

議論の整理

令和2年12月23日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会においては、「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「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。以下「改革工程表」という。）、全世代型社会保障検討会議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、令和2年1月31日以降、審議を開始したが、新型コロナウイルス感染症の拡大により中断を余儀なくされた。その後、9月16日以降、審議を再開し、議論を重ねてきた。

0. はじめに

- 新型コロナウイルス感染症の発生以来、この新たな感染症に立ち向かっている医療現場の奮闘ぶりや我が国の医療提供体制の強靱さ、また国民各々の衛生意識の高さ、感染拡大防止への協力には改めて敬意を表したい。
- 世界に冠たる国民皆保険の医療保険制度は、現役世代から高齢者まで幅広い世代の「安心」の基盤となり、医療へのアクセスの良さを保障し、長寿社会への礎となってきた。今般の新型コロナウイルス感染症への対応においても効果を発揮してきたと考えられる。
- 一方、中長期的には、人口減少及び少子高齢化は引き続き進行する。2022年度にはいわゆる団塊の世代が75歳以上となり始め、2040年頃には団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する中、国民皆保険の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくことは重要なテーマである。特に、制度を支える現役世代の減少が続くことは、その負担の上昇も続くことを意味し、団塊の世代が後期高齢者入りする2022年度以降、その負担が特に大きく上昇することが強く懸念される。
- また、人生100年時代を迎える中、高齢者が何歳であっても地域や職場など、様々な分野で活躍している姿からは、「高齢者」と年齢で一括りにするのは現実とも合わず、適当でもない。元気で意欲ある方々が、その年齢

にかかわらず、能力を存分に発揮することは、個人の QOL にとって最善であるほか、制度や地域づくりの担い手としての期待も大きい。

- 全世代型社会保障検討会議では、これまで、医療や少子化対策、予防について議論がなされてきており、特に、医療や少子化対策については、令和2年12月14日に結論が出され、「全世代型社会保障改革の方針」（令和2年12月14日全世代型社会保障検討会議とりまとめ）がとりまとめられ、15日に「全世代型社会保障改革の方針」（令和2年12月15日閣議決定。以下「改革の方針」という。）が閣議決定された。高齢者医療について年齢ではなく負担能力に応じた負担を原則とし、現役世代の負担上昇の抑制等を図るとともに、少子化への対応に配慮し、その更なる強化を図ることは、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代の方々が安心と信頼で支え合う、持続可能な社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくために不可欠な改革である。
- 今般の医療保険制度の改革においては、こういった課題に対応し、全ての世代の方々が安心と信頼で支え合う、持続可能な社会保障制度を構築するため、
 - ・ 後期高齢者の窓口負担の在り方などの給付と負担の見直しや不妊治療の保険適用、育児休業中の保険料免除などの子ども・子育て支援の実施といった「全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し」
 - ・ 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、医療費適正化の推進、国民健康保険制度の取組強化といった「医療機関の機能分化・連携等」
 - ・ オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等、インフラを最大限活用するとともに、健診データ提供に係る仕組みの整備による医療のデジタル化やデータヘルスの推進、セルフメディケーションの推進等を含めた「生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）」等、総合的なパッケージとしての改革を進める必要がある。
- こうした観点から、下記項目について、当部会での意見について議論を整理する。

1. 全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し

(後期高齢者の窓口負担割合の在り方)

- 後期高齢者医療制度は、保険給付費について、後期高齢者の保険料が約1割、現役世代からの後期高齢者支援金が約4割、公費が約5割と支え合いの制度である。
後期高齢者の窓口負担割合については、現役並み所得を有する者は3割、それ以外の者は1割負担とされている。
- 後期高齢者の窓口負担割合の在り方については、全世代型社会保障検討会議中間報告（令和元年12月19日。以下「中間報告」という。）において、「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。（中略）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」とされている。また、改革工程表において、「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、（中略）速やかに必要な法制上の措置を講ずる」とされている。
- これを踏まえて、①所得基準、②長期頻回受診者への配慮措置、③施行時期について議論を行った。

【①所得基準】

- ①の所得基準については、事務局より所得基準として後期高齢者に占める割合として、上位20%、25%、30%、38%、44%（現役並み所得者7%も含む。）の5つが機械的な選択肢として提示された上で、モデル的な家計への影響、財政影響、支援金の試算（現役世代への影響）などの関連資料をもとに議論を行った。
- この5つの機械的な選択肢に対し、
 - ・ 高齢者の医療機関への受診抑制がおきないよう範囲を限定的とすべき
 - ・ 高齢者の生活状況を踏まえて慎重に考えるべき
 - ・ 介護保険制度の考え方に倣うべき
 - ・ 70～74歳との負担の連続性から考えるべき
 - ・ 現役世代の負担軽減効果を最大とするため、範囲を一般区分全てとすべき

などの意見があった。

- 今回の一定以上所得者の窓口負担割合を2割とするのは、2022年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり始める中、現役世代の負担上昇に歯止めをかけ、高齢者の疾病や生活の状況も踏まえた上で、負担能力に応じて負担いただき、支え手にまわっていただくものである。
- 改革の方針において、「令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。その場合にあっても、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、自己負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。今回の改革においては、これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上（所得上位30%（※））かつ年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方は1割とする。
※現役並み所得者を除くと23%」
とされている。
- 当部会では、この方針に対し、
 - ・ 現役世代と高齢者世代の調和を図ろうというものであり評価できる。医療費の負担がゆえに受診控え等への配慮や、施行について拙速にならないように十分な合意形成を国民の中で図っていくことが肝要
 - ・ 今回の基準は、従来の窓口負担における現役並み所得者の判定はあくまで後期高齢者のみに着目していることや、家族形態が多様化し、世帯も多様化している中での世帯間の公平性の観点から、個人、せいぜい後期高齢者のみに着目すべき。また、おのずから上位30%がぎりぎりの線。配慮措置についても、他制度の経過措置としては3年間が一般的であることから、2年から3年間に延長したことについては評価できる
 - ・ 施行の段階で市民に対する説明が必要となる。現役世代の支えによりこの制度が成り立っていることを今一度、周知する必要がある。世代間の対立ではなく、世代間が相互に理解することが大切

