

第39回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成22年9月8日（水）
15時00分～17時00分
場所：はあといん乃木坂
B1階「フルール」

（議題）

1. 平成23年度以降の出産育児一時金制度について
2. 高額療養費制度について
3. 傷病手当金及び出産手当金について
4. 高齢者医療制度改革会議中間とりまとめについて
5. その他

（配布資料）

【議題1について】

- 資料1-1 出産育児一時金の申請・支給方法について
- 資料1-2 出産育児一時金の支払早期化について
- 資料1-3 介護保険制度移行に伴う経営資金（つなぎ資金）融資
のご案内
- 資料2 診療報酬の支払早期化について
- 委員提出資料1 井上委員提出資料
- 委員提出資料2 海野委員提出資料
- 委員提出資料3 毛利委員提出資料
- 委員提出資料4 高原委員提出資料
- 参考資料1 出産育児一時金関係参考資料
- 参考資料2 四病院団体協議会要望書

【議題2について】

- 資料3-1 高額療養費制度について
- 資料3-2 難治性疾患対策について
- 参考資料3 高額療養費関係参考資料

【議題 3 について】

資料 4 傷病手当金及び出産手当金について

委員提出資料 5 小林委員提出資料

【議題 4 について】

資料 5 - 1 「高齢者医療制度改革会議」中間とりまとめに関する
基本資料

資料 5 - 2 高齢者のための新たな医療制度等について（中間とり
まとめ）

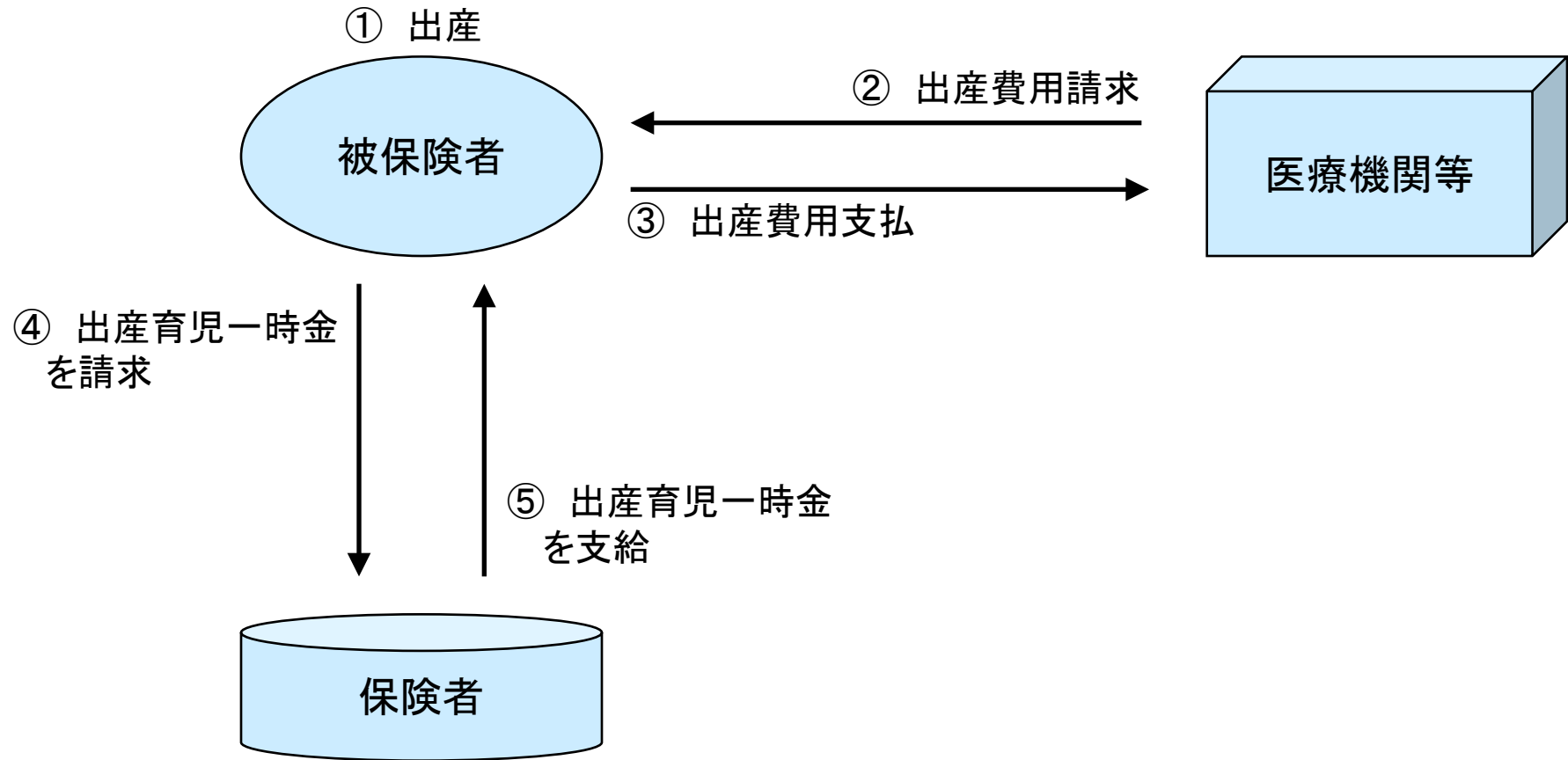
【議題 5 について】

委員提出資料 6 高原委員提出資料

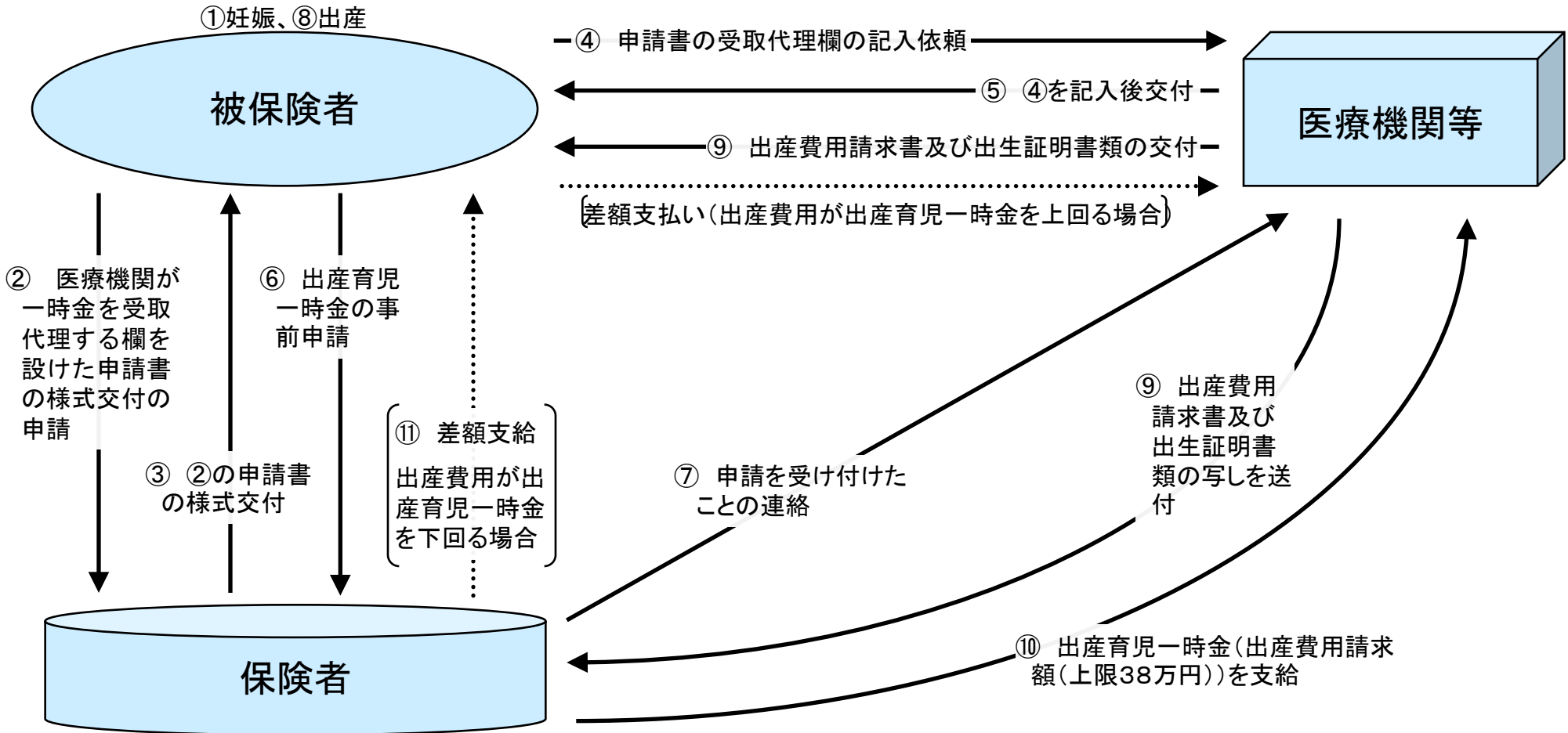
出産育児一時金の申請・支給方法 について

厚生労働省保険局

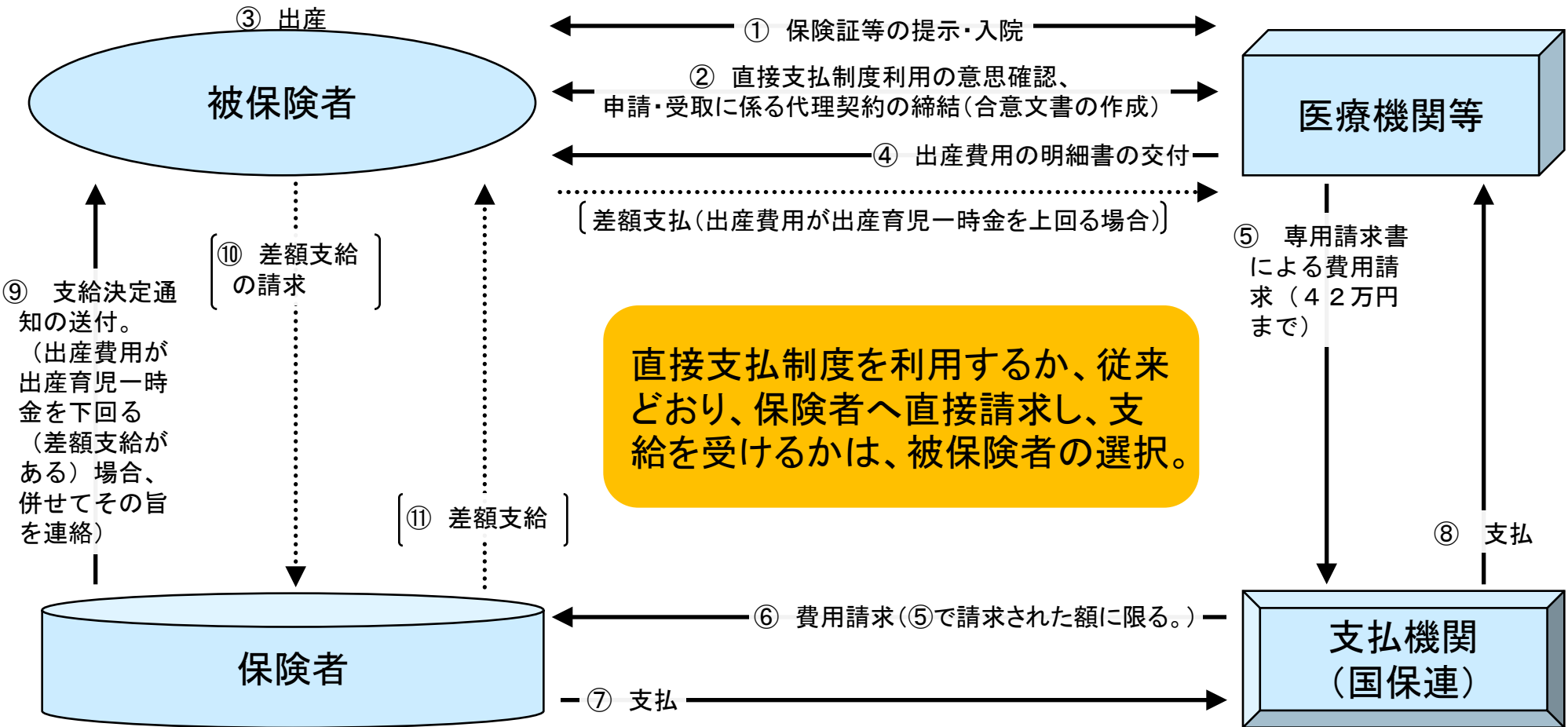
A. 保険者から妊婦等へ直接支給する方法



B. 受取代理制度



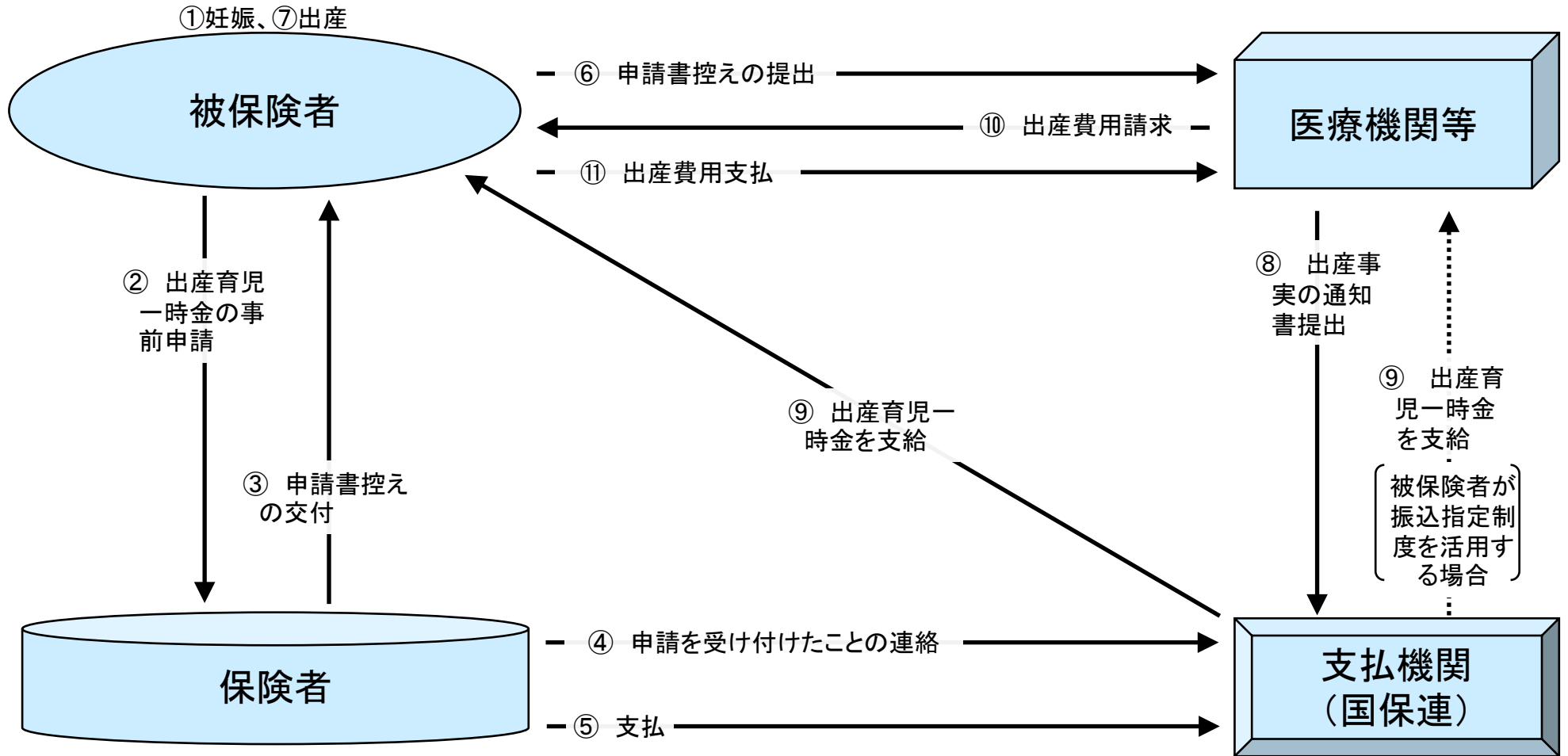
C. 直接支払制度



※ 被用者保険分の異常分娩については、社会保険診療報酬支払基金へ請求

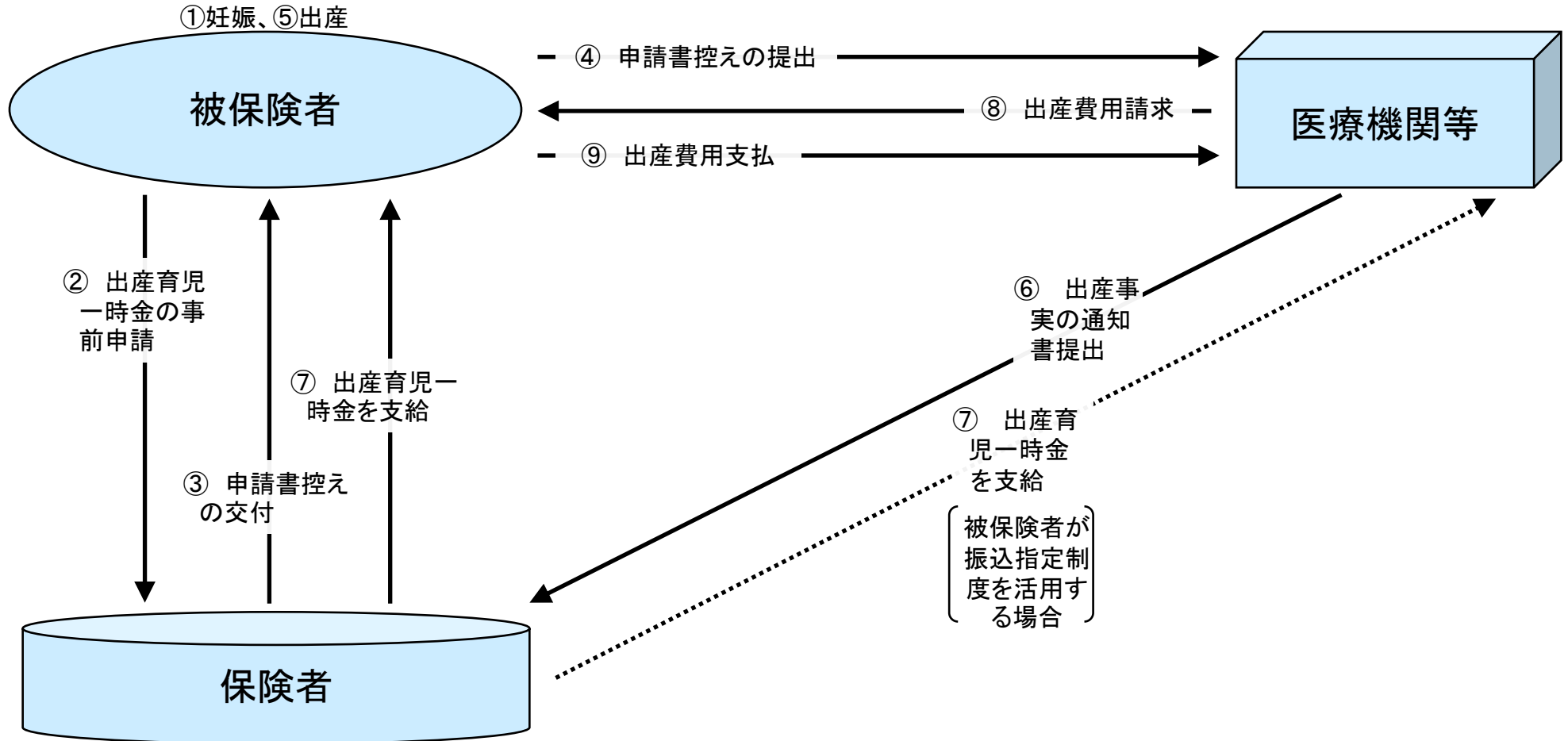
D. 学会・医会共同要望を踏まえた井上専門委員提案

[支払機関(国保連)を介在させる場合]



D. 学会・医会共同要望を踏まえた井上専門委員提案

[支払機関(国保連)を介在させない場合]



出産育児一時金の申請・支給方法の比較について

	A. 保険者から妊婦等へ直接支給する方法	B. 受取代理制度	C. 直接支払制度	D. 学会・医会共同要望を踏まえた井上委員提案
①申請者	被保険者	被保険者	医療機関等	被保険者 ※医療機関等が代行することも可能
②申請先	保険者	保険者	国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金	保険者 ※支払は、国保連が代行することも可能
③申請時期	出産後	出産前 ※出産予定日の1か月前から申請可能	出産後	出産前 ※出産予定日の1～2か月前までに申請する必要
④受取者	被保険者	医療機関等	医療機関等	被保険者 ※被保険者の希望により、医療機関等を受取者とすることも可能
⑤受取時期	申請から支払まで2週間から1か月程度 ※申請締切、期間等は保険者により異なる ※申請当日に窓口で支給している保険者もある	申請から支払まで1週間～1か月程度 ※申請締切、期間等は保険者により異なる ※退院から支払までは最短で1週間程度、最大で2か月程度	申請から支払まで1か月程度 ※退院月の25日又は翌月10日に申請締切 ※退院から支払までは最短で28日、最大で1か月半程度	出産の事実の通知の直後 ※ただし、出産予定日の1～2か月前以後に申請した場合は、申請から支払まで1～2か月
⑥必要書類				
妊婦等→保険者	・申請書 ・出産を証明する書類	・申請書 ※妊婦等が申請書を入手する際に、被保険者証、母子健康手帳等出産予定日を証明する書類の提示が必要	—	・申請書
妊婦等→医療機関等	—	—	・被保険者証提示 ・合意文書締結	・申請書控え
医療機関等→保険者	—	・出産を証明する書類 ・出産費用請求書(内訳は任意)	・専用請求書(内訳がある程度分かる様式)	・出産事実の通知書
⑦実施割合 ※出産件数に占める制度利用の割合	約14% ※19年度の出産育児一時金支給実績と22年6月の直接支払による請求件数から試算	※一部の保険者に対して18年度又は19年度の実績を調査 市町村国保30%程度 (市町村によりばらつきが見られる) 健保組合10～20%程度	約86% ※19年度の出産育児一時金支給実績と22年6月の直接支払による請求件数から試算	—

