

第15回 社会保障制度改革国民会議 議事録

一 会議の日時及び場所

日時：平成25年6月13日（木）16:00～18:00

場所：官邸2階大ホール

二 出席した委員の氏名

遠藤久夫会長代理、大島伸一委員、大日向雅美委員、権丈善一委員
駒村康平委員、榊原智子委員、神野直彦委員、清家篤会長
西沢和彦委員、宮武剛委員、宮本太郎委員、山崎泰彦委員

三 議事

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 2巡目の議論②
4. 閉会

○清家会長 それでは、定刻より若干早うございますけれども、皆様おそろいでございますので、ただいまから第15回「社会保障制度改革国民会議」を開催したいと存じます。本日は、大変お忙しい中、御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、伊藤委員、永井委員、増田委員が御都合により御欠席でございます。また、宮本委員は少し遅れて御到着されると伺っております。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いたします。

本日は国会などもございまして、政府からは、可能な範囲で御出席いただくということとしております。ただいま御出席を賜っておりますのは、山口財務副大臣です。山際内閣府政務官です。

それでは、本日の議論に入らせていただきます。本日は、前回から行っております2巡目の議論の第2回目といたしまして、さらに整理が必要と考えられる課題についての議論を行います。まず、前々回、第13回の国民会議において、宮武委員から御要望がございました地域包括ケア関係について、厚生労働省から御説明を受けたいと思います。

本日は、厚生労働省の原老健局長がお見えでございますので、原局長、よろしく願いいたします。

○原老健局長 それでは、資料1に基づきまして御説明を申し上げます。まず、地域包括ケアシステムを具体的にどうやってつくっていくのかというお尋ねでございました。

1ページ目、これは私どもが目指している地域包括ケアシステムについての絵でございますが、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域、具体的には、この絵の右下に書いていますけれども、中学校区ぐらいを想定しておりますが、そうした地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムというものを実現していきたいということでございます。

3つ目の○でございますけれども、高齢化の進展状況というのは大きな地域差がございます。また、その地域で使える資源も様々でございますので、この地域包括ケアシステムは、保険者である市町村やそれを支援する都道府県が、地域の自主性や主体性に基づきまして、地域の特性に応じて作り上げていくものだと考えております。

2ページ目は、医療・介護サービスの充実ということで、医療については今御議論いただいておりますように、病床機能に応じた医療資源の投入による

入院医療の強化ということでこれから改革が進んで参りますけれども、それに応じて特に地域の中で医療ニーズの高い方々、こういう方々をどういうふうに支えていくかということで、介護側としては地域包括ケアシステムの中でそういった体制をつくっていくということではないかと考えています。

3 ページ目、地域包括ケアについては、実は平成23年の介護保険法改正で、理念について第5条第3項に規定が盛り込まれまして、国と地方公共団体は、この地域包括ケアの実現に向けて施策を推進していく努力義務が課せられているということでございます。

4 ページ目、具体的なやり方でございます。介護保険の保険者である市町村は、3年間の介護保険事業計画を策定して、向こう3年間における必要な介護サービス量の見通し等を決め、その上で、必要な財源、特に保険料率をどうするかを計画として決めるという仕組みになっております。介護保険事業計画の策定を通じて地域包括ケアシステムを構築していきたいと考えています。

まず、介護保険事業計画、具体的には絵の左端にありますように、地域の課題の把握と社会資源の発掘が大事でございます。具体的には3つのことでこれをやろうと思っております。1つは、日常生活圏域ニーズ調査。2つ目が地域ケア会議の実施。最後、医療・介護情報の「見える化」といったようなことでこの課題を克服したい。

具体的には、5 ページ目に日常生活圏域ニーズ調査についての資料がございます。これも平成23年の介護保険法改正で盛り込まれた調査でございます。上の四角の中にありますように、日常生活圏域にどのようなニーズを持った高齢者がどの程度生活しているのかというのを把握するために行います。

具体的には、地域の高齢者を対象に、これは全数やる場合と抽出をしてやる場合がございますけれども、身体機能、日常生活機能あるいは住まいの状況、社会参加の状況、認知症状があるかないか、疾病状況、調査票を送りまして、こういったものを回答していただくという形で把握します。

第5期が最初のトライでございます。円グラフにありますように、84.3%の保険者がこれを実施して計画策定に活用していただいた。また、それ以外の5.2%あるいは10.3%の保険者も、日常生活圏域ニーズ調査のような詳細なものではできませんけれども、介護予防の判定に使う25の基本チェックリストを活用して計画策定に活用したというような状況にございまして、今後これをもっときちんとやってもらうべく進めていきたいと考えています。

6 ページ目、地域ケア会議でございます。地域包括支援センターでやる場合と、市町村全体でやる場合の2通りがございますけれども、基本的には上の真ん中の黄色い図にありますように、多職種の協働による個別ケースの支

援を通じた地域支援ネットワーク構築でありますとか、自立支援に関するケアマネジメントの支援、あるいは地域課題の把握を行う。このために右側にありますように、自治体の職員やケアマネジャーはもとより、OT、PT、あるいは医師、看護師といった医療関係職種の方に是非参画をしていただいて、多職種協働でやるというところがポイントでございます。

こういう積み重ねを通じて、市町村における地域の課題の把握あるいは資源開発を行いまして、最終的には政策形成につなげ、介護保険事業計画に盛り込んでいくという大変重要な役割でございます。現在、通知で設置をするようにしておりますけれども、残念ながら全保険者でまだ実施ができていないようなところがございます。また、この会議への医療職種の方々の参画、特にお医者さんなどの参画が少し弱いという面もございますので、そういった課題に取り組みながら、このケア会議の充実を図っていきたいと考えています。

恐縮ですが戻っていただきまして4ページ目、「見える化」ということで情報のデータベースを整備しまして、市町村に他市町村との比較ができるような有益な情報を提供することによって計画づくりに資していただくということを考えております。

そういう分析を通じて、真ん中にありますような課題について調査分析をしていただく。そして、それを踏まえて、関係者による計画の策定をしていただく。ここには都道府県も支援計画をつくることになっておりますので、都道府県と協議をしていく。そのときには、医療計画でありますとか、高齢者住まい法による居住安定確保計画、こういうものとの整合性も図っていただく。また、計画策定委員会という住民が参画するような会議でこの計画は審議をしてもらうことになっておりますので、そういうことも経て、住民一体となった計画づくりを進めていきたいと考えています。

そして、実際に対策を実行していただく。これをPDCAサイクルということでは3年ごとにうまく回していったらどうかと考えています。

7ページ目、2025年が当面のゴールでございますので、それまでには、あと4回の計画がございます。これにあわせて、少なくとも4回の法律改正、4回の介護報酬改定がございますから、私どもとしては段階的、計画的に地域包括ケアの実現に向けて施策に取り組んでいきたい。第5期が第1弾の取り組みという位置づけになっておりまして、第5期には、下のほうにありますように認知症施策とか医療との連携あるいは高齢者の居住に係る施策との連携といったことを介護保険事業計画で盛り込んでくれということが指針として示されております。

8ページ目、今後の第6期の計画に向けたスケジュールでございます。

ども、一番下にありますように、今年の夏にニーズ調査についての指示を全国の担当者を集めまして行います。そして、議論が進みまして介護保険法の改正が来年の通常国会で成立しますれば、それを受けて市町村は計画の策定に入っていくという流れになります。2025年までの市町村ごとの人口の推計は、社人研推計で分かりますので、是非各市町村においては2025年の自分のところの人口の状態みたいなものを踏まえた上で、その時点における必要なサービスの見込み量について、是非推計をしていただいて、そこをにらみながら第6期の計画を考えていただくということを今考えております。

9ページ目、もう一つの御質問でございました地域包括ケア研究会の報告書でございます。これは概要版でございますけれども、厚生労働省の老健事業で、平成20年度からほぼ毎年度、学者の先生とか有識者の方々に参画いただいた研究会を行っております。今回は三菱UFJリサーチ&コンサルティングが事務局になっております。24年度の報告書が3月にまとまりまして公表されています。

10ページ目、24年度の研究会では、地域包括ケアシステムは5つの要素があると先ほど申し上げましたけれども、実はその中でも「すまいとすまい方」というのが基本ではないか。また、「すまいとすまい方」を確保しても、そこで生活支援や福祉サービスが一体的に提供されないと、その上にある介護・医療・予防といった専門的なサービスが生かされないのではないかという、同じ5つの柱でも少し概念整理が必要ではないかということで議論が行われました。

11ページ目、地域包括ケアシステムにおいては様々な主体があるわけでございますけれども、それぞれの主体について役割を少し明確化して、特に市町村がキーポイントでございますので、市町村の役割を中心に、それぞれの果たすべき役割について御議論いただいております。

12ページ目は、地域包括ケアシステムを進めていく上で在宅介護サービスが中心となって参りますので、その辺を中心に少し議論をしていただきましたが、ここはまだ論点の整理にとどまっております、研究会として何か結論が出ているものではございませんけれども、住まいでありますとか、医療・介護連携でありますとか、在宅介護サービスのあり方について、ここにあるような議論が行われております。

全体のを今日はお配りしておりませんが、三菱UFJのホームページでも見られますし、またおっしゃっていただければコピーをとってお届けいたしますので、どうぞよろしく願いいたします。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。続きまして、更に議論すべき事項につ

いて、事務局から、資料2として用意していただいておりますので、まず事務局から御説明をいただき、その後、ただいまの原局長の御説明とあわせて議論を行いたいと存じます。では、事務局からお願いいたします。

○中村事務局長 それでは、資料2-1をご覧いただきたいと思います。さらに議論すべき事項ということで整理させていただきました。

資料2-1では5つの柱を立てております。1. 地域包括ケアシステムの構築等、介護サービス提供体制の在り方、2. 健康の維持増進・疾病の予防に向けた取組、3. 医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）、4. 介護サービスの範囲の適正化等。1枚めくっていただきまして、5. 年金制度についてとなっております。

