

第7回社会保障改革に関する集中検討会議議事要旨

開催日時：平成23年5月19日(木) 18:00～19:40

場 所：官邸4階大会議室

出席者：

(政府・与党)

| | | |
|-----|-----|----------------------------|
| 菅 | 直人 | 内閣総理大臣(議長) |
| 与謝野 | 馨 | 社会保障・税一体改革担当大臣(議長補佐) |
| 枝野 | 幸男 | 内閣官房長官 |
| 片山 | 善博 | 総務大臣 |
| 細川 | 律夫 | 厚生労働大臣 |
| 海江田 | 万里 | 経済産業大臣 |
| 玄葉 | 光一郎 | 国家戦略担当大臣 |
| 仙谷 | 由人 | 内閣官房副長官、民主党社会保障と税の抜本改革調査会長 |
| 福山 | 哲郎 | 内閣官房副長官 |
| 藤井 | 裕久 | 内閣総理大臣補佐官 |
| 五十嵐 | 文彦 | 財務副大臣 |
| 大塚 | 耕平 | 厚生労働副大臣 |
| 亀井 | 亜紀子 | 国民新党政務調査会長 |

(有識者)

| | | |
|----|----|--------------------|
| 古賀 | 伸明 | 日本労働組合総連合会会長 |
| 笹森 | 清 | 内閣特別顧問 |
| 成田 | 豊 | 電通名誉相談役 |
| 堀田 | 力 | さわやか福祉財団理事長 |
| 峰崎 | 直樹 | 内閣官房参与 |
| 宮島 | 香澄 | 日本テレビ解説委員 |
| 宮本 | 太郎 | 北海道大学大学院法学研究科教授 |
| 矢崎 | 義雄 | 独立行政法人国立病院機構理事長 |
| 柳澤 | 伯夫 | 城西国際大学学長 |
| 吉川 | 洋 | 東京大学大学院経済学研究科教授 |
| 渡辺 | 捷昭 | トヨタ自動車株式会社代表取締役副会長 |

概要

(与謝野議長補佐) 社会保障改革に関する集中検討会議を開催する。

本日は前回に引き続き、社会保障改革に関する厚生労働省案に基づき議論を行う。今回は厚生労働省案のうち、医療イノベーション及び医療・介護の分野について討議いただく。

それぞれの討議に先立ち、厚生労働大臣から追加の資料の説明をしていただくが、後ほど討議を行う際には、大塚副大臣や厚生労働省事務方も必要に応じて質疑対応を行っていただく。

まず細川厚生労働大臣から説明をお願いする。

○医療イノベーションについて

(細川厚生労働大臣) まず医療イノベーションについて御説明する。資料2「医療イノベーションに関する資料」をご覧ください。

日本発の革新的医薬品・医療機器の開発と実用化を進める医療イノベーションは、菅内閣の新成長戦略の柱の1つとして位置付けられている。日本経済の成長は、社会保険料収入や税収の安定的な確保を通じた社会保障の機能強化の前提となるものであり、医療イノベーションは利用面からこれに寄与するものと考えている。

日本の医薬品・医療機器の開発をめぐることは、日本で基礎研究の成果、シーズが得られたとしても、欧米での臨床試験や開発が先行し、日本に遅れて導入されるケースもある。このため安全性を確保しつつ、日本発の革新的な医薬品・医療機器の開発と実用化を促進することにより、日本企業の雇用を創出するとともに、国際競争力を強化し、世界の需要を取り込み、高い経済成長と国民の医療水準の向上を実現することが必要である。

資料2の1ページをご覧ください。医療イノベーションの基本的な考え方については、「現状の課題」として、日本発の基礎研究の成果、シーズが日本発の革新的医薬品・医療機器の開発につながっていないこと、欧米で承認されている医薬品・医療機器の日本への導入が遅れ、国民に提供されない状態、いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグが生じていることが挙げられる。

このため「施策の方向」としては、基礎研究と実用化の間をつなぐ臨床研究の質と量の向上を図るとともに、臨床研究の成果を実用化につなげるための基盤整備を強化すること、医療上必要な医薬品・医療機器が患者に迅速に提供されるよう、ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを解消することとしている。

資料の2ページをご覧ください。具体的な改革案としては、初めに基礎研究から臨床試験につながる段階の支援体制を強化する必要がある。そこで、国際水準の臨床研究を実施する臨床研究中核病院等を創設し、ヒトに初めて新規の薬物・機器を投与・使用する臨床試験等を推進することで、日本の臨床研究の質・量の向上を図ることとしている。

