

第11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7月11日（月） 14:00～15:26
 2. 場 所：中央合同庁舎第8号館 8階特別中会議室
 3. 出席委員等
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) 検討課題と今後の議論について

事務局から資料1を説明。以下、主な意見。

(委員)

骨太方針にも書いてあるが、44の改革項目について改革工程表に沿って着実に改革を実行していくことが基本である。

社会保障審議会の医療保険部会が7月14日に開催予定とのことであり、改革工程表の各項目について議論が本格化されていくものと強く期待を申し上げる。ぜひ、関係各位で議論を十分に深めていただき、広く関係者が納得できる結論を集約できるよう、前倒しぎみでスケジュールを加速いただきたい。

資料1の7ページを見ると、「2016結論」の欄があえて2つの部分に分けられている。また、改革工程表の書き方として、「在り方」について検討と「見直し」について検討と書き分けている。このワーキングや経済・財政一体改革推進委員会の議論を踏まえて改革工程が設定されていることや、改革工程表を含む「経済・財政再生アクション・プログラム」が閣議報告されていることについて、審議会等の場でも認識を共有いただければ大変ありがたい。

年末までに結論を得るとされている各項目については、経済・財政一体改革全体の成否を決める重要な要素と見ている方々が非常に多いといろいろな機会実感している。関係各位には秋から年末にかけて大変な御苦勞がおりかとは存じるが、時間切れで議論の途上ということにはぜひならないようにしていただきたい。また、適宜、状況の御説明を本ワーキングにもいただけると大変ありがたい。

(2) 社会保障関係費について

事務局から資料2、厚生労働省から資料3を説明。以下、主な意見。

(委員)

資料2の1ページの自然増の図について、最近のトレンドで、受給者数と1人当たり給付費を勘案して計算するということであるが、他方で中長期に効果が生じる取組を過去に行えば、その効果で多分伸びが少し鈍化する。さらに言えば、結果としての歳出は短期的な効率化の成果も当然反映されるということで、例えば、今年から来年への伸びを勘案するときには、そういうものはどのように自然増の中に入っているのか。ただ単に前年の伸びをそのまま入れてしまうのか、あるいはもう少し精緻な計算をやっているのか、その辺りをお聞きしたい。

(事務局)

この図で言えば、まさに直近で実際に現れた、それまでの過去の予防などのいろいろな改革努力が直近の実績の伸びの鈍化に現れたところをもって、この自然増が見込まれている。また、今後さらにやり続けることによって、その結果はさらに後年度の予算に反映していく。そういう意味で、資料2の1ページの図で、上の段①と下の段②とを分けたのが模式図の意味である。

(厚生労働省)

今の御説明とほぼ重なるが、例えば、医療費で言うと、今、後発品の使用促進などを進めているが、そういったものの効果は、先ほど申し上げた最近の1人当たり医療費などのトレンドに、どの程度というのは難しいところであるが、そこに織り込まれているので、それを反映することで事実上反映されているという整理である。

(委員)

最近の伸びはどのように計算するのか。この図が例えば26年と27年とすると、25年から26年の変化を見て、そのまま乗っけているのか、もう少し複雑な過去のディストリビューテッドラグのようなものを平均化するのか。

(厚生労働省)

基本的には、余り恣意性が入らないように、まさに実績としてのものをとっていく。1年かどうかということはあるが、全体のトレンドを見ながらや

っている。

(委員)

資料3の5ページで過去3年間の伸びを示しているが、自然増が6,700億円のところを制度改正で1,700億円抑制しているというグラフになっている。これは3年間の偶然なのか、計画なのか。もし計画で、ということであれば、今年度はもう少し踏み込んだものを想定すべきではないか。資料1の「改革工程表上の主な制度改正等検討項目」で今年末に結論を得るとしているメニューを見ると、かなり予算への影響の大きなものが入っている。例えば高額療養費の見直しや、総報酬割りの導入などは、導入すれば相当な規模になると思われる。1,700億円という、ここ3年間の金額を上回る制度改正が必要だと理解してよいか。

(厚生労働省)

去年は、結果的に1,700億円を削ったが、当然そのプロセスの中で様々な関係者と相当な調整をした中で出している。ご指摘いただいた項目ももちろん改革工程表に定められており、それぞれの部局で努力することであるが、当然、今後、いろいろな調整も必要になってくることになろうかと思うので、その状況を見ながら年末の予算編成過程の中で見ていくことになる。

