

社会保障制度に関する2017年春の要求

(厚生労働省への要請と回答)

日本退職者連合

厚生労働大臣への要請と回答

- と き 2月21日(火) 13:30～
- ところ 厚生労働省総括審議官室
- 対応者 宮川 晃 厚生労働省総括審議官
- 参加者 阿部保吉会長、菅井義夫事務局長、林 道寛副事務局長、野田那智子副事務局長、鈴木るり副事務局長、川端邦彦常任幹事(医療・福祉専門委員会委員長)、野口徹也常任幹事(年金専門委員会委員長)

I. 医療制度について (以下、○印は総括審議官の回答)

1. 高額療養費制度の高齢者の負担上限額引き上げを撤回すること。

○ 70歳以上の高額療養費については、制度の持続可能性を高める観点から、世代間・世代内の公平を図り負担能力に応じた負担を求めることとしている。負担能力のある現役並み所得区分について、69歳以下と同様の上限額とする。一般区分について外来特例と世帯単位の引き上げの見直しを行うこととした。一方、これらの見直しは所得の低い方に配慮して、住民税非課税区分の上限額を据え置き、負担が増える方に配慮し段階的実施の激変緩和措置をとっている。長期療養されている方に配慮して一般区分については、外来特例の年間上限を新たに設けて年間の負担額を現行の最大額の範囲内に抑えるというほかに、4回目の該当から負担額を押さえる「多数回該当」を設定し、それに該当する現行の負担額と変わらないよう配慮を行っている。

2. 後期高齢者医療制度の保険料軽減特例の段階的解消を撤回し、後期高齢者医療制度に代わる新制度を作ること。

○ 後期高齢者医療制度の創設から約8年が経過して、厚労省としては、定着して安定的な制度運営が行われていると認識している。そのため、後期高齢者医療制度については、現行制度を基本としながら実施状況を踏まえ必要な検討を行っ

て行くことが適当であると考えている。その上で保険料軽減特例の見直しについては、一つは世代間・世代内の負担の公平を図る、負担能力に応じた負担を求めるといった観点から、保険料の所得割り部分に対する特例、あるいは元被扶養者の均等割り部分に対する特例を、政令で定めた本則に戻す見直しをすることにした。一方これらの見直しにあたって一つは低所得者に配慮して均等割りを9割軽減、あるいは8.5割軽減する特例は据え置く、あるいは見直しを行う部分について激変緩和のため段階的といった配慮を行っている。今回の見直しは社会全体が高齢化し、医療費が増大する中で制度の持続可能性を高めるため高齢者の方々にも、負担能力に応じた負担をお願いしたいと考えている。

3. 後期高齢者医療制度の窓口負担を原則2割に引き上げることと、負担率算定にあたって資産勘案を付加することに反対する。

○ 今後医療費増加が見込まれる中で、持続可能で安定的な医療保険制度を構築するという在り方について検討していく必要がある。高齢者ご自身の負担のあり方についての議論にあたっては、高齢者の方々は一般に所得が低く、医療費が高くなるという特性がある。高齢者の生活の状況、あるいは関係者の意見を踏まえて丁寧に検討していくべきものと考えている。また、被保険者の自己負担割合決定にあたって資産を勘案することについては、今後行われる預金口座のマイナンバー附番が任意であるということ、自己申告ベースにならざるを得ないことで慎重な検討が必要であると考えている。

4. 65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について光熱水費相当額の負担を求めることに反対する。

○ 今回の見直しは、高齢者の光熱水費負担の上昇などを踏まえ、医療療養病床の負担額を見直すものである。65歳以上の医療療養病床に入院する方のうち「医療区分1」として、医療の必要性の低い方については、直近平成25年の関係調査を踏まえて、居住費負担額を1日320円から370円に引き上げるとして、この額は高齢者世帯の平均的な光熱水費の水準で、介護保険施設の多床室に入所する低所得者の方にも負担を頂いている水準である。また、「医療区分Ⅱ」あ

るいは「Ⅲ」の医療の必要性の高い方についても、一つは在宅で長期の療養されている方々との負担の公平を図る必要がある。また、介護保険施設においては、医療の必要性に拘わらず居住費の負担を求めていることから居住費の負担をお願いしたいと考えている。

