

# 全世代型社会保障検討会議（第11回）

## 議事録

### （開催要領）

1. 開催日時：令和2年11月24日（火）17:15～18:12
2. 場 所：官邸2階大ホール
3. 出席者：

議 長	菅 義 偉	内閣総理大臣
議長代理	西 村 康 稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構 成 員	麻 生 太 郎	副総理 兼 財務大臣
	加 藤 勝 信	内閣官房長官
	田 村 憲 久	厚生労働大臣
	梶 山 弘 志	経済産業大臣
	大 隈 和 英	厚生労働大臣政務官
	遠 藤 久 夫	学習院大学経済学部教授
	翁 百 合	株式会社日本総合研究所理事長
	鎌 田 耕 一	東洋大学名誉教授
	櫻 田 謙 悟	SOMPOホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
	清 家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
	新 浪 剛 史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
	増 田 寛 也	東京大学公共政策大学院客員教授
	柳 川 範 之	東京大学大学院経済学研究科教授
有 識 者	中 川 俊 男	公益社団法人日本医師会会長
	相 澤 孝 夫	四病院団体協議会 日本病院会 会長
	佐 野 雅 宏	健康保険組合連合会 副会長

### （議事次第）

1. 開会
2. 医療改革に係る関係者からのヒアリング
3. 医療改革について
4. 閉会

(配布資料)

- 資料 1 公益社団法人日本医師会 中川俊男氏提出資料
- 資料 2 四病院団体協議会 日本病院会 相澤孝夫氏提出資料
- 資料 3 健康保険組合連合会 佐野雅宏氏提出資料
- 資料 4 翁議員提出資料
- 資料 5 中西議員提出資料
- 資料 6 増田議員提出資料
- 資料 7 厚生労働大臣提出資料
- 資料 8 厚生労働大臣提出参考資料
- 参考資料 全世代型社会保障検討会議 中間報告・第2次中間報告(抜粋)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、ただいまから第11回の「全世代型社会保障検討会議」を開催いたします。

本日は、会議の前半に、医療改革の関係者の皆様方から、御意見をお伺いします。その後、会議の後半に、医療改革について、御議論をいただきます。

距離を取っておりますので、適宜マスクを外していただいても結構だと思います。

本日は、医療改革の関係者として、日本医師会の中川俊男会長、四病院団体協議会日本病院会の相澤孝夫会長、健康保険組合連合会の佐野雅宏副会長に御出席をいただいております。お忙しい中、御出席いただきまして、ありがとうございます。

それでは、関係者の皆様から連続して御説明をいただき、その後、民間議員との質疑を行っていただければと思います。

まず最初に、中川会長、お願いをいたします。

○中川会長(日本医師会) 日本医師会会長の中川です。よろしく願いいたします。

資料1をお願いいたします。

本日は、資料の右下1ページの2点について、日本医師会の考え方を御説明申し上げます。

後期高齢者の患者負担割合の在り方についてです。

右下3ページを御覧ください。一つ目の●ですが、後期高齢者は、1人当たり医療費が高いので、年収に対する患者一部負担の割合は、既に十分高くなっています。患者一部負担割合の引上げによって、受診控えのおそれがあります。また、たとえ受診したとしても、患者負担が重荷となり、必要な医療を遠慮される懸念があります。

二つ目の●、応能負担は、本来は保険料及び税で求めるべきだと考えています。患者一部負担での応能負担は、限定的にすべきだと思います。

五つ目の●、新型コロナウイルス感染症禍での受診控えによる今後の健康への影響が懸念されるところです。さらなる受診控えを生じさせかねない政策を取り、高齢者に追い打ちをかけるべきではありません。

4 ページから 7 ページは、参考資料です。

次に、外来機能分化と 200 床以上の一般病院への定額負担拡大についてです。

右下 9 ページを御覧ください。外来機能分化についてです。

三つ目ですが、現状では、医療資源を重点的に活用すべき特定機能病院において、慢性期の外来診療が多数行われており、一方、地域における医療連携を主軸にすべき基幹的病院が地域医療支援病院になっていないという状況も見受けられます。このような現状の適正化により、病院や外来の機能分化は推進可能と考えます。

四つ目、病院の機能は規模だけで決まるものではなく、例えば医療機関の少ない地域では、一つの病院が外来も含め全ての医療に対応しなければならないなど、その機能は様々です。既に地域医療構想調整会議において、各地域の機能分化の最適化が図られているところであり、病院の外来機能は、地域の実情によって様々です。病床数で線引きされ得るものではありません。

10 ページをお願いします。200 床以上の一般病院への定額負担拡大についてです。

一つ目の●、紹介状なしで受診した患者からの定額負担の徴収については、本年 4 月の診療報酬改定で、400 床以上から 200 床以上の地域医療支援病院に拡大されたばかりです。この検証をしっかりと行うべきです。

二つ目、現在のところ、再診時の定額徴収は極めて少ないですが、外来機能分化のためには、患者を地域に戻すことが有効であり、再診時の定額負担を強化すべきであると考えます。

11 ページから 13 ページは、参考資料です。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、相澤会長、お願いいたします。