(委員)

資料2の問題意識は、5月11日の経済財政諮問会議で提示されて議論されており、6月17日の経済・財政一体改革推進委員会でも社会保障関係費の増加要因について、エビデンスベースでPDCAサイクルを回す必要があると委員からご提案があったものと承知している。

財政改革やPB黒字化目標という観点から、決算ベースで社会保障関係費の増加要因を検証することは重要である。また、それをいわゆる自然増との関係で捉えると、例えば、予防の効果がいつ頃から、どのくらい財政にも反映されたと見ることができるのか、あるいは、今回の改革の成果として期待されている人々の行動変容が財政にどの程度どのように効果をもたらすかといった点に私も強い関心を持っている。それは、まさに従来分析が進められている医療費に関するいわゆる「その他」の要因の解明とも共通するところが大きいと思われる。普通の財やサービスでは、技術革新といえば価格が下がることであり、それで量を増やしていけるということであるが、医療の場合は、技術革新で価格が上がってしまうという話ばかりになりがちである。果たしてそうなのかどうかということを含めて、いわゆる「その他」の要因

の解明が資料2の問題意識とかなりの部分で共通するのではないか。

他方、予算と決算のプロセスの一断面である概算要求段階での自然増に焦点をどれぐらい当てるべきか。資料2は来年度予算概算要求の自然増に焦点を当てている。その計算方法について、資料3にある「最近の伸び率」とは一体どういうことなのか、さきほどもご質問があったとおり、私もお説明いただきたいが、基本的には厚生労働省の説明で理解できたところである。

その上で申し上げたいことは、他の委員からもお話があったように、改革の進め方やスタンスという点で、自然増に余りこだわり過ぎて、そこが注目され過ぎると、今回の改革の場合、3年で1.5兆円という社会保障関係費の伸びの目安があるので、自然増と5,000億円の差額が制度改革に関するある種の限界になってしまうとしたらおかしい話になるということである。2016年末までに結論を出すこととされている各項目は、それぞれの改革項目について課題があり、あるいは在り方についていろいろな意見があり、あるいは見直しの方向性が既に示されている。それぞれの項目に経緯や状況がある中で、この改革は、ボトムアップで進めていく改革である。わかりやすく申し上げれば、個々の改革の積み上げで予算の増加が結果的に5,000億円をずっと下回ることがあっても当然よいわけで、その意味で概算要求段階の自然増に余りこだわらない方がよいようにも考える。

問題は、国庫負担だけではなくて、医療、介護、年金、生活保護などの給付全体をどう改革するかである。インフルエンザなどが流行するとその年の医療費は増えるが、仮に年度の途中で増える、あるいは見積もりが違っていても、足りなくなれば補正をしなければいけない性格の費用が社会保障関係費である。自然増の検証は重要であり、予算段階の自然増自体の正しさを大まかには見ておく必要はあると思うが、公費を含む費用全体の合理的な増加抑制や、あるいはこの秋に関しては負担と給付の公平化、適正化などの議論に注力していくべきではないか。

(事務局)

問題意識は委員の御指摘のとおりであり、これまでご議論いただいたように義務的経費についてエビデンスを持った分析が必要だというご指摘である。

エビデンスを持った分析をしていくポイントは何かと申し上げると、もともと医療費、介護費が高齢化を上回って伸びている、その中身は何なのか。自然増の計算の仕方自体を論じるよりも、むしろ伸びている要因を子細に、どのような医療行為、介護サービスが増えているのか、それがどのように使われているのかなどを見た上で、そのための対策、医療費適正化計画、介護

費適正化計画などどのような取組が行われていて、その実績がどう上がっていくか、あるいは過去に行った取組でどう実績が上がっていくか、そのところのPDCAを回していくところにポイントがあるのではないか。

また、もう一点、短期的に効果を上げる制度改正、制度改正も毎年毎年やっているが、大きな社会保障の見直しの考え方で、つまり、負担できる方には負担いただいて、制度を持続可能にさせる、年齢だけで差をつけないで負担能力をよく見てく、このように工程表を策定し、工程表に沿って今年は何を検討するか、そのような物の考え方に沿ってしっかり一つ一つの検討が進んでいく、そのような意味でのPDCA、検討が進んでいるかどうかをしっかりと議論していく、推進していくことが大事と考えている。

(委員)

