

## 第12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9月15日（木） 14:00～16:08
  2. 場 所：中央合同庁舎第8号館 5階共用C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 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教  
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授  
  
越智隆雄 内閣府副大臣
- 

(概要)

### (1) 平成29年度予算概算要求（厚生労働省）の概要

厚生労働省から資料1-1、1-2を説明。以下、主な意見。

(委員)

資料1-1で医療扶助以外の生活保護のH29増加額がマイナスになっているが、一方で医療扶助は増えている。ジェネリックの普及の推進などをしていく中であるにもかかわらず、増えている理由は何か。

(厚生労働省)

医療の自然増はこれまでの伸びを反映させているので当然伸びている。医療扶助も高齢化の進展や薬剤費などの影響を反映させた結果、伸びている。過去のトレンドを反映させた結果と御理解いただきたい。

### (2) 「見える化」分析（医療費の伸びの要因分解、医療扶助費の地域差等分析）について

厚生労働省から資料2-1、2-2を説明。以下、主な意見。

(委員)

資料2-2の5ページ、30代から50代の医療扶助の受診率は医療保険全般に比べると高いが、どんな疾病が多いのか。予防や対策の可能性はあるか知りたい。

資料1-2に生活習慣病治療薬等の処方方の在り方等の記載がある。革新的

な医薬品の伸びを追っていくことは非常に重要であるが、一方で、高齢化したときに、例えば、循環器や糖尿病といった薬は、伸び率は大きいたくはなくてもボリュームとして大きい。去年、御指摘させていただいたように、実際に特定健診の問診票などとぶつけてみると、循環器や糖尿病の薬を飲んでもコントロールできていない。そういう意味で、革新的な医薬品とともに、既にボリュームゾーンである生活習慣病の治療薬の処方だけではなく、処方した後のコントロールも重要である。

(厚生労働省)

資料 2-2 の 7 ページに入院外の主傷病別の医療費が出ているが、若年層においてもおおむねこれと同じだったと記憶している。循環器系、内分泌系、糖尿なども入ってくる。それから、筋骨格系といったものが大きかったと記憶している。

(厚生労働省)

高額な薬剤については、昨日も中医協の薬価専門部会が開催され、今後、あり方を考えていくことになっている。御指摘の点について、色々なところにかかわると思うが、生活習慣病予防などは適正化全体の中でもやっていくことになっているので、本日の御指摘も踏まえて引き続き考えていきたい。

(委員)

詳細で価値のある分析をお示しいただき感謝申し上げます。

資料 2-1 では、5 年ないし 7 年ぐらいの医療費について分析をしていただいており、御説明いただいた数字はもちろんよくわかった。個々の分類や項目を足したものが全体であるので、それぞれの寄与の計算は可能であり、その結果はわかった。ただ、最終的な目的は、「その他」の伸びのトレンドの要因の解明であり、そこが一番求められているところである。

ご説明をお聞きしてもトレンドが解明された感じがいまひとつないのは、それぞれの疾病について、1 日当たりの費用の変化がどうなっているのか、そもそも受診の動向がどうなっているのかなどが分からず、また、伸びの寄与が年によってプラスだったり、マイナスだったり、符号さえ変わってしまっているの、果たしてこれだけで傾向を確認できたと言えるのか疑問である。このデータの裏側にあることがわからないと、この先「その他」要因の分析とその活用について先に進みにくい感じを受けた。今後は、医療費全体の地域差ではなく、「その他」の伸びの地域差について分析するということも考えられるが、この分析の今後の進め方について御意見等があれば、お聞

かせいいただきたい。

調剤については技術料の寄与が薬剤料と比べるとそれほど大きくないというニュアンスの御説明だったが、それでも技術料は常に伸びており、薬剤料が減っている年でも伸びている。これは薬剤の数量ではなく金額の伸びの分解であるので、説明が難しいかもしれないが、そもそも技術料が常に伸びていることをどのように考えればよいのか。薬の量が増えれば増えるということになるのか。

資料 2-2 でご説明いただいた医療扶助については、受診日数や受診医療機関数の分布をみると、平均的な問題ではなく、それぞれの現場の公正さの問題であると感じた。それから、医療扶助は、医療一般と非常に相関が高いという御説明だったと思うが、そのインプリケーションは何なのか。それは医療の供給側の問題なのか、あるいは需要者側の地域性の問題なのか。

7 ページの傷病別の分析、あるいは歯科の分析を拝見すると、生活保護を受けられている方の健康支援や健診等に力を入れていくことが有効な方策ではないかと思った。

15 ページのジェネリックの使用状況について、医療全体との相関が高いということであるが、生活保護の場合は法律に基づいて後発医薬品の使用を原則としていくことになっているので、45 度線を引き、45 度線に近いところにはより積極的な取組をお願いすべきではないか。

