

第2部 資料篇

I 平成25年度（2013年度）

平成25年の通常国会では、22年度から3年間の時限立法にもとづく協会けんぽへの財政支援措置を、25年度以降も2年間延長する「健康保険法等の一部を改正する法律案」が3月8日に提出され、施行期日を当初案の25年4月1日から公布日に修正のうえ、5月24日の参院本会議で可決、成立した（資料2）。

これを受けて健保連は同日、平井克彦会長のコメント（資料3）を発表した。改正法の成立を「極めて遺憾」とし、参院の附帯決議（資料1）を踏まえ、拠出金負担に苦しむ健保組合への財政支援の継続・充実などを求めた。

健保連は4月4日の社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）に出席し、意見表明を行った。高齢者医療への公費拡充や医療費適正化の推進、70〜74歳の2割負担の早期実施と合わせて75歳以上の原則2割負担導入などを提案した。一方、国民会議では、国保の財政問題の解決という側面に偏り、高齢者医療制度の費用負担のあり方に関する議論が深められることはなかった。

健保連の白川修二専務理事など社会保障審議会・医療保険部会の被用者保険関係5団体の委員は5月24日、こうした国民会議の議論に抗議する連名の意見書（資料4）を作成し、国民会議の会長代理も務める遠藤久夫部会長に提出した。

国民会議は8月6日、報告書（資料7）をまとめた。報告書には、高齢者医療制度への公費拡充等は反映されず、翌7日、健保連は「改革への大きな期待を裏切るもの」と批判する平井会長のコメント（資料8）を発表した。

政府は、国民会議の審議結果を踏まえ、社会保障制度改革推進法施行後1年以内に講じる「法制上の措置」の骨子（資料9）を、期限となる8月21日に閣議決定した。これを受けて健保連

は、9月12日の常任理事会で、「社会保障制度改革に対する健保連の考え方について」（資料10）をまとめ、同日の記者会見で発表した。

「法制上の措置」の骨子を踏まえた社会保障制度改革の全体像、検討事項、改革の実施時期等を明示した社会保障改革プログラム法案（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案）は、平成25年臨時国会において10月15日に提出され、12月5日の参院本会議で可決、成立した（資料12）。

次期医療法改正を視野に医療提供体制改革の動きも本格化するなか、健保連は7月4日、「医療提供体制に関する健保連の見解」（資料6）を公表した。

保健事業関連施策では、政府の方針として、レセプト等のデータ分析にもとづく「データヘルス計画」の考えが打ち出された（資料5）。平成26年度中に全健保組合がデータヘルス計画を作成し、27年度からスタートすることとなった。

平成26年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が11月15日、田村憲久厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料11）を提出した。26年度政府予算編成における改定率は、財務、厚労両相の折衝で消費税引き上げ分も含めて+0.1%（診療報酬本体+0.73%、薬価・医療材料▲0.63%）となった。

平成26年度予算編成では、▽70歳未満の高額療養費制度について、これまでの3区分を5区分に細分化する、▽70〜74歳の患者負担は、26年4月に70歳に到達する者から段階的に法定の2割を適用する―こととなった。健保連は12月25日、26年度政府予算案の閣議決定を受け白川専務理事の見解（資料13）を発表した。

政府は平成26年2月12日の閣議で、医療法や介護保険法などの改正案を一括した医療介護総合確保推進法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）を決定し、同年の通常国会へ提出した。

〈資料1〉

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 平成25年5月23日）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成26年度までの間、継続し、かつ更に充実すること。

二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものとならないよう、公費負担を充実すること。

〈資料2〉

健康保険法等の一部を改正する法律の概要

（平成25年5月24日成立）

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16・4%への引き上げ措置を2年間延長する。

② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。

③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

↓ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10・0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。

② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

〈資料3〉

健康保険法等一部改正法の成立にあたって（平井克彦会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成25年5月24日）

本日の参議院本会議において、健康保険法等一部改正法案が可決され、成立した。これまで健保連は、この法案に一貫して反対し、関係各方面に理解を求めてきたが、今般、成立に至ったことは極めて遺憾である。

同法は、協会けんぽの財政基盤強化等を目的に、平成22年度から24年度まで実施された協会けんぽに対する特例支援措置を25年度と26年度の2年間延長することを柱としている。この措置は、後期高齢者支援金への「3分の1総報酬割」を導入することにより、本来、国が負担すべき協会けんぽの給付費等に対する国庫補助の財源を健保組合等に「肩代わり」させるものである。そのため、健保連は、22年度のこの措置の導入時から一貫して反対を訴えてきた。

結果として、同法は成立したが、政府は、参議院で採択された同法の「附帯決議」の趣旨を尊重し、高齢者医療への拠出金負担に苦しむ健保組合に対する財政支援の継続・充実、ならびに、高齢者医療に係る若年

層の過重な負担が軽減されるよう公費負担の充実に取り組まれることを望む。

また、現在、社会保障制度改革国民会議において、改革に向けた議論が進められているが、政府、与党においては、将来にわたり持続可能な制度構築の核心である高齢者医療制度の負担構造改革に重点を置いた具体案をとりまとめ、実現されることを強く要望する。

〈資料4〉

社会保障制度改革国民会議の議論について

(社会保障審議会医療保険部会委員(小林剛・白川修二・菅家功・森千年・山下平)より社会保障審議会医療保険部会遠藤久夫部会長あて

平成25年5月24日)

社会保障制度改革推進法・第2条(基本的な考え方)においては、「社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること」と規定している。

また、第6条(医療保険制度)においては、「財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること」とされ、さらに、「今後の高齢者医療制度については、(中略)社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること」としている。

しかしながら、4月22日に公表された「国民会議における議論の整理(医療・介護)案」によれば、後期高齢者支援金の全面総報酬導入による国庫補助削減分を国民健康保険の財源対策に流用する等、短期的な弥縫策などに議論が矮小化され、推進法の趣旨に沿った持続可能な制度への道筋、すなわち、現役世代が減少するなかで如何に高齢者医療・介護制度を支えるのかという将来像が示されていない。

国民会議には8月21日の設置期限が定められており、残された時間は少ない。今後は、特に下記の点に関する論議をさらに深め、将来にわたって持続可能な制度の実現に向けた改革の提示につなげるよう切に要望

する。

記

■ 現役世代に過度に依存する制度を見直す方向で議論すべきである。具体的には、今後も増大する被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、高齢者医療制度への公費投入を拡充する方向でとりまとめるべきである。

■ 上記負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引き上げ分を活用、充当すべきである。併せて、高齢者の負担のあり方の見直しや医療費の重点化・効率化に向けた種々の施策を着実に実行し、保険料負担の増大を抑制することによって、制度の持続性を図っていくべきである。

■ 医療費の増加が避けられない中、医療費の効率化を進める保険者の役割はますます重要になる。今後とも、国民健康保険と被用者保険が共存し、地域と職域、それぞれの加入者特性に応じた保険者機能を發揮する制度体系を維持すべきである。

〈資料5〉

「データヘルス計画」の推進に関する政府の方針

○日本再興戦略…(平成25年6月14日閣議決定)

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針(告示)を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

○健康・医療戦略…(平成25年6月14日関係大臣申合せ)

保険者によるレセプト等データの分析・利用が全国展開されるよう国による支援や指導を行うことを検討する。具体的には、①加入者の健康づくりや予防活動の促進が保険者の本来業務であることを周知、②医療費分析システム利用を促進するとともに、医療費分析に基づく事業に関して国が定める指針の内容を充実させる等により、保険者の

取組を促進する。被用者保険に関しては、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」を今年度中に改訂し、平成26年度中には、全ての健康保険組合に対しレセプト等のデータの分析、それに基づく事業計画「データヘルス計画（仮称）」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める。

〈資料6〉

医療提供体制に関する健保連の見解

（健康保険組合連合会 平成25年7月4日）

I. はじめに

健保連は、患者中心の効率的な医療提供体制を構築するため、平成19年6月に「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」を公表し、医療機能の分化・連携の推進、総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関の整備の必要性などを訴えた。

その後、今日に至る6年間、政府においては、社会保障制度の持続可能性の確保を図るため、制度改革に向けた検討が進められ、23年6月に取りまとめた社会保障と税の一体改革成案では、将来のあるべき医療提供体制の方向性が示された。また、厚生労働省では、19年の第5次医療法改正以降の医療提供体制の課題を整理するため、社会保障審議会・医療部会で集中的な審議を行い、23年12月に「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめた。それに基づいた改革の具体化を図るための議論が現在も行われており、その結果を踏まえ、今秋に開会が見込まれる臨時国会に医療法等改正案を提出する予定である。さらに、25年4月からの新たな医療計画では、これまでの4疾病5事業に加え、精神疾患と在宅医療についての医療連携体制の整備目標や役割分担等を盛り込むことが求められるなど、国民の医療ニーズに合わせた見直しが進められている。

この見解は、こうした提言以降の状況に対応し、今後目指すべき医療提供体制に関する健保連としての考え方をまとめたものである。

II. 医療を取り巻く環境の変化と課題

わが国の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、2010年（平成22年）に23・0%だったが、2025年（平成37年）には30・3%、2040年（平成52年）には36・1%に達する見込みであり、今後も急速に高齢化が進展する。それに伴い、世帯構造や疾病構造、国民の医療に対するニーズなど、医療を取り巻く環境が大きく変化していくが、医療提供体制はこの変化に十分に対応できていない。さらに、OECD諸国と比べ、平均在院日数が長く、人口当たりの病床数や高額な医療機器が多い一方で、病床当たりの医療従事者（医師や看護職員）が少なく、医師の地域偏在や診療科偏在などの問題は、長年指摘され続けているにもかかわらず、あまり改善されていない。

これらの問題にスピード感を持って対応し、危機的な財政状況にある医療保険制度を安定的に持続させるためには、限りある医療資源を有効に活用した、より効率的で効果的な医療提供体制を構築することが必要である。

III. 患者中心の効率的な医療提供体制の構築に向けて

1. 医療機能の分化と連携

〔医療機能の分化〕

現在、病院病床は約160万床あり、そのうち一般病床（精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床）は約6割（約90万床）を占めている。しかし、一般病床がどのような機能を持っているかは明確になっておらず、手厚い医療や看護が必要な患者やリハビリが必要な患者など、さまざまな状態の患者が混在している。また、急性期医療を提供する入院体制をとっている病床が多く、急性期後の亜急性期・回復期医療を提供する入院体制の病床が少ないという問題もある。このため、患者の状態に見合った病床で良質かつ適切な医療が効率的に提供されるよう、「二体改革」が示す方向に沿って、現在の一般病床は高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化するとともに、それぞれの機能に応じた必要病床数をバランスよく整備する必要がある。

併せて、病床間の連携体制を強化することによって、急性期から回復

期リハビリ、亜急性期、慢性期、在宅療養までの医療を切れ目なくつなぐ体制を構築するとともに、患者・家族が納得できる移行（転棟や転院）ができるようにする必要がある。また、介護療養病床については、廃止期限の30年3月末までに介護老人保健施設等への転換を確実に進めなければならない。

当面は、「医療計画」の項で述べるように、都道府県への医療機能情報報告、それにもとづく地域医療ビジョンの策定が行われることになるが、中期的には、地域医療ビジョンの実効性を検証したうえで、医療法に機能を明確にした病床区分を設けることを検討すべきである。

一方、外来医療については、住民に身近な診療所を受診したうえで、必要に応じて急性期病院、専門病院等に紹介し、患者の回復状況に応じて亜急性期病院、診療所へ逆紹介する流れを構築する必要がある。このため、地域医療の入口となる総合診療医を早期に養成し、普及をはかるべきである。また、一定規模以上の病院については紹介を原則とする等の措置を講ずるべきである。こうした方策は、フリーアクセスをある程度制限することとなるが、医療機能の分化と連携をはかるために必要な方策といえよう。

さらに、医療提供の効率化、医療費の適正化という観点からは、ICT化等を通じた医療情報の共有化、それによる重複受診の防止、MRIをはじめとする高額医療機器の共同利用などの取り組みなども必要である。

【医療計画】

今秋に提出が予定されている医療法等改正案が成立すれば、医療機関は自らが担っている医療機能を、病棟ごとに急性期、亜急性期、回復期リハビリテーション等に分けて都道府県に報告し、地域住民に情報提供する仕組みが導入される。また、都道府県は地域の医療需要の将来推計や報告された医療機能に関する情報をもとに、2次医療圏ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、医療機能の分化と連携を推進するための地域医療ビジョンを策定し、27年度以降、医療計画に追記することとなる。

都道府県は、25年度からの新たな医療計画をまとめ公表したが、依然として2次医療圏の設定が適切に行われていない地域があるなどの問題がある。厚生労働省は、都道府県の医療計画の内容を精査し、適切な対応が行われていない場合には、指導を強化する、計画作成指針を見直すなどの対策を講じるべきである。また、地域医療ビジョンについても、内容を精査するとともに、実効性があるかどうかを検証し、実態として実効性が乏しい場合には、基準病床数制度の見直しによる機能別基準病床数の設定や病床過剰地域における病床数の削減、地域医療支援病院の適切な配置、医療機関の開設の制限等を含め、医療法を改正し、医療計画をより強制力のある仕組みに改めるべきである。

【医療情報の提供・活用】

現在、患者・住民による医療機関の適切な選択を支援するため、都道府県はインターネット等を通じて医療機関に関する情報を提供している（医療機能情報提供制度）が、その情報は、名称、所在地、診療科目、診療日など画一的な情報が多く、医療機関の選択に資しているとは言い難い。患者が居住地域周辺の医療機関が持つ機能を理解し、より適切な選択をするためには、新たに実施される病棟ごとの医療機能情報提供に加えて、医療の成果（アウトカム）や過程（プロセス）に関する情報を提供できるようにする必要がある。

厚生労働省は、アウトカム指標の標準化等に関する調査研究を継続的に行っているが、早急の結果をまとめ、可能なものから公表できるようにすべきである。また、指標の一つである「患者満足度」は、既に一部の医療機関で公表されており、患者・国民にとっても分かりやすい指標の一つと考えられるため、医療機能情報提供制度で提供を義務づけるべきである。

2. 在宅医療の充実

【在宅医療の推進】

できるだけ住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けて生活することは、多くの国民の願いである。25年度からの医療計画には、新たに在宅医療について達成すべき目標と医療連携体制を明記することと

されており、地域の実情に応じた計画的な整備が進むことが期待される。しかし、在宅医療の要となる在宅療養支援診療所・病院、訪問看護事業所は徐々に増加しているものの、地域偏在があること、看取りを行っている施設が約半数にとどまっていることなど、地域的、機能的に大きなばらつきがある。また、大都市部など急速に高齢化が進む地域もある。

今後は、地域における医療資源や高齢化の状況等を考慮に入れ、高齢者の心身の状態や家庭環境、希望などに応じて、自宅だけではなくサービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームなど様々な形態、場所で療養生活を送れるよう、施設を整備すべきである。また、在宅医療の推進にあたっては、地域包括ケアシステムのもとでの介護との連携が重要であり、医療と介護が適切に提供できるよう、双方の連携強化に向けた調整が必要である。このため、市町村を中心に連携拠点を整備し、地域ケア会議等を通じて、医師、看護師、ケアマネジャー等多職種が協働して効率的に在宅医療・介護を提供できる体制を構築すべきである。

【看取り機能の強化】

高齢化の進展等により、これまでのように病院で長期療養し、最期を迎えることは難しくなってきた。また、国民の6割が終末期の療養場所として自宅を望んでおり、9割が延命医療を望んでいないという調査結果もある。国民の希望に応える看取り機能の強化と療養場所の確保は喫緊の課題となっている。看取り機能の強化にあたっては、診療所間、診療所・病院間の連携体制の構築や訪問看護事業所の大規模化、特別養護老人ホーム、老人保健施設、有料老人ホーム等の施設における看取り体制の整備・強化が必要である。

また、終末期医療については、患者本人の意思を尊重することを基本に、患者・家族の理解、協力のもとに行われることが重要であり、治療方針等に関して医療従事者と患者・家族の話し合いが十分に行われる体制を整備する必要がある。終末期医療のあり方については、国において検討会を設置して、医の倫理、患者の尊厳・選択（リビング・ウィル）

等を含め総合的に検討し、国民が納得できるルール作りを進めるべきである。

3. 総合診療医の養成

慢性疾患を中心に複数の疾患を持つ高齢者の増加により、全人的な医療を提供できる総合診療医の必要性が増している。また、医療機能の機能分化、医療の質の向上という観点からも、地域医療への入口としての総合診療医の養成は極めて重要である。健保連は、19年の「提言」で総合診療医の養成、普及を強く求めた。総合診療医は、全人的・診療科目横断的な医療の提供や家族を含めた長期にわたる継続的な医療の提供のほか、必要に応じた他の医療機関等への紹介・調整機能を担うなど、地域医療の要、ゲートキーパーとしての役割が期待される。

厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会は、「総合診療医」を専門医のひとつに位置づけるとともに、中立的な第三者機関を設立して、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行うよう求めた。新たな専門医制度のもとで、総合診療医が専門医として認定されるのは31～32年度とされているが、真に中立的な第三者機関のもとでできる限り早期に養成・普及がはかれることを期待したい。政府には、総合診療医の普及（就業・開業）を支援する仕組みを検討し、実施に移すよう要望する。なお、広告可能な専門医資格、診療科名については、総合診療専門医、総合診療科をそれぞれ加えるべきである。

IV. おわりに

医療提供体制改革の必要性が指摘されてから久しい。数次にわたる医療法改正や介護保険制度の創設もあつて、徐々に改革が進みつつあるとはいえ、高齢者医療制度の創設をはじめとする医療保険制度の改革に比べ、医療提供体制改革の歩みは遅いと言わざるをえない。今後の10年から20年は、後期高齢者が急増し、高齢化はこれまでとは次元の異なるものとなる。医療提供体制の改革はまさに喫緊の課題である。

ここで示した改革を実現するためには、政府はもとより、都道府県、医療関係者、保険者が協力して施策を展開する必要がある。中央社会保険医療協議会では、一般病床の機能分化を促すための入院基本料の算定

要件の見直し、患者を総合的に診る医師の評価のあり方など、診療報酬による誘導策が検討課題となる。

加えて、政府にはこれと整合する形での医療法による実効性の確保、医療機関の再編・統合等のための補助金の増額、レセプトのナショナルデータベース等を活用した医療の質の評価、費用対効果の検証、地域連携クリティカルパスの活用等のソフト面での工夫などを期待したい。一方、医療機関には、改革の方向性を見通した経営判断、経営努力が求められる。

また、国民が医療提供体制や医療費の現状・将来、改革の方向性について共通の認識をもつこと、医療にできること、できないことを理解することも必要である。健保組合としては、これらに関する加入者への情報提供や啓発活動をさらに強化しなければならない。加入者の健康の保持・増進を医療機関と連携して促進するために、今後は健診等の情報をかかりつけ医に提供するといった取組みを行うことも望まれる。

健保連は、こうした健保組合の取組みの支援を行うとともに、政府の関係審議会、都道府県の医療審議会等の場で意見を述べるなど、これまで以上に医療提供体制に関与し、患者中心の効率的な医療の提供に取り組んでいく。

〈資料7〉

社会保障制度改革国民会議報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～（抜粋）

（社会保障制度改革国民会議 平成25年8月6日）

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
知事会が「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」を表明しており、時機を逸することなくその道筋をつけることこそが国民会議の責務であ

ると先に述べた。この国民健康保険の都道府県化とかかわる課題として、国民会議の最優先課題である医療・介護サービスの提供体制改革に加え、改革推進法（第6条第2号）にも規定されているとおり、医療保険制度について、「財政基盤の安定化」と「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」を図ることも必要である。

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2(2)で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となるう。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源につ

いては、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬制にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえると、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

なお、多くの非正規雇用の労働者が国民健康保険に加入しており、被用者保険の適用拡大を進めていくことも重要である。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健

康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること（総報酬割）を2013（平成25）年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっている。健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015（平成27）年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1,400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

その際、協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となるが、これによって生ずる税財源の取扱いは、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした財源面での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である。

また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとって、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を

含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組みことも検討が必要である。

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

併せて、改革推進法（第6条第2号）では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及・定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっていないが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解

してもらわなければならない。患者の意識改革も重要となる。

さらに、今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

また、現在、暫定的に1割負担となっている70～74歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は2割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わることがないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるという保険料負担における考え方と同様の制度改正が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70～74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

今後、後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じながら進めるとともに、上記を含め、患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担の原則を転換するなど、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組む必要がある。

4 介護保険制度改革

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題であるが、それとともに、今後の高齢化の中で、持続可能性を高めていくために、改革推進法（第7条）において、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」こと及び「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」することが求められている。

まず、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」ことについては、上記2(4)で述べた予防給付の見直しのほか、利用者負担等の見直しが必要である。介護保険制度では利用者負担割合が所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の観点から、一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げるべきである。その際、介護保険は医療保険と異なり、利用者自身が利用するサービスの量を決定しやすいことなど、医療保険との相違点に留意する必要がある。

さらに、施設入所の場合には、世帯の課税状況や課税対象の所得（フロー）を勘案して、利用者負担となる居住費や食費について補足給付により助成を受けることとなっている。その結果、保有する居住用資産や預貯金が保全されることとなる可能性があり、世代内の公平の確保の観点から、補足給付に当たっては資産（ストック）も勘案すべきである。また、低所得と認定する所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金や世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう、見直すべきである。

加えて、介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。また、デイサービスについては、重度化予防に効果のある給付への重点化を図る必要がある。

次に、「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」する観点からは、今後の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇

に対応するため、低所得者の第1号保険料について基準額に乗じることで負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充すべきである。

第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきである。

こうした取組も含め、負担の公平にも配慮しながら、介護保険料の負担をできるだけ適正な範囲に抑えつつ、介護保険制度の持続可能性を高めるため、引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組み必要がある。

〔資料8〕

社会保障制度改革国民会議の報告書について（平井克彦会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成25年8月7日）
このほど、社会保障制度改革国民会議において報告書がまとめられたが、その内容には、国民皆保険と高齢者医療を支えるための拠出金負担に苦しんでいる健保組合の厳しい財政状況に関する認識がまったく感じられない。改革への大きな期待を裏切るものであり、健保連として、到底、納得できるものではない。

国民会議は、社会保障制度改革推進法にもとづき、医療、介護、年金、少子化対策の4分野の改革について議論してきた。このうち医療については、今後も増え続ける高齢者医療にかかる費用負担のあり方を見直し、持続可能な制度への再構築を図ることが最重要課題であったはずだが、この問題について、議論が尽くされず、将来展望につながる具体策は見出されなかった。

かねてより健保連は、高齢者医療制度の持続性を担保するためには、とくに前期高齢者医療への公費投入・拡充が必要と訴えてきたが、結果

として、報告書に反映されなかったのは極めて残念である。併せて、伸び続ける医療費の効率化、適正化のために諸策を講ずることも求めてきたが、70歳から74歳の患者負担の見直し等、一部、方策が見られるものの、充分とは言えない。

また、後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入によって削減される国庫財源を、被用者保険ではなく、国民健康保険の財政補填のために転用するといった方策が、強い反対意見があったにもかかわらず、報告書に打ち出された。これは、現在すでに、国保のために過重な財政負担を強いられている被用者保険に対して、さらなる負担増を求めるものである。国保財政の分析と改善の努力が不十分なまま、国の財政責任を被用者保険に転嫁する方策は、国民の理解を得られるはずもなく、強く反対する。

今後、この報告書の内容を踏まえた法制上の措置が講ぜられることになるが、政府・与党においては、現役世代の負担軽減、持続可能な制度への再構築につながる真の改革の実現に向けた熟慮を求めたい。その際、本年通常国会の健康保険法等一部改正法の審議で採択された「附帯決議」の趣旨を尊重し、過重な拠出金負担の軽減を実現されることを改めて強く要請する。

〈資料9〉

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について（抜粋）

（閣議決定 平成25年8月21日）

一 講ずべき社会保障制度改革の措置等

2. 医療制度
高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

(1) 個人の選択を尊重しつつ、健康管理や疾病予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な健康の維

持増進への取組を奨励する。

(2) 情報通信技術、レセプト等を適正に活用しつつ、事業主、地方公共団体及び保険者等の多様な主体による保健事業の推進、後発医薬品の使用の促進及び外来受診の適正化その他必要な措置を講ずる。

(3) 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設

ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等）

ハ 新たな財政支援の制度の創設

ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し

② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策

③ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

(4) (3)に掲げる医療提供体制及び地域包括ケアシステムを構築するに当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努める。

(5) 次期医療計画の策定期間が平成30年度であることを踏まえ、(3)に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等につい

て検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 医療保険制度の財政基盤の安定化について次に掲げる措置

イ 国民健康保険（国保）の財政支援の拡充

ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運営業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置

② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置

イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置

ロ 被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置

ハ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

③ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ

③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し

(7) 次期医療計画の策定期が平成30年度であることも踏まえ、(6)に掲げる必要な措置を平成26年度から平成29年度までを目的に順次講ずる

る。法改正が必要な措置については、必要な法律案を平成27年通常国会に提出することを旨とする。

(8) (6)に掲げる措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う。

(9) 難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立するため、必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

(10) (9)に掲げる必要な措置を平成26年度を目的に講ずる。このために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを旨とする。

3. 介護保険制度

(1) 個人の選択を尊重しつつ、介護予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な取組を奨励する。

(2) 低所得者を始めとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、給付範囲の適正化等による介護サービス効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じて必要な介護サービスを確保する観点から、次に掲げる事項その他介護報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しによる次に掲げる措置

イ 在宅医療及び在宅介護の連携の強化

ロ 高齢者の生活支援及び介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症に係る施策

② 地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し

③ 一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し

④ いわゆる補足給付の支給の要件に資産を勘案する等の見直し

⑤ 特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し

⑥ 低所得の第一号被保険者の介護保険料の負担軽減

(3) 第6期介護保険事業計画が平成27年度から始まることを踏まえ、(2)に掲げる必要な措置を平成27年度を目的に講ずる。このために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを旨とする。

(4) (2)に併せて、後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の算定の方法を被用者保険者については総報酬割とする措置について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

〔資料10〕

社会保障制度改革に対する健保連の考え方について

(健康保険組合連合会 平成25年9月12日)

社会保障制度改革国民会議（国民会議）の報告書を踏まえ、政府は「法制上の措置」の骨子を閣議決定（8月21日）、現在、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにする法律案を作成中である。国民会議から閣議決定までの議論の経過等を踏まえ、「骨子」に示された改革の措置等に対する健保連の考え方は以下の通りである。

〔健保連の基本的なスタンス〕

■ 医療保険制度全体の持続性を担保するためには、財政の安定化が必須である。そのためには、高齢者医療への拠出金などで過重となつていゝる現役世代の負担の軽減や高齢者の患者負担の見直し等により、高齢世代と現役世代の負担の公平性の確保を図っていく必要がある。改革のポイントは次の2点。

① 国民医療費の6割近くを占める高齢者医療の負担構造の改革（現役世代の拠出金負担の軽減）。

② 医療費の伸びを抑制しない限り、医療保険財政は早晚破綻する懸念がある。保険者による保健事業の推進はもとより、医療提供体制も含めた医療の重点化・効率化、医療費適正化の仕組み・制度の構築を図っていくことが必要。

〔医療保険制度改革〕

1. 国保の財政支援の拡充について

■ 本来、国の責任で行うもの。国民会議の報告書で示されたような後期高齢者支援金の総報酬割導入による財源を国保に転用する方策は、国の責任を被用者保険に転嫁するものであり、断固反対。

2. 国保の都道府県移行について

■ 国保の安定化のために望ましい方向だが、あわせて、前期高齢者にかかる財政調整のあり方を見直すべき。

▽ 国保の財政を65歳以上と64歳以下に区分し、65歳以上の前期高齢者の保険料および「被用者保険からの納付金＝国保への交付金」の使途を前期高齢者（65歳以上）の給付費等に特定すべき（現状では、一体的な運用で結果として若年者（64歳以下）の給付費等にも充てられている）。

▽ 国保に加入する前期高齢者にかかる後期高齢者支援金まで被用者保険に負担させる納付金の仕組みの是正等も必要（併せて、退職者医療制度についても同様の問題があり、是正が必要）。

3. 被用者保険に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置について

■ 国庫補助削減分の「肩代わり」の手法ならば反対。被用者保険の拠出金負担（特に前期高齢者納付金）の軽減のための公費拡充とセットで考えるべき。

4. 70歳から74歳の患者自己負担の取扱いについて

■ 段階的ではなく、早期に法定の2割負担に戻すべき。75歳以上も2割負担への引き上げの検討が必要。

5. 高額療養費制度の見直しについて

■ 同制度の持つ意義は理解しているが、見直しのための財源を危機的な財政状況にある医療保険者の負担増に求めることには賛成できない。財政中立が基本であり、財源対策とセットで提示されるべき。

6. 外来・入院に関する給付の見直しについて

■ 紹介状のない大病院外来の定額自己負担は、外来医療の機能分化を

図るための一つの方策として評価できる。

■ 入院における給食給付等の自己負担の引き上げも必要。

7. 高齢者医療制度の在り方の見直し等について

■ 「骨子」では、上記項目の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う—という文言が盛り込まれた。そのことは評価できるが、具体的な検討スケジュールや実施時期等を早期に示すべき。

■ 医療保険財政の危機的な状況を鑑みても、早急な対応が必要であり、平成27年度の法案提出を待たずに、可能なものから見直しに取り組みべき。特に、平成26年度は危機が深まることが予想され、短期的な対応を含め何らかの手当てが必要。

■ 「骨子」に掲げられた項目以外の課題（例えば、現金給付や任意継続被保険者制度の見直し等）についても幅広く検討を加え、持続可能な制度の構築を目指すべき。

〔医療提供体制の改革〕

1. 病床の機能分化と連携について

■ 現在の一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化するとともに、不足している亜急性期病床を増やすなど、それぞれの機能に応じた必要病床数をバランスよく整備すべき。

2. 総合診療医の養成・普及について

■ 地域医療への入口として、全人的・診療科目横断的な医療の提供や、家族を含めた長期にわたる継続的な医療の提供のほか、必要に応じた他の医療機関への紹介・調整機能を担う総合診療医の早期養成・普及をはかるべき。

3. フリーアクセスの一定の制限について

■ 機能分化を進めるためには、紹介状のない大病院の外来患者に特別の負担を求めることなどにより、フリーアクセスをある程度制限することも必要。

4. 医療分野におけるICT化の推進について

■ 医療分野のICT化を推進し、医療機関間の情報連携や、医療機関

の選択に資する国民への医療情報提供を強化すべき。

5. 医療法の改正について

■ 病床機能報告制度の導入、地域医療ビジョンの策定等を内容とする医療法改正を早期に行うべき。また、改正後の状況を検証し、実効性が乏しい場合には、医療法を再度改正し、医療計画を強制力のある仕組みに改めることを検討すべき。医療提供体制に関する都道府県の権限を強化するにあたっては、国による一定の指導権限を担保すること、被用者保険が関与する仕組みを設けることが必要。

6. 医療のあり方について

■ 終末期を含めた医療のあり方については、国民の関心と理解を喚起し、コンセンサスの形成をはかることが必要。

7. 改革の推進について

■ 医療提供体制の改革は、診療報酬、医療法、補助金の特性を勘案し、たうえで、適切に組み合わせる推進をはかるべき。

〔介護保険制度の改革〕

1. 地域包括ケアシステムの構築について

■ 住み慣れた地域で医療と介護が一体的に提供されるような体制整備を目指す方向性については賛成。在宅医療・介護の連携推進を通して、介護給付費の適正化につなげる視点も必要。

2. 要支援者への支援の見直しについて

■ 要支援者に対する介護予防給付を市町村の柔軟な取組みが可能な地域支援事業に移行する方向性は、給付の重点化（軽度者への給付の見直し）という面から支持する。ただし、事業に係る費用を抑えつつ効果が高まるような事業展開とそれを担保する仕組みが必要。

3. 一定以上所得者の利用者負担の見直しについて

■ 第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担、また、高齢者医療の患者負担とのバランス等を考慮し、一定以上所得者の利用者負担の引き上げはもとより、要介護度に応じた負担割合の設定等の検討も含め、利用者負担全体について見直すべき。

4. 介護納付金の総報酬割導入について

■ 第2号被保険者については、直接的な受益がなく、親の世代が介護を受けるという間接的な受益に対する公平な負担方法として、加入者が選択された」という経緯がある。制度そのものの理念にかかわる重要な問題。

■ また、第2号被保険者の介護保険料負担に大きな変動を生じさせることとなり、引き続き反対。

〈資料11〉

平成26年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会平井克彦会長・国民健康保険中央会柴田雅人理事
長・全国健康保険協会小林剛理事長・全日本海員組合大内教正組合長・
日本経済団体連合会米倉弘昌会長・日本労働組合総連合会古賀伸明会長)

より田村憲久厚生労働大臣あて 平成25年11月15日)

平成26年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり意見をまとめましたので、現下の厳しい国民生活の状況や保険者の財政についてご理解いただき、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国の経済・社会情勢は、アベノミクスに基づく金融緩和政策等により景気が持ち直しつつありますが、賃金が伸び悩むなかで物価が上昇傾向にあるなど、国民生活は依然として厳しい状況にあります。また、過去12年間（平成12年度～24年度）の名目GDPが7%以上減少したのに対し、同時期の国民医療費は約28%も増加するなど、デフレ不況が長引くなかで、急増する医療費負担が国民生活を圧迫し続けてきました。今後はさらなる少子・高齢化の進展により、現役世代を中心に社会保障負担は一層増加するものと予測されます。

こうしたなかで医療保険財政は、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増加等により危機的な状況に陥っており、健保組合は毎年保険料率を引上げているにもかかわらず5年連続の巨額な赤字、また、協会けんぽも大幅に保険料率を引上げて、既に負担は限界にある状況です。さ

らに、国民健康保険においては、厳しい財政状況が続いており、支援策の強化が余儀なくされています。

一方で、先頃公表された医療経済実態調査をみると、医療機関の経営状況は、病院、診療所、薬局とも安定しており、他産業と比較しても、例えば一般診療所（医療法人・無床）は、業種別の利益率比較で上位にある業種と同等の利益率を計上しています。加えて、開業医を中心に医師の給与は概ね増加傾向にあります。これは、過去3回の改定において、日本経済がデフレ状況に苛まれていたにも関わらず、診療報酬本体がプラス改定されてきたことを如実に表しています。

また、26年度からの消費税率引上げに伴って国民の負担が増加するなかで、さらに診療報酬が引上げられ、国民や事業主の保険料負担が一段と増加することになれば、消費や賃金の伸びを大きく抑制し、足もとの経済再生の動きにブレーキをかける懸念もあります。

従って、26年度の診療報酬改定率をプラスとすることは、国民の理解と納得が得られません。これまで賃金・物価の伸びを上回る改定が行われてきていることや、年間1兆円以上の医療費の自然増があることを踏まえるとともに、現下の賃金・物価の動向、保険者の財政状況、医療機関の経営状況等を考慮して改定するという本来あるべき原則に基づいた対応を行うべきです。

併せて、これまでの改定でしばしば行われてきた薬価・特定保険医療材料改定分（引下げ分）を診療報酬本体の引上げに充当するやり方を取り止め、薬価等改定分は国民に還元する必要があります。このため、診療報酬全体では、マイナス改定とすべきです。

26年度改定にあたっては、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼に、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うとともに、一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、主治医機能の強化による外来受診の適正化、後発医薬品の使用促進等、全体としての医療費の適正化を図っていくことを基本方針とすべきです。

26年度の診療報酬改定が、医療保険制度の持続性の確保と差し迫る超

高齢社会に向けた医療提供体制の構築を指向したものとすることを期待します。

〈資料12〉 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の概要

(平成25年12月5日成立)

【法律の趣旨等】

○ 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定(平成25年8月21日)

○ この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出(平成25年12月5日成立、同13日公布・施行)

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の用途を明らかにするもの

○ 少子化対策(既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施等)

○ 医療制度(病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70〜74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策等)

○ 介護保険制度(地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減等)

○ 公的年金制度(既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方等)

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等について

ては平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布の日(平成25年12月13日)(一部を除く。)

〈資料13〉

平成26年度政府予算案の閣議決定について

(健康保険組合連合会白川修二専務理事 平成25年12月25日)

政府は12月24日の閣議で、平成26年度予算案を閣議決定した。このなかで厚生労働省関係施策としては、特例で1割に据え置いてきた70〜74歳の患者負担について、26年度から新たに70歳に達した者から段階的に法律本則の2割を適用し、合わせて27年1月に高額療養費の所得区分、限度額等を見直す方針が決まった。