これらの議論すべき事項の参考に供すべく、資料2-2で関係資料を用意いたしました。担当が色んなところにありますので、便宜私から一括して御説明をさせていただきます。

資料2-2の3ページ、ただいま申し上げました、さらに議論すべき事項のうち「1. 地域包括ケアシステムの構築等、介護サービス提供体制の在り方」についてでございます。

3ページでございますように、その中も7つ論点がございます。1番目は、医療提供体制の改革が行われますので、これに対応した介護サービス機能の再編成が必要になるということ。

2番目は、今、原局長から御説明のあった地域包括ケアシステムでございます。3点目は、在宅医療、在宅介護の連携の問題。4点目は、住宅サービスとの連携。5点目は、生活支援サービスの在り方。6点目は、それぞれのケアマネジメントが必要になりますので、再構築。7点目は、認知症施策という論点を挙げてございます。

5ページ、6ページは、医療・介護の具体的な改革イメージ等。6ページ、充実と効率化・重点化の要素が示されております。7ページ、医療・介護提供体制の現状と将来像のイメージということで、7ページの上のところ、現状といたしましては、病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足というところが挙げられ、下のほう、将来像に向かいますと、選択と集中が必要であること、機能分化、ネットワークが必要であること、そして居住系施設・在宅の一層の充実ということが求められる。医療改革に伴い、介護提供体制の整備も必要であるということを示しております。

8ページは、医療療養病床・介護保険施設の比較についての資料でございます。

介護サービス提供体制の改革につきまして、9～13ページ、これまでの様々

な議論の整理がなされておりますので、それらを御紹介しております。

14ページ以下は在宅医療・在宅介護の連携の推進に関することをごさいますして、在宅医療に必要な体制といたしまして、14ページで退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りまでといった必要な要素を御説明しております。

15ページ、在宅医療・介護の連携の推進の方向性。さらに16～18ページ、在宅療養支援診療所・病院の制度がございますので、その概要と現状を御説明しております。19ページ、訪問介護サービスの状況、20ページ、訪問看護ステーションの規模別の状況等、訪問看護について資料をお出ししております。

21ページからは、在宅サービスとの連携に関する資料でございます。21ページ、日本は各国と比較いたしまして、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低いということが我が国の課題であるということが示されております。22～23ページはサービス付き高齢者住宅の現状でございます。24ページからは生活支援サービスのあり方に関する資料でございます。24ページ、単身の世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、見守り、配食等の生活支援の必要性が増加していること。こういう在宅生活を支援するために、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制を構築していく必要があるということが示されております。

25～26ページにかけては、介護予防給付のこと、また介護予防、日常生活支援総合事業の御説明でございます。27ページ、これらのケアマネジメントを行いますケアマネジャーをめぐる主要な課題について触れております。

28ページ以下は認知症施策の状況についてでございます。28ページに示しておりますとおり、全国の65歳以上の高齢者について、平成22年、認知症有病率推定値は15%、439万人と推計される。

29ページは、認知症施策の現状についての御説明でございます。30ページは、昨年9月に公表されました推進5か年計画でございます。31ページ以下は「2. 健康の維持増進・疾病の予防に向けた取組」関係で、32ページから健康日本21関係の資料。

34～35ページにかけまして、経済財政諮問会議及び産業競争力会議へ厚生労働大臣あるいは厚生労働省から提出した資料をおつけしてございます。

36ページからは医療費適正化計画への取り組みと特定健診等のことを御紹介しております。

急ぐようで恐縮でございますが、39ページ「3. 医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）」につきましては、70～74歳の医療費の自己負担の問

題、高額療養費のあり方、後発医薬品の使用促進、病院外来受診に対する負担のあり方、保険料負担の公平化の論点がございます。以下、それぞれの論点の資料をつけさせていただきますが、時間の関係で進ませさせていただきたいと存じます。

57ページは「4. 介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化」の関係の資料でございます。介護保険施設の重点化、補足給付のあり方、一定所得以上の者の利用者負担のあり方、介護納付金の総報酬割といったことが論点になっております。

59ページに現在の介護サービスの種類別の介護費用の推移が出ておりますが、ご覧いただきますように施設給付が多いわけでございますが、通所介護、いわゆるデイサービスが急速に伸びていて老人保健施設の費用を抜いているという現状が出ております。

60ページ、要介護度別の特別養護老人ホーム入所者の割合でございます。年々入所者の重度の要介護者の方の割合は上昇しているものの、11.8%の人が軽度の要介護1、2の人の割合になったということ。

61ページ、軽度の人の入所者の入所理由としては、介護者不在、介護困難あるいは住居問題等という方が6割になっているという状態がございます。

63ページ、介護老人福祉施設における低所得者の利用者負担の軽減。いわゆる補足給付と言われるものでございます。食費、居住費部分については自己負担が原則でございますが、所得に応じて軽減される。その軽減される部分を補足している給付があるという状況をお示しし、64、65ページは試算の状況等を御説明しております。

66ページからは、利用者負担に関する資料でございます。

69ページからは介護納付金。高齢者医療制度でも高齢者に対する支援金についての総報酬割の議論がございますけれども、介護納付金についても同様の総報酬割の議論があるということの御紹介でございます。

最後に、73ページ「5. 年金制度について」。議論の整理の際に出しました項目、基本的な考え方、残された課題、その他について74ページに資料を提出させていただいております。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、議事の途中ではございますけれども、甘利大臣が到着されましたので、ここで甘利大臣から御挨拶をいただきたいと存じます。まず、カメラの皆様の御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、大臣、よろしくお願いいたします。

○甘利大臣 委員の皆様におかれましては、今回もお忙しい中ありがとうございます。先ほどまで閣僚会議に出席をしまして、遅参して申しわけございません。

今日は、今週の月曜日に続きまして2巡目の2回目の議論でございます。本日は、これまで必ずしも十分な議論ができていなかった介護サービス提供体制の改革に加えまして、改革推進法が規定する給付の重点化・効率化、さらには年金制度について御議論をお願いしたいと思っております。8月に向けて引き続き議論を深めていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○清家会長 甘利大臣、どうもありがとうございました。それでは、カメラの皆様には、ここで御退室をお願いします。

【報道関係者退室】

○清家会長 それでは、議論に入りたいと思いますが、ただいま原局長、中村事務局長から御説明のありました資料をもとにいたしましてこれから議論を深めていきたいと思いますが、スケジュール的に申しますと、まず前半と後半に分けさせていただきまして、前半は資料2-1のさらに検討すべき事項で言いますと、1. 地域包括ケアシステムの構築等、介護サービス提供体制の在り方、2. 健康の維持増進・疾病の予防に向けた取組、3. 医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）、4. 介護サービスの範囲の適正化等。ここまでをまず議論させていただきたいと思っております。

そして、後半では、資料2-1の2ページ目になりますけれども、5. 年金制度についての議論をさせていただきたいと思っておりますので、まずそのような順番でお願いいたします。

最初に、検討すべき事項の2-1の1～4までの分野について何か御意見がありましたらいただきます。では、宮武委員、よろしくお願いいたします。

○宮武委員 私からお願いしました説明と資料をいただきましてありがとうございました。

介護分野においては、地域包括ケアシステムを構築していくのが最大の目的であるということがよく分かりました。全国各地で原則的には中学校区ごとの地域ぐるみの支え合いというのでしょうか、システムというよりもネッ

トワークを構築していくのだらうと思います。そうすると、1万カ所ありますので、列島を挙げて壮大な取り組みになるわけで、介護保険創設時に匹敵するような大事業だらうと思っております。

しかし、それにしては何か盛り上がりも高揚感も感じられないのが現状であって、地域包括ケアシステムと聞いてもどういうことか分かる人は恐らく1,000人に1人もいるのかなと思うような状況であります。これをどうやって打破していくのかということが大きな課題だと思えます。

医療分野については密接に関連しておりまして、都道府県ごとあるいは二次医療圏ごとに病院の目的と機能を明確に分けて再編成をしていく、これも皆保険体制、半世紀あまりの中で恐らく最大規模のプロジェクトになるのだらうと思います。しかも、医療提供体制に手をつけると、当然ながら入院期間は短くなって早期退院する方たちの受け入れ先が必要になってくる。また、病院は入院機能に特化していくわけでありますので、そうすると、当然ながら、これも日ごろの医療サービスをどこで受けるのか、かかりつけのお医者さん中心に患者の流れを変えていくことになる。その両面において地域包括ケアの体制が受けとめていくわけでありますので、21世紀の医療・介護あるいは地域づくりの基盤づくりと言ってもいいような壮大な事業になってくると思えます。

今、私なりに考えますと3点課題があるかと思っております、まず1点目は、こういう大事業にふさわしい推進体制は一体どうするのかということであります。厚生労働省内部においても、介護保険は老人保健局が担当し、医療については医療法に基づくものは医政局、そして診療報酬は保険局という形に分かれています。住まいづくりは国土交通省との関連もございますし、自治行政という意味では総務省も絡んでいる。そうしますと、省庁と部局との壁を取り払うような推進本部が必要になってくるのではないかと思っております。地域に対して包括的な体制を求めるわけでありますので、求めている側のほうが細切れ、縦割りの体制では、とてもこのプロジェクトは推進できないのではないかと、そのことを是非考えていただきたいと思えます。

2点目は、地方から号令を発して、それで構築できるような体制ではなくて、地域のまさに特性に応じてつくり上げていくと書いてございます。しかも、自治体、市町村が独力でつくれるわけでもないわけであります。鍵を握るのは、地域における社会福祉法人とか医療法人とか自治組織であるとかNPOとかという民間の参画がどこまで入ってくるのかということがこのプロジェクトの成否を決めるわけであります。幸い、少数派ではありますけれども、地域包括ケアの原型のようなものを形つくりしている取り組みは各地でぽつぽつございます。それは社会福祉法人であったり医療法人であったりという実践