○相澤会長（四病院団体協議会日本病院会） 日本病院会会長の相澤でございます。

本日は、医療改革に関わるヒアリングにお呼びいただきまして、誠にありがとうございます。

四病院団体を代表して、大病院への患者集中を防ぎ、かかりつけ医の強化を図るための定額負担の拡大についての大幅な見直しを要望します。

第一に、定額負担の対象とされる一般病院は、精神科病院以外の病院であり、多種多様な病院が含まれます。また、一般病院を一般病床と解釈しても、一般病床も極めて複雑に機能分化しており、一くくりにできません。

資料を御覧いただきたいと思います。

様々な機能を有する一般病床を基に、しかも、200 床以上の大病院という区分として定額負担を義務化することは、病院機能を適切に捉えた区分にならず、混乱を招き、外来機能分化を推進するとは思えません。

第二に、外来において、かかりつけ医機能を発揮すべき病院は、地域医療の確保という

観点において必要不可欠ですが、どのような病院にその機能を発揮してもらうかについての検討はなされていません。ましてやその病院を一般病床数で判断することはできません。現にかかりつけ医機能を発揮し、地域医療に貢献している病院に対し、一般病床200床以上であるという理由で、定額負担を義務化することに住民の理解を得ることは難しいと思います。

第三に、外来機能分化を推進する観点から、紹介状を持つ患者を中心に外来機能を発揮すべき病院は、特定機能病院と地域医療支援病院が医療法上に位置付けられています。このように発揮すべき外来機能が明確化された病院に対して、外来機能分化を推進する観点から、定額負担を義務化することは理解ができます。したがって、外来の定額負担を義務化することが望ましい病院を一般病床数200床という理解不能な区分ではなく、国民にも病院にも理解可能な区分にすることを検討するべきです。

第四に、外来機能分化を推進するためには、紹介する側と受ける側の信頼関係の構築が極めて重要であり、良好な関係構築のためには、かかりつけ医機能を発揮してほしい病院や診療所に対して病院が患者を紹介する、いわゆる逆紹介を推進することが大変重要です。逆紹介により、外来患者を減らし、病院の外来をスリム化することは、病院経営の効率化にもつながると考えます。

第五に、患者負担を増額し、増額分を医療保険の負担軽減に充当する仕組みについては、選定療養費である外来受診時の定額負担の増額分を、なぜ医療保険の負担軽減を目的として、外来診療の技術料である初・再診料を大幅に控除し、初・再診料を減ずるのか、理解不能です。紹介状あり、なしに関係なく、初・再診に必要な医師の技術料は変わらないことから、この仕組みの導入は、医師の外来診療に対する診療報酬の評価をないがしろにするものであると思います。

終わりに、病院団体も外来機能分化の推進は、我が国の医療制度改革にとって重要であると認識をしております。それだけに医療現場と国民に混乱を生ずることなく、外来機能分化を確実に推進するためには、病院の機能分化と併せて考えることが必要です。病院団体が参加する会議で、機能分化の推進方法をしっかりと議論し、その上で改革を進めていただきたいということをお願いしたいと思います。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

最後に、佐野副会長、お願いいたします。

○佐野副会長（健康保険組合連合会） 健康保険組合連合会の佐野でございます。

本日は、このような機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、保険者の立場、また、現役世代の立場からお話をさせていただきたいと思っております。

資料3をめぐって、1ページを御覧ください。医療保険制度改革に関する健康保険組合連合会の考え方をまとめております。

1 番目の後期高齢者の窓口負担につきましては、全世代型社会保障改革検討会議の中間報告でも示されていますように、団塊世代が後期高齢者になり、現役世代の負担が急増する2022年度初めまでに、現役世代の負担の増加を抑えるよう、改革を進めていただきたいと存じます。

高齢者の窓口負担につきましては、低所得者の方への配慮はもちろん必要でございますけれども、原則2割負担が必要だと思います。具体的には3割負担の現役の所得者の方の7%に加え、一般区分の52%の方については、2割負担をお願いしたいと思います。

負担率が2割になると、負担が2倍になると思われがちでございますけれども、入院など、医療費が高額になる場合には、負担の上限が定められておまして、負担が軽減される仕組みが導入されております。

現役世代の負担は既に限界でございます。高齢者と現役世代の負担のアンバランスを解消し、負担能力のある高齢者については、応分の負担をお願いすることが全世代で医療保険制度を支え、国民皆保険の持続性を確保していく上で必要であると思っております。

2 番目の大病院の外来受診時定額負担の対象拡大については、賛成でございます。中間報告で示された内容を確実に実施いただきたいと思います。

本日は、1 点目の窓口負担の問題に重点を当てて、お話をさせていただきたいと思っております。

2 ページを御覧ください。右側の伸び率の欄を見ていただくとお分かりのように、健康保険組合における高齢者医療の拠出金は、ここ12年間で48%という高い伸びを示しております。それでもって現役世代の保険料負担の増加につながっております。12年間で1人当たりの報酬額は、1.9%しかアップしておらず、保険料率の引上げによる現役世代の負担増で対応してきているのが実情でございます。