- ・ 全ての世代が公平に支え合う全世代型社会保障に向けて一步前進。着実な施行を実施すべき。また、医療費適正化計画を実効性のあるものにしていくことが重要
- ・ 一貫して、応能負担は窓口負担で行うのではなく、保険料で行うのが基本だと申し上げてきた。今の高齢者も現役世代として高齢者を支えてきたのであり、時代の変化はあるものの、負担が増加することについて複雑な思いで受け止めている。所得格差が広がってきている中で、国民がどのように制度を支えていくのか、応能負担が貫かれているのか、医療の財源をどうしていくべきなのかという大きな議論をしていくべき
- ・ 全世代で社会保障を支える中で、現役世代の負担軽減の必要性が示されたことは評価するが、今回の改革では十分とは言えないことから、今回の改革で終わらせることなく、次なる改革に向けて引き続き取り組むべき。2割負担の対象範囲は更に拡大すべきであり、課税所得を基準とするものの妥当性についても検証すべき。また、施行期日は令和4年度後半となっているが、10月に実施したとしても財政効果は半分となることから、出来るだけ早く実施すべき
- ・ 生涯にわたり国民に健康で安心な生活をいかに保障するかという議論が必要。窓口負担の増加は受診控えにつながる。歯科では後期高齢者の受診率が低い。人生100年時代の人口減少問題に関して、健康な高齢者を増やし、支え手を確保することが必要不可欠。コロナの影響を配慮した施行時期や、国民が納得できるような配慮措置を踏まえ引き続き議論し、受診控えを防ぐための広報等、配慮措置の周知徹底を含め、高齢者に健康被害が起こらないよう配慮すべき
- ・ 政府において、2割負担導入の方針が閣議決定されたことは評価できる。他方、その対象範囲は限定されており、現役世代の負担軽減という観点からは不十分。将来的には一般区分をすべて2割負担とすることも視野に、2割負担導入後の実施状況も検証しつつ、継続して議論すべき。また、制度施行後の保険料の上昇率に後期高齢者と現役世代で格差があることから、後期高齢者が負担する保険料のあり方についても検討していくべき
- ・ 患者にとって大変なインパクト。若い人が幾らで、お年寄りが幾ら払ったかという話ではなく、人生100年の中で、トータルで考えるべき。若い人も高齢となり病気にもなる中で、人生100年の医療の持続可能性を高め、医療保険制度を全ての国民が全ての人を支えるといったものにしていくことが最も重要。これまで働いてきた75歳以上の高齢者の負担を増やすのは公正ではない。更に範囲を広げるべきということであれば、やるべき事は保険の1本化。抜本的な改革をするのであれば高齢者にだけ負担をかけるのは間違い。窓口で患者に説明するのは大変であ

り、厚生労働省も、内容について丁寧に説明すべき

- ・ 今回の見直しは年齢別から負担能力に応じた負担への転換と受け止め、評価している。保険者、患者、医療機関等への影響を所得基準や配慮措置の妥当性も含めて検証し、必要な対策をすべき。また、現役並み所得者への公費の拡充も検討すべき
- ・ 施行に当たっては、丁寧に説明し、高齢者の混乱や受診控えが起きないように配慮措置を含めて十分に周知すべき。施行後、高齢者の受診状況や負担の状況などについてフォローし、状況に応じて配慮措置の延長についても検討すべき
- ・ 持続可能な制度、国民皆保険の理念や能力に応じた負担ということを考えるとやむを得ない。医療関係者や被保険者、保険者に丁寧な周知を実施すべき。施行時期に関して、被保険者証の更新時期が8月である中で、施行の年に限って更新時期を施行まで延ばす等の、落ち着いて施行できる方法を検討すべき。また、できるだけ早期の情報提供や現場のシステム改修などの準備期間や事務負担への考慮が必要
- ・ 受診抑制が生じることを懸念しており、受診抑制による悪影響が生じていないかを適切に評価することが重要。評価結果について当部会にも報告すべき
- ・ 窓口負担の見直しにより、後期高齢者支援金が減るということは、被保険者だけではなく、事業主負担も減るということを確認しておきたい。これはコストシフティングの手法。持続可能な高齢者制度になるかということそうではない。これを拡大して3割とすることは収入格差があり不可能。今後は、保険財政における財源をどのように確保していくのかということを検討すべき
- ・ 後期高齢者の当事者として、今回の制度改革について議論を重ね、報告書がまとまったことに心から感謝。国民が協力し合わなくてはいけないという雰囲気が出た中で、いい意味での妥協だったのではないかと。激変を緩和し、丁寧に実施をして欲しい。この整理を境目に高齢社会の姿が変わる。これからは65～74歳の方よりも75歳以上の方の方が多くなる。心身の衰弱を抱えた高齢者についても社会生活に参加し、できる程度の就労を通じて、希望の持てる社会を構築していくべき
- ・ 現役世代の企業、中小企業の負担は限界に達している。更なる負担増は、個人消費の低迷、企業の投資意欲の減退及び将来世代に負担を残すおそれなどがあることを踏まえると、少なくとも一般区分の方を2割負担とすべきであり、改革の方針で示された内容で終わらせることなく、さらなる改革に向けて引き続き取り組むべき。また、施行時期については、2022年度の初めから実施する必要がある

