

第8回 社会保障制度改革推進会議 議事録

一 会議の日時及び場所

日時：平成30年5月28日（月）10:00～12:05

場所：中央合同庁舎第4号館 共用第4特別会議室

二 出席した委員の氏名

遠藤久夫委員、大日向雅美委員、権丈善一委員、神野直彦委員、清家篤議長、
武田洋子委員、土居丈朗委員、宮島香澄委員、山崎泰彦委員

三 議事

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 地域医療構想の進捗等について
4. 国民健康保険改革の進捗等について
5. 平成30年度の社会保障の充実・安定化等について
6. 閉会

○清家議長 皆様、おはようございます。ただいまから第8回「社会保障制度改革推進会議」を開催いたします。

お忙しい中、皆様には御参集を賜りまして、まことにありがとうございます。

本日の出欠状況でございますが、増田議長代理、伊藤委員が御都合により御欠席でございます。

また、本日は、西村内閣官房副長官、越智内閣府副大臣、奥野総務副大臣、うへの財務副大臣、高木厚生労働副大臣、山下内閣府大臣政務官に御出席いただいております。

また、本日は、社会保障と税の一体改革の重要な柱の一つでもございます地域医療構想と国民健康保険改革の進捗等を主な議題といたしておりますが、自治体での取組の状況について御紹介いただくため、荒井奈良県知事、木庭茨城県保健福祉部長にも御出席いただいているところでございます。

それでは、会議の開催に当たりまして、西村官房副長官から御挨拶をいただきたいと存じます。

○西村内閣官房副長官 皆さん、おはようございます。本日は、お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

少子高齢化が進展する中で、社会保障の持続可能性の確保と財政健全化を同時に達成することを目的といたします社会保障と税の一体改革、これを引き続き着実に進めていく必要があります。

本年は、社会保障制度改革国民会議の報告書を踏まえて制定された社会保障制度改革プログラム法に基づき、各都道府県で策定された地域医療構想が2年目を迎えております。この4月からは、国民健康保険の財政責任主体が市町村から都道府県に移ったところであります。また、先日の経済財政諮問会議の場でも、地域医療構想の推進等について、さまざまな議論がなされたところであります。このため、本日は、地域医療構想及び国保改革の進捗状況について関係省庁から報告を聴取するとともに、現場で改革を進めておられます茨城県と奈良県から直接御報告を伺い、その後、委員の皆様方の御意見を伺いたいと考えております。

本日の御意見は、今後の経済財政諮問会議などの議論につなげていきたい。そして、社会保障と税の一体改革を着実に進めていき、持続可能な社会保障制度の確立、さらには、国民の皆さんの安心にしっかりとつなげていきたいと考えております。

どうぞ忌憚のない御意見を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

○清家議長 西村副長官、ありがとうございました。

それでは、恐縮でございますが、カメラの方々はここで御退室をお願いいたします。

【報道関係者退出】

○清家議長 それでは、早速でございますが、議事に入らせていただきます。

議事次第の「3. 地域医療構想の進捗等」ですが、まず厚生労働省の武田医政局長から御報告いただくとともに、本日は、地方自治体での取組の状況の例として、茨城県、奈良

県の順番でそれぞれプレゼンをお願いしたいと思います。その後、委員の方々から、地域医療構想に関連して一括して質疑、意見交換をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

まず、厚生労働省から御説明をお願いいたします。

○武田厚生労働省医政局長 皆様、おはようございます。厚生労働省医政局長でございます。

お手元の資料1-1に沿って、簡潔に御説明させていただきたいと思います。

まず、資料をあけていただきまして、地域医療構想の進捗についてでございます。右下にページ数を振っておりますが、2ページと書かれたものが全体像でございます。地域医療構想の達成に向けた一層の取組というタイトルがついております。

地域医療構想のところをご覧くださいと思いますが、平成28年度には全国で地域医療構想の策定が完了いたしまして、平成29年、30年度の2カ年間で集中的な検討を促進ということになっております。

公立病院・公的病院につきましては、平成29年度中に協議を開始ということで、650病院、617病院がそれぞれの地域で協議を開始されている状況でございます。そして、具体的対応方針の速やかな策定ということで、これまでのところ、赤の枠で囲っておりますが、合意済み117施設、それぞれの分類別で申し上げますと、高度・急性期については1,512病床の削減、回復期機能につきましては1,493病床の増加などの結果が示されているところでございまして、これを引き続き一層推進してまいりたいと思っております。

それから、真ん中のピンクのところですが、病院・病床の議論におきましては、大変大きな影響を与えるのが医師の確保、または医師の働き方でございます。医療法・医師法の改正法案を今国会に提出させていただいておりますが、これは医師偏在対策のための法案でありまして、各都道府県において医師偏在指標に沿って医師不足地域を可視化いただくとともに、医師確保計画を策定していただくこととなっております。そして、医師の働き方改革につきましては、来年3月までに具体的な結論を得ることとなっております。

こういう医師の働き方または偏在対策も地方で議論していただくこととなりますので、都道府県におきまして医療機能の集約化と医師確保、医師負担軽減が一体的に検討できる形が整ってまいります。これに沿って、私ども、環境整備を図り、一層の地域医療構想の推進を図ってまいりたいと思います。

同じ2ページの下に3点、左側から診療報酬・介護報酬の同時改定、真ん中にあります地域医療介護総合確保基金、そして右側にあります新たな知事権限の創設。こういったことで環境整備を図ってまいりたいと思っておりますけれども、具体的には次のページ以降をご覧くださいと思います。

3ページ目でありますけれども、今後の地域医療構想の進め方にありましては、こういったポイントを私どもとして示しております。○の2つ目にありますが、公立病院、公的医療機関等につきましては、平成29年度中に協議すること。その他の病院であっても、

役割を大きく変更する病院は速やかに協議。上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議ということで、いずれの医療機関であっても今年度末には協議していただくこととしているところでございます。

次の4ページ目でございますが、先ほど数字を見ていただきましたけれども、調整会議の開催状況、それから調整会議以外の取組につきましても、各都道府県から適宜情報をいただいているところでございまして、フォローアップに努めております。

また、具体的な医療機関名を挙げた議論の状況ですけれども、平成29年12月末の時点では、それぞれ329、303が協議開始でありましたけれども、今年の3月末の数字をいただきましたところ、公立病院・公的病院、それぞれプランを策定したところの8割は議論を開始されているという状況にございます。

次の5ページは基金に関係するところでございますけれども、私ども、各都道府県の取組に応じて重点的な配分ということをやって、環境整備に努めてまいりたいと思っております。

それから、6ページでございますが、今年度から対象事業を拡充いたしまして、ダウンサイジングに必要な病棟・病室の用途の変更、それから、不要となる建物、不要となる医療機器の処分、それから、早期退職に必要な人件費の増といったところも含めて補助対象にしているところでございますし、右下にありますセミナーの開催費用に関しましては、金融機関の方々にもこういうことをぜひ御理解いただきたいということで、金融機関を巻き込んだセミナーを開催していきたいと思っております。

それから、次のページが診療報酬・介護報酬の関係になりますが、具体的には8ページをご覧くださいと思います。

まず、全体として急性期医療、それから長期療養機能、そして、その中間にある回復期その他の機能につきまして、細かな階段をつくって、7対1から10対1まで、実際の患者さんの状況に応じた適切な診療報酬の設定がされるようになり、これによって病院の側は自主的に機能を選びやすくなる環境が整ったものと考えます。

それから、次のページが介護医療院でございますが、10ページをご覧くださいと思います。介護医療院につきましても、多くの医療機関でどのような介護報酬が設定されるのか、非常に高い関心を持っておりましたが、介護医療院に適切に転換がなされるような環境整備ということで必要な点数設定がされたところでございます。これによって、現場で介護医療院への転換をしやすい環境が整っているものと考えます。

最後、11ページになりますけれども、5月21日の経済財政諮問会議におきまして、総理から以下のような発言があったところでございます。特に下線の引いてある下の2つのパラグラフをご覧くださいと思いますが、「厚生労働大臣におかれては、今年秋を目前に、全国の対応方針の策定状況を中間報告していただき、先進事例を横展開するなど、今年度中の対応方針の策定を後押ししていただきたいと思っております。

さらに、2025年の地域医療構想の実現に向け、病床の転換や介護医療院への移行などが

着実に進むよう、地域医療、介護のための基金や診療報酬改定等、これまでの推進方策の効果、コストを検証していただきたいと思います。あわせて、有識者の意見も伺いながら、更なる実効的な推進方策について厚生労働大臣を中心に検討、実施していただきたいと思っています。」

このような御指示をいただいたところでございますので、私どもも大臣のもと、これに沿って、鋭意、地域医療構想の推進に努めていきたいと思っています。

資料1-2を少しだけご覧いただきたいと思います。進捗の具体例を挙げております。

ページをあけていただきますと、1ページ目が再編・統合事例ということで、これは茨城県の事例になりますけれども、筑西・下妻地域における再編。これは、公立と民間があわせて再編・統合された例でございますし、右側の鹿行区域は、公的病院相互の再編がなされた事例でございます。

そのほか、2ページ以降には、公立病院—公立病院の関係、公的—民間の関係、さまざまな具体的な取組がなされているということと、いずれの地域におきましても、基本的には急性期機能を集約した上で、それ以外の機能につきましては、例えば廃止する、例えば診療所に転換する、例えば統合する、民間に委ねるといった取組がなされているところでございまして、私ども、こういったモデル事例、先進事例も示しながら、各地域での取組を強力に推進してまいりたいと思っております。

以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、地域医療構想を受けた病院再編など、地方自治体の取組事例として、まず茨城県の木庭保健福祉部長から御紹介をお願いします。

○木庭茨城県保健福祉部長 御紹介ありがとうございます。茨城県保健福祉部長の木庭でございます。

私のほうからは、地域医療構想を実現するための自治体の取組として、茨城県の事例紹介を中心にお時間をいただいております。お話しをさせていただきたいと思っています。

まず初めに、資料2の1ページで簡単に茨城県の御紹介をさせていただきたいと思いません。

茨城県は、土地が全般的に平坦であることもあり、また霞ヶ浦や利根川など豊富な水資源を有し、県土に占める耕地面積は全国1位と、農業が盛んな土地でございます。また、東京に近く、アクセスも良いことから、日立製作所の創業の地であるほか、鹿島臨海工業地帯などの工業や、また太平洋側の漁業も盛んで、1人当たりの県民所得は全国11位と、産業の面では比較的恵まれた地域であります。人口規模は291万人と全国11位ながら、県内で一番人口の多い県都の水戸市で27万人、県内2位のつくば市で23万人、日立市は18万人など、可住地面積が全国4位と広いために、集落が分散しているというのも茨城県の特徴でございます。

