

第14回 社会保障制度改革国民会議 議事録

一 会議の日時及び場所

日時：平成25年6月10日（月）12:30～14:30

場所：官邸2階大ホール

二 出席した委員の氏名

遠藤久夫会長代理、大島伸一委員、大日向雅美委員、権丈善一委員

駒村康平委員、榊原智子委員、神野直彦委員、清家篤会長、永井良三委員

西沢和彦委員、増田寛也委員、宮武剛委員、宮本太郎委員、山崎泰彦委員

三 議事

1. 開会

2. 政府側からの挨拶

3. 2巡目の議論（医療・介護分野）

4. 閉会

○清家会長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第14回「社会保障制度改革国民会議」を開催いたしたいと存じます。皆様におかれましては、大変お忙しい中を御参集いただきまして、誠にありがとうございます。本日は、伊藤委員が御都合により御欠席でございます。また、西沢委員は少し遅れて御到着と伺っております。過半数の委員が出席しておりまして、会議が成立しておりますことをまず御報告いたします。

本日は、政府の関係閣僚にも御出席をいただいております。まず、御紹介させていただきますが、坂本総務副大臣でございます。山際内閣府政務官でございます。今、西村内閣府副大臣、御到着でございます。また、会議の関係で後ほど御出席をされる政務の方もおられますので、そのときに御紹介させていただきますと思います。

それでは、議事を進めさせていただきますが、本日は、まず4月から5月にかけて実施いたしました意見募集状況の結果について最初に御報告をしたいと思います。団体や個人の皆様から御意見を多数お寄せいただきました。委員の皆様には既に意見書を全てお渡ししているところでございますが、その概要につきまして、資料2として事務局にとりまとめたもので、事務局から御説明をいただきます。

○中村事務局長 資料2に基づいて御説明をさせていただきます。「意見募集の結果概要」でございます。

意見募集期間は、平成25年4月11日から5月15日まででございます。募集テーマは、社会保障制度改革推進法を踏まえた社会保障制度改革についてということでございます。

提出いただきました件数、個人・団体別、郵送・ファックス・ホームページ上のもの、総件数のところで示してございますが、個人からは572件、団体から142件、合計714件の意見をいただいております。

個人につきまして少しその中身をご覧いただきますと、年齢別、男女別、性別で分類いたしましたところ、男性332、女性239、不明の方1となっております。年齢別には30代、40代、50代、60代が100名を超えているということで、50代が143名ということで最も多くなっております。

住所別に見ますと都道府県別でございますが、10件以上の御意見があった都道府県はこの表に掲げております15件でございます。

2ページをご覧いただきますと、意見の項目で分けておりますが、基本的な考え方、例えば自助、共助、公助の適切な組み合わせでありますとか、持続可能な制度の実現あるいは財源の確保といった基本的な考え方などのもの、医療、介護、年金、少子化4分野についてそれぞれ項目に書いてあるような

御意見などを中心にいただいております。一番下の行、※に書いてございますけれども、この他障害者施策、生活保護についての御意見もございました。

資料2は以上でございますが、続きまして便宜、資料3を御説明させていただきたいと存じます。三党実務者協議が行われておりますが、その議事要旨、3月22日分、5月16日、24日、31日、4回の議事要旨がとりまとめられましたので御提出させていただきます。私から以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。また、本日は参考資料として関係審議会の報告書などもお配りしてございますので、適宜御参照いただければと存じます。さて、ただいま甘利大臣が到着をされました。議事の途中ではございますけれども、ここで甘利大臣から御挨拶をいただきたいと存じます。まず、カメラの皆様の入室をお願いいたします。

【報道関係者入室】

○清家会長 それでは、甘利大臣、よろしくをお願いいたします。

○甘利大臣 委員の皆様には、本日もお忙しい中お時間を割いていただきまして、ありがとうございます。

先日、6月6日でありますけれども、清家会長から安倍総理に対しまして、国民会議における検討状況の報告を行っていただきました。私も同席をさせていただきました。その際、安倍総理からは、この8月21日、法律におけるまとめる期限でありますけれども、8月21日の設置期限に向けて引き続き精力的に議論を進めて、しっかりとしたとりまとめを行ってほしいという要請がありましたので御報告をさせていただきます。

本日から2巡目の議論に入ってくださいとさせていただきます。2巡目に関しましては、さらに詰めるべき論点、まだ十分に含まれていない課題ということを議論していただくわけでございます。

特に本日の議題であります医療・介護分野につきましては、詰めるべき論点が多く残っております。これまでの議論の方向性を踏まえまして、さらに具体的な議論をしていただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○清家会長 大臣、どうもありがとうございました。それでは、カメラの皆様には、これで御退室をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

【報道関係者退室】

○清家会長 それでは、本日の議題に入りたいと存じます。前回、13回目までで4分野の議論を一通り終えることができましたので、今回から2巡目の議論に入り、さらに議論を深めて参りたいと思っております。

本日は、前回申し上げましたとおり、詰めるべき論点がまだ多く残っております医療・介護分野についての議論を集中的に行いたいと思っております。

御承知のとおり、医療・介護分野につきましては、4月22日に行いました議論の整理の際に、私がとりまとめた課題など、さらに整理が必要と考えられる課題について、事務局に資料1として用意していただきましたので、まずこの点について、事務局から御説明をいただき、その後、議論を行いたいと思っております。

なお、前回、宮武委員から御要望がございました、地域包括ケア関係の説明につきましては、次回の第15回の国民会議において、事務局から御説明をいただき、議論をしたいと思っておりますので、よろしく御承知おきいただきたいと思っております。それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○中村事務局長 それでは、資料1-1をご覧くださいと思います。1枚紙でございますが「さらに議論すべき事項①」としまして項目を挙げてございます。1. 国民健康保険制度の課題、2. 被用者保険・高齢者医療制度の課題、3. 医療提供体制の課題でございます。

議論の御参考としていただくために資料1-2で関係資料を用意いたしましたので、こちらで御説明をさせていただきます。

まず、2ページは「1. 国民健康保険制度の課題」でございますけれども、下に清家会長のとりまとめが記されてございますが、国民健康保険の保険者は、都道府県単位に集約する方向で検討とされております。このための資料といたしまして、このページにございます「①市町村国保の財政構造」～「④保険者機能」までの資料を用意いたしております。

少し飛びますが5ページ、市町村国保の構造的な問題を整理しているものでございまして、左にございますように年齢構成が高いこと、財政基盤が脆弱であること、不安定な小規模の保険者の存在と市町村間の格差の問題があるということでございます。

6ページは市町村国保の収支状況でございますけれども、オレンジの欄の一番上を見ていただきますと、決算補填等の目的で3,508億円の一般会計繰入金があるということが示されております。

7ページ、8ページは都道府県別の繰入の状況、前年度繰上充用金の状況

が8ページにございます。10ページ以下でございますが、地域格差の状況についての資料でございます。

10ページは、1人当たり医療費の地域格差でございます。一番上の欄をご覧くださいますと、1人当たり医療費の格差、最高・最低の市町村では3.4倍、最高・最低の都道府県では1.4倍であるということ。都道府県別の上位・下位10、市町村保険者別の上位・下位10が10ページに記されております。

11ページ、ただいまの1人当たり医療費格差の都道府県別の状況でございます。12ページは、都道府県内における1人当たりの所得格差の状況が示されております。13ページ、1人当たりの保険料調定額の地域差の状況でございます。13ページでも最高・最低の市町村では1人当たりの保険料の格差が4.5倍、都道府県では1.7倍になっているというようなこと。14ページでは、ただいまの保険料の都道府県内の格差が示されております。

15ページ以下は広域化関係の資料になりますが、15ページは保険者別規模別の構成割合の推移を示しておりますが、平成23年の欄を見ていただきますと、3,000人未満の保険者が423ということで24.6%であるということが記載されております。市町村国保の保険者規模別の収納率が16ページでございますし、17ページは健診実施率についての資料でございます。

財政運営の都道府県単位化、都道府県調整交付金の割合の引き上げ関係の資料が18ページ、19ページ、20ページと続いております。21ページは国保法改正の関係スケジュール。22ページは保険料の賦課・徴収方法の比較に関する資料がございます。急ぐようで恐縮でございますが、23ページからは保険者機能に関する資料でございます。

25ページからは、被用者保険高齢者医療制度の課題についての資料でございます。論点といたしましては、総報酬割によって得られる財源について、基本的には国保の持続可能性を高めるために投入するという方向性について、他の選択肢も含めて検討していくこととされております。

26ページ、被用者保険の課題でございます。協会けんぽの財政基盤の強化に関すること、被用者保険者間の負担格差の問題、高齢者医療の拠出金負担の増大についてでございます。

27～28ページは、協会けんぽと各保険者の比較を示してございます。29ページからは高齢者医療制度のあり方についてでございます。30～32ページに関しまして、高齢者の保険料に関する資料がついてございます。30ページが高齢者の保険料負担の仕組み、31ページが後期高齢者医療制度の保険料の推移ということでございますが、平成24年度を見ていただきますと、平均保険料額が月額5,561円、現役世代1人当たり支援金、月額4,125円等々の数字がございます。

32ページは保険料、後期高齢者医療制度の保険料軽減の仕組みについての資料でございます。33～34ページは、協会けんぽと健保組合の報酬の水準と保険料率の推移の資料がございます。35ページからは、後期高齢者の支援金の総報酬割に関する資料がついてございます。35ページが現状について、36ページ、総報酬割を拡大することについての影響の資料でございます。

37～39ページは、5月24日に成立いたしました健保法等の一部改正に関する資料をおつけしております。40ページからは、医療提供体制の課題についてでございます。医療提供体制の重点化・効率化に関し、どのように実施していくか。特に地域医療計画について、国保を都道府県単位に集約することとセットでどうしっかりつくっていくか。特にその中でも提供体制の重点化・効率化をどう具体化していくかということが課題と挙げられております。

41～44ページは、医療提供体制に関するこれまでの議論、例えば前の社会保障国民会議の議論、あるいは10年12月にまとめられました社会保障改革に関する有識者報告会あるいは社会保障税一体改革大綱について御紹介をいたしております。

45～46ページ、医療提供体制の現状と国際比較。47～50ページは、入院基本料7対1の病床関係に関する資料でございます。51ページは、DPC制度によりまして、平均在院日数の推移が短くなってきているという資料。52～55ページは、機能分化を支えるための方策関係の資料。56～57ページは、都道府県の権限に関する資料。58～65ページまで、医療関連データの収集分析等に関する資料でございます。

