

第33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11月14日（木） 16:00～18:00
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	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	牧野光朗	長野県飯田市市長
同	印南一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
同	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
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、厚生労働省から資料2を説明後、意見交換。議題（2）について内閣府から説明後、社会保障分野における新改革工程表（原案）について、意見交換を行った。意見交換の様子は以下のとおり。

○委員

財務省の資料5ページ、「高齢化・人口減少下での負担の公平化」にある「75歳以上の負担を2割にする」とことと「現役並み所得の判定基準の見直し」について、これらを議論するタイミング、本当に議論する予定があるのかというのが1点。

資料24ページにそのことが書いてあるのだと思うが、1つ目の○に「世代間・世代内の公平性を確保するために見直しを行っていく必要」とあり、まず、「公平」というキーワードが出てくる。それから、現役並み所得の判定基準の見直しには、「負担能力のある方には負担能力に応じた負担を求める」ということで、「公平」と「能力」という2つのキーワードが出てくる。問題は、この「公平」として何を考えているかということ、その下の太字箇所を読むと「新たに75歳になる者から70～74歳時と同じ2割の維持（現在1割負担となっている者の負担の引上げではない）」とある。つまり、これまで1割負担の人は引き上げないが、これから75歳になる人は2割に引き上げるということで、どう見てもこれは公平でないと思う。「公平」とはこの場合、一体何を意味するかということを確認にしない限り、この大改革を進めることはできないのではないかと。

それと、「負担能力」に言及するのであれば、例えば、国民年金しかもらっていない90

歳の高齢者で、医療費の負担が非常に大きい人が、果たして2割負担に応じることができるかどうか、金融でよく言う一種のストレステストをやってみて、負担ができるということを確認しない限り、2割負担に上げるというのは難しいのではないかと。

今まで議論されなかったものがされるようになったことはすばらしいことだと思うが、本気で議論するのだとすれば、公平と負担能力という2点についてもうちよつと考えを詰めて提示してもらいたい。

○委員

まず、地域医療構想に関しては、民間病床を含めたビジョンについて、改革工程表で明確に位置づけていただきたいということを、1点だけ意見として申し上げておきたい。

国保改革に関して取組の説明があったが、都道府県単位化という大改革を進めている今の時期は、改革全体を進める大きなチャンスだと思うので、法定外繰入の解消や保険料水準の統一について、改革工程表の改定で年度ごとの取組事項や実施事項を明確にする必要があると考える。国保の保険料は市町村別の医療費水準で決まるといっても、協会けんぽや後期高齢者医療では保険料が統一されている。現状、国保は調整後1人当たり医療費が同じでも、標準化した保険料水準がかなりばらついている状況にあるが、ここで全面的な改革を進めて地域医療の提供体制の標準化を進め、あるいは、調整後1人当たり医療費の地域差是正が進めば大きな成果であると思う。バラバラの医療費水準を原則反映することとされている「納付金等算定ガイドライン」の考え方自体にまでさかのぼって、見直しに取り組んでいただけるようお願いしたい。

調剤報酬の関連では、まず調剤基本料について厚労省さんはどのように考えておられるか。2018年の報酬改定後も調剤基本料1の42点を算定している薬局は減っていないと聞いている。また、規模は決して小さくなく、特定の医療機関や特定の診療科・診療所とセットになっているような、処方箋集中率が結構高い、つまり、いわゆる面分業をしておらず、コストが余りかかっていないであろう薬局も42点が算定されている実情があると指摘されている。これらの点は、適正化が望まれるところだと思う。

そして、技術料の半分以上を占めている調剤料について、その院内院外格差がずっと指摘されている。日数比例や剤数比例の算定方法は、段階的に進めるにしても、大胆に見直していく必要があるのではないかと。この点は、調剤料依存のままの状況だと、健康サポート薬局やかかりつけ薬局、薬機法改正で導入しようとしている地域連携薬局といった考え方が確立できないということと表裏一体であると思うので、薬局という産業が生み出す付加価値を高めていただく観点からも重要だろうと思う。

