

第6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3月13日（水）10:00～12:00

場所：官邸4階大会議室

二 出席した委員の氏名

伊藤元重委員、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
西沢和彦委員、宮武剛委員、山崎泰彦委員

三 議事

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 国民会議におけるこれまでの議論の確認及び「基本的な考え方」の整理に向けた議論
4. これまでの議論の積み重ね等の共有
5. 今後の進め方
6. 閉会

○清家会長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第6回社会保障制度改革国民会議を開催いたします。大変お忙しい中、皆様には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、永井委員、増田委員、宮本委員が御都合により御欠席でございますが、12名の委員が御出席で過半数を超えておりますので、会議が成立しておりますことをまず御報告いたします。

また、関係の閣僚にも御出席を賜っております。甘利社会保障・税一体改革担当大臣、森少子化対策担当内閣府特命大臣、加藤官房副長官、西村内閣府副大臣、坂本総務副大臣、小淵財務副大臣、秋葉厚生労働副大臣、そして、山際内閣府政務官でございます。

それでは、会議の開催に当たりまして、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、よろしくお願いいたします。

○甘利大臣 おはようございます。委員の皆様にはお忙しい中をお集まりいただき、本当にありがとうございます。この国民会議は国会の審議でも度々取り上げられるようになりまして、国民の認知度も随分上がってきたようでございます。

今日は、基本的な考え方などを御議論いただきますけれども、その中で今まで取り上げられていなかった視点や切り口、そういった点も議論していただければと思いますし、これから具体的な議論に入っていく、そこにしっかりつながっていくような御議論をお願いしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○清家会長 大臣、ありがとうございます。それでは、カメラの皆様には、ここで御退室をお願いいたします。

【報道関係者退室】

○清家会長 それでは、議事を進めさせていただきます。

第4回、第5回の関係団体との意見交換を含めまして、これまで社会保障の現状と課題について理解を深めてまいりましたが、今回からはそうした理解をもとにいたしまして、議論を更に深めていきたいと考えております。

本日は、まずこれまでの国民会議における議論の確認を行いますとともに、改革推進法第2条を踏まえるという観点から、その「基本的な考え方」の整理に向けた議論を行いたいと存じます。資料1に「これまでの社会保障制度

改革国民会議における主な議論」という形で、また、資料2においては「「基本的な考え方」に関するこれまでの主な議論」という形で、事務局において、これまでの国民会議の中で委員の先生方から出されました御意見を整理していただいております。まず、事務局から御説明をお願いいたします。

○中村事務局長 それでは、資料1をまずご覧いただきたいと思います。「これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論」でございます。1月21日に開催いたしました第3回の国民会議で第1回、第2回の議論は紹介させていただいております。それに加えて、3～5回の主な議論を網掛けの形で加えたのがこの資料でございます。

1～3ページまでが総論になっておりますが、2ページ、3ページに「1. 総論」についての3～5回の意見が多く掲載されています。4～7ページが「2. 医療・介護」でございます。4ページ「医療と介護の在り方」、5ページ「医療・介護サービス提供体制」、6ページ「保険制度の在り方」に多く御意見をいただいております。7ページが「3. 年金」でございます。8ページ以下が「4. 少子化対策」でございます。このような形で5回の議論を取りまとめしております。

資料2をご覧いただきたいと思います。これは資料1を改革推進法第2条の基本的な考え方と合わせまして、整理し直したものでございます。左の欄に改革推進法第2条の「基本的な考え方」があり、右の欄に資料1で出ております「これまでの主な議論」を項目に分けて整理しております。

1ページ、改革推進法では、「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」と書かれております。「自助・共助・公助の適切な組み合わせ」につきましては、理念を分かりやすく示すとか、自助の前提として働く部分の対応が必要といった御意見。「家族相互・国民相互の助け合い」につきましては、老若男女の共同参画社会の実現、現役世代の支援の在り方、少子化対策の重要性、社会の責任として家族政策に取り組んでいくことの必要性などが示されております。

2ページ、「経済・雇用との関係」につきましては、医療と介護サービスについて雇用を含めてサービス提供側が活性化する制度を目指すべきでありますとか、医療・介護について、地域の人口動態、経済的側面を含め議論を行うべきといった議論をいただいております。

3ページ、改革推進法の第2条第2号では、機能の充実と重点化・効率化を同時達成していくこと。それで税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現することという考え方が示されております。「持続可能な制度の実現」につきましては、現役世代の支援に軸足を移していくということ、あるいは皆年金、皆保険をどう守

っていくかということが議論として挙げられております。「若年世代の負担の増大の抑制」につきましては、負担の引上げ、給付の削減を議論すべきであること、あるいは年金改革の早期着手といったことが挙げられております。また、「給付の重点化」につきましては、介護における一定以上の所得のある方の自己負担について触れられております。

4 ページ、「制度運営の効率化等」でございます。たくさん御意見が出ておりますが、医療資源に限界のある中でどのような医療を提供していくべきか、充実と重点化・効率化の同時達成を行うべきであるということ、医療費適正化に地域の取り組みが反映できる仕組みが必要である。あるいは、人口減少の中で在宅医療と地域包括ケアが実現できるシステム、社会全体で医療を位置づけていくこと、医師不足については、医師数の問題だけでなく、機能分担と連携が重要である、医療内容の評価が重要である、データに基づいて地域の医療政策をしていくこと、後発医薬品の使用促進の医療費削減効果を具体的に明らかにすることなどが挙げられております。

5 ページでございます。年金、医療、介護は社会保険制度を基本とするということ。税は社会保険料に係る国民負担の適正化に充てるという基本的な考え方が改革推進法で決められております。これにつきましては、まず「保険料と税の役割分担」につきましては、公費は低所得者対策に特化すべきではないか、保険の再分配機能を強化するのか、あるいは、保険内の再分配だけでは対応できないのではないかとといったような御意見をいただいております。「国民負担の適正化」につきましては、事業主負担については長期的に低下傾向にあるのではないかと、企業負担の国際比較については私的の医療費負担も考慮する必要がある、公費の割合も増加している、雇用者責任の果たし方といったことが論点となっております。

6 ページ、医療につきまして、リスク構造調整、財政調整に踏み込むべきではないか、高齢者医療、介護への拠出金について総報酬割を検討すべきといった御意見が出ております。「低所得者の取扱い」につきましては、公的年金等控除、遺族年金の非課税の問題、年金と救済機能との関係などについて議論が出されております。

7 ページ、改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする」とされております。ここの部分につきましては「財政との関係」で、財政の健全化という視点が不可欠ではないかといった御議論をいただいているところでございます。

以上、改革推進法第2条第1号から第4号に規定されております「基本的な考え方」に沿って、これまで頂戴いたしました意見を、ある意味で機械的に整理させていただいておりますけれども、更に必要な論点や切り口などもあるかと存じますので、委員の皆様から御意見を頂戴いただければ幸いです。

っております。以上でございます。

○清家会長 ただいま事務局より、2つの資料について御説明をいただきました。これまでも繰り返しておりますように、この国民会議は改革推進法の4つの「基本的な考え方」に則って議論を進めるとというのが我々の責務でございますので、特に資料2にあるように、事務局において改革推進法の「基本的な考え方」に対応してどんな議論があったかということを整理していただきましたが、重複する部分も幾つかあるかとは思いますが、皆様方から御意見、御質問をいただきたいと思っております。

また冒頭、甘利大臣のお話の中にもございましたように、まだこれまで議論されていない論点等もあるかとも思っておりますので、そうした観点も含めまして御意見をいただければと思っております。では、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 整理していただき、ありがとうございます。国民会議は8月までに成果をまとめるわけですが、世の中が期待することは何だろうかということを考えてみたのです。具体的に今、我々の目の前に求められている幾つか具体的な問題についてしっかりした意見を出していくというのはもちろん大前提なのですが、社会保障、医療、介護、年金みんなそうなのですが、多分5年後とか10年後とか、将来を見据えると今以上に難しい問題が出てくることは明らかです。これは私の個人的な意見ではあるのですが、そういうことを議論している場所がどこにあるだろうか。どうしても目先の問題が非常に難しいものですから、それに一生懸命取り組むということになる。それはもちろん大事ではあるのですが、このような大きな会議に期待されていることは、一方では、もちろん、今、当面与えられているテーマをきちっと議論するというのも重要なのですが、後に続く社会保障全般について、色々な大きな改革の方向についての議論を喚起するということが非常に重要だと強く感じております。

難しいのは、足元で与えられた問題について見ると、より具体的なテーマになるわけですから、その上でこれはイエスとかノーとかある程度決められるものが多いのですが、より大きな長期的な問題になればなるほど、多分何か具体的なものを出してみても意見が非常に割れるとか、あるいは具体的な方策がなかなかうまく見つかりにくいというものが多いと思っております。しかし、それをどこかで議論しなければいけない。

具体的に幾つか例を申し上げてみたいと思っております。医療の話ではないのですが、例えば年金の話为例に挙げますと、欧州などを見ますと、年金の給付開始年齢が65歳から67歳の方向に行くという動きが見えてきているわけです。これは常識的に考えますと、どんどん高齢化、少子化してくれば、あるいは平均寿命が延びてくれば、そういうことは1つの考え方として納得できるものです。しかし、これを今いきなりここで議論しても多分議論はまとまらな

いと思いますし、現実的でもないと思うのです。ただ、そういう議論を将来どこかできちっとやらなければいけないということを、今の時点からある程度意見を共有するという事は重要なのかなと思います。