70〜74歳の患者負担については、予算措置による特例措置が6年間も続いてきたことがそもそも問題であり、われわれは、段階的ではなく早急に法定の2割負担に戻すべきと主張してきた。今回、段階的にでも見直しに踏み切ったことは評価するが、高齢者と現役世代の負担の不均衡の是正という観点からは不十分と言わざるを得ない。

また、高額療養費の見直しについては、審議会で示された3案のうち、最も保険者への財政影響が大きい案が採用された。応能負担の観点から、同制度を見直す方向に異論はないが、全ての医療保険者が危機的な財政状況にある中で、最も「財政中立」とかけ離れた改正内容となったことについては、今後の医療保険財政への懸念が残り、何らかの配慮が必要である。

この他、今回の予算案では、健保組合等への財政支援に対する減額措

置がとられている。特に、高齢者医療運営円滑化等補助金、健康保険組合給付費等臨時補助金について、先の通常国会で成立した健保法等一部改正法の「附帯決議」などの中でその充実が謳われていたにもかかわらず減額されたことは誠に遺憾である。

平成26年度は、健保組合をはじめ各医療保険者にとってより一層厳しい財政運営を強いられる年となることが予測されるが、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（社会保障改革プログラム法）に沿って、高齢者医療制度の改革が実現されるよう、われわれもさらに積極的な活動に取り組んでいく所存である。

II 平成26年度（2014年度）

健保連は、平成26年4月15日の常任理事会で「要求実現対策本部」および「特別委員会」の設置（資料14）を決定し、主張・要求実現のための体制を強化した。

社会保障改革プログラム法に則し、医療介護総合確保推進法が6月18日の参院本会議で可決、成立（資料16）。続いて、平成27年通常国会への法案提出をめざすとされた医療保険制度改革の具体化が社会保障・税一体改革関連施策の最大の焦点となった。

健保連は全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会と連携した被用者保険関係5団体として、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すなど医療保険制度改革に関する要望書（資料15）をまとめ、5月19日に田村憲久厚生労働相、医療保険部に提出した。

改革議論が進むなか、健保連は10月2日の要求実現特別委員会および要求実現対策本部（常任理事会）において「健保連の具体的な主張について」（資料17）を決定した。

厚労省は平成27年1月9日の医療保険部会で、これまでの議論を踏まえた医療保険制度改革骨子案を提示。1月13日には、政府の社会保障制度改革推進本部が医療保険制度改革の内容を盛り込んだ「医療保険制度改革骨子」（資料18）を決定した。

医療保険制度改革骨子を受けて、健保連は平成27年1月15日、大塚陸毅会長のコメント（資料19）を発表した。「被用者保険を含めた持続可能な制度の構築を志向したものは言い難い」と総括し、後期高齢者支援金の全面総報酬制導入に伴う国保の財政政策を批判。一方、国費投入による拠出金の負担軽減の方向性を限定的に評価した。

また、健保連は2月12日、要求実現特別委員会および要求実現

対策本部（常任理事会）で「医療保険制度改革案に対する評価と今後の主張点について」（資料20）をまとめた。2月20日の医療保険部会では、健保連など被用者保険関係5団体が改革案の問題点を指摘するなどの共同の意見書（資料21）を提出した。

政府は、医療保険制度改革骨子にもとづく医療保険制度改革関連法案（持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案）を3月3日に閣議決定し、平成27年の通常国会に提出した。

平成27年度介護報酬改定率については、財務、厚労両相が27年1月11日の折衝で▲2・27%とすることを合意した。

〈資料14〉

主張・要求実現のための体制づくりについて

（要求実現対策本部及び特別委員会の設置）

（健康保険組合連合会 平成26年4月15日）

1. 趣旨・目的

健保組合・健保連にとつてまさに正念場となる平成26年において、前期高齢者医療への公費投入、後期高齢者支援金の全面総報酬制による財源の拠出金負担軽減への活用など、主張・要求の実現に向け積極的かつ効果的な活動を展開していくため、「主張・要求実現のための活動について」「工程表」等を、先の常任理事会（26年3月6日）、理事会（26年3月20日）において決定し、次期役員に申し送りしたところである。

これを受け、健保組合・健保連がより一層連携・協力し、さらに集中的かつ効果的に活動を実施するため、「要求実現対策本部」を設置するとともに、機動的対応に向けた「特別委員会」を設置することとする。

2. 設置日…平成26年4月15日

3. 要求実現対策本部について

○常任理事会に対策本部を設置する。

○対策本部の構成は、①本部長を会長、②副本部長を白川副会長、③本部長を副会長、常務理事、常任監事とする。

○対策本部では、主張・要求の実現に向けた施策、活動等を実行する。本部員は要請活動等に積極的に参加する。

4. 特別委員会について

○対策本部の下に特別委員会を設置する。

○特別委員会の構成は、①委員長は医療制度等対策委員会委員長、②委員は白川副会長、組織等委員会、広報委員会、診療報酬対策委員会、大会企画委員会、交付金交付事業委員会の各委員長とする。

また、必要に応じて正副会長が出席することとする。

○特別委員会は、①基本的には常任理事会の前に開催することとし、このため当面の間、重要案件がある場合を除き正副会長会議は休会とする。②機動的かつ効果的な意思決定を行うため、適宜開催する。委員会においては、主張・要求実現に向けた基本的な方針の決定、要請活動等を展開するにあたっての活動方針・政策等を審議・決定し実行する。

5. 対策本部及び特別委員会の事務局について

○対策本部及び特別委員会の事務局は、①事務局長は白川副会長、②事務局員は事務局理事、各部長、各参与とする。

〈資料15〉

医療保険制度改革に関する被用者保険関係5団体の要望について

(健康保険組合連合会大塚陸毅会長・全国健康保険協会小林剛理事長・日本経済団体連合会米倉弘昌会長・日本商工会議所三村明夫会長・日本労働組合総連合会古賀伸明会長より田村憲久厚生労働大臣あて)

平成26年5月19日

2013年12月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（プログラム法）」では、今後の医療保険制度改革について、「必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを旨す」とともに、最重要課題である高齢者医療制度のあり方については、「必要に応じ、見直しに向けた検討を行う」と規

定された。それを受け、社会保障審議会医療保険部会では、今まさに医療保険制度全体の見直しに向けて議論が開始されたところである。

被用者保険は、医療保険制度の中核として国民皆保険を支えてきたが、高齢者を中心に医療費が増加するなか、なによりも高齢者医療への拠出金負担により、かつてない厳しい状況に追い込まれている。就労人口が減少する一方、団塊の世代がすべて前期高齢者に入っていく超高齢社会にあつては、今後も医療保険財政は厳しさを増すばかりであり、このままでは公的医療保険制度の維持は困難な状況に直面しかねない。この危機を回避するためには、最大の要因である高齢者医療制度の財源のあり方を早急に見直すとともに、伸び続ける医療費の適正化策を着実に実行することが必要不可欠である。

われわれ被用者保険関係5団体は、現役世代の納得性を確保するとともに、重い拠出金負担を軽減し、将来にわたり持続可能な制度を構築することをめざして、一致して下記の要望事項をとりまとめた。

政府・与党におかれては、次期改革案の取りまとめにあたり、われわれの総意を受け止め、その実現方に真摯に臨まれるよう切に要望する。

記

■ 医療保険制度改革にあたっては、現役世代の納得性を確保するとともに、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すべきである。具体的には、75歳以上の医療費への公費5割を実質確保することはもとより、特に、前期高齢者の財政調整の仕組みを見直し、新たに公費投入を行うべきである。さらに、現役世代の拠出金負担に一定の上限を設定する等、負担増に歯止めをかける仕組みを導入する必要がある。また、これらの負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引上げ分を活用、充たすべきである。

■ プログラム法では、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割導入が検討課題とされているが、これによる国庫補助削減分を国民健康保険の赤字補填に流用することは、国の財政責任を被用者保険に転嫁するものであり、断固反対である。

■ 超高齢社会においても持続可能な医療保険制度を構築するために

は、診療報酬の仕組みの再構築、医療機関の機能分化・連携の推進、ジェネリック医薬品の使用促進、療養の範囲の見直し等様々な医療費適正化対策を更に推進すべきである。

■ 被用者保険の保険者が医療費の適正化・効率化や加入者の健康の維持・増進に効果的に取り組んできた努力を十分尊重するとともに、今後とも国保と被用者保険が共存し、地域と職域それぞれが各々の連帯を基礎に、保険者機能を發揮できる制度体系を維持すべきである。

〈資料16〉

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要

(平成26年6月18日成立)

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）

① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域

医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化

※地域支援事業・介護保険財源で市町村が取り組む事業

② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

③ 低所得者の保険料軽減を拡充

④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）

⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ

③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

〈資料17〉

健保連の具体的な主張について

(健康保険組合連合会 平成26年10月2日)

主張の基本スタンス

(1) 少子高齢化が進む中、高齢者医療費に対する現役世代の拠出金負担は現状でもすでに限界に達しており、今後さらに増大することは確実。被用者保険の保険料収入に占める拠出金の割合は早晚50%を超える。現役世代の負担軽減が図られなければ、皆保険制度の持続は困難。

(2) 現状の医療費の伸びが続けば、皆保険制度の持続は困難。実効性のある、より踏み込んだ医療費の重点化・効率化策の実施が必須。健保組合も皆保険制度を担う中核的存在として、保険者機能の発揮に努める。

具体的な主張

(1) 高齢者医療費の負担構造改革が皆保険制度を維持するための最優先課題。消費増税分を高齢者医療制度に投入する等、現役世代の負担軽減策を確立すべき。特に、団塊世代の前期高齢者参入という特別の事情に鑑み、前期高齢者納付金の負担緩和を求める。

(2) 前期高齢者医療への公費投入の具体的な方法は、納付金算定式の変更など制度見直しにより実現すべき。

(3) 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入は、削減される国費を高齢者医療費の負担構造改革の財源として活用することを条件とする。この財源を市町村国保の財政赤字の補填のために転用する案については断固反対。

また、後期高齢者医療制度の公費負担割合を47%から50%に拡充すべき。

(4) 医療費の重点化・効率化で生まれる財源は、高齢者医療費の負担構造改革に活用すべき。

(5) 健保組合は、データヘルスの取り組み等を通して、加入者の健康増進及び医療費の重点化・効率化に向けて引き続き最大限の努力をす

る。

〈資料18〉

医療保険制度改革骨子

(社会保障制度改革推進本部決定 平成27年1月13日)

医療保険制度改革については、持続可能な制度を構築し、将来にわたり国民皆保険を堅持することができるよう、以下の骨子に基づき、各年度において必要な予算措置を講ずるとともに、本年の通常国会に所要の法案を提出するものとする。

1. 国民健康保険の安定化

○ 国保への財政支援の拡充等により、財政基盤を強化する。具体的には、平成27年度から保険者支援制度の拡充(約1,700億円)を実施する。これに加えて、更なる公費の投入を平成27年度(約200億円)から行い、平成29年度には、高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を優先的に活用し、約1,700億円を投入する。

公費追加の投入方法として、国の国保財政に対する責任を高める観点からの財政調整機能の強化、自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応、医療費の適正化に向けた取組等に対する支援、財政安定化基金による財政リスクの分散・軽減等を実施する。

○ また、平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営について中心的な役割を担うこととし、制度の安定化を図る。

具体的には、都道府県は県内の統一的な国保の運営方針を定め、市町村ごとの分賦金決定及び標準保険料率等の設定、保険給付に要する費用の支払い、市町村の事務の効率化・広域化等の促進を実施する。市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、保険料の徴収、資格管理・保険給付の決定、保健事業など、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う。引き続き、地方との協議を進める。

○ 財政運営に当たっては、都道府県が医療費の見込みを立て、市町村ごとの分賦金の額を決定することとし、市町村ごとの分賦金の額は、市町村ごとの医療費水準及び所得水準を反映する。国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す。保険給付に要した費用は都道府県が市町村に対して確実に支払う。

2. 高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○ 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とし、制度の持続可能性を確保する観点から、総報酬割部分（現行制度では3分の1）を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施する。

○ 被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。（平成27年度は約110億円。全面総報酬割が実施される平成29年度には約700億円の見込み。これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金が後期高齢者支援金部分の縮減に対応して、平成27年度は約200億円。平成29年度は約120億円の見込み。）

3. 協会けんぽの国庫補助率の安定化と財政特例措置

○ 国庫補助率の特例措置が平成26年度末で期限切れとなる協会けんぽについて、国庫補助率を当分の間16・4%と定め、その安定化を図る。ただし、現下の経済情勢、財政状況等を踏まえ、準備金残高が法定準備金を超えて積み上がっていく場合に、新たな超過分の国庫補助相当額を翌年度減額する特例措置を講じる。

4. 医療費適正化計画の見直し

○ 都道府県が、医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築を図るために策定される地域医療構想と整合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定し、国においてこの設定に必要な指標等を定めることとする。

○ 上記の見直しにあわせて現行の指標（特定健診・保健指導実施率、平均在院日数等）について必要な見直しを行うとともに、後発

医薬品の使用割合等を追加する。

○ 計画について、毎年度の進捗状況管理、計画期間終了前の暫定評価等を行い、目標が実績と乖離した場合は、都道府県はその要因分析を行うとともに、必要な対策を検討し、講ずるよう努めるものとする。

○ 都道府県は地域医療構想の策定後、同構想と整合性が図られるよう医療費適正化計画を見直すこととし、第3期計画（平成30～35年度）を前倒して実施する。

5. 個人や保険者による予防・健康づくりの促進

○ 個人の予防・健康づくりのインセンティブを強化するため、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じたヘルスケアポイントの付与や保険料への支援等について、国が策定するガイドラインに沿って保険者が保健事業の中で実施できることを明確化する。また、データヘルス（保険者がレセプト・健診等のデータ分析に基づき加入者の健康状態等に応じて行う保健事業）を推進する。

○ 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する。特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。

○ 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施する。

6. 負担の公平化等

① 入院時食事療養費等の見直し

○ 入院時の食事代（現行・1食260円）について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求めることとし、平成28年度から1食360円、平成30年度から1食460円に段階的に引き上げる。

○ ただし、低所得者は引上げを行わない。難病患者、小児慢性特

定疾病患者は現在の負担額を据え置く。

② 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○ フリーアクセスの基本は守りつつ、外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院及び500床以上の病院を受診する場合には、選定療養として、初診時又は再診時に原則的に定額負担を患者に求めることとする。定額負担の額は、例えば5,000円～1万円などが考えられるが、今後検討する。

③ 所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

○ 所得水準の高い国保組合の国庫補助について、負担能力に応じた負担とする観点から、平成28年度から5年かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。

○ 具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合については所得水準に応じて引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。

○ また、所得水準の低い国保組合の国庫補助には影響が生じないようにするため、調整補助金の総額を医療給付費等の15・4%まで段階的に増額する。

④ 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し

○ 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）については、特例として実施してから7年が経過する中で、後期高齢者医療制度に加入する前に被用者保険の被扶養者であった者は所得水準にかかわらず軽減特例の対象となるほか、国保での軽減割合は最大7割となつていふことなど不公平をもたらしており、見直しが求められている。

○ このため、後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、

きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

⑤ 標準報酬月額の上限額の見直し等

○ 健康保険の保険料について、平成28年度から、標準報酬月額に3等級追加し、上限額を121万円から139万円に引き上げる。併せて標準賞与額についても、年間上限額を540万円から573万円に引き上げる。

○ 健康保険の一般保険料率の上限について、平成28年度から13%に引き上げる。また、船員保険の保険料率の上限も、同様に13%に引き上げる。

○ 国保の保険料（税）の賦課限度額について、段階的に引き上げることとし、平成27年度は4万円引き上げる。

7. 患者申出療養（仮称）の創設

○ 困難な病氣と闘う患者の国内未承認薬等を迅速に保険外併用療養として使用したいという思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして患者申出療養（仮称）を創設し、平成28年度から実施する。

8. 今後さらに検討を進めるべき事項

○ 今後、引き続き、医療保険制度の安定化と持続可能性の確保等に向けた施策のあり方（国保の安定的な運営の確保、医療費適正化、保険給付の範囲、患者負担について年齢に関わりなく更に負担能力に応じた負担とすることなど）について検討を進める。

〈資料19〉

医療保険制度改革案の決定にあたって（大塚陸毅会長コメント）

（健康保険組合連合会）平成27年1月15日

政府は1月13日、社会保障制度改革推進本部において、医療保険制度改革骨子案を承認するとともに、翌14日、平成27年度予算案を閣議決定した。

われわれはこれまで、医療保険制度改革の最大の課題は、超高齢化・人口減少が進む中で増加し続けている高齢者医療費に対する負担構造の見直しであり、現役世代に過度に依存する現行制度の是正を改革の核心とすべきと主張してきた。しかしながら、今回決定された改革案は、国民健康保険の財政対策に偏向したものとなっており、被用者保険を含めた持続可能な制度の構築を志向したものとは言い難い。

さらに、被用者保険の後期高齢者支援金に全面総報酬割を導入し、それによって生じる国費財源を国保の赤字補填のために投入するとの方針が示された。健保連は全面総報酬割導入そのものに反対しているわけではないが、その構図は、国保に対する国の財政責任を現役世代の保険料負担に押し付ける「肩代わり」そのものであり、全く容認できるものではない。

また、医療費適正化対策についても不十分である。毎年1兆円規模で伸び続ける医療費をそのまま放置し続けることは、皆保険制度の崩壊につながる。医療提供体制の改革のみならず、保険給付範囲の見直し、高齢者の患者負担割合の引き上げ等、より実効性のある施策を早期に実行すべきと考える。

一方、国費投入による高齢者医療への拠出金の負担軽減の方向性など、限定的ではあるが評価できる施策も示されている。政府における今後の検討の中で、その具体的な構図が示されることとなるが、どのような形となるのかを注視してまいりたい。

健保組合は、保険料収入の半分を高齢者医療に拠出しているという異常な状況に置かれている。平成27年度には、全ての団塊世代が前期高齢者に移行し、異常な事態に拍車がかかる。拠出金負担がさらに膨らむ現役世代の負担軽減のため、予算措置と合わせ、高齢者医療の負担構造改革につながる施策をより一層強力に進めることを求めたい。

世界に冠たる皆保険制度を将来世代に引き継ぐためには、全ての世代で負担を分かち合い、真に持続可能で納得できる公平な制度を構築しなければならぬ。政府においては、健保組合をはじめとする被用者保険の声を真摯に受け止め、施策に十分反映するとともに、平成29年度に消

費税率を10%へ引き上げる際には、より踏み込んだ改革を断行するよう強く要望する。

〔資料20〕

医療保険制度改革案に対する評価と今後の主張点について 〔抜粋〕

（健康保険組合連合会 平成27年2月12日）

1. 制度改革案に対する総括的な評価（個別項目ごとの評価は別添）

〔評価できる点〕

- (1) 拠出金の負担軽減措置において、制度化対応による公費投入（29年度・約100億円）が初めて実現したこと、また、高齢者医療運営円滑化等補助金（29年度・約720億円）において、団塊世代の高齢化に伴う前期納付金負担増に着目した措置が入ったことは、本年度における健保組合の総力を挙げた改革実現活動による一定の成果。

- (2) 健保組合の中でも比較的報酬が低く、拠出金負担の重いところの負担が、高齢者医療運営円滑化等補助金の拡大等によって一定程度軽減されることとなった。

- (3) 入院時食事療養費、所得水準の高い国保組合の国庫補助、後期高齢者の保険料軽減特例措置―など、医療費の適正化並びに負担の公平化に向けた課題に不十分ながら切り込めた。

〔問題点〕

- (1) 全面総報酬割導入による国費財源の約7割を国保の財政対策のために転用したことは、われわれが反対してきた「肩代わり」の構図にほかならない。理不尽な制度間財政調整を野放図に拡大させ、高齢者医療への拠出金に対する納得性をより一層損なうものであり、全く容認できるものではない。

- (2) 制度化対応による公費投入が実現したものの、限定的であり、健保連の年来の主張である「前期納付金への公費投入による負担軽減」には程遠い。今回の改革によっても、結果として、比較的報酬の高い健

保組合の保険料負担増によって拠出金負担の重い健保組合のみならず他制度の負担軽減まで図る構図は変わらず、われわれが求める負担構造改革とは言い難い。

(3) 医療費適正化に向けた取り組みは、保険給付の範囲や高齢者の患者負担の見直し等について、「今後さらに検討を進めるべき事項」として整理されるに止まった。制度の持続可能性を確保する上で欠かせない実効性のある施策の検討が先送りされた形であり、不十分だ。

2. 今後の主張点

(1) 高齢者医療の負担構造に関する将来ビジョンを確立するとともに、その改革を今後の検討課題に明確に位置づけるべき。その上で、消費税率10%への引き上げ（平成29年4月）に合わせ、その財源を高齢者医療制度に投入し、制度対応による負担軽減措置をさらに拡充するなど、現役世代の負担軽減につながる負担構造改革に早急に着手すべき。

(2) 上記の負担軽減措置が実現するまでの間については、団塊世代の高齢化の状況や総報酬割拡大の影響等も踏まえながら、必要な予算措置を講じること。

(3) 国保の財政支援の拡充については、高齢者医療の負担において既に多額の支援をしている被用者保険の納得性の確保が必要。そのためには、保険料の水準や収納率など国保の構造問題の改革推進を優先することはもとより、都道府県単位の財政運営に合わせて、前期高齢者とそれ以外の財政区分を明確化し、納付金が前期高齢者以外に補填されない仕組みに見直すべき。

(4) 医療費の重点化・効率化は、持続可能な制度の構築に向けた高齢者医療の負担構造改革と並ぶもう一つの柱である。医療費適正化計画の見直しの実効性を確保するとともに、高齢者の自己負担の見直し、保険給付の範囲の見直しといった今後の課題についても、早急に検討し、実現を図るべき。

(5) 平成28年10月からの短時間労働者の適用拡大については、影響の大きい健保組合に対する負担軽減措置が別途必要。さらに、任意継続被

保険者や現金給付並びに資格喪失後給付といった制度の見直しについても、引き続き検討の上、対応するべき。

〔資料21〕

医療保険制度改革案に対する被用者保険関係5団体の意見

（社会保障審議会・医療保険部会委員（健康保険組合連合会白川修二副会長・全国健康保険協会小林剛理事長・日本労働組合総連合会高橋睦子副事務局長・日本商工会議所社会保険専門委員会藤井隆太委員・日本経済団体連合会社会保険委員会医療改革部会望月篤部会長）

平成27年2月20日

政府は医療保険制度改革案を取りまとめ、今の通常国会に関連法案を提出しようとしている。ここに至るまでの議論過程を振り返ると、被用者保険関係5団体の意見（26年5月の要望書を含む）が尊重されていないばかりか、改革骨子案に関する医療保険部会の議論も十分に深まったとは言い難い。このような経過を踏まえて、我々は、以下により、この改革案の問題点を指摘するとともに、今後のさらなる改革の実現を求めて意見を申し述べる。

1. 国保財政対策、全面総報酬割関連

○ 被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割導入（29年度実施予定）によって生じる国庫補助削減分（2,400億円）の使途については、本来、被用者保険の負担軽減に活用すべきであるが、改革案は、7割相当部分（1,700億円）を国保の財政対策に優先投入している。これは国保に対する国の財政責任を被用者保険の負担増に転嫁するものである。我々が当初から明確に反対してきたとおり、被用者保険にさらなる負担を求める財源捻出策は容認できない。

○ 国保財政に対しては、定率の公費負担のほか、被用者保険が負担する前期高齢者納付金等も充当されている。今後、医療費の共同負担による基盤強化策（27年度実施）に加え、改革案による保険者支援制度の拡充や都道府県単位数化等による財政安定化を図りつつ、指

摘されている法定外繰り入れや保険料収納など、国固有の問題の改善を優先すべきである。

- なお、全面総報酬導入による財政影響については、中長期的な見通しを明らかにするとともに、実施後も、拠出率の上昇による負担の変動等について継続的な評価が行われることが必要である。

2. 医療費適正化等

- 医療保険制度の持続可能性を確保するには、実効ある医療費適正化対策が不可欠である。そのために、改革案による医療費適正化計画の取り組みを強化するほか、診療報酬の仕組みの再構築、医療機関の機能分化・連携の推進、ジェネリック医薬品の使用促進、療養の範囲の見直し等により積極的に取り組み、これらを通じ、医療保険制度全体の保険料負担の上昇抑制を図るべきである。

3. さらなる改革の実現

- 我々は、医療保険制度改革において、高齢者のみならず、現役世代の納付性を確保することが重要であり、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すべきであると主張してきた。後期高齢者医療費と前期高齢者医療費への公費投入・拡充のほか、現役世代の拠出金負担の上限設定等、負担増に歯止めをかける仕組みの導入を求めたが、改革案は、こうした要求を満たすものとは言えない。今回の改革案にとどまることなく、高齢者医療制度の負担構造の改革をはじめとして、医療保険制度全体のさらなる改革に取り組むべく、議論を継続させ、積極的に進められることを強く要望する。

Ⅲ 平成27年度（2015年度）

医療提供体制の関係では、平成26年6月の医療介護総合確保推進法の成立を受け、都道府県は「地域医療構想」を策定することとなり、策定作業が27年度から本格化した。保険者協議会は法定化され、同構想を策定する際は保険者協議会から意見を聴取することになるなど、保険者の役割がこれまで以上に重要となった。健保連と全国健康保険協会は5月7日、地域医療構想の策定に向けて、保険者が役割を十分に発揮できる態勢を整えるよう求める連名の要請書（資料22）を厚労省医政局長に提出した。

後期高齢者支援金の全面総報酬導入を含む医療保険制度改革関連法（持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律）は平成27年5月27日、参院本会議で可決、成立した（資料24）。総報酬制部分の負担をこれまでの3分の1から27年度に2分の1、28年度に3分の2へ拡大する施行期日が当初案の27年4月1日から公布日に修正され、5月29日に公布、施行された。健保連は5月27日、改正法の成立を受けて大塚陸毅会長のコメント（資料25）を発表した。

法案審査の過程で健保連の白川修二副会長は平成27年5月22日、参院厚生労働委員会に参考人として出席し、同法案に対して意見陳述した。白川副会長は、後期高齢者支援金の全面総報酬で生じる国費2、400億円のうち7割相当額を国保の財政支援に投入することの問題点を指摘するとともに、高齢者医療費の負担構造改革が法案に含まれていない点を問題視し、医療保険制度全体のさらなる改革に取り組むよう訴えた。

参院厚労委員会は5月26日に同法案を採決。これに合わせて与野党の賛成多数で附帯決議（資料23）が採択され、健保組合・健保連の主張が一定程度反映される形となった。

財務省の財政制度等審議会は6月1日、歳出抑制を主眼とする「財政健全化計画等に関する建議」をまとめ、医療・介護分野では「負担能力に応じた公平な負担」を進める観点から、前期高齢者納付金と介護納付金への総報酬制導入を提起した。

これに対し、健保連は6月5日、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体として、総報酬制の一層の拡大に反対するなど「骨太方針2015」の策定に向けた意見書（資料26）をまとめた。6月30日に閣議決定された政府の「骨太方針2015」では、「介護納付金の総報酬制やその他の課題について検討を行う」と明記された。

平成28年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が27年11月18日、塩崎恭久厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料27）を提出した。28年度政府予算編成における改定率は、財務、厚労両相の折衝で診療報酬本体＋0・49%（医科＋0・56%、歯科＋0・61%、調剤＋0・17%）、薬価・医療材料▲1・33%とし、全体で▲0・84%となった。白川副会長は改定率の決定を受け見解（資料28）を発表した。

〈資料22〉

医療提供体制改革に関する要請

（健康保険組合連合会白川修二副会長・専務理事・全国健康保険協会小林剛理事長より厚生労働省二川一男医政局長あて 平成27年5月7日）
先般、地域医療構想策定ガイドラインが取りまとめられたことを受け、都道府県は、医療計画の一部として将来目指すべき姿を示す地域医療構想の策定を開始することとなりました。

地域医療構想の策定や実行にあたっては、都道府県医療審議会や保険者協議会からの意見聴取や新たに設置される地域医療構想調整会議への参画など保険者も重要な場面に関与することとなります。

地域医療構想の策定に向けて、保険者が役割を十分に発揮できるよ

う、今後、都道府県知事あてに発出される通知等では、都道府県が以下の対応を図ることが示されるよう要請いたします。

○地域医療構想の策定に当たっては、現状維持を前提とするのではなく、将来のあるべき姿について議論をすること

○地域医療構想調整会議の参加者の選定については、ガイドラインに示されているよう公平性・公正性に留意すること

○各地域医療構想調整会議の参加者については幅広い関係者の参加を求めることとし、保険者委員については複数名とした上で、被用者保険の代表として、原則、健保組合、協会けんぽの各1名を参画させること

○地域医療構想策定段階において、既存の会議体を活用する場合も同様の措置を講ずること

○地域医療構想策定のために収集されたデータおよび医療需要や医療供給などの推計について速やかに保険者協議会にも提示すること

○医療計画（地域医療構想含む）に関する保険者協議会の意見に対しては、明確な回答を文書にて行うこと

○全ての都道府県医療審議会に保険者代表が委員として参画できるように参画機会を拡大することと併せ、委員構成の是正を行うこと

また、厚生労働省におかれては、医療法施行令を改正し、医療保険者が都道府県医療審議会の委員として例示されるようご配慮をお願いいたします。

より実効性のある地域医療構想を策定するには、こうした対応を図った上で、医療提供者、保険者、学識経験者および医療受療者など立場を異とする関係者が連携を図りつつ、議論を重ねることの意義を鑑み、お取り諮りいただきますようお願いいたします。

〈資料23〉

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 平成27年5月26日）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

二、高齢者医療制度及び被用者保険について

1 高齢者の医療費の増加等に伴い、現役世代の負担が大きくなっていく中で、持続可能な医療保険制度の確立に向けて、更なる医療保険制度改革を促進するとともに、負担の公平性等の観点から高齢者医療制度に関する検討を行うこと。

2 前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金については、今後高齢化の一層の進展が見込まれていることを踏まえ、現役世代の拠出金負担が過大とならないよう、本法に規定された拠出金負担が特に重い保険者に対する拠出金負担軽減措置を講ずるとともに、将来にわたって高齢者医療運営円滑化等補助金の財源を確保するよう努めること。

3 後期高齢者支援金の総報酬割の拡大に当たっては、被用者保険の保険財政への影響の評価及び検証を行うとともに、被用者保険の保険者及び被保険者に十分な説明を行い、その理解と納得を得るよう努めること。

〈資料24〉

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要

（平成27年5月27日成立）

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

○国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化（27年度から約1,700億円、29年度以降は毎年約3,400億円）

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施（現行：1/3総報酬割→27年度：1/2総報酬割→28年度：2/3総報酬割→29年度：全面総報酬割）

3. 負担の公平化等

① 入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ（現行：1食260円→28年度：1食360円→30年度：1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない）

② 特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入）

③ 健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ（121万円から139万円に）

4. その他

① 協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16・4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる

② 被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し（被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額）

③ 医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
・都道府県が地域医療構想と整合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定

・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加

④ 患者申出療養を創設（患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み）

【施行期日】

平成30年4月1日（4①は公布の日（平成27年5月29日）、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②～④は平成28年4月1日）

27年・医療保険制度改革関連法の概要

1. 国民健康保険の安定化	30年度～	国保の財政運営主体を都道府県に移行
2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入	27年度～	総報酬割を2分の1に拡大
	28年度～	3分の2に拡大
3. 被用者保険者への支援	29年度～	全面総報酬割の実施 ・前期高齢者にかかる後期支援金に前期高齢者の加入率調整を導入
	27年度～	高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充（29年度600億円）※予算措置
	29年度～	前期納付金の負担軽減措置を拡大、拡大分の2分の1に国費を投入（29年度100億円）
4. 協会けんぽの国庫補助率見直し	27年度～	給付費に対する国庫補助率16・4%への引き上げを実質恒久化準備金残高にもとづく国庫補助減額の特例措置を導入
5. 入院時食事療養費等の見直し	28年度～	一般所得者の食事負担額を360円に引き上げ
	30年度～	460円に引き上げ
6. 健康保険の標準報酬月額上限、保険料率上限の引き上げ	28年度～	標準報酬月額の上限を139万円に、標準賞与の年間上限を573万円に引き上げ
	28年度～	一般保険料率の上限を1,000分の130に引き上げ

7.	紹介状なしの大病院受診の定額負担導入
28年度	特定機能病院などに選定療養による定額負担の徴収を義務化
8.	国保組合の国庫補助率の見直し
28年度	所得水準の高い国保組合の国庫補助率を5年かけて段階的に引き下げ
9.	医療費適正化計画の見直し
28年度	都道府県が医療計画に医療費の水準などの目標を設定、計画期間を5年から6年に変更
10.	患者申出療養の創設
28年度	患者の申出にもとづき高度の医療技術を用いた療養を保険外併用療養の支給対象とする
11.	傷病手当金・出産手当金の支給額の見直し
28年度	支給額の算定に用いる標準報酬月額を直近1年間の平均に見直す
12.	特例退職被保険者制度の見直し
28年度	規約に定める標準報酬月額等の2分の1上限を撤廃
13.	支払基金の業務範囲拡大
28年度	正常分娩の出産育児一時金の支払業務、番号制度関連業務の保険者からの受託を可能とする

法改正事項の施行期日 1は30年4月1日、2は27年5月29日（2分の1、3分の2総報酬制）および29年4月1日（全面総報酬制）、3は29年4月1日、4は27年5月29日、5～13は28年4月1日

〈資料25〉

医療保険制度改革関連法の成立にあたって（大塚陸教会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成27年5月27日）
 本日、参院本会議において、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部改正法」（医療保険制度改革関連法）が可決され、成立した。ここに至るまでの関係者の尽力には改めて敬意を表

するとともに、改革の趣旨に則した適切な施行を要望する。

同法には、拠出金負担の重い健保組合などへの国費による負担軽減策の創設など評価できる部分も含まれているが、その中心は国保の財政基盤強化策に偏り、医療保険制度全体の持続可能性を確保するという大局的な視点から見れば、不十分な点もあり決して満足できる内容とはいえない。特に、被用者保険関係5団体の強い反対にもかかわらず、後期高齢者支援金の全面総報酬割によって生じる国費財源の7割相当を国保の財政対策に転用するとしたことは、国の財政責任を現役世代の保険料負担に転嫁する「肩代わり」そのものであり、極めて遺憾である。

その一方で、国会会の法案審議を通じて、党派を超えて、過重な拠出金負担に苦しむ健保組合の実情や健保連の主張に対する理解の深まりを認識することができた。この結果、衆参両院の厚生労働委員会では附帯決議が採択され、健保連の主張に沿った項目も数多く含まれることとなった。健保組合・健保連一体となった活動が一定の成果をあげたものと評価するところである。

同法は成立し、改革が進められることとなるが、医療費の適正化対策や高齢者医療制度の負担構造改革等、医療保険制度には多くの課題が残されたままである。

政府におかれては、国会審議や附帯決議の内容を尊重し、その実現を図るとともに、真に医療保険制度の持続可能性を追求するために、抜本的改革を断行するよう強く要望する。

〈資料26〉

「骨太方針2015」の策定に向けた被用者保険関係5団体の意見

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会 平成27年6月5日）
 現在、政府は、財政健全化計画を含む骨太方針の策定に向けた議論を進めている。そのなかで、社会保障費の抑制、とりわけ医療、介護にかかる費用の適正化・効率化等の必要性が強く打ち出されている。

被用者保険関係5団体は、現状、以下のような共通する問題意識を持つており、今後、政府におかれては、適切な方向性を導き出されることを強く要望する。

○ 持続可能な制度を構築していくためにも、医療、介護の費用の適正化・効率化に取り組むことは不可欠である。後発医薬品のさらなる使用促進に向けた実効性ある取り組みを一層推進するとともに、医療・介護のICT化等による検査や投薬等の無駄の排除、不正請求の一扫、医療の標準化・診療報酬の包括化の推進、医療提供体制の効率化、医療費や要介護認定率の地域差の是正、医薬品や医療機器の保険適用等にかかわる費用対効果評価の導入等についても検討すべきである。また、改革を進めるなかで、公平性の観点から、高齢者を一律に弱者と捉えることなく、負担能力に着目した患者や介護サービス利用者の負担のあり方についても検討する必要がある。

○ 今般の法改正により、後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されたが、それによって生じた国庫補助削減分は、国民健康保険の財政対策に活用され、被用者保険が国の財政責任を「肩代わり」させられることとなった。このうえさらに、財源捻出策として、介護納付金や前期高齢者納付金に総報酬割を導入することは到底容認できるものではない。今後も増大していく現役世代の拠出金を抑制するための施策を構ずるよう求める。

