

## 第9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4月19日（金）13:30～16:50

場所：官邸2階大ホール

### 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、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. 委員からのプレゼンテーション及び議論①
4. 関係者を交えての議論
5. 委員からのプレゼンテーション及び議論②
6. 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9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、皆様方には御参集いただきまして、まことにありがとうございます。委員の出欠状況でございますが、本日は伊藤委員が少し遅れて到着と伺っております。過半数の委員が出席されておりますので、会議が成立しておりますことをまず御報告申し上げます。

本日は、政府からも御出席をいただいております。西村内閣府副大臣でございます。山口財務副大臣でございます。そして、山際内閣府政務官でございます。それでは、まず会議の開催に当たりまして、西村内閣府副大臣から御挨拶をいただきたいと存じますが、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、西村副大臣、よろしく願いいたします。

○西村内閣府副大臣 内閣府副大臣をしております西村康稔でございます。委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、今日もこうしてお集まりいただきまして、ありがとうございます。本来でありましたら、担当大臣であります甘利大臣が御出席して御挨拶申し上げるところでありますけれども、急な海外出張のため出席がかなわず、また関係閣僚も今日は国会もありますので、かわりまして私から一言御挨拶申し上げたいと思います。

前回、前々回と、関係団体、関係者の皆様にお越しもいただき精力的な議論を行っていただきました。そうした議論も踏まえつつ、今日と来週の週明け月曜日、2回の国民会議で、医療・介護分野について集中的に御議論いただくということになっております。これまでの議論も整理していただきながら、一定の方向性につなげられるよう、是非精力的な御議論をお願いしたいと思います。

特に今日は、後ほど1時間ほどまた非公開で委員の皆さんだけの懇談会も予定されております。4時間にもわたって、医療・介護分野を中心に集中的な御議論をお願いしております。改革の具体化をする上で非常に大事な会だと認識いたしております。

本日は、委員の皆様方からのプレゼンテーション、医師会長も後ほどお越しになると思いますが、交えての議論など盛りだくさんでありますけれども、8月の設置期限に向けて、是非大きな前進となるよう、精力的な御議論をお願いしたいと思います。どうぞ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。それでは、カメラの皆様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 本日は3部構成で、医療・介護を中心に集中的な討議を行いたいと考えております。

まず、第1部におきましては、医療・介護を含めた制度横断的な視点から、3人の委員からのプレゼンテーションを行っていただき、議論を行います。続きまして、第2部におきましては、日本医師会会長の横倉会長に御出席をいただきまして議論を行います。

最後に、第3部におきまして、医療・介護分野に関し5人の委員からプレゼンテーションを行っていただいて議論を進めて参りたいと思っております。また、今回は資料1として、前回、第8回までの国民会議における主な議論をまとめた資料。そして資料4といたして、これまでの国民会議で委員の方々から様々お寄せいただきました御指摘に関する資料をお配りしておりますので、適宜御参照いただければと思います。

今日は、ただいま西村副大臣からもお話がございましたけれども、長時間の御議論となりますので、是非委員の皆様におかれましてはよろしく願いをいたします。

それでは、議事を進めさせていただきますが、まず第1部といたしまして、駒村委員、西沢委員、そして榊原委員、3人の委員から順にプレゼンテーションを行っていただき、その後、議論を進めて参りたいと思います。恐縮でございますが時間に限りがございますので、各委員からの御発言はそれぞれ7分程度ということをお願いいたします。それでは、まず駒村委員、お願いいたします。

○駒村委員 諸先生方の露払いの役割のような役割を果たします駒村でございます。今年から花粉症を患い声がひどい状態で申しわけございませんが、お手元に資料を配付させていただいております。資料2-1であります。

今日、私がお話ししたいことをかいつまんで最初に申し上げますと3点ということになります。1ページにエッセンスだけまとめておりますので、まず概要をお話ししたいと思います。制度横断的な視点から、高齢者向け給付の改革が必要である。あるいは長期・短期・中期という3視点からその議論を進めていくべきではないか、かねてから申し上げていることでございます。

詳細は5ページに読売新聞で先日私が書かせていただいた論点がございませうので、詳細、横断的な部分に関しての説明はそちらを読んでいただくということにかえさせていただきますと思います。必要に応じてまた触れていきたいと思ひます。

1番目、特に基礎年金しかない方に私は着目しておりますけれども、医療・介護の保険料は年金からの天引きになっていく。そして、この年金が今後マクロ経済スライドによって長期的には低下していくことが決まっているということでございます。

2ページ、図1、上段の図でございますけれども、これはあくまでもイメージ図でありまして、介護保険だけを取り除いてその状況を見ているわけですけれども、こちらでいろいろ見通しから計算しますと、介護保険料は2025年で第1号被保険者は大体1.64倍平均額が上がる。このまま上がってしまうと1段階、2段階の保険料負担は標準から0.5倍になっておりますけれども、この方も1.64倍になってしまう。あるいは後期高齢者医療についても今は低所得者については9割軽減しておりますけれども、これは激変緩和措置でありますので、場合によっては7割減されるかもしれない。

そう考えていきますと、現在の基礎年金の手取りで考えると医療・介護の天引きによって、大体6万3,000円ぐらいではないか。将来どうなるか。これは計算にもよりますけれども、恐らくマクロ経済スライドで2025年、そして医療・介護の保険料が上がっていくと手取り年金は大体5万5,000円ぐらいまで下がっていくのではないかと思ひます。

私は生活保護を専門にしておりますので、そういうことになっていきますと、下の段にありますように現時点でも生活保護受給者の大半は高齢者が占めているわけですけれども、ますます生活保護制度に入っていく方が増えていくのではないかとこの危惧がございませう。医療・介護、年金を通じて最低生活保障をするために公費財源の重点化が必要になってくるのではないかと思ひます。これが第1点。

第2点でございますけれども、それに合わせて、やはり社会保障給付の重点化は行う必要があるのではないかと思ひしております。3ページ目では現在の住民税非課税世帯について生活扶助基準、これは今回の生活扶助の見直しの以前の数字でございますので少し時点は古いですがけれども、生活扶助と課税最低限を比較したものでありますけれども、公的年金等控除があるために高齢者の非課税基準はかなり高く設定されていて、少なくとも高齢者は住民税非課税基準に入っているのではないかと。これはあくまでも数字は推計でございますけれども、そういう可能性がある。

中高所得層については、そういう公費の支援については長期的には下げる

必要が出てくるのではないか。あるいはこれから医療・介護の中でも見直すべきところ、介護の自己負担についても見直し、場合によっては引き上げの議論が出てくるとは思いますけれども、そういう所も経済力に応じてきめ細かくやっていく。

場合によっては、もっと長期の議論としては、論文でも書きましたけれども、そもそも今の高齢者の定義、65歳以上という定義あるいは75歳以上という定義で本当に大丈夫なのか。これは年金の支給開始年齢だけの議論ではなくて、高齢者の定義の見直しというのは、当然ながら医療・介護にも跳ね返ってくるような問題ではないかと思っております。これは中長期的な課題として提示したいと思っております。

時間もありませんので3点目に入ります。低所得者あるいは困難を抱える世帯に対して公費財源の重点化を行うということに関連して、3ページ目から少し性格は違いますけれども、難病や小児慢性特定疾患に対する制度の拡充について触れていきたいと思っております。これについては一体改革に関係ないのではないかという意見もあるかもしれませんが、4ページ目の最後のところに少し触れておりますが、附則104条では制度化された医療は対象になっていくということ、あるいは改革大綱、閣議決定でも難病については議論の対象に入っているのではないかというような文面になっているかと思っておりますので、これについて最後簡単に触れさせていただきたいと思っております。

難病、小漫の制度が始まってから40年ぐらいたっているのですけれども、障害福祉の陰に隠れて余り注目されてこなかった乗り遅れた制度だと思えます。現行制度は、その種類も限定されておりますし、枠外の難病も多く、またその見直しの方法もアドホックで、必要な国庫負担の確保も不十分、治療に必要なデータ収集にも多くの問題があるという状態であります。

難病の審議会では、これに対して非常に合理的な提案がなされております。4ページの中の①②③、効果的な治療方法の開発。これは特にデータが都道府県ごとにばらばらにとられていて十分ではない、データの一元化、収集を一元的に管理する、そういう難病指定医というものを1つ置こうと。そうしないと、難病研究というのは、私は疾病研究が専門ではございませんけれども、蓄積したデータのもとでやらなければいけないという特性があるようがございますので、データの集積が必要であるという視点からです。

②に私が特に着目しているわけでありましてけれども、難病あるいは小児慢性疾患、長期にわたって高額な医療費を負担しなければいけないということについて、きちんとした制度として財源を確保した安定的な支援措置を行っていく。その支援は福祉的な目的ということですので、他の低所得者に対する公費負担の制度とバランスをとらなければいけないのですけれども、それ

を踏まえた上での安定財源の確保を提案している。

国民の理解の促進というのは言うまでもないと思います。現在、検討されている難病の認定は極めて合理的にできている仕組みでございまして、病気の選定から患者の認定まで客観的な仕組みになっていると思ひまして、非常に合理的に設計されていると評価します。

難病については昔、孔子がその高弟を見舞って、「斯の人にして斯の疾あり（この人にしてこの病あり）」と嘆くばかりで、昔から不条理なものでした。私の周りも優秀な人間が難病、小児慢性疾患のために将来に対する曇りを抱えて生きている人がいます。健康で健やかに生きているところについて、制約のある人間に最も社会保障が温かいまなざしが必要だと思ひます。ロールズやセンは社会の不条理をなくす議論をしているわけです。この難病に対してどの程度しっかりした、予算規模としては数百億ぐらいの規模だと思ひますけれども、難病、小慢の新制度の成否は日本社会の成熟度をはかる物差しではないかと思ひます。以上でございします。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、西沢委員、よろしく願ひいたします。

○西沢委員 西沢です。今日は長時間お疲れ様です。私は資料2-2を用ひまして、4つ意見を申し上げたいと思ひます。

1つは、これまでの国民会議の議論を見ていまして思ひましたのは、多くの課題がありますけれども、言いかえますと限られた予算のもとで労働を主体とした付加価値、薬剤や医療資材など中間投入、及び病院の建物や医療機器など固定資本形成の間の最適な資源配分と言えるかと思ひます。

例えばお医者さんが疲弊しているのであれば、お医者さんに幾らお金がかかり、病院に幾らお金がかかり、あるいは薬剤や医療資材といった中間投入なりに幾らかかっているのか。例えば中間投入が多ければ、中間投入を少し削って人件費に回そう。建物が多すぎれば建物を削って人件費に回そうというのを議論したいわけです。

ただ、よくよく考えてみますと、黄色い冊子の「国民医療費」という統計があつて、これをしばしば我々は使ひますけれども、そこには必ずしも薬剤費といった形で数値が抽出されているわけではありませぬし、我が国の診療報酬がそうかもしれませぬけれども、人件費とそこに設備の減価償却費的に投資部分が入っているのかもしれませぬが、一緒になってしまっているわけです。

ですので、人と資本に資源をどう振り分けるかといった話はなかなかしに

くい状況にあります。これまで国民会議の中でも少し申し上げまして、事務局でも丁寧に資料を作ってください感謝しておりますが、例えば、いただいた資料4に薬剤費、国民医療費、薬剤比率が並べられていますけれども、これも実際の薬剤費よりは低いと思います。

私の資料の後ろの方に図表2として民間の研究者の方の作った薬剤費が出ていますが、資料4の3ページで出ているものよりも1兆円近く高くなっております。民間の方の作った薬剤費の数字であっても、ここには例えば調剤局の技術料などが含まれておりませんから、これをさらに足せば10兆円になってくるかもしれない。子ども・子育て支援で、例えば7,000億円予算が確保され、あと3,000億円足りませんといったときに、もしかすると薬剤費を削ればすぐ出てくるかもしれないわけであって、ここは一覧性を持って統計を把握できるようにすべきだと思います。

もう一つ、例えば我が国ではMRIやCTが世界一多いと言われていますが、「国民医療費統計」自体にはその統計はなく、OECDのやっているSHAという統計を見ますと、確かに固定資本形成の数字はありますが、GDP比で0.17%と他の国と比べてもすごく低いです。どうしても整合性がとれないわけでありますので、共通の議論のベースといいますか、統計を持って、人、中間投入、資本の議論ができるようにしていくということがひとつ重要かと思えます。

2番目です。現世代の負担増・給付抑制による将来世代の負担増幅・給付減幅の抑制という視点がもう少し重視されるべきかと思っています。とかくこちらのお金をあちらに付け替えるといったように、同会計年度の中でお金をやりくりしたくなってしまいうわけですが、例えば70-74歳の窓口負担本則適用や、年金ではマクロ経済スライド見直し、あるいは賛否は私は表明しませんが、総報酬割を仮に導入した場合に浮くとされる国庫負担分の国債残高圧縮への充当といった方法もあるわけであって、現世代内で分け合わずに、こういった視点が重要かなと思います。

この議論をさらにスムーズに進めていくためには、1つには、少なくとも2020年ぐらいまでの中長期の財政シナリオが必要でありまして、そこで例えば消費税を追加的にこれぐらい必要ですといったことも出し、消費税を減らすためには、では社会保障のここを効率化しましょうといった議論の道筋が必要かなと思っています。そのほか資料に書きました(2)、(3)といったものが必要かと思えます。

2ページ目、3つ目に申し上げたいことは、これは少し長期的な話ではあるのですが、私の持論でもありますが、健康保険制度、とりわけ健康保険財政を可能な限り完結でわかりやすいものとすべく根本的な取り組みをすべきということです。

サブタイトルをつけるとすれば、私は民主主義にこだわりたいわけですが、民主主義ですと国民一人一人が制度をきちんと理解して、理解した上で負担に応ずる、あるいは負担が重すぎれば給付をもっと効率化すべく働きかけるといったことが重要かと思いますが、後ろに図表5としてつけてありますのを後でござんいただくとしても、今の健康保険財政は非常に複雑であると思います。

私もここで委員として座らせていただいているわけですが、事務局の方にいろいろ教えてもらっているのが現状というお恥ずかしい状況であって、これを少しでもシンプルにしていこうということです。例えば社会保険料に関しましては、負担と受益のリンクを大事にしましょう。ただ、一定の垂直的再分配は保持しているわけですが、社会保険料には医療サービスの価格機能を極力持たせる。保険者は国ではなく医療提供者に物を言い、医療提供者は国ではなく保険者に物を言うといった民主主義的關係を構築していく、そのツールが社会保険料ではないかと思っています。

再分配の機能は極力税に持ってきてやる。思い起こしますと、2008年4月に後期高齢者医療制度が発足しましたときかなり混乱が起きましたけれども、これも国民側の制度に対する理解が十分でなかったことが根底にあると思います。今の複雑な制度を国民に理解しろと言っても難しいのではないかと思います。極力制度を簡素にして、民主主義的な意思決定ができるようにしていくということを中期の改革目標に掲げられたらいいなと思います。

4番目です。再分配を強めていく方向というのは、今後高齢化なども進み、所得格差も出てきている中で必然だと思いますが、とすればより一層の所得捕捉の公平性が求められると思います。これも同時に改革として進めていくことが必要であろうと思っております。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、榊原委員、よろしく願いたします。

○榊原委員 榊原です。国民会議の議論の時間配分が医療と介護に多く割かれているというのは、その部分の具体的な改革の議論が必要であるからだと理解しています。ただ、国民会議に要請されている改革のテーマはそこだけには限られていないはずであるという観点から、社会保障制度改革推進法にある要請事項、つまり、持続可能な社会保障制度にする、負担の増大を抑制しつつそういった改革を実現する、税金や社会保険料を納付する立場に立って改革する、その観点からの主張をさせていただきたいと思います。

言いたいことは一枚紙に平易にまとめてありますので、ご覧いただければ、



もうここにいらっしゃるような方たちは、特に（１）と（２）については、何を言わんとしているのかということはお読みいただいただけでおわかりになると思います。つまり、これまでの社会保障制度の改革の中で、何度も議論し指摘されていた事柄がそこにありますし、様々なデータなどの裏づけもあり、こういった改革が早急に着手されるべきであるというような課題ばかりであると思っています。

