

第5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27年8月3日（月）9:30～11:00

場所：官邸4階大会議室

二 出席した委員の氏名

伊藤元重委員、遠藤久夫委員、大日向雅美委員、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

三 議事

1. 開会

2. 政府側からの挨拶

3. 地域医療構想の推進に向けた取組について（報告事項）

（1）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の一次報告

（2）地域医療構想の実現に向けた今後の対応について

4. その他報告事項

（1）経済財政運営と改革の基本方針2015等について

（2）介護保険の第6期計画・平成37年度等における第一号保険料及びサービス見込み量について

5. 閉会

○清家議長 それでは、ただいまから第5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、まことにありがとうございます。

本日は、権丈委員、神野委員が御都合により御欠席です。

また、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から、今日は永井会長、そして松田会長代理にも御出席をいただいております。

また本日は、政府より、甘利社会保障・税一体改革担当大臣、加藤内閣官房副長官にも御出席をいただいております。世耕内閣官房副長官も後ほどおくれてお見えです。そして、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も御出席をいただいております。

それでは、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ます。

甘利大臣、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 おはようございます。お忙しいところ、お集まりいただき、ありがとうございます。

この改革推進会議におきましては、2025年を展望しまして、持続可能な社会保障制度を構築するために、さらにどのような改革が必要かという問題意識から幅広く御議論いただくことをお願いいたしております。

前回の改革推進会議開催の後に社会保障改革推進本部のもとに設置をされました専門調査会から、地域医療構想の策定に資するための医療機能別病床数の推移、推計などにつきまして第1次報告がまとめられるとともに、経済財政諮問会議におきまして2020年度の財政健全化目標の達成を目指した「基本方針2015」が取りまとめられまして、社会保障分野の改革が重点分野として位置づけられました。

本日は、この専門調査会の第1次報告や「基本方針2015」など、現在政府が進めております取組を会議に御報告した上で、御意見をお伺いしまして、今後の議論につなげていきたいと考えております。

委員の皆様には、精力的な御議論を賜りますようよろしくお願いいたします。

○清家議長 大臣、どうもありがとうございました。

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。

まず「地域医療構想の推進に向けた取組について」といたしまして、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第1次報告につきまして、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の永井会長

及び松田会長代理から御説明をいただきたいと存じます。よろしくお願ひいたします。

○永井会長 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の座長を務めさせていただきました自治医科大学の永井でございます。

この専門調査会では今後の医療資源あるいは医療提供のあり方を検討してまいりました。基本的な考え方は、日本の医療提供体制がアメリカのような市場原理でもなく、また、ヨーロッパのような政府主導で改革がどんどん進められるような体制でもないという中で、日本独自の医療提供体制をどうつくるかということに尽きます。それは結局、医療の現場の状況を見ながら、データに基づいて提供体制を考えるということでもあります。そのために、レセプトデータであるとかDPCデータを活用しまして、まず、現在の日本の医療の提供状況がどうなっているか、事実をしっかりと押さえ、その上で病床の数のあり方、病院の機能の分担、連携のあり方等を考えていこうということでもあります。

データの提供は、産業医科大学の松田晋哉教授をお願いいたしまして、第1次報告として、資料1のように取りまとめさせていただきました。詳細、考え方については松田教授からお話を伺いたいと思います。よろしくお願ひします。

○松田会長代理 産業医科大学の松田でございます。どのように推計したのかということ資料1に基づいて御説明させていただきます。

まず1枚めくっていただきますと「考え方」というのがございます。この考え方ですけれども、まず、病床機能別の病床推計を考えるに当たって要求されました事項が、各地域の傷病構造並びに人口構造の特性を考慮した上で病床機能別の病床数を推計するということでもあります。それをやるために、平成25年度1年分のDPC及びナショナルデータベース、これは全国で全てのレセプトを厚生労働省が集めているものでありますけれども、これを使わせていただきました。このデータを使いまして、一般病床につきましては、DPC及び非DPCのレセプトにつきましても、1回、DPCという傷病分類に落とし込みまして、その上でこの4つを区分するというのをやりました。

まず、高度急性期、急性期、回復期、慢性期をどのように考えるかですが、この一般病床レセプトについて、医療資源投入量に基づいて、この医療資源投入量が落ちつくまでを急性期、落ちついてから退院準備ができるまでを回復期、急性期についてはICU・HCU・無菌室の利用頻度等に着眼して高度急性期を分離するという考え方で行いました。

回復期リハビリテーション病棟は回復期病床に、療養病床については医療区分1の70%を入院外で対応可能とした上で残りを慢性期病床に割りつける、このような仮定を置いて推計を行っております。

次のところにその区分点の3,000点、600点、225点とありますけれども、これは研究班のほうであらかじめ範囲を持って提案いたしまして、ガイドライン検討委員会のほうで3,000点、600点、225点という点数を決めていただいております。

3ページ目を見ていただきますと、具体的にどのようにやったのかということですが、これはいわゆるDPCのデータになります。横軸が入院日数になります。縦軸がDPCごとの1日当たりの医療資源の平均投入量であります。一本一本のグラフが各DPCでありまして、傷病と医療行為の組み合わせによって患者さんを分類する方法。平たく言えば、DPCごとにどのような経過をたどるかを見たものです。見ていただいてもわかりますように、入院初期に医療資源の投入量がぐっと減って落ちつくという形になりますので、実際にこのデータを基にして医療区分を設定させていただきました。

次の4ページ目をご覧ください。これは病床推計の具体的な手順です。C1、C2、C3というところで、その日ごとの分布を書きます。これは1年分のデータを使いまして、C1以上のところの合計をしますと高度急性期の1年間の総患者数が求められます。同じように、C1とC2のところの患者数を合計しますと、急性期の1年間の総患者数が求められます。このようにして1年間分の高度急性期、急性期、病床機能別の病床数・患者数を推計した上で、年末年始の補正をしまして、さらにレセプトで捉えられない生活保護ですとか、自賠責、労災等の補正をしまして、これで1日当たりのそれぞれの患者数を求めます。それを入院受療率、利用率で割り戻しますと、1日当たりの病床機能別の傷病別の病床数が求められますので、それをまず計算いたします。

最初に6ページをご覧ください。今回の、将来推計をやりますので、この1日当たりの病床数をDPC別、病床機能別、性年齢階級別、患者住所地別、医療機関住所地別と非常に細かいレベルで患者数を求めまして、それを現在人口で割ります。そうしますと、受療率が求められますので、この受療率に推計年度の患者住所地別、性年齢階級別の人口を掛けますと、1日当たりの推計年度のDPC別、病床機能別、性年齢階級別、患者住所地別、医療機関住所地別の患者数が求められるという形になります。これを病床利用率で割りますと、それぞれのところでの推計年度別のDPC別、病床機能別、性年齢階級別、患者住所地別、医療機関住所地別の病床数が求められます。

非常にわかりにくい形になっておりますけれども、一番下のところを見ていただきますと、これによって、例えば脳梗塞の患者さんで、高度急性期の患者さんで、60～64歳の方で、千葉医療圏に住んでいる方で、東京都の中央区医療圏で入院した患者さんがどのくらいいるのかという、その患者さんの移動も含めて推計をすることができるわけです。それをやることによって、年齢構成、傷病構造の違い、それから患者さんの移動を全部考慮した当該年度の病床数が推計できる。こういう細かい推計を今回は行っております。

