日数の短縮は、勤務医の負担軽減にはならない。回転を早くすればするほど勤務医の負担が増える。(21. 11. 25 藤原委員)
- ②⑧ 基本方針の4ページ目の「効率化」について、医薬品・医療材料を中心にしか書かれていない。医療の本体部分でも、新しい技術が出てきて陳腐となった旧来技術の見直しなどについても記載して欲しい。診療科のバランスも気になるところがあり、効率化の余地がある。(21. 11. 25 対馬委員)
- ②⑨ 医療と介護の連携を基本方針に入れていただいたことはありがたい。(21. 11. 25 樋口委員)
- ③⑩ 基本方針は、期待していたことがざっくりと盛り込まれているという印象。(21. 11. 25 紙屋委員)
- ③⑪ 基本方針に訪問看護の推進を位置づけしていただいたことはありがたい。介護職種と看護師が十分に連携を取り合って、患者の在宅医療に貢献できればと思う。(21. 11. 25 紙屋委員)
- ③⑫ 現在、特定健診や健康増進を進め、さらに充実しようという動きがある。行政も市民の健康に尽力する責務もある。そこで基本方針の2ページ目の部分を、「また、患者や国民の視点に立った場合、日々の自己健康の維持や質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現していくためには、医療だけでなく、介護や保健を含めた役割分担と連携協力を進めることが必要である。」として頂きたい。発病後の医療のみならず、病気にならないために、日々の自己健康管理が重要であり、ひいては医療財政の改善も図りうる。予防という観点や保健についての方針をまとめ、発信していくことは今後のためにも重要である。(21. 11. 25 横尾委員)
- ③⑬ 生活習慣病や喫煙に関しても、それをみんなで考えることで、長い目で見たら医療費の軽減になっていくと思う。(21. 11. 25 大谷委員)
- ③⑭ 平成15年3月28日に閣議決定された、健康保険法の一部改正の法律の中に「最適の医療」という言葉がきちんと入っている。基本方針に入れて欲しい。(21. 11. 25 藤原委員)
- ③⑮ 看護師、医師、医療は疲弊している。医師はすぐに増えないので、勤務医対策として医療クランクを増やすということだと思う。重点項目は賛成。その上で、具体的に何を評価するのかを見守りたい。守れないなら、医療保険部会としても文句を言うべき。その評価の仕方についても、施設的なものを評価するのか、能力を評価するのか、できれば議論をして欲しい。(21. 11. 25 岩月委員)

- ③⑥ 基本方針は、まとめとしてはこういう表現で仕方がないと思う。もっと患者に分かりやすい具体的な事例を示してから資料にして配布していただきたい。「高齢者の心身の特性」といっても、具体的にわからない。(21. 11. 25 見坊委員)

2 厳しい保険者財政について

- ① 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。(21. 7. 15 斉藤委員)
- ② 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。(21. 7. 15 逢見委員)
- ③ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳しい状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を上げるような状況ではない。(21. 7. 15 小林委員)
- ④ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年度末に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。(21. 7. 15 岡崎委員)
- ⑤ 健保組合全体で 21 年度予算 6 兆円に対して、赤字が 6,150 億円で 1 割にも達する。20 年度から 2 年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。(21. 7. 15 対馬委員)
- ⑥ 診療報酬改定の議論に関しては、保険者財政を考える必要がある。視点の④配分見直しについて「イ」「ロ」の二つの意見があるが、対立ではなく、相乗効果を持たせることが必要。限られた財政状況の中でパイをどうするかは考えざるを得ない。国民にも一定の負担が必要だし、国からの補助も必須。国民から受け入れられるように、診療報酬内部でのバランスを国民の目から見て適正なものとする必要がある。(21. 11. 16 和田委員)
- ⑦ 基本認識・重点課題等①～③についてはもっともだが、国民の状況に関する視点が薄いのではないか。医療保険部会なので、医療保険を取り巻く経済状況などの視点がほしい。失業率が過去最悪だとか賃金・物価が下がるなど国民は困っている状況にあるが、医療の提供体制だけしか触れられていないという感じがする。全体をみるべき。(21. 11. 16 対馬委員)
- ⑧ 「我が国の医療は危機的な状況」とあるが、それは医療保険財政も同じである。「産科、小児科、救急等、急性期医療は危機的な状況」という捉え方であれば、全く異論はない。(21. 11. 16 対馬委員)
- ⑨ 被用者所得が落ち込んでいる、低所得者が増えているということも基本認識として踏まえる必要がある。(21. 11. 16 逢見委員)

