

第31回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2019年4月26日（金） 13:30～15:30
2. 場 所：中央合同庁舎第4号館11階共用第1特別会議室
3. 出席委員等
主査 竹森俊平 慶應義塾大学経済学部教授
同 柳川範之 東京大学大学院経済学研究科教授
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
委員 伊藤由希子 津田塾大学総合政策学部教授
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 印南一路 慶應義塾大学総合政策学部教授
同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科教授

（概要）

議題（1）について財務省から資料1を説明後、意見交換。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

29ページであるが、医療費の伸びを示したグラフについて、2016年はちょっと下がったのが意外であったが、この中で、いわゆる高齢化に伴うものと、医療の高度化に伴うものということであるが、個人1人当たりの医療費の伸びは、今までそれほど見たことがなく、特に年齢ごとにどう医療費が動いているのかは見たことがないが、恐らくこの上半分が個人単位の医療費の伸びを示しているとすれば、もちろん医療の高度化もあるけれども、一方で、いろいろな技術料、医療の安全の質とか感染対策あるいは連携等、いろいろな形で加算がされていて、それ自体は恐らく否定されるべきものではない。まさに医療の質の向上のために積み上がってきた部分もあると思うので、その部分まで適正化のターゲットになってしまうと、病院も相当厳しいことになる。

本当に改善すべき医療費の増の部分と、医療の質の担保として積み上げてきた部分を分けて議論してもらおうと、医療機関としては、少し議論に乗りやすいと思う。

○委員

大きな点について、まず、2点申し上げたい。

一点目は国保保険料について。12ページに記載がある給付と負担の割合に関する説明について、ここにあるとおり、給付は3.5%、年率で90年から伸びている。一方で公費負担は4.3%である。この文脈では健保の被用者保険の負担がその分、2.2%の伸びに抑えられて

いと書かれている。ただ、ここには直接的には書かれていないが、国保についても注目する必要がある。14ページに移ると、協会けんぽと健保組合の保険料率については情報があるが、国保の保険料に関しては情報が無い。別途保険局の資料から最近の取りまとめを拝見すると、国保保険料を引き下げているのが30%、据え置きが48%、合わせて78%がこの少子高齢化の時世にあつてなお、保険料を据え置くか引き下げている。残りの23%は確かに保険料を引き上げているが、そのうち6割は過去3年以上保険料を据え置いていたのてようやく引き上げたという事情である。つまり、保険料負担の中でも被用者保険の負担と国保の負担ではかなり差が出ているのが現状である。

国保保険料について、人口構成でウエートをかけた負担料は正確には把握していないが、概ね年額10万程度で、金額面でいわゆる被用者保険とは大きな差があるし、所得割率も3%のところがあれば15%のところもあるといった形で非常に差が大きい。後ほどの説明部分で、国保の普通調整交付金の一般会計からの繰り入れ等で給付と負担のインセンティブがゆがんでいるという御指摘があつたが、それらが保険料にもあらわれている。国民の中でも、能力に応じた負担だけではなくて、職業に応じた負担もあるような現状であるので、このギャップを埋めてもらいたいというのが大きな論点の1点目である。

もう一つが、27ページにある社会保障関係費の伸びと抑制の関係について、これはいわゆる財政一体改革の成績表のようなものと私は見ているが、悪く言えば予定調和的になってきている。つまり、5000億円の自然増はオーケーだけれども1500億円程度は抑制するという形で過去数年来やってきてそれでよしとする雰囲気がないとも言えない。しかし、打ち手となるようなものは継続的に打ってもらいたい。例えば7対1入院要件、病院の算定要件の厳格化といったものはどんどん進めていかなければならないし、毎年出ているメニューの効果検証をしながら、さらに進めるべきところは進めてもらいたいと思う。

ここには書いていないが、社会保障関係費に34兆円を使っている一方で、毎年特例国債だけで26兆円の出費をして、国債を発行している。予算の半分を占める社会保障関係費相当分で按分すると大体13兆円ぐらいをこのうち公債、特例国債で賄っているという状態である。1500億円抑制しても、13兆円赤字国債を発行している以上は焼け石に水のような状態で、まだまだ頑張らなければいけないと思う。

細かい論点として幾つか申し上げる。ページは飛ぶが39ページ。先ほどOTC薬をどうするかという話があつたが、例えば今、湿布薬、ビタミン薬、漢方薬、皮膚保湿剤だけでも大体1500億円公費が給付されているので、これを撤廃するだけでも1500億円の財政改革ができる。ここに書いてあるように、保険外併用療養費制度等をより柔軟に活用することで、いわゆる今まで利用されていた方への負担が急に上がらないような改革ができるのではないかと思う。

