

第24回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2017年11月28日（火） 13:00～15:00
 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助教
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
同 印南一路 慶応義塾大学総合政策学部教授（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）

越智隆雄 内閣府副大臣
-

（概要）

（1）改革工程表、骨太方針2017のフォローアップ

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）

新薬創出等加算は、参考資料1の71ページにあるように、企業指標でポイントをつけて、そのポイントに応じて3段階の加算率を設定するという理解でよろしいか。企業指標は定性的である印象を持った。例えば、ドラッグ・ラグに関して言えば、ほぼ解消されているのが大部分で、これを要件にすることで落とされる企業は多くないのではないか。ポイントのつけ方などについて細かい案があれば教えていただきたい。

75ページに後発品の価格帯を2価格帯に集約すると書いてある。具体的にどのような基準により運用するのか。

（厚生労働省）

まず、71ページの新薬創出等加算の見直しの全体像をご覧いただきたい。今までは新薬であれば事実上すべて対象になっていたが、今回の改革では、品目要件でそれぞれの薬ごとに対象になるものとならないものに分ける。対象になった場合に、その薬について新薬創出等加算がつく。

仮に品目要件にクリアしたとしても、その企業が要件に合致していない場

合は、どんな品目を開発しても対象にならない。具体的には、国からの開発要請に応じていただくことが要件となる。その上で、指標ごとに付けられたポイントの合計を基に、新薬創出等加算の額を3段階に分ける。3段階に分ける指標は、革新的新薬創出、ドラッグ・ラグ対策、世界に先駆けた新薬開発である。例えば、Aの革新的新薬創出は、国内において何品臨床試験に入っているか。Bのドラッグ・ラグ対策は、国が示した開発公募品に何品取り組んでいるか、Cの世界に先駆けた新薬開発は、日本で先駆けて薬の承認を得たか、得なかったか。このような定量的なデータに基づいて各企業にそれぞれポイントをつけて、上位の企業は、71ページの赤いところ、中位の企業は紫、下位の企業は青というように相対評価で設定する予定である。

(委員)

区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのどれに当たるかは企業の要件次第のみであり、品目要件は加算の有無の区別でしかないと理解した。

(厚生労働省)

75ページ。G1の後発品への置換えが進んでいる品目は、後発品の価格と長期収載品の価格を6年で同じにしている。そうなったときに、先発メーカー、すなわち長期収載品のメーカーから、撤退を認めてほしいという声がある。現状では、ブランドメーカーとして色々なデータを保管、提供し続けなければならないので、撤退ができない状況である。撤退するためには、後発品が仮に八十何%まで置きかえが進んでいても、残りの十何%分は別の企業が必ず生産していただかなければいけないと考えている。75ページのただし書きにあるが、後発品置換率が80%以上であって、先発品企業が撤退する品目については、安定供給に貢献する後発品企業、いわゆる増産に対応する企業は、さまざまな増産の責任を負うことになるので、1価格に全部集約するのではなく、2価格帯を認めていく予定である。

(委員)

薬価制度について質問とコメントがある。1点目は、新薬創出等加算について、品目要件と企業要件で対象品目を限定したとあるが、限定後は該当品目がどれぐらいになるか教えていただきたい。

(厚生労働省)

新規作用機序医薬品は、基準に照らして革新性・有用性が認められるものに限っている。3項目の基準を示しており、現在、製薬企業が自社の医薬品

を精査しており、そのデータを国に提出いただき、当方で審査した上で、品目が決まることになっており、現段階で何品目になるかははっきりと決まっていない。

(委員)

新規作用機序医薬品以外の品目数はわかるのではないか。

(厚生労働省)

現段階では、品目数はわからない。

(委員)

どこかで教えていただきたい。

2点目は、75 ページの長期収載品の薬価等の見直しについて、新薬が出ると、後発品の薬価の1.5倍になるまで30年かかる。新薬創出等加算とセットになって議論されたときには、長期収載品に依存するシステムから、なるべく革新性の高いものを生み出すインセンティブに変えるという建前があったと思われるが、この30年は長過ぎるのではないか。増産する体制などいろいろなことがあるので、段階的に下げていくことは理解するが、Z2の待機期間5年は合理性がない。中医協においても、委員からもっと短くしてはどうかという御意見が出ている。Z2の5年も合理的かどうかはわからない。長期収載品から画期的な新薬にイノベーションをきちんと転換するのであれば、もう少し見直す余地があるのではないか。

