

第10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22日（月）15:00～17:00

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、山崎泰彦委員

三 議事

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. これまでの議論の整理（医療・介護分野）
4. 閉会

○清家会長 それでは、ただいまから第10回「社会保障制度改革国民会議」を開催いたしたく存じます。本日は、大変お忙しい中御参集をいただきまして、誠にありがとうございます。本日の出欠状況でございますが、宮本委員が御都合により御欠席でございます。また、伊藤委員は少し遅れてお見えになると伺っております。過半数の委員が出席しておりますので、会議が成立しておりますことをまず御報告いたします。政府側からも御出席を賜っておりますので、御紹介いたします。加藤官房副長官でございます。坂本総務副大臣でございます。山口財務副大臣でございます。梶屋厚生労働副大臣でございます。山際内閣府政務官でございます。よろしく願いいたします。

それでは、会議の開催に当たりまして、加藤副長官から御挨拶をいただきたいと存じます。よろしく願いいたします。

○加藤官房副長官 官房副長官の加藤でございます。本来でありますと、担当大臣の甘利大臣を初め、関係の大臣が同席をさせていただくべきところでございますが、今日は参議院での予算委員会がスタートしたところでございます。出席がかなわないため、私から冒頭一言御挨拶をさせていただきます。

まず、委員の皆様方におかれましては、先週の金曜日、大変長い時間御議論いただきまして、ありがとうございます。また、この国民会議においては、現在、医療・介護について、国民会議の前からの議論を含めて積み重ねをお願いし、また関係者の皆様方にもおいでをいただきながらヒアリングをしていただいて、集中的、精力的に御審議をいただいているところでございます。

本日は、これまでの議論を踏まえて、医療・介護についての一定の議論の整理をお願いするということでございます。まだいろいろ足りない部分もあるかと思っておりますけれども、どうかさらに議論を深めていただきたいと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

○清家会長 加藤副長官どうもありがとうございました。それでは、議事を進めさせていただきます。

この国民会議に当たりましては、これまで国民会議以前の議論の積み重ねを共有するとともに、医療・介護サービスの提供者の皆様や、あるいは保険者の立場の皆様など関係者を交えて議論、それぞれ御専門の委員の方々からのプレゼンテーションも踏まえた議論などをして参りまして、ここ数回は医療・介護を中心に集中的に討議を行ってきたところであります。

今回は、これまでの議論の確認を行いますとともに、医療・介護分野について現時点までの一定の議論の整理ができるよう、議論を深めていきたいと

思っております。

そこで、資料1として、事務局において医療・介護分野について、これまでの国民会議において委員の皆様方から出されました議論を整理していただいております。また、参考資料として、医療・介護制度関係参考資料をお配りしてございますので、まず事務局から御説明をお願いします。

○中村事務局長 それでは、資料1をご覧いただきたいと思えます。

「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）」というペーパーでございます。今、お話がございましたように、3月27日の第7回、4月4日の第8回、先週金曜日の第9回、医療・介護分野について集中的な御議論を関係者の方々交えての議論も含め行っております。

特に4月19日には、お手元のファイルの資料にとじてございますけれども、委員の先生方から発表資料の提出、プレゼンテーションもしていただきました。今、申し上げた回に限らず第1回目から第9回目まで、委員の方々の御意見、御発言等も盛り込みまして整理したのが資料1でございます。全部で14ページになっております。左側に項目が出ておりますが、これは社会保障制度改革推進法の基本方針を踏まえ、3党のほうでも国民会議に検討をお願いしたいという昨年11月16日に検討項目をまとめられておりますので、そのような整理に沿って項目別に、ただいま申し上げました御発言、プレゼンテーションの資料で御指摘いただいていることを整理したものでございます。大きく9つ左側でテーマを区切っておりますが、順次見て参りたいと思えます。

第1は「基本的な考え方」でございます。1～2ページが「基本的な考え方」になっております。

また、第2番目の検討項目といたしまして、2ページで「健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見」ということがございまして、5つの御意見を御紹介しております。

一番御意見がたくさんありましたのが、「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」という推進法なり3党でまとめました検討項目であります。これはいわば医療・介護提供体制にかかわることだと思えます。

そこで、それらをさらに6つの項目に分けて整理いたしております。3～5ページまで大変多いのでありますが、「医療・介護の提供体制の在り方」、提供体制総論がございまして。

5ページで提供体制の2番目のテーマ「外来の役割分担の在り方」、フリーアクセス関係などが示されております。「在宅医療と在宅介護の連携の在

り方等」について、5ページの下から6ページまでございます。

6ページ下「医療法人制度等の在り方」、こういう御指摘がございましたので、その部分が6ページから7ページ半ばまででございます。医療・介護提供体制の5つ目のテーマは「人材の確保」についてでございます、7ページ。この分野の最後のテーマ「医療関連データの収集・分析等」につきまして、8ページに御意見、プレゼンテーションで御指摘のことを整理いただいております。

9ページからは「医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保」について。これは9つのテーマのうちの4つ目でございますけれども、非常に分量が多くて、9～11ページまで続いております。

検討課題として「医療保険における療養の範囲の適正化等」というテーマがございます。11ページがそのテーマに関する御意見でございます。

12ページは、医療の在り方、「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備」について。12ページの一番下「高齢者医療制度の在り方」。13～14ページ「介護サービスの効率化及び重点化」に関する御意見。

最後のテーマでございますが、「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担増大の抑制」。これは介護保険に関する検討課題となっておりますが、4つの御意見が出ているということをお紹介させていただきます。私からは以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、ただいま事務局から議論の論点の整理を案として御説明いただきましたが、これについて何か御意見ございましたら、よろしく願います。西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 ありがとうございます。金曜日に6時までやりまして、事務局の方も御苦労してまとめていただいたものと思っておりますが、医療・介護の議論の整理については1つお願いです。一つ一つの意見に発言者の名前を入れていただきたいのです。というのも、まだまだ論争的な内容も含まれているわけであって、例えば私たちも研究論文を書くときに出典を明記せよということを強く指導されるわけですので、一つ一つ名前を入れていただきたい。名前もなければ国民の方からしてみても、誰が言ったのかと。例えば興味のある意見があれば、その先生の本や論文に当たって、もっと勉強してみようかといったことで国民の方の利便性が高まると思いますので、今、案ということで示されているので、是非ホームページにアップするときか正式に

公表するときは名前を入れていただきたいと思います。

○清家会長 増田委員、どうぞ。

○増田委員 今の関係ですけれども、私は議論がオープンになっているのと、またいずれ議事録が出るので、実は私の意見はどこかなと思って私も見るのですが、これは私が言った意見だろうと思うのと、半分私の意見で後半の部分はどうかというものがあって、多分名前を書くと、いっぱいあちこちにいろんな名前を書く。半分ぐらいは、前半は私の名前だけでも、後半は賛成ではないというものをどうするかというと、またそれを私の部分だけもう一回書かなければいけなかったりするので、これは議論の参考ペーパーでしょうから、名前というより中身が大事なので、これは今のままでいいのかなと、今の西沢委員の御意見についてはそう思います。このままで中身だけを大事にして議論していけばいいのではないかなと思います。

あと中身についての意見もあるので、もしそういう仕切りになったら、またそこでもう一回意見を申し上げます。

○清家会長 わかりました。ただいまの件について何か。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 このまとめ方のメモの構成としてはこういう構成でいいかと思えますけれども、これはあくまでも発言のメモであって、これからどういうふうに中間取りまとめに入っていくか道筋が見えない感じを持っています。

今、両委員もお話がありましたけれども、発言で複数委員が主張したものが落ちて一方で、特定の委員が発言はしないでメモだけ出たものが載っているなど、どういう基準でこういうふうになったのかよくわからない部分があります。このメモに載せる基準がどうだったのか。

今、発言が合成されたという話もあります。もちろん、そういうふうにまとめられたと思えますけれども、かなり相反する主張が混ざっているのを入れてしまうと、主張の一貫性がわかりません。同じ方が言っているのか、言っていないのか、この主張とこの主張の違う場所であったところがどう関連するかよくわからなくなってしまうと思いますので、煩わしければこのバージョンもあっていいと思えますけれども、もう1バージョン、もしどうしても名前を入れるなど、あるいは一貫性がわかるだけだったらイニシャルでもいいのですけれども、関連性がわかるように作っていただかないと、言った話をごちゃっと混ぜてしまっているような感じがしますので、このまま中間報告に持っていくのは距離がまだあるのではないかという感じを持ちまし

た。

西沢さんのおっしゃっている意見もよくわかるわけで、もちろん、それだったらごちゃごちゃになるとおっしゃるのならば、付属資料みたいな形で、これはこういう展開の中で言われたものであって、これは同じ人がこの部分でこうつながっているのだというのがわかるようにしていただきたい。どういう目安で載せるものと載せないものを選んだのか、よくわかりません。以上です。

○清家会長 ほかにこの関連で御意見はございますか。遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 私もおおよそ駒村委員の意見に賛成するところがありまして、非常に多く提出資料に書かれたものにつきましてはメモには多く主張する形で載っておりますし、そういう意味では、基準の問題ですね。まとめということで考えたときに、方向性の議論をおっしゃっている方と、非常に細かなスキームをおっしゃっている方がいる。そういうのが並列されて載っているわけなので、細かなスキームなどは発言者にどういうことなのかと確認したいぐらいのこともあるわけです。そういうのが混在している状態でありまして、今後どう取りまとめていくかというところはもう一段階あるだろうと思うわけです。以上です。

○清家会長 まず事務局から説明していただけますか。

○中村事務局長 どうもありがとうございます。この資料の作成の狙いとか、そういうことについて御説明させていただきます。まずは、この国民会議自体は、当初の合意によりまして全面的に公開して議論されているということで、議事録は外部からの方をお呼びして意見交換した際は、外部の方のその御発言の確認も必要なので若干議事録の公開は手間取っている部分もございますけれども、いずれにしても不幸にしてインターネット中継ができなかったことはありますけれども、動画は全て見られるということと、議事録は全部筆記したものは公開されているということでございますので、どなたがどういう御発言をしたかという確認はそういったことでできるのではないかと考えています。