前のページに戻っていただけますでしょうか。5ページがこの病床機能の推計方法をまとめたものです。一般病床について、回復期リハのものについては回復期に、それから、高度急性期、急性期というものをC1、C2、C3を分離してやりまして、一般病床のうち慢性期に分類されたものについては在宅等で対応可能なものだろうということで推計をしております。

療養病床につきましては、障害者のところを慢性期機能のところ、療養病床のところにつきましては、先ほど申し上げましたように、また後で御説明いたしますけれども、医療区分1とあって、療養病床に入院している患者さんのうちでは医療的必要度が比較的少ない患者さんの70%が在宅に回るという形で推計をしております。これが全体の推計方法になります。

7ページ目をご覧くださいいただけますでしょうか。これは、今回の仮定に基づいて2025年の医療機能別の必要病床数の推計結果をまとめたものであります。仮定としましては、病床の機能区分を進める、それから、療養病床に関する地域差をなくす、療養病床に関しましては、医療区分1の70%は在宅等で対応するという形で推計をしております。機能分化をしない場合には、右側の左の囲みの中の一番上ですけれども、機能分化等をしないまま、現在の受療率、在院日数といった場合には152万床程度の病床数になります。現在134.7万床ですから非常に多くなるわけですが、これを今回の仮定で置きますと、この下のカラムの左側のところにありますように、高度急性期13万床、急性期40.1万床、回復期37.5万床、慢性期が24.2～28.5万床という形になりまして、現在は病院で入院されて治療されている方で、今回の推計では介護と在宅等で見ていただくことになる患者さんが29.7万人から33.7万人という推計になります。

ここで重要なことは、この慢性期と在宅等で対応する患者さんは、現在の推計で言いますと、病院で見ている方になりますので、地域医療構想の中では、この慢性期の患者さんをどのように地域で見るということがまさに議論の対象になるわけでありまして。

次をご覧ください。療養病床のところの地域差を縮小するという考え方、どのようにやったのかということをご簡単に御説明いたします。

まず、この8ページのところですが、医療区分1の70%相当の患者さんを除いた上で、10万人当たりの医療病床の受療率がどのくらいであるのかということを見たものになります。最大が高知県の391、最小が山形県の81、中央が144です。これをベースにしまして、どのように地域差を縮小するのかということ計算いたしました。

9ページ目をご覧ください。パターンとしては、Aというパターン、Bというパターン、Cというパターンがあるのですが、その地域差をどのように縮小するかという考え方で3つに分かれます。

まずAパターンというのはどのように考えるかといいますと、最小が山形県の81でしたので、まず二次医療圏ごとに見ていくのですが、この山形県の受療率よりも高い二次医療圏については2025年に山形県と同じにするという仮定を置いて病床数を推計したものがパターンAになります。

今度は、最大県と中央値である滋賀県に注目します。最大が高知県の391ですので、これを中央値の滋賀県の144にすると大体0.37ぐらいになるわけです。山形県よりも多い二次医療圏につきましては、これに掛ける0.37をすることによって入院受療率を調整して削減した場合がパターンBという形になります。パターンCはパターンBの目標年度を2030年にした場合の推計になります。

いずれにしても、この3つの考え方で地域間、都道府県間の入院受療率の格差を是正するというやり方をやったときに、どのくらいの病床数になるのかを推計したわけであります。

10ページ目をごらんください。こういう形に基づいてやって、患者さんの住んでいる地域で病床数がどうなるかということを見た推計、それから、患者さんがどこの医療機関にかかっているかという医療機関別で見た推計。この2通りがこのように出るようになっております。例えば、東京都などは当たり前ですけれども、患者さんが流入してきておりますので、医療機関ベースで見ますと患者数が増えます。そういう見方になります。

11ページ目が既存の病床数と推計結果の分布を都道府県ごとに見たものであります。一都三県につきましては必要病床数が増える、西日本等につきましては必要病床数が現在よりも少し減るという推計になります。

12ページが地域医療構想の策定プロセスとなります。このようなデータを見ていただきながら、それぞれの地域でどのような医療構造になって、それに対応するためにはどのような医療提供体制が望ましいのかということを検討していただくこととなります。

具体的には、恐らく、回復期といって、在宅医療の支援及び急性期からの受け入れを行う病床群をどのように整備していくのか。これは地理的な配置

も考えて整備していかないといけないと思いますけれども、これが重要な論点の1つ目です。

論点の2つ目としては、慢性期で、療養病床と介護・在宅でどのようにそれぞれの地域で見ることができるのか。これは恐らく、確保可能な看護師さんとかPT・OTの数等、あるいは在宅医療の提供状況によってかなり決まってくると思いますけれども、そういうことを考えていただきながら、それぞれの地域医療構想の調整会議のほうで議論していただくことになるわけであります。

13ページ目をごらんください。今回は、この作成いたしましたデータをもとにして、各都道府県の関係者が病床機能別の医療需要を推計できる、検討できるツールをつくっております。これはその画面を示したものです。このように、二次医療圏ごとに病床数がどのくらい出てくるかがわかるのですが、これに加えて、流出入を変数として操作することができます。それから、二次医療圏が必ずしも適切な構想区域でない場合には、その二次医療圏に所属している市町村を新たな区域に移すことによって、どのくらいの数になるかという推計もできるようにしております。例えば、大阪市というのは1つの医療圏になっているのですが、これは大き過ぎるという議論がございますので、そういうところでは少し分割をしていただいて、構想区域ごとにどのくらいの病床数になるのかを推計することが可能になっております。

そういう形で、構想区域を操作してシミュレーションするという機能も今回はありますので、そういうものを使っていただいて、それぞれの地域で別途やっていただくこととなります。

14ページがその画面になります。このように、二次医療圏ごとに、それに所属している自治体がどうなのかということがわかっているのですが、この中で、新しい構想区域をどのようにつくるのかとか、そういう形でシミュレーションできるようになっておりまして、その結果が一番下の新しい構想区域1というものです。こういう形で構想区域を変化させた場合にどのくらいの病床数になるのかということを見ることができるようになっています。例えば、がんについてはこういう区域、あるいは脳血管障害については、こういう区域という形で推計することができるようになっております。

15ページをご覧ください。このようにして今回は患者のそれぞれの地域ごとの傷病構造、年齢構造、患者の地域間の移動等を考慮して、その上で推計するというツールを作成することができました。ただ、幾つか課題がございます。

まず一つは、今回、患者さんが医療圏間の移動をするに当たって患者住所

地を使ったわけですが、国保や長寿医療制度につきましては患者住所地がわかるのですが、被用者保険はわかりません。今回、これはある一定の仮定を置いて実は推計をしております。正しい推計をするためには、やはりレセプトへの患者住所地の郵便番号記載をしていただく必要があるかと思えます。これができるのと、もっと正確な推計ができますので、これをぜひお願いしたいところでもあります。

あと、一般病床レセプト以外のレセプトについては、実は傷病名の分析がなかなか難しい部分がございます。特に療養病床の場合には丸められておりますので、どのような医療行為が行われているかという詳しいことがわかりません。一連のケアパスとして見る場合には、やはり病気でつないで分析できるのが望ましいと思えますので、この傷病名の分析方法をどのようにするかということも課題だろうと思っております。

