

## 第3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26年11月6日（木）16:00～18:00

場所：中央合同庁舎第4号館共用第1特別会議室

### 二 出席した委員の氏名

#### 【委員】

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、増田寛也議長代理  
宮島香澄委員、山崎泰彦委員

#### 【専門委員（医療・介護分野）】

荒井正吾専門委員、磯彰格専門委員、今村聡専門委員  
大島伸一専門委員、小山剛専門委員、坂本すが専門委員  
鈴木準専門委員、鷺見よしみ専門委員、田近栄治専門委員  
山本信夫専門委員、和田明人専門委員

### 三 議事

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 専門委員紹介
4. 社会保障4分野の改革の進捗状況の確認及び意見交換  
（医療・介護分野）
5. 閉会

○清家議長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第3回「社会保障制度改革推進会議」を開催いたしたいと存じます。

お忙しい中、御参集を賜りまして、誠にありがとうございます。本日は、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、加藤官房副長官は少し遅れて御出席と伺っております。それから、世耕官房副長官、西村内閣府副大臣、二之湯総務副大臣、宮下財務副大臣、永岡厚生労働副大臣に御出席をいただいております。

まず、会議の開催に当たりまして、甘利社会保障・税一体改革担当大臣から御挨拶をいただきたいと思いますので、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】

○清家議長 それでは、大臣から御挨拶をいただきたいと思います。大臣、よろしく願いいたします。

○甘利社会保障・税一体改革担当大臣 委員の皆様、そして専門委員の皆様、本日はお忙しいところをお集まりいただき、感謝を申し上げます。

本日の会議では、医療・介護分野につきまして、改革の進捗状況を確認しながら議論を行っていただきたいと思います。特に医療・介護サービス提供体制の改革につきましては、現場の方々の御意見も伺いながら議論を深めることが重要であると考えておりました。今回、政府のほうで専門委員として任命をさせていただき、本日御出席をいただくことになりました。

専門委員の皆様におかれましても、今後の我が国の医療制度・介護制度をどうしていくべきか、是非中長期的な視点から大所高所に立って忌憚のない御意見をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

これまでの議論に加えまして、本日の議論も踏まえまして、2025年に向けてさらなる検討課題の整理につなげていきたいと思っております。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、カメラの皆様はここで御退室をお願いいたします。

#### 【報道関係者退室】

○清家議長 本日は、今、甘利大臣からもお話がございましたとおり、医療・

介護分野の議論を行いますけれども、特に医療・介護サービス提供体制の改革の議論を行うに当たりまして、政府において11名の方々に医療・介護分野の専門委員に御就任をいただき、本日御出席を賜っているところでございます。お手元の資料2が専門委員の方々の名簿となっております。本日付で内閣総理大臣より任命をされております。専門委員の皆様方におかれましては、お手元に辞令が用意してあるかと思っておりますので、御確認をいただければと思います。

それでは、早速でございますけれども、専門委員の皆様方から、自己紹介を兼ねてそれぞれ1分から1分半程度で、大変短くて恐縮でございますけれども、お話をいただければと思っております。恐縮ですが、この名簿に従いまして五十音順に順次御発言をお願いしたいと思っております。

まず、奈良県の荒井正吾知事でございます。荒井委員、よろしく願いいたします。

○荒井専門委員 奈良県の知事の荒井正吾でございます。専門委員にふさわしくない知見でございますが、知事会から医療部会に派遣されまして議論を重ねてまいりました。また、地方は実践の場でございますので、奈良は医療のパフォーマンスが遅れておりましたので、いろいろな努力をしております。

その中で、エビデンスベースド、エビデンスを出して医療改革をしようということをしております。国全体でエビデンスを出すのはなかなか難しいのですけれども、地域、地域でエビデンスを出して検証・評価してもらうということを現場でもしておりますし、また何かお役に立つ資料が出ましたら、そのようにお務めさせていただきたいと思っております。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。続きまして、全国社会福祉法人経営者協議会の磯彰格副会長でございます。磯委員、よろしく願いいたします。

○磯専門委員 全国社会福祉法人経営者協議会の磯でございます。自己紹介ということでございますが、私は以前、長い間、内科の臨床医をしておりまして、その後、縁がありまして、15年ほど前から高齢者の施設、そして障害者の施設や複数の社会福祉法人を経営する理事長の立場で今現在仕事をさせていただいております。

よく御承知のことかと思っておりますが、最近の様々な新聞報道等によりまして、社会福祉法人に対する様々な指摘がなされていることについては、私自身も経営者の一人として真摯に受けとめているところでございます。

加えて、昨年の国民会議の報告書にございましたように、今、法人経営の近代化、そして合理化とともに、非課税法人にふさわしい社会貢献というのが求められているということも十分認識しています。改めるところは改め、今後も社会福祉法人が地域福祉の主たる担い手になっていけるように活躍をしていきたいと考えております。

社会保障制度というのは、現在、自助・共助・公助といったものの組み合わせで行われております。我々社会福祉法人の役割というのは、介護保険であるとか生活保護といった共助・公助を中心に役割を果たしてきたわけでありましてけれども、今後は、自助という部分に対してどのように役割を果たしていけるのか、また、制度によらない共助の仕組みをそれぞれの地域でどのように作り上げていくか、いわばまちづくりの視点からその取組を考えていきたいと考えております。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。続きまして、公益社団法人日本医師会の今村聡副会長でございます。今村委員、よろしくお願いいたします。

○今村専門委員 今村でございます。よろしくお願いいたします。ただいま御紹介いただきましたように、医師会の役員として参加しているわけですが、今でも地域のかかりつけ医ということで機能を果たさせていただいています。2025年以降の超高齢社会を迎えて、地域包括ケアを確実に地域の中で構築していくためには、中心的な役割の1つであるかかりつけ医の機能をいかに充実するか、そしてまた、それをどのように評価していくかということが非常に重要だと思っております。

また、こういったかかりつけ医を支えていく、また、地域の多職種連携をしっかりと構築していく役割として地域医師会があらうかと思っております。また、地域医療構想を構築するための都道府県医師会の役割も非常に重要だと思っておりますので、そういった立場で様々な議論をさせていただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○清家議長 ありがとうございます。続きまして、独立行政法人国立長寿医療研究センターの大島伸一名誉総長でございます。大島委員、よろしくお願いいたします。

○大島専門委員 大島でございます。今年の3月に長寿医療研究センターをリタイアいたしました。名誉、名誉がついて、名誉、名誉と言われているうちに、何だか、もういいよ、もういいよと言われているような。これが年寄り

のひがみかなと思ったりしていますけれども、これからは現役時代に言っていた「元気で長生き」ということを私自身がどう立証していくのかという立場だなと。現役世代にいかにも迷惑をかけないように生きていくのかと思いつながら今後のことを考えていたところ、こういった会に呼ばれたということは、まだ賞味期限が切れていないということで非常に喜んでおります。どうぞよろしくをお願いいたします。

○清家議長 ありがとうございます。続きまして、高齢者総合ケアセンターこぶし園の小山剛総合施設長でございます。小山委員、よろしくお願いいたします。

○小山専門委員 長岡福祉協会の小山と申します。よろしくお願い致します。呼ばれた理由は、多分、現場を持っているということだと思います。

実は、介護保険制度ができる前に既に24時間・365日の業務は成立していて、現在、18万人のところに17カ所の拠点が既にできております。都内でも、港区と中央区、それから千葉県柏市の豊四季台、それから予防で有名な和光市、こちらでも一緒に仕事をさせていただいている関係もありまして、そういう業務的なところで呼ばれたのだなと思っているのが1点目。

それから、ICTに関して、平成15年に厚生労働省の補助金で既に在宅はテレビ電話で結ばれている状況になりましたし、経済産業省からの補助金で、23年から在宅医療連携のタブレットも医師会と一緒に作成させていただいて使用しています。

それと3番目の特徴は、不動産の外部化というのを始めていて、いわゆる街の中の民間資源を使って建物をつくっていただいて、それを活用しながら事業を展開していくというものを既に進めております。そういったことをすると街の中で暮らせる。そういう取組をさせていただいてきたことがここでお役に立てば幸いです。よろしくお願い致します。

○清家議長 ありがとうございます。続きまして、公益社団法人日本看護協会の坂本すが会長でございます。坂本委員、よろしくお願い致します。

○坂本専門委員 坂本でございます。どうぞよろしくお願い致します。これからの地域包括ケアシステムの構築に臨む姿勢でございますけれども、看護職員は今、8割ぐらいが病院や診療所で2割が地域の介護事業所等で勤務しています。訪問看護に従事する看護師はまだまだ少ない状況でございます。これから暮らしというのを中心にしながら医療機関と地域の看護・介護をど

のように連携していくかということは、私自身も大きな課題と捉えております。そのような方向に変えていかなければいけないと思っております。社会保障改革に向けて新たな視点を持って参画していきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○清家議長 ありがとうございます。続きまして、株式会社大和総研の鈴木準主席研究員でございます。鈴木委員、よろしくお願いいたします。

○鈴木専門委員 大和総研の鈴木と申します。よろしくお願い申し上げます。私は、民間のシンクタンクにおきまして、民間の立場から調査研究を行って各方面に情報を御提供するという仕事をしております。

最近では、日本の経済社会の長期的な持続可能性といったことをテーマにしておりまして、この会議も、人口動態を踏まえて2025年を展望した改革について議論するものと理解しております。家計と企業、すなわち就業ですとか、消費ですとか、生産ですとか、そういった経済活動の面とあわせた視点から、微力ではございますが、議論に参加させていただきたいと考えております。

問題意識を1点だけ申し上げさせていただきますと、やはり持続可能性ということがこの分野で問題になっていると思います。医療・介護というのは、超高齢化でございますので、やったほうがいいことは無限にある。そういう状況下で、しかし、その効用を得られる方とその費用を負担する方というのは別、あるいは資源配分も政策的に行われているということで、他の財やサービスとはかなり違う。したがって、制度の運営ですとか効率化に関しましては相当厳しく国民的なチェックをしてまいりませんと、供給体制にほころびが出てしまったり、あるいはコスト負担をあまり考えないような供給の拡大ということが起きたりしてしまうのではないかと、そういう問題意識を持っております。

さらに、この分野にはいろいろ膨大なデータがございますので、そういったものを生かすとか、経営的な視点をもっと入れていくとか、こういったことによって持続性を確保していくことが必要だと思っております。私自身は、日本の医療・介護というのは相当程度うまくいっている面があると思っております。せっかくなまくいっているわけでございますので、これをよりよくできれば持続性は確保できる。

この問題はどうしても高齢化の問題と捉えられがちだと思うのですが、負担がずっと増え続けるようでは、どのみち、システムが破綻してしまうと思っておりますので、私としては、若者を含む現役世代にどのように感じてもらえるか、あるいは理解してもらえるか、そういう改革が一番の肝ではないかと考

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。続きまして、一般社団法人日本介護支援専門員協会の鷺見よしみ会長でございます。鷺見委員、よろしくお願いいたします。

○鷺見専門委員 鷺見でございます。どうぞよろしくお願いいたします。介護保険制度の要といたしまして、介護保険制度開始と同時に介護支援専門員という職業は誕生したわけでございます。まだまだ新しい職業ですが、非常に特徴的なことといたしますと、背景職種というものをケアマネジャーは持っております。ちなみに私の背景職種は歯科医師でございますが、現任で14年間ずっとケアマネジャーとして仕事をしてまいりました。