などの意見があった。

【②長期頻回受診者への配慮措置】

- ②の配慮措置については、75歳以上の高齢者は、ほぼ全員が外来受診をしており、かつ、半数程度は毎月受診している。窓口負担割合が2割になると、高額療養費制度により全ての人の窓口負担割合が単純に2倍となるわけではなく、年平均3.4万円程度の負担増となるが、その多くが外来によるものである。一方、外来受診者において、窓口負担が2倍となる者は約6割に及ぶ。

- このため、外来診療に対しては、長期頻回受診による急激な負担増に対する経過的な配慮が必要である。
具体的には、長期にわたる外来受診について急激な負担増を抑制するため、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後2年間、1月分の負担増加額が最大4,500円に収まるような配慮措置を導入することについて当部会で議論してきた。

- その上で、改革の方針においては、「施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入する」とする方針が示されている。当部会の方向性にも沿うものであり、この方針に沿って進めるべきである。

【③施行期日】

- ③の施行期日については、改革の方針において、「今回の改革の施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度（2022年度）後半（※）までの間で、政令で定めることとする。
※令和4年（2022年）10月から令和5年（2023年）3月までの各月の初日を想定。」とされており、また改革の方針において、「令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。」とされている。

- この方針に沿って進めるべきである。

【まとめ】

- 当部会において、
 - ・ 現在、現役世代である方もいずれは高齢者となり、後期高齢者医療制度など医療保険制度の中で医療を受けることになるとともに、将来自らが後期高齢者となったときの負担増を受け入れるものであること、
 - ・ 現役世代にとっても、後期高齢者医療制度により、その親世代である

高齢者が安心して医療を受けることができる社会であることで、安心して生活を営むことが可能となること
を考えると、今回の議論は、高齢者の医療費増加を現役世代の負担で支えるというような世代間の問題で考えるのではなく、全ての世代にわたり、「人生100年の医療を保障する」という形で考えてほしい
といった趣旨の意見があった。

また、今後も少子高齢化が進み、人口構造の更なる変化が見込まれる中で、我が国において将来を担う世代が希望を持てるような医療保険制度の構築を目指すべきとの意見もあった。

- 「現在」のみの時間軸や世代間の問題としてとらえるのではなく、全ての人のための「人生100年の医療」、そのための後期高齢者医療制度について、持続可能性を高め、世界に冠たる制度を全ての人で支えることが重要であることを重ねて強調したい。

(傷病手当金の見直し)

- 健康保険における傷病手当金の支給期間については、同一の疾病・負傷に関して、支給を始めた日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされており、その間に被保険者が一時的に労務可能となり、傷病手当金が支給されなかった期間についても、1年6ヶ月に含まれる制度とされている。
- このため、傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合等に患者が柔軟に利用できないとの指摘があり、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）及び「がん対策推進基本計画（第3期）」（平成30年3月9日閣議決定）では、「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」とこととされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、傷病手当金の支給期間を通算して1年6ヶ月を経過した時点まで支給する仕組みとすること
 - ② 資格喪失後の継続給付を廃止すること
 - ③ 被保険者が労務不能か否かに係る審査の適正化、年金給付や労災給付との併給調整事務の効率化を図ることについて議論を行った。

- ①支給期間の通算化について、
 - ・ 傷病手当金は、労働力を回復するための生活の支えという趣旨の制度であり、治療と仕事の両立などのために柔軟に利用できるようにすべきである
 - ・ 支給期間が通算化されている共済組合と取扱いを合わせるべきなどの意見があった。

- ②資格喪失後の継続給付について、
 - ・ 本来、職場復帰を前提としている傷病手当金ではなく、雇用保険で給付すべきではないかといった意見があった一方で、
 - ・ 他制度との整理は必要であるものの、健康保険制度において、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とといった意見があった。

- ③審査事務の適正化等について、
 - ・ 特に精神疾患について、本当に労務不能であるのかどうか、判断に悩む事例が多く、審査の適正化や判断基準について検討すべき
 - ・ 傷病手当金の支給後に障害年金や労災保険の休業給付が支給された場合、傷病手当金を回収する必要がある、不良債権にもつながっている。このため、確実に併給調整ができる仕組みを検討すべきといった意見があった。

- これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。
 - ①について、
 - ・ 傷病手当金の支給期間を通算して1年6ヶ月を経過した時点まで支給する仕組みとすること
 - ・ 通算化により延長されうる支給期限については、共済組合と同様に限度を定めず、保険者ごとに定められた文書の保存期間により確認できる範囲内で対応すること
 - ③について、
 - ・ 支給適正化に当たっては、各保険者で行われている審査運用のベストプラクティスの共有や裁決例のわかりやすい形での共有など、審査の効率化・適正化の方策を進めること
 - ・ 障害年金等との併給調整については、まずは現在行っている保険者と日本年金機構の情報連携の効率化等に努めること
 - ・ 労災保険との併給調整については、併給調整事務の円滑化に向けた対応を検討し、所要の措置を講じること

- なお、②資格喪失後の継続給付については、労働者保護の観点も踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