3 ページは、給付と負担のアンバランスが拡大していることを示しているものでございます。

横軸は年齢、縦軸は金額の増加額でございます。

これを見ますと、高齢者は青色の医療費の増加額が多いのに対して、赤色の自己負担の増加額は小さく、逆に現役世代は保険料の増加が大きいことが分かります。8年間の間にアンバランスは拡大しており、このアンバランスの是正は喫緊の課題と考えております。

4 ページを御覧ください。今後の後期高齢者支援金の見通しを示したものでございます。

団塊の世代が2022年から後期高齢者になるため、今後、現役世代の負担は、毎年3000億円から4000億円増加をする見込みでございます。

5 ページを御覧ください。2割負担の対象基準による現役世代の負担軽減額を示した例でございます。

私どもが要望しております一般区分全ての方を2割とした場合でも、4ページにある今後の増加額、年3000～4000億円をカバーできる額ではございません。一般区分全ての方に2割の負担をいただくことが必要であると考えております。本人所得だけではなく、世帯

収入での負担能力も勘案したA案でお願いしたいと思います。

以上、御説明申し上げました。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございました。

それでは、続いて、事前に御希望いただいた民間議員3名の方から御質問をいただきます。

ゲストのお三方におかれましては、最後にまとめて御回答いただければと思います。

遠藤議員、お願いいたします。

○遠藤議員 ありがとうございます。

健康保険組合連合会から、一定以上所得の方を一般区分全員とするという御意見が提出されているわけですので、それにつきまして、お尋ねをいたします。

医療保険部会に提出されました資料によると、現在、1割負担である85歳以上の方の1人当たりの窓口負担額の年平均は約9.1万円で、これが2割負担となった場合は、3.6万円増加して、12.7万円になると推計されています。倍率にしては1.4倍ということです。高額療養費制度や自己負担による受診の抑制がありますので、2倍にはならず、1.4倍にとどまるわけですが、1.4倍や増加額の3.6万円は平均値ですから、中にはより負担の増える方もおられるわけであります。

一方、後期高齢者の一般区分の中でも、その4割は家族に課税所得があるものの、本人には課税所得がないという方であります。そう考えますと、現役世代の負担軽減という御趣旨は大変よく理解できますが、一般区分であっても、所得の少ない方にとっては、2割負担は厳しいのではないかという意見が社会保障審議会での議論にも多くあります。この点について、どのようにお考えになるかをお聞きしたいと思います。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、清家議員、お願いいたします。

○清家議員 ありがとうございます。

中川先生、御説明ありがとうございました。

先生御説明の資料に書いておられますように、応能負担は、本来、保険料及び税で求められるべきであるというのは、全く仰せのとおりと思っております。以前に勉強させていただいた日本医師会の医療政策会議報告書でも、このことに続いて、自己負担率に差を設けることは、社会保障の理念にそぐわないと述べられていたように記憶しております。

そのような観点から申しますと、同じ疾病、障害のリスクに対して、若い世代と高齢世代で、年齢によって自己負担率に差があることも、いかななものかというようにも思うわけでございます。この点について、先生のお考えをお聞かせいただければと存じます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、増田議員、お願いいたします。

○増田議員 ありがとうございます。

日本医師会の中川先生にお尋ね申し上げますが、後期高齢者の2割負担の範囲を医師会さんの御主張どおり、限定的にしますと、現役世代の保険料負担の抑制効果は、本当にスズメの涙ほどになってしまいまして、いわゆる全世代型社会保障という名前と実が離れてしまうのではないかと懸念をいたします。医師会さんの資料には特に言及はないのですが、現役世代の保険料抑制の必要性、全世代型社会保障改革の必要性自体について、どうお考えになっておられるのか、会長の御所見を承ればと思います。

健康保険組合連合会の佐野副会長さんですが、今、資料を拝見すると、5ページの案のCは、Aが適当であるということの対案になりますが、介護保険制度の2割負担の対象者の割合を参照している案だと思うのですが、このような介護保険制度を参考にすることは、考え方として適当と考えておられるのか。そして、同じく5ページの下枠の中、世帯収入での負担能力も勘案とおっしゃっているのですが、ここの意味をより具体的に御教示願えればと思います。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、御回答いただけますでしょうか。

中川会長からよろしいですか。

○中川会長（日本医師会） 清家先生の御質問からお答えします。

資料1の4ページをお願いします。このグラフの左側は、1人当たり医療費が年齢とともに上昇することを示しています。後期高齢者は、現役並み所得者を除いて、患者一部負担は1割であり、1人当たり患者負担額は、75歳になると一時的に下がることを示しているのが、右のグラフです。年齢とともに再び上昇します。特に後期高齢者の患者一部負担はかなり重くなっています。むしろ65歳から69歳の患者負担が重いことは課題だと考えています。

5ページをお願いします。先生方、みんな御存じのように、左側です。1人当たり年間収入ですが、高齢者は年収が大きく低下しますので、現在は、患者一部負担割合は原則1割ですが、収入に対する患者一部負担の比率は、ほぼ年齢とともに上昇していきます。これは右のグラフです。後期高齢者では1割負担の現状でも、かなりの負担だということがこれで御理解いただけるのではないかと思います。

6ページをお願いします。左側のグラフは、横軸に1人当たり受診日数、縦軸に一日当たりの単価を示していますが、後期高齢者が過剰な受診をしているとは言えないということを示しています。入院外受診回数の中には、在宅医療も含まれています。国が在宅医療を推進している中、適切な在宅医療から高齢者を遠ざけるようなことをしてはならないと思っています。