いずれにしても、8月21日までの設置期限に取りまとめをしなければならぬということでございまして、今それぞれの分野について御議論していただいている。医療・介護分野については、重点的に4回、その前の会議も医療・介護のシミュレーションを御説明して、前回の国民会議の議論も継承し

ていただいていると理解している中で、これまで9回にわたって出た委員の方々の御意見について、我々も検討課題、検討項目ということで宿題が与えられておりますので、その検討項目に密接に関連すると思われた御発言なり提供資料の中で、そういった項目に関連するというものについては、そういったものをできるだけ網羅的に拾い上げるということを目指して提出させていただきます。

したがって、1つの項目について御発言がありましたように、複数の委員の方が御発言されているところと、その項目についてお一人の委員の方が発言されているところ、あるいは委員の方のプレゼンテーションの中から出させていただいたというような、これはあくまでも事務局の責任でそういう整理をさせていただいたということであります。

これからの取りまとめの道筋という御発言をいただきましたが、まさにこれからの取りまとめについて、この会議で御議論していただかなければならないわけですが、御指摘のとおり、論点によりましては、あるいは項目によりましては相反する御意見でありますとか、細部と方向性といったような、スキームにかかわるといようなレベルの違いもあろうかと思いますが、そういうことは我々作業した人間としても承知しておりますが、まずは今後の取りまとめに向けての議論の素材として、それから改革推進法や3党から示された検討項目に対する国民会議でのこれまでの議論の進捗状況を明らかにするという観点から、このような形で取りまとめさせていただいたものでございます。

このペーパーについては、当然、本日の御意見も踏まえて、また必要な手直しもして参りたいと思っておりますので、具体的な御指摘も頂戴できればありがたいと思っています。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。このメモは私からも事務局にお願いしておつくりいただいたものでございますので、基本的にはこの会議が推進法の定める議論をきちんとするということが最低限のミッションですので、その推進法の中でこの会議で議論するようにと定められている項目に対応した御意見を拾っていただいたところでございます。もちろん、その中に必ずしも十分に拾い切れていない部分、あるいは少し正確でない拾い方もあったかもしれませんが、私がこれはまず見ておりますので、その点は私の責任でもございますけれども、是非そのようなことがございましたら、この際これが不足しているとか、このクォートの仕方はミスクォートであると御指摘いただければと思います。

申し上げるまでもないわけですが、このメモは何かの最終的な報告書にこ

のまま載せるとかなるというものではなくて、あくまでもここで医療・介護分野についての委員の意見を取りまとめるために、これまでの委員の意見、一つ一つなかなか覚え切れておりませんので、それを改めて拾っておいていただいたということで、特に何か意図があってある意見を取り上げているとか、ある意見とある意見を結びつけたということではなくて、あくまでもそれぞれの推進法に定められた項目の中で、こういうような意見があったなということを思い出すための資料として作っていただいておりますので、そのような御理解でいただければと思います。

また必要に応じて、できるだけ自分の意見にはクレジットをつけてほしいと思うのは私も研究者ですので、よく分かるのですけれども、今言ったような種類の資料ですので、少しその辺が煩雑にならないような形でこのようにまとめられたと理解しております。それぞれの意見は議事録においてきちんとクレジットがついて報告されております。また最終的な報告書は、これも当たり前ですけれども、ここは誰の意見というクレジットつきで出るわけではなくて、我々の委員会全体の報告書として出て参りますので、その辺は御理解をいただければと思っております。よろしゅうございますか。よろしいですか。どうぞ。

○駒村委員 事務局の整理されたメモということでわかりました。今回のような大きいこういう会議体の参加がないので、どういうプロセスで中間報告までたどりつけるかわかりませんが、いろいろな意見があってそれをまとめ上げるときには体系的にまとめなければいけないと思います。現時点で、どの意見が多数というか中核的な意見なのか、どの意見が少数意見みたいな話はまだ決まっていなくて、そういう話は詰めて話をしなければいけないと思いますので、メモということで承知しました。

○清家会長 まさにいろいろな意見がある中で、まず我々のミッションは、この委員会において合意されることが何かということを示すと同時に、最終的には少数意見というようなものも残ると思いますので、その辺の取り扱いをどうするかということについてもこれから御相談をさせていただければと思います。よろしゅうございましょうか。権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 先ほど細かなスキームとかというお話がありましたが、恐らく私のことかなと思うので言っておきますと、今、清家先生が自分の考えにはクレジットをつけるというのは研究者だからという話がありまして、全く逆のことも私はありまして、自分の考えでないものにクレジットがついていると

というのが先週末起こりました。要するに、基金を提案したとかというのが権丈の意見だ、発言だとなっております。けれども、最初に加藤官房副長官が、この国民会議の前にこれまでの長い議論がとおっしゃっていましたが、その延長線上にこの会議はあるのです。それまでの長い議論の文章をずっと読んでいくと、かなり狭められた形で財源を使いましょうというところについてしまうのです。だから、この財源をどういうふうに使っていくか。今までの会議とこの会議の大きな違いというのは、今までは財源を確保していく機運を盛り上げるための会議がメインだったのですけれども、今回は財源をどう有効に使うかというところがどうも焦点となってきている。

そこでどういうふうにするかというのは、ほぼ長い議論の中で、皆さんがいろいろな会議とかで思いを込めてつくられた報告書とか、それを受けて政治家が作った法律とかをずっと読んでいくと、実はそんなに選択肢がないなどというのがある。私はこの前、こういうお金を地域医療・包括ケア創生基金というものをつくりましょうと言ったのは、そこには財源として、消費税と書いています。消費税はここには使えるという流れがあるのです。ところが、私はもう一つ重要な役割として、地域医療・包括ケアデータ解析専門チームをつくりましょうと書いています。ですけれども、そこには消費税が使えそうに書いてないのです。だから、財源は消費税と書いていないのです。

そのくらい、今までの流れである方向性がもう決まっているところの延長線上にあるので、財源と医療・介護の問題を結ぶ制度をある程度こちら側で示していくというのが結構この会議では重要になっていると判断して、私はスキームのところまでいろいろ考えていったりすることになるわけです。そういう意味で先週のいろいろなところで、私の意見と言われても、これはどう考えてもどこまで私の意見なのかという、人のアイデアを使ってはいけないとか、出処を明らかにせよという教育を受けている我々としては、面映ゆいものがある、これは今までの文言をずっと読んでいくとそうなるのだよねというところなのです。

ですから、ここの議論というのは、ある程度財源と問題とをつなぐ制度というところまで見える形で議論していく必要があるのではないかとということで、この前もみんな国保の話とかいろいろな建設的な議論をしたのだと思っております。

○清家会長 宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 医療の分野において、制度と診療報酬の役割とか、どちらが有効なのかという議論が前回ございました。私なりの解釈では、制度というのは

いわば骨組みでありまして、診療報酬はそれに対する肉づけをしていくという役割を持っているのだと思います。少なくとも、肉づけの部分が制度をばらばらに解体するようなことはまずないということでもあります。その意味で言いますと、国民会議では新しい制度の導入ということを中心に考えて最優先すべきだと思っていますので、例えば前回、権丈委員と増田委員から地域の複数の病院がホールディングカンパニーを作っていくという提案がございました。それによって、病床数であるとか診療科目ということを整理できますし、また医療機器や検査機器の適正配置や薬品の一括購入という大変効率的な面も出て参りますので、いわばそういう新しい制度をここで打ち出していくということを是非重視してほしいと思います。こういうホールディングカンパニー的な発想・考え方は、介護保険の分野でも弱小の社会福祉法人の連携に関して活用できるのではないかなと思っています。

もう一つ言いたいことは、この改革を進めていく上で、主に医療・介護の分野では厚生行政の内部の担当になるわけでありまして。保険局があり、医政局があり、介護保険では老健局があるという形でばらばらで取り組んでいたのではなかなか実りあるものになりませんので、やはりヘッドクォーターを作してほしいと思うのです。そこが改革を推進していくことにしないと、ばらばらに予算の獲得に走ってしまっただけは大変残念なことに終わってしまうので、地域に対して地域包括ケアというのを中央で求めておられるわけですから、自分たちも包括的な体制を作してほしいということを申し上げたいと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。ほかにいかがでございませうか。では、増田委員、どうぞ。

○増田委員 前回の国民会議を閉じた後の懇談会がありましたね。大変有意義な懇談会だったと思っていますのですが、そう言いながら、私は最後のところでどうしても時間で退席してしまって、国保の赤字構造をどう解消するかの議論のところに参加しなかったので、私の立場も明らかにしておかなければいけないと思って、今発言します。

国保が医療保険の最終セーフティネットというカラストリゾートだということと、それにしても持続可能性が危うくなるほど毎年度4,000億円ぐらい赤字補填しなければいけないという危機的な状況にある。ここまでは委員の皆様方は共通認識だったと思うのです。では、一体それをどうするかという大変重要な議論がそこで展開されたと思うのです。後期高齢者の支援金に総報酬割を入れて、それで浮いた公費を私は国保に投入するという案がいいとい

うことで、プレゼンテーションの時間が短かったので簡単にそのことを申し上げたのですが、私自身はそういう立場です。その点は、ここでもう一度明らかにしておきたいということ。

ただ、ここについては、後でいろいろ話を聞いてみますと、前期高齢者医療の給付費に投入すべきではないかといったような、被用者にとってメリットのあるようなことに使うべきという意見もあったということです。是非この点について、これからこの点は方向をきちんと出していかなければならないと思いますし、大変重要な論点ですから、是非多くの皆様方に議論していただきたいと思います。

