

第14回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2016年10月13日（木） 15:10～16:22
 2. 場 所：中央合同庁舎第4号館 3階共用特別会議室
 3. 出席委員等
主査 榊原定征 東レ株式会社相談役最高顧問
委員 伊藤元重 学習院大学国際社会科学部教授
同 伊藤由希子 東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研主席研究員
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
-

(概要)

(1) 社会保障の給付と負担等の見直しについて

財務省から資料1を説明。以下、主な意見。

(委員)

「年末までに検討、結論」とされた事項について、是非前進的な結論を期待したい。資料1の29ページのスイッチOTCについて、一般に軽度の傷病はセルフメディケーションを基本にという方針でやっていくべきである。消費税も先送りになっている現在、社会保障分野である程度負担増の部分が出てこない制度として立ち行かない。重大かつ不可欠なサービスを維持するためにも、この湿布、うがい薬、漢方薬、目薬などは保険適用から外すべきではないか。

33ページ、34ページの高額薬剤の薬価等の在り方について、オプジーボに限らず、このようなバイオ医薬品の事例はこれから多く出てくる。その都度、薬ごとに裁量的措置をとるのではなく、将来的には、システム化、ルール化しなければならない。例えば、2年に1回のみ薬価改定が価格の改定の妨げになっているのであれば、もう少し柔軟なルールを設定しなければならないのではないか。高額な薬剤がマスコミなどで話題になってから後手に回る対策をその都度していくことは行政上無駄が多い。どのような価格、適用疾患、売上であれば再算定の対象にするのかあわせて議論した方がよい。

そもそもバイオ医薬品は商品寿命が短い。だからこそ医薬品産業も短い期間で利益を獲得しなければならないので、非常に高額になりがちである。日本の薬剤の承認制度を見ても、例えば、バイオシミラーが出てきたときに、その承認プロセスが追いつかず、かなり早くバイオシミラーが出てきているがゆえにさらにその先発薬が早期の利益回収をめざし非常に高くなる傾向が

ある。そして、それを元に算定されるバイオシミラーの価格も高価となる。

また、薬剤が高いことは確かに医療費を逼迫させる要因であるが、その根底として、高額な薬剤が、適正な傷病の範囲、適正な期間で使われているか、非常に問題である。例えば、34 ページにあるアバステンのような抗腫瘍剤を終末期の人にも延々と使い続けるべきかという点で議論がある。また、レミケードのように本来はリウマチに適用する薬であるが、広く関節痛にも使われていて利用者が非常に多い薬もある。薬剤が高いから叩くのではなく、バイオシミラーの認証の在り方やそもそも医薬品の使い方、保険適用のルールからあわせて見なければならぬ。医療費適正化のために薬価を下げることも、対症療法としては重要かもしれないが、それでは本質的な解決にはならず、同じような事例がモグラたたきのように出てくるのではないかと危惧している。

資料 1 において、例えば、高額療養費の所得区分は、高齢者と現役世代とで同じ 370 万円という閾値を設定していても細かい条件設定の差から実情レベルの所得がかなり異なっていることは見直すべきである。また、後期高齢者保険料の激変緩和措置としていた一時的に適用されたものが約 10 年続いている累計 7,000 億円になっていること、あるいは、高額療養費の給付額が総額 2.2 兆円に上っていることなどは金額的にも非常に重大である。少し制度を見直せば非常に効果が大きいのではないか。早急に見直すべきではないか。激変緩和措置や時限的な措置などは、そもそもの基準を甘めに設定し過ぎたところを直すだけであるので、そういったところは積極的に見直していただきたい。

42 ページの軽度者の生活支援について、例えば、我々が民間で普通に使うと時間辺り 2,500 円ぐらいかかっているところを、軽度の介護が必要な方は 187 円で済んでいるのは、明らかに国民負担の公平性の観点から非常に問題である。また、官製需要に依存した介護ではなくて、本当にサービスの競争が民間レベルで拡大できること、つまり公的サービスの産業化が、介護の将来的な質の向上のためにも重要ではないか。