財務省の資料14ページに病院と診療所の収益率格差のデータがあるが、非常に興味深いファクトだと思う。介護事業所もそうだが、普通は規模の経済が働くので規模が大きい事業体ほど収益率が高いのが一般的だと思う。ところが、医療の世界は逆で、大企業と中小企業との間の普通の議論とは異なっている。ぜひ、このようになっている構造を解明して

もraitai。我々は予算編成過程で決定される報酬改定率や社会保障審議会が示す基本方針までは見ることができても、その先はブラックボックスであるので、財務省の資料で述べられているように、少し踏み込んだ枠づけも検討していただければと思う。

外来受診時定額負担に関して、それが明確にアジェンダ化されてきた中で、なかなか改革工程が見えにくい状況が続いている。これについても、関係各方面でぜひ議論を進めていただきたい。

薬剤自己負担、市販品類似医薬品の給付のあり方については、保険外併用療養の活用、フランス方式やスウェーデン方式、一定の追加負担方式や免責方式など、いろいろな改革の提案があちこちからなされている。関係各方面に検討を促すような改革工程表の書きぶりを工夫していただきたい。

受診時定額負担、市販品類似医薬品の給付のあり方、超高額医薬品の保険収載のあり方、75歳以上の医療機関での窓口負担の見直し、この4つは改革事項の中でも優先度が非常に高いと思う。なお、窓口負担は公平である必要があるという議論に関して、70歳代前半について1割を本則の2割に見直す際も、70歳になる方から順番に上げていったという前例があるので、新たに75歳になる方から見直すことは不自然ではないと思う。

介護に関しては順不同になるが、ケアマネジメントの利用者負担の導入について、現在10割給付になっている理由は、積極的にサービスを利用できるようにするという制度開始時における考え方によるものだとすれば、導入後20年がたって、これだけサービスの利用が進んでいる状況であるのだから、もはやそれは理由にならないと思う。ゼロかゼロでないかは決定的な違いがあると考えられ、原則1割という低率でも利用者負担があったほうが、利用者が能動的、かつ、より真剣にケアプラン作成にかかわって、自分自身の効用を最大化させるような意思決定をするようになると期待できると思う。厳しい消費者に向き合うほうが企業がよくなっていくのと同じように、ケアマネージャーの能力向上やケアマネジメントの質向上という点からも、ぜひ改革を進めるべきである。

介護のインセンティブ交付金に関して。2020年度末までに年齢調整後の要介護度別認定率の地域差を縮減させて、最終的には調整後1人当たり介護費の地域差縮減というアウトカムを目指していると理解している。ところが、軽度者の認定率の地域差はむしろ拡大しているようであり、先ほどの財務省からのご説明によれば、認定率や介護費と交付金の配分が少しゆがんでいるところがあるとのことである。インセンティブ交付金の抜本的な強化が必要というのが関係者の認識だと思うが、その意味は総額の規模だけでなく、アウトカムに向けたインセンティブたり得ているのかという問題だと思うので、よりアウトカム重視の方向で進めていただきたい。その際には、地方団体が非常に厳しい意見をお持ちだということは承知しているけれども、あわせて調整交付金の具体的な活用方法についても検討していただく必要がある。調整交付金の活用について所要の措置を講ずることは、骨太方針や改革工程表で明確になっているはずなので、インセンティブ交付金と調整交付金は、本来はあわせて議論していただく必要があるのではないかと。

利用者負担の更なる見直しについて。実効給付率がかなり高く、しかも直近で自己負担率が低下している状況は看過すべきではないと考える。保険方式で介護を運営しているドイツや韓国と比べても見直しの余地があると思われるので、2割負担をお願いする利用者の対象範囲の見直しについて検討していただく必要があるだろう。

最後に、補足給付の要件見直しであるが、在宅とのイコールフットィングという点でホテルコストをどうするのか、あるいは、「補足」という名前からして、これは本来の保険給付ではないという問題を改めて議論すべきだと思う。差し当たって、今、受給者の預貯金等で負担能力を測定することがある程度できているということであれば、その仕組みをブラッシュアップして、真に必要な方に給付される仕組みにしていくということになるだろう。本日の資料では、財務省も厚労省も年金額月3万円で預貯金が500万円程度あれば、10年居住者の95%がカバーできるという、同じ趣旨の説明であった。それが一つの目安かと思う。