私自身は、やはりこのことが保険者を都道府県にするという大変重要なポイントになるし、それは医療提供体制を実効あらしめるためにも全部一連でつながってくる話でありますので、是非御理解いただいて、そして国保の赤字構造を一挙にここで解決していく方向に国民会議として提案していくべきではないかと思えます。

○清家会長 ありがとうございます。先ほど宮武委員からも新しい制度について、新しい制度ではないかもしれませんが、前回の議論の確かに一つの大きなテーマは、今、増田委員が言われた総報酬割の話、また、それとの関連で保険者を県単位にするという点。それについては、2つの意見があったと思います。そこを少し収斂させることが必要かと思えますが、この点について改めて前回の懇談会の話も含めてで構いませんので、そこはかぶってかまいませんので、御意見をいただければと思います。遠藤委員、お願いします。

○遠藤委員 先ほど増田委員から御発言がありました、御退席の後に話していたのはもしかして私の意見だと思うのですがけれども、ちょうどこの資料が出ておりますので、9ページのところがそれに該当するかと思えます。総報酬割によって浮いた財源を国保に入れるという考え方が一つだけ示されているわけですがけれども、一方で、この問題を扱っておりました社会保障審議会医療保険部会での議論では、むしろそういうようなアイデアというのは明確には出ておりませんで、ちょうど5番目の○に書きました後段の部分、協会けんぽの国保補助率の引き上げに充当するべきであるとか、前期高齢者の給付費に充当するというような被用者保険に関連した議論が中心的にされていたという事実があるということでもあります。あるいはここには書きませんでした、全ての御意見の中で誰もまだ触れておりませんが、高額療養費制度をどうするかという議論もあるわけでございます。その場合、高額療養費制度

において、低所得者の上限を引き下げようというトライアルはしたわけでありませぬけれども、結局財源が見つからないということで、それが今とまっている状態でございます。一時期は受診時定額払いといって100円いただくということも議論したわけですが、なかなか社会的な賛同が得られない。例えばそういうところに浮いた財源を投入するなどというオプションもあり得るわけでありませぬ。

基本的には巡り巡って公費の削減につながるという部分もあるわけございまして、実は議論として見れば非常に多様な議論がされてきたということがあるものですから、そういう意味から総合的に議論する必要があるのだらうと申し上げたということでありませぬ。以上でありませぬ。

○清家会長 それでは、神野委員、どうぞ。

○神野委員 私は繰り返しになる危険性もあることを申し上げておきますけれども、私がよくわからないのは、大きなビジョンを描いて改革を進める。ジグソーパズルの一つの小片だけを議論しているのはいけないだろうと思っています。

もともとの医療保険というか保険制度に関する考え方の違いかもしれませんが、国民統合に結びついているというのが我々社会政策学派の議論でして、あまり国民を分断するのではなく、別言すると分担しているわけですね。それを持ち寄りというのは表現が悪いのですが、財政調整制度によって、どうにかその部分を持たせている。つまり、私はラストリゾートと表現いたしましたけれども、最後のセーフティネットとしての国民健康保険をもたしている。これは当然のことですけれども、それぞれの保険から外れた人たちはみんなそこへ落ち込んでいるわけですね。

そういう全体としての構築物を維持していくために土台を強化しようという理屈は、私は理解しやすいというので述べているわけですがけれども、その間で財源が余ったから融通するという論理がどうしてそういうふうになるのか。つまり、全体をどういうふう方向に持っていこうとしているのかというのがよくわからない。

このことは先ほど増田委員がおっしゃったように、ずっと長年議論してきた国民健康保険の保険者が市町村でいいかどうか。これは当初始めたときと大きな性格が変わっていますので、つまり、事実上農民保険だったものではなくなくなっているわけですから、その点については、全体の保険制度を維持するという意味と、我々の財政学で言うと事務配分の方から言ってもそうだな。

したがって、保険間で単にやりとりをする、ないしは総報酬割で浮いた財源をどうしますかという議論というよりも、全体としての制度をどう構築するために、どうやって財源を捻出してやろうかという方向でこれまでも出てきた議論なのではないかと理解しています。これは繰り返しになりますが、同じことなのですから、そう申し上げておきたいと思います。

○清家会長 ありがとうございます。では、権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 いろいろなものについてどういう意見があるかというのは、構成員で随分変わってくるのです。私とか宮武先生とか山崎先生とかが参加されていた2009年の「高齢者医療制度に関する検討会」というところのある程度の報告書の中では、前期高齢者医療制度に直接公費を投入することとした場合、国保よりも健保組合等の負担がより軽減されるといった点や、公費の投入は国保を優先すべきという意見でまとめられております。

私は神野先生の理念と同じような考えを持っているのですが、ラストリゾートとしてそこを守っていこうとするときに、前期に公費を入れるというのは効率が悪いのです。どういうことでそういう発言、先日の配付資料43ページにあるような取りまとめになったかといいますと、私が要求した試算の結果というのが当時2009年にあるのですけれども、国保は公費がかなり健保組合とか協会けんぽよりも入っています。協会けんぽに入っている公費、健保には組合健保には公費が入っていないで、国保に公費が入っているのです。前期のところにとんと公費という税金を入れると、この国保の中の公費が減る分には減るのですけれども、保険料の軽減というところに対しては絶対額としてあまり回らないのです。結構そこで組合健保とか協会けんぽのほうが国保を救うよりは財源が回っていくことになるのです。

そういう意味で、ラストリゾートとして国保の財政を安定化させるという意味では、国保のほうにダイレクトに、公費と入れかわる形ではなくて、国保に財源を入れていくということのほうが効率的ではないだろうかという議論は、あのとき一応我々の報告書としてまとめられている内容です。数値的には当たり前の話で、比例的にとんとみんなに流れていくと国保の保険料を軽減するということがあまり回らなくなるので、それをもしも目的として効率的にやっけていこうというのであれば、浮いた財源は国保に回していくということになる。当時は、まだ財務省も浮いた財源は自分で使うとかというようなことを言っていて、我々のものは検討会なので非常に弱い影響力しかなかったのですけれども、国民会議で公費、総報酬割のところから浮いた財源というものは国保のほうに回していくということをもとめていくと、相当影響

力といたしますか、実行力が伴うような方向でまとめるのではないかと考えております。

○清家会長 西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 私も、増田委員が御提案されたように、国保がラストリゾートであって、今、保険料滞納世帯も2割で、保険料の軽減基準にかかる直前のような収入の人は物すごく高い理不尽な保険料を払っていると思っていますから、ここを何とかしないと社会保障改革ではないと思っています。ですから、是非ともここで一定の方向を出したいと思っていますが、ただ、総報酬割の財源を国保にそのまま持っていくというのは躊躇します。

というのも、まだいろいろ手立てがあると思うからです。国保に入っている高齢者の方の公的年金等控除があります。今、国保の所得割というのは収入から公的年金等控除を引きさらに33万円引くので、高齢者は給与所得者より安いです。ですから、ここを何とかできないかといった話があると思いますし、サラリーマンから国保に持っていくということは、税制の話で言いますとクロヨンとかトーゴーサンという古くて新しい問題に突き当たると思います。では、ここはどうなっているのかというところをオープンにしていかなければいけません。

もしこれがクリアできているのであれば、税制における給与所得控除だって中所得層も含めてもっと削っていけるはずです。私は削っていったほうが良いという立場ですけれども、そこには手順があるべきであって、所得捕捉の公平性がサラリーマンから見てもそうだなと納得できるものでなければいけないと思います。

また、市町村、都道府県の側に立ってみると、多分現場の方も一生懸命徴収をされていて、それを知らないお前が何を言っているのかとおしかりを受けるかもしれませんが、どれだけ徴収できているか、あるいは法定外繰入をするのではなくて保険料引き上げの努力をどれくらいされているのかといった議論の材料が、結論を出すには必要かと思っていますので、こういった論点も含めながら、期間は短いですが、一定の方向性が出せばいいと思っています。これは社会保障だけというよりも税制ですとかを含んだ話なので、1回そこも含めて話ができたら、よりいい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。山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 今の西沢委員の御意見もあったのですが、前回申し上げましたように、国保の赤字構造を抜本的に解決することが都道府県保険者に移行する前提条件のようなことを増田委員は言われているのですが、国保の赤字構造というのは端的にあらわれているのは大都市国保です。大都市国保は収納率が低いことと、本来ならば徴収すべき水準の保険料を徴収していないから、これがまた赤字を膨らませて、その分を一般会計から埋めているという色彩が非常に強いわけで、今後の議論において恐らく関係審議会で議論するのですが、国保の赤字の実態というものをもう少し丁寧に見ていただきたい。会長がおっしゃられるように、データに基づいて議論しないといけない。感覚的に国保は小規模保険者が大変だと、赤字だと、何となくわかりやすい議論なのですが、むしろ大都市国保が問題だと思っております。その辺もデータを出して議論していただきたいと思います。以上です。

○清家会長 駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 先ほど神野先生がおっしゃって、社会保障の改革の歴史というのは、本当に権丈さんおっしゃるように、長い議論の蓄積だったわけです。社会政策で学んでいる人間は、やはり日本の社会保険の職域間の断絶みたいな、社会連帯が今の仕組みの中では弱っているというのは一つあって、普遍的な制度というのが年金でも医療保険でも一つ理想としてきたのではないかと思います。いろいろ妥協の中で今の仕組みが出てきている。そういった中で神野先生がおっしゃるように、最終的には都道府県が主体、中心になる方向というのは賛成ですけれども、ただ、そこにたどりつくためには幾つかのルートとがあると思うのです。そして、そういう都道府県にいろいろな部分をお願いしたときの今の仕組みのメリット、デメリットを慎重に見極めてステップ・バイ・ステップでいかないと、実質的な皆保険を維持することができなくなってしまうような気がします。

