

第26回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2018年4月19日（木） 12:00～14:00
 2. 場 所：中央合同庁舎第4号館4階共用第2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
委員 伊藤由希子 津田塾大学総合政策学部准教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研政策調査部長
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
同 高橋 進 日本総合研究所チェアマン・エメリタス（オブザーバー参加）
同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科・医学部教授（オブザーバー参加）
-

（概要）

（1）見える化、技術革新を活用したイノベーション、先進事例の横展開等について

厚生労働省から資料1を説明。その後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

コメントは大きく2点。1つは個別事項であるが、介護保険の保険者機能強化のところで説明のあった新しくつくられたインセンティブ交付金について、評価指標の達成状況をしっかりと見える化していただき、本ワーキングにもご報告をお願いしたい。また第8期からの調整交付金の活用について、検討を早期に開始いただきたい。

2つめは、全体的な説明を聞いた上でのコメントであるが、生産性向上という話が基本的にあったと思うが、生産性向上は最大限進める必要がある一方、費用面でいえば必ずしも総費用が減るわけではない点に留意が必要である。

生産性を上げるために資本装備を厚くすれば設備の減価償却費が増える。また、生産性の高い労働者というのは賃金が高い。生産性が上がっても賃金が仮に同じだとすると、それは事業者の利益が増えるということになる。したがって、生産性が向上すると医療費や介護費が自動的に減るといような話ではない。生産性を向上させれば費用が抑制できるかのように話してしまうとミスリーディングになるのではないかと。

同様のことは健康・予防にも言え、健康・予防の取り組みというのは間違いなく正しいことであるが、それで医療費を長期的、恒常的に抑制できるのかというと、それは違うのではないか。もちろん特定健診をやれば 200 億円医療費が減るとか、糖尿病の重症化予防で 800 億円減るとか、そういうオーダーでの議論は可能であるが、昨年度の評価・分析ワーキングでも議論があったように、さすがに健康・予防で兆円単位で医療費が恒常的・長期的に減ると言うことは、そもそも言えないのではないか。また、それを言い過ぎるとほかの改革の取り組みを遅らせることにもなりかねないので十分な注意が必要。

○厚生労働省

後段で健康寿命の伸びとか生産性の向上について総論として進めるのは賛成だけれども、それが医療費や介護費にどういう影響を与えるのか。そのところについては短絡的に考えられるものではないという意見は、ご指摘のとおり。そういった意味でエビデンスに基づいてきちんと仕事を見ていくということは非常に大事。

今後 2040 年に向けて医療費とか介護費に関する推計作業をやっていかなければならないが、そのときに大事なことは、きちんと根拠に基づいた推計をやっていくということは必要であるが、きちんと精緻にやっていく作業もしながら、もう一つ、議論をしていくためにイメージが湧くような作業も必要と考えている。

○厚生労働省

前段の話であるが、評価指標の達成状況に関しては、本年 9 月時点の状況について各自治体から報告を受け、それから精査という段取りを現時点では想定しているので、精査でき次第このワーキング・グループにも報告することとしたい。

また、調整交付金のインセンティブの活用であるが、このスケジュールについても改革工程表の中で明記されているため、それに対応してやっていく。

○委員

介護サービスとか医療サービス、生産性を上げるということは正しい方向である。その中で例えば介護サービスに関して、8 時間働いている、通所系、訪問系のヘルパーさんや訪問看護師さんの労働時間を見ると、大体 8 時間のうち半分ぐらいが直接サービスで、残りの半分は移動時間と事務作業になっているという現実がある。この直接サービスでない時間をいかに直接サービ

スに振りかえることができるようにするのかという視点からの労働のあり方の改革を考えなければならない。

例えばもう少し各事業者に、事業が展開できるエリアを考えてもらうとか、あるいは事務作業の共同、共通化とか、そういう面でのアライアンスとか、そういうことをやっていく必要がある。これから若者が減っていく中で介護労働力も確保したいというのであれば、一人一人の介護労働者の人たちが、直接サービスに割ける時間を延ばしていくことができるようにする IT の活用といったことを考えてもらいたい。

同様に、恐らくこれから日本は在宅医療を増やさざるを得なくなるけれども、今の建物は在宅ケアがやりやすいような構造になっていない。今後、住宅政策との連携が必要であり、この点で省庁をまたいだ議論が必要であると考える。

また、同一建物とかの減算とか大規模減算というものがある。それは一部の不適切な運用を踏まえての処置だと思うが、私は不適切なものはデータ等でモニタリングしながらそれを抑制する一方で、適切なサービスを提供できるようにポジティブにインセンティブをかけていったほうが、より生産性が上がるのではないかと考えている。今の減算のあり方等についても見直しが必要ではないだろうか。