2点目は38ページ、いわゆる高額医薬品の対策について。画期的な新薬が導入されること自体は歓迎すべきことだと思うが、やはり薬が効く人、効かない人がいらっしやる中で保険適用をされると確率は度外視して投与が認められる。これは雑な医療だと思っている。

理論的には、コンパニオン診断薬という分野、つまり、その薬が効くのかどうかをある程度患者に前もってスクリーニングをするための診断薬の分野が重要と考える。しかし、現在、新薬の本体に比べ利益構造が非常に薄い分、製薬会社も開発したがるのではない。しかし、一旦高額医薬品を投与した以上は、効果が出るまでずっとということになると、医療財政にかなりの負担になる上、しわ寄せは他の医療行為に及ぶのではないか。投与すべき患者なのかどうか、つまり、年齢や既往歴等によって、選ぶべき対象をある程度限定して、効果があり得る患者から使っていくようなシステムにするためにも、コンパニオン診断薬の開発も促していくような取り組みが必要ではないかと考えている。

それから3点目になるが44ページ。この各国比較のグラフで私が注目しているのは、病床100床当たりの医師数について。これを見ると、欧米、フランス、ドイツの3分の1、イギリスの5分の1程度、OECD全体で見ると大体4分の1になっている。つまり、1つの病床があったとしても、患者にとっては治療の密度が非常に薄い。医師の立場からすると、担当すべき患者が4倍もいるということで、医師の働き方改革、特に職能に専念するという観点で問題である。かつ病床があるだけで、財政負担はかさむ。例えば公立病院には1日1床当たり1万円の公費が繰り入れされており、ベッドがあるだけで1日1万円の公費が入ってくる。患者で埋まれば一定の収入がある一方で、患者はそれに見合うケアが受けられているのかというところではないのではないかと考えている。病床の量的・質的な過剰について検証が必要ではないかと考えている。

次に49ページであるが、こちらはA構想区域、B構想区域というふうにぼかして書いているが、合意した内容の結果がちゃんと将来の医療需給に見合っているのかという結果も大事。なお具体的な地域名も含めて各都道府県でとりまとめており、少し調べればわかることを踏まえれば、全部固有名詞で出すべきではないかと思っている。地域の住民はこのような医療関係者の会議をほぼ知らないという点でも、情報公開を進めてもらいたいと考えている。

今度は71ページ。これは同じ課税所得だけれども、現役世代では3割負担、高齢者では1割負担となり、大きなギャップが生まれているということ。このグラフを見る限りは、例えば高齢2人世帯の収入要件を仮に400万にする。つまり、現役夫婦並みの400万でスクリーニングするだけでも、現状の高齢者世帯のうちさらに17%ぐらいが3割負担の対象となる計算である。能力に応じた負担として必要な自己負担であり、金額的な規模も大きい。これはぜひとも進めてもらいたい。つまり、高齢者のうちの2割弱の方が同じ収入の現役世代の夫婦に比べて非常に低負担であるような状況はぜひ改善して、真に、年齢ではなく能力に応じた負担を実現してもらいたいと思う。

また、子育てに関して、大枠で言うと無償化をして負担を軽減して需要を増やすという政策をやっている一方で、受け皿の供給も追いつかない中でさらに受け皿も拡大しなければいけない。無償化を決めてしまったとはいえ、実行面では実に大変な部分があるように思う。100ページに書いてある保育費用の公定価格の算定方式について、行政的な用語でど

の程度であれば包括であって、どの程度であれば積み上げであるのかということがよくわからない。また、予算執行調査の調査対象となる事業所がどの程度であったのかということも確認しておきたい。公費で賄う福祉事業なので、もちろん適正な価格を算定するという原則論自体に異論はないけれども、こういったものは、どういうサンプルに調査をかけて、どういったサンプルが挙がってくるかで数字のぶれがあることが通例だ。

参考資料の32ページに、ちょうど介護事業経営実態調査の精度向上ということで、やはり財務省の予算執行調査で出しているものがあるが、これによると、厚労省がやっているいわゆる介護事業経営実態調査というものは、回答率が半分程度、しかも経営実態が比較的悪い事業者が回答しているので、業界団体で回収する数値に比べると低く出るといったことが財務省の調査で指摘されている。回答率を高める工夫等もした上で、できれば抽出対象として問題なくサンプリングをして進めていくのがよいかと思う。

