

経済危機克服のための「有識者会合」
議事録

内閣府政策統括官（経済財政運営担当）付

経済危機克服のための「有識者会合」
議事次第

日 時：平成 21 年 3 月 21 日（土） 9:15 ～10:47

場 所：官邸 4 階大会議室

1. 開 会

2. 議 事

今後の経済財政政策のあり方についての意見交換(社会保障)

3. 閉 会

(報道関係者入室)

○内閣官房長官 ただいまから、「経済危機克服のための『有識者会合』」を開催いたします。

(報道関係者退室)

○内閣官房長官 それでは、早速議事に入らせていただきます。今日は3連休の中日でございまして、御多用のところお時間をいただいて御参集いただきましてありがとうございます。社会保障の分野からということで、有識者の皆さんに御参集いただきました。

最初に、総理からごあいさつをいただいて始めます。

○内閣総理大臣 お忙しい中、お集まりいただきまして誠にありがとうございました。

今、新聞を見るまでもなく、景気がという話がよく出ます。これは、今までも「戦後最大の難局」という言葉が使われていますが、オイルショックのときもそういう言葉がありましたし、その後のバブルがはじけた後も同じように「戦後最大の」という言葉が使われましたが、今回はその過去の2回、3回に比べましても、数字の上から見ましたら世界で同時、しかもインフレではなくてデフレ傾向、そして落下の角度がこれまでになく急激等々のことを見れば、明らかにこれまでの中で最大の危機と申し上げて過言ではないと思います。

雇用の問題、失業の問題等々、これまでになかった新しい問題もいっぱい起きておりますので、是非こういったときにはこれまでの永田町、霞ヶ関等々の意見というだけではなくて、幅広く多くの方々の御意見を伺うべきではないかということから、いろいろな部門に分けてこれまで話を聞かせていただいております。

約10回こういった会をやらせていただくのですが、今日は社会保障の分野ということでお集まりをいただいております。是非、忌憚のない御意見を聞かせていただければということをお願い申し上げてごあいさつに代えさせていただきます。よろしくお願い申し上げます。

○内閣官房長官 申し遅れましたが、司会進行は内閣官房長官の河村が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いを申し上げます。

それでは、私の方から今日御参集いただきました皆様方を御紹介させていただきます。皆様方から右手の方から御紹介申し上げます。

日本歯科医師会会長の久保満男さんでございます。

日本医師会会長の唐澤祥人さんでございます。

国立社会保障・人口問題研究所所長の京極高宣さんでございます。

日本薬剤師会会長の児玉孝さんでございます。

社会福祉法人プロップ・ステーション理事長の竹中ナミさんでございます。

全国老人福祉施設協議会副会長の中田清さんでございます。

日本看護協会会長の久常節子さんでございます。

聖路加国際病院理事長の日野原重明さんでございます。

さわやか福祉財団理事長の堀田力さんでございます。

国立病院機構理事長の矢崎義雄さんでございます。

日本病院会会長の山本修三さんでございます。

反貧困ネットワーク事務局長の湯浅誠さんでございます。

皆様方からいただきました経済危機克服のための資料につきましては、席上配布させていただいております。私どもも是非参考にさせていただきたいと思っております。

その上で、御出席の皆様方で、この中で最も重要だと思われる一策について御意見をいただければということをお願いをしております。また、今日は普通より少したくさんいらっしゃいまして、時間がある程度限られておりますので、できるだけ簡潔に要領よくお願いできるとありがたいと思っております。

それから、後半に時間を取っております。皆様方の御意見を踏まえて総理、または関係閣僚からも御質問を申し上げるかと思っております。そういうことで意見交換の時間もお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

なお、この会場は御案内のように右と左と両方にモニターが入っております。これは、記者さん方は記者会見場で皆、見ておりましてモニター公開されておりますので、御承知おきいただきたいと思います。

それでは、今、御紹介申し上げました順番に、一策ずつお述べいただくとありがたいと思っております。

それでは、まず大久保さんからお願いできますか。

○大久保氏 トップバッターです。イチローのようなわけにはいかないと思っておりますけれども、よろしくお願い申し上げます。

まず、歯科医師会からは、日本の超高齢社会の中で健康なお年寄りをつくるということが社会にとって極めて大事だろうという観点からお話を申し上げます。

まず1ページをめくっていただきますと、**8020**社会という耳慣れない言葉だと思っておりますが、平成元年から厚生労働省と日本歯科医師会で、**80**歳になっても自分の歯を**20**本持つ。生涯を通してよく食べ、そしてよく笑い、よく話すという社会を実現したい。

現状はどうかと申し上げますと、その下に平成5年では**11.5%**とありますが、平成5年では**80**歳で**20**本以上の人が**11.5%**しかおりませんでした。しかし、平成17年度では**25%**になりました。つまり、予想を超えてはるかに早いスピードで高齢者の歯が残っている。

それは、どういうことになるかといいますと、次のページをお開きいただきます。これは新潟の調査ですが、約**800**人を8年間くらいにわたって同じ人をずっと調査をしてまいりました。この歯の本数、つまりかみ合わせがちゃんとかめないということが健康状態にどう影響するかということですが、指数のゼロというのは歯が一本もない。**20**以上が**8020**達成者です。ごらんのように、8年の間に高齢者で**20**本以上の歯を持っている人が極めて健康状態がよかった。

一番大きな影響は、赤い高いグラフで指数がゼロで、しかも入れ歯が入っていない、あ

るいは極めてかめない入れ歯を入れている人はこれほど健康悪化に非常に大きな影響を与える。

次のグラフは、ではこういう 80 歳で 20 本以上の元気なお年寄りは何だけ社会活動をしているかという調査です。一番下の「楽しいときは？」というところをごらんいただきますと、白いグラフが 8020 を達成した人です。それで、黒い方はそうではない、歯の本数の少ない高齢者です。楽しいときは、趣味のとき、旅行・スポーツ、散歩・仕事、友人との団らん、圧倒的に歯のたくさんある人の方が社会的活動をする。つまり、今回の定額給付金もこういう元気なお年寄りは多分健全な消費者になるだろうと思っております。

次は、歯科の領域の中で 4 枚の写真があります。このお年寄りには御本人の承諾を得てありますから顔を隠してありませんが、この方は車いすで全く動けなかった方です。これを、義歯を入れてきちんとかめるようにしますと、1 か月後に腰が曲がっておりますが、歩いて病院に通える。2 か月後には腰がきちんと伸びてまいります。3 か月後には庭仕事ができる。これは、写真を逆に入れ替えたわけではありません。これは、本人も家族も食べているつもりだったんだと言うのですが、実際には口の機能が全く働かない。食べられなかった。つまり、栄養がきちんととれなかったということだと思います。

最後に、これは首都圏大学の非常に面白い調査で、1 万 3,000 人の方が調査をして、あらゆる状況の中で一番生存率がいいのは何かと言ったら、我々にとっては大変ありがたい。これは私たちの調査ではありません。全く関係のない機関がやったのですが、かかりつけ歯科医師がいるか、いないかが生存率に一番大きな影響だった。これは今、科学的根拠を別の研究でしていただいております。

つまり、こういうふうに歯をたくさん残すということが一つの要因として健康なお年寄りをつくる。それが多い社会というのは極めて健全な社会だろう。そういう方々が健全な消費者として活動していただくということは、国家の活力にとって大変大きいと思っております。

したがって、社会保障費の削減というのは国家にとっては非常にまずい政策だと思っておりますので、よろしく願いを申し上げます。ありがとうございました。

○内閣官房長官 ありがとうございました。

それでは、唐澤さんどうぞ。

○唐澤氏 資料をお手元に配布させていただきます。よろしくお願いいたします。

総理がおっしゃいますように、今 100 年に 1 度の世界的経済危機と言われております。御高承のとおり、我が国の地域医療の提供体制も同じように崩壊の危機に直面しているかと思われまます。このような状況の中で、昨年 11 月の社会保障国民会議最終報告におきましては、社会保障の機能強化という方向性が示されました。教育、医療、介護、福祉、年金は国民のライフサイクルに応じた必要不可欠なものであります。国民の生活不安が高まる中で、真に国民が安心できる社会保障制度の再構築が具体化されることを強く希望する次第でございます。