増田先生からの御質問にお答えしたいと思います。高齢者の医療が若年世代への負担になっているという御意見です。若年世代の保険料の引下げの必要性はないのかという御質問ですが、どんな若年世代でも必ず高齢化します。高齢化になったときには、若年世代が支えているという構図でしたが、若年世代の人口が減ってきて、なかなか難しいというこ

とは、私も分かっているつもりです。

そこで、現役世代、若年世代の保険料を低下させてということではなくて、大局的に公的医療保険制度間の抜本的な改革を進めるべきだと思っています。例えば被用者保険の一元化、一本化とか、地域保険の一元化とか、そういう抜本的な改革で対応すべきだと思っています。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

佐野さん、よろしく申し上げます。

○佐野副会長（健康保険組合連合会） 遠藤先生の御質問と増田先生の後段部分は関連すると思いますので、まとめてお答えさせていただきます。

現在は少なくとも低所得者の判断については、世帯単位で判断をされております。したがって、世帯で収入が低い方については、既に低所得者という区分にまとめられていると思います。一般区分に入っている方については、本人の方に所得がなくても、家族等で収入がある場合は、一般区分になっていると考えております。

したがいまして、例えば先般の医療保険部会での厚労省から示された案は、上位44%の方が一番広いケースでございましたけれども、一般区分全てにした場合、59%ということで、差が15%生じます。この15%の隙間には、言わば高齢者御本人は住民税非課税水準であるけれども、同居するお子様等の収入が156万円を超えて、世帯として負担能力がある方が該当すると考えております。

例えば高齢者御本人は150万円の年金収入、ただ、お子様が800万円の給与収入としても、1割負担となるような案でございますが、これが果たして公平な制度と言えるのでしょうかと思っております。現役世代は、所得水準に関わりなく3割負担をしていることを考えても、高額療養費制度の一般区分と同様に、負担能力があると考えざるべきではないかと考えております。

増田先生のもう一つの質問の介護との関係でございますけれども、現状、介護保険における現役世代の保険料は2割程度、3兆円でございます。一方で、後期高齢者医療費に占める現役負担となります後期高齢者支援金の割合は約4割、7兆円と規模が介護に比べて倍以上となっております。そういう意味でも、現役世代の負担軽減を行う必要があると考えております。

更に支援金は、今後、毎年3000～4000億円増えていくということでもって、現役世代の負担は、毎年1人当たり3,000～4,000円増えていく形になります。この負担を少しでも抑え、全世代で支えていく必要があると思います。介護の2割負担の水準に合わせた案Cにおいては、1人当たり500円程度の効果しか生じないことになります。

また、介護につきましては、利用者の方は医療と比べますと、一般的な利用頻度は低いですが、一旦利用すると継続利用になりやすいことから、一部の方に集中しやすいということで、医療保険と大きく異なっていると思います。そういう面で、自己負担の



議論としては参考にならないと考えております。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

相澤会長、何かコメントはございますか。よろしいですか。

○相澤会長（四病院団体協議会日本病院会） 特にありません。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

時間の関係もございますので、前半の議論はここまでとさせていただきます。

中川会長、相澤会長、佐野副会長におかれましては、御出席をいただきまして、ありがとうございます。

それでは、ここで関係者の皆様は御退席いただきますので、しばらくお待ちください。ありがとうございます。

（中川会長、相澤会長、佐野副会長退室）

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、医療改革の議論に入ります。

最初に、田村厚労大臣より、社会保障審議会における審議状況について、御説明いただきます。よろしくお願ひします。

○田村厚生労働大臣 1といたしまして、2割負担の所得基準、2、施行日、3、長期頻回受診等に対する配慮措置について、本年末までに検討を行うこととされています。

2022年に団塊の世代が後期高齢者となり始める中、現役世代の負担上昇に歯止めをかけることは重要な課題であります。負担能力に応じて負担いただく観点から、一定所得のある高齢者の方には、医療の窓口負担を1割から2割とすることとされております。

一方、高齢者の方は、現役世代よりも長期に何度も医療機関を受診する傾向であり、加えて、高齢者の生活の状況についても、十分に踏まえる必要があります。医療保険部会では、こうした点から御議論をいただいております。

11月19日の社会保障審議会医療保険部会に、厚生労働省から所得基準として考えられる機械的な選択肢を提示して、御議論をいただきました。一定の考え方を基に所得基準を設定し、後期高齢者に占める割合として、上位20%から上位44%までの選択肢をお示いたしました。

施行日については、全社会議中間報告で2022年度、令和4年度初までに改革を実施するとあるので、それを踏まえて検討をいたしております。

2割負担で影響が大きい外来患者について、経過的な配慮措置として、1か月分の負担増加額が4,500円に収まるような配慮措置を提示いたしました。今後、医療保険部会で議論を行いながら、年末の取りまとめに向けて、検討を進めていきたいと考えております。

2ページ目ですが、紹介状なしで大病院を受診した際の定額負担制度につきまして、患者の負担額を増額し、公的医療保険の負担を軽減するとともに、対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する方向性を決定したところでもあります。この方向性に基づき、年末までの全社会議の取りまとめに向けて、医療保険部会等で御議論をいただいております。