そういう意味では、メリットとは何なのか。それは供給整備の責任と財政責任が一緒になるのが一つのメリットであるとされる。従来言われていたように、保険リスクのブレを抑えるというのは、共同化事業はかなり進んでいますので、その部分で今の仕組みの中でもできているのではないかとは思いますが。デメリットというのは、保健事業の市町村が頑張っている、私も幾つかのプロジェクトを市町村と一緒に保健事業のプロジェクトをやっていますけれども、本当に志の高い市町村があるわけですが、そういう市町村のきめ細かい保健事業の意欲をなくしてしまったり、あるいは今、西沢委員、山崎委員からもありました保険料の徴収の実効性ということ、保険と加入者の距

離が離れてしまうとうまくいかないことがあることは、協会けんぽのヒアリングのときに確認させていただいたわけです。あまり距離が開いてしまうと、そこでコントロールがなかなか難しいというお話もありましたので、大きい方向は向いていると思いますけれども、メリット、デメリット、ステップ・バイ・ステップでやっていくべきでないかと思います。

西沢さんのおっしゃった所得捕捉についても、国保の部分は3つ課題があって、年齢の問題や健康の問題や所得の低所得の問題があるわけですが、低所得についても低所得支援をやる一方で、所得の捕捉がちゃんとできているかどうかということも議論する必要がある。あるいは国民健康保険組合をどう考えていくのかということも考えなければいけない。まさか年金で所得に応じた年金の保険料を徴収することに反対されている方が、国保はちゃんと取れますよということを主張されるとは思いませんけれども、そういう所得捕捉の実態がどうなっているかも議論しなければいけないと思います。

総報酬で国庫負担が浮いた分はどうか。選択肢は、先ほど遠藤先生がおっしゃったように、協会あるいは後期高齢者、前期高齢者あるいは高額療養費のほうに渡すという考え方もあると思うのです。この浮いた分がどうなるかという話と、国保を都道府県にお任せするという話は一体で話すとどうもごちゃごちゃしてしまうと思います。浮いた分を渡すとすれば、そこにどういう大義があるのか。浮いたお金を入れるという関連性については一度整理したほうがいいのではないかと思います。以上です。

○清家会長 ほかによろしゅうございますか。権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 これは2009年に私が発言しているのですけれども、先ほど高齢者医療制度に関する検討会というところで、先日の配付資料の52ページにありますように、市町村でもかなり再保険制度を設けているので、財政単位が小さいからといってなかなか厳しいというところは、私は皆さんと距離があるかもしれないけれども、地域医療計画を立てる、その主体を都道府県と一緒にセットにするというのは意味があるのではないかと発言しているのです。

その考え方は今も変わっておりませんで、今回、軸は医療提供体制の改革を進めることです。医療提供体制の改革を進めていく上での実効性を高めるために、国保のほうに保険者を持っていく、その弱点みたいなところ、デメリットみたいなところはインセンティブを壊さないような形で制度を組み込んでいながらやっていきたいというのがあります。ここの医療計画を策定していくという主体のところセットに持っていくというところが、今回のメインは医療提供体制の改革ですから、それをどう実効性を持たせるかと

というのが重要になっていきます。

そして、西沢委員が先週も発表されていた4番目のところで、所得捕捉をちゃんとやりましょうというところは私も全く同じことを書いております。私の配付資料の58枚目ですが、随分と前にこの会議で山崎先生が第2回目に発言していただいて、みんなが考えること、我々は低所得者対策をやらなければいけないとか、いろいろなものがあるのだけれども、課税所得を基準にして政策を展開するしかないという弱点があるのです。昔、低所得者にお金を給付しようではないかと、しかし、なかなかできないということで結局定額給付金にせざるを得ないような、そういう弱点のもとに、弱みを持った中で我々は今政策展開しているということを、これはもっと大きく取り扱われていいと思いますし、ここの会議の中でメインのところを持ってくるというのはあっていいと思います。

課税所得を基準にして低所得者対策をしていくというのは、かなり気をつけなければいけないことなのだということを知らしめていながら、非課税所得としての年金の問題であるとか、このあたりのところは山崎先生が切り出されたので、是非とも頑張っていただければいいなと思うのです。このあたりのところは同時に大きな問題としてこの国では取り扱わなければいけないと思っています。

○清家会長 宮武委員、よろしくお願いします。

○宮武委員 ほかの話題に移ってもよろしいですか。関連はあります。

○清家会長 では、遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 医療提供体制を変えるということが今回のこの会議の一つの目標であるということについては、私も同意いたします。ただ、そのときの現実的な手段については、これは前回申し上げましたので繰り返しになりますけれども、診療報酬と医療法、補助金、それぞれが特徴を持っております。そういう意味で、機能分化については現状では診療報酬が実質的にはかなり効果を持っていると思っておりますけれども、それぞれメリット、デメリットがありますので、それを総動員するような形で、それぞれ相互補完できるような形でやるべきであって、何かを先行させてとかというような議論ではないのかなと思っております。

もう一つは、医療計画は非常に重要でありますし、医療法の改正は大変重要なわけでありましてけれども、現実的なそこへの移行時間というものを考え

たときに、なかなかこれは時間がかかるというところもあるものですから、その辺も考慮しながら、ある意味でどういう道筋で考えていくのかということも必要になるだろう。だから、将来的にはそれらが予定調和的にうまく機能し合うということでもよろしいのかもしれませんが、現実的にはどういような段取りで考えていくかのということも頭の片隅に置く必要があるだろうと思うわけでありませう。以上であります。

○清家会長 ありがとうございます。よろしゅうございますか。今の関連のことですか。どうぞ。

○権丈委員 はい。今の関連のところ、診療報酬と両輪でという話はあるのですが、先週の会議が始まる前に私は保険局に質問して、いったい26年で何をやりたいのか、28年で何をやりたいのか、具体的にどういふふう診療報酬を変えていきたいのかという絵が欲しいと聞いたのです。だけれども、この前のときは言わなかったのですけれども、前回の国民会議のときには、そういう機能分化、そして連携が進むこと、進んだ上での体系的に診療報酬、介護報酬を見直した後に、その診療報酬、介護報酬を利用していくといういふ体系的な見直しというものを前提として長い道のりの中に置かれているところがあるわけですね。診療報酬でぽんと上げていきます、そしてやっていきますといったときに、保険局が絵柄として描いている、頭の中にあるのは、どうも同時に診療報酬を上げることによって、保険料も上がっていく、国庫負担も上がっていくといういふ形で、自己負担が上がるということは、この前、遠藤先生も若干欠点とおっしゃられていましたけれども、保険料がそれで上がっていきながら、あまり実効性が見えない形で政策を展開していくということ。そういう余裕が今あるのかというのがあるが、私は、まずこの財源というものは基金のほうに持っていくというのは、今までの流れをずっと読んでいくと必然的になってくるのですが、その基金に持っていったお金をもって、要するに機能の分化、強化、そして連携というものを進めていくといういふことをこの前、レジュメ、配付資料に書かせていただきました。

○清家会長 大島委員、どうぞ。

○大島委員 素人なので議論についていけなくて申しわけないのですが、私の理解では、需要量が増えていって、それに供給力が追いつかないという事態がもう既に始まっている、しかもその傾向がどんどん大きくなっていくだろうと。ここで、これから医療・介護財政というのはい体どういふふうにした

らいいのか。

いろんなどころの団体の方の意見を聞いても、これ以上お金をつぎ込むことはできないとみんな言っていますが、なおかつそこから財源を出せというようなことを言おうとしているのか、これ以上増すということは不可能なのだと言うのか、そうだとするなら公費のほうからお金が出てくるのかと、それも私は多分不可能だろうということを前提で考えていたのです。もしこれから、増えるとすれば、消費税の5%しか増える財源としては考えられていないということになると、今、医療費でいけば37兆か38兆くらい、そのあたりを上限にして、いかにこれをうまく内部調整してこれからの高齢社会のピーク時までうまく調整しながらどこまでやっていけられるのかということなのかなと私は思って参加しているのですが、今のお話は一体何が前提になっているのかよく分からないのです。私の理解が間違っているとすれば、もっとこういったところからお金が出てくるから、そのお金をこういうふうに回すということも可能であることを前提としているのかとかです。

もし私の理解が間違っていなければ、金はもう出ない中でどうやりくりするのかということなのだということを前提にしたお話にしていただけると半分くらいわかるのです。非常に素人の質問で申しわけないのですが、その大前提というのは一体どこにあるのでしょうか。

○清家会長 神野委員、どうぞ。

○神野委員 私は先ほどの議論と関連して、税制改革とか、例えば税の公平性という観点から、所得税として年金課税をどうするかとか、そういう問題は考えていかなければいけないと思いますし、税あるいは社会保険の徴収体制などについては、先ほどの御指摘がありましたけれども、市町村で行われている現在の徴収率の悪さをどうするか。この議論として私の意見は幾らでもあります。社会保険料を取るの一番率が高いのはフランスのユルサフではないかと思いますが、そういう例を学ぶと、なかなか強制力でやろうとしても無理なので、税とかと有機的に関連させながら、こちらで負担を免れるとこちらで負担が増えてしまうとかというので有機的に関連づけて、歳入体制は歳入体制として考えていかなければいけないと思います。ここの改革会議の議論は、先ほど権丈委員がおっしゃったように、とりあえず今ある使い道をどうするのでしょうかという歳出の議論として議論しているのではないかと思うのです。

大島先生の議論に直接関係はしないかもしれませんが、間接的に関係しているかもしれません。ですので、そこに絞って議論しないと、また税制改

革の問題とか、徴収の体制の問題とか、事実上、徴収体制はどうなっているのかチェックし始めるといふところまで広げてしまうと、やれる改革がやれなくなるのではないか。

改革は、いわば塹壕戦と機動戦という例に例えると、今は機が熟してやれることが、ちょうど今私が関連しているような地方自治体が大きな意思決定をしてくれているわけです。なるべく市町村から道府県に条件さえ満たされれば移行することをやろうという意思決定が出ているときに、もう一回徴税体制とか徴収体制とかで他の全体の税制改革などを検討しないとできないのだと言われたら、どんどん延びていくわけです。そうすると、完全に改革の機を逸するのではないかということをお心配していて、議論は少し権丈委員がおっしゃったような前提にしておいたほうが無難なのではないかと思っています。