○厚生労働省

委員御指摘のように、介護を提供する際には当然、直接サービスにできるだけ従事し、間接業務とかそういったものは極力効率化していく視点が大事。今、御指摘のあった訪問系だけではなく、それ以外のサービスについても、老健局として同様の視点で考えていく。

また、大規模なところの減算等について、例えば訪問介護において利用の回数がかかり多いところは、この 10 月からケアプランを提示させ、精査するといった取り組みを開始予定としているので、状況を見て今後どういったことをやるべきか、ということを考えていく。

○厚生労働省

医療に関して、例えばオンライン診療であるが、これはまさに業務の効率化に今後ワークするだろうと考えており、AI などを使って本当に医師しかできないことに特化させて、それ以外は例えばロボットにやらせるとか、タスクシフティングしていくとか、そういった方向を目指したい。

○委員

資料の 60～62 ページの取り組みは大変興味深い。

まず北見市の事例は北海道の広域連合から重複投薬者の名簿をもらって、そこで薬剤師や保健師が直接訪問指導をするという取り組みであるが、例えばデータは誰のものかであるとか、どこまで職権で閲覧可能かという難しい問題を北見市が解決した事例だと思うので、このような事例をもう少し紹介して、自治体もやろうと思えばいろいろデータを活用した取組ができるのだということを広めてもらいたい。

それに関連して 61 ページ、62 ページにマイナンバーカードを利用して、資格情報を照会・確認する仕組みについて紹介されている。例えば 62 ページには、被保険者本人も特定健診データ閲覧可能とあるが、これは特定健診だけではなくて自分が飲んだ薬や、自分が受けた医療といった全てをちゃんと自分のものとして確認できることに意味がある。閲覧に関して、権限の付与など複雑な問題があると思われるが、薬剤師や医師を始め、本人が確認できるようにしなければ本格的な予防の取り組みというのは難しいと考える。資格認証だけではなくて、もう少し拡大的な運用を検討してもらいたい。

○厚生労働省

マイナポータルを活用して特定健診の記録を見られるようなサービスの実現については、2020 年度に向けて現在、作業を進めているが、それとあわせて、処方薬、どのような処方をされているかといったデータを本人が確認できたり、あるいは本人が保険薬局で見せることができるような仕組みについても、現在検討を進めているところ。

○委員

本日のテーマである見える化と先進事例の横展開の中で、資料 1 の 18 ページ目から記載の保険者インセンティブについて、少し新しい展開が最近見えていることを伝えておきたい。

先ほど話の出た予防をデータヘルスという政策として全国で進める仕組み自体意味があるが、重症化をしてから治療をする、高コストをかけることに比べると、その前段階から働きかけるデータヘルスには採り得る選択肢が多いと感じる。

それを可能にするためには治療と同じように、健康課題の背景を見える化して、どのような解決策に効果があったのか検証する仕組みまで含めた横展開が重要。その中で去年この場で提言のあった、健保組合のデータヘルスポータルサイトが稼働し、昨月末現在で 99%の保険者が登録、活用を始めており、これは厚労省・健保連等の関係者の努力と、見える化自体がインセンテ

ィブになったもの。これは健保組合横並びで規模・業種や働き方が似ている職場同士の取り組みを見て、自組合の施策の参考にしたいという要望が非常に多くあり、ポータルによってデータヘルスの取り組みが自立性を持ちつつ進めていける。

ただ、その一方で今月から都道府県化された国保、地域のデータヘルスに関しては、標準化はまだまだというところで、地域の健康課題の見える化だけではなく、その健康課題にどのような取り組みが効果的であるか。この横展開が今度は国保のほうで課題になっていくと考える。そういう意味で見える化、横展開の本質的なところに関して、医療保険者が気づき始めたことが重要。

○厚生労働省

我々も保険者のデータ、ポータルサイトの活用も進んできたと感じるし、インセンティブ補助金を医療保険でも介護保険でもやるようになって、予防・健康づくりに対する自治体の受けとめ方が一変した印象を持っている。そういう意味でご指摘のように、健保が進めてきたものを国保にも展開してさらに推進するというのは必要。

本日は説明できていないが、重症化予防で今まで糖尿病の重症化予防を中心にやってきたが、今後、もう一つの新しいテーマとして、今それぞれ保険者がばらばらに実施している介護予防とフレイル対策、それから、生活習慣病対策を一体でやることを検討しており、そういう中にも今回の見える化とか、データヘルスという視点で取り組んでいく所存。