出産育児一時金の医療機関等への支払が早くなりました

- 平成22年7月から、直接支払制度による出産育児一時金について、「正常分娩」かつ「磁気媒体（MO、FD、CD-R）」による請求・支払が、**月1回から月2回**になりました。
- これまでは、原則として、妊婦さんが退院された月の翌月10日に請求を受け付けておりましたが、現在は、**退院された当月の25日**にも請求を受け付けています。
- これにより、妊婦さんの退院から支払までの期間が**最大2か月程度から1か月半程度**に、**平均所要日数も1か月強**に短縮されます。

【従来】

請求・支払いのタイミング（例）

退院日	専用請求書提出日	医療機関等への支払日	支払までの期間
8月10日～ 8月24日	9月10日	10月8日	1か月半～2か月程度 (46日～ 60日)
8月25日～ 9月9日			1か月～1か月半程度 (30日～45日)

【平成22年7月より…月2回請求・支払】

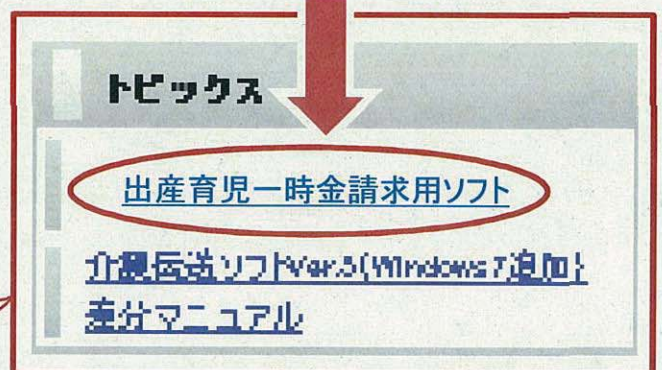
退院日	専用請求書提出日	医療機関等への支払日	支払までの期間
8月10日～ 8月24日	8月25日	9月21日～末日頃	1か月～1か月半程度 (33日～ 47日) ※医療機関等への支払いを、9月25日とした場合
8月25日～ 9月9日	9月10日	10月8日	1か月～1か月半程度 (30日～45日)

磁気媒体での請求用のソフトをご利用ください

- 国民健康保険中央会のホームページ (www.kokuho.or.jp) から、磁気媒体で請求用のソフト (268MB) を無償でダウンロードできます。



ここをクリック！



診療報酬の支払早期化が実現した場合の直接支払制度の支払早期化のイメージ

※資料2参照

平成22年度(月2回請求・支払) (正常分娩)

退院日	専用請求書提出 (医療機関等→国保連)	保険者への請求 (国保連→保険者)	国保連への支払 (保険者→国保連)	医療機関等への支払 (国保連→医療機関等)	支払までの期間
8月10日～ 8月24日	8月25日	9月10日～20日頃	9月20日～25日頃	9月21日～末日頃	1ヶ月～1ヶ月半程度 (33日～47日) ※医療機関等への支払を6月25日 とした場合
8月25日～ 9月9日	9月10日	9月20日頃	9月末日頃	10月8日	1ヶ月～1ヶ月半程度 (30日～45日)

診療報酬の支払早期化が実現した場合 (正常分娩)

退院日	専用請求書提出 (医療機関等→国保連)	保険者への請求 (国保連→保険者)	国保連への支払 (保険者→国保連)	医療機関等への支払 (国保連→医療機関等)	支払までの期間
8月10日～ 8月24日	8月25日	9月5日～7日頃	9月11日～14日頃	9月15日頃	1ヶ月程度 (23日～37日)
8月25日～ 9月9日	9月10日	9月20日頃	9月末日頃	10月8日	1ヶ月～1ヶ月半程度 (30日～45日)

診療報酬の支払早期化について

平成22年9月8日

厚生労働省保険局総務課

レセプト電子化の経緯

○ 前政権の方針 レセプト電子化の完全義務化

平成21年度補正予算で電子レセプトに対応したレセコンを導入した医療機関へ補助。

○ 民主党政策集 INDEX2009 医療政策(要約)

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改める。
国による財政負担や診療報酬上の十分なインセンティブを設ける。

○ 平成21年11月 請求省令の改正

レセプト請求の完全オンライン化を原則化に改めるとともに、例外措置を定める。

【例外措置】

- ・ 光ディスク等の電子媒体による請求でも可。
- ・ 電子化が困難な診療所等(レセプトを手書きで作成している、医師が高齢など)については紙レセプトで可。
- ・ 電子レセプトに対応していないレセコンを使用している診療所等については、次回更新時期まで猶予(最大で平成26年度末まで)。

○ レセプト電子化のインセンティブ

平成22年度診療報酬改定において、レセプト電子請求を行い、明細書を無料で発行する診療所に対する再診料加算を実施。

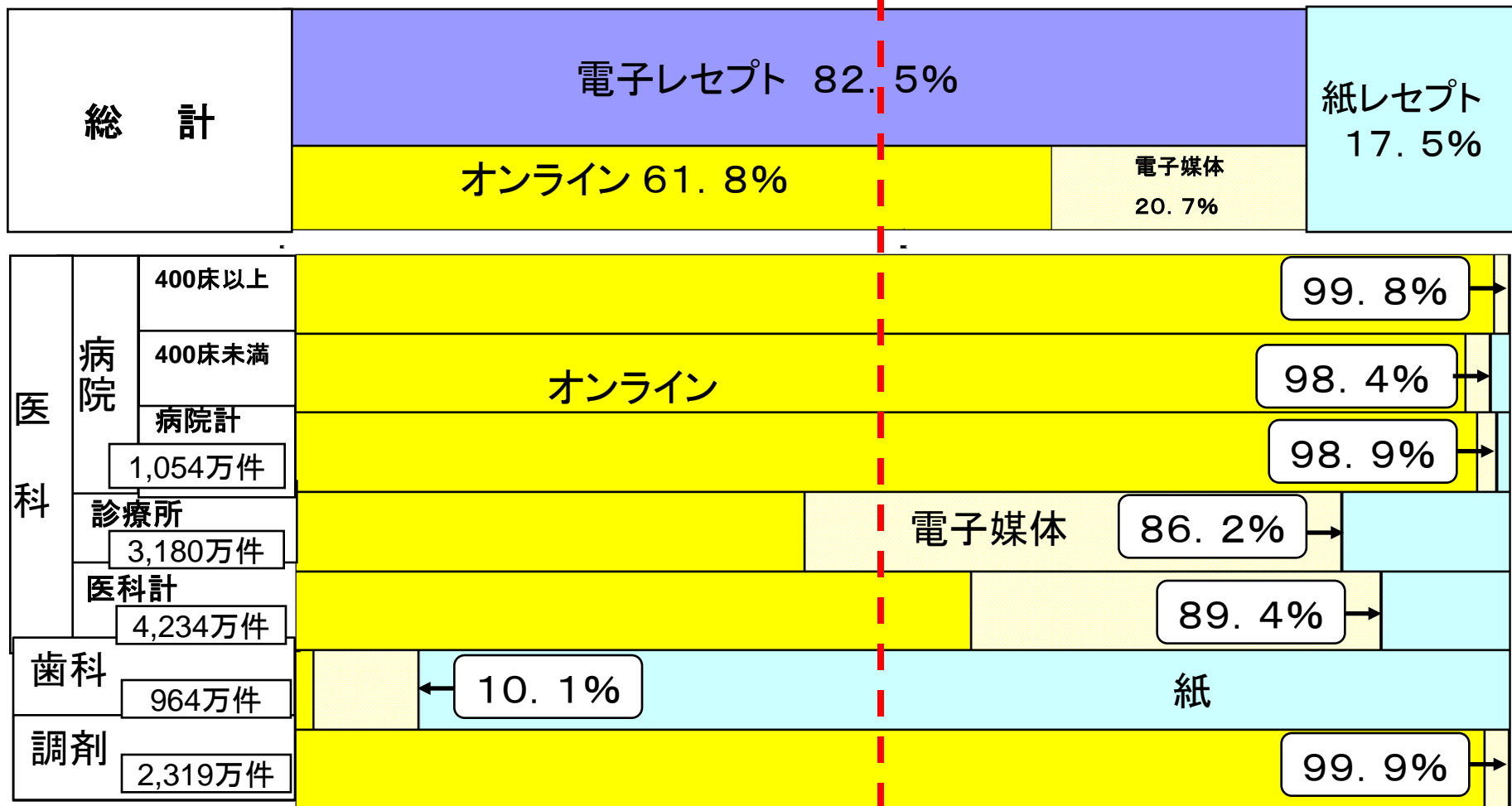
今後、電子レセプトを提出する医療機関に対する診療報酬の支払を早期化することを検討。

電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成22年7月請求分】

普及率

100%

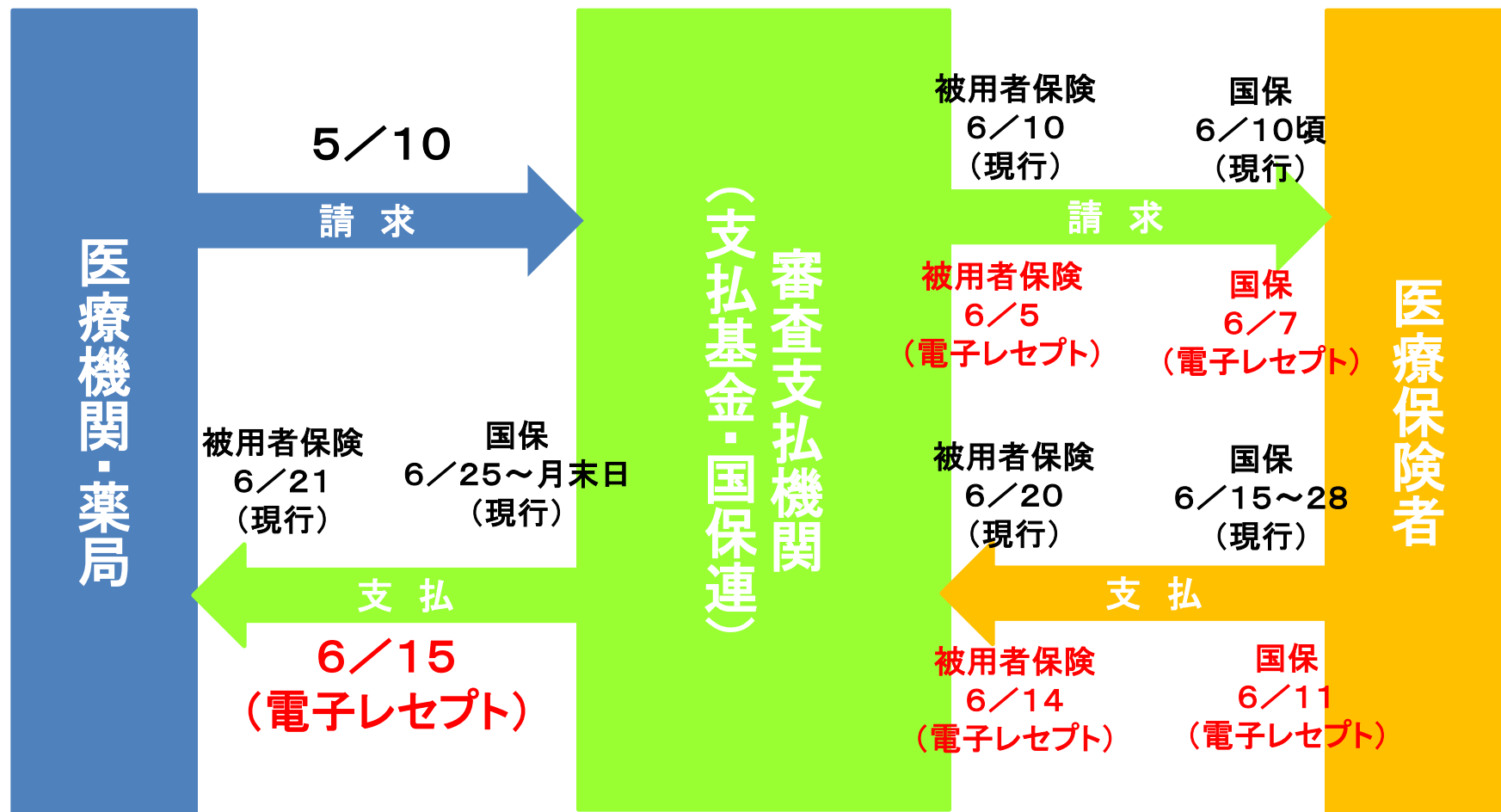
50%



支払早期化のイメージ

- 被用者保険の場合は診療翌々月の21日、国保の場合は診療翌々月の25～月末日の支払いとなっていたところ、診療翌々月15日の支払いに早期化。

<平成23年4月診療分の例>



実施にあたっての留意事項

保険者側

- 早期化に伴う保険者の資金繰り
- システム改修の必要性

※ 保険者については、医療機関の電子レセ導入の取組により、審査支払手数料が軽減。

- 電子レセのみ早期化することにより、審査支払機関への納入が毎月2回となることによる追加費用や事務コストが発生。

審査支払機関側

- 前ページの請求日・支払日の実現については、審査日数を確保した上で、審査支払機関におけるシステム改修（約半年を要する見込み）、業務フローの見直しを行う必要。
- 電子レセのみ早期化することにより、請求・支払が毎月2回となることによる追加費用や事務コストが発生。

- 公費負担医療に係る支払いも同様に早期化
（概算払いも活用しつつ早期化する方向で、担当部局と調整中。）

社会保障審議会医療保険部会（出産育児一時金問題）の
審議進行に関する上申書（2）

平成 22 年 9 月 8 日

社会保障審議会医療保険部会 御中

井上 清成（弁護士）

1. 意見の要旨

現行の直接支払制度に関しては、健康保険法第 101 条・第 61 条、健康保険法施行規則第 86 条、民法第 412 条第 2 項・第 3 項に違反している疑いを払拭しえない。したがって、政策的な当否を問う以前の法律問題として、直接支払制度の継続は不可能であると思料する。

2. 法律問題に関する資料とその説明

(1) 健康保険法施行規則第 86 条

出産育児一時金支給申請の書式（被保険者証の記号・番号、出産の年月日だけで足りる。）と添付書類（医師・助産師の出産事実の証明、別途申請なきことを示す書類）

(2) 海野信也委員の論点整理に関する意見書

- ・ 現行制度には、法律違反の疑義がある。
- ・ 制度導入猶予策の継続は、法的観点から不可能である。
政策の当否を問う以前の問題である。
- ・ 事前申請による代理受取制度の復活は可能である。

(3) 仮想モデル文例 1～3

出産育児一時金につき、事実上、事前申請をされ、出産直後に即時支払申請をされたならば、保険者は即日に出産育児一時金を支払わねばならない。支払いが 1 日でも遅れると、保険者は、年 5 分の割合による遅延損害金（日割計算）と訴訟提起による訴訟費用の負担を付加しなければならない恐れがある。

文例 1. 出産育児一時金事前申請書（内容証明郵便による通知）

文例 2. 出産育児一時金支給請求書（即日支払の請求書）

文例 3. 訴状（産婦が保険者を被告として簡易裁判所に訴訟提起）

(4) 月刊集中 2010 年 8 月号「社会保障審議会医療保険部会の審議」

- ・ 仮想モデル文例 1～3 の法律的根拠の説明をした文書
- ・ 健康保険法第 101 条と民法第 412 条第 2 項第 3 項からすると、支給請求後

の即時払いが必要とされること

(5) 日本医事新報 2010年8月14日号「制度廃止を求め11月にも訴訟へ」

(6) 田辺幸雄弁護士らから弁護士井上清成宛の「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度の法的問題点」と題する文書
憲法41条、健康保険法第61条などに違反するものとして、直接支払制度は違法であるとの見解が示されている。

(7) 小嶋勇弁護士から弁護士井上清成宛の法的意見書
直接支払制度には法的問題があるとの指摘

3. 従来のお産育児一時金の支給方法へのコメント

－「A. 保険者から妊産婦等へ直接支給する方法」

⑤として、被保険者が受取代理人に委任する場合には、保険者から医療機関等への直接支払いがなされた旨を付加して指摘したもの（これも、振込指定の一つ）

(1) 厚労省保険局作成の資料Aに手書きで付加した資料

(2) 出産育児一時金支給申請書の一般的な書式（厚労省保険局保険課長ら著「健康保険法の解釈と運用」788頁・法研）

4. 毎日新聞（2010年9月2日朝刊・24面・みんなの広場）への投稿

(1) 健保組合職員「出産一時金の直接払いは見直せ」

- ・健保組合は事実上無審査での支給を強いられ、国保連などに手数料を徴収され、過誤調整では煩雑な手続を強いられるので、直接支払制度の見直しを求める。
- ・受取代理制度は、被保険者・医療機関・健保組合の三者にとって不利益がないので、これを実施すべきである。

(2) 平成22年7月14日健康保険組合連合会・白川委員提出資料（裏面）

- ・直接支払制度（継続）支持が633団体であるのに対して、その他の意見が788団体となっていて、直接支払制度継続に賛成でない組合の方が多数を占めている。「その他（新たな制度のご提案など）」の具体的内容はいかなるものであったのか？

〈参考条文〉健康保険法施行規則

健康保険法施行規則（厚生労働省令）〔抜粋〕

第86条（出産育児一時金の支給の申請）

第1項 法第101条の規定により出産育児一時金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

- 一 被保険者証の記号及び番号
- 二 出産の年月日
- 三 死産であるときは、その旨

第2項 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- 一 医師若しくは助産師において出産の事実を証明する書類又は市町村長（特別区の区長を含むものとし、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市にあっては、区長とする。以下同じ。）における出生に関して戸籍に記載した事項若しくは出生の届出に係る届書に記載した事項を証明した書類
- 二 同一の出産について、法第101条の規定による出産育児一時金（法、船員保険法（昭和14年法律第73号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）及び私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）の規定によるこれに相当する給付を含む。）の支給を別途申請していないことを示す書類

海野信也委員の論点整理に関する意見書

「平成23年度以降も現行制度を継続する場合の問題点と必要な具体的修正内容の検討」

平成22年9月8日

井上 清成

▶ 現行制度には法的な問題はないか？

〈井上意見〉

①現行の健康保険法第101条・第61条と健康保険法施行規則第86条の下では、直接支払制度自体が違法であるとの法的疑義は払拭しえない。

(i) 現在ほどの妊産婦も即時支払いの具体的意思表示をしていないから免れてはいるものの、今後もしも、事実上の事前申請と即時支払請求が個々の保険者に対して現実になされた場合には、健康保険法第101条と民法第412条第2項の定めからして、保険者は金42万円に加えて、金42万円に対する支払済みまで年5分の割合による遅延損害金の支払いの責任を免れないと思料する。

(ii) 現行の専用請求書は、健康保険法の目的・趣旨と関連性なく、健康保険法施行規則第86条の定める申請書の要件を加重するものであるから、施行規則第86条違反もしくは健康保険法第101条違反となるものと思料する。

②直接支払制度を告知する厚労省の「Q&A」は、健康保険法第61条に違反しているとの法的疑義は払拭しえない。

(i) 信義則違反は個別的な事例に応じて個々に判断されるものであって、一律に定型的には判断しえないものであるところ、厚労省の「Q&A」では、産婦の退院後もしくは分娩機関の専用請求書提出後は、産婦は一律に定型的に信義則違反のゆえをもって代理受領の委任を解約しえなくなるかのような行政指導をしている。しかし、これは、健康保険法第61条と最高裁判例に違反している行政指導になりかねないと思料する。

(ii) 妊産婦と分娩機関との間の自由診療の分娩契約は、消費者契約法に定める消費者契約に該当する。しかるところ、厚労省の前記「Q&A」は、解約できるものにもかかわらず解約できないかのような事実誤認を妊産婦と分娩機関に与えかねない。これは、厚労省による不実告知と評価されかねない恐れがあるものと思料する。

▶ 制度導入猶予策の継続は可能か？

〈井上意見〉

直接支払制度に対する前記の法的疑義が払拭しえない限りは、政策的な当否を問う以前の法的問題として、制度導入猶予策の継続は不可能であると思料する。

▶ 事前申請による代理受取制度の復活は可能か？

〈井上意見〉

事前申請による代理受取制度は、もともと健康保険法や健康保険法施行規則の趣旨に沿うものである。また、事前申請による代理受取制度の本年9月末をもつての廃止という行政指導はもともと法的効力を有していない。したがって、事前申請による代理受取制度の復活は法的に当然に可能であるし、法の趣旨に沿うものなのでむしろ拡充こそが好ましい。さらに言えば、「事実上の」事前申請による代理受取制度も、現行制度上も可能であると思料する。

なお、付言すれば、出産育児一時金の支給申請には、健康保険法施行規則第86条以外の要件は定められていない。実質的には、支給申請は要式行為ではない。

〈仮想モデル文例1〉 出産育児一時金事前申請書

平成22年9月8日

東京都弁護士国民健康保険組合 御中

東京都港区西新橋1-12-3

西新橋TMビル4階

(被保険者) 井上 清成・印

被保険者証の記号〇〇—〇〇〇、番号〇〇〇

東京都江戸川区中葛西5-2-41

(医療施設) 池下レディースチャイルドクリニック

(医師) 池下 久弥 印

家族出産育児一時金事前申請書

被保険者である井上清成は、その被扶養者である井上〇〇子（生年月日・昭和〇〇年〇月〇日）が現在、妊娠4ヶ月以上であり出産予定日が平成22年11月8日となっています（単胎）〔これに相違ないことを医師池下久弥はここに証明する。〕ので、出産した場合にはその通知をする翌日までに、家族出産育児一時金39万円を下記口座に送金してお支払いいただくよう、予め申請いたします。なお、この他に同様の出産育児一時金・家族出産育児一時金の支給申請をしていないし、支給申請をするつもりもないことをここに証します。