○清家会長 ありがとうございます。よろしゅうございますか。そうしましたら、今、議論になっている件についてはいろいろな御意見はございますけれども、まず国保の保険者の問題については、基本的にこれを県単位という形で集約する。それにはいろいろな理由がありますが、まさに今、神野委員が言われたように、これまでなかなか難しかった県自身がヒアリングなどでかなり前向きな御意見になっているという時期だということも含めて、そういう方向性でどうかということでございます。

ただ、その際に何人かの委員から御意見が出たように、例えば保険者を県にすることによってどのぐらい全体としての利益があるのか。様々なコストベネフィット、それは単なる金銭的なコストベネフィットだけではなくて、先ほど権丈委員が言われたような、地域の医療計画を組み直すということがしやすくなるといったことも含めて、コストベネフィットをもう少し議論していく。基本的には県単位の国保という方向性をもってコストベネフィットをもう少し議論していくという感じだと思いますが、いかがでございましょうか。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 会長おっしゃるとおりで、方向はそちらを向いていいと思います。ただ、それが自己目的化してはいけないと思います。そこはかなり丁寧に、しかも完成形に関してはこういう部分を工夫しなければいけないということをきちんと議論しなければいけないと思います。

国保が持っている構造問題について、どのように答えられるのか、あるいは公費の入れ方に際しても、どう渡すべきなのか。例えば国保は逆進性があって低所得者ほど困っている、しかし、一方で、所得の捕捉もなかなか難し

いとすれば、例えば保険料の応益と応能のウエートをどう変えるかとか、未成年の子供が多い世帯に対しては、応益割について工夫するとか、そういうプランも今の制約条件の中で何ができるのかも考えながらステップ・バイ・ステップで慎重にやったほうがいい。あまり前のめりというのも心配なところがあります。ただ、方向性としては都道府県というのが方向かなとは思いますが。

○清家会長 まさに制度を変えるということが自己目的化してはいけないので、先ほどから議論が出ているようにラストリゾートとしての国保のサステナビリティをいかに高めていくか、またそれとの関連で地域の医療計画などが合理的につくられる体制をどのように整えていくかという目的のためということはおっしゃるとおりだと思います。

総報酬割で出てくる増収分についてどうするか、これもそういう面ではラストリゾートとしての国保のサステナビリティ、持続可能性を高めるために投入するというのとは一つの有力な考え方なので、ただ、それについてもメリット、デメリットがあると思いますから、一応そういう考え方があるということを前提に、もう少しコストベネフィットについて精査すべきところはするというような方向性でいかがかと思いますが、どうでしょうか。榊原委員、どうぞ。

○榊原委員 すみません、今の議論に直接ということではないのですが、今回こういうふうにこれまでの議論を整理していただいた論点の紙を出していただいて大変な御苦勞だったと思いますが、これを改めて読ませていただいて、こういう議論をしてきたなと頭も整理できたところですし、例えば国保の保険者を都道府県単位にとか、過剰なフリーアクセスがかえって混乱をもたらしているところを切り込んでいこうとか、これまでずっとペンディングだった議論に踏み込もうというような幾つかの大きな前進も中に入っているという意味で私自身評価しているところなのですが、ただ、ちょっと引いて国民目線で見たときに、これで伝わるかなという思いが実はしています。

というのは、増える高齢者のためだけの改革ではないはずなのです。消費税率を10%にするのは、あまねくみんなが痛みを分かち合う中で医療と介護の提供体制を変えるということに答えを出そうとしているという意識が十分入っているのかという疑問なところがあって、権丈委員がおっしゃったとおり、これまで積み重ねた議論がある中でこの議論があるということは、ここにいらっしゃる方は皆さんよくわかりだと思いますし、私もその流れ、これまで積み上げられた議論を大事にした結論に持っていくべきだと思って

いる一人ではあるのですが、国民からすれば、5%の消費税の負担を引き受ける結果として一体どんな改革をしてもらえるのかという目でこの議論を見ることになるわけで、今の医療・介護の問題がどこにあるのか、なぜこのままではいけないのかということ、きちっとここでもう一回明確にし、前回の国民会議からもう5年もたっているわけですし、その上で、一体この改革がどれぐらいのスピードで必要なのかということ整理してお見せしないと理解は得られないであろうと。

その際に、先ほど大島委員がおっしゃったことなのですが、2025年に148.5兆円でしたか、現在、110兆円規模の社会保障の給付費がそこまで伸びていくということについて、国民会議は一体どう考えたのかということも当然入れておかなければ、その先を生きていく若い世代の理解は得られないと思っています。

医療・介護の分野についても、つつい私たちの議論では高齢者のサービスをどうしようかという議論を医療・介護としてするのですが、こういった改革をすることで、では現役世代にとってどういうメリットがあるのかということはきちっと分けてお示しする、負担をしていただくのですから、あなたたちにとってもこういうメリットがあるということを高齢者と現役世代に分けてメッセージをきちっと発するということが必要だと思っています。

高齢者については、例えばフリーアクセスという私たちが大事にしてきた医療の制度の中の価値ですが、それがかえって医療の治療の混乱、薬の混乱、介護との連携の不足など、混乱を招いているのではないかと、そこをきちっと整理して、よりQOLを高める必要があるではないかというようなメッセージは必要だと思っていますし、現役世代の人たちは保険料も窓口負担も相当高いところまで協力してもらっている。この先、野放図に負担を引き上げていくことはもう難しいということはわかった上の議論をしているのですということがわかるようなメッセージにしていく必要がある。そこをまず明確にした上で整理していくと、総報酬割で浮いたお金をどうするかということも、おのずと流れが出てくるのではないかと気がしています。

○清家会長 わかりました。増田委員、どうぞ。

○増田委員 先ほど清家会長から、今後の議論をしていく上での方向性をお示しいただいて、私はそれに沿った形で、これから幾つかメリット、デメリットなどをきちんと議論していくことに賛成であります。

今、榊原委員がお話しになったように、やはり国民全体の中には多世代にわたって社会保障改革がどういう意味を持つかということ伝えていかなければ

ればなりませんので、例えば今議論の論点になっておりました国保の問題、確かに国保がいろんな赤字構造を抱えているということなのですが、それは御指摘があったように、いろんな大都市に困窮者が多くて徴収率が非常に悪かったり、あるいは主要な医療機関が集中していたりとかいろんな現実の問題がございますので、そういうことによって起こっていることをわかりやすく現状と今回の考え方を整理した上で、いずれ出す方向性等をマッチすると、多分それが翻って現役世代にとって国保の構造がきちんされ、持続可能性を持つことがこういうメリットをもつということが必ず出てくるはずですので、そこを我々は忘れずにやっていかなければいけない。今、榊原委員がおっしゃったことは、まさにここで議論することをより意味づけるというか、同じ方向で向いていくと、おのずからそこにつながっていくのではないか。だが、相当説明能力とか、いろんなことをやっていかなければいけない。

確かに議事録を見ただけですと、一番問題になる高齢者の部分の、しかも非常に専門的な部分に議論が集中してしまいますので、そこは乗り越えなければいけないのですけれども、そこをわかりやすく説明しないと広く国民にとって意味が出てこないと思うので、今の会長さんのような整理によって、一つ一つ今度は翻って全国的な意味は何かということを常に、これは我々一人一人の委員が常に拳拳服膺してやっていかなければいけないのではないかと思います。

○清家会長 大島委員、どうぞ。

○大島委員 私の言い足りなかったところを榊原委員が本当にきちんとおっしゃってくださって気分が楽になりましたけれども、地域ごとの医療状況だとか資源状況あるいは人口動態というのは全く違いますので、それに合わせて地域でどんな医療をどういう形でもって提供していくか。地域医療計画というのは基本的にそういう構造と性格を持っていると思うのですが、私も基本的に、その積み上げで全体を考えていくことのほうが極めて合理的だろうと思っています。財源の動きがそこでどうなるのかという細かいことはわかりませんが、どんな医療をどういう資源を使ってどういうふうにするのかというのは地域によって全く違うということだけははっきりしていますので、その積み上げが全体になるという考え方については基本的には賛成です。

ただ、問題は、地域にどこまで権限があるかということだと思います。例えば医師の偏在一つとって見ても、私はいつも医療の形というのは医師の形と同じことだと思っているのですが、少なくとも地域医療計画を立ててそれを実現するという責任が本当にあるとすれば、医師の偏在の問題について、

どのような医師がどれだけこの地域に必要なだという計画を立てられても、それに対する裁量権というのは全くないわけです。具体的な計画というのはことごとくそういうところで詰まってしまって、結局実現に向かわないというのが実態だと思います。

そういったところまでどう踏み込むのかということをしちんとさせないと、結局絵に描いた餅で終わってしまうというような可能性が非常に高いと思っていますので、基本的に、やるなら、そこできちんとどこの誰の責任でどう資源を準備できるのかということまで踏み込んだものにしなければいけないと思っています。

○清家会長 ありがとうございます。よろしゅうございましょうか。榊原委員が言われたことは非常に私も大切だと思っております、この社会保障制度改革の一つの精神は、いわゆる年金、医療・介護といったような高齢3経費からもっと全世代型の社会保障制度に持っていくということが一つの大切な共通テーマとしてございます。