○ なお、政府内には、負担能力に応じた公平な負担を実現するために、被用者保険を統合すべきといった指摘も一部にあるようだが、これは保険者機能の低下を招き、結果として医療費、ひいては国全体の負担を拡大させるものである。今後とも、設立の歴史的経緯や役割を踏まえ、制度の持続可能性を高める観点から、個々の保険者が、事業主との協力のもと、それぞれの職域の連帯を基礎に、保険者機能を発揮できる制度体系を維持すべきである。

〈資料27〉

平成28年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会大塚陸毅会長・国民健康保険中央会柴田雅人理事
長・全国健康保険協会小林剛理事長・全日本海員組合森田保己組合長・
日本経済団体連合会榊原定征会長・日本労働組合総連合会神津里季生会
長より塩崎恭久厚生労働大臣あて 平成27年11月18日)

平成28年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団体の意見をまとめましたので、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国は、急速な高齢化の進展に伴い、医療費は増加の一途を辿り、25年度にはついに国民医療費が40兆円を超えました。今後、一段と高齢化が加速する中にあるのは、さらなる増加は避けられない状況にあります。

国内経済は、足もとでは緩やかな回復基調が続いているものの、政府の掲げる強い経済の実現には未だ道半ばです。医療費を含めた国民の社会保障費負担の増加を抑制しなければ、労働者の手取賃金の伸びが抑えられ、消費の下押し要因となるほか、企業においても事業コストの増大に直結することから、国内外からの投資が減退し、経済成長が大きく鈍化するのではないかと懸念されます。

医療保険者の財政は、保険料収入の伸びを上回る医療費の伸びに加え、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増大などにより深刻な状況に陥っています。被用者保険では、20年度の現行制度創設以降、大幅な保険料率の引き上げを余儀なくされ、被保険者に重い負担を求めるところで、財政危機をしのいでいますが、今後さらなる引き上げも懸念されます。また、国民健康保険においても、依然として財政状況は窮迫しており、今次法改正により財政運営主体等の見直しとともに消費税財源を用いて財政支援の拡大措置がとられたところです。

このような背景から、政府はいわゆる「骨太方針2015」において、社会保障料を含む国民の負担増は極力抑制するとの方向性の中で

「社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引き上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめること」を目指すこととしています。

一方、先日公表された医療経済実態調査結果では、一部の病院の経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、医療機関等の経営は全体としてはおおむね堅調に推移していると考えられます。足もとで賃金・物価に改善傾向が見られるとしても、長年に亘り賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることを考慮すれば、次期改定において患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引き上げを行うことは、到底、国民の理解と納得が得られないものと考えます。

このため、28年度改定において診療報酬はマイナス改定とすべきです。

併せて、26年度改定と同様に薬価・特定保険医療材料改定分（引き下げ分）を診療報酬本体に充当せず、国民に還元する必要があります。

28年度改定にあたっては、急性期をはじめ患者の状態像に応じた適切な評価を行うほか、医薬品等への費用対効果評価の導入、いわゆる「かかりつけ薬剤師」の機能の發揮などによる残薬解消、調剤報酬の適正化や多剤投与の是正、新たな目標を踏まえた後発医薬品の使用促進など、全体として医療費の適正化を図っていくことを基本方針とすべきです。

また、前回改定において重点的に取り組んだ入院および外来医療の機能分化・連携の推進、長期入院の適正化、主治医機能の強化などの効果を検証し、さらに促進するための施策を講じるべきです。

28年度の診療報酬改定が、国民皆保険制度の持続性の確保と人口・疾病構造の変化に対応した医療提供体制の構築を指向したものとなることを期待します。

〈資料28〉

平成28年度診療報酬の改定について

（健康保険組合連合会白川修二副会長・専務理事 平成27年12月21日）

28年度政府予算案の大臣折衝後、診療報酬を全体で0・84%引き下げることが公表されました。

健保連としては、経団連、連合、協会けんぽ等とともに行った11月18日の塩崎厚労相への要請や、12月2日の中医協に提出した支払側委員7名の連名による改定に関する意見書を通じて、「医療保険者の財政は保険料収入の伸びを上回る医療費の伸びに加え、高齢者医療制度に対する支学金・納付金の増大などにより深刻な状況に陥っている。一方、医療機関等の経営は全体としては中期的なおおむね堅調に推移していることや長年にわたり賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることなどを踏まえると、診療報酬の引き上げを行うことは国民の理解と納得が得られず、28年度診療報酬改定はマイナス改定とすべき。併せて、薬価等改定分は診療報酬本体に充当することなく、国民に還元すべきである。」と主張してきたところです。

しかしながら、結果として、診療報酬本体が0・49%の引き上げとなり、また、薬価等改定分（マイナス1・33%）の取扱いについて、国民への還元という方向性が示されなかったことは誠に遺憾で、残念というほかありません。

今後は中医協の場において、一般病床や外来医療における機能分化と連携、在宅医療の充実、調剤報酬の適正化や政府における新たな目標値を踏まえた後発医薬品の使用促進などを中心に議論が進められることになりませんが、限られた財源を合理的かつ効率的・効果的に配分するよう主張していく所存です。

IV 平成28年度（2016年度）

平成28年4月14日に熊本地震が発生し、甚大な被害をもたらした。健保連と全国健康保険協会は4月28日、被災者支援として療費の一部負担金を徴収猶予、減免した保険者に対して財政支援等を講じるよう塩崎恭久厚生労働相宛てに共同の緊急要望書（資料29）を提出した。

安倍晋三首相は6月1日、平成29年4月まで1年半延期してきた消費税率10%への引き上げを平成31年10月まで、さらに2年半再延期する方針を示した。これを受け健保連は、7月7日の常任理事会で、①高齢者医療の負担構造改革の実現、②医療費適正化対策の推進、③健保組合に対する財政支援の継続、拡充、④介護保険制度の見直し―の4項目を柱とする「今後の主張について」（資料30）をまとめ、主張の骨格をあらためて整理した。

社会保障審議会・医療保険部会、介護保険部会は平成27年末に策定された経済・財政再生計画改革工程表の検討項目を中心に議論した。

医療保険関係は、平成28年末までの検討課題とされた、▽入院時の居住費負担、▽かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担、▽高額療養費制度の見直し、▽金融資産を考慮した負担の仕組み―などを議論した。

介護保険部会では、平成29年通常国会への法案提出を視野に、被用者保険間での介護納付金の総報酬割導入などが主要論点となった。同部会の委員として参画した健保連の佐野雅宏副会長は、▽介護納付金の総報酬割導入は、制度創設時の理念を逸脱する、▽平成29年度からの後期高齢者支援金の全面総報酬割に続く現役世代への過大かつ急激な負担であり、受益を伴わない一方的な負担増となる―などと指摘し、断固反対を表明した。

こうした医療保険部会や介護保険部会などでの議論、さらに与党内の調整を経て、財務、厚労両相は12月19日、医療保険・介護保険制度改革案の内容を含む平成29年度政府予算編成の重要事項を折衝・合意した（資料32）。

これを受け、健保連は12月26日、大塚陸毅会長のコメント（資料34）を発表した。「制度の持続可能性に対する危機感に欠けた不十分な内容」と指摘し、介護納付金の総報酬割導入の方針には強く反対する考えを強調した。

政府は平成29年2月7日、介護納付金の総報酬割導入などを柱とする「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、同年通常国会に提出した。

医療費の動向については、一部の抗がん剤など高額な医薬品が医療費全体を押し上げている実態が明らかになり、平成28年度には対応策が大きな政策課題となった。こうしたなか、政府は12月20日、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（資料33）を関係4閣僚（内閣官房長官、経済財政政策担当相、財務相、厚労相）でまとめた。

健保連は10月17日、「医療提供体制の諸課題に関する健保連の考え方」（資料31）をまとめた。都道府県が2025（令和7）年の必要病床数を見込む地域医療構想を平成28年度中に策定することを受け、構想が反映される第7次医療計画（平成30～令和5年度）をはじめ、第7期介護保険事業計画（平成30～令和2年度）など関連する計画が平成30年度からスタートする状況を見据え、効率的・効果的な医療提供体制を構築するための対策を整理した。

〈資料29〉

平成28年熊本地震の地震対策に関する緊急要望書

(健康保険組合連合会白川修二副会長・全国健康保険協会小林剛理事長
より塩崎恭久厚生労働大臣あて 平成28年4月28日)

今般の平成28年熊本地震の被災者のために、現在、政府のもとで懸命な救済対策が実施されているところです。あらためて関係者の尽力に敬意を表するとともに、被用者保険(健康保険組合、全国健康保険協会管掌健康保険、船員保険)においても、政府の取り組みに可能な限り協力していく所存であります。

しかしながら、各保険者においては、厳しい財政状況の中、更なる財政負担が生じることが見込まれます。被災者の継続的な支援と各保険者の安定運営を確保するため、政府におかれましては、下記のとおり、特別な財政支援を講じていただきますよう強く要望します。

記

すでに、住宅の全半壊又はこれに類する被災を受けた方には、医療機関に一部負担金等を支払わずに受診でき、各保険者の判断の下、一部負担金等の徴収猶予、減免等の措置を実施しております。

被災者の支援のために、こうした一部負担金等の特例措置を行った保険者に対しては、その影響額に見合った財政支援を講じていただきますようお願いいたします。

あわせて、震災による一時的な賃金の低下(保険料収入の減少)、各保険者の事務所や施設等の損害など、各保険者における影響を把握したうえで、適切な財政支援を検討していただくこともお願いいたします。

〈資料30〉

今後の主張について(消費税率引き上げ再延期方針を受けて)

(健康保険組合連合会 平成28年7月7日)

社会保障の充実・安定化のため、平成29年4月に消費税率を8%から10%へ引き上げることが決まっていたが、平成28年6月1日、安倍首相は、この実施時期について、31年10月まで2年半、「再延期」する方針

を表明した(6月2日、骨太方針を閣議決定)。健保連はこれまで、29年4月の消費税率10%への引き上げにあわせて、高齢者医療制度への公費拡充を実現するよう求めてきたが、現在の状況を踏まえ、今後、以下の事項に重点を置いて主張していくこととする。

(1) 高齢者医療の負担構造改革の実現

・国民皆保険を維持するためには、現役世代の負担軽減の観点からの改革が必要。そのために、高齢者医療への公費拡充を実現すべき(後期高齢者への公費負担47%を50%へ拡充。前期高齢者の調整方法の見直しや特別負担調整の国費100億円の拡充等)。

・あわせて、高齢者にも応分の負担を求める改革を施行すべき(高額療養費の自己負担限度額、外来特例、保険料軽減措置、保険料負担割合、患者負担割合等の見直し)。

(2) 医療費適正化対策の推進

・制度の持続可能性を高めるため、改革工程表の検討項目にとどまらず、さらなる施策を検討し、実行すべき(医療費適正化計画、地域差是正、入院時の居住費負担、受診や医薬品使用等の適正化、後発医薬品、市販品類似薬、生活習慣病薬、高額医薬品、終末期医療等)。

(3) 健保組合に対する財政支援の継続、拡充

・拠出金の負担軽減措置(高齢者医療運営円滑化等補助金)の拡充とともに、短時間労働者の適用拡大にともなう負担増に対する財政支援の拡充が必要。

(4) 介護保険制度の見直し

・同制度においても、持続可能性を高めるため、介護給付費の適正化、給付の重点化等を通じて、保険料負担を軽減することが必要。
・介護納付金の総報酬割については、制度創設時の理念に反するとともに、国庫補助の肩代わりによって現役世代の負担をさらに高めるものであり、断固として反対。

医療提供体制の諸課題に関する健保連の考え方

(健康保険組合連合会 平成28年10月17日)

1. はじめに

わが国では、急速な高齢化の進展や医療の高度化により、2025年に向けて全体の医療費が増大していく一方、財政面で下支えている現役世代は少子化により減少傾向にある。このため、国民皆保険制度の持続性を担保しつつ、国民が将来にわたって良質な医療を受けられるようにするには、効率的・効果的な医療提供体制への再構築と医療費の適正化を同時並行で計画的に進めていかなければならない。

これまで健保連は、「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」（2007年6月）、「医療提供体制に関する健保連の見解」（2013年7月）において、患者中心の効率的・効果的な医療提供体制を構築すべきと訴え、関係審議会などでも主張し続けているが、その実現は未だ道半ばである。

国は、社会保障・税一体改革に基づく措置として、いわゆる医療介護総合確保推進法を公布・施行した。同法には、各都道府県の医療計画の実効性を高める観点から、医療機能毎の将来の必要病床数を定める地域医療構想の策定、構想の実現に向けた財政支援としての地域医療介護総合確保基金の設置などが盛り込まれた。

また、医療提供体制の見直しにおける保険者の役割が法律上、明確化されたのも大きな特徴であり、こうした中で2017年度には、2018～2023年を1期とする第7次医療計画のとりまとめ作業が各都道府県で開始される。2018年度は第7期介護保険事業計画の開始期でもあり、診療報酬・介護報酬の同時改定も予定されているため、関係審議会においては2018年度まで一体的な検討が必要となり、地域における将来の医療介護の過不足ない確保に向けて極めて重要なものとなる。

このため、前回の見解以降の動向変化や現下の状況を踏まえ、医療提供体制の諸課題に関する健保連の現時点の考え方について、以下のとお

り整理した。

2. 効率的・効果的な医療提供体制の構築

(1) 医療の機能分化、連携

○病床の機能分化、連携

現在の入院医療は、状態の早期安定に向けた医療の提供を中心とする急性期病床の割合が高く、将来の不足が見込まれている高齢者などの生活復帰を支援する回復期病床等は不足している。また、在宅医療や介護の受入体制も十分でないため、居宅や施設で療養可能な患者もやむを得ず医療機関に長期入院するという状態も解消されていない。

こうした現況の下、患者が高度急性期から急性期、回復期、慢性期に至るまで状態に合った病床や、居宅、施設で適切な医療・介護を切れ目なく受けられるようにするためには、各都道府県において2025年以降の人口動向も見据え、病床機能の分化、連携の推進ならびに在宅医療・介護の体制整備について、地域医療構想を含む医療計画に沿って、PDCAサイクルの中で進捗管理しながら計画的に進めていかなければならない。

○外来医療の機能分化、連携

高齢期を迎えても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるには、医療、介護、生活支援、介護予防が日常生活圏内で包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築も急務である。その推進にあたって健保連は、当該圏内において、特定の診療科に偏ることなく、どのような疾患・症状を抱える患者に対しても継続的・一元的な診療や服薬管理・指導が可能で、状態に応じ適宜適切に高機能医療機関を紹介することができる「総合診療医」の早期養成・普及を求めてきた。

国は、これまで新たな専門医制度における専門医の1つとして「総合診療専門医」を作り、2017年度からの養成開始に向けた準備を進めており、健保連としても評価しているが、正式な養成開始は1年先送りされ、2018年度から開始される見通しとなっ

た。

この「総合診療専門医」の養成・普及には相当の時間を要するが、高齢化の進展は待ったなしである。したがって、「総合診療専門医」が各地域に普及するまでの間は、現在、診療報酬上で定義されている「主治医」や「かかりつけ薬剤師」の機能強化を図ること、高齢患者の増加に対応すべきである。

○在宅医療・介護体制の整備

国の「高齢者の健康に関する意識調査」では、治る見込みがない病気になる場合、最期を迎えたい場所として、5割強が「自宅」を希望しており、医療機関や介護施設を上回っている。一方、実態として、医療機関以外の場所における死亡は近年微増傾向にあるが、依然として医療機関での死亡が8割近くを占めている。

このような状況下にあつて、患者が自宅や介護施設等において快適で安心できる療養生活を送れるようにするためには、都道府県が地域医療構想を含む医療計画などにおいて、将来需要も適切に見込んだ上で質の確保された在宅医療・介護サービスの確保に向けた課題を抽出し、課題解消に向けた施策を実施する必要がある。さらに、患者の状態急変時ならびに看取りの対応力向上に資する目標も設定し、介護保険の実施主体である市町村との連携の下で計画的に進捗管理していく必要がある。

現在、社会保障審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」では、2018年3月末の廃止が法律上決まっている介護療養病床と、医療法による看護配置の緩和措置が同月末に切れる25対1医療療養病床の移行先として、「医療機能を内包した施設」「医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設型」の2つの施設類型の制度化に向けた検討が進んでいる。これらの施設・人員配置の基準については、快適で安心できる療養環境が確保され、医療の必要度は比較的低いさまざまな状態の高齢患者等に適切な医療・介護を提供でき、かつ状態急変時や看取り対応も行えるものとすべきであり、その上で円滑な転換を着実に進める必要がある。

○医療・介護人材の確保

各地域で必要となる医療機能を担う人材の確保はもちろん、在宅患者を支える介護人材の確保も重要な課題である。

既に策定された地域医療構想では、今後の需要増が見込まれる在宅医療を担う医師の確保・養成、在宅医療・介護の連携にあたる人材育成などが課題として挙げられている。これらの医療機能を担う医師など医療従事者の確保が急務となるが、医師の確保に向けては、地域医療構想を踏まえ、都道府県が地域における医療機能毎の医師必要数も推計し、その上で、医療計画に当該医師の確保に関する目標値と施策を設定すべきである。

また、医師に関しては以前から指摘されている地域偏在・診療科偏在の対策が講じられなければならない。

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」は、医師偏在対策について年内のとりまとめを目指すとしている。わが国では、診療所は自由に開業することができ、診療科についても自由に標榜できるが、これが医師の地域偏在・診療科偏在の一因との指摘がある。このため、医師の自由開業・自由標榜の見直しを含め、一定の規制的手法による偏在対策についても検討し、解消に向けた方向性を打ち出すべきである。

なお、在宅医療・介護人材の確保に関しては、前述の課題の解消とともに医療計画ならびに介護保険事業計画の双方で整合性のある数値目標と施策を設定し、PDCAサイクルの中で進捗管理しながら一体的に進めていく必要がある。

○地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療介護総合確保基金は、病床の機能分化・連携、在宅医療の推進、介護施設等の整備、医療・介護従事者の確保に活用できる。

具体的な使途としては、例えば病床機能の転換であれば、全国的な過剰が指摘されている急性期病床から不足が見込まれる回復期病床への転換に活用すること等が挙げられるが、このような好事例を

収集し、都道府県間で共有できるような対応を国が継続して実施すべきである。

また、基金については、事後評価が重要である。都道府県は前年度の使用実績を評価し、その結果を基金対象事業の実施計画等を定める次年度の都道府県計画に反映させるとともに、「医療機能別の病床数」「在宅復帰した患者の割合」などの数値目標も同計画に盛り込み、効果的に活用することが求められる。

(2) 地域医療構想

○構想の策定、実現

地域医療構想に定める将来の必要病床数については、目指すべき目標であるとの認識を関係者間で共有し、構想上に明確化すべきである。その実現に向けては、将来的に過剰が予想される病床から不足の見込まれる病床への転換、療養病床の地域間格差の解消や在宅医療・介護の体制整備が大きな課題となるが、医療従事者や保険者などによる協議を経て、具体的な工程表に基づきPDCAサイクルの中で進捗管理することが求められる。

都道府県において必要病床数の不足が見込まれる場合でも、構想区域の中には病床が過剰となるところもあると考えられることから、まずは隣県を含め近隣の構想区域との連携により不足する病床機能をカバーすることができないかについて、十分な検討がなされるべきである。また、患者負担や保険料を過重なものとしないうという視点も忘れてはならないため、病床の増床に関しては2025年以降の人口動向や今後の交通網の整備なども見据え、慎重に判断すべきである。

さらに、地域医療構想の実現に向けては、前述の基金の活用だけでなく、病床の機能や患者像に合った適切な診療報酬の設定による後押しも重要となる。2016年度中には、構想の策定が全都道府県で完了するため、2018年度の診療報酬改定に向け中医協などの関係審議会では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能の分化・連携、在宅医療の推進等に資する診療報酬体系・評価に整

理すべきである。

加えて、関係者間の協議や自主的な取り組みに委ねるだけでは機能分化・連携が進まないなどの場合にあっては、医療法の改正により強化された都道府県知事の権限が適切に行使されることを期待する。

○構想の精度の向上

地域医療構想は、医療計画に反映した後、次期医療計画まで見直さなくてよい性質のものではない。将来推計人口の見直し、診療報酬や介護報酬の改定など、特に医療・介護需要への影響が大きい制度改正が行なわれた場合等には随時構想の見直しを検討し、目標としての精度を向上させる必要がある。

現在、必要病床数算出の前提値や計算式は、「地域医療構想策定ガイドライン」に定められているが、都道府県の実態によっては過剰に推計されてしまう懸念があることから、国は定期的に推計の前提値を更新するとともに計算式の妥当性について検証すべきである。特に病床稼働率については、都道府県の判断で実態に基づく値も使えるよう運用上のルールの明確化を求める。

また、必要病床数の比較対象となっている病床機能報告の精度も向上させる必要がある。医療機関が病棟機能を選択する際の基準について、特定集中治療室を持つ病棟は高度急性期を選択するなど一定程度は明確化されたが、病床機能報告でも地域医療構想のように4機能について医療資源投入量に基づく分類（選択）基準を検討すべきである。

○地域住民に対する周知等

地域医療構想に関しては、医療提供体制への住民の理解や適切な医療機関の選択・受療の促進につながるよう、その内容の分かりやすい周知が求められている。

そのためには、都道府県単位または構想区域単位において、各医療機関が高度急性期、急性期、回復期、慢性期のうち主にどの医療機能を担っているか、さらには、医療機関毎のがん診療、救急医

療、産科医療、小児医療、在宅医療への対応状況や、それらの診療実績が分かりやすく示された地図やグラフなどを都道府県のホームページに掲載するほか、冊子として配布するなどの取り組みが必要である。

また、限りある医療資源を効率的に利用する必要性を理解してもらうためには、医療保険制度全体の財政状況や現役世代の負担の現状を併せて周知することも重要であり、このような広報に関しては都道府県や他保険者との連携の下で、健康保険組合も積極的に展開していく必要がある。

(3) 第7次医療計画、第3期医療費適正化計画

○過不足ない医療提供体制の確保

今後、都道府県が国の示す指針に沿って策定していく第7次医療計画では、がん診療、救急医療などのいわゆる5疾病・5事業ならびに入院医療や在宅医療の提供体制について、患者の流入の実態や今後の交通網の整備、さらに地域医療構想の必要病床数も踏まえた数値目標を設定し、その上で達成に向けて進捗管理することにより、地域で必要な医療が過不足なく確保されなければならない。なお、数値目標の妥当性については、定期的に検証することが重要である。

また、在宅医療に関しては、自宅や介護保険施設等における在宅医療と介護の分担・連携を地域においてどのように推進するかという課題もあることから、介護保険事業計画と整合ある計画となるよう留意すべきである。

○基準病床数と必要病床数の関係整理等

地域医療構想では、将来の医療需要に応じた2025年の必要病床数を定めることとなっており、一方、医療計画における基準病床数は、現時点で必要とされる病床数を定めるものだが、第7次医療計画の期間は2018～23年であり、地域医療構想の目標年度と2年しか差がない。このため、あるべき医療提供体制の整備を阻害しないよう基準病床数の考え方を整理する必要がある。

また、既存の病床数が基準病床数を超過しているものの、2025年の必要病床数は不足が見込まれる都市部の課題が指摘されているが、このような都市部を有する都道府県では、既に述べたように、まずは、構想区域間または都道府県間の連携により不足する医療機能をカバーすることができないかについて、十分な検討が行われるべきである。病床の増床に関しては、高齢化の進展など医療需要の動向についての定期的な検証結果や2025年以降の人口動向も視野に入れ、慎重に判断すべきである。

○医療機器等の医療資源のあり方

わが国では、高額な医療機器であるCT・MRIの台数が諸外国と比べて多いことが以前より指摘されており、そうした中で、人口あたりのCT・MRIの台数が多いと患者数も多くなる傾向にあるほか、CT・MRIの台数が多い地域では患者数が少なく、効率的に利用されていない可能性も示唆されている。

限りある医療資源の効率的・効果的な利用を推し進めるためには、CT・MRIをはじめとした高額な医療機器についても、将来の必要台数を踏まえた適正配置が地域で検討されるべきであり、医療計画に適正配置の数値目標を定めた上で管理すべきである。

また、患者が必要な検査を受けられる体制を確保する観点から、CT・MRIなど高額医療機器の共同利用の推進も重要である。

○第3期医療費適正化計画

2018～2023年までを1期とする第3期医療費適正化計画では、各都道府県が地域医療構想と整合ある医療費目標の設定をはじめ、後発医薬品の数量シェア80%以上、重複投薬の是正など医薬品の適正使用等についても数値目標化する方針が国から示されたが、当該目標の達成に向けては都道府県における定期的な評価が重要であり、評価結果についてはその後の取り組みに反映する必要がある。

さらに、今後、国は後発医薬品の使用促進や重複・多剤投薬などに関して、ナショナルデータベース（NDB）の分析から地域差を

可視化し、都道府県の分析作業の参考データとして提供するとしている。

健康保険組合においても、後発医薬品の使用ならびに投薬状況に関するレポート分析の結果を踏まえたアプローチを通じて加入者の行動変容を促していくべきであり、こうした取り組みから得られた情報の関係者間での共有も求められる。

(4) 医療提供体制の見直しにおける保険者の参画

医療計画・地域医療構想を取りまとめる都道府県の医療審議会に、被用者保険の代表委員が参画していない場合がある。改正医療法などにより、医療提供体制の見直しにおける保険者の役割が明確化された趣旨に沿って、医療審議会にも被用者保険の代表委員を参画させるべきである。

しかし、医療審議会の委員について規定している医療法施行令には、「医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者」の中から任命するとあるだけで、保険者委員に関する記述がない。したがって同施行例を改正し、医療審議会の委員として保険者を明示すべきであるが、差し当たり、委員構成がバランスあるものとなるよう、国から都道府県への働きかけを求める。

地域医療構想調整会議に関しても、医療法において、「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者」により構成すると定められたものの、被用者保険の代表委員が参画していない事例がみられる。原則、被用者保険の代表者が調整会議の構成員となるよう、国が改善を促すべきである。

また、都道府県が医療計画を策定・変更する際は、あらかじめ保険者協議会の意見を聴かなければならないなど、法改正により、保険者協議会の機能が強化された。

このことにより保険者協議会は、健康保険組合、全国健康保険協会、国民健康保険等の保険者間の相互連携の下、地域医療構想を含む医療計画案に関し、効率的・効果的な医療提供体制を構築するという方針を共有した上で意見を発信する責務を果たさなければならない。

なお、都道府県に対しては、保険者協議会が提出した意見への文書による回答の提示を求める。

〔資料32〕

大臣折衝事項（抜粋）

（平成28年12月19日）

1. 平成29年度社会保障関係費

平成29年度の社会保障関係費の伸びは、2. の「改革工程表」等に沿った医療・介護制度改革の着実な実行、協会けんぽの超過準備金分の国庫補助特例減額等により、平成28年度比+5、000億円程度とする。

2. 「改革工程表」等に沿った医療・介護制度改革の着実な実行

平成27年12月21日の財務大臣・厚生労働大臣合意において、社会保障制度改革について「経済・財政再生計画改革工程表」に沿って着実に実行するとされていること及びその後の関係審議会等における検討の結果を踏まえ、別紙のとおり、結論の得られた医療・介護制度改革を着実に実行するとともに、引き続き検討が必要な事項等についてできるだけ早期に議論を進めていく。

（平成29年度国費▲1,080億円程度）

〈内訳〉

- ・高額療養費の見直し 国費▲220億円程度
- ・後期高齢者の保険料軽減特例の見直し 国費▲190億円程度
- ・入院時の光熱水費の見直し 国費▲20億円程度
- ・高額薬剤（オプジーボ）の薬価引下げ 国費▲200億円程度
- ・高額介護サービス費の見直し 国費▲10億円程度
- ・介護納付金の総報酬割の導入 国費▲440億円程度

3. 社会保障の充実等

- (2) 国民健康保険への財政支援については、医療保険制度改革骨子（平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定）の考え方に沿って国保改革を着実に実施していくため、平成32年度に消費税収

(国分)が満年度化することも踏まえ、後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を含めた社会保障の充実財源の中で、下記の通り対応すること。

① 国保改革(都道府県単位化)が施行される平成30年度及び平成31年度において、予算措置に加え、財政安定化基金の一部を活用することにより、保険者努力支援制度等の実施のために必要となる約1,700億円を確保すること。

② このため、平成29年度予算においては、都道府県が保険料の激変緩和を目的として市町村に資金を交付するための約300億円及び上記①による活用も念頭に置いた約500億円を別途財政安定化基金の積立てに措置すること。

③ 上記②による積立て分を除く財政安定化基金については、平成29年度はこれまでの積立分と合わせて1,700億円規模を確保し、平成32年度末までに必要な積み増しを行い、2,000億円規模を確保すること。

(3) 以上の措置を含め、社会保障・税一体改革の一環として行う社会保障の充実については、1兆8,390億円を措置すること。
その財源については、消費税増収分と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果を活用して確保すること。

別紙

〈医療制度改革〉

(1) 高額療養費制度の見直し

① 現役並み所得者

— 外来上限特例の上限額を44,400円から57,600円に引き上げる。【平成29年8月施行】

— 外来上限特例を撤廃した上で、所得区分を下記の通り細分化して負担上限額を引き上げる。【平成30年8月施行】
年収約1,160万円、
252,600円+(医療費1842,000円)×1% (14

0,100円)

年収約770〳1,160万円

167,400円+(医療費1558,000円)×1% (93,000円)

年収約370〳770万円

80,100円+(医療費1267,000円)×1% (44,400円)

(注)◇内は多数回該当の場合

② 一般所得

— 負担上限額を44,400円から57,600円に引き上げ、多数回該当(44,400円)を設ける。【平成29年8月施行】

— 外来上限特例の上限額について12,000円から14,000円に引き上げ、あわせて、144,000円の年間上限を設ける。

【平成29年8月施行】

・ 外来上限特例の上限額について14,000円から18,000円に引き上げる。【平成30年8月施行】

(2) 高額医療・高額介護合算療養費制度の見直し

— 現役並み所得区分の負担上限額について、下記の通り細分化したうえで上限額を引上げる。【平成30年8月施行】

・ 年収約1,160万円、 212万円

・ 年収約770〳1,160万円 141万円

・ 年収約370〳770万円 67万円(据え置き)

(3) 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

— 所得割の軽減特例及び元被扶養者に対する軽減特例について、下記の通り段階的に本則に戻す。なお、均等割の軽減特例の見直しは、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施する。また、元被扶養者に対する所得割については、賦課開始時期を引き続き検討する。

・ 所得割の軽減特例を2割軽減、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を7割軽減とする。【平成29年4月施行】

- ・ 所得割の軽減特例を廃止し、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を5割軽減とする。【平成30年4月施行】
 - ・ 元被扶養者に対する均等割の軽減特例を廃止する。【平成31年4月施行】
- (4) 入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直し
- 65歳以上の医療療養病床に入院する患者（医療区分Ⅰ）に係る光熱水費相当額について、日額320円から370円に引き上げる。【平成29年10月施行】
 - 65歳以上の医療療養病床に入院する患者（医療区分ⅡⅢ）について、光熱水費相当額として平成29年10月から日額200円、平成30年4月から日額370円の負担を求める。（難病患者を除く）
- (5) 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方
- マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組みを踏まえつつ、引き続き医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成30年度末まで】
- (6) かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担
- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、結論を得る。【平成29年末まで】
 - かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成30年度末まで】
- (7) 市販品類似薬に係る保険給付の見直し
- 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から引き続き関係審議会等において検討
- (8) 高額薬剤への対応
- オプジーボについて、市場が大幅に拡大した状況を踏まえ、薬価を50%引き下げる。【平成29年2月施行】
- 〈介護制度改革〉
- (1) 高額介護サービス費制度の見直し
- 一般区分の月額上限を37,200円から44,400円に引き上げる。【平成29年8月施行】
- (2) 1割負担の被保険者のみの世帯については、平成32年7月末までの時限措置として、446,400円（37,200円×12）の年間上限を設定する。
- (3) 介護保険における利用者負担割合の見直し
- 所得水準が現役世代並みと認められる個人について、利用者負担割合を3割に引き上げる。【平成30年8月施行】
- (4) 介護納付金の総報酬割の導入
- 被用者保険における介護納付金について、現行の加入者割から総報酬割へ段階的に移行する。【平成29年度から段階施行※（平成29年度・平成30年度1／2導入、平成31年度3／4導入、平成32年度全面導入）】
 - ※平成29年8月分の介護納付金から適用（平成29年度分については介護納付金のうちの8／12について導入）
 - 平成31年度末までの時限措置として、総報酬割の導入による負担の増加が特に大きい保険者に対する支援策（年度ごとに被保険者一人当たりの介護納付金の額に上限を設け、その超過分を全ての被用者保険者間で加入者割により再按分して負担※）を導入する。
 - ※各年度の予算で定める範囲内（平成29年度は国費90億円程度）で、一定の被用者保険者に対し、再按分による負担の増加分の全部又は一部を国庫補助
- (4) 生活援助サービスその他の給付の見直し
- 生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和及びそれ

に応じた報酬の設定を行う。【平成30年度介護報酬改定】

― 通所介護などその他の給付の適正化を検討する。【平成30年度介護報酬改定】

― 軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成31年度末まで】

(5) 福祉用具貸与の見直し

― 国が商品ごとに全国平均貸与価格を公表する。【平成30年10月施行】

― 福祉用具貸与業者に対し、貸与商品の全国平均貸与価格と当該福祉用具貸与業者における貸与価格の両方の利用者への説明及び機能や価格帯の異なる複数の商品の提示を義務付ける。【平成30年10月施行（複数の商品の提示の義務付けは平成30年4月施行）】

― 商品ごとに「全国平均貸与価格＋1標準偏差」を貸与価格の上限として設定する。【平成30年10月施行】

(6) 保険者機能の強化

― 保険者による自立支援、重度化防止等に向けた取組を推進するための財政的インセンティブの付与の在り方について、要介護状態の維持・改善の度合い、年齢調整後の一人当たりの介護給付費の水準等の具体的かつ客観的な成果指標を活用することも含め、平成30年度予算編成過程で検討する。【平成30年4月施行】

〈資料33〉

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針

(平成28年12月20日)

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民

が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、PDCAを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

1. 薬価制度の抜本改革

(1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

(2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目（注）について薬価改定を行う。

（注）具体的内容について、来年中に結論を得る。

また、薬価調査に関し、調査結果の正確性や調査手法等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し来年中に結論を得る。

(3) 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

2. 改革とあわせた今後の取組み

(1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより

正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。

(2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。

(3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得る。

(4) 安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処を進める。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。

(5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

〈資料34〉

医療保険・介護保険制度改革案の決定にあたって（大塚陸毅 会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成28年12月26日）

政府は22日、平成29年度予算案を閣議決定した。これにあわせて、医療・介護を含む社会保障制度全般にわたる改革案が固まったが、今回の政府案は、少子高齢化が進むなかで、制度の持続可能性に対する危機感に欠けた不十分な内容と言わざるを得ない。

われわれは、現役世代の過重な拠出金負担を軽減するため、高齢者医療費の負担構造の改革を早期に実行すべきと訴えてきた。あわせて、高齢者にも応分の負担を求める改革や給付の適正化・重点化を求めてきた

が、政府案は、医療、介護ともに自己負担の見直しなど、一定の前進が見られるものの、改革内容は踏み込み不足であり、世代間の公平性・納得性および将来の安心が確保される改革とはなっていない。

その一方で、多くの反対意見があったにもかかわらず、29年度からの介護納付金の総報酬割の段階的導入が盛り込まれ、健保組合等の負担増が際立つこととなった。介護納付金の総報酬割は、第2号被保険者（40歳以上64歳以下）共通のルールとして加入者割を選択した制度創設時の理念に反するものである。応能負担の名のもと、国の財政対策のために協会けんぽの国庫補助を削減し、その財源を健保組合等の介護保険料に肩代わりさせることが狙いであり、すでに実施されている後期高齢者支援金の総報酬割と同じ手法である。特に、29年度は後期高齢者支援金の全面総報酬割、短時間労働者の適用拡大の満年度化など新たな負担増要因が重なる中で、同時に実施することにも大きな抵抗があることから、引き続き導入には強く反対する。政府の要請にこたえ賃上げが行われたとしても、社会保険料上昇により国民の実感が薄まったのでは、アベノミクスの成長戦略とは相容れないのではないか。来年の通常国会ではこれらの問題点を踏まえ、慎重な法案審議がなされることを望む。

政府においては、2025年を睨んだ社会保障制度全体の将来展望を描き、現役世代が真に安心・納得できる医療保険・介護保険制度改革を実現するよう強く要望する。

V 平成29年度（2017年度）

介護納付金の総報酬割導入を含む「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が平成29年5月26日、参院本会議で可決、成立した（資料35）。これまで健保連は介護納付金の総報酬割導入に強く反対してきたが、改正法の成立により、後期高齢者支援金の全面総報酬移行と重なる29年度から実施されることとなった。これを受けて健保連は5月29日、介護納付金の総報酬割導入に抗議する大塚陸毅会長のコメント（資料36）を発表した。