それから、今回は医療保険のデータ以外のものが使えませんでした。ということで、厚生労働者が全てのデータを詰めているMEDIASというものを使って補正しておりますけれども、労災保険と一般の保険では対象となる傷病名がかなり違うはずですので、そういう意味では全てのデータを使ってどのように分析するかということも必要だろうと思えます。

あと、今回は少し調整が間に合わなかった部分、これは我々研究班の怠慢でもあるのですが、精神科のレセプトの分析ができておりません。特に慢性期療養に関しましては、認知症の問題がありますので、精神科のレセプトを分析しないといけないだろうと思っております。

あと、慢性期のところは、療養病床で見るとか、介護で見るとか、在宅で見るとかという形でやらないといけません。そうすると、地域包括ケア体制がどのように整備されているかということが非常に重要になってきます。そういう意味では、介護レセプトを今後どのように分析していくか、この辺が課題だろうと考えております。

以上、簡単ではありますが、第1次報告の内容について御説明させていただきます。

○清家議長 ありがとうございます。

引き続き「地域医療構想の実現に向けた今後の対応について」、厚生労働省の福島大臣官房審議官から御説明をいただきたいと思えます。御質問や御意見等は福島審議官の御報告を聞いた後、あわせて行いたいと思えますので、まず審議官から御報告をお願いします。

○福島厚生労働省審議官 厚生労働省医政局審議官の福島でございます。資料

2につきまして御説明をしたいと思います。

1ページをおめぐりいただきまして、地域医療構想の実現に向けた今後の対応でございますけれども、私どもとしては3点の対応を図る必要があると考えております。

まず1点目でございますけれども、回復期の充実でございます。2点目が医療従事者の需給見通し、養成数の検討、3点目が慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保でございます。

先ほど松田先生から御説明がありました資料の7ページの図をご覧くださいながら説明を聞いていただければありがたいわけでございますけれども、まず1点目の回復期の充実ということでございます。7ページの図の左側の【現状】というところに、病床機能報告の高度急性期19万床、急性期58万床という図がございますけれども、これを右側の2025年の形に持っていくときに、特に、現在、急性期を中心としてある病棟から、リハビリや在宅復帰に向けた医療を提供する回復期の病棟への転換などを進めていく必要がある。これは、基本的には医療機関の自主的取組、あるいは医療機関相互の話し合いを中心に進めていくわけでございますけれども、その際に必要な施設の整備につきましては、地域医療介護総合確保基金によって補助を行ってこの転換を誘導していきたいと考えております。

また、各医療の必要な看護師数も異なるということで、実際には、その移行した後にそれぞれの医療機関でそれぞれの経営が成立する必要があるがございますので、それにつきましては適切な診療報酬の設定が必要だと考えております。

2点目は、医療従事者の需給見通し、養成数の検討でございます。この地域医療構想による病床推計等を踏まえて、医療従事者等の需給についても見直しを行っていきたいと考えております。特に医師・看護師はもとより、この回復期の病棟の充実のためにはリハ職種の確保が必要でございますので、この病床の機能分化・連携に対応した職種の推計を行っていきたいと考えております。こういう中で、医師の養成についても、医学部入学定員については文科省さんの所管でございますけれども、それについてもあわせて検討していきたいと考えております。この夏以降に検討会を設置して検討を開始する予定としております。

それから、2ページ目でございます。3番目の慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保でございます。先ほどの松田先生の資料の7ページにありますように、現在の医療提供体制のままであれば152万床が必要ということですが、7ページの下右側のほうの「将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数」に数が示してご

ございますけれども、こういう方たちがいらっしゃるわけでありまして。今後10年間の慢性期の医療ニーズに対応していくためには、全ての方がその状態に応じて適切な場所で適切な医療・介護を受けられるように、この必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要でございまして、病床の機能分化・連携の推進と同時に、こういう医療・介護サービスの確保を着実に進めていきたいと考えています。

その中で2点对応を考えております。

1点は、基金を活用して在宅医療、介護施設等を計画的に整備していくということでございます。特に平成30年度から始まる第7次医療計画・第7期介護保険事業計画には必要なサービス見込み量を記載して、計画的、総合的に確保していきたいと考えております。

2点目でございますが、特に先ほど言いました追加的に対応する患者への対応等を含めて、慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直しということで、有識者による検討会を既に設置しております。これを設置して、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について検討を開始いたしております。これは年内をめどに見直しの選択肢を整理したいと思っております。検討内容は、介護療養病棟を含む療養病床の今後のあり方とともに、それ以外の慢性期の医療・介護サービス提供体制のあり方についてです。これについては、7月10日に第1回会議を開催いたしました。年内をめどに、制度改正に向けた選択肢を整理し、来年以降、厚生労働省の社会保障審議会において制度改正に向けて議論をしたいと考えております。

3ページ目にこの検討会の内容を書いております。今日もいらしてはおりますが、遠藤先生に座長をお願いしておりますし、土居先生にもメンバーになっていただいているということでございます。

厚生労働省からの説明は以上でございます。

○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存じます。ただいまいただきました2つの御説明を踏まえまして、御意見や御質問のある方から順次御発言をお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

土居委員、どうぞ。

○土居委員 御説明どうもありがとうございました。松田委員の資料1の「今

後の課題」というところが、まさにこの会議でも今後何らかの形で克服していかなければいけない課題となるものだと思います。特に先ほど厚労省からも説明がありましたように、第7次医療計画・第7期介護保険事業計画に間に合わせるような形でのデータ分析が欠かせないと思います。2018年までという、何となく時間があるようであり、私はそんなに時間がないのではないかと。つまり、2018年度から新たな計画期間に入ることですので、それまでにはもちろん分析を終えていなければいけないということで、その分析手法の確立ということも、今年、来年あたりには急ぎ着手しなければならないことではないかと思えます。そういう意味では、今回、地域医療構想を策定するに当たって、データに基づく分析ができたということは大変重要な第一歩であり、かつ、これをさらに生かしていくためには、今年、来年でこのデータに基づく分析をさらに精緻化して、それを第7次医療計画・第7期介護保険事業計画に生かせるように体制をつくっていく必要があるのではないかと思えます。

それから、松田委員の御説明にありました病床の分布ですけれども、今後、病床が過剰になる地域があります。確かに、過剰になる地域では病床を減らさなければならないということが起こってくると思えます。病床を減らすということについては、何かとネガティブに捉えられがちだと思えますけれども、そうではなくて、むしろ今後の医療機関の経営に予見可能性を与える、人口変動に伴って今後病床をどうしていけばいいか予見可能性を与えるという、もう少しポジティブなイメージを全国的に伝えていって、必要な病床を確保することが必要なのではないかと。

その意味で言いますと、民間病院もありますけれども、むしろ率先して病床再編をやるべきなのは、公的な部門にある病院、つまり公立病院と大学病院がきちんと政府の方針に従って病床再編をやっていただく。それをまずは隗より始めよということで、民間にもその姿勢を示して浸透を図っていくことにつながるのではないかと思えます、

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、ほかに御意見どうでしょうか。

遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 永井先生、松田先生、貴重なデータを作成していただきまして、ありがとうございます。

私、地域医療構想ガイドラインの策定の委員会であるとか、療養病床の検

討会等々に関与させていただいておりますので、そういう視点から少しお話しさせていただきたいと思っております。

基本的に、このようなエビデンスベースの医療改革は極めて重要であるわけでありますので、そういう意味で、このような推計が出されたということは大変大きな意味を持つと思っております。これまでも医療提供体制の改革はやられてきたわけでありますけれども、今回の地域医療構想は、これまでと違う視点があると私は思っております。その最も大きなところは、地域というところが非常に重要視されてきたことでもあります。

