

5

経済同友会「社会保障フォーラム」

真に持続可能な社会保障制度への転換に向けた論点

10

15

2018年3月20日

副代表幹事・社会保障改革委員会委員長 朝田照男

目次

	. 問題意識.....	1
5	. 社会保障制度の改革の方向性.....	2
	(1) 現状認識: 社会保障制度の国際比較.....	2
	(2) 改革の前提: 社会保障に対する国民の正しい理解.....	3
	. 持続可能な社会保障制度の実現に向けた論点.....	5
10	論点1: 働きたい人が働ける制度の実現	5
	(1) 多様なライフスタイルに対応可能なセーフティネットの整備.....	6
	(2) 年金受給開始年齢上限の撤廃.....	7
	(3) 子育ての社会化.....	9
15	論点2: 国民道徳に呼びかけ「自助」を推進	10
	(1) 医療保険の「2階建て化」.....	10
	(2) 医療サービス需要を効率化する各種インセンティブ設計.....	11
	(3) 選択的介護の導入.....	12
20	論点3: 医療の高度化・効率化に資するその他の制度設計	13
	(1) 医療技術評価等への費用対効果という視点の導入.....	13
	(2) 「かかりつけ医」制度の普及・定着.....	14
25	. おわりに: 真に持続可能な社会保障制度の実現に向けスピード感ある対策を.....	15

・問題意識

わが国が抱える多くの課題の中で、社会保障は最も重要性の高いテーマの一つである。しかしながら、介護保険制度の導入を除き、経済・社会構造の大きな変化に比して、社会保障制度は抜本的な見直しがなされてこなかった。現行制度が持続可能でないことは、財政
5 面から見て明らかであり、持続可能性に対する疑念が国民の将来不安を増大させ、消費支出の抑制が GDP や税収の伸びを鈍化させる、という悪循環に陥っている懸念がある。

日本経済が活力を取り戻すには、真に持続可能な社会保障制度を実現し、国民の将来不安を軽減しなければならない。また、社会保障制度を維持するためには、経済成長の実現も不可欠である。GDP の産業別内訳で約 7 割を占めるサービス産業の中でも、特に医療・
10 介護分野は成長が期待される産業の一つであり、社会保障制度の持続性向上と経済成長の実現は、並行して取り組むべき課題である。

社会保障制度の持続性を高めるためには、健康で勤労意欲の高い高齢者や女性には、経済と社会システムの「担い手」に回ってもらうべきである。また、将来の「担い手」である子ども
15 の数を増やすことは、いまの現役世代が恩恵を受けることになるため、子育てを社会全体で支援する仕組みが必要である。

同時に、社会保障制度の保険としての性格を考えれば、政府に保障を求めるばかりでなく、国民一人ひとりが健康維持に取り組むことも重要であり、政府には、自助に向けた行動
20 変容を促す適切なインセンティブの設計が求められる。具体的には、公的制度で保障するサービスレベルを適正化し、国民一人ひとりが希望するサービスレベルに応じた適切な負担をすることや、健康経営や予防医療等の充実により、医療・介護サービス受給者数を抑制することが考えられる。平均寿命と健康寿命の差を短縮することは、公費による医療費負担を抑制するだけでなく、国民のクオリティ・オブ・ライフ(Quality of Life, QOL)を高めることにもつながる。

また、社会保障制度の持続性を高めるためには、わが国の財政の健全化が重要なのは言うまでもない。単なる給付の切下げによって国民の厚生を引き下げることなく、公費負担の抑制を実現するには、技術革新および民間企業の活力と知見を活用し、一人当たりの給付
25 コストの効率化を図ることも必要である。

2017 年 12 月、政府は「新しい経済政策パッケージ」において、2019 年 10 月に予定されている消費税率 2% 引き上げ分の用途変更を決定した。これにより、社会保障の安定化に
30 充当される予定であった増収分の一部が、幼児教育の無償化等に振り向けられることとなり、基礎的財政収支(プライマリーバランス)黒字化目標の先送りが決定的となった。

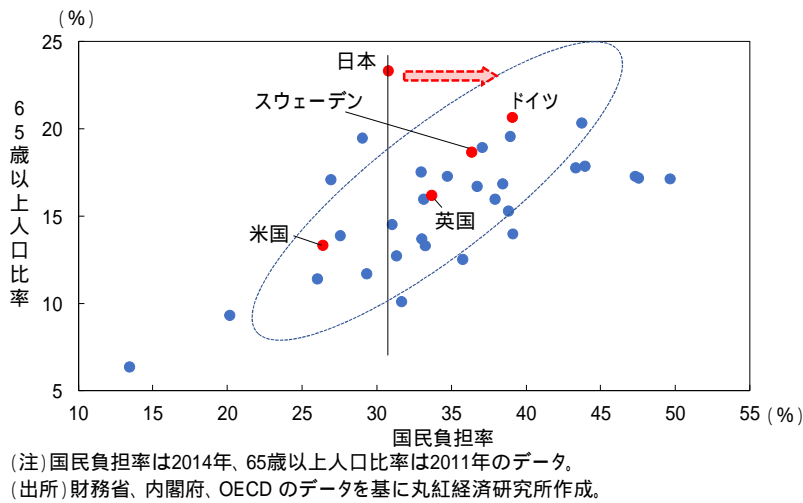
社会保障制度は国民生活の根幹であり、持続可能でなければならず、今こそ同制度の改革に英知を結集することが必要である。そのためには、国民の理解を得られるよう、事実を
35 分かり易いかたちで伝えるとともに、透明性あるかたちで議論を深めていくことが重要であり、その一助となるよう「社会保障フォーラム」(仮称)を開催する。