きちんと調べがついておらず申し訳ないが、もし現状で保育園や幼稚園等に関する施設の経営実態調査を広範に行っているような統計情報があれば教えてもらいたい。

最後に年金の話について、問題と思っているのは、週20時間以上に適用拡大することがうまくいけば、本来は450万人が適用対象になったはずであるが、現状ではまだ40万人しか適用拡大になっていないこと。つまり、雇用者の判断次第の適用拡大ではなかなか進んでいないことに対する改革は必要かと。その過程において、例えば週20時間は働かないよう抑制したり、収入は8.8万以下に抑えるようにといった雇用調整をする阻害要因がないようにすること、ないし中小企業における労使合意の難しさを勘案した制度設計を今後も求めたいと思っている。

○財務省

子ども子育て支援の質問について、いわゆるどれぐらいにすると包括化なのか、明確な基準があるわけではなく、秋口に紹介したときの資料もそうだったが、少なくとも現状においては、相当細かく積み上げているので、積み上げが実態を追いきれないのであればやはり包括化するべきではないか、という方向感を示していると理解してもらえればと思う。

もう一つ、実態調査のときのサンプル数と、その他包括的な調査、経営実態調査等があるのかという話は、今確認しているので、後ほど回答する。

○厚生労働省

何点か質問があったが、まず、国保の保険料の質問について。保険料自体は自治体で判断の上、決定していることだとは思いますが、少なくとも私の手元にあるデータで見ると、25年度1人当たりと比較して保険料の調定額を見ると、25年度が9万3175円に対して29年度が9万5239円ということで、2～3%増えているという状況である。ただ、一方で、法定外繰り入れの問題、こちらでも非常に問題になっていたと思うし、改革工程表にもいろいろ書かれていると思っている。私たちもこういった問題について、地方自治体ともよく話

をしながら、法定外繰り入れの解消に向けて対応していきたい。

また、OTC医薬品の問題について、厚労省の医療保険部会でも議論はしているが、賛否両論あった。否定的な意見としては、かえってより高額な薬剤が使用される可能性があるとか、逆に製薬企業が新規成分のOTC発売を躊躇してしまうのではないかというような話もあった。薬の問題は大きな問題だと思うので、引き続き丁寧に議論していきたいと思う。

あと、高額医薬品に関して診断薬の意見があった。確かに最近、診断薬の技術が非常に上がっており、効く、効かないがよくわかるものがある。高額な薬の効果を診断した上で利用することは大切だと思っているので、そういったものを評価する取組みはきちんとやっていきたい。

また、現役並み所得の話について、この点も改革工程表でいろいろ書かれているが、もちろん世代内の公平性といったものに配慮していかなければならないし、一方で家計への影響、さらにはこの見直しによって国費とか保険者に与える影響等もあるので、そういったことも踏まえながら丁寧に議論していきたい。

○厚生労働省

年金の話について、まず、数字の関係だけ先に説明すると、もともとの推計では約25万人ぐらいと思っていたのが、実際は約40万人が加入している。推計よりも多くの適用となった幾つか要因があるが、1つは雇用環境がよくなって、働く人が増えているという要因があるのではないかということと、就業調整はどうしても起きてしまうが、事前に懸念していたほどの調整が今のところは起きていなかったという事実が最近、データなどを見ても出ているので、その辺は少しプラスの要因だったと思う。

我々も、適用拡大は良い方向だと思っているので、今後もできるだけ進めたいと思っている。考慮すべき要素として、1つは意見にもあったとおり、中小零細企業、特にパートタイマーを使っている業界に偏在があるので、企業の負担の面も含めて丁寧に議論していかなければいけないということ。繰り返しになるが、就業調整の要因はどうしてもはらんでいるので、人手不足の中で、適用拡大の際に充分議論せずに就業調整が起きてしまって、更なる人手不足を招いてしまうと、マクロ経済的に見たときにはどうなのかということがある。その辺は今、年金制度論だけではなく多様な方の意見を聞いているので、適用拡大を進めていくという方向は意見のとおりで、我々もその気持ちであるが、マクロ経済への影響にも目配せをしながらしっかり検討していきたい。

○厚生労働省

2点あり、まず44ページについて。委員は多分、理解した上での指摘だろうと思うが、病床当たりの医師の数については、そもそも指摘のとおり、例えば日本の場合は括弧書きで「急性期に絞ると」というような表記もあるとおり、これは地域医療構想でもっと取り組むべきという指摘と受けとめ、引き続き機能別、そういった機能分化連携を推進してい

きたいと思っている。

それから、49ページに代表されるように、現時点では圏域名A、Bとやっているが、最終的には公表するつもりである。例えば集計段階で数字がまだ落ちついていないとか、あるいは当該自治体がまだ公表していないというケースがあるので、そういった配慮で匿名化することはあるが、最終的には落ちついた段階で公表予定としている。