(委員)

意見、コメントを申し上げたい。

参考資料1の4頁にある医療経済実態調査は一般病院のデータであって、一般診療所はどうか。また、一般病院についても財政当局が言っているように、実態的な病院の構成比から考えて、計算上のウエートがおかしいのではないか。

4頁右下にあるような賃金のデータが出てくると、皆さんおっしゃることであるが、どこに基準をとるかによって、見え方が大分違う。直近で産業計が非常に伸びているのは、まさに景気回復によるもので、景気循環で増えてきたわけであり、このグラフにない前にまで遡れば、医療業は安定的な賃金の伸び率になっていた。景気が悪い時に、医療業以外の民間の賃金の伸びは非常に低かった時期もあったので、そういったところを総合的に考えて議論を進めていただきたい。

御説明があった療養病床の要件見直しはぜひ行っていただきたい。その際、25 対 1 は、今後は 20 対 1 に一部移り、一部は介護医療院になると思うが、全体として点数が下がるが配置基準が効率化されることで、病院や事業者の収益面ではプラスになる形にしていきたい。

8 ページの 7 対 1、10 対 1 の入院基本料を基本と加算に再編成することについて。これまでも 10 対 1 には段階的な加算があったわけだが、10 対 1 で重症患者が多いことをもって、従来よりも高い点数にどれぐらいなるのか、ならないのかといったあたりが懸念される。7 対 1 については重症度の基準値である 25% を仮に引き上げたとしても、判定基準の緩和などが同時に行われると実態は変わらなくなるという懸念も申し上げておく。右側の図の真ん中の緑色の点線で囲ってある箱の高さが一体どれぐらいになるのかといったあたりも気になる場所である。26 改定において示された 7 対 1 病床を減らすという方向性について、PDCA サイクルが必要だということを以前のワーキングで申し上げたが、現在の 7 対 1 と 10 対 1 が、今後、どのようになるのかが見える形で、改革を進めていただきたい。

介護医療院については、第 1 に医療の療養病床について地域医療構想の推進の中で在宅医療等での対応をかなりの大きさで進めようとしているので、介護療養病床に関しても足並みをそろえる必要がある。つまり、介護療養病床のすべてが介護医療院に移行するのではなく、医療必要度が低い方であれば、地域包括ケアシステムの充実によって在宅医療等への移行を進め、施設を適切にダウンサイジングさせていくことが必要である。

第 2 に、介護療養病床の廃止が看板のかけかえになってはならないと以前に議論させていただいたが、特に介護医療院のⅡ型、これはいわゆる転換老健相当を想定していると聞いているが、転換老健は、報酬水準が通常の介護老人保健施設よりも高くなっている経緯があるので、療養機能強化型を今回つくるとしたことの関係上もその報酬水準の適正化が重要と考える。

介護報酬改定全般については、人材確保の処遇改定について、29 年度に臨時改定を実施し、31 年 10 月の消費税率引き上げ分でも処遇改善が予定されていると理解している。そういったことも前提にした上で、介護保険制度の持続可能性、保険料の上昇抑制を考えなければならない。財政当局はマイナス改定が必要だと主張していると承知しているが、事業者の収支差率が高いサービスの適正化、効率化が必須であるし、質の高いサービス提供をしている事業者とそうではない事業者を一まとめにして、経営状況を判断することは避ける必要があるのではないかと。

最後に、訪問介護の頻回利用の是正に関しては保険者機能を発揮していただくことが必要だと考えるが、かなりのレアケースや異常値などわずか数%

のケースをチェックするだけでは足りないのではないか。前回ワーキングでも申し上げたが、社会保険である以上は標準化が重要であって、算定可能な回数上限等、標準的なサービスの利用方法を決めるといったことについて、今後の検討の方向性などを改革工程表に記載できないか、御検討をお願いしたい。

