

第9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：令和元年5月29日（水）10:00～11:48

場所：中央合同庁舎第8号館 特別中会議室

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、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確認
4. 国民健康保険改革の進捗確認
5. その他報告事項
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9回「社会保障制度改革推進会議」を開催いたします。

皆様方には、お忙しい中御参集を賜りまして、まことにありがとうございます。

本日は、増田議長代理が御都合により御欠席でございます。

また、本日は、政務より田中内閣府副大臣、うへの財務副大臣、國重総務大臣政務官、長尾内閣府大臣政務官に御出席をいただいております。また、新谷厚生労働大臣政務官は後ほど御到着というふうに伺っております。

なお、本日は12時前の会議終了を予定してございますので、ぜひ円滑な議事進行に御協力をいただければと思います。

それでは、まず、会議の開催に当たりまして、田中副大臣から御挨拶をいただきますので、カメラの皆様の御入室をお願いいたします。

(カメラ入室)

○清家議長 それでは、田中副大臣、よろしくをお願いいたします。

○田中内閣府副大臣 皆様、おはようございます。内閣府副大臣の田中良生です。

本日は、清家議長を初め、委員の皆様、お忙しい中御出席をいただきまして、本当にありがとうございます。

申し上げるまでもなく、今、少子高齢化が進展する中で、世界に冠たる我が国の社会保障制度の持続可能性を確保していく、この改革は不可欠なことであります。

本日は、今年の会議に引き続きまして、地域医療構想及び国民健康保険改革の進捗状況などについて関係省庁から報告を聴取して、その後、委員の皆様方の御意見、知見を賜りたいと思っております。

本日、委員の皆様からいただきました御意見は、今後の改革に向けた政府における議論につなげていきたいと思っておりますので、ぜひとも今日は忌憚のない御意見を賜りますよう、どうぞよろしくをお願いいたします。

○清家議長 どうもありがとうございました。

それでは、カメラの方々は御退室いただきたいと思います。

(カメラ退室)

○清家議長 早速ではございますが、議事に入ります。

なお、ここで田中副大臣は公務のため御退室されます。どうもありがとうございました。

(田中内閣府副大臣退室)

○清家議長 先ほど田中副大臣の御挨拶にもございましたけれども、議事次第のとおり、本日は昨年に引き続きまして、地域医療構想と国民健康保険改革を中心に御議論をいただきたいと思っております。

御案内のとおり、地域医療構想と国民健康保険改革につきましては、今年の当会議において、この会議としても取り組み状況をフォローし、改革を後押ししていくというふうに決めさせていただいたところでございます。具体的には、地域医療構想につきまして、進

捗状況を具体的に把握し、そして、地域ごとに比較するとともに、各地域の取り組み事例の共有、横展開を図っていく必要があるということでございます。

また、国民健康保険改革につきましては、当会議の前身の会議であります「社会保障制度改革国民会議」以来、都道府県が地域医療の提供水準と、標準的な保険料等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ありまして、この点、法定外繰入の解消などの好事例を横展開いたしまして、都道府県において改革の取り組みをしっかりと進めていただく必要があるということなどについて、認識を共有したところでございます。

そこで、今回は、その後の取り組み状況に関し、御報告を受けたいと思っております。議事次第の「3. 地域医療構想の進捗確認」について、まず厚生労働省から10分以内で御報告をいただき、その後、委員の先生方から御質問あるいは御意見をいただければと思っております。

それでは、厚生労働省、吉田医政局長から御説明をお願いいたします。

○吉田厚生労働省医政局長 おはようございます。厚生労働省の医政局長でございます。

お手元の資料の横置き、1-1に沿って、地域医療構想の進捗について御報告をさせていただきますと思います。1-2は関係参考資料でございますので、適宜御参照いただければと思います。

進捗状況につきまして、今日御説明するのに3つのポイントを持ちたいと思います。まず1つ目でございますが、地域医療構想の医療提供体制改革、あるいは医療政策における位置づけの再確認であります。資料をめくっていただきますと、1ページ目でございます。この後、別の議題、「5. その他報告事項」のところで、社会保障全体としての今後の見通しについても御報告させていただく機会をいただければと思っておりますが、地域医療構想そのものは2025年を念頭にこれまで進めてまいりましたが、本年はもう2019年ということもあり、我々としては、社会保障全体を2040年というターゲットを念頭に置きながら全体を進めるという中において、医療提供体制につきましても、地域医療構想を中心に、引き続き着実な進歩をさせていきたいと思っております。

その上で、1ページのスライドの下にありますように、地域医療構想、御案内のようにそれぞれの地域における医療提供体制のニーズに合った最適化ということに関係者の合意の中で進めていくという政策プロジェクトなわけではありますが、この左下にありますように、現在、働き方改革という、医療職はもとより、とりわけ長時間労働の現実にある医師の方々を中心とした働き方改革を進めるというプロジェクト、これは2024年から、医師についてもいわゆる法定上限という形で罰則付きの上限が入ることから、現場においてきちんと医師の働き方改革を進め、健康で働いていただけるような状況を作る。そして同時に地域医療に対してもきちんと提供していただけるような体制、この両立を図るというプロジェクトを、2024年を一つの節目に進めさせていただいております。

右下であります、同時にこの間、地域医療提供体制を議論していく際に、かねてから

医師確保、医師不足という議論がございましたが、加えて医師の偏在が非常に強くなってきており、その対策の必要性がより増していると私どもは認識しております。これにつきましても、昨年、法案が通りまして、幾つかの偏在対策に向けての具体的な都道府県における取り組みを進めていただくような仕掛けを入れましたけれども、これを実際に実行していく、具体化していくことも必要であろう。地域医療提供体制を、地域医療構想でそれぞれのニーズに合ったものをつくるということと、それぞれの必要なお医者さんを偏在を是正しながら確保するということと、結果、そこで働いておられる一人一人のお医者さんにとって、健康が確保できるような働き方改革につながるというものは、政策としては個々の医療機関がつながっておりますし、地域という観点からいうと、この3つの点を視野に入れて物事を進めていただきたい。そういう意味からも、前提となる地域医療構想というものについては、いよいよきちんとした着実な推進をお願いしたいというのが私どもの基本的なスタンスでございます。

2 ページ目をご覧くださいますと、今、申し上げた3つのそれぞれの政策プロジェクトについてのタイムラインを書かせていただいております。2025年というターゲットイヤーを超えて、それぞれの地域医療構想、あるいは医師の養成・確保、そして時間外労働規制というものについてのタイムラインを念頭に置いて、国として、また都道府県として、地域のそれぞれの医療機関において取り組みを進めさせていただきたいと思っております。

2つ目でございますが、その上で、現在における地域医療構想の進捗状況について御報告をいたします。資料の3 ページ目、4 ページ目につきましては、これまでもご覧いただいている前提となる事項でございますので、必要に応じて御確認いただければと思っておりますが、進捗につきましては、5 ページ目のスライドをご覧くださいければと思っております。この間、全体として2025年に向けて進む中において、とりわけ公立・公的という部分については、民間ももちろん進めるわけでありましたが、2017、2018という2年間を先行して集中的に行うという形で進めてまいりました。まずはそれぞれの地域において、各医療機関ごとの将来像、具体的な対応方針を策定していただくという取り組みを進めさせていただいた結果、この表の右上でありますけれども、公立及び公的それぞれ大方の合意という形で、医療機関ごとの具体的対応方針を決めていただくことができました。

この間には、左下でございますように、定量基準の導入をしましたり、好事例の横展開というのかねて言われておりますので、全国70人ほどの方をアドバイザーという形で任命して、それぞれの地域において都道府県及び関係者の方々の働きかけに関与していただくと同時に、この方々に全国で集まっていただいて、全国的な事例・動きについても共有させていただきました。

右下にありますのは、先行している奈良県の例として、いろいろなところで私どもが紹介しているものを、この資料にも掲げさせていただいたところであります。

このような形で、まず進捗の量的な数字といたしましては、6 ページ目の左側に再掲してございますように、上が新公立病院改革プラン、下が公的医療機関等ということで、そ

それぞれ合意をしたのが95%もしくは98%という数字になってございます。それぞれの円グラフの左側でございます四角の箱のほうに医療機関数における関係、また、これを病床で見たときにどうなるかということで、合意済みの病床数で言えば、上についても95%、下は98%という形になってございます。全体の公立・公的医療機関等の総病床数に占めるウェートが4割弱ということになっておりますので、オールジャパンの4割弱の公立・公的についてのうち、これだけの分野が何らかの形で具体的な今後の方針に今回合意していただいたということになってございます。

ちなみに、民間医療機関というのがこの先にあるわけございまして、そこまで視野に入れば、この一番下のところにその他の医療機関として掲げいただいているところは、議論、あるいは合意に向けて議論が進んでいるところであり、それをビジュアルにしたものが6ページ目の右側のパイチャートでございます。

7ページ目は、改めてこのプロジェクトが始まる際に推進会議でも御議論いただきました、今後の病床機能別の病床数の推移について確認的に掲げさせていただいております。

このような話で、8ページにあります、別の見方、切り口で現在の進捗状況を整理させていただきますと、公立・公的についての動きがその2つの棒グラフになってございます。ただ、一番上の箱に書いてございますように、策定そのものは進んだのですが、中身をもう一度私どもとして確認させていただくと、結果、高度急性期、急性期の病床の削減が数%、いわゆる急性期からの転換というものがオールジャパンで必要と思われる中、いま一つの進捗ではないか。また、トータルの病床数が横ばいになっているということが今回の合意事項の集計からうかがえるところでございます。