○委員

最初に改革の推進を仰せつかっている立場から、今後の時間軸について1点コメントしたい。財務省から説明があったように、来年の通常国会に法案が提出される予定という点では、介護と年金についての議論が急がれる。ただし、医療については、その後でよいかといえばそうではない。2020年の骨太方針でより明確化することになっているとはいえ、難しい論点が非常にたくさんあるため、結論を得るための時間はあまりないと感じている。2020年の診療報酬改定も今年の秋には議論が本格化する。医療についても議論を急ぐ必要があるという認識が必要ではないか。介護と年金が目前のテーマであることは確かであるが、それはそれとして、経済・財政一体改革推進委員会での医療分野の議論がローギアであってはならない。

この点に関して、財務省の説明では、医療の改革については実施が22年度からとのことであったが、骨太方針2018では基盤強化期間内、すなわち遅くとも21年度から順次実施するという書き方になっているはずであり、改革意欲が若干緩んだかのように聞こえてしまった。なおかつ33ページの図の一番上のところ、2019年度から21年度は基盤強化期間であるはずだが、構造改革期間と書かれてある。骨太方針2018の考え方を精査の上、しっかりと改革を進めていただきたい。

その上で、何点か各論であるが、37ページから40ページあたりの薬剤の自己負担のあり方や点数の低い少額の診療、小さなリスクは自助でという考え方、あるいは受診時定額負担の導入の是非、これらの項目は増え続ける負担とのバランスで、どこまでを公的保険でカバーするのかという課題であるため、いずれも関係審議会などにおいて議論を深めていただきたい。

それから、医療技術評価に基づいて費用対効果を判断していく、あるいは保険外併用療養制度をうまく使えないかといったことについても、いずれ必要になっていくのではないかと思うので、今、できないからやらないというアプローチではなくて、やれるようにするためには何か必要かという議論が必要ではないかと考える。

次に、地域医療構想について。公立・公的病院に関してはこの3月末に合意が完了したと理解しているが、説明があった資料の49ページなどを見ると、問題意識を持たざるを得ない。非稼働の病床を減らすというのは地域医療構想と関係なく、本来必要なことだと思うし、地域医療構想に反する格好で急性期病床が回復期以上に増えているケース、全体に現状維持で合意されているケースが多いとすると、地域医療構想は本当に実現するのかと

いう不安を覚える。公立・公的病院の合意内容が地域医療構想と整合的になっているのかどうかということについては、ぜひ全体像の把握をお願いしたいし、このワーキングなどにも報告していただきたい。

それから、56ページを見て、単価の引き下げは保険料や税といった国民負担あるいは利用者負担を大きく引き下げるものであるということを改めて認識した。需要自体は高齢化だとか高度化で拡大しているわけであるので、単価が多少下がっても、医療産業の売り上げが減るわけではない。60ページに示されているように診療報酬本体の改定率は年率でプラス0.6%であるが、医療機関の収入は2.2%で伸びている。国民の側からすると、必要な医療は価格が高くて購入せざるを得ないということを踏まえると、技術革新だとか生産性の向上によって価格を少しでも下げるというメカニズムをもっと強化すべきだろうと思う。

なお1点、これも財務省にコメントしたいのだが、56ページに「国民負担の軽減（税金、保険料、患者負担）」と書いてあるが、我々は負担能力に応じた患者負担の引き上げで給付率を下げ、それで保険料や税の国民負担を減らそうという議論もしている。何でもかんでも国民負担と言ってしまうと、何を議論しているのかわからなくなる面もあるので、議論が場面ごとにアドホックにならないように進めていただきたいと思う。

62ページ以降の薬価や調剤の箇所であるが、ここに関しては、経済財政諮問会議で民間議員の先生方が議論されている点が重要だと思う。調剤については、いわゆる手間賃というか、対物の技術料についての大胆な見直し無しには、対人業務への資源のシフトということにはならないと思われるし、薬価制度改革の宿題であるところの長期収載品の価格引き下げまでの期間の在り方、すなわち後発品上市後、Z2が始まるまでの空白の5年間をどうするか、また、Z2をどうするかということについても、製薬産業の成長戦略、産業政策と組み合わせた検討をぜひお願いしたい。

68ページ以降の年齢ではなく負担能力に応じた負担というテーマについて、アジェンダ化されている事項は結論を得ていていただきたいと思うが、1点だけコメントすると71ページ、現役並み所得の判定方法の問題はある種の制度上の瑕疵のようにも見える。法律ではなく政令で書かれている事項だと思うので、もちろん議院内閣制であるから法律ではないとしても政治の合意が必要かもしれないが、それでも、政府においてできるだけ早く結論を出していただきたい。日ごろ若い世代の苦勞を見ていて、素朴にそう思う。

