

# 医療保険制度改革についての これまでの主な意見

# 医療保険制度改革についてのこれまでの主な意見①

※議事録に基づき事務局にて整理

## 1. 後期高齢者の自己負担割合の在り方

- 一定所得以上の者を2割負担とする旨記載されたことは一歩前進。対象者をどの程度まで絞るかによっては、制度の持続性を高める効果が限定的になることが懸念される。
- 2割負担の対象範囲については、現役世代の負担軽減が目に見えるような形になるように設定すべきであり、複数のパターンを示すとともに、それぞれの対象人数や医療保険財政に与える影響等も明らかにすべき。
- 2割負担の対象の線引きは、住民税非課税世帯はともかく、対象を極力広げるような考え方でお願いしたい。
- 負担能力のある人が負担をしながら全体の社会保障制度を支えるというのが基本。そうした理解の中で、そうしなければ日本の医療制度は本当に財政的にもたなくなるということを強く感じており、窓口負担が2割となることを受け入れようという方々もおられる。
- 新たに所得区分を設定すると制度がより複雑化してしまうことや、低所得者に配慮して既に高額療養費制度が講じられていることなどを踏まえれば、後期高齢者の自己負担割合は、原則として2割とすることが必要ではないかと思う。
- 75歳以上の方々に関して、応能負担の議論は重要だと心得ているが、より慎重に丁寧にしていただきたい。
- 現在1割の方は2割になったら、医療費の負担が2倍になることから、慎重な議論が必要。
- 2割負担に伴う受診抑制により、結果として重症化につながると、逆に医療費、介護の費用を増幅させることにつながる。
- 86万円の平均所得の人たちに2割負担というのは、かなりの人達が医療から遠ざけられる。そのため、窓口負担のところで応能負担という議論は社会保障の検討ということではふさわしくないのではないか。
- 具体的な所得基準を検討するにあたっては、事務局で慎重にいろんなシミュレーションをしながら、分析、検討して可能性の案をつくっていただく必要がある。細部にまで気をつけて丁寧なルールになっていくべき。
- 所得の状況のばらつきや可処分所得など、生活実態の調査等を丁寧に議論していくことが必要。
- 2割負担を導入しても、高額療養費制度には自己負担の限度額があるため、必ずしも自己負担額が2倍にならないことを明確にし、正しい理解を得られるような形で議論を進めて欲しい。

## 2. 「現役並み所得」の判断基準の見直し

- 所得区分の線引きについて今後議論をする際には、現役並み所得がそもそも課税所得145万以上でいいのか、あるいは、控除の話も出てきたが、年金控除も含めた所得控除の話も含めてこれで本当にいいのか改めて議論すべき。
- 現在、3割になっている現役並み所得と判定をされている75歳以上高齢者の方々に対しての適用の範囲、基準についても（後期高齢者の自己負担割合の在り方と）同時に議論をして、75歳以上の高齢者の方々の中での公平性をきちんと考える必要がある。
- 現役並み所得の対象、基準を見直すときには、後期高齢者の医療費の公費負担減少分が現役世代の負担増にならないようにするのは当然だと思う。少なくとも支援金を負担する現役世代への財政支援を含めた配慮をお願いしたい。
- 現役並み所得の者が増加すると、直接的にはこれが現行制度上では、現役世代の負担増につながってしまうという問題がある。この点については全世代型社会保障検討会議の中で言われている世代間の負担の平準化、公平性を図る観点から、当該変更に伴う負担増分については、当然、現役世代の支援措置を別途検討する必要があると考えている。
- 高齢者の「現役並み所得の判断基準の見直し」については、今の仕組みのままでは現役並み所得となった段階で公費が投入されなくなる。したがって、その分、現役世代の保険料負担が増加する事態を招く形になる。これ以上現役世代の保険料負担が増加しないという観点を推し進める上では、本件の見直しを進めるに当たっては、公費投入の在り方もセットで見直すべき。