・社会保障制度の改革の方向性

(1) 現状認識：社会保障制度の国際比較

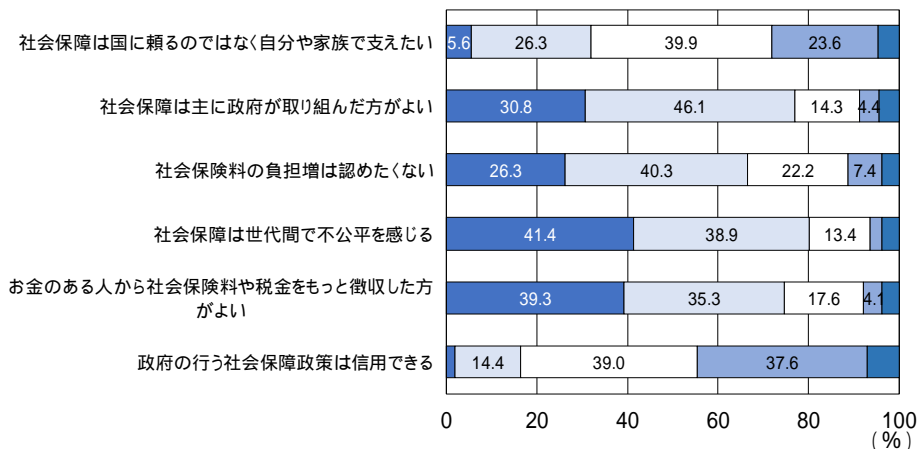
5 諸外国では総人口に占める65歳以上人口比率(高齢化率)が高い国ほど、国民負担率が高い傾向がある。一方、超高齢社会に突入したわが国は、世界で最も高齢化率の高い国でありながら、国民負担率は低い(図表1)。給付と負担のバランスを確保し、社会保障制度を持続可能なものとするためには、国民負担率の引き上げが必須である。

【図表1】65歳以上人口比率と国民負担率



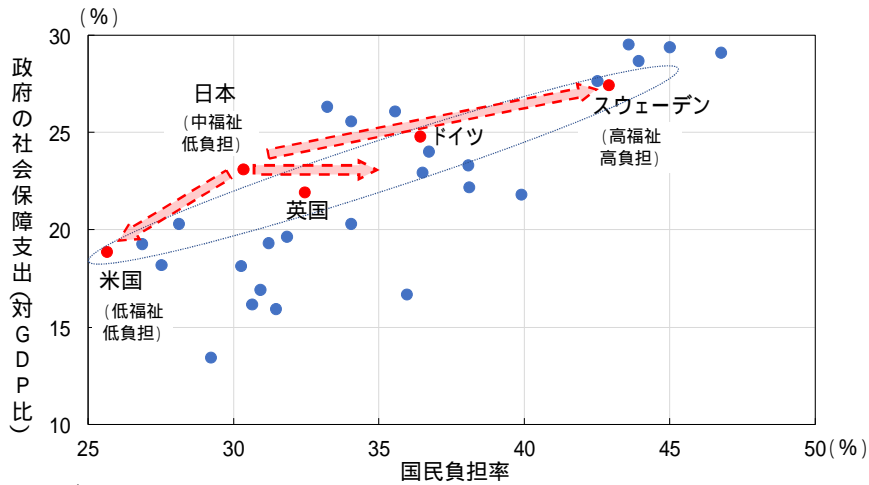
10 社会保障に対する考え方に関するアンケート結果によれば、「政府が取り組んだ方がよい」との意見が多い一方、「負担増は認めたくない」という回答も多い(図表2)。しかしながら、現行の給付水準を維持するのであれば、いわゆる「中福祉低負担」から「中福祉中負担」へといった国民の負担増は避けられない(図表3)。

【図表2】社会保障に対する考え方のアンケート



(出所) 日本生活協同組合連合会・社会保障政策検討委員会の最終報告(2014年3月31日)を基に丸紅経済研究所作成。

【図表 3】政府の社会保障支出と国民負担率



(注) データは2013年。
(出所) OECD Data を基に丸紅経済研究所作成。

なお、社会保障費の安定財源としては、保険料のほか、広く国民全体で負担すること、税収が景気の変動に左右されにくいこと等から、消費税を柱とすべきである。

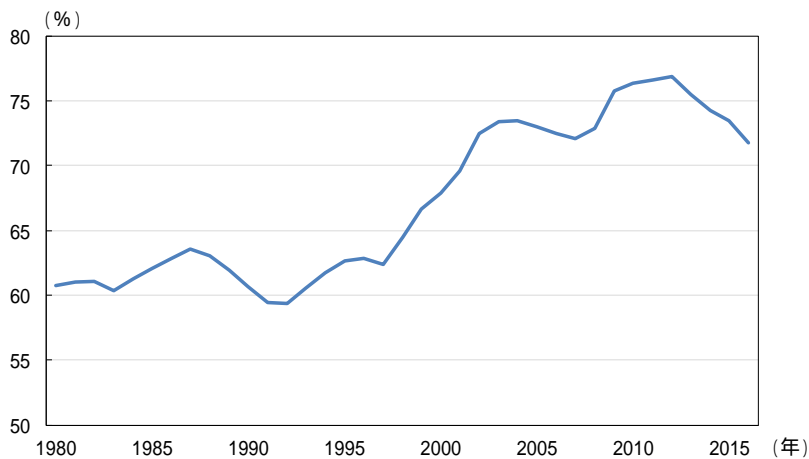
5

(2) 改革の前提：社会保障に対する国民の正しい理解

少子・高齢化の急速な進展に伴い、高齢者1人を支える現役世代の人数が減り続けることをとらえ、日本の社会保障制度を「御神輿型から騎馬戦型、そして肩車型に変わるから大変だ」と表現することがある。こうした表現も、国民の不安感を増大させ、先に述べた悪循環の一因となっている。しかし、高齢者や女性の労働参加が進んだことで、就業者1人当たりの非就業人口(15歳以上)比率は、近年頭打ちとなっている(図表4)。国民の不安感を抑制する観点からも、働き方改革を推進し、一人ひとりがライフステージに応じて働き方を選択できる社会を作るとともに、健康寿命を延伸する取り組みを加速させることが重要である。