3 救急・産科・小児科医療

- ① 救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチ

ームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。(21. 7. 15 坂本委員)

- ② 救急、産科、小児科は、過去の改定でそれなりに評価をしているが、これでも解決しないのなら、もっと根本的な見直しが必要なのではないか。これは医療システムの構造的な問題であり、後方病床を整備して流れを良くしなければならない。中小病院、慢性期医療、有床診療所、無床診療所、在宅医療などが資料でも触れられていないが、遺憾だ。夜間対応している有床診療所が減少しているのは憂慮すべきことだ。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ③ 救急、産科、小児科などは体制整備が必要。診療報酬の加算などで誘導するのではなく、体制を整備したことを評価するという順序で対応すべき。公費・補助金などの充実によって医療機関が質の高い必要な体制を確保できる仕組みを別にしっかり構築した上で、その体制を整えた医療機関を診療報酬で評価する仕組みとすべきである。診療報酬を取らせるために算定要件を緩和するなど、本末転倒になってはならない。(21. 8. 27 逢見委員)
- ④ 救急の流れをスムーズにするようなサポートシステムを評価してはどうか。患者はかなり悩んでから救急にかかっているため、患者からの悩みや相談を受けて適切に救急医療を行う病院、地方にあり患者の家から遠いとしても、次の病院に適切にコーディネートしている病院、在宅医療へのつながりの仕組みをもっている病院は、評価していくべきだ。こういった救急の入口から出口の流れを支えるシステムを看護師を活用してやっていきたい。(21. 8. 27 坂本委員)
- ⑤ 「救急、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務の負担軽減」は過去の改定でも評価されたが、医師不足、地域偏在は解消できておらず、負担軽減に繋がっているかも明確ではない。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑥ 周産期医療、新生児集中治療室を支援する施設の適正な評価も必要。(21. 11. 16 逢見委員)

4 かかりつけ医

- ① 高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が利他的に医療を受けていては、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。(21. 7. 15 多田委員)
- ② 後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち1割の患者しか利用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75歳以上の9割弱が1～2箇所しか受診していない。そういった意味では後期高齢者診療料も、医療費の削減にはつながらないのではないか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。(21. 7. 15 藤原委員)

- ③ ヨーロッパではプライマリケア医がしっかりとそれなりの機能を果たしている。日本でもプライマリケア医が対応できる患者が相当いるに違いない。そのような人が大病院の外来に救急車で運ばれるケースが増えている。そこを変えないといけない。開業医にもがんばってもらいたい。それを踏まえて、診療報酬も作り直してほしい。これから増える高齢者を大病院の外来で受けるようにしてはいけない。診療報酬だけの問題ではないが、前向きに積極的に取り組んでほしい。(21. 8. 27 多田委員)
- ④ 開業医はプライマリケアを行うべきという意見があったが、メディアスのデータを見ると、診療所への受診は減っていないし、はしご受診も行われているとは言えない。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ⑤ 患者が、大病院なら信用できるという気持ちを強く持っているということを医者が認識していないというのには驚いている。高齢者は心身に多種類の不都合をもって生活するのだが、勝手に大学病院や専門病院にどんどん流れていくのは問題だ。その際にアドバイスをできる身近な医者との関係をしっかり作っていくことが必要。ここがしっかりしないと、これからの半世紀、1世紀の日本の医療はもたない。(21. 8. 27 多田委員)
- ⑥ 医療のデータを見るときには注意が必要で、いくら医療費が使われたかというデータからは、医療サービスに対する満足度は読み取れない。(21. 8. 27 岩本委員)
- ⑦ かかりつけ医の重要性については我々も理解しているが、これと包括医療を一緒にするのはよくない。かかりつけ医は高齢者だけでなく、おしなべて必要。すべてを明らかにしないまま包括医療という言葉だけが先行したため、高齢者が理解する前にガードを固めてしまった。高齢者医療改革会議ではそのようなことがないようにしっかり議論してほしい。(21. 11. 16 斉藤参考人・老人クラブ)