す。

医療保険部会等においては、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化し、このような医療機関のうち、一般病床200床以上の病院まで定額負担の徴収義務を拡大すること、初診・再診料相当額を目安に、例えば2,000円を保険給付の範囲から控除し、それと同額以上に定額負担を増額することについて、厚生労働省から提示をさせていただいたところがあります。

今後、医療保険部会等で議論を行いながら、年末の取りまとめに向けて、検討を進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、続いて、民間議員の皆様から、順次、御発言をいただきます。

なお、今日御欠席の中西議員からは、資料5として、席上に意見が配付されておりますので、御参考にしてください。

それでは、遠藤議員からお願いいたします。

○遠藤議員 ただいま大臣からお話がありましたように、社会保障審議会医療保険部会におきましては、医療保険制度改革の議論が進んでいるわけではありますが、その途中経過の概要につきまして、簡単にお話ししたいと思います。

まず後期高齢者の窓口負担の見直しにつきましては、保険者、経済界からは、一般区分全体を一定所得の対象とすべきといった意見がありました。一方で、医療団体、高齢者団体、地方自治体、有識者などからは、介護保険と同様の上位20%が限界、現行2割負担である70～74歳の平均収入を上回る上位25%が合理的である、後期高齢者の能力から上位20%から25%ではないかといった意見がありました。全体としましては、一般区分の中でも負担能力のある層に限定すべきという意見が現在のところ多いと思います。

外来の自己負担増に対する激変緩和措置につきましては、明確な反対意見はありませんでしたが、2年間を経過措置とすることについては、その期間について賛否がありました。

そのほか、自治体や高齢者団体からは、今は新型コロナ対策に集中して、自己負担引上げの議論は、収束後に検討すべきであるという意見もありました。

もう一つの課題である紹介状なしの患者の定額負担の拡大につきましては、対象となる病院を拡大させることにつきましては、大きな反対はなかったと思います。しかし、定額負担に伴って初診料等の保険給付を減額することにつきましては、医療団体から外来機能の分化推進という制度の趣旨とは異なる、このようなことが他の診療で安易に行われて、7割給付の原則が崩れるといった反対や懸念が一部示されました。

以上、医療保険部会での審議内容を紹介いたしましたけれども、今後も引き続き審議を進めていく予定であります。

なお、新型コロナウイルス感染症の勢いが衰えておりませんので、医療現場の疲弊はかなりのものになっております。医療制度改革を進めるに当たりましては、医療現場に極力

負荷がかからないような丁寧な対応をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

翁議員、お願いします。

○翁議員 資料4に基づきまして、高齢者だけでなく、これを支える若年層の所得、支出、貯蓄の実態や不安も考慮して、この問題を検討する必要があることを申し上げたいと思います。

図1を見ますと、75歳以上の高齢者は医療費の負担感をほぼ感じていないのに対し、若年層の負担感が大きくなっております。

そこで、右側、若年層の平均年収を見ますと、20代も200万円程度にすぎません。現状2割自己負担の70代前半の年収と同等でございますが、3割負担をしております。例えばがんの外来受診料は、75歳以上が1割負担だと、年約14万円との資料を拝見いたしましたが、20代なら約40万かかる場合もあり、先ほど清家議員が御指摘のとおり、同様の年収、同じ病気であるのに、年齢の違いだけで負担が大きく異なるという状況になっております。

次のページでございますが、若年層と高齢層の平均年収200万円未満の生活を比較したものでございます。

第一に、医療費は70代以上がもちろん多いわけでございますが、20代は持家比率が低く、住居費がかさみ、教育費用もあり、消費支出の総額は70代より多くなっています。余裕がない中で、これら消費支出以外に健康保険料を支払い、それが高齢者の支援にも充てられているのが実態です。

また、貯蓄残高を御覧いただきますと、下段のように、高齢者800万円台に対し、若年層は100万円台となっております。図3で見ますと、70代平均で約2200万円もの貯蓄超過となっております。2025年には金融資産の70歳以上の保有比率が4割に達する見込みでございますので、所得のみに注目し、資産を考慮しないというのは問題であると思います。

更に現在、年金の所得代替率は61.7%ですが、昨年の財政検証のとおり、30年後には50%程度になると見込まれ、現在の若年層の高齢時の本人収入水準は、低下する可能性が高いということが分かっております。その目線で所得基準を設定する必要があると思います。

以上、全世代型社会保障の観点から、後期高齢者が大幅増加することに備えまして、後期高齢者自己負担2割を広く適用して、世代間公平を図り、若年層の不安を軽減することが重要だと思います。先ほど大臣から示された選択肢の中から選ぶとすれば、5番目ではないかと思えます。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、鎌田議員、お願いします。

○鎌田議員 ありがとうございます。

全世代型の社会保障は、人生のそれぞれの段階で、どのような働き方を選択しても安心

できるものである必要があります。日本の人口は、近年、減少局面を迎えており、社会の支え手を増やす視点が重要であります。その支え手は、働く一人一人の国民であり、各人が納得のいく形で支えていけるようになることが重要だと考えます。