なぜこういうことを改めて申し上げたいかということの説明させていただきます。私は介護保険制度の創設のころから2005年ぐらいまでは、政治・行政の場で社会保障政策がどういうふうに決定されるのかという取材をしていたのですが、2006年ごろから2007年ぐらい、子どもや子育て世代、若者たちの取材を主に現場を歩きながらしてきました。その中で、日本の合計特殊出生率は過去最低の1.26という状況になり、その中で育児不安な奥さんを抱えて仕事を手放さざるをえなくなった会社員の男性にも会いました。家庭か育児かという二者択一の選択を迫られるのは、もはや女性だけではない、男性にも同じ状況が起きているということを経験している中で感じました。

また、リーマンショックが起きた後、派遣切りされた人たちの取材を、年越し派遣村でも、それ以外のところでもしました。リュック1つで町を漂流するような若者が増えている。家族ぐるみで派遣社員として働いていたのに、子どものインフルエンザをきっかけに、社員寮からも仕事からも追い出されて路頭に迷うような親子にも出会いました。DVで逃げたシングルマザーが、息子さんと食費を切り詰めて、塾代を出すために、納豆ともやしと豆腐だけの食事をしているというような方たちにもお会いしました。また、2～3世代にわたる貧困と虐待の中で、乳児院や児童養護施設に送られてくる子どもたちの状態が非常に重くなっている、非常に重い課題を抱えた子供がかつてないような状況で増えているという現状も教えていただきました。つまり、社会保障制度からこぼれて社会の底辺で必死に生き延びようとして苦しんでいる若者、子ども、現役世代が増えているということをお教えしてもらいました。

高齢者給付に偏った現行の制度では、負担と受益のバランスが悪くだけでなく、社会保障制度を真に必要とする人々が高齢期以外のところにも増えているにもかかわらず対応ができていない、と理解しました。つまり、現行制度を効率化、重点化するだけでは、こうした日本の現実には対応が不十分である。早急に、既に言われている全世代型の対応ができる社会保障制度への転換をしなければいけない。（１）と（２）に書かせていただいたようなことの具体的な検討に素早く入るべきではないかと思っています。

若い世代の人たちが税と社会保障の一体改革の対話集会に来て何と言っ

ていたのかということを変更して思い出したいと思います。政府関係者から聞いたところ、計算上、年金も医療も介護も、将来も大丈夫ですと説明しても、自分たちは払ってもどうせもらえないのでしょうか、今の高齢者よりずっと損をするのだったら、自分は自分の保険に入ったほうが良いというような意見が大変多かったと聞いています。つまり、制度が専門的に考えてうまく構築されているかどうかではなくて、若い世代、現役世代の納得や見通しが得られないような社会保障になっているという現実を直視し、この納得や見通しを持っていない人たちに対してのきちっとしたメッセージが出せるような改革のまとめをしなければいけないと思っている次第です。

(3) のところ、高齢期の生き方を応援しつつ、地域貢献、社会貢献を引き出す工夫が必要であると書かせていただいたのは、若干これまでの議論とは違う点です。というのは、高齢者給付に偏っている社会保障制度を改革しようというのは、恐らく専門家の方たちの間では認識の一致はあるのだと思いますが、当事者の方たちの理解を得るのは大変難しい。消費税率の引上げすらこんなに難航してきた。そうした高齢期の方たちや中高年、これから社会保障の高齢期の受給に入る人たちの社会保障制度の理解を進めることが必要であると思っています。昭和時代の古い社会のイメージを持ったまま、社会保障給付は自分たちの頑張ってきた報酬であると理解している方が多いというのが、私の取材してきた実感です。

なので、提案の1つが、年金受給とか介護保険の開始のときなどに、自治体で手帳をもらうときに一律シニア学級を受講していただく。例えば母子手帳をもらった妊婦たちが母親学級を受講するのと同じような仕組みで、一律、高齢期に入った人たちにシニア学級に参加してもらい、家事力の養成、世代間の連帯である社会保障の実態の理解などもしていきつつ、各種の地域のサポーターとして頑張ってもらえるような力の養成につなげていく。それを各自治体の責務として取り組んでいただく。こういった地域の助け合い活動を活発にする中で、例えば介護保険のカバー範囲の見直しなどをやっていくことができるのではないかと考えています。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。それでは、ただいま駒村委員、西沢委員、そして榊原委員からプレゼンテーションをいただいたところでございますが、お三方のプレゼンテーション踏まえまして意見交換をして参りたいと思います。どなたからでもどうぞ。では、大日向委員、そして宮本委員。

○大日向委員 ありがとうございます。まず、榊原委員が現役世代・将来を担う子ども世代の目線から社会保障制度を改革する必要があるとおっしゃった

ことに同感いたします。そして、レジュメの最後に、保育所の待機児問題への対応強化、生活困窮者への支援強化をお書きになっています。この保育所待機児童への対応強化は本当に喫緊課題となっておりますが、この点に関しましては、次回、少子化問題を考えるときに私からもお話をさせていただければと思います。

もう一つの生活困窮者への支援強化という点に関して、先ほど駒村委員が難病、小漫への対策でおっしゃったことに全く同感いたします。この難病、小漫への対策は、駒村委員がご指摘のように障害者福祉の陰に隠れてこれまで十分な制度としての構築に向けた努力がなされてこなかった点があるのではないかと思います。私は親子関係とか家族問題を児童福祉の観点から研究しておりますが、難病とか小児慢性疾患を抱えた親、家族が本当に大変な苦勞をしてらっしゃいます。対策を放置してこれ以上、不条理な苦惱を強いてはいけないと思っております。

社会保障制度のあり方を考えるときに、皆様おっしゃるように確かに財源は限られております。したがって、合理化、効率化、無駄を省けるところは省くことは是非とも必要だと思います。でも、その一方で、不条理は見捨てないというメッセージを国民会議は是非とも出すべきではないでしょうか。合理化、効率化を進めて無駄を省く、その一方で、人が人として生きるうえで不条理な苦惱は社会がさせないというメッセージも是非国民会議の議論として出していきたい、駒村委員が言われたことですが、社会の成熟度を示さなければいけないと私も思っております。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。では、宮本委員、どうぞ。

○宮本委員 ありがとうございます。駒村委員から生活保護への流入を防ぐためにも医療や介護の最低保障の枠を再編していくという御提案がございまして、これも大変大事な観点だと思います。今、生活保護制度を見ますと、要するに事実上1つの医療制度になりつつあるといっても過言でない状況があるのではないかと思います。高齢者の9割以上が医療扶助を受けているのみならず、これは榊原委員から現役世代支援というお話もございましたけれども、若年層、20～59歳までで保護を開始した若年層も4割が傷病を理由にしているわけでございます。結果的に生活保護の扶助費のうち、半分近く、1兆5,000億円ぐらいが医療扶助になっているという現状があるわけでございまして、これに対応していく必要がある。

今、政府の中では、例えば福祉事務所に医療の専門家を配置して、そこで医療扶助の受給に対してアドバイスをしてもらおうという議論があります。こ

れは不正受給を防ぐという意味も大切ですし、保護の受給者が健康を回復して元気に社会に参加できるようになってもらう、その観点からも大変大事な試みだとも思います。

あるいは総合相談事業、各地域で開始して、生活保護の受給者あるいは受給の申請に際して医療のアドバイスをしていくという試みも準備されているように理解しています。これは榊原委員の言い方をお借りするならば、皆保険、皆年金を維持するためには皆労働、皆参加、みんなが元気で社会につながっていくことが大切であるという、まさに資源でございまして、そうした観点からも、今、医療制度に転化しつつある生活保護制度に対して、やはり医療政策としてきちっと目配りをして、地域の人々、特に若者たちが元気に社会につながっていくための条件づくりを行っていく、これを是非国民会議でも一つの問題意識として共有できればと思います。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。では、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 どうもありがとうございます。遅れてきて申しわけございません。今日は都合により途中で退席させていただいたので、一言だけお話しさせていただきたいと思ひまして、駒村委員のところが一番顕著に出ているのですが、短期・中期・長期の視点から改革の議論を行うべきということをも是非私も賛同したいと思います。社会保障改革はその場かぎりの戦術であってははいけません。長期的な改革の戦略を持つことが重要です。ある意味では軍事的な戦略と似た面があると思います。今すぐできること、そんなに大きなリスクを冒さないでやれるようなことと、本当に厳しいところまで追いつめられたときに、その場合には最後に大きく判断してやらなければいけないことということなど、改革の手法にはいろいろなものがあります。できるだけ改革の戦術としての手数を手持ちに持っておけるかどうかということ極めて重要だと思うのです。その上で、戦略的に改革を進めていく必要があります。

日本は今後とも長く高齢化に対して変化していかなければならない。医療の改革が一番わかりやすいのですけれども、多少議論はあるにしても合意が得やすい、あるいはすぐに成果が出るような政策はいくつかあります。

一方で、大きな成果は得られるかもしれないが、相当長い時間をかけて議論しなければいけないような改革の具体策もあります。今からすぐ議論しなければいけないし、場合によっては政治的な合意が得られずあきらめる必要があるという改革案もあるかもしれません。

そうした例として一番わかりやすいのは増税ですね。最後に、もうどうにもならなくなったらさらに増税するというものもあるかもしれない。

合意にいたるのは難しいが、長期的には非常に重要な改革の課題の例は他にも多くあります。終末期ケアのあり方などはそうした例でしょう。今の時点で何らかの合意があるわけではないが、将来どこかの時点までには議論をする必要があるかもしれない。

さらにもう一つの改革案のタイプとして、いますぐ検討する合意は得られても、それが実際に成果を出すのにはそれなりの時間がかかるというものです。

医療供給体制の改革はその典型的な例でしょう。こうした点に大枠で異論は少ないとしても、具体的にこれらを進めていくのは容易ではないし、成果が出るまでにはそれなりの時間がかかる。ただ、今すぐにでも着手する必要はあります。

改革はともすると目の前の問題に対応するために、やれることからやっていくという場当たり的になりがちです。それではいけない。せつかくこれだけの専門家の方が集まって、これだけ大きな議論をしているわけですから、短期・中期・長期というのか、あるいは戦略的に見てすぐやれそうなこと、しかし、難しそうな、やるには非常に抵抗があるかもしれないけれども、今から国民の議論をやっていくということという形で、できるだけ手数、シークエンスみたいなものをしっかりとれる方向の議論を固めていくことは極めて重要だと思います。最後の報告書の中で、そうした戦略的な方向性が出せれば素晴らしいと思います。

○清家会長 ありがとうございます。ほかに御意見。では、権丈委員、そして駒村委員はいろいろお答えも含めてということでしょうか。

○駒村委員 はい。

○清家会長 では、権丈委員、お願いします。

○権丈委員 2点、お願いします。1つは、私は社会保障の教育推進に関する検討会というのをやっております。そこで社会保障に対する不信感がこんなに強いのはなぜだろうか、年金に対してこういうふうにもみんなが何となく私たちから見ると間違えて理解しているのはなぜだろうかということを考えていくときに、これは学んだことがないからだよねというのが根っこにあるのです。だから、高校とか中学校で社会保障を学ぶことができる機会をしっかりと設けていこうと。そして、その中でちゃんと制度を教えていこうということでワークシートとかいろいろ作っております。

そういうことから考えていくと、昔からある物の考え方というのが、こんな年金を若者が許すはずがないとかということ、大人が若者の気持ちを慮って先生たちが言うわけです。けれども、そういう先生の理解そのもの、大人の理解が間違えていたりするのです。だから、我々大人が気をつけなければいけないのは、社会保障に対する不信感がある、社会保障に対して、年金に対する不信感があるとかというときに、若者の気持ちを慮っているのはいいのだけれども、そこに本当の理由があるのかというのはひとつ大人が考えていったほうがいいと思うのです。

今日出てきた話では、西沢委員のところでは複雑だから理解できていないというのがあるのですが、そんなに複雑かなというのがあって、学んだことがないのが大きいかなというのがある。第1回目ときの駒村委員の発言もあって、今回のところも読売の新聞でもあるのですけれども、25年以降の見通しが立っていないから、若い世代の将来への不安を掻き立てている。それもあるかもしれないけれども、そういう理由で断定的に彼らが不安を感じているとかいうところは、我々は大人はもう少し考えて、理由はこうではなかろうか、もしかして何も学んだことがない、知らなかったのではなかろうかというところから議論してもいいのではないかなというのを社会保障の教育推進に関する検討会の座長として発言して、何も予算は要求しませんのでお願いしたいと思います。

もう一点ですが、西沢委員が4番目のところで非常にいいこと、私が共感できることを書かれております。保険料負担者、納税者の公平感の一段の配慮というところで、ちゃんと所得を捕捉しましょうよということを書かれております。これは駒村委員のところでもちゃんと保険料の賦課のところはしっかり考えていきましょうということをやっています。この点が余りにもずさんになっているのです。ただ、ここのところで資料4の22ページを見まして、これは駒村委員が提出した資料と同じものなのですけれども、ここには第1段階の保険料が低くなっている人、第2段階、第3段階とあります。第1段階、第2段階の保険料が低くなる基準は、やはり市町村民の課税所得なのです。この課税所得を基準にして保険料、所得が低い、低所得者だと言っている。こちら側では課税所得を基準にして低所得者だと言っているところで、この課税所得そのものの捕捉が非常におかしいからちゃんとやりましょうという議論がある。

もう一つは、老健局あるいは介護保険政策全体を見ると、補足給付になってくると、その低所得者を見極めるための課税所得そのものが結構あいまいだから給付は見直したほうがいいのではないかと、あるいは課税所得のところに資産とかいろんなものを加えたほうがいいのではないかとということになっ

ているのです。私1人の人間から言うと、1人の人間が同じことを言うことはなかなか難しいのです。おかしいと言って給付を削除したほうがいい、あるいは資産の見直しとかいろいろな形で非課税所得のところの課税の基準を見直さなければいけないと言う。片一方では、低所得者がいるからちゃんと税を使ったほうがいいと言う。ここをどう議論するかというところはものすごく重要なところで、このところで第2回目の国民会議で山崎委員が低所得者とは一体どういうものなのかというのを見直してくれということを発言されたことに非常に共感を持つわけです。そこら辺のところをしっかりと、この点に問題があるということを認識しているかどうかというのが実は社会保障論者を右と左に分けていくのです。

だから、低所得者対策が大切だということはおそらくみんなが思っていると思う。最低所得を保障するような制度は必要だというのはみんなが思うとは思いますが、ではどうやって実行すればいいのかということになってくると、その目標がなかなか現状では達成できないというところをシビアに考える人がいるか、それともすっ飛ばした形で議論していくかというのが、私は究極的な議論を言えば政権交代まで起こしたのではないかというぐらい大きな問題だと思っておりますので、このあたりを国民会議の中でも議論していただければと思います。

○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、権丈先生がおっしゃったお話は大変重要なお話だと思います。まず同じ政策目標を共有するというのが大変重要だと思います。問題把握と政策目標の共有というのが大事で、そこに対してどういう道があるのか、道を探るのも重要だと思います。道はいろいろとあると思いますので、原理主義でどちらかから行かなければいけないとこだわるのではなくて、現実的な道を皆さんで探すというのが大事だと思いますので、問題を克服するためにいろいろな登山口がありますというのを申し上げるのは別におかしい議論ではないと思います。

榊原さん、西沢さん、あとでお話する宮本先生のお話全部に関わる、あるいは今の権丈先生のお話にも関わる話であると思いますけれども、榊原さんからシニア大学の話、新しい情報を提供する必要性をお話しました。西沢さんからわかりやすい説明の工夫をするべきであるという指摘です。宮本先生からは後ほど討論型のお話があつて、国民がきちんこの議論にかかわっていけるようにすべきであるという議論があるかと思います。

国民が社会保障制度を信じてくれないということでありまして、政

府は国民を信じて正しい情報、正確なわかりやすい情報をこれまで提供、提示してきたのか。このどれかにおいて問題があったのではないかと思います。今、権丈さんがおっしゃったように、子供たちにどれぐらいきちんと社会保障に関する情報を出してきたのか。あるいは高齢者の方に、自分がもらっている年金というのとは一体どういうものなのだとすることを理解していただく努力をしてきたかどうかというのをやや疑問に思っております。