次のページをお開きください。一方、医療に関しましては、残念ながら決して豊かとは

言えない状況でございます。人口当たりの医師数は、埼玉県に次いで全国ワースト2位でございまして、二次保健医療圏別の人口当たりの医師数を示した中ほどのグラフからわかるとおり、県内の地域偏在も顕著な状況にあります。県内唯一の医育機関である筑波大学が所在する県南地域のつくば医療圏には潤沢に医師がおりますが、そのほかのほとんどの医療圏は、程度の差こそあるものの、どこも医師不足に悩んでいる状況です。

これには、本県は可住地面積が広いため集落が分散しており、多くの地域に中小規模の医療機関が点在して存在し、地域を支えてきたことや、歴史的にこれらの病院を支えてきた県外の医科大学が苦しくなると、真っ先に医師引き揚げの対象となりやすいなど、構造的に不安定な事情がございました。しかしながら、近年は地域の中核病院の柱となるような診療科の医師が引き揚げられた後は、筑波大学がリプレースするような形で入っていただき、名実ともに茨城県の地域医療は筑波大学の貢献に支えられているという状況でございます。

次のページにおきまして、筑波大学の役割について簡単に触れさせていただきたいと思っております。筑波大学附属病院は分院は持ちませんが、地域医療教育センター、またはステーションとして、県内各地の基幹医療機関に教員を配置し、学生あるいは若い医師に対する臨床教育の提供と地域医療の充実に大きな貢献をされております。また、筑波大学には現在、36名の地域枠定員を設けていただいておりますけれども、これまでに卒業した28名が現在、県内の医療機関で勤務されておられます。こういう形でも、人口291万人の本県の医療を支えるために、県では筑波大学ともさまざまな形で連携をとらせていただいているところではございます。

続きまして、茨城県の二次保健医療圏について、次のページで御説明させていただきたいと思っております。茨城県には9つの二次保健医療圏がございまして、これらがそのまま地域医療構想区域と設定されております。先ほど申し上げたように、県内には飛び抜けた大都市というものがなく、いずれの区域も人口は20から50万人を擁しているなど、二次救急医療、入院医療が域内で完結することが期待される規模となっております。

その医療体制の内実は、県央・県南を除いて、かなり厳しいのは先ほど申し上げたとおりですが、本日は、この中でも地域医療構想の実現に病院再編・統合という手段が用いられた、先ほど医政局長からも御紹介いただきましたけれども、県西南部に位置する筑西・下妻医療圏、及び県東南部に位置する鹿行医療圏、いずれも医療圏を赤く縁取っておりますけれども、それぞれの事例を御紹介したいと思います。

次のページをお開きください。まず、県西南部の筑西・下妻医療圏について御説明させていただきます。この医療圏は、南につくば市、北西部は栃木県と接しており、中でも自治医科大学附属病院がかなり近距離にございます。こうしたこともあり、高次救急へのアクセスはむしろ恵まれた地域と言えますが、5つの市町からなり、人口27万人を擁する本医療圏に一般急性期医療を適時に提供できるだけの機能を備えた病院は必須でございます。

この医療圏では、173床の筑西市民病院、そして筑西市の隣にございます桜川市にある

303床の県西総合病院、いずれも公立病院でございますけれども、中核病院として地域を支えてきました。しかし、両病院とも平成14年以降から医師不足により診療機能が縮小し、稼働病床がこれに伴って減り、もはや中核病院としての機能が果たせない状況となってまいりました。医療崩壊の象徴的な地域として、メディアで取り上げられたこともしばしばございました。

また、この地域には急性期を脱した亜急性期医療や回復期のリハビリなどを提供する医療機関も極端に少なく、よって在宅医療を支援する環境も整っていない状況にございました。

そこで、本医療圏に不足している急性期・亜急性期を担う新たな中核病院を整備するべく、平成21年の茨城県地域医療再生計画に、本医療圏における新病院整備を位置づけました。検討の過程では、新中核病院をどこに建設するかというのが最大の論点となり、なかなか議論がまとまらない局面もございましたが、平成23年の東日本大震災で筑西市民病院が大規模に被災して、半分程度使えなくなってしまうということもあり、議論が加速化して、平成23年には公立2病院の統合について、両市の間で基本合意に達しました。

その後、さらにさまざまな議論の紆余曲折があり、民間の山王病院を巻き込んで、しっかりとした機能分化のもと、3病院を2病院にする病院再編・統合というスキームが合意されました。具体的には、筑西市民病院、県西総合病院が統合し、地方独立行政法人による250床の新中核病院、茨城県西部メディカルセンターが誕生し、地域の二次救急医療を担う役割が期待されます。

そして、民間の山王病院が一般病床と療養病床、計128床のさくらがわ地域医療センターの指定管理者となり、地域の初期救急や回復期・慢性期の入院医療の提供が期待されます。この統合には、国からの基金による補助金を主に活用させていただいたところです。

これらの医療機関は、いずれも今年10月の開設に向けて、ほぼ建設は終盤にかかっておりますけれども、そのほか医師確保など、着々と準備を進めているところです。

次のページをお開きください。1点、このケースの特徴的なこととして、西部メディカルセンターに筑波大学と自治医科大学が合同で臨床教育センターを設置するということがございます。幾ら機能分担を整理して、診療機能の集約化、分担を図るということを決めたとしても、医師が集まらなければ絵に描いた餅になってしまいます。そこで、医師、特に若い医師は、自身のキャリアの向上にメリットがある教育機能や医療レベルがしっかりした病院を志向しますので、筑波大学、自治医科大学から最大8名の教員が筑西市からの寄附講座という形でセンターに派遣され、現地で医学生や研修医の教育指導が展開されるという仕組みが整えられました。

こうした工夫により、この医療圏において、急性期・回復期・維持期、そして在宅へと至る医療連携体制がしっかり構築され、限られた医療資源が最大限に生かされる体制へと変貌することが、今年10月以降、大いに期待されているところでございます。

続きまして、次のページをお開きください。太平洋に面した県東南部の鹿行地域におけ

る事例を御紹介したいと思います。この地域も医療資源が非常に限られた地域で、特に人口当たりの医師数は県内で最も低く、全国344医療圏の中でもワースト2位と、際立っております。筑西・下妻医療圏と背景が非常に似ているところもございまして、高度先進医療を提供する1,000床近くの国保旭中央病院が千葉県との県境を挟んで近隣の医療圏にありまして、特に入院医療となると、多くの住民が県境を越えて千葉県に流れていっているという現状がございました。

また、鹿行地域は南北に長く、救急搬送の収容までの平均所要時間が50分と、県平均の40分を25%上回っており、域内にしっかりと二次救急を担える医療体制を構築することが喫緊の課題となっております。公的病院としては、神栖済生会病院と鹿島労災病院がありますが、両病院とも慢性的に医師不足であり、右下の表のとおり、患者数や病床稼働率もここ近年、ともに低迷しておりました。特に鹿島労災病院は、千葉大学の医師の引き揚げで、平成23年に33名在籍していた常勤医が、平成25年には10名になったことがとどめとなりまして、もはや地域の中核病院としての役割を果たせず、地元住民の域外流出にますます拍車がかかる結果となりました。

次のページをお開きください。これを受けて、平成26年から両病院のあり方についての検討会を設け、関係者の間で議論するほか、また住民説明会なども開催し、平成29年度、基本構想の取りまとめ、そして再編統合に係る基本合意書の締結に至りました。この過程においては、当時の県の医師会長が調整役として東奔西走してくださって、取りまとめに尽力された功績が非常に大きいものと考えております。

左上の図をご覧ください。再編のスキームとしては、鹿島労災病院を神栖済生会病院に統合し、神栖済生会病院は350床の本院、及び鹿島労災病院跡地に新しく建てる分院に有床診療所を整備することになっております。

それぞれの役割については、次のページをご覧ください。神栖済生会病院本院では、二次救急、入院医療をしっかりと提供する地域の拠点病院として、そして、そのサテライトとして、より住民に身近なレベルで医療提供する分院と連携して、急性期から在宅に至るまで、それぞれの役割に応じて担えるような体制を構築することが期待されております。

1つ、この地域に特徴的なこととして、鹿島工業地帯が近くにあるため、労働人口は一定維持されて、また子育て世帯も多いというのが特徴です。そのため、医療のニーズは将来にわたっても高いことが見込まれまして、労働災害を含めた医療提供体制を構築しておくことの必要性は非常に高いと考えております。

以上、もともと都心からのアクセスが必ずしもよくない立地ながら、30万人近い人口を擁していて、その中、地域の中核病院が県外の医科大学などから医師の引き揚げを受けたのをきっかけに、診療機能が質・量ともに低下・縮小し、地域の中核的な役割を果たせなくなったり、あるいは経営も悪化したりという負のスパイラルに陥ってしまったことがきっかけとなって、地域における医療再編の議論が本格化していったケースを御紹介させていただきます。

病院再編は、地域の医療を支えるためには、これらのケースにおいては避けて通れない議論でありまして、県もその検討過程におきましては、調整など、一定の役割を果たしてまいりましたが、病院再編という選択肢に至るまでの道のりは決して平坦ではなく、それぞれの経営母体の意向、地元自治体の意向と、多くのステークホルダーの意見を調整しつつ、粘り強く最適化を図っていったというプロセスがございました。

次のページをご覧ください。現在、県では、これとは少し背景が違う水戸医療圏における医療提供体制のあり方について、議論の端緒についたところですので、少し御紹介させていただきます。水戸医療圏は、県都だけに、他の医療圏に比べると医療施設も医師の数も充実しているように見えますが、内実はさほど余裕のある状況ではございません。

その理由の一つとして、スキームにございますとおり、半径20km以内に茨城県立中央病院、水戸済生会病院、水戸日赤病院等々、公立病院・公的病院の病床数がいずれも400床前後の急性期病院がひしめいておりまして、診療機能の分化度が低くて、特に医師の働き方の議論なども踏まえると、限りある医療資源を活用したパフォーマンスの最大化という観点から、必ずしも理想的な状況ではないという状況がございます。

また、それぞれの病院において、医師不足や施設の老朽化、狭隘化といった課題を抱えており、地域医療構想の議論の中で水戸医療圏の医療機能分担、集約化、連携の議論をしっかりと踏まえて進めるべきということで、先月からあり方検討会における議論を開始したところです。これは、今後、さまざまな観点から病院の再編・統合も視野に入れて、あるべき姿について議論をしまいる予定となっております。