さて、資料を配布させていただきましたけれども、その中で国民が望む良質で安全な医療を安定的に供給していくためには、それなりの投資が必要であります。しかし、今、医療機関は厳しい資金繰りを余儀なくされており、今夏の賞与時期に向けて危機感を募らせているのが現状でございます。

昨年10年に政府が立ち上げました原材料価格高騰対応等緊急保証制度は、現在対象業種が760種に上っています。資金繰りに苦しむ中小企業にとりまして福音をもたらす制度と考えますが、医療機関はこの緊急保証制度の対象業種に組み入れられておりません。緊急の対策として、是非医療機関を対象業種にさせていただければと、お願い申し上げます。

次に、医療介護従事者についてでございます。資料にお示ししてございますとおり、病院の勤務医は若年世代ほど厳しい労働環境にあります。また、看護や介護に当たる従事者の給与は、全産業の平均に対し低い水準にあります。もはや職業倫理に基づく献身的な努力も限界に達しております。医療や介護に従事する人たちの元気を取り戻し、魅力ある職種へとしていくことが必要かと思えます。

もともと医療や介護は優れた雇用誘発力を持っております。雇用不安が広がる中、医療や介護への積極的な財源投入によって、着実な雇用拡大を実現することを御提案申し上げる次第です。

続きまして、医療・介護提供体制の現状と課題につきましては、資料にございますのでまた後ほどごらんいただきたいと思いますが、医療や介護を始めとした社会保障の充実のためには、積極的な財源の投入によりましてあまねく国民に還元されるものであるということ認識していただければと思えますので、私は以上で意見を終わらせていただきます。

ありがとうございました。よろしく願いいたします。

○内閣官房長官 ありがとうございました。

それでは、京極さんどうぞ。

○京極氏 お手元でございます「社会保障の拡充で大不況の脱出を」ということをお話させていただきます。

2月2日に日本経団連で日本版ニューディールというものを出されましたけれども、大変積極的で、政労使の協力でこの大不況を乗り越えるという提案でございます。

経済学的にも意味の深い提案でございますけれども、やや難点を申し上げますと、社会保障が国民の生活の安定ということのみに力点がございまして、社会保障をてこに大不況を脱出しようという視点が少し欠けているのではないかと。

と申しますのも、ニューディールは1930年代でございますけれども、あのころは社会保障制度がアメリカで35年の法律に基づいてできたばかりでございまして、社会保障そのものが定着するのは第一次大戦、第二次大戦を踏まえて、戦後ジョンソン大統領の貧困政策のとき以後ということでございます。政府予算においても1940年代は15%でありまして、70年代になっても20%、これが軍事費と逆転するのが1990年代ということでございますので、現在の日本を見ますと明らかに社会保障は国民の生活、そして国民経済にも根を張

っているわけで、ここをてこにしていくというのが大事だということでお話をさせていただきます。

話は目次にございますように3点でございまして、最後に「むすび」を申し上げたいと思います。

1点目、3ページでございますけれども、社会保障の経済効果、これは何となく負担というところだけでマイナスの面を見がちなことではございますが、国民経済的に見ますと内部経済効果というか、特に産業間のいろいろな底上げをしております、産業連関効果と呼んでおります。そのほかにも、ここの地下鉄もそうございましたけれども、バリアフリーにすると障害者、お年寄りの方が動きやすくなる。更には、安心あるいは国家の安全ということで、マクロ経済的な効果もあるわけです。これは数字的には出ませんが、大きな効果があるということでございます。

細かく見ますと、産業連関上の効果、その他につきましては4ページにございますように介護保険の例を取っておりますけれども、普通セーフティネット効果だけ見ますが、そのほかにも需要拡大効果機能がございます。特に介護は雇用誘発のケースが最大の産業でございまして、そういう影響が大きい。年金につきましても、年金積立金等が150兆ありますので、ドイツなどとは全然状況が違うということでございます。

それから、5ページは各社会保障の諸部門です。ちょっと古いんですけども、2000年の産業連関に続いて2005年が出ておりますが、まだ詳しいものがないので2000年を紹介しております。この真ん中にあります逆行列係数(生産誘発係数)、これは一つの産業部分が10兆円増えたらどれだけ増えるか。国公立の病院では1.8倍増えるということでありまして。次の隣の3の雇用誘発係数は、100万円増えると何人増やすか。国公立の医療でありますと0.117人増やすということでありまして。最後の拡大総波及は、現実的な乗数効果に近いのでしょうか。10兆円増やすと48.1兆円も経済に刺激を与えるという数字でございます。

そのほかに外部経済効果的なものを、これは私が本で書いたことの中の数字を拾ったのですが、一番右側の長期的に見ると、これはまだほかにもございますけれども、幾つか主要なものを拾っただけでも586兆円の拡大効果で、これは国民経済に匹敵するようなGDPに匹敵するような大きな影響を与えるということでございます。

2番目は、「社会保障の量から質へ」です。社会保障につきましては、量的な拡大、年金や医療の量の拡大ということが言われておりますけれども、これから21世紀を展望しますと社会保障の質というものが必要であって、同じお金を使ってもどれだけ質の高いサービスができるか。この質を因数分解いたしますとA、B、C、D、E、Fとありまして、各施策の連携度、サービスの水準、効率性、労働参加率、健康増進などございます。

特に連携につきましては、社会保障省とかIT化等で大きな産業の刺激も与えますし、それから最後の健康増進などは舩添大臣がおっしゃっている健康長寿産業で385万人の雇用が拡大できるなどということもございまして、この質はすべて経済に刺激を与える内容だ

ということを御注意いただきたいと思います。

それから、3番目でございます。これはちょっとマクロ的なのですが、8ページでございます。少子高齢・人口減少社会という言葉がございますけれども、この中でいわゆる老年人口65歳以上を分子として、生産年齢人口15から60を分母としていきますと、2055年にはこのままいきますと約1位になってしまいます。

今後、65歳以上が果たして老人かということございまして、私は将来的には75歳以上と考えています。当面は70歳ということですが、もし同じ生産年齢人口で50年を考えますと、75から老年人口として、25歳から74を生産年齢人口としますと、次の次の10ページにございますように、一番上の赤いところが2055年で1人で約8人を支える現在の老年人口であります。それが70歳以上が老年人口だと1人で0.618となり、75歳以上でございまして1人で0.459と、非常に安定した社会になる。

これができるかどうかというのはまたひとつ実現条件もございまして、労使関係あるいは労働環境の改善、その他、新しいシルバールネッサンスみたいなものがないとなかなかできないわけですが、しかし、そういうことも全部視野に入れて長期的には考える必要がある。短期的には、当面の社会保障の拡充ということが重要だと思いますけれども、長期的にはそういうところを見ていく必要があるということでございます。

最後になりますが、「むすび」でございます。ニューディールということで、これは大変おこがましいんですけども、経団連の日本版ニューディールを私が若干修正しまして、古いアメリカのニューディールと比較いたしましたところ、こういうような表が成り立つわけです。特に税制・社会保障の一体改革、消費税の目的税化も含めて考えて、財源を豊かにして、そしてお金を配るよりはむしろ医療、介護、保育等の社会サービスの方の充実を重点的にやる。そうすれば、人も増えますし、地域経済も活性化をする。

ちなみに、地方都市に行きますと、20年前は幼稚園や保育園のお迎え車が多いわけですが、今は圧倒的に老人のデイサービスのお迎え車ラッシュでございまして、それは大変なことですが、そういうことがあるから地域もある面では潤ってくるわけでありまして。その他、労働政策も最近厚生労働省は大変熱心でございまして、そういう効果も大変大きいということでございます。

12ページの表は、かつては景気拡大というと公共事業が花形でございましたけれども、今は公共事業だけでは非常に弱いわけでありまして、公共事業というのは確かに特効薬的なものがあるということではありますけれども、私に言わせると真ん中にありますガスストーブ型であって地域集中性が高いんですけども、社会保障のようにセントラルヒーティングのような公益地域に温かい温度、保温効果は少ないのではないかという点もある。

それから、10兆円投資しますとどうなるか。これは介護だけを見ておりますけれども、生産誘発効果は確かに公共事業の方が大きいですが、明らかに②ですね。雇用創出は201万人と、倍も多いわけでありまして。それから、全体の生産を拡大する追加需要拡大の効果もやや公共事業は大きいということになります。

