

第16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24日（月）13:00～15:00

場所：官邸4階大会議室

二 出席した委員の氏名

遠藤久夫会長代理、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. 2巡目の議論③
4. 今後の進め方
5. 閉会

○清家会長 それでは、冒頭より御出席予定の方々、全てお揃いになりましたので、少し予定の時刻より早うございますけれども、ただいまから第16回「社会保障制度改革国民会議」を開催させていただきます。

本日は、大変お忙しい中を御参集いただきまして、誠にありがとうございます。本日は、伊藤委員、大島委員、宮本委員が御都合により御欠席でございます。また、永井委員は、少し遅れて御到着と伺っております。過半数の委員が出席しておりますので、会議が成立しておりますことを御報告いたします。

本日は、国会等の関係もございしますが、政府からは可能な範囲で御出席をいただく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、森少子化対策担当内閣府特命大臣でございます。

○森少子化担当大臣 よろしく申し上げます。

○清家会長 それでは、議事を進めさせていただきます。本日は、三党実務者協議に関する資料をお配りしております。事務局から御説明をお願いします。

○中村事務局長 お手元に、資料6「三党実務者協議関係資料」といたしまして、6月13日に開催されました三党実務者協議の議事要旨を配付いたしております。どうぞよろしく願いいたします。

○清家会長 ありがとうございます。また本日は、参考資料といたしまして、社会保障に関連して、最近、政府において決定されたものなどをお配りしてございますので、適宜、御参照いただければと存じます。それでは、本日の議論に入りたいと思います。

本日は、2巡目の議論の第3回目といたしまして、まず少子化対策分野について議論を行い、その後、社会保障4分野を通して、さらに議論を進めるべき事項、あるいは未だ十分な議論ができていない事項について議論を行いたいと思っております。

それでは、事務局に資料1「さらに議論すべき事項③」として用意していただきましたので、事務局から御説明をよろしく申し上げます。

○中村事務局長 資料1をご覧いただきたいと存じます。「さらに議論すべき事項③」といたしまして用意をさせていただきました。

まず、少子化対策については、委員から御要望がありました資料「放課後児童クラブ、妊娠・出産等に係る相談支援について」がございします。

2番目、社会保障4分野を通じて、さらに議論を深めるべき事項や、未だ十分な議論ができていない事項についてでございますが、委員から御要望があった資料、医療機能分化に係る取組みの都道府県との調整状況、総合診療医、あるいは高齢化に対応したまちづくり等について、本日、資料を用意いたしております。

2ページ、6月10日にさらに議論すべき事項①としてお示した事項がございませうが、事務局の整理で網かけをつけさせていただきましたが、割合御議論賜ったところを網かけにいたしておりますので、そういった意味では①につきましては、「2. 被用者保険・高齢者医療制度の課題」といったところが残されているかと認識いたしております。

3ページ、こちらは6月13日に提出いたしました、さらに議論すべき事項②でございます。「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」などが若干残っておるかなという考えでございます。

4ページ、年金制度につきましては、前回御議論を賜ったものと認識いたしております。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。続きまして、少子化対策について、委員から御要望がございました事項、特に放課後児童クラブ、妊娠・出産等に係る相談支援につきまして、厚生労働省から御説明を受けたいと思います。

本日は、厚生労働省の石井雇用均等・児童家庭局長が御出席でございますので、石井局長から御説明をお願いいたします。

○石井雇用局長 厚生労働省の石井でございます。お手元の資料2をご覧ください。ただければと思います。「放課後児童クラブ、妊娠・出産等に係る相談支援について」という資料でございます。

1ページ、放課後児童クラブにつきましては、この国民会議でも重要性を指摘いただいたところでございますけれども、その事業の内容、目的でございます。共働き家庭など、留守家庭の小学生に対し、放課後に適切な遊び、生活の場を与えて、その健全育成を図るというものでございまして、平成9年の児童福祉法改正によって法定化されたものでございます。

その現状でございますが、平成24年5月現在でクラブ数が2万1,085カ所、登録児童数が85万1,949人、利用できなかった児童数、いわゆる待機児童数が7,521人となっております。「子ども・子育てビジョン」に基づきまして量的拡充を図るということで現在取り組んでいるところでございます。

この事業に対する国の助成でございますが、育成事業費から事業実施市町

村に対して補助がなされております。平成25年度の予算で315億8,000万円ということで、運営費と整備費、それぞれに対して支援を行っているところでございます。この整備費の2行目の「また」以下のところをご覧いただきたいと思いますが、学校の余裕教室などを改修する場合に対しましても助成をしているということでございます。

2ページ、放課後児童クラブ数、登録児童数の推移でございます。いわゆる量的な側面について記したものでございます。今、直近の24年の数字を御紹介いたしましたけれども、平成10年からのグラフをお示ししております。棒グラフがクラブ数、青字が登録児童数、平成14年から緑の折れ線グラフを示しておりますが、これが待機児童数でございます。

平成24年におきましては、平成10年と比較いたしますと、クラブ数で約2.2倍、児童数は2.4倍となっております。ただ、待機児童数、平成19年よりは減っておりますけれども、現在、まだ7,521名おられるということでございます。

3ページ、今度は質の面を捉えてみたものでございます。放課後児童クラブにつきまして現在基準はございませんが、平成19年に局長通知で放課後児童クラブガイドラインというものを設定いたしておりまして、望ましい運営内容をお示ししているところでございます。

まず、規模別の実施状況でございます。ガイドラインができました平成19年と比較いたしておりまして、概ね40人程度までは望ましいというのがガイドラインの姿でございまして、45人までのクラブ数が全体の約65%を占めております。ガイドラインにおきましては、最大70人までとすることとなっておりますことの上、平成19年には71人以上が15%ございましたが、平成24年には6%と若干減少いたしております。

右をご覧ください。終了時刻の状況でございます。終了時刻につきましては、18時1分以降の閉所が全体の6割を占めとなっております。右の参考をご覧いただきたいと思いますが、平成19年におきましては、約4割でしかなかったのが一応6割までなったということでございます。しかしながら、これに対して保育所でございますが、保育所につきましては18時1分以降が約85%ございましたので、ここはいわゆる小1の壁と指摘されるところでございます。

設置場所の状況でございます。左下のグラフでございますが、学校の余裕教室が28%、学校敷地内の専用施設が24%、児童館が13%、これらで全体の65%を占めるところでございます。これは平成19年と比べてあまり大きな変化はございません。

右下、登録児童の学年別の状況でございます。放課後児童クラブは現在法律におきまして、概ね10歳未満の児童に対して行うこととなっておりますこ

との関係上、小学校1年生から3年生までの全体の約9割を占めております。ここはあまり変わっておりませんで、平成19年と比べましても大体1～3年生まで大半を占めるという姿でございます。ただ、4年生以上ほか約10万人というのが現状ございまして、ここが小4の壁と言われる問題となったところでございます。

放課後児童クラブにつきましては、子ども・子育て支援法の際に改正がなされておりました、4ページ、現行と新制度の施行後の比較をいたしております。対象児童につきましては、概ね10歳未満となっておりますのを新制度では留守家庭の小学生ということで、いわゆる4年生を超えたところを対象とするということが明文化されるものとなっております。

設備、運営の基準でございますが、先ほど申し上げたように、現状では局長通知のガイドラインがあるのみでございますが、ここにつきましても省令で基準を定めて、市町村で条例を制定、いわゆる基準を設けることとなっております。

2つ飛びまして、事業の実施の促進でございます。現在、特段の定めはないわけでございますが、これも児童福祉法に規定を設けまして、市町村の公有財産の貸付等による事業の促進となっております。

計画でございますが、これにつきましても右にございますように「市町村子ども・子育て支援事業計画」の中で区域ごとの事業量の見込み、あるいは提供体制の確保について計画に盛り込んでいくということになっております。

最後の費用負担割合のところでございます。新制度の図の上のほうに、点線囲みの四角がございます。放課後児童クラブにつきましても、質の改善につきまして、これは職員体制などの強化を想定しておりますけれども、これも消費税を充当して拡充していこうということになっているところでございます。以上、放課後児童クラブの対応でございます。

続きまして、妊娠・出産等に係る相談支援でございます。最初の箱にございますように、妊娠期から子育て期にかけて、市町村を中心として様々な支援、メニュー、ツールが用意されているところでございます。

先に6ページの図をご覧いただければと思います。参考と称しておりますが、妊娠・出産等に係る支援体制の概要の主なものをお示しいたしております。

左から右に向けまして、時系列に並べております。妊娠から出産、乳児、幼児と進むわけでございますが、それに対応した支援メニューがここに記されたものでございます。

左の囲みにございますように、健康診査、保健師等の訪問事業は市町村で行うものでございます。また、相談の窓口でございますが、市町村と都道府

県等で行うということでございます。

スタートは妊娠の届出、これは母子保健法で届出が義務づけられているものでございまして、それとあわせまして母子健康手帳の交付がスタートになるわけでございます。これを受けまして、妊婦健診、妊婦訪問、母親学級・両親学級等々が続くわけでございますが、妊婦健診のところの関係で下の※印をご覧くださいと思います。

妊婦健診費用につきましては、現在、全市町村において14回分の公費助成を出しております。これは経済的に支援が必要だということで最近拡充されたものでございます。また、出産費用につきましても、医療保険から出産育児一時金として原則42万円が支給されているところでございます。

そして、こうしたような様々な事業を通じて、例えば若年の妊娠とか妊婦健診を受けていないとか、そういう支援が必要だということが分かった御家庭に対しましては、下に大きな表がございしますが、養育支援訪問ということで、要支援家庭に対して支援をするという事業があるわけでございます。

また、生後28日以内は新生児訪問するというところで、さらには乳児家庭全戸訪問（こんにちは赤ちゃん事業）を平成19年からスタートいたしております。生後4カ月を迎えるまで全家庭を訪問して支援を行うというものでございます。さらには1歳6カ月健診、3歳児健診がございします。

そして、相談の関係でございますが、これも市町村、都道府県等とそれぞれでございますが、特に女性健康支援センターがかなり総合的に妊娠、不妊の悩みから、あるいは出産についての悩み、そういったものについて総合的に相談に応じているところでございます。

お手元の資料の5ページ、一番下の※印にございますが、実は児童虐待が起こりまして、死亡事例は毎年私の分析を行っておりますけれども、その際に望まぬ妊娠とか若年妊娠、妊婦健診未受診、あるいは母子健康手帳未発行といったような事例が浮かび上がってきております。また、そういうところで非常に悲惨な事件になってしまっているという実態があるわけでございます。

このように妊娠届出からスタートする事業はございますけれども、現実問題として母子健康手帳の未発行、妊婦健診未受診といったような事例が見受けられていることもございます。そうしたこともございまして、相談支援機関の周知も含めまして、より相談しやすい環境づくりを行うことが必要と考えております。

今日のお手元の資料で参考資料1に「少子化危機突破のための緊急対策」がございまして、その6ページにも記されておりますけれども、やはり今後は子育ての関係、そして両立支援の関係、働き方の強化に加えまして、結婚・

妊娠・出産の支援が必要だということで、緊急対策の中でも指摘されておりますように、地域の相談支援拠点づくり、あるいは産後ケアの強化に今後取り組んでいきたいと考えているところでございます。簡単でございますが、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、これから議論に入りますけれども、本日は榊原委員からも資料3として提出されてございます。これから各委員から御議論をいただきますけれども、もしよろしければ、まず榊原委員からこの資料に基づいて何か御発言がございましたらお願いいたします。