健保連は、団塊の世代すべてが後期高齢者となり高齢者医療費の増大が予測される2025年に焦点を当て、義務的経費に占める拠出金割合の上限を50%とするなど高齢者医療制度の見直しを中心とする提言「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」（資料38）をまとめ、9月25日に発表した。

医療保険制度改革をめぐっては、社会保障審議会・医療保険部会で引き続き経済・財政再生計画改革工程表の検討課題を中心に議論が続けた。健保連の白川修二副会長は、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」をもとに主張を展開した。

同部会が12月21日にまとめた「議論の整理」では、改革工程表で平成30年度までに結論を得るとされた、▽外来時の定額負担、▽後期高齢者の窓口負担、▽薬剤自己負担、▽金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方は引き続きの検討課題とした。

審査支払機関改革などデータヘルズ改革について、厚労省と社会保険診療報酬支払基金は7月4日、審査業務の効率化や審査手数料の設定の見直し、組織・体制の見直しなど支払基金改革の方向性を示す「支払基金業務効率化・高度化計画」（資料37）を策

定した。この内容を踏まえ、支払基金改革を柱のひとつとする「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案」は平成31年の通常国会に提出された。

平成30年度予算編成に向けては、診療報酬と介護報酬の同時改定が焦点となった。診療報酬改定について、健保連など医療保険者関係6団体が平成29年11月22日、加藤勝信厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料39）を提出した。予算編成をめぐる財務、厚労両相の折衝で診療報酬改定率は診療報酬本体+0・55%（医科+0・63%、歯科+0・69%、調剤+0・19%）、薬価・医療材料▲1・74%とし全体で▲1・19%となった。介護報酬改定率は、+0・54%となった。健保連は12月19日、診療報酬と介護報酬の改定率の決定を受けて白川副会長の見解（資料40）を発表した。

〈資料35〉 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

（平成29年5月26日成立）

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスが必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設

・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

(その他)

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化

・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける（その他）

・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）

・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40〜64歳の保険料）について、被用者保険間では「総報酬割」（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（II5は平成29年8月分の介護納付金から適用、II4は平成30年8月1日施行）

〔資料36〕

介護保険法等改正法の成立にあたって（大塚陸毅会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成29年5月29日）

5月26日の参院本会議において介護納付金の総報酬割導入を盛り込んだ「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部改正法」が可決され、成立した。

健保連は、介護保険制度の持続性を高める観点から、介護給付費の重点化・適正化を求めるとともに、介護納付金の総報酬割導入に断固反対してきたが、政府案通りに成立したことは強い憤りを覚える。

介護納付金の総報酬割導入は、制度創設時の理念に反するだけでなく、国の財政対策のために協会けんぽの国庫補助削減の財源を健保組合等の介護保険料に肩代わりさせるものにはかならない。我々をはじめとする関係者の強い反対を押し切り、合理性も納得感もないまま実行されることに断固抗議する。

改正法には3年間の負担軽減策も盛り込まれたが、全面総報酬割による健保組合の負担増はおよそ1,100億円にのぼり、負担増は年々拡大していく。健保組合財政は増高する高齢者医療への拠出金負担によって危機的状況に陥っており、これ以上の負担増は解散リスクを一層高め、健保組合の存続自体を揺るがす事態になりかねない。健保組合の解散は、協会けんぽへの移管を通じて逆に国庫負担を増やすこととなるという事実を直視すべきであろう。

一方、国会の法案審議のなかでは、与野党を問わず総報酬割により

大幅な負担増となる健保組合を憂慮する意見も多く聞かれた。審議のなかで指摘されたように、負担が急増する保険者への負担軽減策の継続・拡充や、将来的な制度の見直しについても、引き続き検討するよう、強く求めたい。

将来に亘り安定した社会保障制度を構築するためにも、政府は、安易に現役世代や企業の負担ばかりに頼るのではなく、国民が真に安心・納得できる制度改革を實行すべきである。取れるところから取るという安易な手法を再び繰り返しては、将来に禍根を残すということを認識すべきである。

〈資料37〉 支払基金業務効率化・高度化計画

(厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金 平成29年7月4日)

1. 計画の基本的な考え方

団塊の世代が75歳を迎える2025年を控え、我が国の医療は、その質と医療保険制度の持続可能性の両面に特段の配慮が求められている。このことは医療保険制度において、被用者保険の保険者の委託を受けて審査支払を担う社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)においても同様である。患者本位の良質な医療を提供する観点から、適切に審査を行うという原点に立ち返って、業務の在り方を根本から見直し、徹底した効率化、高度化をすべきである。

本年1月12日に「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」報告書(以下「報告書」という。)がとりまとめられた。当該報告書では、規制改革推進会議(旧「規制改革会議」)の指摘も踏まえた審査支払機関の業務効率化や組織の見直し並びに、ビッグデータとICTを最大限活用して医療全体の発展に資する役割を新たに担うことが言及されたが、これらを真摯に受け止め、支払基金の改革については厚生労働省としても責任を持って監督していく。また、昨年6月に支払基金はICTを最大限活用した簡素、効率、高品質、公平・公正、透明な審査支払プロセスを見直すための具体的な提案を公表したが、主体

的な改革を進めるために、その実現についても果敢に取り組みこととする。

今後、本「支払基金業務効率化・高度化計画」(以下「計画」という。)に示す改革が実現すれば、公的医療保険制度の加入者である国民にとつて、異なる症状を持つ患者に最善の医療を提供する際の審査基準の統一化により全国どこでも質が維持され、統一された医療が受けられる。加えて、支払基金の委託者である保険者の審査手数料等について、支払基金の業務効率化、高度化によるコスト削減等を通じた保険料など国民の負担軽減につながる。また、保険者にとつては審査手数料等のコスト削減に止まらず、レセプト審査の充実も見込まれる。医療機関等にとつても、レセプト請求前に自らチェックできる仕組み等の導入など、レセプト請求の利便性が格段に向上することが見込まれる。こうした改革の結果、レセプトの受付から支払までを短期化することができ、保険者の円滑な資金繰りも確保できれば、高額療養費の償還払や医療機関等への支払の早期化も可能である。さらに、「審査委員会」の「審査」にボランティア的に貢献してきた地域の医師等(審査委員数は現在約4、500人)の審査に要する時間(審査委員1人あたり月に約12時間)等を、これまで以上に地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に振り向けることが可能となる。

現在、支払基金の業務運営や審査委員会の運営に必要な経費などに支払基金は年間約800億円を要しているが、こうした改革により、かかる運営経費の一層の削減を図り、国民へ還元することを目指すこととする。

そこで、今般、改革の具体的な取組みを「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」(以下「計画・工程表」という。)としてとりまとめた。実施時期も含めた内容を公表する以上は、それが計画通りに着実に実施され、目に見える成果を上げることが当然に求められる。

今後、支払基金は、本部のガバナンスを強化しつつ以下の三つの観点から、計画・工程表に盛り込まれた各取組みを着実に進める。

第一は、ICTの活用に関する考え方の根本の見直しである。これま

でのコンピュータチェックは、あくまで審査委員による審査の前捌きとして行われてきたが、この考え方を180度転換する。今後は医療機関等の請求段階から統一したコンピュータチェックを中心に据え、それに対応しきれないレセプトについては、支払基金が雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員による対応とし、残る重点審査分に限って審査委員の医学的知見を基に対応することとする。すなわち、請求、審査、支払という業務プロセスの全行程を徹底的に見直し、可能な業務については、すべてコンピュータ処理に置き換えることとする。

第二は、職員の業務体制や支部の在り方等の現体制の全面的見直しである。本来「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」のために発揮されるべき保険者機能の一部を保険者に代わって行う支払基金の審査支払業務の効率化、高度化を具現化する中で、現行の業務体制の確実かつ大幅な見直しを行う。これにより今後は、支部も含めた業務体制の徹底したスリム化と最適化を着実に進める。また、AI等の技術革新の活用や、今後、医師・看護師などの医療専門職等の職員をより多く採用し、十分活用して審査の質を向上させていくことを基本とする。

第三は、今後、支払基金が保有するビッグデータの利活用に関して「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい職員を育成するなどの人材の高度化を図り、医療の質の向上に向けたビッグデータの利活用を促進する。

なお、審査支払の効率化、高度化のための見直しを進めるに当たっては、被用者保険以外の医療保険を取り扱っている国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会（以下、「国保中央会等」という。）についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取組みを進める。また、保健医療データプラットフォームが本格稼働する2020年度（平成32年度）以降、順次具体化を図るとともに、国保中央会等の次期システム刷新時（2024年度（平成36年度））には支払基金と国保中央会等の双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現する。これにより、審査関連システムの運用費用を、大幅なコスト削減を目指す。審査支払のシステムの見直しに当たっては、報告書の

以下の記載内容も踏まえ、支払基金と国保中央会等で情報連携を行い、進める。

審査支払機関の審査業務の効率化・審査基準の統一化を検討するに当たっては、支払基金と国保連による改革を一体的に進める必要があり、支払基金については、システム刷新の時期が差し迫っていることや規制改革会議において明示的に指摘を受けていること等も踏まえ、改革の取組みを加速させていく。一方、国保連による改革についても、支払基金との審査基準の統一化も含め、検討し取り組んでいく。

2. 業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

○ 今般、国民皆保険の下での支払基金による審査業務の効率化、高度化として、支払基金の審査プロセスについては、ICTの活用や専門性向上等により、審査委員や職員の業務の負担軽減を行い、データヘルズ時代にふさわしく、「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」に繋がるような抜本的な改革を行っていくこととする。

○ まず過去の実績等から、医学的判断であっても、既に判断が定着しているレセプトについてはコンピュータチェック及び直接雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員段階でのチェックにより審査を完結し、審査の段階化を進める。コンピュータチェックについては後述するように、審査基準（告示・通知等）を明確化するとともに、審査支払システムの刷新を行い、ICTやAI等を活用することによりシステム刷新後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す。また、職員のチェックにおいては、その専門性を高めるために本部で統一的な研修を充実させることや、直接雇用する医療専門職等を活用し、レセプト全体の1割程度を職員のチェックで完結させることを目指す。

○ また、審査委員会においては医学的判断が定着していないレセプト審査に重点化し、極小化することにより、審査委員の負担軽減と

ともに、審査業務の効率化と質の向上を図る。その際、在宅勤務なども含め、柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICTによる審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。また、審査委員会の中立性をより強化するために利益相反の禁止ルールの厳格化、明文化等を行う。将来的には審査委員会にかけられるレセプトは重点審査分に限り、レセプト全体の1%以下を目指す（韓国HIRAでは既に0.001%程度^{（注）}を達成）。

（注）過去に韓国HIRAへインタビューした際の情報を元に概算したものの。

（目指す審査プロセスのイメージ）

- (1) 医療機関等における事前チェック
- (2) 徹底的なコンピュータチェック【2022年度（平成34年度）までに9割程度の審査の完結を目指す（韓国HIRAでは既に全体の約9割をコンピュータで完結）】
- (3) 直接雇用する医療専門職等を含めた職員によるチェック【2022年度（平成34年度）までに1割程度の審査の完結を目指す】
- (4) 審査委員会による審査【ここまで必要となる審査は1%以下となることを目指す】

2-1. 審査支払新システムの構築等

(1) 審査支払新システムの構築

○ 支払基金は、現行の審査支払業務プロセス全体の棚卸しを速やかに実施するとともに、最新の専門的知見を踏まえたシステムにより、審査の全国的ばらつきを解消するために有効なガバナンスを確立し、審査支払業務のあるべき姿を実現する。支払基金の新システムは、受付・審査・支払のそれぞれの業務単位での「モジュール化」^{（注1）}や、支部署務サーバの本部への一元化^{（注2）}を基本とし、稼働後も、業務内容の変化に応じて、エビデンスに依拠した追加的な対応を柔軟に行うことができる、スケーラブルなシステムとする。【2020年度（平成32年度）に実施】

（注1） 現行システムは、受付から審査、支払まで一体的に構成。モジュール化により、必要な機能拡張を行う際、システム全体の改修ではなく、業務単位で、柔軟な対応が可能となる。

（注2） 現行システムでは、センターサーバに加え、各支部に業務サーバを設置。業務サーバの本部への一元化により、業務量の変化に応じて、事務処理体制をより柔軟に見直すことができる環境となる。

○ 大量の個人情報扱っていることを踏まえ、新システムに先立ち、現行の審査支払システムにおけるセキュリティ対策の強化を速やかに実施する。また、昨今多発する、標的型攻撃等の様々な攻撃に対して、機械学習等を用いること等によりコストの低減に配慮しつつ、セキュリティ監視の強化を徹底する。【現行システムにおける対応は、2017年度（平成29年度）早期に実施】

○ また、審査の充実や質を向上させるとともに、費用低減を促進するため、AI等の導入・活用により審査を支援する仕組みを順次、導入・推進する。

○ 新システム構築は、府省横断的にITシステムの企画立案に関与する政府CIO等と連携しながら進めるとともに、支払基金に、適宜、本分野に精通した複数の専門家からの助言を継続的に受けることができる仕組みを設ける。【2017年度（平成29年度）から実施】

(2) 審査手数料の設定の在り方の見直し

○ 審査手数料の設定の在り方を見直し、審査手数料を段階化し、現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプト（判断が明らかなレセプト）については、他のレセプトとは別途の審査手数料を設定する。

○ 現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプトの導入については、システム刷新を待たずに先行実施を検討する。

2-2. 審査業務の効率化

(3) コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等

○ 今後、コンピュータチェック段階で判別しやすいう、定性的な記載項目については、電子レセプト上で医療機関等が選択できる方式の導入を進める。【2020年度（平成32年度）のシステム刷新時に実施。可能なものは先行実施】

○ また、厚生労働省においてコンピュータチェックに適したレセプト形式への見直しを行うとともに、傷病名について、引き続き国際的な規格への準拠を進める。

○ 医療判断の基となる検査等の動画等を含むエビデンスデータ等の添付などが選択的に可能となる柔軟な仕組みを導入する。

(4) コンピュータチェックルールの公開

○ 支払基金において、コンピュータチェックルールの公開基準を策定し、順次公開を進める。【2017年度（平成29年度）中に基準を策定】

(注) ルール公開の一連の取組は、適正な請求レセプトの増加につなげる趣旨を踏まえ、保険者や医療機関等への事前の説明とともに、公開後の審査結果への影響を定期的に検証するなど、適切な手続きの下で実施する。

(5) 返戻査定理由の明確化

○ 返戻再請求・再審査請求を減少させるため、返戻査定理由を記載する対象レセプトの拡大及び記載内容の充実を図る。【2017年度（平成29年度）から実施】

(6) 請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入

○ 医療機関等からオンラインで請求されるレセプトのうち、記載の不備など受け付けても明らかに返戻につながるものは、現行ASPを拡充し、支払基金が受け付ける前に速やかに医療機関等へ戻す。または、公開されたコンピュータチェックルールを用いて医療機関等において事前にコンピュータチェックが行える仕組みを導入することにより、誤請求等の減少を図る。その際、医療機関等の情報システムとの連携等も検討し、その結果を踏まえ順次推進する。【ASPの拡充については2020年度（平成32年度）（システム刷新

時）に実施し、システム刷新を待たずに、先行実施も検討】

(注) ASP（アプリケーション・サービス・プロバイダ）とは、一般的にアプリケーションを提供する事業者のサーバに利用者が接続し、サーバ上のアプリケーションを利用できる仕組みのこと。

2-3. 支部門差異の解消

(7) 既存のコンピュータチェックルールの見直し

○ 審査の質の向上を図りつつ、審査結果の見える化により、コンピュータチェックルールの明確化・統一化やコンピュータにより貼付される付せん数の大幅な減少を目指す。

① 本部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

○ 支払基金の高額医薬品等に注意付せんが付くコンピュータチェックルールについては、効果が限定的と見込まれることから、一旦、試行的に中止する。2017年度（平成29年度）中に効果を検証の上、注意付せんの廃止、または、本部のコンピュータチェックルールへの取り込みを行う。【2017年度（平成29年度）に実施】

○ 現行システムにおいても審査基準が統一化できるものはコンピュータチェック段階で審査を完結できるようになることから、それらについては付せん貼付を減少させる。【整理できたものから2020年度（平成32年度）のシステム刷新時を待たずに先行実施】

② 各支部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

○ 支払基金の各支部で設定しているコンピュータチェックルールについては、国民皆保険の原点を改めて踏まえ、本部でその内容を精査の上、合理性が認められないコンピュータチェックルールは廃止する。

○ 具体的には、各支部における設定事例を分析・類型化するなどし、見える化を行った上で、本部において今後の取扱いに係る基準を策定し、順次、見直しを進める。【2017年度（平成29年度）に基準を策定】

○ 各支部で設定されているコンピュータチェックルールについて、上記の取扱い基準に基づき、本部チェックへの移行、廃止、または、存置とするかを決定し、支部内の全医療機関等に共通設定されている条件（全医設定ルール）は、本部チェックに集約する。

(8) 統一的なコンピュータチェックルールの設定

○ 厚生労働省において、現行の診療報酬点数に係る審査基準（告示・通知等）をより明確化するとともに、医療機関等のICTに組み込めるように基準並びにシステムを標準化する。

○ 明確化し、標準化された審査基準は、支払基金において、最新のICT技術を活用したコンピュータチェック機能に取り込む。

○ なお残る支部間の差異についても、最新のICT技術を活用し、多面的な把握・分析による見える化を行うことにより解消を図り、審査基準の明確化、統一化を促進する。また、審査対象となるレポートに添付される情報について、審査支払業務を効率化する観点から、レポートの原本データを関係者がやりとりするのではなく、関係者が原本データを参照するシステム構築を検討する。

○ また、支払基金において、最新の知見をベースに、全国の各診療行為やコメント、症状詳記等の過去の審査データの分析から、査定内容の一定の規則性、パターン等を特定することや、統計分析^注を用いて、統一的・客観的なコンピュータチェックルールを大幅に増やし、コンピュータチェックで審査を完結させることが可能な事例を拡大する。また、今後、費用対効果を十分考慮しつつ、最新技術を用いて一連のコンピュータチェックの高度化に関する実証を進める。【統一的・客観的なチェックルールの設定については、2017年度（平成29年度）から着手し、整理できたものから2020年度（平成32年度（システム刷新時））を待たずに先行実施】

(9) 審査基準の統一化

全国的に妥当と判断している標準的な投与量を把握する等

（注）例えば、医薬品の投与量に関し、標準偏差等の概念を用いて、概ね

○ 審査基準の統一化は、「コンピュータチェックの段階」、「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」及び「審査委員会による審査の段階」のいずれにおいても取り組む。

○ 具体的には、「コンピュータチェックの段階」における対応として、支部で設定されているコンピュータチェックルールの見直し（上記⑦②参照）とともに、これまでの審査事例を分析し、審査結果が一定の幅の範囲内に収まるもの等については、その範囲を基準とする統一的なコンピュータチェックの導入を進める。【2017年度（平成29年度）から基準の検討に着手し、整理できたものから2020年度（平成32年度）のシステム刷新を待たずに先行実施】

○ 「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」における対応として、医学的判断であっても既に定着しているレポートについて、医療専門職等の知見を活用し、コンピュータチェックに組み込めるものについてはコンピュータチェックへの導入を進める。

○ また、「審査委員会による審査の段階」における対応として、支払基金の「審査の一般的な取扱い」の公表を一層促進するとともに、本部の中立した視点を持って再審査に関与する仕組み（下記⑬②参照）を導入する。【2017年度（平成29年度）から実施。再審査に係る新たな仕組みは、2020年度（平成32年度）のシステム刷新時に実施】

(10) 自動的なレポート機能の導入

○ 支払基金の新システムには、請求内容・審査内容の分析機能を抜本的に強化するため、審査内容等について自動的なレポート機能を搭載することにより、本部において審査結果の差異事例の徹底した見える化や、コンピュータチェックルールの機動的な見直しによる標準化・高度化を図る。

○ また、継続的に差異を解消し、新たな差異を見逃さないために、PDCAサイクルの仕組みを新システムに組み込む。この仕組みにより抽出された審査結果の差異事例等は、支払基金と厚生労働省で共有し、速やかに対策検討の対象とする。【2020年度（平

成32年度（システム刷新時）に実施】

2-4 審査委員会のガバナンス強化

(11) 審査委員会の在り方の見直し

○ 日本の診療報酬制度は、患者の個別性や医療の多様性を踏まえた患者本位の医療を提供できるように、審査基準は必ずしも明確とはなっておらず、審査には医学的判断が生じる。こうした医学的判断を要するレセプトの審査判断は、各審査委員会に委ねられている。

○ 今後は、支払基金の審査委員会のガバナンス強化や透明性、予見可能性の向上の観点から、業務効率化等の状況を踏まえつつ、以下の取組を行うとともに、今後の実施状況を踏まえ、さらなる取組を進める。

・ 専門医の少ない地域にあつては、特定の診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式の活用などを開始し、本部も含め複数の都道府県単位での合同審査を推進する。【ウェブ会議方式の活用等について2018年度（平成30年度）に開始】

・ 在宅勤務なども含め柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICTによる審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。

・ 三者構成の審査委員会における重点審査の審査決定に関して、診療担当者代表と保険者代表の間で意見が相違する事案等が生じた際には、双方の意見を聞いた上で、中立な立場にある公益委員に判断を委ねる仕組みとする。【2018年度（平成30年度）に実施】

・ 中立な立場にある委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。

・ 保険者を代表する審査委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。また、医療保険・医学的知見に精通している者に限って非医療専門職である者の推薦を認めることとする。

審査委員の利益相反の禁止

(12)

○ 支払基金の審査委員の利益相反禁止に係る現行の運用上の取扱い（自らが関連する医療機関等は担当しない、審査を担当する医療機関等の定期的な変更など）は、支払基金の内規上で厳格化・明文化する。【利益相反禁止の厳格化・明文化は、2017年度（平成29年度）に実施】

(13) 本部審査の拡大等

① 本部特別審査委員会の対象レセプトの拡大

○ 支払基金は、現行の高額レセプトの対象基準（例えば、医科40万点以上）の引き下げ、及び、専門医が少ない診療科における専門性が高いレセプト（例えば、高度先進医療から移行した診療行為、移植・難病の治療等）を対象に含めることにより、本部で統一して審査を行うレセプトの対象を拡大する。【2018年度（平成30年度）から実施】

② 再審査の仕組みの改善

○ 再審査は原審査と異なる医師が行い、再審査に必ず本部の中立した視点を持って直接雇用された医師も関与する仕組みとする。再々審査について、本部としての意見を表明し、該当支部における審査決定に活かす方式を導入する。【2020年度（平成32年度（システム刷新時））に実施】

2-5 組織・体制の見直し

(14) 支部組織の見直し

○ 審査事務については、業務効率化に併せて集約化していくことを基本とする。

○ そのため、支払基金は現行業務の棚卸しを行いつつ、遠隔地での審査事務処理に伴う課題なども含め、審査事務の集約に伴う実際上の課題等を把握するため、システム刷新を待つことなく、モデル事業を行う支部において実証テストを実施する。実証テストの結果に基づき、課題等の整理を行った上で、新システムの稼働後に、数か所の支部から先行的に集約化を実施。その際、問題がなければ速やかに審査事務の一部支部への集約化を図る。【遅くとも2018年

度（平成30年度）までに実証テストを実施】

○ さらに、今般の新システムにおいては、業務効率化の状況に応じて、審査事務体制の効率性をより抜本的に見直していくことを可能とするため、まずはサーバを本部に一元化する。

(15) 業務棚卸し等による効率化の推進

○ 支払基金において、上記の取組のほか、引き続き、オンライン請求の促進を図るとともに、現行業務全体の棚卸しを踏まえ、事務職員による入力業務や点検業務のシステム対応や外部委託化などを徹底する。【2017年度（平成29年度）以降順次】

○ 新システムにおいて、レセプト受付処理の平準化により、審査支払業務の平準化が図られる仕組みを順次推進する。また、支払のスケジュールの柔軟化についても早急に検討する。

(16) 支払基金の人員体制のスリム化と高度化

○ 支払基金において、本計画に基づき、業務効率化を着実に進め、システム刷新等を踏まえた審査支払業務の品質向上及び効率化の状況を検証しつつ、遅くとも2024年度（平成36年度）末段階で、現行定員の20%程度（800人程度）の削減を計画的に進める。同時に、医療専門職等、IT等の専門人材の採用拡大等「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい人材の高度化を格段に図る。

○ 職員には育児期間中などで短時間勤務等を希望する女性医師の活用なども含め、直接雇用する常勤医師などの医療専門職等（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）に必要な研修を行った上で、その活用拡大を大幅かつ短時間勤務等の柔軟な働き方の選択肢を用意する形で図る。

3. 今後の対応

○ 業務効率化に向けた支払基金の各取組は、別添の工程表に沿って着実に進めることとし、厚生労働省が支払基金と緊密な連携の下で改革の進捗状況を常時フォローアップする。

○ 2018年（平成30年）通常国会において、厚生労働省は、社会保険診療報酬支払基金法等について「支払基金業務効率化・高度化

計画・工程表」及び「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」の内容に沿った法整備を行う。

○ 今後、支払基金と国保中央会等は保険者の審査支払機能の代行機関として、国民皆保険の下、その機能の最適化、効率化の実現に常に努め、改革を実行していく必要がある。また、この改革を通じて国民負担の最小化と、全国どこでも質の高い、統一された医療の実現を目指していく。

○ 医療情報の集積である「レセプト」の審査において、独立した医師等の関与は必要不可欠である。このため、今後は、支払基金による審査は、支払基金に直接雇用される医師等の判断により完結させることを基本とし、判断に迷う場合やその判断について医療機関等や保険者が不服のある場合には、訴訟の前段階として行政的に「三者構成」の要素を合わせた新たな仕組みの構築などにより、「統一かつ透明なルールベースの保健医療」を実現する。

また、これにより、審査委員の負担を軽減し、これまで以上に地域の医師等の時間を地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に注力することが可能になる。

○ これらを踏まえ、上記の改革については速やかに検討を開始し、審査機能の一元化、統一化を推進し、利益相反を防止する観点から、システム本格稼働時期までを用途としてドイツ等其他の先進国の仕組みも参考にしつつ再検証して以下の点について成案を得た上で、法改正を含めた必要な措置を講ずることとする。

- ・ 審査支払機関の法的な位置づけやガバナンス
- ・ 審査委員会の三者構成の役割と必要性
- ・ 各都道府県に設置されている審査委員会の役割と必要性
- ・ 保険者の審査支払機能の代行機関としての支払基金と国保中央会等の最も効率的な在り方
- ・ その他

2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について（抜粋）

（基本的な考え方）

（健康保険組合連合会 平成29年9月25日）

安心の国民皆保険制度を守りたい、守れるか・・・

1961年以来、半世紀を超えて受け継がれてきたわが国の国民皆保険制度は、世界でもっとも優れた制度である。誰もがいつでもどこでも安心して医療を受けることができ、それが現在の長寿社会の実現、健康寿命の延伸に大きく寄与している。この制度が私たちの生活に深く浸透したために、そのありがたみを実感しにくくなっているが、これは決して当たり前のことではない。国民皆保険制度を実現し、それを支え、守っていくために、これまでの国や医療提供者など関係者の努力もさることながら、貴重な保険料や税など多額の国民負担が投じられていることを忘れてはならない。

また、この間、人口の高齢化に加え、医療の高度化などにより、医療費全体が増加してきた。とくに、高齢者の医療費の増加が顕著であり、これを支える現役世代の負担があまりにも重く、今後さらに増加していくことが確実である。このままでは、国民皆保険制度を持続させていくことができなくなってしまう。

私たち健保組合は、自らの加入者のためだけでなく、国民皆保険制度をも支え、守ってきた。これから先、将来世代のためにも、そうありたいと願っている。しかし、本当に支えられるか、守ることができるか・・・。今般、健保連では、団塊の世代がすべて後期高齢者になる2025年度までの国民医療費および健保組合の財政等に関する将来推計を行い、その課題を明らかにするとともに、将来に向けての主張をまとめることにした。

I. 国民皆保険制度を守るために必要なこと

世界が経験したことがない少子・超高齢社会を迎えるなかで、安心の土台となる国民皆保険制度を将来世代につなげるためには、医療保険財

政の安定化が最重要課題である。2025年度に向けて、残された時間は少ない。医療費増高の抑制と高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本的改革を、これ以上先送りすることなく、断行すべきである。また、国をはじめ、皆保険制度に関係するすべての者には意識改革と従来にない努力が求められる。

△国の責務▽●人口構造変化に対応した医療提供体制の整備、●各種の医療費適正化対策の取り組み、●将来にわたって国民が安心して、公平性、納得性の高い医療保険制度のビジョンの提示と改革の実行等

△国民の心構え▽●国民1人ひとりが自分自身の問題として、国民皆保険制度の大切さを理解するとともに、これを持続させるための課題を正しく認識する、●医療費に関するコスト意識、貴重な保険料を大切に使う意識をもつ、●自らの健康維持とセルフメイケーションの努力、●適切な医療機関選択と適切な受診の努力等

△保険者の務め▽●疾病予防、健康寿命延伸に向けた保健事業や医療費適正化への積極的な取り組み、●加入者に対する適切な受診等の働きかけ、●特定健診、特定保健指導、レセプト等のデータを活用したデータヘルスの推進、●がん検診など各種健診等の推進、●地域医療構想など効率的な医療提供体制の構築に向けた取り組みへの積極的な参画等

△医療提供者の役割▽●患者本位の良質な医療の提供、●人口構造変化に対応した医療提供体制への変革、●医療保険制度の財政状況や持続可能性、増加する国民負担を意識した効率的な医療の提供・医療の地域間格差の是正等

上記の努力を通じて、無駄のない、より効率化された医療提供体制、医療保険制度を実現していかなければならない。加えて、2025年、あるいは、それ以降、将来にわたって国民皆保険制度を守っていくため

には、「高齢者＝支えられる側」ということではなく、健康で働く意欲のある高齢者には、積極的に「支える側」に加わっていただくことが重要となる。高齢になっても、社会との関係性を維持しつつ、生きがいをもって暮らしていただくことが「生涯現役社会」につながる。そのために、まずは、国民1人ひとりの意識改革や努力が必要となるが、健保組合をはじめとする医療保険者は、加入者とともに、その健康の維持・増進、健康寿命延伸を図り、健康で働くことができる高齢者が増えていくよう、保険者機能を発揮して「生涯現役社会」の実現を後押しすることができる。私たちの国民皆保険制度をみんまで守っていく。いま、その覚悟が求められている。

Ⅱ. 健保組合・健保連の制度改革に向けた基本的な考え方

1. 将来にわたり、社会保険方式を維持すべきである。ただし、高齢者、現役世代ともに、税・保険料・自己負担のバランスおよび給付と負担のバランスのとれた、公平性、納得性が高い適切な組み合わせにしていくことが重要である。

2. 現役世代の制度については、職域は健保組合、協会けんぽ等が、地域は国民健康保険が担い、それぞれの加入者の特性やニーズに応じた保険者機能を発揮する現行の制度体系を維持すべきである。そのなかでも、自らの保険料収入をもとに、きめ細かな保健事業を展開し、加入者の健康寿命延伸に貢献できる健保組合の役割はとくに重要である。

3. 後期高齢者医療制度（*1）については、引き続き、後期高齢者の保険料、公費、現役世代の負担で支える制度を維持すべきである。ただし、後期高齢者の給付と負担のアンバランスを是正していくことが重要である。

*1 75歳以上を対象とする独立した制度。患者負担原則1割のほか、後期高齢者の保険料11%、現役世代の支援金42%、公費47%で賄う。

4. 前期高齢者の財政調整（*2）については、保険集団のなかで給付と負担の均衡が図られるべき保険制度の基本的な考え方に反するものであるが、高齢者の偏在を勘案すれば、一定程度はやむを得ないもの

と考える。ただし、負担する側の納得性を十分に担保することが必須である。現行の前期高齢者納付金のしくみはあまりに過剰な調整と言わざるを得ず、不合理な調整方法の見直し等により、必要最小限の調整にとどめるよう改めるべきである。そのうえで、2025年度に向けて、高齢化の進展や高齢者の就労状況、医療保険制度の加入状況等を踏まえ、そのあり方を改めて検討すべきである。

*2 国民健康保険に偏在する前期高齢者（65～74歳）の費用の一定部分を前期高齢者の加入者が少ない被用者保険が実質的に負担する。

5. 制度の持続可能性を高めるためには、医療費全体の適正化対策が不可欠である。なかでも、高齢者の医療費の適正化は、それを支える国民全体の負担軽減にもつながり、きわめて重要であり、超高齢社会に対応した適正化対策、制度改革を実施すべきである。

6. 国民健康保険には、多額の公費や被用者保険の負担による交付金が投入されている。国保の財政運営の都道府県単位への移行を機に、これまで以上に保険者機能を発揮するとともに、財政運営の適正化と被用者保険側の納得性を高めるよう制度改革を推進すべきである。

Ⅲ. 課題と具体的な主張の骨格

1. 高齢者医療費の負担構造の改革

① 現役世代の負担に一定の歯止めを設ける
② 拠出金負担割合に50%の上限を設定し、上限を超える部分は全額国庫負担とすべき

・報酬水準が低い保険者の拠出金負担割合は48%を上限とすべき
・現行の「負担調整」と「特別負担調整」のしくみを拡充

(2) 後期高齢者医療費の公費負担は50%を確保すべき
・公費負担のない現役並み所得者の給付費も公費負担の対象にする

(3) 前期高齢者納付金は前期高齢者の費用だけに充てることとする
など、必要最小限の調整にとどめるべき

・国保の前期高齢者の会計を区分すべき。前期高齢者の保険料と公費を先に充当するしくみとすべき

② 高齢者にも応分の負担

(1) 後期高齢者の患者負担を段階的に2割とすべき

- ・ 2018年度までに70～74歳がすべて2割負担。75歳以降も2割負担を継続すべき

(2) 公的年金等控除等の年金課税のあり方を見直すべき

③ 必要な税財源の確保

(1) 国民が安心できる持続可能な医療保険制度に向けたビジョンを示すべき

(2) 消費税率の引き上げや税制の見直しにより必要な財源確保の長期見直しを示すべき

(3) 社会保障・税一体改革で決められている消費税率引き上げによる増収分の配分方法を改めて見直すべき

2. 医療費の伸びを抑制する

(1) 医療機能の分化・連携を推進すべき

- ・ 過剰な急性期病床の削減等、地域包括ケアシステムの早期構築
- ・ 総合診療専門医の育成
- ・ 保険者が加入者に対して適切な受診行動を啓発
- ・ 効率的・効果的な医療提供のための意識改革

(2) 医療の地域間格差を是正すべき

- ・ 医療費の地域間格差の半減
- ・ 情報公開、データ分析による見える化
- ・ 終末期医療のあり方を見直すべき

(3) 厚生労働省ガイドラインの周知

- ・ 事前に十分に合意形成できる体制の構築
- ・ 「生前の意思表示（リビング・ウィル）」のしくみの推進
- ・ 在宅や介護施設で看取りができる体制の構築

(4) 薬剤費の伸びを抑制すべき

- ・ 薬価制度の見直し
- ・ 薬局・薬剤師が本来の機能を發揮できる体制の構築（高齢者の多剤処方、重複投薬、残薬等の適正化）

・ 後発医薬品の更なる使用促進

(5) 保険給付範囲を見直すべき

- ・ 保険給付範囲の見直しの検討
- ・ 軽症用医薬品について給付から除外や償還率の変更
- ・ 診療報酬体系を見直すべき
- ・ 薬価切り下げによる財源は国民に還元すべき

(6) 診療報酬の簡素・合理化。包括払い方式の拡大

(7) その他適正化の推進について（療養費等）

(1) 療養費の適正化

(2) ICTを活用した医療の効率化

(8) 保健事業の推進について

(1) 健保組合の保健事業費の維持・拡大。生涯現役社会の実現の後押し

(2) 各種健診結果フォーマットの統一化

(3) 事業主との健診情報の共有

3. 健康な高齢者「支える側」を増やす

(1) 健康で働く意欲のある高齢者は「支えられる側」から「支える側」へ

- (2) 医療保険者は保険者機能を發揮して「生涯現役社会」の後押しを
- ・ 医療保険者は前期高齢者を含む加入者への保健事業等や医療費適正化に積極的に取り組むべき