10

【図表 4】就業者1人当たりの非就業人口(15歳以上)の比率



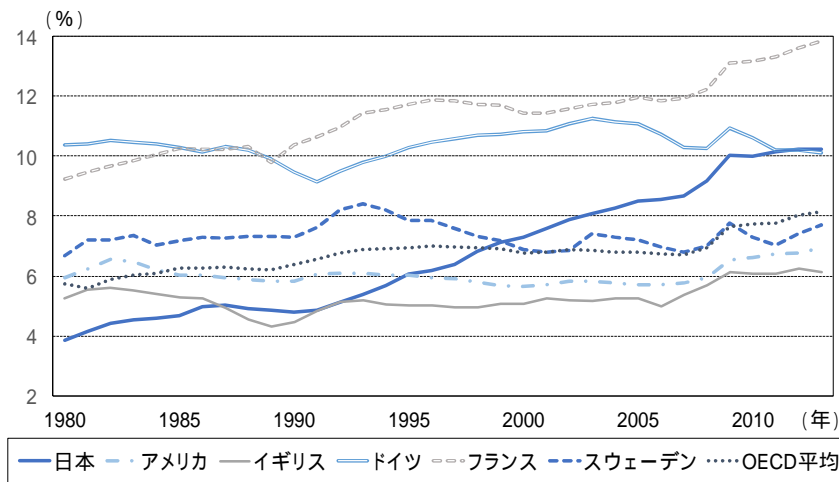
(出所) 総務省「労働力調査」を基に丸紅経済研究所作成。

15

また、社会保障給付費に占める高齢者向け給付費の割合が高いことを受けて、「高齢者向けの社会保障支出が多過ぎる」、「高齢者福祉からそれ以外の福祉に財源を移転すべき」との批判もある。確かに、高齢化の進行にともなって、わが国の社会保障給付費は1980年の25兆円から、1990年に47兆円、2016年には118兆円へと増加した。しかし、年金給付費を対GDP比で見ると、わが国は諸外国に比して飛び抜けて多いというわけではない(図表5)。さらに、社会保障費の対GDP比を65歳以上人口比率で割った指数は、諸外国よりも小さい(図表6)。つまり、わが国の社会保障支出が高齢者福祉に特別に偏っているというわけではなく、その他の支出を増やすには、財源を別途捻出する必要があるのである。

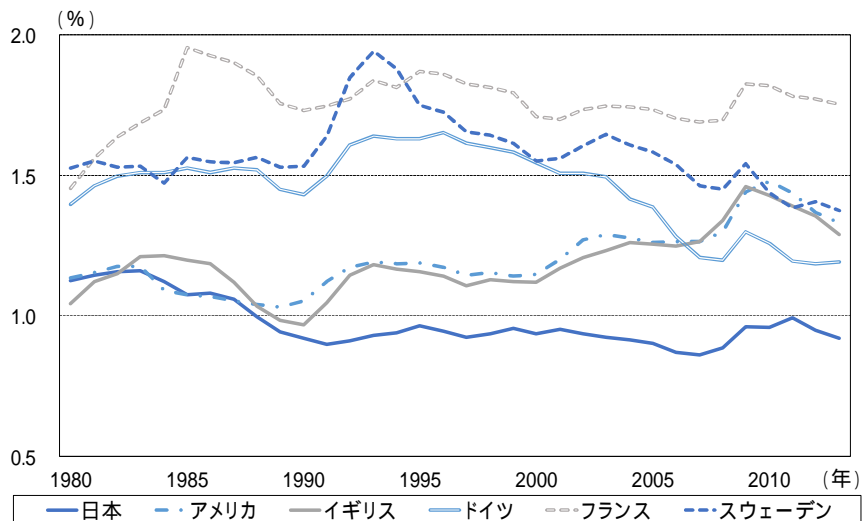
10

【図表5】年金給付費の対GDP比



(出所)OECD Data を基に丸紅経済研究所作成。

【図表6】社会保障給付費の対GDP比を65歳以上人口比率で割った指数



(出所)OECD Data を基に丸紅経済研究所作成。

15

年金制度についても、「マクロ経済スライド」を確実に完全が発動すれば、制度そのものは持続可能である。しかしながら、内閣府試算における「経済再生ケース」並みの高成長が実現しない限り、所得代替率は5割を下回り、将来の生活保障という観点では十分な役割を果たせない(図表7)。将来的に一定以上の所得代替率を維持するためには、給付総額の抑制が不可欠である。年金制度はあくまで「長生きするリスク」に対する保険であり、世代間対立に陥ることのないよう、国民に分かり易いかたちで正確な情報を開示し、理解を促す必要がある。

【図表7】所得代替率の見通し(平成26年財政検証)

		経済前提: 経済成長率 (実質<対物価> 2024年度以降 20~30年)	調整終了後 所得代替率	45年拠出70歳受給 (45年/40年×1.4 =1.54倍)
ケースA	内閣府試算 「経済再生 ケース」	1.4%	50.9	78.4
ケースB		1.1%	50.9	78.4
ケースC		0.9%	51	78.5
ケースD		0.6%	50.8	78.2
ケースE		0.4%	50.6	77.9
ケースF	内閣府試算 「参考ケース」	0.1%	45.7	70.4
ケースG		-0.2%	42	64.7
ケースH		-0.4%	37	57