Ⅱ. 介護保険制度について（以下、○印は総括審議官の回答）

1. 地域包括ケアシステムを積極的に推進すること。

○ 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるということが出来るように、住まい、医療、介護、予防、生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムは、保険者である市町村、都道府県が地域の自主性、特性に基づいて関係者の合意形成を図りながら作り上げていくことが必要だ。厚生労働省としては、セミナーの開催、ガイドラインの作成、好事例の提供などを通じて各自治体における地域包括ケアシステムの構築が着実に進むよう支援していきたいと考えている。

2. 利用者負担割合の3割負担新設を撤回すること。

○ 制度の持続性を高めるためには、世代内・世代間の負担の公平、あるいは負担能力に応じた負担の割合を求めるという観点から、現役並みの所得を有する方の負担割合を2割から3割とするものである。3割負担の導入は2割負担者よりも一層範囲を限定した上で、特に所得の高い層として負担増となる受給者は3%と推計され、かつ負担の上限額月額44,400円を据え置くという配慮を行っている。

3. 高額介護サービス費の負担上限額を引き上げないこと。

○ この改正は制度の持続性を高めるために能力に応じた公平な負担を求めるという観点から、一般の区分の方の上限額を月額37,200円から44,000円に引き上げるもの。今回の見直しにあたっては長期利用される方に配慮して、一割負担のみの世帯には、年間の負担額が現行の最大負担額を超えることのないように、3年間の時限措置だが、37,200円の12ヶ月分で、446,400円の年間上限を設けるとともに、高額医療介護における合算制度で一般区分の上限額は据え置くこととしており、年間での医療と介護がこれまでの最大額と変わらないようにしている。

4. 高額介護合算療養費制度の負担上限を引き上げないこと。

○ 70歳以上の高額介護合算療養費制度は、制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平を図り負担を求めるといった観点から、負担能力のある現役並み所得区分については69歳以下と同様の上限額にした。一方、一般区分、あるいは所得の低い方については、高額療養費制度の見直しに伴い、医療と介護合わせた年間自己負担が増えないよう、年間上限額を69歳以下の年間上限額より低くなるような配慮を行っている。

5. 要介護1、2の生活援助サービスを介護保険から切り離さないこと。

○ 厚労省は、高齢者の自立を支援し、介護の重度化を防ぐという、介護保険の理念に則り、制度の持続可能性に配慮しながら、必要な方へのサービスが確保されることが重要と考えている。生活援助サービスの見直しについては、昨年の介護保険部会の報告書の中で、一つは軽度者に対する訪問介護における生活援助など、地域支援事業への移行に関しては、昨年度から実施している要支援1、2の訪問介護の支援事業移行状況の検証を行った上で、検討を行うことが適当であるとされた。二つ目として生活援助サービスの人員基準は次回介護報酬改定の中で検討することとされている。昨年末の改革工程表でも同様の方向性が示されており、現時点では要介護1、2の生活援助サービスを介護保険から切り離すという

結論にはなっていない。

6. 調整交付金を利用して制度運営コントロールを強化しないこと。必要な自治体間調整は別枠で財源を措置し、25%の国費負担分は全部を保険者に交付すること。

○ 調整交付金は、高齢者比率と被保険者の所得水準に着目して保険者間の財政力の格差を調整するもので、国庫負担分の25%のうちの5%を充てている。高齢化の進展により介護給付の増額が見込まれる中で、別枠での財源措置については課題が多い。

以上

意見交換

《川端常任幹事》

1. 今度の検討過程を見ると工程表ありきの印象を持つ。これまでは厚労省としての主体性を持って制度の見直しをしてきたはずだが、今回は審議会の冒頭に工程表が示され、出口でも一部延期されたものがあるものの大半はそのとおりになっている。厚労省としての矜持を持って市民の期待に応えてほしい。
2. 医療・介護を通じて保険は基本的に「能力に応じて保険料を負担し、必要に応じて公平に給付を受ける」という約束で成り立っている。能力は保険料に反映しているから、能力に応じた一部負担を求めれば、二重負担になって保険原理に反するのではないか。
3. 今回工程表が言う医療の一部負担根拠に資産を勘案することは見送られたが、これは考え方からも実務からもやっつけられないことだ。負担能力はフローである所得で把握してきたはずで、ストックである手許現金や美術品などはマイナンバーを利用しても捕捉できず公平な能力評価にならない。
4. 2018年には地域医療構想・介護保険事業計画策定、診療報酬・介護報酬改定、国保の都道府県化などが同時に実施される。同時改定というのは整合性を確保するための良いチャンスであるが他方、負担増・給付抑制を機械的に進めるために用いれば禍根を残す。例えば一部負担だが、医療に3割があるから介護にも3割をとする主張は医療と介護の違いを無視している。かつて国会審議で財務大臣は所得税の介護費控除について、「医療費は治癒を前提とする偶発的な担税力の低下を斟酌したもの、介護は経常的に発生する生計費的な側面もあり同じではない」と答えた。この違いがあるから介護は1割でスタートし、前回2割を導入したばかりだ。医療は3割だから介護も3割というのは納得できない。
5. 介護保険給付と総合事業は根本的に異なる。保険給付は要件を満たした被保険者が求めれば保険者はサービス提供の義務を負うが、総合事業は予算や提供体制を理由に提供しなくても許される。これが広がれば介護保険制度への不信を

