

## 第37回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成21年12月8日（火）  
14時00分～16時00分  
はあといん乃木坂

### （議 題）

1. 協会けんぽの財政問題への対応策について
2. 傷病手当金・出産手当金について
3. 行政刷新会議からの指摘事項について
4. その他

### （資 料）

- 資料1 被用者保険内での後期高齢者支援金の総報酬割を行う際の具体的な論点
- 資料2 国民健康保険組合の概要について
- 資料3 傷病手当金・出産手当金の給付の見直しに当たっての論点
- 資料4 行政刷新会議「事業仕分け」への対応について（抄）
- 資料5 平成22年度診療報酬改定の基本方針

参考資料1 協会けんぽの財政問題への対応策について（案）（第36回医療保険部会提出資料）

参考資料2 協会けんぽの財政問題関係資料（第36回医療保険部会提出資料（一部修正））

参考資料3 制度改正検討要望について（第36回医療保険部会提出資料）

## 被用者保険内での後期高齢者支援金の総報酬割を行う際の具体的な論点

### 1 後期高齢者支援金の総報酬割を行う期間について

- 後期高齢者支援金の負担の在り方は、高齢者医療制度改革会議における制度全体の検討の中で議論すべき、との指摘があるが、協会けんぽ財政の切迫した状況を踏まえれば、総報酬割を来年度から実施すべきではないか。
- 総報酬割の実施期間は、来年度から高齢者医療制度の見直しまでの間とし、その後については、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的な在り方として、検討することとしてはどうか。

### 2 国庫財源（約 2700 億円）の活用について

- 協会けんぽと同様、財政が逼迫している健保組合があることを考慮し、国庫財源（約 2700 億円）については、協会けんぽへの国庫補助（13%相当分）の拡充を行った上で、その一部をもって、健保組合等への支援を行ってはどうか。

#### （1）負担増となる保険者の負担軽減措置

- ・総報酬割の導入により、負担が特に上昇する保険者について、その負担増の緩和を図るべきではないか。
- ・総報酬割の導入は、負担能力に応じた負担を求めるという趣旨である一方、実際に生じる負担増をどう考えるか。

#### （2）前期納付金の負担に対する財政支援

- ・総報酬割の導入により、後期高齢者支援金の負担は平準化されることから、財政力が弱い保険者への支援は、前期納付金（加入者割）の負担の重さに着目してはどうか。

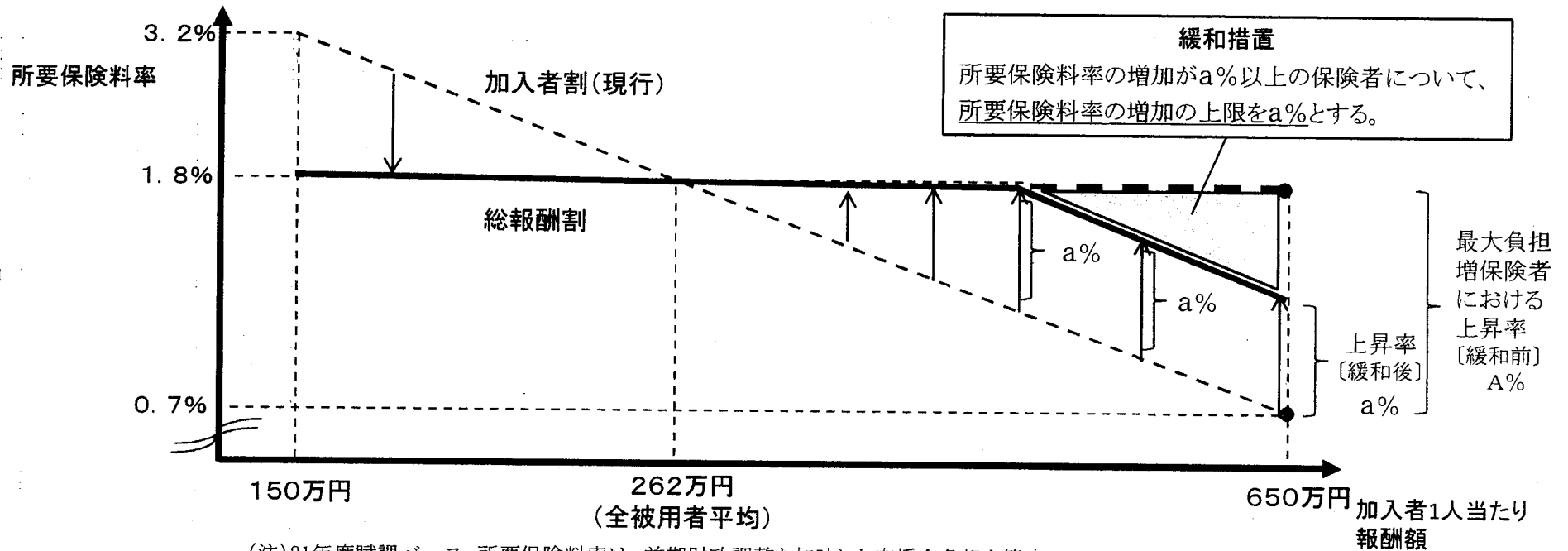
#### （参考）

- ・現在、高齢者医療運営円滑化等事業により、被用者保険の拠出金負担に着目した財政支援を実施。

## 総報酬割の導入による負担増の緩和策(イメージ)

○総報酬割の導入に伴う後期支援金の所要保険料率の上昇について、例えば、上昇幅が最大となる保険者に着目し、その上昇幅が一定程度となるよう財政支援を行うこととしてはどうか。

※後期支援金への総報酬割導入による影響(21年賦課ベース)      負担増 925保険者 (健保組合852、共済組合73)  
 負担減 637保険者 (健保組合633、共済組合4)



(注)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。

最大負担増保険者に適用する緩和措置の内容と対象保険者数、所要額の関係 (21年度賦課ベースでの粗い推計)

緩和後の上昇率(a%)	緩和前(A%)の3/4	緩和前(A%)の2/3	緩和前(A%)の1/2
緩和措置の対象保険者数	25	39	97
緩和措置の所要額 (億円)	12	27	88

# 高齢者医療運営円滑化等事業(現行)

○現行の円滑化等事業では、拠出金全体(前期納付金・後期支援金・退職者給付拠出金など)の負担に要する所要保険料率(財源率)が平均より重い保険者に対する助成を実施。

(参考) 円滑化等事業の概要(平成21年度)

- 平成21年度の所要保険料率が全ての健康保険組合の平均(32.7943%)の1.1倍(36.0737%)以上の保険者(ただし、21年度の所要保険料率と19年度の所要保険料率と比べ、平均増加所要保険料率(7.395%)以下の保険者を除く。)に対して、その割合に応じて助成。
- 助成対象予定保険者等の状況      助成対象保険者    364組合      助成額    162億円

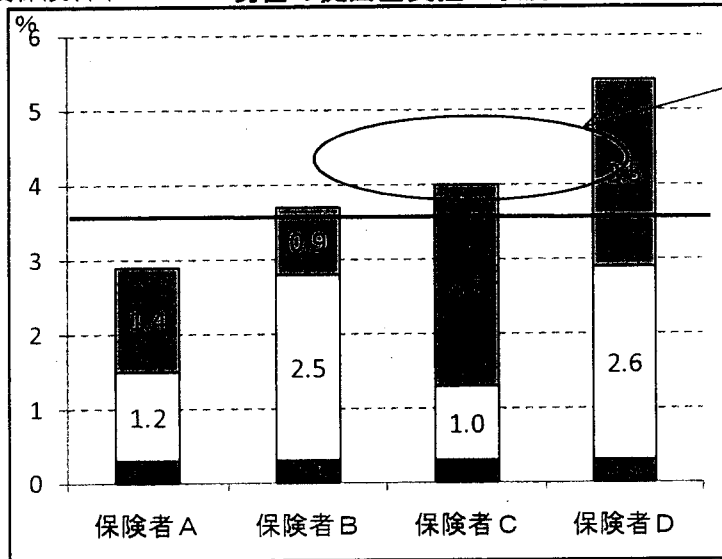


- 総報酬割により、後期支援金の負担は平準化されるため、所要保険料率にばらつきが生じている前期納付金(加入者割)の負担軽減に特化した事業に再編してはどうか。
- 総報酬割の導入による負担増の緩和策を合わせて行うこととしてはどうか。