時間の関係で大変駆け足、資料の構成のみの説明となりましたが、どうぞよろしく願い申し上げます。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。ただいま中村事務局長のほうから、資料1-1、資料1-2に基づきまして、医療・介護の分野について、これから詰めるべき論点を改めて御説明していただいたところですが、ただいま御説明がございました資料をもとにしまして、さらに議論を深めて参りたいと思いますので、よろしく願いいたします。それでは、御意見を願いたします。宮本委員、どうぞ。

○宮本委員 ありがとうございます。1巡目が終わったというところで、私自身、あまり専門性が強くない立場として勉強させていただいたように思います。

2巡目に入るに当たってお願いと申しますか、これまでの議論の形をどう

発展させていくのかということに関連して今考えていることをお話ししたいと思えます。2巡目は、これまで専門的に掘り下げた議論がなされて参りましたけれども、横断的に、かつ連携的に議論を進めていくべきではないかと感じてございます。4つの点からつないでいく議論が必要ではないかと思っています。

第1には、横につないで政策諸分野を連携させていく議論が必要ではないかと思えます。今日は、医療・介護分野でございますけれども、例えば後期高齢者支援金、介護保険納付金、総報酬割をやっていく。これはまた今後現役世代からお金を取っていくのかということになりがちですけれども、これは協会けんぽに導入されている補助金の扱いを含めて、例えば国保に投入していくということがはっきりしていくと、現役世代の中での支え合い、連帯という面も見えてくるのではないかと思えます。

これに子供・子育ての問題を連携させていくなれば、支える側を支えるという面もまた見えてくるだろうと思えますし、さらに介護や医療、これを雇用という次元でどう考えていくのか。これはこの前も申し上げたことですが、実は高齢者向けの支援だけではなくて、ここに現役世代の雇用をつくっていくという面もまた見えてくる。したがって、是非2巡目は横断的に横につなぐ議論が必要ではないかと思いました。

2番目には、縦につなぐということ。つまり、国、都道府県、基礎自治体を串刺しにする議論が求められるのではないと思っています。これまでの全ての分野で自治体の役割がクローズアップされてくるということが明らかであります。地域医療と包括ケアを連携した計画をつくっていく、それは非常に積極的な御提起だったと思えますが、やはり当事者である自治体を巻き込んでいく議論であります。医療供給体制の調整を巡って診療報酬か基金かという議論もございました。これも自治体に考えていただくというところが必要ではないか。子ども・子育て新システムの設計ももちろんでございます。

都道府県の保険者機能の強化と、基礎自治体が国保の財政節減のために色々な工夫をされている、それをどう両立させていくかという御議論がございました。どうしても自治体を巻き込んでいくと、二言目には公的資金の投入という話が出てきてしまうので、そこはとりあえず禁句としていただいて、是非一緒に考えてもらうというところが必要ではないかと思えます。

3番目には、国民とつなぐということでありまして、フリーアクセスをどうするのかという問題がこれから出てくると思うのですけれども、これは私が申し上げたことですが、国民の中でも日本の医療のアクセシビリティが突出しているという出発点がなかなか共有されていないというところがあります。ここはやはり国民会議として発信していく局面も必要ではないか

と思います。

4番目には、政治をつなぐと言ったら大げさなのですけれども、与野党をつなぐ。もちろん政治というのは相互の違いをはっきりさせる、際立たせるところから出発するのだと思いますけれども、逆に国民会議の役割というのは共通項を見ていくというところも必要ではないか。特に年金改革を巡っては、確かに最低保障機能をどうするかというところについては大きな懸隔があるようにも見えますけれども、一元化のプロセスなどを巡っては、実は相当程度重なっている部分もある。そこを確認するという役割も必要ではないか。以上、4つのつなぎ方ということ念頭に置いて御議論いただくと、1巡目の議論がより生かされるのではないかと思います。以上です。

○清家会長 我々国民会議のあり方について非常に明快な整理をしていただいたと思います。それでは、他に御意見は何かございますか。では、宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 宮本委員の4点を踏まえた発言ができるとはとても思えないのですが、少し医療の問題で焦点になっております市町村国保の都道府県単位化について、重ねて意見を申し上げます。

とにかく世界史上前例のないような超高齢化が進み、そして人口減少も進んでいるわけでありますので、その中で従来のシステムの転換というのは避けられないと考えております。既に市町村国保については、保険財政安定化事業が2015年度から全ての医療費が対象になるわけでありますが、これは各市町村が一定のルールでもってお金を出し合って、それをプールした上で給付に充てるという給付面における調整策にとどまるわけであります。

次の段階で必要になってくることは、負担面における都道府県単位化ということに移ってくるのだらうと思います。それが大きな課題であるかと思っております。都道府県単位にしたときには、都道府県内においては均一保険料だという捉え方があるわけですが、決してそれはイコールではないと思っております。むしろ市町村間における医療費の高い低いとか収納率の高い低いによって保険料率というのは一定の差が出てくるのが自然でありまして、それを無理やり均一にしていれば、市町村が当然意欲をなくしてしまうわけがあります。

それは是非避けたいということでございますので、私の提案の場合、まず、県において、県内における総医療費というものが幾らかをまず弾き、そして、1人当たりの医療費というのは平均的にどれぐらいその県ではかかっている、市町村における保険料の収納率は平均的にどれぐらいなのか、そういうこと

を勘案して、基準保険料率というものを定め、それを指標にして各市町村が自分のところの医療費の高低や収納率の高い低いにあわせて保険料を最終的に決めていくというイメージで提案しております。ですから、基準保険料率に到達するようにいわば市町村が努力をしていくわけでありまして、また基準保険料率よりも低い保険料が設定できるように頑張っていくという一種の競争状態もその中につくることによって運営されていくというイメージで考えているわけでありまして。

所得差については、むしろ財政調整交付金でもって一定の穴埋めはできるというか、是正はできるのではないかと考えております。

もう一つは、そういう都道府県単位化したときに、当然ながら心配ごとは出てきて、保険料の収納率は上がらないという未納リスクであるとか、あるいは突発的に給付が増えるという給付増のリスクというのは伴うわけでありまして、そういう場合に備えて、県内にいわば財政安定化基金というものを設けていく。これは後期高齢者医療制度でも介護保険制度でも、そういう形で未納リスクや給付増のリスクに備えたシステムをつくっておりますが、これも必要になってくるかと思っております。

さらに、医療提供体制については、既に医療提供体制は抜本的に再編成していくために、まず病院の目的と規模を明確にした再編成に取り組むということが提案されておりますし、そのためには地域医療再生基金というものを設けて、都道府県に頑張ってもらいたいという提案もございました。これができるのは都道府県しかないわけですので、そういう意味では、都道府県側のほうは構造的な問題が解決しなければ、巨大な赤字団体をつくるだけだとおっしゃっておりますけれども、構造的な問題に全て関係するようなマジックミタインなものはないわけでありまして、構造的な問題を解決できる枠組みをここで提案して、その枠組みの中で都道府県に頑張ってもらいたいというお願いをしていくしかないのではないかと考えております。やや前回、以前に申し上げたことと重複しておりますけれども、恐縮でございました。

○清家会長 ありがとうございます。では、増田委員、どうぞ。

○増田委員 私も宮本委員、宮武委員と少しダブる、かぶる部分がありますけれども、改めてまず国保の広域化の関係について申し上げたいと思っております。

この国民会議が長期的視点での改革を色々議論していくという場であろうと思っておりますので、そういう意味では国保の広域化、都道府県を保険者とするということは、これまでの座長のおまとめのとおり、是非改革として打ち出

さなければいけないと思っております。国保の関係でございますが、先ほどの関係資料の中にもございましたとおり、一般会計からの繰り入れ、しかも、なお繰上充用まで行って、何とか今その財政を支えているという、額も大変大きくなっておりますし、財政的に見ましても持続可能性に欠ける、まさに風前のともしびのような状況になっていると思えます。

この運営の当事者であります市町村はもちろんのことでありますが、今回、議論のまないたの上に乗っております都道府県あるいは知事会なども、こうした国保に伴います赤字財政状況の解消が進んでいけば、それについてきちんとした対応ができれば、もちろん広域化を引き受ける覚悟があるということを行っているわけでありまして、この問題は当然のことながらもう一つの論点でございます総報酬割を入れることによる余裕財源を国保に入れるかどうかということに連なってくるのですが、先ほどいみじくも宮本委員のお話ございましたとおり、やはり国保がラストリゾートであり、なおかつこうした国保を支えるということが実は総報酬割を入れるということとセットで考えますと、若者たちの生活を支えるという部分も持っているのではないかと。国民皆保険を最後の最後のところで支えているという国保の性格をきちんと理解すれば、総報酬割の余裕財源を国保に入れるということについて、国民の理解が得られるのではないかと考えております。この点が第1点であります。

もう一つ、医療提供体制のほうでございますが、医療提供体制をどう整備していくか、この点で都道府県の役割がこれから大変重要になってくると思えます。私、都道府県のほうで2つやらなければいけないということがあると思うのですが、1つは、そうした大きな制度改革、将来に向けての地域医療計画でしっかりとした将来像、ビジョンをつくっていく上で、都道府県の中でも最優秀な人材をまさにそういう部門に当てて、それでこの大改革に取り組むということが必要であろうということが1点。

もう一つは、この場でも御議論がございました、以前も資料に出ていましたウィングラスのような図、あれをこれから望ましい方向に変えていくという作業が出てくるわけですが、それを望ましいビジョンのように変えていくためには一体どうしていけば本当に動くビジョンになっていくのか、都道府県がどういう形で様々な指導力を発揮できるのかという点であります。これはやり方につきまして、具体的には厚労省さんだと思います。厚労省さんと都道府県でよく協議をして、同じ方向に向けて望ましい方向に動かしていく、国民のためにどういうことをすればいいのか、それぞれがどういう役割分担をすればいいのかということが大変重要であろうと思えます。

私のほうでも、こうした厚労省さんと知事会との調整というか話し合い、

知事会のほうにもよく確認しておきたいと思っておりますが、以前この場で私がプレゼンをしたときに、そういう意味できちんと両方で協議をして、この問題の具体的な方策を考えておいてほしいと申し上げたのですが、そこが本当にうまく進んできちんとお互いに胸襟を開いて話し合いがなされているか、やや心配な情報も一部入ってきておりますので、是非そうした協議をきちんとして、本当に動くようなやり方を詰めていただきたい。次回の国民会議などで、そうした両者の調整状況などについても御報告いただいて、それでまた必要な議論をしていくのがいいのではないかと思います。どうぞよろしく申し上げます。