招く。退職者連合が今も要支援1、2の事業化に反対しているのはこのため。工程表にある要介護1、2の事業化は今のところ法案は出ていないが、大変気になるのでこの時点であえて主張しておく。

6. 調整交付金について、退連は国庫負担25%全部を保険者に交付し、保険者間調整は国で別枠財源を措置すべきことを主張している。介護保険部会で「自立支援・重度化防止」のインセンティブとする交付金を創設するという話題が出ていた。調整交付金にその役割を持たせるのか別に新設するのか。新設の場合、要介護認定、ケアプランを通じて給付抑制を促すことに用いられたら混乱を招くので反対だ。

○***工程表**：我々も政府の一員ですので、改革工程表が決まればそれを踏まえた上での取り組みをせざるをえないということとはご理解いただきたい。決まるまでにどれだけ主体的にコミットするかの問題と考える。

***負担と給付**：社会保険では給付と負担というのは重要で、約束した給付はやっていかなければいけない。長期的な視点と短期的な視点があるが、制度維持のためには保険財政の健全性が重要。このため能力に応じた自己負担は導入していかなければいけないと考えている。

***資産を根拠にする負担**：美術品、土地の評価とか難しい面もあると思うが、負担能力はあるのに、負担しないと公平性を欠くことになる。

***3割負担**：3割負担は法案のポイントのひとつ。世代間・世代内の公平性を考えて負担する力のある現役並み所得のある利用者に3割を求めている。現役の労働者の方も、社会保険の負担をしている中で、無理のないように配慮した上で負担をお願いしたい。

***総合事業**：総合事業については、まだ始まったばかりなので、今後事業をきちんとやっていくということを大事にしながら、その中で事業のメリットを活かしつつ、いろいろ議論することになる。

***調整交付金**：調整交付金の外出しが難しいことは先ほど述べた。インセンティブ交付金は調整交付金とは別に作られる

が、交付要件や金額等はこれから決まっていく。

〈野口常任幹事〉

日本の場合保険者の機能が脆弱である。ヨーロッパのいろいろな制度を読んでいると、政府も保険者であり、自治体もそうであり、健保組合もそうである。これらが一緒になって医療・介護のサービスの提供者と交渉している。患者は応能負担というが病院側は応能負担でなく、儲けるところにはでどんどん補助金をつぎ込んで拡大している。いくらでも儲けるシステムになっている。それに対してなんら手を打っていない。むしろ補助金をつぎ込んでいる。保険者という立場でこのままでいいのか、トータルでサービス提供側に、ものを言う姿勢が必要。同じ病気で複数の病院へ通っている人もいる。病院側が制限していくシステムが必要だ。トータルとしてどうするか別の観点から追求すべきだと思う。政府は保険者という意識が弱い。保険者はお金を払う立場なのに政府も自治体も物言わない、日本の場合みんな弱い。財政が危機的な情勢なので、システムそのものを根本から見直すべきだと思う。もうひとつ、消費税の引き上げを先延ばしにしているが、景気が思ったように回復してこない。こういう値上げせざるを得ない。消費税を導入した場合に今回の改訂で制度を撤回するような考えがあるのか。あるいは別のことを考えているのか。考えをいただきたい。

- 消費税の使途は子育てを含めた社会保障4分野と決まっており、後は2%引き上げることでどこまでやれるか、子育てなどやらなければいけないところは、別途財源的に手当てしながらもと考えている。一方で今回の見直しというのは、保険としての財源を強化し、持続可能性のあるものにしていくということで、消費税の先延ばしとは別という認識の下でやっている。個人的な意見としては、保険者機能というものを強く出せばいいという話でなく、保険者として適正なサービスを受け取りたいし、受け取らせるしくみにしていく姿勢が必要という視点だと思う。