47 ページ、介護納付金の総報酬割について気になっているのは、国保の介護保険料の地域差、国保の医療保険料の地域差などが棚上げになった状態のままであることだ。たとえば、国保の場合は、その市町村の性格によって保険料が異なっており、上限も緩く設定されているので、利用者負担としては、非常に恵まれた状況にある。例えば、その負担を協会けんぽないし健保組合に付け替えてしまってもよいのかは難しいところで、数値がとれるところや抑制がきくところに偏重するのではなくて、もう少し「見える化」をした上で議論を進めていただきたい。

(厚生労働省)

改革工程表については厚生労働省もしっかりとコミットしているので、年末までに何らかの結論を得ることは必ずしていきたい。

スイッチ OTC 化された医療用医薬品についての御意見については、そういった議論も当然あるので、そういった論点も出して、今後、医療保険部会でしっかり議論していきたい。

高額薬剤ですが、オプジーボは先ほど申し上げたように、特例的な対応について、今、中医協で議論しているところであるが、30年度薬価改定については、今後、こういった特例的な対応の必要がないように、例えば、効能追加があった際にどういった対応をするのかも含めて抜本的な薬価制度改革を行うこともアジェンダに入っている。30年度の制度改革の中でそういったものを議論していきたいと考えている。

高額療養費については、現役並み所得のところについて、現役の方は3つのバンドがあるが、高齢者は1つのバンドしかないことをどう考えるかということもきちんと論点に挙げさせていただいている。

また、後期高齢者の保険料軽減特例については、経過的な措置が長く続いている点について御指摘いただいた。所得の低い方について負担を求めていくこともあるので、医療保険部会の中の議論や政府の決定でも激変緩和措置をしっかりとれという御指摘をいただいている。先ほど述べたように、しっかりとした広報も含めて、今後、医療保険部会の中で議論していきたいと考えている。

(厚生労働省)

介護関係について、年末までにはきちんと審議会で議論をしてもらって結論を出していきたい。その上で、特に軽度者に対する生活援助に関する審議会での議論を御紹介すると、生活援助といっても、今、一定の範囲で本人がきちんと料理などができるように自立支援型にすべきだという議論があって、審議会の言葉で言えば、漫然とやっているのはよくないのではないかという議論が出ている。今回の改正では、全体として介護予防あるいは自立支援が進むというコンセプトでやっていきたいと考えているので、そういったことも含めてよく議論をしてもらいたいと思う。

また、ケアマネジャーと事業者の関係等については、ケアマネジャーがプランをつくるときに、地域でケアのための第三者が入る会議があるのでそうした会議の中できちんとやってもらう。そうした中で、いわばケアマネジャーと事業者が本来あるべき行動パターンをとるようにやっていきたい。

(厚生労働省)

委員の御意見は、国保の保険料そのものの賦課の仕方が地域でばらばらということが根っこにあることだと思われるが、それについては、地域でかかる医療費を地域で持つということ、それから、その地域の所得そのもの全体に対してどれぐらい賦課をかけるかということなので、低所得の方が多ければ、その中にいる高所得の方の持ち分が多くなってしまいうという問題がある。そういったことがあるので、今回の国保改革で、都道府県単位の運営をすることにして、少なくとも県の中ではできるだけ均衡するように改革をしており、それに向けて、地域によって激変しないように段階にする。また、医療アクセスの悪い地域に高い保険料を課すのかという問題もあるので、そこら辺りのバランスをとりながらやっている。

また、別の問題として、そもそも自営業の方の所得捕捉が少なく、取り切れていないのではといった問題も根っこにあるのかもしれない。その上で、介護保険に対するもしくは後期高齢者医療に対する現役からの支援金の賦課は、できるだけ人数で割った上で、その持ち分について、被用者保険では割り勘ではなく所得に応じた形に切り替えていこうということである。それぞれずっと指摘されている問題もあるが、極力是正すべきということにしている。なお、上限についても頭打ちをできるだけ高くして、国保の中での所得の高い方に負担をしていただくことによって、中間所得の方の負担が相対的に低くなるようになどいろいろ工夫をしていきたい。