(出所)第21回社会保障審議会年金部会(2014年6月3日)での配布資料に基づいて慶応義塾大学・権丈善一氏が作成した資料を、丸紅経済研究所にて一部加工。

10

・持続可能な社会保障制度の実現に向けた論点

社会保障制度改革を着実に進めるためには、先に述べた通り、国民の正しい理解を促すとともに、以下の3つの論点について、具体的な議論を進める必要がある。

15 論点1:働きたい人が働ける制度の実現

20

(1)雇用形態を問わず企業の社会保険への加入を可能とする。これにより、年金支給対象者を増やし、将来、生活保護受給者が増加するリスクを低減するとともに、短時間労働者への被用者保険の適用範囲をさらに拡大し、労働時間を抑制している女性等の就労拡大を促す。

25

(2)年金受給開始年齢の上限を撤廃するとともに、在職老齢年金の支給停止を見直し、意欲ある高齢者に社会を支える側に回ってもらおう。また、働き方改革の進展とあわせ、高齢者雇用のあり方および年金支給開始年齢の引上げに関する議論も早急に開始する。

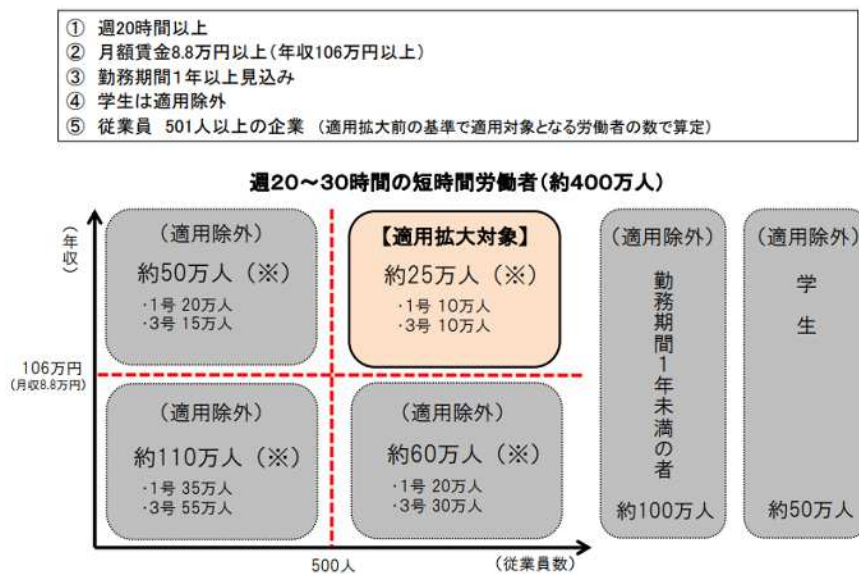
(3)女性の就労拡大を促すとともに、将来社会の担い手である子ども数の減少を抑制するため、安定財源を確保し、子育て支援等の家族関係社会支出を充実させる。

(1) 多様なライフスタイルに対応可能なセーフティネットの整備

時間を限定して働く高齢者や、子育て・介護と仕事の両立、フリーランスという働き方や兼業・副業の拡がりなど、働き方の選択肢は今後ますます増えていくことが見込まれる。同時に、人工知能(AI)やロボット等の技術革新が急速に進み、働き手は知識やスキルを常に更新することが求められている。こうした社会の変化にあわせて、就職後の学び直しや円滑な労働移動を支援するためには、多様なライフスタイルに対応可能なセーフティネットの整備が必要である。

しかし、現在の社会保障制度は終身雇用を前提に設計されており、多様なライフスタイルに対応できていない。例えば、社会保険の適用範囲は平成28年10月に拡大されたものの、それでも正規労働者と一部の非正規労働者(短時間労働者)のみを対象にしているに過ぎない(図表8)。一定の所得・勤務時間に満たない勤労者は、企業の厚生年金や健康保険に加入できず、十分なセーフティネットの対象になっていない。

【図表8】短時間労働者への被用者保険の適用拡大範囲(平成28年10月施行)



15

こうした現状を踏まえ、「勤労者皆社会保険制度」(仮称)¹を導入することで、雇用形態に関わらず、企業で働く人を漏れなくセーフティネットの対象とする。これにより、若者・低所得者の年金保険料未払いによって生じる将来の低年金・無年金の問題や生活保護受給者の増加を緩和することができる。なお、保険料の十分な支払能力がない低所得の勤労者については、社会保険料を減免する。「勤労者皆社会保険制度」(仮称)の導入は、働き方に中立な社会保障制度という観点からも有効である。

20

¹ 自由民主党財政再建特命委員会 2020年以降の経済財政構想小委員会が提唱している。

(2) 年金受給開始年齢上限の撤廃

「人生 100 年時代」を見据え、高齢者が個人の意欲や健康状態等に応じて働き続けられるような制度設計が必要である。しかし、国際的にみて、わが国は年金支給開始年齢が低く、平均受給期間が長い(図表9)。また、60歳以上の男女を対象とした就労希望年齢に関するアンケート調査によれば、「働けるうちはいつまでも」という回答が約3割に上るが、実際には60歳以上の人の1割程度しか常勤職についていない(図表10、11)。さらに、家族や仕事のある高齢者は生き甲斐を感じているが、1人暮らしや仕事なしの高齢者は生き甲斐を感じにくいとの指摘もある²。