それから、最近非常に労働政策は熱心でございますけれども、次のページの図表8では、今やっている政策を伸ばしても161万人以上拡大できるという大変心強い数字も出ておりまして、こういうことを丁寧にやっていくということでございます。

最後の14ページは、「社会保障改革を取り囲む社会変化と制度改革」でございます。上の方の少子高齢・人口減少社会の進展というのは歴然として進行しているわけでありまして、下の方のIT化とかサービス経済、グローバル化、ここが今、非常に不安定な社会になっているわけです。こういうサンドイッチの状態に社会保障制度があるわけで、それと非常に密接して税制改革とか労働政策改革がある。子育て支援はそういうものの結節点になっているという一つのイメージ図でございます。

これから従来のような景気回復ということではなくて、社会保障のネットワークが張っている今日、この拡充で大不況を脱出するということがかなり可能なのではないかと。ただし、もちろんスリム化するところは十分スリム化して、無駄を省くということは当然必要でございます。これは社会保障の質を高めるために必要ですけれども、全体としては非常に大きく今回期待できることを申し上げて私の発言とさせていただきます。どうもありがとうございました。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、児玉さんどうぞ。

○児玉氏 日本薬剤師会の児玉でございます。

まず1枚目をお願い申し上げます。今、京極先生の方からお話がありましたように、社会保障の不安定さというものがやはり国民の気持ちの上で安定しないというのはマイナスではないかと思うわけでありまして。そういう意味で、最近毎年2,200億の削減ということに對しましては、是非早目にその撤回をお願いしたいと思うわけでありまして。

そして、それに代わる長期安定的な社会保障制度、それから財源の確保、そういう意味ではそのための目的税の導入も含めた政策が必要かと思うわけでありまして。

それから、一番下でございますが、特に医療職種の場合は職場復帰ということが大変でありまして、それについては是非お考えいただきたい。薬剤師の場合は、厚生省の調べでも働く薬剤師の6割が女性でありますので、そういう意味でそういうこともお考えいただきたいと思うわけでありまして。

2枚目をお願い申し上げます。やはり国民の感情からしますと、これからお年寄りが増える。お年寄りにできるだけ元気に老いていただきたい。そういう意味で、例えば高齢者の場合は大変いろいろな疾病を患う、あるいはいろいろなお薬を飲まれるということがあり、それが結果的に副作用につながって重症化につながり、更に病状を悪化させるということも多々ありますので、そういった意味でそれを防ぐ一つの手段として医薬分業を進めてきたという経緯がございます。今やっと60%でありますので、是非これを欧米諸国並みに100%に達するようにお願いをしたいと思うわけでありまして。

それから、今、国民は在宅医療という考え方が大変多くなっております。お年寄りも自

宅でというお気持ちが大変ございます。それに対しては、やはり継続的な供給体制という意味で、チーム医療というものがなお大変重要であります。

例えば、この前、理学療法士さんとお話をしておりますと、現場でリハビリを一生懸命やっていた。ある日、突然歩いていた患者さんが歩けなくなった。なぜかと調べますと、やはり薬が変わっていた、あるいは薬の量が増えていた。これは、まさに医療連携が必要なわかりやすい例かと思うわけであります。そういった意味で、是非入院中から退院して在宅に至るまでの一連の医療の流れの中で、あらゆる医療職種が効率よく患者さんのために動ける体制を是非おつくりいただきたいと思うわけであります。

最後であります、一生懸命働くためには最後は健康であります。そういう意味で、医療政策としては医療保険、つまり病人を対象とした政策というものが大変多くあるわけでありますが、それに伴って病人をつくらせない。健康な方をもっと元気にしていただく。そういう意味で、セルフメディケーション政策というものを是非今後も強く打ち出していきたい。健康日本 21 とメタボを中心としたものがあるのは存じておりますけれども、そうではなくてもっと広い自分の健康は自分で守るんだということを広げることが、結果的に皆さんの気持ちを明るくしていく。そういう意味で、是非よろしくお願ひしたいと思います。以上であります。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、竹中さんお願いします。

○竹中氏 プロップ・ステーションの竹中です。どうぞよろしくお願ひいたします。

私の資料の方は参考なんですけれども、私の提言はユニバーサル社会基本法の制定をしよう。元気な日本をつくろうという提言です。ユニバーサル社会というのはちょっとわかりにくいのですけれども、日本語であえて言い直すとすると共生と共助の社会、すべての人が自分の持てる力を発揮して、その力で支え合って元気な日本にしていくという考え方です。

こういうことを私が考えましたのも、既に御存じの方もおられるかと思いますが、自分自身が重症心身障害の娘のお母ちゃんでありまして、36歳になりますが、彼女はまだ私のことをお母ちゃんとはちゃんと認識をしていない状況です。

ただ、私にとっては非常にいとしくて、しかも自分にとって自分を支えてくれる存在であるということを知りました。そのときに、そういったすべての人の中に社会や人を支える力があるんだなということを知ったと同時に、自分だけではなくてそれをたくさんの人にも広めていきたい。すべての人の中にある力を国家全体として引き出していけるような方法があるのであれば、まずその当事者である自分たちからつくっていこうということで、たくさん重い障害のある人たちとこのプロップ・ステーションの活動、ユニバーサル社会、共生・共助の社会の実現を目指して約 20 年にわたって活動してきました。

その中で、これはやはり国家間というものが非常に影響しているんだなと思ひまして、先進諸国でなくてもそうなのですが、取り分け先進諸国と言われる国々ではこの部分をど

んなふうに考え、実行しておられるんだろうかと思ひまして、取り分け日本の同盟国でもありますアメリカと、それから社会福祉のお手本、資本主義国家で社会福祉に成功したと言われるスウェーデンの両国と深いお付き合いをさせていただきましたところ、アメリカではオバマ大統領も誕生されましたけれども、人種の違いなど、すべてを超えて人の力を発揮して国家を支えてもらおうという政策を現実に長年、ケネディ大統領のころからやってこられたという事実を知りました。

プロップ・ステーションのアメリカのカウンターパートはペンタゴンの中のキャップという組織なのですが、これはペンタゴンなどで開発された最高の科学技術を使うことで最重度の方までを政府官僚にしたり、あるいは企業で働くリーダーたちに育て上げていくというような組織でした。そして、その組織が昨年暮れには大統領クオリティ賞という米国で最も栄誉のある賞を受賞され、国家にとって非常にそういう考え方と行動が重要であるのだということをアメリカとして表明されたということを知りました。

スウェーデンにおいては、取り分けスウェーデンで皆さん御存じなのは税金が高いということだろうと思います。消費税が25%であり、所得税も60%を超えている。ただし、これを国民の全員が納得をして払われているということに非常に驚きを禁じ得ませんでした。最重度でお仕事をされているという方にお話を聞きましたら、ベッドの上におられてITを使ってお仕事をされている人がやはり他の方と同じ税率の税を払われていることに対して、日本人としてはつい大変ですねと言ってしまいがちだったのですが、その方は、税を払うことは私の権利だ。私がこの権利をきちんと行使しているからこそ、国家は私たちが誇りある社会の支え手であるような維持する政策をとっているんだということをおっしゃいました。

そういう意味で、国家と国民の関係というのは信頼と納得、それによって国民が自分も社会の支え手として誇りある存在でいられるのだという、この関係がまさに重要なのだ。これがこれからの日本に最も大切なものではないかと今、私自身は思っております。

現実には、プロップ・ステーションでもベッドの上にいる方がICTなどを使ってお仕事をされたり、それから知的なハンディで平仮名しか読めない方が実はITを使うとばんばん漢字混じりの文字を入力されたり、エクセルで表計算をしてお仕事をされるというようなことが目の前にあります。

あるいは、全く対面では会話を交わせない重い自閉症の方が、コンピュータを使うことでなぜか人とよりもコンピュータとの相性が非常によいという障害であるということも今、研究では明らかになっておりますが、そういった対面のコミュニケーション、言葉でのコミュニケーションをとれない方が、ICTという道具を使うことでさまざまな力を私たちの仲間の中では発揮をしておられます。

それで、今日、実は三村議員がいらっしゃって大変うれしく思っているんですけども、新日鐵様からは在宅のそういった重度の障害のある方たちに対してお仕事のアウトソーシングをしていただいております、そういう方々が全国各地でネットワークでつながって