○清家会長 ありがとうございます。今、増田委員から最後に言われた点について、また事務局においても少し情報収集等をしていただいて、適宜、必要に応じて御報告をいただけますでしょうか。

○中村事務局長 承知いたしました。特に厚生労働省とよくお話をして、どういう御報告ができるかも含めて次回に御報告するようにしたいと思います。

○増田委員 申し上げます。

○清家会長 それでは、他に。西沢委員、駒村委員、申し上げます。

○西沢委員 遅れて来て失礼しました。私は国保の総報酬割導入によって浮いた公費を国保に充てるのは反対の立場からお話をしたいと思っておりますが、国保の広域化自体重要だと思いますけれども、幾つか反対する理由というのがありまして、1つは所得捕捉の問題です。国民健康保険で保険料が集められていないのは、所得捕捉がきちんできてきているのかどうか、徴収ができてきているのかどうかというところがきちんとして分かっていません。

医療費がかかっているのは保健指導が徹底していないからかもしれない。あるいは市町村が病院の効率化、町立病院、村営病院の効率化が進んでいないのかもしれないといった市町村ごとの努力といったものが明らかでないといったこともありますし、今日お出しいただいた資料の7ページ目を見ますと、一般会計から繰り入れているところは結構都市圏の都道府県が多いわけです。これはもしかすると、都市圏というのは、税金が多いので国民健康保険料を上げるということよりも、むしろ税金を入れてしまったほうが早いといったことで入れているのかもしれない。

3つ目ですけれども、協会けんぽに関しましても、今回2年間の時限措置

で3分の1の総報酬割が延長されているわけですがけれども、2年間が終わった後、では協会けんぽをどうするのかというところもまだ見えていないので、協会けんぽの議論と国保の議論はセットで行うべきであると思います。

4つ目に、よく健康保険料、保険料を企業が負担すると言いますけれども、果たして本当に企業が負担しているのかどうかといった問題があると思います。理屈っぽいかもしれませんが、保険料を上げると、どうしても企業としては雇用を抑制しよう、あるいは保険に入れる人を少なくして非正規にしてしまおうといった行動が性悪説だとあるかもしれない。実際に厚生年金の適用事業所を見ますと、今、170万事業者が厚生年金の適用を受けていますが、25万事業所は適用漏れとなっているのが日本年金機構から報告されています。よほど徹底して適用事業所の拡大などをしないと、むしろ社会保険料があることによって、若者が正規から非正規になってしまい、その人が国保に落ちてしまうといったことにもなりかねないわけであります。

ですので、今まで委員がおっしゃったように国保の広域化は非常に重要だと思いますし、国保はラストリゾートとして非常に重要だと思いますけれども、今、4つ目に申し上げたように、協会けんぽから漏れてしまうとその人は国保に行ってしまうわけであって、協会けんぽのこともあわせて考えないといけないと思いますので、反対というとショッキングな言葉ですので、あえて論点を明確にするために、こういった理由で意見を申し上げた次第です。

○清家会長 ありがとうございます。では、駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 今の議論につながるわけですが、保険者として市町村がいいのか、県がいいのかという議論ですが、保険者論として後ほどまた次のもう一回機会があるかと思しますので、そのときにまとめてお話ししたいと思います。保険者として、市町村と都道府県が共同分担するような形を模索できないかと思えます。

今、西沢さんがおっしゃった財政論のほうに少し集中してお話しさせていただきたい。結果的には申し上げることは西沢さんに近い意見になるのかと思えますけれども、都道府県への究極的には移管し、その際に、協会けんぽで浮いた公費を入れるという議論でございますけれども、その根拠としては国保の赤字というのがあるわけですが、協会けんぽで浮いたお金を、だから国保の赤字を埋めるために直ちに入れるのだというのはやや安易な議論ではないかと思っております。国保の赤字の中身をもう少しきちんと精査すべきではないかと思えます。

一つは、その赤字は市町村ではどうしようもならないような構造的なリス

クから発生しているものなのかどうなのか。それに都道府県であれば対応できるのか。これは先ほどの宮武先生の話にもつながると思います。赤字の原因が、リスクであり、構造的に市町村で対応できないようなものなのか、あるいはそうではなくて何らかの形で、市町村の選択の結果なのか。例えば財政的には余裕があるのだけれども、しかし、保険料をあえて上げなかったというような大都市で見られるような現象なのか。あるいは保険事業をきちんとやらなかった結果なのか、徴収をちゃんとやらなかった結果なのかどうか。こういうところをきちんと区別した議論をしていかないといけないと思います。

もう一つは、これも先ほどの西沢さんの議論とも近い話になるわけですが、国保にいる被保険者の構成はどうなっているのかというのをきちんと精査してもらいたいと思います。国保にいる被保険者のうち、被用者が34%ぐらいいるということで、最大のグループです。しかもこれが増え続けている。これは制度横断的な話で宮本先生はおっしゃいましたけれども、年金と同じ問題を抱えていると思います。

厚生労働省は従来から国保にいる被用者に対して、短時間被用者であれば適用拡大で対応するということを言っておりました。これをどんどん進めた場合、ネットで国保の負担はどのくらい変化するのかというのを見てもおかなければいけないだろうと思います。

三十数パーセントいる国保の被用者のうち、適用漏れのような形で入っている方がどのくらいいるのか。これは逆に言うと、今後、協会けんぽの保険料負担がどんどん上がっていくようなことになれば、最後は国保のほうに流入してしまうというおそれもあるのではないかとということも考慮しておかなければいけないと思います。

国保にいる被保険者の内訳ですけれども、もう一つのグループの自営業者、特にこの自営業者の中でも、一部は国保組合という形で外れている人々もいるわけです。こういう人たちと国保の連帯はどうなっているのか。国保組合の一人頭の保険料や所得はどういう実態になっているのか、こういう情報も全然ないわけでございますので、国保の赤字というのは現象面であって、もう少し精査した上で、ではどのくらいの公費が必要なのかという議論をすべきであって、健保グループで浮いた分があるから国保に入れるというのはやや安易かなと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、他に何か御意見はございますか。では、遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 先ほど宮武委員がおっしゃられたように、都道府県単位で一律の保険料にするということは適切ではないというのは全くそのとおりであると思います。宮武委員は国保の市町村の徴収のインセンティブの影響等々に影響を及ぼすということを中心にお話しされたと思いましたが、保険料率が何で決まるかというのは様々な要素が入っております。極端な例は、医療提供体制がないがゆえに医療費が発生しないということから保険料が低いということもあり得るわけでありますから、そういう地域の保険料率を上げるということは本当に適正なのかという問題もあります。そういう意味では一律保険料という考え方は慎重に議論する必要があると思います。

増田委員がおっしゃられたことで、医療提供体制の整備において都道府県の位置づけが大きくなる。恐らく今後そうなると思いますけれども、現行の制度をもとにする限り、例えばウィングラス型、あれは7対1看護がやたら多いので、それをならしていこうという考え方ですけれども、それは基本的に診療報酬で誘導するべきものでありまして、現行においては都道府県には権限はありません。何度も申し上げますように、ナショナルベースで考えれば医療機能を変化させるために最も有効な方法はまず診療報酬だと思います。それに補助金がありますけれども、診療報酬の影響は大きい。診療報酬は基本的に全国一律なので、全国一律的なアプローチには向いている。ただ、都道府県格差をどうするかという話になってくるとまた違うアプローチが必要かもしれません。現状においては、そのところは医療法であるとか補助金でやるという方法があるわけですが、7対1をがらっと都道府県の力で変えるということはなかなかできません。その辺の方法論については都道府県のできるもの、できないものということは少し分けて議論する必要があるのかな、そんな印象を持ったわけでございます。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、他に御意見。では、榊原委員、どうぞ。

○榊原委員 議論を戻してしまいますけれども、私は宮本委員が提起された、横と縦につないだ議論をまず整理すべきではないかというところに、大変共感しています。特に横のほう、制度横断で一体どういうふうを考えるのか。前回の議論のときに宮武委員が「もらう」「あげる」ではなくて「負担」と「給付」という緊張関係の中で、という問題提起をされたのも、同じ投げかけだったと思うのですが、この年金、医療、介護、育児、その他の分野の中で、一体、社会的弱者は誰なのかという整理が必要であって、その上で医療

や介護においても、一体誰を重点化・効率化の中で社会が支えていくべきなのかという議論が必要である。20世紀につくった制度の手直しをこのまま続けていくというのでは、私はこれからの世代の方たちの理解はなかなか得られないだろうと思っています。

全く違う話ですけれども、報道でもにぎわいました待機児童の問題というのが少し前にありました。4月の前後ですけれども、私も現場に取材に行きました。主に20代、30代、40代の子育て真っ盛りの世代の方たちが、どうしてこれまでも同じような待機児童の問題があったのに、今年あのようなプロテストをされたのかということが知りたくて、私も何人かのお話を聞きました。

報道では、直近の保育がなければ失業するというせっぱ詰まった状況なのだという形で報道されていましたが、話をきちっと聞くと、その背後にあるのは、社会保障に対するバランス感覚への不信感というのを感じました。自分たちは就職氷河期もくぐってようやく仕事について保険料も払い、社会人としての責任を果たしてきた。本当に社会保障が必要なこういった場面になって、どうして保育すら提供してもらえないのか、その怒りがあのプロテストになったのだなと感じました。あの話の端々で、高齢者はだっただけ潤沢に給付を受けているではないですか、ということが別々の言葉で何回か出てきました。ぎりぎりのところにある若い世代が増えている中で、待機児童という問題で火がついたのだなという気がしています。

そういう意味で、あれは保育所問題が端緒になりましたけれども、若い世代たちがかなり忍耐の限界に来ているということを私たちはちゃんと考えて、本当に社会的弱者を社会保障で見ていくべき、それはどこのどういった人たちなのかという整理をきちっとした上でないと、これまでのような年齢別、身分別の負担と給付の上に議論を続けていくというのは違うと思っていますので、そういった議論をどこかでしたいと思っています。

○清家会長 とても大切な視点を提示していただいたと思います。では、他にいかがでございましょうか。神野委員、山崎委員、お願いします。

○神野委員 どうもありがとうございました。私、違った観点かもしれませんが、これまでもある程度会長のほうからおまとめいただいておりますように、絵に描いたような画像についてはほぼ方向性なるものが出てきているのではないかと感じております。これをもう少し操作像、実際に動かすような段階に持っていくという議論を考慮に入れて議論していくことが大切ではないかと感じております。