記

〇〇銀行〇〇支店 普通預金 口座番号〇〇〇〇〇〇〇〇

口座名義 池下久弥

〈仮想モデル文例2〉 出産育児一時金支給請求書

平成22年11月8日

東京都弁護士国民健康保険組合 御中

東京都港区西新橋1-12-3

西新橋TMビル4階

(被保険者) 井上 清成 ㊤

被保険者証の記号〇〇—〇〇〇、番号〇〇〇

東京都江戸川区中葛西5-2-41

(医療施設) 池下レディースチャイルドクリニック

(医師) 池下 久弥 ㊤

家族出産育児一時金支給請求書

被保険者である井上清成は、その被扶養者である井上〇〇子(生年月日・昭和〇〇年〇月〇日)が平成22年11月8日に子を出産した(生産、単胎)[これに相違ないことを医師池下久弥はここに証明する。]ので、この他に(家族)出産育児一時金の支給申請をしていないこと及び支給を受けていないことをここに証すると共に、明日(11月9日)までに、家族出産育児一時金39万円を下記口座に送金してお支払いいただくよう、請求いたします。

なお、明日(11月9日)までに金39万円のお支払いなき場合は、11月10日から支払い済みまで年5分の割合による遅延損害金の請求を行うと共に、金39万円及び遅延損害金の支払いを求める訴訟を直ちに東京簡易裁判所に提起いたしますので、念のためここに申し添えます。

記

〇〇銀行〇〇支店 普通預金 口座番号〇〇〇〇〇〇〇〇
口座名義 池下久弥

〈仮想モデル文例3〉訴状

平成22年11月10日

訴状

東京簡易裁判所民事部 御中

原告 井上 清成[㊟]

当事者の表示 別紙当事者目録記載のとおり

家族出産育児一時金支給請求事件

訴訟物の価格 金39万円也

貼用印紙額 金5,000円也

請求の趣旨

1. 被告東京都弁護士国民健康保険組合は、原告に対し、金39万円及びこれに対する平成22年11月10日から支払い済みまで年5分の割合による金員を支払え
 2. 訴訟費用は被告東京都弁護士国民健康保険組合の負担とする
- との判決並びに仮執行の宣言を求める。

請求の原因

〈以下、省略〉

以上

法律の知恵袋

社会保障審議会医療保険部会の審議

井上法律事務所 井上清成

1. 直接支払制度の審議

7月14日、社会保障審議会医療保険部会で、「2011年度以降の出産育児一時金制度について」の第1回目の審議が行われた。審議時間が1時間程度に制限されていたため、同日の審議では各委員が一通りの意見を述べたにとどまる。

筆者もその専門委員に任命された。一応の意見は述べたが、時間が限られていたため、十分な法律論の講釈はできなかった。

ただ、その審議の中で感じざるを得なかったことがある。それは、現行の出産育児一時金直接支払制度に関する法律上の疑義に対して、厚生労働省保険局の意識は必ずしも高くないという現実であった。

2. 法律上の疑義

現行の出産育児一時金直接支払制度には、健康保険法に照らして、多くの法律上の疑義がある。例えば、「直接支払制度によって妊産婦は手持ち資金なしでお産ができる。便利な制度である」といった勘違いが横行している。これなどは疑義の代表例であろう。

こうした勘違いの大前提として、「出産育児一時金は出産後退院前にはまだ支給されないので、分娩費用を妊婦自ら用意せざるを得ない」という認識がある。このため、「直接支払制度は、出産育児一時金を分娩機関に直接に支払ってくれる。手持ち資金なしでお産ができるから良い制度だ」となる。

しかし、健康保険法が「出産育児一時金の支給は出産後即時にすべきだ」と定めているとすれば、認識と評価の大前提は崩れ去る。つまり、直接支払制度は健康保険法違反の大前提の上に構築されていることになってしまう。「存在自体が違法な制度」とさえ評し得るものかもしれない。

3. 出産即時払い請求の設例

一つの設例を挙げてみよう。

仮に、妊娠4カ月以上の妊婦が、通っている産科診療所に妊娠4カ月以上である旨の診断書を発行してもらい、妊婦の加入している健康保険組合(保険者)に対し、出産予定日(見込み)を示して、「出産したら即日または翌日に出産育児一時金39万円を支払ってもらいたい」と請求したとする。

その妊婦が出産予定日ごろに無事に出産したので、分娩をした産科診療所に、出産した旨の事実を健康保険組合に対して通知してもらい、併せて産婦も健康保険組合に39万円の即時支払いを要求した。ところが、健康保険組合は通常の支払サイトが1カ月後なので、その産婦に1カ月後に39万円を支払ったとする。

この場合、産婦は、39万円の支払いが1カ月遅れたことの利息(遅延損害金という)として、年5%の割合での1カ月分の遅延損害金1600円(概算)を健康保険組合に請求できるであろうか。つまり、健康保険組合は事務上の都合によるやむを得ない遅延だったといえども、遅

延損害金1600円を産婦に支払わねばならないのか——という設例である。

4. 健康保険法の定め

健康保険法の明文は多くない。出産育児一時金の基本条文は第101条であり、「被保険者が出産したときは、出産育児一時金として、政令で定める金額を支給する」と定めるのみである。「被保険者が出産したときは」としか定めていない。

また、第56条第1項も、「……出産育児一時金……の支給は、その都度、行わなければならない」と定めるのみである。これら以外に支給時期にかかわりのありそうな条文は見当たらない。となれば、あとは民法の一般原則や条文を用いるほかあるまい。

5. 期限の定めなき債務など

健康保険法は、「被保険者が出産したときは」と定めるのみで、「被保険者が出産したときに」とも「被保険者が出産して1カ月後に」とも定めていない。この点を素直に解釈すれば、「期限を定めていない」と考えられる。

民法上、これを「期限の定めなき債務」と呼ぶ。民法第412条第3項は、「債務の履行について期限を定めなかったときは、債務者は、履行の請求を受けた時から遅滞の責任を負う」と規定し、請求即時払いとしている。このように考えれば、出産育児一時金支給は、請求即時払いとなろう。

また、妊婦のうち妊娠4カ月以上の者について見れば、「出産時」という期限付き債務と考えることもできる。妊娠4カ月以上になれば、生産であろうと死産であろうと、出産育児一時金を支給せねばならない。その意味で、出産時という期限が付いているとも考えられよう。

年月日はあらかじめ確定していない。民法上、これを「不確定期限」と呼ぶ。民法第412条第2項は、「債務の履行について不確定期限があるときは、債務者は、その期限の到来したことを知った時から遅滞の責任を負う」と規定した。健康保険組合は出産したことを知ったときから遅滞することになる。

いずれにしても、出産した事実を知って出産育児一時金の支払請求がされた途端、保険者は39万円の即時払いを法的に強要されようである。1カ月も遅延すると、約1600円の遅延損害金を支払わねばならないかもしれない。

6. 法律問題の精査の必要性

近く、社会保障審議会医療保険部会で第2回目の審議が行われる。今後は出産育児一時金直接支払制度の現実的な利害得失だけでなく、そのベースとなっている法律問題も精査される必要があろう。

本稿では、一つの設例に対する筆者の見解を述べたが、これは私見にすぎない。社会保障審議会での審議資料として反映するためにも、読者の方々のご批判やそのほかの法的なご意見を請う次第である。



◎出産育児一時金直接支払制度

制度廃止を求め11月にも訴訟へ

弁護士から「直接支払制度は憲法違反」との指摘

出産育児一時金直接支払制度の廃止を求め、現場の産科医が11月にも国を相手取り訴訟を起こすことが分かった。7日には裁判に向けて直接支払制度の法的問題を検討する勉強会が都内で開催され、弁護士が「直接支払制度は憲法違反」と指摘した。

訴訟の準備を進めているのは全国約400人の産科医で組織する「産科中小施設研究会」の有志。当初、直接支払制度が完全実施される予定だった

田辺弁護士が指摘した法的問題点

- ①通達による新制度の創設
- ②代理受領の脱法行為性
- ③健保法56条との関係

た今年4月に提訴に踏み切る予定だったが、3月、厚労省が実施の猶予期間を来年3月末まで延長。また、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医学会も来年3月末で制度を廃止するよう求める要望書を厚労省に提出したことを受け、「両会の要望書」を支持する」として訴訟提起を延期していた。

見直しを求める意見が対立。同省は11月をメドに意見集約するとしていた。こうした状況を受け、研究会では「直接支払制度が継続されるのはほぼ確実」と危機感を強め、同制度の法的問題を検証する勉強会を開催した。

レセオナイン訴訟
弁護士が講演

勉強会では、レセプトオンライン請求義務化撤回訴訟で原告（保険医）の代理人を務めた田辺幸雄弁護士が講演した。

この訴訟は、厚労省が手書きでの請求も継続できるよう省令改正したことで、原告の事実上勝利の形で終結している。

田辺弁護士は直接支払制度の問題点として3点（別掲）を列挙。

第一に、保険局長通知によって制度を創設した問題について「国会は国の唯一の立法機関であり、国民の権利・義務に関わる問題は法律に基づいて決めるという憲法の原則に違反する無法行為」と断じた。

第二に、医療機関が保険者から一時金を代理受領する仕組みについて「保険給付を受ける権利は健保法61条、国保法67条によって、譲渡が禁止されている」と説明。「法的に『譲渡』できないから『代理受領』としたことは『脱法行為』とした。第三に、医療機関への

入金が約2カ月後である問題について「健保法56条で『一時金等の支給は、その都度行う』と規定しており、明確に法律違反」と指摘した。

「分婉取扱を止める」

勉強会終了後、研究会の池下久弥氏は本誌に対し、「今日は訴訟に向けた決起集会」とし、「事務手続き上、訴訟を提起するのは11月になる」と説明。田辺弁護士らを弁護人に訴訟の準備を進めるとした。

また研究会の池川明氏は、来年4月以降、自身の診療所で分婉取扱を止める考えを明らかにした。池川氏は、「制度が強制になれば借金をせざるを得ないが、それはしたくない。今、決断をしない。4月に間に合わない。国の対応の決定が遅すぎる」と話す。

「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」の法的問題点

厚生労働省社会保障審議会
医療保険部会 専門委員
弁護士井上清成 先生

江東総合法律事務所
弁護士田辺 幸雄
(東京弁護士会)
弁護士竹内 奏子
(東京弁護士会)



馬車道法律事務所
弁護士小賀坂 徹
(横浜弁護士会)
弁護士大野 美樹
(横浜弁護士会)



標記制度については以下のような問題点があると思料しますので、審議会での審議にあたって専門委員のお立場からご検討下さい。

第1 結論

本制度については、少なくとも以下の問題点がある。

- 1 通達による新制度の創設
法律による行政の原理（憲法 41 条）違反
- 2 「代理受領」の脱法行為性
健康保険法 61 条との関係
 - ① 受給権保護の趣旨を行政自らが破る問題性
 - ② 代理受領自体の法律的問題点
- 3 正しい制度構築のあり方に逆行
健康保険法第 56 条との関係

第2 通達による新制度の創設

一法律による行政の原理(憲法 41 条)違反

1 平成21年5月29日保発第0529006号通達

今回の「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」は、平成21年5月29日付厚生労働省保険局長の地方厚生(支)局長宛通達に基づいて、実施されることを予定しているものである。なお、同日付で同じ内容の通達が保発第0529008号として、全国健康保険協会理事長と健康保険組合理事長宛に発令されている。

具体的な制度の仕組みは、本通達に添付された「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱」(以下、「実施要綱」という)によることになるがまず通達の本文を確認する。

その内容は以下の通りである。

「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度の取扱いについて健康保険法施行令等の一部を改正する政令(平成21年政令第139号)が平成21年5月22日に公布され、出産育児一時金等の支給額が、本年10月1日か

ら平成23年3月31日までの出産について4万円引き上げることとされたところであるが、それに併せて、別添のとおり「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱」を定め、本年10月1日より実施することとしたので、保険者の指導に当たって御配慮願いたい。」

ここでまず指摘したいことは、本通達にある政令の改正と「出産一時金直接支払制度」とは、直接の関わりがないことである。

健康保険法第101条は「被保険者が出産したときは、出産育児一時金として、政令で定める金額を支給する。」と定め、これを受けた政令である健康保険法施行令第36条では「(健康保険法)法101条の政令で定める金額は、35万円とする。ただし、病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産であると保険者が認めるときは、三十五万円に、第一号に規定する保険契約に関し被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、3万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した金額とする。」と定めていたのである。

これが、健康保険法施行令等の一部を改正する政令(政令139号)により、次の通り「平成21年10月から平成23年3月までの間の出産に係る出産育児一時金」については39万円(+3万で42万円)に引き上げられたのである。

「(健康保険法施行令の一部改正)

第1条健康保険法施行令(大正十五年勅令第二百四十三号)の一部を次のように改正する。附則に次の一条を加える。

(平成二十一年十月から平成二十三年三月までの間の出産に係る出産育児一時金等に関する経過措置)

第7条被保険者若しくは日雇特例被保険者若しくはこれらの者であつた者又は被扶養者が平成二十一年十月一日から平成二十三年三月三十一日までの間に出産したときに支給する出産育児一時金又は家族出産育児一時金についての第三十六条の規定の適用については、同条中「三十五万円」とあるのは、「三十九万円」とする。」

ここで明らかなように、通達が引用する「健康保険法施行令等の一部を改正する政令」による改正事項は、一時金の額の引き上げで完結しているのであり、「出産一時金直接支払制度」とは関わりがない。

通達は「それに併せて」と述べているが、法律やこれに基づく政省令の改廃とは関わりなく厚労省という行政機関が独自に創設しようとしている制度である。

2 通達の意義と限界

通達とは「上級の行政機関が下級の行政機関に権限行使に関して行うもの。その宛先は当該行政機関である。効力は行政機関相互間においてのみ存在するもので、行政組織外部との関係、すなわち対私人との関係では何らの法的拘束力を持たない。」(藤田宙靖「行政組織法」)

このことを、国家行政組織法は次のように定めている。

国家行政組織法

「第 14 条」

2 各省大臣、各委員会及び各庁の長官は、その機関の所掌事務について、命令又は示達するため、所管の諸機関及び職員に対し、訓令又は通達を発することができる。」

ここで「所管の諸機関及び職員に対し」と述べている点がポイントで、通達は行政機関内部でしか効力を有せず、行政機関の外部にある私人に対しては何の拘束力も持たないのである。

この点、同じく行政機関が定めるものでも政令や省令は、それが法律の委任に基づいて作成されたものである限り、国民を直接拘束する。

本件との関係でいうと、前記の通達の名宛人とされた地方厚生（支）局長は厚生省労働局長の「下級行政機関」であるし、また、保険者（健康保険法 4 条）である全国健康保険協会理事長と健康保険組合理事長も健康保険法第 7 条の 39、同第 29 条に基づき、厚労大臣の監督に服することにされているので、この限りでは下級行政機関として同じく通達を受ける立場にたつ。

しかし、保険医療機関については、健康保険法第 73 条で「保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。」とあって、「療養の給付に関して指導を受ける」ことはあっても、それ以上のものではなく、下級行政機関として厚労大臣から指揮・命令を受けるような立場にはない。

保険医療機関は他の国民と同様に厚労大臣との関係では私人の立場に立つもので通達の効力は当然及ばない。

3 結論

本件の通達に基づく要綱では、「第 2 直接支払制度の運用方法」として、「2 出産を取り扱う医療機関等における事務」を指示している。

本来、通達によって拘束されるはずのない保険医療機関に対して、厚労省がこのような「事務」を指示する権限はないはずである。

あえてこれを強いるのであれば、法律による行政の原理（憲法 41 条）に反することはもとより、行政が国民に対して何らの権限がないのに義務なきことを行わせる点において、憲法前文、幸福追求権（憲法 13 条）、適正手続保障（憲法 31 条）に違反するとの非難をまぬがれないであろう。

また、もし、これが行政指導だというのであれば、厚労省は行政指導であることを明記すべきである。この場合、行政指導の一般原則として行政手続法 32 条に基づき任意性と不利益取扱いの禁止が要請されることになる。

行政手続法

(行政指導の一般原則)

第 32 条 行政指導にあつては、行政指導に携わる者は、いやしくも当該行政機関の任務又は所掌事務の範囲を逸脱してはならないこと及び行政指導の内容があくまでも相手方の任意の協力によってのみ実現されるものであることに

留意しなければならない。

- 2 行政指導に携わる者は、その相手方が行政指導に従わなかったことを理由として、不利益な取扱いをしてはならない。

ちなみに、本通達によって廃止された平成18年8月30日付保保発第 0830005号、同第 0830006 号「出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理について」では、

「この受取代理は、医療機関等の同意の下で実施するものであり、」

「受取代理の取扱いは、被保険者及び医療機関等の間で、当事者の任意による代理契約により成立するものであり、被保険者及び医療機関等に当該取扱いによる請求を強制するものではないこと。」

などと以上に述べてきた通達の意義と限界を踏まえた態度がとられていた。

今回の厚労省通達はこの問題に関するこうした従前の行政の方針とも整合性がない。

第3 「代理受領」の脱法行為性

一 健康保険法 61 条との関係

1 問題の所在

今回の出産一時金直接支払制度は、「被保険者等が病院、診療所又は助産所（以下「医療機関等」という。）との間に、出産育児一時金等の支給申請及び受取に係る代理契約を締結の上、出産育児一時金等の額を限度として、医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金等の支給申請及び受取を直接保険者で行うことにより、被保険者等があらかじめまとまった現金を用意した上で医療機関等の窓口において出産費用を支払う経済的負担の軽減を図るものである。」（前掲通達）

すなわち、健康保険法上の保険給付として被保険者が受領すべき出産育児一時金を保険医療機関が「代理受領」する制度である。

この場合、被保険者と保険医療機関との間に、債権譲渡（民法第 466 条）に類似した法律関係が生ずるので健康保険法上の受給権保護規定である健康保険法 61 条、国民健康保険法第 67 条との関係の検証が必要になる。

同時に、「代理受領」は債権回収の法技術として生み出されたシステムであり独自の法的問題点もある。

2 「出産一時金」の法律関係

健康保険法第1条は、「この法律は、労働者の業務外の事由による疾病、負傷若しくは死亡又は出産及びその被扶養者の疾病、負傷、死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。」と定めて、疾病、負傷、死亡、出産の4つを医療保険の対象とする保険事故としている。

そして、これらの保険事故に対応する保険給付として、健康保険法第 52 条 1 項 4 号に「出産育児一時金の支給」がある。また、保険給付の方法として第 56 条が、さらに、出産育児一時金の額について第 101 条がある。

国民健康保険法では、第 58 条に「出産育児一時金の支給」が定められている。他に、保険給付全体にかかる規定として、前記の受給権保護に関する健康保険法第 61 条、国民健康保険法第 67 条がある。

<健康保険法>

第 52 条 被保険者に係るこの法律による保険給付は、次のとおりとする。

- 一 療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費及び移送費の支給
- 二 傷病手当金の支給
- 三 埋葬料の支給
- 四 出産育児一時金の支給
- 五 出産手当金の支給
- 六 家族療養費、家族訪問看護療養費及び家族移送費の支給
- 七 家族埋葬料の支給
- 八 家族出産育児一時金の支給
- 九 高額療養費及び高額介護合算療養費の支給

(出産育児一時金)

第 101 条 被保険者が出産したときは、出産育児一時金として、政令で定める金額を支給する。

<国民健康保険法>

第 58 条 保険者は、被保険者の出産及び死亡に関しては、条例又は規約の定めるところにより、出産育児一時金の支給又は葬祭費の支給若しくは葬祭の給付を行うものとする。ただし、特別の理由があるときは、その全部又は一部を行わないことができる。

3 健康保険法 61 条(受給権保護)

債権の譲渡は原則として自由であるが、法律規定により譲渡を禁止されている債権というものがある。

健康保険法、国民健康保険法に基づく「保険給付を受ける権利」がその典型である。

被保険者が、保険者に対して有する「保険給付を受ける権利」も債権の一種であるが、これらの債権は法律によって、譲渡、担保設定、差押が禁止されている。

健康保険法 (受給権の保護)

第 61 条 保険給付を受ける権利は、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることができない。

国民健康保険法 (受給権の保護)

第 67 条 保険給付を受ける権利は、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることができない

その理由は、

「債権の実現による債権者の利益をその債権者のために一身専属的に保護すべき必要性が著しく大きいため国家が債権者の保護のために、積極的に個々人の権利に干渉したもの。」すなわち、国民全体の福利の増進を行う公益的理由と債権者の生活利益の実現の観点から、原債権者自身を満足させなければ、その目的を達成し得ない

権利として、譲渡差押等が禁止されているのである。(注釈民法 11-361 頁)

保険給付には、現物給付と現金給付とがあるが、これらの権利が仮に債権者である被保険者の意思に基づくとしても、安易に他人に譲渡することが認められるならば、医療保険制度としての国民の福祉に反することは明らかである。

したがって、健康保険法 61 条、国民健康保険法 67 条の受給権保護の規定の趣旨は債権者の意思如何にかかわらず公益的見地から厳格に貫かれなければならない。

今回の「要綱」では

「③ 医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金等を受け取った額の範囲で、保険者から被保険者等へ出産育児一時金等の支給があったものとみなされる旨

④ 現金等で出産費用を医療機関等に即時支払う等の理由により直接支払制度を利用せず、被保険者等が別途従来どおりの方法で出産育児一時金等の支給申請を行うことは、法令上妨げられるものでない旨」

を保険医療機関の事務として、被保険者に説明することとされている。

これらはいずれも被保険者の立場からするならば、本来、直接被保険者に対してのみ支払われるべき「出産育児一時金」の支払いが制約されるものであるから、控えめに言っても前記の健康保険法 61 条、国民健康保険法 67 条に基づく受給権保護の制度趣旨に反するものというべきである。

少なくとも、行政が積極的に主導すべき制度とはいえない。

4 「代理受領」とは何か。

代理受領という制度は、「代理受領委任契約」などと判例上では表現されることがあるが、要するに委任契約において代金等の取立権限を受任者に委ねる契約である。

もともと、このような契約類型が独自に民法で定められているわけではなく、金融実務や請負契約等で代金あるいは貸金回収の便法として用いられている法的手段である。

その具体例として、代理受領に関する有名な最高裁判例がある。

<最高裁判所第1小法廷昭和61年11月20日判決>

これは次のような事案である。

- ① Y建設がK不動産のビル建築工事を請け負った。
- ② Y建設は、S銀行から融資を受けるにあたり、担保としてこの請負代金のうち4000万円について、K不動産から受領する権限をS銀行に与え、その際、Y建設は自ら取立をしないこと、Y建設はこの授權を一方的に解除しないことを約束した。
- ③ 同日、K不動産は右の代理受領契約の内容を了承のうえで、Y建設の持参した授權証の第三債務者欄に署名し、S銀行に直接支払うことを約束した。
- ④ S銀行はY建設に4000万円の貸し出しを実行した。
- ⑤ K不動産は請負代金の残額全額を(②③の約束に違反して)Y建設に払った。以上の事実関係のもとで、その後Y建設が倒産し、S銀行はK不動産に対してY建設に対する融資額相当の支払いを求める訴訟を提起した。