## 3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

- 大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大、負担額の増額、そして増額分を公的医療保険の負担軽減に充てるということについては賛成なので、対象病院の範囲を狭めることなく、確実に実施していただきたい。
- 大病院は入院と専門外来を中心にし、かかりつけ医が患者の受診行動を適正化するまさにゲートキーパー的な機能を担う方向に進むべき。その中で、自らの選択で大病院を受診される患者に特別な負担をお願いするということではないか。
- 初診5000円、再診2500円以上という定額負担の仕組みはうまくいっていて、これを200床以上の一般病院に拡大するのは大変いいこと。ただ、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるというのは違和感がある。
- 初診時に5000円を払い、そのまま大病院に残ると結局勤務医の負担が増えたままなので、再診料のところを対応すべき。広げるよりも再診時の対応のほうが先。
- この議論を行うに当たっては、外来機能の分化や、かかりつけ医機能の在り方などについて十分に議論され、整理されていることが大前提。
- 病床規模だけで判断するのは疑問。何をもちて大病院、中小病院か。初診、再診それぞれで、病床規模毎にどの程度が紹介状なし患者なのか、総受診回数に対する割合はどの程度か、実態を把握できる詳細なデータを示した上で議論すべき。
- 基本的に病院勤務医の負担軽減を第一に考え、次に機能分化を進めるという趣旨であり、適用範囲の拡大はそもそもの趣旨にかなっていない。一方、適用範囲がかなり病床数の少ない病院まで広がるので、救急外来が逆に増えてしまい、医師の負担が重くなる等の問題が考えられる。
- (患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するように改める、とあるが)初診5000円、再診2500円以上という定額負担は、地域の実情に応じて医療機関に考えてもらう趣旨もあり、徴収で手間取る大変さもあるので、現場のインセンティブを考えていくことも重要。
- 200床以上の一般病院という言い方になっているが、一般病院イコール一般病床とすると、この中には障害者病棟や、地域包括ケアを担うような地域密着型の病床も含まれてしまい、特に地方においてはそういった機能を担った、そこしかないような中小病院があるので、そういうことも踏まえて議論が必要。
- 大病院ですら外来の収入がなくなったら成り立たない制度。大学病院クラスの大病院は専門の外来のみで、あとは入院で働き方改革もできるような収入体系にすれば、大学病院は外来を手放す。このあたりの議論が必要。

## 4. 薬剤自己負担引上げ

- 高額な医薬品は、最新の医薬品へのアクセスを確保するため、十分な効果検証の下で、高額であっても公的保険で給付をすることを基本にしていくべき。一方で、リソースには限りがあり、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方なども含め、保険給付の重点化を図っていくことが重要。また、薬剤給付の適正化に向けては、自己負担の見直しのみならず、後発医薬品の利用促進やセルフメディケーション税制の拡充、生活習慣病の治療薬の在り方等についても改めて検証と検討を進めるべき。
- 皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ないのではないか。その点を踏まえると、市販品類似薬については保険給付範囲からの除外や償還率の変更も考えざるを得ないのではないか。
- 国民皆保険制度を将来にわたって持続可能なものとするためには、後期高齢者の窓口2割負担の改革だけではとても実現できない。この薬剤の自己負担の引上げについても重要な取組の一つであると思うので、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていくべき。
- 疾病の治療が必要と判断して処方された医薬品は保険適用すべき。医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある。また、OTC類似薬が保険から外れると、患者さんからすると保険で使える別の薬にしてほしいということになる。結果として高薬価の薬剤へシフトしてしまうのではないか。
- OTC類似薬については、医療上の必要性による適切な医薬品の選択の担保という意味で、財政問題だけで見直すことは適当ではないのではないかと。この医薬品を必要とする患者の家計の実質的な負担が増えて、医療アクセスにおける所得格差の問題につながるのではないかと。
- フランスでは医療上の有用性と対象疾患の重篤性、その2つに基づいて給付率を判断していると聞いている。仮に日本でこの制度を導入しようとした場合、今、約2万品目近くある医薬品の評価を全て見直して分類して、さらに何かあればメンテナンスをしていくということになる。そう考えると、かなり実行可能性は低いのではないかと。
- 医師としてこの薬が必要だと判断したときに、これはスイッチOTC医薬品だから使えないということは患者さんに説明しにくい。
- (薬や病気が)よく軽微なものということが言われるが、結果論であり、患者の立場で言うと、何が軽微で何が合うのかというのは本当に分からない。