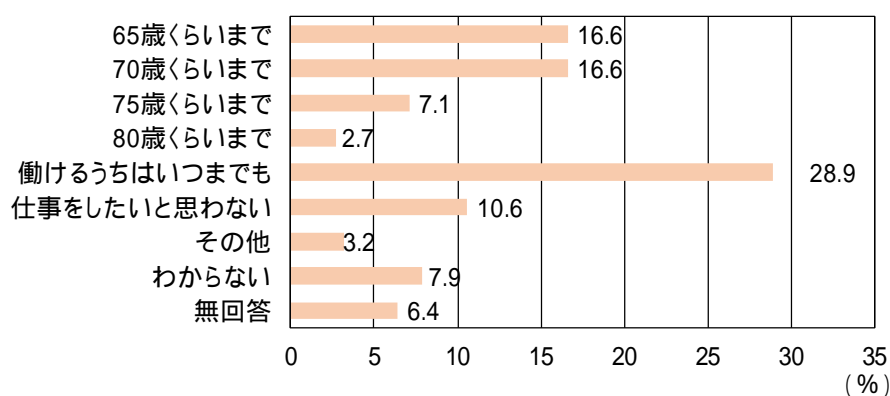
【図表9】平均寿命と年金支給開始年齢の国際比較

	平均寿命	支給開始年齢	平均受給期間	引上げ時期
日本	80.1	65	15.1	2025年
アイスランド	79.9	67	12.9	-
豪州	79.5	70	9.5	2035年
ノルウェー	79	62-75	4 17	-
英国	78.2	68	10.2	2025年
フランス	78.2	67	11.2	2018年
ドイツ	77.5	67	10.5	2029年
デンマーク	77.3	69	8.3	-
米国	76.2	67	9.2	2027年

(出所) 八代尚宏氏の講演資料(日本経済研究センター(2017年5月9日))を基に丸紅経済研究所作成。

10

【図表10】60歳以上の人の就労希望年齢



(注) 対象は全国60歳以上の男女

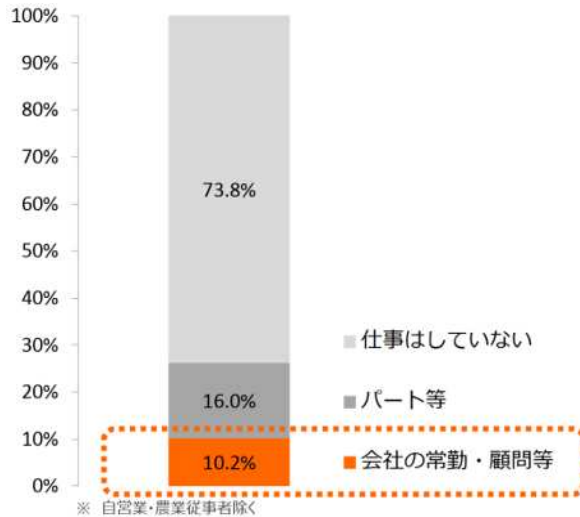
(出所) 内閣府『高齢者の日常生活に関する意識調査』(平成26年)を基に丸紅経済研究所作成。

【図表11】60歳以上の就労状況

² 経済産業省の次官・若手プロジェクトの『不安な個人、立ちすくむ国家～モデル無き時代をどう前向きに生き抜くか～』(http://www.meti.go.jp/committee/summary/eic0009/pdf/020_02_00.pdf)を参照。

5

10



(出所) 経済産業省 次官・若手プロジェクト『不安な個人、立ちすくむ国家
～モデル無き時代をどう前向きに生き抜くか～』

15 現行の年金制度では、65歳を基準に受給開始年齢を繰り上げれば受給額が減額され、繰り下げれば増額される仕組みとなっている。先に述べた通り、年金受給額の所得代替率がかなり低下する可能性が指摘されているが、意欲ある高齢者には長く働いてもらい、年金の繰下げ受給を選択してもらうことで、所得代替率の低下を抑制することができる。

20 具体的には、被保険者期間を40年から45年に延ばすと、給付額は45/40倍と約1割増加し、さらに年金受給開始年齢を65歳から70歳まで繰り下げると、65歳給付水準の1.4倍となる。その結果、被保険者期間45年、70歳での繰下げ受給であれば、被保険者期間40年で繰下げなしの給付額よりも $45/40 \times 1.4 = 1.54$ 倍の給付水準となる(前掲図表7)。

25 しかし現状では、70歳より先には繰り下げられず、また、働いて得た所得の分だけ年金が減額されるため、勤労意欲を喪失させている。繰下げ受給の上限を撤廃し、現行の70歳から上限なく広げることで、意欲ある高齢者には働いてもらい、わが国の経済と社会システムを「支える側」に回ってもらうことが可能となる。あわせて、標準となる年金支給開始年齢を引き上げるとともに、高齢者雇用のあり方についても検討が必要である。

30 年金受給開始年齢の上限を撤廃にするに際しては、在職老齢年金制度も併せて見直す必要がある。現行の繰下げ受給の仕組みは、年金を受給しながら働き続けた場合に、在職老齢年金制度によって受給額がどれだけ減額されるかを仮定計算し、それを除いた分を繰下げ受給の対象にしている。このため、繰下げ受給の増額率が相当程度削減されてしまい、働き続けるモチベーションを低下させている。意欲ある高齢者に、ともに社会を支えてもらうためにも、在職老齢年金の支給停止は廃止³すべきである。

35 また、現役期間の長期化に対応し、年金支給開始年齢の引上げについても議論を進め

³ 諸外国の在職老齢年金制度に目を向けると、米国や英国、ドイツでは、年金支給開始年齢以降は就労による収入がある場合も年金額が減額されることはない。詳細は、厚生労働省・社会保障審議会(年金部会)第9回資料1-8(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0619-6k.pdf>)を参照。

るべきである。支給開始年齢引上げの議論は、定年延長・撤廃のほか、働き方改革や労働市場改革と一体で進めるべきであり、改革の実行までには長い時間を要すると考えられるため、一日も早く議論を始めることが肝心である。

5 (3) 子育ての社会化

合計特殊出生率(1人の女性が一生に産む子どもの数)は、人口維持が計算上可能とされる2.07(2016年は1.44)を下回り続けている。諸外国と比較して、わが国の社会保障給付は、特に子育て支援等の家族関係社会支出が少ないことが指摘されており⁴、子育てを社会全体で支援する仕組みが必要である。