あるいはもう少し細かい話を申しますと、ジェネリック医薬品をできるだけ使えるのであれば使った方が良いということは、多くの方がおっしゃる。残念ながら、日本はジェネリック医薬品の利用については海外に比べて必ずしも高くない。では、どうしたら良いのだろうかと実際に具体策を考えるとなかなか難しいのですけれども、フランスなどは御案内のように、もうパテントが切れた薬についてはジェネリック以外、私はブランド薬と言いますけれども、それを使う場合には、その部分については公的保険でカバーしないというようなところまで踏み込もうとしている。しかし、これも今ここで議論しようとする、恐らく色々な賛成、反対の話があるのだと思うのですけれども、ただ、将来的に考えますと、そういうようなことも含めて、より大胆な方向を考えないとなかなか医療の負担と給付の効率化あるいは重点化ということが出てこない。

もう1つだけ例を挙げていきたいと思うのですが、医療について非常に重要な点は、医療の質と費用、それにもう1つ、アクセスという3つの間にトレードオフの関係があると思うのです。アクセスを今の前提のままにしておきますと、質を良くすればコストが上がるのは当たり前で、逆にコストを下げれば質が悪くなる。もちろん、その中で如何に今の範囲の中で質を良くするかということを議論してはいるわけですけれども、ただ、海外を見ますと、いわゆるゲートキーパーみたいなものを導入して、本当に重要なものについてはアクセスが提供されるわけですけれども、その前にゲートキーパーのところまで1回チェックすることによって、敢えてアクセスを少し落とすことによって質を上げる、コストを下げる、どちらをとるかは別ですけれども、そういうことが起こる。しかし、これも今、恐らくここで議論するとしてもまさに時期尚早で議論はされておられませんし、議論しても意見がまとまらないだろう。これも5年、10年の先を見たときに議論に全く触れないわけにはいかない。その他、幾らでも例を挙げればあると思うのです。

申し上げたいことは、今日、基本的な考え方について整理していただいて非常によく整理できているのですけれども、ここに欠けているものがあるとすると、タイムフレームだと思うのです。どこまでを早急に結論を出すのか。あるいは結論がすぐ出ないにしても将来につながるような議論をどこまでするのか。もちろん、可能であれば少し長期の点についても答えが出るのであればそれに越したことはないのですけれども、そういうところをきちっと分けてまとめていくと、この国民会議が、今我々が与えられた問題に対してある種の答えを出すというだけではなくて、その先で、いずれにしても日本はこれから5年、10年、ずっとこういう議論を続けていかなければいけないわけですから、そのときの将来の議論につながるような形になるものができる

だけ取り上げておく必要があると考えております。

○清家会長 私どもの議論の進め方について、大変貴重な御示唆をいただきました。ありがとうございました。遠藤委員、よろしく申し上げます。

○遠藤委員 意見ということではございませんで、中期的な視点からの議論が重要だということは私も全くそのように思います。その点につきまして、本日、資料4で「社会保障に係る費用の将来推計について」という資料が出されておりました、これは財政的なものについて社会保障全体、後段では医療提供体制についての中期的なプランが出されておりますので、これを議論することによって、ある程度中期的な展望の議論につながるかなと思いますので、今後御配慮をよろしくお願いいたします。

○清家会長 ありがとうございます。宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 国民に向けて分かりやすく、そして元気も出るようなメッセージをこの国民会議が発信していきたい。今、私に具体的なアイデアがあるわけではありませんけれども、これから理念あるいはコンセプトを考えていかねばならないと思います。今までの議論を聞いていると、子育て支援から看取りまで含めて、人々の暮らしと人生を地域ぐるみで支え合う体制を作っていこうという議論になっている、と捉えております。とりわけ中央ではなく、できるだけ地方、地域で築き上げていく。それとともに、現状はともすればもたれ合いの構造となっている諸制度を、支え合いの構造に持っていこうというところがポイントと考えております。特に社会保険方式を基本にするということは、支払い能力に応じて負担をして、それに見合った給付を受けるという「自助の共同化」でまさに支え合いではないかと思えます。負担をすればより安心できる、より納得できるサービスを手に入れることができるという関係をもう1回再構築していくという方向性の中で、議論をすべきだと思っています。

個人的には、みんな大事なテーマでございますけれども、やはり最優先課題ということ言えば子育て支援が一番で、人材がいなければ社会保障も社会全体も成り立たないわけであります。OECDは「スターティング・ストロング」というなかなか素敵なキャッチフレーズを掲げて、人生のスタートこそ、始まりこそ力強く、という標語を掲げております。そういうコンセプトをここで見出していきたいと思えます。日本でも第二次世界大戦後の児童福祉法の制定時に、「子どもは歴史の希望」という一文を法律文に入れようという運動がありました。危機感も込めて、歴史の希望を育てるという取組を、国民会議から改めて発信していきたいと願っています。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。大島委員、どうぞ。

○大島委員 中長期的な問題がもちろんすごく大事であるということは、どれほど強調してもし過ぎることはないと思います。ただ、医療の現場から見てみますと、現状は相当部分壊れかかっていると断言してもいいと思います。高齢化が進めば人口構造ががらっと変わりますが、今、高齢化がものすごいスピードで進んでいるということが1つです。昔から高齢者はもちろんいましたけれども、今生じている問題は、高齢者の大集団がそのまま高齢化していくという移行の仕方です。そのことによって給付と負担のあり方が大きな問題になっており、構造的な問題になっているということは、敢えて今更説明するまでもないことだと思えます。実際に医療や介護の面から見たときにどうかと言いますと、現場ではものすごいことが起こっているという理解をしていただく必要があると言いたいと思います。

例えば、認知症の問題1つ取り上げても、今、認知症だけで300万人、400万人、あるいは発症率の見方によってはそれ以上だと言われています。これが10年あるいは20年経つと倍に増えるだろうと予測されています。この認知症に対する対応だとか対策がどれぐらい進んでいるかと言いますと、この間、欧米と認知症について政策的な問題も含めた国際シンポジウムが行われましたが、はっきり言って、日本は一番先頭にいながら相当に遅れていると言わざるを得ません。

そして、救急の問題、これも殆ど壊れかかっています。多少バイアスがかかっていると思いつつ聞いていただいて構いませんが、先ほどフリーアクセスの問題が出ました。日本の今までの医療の中でも、フリーアクセスについては良い制度として世界中から認められてきたわけですが、今、何が起こっているかと言いますと、高齢者が、救急車でどっと三次救急に押しかけています。例は良くないかもしれませんが、この間、実際に三次救急をやっている医師から聞いた話ですけれども、寝たきりの、仮に80歳、90歳の方としましょう。その方が心肺停止になって送られてくる。送られてきたときに、当然、80歳であろうが、90歳であろうが、寝たきりであろうが、送られてくれば精一杯の救命措置をしなければならない。これは当たり前ですね。その最中に、他の救急車から35歳の方の心肺停止が発生したという連絡が入ったときに、それを断らざるを得ないということが現実には起こっている。一方、高齢者の救急の80～90%は二次救急で対応が可能です。これもはっきりしていることです。このままいくと何が起こるのかということは敢えて説明するまでもないと思いますが、高齢者の命と若い人の命とどちらが重いのだという議論に、下手をするとなりかねないと思います。そんなことになる前に、システムとしてこれにどうきちんと対応していくのかということを考えるべきです。そうすると先ほどフリーアクセスの問題が出ましたけれども、この問題を避けて通ることはできないわけです。

もう1つ、敢えて例を出せば、胃瘻の問題があります。今、40万人の方が胃瘻をつけていられる。これは実際の介護の現場、医療の現場で、その是非を巡って大変な議論になっています。メディアでも恐らく国民的な議論になっている問題の1つであろうと思います。実際に胃瘻を設置するかどうかの決定は医療の現場でされます。医療の現場では、患者さんと家族と、そして医師と、この三者の間で決定がなされます。昔はパターンリズムと言って、医師がこういう医学的適応ですから、こういう治療をしましょうと話だけで決めていたのですが、今はそんなことをやったら大変なことになります。最終的には、医師の提案を受けて患者さん及び家族が決定されるという構造になっています。何が言いたいかというと、決定される内容については、医者側から言えば当然医学的な適応が一番大事です。医学的適応といえば生命を守ること、生命予後を延ばすこと、あるいはQOLを高めることということです。教科書に書いてあることはそういうことです。しかし、社会的入院という言葉がありますように、生活とか社会的な生活とかの生活レベルでどういう影響があるのかというようなことでもって、入院が決められているということもあります。

もう1つ言っておきたいのは、「価値的な適応」と私は言っているのですが、高齢者が増えますと、死生観についてなど価値観が多様化していきます。その価値観の多様性に、今は全て公的な医療保険あるいは介護保険でもって対応しています。それが良いとか悪いとかという議論は別に置いて、そういう状態になっています。その状態が財政を圧迫している。こういう事実をきちんと直視せざるを得ないだろうと思っています。この会議の始めから奥歯に物が挟まったような言い方をしていたのですが、私の問題意識は、今日のはっきり言いますけれども、このままいけば、いつでも好きなところで求める医療を自由にお金の心配をせずに受けることができるなどという幻想は、今や現実にはありませんし、この幻想をどう変えていくのかということ直視して議論しないと本当に医療は危ないだろうと思っています。

始めから言っていますように、私が言えることは、医療の現場で一体何が起こっていて、何があるのかということです。現場で求められる医療を、個人の権利あるいは国民の権利として担保するのは当たり前ですが、公費である限りは、逆の言い方をすれば、抑制をする範囲をみんなで決めようということでもあると思います。要するに公費をどう使っていくかということについては、みんなで、我慢するところをどの範囲にしようかということを決めることだと思っています。その時期が今もうそこまで来ているのではないかというのが私の問題意識です。何度も繰り返しますように、私にはマクロ的にこれを説明することはできませんので、その点でそうではないと、まだお金は出てくるということであれば、医療の現場としてはこんな有り難いことはありません。目の前に来た患者さんを、今、我々が持っている技術でもってどう対応するのかということだけ考えていけば医療人にとっては良