4. その他

退職者（被用者保険資格喪失者）に対する不合理な給付を見直すべき

(1) 任意継続被保険者の見直し

(2) 資格喪失後給付の見直し（傷病手当金、出産育児一時金、埋葬料）

平成30年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会大塚陸毅会長・国民健康保険中央会原勝則理事
長・全国健康保険協会安藤伸樹理事長・全日本海員組合森田保己組合
長・日本経済団体連合会榊原定征会長・日本労働組合総連合会神津里季
生会長より加藤勝信厚生労働大臣あて 平成29年11月22日)

平成30年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団
体の意見をまとめましたので、改定率及び改定の基本方針の策定に適切
に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国の国民医療費は、高齢化の進展に伴い急激に増加し続け、27年
度には42兆円を超えました。また、団塊の世代が75歳以上となる37年度
(2025年)にあつては、約61兆円(27年6月19日厚生労働省保険局
総務課資料「医療保険制度改革について」に達するとの推計もあるな
ど、今後さらなる増加は避けられない状況にあります。

国内経済は、緩やかな回復基調にあるものの、デフレ脱却・経済再生
を達成するほどの力強い成長には至っておりません。

このような状況のなかで、医療費を含めた社会保障費の増大は、保険
料負担の増加を通じて、企業と個人の経済活動の足枷ともなり、結果と
して経済成長が大きく鈍化することが懸念されます。

医療保険者の財政は、今後とも医療費の伸びや高齢者医療制度に対す
る拠出金のさらなる増大により一層深刻な状況に陥ることが見込まれま
す。被用者保険では、これまで度重なる保険料率の引き上げ等により財
政危機を凌いできましたが、負担は限界にきております。また、国民健
康保険においても、改革は進められているものの、依然として厳しい財
政状況が続いております。

このような背景から、政府はいわゆる「骨太方針2017」におい
て、「人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険
料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の
収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療

報酬改定の在り方について検討する」こととしております。

一方、先日公表された医療経済実態調査結果では、全体として経営状
況にやや悪化の傾向は見られるものの、過去5年間を見ても国公立病院
以外は概ね堅調であります。また長年の間、賃金・物価水準が上昇しな
いデフレの下で、診療報酬本体は概ねプラス改定が行われてきたため、
両者のギャップは大きな状況にあります。

今後とも高齢化により医療費は増加が見込まれるのに対し、医療保険
制度を支える現役世代の生産年齢人口は減少するため、国民負担は増大
し、結果として国民皆保険制度崩壊にも繋がりがかねません。

したがって、国民負担抑制のための方策を早急に講じなくては37年度
(2025年)以降を乗り切れるとは到底思えません。

このため、国民負担の抑制といった観点を踏まえ、30年度改定におい
て診療報酬はマイナス改定とすべきです。

併せて、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等によ
る引下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要があ
ります。

介護報酬との同時改定となる30年度改定にあつては、医療と介護の
連携、効率化を主眼に地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・
強化を推進するための施策を講じるべきです。また、前回改定において
取組んだ急性期をはじめとする患者の状態像に応じた適切な評価をさら
に推進するほか、患者本位の医薬分業に向けた調剤報酬の適正化や「骨
太方針2017」で示された目標を踏まえた後発医薬品の使用促進な
ど、全体として医療費の適正化・効率化を図っていくことを基本方針と
すべきです。

薬価制度に関しては、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」の方
向性に沿い、医薬品等に関する費用対効果評価の導入も含め、医療保険
財政の影響に配慮した抜本的な見直しを講じるべきです。

30年度の診療報酬改定が、国民皆保険制度の持続性の確保と37年度
(2025年)を見据えた医療提供体制の構築を指向したものとすること
を強く要望致します。

平成30年度診療報酬・介護報酬の改定について

(健康保険組合連合会白川修二副会長・専務理事 平成29年12月19日)

12月18日に来年度政府予算編成に係る大臣折衝が行われ、診療報酬及び介護報酬改定率が公表されましたが、本会として以下の見解をまとめましたので、お知らせします。

30年度政府予算案の大臣折衝後、診療報酬を全体で1・19%引き下げることが公表されました。

健保連としては、経団連、連合、協会けんぽ等とともに行った11月22日の加藤厚労相への要請や、12月13日の中医協に提出した支払側委員7名の連名による改定に関する意見書を通じて、「医療保険者の財政は、今後とも医療費の伸びや高齢者医療制度に対する拠出金のさらなる増大により一層深刻な状況に陥ることが見込まれる。一方、医療機関等の経営は全体として経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、過去5年間を見ても国公立病院以外は概ね堅調である。また長年の間、賃金・物価水準が上昇しないデフレの下で、診療報酬改定は概ねプラス改定が行われてきたため両者のギャップは大きな状況にある。今後とも高齢化により医療費は増加が見込まれるのに対し、医療保険制度を支える現役世代の生産年齢人口は減少するため、国民負担は増大し、結果として国民皆保険制度崩壊にも繋がりがかねない。このため、国民負担の抑制といった観点を踏まえ、30年度診療報酬改定はマイナス改定とすべき。併せて、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等による引下げ分は診療報酬本体に充当することなく、国民に還元すべき。」と主張してきたところです。

しかしながら、結果として、診療報酬本体が0・55%の引き上げとなり、また、薬価等改定分(マイナス1・74%)の取扱いについて、国民への還元という方向性が示されなかったことは誠に遺憾で、残念というほかありません。

今後は中医協の場において、地域包括ケアシステムの構築を見据えた一般病床、療養病床、外来医療及び在宅医療における機能分化と連携、

調剤報酬の適正化などを中心に議論が進められることとなりますが、限られた財源を合理的かつ効率的・効果的に配分するよう主張していく所存です。

一方、介護報酬においても、0・54%の引き上げが決定されました。健保連としては、これまで介護給付費分科会において、「介護事業者等の収支差率は、前回改定時(平成26年度調査)ほどではないものの、中小企業の実況などを勘案すると、決して悪い状況とは言えない。現在約10兆円の介護費用が2025年には約20兆円になると見込まれており、介護保険制度の持続可能性の確保の視点で考えると、プラス改定する環境にない」と主張してきたところであり、今回引き上げられたことに対しては納得できるものではありません。

政府におかれては、診療報酬・介護報酬改定にあたり政府予算案策定の視点のみならず、中長期的な医療費・介護費の伸びを考慮した中長期的な視点に立って検討されるよう強く望みます。

VI 平成30年度（2018年度）

平成30年度は、日生協と人材派遣の大規模2組合の解散報道（平成31年4月解散）が相次ぐ波乱の幕開けとなった。国会審議の場でもこの問題が取り上げられ、加藤勝信厚生労働相は6月1日の衆院厚労委員会で、財政が悪化する前の段階から健保組合に必要な支援、指導を実施する意向を示した。

健保連は5月25日、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会とともに被用者保険関係5団体として、政府が6月に策定する「骨太方針2018」に向けた意見書（資料41）を加藤厚労相に提出した。2025年に団塊世代がすべて後期高齢者になるなど高齢化が進展する一方で、現役世代の人口は急減するとして、持続可能な医療保険制度を構築するために踏み込んだ改革が急務と指摘した。

政府は6月15日、「骨太方針2018」を閣議決定した。昨年末に策定された経済・財政再生計画改革工程表では平成30年度末までに結論を出すとした後期高齢者の窓口負担について、4年後となる団塊世代が後期高齢者入りするまでに検討する方針が示された。

健保連は6月18日、「骨太方針2018」に対する佐野雅宏副会長のコメント（資料42）を発表した。後期高齢者の窓口負担の見直しが先送りされかねない内容と懸念し、高齢者医療費の負担構造改革の早期実現に向けて早急に改革議論に取り組むことを強く要望した。

経済財政諮問会議は12月20日、「新経済・財政再生計画改革工程表2018」を決定した。後期高齢者の窓口負担のあり方など医療保険関係の給付と負担の見直しについては、2年後の骨太方針2020で対応する方針が示された。また、12月21日に閣議決

定された平成31年度政府予算案では、健保組合の解散問題に端を発し、新たに保険者機能強化支援事業（18・4億円）が組合関係予算に盛り込まれた。

健保連は12月25日、平成31年度政府予算案と新改革工程表2018の決定について、佐野副会長のコメントを発表した（資料43）。新改革工程表では後期高齢者の窓口負担見直しが先送りされたことなどを受け、「健保組合は先行きを見通せずに危機感が増すばかりである」とし、制度改革の早期実現を求めた。

健保連は平成31年2月8日の常任理事会で、高齢者医療費の負担構造改革などの主張を実現させるための活動方針を承認した（資料44）。団塊世代が後期高齢者になり始めて拠出金が急増する「2022年危機」に焦点を当て、政策実現活動を強力に推進する。このため、要求実現対策本部のもと、高齢者医療費の負担構造改革等の政策活動を中心とする「2022年対策プロジェクトチーム」、健保組合の財政健全化などサポート事業を展開する「保険者機能支援強化プロジェクトチーム」の2つのプロジェクトチームを設置するとともに、国会議員への要請活動など健保連の政策への理解促進を図る「渉外連絡チーム」を立ち上げた。

〈資料41〉

「骨太方針2018」の策定に向けた被用者保険関係5団体の

意見

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より加藤勝信厚生労働大臣あて

平成30年5月25日）

現在、政府は、財政健全化計画を含む「骨太方針2018」の策定に向けた議論を進めている。2025年には団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者になるなど高齢化が進展する一方、支え手である現役世代の人口が急減していくなか、将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するためには、制度改革など一歩踏み込んだ改革に取り組むことが

急務である。

被用者保険関係5団体は、現状、以下のような共通する問題意識を持っており、今後、政府におかれては、これらを踏まえ骨太方針の策定に取り組み、適切な方向性を導き出されることを強く要望する。

記

○ 後期高齢者の窓口負担について

高齢者の医療給付費は増大し、それを賄うための拠出金が保険者の財政を圧迫し、保険料率引き上げ等により現役世代の負担となっている。現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求め、給付と負担の不均衡を是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。特に、2018年度中に、70～74歳の高齢者の窓口負担が2割となることを踏まえ、75歳以上の後期高齢者の窓口負担についても、低所得者に配慮しつつ早急に原則2割とする方向で見直すべきである。

○ 拠出金負担の軽減について

過重な拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合も後を絶たない。現役世代の負担に過度に依存する制度では、持続可能性を確保できない。高齢者の医療給付費に対する負担構造改革を早急に断行すべきであり、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現行制度の見直しを含め、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する措置を講じるべきである。

○ 社会保障の持続性確保について

「全世代型の社会保障」の推進のためには、2019年10月の消費税率10%引き上げの確実な実施は不可欠である。さらに、2025年以降の新たな「社会保障と税の一体改革」を検討し、歳入・歳出一体での対応策についても、国民の理解を得ながら、検討を始めるべきである。また、財政健全化の観点のみならず、制度の持続性確保のためには社会保障給付の効率化による伸びの抑制が必要であり、被用者保険の保険料への負担転嫁は行うべきではない。

○ 医療費の適正化について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化に取り組むことは不可欠である。医療機能の分化・連携による医療の効率化や医療の地域間格差の是正、終末期医療のあり方の見直し（患者の意思の尊重等）、適切な受診行動の促進など医療の有り様を見直していくとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進、診療報酬の包括化、ICTを活用した医療の適正化・効率化など保険診療や診療報酬のあり方に踏み込んだ見直しに取り組むべきである。

○ 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまで以上に重要な役割が求められる。個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、保険者機能をより強化していくべきである。

〈資料42〉

「骨太方針2018」の閣議決定にあたって（佐野雅宏副会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成30年6月18日）

政府は6月15日の閣議で「経済財政運営と改革の基本方針2018」（骨太方針2018）を決定した。

本会としては骨太方針2018において、経済成長と財政を持続可能なものとするため、○社会保障財源としての消費税率10%への引き上げ、○社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」（2019～2021年度）の設定、○2020年度の骨太方針で給付と負担のあり方を含め社会保障の重点政策をとりまとめる一などの改革に向けた方針が示されたことに強い関心を持って注目する。

また、本会が主張してきた社会保障費の伸びを抑制し、国民負担の増加を抑制していく方向性が示されるとともに、健康な高齢者「支える側」を増やすための施策などが盛り込まれた。

しかし、国民皆保険の維持に不可欠な高齢者医療費の負担構造改革については、「経済・財政再生計画改革工程表2017改定版」において今年度に結論を得ることとしている後期高齢者の窓口負担の見直しを送りきれかねない内容となっている。現役世代の減少などの人口構造の変動に対応していく姿勢を打ち出し、世界に冠たる我が国の国民皆保険を次世代に継承し、国民の安心と安全を確保するとした決意は評価するが、現行制度のままでは国民皆保険の崩壊が危惧される。加えて、勤労世代の高齢者医療の負担増に配慮する方向性は見られるものの、拠出金上限の設定などの負担軽減策については、具体的に触れられていない。すでに現役世代の負担は限界に達しており、国民皆保険の持続性を確保するために、高齢者医療費の負担構造改革の早期の実現を強く求める。

本会としては、引き続き国民の議論を喚起しつつ、関係団体とも連携しながら、関係審議会等で要求実現に向けて必要な主張をしていく。合わせて、国会議員などの関係各方面の理解を求め、改革実現に向けて活動を継続していく方針であり、政府においても、早急に改革議論に取り組みことを強く望む。

〈資料43〉

2019年度政府予算案と「新経済・財政再生計画改革工程表2018」の決定について（佐野雅宏副会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成30年12月25日）

政府は2019年度政府予算案及び「新経済・財政再生計画改革工程表2018」を決定した。

2019年度予算案は10月からの消費税の増収を見込むものの、社会保障費の伸びの抑制（概算要求時から1、200億円の削減）、軽減税率導入のための補填が求められるなど、財政的な制約のもとで厳しい予算編成となった。本会が増額を要請していた被用者保険の拠出金支援及

び介護納付金の総報酬制導入に伴う負担軽減措置は、昨年度と同額の予算は計上され、新たに措置された保険者機能強化支援事業については概算要求時から減額される結果となった。今回示された予算措置では、健保組合の財政健全化には程遠い。

また、新工程表については、企業と健保組合等保険者との連携による健康経営の促進やデータヘルスの推進などの健康づくりに関する事項や医療費の適正化など、着実に取組みを進めるべき事項が決定されている。一方で、給付と負担の見直しについては、骨太方針2020において政策を取りまとめ、早期に改革が具体化されるよう検討することとなっている。なかでも、本会の懸念どおり、後期高齢者窓口負担の見直しが先送りされたことについては、極めて遺憾であると言わざるを得ない。

今回の予算案や改革工程表の内容では、健保組合は先行きを見通せずに危機感が増すばかりである。国は将来の展望が見出せないことが、健保組合の解散につながっていることをしっかりと認識すべきである。国民皆保険の持続性確保のためにも、必要な財政支援を行いつつ、可能な限り早期に高齢者医療費の負担構造改革の議論を開始し、遅くとも団塊の世代が75歳に到達し始める2022年度を迎える前までに一連の改革を完了する必要がある。

本会としては、制度改革の実現と財政支援策の継続・拡充に向け、引き続き国民の議論を喚起しつつ、関係団体とも緊密に連携しながら、関係審議会等で必要な主張を行うとともに、国会議員などの関係各方面の一層の理解を求めていく方針である。政府においても、全世代型社会保障を実現する観点から、早急に制度改革等の措置に取り組みことを強く望む。

- 健保連はこれまで、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」(2017年9月発表)にもとづき活動を展開してきたところ。
- 団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年の問題は、75歳に到達しはじめる2022年から顕在化し、以後、急速に深刻化することが明白。⇒『2022年危機』
- 政府は、2040年に向けた改革の必要性を示す一方で、2019年度から2021年度までの3年間(基盤強化期間)に「全世代型社会保障」への改革を進める方針であり、目前に迫る『2022年危機』を乗り切る改革が不可欠。
- こうした状況のもと、健康増進を含め、保険者機能を発揮する健保組合の役割がより一層重要となる。

《参考》

『2022年危機』(健保連試算)
～現行制度維持の場合～

- 保険料率10%以上＝603組合(43%)
- 平均保険料率＝9.8%
- 健保組合全体の拠出金割合＝49.6%
⇒ さらに2025年度に向けて急激に悪化

※1人当たり医療費伸び率1.8%で推計。保険料率は経常収支均衡。

- 健保連は、『2022年危機』にフォーカスした政策実現活動を強力に推進。
- 「骨太方針2020」に向け迅速に取り組む。
- 常任理事会(要求実現対策本部)のもとに2つのプロジェクトチームを設置(2/8)。あわせて、対外的には渉外活動を強化。
①2022年対策PT
②保険者機能支援強化PT

Ⅶ 令和元年度（2019年度）

平成31年召集の通常国会では、オンライン資格確認の導入や被扶養者の要件見直し、社会保険診療報酬支払基金改革などを柱とする「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」（資料46）が、令和元年5月15日の参院本会議で可決、成立した。同法の成立に先立ち、衆参両院の厚生労働委員会では附帯決議（資料45）が採択され、いずれも後期高齢者支援金や介護納付金の総報酬割導入に伴い財政状況が厳しい健保組合への支援を検討することを求めた。

健保連は5月15日、全国健康保険協会と共同で「保険給付範囲の見直し」に向けた意見（資料47）を発表した。団塊世代が後期高齢者に入り始めて保険財政がさらに悪化すると見込まれる2022年以降を見据え、軽症薬について保険適用の対象除外や保険償還率の引き下げなどを求めた。個人負担が困難な重症疾患の治療薬は、高額でも引き続き保険で確実に対応する必要性を指摘した。

健保連は9月9日、現状のままでは現役世代の負担が一層膨らむ3年後の「2022年危機」を回避する観点から、「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」（資料48）を発表した。▽後期高齢者の原則2割負担、▽後期高齢者の現役並み所得者への公費投入、▽市販品類似薬の保険適用除外など保険給付範囲の見直し―を改革が急がれる最重要項目とした。

政府は、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討するため、9月20日に全世代型社会保障検討会議を設置、初会合を開き、令和元年末に中間報告、2年夏に最終報告をまとめることを確認した。

こうした情勢を踏まえ、健保連、全国健康保険協会、日本経済

団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体は、後期高齢者の窓口負担を原則2割とするなどの医療保険制度改革に向けた共同の意見書（資料49）をまとめ、11月8日、加藤勝信厚労相宛てに提出した。

全世代型社会保障検討会議は12月19日、中間報告（資料51）をまとめた。後期高齢者の窓口負担については、「一定所得以上の者を2割に引き上げる方針が示された。

令和2年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が11月27日、加藤厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料50）を提出。2年度診療報酬改定率は12月17日の財務、厚労両相の折衝を経て、診療報酬+0・55%、薬価▲0・99%、材料価格▲0・02%で全体で▲0・46%となった。診療報酬については、救急病院の勤務医対策として消費税財源を活用した特例的な対応に+0・08%を振り分ける枠を設定し、これを除いた+0・47%の内訳は、内科+0・53%、歯科+0・59%、調剤+0・16%とした。

健保連は12月19日、全世代型社会保障検討会議の中間報告と令和2年度診療報酬改定率の決定を受けて、大塚陸毅会長のコメント（資料52）を発表した。

新型コロナウイルス感染症が拡大するなか、健保連は令和2年3月9日、「国難とも言えるこの局面において、あらゆる対策に取り組む決意」を表明する佐野雅宏副会長のコメント（資料53）を発表。同18日には、健保組合の事業運営への配慮を求める佐野副会長名の緊急要望書（資料54）を厚労省保険局長宛てに提出した。

健保連と全国健康保険協会は3月30日、退職者医療制度の経過措置の早期終了を求める共同の要請書（資料55）を加藤厚労相宛てに提出した。令和5年の通常国会に提出された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」には、経過措置として継続している同制度を令和6年4月に廃止する内容が盛り込まれた。

〈資料45〉

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 令和元年5月14日）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、今回の医療保険制度の運営に関する改正に続き、二〇二五年には団塊の世代が後期高齢者に移行することなどから、少子高齢社会の進展を見据えた取組を早期に開始し、医療保険制度の健全な運営に努めること。

十三、近年の後期高齢者支援金や介護納付金の総報酬割の導入等に伴い、健康保険組合等の財政負担が増加していることを踏まえ、財政状況が厳しい健康保険組合等に対する必要な支援を検討すること。

〈資料46〉

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

（令和元年5月15日成立）

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】

・オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めるとを禁止（告知要求制限）する。（公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日）

2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】（令和元年10月1日）

3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】

・医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日））

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】

・75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（令和2年4月1日）

5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】

(1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（令和2年4月1日）

(2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の

資格取得に関する事項等を追加する。(公布日)

6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】

(1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。(令和3年4月1日)

(2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。(令和2年10月1日)

(3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。(令和2年10月1日)

7. その他

・未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】(公布日)

オンライン資格確認の導入

(1) オンライン資格確認の導入

① 保険医療機関等で療養の給付等を受ける場合の被保険者資格の確認について、個人番号カードによるオンライン資格確認を導入する。

② 国、保険者、保険医療機関等の関係者は、個人番号カードによるオンライン資格確認等の手続きの電子化により、医療保険事務が円滑に実施されるよう、協力するものとする。

③ オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局の初期導入経費を補助するため医療情報化支援基金を創設する。

(2) 被保険者記号・番号の個人単位化、告知要求制限の創設

① 被保険者記号・番号について、世帯単位にかえて個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）に定めることとする。

これにより、保険者を異動しても個々人として資格管理が可能となる。

※ 75歳以上の方の被保険者番号は現在も個人単位なので変わらない。

② プライバシー保護の観点から、健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。

※ 告知要求制限の内容（基礎年金番号、個人番号にも同様の措置あり）

① 健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。

② 健康保険事業とこれに関連する事務以外で、業として、被保険者記号・番号の告知を要求する、又はデータベースを構成することを制限する。これらに違反した場合の勧告・命令、立入検査、罰則を設ける。

被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化（法改正事項）

課題

グローバル化が進展する中、医療保険に関して、

・生活の拠点が日本にない親族までが健康保険の給付を受けることができるという在外被扶養者に関する課題

・本来加入資格を有しない外国人が、不正な在留資格により、国保に加入し給付を受けている可能性があるという課題

が指摘されている。

対応

① 被扶養認定における国内居住要件
○ 健康保険の被扶養者の認定において原則として国内に居住しているという要件を導入

・被扶養者の要件に日本に住所を有する者であることを追加する
・留学生その他の日本に住所を有しないものうち、日本に生活の基礎があると認められるものについても、例外的に要件を満たすこととする

※例外となる者の詳細は省令で規定するが、留学生や海外赴任に同行する家族など、日本から海外への渡航理由に照らし、これまで日本で生活しており、今後再び日本で生活する蓋然性の高い者等を例示する予定

・いわゆる「医療滞在ビザ」等で来日して国内に居住する者を被扶養者の対象から除外する

※除外対象の詳細は省令で規定

② 市町村における調査対象の明確化

・日本人を含む国保被保険者の資格管理等の観点から、市町村が関係者に報告を求めること等ができる対象として、被保険者の資格の得喪に関する情報を追加し、市町村における調査対象として明確化する

※関係者としては、例えば、外国人については、留学先である日本語学校等や経営管理を行う企業の取引先等、日本人については、勤務先である企業の雇用主等を想定。

審査支払機関の機能の強化（社会保険診療報酬支払基金法の改正①）

※ 規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）においては、「支部の最大限の集約化・統合化の実現」を前提に集約化の在り方を検証し、それを踏まえた法案提出を行う（平成31年措置）こととされている。

① 支部長が担っている権限を本部に集約し、本部によるガバナンスを強化〔法改正事項…2021年4月1日施行〕

・現行法上の支部の都道府県必置規定を廃止〔法改正事項〕

※本部の事務執行機関（権限は理事長から委任）としての審査事務局（仮称）を設置〔基金内部規程事項〕

② 職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を全国10か所程度の審査事務センター（仮称）に順次集約〔基金内部規程事項…2022年4月以降〕

③ 審査委員会は、本部のもとに設置（現行は支部のもとに設置）〔法改正事項〕

・地域医療の特性等を踏まえ、設置場所はこれまで同様、47都道府県

〔基金内部規程事項〕

・審査委員の審査補助業務は47の審査事務局で実施

審査支払機関の機能の強化（社会保険診療報酬支払基金法の改正②）

① 基金の業務運営に関する理念規定の創設

○ 支払基金の業務運営に関する基本理念として、以下を規定
・公正・中立な審査の実施やデータ分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進

・情報通信技術（ICT）の活用による業務運営の効率化
・業務運営の透明性の確保

・適正なレセプトの提出に向けた医療機関等への支援

・国保連との有機的な連携の推進 等

② データ分析等に関する業務の追加等

○ 支払基金が実施できる新たな業務として、「レセプト・特定健診等情報その他の国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析等に関する業務」を追加。目的規定についても所要の見直し。

○ データ分析等に関する業務の実施に当たり、情報通信技術やデータ分析等の専門家の意見を聴く仕組みを新設

③ 手数料の階層化

現行…保険者が支払基金に支払う手数料は「レセプトの枚数」を基準に設定

改正後…レセプトの枚数や審査の内容等を勘案し設定

※新システムの稼働に伴い、コンピュータチェックのみで審査が完了するレセプトが増加すること等を考慮し、例えば審査の内容に応じた単価を変えることなどを今後検討

④ 審査委員の委嘱に関する事項

現行…審査委員は、三者（診療担当者代表、保険者代表、学識経験者代表）から同数を委嘱

改正後…診療担当者代表と保険者代表のみ同数とするよう、見直し
↓機動的な審査委員の確保が可能となる。

「保険給付範囲の見直し」に向けた意見

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会 令和元年5月15日）

本日の中央社会保険医療協議会において、白血病治療薬「キムリア」の保険適用が承認された。

この「キムリア」は、費用が高額であるものの、臨床試験の結果などから高い効果が期待されるとして注目されていた新薬であり、このような医薬品の開発と適正な価格での保険収載は、患者に必要な医療を届ける観点から極めて重要である。また、個人で負担しきれないリスクをカバーしていくことは、共助の仕組みである医療保険制度の責務である。

こうした基本的なスタンスを踏まえた上で、医療保険制度の置かれた状況に目を転じると、さらなる高齢化と現役世代の減少が同時進行するなか、団塊の世代が後期高齢者に入り始める2022年以降、医療保険財政はより危機的な状況に直面する。

革新的で高額な新薬の保険適用は今後も続くと見通されており、このような新薬を保険適用しながら国民皆保険制度を維持していくためには、薬価制度に基づく医薬品価格の適正化、さらには高齢者医療費の負担構造改革や医療費適正化策だけではとても追いつかない。国民皆保険制度を堅持するためには、公的医療保険の給付範囲について、除外も含めて、改めて見直しを検討することが喫緊の課題となっている。

具体的には、重症疾患用で個人での負担が困難な医薬品は保険で確実にカバーする一方、軽症疾患用医薬品についてはスイッチO.T.C.をさらに推進すると同時に、医薬品の重要度に応じ、保険償還率に段階を設定している諸外国の事例も参考にしながら、保険給付範囲からの除外や償還率変更を実行すべきである。まずは、関係審議会において、市販品類似薬の除外等に向けた検討を早急に着手するよう求めたい。

今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健康保険の提案―

（健康保険組合連合会 令和元年9月9日）

現役世代を守りたい！ ―国民皆保険を支えるために―

―国民皆保険制度を脅かす給付と負担のアンバランス―

- 急激な高齢化と現役世代の減少のもと、医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転はさらに進行。
- 世代間だけでなく、世代内の給付と負担のアンバランスも顕著に。

―2022年危機でさらに膨らむ現役世代の負担。迫る「保険料率30%時代」の到来―

- 団塊の世代が75歳に到達しはじめる2022年から、現役世代の高齢者医療のための拠出金負担がさらに急増。医療保険制度全体の財政悪化が急速に進むと見込まれる＝「2022年危機」。
- 保険料率も急激に上昇し、介護、年金を合わせると、「保険料率30%時代」が目前に迫っている。

	2019年度	2022年度	2025年度
健保組合の平均保険料率 （健保連試算）	9.218% （保険料率10%以上：302組合） （拠出金割合：45.4%）	9.8%（+0.6%ポイント） （保険料率10%以上：601組合） （拠出金割合：49.6%）	10.4%（+0.6%ポイント） （保険料率10%以上：909組合） （拠出金割合：50.5%）
同 介護保険料率（健保連試算）	1.573%	2.0%（+0.4%ポイント）	2.3%（+0.3%ポイント）
年金保険料率（固定）	18.3%	18.3%	18.3%
合計	29.091%	30.1%（+1.0%ポイント）	31.0%（+0.9%ポイント）

―今こそ、全世代で支え合う医療保険制度への改革を―

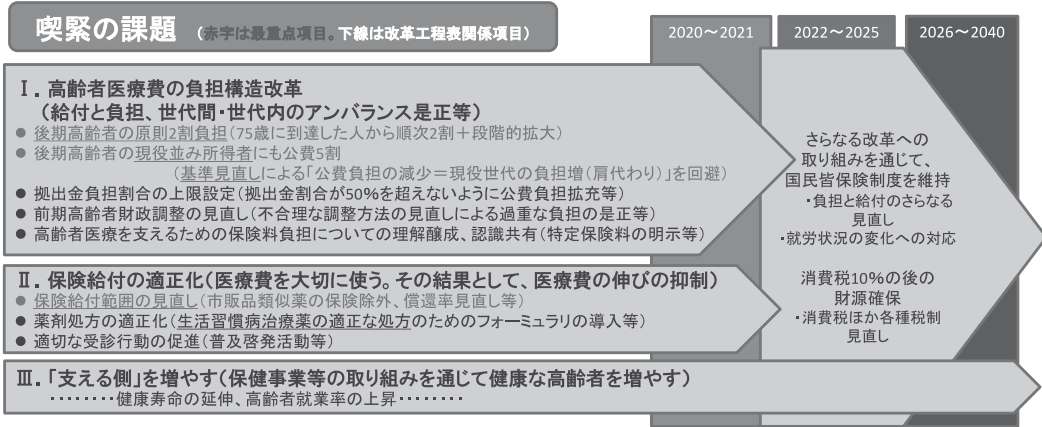
- その改革に向けては、○高齢者医療費の負担構造改革を実現し、世代間、世代内の給付と負担のアンバランスを是正するとともに、必要な公費の拡充等を通じて、現役世代の負担軽減を図ること、○保険給付を適正化し、医療費を大切に使うこと、○保健事業の取り組みを通じて健康な高齢者、「支える側」を増やすことが重要。

―現役世代を守り、みんなで国民皆保険を支えよう―

- 改革を進めるには、国はもとよりすべての関係者がそれぞれの役割を果たし、努力を続けることが重要。
- すべての国民が国民皆保険制度の大切さと課題を正しく認識し、急増する負担を全世代で支え合うことが必要。そのために必要な改革の早期実現を求める。

喫緊の課題

- 政府は、来年の骨太方針2020(例年6月)で、給付と負担の見直しを含む改革に向けた重点政策をとりまとめる方針。それに向けて、以下の「喫緊の課題」に取り組み、各種制度改革等が実現されるよう求める。
- 2022年以降も続く高齢化、現役世代の急激な減少等の見通しを踏まえ、「支える側」の拡大、給付と負担のさらなる見直しなど、国民皆保険制度を持続可能にするための改革に継続的に取り組んでいくよう求める。



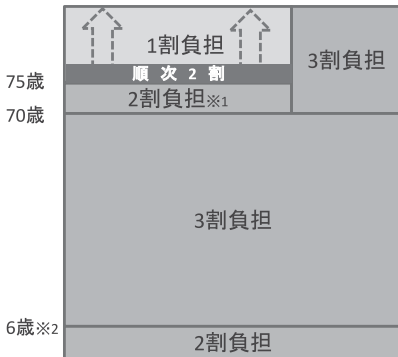
注)介護保険制度、任意継続被保険者制度の見直し等についても対応が必要。

最重点 後期高齢者の原則2割負担

低所得者に配慮しつつ、75歳に到達した人から順次2割負担とすべき1割負担の人もできるだけ早く段階的に2割負担とすべき。中長期的には年齢に関わらず負担能力に応じた患者負担割合のさらなる見直しに向けて検討すべき

◆ 現行の患者負担割合(医療)

(負担割合) 一般・低所得者 現役並み所得者



※1 2014年4月以降70歳になる者から
※2 義務教育就学後
※このほか高額療養費制度により、所得に応じた自己負担額の軽減がある

今後増加する高齢者の医療費の負担方法として、
どれがよいと思うか？(複数回答)

	全年齢 (20-70歳代)	60歳代	70歳代
患者自身の自己負担割合を引き上げる	28%	34%	27%
後期高齢者の医療保険の財源として、税金による負担を増やす	24%	32%	36%
後期高齢者の医療保険の財源として、高齢者自身による保険料の負担を増やす	21%	22%	17%
後期高齢者の医療保険の財源として、現役世代が支払う保険料からの支拂金を増やす	7%	7%	8%
その他・わからない	36%	25%	31%

健保連実施「医療・医療保険制度に関する国民意識調査」(2017年)より

高齢者も医療費の「次世代へのつけ回し」は望んでいない

最重点

後期高齢者の現役並み所得者への公費投入

後期高齢者医療制度の財源構成は、本来、公費50%だが、現役並み所得者の給付費には公費が入らないため、公費は全体で47%にとどまっている。その分(約4500億円)が現役世代の負担になっているため、公費を投入すべき。現役並み所得者の基準を見直す場合には、公費負担の減少分が現役世代の負担増「肩代わり」にならないようにすべき(※)

〈対象者数〉 75歳以上の高齢者 約1,800万人 (後期高齢者医療費) (2019年度ベース) 17.7兆円(給付費16.3兆円、患者負担1.4兆円)
 【後期高齢者医療制度全体の財源構成】= 16.3兆円 (医療保険に関する基礎資料(2016年度)をもとに健保連で推計)

後期高齢者の保険料 1.8兆円 約11%	現役世代の負担 (後期高齢者支援金) 6.8兆円 約42%	公費 7.7兆円 約47% 現役並み所得者は対象外
----------------------------	--	------------------------------------

【現役並み所得者以外の財源構成】= 約15.4兆円

後期高齢者の保険料	現役世代の負担 (後期高齢者支援金) 約40%	公費 50%
-----------	-------------------------------	-----------

【現役並み所得者の財源構成】= 約0.9兆円

後期高齢者の保険料	現役世代の負担 (後期高齢者支援金)	4,500億円
-----------	-----------------------	---------

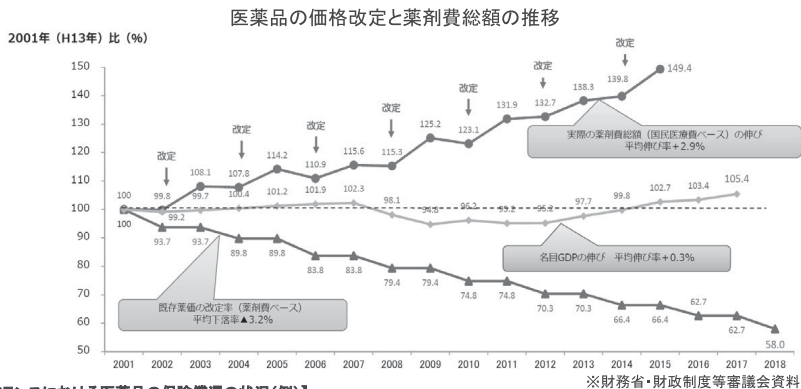
本来公費が入るべき部分

※なお、現役並み所得の対象者を現在の6.7%(121万人)から7.7%(139万人)に拡大すると、現役世代の拠出金が約670億円負担増となる見通し。

最重点

保険給付範囲の見直し

薬剤費が増加し続けているため、皆保険制度の維持の観点から、市販薬類似薬について、保険給付範囲からの除外や償還率を変更すべき



【参考:フランスにおける医薬品の保険償還の状況(例)】

SMR評価	保険償還率	対象医薬品の主な例
Important(重要)	100%	抗腫瘍薬、免疫抑制剤、HIV用抗ウイルス薬等
	65%	精神神経用剤、抗てんかん剤、高脂血症治療薬、不整脈治療薬、血圧降下剤等
Modéré(中程度)	30%	抗ヒスタミン剤、その他アレルギー用薬等
Faible(軽度)	15%	胃潰瘍治療薬、催眠鎮静剤、耳鼻科用薬等
Insuffisant(不十分)	0%(保険償還対象外)	去たん剤、外皮用消炎鎮痛剤等

※[1] Haute Autorité de Santé (2014) Pricing & Reimbursement of drugs and HTA policies in France, March 2014.[2] フランス公的医薬品データベース参照。

〈資料49〉

医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

(健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より加藤勝信厚生労働大臣あて)

令和元年11月8日)