10

政府はこうした問題意識の下、近年、待機児童解消等の子育て支援にかかる支出を充実させている。2017年12月には、「新しい経済政策パッケージ」を閣議決定し、事業主が拠出する子ども・子育て拠出金を3,000億円増額すること等により、保育士の処遇改善を含む「子育て安心プラン」の前倒しによる待機児童解消等を進めることとしたほか、2019年10月に予定している消費税率2%引き上げ分の使途変更により、幼児教育の無償化等を進め、高年齢者から子どもへの支出のシフトを図っている。

15

なお、全国の待機児童数は、2017年4月時点で前年比2.5千人増の2.6万人⁵まで増加しており、この解消には、財源の確保に加え、三大都市圏中心部でのスペース確保、近隣住民等とのトラブル予防のためのガイドライン等の整備、設備・サービス・管理体制の質を担保する監視システムの開発・普及といった諸課題への取組みも急ぐべきである。

20

また、さらなる財源の確保策としては、例えば、自由民主党の2020年以降の経済財政構想小委員会が提案した、社会保険料率を引上げる「こども保険」も含め、安定した財源のあり方を広く検討すべきである。

25

こうした案は、手厚い子育て支援を早期に実現する観点から、10%を超えて消費税率を引き上げるよりも現実的であるとの意見もある。なお、「こども保険」は、事業者および勤労者の負担を増やす一方、高齢者に負担を求めないことから、「子育ての社会化」の理念にそぐわないとの批判も聞かれる。国民全体が負担するとの観点からは、消費税が優先的に検討されるべき財源であるが、実現までに要する期間を考慮すれば、直ちに子育て支援を拡充するため、「こども保険」も選択肢の一つとして、安定財源の確保に向け検討すべきである。

30

⁴ 内閣府『各国の家族関係社会支出の対GDP比の比較』

(<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/data/gdp.html>)を参照。

⁵ やむなく認可外保育園に入った児童等の「隠れ待機児童」が6.9万人おり、これも合わせると待機児童数は約10万人にのぼる。また、民間シンクタンクの社会保障経済研究所の試算では、申込みを諦めている児童もさらに合算すると、2015年4月時点で170.9万人にのぼる。

参考:自由民主党財政再建特命委員会 2020 年以降の経済財政構想小委員会の提唱する「こども保険」案

勤労者・事業者の社会保険料の負担を当初は 0.1% ずつ上乗せして約 3,400 億円の財源を確保し、こども保険給付金を創設する。これにより、例えば、小学校入学前の子ども(約 600 万人)の児童手当を月 5 千円上乗せし、幼児教育・保育の負担を軽減する。

将来的には、医療介護の給付改革を徹底的に進めつつ、保険料負担を 0.5% に拡大し、約 1.7 兆円を確保する。これにより、小学校入学前の子ども(約 600 万人)の児童手当を月 2.5 万円上乗せし、幼児教育・保育を実質無償化する。

論点 2: 国民道徳に呼びかけ「自助」を推進

- (1) 公的医療保険制度に 2 階建て部分(オプション保険)を組み入れ、国民一人ひとりが給付と負担のバランスを自分の意思で選択できるようにし、公費負担の伸びを抑えつつ高度医療技術の普及を促す。
- (2) 国民に健康への自助努力のインセンティブを与え、医療サービス需要を効率化する。
- (3) 利用者のさまざまなニーズに対し、事業者が介護保険サービスと保険外サービスとをこれまで以上に柔軟に組み合わせて提供することができる、いわゆる「選択的介護」を導入し、利用者ニーズの充足とサービス提供の効率化・高付加価値化を実現する。これにより、介護サービス従事者の処遇改善を図り、人材不足解消の一助とする。

(1) 医療保険の「2 階建て化」⁶

わが国では、国が定めた給付と負担のバランスを全国民に一律適用しているが、米国を除く諸外先進国の公的医療保険制度には、国民に一律共通の一階部分に加え、選択可能な 2 階建て要素が入っており、国民一人ひとりが給付と負担のバランスを選ぶことができる(図表 12)。

【図表 12】公的医療保険制度の国際比較

	日本	日米以外の先進諸国
皆保険の意味	対費用効果を精査することなく有効性が認められた医療は全て保険の給付対象とする原則	有効性が認められた医療が全て国民共通の公的医療保障の中に含まれているとは限らない
保険内容に対する国民側の選択権の有無	全国民に一律適用 医療で格差が発生することを制度上一切認めない考え方	二階建て要素が入っている 公的制度の枠組みの中で給付と負担のバランスを国民一人ひとりが選択できるオプションを組み込んでいる
受診規制の有無	一部導入開始したが緩い	家庭医等を活用した強い規制

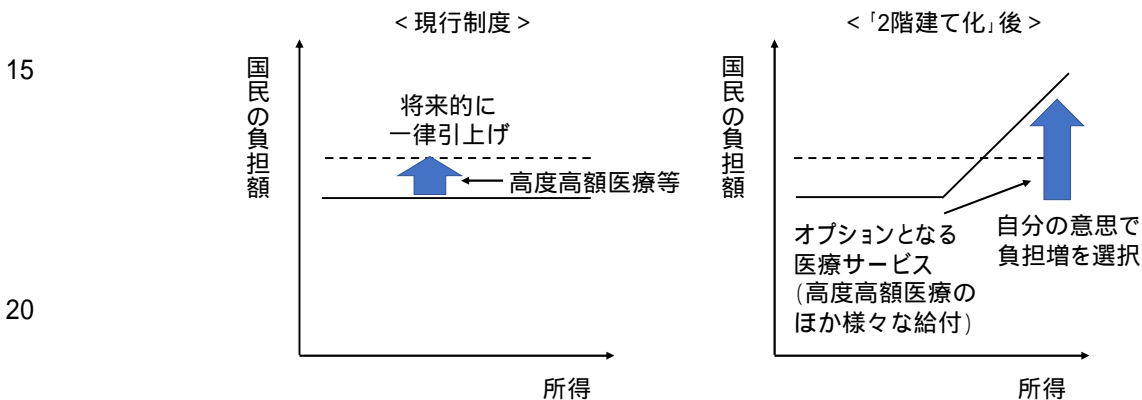
(出所)キャノングローバル戦略研究所・松山幸弘氏の講演資料を基に丸紅経済研究所作成。

