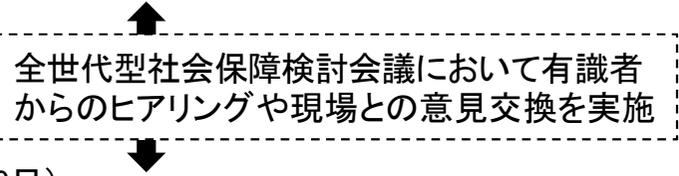


# 医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等

令和2年9月16日

# 給付と負担の見直しの議論の経緯

- 令和元年6月 6/21 経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)  
「年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。」
- 令和元年9月 9/20 全世代型社会保障検討会議設置(令和元年9月20日)  
9/27 第119回医療保険部会(キックオフ)
- 令和元年11月 11/28 第122回医療保険部会  
・全世代型社会保障検討会議での議論の状況を報告
- 令和元年12月 12/19 全世代型社会保障検討会議中間報告(令和元年12月19日)  
「本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。」  
「さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。」
- 12/19 新経済・財政再生計画改革工程表 2019(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)
- 令和2年1月 1/31 第124回医療保険部会(再キックオフ)
- 令和2年2月 2/27 第125回医療保険部会  
・「後期高齢者の自己負担割合の在り方」  
・「「現役並み所得」の判断基準の見直し」
- 令和2年3月 3/12 第126回医療保険部会  
・「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」  
・「薬剤自己負担の引上げ」  
3/26 第127回医療保険部会  
・「傷病手当金」  
・「任意継続被保険者制度」  
・「負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方」  
・「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しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応」  
・「新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、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」  
・「予防・健康づくり」
- 令和2年4月  
～5月 新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況等に鑑み議論中止
- 令和2年6月 6/25 全世代型社会保障検討会議第2次中間報告  
「昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。」
- 令和2年7月 7/9 第129回医療保険部会  
「取りまとめの時期を本年末に延期し、次回以降、取りまとめに向けた具体的な議論を進めていく」



## 医療保険制度改革に向けた議論の進め方

- 社会保障審議会医療保険部会では「新経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)」や「全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日)」等を踏まえ、医療保険制度改革について、令和2年夏の取りまとめに向け、議論を進めてきた。
- 一方、全世代型社会保障検討会議では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い審議を一時中断した状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期し、本年6月25日に第2回目の中間報告(全世代型社会保障検討会議第2次中間報告)が行われた。
- 全世代型社会保障検討会議第2次中間報告においては、医療のテーマについて、「昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。」とされている。
- 社会保障審議会医療保険部会での議論についても、全世代型社会保障検討会議の議論の状況もみながら、進めていくこととなるため、今回以降、各回にて医療保険制度改革に関するテーマを絞ったうえで具体的な議論を進め、年末までに取りまとめていく。

# 医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等

## (1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項

- ①後期高齢者の窓口負担割合の在り方
- ②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
- ③予防・健康づくり

## (2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項(上記を除く)

- ①負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方
- ②薬剤自己負担の引上げ
- ③医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化等
- ④「現役並み所得」の判断基準の見直し
- ⑤今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

## (3)その他検討事項

- ①傷病手当金の見直し
- ②任意継続被保険者制度の見直し

- (1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項
- ①後期高齢者の窓口負担割合の在り方

## 第1章 基本的考え方

### (1)はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

### (4)今後の改革の視点

#### (現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

#### (全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長年にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			KPI	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<p>58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討</p> <p>団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。</p>	<p>全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。</p> <p>〈厚生労働省〉</p>			—	—

## 後期高齢者の窓口負担割合の在り方

- 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。

# 後期高齢者の窓口負担割合の在り方

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。
- ・ 世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。
- ・ こうした観点から、全世代型社会保障検討会議 中間報告の方向性に基づき検討を進める。

(参考) 全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

- ・ 後期高齢者であっても一定所得以上の方については、医療費の窓口負担を2割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 現役世代と比較した高齢者の受診の特性、所得の分布状況などを踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について検討を行うことが必要ではないか。 等

(1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項  
②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

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ② 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

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、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改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討					
	<p>病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。</p> <p>全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>				—	—

## 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。何を以て大病院、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。

# 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

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 全世代型社会保障検討会議 中間報告では、2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠であるとされている。
- ・ こうした観点から、同中間報告で示された方向性に基づき検討を進める。

(参考) 全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、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改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 対象病院の拡大範囲の考え方、公的医療保険の負担を軽減する仕組み、患者負担の増加額、初診・再診に係る対象外要件の見直しの方向性等について検討を行うことが必要ではないか。等