72ページのいわゆる給付率調整については、まずはシステムチックな見える化を行うことになっていると理解をしている。グラフを見ると、後期高齢者医療制度について、直近で実効給付率が下がっているが、これは恐らく高額療養費制度の見直しを行ったことの結果だろう。つまり、適切に制度の見直しを不断に行っていけば、給付率調整は要らないということであり、給付率調整の考え方は政策的努力を怠ってしまった場合の保険のような制度、仕組みである。実効給付率の見える化は、まさに改革を進めるドライバーになるということだと思うので、よろしくお願いしたい。

次に、介護について。74ページであるが、これも私が間違っていたら申しわけないが、財務省が7,200円という数字をここに載せているけれども、例えば15.3兆円という介護費用や過去の1号保険料の推移は全部名目額ではないのか。7,200円というのは、4府省連名での試算で示されたものだと思うが、それは18年度の賃金換算による金額ではないか。その場合、試算で想定されている賃金上昇率だと名目では8,000円台後半から9,000円近くになると思う。

費用は2019年度の11.7兆円から15.3兆円であるから3割増えているが、この示し方であると1号保険料は2割ぐらいいか増えないような、ちょっと楽観的な感じを受けてしまう。後ろの方の90ページや91ページには2040年の数字も示されていて、もっと楽観的に見えてしまう。2040年度の保険料は名目で1万数千円になるはずなので、示し方について確認させていただきたい。

内容については、説明のあった点にほぼ合意するところであり、地域支援事業への移行状況、介護療養病床の介護医療院への転換、介護事業所の大規模化、介護事業経営実態調査の精度向上、こういったことを全て数字で把握した上で、エビデンスベースで進めていただきたい。

ケアプランについても、これだけ介護保険が定着した中で利用者負担がないというのはむしろ問題があるのではないか。利用者がプロたるケアマネから助言を受けて能動的に意思決定する、利用者がよいケアマネ、よいケアプランを求めるようになっていくといったことがケアの質向上の観点から不可欠ではないか。

最後に年金について。これは現時点ではアジェンダ化されていないと思うが、マクロ経済スライドの名目下限措置について改めてコメントしたい。多くの論者が名目下限措置は撤廃すべきと言っているが、かつて当然の物価スライドであるデフレスライドすらできないという社会の中では、マクロ経済スライドの名目下限措置撤廃はできなかったと思うが、今、年金のスライドについては、物価や賃金の関係でどういうスライドになるか、あるいはマクロ経済スライドとはどういう意味をもつのかということの理解は人々の間に相当広がってきている。キャリアオーバーの仕組みが導入されて、早速それが機能したというのは極めて大きな前進だと思うが、景気の状態に関係なくどこかのタイミングで一斉に必要な調整を解消するというのは、経済政策としてあまりよいやり方ではないと思う。改めて、名目下限措置についても議論をお願いしたい。

適用拡大や拠出期間延長、在老について、前回のワーキングでコメントした点は繰り返さないが、在老の見直し・廃止に関して1点つけ加えると、これだけの金額の支給停止が行われているということは、それだけマクロ経済スライドの調整期間が短くなっていると理解することができる。つまり、現状は将来の普通の受給者の給付水準引き上げになっているということだと理解できるので、今の仕組みを縮小して給付を増やすということは、それと逆のことが起きるとするのは財務省から説明があったとおりでと思う。

特に高在老の場合は、基礎年金を満額受給した上で、報酬比例の年金と賃金の合計が47

万円を超えると支給を一部停止するという事だから、それが本当に労働供給にマイナスなのかどうか。基礎年金を合わせれば毎月50万円の収入を得られる能力と環境にある方が、年金を少し減らされることを理由に働かないということがどれぐらいあるのかというと、幾つかの実証分析を見ても疑わしいように思う。

最後に、前回の確認であるが、適用拡大に際して月収8.8万円という基準は下げられないのではないかとコメントしたところ、厚生労働省からは、最低賃金が上がってくるので、時間軸を工夫すれば、そういう方もうまく取り込んでいけるうまい知恵があるかもしれないという説明だった。その際にはなるほどと思ったのだが、そういう世界では国民年金保険料も上がっているのではないか。つまり、国民年金保険料は賃金にインデクセーションされているのに対し、8.8万円という基準が絶対額として固定されていると、将来賃金が上がっていったときに、不具合を起こさないかという疑問を覚えた。適用拡大となった方が国民年金加入者より低い保険料であるにも関わらず、報酬比例年金も受け取れるというようなことが起きないのかどうか。これは質問である。