5 心身の特性を踏まえた医療

- ① 「高齢者の心身の特性を踏まえた医療の提供」とあるが、高齢者は医療機関にかかりにくくなっている。院内処方減り、薬局まで薬を取りに行かなければならなくなっている。患者の負担を考えるなら、院内処方を増やすべき。処方せんも4日で期限が切れてしまう。(21. 8. 27 樋口委員)
- ② 介護との連携も見通しながら、「高齢者の心身の特性及び家族や地域生活の環境変化を踏まえた医療の提供」が必要。(21. 8. 27 樋口委員)
- ③ 在院日数の短縮はいいが、在宅やかかりつけ医など地域の受け皿がないと高齢者はやっていけない。そういう意味で、医療と介護の機能分化と連携を書いていたのはいいが、実際には、医療と介護の間は必ずしも話し合いもなく、断絶している。リハビリの連続性も議論してほしい。(21. 11. 16 樋口委員)
- ④ 後期高齢者医療に係る診療報酬について、廃止は理解するが、高齢者は、総合的、継続的に診なくてははいけないといった指摘など、後期高齢者医療の在り方に

関する特別部会で大変いい議論をしていただいた。それを尊重するよう中医協に投げられ改定をしたが、後期高齢者医療制度の施行に伴う周知の不十分さが招いた誤解のある中で不幸な立場におかれた。75歳を例えば65歳にするとか、老健制度や特定健診のように40歳まで引き下げられることも考えられる。そうした議論をもう一度医療保険部会でやっていただけるとありがたい。(21.11.16 対馬委員)

- ⑤ 後期高齢者の診療報酬について、制度の見直しに先行して廃止するということが、具体的な診療報酬項目について、後期高齢者診療料とか終末期相談支援料に加え、加算まであったということを初めて知った。薬剤の情報提供の加算も後期高齢者に限定してする必要があるのか。75歳以上に限定して考える必要のないものもこの項目の中には含まれているのではないか。(21.11.16 見坊委員参考人)
- ⑥ 「医療の透明化・わかりやすさの推進」の観点からいっても、わかりやすく透明性があるのはじめて判断が可能となるわけであり、後期高齢者医療制度の改革を議論する際にも、この点は最重点にしてほしい。(21.11.16 斉藤参考人・老人クラブ)
- ⑦ 後期高齢者の問題について、75歳という年齢に着目した診療報酬体系については、本体の見直しに先行して行う方向はそのとおりだと思う。終末期相談支援料は後期高齢者だけが終末期を迎えるわけではないので、年齢制限を外して、すべての年齢について適用できるように見直しすべき。(21.11.16 逢見委員)

6 チーム医療

- ① 医療が複雑化しており、それぞれの職種がそれぞれの役割を發揮して連携しないといけない。医療関係者が増えると非効率になっていくというものではないのではないか。(21.8.27 岩月委員)
- ② 医師を増やすと言っても、人の数には限界があり、またすぐに対応できるものでもない。看護師や薬剤師や栄養士など、様々な職種の役割分担を明確にしていくことが重要。また、医療職種以外の職種もこれに入れていくことが重要。こうした視点を載せるようにしてほしい。(21.8.27 坂本委員)