最後に、全体にデータが6月の審査分である。単月では季節性があるか否か分からないし、実態と異なるゆがんだ分析になっていないかということも分からない。やはり1年通してどうなのか、今後、ナショナルデータベースなどほかのデータも活用することをご検討いただきたい。

(厚生労働省)

「その他」の伸びについて、疾病別や診療行為別に分けて「見える化」することで、各年の伸びのボリュームゾーンはわかりやすくなったと思われる。例えば、2 ページに平成 15 年度からの医療費の伸び率を載せているが、15 年度は大きな自己負担の変更があったので、その影響が「その他」に出てきているが、それ以降はそれほど大きなものではなく、大体毎年1%から2%ぐらいの感じで伸びている。医療は複雑で、診療行為も色々であり、色々な医療機器などもあり、薬剤も新しい薬が出てくるので、そこはやはり技術革新の影響があると従来から言われてきた。その部分を1つか2つのわかりやすい要素に分けることはなかなか困難な面がある。ただ、このように各年の「その他」の伸びについてどの辺りがボリュームゾーンかと当たりをつけることによって、ここはなぜ伸びたのかと突っ込んで考えていくことができると思

う。引き続きの検討課題と考える。

「その他」の地域差についても、4月のワーキングで人口要素を除いた医療費の地域差の状況などもお示したので、そういったことをこれからも少し工夫していく必要があると考えている。

調剤医療費のうち技術料の伸びについて、これも詳しい分析ができていないわけではないが、保険薬局の調剤医療費の動向を分析したものであり、処方箋の枚数が毎年1～2%ぐらい増えている。この中には例えば医薬分業が進んだことによって、調剤医療費のボリュームが増えたこともある。また、技術料の中にも色々な加算項目などがあり、例えば、後発医薬品を調剤する体制を整備すれば加算が算定できるようになるので、そういったものが複合的に入っているのではないかと考えている。

(厚生労働省)

まず1点目、一般の医療と相関が高いことの示唆について、生活保護の医療もそのための医療提供体制は当然ないので、一般の医療と同じ中で提供される。また、薬剤の流通にしても、同じ中で対応しているといった意味で、大きく言えば、医療全体と同じ傾向であるということを示すことは、ある意味、意義があることである。ただ、生活保護の場合はケースワークの一環で、お一人お一人に直接接するチャンネルがあるので、そういったところを生かして、頻回の指導や後発品の指導などに引き続き取り組んでまいりたい。

2点目の健康支援について、改革工程表の御指摘を受け、現在、検討会を開催させていただいている。生活習慣病の予防に取り組むについて検討させていただいている。

3点目の6月単月のレセプトで分析していることについては、私どもも限界を感じており、ナショナルデータベースの1年を通じたデータを使うことも含めて、今後、より深い分析ができるように検討していきたい。

(委員)

九州で1人当たり医療費を地域別に分析しており、2010年度の医療費がずっと続くとして分析すると、全体の医療費は余り伸びないところが多く、むしろ減るところが出始めている。しかし、1人当たり医療費にするとそういう地域でも25%から30%伸びる。人口の減少の影響がすごく大きいところが出てきているので1人当たり医療費の分析を地域別に行っていただきたい。

今回の医療費の伸びの分析の中で化学療法剤の影響が要因として挙げら

ていたが、診療報酬の改定の影響は色々なところに効いてくるので、例えば、在宅医療を少し高く評価したことによって在宅医療がどのくらい伸びているか、あるいはDPCでジェネリック係数を入れたことによってどのくらいジェネリックが増え、その効果はどうなっているかなど色々な分析の切り口がある。一定の目的を持って診療報酬の項目を入れていると思うので、それ焦点を当ててその影響を分析していただきたい。

生活保護は、かなり増えてきている印象があり、時系列でデータを出していただきたい。介護のデータベースは、7区分や5区分など地域によって違うと思うが、被保険者の所得階層がわかるようになってきていると思う。所得階層別の受療率も介護に関して調べていただきたい。この問題意識は、福岡県などで分析してみると、生活保護の方々は結構介護や医療を使うけれども、その少し上の所得の人たちがかなり落ち込んでいる状況があり、そこからまた所得が上がってくると増えてくる。割ときれいなU字カーブというよりもレ点のようになる。先ほどの生活保護の時系列的な傾向と関係してくるが、将来的にもし所得階層が低い人たちがこちらの生活保護に落ちてきてしまったときにどのような影響が出てくるかある程度予測しておきたい。医療では所得階層別の分析は難しいが、医療と介護をつなげて分析できるようになると、介護保険の保険料の区分で医療の推計ができるので、同じ分析ができるようになる。資料1-2に医療と介護のデータ連結の推進とあるので何かできるようになればよい。