○榊原委員 ありがとうございます。お手元に配付していただきました資料は、フィンランドにおける妊娠・出産期の支援がどうなっているのかということをかいつまんで説明するための資料として配付していただきました。

フィンランドというのは、御存じのとおり北欧の日本の人口に比べれば小さな国ではあるのですけれども、なぜフィンランドのこうした支援策を御紹介しようかと思ったかといいますと、1973年にはフィンランドでも少子化が大変進み、出生率が1.5と過去最低になっている。そこに、社会を挙げて危機感を持ち、妊娠・出産期から始まって保育も強化し、働く母親の増加に応じた社会体制をつくるというような、子どもに優しい国を目指した様々な法整備や支援策の拡充を行ってきた。その取り組みに日本も学ぶところがあるであろうということと、中でも、とりわけ今の局長のお話にもありましたように、妊娠・出産期のところの取り組みに非常に目を引くものがあるという趣旨です。

では、何をやっているのかといいますと、その象徴的拠点がネウボラと呼ばれる、各地域にある妊娠・出産・育児相談所と和訳されるような拠点になります。高齢者のためには日本でも地域包括支援センターが各中学校区ぐらいには整備されていて、それが行政や様々な福祉・医療の機関と連携しているという存在してあるのですけれども、フィンランドでは小児科医の医師のほうが病院側から、まず妊娠・出産期の様々な混乱に気がついて、まず実験的にこうした出産・育児相談所というものを病院に付属してつくったところ、非常にいい成果があったということで、国が普遍化して各地域に整備したと聞いています。

何をやっているか。妊娠したら、妊娠4カ月以降、医療機関で妊娠しているという証明をもらって、その証明を持って地域相談所というところに行きますと、出産準備のための手当または育児の色々な一通りの育児用に必要な哺乳瓶であるとか、新生児のための色んな医療のものであるとか、簡単なベ

ッドに使えるような箱であるとかといったようなパッケージをどちらか選択してもらえるようになっていて、つまり、出産準備支援から始まっている。妊婦健診も全て14~15回、無料でここでワンストップで受けることができる。

出産期になったら、出産する病院にこの拠点から連絡が行ってカルテが運ばれて、出産後、またカルテが戻ってきてということで、子どもの妊娠期からの誕生から小学校に上がるまでの期間、ずっとこの拠点で全ての子どものカルテを管理する。成育カルテと呼ばれるようなものを管理している。何かあったら、例えば定期健診を受ける、保健指導を受ける、予防接種を受ける、全てここでワンストップで、ほとんど無料で相談に乗ってもらえる。そこに看護師とか助産師とか保健師とかカウンセリングのプロとかというような専門職の方たちが常駐していて、色んな必要に応じて機関につないでもらえる。そういった機関だそうです。こういったものがもしあれば、先ほど局長のお話にもあったような、妊娠期から出産に準備ができないという様々な困難を抱えた女性たちが迷子にならずにここに来ることができるのではないかと。

年間20万件も起きているような人工妊娠中絶の部分は少なくとも救うことができるのではないかと。飛び込み出産と言われるような、全然健診も受けていなくて、どんな病気を持っているか分からないお母さんがいきなり陣痛で運ばれてきて、産科の医療機関も大変混乱が起きているというような事態も防ぐようなことになるのではないかと。

また、特に森大臣が主催されました妊娠・出産期の色々な支援を議論されたタスクフォースでも課題となっていました、産前産後のケアのところもここで見ていくようなことができる。つまり、妊娠・出産期に一体どんなニーズがあるのかということがまず日本では把握もされていない。それが様々な虐待死であるとか、色々な病院への相談とか飛び込み出産とかといったような混乱事例としては随所見えているのだけれども、一体どんな課題、悩みごとを抱えているのかを一つの拠点できちっと受けとめて、それを早期に解決していくというような拠点としてネウボラが機能している、こういったものを日本でも整備していく必要があるのではないかと。

しかも、それを医療制度の中でやっていくことができないかという問題意識を持っております。つまり、フィンランドの取り組みから一つ学べるのは、妊娠期からの支援を出産・産後ケア・子どもの就学前までの発達期間までを睨んだ、線としての支援につなげていくことができる、その拠点としてまず整理する必要があるのではないかと。

その際、利用者の自己負担は極力なしにする。無料で受けられるから誰でも来てくださいというメッセージとセットでこういった場を設けるということ。そこで行っていくこととしては、妊娠相談、出産もそうですけれども、

出産の準備支援、出産前後の医療の無償化、産後ケアと発達支援、また様々な母子相談と専門家の養成、後方支援といったような項目をこの中で立ててやっていくことが必要なのではないかと考えています。長くなって申しわけありません。

私がこういったものがやはり必要だと気づくようになったのには2つきっかけがありました。その一つが、赤ちゃんポストという言い方で有名になりましたけれども、熊本県の慈恵病院という私立の病院が行い始めた妊娠活動相談事業でした。あそこは親が匿名で子どもを預けてしまう、つまり、捨て子ができるという意味で社会的には非常に議論を呼び、確かにその点でそういったような機能をずっとつくっておくのがいいのかどうか、ここは今でも議論が分かれるところだと思いますが、実はこの病院は捨て子を増やさないために24時間のすごい体制の相談機能もあわせて設置しています。

そこに平成23年度には690件、昨年に至っては半年だけでも500件というようにすごい数の相談が実に全国津々浦々から来ていて、また、妊娠して赤ちゃんを自宅で産んでしまったのでどうしようというような緊急な相談もいっぱい来ている。

こういったことを先ほど局長が言ってくださったような様々な拠点が日本でも整備されているのに活用につなげていないという反省を含めて、どういうふうに生きた施策にしていくのかというもう一段の取り組みの必要性を赤ちゃんポストの取り組みが教えてくれたと思っています。

もう一つが、ここの委員でもあられます大日向雅美先生は、大学の教員でもあられますけれども、実はNPO法人あい・ぽーとという名前の地域の子育て支援拠点を長く運営してらっしゃいます。そこは全ての地域の親子が来て、一時預かりで子どもを預けることもできるけれども、母親と子どもが来て何でも相談できるというような機能も持ってらっしゃるし、今では家庭に訓練を受けた訪問支援員を派遣するようなサービスもやってらっしゃる。ああいったような拠点が実に本当に必要であるということを私もずっと拝見してきて感じているのですが、専門家もいて、いつも何でも受けとめてくれて、必要があればどこかにつないでくれる、そういった拠点がありそうで実は日本には本当に少ない。あい・ぽーとに例えば妊娠期からの支援や医療や保健の専門家の機能も加えたものがネウボラではないかと私は思っていて、こういったものを全国の必要な人たちに届ける必要がある。少子化で社会保障制度の未来も危なくなっているような日本では、こういったことをせめてする必要があるのではないかと。

お金はもちろんかかりますけれども、例えば高齢者の医療費の自己負担を法定で2割になっているところを1割で今運営しているだけで年間2,000億

円かかっているというのを聞くと、例えば医療制度の中でも頑張れば捻出できないことはないのではないかと考えていて、是非専門家の皆さんと一緒に考えたいと思っています。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。議論の途中ではございますけれども、ただいま甘利大臣が到着されました。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 では、甘利大臣、よろしくをお願いいたします。

○甘利大臣 国会の都合で遅れまして申しわけございません。今日でこの会議も16回目を迎えます。社会保障4分野の第2巡目の3回目の会合でございます。

今日は先ほどから御議論いただいておりますとおり、少子化対策を中心に議論いただきますが、社会保障4分野と同時に、その積み残している論点についても時間の限り御議論いただきたいと思います。いずれにいたしましても、8月の期限がだんだん迫って参ります。とりまとめに向けて引き続き御尽力をお願いしたいと思います。ありがとうございます。

○清家会長 大臣、どうもありがとうございました。それでは、カメラの皆様にはこれにて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、議論を続けたいと思います。ただいまの石井局長、そして榊原委員からの問題提起も含めて御議論をお願いしたいと思います。大日向委員、よろしくをお願いいたします。

○大日向委員 ありがとうございます。私は、今、事務局が御用意してくださった資料の中の最初の学童期の放課後対策の充実の必要性について、少しお話をさせていただきたいと思います。

学童期の放課後対策の充実の必要性は、子ども・子育て支援新制度の中に盛り込まれておりますし、私もこれまで2回のプレゼンの中でも触れて参りました。ただ、これまでの国民会議の議論は、ややもすると就学前の対策に

議論の重点が置かれてきて、学童期の対策をしっかりと取り上げて議論することがなかったと思いましたので、事務局に資料の提供をお願いいたしまして、先ほど石井局長から御説明をいただいたとおりです。

この学童保育は1997年、平成9年に児童福祉法に位置づけられましたけれども、予算措置が必ずしも十分でなかったということもございまして、質・量ともに、なお課題を多く残す形で今日に至っていると思います。

共働き家庭やひとり親家庭の増加に加えまして、地域の治安にも懸念が多くなっている今日の状況を考えますと、子どもたちが放課後、安心して過ごせる環境の確保は喫緊課題となっていると思います。具体的にどうしたらいいか。例えば子どもたちの健やかな育ちを保障するという観点からいたしますと、小学校と学童保育は教育と福祉の一元化、連続性が担保されるべきであると考えますし、指導員の方の研修の整備、さらには地域の人々が積極的に関わって支援していく体制の構築などが必要と考えます。

いずれにいたしましても、学齢期の子どもが安心して過ごせる望ましい環境整備が進められるということは、子どもの成長にとって重要なことはもちろんですけれども、働く親、特に女性の就労継続、支援の観点から、その重要性は一層増していると考えます。

この学童保育の基準、整備等につきましては、社会保障審議会児童部会のもとに先般専門委員会が設置されて検討が始められているところでございますが、そのことも含めて学齢期の放課後対策の重要性を国民会議でも改めて御確認いただければと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、ほかに御意見はございますか。宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 一つは聞き逃して申しわけありませんが、3ページ目で終了時間の状況で6時ごろ閉所が全体の約6割。それより以前の閉所が4割ということですが、保育所が18時に終わってからどこで預かるのかが問題になってくるわけですが、保育所は何パーセントとおっしゃいましたか。

○清家会長 では、石井局長、どうぞ。

○石井雇児局長 保育所につきましては、18時1分以降預けることが可能な閉所時刻に相当するものは約85%でございます。

○宮武委員 それと同時に、今、大日向委員もおっしゃいましたように、指導

員の研修とおっしゃいましたけれども、この放課後児童クラブで子どもたちの世話を見ている人たちの職種であるとかお一人どれぐらいを今預かっておられるのか、そういう待遇の問題も含めて、受け入れ側の問題点について簡単に御説明いただければと思います。

○清家会長 では、石井局長、お願いいたします。

○石井雇児局長 現在、放課後児童クラブにつきましては、例えば保育所における保育士のような資格を持った方が指導するという形になっておりませんが、ただ、ガイドラインの中におきまして、一応職員としまして、児童福祉施設の設備、運営に関する基準、第38条に規定する資格を有する者が望ましいということになっております。

そういう方はどういう方かと言いますと、例えば保育士、幼稚園教諭とか、あるいは児童福祉経験があるだとか、その他という形で、ある意味では緩い形で何らかの資格を持っている方という形で切っているわけですが、それでも3割は資格がないという状況でございます。

また、その処遇につきましても、非常勤の方が多いたということがありまして、処遇の悪さがなかなか確保につながらないということもありますし、また閉所の時間を延ばそうとしましても、そこに対応するところ、加算措置という形で私ども応用いたしておりますが、やはり金額自体がまだまだ不十分でなかなか対応し切れていない、ここが課題であります。