例えば、一般病床の機能の分化といったことにつきましては、これまでも医療法ではなくて診療報酬で事実上の機能分化が行われてきたわけですが、診療報酬は全国一律でありますので、個々の地域ごとにどう対応できたかということは余り関心の対象になっていなかったということがあるわけです。今回は地域におけるということが非常に重要視されている。これは言うまでもなく、高齢化のスピードが地域によって大きく違うということであったり、先ほどの療養病床の説明にありましたように、医療提供体制が地域によって大分違うといったことがあるので、今後の需給調整は地域単位で行っていくという視点で行われています。これは非常に大きな進歩であろうと思っております。

これまでも地域医療計画という地域単位での調整が行われておりましたけれども、細かな機能別の調整ではありませんでしたので、そういう意味では非常に新しい政策であろうと思っております。そういう意味でも、この地域単位で非常に細かい必要病床数の推計がされたということは大変価値のあることだと思っております。

一方で、それであるためにさまざまな課題もまたあるわけであります。先ほど厚労省からもお話がありましたけれども、例えば回復期病床への移行ということに対して何らかの診療報酬等々のサポートというお話もありました。急性期から回復期への移行をどうするかというのは一つの課題になるだろうと思っております。それから、療養病床の地域格差を是正するという形で、トータルとして見れば療養病床の削減ということになるのだと思っておりますけれども、平成18年に一度、療養病床を介護施設へ転換するということでさまざまな施策を行ったわけであります。その効果は一部あったわけですが、介護施設への転換という視点から見ると必ずしも十分でなかったということがありますので、これも今後進めていく上で大きな課題だろうと思っております。基本的には在宅医療という受け皿ができればいけないわけでありますから、在宅医療の推進をどうするかということも含めながら非常に大きな課題だと思っております。そういうこともありまして、療養病床の機能について検討する検

討会が発足しているわけであります。

そういう幾つかの重要な課題が今後あり得るなど思っておりますけれども、いずれにしても、そのエビデンスがあるということはこういうことを進めていく上で非常に重要なところだと思いますので、改めてこのデータの計算をしていただいたことに敬意を表したいと思います。

以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

では、大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 ありがとうございます。

今、遠藤先生がおっしゃったことに関連して少し申し上げたいと思います。

永井先生、松田先生の御説明、大変精緻な分析で敬服して伺いました。2025年は団塊世代が75歳以上になりますので、この問題は本当に喫緊の課題だと思います。その中で、特に病床数が回復期に関しまして11万から37.5万にふやしていただけるということ、その一方で、慢性期の病床数が減って、地域あるいは在宅で見るという方向に方針転換がなされると伺いました。これも一つの必然の方向だと思います。他方で、私たちは介護世代です。あるいは子育て世代の人たちを見ますと、介護と子育てがダブルで襲ってきて大変な課題となっている。さらには、女性の活躍促進ということも政府の方針として重要な方向が示されているわけです。従いまして、この医療の改革が女性の活躍促進の障壁や子育て世代の負担増とならないように、一方で、地域の包括支援センターの充実、あるいは地域のさまざまな相互扶助システムの構築をタイムラグのないように進めていただくことが大事ではないかと思っておりますので、お願いをしてお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、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 エビデンスに基づく政策運営ということについて2つコメントさせていただきます。

1つは、エビデンスあるいはデータに基づいてやるということは、政策の説得性を高めるだけでなく、社会でいろいろな専門家の知見を集めやすいということだろうと思います。どこまでこういう結果を出していくかということはもちろんいろいろな議論があるとは思いますが、いわばある

べき病床の姿だとか、ある方向についていろいろな意見をお持ちの方がいらっしやると思いますから、可能な限り、こういうものをベースにいろいろなところから議論がしやすい環境をつくっていただければなというのが第1点です。

2点目もそれに関連するのですけれども、結果論として見ると、こういうことをやることによって最後に動くのは、やはり地域の自治体ですとか医療関係者の方々であるわけですから、彼らから見ても、日本の医療供給体制が将来どういう方向に行くかということに対しては不安感を持ちながらいろいろ決定していくわけですから、そういう意味では、できるだけ早く、具体的な情報発信を、そういう当事者の方々に出していくことも同時に行われることが望ましいと思います。

○清家議長 ありがとうございます。

では、山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 松田先生の「今後の課題」の最後のところに「精神科レセプトの分析」とあります。もう一つ、本報告書の6ページの上のほうのパラグラフにも、地域医療構想を策定するに当たって、地域における精神科医療も含めて検討することが重要であるとしております。また、精神障害者の地域移行を進めるという方向性とも整合性を確保しなければいけないということが言われております。よく言われておりますように、日本の医療の中で精神病床が諸外国に比べて非常に多いということと、先進諸国では精神病床がかなり早い段階から削減されてきていて、精神病院そのものを廃止した国もあるくらいだということ。それから、精神病床の地域分布に非常に著しい格差があるということで、大きな問題を抱えております。病院病床の中でも精神病床は2割強という非常に大きな比重を占めているのですが、本報告の6ページにありますような方向で、急いで検討し、着実に政策を推進していただきたいと思っております。

実は今回、国保制度改革をずっと見てきたわけですが、国保の一番大きな問題というのは、高齢者が多い、したがって支払いがかさむ、一方で、低所得者を多く抱え、財政が伴わない。そういった大きな要因に着目して、追加的な財源3,400億円を用意していただいたわけですが、

実は、年齢別の医療費を見ても、国保と被用者保険を比べて、子供と高齢者は変わらないのですが、現役世代、特に働く世代の医療費が国保は著しく高くなっております。これは、実は疾病構造に大きな違いがあって、心の病を抱えた人が会社をやめて、健保から国保に移り、そこで長期入院し

て医療費がかさむということをごさいます、30歳代前半から50歳代前半の国保の入院医療費のうち4割強を精神だとか神経系の疾病が占めていて、40歳代前半ですと実に47%というわけをごさいます。ですから、これは国保の財政の安定化を図るという点からも、新しい課題としてぜひ取り組んでいただきたいということです。

今回の改正では、特別調整交付金を使って、精神疾患の多い保険者には重点的に公費を配分することになっているのですが、振り返ってみると、もともと被用者の世界で発生した病気を国保が抱えるという構造にもなっておりますから、そういう意味では、被用者保険制度との間での費用負担の調整という観点も、今後考えていただいているのではないかと考えております。

以上をごさいます。

○清家議長 ありがとうございます。

では、増田委員、どうぞ。

○増田委員 資料1は、永井先生、松田先生の大変な労作ですし、こういうきちんとしたデータに基づく資料でまた検討を深めるのは非常に重要だと思います。

今後、病床転換をしていく上で、地域ごとにきめ細かな操作が必要になってくるので、基金でそういったことをいろいろ行っていくことになるわけですが、民間病院が非常に多くのところを占めておりますので、そういった意味では、この基金の活用というのは大変重要だと思います。