下のオレンジの箱の中の2つ目の○にも書かせていただいておりますが、これをどう評価するかというのは、我々も幾つか留意点があるかと思っております。地域における実情をよく踏まえるということとはもとより、マクロとして評価する際にも、全体の公立・公的の病床自身が、これまで93%、高度急性期、急性期、回復期であったということからしますと、7ページのところにありますように、オールジャパンで今後目指すべき病床機能のアロケーションということからすれば、特に慢性期という形で言われていたところについては、介護との関係、あるいはハウジング、住まいへの移管みたいなことも視野に入れての病床削減ということを念頭に置いたプランがオールジャパンでつくられておりますが、この中において、今の足元、公立・公的についての評価を行う。ただし、全体として急性期からの転換が進んでいない、あるいはトータルの病床数が横ばいであるということは踏まえなければいけない点だと私どもとしては思っております。

その上で、これについて私ども厚生労働省においても有識者の方々の御意見を踏まえて幾つか全体の傾向、あるいは個別にお話を伺いながら、今後の課題について把握をしてございます。

今、申し上げましたところまでが現状ということになりますと、3つ目のポイントとしては、今後これを踏まえて何をするかというところに話を進めさせていただきたいと思

ます。

9ページ目は、今、申し上げたような、これをどう評価するかということになるわけですが、幾つかいろいろなところからのお話を集約しますと、重ねて申し上げるように、地域ごとにいろいろな事情があるとは言えるものの、首長さんの意向が優先されているケースがあるのではないかとか、あるいは公的・公立には補助金等、公的な支援が行われているケースが多くございますが、それに対して十分可視化した上で、それぞれの地域の構想会議における議論が行われているかどうか。あるいは実際に公的・公立において病床機能の再編、あるいは病院そのものの集約を行おうとした場合に出てくる職員の雇用に関する問題でありますとか、借金、借入金債務の処理などなど、実際にプランをつくる段階から実行の段階に地域が移り始めますと、それに対してどのような形で今後考えるかということが課題になるというのが浮かび上がっております。ここについて何らかの国としての支援、もしくは地域における工夫というものをいただかないとならない。そもそも今書かれているプランそのものに対する評価とあわせて、書かれたプランを実現するためにも、何らかの形の推進策が要るのではないかというふうに私どもとしては思っております。

10ページ目、そのために具体的に何をするかということでございますが、私どもとしては3つの段階を踏んでやりたいと思っております。1つは、「2. 今後の取り組み」の○のところを書かせていただいておりますけれども、2019年年央までに、これまで出していた具体的な方針についての診療データの分析をさせていただこうと思っております。具体的にどんな分析かというのが、その後、11ページ以降、具体的な圏域ごとの構想も書いてございますが、10ページのスライドの下のところでご覧いただきますと、例えば主要な手術でありますとかそれ以外の術式について、それぞれの地域において、どこでどのようなことが行われているかを見える化する。この程度はデータとして既にとれるようになってございますので、こういう形で見える化をした上で、地理的な条件や代替可能性、あるいは同じようなものが複数の医療機関で行われているのではないかと、公立・公的と民間病院の間にちゃんと役割分担が意識された形になっているだろうかということ进行分析していただく。これがプロセスの1つ目であります。

その上で、2つ目といたしましては、それぞれの形について、先ほど申し上げた医師の働き方などの新しい要素も入れながら、この地域医療構想調整会議で議論していただいた構想について、改めて合意いただくように要請をしたい。そういう意味では、まず分析を全てにして、その中で必要なものについては絞り込んだ上で、合意を改めていただくような要請をしたいと思っております。

一番下の○でございますが、3つ目として、そのような形で行う上で、さらに今まで地域の中における話し合いを促進するよう働きかけてまいりましたが、その中でも特に必要があると思えるところについては、厚生労働省みずからが地域に助言あるいは支援をすることについて検討させていただきたい。この3つのステップで今後進めさせていただきたい。まずは2019年年央までのデータ分析を目掛けて、関係者の方々、有識者の方々の御意

見もいただきながら、今、その準備をさせていただいているという段階でございます。

11ページ以降は、それを具体的にどんな形で地域から見えるかということについての例を示してございますので、後ほど御参照いただければと思います。

以上、3つのポイントについて、地域医療構想の進捗について御報告をさせていただきました。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、ただいま吉田局長から御説明がありました内容につきまして、御質問、御意見などございましたらよろしくお願ひいたします。

では、まずは遠藤委員、お願いします。

○遠藤委員 ただいま医政局長から地域医療構想の進捗状況及びその背景事情についてお話がありましたけれども、個別の課題といいますよりも、もう少し幅広の医療提供体制の改革についてお話しさせていただきたいと思います。

一言で言いますと、現在、医療提供体制につきましては、大きな制度改革が進んでいて、その一つが地域医療構想だということです。

したがって、改めて地域医療構想の内容とか意義につきまして簡単に整理をさせていただいて、さらには地域医療構想を含む医療提供体制、改革全体の話についても俯瞰をしてみたいと思っております。今後は後期高齢者が大都市周辺で急増しまして、地方では高齢化が鈍化をして、むしろ人口減少が急速に進んでいく。このように高齢化の進み方が地域によって大きく違うために、医療需要は質的にも量的にも地域差が生じてくる。そこで、病床を機能別に、地域のニーズに合うように再編する。医療資源をそれによって効率的に配分しようというのが地域医療構想の目的であります。

地域医療構想は医療計画という従来からあった制度の一環として実施されることとなります。これまでの医療計画というのは、一般病床と療養病床という2つのタイプの病床につきまして、地域ごとの病床数の上限を課すという、いわゆる病床が増えすぎないようにする上限規制でしかなかったわけですが、それに対して今回行われている地域医療構想を組み入れた医療計画では、病床の機能を先ほど説明がありました4つのタイプに分けて、それぞれが2025年の地域ごとの必要病床数に収れんするように病床を再編するというものです。

したがって、これまでの医療計画とは相当違うものになっているわけです。実は、病床の機能を実質的に決めているという点からいいますと、診療報酬がかなり重要な役割を担ってきたわけです。我が国は混合診療を禁止しておりますので、病院の医業収入の9割以上は公的医療保険であり、診療報酬の公定価格や設置基準、あるいは算定要件を組み合わせることによって、医療のスタイルを大きく誘導することができます。したがって、特定の機能の病床数を変化させるということも実は容易なわけです。

それでは、なぜ今回は診療報酬による誘導を病床再編の手段として使っていないのかといいますと、診療報酬による誘導は効果が大きいのですけれども、繊細さに欠けるという

ところがあるからです。診療報酬は原則として全国共通ですので、A地区の病床数を増やしてB地区の病床数を減らすというようなことはできませんし、また、病床数を増加させたり減少させたりすることはできますけれども、必要病床数に収れんさせるといったようなきめの細かなことはできないわけです。したがって、病床地域ごとに必要病床数に収れんさせるという目的のためには、診療報酬でなくこのような地域医療構想という仕掛けが必要になるわけです。

とはいっても、地域医療構想でも現在ある病院の病床数を2025年の必要病床数に強制的に収れんさせる、再編させるということは制度上不可能なわけです。あくまでも各病院が自主的に再編することが求められている。そのために幾つかの仕掛けがつけられているというわけであります。例えば、情報でありまして、国は二次医療圏ごとに4タイプの病床の必要病床数を都道府県に示し、将来の医療需要を明らかにしております。また、地域医療構想調整会議という名前の会議を都道府県に設置いたしまして、病床再編の合意形成に向けて関係者間で協議ができる場をつくっています。

金銭面では、地域医療総合確保基金を設立しまして、都道府県はその一部を地域医療構想の推進のために使うことができますし、あるいは先ほども話がありましたように、都道府県が行う地域医療に関するデータ分析を支援するために、地域医療構想アドバイザーというような人達を新たに任命するというのもやっております。そういった形で進めているわけです。

本日報告がありましたように、公立病院、公的病院の統合再編が先行しています。ほとんどの調整会議で合意に達しているものの、必要病床数の実現にはまだ乖離があるという状況だと思いますし、民間病院を含んだ全体では各病院が自院の2025年の将来像として報告した必要病床数と比較しますと、数量的にも機能のバランスの上でも乖離があります。これは先ほど局長からお話がありましたように、急性期の病床数は過剰であり、回復期の病床数は過少であるという状況になっている。必要病床数に収れんさせていくためには、各病床機能の定義の客観化、この資料の中では定量基準と書かれておりますけれども、こういったものの導入の拡大などの一層の努力が必要だと思います。

地域医療構想以外にも大きな医療提供体制改革が行われております。これは医師の改革でして、医療の提供体制は病床だけではありません。医療の担い手は当然、医師、医療者ですので、医師に着目した改革が同時に進められています。これは医師の地域偏在対策と医師の働き方改革です。

医師の地域偏在対策ということは古くから言われてきたテーマであります。しかし、さまざまな対応も行われてきましたけれども、必ずしも十分な成果は得られていないと思います。今回は医師不足地域の客観化であるとか、医師不足地域での診療経験医師へのインセンティブを付与することであるとか、あるいは地域枠で医学部入学した人たちの配置の効率化であるとか、医師過剰地域の専門医の研修に対しては受け入れ上限を設定するなど、新たな方策が講じられています。これによっても一定の効果は期待できると思いますが、

そもそも医師がどこで働くかは基本的人権の問題で、強制的な配置は不可能であります。地域医療構想による病床の再編以上に、医師の地域偏在対策というのは制御が難しい問題だと言えるわけです。