○財務省

幾つか指摘があったが、33ページについて、ミスタイプに近いものは当然修正するが、右下の四角の枠内に、実施できるものから速やかに実施するということを表してはいるつもりである。かつ、先ほどの説明では、法律改正が必要なものを念頭にしたが、政令でできるもの、報酬改定でできるものもあるため、四角の枠内に書いてあるとおり、できる限り速やかにということである。

56ページの国民負担という用語は指摘のとおりなので、今後、記載を工夫する。74ページの7,200円はまさに指摘のとおり、名目ではないものと名目のものが並んでよくない表記になっているので留意したい。

先ほどの保育所等の予算執行調査の件について、約3万の保育所の母数があるけれども、その中の8,382をサンプル抽出の上、調査対象としており、回答率は9割であった。その他包括的な経営実態調査があるかという質問について、内閣府の実施している調査があると聞いており、本年も実施予定と承知しているので、そちらを確認いただきたい。

○厚生労働省

いただいたコメントの中で、まず、制度改正の関係であるが、2020年の骨太といってもこれは非常に大きな問題であるので、すぐにでも議論を始めていかなければいけないと思っている。骨太があるから、それまで議論をしないということではなくて、速やかに議論を開始して、さまざまな広い観点で議論を進めていきたい。

その中で、薬剤の自己負担の問題や能力に応じた負担、そういった事項についても改革工程表に書かれているが、議論をしっかりと進めていきたい。また、費用対効果の話については、今年度から制度化が始まったところであり、状況を見ながら引き続き改善すべきと

ころは改善していきたいと思うが、一方で、新薬が承認された後に速やかに収載していくということもあるので、そういった点も踏まえながら、これからいろいろ考えていかなければいけないと思っている。

また、価格を下げるメカニズムということで、調剤とか薬価の問題、また、診療報酬の問題もあろうかと思っている。診療報酬改定はまさにこれから議論を進めるところなので、そういった中で議論していくし、薬の問題については、全体の医療費に占める割合が非常に大きいので、そういった点で、毎年薬価改定の問題等いろいろな課題があるかと思っているので、引き続き検討を進めていきたい。

○厚生労働省

マクロ経済スライドの見直しに関しては、年金制度では5年に1回必ず財政検証を行い、一定の経済前提を置いて、さまざまな年金制度上の仕組みがちゃんとワークしているかということを検証した上で、必要な制度改革を行うことになっている。平成28年にはキャリアオーバー制度を導入し、昨年度から施行して、今年度は既にこれも解消した。

これは委員指摘のとおり、経済環境がよければワークするが、そうでなければワークしないかもしれないというのもそのとおりなので、今回の財政検証でも確認することになる上、今回だけで終わりではなくさらなる5年後にもまた財政検証をして状況を見ながら議論していく機会がある。年金はその時々でしっかり議論をしながらやっていくという仕組みなので、財政検証結果を見ないとわからないが、今のキャリアオーバー制度が今回のワークしている状況からは、28年に導入した制度を直ちに見直すという感じは正直していない。議論しないということではなく、もちろん5年ごとにしっかり経済状況の前提を置きかえながら議論は必ずしていくということと理解していただきたい。

在労に関しては、年金部会で資料を出しているし、きょうの財務省からの資料にもあったとおりだが、他方、こういった数字上のファクトではないのかもしれないが、就業抑制効果があるとか、やる気がなくなるというような意見も聞く。他方で、高所得者の方はどう考えるのか。高所得者であっても働く時間も増やしてもらいたい、あるいはそういう社会的なニーズの中から働く人、高齢者の中でもフルタイムで働く人が増えることで在老に影響される人が増えることもあるかもしれない。さまざまな要因を入れた上で、見直すのか、見直さないのか、見直すならどういう方向かというのはしっかり練って、私たちも専門の部会のほうに提案して国民的議論に付していきたい。

それから、8.8万円基準と国民年金の保険料の関係について、委員指摘のような関係もあるが、8.8万円の賃金のほうは、実体経済として、パート、短時間労働者のほうが今賃金上昇率が高い状況にある。それに対して国民年金の保険料は、標準報酬を指標として使って上げていくので、実は、短時間労働者が入ると相対的には若干上がりにくい構造になっている。国民年金の保険料水準の方が8.8万円を超える事態が将来的にそういうことが起こり得るとするのは私たち自身もテークノートして見ている。中長期的にはいわゆる被扶養配