時間を超過してしまいましたが、以上、御説明を終わらせていただきます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、引き続き、荒井奈良県知事から奈良県の取組についての御紹介をお願いしたいと思います。

○荒井奈良県知事 奈良県の荒井正吾と申します。本日は、光栄でございます。ありがとうございます。よろしくお願いたします。

資料3でございますが、奈良県の地域医療構想の取組について簡単に御説明申し上げます。

1 ページ目をお開きください。実情と課題ということでございますが、左に書いてございますが、大規模病院が少なく、中規模の病院が多い傾向で、公立・公的が比較的少なく、民間医療機関が多い。救急・高度が不足していたということでございます。

最近の課題の特徴でございますが、診療報酬の誘導により、回復期病床が急増しているという、他と若干違う傾向がございまして、このようなことから、できるだけ根本的な課題の解決にこの際、向かう必要があるという認識をしております。

課題解決の方向性を1ページの下に書いてございますが、5つ挙げております。最初の2つは目指す方向、姿といった形でございます。急性期・高度医療の「集約化」と、身近な医療の「均てん化」を同時達成したいということでございます。2つ目は、公的医療機

関の地域貢献度を増す。この2つを大きな柱にしたいと思っております。

その次の2つはやり方でございますが、医療資源適正配置を具体的にどうするかということでございます。関係者の意識のすり合わせと共通認識の醸成が極めて重要だと思っております。そのためには、医療提供機能の徹底的な見える化を図っていきたいと思っております。

5つ目は、政策手段の開発・充実ということでございます。色々なことがあろうかと思いますが、これから一番大事だと思っておりますのは、徹底的な見える化の中で真の医療需要の客観的把握が大事なことかと思っております。

2ページ目を開いてください。課題解決に向けた取組の具体例を御紹介申し上げます。南和という田舎の吉野の山の中でございますが、公立・公的の大淀、五條、吉野という3病院がございましたが、3つの病院は似た者同士で、急性期は一応標榜されていたわけですが、急性期の集約化というものを一つの大きな課題にしました。急性期至上主義を脱却してもらおうということでございます。具体的には、3つの公立病院を機能的な1つの救急病院と2つの回復期・療養病院に役割分担して、1つの企業団をつくったということでございます。

その企業団をつくった背景には、左下に小さな字で書いてございますが、過疎債を活用いたしまして、200億円位かかりましたが、中心病院を過疎債でつくっていただきました。過疎債は市町村が発行いたしますので、その起債の償還額の64%を県が負担するという約束をいたしまして、赤字発生の場合も過疎債で負担できるのですけれども、赤字は早く潰すということで、県が2分の1という負担を約束いたしました。負担の実例はしなくて済んでおり、黒字体質になってきたということでございます。

右のほうは成果でございますが、病床稼働率は飛躍的に向上いたしました。急性期機能が向上いたしまして、図にありますように病床利用率はほぼ満床状況が続いておりますのと、救急搬送の受け入れが約2倍になっております。パフォーマンスがかなりよくなった要因でございます。

3ページ目でございますが、公的病院を地域貢献に向けるというのが県知事の大きな役割だと考えております。県立病院の法人化とともに、中心病院をつくりました。その中心病院の課題として、断らない医療、断らないERの整備をいたしました。それから、がんなどの高度医療の充実を図りました。がんの死亡率がこの10年間で奈良県は一番下落いたしました。それから、公的病院の中で研修機能が大きいと思っております。それから、近隣病院との連携ということでございます。5月1日にオープンいたしました。約400床の病院でスタートいたしました。

そのうち、ステークホルダーとして病院機構に言い渡しましたのは、三方よしでやってくれ。患者によし、地域によし、医療従事者によしということを必ず入れてくれと言いつつ、医療従事者の働き方改革が進んでいるのはうれしい限りでございます。

県立医大の地域貢献でございますが、医師派遣機能を強化するのと断らない医療、医学

教育の抜本的見直し、県立医大の建学の精神、どのような医者を育てるのかというのがなかったで、このような文章を私が書き込みました。中期目標を県知事が出せるという権能を利用いたしまして、ここに書いてございませぬが、医大の中で地域貢献ということをも明記いたしました。

4 ページ目でございますが、地域医療構想の我々のやり方ということでございませぬが、病床機能分化をどう達成するかということでございませぬ。奈良県では、急性期を重症急性期と軽症急性期に分けられないかということをも今、心がけております。「断らない病院」の機能と「面倒見のいい病院」の機能、どちらにしますか。「断らない病院」というのは投資が要りますので、急性期至上主義から脱却して、バランスのとれた機能分担を心がけるように医療構想を進めております。

医療構想の進め方、5 ページ目でございますが、意見交換が重要だと思っております。県の医療構想推進のメッセージを左に書いてございませぬが、これはマーケティングだ、医療の需要をよく見て、マーケティングを一緒にしようというメッセージを出しております。それから、目指す医療の機能分化の姿として、「断らない病院」になりますか、「面倒見のいい病院」になりますかということをも問いかけて進めているということでございませぬ。急性期を標榜して、救急病院という格好だけつける病院もあるわけでございますので、機能と標榜を明確にしようということでございませぬ。

それから、よく言われる医師不足の管理です。経営とも関係いたしますが、中規模病院で医師不足感が強いわけでございますが、病院の中での医療資源確保を一緒にしようということをしております。関係者との直接の協議は大事なことでございませぬ。これから続ける必要があるかと思っております。

6 ページ目でございますが、そのような対話の道具にもなりますが、機能の見える化、情報が大事だと思っております。県の役割は、マーケットの状況あるいは将来の動向をできるだけわかりやすく展開して、それを素材と一緒に将来の姿を考えようということをも考えております。「面倒見のいい病院」の機能、KPIを明確にしようということでやり始めておりますが、その一環でございます。すると、ほかの病院との比較をしてもらえぬ。それを抜き出ると、はやりますよということをも呼びかけております。

右のほうは、国からいろいろな財政支援をいただいておりますので、その効果を上げるのが中間行政の大きな役割だと思っております。目指す姿を明確にして、そのために補助金を使わせていただくということが大事かと思っております。

7 ページ目、最後になります。今後でございますが、一番左上は、医療の課題は多様であろうということが書いてございませぬ。県の役割としては、その多様性をどのように客観的に把握するかということが大事かと思っております。その中で、医師偏在の把握というのは、医師需給という会議は厚生労働省でもあるのですが、医師需給の前に医療需給があるのではないか。医師需給のときには、医療需要をちゃんと把握しないとイケない。医療需要の中でも、現実の医療需要と真に必要な医療需要、ウオントとニーズを客観的に把握

するのが必要じゃないかと思って取り組もうとしております。

左下は、公的・公立病院に対する厳しい目があることは承知しております。マーケット全体と病院の経営をやるというのは、利益相反だという意見も有識者にございますが、そういうことが起きないように、経営とマーケティングを違う立場でやることを心がけております。

右上でございますが、医師確保の具体的なやり方が医療構想実現の成否になると思いますが、県立医大がありますので、県立医大がハローワークになってくれということとともに、県が医師のハローワーク機能を発揮しようとしております。

最後に右下でございますが、政策手段の開発はまだまだこれからでございますが、財政支援だけじゃなくて、情報資源の活用は大きなことだと思います。現場に近い我々ができることは、現場の知恵ができるだけ発揮できるように心がけて、中央の方々に吟味していただくというパターンが望ましいと思っております。

御清聴ありがとうございました。

○清家議長 ありがとうございます。

なお、荒井知事からは、次の議題でもプレゼンをいただく予定でございますが、せっかくの機会でございますので、奈良県の地域医療構想の取組についても御紹介いただいたところでございます。

そこで、今、2つ御紹介いただきました、木庭部長から御紹介いただいた茨城県のケース、そして、今、荒井知事から御紹介いただきました奈良県のケースについて、委員の皆様から何か御質問等ございましたら、よろしく願いいたします。

なお、御発言の際は、このパネルのマイクをオンにいただければと存じます。

では、遠藤委員、よろしく願いいたします。

○遠藤委員 ありがとうございます。現場の状況について、非常にわかりやすく御説明いただきました。

私自身は、この地域医療構想に関連する、これまでの検討会、病床機能報告制度、地域医療構想のガイドライン、それから地域医療構想を含んだ医療計画の検討会、3つあるのですけれども、座長をずっとさせていただいたものですから、現実はどういうふうに動いているのか、私自身もいろいろと調べているところですが、大変興味がわくお話をいただきました。

せっかくいらしておられますので、ちょっと細かいことになるかもしれませんが、お聞きしたいのですが、まず茨城県に対しましては、筑波大学がマンパワーのアロケーションについては非常に重要な位置づけをしていたというお話ですね。これは、主として地域枠の人たちと理解してよろしいのか、それとは関係ないのか。そもそも筑波大学は、国立大学でありながら、自分の県に対して関心を強く持たれているのかということが1つ。

もう一点は、今回のお話は、奈良県さんもそうなのですが、公立病院と公的病院が主たる話であったと思います。これは、平成29年からの協議はそちらを先行させていま

すから、そういう動きがあるのかもしれませんが、民間の場合の再編は、恐らく公立病院や公的病院よりも利害調整が大変だと思います。そういう民間の病院と絡めた調整ということは、今後必要になってくる可能性もあると思うのですが、その中で茨城県さんの場合は1つの民間病院が関与しているケースをお話しされました。これは、民間病院としては、どういう理由でこういう流れになったのか。それは、割と普遍的に使えるのかどうか、その辺のことを知りたいなということでお聞きしたいと思います。

それから、荒井知事にお聞きしたいのは、同じようなことですが、奈良県は民間病院が多いというお話が冒頭ございましたけれども、今のところは公的な病院、公立病院の再編というお話だったと思いますが、今後、民間病院の再編というものは大きな課題として残るのか。そのときに、どういったことが重要なのか。先ほど、知事のお話では、医療需要の客観的な見える化だとおっしゃっておられたと思います。

その辺は具体的にどういうことなのかということで、実際には今、4つの機能の必要病床数については各都道府県に国が示しているわけですが、これもある種、医療需要の見える化なのですが、それでは不十分であって、さらに細かい分析が必要だというニュアンスなのかどうか。その辺のところをもしお考えがあればお聞きしたいということで、以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、木庭部長と荒井知事から回答いただけますでしょうか。