《野口常任幹事》

医療側は負担増か何かあるのか。例えば病院なら病院。

- 医療費の薬価の改定など適正化も進めて行く。姿勢としての保険者機能全体をしくんで行く機能は大変重要な問題としたい。

《菅井事務局長》

社会保障、医療・介護という関係は、給付を下げて負担を増やすという形できているから、持続可能性と言ってみても逆に高齢化している中で、医療・介護も受診頻度が高くなっている。その人たちの負担は上げたら上げた分だけ、とりわけ介護などは継続的に上がった状況が続いていく。そこへ持ってきて年金もジワジワと下がってきているので、社会保障としての機能が貧弱になって先細りしている。どこかでその流れを変えなければいけない。負担を増やしてサービスを減らすことによって、収支のバランスを取るということだけでは、持続性というのは困難ではないか。

- 左側に給付があって、右側に自己負担と保険料、公費の3つの財源で給付を賄うという構造の下、適正な給付の観点から、不断の見直しをせざるを得ないと考えている。運用面を含めて、公費の部分にしても、最終的には保険料の部分と同様国民負担という形、最終的には税金という負担の問題になる。全て国民に対して負担をお願いする話であり、この間国民に対する負担をどのような形でご理解いただくのが重要なポイントだと思っている。消費税の話はどうするか、限られた話になっているが、公費、租税と保険料、自己負担のバランスを採った形で、システムが動いていくような形のを仕組んでいくことが必要だと考えている。

《菅井事務局長》

高齢者の負担能力が細ってきている。

- やはり日本の産業が元気が出てくる政策は、与党のみならず野党含めて取り組まなければいけない政策で、デフレ脱却からさらには産業を活性化していく、一方で高齢化していく中で、若者、女性、高齢者、障害者の皆さんが一億総活躍しても労働力人口が減るのは目に見えている現実です。AIのような人手を省けるような、ある意味積極的に活用すべきだけど、もしかしたら仕事を奪うかもしれない、両刃の剣かもしれないが現実になってきている。高齢化制度を支えている社会保障のシステムを維持できるように経済を運営していくことは、政府全体に課せられた国民への課題だと思う。社会保障と税の一体改革、もちろん消費税を引き上げるという観点から、税というのは最終的には経済の成果を頂いて居る訳ですから、社会保障と経済が一体となってやっていく政策を行っていくことが重要だと思っている。

《菅井事務局長》

働き方改革を今やっているが、「厚生労働省」なのだから雇用の安定の部分をしっかりしていかないと税収も上がってこない。

- それが社会不安になって負のスパイラルになる、社会保障システムに対する信頼を失って行く、これが一番恐れるべき事態。堅実な経済が発展していき、その果実を社会保障システムに充てて行くという仕組みを維持していくのが重要と思っている。

《阿部会長》

1. 5兆円の抑制ありきから入ると「工程表」に基づき制度改正が3年間続くことになる。これは高齢者にとって極めて厳しいものになる。審議会等では高齢者にも応分の負担を求めるべきだとする意見もあろうと思うが、患者負担や介護の利用者負担つまり本人負担を増額すと利用頻度の高い高齢者の負担がどんどん増えることになる。ただ、高齢者も生活能力に応じて負担すべきは負担する考えであることは言うまでもない。医療も介護も必要な財源は患者負担や介護の利用者の負担を引き上げるのではなく、保険料で賄うべきではないか。年金生活者であっても所得の高い人には、その所得水準に応じた保険料や税金の負担を求めればよい。つまり応能負担の原則を確立する必要がある。

また、介護は、被保険者と介護サービス利用者を「40歳以上」「65歳以上」と区分し差別をしている現状を是正する必要がある。2000年4月の制度発足は、様々な抵抗があって見切り発車したと思う。私たちは、介護の被保険者・介護サービスの受給者ともに医療保険と同様全年齢を対象に改定し、この制度を早急に完成させるべきだと考えている。

○ 保険料を中心にして社会保険というシステムでみんなで支え合う。その中で保険料負担をして頂く範囲については、いづれ大きな検討課題として、現在のままで負担を増やすことが現実に来るのか、いろいろな側面で考えていくことが、介護保険についての全国民的課題であると考えている。

以上