いわゆる代理受領契約の具体的な事例は以上のようなものである。そして、今回の要綱においても、保険医療機関と被保険者との合意書面において、上記②③のような事項を合意させようとしている。

前記の最高裁判決の結論だが、

第1に、「代理受領を承認した第三債務者（K不動産）は、債権者（S銀行）に対し、直接支払義務を負うものではないと解するのが相当である。」とした。

第2に、しかし、K不動産は、S銀行に対し不法行為に基づく損害賠償責任を負うとした。（1，2審はこれも否定）

その理屈は省略するが、代理受領契約においては前記②③のような書面が取り交わされていても、代理受領の本質は取立委任でありY建設に直接支払っても有効（債権譲渡の場合との違い）という判断が示されていることは重要である。

債権譲渡の場合には有効な債権譲渡がなされた場合には、債権譲受人に支払わなければならない有効な弁済とならないが、「代理受領」には、上記のような脆弱性があることを認識すべきである。

したがって、トラブルが生じた場合に法律関係は複雑にならざるを得ない。

今回の直接支払制度は、被保険者の「保険給付を受ける権利」（出産育児一時金請求権）を第三者たる保険医療機関に、債権譲渡することは健康保険法61条、国民健康保険法67条により禁止されていることから案出された制度であるが、前記のように健康保険法61条、国民健康保険法67条の規制をのがれるための一種の脱法行為であるとともに、法制度としても難点をかかえているものである。

5 委任契約の解除について

前記の代理受領に関連して、委任契約の解除についてふれる。

代理受領は前記の通り、委任契約の一形態である。

委任契約は、信頼関係に基づく契約であるから、解除がいつでも自由である。

民法第651条

（委任の解除）

「委任は、各当事者がいつでもその解除をすることができる。

2 当事者の一方が相手方に不利な時期に委任の解除をしたときは、その当事者の一方は、相手方の損害を賠償しなければならない。ただし、やむを得ない事由があったときは、この限りでない。」

委任契約には、報酬の支払約束のある有償委任とこれがない無償委任がある。

有償委任の場合も民法651条に基づいて、いつでも解除が自由では不当ではないかという議論はあり、これに沿った判例もある。しかし、無償の委任の場合には原則通り民法651条の解除自由の規定が働く。

要綱に基づく代理受領委任契約は当然無償の委任契約である。

この場合、厚労省のQ&Aにあるように、委任契約の解除に対して、「信義則違反の主張」で法的に有効に対処しうるかは疑問である。

第3 正しい制度構築のあり方に逆行

一 健康保険法第56条との関係

今回の直接支払制度について、「被保険者等があらかじめまとまった現金を用意した上で医療機関等の窓口において出産費用を支払う経済的負担の軽減を図る」(通達)という意図には反対する人はいないであろう。

しかし、この被保険者の利益の実現を保険医療機関だけの負担において行おうとすることに最大の問題があるのではないか。

ここで、保険給付の方法に関する健康保険法の規定を検討してみたい。

(保険給付の方法)

「第56条 入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、移送費、傷病手当金、埋葬料、出産育児一時金、出産手当金、家族療養費、家族訪問看護療養費、家族移送費、家族埋葬料及び家族出産育児一時金の支給は、その都度、行わなければならない。第百条第二項(第百五条第二項において準用する場合を含む。)の規定による埋葬に要した費用に相当する金額の支給についても、同様とする。

2 傷病手当金及び出産手当金の支給は、前項の規定にかかわらず、毎月一定の期日に行うことができる。」

保険給付は、前記の通り現物給付と現金給付がある。

健康保険法第56条は、療養の給付のように現物給付とされる保険給付を除いた現金給付である保険給付について「その都度、行わなければならない。」と規定している(但し、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給は除外されている)。この趣旨は何か。

ここで「その都度」としているのは、現金給付の弊害を念頭においたものと考えられる。すなわち、一般的に現金給付とした場合、前払いとすれば實際上これを療養目的外に流用のおそれがある。また、後払いとすれば被保険者が一時的にせよ費用の立替えをしなければならない。いずれにしても適時、適切な医療を行なえない場合が生ずるおそれがある。

そこで、出産という事由が発生した場合、出産育児一時金の支払いは、早すぎず、遅すぎず適時適切になされなければならない、というのが「その都度」の意味であろう。

この場合、56条2項で「傷病手当金及び出産手当金の支給は、前項の規定にかかわらず、毎月一定の期日に行うことができる。」としていることとの対比で考えるならば、1項の場合には「毎月一定の期日」より、すみやかにスピーディになされることが法の期待しているところといえよう。

そうであるならば、本来、被保険者に出産後すみやかに出産育児一時金が支払われるように、運用を改善することが大前提なのではないか。

保険医療機関が、「代理受領」する期日が出産後2ヶ月以上もあとになるということは、それが「代理受領」である以上、法的には権利者である被保険者が出産育児一時金を受領する期日がそれだけ遅れていることにほかならない。

これは、健康保険法第56条1項に反することは明らかである。 以上

(補論) 直接支払制度の施設名公表の問題点

第1 問題の所在

平成22年6月29日付政府「答弁書」による事実関係

- ① 厚労省が
- ② 出産育児一時金代理申請・受取請求書の提出実績のある医療機関等の名称の一覧を
- ③ 各都道府県の国民健康保険団体連合会から情報を入手して
- ④ 国民健康保険中央会に対し情報を提供
- ⑤ 国保中央会は当該情報をHPに掲載
- ⑥ 国民健康保険の保険者に提供 (HPを閲覧可能)

<目的>

保険者に対する被保険者からの直接支払実施の有無についての問い合わせに回答するため

第2 政府見解

このような情報公開は「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」(以下、「行政機関個人情報保護法」という)に照らして違法ではない。

理由

- 1 同法の「個人情報」に該当しない。
- 2 仮に該当しても目的が前記の通りで正当なので違法ではない。

第3 検討

1 個人情報該当性

本件の情報(前記第1②)は行政機関個人情報保護法第2条2項の「個人情報」に該当する。

行政機関個人情報保護法

「第2条

- 2 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの(他の情報と照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。)をいう。」

「出産育児一時金代理申請・受取請求書の提出実績のある医療機関等の名称」は、この要件に欠けるところはなく同法上の個人情報である。

<個人情報該当性の判断について>

参考文献 岡村久道(「個人情報保護法」商事法務) P60 以下

- ・ 個人事業者の当該事業に関する情報も「個人情報」に該当する。
- ・ 個人に関する情報とは個人の内心、外観、活動等の状況のみならず個人に属性に関する情報のすべてをいう。
- ・ 公表され公知となっている情報も個人情報である。

- ・ 「評価情報」も個人情報である。
- 識別の容易性を要件としていないこと。
行政機関個人情報保護法ではより厳格に個人情報を保護するため、民間に対する個人情報保護法と異なり「識別の容易性」を個人情報の定義の要件としていない。

2 開示の違法性

A 行政機関個人情報保護法1条違反

(目的)

第1条

この法律は、行政機関において個人情報の利用が拡大していることにかんがみ、行政機関における個人情報の取扱いに関する基本的事項を定めることにより、行政の適正かつ円滑な運営を図りつつ、個人の権利利益を保護することを目的とする。

前掲岡村 43 頁

この法律は「個人の権利利益を保護」することを目的とする。

すなわち、個人情報の保護がこの法律の目的ではなく、「個人の権利利益の保護」が法の目的とされている。

ここでいう「個人の権利利益」とは、

「個人情報の取り扱いの態様いかんによって侵害されるおそれのある個人の人格的、財産的な権利利益全般を指す。」ものである。

園部逸夫編「個人情報保護法の解説」ぎょうせい

そうすると、本件情報の開示は国民のある集団の便宜をはかるとすることによって、国民の他の集団の不利益となる性格の事柄である。

つまり、直接支払いの実施をしている医療機関名の開示は、非実施医療機関の「個人の人格的、財産的な権利利益全般」を損なうことが明白であるから本法第1条に違反する行為である。

B 同法3条違反

(個人情報の保有の制限等)

第3条 行政機関は、個人情報を保有するに当たっては、法令の定める所掌事務を遂行するため必要な場合に限り、かつ、その利用の目的をできる限り特定しなければならない。

同法第3条1項は、行政機関の個人情報保有を

「法令の定める所掌事務を遂行するため必要な場合に限り」認めている。

出産育児一時金直接支払制度は、法令に根拠がある制度ではなく、単に通達のみによって創設しようとする制度にすぎないから、そもそもこのような情報を行政機関が保有する根拠はなく、ましてこれを第三者に開示しうる根拠もない。

したがって、本件情報の保有と第三者への開示は同法第3条に違反する。

C 「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」1条違反

本件情報は「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」(以下、「行政情報公開法」という)にいう、行政文書でもあり、かつ不開示情報に該当する。

「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」

第2条

2 この法律において「行政文書」とは、行政機関の職員が職務上作成し、又は取得した文書、図画及び電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られた記録をいう。以下同じ。）であつて、当該行政機関の職員が組織的に用いるものとして、当該行政機関が保有しているものをいう。

(行政文書の開示義務)

第5条 行政機関の長は、開示請求があつたときは、開示請求に係る行政文書に次の各号に掲げる情報（以下「不開示情報」という。）のいずれかが記録されている場合を除き、開示請求者に対し、当該行政文書を開示しなければならない。

- 一 個人に関する情報（事業を営む個人の当該事業に関する情報を除く。）
あつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と照合することにより、特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）又は特定の個人を識別することはできないが、公にすることにより、なお個人の権利利益を害するおそれがあるもの。
- 二 法人その他の団体（国、独立行政法人等、地方公共団体及び地方独立行政法人を除く。以下「法人等」という。）に関する情報又は事業を営む個人の当該事業に関する情報であつて、次に掲げるもの。ただし、人の生命、健康、生活又は財産を保護するため、公にすることが必要であると認められる情報を除く。
 - イ 公にすることにより、当該法人等又は当該個人の権利、競争上の地位その他正当な利益を害するおそれがあるもの

厚労省が国保中央会に提供している情報は本法第2条2項の「行政文書」に存在するものと考えられるが、

当該情報は同法5条1号の「個人情報」

または2号のイ 「事業を営む個人の当該事業に関する情報であつて」..

「公にすることにより、当該法人等又は当該個人の権利、競争上の地位その他正当な利益を害するおそれがあるもの」に該当するものである。

これらの「不開示情報」は、同法第3条の開示請求や第7条の公益上の理由による裁量的開示も許されないものである。

ところが、行政機関である厚労省が同法に基づく開示の要請すらないのに、一方的な行政文書に基づく不開示情報の開示を実行している。

これはこの法律の目的である「公正で民主的な行政の推進」に違反する違法不当な行政行為である。

(目的)

第一条 この法律は、国民主権の理念にのっとり、行政文書の開示を請求する権利につき定めること等により、行政機関の保有する情報の一層の公開を図り、もって政府の有するその諸活動を国民に説明する責務が全うされるようにするとともに、国民の的確な理解と批判の下にある公正で民主的な行政の推進に資することを目的とする。

以上

意見書

平成22年9月7日

弁護士 井上清成 先生

東京弁護士会

弁護士 小嶋 勇

第1 「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度（以下、「直接支払制度」という。）」の法的問題点

1 はじめに

現在、平成23年3月までの暫定的措置として実施されている「直接支払制度」については、すでに法律専門家等の有識者、さらには医療関係者ないし医療関係諸団体から多くの問題点が指摘され、その廃止が強く求められている。にもかかわらず、制度の継続を求める意見も少なくない。そこで、以下、端的に「直接支払制度」の法的問題点を指摘する。

2 被保険者（妊産婦）の「保険給付を受ける権利」への過度の制約

「直接支払制度」においては、産科医療機関が保険者から一時金を代理受領する仕組みが取られているが、これは、健康保険法及び国民健康保険法に定められている「譲渡禁止」を免れるための脱法的仕組みに他ならず、本来、「譲渡禁止」によって保護される被保険者（妊産婦）の「保険給付を受ける権利」に対する違法な制約である。そして、被保険者（妊産婦）の「保険給付を受ける権利」は財産的権利として憲法29条1項で保障される以上、憲法違反の疑いがある。また、現在の代理受領の仕組みにおいては、一時金の請求名義人が産科医療機関であるが、これではいわゆる振込指定とは異なり、支払いに関する被保険者（妊産婦）の自由選択は不可能であり、この点でも被保険者（妊産婦）の財産権（憲法29条）を過度に制約するものと評価せざるを得ない。さらに、代理受領は（無償）委任契約の一形態であり、解除自由の保障があるべきところ、「直接支払制度」においてはそれが制約され、いわゆる「信義則違反」に基づく解除が許容されるのみであることから、被保険者（妊産婦）の財産権（憲法29条）を過度に制約するものである。その上、後に指摘する「直接支払制度」の運用によって、結果的に産科医療機関への分娩費等の支払いが約2ヶ月後であるという点については、代理受領である以上、単に産科医療機関への支払いの遅れではなく、法的には実質的な権利者である被保険者（妊産婦）への支払いの遅れであり、この点においても被保険者（妊産婦）の財産権（憲法29条）を過度に制約する

ものと評価せざるを得ない。

3 産科医療機関の経営に対する過度の制約

「直接支払制度」の運用によって、結果的に産科医療機関への分娩費等の支払いが約2ヶ月後であるという点については（たとえそれが、制度の運用改善によって1ヶ月半程度に改善されたとしても）、「一時金等の支給はその都度行う」と規定する健康保険法56条違反であることは当然のこととして、そのような支払いの遅れによって経営的打撃を受ける産科医療機関の営業の自由（憲法22条1項）に対する過度の制約である。実際、「直接支払制度」を導入した結果、分娩費等の支払いがなされるまでの間の運転資金に窮し、経営的危機に瀕するに至った産科医療機関がある一方で、「直接支払制度」による経営的負担を避けるため「直接支払制度」を導入しなかった産科医療機関は、多くの妊産婦が「直接支払制度」を導入した産科医療機関を選択した結果、分娩数が激減し、経営的危機に瀕するに至ったという報告もなされている。そもそも産科医療機関に限らず、一定の営業を行うものにおいて、営業の対価としての経済的収入の金額や時期はその営業判断における根幹をなす、営業の自由（憲法22条1項）の中核的要素である。にもかかわらず、そのような中核的要素の一つである経済的収入の時期を制約するものとして、「直接支払制度」は憲法22条1項に違反する疑いがある。

4 「直接支払制度」導入の施設名公表の問題点

手持ち資金を持たない妊産婦の産科医療機関選択のための判断材料としての情報提供として、「直接支払制度」導入の施設名公表がなされている点については、それがいわゆる個人情報保護法に違反する行政行為であることは当然として、前記の通り、そのような公表に基づき入手した情報によって、被保険者（妊産婦）が「直接支払制度」導入の産科医療機関を選択するに至る結果、「直接支払制度」を導入しなかった産科医療機関の分娩数の激減をもたらし、経営的危機を招く原因となってしまっている。つまり、「直接支払制度」導入の施設名公表が、あたかも「直接支払制度」を導入しない産科医療機関が妊産婦の希望に添わない産科医療機関であるかのごとき不当な評価を伴う制裁的な効果をもたらしている。そして、これが法律ではない、保険局通達によって創設されていることから、法律の根拠に基づかない刑罰に準ずる不利益措置として、憲法31条及び憲法73条6号但し書きに反する疑いがある。

5 産科医療機関と他の医療機関との不合理な差別

「直接支払制度」は、すでに指摘したとおり、結果的に産科医療機関への分娩費等の支払いが

約2ヶ月後であり、経営的不利益を生ずる点、さらに、「直接支払制度」導入の施設名が公表された結果、それが制裁的措置として機能するという点において、産科医療機関を他の医療機関（出産に関わることのない医療機関）との比較において不合理に差別するものであり、憲法14条1項に違反する疑いがある。

6 手続上の不備

「直接支払制度」は、すでに指摘したとおり、国民たる被保険者（妊産婦）及び産科医療機関に多くの不利益をもたらす制度であるにもかかわらず、法律ではなく通達で創設された上、その制度創設にあたり、最も不利益を被る産科医療機関関係者への適切な事前聴取等の手続きが取られていないばかりか、制度の運用においても、産科医療機関の適切な聴取を行っていない。この点、法定手続の保障を規定する憲法31条はその手続の適正へも保障し、かつ、同条は刑事手続きのみならず、他の手続にも類推ないし準用されるべきところ、「直接支払制度」においては、適正な手続が取られておらず、憲法31条に違反する疑いがある。

7 「立法」事項の逸脱（憲法41条）

「国会は国の唯一の立法機関」（憲法41条）であり、少なくとも国民の権利・義務に関わる事項は法律によって定められなければならないところ、すでに指摘したとおり、「直接支払制度」は財産的権利（憲法29条1項）である被保険者（妊産婦）の「保険給付を受ける権利」という権利に関わるものである以上、法律によって定められるべきことが憲法の趣旨となる。ところが、「直接支払制度」は通達によって被保険者（妊産婦）の権利を制約するものであり、違憲の疑いがある。

8 法律による行政の原理違反

「直接支払制度」は、具体的な法的根拠もなく、保険局通達によって創設された制度であるが、これは、「法律を誠実に執行すること」（憲法73条1号）を主たる任務とする行政作用を逸脱するものであり、法治主義、ないし、いわゆる「法律による行政の原理」に反し、憲法41条に反し、違憲の疑いがある。

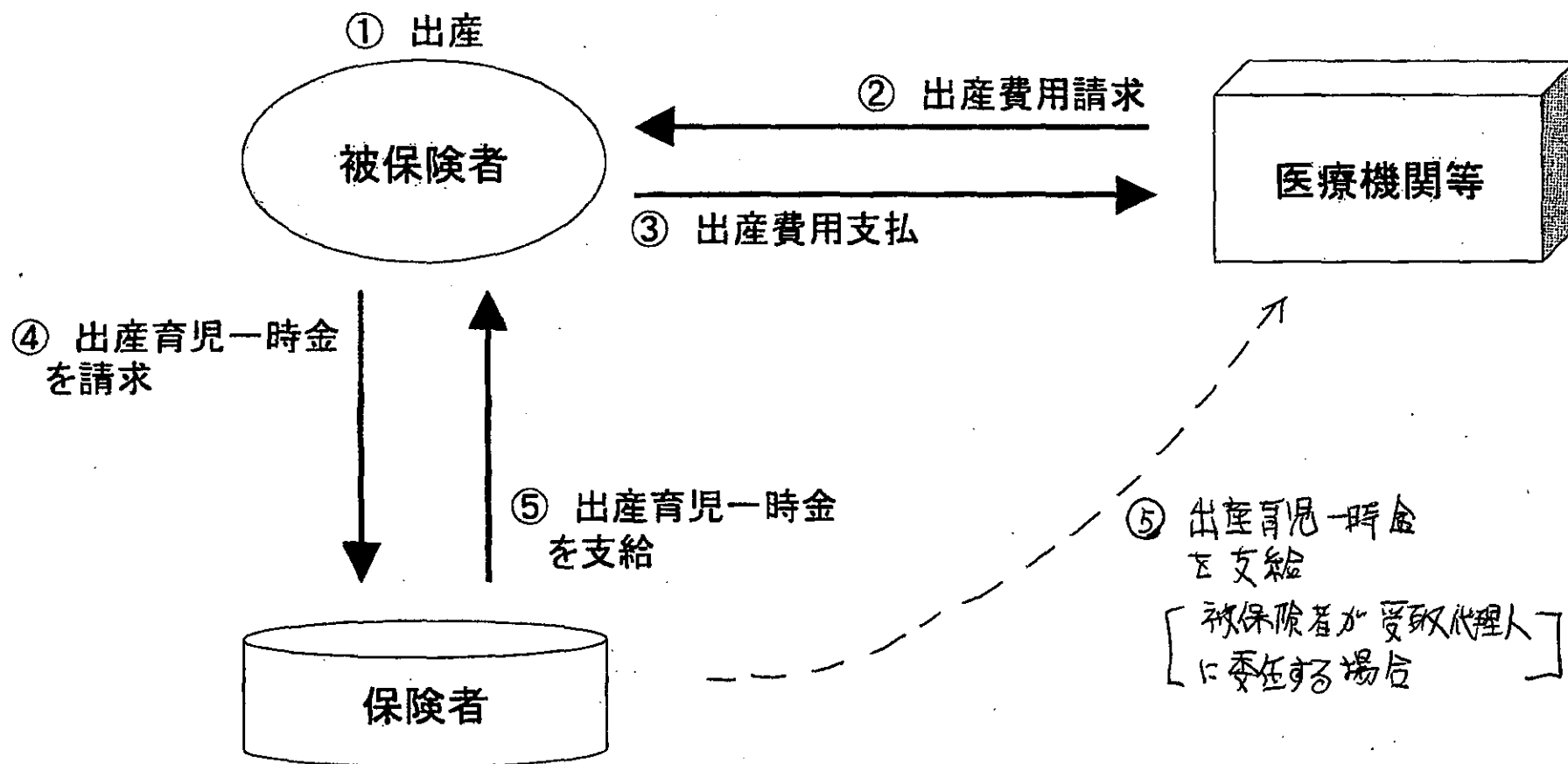
第2 まとめ

「直接支払制度によって妊産婦は手持ち資金がなくとも安心して出産ができる」「よって、直接支払制度は妊産婦にとって便宜な良い制度である」という理解は、一見もつともなようで、実は極めて情緒的で一面的な評価であって、その制度が有する不合理性や、それによって生ずる様