先ほど土居先生も御指摘されましたけれども、公的病院と大学病院。簡単に言いますと、公的病院には総務省、大学病院には文科省といったところが大きく関与してきていますが、例えば公的病院などは、従来から特別交付税などを入れて、その経営を助けてきたということもあった。申し上げたいことは、こういった公的病院、大学病院がまさに今回の病床転換の先を行かないと、実際に地域の民間病院になかなか広がっていかない部分もあると思うのです。民間病院のほうが、先にいろいろな経営状況を考えて、ぱっと判断をするという部分もあると思いますが、地方に行けば行くほど公的病院の動向を見たりすることもありますので、そういう意味では、厚生労働省が、総務省や文科省とよく協議をした上で、この病床の転換を進めていくことが、これから必要になるだろうと思います。

2点目は、厚生労働省の資料のほうでも、医療従事者の需給見通し、養成数の検討ということで、全体としてこれから医療・介護系人材の不足が想定されている中で、どう養成していくのかということは従来と違って非常に厳

しくなってくる。要するに、若年の年齢層が極端に減っていきますので、各産業間で若年者の取り合いのような形になってくると思います。多少の処遇などを見直すだけでは人材がなかなか集まらない。ですから、人材依存度を全体としてはできるだけ低減したり、年齢層にこだわらず、多様な年齢層の中から養成を図るといったことが必要になると思います。そうするためには、また、それなりにさまざまな制度を変えなければいけない部分もあると思いますが、総じて、今後、不足が予想される人材養成についてもさらにいろいろ知見を深めていただきたいと思います。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

では、宮島委員、どうぞ。

○宮島委員 ありがとうございます。

こうしてデータを見ますと非常に説得力もあるということで、自治体ですとか地域の方々が、自分たちがどのようにすればいいかということを考える重要なベースだと思います。どうもありがとうございます。

ここから先は、病院完結型の医療ではなく、地域で完結するという考え方をみんなで共有していくことが必要なのだと思うのですけれども、出たデータをぱっと見ますと、素人目に、首都圏とか東京とか厳しそうだなと。そして、これは地方に行ったほうがいいのかと思うような意見も出るのですけれども、そのときに、地域のそれぞれの努力というのを長期的にどのように捉えていくかが大事ではないかと思います。目先で見ますと、病床数に非常に偏りがあるということは問題があるし、病床数が多いと、ついその病床を埋めようとする動きというのが医療にとってはマイナスの部分があるので、まずはトータルで削減したり、格差をなくすという考え方が重要だと思います。でも、次の段階になったときには、高齢者にとって居心地がいい場所をつくろうとして努力をする、地域に対して一定程度報いるというような形も必要なのだと思って、全体を格差だけで区別するのではなくて、若い人も含めて、長くこの地域で暮らせば安心だというところを地域がつくっていけるように、そうした地域の、医療だけではない、ほかの構想等を含めてちゃんと評価して医療の制度もつくっていけるようにすれば、今後まさに地域でどのようなことができるかというのはあらゆる面で大事だと思いますので、医療の制度もそうしたさまざまな制度と整合性を持ちながら進めていただきたいと思います。

○清家議長 ありがとうございます。

では、武田委員、どうぞ。

○武田委員 ありがとうございます。

本日は、大変詳細なデータ分析を御報告いただきましてありがとうございます。こうしたデータに基づく分析は、医療体制の適正化に向けた大きな一歩であると考えます。改めて感謝申し上げます。

その上で2点意見を申し上げたいと思います。

1点目は、この支援ツール、せっかくいいものができましたので、都道府県が医療体制の適正化に向けた計画づくりにこれを積極的に役立てること、そして、その計画を実行していただくことが非常に重要ではないかと思えます。

土居委員が先ほどおっしゃられたとおり、時間はあるようでないように私も感じておりますので、都道府県におかれましては、ぜひ力を入れて取り組んでいただきたいと思います。また、その中間段階での取組状況もこの場でぜひ今後も御教示いただければありがたいと思います。

2点目は、慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直しについてでございます。既に検討会を立ち上げられたということですが、その際に、先ほどの資料の「今後の課題」にもございましたけれども、医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制を考える上では、介護のレセプトの分析は今後の課題になってくるのではないかと。つまり、医療と介護の連携といったところの視点が重要ではないかと思えます。

また、医療・介護の慢性期のサービス提供体制は、どこまでが公的な役割かという視点も重要ではないかと思っており、公的サービスの産業化についても、検討会では御考慮いただいて、こうした議論も含めて御議論いただくとありがたいと思えます。

私からは以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

ただいま各委員から御意見あるいは御質問もあったかと思えますけれども、ここまでのところで、永井先生、松田先生、あるいは福島審議官から何かリプライがございましたら、お願いいたします。

では、先生方、いかがでしょうか。

永井先生、よろしくお願いたします。

○永井会長 いろいろなコメントをありがとうございます。最初にもお話しし

ましたように、市場原理でもなく、政府の通達一本で決まるわけではないというのは、現実にはなかなか難しいことがあります。何らかの指標が必要になります。そういう意味でデータに基づく医療システムの制御を打ち出しているわけでありませう。

今回の指標は非常に重要な、またこれからの指針になるデータだと思います。ただ、あまりひとり歩きしないように、先ほど多くの委員の方々からお話がありましたように、きめ細かい対応が必要であると思います。それは地域ごとの事情や、保険制度あるいは介護との連携、そうしたかなりきめ細かい体制が必要でありませう、そのためにももっともっと研究を重ねてデータを集めて、皆さんが納得できるような数字を出していくことが大事だと思います。

また、これは医療・介護だけの問題ではなくて、地域の活性化の問題でもあります。そういう広い視点でこれから改革を進めていく必要があるということを感じております。

以上であります。

○清家議長 ありがとうございます。

松田先生、お願いします。

○松田会長代理 非常に重要なコメントをいただきませう、ありがとうございます。

精神のレセプト、介護のレセプトにつきませうも、福岡県やいろいろな自治体のデータを使わせていただき、同じように分析できるだけの技術力はもう開発してあります。あとは、どこかの段階で意思決定をしていただければいいのだからと思っております。

あと、どのように病床転換や地域づくりを進めるかということにつきませうは、そのところは今、事例の収集を行っております。事例を収集して、ケースというような形で御提示できればと考えております。

あと、人材の育成はまさに非常に大きな問題であります。実は、現時点でもう病床数が減っている地域があるのですけれども、そういうところは、医師・看護師の確保ができなくて病床を閉めるという事態が起こっております。幾つか私が関係しているところでは、今、病床を持っている施設で勤務されているドクターや看護師さんの年齢を調べさせていただいております。中山間地域では、既に医師の平均年齢が70歳近い。看護師さんの平均年齢が50歳を越しているところがあります。これは、10年後、非常に無理な状況が出てきますので、いわゆる医療職のデモグラフィも把握するようなことを少し

やっていきたいと思っています。医師数、看護師数の推計につきましては、研究班のほうで推計をある程度やるということで宿題をいただいておりますので、次回か次々回か、そこでまた御説明させていただけたらと思っています。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

福島審議官、何かお答えは。よろしゅうございますか。

○福島厚生労働省審議官 はい。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

【首肯する委員あり】

○清家議長 引き続きまして「その他報告事項」に入りたいと思います。

「その他報告事項」といたしましては、「経済財政運営と改革の基本方針2015等について」及び「介護保険の第6期計画・平成37年度等における第一号保険料及びサービス見込み量について」、それぞれ、内閣府の岩渕大臣官房審議官、そして厚生労働省の三浦老健局長から御説明を頂きたいと存じます。