例がございますので、その実践例をとにかく「見える化」とまさにおっしゃっている。これを集めてみる、そして、その方たちから話を聞くという取り組みの実例を聞くことから始めませんと、現場で私が聞いている話は、スタート地点に立ったのだけれども、一体ゴールはどこなのか、ゴールはどんな姿なのか見えないというのが一番みんなの戸惑いなのです。見えないと走りようがないのです。

ある程度先駆例を集め、先駆的な活動をやっているところから話を聞くことで始まるのではないか。民間版で地域包括ケアづくりの、まさに国民会議でも開催されるのが必要ではないかと思っております。とにかく地域から、下から盛り上がらなければこの種のプロジェクトはとても成功しないと思いますので、是非その点を御配慮いただきたいと思っております。

3点目ですけれども、今日御説明があったように、まず着手すべきは地域ニーズの把握であるということは、素人なりに私も本当にそのとおりで思っています。日常生活圏域のニーズ調査というのはまだ任意でありますので、全数調査のところもあれば、抽出調査のところもある。私は、厚労省が示されたモデルの調査項目、たしか83項目でありますけれども、65歳以上の方たちの心身の状況だけではなくて、家族構成とか所得とか、住まいの状況とか、その住んでおられる地域の現在の問題点とか、そこまで含めた回答を求めておられる。これは確かにとても大事なことで、今までの介護保険事業計画というのは、要介護者が増えてくると、それに応じて機械的にと言ったら失礼だけれども、サービス量を上乘せしていった。そうではなく、もっときめ細かで、地域包括ケア体制をつくるための最初の取っかかりは、この詳細なニーズ調査になると思っておりますので、早く全自治体に全数調査をお願いされて、そしてスタートを切っていただきたいと思っております。

介護保険の事業計画、3年ごとというのが今日いただいた資料の中にもございますけれども、2025年を目標にして、今から2025年までのステップを踏んでいくロードマップを中央でも地域でも作りたい、このいわばマラソンコースをちゃんと設定してほしいということなのです。そういうことを是非お願いしたいと思っております。以上であります。

○清家会長 ただいま宮武委員から3点御指摘がございましたけれども、原局長のほうから何かお答え、あるいは追加的に御説明されることはございますか。

○原老健局長 いずれも大変ごもっともな御指摘だと思っております。そういう意味でも国民会議の場で地域包括ケアについては是非取り上げていただいて、

私たちもそれで一生懸命情報発信していきたいと思います。

成功事例を集めるというのは大変重要なことで、実は今、全国にから事例集めをしております、それがまとまりましたら、できればすぐれた市町村長さんから発表してもらおうとか、そういうことで普及をさせていきたいと思ひますし、ロードマップの話も事例については考えてみたいと思ひます。

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

○駒村委員 ありがとうございます。今の宮武委員の御意見にもかなり重なる意見であります。2025年というのは、あと1回干支が回ればもう来てしまうということで、いまの取り組みのペースではやや少しのんきな感じがして心配なイメージを持っています。介護保険の導入は10年ぐらひかけて、かなり丁寧に行ったのだと思ひますけれども、先ほどの宮武委員のおっしゃるようひに、地域包括支援のつくりも大変大きな作業になるのではないかとと思ひます。

2025年の問題というのは、団塊の世代が75歳に到達するというのはほぼ確実で、ものすごい問題を引き起こすということが分かっているわけござひまして、特に都市周辺では65歳以上の人口数が1.6倍ぐらひ、75歳に至っては2倍に、しかも65歳以上の高齢の方の4割が単独世帯になっている。一方では、これまでの議論でやったように、入院日数を減らして、施設はそれほど増やさないで在宅をしながら、この問題にどうやって対応していくのか。あるいは団塊のジュニアにも大きな影響を与える。先ほども宮武先生は医政局、保険局、老健局、国土交通省のお話をされまして、さらに私は団塊のジュニアが恐らく在宅の介護者としてかなり期待されるのだらうと思ひます。そうなってくると、家族介護者をどう仕事と両立していただくのかということを考えれば、これは厚生労働省の労働部局のほうの関わりも大事だらうと。

つまり、制度論、審議会別に議論すれば守備範囲が決まっているわけですから、どうしてもタコつぼ的な議論になるわけですから、これは前回遠藤先生も類似のお話をされたと思ひますけれども、まず厚生省の中で特別の問題解決型の審議会を設置していただき、国土交通省の居宅の問題も含んでいただき議論をする。国民会議でその話は当然今やっているわけですから、これ以上時間はないわけですから細かい議論はできないわけですから。細かい議論については、そういう場を設置していただきたいと思ひます。

もう一つは、今、団塊のジュニアの介護休業をどうするかという問題をちゃんとやらないと、当然、離職をしてしまえば大きな問題が発生する。これは研究にもあるわけですから、収入が不安定な家はきちんとした看取り

ができていないとか、在宅介護ができていないという研究もありますから、両立をどうやって行っていくのか。それができなければ、年金のほうで議論しているような支給開始年齢の引き上げはおろか、65歳の年金支給の年にまで働くことができないような状態になってくるだろうという心配があると思います。このままいくと、2025年という団塊ジュニアの働き盛りの50歳ぐらいのところに来るインパクトをどう吸収していくのか、対応していくのかというのが全然見えていないので心配な感じです。

もう一つは、健康上の話であるわけで、これも基本的には同じ話であるわけですがけれども、健康寿命を延ばすというような資料がございましたけれども、2000年～2010年の期間を見ても、健康寿命は延びているのですけれども、寿命も延びており、肉体的寿命と健康寿命の乖離は逆にやや広がっているという状態で、これもなるべく寿命の延びに健康寿命が追いついていくような効果のある仕組みが重要かと思うのです。そういう意味では、健康日本21のようなある種、周知型の取り組みだけでいいのか、個別に健康増進を国民に刺激するような仕組みをもっと考えたほうがいいのではないかと思います。これは医療保険の保険事業にも関わってくる話だと思いますけれども、そういう意見でございます。以上です。

○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 資料2-2の3ページの最終的には4番目の「住宅サービスの連携」にたどり着く話です。私が4月19日に配付いたしました資料の22ページを見ていただければと思います。

○中村事務局長 第9回の資料でございます。4月19日、ちょうど厚いファイルの大体3分の1強ぐらいのところでございます。

○権丈委員 22ページになります。ここにある図は、2008年の国民会議のときに医療提供体制をこの方向に変えていこうという絵柄は国単位では一本でできるのですが、これを二次医療圏で試算したらどんなことになるのかというのを計算したものです。二次医療圏AというものとBというものがあって、現状、何も変えないまま人口の影響だけを反映させると、2025年の現状投影という状況になります。これを2008年のとき、あるいはそれからずっと一体改革まで継承されていった機能分化と連携という改革を進めていったらば、右側の2025年のような絵柄になります。

ここで、これだけ病床数がコントロールされることになって、機能の分化

を図って、連携を図って、強化されていくわけですがけれども、前回、遠藤先生がおっしゃられていた問題が確実に起こります。それは、病院にいる人たちが在宅に向かうことになる。そのときにどういう問題が起こるのか。

遠藤先生は2008年の論文の中で、「『脱病院化』政策の死角」ということでそういうことを御指摘されております。だから、この前も病院の機能分化のあり方を変えなければいけないのではないかと、受け皿がないのだったら機能分化の青写真を変えなければいけないのではないかとという問題提起をされまして、それは確かにそのとおりでして、次に29ページをご覧くださいのです。

ここで私がやっている計算は、「医療の機能分化、退院の受け皿問題」というものです。改革を行った場合に、改革をしなかった場合と改革を行った場合を比較して、介護施設にどれだけの人たちが増えていくのか、あと在宅やそういうところにはどれだけの人たちが増えていくのかです。だから、「医療の機能分化、退院の受け皿問題」というものも、2008年の国民会議の時から一体改革の中で詰められていき、介護、在宅、色んな施設にどういうふうに人が動いていくのかというのをシミュレーションできる状況になっておりますので、それをやっております。

そこで下のほうに書いておりますのは、「しっかりした地域包括ケアを構築しなければならない。また、介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要」となるということで、サービス付き高齢者住宅とかというところ、これでようやく先ほどの「住宅サービスの連携」に来るわけですがけれども、サービス付き高齢者住宅（住まい＋生活支援等）の整備を行わなければいけないし、今やもう700万戸という数字もあるようですがけれども、数百万戸とも言われている空き家、空き施設などの既存社会資源が相当あるわけですので、この部分をもっと有効に使えるように、適切な規制緩和を図っていきましょうということを考えていただきたい。

次、36ページですが、これも先ほどの「住宅サービスの連携」ですが、ここでサ高住みたいなところに対して、私は福祉マインドを持っている人たちにこの供給体制に参加してほしいのです。だから、医療関係者に今お願いしているのは、今の医療法人では非営利で活動を禁止されているのですけれども、ある程度規制緩和を図って、医療法人の方々が、今後慎重に制度設計されるべき「ヘルスケアREIT」のところに積極的に参加して行って、そして、こういうサ高住から有料老人ホームを充実させていくということをやっているだけなことには、本体としての医療提供体制の改革、上流としての医療提供体制の改革そのものが危ぶまれるので、セットにしてここはどうしても考えていただきたいということを書いております。

「生活支援サービス」という言葉は2008年の社会保障国民会議の中間報告の中から出てくるのですけれども、医療・介護だけではなくて公共サービス全般としての生活支援サービスというのは、人口密度が高いほど行政コストが低くなります。人口密度が低くなると行政コスト、行政単価がどうしても高くなってしまおうという関係がある。

これから先、先ほども報告がありましたように大変なというか、我々としてはわくわくするぐらいの高齢化社会を迎えていくのですけれども、それに対して打って出る手段はあるのです。