ただいま現任者は15万人程度いるということになりますが、とにかく日本の介護保険制度は、どのような状況にある方でも適切な支援が得られるようにケアマネジメントとケアマネジャーが制度に組み込まれたということは非常に大きな特徴だと思っておりますし、そこは大きな役割を果たしてきたと思っております。

私は、ケアマネジャーは本人主体となるいわゆる代弁機能を中心にしっかり実践ができるよう頑張っていきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

○清家議長 ありがとうございます。続きまして、一橋大学大学院経済学研究科の田近栄治特任教授でございます。田近委員、よろしくお願いいたします。

○田近専門委員 一橋の田近です。よろしくお願いいたします。私は、経済学、その中でも財政学の仕事をしてきました。社会保障の中では、年金、医療、介護、それから、今日副大臣もいらっしゃいますけれども、震災時の被災者生活再建支援等に関心を持って仕事をしてきました。今日の分野では、医療では、財源問題と並んで保険者機能について関心を持っています。介護では創設以来、北海道から沖縄までいろいろな市町村を訪ねて調査をしてきています。お役に立てれば光栄です。よろしくお願いいたします。

○清家議長 ありがとうございます。続きまして、公益社団法人日本薬剤師会の山本信夫会長でございます。山本委員、よろしくお願いいたします。

○山本専門委員 日本薬剤師会の山本でございます。私どもの役割は、国民に医薬品を安全に安心して使用できるよう、供給することだと思っております。そういった意味では、ただいま議論がありましたように、自助から公助に至るまで様々な分野で薬が必要とされていると考えております。私も現場におりますので、そうしたことを考えつつ仕事をしておりますが、地域の中で多職種の方々との連携を密にしながら、それを踏まえつつ、単に薬局というより、むしろかかりつけ薬局という、地域住民の方々が自由に使える薬局として、薬だけではなく、様々な健康相談を受けられるような、ファーストアクセスというのでしょうか、そうした機能を持つような薬局になりたいと考えております。そうした働きができる薬局になる、それを目指してこの議論に参加させていただきたいと思っておりますので、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。最後になりましたが、公益社団法人日本歯科医師会の和田明人副会長でございます。和田委員、お願いいたします。

○和田専門委員 私は、歯科診療所を開設している立場から、超高齢社会において歯科医療が果たすべき役割について意見を述べさせていただきたいと思っております。

今、リタイアした団塊の方の健康上で後悔したことの第一位は、実は歯科の健診を受けずにほうっておいたことであります。いざ65歳ぐらいになりますと既に口腔機能が崩壊しているということがございまして、思わぬところで後悔をされている現状です。このように気がついたときには既に遅いという実態があり、より早い時期からの口腔管理の徹底が必要だと考えています。

さらに、家族との会話はもちろんですが、食事においても、超高齢社会においては大変大きなキーワードだと思っております。歯科医療というのは、生活の質を支える医療であって、高齢者の一番の喜びである食べることを支援できると考えております。また、歯科職種が行う口腔管理ということ徹底することによりまして、誤嚥性肺炎、あるいは術後合併症を軽減するというデータも周知されてきておりまして、医科疾患の重症化予防の観点からも、在宅のみならず、病院においても歯科医療が貢献できるものと考えております。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、ここから早速議事に入らせていただきたいと思います。

前回の会議に引き続きまして、社会保障4分野の改革の進捗状況の確認を行ってまいりたいと思っております。そして、それを踏まえて検討課題を整理して



いくというのが今回の会議の目的でございます。前回は申し上げましたけれども、国民会議の報告書、社会保障改革プログラム法の制定と改革の道筋が定められたところではございますけれども、実際にその道筋に従って改革が予定どおり進捗しているのか。いわばPDCAサイクルとしてチェックすることが重要であるとともに、そうしたチェックの中でさらなる課題を中長期的、制度横断的な観点も含めて整理してまいりたいと考えております。

そこで、本日は、医療・介護分野につきまして、改革の進捗状況について厚生労働省から御報告をいただき、議論を行ってまいりたいと思います。

まず、厚生労働省の二川医政局長から15分程度を目安として御報告をいただきたいと思います。では、二川局長、よろしくお願いいたします。

○二川厚生労働省医政局長 厚生労働省医政局長の二川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

資料3に沿いまして、医療・介護分野の改革の進捗状況につきまして御説明申し上げます。

医療・介護分野は、ここにございますように、医政局・老健局・保険局の3局で連携をとりながら進めているところでございますが、私から一括して御説明申し上げたいと思います。

資料をおめくりいただきまして、1ページは、この6月25日に成立いたしました医療介護総合確保推進法でございます。この法律は、既に施行された部分もございますし、これから来年の4月や10月といった形で施行が順次進んでまいります。それに向けまして順次準備を進めているところでございます。

その内容につきまして、次の資料に沿って御説明申し上げます。おめくりいただきまして、3ページでございます。これは、医療・介護サービス提供体制の一体的な確保というところでございます。まず、3ページの上にございますように、先ほどの法律に沿いまして「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」を厚生労働大臣が定めることとなっております。この総合確保方針というものにつきましては、既にこの9月に告示され定められておりまして、公表しておるところでございます。

内容は2つございまして、1つ目が、地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向といったものを定めてございます。基本的な方向としては、左側にございますように、①から⑤までということで、いわゆる地域包括ケアシステムの構築ですとか、地域の創意工夫を生かせる仕組み、医療・介護人材の確保と多職種連携の推進、限りある資源の効率的かつ効果的な活用、ICTの活用、そういったことにつきまして基本的な方向を述べてお

るものでございます。

もう一点が、新たな財政支援制度でございます。消費税による増収分を活用いたしまして財政支援制度といったものが予算上位置づけられてございますけれども、それにつきましての基本的な方針をこの総合確保方針で定めております。都道府県におきまして関係者の意見を十分聞いた上で、ある特定の事業所に偏るのではなくて、事業主体間の公平性、公正・透明を確保しながら、どこの事業に使うかということを決めていただくといったようなこと。それから、診療報酬、介護報酬との役割分担の考慮をしながら定めていただくといったことでございます。

基金事業の範囲につきましては、ここの①から⑤にありますように、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備整備等、在宅医療関連のもの、医療従事者の確保に関するものなどが対象になるといったことでございます。こういった方針を既に定めてございます。

そして、4ページでございますが、こういった基本方針に基づきまして、具体的に26年度の予算といたしましては、国・県の予算を両方合わせまして904億円の基金が確保されております。これの配分につきましては、4ページの下の方にスケジュールがございますけれども、この4月から各都道府県のヒアリングを順次やってきておりまして、先ほど申し上げました総合確保方針が9月12日に公表されたのを受けまして、最終的にそれを受けて県のほうで計画策定に入っているといったことでございます。都道府県のほうには、それぞれ904億円の配分の内示をこの10月17日にしておりまして、10月中に各県の計画は既に提出いただいております。基本的にそれをベースにいたしまして正式な予算の交付決定を11月中には行うといった予定で進めているところでございます。

次の5ページは、今後のスケジュールでございます。ここにありますように、基金を活用しながら、今後、平成30年度に次の医療計画、また次の次の介護保険計画が始まります。また、この年は、診療報酬改定また介護報酬改定。全てがこの年になる、こういった年でございますので、30年度に向けていろいろな物事を進めていく。こういったことを踏まえて進めているところでございます。これが全体でございます。

次をご覧くださいますと、病床機能報告制度と地域医療構想ということで、今回の医療介護総合確保推進法に基づき、医療提供体制をどのように確保していくかといった課題に対応するものでございます。

7ページをご覧くださいますと、病床機能報告制度は既にこの10月1日から施行になっておりまして、これからは毎年、各医療機関は全て自分のところの医療機関がどういった機能を有しているか、また将来どういう機能にな

っていこうとしているかといったことについての報告をしていただくことになっております。その報告をしていただく事項は、既に厚生労働省令で定めておりまして、それに沿って報告をいただくとなっております。例年10月末までに報告をいただくということですが、今年は初年度でございますので、11月14日までということで、今年だけ特例にして定めてございます。いたが、いまして、来週中には各医療機関から全て報告が上がってくるということでございます。一応、都道府県のほうに報告をいただくのでありますけれども、医療機関や都道府県の負担を軽減するために、国のほうへ一括して、ウェブといいますか、電子で出していただいて、それを集計いたしまして各県のほうへ返す、こんな手続になってございます。

報告いただく事項は大変多くなっておりますけれども、8ページに一番肝のところを書いてございます。医療機関は、それぞれ自分のところが現在どういった機能を有しているのか、また将来どのような部分を担っていこうとしているのか、そういったことを出していただくといったところが中心になろうかと思っております。

その医療機能といたしましては、一応4区分をお示ししておるところでございます。高度急性期の機能、急性期の機能、回復期の機能、慢性期の機能という形で、定性的な基準で現在示してございます。こういった報告がある程度定着してくれば、こういう病院はこういう機能だという定量的な基準をお示ししていける段階が来るのではないかと考えておりますけれども、現在は定性的な形でお示しをし、それぞれ医療機関でみずから判断し、御報告いただくという形で進めてございます。

この医療機関からの報告が、今年の場合ですと、もう来週に上がってくるということでございます。そういった情報も含めまして、来年度、27年度から各都道府県が地域医療構想を策定するというのが、今回のこの医療介護総合確保推進法に基づき都道府県のほうでやっていただくことになろうかと思っております。地域医療構想、地域医療ビジョンとも呼んでおりますけれども、こういったものを27年度から都道府県のほうで定めていただくというものでございます。

都道府県のほうが地域医療構想を定めるに当たりましては、少し飛びますけれども、11ページでございます。都道府県のほうで地域医療構想を27年度から定めていただくに当たりまして、国、厚生労働省のほうでガイドラインをお示ししていこうということで、そのガイドライン策定のための検討会をこの9月から始めております。都道府県のほうは、このガイドラインに沿いまして、この地域医療構想をつくっていただくということで考えているところでございます。

地域医療構想は、これまで都道府県が定める医療計画の一部をなすものという位置づけではございますけれども、医療計画の一番中心的な役割は、その地域における病床をどれだけにするかといった病床規制の機能が中心かと思えます。地域医療構想は、病床を幾つまでということではなくて、この地域ではこういった機能の病院がこれだけ必要だということをしちっと当てはめていこうということで、まず、その構想をつくる。その構想に基づいて、その地域の医療機関が、足りない機能を誰が補うのか、誰がやっていくのかということに主体的に関わって行って、自分はこの機能を担うということをつくっていただく。そういう意味で、構想に基づいて各医療機関が参加をする協議の場も法定されてございますけれども、法定された協議の場を活用していただいて、具体的にその医療機関がこういった形の医療機能になっていくのか。なりかわっていただく医療機関もあるのだらうと思えますが、そういったことを進めていただくというものでございます。

少し飛びますけれども、11 ページが先ほど申し上げましたガイドラインの検討会。12 ページがそのガイドラインの検討会におきます検討状況でございます。これは3回ほどやっておりますけれども、地域医療構想の区域の考え方を議論いただいております。ここにつきまして簡単に御紹介いたしますと、「二次医療圏を原則とする」となっておりますけれども、二次医療圏といっても、大変広い地域、あるいは反対にすごく狭い地域になっているところもございます。むしろ、住民の方、患者の方の実際の動向をよく見て考えるべきなのではないか、こういったような意見がございます。最終的には実際に必要なものをベースに考えなければいけない、後々に医療計画を改正するときに、二次医療圏のほうを逆に地域医療構想に合わせていくべきなのではないか、こういったような意見が現在この検討会では出ているところでございます。

