

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案  
(内閣提出、衆議院送付)

○高木真理君

立憲民主・社民の高木真理です。

通告に従って質問をさせていただきます。

昨日、本会議場でも質問をさせていただきましたけれども、先ほど石田委員の御質問の中にありましたように、まさに私は、大きな時間軸あるいは人口減少局面、こういったことにも対応し得る、是非、このパッケージでいけばしばらく安心だというような大きな枠組みを考え直すときに来ているのではないかという思いも込めて昨日の質問はさせていただきました。

なかなか、手直しという意味では今回の法案の意味も理解するところがありますけれども、なかなかこの手直し手直しで来て、どこまで大丈夫なのか分からないという不安に国民がさいなまれ続けるということのマイナスをそろそろしっかり見直さなければいけない時期に来ているのではないかというふうに思います。その視点に立った上でですけれども、細かいところに入って本日は伺いたいと思います。

まず最初に、健康保険制度の持続性における問題点について伺います。

細かいところに入ってというふうに申し上げたところで制度全体のところで伺って申し訳ないんですが、今回行われた改正については、いろいろ支え合いの仕組み、世代間もですけれども、被用者保険の中での費用分担あるいは公費の割合のところ、どこには公費を入れるなど工夫もされた点も見受けられるんですが、いわゆる健康保険制度全体を考えた場合にどのような点が課題と捉えているか、改めて伺いたいと思います。

○政府参考人(伊原和人君)

お答えいたします。

二〇二五年までに全ての団塊の世代が後期高齢者となる、また、全国的に見ますと二〇四〇年頃をピークに高齢者人口がまだ増え続けると、こういう状況がございます。そうしますと、増加する高齢者の医療費に対しまして、現役世代が負担する高齢者医療制度への支援金、これは引き続き増加することが見込まれております。こうした高齢者への医療費の対処というのが大きな課題だと考えております。

こうした中で、健康保険、特に被用者保険の現状を踏まえますと、例えば令和三年度決算見込みにおいて五割を超える健康保険組合が赤字となるなど、健康保険組合を取り巻く状況が厳しくなっております。また、健康保険組合と一口に申し上げましても、それぞれ財政状況異なりまして、自主自律が前提であるんですけれども、健康保険組合間で見ますと、二倍を大きく超える保険料率の格差が生じているところでございます。

こういう状況でございますので、やはり現役世代の負担上昇を抑制するとともに、被用者保険における負担能力に応じた格差の是正をし、健康保険組合の持続可能性の向上を図っていくと、こういうことが課題ではないかと考えております。

○高木真理君

健康保険組合間のいろいろな格差の是正というのは、それぞれの組合が存続するのが今厳しくなっ

てしまっているところも出ていることを考えると必要なことなのですが、保険という仕組み自体はリスクを皆で分散し合っただけで負担を支え合おうという仕組みなわけですから、リスク分散という考え方からいくと、分母は広い方が支え合いの仕組みとしては持続可能性があるというように一般論として考えるわけです。

そう考えたときに、被用者保険というのは、これ本当、戦後というか、制度をつくってくる中で、税を納める仕組みについてもそうですけれども、日本の場合には、会社がやってくれることにしたら効率的にきちんと納めてもらえるよねということで会社にやってもらうことにした、こういう流れから来ているんだと思いますけれども、健康保険なども、それぞれの会社、働いている場所ごとにとこのような成り立ちで来ているところがあって、今まで一定それでやってこられた部分はあるかとは思いますが、すけれども。

分母の大きさというところから考えたら、それぞれでやっていくことの厳しさというのも出てきているのではないかなというように思いも抱くわけでありまして、リスク分散から考えた分母の大きさということについてどのようにお考えか、伺います。