だから、他の国から憧れられるぐらいの、なるほど、みんながコンパクトに住むようなまちづくりをしていって、そして、それをやっていたら超高齢社会も結構乗り越えていくことができるのだなと。各地域もそういうコンパクトな町を準備した上で、どうぞ都心の方々も来てくださいというような色々な準備体制をやっていけば、他の国から見れば信じがたいことをこの国は克服していける、あるいは明るく乗り越えていけるというようなことが多々ある側面がありますので、医療・介護のみを捉える必要はなく、色々な社会サービス、生活支援サービスの行政コストから色々なことを考えていくと、そういうコンパクトシティまで含めた形での議論を進めて、そして在宅、住宅サービスとの連携を意識しながらやっていく。

これから先、私たちの国は結構やることが多々あって興味深いと思っておりますし、先ほどの地域のほうでの医療圏Bというところは、どうもここは意識してコンパクトシティを目指しているみたいですので、そういう方向がありますので、是非とも御検討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。それでは、他に何か御意見、御質問等がありますか。では、西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 話を続けていなくて申しわけないのですけれども、資料2-2、在宅療養支援診療所について教えていただきたいのですけれども、今1万診療所ぐらいでしょうか、どんどん増えていったらいいと思うのですが、施設基準となっていて、診療所という施設の基準、場所というか施設の基準になっているわけです。診療所である、24時間体制を確保している、往診可能である、看護が可能であるという。ただ、在宅支援診療を例えば「在宅支援診療医」みたいなお医者さんのスキルといったものも、これまで大島先生のお話などを聞いてみると、例えば70歳、80歳にふさわしい医療ということがあるとの話を前回されていまして、お医者さんのスキルとして要件がないのかなということをおもっています。

例えば、後で出てくるかもしれない認知症の知識ですとか、看取りをするための緩和ケア、そういった基準を本当は盛り込みたかったけれども、盛り込んでいないのか、あるいはこれでいいのかというところをお教えいただければと思います。

○清家会長 これは事務局からお答えいただけますか。

○中村事務局長 保険局長がおりますので、まず保険局長から。

○木倉保険局長 保険局長でございます。病院もありますけれども、今の在宅支援診療所につきましては、西沢先生御指摘のようなお医者さんのスキル、ということがきちっとできるかということまでを問うているような基準ではありません。まずは24時間のバックアップ体制、連絡がとれる体制、あるいは訪問の体制、そういうもので地域全体をカバーしていただきたい、それでスタートを切っているものでございます。

○清家会長 続けてどうぞ。

○西沢委員 今後は、例えば大島先生が言われていたように、70歳、80歳にふさわしい医療がある、シフトしていこうとすると、在宅支援診療所のお医者さんというのは、そういうスキルを規定して身につけていく方向になっていくということなのでしょうか。そういう方向まで。

○木倉保険局長 これは今、同時に私どもの省内でも総合診療医であるとか、そういう議論を繰り返しておりますけれども、そういう方々の地域での今までの体制、それと将来的にはこういうものとも連携をとっていくべきだろうと思いますが、まだ総合診療医の考え方であるとか、その辺も合意を得ようと努力しているところです。これからの課題だと思っております。

○清家会長 では、大島委員、どうぞ。

○大島委員 今、非常に鋭い御質問だと思うのですが、実態だけをお話しさせていただきますと、在宅医療という医療のあり方が、現状では継続的に体系的につなげていくというような水準にまではまだっていないのが実情です。したがって、各地で本当にすばらしい在宅医療を展開しているグループだとか地域があるのですが、この言い方が適切かどうか分かりませんが、その

地域のやり方であって、その医療がいいかげんかどうかという話とは全然別
の話で、すばらしい展開をしているのですが、お互いに学問として、学問と
するためには同じ言語と同じ方法論でもって議論をして、そして在宅医療と
いうものはこうですよという形でまとめ上げて次の教育につなげていく上で
必要ですが、そういう点でみると、今はまだ未熟な段階にあるというのが実
態です。今は一方で量的に足りないという実態にありますので、医療の中身
をどう標準化していくかということも同時に進めなければいけないという段
階にあるというところでもがいているというのが今の実態かと思います。

繰り返しますけれども、だからやられていることがいいかげんかどうかと
いう話とは全然別だと理解していただきたいと思います。

○清家会長 西沢委員、よろしゅうございますか。

○西沢委員 はい。

○遠藤委員 西沢委員の話に関連することでよろしゅうございますか。

○清家会長 では、遠藤委員、よろしく申し上げます。

○遠藤委員 この在宅療養支援診療所は、基本的に診療報酬による体系という
ことでありまして、中医協で議論されてきたのですけれども、たまたまこれ
を決めるときに私も中医協の委員であったものですから、これは厚労省の考
え方とは違うかもしれませんが、私なりに先ほど西沢委員がおっしゃ
ったことに対するお答えをさせていただこうかと思えます。

一つは、なぜこういうような施設基準だけであって、個々の医師のある種
の専門性とリンクさせるような形で基準をつくらなかったという御質問だっ
たと思うのです。恐らく2つあるのではないかと思います。

一つは、まずは量的な拡大、24時間対応ということをする量的拡大を図る。
そういう意味では、今後の問題としては質的な担保ということが必要になる
かもしれませんが、とりあえず量的拡大をするというところがあった
のではないかと理解しております。

もう一つは、これは一般論ですけれども、特定の専門医と特定の医療行為
と直接的にリンクさせているような制度にはなっていないのです。自由標榜
という形でありますので、ある専門医の資格を持っている医師しかやっては
いけないとか、他の人がそれをやれないということは原則としてはないわけ
です。例外的には幾つかあるわけですが、また専門医と診療報酬との

直接的な対応というのもないわけです。そういう意味合いも含めまして、この段階では特定の専門医と関連付けることをしていなかったということだと思いますが、今専門医制度が進んできておりますので、将来的にどうなるか分かりませんが、今後専門医を施設基準とするとか、専門医と診療報酬とのリンケージという問題が出てくる可能性が出て参りますので、そういう流れの中で質の問題と絡まって今後検討される事柄ではないかと思っております。私はそんなような理解をしているということでございます。以上でございます。

○清家会長 よろしゅうございましょうか。それでは、他に御質問。では、大日向委員、よろしく願います。

○大日向委員 先ほど権丈委員が言われたことと関連したことでもよろしいでしょうか。介護の問題はとかく暗くなりがちですが、権丈委員は夢を語ってくださったと思うのです。これは伺っていて子育ての問題と非常につながっていくと思いました。今、空き家が700万戸あって、そこに地域のインフラを投入するというのは、子供のことで同じようなことが発想できるのだと思うのです。高齢者と子供を別々に囲い込むのではなくて、重度の要介護者は別かかもしれませんが、生活支援レベルの高齢者であれば、その方々の生活支援に従事する方々のお仕事と一時預かり等も含めて、子供の保育に関わる方々のお仕事はかなり関連性が高いと思います。また、高齢者と子供が一緒になることによってお互いに非常に得るものも多いでしょう。700万戸ぐらいの空き家を活用して、地域の人材の活用も含めたシステムができると、そこで働ける人たちも出てくるという意味で二重三重に活性化されていくだろうと思います。

もし、そういう介護システムが地域に構築されないと、先ほど駒村委員が言われたみたいに団塊ジュニアが働けなくなる。さらには団塊ジュニアの子供たちも、親の介護のために子供が産めなくなる、働けなくなる。今まで私は介護が社会化されないと、女性が働き続けることができないという問題を申し上げてきたのですが、今、男性たちもシングルの方が多い。そうすると、親の介護で男性も仕事をやめなくてはいけないという実態があります。そうしますと、日本の経済成長全体も非常に暗くなっていくということがありますので、是非この問題は子育て支援の問題とリンクさせながら、夢をこの会議で語れるようになっていくと大変ありがたいなと思いました。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。他にいかがでございましょうか。では、

榊原委員、先にどうぞ。

○榊原委員 先ほど宮武委員が御指摘なされた地域包括ケアの議論がなぜ盛り上がり欠けるのかということは、大事な投げかけだなと思いました。私も介護保険制度は創設前から取材で関わっていて、こういったシステム、助け合いの新しいシステムはこれからの日本に必ず必要であろうとって大変盛り上がり上がって、報道もし、色んな人の話も聞いてと関わったのですが、今、地域包括ケアシステムという言葉も聞いても、実はピンときていません。なぜなのかということを考えてみました。

実際にどこで、誰が、何をやるのかが見えてこない。抽象度の高い議論をされ、とてもきれいなパワーポイントは見せていただいても、なかなか生活の現場を回ってきた者としては、絵が現実の暮らしの場面と結びつかないということがあるからかなと思っています。

とりわけ日本は、介護も育児も日本型福祉と言われる中で、家庭の中で女性たちが無償で長く担ってきました。介護の現場では今も娘であったり、お嫁さんであったりというような女性たち、また奥さん、配偶者であったりというような多くの女性が担っている。そういった現実を踏まえてどういうふうにしていくのか。今までのやり方のどこが限界に来ているのかということとつなげていただかないとなかなか見えてこないなということかなと思います。

実は以前、大分前にプレゼンテーションさせていただいた中で、これからの地域の助け合いを活性化するためにシニア学級のような取り組みが必要なのではないかということの一つのアイデアとしておずおずと提案させていただいたのですが、その中であつた問題意識というのが、例えば地域ケアシステムなどを生きたものにしていくのにつながるのかなと思って伺いました。

というのは、日本では高度経済成長以降、男性は経済活動のために、ある種、戦場に徴兵されるような状況で田舎地域からいなくなってしまうという状況があったということだと思います。ただ、これだけの高齢化が進み、労働力人口が減っていく中で、この役割分担というのは回っていかないという現実を直視した上で、職場に24時間とられきっている男性たちの時間を地域に取り戻すということとセットでないと、恐らくこういった地域の資源の活性化ということはいかぬであろうと。つまり、最近の言葉で言うワーク・ライフ・バランスをもっと戦略的に行ったり、介護休業というものを期間であるとか休業補償であるとかといったこともセットできちっ