○委員

質問が2つとコメントがある。最初の質問は、医療分野におけるデータの見える化の促進について。

保険者努力支援制度で個々の市町村の医療費適正化の取組状況に応じた得点に基づいて交付金が交付されるということになっているが、個々の市町村ごとの得点が公表されていない。諮問会議における一つの基本的な考え方として、地域差等を見える化して、それを少なくとも当事者にはきちんと知らせる。できればもっと公表して、それをインセンティブに反映するのが一つの考え方になっているはずであるが、その意味では、どうして公表していないのか、これは公表すべきではないかというのが一つ。だから、なぜ公表していないのかというのが最初の質問である。

もう一つは、普通調整交付金の配分方法について、厚労省は財政力格差を埋めるために普通調整交付金を交付するという見解。しかし、ここでの普通調整交付金の議論は、都道府県が医療費適正化を頑張るように、インセンティブとしての効果を持たせる扱いを受けていると理解している。そうすると、これは財務省が主張しているように、むしろ年齢、性別の医療費を調整した後の金額で決めるほうがいい。ただ、いろいろな議論があるとは思いますが、財政力格差だけで決めると、この普通調整交付金の持っているインセンティブ効果を結果的に殺していないかということが私の疑問点である。つまり、財政力を埋めること自体はいろいろな考え方があると思うのだけれども、これだけやっていると、保険者というか、都道府県の与えているインセンティブ効果まで殺してしまわないかということが私の質問であり、どうしてここに見解の差が生じるのかということ。

コメントであるが、説明にはなかったけれども、財務省の資料47ページに「保険外併用療養費制度の更なる活用」というのがある。現在の保険収載の仕組みを見ると、非常によくできているとは思いますが、一方、ある意味では硬直的で、保険収載にふさわしいかふさわ

しくないかというオール・オア・ナッシングで判断して、結果的にギリギリで保険収載をされると、厳しい言葉で言えば既得権益化する。だからなおさら見直さない、そういうインセンティブになっている。一方で、薬剤についてはそういうことはないが、機器とか材料については、薬機法で承認されていながら、保険収載の段階で価格が見合わないといった理由でメーカーが申請を諦めるという現状があると思う。これは、患者の選択肢という観点から見るとむしろ問題ではないか。それと保険外併用療養費制度を使えば、ある程度の硬直的な部分を解消できるのではないか。だから、資料にも幾つか例が挙がっているが、これ以外にも保険外併用療養費制度を若干緩和すれば制度的な改善ができる部分があるのではないかということがコメントである。当然、混合診療の原則禁止と保険外併用を認める場合には限定列举をするという基本的な考え方は変更する必要がないと考える。

もう一つ、介護保険について、既に幾つか意見が出ているが、ケアマネジメントの利用者負担について、ケアマネジャーは事業者には雇用されているために、それを理由にケアプランに対する給付がゆがめられているのではないかという疑いがある。現在のケアマネが公平・公正にきちんとケアプランを作成しているのであれば問題はないが、実際には事業者には雇われているので、その特定の事業者の給付サービスを多く使うことが容易に想像できる。つまり、供給誘導事業が生じているのではないかという疑いがある。その意味で、ケアプランに利用者負担を導入するのは、そういう部分のチェック機能も果たせるのではないか、そういう部分があるのではないかということがコメントである。

○委員

1点コメントする。

国保の努力支援制度について、全国の都道府県に行くと、国がどれだけ真剣かということ、自治体がこの制度を通じて見ていると感じている。財務省から説明があった市町村の見える化について、今、委員からも発言あったが、市町村の取組自体をモニタリングすることが待ったなしで重要。なぜなら、取組の進捗によって事業を評価し改善するための評価指標が異なってくるからだ。

確かにアウトカム評価の充実は重要だと思うが、課題解決と、そのための必要な実施量が十分にされているかということ、これを丁寧に検証することが大事なステージだと思っている。