### ○政府参考人(伊原和人君)

お答えいたします。

健康保険制度においては、保険者が今分立して存在しております。こうした分立していることに伴いまして、メリットとしましては、給付に見合った保険料率の設定、あるいは医療費の適正化、保険事業の効率的な実施など、それぞれが保険者機能を自主的に、あるいは自律的に発揮できると、そういう点でメリットがあるということで、従来、健康保険組合の制度が設けられ、公的医療保険制度において重要な役割を果たしてきております。

こうしたメリットがございますが、他方、大きくして、規模を大きくするとありますと財政的に安定するということがございますが、逆に、そうなりますと、今度は、先ほどのメリットの部分はどう考えるかということになるかと思っております。こうした中で、現行の制度では、保険者間の格差が大きい場合にはその間を調整するという仕組みが設けられておりまして、今日に至っております。

我々としては、国民皆保険という仕組みの中で、それぞれの自主・自律性というものを大事にしていく、さはさりながら、保険者間で過大な格差が生じてしまうと、これは公平性の観点からも適切ではないということで、両者のバランスを考えながら制度運営していくことが重要ではないかと、このように考えてございます。

### ○高木真理君

それぞれの健康保険組合さんも、なるべく自分の組合の中で病気になる人を少なくして保険運営がうまくいくように、本当に工夫されながら日々努力されているかと思っておりますので、バランスというお話ありましたけれども、持続可能性を考えながら、その調整というものは是非考えつつ進めていただければと思います。

次に、国保の運営において都道府県のグリップをより強めている点について伺います。

国保に関しては、市町村が保険者であるところから、まさにリスク分散の考え方で分母を広げなければいけないという財政安定の考え方から、都道府県も保険者に加えるという改正が行われております。

そうした中で、とはいっても、先ほど御提起した問題と同じようなことがあるわけで、市町村によってどのくらい公費を入れているかという度合いも違えば、どのくらい保険料の支払が必要な市町村民がいるかという、被保険者がいるかというところでも変わってきますけれども、保険料が安い高いがあって、安いところの市町村にお住まいの方からすれば、都道府県でなるべくリスクを分散して、そ

れで払う保険料は同じ、広く薄く分担しながらいくのがいいよと言われても、低い保険料が高い方に統一されるのは困るというのはとてもよく分かるところでもあります。

その気持ちがよく分かるからこそ、今回、保険料水準統一加速化プラン(仮称)というものを実現していきたいという方向でありますけれども、都道府県でこれが統一できているところというのはまだ数が少ないかと思えます。

非常に、これ進めていこうとすると困難が大きくて、なかなか私は実現が見通せないのではないかとこのように思っているんですが、これを実現させていく具体的な道筋をどのようにお考えか、伺います。

#### ○政府参考人(伊原和人君)

国民健康保険につきましては、先ほど先生からも御紹介いただきましたように、平成三十年度の制度改革において、財政の安定化をしっかりと図っていくということから、都道府県と市町村が共同で運営すると、こういう仕組みに変えまして、都道府県単位での保険料水準の統一に向けた取組を進めることといたしました。

そして、令和三年度の制度改革におきまして、都道府県が定める国保運営方針の必須記載事項として、保険料水準の平準化に関する事項、これを位置付けておりまして、来年度から施行される予定でございます。

さらに、今回の法案では、この保険料水準の統一に向けた取組を加速化をするという観点から、また、この国保運営方針の必須記載事項として、事務の標準化、広域化の推進に関する事項、これを追加することといたしております。

こうした都道府県の取組を支援するために、今回、保険料水準の統一の意義や課題の解決事例等を整理した保険料水準統一加速化プラン、これを国として年内に策定したいと考えてございます。

今後、都道府県と市町村がこの加速化プラン等を活用いただいて地域の実情に応じてよく議論をしていただき、住民など関係者の理解を得ながら、各地域において保険料水準の統一に向けた取組を加速化できるよう応援していきたいと、このように考えてございます。