(厚生労働省)

8 ページの図の必要度の取扱いがどうなっていくかについては、まさに、今、審議をしているところである。

この 10 対 1・7 対 1 を基本的な配置部分とプラスアルファの部分に分けて評価をしていく全体の流れについてはおおむね了解が得られているが、必要度、あるいは医療の必要性をどのように評価するかについては意見が分かれるところである。

現在、事務局で想定しているのは、真ん中の部分を新しく設定して相互に行きやすくすることで、7 対 1 から 10 対 1 を含め、医療の必要性に応じた基本料への移行をスムーズにしていくことが必要ではないか。その際に、必要度のパーセントの設定については、例えば、先ほど委員が御懸念を表明されましたように、安易に 10 対 1 がさらに上のほうに上がっていくことは避けてしかるべきであるという御指摘もいただいているので、現状の必要度の設定の仕方とあわせて、慎重に検討したい。

同様に、真ん中の部分をどのように設定するかは重要な鍵を握るものと事務局としても理解しており、改定率がどうなるかということとあわせて考えなければならないが、必要性の評価である、必要度のパーセントの設定については、それぞれメリ張りを付けてしっかり対応させていただきたい。

(厚生労働省)

介護医療院については、まさに今、定性的な議論をしており、具体的な水準は今後、議論していくが、平成 18 年の法律改正の際に、介護療養病床の廃止といったところから様々な反発があり、なかなか進まなかったという歴史もあり、スムーズな移行も大事な観点だと考えているので、様々な面から具体的な報酬水準について考えていきたい。

訪問介護の頻回利用について、介護給付費分科会でも外れ値については、保険者にケアプランを提出した上で、保険者は地域ケア会議等を開いて、それについてきちんと点検していくことを提案させていただいているところである。PDCA を回しながら保険者がチェックしていくシステムを実施しているところである。

(委員)

参考資料 1 の 8 ページの上の欄の囲みの中の 1 つ目の○に、これから、人口構造が大きく変わっていく中で、より高い医療資源の投入が必要となる医療ニーズが横ばいから減少、一方で中程度の投入が必要となる医療ニーズが増加から横ばいとあるが、これはどのように理解するのか、構造を教えてください。

(厚生労働省)

13 ページをご覧ください。病棟種別ごとにどのような患者を診ているか分析したものである。7 対 1 の病棟は特徴的な運用をしている。特徴的な運用の 1 点目は、もちろん施設によっても異なるが、多くの施設は悪性腫瘍を中心とした、比較的診療密度の高い医療を提供している。10 対 1 も悪性腫瘍を診ているが、どちらかということ肺炎や骨折・外傷等の救急系を中心に運用している。

次に 11 ページの年齢構成をご覧ください。基本的には高齢者が多いが、7 対 1 と 10 対 1 を比較すると、7 対 1 の場合は、どちらかということ患者の分布として若年層が多い。この疾病構造と年齢分布の将来推計が 12 ページ、14 ページである。12 ページの年齢構成を見ていただくと高齢者は基本的に 2040 年に向けて増えてきているが、並行して、若年層は一定程度、減少傾向にある。同様に 14 ページの疾病構造を見ていただくと、高齢化に伴って悪性新生物は基本的に増えると理解されがちであるが、実態として、肺炎、骨折といった 10 対 1 を基本とするような疾病構造は増えていくが、悪性新生物は比較的フラットになっている。これをトータルで考えると、7 対 1 の病床で集中的に医療資源を投入する特徴的な運用は一定程度需要が早くシュリンクする。10 対 1 は、基本的にピークは後ろにシフトしている。

これをイメージしているのが 15 ページであり、現時点から 2040 年以降を見据えると、そういった移行をスムーズにしていくことが報酬上も必要ではないか。このような問題意識を 1 つ目の○に書いている。

(2) 経済・財政一体改革推進委員会への報告について

意見交換の様子は以下のとおり。

(委員)

地域医療構想について。構想区域別の地域医療構想調整会議が開催されている。一方で、市民病院のあり方検討会が病院単位で開催されている。同じ地域医療について議論しているにもかかわらず、片一方は市民病院の関係者