また、従来から異常な長時間労働が行われておりました医師の働き方に対してメスが入られるのは適切なことだと思いますけれども、これは全く新しい試みでありますから、医師の労働時間の短縮が医療提供の不足を生じさせないかなど、影響を慎重にはかりながら進めていく必要があるわけです。

このように地域医療構想、医師地域遍在対策、医療者の働き方改革、この3つは資料にも出ておりますけれども、三位一体の改革と言われております。個別にそれぞれが非常に実行の難しさをはらんでいるわけですが、同時にこれらは相互に依存し合っているわけですので、例えば地域医療構想で地域ごとの病床の再編が進んだとしても、医師の地域偏在が是正されないのであれば、医療の地域偏在は残るわけです。また、医師不足が解消されていない地域で医師の労働時間の短縮が行われれば、必要な医療の提供がされなくなっていく可能性がありますので、同時達成が求められるわけでありまして。

言い方を変えますと、非常に難しい三元連立方程式を解かなければならないわけです。しかも、答案作成時間は余り余裕がないわけです。このように現在進められている医療提供体制の改革は、これまでに例を見ない、ある意味異次元の医療提供体制改革だと言っても過言ではないというような非常にチャレンジなことをやっていると思います。

しかし、超高齢社会である日本にとりまして、必要な改革でありますので、引き続き積極的な改革が推進されることを期待したいと思います。

以上、です。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。

では、大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 今、遠藤委員が後半で触れられました医師、医療従事者の働き方と医師偏在対策のことに关しまして、私はとりわけ女性医師、女性医療従事者に対する配慮が分かる形で明記していただきたい、ジェンダーの視点を明記していただきたいと思います。

やはり子育て・介護は、依然として女性に負担がかかっている現状の中で、女性たちが医師あるいは医療従事者として活躍できるということを担保していただくことは、少子化対策としても非常に重要だと思いますので、文言としてそのあたりを明記する形でお進めいただければと思います。

以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

では、土居委員、よろしく申し上げます。

○土居委員 御説明どうもありがとうございます。

資料1の10ページ以降にありますさらなる取り組みというものは、これはぜひとも積極的に進めていただきたいと思います。特にデータに基づいて政策を遂行していく、それか

ら、さらなる取り組みを進めていくということは非常に大事なポイントだと思います。

ただ、一つ気をつけていただきたいと思うのは、実績が物を言うということになりますので、その実績で今後の医療提供体制を再編していくのだということをお知らせすることによって、過剰な実績を上げられることのないようにしていただく。それがむしろ逆に過剰医療を誘発してしまうおそれもなきにしもあらずです。ここで挙げられているような診療実績は、そんなにでっち上げてできるようなものではないと思いますから、その点は余り心配をしていませんけれども、対象とする指標で恣意的にすれば数が増えるとか、そのようなものが容易にできるものだと、実績がなければベッド数を減らすとかいうことになると、何か実績をつくり出そうとするおそれもあるので、そういう恣意性ができるだけ働かないような形でこれをさらに進めていただきたいと思います。

それから、より根本的な問題ということだと思いますけれども、資料1の7ページにありますように、2025年までの病床必要量に到達するには、昨年度の病床機能報告ではまだ取り組みが不足しているということだと思います。特に回復期と急性期のベッド数にかなり差が大きいというところは注目すべきポイントだと思っております。

これを考える上で、私も遠藤委員が座長をされていた地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会のメンバーとして、初心忘れるべからずと思うわけであります。そもそも急性期と回復期というのは、なぜこういう区分をしたのかといえば、特に7ページの一番右の病床の必要量を計算するときには、医療資源投入量が600点であるというところを区切りとして、それよりも多い医療資源投入が必要な患者を急性期の患者と呼び、それよりも少ない患者を回復期と呼んだということがそもそもの出発点であり、その閾値を前提として、2025年の病床の必要量が計算されているということでもあります。

ただ、資料1-2の参考資料の1ページに地域医療構想の説明があり、かつ、ここでいみじくもその病床機能報告と、先ほど申し上げた病床の必要量との乖離みたいなものが出てきてしまうのではないと思われるのは、1ページの左寄りの真ん中にあるこの図であります。病床機能報告で急性期機能を担っている病床として届け出られるのは、まさに急性期機能の患者が相対的に多い病棟であり、回復期機能の患者が多い病棟を回復期機能を担っている病棟というふうに報告する。ないしは、さらには2025年にそういう見込みであると報告することになっているということは、回復期病棟が丸々回復期の患者ばかりを受け入れているわけでは必ずしもない。これは認めているわけであります。しかし、病床の必要量ということで計算するときには、病棟単位で計算したわけではありませぬので、構想区域ごとにそれぞれの医療資源投入量に該当する患者数がどれぐらいいるかということから逆算して、病床数を求めたということですので、ひょっとすると急性期機能が6割ぐらいと見込んでいて、ほかに回復期の患者も入ってくるということだと思っても、届け出をするところでは急性期病棟というふうに届け出ていて、資料1-1の7ページのような数字で急性期病棟にある病床がどうやら今のところ多いらしいというようになってくることもあるかもしれない。なので、どのぐらい急性期病棟として報告している病棟が

真に急性期機能の患者を受け入れているのかというところをもう少し突き詰めてみる必要があるのではないかと。そうしないと、資料1-1の7ページの病床の必要量と、病床機能報告上の2025年の見込みの間に少しミスマッチが出てきてしまうかもしれない。

けれども、そうはいつでも、急性期病棟をたくさんつくっていいということではないし、急性期病床をそのまま温存していいですよということではありませんので、やはりレセプトデータに基づいて急性期機能の患者は減っていくということが見込まれているからこそ、2025年の病床の必要量ということになっていますから、600点という点数の区切りを医療の現場の方々にもしっかりと御認識していただいた上で、病床機能の再編を進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、伊藤委員、権丈委員の順で。

○伊藤委員 ちょっと乱暴な議論をさせていただきたいのですが、大変御苦労されているいろいろなことをやっていらしてすばらしいと思うのですけれども、そういうことを何も知らないで8ページの図を仮に見るとすると、2025年と全体の病床数で何も変わっていないなということは、やはりもう一回きちんと考える必要がある。

特に、2025年以降、団塊の世代が75歳を超えるということになってくると、時間との勝負みたいなのがございまして、せっきく政府の経済・財政一体改革推進委員会のほうでも工程表とかタイムプレーみたいなのをやっているわけですので、どこまでできるかわかりませんが、合意を得るということを超えて、結果としてどの程度の目標みたいなものをその時点その時点でやるかということ、もう少し明確にさせていただくといかないかなど。

気になるのは、これは2025年なのですけれども、今のままの状態を続けたときに2030年はどうなるのか、2035年はどうなるのかということで、ちょっと心もとないところもあるものですから、大変苦労されていることはよくわかりますし、後ろのほうにこれから具体的にどういうことをやるか書いてあると思いますので、8ページのこの状況がどの程度これから変わっていくか、さらにまた議論させていただければと思います。

どうも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、権丈委員どうぞ。

○権丈委員 10ページ、地域医療構想の実現に向けたさらなる取り組みについてということで、データによる制御機構をつくっていかうとずっとやっているわけですので、ここは大いに進めてもらいたいと思います。と同時に、地域医療構想というものを考えていた2013年段階で、9ページにあるような問題が出てくるだろうということは、大体みんなわかっていました。したがって、その対策として、地域医療構想を実現していく上では、まず消費税を上げていき、その税収から医療のほうに回ってくる分で基金をしっかりとつくっていき、

地域医療構想に基づく提供体制の調整を行っているところに対してお金をしっかりと出していくという仕組みを埋め込むのがまず第1段階。

もう一段階は、保険者として、この調整をしっかりと目的を持って運営してくれる人たちが出てこなければいけないということで、国保の都道府県化を進めていった。だから、地域医療構想の実行力というのは、基金の仕組みのあり方と、保険者の制度設計というものに依存していたのですけれども、私から見ると、どうしてこんなに軟弱になっていったのかなと。

したがって、表面的には9ページの現象が問題として見えてくるけれども、本当は基金の仕組みと保険者の制度設計とが、目的を達成することを意識しない形でつくられているような姿に見える。これではできないよなということが、予測される状況になっていたというところがあるかと思います。

社会保障制度改革国民会議の2013年の段階では、大体、今で言う先進事例と言われるようなことを考えていたわけで、これを先進事例と呼んで紹介するのではなくて、他は後進事例なんですね。国民会議の意図していたような普通のことをやっている県が2～3個あると。他はどうして後進事例のようなことになってしまったのかと考えている。例えば都道府県の知事会で、何とか立国宣言とか、何とかかんとかやっています、私のところにも報告にきましたけれども、仮に都道府県で国保の保険料を県議会で決めなければいけないということになった場合でも、こういうことをやるのですかという話をすると、皆、うーんと言う。都道府県に問題があるのではなく、彼にインセンティブを与える仕組みが全然甘いのですね。

だから、当時言っていたのは、国保を介護保険化するということを言っていたのですけれども、給付と負担がリンクした形でしっかりと運営できるようにつくっていきましょうということになっていたのが、いつの間にか制度設計が甘くなり、先ほど伊藤先生がおっしゃったような結果になっていったのかなというのがあります。

この9ページの反省点、もっと根っここの部分で、地域医療構想を動かしていこうとしていたエンジンである、基金のあり方とか、保険者制度のつくり方というところをもう少し検討していただければと思っています。

どうもありがとうございます。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、神野委員、よろしくをお願いします。

○神野委員 専門家ではないので少しとんちんかんになるかもしれませんが、医療を含めた社会福祉サービス、社会保障と言ってもいいかもしれませんが、これは包括的に、相互に関連づけて国民ないしは住民に提供するということが重要かと思っています。