## ＜円滑化等事業の再編のイメージ＞

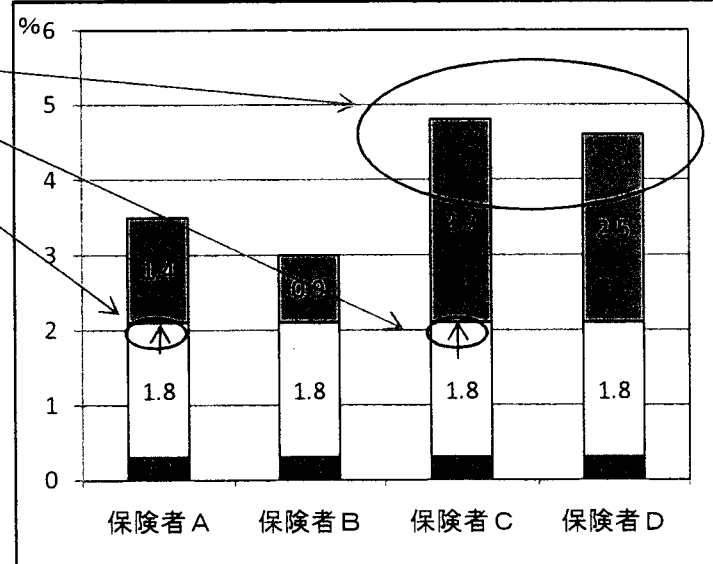
拠出金部分の  
所要保険料率

現在の拠出金負担の状況



拠出金部分の  
所要保険料率

支援金に総報酬割を導入後の拠出金負担の状況



■ 前期納付金  
□ 後期支援金  
■ 退職拠出金

## 国民健康保険組合の概要

○ 同種の事業又は業務に従事する従業員を組合員として組織された  
国民健康保険法上の公法人

○ 被保険者は、組合員とその世帯に属する者

○ 平成19年度末の組合数及び被保険者数

① 医師、歯科医師、薬剤師 92組合 被保険者 70万人

② 建設関係 32組合 被保険者 213万人

③ 環境衛生営業等一般業種(全国土木含む) 41組合 被保険者 101万人

合 計 165組合 被保険者 384万人

## 国民健康保険・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較

	市町村国保	国保組合	政管健保	組合健保
加入者数 (20年3月末)	4,688万人	384万人	3,629万人 本人1,981万人 家族1,649万人	3,086万人 本人1,587万人 家族1,499万人
加入者平均年齢 (19年度) ※1	56.1歳 (45.0歳)	41.2歳 (37.5歳)	37.6歳 (35.2歳)	34.5歳 (33.3歳)
老人加入割合 ※2	22.6%	5.8%	3.8%	1.6%
平均標準報酬月額 (19年3月末)	—	—	28.3万円	37.0万円
1世帯当たり年間所得 (18年度推計) ※3	131万円	291万円 ※4	229万円程度	370万円程度
1世帯当たり保険料調定額 (18年度) ※5	14.3万円	28.5万円	15.8万円 (31.5万円)	17.1万円 (38.2万円)
公費負担 (医療分)	概ね給付費等の56% ※6	給付費等の 32~55% ※7	給付費等の13.0% (老健拠出金は16.4%)	定額 (予算補助)
平成21年度予算 (国)	2兆8,435億円	3,027億円	9,635億円	28億円
1人当たり診療費 (18年度) ※8	17.7万円	12.9万円	11.6万円	10.2万円

※1 ( )内は70歳以上の者を除いた場合。

※2 平成20年3月末現在。65歳以上の寝たきり老人を含む。

※3 市町村国保は旧ただし書き方式による課税標準額であり、政管健保、組合健保は標準報酬をもとに賞与月数、給与所得控除等を見込んで推計したもの。

※4 国保組合は平成15年平均課税標準額。このうち建設業関係の国保組合に限れば、151万円。

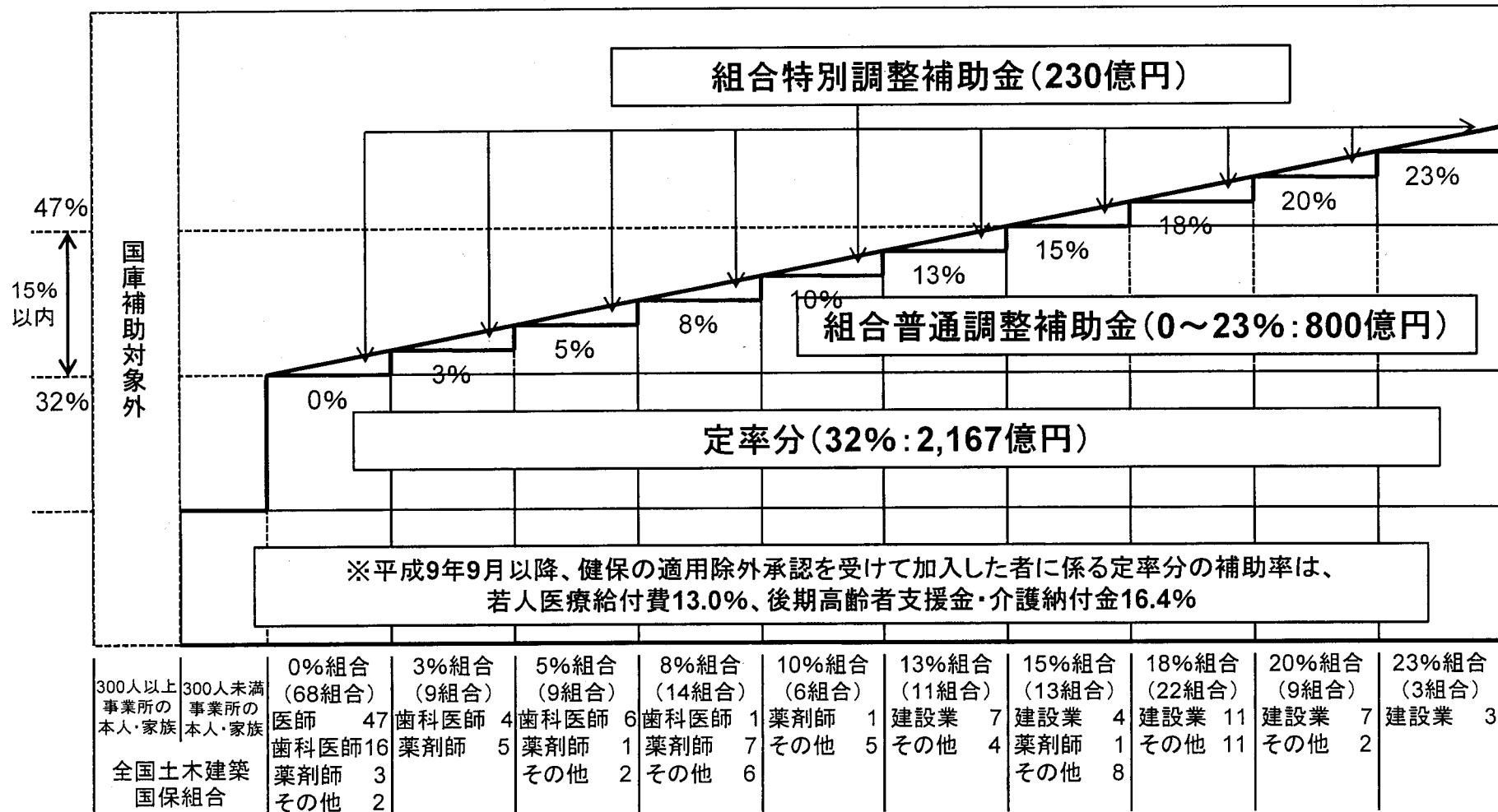
※5 平成18年度決算を基に作成。保険料額には介護分を含まず。また、政管健保、組合健保は1被保険者当たりの額であり、( )内は事業者負担分を含む。