次に、各地域における医療需要です。現在の需要がどうか。また、これは一応2025年をにらんでということになりますので、そういったころの医療需要がどうかといったことの医療需要の推計方法といった議論も行っております。これにつきましては、いろいろなデータがございますので、DPCのデータですとか、そういったようなものを活用しながら、こうやって推計していくという推計方法を示していきたいと思っております。

また、先ほど病床機能報告制度によりまして報告をいただいた事項も、このように活用していくということにつきましてはのガイドラインを示していきたいということで検討しているところでございます。

次の項目は、14 ページ「医療従事者の確保、チーム医療の推進について」ということでございます。今回の医療介護総合確保推進法におきましては、

幾つかの点でこういった医療人材等の確保の対策が講じられてございます。14 ページの左下にございますように、地域医療支援センターを法定化したとか、離職する看護職員につきまして届出の努力義務でございますけれども、どこにそういった免許を持っている人がいらっしゃるのかという情報をナースセンターへ届けていただくといったこととか、医療機関の勤務環境を改善することで医療職種の方の定着を上げていく、そういったことが法律上位置づけられたといった改正がなされております。

15 ページをご覧くださいますと、医師不足の解消策ということで、地域医療支援センターというものが医療法上位置づけられたというところでございます。これまで予算事業として、都道府県を事業主体として運営費の補助をしております。現在、まだ全県ないのですけれども、42 都道府県で機能をスタートしております、実際、過去3年ぐらいの間に2,000名あまりの医師を県内の医師不足の医療機関へあっせんするといった実績が上がっているところでございます。県ごとに実績を若干上げているところと、なかなか数字にあらわれないところと、若干あるようでございますけれども、こういう法定化された地域医療支援センターを使っていただいて、地域の医師不足対策に貢献していただきたいと思っておりますのでございます。

16 ページは、看護職員の確保対策でございます。真ん中のあたりに「努力義務」とあります。退職される看護師さんにつきまして、努力義務であって、義務ではございませんけれども、ナースセンターのデータベースのほうへ自分はこういう状態であるということを書いておいていただく。そうすると、この看護師さんはまたここで働いていただけるのではないだろうか、そういったようなことについての情報になるだろうということで、こうした活用を規定してございます。

次の17 ページでございますが、勤務環境の改善ということでございます。各医療機関におきまして、従業員の医療職種の方々につきましての勤務環境の改善の取組を医療機関の管理者が中心になってつくっていただくということでございます。各医療機関におきまして、勤務環境改善マネジメントシステムというものをつくっていただくことが努力義務となったわけですが、その基本になるような指針を私ども厚生労働省のほうで先般9月に策定し、お示ししてございます。それに沿いまして、こういった形で関係者が集まって、こういったことを議論していくのか、それをどうやって点検し、チェックしていくのか、そういったことにつきましての基本的な考え方について基本方針をお示したところでございます。今後、各医療機関におきましてそういった取組を具体的に進めていただくということでございます。

また、指針だけではなく、この17 ページの下にありますように、医療勤務

環境改善支援センターというものを都道府県に置いていただくということ。これも法定されたものでございまして、都道府県のほうで具体的なアドバイスですとか、そういったことをこういうセンターを通じて各医療機関に対して実施していく仕組みでございます。

18 ページは、チーム医療の推進で、特定看護師等と医療従事者の業務範囲の見直しというものがなされてございます。

19 ページをご覧くださいますと、看護師につきましては、原則といたしましては、医師の個別的な指示に基づいて診療の補助を行うというのが法律上定められた業務でございますけれども、それを手順書というものをあらかじめ示すことによって、包括的な指示をする、指示を受けて看護師は診療の補助ができるといった仕組みが法定化されたところでございます。これにつきましては、現在、その特定行為の対象となる、看護師が行える行為を決めていくということで、どういったものがこれに該当するのか、また、該当するとしてどういった内容の研修を行うのかといったことを検討いただくため、医道審議会の部会をスタートさせたところでございます。なお、20 ページは省略をいたします。

次は、介護保険制度の改革でございます。22 ページでございます。介護保険制度につきましては、ここにありますように、患者や高齢者が地域で安心して暮らすためには、急性期の医療とか、受け皿となる病床の整備を進めるだけではなくて、退院後の生活を支える在宅医療、介護サービス、生活支援、介護予防までの一連のサービスを一体的に確保することが必要といったことございまして、それを地域包括ケアシステムと呼んでいるわけですが、それを構築するための取組を進めようということでいろいろな制度改正がなされたということでございます。

次の23 ページをご覧くださいますと、介護保険制度の今回の改正の大きな柱は2つでございます。今申し上げましたように、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化の2つになろうかと思っております。

地域包括ケアシステムの構築の関係でいきますと、23 ページの左下にありますように、全国一律の予防給付、訪問介護と通所介護でございますけれども、これを市町村が取り組む地域支援事業に移行し、いろいろ創意工夫によって多様なサービスを提供していただけるようにしようといった内容が1点。

それから、特別養護老人ホームの新規入所者の方につきましては、原則、要介護3以上の方に重点化していこうといった内容のものが1つ。

23 ページ、右側でございますけれども、「重点化・効率化」というところで言いますと、一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げるということで、一定の所得以上の方につきましては1割負担を2割負担にするという

こととございます。限度額がございませぬので、一律に2倍になるわけではないということとございます。

それから、低所得者の施設利用者の食費・居住費を補足給付としております。今、食費・居住費は、原則、利用者が負担をするわけですけれども、低所得者につきましては、補足給付として補填をしておるわけとございます。所得を見て対象者かどうかという判断をしていたわけですけれども、それを預貯金、あるいは配偶者の所得といったようなものを見ながら判定していくといった形で改正されたということとございます。

今申し上げました点、24 ページとございますけれども、地域支援事業の全体像をご覧いただきますと、左側が現行で、右側が改正後になります。上のほうが緑色になってございませぬが、介護予防給付で訪問介護、通所介護が事業のほうへ移っていくというようなこととございます。

それから、包括的支援事業につきましても、内容の充実ということと、在宅医療・介護の連携とか、認知症施策の推進ということと、認知症初期集中支援チーム等々のものが位置づけられたところとございます。25 ページは省略をさせていただきます。

26 ページとございます。先ほど予防給付を地域支援事業に移行すると申し上げました。これにつきましては、29 年度末までに地域の実情を見ながら移行をしていただくということと、法律上は、27 年4月が施行日とございますけれども、27 年4月から全ての自治体が給付から事業へ移行するということとではございませぬで、29 年度末まで、30 年3月までに各地域の実情に応じて少しずつ移行していただく。こういったことと進めておるところとございまして、これにつきましては、移行した後、市町村が事業として行う場合のガイドラインといったものが必要だろうということと、そういった検討を自治体の意見も伺いながら進めているところとございます。

次は27 ページとございます。これが先ほど申し上げました特別養護老人ホームの重点化ということと、中重度の要介護者への重点化を図るということと、既に入っている方はもう入っておられるので例外とございますけれども、27 年4月からは新規入所者につきましては原則として要介護度3以上の高齢者に限定をするということとございます。ただ、やむを得ない事情がある場合には、特例的に新規の方におきましても入所が可能な仕組みとしてございまして、その要件につきましては厚生労働省令で定めるとなるとございますので、その点につきましては準備を進めているところとございます。

28 ページとございます。低所得の高齢者につきましては、今、保険料を5割軽減しておりますけれども、来年の4月からは消費税の増収分を活用して、公費を投入して、さらに軽減するといった仕組みが導入されるということと

ございます。

29 ページでございます。これも、先ほど申し上げましたように、一定以上の所得者につきましては介護の利用料を1割から2割に引き上げるということで、被保険者の上位20%に相当する280万円、これを所得に直しますと160万円になりますけれども、160万円以上を基本として、これは政令で定めるということで現在準備中でございます。

次が、30 ページ、補足給付でございます。食費とか居住費を補足的に給付する人の基準ということで、現在は所得を基準にしてございますけれども、これを、30 ページの下にありますように、いわゆる資産、資産のうちの預貯金が幾ら以上あるかといったようなことで、単身の場合には1,000万円、夫婦では2,000万円の預貯金がある方につきましては補足給付の対象外。こういった形で進めたいと考えてございます。また、配偶者の所得とか、そういったものも考慮して、この対象者のオファーを決めていくといった形で今準備を進めているところでございます。これにつきましては省令で基準を定めることになっておりまして、その準備を進めてございます。

最後、31 ページでございますけれども、これら制度改正を踏まえまして、各自治体におきましては27年度から29年度までの第6期の介護保険事業計画の策定に向けて準備を進めていただいているところでございます。計画の策定に当たりましては、認知症の支援策、在宅医療・介護の連携など、地域包括支援システムを構成する要素についての記載を強化していただくということをお願いしてございます。2025年度までのサービス・給付・保険料の水準も推計し、中長期的な視野に立った施策を展開していただきたいと思っております。各自治体が適切に事業計画の策定を行えるように、計画策定に係る指針の策定、全国会議の開催など、厚生労働省としても必要な支援を実施しているところでございます。

先ほど、最初のほうで御説明しましたように、平成30年度から第7期の介護保険事業計画が始まりますし、それが次の医療計画ともちょうど一致いたします。そういった両計画の整合性を図って医療・介護の連携を一層進めていき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、意見交換に移りたいと思います。ただいまの御報告を踏まえまして、御意見や御質問を皆様方から賜りたいと思いますので、順次御発言をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。では、土居委員。

○土居委員 御説明どうもありがとうございました。前回の推進会議に引き続



き、社会保障制度改革プログラム法や内閣でお決めになった「骨太の方針2014」など、既に枠組みをしっかりと決めておられるので、その枠組みに沿いながら、特に今日の話題である医療や介護についてのさらなる取組をこれからどのように考えていくかということが重要なのではないかと思います。

その上で、まず医療のほうから申し上げたいと思います。御説明にありましたように、これから地域医療構想を各県でしっかり策定していただいて、そこに魂を込めることが重要になってくると思います。基金も設けられていることですから、この地域医療構想とうまく連動させながら、この基金をうまく工夫して配分していただくことは非常に重要なことです。

さらには、そもそも地域医療構想をどのようにつくるかということで、私も医政局の検討会のメンバーにも加えていただいて議論している最中です。地域差があることは確かにそうなのですが、地域差の要因をきちんと精査して、可視化して、それを改革につなげていくことが非常に重要で、入院から在宅という取組についても、各地で取り組まれているベストプラクティスを生かしながら、地域医療構想に反映していただくような取組が非常に大事ですし、厚生労働省でも御検討になっておられるような医療保険制度改革もしっかりと取り組んでいただきたいと思います。

介護についても、先ほど御説明にあったように、第6期の計画期間が始まりますから、ここでまずは最初の取組をしっかりと定められた枠組みの中でやっていただく。

それとともに、私が非常に大事だと思うのは、給付の内容の重点化・効率化をさらに進めていただくことと、介護サービスの質の評価をエビデンスに基づいてきちんと評価した上で、これを要介護者の方々に対して重点化・効率化していくことが非常に大事な事かなと思います。