#### (厚生労働省)

1点目、医療費を市町村別に見るときに、そもそも高齢者人口すら減り始めるという市町村もあり、いずれはかなりの市町村が御指摘のような現象になると思われる。1人当たり医療費の地域差の分析については、先にご指摘いただいた「その他」の伸び率の地域差の分析とつながるところがあるのかも知れないが、どのようなことができるか引き続き考えたい。

2点目、課題設定をしてそこを分析したらどうかという御指摘について、2年に1回の診療報酬改定で、報酬項目自体がなくなったり新たにできたりといったこともあるのでどうやって時系列的につながられるかなどなかなか難しい問題もあるが、どのような形でどのようなデータが整理できるか引き続き考えていきたい。

#### (委員)

資料2-2に関して3点ほど伺いたい。

19 ページの世帯類型の分類方法について、優先的に認定するものから1

つを選んで世帯類型にするとのことであるが、制度運用上の違いがあるか。違いがないのであれば、世帯類型の分類と利用の方法など、建て付けについて伺いたい。例えば、障害も傷病もあるといった複合的な要因も増えているかと思うのでどれか1つにのみ当てはまることはむしろ少ないかとも思う。あえて1つに当てはめることの制度上の意味を確認させていただきたい。

17 ページの図は、横軸は世帯構成の割合をとっているが、縦軸は都道府県単位、つまり全世帯類型平均の1人当たり医療扶助費をとっている。しかし世帯属性ごとの医療扶助や生活保護の実態を見ることが必要であり、その方が誤解が少ない。これは今後の統計の集計方針として御検討いただきたい。

資料1-1の「障害福祉サービス等」の自然増が1.6兆円から1.7兆円に、6,400億円自然増の中で1,000億円の増を占めており、増加率も高い。自然増は人口トレンドのみを含めたものとのことだが、年率8%か9%近く人口トレンドで自然増として障害福祉サービスが増えているのは不自然ではないか。障害福祉についての高い増加率は、自然増というよりも生活保護に関連する可能性はないだろうか。「※2」に「医療扶助は他の法令等による給付がある場合は当該給付が優先される」と書いてある。つまり、生活保護の部分が障害福祉サービスの部分につけ変わっている部分があるのか確認したい。

(厚生労働省)

まず世帯類型の分類について、正確には承知していないが、ずっと昔からこの形でとっており、例えば、母子世帯であれば従来母子加算があるなどそういった給付の体系も踏まえて整理したと思われる。これはシステムで徴収することになっており、すぐ変えるのは難しいので、これはこれとして傾向を見るために使っているのが実情である。この類型とレセプトが今のところひもづくものがない。何もひっかかりがないので、先ほどのような中途半端な分析になってしまったことは大変申しわけない。

もう一点、他の給付との関係について、入院は、精神の方のウエイトが大きいと申し上げたが、通院は10割が他法優先で、精神の手帳を持っていらっしゃる方の精神通院医療になればそちらに回ってしまうので、生活保護の医療扶助上は費用が出ない。更生医療の中の透析の費用も同じような状況であり、そういう意味で、通院に関しては生活保護受給者の医療受療状態の全てをこのレセプトの分析ではあらわしていないといった課題があると認識している。今の時点でそれを直す方法はないが、医療全体で見る必要がある

のは間違いないので、そういったところも含めて今後考えていかなければならないと問題意識を持っている。

(委員)

大変詳細な要因分析をしていただいた。いろいろなことが本当に見えるようになってきて厚生労働省の皆様の御努力に感謝申し上げる。

今回の要因分析を見て、改めて薬剤費の適正化に向けた取組が重要と実感した。医薬産業のイノベーションの推進の要素への配慮はもちろん必要であるが、やはり適正化に向けた踏み込んだ対応が必要と改めて考えた。また、今回のデータにあったように後発医薬品の使用拡大の推進、加速についても改めて申し上げたい。

効能、効果の追加等によって、当初の予測を大幅に上回り使用が拡大している高額薬剤は、早急に特例的な薬価の見直しが必要ではないか。保険財政へ与える影響が非常に大きいことを考えると、そのような方向で検討が必要ではないか。よく検討いただきたい。

### (3) 社会保障の給付と負担等について

事務局から資料3-1を説明後、有識者委員から資料3-2を説明。以下、有識者プレゼンテーション及び主な意見。

(有識者委員)

改革工程表で年末までに結論を得ると決定されていることを中心に意見を申し上げたい。「経済・財政再生アクション・プログラム」が決定された昨年12月24日の諮問会議では、安倍総理から関係大臣に対して、本プログラムに基づき、政府一丸となって制度改革を実施するよう御指示があったと理解している。現在や少し先の雇用や所得の経済環境、あるいは政治の安定といったことを踏まえると、活力ある超高齢社会をつくっていくために、現在は必要な改革を大きく前進させる好機である。今、まさに集中改革期間の初年度で、改革のまっただ中であるので、ぜひとも関係各位には鋭意な御議論と御検討をお願いしたい。私からのメインの意見はそれにつきるが、本日は、進めるべき改革の背景にある考え方や幾つかのファクトについて私の理解を申し上げたい。