したがって、これはお願いなのですが、今後進められる上において、局長は既に介護の問題とか住宅の問題等々、触れられていらっしゃると思いますので、意識されているとは考えますけれども、医療サービスを周囲と有機的に関連づけて地域社会に出していく。そもそも

都道府県という地方自治体に権限と責任を持たせてやりましょうねという背景には、総合行政ができるようにするということが一つの重要な理由にあったかと思いますので、地方自治体が地域の実情にあわせて主体的に、言い方を変えれば地方自治体が主体的に取り組めるような諸条件をつくっていただければと思っています。この点を、進める上で御配慮いただければ。

今、いろいろな社会問題が起き、例えばいじめの問題とか児童虐待の問題が起きたときに、やはり必要なのは総合的、包括的に対応するサービスを出していくことが重要かと思っていますので、そこを御考慮いただければと思っています。

○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。

今日の会議は年に1回のチェックということですが、地域医療構想はやはりこんなに合意をしているのに、実際に病床機能が変わっていないのはどういうことなのかと素直に思います。これまでの方の意見と同じなので、割愛しますが、やはりデータベース化がだんだん進んできた中で、さらに脳卒中ですとか心筋梗塞などのデータもこれから整備しようとしていますので、こういったデータを十分に活用し、さらにそれを誰からも見えるような形にして、うまく進めていっていただきたいと思います。

もう一つ、気になっているのが、やはり医師の偏在対策をもう一段何か強いことができたほうがいいのではないかと思っています。それは、進路選択にある高校生、大学生の親の立場で、あるいは地方も含めて見てみますと、本当に年々、他の職業の将来安定性が薄れるのとリンクするように、優秀な子を持つ親たちが子供をお医者さんにしたいというのがどんどん広がっています。

優秀な子たちがお医者さんになるという、それそのものはいいことなのですけれども、かつ、他の職業とのバランスがどうかということはこの会議のテーマではございませんが、医師になった方々が、需要に応じて特に地方や必要な診療科に行っていただくことは本当に必要なことなのだと思うのです。もちろん個人の選択があるので、なかなかうまくいくところといかないところがあると思いますが、気になるのは、最低限お医者さんになるための大学の受験偏差値がどんどん上がってしまった結果、地方で心から町のお医者さんになりたいと思っている人たちが町のお医者さんになるハードルがすごく上がってしまって、逆に東京の立場から見ると、東京のいわゆる進学校と言われている人たちが全国展開で受験をして、地方の医学部にいくのですね。その結果、地方の卒業生が地方にい続ける可能性がどんどん減っていて、それはやはりもともと東京で育った人たちがずっとその地域で医療を担うという覚悟をすることは、元々そこで育った人に比べれば当然少ないわけです。定員のかなりを食ってしまって、そして地方の町のお医者さんをやりたいという人がお医者さんになりにくくなっているという現状に関しては、何かもう一段強い力を入れないと、もちろん地域枠があることは承知しているのですが、実態として地域枠が本当に地域枠と

して十分には機能していないという現実もある。

つまり、東京の高校生の親たちは、こういうふうにやれば最終的には東京に戻ってこられるみたいなことを計算して地方の医学部を受けさせていたりするわけです。このあたりは将来の需要との関係においても、あるいはお医者さんにはどういうスキルが必要なのか。ここまで言っていないかわからないけれども、数学がすごくできるかといったいわゆる受験偏差値ではなく、お医者さんになる人に必要なものというのは、別のものが必要だと思うのです。国民としては、やはりそういうものを持って強くお医者さんになりたいという人にお医者さんになってほしいという気持ちがありますので、個人の選択の自由その他から難しいとは思いますが、もう一段強い施策をとることができないものかと思えます。

○清家議長 山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 国民会議の報告書のキーワードが幾つかございますが、一つは全世代型社会保障への転換であります。もう一つ、今日的に見て私は非常に驚いたのでございますが、データによる制御ということです。これは医療提供体制の改革、介護も関連するキーワードになったと思うのですが、この自由主義市場経済の国で社会主義計画経済と同じような成果を自主的な調整・協調によって得たいというわけで、そのシンボルになるのがデータだということでございます。今、問題になっている公立・公的病院の提供体制の改革というのは、その最初の入り口でございます。もしこれが頓挫してしまうと、今後の民間病院も含む提供体制の改革が完全にストップしてしまうような感じがしております。

もともと都道府県知事の権限というのは非常に限定的でございますが、今回の改革はできるだけ、その権限さえもできるだけ控え目に、今日まで自主的な協議・調整に委ねてきたわけでございますけれども、何とかこれを今の体制でいい成果を得てほしいと思えます。もしこれが頓挫してしまうと、限定的ではございますが、知事の権限を行使しなければいけなくなるし、あるいはさらにもっと強い権限を与えるというようなことになりかねないので、何とかそれは避けたいと思っております。

それから、医療提供体制の改革は介護と一体的で、言いかえれば超高齢社会に適合的なサービスの提供体制に組みかえるということだと思っておりますが、そのように考えますと、高齢者の医療や介護に直に向き合っているのは後期高齢者医療制度であり、介護保険でございます。

今日の資料にもありますが、実は慢性期の病床が期待通りには減らないということもございますが、鍵になるのは当面は介護医療院への転換でございます。医療療養病床の一定部分、さらに将来的には一般病床からも介護医療院なり介護事業への転換が要請されているわけですが、実はこれと向き合う後期高齢者医療保険制度、介護保険制度は全く分断されているということございまして、保険者の単位が都道府県単位と市町村という違いがありますし、加入者の範囲も違うし、費用負担の構造も違うということで、実は介護医療院は発足したけれども余り動かないということで、これはかなり深刻な問題だと思っております。

ります。

権丈委員は国保制度とおっしゃいましたが、より大事なのは後期高齢者医療制度と介護保険の全面的な調整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。

ほかによろしゅうございますか。

それでは、大分時間が押してございますので、吉田局長のほうからお答えなどございましたら短くお願いいたします。

○吉田厚生労働省医政局長 ありがとうございます。

それぞれの委員の方からいただいた御意見について受けとめて、それぞれの観点から我々、次に向けて取り組ませていただきたいと思います。

遠藤委員、神野委員から言われた、総合的に見る、地域施策として総合性ということについても、私どもとしてはその考えに立ちたいと思いますし、あるいは伊藤委員、権丈委員、宮島委員からも、とにかく早く結果を出すようにと。それぞれの仕掛けを十分に動かすように、先を見るようにという御指摘については、基金の話、あるいは保険者の問題を含めて、どういう形で地域地域において推進力を強化していくかについては、その問題意識を持って、メニューあるいは使い方を考えたいと思います。

また、大日向委員、宮島委員からは、働き方や今後の医師の偏在について、ジェンダーの視点であるとか、地域枠にも御言及いただきましたが、大きな意味でドクターのキャリアパスの中でどうやって地域偏在が是正されるように、いろいろ取り組んでいるところではありますが、実を上げるというところまでいかないといけないと思っておりますので、取り組みたいと思います。

あと、土居委員、山崎委員からも、そもそもデータによる制御ということではありますが、データそのものを精緻化する、あるいはとれるようにすると同時に、それをどう使っていくか、あるいは解釈そのものについてもいろいろな議論がある中で、混乱をしないようにという点については、我々もこうしたいと思います。

いずれにしましても、それぞれ方向としてはこれからも進めさせていただきたいと思っておりますので、また機会を見て御指導いただくようお願いしたいと思います。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、議事次第の「4. 国民健康保険改革の進捗確認」に移りたいと思います。先ほどと同様に、厚生労働省から10分以内で御報告をいただき、その後、委員から質疑、意見交換をお願いしたいと思います。

それでは、樽見保険局長、よろしくお願ひいたします。

○樽見厚生労働省保険局長 保険局長でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

国民健康保険改革の進捗ということで、資料2を用意させていただきましたので、ご覧いただきたいと思います。

表紙をおめくりいただきまして、2ページは国保制度改革、どういうことであったのかということをもとめたものでございますので、この辺は先生方よく御承知のことと思いません。ただ、これは先ほど御指摘ありましたけれども、まさに医療提供体制ということについて都道府県が権限を持っている。そういったようなところの観点もあったということだろうと思えますけれども、その辺について、ちょっとこれは保険料とか財政のところの特化して書いてしまっておりますが、国保制度改革全体像、そういう点も含めて問題意識としては持っているということだと理解しております。

次のページに財政支援、国保改革の際に3400億円程度の財政支援を拡充するというところで取り組んでいるということでございまして、2015年度から1700億円、平成30年の本格実施のときからさらに1700億円ということで、このように入れているということでございます。

4ページ目、30年度から施行されて保険料はどうなったのかということでございます。昨年の会議においては、市町村における取り組みの中途の状況で御報告を申し上げたということでございますけれども、30年度の国民健康保険料、昨年6月までに決めたところでこのようになっているということで整理したものでございます。左下のほうに丸いグラフがございまして、保険料については、据え置いたところが48%、引き上げたところが23%、引き下げたところが29%となっております。

この引き上げたところについて、医療費の増を超えて引き上げたところを左のほうにややプルダウンして書いてあるわけでございますけれども、結局これまで保険料を長年引き上げてこなかったところが、この機会に引き上げたというようなところもあるということでございまして、市町村のそれぞれの判断によってこのようになっているということでございます。おおむね据え置いたところが半分、引き上げ、引き下げが残りの半々という形になっているところでございます。