#### ○高木真理君

現場の困難さをどのように乗り越えられるかは、今の御発言を聞いていても、なかなか実際は大変なんだろうなというふうに思わざるを得ない部分はあるんですが、最終的には、公費を入れているものが多いところなどは、税という意味で市町村に対する恩恵というか、そういう部分も出てくるわけですから、そうした全体の仕組みを皆さんに御理解いただくってすごく難しいんですけども、丁寧に説明をする中でそちらの方向に持っていくというのは是非頑張っていたきたいと思えます。

次に、かかりつけ医機能について伺います。

これ、昨日の私の質問の中でも、このまいくと全国統一のかかりつけ医リストができて終わってしまうのではないかとこのように申し上げましたが、改めて昨日の答弁とか今までのやり取りとか伺っていても、厚労省というか、国としてかかりつけ医にどういう人がいるのか全部知りたいんだろうなとか、あとは、それをやってくれるかかりつけ医なるものがどのくらいいるのかを都道府県に把握させて、うまくいっていない地域については都道府県ちゃんとしっかりやれよというふうに言える体制をつくりたいんだなということは分かるんですけども、どのくらい、今そのかかりつけ医機能というものが見えていないことによって問題が生じているのかというのはいま一つよく分からないんですね。

現実としても、昔、ちょっと昔は風邪引いても大病院に行く人がいるという問題がありましたけれど

も、これはもう今、選定療養費というものが入って、大病院に最初に行こうとするとお金が掛かってしまうというような問題であったりがあるので余り行かないようになっていきますし、皆さんやっぱり病気になったときにわざわざ長い時間掛けて待ち時間の多い大病院に行くかということ、基本的な行動パターンとしては身近な診療所にかかっているというのが実態だと思うので、何が一体問題で、わざわざかかりつけ医機能というものを今回の法案に書き込まなければいけないのかがいま一つ見えない部分があります。

現在の地域医療、地域の診療体制をどのように捉え、何が問題で、どう変えようとしているのか、今かかりつけ医はどういうところが足りていないというふうに考えていらっしゃるのか、伺います。

#### ○政府参考人(榎本健太郎君)

お答え申し上げます。

今委員から御指摘ございましたが、今回の法案を制定する考え方ということになってくるかと思っております。

今後、複数の慢性疾患や、あるいは医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の方々、これが今後更に増加してくるだろうというふうに見込まれております。またさらに、生産年齢人口が急減することで、地域医療の担い手の確保もなかなか難しくなっております中で、地域によって人口構造の変化というのも大きく異なってくるところでございます。

そういったことに対応しながら、今後、治す医療から治し支える医療を実現するというためには、これまでの地域医療構想の取組やあるいは地域包括ケアの構築を更に進めていく中で、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要があるというふうに考えているところでございます。

このため、今回私どもの御審議をお願いしております法案におきましては、国民、患者がかかりつけ医を、かかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるように医療機能情報提供制度による情報提供を強化をする、そういったこととともに、医療機関に対してその機能の報告を求め、都道府県がその体制を有することを確認、公表して、それらを踏まえて、都道府県と地域の関係者との協議の場において必要な機能を確保する具体的方策を検討し、公表するといったような制度を設けることを提案させていただいております。

こうした制度整備を進めることによりまして、国民、患者の皆様がそのニーズに応じて適切に医療機関を選択できるようになるということとともに、医療機関がかかりつけ医機能の内容を強化をし、地域において必要なかかりつけ医機能の確保が進んで、結果として国民、患者一人一人が受ける医療サービスの向上に資するという狙いとしているというものでございます。

#### ○高木真理君

御説明はそういうことなんだろうと思うんですけども、実際に、何となく今の御説明って、国のところから見て、頭で考えると、足りないところがどうなのか探せるようにしましょうみたいなことになっているんですけど、地で暮らしている人は、そこにそういうかかりつけ医機能のものがなくて困ったら、困っているって地域から声も上がるし、ここにそういう診療所が欲しいみたいなことになっていくわけですね。