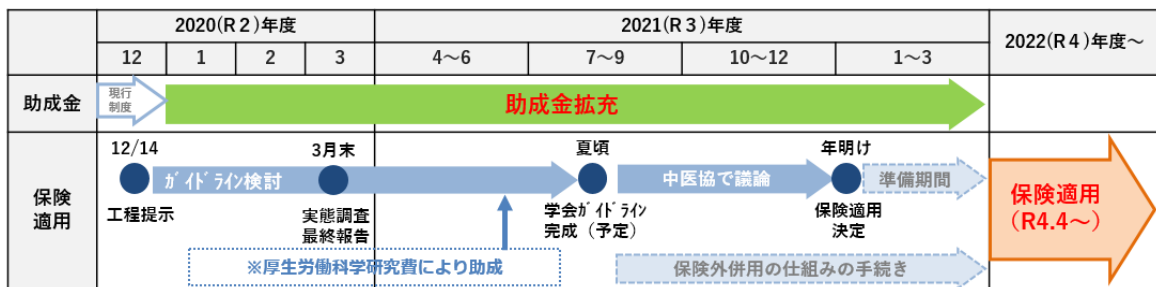
(不妊治療の保険適用)

- 不妊治療については、現在、治療と疾病の関係が明らかで、治療の有効性・安全性等が確立しているものについては、保険適用の対象としている一方で、原因が不明な不妊症に対して行われる体外受精や顕微授精等については、保険適用の対象としていない。
- 不妊治療等への支援については、少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）において、「不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う」とされている。また、菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）においては、「不妊治療への保険適用を実現」することとされている。
- 当部会においては、体外受精や顕微授精等を含めた不妊治療を保険適用することについて、不妊症に関する国際的な定義、不妊治療及び公費助成事業の実態、健康保険制度における疾病の考え方等の資料を基に議論を行った。
- これについては、
 - ・ 健康保険法においては、疾病又は負傷に対する治療について給付を行うものとされており、不妊治療を疾病における治療として位置づけることは十分理解できる
 - ・ 保険収載によって不妊治療に係るデータを蓄積することができることで、不妊治療の質の標準化が期待できるので、前向きに検討すべき
 - ・ 不妊治療の経済的負担の軽減を図ることは大変重要であるなどの意見があった。
- 今後、具体的な適用の範囲等については、実態を調査し、医学的データ等のエビデンスも踏まえた上で、有効性、安全性を明らかにしたうえで、中医協において議論する必要があるという意見があったが、その際、

- ・ 患者の安全性の確保と医療の標準化、医療アクセスへの公平性の確保を重視すべき
 - ・ 保険適用の対象とならない不妊治療が混合診療に当たってしまうおそれがあることについて、整理する必要がある
 - ・ 不妊治療への助成制度と保険適用が結び付けられるように検討すべきである
- などの意見もあった。

- 改革の方針において、「子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める」とされており、当部会の議論も踏まえて、保険適用に向けた検討を進めるべきである。

<工程表>



(任意継続被保険者制度の見直し)

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が退職した後も、選択によって、引き続き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。
- 本制度については、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従来の意義の一部が失われていることから、
- ① 「従前の標準報酬月額又は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」とされている保険料の算定基礎を、「従前の標準報酬月額」とすること
 - ② 任意継続被保険者の被保険者期間を「最大2年」から「最大1年」とすること
 - ③ 資格喪失の日の前日まで継続して「2か月以上」被保険者であることという加入要件を「1年以上」とすること

という各論点について議論を行った。

- 任意継続被保険者制度の見直しの基本的な考え方としては、
 - ・ 様々な就労形態を考慮し、将来的な廃止を前提としつつ、見直しをしていくべき
 - ・ 職域保険と地域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緩和するという意義のある制度であり、ある程度維持するべき
 - ・ 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
 - ・ 市町村の事務コストの問題などにも配慮すべきという意見があった。

- ①保険料の算定基礎については、
 - ・ 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ため、従前の標準報酬月額とすることが適当などの意見があった。

- ②被保険者期間を「最大1年」とすることについては、
 - ・ 60歳未満でみると約8割の被保険者期間が1年以内となっており、現行の2年から1年に短縮するべきではないか
 - ・ 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などの意見があった。

- ③加入要件を「1年以上」とすることについては、
 - ・ 2か月加入すれば2年間継続して被保険者となることができることには違和感があるといった意見があった一方、
 - ・ 現在の働き方にあわせると、短い期間の方が適切ではないか
 - ・ 加入要件の本来の趣旨は逆選択の防止であり、単に期間を延ばすべきではないなどの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。
 - ①について、
 - ・ 健康保険組合の実状に応じた柔軟な制度設計を可能とするため、保険

料の算定基礎を「当該退職者の従前の標準報酬月額又は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」から「健保組合の規約により、従前の標準報酬月額」とすることもできるようにすること

②について、

- ・ 被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、被保険者の任意脱退を認めること

○ なお、

- ・ ②被保険者期間を「最大1年」とすることについては、1年経過後の国保加入時に保険料が高くなるケースが一定数発生すること
- ・ ③加入要件を「1年以上」とすることについては、有期雇用の労働者など短期間での転職が多い被保険者が制度を利用できなくなる事などから、被保険者の選択の幅を制限することになるため、引き続き検討すべきである。

(育児休業中の保険料免除)