ただ、保険料率あるいは保険税率をどのように変えたかということと、実際に被保険者の方々、所得の状況の変化などもございますので、保険料額がどのように変化したかということと言うと、また別の数字になってくるわけございまして、次のページに参考として、一般被保険者お一人当たりの保険料調定額がどのように変化をしたかというところをつけてございます。これで見ますと、上がったところと下がったところが大体半分、49%の市町村が維持または減少、51%が増加というような形になっているという状況でございました。

保険者努力支援制度でございしますが、これについて市町村500億、都道府県500億で取り組んでいるということでございまして、被用者保険を含めて共通の指標でやっているもの、さらに国保固有の指標を加えてでやっているものについて整理をしております。都道府県のところで申しますと、一番右下の都道府県取り組み状況のところでは、まさに医療提供体制適正化をどのように推進するかということも、保険者努力支援制度の要素という中で入れているところでございます。

この保険者努力支援制度については、さらにメリハリをつけていきたいと考えておりまして、その次のページでございます。疾病予防、インセンティブ、あるいは法定外繰入の解消、成果指標の拡大といったようなそれぞれの項目につきまして、これまでさまざまなところで指摘を受けているところを真ん中に書いてございますけれども、それぞれに対してどのように対応していくかということで右側に書いてございます。インセンティブというものを強化する。それから、プラスだけではなくてプラス・マイナス、マイナス指標といったものも導入をするということも含めて、よりきめ細かく対応していきたいと考えてございまして、2020年度の指標に向けて、現在、関係者、都道府県、市町村と調整中でございます。取りまとめに向けて調整を急ぎたいと考えているところでございます。

9ページからは法定外繰入でございます。

次の10ページに法定外繰入が一体どれくらいあるのかということを書いてございます。平成29年度はかなり減りまして、ただ、それでも1751億円という状況でございます。これは先生方、先刻御承知のことでございますけれども、まさに都道府県単位とするということで財政力を強化する。それと同時に、国民健康保険の助け合いの制度としての保険という要素をしっかりと、保険として機能するようにしていく。そういう観点からしますと、法定外繰入についてはできるだけ早くなくしていくということになるわけでございますし、実際に都道府県単位で財政調整をするわけでありまして、個別の市町村ごとに税財源を入れて操作をしているということになると、それはやはり制度全体の財政調整に対する信頼感といいますか、不公平といったような議論になってくるということでございまして、法定外繰入については解消したいということで取り組んでいるところでございます。①、②、③、それぞれ通知などでこのような方針を出しているということで書いてございます。

引き続きまして、2020年度の保険者努力支援制度の中でしっかりとこれについて対応していくということで、現在、これも関係者と調整中ということで取り組んでいるところでございます。

11ページは赤字解消に向けての取り組み経緯ということで書いてございまして、上のほうは歴史でございます。下のほうで、2018年から2024年までの第1期の国保の運営方針ということで、こういう中で赤字の解消をしっかりと取り組んでいく。これも下のほうに私どもとして、今回の改正の時期に出させていただきました通知について書いてございますけれども、一般会計繰入あるいは前年度繰上充用金といったようなものについて、段階的に解消していくという方針で取り組んでいるところでございます。

12ページ、13ページは、実際の法定外繰入等の地域差について書いてございます。やはり地域の財政力、税収、あるいは調整交付金の状況といったようなものにもよるのだらうと思っておりますけれども、地域による差がかなりあるというところでございまして、こうしたものをできるだけ早くなくしていく、そろえていくといったようなことで取り組みたいと考えてございます。

簡単でございますけれども、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、ただいま樽見局長から御説明をいただいた内容につきまして、御質問、御意見等がございましたら、よろしくお願ひいたします。

では、宮島委員、どうぞ。

○宮島委員 ありがとうございます。素朴な質問です。

法定外繰入はとにかく解消を早くすべきだと思いますし、とにかく出と入りを明確にわかるようにすることが大事だと思います。

去年のこの会議で奈良県のお話を伺って、一つのモデルケースということで横展開を期待したわけなのですが、今の状況は、奈良県と同じような意向を持たれているのはまだごく数県かなと思っておりまして、なかなか横展開そのものが進んでいないようにも思えるのですが、1年たつてこの状況なのは、どういった背景があると思われませんか。

○清家議長 では、局長、お答えください。

○樽見厚生労働省保険局長 率直に申しまして、都道府県と市町村の間で、この国保制度改革は去年から実施するというので、まさに保険料率の算定でありますとか、それを市町村にどのように分けていくか。それから、市町村のほうでそれをまたしっかりと徴収していく。そういう中で法定外繰入を減らしていく。そういうところに向けての取り組みということが各県で、そこで一生懸命というところちょっと言い過ぎなのかもしれませんが、まずはこれをしっかりと施行することに各県取り組んでいただいているということだろうと思うのですが、残念ながら、まだそれを県として、中の市町村も含めてしっかりと徹底していく段階。

各県でそれぞれ取り組んでいただいているとは思いますが、ただ、それが目立つような形にまだなっておらないということだろうと思うので、引き続き私どもとしても横展開に力を入れていきたいと思ひます。

○清家議長 ありがとうございます。

では、ほかにいかがでございますか。

武田委員、どうぞ。

○武田委員 御説明いただきまして、どうもありがとうございます。先ほどの地域医療構想も、こちらの国民健康保険改革についても、一生懸命取り組みを進めるために御尽力いただいているということは大変よくわかりました。

ただ、今、宮島委員がおっしゃったとおり、私も同様のことを感じておりまして、この取り組みをしっかりと横展開させるためには何が必要なのかということと、それから、9ページに、「方向性（案）」とございますけれども、法定外繰入の解消に向けた対応の方向性ということで3点書いていただいておりますが、方向性を打ち出させていただくとともに、しっかりと実現に向けて実行していただくということが非常に大切なのではないかと思ひます。

2点目ですけれども、先ほど地域医療構想のところでは、皆様がおっしゃったことと意見が重複していましたので発言を差し控えさせていただいたのですけれども、伊藤委員がおっしゃったように、中長期の社会保障制度の持続可能性という観点では、私はぜひスピードを上げていただく必要があると感じております。団塊世代の方が75歳以上になるのは全員の方ということで2025年と言われているわけですが、実際に75歳以上に入り始めるのは2022年なのです。私はそこまでの時間というのもスケジュールで一定程度視野に入れていただいて、その上で本日お話しいただいたさまざまな課題について着実にクリアしていただくという視点が極めて重要だと思っています。

それが必要な理由は、高齢者の方々が実は社会保障制度の持続可能性が担保されないが一番困るわけなのです。というのは、人生100年時代ですから、75歳になられた後の人生もかなり長いわけで、その間安心して暮らせるようにするという観点では、以前は現役世代と高齢世代という形で議論されることが多かったのですけれども、高齢者のためでもある社会保障制度改革という点を、政府としても、あるいは政治の場でもそうかもしれませんが、そうした視点でスピード感を持って進めていただければありがたいと思います。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

○山崎委員 法定外繰入の解消等に向けた対応の方向性、9ページでございますが、これはぜひやっていただきたいと思っております。これも国保制度改革の入り口だと思っております。国保というのはもともと市町村の相当自由な運営に委ねてきた経緯があるわけですが、その結果がこういったことをもたらした。恐らくそういう反省もあってだろうと思っておりますが、介護保険制度では基本的に保険料軽減等に対する繰り入れというのは極めて限定されており、このような問題は起こっていないということですし、後期高齢者医療制度は基本的にこういうものはないわけでございます。ですから、同じ首長さんがかかわっている後期高齢者医療や介護保険の姿に国保制度も改めていただきたいと思っております。

それから、先ほど来ありますように、都道府県単位の財政運営のもとで各市町村が共通のルールに基づいて支え合うというのが今回の改正でございますが、そういう中で、支え合いの資金ということになります。納付金の財源にある市町村は一般会計からの財源を使っているというようなことになると、結局、保険料の平準化も進まないということになります。

それから、全体として見て、財政力のある市町村が多額の繰り入れをしてきたわけでございます。国保というと貧しい地方の零細な自治体をイメージしやすいのですが、一般会計から繰り入れたのは大都市であるということでございますから、これは計画的に速やかに解消していただきたいと思っております。

また一方で、3400億円のうち約1700億円は被用者保険の後期高齢者支援金の総報酬割への切りかえによって生じた国費を財源として使っているわけでございますから、被用者グ

ループの理解を得る上でも速やかに解消をし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。

ほかによろしゅうございますか。

それでは、また最後にディスカッションの時間を持ちたいと思いますので、関連して御質問もいただけるかと思っておりますので、報告事項がもう一つございますので、議題の「5. その他報告事項」に移ります。今年度の関連予算の概要、あるいは今後の法案提出などに向けた社会保障制度改革の検討状況について、厚生労働省からこれも10分以内で御報告をいただき、その後、今までの問題もあわせて委員の皆様から御質問、御意見をいただければと思っております。

それでは、伊原審議官、お願いいたします。

○伊原審議官（厚生労働省） 御説明させていただきます。資料3-1と3-2に基づきましてお話しします。

まず3-1でございますけれども、これは社会保障・税一体改革に関連する予算の現況でございます。

1 ページをご覧くださいますと、令和元年度の消費税増収分の使途でございますが、全体10.3兆円を基礎年金国庫負担2分の1に3.3兆円、社会保障の充実に2.17兆円、消費税率引き上げに伴う社会保障4経費の増に0.47兆円、後世代へのつけ回しの軽減で4.4兆円、このように配分しております。