々な弊害を無視したものと言わざるを得ない。このような制度が恒常化することは、結果的に産科医療機関の消極医療や産科医ないし産科医療機関の減少を招来するものであり、ひいては、この制度によって最も恩恵を受けるはずの妊産婦が、結果的には安心して出産できない事態を招くこととなる。よって、現在の「直接支払制度」は速やかに廃止され、新たな制度の創設が適切になされることが急務である。

以 上

A. 保険者から妊婦等へ直接支給する方法



27

健康保険法の解釈と運用

法研

平成八年改訂版の発行に際して

平成五年に改訂版が発行されてから三年が経過した。この間、平成六年度に、療養の給付の範囲の見直し、入院時食事療養費の創設、付添看護の廃止、出産育児一時金の創設等を内容とする重要な制度改正が行われた。

今回の改訂では、このような平成六年度の改正事項のほか、結核医療、精神医療等の公費優先の公費負担医療の保険優先化等に伴う改正事項をも盛り込んで必要な加筆修正を行っている。

現在、医療保険制度をとりまく社会経済情勢は極めて厳しい状況にあり、医療保険財政の立て直しが急務とされているが、そうした中で、今回の改訂版が、現行健康保険制度についての理解を一層深めていただく上でお役に立つことを願うものである。

平成八年四月

厚生省保険局保険課長 角 田 博 道
社会保険庁保険管理課長 井 口 直 樹

出産一時金の直接払いは見直せ

健保組合職員 匿名希望45 (埼玉県)

出産育児一時金の直接払い制度に対し、資金繰りに苦慮している医療機関は制度の見直しを求めている一方、健康保険組合連合会はシステムなどの改修に費用を掛けたことから見直しに反対している、という記事が本紙に掲載されていました。

健保組合で実務に携わっている者として、見直しを求めます。「直接払い制度」とはいっても、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会というトンネル団体が間に入り、健保組合は事実上無審査で支給しなければならぬ上、手数料まで徴収されます。支給資格を満たさない請求を誤りとして支給しない時には、煩雑な手続きを強いられます。

直接払い制度が導入される前の、被保険者に代わって医療機関に出産育児一時金を支給する「受取代理制度」は使い勝手のよいものでした。被保険者には手続きが簡便、医療機関には支払いが迅速、健保組合は適切に審査して支給できる、と三方にとって不利益はありません。受取代理制度を実施すべきです。

問4: 今後の直接支払制度のあり方について

制度		理由	
直接支払制度(継続)	633	利用者の利便	保険者における事務負担
		591	147
		保険者における費用負担	その他
		23	27
受取代理制度	264	利用者の利便	保険者における事務負担
		196	203
		保険者における費用負担	その他
		73	50
従来の被保険者の請求による償還払い	398	利用者の利便	保険者における事務負担
		92	347
		保険者における費用負担	その他
		120	73
その他 (新たな制度のご提案など)	126	利用者の利便	保険者における事務負担
		83	89
		保険者における費用負担	その他
		37	55

2010 年 9 月 3 日

社会保障審議会医療保険部会
「平成 23 年度以降の出産育児一時金制度について」 論点整理案

社会保障審議会医療保険部会

専門委員 海野信也

(社団法人日本産科婦人科学会医療改革委員会)

平成 22 年 9 月 8 日開催予定の第 39 回社会保障審議会医療保険部会における討論を円滑化し、早期に結論を得ることを目的として、平成 21 年 7 月 14 日開催の第 38 回社会保障審議会医療保険部会における、「平成 23 年度以降の出産育児一時金制度について」に関する討論の論点整理を行いました。

- 「平成 23 年度以降の出産育児一時金制度について」の具体的意見
 - 「日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会」・井上弁護士：
 - ◇ 制度変更が必要
 - 事前直接申請→直後支払い（振込指定による直後および代理受取）
 - ◇ 出産育児一時金の引き上げ
 - 「日本助産師会」：早期入金・事務手続き簡素化
 - 「健康保険組合連合会」：
 - ◇ 加盟組合へのアンケート調査結果
 - 直接支払制度継続の継続 45%
 - 受取代理制度 19%
 - 従来 of 被保険者による事後申請制度 28%
 - その他 9%
 - ◇ 頻回の制度変更の負担→再び混乱を起こすことのないように、直接支払制度を継続すべき
 - ◇ 86% ぐらいの直接支払制度の利用率等からほぼ定着している制度であり、確かに対応が難しい医療機関の救済を図りながら制度を続けていくのが正論
 - 「日本病院協会」：
 - ◇ 急激な制度変更反対
 - ◇ 対応困難施設には現行の猶予策の継続。
 - 「全国市長会」：やはり技術的に工夫ができるところは工夫をしながら、産科医をできるだけ確保していくことは非常に重要。
 - 「国民健康保険中央会」：

- ◇ 急激な制度変更に反対
 - ◇ できるだけ今の一時金の直接支払を継続するということがいい
 - 「諫早医師会」：
 - ◇ 現状では従来の方法による現金払いが原則で、用意できなかった方に限り医療機関が分娩手当を代理請求にするようにする。
 - ◇ そのままの延長は望まない。
 - 「日本経済団体連合会」：
 - ◇ 制度の継続性を保つ
 - ◇ 困窮している病院・診療所に対しては、これから少しずつ制度変更を加える。
 - ◇ 今の金額を継続する場合は、各保険者への財政支援が不可欠
 - 「全国健康保険協会」：
 - ◇ 基本的には直接支払制度は継続していくことが現実的な対応
 - 「日本医師会」：
 - ◇ 学会と医会の御意見を尊重すべき
 - 「日本労働組合総連合会」：
 - ◇ 連合は、現物給付、保険診療にすべきと主張してきた。
 - ◇ 直接支払制度については継続をしていくべき
 - ◇ 改善すべきは改善するという事で対応
 - 「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会」：
 - ◇ この制度を進めることで産科の施設や助産所が閉鎖に追い込まれるということがやはり一番、私たちにとって困ること
 - ◇ 長い目で見て、だれも困らないものをきちんと十分に話し合っつけていかななくてはいけない
 - ◇ ことを進めるに当たって、産科施設も助産所も一つも閉鎖には追い込まない
- 平成 23 年度以降の新制度については大きく分けて 4 つの案が示されている。
 - 現行制度の継続：頻回の制度変更は望ましくない。
 - ◇ 「国民健康保険中央会」
 - ◇ 「全国健康保険協会」
 - 現行制度を基本的には継続し、どうしても対応できない部分は修正を加える。
 - ◇ 「健康保険組合連合会」：対応が難しい医療機関の救済を図る。
 - ◇ 「日本病院協会」：対応困難施設には現行の猶予策の継続
 - ◇ 「経団連」：困窮している病院・診療所に対して、少しずつ制度変更
 - ◇ 「連合」：改善すべきは改善する
 - 従来の被保険者の請求による償還払い
 - ◇ 諫早市医師会：そのままの延長は反対

- ◇ 「健康保険組合連合会」のアンケート回答のうちの28%
- 事前直接申請→振込指定による直後振込
 - ◇ 日本産婦人科医会
 - ◇ 日本産科婦人科学会
 - ◇ 日本医師会

● **論点整理**

- **保険者側の意見のまとめ**：現行制度は被保険者の便宜を図る趣旨で導入され、相当程度定着している。問題は、制度変更が頻繁になされていること。これ以上の制度変更と混乱は望まないの、この制度を継続することを望んでいる。
- **医療側の意見のまとめ**：産婦人科医および日本医師会の意見は、基本的に一致している。現行制度は、分娩施設の負担が過剰（導入時の運転資金の問題が未解決。事務負担が過剰）であり、継続は望まない。出産育児一時金に関することは保険者と被保険者の間で完結する制度であることが望ましい。事前直接申請→振込指定制度なら、被保険者の一時負担と分娩施設の負担を同時に回避可能。
- **被保険者の立場からの意見**：「工夫をして産科医の確保につとめる必要がある」（岡崎委員の高知市長としての発言）という意見と「この制度改革で産科施設も助産所も一カ所も閉鎖には追い込まれるべきでない」（阿真委員）という意見が述べられている。
- **全体のまとめ**：現行制度を継続する場合、なんらかの修正が必要であることについては保険者側委員の間でもほぼコンセンサスが得られている。しかしそのように修正を繰り返すことこそ、保険者が負担に感じている頻繁な制度変更そのものである。従って、本制度の継続は、制度変更と混乱の持続につながることになる。「長い目で見て、だれも困らないものをきちんと十分に話し合っつていかななくてはいけない」という阿真委員の発言に基づいて、関係者が受入可能な安定的な制度への移行が必要と考えられる。

● **次回以降の会議で検討されるべき課題**：

- **被保険者の立場の重視**：出産育児一時金は被保険者を支援するためのものであり、その支給方法については、第一義的に被保険者の意見が重要視されるべきである。第38回の会議では被保険者の意見が非常に少なかった。第39回以降の会議では被保険者にとって望ましい本制度のあり方という観点が必要視され、制度設計が行われる必要がある。
- **平成23年度以降の出産育児一時金制度を検討する際の基本理念の確認(以下 案)**
 - ◇ 妊産婦の分娩費用に係る経済的負担の軽減に資すること

- ◇ 地域分娩環境の確保により影響を与えること
 - ◇ 分娩に係る安全と安心の確保により影響を与えること
 - ◇ 安心して生み育てることのできる地域社会を構築し、子育て世代を支える制度とすること
 - ◇ 我が国の政策全体との整合性をはかり、結果として、国の少子化対策に資すること
- 平成 23 年度以降の新制度として提案された 4 つの案のメリットと問題点の検討
- ◇ 現行制度を継続する場合の問題点と、必要な具体的修正内容の検討：
 - 現行制度には法的な問題はないか？
 - これ以上の支払いの迅速化は可能か？
 - 事後申請の場合の限界は？
 - 事前申請とすることはできないか？
 - 制度導入猶予策の継続は可能か？
 - 困窮施設へのさらなる支援は可能か？
 - 事務負担の軽減は可能か？
 - 事前申請による代理受取制度の復活は可能か？
 - ◇ 日産婦学会・医会等が提案している新制度の実施可能性と問題点の検討
 - 事前申請・振込指定における事務負担の増加は被保険者・保険者にとって対応可能か？
 - 対応する場合の保険者の経済的負担はどの程度か？

平成 22 年 9 月 8 日

第39回社会保障審議会医療保険部会提出資料

社団法人 日本助産師会
副会長 毛利多恵子

平成 23 年度以降の出産育児一時金制度についての要望

当会は、第 38 回社会保障審議会医療保険部会における意見や提案を全国の助産所に伝え再度意見聴取を行いました。その結果、平成 23 年度からの出産育児一時金制度は、被保険者と保険者との締結とし、妊産婦の経済的負担の軽減、女性が選択できる方法とすること、分娩機関の事務手続きの簡素化と早期入金が考慮される制度となるよう以下の事項を要望いたします。

1 女性が選択できる出産育児一時金制度として次のことが考慮された制度とする。

- 1) 出産育児一時金の請求と支給は、被保険者と保険者間での完結を原則とすること。
- 2) 出産育児一時金は、被保険者が妊娠中期以降事前申請すれば、出産事実の通知後早期に受領することができること。
- 3) 被保険者が振込指定制度を希望した場合は、出産育児一時金の一部または全部を分娩施設等への支払いにあてることができること。以前の制度であった出産育児一時金の事前申請による受取代理人制度に事前申請時期を早め出産通知後、早期の入金システムに変更していただきたい。
- 4) 事前申請や出産事実通知の事務手続きは簡素化されること。
- 5) 出産育児一時金は、産後の育児不安、産後の 1 か月健康診査、母乳育児支援、育児支援、産後うつへの支援など女性が多様に使える補助券の発行等、育児一時金の確保すること。

2 社会保障の視点からより充実した制度となるための要望事項

- 1) 保険金未払い者であっても差し引かれることなく満額支給され、無保険者など受給資格のない女性への配慮もなされること。
- 2) 児童福祉法第 22 条における入院助産制度でも出産育児一時金と同額が支給されること。

高 原 晶 先生 御 下

、 貴 院 へ 申 込 願 望 申 上 せ 願 います。

制 度 開 始 以 来 貴 院 の 全 員 へ の プ ロ グ ラ ム 実 施 状 況 等 について 御 意 見 伺 います。

こ の 際 現 在 申 込 願 望 申 上 せ 願 います。 日 本 産 婦 人 科 医 会 長 崎 県 支 部 へ 直 接 申 込 願 望 申 上 せ 願 います。 貴 院 へ 直 接 申 込 願 望 申 上 せ 願 います。

こ の 際 貴 院 へ 申 込 願 望 申 上 せ 願 います。 貴 院 の 全 員 へ の 意 見 等 申 込 願 望 申 上 せ 願 います。 申 込 願 望 申 上 せ 願 います。

申 込 願 望 申 上 せ 願 います。

平 成 22 年 8 月 17 日

森 崎 正 幸



産 科 宝 マ タ ニ テ イ ク リ ニ ッ ク
婦 人 科

〒 851-0116 長 崎 市 東 町 1 7 3 2 - 1
TEL 095-838-7117

- 10月1日からの直接支払開始について
 - 容認する
 - 容認できない
- 容認できない場合の理由について(複数回答可)
 - 準備が間に合わない
 - 事務手続きが煩雑である
 - 資金繰りがつかない
 - 高額の出金が必要になることに納得がいかない
 - その他
- 容認できない場合、いずれの条件が改善されれば容認可能ですか(複数回答可)
 - 事務手続きが簡素化されれば容認できる
 - 借入金利が下がれば、容認できる
 - 少しずつ直接支払を増やすことが可能なら、容認できる
 - 「直接支払制度」の利用が任意であれば容認できる
 - 開始が()か月延期されれば容認できる
 - いかなる条件を提示されても容認できない
 - その他
- その他、ご意見があればご記入下さい

郡市名	氏名	医療機関名(文書送付先)	提出	10月1日からの支払開始	容認できない理由	容認可能な条件	意見等
長崎市		婦人科医院	○	A			基本的には(今の世論の現状からいっても)賛成ですが、 ①資金繰りの援助策を早急にしてほしい ②現物給付になっても現行の分償費が確保できることが条件です
長崎市		病院	○	A			
長崎市		レディースクリニック	○	B	A, B	A, G(現物給付につながるおそれ)	
長崎市		産婦人科医院	○	B	A, B, D	A, B(無利子で借入すべき)	
長崎市		病院 産婦人科	○	A			患者さんにとっては一時金が上ることはいいことと思うのですが、手続きについては、前業の先生は困られるようですね
長崎市		病院	○	B	A, B, C	A, B, C, D	
長崎市		産婦人科医院	○	B	B	A, D	
長崎市		産科婦人科レディースクリニック	○	B	A, B, C, D	A	
長崎市		クリニック					
長崎市		レディースクリニック	○	B	B, E(何故急にレセプトによる管理体制になるのか)	A(従来の申請ならいいが)	
長崎市		産科・婦人科クリニック	○	B	A, B	A	
長崎市		産婦人科	○	B	B, C	A, C, G(過剰申請について保険者側がもっと進歩する必要がある)	
長崎市		産婦人科	○	B	B, E(現在の制度からの後退である)	A(現在と同等であれば)	現在の事前申請の運営どおりでできない場合は現状維持とすべし。それができないなら制度自体をポイコットするべきと考えます。強い態度で臨んでください。
長崎市		レディースクリニック	○	B	A, B	A	
長崎市		マタニティクリニック	○	B	A, B, C	A, D	医会本部は現金給付制度の維持を謳っているが、現実的には現物給付制度へと導くこの制度を導入する理由がわからない。
佐世保市		産婦人科診療所	○	B	A, B	A, D	
佐世保市		診療所	○	A			産科医療補償制度の場合も同じであるが、事務手続きをもっと簡素化していただきたい。(上記の際に、事務員増員を余濫なくされたが風俗係への説明も含めると、より大変な手間が必要となります。)
佐世保市		産科婦人科医院	○	B	A(納付できる制度であれば間に合わせる)、E(この設問はこの制度における最も大事な事が抜けています。自由診療とは一体何なのでしょう?)	E	①この制度の創設の理由が不明確、未払いを無くすだけであれば、現行の「受取代理制度」の整備で済む事。この様な制度を1~2年で変えられては困る。 ②「受取代理制度」でも精算事務が多忙となっているのに、これ以上仕事を増やさない欲しい。また、事務手続きがこれほど煩雑にするのは?自由診療にそぐわない。 ③何故、わざわざ内容のチェックをするのでしょうか?チェックする方も人、手間、費用がいるのでは?これも自由診療にそぐわない。 ④入金まで2ヶ月近く掛かるのに、何の配慮もないのは信じ難い。特に医会本部の執行部はその事に対して何の疑問も持っていないのは、また、それに対して抵抗の跡もないのは? ⑤経済的には未払いが少々ある事より負担になります。 ⑥本当に未払いに対する施策とは考えられない、自由診療を保険診療へ変えるための布石とは思えない。 ⑦その他 制度自体に疑問や問題が山積みした欠陥制度です。また、自由診療を守るのであれば到底容認できない。産科医療補償制度もひどいが、この制度は産科の根幹を揺るがす事と認識しています。これをこのまま通すのは必ず、将来に禍根を残すと思います。
佐世保市		病院 産婦人科	○	B	B, D, E(事前申請で十分である)	F	事前申請(受取代理制度)であれば、入金までの期間は2週間~1ヶ月程度であったが、直接支払制度を利用すると2~3ヶ月かかると思われる。これは病院経営にはかなり負担になり、その意味からも何のメリットも無い。
佐世保市		産婦人科クリニック					
佐世保市		産婦人科医院	○	B	C	C	
佐世保市		レディースクリニック	○	B	A, B	A	



1. 10月1日からの直接支払開始について

- A. 容認する
- B. 容認できない

2. 容認できない場合の理由について(複数回答可)

- A. 準備が間に合わない
- B. 事務手続きが煩雑である
- C. 資金繰りがつかない
- D. 高額の借金が必要になることに納得がいかない
- E. その他

3. 容認できない場合、いずれの条件が改善されれば容認可能ですか(複数回答可)

- A. 事務手続きが簡素化されれば容認できる
- B. 借入金利が下がれば、容認できる
- C. 少しずつ直接支払を増やすことが可能なら、容認できる
- D. 「直接支払制度」の利用が任意であれば容認できる
- E. 開始が()か月延期されれば容認できる
- F. いかなる条件を提示されても容認できない
- G. その他

4. その他、ご意見があればご記入下さい

郡市名	氏名	医療機関名(文書送付先)	提出	10月1日からの支払開始	容認できない理由	容認可能な条件	意見等
佐世保市		産科婦人科	○	B	A, B, C, D	A, C, D	末端の委員の意見が集約され本制度の再検討を強く希望します
佐世保市		病院	○	B	B	G(現物給付への導入にならないようにしてもらいたい)	現物給付への移行は是非避けてもらいたい
佐世保市		病院 産婦人科					
諫早		産婦人科医院	○	B	G, E(多くの産婦人科がギリギリ運営の状態です。2ヶ月入金待つ余裕はありません。)	G(現状で、やっと慣れて定着してきているので、このまま希望)	今までの方式で、請求先を一元化して欲しい。そうすれば、様式は同じで出来るので楽です。内容も国保の物がよい。
諫早		レディースクリニック					
諫早		レディースクリニック					
諫早		病院 産婦人科	○	B	A, B, C, D	A, B, C, D	
諫早		レディースクリニック	○	B	B, C	A, D	
諫早		産婦人科医院	○	B	A, B	A	
諫早		産婦人科医院	○	B	A	A	
大村市		産婦人科	○	B	B, D	A, B	・出産育児一時金直接支払制度に関しては、入院費不払の患者さんに苦慮している立場からは賛成です。 ・分娩料などまるめの計算が多いので、詳しい請求書などになじまない部分が多い。
大村市		産婦人科医院	○	B	A, B	A, E(開始が2ヶ月延期されれば容認できる)	
大村市		産婦人科医院					
大村市		レディースクリニック	○	A			
大村市		医療センター 産婦人科	○	A			
島原市		産婦人科医院	○	B	A, B, C	A	休日、時間外、額面が多い分娩において、その支払が2~3日以後(ほぼ全額)になり、しかも無利子。借金の場合、高利子である。苦労のみが多い産科の廃業は近い。しかも少子化傾向!!
島原市		産婦人科医院	○	B(但し、直接支払そのものに対しては容認します)	B, D	A, B	4月1日からの「産科医療補償制度」も10月1日からの「直接支払制度」も産科医療機関を助ける目的でスタートしたのに、内容や手続きの煩雑など出てきたものは問題の多いものになっています。日産婦医会の指導力が問われます。
島原市		マタニティ病院	○	A			事務手続きを出来るだけ簡略化して欲しい。未収金なくなると思うので制度的にはよいと思います。
五島		病院 産婦人科	○	A			
五島		病院 産婦人科	○	B	A, B	A	
五島		産婦人科医院	○	B	B, D	F	
東彼杵郡		産婦人科医院	○	B	B, C, D	A, B(無金利)、G(支払期間を1~3ヶ月後ではなくきちっと決めてほしい。書類送付から1週間以内とか)	現在の代理請求も社会保険によりかなりバラつきがあり困っています。レンタルビデオでも遅ればは運滞料請求されますよね。税金に至っては財産の差し押さえを言われますよね。
西彼杵		レディースクリニック	○	A			
西彼杵		女の都病院					
西彼杵		産婦人科医院	○	B	A, B, E(厚労省が産婦人科団体と話し合わず、勝手に一方的に決める態度が容認できない)	F	このように開業産婦人科医を窮地に追い込めば、将来も産婦人科医は減少し続け社会問題になり、厚労省は困ることがどうして直ぐに分からないのであろう。
南高		産婦人科	○	B	A, B, D	A, B, D	
南高		病院	○	B	A, B	A, D	
南高		病院					
北松浦		レディースクリニック	○	A			
北松浦		産婦人科医院	○	B	A, B, D	F	事前申請、産科補償の手続きにやっと慣れてつとあると云うのに、次から次へ医療でない部分を煩雑にするのは許せないと思う。
香焼		病院					
対馬市		病院 産婦人科	○	B	B	A	
対馬市		病院 産婦人科					
長崎大学		長崎大学病院 産婦人科	○	A			