(1)「全世代型社会保障検討会議」検討事項  
③予防・健康づくり

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

#### (1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

#### (3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

## 第1章 はじめに

### 2. 全世代型社会保障改革の進捗状況

昨年12月の中間報告に基づき、第201回国会では以下の改革が実現した。

(予防)

成立した令和2年度当初予算において、以下が盛り込まれた。

- ① 疾病予防の取組を強化するため、国民健康保険における保険者努力支援制度(保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組み)を1.5倍に増額し、交付金の配分基準のメリハリを強化することで、自治体による予防・健康づくりを促進する。
- ② (略)
- ③ エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、予防・健康づくりの健康増進効果等を確認・蓄積するための実証事業を行う。

## 第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

### 6. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた社会保障の新たな課題

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により社会保障の新たな課題が生じている。これまで令和2年度第2次補正予算等で措置した施策を迅速かつ適切に執行するとともに、今後も、セーフティネットとしての重要性が増していることに留意して、社会保障改革の議論を進める。

#### (5) エビデンスに基づく予防・健康づくりの促進

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、実証事業を通じて予防・健康づくりのエビデンスを蓄積し、効果が確認された予防・健康づくりを促進する。また、保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として、事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備する。さらに、かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる、いわゆる社会的処方についてもモデル事業を実施し、制度化にあたっての課題を検討する。

# 医療保険制度改革についてのこれまでの主な意見

## 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。
- 40歳未満の事業主健診情報の提供スキームの検討に賛成。自動的に情報が保険者に提供される仕組みを検討いただきたい。
- 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。

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 人生100年時代の安心の基盤は「健康」であり、2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現に向けて予防・健康づくりを強化する必要がある。
- ・ そのためには、「エビデンスに基づく予防・健康づくり」を推進することが重要であり、予防・健康づくりに関するエビデンスの確認・蓄積や健診データ等の集約・利活用の促進について検討を進める。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 事業主と保険者のコラボヘルスに関係者が一丸となって取り組めるための土台づくりについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 保険者による加入者の健康状態の把握の方策、特に事業主健診のデータ取得の促進について検討を行うことが必要ではないか。
- ・ より幅広い年齢層の健診データ等の蓄積・利活用の推進について検討を行うことが必要ではないか。 等

- (2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項
- ①負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			KPI	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討					
	<p>高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。</p> <p>マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。</p> <p>《厚生労働省》</p>				-	-

## 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か難しいのではないか。
- 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。

# 負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 年齢ではなく、負担能力に応じた負担を考える必要があり、この際、マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方を検討する。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

### (実務的な課題)

- ・ 金融資産を正確に把握する仕組みをどのように作るか。
- ・ 預貯金等以外の資産(不動産等)や負債を持つ者との公平性をどう図るのか。
- ・ 預金口座へのマイナンバー付番の在り方に関する検討の状況を踏まえつつ、仮に付番が義務化された場合に、市町村の事務はどうなるのか。

### (制度的な課題)

- ・ 医療保険において金融資産等の保有状況を反映することに対する理屈をどのように整理するのか。等

(2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項  
②薬剤自己負担の引上げ

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<p>59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p> <p>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、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p>	<p>薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

## 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。

# 薬剤自己負担の引上げ

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 薬剤自己負担については、改革工程表において、「外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」とこととされている。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方、国民皆保険制度を維持する観点からの保険給付の重点化、医療上の必要性に応じた適切な医薬品を選択できるよう担保することの必要性、自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）について検討を行うことが必要ではないか。 等

- (2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項
- ③医療費について保険給付率と患者負担率  
のバランス等の定期的に見える化等

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	61 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しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討					
	<p>支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（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しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。</p> <p>支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（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しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				—	—

## 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。

# 医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化等

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する必要がある。また、国民に広く財源構成について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成することが重要である。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 専門家ばかりでなく、国民に理解してもらうために必要な見える化について検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 時系列で自己負担と保険給付の割合を見ることに加え、保険料と公費に分けて示すことについて検討を行うことが必要ではないか。

### 【（参考）現状】

- 医療費の動向、医療費の伸び率の要因分解、制度別の実効給付率等について、定期的に公表。
  - ・ 医療費の動向（メディアス）、医療費の伸び率の要因分解：毎年8～9月頃
  - ・ 制度別実効給付率、生涯医療費、医療保険制度の財政構造表：毎年末
- 制度改正や診療報酬改定の財政影響については、都度、必要に応じ公表。

(2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項  
④「現役並み所得」の判断基準の見直し

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			KPI	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<p>65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討</p> <p>年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。</p>	<p>年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