2 ページは全体像でございますけれども、特に今年は10月に消費税が上がることを前提にいたしまして、新しい経済政策パッケージということで、待機児童の解消、幼保無償化、介護人材の処遇改善、高等教育の無償化、こうしたところに予算が充てられるということになっております。

社会保障の充実分につきましてはの予算内容は3ページをご覧くださいと思います。

3 ページの令和元年度予算額という欄の一番下に2.2兆円の予算額がありますけれども、今回の大きな変更点は、上でいきますと、地域医療介護総合確保基金、これは医療分、介護分、ともに100億円ずつ増額されております。もう一つ、真ん中あたりに医療情報化支援基金というのがあります、これはオンライン資格確認とか電子カルテの標準化、こうしたことに充てるために300億円、新たな基金が創設されております。

もう少し下に参りまして、介護保険の1号保険料の低所得者軽減に600億円ほど拡充されております。

もう一つ、年金のところですが、10月以降、年金生活者支援給付金という制度がスタートします。これに1859億円が充てられることになっております。

4 ページにこれまでの一体改革の全体像が示されております。6年間、社会保障・税一体改革を進めてまいりました。増税分を社会保障の充実に充てております。上の欄でございます。同時に、あわせて自然増の圧縮ということで、社会保障の給付の効率化を進めて

まいりまして、毎年1700億から、そして今年度は1200億円という縮減を図っております。

以上が社会保障に関する予算の現状でございます。

資料3-2に移っていただきまして、社会保障改革に関する今後のスケジュールなどについて御説明させていただきます。

1 ページをおめくりいただきますと、2014年4月に消費税率の引き上げがスタートしました。社会保障・税一体改革がスタートしたわけですが、今年10月に一区切りを迎えるという状況でございます。では、一体改革後の社会保障改革をどうするかということにつきましては、去年の骨太方針で基盤強化期間、2021年まであるわけですが、ここでしっかり対応していくとともに、2040年ごろを見据えた長期的な視点に立って、いろいろなデータ、将来見通しを示した上で予防・健康づくりなどによる受療率の低下や生産性向上に向けた取り組み、あるいはそれらについてのKPIを掲げて推進すると整理されております。

2 ページをご覧くださいなのですが、2040年を展望した場合の社会保障改革ということになりますと、人口の問題がありまして、御承知のとおりだと思いますが、左側にありますように、実は2025年以降、高齢者人口の増加が緩やかになるということがございます。これは今までの流れと違うのですが、その下にありますように生産年齢人口の減少が加速化する、ここが大きな課題でございます、財政の問題とともに真ん中にあります就業者をどうするかということが課題になります。今のままでは、2040年には今よりも900万人ぐらい総就業者数が減ってしまうと予測されています。

一方で、医療・福祉分野では、高齢者数の伸びは落ちついてまいりますが、マンパワーの数が1060万人、就業者の5人に1人が医療・福祉マンパワーになっていただくことが必要であるという推計も出ております。こうした中でまず総就業者数を増やす政策、それから、医療・福祉現場がより少ない人手でも回っていくような職場にすることが必要ということで、一番右にありますように、多様な就労・社会参加の促進、健康寿命の延伸、そして医療・福祉サービスの改革と、こうしたことを進めることとしております。

現在取り組みを進めておりますのが3ページでございます、今、申し上げました多様な就労・社会参加、健康寿命の延伸、医療・福祉サービス改革という3つのテーマに取り組んでおります。本日の夕方に厚生労働省で本部を開きまして、健康寿命延伸プラン、医療・福祉サービス改革プランというものをまとめたいと思っております。さらに、一番左側の雇用・年金制度改革に関しましても、来年、年金制度の改革が予定されておりますが、そうした中で高齢者雇用に関して70歳までの就業機会の確保とか、もう一つ、就職氷河期世代へのプランをまとめていくということを考えております。

一番下にありますように、給付と負担の見直しも大きなテーマでございます、その検討も進めているところでございます。

4 ページ、5 ページ、6 ページは、その内容を掲げたものですが、7 ページをご覧くださいませでしょうか。マンパワーのシミュレーションということでやっておりますが、先ほど申し上げましたような、真ん中にピンク色のラインがありますけれども、多様

な就労・社会参加、健康寿命の延伸、医療・福祉サービス改革、それぞれについて一定の仮定を置いて計算してみますと、医療福祉マンパワーのところは1070万人程度必要と見込まれているものが、926万人から963万人程度で対応可能との試算ができており、机上の議論ではありますが、2040年段階でやっていけるのではないかという結果となっております。こうした政策をしっかりと実現していくことが大事だと考えております。

次は給付と負担の話でございまして、8ページをご覧くださいませでしょうか。平成24年、第二次安倍内閣が発足してから社会保障費は消費税増収分を充てた充実とともに、効率化も進めてございまして、毎年平均5000億円程度の伸びにとどめる改革をしまいにしました。

こうした中で、これ以降どうしていくかということ考えたときに、9ページをご覧くださいませなのですが、年齢階層別の人口増加率をお示ししております。これを見ていただきますと、まずは65歳以上人口の増加率という緑のラインを見ていただきたいのですが、2014年の段階では1年間に3.5%ほど65歳以上の方が伸びておりました。この数がずっと減ってまいりまして、今年2019年には0.9%という伸びになっております。この伸びは、2040年まで見ていただきますと、マイナスになるのは2031年の1回限りです。プラスの状況はずっと変わりませんが、毎年の伸びが1%より小さい水準がこれから続くということで、高齢者数の伸びは落ちついてくるという状況でございまして。

それに対しまして、15歳から64歳人口、いわゆる生産年齢人口は常にマイナスが続いてございまして、特に2030年代になりますと1%を超えた水準へと減少幅が多くなってまいります。

これが大きなトレンドですけれども、実は社会保障費を考えたときには、75歳以上の人口の増加というのを一つ着目する必要があります。なぜかと申しますと、後期高齢者医療などは75歳以上になると公費5割という形で公費のウエートが高まりますので、日本の財政に与える影響がある。

これを見てみますと、実は2020年、2021年、この2年間は赤いラインが小さい数字でございまして。これは戦時中に生まれた方の数が少なかったもので、75歳に到達する方が少ないからなのですが、先ほど武田委員からお話がありましたように、2022年以降、団塊の世代がちょうど75歳となるということで、一挙にこの伸びが4%台に上がります。これが3年間続き、4年目の2025年にも2.8%ぐらいということで、財政問題を考えますと、2022年からの数年間、毎年社会保障費に関連した公費部分が大きく伸びるという状況がございまして。

ただ、それも見ていただきますと、2030年代にはマイナスになりまして、そういう意味で、財政問題で見ても伸びの変化はギャップが大きいということをお理解いただきたいと思っております。こうしたことを頭に入れた改革をしていく必要があると思っております。

10ページに、昨年12月にまとめました改革工程表が出てございまして、今の財政問題で申しますと、一番右側の給付と負担の見直し、10項目ございまして、こうしたことがテーマに上がっております。こうした検討を進めているところでございまして。

こうしたことについての今後のスケジュールをお示ししたのが11ページでございます。左側の欄は健康寿命延伸から始まりまして項目が書いてあります。当面の話としましては、来年6月の骨太方針というのがございまして、骨太2020で給付と負担のあり方を含めて社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策の取りまとめというものが予定されております。

これに向けまして、冒頭もお話しましたが、健康寿命延伸プランとか医療・福祉サービス改革プランを、今日、まとめようとしているところでございます。そのほか多様な就労・社会参加に関しましても、この夏に就職氷河期の問題とか高齢者雇用の問題、あるいは地域共生の問題であるとか、こうしたことについてある程度の取りまとめをしたいと思っております。

あわせて、年金です。年金は来年制度改正を予定しておりまして、ここでは被用者保険の適用拡大の問題、さらには人生100年という議論がありますけれども、そうした中で就労期が長期化しておりますので、それに伴い年金水準を充実させるための方策。受給開始年齢の繰り下げの問題とか、こうしたことを議論したいと思っております。

それから、介護保険も来年度制度改正を予定してございまして、これも政府部内で審議がスタートしております。

それから、介護報酬と診療報酬は、今年の10月に制度改正、消費税対応の見直しが予定されております。さらに医療保険につきましても、来年の春に2年に1度の診療報酬・薬価改定が予定されております。

そして、医療保険につきましても、2021年に毎年薬価改定というテーマもございまして。医療保険に関しましては、先般、法律が成立いたしましたので、データヘルスとか、保健事業と介護予防の一体的実施が決まったところでございまして、これと並行しまして、給付と負担の見直しの作業をしていく。こうしたことが当面、来年に向けてのスケジュールであると考えております。

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、ただいま伊原審議官から御説明をいただきました内容につきまして、皆さん方から御質問、御意見をいただきたいと思っております。

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。

幼児教育・保育の無償化について申し上げたいと思っております。税と社会保障の一体改革と、それに基づいてスタートした子ども・子育て支援新制度の段階では、幼児教育・保育の無償化は盛り込まれていなかったと思っております。それがこの10月からスタートするということでございます。子育て世代への応援ということでメリットも大きいと思っておりますが、他方で懸念点も幾つかあるようでございまして、これにつきましては、子ども・子育て支援の領域でさまざまに議論されておりますので、私はここで言及することは省かせていただきま

す。ただ、1点、社会保障の持続可能性という観点から申し上げたいと思いますのは、当初、消費税増税分は借金の返済分にかなり使われる予定だったと理解しております。今の子供たちが大人になったときの社会保障のあり方に課題を残さないよう、このあたりは十分御議論いただいていると思いますが、その点は改めてお願いをしておきたいと思います。

