

前回までの主なご意見

(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。
- 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、公平性を考慮して、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。

(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は必要ではないか。
- 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年未までに結論

- 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も、かかりつけ医の定義がはっきりしてくれば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、何をもち「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。

(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スイッチOTC医薬品に限らずOTC医薬品に置き換える仕組みを考えてほしい。
- 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。

(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と。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と。
- 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と、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。