○木庭茨城県保健福祉部長 御質問ありがとうございます。

私のほうには、大きく分けて2点御質問いただいたと思います。

まず、筑波大学の県内の医療機関へのマンパワーにおける貢献は、地域枠の方々の貢献かどうかということにつきましてですが、筑波大学に地域枠を初めて設けていただいたのは平成21年になります。そこから1年生で上がっていきますので、現在、県内に28名、地域枠の義務内として勤めていただいております。その方々の貢献ももちろんあるのですが、まだ研修医という段階でございますので、地域の中核となる病院について支援していただいているといった面が現在のところ大きいと思います。将来的には、地域枠の方々にも筑波大学と連携する形で御活躍いただきたいと考えております。

そして、筑波大学がなぜ地域にそこまで目を向けてくださっているのかということですが、筑波大学は御承知のとおり、昭和48年に開学されて、ここ10年、20年ぐらいでマッシュに医師を県内に派遣していただけるような状況になったと理解しております。学生実習なども、先ほどスライドで御紹介させていただいたように、教育ステーションあるいはセンターとして県内の各地に教育の拠点を設けていただいておりますけれども、あまり医療資源がないところでは症例がたくさんあって、学生さんのいい実習になるし、若い先生もスキルの上達にも非常に有効だということで、地域に積極的に出ていっていただけるという面もあると聞いております。

続きまして、民間が絡んだ形での病院の再編・統合につきましてですが、まず、

筑西・下妻の件では、民間の山王病院という80床程度の病院が指定医療機関という形で再編・統合に参加することとなりました。この山王病院さんにとってのメリットというのは、山王病院さんは当時、後継者がいないとか、将来に対する雲行きが怪しかったという事情があって、かつ、財政的にも、公的な援助によって、さくらがわ医療センターの指定管理としてある程度整えられたところに入っていけるというのが非常に大きかったと理解しております。

もう一つの鹿行医療圏の神栖済生会、鹿島労災病院の統合は両方とも民間病院でございますが、こちらは労災病院のほうが立ち行かなくなってしまった。ただ、地域の医療を守るためにどうしたらいいのかというのを関係者が非常に強い危機感を持って議論していったということだと思います。正直に申し上げますと、水戸の話も最後に御紹介させていただきましても、民間の病院に再編・統合のメリットをどう提示できるか、感じてもらえるかというのが本当に鍵となると感じておまして、それには国からの補助金、財政的な支援は大変ありがたいことですが、それにプラスアルファでいろいろな工夫を考えていかなければいけないという状況でございます。

○遠藤委員 ありがとうございます。

○清家議長 ありがとうございます。

では、荒井知事、よろしく願いいたします。

○荒井奈良県知事 ありがとうございます。お答え申し上げます。

医療機関に国立系、公立系、民間あるいは医師会のクリニックがあるのですけれども、ほかの知事さんは国立が一番やりにくい。なぜかという、国立系の医学部の診療・看護の地域支配、病院支配のメンタリティが強くて、それを地域貢献に向けるというのはなかなか難しいというのが知事の嘆きなのです。奈良は、幸い国立系医学部がありませんので、県立系医学部だから予算を出していますので、リーチが割と強いというので、いろいろなことができたということでございます。

民間についてどうかということは、民間系は医育機関があまりありませんので、国立系の診療科に依存して、各地、みんなそうだと思いますけれども、何学系とか何大学系という、その支配を外れたりすると罰を受けるという傾向があるのですね。これをその地域の需給にどのように結びつけるかというのが、我々地域医療構想で課せられた課題だと。脱学部・診療科というのが大きな課題だと思います。

民間病院でもそうでございますが、民間病院の医療機能の充実の前に、病院をよくするというものをどうすればいいかということに腐心しておりますが、それには病院長、お医者さんが多いのですけれども、ある診療科の専門医であることが多いので、マーケティングをあまりされていないのですね。どうすればもうかるのか、持続できるのかという意識があまりありませんので、こうすればこの病院は伸びますよとか、いい病院になりますよということを資料で話す。

資料で話す際、いい病院は事務局長が大体しっかりされています。事務局長を人材開発

するというのは、日本にとってすごく大事なことだと思います。県立病院も事務局長がいい人が来たら経営はV字回復ですね。病院長は何がいいかというと、マーケティングがいいとともに、働かせ方がすごくいいですね。働かせ方が全然違う。それと看護部長が大事ですけれども、看護部長を副院長にしましたが、看護部長がいい病院は、お医者さんの働かせ方がすごい。

いろいろできの悪い医者もいるでしょう、どうして働かせるのと看護部長に言うと、おだてるしかないという現場の声があります。私はおだてるのは下手ですけれども、うまく伝道できれば。マーケティング感覚をどのようにするかということをやります。

それから、プライシングがすごく今、効いています。診療科の機能を流すのに、診療報酬が変わると、皆、短絡的なもうけ主義があるので、そちらにどんどん行きます。それをもう少し将来を見た情報を収集して見てもらうというのが、情報によるマーケティング志向を醸成するという事。民間は、国立・公立よりももっと効くのではないかと考えています。

今、病院経営で一番大事なものは、医師の働かせ方をちゃんとする。特に、女性の医師にうまく働いてもらう環境をつくっている病院かどうかで生き残り力は随分違ってくると思います。そのような働き方環境をどうするかということも県政の課題であろうと考えております。

以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、ちょっと恐縮ですけれども、次の議題がございますので、次の議題の後にまた残りの質問時間を設けますので、そこで御質問を承れればと思います。

そこで、引き続き、議題の4「国民健康保険改革の進捗等について」、説明していただくことにしたいと思います。

まず、国保改革の施行状況などについて厚生労働省の鈴木保険局長から御説明いただき、その後、国保保険料の統一などの奈良県の取組について、ただいまプレゼンテーションを賜りました荒井奈良県知事から御紹介いただきたいと思います。その後に、改めて質疑、意見交換を行いたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、まず、厚生労働省から御説明をお願いいたします。

○鈴木厚生労働省保険局長 それでは、お手元の資料4に基づきましてポイントを御説明申し上げます。

1枚おめくりいただきまして、御案内のように、国民健康保険制度は社会保障制度改革プログラム法を踏まえまして、この4月から、財政支援の強化・拡充、財政運営の都道府県単位化という、国民健康保険制度始まって以来となります大きな改革をスタートしたところでございます。国保制度は、御案内のように、国民皆保険を支える基盤でございますので、構造的な課題に対して、消費税財源なども活用して持続可能性を高めるという観点から対策を講じたものでございます。

具体的な内容でございますけれども、続いて、2ページでございますが、1つは、国保の財政運営の責任主体として都道府県を位置づけたということで、都道府県に担っていただいております提供体制面、それから国保の財政面、両面に目配りをいたしました取組ができるようにしたということでございます。その中での都道府県と市町村の役割分担、今、ご覧いただいているとおりでございます。

その中で財政スキームでございますが、次の3ページでございます。いわば都道府県に大きな財布をつくりまして、国保財政の入りと出を管理するということで、例えば高額医療費の発生などのさまざまなリスクを都道府県全体に分散することが可能になるわけでございます。

2つ目の柱で、財政支援の拡充であります。次の4ページでございますように、毎年度、3,400億円の追加的な財政支援ということで、低所得者対策の強化、財政調整機能の強化・保険者努力支援制度、あるいは財政リスクの分散・軽減方策ということで、制度の持続可能性を高めるための取組推進ということで取り組ませていただいているところでございます。

ここに至りました施行の流れでございますけれども、次の5ページをご覧いただきたいと思っております。冒頭御紹介いたしました平成27年5月の改正法の施行後、国と地方協議の場を通じまして、各都道府県あるいは市町村の皆様と丁寧に議論を重ねてまいりました。その上で、昨年度でございますけれども、各都道府県におきまして、市町村の皆さんとの間で、それぞれの地域の実情も踏まえまして施行に向けた詰めの議論を行っていただきました。その中では、都道府県内におけます保険料水準の統一に関する議論、あるいは法定外一般会計繰入の計画的な削減の検討といったことも行っていただいたものと認識いたしているところでございます。

とりわけ、初年度でございますスタートの年、平成30年度につきましては、保険料水準のあり方につきまして改革を円滑に実施するといった重要性も踏まえた検討を行っていただいたと承知しているところでございます。

その結果でございますが、次の6ページになります。これは、本年3月に法定外の一般会計繰入などの影響を除きました保険料水準あるいは納付金の水準の理論値について、都道府県からいただいた資料をもとにまとめて公表させていただいたものでございます。比較いたしますと、改革前後におきます保険料水準でございますけれども、保険料ベースで把握したものと、先ほど財政スキームでご覧いただいた納付金ベースで把握したものとに分けてございますけれども、丁寧な激変緩和措置を講じていただいたことで、その伸びが一定程度抑えられまして、急激な伸びは抑えられたのではないかと。市町村数の増減割合を書いているところでございます。

そのさらに具体的な状況でございますが、1ページおめくりいただきまして、7ページの円グラフでございます。これは、増減の割合別に分布を示したものでございますけれども、先ほど申しました保険料ベース、納付金ベース、それぞれ増加した市町村におきまし

ても、3%超程度の増加が、保険料ベースで5%、納付金ベース2%ということをごさ
いまして、これは医療費の伸び自体が全国平均で平成26年から28年度の3年間で、毎年3%
程度だったことを考えましても、そんなに大きな増になっていないのではないかと
いうことで、それぞれ各都道府県・市町村の御努力によりまして、まずは円滑なスタートが切
れたのではないかと認識しているところでございます。

今後でございますが、こういったことで国保の財政基盤の強化というものが実現され
たところでございますけれども、これから高齢化等も進みますので、都道府県・市町村の皆
さんの中で予防健康づくりなどの適正化努力をさらに進めていただくことが重要になると
考えております。

そこで、次の8ページでございますけれども、保険者努力支援制度を創設いたしまして、
インセンティブの仕組みを活用いたしまして、都道府県・市町村の適正化努力を支援する
ことにいたしております。それぞれの中身については、この8ページでご覧いただいでい
るとおりでございますし、これを指標化いたしまして見える化したものがその次の9ペー
ジないし10ページでございます。こういった取組の推進を含めまして、皆保険の基盤で
ございます国保制度が将来にわたって持続可能なものとなるように、不断の取組を進めてま
いりたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、荒井知事から発表をお願いいたします。荒井知事、よろしくお願
いいたします。

○荒井奈良県知事 ありがとうございます。

資料5をお開きください。簡単に申し上げます。

奈良県の国民健康保険の取組でございますが、清家議長のまとめられました国民健康保
険改革の本旨に沿うものであると認識しております。どのような点がそうかということ
を1ページ目に3つ書いております。