現在、政府は、全世代型社会保障検討会議を設置し、社会保障制度を誰も安心してできる制度とするため、議論を進めている。高齢化により医療需要が高まるなか、2022年には団塊の世代が後期高齢者に入り始め、医療給付費の急増が見込まれる一方、支え手である現役世代の人口は急減が見込まれている。医療・介護・年金を合わせた保険料率の30%時代が目前に迫るなど、すでに限界に達している現役世代や企業の拠出金を合わせた保険料負担は、今後一層過重になることが予想されている。こうした状況が現役世代の可処分所得の減少や将来不安を招き、消費活動、ひいては経済活動へ悪影響を及ぼすことが懸念される。

このような共通する問題認識のもと、被用者保険関係5団体は、下記の通り意見をとりまとめた。政府におかれては、将来にわたる制度の機能の発揮と持続性確保に向け、全世代型社会保障検討会議の取りまとめ及び骨太方針2020の策定において下記項目を盛り込み、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を確実に実行するよう強く要望する。

記

1. 後期高齢者の窓口負担について

高齢者の医療給付費は増大し、それを賄うための拠出金が保険者の財政を圧迫し、保険料率引き上げ等により現役世代の負担となつている。現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を定めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。現在、70〜74歳の高齢者の窓口負担が2割であることを踏まえ、75歳以上の後期高齢者の窓口負担についても、低所得者に配慮しつつ早急に原則2割とする方向で見直すべきである。

2. 拠出金負担の軽減について

2022年度から急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を

検討する健保組合がさらに増加する可能性がある。現役世代の負担に過度に依存する制度では、持続可能性を確保できない。高齢者の医療給付費に対する負担構造改革を早急に断行すべきであり、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現行制度の見直しを含め、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する措置を講じるべきである。特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同様に、公費負担50%とするべきである。なお、現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、少なくとも拠出金負担増が生じないよう財政支援等の負担軽減措置が必要である。

3. 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまで以上に重要な役割が求められる。個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能をより強化していくべきである。

4. 医療費の適正化等について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化に取り組むことは不可欠である。地域医療構想の推進や医療機能の分化・連携による医療の効率化や地域間格差の是正とともに、総合診療専門医の積極的育成など、より効率的・効果的な医療の実施を目指すべきである。また、終末期医療のあり方の見直し(患者の意思の尊重等)、適切な受診行動の促進など医療の有り様を見直しいくとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進、フォーミュラリ(生活習慣病治療薬の適正な選択)の導入の推進、薬剤処方適正化(重複・多剤投薬の是正、服薬管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など)、診療報酬の包括化、ICTを活用した医療の適正化・効率化など、保険診療や診療報酬のあり

方に踏み込んだ見直しに取り組みべきである。

5. 社会保障の持続性確保について

社会保障制度の持続性を確保するためには、国民の理解を得ながら、社会保障にかかる歳入・歳出面について、さらに検討を進めるべきである。この際、被用者保険の保険料への負担転嫁は行うべきではない。

〈資料50〉

令和2年度診療報酬改定に関する要請

（健康保険組合連合会大塚陸毅会長・国民健康保険中央会原勝則理事長・全国健康保険協会安藤伸樹理事長・全日本海員組合森田保己組合長・日本経済団体連合会中西宏明会長・日本労働組合総連合会神津里季生会長より加藤勝信厚生労働大臣あて 令和元年11月27日）

令和2年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団体の意見を取りまとめたので、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請する。

記

わが国の国民医療費は、高齢化や高額な医薬品の保険適用等の影響で増加の一途を辿っており、令和元年度の予算ベースで約46兆円にまで達した。今後、令和4年（2022年）から団塊の世代が後期高齢者に到達し始めるため、さらなる医療費の急増が見込まれている一方、制度の支え手である現役世代人口は急速に減少すると予測されており、適正化・効率化を通じた制度の安定とその持続可能性を高めていくことが、喫緊かつ重要な課題である。

これまで医療保険各制度の加入者1人当たり保険料額は、現行の高齢者医療制度が創設された平成20年度以降、右肩上がりで見られ続けている。中でも被用者保険の保険料負担の伸びは大きく、国民健康保険も傾向としては同様であり、こうした状況が令和4年（2022年）から令和7年（2025年）にかけて、より顕著になることが強く懸念される。

このため、医療の質を担保しつつ適正化・効率化などにより給付の伸

びを抑制し、過重な保険料負担を軽減しなければ、現役世代の可処分所得の減少が消費活動を停滞させ、社会保障制度の根幹をなす経済そのものにも悪影響を及ぼしかねない。

このような背景から政府は、「骨太の方針2019」において、診療報酬では高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるようアウトカムに基づく支払いの導入を引き続き進めていくとしている。さらに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づいて「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」に取り組むことや、調剤報酬において対物業務から対人業務への転換を推進している。

一方、先日公表された医療経済実態調査結果からは、中期的に見れば国公立・公的病院以外の経営状況は概ね堅調であることが読み取れる。中でも、一般診療所は高い利益率を維持し、同一グループの保険薬局についても店舗数が多いほど高い利益水準となっている。

また、これまでの賃金・物価水準の上昇率と乖離した形で診療報酬本体は概ねプラス改定が行われてきたため、両者の水準には大きな隔たりがある。こうした中、前述のとおり、今後も高齢化・人口減少や医療の高度化などによる給付費の増加に伴い保険料負担は増大すると見込まれており、今後の人口動態の変化を踏まえれば、国民負担の軽減を確実に図りつつ国民皆保険体制を守っていかなければならない。

以上の観点から、令和2年度改定において、診療報酬はマイナス改定とすべきである。併せて、薬価等においては薬価等調査の結果に基づく改定を行なうとともに、イノベーションの推進にも配慮しながら薬価制度の抜本改革に基づく必要な対応も併せて検討すべきである。なお、薬価等の引下げ分は、診療報酬本体に充当することなく国民に還元すべきである。

令和2年度改定にあたっては、加入者が適切な医療を受けられる体制の確保を前提として、効率的・効果的な医療提供の促進を基本方針の軸に据えた上で、入院、外来、在宅ではそれぞれの医療機能において患者像の適切な評価の推進、また、調剤では、対物業務から対人業務への転

換を薬局機能に応じた評価体系への見直しなどで患者本位の医療を実現しつつ、診療報酬全般にわたり、適正化・効率化・重点化を図っていくべきである。併せて、医薬品の適正処方に向け、有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方の推進策を診療報酬上で講じるべきである。さらに、生活習慣病治療の継続に資するオンライン診療の適切な推進を図るべきである。

なお、医療従事者の働き方改革については、地域医療構想の推進をはじめとして、医療提供体制における「三位一体改革」の進捗状況を踏まえつつ、令和2年度改定では、医療従事者の負担軽減や医療安全の向上に明らかにつながる措置に留め、ICTを活用した医療の効率化や患者の受療行動の変容に向けた総合的な取り組みを進めるべきである。

令和2年度の診療報酬改定が、国民皆保険制度の持続性の確保と高齢社会に即した効率的な医療提供体制の構築につながるものとなることを強く求める。

〈資料51〉

全世代型社会保障検討会議中間報告（抜粋）

（全世代型社会保障検討会議 令和元年12月19日）

第1章 基本的考え方

(1) はじめに

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

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

12月18日に政府への中間提言が行われた。

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

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

(2) 経済社会の現状

（人生100年時代とライフスタイルの多様化）

我が国は、今、人生100年時代を迎えている。ある海外の研究¹を基にすれば、現在、我が国に生まれる子供の半数が100歳以上の人生を生きると言われている。

こうした人生100年時代には、新卒で一斉に会社に入り、その会社一社で勤め上げて、定年で一斉に退職して老後の生活を送るといった単線型の人生は時代に適合しなくなる。今後は、幾つになっても、学び直しをしながら、新たなチャレンジができるような、複線のかつ多様なマルチステージの人生が視野に入る。

また、人工知能（AI）やロボット、ビッグデータといった第4次産業革命がもたらす技術革新は、我々の生活を画期的に変えていく。技術の進展により、時間や空間の制約にとらわれず、自分らしい学び方や働き方が選びやすくなるようになる。

1 Human Mortality Database, U.C. Berkeley (USA) and Max Planck

Institute for Demographic Research (Germany)

（少子高齢化の克服）

我が国の最大の挑戦は、急速に進む少子高齢化である。しかし、人生100年時代の到来、ライフスタイルの多様化、技術の進展といった世の中の変化をチャンスとして捉え、全ての人が個性を活かすことができる社会を創れば、少子高齢化という大きな壁も克服できる。

日本には、多くのポテンシャルを秘めている女性や、元気で意欲にあふれ、豊かな経験と知恵を持っている高齢者がたくさんおられる。年齢にかかわらず、学び、働くことができる環境を整備すれば、生産年齢人

口が減少する中でも、就業者数を維持できる。

実際、安倍内閣の2012年から2018年までの6年間で、生産年齢人口は503万人減少したが、就業者数は384万人増加した。増加した就業者のうち、60歳以上の男性は23%、60歳以上の女性は27%を占める。

この夏の年金財政検証では、少子高齢化が進む中でも、アベノミクスによる就業者の拡大によって厚生年金の加入者が500万人増えた結果、将来の年金給付に係る所得代替率が改善した。

今後も、少しでも多くの方に「支えられる側」ではなく「支える側」として活躍していただくことで、「支える側」と「支えられる側」のバランスを見直していく必要がある。

(3) 今後の取組の基本的考え方

(一億総活躍社会による「成長と分配の好循環」)

若者も高齢者も、女性も男性も、障害や難病のある方々も、一度失敗を経験した人も、みんなが包摂され活躍できる社会、それが一億総活躍社会である。すなわち、一人一人が、個性と多様性を尊重され、家庭で、地域で、職場で、それぞれの希望がかない、それぞれの能力を発揮でき、それぞれが生きがいを感じる事ができる社会を創る。そのために、一人一人の希望を阻む、あらゆる制約を取り除き、活躍できる環境を整備する。

こうした取組の中で、国民一人一人の安心感が醸成され、将来の見通しが確かなることにより、消費の底上げ、投資の拡大が促され、経済の好循環がより一層強化される。また、個々人の多様な能力が十分に発揮され、多様性が認められる社会を実現していくことにより、新たな着想によるイノベーションの創出を通じた生産性の向上によって経済成長を加速することが期待される。

さらに、強い経済の実現に向けた取組を通じて得られる成長の果実によって、子育てや支援や社会保障の基盤を強化し、それが更に経済を強くするという「成長と分配の好循環」を生み出していく、新たな経済社会システムを目指す必要がある。

(全世界型社会保障への改革)

一億総活躍社会を掲げる安倍内閣にとって、全世界型社会保障への改革は最重要課題である。少子高齢化が急速に進む中で、これまでの社会保障システムの改善にとどまることなく、システム自体の改革を進めていくことが不可欠である。

新しい時代の日本に求められるのは、多様性である。みんなが横並び、画一的な社会システムの在り方を、根本から見直していく必要がある。多様性を認め合い、全ての人が個性を活かすことができる社会を創ることで、少子高齢化という大きな壁を克服する。そのために、多様な学び、多様な働き方、そして多様なライフスタイルに応じて安心できる社会保障制度を確立する必要がある。

これまで社会保障改革といえば、年金、医療、介護が主要なテーマになってきたが、今回の全世界型社会保障改革は、人生100年時代の到来を踏まえて、働き方を含めた改革を行っていくものである。結婚、出産といった人生の各段階に応じて、また、病気になったとき、高齢になったとき、どのような働き方ができるか。年金などの各制度との関わり合いも重要になる。

働き方改革を進め、子育てや介護など様々な事情の下でも就労への意欲を活かせる社会を作る。元気で意欲ある高齢者に就業の機会を確保する。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進める。これにより、現役世代の負担上昇を抑えながら、令和の未来をしっかりと見据えた、全ての世代が安心できる社会保障制度を構想する必要がある。

(これまでの取組)

こうした基本的な考え方に基づき、安倍内閣では、まず消費税の使い道を見直し、子供たち、子育て世代への支援を強化することを決定した。本年10月から3歳から5歳まで、全ての子供たちの幼児教育・保育の無償化を行った。そして来年の4月から、真に必要な子供たちの高等教育を無償化する。

同時に、元気で意欲あふれる高齢者が、年齢にかかわらず働くことができる環境を整えることが必要である。これまで、70歳までの就業機会の確保の法制化や、意欲ある方が兼業・副業できる環境整備、年金の受給開始時期を自分で選択できる範囲の拡大、また疾病・介護予防へのインセンティブ措置の強化などの基本的方向を打ち出してきた。

さらに、全世代型社会保障検討会議では、ライフスタイルが多様となる中で、高齢者についての画一的な捉え方を変え、高齢者だけでなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

(4) 今後の改革の視点

(生涯現役(エイジフリー)で活躍できる社会)

従来の社会保障は年齢による画一的な取扱いがなされることが多かったが、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実には合わなくなっている。現在の高齢者を過去の高齢者と比較すると、肉体的にも精神的にも元氣な方が増加している。

高齢者の歩行速度は、10年で10歳若返っている。また、現在就労している60歳以上の方で、70歳以降まで働くことを希望している高齢者は8割にのぼる。今後は、「高齢者」や「現役世代」についての画一的な捉え方を見直し、生涯現役(エイジフリー)で活躍できる社会を創る必要がある。

(個人の自由で多様な選択を支える社会保障)

人生100年時代を迎え、ライフスタイルが多様化する中で、学びにおいても、仕事においても、老後においても、個人が自由で多様な選択ができるよう、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」を構築する必要がある。

(現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、

働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

(全ての世代が公平に支える社会保障)

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

(国民の不安への寄り添い)

全世代型社会保障への改革を補完する取組として、国民の不安に寄り添っていくことが重要である。現在、多くの国民が、「近くに医者がない」「1人で老いていく」「地域のつながりがなくなった」「子や孫の時代にはますます生活が厳しくなっていく」といった漠然とした不安や懸念を持っているとの指摘がある。

特に、地域間格差が指摘される地域の医師不足、独居高齢者・孤独死、「地域」の消滅・崩壊に関する不安は切実であり、こうした国民の不安を正面から受け止める必要がある。今後、世論調査等を通じて、国民が持つ不安の実態把握を進める。

第2章 各分野の具体的方向性

1. 年金

人生100年時代を迎え、働き方やライフスタイルが多様化する中で、年金制度においても、多様な就労への対応、より長く働くことへの支援、自らの選択によって高齢期の経済基盤の充実を図ることができるための環境整備を進める。このため、2020年の通常国会に必要な法案の提出を図る。

(1) 受給開始時期の選択肢の拡大

国民一人一人が老後の生活設計を考えながら年金受給のタイミングを自分で選択できる範囲を拡大するため、60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始時期について、その上限を75歳に引き上げる。これに併せて、繰上げ・繰下げの増減率を、年金財政への中立を基本に最新の生命表等に応じたものに見直す。

他方、70歳までの就業機会の確保に伴い、現在65歳からとなっている年金支給開始年齢の引上げは行わない。

(2) 厚生年金（被用者保険）の適用範囲の拡大

多様な働き方が拡大し、産業構造や就労構造の変化のスピードも速くなる中でも、全ての世代が安心して働くことができ、老後の安心を確保するためには、働き方の形態にかかわらず充実した社会保障制度を整備する必要がある。

現在は、週労働時間20～30時間の短時間労働者については、従業員500人以下の企業で働く場合、被用者であるにもかかわらず、厚生年金（被用者保険）への加入が強制されていないため、この企業規模要件について見直しを行う必要がある。

一方、中小企業・小規模事業者は、利益率が大企業に比して低く、労働分配率も高水準になっており、最低賃金引上げや働き方改革など多くの課題に直面する中で、適用拡大による新たな事業者負担が大きな影響を及ぼすことが危惧される。

他方、適用拡大の影響は業種によって異なり、特にパート比率の高い卸売・小売業やサービス業などで深刻と思われることから、そうした業界の声をよく聞きながら検討する必要がある。また、改革が実行される場合には、段階的な適用拡大の検討や中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援、取引慣行の是正が必要である。

以上を踏まえ、今回の改正では、50人超規模の企業まで厚生年金（被用者保険）の適用範囲を拡大することとする。スケジュールについては、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2

022年10月に100人超規模の企業までは適用することを基本とする。

この際、中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援を図るため、先端技術の実装を含め、革新的な製品・サービス開発のための設備投資支援や、小規模事業者に特化した販路開拓支援、ITツールの導入支援等を複数年にわたって継続的に実施する仕組みを構築し、必要な財源を確保することとする。

あわせて、短時間労働者への適用要件のうち、1年以上の勤務期間要件は、実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用する。

また、5人以上の個人事業所のうち、弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業について、適用業種に追加する。

3. 医療

(1) 医療提供体制の改革

人生100年時代において国民の安心を確保するため、以下のような医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人一人の自主的な取組を可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域共生社会の実現に向けた取組を進めることが重要である。疾病予防・早期対応から病気を抱えた後もその生活を支える医療のあるべき姿を見据え、地域医療の基盤を維持していくことが必要である。

- ・ 団塊の世代が75歳以上を迎える中で高齢化による需要拡大への対応
- ・ 生産年齢人口が減少する中で地域医療の確保
- ・ 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメデイケーションの推進、ヘルシリテラシ

1の向上

・ 働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立

・ ゲノム医療等最先端医療の導入やデータヘルス改革の推進

具体的には、地域医療構想の推進、地域間・診療科間の更なる医師偏在対策、卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備、地域における看護職員をはじめとする医療関係人材の確保・育成、看護師・歯科衛生士等

の復職支援・定着の推進、医師・歯科医師等の働き方改革、医療職種
の役割分担の見直しにより、地域差を伴う「高齢化による需要増大」と
「支え手減少」の進展などの環境変化に対応し、質の向上と効率改善を
図り、地域で必要な医療を確保する。

あわせて、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化（後述）、在
宅医療・歯科医療の更なる深化と推進、訪問看護体制の強化、中山間地
を含む適切な遠隔医療の推進、健康・医療情報の連携・活用を含む健康
寿命延伸のための食の確保・健康づくり・早期治療・重症化予防、医療
といった一貫した施策の構築、地域における医科歯科連携を含む歯科医
療機関の強化、地域における薬剤師・薬局機能の強化、医師の負担軽減
の観点を含めた医療のかかり方の変容へ向けた取組促進、尊厳と意思の
尊重された人生の最終段階の迎え方支援に取り組むことにより、患者中
心の医療を深化させる。そのためにも、学校等における社会保障教育に
加え、「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」・「かかりつけ薬剤師」を
通じた、また保険者を通じた社会保障教育の充実が必要である。

さらに、安全で質の高い先端的医療の普及、革新的な医薬品、医療機
器等が生み出される環境整備、必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確
保により、必要な医療を迅速に国民に届ける。

① 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

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

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢
の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等に併せて、医療にお
いても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕
組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。こ
れにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者とな

り、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代
の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築
する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議にお
いて最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会において
も検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2
022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上
で、同審議会の審議を経て、来年度までに成案を得て、速やかに必要な
法制上の措置を講ずる。

・後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得
以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以
外の方については1割とする。

・その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行
時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受
診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮に
ついて、検討を行う。

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

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

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた
地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支
える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受
けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大

病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を發揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

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

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

・他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上（医科の場合）の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行うつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。

・具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合（緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当

該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など）の要件の見直しを行う。

〔資料52〕 「全世代型社会保障検討会議」中間報告等について（大塚陸毅 会長コメント）

（健康保険組合連合会 令和元年12月19日）
12月19日、政府の全世代型社会保障検討会議は中間報告を取りまとめた。本会は、団塊の世代が75歳に到達し始め、医療保険財政が急速に悪化すると見込まれる「2022年危機」を乗り切るための活動を行っているところであり、今般、関係者の尽力により中間報告が取りまとめられたことに敬意を表する。

中間報告では、全世代型社会保障の構築に向けて、後期高齢者の窓口負担の2割への引き上げが盛り込まれた。本会としては、低所得者に配慮しつつ原則2割負担を主張してきたところであり、今回、2割負担導入の方向性を打ち出したことは評価できる。しかし、その対象範囲など具体案は今後の議論に委ねられており、財政影響等も踏まえ、現役世代の負担軽減につながるよう引き続き求めていく。

また、紹介状なしで大病院を外来受診した場合の定額負担制度の対象を拡大する方針についても、病院・診療所における外来機能の明確化、公的医療保険の負担軽減を図る見直しの観点から評価したい。

さらに、短時間労働者に対する適用拡大については、健保組合への財政影響を踏まえて、十分な財政支援策を講ずるべきである。

中間報告でも指摘された2022年以降も続く高齢化や現役世代の減少等の見通しを踏まえれば、わが国の医療保険制度は、より一層厳しい状況に直面することが予測される。こうしたなかで、健保組合は、職域を基盤とした効果的な保健事業等の取り組みを通じ、中長期的に「支える側」の拡大に貢献していく所存である。

一方、令和2年度診療報酬改定率については、診療報酬本体が実質0・55%の引き上げとなり、薬価等改定分（マイナス1・01%）につい

て、国民へ還元されることなく本体に充当された。本会として、診療報酬はマイナス改定とし、併せて薬価等引き下げ分は診療報酬本体に充当することなく、国民に還元すべきと主張してきたところであり、誠に遺憾である。今後の議論においては、医師の働き方改革への対応について、引き続き、「真に緊急性が高く、救急医療など厳しい労働環境にある勤務医の負担軽減や医療安全の向上につながる部分に限定すべき」と主張していくとともに、限られた財源を適正かつ効果的に配分していくことを強く求めていく。

最後に、全世代型社会保障検討会議の最終報告及び「骨太方針2020」では、国民皆保険制度の維持に向けて、支え手の中核である健保組合が将来の展望を見出せるよう、制度の持続性の確保に向けて給付と負担の関係、とくに世代間のアンバランスや保険給付の範囲を見直す改革の方向性を打ち出すべきである。本会は、引き続き関係各方面の理解を求め、改革実現に向けた活動を継続していく。政府においても、痛みを伴う改革から目を背けることなく、改革議論に取り組むことを強く望む。

〈資料53〉 新型コロナウイルス感染症への対応について

(健康保険組合連合会佐野雅宏副会長 令和2年3月9日)
新型コロナウイルス感染症については、政府において感染予防の水際対策から感染拡大防止策にわたり、様々な対策が講じられており、3月6日には同感染症のPCR検査の保険適用や、法改正などの施策も打ち出されています。しかしながら、関係者の懸命の努力にもかかわらず、感染者の増が続き未だ終息の見通しがたっていません。

私ども、全国3000万人が加入する健康保険組合は、公的医療保険制度を担う保険者として、加入者ひいてはすべての国民が、症状がある患者の立場として必要な場合に、混乱なく適切にPCR検査や医療を受けられるよう最大限に努力いたします。健康保険組合連合会からも、3月5日付にて会員の健康保険組合をはじめ、事業主、労働組合、加入者

に対し、周知・連絡を行っております。

政府および関係機関におかれては、検査および医療を的確に実施するため、相談・検査体制や医療提供体制の整備、また正確な情報提供に努められ、多くの国民が抱えている不安の解消に一層臨んでいただくよう要望します。

健康保険組合も、これまで実施している加入者に対する健康管理、健康教育などの経験を活かして、同感染症の正確な知識の普及・啓発に努め、国、地方公共団体、医療・医療保険関係者等と連携し、国難とも言えるこの局面において、あらゆる対策に取り組む決意です。

〈資料54〉 新型コロナウイルス感染症にかかる健保組合運営等に関する緊急要望

(健康保険組合連合会佐野雅宏副会長・専務理事より)

厚生労働省濱谷浩樹保険局長あて 令和2年3月18日)
平素から、本会の事業運営につきまして、格別のご指導を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症にかかる本会の緊急要望を別紙のとおり、取りまとめましたので、特段のご配慮を賜りますよう、お願い申し上げます。

新型コロナウイルス感染症流行に伴う健保組合の事業運営等に対する緊急要望

1. 健保組合業務停止時の対策について

健保組合の基幹業務システムはインターネットから切り離された環境で運用しており、在宅勤務・テレワーク等での対応が困難である。今後、健保組合役員に感染者が発生した場合は、健保組合事務所の閉鎖や一部業務を停止せざるを得ない事態も想定される。被保険者証の発行や傷病手当金等の支給などは組合員・加入者の生活に直ちに影響を及ぼすため、業務停止に伴うルールや取り扱い等、非常時における事業継続のためのガイドラインを早急にお示しいただきたい。

また、国からは、多人数の集会・会議等の自粛要請がなされていることから、組合会等について、例外的な取り扱いとして、事業運営通知や会議規則に定めることで書面による審議及び議決を認めていただきたい。

さらに、令和2年度の実地指導監査については、新型コロナウイルスへの対策に全組合が取り組んでいる現状から、当分の間、延期していただきたい。

2. 特定健診・特定保健指導を始めとした保健事業について

新型コロナウイルス感染症の流行により、人の集まる場所を避けるため多くの保健事業等が中止・延期となっている。特に、労働安全衛生法の事業主健診については、厚労省より令和2年5月末まで実施の延期が認められており、特定健診実施率に大きな支障が出る可能性がある。また、保健指導についても事業主や対象者から中止の要請が相次いでいる状況である。

実施延期により、健保組合に不利益が生じないように、加算・減算の評価、各種事業未達による国庫補助の返還等についてご配慮いただくとともに、労働安全衛生法の健診同様、弾力的な運用について検討いただきたい。

3. オンライン資格確認等の導入について

「オンライン資格確認等導入に関する全国説明会」は、健保組合にとって制度開始に向けた準備等を確認する重要な機会であったと認識している。このたび、集会自粛要請から止むを得ず中止されたが、早急に代替手段を検討するなど、健保組合への丁寧な周知をお願いしたい。

また、オンライン資格確認等の導入にあたっては、現在の状況に鑑み、医療機関の体制整備も含めて十分な準備期間を設けるように配慮いただきたい。

4. 健保組合の財政悪化への対応について

今後、新型コロナウイルス感染症の発生・拡大がさらに続けば、経済活動の低迷・企業業績の悪化による保険料収入の急減など、健保組合財政に多大な悪影響を及ぼしかねない。さらに、PCR検査の保険適用に

伴い、保険者は検査費用のみならず、給付費や拠出金負担も増大し、一層厳しい状況に陥ることが懸念される。

今回の災禍により健保組合に過度な負担が生じないように、政府による緊急経済対策に健保組合への財政支援策を盛り込むなど、特段の配慮をお願いしたい。

5. 予防対策および適切な受診行動の情報発信について

健保組合では予防対策および適切な受診行動を促す広報を実施しているが、国においても、医療崩壊に繋がらないよう、更なる広報の強化と、PCR検査の正しい知識（偽陽性・偽陰性、検査の限界等について）を国民に情報発信していただきたい。

〈資料55〉

退職者医療制度の経過措置の早期終了について（要請）

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会より）

加藤勝信厚生労働大臣あて 令和2年3月30日

退職者医療制度は、医療費の多くかかる高齢退職者が被用者保険から国民健康保険に移ることにより、国民健康保険へ過度の負担となることから、国民健康保険の財政を支える調整措置として、昭和59年に創設された。

その後、平成20年度に前期高齢者医療制度が創設され、65歳から74歳までの前期高齢者について、被用者保険と国民健康保険との間での財政調整が行われることとなったため、退職者医療制度は廃止されたが、平成26年度までに新たに適用された者が65歳に達するまでの間は制度が継続する経過措置が設けられた。

昭和59年の制度創設時に約260万人であった対象者は、令和元年度には約5万人まで減少しているが、多くの対象者が元年度に65歳に達するため、2年度には約600人まで激減する見込みである。

このため、被用者保険の拠出額は、大幅に減少し、国民健康保険の財政を支えるという本来の役割を終えている上、一部の特定健保組合を除くすべての被用者保険保険者において、支払基金に支払う事務費が拠出

額を上回る事態となっている。

経過措置は対象者が1人でも存在すれば継続するため、最長で令和7年度まで継続することが見込まれているが、このように最後の1人についてまで調整を行おうとすることは、対象者数、被用者保険の拠出総額、各保険者の拠出金に係る事務、支払基金に係る経費等を鑑みると、極めて不合理と言わざるを得ない。

ついては、現在の対象者がすべて対象から外れるのを待たずに、経過措置を早期に終了することを強く要請する。

VIII 令和2年度（2020年度）

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大により、さまざまな影響を受けた。政府は4月7日に東京など7都府県に初の緊急事態宣言を発令し、4月16日には全国に拡大した。厚生労働省保険局保険課はそれに先立つ4月6日、健保組合における事業継続についての事務連絡（資料56）を発出し、極めて重要な対応を担う公法人としての体制整備を求めた。

令和2年の通常国会では、短時間労働者の被用者保険適用拡大を含む「年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律案」が3月3日に提出され、5月29日に可決、成立した（資料57）。適用対象とする企業規模要件を、従業員500人超から4年10月に100人超、6年10月に50人超へと段階的に引き下げる。

政府内の医療保険制度改革の議論は感染拡大の影響で中断され、全世代型社会保障検討会議は夏に予定していた最終報告を年末まで先送りすることを決めた。社会保障審議会・医療保険部会は6月から再開し、後期高齢者の窓口負担2割の対象範囲など制度改革の内容を年末までに議論することとなった。

こうした情勢を受けて、健保連、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体は11月4日、医療保険制度改革に向けた共同の意見書（資料58）を田村憲久厚労相宛てに提出した。後期高齢者の窓口負担の原則2割などを全世代社会保障検討会議が年末に取りまとめる最終報告に反映し、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を遅くとも2022年度までに確実に実行するよう要望した。

さらに健保連は11月5日、厚労省内で記者会見を開き、医療保

険制度改革に向けた重点要望（資料59）を発表した。重点要望では、後期高齢者の窓口負担2割が適用される範囲を「高額療養費の一般区分該当者すべて」とするよう求めた。

健保連の佐野雅宏副会長は、11月24日に開催された全世代型社会保障検討会議のヒアリングで「現役世代の負担は既に限界である」と訴え、後期高齢者の窓口負担について、原則2割負担とする必要性を強調し、2022年度初めまでに現役世代の負担増を抑える改革を進めるよう要望した。

政府は12月14日、全世代型社会保障検討会議を開き、最終報告である「全世代型社会保障改革の方針」をまとめ、15日に閣議決定した（資料60）。後期高齢者の2割負担の対象については、高額療養費の一般区分全体よりも範囲が狭い、所得上位30%までの一般に該当する本人課税所得28万円以上・年収200万円以上を基準とする。施行時期は、令和4年度後半の政令で定める日とした。この医療保険制度改革関連法案（全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案）は、令和3年2月5日に閣議決定され、同年の通常国会へ提出された。

健保連は令和2年12月15日、最終報告の閣議決定を受けて宮永俊一会長のコメント（資料61）を発表した。2割負担の対象範囲は十分とは言えず、さらなる負担増軽減と国民皆保険制度の持続可能性の観点から、次なる改革に向けて引き続き取り組むよう要望した。

今回の医療保険制度改革では、健保連が要件の厳格化などを訴え続けてきた任意継続被保険者制度の見直しが盛り込まれ、保険料算定の基礎について、健保組合の規約により退職前の標準報酬月額とすることを可能とするなど、健保連の主張が一部取り入れられた。

健康保険組合における事業継続について

(厚生労働省保険局保険課より健康保険組合あて 令和2年4月6日)

新型コロナウイルス感染症については、これまで水際での対策、まん延防止、医療の提供等を講じてきていますが、国内においては、すでに感染経路の不明な患者の増加している地域が散発的に発生しており、引き続き、持ちこたえているものの、一部の地域で感染拡大が見られます。

このような状況において、医療機関への適時・適切な受診の確保、患者の生活基盤を確立するための労務不能時の所得補償といった対応が極めて重要となります。

健康保険組合は、これら極めて重要な対応を担う公法人として、その事業を継続する体制を整備頂いているものと承知してはいますが、今後、更なる制約が生じる場合も想定し、別紙「外出自粛要請の拡大を踏まえた健保組合における業務継続について」を策定いたしました。

貴組合におかれては、これを踏まえた体制整備等を進めていただくようお願い申し上げます。

なお、テレワーク環境が未整備の健康保険組合事務局において、クラスター発生場所に近い等の理由により職員の生命・身体の保護を図る必要が生じた場合や、職員の感染により健康保険組合事務局が封鎖となる場合など、業務継続が物理的に不可能と理事長が判断した場合は、地方厚生(支)局に対して、業務の中断理由、中断期間(予定)、加入者への周知方法とその内容及び業務中断中の窓口となる者の連絡先を報告いただくよう併せてお願い申し上げます。

別紙

外出自粛要請の拡大を踏まえた健保組合における業務遂行について

○基本方針

- ・新型コロナウイルス感染症対策においては、医療機関への適時・適切な受診が重要であるとともに、患者の生活基盤を確立するための感染症による労務不能時の所得補償も併せて重要である。
- ・このため、これらの業務を担う健康保険組合にあっては、外出自粛要請が拡大されたとしても、不急以外の業務は遂行されなければならない。

○健康保険組合の業務を継続できる環境整備

- ・基本方針に基づき、健康保険組合では業務を継続できる環境を整備されたい。
- ・環境の整備を進めるにあたっては、テレワークの導入・実施を検討されたい。
 ※テレワークの導入にあたり留意すべき事項については、別添「健康保険組合におけるテレワークについて」のとおり。
 なお、別添に示すテレワーク環境の構築にかかる基準は、今後の通常業務体制での導入に当たっても変更はない。
- ・テレワークの導入が困難な健康保険組合については、適用、給付、徴収及び経理事務が執行できる事務局の人的体制を整備されたい。
 なお、人的体制の整備においては、次に留意頂きたい。
 → 最低限の職員の出勤とする
 → 時差出勤の積極的な導入や一部の職員が過剰業務とならないようなシフト制の実施
 → 非常時に伴う職務権限の一時変更や委任(権限変更は書面等で残すこと。)の実施
 → 在宅勤務者と出勤者との意思決定ルールおよび手法の確立(例えば「メールでの意思決定確認」の導入。なお、スカイプは決定経緯が事後に確認できないデメリットがあるため推奨しない。)
 → 出勤者のうがい、手指のアルコール消毒、マスクの着用など、感染予防対策の徹底
 → 出勤者の健康状況について日々管理の実行(発熱が確認された職員の出勤停止など、事前のルール作り)

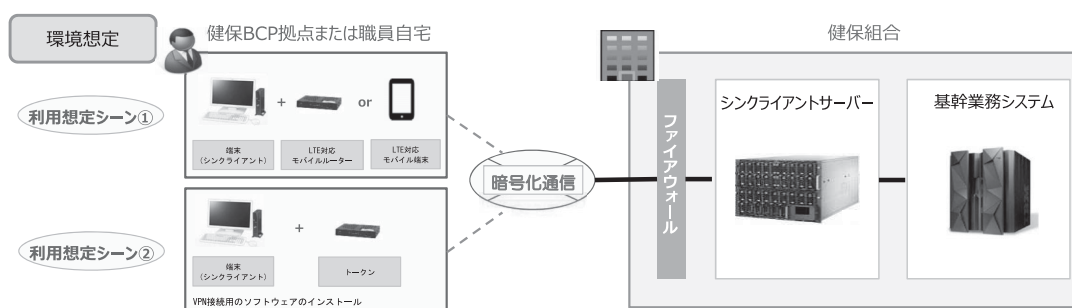
- 外出自粛要請に基づくテレワーク環境下等における制約条件に対する対応
 ・外出自粛要請や外出自粛要請に伴いテレワークにより業務を行う場合、一部の業務に制約が生じることが想定される。このため、制約が生じると想定する業務については、次の対応を検討されたい。

事務	対応内容
資格・限度額証明書の発行	<p>○テレワーク環境では被保険者証の発行が出来ないため、職員自宅等で「資格・限度額証明書」を発行する。</p> <p>○資格取得届等の届出や再交付申請については、メールによる仮申請を認める。</p> <p>※現存加入者に係る「資格・限度額証明書」については、事業主も発行することが出来るため、外出自粛の範囲なども踏まえ、事業所の協力も適宜、求めることも検討されたい。</p> <p>●留意点</p> <p>①この対応は、外出自粛に伴うテレワーク環境時の対応に限ることが望ましいこと。</p> <p>②資格・限度額証明書には照会先を明記するとともに、有効期限の記載が望ましいこと。</p> <p>③申請者が特定できるように、事前に申請者のメールアドレスを把握・管理するなどの対応が望ましいこと。</p> <p>④申請者側の環境に配慮が必要ではあるが、PDF化した申請書や申請書の画像ファイルを添付させることが望ましいこと。</p> <p>⑤資格証明書の真正性を担保するため、事前に資格証明書に組合印の押印又は印影を印刷すること。 押印の際は公印管理者の決裁を経ること、また、印影の印刷の際は印影印刷決裁を起し、印刷枚数を確定すること。</p> <p>⑥印影印刷された資格・限度額証明書については、払出簿で払い出し状況を管理すること。</p> <p>⑦資格・限度額証明書を発行する職員は証明書発行枚数が確認できる日計を作成・管理すること。</p> <p>⑧資格・限度額証明書の送付に用いた個人情報の管理について徹底すること。</p> <p>⑨資格・限度額証明書の発行に伴う費用については、概算払いにより取り扱って差し支えないが、概算払整理簿により管理するとともに、精算にあたっては、各支出について内容を適正に把握すること。</p> <p>⑩職員に対し支出決議の証拠書類となる領収書等の受領など適正な対応を求めること。</p> <p>⑪緊急やむを得ない状況により印影の印刷を行わない場合の資格証明書の発行は妨げないが、医療機関からの照会等には適切に対応すること。なお、不正発行された資格証明書による受診にかかる費用については、組合と受診者間における不法行為に係る損害賠償請求権の問題であることから、医療機関への支払いは拒否できないことに留意すること。</p>