国民だけではなくて、企業も特に長期の社会保障制度が見えないということに対して攪乱要因である要因であるということを経産省のアンケート調査でも答えているような状況ですので、この部分が大事だと思います。さらに医療あるいは介護で様々な診療報酬の工夫が行われる、そこに様々な加算の議論が現実に行われているし、実際に今後も議論もあると思います。些細なことかもしれませんが、国民のほうで診療報酬の加算によって追加費用を負担するときに、この診療報酬の加算は何の意味で入れた加算なのかということが理解できているのかどうなのか。そういう意味では様々な局面で社会保障の現状、動向を国民に理解いただけるような議論の進め方が必要ですし、情報の提供も必要だと思います。

最後に、上から目線の議論では絶対いけないと思います。1950年の社会保障制度審議会の序文の大内兵衛先生の文章を読ませていただくと、国民に、我々は一生懸命ここで議論したのだけれども、疑義があればどうぞ国民からも意見をいただきたいと投げかけております。国民と双方向の議論を行い、国民から信じられるような仕組みにするためには、情報、議論の進め方も大事かなと思っております。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。ほかにございましょうか。山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 権丈委員がお話になったことですが、榊原委員の中に高齢期集中型から全世代対応型へ切り替えなければいけない、そして年齢別から経済力別への負担の原則を転換しないといけない。経済力別というのは負担能力に応じてということかと思うのですが、その歪みを発生させている一番の原因は年金税制、年金課税の考え方だろうと思います。要するに給与所得であるか年金収入であるかによって控除の額が大幅に違うわけですから。給与収入であれば最低65万円ですが、年金になった途端に120万円だということですし、さらに引き上げるべきだというようなこともおっしゃった政党もあるわけですから。

遺族年金が非課税になっているということですから、それが高じて、



第1号被保険者の62%が非課税となっているのですが、サービスを利用するという世代になりますと後期高齢者になりますと、施設に入りますと、しかも世帯分離をしますから、大体特養で8割程度がお気の毒な低所得のお年寄りということになりますと、どうも実感と合わないということでございますから、ここで榊原委員の提案されていることは一体改革の中で一貫して論じられてきたことであります。まず年金税制の見直しから着手しないといけない。ただ、いきなりは難しいと思いますから、経過措置を置きながら着実に進めていかなければ世代間の公平が確保できないと思っています。

○清家会長 ありがとうございます。ほかにはよろしゅうございますか。それでは、次に移りたいと思います。少し時間の関係もございますので、また後でただいまの続きの議論はすることもできますので、ここで日本医師会の横倉会長を交えての議論に進みたいと思っております。

それでは、この時間を利用いたしまして、少し御報告もさせていただきます。まず、前回の国民会議におきまして実施方針を決めました意見募集の件ですが、具体的な要領などについて事務局と相談いたしまして、4月11日に国民会議のホームページ上で意見募集を始めたところでございます。5月15日までの約1カ月強、意見を募集することといたしましたので御報告をさせていただきます。

#### 【横倉会長、高橋教授入室】

○清家会長 それでは、第2部に移りたいと存じます。本日は、大変お忙しい中を日本医師会から横倉会長にお越しいただいております。

また、この後の第3部で権丈委員と共同でプレゼンテーションを行っていただきます国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授にもこの時間から御出席をいただくことといたします。

まず、横倉会長、本日はお忙しいところを御出席賜りましてありがとうございます。厚く御礼を申し上げます。

進め方でございますけれども、最初に第2部におきましては、横倉会長から御発言をいただきまして議論を行うという形で進めて参りたいと思っております。委員の問題意識などについては事前にお伝えをしているところでありますけれども、今回の趣旨は、いわゆるヒアリングというようなものではなくて、日本医師会の御意見をお聞かせいただくというよりはお互いに議論を深めさせていただきたいという趣旨でございますので、よろしく願います。

それでは、早速ですが、横倉会長から御発言をお願いいたします。時間に限りがございますので、まことに恐縮でございますが、5分程度でお願いできればと思います。よろしくをお願いいたします。

○横倉会長 今日、こういう会にお招きをいただきましてありがとうございます。また、3月27日には日程の調整がつかせんで出席できせんで申しわけございせんでした。また、その際、今村聡副会長を出席させいただきまして、また必要なところの発言をお認めいただいたことに御礼を申し上げます。さて、お手元に資料を置いておりますので、それに沿いまして簡単に御説明をさせていただきます。

まず、日本医師会という組織について少しお話をさせていただきます。日本医師会は、我が国医師を代表して医療界全体をリードする唯一の団体であるという位置づけを私どもは持っております。その矜持を持って多くの関係団体の連携のもとに、これまでの我が国の医療というものを実行させていただきました。今後も日本医師会が国民の健康と生命を守る専門家集団としての役割を担う、その責務を果たしていくために、私は会長になったときに継続と改革、そして地域から国へと、この2つをスローガンとして挙げ、そして国民とともに歩む専門家集団としての医師会を目指すということを掲げました。

継続ということは、お手元の資料の2ページにも歴史的なことを書いてございますが、医師会設立の本意である、医師会は国民の生命と健康を守るために存在する専門家集団として実行し続けていくということであります。また、改革とは非常に早いスピードで進行しております医学、医術の進歩によって得られる恩恵を国民の皆様が適切に享受できるよう新たな仕組みを提案し、その実現を求めていくこととございます。

3ページ目まで日本医師会の組織図等々について書かせていただいております。医師会は全国の各地区医師会、889の地区に分けてございます。そして、そのうち大学の中にある医師会が60ということとございます。また47都道府県に医師会があり、それを日本医師会が統括する形であるわけとございますが、会員の数には上に日本のレベルになるとだんだん少なくなっていく、地域の医師会には約20万人弱の先生方が加盟していただいているということとあります。

4ページ、日本医師会の政策の判断基準ということで、昨年4月に会長になっていろいろと経過する中で、今後、日本医師会の政策の判断基準は、1つには国民の安全な医療に資する政策なのかどうかということ、もう一点は、公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策かと、この2点を政策の判

断基準に置いて今実行しているところでございます。

5 ページ、実は国民が考える医療の重点課題ということで、日本医師会では3～4年に一度、国民へのいろんな調査をし、その時点、その時点での医療への問題点を把握させていただいております。これは直近、昨年4月に発表した資料でございますけれども、こういう重点課題を国民の皆様方が持っていたらよかったということで、それに対応する形で特に子育て世代の求められる夜間休日・救急医療の整備ということについては、地域の医師会による初期救急医療体制、また地域の医師の方の小児科以外の専門の先生方に小児科の研修をさせていただいて、地域によって非常に不足する小児科医師のサポートに入ってもらおうというようなことが実施されておりますし、また高齢者をお持ちの家族にとっては、どうしても高齢者の方のケアをできる場所が欲しいということについては、いろんな施設や在宅の地域連携づくりに医師会は一生涯懸命取り組もうということで行っているわけでありませう。

6 ページ、実はかかりつけの医師の有無ということをこのときの調査で聞いております。このように世代別で相当の差がございますけれども、50歳台になると半分はかかりつけの医師をお持ちであるということでございます。

私どもはかかりつけの医師ということについては何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う幅広い総合的な診療能力を有する医師をかかりつけ医と定義しているところがございます。それが8ページに定義を書いておりますけれども、そういうことでかかりつけ医の先生方には日常の診療において疾病の早期発見、重症化予防といった適切な初期対応を行うとともに、地域の医療・介護資源に応じて専門医の紹介、症状改善後の受け入れを行うとともに、他職種間の連携を組んでいくということでありませう。

9 ページ、これらが私どもが考える地域医療、日本の国も狭いようで広うございまして、いろんな地域事情があります。地域の医療資源も様々違う中でどうというような地域医療を組んでいくかということではありますが、国のほうでもいろいろお考えでいろんな政策を実行しているわけがございますけれども、そういう際に一番重要なのは、国民のそばにいつもかかりつけ医がいるということが一番重要ではないか。かかりつけ医の役割というのは先ほど述べたようなことでありませうし、そして専門医療機関の紹介等々、また様々な医療・介護施設等々の連携ということにかかりつけ医の先生が力を発揮していただけるような仕組みづくりに取り組んでおります。

実は10ページにありますのが、私は福岡の出身でございますけれども、福岡県医師会で私が約20年間役員をして参りました。その中で、かかりつけ医

ということをするためには一定の責務が必要である、そして質の担保というのはそれぞれの医師会で十分行わなければならないということで7つの約束事を国民、県民の皆さんに約束しようということで、右にあるようなポスターを作って掲示する。そのかわり、それだけの責任をみんな持ちましょうということでやっております。現在、約3,500~3,600の県内の医療機関がごさいますけれども、そのうちの1,400の医療機関がこれを実施していただいているという状況でございます。

11ページ、このかかりつけ医の研修というのには、1つには日本医師会の生涯教育研究制度の活用により医師会が中心になって行うべきであると思っております。そして、日医の生涯教育制度は昭和56年以来、進歩する医療・医学を生涯学習する仕組みとしてスタートしたわけでありましたが、平成20年度に一般目標ということで学習の目標を立てました。頻度の高い疾病と障害、それらの予防、保健と福祉など、健康に関わる幅広い問題について、我が国医療体制の中で適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる総合的な診療能力を有する医師としての態度、知識、技能を身につけるという一般目標のもとにカリキュラムを組んでいるわけでありす。

実は生涯教育講座は全国の都道府県では1年間に5,823演題が行われているということでございますし、これと別に地区地区の医師会では月に3~4回の研修を行うということでございます。そういうものを利用しながら質の向上を行う。もう一点は、今後の超高齢社会の中においては非常に在宅医療が重要になってくるということでございます。在宅医療を支援するため、昨年度から在宅医療支援のカリキュラムを定めました。前年度、在宅医療支援フォーラムを開催したのでございますが、今年度、これの指導者研修をして、47都道府県で在宅医療支援という立場からのかかりつけ医の研修を行っていくということを考えております。

さて、高齢社会になりますと12ページにあるように非常に有病率が高くなっていくわけでありす。この高齢化に伴って地域医療にどう影響を与えるかということでございます。幸いにして私どもは今までの経験の中から、年代別、性別の疾病の発症率、どういう疾病になるかということについてはできております。そういうことで、予測の中から今後しっかりとそれぞれの地区で、また都道府県で計画を立てていかなければいけないということを思っているところでございます。

実際には日医総研と高橋先生の御支援等々で全国の二次医療圏全ての今後の予測を立てることができました。これを全国の医師会に提示して、ことしの4月からスタートした医療計画を策定する際のデータに応用してほしいと

いうことで、それを利用していただいているということでもありますし、今後さらには診療科別のあり方、医師等々についてもデータとして出していこうと進めているところでございます。

そういう中で、やはり社会保障・税一体改革で示されました病院の病床機能をどうするかということや、在宅医療の推進等につきましても、1つは議論が出る医療法上の位置づけをどうするかということも必要でありますし、もう一つは、現在まで診療報酬の中で様々な高度急性期の入院基本料という形でいろんな区切りができてきました。ICUの医療管理料とか、CCUの管理料等々できてきました。そのような診療報酬の手当により地域で私が医療をしている中では相当に機能の明確化は少しずつできている、これを今度医療法でサポートするかという段階ではなかろうかということをおもっているところでもあります。病院病床の機能区分は基盤整備と同時に、診療報酬上の手当の双方を両輪となって動かしていかなければいけないのではないかとおもっているところでもあります。

14ページ、実は生涯保健事業の体系化ということを書きました。これは今からの高齢社会の中では、健康寿命を延ばしていくということが非常に重要であろうとおもいます。元気に高齢期を迎えて、そして生きがいを持った形で過ごし、最後には皆人間は亡くなるわけではありますが、亡くなる直前までは元気に社会生活ができるというような健康寿命が非常に重要だと思うのであります。実は私も日本では様々な健診が年代別に行われております。しかしながら、それぞれ実施主体が違う、また所管が違うということで継続性がないわけです。本来、健康寿命を延伸するためには健診と健康教育ということが切れなわけですから、こういうものの継続性をどうか作っていただきたいという思いでこういう表を出させていただきました。

15ページに提案ということで、現行制度の課題とあるべき対応を書かせていただいております。

16ページからが一番の問題の医師不足の件についてお話をさせていただきます。私は昨年から地域医療の再興ということで、地域医療の崩壊と言われたものをもう一遍立ち直すのが我々の役割だと様々な活動をしておりますが、その障壁となるのは医師不足・偏在の問題であります。この医師不足・偏在につきましても、ここに①～⑧まで書いておりますように、医学部の入学定員を増やすということで、実際今1,400人入学定員を増やしていただきました。多分増やしていただいた医学生たちが社会に出て国民の皆様方の医療に役立つようになるにはあと数年時間が要ります。これは学生が6年間学生生活をして、また初期臨床研修が2年間、その後それぞれの専門研修をしながら医療を実施していくわけですので、少しタイムラグがあるわけであり

ますが、1,400人増やしたということが徐々に有効になってくるだろう。その中で地域枠ということで医師不足の県においては、地域枠を増やしていただくことで将来その県で仕事をさせていただくようなことを考えていただいております。

そういうことをいろいろ考えて1つずつ行っているわけではありますが、次に医師偏在解消策の一試案が17ページに書いてあるのですが、これは実は被災地である東北地方で非常に医師の不足が続いております。これをどう解消するかということでありますけれども、こういうことにつきましては現在の地域医療支援センターの機能強化ということが必要で、また医師派遣の動きを国が強力に支援すべきであるということでもあります。さらに医師不足地域における対策としては、医師不足地域の医学部に地域医療再興講座を設置することによって、大学医学部における役職・身分を保障してキャリアアップにつながるような仕組みづくりをする。そこに所属して医師不足のところに出ていくということ、その地域医療再興講座については、国が通常の運営費交付金以外に出していただくことで解決がつくのではないかとということでもあります。

18ページには医師の養成ということで、5年生、6年生の実習を十分やっていたかどうかというようなこと、臨床研修の1年目、2年目にプライマリ・ケア能力をしっかりとつけてもらうということを書いておりますし、19ページ、20ページにはそういう中で新しい都道府県地域医療対策センターを設置して、医師不足・偏在に対応してはどうかと述べていることとございます。

実は以前、医師会で地域における診療科偏在をなくすためにいろいろ努力してきた時期がありましたけれども、21ページに書いておりますように、公正取引委員会から独占禁止法上に抵触するという指摘を受けて、医師会だけで適正配置を努力するということができなくなりました。これを行政と住民と医師会等が協力することでこういうことが可能になるような仕組みづくりが必要になってくるのではないかと考えております。

最後に、医療費について少し述べさせていただきますが、22ページは御案内のとおり、日本の医療費はそう大きくはないということと、23ページには徐々にジニ係数が拡大している中で、所得再分配を社会保障によって改善しているということは御案内のとおりだと思います。

24ページには、日本の医療保険制度、自助・共助・公助という形で、財源的にはこういう3つの財源が大きくあるということとありますが、その中の問題として、1つは25ページにありますように、被用者保険の保険者別の保険料率にかなりの差があるということとあります。

25、26ページにそこら辺のどれぐらいの差があるかということについての

記載をしているところでありますが、100%以上のところが0.9、一方で60%のところが4.7というように相当の差があるということも事実でありますから、そういうものをならしていくことによって負担の公平さを図ることができないかということです。

27ページには「後期高齢者支援金の総報酬割について」と書いておりますけれども、被用者保険者間の負担の公平化を図るために、こういう後期高齢者支援金の全面報酬割を導入すべきだということで、これだけの財源的な余裕が出るのではないですかということ。

28ページには、事業主の負担が大きいのだという声をよく聞くわけでございます。しかしながら、国民医療費の財源別構成比を見てみると、事業主保険料は少しずつ縮小しているというのが現状であろうかと思えますし、昭和36年に国民皆保険をスタートしたとき、まさに日本の国は経済発展途上の道にありました。そのときに国民皆保険というものを作るということでの社会の安定、発展をさせようという決断をした当時の為政者の方、また労働者代表や経済界代表の方には非常に敬意を払うわけでございます。

一方で、医療というのは単なる消費ではありません。29ページにはよく御案内のとおりであります。生産波及効果額を書いております。

この不況の中で30ページにありますように、医療、福祉で雇用を伸ばしてきた、支えてきたということも言えるかと思えます。そういう意味で、必要な社会保障という中で、効率的に運用する必要がございます。それと同時に、医療はそういう社会効果があるということも事実であるということ御理解いただければと思う次第であります。よろしく願いして、時間が長かったです。ありがとうございました。