が集まり、そのためか、もう一方の調整会議は形式的な議論をしているところが多いように見受けられる。この2つは、一緒に議論すべき課題も多いと思うので、もう少し議事運営がスムーズにならないかと考えている。これは各構想区域、自治体の判断だと思うが、公的病院、公立病院等々の病院単位の検討と、地域単位の検討というものが、うまくかみ合っていないという印象を持っている。

医師の偏在対策について、保険医の定数制やあるいは診療科の需給に応じた報酬体系も考える余地があるのではないか。そのような議論も続けていただきたい。

長期収載品の薬価の見直しについて、どんな Z2 でもほぼ同じように時間をかけて下がる価格体系が果たして実際の医療ニーズなのか。もしかしたら長期収載品は、あっという間に価格が下がるかもしれない。このようにすれば段階的に価格が下がるからよいということではなく、幅広い検討があってもよいのではないか。

先行して収載される新薬の場合、価格は原価計算方式で決まるものが多く、新薬創出等加算時の維持価格に直結するので、原価計算方式を抜本的に見直していただきたい。たとえば、今までは不透明な製造原価をもとに薬価が決まっていた面もあるので、今後、製造原価から研究開発費、営業利益等々において、情報の透明度が高い状況をベースに議論していくことを報告に盛り込んでいただきたい。製造原価と書いてあるものの中には、価格を高くつけるために企業内取引で輸入価格を高くしているような場合もないわけではない。十分な精査をお願いしたい。

調剤報酬に関して、11月16日の行政事業レビューにおいて、調剤基本料2、3について、実際の政策のターゲットとなる薬局がほとんど存在せず、政策自体が形骸化しているという指摘があった。つまり、門前薬局からの脱皮という形で調剤基本料をつけているにもかかわらず、政策誘導になっていない。また、調剤の技術料で体制加算をされている部分と薬学管理料で管理料として取っている部分の重複も指摘された。例えば、後発医薬品の体制加算と後発医薬品の処方に関して両方加算がついている。それに関しても可能な範囲で是正していただきたい。

(委員)

これまで社会保障WGでなされた議論や視点を改革工程表にきちんと盛り込むことを、ぜひともお願いしたい。改革工程表はそれ自体が改革の内容を示すのではなく、方向性を提示して関係者のご議論を促進するための触媒のようなものである。今回の工程表の改定が改革を前進させるものになっている

必要性は極めて高い。

大病院受診時の定額負担はどういう結論になるかわからないが、例えば、400床以上に拡大して終わりではないということを明確にすべき。今は選定療養としてやっているが、工程表上では、保険財政の持続可能性の向上、あるいは保険制度における対応が必要といった方向性を明確にして来年以降の検討につなげるような形にしていきたい。

国保の普通調整交付金の見直しに係る工程の終期は、18年度の新制度への移行を円滑にやらなければならないと思うが、基本的に19年度中を目指す必要がある。工程表で矢印の先が20年度に少し入り込んでいるが、これは一部であると理解することについて確認させていただきたい。

費用対効果については、平成30年度中に本格実施をすることと、原価として算定された部分も含めて薬価の調整ができる実効的な方法が必要といった方向性について、工程表の書きぶりを御調整いただきたい。

生活習慣病治療薬の処方の方針については、経済性の観点を含めた一般化・標準化された処方ルールやガイドラインを速やかに策定するといったことを明確にさせていただくべきである。

後発品価格を超える先発品価格に対する保険給付については、長期収載品の薬価を後発医薬品の薬価を基準に段階的に引き下げていくということになるとすれば、後発医薬品の薬価の段階的引き下げを着実に実施することが一つ。もう一つは、患者負担や保険給付への影響、産業構造への影響といったことを見極めながら、改革の進捗を適切に把握するといったことを工程表に記述すべきである。

前回のWGにおいて、財務省から問題提起のあった外来提供体制、高額医療機器、通所介護などの供給量のコントロールについては、地域包括ケアシステムの中で幅広く検討していくべき事項として位置づける必要がある。