開業するお医者さんの方も、今、マーケットメカニズムという言い方が該当するかどうか分かりませんが、やっぱり、それこそ余り診療所もないような地域に一つ診療所ができていた場合には、診てくださる診療科目もかなり広く診てくださるお医者さんがそこにいらっしゃるってか、逆に、密度濃く診療所があるようなところではかなり特化した診療機能を持ったクリニックが出てくるなど、そういう、地域に必要とされるものがそこにあるようになるというので現状が成り立っていると思うんで

す。

もちろん、先ほど中山間地域のことを御心配という星先生からの御指摘もあって、そういったところの足りないところというのが絶対出てきたりしているわけでありませけれども、このかかりつけ機能というのが見える化したことで、そこにお医者さん来てほしいというのは、そんなリストを作らなくても現場からは声が上がってくるし、だからといって、なかなかそこにお医者さんが開業してくれるかどうかというところは難しかったりするんですけども、それで、その診療所に、じゃ、ちょっと診療科目、もう少しこれまで診てくださいねとかってもしお願いができるのであれば、リスト作らなくても、地域でその診療所にお願いすると思うんですけど、どうでしょうかね。

#### ○政府参考人(榎本健太郎君)

今委員御指摘ございましたように、まさにその地域において抱える課題というのは、それぞれの地域によって恐らくかなり違いがいろいろあるというふうに思います。今回、このかかりつけ医機能の報告をいただくという仕組みをつくらせていただきましたのは、まさにその地域によって当然いろいろな違いはあるわけですけども、いろいろとこれから必要となってくるかかりつけ医機能、先ほど、今回の法案の中でも、日常の医療を総合的かつ継続的に行う機能とか、あるいは時間外の時間帯で対応できるような機能とか、あるいは入院、入退院のときの支援とか、あるいは居宅において必要なサービスを提供する、医療を提供する機能とか、いろいろなそういった機能が中身としては想定されておりまして、また、そのニーズというのも当然地域によって異なってくるだろうということがございます。

そういったものを、まず今回、各医療機関から御報告をいただいて、地域、その地域においてどのようなサービスが今提供されているのか、その地域においてそれが果たして将来をにらんだときに足りているのか足りないのかといったことも含めて関係者で御議論を、御覧をいただいて、その上で御議論をいただき、さらにその上で、じゃ、どうやってその足りないものがあつたときにはそういったものを整えていくのかといったことを議論していただく一つの材料ということになってくるかと考えております。

そういったその議論のプロセスをたどることで必要なサービスの提供が確保されるようにしていくということを狙いとして、こういったものを御提案させていただいておりますので、そういったものだというふうに御理解いただければ有り難いというふうに考えてございます。

#### ○高木真理君

やっぱり何う限り、データを集めるという以上のことはないんだなというふうに思うんですが。

それこそデータを作ったからには、足りないと思ったところを、相談とかじゃなくて、もう厚労省が厚労省の力で、ここ足りない、診療所を引っ張ってきてくれるとかというのがあったらいいですけど、多分そういうことでもないと思うので、まあ余り弊害もないかもしれないですけど、これによって何かが進むかという、先ほどの医療と介護の連携とか、病診連携や退院してきたときのどうか、いろいろそういうのが必要になるのも分かりますけど、こういうのも、今まで地域包括ケアシステムで、ケアプラン、その人を支えるケアプランをどう作るかというケア会議なども、現場の人集まって作るとか、現場ではそれぞれ行われてきていることがあると思います。病診連携も、連携病床などが確保されている病院も地域にはいっぱいあります。

もちろん、そういうのがうまくいっていないところのための今回やろうとしていることだというのは理解できますが、余り大きく変わるための制度ではないなということを確認して、次の予防医療の難しさについて伺います。