最初は、都道府県による受益と負担の総合的マネジメントということでござ
いまして、受益と負担のマネジメントは保険を経営する者にとって当然でござ
います。重視する3点の第1でございます。

2つ目は、法定外繰入の解消、財政的な構造問題の解消ということも書いてござ
いまして、法定外繰入は保険性を薄めていると思っております。国民健康保険は、御存じのよ
うに受益と負担のバランスが悪い分野をカバーしているわけでございますが、市町村の
小さな保険集団の会計は保険料の格差が拡大する傾向にございまして、法定外繰入は、
保険性を強めて保険料を抑制するための市町村の苦肉の策でございまして、
バランスのとれた保険にする試みが県営化で、財政的な構造問題の解消を目的
にしたものだとして認識しております。保険という原点に立つ必要がありますが、
そのためには法定外繰入の解消は欠かせない事項だと認識しております。

3つ目の重点事項でございますが、これは市町村保険でございますと、地域事情による保険料格差が出ておりますので、保険の公正化という観点からは、帰属する市町村の違いで保険料格差が生じないように、保険料負担の平準化による公平化を目指すべきだ。この3つを奈良県の改革の重点事項としております。

2ページ目をお開きください。構造的な問題解決は、ここに書いてあります法律の中でも明記されていると認識しております。

3ページ目でございますが、このような法律は平成25年12月に施行されたものでございますが、平成24年から県と市町村のサミット、勉強会を開いておりまして、国保の県単位化を目指すことを提案して賛同を得始めておりました。順次、そのような取組を進めておりまして、いち早く県営保険にしようということにしておりましたが、国のほうがちょっと遅めでありましたので、国にあわせて1年遅らせたという経緯がございます。

4ページですが、この3月に国保県単位化の記者会見をいたしました。その中身でございますが、制度設計の主なポイントを記者会見資料で挙げておりますが、平成36年度に保険料水準を統一するという。法定外繰入は平成30年度に解消する。これは、県民負担の受益と負担の「見える化」を図るという観点でございます。次ページで、その詳細をまた御説明申し上げます。

それから、県民負担の上昇が保険料支払いということであるわけでございますが、公費をいただいておりますので、公費を見える化で有効に活用することと、保険業務でございますので、支出を抑えることは当然でございますが、抑制的な医療費目標を設定して体制を整備することを考えております。その中で、地域別診療報酬の積極的活用も入ってくるということでございます。

総合的マネジメント、下に3つの線がありますが、左の医療費適正化と国民健康保険県営化は、保険者機能の強化という分野だと思います。医療費適正化は、保険者として当然見据えるべき点でございます。都道府県知事は、たまたま地域医療構想、供給のほうのリーチもありますので、それも一緒にして、供給と費用の公正な関係を志すことを総合的マネジメントの考え方とっております。負担と受益の結節点機能が都道府県に発生したという認識をしております。

5ページ目でございますが、その結節点機能、総合的マネジメントの国保でのやり方でございますが、左、県民の受益、平成36年度見込みとして、1,177億円という目標を掲げております。これは、全体の保険料4,813億円の内数でございます。この現在からの伸び率は、高齢化による伸びを前提にしており、国のほうにおいても医療費総額は高齢化の伸びを抑えようという形に沿ったものと考えております。

その際、平成36年度で医療費の目標が決まりますと、県民の負担を配分しなければいけません。その配分は右にありますように、保険料の負担が218億円、受診時の自己負担が200億円、その他公費の法定内繰入が319億円、前期高齢者交付金から負担されるのが440億円ということで見込んでおります。この結果、同じ所得・世帯構成であれば、県内のどこ

に住んでも同じ保険料水準になり、県内の被保険者が30万6,000人でございますので、それを割り戻しますと、1人当たり7万1,158円になる見込みと計算しております。なお、介護保険とか後期高齢者医療への納付金がございますので、保険者協力金をいただいているものもあるし、出すものもあるということで、差し引きいたしますと11万3,736円になるということでございます。

結果的に、平成36年度に受益と負担が均衡しない保険になったらどうするかという頭の体操になりますが、1,177億円が県民の負担見込みを上回る場合、AがBを上回るときに、決算が出てから繰り入れることはやめよう、法定外繰入はやめよう、決算後補てんは保険の意味がないと考えております。その際は、保険料を上げるか費用を下げるかしかないのでございます。この②と③をどうするか。この場合、②でやるか、③だけでやるかという考え方と、オアでございますが、②と③を組み合わせるといふ選択肢はあろうかと思っております。これに至る経緯をよく分析して、何が原因でAがBよりも大きくなったかということで、そのときの判断になろうかと思っております。

幸いにして、AがBを下回ることにになれば、保険料が余ってくるわけでございますので、どうするか。そういうことはないかもしれませんが、楽しみとして、将来のための基金の積み立て、保険料水準の引下げ、診療報酬総額の引上げという選択肢があると思っております。保険でございますので、保険者集団の納得感が何よりも大事だと考えております。保険業務を任されるわけでございますので、納得感を確立するための努力をこのような形で頭の整理しているところでございます。

この中で、医療費適正化をどのように推進するのかということは6ページ目でございます。医療費適正化は、保険集団として気にしなければいけない事項でございます。

医療費適正化・保健事業の推進で左のほうで考えておりますが、市町村保険から県営保険になりますと、医療費適正化・保健事業が相当力強くなるように思っております。市町村がばらばらであったのがまとめて行える、組んで行えると思っております。しかし、こういう事業は小まめに実行するしかない。現場のそばで小まめに実行する。その小まめ実行力が問われると思っております。

市町村との連携の中では、市町村が現在も保健事業をされておりますが、目標感をあまり意識されないで市町村が一生懸命されている場合もあります。また、市町村ごとの熱意の差がございますので、大事な事業はわかりやすく説明して実行していただく。それは、住民の方にわかりやすくということにもつながると思っております。この保健事業は、住民の生活習慣への働きかけに尽きるように思いますので、住民の方が納得して、健康長寿というのは住民の方の大きな願いだということの確信を持って、そのために県・市町村が役に立つ。それが医療費適正化につながっていくのだという関連で実行できたらと思っております。

県営になることを踏まえまして、国保事務支援センターをつくって、県・市町村が連携してやろうと思っております。下に書いてございますが、国保連合会は市町村の連合会で

ございましたので、多少弱いところがございましたので、県が一緒に入ってやろうということを進めております。その際は、今の医療費適正化の連携した取組と業務の共同化というものが出来ていると思います。

その次、業務の共同化について7ページ目で御紹介しております。国保事務の共同化ということで、業務の集約化ということが1つ確実にできることだと思います。市町村ごとに実施しております業務を、県単位化後はセンターで統一実施いたしますと、業務の内容を担当が意識でき、また市町村の負担が軽減でき、事務の効率が上がることをもくろんでおります。

また、県営化に際しまして、これまでできなかった事務がございます。それは、保険給付の適正化業務の分野だと思います。また、保険業務を通じて集まりますデータを活用した指標の見える化です。それは、市町村ごとにやるよりも県域でやるほうが、より納得感のある、わかりやすいデータ整理ができるものと思っております。医療費分析などの専門性の高い事務もここでできたらと思っております。

県では市町村ごとの医療費分析をやり始めておりますが、市町村別の人口1人当たりの医療費水準は1.6倍の差がございます。1.6倍の差が、高齢者とか難病の多い地域だとか、地域性で納得感のいく説明ができればいいのですけれども、医師の行動パターンとか、ジェネリックの率とか、いろいろなことで人工的に医療費水準が決定されているように見えるわけがございますが、これはもう少し分析しないとわかりませんが、そのような分析をしていきたいと思っております。

8ページ目でございますが、県庁組織も保険業務が入ってまいりますので、右にありますように、医療・介護保険局という組織をつくって、国民健康保険と医療費適正化の組織をつくって県と市町村でやっていきたいと思っております。

9ページ目でございますが、保険料がどのようになっていくか、注目の的になっておりますが、現在の保険料水準は、平成29年度から36年度までの道行ということになります。法定外繰入がありますので、保険らしくないわけがございます。市町村保険らしくないので、法定外繰入をやめまして保険料改定を、先ほど申し上げました平成36年度の水準に合わせて、それぞれ保険料水準を上げていきたいと思いますということを考えております。保険料水準が市町村で大きく上がるところと、それほど上がらない、下がるところがございますが、それを市町村と県が協議の上、保険料を年々上げていくことを続けていきたいと思っております。

激変緩和措置をこのようにしていきたいと思っております。厚生労働省におかれましては、県の役割に対して激変緩和の助成金をいただきましたので、それを十分に活用していきたいと思っております。この点については、感謝申し上げているところでございます。国の公費を有効活用したいと思っております。

統一されることになると、県内の統一保険料になることと、全体として受益と負担の見える化というのが保険としての一番大きな目標だと思っております。その際に、受益

が負担を超えた場合にどうなるのかということをございます。右上に出ておりますが、公費の有効活用とか抑制的な医療費目標、医療適正化に向けた取組、地域別診療報酬の活用という選択肢、ないし、やるべきことがあるのではないかと考えております。

高齢者の医療の確保に関する法律の権能の地域別診療報酬の活用について、10ページ目でございますが、地域別診療報酬の活用については、今、申し上げましたように、平成36年度に向けての最終的な選択肢の一つだと思っております。したがって、診療報酬引下げありきという政策方針ではございません。高確法で法律で規定された権能でございますので、ここに書いてあるとおりでございますが、その権能がいざというときに使えるように、いざというときの刀を備えたけれども、抜いてはいけないよというのは変な刀だと思いません。いざというときはどういうときかということは議論しなければいけないと思っております。

高確法でせっかく刀を用意して、刀をむやみに抜こうとはもちろん思っておりませんが、どういうときにこの法律は抜けと言われているのかということをも十分吟味して、これは国会で決められたことをございますので、法律の趣旨を、忖度じゃなしにどれだけ解釈するかということは極めて重要になっておりますので、この法律の意味を軽視してはいけないと考えております。

法律の規定、その本質的な狙いをどのように解釈して実行するかというのはこれからでございますが、地方分権というのが大きな内容で、県知事にこのような権能・責任を寄せられたということは、分権改革の一環だと思っております。分権改革はいろいろあると思っておりますが、各県一律にやれというものから、各県違うやり方で突貫するものがあるのもいい。