○委員

資料1の29ページ、多剤・重複投薬の適正化に向けた対策について、この仕組みの中で、患者が自分でどういう薬を飲んでいるのか、あるいはどういう病気だからどういう処方になっているのか、それを知ることが非常に重要。こういった仕組みの中でマイナンバーカードが活用できないか。

また、かかりつけ薬剤師とあるが、現役世代の場合はかかりつけ薬剤師のところに行かなければこういった仕組みが使えないということだとすると、むしろ制約になるのではないか。

そういう意味で、適正化に向けた取り組みは大事だと思うが、やり方はまだまだいろいろ工夫の余地があると思われる。また、薬を減らすわけだから薬局や医療機関に対するインセンティブの与え方・設計、ここも工夫の余地があると思われる。

あとは非常に重要な取組だと思うので、取組の主体別、例えば薬局、医療

機関別に、あるいは、薬剤費等々の費目別にデータを可視化できるようにしてもらいたい。そして、その取組の進捗を評価するというだけでなく、この取組によって薬代あるいは医療費がどのくらい減っていくのかということについて、KPIを設定し、その取組をマクロ的な視点から評価していく必要があると思われるので、是非そういうところまで持ってってもらいたい。

もう一点、同じ資料の50ページ、真ん中の3件の事例について、155床減少とあるが、再編前にこの3つの病院それぞれでどういう性格のベッドがあったのか、それがどのように再編されたのかという、内訳などのデータがあれば、後でも構わないので教えてもらいたい。

○委員

一つめは、見える化の推進でいろいろなデータが出てきて大変ありがたいが、それがいろいろな場所に分散して存在しており、全てがどこにあるかという把握は誰もしていないのではないか。内閣府の「見える化」ポータルサイトのように、どこかに一つ一つポータルを置き、そこで検索をかければこれがわかるみたいな仕組みをつくってもらいたい。

もう一つ、保険者機能の強化というのは大変重要であるが、医療費の適正化等々に関しては医療機関の行動変容をいかに促すかということが大事。保険者だけでなく、医療機関側でも相当のことをやっていかないと難しい中で、ある地方都市の保険者が、在宅における各医療機関の取り組み状況を可視化して公表したいというときに、医療機関の名前で出せるものなのか出せないものなのか、そこも全くどこにも事例がないし前例がなくて、とても怖くてやれないと言われる。保険者として医療機関の名前をさわるかできるのかできないのか。何をしてよくて、何をしてはいけないのかという一定のガイドラインがあると、市町村も動きやすいのではないか。是非政府のほうで自治体に対するガイドラインを示してもらいたい。

○事務局

ポータルサイトは厚労省の課題でもあり、内閣府としての全体的な課題かもしれない。また次回以降も引き続き議論の対象としたい。

(2) 財政制度等審議会における指摘事項について

財務省から資料2を説明。その後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

最後の説明にもあったが、今回の資料 38 ページと 40 ページの対比は意外であった。世の中に出ているデータでは、いかにも保険料率が引き上げられていて、平たく言うと 2% ぐらい保険料率は伸びているので、我々の負担感が増しているように見えるが、平均で見ると、自己負担の割合が低い高齢者数の増加や高額療養費とのキャップ等の事情によって、実効負担率は逆に 2% 程度平均で下がっている。この事実は、広くは知られていない話だと思う。これを見ると、より給付の抑制を求めていくことも 1 つの案ではないかと思う。

現在は保険料率を考えるときに、毎年その年の所得をベースに決まっているが、そのときに、マイナンバーカードを使えば、過去 3 年間とか、過去 5 年間の所得ベースに基づいて、保険料率を設定することもできる。この方法であれば、所得に応じた負担という原則論も成り立つし、負担の平準化、透明性にも役立つのではないか。このような制度設計をするに当たって、マイナンバー制度の有効な活用というのが不可欠になってくると思われるので、これをもし具体化するのであれば、保険料率設計の ICT 化も含めて進めてもらいたい。

○委員

まず出発点は、経済・財政一体改革推進委員会が決定した中間評価である。中間評価では、これまで以上に歳出改革の必要性が拡大しているとされている。それから、社会保障の負担と給付の制度改革の進捗に遅れが生じているとも述べている。先進事例の横展開は緒に就いたばかりであり、歳出改革についてこれまで以上のペースと範囲で実施するための全体的コンセンサスづくりが必要とされている。これらの認識が出発点だと思う。