偶者とか第3号被保険者の認定要件の問題も含めしっかり議論していかなければいけない課題だと受けとめている。

○厚生労働省

地域医療構想の非稼働の関係、先ほども意見があったが、これは重要な点なので、ぜひ説明の上、ご理解いただきたい。地域医療構想はもともと2025年の必要病床数を推計した上で、その数字をもとに各地域であるべき姿を考えてもらうということになっている。非稼働のものも、2025年の病床推計から見て特に過剰であるというようなケースについては、当然内数としてカウントして減算することが必要。非稼働なのだから何の努力も要らないではないかという趣旨の意見だと思うが、問題は、非稼働に至る経過の中身である。

非稼働は本来、個々の医療機関が稼働させるオプションもある中で、あえて稼働させずにため込んでいるもので、制度上の見直しのときに公に見える形で減らすことが可能になるという役割もある。これは構想区域での病床の利用状況によるが、途中の段階で調整をしながら返上すると、今度は他の医療機関がそれを使うということもあり得る。そういった意味で中身が重要であるので、一概に非稼働を何の努力もしていない、現状追認だという趣旨で捉えてもらいたくない。

財務省の資料の緑枠に書いてある「単にほぼ現状維持の方針」という本来の趣旨は、必ずしも非稼働のことを指しているのではなく、今ある病床数をそのまま何の移行もせずにやっているという趣旨だろうと思うので、ぜひ非稼働については御理解いただきたい。

○委員

財務省の資料で「保険給付のあり方」を項目として正面切って立てていただいたことは高く評価したい。

保険給付の範囲のあり方は、保険収載のあり方でもあって、少し大上段の議論をさせていただく。「必要にして適切な医療は現物給付する」というのが現在、最も重要な原則になっていると思う。しかも、この原則は2004年の内閣府特命担当大臣と、厚生労働大臣の間で国民皆保険の理念であると確認されている。ところが、実際には、保険の給付の範囲が決まり始めたのは、この原則が定着するずっと前からであり、保険収載が始まってから既に少なくとも60年は経っている。医療技術もどんどん進歩していくから、時代によって、「必要にして適切な医療」というのも、中身は当然具体的には変わるはずだが、現在の制度を見てみると、これを定期的に見直す仕組みがない。いや、全くないわけではないが、数年に1個か2個の医療技術が外れるだけなので、実質的に機能していない。見直しがタイミングよく行われないので、OTC医薬品がすでに開発されたものが給付範囲に残っていたり、うがい薬とか湿布薬とかがいつまでも給付範囲の中に残っている。

もう一つ、私から見るとやや欠点に見えるのは、償還の可否がオール・オア・ナッシングで、これは審美的な機能を補うものとか、あるいは費用対効果上余りよくないものにな

ると、部分償還ができない。だから、厚労省も非常に苦しんで、全適用するか、しないかというところをぎりぎりやっている。でも、ここは保険外併用療養費制度をうまく活用すれば、部分償還の道も開かれて、そうすると、患者側の主体的に選択したいという部分も選択可能になる。他にも、例えば医療技術とか材料については、有効性・安全性が確認されても、実はいろいろな配慮から保険収載をしていないものがある。ところが薬剤のほうは、ドラッグ・ラグ問題もあって、安全性・有効性が確認されれば、追加的な有用性がなくても類似薬効方式（Ⅱ）で90日以内にほぼ自動的に保険収載している。

この辺のルールのあり方がやや時代おくれになってきているのではないかというのが私の感想。保険の収載のあり方そのものは、やや大上段な議論で反発はすごいと思うけれども、厚生労働省は今から議論してほしい。

これと関連して、今回の資料には、後発医薬品の話は出ていないが、一応使用率は目標の80%の数字には近づいている。だから、恐らく余り問題にしないのかもしれないが、実際の医療費適正金額ははっきりしていない。特定の薬剤名は言わないが、後発品使用率の分母に当たる医薬品に後発品のない新薬に移行する動きが出ている。後発品のある薬剤について、類似薬効方式（Ⅱ）で認められたゾロ新にシフトすれば、目標数値の計算式から外れることになる。その結果、後発医薬品の使用の割合は表面上達成するよう見えるが、現実にもっと重要な目的である、なるべく早く先発品から後発品に移行させて医療費の適正化を図るという本来の目的が達成されなくなる。この問題も実は、根本的には保険給付の収載のあり方の問題なので、このあたりをどこかできちんと捉えてほしい。財務省が指摘するのをもっともであるけれども、むしろ厚生労働省のほうから進んで議題に上げるほうが適切ではないかと思う。