それでは、よろしく申し上げます。

では、岩渕審議官。

○岩渕内閣府審議官 審議官の岩渕でございます。

まず私から、資料3に基づきまして、6月30日に閣議決定されました「経済財政運営と改革の基本方針2015」のうち、社会保障分野の改革の基本方針等につきまして御説明申し上げます。

表紙をおめくりいただきまして1ページでございます。「基本方針2015」は、2020年度に財政健全化の目標を達成することを掲げておりますけれども、社会保障分野の改革につきましては、まず「基本的な考え方」といたしまして、社会保障・税一体改革を確実に進めるとともに、増大していく公的社会保障の給付につきましては、効率化・重点化のための改革を行い、経済再生の取組による社会保障財源の増収とあわせ、少なくとも社会保障における次世代への負担の先送りを拡大させないとの方針が示されております。そして、2020年度に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引

き上げとあわせて行う充実等に相当する水準におさめることを目指すとされておりあります。

また、次の「時間軸」といたしまして、主要な改革については、2018年度までの集中改革期間中に集中的に取り組を進めるということや、平成27年度からできる限り速やかに取り組を進めることが記載されておりあります。

次に2ページをご覧ください。こうした基本的考え方に沿って進める改革の具体的な方針として、先ほど松田先生から御説明のございました専門調査会の第1次報告とも関連する事項であります、「医療・介護提供体制の適正化」が記載されておりあります。都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の見える化を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。また、外来の医療費について、重複受診、重複投与、重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。これらの取り組を進めるため、地域医療構想と整合的な形で都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定し、平成27年度中に国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取り組を通じて都道府県別の1人当たり医療費の差を半減させることを目指すことが示されているところでございます。

次に、3ページをご覧ください。「インセンティブ改革」といたしまして、最初の部分でございりますが、生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとることなどを目指し、個人や保険者の取り組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要との考え方を記載しておりあります。そのため、保険者につきましては、国民健康保険において、保険者努力支援制度のめり張りの効いた運用方法の確立、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映等が記載されておりあります。

4ページをご覧ください。「公的サービスの産業化」といたしまして、保険者によるデータヘルスの取り組について、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開するとされておりあります。

また、次の「負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化」でございまして。医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担のあり方について検討するとともに、介護保険における高額介護サービス費制度や利用者負担のあり方等について検討を行う。医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ検討する。市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討するなどが盛り込まれているところでござ

います。

5 ページをご覧ください。「薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革」といたしまして、後発医薬品に係る数量シェアの目標値について、2017年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする。薬価の市場実勢価格を踏まえた適正化と薬価改定のあり方について検討すること。かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討するとともに、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画を目指す。平成28年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業のもとでの調剤技術料・薬学管理料の妥当性、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行うなどがそれぞれ記載されております。

6 ページをご覧ください。「年金」につきまして、マクロ経済スライドのあり方や短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の拡大、年金受給のあり方などについて引き続き検討を行うとされております。また「生活保護等」といたしまして、自立支援に十分取り組むとともに、制度のさらなる適正化を行うといった方針が記載されております。

最後に7ページをお開き願います。これは、7月24日に閣議了解されました平成28年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針に関する骨子でございます。簡単に御説明申し上げます。

社会保障に関しましては、まず「1. 要求」の1つ目の○のところでございますけれども、先ほど御説明した「基本方針2015」を踏まえまして「医療・年金等については、前年度当初予算額に高齢化等に伴う増加額（6,700億円）を加算した範囲内で要求」となっております。また「ただし」以下でございますけれども、「平成25年度予算から平成27年度予算までと同様、経済再生やこれまでの改革等の効果を引き続き適切に見込むとともに、過去3年間の増加額が高齢化による増加分に相当する伸びとなっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を平成30年度まで継続していくことを目安とし、合理化・効率化に最大限取り組む」とされております。

最後に、下の「2. 予算編成過程における検討事項」の2つ目の○でございます。消費税率引き上げとあわせ行う充実等、そのほか社会保障・税一体改革と一体的な経費については、税収の動向や給付の重点化、制度の効率化の動向等も踏まえ、予算編成過程で検討するとされております。今後、年末の予算編成過程に向けて、この概算要求基準にのっとりまして関係省庁において具体的な要望が行われることになると考えてございます。

資料3の説明は以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、三浦局長、よろしく願いいたします。

○三浦厚生労働省老健局長 厚生労働省の老健局長でございます。資料4に基づきまして御説明申し上げます。

介護保険は、御案内のとおり、3年を1期とする計画に基づいて実施されておりました、この平成27年度から第6期に入ったということがございます。そのことのサマリーを本日御説明申し上げる次第でございます。

めくっていただきまして1ページでございます。医療や介護をめぐっては、先ほど来、出てまいりましたように、地域包括ケアシステムをどのように構築するかが大きな課題になっているわけございまして、介護保険の事業計画におきましても、この地域包括ケアシステムを構築するための仕組みを各地域で検討していただき、それを盛り込んでいただくことが非常に重要だと思っております。御案内のとおり、医療、介護、予防、住まい、生活支援、これらがその地域で包括的に確保される仕組みをそれぞれの地域で実現するためにはいろいろ検討すべき課題があることは御案内のとおりでございます。1ページ目の上の囲みの3つ目でございます、それぞれの地域において高齢化の進展に大きな地域差がある。先ほど来、医療資源の配置について地域差があるという議論がございましたが、同様に、高齢化の進展に大きな地域差があるということもポイントでございます。そういう中で、それぞれの市町村が保険者として何を考えるか、こういうことが今回の計画に盛り込むべき事項となってまいります。

めくっていただきますと、2ページでございますが、これは介護保険事業計画の構造を簡潔に御説明したものでございます。3年を1期として計画を策定しているわけでございますけれども、国がまず基本指針を示して、それを踏まえて各市町村、そして都道府県が計画を策定するという構造でございます。介護保険の計画は、国の指針に基づきまして、市町村の介護保険事業計画が策定されます。その中で、区域の設定を初めとして、サービス量の見込み、サービスの必要量などについての検討が行われ、それらを集約したものとしまして、一番下のところの都道府県の介護保険事業支援計画が策定されるということになります。

これらを受けてそれぞれのサービスが利用されることとなりますが、3ページは介護保険と医療計画との関係を簡潔に示したものでございます。第6期が始まった2015年でございますけれども、これからの議論といたしましては、2018年、第7期の計画は介護保険の事業計画と医療計画の同時策定になります。あわせて、介護報酬と診療報酬の同時改定も見込まれるということ

でございます。この2018年に向けて今後それぞれの地域でどのような体制を組んでいただか、こういうことが第6期の事業計画の重要なポイントとなろうと思います。

それらを集約したものが、数字的なものとしましては4ページでございます。平成26年度が一番左のカラムでございます。その後、平成29年。これは第6期の最終年度となります。そして、その後の平成32年が第7期の最終年度でございます。縦には、在宅のサービス。それから居住系のサービス。これは特定施設、有料老人ホームなどが入ります。それから認知症のグループホームなどが該当いたします。それに加えて、介護施設として、特養、老健、療養病床、これらがそれぞれのサービスの種類ごとに今後どのように整備されるかということが書き込まれております。

在宅介護のサービスを横にご覧いただきますと、括弧の中に伸び率が書いてございます。これから在宅介護の伸びが期待されるわけですが、既に大きな量のサービスを提供しているということから、伸び率としてはこの3年間で9%増ということではございますが、将来的にはこれらの数字は大きく伸びていくことが各自治体の計画に盛り込まれたものでございます。