国民健康保険といいたまうか、医療の問題は2つあって、ファイナンス、保険体制の問題と実際にサービスを提供していくという2つの問題があるかと思ひますが、ファイナンスの問題で言へば、そもそも国民皆保険を支えている保険体制をどうやっていくのかということになるわけですが、色々な議論が出ているかと思ひますが、基本的に国民健康保険といふのか、ラストリゾートでここをまず立て直さなければいけないのだということはどうも合意されているような気がしてならないのです。

その上でもって、そこが解決すれば、大きな単位で都道府県も引き受けると言っているわけですね。つまり、私の考え方では、そもそもリスクをプールするのに小さな単位でやるよりも大きい単位でやったほうがいいというのは当たり前の話で、私の知る限り、市町村に保険者にならせるというのはあまり外国の例として見たこともありませんので、方向としては大きな都道府県単位に持っていくという方向性があるのではないかと思ひます。

先ほど委員の皆様方から御指摘をいただいた点で、ここにも色々問題があるというのは、これを実施していく段階では他にも考慮しなければいけない問題があるという御指摘なのか、そもそも会長がおまとめになったような大きな2つの方向性は、こういう問題があるからひっくり返すという話なのかというのはよく分からないところがあるのですが、私の聞いた限りは、方向性としてはそういうふうに進めるべきだけれども、様々な意見があるので、そこを潰しながら進めていくという御提案だったのではないかと思ひます。ただ、何分にもタイムプレッシャーといいたまうか、時間圧縮のもとで意思決定をせざるを得ないという状況がありますので、あまり木を見て森を見ずという議論がありますが、葉っぱの虫食い現象までここで議論しなくてもいいかなというのが私の印象であります。葉っぱの虫食い現象でもって、例えば先ほどの徴収率の問題というのは、いかなる制度をとろうとしても解決していかなければいけない問題で、どこの国でも苦労しておりますし、日本のような分立型にしてしまったときには苦労する問題ですので、これはこれで考えていく必要があると思ひます。

もう一つ、サービス提供体制ですが、ここも一応画像は一致しているのではないかと。先ほど事務局長から、これから地方団体と厚生労働省との折衝についてウォッチングするというお話でしたけれども、画像のほうはでき上がっているのですけれども、ビジョンをどうやってつくり、具体的な内容をどうやって入れ込むのか。そして、それを実際に都道府県が動かしていく際に動かすことができるのかというときのツールなどを非常に心配しているわけですね。

つまり、画像はできているのだけれども、操作像としてそれを動かしてい

くために、様々な動かす手段、ツールがどういうものがあるかというのを非常に心配しておりますので、ここは具体的な都道府県との先ほどウォッチングしていただく交渉をしていただくということとともに、実際に動かすということでは宮本委員が御指摘になったことに近いかと思いますが、後工程優先といえますか、現場を優先してもらわないと、実際に実施するのは現場ですから、現場の中でどういう問題が発生するのだと危惧しているのかということを見た上で操作像を考えていくことが重要ではないかと考えます。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。では、山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 随分色々な御意見が出まして、私、かなり共鳴する部分も多いのでございます。1つは、国保の広域化というのは大いに結構でございますが、保険料徴収の責任は基本的に市町村に置くこと、これは非常に大事なことだと思います。ということは、未納に対しても市町村が責任を持つということだと思います。保険者というと、私は基本的に最終的に財政責任を負う主体だと思いますが、保険料の徴収責任を市町村に置き、未納についても責任を負うということになると、例え広域化しても分権的な要素を組み込んだ広域化になるのだろうと思います。

保険徴収のインセンティブを市町村に持たせることが大事で、それには宮武委員がおっしゃったような保険料の徴収率だとか保健施設活動だとか医療費適正化対策だとか、地域包括ケアなどの市町村レベルでの取り組みが住民の国保や介護の保険料、あるいは市町村の財政負担にきちっと反映させるという形での分権的な要素を組み込んだ都道府県単位化だと思います。

その意味で、広域化に当たっても市町村レベルでの受益と負担の関係、緊張関係を保持する必要があるというわけでございますが、そのように考えれば考えるほど、今の後期高齢者医療制度は全県一区でございまして、医療費に相当な違い、地域の取り組みに違いがあるにも関わらず保険料は均一でございます。今、一番メスを入れるべきは後期高齢者医療制度でありまして、国保制度改革を言うのであれば、後期高齢者医療制度も一体的に見直さなければいけないという気がいたします。

2点目に、都道府県が基本的に医療計画など医療提供体制の整備に責任を持つ。現在、法制的にもそうなっているわけでございますが、この医療提供体制の整備に医療保険の各保険者が積極的に関わるということも保険者としての重要な機能だと思っております。ですから、医療計画の策定等に当たっては、医療保険の各保険者の意向も十分反映させるような仕組みが必要だと思

います。

保険医療機関の指定・取消の権限も都道府県に与えようということですが、医療法で都道府県に医療機関の開設の権限が与えられているわけですが、そして、例えば病床過剰地域につきましては勧告することもできるわけです。都道府県によって開設が認められ、あるいは勧告に従って病床を整備した病院について、その保険医療機関としての指定・取消の権限までも都道府県に与える。つまり、開設が認められている病院ではあるけれども、保険医療機関としては認めないということがあり得るということは非常に微妙な問題をはらんでいると思います。今は国が全国一律の基準でもって保険医療機関としての指定を行っているわけですが、都道府県に権限を移すということになりますと、その移す意味というのは都道府県独自の裁量の要素を入れるということになりますから、これはかなり慎重に考える必要があるのではないかと思います。

仮に都道府県に指定・取消の権限を与えとしても、今、国が保険医療機関の指定を行っているのは、法制上は各医療保険者の代理として行っているわけですが、保険の本来の姿から言うと、個々の保険者が医療機関と個別に契約して、もちろん、診療報酬の内容も別に取り決めて、それに従って審査し、支払いをするということですが、

ということになりますと、例え都道府県に権限を与えとしても、国保だけではございません、被用者保険の意向も十分反映させるといえるか、合意を得る必要があると思っております。

総報酬割によって浮く国費の使い道でございますが、国保に投入という話が主流のようでございますが、被用者保険の側の理解もどうしても必要でございますから、もう少し慎重にお考えいただきたいと思っております。

国保というのが非常に財政的に困難な事情を抱えているということは承知しておりますが、そのために特に低所得者対策として2,200億円を既に投入することが決まっております。それに加えて総報酬割によって2,300億円の財源が浮く。それを国保に対してどういう根拠でどの部分にどの程度入れるのかということになると、これも相当吟味が必要でございます。少なくとも今の大都市を中心に、本来負担していただくべき保険料を負担しないで、一般会計から繰り入れている、そういった赤字を肩代わりするものであっては決してならないと思っております。

ただ、はっきりこれはこうしたほうがいいのではないかとと思われるのは、先ほど宮武委員がおっしゃいましたような保険料の突発的な事情によって収納が落ちるだとか、あるいは給付が膨らむ。これは今の共同事業で相当に対応しているのですが、それでもなお不足がある場合が考えられるとすれば、

それは基金というものを都道府県ごとにつくって、そこに国、都道府県あるいはそれぞれの保険者からの拠出金を投入する、その財源としてはまず考えられるのではないかという気がいたします。

協会けんぽの側も国庫負担を上げてくれと、少なくとも法定の上限である20%まで上げてくれという要望があるわけですが、高齢者の支援金について総報酬割を入れれば、その部分については組合健保と協会けんぽの負担の水準がならされるわけですが、本体の医療費に係る負担の報酬格差はそのまま残っているわけですが、大ざっぱに見て国庫負担は3割ぐらい入れないと、組合健保と協会けんぽの財政のバランスはとれないという見方もあるようですが、当面少なくとも2割程度までは引き上げるといふ努力をしないといけないのではないかという気がいたします。

被用者保険の側は、前期高齢者医療にも公費をとという御主張をしておられるわけですが、考えてみますと、今、急激に前期高齢者、団塊の世代が増え、その層が膨らんで、当然医療費の負担が増えるわけですが、そういうものに対して一時的に、あるいは経過的に重点的に国費を充てるというのも一つのあり得る考え方かなと思います。

調べたのですが、国保の小規模保険者が増えているということが非常に懸念されているわけですが、実は健康保険組合は1,000人以上でないことと認可されないことになっているのですが、認可された後の縛りはないわけですが、現実には1,443組合のうち被保険者数1,000人未満が203組合、14%もあるわけですが、500人未満でも74組合、5%もあるわけですが、そういう意味では、健康保険組合連合会が毎年高額医療費の発生状況について調べておりますけれども、こういった小さい保険者が健康保険組合の中に相当あるということは、高額医療費共同事業を国保と同じように重視しなければいけない。この部分にまさに国保に投入しているように国費を投入して、共同事業を奨励するというのもあっていいのではないかと思います。

今、たまたま思いつくことを色々挙げましたけれども、総報酬割によって浮く2,300億円をどう使うかというのは、国保に使うことも含めて色々もう少し議論が必要なのではないかという気がいたします。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、他に御意見、いかがでしょうか。遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 色々御意見を頂戴いたしました。実は国民会議の議論を社会保障審議会の医療保険部会、議論が非常に重なるものですから、そこで3回ほ

ど議論をいたしました。それについてまとめたものが参考資料2-1にあるわけでありませけれども、かいつまんでどのようなことが話し合われたのか、恐らくここでの議論の深みを増す意味でも参考になるのかなと思っておりますので、もし説明する時間を与えられるのであればお話しさせていただきたいと思っておりますけれども、いかがでございましょうか。

○清家会長 では、よろしく願いいたします。

○遠藤委員 それでは、私、医療保険部会の部会長もしておりますので、国民会議との連携を図るといような役目も負っているのかなと認識しておりますので、3回ほど医療保険部会で議論してまとめたものを簡潔にお話しさせていただきたいと思っております。

これは参考資料2-1でございまして、2-2は、そのときに医療保険部会で配られた資料ということで、参考資料2-1をベースにお話をさせていただきます。時間が限られておりますので簡潔に申し上げます。

まず、2-1の1ページの一番下の○と2ページの一番上の○でございませけれども、医療保険部会において協会けんぽ、健保連、連合、経団連、日商の5団体から私宛てに提出された意見でございまして、3つほどございませ。

第1に、被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、高齢者医療制度への公費投入を拡充するべきである。