もちろん、2025年という目指すべき年もあるのですが、その前に、内閣でお決めになられた「骨太の方針2014」でも明記されているように、2020年の財政健全化目標がありますから、取り組める改革はできるだけ早期に、2010年代後半にきちんと取り組んでいただくことが大事で、2025年を待たずに2010年代後半でも取り組めるものから積極的に医療や介護で取り組んでいただくことが大事かなと思います。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。では、今村委員、お願いします。

○今村専門委員 厚生労働省から御説明いただいたこの法律にのっとったものが粛々と実施されて、どのような経過をたどるかということを見ても

いかなければならないと思っていますが、ちょっと総論的なことを申し上げたいと思っているのは、私、地域包括ケアでかかりつけ医の役割が大事と申し上げましたが、実は、住民、いわゆるサービスを受ける方たちの視点というのは絶対重要で、そういう方たちに必ず参画していただかなければいけないと思っています。国民の理解がなければこういった改革は進みません。

その意味で、実は昨日、認知症サミットが厚生労働省等の主催で開かれました。その中に、OECD の医療の質のレビューというパネルディスカッションが設けられて、OECD が日本の医療の質について評価をしています。それについて私も参加させていただいたのですが、御存じのとおり、日本の医療の質の総体的な高さについてはOECD でも認めているわけですが、もっと個別具体的に言うと、単なる平均寿命とかではなくて、十数項目にわたる評価をきちんとしています。OECD の中では、その医療の質が圧倒的に高いというデータが出ているわけです。

しかしながら、A・B・C・D評価で、唯一D評価が30年間も続いているという、よその国ではどこもないものは何かということ、国民の健康状態の自己評価であります。これは単なる国民性という問題ではなくて、国民に今、自分たちがどのような医療を受けているかということを中心に理解していただいて、これからその医療の質を維持するために負担が必要だということをお願いしなければなりません。そういうことは、私ども医師会も、住民の方、患者にきちんと説明する義務もあろうかと思いますが、あらゆる関係者がそういったことを国民に向かってきちんと説明をした上で改革をしていくということをしなければ、これは国民の理解は得られないのではないかと私は個人的には考えておりますので、そこは是非ともよろしくお願い申し上げたいと思います。

もう一点。荒井委員から、先ほどデータベースに基づいてとのことですが、これも極めて大事なことだと思っています。今、県のほうでは、それこそレセプトや健診のデータ等について極めて多様なデータをお持ちになっているとのこと。これは極めて機微に触れるデータなので、その2次利用ということについては、情報の管理というのはきっちりした上で、地域医療構想を策定していく上で、これは別に医師会ということだけではなくて、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、あらゆる地域の中の団体の役割というのは非常に多くあります。行政との間でそういった構想を策定していく中で、データをきちんと共有できるような仕組みをつくっていただきたいと思っております。

そういったきちんとした地域における仕組み、地域医療構想をつくっていく上の必要な財源については消費税で賄っていくということですが、多分こ

ここで話しすることではないのだと思いますが、10%に上げる上げないの話が今出ているわけですが、これはきちんと規定どおりに上げていただいて、先ほど申し上げたように、国民に理解いただいた上で、必要な医療・介護をこれから担っていく財源が必要だということをメッセージとしてしっかり出していただければと思っています。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。では、田近委員。

○田近専門委員 今、もう既に消費税の話が出たのですけれども、今日、私はここに出席させていただいて、国民目線で、消費税が既に5から8%、今、さらに2%上げる上げないの議論をしているときに、国民に消費税を上げることについて説明責任をこの会議でもきっちりしなければいけない。その点に関して質問を2点させていただきたいのです。

1点は、4ページの地域医療介護総合確保基金。これは公費で900億円。おおむね1,000億円とすると、消費税は公的機関が払う部分がありますから、国庫への収入でみて大体1%が2兆円。そうすると、1,000億円ですから、国民としては、我々の払っている消費税の0.5%はこの基金に使われる。1,000億円を都道府県で割ると大体20億円。都道府県に20億円配って一体何ができるのでしょうか。資料には「公正かつ透明なプロセス」と書いてあります。この観点に立つと、県別に20億円配って、その成果は何なのでしょう。いつまでもこういう資料ではなくて、具体的に20億円が国民にどうやって還元されていくのかをしっかりと示さないとならないと思います。

もう一点です。最後のほうの28ページです。今の御説明では、消費税が増えた部分は介護保険の低所得者の1号保険料の軽減に使われるということでした。介護保険が創設されたとき、私は、これは「18%の保険なのだ」と指摘しました。というのは、国保と違って介護保険というのは、給付に対して市町村の繰出金がない、一定の割合を市町村が払うという約束ですから、繰出金はないという約束できたわけです。したがって、介護保険を財政的に見ると、一番重要な点は、給付の18%を第1号保険者が保険料で払うということだったわけです。もし消費税が上がったから公費を投入しようなどと言うなら、それは介護保険の心臓というべき部分に手を入れることだと思います。第1号被保険者保険料部分は、介護保険設立当初18%だったのですが、現在はたしか21%です。この比率をどうしていくかという正面からの議論が必要だと思います。

しかし、介護保険の財政のあり方について正面から議論をすることなく、裏口から増えた介護保険を第1号被保険者の保険料負担の軽減のために投入

すべきではありません。給付費の 21%を第 1号被保険者に払わせるのか払わせないのか。払わせないのなら、それをどうやって下げるのか。第 2号被保険者の保険料を上げるのか。あるいは、50%とされている公費を上げるのか。そういうきちんとした議論をしなくて、消費税が上がったから、1号被保険者の負担が大変だから下げてあげる、こういう議論はしてはいけないと私は思います。最初に申し上げたように、我々は国民を代表して、消費税の用途についてきちんと説明責任を果たさなければいけない。正に今、消費税を上げようとしているわけですから、この点は非常に大切です。

以上、基金の用途。都道府県に配る 20 億円がどれだけ機能するのか。そのアウトカムは何なのか。

それから、介護保険自身の議論を正面から行わないで、第 1号被保険者の負担を消費税が上がったから下げようという、国民の眼に見えない形で裏口改革をするべきではないと思います。以上、国民目線から申し上げました。

○清家議長 ありがとうございます。これは、二川局長、今の段階でお答えいただける範囲でお願いいたします。

○二川厚生労働省医政局長 先ほど申し上げましたように、都道府県のほうからちょうど計画を策定・提出されてきてございまして、11 月中には正式に各県に交付決定しようと思っております。その段階で、少なくとも今年度どういった事業に使うのかといったことは、各県でも公表されますし、私どもも一括してお示しする予定でございまして。

それで、どういったものが対象なのかということで、4 ページのほうにございましたけれども、最初は、この地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業が一番中心でございまして。これは今、医療機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と病院の機能を区分けして、その地域において必要なものはどれだ、これが足りないのだといったことをきちっと把握していただくということでございまして、その医療機能を変えていくときに、病院の再編とか、設備が必要になるとかいったことが必要だろうと想定してございまして。そういったものに対する支援というのが一番最初でございまして。

それから、在宅医療はもう少し進めなければいけないということがそもそもございまして、そういったことにつきましていろいろ工夫をしていただいた事業が、今、各都道府県のほうから挙がってきているところでございまして。

また、医療従事者の確保のためのいろいろな助成金とか、そういったもの

に活用したいといった都道府県もあろうかと思えます。これは、今年度は約900億円でございますけれども、今年度は医療の分だけでございます。来年度からは介護の分も対象にしていこうということで予算要求しております。ただし、27年度からの金額が幾らになるかというのは現時点でははっきりはしていないので、夏の概算要求では事項要求としておりまして、何億円という要求はしていないのでございます。これは、消費税が8%から10%になるかどうかというご判断がありますから、事項要求という形にしております。しかしながら、すでに消費税が8%にはなっているわけでありまして、今年度は満年度ではないのです。来年度消費税8%の満年度分になりますので、少なくとも消費税収のその分の増収がもう少しあるのだろうと考えているところでございます。

これは年末に向けて私ども財務省のほうに努力をして、できるだけ多くを確保したいと考えているところでございます。

○清家議長 保険料のお話は。では、苧谷審議官。

○苧谷厚生労働省審議官 介護保険料の軽減の話でございますが、この資料の23ページをおめくりいただければと思うのです。ここで、現在ですと月額5,000円程度の保険料が平均で徴収されます。その中でも、生活保護受給者ですとか、住民税の非課税等の世帯の方は、今は所得に応じて階段状に保険料を徴収しておりますので、5割は軽減させていただいています。ということは、2,500円程度を払っていただいています。これが2025年になりますと平均月額約5,000円が8,200円程度まで上がるという予想もございます。高齢者の方は、収入が基本的には年金しかないということでございますので、このままでは負担に耐えられないということで、消費税財源を使わせていただいて、何とか7割軽減までさせていただこうということで御提案させていただいたということで、この趣旨を御理解いただければと思います。

○清家議長 田近委員、よろしゅうございますか。

○田近専門委員 1つだけ。そういう形で消費税を使って国民は納得できるのでしょうか。第1号被保険者の負担が増えていくことは当初からわかっていたことです。もし、第1号被保険者の保険料負担を給付の21%から下げるといふのなら、負担軽減部分をどこから調達するのかという議論をしないとならないはず。私が言いたいのは、そうした介護保険のあり方、フレームワークの議論が必要だということです。そのうえに第1号被保険者の改革を

こう進めるのだと。事後的に負担が増えたのだから、ちょうどいい時に消費税が増えたのだから、助けてあげようというのは、先ほど申し上げたように、介護保険の本質部分を国民に見えないようなやり方で変えてしまうという。ここが先ほどから私の指摘していることのポイントです。

○清家議長 分かりました。それでは、武田委員、どうぞ。

○武田委員 どうもありがとうございます。私からは意見を3点申し上げたいと思います。

1点目でございますが、私も、田近委員がおっしゃられます説明責任を果たしていかなければいけないという点に同意いたします。先ほど局長より、各都道府県は都道府県別に計画を作成し、それを今後御提出いただくとのご説明がございましたが、第一歩として、計画を出していただくこと自体は大変意味があることとは認識しております。ただ、公費が904億円使用されることを考えますと、その効果の検証プロセスは欠かせないと思います。

最初の一文にございましたけれども、趣旨としましては、効率的かつ質の高い医療提供体制をとということです。先ほど田近委員がおっしゃられた904億円を使って、その予算で効率性がより高まったかどうかという点の検証を行うことが必要ではないかと感じました。

2点目として、制度横断的な視点も検証プロセスの際に必要なかと思えます。先ほど23ページで、介護保険制度の重点化・効率化について御説明いただきました。これは是非進めていっていただきたいと思えます。低所得者に対しては、保険料軽減や、今行われている施設利用者の食費・住居費の補填などもあることが資料に記載がございます。もちろん応能負担や低所得者への配慮の必要性は十分認識しておりますが、一方で、年金でも低所得者への加算という話がございまして、場合によっては、低所得者と位置づけられる方が手厚い形で、そこから出られた方との逆転現象や、大きな段差がどこかで生まれるようなことになると、ひいてはそれが高齢者世帯の就労インセンティブにも影響する可能性も考えられると思えます。制度横断的に低所得者への軽減や加算が実際どうなっているのか、恐らく現状は、統計・データで整理はできていないと思えますので、そこを一度整理・分析していただいて、改めてこの会議の場で議論させていただければ、本当に困った方への重点化、そして制度全体の効率化が進められるのではないかと思います。