○委員

私から2点コメントである。1点目は国保改革の法定外繰り入れについてであるが、これは本当に速やかに解消されるべきと考える。私も長年、ある自治体の国保の運営協議会の会長をやっているが、本当に毎年住民の代表の方に丁寧に説明をして、毎回必ず保険料をアップしている。これは本当に行政の説明責任の役務というか、責任だと思っているので、全ての自治体がやるべきことだと思っている。

それから、保険者努力支援制度のところは、財務省からも説明があったように、アウトカムに注目して評価指標を見直していくことには非常に賛成。ここでやはり1000億程度の財源がついているので、ぜひ丁寧に検討してもらいたい。医療費一つをとっても、例えば青森と静岡、沖縄で健康課題、医療費の構造が全然違ってくる。したがって、医療費であれば供給体制にも影響を受けるので、当該地域での健康課題を解決できているのか。これはもちろん医療費だけではないと思う。こういう感度の高い評価指標をなるべく入れてもらいたい。国保努力支援制度にはいい意味でも自治体が非常に注目していて、この制度設計次第では自治体が十分いい方向に行動できるのではないかと感じている。

2つ目は供給体制に関して、52ページにかかりつけ医、外来の体制のあり方について記載されている。これはかかりつけ薬局も同じだと思っているが、供給体制のあり方は、医療費の構造をいい方向に変えていくということと、患者さんのQOLを上げるためのあり方だと思っている。そういう意味では、単にかかりつけ医を持つ、かかりつけ医に誘導するだけではなく、かかりつけ医に継続してかかると、ちゃんと服薬して、生活習慣とかあるいは検査値が重症化されずに、最終的には医療費も上がっていかない。こういうことがまさにアウトカムであるが、かかりつけ医やかかりつけ薬局という制度をつくった以上、都道府県単位なのかはわからないが、そういうことをちゃんと検証して、モニタリングをして、見える化をしていくということを制度にビルトインしていくべきではないかと考える。

○委員

少し総論的な感想に近いのだと思うけれども、コメントさせていただく。

例えば資料39ページ、42ページ、43ページあたりにあった改革の方向性みたいなところは、各委員から意見があったように、やはりしっかりやっていくということだと思うので、こういうところはやはり速やかに解消、改革を進めてもらいたい。

そのためには丁寧な議論がしっかり必要だと思う。さまざまな事情、あるいは懸念があると思う。けれども、全体の話からすると、時間軸の話があったように、スピード感を持ってやっていかないと、どうしてもこの話は議論しているだけで時間が過ぎていってしまうことがあるので、一番大事なものは、スピード感を持って、決めるときに決めるという体制で臨むということが一番大事なことかと思っている。

その際は、ある種のエビデンスに基づいた議論は重要で、きょうもかなり出してもらったけれども、例えば負担の公平であるとか、あるいは地域差であるとか、こういうものもかなり見える化ができたからこそ言えることは大分あると思うので、出てきたデータをできるだけ活用して、できるだけスピード感のある決定をする、あるいは改革を進めてもらいたいと思うし、そういうところをできるだけしっかりとした形で提言に結びつけていきたいと思う。

○委員

きょうの話でも2点思ったのは、例えばきょうは余り議論にならなかったが、高額医療の場合に一部個人負担を払える人は払って、払えない人は払わない。もう一つ、コストベネフィットというときに、コストは金額でわかるが、ベネフィットは寿命がどれだけ延びるかということはどう測るのかということ。この問題が2020年に出てくるとすると、ここでひっかかるだろう。それから、介護保険、後期高齢者医療の1割負担から2割負担の件もかなり重要な問題だと思うので、もちろん検討はするが、どうやって国民にアクセプトしてもらおうか。むしろ改革工程表を進めるのはよいけれども、そこをどうするかというところが大きなポイントになるのではないかという気がする。

○委員

単なるコメントであるが、1つは働き方改革が進んできて、複数の仕事につく方が増えてきている。国民健康保険の加入者の場合には、総収入に対しての保険料なのでよいと思うが、主たる勤務先でいわゆる健康保険組合等に参加しており、さらに他企業の顧問などをやって複数の収入がある場合、総収入が把握されないので、ここをどのように考えるかということは、働き方改革が進むことによりこれから問題になってくるだろうと思う。収入の把握の問題である。

もう一つは、最近、医療・介護の現場の関係者の中で、Modern Monetary Theoryの議論が出てきている。結局幾ら赤字国債を出しても大丈夫だということを比較的真面目に議論する方が増えてきていて、アメリカのようにこういう議論が選挙の争点になったりすると、今、ここで議論していることの全てが崩れてしまうので、そういう意味でも、いろいろなところで政府にきちんとした対応をしてもらいたいと思っている。