また、がん、再生医療、医療機器、個別化医療等の分野で研究開発の支援を強化していくこととしている。

資料の9ページをご覧ください。アカデミア・ベンチャー等の優れたシーズを日本発の革新的医薬品・医療機器として実用化に結び付けるため、強力なサポート体制を構築する必要がある。このため独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）において、日本発のシーズを速やかに実用化につなげるための実務的な相談支援を行うとともに、審査人員の増員など体制強化を図ることとしている。また、実用化を見据えた開

発を可能とするために、革新的な医薬品・医療機器の評価の考え方、手法として、レギュラトリーサイエンスを推進すること、医薬品・医療機器の保険償還価格の設定について、より適切なイノベーションの評価を行うとともに、医療経済的な評価を踏まえるなど、さらなる検討を行うことなどに取り組むこととしている。

14 ページをご覧ください。革新的医薬品・医療機器の迅速な実用化を目指す一方で、いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを解消することも重要である。このため、PMDAによる実務的な相談支援など、開発から申請の段階の審査段階でのラグの短縮など取組を推進することとしている。

○討議

(与謝野議長補佐) 医療イノベーションの分野について、ただいまの細川大臣の説明等に関して、御討議いただく。

(仙谷委員) 矢崎委員にこの場で本当のことをおっしゃっていただいて、医療イノベーションを進めるために特にどこにメスを入れなければいけないのか、一度包み隠さず議論しないと、きれいごとを議論してもイノベーションは進まないというのが私の見解である。

昨年、神戸の先端医療センターに行って再生医療に取り組んでいる人と話をしたことはあるが、「とにかくPMDAの薬系技官が邪魔をして、責任逃れのために進めない。補助金も付けないし、とにかく研究ができないようにしている。」という話も聞かされた。

これに関してよく調べてみると、やはりレベルも低い、昔ながらの薬系技官がはびこって、臨床関係の新しい技術を持った医師が採用されることもほとんどない。近藤理事長はそこへ乗り込んで頑張っているが、なかなか遅々として進まない。

つまり、資料に「PMDAの体制強化」と書いてあるが、これを名実ともに、量・質ともに、早急に体制強化を行うために何をしたらいいのかは、多分厚生労働省の文系の職員も分かっているし、医系の職員も知っている。ところがこの方々も本当のことを言わない。どうやったらメスが入って、これが前に進んでいくのかを指摘・主張せずに、ドラッグ・ラグや審査ラグが3割方短縮した、徐々に進んできたからいいのではないかとこの程度の話しかない。本当に革新的な医療イノベーションに従事している先生方と個人的に話すと、「実はこうなのです。これを何とかしてほしい。」と皆が心から言う。再生医療にしても、遺伝子治療にしても、ゲノムにしても何にしても、そうおっしゃる方が多い。この落差を埋めなければいけない。そのことに関する改革を厚生労働省及びPMDAがどうやって本気で進めることができるのか、真剣にお考えいただきたい。

(矢崎委員) 仙谷委員のおっしゃるような話はお聞きする。

私が国立国際医療センターにいたとき、PMDAから優秀な医師、薬剤関係の人を派遣してほしいと言われたときに随分苦労したのは、PMDAに入った人のキャリアパスや処遇といったことが整備されていないことだった。そこに外部から入った人が十分に能力を発揮できるような環境にはないのではないかと。だから、恐らく問題は人材だと思う。現場の開発のことをよく知っている人が担当すれば、何がウィークポイントかよく

わかる。だから、優秀な人材が集まるような仕組みを作っていただきたい。今は、PMDAに行くのを皆嫌がって、総長の命令だから仕方がないから行きます、という感覚になってしまう。近藤理事長も頑張っているのです、優秀な人材が行って、やりがいのある仕事に就けるようなシステムができれば随分違うのではないかと。

(仙谷委員) 技術は3年経ったら陳腐化するという時代、日進月歩の中で皆さん取り組まれている世界である。今、矢崎委員がおっしゃられたのは、そのような状況の中でPMDAでは、多分年功序列で賃金もポストも全部決まるということになっているのだと思う。予算も十分に回ってこないなど、恐らく仕事が満足にできない環境になっていて、さらに嫌がらせをされて放り出されるというようなことが非常に多いのではないかと。

(矢崎委員) 私自身はよくわからないが、優先順位をどうつけるかも大事であり、それは現場の豊富な知識がないとなかなかシステムとして能力が発揮できない。我が国ではレギュラトリーサイエンスは少し遅れている部分であるので、何が大事なのか、どこがポイントかがわかる人をそこに配置して、人材を育成していただければ、随分よい方向に向かうのではないかと。