出 産 育 児 一 時 金 関 係 参 考 資 料

直接支払制度の実施状況について ①

○ 国民健康保険団体連合会への申請件数

◆申請医療機関等数

	21年11月	21年12月	22年1月	22年2月	22年3月	22年4月	22年5月	22年6月	22年7月
病院	1,099	1,108	1,096	1,100	1,098	1,102	1,086	1,109	1,102
診療所	1,376	1,391	1,420	1,406	1,420	1,442	1,376	1,449	1,446
助産所	181	193	195	208	202	210	201	214	230
合計	2,656	2,692	2,711	2,714	2,720	2,754	2,663	2,772	2,778

◆申請件数

	21年11月	21年12月	22年1月	22年2月	22年3月	22年4月	22年5月	22年6月	22年7月
病院	22,496	25,102	26,893	26,655	24,538	26,512	25,147	27,374	26,698
診療所	22,781	24,959	27,232	27,532	25,459	27,219	25,706	28,630	28,847
助産所	624	652	720	780	734	737	714	771	780
合計	45,901	50,713	54,845	54,967	50,731	54,468	51,567	56,775	56,325

直接支払制度の実施状況について ②

○ 社会保険診療報酬支払基金への申請件数

◆申請医療機関数

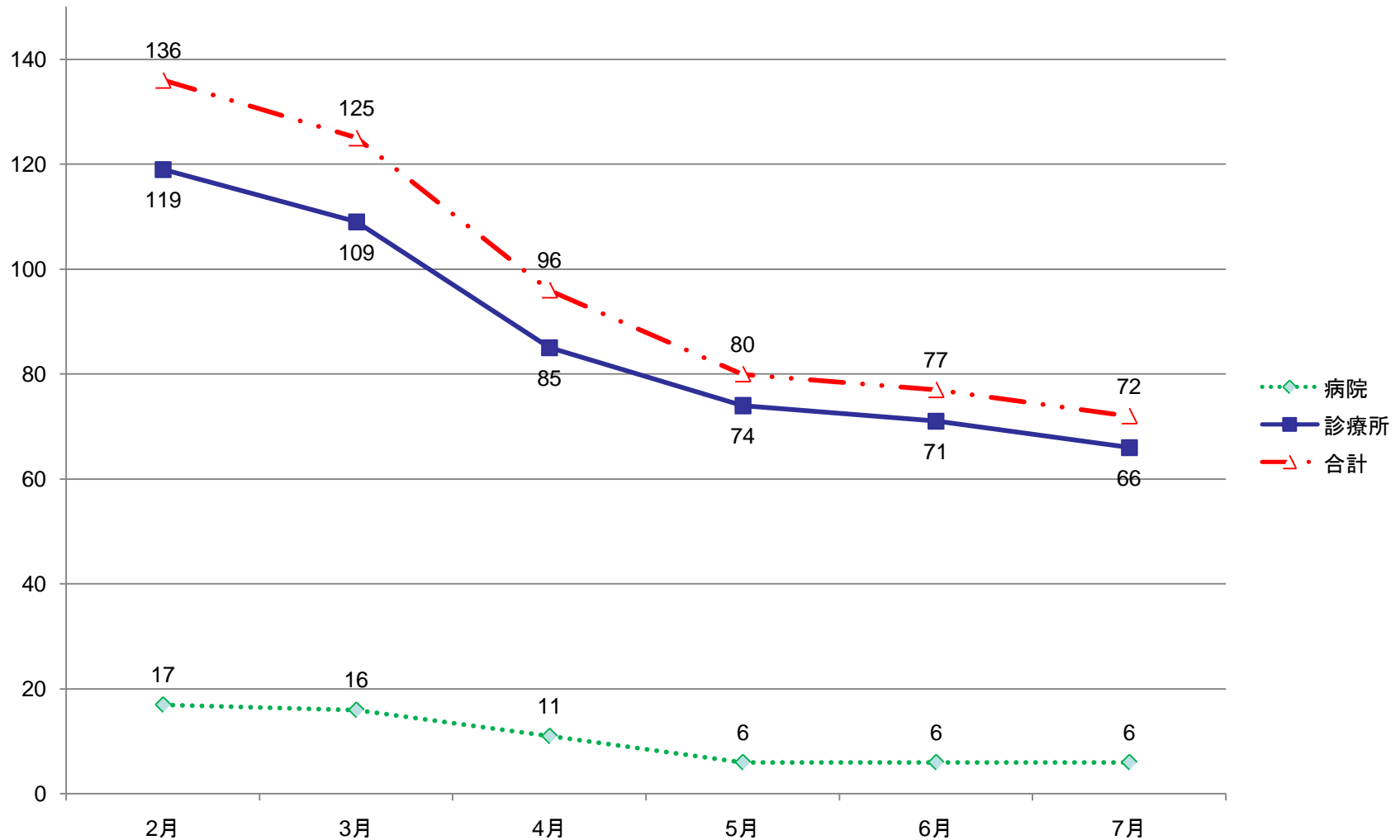
	21年11月	21年12月	22年1月	22年2月	22年3月	22年4月	22年5月	22年6月	22年7月
病院	1,021	1,045	1,049	1,054	1,047	1,053	1,056	1,058	1,058
診療所	1,169	1,197	1,236	1,250	1,256	1,272	1,290	1,298	1,307
合計	2,190	2,242	2,285	2,304	2,303	2,325	2,346	2,356	2,365

◆申請件数

	21年11月	21年12月	22年1月	22年2月	22年3月	22年4月	22年5月	22年6月	22年7月
病院	11,095	13,601	14,718	13,861	13,170	14,392	14,199	14,780	15,143
診療所	7,754	8,926	9,888	9,811	9,115	10,024	10,116	10,554	10,677
合計	18,849	22,527	24,606	23,672	22,285	24,416	24,315	25,334	25,820

直接支払制度の実施状況について ③

○ 直接支払制度の実施実績がないと考えられる医療機関数の推移



※ 厚生労働省保険局において平成22年2月に行った調査、医療機関から国保連への各月の直接支払による申請状況等をもとに保険局にて集計。
※ 4月集計時において、各医療機関において分娩を取り扱っているかどうかを調査し、集計に反映させている。

出産育児一時金の制度改正に伴う経営安定化資金の制度概要

○ 出産育児一時金等の直接支払制度の実施に伴う一時的な資金不足に対し、運転資金を融資することで安定的な経営を支援するため、独立行政法人福祉医療機構における経営安定化資金の融資条件を緩和。

区 分	通常の経営安定化資金	出産育児一時金等の制度改正に伴う経営安定化資金 (平成21年6月5日から実施)	出産育児一時金等の制度改正に伴う経営安定化資金 (平成21年10月8日から実施)	出産育児一時金等の制度改正に伴う経営安定化資金 (平成22年4月1日から実施)
貸付対象となる施設	病院、診療所、介護老人保健施設	お産を取り扱う病院、診療所、助産所	同左	同左
限度額	病院、介護老人保健施設：1億円以内 診療所：4,000万円以内	制度変更に伴い入金が遅れる出産育児一時金等相当額 ※ただし病院・診療所は左記の範囲内	制度変更に伴い入金が遅れる出産育児一時金等相当額 ※既存の経営安定化資金の残債とは別枠で融資限度額を別途設定	同左
金 利	・平成21年度は2.0~2.3% ・平成22年4月より引下げ1.1%(※無保証人の場合は1.3%) (平成22年8月11日現在)	1.6~1.8%(実施期間中《6/5-10/7》の貸付金利) ※貸付実績なし	1.0~1.2%(実施期間中《10/8-3/31》の貸付金利) ※当該貸付先は22年4月以降金利0.8%へ条件変更契約締結	0.8% (※無保証人の場合は1.0%) (平成22年8月11日現在)
償還期間	原則5年以内 (うち据置期間1年以内)	7年以内 (うち据置期間1年以内)	同左	同左
繰上償還にかかる弁済補償金	原則として必要	同左	不要	同左
保証人	法人代表者を含め1名以上 ただし、開設者が個人の場合は同一生計者等のみの保証人は不可 ※平成22年4月より、担保がある場合に保証人をとらない融資メニューを新たに創設。	法人代表者を含め1名以上 ただし、開設者が個人の場合は同一生計者等のみの保証人は不可 無保証不可。	同左 無保証不可。	同左 担保がある場合に保証人をとらない融資メニューを新たに創設。(開設者が個人の場合は無担保・無保証人融資も可能)
担 保	原則不動産担保の提供が必要 ただし、1,000万円までは無担保融資可能	原則不動産担保の提供が必要 ・不動産担保が無い場合は診療報酬債権等のみの担保でも可能 ただし、1,000万円までは無担保融資可能	原則不動産担保の提供が必要 ただし、 ・不動産担保が無い場合は診療報酬債権等のみの担保でも可能 ・3,000万円までは無担保融資可能	原則不動産担保の提供が必要 ただし、 ・不動産担保が無い場合は診療報酬債権等のみの担保でも可能 ・無担保融資の限度額の廃止 ①法人の場合は、個人保証があれば無担保融資が可能 ②個人事業者の場合は、個人保証がなくとも無担保融資が可能
適用期間	通常メニュー	平成22年3月31日まで 4	平成22年6月30日まで	平成23年3月31日まで

出産育児一時金の制度改正に伴う経営安定化資金の実施状況

(22年8月27日現在)

施設種類	相談件数	融資申込済		資金交付済	
		件数	金額(千円)	件数	金額(千円)
病院	55	41	1,686,500	39	1,604,500
診療所	284	172	3,649,500	164	3,527,500
助産所	16	6	19,000	4	12,000
合計	355	219	5,355,000	207	5,144,000

平成22年9月3日

厚生労働大臣
長妻 昭 殿

四病院団体協議会

社団法人 日本病院会
会長 堺 常雄

社団法人 全日本病院協会
会長 西澤 寛俊

社団法人 日本医療法人協会
会長 日野 頌三

社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學



診療報酬の支払いの早期化に関する要望

レセプトのオンライン請求については、診療報酬の請求事務の迅速化等が図られることから、政府がその「義務化」の方針を示してから現在まで、四病院団体協議会としてもこの方針に最大限の協力をしてきたところである。

昨年、オンライン請求についてはこの従来の「義務化」の方針から「原則化」の方針となり、各種の例外措置が講じられるようになったが、そのような中においても、既に医療機関においては、全体で8割超のオンライン・電子媒体での請求を実現しているところである。

しかるに、現在のレセプトのオンライン請求については、保険者や審査支払機関における業務効率化のメリットはありと考えられるが、医療機関側にはメリットがない状況であると言わざるをえない。本来、レセプトのオンライン請求は、医療保険事務全般の効率化を図るものとして、保険者、審査支払機関、医療機関という医療保険制度の関係者全てが共同して取り組むことによって実現できるものであり、その負担は関係者全てで公平に分担すべきものである。したがって、今般、診療報酬について、その請求から医療機関への支払いに要する期間をできうる限り短縮することにより、レセプトのオンライン請求によるメリットを医療機関にも還元する方策を講ずべきと考えるため、その旨要望したい。

特に保険者にあっては、事務の効率化に加えて、レセプトのオンライン請求により、審査支払手数料が減額されているが、これは医療機関の取組によってレセプトのオンライン請求が促進されたことによるものである。したがって、このような利益を関係者間で公平に配分するためにも、保険者及び審査支払機関においては業務フローの見直し等を行うことにより、診療報酬の支払早期化については是非とも協力していただきたいと考えており、厚生労働大臣におかれては、このような方針の下、関係者間の調整を行っていただくよう要望する。

高 額 療 養 費 制 度 に つ い て

厚 生 勞 働 省 保 險 局

前回要請があった自己負担限度額に関する粗い試算

- 前回(7月14日)の議論で、岡崎委員、小林委員、柴田委員から、高額療養費の自己負担限度額の設定については保険財政に影響があることから、検討に当たって財政影響を示して欲しい旨の要請があったことから、一般所得者の自己負担限度額について、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。
- なお、今回の試算に当たっては、前回指摘された「必要な財源の負担の在り方」や「制度を通じた所得再分配効果」については、考慮に入れていない(例えば、全体で保険財政に中立となるよう、自己負担限度額全体を設定)。

<試算の前提>

- 70歳未満の一般所得者のうち、所得が低い層(※1)の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「80,100円+(医療費-267,000円)×1% <多数該当44,400円>」
 → 「44,400円+(医療費-148,000円)×1% <多数該当35,400円>」

(※1) 健保：標準報酬月額22万円以下(ボーナス含む年収で約300万円以下)

国保：旧ただし書き所得160万円以下(年収約300万円以下)

(※2) 前提との均衡確保のため、70歳以上の一般所得者についても、一部自己負担限度額の調整が必要となる。

<試算の結果>

給付費ベース 約2600億円(うち保険料 約1700億円、公費 約900億円)の新たな財源が必要となる。

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円+(医療費- 500,000)×1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円+(医療費-267,000 円)×1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円+(医療費- 500,000)×1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円+(医療費-267,000 円)×1% <多数該当 44,400円>
健保：標報22万円以下 国保：旧ただし書き所 得が160万円以下	44,400円+(医療費-148,000 円)×1% <多数該当35,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

※70歳以上(一般所得)についても所要の調整が必要になる。

高額療養費制度に関する改善の要望

(平成22年通常国会での質問・要望等があったもの(順不同))

- 70歳未満者の「一般区分」のうち、所得の低い層の自己負担上限額の引き下げ
- 世帯合算の合算対象基準額(現行70歳未満は21000円以上のレセプトが合算の対象)の引下げ、レセプト単位(医科・歯科・入院・外来別)で合算対象基準額を設定する取扱いの見直し
- 歴月をまたがる場合の月単位での高額療養費の支給
- 外来における高額療養費の現物給付化
- 高額療養費の自動支払化など支給申請の簡素化
- 高額長期疾病(自己負担1万円)の対象となっていないものの高額長期疾病への追加

(参考) 総理所信の代表質問における菅総理大臣答弁

「高額療養費制度については、患者負担に一定の歯止めをかけているが、患者負担の現状や医療保険財政への影響等を勘案しつつ、その在り方を検討」(平成22年6月14日)

参 考

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円＋（医療費－500,000）×1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,000円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

高額長期疾病（特定疾病）に係る高額療養費の特例について

1 特例の趣旨と経緯

高額療養費における高額長期疾病（以下「特定疾病」という。）の特例は、著しく高額な治療を長期（ほとんど一生の間）にわたって必要とする疾病にかかった患者について、自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、1万円とすることにより、医療費の自己負担の軽減を図るものである。昭和59年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担（1割）が導入された際、国会審議を踏まえて創設された。

2 対象疾病

- 対象となる特定疾病は、法令上、以下の要件が定められている。
 - ① 費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、
 - ② ①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと

 - この要件に基づき、現在、以下の3つの治療法と疾病が指定されている。
 - ① 人工腎臓を実施する慢性腎不全（昭和59年10月から対象）
 - ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（昭和59年10月から対象）
 - ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（※）（平成8年7月から対象）
- ※ 血液製剤の投与に起因するHIV感染者、2次・3次感染者等に限る。

3 自己負担額

自己負担限度額は月額1万円（※）。限度額を超える分は高額療養費が現物給付で支給される。

※ 慢性腎不全のうち70歳未満の上位所得者については2万円

70歳未満の高額療養費の所得区分別の範囲について（給与所得者の場合（※1））

高所得者	<p>[被用者保険] 標準報酬53万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約790万円以上（※2）</p> <p>※「標準報酬53万円の下限（515千円）」×12月＋「標準報酬50万円と標準報酬53万円の平成20年度の平均賞与額（1,674千円）」＝785万円</p> <p>[国民健康保険] 旧ただし書き所得600万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約840万円以上</p> <p>※給与収入837万円の給与所得（837万円×0.9－120万円＝633.3万円）－基礎控除33万円＝約600万円</p>
一般所得者	<p>[被用者保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約790万円まで</p> <p>[国民健康保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約840万円まで</p>
低所得者 （市町村民 税非課税）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単身1人世帯の場合（本人が給与所得者）：給与年収ベースで100万円まで ※給与所得控除（65万円）＋35万円＝100万円 ・ 夫婦2人世帯の場合（夫が給与所得者）：給与年収ベースで156万円まで ※給与所得控除（65万円）＋35万円×2人＋21万円＝156万円 ・ 3人世帯の場合（夫婦と子1人、夫は給与所得者）：給与年収ベースで206万円まで ※給与年収206万円の給与所得控除（79.8万円）＋35万円×3人＋21万円＝206万円

（※1）給与収入のみの世帯を仮定して機械的に計算したものである。

（※2）被用者保険における高所得者の給与年収ベースは、平均額を用いて試算したものであり、個人別には実際の賞与額によって異なる。

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧 ただし書き所得600万円以上)	約300万人 (8.6%)	約780万人 (25.9%)	約170万人 (5.6%)
一般	約3,130万人 (90.9%)	約2,230万人 (74.0%)	約2,010万人 (65.1%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約10万人 (0.4%)	約2万人 (0.1%)	約900万人 (29.3%)
計	約3,440万人 (100.0%)	約3,020万人 (100.0%)	約3,090万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ (70~74歳)	健保組合 (70~74歳)	市町村国保 (70~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)
現役並み所得者	約9万人 (15.0%)	約4万人 (14.6%)	約40万人 (8.5%)	約110万人 (8.1%)
一般	約50万人 (82.0%)	約20万人 (84.9%)	約300万人 (56.2%)	約740万人 (56.2%)
低所得者Ⅱ	約0.8万人 (1.4%)	約0.05万人 (0.2%)	約120万人 (21.9%)	約240万人 (18.3%)
低所得者Ⅰ	約1.0万人 (1.6%)	約0.1万人 (0.3%)	約70万人 (13.3%)	約230万人 (17.4%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約530万人 (100.0%)	約1320万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成20年度平均(保険局調べ)。ただし、後期高齢者については4月から翌年2月の平均である。

高額療養費の現行の自己負担限度額の考え方

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額(1月当たり)	所得区分要件・限度額設定の考え方
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額53万円以上※① [国保] 世帯の被保険者全員の年間所得(基礎控除後)の合計額が600万円以上※②	150,000円※③+ (医療費-500,000)×1% 〈多数該当 83,400円〉※④	①平成15年家計調査の勤労者世帯の世帯収入5分位の第1分位の定期収入526,939円に相当 ②標準報酬月額53万円に対応する旧ただし書き所得 ③標準報酬月額53万円に対応する総報酬月額60万円の25% ④年間最大負担額(当初3カ月+多数該当9カ月)が総報酬月額60万円の2カ月分程度となるよう設定
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円※⑤+ (医療費-267,000円)×1% 〈多数該当 44,400円〉※⑥	⑤平成16年度の政管平均標準報酬月額283,208円に対応する総報酬月額(約32万円)の25% ⑥年間最大負担額(当初3カ月+多数該当9カ月)が総報酬月額32万円の2カ月分程度となるよう設定
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円※⑦ 〈多数該当 24,600円〉※⑦	⑦昭和59年改正で低所得者の負担限度額が健保15,000円、国保39,000円であったものを制度間での格差を是正して30,000円(多数該当21,000円)とした。その後、給与伸び率、可処分所得伸び率、消費者物価指数伸び率を勘案し、一般の自己負担限度額の引上げと平仄をとって、平成元年・3年・5年に引き上げたが、5年以降は据え置き。

[70歳以上]

	要件	自己負担限度額(1月当たり)		所得区分要件・限度額設定の考え方
		外来(個人ごと)		
現役並み所得者	[後期・国保] 課税所得145万円以上 [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上	44,400円※⑧	80,100円※⑨+ (医療費-267,000円)×1% 〈多数該当44,400円〉※⑧	⑧70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定 ⑨70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定
一般	現役並み所得者、低所得者 I・IIに該当しない者	12,000円※⑩	44,400円※⑧	⑩平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き
低所得者	II	8,000円※⑩	24,600円※⑩	⑪70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定
	I		15,000円※⑩	

注1 標準報酬月額：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。

注2 旧ただし書き所得：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除(33万円)をさらに差し引いたもの。

高額療養費の支給実績（平成19年度）

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険	約1438万件	約1兆2177億円	84,657円
政府管掌	約240万件	2704億円	112,462円
健保組合	約158万件	1693億円	106,986円
共済	約52万件	519億円	99,757円
国保	約987万件	7248億円	73,465円
老人保健	約2327万件	約4056億円	17,433円
計	約3765万件	約1兆6234億円	43,115円

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
現金給付	約2625万件 (69.7%)	約9142億円 (56.3%)	34,827円
現物給付	約1140万件 (30.3%)	約7092億円 (43.7%)	62,198円
計	約3765万件 (100%)	約1兆6234億円 (100%)	43,115円

(注) 国保の現物給付は「高額長期疾病（特定疾病）」分のみを計上している。

平成 22 年 8 月 30 日
厚生科学審議会 疾病対策部会
第 12 回 難病対策委員会 提出資料

難治性疾患対策について

厚生労働省健康局

難病対策の背景

- 昭和33年 スモン
 当時は原因が不明
 治療法未確立
 疾患に対する社会的不安
 スモンの方々の救済
- 昭和45年 「原因不明でかつ社会的にその対策を必要とする特定疾患については、全額公費負担とすべきである」(社会保険審議会答申)

- 昭和46年 スモン調査研究協議会がスモン入院患者に対して月額1万円(当時)を治療研究費より支出
- 昭和47年 スモン調査研究協議会の総括的見解
～「キノホルム剤の服用による神経障害」
- スモンの研究体制が他の難病に関する研究に対しても成功を収めることが可能ではないか。
- 昭和47年 国会において難病に関する集中審議
- 昭和47年 厚生省「難病対策要綱」
総合的な難病対策の指針

難病対策要綱(昭和47年厚生省)

<疾病の範囲>

○取り上げるべき疾病の範囲について整理

- (1)原因不明、治療方法未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病
- (2)経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また、精神的にも負担の大きい疾病

<対策の進め方>

- 1) 調査研究の推進
- 2) 医療施設の整備
- 3) 医療費の自己負担の解消



昭和47年 ○スモン、○ベーチェット病、○重症筋無力症、○全身性エリテマトーデス、サルコイドーシス、再生不良性貧血、多発性硬化症、難治性肝炎 からスタート (○は医療費助成の対象)

特定疾患治療研究事業の概要 (いわゆる難病の医療費助成)

1. 目的

原因が不明であって、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、治療が極めて困難であり、かつ、医療費も高額である疾患について医療の確立、普及を図るとともに、患者の医療費の負担軽減を図る。