ただ、そのときに、多分我々専門家の仕事は、これはそんなに専門的でなくてもできる話だと思いますけれども、前回の議論でも出てきたように、例えば介護というのは、介護によって一番助かるのは、介護を受ける人よりは、むしろ従来であれば介護をしなければいけないために就労ができなかった女性などが、従来は介護保険がなければ就労機会から去らなければいけなかったのに介護保険の充実によって、そうした女性の就労が促進されるという意味で若い世代に非常に大きな恩恵があるというようなことであるとか、増田委員が今言われたように、最後の砦としての国民健康保険の持続可能性が高まるということが、実は回り回って若い世代の将来の負担の在り方を考えるときにメリットがあるといったことを示すのが我々専門家の仕事だと思いますので、その辺は是非留意しながら、しかも表現ぶりについても、しっかりとそういう点が明確になるような形で議論をし、報告書をまとめていきたいと思っております。それでは、この件は一応。権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 大島先生の話に関連することなのですが、今回、言葉は悪いのですが、アメとムチという手段の中のアメを使うことができるのです。先週末の新聞などで、日本の医療を再編してしまうというような記事もあったのですが、そんなことをこの国では「力」を持ってできないのです。だから、基金のほうでプラスアルファという形で何かを動かすことができるだろうかという形の提案に全体的にはなっているので、強制的に力でこうするということは、都道府県の知事が今まで国が持っていた医師を

認定していく場合の権限を都道府県の知事に移していくというような話はありません。

だけれども、そこから先というところは、今回は今までと違って、ある状況にしていこうとするときにペナルティを課すということはなかなかこの国ではできないと同時に、あまりやる必要もないとは思いますが、今回はプラスアルファという財源をもって、そちらのほうに手を挙げて動きたいという人に対してみんなで協力してやっていくから、そちらに行くという人たちに対してみていくというような形のものがあるのか、千載一遇といえるのか、そういうことができる。毎年2,200億円削除されていた状況から考えるとあり得ない状況があるので、そこら辺が全体的に私の像の中に入っております。

○清家会長 ありがとうございます。宮武委員、少し別のテーマですか。

○宮武委員 いいえ、全く別ではないですが、介護保険のことが全く出てはおりませんので、僭越ですが、私なりに今考えていることを5点ほど申し上げたいのです。

最初の2つは医療保険にも絡むことなのですが、医療保険では70歳以上で現役並みの所得の方は窓口3割負担ということで、それは介護保険でも導入せよという御意見がございました。医療保険のほうは、高血圧だとか高脂血症でも働いている社長さんはいないわけですが、介護保険のほうは寝たきりとか認知症で社長をやっている人はあまりいないですね。そういう意味では、保険事故が異なる制度にそのまま導入できるのかどうか。もちろん、それを3割負担現役並み所得と認定することになるのであれば、フローの収入所得ではなく、ある程度資産に着目した形で現役並み所得ということ認定していかなければいけない。それはできるのかどうかということ、やるのであれば、資産所得による判定を医療保険にも同じように入れていかなければいけないという論点が出てくると思います。

2番目も医療保険との絡みですが、介護保険の40～64歳の第2号被保険者は介護納付金を払っているわけですが、今は頭割りで払っておりまして、それを総報酬割にする議論があります。医療保険のほうで高齢者に対する仕送りを総報酬割にすると、介護保険も同じように総報酬割にしていけるのか。異なる点は、介護保険の2号の被保険者は負担するけれども、給付を受けていません。そこをどういうふうに整理するのか。例外的に特定疾病という方だけは給付を受けられますが、基本的に全く給付はなく負担をするだけの被保険者に応能負担を求められるのか。その点をどうクリアしていくのか。例えば健保組合から、そんな保険料を徴収するのは嫌だと言われたときに、本

当に法的に徴収する権限があるのかどうかを含め検討されなければいけないのではないか。

施設入所者の重点化というのはそのとおりで、重度の方で特別養護に入られるのが当たり前ではあると思うのですが、恐らくこれからの見直しの中で介護保険部会長がおいでになりますので僭越でありますけれども、例えば要介護度2ぐらいから施設入所の対象にもされるのかなと見ておりますが、御注意願いたいのは、経済的に困窮している人たちとか社会生活に不適應な人たちというのは、実は養護老人ホームで預かってきたのですが、養護老人ホームはもう新設は私の聞いた範囲ではないと思います。しかも特別養護老人ホーム化している。特別養護老人ホームのほうも、実はそういう経済的困窮者であったり、社会的不適應であったりする方々を引き受けていて、特別養護老人ホームと養護老人ホームはどこが違うのかわからないようになっている。これは制度的にも一度、もう一回整理しなければいけないときに来ているのではないかと考えております。

4番目ですけれども、最近の調査で社会福祉法人の特別養護老人ホームが一施設当たりで、平均で3億円ちょっとの内部留保を抱えている。ちなみに障害者施設では一法人当たり5億8,000万円の内部留保を抱えている。これは平均の問題で論じても仕方がないわけで、老朽化したところの施設は、当然ながら建てかえのために内部留保は高くなっている。新しいところはそうでもない。しかし、実態として、本当にその必要な再生産費用はどれぐらいなのかという議論は是非やってほしい。

5番目は、それは関連することですが、内部留保をたくさん持っている特別養護老人ホームなどの場合、低所得者に対して利用料を軽減するという社会福祉法人の使命があるのです。その内部留保をたくさんためているところのほうが、むしろそういう低所得者に対する利用料軽減をやっていないところが目立つわけです。こんな施設・法人は社会福祉法人の責務を完璧に忘れていているわけで、そういうところを何とかしないことには、社会福祉法人制度そのものが疑問視されるのではないか。

一方では、実は有名な例で、大阪府の社会福祉協議会傘下の社会福祉法人では、みんなでお金を集めまして基金を作って、法的な支援のない生活困窮者の方に対して、自前でソーシャルワーカーを派遣し、相談に乗り、必要に応じ食料品とか医療品とかを現物で提供して、公的な支援のない間、制度の谷間にある人たちを支援するような活動をやっているのです。こういうところがある一方で、あまり良質でないところがそういう行為を全部帳消しにしている。いわば悪貨が良貨を駆逐するような状態になる。これは社会福祉法人の在り方も含めて、是非こういう国民会議をはじめ社会保障制度の在り方

を考えるとところで議論していただきたいと思います。長くなってすみません。

○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 今、宮武委員のおっしゃったようなことを私も考えておりました、一応議論の整理の中にそれぞれ今の御発言に対応した記述がそれなりに入っていると思いますから、議論の整理としてはこれでいいのではないかと考えております。

○清家会長 ありがとうございます。ただいまの介護の関係で何か御発言はございますか。このところはよろしゅうございますか。

それでは、先ほど地域医療計画のお話なども少し出ましたけれども、医療サービス。山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 一体改革の中で柱立てから欠けていたのが認知症なのですが、したがって、今さらどうこう言っても仕方がないとは思いますが、1月の末でしたか、国際会議がありまして、大島先生がそれにも深くかかわっておられたのですが、それを聞かせていただいた実感としては、国際的に認知症対策を国家戦略に掲げているということがございます。日本もやっと世界の流れに沿った方向性が打ち出されているのでございますが、早い時期に、この問題を国としても柱に据えて検討に入っていただきたいと思います。できればこの場で大島先生にその辺の話をしていただきたいと思います。

○清家会長 大島委員、どうぞ。

○大島委員 御指名ですので。認知症は65歳以上ですか。統計で調べるたびに発症率が高くなっておりまして、2005年では7～8%ぐらいと言われていたのが、最も新しいデータでは15%近い発症率であるという状況になってきています。したがって、今、3,000万人の高齢者で仮に十四パーセントとしましても、400万人以上がもう認知症という数字がでてくるわけですし、しかも75歳以上人口がどんどん増えていきますと、年齢が重なるにしたがって認知症の頻度も高くなりますので、恐らく比較的近い将来に1,000万を超えるような状況になっていくだろうと。

御存じのように、今のところ根本的に治す治療薬というのはありませんので、認知症を発症したら、この認知症の方たちとどう社会をうまく構築していくのかという状態になるわけです。認知症は昔はいわゆる精神病の一種に

数えられていましたので、精神病院に入れられるというのが当たり前の感覚だったのですけれども、今はもうそんなことを考えている国はどこにもありません。しかし、日本は現在精神病院に入院する頻度が、高齢社会の一番最先端にありながら最も高く、そのことが社会的にも、非常に大きな問題になっています。すなわち精神病院からいかに認知症の方たちを住み慣れた地域の中で住めるような形に持っていくのかということが、今、求められている大きな課題となっています。

ヨーロッパでは、今や精神病院自体がほとんどなくなってきたという傾向にあります。今、日本の認知症患者さんの精神病院への入院期間というのは1年間を越える状態ですが、ヨーロッパでは1カ月以内、2週間以内くらいが当たり前でして、信じられないぐらいの差があります。これはあくまで一つのデータですからこれが全てというわけではありませんけれども、こういった数値一つとってみても、認知症は日本で国家戦略の一つとして位置づけるようにはされようとしています、いろいろな意味で対策が遅れていると言わざるを得ません。

ただ、日本の認知症に対する医療的の在り方に対する考え方だとか、介護に対する具体的な対応の仕方だとか、その周辺におけるデータの集積だとかというものが遅れているかということ、決して遅れてはいません。しかし、国全体の文化とかそういう社会的な背景や、欧米、ヨーロッパの文化的な背景だとかそういったものも大きく影響しているとは思いますが、どうしても認知症への対応を全体としてみると非常に遅れていると言わざるを得ない。

お金の投入についても、医療費だとか介護費全体でどれぐらいの費用になっているのかというのはわかりませんが、具体的な事業展開とか研究費レベルで見ると、これはやはり欧米の投入している額に比べると非常に少なく比較にならないというのが今の日本の実態です。認知症対策というのは超高齢社会における極めて象徴的なものと考えていいのではないかと。

○清家会長 ありがとうございます。大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 今、大島先生がおっしゃったとおりで、私の周辺にも認知症の親あるいはパートナーを持った人たちが働き盛りで非常に苦労しております。ですから、この場で議論することは、そういう病気にかかった人をいかに保障するかということも大事ですが、同時に家族をいかに守っていくかということも大事だと思います。

また、認知症は高齢化とともに発症する病気ですが、一方で、前回は申しましたが、小児慢性疾患あるいは本人の意図とは全く関係のないところで、

働き盛りになのに難病にならざるを得ず、そして家族を持っているのに職も失わざるを得ない、そういう人たちをいかに救っていくかということも国民会議の目線として決して忘れてはならないことだと思います。