そのほか、居住系サービスと介護施設のサービス、これらも今後伸びていくわけですが、ご覧いただくように、介護施設のサービスに比べて居住系のサービスの伸び率がほぼ倍となっております。これはいろいろ原因があるわけですが、1つは、居住系サービスの現時点での整備量が介護施設に比べまして少ないこともございまして、今後、これがキャッチアップしていく、このようなことが考えられるのではないかと思います。

一番下のカラムに保険料の今後の見込みが書いてございます。第5期の保険料が4,900円余りでございますが、この第6期におきましては5,514円となりました。この数字をさらに時系列ごとに追ってまいりますと、次の計画、第7期末では6,700円余りでございます。最終2025年には8,100円余りというところが今の計画の上での見込みとなろうと思います。

次のページ、5ページでございます。これが保険料の推移でございます。右から2番目のカラムに第1期からの保険料がございまして、2000年の制度施行の際には2,911円でしたが、今期におきましては5,514円で推移してきたということでございます。給付額も3.6兆円から、今年度で言いますと10.1兆円が見込まれるところでございます。

なお、6ページをご覧いただきますと、今期の保険料の動向につきましての御説明がございまして、第5期から第6期でございますけれども、自然増で考えますと5,800円程度が見込まれていたわけですが、介護報酬がマイナス2.27%の改定であったこと、それから、負担能力のある方にはサービ

スの利用に伴いまして自己負担等をしていただくという制度改正が行われたこともございまして、見込みに比べまして月300円程度圧縮されまして5,514円になったという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、ただいまの岩渕審議官、三浦局長からの御説明につきまして、何か御質問、御意見ございますでしょうか。

宮島委員、どうぞ。

○宮島委員 ありがとうございます。

今、介護の現状のお話がありまして、全体として向かっているいわゆる地域包括ケアという考え方は、自治体の中でも努力をされているところだと思いますし、医療を含めて、介護と医療の両方を考えて地域包括で連携しながらやっていくというのが向かう方向だと思います。

ただ、1点だけ。先ほど大日向委員もおっしゃったのですけれども、例えば、私の周りの30代、40代の母親などと話しますと、そういう人たちの会話の中でどう受けとめられているかということを上げると、結局、地域包括ケアというのは、介護の部分をまた家に戻すのではないかというような、心配があると思っています。

一方で、政府が進めている方向として、女性の活躍推進というのがあって、職場に出なさいと言われてるように女性は感じています。つまり、感じ方としては、仕事にも行って、育児もして、家事もして、介護も全部しろということですか、スーパーウーマンになれということですかと感じている部分もあります。もちろん、地域包括ケアは介護保険がなかった時代みたいにそれを全部家庭にやってもらうということではなく、そうではない形で地域で支えるということではあるのですけれども、そこまで十分に地域でできるというところを目標値として進めないと、家族の中で誰かが介護にとられるのではないかという不安はなかなか無くならないと思います。

漫画を批判するつもりではありませんが、この地域包括ケアの漫画の中に「住まい」とあって、子供と一緒にいます。これは三世代同居をほうふつとさせます。ですけれども、実態としては、今後、恐らくひとり暮らしのお年寄りのパーセンテージが非常に増える。ひとり暮らしのお年寄りが1人、あるいは高齢者同士でもちゃんと老後が暮らせるというところを目標値にしないといけないと思いますし、その地域の力というのは、家庭における、昔でいう奥さんではなくて、リタイアされた男性とか、まだいろいろな力が残って

いる高齢者同士がどうやってお互い助け合えるかというところであると思います。そういったところが目標であるということの間違いなく伝えながら進めていただかないと、先ほど申し上げたように、女性たちが、結局全部やれということですかという気持ちになるのではないかと感じておりました、そのあたり、ぜひ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。

ほかに。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 素朴な質問ですけれども、資料4の最後のページに介護保険料の推移があつて、今、御説明いただきましたように、第6期は介護報酬改定が行われたので下に落ちているのですけれども、2020、2025年のこの数字はそれを入れていないと考えてよろしいのですか。

○清家議長 では、局長お願いします。

○三浦厚生労働省老健局長 6ページの資料でございますが、これは第6期が圧縮されたということを前提に積み上げたものでございます。

○清家議長 ほかに御質問、御意見ございますでしょうか。よろしゅうございますか。

武田委員、どうぞ。

○武田委員 ありがとうございます。

資料3「経済財政運営と改革の基本方針2015等について」でございますが、社会保障制度改革でやるべきメニューがしっかり書かれていると感じておりました、私はこちらの改革の内容が行われることが非常に重要ではないかと思えます。この会議の位置づけは、前回もお聞きしたように、2025年をにらんでということでございますけれども、当然、2020年のすぐ5年後が2025年でございますので、2020年に向けての経済再生と財政の健全化の両立といった部分と整合的であるべきではないかと思えます。

本日御説明いただきました地域医療構想の実現は非常に重要ではございますが、望ましい姿に到達するには時間を要すると思えます。したがって、この経済財政運営と改革の基本方針にございますメニューのうち比較的短期にできるもの、すなわち、この中でも特に負担能力に応じた公平な負担、給付

の適正化は、短期の取組が可能ですし、短期に効果も出ますので、このあたりを早期に進めつつ、並行して2025年方向をにらんで、地域医療構想という課題を毎年着実に進めていく。こうした時間軸を踏まえた取組が必要なのではないかと考えます。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

ほかに。

土居委員、どうぞ。

○土居委員 御説明どうもありがとうございました。資料4の最後のページの、まさに自然増でいくと5,800円になるところが5,514円になったという話ですけども、私の見方は、やはり各地市町村で保険料を設定しなければいけないが、それが余り高くなり過ぎては高齢者の御負担もままならないということになります。「5,000円の壁」などという言葉がありました。それはかつての話で、もう5,000円を超えましたが、高齢者の方々も介護保険料を負担しなければいけないということ。確かにその見返りとしてサービスが受けられるということであるのだけれども、給付と負担のバランスをどのようにとっていけばいいかということが、ますますいい緊張関係になって、こういう形であらわれてきたのかなと。つまり、負担増ばかりがどんどん増して行って、給付は今までどおりどしどし出せますよということではさすがにバランスが悪いと思う高齢者も増えてきたのかなと。そういう意味では、確かに予測では2025年には8,000円を超えるということですけども、今後は、負担と給付のバランスをどのようにとるかということを高齢者の方々も親身になって考えていただいて、負担増を甘受するのか、それともこれ以上の負担増は厳しいということであれば、ある程度の給付を工夫するというような形で介護保険の中で調整をしていただくということが今後ますます重要になりますし、国民の意識も、今回300円という差ではありますけれども、そういうところにも働いたのかなと。

もちろん、その介護事業者の方は、介護報酬改定が引き下げになると非常にお怒りになられる方もいらっしゃるかもしれませんが、国民全体で見たときに、介護報酬引き下げという話が介護サービスのカットかというのと、必ずしもそうではないのではないかと。保険料の負担軽減という効果とか、あとは、もっと工夫をして、必要なサービスを残しつつ、必要でないケアについてはまた別のやり方で対応するということも考えられると思います。