※6 国、都道府県、市町村による負担。この他、市町村一般会計からの繰入れあり(約4800億円)。

※7 国保組合には、このほか特別対策費補助金などの国庫補助あり。平成9年9月以降、健保の適用除外承認を受けた組合特定被保険者は、給付費等の13.0%

※8 老人保健対象者を(国保は退職被保険者等も)除いた数値である。

# 国民健康保険組合に対する国庫補助の現状



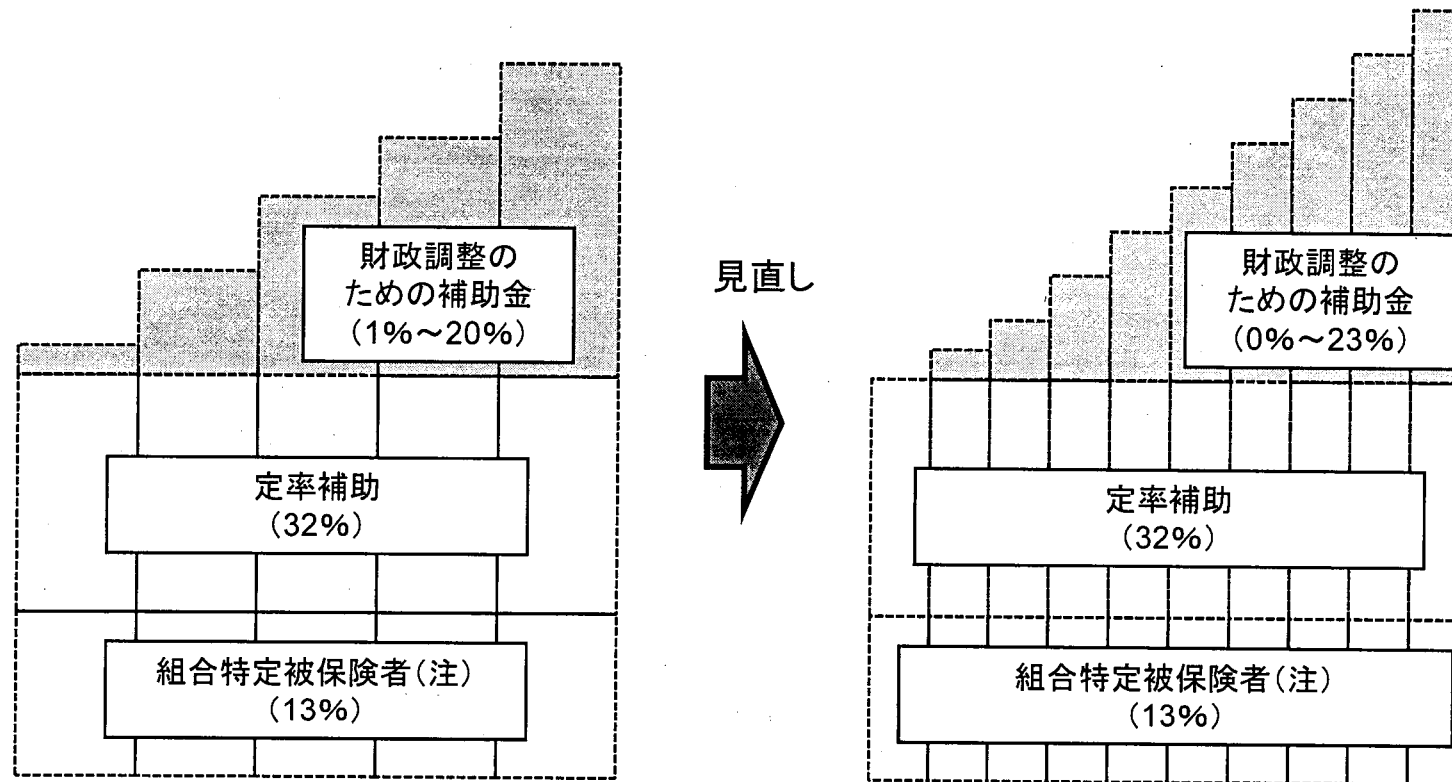
- 平成9年9月1日以降、健康保険の適用除外承認を受けて、新規に国保組合に加入する者及びその家族(組合特定被保険者)に対する補助率は、協会けんぽと同じ(若人13.0%、後期・介護16.4%)。  
⇒ このため、国保組合に対する実際の定率分の補助率は、年々低下。
- 全国土木建築国保組合の平成9年9月1日以前からの加入者の家族に対する補助率は、事業所の規模にかかわらず、32%。

## (参考)平成18年度における国保組合への国庫補助の見直し

○ 国保組合の財政力に応じて交付される財政調整補助金の配分方法を、より財政調整効果を高める方向で見直し(5段階から10段階へ)

⇒ 所得の高い医師や弁護士等の国保組合の財政調整補助金はゼロに。

※ 平成9年9月以降、健康保険の適用除外承認を受けて加入した者に係る給付費や後期高齢者支援金等に対する補助率は、協会けんぽと同じ(給付費13.0%、後期高齢者支援金16.4%)



(注)組合特定被保険者:平成9年9月以降、健康保険の適用除外承認を受けて加入した者(平成9年改正)



## 傷病手当金・出産手当金の給付の見直しに当たっての論点

### (1) 傷病・出産手当金の支給額の上下限の設定について

＜現行の制度＞ 標準報酬の3分の2に相当する金額が支給されるが、標準報酬の多寡にかかわらず、支給額の上下限は設定されていない。

【論点】 上下限など一定の幅や基準を定めることとしてはどうか。

### (2) 傷病・出産手当金に係る加入期間要件の設定について

＜現行の制度＞ 健康保険の加入期間にかかわらず、傷病・出産手当金は支給される。

【論点】 一定の加入期間を設定し、この期間を満たさない方については、支給割合を下げたり、支給期間を短縮してはどうか。

### (3) 保険者単位での設定について

＜現行の制度＞ 法定給付としては、被用者保険(協会けんぽ、組合健保、共済)共通のものとなっている。

【論点】 (1)(2)について、一定の範囲や基準等を法律で定めた上で、保険者単位で設定できる仕組みが考えられないか。

### (4) 留意点

- ・ 支給割合について、直近改正の考え方やその後2年しか経過していないことをどう考えるか。
- ・ 傷病手当金と出産手当金を同様に扱うか、それともそれぞれの位置付けを考えて別に取り扱うべきか。
- ・ 労災保険などの国内他制度やILO条約との関係に留意する必要があるのではないか。

行政刷新会議「事業仕分け」への対応について(抄)

I 行政刷新会議WGの評価結果どおり対応する事業 (32事業)

整理番号	事業番号	事業名	評価結果	対応	要求額	見直し後	削減額
------	------	-----	------	----	-----	------	-----

(略)

II 行政刷新会議WGの評価結果どおりの対応が困難な事業 (19事業)

整理番号	事業番号	事業名	評価結果	対応	要求額	見直し後	削減額
------	------	-----	------	----	-----	------	-----

1. 医療保険制度の内容に関連する見直しを求められた経費(中医協での検討が必要な事項等)

33	2 - 4	診療報酬の配分(勤務医対策等)	見直し(収入が高い診療科、開業医・勤務医の平準化)	- 中医協での検討が必要な事項	9兆3,612億円	-	-
34	2 - 5	後発品のある先発品などの薬価の見直し	見直し(先発品を後発品薬価を目指して見直し)			-	-
			見直し(医療材料の内外価格差解消)			-	-
35 36	2 - 6	その他、医療関係の適正化・効率化	見直し(レセプト審査率と手数料を連動)	△ 手数料引下げ検討	-	-	
			見直し(国保連、支払基金の統合)	△ 市町村の意見を聞いて、1年程度かけて審査支払業務の在り方を検討	-	-	

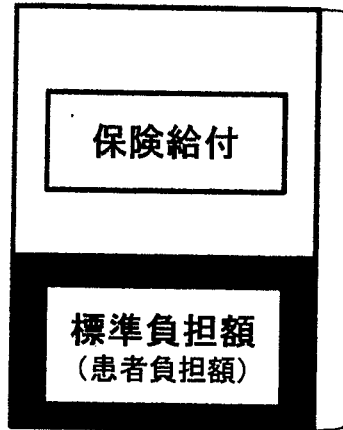
2. 廃止、予算計上の見送りとされた事業について、予算額を圧縮して計上を希望する経費

(略)

# 入院時の食費・居住費について

## ①現行制度

保険給付  
 =①基準額(食費・居住費の提供に必要な額)から、②標準負担額(患者が負担する額)を除いた額



基準額  
 (食費・居住費の提供に必要な額)

## ②経緯

平成6年10月

食費に係る負担を導入(食材料費のみ)

※ 標準負担額については、600円(1日)→760円→780円  
 →260円(1食)に変遷

平成17年10月

介護保険法改正→介護保険施設の食費(食材料費+調理費(調理員の人件費))・居住費(光熱水費)を利用者負担

平成18年10月

療養病床に入院する65歳以上の方に、食材料費に加え、調理費及び居住費の負担を導入

## ③標準負担額(例)

区分	療養病床に入院する 65歳以上の方(※1)	左以外の方 (一般病床など)
一般の方	(食費)1食460円(※2) (居住費)1日320円	1食につき 260円
市町村民税非課税の 世帯に属する方等	(食費)1食210円 (居住費)1日320円	1食につき 210円(※3)
上記のうち、世帯全員 が一定の所得以下	(食費)1食130円 (居住費)1日320円(※4)	1食につき 100円