したがいまして、先ほど御説明いたしましたように、消費税財源を充当して質の拡充を図るというシナリオはできておりますので、そこについてしっかり対応していければと考えているところでございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、他に。山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 費用の負担でございますが、半分が保護者負担で、あと半分が国、都道府県、市町村となっておりますが、実は国の負担につきましては事業主拠出金となっております、この辺はどのような位置づけになっているのか、あるいは改正の過程で議論があったのかないのか、非常に気になっておりますので、教えていただければと思います。

○清家会長 では、石井局長、お願いいたします。

○石井雇児局長 御指摘のとおり、国の持分につきましては特別会計、事業主

の拠出金、全てこれによって対応しているものでございます。子ども・子育ての新制度をつくるときにおきましても、もっと事業主からの負担を求めていいのではないかという議論があった一方、事業主からは、我々が充当すべきものは限定すべきだというせめぎ合いがあったのも事実でございます。

その中で、事業主としての納得が非常に得られやすかったのが、いわゆる両立支援に直結するものということで、この放課後児童クラブとか、病児・病後児保育といったようなものにつきましては事業主が引き続きお金を出しましょうということで、新しくできた制度におきましても放課後児童クラブ、病児・病後児保育といったような形、また延長保育、この3つに限定した形で今後とも出していくということで法律上の位置づけがなされているものでございます。

○清家会長 山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 ということは、事業が拡大していけば、自動的にこの割合で事業主の拠出も増えると理解してよろしいでしょうか。

○石井雇児局長 先ほど申し上げましたように、まだまだ待機児童がおられるわけございまして、この量的な拡充はしていかなければいけない。その意味では、事業主さんにお付き合い願わなければいけないと思っております。

ただ、特に質のほうでございますが、ここにつきましては職員の処遇ということも多分出てくるのだろうと思えます。配置基準等も出てくると思えます。まだ中身は決まっておりますが、そこにつきましては消費税財源で充当して、きちとした形で放課後児童クラブが運営できるような形で対応していきたいと思っております。

○清家会長 それでは、他に。榊原委員、どうぞ。

○榊原委員 放課後児童クラブについて、私は大日向委員の御指摘と全く賛成、同じ思いでございます。

私自身、放課後児童クラブに子どもがお世話になり、保育園時代には抱かなくてよかったような様々な負担をこの段階に至ると経験しなければいけないということを実感し、なのに働く女性、母親が一層増えている中でも体制が徐々にしか拡大されていないということに危機感を持っています。

待機児童が多いというのはどういうことかということ、子どもを安心して小学校に上がってから、しかも小学校1年生ですと大変早く帰ってくるわけで

す。当初は給食もない。その子どもたちに、学童クラブに入れなかったから、あなたはお母さん、お父さんが帰ってくる6時、7時まで1人でお家にいなさいということを社会が求めるということになることです。

私も大分前ですけれども、学童保育を利用し始めたころに起きていた現象という、学童クラブに入れなかった子たちが、学校が終わってから親に会うまで、コンビニで親を待っていたりとか、ゲームセンターに行って、子どもが徘徊しても怪しまれない場所が町の中でどこにあるかという、そういうところだったということだと思えるのですけれども、そこで親と待ち合わせをしていたというような姿が見られたりというように、社会保障が充実している国なのかというような実態が多々あった。それが大分改善しているであろうと期待したいところですが、今、改めて局長からこうした数字を拝見するとどうなのかなと思います。

定員数が少ないだけではなくて、3枚目のデータにもあるように、開所時間が短い。6時に閉まるということで一体何が起きているのかということをお考えすると、6時ぐらいになって閉まってしまうと、子どもたちは、親が保育園だったら7時、8時に迎えに来てくれるときまで見てもらえたのに、6時になると親がまだ帰ってこられないので帰らなければいけなくなる。冬だともう暗いのです。暗いときに、もう地域の子どもたちが家に入っていないようなさみしい道をとぼとぼと大きなランドセルを背負って家に帰ってくる。

最近よくあるのが、不審者がついてくるのです。家に入るときに鍵を一生懸命がちゃっと開けて入ろうとすると、不審者が一緒に外から入ってくるということが実に私の地域でも何回か起きています。たまたまお母さんが家に帰っていたので、子どもががちゃっと入ってきたときに、おかえりなさいと声をかけたら、その後ろに男の人がいてびっくりした。そこで事件になるようなことは未然に防がれたけれども、あまりにも怖くて仕事をやめようかと思ったという人の話も直に聞いたことがあります。ここも早急に変えるべきであるのではないかと思います。

また、1～3年生でいいとなっているところもどうなのか。昔のように地域に自営業の人がたくさんいて、3年生ぐらいを大体終わったら鍵っ子になって家に帰ってきて過ごせるような、ある程度見守りの目があったような時代まではよかったと思うのですけれども、今、何が起きているかという、3年生とか4年生ぐらいで学童の年齢が終わって、児童館にも通えなくなったら、例えば4年生とか5年生に上がった学年の4月1日から学童保育は受けてくれなくなるので、春休みの途中まではお昼をそこに行けば食べさせてもらえるし、友達と安心して夕方までいたのに、4年生になった4月1日か

ら急に行く場がなくなっているのです。うちの子もそうだったのですけれども、お昼御飯を家に用意しておいても行く場がないので、地域の公園とか道のところを入れてもらえなくなった同じ4年生ぐらいの子と一緒に日中、徘徊するわけです。これは危ないということで、あの手、この手、そのときにも講じたのですけれども、私が講じられて家に来なさいと言ってあげられた子たちはよかったですけれども、そうでなかった子たちは児童会のお向かいにある公園で、お昼も一人で菓子パンを食べながら、児童館にもう一回遊びに入れさせてもらえるお昼の時間が終わるのを待っていたという話を聞いてぞっとしたというようなことがあり、こういったことは社会保障の一つのあり方として見る必要があると本当に思っています。

ただ、なぜこのところが難しいのかというときに、やはり忘れてはいけないのは、厚生労働省と文部科学省の縦割りの状況がいまだにあるということだと思います。文部科学省でも、放課後児童クラブという取り組みを始めてくれてはいるのだけれども、それは文部科学省の系列の中での取り組みであって、学童保育という保育に欠ける子どもたちの取り組みとしては一つになっているようではなっていない地域がほとんどであると理解しています。

一方、私が聞いた限りでは、アメリカとかヨーロッパの主要国、フランスなどで、子どもをこの時期育てたことのある日本人家庭の人たちは、こんな心配は全くなかったとおっしゃっている。なぜか。学校の中にアフタースクールプログラムというものが準備されていて、学校の先生たちは4時とか5時で仕事が終わったらお帰りになるけれども、その後、今度は市が派遣する別の保育士のような方たちが来て、同じ敷地の中で教室を使って違う別の活動を色々提供してもらえる。夏休みにはロングキャンプなどもあって連れて行ってもらう。だから、親は子どもをいちいちどこかに運んだりするような心配もなくやっている。

つまり、学校教育のあり方を社会保障と接続して考えてもらう必要があるのではないかという気もしています。学校教育のあり方が専業主婦家庭を前提にした1970年代モデルのままになっているのではないかと日々感じています。なので、保護者会が平日の日中にあったり、PTA活動が日中にあたりというような他の主要先進国、共働きが一般的になった国ではないような運営の仕方がされている。だから、つけ加えるように学童保育というものも学校の運営の外にぽんと置かれていて、こういうような不具合が色々生じている。学校教育のあり方も21世紀に合ったようなやり方に変えていっていただく中で、この放課後児童クラブという色々な課題も縫合していってほしいと期待しています。

○清家会長 ありがとうございます。大日向委員、よろしくお願いします。

○大日向委員 ただいま榊原委員が的確に学童保育の問題点を御指摘くださって、私もそのとおりかと思えます。1点、指導員のことで追加して申し上げたいと思えます。

指導員体制は、先ほど石井局長がおっしゃったとおりです。保育士さんをコアとしてということなのですが、このあたりの基準については専門委員会のほうで議論されるだろうと期待しておりますが、私は指導員の方々の資格はあまり国家資格とか狭く縛る必要はないだろうと思っています。もちろん、学童の心身の発達、社会福祉、社会保障に関して理解と知識を持った人はコアとして絶対必要です。でも、それと同時に、地域の方々が一定の研修を繰り返し受けながら参画していくということも大変必要だろうと思っています。

例えば団塊世代前後の方々が今大量に定年を迎えてらっしゃいます。その方々が地域の子どもたちと触れ合って、これまで組織人、企業人として培っていた経験を発揮してくださるということは大変力強いことですし、また、その方々にとっても、多分この後の議論に入っていくと思えますが、健康維持増進に役立つかと思えます。お家の中にひきこもるのではなくて、地域に出て行って子どもたちと触れ合うことで生きがいも増えますでしょうし、健康維持増進等の観点からも新しい展望が開かれる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。他にいかがでしょうか。では、森大臣、どうぞ。

○森少子化担当大臣 すみません、この後、一旦退席しますので、今の議論だけ一言申し上げておきたいと思えます。この放課後児童クラブと放課後子ども教室の問題点は、私のほうも認識しておりまして、ちょうど今朝、自民党の人口減少社会対策特別委員会の委員長である猪口邦子元少子化対策担当大臣が私の大臣室にお見えになりまして、党の特別委員会の中間とりまとめをお持ちになりました。その中に、まさに放課後児童クラブと放課後子ども教室、つまり、空き教室を使ってやるプログラムの充実が書かれておりまして、ちょうど意見交換をしたところでございます。

私も海外で子育てをした経験がありますが、そのときにアフタースクールプログラムを活用しておりました。働く親が9割以上いる地域だったので、ほとんど全ての子どもが学校の授業を終えた後、そのまま同じところに残ってアフタースクールプログラムを利用する。民間が提携しておりましたけれ

ども、場所代がかかりませんので費用は大変安くて、そして親がいない間に見てもらうという機能を超えて、それぞれの子どもを伸ばすということができて、自分の好きな教室を選ぶ。理科が好きな子は理科実験をもっと面白くするような指導を受けられる。運動もありますし、宿題を一緒に見てくれるプログラムがあったり、第2、第3外国語を小学校のうちから、スペイン語、フランス語を学べたりなど、それぞれの子どもを、また関心のある分野を伸ばすようなプログラムがありまして、大変すばらしい取り組みだと思いました。政府としても、今の御意見も踏まえて検討して参りたいと思います。ありがとうございます。

○清家会長 ありがとうございます。他によろしゅうございますか。それでは、また後で議論が戻ることもあり得るということで、少子化対策分野についての議論はとりあえずここまでとさせていただきます。次に、社会保障4分野を通して、さらに議論を深めるべき事項、いまだ十分な議論ができていない事項についての議論に移りたいと存じます。

まず、これまで委員から御要望がございました事項、医療機能分化に関わる取り組みの都道府県との調整状況、混合診療医等、高齢化に対応したまちづくりなどについて御説明をいただき、その後、議論を行いたいと思います。

医療機能分化に係る取り組みの都道府県との調整状況及び混合診療医等につきまして、厚生労働省の原医政局長から御説明をお願いします。

○原医政局長 資料4をご覧いただきたいと思います。1ページ目、「医療機能分化に係る取組みの都道府県との調整状況について」でございます。

これまでの経過でございますけれども、平成23年12月に社会保障審議会医療部会で「医療提供体制の改革に関する意見」がとりまとめられました。この中で4つの大きな領域が議論されております。