予防医療ということにもこのかかりつけ医機能というのは役立てたいという思いはあるのかなというふうな思いでこの法案、最初見させていただきましたけれども、予防医療というのはとても難しいものだなというふうに感じています。

というのは、やはり、かかりつけ医を持った方がいいですよというふうに言われても、若くて健康で全く体に異常を感じない人が、かかりつけ医持って、そこに生活習慣病にならないように通ってくださって言われても、まあ行かないわけですよ。

早めにそうした異常のサインを発見して、生活を変えて、悪くなって、本当に病気になっちゃう手前で止めましょうというのであれば、やっぱりそれは健康診断をしっかり受けていただくようにする、で、その後の治療につながっていただくというこの連携は必要なんですけれども、その手前で、元気なのに一年に一回は近くのクリニックに行ってねと言われてもそういうことにはならないと思うので、予防医療を充実させていくということであれば、むしろ、健康診断を受けてもらうであるとか、生活習慣病ということについてのそもそもの知識をもっと普及していくことへの啓発を頑張るとか、そういう方が有効ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

#### ○政府参考人(榎本健太郎君)

お答え申し上げます。

今委員から御指摘がありましたこの制度整備に当たりましては、もう先ほど来申し上げておりますように、国民、患者がそのニーズに応じて適切に医療機関を選択できるようにする、そして、医療機関がかかりつけ医機能の内容を強化をして、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するということが目的とするものでございまして、患者の受療行動に対して介入をするということを規定するものではございません。

その上で、今御指摘があったその生活習慣病予防とかあるいは慢性疾患への対応ということで、これは、地域の实情に応じて各医療機関が機能や専門性に応じて連携をするということは、今御指摘があったように重要だというふうに考えてございます。

そして、あと、健康な方に対する支援ということでございますが、かかりつけ医機能報告のここは対象とはしてございませんけれども、医療機関のみならず、先ほど御指摘があったような、健康診断とかあるいは啓発とかいったようなお話もございましたが、都道府県や市町村、医療保険者などなど、関係者が様々な取組を行っているところでございます。地域における適切な役割分担の下で、引き続き必要なサービスの確保に取り組むということで取り組んでまいりたいと思っております。

#### ○高木真理君

次に行きたいと思えます。

今回、医療や介護のデータベース化というものが行われておりまして、医療法人、介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等ということが入っています。いろんなことがデジタル化してきているので、こうしたものもデジタル化をして情報として持っておきたいという気持ちは理解ができるんですが、今回、このデジタル化をして報告を求めることによって、どんなふうな効果というものを見込んでこの改正を行うのか、伺います。

#### ○政府参考人(榎本健太郎君)

お答え申し上げます。

この法案におきましては、今委員御紹介いただきましたように、医療法人などの経営情報をこれからの政策などに活用することを目的といたしまして、医療法人が開設する病院、診療所ごとに、また

介護サービス事業者が運営する事業所、施設ごとに、毎年度の決算終了後に収益や費用の内容など経営情報の報告を求めるほか、任意で職種別の給与の情報について報告を求めることとし、これらを蓄積したデータベースを構築するということとしてございます。

この蓄積したデータを分析などすることによりまして、例えば、医療、介護の置かれている現状や実態に対する国民の皆様の理解の促進を図ることができる、また、効率的かつ持続可能な医療提供体制や介護サービス提供体制の構築に向けた政策の検討への活用ができる、そして、新興感染症の発生などに際しての医療機関や介護サービス事業所、施設への的確な支援策の検討などに活用することができると、そういったような活用が考えられるのではないかというふうに思っているところでございます。

#### ○高木真理君

これまでも、各医療法人、介護事業者なども都道府県に行っていた報告もあろうかと思えますけれども、そこの違いみたいなのところももう少し御説明いただいてもよろしいですか。