(参考)介護保険施設 に入所している方(多床室)	
標準的な利用者負担額	(食費)1日1380円 (居住費)1日320円
(例)年金80万円超で市町村民税非課税	(食費)1日650円 (居住費)1日320円
(例)年金80万円以下の者	(食費)1日390円 (居住費)1日320円
(例)生活保護受給者	(食費)320円 (居住費)0円

※1: 難病等の入院医療の必要性の高い方の負担額は、1食260円等(居住費の負担なし。)

※2: 管理栄養士等による栄養管理、適時・適温の食事等が提供されている場合に限る。

※3過去1年間の入院日数が90日超の場合、※4老齢福祉年金受給者の場合はさらに軽減。

## 入院時の食費・居住費に係る論点

### ○事業仕分けの評価結果を受け、どのような対応が考えられるか。

#### (1) 評価結果に従い、見直し(標準負担額の引上げ)を行うこととするか。

基本的に評価結果を尊重すべきであるが、見直しは患者負担につながることをどのように考えるか。

#### (2) 仮に見直しを行う場合には、以下の論点が考えられる。

##### ①見直しの対象は、食費のみとするか、居住費も含めるか。

- 現在、療養病床に入院する65歳以上の方に居住費の負担を求めている根拠として、①介護保険施設に入所する方とのバランス、②年金給付を受けている場合における基礎的な生活費の二重給付の解消、がある。

##### ②標準負担額は何に着目した額とするか。引上げ幅をどの程度とするか。

- 現在、療養病床における食費・居住費については、「平均的な家計における食費・居住費の状況、介護保険法における利用者負担額に相当する額」を勘案することとされている。
- 一方、一般病床等における食費については、「平均的な家計における食費の状況」を勘案。

##### ③どのような方を標準負担額引上げの対象とするか。

- ◆ 現在でも、入院医療の必要性の高い方については食費(食材料費)のみの負担となっていることから、入院医療の必要性が低い方を対象とするか。
- ◆ 療養病床に入院する方との均衡から、入院期間が長期間の方を対象とするか。
- ◆ 現行制度や介護保険における食費・居住費と同様、低所得者については負担額を抑えるか。

## 行政刷新会議「市販品類似薬は保険外」の対応について（論点メモ）

1 市販品類似薬を保険給付外とした場合、これらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになるが、この点についてどのように考えるか。

2 また、保険給付外とする市販品類似薬の範囲によって、どのような患者にどの程度の負担が生じるのか、吟味する必要があるのではないか（注）。

（注）負担増になる患者層の例

湿布薬： 主として関節痛などをもつ高齢者

うがい薬・かぜ薬：主として小児。また、現行の医療費助成と同様に自治体が負担するのであれば、多くの自治体において、公費負担が増加

漢方薬： 不定愁訴、更年期障害、自律神経失調症などの中高年

3 市販品類似薬の中には、市販品と異なる重篤な疾患の効能を有しているものがあり（注）、その場合、保険給付と給付外の効能を整理する必要があるほか、同じ漢方薬でも、医療用医薬品と成分や含量が同じものが市販品にあるとは限らないなど、保険給付と給付外の切り分けの考え方について整理が必要ではないか。

（注）例えば、ビタミンB<sub>1</sub>製剤の場合、ビタミンB<sub>1</sub>欠乏症のほか、ウェルニッケ脳炎などの効能を有する。

4 市販品類似薬を保険給付外とすることにより、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇したり、特定の分野の医薬品の安定供給に大きな影響を与えたりする場合があります。について、どう考えるか。

5 仮に実施するとしても、保険給付外とする市販品類似薬の範囲を選定するに当たっては、その基準を策定する必要があるとともに、専門家や負担増となる患者の意見を聴くなど透明性を確保した形で行う必要がある。実施するまでに一定程度の時間が必要ではないか。

## 市販薬と類似した医療用医薬品について

### 1 市販薬と医療用医薬品について

- 市販薬： 患者が薬局で購入し、自らの判断で使用する医薬品
- 医療用医薬品： 医師が患者の治療のために処方する医薬品（注）

注 たとえ市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なる。イブプロフェンを含む医薬品の場合、以下のとおり。

市販薬： 「頭痛、生理痛」等を効能とし、使用量は1日450mgまで。

医療用医薬品： 「慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛」等の効能を有し、使用量は1日600mg。

### 2 医療保険における取扱

- 他の医療用医薬品と同様、医師が患者の治療のために処方する医薬品であり、保険給付の対象とされている。

## 平成 22 年度 診療報酬改定の基本方針

平成 21 年 12 月 8 日  
社会保障審議会 医療保険部会  
社会保障審議会 医療部会

## I 平成 22 年度 診療報酬改定に係る基本的考え方

## 1. 基本認識・重点課題等

- 医療は、国民の安心の基盤であり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するため、医療提供者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、各人がそれぞれの立場で不断の取組を進めていくことが求められるところである。
- 我が国の医療費が国際的にみても GDP に対して極めて低水準にあるなかで、これまで医療現場の努力により、効率的で質の高い医療を提供してきたところであるが、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊してきている。
- 前回の診療報酬改定においても、こうした医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、依然として危機的な状況に置かれている。
- このような状況については、前回改定の改定率が必ずしも十分でなかったために、医療現場が抱える各種の課題が解消できなかったと考えられることから、今回の改定においては、医療費全体の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった。一方で、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活も厳しい状況に置かれており、また、保険財政も極めて厳しい状況にある中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。また、配分の見直しのみでは医療危機を食い止めることは困難なところまできているので、今回は医療費全体の底上げと配分の見直しの両者により対応すべきとの意見があった。

- このような議論を踏まえた上で、平成22年度診療報酬改定においては、**「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」**及び**「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」**を改定の**重点課題として取り組むべき**である。
- また、その際には、診療報酬だけで現在の医療が抱える課題の全てを解決できるものではないことから、診療報酬が果たすべき役割を明確にしつつ、地域特性への配慮や用途の特定といった特性を持つ補助金をはじめとする他の施策との役割分担を進めていくべきである。

## **2. 改定の視点**

- 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、がん対策や認知症対策など、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、**「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、**「患者から見て分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」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- また、患者の視点に立った場合、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、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、**「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置



付けるべきである。

- 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

## Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

### 1. 重点課題

#### (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 我が国の医療が置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくためには、それぞれの地域で関係者が十分に連携を図りつつ、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制をさらに充実させていくことが必要である。
- このため、地域連携による救急患者の受入れの推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

#### (2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の過酷な業務に関する負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員、さらには定着を図ることが出来るような環境を整備することが必要である。
- このため、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価など、入院医療の充実を図る観点からの評価について検討するとともに、医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。

- また、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を果たしていけるような仕組みが適切に機能することが、病院勤務医の負担の軽減につながると考えられることから、この点を踏まえた診療報酬上の評価について検討するべきである。

## 2. 4つの視点

### (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

- 国民の安心・安全を確保していくためには、我が国の医療の中で充実が求められている領域については、診療報酬においても適切に評価していくことが求められる。
- このため、がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価について検討するべきである。
- 一方、手術以外の医療技術の適正評価についても検討するとともに、新しい医療技術や医薬品等については、イノベーションの適切な評価について検討するべきである。

### (2) 患者からみて分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

- 医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者の視点に立った場合、分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ことが求められる。
- このため、医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどを検討するほか、医療安全対策の推進や、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価について検討するべきである。

### (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受け

られるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。

- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

#### **(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

- 医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。
- このため、後発医薬品の使用促進や、市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価などについて検討するべきである。
- また、相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

### **Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について**

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

#### IV 終わりに

- 中央社会保険医療協議会におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民、患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