3点目は、中長期的な地域の姿に関する問題提起でございます。今日は、これまでの進捗の確認ということで認識しておりますが、せっかく資料の22ページに地域包括ケアシステムの構築の図を提示いただいておりますので、

問題提起として一言だけ申し上げたいと思います。

今後、この地域包括ケアシステムと人口減少社会で求められる地域の姿を、有機的に結びつけて議論していく必要があるのではないかと思います。まず、2025年というのが1つの節目だと認識しておりますが、その先に2050年の姿もあると思います。そこを展望しつつ、25年までの議論も有機的に進められたらと考えますので、意見として述べさせていただきました。私からは以上です。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、吉田審議官。

○吉田厚生労働省審議官 厚生労働省の官房審議官でございます。今の武田委員の御意見、あるいはその前の田近委員の御発言に関しまして、1点、事実関係だけ御紹介をさせていただきます。

今回の医療介護総合確保基金の使い道について十分に説明責任を果たすとともに効果を検証すべしという御意見であったかと思っております。私も、消費税の増収分を国民の方々からいただいてつくらせていただいているという重みを十分心得ているつもりでございますが、先ほど、今回この医療介護を通じた総合確保の方針をつくらせていただいたということを申し上げました。お手元の資料の3ページの右側に、そのときにお集まりいただいた有識者の方々の会議を構成させていただいていることを紹介しております。基金の使い道につきましても、都道府県の皆様方のレベルでも情報公開をし、御議論をいただくことと思っておりますが、国のレベルでもこの会議に実績を御報告いただいて、PDCAを回すという形になっている点ということをお報告したいと思います。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。では、神野委員、どうぞ。

○神野委員 どうもありがとうございます。私は、地方財政に関わっている者の立場から評価をさせていただきたいと思っておりますが、私が参加させていただいた国民会議等々で議論してきたことについて着実にやっていただいていると感謝申し上げたいと思っております。その上で、この方向で着実に進めていただく上で幾つかお願い事を申し上げたいと思っております。

1つは、武田委員の今の御発言に関連するのかもしれませんが、地方自治体のほうで公共サービスを提供するといったときには、それぞれの地域の個性に応じて、生活実態に合わせて提供するわけです。そこで総合行政といましようか、全体として諸分野の政策を関連づけた上で提供するということ

をやらざるを得ないというか、それが要請されるわけです。

私ども地方財政を見ている者から言うと、ともすると社会保障、社会福祉が有機的に関連づけられないまま行われてきた点があるのですが、今回は、医療、介護等々を突破口に、なるべく福祉、社会保障を関連づけながら提供していこうということをしていただいているので、高く評価をしたいと思っております。今後もこの方向で、他の社会保障制度もございますので、関連づけたような形で提供できるような御配慮をいただくということ。

それから、武田委員のおっしゃったことに誤解がなければ、住宅に限らず、街などのバリアフリーないしはユニバーサル・デザイン等々を組み合わせなくてはいけないわけです。極端に言えば、環境問題とかをひっくるめてやらなければなりませんので、各省庁間の擦り合わせをお願いしたいということ。それから、各自治体が地域の個性に合わせた公共サービスを提供することが可能になるような政策的な裁量をサポートしていただけるような提供の仕方を考案し、今後も進めていただければと思っています。それが1つです。

それから、このサービス提供体制と密接に関わる改革として国民会議のほうで提起した問題として、国保の改革がございますので、こちらも着実に関連づけて推進していただければというのが第2番目のお願いです。

3番目ですけれども、今、田近委員、武田委員から基金等々の問題が出たわけですが、この基金は国民会議のほうでもつくってきたものですので、議長は、ここで提案したことについては国民の理解を得るようなものとしてというように配慮しておりましたので、そこら辺の配慮を一層お願いするということ。とはいえ、いずれにしても、そういったことを実現していくにも、この医療、介護、サービス提供体制を支える土台は財政的な基盤を確立することでございますので、先ほど今村委員からもお話がありましたが、消費税増税を含めた財政面での土台づくりをやっていただかないと砂上の楼閣に終わってしまう。そういう危険性が危惧されないように御配慮いただければと思います。

○清家議長 ありがとうございます。それでは、荒井委員、それから大島委員、お願いします。では、荒井委員、お願いいたします。

○荒井専門委員 ありがとうございます。地域の役割の話が出ておりましたので、若干コメントといいますか、意見を申し述べさせていただきます。

今回の医療介護の総合確保法案は大変新しい論点が入っております、進取的でありますので、高く評価しております。知事会のメンバーもある面高く評価しております。



一方、これで放っておくわけではなしに、努力を積み重ねなければいけない分野がたくさんあるというのも共通認識でございます。その中で、神野先生がおっしゃった、国の中で省庁をうまく横割りにする、なかなかそうもいかないような実情がございまして、医療と介護も局がまたがってなかなかうまくいかないなどと思って見ておりましたが、今度そろって出てこられるので、ちょっとはましなのかなという程度なのです。

地方は、実は焼鳥屋を自認しております、鳥やネギ間などに横串を刺す、その横串が地方といいますか、国で統合しがたいのが地域で融合して、現場でベストマッチをするといったような方向になってくるのかなと思います。

施策の進め方となりますが、今日、地方創生の本部が石破さんに陳情してきたのです。交付金をよこせ、よこせとも言いません、ばらまきにならないようにしてくださいと。それは、国の果実を配分するというのではなく、地域のシーズを見つけ、芽を育てるという方向で国も働いてくださいと。それには、国と地方の対応は協議、協働の姿勢が欠かせませんという願いをしてきました。国・地方の対話だけではなしに、地方では県と市町村の対話が必要でございますし、民間あるいは住民を入れた対話協議が必要だと思っておりますので、特にこういう住民に密接した施策の進め方というのが、上から下まで意識が通過するように、その中にはエビデンスが十分入るように、見える化ができるようにと改めて思いました。

2つ目は、サービスの地域差は現況必ずございます。千差万別でございますが、地域差は、資料はよくエビデンスが出ておりますが、原因究明をどのようにするか。我々はベストプラクティスを探して、ベンチマークをする県を探しております。健康寿命というのが我々の仮の目標であれば、例えば長野県と比較して、長野県と奈良県は何が違うのだろうか。最近発見いたしましたのは、がんの死亡率と心臓の死亡率が長野並みになれば奈良県は健康寿命1位になるという試算が出ております。そのためのベストプラクティスのやるべきことはずっと列挙できます。長野は随分長い間かかってそうされていまして、国はベストプラクティスを証明するという1つの役目があるのではないかと。そのときに、基金の配分の仕方は効果的に言ってもなかなか難しい。その基準が難しいのですけれども、マネー・フォー・バリューを検証するということになるのです。世の中は、世の中はバリュー・フォー・マネーで、マネーを追求して価値をつくるというのが主流でございますので、我々は逆にマネー・フォー・バリューをするというのは検証でやって、何が効果的だと。その効果になる効果の目標設定を何にするかというのが、実は医療部会でも、何が医療・介護の総合か。健康寿命ですか、平均寿命ですか、あるいは他の要素ですかというのはまだ検証されておられません。社会保障の

国家目標は何かということ、地方からはその旗を出してくださいよというようなことを言っております。

3つ目は、医療と介護をどのように融合させるか。医療と介護のベストマッチはどうするのですかということをお聞きしておりますが、医療と介護の境界は不明確であるように感じております。どこからが医療でどこからが介護か。特に在宅になれば大変難しい。医療保険が適用されるのが医療行為で、介護保険が適用されるのが介護行為だというような感じしかないので、この地域包括ケアシステムをやるときに、システムはどんなものか、イメージはありますが、事例がなかなか出ない。これは現場でつくり上げて、それを比較してもらえないのかなと思っております。地域包括ケアシステム、現場をつくって、それを先ほどの国との協議あるいは対話に戻してまた吟味してもらおうという仕方を奈良県では施行しようと思っております。

最後に、地域医療構想、地域医療ビジョンでございますが、大きな役割の1つは、医療の量と質の需給のマッチだと思っております。その量と質も大事なのですけれども、供給側と需要側にどのようにコントロールするか。病床というのは供給側の1つの要素をコントロールしようとして1つのあれがりましたが、医療の需要についてアプローチの仕方が随分違う。需要の過剰・過小というのがあります。それに対するアプローチは、今村先生がおっしゃったように、ポピュレーションアプローチでよく認識してもらわなければいけない。ポピュレーションアプローチは、市町村が熱心になると健診率がぐっと上がる、そのような事例もあります。供給のほうの過剰・過小はなかなか難しい。過小の供給力を増すための基金とかいろいろしていただく。公的供給ということが中心になっておりますが、過剰・過小のこのテクニックを開発するというのも我々の検討過程であるのかなと思っております。

多少の所感で大変失礼いたしました。肝に銘じてお役目を果たすことができましたと思っております。

○清家議長 ありがとうございます。では、大島委員。

○大島専門委員 今の荒井委員に似たような質問、意見になるかと思っておりますけれども、私は医療関係にずっといるものですから、医療とか介護とかという視点から見ることが多いのです。それで、いろいろな地域の事情とかが情報としていろいろなところから入ってくる。あるいは、実際に自分でも見に行ったりということがありますが、これを一言で言えば、地域によって状況が全く違うというか、違い過ぎるぐらい違うという事情があるのです。これを包括的に数字をずっと並べて、それで一定の尺度をつくって、お金の配分

についても決めていくというようなやり方をやろうと思うと、多分、共通部分はものすごく薄い話にしかならないだろうと思うのです。

それに加えてさらに言うと、地域ごとにいろいろな工夫をされていて非常に効果を上げている。例えば、介護保険料を非常に抑えることができている県の事情をよく聞いたりすると、これは数字ではとても説明のつかないような努力をされているということがあるのです。制度というのは、当然、包括的に見ていかなければいけませんから、一律的な形で枠を決めるというのは避けられないことなのですが、それをやろうとすると、ちょっと変な言い方になるかも分かりませんが、努力しているところに報いるという形にはならないのです。そして、全然努力していないところはどんどんお金が要るわけです。非常に効果を上げているところは、どちらかと言えばお金は、少なくとも済む、ということがある一定の幅では言えるのかなと。これは直感ですから何とも言えませんが、あまりにも格差が激し過ぎるというような感じがしています。

数字で説明しろと言われるととてもできないのですが、お伺いしたいのは、904億円ですか、この配分を報告書を見て決めるというお話だったのですが、ある一定の基準とか何かがあって、そこには当然、公平性とか効率性、有効性というものを加味しなければいけないのかもしれませんが、その基本的な考え方は一体どういうところに置いてあるのかということについてお伺いしたいのです。

○清家議長 小山委員は関連する御質問でしょうか。

○小山専門委員 いいえ。

○清家議長 そうでしたら、まずお答えをいただいてから小山委員に戻ります。では、二川局長。

○二川厚生労働省医政局長 これは、先ほど申し上げましたように、医療機関の施設整備ですね。地域医療構想に向かって医療機能を変えていくといったようなこととか、在宅医療などを申し上げました。そういったものに該当するものであれば対象になるという前提で、正式な経過は、先ほど申し上げましたように、10月末にちょうど都道府県計画を提出いただいたばかりのところでございますけれども、その前にヒアリングを行ってきておりました。その過程で、これは全く対象外といったものはもちろん協議しながら対象から外しておりますけれども、そういった法定になるものにつきましては該当す