医療扶助費の償還払いに関する議論においては、それを実施した場合のメリットもデメリットもエビデンスがはっきりせず、議論が平行線となっている感じがする。抽象論ではなくてEBPMを推進する観点から、例えば、モデル事業の導入といったことについて、平成30年度から取り組むべきではないか。もちろんそれ以外の何かよい方法も含めて、医療扶助の適正化について何ができるか検討して実施することを工程表に盛り込んでいただきたい。

最後に介護の調整交付金について。新たな交付金で努力する保険者を支援するという事になったが、それだけでは不十分であり、保険者全体にインセンティブが働くように現行の調整交付金を活用すべきである。これは閣議決定事項であると理解している。先ほど頻回利用の問題をどうするかは、保険者の役割が重要だという議論もさせていただいたわけであるので、現行の

調整交付金の活用は来年からでも始めていただきたいと思う。ただ、まだまだ検討と議論が必要ということであれば、いつまでに検討をし、いつまでに導入を目指すか工程表に盛り込んでいただきたい。あくまでも改革工程であるので、結論がどうなるかは検討の結果である。自治体関係者の御意見を踏まえる、自治体関係者と議論するということも含めて、どのような指標でインセンティブを考えるのかということなどを、例えば、第7期介護保険事業計画の中に議論して第8期から導入するなど、改革工程自体はセットしなければならないと考える。

介護は3年サイクルのリズムでいろいろな改革が行われてきているわけであるが、15年末の当初の改革工程表策定時には高額介護サービス費や介護の利用者負担について、3年サイクルにこだわらずに、2016年末に結論を出していただいた実績もあるので、早めにどういったことができるかを議論していただきたい。調整交付金の活用は閣議決定された事項であるので、諮問会議で決定する改革工程表で白紙になるなど、逆転現象のようなことが起こらないように、御調整をお願い申し上げたい。

(委員)

重要な施策としてインセンティブ改革が進められている中で、保険者のインセンティブについて、被用者保険のひとつである健保組合、地域保険の国保には加算・減算制度、努力支援制度があるが、最大の保険者の一つである被用者協会けんぽにはわかりやすいインセンティブがないと感じる。例えば、データヘルス計画も47都道府県支部での標準化は今後の課題である。協会けんぽに対する国庫補助が半永久的になった一方で、健保組合、企業が負担増をする中で、協会けんぽがデータヘルスの標準化等を通じて保険者の役割を果たすようインセンティブ改革を進めていかなければならない。

介護の調整交付金についてはどのような介護保険の具体像を目指すかについて、厚労省も含めて自治体の方々と評価指標を具体的に検討していただきたい。

(委員)

地域医療構想調整会議では、まずは、地域ごと整備目標を立てて、整備すべきものに対してどこの病院がどのように対応していくのか、そのような建て付けにしていけないと議論が成立しない。そういったことから、データブックを配っているが余り使われていない。データブックをきちんと使っていただいて、地域構想区域ごとにどのような課題があるか明確にして、それに対して各病院がどのように動くか議論をしていけると、先に進まないのでは

はないか。そういう意味では、公的医療機関等 2025 プランはよい仕組みである。全ての病院が機能変換等を考えるのであれば、そのようなプランをつくることを前提にして議論をしていかないと、議論が先に進まない。

糖尿病の治療がどのくらいきちん行っているか NDB など分析してみると、まだまだガイドラインに示されているような医療に遠い状況である。そういうものを地区ごとに出していかないといけない。例えば、ガイドラインには、眼科的な検査や腎機能の検査を年 1 回必ずやらなければいけないとあるが、それがそれぞれの地域できちん行われているか。望ましい医療に関する実施状況の可視化をやっていかないといけない。

これは薬の使い方も同じである。薬の使い方に関しては、抗生物質にしても降圧剤にしても、いろいろとガイドラインがある。ガイドラインに従った処方とどのくらい離れているかを可視化していく必要がある。これはまさに保険者の機能である。

セルフメディケーションの推進について、OTC などで対応する前に、長期処方やリフィルなどをきちんとできるような仕組みをつくっていかないといけない。諸外国では、箱ごとで 1 カ月処方や 3 カ月処方がなされていて、その中に入っている添付文書を読めばいろいろなことがわかるが、日本はヒートシートごとに分けて処方していることから、処方指導は、いわゆる服薬指導にはなり切れないのではないか。そういうところも含めて、処方の仕方そのものを考えていかなければならない。