まず、1ページにある改革がなぜ必要かということについて整理がないと、給付から利用者負担に付け替えているだけではないか、ゼロサムゲームではないか、あるいは単なる給付削減ではないかといった誤解が生じかねない。こうした改革の必要性について、メッセージがゆがんでいないか懸念を持っ

ている。

そこで、2 ページ。最近の経済財政諮問会議の議論などを拝見していると最優先課題は経済である。働き方改革、国民の生活の質の向上、可処分所得の拡大、社会保障制度改革の断行といったことが年末に向けての重点課題だと理解している。「家計可処分所得の増減とその要因（年率平均）」の図をご覧くださいと、可処分所得の伸びの主要因である雇用者報酬・個人企業所得等（棒グラフの青い部分）が90年代後半以降、名目額ですっとマイナスだったが、直近5年はようやくプラスに転じ、明るさが取り戻された。しかし、社会保険料（棒グラフの赤い部分）が増えているので可処分所得の伸びが大きく減殺されてしまっている。「現役1世帯当たりでみた可処分所得の状況」の図は、家計調査を用いて2000年と2015年を比較しているが、名目ベースの実収入が6.6%の減少であるのに対して可処分所得はマイナス9.9%とより大きなマイナスになっている。理由は一目瞭然、社会保険料が17.1%も増えた要因が大きい。政策的にも可処分所得に注目していこうということになっているわけだが、高齢化で社会保険料の金額が増えることは避けられない。問題は、その増え方をどの程度抑制できるかであり、これは社会保障制度改革の進め方次第ということである。

それから、もちろん可処分所得は社会保険料だけで決まっているわけではなく、そもそも社会保険料を差し引く前の所得を増やすことが本丸である。それが成長戦略ということであるが、この後述べるように、経済・財政一体改革も成長戦略の一環であることは強調してもし過ぎることはない。経済・財政一体改革が目指すアウトカムとしても、個々人の生活水準、あるいは自由裁量所得と言っていい可処分所得を引き上げていくことは重要である。

3 ページ、4 ページは、今、申し上げた1つ目のポイントである社会保険料の話である。3 ページの左側は家計、右側は企業について負担の変化をみているが、それぞれ税負担は一定の幅で上下に変動しているが、社会保険料の負担は家計も企業も右肩上がりのトレンドになってしまっていて、今のところ際限が見えない。年金保険料率は上限が法定されているので、差し当たり、まずは医療と介護が目下最大の課題である。

4 ページは、左右とも家計調査からのデータで、現役の雇用者世帯についてである。左図を見ると、世帯主年齢50歳以下の世帯の社会保険料負担が非常に重い。ここでは消費税も含めて比較しているが、「勤労者世帯の税と保険料の負担率（収入十分位）」を見ると低所得層の社会保険料の負担率がいかに高いか分かる。この図はサラリーマンだけしか含まれていないが、現役の自営業者を含めれば、恐らく社会保険料は逆進的になっていると思われる。



前述したように、2つ目のポイントは経済・財政一体改革が成長戦略としてのアプローチだということである。

5ページの左図は、生産活動全体に占める公共・公的サービスの割合である。80年代後半は、政府系企業の民営化あるいは行革などがかなり行われた時期で、そこを除くとウエイトが高まっていることがわかる。このウエイトの上昇は、高齢化などを背景にした国民的な要請という面ももちろんあるが、いわゆる官製市場は資源配分を民主主義を通じて行うわけで、そのウエイトが高まれば高まるほど、いわば市場メカニズムは期待できない。その意味で、公共・公的サービス分野の効率性を高める工夫をこれまで以上にしなければならない。そうでないと、コストだけが上がって、経済全体の競争力や生産性が落ち、所得や雇用が増えない恐れが強い。実際、右図の「都道府県別にみた政府サービスのウエイトと生産性」の散布図でご覧いただけるように、生産活動の中で政府サービスのウエイトが高いところでは、住民1人当たりの生産性や所得水準が低いという構図が見られる。公共・公的サービスの効率性を上げ、あるいは民間でできることは産業化し、新しい雇用や収益機会をつくっていく。それがまさに経済・財政一体改革推進委員会や各ワーキングが取り組んでいることそのものである。社会保障に関しても、医薬品に関してもっとOTC市場を拡大させる、介護保険の仕組みを見直して事業者の競争を促していく、社会福祉法人の改革を進めていただいて新しい投資を拡大させる、健康管理やデータ分析を含めたヘルスケアビジネスを拡大させる、自立につながる就労支援事業を強化して生活保護の保護期間を短くしていくなど取り組むべきテーマは非常に多いと考えている。