いわけですから、しかし、現場はもう殆ど壊れかかっているということを敢えて申し上げたいと思います。

○清家会長 ありがとうございます。神野委員、どうぞ。

○神野委員 これまでの議論について個々の論点については、今後、議論を重ねていく上で、これに付け足していただけるのだと思っておりますので、大きな流れの問題として、今、議論になっている点で言うと、中長期的な問題というお話がある。それに短期というか現実、ただいま解決しなければいけない問題と2つあるだろうというお話がありました。

私は繰り返しになりますけれども、これは分割できるような話ではなく、方向性をちゃんと明らかにした上で具体的に目の前の問題を解決していくという、相互に関連付けられるということがポイントだろうと思っています。これはこれから議論を進めていく、検討を生産的に行うためのことなのですけれども、概念規定が曖昧な場合が多いので、この概念はこうしますとこの会議で規定して取りかかる必要は全くないと思いますが、あの議論はこういう概念で使っているのだということは少なくとも分かるようにして議論しないと混乱するだろうと思います。

1つは、自助・共助・公助と言ったときに、共助は一体何を、つまり、コミュニティみたいにイメージする場合がありますし、社会保険みたいなものをイメージしている場合もあるし、非常に複雑であるということです。

もう1つ私が特に感じるのは、財政学者ですので、税方式とか税という言葉を使われるのに際しても2つぐらいあって、これは意識されている場合もあるし、意識されていない場合がある。1つは、公費と言いますか、中央政府で一般会計の社会保障関係費から支出されるもの、あるいは地方財政で言えば普通会計の社会保障関係費と支出されるもの。公費を税と言う場合もありますが、これは基本的に税とは直接は関係ないというか、間接的に関係していて、一般会計や普通会計の主要財源が税であるという前提に立っているわけです。しかし、それどころではありませんと、税どころではなくて借入金の方が多いのですからというようなお話も出てくるのはこちらの問題です。

もう1つの問題は、社会保障を税方式でやるか、保険方式でやるかといったときには、税方式という場合には、財政学の方では無償性と言いますけれども、税でやると反対給付の請求権がないわけです。お金を払ったからくださいという権利はないわけですけれども、社会保障負担、コントリビューションでやった場合には、対価関係が出てくるわけです。つまり、拠出制という表現が一致しないかもしれませんが、そういうイメージで、方式としての税負担か社会保険方式かということは概念的に区別して、これはどう区別するかというのは別に私の定義がということではないので、定義をきちんとしていただければ。

税の方の概念が今崩れてきておりまして、原因は目的税です。目的税が増えてくると、無償性を非常に弱めていきますので、ここもかなり気をつけないと社会保障との関係では重要な問題が出てくる。例えば御案内のとおりフランスのCSG、社会保障税と訳してありますか、あれは目的税ですね。そういう目的税の場合もありますし、日本の場合には医療、これは国民保険に言えば、保険料、つまり保険として取ってもいいし、税として取っても構いませんので、市町村によって税を選択するのか、社会保険を選択するのかというのは条例で決められるわけです。そういう問題を含めて、そちらは余り問題ではないと思いますので、何が問題なのかということについてきちっと分かるような形で議論していった方が生産的かなと思っています。

○清家会長 確かに概念をしっかりと定義して議論するということは私も大切だと思います。貴重な御意見をありがとうございました。山崎委員、お願いします。

○山崎委員 今、神野委員が概念規定のお話をされたのですが、そのうんと手前で初歩的なことですが、これは清家会長が昔から持論としておっしゃっていることで私も共感しておりますので、清家会長はお立場おっしゃられないのだろうと思いますから、私がお話しします。

ただいまの神野委員のお話の中でも、税という用語と公費という用語をお使いになったのですが、税というのは明らかに負担感が非常にある言葉でございます。公費というと、語感として負担感を余り伴わないわけでございます。しかし、現実には非常に厳しい負担であることは事実で、ますます今後そういう負担を分かち合うということを国民に求めざるを得ないわけでございます。ですから、差し支えのない限り税負担という言葉を使った方が良いのではないかという感じがいたします。先日の財政審の報告でもしばしば公費という言葉をお使いになっていたのですが、そんな感じがしております。

○清家会長 それでは、大日向委員、それから榊原委員、どうぞ。

○大日向委員 ありがとうございます。少子化対策、子育て支援について、先ほどの宮武委員の御発言を受けて、お話をさせていただきます。少子化対策、子育て支援についてのこれまでの議論については、事務方が資料1、2に大変よくまとめていただいていると思います。宮武委員も言われたように、少子化対策、子育て支援は社会保障の持続可能性の根幹であり、国民の方々に社会保障制度について御理解いただくためにも非常に重要なテーマだと思っています。

この少子化対策、子育て支援は、今、大きなスタートラインに立っているということを今一度確認したいと思います。御案内のとおり、子ども・子育て

て新制度が成立して、再来年から3法の下に具体化が進められていくということでございます。この新制度は、実は1990年の1.57ショックから20年余りかけて、いろいろな方々のお力でできてきたことだということを、この週末に改めて痛感することが2つございました。

1つは、日仏シンポジウムがございました。子育て支援、家族政策に関してフランスと日本の施策をはじめとした様々な現状と課題を語り合うシンポジウムがございました。私は、日本の施策について御紹介する立場で参加したのですが、前日の勉強会の折、日本の現状の一例として、待機児童が24,825人いると御紹介しました。そうしましたら、フランスの担当者から大きな驚きの声が上がったわけです。数が多いということかと思いましたが、そうではなかったのです。どうして日本は24,825人という、そんな細かい数まで正確に把握しているのだと言われたのです。これは基礎自治体が、そして国がきちんと把握して対策を打とうと努力している成果だと言いましたら、フランスではそんなことは夢みたいな話で、政府はそんなことはしていないと言われました。フランスの家族政策を、これまで日本はモデルとしてきました。シンポジウムを通して、私はフランスから学ぶことはたくさんあるということには実感いたしました。でも、それ以上に日本は20年余りの蓄積に自信を持って良いのだということ、今、申し上げた待機児童の数の件は一例ですが、様々な方々、政府、行政の方の御努力でここまで施策を積み上げてきたということはフランスも感動を持って聞いてくれたということをお伝えしておきたいと思います。

もう1つは、日曜日に新制度をめぐるフォーラムが内閣府の主催で行われました。森大臣も御出席くださりまして、新制度に向けた大きなエールとなるメッセージをいただいたのですが、そこには全国からたくさんの子育て支援の関係者や子育ての当事者、親たちが集まってきて、会が終わった後、私のところに皆さんいらしてくださいました。青森を始め、全国各地から皆さんいらして、新制度に期待していると言われました。この新制度は、2004年の子ども・子育て応援プランで、今後の施策として大切なことは、総花的にやるのではなくて重点課題を見つけること、そして、しかるべく財源が必要だと明記されていることに端を発しているかと思えます。その後、過日のプレゼンでも申しましたが、重点戦略で方向性が定まり、そして、この度の改革で、消費税から毎年7,000億円が投入されることが決まりました。プランから8年、ようやく実現の方向性が見えることになってきました。全国民が期待している新制度ですが、国民会議は、その具体的内容について話し合う場ではないと思いますが、これまでの蓄積を今一度確認し、少子化対策・子育て支援が社会保障の根幹だということを是非とも共有していただければと思います。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。榊原委員、よろしく申し上げます。

○榊原委員 今の大日向委員の御意見に賛成です。後、少子化関係では、今回まとめてくださった資料1の1～5回の議論のまとめの8ページ目のちょうど真ん中のところに網掛けが入っていますけれども、17年度から10年間、集中期間として取り組んできたけれども、今後10年、加速期間として位置づけるべきという御意見、私が出した意見ではなかったのですけれども、これにも賛成したいということを変更して申し上げておきたいと思います。

先ほど大島委員がおっしゃった御意見、医療の現場から強い危機感を持って意見を出してくださった御意見が響きました。社会保障の運用で給付と負担というお金のやりくりだけではなく、価値的な位置づけをどうするのかという議論が新たに必要になっているという問題提起だったと思いました。全く賛成です。

私たちの社会保障制度は、20世紀の、特に60年代、70年代につくられた、70年代モデルと言っていいようなものだと思いますけれども、その頃と社会の前提が大きく変わった。それを21世紀モデルにするためにどうするか。その大きな仕分けも、ここの国民会議ですべきではないかというお考えに私は賛成です。

先ほど大島委員が言ってくださいました、80代の方でしょうか、救急搬送された方と35歳の方のお話というのは、個人個人で見ただけではどちらも大切な命、医療者の方が選別するような優先順位をつけるようなことはできないような問題だとは思いますが、公費でみんなのお金で運営している社会保障全体から見たときには、やはりつけるべき優先順位というものがあるのではないかと。例えば私はそういったことを考えるときに、大震災の被災地の取材にも行きまして、被災地の方たちが見せてくださった現場からの行動、価値観というもので、日本が持ってきた伝統的な考え方というものを改めて思い出させてくれたと思います。それは何かというと、例えば原発の事故があった現場に誰を行かせるか。大きな津波が予想されるときに水門を誰に閉めに行かせるか。そういったような判断を例えば消防団、そういった問題意識を持った人間のグループの中で判断するとき、小さな子どもがいる人、これから子どもを産む人は除外する。それ以外の人の中で行きたい人、行ける人が行くといったような判断があるのだということ、東北の方たちは迷わずに口にしておられました。これはどういうことか。つまり、社会にとっては、自分たちの跡継ぎ、後継者をきちっと確保した上でやれることをやっていく、そういったような価値観があったからこそ、日本はこんなに長く社会を維持し、繁栄してこられたのだ、そういう知恵だと思います。