何十人という方がお仕事をさせていただいているというような現実もあります。

ですので、これは私たちが政府だけに頼るとか、お願いをしますということではなくて、私たち自身、現場の人間が国民の側からどんどんこういうふうにもモデルをつくって行って、そこに産業界の方々も乗っていただくといいますか、応援していただく。共感していただく。そして、政治の中で政治家の皆さんがそういったことがやりやすい仕組みを生み出していただくということではあるのではないかと。

アメリカやスウェーデンにできて、日本にできないわけがないというのが私の日本人としての矜持であります。きっと日本人はやる気になればアメリカよりもスウェーデンよりもうまくそういった国家をつくり上げられるのではないかと私は確信をしています。そういう中で外国のまねをするのではなく、そういうところのよいところをさまざま取り入れ、なおかつよくないところはまねしないようにしながらやっていくということが今、国家の危機を救うことになるかと思えます。

すべての人が社会を支える意識を持ってくれるということが、私はやはり日本が元気になることであり、活力を持てるということだと思っておりますので、それは決して政府だけの仕事ではありませんけれども、せつかくこういう会議で発言をさせていただくことになりましたので、一丸となってやっていきたいということを提言させていただきたいと思えます。

最後になりますけれども、プロップ・ステーションのプロップというのは実は支え合うというような意味です。ラグビーでプロップのポジションをやっていた青年が、スポーツ事故で首の骨を折って全身麻痺になったんですが、彼がコンピュータを使うことで非常に立派なお仕事をされるようになった。そういう意味もあって、支え合うという意味のこのプロップという名前を付けました。

そして、プロップ・ステーションでは障害者というネガティブな言い方ではなくて、その方々の中にもさまざまな力が眠っているよという意味でチャレンジドというアメリカの新しい言葉、これは挑戦する使命やチャンスを与えられた人という意味なんですが、そういう言葉を使わせていただいて、チャレンジドをタックスペイヤーにできる日本ということをお私たちのスローガンにさせていただいております。

今、日本は超少子高齢社会に突入して、恐らく日本人全員がチャレンジド、向き合っていかなければならない。でも、その向き合うことに挑戦する力を持った者たち、すべてがチャレンジドであろうと思っております。そういうことで、ナミねえからの提言でした。

この案の中に、たくさん国会議員の皆さんや官僚の皆さんとも共につくらせていただいた法案のたたき台を提示させていただいております。以上です。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、中田さんどうぞ。

○中田氏 発言の機会をいただきましてありがとうございます。私は、介護福祉の現場の立場からひとつ御提案をさせていただきたい。派手なパンフレットでございますけれども、

この中にすべて記入してございます。

今、最も必要とされ、また国民生活にとって安心につながる政策として、施設介護の必要な重度の方に対して 20 万人の緊急介護施設整備の実施を是非提案させていただきたいということでございます。今、国民生活の中で介護に対する不安というのは大変大きなものがございます。介護保険制度ができてもう 9 年になります。介護保険制度は、在宅介護サービスの充実を最優先ということでございます。基盤整備として、もちろんそれは必要なことだと思いますけれども、在宅サービスの場合はどうしても家族による介護を前提とするシステムなものですから、要介護者が重度化になったり、あるいは家族介護力が低下した場合はなかなか対応が難しいという実態がございます。

皆さんも既に御存じだと思いますけれども、今 70 歳以上の方で在宅で介護をしている人が 3 分の 1、老老介護という問題もありますし、それから舛添厚生労働大臣は時々言いますが、認認介護の問題もあります。それから、在宅における介護虐待の問題、これもどんどん今、増えてきているという状況でございます。

何よりも私はこれから一番この辺が大変だなと思うのは、いわゆる身内、親の介護のために職を辞めなければならないという方が 2007 年の 9 月のデータでは 1 年間で 14 万 4,800 人いる。これは、大変これから大きな問題なんだろうと思っております。

こういう実態から、介護保険制度ができてもう 9 年になりますけれども、国民の介護に関わる実態というのはむしろ悪化しているのではないかと私は実感しているわけでございます。

皆さん御存じのとおり、一昨日、群馬県の渋川市の老人ホームの火災という大変ショッキングな事件がございました。これは N P O 法人が無認可・無届けなんです。それで、20 人以上を 1 人の宿直者で賄っているという実態が今、報道されています。これは老人ホームという報告なのですが、介護保険法も老人福祉法上も老人ホームではございませんけれども、こうした老人ホームまがいのところが全国にかなりあるのではないかとと言われてございます。

なぜこういうホームが増えているのかということ、要介護のお年寄りの行き場がないということなんです。その結果、今、我々の組織の推計では特養待機者が 45 万人と言われております。

実は、私も昨年参加させていただきました社会保障国民会議なんですけれども、閣議決定された社会保障機能強化の工程表では、施設人数を 23 万人削減して小規模多機能居宅介護を 60 万人整備しようという内容になっています。この小規模多機能というのは、規模の小さいものをあちこちに点々につくるということでございますけれども、いずれにしてもこれはサービス費が非常に割高になります。こうした高コスト運営によるサービス設計は介護保険財政を圧迫するということは間違いのないと思いますし、何よりもこれが家族介護を前提とすることには変わりないということでございますから、やはり重度化だとか病弱化した場合は対応できないという実態がございます。

私が今回提案させていただきました 20 万人の緊急介護施設整備のもう一つの理由を申し上げますけれども、特養ホームなどを経営する社会福祉法人、すなわち民が主体となる公共事業として推進するものでございます。全体で 2 兆円の整備事業となると思いますが、公費補助はそれほど必要としないのではないだろうか。むしろ金融機関の融資が進めば、真水で 2 兆円くらいの景気対策になるだろうと推測してございます。

そのために政府がやることは、介護保険施設の総量規制を緩和していただくことが 1 点。それから、介護給付費における公費負担割合を是正していただく。この 2 点でございます。

今、特養ホームは大半が 50 名という小さな規模の施設が多いわけでございますけれども、これを 80 ないし 100 名くらいに増床すれば、効率的な施設運営ができますし、職員処遇の改善にもつながります。結果的には、介護報酬と保険料の引上げを抑制する効果があると私は思っております。

更に、今回この事業を推進することによって 20 万人分の施設整備を行えば、介護、看護を始め 15 万人の雇用創出になると推定できます。こうした国民生活の不満だとか、あるいは不安を取り除くセーフティネットとしての整備をすることは、働くことへの意欲継続だとか、あるいは地域の活力にもなるのではないだろうかと思っております。

私は介護老人福祉施設の代表をする者でございますけれども、どこの法人も施設のほかにデイサービスだとか、ショートステイだとか、あるいはヘルパーステーション等々、在宅サービスもやっておりますが、その経験から地域における家族にとって在宅介護はどれほど大変かということ、それからまた今は待たなしの方がたくさんいらっしゃるということを日々私は実感してございます。

こうした地域で頑張っている多くの家庭を代表する思いで、私は今日参りました。待機者解消、20 万人の緊急介護施設整備を提案させていただきます。保険あってサービスなし、要介護認定を受けても受給権を保証しないと現状を改めるためにも、是非御検討いただきまして早急に具体化いただきますように提案させていただきます。以上でございます。ありがとうございます。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、久常さんお願いします。

○久常氏 日本看護協会の久常でございます。2 つのことについて話させていただきます。

1 つは、女性の働き方の見直しによる少子化対策でございますけれども、今、働いている女性の 20 人に 1 人が看護職と言われるくらい看護職は多うございます。全部で働いている人数は 133 万と言われておりますけれども、その中で独身の看護者が約 50 万、そして結婚していても子どもを持っていない看護職が 15 万ほどおります。

なぜ子どもを持ってないかということでは、大変忙しいとか、労働がきついというだけではなくて非常に超過勤務が長いんです。だから、保育所に預けて働くことすらできない。一つの勤務が終わって次の勤務にいくまでに 4 時間から 6 時間くらいしかなくて次の勤務に入らないといけないという状態もございます。去年、過労死がありましたのでそういう

ことを調査しましてそういう実態が明らかになりました。

そういうことを考えますと、是非看護職に関しまして、特に女性に関しましては働く時間が現在8時間労働でございますけれども、超過勤務時間をやめて7時間くらいの労働になれば、看護職は年間10万くらい辞めます。その中で7万くらいが家庭に入ってしまうので、そういうことも防止することができるし、そして少子化対策にもなる。