○清家会長 どうもありがとうございました。それでは、議論に移りたいと思います。委員の皆様、どうぞ御自由に御質問、御意見を申し上げます。では、神野委員、どうぞ。

○神野委員 どうもありがとうございました。今日、お触れにならなかった論点なのですが、これまで私どもが関連する団体の方々からヒアリングしたうちに重要な論点の1つとして国保、国民健康保険の問題について2点ばかり医師会の御見解を頂戴できればと思います。

1点は、国民健康保険の保険者、市町村から道府県に移していく。これは保険料格差の問題とか医療サービス体制の整備の責任者を一致させるとか様々な根拠はありますけれども、保険者を移していくということについてどう考えるか。

先ほど総報酬割の導入についてということはお触れになったのですが、その浮いた財源の使い道、投入先でございますが、いわば現在の国民健康保険、というよりも国民皆保険のラストリゾートに国保がなっておりますので、ここの財政の立て直しに投入すべきではないかという意見と、いろいろ割れておりますが、ここについて医師会はどういう御見解なのかという2点についてお考えを頂戴できればと思います。

○清家会長 今の神野委員の御意見と関連する御質問はございますか。よろしゅうございますか。それでは、横倉会長、どうぞ。

○横倉会長 まず、国保の保険者を市町村から拡大するかどうか。私は地元の、当時町でございましたが、人口1万5,000~6,000の町の国民健康保険運営委員をしておりまして、約十数年間させていただきました。小さな市町村では非常に大変な思いで運営をしているということはよく承知しております。実はこれを解消するためにどういう道があるか。やはり広域化しかないだろうということで、都道府県に拡大するという事は非常に重要なことだと思います。

先ほど述べましたように、私は福岡の出身であります。福岡も福岡市という大都市もあれば、私が住んでいるようなところの小さな地域もある。そこで保険者を1つにするということは、実は後期高齢者医療制度を県単位で一本化しているわけです。そういうことで、私どもの町だけを考えるとかなり財政的には安定して運営を行ったということもございますので、広域化というのは非常に望ましいことかと思えます。

もう一つは、御案内と思いますが、『ランセット』というイギリスの医学誌がございます。一昨年、日本の皆保険50周年を記念して日本特集を出しました。その中の提言の中に、負担と給付のバランスを日本の皆保険でとるためには、都道府県単位にするのが1つ、もう一つは、医療給付のことを考えるともう少し広域化したほうがいいのではないかというような提案もその中でされているということがございます。そういうことで、まず市町村だけでやるということはかなり無理が来ているというのは事実だという理解であります。

それと、総報酬割をした場合、財源に余裕ができたときにどう使うかということでございますが、当然医療費の財源というものが非常に厳しい中での話であるということであれば、先生おっしゃったように国保が最後のラストリゾートということであるならば、全体、保険制度にかかわらず当然そういうものを投与していくということが必要かと思っております。



日本医師会の昔々からであります、保険の一元化ということ武見太郎先生の時代からの主張でございますが、そういうことをずっと唱え続けてきたということでございます。そういうことが将来的には必要かなと思っております。

○清家会長 では、神野委員、どうぞ。

○神野委員 一元化というのは、今、職域別などに分立しているものをまとめるという意味での一元化と理解してよろしいですね。

○横倉会長 はい。ですから、雇用者保険は雇用者保険、まず第1段階、第2段階、第3段階とあるかと思いますが、徐々にそういうことを目標に、国民全てを支えるというような制度にしていただければということになります。

○清家会長 ほかに。では、まず大島委員。

○大島委員 今日は本当にありがとうございました。医師会が医療全般を全方位的に本当に考えなければいけないということの大変さを改めて感じさせていただきました。

会長が冒頭お話しされましたように、56%の医師の団体が医療界全体をリードする立場にあります。そして、代議員会の演説の中でも、国民の生命と生活を守るための専門職団体であるということをはっきりと表明されておりますが、私たちも同じ医療人としてそういう目で医師会を見ておりますし、私の個人的なことなのですが、うちのセンターと医師会と共同でやっていく事業が幾つかありますが、医師会が本気になってやるとものすごい勢いで事が進むということを実感しております。

ということで、その観点から少し御質問させていただきたいと思うのですが、今、国民会議がこのように開催されているということは、会長も指摘されましたように皆保険制度を堅持する。堅持するということは、どうも今は危ないぞという状況に今は直面しているという背景があると理解しています。その社会背景というのは、説明するまでもなく急速に進んでいる少子高齢化で、50年にわたる皆保険制度の制度疲労が明らかに出てきている。このまま同じ制度を続けていくというのは相当困難であろうと。しかも、高齢者がこれだけ増えてくるということになりますと、医療の中身そのものも見直さなければいけないということがはっきりと見えてきています。

これまでいろいろとマイナーチェンジというのか、リフォームというのか、

制度改正というような形で乗り切ってきたわけですがけれども、今回はとてもその程度の手の入れ方では無理だろう、ということは、ある意味でのリセットが必要な状況に来ているのだろうという理解をしているのです。ということになりますと、これは医療界全体がまとまってこの状況に対する現状認識を共有して、もちろん、それぞれ会員の団体ですから医師会は医師会員の利益を守るというのは当然重要ですし、病院団体は病院団体で病院団体の会員の利益を守るというのは当たり前ですがけれども、それ以前のレベルのところで大変な問題になっているということで、問題の共有をして、日本の医療全体のかじを切り替えなければいけないというような状況にあるのではないかと思います。このようなときに医師会が一体どういう役割を果たしていただけるのか、その辺についてのお考えを伺いたいと思います。

○清家会長 では、宮武委員は御関連の御質問ですか。

○宮武委員 よろしいですか。

○清家会長 では、恐縮ですが、宮武委員の御質問の後にお答えいただけますか。

○宮武委員 私のほうは、細かなようで私自身は大事だと思っていることを1点だけ教えてください。

かかりつけ医つまり家庭医と患者との間で1カ月幾らという定額の報酬を設定することについては、会長はその是非をどう考えておられるのか。実は高齢者医療制度創設のときに後期高齢者診療料というのが作られまして、それは医学管理とか簡単な検査、画像診断等に対する報酬であって、注射代や薬代を含んでいるわけではなかったのですが、デマも飛び交って誤解をされました。

1カ月6,000円という金額に対する反発もあったかと思いますが、それを乗り越えて、この先、かかりつけ医を定着していくためには、療養指導等のため定額報酬の導入が避けられないと思っておりますので、その点の御見解をお聞かせください。

○清家会長 では、横倉会長、お願いします。

○横倉会長 まず初めに、抜本的な医療改革をしていかなければいけないということは多分共通した認識だと思っております。実は、5～6年前、医療崩

壊が叫ばれました。立ち直るラストチャンスだという認識を今の時期持っております。そのために医師会が何をできるかということではありますが、私は固く信じたいのでありますが、医師たる者、医師になった時に、ある意味で自分の人生は国民の健康を守るために捧げるという決意で私個人は医師になっている。多くの医師もそうであると思っている。

そういう意味で、まず医師会としてやるべきことは、その基本的な医療倫理を会員の皆さんと共有できるような仕組みをしたい。実は4月1日から公益社団法人になりました。それで今度6月に最初の総会をするわけですが、そのときに私は日本医師会の倫理綱領を制定しようと思っております。医の倫理綱領というものは、医師個人個人の倫理綱領というのは以前定めておりましたが、団体として、組織としての倫理綱領、これは国民への約束というような位置づけをしているのでありますが、これについて今委員会で御議論をいただいて答申をいただいて、理事会決定をいたしました。6月の総会でそれを討議していただいて決定させていただくようにしております。そういう基本的なところをしっかりと医師会としてはやっている。政策については、冒頭述べましたように2つの国民医療を守るということ、安全な医療を提供できるかということについて、また皆保険を堅持していくという2つをベースにして考えていきたいと思っております。

宮武先生の後期高齢者診療料、実際、あのとき制定の説明を日本医師会の当時の担当の先生方から聞いたときは、私はそういう方法しかなかろうと理解しておりました。様々な誤解の中でああいう問題が起きてきたということで、それは非常に残念なことだと思っております。

定額制といいますか、人頭割を導入するかどうかといういろいろな問題が別に出て参りますので、ある一定の健康管理を行うためのコストはあり得るかなという理解であります。

○清家会長 ありがとうございます。山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 横倉会長、非常に介護に御理解がある方だと聞いておりますが、たしか最初からケアマネージャーであられる。どうもありがとうございます。今一番地域包括ケアと言っておりました、医療も含めた包括ケアを推進しようとしているわけですが、どうしても医療が手薄だと。今回の24時間対応のサービスの訪問介護、看護と言っているのですが、看護のところで事業者が苦戦しているという状況なのです。

今の地域の1つの拠点が包括支援センターになっているのですが、医療側にも拠点が欲しいということで、今、厚労省では在宅医療連携拠点というも

のをモデル事業で始めたところなのですが、私はこれを本格的に早急に全国に普及させて、医療側での連携拠点を作る必要があると思っています。

私、横浜市の介護の運協にかかわっておるのですが、横浜市の場合、幸いに医師会の協力があって、医師会立の訪問看護ステーションにこれを今年から設置するということなのですが、そういった取り組みを全国で医師会としても積極的に関わっていただけないだろうかという願いが1つ。

もう一つ、実は今遅いのだろうとは思っているのですが、これから医療・介護、両方にまたがる問題で一番遅れているのが認知症対策でございます。ですから、本来は年金、医療・介護、子ども・子育て支援プラス認知症対策というのが国家戦略として急いで打ち立てなければいけない時期であったのではないかなと思うのですが、これについて会長としてお考えがありましたらお聞かせいただきたいと思います。

○清家会長 では、横倉会長、よろしく願いいたします。

○横倉会長 まず介護保険創設当初からいろいろケアマネージャーの協議会の県の初代会長をさせていただきまして、実は私はケアマネの方々の指導者講習会に行ったものですから、指導者講習会を受けた人は試験を受けてはいけないというわけで私は資格を取らなかった。しかしながらちゃんとやって参りました。

そういう中で、今お話が出ました地域包括ケアの中での在宅医療の拠点は、多分大島先生のところで今いろいろ研修を日本医師会が協力させていただいておりますけれども、私はこれは医師会が率先してやることであるということで、実は25年度にかかりつけ医の研修の中に在宅のプログラムを作りました。7月に全国の47都道府県の指導者を集めてやる。それを持ち帰っていただいて各地区でやっていただくということを計画しております。ですから、こういう在宅医療、また地域包括ケアについては、地域の中で医師会が調整機能を持っておりますので、医師会の調整機能を利用しながら、是非やっていただければと思っております。私、自分自身が平成の初めからずっとそういうことをやってきましたので、これをやれるのは医師会だなという思いを非常に強く思っております。

認知症対策でありますけれども、実は私の地元の医師会というのは大牟田医師会といいまして、認知症のいろんな事業に非常に早く取り組みました。かかりつけの医師も認知症の研修を受ける。どうしても解決できないときに認知症の専門医療の理解を非常にしている先生方に紹介する、また施設とも協働するということで行っております。この認知症の対策というのは早くや

っていかなければいけないし、認知症で一番困るのは発見が遅れて、非常に症状が重篤化してという場合があるのです。そういうときに非常にみんな苦労されておりますので、早期に見つけていくということ、早期に環境づくりをしていくということが非常に重要だと思っております。

○清家会長 ほかに何か御意見はございますか。では、榊原委員、どうぞ。

○榊原委員 今日はありがとうございます。私は医師不足の関係のところで1点お伺いしたいです。2005年ごろに、妊婦が救急で搬送されても受け入れてもらえなくて大変危険な目に遭うという事件が相次いだころに取材をしまして、特に産婦人科医、医師が本当に不足しているという問題も取材しました。その時にわかったのは、日本の医師、国家試験の合格者の3分の1が既に女性になっているのに、なかなかその人たちの働きやすい職場環境というものが整えられていない。特に産婦人科医のように女性比率が高いところで非常に優秀で、例えばお子さんが生まれても長時間の保育がある時期は、毎日のように午後10時まで働いていて泊まりもできていたのに、小学校に上がって保育がなくなったとたんにアルバイトになったりパートになったりと、つまり戦力外になってしまう。

本人も不本意だし、当然医療界にとっても不本意な状況が相次いで起きているという状況を目の当たりにしまして、今日いただいているペーパーの中にも女性医師への支援とあって、そのとおりだと思うのですが、状況が「支援」を超えて、恐らく本格的にこの人たちをどう「活用」していくか。女性医師は男性医師と結婚してらっしゃる方が多いということも聞いておりました、つまり、共働きの医師が多いわけです。女性医師がいろいろな不具合を抱えたときには男性医師にも恐らく問題が波及しているはずなので、医療界、医療者の方たちのワーク・ライフ・バランスを真剣に考えないと、医療資源の非常な不活性につながってしまうという状況が既に広く起きているのだろうと思うのです。

そのときに、ではどうすればいいのかという話を例えば女性医師の人たちに伺ってみたときに見えてきた課題の一つが、学会や医師会というような医療界の活用の問題であるとか人材の配置であるとかというようなことを決める意思決定ボードが、ほとんどが男性で、女性医師、特に若い世代ほど女性が多く、その人たちのニーズとか意思、意向がなかなか伝えにくい。恐らくそのボードにいらっしゃる方たちは当然知見もあられて、実績もあられて、という十分な方たちなのだと思うのですが、これほど環境が変わっている変化にキャッチアップできていないのではないかと。つまり、意思決定ボードに

例えば諸外国のようなクォーター制を入れるとかというような、早急な若い世代のニーズを汲み上げるような工夫がひょっとしたら医師の団体の中にも必要になっているのではないかと思ひまして、その辺のお取り組みがあったら教えてください。

○清家会長 お願いします。

○横倉会長 どうもありがとうございました。実は私も身の回りに女性医師がたくさんおりますものですから、非常にそのところは頭を悩ませるところであります。実は医師会としては男女共同参画の働きを7～8年非常に積極的にやって参りました。確かにおっしゃるような若い世代の医師の方の意見という、特に女性医師の方の意見をもう少し汲み上げる必要はあるかと思ひますので、そういうことも今から取り組みたいと思ひます。

実は今日同席しておりますが、今村副会長が以前より勤務医の先生方のいろんな待遇改善、働きやすい環境づくりに積極的に取り組んでくれております。それで今の研修医の方の意見の汲み上げ、研修医が終わった段階の先生方の意見の汲み上げをして、その中に女性の医師の先生も何人か入っていただいておりますけれども、これをより積極的にしていかなないと。どうしても20代後半から30代、35歳ぐらいまで、私の娘のことでも思ひましたけれども、子育て、子供がある程度小学校に入る前後ぐらいまでの間がなかなか仕事をしづらいというのが実情でございまして、それをサポートするために、病院では今育児への支援については非常に努力をいただいているのが現状でございまして、そういうのがより拡大できて女性の医師が働きやすい環境づくりを努力していかなければいけないと思ひます。ありがとうございました。

○清家会長 横倉会長からいただいております時間が大分迫ってございますが、もしあとお一人、お二人ございましたら、それで終了とさせていただきますが、よろしゅうございますか。では、会長、大変お忙しいところお時間をいただきまして、またお時間を超過して御質問に答えていただきまして、大変ありがとうございました。これからしばらくは5分ほど休み時間にしまして、その後の第3部に移りたいと思ひます。よろしくお願いします。

【休 憩】

○清家会長 それでは、議事を再開させていただきます。第3部といたしまし

では、先ほども御案内いたしました、宮武委員、権丈委員、そして権丈委員は高橋教授と御一緒に、増田委員、大島委員、永井委員から順にプレゼンテーションを行っていただいた後に議論をさらに深めていくという形で進めて参りたいと思います。

時間に限りもございますので、誠に恐縮でございますが、各委員からの御発言はそれぞれ7分程度ということでお願いいたします。では、早速でございますが、宮武委員、お願いいたします。

○宮武委員 14枚用意いたしましたので、1枚30秒ということで試みて参ります。

「地域で創る 地域に適した 地域ぐるみの支え合い」という、いわばキャッチフレーズでございます。国民皆保険体制、既に半世紀余りが経過していて、日本人の大半は物心ついたときから健康保険証を持っていて、蛇口をひねれば水が出るように当たり前になっていますので、逆に言えばその構造は実はそんなに知られていない。あえて釈迦に説法ですが、そこに書いてございますように、北海道から沖縄まで市町村国民健康保険という地域保険が大地状に広がっていて、その上に各種の職域保険がビル群のような形で並んでいるというのがイメージとして適切かと思えます。大地状の地域保険が揺らいだり亀裂が走ると、その上に立っている職域保険、ビル群も揺れたり倒壊するおそれがあるということでもあります。