また 4 月 12 日の経済財政諮問会議の民間議員の先生方のペーパーでは、これまでの改革工程表の全 44 項目を推進すべきとされ、新たな課題についても改革工程化すべきと記されている。是非これまでの改革事項の深掘りと加速、それから、新たな改革メニューをあらゆる角度から出していったって、関係者にご検討いただけるよう進めていただきたい。

今日の財務省資料 41 ページ、42 ページ、43 ページあたりを見ると、その他の影響というのは政策的に相当コントロールできる可能性が大きいということに改めて理解した。また、私は高齢化の影響というのも現在の高齢者 1 人当たりの医療費が十分に適正なものだという前提であれば、当然増やしていくことが必要だけれども、高齢化の影響の中にも適正でない部分もある

うかと思うので、是正すべきところは是正すべきと考えている。そういう意味では大きな項目としては、受診時定額負担、後期高齢者医療制度の窓口負担、介護の利用者負担、こういったところが優先度の高い改革検討事項ではないかと考える。

ここ2~3年の改革を振りかえって、金額的に大きいところはどこかを見ると、薬価制度の改革と、相対的に高い報酬の被用者保険あるいは共済に対して総報酬割を後期高齢者支援金にも介護納付金にも全面導入し、それによって公費が大きく浮いたというところが大きい。最近、報道で健保組合の解散ということが言われていることから、これ以上そうした安易な財政調整で改革を進めていくことはもはやできないと思われる。まさに改革を本当に深掘りして、新しい改革項目を検討する必要があるという状況である。

各論で何点かコメントしたい。財務省資料52ページあたりに保険の適用や経済性の話があり、非常に高額な医療費が増えているという説明があった。安全で有効であるならばすべて保険収載するというのは国の役割として十分理解ができるし、技術革新で安全で有効な技術あるいは薬が登場するというのは、国民にとってとてもプラスである。

ただし、そのときに費用を公的保険の世界でどう賄って、どうそのシステムの持続性を保っていくのかというのは、まさに共助の再定義の問題である。考え方の1つとして、感染症から生活習慣病へという疾病構造の変化を踏まえれば、セルフメディケーションが重要になっているのだから、小さなリスク、軽いリスクの顕在化を自助でマネージする社会を目指すということは、十分に検討されるべき。

一方の高額、高度な医療に関して、高額な医療がどんどん登場する時代においては、公的保険の持続性を考えて、何を基本原則とすべきか根本において国民のコンセンサスを得る努力が必要ではないか。そこが現在は見えにくくなっており、基本原則として公的保険でどこまでカバーするのかということを議論して確立する必要がある。そうでないと、どこまで公的保険でカバーするのか、どういう価格でカバーするのかということが場当たり的になってしまう。もちろん薬価制度の改革や費用対効果評価など、本当にいろいろな改革を進めてきていただいているが、より根本的な基本原則を持つことが不可欠ではないか。

例えば薬であれば、仮にこれまでのように薬事承認されれば原則、全て保険収載されるということであれば、一方で後述する給付率調整のようなことをセットで考えることが必須になると思われる。負担の分かち合いの仕組みと、その負担全体を合理的にミニマイズするという経済性の視点をどのように組み合わせるかというのが検討のフレームワークではないか。

82 ページの地域別診療報酬であるが、高確法 14 条については活用方策を検討して、運用の考え方を都道府県に示すことが改革工程表でも決められていた。3 月 29 日の通知文書がそれであるということだが、内容的には都道府県がどのように高確法 14 条を活用できるのか、メニューが示されていない。メニューを示すことは地域ごとに事情が異なるため望ましくないという話もあるようだが、医療費適正化計画においては、具体的なメニューを国が示している。実効的で具体的な運用方針を示してもらいたいと、私自身は社会保障ワーキング委員として期待していたが、そこまでには至っていないように見受けられる。

この論点において、最近では奈良県の取り組みがいろいろなところで言及されている。奈良県は地域別診療報酬ありきではなく、負担と受益の見える化をして健全な保険運営をしようとしているのであり、また法定外繰り入れをなくしていく、繰上充用をやめていく、といった健全な運営ができていない現状を変えていくという取り組みをしていると理解している。持続性のある保険財政にしていく、長期的に県民負担を抑制していくという取り組みは、極めて正しい取り組みであると思う。奈良県の場合、医療費適正化計画第 3 期について抑制的な医療費目標を定めて、それが達成できないときに県民が保険料引き上げや地域別診療報酬の活用をどのように選択するか、検討できるようにしているとみられ、地方分権の視点からも地域別診療報酬という仕組みは重要だと思う。