事務	対応内容
インターネットバンキングを利用した支出処理	<p>○銀行振り込みに変え、一時的なインターネットバンキングを利用した支出を行う。</p> <p>●留意点</p> <p>①IDやパスワードなどのアカウント情報を適切に設定し、厳重に管理すること。</p> <p>②ウイルス対策ソフトがインストールされた組合が承認したパソコンの使用に限ること。</p> <p>③ホームページ画面の確認を徹底すること。(httpsで始まっている、ブラウザに鍵マークが表示されている)</p>
傷病手当金等の仮払い	<p>○傷病手当金や高額療養費についてメールでの仮申請及びこれに基づく支給の実施</p> <p>●留意点</p> <p>①資格・限度額証明書の発行の①及び②に同じ。</p> <p>②仮払い処理にかかる決裁ルールを事前に定めておくこと。</p> <p>③レセプトに基づく高額療養費の仮払いに係る精算を適正に行うこと。</p>
組合会の書面審査 *従来の行政指導の見直しを実施 *ただし、都市封鎖等に限定取組	<p>○組合会における審議を書面審査とする</p> <p>●留意点</p> <p>①規約及び組合会会議規則の改正(※)を行ったうえで実施する</p> <p>②書面審査は限定的に取り扱うこと。</p> <p>※規約(例)及び組合会会議規則(例)は健保連より提示する予定。</p>

これ以外に検討している業務がある場合は、厚生労働省や健康保険組合連合会に相談を頂きたい。

- 健康保険組合の職員がテレワーク環境で業務に従事する場合における環境設定基準については、次のとおりとする。
- 基準① テレワークの実施にあたっては、健康保険事業の運営（被保険者証の発行業務、診療報酬や拠出金の支払い、など）に支障がない体制を構築して実施すること。
- 基準② 職員自宅でのテレワークでは特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱わないこと。
- 基準③ 「テレワークセキュリティガイドライン第4版」（平成30年4月総務省）にて挙げられている各種対策（以下は厚生労働省として推奨する対策）や、「情報通信技術を利用した事業場外勤務(テレワーク)の適切な導入及び実施のためのガイドライン」（平成30年2月厚生労働省）を踏まえ、システム環境や各種規程の整備をすること。（ただし、会社PCの持ち帰り方式は用いないこと）
- シンククライアント環境での運用とすること。
 - システム管理者が許可もしくは設定された物理端末からのアクセスに限定すること。
 - 健保BCP拠点等の回線は、通信暗号化（例えば「LTE回線」や「Ipsec+IKE」の利用）の対策を行うこと。
 - 健保BCP拠点では、健康保険組合の執務室において求められるセキュリティ対策が講じられていること。
 - 職員の自宅において業務を遂行する時は、印刷は業務上必要な範囲に止める、記憶媒体への書き込み禁止、ディスプレイの覗き見防止フィルムの設置、長時間の離席時の対応等のセキュリティ施策を講じること。



〈資料57〉

年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律の概要（抜粋）

（令和2年5月29日成立）

改正の趣旨

より多くの人がより長く多様な形で働く社会へと変化する中で、長期化する高齢期の経済基盤の充実を図るため、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、在職中の年金受給の在り方の見直し、受給開始時期の選択肢の拡大、確定拠出年金の加入可能要件の見直し等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 被用者保険の適用拡大〔厚生年金保険法、健康保険法、公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成24年改正法）、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法〕

① 短時間労働者を被用者保険の適用対象とすべき事業所の企業規模要件について、段階的に引き上げる（現行500人超↓100人超↓50人超）。

② 5人以上の個人事業所に係る適用業種に、弁護士、税理士等の資格を有する者が行う法律又は会計に係る業務を行う事業を追加する。

③ 厚生年金・健康保険の適用対象である国・自治体等で勤務する短時間労働者に対して、公務員共済の短期給付を適用する。

施行期日

令和4（2022）年4月1日（ただし、1①は令和4（2022）年10月1日・令和6（2024）年10月1日、1②・③は令和4（2022）年10月1日）

医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

(健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より田村憲久厚生労働大臣あて)

令和2年11月4日

2022年度には団塊の世代が後期高齢者に入り始め、医療給付費の急増が見込まれる一方、支え手である現役世代の人口は急減が見込まれ、医療保険制度は危機的状況にある。

また、現役世代や企業の保険料負担はすでに限界に達しており、こうした状況が現役世代の可処分所得の減少や将来不安を招き、消費活動、ひいては経済活動へ一層の悪影響を及ぼすことが懸念されるなか、コロナ禍が追い打ちをかけることとなった。今こそ、将来にわたり国民皆保険を堅持する覚悟を示し、制度の持続可能性の確保に向けた改革を着実に進めることで、国民に安心感をもたらすことが極めて重要となる。

このような共通する問題認識のもと、被用者保険関係5団体は、下記の通り意見をとりとまとめた。政府におかれては、国民皆保険を堅持するために、現在、検討が進められている全世代型社会保障検討会議の最終報告において下記項目を盛り込むなど、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を遅くとも2022年度までに確実に実行するよう強く要望する。

記

1. 後期高齢者の窓口負担について

全世代型社会保障検討会議の中間報告において、一定所得以上の後期高齢者の自己負担を2割とする方針が示されたが、現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。

現在、現役世代は所得に関係なく窓口負担は3割であり、70〜74歳の高齢者の窓口負担も2割(一部3割)であることや高額療養費制度により負担の限度額は抑えられていることを踏まえ、75歳以上の後期高齢者

の窓口負担についても、低所得者に配慮しつつ早急に原則2割とする方向で見直すべきである。その際、支え手である現役世代の過重な負担増の緩和につながる設定とする必要がある。

2. 拠出金負担の軽減について

今後、急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合がさらに増加する可能性があるなど、現役世代の負担に過度に依存する現在の制度では、持続可能性は確保できない。そのため、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する負担構造改革を早急に断行すべきである。

特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同様に、公費負担50%とするべきであり、それを行うことなく現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、少なくとも拠出金負担増が生じないよう、財政支援等の負担軽減措置を講じる必要がある。

3. 医療費の適正化等について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化を図ることが不可欠である。医療の質の向上とあわせ、地域医療構想の推進や医療機能の分化・連携による医療の効率化、人口減少を見据えた医療提供体制を構築するとともに、総合診療専門医の積極的育成やオンライン診療などを活用し、国民の適切な受診行動を促進する必要がある。

また、ヘルスケアデータの活用を推進するとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進(国全体としての新たな目標設定等)、フォーミュラリ(生活習慣病治療薬の適正な選択)の導入の推進、薬剤処方の適正化(重複・多剤投薬の是正、服薬管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など)、診療報酬の包括化、医療全体を通じたICT化の促進など、保険診療や診療報酬のあり方に踏み込んだ見直しに取り組むべきである。

4. 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加

わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまでに以上に重要な役割が求められる。

個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能をより強化していくべきである。

〔資料59〕

現役世代を守るために―医療保険制度改革に向けた重点要望

(健康保険組合連合会 令和2年11月5日)

① 後期高齢者の窓口負担の見直し

・ 団塊の世代が後期高齢者に移行する2022年度までに、低所得者の方を除いた上で、高額療養費の一般区分該当者すべて(約53%)に2割負担を導入

② 現役並み所得者の判断基準の見直し

・ 現役並み所得者の対象拡大に合わせ、現役並み所得者の給付費に公費を投入
・ 少なくとも対象者を拡大する場合には、現役世代の負担が増えないようにすべき

③ その他

(1) 大病院の外来受診時定額負担の対象拡大

・ 対象病院の範囲を狭めることなく確実に実施。公的医療保険の負担を軽減するよう見直す。かかりつけ医の普及促進や受診行動の適正化の観点から検討

(2) 薬剤についての適正な処方の方あり方、保険給付範囲の見直し

・ 診療報酬制度に生活習慣病治療薬のフォーミュラリを盛り込む

・ 市販品類似薬等の保険給付範囲からの除外、償還率の変更

(3) 被用者保険の適用拡大に伴う任意継続被保険者制度等の変更

・ 短時間労働者への適用拡大を踏まえ、被用者でない退職者の制度

である任継制度の見直しを実施

〔資料60〕

全世代型社会保障改革の方針(抜粋)

(閣議決定 令和2年12月15日)

第3章 医療

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことは、我々の世代の責任である。こうした観点から、以下の取組を進める。

1. 医療提供体制の改革

第1次中間報告では医療提供体制の改革の方向性が示されたところであるが、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、有事に必要な対策が機動的に講じられるよう、都道府県の医療計画に新興感染症等への対応を位置づけるとともに、地域医療構想については、中長期の医療需要の変化を見据え、各医療機関の役割分担を継続的に協議する基本的枠組みは維持し、その財政支援等を行う。

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

あわせて、安全性・信頼性の担保を前提としたオンライン診療を推進するとともに、医師の健康を確保し医療の質・安全の向上を図るための医師の働き方改革、医療関係職種の特長を生かした医療提供体制の推進、医師偏在に関する実効的な対策を進める。

2. 後期高齢者の自己負担割合の在り方

第1次中間報告では、「医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたも

のへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。」とされた上で、「後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。」とされたところである。

少子高齢化が進み、令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。

その場合にあっても、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、窓口負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。

今回の改革においては、これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上（所得上位30%）及び年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方は1割とする。

今回の改革の施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度（2022年度）後半³で、政令で定めることとする。

また、施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入する。

＜対象範囲拡大のイメージ＞

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他	
	現在の定額負担（義務）対象病院	紹介患者への外来を基本とする医療機関	
200床以上	666 (7.9%)	688 (8.2%)	
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	

- 「1.」及び「2.」については、令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。
- 2 現役並み所得者を除くと23%
令和4年（2022年）10月から令和5年（2023年）3月までの各月の初日を想定。
 - 3 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医療の強化を図るための定額負担の拡大

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

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医療機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とされたところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が高がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組み

を拡充する。

第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

〈資料61〉

「全世代型社会保障改革の方針」(閣議決定) について (宮永俊一会長コメント)

(健康保険組合連合会 令和2年12月15日)

12月15日、政府の全世代型社会保障検討会議の最終報告が閣議決定された。現役世代が減少する中、団塊の世代が後期高齢者に移行し始める2022年度から医療保険財政はより一層厳しくなり、支え手である現役世代の負担増は大きな課題となっている。昨年、同会議の中間報告において、後期高齢者の窓口負担について、「一定所得以上の方を2割負担とする」方向性が示されて以降、本会は現役世代の負担増を軽減するため、その対象範囲を少なくとも高額療養費の一般区分に該当する方すべてとすることを求めて活動してきた。

今回、全世代で社会保障を支えるなかで、現役世代の負担増軽減の必要性が示されたことは評価するが、2割負担の対象範囲が所得基準200万円以上となり、対象者数が370万人にとどまったことについては十分とは言えず、これからも現役世代の更なる負担増軽減及び国民皆保険制度の持続可能性の観点から、国として今回の改革で終わらせることなく、次なる改革に向けて引き続き取り組んでいただくよう強く要望する。

一方、紹介状なしで大病院を外来受診した場合の定額負担制度については、対象を拡大する方針は、「外来機能の明確化」や「かかりつけ機能の強化」の方向性に沿ったものである。また、定額負担を増額し、その増額分を保険給付範囲から控除することは、公的医療保険の負担軽減となることから、併せて評価したい。

我が国において、将来を担う世代が希望を持てる医療保険制度を作るための課題はまだ多い。例えば、後期高齢者の現役並み所得者への公費投入のあり方等、医療保険制度における負担と給付、公費のバランスについては、公平性等の観点から不断の見直しが必要である。

我々健保組合・健保連は、世界に冠たる国民皆保険制度を担う保険者の中核として、制度の持続可能性を確保するため、自らもさらなる保険者機能の発揮を目指していく。

Ⅹ 令和3年度（2021年度）

厚生労働省は令和3年4月26日、新型コロナウイルス感染症の収束後も健保組合における働き方のひとつとしてテレワークを引き続き実施し、診療報酬明細書情報を取り扱う業務も可能とするなどの事務連絡（資料62）を発出した。

政府は、新型コロナウイルス感染症拡大防止対策として、ワクチン接種の機会を広める方針から、加藤勝信内閣官房長官が令和3年5月31日、首相官邸で佐野雅宏副会長ら役員と面談し、職域接種に関し協力を要請した。佐野副会長は積極的に協力することを表明するとともに、諸課題の解決を求める要請書（資料63）を提出した。

後期高齢者の窓口負担2割導入を含む医療保険制度改革関連法（全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律）は令和3年6月4日、参院本会議で可決、成立した（資料65）。これを受けて健保連は同日、宮永俊一会長のコメント（資料66）を発表した。2割負担の導入を柱とする今回の改正について、現役世代の負担軽減としては十分ではないが、「全世代対応型の社会保障制度の構築に向けた第一歩」と位置づけた。

法案審査の過程では佐野副会長が4月20日の衆院厚生労働委員会、5月31日の参院厚労委にそれぞれ参考人として出席し、同法案に対して意見陳述した。佐野副会長は、後期高齢者の2割負担の早期実施と、これにとどまらず対象者を拡大するなど、給付と負担の見直しを含めた次期制度改革への検討を求めた。参院厚労委で6月3日に採択された附帯決議（資料64）には、さらなる改革に向けた検討や、財政が厳しい健保組合への支援の必要性に関する項目が盛り込まれた。

後期高齢者2割負担の導入時期は、令和4年度後半とされていたが、年末の4年度予算編成過程における財務、厚労両相の折衝で、最も早い4年10月1日から開始することに決まった。

健保連は4月9日の常任理事会・要求実現対策本部において本部の下に要求実現対策チームを発足し、次なる制度改革に向けた動きを開始した。当面の対応として、政府の「骨太方針2021」に向けた要望（資料67）をまとめ、6月8日に公表した。以降、制度改革に向けた議論を深化させ、10月19日には、かかりつけ医の推進を強く提唱するなどの新たな提言「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」（資料68）を公表した。

岸田政権が11月に発足させた全世代型社会保障構築会議は、令和3年度中に3回開催され、被用者保険の適用拡大を推進する勤労者皆保険、機能分化と連携を一層重視した医療提供体制改革などを今後の論点とした。

令和4年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が11月24日、「診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につながるべき」とする共同の要請書（資料69）を後藤茂之厚労相に提出した。

令和4年度診療報酬改定率は、12月22日の財務、厚労両相の折衝で診療報酬+0・43%、薬価▲1・35%、材料価格▲0・02%となった。4年度改定では健保連が繰り返し提言してきたリフィル処方への導入も決定され、リフィル処方箋の導入・活用促進による診療報酬の効率化効果を▲0・1%とした。

健保連は、診療報酬改定を含む令和4年度政府予算編成の重要事項が合意されたことを受けて、佐野副会長の見解（資料70）を即日発表した。

医療提供体制に関する国の政策では、令和3年2月2日に通常国会に提出された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が5月21日に成立した。同法により、地域の医療機関の外来機能の明確

化・連携に向けて、外来機能報告制度が4年4月から施行されることとなった。

〈資料62〉

健康保険組合におけるテレワークについて

(厚生労働省保険局保険課より健康保険組合あて 令和3年4月26日)
 令和2年4月6日付け事務連絡「健康保険組合における事業継続について」により、外出自粛要請の拡大を踏まえた健保組合における業務継続の一環として、特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱わない業務のテレワークを導入・実施したところですが、テレワークの活用は、新型コロナウイルス感染症の収束後においても、健康保険組合の働き方のひとつとして、引き続き実施していくものであることから、今般、テレワーク環境下における特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱う業務についても所要の安全管理措置を講じたうえで、実施して差し支えないものとする。

なお、当該事務連絡別添「健康保険組合におけるテレワークについて」は別紙のとおり改正する。

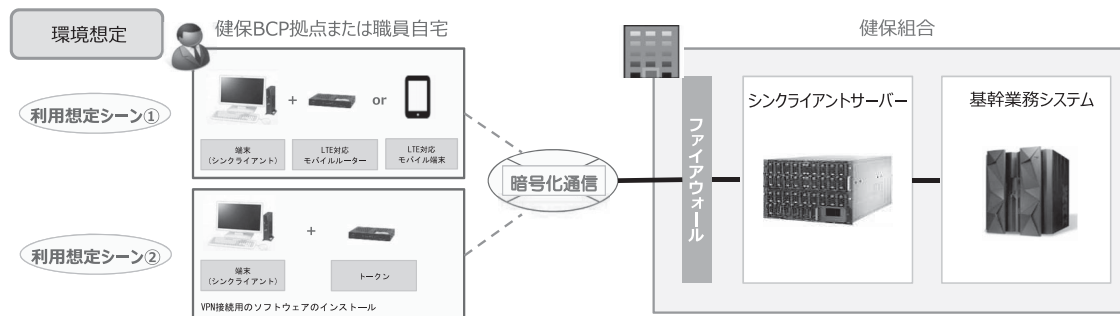
別紙 健康保険組合におけるテレワークについて

■ 健康保険組合の職員がテレワーク環境で業務に従事する場合における環境設定基準については、次のとおりとする。

基準① テレワークの実施にあたっては、健康保険事業の運営（被保険者証の発行業務、診療報酬や拠出金の支払い、など）に支障がない体制を構築して実施すること。

基準② 健保BCP拠点または職員自宅でのテレワークでは特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱う業務も所要の安全管理措置を講じたうえで実施可能とする。

基準③ 「テレワークセキュリティガイドライン第4版」（平成30年4月総務省）にて挙げられている各種対策（以下は厚生労働省として推奨する対策）や、「情報通信技術を利用した事業場外



勤務（テレワーク）の適切な導入及び実施のためのガイドライン」（平成30年2月厚生労働省）を踏まえ、システム環境や各種規程の整備をすること。（ただし、会社PCの持ち帰り方は用いないこと）

- シンクライアント環境での運用とすること。
- システム管理者が許可もしくは設定された物理端末からのアクセスに限定すること。
- 健保BCP拠点等の回線は、通信暗号化（例えば「LTE回線」や「IPsec+IKE」の利用）の対策を行うこと。
- 健保BCP拠点では、健康保険組合の執務室において求められるセキュリティ対策が講じられていること。
- 職員の自宅において業務を遂行する時は、印刷は業務上必要な範囲に止める、記憶媒体への書き込み禁止、ディスプレイの覗き見防止フィルムの設置、長時間の離席時の対応等のセキュリティ施策を講じること。

〈資料63〉

新型コロナウイルスワクチンの職域接種に関して（要請）

（健康保険組合連合会宮永俊一会長より加藤勝信内閣官房長官あて

令和3年5月31日）

平素から、健康保険組合及び本会に格別のご理解、ご指導を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルスの感染拡大が収まらず、未だ収束が見通せない我が国において、私ども健康保険組合及び本会は、迅速にワクチン接種を進め国民全体の集団免疫を一刻も早く築き上げることが、安心・安全の国民生活、社会・経済のための最重要課題と認識しております。私どもも、国民の健康を守る保険者として、国の進めるワクチン接種に対し積極的に協力させていただきたく考えております。

現在、65歳以上の高齢者の方々に對するワクチン接種が始まっておりますが、今後、一般者へ接種が拡大されるにあたっては、居住市町村に

よる個別接種・集団接種に加え、職域単位で接種を行うことも、勤労者が接種しやすくなるための選択肢の拡大という面でも、国民全体の早期の接種者増、接種率の向上に極めて有効と考えております。私どもは、ワクチン接種に関する事業主、労働組合、加入者からの要望に応えるためにも、職域における接種も進めるべきと考えております。

現状、健康保険組合、あるいは事業主等の診療所等の職域単位での接種については、ワクチンの安定供給、接種者の要件・確保、接種記録の管理、副反応への対応、接種にかかる諸費用への公的支援等、法制上の問題も含め課題が多くあります。しかしながら、この困難にあたって私どもは、早急に課題が解決され、経済団体、関係団体とも連携・協力して職域における接種にあたりたく考えておりますので、政府におかれては、ワクチンの職域接種に関するご決定、ご指導を賜りたくお願い申し上げます。

〈資料64〉

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 令和3年6月3日）

三、後期高齢者医療制度の創設以降、高齢者世代と現役世代の人口バランスが大きく変化し、制度の支え手である現役世代に対する負担が加率的に増していることや、現役並み所得の後期高齢者に係る医療給付費について公費負担が行われておらず現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。

四、後期高齢者支援金の増大に加え、新型コロナウイルス感染症の流行の影響を受けた保険料収入の急減により、健康保険組合の財政運営が極めて困難な状況にあること等を踏まえ、特に財政状況が厳しい健康保険組合に対する財政支援や保険者機能強化支援事業等の推進を図ること。

十二、二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を

抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

〈資料65〉

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(令和3年6月4日成立)

改正の趣旨

「全世代型社会保障改革の方針について」(令和2年12月15日閣議決定)等を踏まえ、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代で広く安心を支えていく「全世代対応型の社会保障制度」を構築するため、所要の改正を行う。

改正の概要

1. 全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

(1) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し【高齢者の医療の確保に関する法律】

後期高齢者医療の被保険者のうち、現役並み所得者以外の被保険者であつて、一定所得以上(※)であるものについて、窓口負担割合を2割とする。

※課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上(単身世帯の場合。複数世帯の場合は後期高齢者の年収合計が320万円以上)。政令で規定。

※長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来受診において、施行後3年間、1ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置については、政令で規定。

(2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

傷病手当金について、出勤に伴い不支給となった期間がある場合、そ

の分の期間を延長して支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行う。

(3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

任意継続被保険者の保険料の算定基礎の見直しや、被保険者からの申請による資格喪失を可能とする。

2. 子ども・子育て支援の拡充

(1) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し【健康保険法、船員保険法、厚生年金保険法等】

短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとする。

(2) 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入【国民健康保険法、地方税法】

国民健康保険の保険料(税)について、子ども(未就学児)に係る被保険者均等割額を減額し、その減額相当額を公費で支援する制度を創設する。

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進(予防・健康づくり・重症化予防の強化)

○ 保健事業における健診情報等の活用促進【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 労働安全衛生法等による健診の情報を保険者が保健事業で活用できるように、事業者に対し被保険者等の健診情報を求めることを可能とする。

② 健康保険組合等が保存する特定健診等の情報を後期高齢者医療広域連合へ引き継ぐこと等を可能とする。

4. その他

(1) 国民健康保険の財政安定化基金を、都道府県が国民健康保険事業費納付金の著しい上昇抑制等のために充てることを可能とする。【国民健康保険法】

- (2) 都道府県国民健康保険運営方針について、保険料の水準の平準化や財政の均衡に関して記載事項に位置付ける。【国民健康保険法】
- (3) 医療扶助においてオンライン資格確認を導入する。【生活保護法、社会保険診療報酬支払基金法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】等

施行期日

令和4年1月1日（ただし、1(1)は令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日、2(1)は令和4年10月1日、2(2)及び4(1)は令和4年4月1日、4(2)は令和6年4月1日、4(3)は一部を除き公布の日（令和3年6月11日）から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日）

〈資料66〉

医療保険制度改革関連法の成立にあたって（宮永俊一会長コメント）

（健康保険組合連合会 令和3年6月4日）

本日、参議院本会議において、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」（医療保険制度改革関連法）が可決、成立した。ここに至るまでの関係者の尽力に改めて敬意を表す。

団塊の世代が後期高齢者に移行し始める2022年度から医療保険財政はより一層厳しくなり、支え手である現役世代の過大な負担が大きな課題となっている。改正法には、世代間の給付と負担のアンバランスの是正の観点から、後期高齢者の窓口負担について、一定所得以上の方を2割負担とする内容が含まれている。現役世代の負担軽減としては十分ではないものの、全世代対応型の社会保障制度の構築に向けた第一歩として評価できるものであり、早期の施行を強く要望する。

また、国会の法案審議を通じて、既に限界にある現役世代の負担軽減の必要性、過大な拠出金負担に苦しむ健保組合の実情、新型コロナウイルス感染症の影響による財政悪化など、健保組合の窮状に対する理解

は着実に深まっている。例えば、参議院の厚生労働委員会で採択された附帯決議は、健保組合・健保連の要望に非常に配慮された内容となっている。

持続可能な全世代対応型の社会保障制度の構築に向けては、後期高齢者の現役並み所得者への公費投入のあり方など高齢者医療制度のさらなる見直し、医療提供体制の効率化や保険給付範囲の見直し等、多くの課題が残されており、財源の在り方も含めた総合的な検討が不可欠である。

政府におかれては、国会審議や附帯決議の内容を尊重し、その実現を図るとともに、国民皆保険制度の維持と将来を担う世代が希望を持てる医療保険制度の構築に向けた抜本的改革を早期に断行するよう強く要望する。

〈資料67〉

骨太の方針に対する要望

（健康保険組合連合会 令和3年6月8日）

国民皆保険制度の維持・発展のため、国民が安心できる安全で効率的な医療の実現、全世代型社会保障制度の構築に向けた改革について、以下の内容をもとに骨太の方針、改革工程表への反映を求める。

I. 国民が安心できる安全で効率的な医療の実現

1 急性期病床の集約による入院医療体制の強化

○ 今般のコロナ禍で急性期病床の機能と人的資源の散在が露呈した。今後の人口減少や疾病構造の変化、新興感染症への対応として、早急に急性期病床の集約が必要である。そのためには地域医療構想を確実に推進すべき。

○ 入院医療の機能分化・連携の強化に向けて診療報酬での対応を含め推進すべき。

2 国民が身近で信頼できるかかりつけ医の推進

○ コロナ禍での実態を踏まえ、国民が必要な時に必要な医療を受けることができるよう、外来医療の機能分化・連携の強化が必要。

○ そのためには、国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進が重要。

○ まずは国民が求めるかかりつけ医の機能を明確化し、制度化の枠組みを検討すべき。

○ 国民の理解を促進し、かかりつけ医の情報の見える化を進めるべき。

3 新型コロナウイルス対応の医療機関の経営支援は公費で行うべき

○ 診療報酬は診療行為の対価が原則である。新型コロナウイルス患者の受け入れによる医療機関の経営支援は公費で対応すべき。

4 保険給付範囲の見直し等

○ 重症疾患で苦しむ患者の命と健康を守るため、個人での負担が困難な医薬品は保険で確実にカバーする。一方で、スイッチOTCを推進し、市販品類似薬（軽症用）は保険給付範囲からの除外や給付率の見直しを行うべき。保険外併用療養費制度の活用も一つの選択肢。

○ 効率的・効果的な医薬品処方を進進するため、院内、地域においてフォーミュラリを推進すべき。

5 リフィル処方の解禁

○ 慢性疾患等、病状の安定した患者には、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携のもとに、リフィル処方（一定期間内の処方箋の反復使用）を解禁すべき。

II. 全世代型社会保障制度の構築に向けた改革

（総論）

世代間の負担のアンバランスを是正し、制度の持続性を確保することが、国民の安心につながる。今般の後期高齢者の自己負担2割の制度改革は十分とは言えず、現役世代の負担軽減は今後も重要な課題である。全世代型の社会保障制度構築のための次期改革に向け、給付と負担、高齢者医療拠出金、財源の在り方を含めた、総合的な検討の場を設置すべきである。

1 高齢者医療制度改革

○ 現役との均衡の観点から、現役並み所得者の対象を拡大するとともに

に、現役並み所得者の給付費に公費を投入すべき。

○ 給付と負担のアンバランスの是正に向け、後期高齢者が負担する保険料の割合（後期高齢者の医療給付費の約1割）を見直すべき。

○ 拠出金制度は健保財政を大きく圧迫している。現役世代の負担に一定の歯止めをかけるためにも、拠出金負担割合の上限を設定すべき。また、前期納付金の不合理な調整方法を見直し、必要最小限の調整にとどめるべき。

○ 世代間負担の公平性確保の観点から、高額療養費自己負担限度額等の判定基準にも影響する、公的年金等控除等の年金課税の在り方を見直すべき。

2 介護保険制度改革

○ 介護保険制度の安定性・持続可能性の確保の観点から、利用者負担は原則2割負担とし、3割負担の範囲も拡大すべき。保険給付範囲の見直しも必要。

〈資料68〉

『安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて』―健保組合・健保連の提言―

（健康保険組合連合会 令和3年10月19日）

・ 我が国は、団塊の世代が全て75歳以上となる「2025年」が迫り、高齢化の大きな波とさらなる現役世代の減少という歴史的な難局に直面している。

・ 誰もが必要な時に必要な医療にアクセスできる体制とそれを支える皆保険制度を維持するためには、地域医療構想の実現をはじめとする「質の高い医療提供体制の構築」と、社会情勢の変化に対応した「全世代で支え合う制度への転換」が急務である。

・ 健保組合・健保連は、2017年に「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」をまとめ、高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本改革を求めるとともに、国をはじめ、国民皆保険制度に関係するすべてのプレーヤー（国民、医療提供

者、保険者)に意識改革と従来にない努力を促す提言を行った。

● その後の社会情勢の変化、さらに、一般のコロナ禍を通じて明らかとなった課題について、健保組合・健保連としての考え方とその対応をここにまとめた。

● 健保組合は、事業主との緊密な連携のもと、日本の医療保険制度を牽引し、また、保険者機能を發揮して、医療費適正化の取り組みや疾病予防・重症化予防等、様々な事業を展開してきた。現在のコロナ禍においても、加入者の健康を守るという重要な使命を全うすることに変わりはない。

● 社会システムの変革が急速に進む今、事業主との連携、加入者との距離の近さを生かし、人生100年時代における働き方の多様化にも対応した更なる取り組みに努め、国民の健康寿命の延伸を図ることを通じて、真の健康である「well-being」の向上にも貢献していきたい。

1. コロナ禍を通じて明らかになった課題と対応

―「かかりつけ医」の推進。安全・安心で効率的・効果的な医療の実現に向けて―

● 一般のコロナ禍を通じ、入院・外来ともに医療提供体制の硬直性・脆弱性、医療資源の散在等の諸問題がより顕在化した。

● 医療に対する国民の不安が高まるなか、「安全・安心」で、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」体制を堅持することが最も重要である。

対応の方向性

● 国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進とかかりつけ医制度の構築

↓まずは、かかりつけ医の要件(機能)の法令等での明確化、国民への情報提供・開示の強化等必要な環境整備を進める。

※かかりつけ医の要件(機能)：「患者をよく知っている」、「患者の多様なニーズに応えられる」、「国民・患者に選ばれる」

● 急性期病床の集約・強化等第8次医療計画(2024年度)を見

据えた地域医療構想の着実な推進

2. 社会情勢の変化に応じた課題と対応

―国民皆保険制度の持続性確保へ。医療の重点化・効率化と現役世代の負担軽減が喫緊の課題―

● 国民皆保険制度の持続性を高めるためには、医療費そのものの増加を抑制(医療の重点化・効率化)するとともに、現役世代に過度に依存する制度から全世代で支えあう制度への転換が必要である。

● その際、近年の高齢者像の変化(体力・健康状態の向上や国民の意識、高齢者の就労率の上昇等の社会情勢の変化を考慮しつつ、世代間の給付と負担のアンバランスを是正し、現役世代の負担軽減を図ることが喫緊の課題である。

対応の方向性

① 医療の重点化・効率化(保険給付範囲の見直し、薬剤費の伸びの抑制等)

● 医療費適正化計画の取り組みの強化(地域差是正、医療費が見込みを上回る場合の対応、保険者協議会の関与強化等)

● 市販品類似薬の保険給付範囲からの除外又は給付率の見直し、フオーミュラリの普及・リフィル処方早期導入等

② 人口構造の変化を踏まえた全世代で支える制度の構築(世代間のアンバランスの是正、現役世代の負担軽減等)

● 後期高齢者の保険料負担割合(現行〃給付費の11%)の見直し(後期高齢者と現役世代の負担の伸びの均衡を図る)

● 後期高齢者の窓口負担の原則2割(一定以上所得者の2割負担の早期実施、低所得者を除いて原則2割負担の検討を継続)

● 現役並み所得者の対象範囲拡大と、現役並み所得者の給付費への公費投入

③ 社会保険の保険原理が適正に機能するしくみ

● 高齢者医療への拠出金負担の上限設定、前期高齢者財政調整の見直し(変動抑制、計算式見直し等)

● 拠出金負担の見える化(後期高齢者支援金、介護納付金の保険料

率を国が審議会の意見を聞いて定めるよう見直す)

- 社会保障のための財源確保等の検討(税財源の確保、年金控除や非課税年金の見直し)

※このほか、金融資産も勘案した高齢者の自己負担割合の判定の検討、介護保険制度の給付と負担の見直し、前期高齢者と介護保険制度の年齢区分の65歳から70歳への引き上げの検討等

健保組合の価値向上へ取り組む課題と対応

―コロナ禍でも生きる健保組合の保健事業―

健保組合の組織基盤を生かして実施する予防・健康づくりはコロナ禍でも発揮

- 特定健診・特定保健指導(生活習慣病対策)

↓ 基礎疾患等の予防による新型コロナウイルス感染の重症化予防

- 企業との連携した取り組み(データヘルス・健康経営)

↓ 働き方の変化(在宅勤務等)に応じた健康づくり施策を展開

- 社会環境の変化や加入者のニーズに応じた機動的対応

↓ 感染予防策の周知、新型コロナウイルスの職域接種

健診受診控えによる健康二次被害防止のための啓発

―健保組合としての更なる取り組み―

健保組合は、引き続きコロナポヘルスによる健康経営の推進、加入者への健康教育・広報によるヘルスリテラシー向上等に努めるとともに、社会環境の変化に応じた先駆的な取り組みを実践し、国民全体の健康度を高め、健康寿命の延伸を図る。

社会環境の変化(人生100年時代・デジタル化社会)に対応した取り組み

- 高齢者の就労率上昇、女性の社会進出等多様性ある社会への対応(ロコモ対策、女性特有の健康課題等)
- データ活用の深化(PHRとスコアリングレポートの活用、集団最適・個人最適へ向けた適切な情報提供と保健事業の展開)

国、関係機関においては、●個人・企業への健康投資の後押し、●国

民のヘルスリテラシー向上や社会保障制度等の教育機会の充実、●ヘルスケア事業者・商品の評価制度等の構築―に取り組み、国民が自発的に予防・健康づくりに取り組む「健康社会の実現」をめざした機運づくりを進めていただきたい。

〔資料69〕

令和4年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会宮永俊一会長・国民健康保険中央会原勝則理事長・全国健康保険協会安藤伸樹理事長・全日本海員組合松浦満晴組合長・日本経済団体連合会十倉雅和会長・日本労働組合総連合会芳野友子会長より後藤茂之厚生労働大臣あて 令和3年11月24日)

令和4年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団体の意見を取りまとめたので、政府の決定において適切に反映されるよう、強く要請する。

記

新型コロナウイルス感染症は、我々の生活・雇用・労働・産業のあらゆる分野に甚大な影響を及ぼした。未知の脅威に対する医療従事者の献身的な活動をはじめ、検査・医薬品・ワクチン等も含めた新型コロナウイルス感染症への対応に関わる方々の尽力に心より敬意を表する。そして何より国民が感染対策の努力を重ねた結果、今秋から新規感染者数や重症者数が落ち着いてきてはいるものの、社会・経済の先行きは依然として不透明である。

一方、令和2年度は一時的に医療費が減少したが、賃金・物価の伸びを医療費の伸びが上回り、医療保険財政を圧迫する構図が長らく続いている。今後も少子高齢化は確実に進み、支え手が減少するなかで、まさに令和4年度から団塊の世代が75歳に到達し始める。コロナ禍においても地域医療構想で想定している人口構造と医療ニーズの変化は止まらない。

国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水

準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない。

令和2年度の概算医療費は42・2兆円だった。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受療行動の変容や感染予防策による呼吸器系疾患等の減少などにより、前年度比▲3・2%で過去最大の減少率となったが、すでに足下では医療費が増加基調に戻りつつある。