1つだけ異なるのは、2008年度に地域保険である75歳以上の高齢者医療制度を設けたことが皆保険の半世紀の歩みの中で大きな変化です。

次でございますが、その皆保険の基盤になる市町村国保は、既に3,000人未満の保険者が4分の1を占めて、リスク分散が非常に難しい状況に追い込まれております。3月に出ました新しい市町村別の将来推計人口を見ても、2040年にかけて人口5,000人未満の自治体が2割強を占めるようになります。

市町村の国保には、その地域の住民の約4割が加入する、というのが地方では平均的な姿と言われて参りましたけれども、市町村国保が74歳までになったわけでもありますので、住民の恐らく3割5分ぐらいが入ることになりますと、最大5,000人の自治体であっても、その自治体における市町村国保の加入者は千数百人ぐらいが平均。これが当たり前の形で広がっていくと、リスク分散は極めて難しくなり、まさに危機にさらされるわけでもあります。

そのために保険財政共同安定化事業が導入されて、2015年度からは全ての医療費を対象にして都道府県単位で賄うという体制がスタートすることになります。ただ、これをスタートすることになりますと。6ページの図でござ

いますけれども、74歳までの市町村の国保は安定化事業によって広域連合化していくわけであります。75歳以上の高齢者医療制度は、既にスタート時点してから県内の全市町村による広域連合で運営をされている。同じ構造の地域保険が年齢区分だけで2つ同じ地域に併存する状況になります。

74歳までの市町村国保は、繰り返しになりますが、先行き非常に零細な国保が続出していく。逆に75歳以上の高齢者医療制度は発足1,300万人から始まって、2030年代のピーク時には2,300万人という巨大な集団になって参ります。これで制度を永続的に運営できるのかどうかという疑問を感じざるを得ないわけでありまして、共同安定化事業というなかなか工夫された仕組みを考え出したわけでありますけれども、やはりかつての老人保健制度と同様に、共同事業の弱点というのは抱えていくわけで、最終的に財政の責任を誰がとるか、責任者がいないという、そういう欠点を抱えている。

市町村は、この2つの地域保険に対して職員を配置し、診療報酬の改定とか法改正のたびに両方で膨大なシステム経費をかけていく。それは効率的かどうかということを考えなければいけないと思います。

今回の国民会議で議論されています病院の抜本的な再編成、これは都道府県が担っていただくしかないわけでありますけれども、都道府県が保険者としての権限を持って、医療と医療提供に対するコントロールする力を持っていかなければ到底成し遂げられない事業だと思っております。

また、都道府県が自分たちの地域特性に応じた一定の診療報酬設定の権限を持つべき時代が来ている。これは京都府が加算や減算については自分たちの権限に任せてほしいという要求を出しておられますが、私はもっともなことだと思っております。

県単位になりますと、市町村の保険料率が全部均一になるというイメージがありますが、私はそこまでこだわり踏み込む必要はなくて、医療費の高い、低い、また保険料の収納率の高低に合わせまして一定程度の幅で保険料は変わっても仕方がないと思っています。そうしなければ、市町村は意欲がなくなりますので、つまり医療費の効率化あるいは収納率を高めるという意欲はなくなります。

今のように同じ県内の市町村で4倍もの開きがあるというのは異様でありますので、一定の幅に納めるという設定でいいと思っています。それは1票の格差と同じだと私は思っております。

次でございます。7ページ目、デンマーク、スウェーデンは公費医療の国ですので制度としては違いますけれども、しかし、医療はデンマークでは全国5カ所に分けた広域行政圏で医療を担当しております。スウェーデンは21の県が担当していて、その県の予算の9割は実は医療・保健のために使って



いる。ドイツは、国民に保険者を自由に選べるという競争原理を導入しまして、その競争原理によって劇的に疾病金庫を集約しております。特に地区疾病金庫はほぼ州単位の15まで減らされております。

そういう流れの中で、先行きどんな医療体制、医療供給をしていくべきなのかということですが、一言で言えば、私たちは病院で生まれて病院で死ぬのが幸せなのかと自問自答すべき時代を迎えているのではないかと考えております。

次のページでございますが、高齢化とは少子・長命化というのが本来的に正しくて、少子化というのは何としても変更すべき未来でございます。長命化は変更してはならない未来である。その両方が相まって高齢化が進展していくわけでありまして、実は前期高齢者についても後期高齢者についても、量的なピークは割と早くやってきて、それは何を意味しているかという、今、慌てて病院や福祉施設をどんどん造っても、それは意外に早く陳腐化していくということでありまして。むしろ75歳以上の方たちの要支援、要介護者たちを支えていく、最後には看取っていく、そういう体制をいかに作っていくのか。キュアよりケアを重視した生活支援と看取りの体制づくりをこれから大急ぎで作っていかねばいけないことではないかと考えております。

10ページ目は、自宅死の多い地域と少ない地域を挙げてみました。総死亡数に占める自宅死の割合でございますが、死亡総数の中で65歳以上の方が85%を占めておりますので、ほぼ高齢者の亡くなる先と考えていいかと思えます。ところが、この4～5年で大きな異変が起きています。東京、兵庫、大阪という大都市部で自宅死の割合が相対的に高くなっている。はるかランク外であった東京が今や自宅での看取り率は全国2位になっている。何を意味しているのかという、もう大都市では病院が満杯で高齢者を預かる余裕がなくなっているということが推定されます。また、在宅療養支援診療所とか訪問看護ステーションがかなり普及してきて、その方たちが意欲的に看取りに取り組んでおられる、その効果もあるかと思えます。

ここで大島先生が主催をなさっています在宅医療推進会議の目標は、自宅と非医療機関で何とか総死亡者の25%を看取ろうということでありまして。そうしなければ、死ぬ場所が亡くなるという危機感を持って進めておられます。ここは非医療機関というところもポイントかと思うのです。自宅だけに頼るわけにいかなくて、医療機関でない例えばケア付きのサービス住宅とか、福祉施設も含めて看取っていくしかない。

11ページ、日本の医療の特徴ですが、勝手にオランダとスウェーデンと日本が私が恣意的に選んで比較をしております。

オランダは医療面では国民皆保険で、介護保険は1968年、世界で初めて介

護保険を実施した国であります。スウェーデンは公費で医療・介護をやっている国で、体制は違いますが共通点は、家庭医への登録を義務づけて、そこがゲートキーパーになっているというところが共通点であります。この家庭医というのは、内科や外科だけではなくて、耳鼻咽喉科とか眼科については検査や簡単な処置も全部やったださるお医者さんであります。それによって何が違ってくるのかというと、素人考えでもわかりますが、年間の外来の平均受診回数を見ますと比べ物にならない差が出ております。特に高齢者の場合は、日本は余りにも重複受診、はしご受診が多いのではないかと思われるます。また病院の死亡率ははるかに日本が高く、オランダやスウェーデンは自宅に加え非医療機関のケア付きの住宅等で看取っているということでありま

す。12ページ、北欧の先駆例を見ますと、デンマークもスウェーデンも病院に入院して、退院が可能なのに受け入れ先がない場合には、それは受け入れ先である介護や福祉を担当する市町村の責任であり、病院運営を担当する広域医療圏や県に対しペナルティを払わなければいけないという強力な仕掛けを作って晩年を支える住宅を整え、そこへ外づけで医療・介護のサービスを提供していくという体制を作ってきた。一言で言えば、医療はスリム化をして介護を拡充していくというのを基本戦略にしてきたのではないかと思います。

13ページ目、今まで誰でもいつでもどこでも重い負担なく医療サービスを受けられるという皆保険体制を築いてきたわけでありましたが、誰もが信頼できる家庭医を持って、その紹介でいつでもどこでも専門医や病院を受診し入院ができるという体制に大きく言えば切りかえていく時代が来ているのではないか。私はフリーアクセスを全否定しているわけではなく、ブレーキを踏みこんでいかなければならないと思っております。

そのためにはかなり思い切った対策が必要で、最後のページでございますけれども、できるだけ多くの診療所が在宅療養支援診療所となっていくことが最も望ましいのではないかと思います。特に地域の診療所が複数集まってチームを組んで24時間対応していかれる連携強化型、診療所に複数のお医者さんがおいでになる強化型、この普及がこれから大事になってくると思

います。また、その家庭医という方たちは、介護保険上は主治医という規定があるわけで、主治医意見書を書くわけでありましてけれども、一度も患者さん、要介護者の生活を見たことがない、訪問診療も一度もやったことがないお医者さん、特にそれは病院の勤務医に目立つわけですが、そういう方が意見書を書かれること自体がおかしいわけで、家庭医と介護保険上の主治医と一体化していったら、そこで介護と医療と連携を図っていくべきだと思

そして、その診療所に対して高齢者向けの家庭医療養指導料のような形の定額の報酬をつけて、地域包括ケアへ参画することを条件に高い定額報酬をつけて遇していくというインセンティブも必要かと思っております。

患者側に対しても、かかりつけ医を持てと幾ら言ってもなかなか動いてくれませんので、患者側に対しても家庭医と契約を結んだ方については窓口負担を安くする。前期高齢者についてはいずれ2割負担にされるわけですが、単純に2割にするわけではなくて、家庭医を持った方には1割負担で済みますよ、いきなり大病院に行く方は2割負担ですよ、75歳以上についても同様にして、ここでも患者さんを家庭医を持ってもらうように誘導していくべきではないか。幾つかの提案でございますけれども、素人考えですので後で御批判はあり得ると思っておりますが、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、続きまして権丈委員、高橋教授、御一緒をお願いいたします。

○高橋教授 国際医療福祉大学、高橋と申します。資料3-3の1ページ目、まず人口動態の変動をどのように捉えるかというお話をさせていただきます。

真ん中のグラフは、2010~2040年の我が国全体の年齢階級別人口推移をあらわしております。青色で示しました0~64歳は、2010~2040年で約3,000万人減少すると言われております。緑で示しました65~74歳はほぼ横ばいで100万人増、赤色で示されました75歳以上は800万人増であります。我が国全体では今後30年で75歳以上急増、0~64歳が大幅減で、総人口は2,100万人減少いたします。

2ページ、次に地域別の人口の推移のお話をさせていただきます。この地図は2010~2040年における二次医療圏別の0~64歳の地域別の増減率をあらわしております。黒い地域が40%以上減、全国平均は31.5%減るわけでありましてけれども、減少率においても大きな地域差があることがこれでおわかりいただけます。

3ページ目、2010~2040年にかけての75歳以上の地域別の増減率をあらわしております。これは先ほど850万人増えると申し上げました75歳以上の増加率であります。全国平均55.4%であります。白色で示しましたほとんど後期高齢者が増えない地域が北海道、東北、山陰、四国などに散在する一方、東京、大阪、名古屋では赤色で示されており、倍増地域がたくさんあります。

4ページ目、特に大変な東京周辺地区を拡大して示しております。千葉県の西部、埼玉県の東部、中央部、神奈川県北部は全て100%以上の後期高齢者

が増えます。特にここの地域は高齢化の進行が早く、2025年まででほとんどの地域が後期高齢者の数が倍増です。

このような地域差の大きな人口構造の変化をどう考えればいいのでしょうか。4ページの下フローチャートを見てください。人口100万人以上あるいは人口密度が2,000人以上の二次医療圏を大都市型二次医療圏、人口20万人以上あるいは人口10~20万人かつ人口密度が200以上を地方都市型二次医療圏、その他を過疎地域型二次医療圏といたしますと、5ページ目に示しました地図の赤いところが大都市、白いところが地方都市型、青いところが過疎地型の二次医療圏と分けることができます。

6ページの地図は二次医療圏別の2010~2040年の人口の推移をあらわしております。各プロットは各二次医療圏の状況をあらわしております。横軸は先ほど3,000万人減少すると申しあげました0~64歳の人口が各地域で何パーセント減少するか。縦軸は先ほど800万人増えるといった後期高齢者が各地域で何パーセント増えるかということを示しております。このプロットを先ほど申しあげました大都市、地方都市、過疎地という形で分けてプロットしたのが真ん中の3つのグラフであります。

大都市は大まかに言いまして後期高齢者が50%以上増えるが、若年人口は40%までは減らない地域である一方、過疎地域は逆でありまして、若年人口は40%以上減るが、後期高齢者は50%まで減らないという傾向が読み取れるわけであります。人口動態はこのように地域により大きく異なりますが、大都市、地方都市、過疎地域と分けることにより、今後の人口動態の動向をある程度把握することが可能になるということが言えます。

7ページ、続きまして、医療福祉の再構築に向けてというお話をさせていただきます。以下の図は今後も現在と同じ医療が提供される、すなわち価格も内容も変化しないと仮定して、人口のみが変化した場合、我が国の医療のピークがいつ来るかということを示したグラフであります。黒で示した地域は現在がピークで、今後医療需要が減り続ける地域であります。一方、赤色の地域は2040年まで医療需要が増え続けると予測される地域であります。地域により医療需要のピークが大きく異なることがこれでおわかりいただけると思います。

続きまして、8、9、10ページであります。この3つの地図は、地域により医療福祉資源レベルが大きく異なるということを説明するために用意した地図であります。まず8ページの総病床数。これは人口当たりの総病床数を計算して偏差値化したもので、青いところが多い、黄色と赤が少ない地域であります。北海道、北部東北、北陸、中国、四国、九州は総病床数が多く、逆に関東甲信越、東海地方が少ないことがおわかりいただけると思います。

9ページ、看護師数でありますけれども、総病床数とほぼ同じような分布をしておりまして、地域差が大きいということがわかんと思います。

10ページは要介護の高齢者を施設がどれぐらい受け入れる能力があるかということの地域差を示したものでありまして、北海道、青森県、北陸、中国、四国、九州で多く、青森県以外の東北、中部地域、関東地域、関西地域で受け入れ能力が低いという地域差があることがわかんと思います。このように医療福祉資源レベルも地域により大きな差があるわけであります。

11ページ、各地域の医療需要のピークと現在の資源レベルを考慮して、それを地域ごとに評価して、余力のありそうなところ、余力がないところに色をつけて整理したのが11ページの地図であります。青、水色、緑色が余力のある地域。赤、黒系はこれから激しくなることが予測される地域であります。

12ページ、北海道の青色、水色、緑色で示された地方都市は現在非常に医療資源が充実していますが、今後大幅な人口減に見舞われて、かなり医療資源が過剰になることが予想される地域です。逆に関東、東京周辺は現在でも医療福祉資源が少なく、かつ高齢者が倍増する地域が多いということで、非常に大変なことになりそうだということが12ページの下の方からわかんと思います。

13ページ、中部地域は長野県と北陸の主要都市はかなりまだ余力がありますけれども、愛知県が非常に大変そうだということがおわかりいただけだと思いますし、関西を見ていただくと、関東に比べて余裕がありそうだということがおわかりいただけだと思います。

14ページ、中国、四国には非常に余力のある都市が多いですし、九州は特に北部九州で余力の多い地域が多いということがおわかりいただけだと思います。

15ページ、結語であります。地域により人口動態が大きく異なり、医療需要のピークの時期や程度も大きく異なる。また、施設や人員レベルも地域差が大きい。

まず、それぞれの地域が大都市型なのか、地方都市型なのか、過疎地域型なのかを把握し、さらに他の二次医療圏と比較して医療需要のピークが来るのが早いか遅いか。施設や人員レベルは充実しているかなど、自分の地域の特性を踏まえた対応を検討することが重要である。

また、これまでの短期、5年の医療福祉整備計画だけではなく、20～30年先まで考慮した中長期の医療福祉整備構想を検討する必要があるということでもあります。

20ページ、この資料は全部20ページで示しました二次医療圏データベースというものを使って計算いたしました。これはインターネット上で公開して

おりますので、是非活用してください。

21ページ、横倉会長にも御紹介いただきましたけれども、全ての医療圏の資源レベル、医療需要予測、将来に向けての対策等がこちらのホームページに書かれております。興味がある方は見ていただくと幸いです。御清聴、どうもありがとうございました。