(大塚厚生労働副大臣) 私も担当という立場以前から、同様にPMDAのあり方についてはいろいろ考えてきたので、今、仙谷委員に御指摘いただいた点を、今の立場上整理をして2点申し上げたい。

1つは、医薬品や医療機器をサプライサイドの側で、積極的にイノベーションを促進していく立場のPMDAの組織の人的あるいは運営上の問題を御指摘いただいた。それは事実だと思う。特に人的問題は、例えばドクタークラス、つまり博士号や修士号を持つ人たちといったプロフェッショナルが大量に集まっている組織かということ、必ずしもそうではなく、どちらかということと実際の審査実務を行う人たちが構成されている組織であって、審査や治験の技術的な検討は外部にいる研究者に協力していただいているわけであるが、私の知る限りではアメリカのFDA（食品医薬品局）などは、内部にそのような専門的な研究者を全部抱えている。我が国にはこのような問題があり、仙谷委員のおっしゃるとおりである。この分野に限らずオーバードクターがこれだけ世の中で就職できなくて困っている状況の中では、例えばPMDAも人材面での高度化を図っていかなければならないというのはそのとおりである。

もう一つは、需要サイド、つまり医薬品や医療機器を需要するサイド、国民の側ないしは社会全体の問題として、医薬品や医療機器で事故が起きたときの免責の問題がある。事故が起きたときに責任が問われないようにするために、当然のことではあるが、十分な上にも十分な治験・検査をするということが、結果として時間の遅れになっている。医薬品や医療機器に関する責任のあり方について、きちんと国全体で認識を共有しないと、問題の解決につながらない面もある。

(柳澤委員) 私は今の仙谷委員、大塚副大臣の話に加えて、厚生労働大臣をしていたときの経験を思い出して申し上げますと、PMDAの人材面や予算的、財政的な基盤が決定的に弱い。製薬会社からの手弁当の派遣でスタッフを構成するというひ弱な機関である。アメリカのFDAとは考え方や財政的基盤が全然違うから、キャリアパスなどを整備し

ようもないわけである。どういう人材が出ていくかについては、恐らく仙谷委員が発言したような繁文縟礼的な者が行くことになってしまうことは、容易に想像される。

しかも、手弁当で出ていく製薬会社の人材の人件費は研究開発費に係る税制上の控除の対象になっていないようである。まず基本的に財政基盤をしっかりさせることが大事だが、それが難しいので仕方なく民間の製薬会社の協力を求めるときに、税制上の配慮などを手厚くする必要があると思う。

もう一つは、どうして我が国は臨床科学的なものに遅れをとるかということについてであるが、今、大塚副大臣が言ったことも一部あると思うが、国民性として、あえて自分が最初の対象になることについて、自分自身や取り巻く家族の慎重な姿勢が要因の一つとしてあるのではないかと思う。

それに加えて、経費をその対象たる患者が負担をしなければいけないこともあるようである。負担もさせられて、更に勇気を奮って試験的なことの対象になれということでは、なかなか進まないのではないかと思っている。

(峰崎委員) 研究開発税制を最も利用しているのは確か医療関係・医薬品企業である。税制上の優遇措置はかなり付けていると思う。

(柳澤委員) 対象になっていない。

(峰崎委員) 対象になっていないのだが、医薬品業界に対する税制上の優遇措置は相当の規模だと思うので、これ以上は難しいという感じを持っている。

(柳澤委員) これ以上ではなく、その対象にしていくということである。

(矢崎委員) PMDAは財政的な基盤が非常に弱いので、FDAとはとても比較できない。自前の研究者を育成することも難しいのであれば、PMDAで2年間そういう仕事をしたら、次のキャリアパスでこういうものを準備しますとか、何かインセンティブを付けると随分機能が強化するのではないかと思う。

我が国はノーベル化学賞を取り続けているのだから、世界戦略を考えれば、先進的な化学研究成果を活用した創薬が最も成功可能性の高い領域ではないかと思っている。しかし、シーズの開発まではできるが、診療の現場に導入するまでのプロセスが我が国は弱いかねがね指摘されている。例えば治験を行う病院の医師が非常に忙しく、どうしても治験が遅れていくという面がある。また、人に初めて投与したときに、人体にどのような反応が起こるかについてのフェーズ1という試験、次のステップのフェーズ2に行く以前の部分の臨床試験を行う体制が、我が国では整っていないのではないか。