6ページはさらに社会保障ワーキングのテーマに引き寄せた視点。健康だけで経済がうまく回るわけではないが、左図「健康意識と経済指数」でご覧いただけるように、経済の地域差のある程度は健康度の違いで説明できるのではないかと。実際、健康に取り組む企業は競争力が高いといったエビデンスもいろいろ出てきている。あるいは右図「特定健診受診率と1人当たり医療費の地域差」のとおり、きちんと健診を受ける人が多く、その体制が整っている地域では1人当たり医療費が少なく済んでいる。予防や健診に対する意識の地域性から医療費の地域差が生じている面があるとすれば、予防や健康維持のための政策は、医療コストを減らして可処分所得を下支えするだけではなく、生産活動にもプラスの効果をもたらすと思われる。そういう意味では、1ページに掲げてある改革は、健康立国の確立、健康社会の実現のためにも非常に重要であると申し上げたい。

すなわち7ページで小括しているが、これまでの社会は病気になってからお金をかけて治療をする社会で、予防を十分には重視してこなかった。健診

データ、検査データ、レセプトデータ、たくさんデータはあるが、それらをもっとうまく結びつけ、分析すれば、もっと健康な社会を実現できるのではないか。

セルフメディケーションは、自分の健康に責任を持つ、あるいは、軽い病気は自分で治すと説明されるが、要するに、もう少しだけ自分の健康管理に問題意識を持つ、あるいは医療や薬に対する知識をもう少しだけ持つということだと思う。疾病構造は生活習慣病中心に変わっているのだから、一人一人に健康に関する問題意識を持ってもらうためのインセンティブ設計が必要になっている。

他方、左側の「リスクにどう対応するか」。当然、病気にかかる方はいらっしやるので、そのリスクは国民皆保険でマネジメントしていく必要がある。国民医療費が41.5兆円に増えて、1人当たりで33万円だということが一昨日発表され、話題になっている。本日、医療費の伸びの「その他」の要因について御説明をいただいたが、高齢化だけでは説明できない医療費の増加には、今日、話題になった高額薬剤の影響もあるだろうが、需要側の必ずしも合理的ではない受診行動や供給側にある非効率、あるいは医療そのものではない病院経営などの面での技術革新の遅れなどが複合されているのではないかというのがエコノミスト的な感覚である。

したがって、需要側も供給側もいろいろな改革が必要になっている。特に健康社会の実現とセットで考えた場合には、後半でも述べるように、ナショナルミニマムとして公的医療保険でカバーすべき範囲について、例えば、病気の重さ、要介護度の重さ、あるいは経済的な負担能力など、「社会的・経済的状況の差異」を考慮した重点化をしていかなければならないのではないか。今のよう一律に年齢で区切って、現役世代に多くの負担を求め、引退世代全体に手厚い配慮を行っていると、高齢化率40%に向かっている中では、保険料が際限なく増えてしまい、制度自体が維持できなくなるのではないかと思う。高齢者の中にも健康な方は大勢いらっしやるし、負担能力の高い方もいらっしやる。目指したい社会は「世界で最も進んだ超高齢社会に相応しい自助・共助・公助のバランスの実現、真に困っている人が困窮しない社会保障制度（限られた資源の重点配分）、工夫する個人や保険者を評価し応援するシステムの定着、健康度の向上による生産性（賃金や生活水準、経済活力、負担能力）の引上げと健康寿命の延伸」ということになるのではないか。

次に相対的に見て現役層が直面している厳しさについて申し上げたい。

8ページの左図「世代別の社会保険料負担率」は、右肩上がり社会保険料負担率を生まれ年別に示したものであり、一見して世代間不公平が大きい

ことがわかりいただけと思う。右図「世代別にみた年齢別の貯蓄率」は、少しずつ雇用システムが変化し、いわゆる終身雇用、年功賃金でなくなっていて賃金の変動所得的になっているため、経済学で言う恒常所得仮説やライフサイクル仮説などの理屈どおりに、得た所得を消費に回さず、貯蓄しているということが最近の世代ほどみられているという事実である。もちろん、将来不安で貯蓄をしているという面もあると思う。

9 ページの左図は、社会保障といえば高齢者向けばかりだったということ、右図は、統計上の数字を見る限り、失業者のうち求職者給付を受給しているのは2割程度にとどまっていることを示している。ここで失業者にお金をもっと投入すべきということを主張しているわけではないが、現役世代は長期失業の問題などが深刻になっているということを申し上げたい。

消費に関しては、政策的にサポートされている高齢者の消費は非常に底固い。10 ページの右図「世帯1人当たり実質消費額【世帯主年齢別】」をご覧いただくと、65歳以上（太い線）は、70年代中頃までは一番下にあるが、その後は現役層をごぼう抜きにして、2000年代になって消費が底固いのは高齢者である。現役層は少しずつ実質ベースの消費水準を切り下げている。一見、所得が小さいとしても、取り崩せる資産が大きい方は大きな消費ができるということであり、負担能力は所得だけを見ていたのではわからない。資産を実務的にどれだけ公正に捕捉できるかという問題があるからこそ消費税の役割が重要ということだと思うが、いずれにせよ、社会保障改革における負担能力を考慮した利用者負担の制度の設計の前提として、このように高齢層の消費が低くないということは見しておくべき話ではないか。