以上でございます。

○清家議長 ありがとうございます。

では、権丈委員、お願いします。

○権丈委員 10ページで医療・介護における現役並み所得の判断基準の見直しを検討とありますが、これはどの方向に検討するのかよくわからないのですけれども、年金の繰り下げ受給を進めていこうよとかいろいろなことをやっている中で、所得に応じて自己負担の料率が変わっていくということは結構矛盾してくるのですね。大体、社会保険は、保険料を負担するところでは応能負担をしっかりとやっていいと思うけれども、リスク、事故に遭って、それを利用するという段階で現役並み所得かどうかで扱いが変わっていくのは、原理的にはちょっと難しいものがあるわけです。国民会議の報告書にちょっと書いたわけですが、原理的には難しいものがある。

だけれども、年金などいろいろな形でワークロンガー社会を考えている中で、少々矛盾もあるということ。そして、多くの人たちに余り迷惑がかからないようにやっていきましょうという形での制度設計をしていくと、実は財源効果もそんなにない制度しかできないという、こうしたことを考えていくともう少し見直す方向があってもいいのかなと。

13ページの介護保険制度改革で、⑤で介護保険のところ、保険料の伸び抑制に向けた方策は、5番目でもいいですけれども、やはり相当エネルギーをかけてやっていただけないだろうかと思えます。

それから、65歳以上になってくるとあそこも定額みたいな形になるので、昔から言われていた被保険者範囲を広げていって、みんなで支え合っていくことでいいのではないかと。そして、人生100年とかいうようなことを言われていますけれども、100年生きると、ほぼみんな要介護状態になっていくというのがあって、今までは介護は関係ないという人もいたわけですが、人生100年になるともうみんなの問題。そして、所得の平準化というような形で、年金でもやっているように、若いときから負担をすることによって将来高くなっていく負担を現在から平準化しておこうという考え方もございますので、介護保険料の伸び抑制に向けた方策は、真剣に考えてもらいたい。かつては障害と一緒にやりましょうという議論をしていたのですが、民主党政権以降、障害のほうは豊かになってしまって、先方からそうした話はなくなっていますので、何らかの形で知恵を出しながら、私は子育て支援連帯基金という形で社会保険全部を連合し、子育てを支えていくようにしていくと、実は介護保険料は20歳から40歳の間にブランクがあるのは何かおかしいよねというような、幾つもの論を展開することができると思うのです。そのようなこともしっかり考えて、次の介護保険改革のところで負担の見直しをしていただければと思っております。

○清家議長 ありがとうございます。

土居委員、どうぞ。

○土居委員 御説明ありがとうございます。

資料3-2の1ページにありますように、消費税率が10%に引き上げられると一体改革にかかわる社会保障の制度改革が一区切りするということは非常に大きな転機に来ていると思います。今後どうするかということは、余り多くを決めていないわけですから、これからしっかりと国民的にも議論を喚起しながら、決めるものは早目に決めて着実に実施していくことが必要だと思います。

資料3-2で御説明いただいた改革は非常に重要だと思いますので、これはしっかりまとめて、しっかり実施していただきたいと思うのです。けれども、もう一点だけつけ加えることがあるとすると、制度横断的な改革というものが需要で、特に御説明のあったところから漏れているものということ言えば、税制との関係であります。税制というと、何かと財源が足りないから増税という話ばかりということかと聞こえるのですが、必ずしもそういうことを申し上げているわけではなくて、例えば年金と所得税の関係をどのようにするのかということ。端的に言えば公的年金等控除のあり方ということにもなりますし、ほかにもいろいろな、人生100年時代に対応するような、ないしは老後の資産形成を促すような観点から、所得税はどうあるべきかというような意味においても、社会保障と税制の関係をうまく両立できるような形で改革していくという意味では、制度横断的な視点というのは非常に重要だと思います。もちろん税には財源調達機能があるということですが、所得再分配機能もありますので、そこを有効に活用しながら、高齢世代内の所得再分配も非常に重要なポイントになってくるだろう。つまり、低所得の高齢者に対して手を差し伸べるのは、若い世代ばかりではなくて、高所得ないしは資産を多くお持ちの高齢者にもしっかりと、同世代内の再分配に御協力をいただく。そのような観点も必要だと思います。

その点から申しますと、権丈委員が先ほど現役並み所得云々ということでお触れになりましたけれども、私は世代内所得再分配ということを考えるならば、高所得高齢者に対しても能力に応じた負担をしっかりといただくことが必要だと思います。私は今の時点では負担が足りていないと、はっきり思います。確かに資産を多く持ったら、これを勘案されて社会保障の負担を強いられる、さらには現役並み所得も適用者が拡大するということになると、今までは1割負担だった人が3割負担になるとかというような負担増づくめの話になると、なかなか国民は納得してくれないということはあるのかもしれませんが、やはり高齢世代内の所得再分配は今全然足りていませんから、そこをどうやって納得していただきながら進めるかと。一気に進められないかもしれませんが、決して遅れることなく進めていただきたいと思います。

そういう意味で申しますと、これからの議論というのは、年1回開催される推進会議というのではなくて、むしろ消費税率10%の区切りの後は、しっかり議論できるよう議長、

政務の方々、事務局には、ぜひとも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。

宮島委員、どうぞ。

○宮島委員 ありがとうございます。2点申し上げます。

1つは予防健康づくりで、予防をめぐるのは財政との関係でいろいろな議論があると承知しております。私自身は、多額の補助金を使ったり、予防をすれば歳出が抑えられる、医療費が抑えられる、などという議論になるわけであれば、ちゃんと進めて、みんなが元気で長生きできるというのを進めるのはいいことだと思っています。

その中で、よりデータですとかIoTをしっかり生かして、ピンポイントの効果的な方策を考えていただきたいと思います。というのは、卑近な例では、会社の健診に胃がんの検査が漏れなくついてくるわけですけれども、お医者さんと話をしていると、ピロリ菌がいなくて、女性で、お酒もたばこも吸わなければ、胃がんになる可能性なんか本当に本当にわずかで、毎年胃がんの検査をしなくていいんだとおっしゃる方もいらっしゃいます。

一方で、女性に関しては、それよりもずっとリスクの高いさまざまな婦人系のがんがあるわけですけれども、これは男性社会の影響もあって、追加のお金が必要であったり、会社の健診でも十分になされていない現状があると思います。このあたり、本来こちらにかけるお金はあちらにかけたほうが良いような部分があると思うのですけれども、同じように予防についても、既に毎朝1時間歩いているような方々に、頑張ればポイントをあげますよというのをやるのではなくて、まさにリスクが高いけれども、健康に十分ケアできていない働きまくりの男性とか、そのようなところでどうやって予防や検診をちゃんと打ち込んでいくかというような、効果的な形で考えていただければと思います。

2つ目は子ども・子育てですが、これもいろいろな議論はありながら、まずはこの人口減少社会の中で、子供にしっかり予算がついたという点に関しては前向きに受けとめたいと思います。

ただ、やはり待機児童の解決が先だよねというのは現場ではものすごく強い思いとしてあります。特に無償化の結果として、さらにニーズがふえる可能性があります。もちろん財源の問題だけではなく、保育士の問題とか自治体の理解とか、問題はシンプルではないことは承知しながらも、やはり無償化され、結果的に待機児童が増加しましたということでは国民の理解は得られないのではないかと。無償化されるからこそより一層の待機児童対策を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、神野委員、どうぞ。

○神野委員 最初の発言と繰り返しになりますけれども、今後の計画を立てる場合には、ぜひ社会保障制度の相互間に関連づけていただきたい。私は社会保険国家から社会サービス国家へと。これは社会保険国家をやめるという話ではなくて、社会保険についてはきちんと機能させるようにしながら、サービスと有機的に関連づけるということの意味してお

りますので、各パーツパーツの社会保障制度を有機的に関連づけておくことが、今後、極めて重要になってくると思っております。

特に現金給付といいたいまいしょうか、これまでやってきた社会保険、生活保護を含めて、それとサービスとを有機的に関連づけて、国民の生活をこのように保障していくのですよというビジョンをしっかりと描いていただければと思っておりますので、意識されているのだとは思いますが、その点を切にお願いする次第であります。

○清家議長 ありがとうございます。

では、権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 先ほど土居委員のおっしゃっていた現役並み所得のというところの自己負担の話ですけれども、恐らく山崎先生と同じ考え方だと思うのですが、財源調達のところでは保険料、あるいは税での応能負担を徹底する、今よりもものすごく強化していくという点は許容します。

給付の段階でというのと、例えばある知人の政治家が、現役並み所得というか、高所得者の負担を上げることが大切ですよと言う。いや、違うよ、下を上げてみんなをそろえるほうが有効な政策だというような形です。負担率に差を設けるということは原理的によろしくないし、年金などで実態としての支障が出てきているなというのがあります。私は高齢者の1割負担を2割負担に上げるというのだったら応援するけれども、高所得者だけ自己負担率を上げていくというのは反対するよという話になっていきますね。

○清家議長 わかりました。

山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 権丈委員のおっしゃったとおりでございまして、やはり負担面の応能負担は徹底して強化するという事だろうと思っておりますが、社会保険制度の中でのサービスを利用するときの応能負担はほどほどにさせていただきたいと思っております。恐らく誰であっても、例えば虎ノ門病院なり東大病院にお入りになっても保険証をお使いになるのがこの国だろうと思うのです。ですから、保険証を持ちながらその価値を損なうような負担を求めることはあってはならないと思っております。