先ほど宮島委員がおっしゃった点は、私も非常に重要な御指摘だと思います。

す。特にボランティアを活用してはどうかという話になりますと、何かボランティアを強制させるのではないかという懸念もまた若い人たちの中にあつて、これも私は誤解だと思っています。ボランティアというのは、まさに志高く、高齢者のケアにかかわりたいという方に介護のケアの一端を担っていただくことであつて、強制的に介護の手伝いをせよという話ではないと思っています。

そういう意味では、この「基本方針2015」の中で、公的サービスの産業化ということであつておられておまして、介護サービスのところでの記述は非常に重要なところであります。私の一番気に入っている表現の「介護の生産性向上を推進する」というところはこれからますます重要になってきて、今までどおりでない形で介護ができる。そうすれば、マンパワーも節約しながら、家庭で介護の重荷を背負わなくても済むということになるのかなと思います。以上です。

○清家議長 ありがとうございます。
大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 ありがとうございます。

私が最初に申し上げたこと、そして、先ほど宮島委員がおっしゃったことと重なりますので、一言だけ短く申し上げたいと思います。

医療改革や介護の改革は、先ほどどなたかが他分野との総合的な視点が必要だとおっしゃいましたが、私もこの視点は少子化対策上からも必要と考えます。今回の改革が少子化に拍車をかけることになってはいけないと思います。介護が在宅介護にウェイトが置かれるという誤解を招いて、若い人たちがこれ以上産めないとなりますと、少子化は一層進むわけです。そうしますと、社会保障全体の持続可能性もますます危うくなるということです。在宅介護を重視するとしても、それは地域や社会全体の支えあいの仕組みを構築することであつて、決して女性や家族だけの負担にならないのだという御説明を同時に丹念にさせていただくことが必要ではないかと思っています。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、ただいまいただきました御意見等について、もし三浦局長から何かありましたらよろしくお願いします。

○三浦厚生労働省老健局長 いろいろな御意見をいただきましてありがとうございます。

介護保険は、御案内のとおり「介護の社会化」というキーワードも使いまして制度が導入されたわけでございますので、できるだけ社会全体で介護を支えていくということが非常に重要な論点であろうと思います。地域包括ケアも、私ども老健局でございますので、高齢者に対する介護・医療のあり方として御説明申し上げていますが、必ずしも高齢者向けのシステムということだけではなくて、地域全体の医療や介護のあり方もこういう地域包括ケアシステムの構築を通じてでき上がってくるのではないかと考えております。

漫画の描き方については、まことに恐縮でございます。これを見ていただくと、高齢者が一家に3人いるという世帯も逆に珍しい絵かもしれません。これは「住まい」と書いておりますが、むしろ「地域」ということで、若い方も、お年寄りも、そして働き手もいるという中で、介護・医療をどうやって提供していくかということをお願いしたかったわけございまして、誤解のないように今後説明させていただきたいと思っております。

どうも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。

岩淵審議官はよろしいですか。

○岩淵内閣府審議官 はい。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、まだいろいろと御意見もあるかと思っておりますけれども、時間がまいりましたので、最後に政府の側から御発言をいただきたいと思っております。

まず、永岡厚生労働副大臣から御発言をお願いいたします。

○永岡厚生労働副大臣 本日は、各委員の先生方には大変貴重な御意見を拝聴させていただきました。感謝申し上げます。

今回の「骨太の方針」では、経済の再生、そして財政健全化と、社会保障制度の持続可能性の確保の実現を図るという考えのもと、社会保障の改革が重点分野に挙げられております。制度の効率化ですとか、疾病予防、健康づくりなどにしっかりと取り組んでまいります。また、地域医療構想の実現と介護保険事業計画に基づく着実な基盤整備を通じまして、切れ目のない医療・介護を提供することにより、全ての方がその状況に応じて安心して医療・介護を受けられる体制を構築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。

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 本日は、地域医療構想の推進に向けまして、有識者の皆様には大変有意義な御議論をいただきまして、心から感謝を申し上げたいと存じます。

医療提供体制改革につきましては、これまでの取組を今後は都道府県レベルで実効性ある形で実践していくとともに、さらなる関連課題の検討の掘り下げを図っていくことが必要と考えております。具体的には「骨太の方針2015」に盛り込まれておりますように、改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療総合確保基金のメリハリのある配分、また、高齢者医療確保法第14条の特例の活用のあるあり方をはじめといたします診療報酬上の対応、また、地域医療構想と整合的な形での医療費適正化計画の策定、また、データに基づきます外来医療費の地域差の分析とその是正等々、こうした課題に積極的に取り組んでいくことが重要と考えます。

来るべき超高齢化社会におきまして、地域のニーズを踏まえた効率的な医療提供体制を構築していくためには、財務省といたしましても関係者の皆様とよく連携をして取組の推進に努めてまいりたいと存じます。今後とも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、二之湯総務副大臣よりよろしくをお願いいたします。

○二之湯総務副大臣 地域における適切な医療・介護提供体制の構築に向けて、現在、各都道府県において地域医療構想の策定が進められておりますが、その実現に向けては、国と地方が一体となって取り組んでいくことが重要と考えております。今後とも地方の意見や実情を十分に踏まえつつ、関係省庁と連携しながら取り組んでまいります。

また、高齢になっても安心して地域で過ごせるためには、地域包括ケアシステムの構築とあわせて、地域の活力を高める地方創生を進めることも重要と考えております。そのため、総務省としても地方への移住・交流など、新しい人の流れや仕事の流れをつくる施策を進めてまいりたいと存じます。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、最後となりましたが、甘利社会保障・税一体改革担当大臣から

御挨拶をお願いいたします。

まず、カメラの皆様の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、甘利大臣から御挨拶をいただきます。

甘利大臣、よろしくをお願いいたします。

○甘利社会保障・税一体改革担当大臣 本日は、精力的かつ有意義な御議論を賜り、感謝を申し上げます。

本日は、今後の議論につなげていく観点から、専門調査会による病床数の推計や「基本方針2015」などの政府の取組について議題といたしました。先ほど事務局から説明がありましたように、「基本方針2015」におきましては、2020年度における財政健全化目標の達成を念頭に置いた社会保障の改革が重点分野として盛り込まれた次第でございます。この改革推進会議におきましては、この「基本方針2015」に基づく当面の政府全体の取組状況を踏まえつつ、その後の2025年までを展望した中長期的に持続可能な制度の確立のために今後も幅広く議論を行っていきたいと考えております。

具体的なお話も各委員からいただきまして、恐らく、国民が抱えるであろう不安あるいは期待が見える化をしてきたと思います。くれぐれも誤解を与えないように、政府が目指す本当の狙いが正確に国民の皆様が届きますように政府としてもしっかし取り組んでいきたいと思っております。

次回も引き続き精力的な御議論を賜りますようよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○清家議長 甘利大臣、ありがとうございました。

それでは、カメラの皆様にはここで御退室をお願いいたします。

【報道関係者退室】

○清家議長 それでは、本日の会議はここまでといたします。本日の内容につきましては、この後、30分後を目途に8号館において記者会見を行い、私から説明することといたしますので、御承知おきいただきたいと思います。

次回日程など事務局から事務連絡などございますでしょうか。

○宮島社会保障改革担当室長 第6回につきましては、また議長と相談の上、

御連絡させていただきますので、よろしくお願ひいたします。

○清家議長 それでは、以上をもちまして、第5回「社会保障制度改革推進会議」を終了いたします。本日はまことにありがとうございました。