11 ページ。経済的に比較的余裕のある高齢者層は運動習慣があるけれども、長時間労働をしている現役層は運動していない。運動している高齢者は当然どんどん強くなり、11 ページ右図「年齢別にみた運動能力の向上度」に見るように結果がでていいる。1999年の同じ年齢層と今を比べると、高齢層は身体的にも強くなっているが、若者や壮年層は弱くなっている。

12 ページの左図「年齢層別にみた収入格差の状況」はジニ係数であり、1999年と2009年を比較すると、若者、壮年層で格差が拡大しており、高齢層では平等化が進んでいる。現在でも高齢者の自殺は非常に重要な社会問題だが、右図「自殺による死亡率」を見ると、かつて高齢者の自殺が非常に多かった時代とはかなり違ってきている。日本は、景気が悪くなると働き盛りの男性の自殺が増えるという特徴がある。

以上のような状況やファクトを踏まえて、改革を着実に進めていただきたいが、次に以上のことと関連づけて主要な制度改革事項についてポイントを申し上げたい。

13 ページ。医療の自己負担割合は、1973 年に 70 歳以上の医療費を無料にする以前は、年齢で区別はしていなかったと理解している。その後、高齢者には手厚く配慮する一方で、現役被用者は負担ゼロもしくは定額負担だったものが 1 割負担、2 割負担となり、今、3 割負担になっている。かつては高齢者の割合も数も少なかったのに、それでもうまくいったが、今後はそれではうまくいかないのではないかと。

自己負担割合そのものは改革工程表上、2018 年度までに結論をいただくことになっている。まずは年末までに、高額療養費の見直し案について結論を得ていただく必要がある。13 ページの中ほどの図「高額療養費（自己負担の月額上限）、医療費 100 万円と仮定した場合」をご覧くださいと、収入が同じでも高齢者の自己負担の月額上限は現役より低く設定されている。加えて、現役と違って高齢者には外来特例もあり、後期高齢者で申し上げると、月額上限が 1.2 万円のところに 54%の方が、0.8 万円のところに 39%の方が該当しておられる。つまり多くの高齢者は、何回病院に行っても 8,000 円なり 1 万 2,000 円を超えて支払う必要はない。もちろん高齢になれば病気になりがちで、診療所や病院に行く頻度が高いということではあるが、逆に言えば、そこまで払えば何度でも診療所や病院に行けるということでもある。定額負担から定率負担に変更した直後はこうした特例も必要だったかもしれないが、定率負担が定着したことを踏まえれば、基本的には年齢に関係なく一律的な制度にする方向での議論が求められているのではないかと。年齢に関係なく医療や薬剤に関する価格意識を国民全体で高め、不要不急の医療需要を適切にコントロールし、医療資源をより重篤で緊急を要する患者に重点化していくことが望ましいと考える。特に高額療養費制度に関しては、改革工程表では「在り方」について検討するのではなく、「見直し」について検討するという言い方で記載されており、ほかの制度改革項目よりも時間的優先度が高い点、関係者の間での問題意識が共有できていることを確認させていただく。

14 ページ。介護の高額介護サービス費に関しては、昨年、部分的に手直しをしていただいたが、3 万 7,200 円のところがまだ残っている。加えて、利用者負担割合は、制度発足以来、原則 1 割を維持している。制度創設の 2000 年当時はまだ高齢者医療が定額負担で定率負担ではなく、介護保険制度に先進性があったが、その後、医療保険は見直しが進められてきた。そういう経緯を踏まえると介護保険についても 2 割負担の範囲を広げるなどの検討が必要ではないかと。

15 ページは受診時定額負担についてである。日本では年間 20 億回の外来受診があって、1 人当たりでフランスの 2 倍、スウェーデンの 4 倍とよく言

われている。右上の円グラフ「入院外医療費の診療報酬点数階級別にみた件数の分布」をご覧くださいと、外来1件当たり5,000円未満が39%、1万円未満で3分の2を占めている。ごく軽い症状でも診察を受ける人が多ければ病院は混雑し、医師も当然多忙になる。結果的により医療を必要とする人のところに十分な医療が行き渡らないということが起きるのではないか。現在の公的医療保険には免責の考え方がなく、保険がフルカバーしている。しかし、それはセルフメディケーションの普及が必要という考え方からはかなり逆行したのではないか。医療資源が限られている中、少額の受診時負担を求めることで健康維持を促し、合理的な受診行動を全体でとっていくということを国民全体で考えるタイミングではないかと期待している。