るという前提です。

言葉が適切かどうか分かりませんが、確かに各都道府で熱心さに差がございまして、最初は予算額の2倍ぐらい出てきまして、それをどうしようかということで苦心したのです。実際に、熟度をもう少し精査をしてくださいと申しあげましたら、26年度からやりますとといった事業、それから、これは27年度になりますとといった事業、その区分けをしていただきました。それで、26年度から実施することとなった事業で、先ほど申しあげた基準に入っているとといったものにつきましては、もう既にこの10月17日の時点で全額内示をいたしました。

来年度からスタートするという部分は、予算の904億円は実はオーバーフローしてございましたので、これは各都道府県均等に案分して内示をしたところでございまして、その内示額に沿う形の計画が10月末に出てきたということです。正式な決定は11月になりますけれども、そのような状況でございます。

したがって、26年度から熱心に取り組んでいただく県もあれば、そうでない県も実際あるわけがございます。27年度、あるいは28年度になってからこういったものをもっと具体化を進めていくといったことはあろうかと思えますし、こちらのほうも病床の再編とか在宅医療にもう少し取り組んでいただいたほうがいいのではないですかといったようなことは起きてくると思います。そういった過程でこの基金も活用いただくという形で進めていくのだらうと思っているところでございまして、今年につきましては、ある意味、熱心なところには多く、そうでないところには少ない額になっておろうかと思っております。

○清家議長 大島委員、どうぞ。

○大島専門委員 従来というか、公金は取るまでが勝負で、取った後のことはいいのだと。こういう言い方はちょっと言い過ぎかも知れませんが、とにかく取るまでが勝負だという感覚は、私のような立場で長年働いていると非常によく分かるのです。今はそのようなことが許される段階を超えていると私は思うのです。では、どういうやり方がいいのかということと言えと言われると非常に難しい。

例えば、努力をしているところは保険料も下げることができる、努力していないところは保険料も高くなっていく。しかし、努力しているかしていないかは一体誰の責任かという、よく分からない。実際に払う当事者の県民、市民のことを考えてみれば、こんなことを言うと怒られるのかも分かりませ

んが、努力をしていないところには公金をちょっと抑えますよ、努力しているところにはいい結果をもっと出してほしいのでさらに厚くやりますよという考え方もあります。少なくとも本当に効果があるということをこれから中長期的に見て広げていく視点は避けられないのではないかと考えています。

○今村専門委員　ちょっとよろしいですか。

○清家議長　このことに関連ですか。

○今村専門委員　はい。実際に基金をどのように地域で活用するかということで大変苦慮した経緯があるので、今、大島先生のおっしゃったことに関連してちょっとお話をしたいと思っています。

努力をしていないところがたくさんお金を取ったかどうかは、先ほどの会議の中でこれから検証することになるのだと思いますけれども、4ページの左側の資料を見ていただきますと、基本的に基金は都道府県から出てくることになっていて、一部、市町村からの計画で上がってくるものについては在宅医療があります。それこそまさしく、ある意味、地域包括ケアに最も関わっている部分なわけですけれども、地域の行政と地域医師会が入念に地域の中の在宅医療をどのように構築するか計画して、そして申請を都道府県に上げて、都道府県の中で議論をして、そして国に上がってくるまでの経過というのは非常に時間がかかるわけです。情報の伝達というのは、上から下までさっと水が流れるようにはいなくて、この趣旨がどういうものかということを一々説明しながら都道府県に集まってもらって、都道府県医師会から今度郡市区医師会に説明するというようなことをしながらやっているわけです。したがって、今回の申請については、極めて時間のない中でざっくりと申請しているというのが事実だと思いますので、これから本当に地域に役に立つ基金がどうあるべきかというのは、やはり一定の時間を見ていかなければ無理だと私は思っています。

○清家議長　ありがとうございました。それでは、お待たせしました。小山委員、どうぞ。

○小山専門委員　現業をやっている責任で幾つか意見を述べたいと思っています。

1つは、どういうわけか大勢の方がおいでになる場所で、年間1万人ぐらいの人が見学に来るのですが、最近とみに目立つのが市町村議員の皆さんで

す。そういった人たちとずっと議論していますと、分かってきたことがあるのです。

何が分かったかという、地域包括ケアシステムの言葉が分からないのではなくて、原点が見えない、見ていない。何かという、病院とか老健とか特養とかというところを見ていただければ分かりますけれども、3日に1回しか御飯が食べられないところはないはずなのです。それから、夜になって職員が消え去って朝まで放置されることはありません。なので、安心してそこに住めるということが条件なのです。つまり、地域包括ケアシステムを地域社会でやろうとしたら、その条件をつくらない限りできないのに、相変わらず家族を想定していて、実際はいないのですけれども、想定した家族を前提に他のサービスをつくろうとするので、全く動いていない。結果的には見切れるはずがないということになってしまっている。

老健をつくったときの最初の時期と同じような感覚です。出口がつくられていないのに、病院からの中間をつくった。出口がつくられていなかったの、結局、滞留した。あの反省と同じではないかと思うのです。そういったところをもう少し強く出さないと、社会の中でこの地域包括の仕組みは仕組みとしてはいいわけですけれども、なかなか進みづらいのではないかと。原点の24時間・365日継続するケアと、3回食事が食べられる、こんな簡単な仕組みすらできていない。まずここをつくらない限り、医療があっても、何が足されても前には進まないと思っています。これは実際にやっている感想です。

それから、住まいがないとできない。これは同居家族の負担になってしまうからです。連続的に他者が入る。今、国内では全国平均3割強の空き家が出ているこの社会の中で、新たに建物をつくって対応していくというのは非常にロスが出るやり方だなと思っていますので、これはそういった住宅対策と一緒に提言していかないと前には進んでいかないと考えています。

2点目は、同じその中で、私は田舎と都市部を両方担当していますので、両方の違いを見ながら仕事をしていますが、地方ではもう既にたたみ方の問題です。拡大する社会ではないので、もう確実に縮小していく社会に向かって、一瞬だけ飛び抜ける団塊の特殊性は置いておいて、いずれ縮小しなければいけない。それを踏まえた上での計画をつくらないと、拡大するところに投資してもあっという間に使えなくなってしまうという怖さが見え隠れしているものですから。都市部の一部では一瞬増やさなければいけないけれども、地方ではもう既にたたみ方ということ想定しながら事業を検討することになるのではないかと考えています。

3点目は、実は介護保険本人主体とって本人の保険の名前になっていま

すが、現実にはそうではない。現場で実際にやっていますから、現実は違います。軽度の人であれば、本人が選択していると思いますけれども、中重度になると、選択は周りの人たちに委ねることになっています。そうすると、本人主体というところはどこかに飛んでいて、常に周りの都合で物事が決まっていく。これは何が足りないかという社会教育だと思うのですが、社会保障は本人のためにつくったわけだから、本人がこのように使うものなのだとすることを前提に教育されていない。家族が決めるのだという形になってしまった。そのままずっと来ている。ここでの切りかえを何らかの形で強化していかないと、いつまでたっても本人主体にはならない。守ってあげる保障になってしまう。自分が使う保障のはずですから、もうちょっと本人主体ということ強く出さなければいけないのではないかと考えています。

最後の4番目ですけれども、この間、筒井孝子さん、介護保険をつくられたときに1分間タイムスタディーをされた先生ですけれども、彼女の話にも出ていたような気がするのです。地域包括ケアというのはある意味、財源を一元化しないと非常にやりづらい。私も昔から地域包括報酬ということをお願いしてきた立場ですけれども、ある程度一定エリアの人たちに対するサービスは、一定の財布の中で共有化した中で進めていかないと非効率になっていく。ばらばらに動くと、そのばらばらが自分たちの収益性を求めてそれぞれが動いてしまうので、ロスが結構出るだろう。そういった中で一元化というのはそろそろ検討課題に入る仕組みなのではないかということを実践の中で感じていますので、御報告させていただきました。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。それでは、まず、増田委員、それから鈴木委員。

○増田委員 ありがとうございます。簡単に、項目の頭出しだけ申し上げておきます。

国民会議からの議論がずっと引き継がれて、総合的な確保法が成立して、確実に進んでいることを大変うれしく思っております。その上で、今日は荒井知事がお見えになっておりますけれども、これから地域医療構想を初めとして県の役割が極めて重要になっていきます。私、奈良県にお伺いし、知事さんといろいろお話しして、奈良県の職員の皆さん方がこの問題に深い関心と知識を持って意欲的に取り組んでいることを目の当たりにして大変頼もしく思っております。

2000年の介護保険がスタートする前の準備段階で、先ほど大島先生もおっしゃったように、地域の自治体も様々でございまして、優秀な職員を介護保

険部局に寄せてしっかりと準備をするということで取り組んだことを思い出すわけです。ですから、これから地域医療ビジョンのみならず、様々な面で県が果たす役割が大きいので、県の体制をきちんとこれからつくっていく必要があります。これは国もその問題に相当関心を寄せて県と対話をしていかなければいけないと思うのですが、このことを抜かりなくきちんとやっていただきたいというのが1点目であります。

あわせて2点目は国保の改革です。先ほど神野委員も触れましたが、必ず確実に国保改革を行っていただきたいということ。

3点目は医療提供体制の話です。医療提供体制が全国で地域的に偏りなく配置されるということがこれからの必須のことになってきます。社会保障国民会議の中で私も提案しましたが、その1つの方策として、いわゆる医療法人について非営利ホールディングカンパニー制度も1つの選択肢としてこれから取り得るのではないかと。今、厚生労働省のほうで議論が行われていると聞いておりますけれども、経営体を統合強化して、それでしっかりとした医療提供体制をする。そういう選択肢をさらに1つ増やすということは大変重要でありますので、是非意欲的にこの実現に取り組んでいただきたい。

最後に、今、介護事業者は小規模事業者が大変多くて、小規模だからといって別に悪いということではなくて、非常にすぐれたものも多々あるわけですが、これから人口急減の時代を迎えて、従業員の労働環境ですとかキャリア形成環境をきちんと整えていく上では、早晩、介護事業者も経営体を強化して、それでしっかりとサービスを提供していくということが求められていくのではないかと。そういう意味では、議論はまだ先になるかとは思いますが、医療法人について、今、非営利ホールディングカンパニー制度の検討、そして実現方策が議論されておりますが、介護の事業者についてもこういった体制、事業体の強化ということは今後考えていくべきではないかと。

私、かつて岩手の知事をしていたのですが、岩手の関係の皆さん方とお会いすると、介護現場ではいまだに慢性的な労働力不足が起きていて大変だという話です。小規模の事業者の人たちは本当に御苦労している。ですから、なかなか余裕がないということをおっしゃっております。早晩、さらに人口減少が進むとこのような問題がより顕在化してきますので、このあたりについても是非早目に対応をお考えいただ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。では、鈴木委員、次に山本委員にお願いします。では、鈴木委員。