実は社会保障制度改革国民会議で提案したことのほとんどはプログラム法に書かれ、この10月で大半は実施に移されるわけです。そういう意味では、2040年を目指した新たな取り組みが必要かと思うのですが、唯一プログラム法に書かれたことでほとんど手がついていないのは、年金税制等の改正なのです。ですから、所得の高い人は保険料もより多く負担していますが、それ以上に税負担をきちんとしていただくということがまず先決ではないかなと思っております。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか。

ありがとうございます。いろいろと多岐にわたる御意見をいただきました。

伊原審議官のほうからは特によろしゅうございますか。

今日は委員の方々からさまざまに御意見をいただきました。私のほうからも最後に一言だけ申し上げたいと思います。

2025年問題と2040年問題、2つの問題が今日は議論となりましたが、御承知のとおり、2025年問題についてはまさにこの税と社会保障の一体改革で乗り切ろうという考えであったわけですので、今日、委員の皆様が言うてくださったように、少し進捗が遅過ぎるようにも思います。特に先ほど権丈委員も言われましたけれども、まだ奈良県が好事例というだけでは困る、むしろ奈良県は普通事例だというふうになっていないと困るということで、医療・介護の提供体制の見直し、そして、本当の意味で地域包括ケアというのが絵に描いた餅ではなくて実際のものにならないと、2025年問題も乗り切れない。2025年は2040年に比べるとまだ軽いハードルだと思いますけれども、武田委員も言われたようにもっと加速していただかないと、2025年問題でさえ乗り切れないのではないかと心配にもなりますので、ぜひよろしく願いいたしたいと思います。

2040年問題について、必要なことはいろいろあると思いますが、一言で言えば、いかに社会保障制度の支え手をふやすかということだと思います。ということは、逆に言いますと、社会保障制度をいかに支え手をふやす方向に働かせるかどうか。例えば医療で言えば健康寿命を延ばすことで、職業寿命を延ばしていく。私も健康に対する投資が医療費を削減するとは思いませんけれども、しかし、健康寿命を延ばしたりするといった形でトータルのプラスをもたらすと思いますし、育児サービスもちろん、特に女性だけではなく、若い子育て世代の人たちがキャリアの継続と育児を両立できるようにするという意味で、保育サービスの充実も就労の促進につながります。さらに介護のサービスを充実するということは、これから恐らくより深刻になる介護離職を軽減し、特に働き盛りの人たちの離職を防ぐという意味でも大切だと思います。

もう一つ、今日は十分には議論できませんでしたが、年金も大切だと思っております。特に2040年問題を考える際には、先ほど来も少し議論に出ておりましたけれども、いわゆる団塊ジュニアの人たち、特に就職氷河期に非正規で働き続けた方々、被用者年金に入っておられない方々が、そのまま高齢者になるというのは非常に大きなリスクですので、できるだけこの人たちに早く被用者年金に入ってもらえるようにする。

この点で私、1つだけよかったと思うのは、実は国民会議のときには被用者年金の受給のための加入期間を10年に短くするのはいかながなものかという議論もあり、私も少しそうかなと思っておりました。しかし、今になってみると、あのときに10年で被用者年金の受給資格が得られるようにしたことは、今からでもこの団塊ジュニアの人たちに入っていたら、しっかりと被用者年金を受け取ることができるという意味で、よかったのではないかと思います。

もう一つは私の個人的な意見となってしまいかもしれませんが、やはり高齢者の就労を過度に抑制しないという意味では、在職老齢年金制度の見直しも必要かと思っています。

るところでございます。特に今、これはとても大切だと思っておりますけれども、繰り下げ支給のメリットによってもっと働き続けましょうということを言っているわけでありませぬ。御承知のとおり在職老齢年金制度がございますと繰り下げ受給のメリットも減殺されてしまいますので、その意味でも在職老齢年金制度は少し見直していただく必要があるのではないかと考えています。

恐らく年金についてはざっくりとした大きな絵柄で言えば、一方でマクロ経済スライドによって財政的な持続可能性を担保する。同時に、もう少し長く働き続けることによって繰り下げ受給で年金給付額を増額し、マクロ経済スライドが発動されている中でも老後の年金はそれなりに獲得できるようにしていく、こういうマクロ経済スライドと就労の促進による繰り下げ支給の年金増額で、年金の財政的な持続可能性と豊かな老後を両立させるというシナリオが、おそらく最良のシナリオだと思います。その点からも在職老齢年金制度の問題については今後も検討していただきたいと思います。どうぞでございます。

最後になりますけれども、今日は政務の方々にもたくさん御出席をいただいておりますので、御感想ないしは御意見を承りたいと思います。

まず最初に、新谷厚生労働大臣政務官から御発言をお願いいたします。

○新谷厚生労働大臣政務官 厚生労働大臣政務官の新谷でございます。

本日は、委員の先生方から貴重な御意見を賜りまして、まことにありがとうございます。

2025年を念頭に2014年から進めてまいりました社会保障・税一体改革が本年10月の消費税増税によりまして一区切りを迎えるところでございます。一体改革後の社会保障改革に向けまして、高齢者数がピークとなり、本日御議論もいただいたところでありますが、現役世代の人口が急減する2040年ごろを見据えた改革を政府全体で検討していく必要がございます。厚生労働省としましては、本日の夕刻に根本厚生労働大臣の下省内本部で、本日御紹介した施策を取りまとめ、今後推進していく予定となっているところでございます。

本日御議論いただいた地域医療構想、国保制度改革につきましても、一体改革から続く重要なテーマでございますので、委員の皆様からいただいた御意見をしっかりと受けとめて取り組みを進めてまいりたいと、そのように考えております。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、うへの財務副大臣からよろしく願いいたします。

○うへの財務副大臣 今日委員の皆様におかれましては大変貴重な御意見を頂戴いたしまして、本当にありがとうございました。財務省といたしましても、いただいた御意見をしっかりと受けとめて、改革をしっかりと進めていきたいと思っております。

平成30年度から都道府県が医療提供体制と地域保険運営の双方で一体的に改革を進めていくことが可能になりましたので、やはり実効的な手段、権限をどう付与していくかということを考えなければいけないと思っておりますし、あるいは実績に基づく強力なインセンティブということについても議論していく必要があるだろうと思っております。

今日議論となりました地域医療構想につきましても、委員の皆様から大変貴重な御意見

をいただきました。2025年ということですので、相当スピード感を持ってやっていかなければ間に合わないと思います。ですから、そういった意味で、我々もしっかり危機意識といいますか、危機感を持ってこの問題に取り組ませていただきたいと思います。

今、公立・公的病院を中心に医療機関ごとの具体的な対応方針について作成、調整等を進めていただいているわけでありますけれども、今日もいろいろと厳しい御指摘があったと思います。民間医療機関も含めまして、それぞれの地域において2025年の目指すべき姿というものにそれらが沿ったものかということ、これは我々もやはり厳しく精査させていただかなければいけないと思います。その上で、それをどういった形で進めていくかにつきましましては、さまざまな議論があると思いますが、やはり都道府県の権限のあり方も考えなければいけませんし、そうしたことも含めてしっかりとやっていかなければいけないと考えています。

また、国保の改革につきましましては、これは都道府県が医療費水準と保険料水準の牽制関係の中で、住民と向き合いながら財政運営を行っていくことが大切だと思っておりますので、法定外繰入等につきましましては、先進事例も十分参考にしながら、早期に解消すべきだと考えております。

国といたしましては、一体改革による財源の中で、毎年度の地域医療介護総合確保基金、令和元年度予算につきましましては1000億円、国保改革に当たっては財政基盤強化として毎年度3400億円の公費を措置しておりますので、国民負担によってこうした支援を行わせていただく以上は、改革をしっかりと進めさせていただきたいと思っております。

有識者、委員の皆様におかれましては、引き続き、それぞれのお立場で大所高所から御指導等いただければと思いますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

○清家議長 ありがとうございます。

それでは、最後になりましたけれども、長尾内閣府大臣政務官からお話をお願いいたします。

○長尾内閣府大臣政務官 閉会の挨拶をさせていただきます。

土居委員から御指摘がありましたように、1年ぶりにということも含め、貴重な御意見を委員の皆様から頂戴いたしましたこと、心から感謝を申し上げます。

関係省庁におきましては、こういった議論を踏まえて、今後の改革に活かしていただきたい、ということで終わっていいものかどうかというところでもあります。実行力とスピード感をもっと持ってほしいという印象を受けました。昨日の経済・財政一体改革推進委員会でも同じ地域医療構想と国民健康保険の問題が出ましたが、その時と同様の御指摘を頂戴いたしました。大きな節目を迎えようとしている中で、繰り返しますが、やはり実行力とスピード感を持ってやらなければならないということを実感させていただいた次第でございます。

引き続き、持続可能な社会保障制度の確立に向けて、皆様からの貴重な御意見を今後と

も賜りますことをお願い申し上げまして、挨拶とさせていただきたいと思います。

本日は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。

それでは、本日の議論はここまでとしたいと存じます。

本日は、地域医療構想と国民健康保険改革を主な議題として御議論をいただきました。地域医療構想と国民健康保険改革につきましては、今、長尾政務官からもお話がございましたように、関係省庁等において引き続きしっかりと取り組んで、スピード感を持って取り組んでいただきたいと思いますし、当会議としてもこの改革の後押しをしてまいりたいと思っております。

また、年金なども含めまして、社会保障制度全般につきましても、改革に向けた検討を深めていただいて、安定し、持続可能な社会保障制度の構築のために、しっかりとした議論をお願いしたいと思っております。

次回の当会議の日程につきましては、改めて調整の上、事務局から御連絡をさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして、第9回「社会保障制度改革推進会議」を終了させていただきます。本日はお忙しいところ、ありがとうございました。