いずれにしても、国保の都道府県単位化を今、進めている中で、財政責任を負うことになった都道府県の中には、市町村とともに自分たちの課題と捉え、非常に難しい課題に向き合っているところが出てきている。そういう自治体をどんどん増やさないといけないだろう。例えば法定外繰り入れを解消した自治体数とか、解消しようとしている自治体数を KPI に設定するとか、そういう進捗管理があり得ると思う。

前後するが、資料 78 ページ、79 ページあたりの病床に関して、急性期について 7 対 1 という言い方がなくなった。体系が整理されたわけだが、従前の 7 対 1 がどれだけ減少していくかを見るためには、経過的な中間の①、②を除いた病床にどれだけ転換したのかという数字が KPI として重要になると思う。新しい報酬体系に変えたことによって、病床数だけではなくて入院医療費全体としてどのような影響が起きたかということの検証が必要である。

他方、慢性期病床であるが、療養病床が介護医療院の I 型になるというのは費用としては適正化したとは言いきれないので、そのパターンを除いて KPI を設定するなどの工夫を求めたい。II 型についても転換老健との関係でいろ

いろいろ調整をいただいたと理解しているが、報酬の下がり方は余り大きくない。慢性期の病床については、在宅などでの対応へのシフトを含めた医療と介護全体で費用がどうなったのかということ、検証することが望まれる。

資料の視点3にある給付率調整について、私がこれまでいろいろなところで申し上げているのは、医療保険や介護保険においては、物価や賃金の動向は診療改定、介護報酬改定で反映されており、人口動態への対応は制度改正で、その都度いろいろなことをやっているが不十分ではないかということである。また、技術革新で新しい薬や新しい医療機器が出てきたときには、保険財政への影響は考慮されずに保険収載され、その結果、保険財政の統制がとれない状況が生じているのではないかということである。

結果として医療給付費が増えたときに、それを保険料と公費だけにしわ寄せをすることが起きており、結局は健保組合の解散につながるような状況が生まれている。そこで一つの知恵として、先ほど財務省から説明があったような、あるいは自民党の小委員会が提言しているようなアイデアがあり得る。ベースは所得でもGDPでも何でもいいと思うが、とにかく負担能力のベースの伸びを医療費の伸びが上回る分をどう負担し合うかというルールをつくったほうが、政治的な調整コストを引下げ、行政府や立法府の生産性を上げることにもなるだろうし、民間の将来予測可能性も高めることになるのではないかということである。実際に実効的な給付率は上昇し続けている一方、実効的な患者負担率は低下している。給付率調整によってこのバランスを修正することは決して患者負担率を実効的に引き上げるという話ではないという点を踏まえる必要がある。

医療給付費の伸びが高ければ高いほど、ここで言う調整に必要な幅が大きくなってしまいうことと言えば、保険収載のあり方、診療報酬改定のあり方、地域医療構想の進め方といったことがまさに重要になる。つまり、給付費の適正化が十分に検討され、実行されるならば、給付率調整のような措置はもはや不要になるということだから、給付率調整の考え方というのは様々な改革のドライバーにもなるということである。必要とされている現状の改革の取り組みを最大限に進めても医療費が膨張したときに、保険財政システムが危なくならないような調整弁というか、安全弁というか、そういう意味合いの話である点がポイントである。

こういう話をすると、どうしても患者負担増になるので理解が得られないという定性的な議論になりがちなので、実際にどれぐらいの給付率調整になり、負担増になるのかという数字ベースで今後は議論をする必要があるだろう。

あとは先ほど現役並み所得の判定方法の話があったが、これはある意味、

制度的瑕疵だと思う。つまり、全世代型社会保障と言いながら、現役並み所得のある高齢者が現役と同じように扱われないという逆転現象が起きてしまっているのだから、見直しを急ぐべきである。

それから、ケアマネジメントのところの現在の 10 割給付というのは、これだけ介護保険が定着した状況において、ケアマネという専門家のサービスに多少の料金が発生しないほうがむしろ不自然な状況になっているのではないか。つまり、本人がみずから自分に合った介護サービスを選択して能動的にケアプランをつくるということを考えたときに、多少のコストを負担したほうが人任せにせず本人にとってよりレベルの高いケアプランになる可能性が考えられるし、ケアマネの能力向上、専門性向上にもつながるのではないか。