その中の一つに、病院・病床の機能の明確化・強化が掲げられておりました。これは限られた資源の中で医療の提供体制を効率的に行うというために一般病床の機能分化をしっかりと進めていくということがもとに議論されたわけでございます。

その議論のもと、急性期医療に関する作業グループを設けて議論を深めようということになりました。その作業グループで平成24年6月に一般病床の機能分化の推進についての整理をとりまとめいただきまして、医療部会の報告をしたところでございます。

その中では、医療機能及び病床機能を報告する仕組みをつくること、それをもとに地域の医療の提供体制についてのビジョンを地域ごとに定めていこ

う。そのために報告制度とビジョンの策定を方向として決めていただいております。それを受けまして、どのような機能に分けるのか、あるいはどのような報告にするのかについて、現在、医療部会のもとにあります報告・提供の具体的なあり方に関する検討会において、具体的な内容について検討を進めているところでございます。

大分議論も煮詰まってきたところではございますけれども、その中で実際的には都道府県で事務をやっていただくこととなりますので、都道府県の全国知事会と、現在、社会保障常任委員会というところでの議論を深めていただくという意味で、そこで協議を始めたところでございます。

知事会からは、先日、医療機能分化を含めまして、現在考えております医療法改正についての意見書が2ページのところに出てきております。要約しますと、もう少ししっかりと都道府県と議論を進めていただきたいというような御意見だと承知しております。

3ページ、総合診療専門医についてでございますが、日本の医師の制度につきましても、国の制度としては医師免許証が1つしかないわけでありまして、それ以外にも皆さん御承知のように、様々な専門医と呼ばれている方々がおられます。しかし、それは現在までは、各学会がそれぞれの独自の運用で決めておられまして、その質が一樣ではないというような議論もございました。そういう課題がある。

専門医について、いわゆるスーパードクター的な方々を想像される国民の方も多いということですが、実は専門医というのは基本的なところから専門領域のことをしっかりと学んで積み上げていくようなものを専門医像として考えておきまして、ある領域についての基本的な能力をしっかりと身につけた人を専門医としていこうという形で、各領域、内科であれ、外科であれ、精神科であれ、小児科であれ、そういうような形での統一化を図っていこうと考えている。

それぞれの病気を持った患者さんは地域に色々おられます。また、色々な病気を持っておられます。そういう意味では、専門医がそれぞれの患者さんのそばに寄り添っているということは医師の地域偏在や診療科の偏在の解消にも資するものになるだろうという視点がございます。このような中で専門医のあり方に関する検討会が4月にまとめられました。その中で先ほどの総合診療医が議論されております。

ここでは、それぞれの領域別の専門医、例えば外科の専門医であるとか内科の専門医というのは、皆さん方、想像が付きやすいわけでありましてけれども、その18の基本領域の専門医をつくと同時に、その基本領域と同じような位置づけとして総合診療の専門医をつくっていこうということが専門医の

あり方に関する検討会で合意されています。

あと専門医は省略させていただきますけれども、総合診療専門医とはどういうものかというのが4ページでございます。ここでは、総合的な診療能力を有する医師、これは言葉を繰り返しているだけになりますけれども、「総合診療医」とすると書かれておりました、日常的に頻度が高く、また幅広い領域の疾病と傷害等について、我が国の医療提供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に提供する。このような医師像を総合診療医と考える。その中の専門医として、総合診療専門医というものをつくっていかうという議論になっています。

先日、御質問がありました、その他の総合医であるとか、家庭医であるとか、かかりつけ医とかという色々な言い方、言葉はございます。それについて5ページに少し整理させていただきました。

家庭医という言葉が使われ出したのは昭和の年代になります。昭和62年に家庭医に関する懇談会の報告書がまとめられております。ここでいわゆる家庭医あるいは家庭医機能というものはそこに書いてありますように、初診患者に対応できる、あるいは総合的・包括的な医療を重視して、福祉関係者との総合調整ができること。あるいは家族、家庭などの生活背景も把握した上で全人的に対応できる。比較的、今の総合診療医に近いイメージが語られておりますけれども、このときの議論では、家庭医というものを定めていくと、それぞれの国民が家庭医を誰か決めて、その人にかからないと病院にかかれなくなるのではないかと。いわゆる人頭払い制度につながるという議論がございまして、そういう意味では家庭医の議論はその段階で終わっております。

その後、色々な経緯がございましたけれども、特に医師会を中心にかかりつけ医という言葉が使われております。かかりつけ医といいますのは、ここでは具体的な定義、明確なものはございませんけれども、例えば平成17年の医療部会では、かかりつけ医は国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として国民にわかりやすくその普及・定着を図る必要がある。

その機能としては、参考に書いてありますけれども、例えば医師会の定義ですが、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医を紹介できる「地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」。ここで言うかかりつけ医の総合的な能力というのは、医療そのものだけでなくして、その地域の中の保健や福祉のリソースもしっかりと提携できるというような総合性をうたっております。

先ほどの総合診療医のほうは、医療の中身そのものの総合性。内科領域であるとか外科領域であるとか、あるいは耳鼻科や眼科における初期診療に

も対応できるというような診療の中身での総合性を見ていこうという形でございます。

若干ややこしくはなりますけれども、診療の面から見た総合性というのが総合診療医、あるいは地域の中での活動に着目した形の者が、いわゆるかかりつけ医というような形で言葉としては考えられるのではないかと思います。もちろん、一人の開業医の先生が両方の能力を持っていることは大いにあることではございますが、概念的には違いますけれども、どういう能力を持っているかでは重なっているのが多数あると考えています。説明は以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。ただいま原局長から、医療機能分化に係る取り組みの都道府県との調整状況及び「総合診療医」等について御説明を承りました。続きまして、高齢化に対応したまちづくりについて、事務局から御説明をお願いいたします。

○中村事務局長 この国民会議で高齢化に対応したまちづくりという話題が生まれて、コンパクトシティあるいは都市部の高齢化対策が議論になりました。私ども事務局のほうで国土交通省と厚生労働省から資料の提供を受けましたので、便宜、私のほうから御紹介をさせていただきたいと思っております。

1 ページ、国土交通省から資料をいただいておりますが、地方都市を中心にさらなる人口減少と高齢化が見込まれるということで、グラフでは県庁所在地、3大都市圏や政令指定都市は除いておりますが、その人口の推移を見ますと、2040年まで人口が17%程度、県庁所在地でも減少する。

老年人口が増えまして、老年人口は生産年齢人口の約3分の2に当たるといことが見込まれている。そういう中で、2 ページ、コンパクトシティの実現に向けまして、住まいの身近に医療・福祉・公共施設があるとともに、地域経済が活性化する都市構造のリノベーションを推進しなければならないということで、国土交通省のほうでは支援措置や土地利用制度等も含めた一体的・総合的な政策パッケージを検討しているということでございまして、この7月を目途に方向性を提示したいとされているようでございます。

また、3 ページ、地方都市、大都市が抱える課題がございまして、都市構造を再構築していくための施策が必要であるということで、今年の4月に国土交通省に都市再構築戦略検討委員会がつけられておまして、これまで5回開催されているということだそうでございますが、夏を目途に中間整理、年内とりまとめを予定されているということでございます。

4 ページ、厚生労働省からの資料の御提供でございます。都市部における

高齢者を取り巻く状況でございますが、75歳以上人口は都市部で急速に増加するということで、上のほうのグラフをご覧くださいますと、2010年から2025年、埼玉県では75歳以上人口が倍になる。千葉県、神奈川県、大阪府、愛知県、東京都と、このような大都市部で75歳、いわゆる後期高齢者人口が倍増するという都市部問題が生じるという状況でございます。

5ページ、厚生労働省も都市部の高齢化対策に対する検討が必要だということで、都市部の高齢者の見通しあるいは都市部でのサービス提供体制の確保方策の検討、地方での都市部、高齢者の受け入れ時の課題と対応策などを検討されるために、5月20日に5ページにありますような検討会を設置、秋を目途にとりまとめたということで、秋以降の介護保険部会での議論、制度改正につなげたいと検討されているということでございます。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、ただいまの御説明なども踏まえまして、社会保障4分野全体についての議論を行いたいと存じます。

冒頭に、事務局長から資料1でさらに検討すべき事項、あるいはこれまでのさらに検討すべき事項として示されたものの中で、網かけ以外にもまだ十分に議論されていない事項等が御紹介されてございますけれども、それらも参照していただきながら御発言をお願いしたいと思います。では、どなたからでもよろしく願いいたします。増田委員、西沢委員、どうぞ。

○増田委員 ありがとうございます。先ほど局長さんから、都道府県知事会との調整状況のお話がありました。6月19日に厚労省で説明会を開かれたということをお聞きしております。話し合いが始まったということで大変私も喜んでおりますが、いずれにしても、医療提供体制について実質の運営責任者が都道府県なので、拙速に進めてしまうと、結局動かない制度になってしまうので、その点だけそういうことのないように、これまでも現実になかなか実効性がないような制度ができ上がったということがありましたので、是非そこはきちんとした意味のある話し合いを両方でやっていただきたい。

病床機能情報をどうやって集めるかだとか、ビジョンのつくり方、相当議論というか論点は多いと思うので、そのあたりは精力的に話を進めてもらって、全部を待つのではなくて、都道府県の理解を得られたものから順次制度化していくという考え方が大事ではないかと思います。ですから、そういう点をこれから精力的に是非進めていただきたい。都道府県の理解と納得をうまく得てほしいと思います。

そして、そのことが例の国保の広域化と全体がセットになっていると思

ますので、国保の広域化、国保の赤字構造に抜本的に体系をつける。このあたりは国民会議の共通理解になっているのではないかと思います。それと今の提供体制がうまくかみ合えば、一つの医療・介護分野で持続可能な制度改革につながっていくのではないかと思います。その点、よろしく願います。

あと都市づくりの関係であります。今、資料5で御説明が事務局長さんからありましたが、これは両省でこれからそれぞれ研究会などをつくってさらに検討されると思うので、それぞれの研究会にお互いによく参加して、これもいい都市構造をつくってもらいたいと思うのですが、資料5の6ページで、例の都市部の高齢化対策に関する検討会の具体的な検討内容が大きく3点出ていまして、いずれも重要な点だと思うのですが、3番目の地方部での高齢者の受け入れ時の課題と対応策の検討、このあたりは相当論点が広いと思うのです。今、問題になっている高齢者の皆様方というのは、相当以前ですけれども、高校まで地方部でうんと教育費をかけて教育した人たちが大都市部に出て行って、そこで一生懸命働いて所得税とか法人税収が全部大都市部に入って、そこで高齢化を迎えている人たちのことをどうするかということですから、この人たちの社会保障費用の負担の調整と最後に書いていますが、やはりそのあたりを相当お互いに納得感があるような形にしないと、地方部では高齢者をこちらのほうに押しつけるのかみたいな非常に不幸な議論になってはいけないので、そういったことについて十分に議論を深める必要がある。

それと同時に、今後の話になっていきますが、若い人たちが地方から都市に行かなくてもいい構造をどうやってつくっていくのか。これは既に以前、地方部の労働者が都会に行った、そのことの結果を今問題にしないでいいのですが、今後の問題としては、地方部から都市に行かなくてもいい構造をどうつくるかということが将来望ましい姿だと思って、その点についても議論していただきたいと思います。