自治体がこの努力支援制度をかなり見ていて、実際のアクションにつながっている。ある意味で非常に成功している制度だと思うので、検証さえしっかりできれば、自治体・保険者の課題を解決する方向に導かれるのではないかと。見える化と同時に検証を丁寧にやるのが大事かと思う。

○委員

これまでも一体改革推進委員会の中で話しているところもあるけれども、特定健診受診率向上それ自体はもちろん大事だと思うが、現場の意見を聞くと必ずしも特定健診受診率

向上だけで捉えなくてもよいのではないか、むしろかかりつけ医を持つか持たないかというほうが重要な指標になるのではないかという議論もある。

飯田市の場合、60代以上になると特定健診を受けない方が増える傾向がある。これはなぜかという点、受診勧奨してもかかりつけ医の先生が「俺が診ているから大丈夫」とおっしゃるからである。保健師の立場からいくと、そのかかりつけ医の先生を説得するためのエビデンスをどうするかといった課題が出ている。飯田市は恐らく健康長寿ではトップクラスの地域なので、今の状況が保てればよいのではないかという気もして、ここはどういう整理をするのが全国的にはよいのかと考えている。

もう一つ、地域医療構想に関して国保と後期高齢者医療の実施主体が違う中での連携を進めるべきとの意見が出ているが、後期高齢者医療は先に都道府県内の市町村全てが参加して広域連合化してやっているけれども、いまだに各基礎的自治体が事務局に職員を送って、その職員が2から3年でくるくる変わってという感じでやっているところがほとんどだと思う。逆に国保は、その後都道府県単位になっているが、国保連はプロパー職員が事務局の担い手をやっているという状況があると思う。

国保と後期高齢者医療の両方とも対象地域は同じ話になっているので、その事務局の体制についても、もう少し合理化の観点から事務局の統合・見直しを図ってもよいのではないかという議論も出ている。今の後期高齢者医療広域連合の事務局と国保連の事務局をあえて両立させておく必要が本当にあるのかという議論も出ているので、そういったことについても検討してもらえればと思っている。

○財務省

質問があった件であるが、本日の説明では時間の都合でふれなかったが、75歳以上高齢者の現在の1割負担を2割に引き上げるという話は、全世代型社会保障検討会議でも極めて大きなテーマの一つとして、かなり精力的に議論されていると思っている。この一体改革推進委員会においても長らく課題として残っており、そういう意味では唐突に出てきた議論ではないので、議論をした上で早く結論を出して実行していくことが大事だと思っている。

公平性については、委員ご指摘のとおりいろいろな議論があると思っている。先ほど説明した資料1の23ページについて、我々が今回の制度改革の基本的な考え方で一貫して述べているのは、現役世代の保険料がここ数年でかなり大きく伸びている。右側に黄色と青の棒グラフが立っているが、黄色の棒グラフは保険料の伸びを示しており、青の棒グラフが医療費の伸びを示している。要は、2009年から2016年の7年間で現役世代の保険料がかなり伸びており、高齢者の医療費の伸びを現役世代の保険料の伸びで賄っているという構図がはっきりと見てとれるかと思う。

左側の図は後期高齢者医療制度であるが、現役世代が後期高齢者支援金という形で既に相当重い負担をしていて、今後の人口構造の変化によって現役世代の負担がさらに大きく

なっていくので、いろいろな形の公平感はあると思うけれども、世代間、世代を超えた公平性を考えると、まず、ここはどうしても喫緊の課題として考えなければいけないだろうと思っている。

世代内の公平性については、75歳以上高齢者の応能負担といった観点であるが、これも幅広く議論をしていくことが必要だと考えている。

○厚生労働省

国保について幾つかコメントをいただいた。

まず、保険料水準の統一に関して、厚労省が出しているガイドラインは将来的な目標と逆行するのではないかとの指摘があった。

私どもとしても、将来的には保険料水準の統一を目指すという方針は大方針であって揺らいでいないし、水準の統一に向けて保険料の設定、医療費水準の適正化や収納率の向上などの取組を進めていくこととしている。

その過程において、現在、県内の市町村間で医療費の格差がかなり大きい場合に、それをそのままにして保険料水準を統一してしまうと、かえってこれまで医療費を低い水準に抑えていた市町村の保険料が上がってしまうとか、あるいは医療費の高い市町村がかえって医療費を下げるインセンティブが働かなくなるといったこともあるので、医療費の水準を県内で均てん化していくことも一つ大きな取組だと思っている。