セルフメディケーションという意味では、16ページの市販品類似薬の論点も同様である。ドラッグストアで買うことができるとしても、診療所や病院に行くことで同じ薬を入手できるのであれば、当然価格メカニズムが働く。これは需要側も供給側も制度に基づいて合理的な行動をとっているにすぎず、モラルの問題ではなく制度設計の問題である。現状は産業としてのOTC薬市場の拡大を妨げていると思われるし、セルフメディケーションの考え方の普及も妨げているのではないかと考える。

17ページ、18ページは介護について。訪問介護や通所介護の実態、諸外国の介護保険との比較、あるいは要介護度の高い特養入所待機者の多さなどを見ると、軽度者向けサービスの見直しの余地は大きいと思われる。軽度者向けサービスの給付範囲や自己負担の見直しは、参入している民間企業の競争促進にも資するのではないか。

19ページは、年末までに結論と明示されているわけではないが、税制について。公的年金等控除は65歳以上の方に老年者特別加算で、70万円に50万円を加算している。年金は65歳支給が基準であるから、基本的に高齢者全般に特例加算を続けているということである。その結果、年金受給の夫婦世帯の課税最低限は、205万3,000円であり、モデル年金は188万円ぐらいであるから大多数の高齢者世帯は年金に対して課税されていない。今日の問題意識とさせていただいている現役層との対比という観点をご覧くださいと給与所得控除の最低保障は65万円であり、120万円とは55万円の差がある。非正規で一生懸命働いている御夫婦の課税最低限が156万6,000円であり50万円近くの差がある。収入金額に対する課税の中立性を確保すべきではないか。

20ページは改革工程表には記載がないが、後期高齢者医療制度の保険料についてである。後期高齢者医療制度は、増える高齢者医療の費用の増分を現役と高齢者でどう負担し合うかが透明化されたよい仕組みであると思う

が、実際には相当の公費を投入することで、加入者の皆様に保険料を負担していただけていない状況が 2008 年度以降ずっと続いている。事務局作成の資料 3-1 の 24 ページには、75 歳以上の方は月額 5,700 円負担していると書いてあるが、実際は 380 円や 570 円という方が大勢いらっしゃる。もちろん激変緩和措置は必要だと思うが、まずは本則どおりの負担を実現しなければ、一体どういう配慮が本当は必要なのか見えてこない。いろいろな制度改革が必要になっているが、そもそも決まっている制度どおりになっていないところからまず着手していただく必要があると思う。

本日の報告に関して、最後に 2 点。一つは、高齢層と現役層の世代対立を煽る意図は全くない。むしろ、誰しものが高齢者になるので、あらゆる年齢層がウイン・ウインの関係になるよう知恵を絞り、検討を進める必要がある。

もう一つは、可処分所得を減らすことになる保険料負担の増加を抑えるために利用者負担を見直そうというとき、それも負担増だと言うと、社会保険料も負担増で利用者負担も負担増であるという話になって、だんだん何をやっているかわからなくなる恐れがある。保険料という国民全体の強制的な負担の見直しと、サービスを購入し便益を受ける方が負担する対価の見直しが意味することをきちんと区別した議論を形成する必要があると思う。

(委員)

健康保険組合間の負担、料率について意見を述べたい。

資料 3-1 の 19 ページ、協会けんぽと健康保険組合の保険料率は、かなり上昇しており、社会保障負担が伸びているが、一方で 20 ページ、国民健康保険料の調定額は、実際には全国でかなり格差があるところをならしている。このような比較的平坦なグラフになっていると思われる。上昇比率の状況はつぶさにつかみ切れていないが、金額で見れば横ばいになっている。この状況で、例えば、総報酬割の全面導入が導入されると、負担の付け替えということがますます健康保険間、組合間で大きくなっていくのではないかと懸念している。全体の応能に応じて負担するという総報酬割の原則は間違っていないが、細かな制度上の不公平感をそのままにした上で財源が足りないから総報酬割を導入するとなると、制度設計として拙速ではないか。国民健康保険は調定額の算定にあたり市町村に応じてこの応能指数や応益指数に差があり、実際に医療費がかかっている地域ほど保険料が多いかという、必ずしもそうっていない、負担と給付の対応しない実態がある。この国民健康保険の実態をもう少し「見える化」し、踏み込んだ内容での御検討をもう少しお願いしたい。

(委員)

諸外国の医療制度改革や社会保障制度改革を見ると、大体どこも雇用制度改革との兼ね合いが強い。雇用対策を、特に若者の雇用対策、それから、健全な高齢者の小さな仕事、プチトラバークという感じになるが、雇用政策、労働政策との関係を検討していただきたい。

(厚生労働省)

有識者委員の御説明につきまして、総論的には私どももそのとおりであると考えており、そのような考え方に立ってどこまで改革努力ができるのか、あるいは国民の皆様の御納得をいただけるのかいろいろ考えていきたい。