7 後発医薬品の使用促進等

- ① 基本方針にある効率化の関連で、後発医薬品の促進については、処方せん様式を変えたりしたが、まだ十分には進んでいないという認識だ。追加的な対策を行っていくべき。(21.8.27 小林委員)
- ② 後発医薬品の使用促進も必要。安全性に問題がないというメッセージ、周知が不十分。(21.8.27 逢見委員)
- ③ 後発医薬品の使用促進の議論と一緒に、革新的新薬の議論も併せて行って欲しい。(21.8.27 藤原代理人・経団連)

- ④ 後発医薬品は安い、信頼できないという人も多い。先発品が10年経ったら、ジェネリックと同じ価格くらいにまで下げてはどうか。今は患者にとって二つの薬があり、わかりにくい。(21.11.16 高原委員)
- ⑤ ドラッグラグ、未承認薬、適応外使用などの問題については、患者団体、学会等が個別の問題解決の努力をしているが、本来は診療報酬の基盤となっている薬価基準の仕組みとして、未承認薬、適応外使用の問題が生じにくい薬価制度を検討する必要がある。(21.11.16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑥ イノベーションの評価については、国民にとって必要かつ有用な新薬開発、適応症の拡大に対するためのインセンティブをどのような仕組みで確保するかも重要。(21.11.16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑦ 後発医薬品との価格のバランスも大事だが、イノベーションも大事であり、両方で評価することが大事。(21.11.16 藤原参考人・経団連)
- ⑧ 後発医薬品の促進とあるが、先発品の方が高いという現在の状態を前提にした議論をするということか。例えば、特許が切れれば同じ価格にするとか、先発薬の価格を下げるということでも薬剤費の削減は実現できる。医療の状況も変わったし、政権も変わったので、そういうことも含めて議論するということも考えられるのではないか。(21.11.16 岩本委員)
- ⑨ 未承認薬・適応外薬について、海外で使用が認められている抗がん剤、難病薬について、早期承認、保険適用について患者さんからも強い要望がなされている。医療上必要な医薬品の未承認については、早期解消に資する薬価制度にすべき。(21.11.16 逢見委員)
- ⑩ 基本方針の3ページ目の「イノベーションの適切な評価」について、未承認薬や未承認適応の問題があるが、具体的に文字としてないが大丈夫か確認したい。(21.11.25 岩月委員)

8 歯科医療

- ① 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。平成20年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。(21.7.15 渡辺委員)
- ② 平成8年から平成19年まで、歯科医療費は2兆5千億円程度で推移している。1診療所単位で見ると、この間に保険収入は約15%の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。(21.7.15 渡辺委員)
- ③ 安全・安心の生活を支えるために歯科医療が重要。骨太2009において8020運動の推進が記載されている。これは平成元年から提案して行ってきたもの。現在、8020達成者は25%を超えた。さらに、50%を目標にして、QOLの高

- い社会を目指す所存。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ④ 歯科は、長年にわたり一般医療費の中で伸びが低い。8020 運動の促進には、ヘルス事業だけでなく、歯の保存と口腔の機能を維持する歯科医療の充実が必要。重症化予防も必要だが、まだまだ不十分。(21. 8. 27 渡辺委員)
 - ⑤ 歯科医療の特性、臨床実態を踏まえた技術の評価が必要。小児期から高齢期までライフステージに沿った健診、治療、管理が必要。小児期においては、正常な発育を支援する観点からも重要だし、在宅歯科医療も求められている。(21. 8. 27 渡辺委員)
 - ⑥ 在宅歯科医療は、医師や家族との連携と周知が不足している。そのため、ニーズが把握できていない。また、診療の困難さと実情を踏まえた評価が必要。(21. 8. 27 渡辺委員)
 - ⑦ 口腔ケア後の手術が効果的といったデータもあり、口腔ケアの評価の必要性を感じている。(21. 8. 27 渡辺委員)
 - ⑧ 歯科は国民の生き甲斐と生活そのものを支える医療であり、QOLを高める。そのためには、歯を残し、機能を回復し、高め、維持していくことに対して重点的に評価し、充実を図る必要がある。(21. 11. 16 渡辺委員)
 - ⑨ 資料4の視点の(4)重症化の予防とあるが、歯科医療においては、ライフステージに応じた検診は非常に重要。予防が図れば、QOLが高まるとともに、医療費の節減にも繋がる。(21. 11. 16 渡辺委員)
 - ⑩ 高齢化社会においては、在宅医療、在宅歯科医療はさらに進めないといけない。それぞれ独立しつつも、介護も含めて連携を図ることが重要。(21. 11. 16 渡辺委員)