そういった過程にある中で、ガイドラインには、今申し上げた医療費水準に差があるような点を納付金の算定の中で踏まえる必要があるという趣旨で書いており、大方針とその過程で注意すべきことの関係がもしわかりにくいということであれば、丁寧に説明する必要があると思っている。アクセシビリティを考慮すべきだということは、先月の一体改革委員会でも指摘があったので、そういった観点も踏まえて進めていきたいと思っている。

それから、保険者努力支援制度について、市町村の適正化等の取組を公表するというのが原則になるべきではないかという旨の指摘をいただいた。

保険者努力支援制度については、28年度に前倒しでスタートして、30年度に本格実施した。本年夏には、来年度に適用される指標を大幅に見直し、組み換えしたところなので、PDCAサイクルを回して、見直した指標の効果をしっかり検証しながら、さらに次の指標を見直していくというプロセスが大事だと思っている。

その一環として、市町村ごとの分も見える化していくという考え方は、基本的には筋が通っているのではないかと思っているし、現に30年度から県が財政責任の主体となったが、県の中には市町村と協議をして、県内の市町村分を公表しているというケースもあるので、それが先進事例になるようであれば、これを横展開していくということも今後あるのではないかと思っている。考え方としては、県、市町村ともに、新しい保険者努力支援制度に積極的に取り組んでもらって成果を上げることができるよう、我々としても精いっぱい支援していく、推進していくというところが眼目なので、その中では県と市町村の協議プ

ロセスも大事だと思っており、その狙いに対して一足飛びに公表することがどうなのかということ自体も協議しながら進めていく必要があると思っている。

もう一つ、国保の普通調整交付金が現在所得格差を調整しているけれども、これがインセンティブを逆に阻害するようなことになっていないかという指摘について。

国保の財政構造としては、給付費の半分を保険料で、残り半分を公費でというのが大きくくりで、普通調整交付金もその公費の一部となっているけれども、医療費の多寡はもう片方の保険料に反映されるというのが基本的な構造になっている。医療費の多寡を保険料に反映する過程で、例えば法定外繰入によって正確に保険料に反映されないといった問題はあるので、法定外繰入等を解消していくのが非常に大きな課題ではあるが、インセンティブという意味では基本的にはそういう仕組みになっている。仮に、普通調整交付金を現在の所得格差だけでなく、医療費格差も全面的に反映するということになる、理屈上は保険料のほうに反映される医療費格差の分が医療費の差以上に保険料の差に反映されるようなケースも出てくるということになるかと思う。

この点については、現在、国と地方の協議の場で議論を進めており、それを踏まえて検討していくことになるが、今、説明したような制度的枠組みの中で対応するとすれば、どういった効果があるのか、適正なあり方なのかどうかも含めて議論を行っているという状況である。

○厚生労働省

調剤の関係について。1つは調剤基本料、今回の資料には入れていないが、これも中医協の議論の俎上にのせている。10月に開かれた中医協の場でも、調剤基本料について、基本的なデータであるとか、あるいは集中率であったり、備蓄の状況であったり、規模によってまた違ってくるので、そういったデータを提示して議論の俎上にのせているので、中医協の場で引き続きやっていく。また、調剤料について大胆に見直しをという指摘についても、着実に議論した上で進めていきたいと思っている。

特定健診の関係で、特定健診の検査項目で、かかりつけのお医者さんが毎月診ているという方については特定健診の受診が必要かどうかという意見があったかと思う。先刻承知のこととは思いますが、現在の特定健診の実施計画の中では、例えば本人同意の上、今の診療の検査結果を提供してもらえれば、保険者が特定健診の検査データとして活用できるといったように簡素化、柔軟化を図っている。さらにまだ工夫ができるのであれば考えてみたい。

○厚生労働省

委員から、工程表を今後作成するに当たっての民間医療機関への対応について意見をいただいた。公立・公的、それから民間医療機関は、きょうは細かい説明はしないけれども、一定の役割の違いは当然あるので、公的・公立の視点と民間の視点というのは、現場の理