#### ○政府参考人(榎本健太郎君)

失礼しました。

これまで、各医療法人は、御指摘のとおり、毎年、その決算終了した後に都道府県にその損益計算書などを報告をしていただいております。ただ、このときに御報告いただいているのは、あくまでも医療法人という法人単位でまとめた数字を御報告をいただいていたということでございまして、今回は、これを開設する病院、診療所ごとに御報告をいただくことにすることによって、より詳細なそれぞれの医療機関の経営状況というものが見えてくるということで、そういったものをしっかりと集計して分析をすることで、より実態に即したデータを得ることができるのではないかというふうに考えているところでございます。

#### ○高木真理君

この分析結果というものは、いろんな面で医療の体制を考えると、医療政策、あるいは、介護事業者からも来るので、そうした介護事業、サービスといったものを国民にどう提供していくかという政策を立案していくときのいろんな参考になったり、パンデミックがあったりしたときのいろんな体制を取っていくのにこうしたデータが活用されていくということかと思えますので、こちらのデータ化については有効活用されることを期待をしたいと思います。

次に、当法改正で医療費の適正化というものがどういったことになっていくのかということについて伺いたいと思います。

医療費というものは、なかなか高齢化していくことで病気になる方も多いので医療費が膨らんでいくという側面はあります。そのほかにも、新しい薬や新たな治療技術が出てくると、こうしたことにお金が掛かって医療費がまた上がっていくという側面もあります。

様々な側面がありますけれども、まず、各都道府県における保険者協議会、これを必置化して医療費の適正化というものを図っていくということに今回なっておりますけれども、なかなかこの保険者協議会という形で話し合ったからといって、私は、どのぐらい医療費というのは適正化されるものだろうかというちょっと疑問に感じる部分があるんですが、どう期待できるのか、伺いたいと思います。

## ○政府参考人(伊原和人君)

お答えいたします。

今後、高齢化が更に進展していく中で医療保険制度の持続可能性を高めていくためには、今御指摘いただいたような医療費の適正化、これは極めて重要な課題でございます、その場合、地域の実情に応じて実効的な取組を進めていくということが必要でございます。

そうした中で、今回法案の中でも提出させていただいておりますけれども、令和六年から第四期医療費適正化計画、これを実施していくことになるわけですが、今回、その実効性を確保する観点から、この法案では、都道府県ごとに保険者協議会を必置として、都道府県の医療費適正化計画の策定のみならず、計画終了後の実績評価にも関与する仕組みを導入するということとしてございます。

保険者が介入すると、入るとどういふ点でメリットがあるかということでございますけれども、例えば、第三期の医療費適正化計画では、例えばジェネリックの推進というようなことで、保険者から被保険者、いわゆる組合員の方に対して医療費通知のようなものを取り組んでいただいてジェネリックの推進に努めてまいりましたが、やはり保険者の関与、あるいは保険者の積極的な取組というのは非常に重要でございます。

そうした議論を保険者協議会という形で健保組合間で協議、連携しながら取り組んでいくということは非常に重要な取組だと考えておりまして、今回、こういう必置というふうにさせていただいております。

また、この保険者協議会に医療関係者が参画すると、こういうことも促進してまいりたいと思います。これを行うことによってより実効的な取組が進むと考えておりまして、今回、こういう提案をさせていただいております。

また、内容面でおきましては、第四期計画では、新たにバイオシミラーと呼ばれる医薬品に関して目標を設定して、安定的な供給を基本としながらこうした使用促進を進めていきたい。

また、新たな目標としましては、抗菌薬の処方など効果が乏しいエビデンスがあるということが指摘されている医療、こうしたことや、あるいはがんの化学療法の外來実施、こうしたことが今医療資源の投入量に地域差があると、こう言われております。こうしたことを新たな目標として位置付けることによりまして、具体的には、保険者協議会等においてその地域ごとの医療サービスの状況を把握、検討して、地域ごとの取組、ここを進めていきたいと考えてございます。