今の分権の中での県の役割は、縦突進をする県が出てもいいのではないかと。ラグビーは、最近、慶應はあまり強くないかもしれませんが、縦突進をするラグビーが出てもいいのではないかと。それを国は横展開を心がける。これは大変いい展開である。縦突進、横展開というのは、国と地方の役割分担で大きな意味が今、できていると思っております。突進力のない奈良県でございますが、縦突進を心がけていきたいと思っております。倒れても、その倒れ方で、あの突進の気持ちはいいから、ほかの有力な県が真似しようということは必ず出てくると思っております。

横の様子をパクってやるというのは、今の地方公共団体の基本的流儀でございます。いいところをパクり合おう。パクりは、地方公共団体の自由だ。TPPというのを、徹底的にパクりパクりと解釈しておりますが、奈良県がパクられるように、今までパクってばかりでございましたが、ちょっとした突進ができたらと思っております次第でございます。

御清聴ありがとうございました。

○清家議長 荒井知事、どうもありがとうございました。

それでは、これまでの御説明に関連いたしまして、委員の皆様から御意見、御質問など御発言をお願いしたいと思います。ここで今日御欠席の増田議長代理から意見書が提出されております。委員のお手元にも配付されていると思っておりますが、簡潔に御紹介いたしま

す。

奈良方式については、大変先進的、意欲的と評価された上で、法定外繰入解消等によって受益と負担の関係の「見える化」とガバナンスを構築していくべきこと。そのガバナンスを構築していく上で、都道府県の体制整備を進めていくべきこと。そのガバナンスを実効的に発揮する手段の一つとして、地域別診療報酬の活用を検討を進めていくべきことなどを表明されているところでございます。

それでは、委員の皆様から発言をお願いいたします。

まず、土居委員、お願いします。

○土居委員 ありがとうございます。今までの御説明、大変勉強になりまして、感謝申し上げます。

意見と質問がありまして、まず意見の1点目は、地域医療構想のところでは荒井奈良県知事が御説明された中で、特に地域金融機関をうまく活用されるということで、これはどこの都道府県でもやっているという感じでは、私の知る限りではなくて、医療機関はなかなかエクイティファイナンスができませんから、金融機関からお金を借り入れているいろいろな事業を進める形にしているということですから、特に地域金融機関との関係というのは非常に重要です。

もちろん、地域医療構想に関して、地域金融機関が必須で知らなければならないという立場ではないかもしれないけれども、貸出先として医療機関に貸し出している金融機関があるということであるならば、その地域金融機関の方々にもそれぞれの都道府県での地域医療構想の取組を知っていただいた上で、病床再編なり、新たな病棟の増改築などでのファイナンスのお手伝いを地域金融機関にもお願いするという意味では、地域金融機関にも地域医療構想の取組を知っていただくことは非常に重要なことではないかと思えます。

その意味では、奈良県の取組をぜひ横展開していただいて、ほかの都道府県でも同様に、それぞれの地域金融機関の方々にも御説明されたり、その進捗状況についての情報共有を進めることは非常に重要なことかなと思えます。

続いて、もう一つ意見ですけれども、今、荒井知事から御説明があった国民健康保険改革の取組ということで、資料5の5ページは非常に重要なメッセージが込められていると思えます。受益と負担の総合的マネジメントは、これまでももちろん市町村国保の中でも取り組んでいた市町村があるといえればあるかもしれませんが、御説明されたように、法定外繰入ができるとか、市町村によって保険料が違うということで、必ずしも国保の中で十分に保険の機能を全うすることができていなかった面があったわけですが、今回、都道府県単位化されて、都道府県という単位ではありますけれども、受益と負担を均衡させることが可能になった。

これは、もちろん制度改革の成果と言うべきだと思いますけれども、さらに進めて、奈良県で法定外繰入を解消するということと、県内での保険料水準を統一するということの方針として定められたことは非常に重要な第一歩で、これができた後で、ようやく次なる

視点が出てくる。まさに受益と負担が均衡しない場合に、どういう方策を考えるかということであると思います。

地域別診療報酬に関しては、いろいろ賛否があると私は承知しておりますけれども、法定外繰入がまず解消されること。それから、保険料の県内の統一というものがなされるという大前提をまずクリアしていただいた上で、調整方法の一つとしては、保険料を上げるか、診療報酬を地域別に定めるところで、その権限を行使するかという話になってくると思いますので、法定外繰入も解消していない、県内での統一保険料も実現していないという中で地域別診療報酬がいきなり出てくるということでは、多分ないだろうと思うのですが、その2つがまず前提として達成された後は、地域別診療報酬というものが、まさに伝家の宝刀として、適宜判断されるべきものだと思います。

負担は限界があるということを経済の中でもしっかりと認識していただきたい。給付を国が診療報酬として決めれば、あとはその負担は誰でも喜んでするものだと思います。よくというのは、私は今後の社会保障の考え方としてはまずいと。負担には限界があって、国民にできる負担の限界に対して、どこまで給付するのかという、いい牽制効果、牽制関係、これは増田委員もその言葉を使っておられますけれども、いい牽制関係が給付と負担との間でできる。その一つの手段として、地域別診療報酬というものもあるのだろうと私は言っていると思います。

最後に質問ですけれども、これは茨城県、奈良県、それぞれにということですが、まさに地域医療構想がそれぞれ策定されて、2025年を目指して、病床の必要量を見計らいながら病床再編とか機能分化をされていると思うのですが、その中で、特に進められた地域と進められていない地域の間で、どのような差が顕著にあるかということをお感じになっておられるかということ、まずここが1点お伺いしたいところであります。

もう一つは、医師確保も連動してやらなければならないことだと思いますけれども、茨城県、奈良県で医師確保の観点から、どの医療圏にどのぐらいの医師の方が、しかも年齢分布も含めて、どういうふうにおられるのかということをご把握しておられるのか。つまり、高齢の医師が多いところは、いずれほかの医師がかかわらないと、引き続き地域医療を維持できないということになる一方で、若手の医師がたくさんいるところは、この方々がその地域から離れなければ、引き続き地域医療を守っていただけるという見当もつくわけでありまして。そういう意味では、県側がどれぐらい医師の分布とか所在について把握しておられるかという程度を少しお伺いします。

以上です。

○清家議長　それでは、時間の制約がございますので、まず委員の方々から御質問、御意見を一巡伺いまして、後でまとめてお答えいただきたいと思います。

ほかに御意見のある方、どうぞ。

では、山崎委員。

○山崎委員　鈴木保険局長にお尋ねしたいのですが、厚生労働省の資料で言いますと、説

明はなかったのですが、16ページに高確法第14条というものがあります。それから、奈良県知事の御説明の10ページにも同じように高確法の規定が載っております。この第13条と第14条の関係がどうなっているのか、念のためお聞きしたい。今まで機能していないわけですけれども、特に創設時にどのようにお考えになっていたのか、創設時の経緯等についてもお尋ねしたいと思います。

○清家議長 ありがとうございます。

では、神野委員。

○神野委員 どうもありがとうございます。

私のほうからは、厚生労働省と奈良県に応援歌を。私たちは、医療改革をここでも議論する場合に重視した点は、私の言葉で言うと、社会保障というのは、国民が悲しみを分かち合って、それを社会の構成員の幸福に変えていくというのが基本だと思います。そのために医療改革で重視したのは、「世界に冠たる」という言葉を使ったと思いますが、国民皆保険制度を維持していく。そのために国保の改革に着手せざるを得ない。

つまり、日本の健康保険というか、社会保険は、職域別に分立して出てきたという過去がございますので、結局、根底で支えているのが国民健康保険なのです。したがって、加入者の年齢も高く、医療費も高く、そして低所得であるために負担も高く、各小さな単位でやっていたら地域間の格差が非常に大きくなる。こうした諸問題を解決しつつ、今後のことを考えていけば、当然ほかの国でも広域自治体が医療を担当している。つまり、医療というのは地域性と広域性、両方兼ね備えているので、広域自治体が担っておりますので、そこへ持っていきこうということを決めたわけですね。

その国民健康保険にしわ寄せが来ている象徴が法定外の繰入問題だったわけです。つまり、交付税でも措置されていない法定外の繰入をどうにか解消していこう。これについては、厚生労働省等々で適切な財政支援をしていただいで、私の見方からすれば解消に向かって着実に前進しつつあると考えております。また、それを受ける都道府県、荒井知事の御発表でも、これに対しては着実に進みつつあるので、計画的に法定外繰入を解消すべく今後とも努力を続けていただきたい。これが1つであります。

それから、実際に動かしてみると、その次のさまざまな問題が出てきたり、そういったことに対応する。そもそも今の段階では、市町村と都道府県の役割と、そのコミュニケーションみたいなものが極めて重要になるわけですね。それで知事等々も御苦労されていらっしゃるわけですし、それから、かなり思い切った、実際にやってみると、ということで、診療報酬等々のことについて御提案いただいております。

これは、最初に申しました、日本は職域別に分立しているとか、自由開業制度とか、そういう医療提供の大きな枠組みにかかわる問題かもしれませんので、この辺は厚生労働省におかれても重要な問題提起だと受けとめて、こちらでも検討しなければいけないのかもしれないけれども、検討すべきだと考えます。

ちょっと感想めいたものでございます。

○清家議長 ありがとうございます。

では、武田委員。

○武田委員 ありがとうございます。

私は、意見として3点申し上げます。

まず1点目は、地域医療構想の広域医療の横展開に関してでございます。茨城県の木庭部長、奈良県荒井知事におかれましては、本日は両県の取組について、大変わかりやすく、丁寧にご説明いただき、まことにありがとうございました。感謝申し上げます。このように頑張っている県の取組を政府がきちんと見える化し、その取組を全国に広げていくことは大変望ましいと考えます。

また、好事例が他の都道府県へ横展開されていくためには、それらの取組を何のために、誰のために行うのか。これが都道府県民の皆様への負担に落ちることが重要であると思います。具体的には、誰よりも患者様御本人や介護を必要とされている方々、また医療・介護の現場で働いている方々、そして地域コミュニティ全体のためであるという認識、荒井知事のお言葉をおかりすれば三方よしであるという認識と、その共有が極めて重要であると考えます。事務局におかれましては、好事例の横展開を後押しするとともに、こうした取組が病床数の削減ありきではなく、都道府県民の皆様、医療従事者、病院の方々にとって望ましい社会の姿を実現するためだという伝え方の工夫をぜひお願いしたいと思っております。