- 育児休業中の社会保険料については、被保険者の経済的負担に配慮して、免除される仕組みが設けられており、その免除期間については、その育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間とされている。
- 育児休業制度については、少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）において「柔軟な取得を可能とするための分割取得の拡充を検討するとともに、配偶者の出産直後の時期を中心に、男性の休業を推進するための枠組みについて、取得しやすい手続や休業中の給付などの経済的支援等を組み合わせることを含めて検討する」とされていることなどを受け、労働政策審議会雇用環境・均等分科会において、男性の休業の取得をより進めるため、特に子の出生直後の時期について、現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組み（以下「新たな仕組み」という。）を創設すること等について検討が進められている。
- 当部会においては、育児休業の取得促進や公平性の是正、事務負担の軽減といった観点から、現行制度を含め以下の課題について議論した。
 - ① 新たな仕組みについて保険料免除の対象とすることの是非
 - ② 月末時点で育児休業を取得している場合に当月の保険料が免除される一方、月途中で短期間の育児休業を取得した場合には、保険料が免除さ

れないこと

- ③ 賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにも関わらず、免除されており、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性があること
- ①新たな仕組みについて、育休取得促進の観点から、保険料免除の対象とすべきである。
- その上で、現行制度及び新たな仕組みに関し、以下の措置を講じるべきである。
- ・ ②月途中に短期間の育児休業を取得した場合に保険料が免除されないことへの対応として、育休開始日の属する月については、その月の末日が育休期間中である場合に加えて、その月中に2週間以上の育休を取得した場合にも保険料を免除すること。なお、その際には、同月内に取得した育児休業及び新たな仕組みによる休業等は通算して育休期間の算定に含めること
 - ・ ③賞与保険料が免除されることを要因として、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性があることへの対応として、育休が短期間であるほど、賞与保険料の免除を目的として育休取得月を選択する誘因が働きやすいため、連続して1ヶ月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象とすること
 - ・ 今後、育休の分割取得を可能とすることが検討されており、標準報酬月額にかかる保険料免除のみを目的とした極めて短期の育休取得が繰り返されることも懸念されるため、適切な運用の促進、データの報告体制の確立などにより、スケジュール感をもってフォロー・検証を行うとともに必要な対応を行うこと。
- なお、これらの対応について、
- ・ 月末要件を残すことについては、現行の標準報酬月額制度における限界であり、見直しの議論をするのであれば、標準報酬月額制度の在り方も含めて議論すべき
 - ・ 中小企業の人手不足を鑑みると2週間、1ヶ月という育休取得期間は長すぎるため、1週間程度が妥当
- などの意見もあった。

(出産育児一時金)

- 出産育児一時金は、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や

国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一分娩当たり原則 42 万円(産科医療補償制度対象外の分娩の場合は 40.4 万円)が支給されている。

- 出産費用を勘案し見直しを行うことについては、以下のような課題がある。
 - ・ 出産費用は年々増加しているが、どのような要因により増加しているのか明らかではない。
 - ・ 直接支払いの請求様式が詳細な費用区分を求めることになっておらず、詳細な費用を把握することができない。
 - ・ 医療機関において、必ずしも事前に出産費用が明示されておらず、費用やサービスによる選択が難しくなっている。
 - ・ 費用のばらつきが大きいが、どのような要因により差があるのか十分な分析が行われていない。また、分娩の約 4 割を占める異常分娩の費用の分析を行っていない。
 - ・ 出産育児一時金は、12 週以降の分娩に支給されるため、12 週を待つ人工妊娠中絶を行う者がおり、母体保護の観点から望ましくないとの指摘がある。

- 産科医療補償制度の補償対象基準について、日本医療機能評価機構において検討会を設置し、補償対象基準の見直しと本制度の実績について検証を行い、報告書が 12 月 4 日にとりまとめられた。報告書においては、補償対象基準を見直し、低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し一般審査に統合すること、新たな基準を 2022 年 1 月以降の分娩より適用すること、保険料水準を 2.2 万円(掛金 1.2 万円、返還保険料(剰余金)充当額 1.0 万円)とすることとされている。

- これらを踏まえ、当部会においては、
 - ・ 出産費用の実態を明らかにし、透明性を確保するため、請求様式を見直し、費用を詳細に把握すること
 - ・ 費用やサービスに応じて医療機関を選択できるよう、医療機関において選択肢の明示を促すこと
 - ・ 産科医療補償制度の見直しに伴う掛金の引き下げ分を含めた、出産育児一時金の金額等について議論を行った。

- 出産育児一時金については、
 - ・ まずは基準となる出産費用の実態把握が必要であり、産科医療補償制

度の掛金が下がることを考えると、一時金の支給額はその分引き下げるべき

- ・ 出産費用は年々増加傾向にあり、その水準まで引き上げるべき
- ・ 少子化対策が重視されている中で、産科医療補償制度の掛金が下がった分、支給額を下げることは、少子化対策に逆行するメッセージとなる
- ・ 無痛分娩などの出産形態の多様化が進む中で、妊婦が安心して出産できる環境が重要
- ・ 正常分娩を含め、産科医療の標準化、現物給付化を検討すべきなどの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、出産に係る経済的負担をさらに軽減するため、費用実態を踏まえた支給額の検討やサービス選択肢の確保を段階的に進めるべきである。

具体的には、以下の措置を講じるべきである。

- ・ 出産育児一時金として必要な額の検討については、まずは直接支払い制度の請求様式の見直し、費用増加要因の調査等を通じて、費用を詳細に把握した上で、新たに収集したデータに基づき検討すること
- ・ 多様な出産形態や費用、サービスを踏まえ、医療機関を選択できるように、医療機関において選択肢の明示を促すことも検討すること