今、社会保障制度が高齢者への給付に偏っているとされるのは、私たちが20世紀にこれは大事だと思って育ててきた大切な価値だと思いますけれども、これだけ高齢が進み、翻って見たときに子どもたちがきちっと育っていない、これだけ歪んだ社会になっているときに、今の社会保障に求められる

のは、実は若い世代への目線ではないか。若い世代や子どもがきちっと育つために社会保障がやってくるべきだったのにしてこられていなかったこと、そこを早急に、例えばもう10年の時限でもいいので、緊急的に投資して対応すべきではないか、そういったような価値観も入れ込んだ上で、未来からの視点の改革にしていく、そういったような価値をきちっと入れ込んだ場合に、例えば医療の問題、全て解決できるようなことではないと思いますけれども、例えば先ほど先生がおっしゃったような価値的適応といったときに、1つの優先順位というものもつけられるようになってくるのではないか。そういうような気がして大きな議論を呼びかけてくださったことを感謝しています。

○清家会長 ありがとうございます。西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 手短に申し上げます。大島委員の話を受け継いで、最後に我慢する範囲をどこかで決めるとおっしゃったと思うのです。我慢ですので、医療給付のうち、例えばどこか我慢して、それをもっと先生がおっしゃったような壊れているところに充てていくという作業だと思うのですけれども、結局我慢するというのはものすごくつらいことですね。しんどいことで、それをどういったプロセスで決めるかというのが重要だと思います。

同時に先生がおっしゃった高齢者の方の多様性、多様な死生観があるということなので、多様な価値観の中でどうやって物事を決めていくかというパスを考えなければいけないと思うのです。ですので、1つは保険者の話ともつながると思うのですが、保険者をどういった単位にして、その中で民主主義的な意思決定の下で決めていくのか、あるいは国政レベルであれば政権公約などなのか。この後、医療や介護で地域包括ケアという話が出てくると思いますが、それにしてもビジョンは分かりましたと、ではそこにどうやってたどり着くかというパスがなかなか見えてこないという問題だと思いますので、大島先生がせっかくおっしゃった我慢するということをどこでどうやって決めるかというパスに、ある程度方向性が見えたら良いのかなと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 先ほど神野委員の方から定義をしっかりとやっていきたいと思いますということで、これは非常に重要なところで、かつて租税方式の年金をと言っていた政党がありました。それは2005年の両院合同会議の中で、我々は所得のない人たちにはゼロ円保険料を求めますと、ゼロ円の保険料を払ってもらおうと言っていました。しかし、そうなると、財源は租税であっても、それは社会保険方式なのです。社会保険であるが故に未納問題も起こってくるし、所得補足の問題も起こってくるしと色々な問題が起こってくる。それを租税

方式と言われていたがために多くの人たちが誤解していて議論が混乱していた。正確に言うと、社会保険方式の租税財源化というのが、我々が普通使います形になります。そこら辺のところを明確にすることが重要であると同時に、資料1では2ページ、資料2では6ページに、「年金について、救貧機能を持たせるならば制度を難しくなるのではないか。」、これは私が言った言葉だと思うのですが、前から気になっているのですけれども、「なるのではないか」ではなくて、ここは修正してほしいのですが「なる。」のです。この曖昧さが政治的隙を生んで政局に利用されたりするので、ここは我々は本当に気をつけなければいけないところなのです。どんなに頑張っても、どんなに議論して時間をかけてお金をかけても「難しくなる」のです。だから、社会保険方式というのは多面的な定義ができるわけですが、先ほども宮武先生が定義されていた形で、所得がある人が払って、払った人がちゃんとした給付を受けるという側面も十分にあって、私は分かりやすく説明するときには、正直者が馬鹿を見ない制度。とにかく正直物が馬鹿を見ない制度。こんなことをやったら正直者が馬鹿を見るだろうというこの1点、社会保険制度の基本として押さえていただければ、多くの議論が混乱なく進むことができるし、結構正直者が馬鹿を見る方向に制度的にも動いた側面があるなど考えているところです。

○清家会長 ありがとうございます。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 ありがとうございます。これまで、申し上げたものがほぼ網羅され、反映されており、繰り返しになりますけれども、当面やるべきことと中期と長期を明確にするべきで、当面というのは2015年ぐらいまで、中期というのは2025年をイメージしている。長期というのは2025年以降のことをイメージしているのだと思います。短期と中期と長期という言葉は幅がありますが、ある種これから議論を精緻にやっていくに当たっては、時間的なフレームを考えないといけない。また、政策に効果が出てくる、あるいは実行するのに非常に時間のかかるものと、そうではなくて、緊急性があり、更にすぐに行えるような部分も分けなければいけない。

現物の医療・介護の部分というのは、これから供給体制の再編の話に議論が入っていくと思いますけれども、これはかなり時間のかかる改革なので、設計を急がなければならない。これについては、これから資料があると思いますけれども、時間のかかる部分が少なくない。あるいは、例えば年金の支給開始年齢、これも実行するまでに時間のかかる議論だろうと思います。一方、低所得高齢者に対する対応というのは、先ほど権丈先生の話もありましたけれども、年金「保険」の中でやるといういろいろな課題が起きるかもしれませんが、低所得高齢者向けの所得保障という枠組で考えたときに、やや思い切ることができる部分もあるかもしれない。その辺どのくらいある意味乱暴

にできるか、あるいは精緻にやるかというのは、直面している状況を見た上での、決めの問題かもしれないと思います。もちろん正直者が馬鹿を見るような形にしないためには、この部分もかなり精緻にやるということになれば、実際に政策が有効になるためには時間がかかることとなります。そういうように、タイムスパンの話と実行するまでに、あるいは効果が出るまでに時間のかかるようなものを切り分けて議論する必要があるのではないかと考えております。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 大島先生の御発言に触発されまして、皆保険はもう幻想であるとおっしゃいましたし、伊藤先生も質とコストとアクセスを全て良好に保つことは無理だと指摘された。1961年度から半世紀をかけて国民皆保険体制を築いてきました。それは一言で言えば、「誰でも、いつでも、どこでも」重い負担なしに医療サービスを受けられるという体制です。「誰でも、いつでも」は、どうしても守りたいけれども、「どこでも」というのは見直し、ある程度諦める時代を迎えているのでしょうか。そうしなければ、誰もが、いつでも大学病院に行く、専門病院に行くということで、医療機関は役割を分担できない。「行くな」と阻止するわけではなく、より多くの人々がかかりつけのお医者さんをまず受診をする体制をつくっていかなければ、医療資源が持たないのだと思います。

タイムテーブルを作るという余裕が余りなくて、今から家庭医というか総合医を育てていかなければ、10年、20年先を見据えて育てていかなければ間に合わないところに来ている。そういう意味では、病院頼み、福祉で言えば施設頼みから如何に脱却するのかということ、はっきり国民会議で出してほしいと思います。大島先生がやっておられます在宅医療推進会議の予測でも、今のままだと病院は高齢者で満杯になって、私たちの世代は、どうも死ぬところなくなって、看取りの体制さえできないという危機的に状況にある。これは、私のような素人でもよく分かります。危機感を持って対応していきたいと思います。

○清家会長 ありがとうございます。先ほど山崎委員が触れられたことですが、けれども、要するに公費という言葉を使うと、お金が天から降ってくるというようなイメージがあるのではないかとというのが、私の考えていたこととございます。公費というのが、仮に今は税で賄われているにしろ、あるいは公債であるにしろ、それは現在の国民あるいは将来の国民が必ず負担するものですので、そういう面では、打ち出の小槌はどこにもない中で、物事の軽重大小をどのように定めていくかということが、社会保障制度の将来を考える際にも大切だと思っております。

色々まだ御意見はおありかと思っておりますけれども、少し時間も押しておりますので、またこれからも様々に議論していただくということにいたしまして、本日いただきましたここまでの御意見については、また事務局で整理していただき、今後の整理につなげていきたいと思っております。

それでは、続きまして、これまでの議論の積み重ねなどを共有するという事で、医療、介護、年金、そして少子化対策の社会保障4分野につきまして、この国民会議以前に様々な会議体等で取りまとめられました提言などについて、政府における対応状況を整理していただいております。

まず、資料3におきまして「過去の検討における提言内容への対応状況」という形で事務局に整理していただいておりますので、事務局から簡潔に御説明をお願いいたします。

○中村事務局長 それでは、資料3でございます。「過去の検討における提言内容への対応状況」ということで、過去における提言内容といたしましては、平成20年の社会保障国民会議の最終報告、平成21年の安心社会実現会議の報告、平成23年の一体改革成案、平成24年の一体改革大綱の提言を示しております。

左の欄に、改革推進法に規定されました基本方針をもとに、三党実務者協議で取りまとめられました社会保障4分野の検討項目を並べております。過去の検討における提言内容をそれに沿った形で整理し、対応状況の方では既に対応している事項と検討中の事項に分けて記載いたしております。今後、この国民会議において大局的な検討が必要なものと考えられるもの、あるいは現時点では検討がまだ不十分であると考えられるものについては、私どもの判断で検討中の事項の部分に下線を引いておりますので、そういった部分を中心に御説明をしてまいりたいと思っております。

まずは「医療の改革」でございます。左の欄にございますように、医療の検討項目としては、健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等の促進、医療従事者、医療施設等の確保、有効活用等が掲げられております。「1健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見」につきましては、検討中の事項にございますように、保険者による特定健診、特定保健指導の促進などが課題になっておりますし、検討中の事項の2つ目の○にございますように、平成25年から始まる第2期医療費適正化計画の策定といったものがあると思っております。

2ページ「2病院・病床機能の分化・強化等の体制整備」につきましては、過去の国民会議の指摘にございますように、疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化を行うことが課題となっております。この点につきましては、右の欄の下線部にございますように、現在、厚生労働省では、医療機関による医療機能の都道府県への報告制度の導入を基に、都道府県が地域にふさわしい地域医療ビジョンを策定すること