9 その他の診療報酬

- ① 「同一のサービスは同一の点数」という公平性の観点からも、病院と診療所の再診料は同じ点数が基本であり、それなら患者も納得できる。(21. 8. 27 対馬委員)
- ② 再診料の病診格差の話が出たが、これはキャピタルコストを病院の方がより薄く広く乗せることができるためである。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ③ 病診格差については、患者の行動原理に影響が出るものであり、機能分化の推進のためにも、是正が必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ④ 愛知県でも勤務医数が少なく過重労働が問題になっている。医療クラークの点数を新設していただき評価をしているが、もっと使いやすい制度にしてもらえるとありがたい。(21. 8. 27 岩田参考人)
- ⑤ 医療の標準化が進んでいるものは、包括化が必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ⑥ 平成15年3月の閣議決定の「基本方針」には、「医療技術の適正な評価」、「ドクターフィー」的要素が盛り込まれたが、この基本方針に沿って今後の方向性を考えるべき。技術料を上げて、医師に還元されていない。ドクターフィー的要素

素を勘案することで、診療科の偏在、勤務医不足などに対応できるのではないか。
(21. 11. 16 藤原委員・日医)

- ⑦ 病院対診療所を対立軸でとらえるのは問題だが、患者の側からみて同じサービスなのに再診料が違うのは患者の受診行動にネガティブな影響を及ぼす可能性がある。病診という構図の中で是正するのは一つの方向としてあると思う。
(21. 11. 16 和田委員)
- ⑧ 「患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」というのはまだ不十分。看護職は病院の中で最大の集団。もっと活躍の場を与えてほしい。QOLに貢献できるし、医療費の削減にも繋がる。急性期からリハビリ看護を丁寧に実施すれば、廃用症候群を予防できるし、良い状態で在宅に退院させてあげられる。看護の視点から、改定に目を向けてほしい。
(21. 11. 16 紙屋委員)
- ⑨ 地域に患者さんが移るときに間がすっぽり抜けてしまう。そのときに、海外でもやっているナーシングホームをモデル事業として取り上げてもらえれば、QOLの向上、医療費の削減にも貢献できる。
(21. 11. 16 紙屋委員)
- ⑩ 病院薬剤師については、従来は医薬品の管理、調剤などの役割を担っていたが、近年は、処方設計への情報支援、投薬する際のプロトコールの共同作成、抗がん剤・抗リウマチ薬などの薬剤について患者への事前の情報提供、副作用のモニタリングの医師への提案など、医師の治療への支援が重要な役割。これにより、医療の質、患者の満足度の向上と同時に、勤務医の負担軽減にもなる。がんなど8分野で専門薬剤師の育成をしている。
(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑪ 医療機関の病棟における薬剤師の増員が必要。増員によって、医師の負担軽減も可能になるのではないか。増員を担保する診療報酬上の評価についても、薬剤師の個別の評価とともに、いつでも多くの病棟で支援業務ができる体制に着目した評価を考える必要がある。
(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑫ 医療機関同士の連携を重視した改定を是非やってほしい。
(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)
- ⑬ 回復期リハについては、是非アウトカムの評価も視点に入れて診療報酬に反映してほしい。
(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)
- ⑭ 急性期医療、新型インフルエンザ等の感染症対策として、受け入れ患者の優先順位をつけるトライアージも重要。これからインフル患者も急増することが予想されるので、専任者配置への評価を検討すべき。
(21. 11. 16 逢見委員)
- ⑮ 認知症は、早期発見・早期治療が重要。長谷川式スケールは、潜在している認知症の患者を見つける非常に簡便な方法で、一定の評価も得られているが、今は包括の評価になっているので、これを評価の対象にしてほしい。もう少し地域の中小病院との連携をしっかりとすることも必要。
(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑯ 患者の視点に立った訪問看護ステーションの充実が求められる。現状では、同じ在宅にあって医療保険適用と介護保険適用の場合、または介護保険から医療保