AI を活用したケアプランの作成支援や ICT 普及を前提として介護における情報の標準化をしないと先に進めない。例えば、医療の場合は、医学教育の中で診断の用語や色々な記述について標準化されている。介護の場合は、介護の現場で記述の標準化ができていない。ばらばらな情報で AI を活用して何かやろうとしても、なかなか難しいと思うので、介護における用語のシソーラスのようなものを整理していくことが必要である

全般的に見える化を進めていかないといけない。まず、郵便番号を全てのレセプトに入れていただきたい。介護も一緒であるが、どこに住んでいる人がどこの医療機関に行っているかという情報がなかなかとれないので、圏域を考える上で、大きな支障になっている。

生活習慣病治療薬の処方にも関係するが、例えば、ドイツにしてもフランスにしても、個々の医師がどのような医療行為をどのくらいやっているか、どのような薬をどのくらい処方しているか、ジェネリックの処方率のようなものが個人ごとに集約されて、開示される仕組みができています。日本は一人で開業している医者が多いので、自分がやっている医療行為が全体の中でどのくらいの位置づけになるかわからない。日本はほとんどのレセプトが電子

化されているので、四半期ごとでも半年ごとでよいので、それを返してあげるだけで医療行為の標準化は進んでいくと思われる。そのような仕組みを考えていただきたい。

(事務局)

糖尿病の標準治療の見える化は、今の NDB で分析できるか。

(委員)

分析できる。ある地域において糖尿病のガイドラインに従った治療を行っているか分析してみたが、糖尿病の薬を処方されている患者で1年間に眼科検診を受けている人は10%に満たない。1年間に腎機能の検査を受けている人も10%に満たない現状である。これは5年ぐらい前のデータであるが、こういったことを返していったらあげないといけないのではないか。

降圧剤の使い方に関しても、日本は新薬が先に使われる傾向がある。また、予防投薬で新しい抗生物質が使われて安い傾向もある。手術時の予防投薬は、基本的には第1世代、第2世代のセフェム系や古い薬を使うことが外科学会のガイドラインにも出ているが、実際には守られていない。このようなところは、NDBで可視化できるものであるので、こういったことを行って、臨床の先生たちの意識を高めていくことが大事である。

(委員)

ゾロ新を生み出すもとになっている類似薬効比較方式2について検討されていない。イノベーションを推進するという意味では、プラスの方に高い評価をして、そうではないものはネガティブな評価をしないと業界も変わらない。いずれはゾロ新が長期収載品になって、後発品の価格と揃うまで30年かかる。長期収載品に依存しない体質に変えるという趣旨からするとこの仕組みはおかしい。類似薬効比較方式1と2の関係や2で設定される価格についても検討することを盛り込んでいただきたい。

(委員)

本日、御議論いただいた社会保障ワーキング・グループの検討状況は、これまでの議論を取りまとめたものであり、このワーキング・グループの現時点での到達点を示すものであって、今後の議論のもとになる重要なものと考えている。

これまでの議論を踏まえて、地域医療構想調整会議の具体的な進め方の明確化、国保の普通調整交付金の見直し基準の明確化、後発医薬品の使用状況

を保険者ごとに公表すること、多剤投与対策の取組など多くの成果が得られたと感じている。

一方で、今日の議論にもあったが、診療報酬・介護報酬について、厚生労働省から病院の経営状況など、主に医療提供者側の観点からの御報告をいただいた。御指摘もあったが、国民経済や財政を考える上では、保険料や税を負担する国民の観点も考慮すべきと考える。国民負担をしっかりと抑制していくために、政府においては引き続き議論を行って、厳しい歳出削減に取り組んでいただきたい。

来年度予算においても、社会保障関係費の伸びは 5,000 億円以下におさめるべきと考える。経済・財政再生計画に定められている目安を最低限遵守するために一層の効率化を推進していただきたい。また、関係省においては、来年にかけて、いま一度、制度改革項目の実現に向けて引き続きの御努力をお願いしたい。