後期高齢者医療制度は、現役世代からの支援金によって支えられる構造となっております。このことを踏まえると、後期高齢者医療制度については、今後の現役世代の負担増にも留意して、速やかに見直しを図っていかねばなりません。

一方、75歳以上の方々については、基本的に年金の収入が中心となり、所得の増加が見込まれる方は僅かであります。また、預貯金についても個人差が大きいです。新型コロナウイルスの影響は、年金額には影響していないとはいえ、高齢化による1人当たりの医療費が増加することを思えば、医療費の負担増は生活に直結する問題であり、一定以上の所得の範囲について慎重な検討が必要であると考えます。

また、新型コロナウイルス感染症への対応により、医療機関の経営が厳しくなっている中で、医療従事者の身体的・精神的負担が著しく増加しています。また、労使紛争の割合が他の業種と比べて多いというデータもあります。本日、医療関係団体から現状に関する説明がありましたが、医療制度改革の実行に当たっては、医療現場の納得と理解が得られるよう、丁寧な検討をお願いいたします。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

櫻田議員、お願いします。

○櫻田議員 ありがとうございます。

11月17日の同友会の代表幹事記者会見の質疑応答でも触れたのですが、私の考えは先ほど健康保険組合連合会の佐野副会長も言っていたことと同じなのですが、高額療養費の一般区分、具体的には割合にして上位の59%、現役並みを除くと52%の方々に2割負担を2022年度からお願いすべきであると思っています。

皆さん、おっしゃったとおりなのですが、念のため申しますと、この背景としては、現役世代、将来世代にとって、現在の医療制度は持続可能性があると思えること、何よりも世界に誇る国民皆保険制度を守るという思いが根底にあります。ましてや今回のコロナの影響で、税収が63兆円に対して、二度の補正を行って国債が90兆円、更に三次補正が論議されるという報道もあります。仮にこれが20兆、30兆ということになれば、これらは全て皆さんの子供や孫の世代に、言葉を選ばず言えば、ツケとして残っていきます。ここに目を背けていては、いつまでも将来の予見可能性は高まらないで、若者は消費しない、企業は設備投資を逡巡することになりかねないと思います。

田村大臣の資料の3ページ目には、それぞれの案に対する財政影響をお示しいただいていますけれども、後期高齢者医療は既に支援金、すなわち現役世代の負担が7兆円、公費が8兆円弱投入されています。これらを比較したときに、せめて原則2割、すなわち半数以上が2割の窓口負担をする制度になるべきではないかと思っています。これこそが全世

代が公平に社会保障を支える制度をつくり変えるという、この会議の設立趣旨であったのではないかと考えています。

もう一点だけ、紹介状のない大病院の受診に定額負担を御提案いただいていますけれども、次のステップとして、保険の持続可能性を考えるならば、一旦は見送ったワンコインをもう一度検討の俎上にのせていただきたいと思います。国民の延べ通院は約20億回と言われてはいますが、100円でも200億円、500円にすれば1兆円の財政影響があり、現役世代や将来世代の今後の負担増を考えると、相当な支援になるはずで、これこそ自助・共助・公助の適切な役割分担の一例であり、社会保障の持続性の観点から検討に値するテーマだと思っています。ぜひ御検討をお願いいたします。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、清家議員、お願いいたします。

○清家議員 ありがとうございます。

窓口負担割合の在り方について申し上げたいと思いますが、これについては、改めて全世代型社会保障という大原則を確認すべきであると思っています。平均収入以下でも若者は3割負担をしております。しかも、平均収入以下と申し上げたときに、若者の収入は不確実な賃金でありますけれども、75歳以上の方については、その収入の多くは終身保障された年金であります。

リスクの発生したときに必要な医療給付を受けられるということ、そして、低所得者に配慮すべきということは、年齢にかかわらず言えることであります。これに年齢によって格差をつけ、高齢者だけ優遇するという合理性はないように思います。本来ならば、そういう意味で、年齢にかかわらず、自己負担割合は例えば3割なら3割とすべきでしょうけれども、少なくとも75歳以上は2割負担を原則とすべきだと思います。その意味では、2割負担の範囲をできるだけ広範囲に取るべきであり、今日示された選択肢でいえば、五つ目の案にするべきだと考えております。

また、実施の期日は、やはり団塊の世代の75歳化が始まる2022年にすべきだと思います。かつて社会保障制度改革国民会議では、団塊の世代全員が75歳以上になる2025年を念頭に、現役世代あるいは将来世代の負担増の抑制を目指しました。その会議の会長を務めた者として、これはぜひお願いしたいと思っています。

全世代型社会保障というのは、社会保障制度改革国民会議の中でも中心的な理念でありました。そして、それに基づいてプログラム法により改革は進み、社会保障制度改革推進会議の下で、その進捗状況をチェックしてきているところでございます。全世代型社会保障という考え方は、今後とも社会保障制度改革の基本であるべきであると考えておりますので、現在の進捗状況のチェック機能の法定期限の延長も含めて、全世代型社会保障を着実に進められることを期待しております。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、新浪議員、お願いします。