先ほど榊原委員がおっしゃった、国民会議の議論がどう国民に、特に若い世代に届くかということ考えたとき、私は前回駒村先生が不条理を放置してはいけない、このところは基本的な考え方として是非哲学として前文に載せていただきたいと思いますし、あと大島先生が医療に従事する者の使命ということを前回大変熱く語っていただきました。そこを前提とした上で効率化あるいは合理化を図ることが大切だと考えますので、そのところを是非とも議論のまとめの前提としていただきたいと思います。その意味で、繰り返しになって恐縮ですが、認知症のことは重要ですし、皆さんわかりやすい点でもあると思いますが、一方で、小慢あるいは難病のこともどうか忘れずに対策を考えていただければと思います。

○清家会長 駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 今、大日向先生に触れていただいたように、技術的なことはもちろん今は大事な時期なのでしょうけれども、志の部分、魂の入ったものをつくらなければいけないと思います。

これもまた大日向先生あるいは以前、増田先生も御指摘されたと思うのですけれども、地域における医療・介護をなるべく在宅に誘導していく。これは大きい流れとしては正しいと思うのですが、前回、私が最後のほうで触れさせていただいた家族、今、大日向先生もおっしゃった家族がこの時期どうなっていて、どういう世帯構成の分布になっているのかを考えておかないといけない。増田先生がおっしゃったまちづくりの話とか、高齢者住宅をどう整備するかとかそちらのほうに話が向かうためには、医療・介護だけの中に完結したという話ではなくて、家族の変化、動態も重要である。この資料も人口動態の中に家族が入っているのかもしれないかもしれませんが、単に高齢化かどうかだけではなくて、家族構成もどうなっているのかを視野に入れて議論しなければいけないなと思います。

せっかく当てていただいたので、先ほどの話に戻るのですけれども、1点、私は勉強不足だと思うので情報がただけなのかもしれませんが、今日の取りまとめの3ページのところに、先ほども権丈先生がおっしゃって、機能分化、連携を促すための基金というお話をして、もう本当に待ったなしで急がなければいけないというのは私も賛成なのですが、他方で、30兆、40兆円の巨大な医療制度の中で、刺激を与えられるためにはどの程度の金額なのか。

権丈先生の頭の中に入っている基金のボリューム、金額というのはどのくらいのものと考えて、消費税を充てると考えてらっしゃるのか、それをもしどこかで書かれているならば、あるいはお心の中にこんなイメージだというのがあれば教えていただきたいと思います。

○清家会長 権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 これは、この前の1.6兆円からいろいろあるわけですがけれども、そこから介護・医療に配分がある程度決まるというようなところで、政治的な裁量がかなり入ってきますので、私が答えるような話ではないと思います。

○清家会長 よろしゅうございますか。今、大日向委員などのお話の中にもございましたけれども、まず我々の基本的な考え方として、推進法の中にも書かれているわけですがけれども、重点化、合理化は必要だということについては我々の議論の前提であって、これを具体的にどういうふうに進めるのかというときに、確かに今、大日向委員が言われたように、一方で合理化という中で見落としたり切り捨てられたりするものがないように留意しつつ、同時に必要な急性期あるいは高度の医療のところきちんと資源が投入されるようにするにはどうしたらいいのかということについていろいろ御議論していただき、またこの中にもそうした御議論がまとめられておりますけれども、その辺について何か御意見ございましたら。あるいはもうここで大体議論が出尽くしたということですのでよろしければ、ここでまとめられたものをまた。増田委員、どうぞ。

○増田委員 今の関係で言いますと、私は地域医療計画をどう実効あらしめるかがこれからの最大のポイントでありまして、都道府県知事はその最大の責任者であるわけですから、彼らが本当に責任感を持って、それは自治体の内部で人材もぐっとそちらの部局に寄せ集めないといけない。これは介護保険などのときはそうした自治体が多かったと思いますけれども、そんなことは自治体として当然自己努力でやっていかなければならないと思うのですが、その上で、地域での地域包括ケアをどれだけ効果的な形で構築していくかということが非常に重要なポイントです。

私の先日のプレゼンのときは時間の関係で十分やりませんでしたけれども、医療法人の統合ですとか、そういった法人の統合化に向けた仕組みをきちんと用意するということが、その上で大変重要なツールだと思うのです。まちづくりで全体的には、医療のみならずいろんな意味でコンパクトシティー化が

今後必要になってくると思うのですが、これは高齢者が非常に増えたからコンパクトシティということが一時期随分言われましたけれども、むしろこれは次世代の人たちのためのきちんとした街ということでのコンパクトシティであるべきだと思うのです。

様々な都市施設の配置を考えると、明らかに医療ですとか介護施設とか、そういうものがそのときにどういうふうに重点的に配置されるのか、そして非常に限られた人的な資源ですとか様々な資源がそこにうまく集約化されているかということが非常に重要になると思うのです。フリーアクセスは当然大前提ですが、そして病院間でいろいろ競争も当然確保されなければいけないと思うのですが、そうすると、資源がどうしてもいろんなところに過剰に投与されたりしますので、医療法人、福祉法人を経営として統合化して、そして最適な資源配置をその上で実現していくということが大変大事ですので、そうしたときに法律改正にもいづれつながってくると思いますが、医療法人や社会福祉法人などの制度改革の観点がこれからどういう点が必要なのかということをはっきりと示していかなければいけないのだと思います。

○清家会長 ほかに。では、権丈委員、お願いします。

○権丈委員 何度も申しわけありません。そういう方向への道を「開く」という議論は大いにここでやっておかなければいけないです。なかなか強制してこうするというのは難しいと思う。今がんじがらめになっているところをどんどん「道を開く」というのは私の文章の中にいっぱいありますので、ご覧になっていただければと思います。

もう一つ、一体どういうことが議論されているのか、頭にあるのかというところで、具体的な事例として24ページで舞鶴市の事例を書いているのですが、どうも4つぐらい病院があって、少ない医師が分散して患者を奪い合うというような状況があったときに、市長が私的諮問機関を作って、なるべくみんなで協力してもらえないだろうか、経営をある程度統合した形で協力して診療科とか重複させないで、みんなで計画配置してもらえないでしょうかというような統合案を出して、医師を集中させて勤務医の負担を減らして、医師減少に歯どめをかけて、一定の手術件数がある病院で技術を磨きたい医師を呼び込みやすい環境を目指していただけないだろうかというようなことを提案した。けれども、なかなか政治的に乗り越えることができなかった。こういうところを乗り越えやすい、今でいいではないか、変わらないという人はいいけれども、変わりたいというところにアシストできるような仕組みを準備することができればと思うのです。

こういう問題を解決するためには、地域の中である程度複数の病院がグループ化して、病床や診療科の設定とか、医療機関の設置とか医療機器の設置とか、人事とか医療事務とか仕入れ等を統合して行うことができるような環境をつくれないうかというのが25ページに書いておりますけれども、そういう方向に変わりたい、そのときにいろんな障害がある。そのところに対してアシスト、サポートということができないだろうかというような全体的なイメージでまとめております。

○清家会長 榊原委員、どうぞ。

○榊原委員 皆さんと次元の違う話になってしまうかもしれないのですけれども、13ページが一番下の○のところに入れていただいている、引退後の方たちにサポーター養成講座などを提供し云々という3行。このあいだ、私が提案させていただいたのをに入れていただいたのですけれども、あのとき走ってお話をしたので言葉足らずだったかもしれないのですが、実は介護の現場におられる方たちにシニア学級のお話を相談したところ、大変受けがいいというか、特に女性たちがこれは是非やったほうがいいと、皆さんまずおっしゃったのがこの部分だったのです。

私たちの医療や介護の保険の議論というと、要支援になった人たちをどう支えるかという議論になるのですけれども、人口の3割、4割が高齢者になっていく時代、要支援にならない高齢者の方たちの活力をどう社会に活かさせていただくか、その人たちの生きがい、交流などをどういうふうに保障していくのかということも、せっきやくユニバーサルな介護保険のような制度を持っている日本だからこそ、もう一工夫入れていいのではないかという思いで書かせていただいた部分でした。

各種サポーターと丸めて書かせていただいたのですけれども、実は念頭にある最大のもは認知症サポーターです。認知症になっていないヤングシニアの方たちが認知症になっている地域の方たちをいろいろな形でサポートしていくという中で、長い老後を生きていくということをヤングシニアの方たちも学ぶことができるだろうし、ただただ保険を使うという以上のお互いにハピネスも高められるのではないかというような意味で、例えばこういったものに誘導するというような仕掛けとして、シニア学級のようなところに来ていただくということのある種一律の流れとしたほうがいいのではないか。というのは、各地にもシニア大学というのはあるのですけれども、とてもいいことをやっているのにいらっしやらないという方が多いそうなのです。なので、例えば介護保険証を受け取る際にはシニア学級に来て修了した人に

差し上げるというぐらいのことにして、そういった学級の一時的な提供は介護保険の中の地域支援事業から割り振って、介護保険の要介護度は認定に及んでいないけれども、こういったところで介護保険の一つの資源を自分も利用しているということを実感していただくということもできると思うので、皆様の反対がなければ、できたらシニア学級も入れていただきたいと思います。

○清家会長 ありがとうございます。ほかによろしゅうございますか。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 今の榊原委員の御意見をサポートします。

○清家会長 今、榊原委員あるいは駒村委員がサポートされたような、広い意味で、前回も社会保障教育の話も出てございましたけれども、やはり社会保障制度あるいは社会保障の在り方についての啓発、情報提供、そういうようなことをしっかりやっていくということが重要で、それについて具体的に例えば老人大学とかといったような制度的な提案も含めて報告書の中で議論をしていければと思います。その辺はよろしゅうございますか。