などの内容を盛り込んだ医療法の改正案が検討されているところでございます。こうした検討も踏まえつつ、医療機能の分化・強化について、国民会議においても具体化に向けた検討を更に進めていただく必要があるのではないかと考えてございます。

4ページ、「3 医療・介護連携、在宅医療の推進」がございまして、疾病を抱えても自分らしい生活を続けられるよう環境を整備するために、地域における医療提供体制の構築、5ページ、在宅医療の推進や地域包括ケアシステムの構築など、医療介護の連携を推進していく必要があります。特に地域包括ケアシステムの構築につきましては、介護の改革と一体で考えていく必要があるかと思っております。これらの点につきましては、5ページの右の欄に示しておりますように、地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療と介護の連携方策について引き続き検討する必要があるということ、医療・介護提供体制の充実、退院後の在宅復帰支援、在宅医療、在宅介護が継続して提供されるための取組などが課題になっております。

6ページ、診療報酬におきましても平成24年度改正で一応対応は行っておりますけれども、次回の改正に向けて中医協で検討する予定とされております。

9ページ、チーム医療の推進も重要な課題になっております。限られた人的資源を効果的・効率的に活用する観点から、介護士を始めとする医療関係職種について業務範囲の見直し等を検討する必要があるとございます。

10ページの左端にございまして、医療の2番目の検討項目といたしまして、医療保険制度の財政基盤の安定化、保険料に係る国民負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等が検討課題として挙げられております。市町村の国民健康保険につきましては、低所得者が多いなどの財政基盤が弱いという問題を抱えておりますので、既に対応している事項にございまして、昨年、国民健康保険法の改正によりまして、これまで暫定措置としていました低所得者に着目しました財政基盤強化策の恒久化や財政運営の都道府県単位化の推進を行ったところでございます。今回の一体改革におきましても、消費税財源を活用して低所得者の保険料負担の低減のため、市町村国保の低所得者に対する財政支援を強化するとされております。市町村関係者からも早急に実施すべきという強い御意見がございまして、早期に実施することを検討中の事項として掲げさせております。

12ページ「4 療養の範囲の適正化等の給付の重点化・効率化」につきましては、提言内容にございまして、後発医薬品のさらなる使用促進や医薬品の患者負担の見直し等が一体改革の大綱で指摘されております。既に対応している事項にございまして、平成24年度の診療報酬改定で一般名処方が行われた場合の加算の新設とか処方せん様式の見直しが行われておりますけれども、さらなる後発医薬品の使用促進等についての検討が必要になっております。

13ページ、医療の検討項目の③でございます。医療の在り方について、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるような必要な見直しというのが記載されております。これにつきましての対応状況は記載しているとおりでございますが、医療・介護連携、在宅医療の推進、地域包括ケアシステムの構築とも合わせて検討を進めていく必要があるかと考えております。13ページの下段、医療の検討項目の④につきましては、今後の高齢者医療制度に係る改革がございます。今後の高齢者医療制度に係る改革につきましては、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされておりました、三党協議での議論の内容等も踏まえて検討する必要があると考えています。なお、この点につきまして、既に対応している事項にございますように、被用者保険者の後期高齢者支援金の3分の1を総報酬割とする仕組み、これを平成22年度から24年度まで導入してございましたけれども、今国会では、これを更に2年間延長する法案を提出しております。こうした総報酬割の導入など、制度的枠組みに関わらず対応が必要な課題については検討を進める必要があるかと思っております。また、平成25年度は1割負担を継続しております。70歳以上75歳未満の患者負担の見直しも低所得者対策と合わせて引き続き検討し、早期に結論を得ることが必要であると考え、一番右の欄に記載してございます。

14ページからは「介護の改革」についてでございます。介護の改革につきましては、検討項目といたしまして、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化・重点化・低所得者を始めとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ、必要な介護サービスを確保することが掲げられております。「1給付の重点化、保険料軽減等」に関しましては、一番右の欄にございますように、介護給付の重点化・効率化に取り組む必要があると考えております。具体的に言えば予防給付の内容、方法の見直しと給付の重点化、軽度者は在宅に移行し、入所施設は重度者を中心に利用していただくなど、介護施設の重点化といったことが検討事項として掲げられております。また、世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直しについても、この点につきましては介護保険料の低所得者軽減の強化、介護納付金の総報酬割の導入、一定以上の人の利用者負担の在り方や資産の勘案などが検討事項として掲げられております。

15ページは「2地域包括ケアシステムの構築」でございますが、医療のところでは述べたとおりでございます。

16ページからは「年金の改革」についてでございます。検討項目といたしまして、今後の年金制度にかかる改革と現行年金制度の改革が掲げられております。年金改革につきましては、三党協議を経て、昨年の通常国会、臨時国会で4本の法律が成立し、一定の整理が行われておりますが、その法律などの附則でも検討課題が掲げられておりました、そういったものを中心に17ページの右の欄で高所得者の年金給付の見直しでございますとか、デフレ経

済下のマクロ経済スライドの検討など、引き続き検討することと課題がございます。これらの課題につきましては、三党協議での議論の内容も踏まえつつ、引き続き検討していく必要があると考えています。

19ページでございますけれども、「少子化対策」についてでございます。検討項目といたしましては、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施するとされております。「子どもと家族を応援する日本」重点戦略等の累次の決定、報告を踏まえまして、政府では先ほどお話に出ておりますし、昨年の通常国会で子ども・子育て関連3法案が成立しているところでございます。現在、円滑な施行に向けて準備が進められているところでございますが、3法に基づく新制度の詳細につきましては、ことしの4月以降、国に設置される子ども・子育て会議で関係当事者の参画を得て検討を進めるということになっております。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、続きまして、社会保障の将来推計を含めまして、平成20年の社会保障国民会議で取りまとめたものを基にした医療・介護シミュレーションなどについて、厚生労働省から説明を受けた上で議論を行いたいと思います。これにつきましては、厚生労働省の政策統括官から御説明をいただきます。

○厚生労働省政策統括官 それでは、資料4をご覧いただきたいと思います。お時間もありますので、簡潔に御説明させていただきます。

1ページ、社会保障に係る費用の将来推計の改定についてということで、これは24年3月に公表にしたものでございますけれども、もともとは1ページの中段にございますように、平成23年6月に実施した推計を新しい将来推計人口に置き換えて、またそのときの直近の経済前提に置き換えて試算し直したものでございます。

前提条件の比較は2ページのところをご覧いただきますと、例えば改定後の2025年の総人口だと600万人の減、1億2,000万人余り。年少人口0～14歳ですと260万人ぐらいの減、15～74歳は900万人ぐらいの減ということで、逆に75歳以上は500万人ぐらい増になるという前提での試算になっております。

3ページ、この費用推計は年金、医療、介護、子ども・子育てに係る4分野について推計したものでございますけれども、ご覧いただきましたような一定の仮定に基づきまして推計したもので、ある程度幅があるものでございます。その中で、医療・介護の長期推計につきましては、ここにございますように、真ん中の赤いところがございますが、現行の制度を将来に投影するという推計方法ではなくて、将来の医療・介護サービスのあるべき姿を実現するという観点に立ちまして、将来の医療機関の機能分化、機能の強化、こういうものを徹底し、あわせて急性期医療の在院日数の大幅な短縮、医療資源の集中的な投入ということを実施して、新しい医療提供体制の再編を行

いまして、将来の費用を推計しているという前提に立っているものでございます。もともとは平成20年10月の社会保障国民会議、麻生内閣のときでございますけれども、そのときの医療・介護シミュレーションに基づきまして今回の推計を実施しております。なお、年金につきましては、平成21年の財政検証の基本ケース、子ども・子育てにつきましては22年の子ども・子育て新システム検討会議で行われました試算をベースにしております。

4ページ、全体の費用の総額が記載されております。費用の総額はご覧いただけますように、2012年度、推計のときの足元でございますけれども、109兆5,000億円という規模から2025年度には148兆9,000億円ということで、およそ39兆円の増になっております。増の内訳をご覧いただきますと、年金につきましてはマクロ経済スライドという基本的なベースがございますので、7兆円ぐらい増の60兆4,000億円になっておりますけれども、医療につきましては先ほどご覧いただきましたような75歳以上人口500万人というものを背景にしまして、35兆1,000億円が54兆円ということで19兆円ぐらいの増。介護につきましては、8兆4,000億円が19兆8,000億円ということで、11兆円ぐらいの増。子ども・子育てにつきましては、4兆8,000億円が5兆6,000億円というような規模になりまして、全体的には148兆9,000億円というような大きな規模になっているわけでございます。それを数字であらわしたものが6ページでございます。後ほどご覧いただきたいと思っております。

7ページは財源の内訳を示したものでございまして、年金、医療、介護、それぞれにつきまして、例えば保険料負担が年金でございますと2012年度で33兆1,000億円という保険料負担になっておりますものが、2025年には44兆1,000億円。医療につきましては20兆1,000億円が28兆5,000億円くらいになるというような形で、それぞれの保険料負担。下の方にまいりまして、現在は保険料負担と公費負担を両方合わせまして101兆円ということで、割と区切りの良い覚えやすい数字なのですが、101兆円のうちの60兆円が保険料、40兆円が公費という構成になっております。それが2025年、一番右の方を見ていただきますと146兆というような規模になりまして、そのうち保険料が85兆、公費負担は60兆ということで、大体6対4というような構造は同じような構造で推移をしていると見込んでいるところでございます。それを図にしたものが8ページでございます。