## 協会けんぽの財政問題への対応策について(案)

第 36 回医療保険部会提出資料

### 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。

**【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

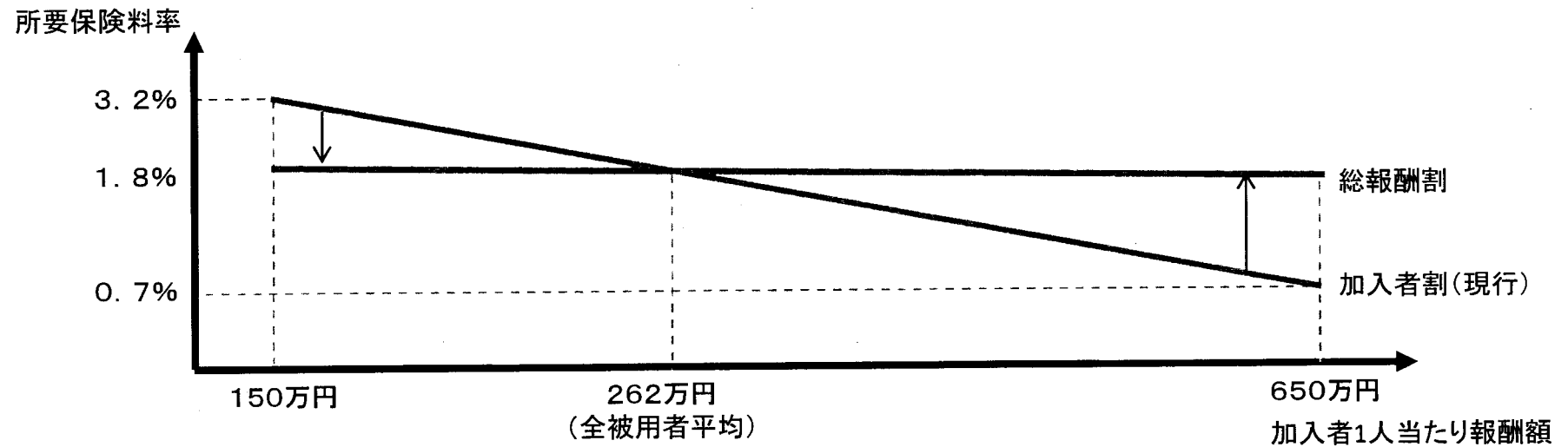
(注1)前期高齢者に係る支援金負担分(協会1300億円、健保組合1300億円、共済組合400億円)を含む。

(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

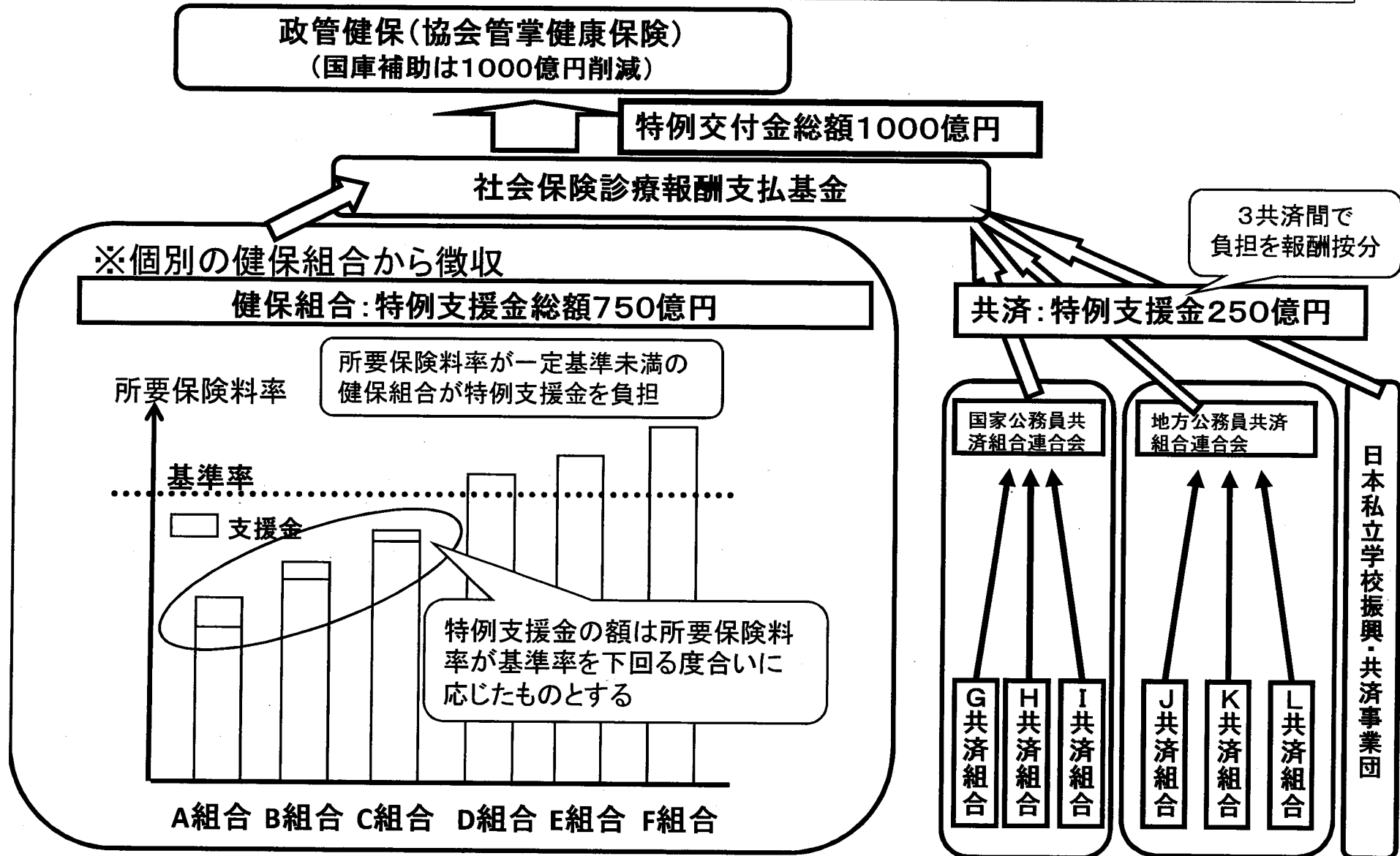
一方、現役世代からの仕送りである支援金や前期高齢者の医療費を支える納付金については、現行制度では、それぞれの保険者の加入者数等に応じた費用負担としているため、財政力の弱い被用者保険の保険者の負担が過重になっている。このため、国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべきであるという意見があった。

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)



# 参考資料

## (協会けんぽの財政問題関係資料)

## 全国健康保険協会管掌健康保険・組合管掌健康保険・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	1,497	77
加入者数 (平成20年度末)	3,471万人 本人 1,950万人 家族 1,521万人	3,034万人 本人 1,608万人 家族 1,437万人	900万人 本人 438万人 家族 462万人
加入者平均年齢 (平成20年9月末)	36.0歳	33.8歳	33.4歳
加入者1人当たり医療費 (平成20年度)	14.5万円	12.6万円	13.3万円
被保険者1人当たり 標準報酬総額(年額) (平成20年度)	385万円	554万円	681万円
保険料率 (平成20年度)	平均82‰ (81.5～82.6‰)	平均73.80‰ (31.20～100‰)	平均70.45‰