と見直して行って、地域の担い手は一体どこに誰がいるのだろうかというところとつなげた議論にしていけないと、もう女性だけに頼るのは無理。安倍政権もおっしゃっているとおり、女性の力が今労働市場でこれだけ要求されている中で、今度は女性もいなくなって地域が本当のもぬけの殻になろうとしている中で、そういったような家族介護者とか地域の支え手の人たちをどう意図的に取り戻すかという議論とセットにする必要があるのではないかと思います。

その中では、本当だったら日本型福祉と言われた中で女性たちが黙々と果たしてきた役割をきちっと振り返り、これからの日本的な福祉というものはどういうふうにも再構築していくべきなのかという議論を一つする必要があるのでないかと感じています。

もう一つ、在宅と言われたときに、在宅訪問介護などではイメージができるのですが、いまいち今後の姿としてなかなかピンとこないものがあるのは、在宅というのはこれまでと同じように自宅を指している限りではなかなか発展していかないのだろうなど、そこに違和感を覚えていたのだと思います。つまり、持ち家政策、家というのは私有財産なのだからということとを前提にしてきた住宅政策の転換といったものとセットで、ではこれだけ高齢者が増え、単身者の高齢者世帯が増える中で在宅といったものは一体どういうところでどういう生活を営んでいけば最後まで生きていけるのかというところを議論する必要があるのだろうと。住宅政策の転換とちゃんとつなげた議論をしなければ、医療機関から、または高齢者福祉施設から地域へ戻そうと言っても、なかなか宙に浮いた議論になったままになってしまうのではないかと思います。

さらに、そういったような既に日本には介護保険もそうですし医療制度ももちろんそうですし、色々な資源が既に色々ある。地域の中にもある。それをさらに再発見し、足りないところを育て、つなぐという役割がこれからの市町村に求められている大きな機能の一つであろうということを明確化する必要もあるだろうなと思っています。

なのに、地域包括支援センターが十分なソーシャルワークができているとはなかなか見えてこないのは何が足りないのか。これからの新しい日本の社会の構造が色々変わってくる中で、こういった専門職の力をさらにエンパワーしていただく必要があるのかという専門職のエンパワーメントを支えるような研修制度とか、その人たちを育てる専門職とかといったようなところが足りないのではないかと考えています。

○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 先ほど大日向先生が夢を語ったというお話がありますので、その夢関係で話をしようかと思って、明るい話をしようと思います。本日の資料2-2の55ページ、ここに「国民健康保険組合の概要」というのがあります。この国保組合には、伝統的に歴史的になぜか国庫負担が入った組合があるのです。それに対して、これはよろしくないのではないかという形で批判されているところもあります。だから、私は、医師国保という医師、歯科医師、薬剤師、92組合の被保険者数64万人、ここに国庫負担が入って保険料率が安くなっているというのはどうしても正当な理由がないよなというのがあって、それに対して私が、4月19日に配付した資料の最後のほうに載せているインタビューがあるのですが、その最後のほうを読んでおきますと、要するに私は医師国保というものを解散して、国庫負担を国に返上することを言ってきたわけです。医療関係者みずから健保組合をつくる。そして、その人たちは健保連に入る。64万人の人たちが医業健保を作って健保連に入る。現在、協会けんぽや国保に入っている医療者も、医業健保に入れば、もっと大規模になる。私は組合健保から結構お金を持ってくることを言っているので嫌われているのですけれども、人も持っていくということを考えているのです。

そこら辺のところでインタビューで最後に答えているのが、「肉を切らせて骨を断つ。医師国保問題を、民主党政権で中医協から外された医師会が反撃に出るチャンスと捉えてくれたら面白い展開を期待できるようになる。」

この医師、歯科医師、薬剤師が組合健保に入り健保組合になると、「そうすれば健保連の中でも一番大きな健保組合になる。医療費増に必須の保険料の引き上げを阻む政治勢力にくさびを打ち込んで、いずれは医療者が中医協に支払い側代表として出席する。医師国保への国庫負担廃止への動きは、医療界が前向きな未来に進むきっかけとなる明るい話だよ」という話をしております。これは、医療関係者から結構評判がよくて、法律的には実現できるのですから、あと一步医療関係者が乗り越えてくれればいいというところまでできています。だから、これは政策の話ではないので、医療関係者の方々はこの方向に一步踏み出していただくと結構面白い展開に、明るい展開になると思いますので、国庫負担を返上ということを是非ともやって、この道に進んでいただければと思っております。

○清家会長 大島委員、どうぞ。

○大島委員 権丈委員のお話とずれて、榊原委員のお話を受けて少し話したいと思ったのです。地域包括ケアと言われても何のことを言われているのかあ

まりピンとこないというお話があって、私は最近、この話を色々なところで一般の方たちを対象に話をするとき、こんな言い方をしているのです。まちづくりだということを最初に言うようにしています。要するにどういふことかという、認知症になっても住み慣れた町で最期までその人らしくということが合言葉のようになっていきますけれども、これは別に認知症でなくても高齢者と置きかえても全くそのとおりです。高齢者になっても住み慣れた町でその人がその人らしく最後まで。こういうまちづくりを考えていかなければならない。地域包括ケアというのは、それを具体的に実現するための方策なのだというお話をさせてもらっています。

それはどういうことかという、人は必ず老います、必ず死にます。そして、亡くなる前には必ず人の世話が必要になります。これは100%例外のないことで、こんな当たり前のことをわざわざ偉そうにしゃべっていいのかわかるかと思うのですが、違うのは、その期間が長いか短いかということと、人によってどんな世話を受けることができるかどうかという違いだけです。はたから見ても、とんでもなくさびしいというのか、悲惨なというのかそんな世話の受け方が最後になってしまうという状態もあれば、これだったら随分納得して満足して人生の最期までうまく行かれたのだなと思われる方まで非常に差が大きいのが実態です。この差は放っておけばどんどん広がって、非常にさびしく亡くならざるを得ないような状況が拡大していきだろろうと思われる状況が今の社会にはあります。これは何としてでもこの差をできるだけ小さくしていこうと、そのために地域包括ケアというのは必要なのだという言い方を私はさせてもらっているのです。

医療の側の立場から、どちらかというとい医療・介護に関わっていますけれども、医療の側から話をするときには、治す医療から、治し支える医療。治す医療というのは、いつまでたっても技術は進歩しますから、これは絶対に必要であることは間違いないですね。支えるというのは何を支えるかということ、生活を支えるということとして、生活を支えるという医療というのは、あえて治す医療と分けたというのは、今まででも治すということは生活へ戻すために治すわけで、もともと、医療の目標というのは生活あるいは人生を全うしてもらうためにいかにそういう状況に戻していくのかということですから、目標と言えは生活ということになるのですが、これまで治すということだけにこだわり続けてきたのは、治すことが生活へ戻すことと一直線につながっているからあえて言わなくてもよかった。

したがって、今までの医療は手段がそのまま目的につながっていた。ところが、これからは高齢になって最後は死に向かうわけですから、治して完全に戻るといふことはあり得ないのです。その中でいかに満足、納得してもら

うかという医療に変わるわけですから、あえて支えるという言い方をしています。しかし、考えてみれば、生活を支えるというのは、介護がもともとやっていることであって、こうなると医療の目的と介護の目的で何が違うのか。実は一緒なのです。だから、あえてこれから高齢者ということ強調して言う場合には、医療の目的も介護の目的も、両方の目的がほとんど同じ言葉で語られるような状況に変わります。これは医者側にとってみると、ものすごく大きなパラダイムの転換なのです。医療も介護も目標は一緒ですよ、同じ言葉で語られる。これからの医療とは介護抜きであれば恐らく成立しない。そういう状態に変わっていくのだということになります。

それが地域包括ケアの中で健康とか生活を支援していくために身体の状態をどうケアしていくのかという視点から見たときの医療の役割であり、同時に介護の役割であるという形に変わっていく、その面から地域包括ケアにどう貢献できるかというのが医療の役割だろうと考えて、そういうお話をさせてもらっているのです。

したがって、難しい話でも何でもなくて、最後、必ず人は弱って亡くなるわけですから、その弱って亡くなるときに、いい人生だったと亡くなれば言うことはないのですが、せめて色々あったけれども、悪い人生ではなかったというぐらいの気持ちで亡くなっていけるような社会づくり、まちづくり。日本というこれだけすばらしい国に住んでいるわけですから、国の制度として、それをどう保障していくのかというようなことが具体的な形としては地域包括ケアという言葉で語られているものだろうと、そういう話し方を私はさせてもらっています。

○清家会長 ありがとうございます。神野委員、どうぞ。

○神野委員 前回もお話ししたことに関わるのですが、もう既に画像の段階から操作像、地域包括ケアシステムを動かすプランの方向性を少し出しておくということが重要ではないかと思えます。市町村の職員の人たちと話しても、実際にどうやってプランを持っていったらいいのかというのを困っているところがございますので、そこら辺は非常に重要ではないかと思えます。

特に総合行政といいたいまいしょうか、少なくとも医療と介護を組み合わせるわけですね。機能別にやるのではなく総合行政をやる。しかも供給の単位というのを中学校区というようなことを想定しているわけですね。そうなってくると、画像から操作像、動かす像にしていくときに一番重要なポイントは、その画像で見ている小さなジクソーパズルの一片だけではなく、周りと結びつけていくということが重要で、権丈委員が御指摘になったような問題も、

地域の都市計画とまでは言いませんが、地域のハードの様々な計画と結びつけていくということが一つ重要だという御指摘だったと思うのです。

もう一つ、ソフトの面で結びつけるということが重要で、これはなかなか動かないというか、私が携わっている地方行政や地方財政のほうでは、地域自治組織とか定住自立圏とか様々な仕組みをつくっているわけです。そういう問題とどう結びつけていくのか。ケアの問題ではありませんけれども、保育の問題では地域自治組織といいますか、色々呼び方がありますが地区協議会というのをつくって、そこで自発的に住民がお金を出しあったりしながらやっていくというのが幾らでも存在しています。そういうことを考えると、既存にある仕組みとしての地域自治組織とか何とかというものと結びつけていくというような方向性が必要なのではないかとということが少なくとも打ち出せるのではないかと。