○厚生労働省

3 つほど話をしたいと思う。まず高額医療への対応、もう一つが地域別診療報酬、もう一つは給付率調整の話、新しく出ている話なので説明させてもらいたい

高額薬剤が出てきているという問題は、我々も持続可能性の観点からきちんと対応していかなければならないと考えている。ただ、例えば最近、新しい医薬品が確かに出てきているが、月間薬剤費 200 万円以上をとってみると、対象となる患者数はせいぜい数十人程度である。むしろ大きな課題としてみると、オプジーボのように効能追加されて対象となる患者数が 1 万人という風に増えた場合にバジェット・インパクトが出てきて対応が必要となる。保険収載を考えるとときには P と Q を両方考えなければいけなくて、例えば難病とか希少がんの患者へ投与される薬剤が高いから保険収載しないということが国民的に容認されるのかというあたりについては、冷静に考える必要がある。

そこで、我々としてもこういうバジェット・インパクトの大きい医薬品に関しては、今度の薬価制度抜本改革で、効能追加されて対象患者数が大きく広がり、市場規模が拡大する場合は、年に 4 回の新薬収載の際に引き下げるという制度を導入したし、費用対効果評価も 30 年度中に結論を得て本格実施していきたい。

費用対効果評価は我々も真剣に取り組んでいくつもりであるが、ほかの国の様子を見ると、社会保険方式を採用している国では費用対効果評価は基本的に価格交渉で用いている。税方式の国で一部に価格交渉だけではなくて償還をしないという形で制度を用いている国もあるが、例えばスウェーデンは制度はあるがこれまでに実施した例はない。イギリスは NICE という評価機

関があってかなり厳しい運用が行われていると聞いているが、これらの国も医薬品アクセス制限の反発を受けて、キャンサー・ドラッグス・ファンドのような基金を設けて何らかの別途の配慮をするといった、難しい対応をしており、こうした高額薬剤については、制度の持続可能性にも配慮が必要であるが、医療のアクセスといったものへの配慮も考えなければいけない。我々としては費用対効果評価制度を今年度中に結論を出して、しっかり取り組んでいきたい。

ちなみに、医療技術に関しては、従来から課題になっていた da Vinci という、ロボット支援内視鏡手術とか、粒子線治療といったものについて、既存技術と同等の有効性、安全性と認められた場合にはその診療報酬上の評価は既存技術と同等程度とするという改定を今回実施し、一応、保険財政と新しい技術のバランスをとるということを実現した。そうした工夫をしながら対応していくのではないかな。

地域別診療報酬に関して、我々も地域別診療報酬というのは1つの政策手段だと思っているが、地域別診療報酬を有効に発揮させていくためには、地域の中で課題がちゃんと分析されて、関係者もその議論に加わって、みんなが納得した形で政策がつくられる必要があると思っている。そういった意味で、国のほうからメニューを示して枠をはめるよりは、奈良県のように、自分たちとして国保の保険料を統一化するのに当たって、医療費の目標を設定し、どうしてもそれで達成できなければ、考えたいという声があれば、我々としてもよく相談に応じながら、必要があればほかに展開することも考えたい。

最後に、給付率調整に関してはまずファクトから説明したい。財務省の資料は平成20年度ぐらいからの数値をとっているのですが、ずっと上昇してきている絵になっているが、平成12年の当初から実効給付率を見ると、もともと例えば制度全体では84.36%であり、それ以降ずっと給付率が下がっていた。27年度は84.84で上がっているけれども、給付率が上がってきたことも背景にあって、昨年8月と今年8月に高額療養費制度の見直しを行い、実効給付率は制度全体で▲0.2%、高齢者医療で▲0.4%下がる見通しとなっている。

もう一つは、これまでの医療保険制度の改革は、保険料の見直し、患者負担の見直し、診療報酬の見直しといったことをその時々状況に応じて組み合わせながら進めてきた。当然この背景には医療費の増加がその時々あり、そこにどう対応するかということで七転八倒しながら組み合わせを決めてきたという経緯がある。

国民医療費はまず診療報酬があって、単価が決まり、高さが決まる。決ま

った後にこの医療費が患者行動等で増えたりするわけであるが、今回の提案は、保険料・公費分と患者負担分の間にルールを決めて、医療費が伸びた場合には給付率を下げる。簡単に言えば患者負担を上げるという仕組みであると理解している。ということは、端的に言うと、医療費が上がり過ぎたという部分を最後は患者負担で調整することになる。