険に移行する場合、負担率が異なることによる経済的な段差は継続的なサービス提供を困難にするものである。認知症対策でも非常に重要な視点。(21. 11. 16 藤原委員・日医)

- ⑰ 専門（認定）看護師については、感染、褥瘡はすでに評価いただいているが、糖尿病、小児のトリアージ、リハビリテーション、精神科の専門看護師等すでに看護界は準備をしているので、是非診療報酬改定で検討してほしい。(21. 11. 16 紙屋委員)
- ⑱ 有床診療所の存在意義を再認識したい。身近な医療機関として、新たに評価され必要とされてきている。いわゆる看取りに近い終末期の医療、あるいはホームドクター的に存在する医療としての役割があり、これに配慮していかないと、大きい病院だけでは国民に必要な医療の充実も間に合わないことになると思われる。(21. 11. 25 横尾委員)
- ⑲ 介護認定を受けている人が病気になった時に、一番困るのが通院である。病院の前でヘルパーの役割は終わる。病院に入ったら、医療保険の中で、病院の人が案内してくれるはずだが、人手が足りない。ガラス戸の向こうとこっちで介護と医療が分かれている。配慮がほとんどない。介護保険の存在について、認識していただき、本当の連携をしていただきたい。(21. 11. 25 樋口委員)
- ⑳ 介護と医療がシームレスになっていないのは都会の方だと思う。田舎では介護のヘルパーは病院の中まで入ってくれている。最後の在宅末期も見ている。訪問診療もちゃんとやっている。在宅での病診連携、診診連携、病院と訪問看護ステーションの看護師の連携など、都会では問題になっているが、中都市ではうまくいっていると思う。有床診療所も同じで、田舎で役に立っている。都会で有床診がないから要らないという議論があるように感じる。どこで何ができていないのか、地域的な差をもう少し見ていただきたい。(21. 11. 25 高原委員)
- ㉑ 看護職の役割を有効に発揮できるようにして欲しい。回復期リハ病棟は、患者への看護支援が少なくなるので看護師の配置数は少なくてよいという従来からの前提に立っているが、在院日数の短縮化で患者の重傷度が高くなっている。基本方針にもあるように「安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」から、看護師の担う役割を具体的に評価してほしい。(21. 11. 25 紙屋委員)
- ㉒ 医療クラークの配置は、看護職あるいは医師が本務に専念できるために重要。評価していただければと思う。(21. 11. 25 紙屋委員)
- ㉓ 医療施設の偏在、都市と地方の問題だが、都市部は医師が多いように見えるが、人口比から見ると少ない。地方の方が場合によっては多く、医療と介護が連携しやすい。都市か地方かで決めつけないでいただきたい。(21. 11. 25 見坊委員)
- ㉔ 介護と医療の連携は非常に重要と感じる。縦割りではなく、十分に調整しながら進めていただきたい。(21. 11. 25 見坊委員)