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及び保険料率は平成19年度の確定値である。

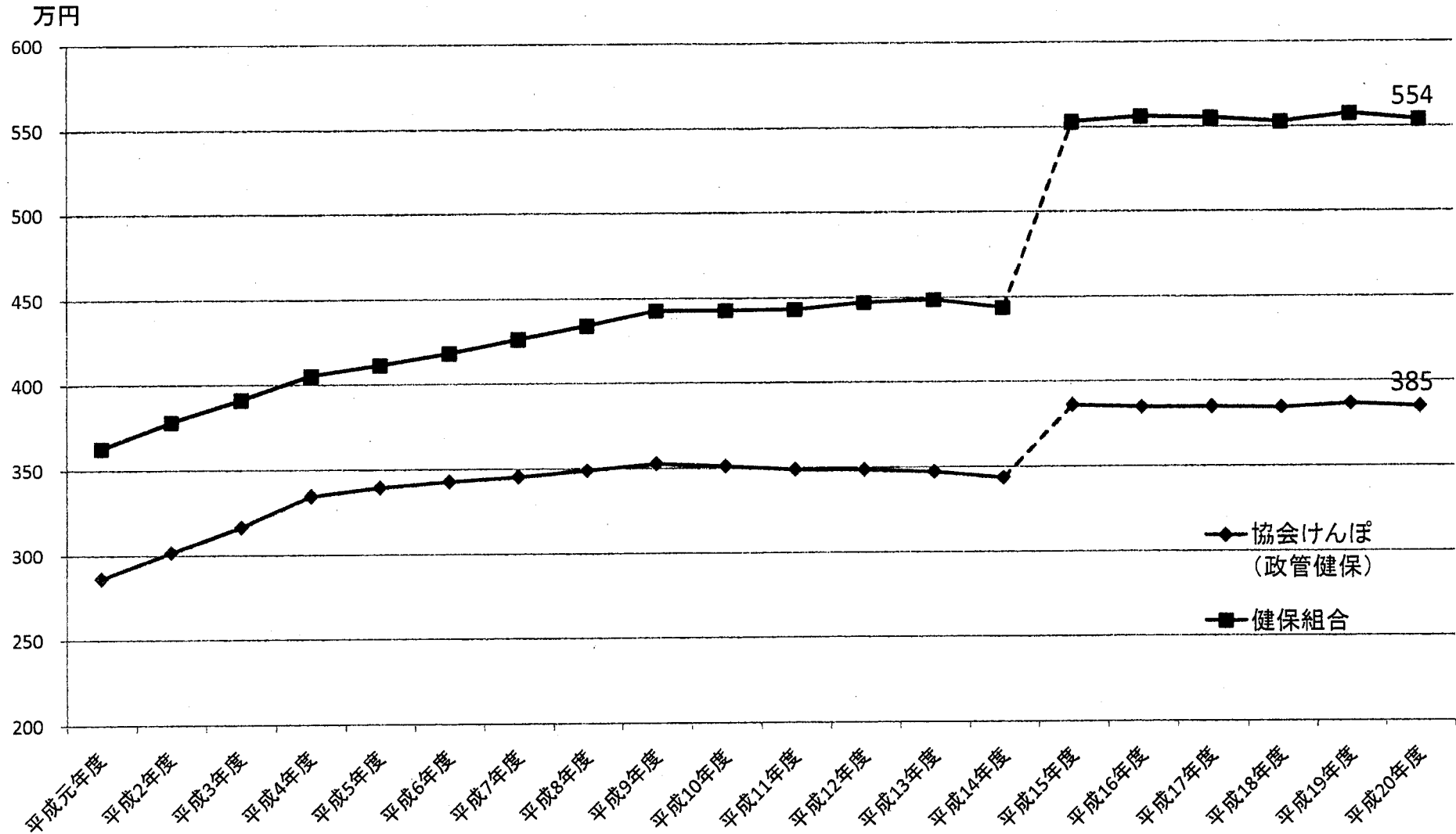
(注3) 加入者1人当たり医療費は、審査支払機関における審査分の医療費である(療養費等を含まない)。

(注4) 組合健保の保険料率については、調整保険料率が含まれる。

(注5) 保険料率については、協会けんぽのものは全国平均、組合健保・共済組合のものは単純平均。

## 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。



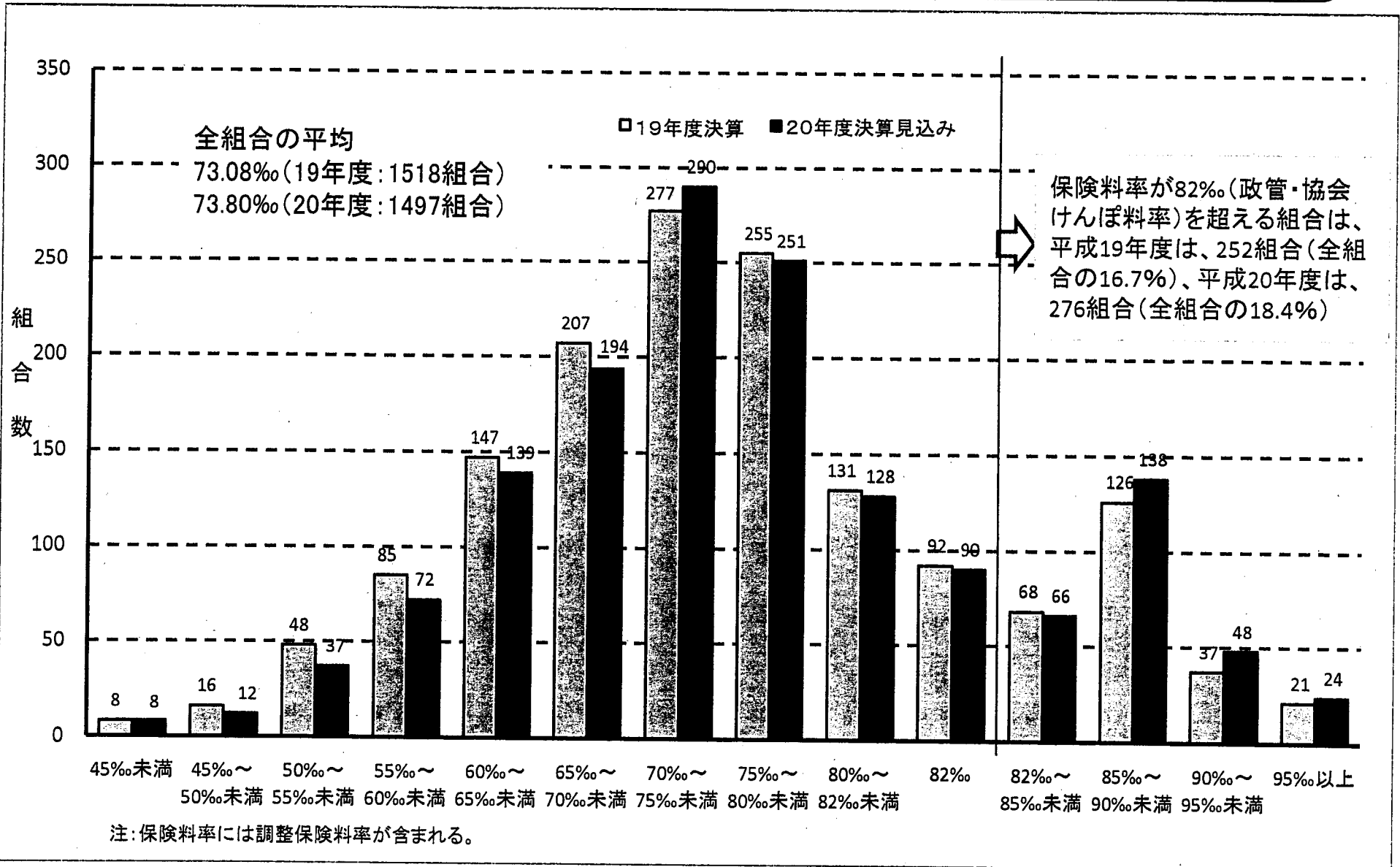
注1: 各制度の事業年報等を基に作成。

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 11 月 17 日 全国健康保険協会

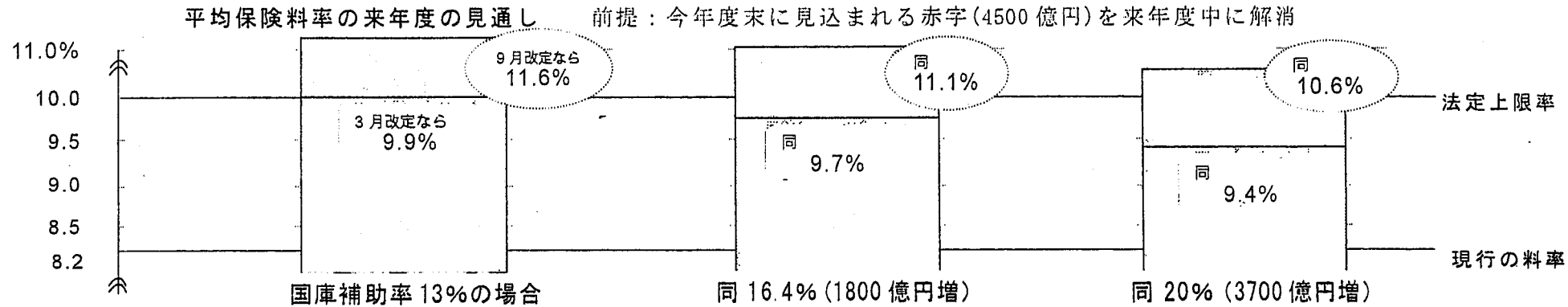
協会けんぽは、中小企業の従業員を中心とした、健康保険組合に入っていない被用者・家族 3500 万人の加入する健康保険であり、被用者保険の最後の受け皿として、昨年 10 月に社会保険庁から政管健保を引き継いでいる。協会において、来年度の保険料率見通し等を去る 10 月 19 日に公表。

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) 9.4% " (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	※1 9,900	10,000	100	
						※2 11,700	11,800	100	
計	71,357	70,300	69,900	▲ 400	※1 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。