○新浪議員 ありがとうございます。

私は企業経営者としての立場でお話を申し上げたいと思います。後期高齢者支援金の負担というのは、大変大きな悩みでございまして、私ども企業経営者は支援金の負担を減らして、社員の負担を減らすということを念頭に、健康経営に取り組んでまいりました。そのために、会社としても社員に対して健康増進のための教育をしたり、健康を促進するための部署をつくるなどの投資をしてまいりました。また、賃上げも行っていました。しかし、後期高齢者支援金が上がり、その効果が相殺されてしまう。私どもは消費者ビジネスを営んでいる観点からも、社員のいわゆる生活レベルの向上を図らなければいけない。そして、現役世代の可処分所得を上げたいと考えてやってきましたが、支援金の減算にはある程度成功したのですが、負担率が上がると、今までせっかく努力してきたものが水の泡になってしまう。このような構造が、結果として現役世代の可処分所得が上がらず、消費減退の元凶の一つになっているのではないかと。そして、消費者には、将来、負担が増えていくということが、悪い意味で刷り込まれてしまっており、このままでは企業や現役世代が努力してもなかなか報われなれないと思います。

先ほど増田さんがお話しされたように、全世代型社会保障改革とは一体何なのかということ、全世代がフェアに痛みを分かち合うということだと思えます。経済が成長していれば別ですが、今は痛みを分かち合わざるを得ない状況にあるということをもっと認識すべきで、そういった意味では、先ほど健康保険組合連合会の方がおっしゃったように、高額医療費の一般区分の方々に対して2割負担をお願いすべきだと思います。しかし、毎年3000～4000億円規模で現役世代の負担が増えるわけで、それでも完全にフェアになるわけではありません。既に現役世代に大きな負担がかかっているということを十分に御配慮いただいて、団塊の世代が75歳を超えて後期高齢者に到達し始める2022年から開始していただきたいと切に思う次第でございます。よろしくお願い申し上げます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、増田議員、お願いします。

○増田議員 ありがとうございます。

私も多くの議員と同じなのですが、後期高齢者の窓口負担は、原則2割にすべきだと思いますし、お示しされている資料にございます選択肢の中では、5番目に書いてある、上位44%ということになるかと思えます。

今、新浪議員と清家議員がおっしゃっていましたが、全世代型社会保障ということをおっしゃってきいたわけですので、2割負担の所得基準を高齢者の生活状況だけを基準に決めるということが見えると、これはいかがか。やはり若者と比較する目線が不可欠ではないかと考えます。

私の考えておりますことは、資料6に簡単に書いてございますが、①に書いていますとおり、今回の改革を3.4万円の負担増という形で説明するのではなくて、今、各議員もおっしゃっていたのですが、世代間の公平で説明すべきだと思います。そして、少し後の世代

と同じ負担をお願いするという説明や、②に書いてございますが、75歳以上の方には1割負担という配慮を残すという説明のほうが、より実態を表しているのではないかと、理解を得られやすいのではないかと思います。

応能負担は本来の保険料負担の話だという議論があったのですが、2割負担の所得基準を決めるのに、注に書いていますような、保険料軽減措置の範囲も参考になるのではないかと思います。

③ですけれども、厚生労働省さんの資料に書いてあるものを見ますと、現役世代のみならず、バランス上、後期高齢者御自身の1人当たりの負担軽減額もその中にのせたほうがよいのではないかと。後期高齢者の方は1800万強いらっしゃるわけですが、先ほどの上位44%の選択肢ですと、1人当たり2,000円の保険料負担の軽減効果が生じるということで、こういったこともきちんと判断材料に加えていくべきではないかと思います。

④ですけれども、待機児童の解消とそのための財源の確保など、全世代型の社会保障の全体像をパッケージで示す。そして、その際には、以前、議論があった都道府県の医療費適正化計画や国保の在り方なども、関連することとして、一体として見直していくべきだろう。

参考に書いていますが、先ほど健康保険組合連合会が言われたとおり、介護保険は所得基準の参考にはならないのではないかと。負担も違ってきますし、そこはそう申し上げます。

それから、世帯収入での能力も勘案することになりますと、先ほど櫻田議員がおっしゃっていた一般区分2割ということにも近づくのではないかと思います。

最後に、社会保障制度改革をフォローアップする必要があるとございますので、現在ございます社会保障制度改革推進会議、あれは法定期限がもう来るわけですが、その延長が必要であって、今後もきちんとフォローアップしていく必要があると思います。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

柳川議員、お願いします。

○柳川議員 既に多くの方々が御指摘されていることと重なるのですけれども、やはり2割負担を原則とすべきだと考えます。そして、高額療養費制度の自己負担限度額の適用区分のうちの一般区分に該当する方を対象として、2割負担をお願いするのが適当だと考えますし、これを2022年までにしっかり実施すべきだ。たとえ一定期間の経過措置を講じてでも、2022年までに実施すべきだと考えます。

理由は、多くの方がおっしゃっていたことと共通する部分があるのですけれども、増田議員がお話になったように、負担の世代間のバランスは非常に大きなポイントなのだと思います。75歳以上の人口が急増していく中で、それらの方々の医療費を現役世代が保険料の増加という形で負担していくことになる。それに加えて、現役世代は所得にかかわらず、3割負担ということで、一方、後期高齢者の方々は資産をどれだけ持っても1割負担であるということから考えると、翁議員が御指摘になったように、所得のみに注目して資