9ページ、今のマクロの財源の費用としてご覧いただきましたものを、それぞれの保険料率なりあるいは保険料額に換算してみたものでございます。保険料額が金額表示されているものは、2012年度の賃金換算をしております。年金につきましては保険料の基本的な引上げスケジュールが決まっておりますから、厚生年金は例えば18.3%に頭打ちになるという形になっておりますから、2025年度は18.3%になっております。国民年金の保険料につきましても1万6,900円というスケジュールがございますので、それに従っているわけでございますが、医療の方はそれぞれの単年度の医療サービスの需要を賄う

という保険料を設定する必要がございます。介護も同様でございますが、これでご覧いただきますと、例えば国民健康保険の保険料は月額7,600円から9,300円程度。これは2012年度換算でございます。協会けんぽにつきましては、現在の保険利用率10%。これは労使合わせてでございますけれども、それが11.1%くらいになるという計算でございます。介護につきましては、第1号の被保険者の保険料、月額約5,000円というものが月額8,200円程度になってくるのではないかとこの見通しになっているわけでございます。

そこで12ページ以降が、医療・介護の先ほど申しました望ましい医療提供体制というものを念頭に置きまして推計した、言わばシナリオ的な推計なわけでございます。

14ページ、考え方といたしまして、現行の我が国の医療・介護提供体制でございますが、最初の〇のところでございます。1つは、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している。従って、必ずしも効率的な最適なサービス提供体制になっていない。一方で、過剰需要が生じ、他方で必要なサービスが十分に提供されていないのではないかとこのような指摘があるということでございまして、端的に申しますと、我が国の病院の病床というものは非常に在院日数が長くて、医師、看護のスタッフ等は薄い体制で今運営されております。例えばフランスやドイツなどでは、大体100床に対しまして医師は40人くらい、看護職員は患者数以上に配置されるというのが普通の病院でございますので、そういうヨーロッパの状況等も念頭に置きまして、我が国の医療提供体制というものを想定して推計いたしました。この14ページの下の方に改革の具体的な方向性という小さなポツが並んだところがございすけれども、例えば医師確保、介護職員の人材確保と資質の向上でありますとか、病院・病床の機能強化、専門職種間の協働と役割分担であるとか、在宅医療体制の強化、地域包括ケアシステムの確立、認知症ケアに対する体制の強化、介護予防・重度化予防というような事柄を念頭に置きまして、急性期医療における医療資源の集中投入、亜急性期・回復期、慢性期におけるケア、リハビリ、地域移行支援等の機能強化というような事柄を推進していくという考えでございます。

15ページ、その結果、どんなイメージを想定しているかということでございます。高度急性期病院、いわば大学病院のようなところでございすけれども、こういうところは平均在院日数を2割程度短縮していくこと。一般急性期、これは大学病院に続く規模の急性期病院でございますけれども、平均在院日数は33%程度短縮。そして、亜急性期・回復期は、急性期が終了後の患者さんを受けていただく病院、あるいはリハビリテーションを集中的に実施していただくような病院ということでございすが、2割程度在院日数を短縮する。療養病床につきましては、1割程度の短縮。精神病床におきましても1割程度短縮という形で、現状のままでは高齢化に伴って入院患者数が増加をしていくものをベッド数の増大という形をとらないで在院日数を短縮

し、機能を高度化して対応していこうという考え方に立っているわけでございます。介護につきましても、ここにありますような前提に立っております。

17ページのところに、今、申し上げましたような在院日数の短縮をしていくことに対応しまして、職員の手厚い配置をするという形になっております。高度急性期の職員は2倍程度増、一般急性期の職員は6割程度増。先ほど我が国の医療スタッフは薄いと申しましたけれども、急性期のところは手厚い配置をしていこうという形でございます。以下、療養、精神、在宅医療等につきましても、必要な充実を見込んでいくという形でございます。その結果、重点化・効率化の下の黄色いところに対応する右の方につきましては、ご覧いただくような在院日数にしていく。そして、利用者等についても、こうした推移にしていくということでありまして、18ページがそれをイメージした図でございます。

19ページは、左の方が現在の診療報酬におきます看護基準でございます。7対1の患者さんに対する看護師の数でございますけれども、そうした配置の病床がそれぞれ現在どの程度届出されているかというのは、左側の杯という図のものを右側のような形に機能分化をして移行させていきたいという感じのイメージでございます。

20ページの右側をご覧くださいますと、地域包括ケアという形で、医療、介護、住まい。住まいを中心にしまして、医療、介護、生活支援、介護予防がまわりを取り巻いて地域のサービスの体制を作っていこうと考えております。

24ページと25ページをご覧くださいますと、職員を手厚く配置する形になりますので、どの程度の費用を想定するかという形でございますが、高度急性期病院につきましては、ここにありますような現在では129万円のを非常に手厚い体制にして日数を大幅に短縮するという形で、例えば274万円、これは1カ月そのまま毎日ベッドを使っているというイメージですけれども、患者さんはそんなに長い期間入りませんけれども、ここにございますようなイメージです。長期療養等につきましても以下の単価となっております。

26ページは、マンパワーの必要量の見込みでございます。ここのところが今後の一番大きな課題でございますけれども、例えば医師につきましては29万人のものを改革シナリオでは2025年には32~34万人、看護職員につきましては141万人の看護職員を195~205万人程度に増加する必要がある。介護職員につきましても、232~244万人ぐらいに増加する必要があるというような見通しを持っているわけでございます。こういうものをどういうふうに確保していくかというのが大きな課題でございます。駆け足でございましたが、以上のような感じでございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、ただいまの御説明につきまして、何か御質問、御意見ございましたら、よろしく願います。遠

藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 私、後段の医療提供体制のシナリオについて若干コメントさせていただきたいと思います。今、御説明ありましたように、基本のシナリオというのは病床を増やすことなく、ただし、平均在院日数を短縮し、なおかつ病院の機能を分化しという仕組みで対応するということだと思います。機能分化と連携を推進しつつ、平均在院日数を短縮化することと、一方で、在宅医療を進めていく。平均在院日数を短縮化することによって、マンパワーが不足するので、マンパワーを増やしていく。そのために医療費は現状投影よりも増えるというのがこのシナリオだという理解をさせていただいたわけですが、御承知のとおり、先ほど御説明もありましたけれども、国民1人当たりの病床の数は、日本は非常に大変多いわけですので、こういう考え方というのは基本的には正しいと思います。問題は、このシナリオをどこまで実現できるのかというところが幾つか課題があるだろうということです。幾つもあるのですが、時間も限られておりますので、2点だけ絞らせていただきたいと思います。

1つポイントになっているのは、平均在院日数を短縮化する、これはコインの裏表で、病院機能を分化することと一緒になのですが、そこがどこまでできるだろうかということでございます。現状は、平均在院日数を短縮させるためには、主に診療報酬による誘導という形で入院基本料に平均在院日数の用件をつけまして、平均在院日数が長くなると収入が減るような逆のインセンティブをつけているというやり方でやっているわけです。他には退院調整と言いますが、退院しやすくするような医療行為に対して報酬をつけるというようなやり方をやってきているわけですが、これは現状を見てみると、一般病床ですとここ数年は1年間で0.3日ぐらいの減少で、このペースで良いのかどうかという問題があります。介護療養病床などはむしろ平均在院日数が増えてきています。これはある意味で短期に退院されますと、川下の方は重症患者が増えるということなのかもしれませんけれども、そのようなことも起きておりますので、平均在院日数を短縮ということがどこまで今後誘導できるのかという問題があります。一方で、強引にやりますと受け皿がないという中で退院しますと、非常に大きな問題を生じさせるわけです。1つの病院でいろんなタイプの患者さんがいれば、それなりに需給は調整されたわけですが、機能を分けるということになりますと、一定のエリアの中で需給のミスマッチが出てくる可能性があるものですから、それぞれの地域の中で適切な機能が分化されたものが配置されているかどうかというのは非常に重要になってくるわけです。そんなこともあって、先ほど御説明がありましたように、今、病床の医療機能を地域、都道府県に報告して、そして地域医療ビジョンをつくるときに細かな情報を反映させるというようなことをやりつつあるわけですが、そういうことがうまくでき

ないと、なかなか早期に退院を勧告されても国民は満足しないということになりますので、まさに地域という感覚が非常に重要になってくると思います。

まとめますと、現行の平均在院日数の短縮のインセンティブだとこのスピードは弱いのかなという感じがするのですが、地域内のアンバランスが生じないような地域という視点での医療計画ということが更に重要になるのではないかとこのことを1つ申し上げたいということでもあります。

もう1点は、全然違う話ですけれども、先ほど統括官からお話がありましたけれども、マンパワーの話でありまして、マンパワーを増やしていくという話でありました。そのために予算も増やすということがあったわけですが、医師数は2025年までは大体十数パーセントぐらいしか増やさないわけですが、看護師は4割ぐらい増やすのです。介護職員は7割ぐらい増やす。これは26ページであります。基本的に医療から介護へという流れで設計がされておりますから、そういう意味では非常に整合性を持った考え方なのですが、先ほどもお話がありましたけれども、果たしてこれだけのマンパワーの育成ができるのだろうかという問題がある。特に例えば看護師などを見てみると、少子化の中で果たして4割増やしていくことができるのか。潜在看護師の顕在化ということもありますけれども、現状でもそのことは随分トライアルされているわけでありまして、それがどこまでできるかという問題もありますし、介護職員につきましては、更に7割ぐらい増やそうという話でありますから、現状においても言われておりますように、非常に離職率が高く有効求人倍率も高い、人手不足です。これは賃金水準が低いことが原因だとよく言われているわけですが、賃金水準を上げるためには介護報酬を上げなければいけない。それだけの余力がどこまであるのかという問題も一方であるだろうし、介護報酬が上がるためには景気が良くならなければいけませんけれども、景気が良くなると他産業にこういう人たちが吸収されていくというような労働市場の特性を持っている。専門職では必ずしもないということですから、そういう特性を持っているものから、その辺も踏まえて7割ぐらい増やすということがどれぐらい現実的であるか、あるいはどういう方向をとれば良いのかということが検討課題になるのだろうなと思っております。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。西沢委員、よろしく申し上げます。