医療費の分析などでよくやっているが、1人当たり医療費掛ける被保険者数はボリュームトータルになるので、どちらの効果が効いているのか項目別に見ていかないと、何が自然増に効いているのか、何がいわゆる「その他」であるかわからないので、この枠組みでよいと思うが、中身を少し詳しく見ていったらよい。医療費は、相互にエクスクルーシブであるので、1人当たりの医療費を循環器などの項目に分けて、要因分析し、領域ごとに何が効いているかももう少し細かく見ていった方がよい。

具体的に言うと、例えば、筋骨格系疾患などの伸びは、医療技術の進歩よりは高齢者が伸びていることによる伸びであると思われるが、がん診療などでは、患者が増えているよりも医療技術の進歩で、高額薬剤の進歩などが非常に効いてきている。対策を考えるには、いわゆる自然増などの中身をもう少し詳しく傷病と年齢をクロスさせて見ていかないと対策につながらない。その辺りは、研究者の仕事であると思うので、今あるデータで分析をして、どこかの機会でご報告したい。

今、ある県の地域医療構想を動かすことを担当しているが、そこで一つ気になっているのが、医療と介護が結構相補的なところである。医療を抑えると介護が上がる。だから、慢性期は、特にその両方を踏まえて考えていかないと、間違えるのではないかとと思っている。医療と介護の両方をどのように見ていくかについて、この秋ぐらいまでに何か工夫できるところを考えたい。

(3) KPI 定義の明確化について

事務局から資料4、厚生労働省から資料5を説明。以下、主な意見。

(委員)

項目①について、在宅医療サービスの充実という視点を入れていただいたことは非常によい。実際、受け皿となる在宅医療や在宅ケアがないと、療養病床はなかなか目標の削減ができない。在宅医療は、どのような条件があると進むのか。今一番厚生労働省として進めたい居宅の在宅医療が非常に進んでいる地域は、訪問看護、訪問薬剤師等が非常に進んでいて、緊急往診の数が多く、緊急時の在宅患者の受け入れがある地域であり、そのような地域では確かに療養病床は少なくなっている。このため、受け皿としての在宅医療サービスの充実という指標を途中の変数として入れて、合わせて評価していただくことは非常によいと思う。

項目⑱のフレイルの定義が大事になってくる。フレイルに関しては、WHOなどでも注目している。数年前にカナダで大きな学会があり、そこでいろいろなフレイルを評価するためのバッテリーというか、調査票の提案などがあったが、その中の一つに、「プリズマ7」というものがあり、それをまねして「クイック8」というものをつくっている。フレイルを分析するとき何がフレイルなのかというリスクを定義してあげないといけないが、そのためのデータとして厚生労働省は日常生活圏域ニーズ調査のデータをお持ちになっているはずである。日常生活圏域ニーズ調査の中には、フレイルを評価するためのいろいろな項目が入っているので、一度それをきちんと分析していただいて、フレイル対策をするための指標を整理した方が、事業者、広域連合はやりやすくなる。ぜひフレイルの定義をある程度概念として出していきたい。

(委員)

「見える化」の調査結果が出てくるスピードについて、NDBを分析して比較的短期に出てくるものもあれば、長期のものもある。例えば、項目⑳の生活保護の医療扶助などは、年次調査をかけてから、結果が翌年度の秋に出るということで比較的長期である。一方でもう少し速報性があるようなサンプル調査や、余計なコストをかけないで、もう少しスピーディーに効果や状況を把握できるような速報結果として、検討し得るものはないか。

(厚生労働省)

被保護者調査は、7月時点の全部、215万人のデータを出してもらって、年度をまたいで集計し、調査結果が全てまとまるのが秋ぐらいになってしまう。根っこの人数の増減がそれなりに大きいと考えれば、年度の違うデータを使うと正確性に欠けるので、今のところは根っこの被保護者調査のデータ

が出てから当該年度で割ることを基本にしていきたいと考えている。もちろん途中の過程で必要があれば、便宜上、他の数字で割ってみるなど、いろいろな機会に応じて工夫していきたい。

(委員)

大きく2点申し上げたい。

1点目は、資料5の項目①の注書きについて。もし理解が違っていたらご指摘いただきたいが、地域医療構想で示されているとおりに、療養病床については医療区分1の70%相当を在宅医療等へシフトさせていく。当初、医療区分1全部といった議論もあったが、入院されている方々の状態は様々であり、体制さえ整えば在宅療養が可能な割合についての判断に基づいて地域医療構想はつくられていると理解している。それとともに療養病床数には非常に大きな地域差があるということで、入院受療率の地域差を縮小させていく必要がある。したがって、示されたとおりに、療養病床全体について、2つの指標で改革の進捗を検証していく内容という理解でよいか。