あともう一点だけ、冒頭、会長からお話がありました、さらに議論すべき事項、資料1の3ページで、私は6月13日に欠席してしまったものですから、さらに議論すべき事項の「2. 健康の維持増進・疾病の予防に向けた取組」が網かけになっていなくて少し議論が薄い部分なのだろうと思いますが、私の考え方だけ申し上げておきます。

やはりこの場でも出ていましたけれども、健康の維持ですとか予防に向けたインセンティブが働く仕組みをどういうふうにつくり出していくかが重要だと思います。基本は、こういう問題は各自が自発的に取り組むということが一番望ましい姿だろうと思うので、そうすれば、それぞれの人がどういうやり方で自分の健康を増進していきたいかということについて多様な考え方

がありますから、選択できるサブメニューをうんと増やしておいて、その中から色々選んでいく。自発的にメニューの中から自分たちで自立して色々なものを選んで積極的に自らの問題として関わっていくことが大事だと思うので、そういうインセンティブが働くということをどう構築していったらいいのか。制度設計論は色々あると思いますが、社会保障制度全体に、医療とか介護とか年金という制度の中だけではなくて、その相互間にも必要な視点かもしれませんので、横断的に選択メニューを色々増やしておいて、あとは個々人の自由度とかインセンティブを高めて老後をうまく暮らしていく、前向きに暮らしていく、こんな制度につなげるような考え方を、この中に盛り込むべきではないかと思います。その点、申し上げておきたいと思います。

○清家会長 確かに最後の点は、あらゆる社会保障制度全般にも関わる問題かもしれませんので、是非その点は考慮していきたいと思っております。

ただいまの増田委員からの御発言について、事務局から何かとりあえずお答えになることはございますか。よろしいですか。それでは、他に。関連してですか。

○遠藤委員 関連です。

○清家会長 そうしたら、まず遠藤委員、よろしくお願いします。

○遠藤委員 ありがとうございます。増田委員の御主張にほぼ私も合意するところなわけでありましてけれども、1点だけ、やや事実誤認かなと思われるところがありますので、これはまとめていく上で重要になりますので、その点だけ御指摘させていただきたいと思います。

国保の都道府県化、都道府県単位の広域化ということはほぼ合意が形成されているというような御趣旨の御発言があったかと思いますがけれども、現実問題として、例えば保険料の徴収、あるいは保健事業、保険料の設定、その他、保険者機能のそれぞれの分野について、むしろ市町村であるほうがそれぞれインセンティブが適切に働くのではないかという御趣旨で様々な御意見があったという現実がございまして、そういう意味では、広域化、都道府県化をどういう意味でおっしゃっているのかはよくわからないわけですが、私自身は保険者機能が集合されたものが保険者だと思っておりますので、ある部分部分の保険者機能をむしろ市町村に残しておいたほうがインセンティブは有効に働くのではないか、そのほうが合理的ではないかという意見が多々あったという事実をもってして、私は都道府県化に合意が形成されてい

るとは理解していないということでございます。以上です。

○清家会長 では、関連で神野委員、どうぞ。

○神野委員 混乱するかもしれませんが、一応私の理解では、会長がお答えになったのでは、方向性として国保を広域化といいますか、上の団体にやらせていくと合意できたのではないかと。もちろん、今おっしゃったような議論がなかったわけでもありません。ただ、私がそれに対して申し上げたのは、結局そういうことをやっているということは、事務配分論、仕事をどうやって基礎自治体と広域自治体に分けていくのかという論理から言っても事実上外れていって、ヨーロッパでそういう国があるのであれば挙げていただきたいということを何度も申し上げているところです。

もともとこれは日本が、戦争中に、そもそも農業者のような共同体的な習慣があることを前提にしてつくられた制度ですので、それがもう既になくなりつつあり、同時にそうではない人々が非常に多くかかっているというのは無理ではないか。

それに関連してですけれども、もう一つ重要なのは、国保の赤字問題です。これは解決をしておくことが重要ではないかということもセットで、そうしないと都道府県のほうも受け入れるかどうかわかりませんので、抜本的な赤字問題には抜本的な解決の少なくとも道筋はつけるという努力はここでやっておく必要があるのではないかと。ここをやれば具体的にも動き始める。

徴収率その他のお話がございましたけれども、これをやり始めると、例えば徴収するほうからいくと、制度が非常に分立していて複雑だから取りにくい。例えばフランスのURSSAFなどというのは御存じのとおり、支払い賃金、ペイロールで取れるわけですが、これは分立していないから取れるわけですが、そうすると、堂々巡りになる危険性がある。つまり、執行面での徴収がはっきりしないから制度改革できないのだと。制度改革がちゃんと進まないから徴収ができないのだと堂々めぐりになる可能性があるということ。

私の考え方では、できるところから着実にやっていく。執行面のほうで徴収が悪いということについては、税も含めて今回では政権のほうも政府のほうも番号制度を導入するなり何なりして一歩一歩着実に進めようとしているので、いずれの側も着実に進めようという努力をしていかないと、カミュの『ペスト』ではありませんけれども、ペスト菌が存在する以上ペスト患者は減らないので、目の前にいるペスト患者のペストを治すということを怠るとするのは、そういう愚を重ねるといことにならざるを得ないのではないかと思います。

○清家会長 増田委員、よろしいですか。

○増田委員 大分ダブっているので結構です。

○清家会長 この点については、私の理解は次のようなものです。もしまた違っていたら訂正しますが、まず、これまでも神野委員が言われたように、リスクに対応する保険者機能は、やはり狭い範囲より大きい範囲のほうがよろしいだろうということで、例えば県単位に保険者を広げる。ただ、そのときに徴収であるとか、個々の自治体が色々な努力をして医療費を削減したりすることなどができるような形の分権的な要素を考慮して保険者を拡大していく。そういう理解だったかと思えますけれども、それでよろしいですか。どうぞ。

○神野委員 ちなみに、財政のほうでいけば、立法権、制度をつくるという権限、徴収をする権限と収入をもらう権限、3つ別々で、それが三位一体になって例えば税金では課税権と言います。したがって、ドイツの税金ではほとんどというか主要な税金は全部州が徴収権を持っていますし、日本の場合でも、あるいは中国の場合でも、分税制度のもとでは市町村が課税権、つまり、徴収権を持って、収入をもらう権利を上げ持つ。逆の場合もあります。これは分けて考えてもらって問題はないというのが私ども財政学の考え方です。

○清家会長 遠藤委員、いかがでしょうか。

○遠藤委員 ですから、都道府県単位の広域化ということ、具体的に何をおっしゃっているのかということが明確ではなかったものですから、私のロジックで言うのであれば、会長がおっしゃったように、幾つかの機能については都道府県が行うよりも市町村に残しておいたほうが有効に働くだらうということがあったので、そういうようなことが残っているとすると、どこのところが広域化になるのかなというところがあるわけで、その辺はまた議論していく必要があるのだからということをお喚起させていただきたかったということでもあります。

○清家会長 そういう意味で、分権的機能にも配慮しつつ広域化をするという理解で、これは増田委員も同じでありましょうか。

○増田委員 この間の記者ブリーフィングの資料を私は読んでいますので、おまとめはそういう形で結構です。

○清家会長 それでは、他に。ごめんなさい、西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 違うことを申し上げようと思ったのですが、今のところも関連して少しだけ申し上げますと、広域化と都道府県化は必ずしもイコールではない。広域化は地理的に広げるということで、市町村連合でもよいですし、都道府県化といったときに都道府県化は何なのか。国費も入れません、市町村のお金も入れません、都道府県税と国保税だけでやりますと。完全に責任を負いますというのが都道府県化なのか、それとも今の財源構成のまま都道府県が運営しているのかという定義があいまいなので、それを議論していかなければいけないということだけ申し上げます。

2つ目に、資料4でかかりつけ医、総合診療医、家庭医とおまとめいただきましてありがとうございました。この会議でも議論になりましたように、地域包括ケアを進めていかなければいけないというとき、地域に受け皿が必要だ。本当に重要なことだと思えますが、各委員の中からも意見が出ましたけれども、なかなかイメージが共有されにくいというのはあると思えます。地域包括ケアの絵の中にかかりつけ医という言葉が出てきた。今日のお話を伺いまして、家庭医、かかりつけ医、総合診療医、総合診療専門医と4つ言葉を伺いましたけれども、やはり地域包括ケアをみんなが進めていくためには、地域包括ケアのパーツである用語について、国民一人一人が共通の認識を持てることが非常に重要だと思えます。

先ほど申し上げた4つのワーディングが色んな経緯がありながら生まれてきたということはよく分かりました。ここを何とか国民一人一人、一つの共通認識を持てるように、たかが定義かもしれませんが、されど定義なので、色んな関係の方の御意見はあるかもしれませんが、まとめていくことが地域包括ケアを進めていくために重要なことを申し上げておきたい。

○清家会長 ありがとうございました。それでは、駒村委員、お待たせしました。

○駒村委員 2つのことを申し上げたいと思っておりました。資料1-1の2ポツの「① 被用者保険の課題」、これは恐らく年金の短時間雇用の課題とも共通する部分としては、やはり国保の加入者の3割以上が被用者という状

態ですので、年金の適用拡大とともに、短時間への適用拡大とともに健康保険への適用拡大もやることによって、国保に対する影響、つまり、国保の負担を下げることができるのではないかと思います。

その際には、低所得の方が加入してきますので、より再分配をきかせなければいけませんので、健康保険の標準報酬の上限の見直しも考えなければいけません。また、今後、再分配の機能をきかせるためには、国保のほうの賦課限度も見直していただくということが必要になってくるのではないかと思います。

ただ、この話は当然連動していくわけでありまして、先ほどもありました国保の都道府県単位の話でございますが、保険者機能を見直すということで、どの部分を都道府県にやっていただくのか、どの部分を市町村に残していくのかということでもありますけれども、保険者の役割を見直す際には、ノーベル経済学賞のアローが指摘しているわけですが、問題がリスクなのか、選択なのか区別することが重要です。国保の赤字という現象はリスクだったのか、それとも保険者による選択なのか。安易に一般会計からの繰り入れということは避けるべき。赤字という現象がリスクなのか選択の結果なのか識別して議論しておかないといけないのではないかと思います。

保険者ではどうしてもないリスクについては、やはり公費を入れて応援しなければいけない部分もあるかと思いますけれども、一方で、選択であるところに公費を入れてしまうと、誤ってインセンティブを与えてしまうことになる。一般会計との関係や保険料の設定、納付率、保険事業をどうするかということは重要な保険の機能を含む際にはこの問題を考えておかなければいけないと思います。

誤ったインセンティブを入れることによって、より赤字を拡大するような選択につながらないようにしなければいけないです。一方では公費を入れるに当たって、公費の出てくるところが健康保険の総報酬割の部分でございますけれども、ここを場合によっては健保のコストが上がることによって、今度は健保から脱落してしまうような企業や被用者がいるのではないかと思います。これも考えておかなければいけないので、この辺は全体、一体的に考えなければいけない。ポイントは、選択なのか、リスクなのか、ちゃんと見極めて支援をしなければいけないと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、他に。遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 すみません、繰り返し。まず、最初、駒村委員のおっしゃられたこと、私も同意をいたします。基本的に国保の財政の赤字は厳然たる事実で

ありますけれども、その原因は何なのかということのをいま一度考えてみるということは非常に重要であるということ。被用者保険と国保との関係というもの、全体で医療保険制度を構成しているということを考えると相互依存的なところがありますので、それは相互の影響がどうなっているのかということ、何がしかの施策をとれば当然のことながら色々な影響が出ますけれども、そこまで見極めた上での議論が必要だということだったと思いますが、それはそのとおりだと思います。