(委員)

国保の改革と今回の総報酬割の制度改革のスピード感は、歩調を合わせているのか。

(厚生労働省)

国保については、既に改革済みで平成30年からである。診療報酬改定、介護報酬改定も含めて、30年にいろいろな計画の切れ目やいろいろな改定が同時に来るので、そこから2025年を見据えて、平成30年に仕上がるようやっている。そういう意味では、ターゲットの時期はそろっている。

(委員)

財務省のプレゼンを受けて、経済・財政再生計画の進捗管理と点検・評価をオブリゲーションとしている立場から何点かコメントを申し上げたい。

まず、全体像について。平成30年度は診療報酬と介護報酬の同時改定であり、医療費適正化計画も前倒しで開始していただく分も含めて本格的なスタ

ートを切っている。なおかつ、経済・財政一体改革においては中間評価の年であり、非常にクリティカルなタイミングとなる。中間評価次第では、2020年度までに追加的に実施すべき措置が出てくると思われるので、それだけでなく2018年度は相当厳しい改革の議論、取組が待っていると予想される。従って、手前の2017年度の改革が非常に重要であり、ここで十分に改革を進捗させておかないと厳しい状況になると認識をしている。

次に、個別の論点をいくつか申し上げる。1点目は、後期高齢者の保険料軽減特例について。平成27年1月に社会保障制度改革推進本部決定で29年度から原則本則化するとされたので、その後の骨太方針や改革工程表では特段取り扱ってこなかったと個人的に理解していたところ、その後、消費税率の引き上げが延期になるなど状況が変わったということではある。しかし、色々な制度をこれからどう見直すかという議論をしている今の段階で、そもそも2006年度に決めて、2008年度から実施すべきだったことをいまだにやっていないのは大問題である。制度を設計図どおりに実施していないわけで、まずは、本則どおりにやらないと、どこにどういう配慮が必要かも見えてこない。改革の順番として、まずは本則化を行わないと他の改革に影響が出かねないと考える。特に元被扶養者の保険料軽減特例は、同じ年金収入でこれほど大きな保険料負担の差があることは制度運用の欠陥と言わざるを得ないし、高齢夫婦世帯の特例についても所得割の保険料軽減が収入200万円を超えるところにまで及んでいる。これらは、修正すべき優先度が高いと考える。

高額療養費制度の見直しは、改革工程表上、「在り方」についてではなく「見直し」を検討することになっているということ、改めて申し上げておきたい。また、本日の財務省プレゼンでは、現役並み所得の判定方法について、世帯収入が520万円を下回ると無条件に現役並み所得でなくなることは、低所得者対策として矛盾が生じているのではないかとの問題提起があった。これからは働き続ける高齢者の方が非常に多くなっていくだろうと考えられる。ほかにも制度的に同様の問題があるかもしれないということを含め、現役並み所得の基準について適切に御検討いただきたい。

かかりつけ医普及の観点からの受診時定額負担の導入について、厚生労働省からは関係審議会の部会でまだ議論していないというご説明があった。かかりつけ医の普及は、経済・財政一体改革全体の中でも特にキーとなるとても大事な取組みであり、ぜひともしっかりと取り組んでいただきたい。2012年の社会保障・税一体改革のときの受診時定額負担の案は、患者負担で得られる財源を高額療養費制度の充実に重点化するというコンセプトであったが、今回は、かかりつけ医の普及に主眼がある。また、セルフメディケーションの考え方の普及や健康社会の実現を目指しているという点で、受診時定額負

担の案のコンセプトがまったく違うので、医療界の皆様や一般の方々にももう少しうまく説明をしていければよいと思う。

高額介護サービス費制度の見直しについて、財務省から、医療介護総合確保推進法で2割負担を一部導入したけれども、高額介護サービス費の月額上限の引き上げが部分的なものにとどまっているため、余り状況は変わっていないという趣旨の説明があった。高額介護サービス費の上限の適正化についてもこれまでの議論に沿った御検討をお願いしたい。