2. 実施主体 都道府県

3. 事業の内容

対象疾患の治療費について、**社会保険各法の規定に基づく自己負担の全部又は一部に相当する額**の1/2を毎年度の予算の範囲内で都道府県に対して補助

4. 患者自己負担

所得と治療状況に応じた段階的な一部自己負担あり

上限額 入院 0~23,100円/月 外来等 0~11,550円/月

※対象者が生計中心者である場合は上記金額の1/2

5. 対象疾患

難治性疾患克服研究事業のうち臨床調査研究分野の対象疾患(130疾患)の中から、学識者から成る特定疾患対策懇談会の意見を聞いて選定しており、**現在、56疾患が対象**となっている。

6. 受給者証交付件数 647,604件(平成20年度末)

7. 予算額 平成22年度予算額:275億円

<参考>臨床調査研究分野の対象疾患

次の4要素(①~④)から選定し、現在、130疾患が対象となっている。

①希少性:患者数が有病率からみて概ね5万人未満の患者とする。

②原因不明:原因又は発症機序(メカニズム)が未解明の疾患とする。

③効果的な治療方法未確立

④生活面への長期にわたる支障(長期療養を必要とする)

自己負担限度額表

階層区分		対象者別の一部自己負担の月額限度額		
		入院	外来等	生計中心者が患者本人の場合
A	生計中心者の市町村民税が非課税の場合	0	0	0
B	生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	4,500	2,250	対象患者が生計中心者であるときは、左欄により算出した額の1/2に該当する額をもって自己負担限度額とする。
C	生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合	6,900	3,450	
D	生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001円以上15,000円以下の場合	8,500	4,250	
E	生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001円以上40,000円以下の場合	11,000	5,500	
F	生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001円以上70,000円以下の場合	18,700	9,350	
G	生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合	23,100	11,550	

- 備考：1. 「市町村民税が非課税の場合」とは、当該年度（7月1日から翌年の6月30日をいう。）において市町村民税が課税されていない（地方税法第323条により免除されている場合を含む。）場合をいう。
2. 10円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。
3. 災害等により、前年度と当該年度との所得に著しい変動があった場合には、その状況等を勘案して実情に即した弾力性のある取扱いをして差し支えない。
4. 同一生計内に2人以上の対象患者がいる場合の2人目以降の者については、上記の表に定める額の1/10に該当する額をもって自己負担限度額とする。

希少な難治性の疾患の数と研究事業について

希少な難治性の疾患

5,000-7,000疾患 (※1)

Aganæa syndrome	Achalasia microcephaly	Acrofrontofacionasal dysostosis syndrome
Aarskog syndrome	Achalasia, familial esophageal	Acrogeria, gottron type
Aase Smith syndrome	Achard syndrome	Acrokeratoelastoidosis of Costa
Aase syndrome	Achard-Thiers syndrome	Acromegaloid changes, cutis verticis gyrata and corneal leukoma
ABCD syndrome	Acheiropodia	Acromegaloid facial appearance syndrome
Abderhalden-Kaufmann-Lignac syndrome	Achondrogenesis type 1A	Acromegaloid features, overgrowth, cleft palate, and hernia
Abdominal aortic aneurysm	Achondrogenesis type 1B	Acromegaloid hypertrichosis syndrome
Abdominal chemodectomas with cutaneous angioliopomas	Achondrogenesis type 2	Acromegaly
Abdominal cystic lymphangioma	Achondrogenesis, type 3	Acromelic frontonasal dysplasia
Abdominal obesity metabolic syndrome	Achondrogenesis, type 4	Acromesomelic dysplasia
Aberrant subclavian artery	Achondroplasia	Acromesomelic dysplasia Campailla Martinelli type
Abetalipoproteinemia	Achondroplasia and Swiss type agammaglobulinemia	Acromesomelic dysplasia Hunter Thompson type
Abidi X-linked mental retardation syndrome	Achromatopsia 1	Acromesomelic dysplasia, Maroteaux type
Ablepharon macrostomia syndrome	Achromatopsia 2	Acromicric dysplasia
Abrikosov's tumor	Achromatopsia 3	Acroosteolysis dominant type
Abruzzo Erickson syndrome	Achromatopsia incomplete, X-linked	Acropectoral syndrome
Absence defect of limbs, scalp, and skull	Acidemia propionic	Acropectoral field defect
Absence of Gluteal muscle	Acidemia, isovaleric	Acropectorovertebral dysplasia
Absence of septum pellucidum	Acinic cell carcinoma	Acrorenal mandibular syndrome
Absence of Tibia	Acitretin embryopathy	Acrorenal syndrome recessive
Absence of tibia with polydactyly	Ackerman syndrome	Acrosiroma
Absent abdominal musculature with microphthalmia and joint laxity	Acoustic neuroma	ACTH deficiency
Absent breasts and nipples	Acquired agranulocytosis	ACTH resistance
Absent corpus callosum cataract immunodeficiency	Acquired amegakaryocytic thrombocytopenia	Actinic cheilitis
Absent duct of Santorini	Acquired angioedema	Actinomyetales infection
Absent patella	Acquired hypoprothrombinemia	Acutane embryopathy
Absent T lymphocytes	Acquired ichthyosis	Acute articular rheumatism
Abuse dwarfism syndrome	Acquired prothrombin deficiency	Acute biphenotypic leukemia
Acalvaria	Acquired pure megakaryocytic aplasia	Acute cholinergic dysautonomia
Acanthamoeba infection	Acral dysostosis dyserythropoiesis	Acute disseminated encephalomyelitis
Acanthocheilonemiasis	Acral lentiginous melanoma	Acute erythroblastic leukemia
Acanthokeratoderma	Acro coxo mesomelic dysplasia	Acute erythroleukemia
Acanthoma	Acrocallosal syndrome, Schinzel type	Acute fatty liver of pregnancy
Acanthosis nigricans	Acrocephalopolydactyly	Acute hemorrhagic leukoencephalitis
Acanthosis nigricans muscle cramps acral enlargement	Acrocephaly pulmonary stenosis mental retardation	Acute idiopathic polyneuritis
Acardia	Acrodermatitis	Acute intermittent porphyria
Acatlasemia	Acrodermatitis enteropathica	Acute lymphoblastic leukemia
Accessory deep peroneal nerve	Acrodysostosis	Acute lymphoblastic leukemia congenital sporadic aniridia
Accessory navicular bone	Acrodysplasia scoliosis	Acute megakaryoblastic leukemia
Accessory pancreas	Acrofacial dysostosis ambiguous genitalia	Acute monoblastic leukemia
Aceruloplasminemia	Acrofacial dysostosis atypical postaxial	Acute mountain sickness
Acetylcarbitine deficiency	Acrofacial dysostosis Catania form	Acute myeloblastic leukemia type 1
Acetyl-coa acetyltransferase 2 deficiency	Acrofacial dysostosis Preis type	Acute myeloblastic leukemia type 2
Achalasia	Acrofacial dysostosis Rodriguez type	Acute myeloblastic leukemia type 3
Achalasia Addisonianism Alacrimia syndrome	Acrofacial dysostosis, Nager type	Acute myeloblastic leukemia type 4
Achalasia alacrimia syndrome	Acrofacial dysostosis, Palagonia type	Acute myeloblastic leukemia type 5

特定疾患治療研究事業の対象疾患

- ・ライソゾーム病
- ・特発性間質性肺炎
- ・表皮水疱症
- ・筋萎縮性側索硬化症 (ALS) など

臨床調査研究分野(※2)の対象疾患

130疾患

- ・骨髄線維症
- ・側頭動脈炎
- ・フィッシャー症候群
- ・色素性乾皮症 など

研究奨励分野(※2)の対象疾患

177疾患 (H21)

214疾患 (H22)

※1 希少難病の定義は各国異なるため幅がある数値となっている。

※2 難治性疾患克服研究事業の一つの分野。

※3 それぞれの事業には、「希少」の基準を超える患者数5万人以上の疾病も含まれている。

特定疾患治療研究事業の対象疾患への追加に関する患者団体等からの要望一覧

疾患名	患者会等
von Hippel-Lindau病	von Hippel-Lindau病患者の会(通称:ほっとchain)
強直性脊椎炎	日本強直性脊椎炎友の会
RSD(反射性交感神経性ジストロフィー)	CRPS患者の会、かぼちゃの会
HAM	全国HAM患者友の会(アトムの会)
FOP(進行性骨化性線維異形成症、進行性化骨筋炎)	J-FOP~光~患者会
線維筋痛症	NPO法人線維筋痛症友の会
胆道閉鎖症	胆道閉鎖症の子どもを守る会
1型糖尿病	IDDM全国インターネット患者会idm.21、近畿つぼみの会(小児期発症インスリン依存型糖尿病患者・家族会)
マルファン症候群	マルファンサポーターズ協議会
腹膜偽粘液腫	腹膜偽粘液腫患者支援の会
プラダー・ウィリー症候群	日本プラダー・ウィリー症候群協会
XP(色素性乾皮症)	全国色素性乾皮症(XP)連絡会
エーラス・ダンロス症候群	CTDサポーターズ協議会(旧マルファンサポーターズ協議会)
水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症	魚鱗癬の会
非水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症	魚鱗癬の会
シックハウス症候群	シックハウス連絡会
混合型血管奇形	混合型血管奇形の難病指定を求める会、混合型血管奇形の難病指定を求める議員連盟
フェニルケトン尿症	フェニルケトン尿症親の会・医療費助成委員会
シャルコー・マリー・トゥース病	シャルコー・マリー・トゥース病友の会(準備会)
軟骨無形成症	つくしの会
脳脊髄液減少症	特定非営利活動法人サン・クラブ
遠位型ミオパチー	遠位型ミオパチー患者会
慢性疲労症候群(CFS)	慢性疲労症候群友の会
小児交互性片麻痺	日本小児神経学会、日本てんかん学会
ラスムッセン症候群	日本小児神経学会、日本てんかん学会
慢性活動性EBウイルス感染症	慢性活動性EBウイルス感染症患者の親の会
アトピー性脊髄炎	アトピー性脊髄炎患者会
ジストニア	NPO法人ジストニア友の会
ポルフィリン症	全国ポルフィリン症代謝障害者患者会、民主党ポルフィリン症を考える会議員連盟
コケイン症候群	中標津町、日本コケイン症候群ネットワーク
腓胝線維症	腓胝線維症の治療環境を実現する会、腓胝線維症患者と家族の会

注1)平成22年3月末までに寄せられた要望をまとめたもの。

注2)名称等により個人が特定される団体を除く。

難病対策に関する課題

1 医療費助成(特定疾患治療研究事業)における問題

① 対象疾患(医療費助成制度の「谷間」)

・難治性疾患

難治性疾患であって、特定疾患治療研究事業の対象疾患(56疾患)とならないものは、高額療養費制度以外の医療費軽減の仕組みがない。

一方で、難治性疾患の要件を満たしていない疾患の取扱いについても検討が必要。

・小児慢性特定疾患(キャリアオーバー問題)

小児慢性特定疾患治療研究事業の対象疾患(例:胆道閉鎖症など)であって特定疾患治療研究事業の対象とならないものについては、20才以降、医療費助成を受けることができない。

② 安定的な財源の確保

受給者増・医療費増が見込まれる中で本事業について十分な予算を確保できない状態が続いており、安定的な財源を確保できる制度の構築が課題。

③ 医療費助成事業の性格

希少疾患の症例確保を効率的に行うという研究事業でありながら、公費で医療費助成を行うという福祉的側面を有する本事業のあり方について、検討が必要。この際、保険制度等との関連も検討する必要。

(参考)

小児慢性特定疾患治療研究事業

- 小児慢性疾患のうち、小児がんなど特定の疾患については、その治療が長期間にわたり、医療費の負担も高額となることからその治療の確立と普及を図り、併せて患者家庭の医療費の負担軽減にも資するため、医療費の自己負担分を補助する制度。

事業の概要

- 対象年齢 **18歳未満の児童**（ただし、18歳到達時点において本事業の対象になっており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満の者を含む。）
- 補助根拠 児童福祉法第21条の5、第53条の2
- 実施主体 都道府県・指定都市・中核市
- 補助率 1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）
- 自己負担 保護者の所得に応じて、治療に要した費用について一部自己負担がある。ただし、重症患者に認定された場合は自己負担はなし。

沿革

- 昭和43年度から計上
- 昭和49年度 整理統合し4疾患を新たに加え、9疾患群からなる現行制度を創設。
- 平成2年度 新たに神経・筋疾患を加え、10疾患群とする。
- 平成17年度 **児童福祉法に基づく法律補助事業として実施するとともに、慢性消化器疾患群を追加し11疾患群とする。また、日常生活用具給付事業などの福祉サービスも実施。**



対象疾患

- ① 悪性新生物
- ② 慢性腎疾患
- ③ 慢性呼吸器疾患
- ④ 慢性心疾患
- ⑤ 内分泌疾患
- ⑥ 膠原病
- ⑦ 糖尿病
- ⑧ 先天性代謝異常
- ⑨ 血友病等血液・免疫疾患
- ⑩ 神経・筋疾患
- ⑪ 慢性消化器疾患

11疾患群(514疾患)
106,368人
※H20年度給付人数

すべて
入院・通院
ともに対象

小児慢性特定疾患治療研究事業における自己負担限度額表

階層区分	自己負担限度額	
	入院	外来
生活保護法の被保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯	0	0
生計中心者の市町村民税が非課税の場合	0	0
生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	2,200	1,100
生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合	3,400	1,700
生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001円以上15,000円以下の場合	4,200	2,100
生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001円以上40,000円以下の場合	5,500	2,750
生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001円以上70,000円以下の場合	9,300	4,650
生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合	11,500	5,750

(備考)

1. 「市町村民税が非課税の場合」とは、当該年度(7月1日から翌年の6月30日をいう。)において市町村民税が課税されていない(地方税法第323条により免除されている場合を含む。)場合をいう。
2. この表の「所得税課税年額」とは、所得税法(昭和40年法律第33号)、租税特別措置法(昭和32年法律第26号)及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律(昭和22年法律第175号)の規定によって計算された所得税の額をいう。ただし、所得税額を計算する場合には、次の規定は適用しないものとする。
 - (1) 所得税法第78条第1項、第2項第1号、第2号(地方税法第314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。)、第3号(地方税法第314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。)、第92条第1項、第95条第1項、第2項及び第3項
 - (2) 租税特別措置法第41条第1項、第2項及び第3項、第41条の2、第41条の3の2第4項及び第5項、第41条の19の2第1項、第41条の19の3第1項及び第2項、第41条の19の4第1項及び第2項並びに第41条の19の5第1項
 - (3) 租税特別措置法の一部を改正する法律(平成10年法律第23号)附則第12条
3. 10円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。
4. 災害等により、前年度と当該年度との所得に著しい変動があった場合には、その状況等を動案して実情に即した弾力性のある取扱いをして差し支えない。
5. 同一生計内に2人以上の対象患者がいる場合は、その月の一部負担額の最も多額な児童以外の児童については、上記の表に定める額の1/10に該当する額をもって自己負担限度額とする。
6. 前年分の所得税又は当該年度の市町村民税の課税関係が判明しない場合の取扱いについては、これが判明するまでの期間は、前々年分の所得税又は前年度の市町村民税によることとする。

自立支援医療制度の概要

- 根拠法
障害者自立支援法
- 概要
障害者（児）が自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減するための公費負担医療制度
- 対象者
 - ・ 更生医療：身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できるもの（18歳以上）
 - ・ 育成医療：児童福祉法第4条第2項に規定する障害児（障害に係る医療を行わないときは将来障害を残すと認められる児童を含む。）で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できるもの（18歳未満）
 - ・ 精神通院医療：精神保健福祉法第5条に規定する精神疾患（てんかんを含む。）を有する者で、通院による精神医療を継続的に要するもの
- 対象となる障害と治療の例
 - 更生医療・育成医療
 - 肢体不自由・・・関節拘縮→人工関節置換術
 - 視覚障害・・・白内障→水晶体摘出術
 - 内臓障害・・・心臓機能障害→ペースメーカー埋込手術
 - 腎臓機能障害→腎移植、人工透析
 - 精神通院医療（精神疾患）：精神科専門療法、訪問看護
- 費用負担
1割負担を原則とするが、一部を除き、医療保険単位の世帯ごとの所得（市町村民税の課税状況等）等に応じ、月ごとの負担に上限額が設けられている。
また、重度かつ継続（費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者の場合）については、更に、月ごとの負担の上限額の軽減措置を実施。
※ 自立支援医療は保険優先のため、実際は、保険支払後の（一般の方であれば3割の）自己負担との差額分を自立支援医療制度において負担。
※ 平成22年度予算額 1, 954億円（負担割合：国1／2、都道府県等1／2）

高額療養費制度関係

I 高額な医療費に関する共同事業

- (1) 高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業【市町村国保】
- (2) 高額医療給付に関する交付金交付事業【健保連】

II 制度の周知

- (1) 高額療養費制度に関する広報資料（平成 22 年 7 月 23 日に厚生労働省ホームページに掲載）
・・・・・・・・P 1

※ 高額療養費制度の内容や、支給を受けるための手続について詳しく知りたいとの御意見が寄せられていたことを踏まえ、患者の方々の御意見もお伺いしながら、高額療養費制度に関する分かりやすい説明資料（「高額療養費制度を利用される皆様へ」）を作成し、厚生労働省ホームページに掲載。

- (2) 高額療養費の利用に関する被保険者への周知や利便性の向上の積極的な取組について国保保険者に再度依頼した通知（平成 22 年 7 月 22 日）
・・・・・・・・P 11

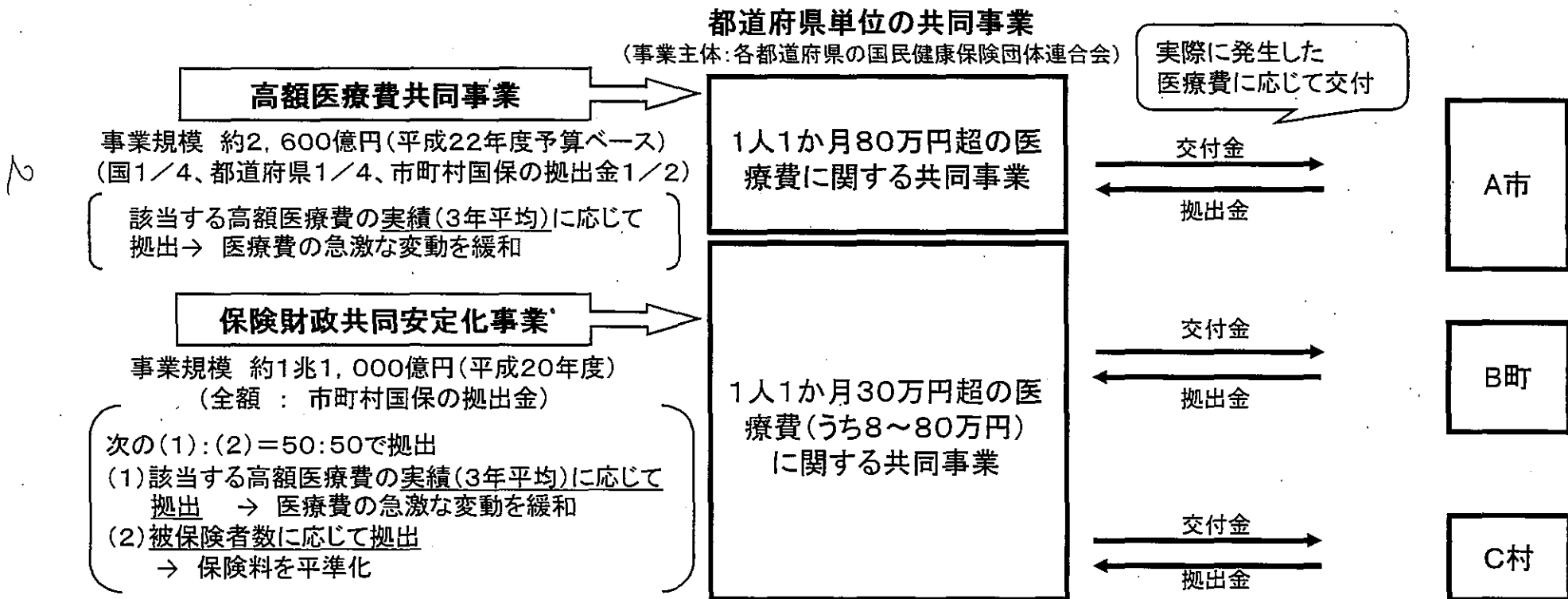
I-1(1) 【市町村国保】 高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国が財政支援。

○保険財政共同安定化事業

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施。



※ 保険財政共同安定化事業について、都道府県が広域化等支援方針に定めることにより、
 ① 30万円以下の額から行うこと、②被保険者数に応じて拠出する割合を50%以上にする事、
 ③ 高額医療費の実績や被保険者数に応じた拠出だけでなく、所得に応じた拠出を行うことが可能になる。

I-(2) 【健康保険組合】 高額医療給付に関する交付金交付事業(健保連)の概要

○交付金交付事業の目的

健康保険法附則第2条の規定に基づき、健康保険組合が管掌する健康保険の医療に関する給付（法定給付費）及び後期高齢者支援金、前期高齢者納付金等に要する費用の財源の不均衡を調整する。

（事業の種類）

- ①財政窮迫組合に対する交付金 ②高齢者納付金等負担を軽減する交付金 ③高額医療給付に関する交付金

○事業内容

高額な医療給付の発生が健保組合の財政状況に相当程度影響を及ぼす要因であることから、その影響を緩和することが必要であると認められる健康保険組合に対して交付金を交付。

○交付基準及び交付対象額（平成21年度）

ア 一般疾病については、レセプト1件当たりの決定金額を基準に以下の算定額を合算した額。

- ・ 100万円を超え200万円以下の部分 相当額部分の20分の11の額
- ・ 200万円を超える部分 相当額部分の全額

イ 特定疾病（※）については、レセプト1件当たりの決定金額を基準に以下の算定額を合算した額。

- ・ 40万円を超え200万円以下の部分 相当額部分の20分の11の額
- ・ 200万円を超える部分 相当額部分の全額

（※）人工腎臓を実施している慢性腎不全、血友病、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIVなど）