以上申し上げましたように、第四期の医療費適正化計画では、保険者協議会などが都道府県単位で活発に動いていただくことでより実効的な取組を進めていきたいと、このように考えてございます。

## ○高木真理君

取り組まないより取り組んだ方が効果は出ると思うんですけど、この医療費適正化ということで、先ほど抗菌薬のこととかがんの治療のこととか例に出ていましたけれども、あとジェネリック医薬品のこと、あるいはメタボ健診、特定健診ですか、このこととか重複投薬をどうやって避けていくとか、そういったことが検討する中身のことになってくるというふうには伺いました。

これ、やった方がいいんですけど、なかなかこれで、地域ごとにそんなに特性の差ってあって、細かく見て注意していけば適正化というのはかなり効果が出るものなんじゃないでしょうか。

## ○政府参考人(伊原和人君)

ちょっと手元に具体的な数字ございませんけれども、都道府県ごとの医療費格差というのは、大体たしか二倍ぐらい県によって違っております。それから、例えばジェネリックの推進に関しましても都道府県ごとにやっぱりその数字は結構違っておりまして、やはり地域ごとの取組というのは不可欠で

あろうと考えてございます。

なぜ不可欠かと申しますと、やはり保険者だけじゃなくて、地域で医療を提供されている方々、それはそれぞれの地域ごとに相当違いがございますので、そうした方も交えて取り組むということがどうしても医療費適正化という観点から必要でございますので、やはりこういう政策は有効であるというふうに考えてございます。

### ○高木真理君

当事者の方にいろいろ入っていただくと、当事者意識の中から、皆さんにより危機感というか適正化をしたいという思いが広がっていくということかなというふうに思いますので、その効果についても私も注視し続けていきたいというふうに思います。

次に、新薬あるいは新たな治療技術、こういうことで医療費増が出てくるという要素について伺います。

こういうことで、これはどの部分を保険適用のものとして認めていくかというのとも関連してくるかとは思いますが、オプジーボでしたっけ、とても治療効果は高いけれども薬価がとても高いので、その治療患者さんが一人出るとかなり保険財政に影響を及ぼすというようなこともありました。

でも、一方では、それだけの有効な治療薬が出てきているのにそれが使えないのかという問題はまた別の問題として出てくるので、世界の医療技術がどんどん上がっていけばいくほど、その恩恵を国民全体にちゃんと受けられるようにしようと思うと、この保険財政が厳しくなっていくということとのせめぎ合いになってくるかと思えます。

国民のためには入った方がいいんだけど、それで保険財政やっていこうとすると、もうどんどん高齢者も増えていく中で、国民の手に負える、保険財政で手に負える保険制度であり続けることができるのか、医療費は国民が払える範囲で収まるのかという疑問があるんですが、この点についていかがでしょうか。

### ○政府参考人(伊原和人君)

お答えいたします。

先生が御指摘のように、近年、非常に高額でありますけれども画期的な医薬品が医療現場に続々と導入されてございます。こうした中で、やはり医療保険財政という面からすると、そうしたものをどうやって取り入れることができるかと悩んでいるわけですが、同時に、でも国民の立場からすれば画期的なものを一日も早く使いたいと、そういう思いもございまして、その両立を図っていくということは極めて重要な課題だと考えてございます。

そうした中で、我々どういうふうにしてこの問題に対処しているかと申しますと、例えば、非常に画期的な医薬品が出たと、でも最初は患者数は数十人でしたという非常に高い値段が付きますけれども、それがもう新しい、例えばオプジーボの場合もそうですが、ここの、この適用が例えば新しいがんにも効くことが分かったと、こういうふうにして患者数が増えた場合には、値段を引き下げる形で、市場拡大再算定と呼びますけれども、値段を下げるようなこういう仕組みを設けておりますし、また、既存の治療と比較して費用対効果がどうなるかという費用対効果評価というのを導入してございます。これは、一回薬価が決まったものも、何年かデータが蓄積すると、その効能、効果をもう一度評価して値段を再検証すると、こういう仕組みも入れてございます。