- また、産科医療補償制度の見直しに伴う掛金が4,000円引き下げられることに伴い、出産育児一時金の支給額もその分引き下げる考え方もあるが、少子化対策としての重要性に鑑み、支給総額は維持し、本人の給付分を4,000円引き上げるべきである（本人の給付分40.8万円、産科医療補償制度の掛金1.2万円）。

（「現役並み所得」の判断基準の見直し）

- 後期高齢者の窓口負担割合については、現役並み所得を有する者は3割、それ以外の者は1割負担とされている。
- 「現役並み所得」の判断基準の見直しについては、改革工程表において、「年金受給者の就労が増加する中、（中略）「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」とされている。
- これを踏まえ、当部会において検討した結果、
 - ・ 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する

必要があること

- ・ 「現役並みの所得の基準」の算定基礎となる現役世代の収入は、現在把握可能なデータは平成30年度のものであり、新型コロナウイルス感染症により現役世代の収入に影響があると考えられるところ、令和2年度の現役世代の収入は把握できないことから、引き続き検討すべきである。

- なお、「現役並み所得」の判断基準の見直し自体は必要であるものの、現役世代の負担が増えないよう公費の投入を行うべきとの意見があった。

(薬剤自己負担の引上げ)

- 薬剤自己負担については、改革工程表において、「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、（中略）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」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方
 - ② 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）等の各論点について議論を行った。
- ①市販品類似の医薬品の保険給付の在り方については、
 - ・ 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ず、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
 - ・ 薬剤の自己負担の引上げについて、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ではないかという意見がある一方で、
 - ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することが必要であり、財政問題だけで保険適用を見直すことは適当ではないのではないか
 - ・ 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り、市販薬の有無で取扱いを変えるのは理解し難いのではないかという意見があった。

- ②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については、
 - ・ 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検討すべき
 - ・ 新型コロナウイルス感染症による受診控えに伴い、OTC 医薬品の利用が進むなど、患者の意識も変化しつつあるため、スイッチ OTC 医薬品に限らず、OTC 医薬品全般の使用を進めるという観点で、セルフメディケーションの推進に取り組むべきではないかという意見があった。

- これらの意見を踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師と連携しつつ、保険者の立場からも上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進策を講じるべきである。

- なお、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方等の薬剤自己負担の見直しや他の薬剤給付の適正化策については、引き続き検討すべきである。

(負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方)

- 医療保険制度における負担は、所得の状況に応じて決定されているところであるが、改革工程表において、「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」とされている。

- これを踏まえ、当部会において議論を行った結果、
 - ・ 平成 30 年 1 月から施行されている預貯金口座へのマイナンバーの付番の仕組みはあるものの、全ての預貯金番号に付番がなされている状況ではないなど、実務的な課題がある
 - ・ すでに金融資産の勘案の仕組みを導入している介護保険の補足給付が、低所得者向けに食費、居住費を福祉的に給付する仕組みであることを踏まえ、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の理論的課題をどのように整理するのかといった意見があった。

- これらの意見を踏まえ、現時点で金融資産等の保有状況を医療保険の負担に勘案するのは尚早であることから、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き検討すべきである。

- なお、環境の整備などに向けて、今後も積極的、前向きな検討を行っていくべきとの意見もあった。

(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)

- 現在、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しているほか、制度改正や診療報酬改定の財政影響について、その都度必要に応じ公表しているところである。
- 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については、改革工程表において、「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、（中略）総合的な対応を検討」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表し、制度検討の議論に供することで、定期的に総合的な対応について検討していくこと
 - ② 国民に広く財源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等について議論を行った。
- ①医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表することについては、
 - ・ データのみならず、医療保険制度の仕組みを効果的に伝えることも重要ではないか
 - ・ 保険制度の利用に当たっての国民のコスト意識を喚起するような情報開示を進める必要があるのではないか
 - ・ 予防・健康づくりに要する費用にも着目すべきではないかなどの意見があった。
- ②国民に広く財源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については、
 - ・ 専門家だけではなく、国民が理解できるような形にすることが重要ではないか

- ・ どのような媒体を使っていくかということが重要なのではないか、ホームページでの発信に限らず、他の手法も考えるべきではないか
 - ・ 「見える化」に加えてさらに積極的に教育するという視点も重要ではないか
- などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、今後、医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容について、年1回当部会において報告するとともにホームページ上で公表し、資料についてはわかりやすさを重視したものとすべきである。

(今後の医薬品等の費用対効果評価の活用)

- 費用対効果評価制度は、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品や医療機器等を対象として、平成31年4月から運用が開始されているものであるが、現在、保険償還の可否の判断に用いるものとされておらず、保険収載されている医薬品や医療機器等について、価格調整を行うものとして用いられている。
- 今後の同制度については、改革工程表において、「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、(中略)関係審議会等において検討」とされている。
- これを踏まえて、当部会で議論を行い、具体的な検討については、中医協において進めることとし、適宜当部会に報告することとした。
- 中医協においては、費用対効果評価制度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、現行の制度運用の状況、体制強化の取組状況、個別品目に係る総合的評価等の審議が今後なされること等を踏まえ、どのように考えるかといった論点について議論が行われた。
- これについては、
 - ・ 本制度の運用は、平成31年度から開始されたばかりであること等から、まずは現行制度の検証・評価等を行うことが重要であり、保険収載の可否等に用いることについては時期尚早である
 - ・ あわせて、体制の強化や人材の育成等を図ることが重要であるといった意見があり、現在本制度において評価が進められている品目に