第2に、そのための財源として消費税引き上げ分を活用するとともに、保険料負担の増大を抑制することにより、制度の持続性を図るべきである。

第3に、今後とも国保と被用者保険が共存して、それぞれの加入者特性に応じた保険者機能を発揮する制度体系を維持するべきだという御意見でありませ。

これらの点につきましては、特に議論を深め、持続可能な制度の実現に向けた改革につなげてほしいという強い要望がありましたものですから、初めにお伝えませ。

次に「【医療・介護の提供体制の在り方】」でございませ。3ページをご覧になっていただければと思っております。医療保険部会におきまして、医療・介護の提供体制のあり方に関連して、病院、病床機能の分化・連携をどのように進めるか、その方策について議論いたしました。その結果が下から4つ目の○ですが、診療報酬と補助金はそれぞれ一長一短あるので、それぞれの利点を生かしながら最適な組み合わせを考えていくべきであり、消費税財源を活用して平成26年度から実施していくべきであるという意見があり、さらに

医療関係者からは、下から2つ目と一番下の○になりますが、補助金と診療報酬の両方の手法が必要であるが、診療報酬を中心に対応すべきという意見がありました。

また、4ページ目の一番上の○になりますが、今回、消費税が引き上げられることから、通常、11月下旬に決まる診療報酬改定の基本方針について、前倒しで策定すべきという意見もございました。

4ページには最後になります国保の保険者のあり方、これは先ほど来御議論されているものでありますけれども、それとの関連で、「(保健医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与)」についての意見を載せております。これについては地方団体、保険者、医療提供者のいずれも保健医療機関の指定・取消には全国統一の取り扱いが必要であり、引き続き国が実施すべきという意見が大勢を占めております。

なお、制度的なことを申し上げますと、指定・取消権限はもともと都道府県の機関委任事務だったものを平成11年の地方分権一括法により国の直轄事務としたという経緯がありますので、そういった経緯も踏まえる必要があるかなと思うわけです。詳細につきましては、参考資料2-2の25ページに記載されております。

次に、5ページの中段「【外来の役割分担の在り方】」についての意見を示しております。かかりつけ医機能を充実させて市町村ごとに地域包括ケアを地域医師会と連携して構築することが必要である。あるいはかかりつけ医の定着には国民の意識改革必要であるといった意見がありました。

また、大病院の外来受診の自己負担に関しましては、5ページ後半部分に意見を載せてあります。定額自己負担によるフリーアクセスの緩やかな制限には賛成である。フリーアクセスの一定の制限は仕方がないが、経済格差が寿命の格差にならないような配慮が必要である。あるいは低所得者の定額自己負担は減免されると思うが、病院窓口での判定方法や保険者の中での区分方法など、技術的な課題は残るといったような意見がございました。

6ページ「【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】」です。在宅医療の体制づくりを推進されるには、地域医療再生基金など、国による財政支援が必要である。在宅療養後方病院を地域ごとに設立して、在宅医療や在宅介護と入院医療とがスムーズな連携をとれるようにするべきである。あるいは在宅医療と介護の仕組みは給付調整の問題など医療担当者に分かりづらい部分があるので、シンプルな形に改善するべきであるといったような御意見がありました。

「【医療関連データの収集・分析等】」についてでございます。これは6ページ、7ページに記載されております。今後、ICTの活用が、機能分化や医

療と介護の連携にとって重要になるため、ICTの活用と制度面の一体的な運用についてもっと深掘りした議論をしてほしい。あるいは診療報酬などの情報を活用できる環境整備を速やかに進めるべきである。レセプト情報の利活用には賛成だが、国民への周知と個人情報の保護に留意する必要がある。あるいは共通番号制度を活用して総合合算制度を導入するなど、より踏み込んだ議論を期待したい。

国保からは、国保は現在ICTを利用して健診・医療・介護データを結びつけて保健事業に役立てるシステムを構築しようとしている。共通番号が入った場合には、国保と被用者保険者間でデータ交換ができるということも期待できるということをおっしゃっておられます。

次に、療養範囲の見直しでございますが、8ページの後半部分でございます。70～74歳の患者負担の見直しは、低所得者などに配慮しつつ段階的に実施すべきという意見が多数でございました。

9ページ、高額療養費については見直しをするに当たって、対象者の範囲や所得区分の細分化といったことを考える必要があるという意見がありました。9ページの一番下ですけれども、医療保険財政が厳しい中で、所得の高い方からは保険料をより多く負担してもらおうという観点から、健保の標準報酬月額の上限や国保の保険料の賦課上限の見直しをするべきという意見もありました。要するに上限の引き上げということでもあります。

次に、被用者保険の課題でございます。医療保険部会におきましては、被用者保険全般に関する議論を行いました。その議論の概略を示したものが11ページ、12ページに記載したものであります。被用者保険の課題は、先ほど中村事務局長から説明もありましたけれども、以下の3つぐらいに絞られると思います。

1つは、第1に、被用者保険のセーフティネットである協会けんぽの財政基盤の強化。第2に、被用者保険間の負担の格差の問題。第3が、高齢者医療への拠出金負担の増加であります。

この第1と第2の課題につきましては、平成24年健康保険法の一部改正の法律が成立しまして、協会けんぽの国庫補助率の引き上げ及び3分の1の総報酬割の導入に関する特別措置の2年延長といったことが決まったわけでありまして、引き続きここでも議論になっておりますように全面総報酬割の導入の検討の議論が必要となっているわけでありまして。

全面報酬割を導入した場合に生ずる公費2,300億円の用途につきまして、これも先ほど来御議論になっているわけでありまして、このような意見が出ております。11ページ、後半部分でございます。浮いた公費の使い道については、国保に投入することについては賛成するという意見があった。

一方で、12ページの上から2つ目の○にあるように、被用者保険者からは拠出金負担が保険料収入の4割を超えている状況のもと、現役世代の負担を緩和する方向で財源を活用すべきである。具体的には被用者保険の最後の受け皿機能を守るため、協会けんぽに対する国庫補助割合の20%への引き上げを優先すべきである。あるいは拠出金負担の軽減のため、前期高齢者医療の支援に充てるべきだと、こういったような意見が被用者保険の立場からあったということであります。

第3番目の課題であります高齢者医療への拠出金負担の増大につきましては、被用者保険にとっては高齢者医療に対する多額の拠出金が最大課題であり、高齢者医療制度が将来に向かって持続可能な制度になるよう、現役世代や高齢者の間で負担の関係を議論するべきであるという意見であるとか、あるいは被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、前期高齢者も含めた高齢者医療に対する税投入割合の拡充を検討していくべきであるといった意見がございました。

最後に、国保の課題でございます。国保の課題についても全般に関する議論を行いました。国保の課題につきましては、先ほどの中村事務局長の説明の中にもあったわけでありまして、一言で言えば、国保の財政基盤は他の保険者に比べて脆弱であり、財政の安定化や保険料の市町村間格差についての問題があるという点でございます。このことにつきましては、次のような御意見がありました。

知事会からは、まずは構造問題の解決が先であり、国保の抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるのであれば、市町村とともに積極的に担う覚悟があるといった御意見です。

また、地方団体からは、国保を守っていくためにも都道府県単位化について賛成である。あるいは医療計画の策定者と一致させるという意味で国保の都道府県単位化に賛成であるという賛成意見があります。

一方、14ページでございますけれども、都道府県が国保の運営を担った場合、保健事業の実施主体等についてどう考えるか。保健事業が低下しないような仕組みを構築できるのか考えないといけない、こういった御意見があります。その他、保険料の賦課徴収あるいは保健事業の運営、介護保険との整合性の面での懸念あるいは影響が出ないか、どのような工夫が必要か、こういったような御意見がございました。

一方、こういった意見に対しまして地方団体などからは、15ページの下の方に書いてありますけれども、保険者が都道府県になると保険料収納率の低下や地域の健康づくりが後退するという意見があるが、そのような懸念は全くないといった御意見もございました。

国保の広域化のスケジュールについても御意見がありました。これは17ページに示されております。都道府県単位の医療費の全面的な共同事業の実施が平成27年から予定されていること、あるいは医療法・医療計画の見直しに時間がかかる。さらにはその準備期間等々を考えますと、平成30年度ないしは32年度以降になるのではないかといったようなスケジュール感の御意見もありました。

また、保険料の統一につきましても、経過措置をとりながら段階的に慎重に行う必要があるというような意見もありました。

以上のような意見があることを御紹介させていただきました。今後の当会議の議論の参考になればと思ひまして御報告させていただきました。お時間頂戴してありがとうございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、他に御意見はいかがでございますでしょうか。では、権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 私は医療改革について議論している国民会議で、大島先生とか永井先生がずっと沈黙されて参加されないというのは非常に残念でなりません。やはり医療提供体制の改革、医療改革というのは医療関係者である大島先生とか永井先生に参加していただいて初めて意味のある会議だと思いますし、今の遠藤先生が御報告された文書の中に、「国民健康保険の都道府県単位化や後期高齢者医療制度の負担面での全面総報酬割の導入という局所的な議論のまま、医療、介護に関する議論が一巡したと整理されたことについては極めて残念」と書かれていますが、私も極めて残念です。もしかすると2巡目もこれで終わるのではないかというような気がするのですけれども、ちょっと角度の違う話をさせていただこうかと思ひます。

私はあまり自分の論が間違えないように、政策形成過程とか政治過程というところを結構見ていく人間です。だから、私の本とかいろんな文書は全部「政治経済学」になっています。このあたりのところを触れていかないと論を間違えるのです。だから、このあたりのところも触れながら説明させていただきますと、4月19日の第一回目の医療介護の議論の直前4月16日に、私は保険局と電話をしまして、診療報酬を使いたいという話があったので、彼らにどういうふうに使いたいのですかと、提供体制の改革にどういうふうに寄与するような使い方をされるのですかと言ったならば、沈黙です。また出直しますというような話だったのですが、私が彼らと話をして感じたのは、私は医療提供体制の改革がこの国では最優先課題だと思ひています。彼らとはどうもその問題意識が共有できない。だから、私は彼らにその後、もう連絡

してこなくていいよという連絡をしています。

連絡が来たのも、私が資料を提出したら、それをどうも見られたみたいで、そこから私の知らない人からの電話があったので出たらばそういう状況だったわけなのです。

今日は事務局のみなさんは資料をつくるのに非常に苦労されたと思います。こういう状況の中でメリット・デメリットを色々と比較していくというのは、次元が一つに並ぶのならばウエートをつけて加重平均すれば答えが出てくるのですけれども、こういう次元が全然違うものというのは優先順位をつけて辞書的に順番通りに解決していくしかないのかなというのがあります。