ここでは医療と介護を結びつけるということですので、かなり市町村の中でも小さな単位になっていくかと思いますが、医療は少し大きな単位で考えるとすれば定住自立圏みたいな問題と結びつけるとか、権丈委員もおっしゃっていましたが、それぞれ縦割りになっているところに横串の制度を入れていくということで結んでいくということが、特にこういう総合行政みたいなものを提案するときには重要なポイントだということ。少なくとも、もう少し具体的なフェーズに落とし込んでいくときには、個々に色々なことを考えるにしても、確かに中学校区ごとに芽が出てくるのは、どういう主体が担うか分からないので具体的には書けませんよという話かもしれませんが、少なくとも畑を耕して種をまかないことには芽が出てこないもので、市町村などが行政プランをやっていくのだというときには、そういう仕組みとも結びつきながら、右左よく見て、他の諸制度と考えて動かしていくべきだというような方向性だけは少なくともここで打ち出せるのではないかと思いました。

○清家会長 ありがとうございます。宮武委員、榊原委員も地域包括ケアの話は、抽象度の高いところではいい仕組みだと分かるけれども、なかなか実感が湧いてこないというようなことをおっしゃっていましたが、今、神野委員が言われたようなことも、少し抽象度の高いレベルからもう少し具体的なイメージが湧くようにするにはどうしたらいいかということをおもひこころで何か提言の中に盛り込んでいったらどうか、そういうような理解でよろしゅうございませうか。榊原委員、どうぞ。

○榊原委員 先ほど大島委員が説明してくださったような文脈での地域包括ケアシステムに恐らく少なくともこの場に反対する人はいないと思ひますし、

私も全く賛成です。特に医療がこれまでの考え方を変えて、こういった世界に積極的に入ってくるということはとても歓迎すべきことで、早急にその転換を促していく必要があるという意味で、医療からのアプローチの地域包括ケアというのは、まさに時代の要請だと思っているのですが、それが地域に下りてきたときに一体どういう形になるのかが見えてこないという意味のことを私は違和感を持っているという意味で申し上げさせてもらったつもりです。

というのは、例えばどこにこういうことをやっているところがあるのでしょうかと聞いて、私が以前から関わっていた団体ですが、川崎市の宮前区にある本当に地域ケア会議をしょっちゅうやっていて地域の情報を知っている女性たちや色んな専門職の方たちがいて、市の関係者の人も含めて定期的に集まって、どこにどんな困りごとを抱えた高齢者がいるかという情報交換を熱心にやっている、何かあったらすぐ駆けつける人が何人もいるというような地域を実際に見ていると、こんなことが津々浦々でできるような状況には全国全くなっていないという意味の危機感があって、例えば今出させていただいた事例は川崎市のもともとPTAの子育てでつながりを持っていた女性たちが介護をする年齢、60代になって、かつてのつながりを高齢者介護で地域の中で生かして、その人たちが面となって地域の色々な情報を吸収できるような基盤があるから、そこに専門職の人が入ってきたり行政の人たちが入ってきて、地域の情報を吸い上げ必要な支援をするということが機能しているのです。

では、その前提と基盤となっている女性たちのような地域の有力な世話焼きさんグループのような人たちをどうつくっていくのかという議論もしなければ、幾ら上からの組織の絵をいっぱい書いて補助制度をつくったところで動かないのではないのかという意味で、地域で動ける人たちを地域の自分はコミュニティに当事者として関わっているという自覚と時間を持っている人をどうやってたくさんつくっていくかということも早急な課題だろうという意味で、先ほど申し上げさせていただいた。そのときには、特に男性の労働時間が長い日本でそのところ、男性の拘束されている時間をいかに地域に意図的に戻すか。そうでないと、女性も今そちらのほうにどんどんとられていますので、そのところの設計が非常に社会全体として大事だろう。社会保障も意図的にしないとまずいのではないのかという問題意識です。

○清家会長 大島委員、どうぞ。

○大島委員 おっしゃられることは、非常によく分かります。私自身もそのの

ところで、随分もがいているという部分がありますが、多少楽観的に言うのであれば、今、実際にこれからの社会がどうなるのかということで在宅医療の問題と認知症の問題に非常に深く関わっているのですが、普通の人の実感として皮膚感覚で分かるぐらい、その必要性が広がってきているというのが一つあります。

そして、今まで色々な制度だとか何かを決めるときに、どういう状況で事が決められてきたかという、今、榊原委員が指摘されたように、地方の側からみるとわけの分からない審議会だとかそういったところで何かが決まって、それがペーパーで流れてくるというような形で、これをやれ、あれをやれというような形でもってきていました。在宅とか認知症ではこういう状況で事が進むとは全く思っていません。在宅医療と認知症の問題というのは、それこそ本当に地域の中で実情と必要に応じてどうしなければいけないのかということを経営主体に考えて展開しようとしていますし、実際に在宅医療についても認知症についても、地域の中ではすばらしいものを展開している地区というのが幾つかあります。これを具体的に成功モデルとしてどういうふうにもとめ上げていくのか、あるいは広げていくのかという機運と、もう一つは、中央のところで利権団体と言う言い過ぎかも知れませんが、利害調整のような形でもって物事を決めていた集団の力が、それを強く言っても周りが聞かないというのか、それに対して黙ってそうですかと言っているような状況では済まないような状況が少しずつ出てきているのではないかと私自身は感じています。どこかで分岐点がきて大きな流れができるのではないかとというのが、多少楽観的かも知れませんが、そんな感じを持っています。

したがって、地域の中の本当に顔の見えるところで医療関係者、介護関係者が先頭に立ってビジョンを示して、具体的な計画に落とし込んで、地域資源をどううまく使うかということをしながらか、市民を巻き込んでいって、それを地区の行政ですね。市町村行政、そして県行政が全面的にバックアップしていく。こういう仕組みをどうやって地域ごとにつくっていくのかというのが私は地域包括ケアを進めていく上での鍵だろうと考えています。在宅医療ではそういうやり方をやっていますし、認知症でもそういう方向で考えていかなければいけない。

認知症も在宅医療も地域の中で合流しますから、地域ケア会議などでは認知症も在宅医療も一緒の場の中での話ですから、まちづくりをどういうふう考えていくかという中で、地域包括ケアにリンクしてくると思っています。

○清家会長 宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 今、大島先生も神野先生もおっしゃったように、誰が地域包括の主体になるのか。それは100地域あれば100地域全部違う答えが出てくると思います。一つの有力候補は確かに医療法人です。病院であるとか、在宅療養支援診療所などが有力ですけれども、社会福祉法人もまさに有力候補になるわけです。今、特別養護老人ホームに要介護4、5の方をお預かりすると、月額で30万円ぐらいの収入になるわけです。大体3年あまり入所されるのが平均的ですから、1人預かると1,000万円を超えていくわけです。それだけの費用を取って、施設内でその方だけを見ていけばいいという考え方もあれば、そんな安易なことでは世の中は認めてくれないよと気づいている社会福祉法人も結構多いのです。そういうところは何をやっているのかというと、ショートステイを引き受ける、ミドルステイを引き受ける、あるいはレスパイトケアも引き受ける。そうやって地域とつながりをつくって行って、在宅のケアの在宅介護を支援する、そういう存在を目指しているわけです。さらに施設の厨房施設を使って配食サービスもやっているとか、地域にグループホームを出してみる。あるいは小規模特養をつくる。そういう形で施設が実は在宅サービスのいわば後方支援拠点のような形になるということ。こういう取り組みは結構各地であるのです。そういう有力候補を本当にピックアップして実際に見てもらおうということが必要だと思うのです。

私、たまたま2～3日前に友人が「現場発・社会福祉法人のあり方調査研究事業報告書」（ユニバーサル志縁社会創造センター）を送ってきてくれました。この中に、まさに事例がいっぱい出ています。例えば生活クラブ風の村というのが千葉県のやっている団体ですけれども、ここは様々な地域包括ケアの実践をやっています。社会福祉法人の丹後福祉会では特養を舞台にして地域に在宅支援をする活動をやっておられます。社会福祉法人で小田原の福祉会、ここは小田原市がやっているケアタウン構想の一翼を担っています。それらはまさに地域包括ケアの原形なのです。様々な実践主体が活動しています。それら集めて、実践者を一堂に集めてお話を聞いてみるようなことを各地でやっていくことが今一番大事だと思っています。

○清家会長 分かりました。ありがとうございます。恐縮でございますけれども、今、1～4までの議論をしておりますが、宮本委員から年金制度について少しコメントをしていただけるということですのでよろしくお願い致します。その前に山崎先生にまず御発言いただきます。

○山崎委員 前回の会合で遠藤委員から医療保険部会の議論の御説明がありま

したが、介護保険部会につきましても4月22日の国民会議の議論の整理を踏まえて、3回にわたって開催して議論してきました。遠藤先生と同じように私にも介護保険部会と国民会議の連携を図る役割があると思っておりますので、長くはとりませんが、少し時間をいただきたいと思えます。

お手元の前回資料の中の参考資料4、一番最後でございますが、これをご覧いただきながらお聞きいただければと思えます。まず、1ページの一番下のパラグラフになります。

○中村事務局長 第14回の資料ということで、青いファイルの一番上の回の最後に参考資料4というのがついてありますので、よろしくお願ひします。

○山崎委員 1ページ目の一番下のパラグラフになりますが、まず、在宅医療と在宅介護の連携のあり方についてであります。医療から介護への橋渡し役としての地域包括支援センターが中心となるべきとの意見。

あるいは次のページの3つ目のパラグラフでございますが、地域包括支援センターと在宅医療連携拠点事業もあわせて取り組んでほしいとの意見がありました。

4ページになりますが、地域包括ケアシステムの構築に関する議論であります。4～5ページにかけて、地域包括ケアシステムにつきましては、前回、平成23年の改正で様々な仕組みが創設されておりますので、それらを前提としつつ、今後さらに充実させていかなければならないという指摘がございました。