高齢化が進み、その分現役世代の特に社会保険料が大きくなり、そういった意味で、可処分所得の割合として伸びが小さくなってきているのはそのとおりである。一方で、例えば、介護では一億総活躍プランであったように、介護離職ゼロという問題の中で、介護従事者の処遇改善が課題になっている。何が課題になっているのかというと、結局、介護従事者の給与が産業全体の動きについていけないので、例えば、同業、他産業と比較をして大体1万円ぐらい低く、この1万円を上げなければという議論になってくる。社会の成長にある程度追いついていって、適正なサービスを提供しようとする、結局公的にファイナンスしているので、国民の負担になってはね返ってしまう。こういったところとの調和点をどう見出していけばよいか。

資料3-1の21ページ、22ページの後期高齢者の保険料や介護保険料の推移を見ていただくとわかるように保険料は着実に上がっており、そういう意味で高齢者に保険料負担を求めてきているところであるが、同時に25ページの世帯主の年齢階級別社会保険料の推移では、高齢者世帯の社会保険料負担はほぼ横ばいである。年金天引きされる介護保険料や後期高齢者保険料がどんどん大きくなって負担が非常に大きくなっているという声をよく聞く。この辺りの実感と先ほどの御説明のデータが合わないのはどうしてか腑に落ちない。

高齢者が資産持ちであるのはそのとおりであり、否定はしないが、恐らくその大きな源泉は退職一時金と思われる。ただ、退職一時金は税の賦課対象や社会保険料の算定対象からは外れてくるが、よく知られているように、退職一時金はいわゆる企業年金と代替性がある話で、実は年金受給をするとフローの所得になるので、これは負担能力にも組み込まれるし、社会保険料を算定するときの収入にも組み込まれるという問題がある。

一方で、高齢者就業を増やしていくことも一億総活躍の観点から非常に大きくなっている。特に継続雇用制度の影響もあり、非常に高齢者就業が増え

てきている実態もある。そうなると、高齢者の生活の原資は3種類あって、退職一時金を原資とする資産、それから、いわゆる公的・私的を合わせた年金収入、もう一つは高齢者就業から得られる賃金収入である。現役層の場合には基本的に賃金収入をベースにして社会保険料を賦課しているが、高齢者の場合はリソースが多様化しており、加えて、今のところ資産はいろいろな意味の負担を考えるときの外側にあるところが非常に悩ましい。これから特に高齢者就業が増えてくると、例えば年金をもらい始めるタイミングや資産を取り崩すタイミングの問題もあり、うまく捉え切れていないところの矛盾が拡大していくのではないかという問題意識も持っている。例えば、高齢者に同じ程度の年金収入があっても資産のある方とない方でどれぐらいの負担に耐えられるかは変わってくる。実際にそのあたりをも考えていかなければならないと感じた。

(財務省)

財政当局として思うことはいろいろある。厚生労働省とも日頃からお話をさせていただいているが、これからも年末に向けて、改革をまとめていくに当たって協力してしっかりやりたい。

(委員)

PB 黒字化の実現に向けては、この改革工程表に沿って確実に改革を実行していくことが不可欠であると考えている。骨太 2015 においても社会保障関係費の伸びの目安を3年間で1.5兆円程度とすることとされており、社会保障関係費の適正化は極めて重要な課題である。

本日御議論いただいた「見える化」分析については、医療費の増加要因、あるいは医療扶助費の地域差など取組につながる興味深いデータを示していただき感謝申し上げたい。引き続き、実効性のある医療費の適正化方策について次回に議論していきたい。

また、年末までに結論を出すとされている改革事項については、負担能力に応じた公平な負担をお願いすることも含めて、将来にわたって持続可能な社会保障制度を構築するためにも、非常に重要な検討課題である。その際には、まずは重点化を含む給付の効率化・適正化の徹底と、現状、過度に優遇されている高齢者の負担水準を現役世代に近づけていく。そういった観点が重要と考える。

厚生労働省においては関係審議会で議論を行って、改革を確実に実現していただきたい。また、社会保障ワーキング・グループでも、各審議会での検討状況を報告していただきながら、引き続き議論を進めてまいりたい。



(副大臣)

3点コメント申し上げる。

1つ目は、先ほど厚生労働省から意見があったが、医療、介護のニーズ等の増加と財政制約を比較衡量して、判断をするのが私たちの仕事である。データがこれだけ出そろってきたので積極的かつ果敢に取り組みたい。

2点目、有識者委員から世代間の話があったが、一つの視点として、自分たちが高齢者になったときのあるべき姿をイメージして、それを実現するために現在実行すべきことを考えていくことが重要ではないか。

3点目、高齢者の負担能力に関連する年金と退職一時金について精緻に考えていくと現在価値の話やあるいは将来価値に置き直すといった話になってくる。しっかり考え方の枠組みを作った方がよいのではないか。