⁶ キャノングローバル戦略研究所研究主幹の松山幸弘氏が提唱している。

国民皆保険の下で、公的医療保険給付費を抑制しつつ、高度医療技術へのアクセスも拡大するためには、被保険者一人ひとりが給付と負担のバランスを選択できるようにする必要があります。その具体策の一つが、公的医療保険制度の中に2階建て部分(オプション保険)を組み入れることである。

- 5 医療保険の「2階建て化」が保険外併用療養費制度と異なる点は、2階部分の対象として、先進医療等のみならず、さまざまなメニューを包含しうる点であり、国民の選択肢が増えるという意味でメリットが大きい。例えば、外来の定額負担や終末期医療等、その時々々の価値観や医療技術の水準によって国民の考え方に違いがみられる事項を2階部分に含めることが考えられる。「2階建て化」により、高水準の福祉を希望する国民には自分の意思で2階建て部分の保険に加入してもらうことで、国民一人ひとりが福祉の水準に応じたコストを負担する社会を作る一歩とすべきである(図表 13)。

【図表 13】医療保険の「2階建て化」による国民負担額の変化のイメージ



(出所)キヤノングローバル戦略研究所研究主幹松山幸弘氏の講演を基に丸紅経済研究所作成。

25 (2)医療サービス需要を効率化する各種インセンティブ設計

サービス需要者側の効率化を図る観点では、国民に自助努力のインセンティブを与え、行動変容を促すことで、健康寿命を延伸することが重要である。普段から健康管理を行ってきた人も、そうでない人も同じ自己負担割合で治療が受けられる制度では、健康管理を行う動機付けが不十分である。

30

シンガポールにはCPF(Central Provident Fund、中央積立基金)制度⁷という自己責任を徹底する制度がある。医療知識やICTの進歩、生活水準の向上により、セルフメディケーションの余地は高まっており、わが国でも自己責任の考え方を一部導入するのが適切だろう。

⁷ 個人ごとに医療費支払い専用の口座(医療貯蓄口座)を設け、医療費支払いに充てるものである。医療貯蓄口座は、人々の予防行動を喚起するとともに、慎重な医療サービスの使用を促すことができる。わが国の社会保険制度のように、第三者が医療費を支払う(互助)ために、人々が予防行動をとらなったり、医療需要が増加するといったモラルハザードが起きにくいという特徴がある。

例えば、自由民主党 2020 年以降の経済財政構想小委員会が提唱した「健康ゴールド免許」のように、ICT を活用して個人の検診履歴等を把握し、健康管理に取り組んできた被保険者を「ゴールド区分」として、自己負担を低く設定するのが一案である。データヘルスを推進し、ウェアラブル機器やスマートフォン等に代表される個人の行動記録を取得可能なデバイスを活用すれば、保険者等が個人の健康管理への取組状況を確認することが可能となり、被保険者の行動変容を促すことが容易になる⁸。

また、自助で対応できる軽微な疾病リスクは自己負担とすることも必要である。具体的には、薬局等で市販されている医薬品等については、保険適用範囲から除外し、全額自己負担とすべきである。例えば、湿布にかかる医療費は年間 1,500 億円程度と試算されている⁹。仮に自己負担割合が3割とすると、約 1,000 億円が公的医療保険から支出されていることになる。うがい薬については、既に 2014 年 4 月から単独での処方が保険適用外となり、これによって国庫負担が約 60 億円削減された¹⁰。これを「単独処方」に限定せず、全て保険適用外とすることで、さらなる効率化を図るべきである。風邪薬についても、財政に対するインパクトという意味では数百億円程度だが、保険適用外とすることで自助努力を促す効果は大きい。

(3) 選択的介護の導入

利用者のさまざまなニーズに対し、事業者が介護保険サービスと保険外サービスをこれまで以上に柔軟に組み合わせて提供することができる、いわゆる「選択的介護」を導入し、利用者ニーズの充足とサービス提供の効率化・高付加価値化を実現する。これにより、介護サービス従事者の処遇改善を図り、人材不足解消の一助とする。

2015 年に安倍政権が掲げた「新・三本の矢」では、新・第三の矢として「安心につながる社会保障」が掲げられ、介護サービスの確保等によって介護離職ゼロを目指すことが示された。そこでは、介護サービスを提供する施設の整備・増設等の具体策が挙げられたが、実際には人材不足が喫緊の課題となっており、厚生労働省の推計によれば、団塊の世代が全員 75 歳を迎える 2025 年には、介護サービス従事者が 37.7 万人不足する。

こうした中、東京都および豊島区が国家戦略特区の仕組みを活用し、2018 年度からモデル事業を開始しようとしている選択的介護は、利用者のさまざまなニーズに対し、事業者が

⁸ デジタルヘルスを活用した医療・介護改革については、経済同友会 医療・福祉改革委員会『デジタルヘルス システムレベルでのイノベーションによる医療・介護改革を』(2015 年 4 月 24 日) (<https://www.doyukai.or.jp/policyproposals/articles/2015/pdf/150424a.pdf>) を参照。

⁹ 厚生労働省 NDB オープンデータのデータをもとに市川氏試算 (<https://news.yahoo.co.jp/byline/mamoruichikawa/20161113-00064371/>)。

¹⁰ 財務省『平成 26 年度社会保障関係予算のポイント』 (<https://nk.jiho.jp/sites/default/files/nk/document/import/201312/1226575907700.pdf>) を参照。