○鈴木専門委員 ここまでの議論を踏まえつつ、全体的な考え方について3点



ほど申し上げたいと思います。

1つ目は、非常に個別性のあるこの分野で制度の充実を図る必要があると同時に、給付の重点化・効率化ということとのバランスをどのようにとるのか。そういう意味では、総合確保推進法が制定されて、予防給付を事業に移すとか、特養入所者を原則要介護3以上の方に重点化させていただくとか、病床機能再編などをシステムチックに行うというのは極めて大きな一歩であろうと私は思います。年齢構造や疾病構造で説明がつかないような医療費の地域差をこれによってつまびらかにしていただくと、とても大きな意味のあることです。

ただ、問題は、これでどれぐらい効率化されるのか。それは急に示せるものではないと思いますが、よく分からないというあたりが、説明をどのようにしていくかという難しさがある。要するに、地域医療ビジョンに限った話ではございませんけれども、給付をうまく効率化したい、合理化したいという政策を打つときに、どういう目標、あるいはどういう結果を目指してやるのか。あるいは、そこへの道筋をどのように考えているのか。今、いろいろな検討会や専門調査会でエビデンスベースドな取組をされているということではございますけれども、そういうことを重視すべきではないかと思えます。

2点目でございますが、田近先生がこだわっておられた介護1号保険料の問題です。税による保険料軽減は決まったことだと思いますので、それ以上は申し上げませんけれども、制度の充実ということで保険料を公費で減免する。これで介護は給付財源の5割以上が公費の保険ということになって、後期高齢者医療制度の保険料の減免を本則とおりにしようという話とは逆のことを今やろうとしているわけでございます。何を申し上げたいかといいますと、再分配的な政策を保険と公費との両方で複雑にやるという問題をどう考えるのか。もちろん社会保険にも再分配的な性格はあるわけですが、社会保険の世界と公費である税の世界とで制度が非常に複雑になってしまっている。武田委員がおっしゃったように、低所得者対策というのは制度ごとに縦割りになっています。税制も含めて、一体どういう低所得者対策の体系に今なっているのか。簡素な給付措置などもやっているわけでありますので、その点の整理が一度必要ではないかと思えます。

3点目は、これはメディアにそういう傾向が非常に強いと思うのですが、保険料が上がるのも、自己負担が上がるのもどちらも国民負担増だという議論になりがちだという問題でございます。負担能力に応じて自己負担、窓口負担を負っていただくというのは、その分だけ将来の保険料を減らすという意味で、国民負担を減らす話だと私は理解しています。ですので、単に費用負担の公平化という観点にとどまらずに、そういう意味での負担抑制策であ

るし、あるいは、自己負担を増やすというのは介護や医療についての価格意識を持っていただくということなので、不要不急の需要をある程度抑制することができる効果もあるかもしれないと期待されます。あれもこれも負担増だという議論になってしまうと、必要な改革が妨げられてしまう恐れがあります。この問題は、受診時定額負担の議論や、70歳以上を対象にした外来受診の高額療養費制度の上限問題などとも共通している問題だと思います。何でもかんでも負担増だということではない議論の組み立て方が必要ではないかと思います。以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。では、鷺見委員、お願いします。

○鷺見専門委員 ありがとうございます。もう少し現場に近いお話になるかと思うのですが、何人かの委員の先生方がおっしゃられた、やはり住民主導で地域をつくっていくという点でございます。今までの取組というのは、市町村であるとか、医療機関であるとか、福祉の方々を中心になって展開なさってきている。そうなりますと、そこからの課題の中に、ボランティアが育ちにくかったり、どうしても依存的になっていったりというような課題が出てきていると思います。その課題に対しては、世代であるとか、職業を超えた住民主体の人々のシステムというものが必要になってくるのではないかと思います。特に地域に合った課題、この地域では将来どんな不安があるのだろうかとか、どういうことを引き継いでいかなければいけないのだろうかという、人と人が重なっていくような引き継ぎ方をしていくような小さな地域でのコミュニケーションのとり方が1つ必要なこと。

もう一つは、反対側にある総論をもう一度きちんと話し合う場面が必要であると思います。そこがきちんとされていないと、取り組むときに、我々のやっていることは正しいのかとか、どういう判断をしていったらいいのかというところが見えなくなるように思いますので、是非この両側面からしていただきたいと思います。

また、介護保険につきましては、確かに今の介護保険制度は非常に有効なものではあるのですが、複雑です。私たち介護支援専門員であっても、これをすべてきちんと利用者さんに説明し切れるかといいますと、非常に難しいというのが現状です。例えば、地域密着型の特養と特養はどう違うのか、老健施設はどう違うのだとか、なぜグループホームは居宅の部類に入っているのだとか、本当に複雑でございます。これは、本来、使う方がきちんと理解して、そして分かった上で使うことが基本だと思いますので、まず、ここの整理をしていく必要があると思います。

住まいと介護保険サービスの内容の整理でございますが、サービスの内容を利用者のニーズに合っているかどうかという利用者側にモニタリングすることが必要で、中身として整理をしていくことがとても重要なのではないかと思います。

最後になりますが、生活というものはそもそもものすごく曖昧で、混沌としたもので多様性を持っているものです。ですから、その当事者は、実は担当する方々というのはその課題に困って相談に来るとというのが現実ですので、そういった課題を整理するとき、専門職が専門職領域だけで解決していこうとすると無理です。そこで、多職種協働という言葉が出てくるわけですが、専門分野の役割を果たしているだけではなくて、それぞれが一回り大きな働き方をしていけないと、なかなかつながっていかないと思います。

それと、本人さんにとってみると、適切な支援につながったり、継続性ということが大事なのですが、何より本人がサポートされているという気持ちを持つこと、これが自立に向かっては重要なファクターだと思いますので、市町村のソーシャルアクションとともに、人がきちんと支えていく、ある意味、ケアマネジャーの存在は非常に大きなものだと思います。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。それでは山本委員、和田委員、それから坂本委員の順番でお願いいたします。では、山本委員、お願いいたします。

○山本専門委員 ただいまの各委員の先生方の御議論は大変大きなお話ですので、私がこれからお話ししたいことは非常に瑣末なことになりますけれども。冒頭、3局で整理されたという二川局長のお話であります。いただきました資料の22ページの地域包括ケアの中に、その3局と所管が違う薬剤師が「薬局」という形で載せられていて、大変大きい期待が寄せられていると、ありがたく思っております。

そもそも社会保障制度につきましては、今、どういう仕組みを残すか、国民的なコンセンサスがあって、そのためには一定程度消費税を上げることも仕方がないという方向です。医療の世界では、インフォームドコンセントであったり、EBMと言われていきますので、既に皆さん方がおっしゃったように、国民も医療者も財源をどう使うかという使い方については十分に説明が要るだろう。その上で、2025年、地域包括ケアシステムの中で薬剤師がどう動くか。これは、団体とか大きなものではなしに、私も地域で薬局で働いておりますが、祖父の代から今年が100年になる普通の薬局を開いておりますので、そういう中で、2025年を考えたときに何ができるだろうかと自問します。

先ほど介護と医療保険のお話がありましたけれども、どちらの場面であっても、今、在宅に進んでいけば当然薬というのが必要になってきます。その薬の扱いは、一体誰が安全を担保し、安心を担保するのか。医療機関であれば薬剤師もおりますので、チーム医療というのは組みやすかろうと思いませんけれども、現実問題、地域ではそれぞればらばらな施設が1人の患者さんの面倒を見るという格好になります。

例えば認知症をとりましたも、先ほど誰が見るかという問題がありました。施設にいたほうがいいのか、あるいは家庭にいたほうがいいのかという問題も含めて、薬物治療を安全に安心して継続していくことにつきましては、その薬の専門家は必要だと思います。そういった意味から、22ページのポンチ絵の中に薬局が書かれたのだろう。ならばその期待に、今、我々は応えなくてはならないわけでありませぬ。

調剤だけを考えると医薬品費は6兆円程度でしょうか。OTCが入ってもそれぞれ6兆円強の額でありますので、全体の費用からすればあまり大きな影響ではないのかもしれませんが、しかし、薬をうまくコントロールすることによって、あるいは国が進めている医薬品産業を国のリーディングカンパニーにするのだということからすれば、薬をうまく使っていくということが、結果としては、医療費全体としてはよい方向に向かうだろうと思っております。国民が自由に入手できるOTC薬、あるいは医師の処方箋のもとで調剤する医療用医薬品も含めてでありますけれども、薬剤師の活用ということをごこの中で議論していただければありがたいと思っております。

31ページには、それぞれの職種の業務拡大ということもございませぬけれども、薬剤師は決して誰かにとってかわろうというのではなしに、医薬品を扱っていく上で、業務拡大することが医薬品をうまく使うことにつながるのであれば、そうしたことも含めて薬剤師を活用するような方向で御検討いただければ大変ありがたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○清家議長 ありがとうございます。では、和田委員。

○和田専門委員 それでは、歯科のほうから専門委員としての発言をさせていただきます。3点です。

医療介護の連携という観点で、8020運動の歯科保健施策の充実とともに、日本人の虫歯の本数は本当に減少してまいりました。団塊の世代の方々というのは、虫歯の洪水のころに子ども時代を過ごしているわけであり、その方々が実はものすごくご自分の歯を多く有しています。歯科の場合には、ちゃんと対応していれば生涯自分の歯でかめることが示せたのではないかと

思っています。歯科医療、歯科疾患というのは基本的に予防ということがものすごく効果的に働く。虫歯の世界であっても、歯周病の世界であっても、それが原則だと思います。こういう医療・介護の現場において私どもが果たす役割というのは、基本的に重症化予防であったり、予防することによっていろいろな部分が軽減できるという立場に立っています。

ただ、施設とか在宅の要介護者の歯・口を診察させていただくと、本当に愕然とすることがしばしばございます。もう少し早い段階から継続して関わりができればという思いが大変強く残ります。これは、医療保険と介護保険の制度面の連携がある意味うまくいっていないのではないかという問題があると考えます。つまり、介護の現場ではニーズがあると思われるが、実際の歯科医療を提供する体制ができていないという現状があります。尊厳ある生活のために食事や会話という重要な機能を持つ口腔を維持することが本当に重要と思っています。最後まで自分の歯や口腔でおいしく食事をいただけるような支援をさせていただくためには、必要とされる方々への歯科医療が切れ目なく提供できるような仕組みについてさらに検討いただきたいと思えます。

現実には訪問診療に行かれている先生方の御意見でも、実は歯科医療の必要な方が80%、90%おられるが、歯科医療が供給されていない、提供されていない実態があります。我々も本当に一生懸命努力をしたいと思います。そこで切れてしまっている。医科入院をしている間、歯科の治療が中断し、その情報が提供されないままに病院の急性期から回復期・慢性期、そして在宅、あるいは施設に移行した際に歯科の情報が全くない。それで我々が介護の現場に行ったときには口腔機能が崩壊しているという現状がある。やはり、歯科の情報もうまくつなげていくということが大変大事だと考えています。