もう一つ、先ほど出ておりました重点化、合理化の話、ビジュアル的にはこの会議で何度も出てきました、例のウィングラス型の図からもう少しスムーズな形の図にしていくというような構造について、基本的なツール、場は、先ほどから何度も出ておりますけれども、地域医療計画のところでそれをどのように具現化していくかである、ということについては基本的にそういう方向性でよろしいかと思いますが、そこはよろしゅうございますか。

具体的に、またそれをどのような形でやっていくかというのは、先ほど来ありますように、できるだけエビデンスを集めながら見ていくということになると思います。よろしゅうございますか。ほかに何か。権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 この前、3月27日に日医会長の代わりに今村副会長がいらっしやったとき、そして4病協の会長たちがみんな話していたのですけれども、今のままのフリーアクセスではいけないだろうということで、今村副会長の言葉で「緩やかなゲートキーパー機能」というような形で発言されておられて、そのときにそこから先の話というのはなかったわけなのですが、このあたりについて私は調べてみたのですが、社会保障制度改革推進法の中には効率化とか重点化とか適正化とか大体2回、2回、4回ぐらい出てくるのです。ここは何かやらなければいけないのだけれども、ただ、医療関係者の方々もお

かしいと思っているところはやっていいのではないかというのがあるので、フリーアクセスに緩やかな形でゲートキーパー機能を持たせるというようなところで私は幾つかの提案をしていたわけです。

1つは、遠藤先生も選定療養の話とかされていましたが、200床以上のところになってくると定額の負担というようなものが、いきなり大病院に行ったときには定額の負担があつていいのではないかと、あるいは健保連のほうでおっしゃっていた高齢者の外来の高額療養費の上限というのは低いかな、もう少し上げてもいいのかなということをおっしゃっていたのですが、そのあたりの緩やかなゲートキーパーというところをある程度議論していただけだと思います。

○清家会長 わかりました。西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 教えていただきたいのは、日医の方が来られたときにかかりつけ医という言葉が使われていて、一方で、第19番目の総合診療医という専門医ができる。普通の人からするとこの違いはよくわからないのですけれども、かかりつけというのは定期的に通ったりというのでリレーションを示していて、総合診療医というのは多分お医者さん側の専門性から発しているネーミングだと思うのですが、ここら辺、普通の国民の方も理解しないと、できれば誰かが解説していただければと思います。

○清家会長 その辺、幾つかテクニカルな専門用語は解説していただく必要がありますね。大分時間が来ましたので、そろそろ今日の議論はこのあたりにしたいと思いますが、最後に権丈委員が言われたフリーアクセスのお話は、私の理解では、フリーアクセスという世界に冠たる仕組みは是非我々は堅持していかなければいけない。しかし、フリーアクセスにいろいろなほころびが出てくる中で、それではフリーアクセスそのものをやめてしまおうということにならないためにも、少しフリーアクセスの調整が必要ではないか、そういう理解だったと思います。フリーアクセスそのものは、我々はこれを尊重し、守っていくべきである。だからこそ、それを守るための改革が必要だという理解でよろしゅうございますか。

○権丈委員 はい。フリーアクセスを守るための諸施策という形で配付資料をつくらせていただいておりますので。ありがとうございました。

○清家会長 それでは、まだ少し議論はあるかと思いますが、時間が大

分超過して参りましたので、本日の議論はここまでにしたいと思います。

本日は、幾つか方向性が見えてきたこともございますので、大変実りのある議論をしていただいたと思います。

続きまして、次回以降の国民会議についてでございますけれども、まだこれからいろいろ詰めなければいけないところもあるわけですが、医療・介護につきましては大どころの議論について一巡いたしまして、また議論もある程度整理されてきたとっておりますので、次回以降は少子化対策、年金についても順次個別の議論を行うこととしたいと存じます。

委員の皆様の御都合などを伺いました結果、今回は少子化対策をテーマに大日向委員からプレゼンテーションをしていただきまして、議論を行うこととしたいと思います。また、次々回には年金の議論にも入っていきたくと考えております。

その上で4分野の議論を一通り終えまして、全体を見渡した上で再び今回の医療・介護分野の議論も含めて、さらに議論を煮詰めていきたいと考えておりますけれども、そのような取り運びでよろしゅうございますか。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 少子化と年金と残っておりますし、年金についてもじっくり話されていきたいと思います。大日向先生が次回お話しするのはもう適任だと思いますので是非お願いしたいと思っておりますけれども、年金においても委員からのプレゼンの機会を保障していただきたいと思っております。

○清家会長 おっしゃるとおり年金は非常に重要なテーマですので、しっかりと時間をかけて議論をしていく必要があるとっております。委員の申し出に応じて、プレゼンテーションをしていただき議論を深めて参りたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、最後になりましたけれども、政府から御発言をいただきたいと思っております。まず、坂本総務副大臣、お願いいたします。

○坂本総務副大臣 医療・介護につきましては、3月27日以降、4回にわたリまして熱心な御討議をいただき、多くの貴重な御意見をいただきましたことに、まず感謝を申し上げたいと思っております。

これまでの議論におきまして、国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県にすること、都道府県が地域医療提供体制整備をこれまで以上に積極的に行うことができるよう、都道府県の役割を拡大することの貴重な御意見をいただきました。医療・介護は地域

住民の生活を支える基盤でありまして、適切なサービス提供体制の整備と、国民皆保険を最終的に支えている国民健康保険の持続可能性の確保は、今後、社会保障制度改革の議論におきまして非常に重要なポイントだと思っております。

また、医療・介護につきまして、主として地方団体が制度の運営を行っております。医療・介護に関する改革の実効をあらしめるために、地方団体との協議を重ね理解を得ることが必要不可欠であると認識しております。

委員の皆様におかれましては、よりよい医療・介護制度の実現に向けて、今後とも、さらに御議論いただきまして御指導いただきたいと思いますと思っております。

○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、山口財務副大臣、お願いいたします。

○山口財務副大臣 本日は前回に引き続きまして、前回もかなり長時間に及んだわけですが、非常に熱心な御議論を賜りまして本当にありがとうございます。

いろいろと御議論を伺いながら、医療・介護サービス提供体制の改革をそれ単体で考えるのではなく、国保の都道府県化など保険制度改革と一体的に考えるということが必要なのかな。あるいは今般の社会保障・税の一体改革にふさわしい社会保障改革の内容とするためにも、幅広く保険料負担の格差是正に取り組んでいくことが必要だと。後期高齢者支援金の負担金に関する総報酬割の導入によって浮く公費につきましては、財政健全化に充てることが私どもとしては最も望ましいかなというところではありますが、いずれにしても、被用者保険制度のみならず、国家財政あるいは国民皆保険制度全体を俯瞰した上で効果的に活用すべきなのだろう。

さらには、消費税の増収分につきましても、改革効果が具体的に見込まれる分野で活用すべきであり、医療・介護サービスの提供体制改革についても、その効果の発現とあわせて公費を追加していくことが必要なのか等々、いろいろと所感を持たせていただいたところです。いずれにしても、次回から少子化対策やあるいは年金分野の議論に入っていくということですが、まさに大事な一体改革の一丁目一番地でございますので、さらなる御議論を賜りますようお願いする次第でございます。ありがとうございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、引き続きまして、榊屋厚生労働副大臣、お願いいたします。

○榊屋厚生労働副大臣 厚生労働副大臣を仰せつかっております榊屋でございます。初めて今回この会議に参加させていただきました。社会保障制度を担当する者として、身の引き締まる思いで皆さんの御議論を聞かせていただいた次第でございます。

いずれにしても、急速に少子高齢化が進展している中で、社会保障制度を持続可能なものとするのが極めて重要でございます。特に医療・介護につきましては、国民一人一人にとって安心な制度にするということが不可欠でございます。

今日まで病院・病床機能の分化などの医療提供体制の在り方あるいは在宅医療と在宅介護との連携の在り方。そして本日は、今、財務副大臣からもお話がございましたが、総報酬割の拡大による増収部分の取り扱い、財務省からも特段の御発言がありましたけれども、いずれにしても、様々な論点について熱心な御議論をいただいて、大体の論点整理ができたのではないかと感じさせていただいた次第であります。こうした議論を通じまして、国民一人一人が安心できる制度の構築につながることを期待したいと思います。

次回からは、少子化対策あるいは年金の議論にも入っていただけるということでございますが、引き続き重要なテーマでございます。精力的な御議論をお願い申し上げたいと思います。改めて、本日の議論に御礼を申し上げます。ありがとうございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、最後に、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、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、西村副大臣、よろしく願いいたします。

○西村内閣府副大臣 本日も委員の皆様方には精力的な御議論をいただきまして、本当にありがとうございます。

今日は、国会対応ということで甘利大臣は出席できませんでしたし、私も他の会議と重なって遅くなりましたことをお許しいただければと思います。

医療・介護の分野につきまして、関係者も交えて本日も含めて4回の議論を行っていただきました。今日までの議論で医療・介護分野の改革の方向性について一定の論点整理がなされて、そして、また今後詰めるべき点についても一定の方向性の議論の整理がなされたのではないかと承知いたしております。

ます。改めて、皆様方に感謝を申し上げたいと思います。

次回から順次少子化対策、年金の議論に入っていくわけでありますけれども、引き続き改革推進法で求められた役割を果たしていくべく、そして8月の期限に向けて是非国民の皆様の御期待に応えられますように、さらに引き続き精力的な議論をお願いしたいと思います。本日は誠に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、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 それでは、終了予定時刻となりましたので、本日はここまでにしたいと存じます。本日の内容につきましては、この会議終了後30分後程度をめどに4号館において記者会見を行いますので、御承知おきいただきたいと思います。

次回の日程などについて、事務局からお願いいたします。

○中村事務局長 次回、第11回目の国民会議につきましては、5月9日、16時からの開催を予定いたしております。よろしく申し上げます。

○清家会長 それでは、以上をもちまして第10回「社会保障制度改革国民会議」を終了いたします。本日は誠にありがとうございました。