10 診療報酬と補助金

- ① 救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないか。(21.7.15 齊藤委員)
- ② 予算で対応しているところ、診療報酬でみるところの役割分担も考えるべき。(21.7.15 小林委員)
- ③ 医療提供体制の整備を、診療報酬による手当のみで行うには限界があるため、補助金・公費による手当について、地方自治体のお金も含めて検討すべきである。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ④ 診療報酬と医療提供体制が関係しているのは確か。診療報酬の加算で、提供体制や医療機関の行動に影響を与える部分はある。大きく変わったのは、地方分権が進み、補助金が一般財源化されたこと。地域が一般財源を使って医療提供体制を整える方針に変わっている。その中で、診療報酬がどこまでやるべきか。医療提供体制の責任主体のあり方の変化を踏まえて、診療報酬での対応のあり方を改めて考えてみないといけない。診療報酬、一般財源、補助金の配合で、各地域に合った対応が必要。(21.8.27 岩村委員)

11 その他

- ① 診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになるだろうか。(21.7.15 岩本委員)
- ② 医療費の配分の件について、勤務医と診療所の院長の給与の差について、現状が適切なのか。適切でないなら、どの程度なら適切なのかを見える形で示してほしい。診療所の経営者は、経営リスク、管理責任を負い、交代もできない。年齢についても考慮がされていない。労働時間についても、40歳以上では診療所医師の方がいずれも長い。また、開業医は、学校医、夜間診療所当番、介護保険審査会の担当など様々な地域医療活動をしているので、そうしたことを勘案するとそれほど差はないのではないかと。病院だけでなく、診療所も危機的な状況にある。(21.11.16 藤原委員・日医)
- ③ 開業医で勤務医を経験していない人はおらず、勤務医の厳しさはわかっているし、開業医になって楽になっていない。当方の医師会では、医師がいなくなった小児科の基幹病院に開業医が入って、協力して診療体制を組んでいる。開業医と勤務医の年収のみで比較し、その診療報酬に差をつけるのはやめてほしい。このような基準で診療報酬を下げると、勤務医ばかりでなく、開業医の立ち去りも起こるだろう。(21.11.16 高原委員)
- ④ 勤務医の給料はもう少し上げてもいい気はするが、開業医か勤務医かという議論は利用者からみてどうかと思う。(21.11.16 樋口委員)
- ⑤ 病院でも5時に帰る人もいるし、診療所でも休みなく働いている人もいるので、病院か診療所かという構図ではなく、それぞれの医療従事者について、きめ細か

く見ていき、負担があるところに手当てしていく必要がある。そうすれば国民の理解も得られるし、このパイではどうしようもないということも部会として書き、理解を求めていくこともあるのではないか。(21.11.16 和田委員)

- ⑥ 「勤務医の負担軽減」は重要な視点。急性期病棟の看護師も長時間勤務となっており、勤務医だけでなく、看護師の負担軽減も重要。(21.11.16 逢見委員)
- ⑦ がん医療の推進について、化学療法、放射線療法等の評価を引き続き評価してほしい。がん登録について、診療報酬に入るか微妙だか、評価を考えてほしい。(21.11.16 藤原委員・日医)
- ⑧ 日本列島は非常に広く、地域間格差が大きい。様々な地域の違いを見ていかなければならない。地方においては、開業医の方がかかりつけ医として非常にいい例がある。同時に、これから高齢化が進むのは大都市であり、ずっと注視していたが、あつという間に一人暮らしが多くなった。介護がどうやってかかわっていくのかが大問題。地方でうまくいっている例を都会で生かすにはどのような方法があるのか。過疎地においても、手術の同意書を取るのに家族がいなくて困る場合がある。社会全体として配慮いただきたい。(21.11.25 樋口委員)
- ⑨ 介護予防という言葉があるが、発想がそもそもおかしい。言うならば健康保持。異論はいろいろあるが、介護保険制度の中に介護予防はあまり入れるべきではない。ヘルス事業は保健事業において公費で出すべき。(21.11.25 樋口委員)