介護保険サービスと保険外サービスとをこれまで以上に柔軟に組み合わせて提供することを可能とするものである。現行制度においては、保険給付対象サービスの価格は公定価格（介護報酬）が上限となっているが、介護サービス料金を自由化し、介護報酬以上の料金設定を可能にすることで、介護報酬の一律的な引上げなしに、介護事業者の採算性を向上し、
5 介護サービス従事者の処遇改善を図ることで、人材不足の解消につながることを期待される。また、国民一人ひとりが自身のニーズに応じて、介護の質や価格を選択できることも大きなメリットである。

なお、選択的介護については、保険内・外のサービスの併用の可否の判断における自治体（保険者）ごとの違い、保険給付サービスにおける自立支援に向けたマネジメントの
10 困難さ、介護人材確保や処遇改善を先行しないと担い手が不足して画餅となる点、利用者の生活ニーズを捉えた魅力的な保険外サービスの少なさ、低所得者への配慮の必要性といった課題が提起されている。前述のモデル事業で得られた知見を活かして、こうした課題を克服し、選択的介護が早期に広がることを期待する。

15

論点3：医療の高度化・効率化に資するその他の制度設計

- (1) 医療技術評価等に費用対効果という視点を導入するとともに、データヘルスを推進し、
医療サービス供給を効率化する。
- (2) 「かかりつけ医」の普及・定着を促進し、診療の効率化や薬の重複処方の削減等の諸
20 問題の解決を図る。

(1) 医療技術評価等への費用対効果という視点の導入

医療サービス供給者側に費用対効果の視点を導入すべきである。例えば、医療技術の
25 費用対効果を評価する第三者機関を設立し、費用対効果に優れると評価された薬を優先的に保険収載し、そうでない薬は保険適用外にすることで、医療財政の効率化を図る。

イギリスでは、厳しい予算管理のもとで国民保健サービス(National Health Service, NHS)
30 が提供されている。医療技術の費用対効果を評価する公的機関が設置されており、治療薬が「費用対効果に優れる」と評価されれば、保険収載されるとともに、使用が推奨され、NHSから医療費が支払われる。逆に推奨されなかった治療薬は、NHSの支払対象の優先順位が低くなり、処方されにくくなる。

また、薬の重複処方や検査の重複を防ぎ、医師誘発需要を抑制する観点では、データヘルスの推進も不可欠である。データヘルスは健診やレセプト等の電子化された健康医療情
35 報を医療保険者が活用・分析し、加入者の健康状態に即した効果的・効率的な保健事業を目指すものであり、被保険者番号の個人化を進め、個人の診療データや予防接種に関する履歴等の一元化を進めようとしている途上である。

科学的介護や、医療・介護のシームレスな連携を早期に実現するためにも、小規模クリニックの ICT 化や介護分野におけるデータ蓄積をはじめとするデータヘルスの推進が急がれる。

5 (2)「かかりつけ医」制度の普及・定着

わが国では、軽度の患者も高度医療を担う大病院を受診する傾向があり、待ち時間の長時間化を招くとともに、勤務医の労働環境を悪化させている。また、勤務医が外来患者の診療に時間をとられることによって、入院患者に対して割くことができる診療時間が限られてしまうことが、入院期間の長期化を招き、医療費が膨張する一因ともなっている。一方、「町医者」では、画像診断機器のような高額医療機器が低稼働となり、設備投資が経営を圧迫している。

こうした問題を解決するためには、諸外国のように、「町医者」がゲート・キーパー機能を果たす「かかりつけ医¹¹」制度の普及を目指すのが望ましい(図表 14)。まずは、紹介状なしに病院外来を受診した際の定額負担の対象を拡大し、将来的には、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担¹²を導入すべきである。また、薬の重複処方を防ぐ観点では、「かかりつけ薬局」の普及も有効である。

【図表 14】諸外国の「かかりつけ医」制度

英国	かかりつけ医の登録が義務づけられ、救急の場合を除き、かかりつけ医を受診する。必要がある場合のみ専門医を紹介される。
フランス	かかりつけ医の登録は義務。小児科など一部の診療所を除き、かかりつけ医以外を受診した場合は、患者負担が増額。
ドイツ	かかりつけ医の登録の義務は無い。ただし、同一疾病で複数の医師を受診した際の自己負担割増制度等がある。また、義務はないものの、国民の9割がかかりつけ医を有している。

(出所)中央社会保険医療協議会 第346回総会資料『横断的事項かかりつけ医機能(その1)について』を基に丸紅経済研究所作成。

わが国では、2018 年度の新専門医制度スタートにともなって、総合診療医の専門医教育が開始されることとなっている。しかしながら、十分な数の総合診療医が輩出されるまでには長期間を要するため、医師偏在の問題や専門医との数のバランス等も考慮しながら、随時制度の見直しを実施しつつ、速やかに普及・定着させるべきである。

¹¹ 本稿でいう「かかりつけ医」とは、総合的な診断能力を有し、地域医療においてゲート・キーパー機能を担う「総合診療医(総合医、家庭医)」を示す。

¹² 特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院は、紹介状なしで受診する場合、原則として初診 5,000 円、再診 2,500 円を徴収することとされている。

・おわりに：真に持続可能な社会保障制度の実現に向けスピード感ある対策を

わが国において、社会保障制度改革は最大の課題である。しかし、国民にそれが十分に理解されているとは言いがたく、給付と負担にかかる構造改革は先送りされ、消費税率の引き上げが繰り返し国政選挙の争点となっている。

- 5 本会ではこれまでも消費税率の大胆な引上げによる財政改革、デジタルヘルスの活用等、社会保障分野における提言を行ってきた。本委員会の2年弱の活動において、社会保障制度の全ての課題をカバーすることは不可能であったが、本取りまとめに掲げた論点はいずれも、真に持続可能な社会保障制度を実現する第一歩として、早急に実施・検討すべきものであり、今回の公開フォーラムを機に、社会保障制度の抜本改革に向けた議論が本格化することを願うものである。
- 10

以上