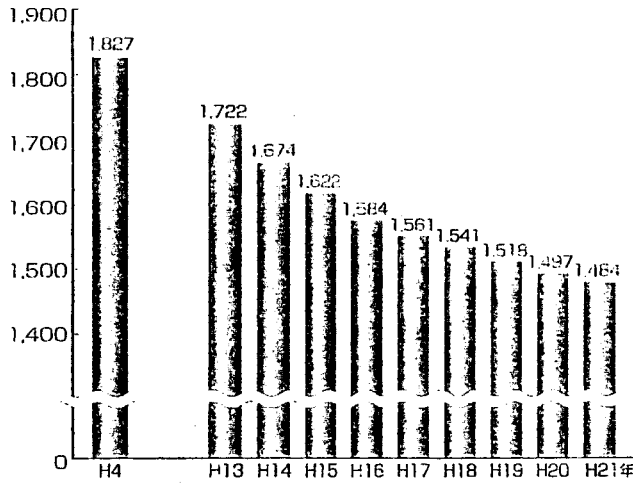
2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。



# 健康保険組合の財政状況

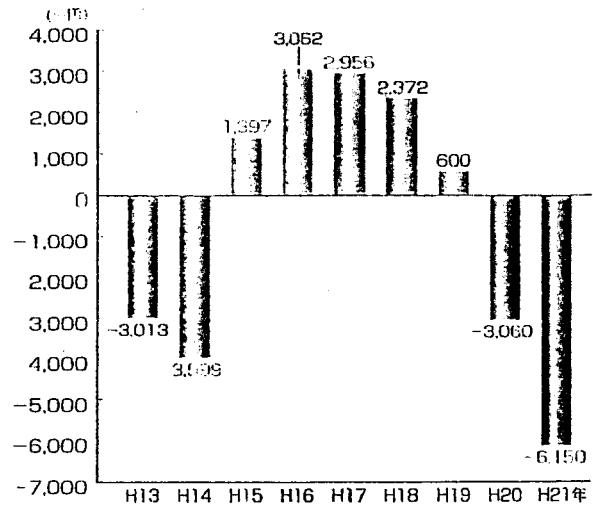
(平成21年11月25日)

## 健保組合数の推移



(注)平成20年度以前は4年ごとのデータであり、21年度は10月1日現在の数値である。健保組合数のピークは平成4年の1,827組合。

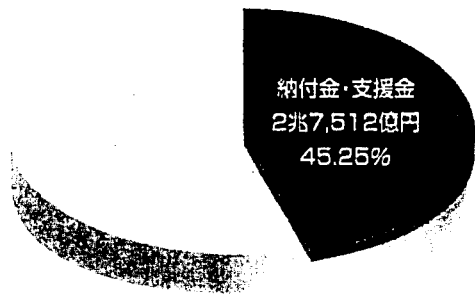
## 経常収支状況の推移



(注)平成13年～19年度までは決り、20年度は決算見込み、21年度は予りの数値である。

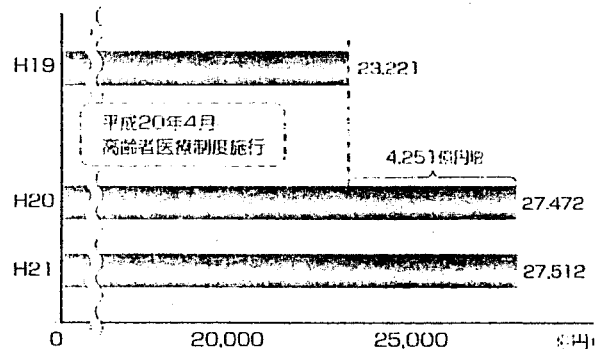
## 保険料収入に対する納付金・支援金の割合

(平成21年(予))



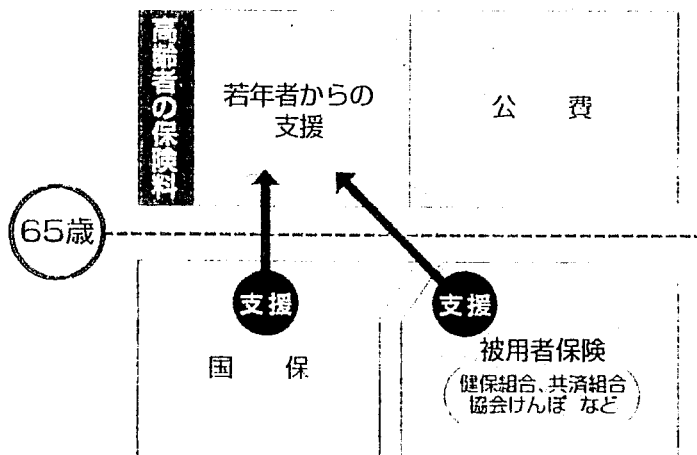
保険料収入 6,796億円

## 19年度、20年度、21年度の拠出金の比較



(注)平成19年度は決り、20年度は決算見込み、21年度は予りの数値である。

## 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投分し、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)

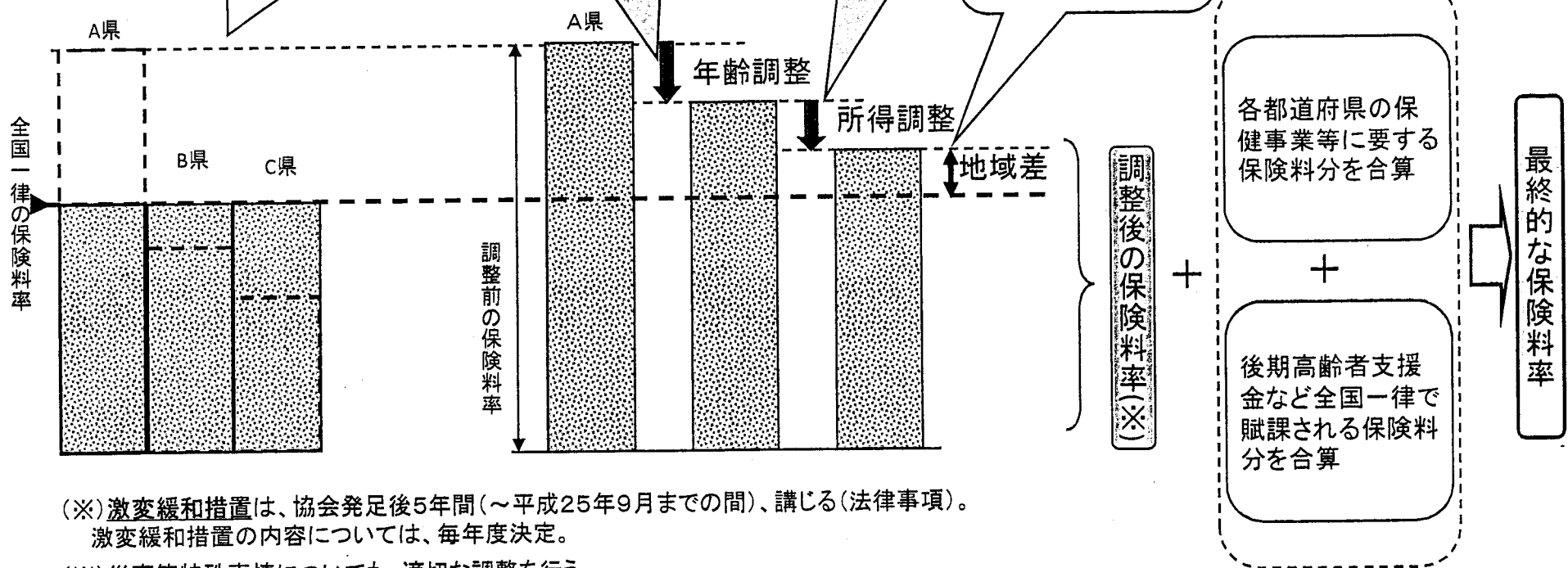
都道府県単位保険料率(20年10月から): 年齢構成が高く、所得水準の低いA県の例

都道府県ごとの医療費の水準にかかわらず保険料率は一律

年齢構成を協会の平均とした場合の医療費との差額を調整

所得水準を協会の平均とした場合の保険料収入額との差額を調整

年齢調整・所得調整の結果、都道府県ごとの保険料率は、医療費の地域差を反映した保険料率となる。



(※)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。



## 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%	3.0～10.0%

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	協会けんぽ
昭和56年3月～	平成20年10月～
6.6～9.1%	3.0～10.0%