更に、余談でございますけれども、看護職は時間がなくて買い物をする時間もございません。少し余裕ができれば、消費の拡大にも貢献できるのではないかと考えております。そういう意味で、女性の働き方を少し見直していただいて、少子化対策を具体化していただきたいと思っております。

次でございますけれども、生活習慣病の問題でございます。生活習慣病の予防に関しましては、保健師という看護職の中の職種でございますけれども、保健師と栄養士が中心になってやっておりますが、このことについてお話をさせていただきます。

現在、医療費は33兆と言われております。何も手だてをしなれば1兆円くらいずつ増えていくと考えられておりますけれども、この中心がやはり生活習慣病です。この問題に対して厚生労働省は非常に力を入れていらっしゃるし、そのためにこの前、特定健康診断とか、特定保健指導ということが義務づけられました。これは非常に大事なことだと思います。

次の糖尿病の医療費の表を見ていただきたいと思っております。これは、少し資料が古うございますけれども、傾向としては変わらないだろうと思っております。まず境界域といいますか、少し高くなった状態で3か月に1回くらい検診をいたしますと、2万5,000円くらいでやっております。それが、お薬を飲み始めますと26万7,000円くらいかかります。そして、今度はインシュリンの注射をし始めますと50万近くかかります。それをそのまま放っておきますと、いろいろ合併症が増えてまいりますけれども、透析などの治療をいたしますと1年間に600万近くかかります。

こういうことを考えますと、生活習慣病に関しましては、例えば5年ごとぐらいに個人の評価をして、そして悪化しないとか、現在の状況を維持できているとか、そういう方に対しては何か評価の仕組みをつくれれば、これは非常に大事なことはないか。

私は毎朝、総理の動静を見せていただきますが、多くの日にウォーキングをなさっております。ああいう取組み、そして食事に対する取組み、そういうことだけでという言い方はおかしいですけれども、これはなかなか勇気が要るし、持続力が要ることでありますが、そのことによってこれだけの医療費の削減ができるわけでございますので、この問題に対して何か評価の仕組みを考えていただければありがたいと思っております。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、日野原さんどうぞ。

○日野原氏 日野原でございます。私は、経済的な危機を克服するためには、適正な医療や福祉の提供をするための人材の教育を革新することが最も必要だと思います。

第1番は、医師不足への対策の誤りがあるということでもあります。3ページに付図の第1がありまして、医学部定員の推移が書いてありますが、最近医学生の入員、転員を約700名増員して医者への不足に対応するということでもあります。一番の問題は麻酔科医、産科医、小児科医の不足であります。そのために、この医学生を採っても6年の卒業後、更に研修2年、8年後にその医師の数が増えるだけけれども、その医師が不足した麻酔、産科医、小児科医になる見込みは全然ありません。ですから、数が若干増えるだけであります。

産科医の多くは女医でありますので、病院の産科で女医とともに働く男性の産科医は非常に圧力を受ける。麻酔科は医師と患者との関係が非常に少ないので、生きがいを感じることは少ない。そういうようなことで、私は今、数を増やすということよりも、産科医、麻酔科医、それから小児科医をナースが受け持つという案を提案します。

第2は、医師不足への提言であります。日本では昭和23年に保助看法が発令して、それが基本的に今まで変わっていません。半世紀以上変わっていません。これは非常に誤りであって、昭和23年にはまだ4年制の看護大学がなかったのが、今は医学部が80校あるのに対して4年制の看護大学は167、更にその後の2年の修士を持つ大学は109でございます。

ですから、6年間のナースの教育をする。それまでは講習会くらいでナースになったんですから、これは医師のコ・ワーカーとして十分にできるので、この保助看法を改めるためにまず私たち聖路加看護大学は修士コースに麻酔科のナースを養成する2年のコース、それから産科の小手術もでき、診断もできるコースを2年、そして小児の育児や哺乳やプライマリーケア的なはしかその他のよくある病気をちゃんと診断できる。訪問看護婦は眼底も見ることができて、心電図もエコーも超音波も撮ることができるという情報を教えれば必ずできる。そういう情報を医師に提供すると同時に、自分でそれができるというふうな体制にすれば、すぐに2年後からこれが解決をするという意味で、看護の教育、看護の資格を特にジャンプアップするということです。

アメリカでは、40年前から外科手術の8割は看護の麻酔医師がやっているんです。40年前から、訪問看護が診断治療を現場で行っている。電話だけで連絡をするというふうなことをやっている。日本は40年遅れている。これは麻酔学会や医師会も考えてもらって、そして開業の方はプライマリーケアに専門性を持つような開業医をつくっていただきたいというのが私の主張です。

さて、その第2は4年制大学を今までは大学院大学をつくりたいというのですが、表の第2にあります。医学教育の制度は我が国と北米とはこういうふうになっています。日本は、高校を出てまだ社会人とならない人が6年の医療に行きますからモチベーションはありません。人間として未熟である。だから、勉強もしない。出席を取るの日本だけで、外国はそんなことをしないのですが、アメリカのように一般教養あるいは文化、理科をやった大学4年を出た人がロースクールと同じように4年のメディカルスクールをやって、その4年間にただ臨床だけではなくに基礎の研究の方法論もやるということをや

カ、カナダではやっています。その後、卒後研修をすれば、素晴らしい実力を持つ医師ができると思います。

アメリカの医学生を今3か月、私たちは日本で教育しておりますが、それを見ますと医学生の3年が日本の研修医の2年以上に伸びているということを見ますと、日本の医学教育は明治時代の体質のままです。解剖の先生は3年、外国ではそんな解剖などはありません。臨床科がすべて解剖も教えるということになっております。

大々的に医学教育を変えるために私は石原東京都知事とも相談をして、そして特区をつくって教育特区でそういう大学院大学をやってみて、10年間、在来の大学の教育と比べながら、よき方を選択する。アメリカでは、病院がメイヨー・クリニックやクリーブランドクリニックが主体となっている大学は既に出ておりますので、聖路加は特区の申請を得て、これをする準備を現在既にやっているわけでありませぬ。

その次に私が申したいことは、老人の定義が50年前に国連によって文化国家の間では65歳、そのときは日本人の平均寿命は68歳でしたが、今は82歳です。ですから、65歳を老人とする定義はもう時代遅れなので、私は来年の国連の総会の9月に老人の定義を75に底上げをする。そして、75歳以上は老人として扱うんだけれども、その老人がポテンシャルを持っている人はボランティアの仕事、その他の仕事をやはり続ける。そういうふうな運動をするために、日本で新老人の会を私は発足して1万人近くの会員があるわけでありませぬ、そういう老人の定義です。

それから、最後に私が申したいのは、日本は憲法9条を掲げたのですが、自衛隊が自衛軍になろうとしている。今、日本はあの憲法で約束したように、武器を捨てるようなことがあれば、その自衛隊の費用は福祉、医療その他、教育にすべて回るわけでありませぬので、オバマ大統領がイラクから手を引くということをも勇気を持って言いましたが、私たち日本もアメリカの基地が10年後には引き上げるということにするために、既にその予算をいろいろな福祉や教育や医療の方に回すことをすれば、これはすぐに解決をします。

私はそういうふうなことを考えると同時に、18歳で選挙権をもう与えないと日本の青年は成熟しないので、そういう決心をするということ。そして、平和を志向する武装なき文化国のモデルとして日本が世界に立つ。そういうふうになれば、日本は北朝鮮などの脅威を受けるという必要はありません。今、受けるのは核兵器を持っているアメリカと一緒にいるからそうであって、武力をなくすという憲法を守ることによって平和国家の1号として私たちが手を挙げれば、私たち日本はここで浮かび上がる。これはオバマ政権、それから総理の決意を私は非常に希望する次第であります。以上です。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、堀田さんお願いします。

○堀田氏 ボランティアを広めるボランティア活動、市民活動をしております立場から、緊急政策の提言をさせていただきます。資料は、高齢者向きに大きな字で書いております。