介護保険における利用者負担の在り方について、仮に2割負担の範囲を広げるとした場合には、経済力や負担能力で広げるという考え方と、要介護度の軽重で変えるという2つの考え方があり得る。治癒を前提とした医療と違って介護はロングタームであることを考えると、重度の要介護者への負担増は慎重に考えるべきかもしれない。他方、軽度者については、区分支給限度額が低いので、仮に負担率が上がっても実際の負担額はそれほど大きくなりません。また、要介護度が上がってしまうと負担率が下がる制度というのは、一国民としては多少の納得感があり、違和感が少ないのではないかと。

軽度者向けサービスの在り方については、エビデンスベースで、本当に重度化予防になっていることが示されれば、そのサービスは削るべきでない。逆に言えば、それを示せないサービスは効果がよくわからないということであり、ひょっとしたら無駄なことをやっていることも考えられる。ここはエビデンスベースの議論をお願いしたい。

(厚生労働省)

まず、後期高齢者の保険料軽減特例について、厚生労働省としても、平成27年1月の社会保障制度改革推進本部決定を重く受けとめており、その中で29年度から原則的に本則に戻す、ただ、きめ細かな激変緩和措置を講ずるとされているので、我々は医療保険部会に対し、基本的には、原則的に本則に戻していくべきではないか、その際にはどのような激変緩和措置を設けるべきかという論点を挙げさせていただいて、御議論いただいている。また、元被扶養者に係る制度の欠陥についても、医療保険部会の中でもこういった点を指摘して御議論いただいているところである。

高額療養費制度の現役並み所得の範囲についても財務省と同様の問題提起をさせていただいて御議論いただいているところである。

かかりつけ医についても、従来からかかりつけ医の機能を非常に重要視しており、診療報酬の中でどういったことをすべきか示してきた。例えば、平成28年4月には、かかりつけ医機能を評価する地域包括診療料の施設基準の緩和、常勤医師を3人から2人に緩和するなどの措置をとっているところで

あり、今回の改革工程表の中でも定額負担の導入について議論して年内に結論を得るということであるので、今後、真摯に検討していきたい。

（厚生労働省）

高額介護サービス費制度の見直しで、これから審議会の中でよく議論していただきたいと考えているのは、一般の区分の月額上限3万7,200円の層が、医療保険の高額療養費と比べると、少しバランスがとれていない状態になっていることで、このような事情を示しながら、医療保険との並びをどう考えるか御議論いただいている。

利用者負担割合について、先ほどの委員の御意見もある一方で、審議会の中でよく出ている議論であるが、軽度の方々の負担を上げて、一方で重度の方々の負担を1割のままにすると、どうしても軽度のときの利用控えが起って、適切なサービスが受けられない。我々はできるだけ自立支援型のサービスをしようということ、そこでやってもらって戻してもらいたいと考えているが、利用控えが起こることで重度の方に行ってしまうということが起こるのではないかとといった意見が出ている。

もう一つ、例えば、要介護3の方にできるだけ頑張って要介護2や1に戻してもらいたい、その方々からすると、一生懸命頑張って戻ろうとすると負担率が上がる。それでは、誰もがとは言わないが、頑張っても動かないのではないかという意見が数名の先生から出たこともある。このようなこともよく考えた上で対応を考えないと本来目指しているものと違うのではないかと、ということもあるので、そこも含めてよく議論してもらいたいと考えている。

（委員）

かかりつけ医について、現場の感覚としては、恐らく、多くの患者さんはかかりつけ医にかかっているという考え方だろうと思う。ただ、日本が他の国と一番違うところは、フランスやイギリスの場合には、いわゆる一般医というものが医者の方の半分以上の割合を占めており、開業して外来を主に担当されている医師はGP（General Practitioner）である。日本は各科の診療科の方が自由に開業しているので、患者側から見ると、内科のかかりつけ医、整形のかかりつけ医、眼科のかかりつけ医という形になっている。複数のかかりつけ医を持っているような医療提供体制を認めている中でどのように受療行動を適正化するか、別の視点が必要である。