この仕組みには課題があると考えており、1つは患者負担の引き上げに当たって受診行動や家計といった医療や生活の実態が考慮されず、患者負担が過大になるおそれがあるという点。それから、個々の医療費は例えばインフルエンザの流行や、ハーボニーとかソバルディのような新薬が導入された際、その年は医療費が3.何%も上がったが、翌年はぐっと下がるような変動もあった。そうした原因による医療費の増加について、患者側にしわ寄せするのはなかなか難しい。いろいろな事情を勘案すると、患者負担を自動的に直していくような仕組みについて、理解を得るのはハードルが高いのではないか。制度の持続可能性とか現役世代の保険料水準を勘案しながら制度を見直すことは必要だと思うが、診療報酬、保険料、公費、患者負担、これらを総合的に見ながら対応していくことが現実的な施策ではないかと考える

○委員

こういう議論をするときに非常に思うのが、寄与度分解や、所得階級別の細目の分析である。平均値の話をしているので、どの階層でどれぐらい給付と負担の関係が違っているのか見える化がほしい。

また、保険料はじわじわ上がっているけれども、実効負担率をならしてみると低くなっているというか、横ばいになっているということに関して解釈の違いはあったが、いずれにしても、それは過去の政策の成果として妥当な方向か、という点で緻密な分析が必要だと思う。過去数十年で低所得者が多くなったことによる影響なのか、あるいは高額療養費の影響なのか、ないしは高額医薬品の影響なのか、政策の中身と整合的であったのか、というところをもう少し緻密に分析し、多くの資料を提示した上で建設的な議論ができればと思っている。

○委員

多分こういう議論はファクトベースでやっていくしかなくて、一番大事なことは国民にちゃんと理解してもらうことだろうと思う。最近学生や一般の人にいろいろなところで社会保障の話をするところがあるけれども、医療者もそうであるが、日本の社会保険制度がどうなっているかということほとんど皆さん理解していない。今、提供されているサービスを今の現役世代とい

うか、今の国民全体で払い切れていないということは事実だろうと思う。そうすると、その足りない部分をどうするかということに関する国民全体での理解がないと、誰も納得しない。

例えばドイツの場合には皆さんいわゆる公的な民間保険に入るけれども、オランダも全く同じ仕組みであるが、使い過ぎてしまったら使い過ぎた分は被保険者が追加保険料で賄うという仕組みになっている。それは加入するときの契約書にきちんと書かれているため、その額が保険者によって異なることになる。フランスの場合も社会保障の赤字の部分に対応して CRDS という税金がある。これは時限立法で、社会保障の赤字がなくなるまでは追加の税金を広く薄くかけることにより赤字の解消を図るということをし、国民に対して説明して運用している。日本でもそろそろ国民全体で納得して負担することを考えていかないといけないのではないか。この議論をこのまま進めていってしまうと、いろいろなところからただ反対ばかりが出てくるような気がして、実効性のある解決策にたどり着かないのではないだろうか。そういう意味では現状をきちんと説明するという作業を今きちんとやらないといけないのではないか。

○委員

私も同感である。

厚労省の説明のとおり、地域別の診療報酬の設定のところも、都道府県とか市町村の関係者が、自分の地域の課題はどうなのか、どういう対応が本当に必要なのかということをも自分事化しなければ解決策に実行性が伴わない。子供の教育で日本の社会保障の問題点扱うことも有用だが、地域の自治体はもちろん、医師会とか経済団体とか、それぞれの地域のステークホルダーが自分の地域をどうやって維持するのかということをも社会保障に関しても考えなければならない。厚労省は全国の効果的なソリューションを吸い上げるといったことをやるべきだと思うが、併せて地域の課題を自分事化され、対応を検討しやすくする策がないといけない。

○財務省

幾つか順不同でお答えする。

まず厚労省からご説明のあった、薬のバジェット・インパクトについて、使用量が非常に多い薬が医療費への影響が大きいということをもまず考える必要があるとの意見について、それはそのとおりだと思うが、仮に使用量が少ない、もしくは対象患者数が少ない薬であったとしても、そういった薬が数多く出れば、それはトータルとしてバジェット・インパクトが大きくなる。

特に類似で薬価を決めるということをしていけば、仮に一つ一つの薬を見ると使用量はそれほど多くなかったとしても、そういう薬の種類が多く出れば、医療費に対する影響は大きくなる。そういうことも含めて考えていくべきであるというのが第1点。

続いて、費用対効果もしっかり取り組んでいく必要があるが、試行的な段階では価格への反映の徹底が必ずしも十分ではないという点も含めて、薬価で対応するという話であったが、その取り組みが徹底されるのかということもあり、やはり場合によっては保険外とするといった選択肢もあわせて議論をしなければならないと考える。