「政策の基本方向」、これは「モノからヒトへ」ということで、発展途上国ではありませ

るので、国内においては人の養成ということが決定的に重要であろう。

それを踏まえまして、具体策はいろいろありますが、ここでは福祉・教育施設、特にいろいろ出ておりますように、福祉関係の施設が決定的に足りません。これをこの際、一斉に建てる、あるいは既存の建物を利用して改修して増やしていくということが重要であろう。ここでは保育園、子育て支援施設、これはNPOなどがやっております。保育園等に入る前の子どもたち、年齢の違う子どもたちが交わって自ら成長していくための施設であります。特殊学校、非常に親が困っております。グループホームの需要は、言うまでもありません。地域密着型の施設、これは既に厚労省がいろいろやっておりますが、使い勝手が悪く、お金の面もあって広まっておりませんが、市民の需要が非常に大きい。ほかにもあります。こういった施設をこの際、一挙に増やせないか。

そこで、次のページであります。その資金でありますけれども、何でも政府というのは財政上、大変であります。人によりますが、高齢者がかなりの資産をため込んでいて使わない。これが動けば、相当の経済効果があるだろう。その資金を、先ほどのように需要の大きい施設の設備投資を含む、特にそのための投資に使えないだろうか。引き出せないだろうか。

そのためには、これは大事な虎の子のお金で使えませんから、相当の優遇措置が要るだろう。例えばであります、その投資した高齢者が高齢者施設であればそこに優先入居権を持ち、できれば建設のところからこういうふうな建物にしてほしいということができる権利ですね。保育園、子育て施設であれば、孫をこういうところに入園させたいということで優先入園権を与える。

それから、これは緊急対策で一挙に出てこないと意味がありませんので、この政策をスタートする当初、例えば2年間にする投資については相続税を免除することによって、一挙に引き出す効果を生んではいかがであろうか。

それから、しかし虎の子のお金であります。何年後の返済については保証するというくらいの大胆なことをしてもいいのではなかろうか。例えばそういう優遇策を講じて、眠っています資金を活用するということを考えてはいかがであろうか。

3つ目に、そういった施設を増やしていきますと、そうでなくても人が足りません。いろいろと今まで出ているとおりであります。

それから、教育ももっともっと教える側に人を投入して充実させていく必要があるだろう。そういう分野に進む人たちを、これはどんどん需要が増えていきますので、増やさなければいけない。しかし、そういう分野というのはなかなか報われるところは少ないので、青春時代からそういう志を持つ教育を施していくことが必要になるだろう。特に、そのための専門学校については、例えば無償にするなど、いろいろと援助策が必要なのではなかろうか。一般の就業者策をいろいろ講じておられますけれども、この分野は更に特別な優遇策、誘致策が必要ではなかろうか。

それから、就業条件につきましてもどんどん難しくなっております。これは、い

ろいろな難しい要件、資格を課することは一方では大事でありますけれども、そうでない能力でやれる仕事もたくさんありますので、就業条件を緩和して多くの人たちをこの分野に誘致するということが必要ではなかろうか。以上であります。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、矢崎さんお願いします。

○矢崎氏 私は病院の医療現場からの医療の質向上を目指した景気対策として、少し各論になって恐縮ですが、レジュメにまとめさせていただきました。

次に、レジュメではございませんが、地域医療に現在生じているほころびに対応するための医療提供体制の抜本的な強化の対策について、景気対策と直接関係はありませんが、2点私見を述べさせていただきますと思います。

まず「地域医療のセーフティネットの中核を支えている病院の課題」についてですが、勤務医確保のための処遇改善と医療機器の更新、老朽化した病院の改築、特に災害時に病院は救護施設となりますので、徹底した耐震化が必要です。また、重症心身障害者などの障害者病棟の改築が喫緊の課題になっております。電力、燃料を多く使用する病院のエコ投資も必要です。

次に、新型インフルエンザ対策では、外来患者の振り分けのために老朽化した外来の改築が求められています。例えば、感染症のナショナルセンターである国際医療センターの戸山病院とか国府台病院の外来等の改築が喫緊の課題になると思います。感染症の防御医療器具の十分な備蓄も必須であります。また、新型インフルエンザのワクチンの大量生産のための設備投資の保証も必要になるかと思えます。

次に、遅れているIT化については、共通仕様書に基づいたレセコン機器や電子カルテの導入に財政支援をしてはどうでしょうか。

2番目は先進医療開発の推進、その中でも治験の円滑な推進のための方策についてです。我が国で治験が遅れているのは、治験のための診療が通常の診療の中で行われているので差別化が難しい。治験用のスペースと、十分な説明と、時間を割いた診療を行えば、患者さんにも治験に参加するインセンティブになるものと思います。それには、例えば診療報酬上、治験、診療管理加算などで対応してはどうでしょうか。

それでは、最後に地域医療の確保について、私案でございます。

まず1点目は、2次医療圏を中心に中核病院が設立母体、すなわち自治体とか公的医療法人などを超えてコンソーシアム、すなわち病院群を形成し、地域で医師を育成し、キャリアパスをつくることです。行政指導から脱却して病院長のガバナンスを確立することによって、地域の医療ニーズに即した機能分担や病棟の集約などを行い、更に地域での医師の研修などを共同で行うことを検討してはどうでしょうか。例えば、病院長で構成する人事調整会議などを設置し、そこに補助金を拠出し、財政支援を行って公平性・透明性を保持して、人事など調整することではどうでしょうか。勤務医は他職種と異なり、医療の質が保証されていれば病院間の異動にはそれほど大きな抵抗感がないので、機能すると思

ます。

2点目が、勤務医確保の処遇改善策ですが、その1つは診療報酬制度に別枠を設けることではどうでしょうか。と申しますのは、将来国民の理解の下で消費税が導入され、一部を医療に回すことが可能となれば、それを医療費全般に注入するのではなく別枠にして将来、更にニーズが高まり、早晚破綻が危惧されています病院における入院医療と在宅医療に充てることを検討してはどうでしょうか。すなわち、実施すればするほど赤字となるような手術といった勤務医の医療行為に診療報酬で対応できる枠組みができれば、勤務医に実施した医療に即した報酬の給付も可能となり、病院から立ち去る医師をとどめ置く大きなインセンティブになると思います。

そしてもう一つは、勤務医負担の軽減と医療サービスの向上、そして効率化を目指して、先ほど日野原先生がおっしゃられた昭和20年代に定められた医療専門職の業務の見直し、特に医師と看護師の共同の促進です。これには高度な実践能力を有する看護師を育成することが必要で、そのために新たにライセンスの付与をするというような大胆な改革を検討する必要があるのではないかと思います。以上です。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、山本さんお願いします。

○山本氏 日本病院会の山本でございます。医療の課題は大変山積みでございますけれども、今日の緊急経済対策という視点から3つの視点で申し上げたいと思います。今、矢崎先生からも御説明がございましたので、重なるところは省きたいと思います。

まず「医療の質、安全の確保の視点から」でございますが、病院施設の耐震化の推進、これは矢崎先生がおっしゃいました。資料を付けておりますので、見ていただきたいと思います。17年に始まって昨年の20年で、まだ病院の半分しか耐震化は進んでいない。これを推進すべきだということだろうと思います。この「医療の質、安全確保の視点から」は、病院におけるIT化の推進について少し述べさせていただきます。

日本のIT化は非常に重要な課題でございます。極めてこれからの医療の安全、質、そして病院の経営、運営の効率化を進めるためにはなくてはならないツールでございます。2001年にIT戦略本部ができてから9年間たちますが、現在病院のオーダーリングシステムについては2,151病院、わずか24.3%しか普及しておりません。電子カルテに至っては516病院、5.8%という普及でございます。

これを基本的なプラットフォームの標準化という視点で申し上げたいと思いますけれども、恐れ入りますが、注1をごらんいただきたいと思います。電子カルテシステムは基本的にはオーダーリングと電子カルテから成っておりますが、患者さんが外来にお見えになって、問診をして診察をして、検査をして診断をして治療をする。この過程はすべて大学病院であろうと、20床の民間病院であろうと同じであります。そうだとすれば、それはシステムを標準化できる部分でございます。この標準化をして、これを国が安く病院に配布することによってインフラ整備ができれば、その上に立てる電子カルテは各病院のコンセプト

トによって患者さんに合ったものをつくってあげたい。そうしたことを考えてはいかがでしょうかという視点でございます。

次に、雇用確保の観点からドクターズ・セクレタリーの導入ということについて御説明申し上げます。今、現場の医師が大変忙しくて疲弊をしておりますが、その中に医師が言う、いわゆる雑用というものがございすけれども、そういう部分を新しい人たちを導入して医師の支援をしようというシステムでございます。