## 5. 傷病手当金

- 傷病手当金制度は、そもそも労働力を回復するための生活の支えというものが趣旨だと考えている。その意味で、がん治療のために柔軟に利用したいという趣旨は理解できる。また、支給期間の取扱いが共済組合と違っている部分については共済組合を合わせるということも理解できる。
- 疾病構造が変わっていくことに対して傷病手当金の方も少しずつ変えていかないといけないのではないか。今回そういう意味でも支給期間をそろえるということは非常に重要。
- 支給期間については、障害年金との接続ということで1年6か月と理解しているが、支給期間の見直しの経緯を確認し、障害年金との接続という趣旨がどれほど立法者意思として妥当するのかの確認が必要。また、共済組合も同じような経緯をたどってきたのかといった辺りを確認した上での議論が必要。
- 今回、見直しの論点として資格喪失後の継続給付の問題及び精神疾患等の関係の取扱いの2点を取り上げるべき。
- 資格喪失後の継続給付については、本来職場復帰を前提とするような傷病手当金ではなくて、これは休職の意思表示が必要となる雇用保険で給付すべきではないか。
- 資格喪失後の継続給付については、業務上災害と異なって退職に当たって雇用上の地位に係る法的保護がないので、雇用保険をはじめとする他の制度との交通整理というか仕分けが必要だと思うが、基本的には資格喪失後、退職後の所得保障の措置を講じるニーズ自体は高いのではないか。
- 精神疾患については、本当に労務不能であるのかどうかという点について、判断に大変悩む事例が多い。さらに、これが資格喪失後となると、本当に労務不能なのかどうかということも含めて、保険者のほうで把握することが極めて困難。そういう面でも、実態把握もさらにした上で、この支給についての適正化を図ること、また、保険者としての調査方法や判断基準についても検討いただきたい。

## 6. 任意継続被保険者制度

- この任意継続制度では制度本来の意義が失われており、現在は国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が主な実態となっている。制度本来の意義が失われた以上は、廃止の方向で議論することが自然の流れである。一方で、さまざまな就労形態の方がいることを考慮すると、直ちに廃止するという事は難しいので、将来的な廃止を前提としつつ、見直しをしていくことが必要。
- 職域の保険と地域の保険で所得の把握時期が異なるという制度の違いに起因する、退職後の負担能力を大きく上回る保険料負担を当事者の方々に一方的に強いることを避けるという意味での任意継続の制度と認識している。職域、地域の二本立ての現行医療保険制度を続けるのならば、ある程度維持すべき。
- 国民健康保険の保険料算定が前年度所得に応じたものであり、退職前後に起こり得る急激な所得差を考えれば、保険料負担の急増を軽減する何らかの措置は必要だと思う。ただし、今の制度自体にも問題はあり、最大2年間とされている被保険者期間は可能な限り短縮されるべきであり、加入要件となっている2か月以上の勤務期間は長くすべき。
- 加入要件である勤務期間については、共済組合に合わせて、現行の2ヶ月から1年にしたらいいのではないかと。また、加入期間については、60歳未満でみると約8割が1年以内となっており、再就職までのつなぎということ考えた場合には、現行の2年から1年に短縮することでいいのではないかと。保険料の取り方については、退職時の標準報酬月額をもとに設定すれば、国保に移った場合の保険料の激変緩和ということにもなるのではないかと。
- 退職後に所得がない方が国保に移って最大2年間は退職前の高い所得に基づいて保険料を算定されてしまうケースがあることを考えると、この期間は短縮すべきではない。国保の財政負担が増大する、不安定になるという見直しについては、今後とも慎重な御検討をいただきたい。
- 加入要件の問題等の議論の際には、やはり有期労働者や派遣労働者など、比較的立場の弱い人たちにしわ寄せが回るような見直しは回避すべき。また、頻りに被保険者が保険を出入りすることで、市町村の事務コストの問題なども発生するのではないかと。そういったこと全体を含めて慎重な議論が必要。
- 船員保険についても同様の制度があるが、この船員の方々については、一定期間、休みなく海上で就労し、そして、一定期間失業するというサイクルを繰り返す場合も多く、健康保険の加入者とは仕事の性質が非常に異なっており、この部分については留意が必要。