それはそれといたしまして、もうこれからの残された時間はあまり多くないわけではございますので、あまり議論されていなかったところをできるだけ触れておかないと後々困ってしまいますので、資料2-1の「3. 医療給付の重点化等（療養の範囲の適正化等）」について少し私の考えを述べさせていただきます。よろしゅうございますか。

○清家会長 どうぞ。

○遠藤委員 まず「①70-74歳の医療費自己負担」でございますけれども、特にこの辺は医療保険部会で随分議論をした事柄でございますので、これにつきましては高齢者団体の方も含めて本則で運用というのは致し方がないのではないかというような意見が支配的でございます。もちろん、反対の方もいらっしゃいました。

ただ、そのときには、新たに70に到達した人から順次2割にするということであって、現在1割の人を2割にするということではないということが大前提であった。低所得者対策は十分に議論しなければいけない、考慮しなければいけないということ。十分な告知は必要であるという条件はついておりましたけれども、概ね賛成しておりましたので、私はまったくそのとおりだと思いますので、そのように私も考える次第であります。

高額療養費につきましても、老人の自己負担が定額から定率に変わりましたから急激に対象者が増えていった金額も増えていったわけでありましてけれども、最近は長期間療養にお金がかかるというような疾病も増えてきておりますので、特に低所得者の自己負担の問題をどうするかという問題も一方であるわけでありまして、なかなか財源の制約の問題もあるということで、基本的に一つ考えられるのは、今、所得区分の幅が大きすぎる。これをもう少し小刻みにすることによって、所得水準の低い方は上限をかなり低いところで抑える。これは先ほど申し上げました70~74歳の自己負担の引き上げに関する低所得者対策とも絡む話でございます。そのかわり、所得水準の高い方は上限をかなり引き上げるといふ種の見直しは避けられないだろうと

思っております。したがって、そういう形で進めていく必要があるのではないかと考えます。

「④ 病院外来受診に対する負担の在り方」は、既に初・再診に紹介状がない場合には一定の自己負担を課すということが一つの案として出ているわけであります。私自身は、紹介状がない場合に特に特定の規模以上の病院に対して自己負担を増やすということは大事なことだと思います。これは特に大病院の勤務医負担の軽減という視点からも非常に有効だと理解しております。

ただ、これまでも全然何もやっていなかったわけではなくて、これまでやっていたことというのは、初診料のみに関して選定療養といいますか、要するに保険外併用療養の対象にしていたわけです。したがって、個々の病院が紹介状を持っていない患者に好きな自己負担額を決定できた。高いところと低いところがあったりしましたけれども、そういうようなやり方で一応自己負担のバリアはつけてきた。ただし、再診料には適用されなかったので、初診料の高いバリアを越えればあとは普通の再診料で診てもらえるので全体としてのバリアは低い。今回の提案は2つの意味でそれよりもバリアが厳しくなっている。つまり、再診料も対象にしようということと、個々の病院が決められる金額ではなくて、何らかの公定価格の自己負担をかけよう、課そうという発想ですので、そういう意味ではかなり厳しい話ではあります。もちろん、定額負担額をどのぐらいにするかによります。

したがって、気持ちとしては、紹介状なくアクセスすることに対して抑制するという方法としてはよろしいのですけれども、果たして定額負担というような具体的なことまで決めつけていいかどうかというところは少し議論の余地があるかなと感じとして持っております。

もう一つは、実はこれをすることによって、恐らく外来の患者さんは減ると思います。そうすると、勤務医の負担は軽減されますけれども、病院収入は減る可能性があります。入院医療に対して診療報酬上どういうふうに補填していくのかということと同時に考えていかないと、中規模以上の病院でこれの対象になった病院の医療提供に影響が出てくる可能性もありますので、その辺の目配りは必要なのかなと思います。

保険料負担の公平化、これは色んな視点があるかと思いますがけれども、先ほどの議論で言うのであれば、保険料の上限をこれまでも大分引き上げてきたわけでありますけれども、それをさらに被用者保険、国保を含めて保険料の上限を引き上げて、所得の高い人はそれなりに払っていただく。先ほどの高額療養費もそうなのですけれども、所得の高い人にはそれなりの応分の負担をしていただくという、所得再分配的な機能を持たせるということも必

要なのではないか。一方で、消費税が導入されてある種の逆進性が高まるということに対する一つ考え方だと思っております。

4番目の介護サービスの③でありますけれども、これについては私、前も申し上げましたけれども、やはり一定所得以上の人の利用者負担は高めるべきではないか。医療の場合は所得によって負担率を変えているわけでありまして、もっと大きいのは、所得の低い人は同じ要介護度であっても自己負担が払えないために、あまり使わないように抑制している人が多いわけです。反対に、所得の高い人が支給限度額まで使えるというようなところがあります。結局、支給限度額に近いところまで使うということはたくさんの保険給付を所得の高い人はもらえるということになります。介護保険の場合、それを自分で決められるわけです。医療の場合は医療的ニーズで決められますから、それは自分では決められません。そういう意味も考えると、確かに介護は長期にわたるために、医療と同じように所得によって給付率を変えることは難しいという意見があることはよく承知しておりますけれども、それは上限を決めるなり何なりして、こういう方向に進めていくべきではないかと考えます。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、他に。では、宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 今、遠藤委員がさらに地域保険の広域化についての疑問を呈せられるのだろうと思っていたので待っておったのですけれども、清家座長のこれから先行きの人口減少と、歴史上まれに見る、あるいは世界史上初の超高齢社会の中で、一体市町村国保という地域保険がどうやって生き延びるかを考えると、やはりリスク分散は図っていかざるを得ない。それも別に都道府県がやるから全て都道府県がやれなどは誰も言っていないわけでありまして、市町村に保険料徴収をやらしてもらわなければとても成り立たない。

また、再度申し上げますけれども、それぞれの県において年間の総医療費がどれぐらいなのかということをも把握し、そして1人当たりどれぐらいの保険料率が適正なのか。基準保険料をまずは定めて、それに基づいて各市町村が医療費の高い低い、あるいは収納率の高い低いにあわせて最終的に保険料率を決めていく。そういうイメージで私どもの都道府県化を言っているわけで、決して都道府県か市町村の二者択一ではないわけです。

逆に言うと、では、都道府県単位化に反対であるならば、極めて厳しい人口減少、超高齢化社会の中で地域保険にどういう形、枠組みで持っていけばいいのか。そのことの具体的な提案があれば論議がさらに深まると思います

けれども、その点はいかがでしょう。

○清家会長 では、この点についていかがでしょうか。遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 つまり、二者択一でないということです。全てこのままでいいという発言をしている人は誰もいないわけでありまして。保険者機能というのは様々あるわけで、その中の一部の機能については現行の制度のほうがいいでしょうという話の議論がこれまでされていたという事実をもってして、都道府県単位化で意見が統一されたというのはおかしいのではないですかという質問を私はしたということでありまして、そういう意味では皆さん私自身も一定のリスクプールという意味では広域化するほうがいいと考えているわけですが、個々のインセンティブを考えたり、これまでの事例をしてみる限りにおいては、市町村に残しておいた機能のほうが合理性を持つというものがあるので、それはそういうものを組み入れた形のシステム設計をしていくべきであろうと理解しているところです。

○増田委員 議論の繰り返しですね。そういうのはさんざんっぱらやっているものだから。

○遠藤委員 そう質問されたものですから。

○清家会長 よろしゅうございますか。

○増田委員 私が最初申し上げたときの意味も今までを踏まえて言っているので、皆さんそこは合意されているのではないですか。

○清家会長 では、山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 今のお話につきましては清家会長が集約されましたように、私もそのような意味のことを発言しましたが、分権的な広域化ということではないか。要するに、色んな形で市町村には引き続き汗をかいていただかなければならないし、特に介護との関係で、地域包括ケアを推進する一番の主体は市町村になるのだらうと思うのです。ですから、汗をかく人が報われるような仕組みにしなければいけない。ただ、市町村で頑張り切れなところはうんと広域化して、今でも場合によっては国の出番もあるわけですから、広域化していくことが望ましいと思っております。

検討すべき事項として、項目としては確か挙がっていないかと思うのですが、後期高齢者医療制度は、発足当初から色んな保険料負担の特例を設けております。これは低所得者であったり、75歳への移行期に被用者保険の被扶養者であったものについて特例をつけておりますが、この特例はできるだけ早く一定の経過措置を受けつつも解消していただきたいと思っております。

パートタイマーの適用拡大というのは相当な財政効果も期待されていたわけですが、今までの議論の中で健保の扶養の仕組みだとか、あるいは第3号被保険者、税制等が就業行動を非常にゆがめているという指摘があったわけですが、より決定的なのは、事業主が被保険者として適用することを回避したがるということだろうと思っております。これはここにいる委員など何人かと問題意識をかなり古くから共有していると思えますし、一番古くは神野委員と厚労省に昔設けられた研究会で共同代表した報告書で提案したことがあるのでございますが、被保険者として適用するか否かに関わりなく、事業主の負担については外形標準的に賃金支払い総額に応じてお願いするというのが一番すっきりして、被用者の就労も進むし、事業主の雇用に対する制約要件も解消されると思っております。

その場合に、事業主負担の性格につきましては、被保険者として適用し、その保険料の基本的には半分を事業主が分担するという事業主負担の性格から大きく変わることについて、相当な議論が必要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。今の年金等に限らず、社会保障制度ができるだけ事業主の雇用行動等に中立的であるようであればいけないということについて、これも皆様方共通のコンセンサスはあるかと思っておりますので、その精神も是非我々としてはあらゆる制度の提言の中に盛り込んでいきたいと思っております。宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 対象テーマが飛び飛びで申しわけありませんけれども、国民会議の場合は、ある一定の団体の利害を代表した人はなれないわけで、その意味では非常に公平な議論ができる場だと思っております。

ただ、現実に社会保障制度審議会の各部会においては、それぞれの団体の利害を代表した方たちが団体を背負って発言なさっているもので、なかなか議論のまとめが難しいことは重々分かります。今回焦点になっております、例えば後期高齢者支援金を総報酬割にするとか、それによって浮いた公費をどこに使うかということになれば、当然ながら自分のところへ欲しいというの

は多いわけでございまして、論議がなかなかまとまらないのだと思うのです。

そういう意味では、社会保険を軸にして、どうしても社会保険の方式では保険者として解決が不可能な、あるいは極めて難しい問題に対しては公費で支援をしていくということはこれまでもやって参りました。これからもやっていかざるを得ないわけです。そうしますと、今、被用者保険側から非常に危機感を高めておられる問題についても同じことが言えるわけで、団塊の世代を中心とした65～74歳までの前期高齢者が、だんだん被用者保険から今の前期高齢者として市町村国保にお入りになる。さらに最終的には後期高齢者に大移動していくわけです。それに伴って、今、緊急に言えることは、前期高齢者を多く抱えている健保組合等の被用者保険側が、納付金がこれからどんどん膨らんでいく。これに危機感を覚えている方は重々分かるわけであります。

さらにそれは最終的には後期高齢者に移って、支援金が今度は膨張していくという形になるわけでありまして、公費の充当の仕方は恒常的というか、恒久的に公費を充てなければいけない部分もありますけれども、例えば時間軸で経過的に公費を充てていくというケースも当然あるわけで、納付金というものがあまりにも膨らんで、被用者保険側の財政が厳しくなってくる、そこに一定の支援をしていくという考え方があります。ただ、それは恒久策ではなく一定の期限、恐らく前期高齢者が膨らんでくるこれから先十数年における時限的な公費支援の仕組みを例えば考えて、そういうことを考えないと、総報酬割についても被用者保険側の理解を得られないだろうと思うのです。