産を考慮しないのは問題で、平均的に見て、若年層のほうが持家もなくて、資産保有額が低いことを考えると、これではバランスが取れないということになるかと思えます。

示された選択肢から選ぶということであれば、5番目の44%になるのだと思えますけれども、この場合には、健康保険組合連合会からもお話があったように、高齢者御本人は住民税非課税水準なのだけれども、同居する子供らの収入がある程度あるという、負担能力が認められる世帯でも1割負担になってしまうという意味では、バランスを欠くように思えます。

我が国では、高額療養費制度も整備されていることから、皆さんが御指摘のように、全世代型社会保障という理念に立ち返って、年齢に関わらない公平な負担割合を目指すというのが、本来の姿だと考えます。将来に禍根を残さないように、全世代の社会保障のバランスを取って、現役世代や若い世代がより希望を持てる社会を仕組みとして構築していく上では、やはり原則2割の基準を貫くべきだと考えております。

また、紹介状なしで外来受診した場合の定額負担については、案として示されている病床数200床以上の一般病院について、きちんと拡大すべきだと考えております。

今日の議論を伺っていても思うのですけれども、誰が本当に困っていて、適切な手を差し伸べるべき人なのか、誰が負担能力がある人なのかということが十分には分からない。ですので、年齢で区切らざるを得ないとか、所得で区切らざるを得ないということになってくる。そういうふうにと考えると、医療あるいは負担の可能性の実態についてのデータをきっちり把握すべきではないか。その意味では、EBPMという話が政策としてありますけれども、データを含めて実態をきちんと把握した上で、本当に必要な方に手が差し伸べられるような社会保障の仕組みをつくっていくことが、この先、重要だと考えます。

それから、増田議員からもお話があったように、国保の法定外繰入れの課題であるとか、地方公共団体の保険者機能の適切な発揮等は、改革工程表にも入っておりますので、こういうことも併せてやっていく。

清家先生、増田先生からお話があったような、改革のフォローアップの仕組みもしっかり残していくべきだと考えております。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

次にあらかじめ発言希望をいただいている閣僚から御発言をいただきます。

麻生副総理、お願いします。

○麻生財務大臣 この会議を始めてから1年2か月がたっております。議論は十分と言えるほど積み上げてこられたと思えますので、結論を出すべき時期に近づいていると確信しております。

足元では、新型コロナウイルス感染症の拡大等々の問題がありまして、これにしっかりと対応していきませんが、同時に少子高齢化という話は、日本にとって国難とも言うべき大問題で、改革は避けて通れないと思っております。



現役世代の負担というのは、高齢者医療を支援していくために、このままでいきますと、4人家族で毎年約1万5000円の勢いで増え続けていくのです。現役負担軽減の視点というのは極めて重要で、できるだけ幅広く2割負担をお願いしていく必要があると確信しております。

これは経営者団体だけの話ではなくて、先ほどお話もいろいろとありましたけれども、日本労働組合総連合会、いわゆる連合からも同じような趣旨の陳情が来ているということも、ぜひ御記憶いただければと思います。

その際、負担増という話だけではなくて、今、我々がやろうとしている改革の全体像を丁寧に伝えていくことも、極めて重大なのではないのでしょうか。高齢者本人、また、現役の負担能力に応じた負担をお願いさせていただくことで、現役の負担増が抑制されるということだと思っております。したがって、待機児童の解消など、少子高齢化対策をいろいろなパッケージとしてやっていくことで、先ほどから皆さんが言われています、全世代型の社会保障改革を進めていけるということだと思っております。丁寧にこういった話を伝えていって、より多くの国民から理解を得られるような努力は、引き続きしなければならないと思っております。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

予定しておりました時間が来ておりますけれども、閣僚から何かございますか。よろしいですか。

総理、よろしいですか。

それでは、総理から締めくくりの発言をいただきます。プレスを入室させます。

(報道関係者入室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、菅総理、お願いいたします。

○菅内閣総理大臣 本日は、医療関係者の皆さんから御意見をお伺いした上で、医療改革について議論しました。

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことが、我々の世代の責任であります。そのためにも、少しでも多くの方に支える側として活躍いただき、能力に応じた負担を頂くことが必要であります。昨年12月にまとめた中間報告では、75歳以上の高齢者であっても一定所得以上の方については、新たに窓口負担割合を2割とすることにしていきます。

本日は、この2割負担とする所得基準の在り方などについて、医療関係者や民間議員の皆様より幅広い御意見を頂きました。本日頂いた御意見を踏まえて、更に具体的な検討を進め、本会議が年末に取りまとめる最終報告において結論を得たいと思います。

西村担当大臣や田村厚生労働大臣など関係大臣は、与党との調整も十分に図りつつ、取りまとめに向けて具体的な検討を進めていただくようお願いいたします。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

マスコミの皆さんは、御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 本日の御議論を踏まえまして、年末の最終報告に向けて、更に検討を進めていきたいと思えます。

次回の開催につきましては、事務局から調整をさせていただきます。

本日の会議の概要につきましては、この後、私から記者説明を行いたいと思えます。

以上をもちまして、本日の会議を終了いたします。ありがとうございました。