こうした様々な取組をする中で、新しい画期的な医薬品を評価しなきゃいけないという問題とやっぱり国民の皆様は医薬品を届けると、この両方のバランスを取る、その形、その取組を今後ともやっていきたいというふうに考えてございます。

## ○高木真理君

ありがとうございました。

では、次の質問に移りたいというふうに思いますけれども、介護人材の確保について伺います。

今回の法改正でも、持続可能な形をなるべく模索する中でどういう体制をしていった方がいいのかということのいろいろ検討しているわけでありますけれども、その中で介護人材というのは欠かせないものであります。もう介護人材の確保というのはずっと課題ですので、いろんなところでいろんな議論がされてきて、対策としてもいろんな手を打っていただいている。

介護職員の処遇改善、あるいは多様な人材の確保、育成のためのメニュー、離職防止、定着促進、生産性向上という意味からどういうことをやるかという施策、介護職の魅力向上もしなきゃいけないということでやってきたこと、あと外国人材の受入れ、環境整備、様々な手を打ちながら対応していただいているというのは理解をしているんですけども、とはいっても、ここからこれだけの人口減少が進み、これだけ働き手の確保が厳しくなっていく現状を目の当たりにすると、どこの職場でも働き手が足りないわけですから、さらに、この介護人材を魅力的なものにして人材を確保するというのは極めて難しい課題になってこようかと思えます。

そうすると、やっぱり決め手は処遇改善、こすごく大きいわけで、段階的に、いただいている資料だと、月額平均は、最初の平成二十一年度の取組から比べると七・五万円、一人当たり改善するという努力もしてきていただいているというのは把握しているんですけども、これでも足りないという処遇改善について、もうこれは保険料の負担にも限界がありますから、公費をより多く入れていただくということでしか改善できないのではないかというふうに思いますが、いかがでしょうか。

## ○国務大臣(加藤勝信君)

今委員御指摘のように、介護人材、これからしっかり確保していかなきゃならない。そうした中で、他方で生産年齢人口減少していく中でどうやっていくのか、また、そもそも介護人材も不足がもう続いてきております。

そうした中で、処遇改善いろいろやらせてきていただいておりますし、今般の処遇改善の成果といいますか、どういう影響、これもしっかり分析をしながら、令和六年度の介護報酬改定、これ年末に向けて議論いたしますけれども、そういったところでもしっかり検証を、議論をしていきたいと思っておりますし、また、公的価格評価検討委員会の中間整理が出されておりますが、それも踏まえ、費用の使途の見える化を行いながら、介護の現場で働く方々の処遇改善、それだけじゃなくて、やっぱり業務の効率化とかいろんな総合的な施策、これしっかり進んでいきたいと思っております。

その中で、今、介護報酬におけるその公費負担割合の話がございました。歴史を遡ると、元々、保険制度ではなくて、いわゆる国費でやっていた老人福祉制度という形で運用されていたわけですが、年々介護ニーズが増大する中で、従来のやり方では、いわゆる公費による措置制度では対応が限界だということで、いろんな議論を経て今日の介護保険制度が導入をされ、そして保険料、公費でそれぞれ五割を負担する仕組みになっているところであります。

保険制度ということもございまして、その公費負担割合は五割を超えて引き上げるということにはなかなか課題が多くあるのではないかというふうに考えておりますけれども、しかし、この介護保険制度は非常に大事な制度であることはもう御指摘のとおりであります。

こうした制度を不断に、今回も様々な見直しといいますか、改善策を法案の中にも盛り込ませていただいておりますけれども、こうしたことも通じながら、持続可能なものとして、また、介護保険ニーズのある方にしっかりとそうした介護保険サービスが届くように努力をしていきたいと思えます。

○高木真理君

ありがとうございました。  
時間になったので、終わります。