## 「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押し進める上では、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。

# 「現役並み所得」の判断基準の見直し

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、検討する必要がある。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 「現役並み所得」の判断基準の見直しに当たっては、現在の課税所得の水準やその動向、諸控除の在り方に配慮する必要があるのではないか。
- ・ 現役並み所得者の給付費に対して公費負担がないという現行の仕組みでは、判断基準の見直しに伴い現役世代の支援金負担が増加するという点を踏まえて検討を行うことが必要ではないか。 等

(2)「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」検討事項  
⑤今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			KPI	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、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などを検討					
	<p>新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、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などを検討する。</p> <p>医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				-	-

## 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。

## 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

### 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用については、改革工程表2019において、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、…関係審議会等において検討」とされている。

### 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 費用対効果の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現状や人材育成の状況や諸外国における取組も参考にしながら、検討を行うことが必要ではないか。 等

※ なお、今後、中医協において検討を行い、適宜医療保険部会に報告する。

(3) その他検討事項  
① 傷病手当金の見直し

項目5. 病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進

⑩ 治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進

働き方改革実行計画工程表  
(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)

**【働く人の視点に立った課題】**  
 労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いており、治療のために離職する人が存在している。  
 ・罹患しながら働く人数 2,007万人(2013年度)  
 ・治療のため離職した人の割合(がん)約34%(うち依願退職30%、解雇4%)(2013年)

治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。  
 ・病気を抱える労働者の就業希望:92.5%(2013年度)  
 ・がん罹患後に離職した主な理由:  
 ①仕事を続ける自信の喪失、②職場に迷惑をかけることへの抵抗感(2013年)

患者にとって身近な相談先が不足している。  
 ・例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38%(399か所中150か所)のみ(2016年)

治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。  
 ・病気休暇制度のある企業割合:22.4%(常用雇用者30人以上民営企業)(2012年)  
 ・病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合:11.5%(常用雇用者50人以上民営企業)(2012年)

**【今後の対応の方向性】**  
 がん等の病気を抱える患者や不妊治療を行う夫婦が活躍できる環境を整備する。治療状況に合わせた働き方ができるよう、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行い、患者・主治医・会社間を調整する両立支援コーディネーターを配置し、主治医、会社とのトライアングル型サポート体制を構築する。あわせて会社、労働者向けの普及・啓発を行い、企業文化の抜本改革を促す。

**【具体的な施策】**  
**(トライアングル型サポート体制の構築)**  
 ・治療と仕事の両立に向けたトライアングル型サポート体制を構築するため、以下の取組を進める。  
 ① 主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けた治療と仕事両立プランの作成支援などを行う両立支援コーディネーターを育成・配置する。  
 ② 治療と仕事両立プランの記載内容・作成方法等の具体化を進め、主治医、会社、産業医が効果的に連携するためのマニュアルの作成・普及を行う。  
 ③ がん・難病・脳卒中・肝炎等について、疾患ごとの治療方法や症状(倦怠感、慢性疼痛やしびれなどを含む)の特徴や、両立支援に当たっての留意事項等を示した、会社向けの疾患別サポートマニュアル等の作成・普及を行う。

**(不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実)**  
 ・不妊治療に関する患者からの相談支援を担う不妊専門相談センターの機能について、両立支援にまで拡充する。

**(企業文化の抜本改革)**  
 ・企業トップ自らがリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づけ、病気の治療と仕事の両立支援を含め積極的に取り組むことを強力に推進する。  
 ・2016年2月策定の事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインの普及推進など、両立支援の導入・拡充に向けて一般国民を含めた周知・啓発を進める。  
 ・柔軟な休暇制度・勤務制度の導入を支援する助成金による支援を行う。  
 ・治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

**(労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化)**  
 ・治療と仕事の両立支援に係る産業医・産業保健活動の強化を図る。  
 ・過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないための産業医による面接指導の確実な実施等、企業における労働者の健康管理を強化する。  
 ・産業医の独立性や中立性を高めるなど産業医の在り方を見直す。