例えば米国ではフェーズ1のような非常に初期の試験は国立のNIH(国立衛生研究所)で国が責任を持って行っている。そういう試験を行うには、先端の総合医療を基盤として能力の高い病院でないと、不測の事象が発生したときの倫理的な問題がある。フェーズ2以降の治験は、例えば国立がん研究センターなどの国立高度専門医療研究センターで実施されるが、フェーズ1を中心とした治験は我が国では引き受け手がなく、外国にお願いしなければいけない。そうすると、開発のイニシアチブをとれないので、国内で、国が責任を持ってフェーズ1を担うことができる機能を持つ病院を設置することが必要なのではないか。

例えば、国立国際医療研究センターは、国際協力のために非常に高度な総合診療能力

を持っている。臨床開発の第一歩は国が相当責任を持って関与することによって創薬の開発のイニシアチブを我が国でとれるのではないか。細かいかもしれないが、そういう議論がないので、是非議論していただきたい。

(仙谷委員) 大塚副大臣は患者側、利用サイドのことをおっしゃったが、「医療事故が起こったらどうなるんだ」という口実でほとんどの開発が止まるというのが、日本の創薬、新薬開発あるいは新しい医療機器の開発の実情である。

私は患者の権利は最も守られなければならないことを強く確認しているが、この情報化社会の時代、本人の同意や申し出は十二分に得られる。プロフェッショナル集団の倫理委員会などが非常に分厚い態勢で、こういう医療あるいはこういう医療機器を使った方がいいのかどうかについての真剣な検討の結果、そして、本人の同意が得られた場合は、そこへ踏み込んでいくということでない。皆責任を取るのが嫌だから進ませないというのが今までの実情だった。私は半分はそう聞いているし、思っている。

これでは医療イノベーションはすべて海外に持っていかなくてはいけなくなる。無過失責任制度を創るのか、あるいは国が責任を持つのか、いずれにしても、医療イノベーションができるような構造や制度を作るという方向へいかない限り、この種の議論をしていても一切進まないのではないかと恐れている。

(五十嵐財務副大臣) 柳澤委員から御指摘いただいたので、早速検討させるが、しかし、出向者に頼っていること自体が、出向させている企業の利益に忠実になる余り、むしろ認可や審査が遅れている面があるのではないかとある意味では思う。

もう一つは、世界標準薬の認可が非常に遅いのは最も問題である。これは審査の手続等によって安定した評価を得ている薬であるから、もっと速やかにできるのではないか。混合医療の問題があるが、世界標準薬が速やかに認可されれば、その問題は大分解決されると考えている。

(亀井委員) PMDAはたまたま独法の仕分けと規制仕分けの両方で担当したので、そのときにいろんな方に伺ったコメントを思い出す。

何か起きたときに誰が責任を取るのかについては、非常に大きな問題である。例えば医療機器については、規制仕分けのときに、もともと精密機械を作るなど細かい作業が得意なはずの日本人がなぜ医療機器を作らないかという質問をしたら、診断機器は進んでいるが、体の中に入れるものは、企業心理として事故が怖いので開発したがないということだった。アメリカは医学部だけではなく、例えば工学部のような一見医療と関係ないような学部と連携したりして、大学においても非常に力を入れている。保証のシステムもあるということだった。

医薬品については、先ほど日本人の国民性で被験者になりたがらないという指摘もあったが、もう一つ、実は国民皆保険制度のおかげで日本は恵まれているところがある。薬の開発でヨーロッパとアメリカを比較すると、アメリカが進んでいて、ヨーロッパはどんどん進んでいるわけではない。アメリカの方が新薬に頼って、わらにもすがら思いで助かりたい人たちが多いので、被験者を見つけやすいという面があるようである。加えて大学の先生の負担の問題もあると聞いている。

○医療・介護について

(与謝野議長補佐) 医療・介護の分野に移りたい。まず厚生労働省の資料について説明いただく。

(細川厚生労働大臣) 医療・介護について御説明する。

まず、資料1-1の1ページを開けていただきたい。医療・介護の「基本的考え方」については、「現状の課題」として、第一に、医師や介護職員などの人材が不足していることや病院や施設の機能分化が不十分で、連携も不足している点がある。

第二に、非正規労働者の増加などの雇用基盤の変化や高齢化といった近年の状況変化によって、医療・介護の保険制度の財政状況も悪化している点を挙げている。

こうした現状認識の下、次に「改革案の具体的内容(ポイント)」が書いてある。制度運営の効率化を進めつつ、医療・介護サービスの提供体制とそれを支える保険制度の両面の機能強化を行うこととしている。