私が提案しました中には、4月19日の配付資料の51頁に「医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的」という文章を書いております。例えば私はもう長い間、慶應健保の理事とかをやっていて、医療保険を運営しているのですけれども、提供体制の話に関わらないことには医療はコントロールできないんですね。と同時に、この国は今、良い記事がいろんな新聞のほうとかで出てきていますけれども、提供体制の改革をやらないと25年ぐらいまでの医療はもうもたない。これをどうやればいいのかというところから演繹した形で私はこういうことを提案していたわけです。

これだけメリット・デメリットをずっと書いてくださると、その目的を達成するために色々な状況の中でこういう問題があるとかが明白になります。例えば今回のところでも繰上充用金の状況みたいところで、特別な地域の問題だなというのが分かります。だから、特別な地域の問題のところこのまま補助金が入るようなことは絶対やってはいけないというような形で、いろんな形で今の制度が持っているデメリットをコントロールしながら調整していくことができると思うのです。それだけの資料を今回随分つくっていただけだと思います。

そういう状況の中で提供体制の改革をどうやるかということが非常に重要な話で、ここは恐らく私の読みですけれども、先ほど遠藤先生のほうから話がありました状況の中で、「総報酬割導入で財源が浮くということであれば、被用者保険グループ内の負担の調整によるものであり、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担を軽減するのが筋」という表現があるのですけれども、総報酬割というのは公平の問題として賛成だという人は結構多いのです。公平というのは量の問題ではなくてバランスの問題なので、バランスをとっていきました、そうすると玉突き方式で税が浮きましたという話なのです。税になった瞬間にこれは用意ドンで獲得合戦をやらなければいけ

ないので、財務省が財政再建に使うということも戦いに参加してもいいわけです。そこを、保険局も被用者保険の保険者たちも、「被用者保険の負担を軽減するのが筋」という妙な論に安住してしまっていた。ゆえに出遅れてしまったというのが私の読みです。

被用者保険の保険料を使うという話をしているわけではなくて、そういう玉突き方式で浮いた税をどこに使うかというようなところで、例えば今日の最初の資料1-2の28ページで各保険者の比較。市町村国保のところは所得が低い。この所得というのはかなり危ないものがあるというのは皆さん分かっていますね。だけれども、医療費が若干高いというような状況もある。もう一つ、36ページの右下で、不要となる国庫負担を活用した場合の影響。国保へ公費投入した場合は国保が減るし、協会けんぽに投入したら協会けんぽが減るし、前期だったら被用者保険が負担減というときに、果たして被用者保険のほうにお金を入れるということが、所得のところはかなり危ないのですけれども、いわゆる割り切った中で果たして賛同を得ることになるのかどうか少々疑問があるかなという気がいたします。

医療提供体制のことをやりましょうということは医療関係者もみんな今回賛同してくださっているようで、この国民会議での彼らのプレゼンでは、1円のお金の話も出なかったわけです。そういうような状況の中で提供体制の改革をやりましょうとなっていく。

4月にここで行われていた診療報酬なのか、補助金なのかというのは、大論争という形で見られているのですけれども、診療報酬だったら来年少用する、補助金だったら来年少用しないかもしれないけれども準備にちょっと時間がかかるというような実は他の側面があるのです。その側面があるときに、医療関係者に来年少用診療報酬ですよと言ったときに、この国民会議で高貴な話をしてきていた医療関係者がずっとそちらのほうに賛成を示していったりするというような状況が若干出てきていることに関して、私は非常に残念でなりません。これまでの国民会議の医療提供者は、本当に提供体制の改革をやりましょうと言っていたのに、状況が少し変わってきているというのは私の中で極めて残念な状況です。

私たちは8月ぐらいまでアイデアを出していくのが仕事で、それでさっぱりと終わってしまうのが私の願っていることなのですけれども、提供体制の改革ということをこの国ではやらなければいけない。そして、前回の国民会議のときから、ずっとそのこと1点で我々は医療・介護のところはやってきたわけです。それをどう実効性を高めていくかというような視点から考えていって、この前も言いましたように、そこで生まれてくる色々な弱点あるいはデメリット、そういうものはこういう資料が十分そろってきているので

色々な形で補正して、この国庫負担の入れ方はおかしいのではないかというようなことがかなり周知されるようになってきたと思いますので、そういう形での議論をしていただければという気がしております。

私は増田委員が提出された後ろのほうのまちづくりの話とかコンパクトシティの話とか等は、今の状況の町のままずっとやっていくと、看護師から、いろんな人たちが推定されているものが相当増えてくるので、これをある程度何とかしていくために少しコンパクトな形に町をつくっていかうとか、色々な夢のある議論というのもあっていいと思うのですけれども、一步間違えると、本日の議論もこのまま終わってしまうのかなという気がしております。どうも長々とありがとうございました。

○清家会長　ありがとうございました。では、大島委員、いかがでしょうか。

○大島委員　私も今まで何度かお話しさせていただきましたけれども、今日のお話を聞きながら、私が提案したような内容と今日のお話とどういうふうに結びつくのかなと、ずっとそればかりを考えながらお話を伺っていたのです。どうもイメージがあまりつながってこないのです。

制度はもちろん物すごく大事で、最終的に制度の形に移さなければいけないというようなのは全くそのとおりでと思うのですが、最初に宮本委員が非常に包括的な発言をされたので私は期待しまして、具体的には縦横斜めと、全体像を描きながらどう制度に結びつけていくのかというような議論になるのかなとずっと期待しながら伺っていたのですが、私の頭が悪いのか、理解力が乏しいのかよく分かりませんが、どうもあまり結びつかないで心配になってきているというのが今の気持ちです。

非常にくだいようですが、改めてお話を少しさせていただきたいと思うのです。今は社会そのものが非常に大きな分岐点に来ているというのが私の理解です。医療も超高齢化の中であって、今までの20世紀型の医療では全く通用しない状況を今迎えている。そういう意味では非常に大きな転換点に来ている。したがって、転換点にあるということを十分に理解した上で、医療そのものをどう再編していくのか。私も国民会議の最も大きな問題というのが財政問題にあるということはよく理解していますので、医療を根本から転換することによって財政問題の改善にも十分につながるという考え方でずっと発言をさせてきていただいたと思います。

何がどう変わるのかということですが、20世紀の医療というのは、繰り返しになりますが、平均寿命が50歳、60歳を対象にした医療だったのです。50歳、60歳を対象とした医療というのは、あの当時、今でもまだずっと続いて

いますけれども、成果を何で見るかという、生存率あるいは生命予後の延長をいかにするかという、これが成果であったわけです。医学界はそのために、全てと言うと言い過ぎですけれども、そのために研究をし、そのために新しい技術開発をするということで切磋琢磨してやってきたわけです。

その結果、とんでもなくすばらしい成果を上げたということは自負を持って言えると思います。その結果が一体どうなっているのかというのを端的に言ってしまえば、80歳、90歳という平均寿命を達成して世界一の高齢社会という状況を日本は作り出しました。ところが、平均寿命が80歳、90歳になったときの医療というのは一体何なのかということについては、十分な配慮をしてこなかった。その結果、いまだに50歳、60歳の人を対象にした医療をずっと続けてきているわけです。

その医療というのは一体何なのかということですが、これも端的に言ってしまえば、50歳、60歳を対象にして寿命をいかに延ばしていくのかという医療というもので、1つの臓器を対象にして、その1つの臓器をどう治していくかという医療です。若いうちというのは腎臓が悪いという状況になったときに、肝臓も心臓もおかしいなどというようなことはあり得ないので。ところが、80歳、90歳になると、腎臓だけが悪いわけではなくて、老化という過程の中に慢性疾患、いわゆる生活習慣病が加わってきますから、全身状態にガタがきているというのか、全身状態が影響を受けている。したがって、若い人の体の正常を100とすれば、80歳だとこの人は70点ぐらい、あるいは人によっては60点という状況になるわけです。その人の全体を見ながら判断してゆくということがないと、高齢者に対する医療というのはいまうまくいかないというのははっきりしているわけです。

したがって、高齢者に対する医療というのは何かというと、いわゆるQOLの維持・改善を目指すものです。生活の質をいかに改善させるか。そして、もう一つ踏み込んで言えばQODです。Dというのはデスです。死に向かうときの満足度をいかに高めるか。こういう医療が求められてくるのです。徹底的に治す医療からそういう方向に変わってくる医療になっていくということであれば、医療を提供する体制そのものも根本から変えていかないとたないということになるのは、理屈では誰もが分かるのです。ところが、現実には20世紀型のあり方をずっと踏襲してきて、その延長上にあるものですから、国の政策としては地域包括ケアとか、あるいは病院から地域へという非常に大きな政策展開をしようとしているにも関わらず、現場がそれにキャッチアップできていないという状況になっている。

もう一つ言ってしまえば、医療の形がこれほど大きく転換しなければいけない時期にあって、現場がキャッチアップできていないというのは一体どう

ということかという、極論めいた言い方になるかもしれませんが、私は医療の形というのは医者の方だと置き換えても大きな間違いはないとずっと言っています。医者の方というのは、どんな医療をどのように提供するかということは、どのような医者がどこでどのような医療を提供しているかということとほとんどイコールであると考えてもいいと思っています。

そのように見てみると、これだけ高齢者が増えてきて、高齢者に対する医療需要が、量的、そして質的にも非常に大きな変化が起きているわけですから、医者がそれに対して高齢者にふさわしいような医療への転換、すなわち1日かけて専門医を3つも4つも回って、風呂敷いっぱい薬をもらって、と表現されるような医療の提供のあり方から、一人の医者に総合的にきちんと見てもらって、あなたの場合にはこういうところが必要ですから、この専門家にかかったらどうでしょうかというように、きちんと全体を見て今後のあり方をきちんと相談できるような医療のあり方に変えていく必要があります。なのに、今の医師の養成のシステムはどうなっているかという、文科省管轄であり、大学の自治、大学の自由という名前のもとに専門医ばかりをつくっている。この構造を変えない限り、どういふふうにやっても、医療のあり方を根本から変えようとしても、変えようがないと思います。

こんなことはみんな分かっているのです。分かっているけれども、ではこれを変えようということになると一体何が問題になるか。恐らく大変なことになるだろうというのは私も想像がつきますが、しかし、これを変えないと、医者の方というのは恐らく変えようがないと思います。というのが私の言いたいことです。制度というのはこういう基本的な部分を十分に押さえた上でどう制度設計につなげていくのか。お金がなければ何ともならないということは十分によく分かっているし、私なりに理解はしているつもりですが、そのこととこういった医療提供体制あるいは医療を提供する仕組みとどういふふうに関連していくのかということが見えるような制度にしていけないと、今、危ないのではないかとというのが私の率直な感想です。