受け皿に関する新たな選択肢の整理に関する議論のプロセスを拝見していると、在宅医療は質が結構高く、在宅医療でかなりのことができるという議論もなされていると承知している。在宅医療サービスを工夫して整備をすることで、地域医療構想の実現を図っていただきたい。

2点目は、医療費適正化基本方針の改正の件だが、夏頃にはというお話であったが、冒頭の事務局のご説明では、9月の本ワーキングのときには詰められている見通しとのお話である。本来、昨年の方針では2015年度内とされていたものが、半年遅れという感じになってきているので、できるだけ急いでいただけると有難い。

それから、資料5の29ページの「医療費適正化基本方針のポイント」について。改革のプロシージャとして、外来医療費の適正化を2段階でやることは理解しているが、右側の図に、A県、B県、C県とあって、横棒が平均値か中央値かはともかく、これだけを見るとA県だけが第2段階をやって、B県、C県は第2段階をやらないようにも見えてしまう。改革の考え方として、ダイナミックに考えると、A県は非常に厳しいので相当な努力を恐らくする一方で、B県やC県が油断をしたり、改革を怠ったりすると、不合理な地域差が再び生まれてしまうことになる。KPIとしては地域差半減が重要であるが、より重要なことは改革を回し続けるメカニズムを定着させることである。この横棒の付近や横棒の下にある地域であっても改革や工夫が必要であり、うまくやっている地域はさらにうまくやっていただくということを関係者で共有する方向でさらに進めていただきたい。

(厚生労働省)

1点目の慢性期の注に関しては、全体的には御指摘いただいたとおり、医療区分1の患者数の70%は将来時点で在宅医療等で対応するという推計をしているので、その考え方自体が何か変わるということではないが、都道府県が地域医療構想を定め、各地域で議論する際には、医療区分1の70%を除いて、それでも地域差があるところについて、まずはそこをきちんと解消していくことを念頭に置いて議論をしていただいているので、注を書いている。全体的には御指摘のとおり70%を将来時点で在宅医療等で対応するという推計で、この計算式はその前提で成り立っていることは変わらない。

(厚生労働省)

29ページについて、私どもの考えとしては、第1段階、第2段階ともしっかりやることである。それと同時に地域差を「見える化」していき、その振り返りの機会を提供していく。そのためにデータセット等々の用意もしていくという考えである。詳細については現在検討中であり、ご報告できる準備が整ったらご覧いただきたい。

(内閣府)

項目②、③、④、⑥など、まさに医療費適正化計画と一体というか、この検討の中で明確化するということであるが、目標を立てて計画をして、そこへ向けて進めていくところがポイントで、そこがきちんとできていないと何も変わらないので、ここは肝だと考える。ぜひ夏までにどこを目指すか出していただきたい。

(委員)

1人当たり医療費の地域差を正確に把握しようとする、どうしても組合健保と協会けんぽの方の住所地情報が必要になってくる。今はそれがないので、人口の構成を使って無理やり被用者保険の人たちを割りつけているが、やはり、それでは正確な地域差の分析はできない。どこかの段階でレセプトに郵便番号を入れないと、正確な地域差分析ができないのでそれをお願いしたい。

重複投薬や個人の受療動向に関係するものについては、国レベルでナショナルデータベース等で分析をすることやその結果を出すことも大事であるが、やはり明確に保険者機能として位置づけるべきである。各保険者にプロ

グラムを提供し、保険者単位で重複受診や重複投薬に対して適正化のプログラムを入れていくことをやらないと、ドライバーがかからない。どこかの段階で保険者の方にお問い合わせすることが必要になってくるのではないかと。

(財務省)

委員の方々から、今年の課題として、特に、改革工程表に盛り込まれた各改革項目をきっちりとやっていくことが最も重要であるとお指摘をいただいた。そのとおりであり、財務省も重く受けとめてしっかりと取り組んでいきたい。また、厚生労働省でも重く受けとめていただき、しっかりと検討を進めていただきたい。

KPIの項目①の慢性期病床について、今日の厚生労働省のお答えではっきりしたが、やはり70%のシフトも極めて重要なポイントであり、それもあわせて管理していくということなのでよろしくお願ひしたい。