2点目は、今年度の中間報告に関してでございます。先ほど御説明いただいたとおり、今年度中に具体的な対応方針を策定いただくことになっておりますが、その進捗を確かなものとしていくために、私が重要と考えますのは、先の経済財政諮問会議において総理が御指示されたと先ほど御報告いただきました中間報告、その中身であると考えております。具体的には、定性的な報告にとどまることなく、定量的なデータで地域ごとに比較が可能な報告となるのが望ましいのではないかと考えます。その結果を踏まえた上で、基金の配分について効果とコストを十分検証いただくことが重要と考えますので、事務局におかれましては、ぜひその方向で御検討をお願いしたいと思います。

3点目は、国民健康保険の改革についてでございます。この点についても、奈良県荒井知事におかれましては、先ほど取組を御紹介いただきまして、ありがとうございました。受益と負担の関係が県民自身に対して見える化されていくことは、本来あるべき姿であると思います。また、こうした牽制関係こそが給付とバランスに対する住民意識そのものを高めていくと考えます。こうした先進事例についても横展開されていくことが望ましいと考えますので、先ほどの好事例の展開と同様に、そのための後押しをぜひお願いできればと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

○清家議長 ありがとうございます。

では、権丈委員、簡潔にお願いいたします。

○権丈委員 茨城県と奈良県の御説明、どうもありがとうございました。

私、奈良方式の話を先ほど伺って、実はわからないことがありました。奈良県は、地域医療構想で、急性期を重症・軽症に分けるというところには特徴があります。けれども、国保の改革に関しては、奈良県の資料5の1ページにありますように、進められていることは2013年の社会保険制度改革国民会議で掲げていたことです。これをやっていない都道府県があることのほうが私は不思議で、各都道府県にどうしてやっていないのと時々聞いているのですけれども、1ページにあるこれら3つともやってもらわなければ、2013年に書いていることがなかなか実現できないことになります。

4ページをご覧いただきたいのですけれども、そこで国保の保険料水準を都道府県で統一していくというのがあるのですが、これは極めて重い責任を伴うことで、国民健康保険の県単位化、そして地域医療構想という間をつないでいるところで受益均てん化の取組というものがあります。医療というのは、大方、提供体制が医療の質・量を決めてしまうところがありますので、医療費が安い、保険料が安いというのは、提供体制が充実していない、整備されていない。したがって、医療を利用する機会が劣っていくという状況が出るのですね。

ですから、例えば奈良県の資料3の2ページを見てみますと、こういうことを展開していく中で、急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制を構築していく。そして、奈良県の僻地、いろいろな地域に対してはドクターヘリをしっかりと準備する。したがって、保険料率を統一するところまでよろしく願いますという議論をしていかないといけないのですね。

あなたたちは、医療を受けることに対して不利にはなりません。都市部に住んでいる人たちと同じ機会を提供しますので、願いますという議論を何年間もかけて議論して、初めて実現できるようなことですので、これをやっていただきたいというのが2013年の国民会議の報告書に込められたメッセージだったと思います。それに向かって、今、進められていることは非常にいい。

あと、後ほどの社会保障給付費のところでの説明にかかわることですけれども、医療経済学で医療費の国際比較をすると、1人当たり医療費というのは、1人当たり所得が9割程度説明してしまうのですね。そのところから、医療経済学の命題として医療制度は内生的であると議論されていて、医療制度が総医療費の水準を決めるのではなく、総医療費が所得のある一定の水準に収まるように、医療の制度要因が決められていく。したがって、所得が伸びない状況が続いていくと医療費の抑制圧力が高まっていきます。

そのときに気をつけてもらわなければならないのは、皆保険の原理原則を守ってくれるかというところで、皆保険の原則というのは、医療ニーズに見合って提供機会を均等に保障するということですので、その基準を壊さないようにやっていくことが極めて大事で、支払いに合わせて自己負担率を変えるよりは、奈良県のやっている取組というのは非常に望ましい状況。

例えば、先ほどのところでも地域別診療報酬という話がありましたけれども、私が奈良県のほうに、そんなことをやったら医師が逃れる可能性がある、医師が逃げていくと言いますと、そんなことにならないように、今から6年間、しっかり時間をかけて説得して、そしてできれば、この刀を抜かなくてもすむ状況に持ち込むために県民の負担と受益の総合的なマネジメントを進めていきたいという、保険者でありかつ地域医療構想の責任者としての自己責任とのセットで議論されているので、私は皆保険の原則には反していないのではないかと見ております。

○清家議長 ありがとうございます。

宮島委員どうぞ。

○宮島委員 ありがとうございます。

今、多くの方がおっしゃったとおりなので、後押しになりますが、一般の国民の医療費に対する考え方が、誰かが払ってくれるという感覚から逃れていないところがあると思います。自分が受ける医療を全部自分が払うことになったら大変なことになる、自分の払いに対応する給付だという意識を高める上では、まずは奈良県がめざしている法定外繰入の解消というのは、どの局面においても非常に大事だと思いますし、自分たちが負担しているものがどういう形で給付につながっているかの見える化が非常に大事だと思います。

本来、収支は合わせるものという前提に立った上で、いろいろな形の改革の努力をされた上で、今も伝家の宝刀とおっしゃいましたけれども、診療報酬を下げるというのは最後のとりでというか、方策ですので、それに関しては反対することではないかなと思います。

これまであまりやったことがないということによる反対があると聞いていますけれども、今の医療費、医療の状況というのは、お医者さんでも、このままで医療は持続できるのだろうかということを実際に考える。アンケートを見ると、お医者さん自身がそこに不安を持っているという状態なので、過去を振り返るのではなくて、今、これだけ危機的な状況をどうやって変えていくのかという先進的な取組をみんなでバックアップする必要があると思います。

実際、高度医療で、若い人の年収の10倍もかかるような薬まで出てきている。そして、それを使うのに制限が弱い状態の中で、医療費はどうなってしまうのだろうという気持ちはみんなあると思いますので、奈良県知事とされましてもいろいろなフェーズ、例えば知事会ですとか、いろいろな接点の中で紹介していただくのがいいかと思います。

また、地域金融機関との関係ですけれども、今、金融機関自身も、自分たちが地域でどのような役割を果たしていくのか、悩んでいる状況だと思いますので、医療との関係。それから、これは厚生労働省とか金融庁の中でも検討する必要があると思います。

時間がなさそうなので、ちょっとだけ全く別の問題意識を言いますと、医療の地域のニーズとウオツツというものを、今後も含めて長期にわたって、できるだけ正確に予測していくというのは非常に大事だと思います。特に、医師や提供体制が医療費をつくってしまうというお話がありましたけれども、実際に偏在はありながらも、抑えていくべきところ

はあると思います。医師の人数も、今の少し増やしている状態の定員というのは見直しが必要だと思います。一方で医師の働き方が非常に厳しいということも承知しているので、そこは地域によって、偏在も含めて相当丁寧に取り組む必要があると思います。

この会議とは少し離れますけれども、私自身が持っている問題意識としては、高校生たちが進路を選ぶに当たって、今、いわゆる理系系の優秀な頭脳と言われる人たちの進路が、ものすごくお医者さんに寄ってきていて、科学技術とか将来の理学工学というのは大丈夫かなという気持ちもあります。医師希望が多いのはいいとしても、最近の傾向として、地方の医学部に都市部の優秀な学生が行くので、その人たちは、一定程度、いずれ東京に戻ろうという気持ちを持ちながら地方に行っているという局面があります。

ですので、地域枠とか、そういうところをかなり強力に使うことで偏在対策をしていかないと、医師の配置のバランスが今後、うまくいかなくなるのではないかと思いますので、医師の養成課程に関しても実需をしっかりと把握しながら、変えていく必要があると思います。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

よろしゅうございましょうか。

たくさんの御意見をいただきました。ぜひ知事、部長からもお答えいただきたいところですが、高木副大臣がここで外されるそうですので、一言お願いいたします。

○高木厚生労働副大臣 恐縮でございます。

本日は、委員の先生方から貴重な御意見をいただきまして、また奈良県、茨城県からは具体的なお取組を御紹介いただきましたことに改めて感謝申し上げます。

地域医療構想の実現に向けましては、先日、経済財政諮問会議におきまして、総理からも、地域における検討をしっかりと後押しするよう御指示をいただいたところでございます。地域医療構想調整会議における議論の徹底した進捗管理を行いつつ、引き続きインセンティブ、新たな知事権限などを組み合わせ、一層の取組を加速させてまいります。

さらに、今国会で御審議いただいている医療法・医師法の改正を通じた医師確保対策とも一体的に検討が進むよう後押しをしてまいります。

国保制度改革につきましては、都道府県単位化とあわせて財政支援の拡充を行い、医療費の適正化に向けた取組への支援も行うなど、国保の安定運営に向けた取組を着実に進めてまいります。

さらに、高齢者人口がピークを迎える2040年ごろの社会保障を展望しますと、これまで進めてきた持続可能性の確保に加えまして、健康寿命の延伸、また医療・介護サービスの生産性向上を含めた総合的な改革を国民的な議論のもとで進めていく必要があると考えております。厚生労働省といたしましても、2040年に向けたこれらの施策の具体化などに着手し、可能なものから予算措置や制度改正を検討してまいり所存でございます。今日の御意見、しっかりと承らせていただきまして、今後の参考にさせていただきたいと考えてお

ります。

中座をさせていただきますもので、大変恐縮でございました。どうぞよろしく願いいたします。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、荒井知事、木庭部長、よろしく願いいたします。

○荒井奈良県知事 機会をありがとうございます。

大変印象的なコメントを幾つかいただきましたが、時間の範囲内で所感を述べさせていただきますと思います。

土居先生がおっしゃる金融機関との関係でございますけれども、先ほどの保険規模が平成36年度に4,800億円ということ。これは産業規模ということと裏腹でございますけれども、奈良県のGDPは3兆円で、5,000億円というのは6分の1のレベルで、地方で最大の産業が医療。介護を入れるともっと広くなるという産業規模。それをどのように適正化、いのように回すか。これは、人材をそこに注ぎ込むわけでございますので、できるだけ効率化して県民の健康を守るか。それこそ供給のノウハウ、効率性が問われている分野だと思っております。そういう意味で、地域の金融機関が関心を持って、いろいろな面で働きかける。いい働きかけをするかどうかは、これからだと思います。

もう一つの点でございますが、医療産業をよくするのに供給ありきか、需要ありきか。今、供給ありきという感じが確かにいたします。供給ありきの前にプライシングありきですね。診療報酬は、供給があつて、需要が発生すると見えるのですけれども、これを本当に真の需要から必要な需要、必要な供給に結びつけるとやるのが我々、現場に近い者の大きな役割と思っております。どのようにやるのか。