と同時に、今、論議している地域保険を、市町村国保を広域化し、都道府県単位化していく、そのことによって地域保険を効率かつ有効に運営することによって被用者保険側の納付金や支援金が少なくとも抑えられていく仕組みと努力であることを被用者保険側に伝えていくのも国民会議の役割だ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。他に御意見はよろしゅうございますか。
榊原委員、どうぞ。

○榊原委員 4分野横断ということですので、実は以前も4月の段階で申し上げさせていただいたことですが、改めて議論の場でこういうこともと申し上げたいと思っております。

というのは、今回持続可能な社会保障制度にどういうふうに私たちは改革していくかということが宿題だと思うのですけれども、その際に忘れてならないのは、繰り返しになりますけれども、現役であり、また将来の担い手で

ある将来世代、その人たちにとっても、これならば持続可能であると納得して自分たちも参加し、支えていこうと思ってもらえるような改革として打ち出していくこと、ここが欠かせないと思っています。

大島委員が以前おっしゃっていたのが、みんなでどこを我慢していくべきか、それを考えるべきではないかという問題意識、これをきちっと受けとめたいなと思っています。その際に、この会議に参加している私たち中高年としたらどこを我慢するかというのは、自分たちの受ける給付の我慢、保険料の我慢というところであるわけですが、若い世代にとっては、では自分たちは必要な年金、医療、介護の給付がこういうふう to 増えるというグラフを見せられて、それに圧倒されて言葉も出ないような状況にあるのに対して、彼らのことをどう配慮しているかをちゃんとインストールしたような改革にしていくべきであると思っています。

つまり、私たち中高年世代はどう我慢するかですけれども、現役世代から見たら、自分たちの負担の限界を一体どういうふう to 考慮されているのかがある種見えるようにする、そういった検討も踏み込んでいきたいと思っています。

年金制度については、マクロ経済スライドという形で将来の負担についても歯どめが見える化している。それに続くように、例えば医療の中でも少なくとも高齢者医療費についてはどういうふう to 社会として考えるのかという点、介護のほうもそうですね。これからどうしても増えるところをどういうふう to 社会合意をとっていくのか、とりわけ若い世代の合意をとっていくのかということを引きちと組み込んだ議論にしていくべきだと思っています。

その際にあわせて、これも以前に指摘させていただいたことですが、今のように年齢別に負担が決まっている制度を経済力別に負担の原則を展開していくということも欠かせないと思っています。高所得の高齢者の方が非常に軽い負担で様々なサービスを受けているというのは、実は一部の人かもしれないけれども、こういった姿が日常的に展開されていることが若い世代にとっては非常にやり切れない、非常な不公平感を生み出してしまっているということは見逃しておいてはいけないと思っています。

では、その負担力がある人というのは一体誰なのか、どう負担してもらえばいいのかということは、私のような素人ではなく、是非この会議に参加してらっしゃる専門家の皆さんのお知恵も組み込んで議論を収れんさせていく中で形にしていただけたらと期待しています。

○清家会長 ありがとうございます。実は今、榊原委員が言われたことを私も最後に申し上げたいと思っておりました。よく社会保障制度改革を議論す

るときに、痛みを伴う改革ということが言われます。経済界の方などはよく、痛みを伴う改革をしなければだめだということをおっしゃいますけれども、私は、痛みを伴うこと自体が改革の目的であるのはおかしいと思います。また、わざわざ痛みを伴うということを宣伝材料にする必要はない。

むしろ我々が目指しているのは、将来世代の痛みが少しでも緩和されるように、やわらげられるように、そのために今我々の世代がどのような負担をしなければいけないのか、あるいは我慢をしなければいけないのかということで、それは実は先ほど宮武委員も言われたように、なかなか利害関係者を伴う場では結論が出ない。だからこそ、我々、国民会議において将来世代の痛みが少しでもやわらげられるように、我々の世代がどのような我慢をしたらいいのかということも含めて議論できるのではないかと考えておりました、実は今、榊原委員がそのようなことをおっしゃってくださったので、大変私も我が意を得たりという気がいたしております。そこで、この議論はもうよろしゅうございますか。永井委員、失礼しました。

○永井委員 医療提供体制のことでもよろしいでしょうか。参考資料5を用意していただいております。私、厚労省の社会保障審議会医療部会の部会長をしておりますので、参考資料5をご覧いただきながら議論を少し御紹介したいと思います。

1 ページ目に「改革の基本的考え方」であります、2025年の問題がありますので、早い時期に早期医療提供体制の改革が問題になっていきます。地域医療ビジョンの策定が次期の医療計画の策定期間であり、平成30年度を待てないのではないか、もう少し前倒しで考える必要があるということ。またそのガイドライン、地域医療ビジョン策定のガイドラインを都道府県と十分話し合いながら、また検討期間も十分おいて議論する必要があるということも挙げさせていただいております。

2 ページ目には診療報酬と補助金的な手法、以前にも議論がありましたけれども、色々な問題の解決には組み合わせが重要であるということ。在宅医療につきましては、介護との連携、地域包括ケアシステムを実現する体制、この辺も都道府県の権限とか役割の明確化ということもあると思います。

3 ページ目に、医療法人の公益性、社会性、地域貢献という視点からの新しい医療法人のあり方の検討が必要であるということ。ただ、病院経営の支障が起こらないということも非常に重要だということなんです。

人材確保の問題が3 ページ目の最後の○にございますが、看護職員の確保対策が重要であること、医療人材の離職防止、定着促進というようなことが述べられております。

4 ページ目には、医療関連データ、やはりこれからデータをもとにした医療システムの制御が必要ですので、医療提供体制の状況を明らかにすること。さらに学会と連携しての診療行為とか治療結果、アウトカムデータの蓄積、分析、活用体制、そういうことが今後医療の質の改善という意味でも必要です。

これまで医療機能分化の問題が取り上げられてきたということは非常に大きな進歩だと思うのですが、ただ、ここで気をつけないといけないのは、診療機関の機能が分化しますと、患者さんは移動するということです。先ほどの我慢の問題にも実は関係してくるのですが、病院の機能がオープンになって、それにしたがって患者さんが病院を決めなさいと言えば、人手の多いところに患者さんは集中します。現在でも起こっておりますけれども、それをどうやって患者さんに医療機関を移動してもらうかという、患者さん側のインセンティブをどう仕掛けるかということ。当然、地域、都道府県の役割と権限の問題、このあたりの議論がまだ必ずしも十分ではないということでしたので、発言させていただきました。以上です。

○清家会長 どうもありがとうございました。それでは、よろしゅうございましょうか。本日までのところで2巡目の議論を3回積み重ねて参りました。さらに、もちろん、これから様々な議論を深めるべき点があるわけですが、一方で、これも今まで何度も申し上げておりますように、8月21日という本国民会議の設置期限を踏まえますと、そろそろ国民会議としては報告書の作成に向けて議論の集約をしていく必要があると考えております。

そこで、次回以降は、報告書の素案についての具体的な起草作業に入りながら議論をさらに深め、集約を図っていくことにしたいと思っております。国民会議の報告書は当然ですけれども、委員皆様の御意見を十分に踏まえながら、最終的には会長である私の責任においてとりまとめるということになりますけれども、まずはそのたたき台を作成する、皆さんの意見を集約して最終的な報告書にする前段階のたたき台をつくっていただく、いわば起草検討作業をどなたかにやっていただかなければいけないということで、その方々にたたき台をつくっていただいて、そのたたき台をもとに国民会議で報告書のとりまとめ作業に入って参りたいと思っております。

そこで、今、申し上げたお仕事を、恐縮でございませうけれども、たたき台となる素案の起草をお願いする起草検討委員というべき方々を、分野ごとをお願いをさせていただきたいと思っております。医療・介護分野については、権丈委員をお願いをしたい。年金分野については、山崎委員をお願いをしたい。そして、少子化対策分野につきましては、大日向委員をお願いをし

たいと考えてございます。

なお、年金分野につきましては、各論部分を特に山崎委員に素案の作成をお願いしたいと思いますが、いわゆる基本的な考え方の部分については、私のもとで山崎委員の御協力も仰ぎつつ、これまで御意見をいただいた各委員にも適宜御相談をさせていただきながら、たたき台を作成したいと考えております。

そして総論の部分、制度横断的な部分については、恐縮でございますけれども、遠藤会長代理に起草をお願いすることといたしまして、必要に応じてマクロ経済・財政の観点から伊藤委員、あるいは今日も積極的に御発言いただきましたけれども、地方行政の観点から増田委員、また労働・福祉政策の観点からは宮本委員などの御協力、アドバイスも得ながら、総論、制度横断的な部分について素案を作成していくと考えております。

もちろん、この起草に当たりましては、改革推進法に基づくとともに、これまでの国民会議の議論を十分に踏まえて作業をお願いいたしますので、その上で、それぞれのパーツについて、私も交えて起草委員相互での意見交換も行いつつ、全体については私と遠藤会長代理のもとでこれを集約してたたき台をつくって、そのたたき台をもとに国民会議の委員全員で改めてしっかりと議論をして、よい報告書をつくっていきたいと思っております。

このような形でこれから素案をつくっていただこうと思っておりますが、これについて何か御意見はございますか。西沢委員、どうぞ。

- 西沢委員 今、会長からとりまとめの話が出まして、確かにもうあと2カ月で改めて身が引き締まりますが、まず、起草委員を先に選んでたたき台の案を次回議論するのがいいのか、あるいは報告書のあり方をみんなで考えて議論するのがいいのか、委員の中で議論したいと思っております。というのも、報告書も高らかな理念を中心にうたっていくものにするのか、あるいは中間とりまとめをおつくりいただきましたけれども、ああいった各項目を並べていくものにするのか、あとボリューム、これからのスケジュールなどあると思います。

ですので、どんな報告書を国民の方に訴えていくのがいいのか。我々のポイントはどこにあるのか。例えば地域包括ケアにあるのかといったところも十分に議論しながらやっていけばいいのではないかと考えております。

あるいはテーマ、考え方としましては、今回の議論の中でかかりつけ医、家庭医、総合診療医、総合診療専門医という言葉が出まして、私もまだ完全に消化し切れていないですけれども、こういったものの用語解説をつけると国民の方にとって利便性は非常に高いかもしれないし、どんな形でアピール

していくのかを思っておりますが、私だけの意見かもしれないです。

○清家会長 少し他に御意見があったら御意見を伺って、私からお答えしたいと思いますが、他に。宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 清家会長がいみじくもたたき台づくりとおっしゃったわけですので、清家会長と遠藤会長代理が今までの議論を踏まえて責任を持ってたたき台をつくってください。それを見て、スタイルなども含めて不満であればその場で言えばいいわけでございますので、私は何の異論もございません。是非おまとめください。

○清家会長 ありがとうございます。では、他に。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 私は先日いただいた国民からの意見を拝見しました。認知症の家族を抱えて困っている方、保育所の事故で子どもを失った方のお声を書いてあり、なおかつ、社会保障給付の見直しへの御不安がたくさん出ておりました。国民の抱えている諸問題は制度別に起きているわけではないわけであり、一方で、我々は、この短い時間の議論で将来世代のことを考えつつ、超高齢化社会への対応し、そして、最低生活は必ず守るというものをつくらなければいけない。私自身も納得と自信を持って報告書作成に臨みたいと思っております。