○清家会長 ありがとうございます。永井委員、どうぞ。

○永井委員 今、大島先生が、専門医志向が問題と言われましたけれども、わずか十数年前は専門医でないのがいけない、もっと専門医をつくれというのが世の中の叫びだったのです。10年から15年くらいで世論とは変わるということ踏まえておかないといけないと思います。それとは別に、医療提供体制の問題というのは、アクセス、コスト、クオリティをどうバランスをとるかという問題です。普通は、全部を求めずに2つしか成り立たないはずだとい

うことですが、我が国の場合、どちらかというアクセスとクオリティを優先してコストを抑えてきたところがあると思います。しかし、最近コストが上がってきたので、どう整理するかという問題になっています。

アメリカは医療を市場原理で制御しています。ヨーロッパの場合には日本よりも社会主義的な体制をとっていると思います。日本はその中間にありますから、非常に制御が難しい。自助、公助、共助、その組み合わせでという点はよいのですけれども、誰がどう制御するかというシステムがないところが問題です。この会議での議論も短期的にどうするかという話が出ていますけれども、長期的に自律的な制御システムをどう作るかということはどなたからも御意見を伺っていないように思います。

私のプレゼンのときにもお話ししましたが、日本は市場原理でもなく、国の力がそれほど強いわけではないですから、データに基づく制御ということが必要になると思います。ところが、その肝心のデータがほとんどない。例えば先ほどの市町村の間の医療費のばらつきの問題でも、それはどういう理由で違うかというデータが出てこないわけです。予防が大事だと言いますが、では健診の受診率がどうなっているか。まだ43%から45%、それはどういう理由だというデータが出てこない。保険者の機能を強化するという中には、自分たちが医療費を支払うわけですから、それは本当に意味のある医療かどうかを調査する機能が必要です。よかれと思う医療を積み上げていったら、幾ら医療費があっても足りないわけです。その制御機構がないまま日本の医療提供体制が作られているというところに一番の大きな問題があるのではないかと思います。

例えばアクセスの問題や地域医療における病院の機能分担と連携という話にしましても、方策が立っても現場ではアクセス優先ということで、なかなか病院の集約化、分担と連携ができていない。これは現場で非常に多くの方々が頭を悩ましていると思いますけれども、そのときに、アメリカでしたら市場原理で整理されるかもしれませんが、我が国はデータをもとにして議論し、整理するしかないだろうと思います。そうした制御機構をどうつくるかという視点からの議論を是非していただきたいと思います。

地域医療の再建という点では、私は基金が非常に重要だろうと思います。消費税の増税分を生かして、地域医療の再建のための基金を進めていただきたい。いずれにしても保険者の機能を様々な角度から高めるということ、データに基づく制御機構をどうつくるかという点を再度強調したいと思います。

○清家会長　ありがとうございます。では、大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 ありがとうございます。大島委員が言われたこと、大変重く受けとめて伺いました。とりわけQODがこれから必要だということですが、確かに死をどう迎えるか、死の質を考えることの大切さは、高齢者が増えている中でそのとおりかと思えますし、それは若い世代にとっても、将来の自身の人生に展望を持ち、安心して生きていくことにつながると思えます。

また、大島委員は、医療の形は医者の方だとおっしゃって、この点もそのとおりかと思うのですが、そこに是非女性の視点を入れていただきたいと思えます。医療の形はQODを受ける側からすると看護の形でもあります。看護師の方々が非常に重い働きをしてくださっています。またその方々が働きやすい環境を整備するという事は、一方で看護師の方々にとっても産み育てやすい社会につながっていくということでもあるかと思えます。

何回か前に医療のスリム化と介護の重点化という議論があったと思えます。今日の資料の「社会保障審議会介護保険部会」のまとめの中にも出ていたと思えますが、介護サービスに携わる方々の生活保障あるいはその方々の働きに対する評価を高めるということも非常に重要だと考えます。さらに介護サービスを充実するという事は、高齢者の方に対する支援であると同時に、若い世代が介護に直面しても、就労や子育てもできる生活を保障することになりますので、若い世代に対する非常に大きな保障にもなっていくということは忘れてはならないと思えます。そうした観点からも、私は社会保障を世代間対立にしないということが非常に大事だということを思っております。そのことは是非申し上げさせていただきたいと思えます。ありがとうございます。

○清家会長 ありがとうございます。他に何か意見はございますか。では、遠藤委員、西沢委員、どうぞ。

○遠藤委員 医療提供体制の話になりましたので、永井先生、大島先生おっしゃったことはそのとおりだと私も思います。もう少し制度論的な話を一言だけお話しさせていただきたいと思うのですが、我が国の医療提供体制の改革は、基本的には高齢化によって医療需要は増えるけれども、ベッドの数は増やさないというのが基本的な考え方で来ているわけがあります。それはどうやるかという、平均在院日数を短くして回転率を高めて、増える需要を現状のベッド数で対応するという考え方です。

そのためにどういうことをやるかという、機能を分けてそれぞれの機能ごとに資源投入をしながら平均在院日数を短くしていくということですから、患者は早く退院させられるわけです。それぞれの適した患者がそれぞれの機

能のある病院に行くという形ですけれども、全ての機能の病院の平均在院日数を短縮しようとしているわけですから、結局最終受け皿は在宅という結論でない限りおかしいわけです。ですから、医療提供体制を議論するときに、在宅医療あるいは医療と介護の連携がどれほど進んでいるのかということが非常に重要になるのだろうと私は理解するわけです。もしそこがうまくいかないのであれば、制度設計そのものを変えなければいけないということになると思うわけです。

それでは、それほど在宅医療が進んでいるのか、普及しているのか、あるいは介護との連携というものが非常にシームレスにできているのかということ、なかなか難しい課題があるなというのが私の印象であります。例えば最近是一般病床という療養病床ではない急性期の病床の平均在院日数は診療報酬などによって誘導されますから、少しずつ短くなってきているのですけれども、療養病床、特に介護型の療養病床の平均在院日数は延びています。これはどういうことなのか理由ははっきり分かりませんが、1つ仮説的に考えられるのは、そのような急性期病床が早期退院を誘導しますので、その受け皿機能になっているということも仮説的に考えるわけです。ということは、在宅で吸収できないということの証左であるかもしれないわけです。その辺のところ非常に重要なのかなと思います。

実は色々な審議会では在宅医療というのは議論がされているわけです。例えば中医協であるとか社会保障審議会の医療部会等々で在宅医療については様々な議論がされているわけですが、ここでの議論は医療の世界の議論なのです。ですから、介護との連携という話になるとちょっと違う世界になるというところがあります。逆に恐らく介護のほうでは地域包括ケアということが出てきているわけです。概念的には医療が入っているわけですが、医療とどこまで連携していくのか。在宅医療とバックベッドを持った病院との関係をどうするのかといったことは、恐らく介護関係の審議会ではあまり議論されていないような気がするのです。そのところが少しギャップがあるのかなと。まさにそういうような制度横断的な議論をするために、介護と医療、両方の関係者を集めた社会保障審議会の特別部会のようなもので集中審議をして、体制と報酬のあり方についての調整を行うということも非常に重要なのかなと思っています。

24年が診療報酬と介護報酬同時改定だったので、そのときに診療報酬と介護報酬の調整をするということで、関係者はここで介護と医療の連携が大きく踏み込むかなと期待したのですが、蓋を開けて見ると、確かに個別の診療報酬と介護報酬の調整のようなことは行われましたけれども、それほど大きな変化はなかったというのが実感です。そういうことで在宅医療と介

護との関連というものを集中的に議論するということは必要だと私は思っております。もし山崎委員が何かお考えがあればお聞きしたいと思います。

○清家会長 では、西沢委員、少しお待ちいただいて、山崎委員、ただいまの関係で、この間たしか山崎委員であったと思いますけれども、認知症の問題についても指摘されたと思いますが、特に認知症の患者さんの場合も入院から在宅というシームレスな移行がうまくいくかどうか大切なポイントかと思っておりますので、その辺も含めて御意見をいただけますでしょうか。

○山崎委員 介護保険部会における主な議論の最後のところに「その他」として認知症についてとありますが、このくくりは国民会議の議論の整理に沿ってやったものでありまして、特に認知症というくくりがなかったものですから、介護保険部会ではこういった議論もありましたから、その他としてここに挙げたわけでございます。基本的には新しい認知症施策のあり方の方向性が出されておりますから、その方向に沿って是非とも強力に推進していただきたいというのが多くの委員の御意向だろうと思っております。

○清家会長 では、関連で。

○大島委員 在宅医療の問題については、確かに遠藤先生が御指摘された大きな問題があるのは事実です。2012年に厚労省は在宅元年という形で、全国で105カ所の拠点を決めて、点から面への展開をいかに進めるかということで、私どもの国立長寿医療研究センターが、その事業の研修とか評価事業も含めて委託を請け負っている形で進めています。

その中で、日本医師会とは共同事業のような形で日本医師会の全面的な支援のもとに共同で進めていこうということをやっています。医師会が本気になって在宅医療が重要だと明言していますので、この事業が相当に進むだろうというのは楽観ではなくて、私は今、遠藤先生が指摘されたような問題をはらみながら、しかし、それこそこれからの医療・介護の中で在宅医療というものがなければ、恐らく日本の医療は相当難しい状況に向かうだろうという共通の理解のもとに、医療関係者も地域での連携ということを合言葉に在宅医療の推進を進めているという状況があります。このことだけは、お話ししておきたいと思っております。

○清家会長 ありがとうございます。では、お待たせしました。西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 大島委員のお話を伺って、次回、地域包括ケアのお話になるかなと思うのですが、医療提供体制の改革ということで、これまでの国民会議の議論では、病院の機能ですとか病床の話がメインだったと思うのですが、大島委員の話を知るとどうも診療所の機能の話ではないかという感じがするのです。トータルで高齢者の方を診ることができるということで、今、総合診療医という新たな専門医の仕組みができるということを知りますので、その議論の状況を例えば次回お話しただけなら、御紹介ただけなら、あるいは大島委員からお話しただけならと思うのと、これは前回も申し上げたのですが、家庭医と言われてみたり、総合診療医と言われてみたり、よく分かりません。どういうふうな名称をもってあらわすのか。名称は結構重要だと思います。ですので、政治的な配慮もあるのかもしれませんが、ここは本音ベースで、どういうトータルで複数の疾病を抱える人を診る人、この総合診療医にはどんな機能が必要で、どういう名前が正しくてといったところを是非次回でもいいので教えていただきたいです。