○西沢委員 私は資料3について質問です。

1つは、3ページ目に救急体制の整備ということで、消防法とあって、そうだったのかと思ったのですが、救急医療体制であれば厚生労働省で政策決定なりが一元化されていた方がむしろ効率的かもしれませんが、これは必然性があって消防法になっているのか、あるいは政策決定をより一元的に行っていく方向で、今後右に書いてある検討会が開かれるのかといったことを質

聞したいと思います。

5 ページ目の一番左の2つ目の○で、主治医と介護支援専門員の連携を軸にした「地域包括ケアマネジメント」の実現とありますが、通常、このマネジメントという、1人マネージャーが主体的にいて指示を下すイメージがありますけれども、主治医と介護支援専門職員との関係性はどうなっているのか。これも必然性があるって並列的に書いてあるのか、あるいは本来であれば宮武委員が言われたような総合医や家庭医があって連携していくのかといったことを聞きたいと思います。

7 ページ目に、今度は長期入院の適正化とありますが、一番右で、「第2期医療費適正化計画において」から4行目の「ことにより」までと、その後の「医療機関における入院期間の短縮を目指す予定」というのが、この前半と後半でかなり同義的な感じもありますし、この「目指す予定」というのが先ほど遠藤委員もおっしゃったように、どういうふうの実現していくのかといったところがなかなか見えてこないのが表現に表れていますので、これは一体改革の中で入院の適正化によってある程度財源を捻出するという数字も出ていたと思いますので、この議論の中でこういった形で具体的にそれを実現していくのか解が見えたら良いと思いますし、誰が実際にどういう役割を担ってこれを進めていくのか、あなたはこれをやってくれ、あなたはこれをやってくれと細部までできてくれば安心感が出てくるかなと思います。

12 ページ目で医薬品に関する見直し等というのがありまして、これもできれば定量的に数値ベースで議論できると良いと思います。薬剤費が仮に10兆円としますと、ここから5,000億円なりが節約できれば、それを大島委員が言われたような崩壊している、壊れているところに充てることもできますので、定量的にできたら良いと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。事務局から簡潔にお答えいただきます。

○厚生労働省医政局長 まずは3ページの救急体制のところですが、救急体制の基本は、基礎自治体が担っておりまして、それは消防法で規定されている。簡単に言うと、消防署において救急車をもって搬送する。その搬送先の病院の方の体制については、救急医療機関として厚生労働省で所管しているという形になっています。その搬送については、どのような形で搬送するかというところをこの協議会で現実にはやっておりまして、現在、消防庁の方でも新たな体制について検討会をしておられます。受け入れの体制については、私どもで検討会を設けて、これも次のステップに向けての検討会を実施しているという関係にございます。

5 ページの左にあります在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門医の連携を軸にした「地域包括ケアマネジメント」の実現のところの御質問だと思いますけれども、介護の職種だけで在宅のケアが全部賄えるわけではありま

せん。必ず高齢者ですので医療をつけなければいけない。そのときに、訪問診療いただく方々とケアマネジャーとケアの関わるヘルパーさんたちとどのように結びつけていくか、そういうものをここで考えていこうと、その全体をマネージしていくというのが包括ケアマネジメントということかと御理解をいただきたいと思います。

○清家会長 遠藤委員、西沢委員から共通に、前提になっているマンパワーの確保がどのぐらい可能と考えていいか、あるいはどのように確保するかという御質問があったかと思いますが、これについてお答えいただけますか。

○厚生労働省政策統括官 これは大きく機能強化をどういうふうに進めていくかということと関連するのですけれども、まさにこの国民会議で御議論いただきたいと考えております。ただ、私の考え方を少し申し上げさせていただきますと、1つは都道府県の役割が非常に重要になってまいりまして、現在、地域医療計画を都道府県は作っておりますが、それを二次医療圏でブレークダウンをして、そこにどういう病床がどの程度の医療提供体制を作っていく必要があるかということに関係者も一緒に参加していただいてビジョンを作ってください必要があるのではないかと考えておりますのが1つ。

第2点目におきましては、新しい医療提供体制にふさわしい診療報酬上の評価というものを実施していく必要があると思っております。これは特に現在は看護師数の配置に対応した評価が軸になっておりますけれども、患者さんの重症度でありますとか、状態に応じた評価というものを組み合わせた評価をきちんとしていく、そういう考え方が重要だと思っておりますが、こうした点についても国民会議でも御議論いただけたらと思います。

3点目は、先ほどありましたように、日本は大きな病院ではなくて中小の民間病院が非常に多いというのが特徴ですので、そうした病院が色々な他の病院と事業提携をして機能を分担できる。例えば急性期の病院と回復期、リハビリテーションを専門にしている。これは違う病院ですけれども、事業を提携して実施できる。そういうような枠組みも考えていく必要があろうと思っております。その上でマンパワーをどうしていくかにつきましては、先ほどお話のありましたように、潜在的な看護師を活かしていくということも必要ですし、EPAの問題なども出てくると思います。介護士の関係で申しますと、この推計では介護士関係の職員の人の経済的な評価を少し上げるという前提で推計しておりますけれども、それだけで確保ができるかという問題がございますので、先ほどの遠藤委員からもお話がございましたように、好況になれば他の職種と競合してしまう問題もございますので、そうした評価の在り方も含めて検討してまいりたいと考えてございます。

○清家会長 ありがとうございます。伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 今、せっかく話題が出たので、マンパワーの話について一言コメントさせていただきたいと思います。先ほどの資料4の26ページにございますように、改革シナリオで、例えば介護職員だと7割増やすという話、日本の生産年齢人口は急速に減少していく中で、経済学者として今出てきたような施策で増えるかという、相当難しいだろうと思います。しかし、10年後にうまくいきませんでしたと、人が足りませんでしたということでは済まないのだろうと思います。全ての改革の基本というのは十分なマンパワーが確保できるということで、こういう機会をつくれるわけですから、マンパワーが確保できること自身は素晴らしいことだと思います。しかし、色々な産業の中で人を取り合うわけですから、すぐにEPAで海外の看護師を入れるという議論を早急にここですべきかどうかは別の問題として、ただ、そういうところまで視野を拡げて議論しておかないと、一番大事なことは、どうやってこの仕組みをきちっと提供してより質の高い中でマンパワーを確保するということだろうと思いますから、そういうところについては是非また議論を共有させていただければと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 2つほど資料があれば、あるいは資料を作っていただくと議論が深まるかなと思いました。

資料4の7～8ページ、今までの議論でも拠出金の計算基準を今後どうするかという話があったと思います。拠出金は社会保険料の中で取られているわけで、社会保険は先ほど神野先生からお話があったように、給付・反対給付の原則の中にあるわけですけれども、拠出金というのはそういう形で取られつつも、ある種、世代間連帯財源の役割を果たしているわけです。

8ページの資料で、例えばこの中に占める拠出金のウエートというか分量はどういうふうに変わっていくのか。現在、既に保険料という形で取られている中で、4割ぐらいは拠出金に使われていると思いますけれども、拠出金のウエートは今後どうなっていくのか。その上で、総報酬割にするかどうかというのは、拠出金の性格というのが一体何なのかと、人頭割で考えていくべきものなのか、応能で考えていくべきものなのかということを考えていく必要があるのではないかと思います。それがまず1つ目です。

2つ目ですけれども、資料の9ページ、もう1つ、中間所得層というか平均的な保険料の動向はこれによって示されているわけです。しかし、今後、個別世帯、家計に与える影響を見ていく際には、この中間的な所得層だけではなくて、低所得者層にこういう保険料の上昇がどういうインパクトを与えていくのか。特に年金はマクロ経済スライドがあるお陰で財政的には当面安定するということになっていきますけれども、逆に言うとマクロ経済スライド

をかけた上でこういうペースで低所得者、高齢者の保険料負担が上がっていった場合、手取りの年金はどの程度まで下がっていくのか。余り精緻にやるのは難しいと思いますけれども、3段階か4段階の所得層に分けて、ある前提を置いて、このままのペースでいくと手取りの年金はどのくらいまで落ちていくのか、特に基礎年金しかもらっていない方はどこまで落ちていくのか。それによっては恐らく生活保護に流入する圧力はどんどん上がっていくと思いますので、その場合は、次に低所得高齢者に対してどういう対応を、医療、介護、年金を通じてやっていくのか。

資料の8ページには総合合算のキーワードが出ていましたけれども、これは今後どうなるか分かりませんが、そういう所得階層毎のインパクトを見せていただきたいと思います。以上です。

○清家会長 御要望ということで事務局の方で対応いただきます。大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 医療・介護というときの医療は、どうしても高齢者と高度医療になりますね。その重要性はもちろん分かるのですが、一方で産科が圧倒的に足りない、子どもが通過儀礼的にかかる病気の治療をしていただく小児科も足りない。それが産みたくても産めない人、あるいはお子さんを抱えてらっしゃる親御さんが非常に不安に思っているところなのですが、そのあたりをどう改革していくかというようなビジョンとか計画はここに見当たらないように思うのですが、もし次回でも出していただければありがたいと思います。

○清家会長 榊原委員、よろしく申し上げます。

○榊原委員 資料4の4ページ目を拝見したときに、ある意味予想していた数字ではあるのですが、私は胸が詰まりました。2025年度に148.9兆円を若い人たちに負担させるというのは可能なのでしょうかということです。色別のグラフを見ても、年金はかなり抑制しているけれども、医療と介護は伸び続けている。今、大日向委員もおっしゃったように、この中で高齢者の給付というものはどうなっているのかということが切り分けた議論が必要だろうなと思います。そこが伸び続けるものをそのまま若い人たちの負担、そこに消費税も入るのでしょうけれども、そういうような発想の仕方を続けていいのかということも議論できたらと思います。10年ぐらい前に医療制度改革の中で伸び率管理とか総額抑制というような考え方が出てきて、当時は相当な議論を呼び、見送られましたけれども、これだけの現役世代人口の減少が確実になっている中で、伸び続ける医療・介護、高齢者への給付というものをそのままにしておいた議論はもうできないのではないかと。そういった