○事業規模 1,052.8億円（平成21年度実績）

○効果

高額医療費発生に伴う健康保険組合の財政基盤のリスク軽減

○財源

- ・ 健康保険組合からの財政調整事業拠出金
- ・ 健康保険組合は、この拠出金に充てるため調整保険料を徴収

※調整保険料は、各月につき、各被保険者の標準報酬月額及び標準賞与額にそれぞれ調整保険料率(0.12%を基本)を乗じて算出。

こう がくりょうよう ひ せい ど
高額療養費制度を利用される皆さまへ

厚生労働省保険局

目 次

- ▶ 高額療養費制度とはこんな制度です
- ▶ 負担の上限額は、年齢や所得によって異なります
- ▶ さらにご負担を軽減する仕組みもあります
- ▶ 入院される方は用意する費用が少なく済みます
- ▶ よくあるご質問

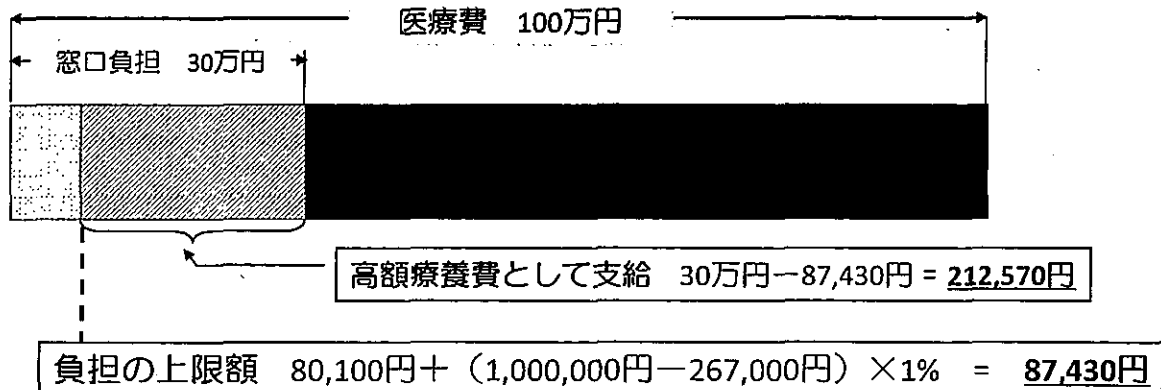
高額療養費制度とはこんな制度です

医療機関や薬局の窓口で支払った額（※）が、暦月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

※入院時の食費負担や差額ベッド代等を含みません。

<例>

100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



➡ 212,570円を高額療養費として支給し、実際の自己負担額は87,430円となります。

負担の上限額は、年齢や所得によって異なります①

最終的な自己負担額となる毎月の「負担の上限額」は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。70歳以上の方には、外来だけの上限額も設けられています。

<70歳以上の方の場合>

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額	
			一般	低所得者 (住民税 非課税の方)
現役並み所得者 (月収28万円以上などの窓口負担3割の方)		44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	
一般		12,000円	44,400円	
低所得者 (住民税 非課税の方)	Ⅱ (Ⅰ以外の方)	8,000円	24,600円	
	Ⅰ (年金収入のみの方の場合、 年金受給額80万円以下など、 総所得金額がゼロの方)		15,000円	

(注) 同一の医療機関等における自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の複数の医療機関等における自己負担を合算することができます。この合算額が負担の上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

負担の上限額は、年齢や所得によって異なります②

最終的な自己負担額となる毎月の「負担の上限額」は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。

<70歳未満の方の場合>

所得区分	1か月の負担の上限額
上位所得者（月収53万円以上の方など）	150,000円＋（医療費－500,000円）×1%
一般	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%
低所得者（住民税非課税の方）	35,400円

（注）同一の医療機関等における自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の複数の医療機関等における自己負担（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要です。）を合算することができます。

この合算額が負担の上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

さらにご負担を軽減する仕組みもあります①

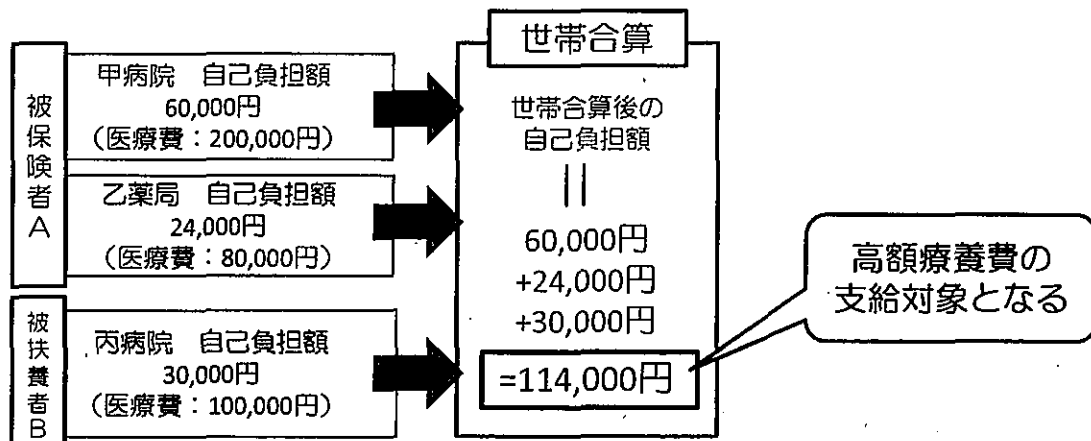
高額療養費制度では、「世帯合算」や「多数回該当」といった仕組みにより、さらに最終的な自己負担額が軽減されます。

（1）世帯合算

お一人の一回分の窓口負担では、高額療養費の支給対象とはならなくても、複数の受診や同じ世帯にいる他の方（同じ医療保険に加入している方に限ります。）の受診について、窓口でそれぞれお支払いになった自己負担額を1か月（暦月）単位で合算することができます。

その合算額が一定額を超えたときは、超えた分を高額療養費として支給します。

※ ただし、70歳未満の方の受診については、2万1千円以上の自己負担のみ合算されます。



さらにご負担を軽減する仕組みもあります②

高額療養費制度では、「世帯合算」や「多数回該当」といった仕組みにより、さらに最終的な自己負担額が軽減されます。

(2) 多数回該当

直近の12か月間に、既に3回以上高額療養費の支給を受けている場合（多数回該当の場合）には、その月の負担の上限額がさらに引き下がります。

<70歳以上の方の場合>

所得区分	本来の負担の上限額
現役並み所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%



多数回該当の場合
44,400円

(注) 「一般」や「低所得者」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

<70歳未満の方の場合>

所得区分	本来の負担の上限額
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
低所得者	35,400円



多数回該当の場合
83,400円
44,400円
24,600円

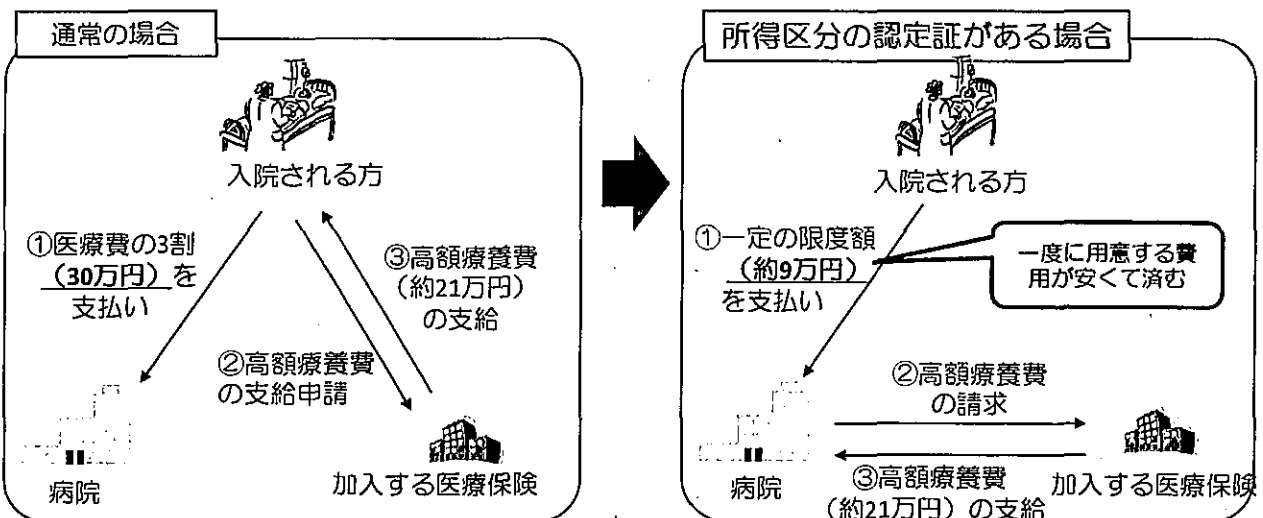
入院される方は用意する費用が少なく済みます

入院される方については、加入する医療保険から事前に「所得区分」の認定証を発行してもらうことにより、医療機関の窓口での支払を負担の上限額までにとどめることもできます。このため、一度に用意する費用が少なくて済みます。

※ 高額療養費が医療機関や薬局に直接支払われるため、加入する医療保険に対して、事後に高額療養費の支給申請をする手間が省けます。

※ 70歳以上の方は、所得区分の認定証がなくても、自動的に窓口での支払が負担の上限額までにとどめられます（低所得者の区分の適用を受けるためには認定証が必要です）。

<例> 100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



よくあるご質問

- Q1. 高額療養費の支給申請はどのように行えば良いですか。
- Q2. どのような医療費が、高額療養費制度による負担軽減の対象となりますか。
- Q3. 高額療養費を申請した場合、支給までにどのくらいの時間がかかりますか。
- Q4. 支給申請はいつまでさかのぼって行うことが可能ですか。
- Q5. 負担の上限額は、加入している健康保険やかかっている病気によって変わるのですか。
- Q6. 入院する場合に、窓口での支払いを負担の上限額までに抑えるには、どのような手続きが必要となるのでしょうか。
- Q7. 高額医療・高額介護合算療養費制度は、高額療養費制度とは別の制度なのでしょうか。
- Q8. 医療費控除制度とはどう違うのでしょうか。
- Q9. 「世帯合算」では、家族のどの範囲まで自己負担額を合算できるのでしょうか。
- Q10. 月をまたいで治療した場合、医療費の合算はできないのでしょうか。
- Q11. 同じ世帯に70歳未満の人も70歳以上の人もいる場合は、どのような自己負担額が適用されるのでしょうか。
- Q12. 病院で複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科での自己負担が、合計すると自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の請求ができますか。
- Q13. 70歳以上の「現役並み所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。
- Q14. 70歳以上の「低所得者Ⅰ」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。
- Q15. 70歳未満の「上位所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

Q1. 高額療養費の支給申請はどのように行えば良いですか。

A1.

ご自身が加入している公的医療保険（健康保険組合・協会けんぽの都道府県支部・市町村国保・後期高齢者医療制度・共済組合など。以下単に「医療保険」といいます。）に、高額療養費の支給申請書を提出または郵送することで支給が受けられます。病院などの領収書の添付を求められる場合もあります。

ご加入の医療保険によっては、「支給対象となります」と支給申請を勧めたり、さらには自動的に高額療養費を口座に振り込んでくれたりするところもあります。

なお、どの医療保険に加入しているかは、保険証（正式には被保険者証）の表面にてご確認ください。

Q2. どのような医療費が、高額療養費制度の支給の対象となりますか。

A2.

保険適用される診療に対し、患者が支払った自己負担額が対象となります。医療にかからない場合でも必要となる「食費」・「居住費」、患者の希望によってサービスを受ける「差額ベッド代」・「先進医療にかかる費用」等は、高額療養費の支給の対象とはされていません。

また、患者が70歳未満の場合に自らの自己負担額を合算するためには、レセプト（※）1枚あたりの1か月の自己負担額が2万1千円以上であることが必要です。

なお、高額療養費制度は、かかった医療費を暦月単位で軽減する制度であり、月をまたいで治療した場合は、自己負担額の合算はできません（理由については、Q10をご覧ください。）。

（※）ある個人について診療に要した費用を医療保険に請求するために、暦月（月の初めから終わりまで）単位で医療機関や薬局が作成する請求書を指します。

Q3. 高額療養費を申請した場合、支給までにどのくらいの時間がかかりますか。

A3.

受診した月から少なくとも3か月程度かかります。

高額療養費は、申請後、各医療保険で審査した上で支給されますが、この審査はレセプト（医療機関から医療保険へ提出する診療報酬の請求書）の確定後に行われます。レセプトの確定までに一定の時間がかかりますので、なにとぞご理解ください。

なお、医療費のお支払いが困難なときには、無利息の「高額医療費貸付制度」を利用できる場合があります。制度の利用ができるかどうか、貸付金の水準はどのくらいかは、ご加入の医療保険によって異なりますので、お問い合わせください。

Q4. 支給申請はいつまでさかのぼって行うことが可能ですか。

A4.

高額療養費の支給を受ける権利の消滅時効は、診療を受けた月の翌月の初日から2年です。

したがって、この2年間の消滅時効にかかっていない高額療養費であれば、過去にさかのぼって支給申請することができます。

Q5. 負担の上限額は、加入している健康保険やかかっている病気によって変わるのですか。

A5.

高額療養費では、各医療保険で共通の負担の上限額が設定されています（※）。

※ ただし、健康保険組合には、組合独自の「付加給付」として、この共通の額よりも低い負担の上限額を設定しているところもあります。

また、自治体によっては、独自の医療費助成制度があり、医療機関の窓口での支払額が高額療養費の負担の上限額より低くなる場合があります。詳しくは、ご加入の医療保険やお住まいの自治体にお問い合わせください。

かかっている病気によっても負担の上限額は変わりませんが、血友病や人工透析など、非常に高額な治療を長期間にわたって継続しなければならない方については、高額療養費の支給の特例が設けられています。この特例措置が適用されると、原則として負担の上限額は1万円となります。

Q6. 入院する場合に、窓口での支払いを負担の上限額までに抑えるには、どのような手続きが必要となるのでしょうか。

A6.

入院する前に、ご加入の医療保険から「限度額適用認定証」（住民税非課税以外の方）又は「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」（住民税非課税の方）の交付を受け、医療機関の窓口でこれらの認定証を提示する必要があります。

70歳未満の方については全員が、70歳以上の方については住民税非課税の方が、対象となります。

詳しくは、ご加入の医療保険にお問い合わせください。

こうがく いりょう こうがくかいこ がっさんりょうようひせいど
Q7. 高額医療・高額介護合算療養費制度は、高額療養費制度とは別の制度なのでしょうか。

A7.

高額医療・高額介護合算療養費制度（以下「合算療養費制度」といいます。）とは、世帯内の同一の医療保険の加入者の方について、毎年8月から1年間にかかった医療保険と介護保険の自己負担を合計し、基準額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

高額療養費制度が「月」単位で負担を軽減するのに対し、合算療養費制度は、こうした「月」単位での負担軽減があっても、なお重い負担が残る場合に「年」単位でそれらの負担を軽減する制度です。

詳しくは、ご加入の医療保険にお問い合わせください。

Q8. 医療費控除制度とはどう違うのでしょうか。

A8.

医療費控除とは、所得税や住民税の算定において、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族のために医療費を支払った場合に受けることができる、一定の金額の所得控除のことを言い、保険給付の一種である高額療養費とは別の制度です。

Q9. 「世帯合算」では、家族のどの範囲まで自己負担額を合算できるのでしょうか。

A9.

自己負担額の合算は、同一の医療保険に加入する家族を単位として行われます（医療保険における「世帯」は、いわゆる一般のイメージの「世帯」（住民基本台帳上の世帯）の範囲とは異なります）。

例えば、会社で働く方やその家族などが加入する健康保険であれば、被保険者とその被扶養者の自己負担額は、お互いの住所が異なっても合算できます。他方、共働きの夫婦など、別々の健康保険に加入していれば、住所が同じでも合算の対象となりません。

また、あるご家庭に、健康保険の被保険者（例：45歳のサラリーマン）と後期高齢者医療制度の被保険者（例：80歳の高齢者）が同居されている場合、それぞれの医療費は合算の対象となりません。

Q10. 月をまたいで治療した場合、医療費の合算はどうしてできないのでしょうか。

A10.

高額療養費制度では、ご加入の医療保険が患者の皆様の窓口負担額を把握する方法として、ご加入の医療保険に対して医療機関が医療費を請求する「レセプト」を用いています（現在のところ、レセプト以外に、医療保険が窓口負担額を的確に把握する方法がありません）。

医療機関は、毎月、歴月単位で、ご加入の医療保険に対して医療費を「レセプト」で請求する仕組みとしており、これにあわせて、高額療養費の支給も歴月単位としています。

ご理解いただきますよう、お願いいたします。

Q11. 同じ世帯に、70歳未満と70歳以上の家族がいる場合は、どのような自己負担額が適用されるのでしょうか。

A11.

同じ世帯に70歳未満と70歳以上の方がいる場合、以下のような手順で、家族の皆様の自己負担額を合算し、その合計が世帯全体の自己負担の上限を超えないようにしています。

- ① 70歳以上の方について、外来の自己負担額を個人ごとに合算した額に、70歳以上の方の外来における負担の上限額をそれぞれ当てはめ、差額を支給。
- ② 70歳以上の方の入院分の自己負担額と、①によってもなお残る自己負担額とを合計した額に、70歳以上の方の世帯における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。
- ③ 70歳未満の方の自己負担額と、②によってもなお残る自己負担額を合計した、世帯全体の自己負担額に、世帯全体における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

Q12. 病院で複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科での自己負担が、合計すると自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の請求ができますか。

A12.

平成22年4月からは、いわゆる「旧総合病院（※）」において、複数の診療科のレセプトを一本化したので、高額療養費の請求も、一つの医療機関としてまとめて行うことができるようになりました。

なお、医科と歯科、入院と外来とではレセプトが分かれますが、窓口負担が、①70歳未満の方は2万1千円以上のものについて、②70歳以上の方は窓口負担の額にかかわらず、それらを合算して高額療養費を請求することができます。

※ 内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科がある、収容施設が100床以上あるなどの条件を満たす病院を指します。総合病院の制度自体は平成8年に廃止されましたが、レセプトの提出方法に関する特例が残っていました。

Q13. 70歳以上の「現役並み所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

A13.

○ 70歳以上の方のうち、「現役並み所得者」となるのは、以下の条件を満たす方（本人とその家族※）です。

- ・ 国民健康保険及び後期高齢者医療制度に加入している方：本人又は同じ医療保険に加入する70歳以上の方の市町村民税の課税標準額が145万円以上
→ 地元の市区町村で確認できます。
- ・ 健康保険に加入している方：被保険者の月収（標準報酬月額）が28万円以上
→ 加入する健康保険組合又は協会けんぽ都道府県支部（年金事務所でも可）で確認できます。

※ 健康保険の被保険者が70歳未満の場合、被扶養者又は国保の家族の加入者の年齢が70歳以上でも、その方は「現役並み所得者」にはなりません。
※ 所得区分の判定は、療養を受けた月が1～7月の場合は前々年、8～12月の場合は、前年の所得により行います。

○ ただし、次の条件に該当する70歳以上の方は、申請により「一般所得」と同じ負担額となります。

- ・ 家族のうち、同じ保険に加入する70歳以上の方との一年間で得た全ての収入の合計額が520万円未満（同じ保険に加入する70歳以上の方がいない場合は383万円未満）等

Q14. 70歳以上の「低所得者Ⅰ」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

A14.

- 「低所得者Ⅰ」となるのは、①70歳以上の方のうち、②判定の対象となるご家族全員の「所得」(*)の金額が0円になる場合です。

※ 所得区分の判定は、療養を受けた月が1～7月の場合は前々年、8～12月の場合は、前年の所得により行います。

※ 「所得」とは、それぞれの方の給与や年金などの収入から、必要経費・控除額（公的年金については控除額80万円）を差し引いたものです。

※ 例えば、公的年金だけで生計を立てている方々については、家族それぞれの年金収入が80万円に満たない場合にこの区分の対象となります。

- 判定の対象となるご家族の範囲は、以下のとおりです。
- ・ 国民健康保険の場合は、世帯主と世帯の被保険者全員
 - ・ 後期高齢者医療制度の場合は、世帯員全員
 - ・ 健康保険の場合は、被保険者とその方に扶養される家族

Q15. 70歳未満の「上位所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

A15.

- 「上位所得者」は、以下の条件を満たす方とその家族が対象となります。

・ 国民健康保険に加入している方：世帯内のすべての加入者の総所得金額（収入から給与所得控除、公的年金等控除、必要な経費を差し引いたもの）から基礎控除（33万円）を差し引いた金額の合計額が600万円以上

→ 地元の市区町村で確認できます。

・ 健康保険に加入している方：被保険者の月収（標準報酬月額）が53万円以上

→ 加入する健康保険組合又は協会けんぽ都道府県支部（年金事務所でも可）で確認できます。

※ 所得区分の判定は、療養を受けた月が1～7月の場合は前々年、8～12月の場合は、前年の所得により行います。

- なお、新卒者が高額所得の会社に就職した場合など、「低所得者」となるべき条件と「上位所得者」となるべき条件の両方を満たす場合は「上位所得者」が優先します。

保国発0722第1号
平成22年7月22日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長

高額療養費の支給の適切な実施について

高額療養費制度については、「健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令の施行について」（平成18年8月30日保発第0830002号。別添1参照）において、被保険者の制度の不知等による申請漏れを防止する観点から、①各保険者から被保険者に対し、文書その他の方法による制度の周知徹底に努めること、②さらに保険者において、高額療養費の額等の情報を、対象となる被保険者に通知することにより、適用の利便性の向上に努めることを依頼している。

被用者保険の保険者や一部の市町村国保の保険者では、上記②の取組として、高額療養費の支給予定額があらかじめ印字された高額療養費支給申請書を対象となる被保険者に送付し、世帯主が、世帯主の氏名、申請年月日、口座番号などを記入して返送すれば手続きが完了する、被保険者にとって簡便な手法が採られているところである。

先般、平成22年5月11日の参議院厚生労働委員会において、別添2のような質疑が行われたところであるので、上記②のような利便性の向上のための取組が積極的に実施されるよう、改めて貴管内保険者への周知徹底を図られたい。

※ 別添1及び別添2 略