施策	年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度以降	指標	
トライアングル型のサポート体制の構築	両立支援コーディネーターの養成、配置(労災病院、産業保健総合支援センター)												治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す。 両立支援コーディネーターを2020年度までに2,000人養成する。	
	両立プランの具体化		がん等のモデル実施		両立プランの普及		トライアングル型サポートの状況を踏まえて支援拡充を検討							
不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実	主治医、産業医等の研修、企業連携マニュアルの作成・普及													患者に対する相談状況を踏まえて見直し
	個別の疾患別サポートマニュアル策定(疾患ごとに順次策定)													
企業文化の抜本改革	がん拠点病院、ハローワーク等の相談窓口等を順次増加・充実													新たな不妊相談体制の整備
	がん患者の容姿面への対応など療養生活の質の向上の促進													
普及・啓発	若年性認知症支援コーディネーターの配置													企業の意識・普及の状況を踏まえて両立支援の更なる充実策を検討
	不妊専門相談センターの機能拡充													
助成金等による支援	不妊治療をしながら働いている方の実態調査を実施													施行準備・周知期間をとった上で段階的に施行
	ガイドラインの普及推進、健康経営の導入促進													
傷病手当金	地域両立支援推進チーム設置												必要な法令・制度改正	
	企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援													
産業医等の機能強化	傷病手当金													
	傷病手当金の支給要件等について検討・措置													

## 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。

# 傷病手当金の見直し

## 【検討にあたっての考え方等】

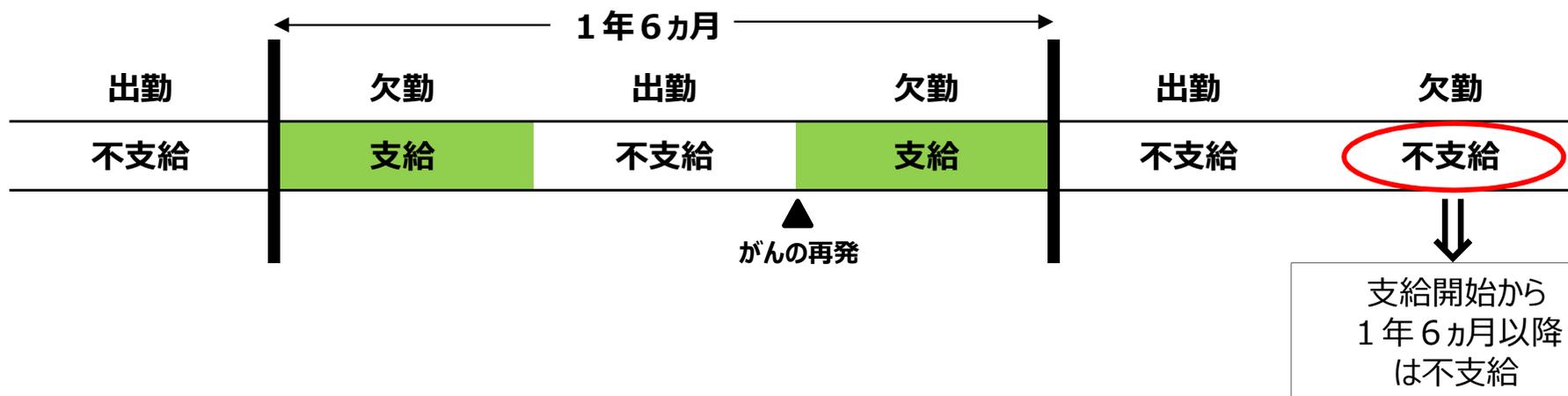
- ・ がん治療のために入退院を繰り返す場合や再発した場合など、長期間に渡って療養のため休暇を取りながら働くケースが存在。
- ・ 治療と仕事の両立の観点から、患者が柔軟に制度を利用できるように傷病手当金の支給期間を通算化し、より柔軟な所得保障を行うことについて検討する。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 支給期間の通算化、資格喪失後の継続給付の在り方、適正給付のための患者の疾病の適切な実態把握の在り方について検討を行うことが必要ではないか。 等

## 【参考：健康保険における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給開始から1年6ヵ月を経過する時点まで支給（1年6ヵ月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



(3) その他検討事項  
②任意継続被保険者制度の見直し

## 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、直ちに廃止することは難しいので、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っており、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、頻繁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。
- 医療保険が基本的には保険者内部での連帯の仕組みであるということを前提とした場合に、平均標準報酬月額を上回る方が任意継続として従前の保険者内に残る前提としては、公平感からすると、従前の標準報酬月額とすることが適切。
- 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。

# 任意継続被保険者制度の見直し

## 【検討にあたっての考え方等】

- ・ 退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という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実質的な意義となっている。
- ・ 現在の働き方にあった制度の見直しについて検討する。

## 【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 加入要件の2か月以上の勤務期間の見直しについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 資格喪失事由の2年間の加入期間の見直しについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 標準報酬月額が①従前の標準報酬月額、又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額とされていることの見直しについて検討を行うことが必要ではないか。
- ・ 上記見直しによる影響（有期労働者や派遣労働者など比較的立場の弱い人たちへの影響、頻繁な保険者間異動による事務コストの問題、国保への財政影響等）について検討を行うことが必要ではないか。 等