地域別診療報酬についてであるが、地域においてどのようにして適正化を図っていくのかをしっかりと関係者も含めて議論することは非常に重要であり、積極的にやっていかなければいけない。ただし、そのことと、仮に地域で何かに取り組む場合にツールを示すこととは両立しないわけではない。ツールを使うかどうかは各地域で関係者も含めてよく議論することというのはあってもよいし、そういう議論をしっかりと進めるべき。さらに、現状では、地域で取り組む医療費適正化に向けたメニューについて必ずしも十分ではないため、地域別診療報酬について、自治体は検討できないという可能性もある。したがって、国の側から使い方を示すことは地域での議論を深めるためにも重要である。

続いて、自民党の財政再建に関する特命委員会・財政構造のあり方検討小委員会よりご提案があった給付率調整について、まずファクトということで実効給付率の推移の話があった。確かにロングタームで見た場合にはこのような数字になるが、この数字はこの期間における自己負担の見直し、例えば2割から3割への引き上げや、高齢者の自己負担引き上げも行っており、そういった改革も含めての推移である。

当然それはその時点における制度の持続可能性を確保するため、給付率の引き下げ、患者負担の引き上げを行ったもの。それに伴い給付率はその時点で下がるということがあるわけで、問題は、その後も対策しなければ次第に上がって改革前の水準に戻っていることである。したがって、制度改革による効果を含めた上での給付率が変わっていないという議論は誤解を招くと思っており、むしろ給付率が過去の制度改革の効果を含めたとしても元の水準に戻っているというところが問題ではないか。

給付率調整の話について言えば、これは医療費の伸びが負担能力の伸びを上回った場合に、最終的に患者負担で調整する仕組みであるから難しいとの意見であったが、そうではなく、現在保険料と公費で医療費の伸びを全て負担しているが、その一部を給付率で分担できないかという提案だと理解して

いる。したがって、仮に保険料が負担ではないと考えるのであれば、患者のみが負担しているということになるが、実際は保険料も国民負担であり、現在、保険料負担と公費負担にだけしわ寄せが来ているものを分担しようということなので、患者負担だけで調整をする仕組みではないと考えている。

医療費適正化の取り組み、診療報酬改定や保険料、公費、患者負担なども含めて総合的に考えていくべきであるという話について、その点は確かにそのとおりだが、この負担率調整の仕組みができれば、ほかに何もしなくていいということではなく、むしろ医療費適正化の取り組みをしっかりと行えれば、この調整を行わなくても済むということである。したがって、引き続き診療報酬等の見直しによる効率化の努力は続けていかなければいけない。しかし、効率化努力を行ってもなお負担能力を上回る医療費の増加が発生した場合に、国民みんなで負担を分かち合う仕組みをきっちりとルール化していく必要がある。従来、医療の制度改革を行った際には、制度改革によって持続可能性を担保できるかという議論が行われてきた。しかし、次に何かあったときにはまた考えるということでは、制度の持続可能性について、見通しを立てることができない。現役世代がこれから急速に減っていくということが明らかな中で、実際に給付率調整が発動されるかどうかは医療費をどれだけ抑えられるかという点にかかっている。制度の持続可能性を人口減少下で財政的に一定程度担保可能な見通しができるという意味で、ルール化、自動化していくことに意味がある。

一方で、かかる医療費に見合った負担がなされていない構図について、今までもその縮小に向けた努力を行っているが、その努力は引き続き行っていかなければいけない。

○委員

団塊の世代が後期高齢者入りする 2022 年以降、社会保障関係費が急増する。特に公費や保険料の負担が大きくなっていくということが見込まれており、まさに極めて深刻な状況と認識すべきである。

そのため本日いろいろ議論があったが、公的保険の給付の範囲の見直し、価格の適正化、提供体制の見直しによる効率的な医療・介護の提供といった問題。それから、後期高齢者の窓口負担といった給付と負担の見直し、こういった社会保障関係の伸びの抑制に直接的な効果のある制度改革を着実に進めることが、まさに喫緊の課題である。

また、これまで掲げてきた改革工程表の 44 項目は全て必ず実行するという決意を皆様とともにもう一回、確認をしておきたい。この制度改革については、このワーキング・グループにおいてもしっかりと工程表の策定などを

通じて詰めていきたい。

今後の社会保障関係費であるが、今後の高齢化等による自然増の歳出方法を含めて概算要求や予算編成に関する具体的な根拠や前提というものを明らかにする。そして、それによって制度改革の議論の透明性を一層向上させていく取り組みも極めて重要である。

本日の議論も踏まえ、今後、6月の骨太方針の取りまとめに向けた諮問会議において議論を進めていくので、引き続きよろしく願いしたい。