もう一点。昨今、チーム医療が大変進んでおりますけれども、これはほとんど医科病院内の医師を頂点とするいろいろな職種の方がチームとしてやられています。しかし、実は病院の中の歯科は20%ぐらいの病院にしかございません。医科と歯科の連携というのがほとんどなかったという現状がございます。24年の診療報酬改定のときに、歯科では初めて医科入院患者の口腔機能管理というのが導入されました。いわゆるがんなどの周術期に口腔機能管理を実施することで入院日数が短縮される、あるいは術後合併症が軽減されることなどのデータが示された結果であります。これからは医科と歯科チーム、それぞれのチームが共通言語を持って1人の方に当たっていくという取組も重要だと思っております。もし病院に歯科がない場合は、地域の歯科診療所を活用していただいて、がんだけではなくて、必要な医科疾患、例えば脳血管疾患だとか糖尿病についても同様な取組が進むように検討いただき

たいと考えます。

最後に、歯科医療が健康寿命の延伸に貢献できると考えています。エビデンスのデータも出てきております。例えば歯が20本以上あること、あるいは義歯でかみ合わせを確保している場合では、歯がほとんどない方、あるいは義歯を入れていない方と比べてみますと、認知症の発症、あるいは転倒のリスクは有意に減少するということがコホート研究で明らかになってきました。また、歯科職種が口腔管理を実施することによって誤嚥性肺炎、発熱、あるいは術後の肺炎等々も含めて減少をしてくる。私どもとして、やっとそういうことをお示しできてきたし、また、認知もされてはきましたけれども、こつこつと早期の段階から継続的に健康を保つ、これを充実していくべきだと考えています。

医科とか歯科の連携もさることながら、学童期を過ぎた就職後における企業の中で歯科健診というのは義務化されていないことが大きな問題と考えています。ですから、退職後のときになって初めて、こんなぼろぼろになって大変だという話があるわけです。そういう点で、デンソーだとか、いくつかの企業の中でも歯科健診をしっかりとやることによって、医療費も含めて大変大きな効果を上げているということを考えれば、定年前の40、50歳の世代から是非早期に歯科健診を実施し、予防していく。生活習慣病の1つとして法定健診の中にしっかりと位置づけていくべきだと考えております。

○清家議長 ありがとうございます。では、お待たせしました。坂本委員。

○坂本専門委員 ありがとうございます。課題からお話しさせていただきたい。今、苦慮している問題からお話しさせていただきます。

看護の視点からなのですが、私たちは病院で働くことを念頭において教育され、多くの看護師は病院で働いてまいりました。これからの医療提供体制が地域包括ケアシステムという形の中で、医療機関から在宅重視に切りかわるには、基礎教育の中に地域でのサービス提供の方向性は入っていないと思っております。彼らが卒業し、医療機関で数年経験し地域に出るときには30歳ぐらいになるわけです。10年経験しているので、地域で働くときにはそこでリーダーになっていく人たちがいます。今の世代は地域包括ケアシステムを構築するために試行錯誤しながら行動しているのですが、これから卒業してくる人たちにはきちんと地域の中でサービス提供するための理念や方策を基礎教育の中に位置づけていただきたいと思います。

私は看護の視点からでしかお話しできませんが、医療職みな、同じだと思えます。協働する姿勢とか、あるときは自分がリーダーシップを発揮する姿

勢や、患者さんの多様なニーズをどう把握し判断するかを基礎教育に入れなければいけないと思います。医療提供のパラダイムシフトを教育の場所においてもしなければいけないと思っておりますので、是非ここは基礎教育も舵を切っていただきたいと思っております。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。では、磯委員、どうぞ。

○磯専門委員 冒頭に議長のほうから中長期的な視点でというお話がございました。あと、重複するような意見もございましたので、1点だけ私のほうからお話をさせていただきます。

この地域包括システムは、2025年の数字とキーワードになってくるのが認知症、高齢者の増加ということがイメージとして全て結びついていっているわけでありまして。確かに高齢者の問題というのは本丸で非常に大きな問題だと思いますが、せっかくこの地域包括システムを検討していく上では、高齢者にとどまらず、障害者の支援であるとか、子育て支援というものを包摂したような仕組みを頭の中に入れながら考えていかないと、結局、また後追いでこの問題を解決していかなければならないという状況になりますので、同時に検討していくことが必要ではないかと思っております。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。お約束をさせていただいております時間がそろそろ来ております。まだ御意見は。では、短めをお願いいたします。

○権丈委員 では、短くいきたいと思います。提供体制の改革というのが今回の大きな目的になります。この提供体制の改革の中で、増田委員も神野委員もおっしゃっていましたように、県の役割が非常に重要になってまいりますので、これは保険局のほうでの仕事になるのかもしれないのですが、国保の改革をしっかりと進めていただければと思います。

もう一点は、この提供体制の改革をどういう目標でどういう手段でやっていくかというときに、アメリカのような市場の力でもなく、ヨーロッパのような政府の力でもなく、データの力による、データによる制御機構をつくっていかうということで、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」というのが、今、同時並行で動いていると思うのですが、なるべく早くこの専門調査会の議論と今日の議論がかみ合った形で、同時並行でいけるような議論にしていいただければと思います。

もう一つは、皆さんもおっしゃっていた財源の話ですけれども、プライマリーバランスがとれていない段階で、プライマリーバランスをとっていくま

で増税をしていくというのはつらいです。その中のほんの部分が社会保障に回ってくるという状況なので、土居委員もおっしゃっていましたが、2020年までの財政健全化目標というところがあるとすれば、プライマリーバランスがとれるまで増税していきながらやっていくというのは結構つらくて、景気に悪影響を与えるかという、それは与えるだろうなど。与えないために社会保障にどんと使ってもいいですよというのがありますが、それもできないでしょうし、これはつらい。国民・市民感覚で多数決をとったら、きっと多数決で負けるだろうなということを、これから我々は、今回の8から10だけではなく、その先もずっとやっていかなければいけないというところにあるので、あまり民主主義的にこの問題を扱ってもらうのはつらいなというのがありますので、御理解いただければと思います。

○清家議長 ありがとうございます。まだいろいろと御意見があるかと思いますが、このあたりで取りまとめに入りたいと思います。

本日の議論では、まず1つは、人口が高齢化していく中で、2025年を展望し、持続可能な社会保障制度を構築していくためには、医療・介護サービス提供体制の改革を着実に進めていく必要があるということについては皆さん共通の御認識があったかと思います。その中で、今も御意見が出ましたように、消費税を上げて、国民に新しい財源を求めていく中で、例えば地域医療介護総合確保基金などの用途、あるいはその効果などについて、政府にもしっかりと説明責任を求めていかなければいけない。あるいは、我々自身もそれをしっかりと議論していかなければいけないということがあったかと思います。

そのためにも、現在、専門調査会でも検討されているところでございますが、客観的なデータに基づいたエビデンスベースのサービス提供体制のあり方や医療費水準のあり方などを検討することが重要であるということについても共通の御認識があったかと思います。

さらにまた、特に都道府県の果たす役割が非常に大きいということで、都道府県におかれては速やかに地域医療構想を作成していただき、また、具体的なサービス提供体制が加速化されるようにガイドライン等の策定や基金の配分を含めて、一方では、国が例えば基準づくりといったようなことについても環境整備に努める必要があるのではないかという御意見もあったわけでございます。

また、介護の分野につきましては、介護サービスの質の評価についての検討といったようなことも大切ではないかということ。

それから、サービス提供体制の改革とあわせて、現在検討中の医療保険制



度改革についても、国民会議の報告書などにあるように、またそれをうけた社会保障改革のプログラム法に基づきましてしっかりと実現をしていく必要があるといった御指摘がございました。

いずれも、今、十分にまとめ切れていたかどうかは分かりませんが、いただいた御意見、重要な御指摘でございますので、引き続き改革の進捗状況についてフォローするとともに、今後の検討課題として整理をさせていただきたいと思っております。

それでは、少し時間をオーバーしてしまっていて恐縮でございますけれども、最後に、政府の側から御発言をいただきたいと存じます。まず、永岡厚生労働副大臣より御発言をいただきます。

○永岡厚生労働副大臣 厚生労働副大臣の永岡でございます。本日は、大変貴重な御意見を各委員の皆様方より拝聴させていただきましたことを改めて感謝を申し上げます。

厚生労働省は、ただいま御議論いただきましたように、医療・介護分野の改革につきまして、効率的かつ質の高い医療提供体制、また地域包括ケアシステムの構築に向けまして現在取組を進めているわけでございます。本日はいただきました御意見も踏まえながら、引き続きまして、地域医療構想の策定、また医療従事者の確保、チーム医療の推進、介護保険制度における地域支援事業の充実などについて、事業の実施主体でございます都道府県や市町村とも連携をし、また、医療・介護分野で御活躍なさっていらっしゃいます皆様方とともに取り組みまして、改革の着実な実施に努めてまいりたいと思っております。ありがとうございました。

○清家議長 どうもありがとうございました。続きまして、宮下財務副大臣から御発言をお願いいたします。

○宮下財務副大臣 財務副大臣をさせていただいております宮下でございます。本日は、委員の先生方、貴重な御意見を賜りまして本当にありがとうございました。私からは、特に医療分野についてコメントさせていただきたいと思っております。

本日も議論になりましたけれども、地域医療構想におきまして、都道府県が2025年の機能別の必要病床数を定めることとなっております。この必要病床数の標準的な算定式については、現在、社会保障制度改革推進本部の下の専門調査会で実務的な検討がなされていると承知しております。我が国の病床は、診療報酬の点数の高い7対1病院が過剰である他、病床数の地域差が

非常に大きい現状でございます。こうした現状を踏まえますと、都道府県ごとに客観的なデータに基づいて機能別の標準的な病床数を定めることによりまして、適正化すべき点を可視化していくことが非常に重要であると考えております。

また、地域医療構想と医療費適正化計画は一体のものでございます。次期通常国会提出予定の医療保険制度改革法案におきまして、医療費適正化計画のあり方を見直し、地域医療構想と統合的な医療費の水準に関する目標や、平均在院日数などの提供体制に関する目標を明確に位置づけて、PDCA を実効性を持って実施する必要があると考えております。

都道府県がスピード感を持って具体的な医療提供体制の改革に取り組むための環境整備が重要であります。政府としましても、基金の配分やその他の財政措置におきまして、県による医療費適正化の取組を後押しするなどの取組をしっかりと行っていきたくと考えております。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、最後になりましたが、二之湯総務副大臣から御発言をお願いいたします。

○二之湯総務副大臣 今日、委員の方々からいろいろ有意義なお話を聞かせていただきましてありがとうございます。医療、そして介護改革の中で、都道府県が果たす役割、あるいは市町村が果たす役割の大きさを改めて認識いたしました。いずれにいたしましても、介護、そして医療は地方自治体はその運営を担っておるわけでございますから、その改革を実効あるものにするためにも、私たちは国と地方がお互いに緊密に連絡を取り合っって一体となって推進していく必要があると思います。総務省といたしましても、各自治体の特性を生かした医療介護制度の実現に向けて努力をしております。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、本日はここまでとさせていただきます。

次回につきましては、これまでの議論を踏まえまして、検討課題を整理しつつ、甘利大臣とも御相談をさせていただきながら議題設定をしたいと思っております。

なお、本日の内容につきましては、この後、30分程度を目途に、この8号館におきまして記者会見を行い、私から説明をすることとしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

次回の日程など、事務局から連絡事項はございますでしょうか。

○宮島社会保障改革担当室長 第4回目は、また議長と相談の上、御連絡させていただきますので、よろしくお願いいたします。

○清家議長 それでは、以上をもちまして、第3回「社会保障制度改革推進会議」を終了いたします。本日は誠にありがとうございました。