○清家会長 では、権丈委員、よろしく申し上げます。

○権丈委員 どうも高橋先生、ありがとうございました。こういう方面に関心を持っておられる方が高橋先生の報告を聞かれると圧倒されるのです。私は医療提供体制の改革、介護体制の改革とかを考えるとときにどうやっていけばいいだろうか。この日本の医療改革、介護システムの構築の難しさというのは特別にあるわけなのですが、それは私が後ろのほうに東洋経済のほうで書いております日本的医療問題というものを書いております。

日本的医療問題というのはどういうかということ、他の国は結構公的所有で病院とかを持っているので、ニーズが変化したときに供給体制を変えることはそう難しくはなかったりします。ところが、日本の場合は私的所有という形で体制を整備してきたがゆえに、ニーズが変化したときになかなか構造転換が難しくなる。医療というのは困ったことに、ニーズと供給がマッチしていなくても供給が埋まるのです。そこら辺のところ結構日本の医療に不幸が起こっているなということがあったときに、どうやって改革していけばいいかと思ったときに、やはりデータの力を借りたい。そのデータの力をどう借りていけばいいのだろう、作っていけばいいのだろうかというときに、高橋先生の報告研究を知って、これで行けるかもしれないと考えたわけです。私の報告の資料は77ページぐらいありますのでかいつまんでいいますけれども、ただ、全体の一体改革の全体の流れを説明させていただきますと、どうも増税すると政府が腹を決めたみたいなのです。その増税した分を社会保障に回すといってくれている。その社会保障に回すという分の中で医療・介護にも回しますよと言ってくれているのです。

ただし、という条件があって、提供体制の改革に使わないと出しませんよという条件がくっついているのです。その条件を満たして、消費税が上がったときに医療・介護のほうに財源が回ってくる、それを使ってやっていくためには提供体制改革の絵を描かなければいけない。それをどうやればいいのかということはずっと考えていきながら、高橋先生の報告とかを知って、それを複合していきながらどうやっていったか、結局見ていただきたいのが16ページ。

その消費税が上がって、医療・介護の提供体制の改革のために使っていいですよというお金は2種類の使い方があります。2種類の1つは、診療報酬として医療、あるいは介護報酬として介護に回していくという方法。もう一つは補助金という方法があります。診療報酬で提供体制の改革を今までやろうとしてもなかなかできなかったというのが報告の配付資料の前に書いてありますので、ごらんになっていただければと思います。

そこで考えられる方法として、補助金という形のことを考えていけないだろうか。そのために、ここの16ページの上のほうにあります、地域医療・包括ケア創生基金というものを作ろう。そこに医療・介護の提供体制の改革のために使ってもいいというか、政府が予定している財源をここに回して行って、そこで先ほど高橋先生がおっしゃったように、各地域での医療ニーズ、介護ニーズというのが大体いろんな形で10年後、20年後にピークを迎えていきます。そこまでの計画を立てて、その実行可能性が高い地域に重点的に財源を回していくということではできないだろうか。

そして、その段階で非常に重要な意味を持つのが、医療・介護提供体制改革推進本部というものの下に地域医療・包括ケアデータ解析専門チームを置いています。ここで高橋先生のなされたような研究とかいろんな形、そして大島先生も永井先生もみんなおっしゃられているように、データをしっかりと作ってビジョンを描くことができるのだから、今と違う形で夢を描いた形での体制を作ることができるのだからという分析を徹底的にやって、これと連携しながらシステムを5年間ぐらいで変えていくことができないだろうか。この国で今までやろうと何度試みてもできなかったことがついにやれるという道筋を作ることができないだろうかというのがこの絵になります。

私が若干思っているところが、今の御時世を考えて、「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」というシャビーな名前をつけてしまったのですけれども、ここにもものすごく有能な人たちが来ていろんな形で分析してやってもらわなければいけないというのがあって、「国立医療包括ケアデータ解析院」ぐらいの名前をつけたかったですけれども、そういうことはとても今の御時世では無理と思いますけれども、私はそこに優秀な人材に参加していただいて、日本の医療・介護のシステムを根本的に、先ほどからみんなおっしゃっているように根本的に変えなければいけないところがあるのですが、根本的に変えるエンジンとして機能してもらえればと思います。どうもありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、引き続きまして、増田委員、よろしく願いいたします。

○増田委員 私は、プレゼン項目は3つなのですが、第1番目は、医療・介護が地域経済ですとか雇用とか産業にどういう影響を与えるかという点の分析を少し初めにしておきたいと思います。

今、高橋先生から人口動態の大きく変化のお話があったのですが、それを医療・介護の費用に落としてみましても、地域によって極めて多様である。私の資料の2ページ、3ページをごらんいただきたいと思うのですが、2ページは医療費と介護費、それぞれ左側が医療費で右側が介護費になっていますけれども、医療費は人口減少の影響で当然地方は減るわけです。都市部は高齢化の影響で増えていくのですが、他方、介護はほとんどの地域で全部増加、色が多くのところで赤くなっています。特にこれを見ますと3大圏で色が濃い、要は増加額が大きい。

あと両方足し合わせたものは3ページにありますが、変化率で見ると、都市部を中心に増加する地域が多いのですが、生の額で見ますと、特に右側になりますけれども、20万円以上の増加になる地域もある。これは最後で申し上げますが、消費が全体、経済がこれからぐっと日本全体で縮むような形になる中で20万円以上をどうするかというのは大変大きな負担になってくるだろうと思います。

雇用の関係なのですが、これも地域ごとにそれぞれ違っているということの色で4ページ以下から書いています。ざっと見ていただきますが、4ページは全体として全就業者に占める医療・介護就業者の割合を見るのですが、特に地方部が高く、それは言葉を変えると、地域の雇用を支えているといいかえることもできると思うのです。赤塗りのところ。四国、九州などが非常に赤が濃いのですけれども、要はそういった医療・介護で地域の雇用が支えられている。

5ページ、6ページは参考で見えておいていただきたいのですが、7ページ、介護就業者の変化です。先ほどどこも介護については全体的に増加すると申し上げましたけれども、特にこの問題が非常に深刻化するのには東京だと思えます。都市部で介護就業者が大幅に増加する。それは北海道・東北・西日本を加えて都市近郊で10%を超える地域があるということです。ですから、先ほどの高橋さんのプレゼンともあわせて、地域ごとにこの問題を二次医療圏ごとにきちんとした分析をしなければいけないということと、ベースは2040年までの人口動態をきちんと捉えて、5年ごとというのは短期ではなくて、そこまでの様子を見ながらこの問題を考えていく必要があるだろうと思います。

最後に8ページですが、地域の消費額の変化です。これは消費支出全体に



ついでのものを見たのですが、残念ながら、青がほとんどのところを塗りつぶしている。要は消費支出というものがずっと縮小していく。要は地域の経済規模がものすごく減っていく。地方部では30%以上の縮小を見込む地域もあるわけです。ですから、こういうことを考え合せますと、1ページに総括的な基本的な認識ということで書いてありますが、これだけ経済規模が縮小していくと、費用負担、雇用の面、その費用と雇用両面で地域経済でこういった介護と医療の費用と人材、雇用を支えていくのは非常に困難になる。

逆に言葉を変えれば、社会保障の持続可能性といったことが今問題にされてこの改革が行われているわけですがけれども、それは社会保障という分野だけではなくて、もっと広く地域経済の持続可能性という観点からも多様な観点で考えていくべきだろうということが第1点目であります。

第2点目、これは具体的な提言も含めて申し上げたいと思うのですが、地域の医療政策についてです。9ページに書いてありますのは、地域医療提供体制のことですがけれども、体制については既にこの場でいろいろ先ほど医師会長さんとの議論の中でもございました。これから誰がこういった地域医療提供体制を責任を持っていろいろ支えていくのかということになります。病床を急性期・回復期など機能別に区分をするという、実際にそういうふうな区分をきちんとニーズに合ったような形にして、今あるものを変えていくということが大事になるわけですが、それだけではなくて、病院間の役割分担とか、連携ということもきちんと見て実際に動かしていかなければならない。そのためには、やはり都道府県知事が地域ごとの医療提供体制に関するビジョンをきちんと示していく必要があるだろう。これはビジョンだけではなくて当然実行を伴う実行可能なビジョンとするということが必要だと思います。

このビジョンを策定して実現していくためには、当然のことながら、都道府県が今までもその責任を持っていたわけですが、都道府県にもう少し役割を拡大させる必要があるのではないかと思います。そのあたりについては12ページに概念的な図式があります。

例えば今のところは国が保険医療機関の指定・取消などは実施していますが、例えばそういったことも都道府県にその権限を付与して、あわせて実行可能性を都道府県知事が高めるといったようなことも考えられるだろうと思います。

10ページ、こうした示したビジョンと一体として、国保の問題でありますけれども、このビジョン、要は地域医療提供体制の整備の責任者である都道府県と国民健康保険の保険者を都道府県に一本化して、そしてそこでこれからの地域医療政策をやっていくということが必要ではないかということを書

いてあります。

まず、国保でありますけれども、先ほどはラストリゾートなどというお話がありました。ここでは「医療保険における最後のセーフティネット」と書いてあります。同じ内容だと思っております。国民皆保険を維持するためのものとして国保を持続可能たらしめていくということは極めて重要なことだと思うわけですが、もう既に御案内のとおり、多額の赤字があって4,000億ぐらいの法定外繰り入れが行われている。したがって、持続可能とはいいたくない状況であるということでもあります。

これは単に国保の問題だけではなくて、被用者保険にも大きな影響が出てくると、このことを認識しておく必要があると思うのです。これは運営の事業者が小規模保険者であったり、先ほどもありました保険料格差が非常に大きくなったりしているというような大きな問題がございますので、ここで提案の1としては、保険者を都道府県にして、そして国保の赤字構造を抜本的に解決した上で、医療提供体制とその保険料などの住民負担のあり方をきちんと検討する保険者を都道府県一体として今後地域医療政策を実施していく必要があるだろうという提案でございます。

こういう形で地域医療提供体制の整備の責任者と国保の保険者が同じ人間、都道府県知事が一本化された形でやるのが一番望ましい姿だと思っておりますが、そうした場合にはまだ幾つか問題があると思います。

まず、赤字構造を抜本的に解決するというのはどうするかということですが、これは先ほど権丈委員のプレゼン資料も拝見しておりましたが、そこで例の後期高齢者の医療制度の支援金、総報酬割を導入した場合の浮いた国費をどうするか、これは医師会長との先ほどの議論の中にありました。これを国保に投入するという案が非常に有力な解決策だと、私はこの案以外にはあり得ないのではないかと考えておりますが、もし別の案があれば是非お示しいただきたいと思っております。そういったことを行って赤字構造を抜本的に解決した上でこれを一本化していくということがあると思っております。

実務の話とすれば、やはりそうして都道府県が保険者になった場合に保険料の徴収業務はどうするかといったような問題がありますが、これは2月、当会議に市長会の代表の方が来られたときに、保険料徴収ですとか保健事業は引き続き市町村が責任を持って行うという御発言がございました。あのとき私もいみじくも申し上げましたが、この問題で地方団体の3団体が常に中で対立してきたわけですが、やっと今状況が変わって3団体で共通の場で、あそこでも新しい保険者を検討するというようなことを言うておりました。その中身は、まさに私が今申し上げた趣旨だと思っておりますが、ここでこういう体制を大きく国民会議で提言して、是非この機会を逃す

と、こうした機会はないと思いますので、こうした改革を実現していくべきではないかと思います。

最後、3点目は18ページです。今度は冒頭の基本認識を踏まえると、やはり医療・介護のしっかりとした提供体制を確保していく上でまちづくりとか都市再生についても踏み込んでいく必要があると思います。社会保障制度の改革がこの会議としての一番中心部分だと思えますけれども、それを実際に実効あらしめるときに必ずこの問題に立ち至ってくる。これは都市再生などの観点で今いろいろな議論がなされておりますが、大都市こそこれから医療・介護と、例えば高齢者向け住宅の結合、ケアつき住宅の結合などが非常に重要であって、そのことによって日本の多くの都市が救われるという側面もあると思います。

これ以上、余り詳しくは申し上げませんが、後の資料で例えば23ページに柏市の例なども書いてございますが、都市づくりで例えばコンパクトシティをやっていく上でも、まだ手段というか道具立てが不足でありまして、18ページに3点ばかり大きな柱を書いておりますが、例えば医療法人制度の経営統合を促進するような形にして、もっと運営を人的にも資金的にもきちんと行われるような体制づくりをする。そうした医療法人が大きな都市開発に主体的に参画できるような制度を考え出していく。そして、今、REITの市場が非常に活発しておりますが、要は都市づくりに非常に大きくお金がかかるわけですが、資金調達手段を考えなければいけませんので、アメリカのようにヘルスケアについてもヘルスケアリートなど普及する手法を考えていく必要があると思います。

こうしたことを考え、手段を実現していくことによって2040年とか2050年に非常にボリュームの増える医療・介護体制をきちんと地域として受けとめることができいくのではないかと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、大島委員、よろしく願います。

○大島委員 それでは、始めます。最初に、医師である私がどのような立場で話をさせていただくのかを確認しておきたいと思えます。

第1に、40年以上医療の現場に勤め、内部から医療を見てきた医療従事者としての立場です。もう一つは、専門家としての立場です。医療という職能を持つ医師である専門家が自分の行った診療の中身に責任を持つのは当然ですが、医療が社会と無関係にはあり得ない以上、医療技術は社会的な技術であり、その技術を駆使する専門家には社会に対する責任があります。このよ

うな立場から発言させていただきます。

私が今日話したいことは資料を見ていただければわかりますが当たり前のことばかりです。私のこれまでの発言に対して許せないと言っている方たちがいる一方で、よく言いにくいことを言ったと応援してくれる方たちもいます。人の命に関わることでその重みづけにつながるともとられかねないようなことを言ったり、これまでの既得権が壊れるかもしれないようなことを公の場で言ったりすればこうした反応があるのは当然のことかもしれません。

しかし、関係者の多くは私の言っていることは特に変わったことではないとわかってはいるけれども、それを口に出せば面倒なことになるかもしれないということもよくわかっているのです。私はこの当たり前のことが当たり前のこととして口に出せないという空気が医療界だけでなく社会を覆っていることに今の我が国が抱えている問題の深刻さがあると思っています。

2 ページ、今日私が言いたいことの第1は、時代が変わり、社会が変われば医療も変わりますが、それに合わせて医療の中身もシステムも制度も変えなければならないというごく当たり前のことです。平均寿命が50歳台から80歳台へと30年延びました。65歳以上の人口が5%から今は24%、そして数十年後には40%以上になり、加えて人口が急速に減少していきます。このような社会の激変にこれまでの仕組みで持つのかと問えば、誰の答えもノーです。

3 ページ、4 ページ、では何をどう変えるのかです。これまでの医療を一言で表現すれば病院で治す医療ということになります。20世紀は科学技術をベースにして徹底的に治す医療を追求し、驚異的な成果を挙げてきました。平均寿命が30年も伸び、人口構造が変わるほどの世界の超高齢社会が生まれた背景に、このような医療の貢献があったと言っても言い過ぎではないと思いますが、一方で、これまでの医療はその成果が生んだとも言える大量の高齢者やその死について、正面から取り組んではきませんでした。30年も伸びた高齢期をどう生き、どこでどのように死ねばよいのか、これに医学、医療がどう応えるのか、病院で治す医療の限界が見えてきているのです。

5 ページ、現状認識には、1982年に川喜田愛郎先生が『医学概論』の冒頭に記したことです。下線部分は私がつけ加えました。最初に病気や病人があって、そのために医学や医療、医師が必要とされるのは言うまでもないことなのに、この当たり前が崩れかけています。川喜田先生は当時、既に我が国の医療の将来がそうなることを予測し、危惧していたのだと思います。

6 ページ、7 ページ、ではどうすればよいのか。財源に限界があることを前提に、皆保険制度を守ろうとするなら、医療をこの原則に戻し、必要なときに適切な医療を適切なところで最小の費用で受けることができるシステム、制度に変えることだと思っています。適切な医療の提供とは、個別性の高い医療

をシステムや制度としてどのように適切に提供していくか、そのあり方についてのものです。

8 ページ、言いたいことの第2は、例え医療のような命に関わるものであっても、限られた資源という制約のもとに、社会の制度としてこれを維持していくためには、一定の基準や制約が伴うのは避けられないということです。提案2の1～4も特別なことではありませんが、問題はどうか実現していくかです。