それと、質問の中で医師確保をどのようにしているかということでございますが、ゾーニングして、そこでどのような医師がおられますかということ进行调查いたしました。医師の調査、年齢から診療の得意技から、供給能力の分布を県立医大の先生が調べたということでございますが、需要がどのようにあるかという把握が必要。

これは、青木先生という先生がゾーニングをして、医療需給を地域にゾーニングでマッチさせようという試みをされて、その方を頼ってやっていたのですが、亡くなられたのです。とても優秀な先生でしたけれども、青木先生の意志を継いで、ゾーニングごとの需給をマッチさせられないかという気持ちは持っております。ゾーニングは、医師需給の前に医療需給のゾーニングで過剰・過少を判断するようにしないと、医師需給に結びつかないということであろうかと思えます。

武田先生は横展開あるいは縦展開、住民意識のようなことをおっしゃいましたが、この地方分権の中で行えるようになってきたという実感がしております。地方分権は、個別の小さな分権じゃなしに、このようにまとめて分権していただいて、役割認識をさせていただくというのが大きな分権の流れになっているように思います。あるいは、風呂敷分権と言っているのですけれども、すだれ分権、小さな分権じゃなく、風呂敷ごと、これをやれ

と言っていたのがいい。

そのときに、国の役割というものが必ずしも建設的でない場合があります。国の権力は分散しておりますとともに、なかなかまとまって風呂敷となっておりてこないというのと、国にはいろいろな関係団体、政治が働いて、それに襲われる傾向がございます。地方も襲われるのですが、襲われても、多少小さいので影響が少ない。国が襲われると、とても大きなことになるとおそれております。

国が分散的になっているという意味もあるのだけれども、それが地方を直撃するとすだれになって、意味がよくわからないまま、あれやれ、これやれとなるのは今の時代の地方分権の趣旨に反していると思いますので、1999年の地方分権一括法の意味はものすごく大きいと思いますので、それを体してということ。

それから、神野先生がおっしゃった、県と市町村の役割は、分権上は明示しておりてくる傾向が強いのですけれども、福祉がまだそうになっていないと思います。医療・介護は一体的に、これは厚生労働省の医政局と、その他老健局等の一つの大きな功績だと私は見ておりますけれども、福祉がちょっとと思います。そのような分権の形が進んでいると思います。それに対することが必要かと思っております。

言葉足らずでございましたが、以上でございます。ありがとうございました。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、木庭部長、よろしく願いいたします。

○木庭茨城県保健福祉部長 私のほうからは、2点、いただいた質問について回答申し上げます。

まず1点が、地域医療構想実現の進捗の地域差はどういう形で起こっているかということですが、地域医療構想を実現するための手段として、再編統合というのはかなりドラステックなことだと思います。それぞれの医療圏の地域医療構想調整会議等において議論しておりますけれども、その地域の医療崩壊の危機が目の前に迫っているかどうか、そこまで深刻なところまで行ったかということかなと考えております。いずれにいたしましても、医療法に基づく県知事の権限とリーダーシップを適切に発揮させていただいて、地域医療構想の実現に向けて尽力してまいりたいと考えております。

2点目でございますけれども、医師の分布をどのくらい把握しているかということでございました。私どものほうでは、厚生労働省がまとめていらっしゃる三師調査の結果で診療科別・年齢別、それから勤務施設種別のそれぞれの分布というデータは医療圏別に持っております。先ほど奈良県知事からもございましたように、その供給体制とは別に、その地域において実際にどのくらい医療が必要かというのをはかるために、先ほど県知事からゾーニングというお話がございましたけれども、そこまで専門的な手段がないものですから、独自にレセプトの分析などを通して、その実需をはかる努力をしております。

それとあわせて、地域医療構想に基づいて、その地域における真の医師のニーズをできるだけ客観的に明らかにして、優先順位をつけて医師確保に努めている状況でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、時間が押しておりますので、これまでの議論を私のほうから短くまとめさせていただきます。

まず、地域医療構想についてですけれども、これについては、先般、5月21日の経済財政諮問会議で総理から、今年秋の中間報告に当たっては、中間的な指標を含め、進捗状況をより具体的に把握するとともに、地域ごとに比較可能にする必要があるという御指摘もあったところであり、まさに今日の茨城県、奈良県から承りました事例というのは、そういう面で大変貴重でございまして、こうした好事例を他の地域も参考にできるようにするため、各地域の取組事例の共有、横展開を図っていく必要があるということであると思えます。

また、国民健康保険の改革につきましては、私ども、この改革推進会議の前身でございます社会保障制度改革国民会議で議論してきたところでもありますけれども、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料との住民負担のあり方を総合的に検討することを可能とする体制を実現することが重要な課題でした。こうした観点から、本日御説明がございました法定外繰入の解消をはじめとする奈良県の一連の取組、いわゆる奈良方式については、とてもよい好事例、先進事例であり、他の都道府県の今後の取組にも資するもので、横展開していく必要があるということでもあります。

また、改革に当たりましては、法定外繰入の解消を前提に、多くの公費・財源が投入された経緯もございまして、他の自治体においても、今後、法定外繰入の解消に向けた取組をしっかりと進めていただきたいと思います。

あわせて、保険料の平準化や法定外繰入の解消の過程で、保険料水準に変動が生じるケースがございますが、これはまさに受益と負担の対応関係の見える化が進んだということでありまして、こうした対応関係を構築することは高く評価されるべきであるということが一つのポイントだと思います。

このような観点から、地域医療構想の推進、国民健康保険の改革について、当社会保障制度改革推進会議においても、引き続きフォローし、改革を後押ししていきたいと思っておりますし、またメディアあるいは有識者の方々等におかれましても、そうした点について御理解いただき、これを推進する方向で御協力いただければと思っております。

恐縮でございますけれども、時間の制約で、今日、資料を配付していただきました「平成30年度の社会保障の充実・安定化について」、「子ども・子育て支援の状況について」、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」等につきましては、資料を参照していただければと思います。

それでは、最後になりましたけれども、今日御出席の政務の方々から、一言、短く御挨拶をいただきたいと思います。

先ほど高木厚生労働大臣副大臣から御発言いただいたところでございますので、引き続きまして山下内閣府大臣政務官からよろしくお願いたします。

○山下内閣府大臣政務官 少子化を担当しております内閣府の政務官の山下雄平でございます。

時間切れで少子化の話にはなりませんでしたが、少子化についても取り組んでまいります。

以上です。

○清家議長 有り難うございました。

では、奥野総務副大臣からよろしく願いいたします。

○奥野総務副大臣 ただいま御紹介いただきました、総務省で副大臣をしております奥野信亮でございます。

総務省の役割というのは、公立あるいは公的病院を財政面から支援するだけじゃなくて、他の自治体でいい例があったら、それを勉強していただけるような紹介をしていくことにも今、力を入れておりまして、現在も幾つかの自治体から知恵をかしてくれというリクエストがあって、それを私が中心にやっているところであります。

地域医療構想の推進による、質が高くて、効率的な医療・介護提供体制の構築や、法定外繰入金の計画的な解消など、国民健康保険財政の健全化は地方財政にとっても重要な課題であります。総務省としても、地域において必要な医療提供体制を確保するため、地域医療構想を踏まえ、公立病院が果たすべき役割を明確化した上で、再編・ネットワーク化等の取組を促進しております。

今日は、私の地元奈良県から、荒井知事のリーダーシップのもと進められている先進的な事例を紹介していただきました。南和広域医療企業団では、病院の再編・連携によって医療機能の向上が図られつつあります。国民健康保険については、県民の負担と受益を見える化して、県が総合的にマネジメントする意欲的な取組を進めております。

総務省としても厚生労働省と連携を密にし、このような先進団体の事例紹介等を通じて、地方自治体の取組を積極的に支援してまいりたいと思っておりますので、また力が必要だというときには、ぜひ私のほうに御一報いただきますようお願い申し上げて、御挨拶いたします。

ありがとうございました。

○清家議長 ありがとうございました。

それでは、うへの財務副大臣、よろしく願いいたします。

○うへの財務副大臣 財務副大臣のうへの賢一郎です。今日は、委員の先生方、またスピーカーのお二人、本当にどうもありがとうございました。

いずれにいたしましても、都道府県の役割が非常に重要になるわけでありますので、今後、権限の付与であったり、有効な手段ということも当然議論していかなければいけないと思います。また、インセンティブといったことも考えなければいけないのではないかと思います。

地域医療構想につきましては、先ほど来、議長からもお話がありましたけれども、地域

の状況を十分把握した上で、診療報酬あるいは基金といったものがどういった効果があるのかということは十分見ていかなければいけないと思いますし、その上で、それを促進するために、都道府県の役割というものはどうなのだろうということを考えていかなければいけないと思っています。

また、国保の改革につきましては、荒井知事、どうもありがとうございました。財政審でも御議論いただいているところではありますが、法定外繰入の解消など、改革の先進事例を進めていただいているわけでもありますので、縦突進でまた頑張っていただければと思っています。国といたしましては、例えば国保改革に際しての都道府県の財政基盤強化で3,400億円の国費などを投入させていただいておりますので、国民の負担ということになりますから、しっかりと改革を進めていくというのは当然のことだろうと思いますので、そういった観点から財務省としても取り組んでいきたいと思っておりますし、今日お話のあった横展開という点に関しても、関係省庁と連携しながら進めていきたいと思っています。

貴重な御議論、本当にありがとうございました。今後とも大所高所から御指導いただければと思います。

ありがとうございます。

○清家議長 ありがとうございました。

それでは、最後になりましたけれども、越智内閣府副大臣からお願いいたします。

○越智内閣府副大臣 それでは、最後なので、極めて簡潔に。今日は、本当にありがとうございました。

今日の議論を関係省庁におかれてはしっかりと受けとめて、実効ある改革を推進していただきたいと思っております。

清家議長を初め、委員の皆様方におかれましては、この会議において持続可能な社会保障制度の確立に向けた御議論を引き続き賜りますようお願いして、御挨拶とします。

ありがとうございました。

○清家議長 ありがとうございました。

本日は、活発な議論をありがとうございます。私の座長としての仕切りの不手際で、時間が少し長引いてしまいましたことをお詫び申し上げます。

なお、本日は事例の御説明等が中心でございましたので、記者会見等はなしとさせていただきます。

次回の日程などについて、事務局から連絡をお願いします。

○唐澤室長 次回の開催等につきましては、清家議長と御相談させていただいて御連絡させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○清家議長 それでは、皆様、本日はどうもありがとうございました。

(以上)