ついて、評価結果が得られ次第できるだけ速やかに報告し、その上で、現行の制度の課題を整理していくとされていることから、中医協において引き続き検討すべきである。

2. 医療機関の機能分化・連携等

(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については、中間報告において、「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、(中略)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。」とされている。また、改革工程表において、「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、(中略)速やかに必要な法制上の措置を講ずる」とされている。
- 紹介状を持たない患者が特定機能病院及び一般病床 200 床以上の地域医療支援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、中間報告において示された以下の方向性に基づき、議論を行った。
 - ① 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
 - ② 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
 - ③ 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

- ①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ことについては、
 - ・ 医療機能の分化と連携を進め、医療従事者の働き方改革を進めるという観点から、いわゆる一般病院に範囲を拡大すべき
 - ・ いわゆる一般病院については地域によって果たしている機能が違うため、手上げ方式にするなど、地域住民の医療の確保に支障が生じないような地域の実情に応じて丁寧な対応を行うべき
 - ・ 医療資源を重点的に活用する外来を受診する際には、紹介状が必要だということ等について、十分な周知が必要などの意見があった。

- ②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ことについては、
 - ・ 保険財政面から制度の持続可能性に寄与するだけでなく、患者の受診行動を適正化し、大病院の負担軽減や医師の勤務環境改善が実現できるような水準を議論すべき
 - ・ 単に負担を増額するだけでなく、軽い症状の場合はかかりつけ医等で受診し、その上で紹介を受けて、専門の病院で受診すべきであることを啓発すべき
 - ・ 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、国民を啓発し、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が重要であり、医療保険財政のための制度ではない
 - ・ この制度を実行する場合には、病院の窓口で混乱が生じないように、しっかりと説明を行うべきなどの意見があった。

特に、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仕組みは、例外的・限定的な取扱いであることを、しっかりと明示すべきであるとされた。

- ③定額負担を徴収しない場合の要件の見直しについては、
 - ・ 大病院から診療所等に逆紹介されたにもかかわらず、大病院への再診を続ける患者も一定程度おり、初診だけではなく、再診時における定額負担をきちんと徴収する仕組みとしてほしい

- ・ 再診に関しては、徴収を認められない、あるいは求めないことができる患者の解釈が曖昧になっており、定額負担対象と捉えていない医療機関が多い
 - ・ 実効性を上げるためには、再診時にどれだけ負担がかかるのかというのを初診の最後のところで再度徹底してきちんと説明するような、運用上の工夫も必要
 - ・ 再診については、病院での対応が終わった患者が、きちんと地域の医療機関に戻って、地域で対応できるようにすることが重要であり、大病院から診療所等に逆紹介をすることを推進すべきなどの意見があった。
- 改革の方針において、「医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床 200 床以上の病院にも対象範囲を拡大する」、「また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000 円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」とされている。
- これらの意見等を踏まえ、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にするため、以下の方針に基づき、中医協において具体的に検討するべきである。
- ・ 新たに地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」として報告された医療機関のうち一般病床 200 床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること
 - ・ かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000 円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱とするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと
 - ・ 大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこと
- あわせて、上手な医療のかかり方に関する啓発を進めるべきである。

(国民健康保険制度の取組強化)

- 国民健康保険制度については、平成 30 年度の制度改革において、財政運営の安定化を図るため、財政運営の都道府県単位化やそれに伴う都道府県・市町村の役割分担、財政支援の拡充等を進めてきた。現在、施行から 3 年目を迎えているが、地方自治体や国民健康保険団体連合会、その他の関係者のご尽力により、改革は概ね順調に実施されている。

- 国民健康保険制度が、国民皆保険制度の要として、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、都道府県単位化の趣旨の深化を図るため、取組強化の方向性について、国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）事務レベルWGにおいて議論が進められ、その議論の結果が当部会に報告された。

- 具体的には、
 - ・ 都道府県の財政調整機能の更なる強化を図るため、財政安定化基金に年度間の財政調整機能を付与すること
 - ・ 都道府県と市町村の役割分担の下、都道府県国民健康保険運営方針に基づき、法定外繰入等の解消、保険料水準の統一に向けた議論、医療費適正化の取組等を推進すること
 - ・ 国会での附帯決議にも明記されている子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、全世帯の未就学児に係る均等割保険料の 5 割（法定軽減の対象の場合は法定軽減後の 5 割）を公費により軽減する措置を講じること
 - ・ その他、国会での附帯決議、経済財政運営と改革の基本方針・改革工程表、政府・与党内での議論、地方団体の要望事項等について、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた事項について、法改正を含め、対応してはどうかというものであった。

- 当部会では、この報告に対し、
 - ・ 財政安定化基金の見直しについては、財政調整に資するものであり進めるべき
 - ・ 法定外繰入等の解消や保険料水準の統一については、地域の実情に応じて取組が進められている中で、法律に規定することは、国からの一方的な押しつけにならないよう、自治の基本にも配慮しながら、丁寧に議論する必要がある
 - ・ 法律に規定するかについて議論があったが、合意を得た上であるが、国保財政の安定化を図る方向に進むことを期待している

などの意見があった。

- これらの意見も踏まえ、国民健康保険制度の取組強化について法改正を含めた対応を行う場合は、国と地方を中心とする協議の結果を尊重すべきであり、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、結論が得られた事項に限るべきである。

- なお、国民健康保険制度をめぐる議論において、
 - ・ 検討課題とされている「生活保護受給者の国保等への加入」については、日本国憲法第 25 条に定める、社会保障制度の最後の砦となる生活保護制度において果たすべき国の責任を放棄し、国の財政負担を地方自治体や国民に付け替えるものであり、容認できない
 - ・ 国と地方との信頼関係に基づき実施している社会保障制度の根幹を揺るがし、国民健康保険制度等の破綻を招くものであることから、強く反対するとの意見があった。