昨年2月以降、新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして、様々な特例措置が講じられた。また、補助金や交付金を通じて医療機関に対する支援も実施されてきた。

第23回医療経済実態調査の結果、令和2年度における医療機関の経営状況は、令和元年度と比べて、全体として収益が減少した一方で費用が増加し、損益差額が悪化した。医療法人の病院は黒字を維持し、一般診療所、歯科診療所、保険薬局は依然として高い水準の黒字である。さらに、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた場合には、全体として損益差額は令和元年度から改善し、総じて医療機関の経営は安定している。今回追加された単月調査の結果から直近の状況を見ると、令和3年6月の損益差額は、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めず、令和2年6月と比べて概ね改善し、一般診療所の損益差額は令和元年6月を上回った。

こうした状況を踏まえ、改定にあたっては、まずは診療報酬と補助金・交付金の役割分担・効果を検証し、整理することが重要である。

未曾有の経験から、医療機能の分化・強化と連携を推進する必要性が改めて浮き彫りになった。入院では、急性期病床における医療資源の集約と、急性期から回復期、慢性期まで目に見えるかたちでの円滑な連携、外来では、幅広い疾患に対応できるかかりつけ医を起点とした安心で安全な医療の確保や、患者のニーズと技術進歩を踏まえたオンライン

診療の推進等が最大の課題である。

限られた医療保険財政のなかで医療の質を高めるためには、総合的な対応が求められる。後発医薬品を患者が安心して使用できる環境のさらなる整備や有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方薬の推進策を講じつつ、創薬力の強化等のイノベーション推進、医療従事者の働き方改革や処遇改善等について、国を挙げた効果的な取組みを強く要請する。

〈資料70〉

令和4年度政府予算編成及び診療報酬・薬価等改定への見解

(健康保険組合連合会佐野雅宏副会長・専務理事 令和3年12月22日)

政府において令和4年度予算編成の重要事項が大臣合意されたことを踏まえ、下記のとおり見解をとりまとめましたので、お知らせします。

記

令和4年度政府予算編成において、一定の所得がある後期高齢者の患者負担割合を令和4年10月1日から2割とすることが示された。想定された範囲で最も早い時期の施行であることは評価できる。しかし、今後の高齢化に伴う現役世代の拠出金負担の増加を考えれば十分とは言えず、次期改革に向けた議論を速やかに開始すべきである。

また、令和4年度の診療報酬・薬価等改定についても合意されたが、今回改定は、団塊の世代が75歳に到達し始め、健保組合の財政が悪化するタイミングとなり、また、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて行われる初めての改定でもある。

健康保険組合連合会は医療保険者関係団体とともに、「令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない」と一貫して主張してきた。

診療報酬の0・43%引上げが大臣合意されたことは、令和2年度改定

の0・55%引上げに比べて小幅であり、現下の状況を踏まえた判断であると推察されるものの、薬価等の1・37%引下げが国民に還元されず、誠に遺憾である。

一方、リフィル処方箋の導入・活用促進による適正化が示されたことは評価でき、実効性ある仕組みとすべきである。また、入院医療の評価の適正化やかかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方適正化等が示されており、今後この方向性も踏まえて、個別の診療報酬項目について、中央社会保険医療協議会での議論を尊重し、改革を着実に進めるべきである。

X 令和4年度（2022年度）

社会保障審議会・医療保険部会は、政府の全世代型社会保障構築会議が令和4年9月に提示した次期制度改革の論点を踏まえ、▽出産育児一時金関係、▽高齢者医療制度関係、▽被用者保険者間の格差是正―などを主要テーマに年末に向けて集中的に議論した。

被用者保険者間の格差是正では、前期高齢者納付金に「報酬水準に応じた調整」の導入が政府側から提起され、最終的に調整の範囲を1/3とすることとなった。

健保連はこの間、現役世代の負担増となる内容に反発するとともに、削減される公費財源の全額を現役世代の負担軽減に充てるべきと強調した。

また、健保連、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体は、▽現役世代の負担軽減に係る施策の確実な実現、▽被用者保険者間の格差是正を通じた保険者基盤強化の実現―を訴える共同の意見書（資料72）をまとめ、12月1日の医療保険部会に提出した。

医療保険部会は12月15日に議論の整理を、全世代型社会保障構築会議は翌16日に報告書（資料74）をまとめた。いずれも報酬調整の導入と合わせて、健保組合の負担上昇を抑制するよう財政支援する方針が明記された。

同会議の報告書などを受け、健保連は12月21日、全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度改革等について、宮永俊一会長のコメント（資料75）を発表した。

医療提供体制の関係では、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の必要性が全世代型社会保障構築会議など政府側から指摘され、社会保障審議会・医療部会でも具体化に向けて議論を開始し

た。こうしたなか、健保連は11月8日、「かかりつけ医」の制度・環境の整備について「議論の整理」（資料71）を発表し、これに沿った主張を展開した。

政府は、前期財政調整制度への報酬調整の導入や健保組合への財政支援拡充、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備などを盛り込んだ「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」（資料76）を令和5年2月10日に閣議決定し、同年の通常国会に提出した。

令和4年の臨時国会では、改正感染症法が12月2日に成立した（資料73）。改正法は、感染症対応の医療機関による確実な医療を提供するため、都道府県と医療機関の間で協定を締結する仕組みを法定化。一般医療を制限して流行初期の感染症医療に対応する医療機関の減収を補償する「流行初期医療確保措置」を導入し、その費用は、公費と保険者で折半する。

〈資料71〉

「かかりつけ医」の制度・環境の整備について〈議論の整理〉

（健康保険組合連合会 令和4年11月8日）

国民・患者が「かかりつけ医」を持てるようにするために

人口減少と更なる高齢化により保険財政と医療資源が限界を迎え、医療の最適化は必須。さらに、コロナ禍で必要な医療を受けられない問題が顕在化したことも踏まえれば、医療機能の分化・強化と連携に向けた改革として、「かかりつけ医」の制度・環境の整備は最重要課題。

かかりつけ医の制度は「国民・患者の選択」が前提。「国民・患者の支援」が保険者の役割。

地域医療連携の要となる共通の機能

- 幅広い診療・相談
- 情報の一元化
- 他の医療機関と協力

多様なニーズに応える機能

- 普段は受診しない方→健康維持
- 必要なのに未受診の方→医療につなげる
- 仕事や生活と治療を両立の方→継続的医療
- 治療に専念している方→健やかな療養生活

行政の取組み

- 医療機能情報提供制度の充実等

保険者の取組み

- 医療機関が有する機能を公開し、国民・患者が自ら情報にアクセス【プル型】
- 国民・患者のニーズに対応可能な医療機関を個別に紹介【プッシュ型】
- 成功事例を収集・情報共有【満足度調査】

医療関係団体・学会

- 研修や認定の情報公開

機能の明確化

届出・認定

可視化

選択

患者と医師の信頼関係

かかりつけ医を国民・患者が探す際や、保険者が国民・患者の選択を支援する際に、一定の機能を担保する証明があれば選択に役立つ。

医療機関の機能を認定する仕組みの創設

- 医師の認定は医療団体の仕組みを活用。
- 医療機関の認定は、研修を修了した医師等の配置、情報インフラ等の整備、付加的機能を含めた実績一等が条件。
- 医師・医療機関ともに、地域医療連携のネットワークを有することが必須。

患者のかかりつけ医が誰なのか他の医療関係者が知ることができれば、かかりつけ医が「地域医療連携の要」としての役割を果たしやすい。

→ 国民・患者がかかりつけ医を任意で登録
かかりつけ医の役割として、健康医療全般にわたる情報の一元化や調整の窓口となることを想定した場合

→ 登録するかかりつけ医は「1人」

各保険者が自らの判断で、かかりつけ医と連携・協働することにより、それぞれの特性を踏まえて保健事業等を工夫できるようになる。

〈資料72〉

医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

(健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より田辺国昭社会保障審議会・医療

保険部会部長あて 令和4年12月1日)

急速な少子高齢化を迎える中、我が国が誇る国民皆保険の維持を見据えた全世代型社会保障の構築は最も重要な命題の一つである。これを踏まえ、全世代型社会保障構築本部及び骨太の方針2022において「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」というこれまでの社会保障を見直すことが示されたところである。

現在、社会保障審議会・医療保険部会において医療保険制度改革の議論が行われているが、今般の改革の最大の目的は「現役世代の負担軽減」の実現にある。全世代型社会保障の構築に向け、分厚い中間層の復活などのためにも、子育て・若者世代をはじめとする現役世代の負担軽減が不可欠である。それらを踏まえ、社会保障審議会・医療保険部会に参画する被用者保険関係5団体において、下記のとおり改めて意見をとりまとめたので提出する。

記

1. 現役世代の負担軽減に係る施策の確実な実現

本年10月から、一定以上所得の後期高齢者窓口負担2割が導入されたが、現役世代の負担は依然大きい。現在、議論が進められている、「後期高齢者の保険料賦課限度額の引き上げ」、「高齢者支援金の負担割合の見直し」および「後期高齢者医療制度も含めた出産育児一時金の負担の仕組みの導入」については、低所得者に配慮しつつ確実に実施すべきである。

2. 被用者保険者間の格差是正を通じた保険者基盤強化の実現

被用者保険者間の格差是正を行う場合、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能の発揮を阻害しないようにするとともに、各保険者における財政等の影響を勘案することが要諦である。また、これにより削減した公費財源は、現役世代の負担軽減に全額充てるべきである。

なお、全世代型社会保障構築会議で示された「賃上げ努力を促進する形」での支援の見直しについては、拠出金負担の軽減や保険者の解散抑止など既存の必要な支援の充実・強化をまず検討すべきである。

〈資料73〉

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の概要（抜粋）

（令和4年12月2日成立）

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等（含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。

- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する。

（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

施行期日

令和6年4月1日

流行初期医療確保措置

1. 措置の目的・内容

- ・「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに對し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う。
- ・支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う（※）。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施（支援額の範囲内で補助金の額を返還）。

※ 病床確保（入院医療）を行う医療機関には外来も含めた診療報酬全体を勘案し、発熱外来のみを行う医療機関には外来分の診療報酬のみを勘案する。

※ 自己負担分・公費負担医療分も補償するため、診療報酬収入の差額に10/8を乗じる。（国民医療費・医療保険・後期高齢給付分80・5%、自己負担分12・3%、公費負担医療給付分7・3%）

2. 事業実施主体 都道府県

3. 費用負担

措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費（国、都道府県）と保険者（被用者保険、国保、後期高齢広域連合）の負担割合は1…1とする。

・支援額の各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することとする。また、保険者からの拠出金については、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）を実施し、協会けんぽ、国保、後期高齢広域連合からの拠出には、通常の医療給付と同様に公費負担を行う。

〈資料74〉

全世代型社会保障構築会議報告書（抜粋）

（全世代で支え合い、人口減少・超高齢社会の課題を克服する）

（全世代型社会保障構築会議 令和4年12月16日）

Ⅱ. 全世代型社会保障の基本的考え方

1. 目指すべき社会の将来方向

○ 日本は、本格的な「少子高齢化・人口減少時代」を迎えようとしており、今はまさにそれに対処するために舵を切っていくべき重要な時期にあたる。この歴史的転換期において、今後の人口動態の変化や経済社会の変容を見据えつつ、日本が目指すべき社会の姿を描くこと、そして、その実現に向けて社会保障政策が取り組むべき課題を総合的かつ明確に示すことは、極めて重要である。そこで、まず、「全世代型社会保障」の構築を通じて目指すべき社会の将来方向として、次の3点をあげる。

◆ 「少子化・人口減少」の流れを変える

2013年の社会保障制度改革国民会議報告書は、少子化対策は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとする、「社会保障制度改革の基本」であると指摘した。政府は、これまで、この考え方に沿って、保育の受け皿整備や幼児教育・保育の無償化など様々な対策を講じてきたが、いまだに少子化の流れを変えるには至っていない。この流れを変えられなければ、日本の人口は急速かつ長期にわたって減少し続けることとなる。

こうした少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、さら

には、多くの地域社会を消滅の危機に導くなど、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させることになるだろう。少子化は、まさに、国の存続そのものに関わる問題であると言っても過言ではない。

もとより、結婚、妊娠・出産、子育ては個人の自由な意思決定に基づくものであって、子どもを生み育てたいと考える個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求を支援するという意味において重要である。他方、このことは同時に、少子化・人口減少の流れを大きく変え、危機的な状況から脱却することによって、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で、社会全体にも大きな福音となるものでもある。つまり、少子化対策は、個人の幸福追求と社会の福利向上をあわせて実現するという、極めて価値の大きい社会保障政策なのである。

こうした観点から、今日、最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備することである。少子化の背景には、経済社会の発展によって子育てに関する直接的な費用や就業機会損失などの機会費用が増加する一方で、就業構造や就業環境の変化によって子育て・若者世代の雇用・所得が不安定なものとなっていることなどから、結婚、妊娠・出産、子育てを選択することに不安を感じ、それをためらう国民が増えていることがある。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境を整備することこそ何よりも求められている。

◆ これからも続く「超高齢社会」に備える

大胆な少子化対策によって人口減少の流れを変えると同時に、これからも続く超高齢社会に備えて、社会の持続可能性を高める対応を強化していかなければならない。

働き方に中立的な社会保障制度を構築し、労働力を確保する

具体的には、第一に、超高齢社会にあって、経済社会の支え手となる労働力を確保する必要がある。この点で、女性や高齢者の就労を最

大限に促進し、その能力発揮を実現することが必要であり、誰もが安心して希望どおり働けるようにしていくことが目標となる。このためには、雇用や働き方に対して歪みをもたらすことのない「中立的」な社会保障制度の構築を進め、制度の包摂性を高めることで、女性や高齢者をはじめ誰もが安心して希望どおり働き、活躍できる社会を実現していく必要がある。また、子育て支援や健康寿命延伸、介護サービスに係る社会保障の充実、女性や高齢者の就労を促進し、介護離職を減らすなど、支え手を増やす上でも重要となる。

・ 社会保障を皆で支える仕組みを構築し、ニーズの変化に的確に対応する

第二に、社会保障給付を皆で支え合う仕組みを整備するとともに、国民一人ひとりがそれぞれの多様なニーズに対応するサービスを利用できる環境を創出する必要がある。高齢者人口（65歳～）は、いわゆる団塊の世代が2025年までに全て75歳以上となった後、2042年にピークを迎え減少し始めるが、その後も、より若い世代の人口減少も進む中で高齢人口比率は高止まりし、中でも75歳以上人口の比率は増え続けると見込まれる。

こうした見通しを踏まえ、増加する社会保障給付について、負担能力に応じて、全ての世代で、公平に支え合う仕組みを早急に強化するとともに、給付と負担のバランスを確保していく必要がある。さらに、医療や介護ニーズの増大や多様化する福祉ニーズに応える人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぐとともに、こうしたニーズの変化に的確に対応した医療・介護サービス提供体制の確立やデジタル技術の積極的な活用により、住民にとって使いやすく、かつ効率的にサービスが利用できる環境を整備することが重要である。

◆ 「地域の支え合い」を強める

さらに、高齢期はもとより、全ての世代において独居者が増加し、2035年頃には、不安定な雇用・生活環境に直面してきた就職氷河期世代が高齢期を迎え始める中で、孤独・孤立の問題も深刻化するおそれがある。また、特に人口減少が急速に進む地域では、地域におけ

る支え合い機能が低下し、日常生活の維持も困難になると想定される。

こうした中で、人々が地域社会とつながりながら安心して生活を送ることのできる社会の構築を目指さなければならない。そのためには、多様なニーズを有する人々を支える観点から、それぞれの地域において、医療・介護・福祉をはじめとする包括的なケアを提供する体制の整備が求められる。また、今後、地域住民の生活を守るためには、住民同士が助け合う「互助」の機能の強化も必要となってくる。さらに、高齢期をはじめ全ての世代の人々にとって、その生活維持の重要な支えとなる「住まい」の確保を社会保障の重要な課題として位置づけ、本格的に取り組まなければならない。

2. 全世代型社会保障の基本理念

○ 日本の社会保障は、戦後70年以上の歴史の中で、国民生活の安定や経済社会の発展に大きく貢献してきた。一方で、これまで、時々の情勢に応じて制度改正を重ねてきた結果として、各制度は複雑化・専門特化し、制度ごとの縦割りや制度間の不整合といった問題も指摘されている状況にある。

○ こうした中で、社会保障の全体像をいま一度俯瞰し、その再構築を図ることが、「全世代型社会保障」に求められていることである。その基本理念は、「1. 目指すべき社会の将来方向」を踏まえ、以下の5点に集約することができる。これらの基本理念に基づいた社会保障の構築は、国民一人ひとりが、互いにリスクに備え合い、社会に参加する個人として、それぞれの生き方を自ら選択することができ、その生き方が尊重される社会を創る上での不可欠な条件と言える。

◆ 「将来世代」の安心を保障する

「全世代型社会保障」とは、全ての世代にとって安心できる社会保障である。この「全世代」は、若年期、壮年期及び高齢期はもとより、これから生まれる「将来世代」も含むものとして考える必要がある。

将来にわたって社会保障制度を持続させ、将来世代が安心して暮ら

していけるようにするためには、負担を将来世代へ先送りせず、同時に、社会保障給付の不断の見直しを図る必要がある。そして、社会保障を含む経済社会の「支え手」を増やししながら、今の世代で制度を支えていくことを基本理念に置かなければならない。このことは、現在の現役世代の安心を確保することにもつながるものである。

◆ 能力に応じて、全世代が支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。

超高齢社会にあつては、社会保障は世代を超えた全ての人々が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるという認識を、世代間対立に陥ることなく、全ての世代にわたって広く共有していかなければならない。すなわち、「全世代型社会保障」の要諦は、「社会保障を支えるのは若い世代であり、高齢者は支えられる世代である」という固定観念を払しょくし、「全世代で社会保障を支え、また社会保障は全世代を支える」ということにある。

◆ 個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、元来、個人の力だけでは備えることに限界がある課題や、リスク、不確実性に対して、社会全体での支え合いによって、個人の幸福増進を図るために存在するものである。例えば、少子化対策はこどもを生み育てたい個人の希望を実現するためのものであり、医療保険は健康な生活を送るため、年金は個人の老後の生活を守るためのものである。しかし、それらは同時に、少子化・人口減少の流れを変え、健康寿命を伸ばし、高齢者による消費、ひいては高齢者の多く住む地方の消費を下支えするという意味では、社会全体も幸福にする。

さらに、個人と社会を共に豊かにするという観点からは、消費の中心的な担い手である「中間層」を厚くし、「成長と分配の好循環」の実現にも寄与するという社会保障の意義を再認識すべきである。すな

わち、市場による働きによって生じた所得分配の歪みに対して、社会保障は、より必要な人たちにより多くの所得を再分配する機能を発揮することによって、格差の是正や貧困の解消を図り、消費や「人への投資」を活発にすることができると加えて、格差の固定化を防ぎ、貧困の連鎖を断ち切る役割を果たすことで、全ての人々が未来に向けて果敢に挑戦することのできる活力あふれる社会を創り出す鍵ともなる。こうした意味でも、社会保障は、単なる社会的な支出にとどまらず、社会的に大きな効果をもたらすものであり、財源調達とあわせて、その機能が発揮されるようにすることが重要である。

また、こうした社会保障の機能が十全に発揮されるためには、人々を働き方や勤務先の企業の属性などによって制度的に排除することなく、社会保障制度の内に包摂していくことが重要となる。それによって、社会の分断を防ぎ、統合を強めていくことは、若者世代における格差拡大が懸念される今日において、特に強調されるべきことである。

◆ 制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

社会保障は、法令や制度、財源のみによって成り立ち得るものではない。医療・介護・福祉など多くの社会保障サービスを支えているのは現場の人材であつて、これまで、社会保障は、この分野で働く方々の増加によって支えられ、その発展を遂げてきた。しかし、今や事態は変わり、介護、保育をはじめ各分野において、人材不足の傾向が顕著となっている。今後、労働力がさらに減少していく中で、人材の確保・育成や働き方改革、経営の見える化とあわせた処遇改善、医療・介護現場の生産性の向上、業務の効率化がますます重要になってくる。同時に、人が人を受け止め、寄り添いながら支援することが、互いに心を通わせ、生きる力を高めていくことの重要性も忘れてはならない。

そのうえで、医療・介護などのサービス提供体制については、今後の医療・介護ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題も踏まえ、質の高い医療・介護を効率的・効果的に提供できる体制を構

築するため、機能分化と連携をより一層進め、国民目線での改革に取り組むことが重要となる。

◆ 社会保障のDX（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む

社会保障制度全般について、マイナンバー制度の下で保有されるデータを含め、幅広い主体によって保有される関係データを連携し、そのデータの活用を推進するとともに、こうした豊富なデータに基づき、個別の社会保障政策におけるEBPM¹の実現を目指す必要がある。あわせて、社会保障におけるデジタル技術の導入を積極的に図ることによって、社会保障給付に要する事務コストを大幅に効率化するとともに、プッシュ型による現金給付や個別サービスの提供を行うことができる環境を整備していくことが重要である。

このように、日々著しい進展を遂げるデジタル技術を積極的に活用し、社会保障分野に革新的なイノベーションをもたらすことは、人々の生活をさらに豊かなものとする。最新のデジタル技術は、規格の共通化・標準化や業務の効率化にとどまらず、医療技術・医薬品の開発、健康・医療・生活情報に関わる新たなサービスや付加価値の創造にも寄与する。そして、何よりも、「困っている人に対し、公平、迅速、かつ効率的に支援を届ける」という、社会支援のベースとなる社会インフラの整備において制度的な革新をもたらすものである。

こうした視点に立ち、関係省庁が連携をしながら、政府一体となつて、社会保障制度全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図っていくことが重要である。また、その際、デジタルではどうしても代替できない部分について、リアルな人と人とのかわりによる支援を適切に組み合わせるといふ視点も重要である。

1 EBPM (Evidence-based policy making: 証拠に基づく政策立案)とは、政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、政策目的を明確化したうえで合理的根拠（エビデンス）に基づくものとする¹。

3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組

○ 「2. 全世代型社会保障の基本理念」に基づき、「全世代型社会保

障」を構築していくにあたっては、それぞれの地域ごとに高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる時期が大きく異なることを前提として、2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、しっかりとした「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要である。さらに、社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮した「地域軸」も踏まえた取組も必要である。

◆ 「時間軸」の視点

「時間軸」を考える上では、課題の緊急性や重大性、さらには一定の効果をあげるまでのリードタイム（所要時間）の長さ、対象となる利用者や関係者の広がりなどを念頭に置いて、計画的に取り組むべき課題の順序を適切に設定する必要がある。

これにより、着実な改革の実施を担保することは、社会保障制度の持続可能性に関する国民の不安を解消することにもつながるものである。

そこで、本会議として、以下「Ⅲ. 各分野における改革の方向性」のとりまとめに際して、それぞれの分野ごとに具体的な「今後の改革の工程」をあわせて提示した。重要なのは、国民や関係者に対して、できる限り早い段階で、今後、取り組むべき課題とその時期を示し、国民的な合意の形成に努めることである。

◆ 「地域軸」の視点

少子高齢化・人口減少が進む中で、地域によって、社会保障をめぐるニーズや、人材など活用が可能な資源の状況は大きく異なってくる。例えば、既に人口減少の急速に進んでいる地域においては、少子化対策をはじめ各分野の課題は、目の前の課題として直ちに取り組むべきものとなる。したがって、「全世代型社会保障」を構築するにあたっては、全国一律の対応ではなく、それぞれの地域が、その特性に応じて取り組むべき課題を摘出し、解決の手法や仕組みを考案していくことが重要である。

このため、国においても、今後明らかになる新たな「地域別将来推

計人口」も踏まえ、各地方自治体において各分野（保健・医療・介護・福祉・地方創生など）の計画・戦略を策定する際にポイントとなる課題や考え方、事例などを提供し、地域における検討の一助としていくことが望まれる。

Ⅲ. 各分野における改革の方向性

1. こども・子育て支援の充実

(2) 取り組むべき課題

① 全ての妊産婦・子育て世帯支援

◆ 出産育児一時金の大幅な増額
増加する出産費用の負担を軽減する観点から、出産育児一時金について、来年4月から50万円に引き上げるとともに、出産費用の見える化及びその効果検証を実施すべきである。

その際、後期高齢者医療制度創設前は、出産育児一時金について、高齢者世代も負担していた経緯や、負担能力のある後期高齢者も含めて医療保険制度全体で支え合うという観点も踏まえ、現役世代・後期高齢者の保険料負担額に基づいて、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入すべきである。

(3) 今後の改革の工程

① 足元の課題

・ 出産育児一時金の引上げと出産費用の見える化等
・ 令和4年度第二次補正予算で措置された、妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援と妊娠届出・出生届出を行った妊婦・子育て世帯に対する経済的支援をあわせたパッケージを、恒久的な財源を確保しつつ継続的に実施

2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築

(2) 取り組むべき課題

① 勤労者皆保険の実現に向けた取組

◆ 短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃
週20時間以上勤務する短時間労働者にとって、勤め先の企業の規

模によって被用者保険の適用に違いが生まれる状況の解消を図るべきであり、企業規模要件の撤廃について早急に実現を図るべきである。

◆ 週労働時間20時間未満の短時間労働者への適用拡大

週労働時間20時間未満の短時間労働者についても、被用者にとつてふさわしく、雇用の在り方に中立的な被用者保険を提供する観点からは、被用者保険の適用除外となっている規定を見直し、適用拡大を図ることが適当と考えられることから、そのための具体的な方策について、実務面での課題や国民年金制度との整合性等を踏まえつつ、着実に検討を進めるべきである。

複数の雇用関係に基づき、複数の事業所で勤務する者（マルチワーカー）で、いずれの事業所においても単独では適用要件を満たさないものの、労働時間等を合算すれば適用要件を満たす場合については、実務的な課題の解決を図ったうえで、被用者保険の適用に向けた具体的な検討を進めるべきである。

◆ フリーランス・ギグワーカー⁵⁾について

フリーランス・ギグワーカーについて、その被用者性の捉え方などの検討を深め、必要な整理を行うとともに、より幅広い社会保障の在り方を検討する観点からの議論を着実に進めるべきである。

具体的には、まずは、「フリーランス」として安心して働ける環境を整備するためのガイドライン⁶⁾に照らして、現行の労働基準法上の「労働者」に該当する方々については、「被用者性」も認められ、適用除外の対象となる場合を除いて被用者保険が適用される旨を明確化した上で、その適用が確実なものとなるよう、必要な対応を早急に講ずるべきである。

そのうえで、上記以外の、「労働者性」が認められないフリーランス・ギグワーカーに関しては、新しい類型の検討も含めて、被用者保険の適用を図ることについて、フリーランス・ギグワーカーとして働く方々の実態や諸外国の例なども参考としつつ、引き続き、検討を深めるべきである。

5 フリーランスとは、実店舗がなく、雇人もいない自営業や一人社長であって、自身の経験や知識、スキルを活用して収入を得る者（「フリーランス」として安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」の定義）のこと。ギグワーカーは、一般的に、インターネットを通じて短期・単発の仕事を請け負い、個人で働く就業形態で働く者を指す。

6 2021年3月26日内閣官房、公正取引委員会、中小企業庁、厚生労働省策定。

(3) 今後の改革の工程

(勤労者皆保険の実現に向けた取組)

① 次期年金制度改正に向けて検討・実施すべき項目

- ・ 短時間労働者への被用者保険の適用拡大（企業規模要件の撤廃など）
- ・ 常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消
- ・ 週所定労働時間20時間未満の労働者、常時5人未満を使用する個人事業所への被用者保険の適用拡大
- ・ フリーランス・ギグワーカーの社会保険の適用の在り方の整理

3. 医療・介護制度の改革

(1) 基本的方向

○ 超高齢社会への備えを確かなものとするともに、人口減少に対応していく観点から、医療・介護制度の改革を進めることが喫緊の課題である。特に、2025年までに75歳以上の後期高齢者の割合が急激に高まることを踏まえ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを早急に構築する必要がある。

○ 同時に、コロナ禍での経験は、今後の高齢者人口の増加と生産年齢人口の急減を前にして、限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応することの必要性を強く意識させるものとなった。全ての国民が、それぞれの地域において、質の高い医療・介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保していく観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぐとともに、医療・

介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した医療・介護サービス提供体制の改革を進めていく必要がある。その際、少子高齢化・人口減少などの状況は地域によって大きく異なり、求められる対応も地域によって異なることに十分留意する必要がある。

(2) 取り組むべき課題

① 医療保険制度

○ まずは、増加する高齢者医療費について、負担能力に応じて、全ての世代で公平に支え合う仕組みを構築する観点から、以下の施策を早急に進めなければならない。

医療保険制度については、今後とも、「全ての世代での支え合い」「世代間・世代内における公平性の確保」「保険者間の格差是正」といった基本的な考え方に沿って、引き続き、給付の在り方、給付と負担のバランスを含めた不断の見直しを図るべきである。

また、医療保険制度において保険者機能を発揮する主体であり、医療提供体制の整備における役割・責務を有する都道府県の役割について検討を深めていく必要がある。

◆ 後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し
後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、負担能力のある高齢者に応分の負担を求めつつ、介護保険制度も参考に、一人当たりの伸び率が均衡するよう、必要な見直しを図るべきである。

その際、高齢者の保険料負担については、高齢者世代内で能力に応じた負担を強化する観点から、賦課限度額及び所得割率の引上げを行うつつ、制度改正に伴って、低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮すべきである。

◆ 被用者保険者間の格差是正

報酬の低い健康保険組合の負担を軽減し、被用者保険における保険料率の格差を是正する観点から、前期高齢者（65歳以上74歳以下の高齢者）の医療費の分担について、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入

入することが必要である。あわせて、健康保険組合全体として、今回の後期高齢者医療制度の見直しや報酬調整の導入を通じて、負担上昇が抑制されるよう、健康保険組合を対象として実施されている既存の支援を見直すとともに、更なる支援を行うこととし、その際、企業の質上げ努力を促進する形での支援を行うべきである。

② 医療提供体制

○ 今後、更なる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、地域によって大きく異なる医療・介護ニーズや活用可能な資源の状況を踏まえつつ、介護分野も含めた機能分化と連携、人材の確保等の取組を一層促進することにより、国民・患者から見て、質の高い、効率的で効果的な医療サービスを提供することができるよう、医療提供体制の不断の見直しを図ることが必要である。

○ 今回の新型コロナウイルスの経験を踏まえ、今後の感染症への対応については、まずは改正感染症法に基づき、平時から医療機関の役割分担を明確化し、協定締結医療機関の枠組みが確実に機能するよう準備を進めるべきである。

◆ サービス提供体制の改革に向けた主な課題

将来を見据えた医療提供体制を構築するため、都道府県の責務の明確化等による地域医療構想の推進、医療法人の経営情報のデータベースの構築などの医療法人改革、医師等の働き方改革の確実な実施、医療専門職におけるタスク・シフト／シェア¹²、医療の担い手の確保、医師偏在対策等の課題に着実に対応していく必要がある。

12 医療専門職において、主に医師が担っている業務について、他の医療関係職種との間で「移管」（タスク・シフト）・「共同化」（タスク・シェア）することを念頭に組み立てられているもの。

◆ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受

ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。

・ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則¹³に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきである。

・ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認¹⁴も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、例えば、休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる。

・ このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。

・ かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供す

る医療の内容を書面交付など¹⁵により説明することが重要である。

・ 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医療機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医療機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるように仕組みを整備すべきである。

・ 地域全体が必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるように、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医療機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医療機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである。

13 昭和23年厚生省令第50号。

14 医療機関・薬局において患者が加入する医療保険の資格確認をオンラインで行うシステムのこと。

15 電子的手段を含む。

④ 医療・介護分野等におけるDXの推進

○ 国民目線での医療・介護サービスの提供体制を整備するにあたり、国民一人ひとりの医療・介護ニーズに的確に対応し、最適な医療・ケアを届けることができるよう、最大限、デジタル技術の活用を図るべきである。

◆ 医療・介護分野の関連データの積極的な利活用の推進

国民各層の幅広い合意を得ながら、政府・地方自治体はもとより、医療・介護現場、研究者、関係事業者、国民一人ひとりによる本格的なデータ活用を推進するため、以下のような課題についての具体的な検討を進めるべきである。

・ 個人情報情報の匿名化等によって、個人のプライバシーを保護することを前提に、EBPMを実現すること

・ PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）など、マイナンバー制度の下で公共機関の保有する社会保障関係のデータと、関係事業者の保有する各種のデータの連携を推進すること

・ 健康診断等で得られる自らの健康・医療情報について、自分自身で管理・活用することができる将来像を見据え、個人・患者の視点に立ち、情報の連携・活用の在り方を整理すること

◆ 医療DXの実装化

特に、医療DXについては、現在、政府において、具体的に推進すべき施策として、以下の3点について検討を進めているところであり、早急の実装化すべきである。

・ オンライン資格確認等システム¹⁶のネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加えて、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療・介護全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォーム（全国医療情報プラットフォーム）を創設すること

・ 医療情報の共有や交換を行うにあたり、その形式等を統一すること（電子カルテ情報の標準化）、その他、電子カルテデータについて、治療最適化やAI等を用いた新しい医療技術の開発、創業のために有効活用すること

・ 医療保険制度全体の運営コスト削減につながるため、デジタル人材の有効活用やシステム費用の低減等の観点から、デジタル技術を活用して、診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化すること

17 オンライン資格確認システム、薬剤情報閲覧機能、特定健診情報閲覧機能及びレセプト振替機能に関わるシステムの総称のこと。

(3) 今後の改革の工程

① 足元の課題

・ 3. (2)①医療保険制度において記載された項目

・ かかりつけ医療機能を発揮するための制度整備

・ 医療法人改革の推進、医療・介護間での情報連携

② 来年、早急に検討を進めるべき項目

・ 更なる医療制度改革（かかりつけ医機能の制度整備の実施に向けた具体化、地域医療構想の実現に向けた更なる取組、診療報酬・薬価改定に向けた検討）

・ 医療・介護等DXの推進、介護職員の働く環境の改善

・ 次期介護保険事業計画に向けた具体的な改革

③ 2025年度までに取り組むべき項目

・ 医療保険及び介護保険における負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直し

・ 本格的な人口減少期に向けた地域医療構想の見直し、実効性の確保

・ 地域包括ケアの実現に向けた提供体制の整備と効率化・連携強化

〈資料75〉

全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度改革等について（宮永俊一会長コメント）

（健康保険組合連合会 令和4年12月21日）

12月16日、政府の全世代型社会保障構築会議の報告書がまとめられ、医療保険制度改革等について、厚生労働省・社会保障審議会において議論のとりまとめが行われた。

後期高齢者の保険料負担割合の見直しや、出産育児一時金の一部を後期高齢者が支援する仕組みの導入など、高齢者の方々にもご負担いただく内容となったことは、「現役世代の負担軽減」「世代間・世代内の負担バランスの見直し」「負担能力に応じた見直し」の観点から評価したい。

一方、現役世代においては、被用者保険者間における格差は正の観点から、前期高齢者納付金の一部に報酬水準に応じた調整が導入されることとなった。健保組合全体からみると負担増となるものの、今般の改革において被用者保険への支援として円滑化等補助金の拡充に加え、財政支援への制度化が示されたことは、被用者保険関係5団体とともに、改革により削減した公費財源を現役世代の負担軽減に全額充てていくべきと主

張するなど精力的な要請活動を行った成果であり、大いに評価したい。ただし、さらなる報酬調整の拡大は断じてあってはならないと考え

る。医療提供体制については、「必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセス」の考え方のもと、地域の医療機関が連携しつつ、かかりつけ医機能の発揮を促すとの方向性が示されたことは医療の質の向上につながるものとして評価できる。今回は、かかりつけ医機能が実現するための第一歩とされており、今後、地域における医療費適正化の施策とともに、更なる取組みが不可欠である。

また、介護保険制度改革について、一定以上所得の利用者負担の見直しをはじめとする給付と負担の見直しにかかる結論が先送りされたことは大変遺憾である。持続可能な制度の構築、現役世代の負担軽減の観点から、低所得者に配慮しつつ、より踏み込んだ見直しを早急に検討し、確実に実施することを強く要望する。

政府には、現役世代、特に健保組合を取り巻く環境は極めて厳しい状況にあり、負担は限界にあることを踏まえ、後期高齢者の窓口負担の原則2割や現役並み所得者の給付費への公費投入など、さらなる現役世代の負担軽減につながる改革を強く要望する。

〈資料76〉

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

（閣議決定 令和5年2月10日）

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。

（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。

② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。

② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。

健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。

② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化

（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。

③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。

② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。

③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。

④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。

⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）