具体的には、多職種による地域ケア会議の質の向上。定期巡回・随時対応型サービスなど、認知症や重度者でも安心して暮らせるためのサービスの普及。訪問看護ステーションの人員規模の拡充などあります。これらを運用面でしっかりと取り組んでいくことが必要となる事項だと思えます。

5ページ、利用者負担のあり方に関する議論でございます。これにつきましては、高齢者を一律に弱者と捉えず、一定所得のある高齢者には応分の負担をお願いすべきとの意見がありました。また、一定所得とは、例えば介護保険料の第5・6段階や高齢者の平均的な所得などを勘案することが考えられるとの意見がありました。

一方、介護保険は、利用期間が長期にわたるので、医療保険と同様に考えるのは無理があるとの意見や、一定所得がどのくらいを指すのか結論が出ないまま応分の負担ありきで議論すべきではないとの意見がありました。

6ページであります。軽度者への給付の見直しや生活支援につきましては、介護保険部会の中で最も議論になった論点でございます。軽度の高齢者

は見守り、配食等の生活支援が中心であって、事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し、柔軟、効率的に実施すべきという国民会議の議論の整理に対しては、各自治体による独自の取り組みの展開が可能となるという意味でも、地域支援事業への移行を進めるべきとの意見。地域差が広がらないように配慮すべきとの意見。予防給付には重度化を防ぐ効果があるので、効果についてデータを示した上で十分に議論すべきとの意見がありました。軽度者に対して必要な生活支援サービスについて保険給付から事業へ移行することについては、今後より具体的で丁寧な議論が必要だと感じております。

8～9ページに通所介護、介護施設についても様々な意見がありました。時間の関係もあり、説明は省略します。

9ページ、補足給付に関する議論でございますが、補足給付への資産の勘案につきましては、資産把握の事務負担への御指摘がありました。おおむね国民会議と認識は共通していると思います。また、遺族年金の勘案についても御意見をいただきました。

10ページ、介護保険料の低所得者軽減強化、介護納付金の総報酬割等でございます。保険料に関しましては、介護保険料の低所得者軽減強化を確実に行うべきとの意見がありました。介護納付金の総報酬割につきましては賛否両論の意見が出されております。医療保険の議論がありますので全体として優先順位を考えて議論すべきとの意見もありました。

最後になりますが、4月22日の議論の整理には項目としては挙げられていない認知症についてであります。ちょうど本日の資料にもあります認知症の有病率調査の結果が公表された直後であったこともあり、介護保険部会でも認知症についての意見が多く出されました。具体的には、「認知症施策推進5か年計画」を具体的なアクションプラン、国家戦略にすべきとの意見。かかりつけ医の活用や介護指導者などの人材育成、認知症サポーターの養成、若年性認知症に関して御意見がありました。

前回の会議の際に清家座長からのお尋ねにお答えする意味でも、私の意見を若干申し上げたいと思います。小規模多機能型居宅介護などの介護サービスの充実が必要なのはもちろんでございますが、それに加えて、地域包括支援センターや専門医療機関に認知症の早期対応が可能な相談機能をきちんとつけていただきたいということでございます。また、軽度の認知症の人たちにこそ生活支援が重要になりますので、地域での支え合い、互助的な取り組みを重視し、認知症をキーワードにした地域づくりに各市町村が取り組んでいくことが重要だと考えています。以上、簡単に御報告いたしました。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、年金の議論に入りたいと思

いますが、宮本委員、よろしく願いいたします。

○宮本委員 ありがとうございます。事情で途中退室する都合で、今日、年金についても議論になるということで発言申し上げたいとお願いしていたところでございまして、最初にお話をさせていただきたいと思います。

年金については、超党派的な合意が必要なのだということは以前から言われていたことでもございます。国民もまた切にそれを望んでいると思いますけれども、なかなか中身が見えてこないというのも事実であろうかと思えます。この前の会議でも申し上げたとおり、最低保障をめぐる議論の懸隔があるわけです。しかし、他方で、納得度の高い所得比例年金をどう実現していくかということについては、与野党を超えてかなり合意もできている。そもそも政権交代の前の自公政権、2007年だったと思えますけれども、通常国会に厚生年金と共済年金の一元化、短時間労働者の厚生年金適用拡大についての法案が提出されたわけでございます。あのときは民主党のほうで年金記録問題の論議を求めている、この法案が前に進まなかったわけでございますけれども、このことを考えてみると、かなり一段広がっているわけだと思えます。最低保障機能についての議論がいわば邪魔をして、この一段が生かされていないというのはいかにも残念なところではないかと思っています。

したがって、まず最低保障機能については、年金生活者支援給付金、今度できた制度ですが、それから年金を含めて所得の高い高齢者の年金のあり方の問題、税制のあり方の問題、あるいは最低保障年金の問題。こうした再分配に関わる議論の領域を、生活保護だとか今日も何度も議論に出ましたけれども、高齢者向け住宅政策の問題などと横断的に包括的に議論していく場を別に設けていくのはどうだろうか。これもまた先ほど駒村委員から御指摘があった点でございますけれども、大都市における単身、低所得、高齢世帯の激増という、日本社会が今直面している、言ってみれば非常に困難であるけれども、乗り越えなければいけない問題。これを国民にアピールし、一緒に考えてもらう場にもなるかもしれない。

この最低保障の問題とは別建てで、やや独立させる形で、各党で重なり合っている納得度の高い所得比例年金実現への工程表を整理していくということは可能だろうと思うわけでありまして。例えば元朝日新聞の梶本章氏など何人かの論者がそうした工程表を示しておられると思うわけですがけれども、これはかなり共有されているのではないかと。例えば厚生年金と共済年金の統合、年金の官民格差の是正をまずやる。次に短時間労働者の厚生年金加入の抜本的な拡大を行う。

さらに言うならば、社会保障審議会年金部会などでも議論されていること

と理解していますけれども、第3号被保険者の制度は、そもそも第2号保険者の保険料は、それがもともと夫婦の共同負担であるという理解に基づいているわけございまして、そのことを踏まえて保険料の合算額の半分ずつとそれぞれが治したものとみなすという、いわゆる2分の2乗方式に転換していく。さらにこれに加えて番号制度とリンクして自営業者含めた年金加入を拡大していく。これは恐らく最終段階になる。さらには引き上げ開始年齢のタイミングの調整という問題がこれにさらに加わるかもしれません。

この工程表をつくっていくことは大いに可能であるし、つまり、保険料だけで運営していく部分の一元化についての合意点、工程表が見えてくることによって、大分国民の納得感、安心感というのも高まってくるのかもしれない。そして、いわば事後的に、先ほど別建てに議論していくと御提案した最低保障を合体させていく。場合によっては2分の1の税投入部分そのままにして高所得年金受給者の税投入部分の一部をいわばクローバックして、それを年金生活者支援給付金に積み上げていくような、これは一番今の形に近いやり方で合体をしていく。あるいは税負担部分をごっそり抜き出して、最低保障年金のようにかぶせていくという合体のさせ方もあるとは思いますが、そのように全体像を事後的に考えていくということも可能であろうと思います。

そのような形で、一致している部分と、これはどんどんきちっと議論したほうがよい部分と明確に区分けをしていく議論の立て方というのも考えてみてはいかがという趣旨でございます。

○清家会長 ありがとうございます。では、年金に関して何か御意見はございますか。あるいはただいまの宮本委員の御意見に関連して。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 宮本委員の今のお考えにかなり私も近いイメージを持っておりまして、前回、私も報告させていただいたときには、自営業の所得捕捉については課題がある。要するに年金だけではなくて税制や医療保険だって色々所得捕捉について課題があるわけでありまして。以前もこれが所得比例型年金の障害でしたが、国民年金を導入した当時とは自営業のボリュームが違っている。自営業の方は年金加入者に占める割合は恐らく6%、7%という状態まで来ている。まずやるべきことは、残された課題にあるように、非正規労働者に関する適用拡大、被用者年金への一元化、多段階免除をきちんとやっていって、未納をしっかりと対策をしていき、なるべく多くの方が所得に応じて負担をできるような制度を目指していくというのがまず一方でやっていく話

だろうと。

低所得に対する対応としては、先ほども宮本先生に言及していただいた都市部で増えていく単身高齢者。中には夫と死別によって基礎年金しかないような女性の方も増えていく、あるいは2030年を過ぎると、今度は団塊ジュニアが60を超えてくることになることになると、かなりの非正規の割合も多い世代です。あるいは現在、実は若い世代の持ち家率も低下傾向に入っているということを考えれば、やはり公費を低所得者に重点化していく必要がある。その際には、最低所得保障というものにこだわらずに、最低生活保障を行っていく。生活保護に陥らないようなレベルで住宅費、医療・介護の保険料あるいは自己負担の軽減を通じて、生活費の確保といったものを総合的に確保する仕組みを考えたほうがいいのではないかと思います。

今日の先ほどの医療のところでも触れたかったですけれども、そういう低所得者に重点化する、あるいは重いほうに重点化するというのが公費の今後余裕がなくなってくる高齢化社会ではそういうことを考えざるを得ない。高額療養費なども多段階にして低所得者のところをきちんと重点化できるようなことをやっていくのも一つの最低生活保障の体系なのかなと思っておりますので、宮本先生のお話と全て一緒かどうかは分からない部分もありますけれども、同じ趣旨だと賛同いたします。

○清家会長 ありがとうございます。他に。では、権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 宮本先生がいらっしゃらなくなったのですけれども、宮本先生がおっしゃっていた朝日新聞の梶本さんのアイデア、これは結構一般的に普及しております、我々も「梶本案」と呼んでいるのです。まずできることをしっかりとやって、そして捕捉の問題とか色々な問題が解決できるように税制上の改革を行った上で第2ステップでやっていこうという話ですね。これに関してはこの前も話しましたように、集中検討会議の中で、連合やメディア、研究者が呼ばれてプレゼンをするのですが、連合も、かつては宮本先生がおっしゃられたようなことを言っていたのですけれども、2011年2月19日には二段階方式でやっていきましょう、いわゆる梶本案に落ち着きます。そして、2月26日の毎日新聞も、一元化案を先送りして二段階方式を言う。そして、3月5日に駒村委員も二段階方式を言います。