解を得るためにも、しっかりした検討とか考え方の整理を行った上で対応することが重要だと考えているので、この点については引き続きよく相談をしながら、そして現場の理解を得ながら進めていきたいと考えているので、よろしくお願ひしたい。

○委員

中医協で議論のところは厚労省だけで全て決められるわけではなく、中医協の議論を待たないといけないわけだけれども、ある意味でこれだけやってきて、どういう方向性でやるべきなのかというのは、ここでもかなりコンセンサスがとれているものもかなりあるとすると、中医協でどういう議論がみんなが納得性のある話になるのかということが一つ問われてきて、そうするとそのためのデータとかエビデンス、あるいはロジックをどういう形で提示できるのかというところが、結局のところ中医協全体の議論にかかわるところだと思うので、みんなの利害関係を足して2で割るとか、3で割るとか、4で割るということではなくて、そういうロジックに基づいた議論がしっかりできるようにぜひ進めていってもらいたいと思う。

それに関連して、一つはさっきの見える化みたいな話、保険者努力支援制度の見える化、公表みたいなことは、なかなか市町村で簡単には出せないという話はあるけれども、今のような話を進めていく上で、これは必要条件だと思う。何かを進めていく上で見える化をする、データとして把握をするのは必要条件であり、それがベースである。先進的な取組ができたからできるだけ頑張ってくださいという話ではないと思うので、当然、それができないのであれば、予算的に無理であれば、サポートをしてでも見える化をして、それを前提に次のステップに進むということは重要だと思うので、ここは必要条件だと思ってやってもらいたい。

それから、幾つか同じようなことに関連するところがあるので、特定の例を挙げているけれども、地域医療構想みたいな話は当然難しい話があるわけで、丁寧な説明をしないと今回のようなことがいろいろ起きてしまうので、そこはなかなか難しいことだと思うけれども、個人的なところでぜひお願ひしたい点は2つで、1つは言わずもがなであるが、これがサービスを低下させるためではなくて、より便利なサービスに進むための方向性なのだということをより説得力をもって出してもらいたい。そのためのデータが必要だし、エビデンスが必要だということなのだと思う。

2番目は、何か動くためにはインセンティブ、経済学で言うところの動機づけがないと当然人々は動かない。自治体も動かないし、病院のほうが動かないので、財務省の資料には自治体に関してメリハリをという話を書いてあったと思うけれども、やはりそういうメリハリをつけていくことで促していくしかない部分はあると思うので、ぜひそのあたり検討して、できるだけ早く当事者が動く気になるような方向性にもっていってもらいたい。

○委員

見える化が進むのは本当にいいことだと思うけれども、今回の424の公的病院の公開で非常に痛感したのが、我々研究者も含めて、行政の考えていることが正しく現場に伝わっていないことである。

正しく伝わっていない原因の一つが、間に入っているメディアの人たちがきちんと理解していない。これに関連して私も何回かインタビューを受けたが、そもそもDPCを知らない。加えて、今回、地域医療構想で急性期、慢性期を分けているが、これが何なのかも正しく理解されていない。そういう状態で数字だけ見て書いてしまうと、今回のようなことが起こってしまう。

例えば病院が少ないところは各科の診療科の医師を持つことは難しいが、いろいろな傷病を持った患者がそれなりにいる。そういう病院は、総合診療医を持つことが必要になる。これは医学教育にもかかわってくることであるが、今回のようなことが起こってしまうとその必要性に関する正しい理解に進まない。小さな病院でも各科の医師をそろえなければいけないとか、そういう議論になってしまうと、今の国の政策と全然合わない方向になってしまって、結局、医者も看護師も集まらないということで、その病院が立ち行かなくなるという結果になってしまう。

そういうロジカルなところをきちんと理解してもらえるようなメディア戦略みたいなものをきちんとやっていないと一般の正しい理解が進まない。また、これからいろいろな難しい話題が出て来るけれども、出てきた数字の解釈をきちんとしてもらえるようなメディア戦略をしっかりと考える必要があるのではないかと今回痛感した。

以上