- また、後期高齢者医療制度の責任主体を都道府県に移すことに対して、
 - ・ 都道府県は、国保の広域化に伴い、運営主体として市町村とともに汗をかき、努力を始めている状況の中、後期高齢者医療制度の移管まで議論する環境にない。拙速な意見は厳に慎むべき
 - ・ 都道府県への移管という意見に困惑している。関係者で議論を尽くすことが必要であって、短兵急に変えればよいというものではない。現状では都道府県化に賛成しかねる。広域連合では現在、保健事業と介護予防の一体的実施などに取り組んでいるところであり、都道府県等との連携でお互いの役割を強化すべく取り組んでいる。こうしたことを十分に踏まえた対応が必要
 - ・ 運営主体を都道府県に移す目的と必要性を明確にしなければ、議論の対象にすらならない。制度創設時に都道府県という案も含めて地方公共団体の中で議論された末に広域連合を選択しており、その仕組みの中でしっかりとやっていくべき。都道府県が運営主体となりガバナンスを効かせるということは、地方公共団体間の上下関係をつけることにもつながりかねず、強い違和感があるとの意見があった。

- これらについては、地方公共団体の意見を十分に踏まえながら、検討すべきである。

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）

（40歳未満の事業主健診情報の保険者への集約等）

- 高齢者医療確保法では、保険者は、40歳以上の加入者に特定健康診査を実施しなければならないが、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受けた加入者については、これをもって特定健康診査を受けたものとしてすることができることとされている。
- このため、同法では、保険者は事業者に対して事業主健診の情報の提供を求めることができ、また、提供を求められた事業者は事業主健診の情報を提供しなければならないこととされているが、労働者の健診情報という個人情報第三者である保険者に提供することについての懸念や事務負担を理由として、実態として特に中小企業等からの提供実績が低いという課題がある。
- 健康保険法等では、保険者は、全ての被保険者等に対し、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業を行うように努めなければならないこととされている一方で、40歳未満の者に係る事業主健診等の結果が事業者等から保険者へ提供される法的仕組みがない。
- 40歳未満の者に係る事業主健診情報の保険者への集約については、全世代型社会保障検討会議第2次中間報告（令和2年6月25日）において、「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」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組み
 - ② 後期高齢者医療広域連合等と被用者保険者等間の健診等情報の提供に係る法的枠組み等について議論を行った。
- これらについては、
 - ・ 事業主と保険者が手を携え、労働者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ことが必要である
 - ・ 事業主健診データの取得の実効性を高めるため、労働安全衛生法に保

険者への提出義務を追加するべき

- ・ 事業主健診と特定健診における血糖検査の取扱いをそろえる必要がある
 - ・ 健診情報を保険者に集約するに当たって、標準化・デジタル化されたデータとなるよう検討すべき
 - ・ 健診情報という機微な個人情報と保険者に集約する趣旨や目的の説明や保険者による適切な情報の管理が必要
- といった意見があった。

○ これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。

- ・ 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組みを整備し、保険者は当該情報も活用して適切かつ有効に保健事業を行うこと（健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設けること）。併せて、後期高齢者医療広域連合等と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行うこと
- ・ 労働安全衛生法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」を改正し、事業者から保険者へ事業主健診の結果を提供すべき旨等を規定すること
- ・ 事業主健診の血糖検査の方法を特定健診と合わせ、事業主健診と特定健診の項目の差異を減らすこと
- ・ 事業者と健診実施機関の契約書のひな形を作成し、健診実施機関から保険者に事業主健診の結果を直接提供することを推進すること
- ・ 事業主の事務負担を軽減するため、健診実施機関による保険者への健診結果の提供や、保険者における被保険者等と健診結果の紐付けを円滑にする観点から、事業主健診の問診票のひな形に保険者番号や被保険者番号等を記入する欄を設け、健診実施時にその問診票の使用を推進すること
- ・ 40歳未満の事業主健診等の結果も含め、保険者に集約された健診情報を活用し、事業主と保険者が連携し、加入者に対して予防・健康づくりに取り組む重要性を説明すること

○ なお、事業主健診情報の集約に当たっては、事業主や保険者に過度な負担が発生しない手法を検討すべきといった意見や、デジタル化の議論も踏まえたデータの集約の在り方を検討すべきといった意見があった。

4. 終わりに

- 上記のとおり、人生 100 年時代に向けた医療保険制度改革の在り方について、議論の整理を行った。
- 整理の前提として、新型コロナウイルス感染症に対し、総力を挙げた取組が必要であることは論を俟たない。ただし、その中であっても、人口減少、少子高齢化は既に目に見える形で進んでおり、特に、団塊の世代が 75 歳以上となり始める 2022 年度を見据えると、諸課題への対応に取り組んでいく必要がある。
- 今般の整理は、2022 年度を見据え、全ての世代の方々の安心を広く支え合い、次の世代に引き継いでいくために不可欠な改革の姿をまとめたものであり、厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえ、確実に改革を行えるよう、取組を進められたい。
また、国民皆保険の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくためにも、厚生労働省においては、2022 年度の対応のみならず、「新経済・財政再生計画 改革工程表 2020」（令和 2 年 12 月 18 日経済財政諮問会議決定）の対応や政府方針に基づくデジタル社会形成への対応を含め、更にその先にある、団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する 2040 年頃を見据え、今後の医療保険制度の在り方について引き続き更なる検討を進め、必要となる改革を順次進められたい。