今日、初めてとりまとめの話が出て、これまで、今後の進め方について、起草の進め方についてお話があったわけでありましたが、私はやはりたたき台というデフォルトが一度決まってしまうと、どうしてもそこにフォーカスが行く傾向があると思います。年金のほうは清家会長のもとで委員に適時意見を求めるようなお話でしたけれども、全ての分野もそういう形で対応していただければと存じます。

具体的に言うと、先ほどのお名前の挙がった方を中心に起草委員会をちゃんとつくっていただいて、その起草委員会があるときに全ての分野について発言を希望する、つまり、今回こういうテーマをやるので起草委員会が開かれる。日程調整は起草委員と会長、会長代理で決めていただいているんですけども、日程があってもどうしてもという人は、起草委員に参加させてくださいという形でいったほうがいいのではないかと考えています。以上です。

○清家会長 分かりました。他に御意見はございますか。よろしゅうございますか。それでは、今、幾つか貴重な御意見をいただきまして、それぞれ私も

その趣旨はよく理解をいたしました。

一つは、どのような構成というか骨組みになるかということでございますけれども、これは実は基本的には推進法に定められていると私は理解しております。推進法に定められた検討項目を基本的な考え方に則ってとりまとめるというのが私どもの会議のミッションでございますので、それ以上でもそれ以下であってもいけない。もちろん、具体的なアイデアを我々は出すわけでございますが、どのような報告書の構成になるかは、基本的には推進法に定められた検討項目を我々はしっかりと議論し、出していくということになるかと思っております。

駒村委員が言われたこと、私もまさにそのとおりだと思います。先ほどのお話の繰り返しになりますが、起草委員には大変失礼な話ですが、決して持論を展開していただいたり、起草委員独自の論文を書いていただくわけではなくて、今までのこの会議で出た議論を十分に踏まえていただいて、そしてここでコンセンサスが得られたと考えられていることをもとに、まずたたき台となる原案をつくっていただくということで、それについてはもし可能であれば、例えば必ずこれは入れるべきであるとか、これは入れるべきではないという御意見があれば、事務局のほうに是非お寄せいただきたいと思っております。

起草委員会というものをつくって、そこに自由にみんなが参加して色々なことを議論するということになると、そもそも先ほど言ったように、基本的に起草委員に大変な作業をお願いして、それをもとにその後で委員皆で議論するという意味がなくなってしまうかと思っておりますので、今、駒村委員が言われたような趣旨のことは、まさに起草委員の方といいますか、素案をつくってくださる方がたたき台をつくった後で国民会議において皆で議論をする、ということがそもそも素案をつくっていただく趣旨かと思っております。もちろん、素案をつくる段階においても色々とお寄せいただいて、それがどの程度反映できるかどうかは別としても、御意見を是非お寄せいただきたいと思っております。

その上で、なるべく早く素案、あるいは骨子をつくっていただいて、それを皆でしっかりと議論できるようにするのがむしろよろしいのではないかと考えておりますが、いかがでございましょう。どうぞ。

○駒村委員 今後の日程観を考えると、今のたたき台に対してちゃんとコメントをどこまで入れられるか、あとどういう日程なのかが出てきていませんで、そういう意味で回数を集約するためにも、早めに言う機会を欲しい。

起草委員がどのような作業を行っているか分からないと実はコメントしよ

うがないわけでありますので、その作業状況について知るということになる
と、やはりこの会議以外にも起草委員会の作業状況を教えてもらわないとコ
メントの機会を逸するのではないかと思います。今後のスケジュールが見え
ない中でそういう踏み込んだことを申し上げたわけです。

○清家会長 山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 私自身、起草委員に指名を受けたわけでありましたが、少し前に清
家会長から内々に年金を担当してもらえないかと打診を受けましたのですが、
そのときに率直に申し上げましたのは、例えたたき台とはいえ、私一人で責
任を担うのは非常に荷が重いからということで、暗に少し負担を分散してほ
しいという意味のことを申し上げたのです。

先ほどのお話ですと、各論はともかく、年金の将来の方向性については実
際に随分意見の違いがあるわけですから、関係する御意見のある方
も含めて会長のもとで、私も若干協力しながらとりまとめを行うというこ
とで、随分負担が軽くなったと思います。

今、駒村委員から色々懸念されて御発言がありましたけれども、私自身は
たたき台をつくるというのは損な役回りだなと思っているのです。要するに、
公開で審議しているわけですし、今までの議論を離れたものは書けないので
す。ですから、そういう意味では損な役回りだなと思っているのでございま
すが、事務局にも協力していただきたいと思います。

そういう意味では、今、清家会長もお話しになりましたように、御意見が
あるならば早めに事務局宛てに出していただきたい。つまり、今まで発言漏
れがあったものがあれば、それをできるだけ生かして私はたたき台をつくり
たい。少なくとも各論の分野です。

ですから、こちらでつくったものについて、あとであればこれもと言われ
るよりは、早めに意見をいただいていたほうが進めやすいと思っております。

○清家会長 いかがでございましょうか。先ほども申しましたけれども、山崎
委員も言われましたように、起草委員の方には本当に一人一人専門家である
にも関わらず大変失礼な話ですけれども、国民会議の議論を踏まえて素案を
おつくりいただく。そして、これは国民会議ですので、やはり我々がこれ
をつくる必要がありますので、我々の中からどなたか大変恐縮ですけれども、
その仕事をしていただく方をお願いして、その上でそれを議論するというこ
とにさせていただきたいと思います。

何度も申しますけれども、これについては後ほどこの国民会議においてしっかりと議論する時間をとりたいと思いますし、先ほど駒村委員が言われた点について言えば、これからまた運営方法は御相談でございますけれども、例えばある程度の骨子ができた段階で事務局から骨子等について御報告をいただいで御説明をし、そしてそれについて議論を交わすということもあろうかと思えます。

何度も言いますけれども、個々の起草委員に持論を展開していただいたり論文を書いていただくわけではないので、それとの1対1の議論というよりは、まとまった報告書の骨子なり何なりを議論するのが我々の仕事でございますので、これはまた後で遠藤委員とも相談しなければいけないことでもあります。遠藤先生、どうぞ。

○遠藤委員 よく了解いたしました。駒村委員の御懸念は、やはり一旦でき上がったものというのはなかなか時間の制約もあって議論ができないのではないかと御懸念でありますので、そういう意味で、新たな意見は追加できないかもしれませんが、しかるべき御議論があるのであれば早めにもらって、ある程度色んな人が関与したほうがよろしいのではないかと御意見だと私は理解しております。

年金のほうよりも医療が提供体制と保険制度と、さらに提供と保険を結びつける診療報酬という3つぐらいのセクターがありまして、かなり違う話なのです。それが並列的に出ていますし、必ずしも意見が一致していない、一致しているものもありますけれども、していないものもあるというところがあるので、もちろん、権丈先生は全てカバーできるお力を待っておられるのですけれども、やはり色々な意味で色々な皆さんの御意見をどういうおつもりで言っているのかも含めて、そういう機会があったほうが安心なのではないかと私は聞いたので、どういう仕組みにするかはともかくとしまして、年金はお二方で中心におやりになるということでもありますので、医療・介護についても多少複数でやるとか、そういうことも考えてしかるべきなのではないか。

私などが思うのは、年金よりも医療・介護のほうが複雑な仕組みだと思っておりますので、年金がお二人ならば、医療・介護についてもそれぐらいの体制は必要なのかなと個人的には思っておるわけです。基本的には会長に一任します。

○清家会長 年金も別に2人ということではなくて、少し相談もしながらということでございます。恐縮ですけれども、先ほども言いましたように、素案

をつくっていただく作業というのはあまり複雑になっては効率的にできないと思いますので、何度も申しますけれども、皆様方からも御意見をお寄せいただいて、そしてその御意見をお寄せいただくというのは、基本的には今までの意見を踏まえてお書きいただくわけですから、そうした意見の確認というような意味での御意見をお寄せいただき、必要に応じて起草される方々からも確認をされることがあるかと思いますが、その方法をどのようにするかというのはお任せいただきたいと思いますけれども、必ずそのような御意見の聴取ができるような形をとらせていただきますので、まず素案を書き始めていただいて、そして、必要であれば、先ほど言いましたように、その途中の段階で骨子等について粗々御報告をし、また御意見をいただくというような形にさせていただければと思いますが、そのような形でよろしいでしょうか。駒村委員、どうぞ。

○駒村委員　そういう方向でよろしいかと思えます。繰り返しになりますけれども、早め早めに御連絡いただいて、あとの回数もかなり限られていると思いますので、今後の会議の日程は知りませんが、その会議日程までにどういう作業を行って、どういうタイミングでコメントを言う場になるのか。実質的な共同作業、コメントを言う機会を保障していただきたい。できればそれで結構だと思います。

○清家会長　ありがとうございます。まさにそういうことで、繰り返しになりますけれども、最終的には国民会議の共同作業として報告書を取りまとめたと思っておりますので、今、素案をおつくりいただく起草委員にお願いした方々には、大変申しわけございませんけれども、どうかよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、最後に、政府側から御発言を賜りたいと思えます。森少子化対策担当内閣府特命担当大臣から御発言をお願いします。

○森少子化担当大臣　委員の皆様にも熱心に御議論をいただき、感謝を申し上げます。急速な少子高齢化の進展のもとで、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があると思っております。5月9日の会議で御紹介いたしました少子化危機突破タスクフォースにおきまして、5月28日にとりまとめが行われました。それをもとに、6月7日には、総理が会長で、全閣僚を構成員とする少子化社会対策会議において、本日お配りしております参考資料1でございますけれども、「少子化危機突破のための緊急対策」を決定い

たしました。

この決定に基づき、これまでの子育て支援と働き方改革の2本の施策について、それぞれ強化するとともに、これまで取り組みが弱かった、結婚・妊娠・出産支援を新たに対策の柱に加えまして、少子化対策を3本の矢として推進して参りたいと思います。

本日、榊原委員から御指摘いただきました海外事例なども参考にして、結婚・妊娠・出産の相談の拠点なども取り組んで参りたいと思います。

また、さらに、本日、大日向委員から御指摘がございました学童についてもしっかりと検討して参りたいと思います。少子化対策として、人口の量を増やすということももちろん喫緊の課題でございますが、少なくなった子どもたちの質の向上ということで、教育でありますとか才能を伸ばすという観点からも学童についての取り組みをしっかりと取り組んで参りたい。先ほど、また猪口元大臣にそこでお会いしましたら、千葉県の市川市で生活保護を受けている子どもたちのアフタースクールの試みをしたところ、学習能力が大変向上したというような報告があったということでございますので、御紹介しておきます。本日は本当に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。なお、次回の国民会議につきましては、ただいまの素案をつくっていただく作業の進捗状況などにもよりますけれども、起草に当たりまして今もお話ございましたように委員の皆様には御相談を様々することなどもあろうかと思っておりますので、できれば7月上旬には一度開催する方向で調整していただきたいと思っております。

具体的な日程につきましては、今後、事務局のほうで各委員の御都合等を伺いながら調整をしていただきますので、よろしく願いをいたします。それでは、定刻になりましたので、本日はここまでとさせていただきます。

本日の内容につきましては、この会議終了後、30分後を目途に、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っております。

それでは、以上をもちまして、第16回「社会保障制度改革国民会議」を終了いたします。皆様、御協力ありがとうございました。