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 <sup>※1</sup> の組合数・割合
平成15年度	8.5%→8.2% <sup>※2</sup>	7.547%	18(1.11%)
平成18年度	8.2%	7.318%	10(0.65%)
平成20年度 <sup>※3</sup>	8.2% <sup>※4</sup>	7.38% <sup>※5</sup>	24(1.6%) <sup>※5</sup>
平成22年度(見込み)	9.9% <sup>※4※6</sup> 【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</u> から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  $\frac{2}{3}$  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 →  $\frac{2}{3}$ ) 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 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  $\frac{2}{3}$  →  $\frac{1}{3}$ )、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。



平成21年12月8日

## 医療保険制度の一本化の実現等に関する意見

社会保障審議会

医療保険部会委員

山本文男

市町村は後期高齢者医療制度及び国民健康保険事業の健全な運営のため、日夜懸命の努力を傾注しているところである。

後期高齢者医療制度は、制度施行直後から度重なる国の方針の変更等により、現場では混乱が生じ、その対応に追われたが、現在ではようやく定着したところである。

しかし、新政権では、公約に基づき同制度は平成24年度末で廃止する事を表明され、新しい制度のあり方を検討する「高齢者医療制度改革会議」が設置されたところである。

また、市町村国保は他制度に比べ高齢化率が高く、無職世帯が多く、加入者の所得額に対する保険料（税）負担も著しく高額となっており、これ以上の保険料（税）の引き上げ及び一般会計からの繰り入れについては、もはや限界に達すなど、制度の維持運営に支障を来している。

よって、国は次の事項を実現すること。

### 1. 後期高齢者医療制度及び医療保険制度の一本化について

- (1) 新制度の創設にあたっては、町村の意見を尊重し、高齢者医療制度改革会議において十分な議論を行い、その意見を反映させるとともに、その間は現行制度の円滑な運営に努めること。

なお、新制度は、世代間の負担の明確性や財政基盤の安定性など現行制度の根幹は維持し、国・都道府県の役割と責任を明確にした制度とすると

ともに、国民皆保険を堅持するため、都道府県を軸とした保険者の再編・統合を推進し、最終的には医療保険制度の一本化を図ること。

(2) 現行制度の円滑な運営について

①制度施行後に講じられた保険料の低所得者対策等については、平成22年度以降も国の責任において万全の措置を講じること。

②平成22年度の保険料改定にあたっては、保険料の上昇抑制対策の財源を国において十分確保するとともに、万一、地方の事務負担や財政負担が生じる制度見直しを行う場合は、地方と十分協議を行うこと。

2. 国民健康保険について

(1) 不妊治療の保険適用、診療報酬の引き上げ、無過失補償制度の導入、長期治療患者の負担軽減、失業後の保険料負担軽減等国民健康保険に影響のある施策の具体化にあたっては、保険者である町村の意見をよく聞き、尊重すること。

なお、出産育児一時金の増額を行う場合は全額国庫負担とすること。

(2) 高額医療費共同事業や保険財政共同安定化事業など国民健康保険制度の財政基盤の強化策については平成22年度以降も継続して実施すること。

(3) 高齢者を中心として、長期療養者や慢性疾患に対する合理的な診療報酬包括支払方式を推進すること

(4) 重複受診を避けるため、かかりつけ医機能を強化促進すること。

(5) 難病等の特殊な疾病については国の負担とすること。

(6) 特定健診・保健指導を円滑に実施するため、保健師等の人材確保ができるよう適切な措置を講じること。

(7) 企業の従業員として常時雇用される目的で外国人登録を行った外国人については、関係法令を遵守して社会保険に加入するよう強制適用事業所の事業主に対し、国は指導を徹底すること。

(8) 乳幼児及び重度障害者等への医療費助成制度（地方単独事業）に対する国民健康保険療養給付費負担金及び普通調整交付金の減額算定措置を廃止すること。

厚生労働大臣

長 妻 昭 殿

行政刷新会議の「事業仕分け」における市販品類似薬を  
保険適用外とする方針について

今般、行政刷新会議のワーキンググループによる「事業仕分け」において、漢方薬等の市販品類似薬を保険適用外とする方向の結論が出されたが、別添の社団法人日本東洋医学会・寺澤会長の意見に賛同するので、漢方薬については従前どおり保険適用されたい。

平成21年12月2日

社会保障審議会委員  
福岡県添田町長

山 本 文 男

## 医師から治療手段を奪う暴挙は許せない

### —漢方製剤の保険外し—

社団法人 日本東洋医学会  
会 長 寺澤捷年

過日の「行政刷新会議」で「漢方薬、うがい薬、パップ剤」の保険外しが答申されました。このことに関し、社団法人日本東洋医学会の会長として意見表明をいたします。

このたびの刷新会議の論理は「薬局・薬店でも漢方薬は買えるものである」との主張であります。ところが、医療の現場では、例えば乳ガンと診断され、抗ガン剤の投与を受けている患者さんに漢方薬・香蘇散を併用することで、抑うつ状態を解消し、治療を全う出来る事例も少なくありません。また、どこの医療機関に行っても相手にしてもらえない倦怠感や膀胱炎の反復を漢方で対処するのは容易であります。私事ではありますが、私の姉は膀胱炎を繰り返し、そのたびに近くの先生から抗生物質を処方して頂いていました。ところが、10円玉ほどの赤紫の薬疹が起り悩まされていました。姉の相談を受けてから漢方薬・清心蓮子飲を処方したところ、この2年間は何のトラブルもありません。この様に、漢方医学と西洋医学の協調によって世界に類のない医療を展開している者として、今回の答申は心の底から怒りを感じずにいられません。実際の医療の現状とわが国の誇るべき「漢方医学」の真価を全く理解していない答申と言わざるをえません。グローバル・スタンダードということが喧伝されますが、日本のこの柔軟な医療制度こそが国際標準にふさわしいと私は考えております。

西洋医学は日々進歩していますが、必然的に細分化して行く道をたどる性質を持っております。しかし、我々人間存在は決して機械の部品の寄せ集めではありません。心身両面から総合的に複数の不具合を同時に治す考え方と手段を持つ漢方医学の価値を知ること。これは禅家の言う「脚下照覧」であり、最高の医療理念は実は私達の足元にあるということでもあります。つまり、西洋医学が縦糸とすれば、漢方医学は横糸のようなもので、両者の協調によって布が織られるように、医療の幅が広がるのであります。この重要性に気付いた文部科学省は平成11年の医学教育のコア・カリキュラムの一項目として「和漢薬を概説できること」を採用し、現在、全ての医学部・医科大学で漢方医学の教育が行われております。

漢方製剤の保険外し問題は、17年前にも議論されたことがありましたが、私共は150万人の皆さまから「反対署名」を頂き、厚生省（当時）井出正一大臣に提出し（平成6年12月9日）、幸いにも保険外しを免れました。これは正しい政治判断であったと確信しております。

実際に、例えば消化管の手術時に大建中湯という漢方薬を用いると、手術後の腸閉塞の発症が激減することが知られております。一日の薬価は160円、4週間投与したとして4,380円。もしも腸閉塞の再手術ということになれば数十万円の手術料であります。第一に患者さんの苦痛と不安を解消出来ることを考えると、その利得は計り知れません。このような事例は枚挙に暇がありませんが、保険外しとなれば、患者さんの家族を漢方薬を買いに薬局・薬店に走らせることとなります。

今回の答申は、今や、重要な治療手段となった漢方薬を医師の手からもぎ取ろうと言える暴挙であります。薬局・薬店で漢方薬が購入出来る事は事実ではあります。しかし、わが国民の皆さまは非常に賢く、これは薬局での相談で解決出来ます、これは病院に行ってしっかりと検査や投薬を受けたほうが良いとの自己判断の能力に長けているのです。漢方薬についても、両者の棲み分けが「文化」として定着しているのであります。従って、漢方の有用性を認め合う医師と薬剤師との間で軋轢は全くありません。しかも医師の処方した漢方薬に対する薬剤師の医薬品情報提供も年々水準が上がっています。これは厚生労働省が推進している「生薬・漢方専門薬剤師」の資格制度の果たしている役割が大きいと私は考えております。

この様な現状を十分に理解していない今回の答申には徹底的に反対したい、それは「医道」の本質から逸脱するからであります。このたびの衆議院選挙に際し、民主党のマニフェストには「漢方を推進する」と書かれております。今回の答申が万一採用されたならば、それは国民に対する重大な裏切り行為であることを最後に申しあげておきます。

以上のような観点から今回、「市民の声」を厚生労働大臣にお届けする必要があり、本学会として全国的に大規模な署名運動を展開することとしました。絶大なるご協力をお願い致します。

電子署名、または 署名用紙のダウンロード は、トップページお戻り下さい。