○清家会長 分かりました。次回、宮武委員の御要望もございまして、地域包括ケアについても少し資料の整理もさせていただきますので、今の西沢委員の御要望も少し踏まえて資料の準備をしていただければと思いますが、西沢委員、そのような形でよろしゅうございましょうか。

○西沢委員 はい。

○清家会長 では、増田委員、どうぞ。

○増田委員 ありがとうございます。今、遠藤委員からの御指摘を含めて何人かの方から、在宅医療とか在宅介護、いわゆる地理的空間としてもっと地域との関係をどういうふうにしていくのかという観点からの意見がありました。次回、地域包括ケアの議論もありますので、そういうのを大いにしていく必要があると思うのです。

もう一つ、行政分野として、医療行政分野あるいは介護行政分野を超えて、これから大変な高齢化社会になります。ですから、例えば高齢者住宅とこうした医療政策とどう結びつけていくのかだとか、端的に言えば、私は以前のプレゼンのときに大きく3つ、提言したうちの3つ目の部分に当たるのですが、先ほども権丈委員からも少しありましたが、都市のコンパクトシティ化をこれからどう進めて、その中でこの問題をどう解決していくのかと

いったようなこと。医療・介護施設を含めた、これから本当に必要な必須な都市機能の再配置をどう進めていくのかといった部分について、本来であれば国民会議の中で検討していききたいという気がいたします。事務局のほうで、今日資料1でまとめていただいた、さらに議論すべき事項には、それよりもっと医療政策そのもののことが書いてあるのですが、本来はそこまで含めたことが国民の目から見れば期待されているのではないかと思うのです。

したがいまして、これから新しいまちづくりに医療分野からどんどん積極的に入って行ってそこを主導するような政策も必要だろうと思いますし、端的にそういうことをしていく上では、今の医療法人制度をもっと、これは社会福祉法人もそうですが、経営統合して、私のプレゼンの資料ではホールディングカンパニー型の新しい法人類型というのをつくって、それをてこにそういった望ましいまちづくりを実現していったらいいのではないかとか、あるいは当然医療法人ですから非営利性は担保されなければいけないのですが、そこが積極的に都市再開発に参加して行って、主導的に都市再開発をリードするようなこと、そういう方策も打ち出して行っていいのではないかと提言したのですが、今、私が申し上げたようなことも十分大事な点だと思しますので、残りの中でその部分を順番としては最後のほうになるかもしれませんが、是非議論していただきたいと思えます。

○清家会長 ありがとうございます。今の点は、宮本委員が最初に言われた縦につながりというところの視点も大事だということにもつながると思えますので、少しその辺もしっかり議論していききたいと思えます。ありがとうございました。

今日は非常に重層的な議論をしていただきましたけれども、私が伺っております、まず1つは、検討すべき事項の例えば5ページぐらいのところに示されているように、国民健康保険制度の持続可能性が今危機に瀕しているということについては共通の認識があるわけで、そのために広域化が必要だということについては皆様方、認識の一致が合ったと思えます。ただ、そのときに山崎委員のお言葉を借りれば、分権的要素、例えば徴収の面においてであるとか、個々の地方自治体のインセンティブが働くような保険料率の定め方といったようにしつつ、財政責任は都道府県単位というような広域のところできりまとめる。神野委員が言われたように、リスクに対応する保険者は今厳しい状況であるのであれば、単位を大きくするというのは基本的な考え方だと思えますので、より広域のところできりながら、しかし、分権的な要素をそこに織り込んで実効性を上げていくということについて一つあったかと思えます。

また、その際に総報酬割で生じた財源をどうするかということについては、国民健康保険のほうで色々和努力すべき点もきちんと精査しながら、しかし、やはり一部は機能、持続可能性を高めるために使っていくということがあるのではないかというような御意見ではなかったかと思えます。

もう一つは、大島先生、永井先生のお話からも出たわけですが、いつも出てくる、今日の資料で言えば48ページのウィングラス型からもう少しシームレスな形へ。これがどうしても必要だということについても皆様方の一致した御意見があったと思えます。まさにウィングラスの上のほうの高度な急性期の医療のところ、例えばQOLを大切とするような70代、80代あるいは90代の患者さんまでが集中するという状況がサステイナブルでないということ、また患者さんにとっても必ずしも幸せなことではないということについてもはっきりしておりますので、やはりこの診療提供体制を抜本的に見直すということについても、総論については合意が得られたと思えます。

そのときに、それを誘導する方法として診療報酬と税財源などを使うという方法、両方あり得るわけでありまして、それらもまたバランスを考えながら、これから考えていく。また永井委員も賛同されたような基金というような考え方もここで考慮していく必要があるのではないかとことだろうと思えます。

その際に、今回今日必ずしも十分に議論されなかった議論、最後に少し出ました認知症の話であるとか、増田委員が提起されたような地域全体のあり方の見直しの中で医療提供体制あるいは介護等まで含めて議論するということが必要だといった視点、それは今日十分に議論できませんでしたので、引き続き議論をしていきたいと思えます。

もう一つここであえて申し上げたい、大切だと思ったのは、最初に榊原委員が指摘され、そして他の方も言われたことですが、私どもの社会保障制度改革の議論というのは、特に若者世代あるいはさらに言えば将来世代のために資することをやっているということであって、今日の医療・介護体制の話もそうですし、前回の年金の話も例えばマクロ経済スライドなどというのは、もしかすると今の高齢者の方々には多少御負担をしていただくようなことになるのかもしれませんが、しかし、それは将来世代の給付がしっかり担保されるためには不可欠なことであるというような視点を私どもも少し強く打ち出していく必要があると改めて思ったところです。

今日はさすがに2巡目ということで、多くの深い広がりのある議論をしていただいて、大変感謝をしております。次回は第15回の国民会議でございますけれども、他の分野も含めて、4分野のうちから今日の議論や委員の御意見も伺った上でテーマを選んで議論を深めていきたいと思えますので、よろ

しくお願いいたします。ありがとうございました。

それでは、最後に政府の方々から御発言をいただきたいと思います。まず、麻生副総理、お願いいたします。

○麻生副総理 私はいいです。私のほうから言うと会議が終わらなくなると思っていますので、どうぞ田村先生。

○清家会長 分かりました。田村大臣、よろしくお願いいたします。

○田村厚生労働大臣 今日大変熱心な御議論をいただきまして誠にありがとうございます。いよいよ2巡目に入ってきたということで、今日は医療のことについて深掘りの御議論をいただいたわけでありますけれども、前回からも色々な問題点等々御指摘をいただいてきたわけでありますが、1つは国民保険、今、清家会長がおっしゃられましたとおり、国保の持続可能性というものをどう維持していくのか。しかしながら、一方で、被用者保険のほうも決して甘いような状況ではないわけでありまして、これらの課題を解決しながら、さらに国保というものをしっかりとめたせなければいけない。そして、さらには医療提供体制、これ自体、今日もお話がありましたとおり、まさに在宅医療というものをどう強化していくかということが大変重要でありまして、そこがまた診療報酬とどのような絡みがあるのかという議論にもなってくるのだと思います。

いずれにいたしましても、高齢者医療制度も含めて、様々な課題の中、今日も深掘りした御議論をいただいたと心から厚く御礼を申し上げます。

もう一方で、国保の保険者の問題、このあり方に関して。今ほど来お話がございました総報酬割を入れたときの浮いてくる財源という言い方がいいのかどうか分かりませんが、それによって影響してくる財源部分をどこに充当するのか、これに関しましては社会保障審議会の中において医療保険部会、今日、遠藤会長にお越しいただいて御議論いただいたわけでありますが、色々な御意見が出ております。賛否いろんな意見があるわけでありまして、これに関しましても、方向性としては総報酬割で浮いてきたお金に関しては医療の持続性というものに使わなければいけないという部分では一致しておるわけでありまして、国保の保険者のあり方に関しましても、財政という意味からすれば広域化していく、県の方向でそういうものを運用して調整していくというところは意見が一緒でありまして、そのプロセスでどのような形を持っていくかというところでいろんな御議論があるのだと思います。

いずれにいたしましても、もう8月21日がいよいよ設置期限でございますので、それほど時間のない中で御無理ばかりお願いをするわけでございますけれども、いよいよ来週は介護ということでございまして、介護・医療、ともにどのような形で連携していくのか。これがあって初めて言うなれば医療・介護分野というものは完結すると思っておりますので、どうかまた色々と御意見賜りますようによろしくお願いいたします。ありがとうございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、坂本総務副大臣、お願いいたします。

○坂本総務副大臣 活発な御意見、ありがとうございます。感謝申し上げます。国保の保険者のあり方、地域医療提供体制の整備につきましては、様々な御意見がありましたけれども、いずれも社会保障の運営責任者であります地方にとりまして重要な課題であると認識しております。

国保につきましては、総務大臣、それから私たちが出席いたしました6月5日の「国と地方の協議の場」におきまして、地方六団体の総意といたしまして、後期高齢者支援金に全面総報酬割を導入することに伴い、不要となる国費を国保に優先投入すること、国保の構造的な問題を抜本的に解決することとした上で、国保の保険者のあり方について論議すべきという意見が示されました。

また、地域医療提供体制の整備につきましては、本日、増田委員からも発言があったとおり、その具体化の責任を担う都道府県の十分な御理解を得ることが実効性のあるものとする上で極めて重要であると考えているところであります。委員の皆様におかれましては、地方の意見を十分に考慮していただきまして、さらなる御審議をよろしくお願い申し上げます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、本日の議論はここまでにさせていただきます。本日の内容につきましては、この会議終了後、30分後をめどに記者会見を行いますので、御承知おきをいただきたいと思います。次回の日程などについて事務局からお願いいたします。

○中村事務局長 次回、第15回の国民会議につきましては、6月13日16時からの開催を予定しておりますので、よろしくお願い申し上げます。なお、お詫びでございますが、冒頭、一部インターネット中継がつながりにくい状況になっておりましたので、大変申しわけなく思っております。会議の様につきましては、できる限り早くホームページ上でご覧いただけるように手配して参り

たいと思います。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございました。それでは、以上をもちまして、第14回「社会保障制度改革国民会議」を終了いたします。皆様、どうもありがとうございました。