## 7. 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方

- 年齢ではなく負担能力に応じた負担を考えていくためには、課税所得だけではなく、新たに金融資産、非課税年金、この評価も含めた所得区分の設定を検討する必要がある。
- 現役世代から見ると、負担が現役世代に偏ってしまっているのではないかという思いが非常に強い状況ではないか。1,800兆円ある金融資産の半分以上は60歳以上の高齢者が保有しており、さらに現役世代は負債も抱えている。ネットの資産で見ると高齢者と現役世代にもっと差が開いてしまう状況もあるので、少なくともこういうアンバランスを解消していくという方向性をしっかり出すことが重要。預貯金口座にマイナンバーを付番していくといった基盤整備が非常に重要だが、ただ、方向性だけでも早く議論を始めることが制度に対する信頼性を高める上でも重要。
- 公平性を担保するためには、金融資産だけをここで考慮するようにすると、金等を買に行ったりという方たちが少なからず出てくるのではないか。こういう制度を検討するのであれば、不動産も含めて実物の資産をしっかりと把握できるような仕組みを作った上で、適用するという仕組みを作ってからでないといけない。
- 金融資産のみを考慮することの妥当性が問われるのではないか。マイナンバー制度で番号を振ることにも、海外の資産も含めて番号を振れない資産もあると思われ、やはり限界があるのではないか。本当に公平性、納得性が担保されるのか。金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方についてはやはり慎重な対応が必要。
- 課題としては基本的に2つ。一つは正確な資産の捕捉をどうするのか、どこまで公平性を保ってできるかという議論。もう一つは、金融資産の勘案は医療保険のどの部分に対してなのか分からないが、医療保険に導入することに対する理屈づけ、合理性に関する議論。介護保険は、自己負担の部分を低所得者に対しては補填をする。そのときに資産まで勘案する。これは福祉の世界でやっていたものだから、そういう流れで整理できたわけだが、医療保険の保険料とか保険給付にフローだけでなくストックを勘案するということは、どういう論理立てを行うのか。今後、議論が必要。



### 8. 新規の医薬品や医療技術の保険収載などに際して費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用

- 新規医薬品、医療技術の保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要。
- 高額な医薬品が次々と登場する中、医療保険財政健全化の面からも、費用対効果を図るという視点は大変重要。
- 保険収載をどうするかというところは、今すぐには難しいとしても、今の基本原則を維持しながらもできることはあるのではないか。有効性、安全性の濃淡を評価する一つの手法として費用対効果もあるのではないか。
- 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載するのが大前提。この前提の元で中医協において価格を調整するのが、本来の国民皆保険制度のあるべき姿である。また、高額薬剤について費用対効果が悪いからといって患者アクセスの制限や追加負担があるべきでは無い。
- 国民のために安全性、有効性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべき。また、費用対効果評価制度は運用が開始されたばかりで体制も十分ではなく、今後事例を集積して、制度のあり方については中医協で検討していくべき。
- 制度としては昨年度から運用開始されたところ。まずはその影響の検証、課題の抽出などを行っていくべきであり、保険収載の可否の判断や償還可能な価格までの引下げといった仕組みの検討は時期尚早。
- 有効性、安全性が確認された薬剤については、基本的に保険収載をして原則として誰もが使えるようにしていくという方向性に関して賛成。一方で、財政状況も悪いという中で、スレッシュホールドという技術的な閾値までのところに関しては保険でみて、それを超える部分については保険外併用でみていくというような運用の仕方をすれば、財政と医療、薬剤へのアクセスを両立するような考え方ができるのではないか。
- 我が国の薬価制度と費用対効果評価は基本的にコンセプトが違うもの。費用対効果の議論は現行制度とどのように調和させていくかが一番重要。