9 ページ、医療提供体制の考え方、(1)について5項目挙げましたが、大きな異論はないと思います。

10 ページ、(2)は提案2の具体策になります。2008年の国民会議の報告書にはこのように読み取れる内容が多くあります。あれから5年が経ちますが、そのときの提言が実現されているようには見えません。解決策やその方向性がはっきり示されていたのになぜなのか。

11 ページです。私は順調に進まない要因はこの4つに集約されると思っています。今、直面している医療問題は、実は相当部分について既に答えが出ていることで、問題の本質はわかっていると言えないとか、解決策が示されても具体的になると合意が得られないというところにあって、そのようになってしまった原因は、危機意識の欠落と利害調整に頼るような意思決定のあり方にあるのではないのでしょうか。阻害原因の3番目に挙げた専門職団体の責任は最も大きな要因の一つですが、私には人ごとではありません。医療問題における医療の専門家、中でも医師の社会的責任は他とは比較できないほど大きなものです。プロフェッショナルフリーダムとかプロフェッショナルオートノミーと言って専門集団の自由や自立が強調されますが、自由、自立は責任と一体のもので、責任を放棄した自由、自立では国民からの信頼など得られるわけがなく、専門家やその職能団体が国民の信頼を失ったときの社会がどんなことになるのか、例を挙げるまでもないです。

私には国民の負担を増やしたり、財の配分の調整による解決策について、その可能性や是非を論じたりする力がありませんので、医療の内部から今の医療を見たとき、既に変えなければならない点が多くあり、その改革が財の有効な利用のあり方にもつながるという観点から話をさせていただきましたが、超高齢社会における医療では、介護との連携が必須になります。この連携がないと医療そのものも成り立ちませんので、最後に介護について一言だけ申し上げます。介護保険はまだ10年と歴史も浅く、制度自体がまだ成熟していない一方で、介護の問題は急速に深刻化してきています。人の生死や生き方に直結する問題ですが、全く未知で未解決の問題が急増し、既に現場では介護難民の兆候があらわれ始めており、解決策もわからないまま巨大な怪

物に立ち向かっているというのが実態で、この傾向は間違いなく拡大していきます。

医療と介護の連携のあり方、認知症への対策など、既に四苦八苦している現実への対応や、これらに対するより確実に効率的な方法の探索、そして介護保険のデータの分析、活用等による解決策の模索など、介護分野の資源の投入は避けようがないと思っています。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。永井委員、よろしくお願いいたします。

○永井委員 それでは、最初に概要を御説明させていただきます。2枚のスライドに全てまとめてありますが、日本の医療提供体制の特徴がよく認識されるべきだと思います。市場原理でも社会主義的でもない、そのために独自の制御機構が必要であるということがまず共通認識として持たれるべきだと思います。要するに医療提供体制は複雑ですので、少しいじただけではかえって悪くなることもある。そして、私の提案は、独自の制御機構として日本の医療の現状、必要性、ニーズ、そうしたものをリアルタイムにデータとして集積する必要があるということであります。

幾つか具体的な問題を述べさせていただきます。日本はこれまで御説明がありましたように、医療機関数、病床数が多いので、フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足、看護師不足に当然なります。そのために、できるだけ医療職種の職務の見直し、チーム医療がこれから必要になってくるといふこと。また、病院の機能分担と連携も必要です。しかしながら、先ほど高橋先生から御説明がありましたが、分担と連携は大都市では可能ですが、中小都市、過疎地になりますと総合医中心の体制を別に作らないといけないだろうということ。専門医トレーニングがこれから問題になってきますが、地域ごとの調整も考えるべきであるということ。さらに地方では、医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーター、支援組織が必要であることなどです。

2枚目でありますが、医療が変わってきています。これは生活習慣病が増え、高齢疾患が増えましたので、慢性疾患が増加します。慢性疾患の特徴は確率論的な医療が増えるということです。1つの治療で解決するわけではなくて、非常に低い確率で心臓発作、生命予後、人工透析、こうした現象をどうやって抑えていくか、またこれらを医療の有効性評価の指標とするために、データベースが必要だということです。健診、予防医療、予防接種も重要ですが、それらが本当に有効かどうかということをしつちりデータベースに基づいて考える必要がある。そういたしますと、既に保険で承認された医療も

アウトカム、結果を蓄積して費用対効果などの観点から常に再評価しないと  
いけないということでもあります。

また、診療情報を有効に活用して、有効性評価、有害事象、副作用等を把握するシステムが必要で、これをもとにした医療の機能分担、連携のシステムの構築が求められます。

疾患登録事業やデータベースの構築と維持には非常に費用がかかりますので、公的な支援が必要です。

最後に、そうした予防健診医療だけではなくて、心のケアとか高齢者の地域活動の重要性によって医療費の節減も可能であるということ、これらが本日のアウトラインであります。

4枚目のスライドには、いかに医療サービスが増えているかということはこの15年間の変化で示しています。これを見れば、ニーズに応じた医療資源の配分、また行われている医療に意味があるかどうか、そういうことも含めた検証をもとにした資源の再配分が必要になります。

5ページは、これも繰り返し言われておりますように、人口あたりの病床数が日本は多いということです。もちろん、医師不足、看護師不足もあり、ベッド数が多いということを加味いたしますと、病床100床当たりの臨床医や臨床看護師の数がアメリカの5分の1程度、ヨーロッパの2分の1から3分の1になってしまいます。

そこで、6ページにお示ししますように、医療提供体制の再構築、機能分担と連携が必要です。中核的な重症救急機関には資源をある程度集めざるを得ませんし、中等症、軽症、介護、それぞれの役割に基づいて病院、医療提供体制を作る。そのかわり、患者さんは病院を移動しないといけないということ、これを地域で納得してもらう必要があります。ただ、こうした体制ができますのは大都市、県庁所在地等でありまして、地方都市、過疎地では連携する相手もないということになります。したがって、機能分化した病院や診療所だけでなく、急性期から慢性期、在宅介護まで一貫して行うような医療機関も含めた医療提供体制が必要になります。

問題は、これをどうやって実現するかがこれからの議論です。もちろん、診療報酬とか医療法による誘導ということはありませんけれども、住民、行政、医療関係者が一体となって、また都道府県の役割も大きいと思いますが、モデルづくりを進めないといけないだろうと思います。

医師不足ということが言われますが、7ページ、8ページをご覧くださいますと、必ずしも医師数の問題だけではないということをお示ししたいと思います。脳神経外科医、どこも忙しくて大変ですけれども、日本は人口あたりで見るときには脳神経外科医は非常に多いということがこの図でわかりま

すし、8ページには外科医の数、脳外科医、胸部外科医、整形外科医の数が日本とアメリカで比較してあります。外科医は人口10万人当たりで見ますとアメリカの1.2倍、脳外科医4.5倍、胸部外科医は2.8倍、整形外科医は1.7倍になる。ところが、忙しいことは事実です。もう猫の手も借りたいぐらい忙しい。

9ページ、そうした状況の中で、例えば胸部外科の医師数2.8倍ですが、1人の医師当たりの手術件数は3分の1になっています。脳外科医は4.5倍の医師数ですが、手術件数は1人当たり22分の1です。つまり、本来の医師の仕事でない部分も担っているがために医師不足が起こっているということは明らかであります。

そこで、今、看護師さんの診療の補助に対する新たな枠組みを検討しているわけで、10ページにいろいろなこれまで医師でないと思われていたような医療行為が現実に日本の医療現場で行われていると、低い頻度ではありますけれども、かなり踏み込んだ医療行為が行われている。しかし、これは標準化されていませんし、普及もしていない。こうした教育体制をしっかりと作らないと、医師を幾ら増やしても足りないということが起こるだろうということでもあります。

11ページに私が担当しておりましたチーム医療推進会議のとりまとめの要点が記載されております。特定行為、これからそうした看護師さんの診療の補助行為を少し整理して、特定行為に対して教育研修を行って、しっかり保助看法の中で明確化して推進していこうということではありますが、これは避けて通れないだろうと思います。

12ページには、もう少し地域の問題で、こうした医療提供体制だけではなくてインターフェース、データベース、コーディネーターあるいは様々な公的サービス、民間サービスが必要だということ、これは石巻市で頑張っている武藤真祐先生からいただいたスライドですが、様々な行政的な配慮が必要だということでもあります。

13ページ目以降はデータベースが必要だということをお示ししています。これは先ほどお話ししましたように、高齢者の疾患あるいは予防検診事業もそうですが、確率的になってきているということでもあります。非常に低い、常に起こることではないけれども、それをどう予防していくかということとは実感ではわかりませんので、これをデータに基づいてしっかり検証しないといけないということです。また、ガイドラインには様々な優れた医療が記載されていますが、それを全て行えばいいのかという、それは意味があるのかどうかということも検証が必要ですし、14ページ目には副作用の問題、実感ではわからないような副作用の問題がデータを集めると見えてくるというこ



とで、データに基づいた医療がこれから必要になるということです。

15ページ目、こうした病院間で異なる電子カルテ等を使っていますけれども、これをどうやって共通化していくかが重要で、医療におけるICTの技術開発が必要だということを示しています。

16ページには、こうした取り組みは外国では非常に盛んに行われておりまして、米国心臓病学会では特に高額医療の登録制度を行っています。こうしたシステムを作るときには100万ドル、200万ドル要するそうですけれども、しかし、登録をしないと保険償還されないという制度的な仕組みもありまして、このシステムが維持されているということでもあります。

その結果、17ページ目に示したように、非常に大規模な登録事業が行われていて、果たしてこうした高額医療が医療上意味があるかどうかという検証も含めて常に検討されているということですし、18ページ目には様々なデータベースを活用して医療の方向性が決められているということを示しています。保険者を中心とした数千万人規模のデータが現在世界的には活用されています。

19ページ目、20ページ目には、これが社会経済的な意味があるということをお示ししております。21、22ページについても費用対効果の分析の具体例等が述べられています。

また23ページ目には、こうした仕組みを維持するためには公的資金が必要であるということ、あるいは専門医制度にこうした登録を求める、学術研究もこれで行えるというようなインセンティブが必要だということを示しています。

最後に24ページ目には、よい医療を提供する、あるいは国民の健康寿命を延伸するためには予防検診はもちろん大事ですけれども、医療だけではないもっと地域活動ということにも目を向ける必要があるということを示しています。これは茨城県の旧美和村と徳島県上勝町の人口構成と就業率を示しています。

右の上勝町は65歳以上の就業率が非常に高い、これは葉っぱビジネス等で御存じの方も多いと思いますが、医療費がかなり低いそうです。そこで最後の25ページ、65歳以上の各都道府県の有業率と縦軸に1人当たりの老人医療費を調べたところ、高齢者の有業率が高い県ほど老人医療費がかなり低くなっているということが明らかでありまして、必ずしも予防検診医療の提供だけで健康寿命が延びるわけではない、もっと地域社会の活性化ということにも配慮が必要だということです。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、今、委員の方々から特に医

療・介護の問題を中心にプレゼンテーションをいただいて参りましたが、ただいまのプレゼンテーションに基づきまして議論を深めて参りたいと思いません。なお、皆様のお手元の資料の中には、今、永井委員の御説明資料があるかと思いますが、その下に遠藤会長代理、山崎委員、宮本委員からも資料が提出されております。適宜御参照されながら議論を深めて参りたいと思いません。それでは、どうぞ御自由に御意見。神野委員、大日向委員、遠藤委員、お願いします。

○神野委員 どうもありがとうございます。この改革を進める上で重要な点は、改革は私たちの現状を部分的にしか否定できないということに覚悟しておく必要があるだろうと思うのです。ただし、明確にビジョンを描いて、方向性はこうなのだと示した上で、今ここはこういうふうには改革しているのですよということを示さないと、改革は必ず痛みとか混乱を伴いますので、国民はそういう痛みについて耐えられないのですね。

この医療の問題についてビジョンをどうやって描くのかということ、私のビジョンとか方向性とかというのは、資料を見させていただいて、今日発表を聞いても、全く自分の認識が正しかったと思うのは、私が誤解していなければ宮武委員のビジョンと方向性と全く同じなのです。私のやっている財政学では、2つのポイントがあるのですが、事務配分論。事務というのは仕事という意味ですが、基礎自治体にどういう事務を配分し、広域自治体にどういう事務を配分し、中央政府にどういう事務を配分するかという事務配分論では、基礎自治体には教育と福祉を、広域自治体には医療を、強いて言えば地域経済振興・雇用関係もですが、それを当て込むというのが事務配分論です。

恐らく現実を見ながらだと思いますが、背後理念にあるお考えは、今私が申し上げた事務配分論ではないかと思っております。もちろん、医療と言った場合にはサービスを提供することについての責任と、その財源を医療保険なり税なりでやっていくという方策の両方がありますが、医療保険、社会保険について言うと、国民健康保険のようなものを基礎自治体が担うというのは、私は浅学ですから全てを見ているわけではありませんが、世界的に見てもあり得ない選択だと思えます。

これは釈迦に説法ですが、昭和恐慌の後、兵士の源泉である農村が疲弊したのに対して、軍部が昭和13年に農民を対象とする保険、これは農民ではなくて国民だと言って国民保険ということで設置したと思えます。したがって、前提がございまして、郷土的な一致団結と隣保相扶の美風が存在していることを前提に行われているのが国民健康保険だと思っております。

ただ、国民健康保険はかなり性格が違って参りまして、結局先ほど私の言

葉で言えばラストリゾートですが、日本の医療保険のもう一つの欠陥である、職域別に分立していて、その受け皿が国民健康保険になってしまっているという現状があって、ここにどんどん高齢者なり何なりという人たちがたまってきて赤字にならざるを得ないという構造になっているわけです。

そのために老健を作るとか、後期高齢者医療を作るとかというような形でやってきたわけですが、そろそろ方向性をきちっと考えていかないと無理だろうと思っておりますので、これは宮武委員とひょっとしたら違うかもしれないのは、目指す目的は同じなのだけでも、行く道が違っているかもしれないので、とりあえず私は医療保険を一元化していく。

先ほど幾つか一元化していくという方向を目指しながら一挙に行きませんので、一つ一つ着実に歩みを進めていくというやり方が重要なのではないかと考えています。

したがって、結局、国民健康保険という、いわば皆保険を支えているラストリゾートについては、事務配分の原則から言っても、道府県というか広域自治体に移していくという方向を目指すべきではないかというのが1つです。

もう一つ、もう既に土台であるラストリゾートの国民健康保険の財政が構造的にとにかく分立していて落ちてくるのをみんなそこで受けますから、どんどん構造的に赤字になっていくというのは間違いのないですので、ここから立て直していく。土台から立て直していくというのが筋ではないかと思っておりますので、先ほど増田委員がお話になりましたように、まずは総報酬割などを全面導入したときの財源はここに導入して、土台からとにかく立て直して行って、最終的には一元化なのか、すぐに租税なのかというわけにもいきませんので、とりあえず一元化を目指しながらやっていくという方向。つまり、一元化とか、なるべく広域自治体に事務配分に合ったような改革をしていくということを見据えた上で政策を打っていく。

これはここで決めるといえるのか、この機を逃さずに決めていけば、ヒアリングでもおわかりのように、道府県も構造的な赤字問題を解消してくれればというか、解決してくれれば受けると言っているわけです。ここで大改革が進むわけです。私は改革というのは余り焦る必要はないとは思いますが、熟している機を逃すとかなり延びてしまいますので、今この時期に一挙にやるべきことはきちっとやっておくということが重要なのではないかと思います。

○清家会長 ありがとうございます。遠藤委員は関連の御質問になりますか。また別ですか。では、まず大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 ありがとうございます。私は少子化対策、子育て支援の立場で

この会議に出させていただいておりますが、今日の先生方のお話はいずれも大変面白く刺激的に思いますし、医療・介護に関する今後の議論の道筋が私にもはっきり見えてきた思いがいたしました。この後、恐らく議論が深まっていくと思いますが、その前に少子化対策、子育て支援の立場から医療・介護に関して1つだけお願いがございます。