これも、注2を見ていただきたいと思います。ドクターズ・セクレタリーとは医師の負担軽減を図り、本来の診療業務に専念できる体制づくりの一環として、医師の事務作業を補助する職員ということでございますが、これは既に幾つかの病院で始まっております。

私も今年の1月14日でございますが、麻生総理の福岡県飯塚市の麻生飯塚病院に見学に行っていました。そして、つぶさにその実態を見てまいりましたけれども、医療秘書、ドクターの秘書を入れることによって、結果としてドクターの時間外が減る。そして、その時間外が減ったお金と、それからわずかな病院からのお金で、その人たちを雇用できるということがはっきりしております。

そして、入った人たち、これは地域からかなりレベルの高い人を雇うわけでございますけれども、その人たちが病院で働くことの満足感、そしてそのことが地域に還元できるということで非常にいいシステムであろうということを確認してまいりました。

そうしますと、今、病院が8,862ございすし、一般病院で7,700ございす。一つの病院が仮に10人これを入れますと、即座に8万の雇用が確保できるということになります。是非このことを御検討いただきたいと思いますということでございす。

3番目は、「医学・医療に関わる研究・技術開発等への緊急投資」ということでございす。皆さん御存じのようにオバマ大統領が就任演説で、科学を本来あるべき立場に戻すということをおっしゃられました。それはどういうことか。これは御存じのように、ブッシュ大統領は再生医療、特にES細胞に関する研究、臨床研究については倫理的な問題から、これを大統領拒否権を使って拒否をしました。そこにお金の投資ができなかった。これをオバマ大統領は元に戻すと言って、サインをして今、始まっております。

そして、日経新聞の3月11日に山中先生が書いておりますけれども、既にアメリカでは州単位で、例えばカリフォルニア、マサチューセッツ州は10年間1,000億レベルでの補助金を付けるということを決めたわけでございます。日本は、残念ながらこの分野においてはまだ少し遅れぎみでございますけれども、今この分野に投資をして、将来アメリカからまた高いものを買うようなことをしないで、しっかりと日本が開発をしていくということ、そこにお金を投入するということは非常に重要なことではないか。そういうことで、このことも是非御検討いただきたいと思います。

以上、3点でございます。ありがとうございました。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、湯浅さん、お待たせしました。

○湯浅氏 よろしくお願ひします。私からは、直近で4月、遅くとも5月にはやっていたきたいということで、1つ提案させていただきます。

今、派遣切り等、さまざまに住宅を失う人の問題が深刻になっている。これはよく聞かれているとおりに思いますが、私から願ひしたいのは、この図の5、6、7と丸を付けているところがありますが、会社の寮の空き室や民間アパート、それから公営住宅、この要件を緩和して、自治体ではなく国が直接に借り上げていただきたいということです。

この間、いろいろ問題、情報も聞いてきましたけれども、やはりつなぎのものがありません。例えば、就職安定資金貸付等をやっただいて実績も上がっています。ただ、その資料をそろえるためのつなぎの生活費がその時点でない。生活保護の申請をした後、審査期間中にいられる場所がない。雇用保険を受けられるまでの場所がない。さまざまな施策はあるんですが、そこまでたどり着けないという現実があります。

その問題を何とかするためには、今までは自治体はそのサービスの主体だということでも我々も働きかけてきましたが、やはり自分の自治体に集中してしまうということ。それから、住民票要件が設定されることで結局使えないんです。雇用がこれだけ流動化していますから、ある地域に長くいるという状態になっていないんですが、実際にサービスを受けようとする住民票要件でがちっと固められるので、そこが使えないということになります。

それで、特に緊急のことで考えると、この吹き出しの中に入れた4点目ですが、今、厚労省が人を出さなければ賃料相当額を厚労省が負担する。国が負担するということで、人を出さないための政策を促しています。それにもうちょっと強いインセンティブを与えて、新たに人を受け入れられるような、そういう大家さんなりに手を挙げてもらって、それを自治体に情報提供して、自治体がハローワークなり福祉事務所に来た人にそれをあつせんする。そういう形をとれないかということです。

これは技術的に可能かどうか、私はわかりません。ですが、何らかの形で4月、5月、この時期に備えていただきたい。そうしないと、現在もそうなのですが、大変です。派遣村は注目されましたが、あれ以降も例えば私たちの団体などには相談日になると100件の電話がかかってきて、つながらない状態です。去年の年末は、年を越せない人のための年末の電話相談会というものをやりましたが、14時間で2万件の電話がかかってきました。今日も、大阪と埼玉では派遣村的な取組みが行われています。とても厳しい状態なんです。

今までさまざまに雇用対策を打たれてきたし、これからも打たれてくると思っています。ただ、私から願ひしたいのは、貧困対策を雇用対策のパッケージに含めていただきたい。大企業支援も必要でしょう。中小企業支援も必要でしょう。雇用保険をもらっている人が、その後、長期失業化したときの対策も必要だと思います。

ただ、そのさまざまな施策にたどり着かない人たちがいるということです。それは、本人の責任だからでは済まない。それだけはもう済まない段階にきている。そういう意味では、そういう人たちにも目を届かせている温かい政策を打つんだというところで、是非強

いメッセージを發してもらいたい。

何らかの形で4月、5月に、これだけの住居を確保してあるから皆さん安心して相談してくださいというメッセージを出してもらいたいと思います。お願いします。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

皆様方からそれぞれ貴重な御意見をちょうだいいたしました。それでは、残りの時間で意見交換を、少し時間が押してまいりましたが、総理から何かございますか。

○内閣総理大臣 どうぞ、皆さんから。

○財務・金融・経済財政政策担当大臣 追加の御意見があったら伺ったらどうでしょう。

○内閣官房長官 今の皆さんの御意見を踏まえて、何か追加で御意見でもありましたら伺います。どうぞ。

○大久保氏 先ほど歯科医師会から申し上げました**8020**実現社会ですが、**80**歳で**20**本以上の歯を持つ人が**50%**を超えたら、世界で初めて**8020**社会が実現できます。非常に健康なお年寄りが増える社会です。そのために、自民党と私どもで口腔保健法、生涯をかけてそれを担保するための基本理念法をつくるために今、努力をしておりますので、何とぞその点についても御配慮をお願い申し上げたいと思います。

○内閣官房長官 どうぞ、竹中さん。

○竹中氏 先ほど、障害者チャレンジドという立場の方々の方が働けるようにということを申し上げたのですが、決してこれはフォー・ザ・チャレンジドということではなくて、パイ・ザ・チャレンジド、彼らとその社会で活躍できるような仕組みをつくることは女性であれ、高齢者であれ、すべての人の力を引き出すことができる。ですから、先ほど国家間と申し上げたのはすべての人の力を引き出して、日本人であることに誇りを持っていただけるような国づくりというふうに申し上げさせていただきました。

それと、そういった考え方だけではなくて、皆さんおっしゃいましたけれども、やはり今、日本が最も得意としているICT技術、IT技術ですね。これをどのようにそこに活用していくか。スウェーデンなどでは、既に認知症の方がICT技術などを使うことで町の中で一人で生きていかれたり、あるいは御夫婦で最期まで安心して生きていかれたりということで、人間が動く政策だけではなくて、そういったICT技術が非常に活用されております。時間がないので細かいことは申し上げませんが、そういったところは日本は恐らくもっと得意分野ではないかと思うのでやれるかと思えます。

それから、自分自身が国民的道具になりました携帯電話のようなもので、見えない方が音声やバイブレーションで情報を得ながら自分の行きたいところへ行ったり、働いたり、消費者になっていく。あるいは、聞こえない方でしたら文字や図柄で、外国人の方でしたらその国の言葉で、あるいは車いすの方でしたら常にバリアフリーな道を案内してくれるというようなことで、そういった実験が5年間になされてきました。私もずっとそれに参画してきましたが、今、携帯がまさにそこまでの道具になってきつつあります。

つまり、公共事業が今まではハードで語られていたんですけども、そういったICT

などを活用したソフトへの大転換、人の力を生かす政策を公共事業と呼ぶというふうに、公共事業の概念そのものをもうそろそろ変える時期がきたのかなと思っております。最重度の方がそれで力が発揮できるという一つの水先案内的な状況としてお知りいただければと思いました。