※ 3月26日に開催された第127回医療保険部会において、本議題については、基本的には、中医協の議論を見守り、適宜必要な情報があれば医療保険部会に報告することとなった。

## 9. 医療費について保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化等

- 将来的に負担が仮に増えるとしても、こういうものに使われるから負担するのだという場合は負担増にも納得すると思われる。例えば個人レベルで、あなたが支払う保険料の中の幾らくらいはこういうものに使われてと、個人ベースで理解できるようにすることが必要かもしれない。あるいは、例えば診療報酬改定で何%アップといったときに、患者の負担が増えるけれども、それでも医療の質を高めるのだと思えば、診療報酬の改定の結果として医療費の負担が増えたとしても理解できる。専門家ばかりだけではなくて、国民が理解できるように、どういう「見える化」が必要なのか議論が必要。
- 例えば実効給付率の推移は、時系列で自己負担と保険給付の割合を見ているわけであり、強いていえばこれを保険料と公費とに分けることも、一つのアンサーとも思われる。

# 医療保険制度改革についてのこれまでの主な意見⑩

## 10. 予防・健康づくり

※議事録に基づき事務局にて整理

- 事業主と保険者によるコラボヘルスの取組が少しずつ浸透。こうした取組を一過性のものとはせず、さらに大きなうねりとしていくために、事業主と保険者が手を携え、働く方の健康を守るという基本的な考え方や、具体的な連携の在り方を関連する法体系の中にしっかりと位置づけるなど、関係者が一丸となって取り組めるよう、確固たる土台づくりを進める必要。
- 予防については、本当に医療費を抑制する効果があるかどうかの検証が必要。
- 健康経営といった概念の中で、地域職域連携を利用し、地域の歯科医師会と協力して、歯科健診というものの充実を図るスキームを構築していただきたい。
- 予防・健康づくりの取組を進めるためには、加入者の健康状態を把握することが非常に重要。特に、事業主健診のデータ取得が課題であると考えており、事業主健診データの取得の実効性を高めるためには、労安法へ高確法同様に保険者への提出義務を追加することや、事業主健診でも生活習慣病の服薬歴や喫煙歴の問診項目を必須とすること。そして、血糖検査の取扱いをそろえていただく必要があることなど、制度面においてもデータの提供が進むような改善をしていただきたい。
- 保険者としては、現行の特定健診・特定保健指導だけでもぎりぎりのマンパワーで必死に実施しているのが現状。限られたマンパワーで、より効果的に生活習慣病リスクの低減や医療費の適正化につながる取組を実施すべき。保険者が40歳未満の方の事業者データを保有することで、これまで以上に効果的な取組が実施できるようになることを今後しっかりと整備していただきたい。
- 効果的な疾病予防対策を考慮する上で、より幅広い年齢層のデータの蓄積は社会的に非常に重要な意義があると考えられる。保険者の業務負担には十分配慮しつつも、より幅広い年齢層まで健診データ等の蓄積・利活用を進めていく方向性が良いのではないかと。
- 保険者と看護職との連携強化によって、生活習慣病の重症化予防のための事業を強化していただきたい。特に「優れた民間サービスの導入を促進」、「エビデンスに基づく施策の促進」という観点からも、保険者と医療機関の外来や訪問看護事業者の看護職との連携による重症化予防事業をぜひ検討いただきたい。
- 特定健診について、エビデンスを検証していくという今後の方向性について賛成。
- 医療費適正化計画でも、特定健診の受診率を上げようとしているが、医療費適正化に与える影響は少く、医療費適正化の目標値は別の理由で達成すると思う。医療費適正化計画には、医療費の適正化に保険者が本気で取り組むインセンティブとなる指標が入るべき。
- 健康経営の取組をさらに加速するために、例えば、健康経営の導入を支援する専門家の派遣であるとか、健康経営を推進する人材の育成に対する助成など、中小企業における健康経営の取組に対する支援をお願いしたい。