駒村委員は、2012年6月12日の公聴会のときにも二段階方式、二ステップでやりましょうということをおっしゃっているので、私はそれでいいのではないかという気がするのです。まずできることをみんなで共通に目指す、できることを目指して行って、そして所得捕捉の問題から最低保障をどうす

るかというような問題点、かなり厳しい問題というのは、状況を見極めながら、ツーステップ目にみんなで考えて取り組んでいきましょう。それを実現できるために所得捕捉の問題から税制改革など色々なところをしっかりとやっていきましょうということで落ち着いているのではないかと思うのですけれども、どうでしょうか。

○清家会長 いかがでしょうか。西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 所得捕捉は重要だと思う。年金に限らず国民健康保険でも、恐らく所得捕捉が難しいから、例えば子供が多ければ多いほど保険料を払っていたりしているわけですね。ですので、そこは総ざらいしていく必要があると思います。そのとき、所得を捕捉するという徴収と同時に、所得の定義をあわせて考えていかないといけないと思うのですが、給与所得者と事業所得者はどのように同じ土俵に乗せるのか。今、給与所得者は給与収入に保険料をかけて払っているわけであって、給与所得控除みたいなものを引いていないわけです。ただ、一方で、事業所得者は経費を引いて事業所得にかけているわけであって、もしかしたらサラリーマンからすると、給与所得控除を引いてもらっていいのではないかという議論もあるかもしれませんが、スーツ代ぐらい引かせてくれよと、実際の経費分ぐらい引かせてくれという議論もあるかもしれないのであって、そういった所得の捕捉、徴収も重要ですし、所得の定義といったこともきちんと見直ししながら、年金に限らず国民健康保険などもあわせて担税力などに応じてとっていくという今まであまり実はしていなかったと思いますので、やったほうがいいと思っております。

○清家会長 山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 今、西沢委員がおっしゃったことはとても大事なことだと思っております。少し前の年金に関する議論で国民会議での議論の受けとめ方ですが、すぐにか将来かは別にして、いずれにしても所得比例年金に一元化するという方向で集約されたような報道がありましたが、少なくとも私は賛成したつもりはございません。といいますのは、今、西沢委員が指摘されたことが決定的な制約要因になるからです。

抽象的には所得比例年金というのはよく分かるのでございますが、少なくとも民主党が言っている所得比例年金というのは、給与所得者は給与収入、今と同じでございます。事業所得者は経費を除き、さらに基礎控除もする。つまり、今の国保では旧ただし書きの所得で捉えるということでございます。

異なる賦課ベースでなぜ一元化できるのか。これは民主党の責任ある方に直接申し上げたことがあります。例外なき一元化とおっしゃっているけれども、賦課ベースに大きな違いを残したまま、なぜ一つになるのですかということをお願いすることがあります。

もしそういうことが可能であるのであれば、今、国民健康保険には給与所得者がたくさんいますけれども、国保の給与所得者については給与収入のみで保険料をかけ、そして、その他の方については経費を除き基礎控除を除いて保険料をかけるということになりますが、そういうことは国保の世界ではあり得ないのです。ですから、賦課ベースを一つにしないと行けないのです。そうすると、サラリーマンについても給与所得控除、基礎控除をするということでないとしたら、そろわないのです。そうしたときに低所得者で、したがって保険料を民主党案では免除されて、その方には全額最低保障年金が税で出るわけですが、賦課ベースが非常に狭くなって、税で最低保障される方が膨大になるということになります。

あえて言いますと、民主党案ですと、サラリーマンの妻というのは所得がないのではなくて、夫の収入の半分は妻に帰属することになりますから、無収入の妻というのは全員いなくなって途端に所得のある方になります。したがって、最低保障年金が出るにしても全額は出ないということになります。結局どういう形になるかすぐ絵を描いてみれば分かるのでございます。つまり、給与収入と経費を除いたいわゆる課税ベースで捉えた所得という違いを残したままでもって同じ基盤で年金制度を所得比例年金として構築することは、この国では難易度の非常に高い難題だと思っております。

権丈委員が遠い将来においてはという随分マイルドな言い方をされて、今もそんなことをおっしゃっているのですが、これはあり得ないという意味でおっしゃっているのではないかと思います。もし私の理解が誤解であるとすると、この中で私だけが異論を唱えたということになるのかも分かりません。

○権丈委員 いや、同じ考えです。

○清家会長 ありがとうございます。他に御意見はございますか。よろしゅうございますか。年金制度については、宮本委員の冒頭の問題提起もございましたけれども、基本的には二段階方式といいますか、山崎委員がおっしゃったことが異論になるかどうかはともかく、まず遠い将来の話、あるいは遠い将来に可能になるかもしれない話と、そうではない話というのを分けて議論することが建設的であろうということは大方向の合意が得られたのではない

かと思いますので、基本的にはそのような形で進めていければと思っております。

時間の配分が申しわけございません。少しアンバランスになってしまいましたけれども、ここで改めて最初の前半の議論も含めて、どうしてもこれだけはということがございましたら承りたいと思っておりますが、よろしゅうございますか。遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 先ほど山崎先生から介護保険部会の話がされまして、医療保険部会と全面報酬割の課題では絡む話でございまして、介護部会では賛否が分かれていますという話でありまして、実は医療保険部会でも同様でございます。

ここでの議論は、どちらかというところと全面報酬割に移行することが前提で、その生じた財源を国保に入れるか、そうするべきではないという議論がここでされていたわけですけれども、医療保険部会では、全面報酬割に関しては統一した意見ではないということをもっと申し上げたいと思っております。

被用者保険者の一部の方々には全面報酬割に対しては非常に抵抗されるわけですね。基本的には次のような考え方を強くおっしゃるわけですね。国民健康保険がラストリゾートだということ。すなわち、国民皆保険制度にとって国民健康保険の重要性ということには非常に理解ができる。しかし、一方で、被用者保険も国保を様々な形で支援をしているので、全体としての医療保険制度を支えるという意味では同じような位置づけなのだというようなお考えをお持ちです。具体的には前期高齢者あるいは後期高齢者に対する支援金、こういったもので補填しているというところがあるわけですね。

特に被用者保険の方々には、これはずっと昔からそうですけれども、高齢者の医療費の支援金というものがどんどん増えていくということに対して非常に懸念を持っておられます。今後、ますますそこが増えていくのではないかとということに対しては非常に懸念を持っている。そこに着目をせずに、総報酬割という議論に転ずるといことはおかしいのではないかとということをおっしゃられるわけですね。これは前回発言させていただきましたけれども、被用者保険の5団体から提言が出ておりましたけれども、これは基本的に申し上げますと、被用者保険の持続可能性の視点から、現役世代に過度に依存する構造の見直しを強く求めるということをおっしゃっておられるので、まずはその議論がないと被用者保険者の理解が得られずに全面報酬割の導入の議論もなかなか現実的には進まないのではないかとと思っております。場違いな議論かもしれませんが、山崎委員のお話に関連させてお話しさせていただきます。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、本日の議論はここまでとさせていただきます。次回の国民会議において、引き続き4分野のうちから、今日、少し時間切れになった部分もございしますので、今日の議論、それから委員の御意見等も改めて事務局において伺っていただいた上で、テーマを選んで議論を深めて参りたいと思いますので、よろしく願いいたします。それでは、最後に、政府から御発言をいただきたいと思います。まず、田村厚生労働大臣、お願いいたします。

○田村厚生労働大臣 本日も大変御熱心な御討議をいただきましてありがとうございます。2巡目の2回目ということでございまして、様々な論点が明らかになってくる中で、さらに深掘りした御議論を今日もいただいたと思います。

特に地域包括ケアシステムの構築、医療給付の重点化、介護サービスの範囲の適正化など重要な課題について御議論いただいたと思いますが、今、また遠藤先生、山崎先生から、総報酬割に関しましても様々な御議論があるということでございまして、なかなか広い分野での議論の中で賛否両論ある中、これから一定の方向性をお出しいただくということに御苦労いただくということで大変申しわけなく思っているわけではありますが、一方で、今日も厚生労働委員会があったわけですけれども、厚生労働委員会では与野党から国民会議に対する期待というもの、一定の方向性がいつ出るのだと、8月21日に向けて必ず出してもらえるのだろうかというような、大変先生方にはプレッシャーをおかけするような話で申しわけないわけではありますが、期待のかかる声も上がってきておるわけでございます。

毎度毎度こういうことを申し上げて失礼でございますけれども、どうか、いよいよ間近に迫ってきておる最終期限に向けて、国民の皆様方が御理解をいただけるような成案をいただきますようによろしく願いを申し上げて、一言、御礼の御挨拶にかえさせていただきます。ありがとうございます。

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

○坂本総務副大臣 本日も活発な御議論を賜りましてありがとうございます。特に地方との関わりが深い地域包括ケアシステムの構築などについて、非常に貴重な意見を賜ったと思っております。この問題につきましては、2月28日、本国民会議におきまして、地方3団体、知事会、市長会、町村長会のほうから、地域包括ケアシステムについては、国はその具体的内容を明確にす

るべきというような意見も出されているところでございます。委員の皆様におかれましては、こういった地方の意見も考慮されながら、今後、よりよい医療・介護の実現に向けて引き続き御議論賜ればと思いますので、よろしくお願ひ申し上げたいと思います。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、そろそろ予定時刻となりましたので、本日はここまでとさせていただきます。なお、本日の議論の内容につきましては、この会議終了後、30分後程度をめぐりに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ひます。次回の日程などについて事務局からお願ひいたします。

○中村事務局長 次回、第16回の国民会議につきましては、6月24日、13時からの開催を予定しております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○清家会長 それでは、以上もちまして、第15回「社会保障制度改革国民会議」を終了いたします。皆様、どうもありがとうございます。