今までの先生方のお話を伺っても、医療と介護は両者の連携なくして成り立たないということが明確になりました。また、最後の死も自宅で看取ということが1つの方向性として示されていたかと思います。これもできればそういう方向を国民が願っているものでもあると思います。ただ、その場合、誰が介護を担うのかということも明確に議論していただきたいと思います。ちょうど今、晩婚、晩産でもありますので、子育て期が親の介護期と重なってしまっております。したがって、従来のように介護が嫁、女性、娘にだけ託されることはないと思いますが、万が一そういう方向に行くことのないよう、社会的資源の活用ということも是非とも介護のところで重点的に御議論いただきたいと思います。以上です。

○清家座長 ありがとうございます。遠藤先生、よろしく申し上げます。

○遠藤委員 先ほど権丈委員から医療機関の機能の地域偏在の是正策について御発言があったわけですので、それに関連してお話しさせていただきたいと思います。

権丈委員は診療報酬ではなかなか難しく補助金政策だというようなお話だったと思います。それに対して私は反論するつもりは全くないのですけれども、診療報酬と医療法による誘導という2つが医療機関の機能を分けているという実態がありまして、それぞれについての特性があるということを示しましたものが3～5ページまでの資料でございます。

結論から申しますと、先ほど日本の医療機関は民間の医療機関が非常に多いというお話であったわけですが、であるがゆえに診療報酬による誘導というのは極めて強力なわけでありまして、強力過ぎるぐらい強力なわけでありまして、事実上、診療報酬によって医療機関の機能分化ということが現実問題として行われておりまして、それは非常に多様で数も多いということで、医療法による機能分化よりもはるかに数が多いという状態になっておるわけです。

ということなのですけれども、ただ一つだけ診療報酬による医療機能の分化ではうまくできないところがあるわけです。それが地域偏在の解消というところでありまして、地域偏在につきまして診療報酬は基本的には全国一律

です。最近ちょっとだけ例外条項をつけましたけれども、基本的には全国一律なものですから、余り地域偏在を是正するという方向では使えない。ところが、医療法の中には地域医療計画というのがあります。それと連携させることによって病床の上限を決めるということをやっておりますので、その延長上でいけば、ある程度地域偏在の是正にもつながる可能性もあるということです。もちろん、そこに補助金を入れるとかいろんな方法もあり得る話なのです。

ただ、現実に見てみますと、そういう意味合いで医療法による機能分化ということもより積極的にやっていく時期なのだろうということはここで申し上げたかったことの一つです。ただし、医療法による見直しというのはなかなか時間のかかることで、私も現在少し関係しておりますが、時間がかかります。診療報酬の改正にも随分関係しましたけれども、そちらは2年に1回やりますので比較的やりやすいということもあるものですから、この改革を進めるという意味合いも含めまして、まずは診療報酬による誘導策というものをできるだけ使いながら、その間に地域医療計画と連動させていく、そういう仕組みを作り上げていく、そういうプロセスが現実的なのかなと思っているということの意見でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、宮本委員、そして山崎委員、どうぞ。

○宮本委員 ありがとうございます。大変重厚な積極的なプレゼンテーションが相次ぎまして、しかも大変印象深かったのは、皆さん基本的に同じ方向を向いているということであります。

私自身、医療の専門家ではございませんので、ただ、政治学者の端くれとして、今までの議論の蓄積に何がつけ加えることができるか。資料3-9を提出させていただいておりますので、1枚目の簡単なメモに基づいてお話をしたいと思います。それはどういうことか。私が理解する限りでは、今、委員の皆さんの基本的な方向性というのは、日本の医療が直面している困難に対処していくためにはフリーアクセスのアクセシビリティ、コスト、サービスのクオリティ、サステナビリティ、これは財政的にも、あるいは医療従事者の勤務条件という観点からでも持続可能な条件という意味ですが、この4つの場合によっては矛盾するモーメントというのをいかに組み直していくのか。

特にフリーアクセスに対して一定の緩やかなコントロールという言い方をたしか権丈委員はおっしゃっていたように思いますし、しかし、それはシス

テムとして見ると大島委員のおっしゃり方でリセット、あるいは権丈委員は根本的に変えるという言い方もおっしゃっていましたし、宮武委員はブレーキという表現も使ってらっしゃいました。そういう意味では、まさに神野委員がおっしゃったように熟した機をいかにつかんでいくかというところで一歩踏み出さなければいけない。しかし、先ほど申し上げた政治学者の端くれとして同時に考えるのは、実は冒頭、デモクラシーといいますか、国民会議としていかに国民の世論のようなものと一緒にあるかというところでありませう。

と申しますのも、御存じのように日本の一般的な世論の医療評価というのは大きなブレがありまして、2ページ、これは2010年にロイターが報道して日本でも共同通信が扱って話題になった、まさにアクセシビリティについての日本人の評価が国際比較からすると極めて厳しい。つまり、自分の家族が重篤な病気になった場合、良質で手ごろな医療を受けることが難しいかという問いに対して、非常に困難だと、現状ですら困難だと答える世論。これは因子分析としてどう解釈するか大問題なのですけれども、これが大変多い。

3ページ、もちろん、その前年に、カナダの非営利調査機関が日本の医療のパフォーマンスがいかに国際比較で優れているか、医療制度というよりは健康指標のランキングですけれども、大変よいパフォーマンスを示しているということを指摘していた。もちろん、これに先立ってWHOの2000年のレポートなどは大変有名でございます。

それだけに、客観的な評価とこうした世論に時たま垣間見られる厳しい論調をどう見るか。このギャップというのが気になります。

もちろん、医療問題というのは大変理解の困難な複雑な問題でございますし、同時に日本の世論というのは基本的に非常に賢明で慎み深いと言ってもいいものだと思います。こうした中で、医療改革に国民を巻き込んでいく。幾つか方法があると思います。まずこの国民会議がメッセージを発していく。権丈委員が座長を務めてらっしゃいます社会保障教育のプロジェクト、これは私も加わらせていただいて、これは本当に決定的に重要で、権丈委員が予算の増額を要求してもいいぐらい重要だと思っております。しかし、時間がかかる。

機は今まさに熟しているというところで、今、国民の理解を高めていくためには何が必要かといったときに、1つの方法として討論型の世論調査がありはしないかと思っております。これは御存じのように、医療問題のように非常に複雑な問題について世論を把握し、同時に形成していくために、無作為抽出で集めた市民に潤沢な情報を提供し、小グループでの討論、全体の討論を重ねていただく。そして、その討論の前と後の変化を見ることで既存

の世論調査のデータのバイアスのようなものを見ていく、あるいはそのプロセスをメディアが伝えることで問題意識を国民全体で共有していく。これは高橋先生の御議論がございましたけれども、異なった地域で異なった課題があるということ踏まえて、必要なときに適切な医療を適切な場所で、もちろん、大島委員のおっしゃったことですが、受けるために、この地域で何が必要ならなければならないのかという議論を巻き起こしていくというような手立てが必要なのではないか。

討論型世論調査、これはイギリスではNHSの評価をめぐって90年代の終わりぐらいからやられていますし、アメリカでもカリフォルニア州などで医療問題の調査が行われているようです。日本では原発問題等でやられていろいろ評価はありましたけれども、地域に密着した人々にとって非常に関心の強い医療問題こそ討論型調査に適合しているのではないかと、これでまさに世論を巻き込んでいくことが必要ではないかと思えます。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 国保の広域化、特に都道府県保険者に移管する、後期高齢者医療制度は基本的に今の体制でいいたろうというのが皆さんのほとんど大勢のようございまして、このままではまずいので、私は持論としてそのように考えていないので発言させていただきます。そういう議論になると思って討論用のメモとして作ったものがお手元の資料でございます。

1つは後期高齢者医療の問題点ですが、後期高齢者は全都道府県で一本の制度でございまして、保険料も原則一本ということでございますが、これが実は介護保険との間に非常に大きな不整合性を生んでいて、医療から介護へ、そして地域包括ケアを進めるという観点からすると、大きなネックになっているということでございます。後期高齢者医療と介護保険の給付と負担の関係は一体化させなければ目指している方向に進まないと考えています。

国保の広域化論でございますが、広域化の狙いとして、小規模保険者問題が言われるわけでございます。リスク分散機能は低下しているというのですが、現実には共同事業をやっているわけございまして、この共同事業に何の問題があるのかということをもまず検討することが先決ではないだろうかと思えます。私も十分だとは思っておりませんが、例えば平準化の期間を拡大する、あるいは特に超高額医療費についてはこういったところに税を重点配分するという考え方もあるわけございまして、その昔、共同事業が入る前には、透析の問題だとかいろいろ言われましたが、今ではすっかりそういう問題は緩和されていると思っております。だから、残されている問題があると

すれば、その改善策を検討すべきだと思います。

保険料負担の平準化ということでございますが、ここに受益としての実質医療水準の差を考慮しない平準化は市町村の取り組みを阻害すると言っているわけです。お手元の最後、これは『共済新報』に掲載予定のものでございます。お断りしてここに用意させていただいたのですが、左下に図表があります。上は前回、岡崎市長が市長会を代表する立場から用意されたものでございまして、要するに標準化した保険料指数に4.2倍の格差があるというわけでございます。これがひとり歩きしているのでございます。事あるごとに保険料格差が言われるのですが、医療費格差というのは意外に言われないうわけです。保険料格差は東京都の青ヶ島村と徳島市の間に4.2倍あるというのですが、ほとんどが説明はつくわけでございます。

1つは、わかりやすいのは、東京は特にそうですが、法定外の繰り入れがすごく大きいわけでございます。一方、徳島市は財政規律として一切繰り入れをしていないわけでございます。これだけでも相当に保険料格差は生まれますが、もう一つは、青ヶ島村は一人当たり給付費が低いわけでございます。徳島は非常に高いのでございます。青ヶ島村に比べて徳島市は保険料、税の収納率が非常に低いわけでございます。こういったことでほとんど4.2倍は説明されるわけございまして、これを一本にしたときどういう問題が起こるかということをよくお考えいただきたいということでございます。

また元に戻りまして、2ページ、私は横浜市の国保の運協の委員を20年しております、ここ十数年は会長をしているのでございますが、大都市国保ほど深刻な問題を抱えている。赤字問題を解決しない限り都道府県単位化はあり得ないというのが恐らく特に知事会の御主張だろうと思うのですが、大都市国保の問題を解決しないと、要するに都道府県単位化は受け入れられないということにも聞こえてくるわけでございます。

今、言いましたように、小規模市町村のリスク分散機能低下には再保険事業で対応する。所得水準の格差には、国・県の調整交付金があるわけですから、これがきちっと機能しているのかどうかということでございます。現実には相当機能しております。

年齢構成の違いには制度間調整で相当対応しているわけございまして、これが不十分な部分はどこにあるかということでございます。したがって、残された問題は何なのかということを検討していくのが現実的な検討の方向だと思います。単に小さいということであれば国保だけではないのでございます。介護もそう、子ども・子育て支援も市町村をベースにやろうとしているわけでございますから、そういった住民と向き合うべき課題に対してきちっと向き合うことのできない自治体があるとすれば、それは基礎自治体の問



題だと私は思っております。

ですから、増田委員がおっしゃったように限界集落的な基礎自治体が続出するという懸念は私も同じでございます、それは自治体論として議論しなければいけないと思っています。大都市国保の問題でございますが、下に平成22年度の状況を示しましたが、要するに大都市国保ほど深刻な問題を抱えている。保険税（料）収納率は低い、一般会計から繰り入れている。この一般会計からの繰り入れというのは事実上赤字率と言ってもいいわけでございます。なお、町村には一般会計繰り入れは1.6%ありますが、全体として繰り入れをしなくても町村は黒字でございます。ただ、町村の中でいろいろ両極に分化している部分があることは事実ですが、全体として町村は健全でございます。

そして、総務費割合を見ても、規模の経済も必ずしも大都市国保は発揮していない、結構お金がかかっているということでございます。一人当たり共同事業拠出金、交付金でございますが、結局今は医療費実績に見合わない部分がありまして、結局イメージとして共同事業というのは小規模保険者、町村を支援する効果を期待したのかわかりませんが、現実には町村から大都市にお金が行くという形になっているわけでございます。実は余り差がないように見えますが、拠出超過が1%以内になるように歯どめをかけておりまして、もし歯どめをかけなければもっと拠出超過が大きくなるはずでございます。

そういうことで広域化に向けては都道府県単位の共同事業によって対応すべきであって、市町村保険者を堅持する、そして広域化のメリットを追求するとすれば、そういったリスク分散機能の強化だとか事務の共同化、効率化を丹念に探っていくのが現実的ではないかなと思います。以上でございます。

○清家会長 それでは、恐縮でございますが、大分皆様にお約束した時間が超過しておりますので、残りの議論はもしお許しいただければこの後の懇談のところでまた続けさせていただくということで、国民会議はそろそろこのあたりで終了させていただきたいと思っております。高橋教授におかれましては、大変お忙しいところを御出席賜りましてありがとうございます。また引き続き御指導を賜りますようお願い申し上げます。

それでは、最後に政府から御発言をいただきたいと存じます。

まず、山口財務副大臣、お願いいたします。

○山口財務副大臣 お疲れ様でした。今日はかなり長時間にわたり、医療・介護の改革の方向性、種々様々な御議論、また御提言をいただきまして、私か

らも感謝を申し上げたいと思う次第でございます。

様々な御議論の中で国民のニーズにマッチした医療・介護サービスの提供体制を構築すべき、保険料負担の公平化を通じて国民皆保険制度を安定させるべきといった、いわゆる改革の大きな方向性については皆様の御意見はほぼ一致をなさっておられたような感じがしております。

とりわけ、国保の都道府県化などによって医療提供体制と医療保険制度の両者の改革を一体的に行うべきという御意見、あるいは消費税増収分を段階ごとに効果的に活用すべきという御提言もございました。国民の皆様は消費税の御負担をお願いするからには、それにふさわしい「目に見える改革」というのが必要だろうと考えておるわけでございまして、今後とも、国民会議において先生方のさらなる活発な御議論、また御提言をいただきますようお願いしたいと思っております。ありがとうございました。

○清家会長 山口副大臣、ありがとうございました。それでは、最後に、西村内閣府副大臣から御挨拶をいただきたいと思っております。

○西村内閣府副大臣 本日は、長時間にわたりまして本当に精力的な御議論をいただきましてありがとうございます。

委員の皆さんからのプレゼンテーション、横倉医師会長を交えての議論を含めて、いろんな論点を集中的に御議論いただけたと思います。横倉会長も御自身の言葉で話されて、非常に率直な意見交換ができたと思っておりますし、委員の皆様からは様々な論点、公平性、供給体制、今の国保のお話、データの活用、まちづくりへの連携へのお話等々あるいは大都市と地方、様々なお話、論点課題を示していただき、その解決に向けての御議論をいただいたわけがあります。それぞれの委員の皆様がどういう方向性をお考えなのかもよくわかりましたし、ある程度の方向性が共有できたのではないかという感じもいたしております。

この医療・介護分野の改革については、本日の議論に引き続いて週明け月曜日にまた議論を深めていただくことになっておりますけれども、一定の議論の方向性の整理ができますよう、引き続き精力的に御議論をお願いしたいと思います。

この後、また懇談会等ありますので、大変長い時間にわたりますけれども、どうぞ引き続きよろしく願いいたします。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。それでは、本日の国民会議はここまでにしたいと思っております。本日の記者会見は、恐らく今の感じですと18時過ぎご

ろをめぐりに4号館において行いますが、大変恐縮ですが、私は本日所用でその時間は外せませんので、遠藤会長代理に記者会見を行っていただくこととしておりますので、御了承いただきたいと思っております。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 次回は、今お話がございましたように、4月22日、月曜日、15時からございます。どうぞ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。それでは、以上をもちまして、第9回社会保障制度改革国民会議を終了いたします。

なお、今、申しましたように、本日はこの後、1時間程度、委員の間の自由な懇談を行うこととしております。この懇談につきましては、インターネット中継などによる公開は行わずに、終了後の記者会見であわせて内容のブリーフを行うとともに、後日議事要旨の形で議論の内容を公表したいと考えておりますので、そのように御了解いただきたいと思っております。

時間が押しておりますので、5分程度時間をいただきまして、今の感じですと5時5分前ぐらいは厳しいですか。では、恐縮ですが5時から懇談会を開始させていただきたいと思っておりますので、引き続き委員の皆様におかれましてはよろしくお願いいたします。

本日もいろいろと活発な御議論があつてありがたく思っておりますが、私の不手際もございまして、大変時間が延びてしまいましたことをお詫び申し上げます。よろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。