介護に関して、委員から意見があったように、まずはエビデンスきちんと出していかなければいけないということと、もう一つは、データを詳しく分析をして状態像をきちんと見た方がよい。一般の方は要支援の人が要介護1

になり、2、3、4、5と上がっていくと思われる方が多いが、実際の動きは全く違う。要支援1から要介護1へ進むのは、どちらかという筋骨格系疾患の方がぐるぐる回っているというイメージで、そこから上になってくると、脳卒中や骨折によりいきなり要介護4、5になって、そこからリハビリをやって軽い要介護度に戻ってくるイメージである。まず、この状態像をうまく把握した上で、要支援から要介護1をぐるぐる回っている筋骨格系疾患の方々に対する介護サービスをどのように適正化していくのか、脳卒中や骨折になった方々に対して、適切な医療を提供してどこまで軽くできるの、作用点を考えた対策をやっていかないと、適正化は難しい。

もう一つ、この改革に関する話は、恐らく国民にとってもある程度痛みを負担していただかなければいけない話になる。その時に、住民に対する説明が十分にできていない。介護保険が始まった時に、住民に対して、介護保険は使った分だけ保険料が上がる仕組みであると国も自治体も丁寧な説明をしていた。保険料が4,000円であるところと7,000円であるところは、使っているサービスが違うからであるが、住民全体として使ったサービスに対して保険料が設定されていることを住民が理解していない。介護保険事業計画の中でも、それぞれの保険者でどのような負担構造になっていて、どういう利用構造になっているのかということを見せてあげることが大事である。なぜ我々の保険料が隣よりも1,000円、2,000円高いかということをも自分たちの利用状況の違いとして見える形にしていけないと、いろいろな対策をやっていったときにも住民が納得してくれない。平成30年度に向けて介護保険事業計画の見直しが行われるところであるので、各事業計画の中で、これまでの分析の結果としてどういう構造になっているのか示していただきたい。それがあると、保険者として住民に理解を求めることができるのではないかと。

同じことが、医療にも言える。国民健康保険料がなぜこれだけ地域によって違うのか、住民に説明していかないと、いろいろな適正化策の理解が得られない。このワーキングの議論の進行とあわせて設定していただきたい。

(委員)

改革工程表の44項目は全項目を着実に実現する。これがまずは重要だということ了指摘する。

骨太方針2015では、社会保障関係費の伸びを3年間で1.5兆円を目安に抑制するとされている中で、平成29年度の概算要求の自然増6,400億円を何としても5,000億円に抑制する必要がある。

本日、説明のあった医療・介護制度改革は、他の委員からの指摘もあったが、これは先送りすることなく、平成29年度に着実に実現していただきたい。

30年度は30年度で診療報酬あるいは介護報酬等の課題があるので29年度に実現することを申し上げる。この中でも、来年度予算への反映の観点から、高額療養費の見直しや高額薬剤の適正化に向けた緊急的な対応など、法改正を要しない改革項目は確実に措置をしていくべきと考える。高額薬剤の緊急的な対応について大胆な引き下げを行うべきである。

前回も指摘したが、ジェネリック医薬品の使用促進などを含めた薬剤費全体の適正化を進めていくべきである

同時に、制度の持続可能性を確保していくために、受診時の定額負担の導入や介護保険における軽度者に対する給付や負担の適正化などは、まずは重点化を含む給付の適正化、効率化の徹底、負担の適正化などについて、本年中にしっかりと結論を得て改革を確実に実行することが不可欠と考える。

一方、1人当たり医療費の地域差の半減に取り組む上では、入院医療費が重要な要素となることから、効果的な対策を講じていく必要がある。特に、介護療養病床等は、平成29年度末までの廃止が確実に実施されることを前提とするべきであり、滞りなく対応を進めていただきたい。

厚労省においては、財政審の議論も踏まえて、改革の確実な実現に向けて対応していただきたい。