○内閣総理大臣 日野原先生、1つ質問ですけれども、今、病院の方が言われたように、病院をやっていますからわからないこともないし、昔からやっている病院ですから終戦直後のころには野戦看護婦などというのがいっぱいいましたし、朝鮮動乱が終わったときも、その最中もうちは北九州ですから占領中でもありましたのでいろいろなあれがいたんですけれども、看護婦というのは有能ですよ。現場経験のけたが違いますし、若い出たての医者などよりははるかに現場をよく知っていますから、注射を打ってもらうときも、あなたは要らないからこっちの看護婦さんにとお願いしたくなるくらいです。

それを医者にするといった場合、医師会はいなくなってしまうましたが、医師会はどんな反応をするのでしょうか。

○日野原氏 上下の関係ではなしに、共同でコ・ワーカーにするというわけです。

戦争中、皆が召集され、私は伝染病院に卒後2年で行きましたが、ジフテリアの患者が入ってきますね。内科医ですからできない。病棟の主任がジフテリアの手術を教えてくれて1時間かかってやりました。それで私は35人、気管切開をやったらあと15分でできるようになった。これは、ナースに教えてもらったんです。それから、静脈注射は静脈が見えないように切開をしてやるのはナースが教えていたわけです。そういう行為がちゃんと経験からできるわけです。それが教育のシステムに生きれば、何ら危険はない。

アメリカが40年前にやっていることを、どうして日本ではできないかということです。だから、私は聖路加看護大学の修士でこの4月から始めます。そうして、できる条件で医師がそばにいながらやらせます。そして、独立してやるように電話一本で言えるようにすれば、本当に今の訪問看護というのは訪問介護ですよ。診断はできないんです。古いやり方だけを使っているんですから、今は様子が変わったからやり方を変えますよ。眼底出血していますから入院させますよと言って、その診断と治療に現実に参加させるということが、今の教育制度はできるんです。そうすると、もっともっとナースの資格は高くなります。いつまでも従属的な関係にあるのは非常によくないと思います。

○内閣総理大臣 久常先生、今、准看と正看の関係というのはどうなったんですか。

○久常氏 准看も正看もまだ存在しております。

○内閣官房長官 では、大臣どうぞ。

○厚生労働大臣 私は矢崎先生にちょっと詳細を教えてくださいたいんですけれども、さっき提言の2つでお医者さんの処遇の改善のところで診療報酬に別枠をとというのは、診療報酬の中に別枠をとおっしゃったのか。診療報酬とは別に、この前、緊急医の対策のときに直接財源措置をやりましたね。ああいうことをイメージなさっているのか。どちらかわからなかったもので、明確にしていいただければということだけです。

○矢崎氏 私は余り診療報酬の詳しい仕組みはわかりませんが、要するに今後、消費税などで医療費が増えた場合には、医療費全般の中に注入して、そこで議論しますと、結局利益の付け替えみたいな議論で終わってしまうので、これからの必要な病院の入院治療とか、在宅医療に何か別枠のフレームをつくって、そこで議論していただくということでございます。それは、大臣に考えていただければ大変ありがたいのですけれども。

○厚生労働大臣 それともう一点、ドクターフィーについてはどうお考えですか。

○矢崎氏 ドクターフィーというのは、診療所は例えばお1人のドクターですから今、外来管理特定加算というものがございますね。あれはまさに医療技術といいますか、患者さんに説明することによって報酬を得ている。それこそ本当のドクターフィーなんです。

病院にはそういうドクターフィーの仕組みが現在はなくて全部病院の収入になっていきますので、やはり技術料的な評価をしっかりと、今の診療報酬の中で仕組みが難しければ、外出しでそういう技術料というものを何か手当しないと、技術のまずい人もいい人も全く今は診療報酬上、同じ点数ですので、医師が技術が向上するインセンティブがありません。そういうインセンティブ、有能な医師の収入に反映するような、努力した医師に反映するような仕組みを是非つくっていただければ大変ありがたいと思います。

○厚生労働大臣 ありがとうございます。

○内閣官房長官 湯浅さん、年を越すというのでいろいろ御苦労いただいたのですが、これから年度末がくるのですが、その後の進展状況はどうですか。

○湯浅氏 全体として、やはり深刻化しています。いろいろなホットラインの結果を見ても、最初は製造業でしたけれども、その後、物流、事務に広がって、3年後末というのは深刻だということです。

あとは、雇用保険受給者が切れますね。それが6月、7月で、それに対して今回の基金ということを手当てしていただいていると思うのですが、やはり私たちみたいな貧困の現場でやっている者から見ると、そのさまざまな手続に乗っかるまでもたない人たちというのがそれなりに大量にいるということが見えてくるんです。

この間も、3月25日で寮を出なければいけないという方が自殺されました。それは、やはり引越し資金を持っていない中で出なければいけない。どこに行けばいいんだというところで、いろいろな雇用保険等のサービスまでつながらないんです。ですから、就職安定資金貸付けはつなぎ融資として立てられていると思いますが、つなぎのつなぎが必要なんです。それは、緊急告知など用意されているのですけれども、それは実際にはなかなか貸付けに至らないという現実があります。

東京のある自治体では、相談者のうち貸付け1%です。そうすると、結果的に漏れてしまう。それは、計画しておけばよかったじゃないと言われるのですけれども、いろいろな仕事が不安定で10月以降減ってくる中で、その時点で貯金をはき出してしまっている人とか、たくさんいるんです。ですから、何とかそこをつなげられるような、安心して命をつなげられるというようなメッセージを出していただきたい。

そのためには、自治体はこの間いろいろお願いしているんですけども、やはり動かないんです。名古屋、博多、ごくまれな自治体がそれなりのことをやっただけで、それは自分たちで手を挙げてしまうと集まっちゃうという話です。で

すから、そこは国が借り上げる必要はないと思います。大家に手を挙げてもらって、それをサポートして自治体に情報提供すれば、自治体は住宅が払底しているのは間違いないですから、喜んで使うはずですよ。そこを考えていただきたいと思います。

○内閣官房長官 日野原さん、どうぞ。

○日野原氏 私は、文部科学省という名前になったのは文部の教育だけではなしに科学が必要で、科学国家として日本を推進しようとしてなったと思うんです。

ところが、医学においては皆さんびっくりされるでしょうが、医学を卒業して100年の間に100万人の卒業生が出ました。しかし、その中から110年のノーベル医学生理学賞があるのに一人もいないんです。アメリカはノーベル医学生理学賞は86人、イギリスは29人いて、日本は1人いるのですが、医者ではないです。利根川さんですから、理学士です。

100万人以上の方が卒業して一人もこれがないというのは、教育とその畑が悪い。ですから、人材があっても畑が悪い。よき種は畑がないといけない。だから、畑は何かということ畑をつくって、日本人は科学国と言いながら、医学においてはだれもいない。これは一般の日本人が知ったらびっくりするでしょうね。100万人以上ですよ。

だから、教育のやり方と、畑は何であるか。若い発想を持っている人に、臨床をやる人は発想があるんです。今度も幹細胞の何かで、皮膚の足の移植をやったのは整形外科の臨床をやっている中で生まれたんです。だから、アイデアは臨床科です。それを機能させるために、Ph.D.と一緒にやるようにする。医者だけでしか研究していないので、Ph.D.をうんと参与させれば、もっともっと畑がよくなる。文部科学省の科学を近代的に体質を変えてもらうのは非常に急務だと思います。

このことはニュースに出たら皆びっくりしますよ。

それで、新しい医学をどうしても教育特区で実験をしてほしいということで、私は強く考えております。自力のできる資産その他の計算は既にあるんですから。

○内閣官房長官 ありがとうございます。

それでは、予定された時間もまいりましたので、今日はこれで社会保障関係の皆さんの御意見をお聞きするのは終わりたいと思います。

皆さんから貴重な御意見を賜りました。これをベースにして、また次の政策に十分役立ててまいりたいと思っております。これからもまた御意見を伺わなければいかぬ機会もあると思いますが、その節はどうぞよろしくお願い申し上げます。

今日はどうもありがとうございました。

○内閣総理大臣 ありがとうございます。