II 診療報酬以外

- ① これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないか。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか。(21.7.15 齊藤委員)
- ② 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。(21.7.15 樋口委員)
- ③ 昨年富山県に行ったら、救急搬送のその年度増加分の9割が高齢者であった。在宅の高齢者医療が不十分なこと、また、老健施設や特別養護老人ホームで救急対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないか。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。(21.7.15 樋口委員)
- ④ 少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。(21.7.15 見坊委員)
- ⑤ 後期高齢者の制度は、何故75歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。(21.7.15 見坊委員)
- ⑥ 高知県には療養病床が一番多い。療養病床の新型老健などへの移行の方針は、当初の極端な方針からゆるやかになってきてはいるが、いわゆる医療難民をださないように慎重な取扱いを要望したい。(21.8.27 岡崎委員)
- ⑦ 4つの視点はそのとおりだが、現実的なところが欠けている。救急医療を担う

医師が不足しているのが地域の実態。医師が偏在しているのではないか。小さな医療圏の患者を他の医療圏では受け入れてくれない。医療圏間の協定が必要だが、簡単にはいかない。診療報酬だけでどうにかなるかは疑問。医師の適正配置が重要。(21.8.27 山本委員)

- ⑧ 公立病院はなぜ赤字になるか。地方は高齢者が多いが、高齢者は様々な診療が必要であるため都市部の病院に行ってしまう、患者がいない。大学による医師派遣が必要。医師偏在が生まれないようにしないといけない。(21.8.27 山本委員)
- ⑨ 過疎化、高齢化は地方都市で起きている。医師を1.5倍にしてもそういった地方に配置されなければ問題は解決しない。(21.8.27 西村委員)
- ⑩ 生活保護が急激に増えているのは大都市部。これは単身高齢者の増加が原因。高齢化により都市部で急激に高齢者が増えることを考えれば、地方も大変だが、大都市部の急速な高齢化が一挙に医療費を押し上げることに留意しなければならない。(21.8.27 岡崎委員)
- ⑪ 高額療養費は複雑であり、見直しが必要。(21.8.27 逢見委員)
- ⑫ 白血病に関しては、患者の負担が大変重く、高額療養費の特定疾病への追加など様々な要望をしている。(21.11.16 大谷委員)
- ⑬ 患者の負担軽減に関して、基本方針の中に一項目入れて、がん治療の方々の負担軽減のために盛り込んでいただけるよう議論してほしい。(21.11.16 大谷委員)
- ⑭ 過去にも診療報酬改定での対策が重ねられてきたが、この診療報酬改定のみではいまの医師不足などの課題は解決しないのではないか。広範な対策も考えねばならない。例えば、へき地等の医師不足問題では、へき地に勤務する医師とその家族の理解が不可欠であるし、さらに現状では研修に出かける機会も難しいことも課題になっている。そこにはネットを使った最先端医療についての研修サポートなどが必要で、その充実を図るなど、診療報酬以外の対策充実改善も必要である。(21.11.25 横尾委員)
- ⑮ 患者の負担軽減について、基本方針に入れて欲しいと考えていたが、この医療保険部会で別途議論すべき問題ということなので、今後に期待したい。(21.11.25 大谷委員)
- ⑯ 患者との対話のない医者が多いと感じる。患者サイドも勉強しなければならぬが、医師の方も親切に患者と話し合うことが必要。(21.11.25 見坊委員)
- ⑰ 前回の議論から内容が変わらない。医療部会と医療保険部会とで同じ内容を2つやって、しかも中医協での議論は先に進んでいる。これからこの審議会はどうなるのか。休眠するのか。この審議会の役割は一体何なのか。医療崩壊を何とか防いで、次に持っていくための議論をするのではないのか。話の内容は重複するし、前回と全く同じ発言もあるし、とにかく金がないという話だし、次回があったとしてもほとんど期待できない。休診してここに来ているのに、丸一日無駄だ。残り2年の任期で何をするのか。落胆した。(21.11.25 高原委員)