ときに、若い世代の負担の可能は一体どこまでなのかという方からの逆算した議論というのも必要になっているのではないかと。若い世代が例えば現在並み、またはもう少し負担してもらおうとして、ここまでだったら負担してもらえる、全世代共通で例えば消費税なども負担し合った場合、どれぐらいは資源が調達できる、その上でそれをどう分配していくかといったような発想が中長期についてはなければ難しくなってくるのではないかとというような気がしました。

もう1つ、6ページのところで、年金、医療、介護、子ども・子育てのところのそれぞれのGDP比の比率が出ています。子ども・子育てのところは、先ほど宮武委員も子育て支援が最優先ではないかとおっしゃっていた御意見に私は賛成なのですけれども、これによると、今、法制化されました子ども・子育て新制度を実施してもGDP比1.2%、これは主要国の中で家族政策をきちっとやっている国々の中で大変小さい数字です。御存知のとおり、出生率の回復に成功しているような国々は2%から3%、3%近くGDP比から充てている。それに加えて日本はまだまだやれていないことがあるのではないかと見たときに、2025年までこの比率のままということは恐らくまずいのではないのか。では、何が抜けているのかというと、この6ページの下注3のあたりに、子ども・子育ての関係で書き出させていただいてある政策分野があるのですけれども、新制度で保育所、幼稚園、保育サービスなどについては、かなり良い制度をつくってもらうことができたと思っております。一方で、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当、社会的養護、妊婦健診等々、そこにちょうど書き上げてさせていただいてある課題については殆ど手付かずになっていると理解しており、こうしたものもどうしていくのかということをおこの国民会議の議論の中で考えたいと、議論すべきだと思っております。

○清家会長 恐縮ですが、少し時間が押しておりますので、最後に権丈委員、手短にお願いいたします。

○権丈委員 これから先、医療・介護のことをずっと説明できる状況がありそうなので、今日は非常に手短にいきます。

まず、前回の社会保障国民会議の前に、2007年に医療費の将来見通し検討会というのがありました。これは厚労省が医療費の推計をするために2025年に141兆円だと、次に出てきたときは80兆円だと、次出てきたときは65兆円だというような推計が出たときに、要するにこれだけ高い医療費の推計を出して医療費の抑制機運を高めているのではないかという愚かな議論がなされて、そこで検討会の方が立ち上げられました。そこで私が言っていたのは、その時々試算されたGDPで割ってごらんと。そうすると、GDP比で見ると全部同じ値になるのです。だから、医療とかというようなもの、将来の話をするときには、名目値としての額を議論するということは意味がない。これはその時々

に試算されたGDP比で見ないといけない。GDPが伸びているときには医療費の伸び率も高くなるように診療報酬が交渉される中で、政治的に調整されて設定されていくのです。結果的にGDP比の伸びと医療費の伸びというのが随時時間的に同じようになっていくから、推計した時点の医療費の伸びが高いときにはGDPの伸びも高いので、どの時点で推計されたものも2025年のGDP比を見ると同じ値になっていくのです。そういうメカニズムがあるのだということが分かった上で、この試算が始まっていくことになります。

ここで議論しなければいけない大前提というのは、先ほどの大前提、なぜ日本の病院・病床はこんなに多いのかというところを押さえなければいなくて、それは他の国は公的な所有として病院を持っていて運営されている。ところが、日本というのは私的にやっているのです。だから、コントロールする手法がない。今は高度急性期、一般急性期とかという言葉が出ていますけれども、2001年までは一般病床という言葉しかない。あの段階で療養病床という言葉が出てくるだけの話であって、みんな自分では一般病床だと思っている。そこで7対1の看護基準だったら報酬を高くしますよというようなことをするとみんながそこにいってしまう。これをどうコントロールしていくかということで、その手段を厚労省は持っていないのです。それで絵を描いてこの方向に持ち込みたい、そのために協力していただけないだろうかというのが現段階ということなのです。

○清家会長 ありがとうございます。それでは次の議論に移る前に、議事の途中ではございますけれども、甘利社会保障・税一体改革大臣が国会に出席されるために退席されるということですので、ここで甘利大臣から御挨拶をいただきたいと思えます。

○甘利大臣 会議の途中で恐縮でございます。今日も大変熱心な御議論をありがとうございます。これからまだ色々な議論が進むのであろうと思えますが、それはしっかりと総理にお伝えさせていただきますし、これから各論にも入ってまいります。最近、野党から期限内にできるのかということ随分言われているわけでありましてけれども、法律が規定している期限内に貴重な議論がしっかりと収斂していきますよう、心からお願い申し上げる次第であります。よろしく申し上げます。

○清家会長 ありがとうございます。私どもも間違いなく期限内までに結論を出しますので、御安心ください。

【甘利一体改革大臣他、閣僚等退室】

○清家会長 最後に、国民会議の今後の進め方について御相談をさせていただ

きたいと存じます。

今後の進め方につきましては、三党実務者協議の状況なども踏まえる必要がございますが、国民会議におけるこれまでの議論を踏まえますと、社会保障の充実2.7兆円程度のうち、医療・介護分野につきましてはまだ具体的な内容が明らかになっていないということもございますし、また、本日の説明にもありました医療・介護シミュレーションで取りまとめられました将来の「医療・介護サービスのあるべき姿」を具体的にどのように実現していくかということについての考え方もまとめていく必要もあるという御議論も多いようございましたので、医療・介護分野につきましては、まず優先的に議論をすべきではないかと思っております。

こうしたことを踏まえまして、甘利大臣とも御相談をいたしまして、次回以降は、まず医療・介護分野を中心に議論を行うこととしてはどうかと考えております。そうした方針の下で当面のスケジュール案を作成いたしましたので、まず事務局から御説明をお願いいたします。

○中村事務局長 資料5をご覧くださいと存じます。当面の国民会議のスケジュールについてでございます。

4月までに4回開催し、医療・介護分野を中心に議論を進めてまいりたいと考えております。具体的には、医療・介護分野につきましては、特に関係者との議論も有益であることを踏まえまして、3月27日、次回、第7回と4月4日の第8回においては、それぞれ2時間程度、医療・介護分野について関係者を交えての議論を行ってはどうかと考えております。

議論に参加いただく関係者につきましては、別紙ということで2枚目におつけしております。各団体などの御都合なども踏まえる必要がありますが、第7回には主として提供者の皆様、第8回目は主として保険者の皆様に御参加をいただいております。各団体の御意見を聞かせていただくというよりも、各団体と委員が意見を交換することにより議論を深めていくといった形にしたいと考えております。

4月19日の第9回におきましては、4時間程度時間をとらせていただいて集中討議的なセッションを設けてはどうかと考えております。これまで御提案いただいております委員のプレゼンテーションなどを行っていただきまして議論を深めるとともに、本日も御議論いただきました「基本的な考え方」の整理など、更に議論を深めてはどうかと考えております。

第9回の具体的な進め方については、委員の皆様方からのプレゼンテーションの御希望などを確認した上で考えてまいりたいと思っております。

4月22日の第10回におきましては、第7回、8回、9回の集中討議などで出された議論も整理しながら、医療・介護分野について更に議論を深めてはどうかと考えています。

なお、清家会長からもお話がありましたように、三党実務者協議も並行し

で行われておりますので、その検討状況などによりましては、具体的な持ち方が変わり得ますので、御承知おき願いたいと思います。以上でございます。

- 清家会長 それでは、御説明いただきましたように、まず、医療・介護を中心に議論するというスケジュールでございますけれども、このような形で当面進めさせていただいてよろしゅうございますか。

【「異議なし」と声あり】

- 清家会長 ありがとうございます。それでは、そのようにさせていただきます。第7回と第8回、ただいま御説明がございましたけれども、議論でそれぞれ御参加いただく関係者につきましては、これも甘利大臣とも御相談をしつつ決めてまいりたいと思っております。

また、第9回に委員の先生方からプレゼンテーションいただくということでございますが、それにつきましては委員の皆様の御希望なども伺いながら、これも事務局とも相談しつつ進めてまいりたいと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

【「異議なし」と声あり】

- 清家会長 それでは、三党実務者協議における検討状況などを踏まえる必要もございしますが、当面のスケジュールについてはこのように進めてまいりたいと思います。最後に、本日は三党実務者協議に関する資料をお配りしておりますので、事務局から短く御説明をいただければと思います。

- 中村事務局長 資料6でございます。三党実務者協議につきましては3月1日及び3月7日に開催されましたので、お手元に協議関係の資料としてお配りさせていただいております。以上でございます。

- 清家会長 ありがとうございます。そろそろ終了の時刻となっておりますので、本日はここまでにさせていただきたいと思います。

本日の内容につきましては、この会議終了後30分後程度を目途に、4号館において記者会見を行い、私から説明することとしておりますので、よろしく願いいたします。

また、議事録につきましては、従来と同じように、事務局より委員の皆様の内容を確認させていただくこととなりますので、できるだけ早くホームページに掲載するために、お忙しいところとは存じますが、よろしく御協力をお願いいたします。

次回の日程などについて、事務局から御連絡をお願いいたします。

○中村事務局長 改めまして第7回の国民会議につきましては、3月27日、16時からの開催を予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

○清家会長 それでは、以上をもちまして、第6回社会保障制度改革国民会議を終了いたします。