(3) その他

全世代型社会保障について意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

(委員)

日本の社会保障は、高齢者向けの給付が社会保障を意味すると言ってよいぐらい、現役向けや将来世代向けがウエートとして小さい。そういう意味で、全世代型に変えていくのは正しい方向性である。高齢者層も働き盛りの層も置かれた状況はさまざまであり、年齢で一律に区分することの合理性はだんだん小さくなってきた。年齢で一律に区分する制度は持続性をますます欠くことになる。

保険料については保険数理的な公正さが必要であり、負担能力ということを保険料であまり言うべきではない。負担能力は税あるいは自己負担において考えていくべきである。給付サイドでは、病気の重い軽いや薬剤の効能などによって給付割合を変えていくことも将来的には考えていくべきではないか。

配慮すべき方がどこにいるのかというときに、これまでは基本的に所得しか見ていない。高齢者は勤労時期を終わっているという意味でフローの所得が小さく、所得を基準にすれば一律に弱者に見えてしまう。しかし、高齢者の消費は非常に堅調であったりする。つまり、高消費をしている方は負担能力があるということなので、消費税は有効な税である。高齢者もいろいろ、若者もいろいろということ踏まえて、全般的な制度の再設計をしていく必要がある。

もう一点、全世代型の社会保障を、生産年齢人口が減っていく、労働力人口が減っていく中で進めていく上では、特に社会保障の文脈においては、介護離職を減らしていく必要がある。要介護3以上でないと特養に入れれないという改正は、それに逆行しているという批判があるが、そうではなくて、限られた資源を要介護度の重い方に重点配分していくということだと思う。軽い方は社会保険である介護保険を使って、介護生活を効率的にマネジメントするようにしていく。国民全体の意識をそのように変えていかないと、あれもこれも給付が必要ということになって、制度の持続性に欠けることになる。介護離職ゼロをそういう視点で進めていただきたい。

(委員)

若い世代に今まで以上に注目することは大事な施策である。ただ、その一方で、高齢化すると医療費、健康状態も若い人よりも格差が広がる構造であることはわかっている。したがって、格差が小さい若年から健康などについて働きかけ、高齢者になると支援が必要な人も出てくるので、必要な支援を行っていく。そのバランスである。

若い層に投資をすることで、結果的に支援を必要としない人を増やしていくことが大事である。データヘルスに取り組む会社では、今の50歳から54歳と、5年前に50歳から54歳だった人を比べたときに、データヘルス適用後の今の人の方が、医療費がかかっていなかった。健康状態がよくなっている。そういう世界をつくって広げていくための投資だということを忘れてはいけない。

(委員)

日本人にとって働くことは大事なことで、働くところが元気の素であると思うので、前期の高齢者が働きやすいような年金のあり方を考えていただきたい。また、若年世代には、就業支援と職業教育をどのように組み合わせていくかが大事である。

日本ではEAP、Employee Assistance Programはメンタルヘルスのことだけで捉えられているが、アメリカのEAPは生活の支援、教育相談、老後の資産形成の相談など総合的な相談を働く世代に行うことによって、生活全体を支援する仕組みをつくっているが、日本にそれが無い。働くことと健康で生きていくことを支援する仕組みは社会的に整備する必要がある。

これはある学者が言っていたことであるが、例えば、消費税は社会保障の目的税化しているわけであり、それを上げることは、これからの高齢社会にとっては大切だとわかってきていると思うが、実際に消費税が上がるとな

ると猛反対が出る。これは社会保障について国民が理解していないからと考えられる。私自身を振り返って考えてみると、小学校、中学校、高校でも、社会保障の教育を受けた記憶がない。税制や社会保障について知識がないまま医療や介護や年金を使っている。ここを変えていかないと、全世代型の社会保障に対する理解が得られにくいのではないか。国民が社会保障について勉強し、知識を持つよう考えなければならない。

医療機関などでもくるみんマークなどを取得しているところがあるが、子育て支援をしている企業や組織に対しては税制的に優遇するなどといったことも考えていただいたらよいのではないだろうか。