次に3ページの「将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ」をご覧ください。この資料は医療と介護の提供体制について、2011年から2025年までにどのように機能分化、連携強化等を図っていくかというイメージをまとめたものである。

日本の医療提供体制は諸外国と比較をして、病床数が多く、他方で医師、看護師等の病床当たりの職員数が少なく、平均在院日数が長いという課題がある。また、医療機能の分化が必ずしも十分でなく、急性期医療への資源投入も退院後の医療の受け皿も地域の介護体制も手薄い状況にある。そのため医療・介護の提供体制全体として、医療・介護ニーズに十分には合っていないという問題がある。

そこで、社会保障改革を通じて、機能分化・集約化と連携強化などの機能強化、平均在院日数の短縮などの効率化の推進を同時実施することで、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、おおむね現行の病床数レベルの下でより高機能の提供体制を再構築していくことを基本的考え方としている。

まず医療・介護のサービス提供体制の改革として、右側の台形の図のように、病院、施設の機能分化を進めて、連携も強化してニーズに応じた切れ目のない適切なサービスの提供が行える体制を整備することとしている。ただ、これについては、地域の事情も考慮して、さまざまな幅広い機能を担う施設についても、「地域に密着した病床での対応」と記載している。

こうした取組によって、人員の集中的投入などにより、平均在院日数を短縮して、できる限り早く患者に日常の生活に復帰していただくなど、患者の方々のニーズに応じた医療・介護サービスの適切な機能分化を図ることとしている。

4ページの「医療・介護の提供体制の将来像の例」をご覧ください。ここでは、先ほど申し上げた改革を行うことにより、サービスを利用する国民の視点に立った場合に、どのような医療・介護サービスの提供体制が実現するかをお示ししている。

基本的な考え方として、右側の図のように国民が日々の生活をしている地域で日常的な医療・介護などのサービスの提供を一体的に受けられることができる地域包括ケアシステムの確立を図ることとしている。

また、地域の支え合いの仕組みには、図の下の方に書いているように、NPOや住民

参加等も大切であるし、図の上にも書いているように、今般の大震災における被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施するという事も検討したいと考えている。

また、左の図にも書いているように、この体制の中では、市町村、人口20万から30万程度の地域、都道府県レベルのそれぞれの範囲で提供されるサービスも分担を図っていくこととしている。

5ページの「良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化」をご覧ください。医療サービス提供体制の機能強化の具体的な方策として、国民が安心して良質な医療を受けることができるように、「①医師の確保・偏在対策」、「②病院・病床の機能分化・強化と連携強化」、「③在宅医療提供体制の強化」、「④多職種の連携、協働によるチーム医療の推進」、「⑤精神保健医療の改革」などに併せて取り組むこととしている。

6ページの「医療・介護サービスの提供体制の機能強化、効率化・重点化」をご覧ください。このページは今まで御説明した点と重複するところがあるが、こうした医療・介護サービスの提供体制の改革の中で行われる医療・介護分野における人員資源等の集中的な投入などの機能強化と平均在院日数の短縮や予防事業の実施などの効率化・重点化の項目をまとめている。

次に医療・介護保険制度について御説明する。7ページをご覧ください。医療保険制度を取り巻く近年の状況変化とそれに対応する改革の方向性をまとめたものである。

上段の「課題」には、雇用基盤の変化などの近年の状況変化を記載していて、この状況への対応については、下段の「対応の方向性」に記載している。

具体的には、非正規労働者への被用者保険の適用拡大を図る。長期・高額な医療に対応するため、高額療養費の見直しを行うとともに、そのための定額負担の導入などの保険給付の重点化を図る。世代間の負担の公平化を図るため、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みを構築する。所得格差を踏まえた基盤の安定化・強化として、市町村国保の広域化や市町村国保・協会けんぽの財政基盤の安定化・強化を図るといった施策を講じることとしている。

8ページは、説明は割愛するが、これらの医療保険制度の抱える課題について、それぞれデータ等をお示ししているものである。

9ページの「高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護」をご覧ください。介護サービスについては、高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護という基本コンセプトの下、高齢化による介護ニーズの増大に対して、住み慣れた地域で最後まで暮らすことができるよう、居宅系サービス・在宅サービスの充実強化による重点的対応を図るとともに、認知症の増加についてグループホームや小規模多機能型サービス等の拡充により対応を図っていく。

介護サービスの提供の方向性としては、地域における生活の継続、介護予防と重度化予防への重点化、医療と介護の連携の強化、認知症対応の推進を挙げている。今後高齢化によって、介護ニーズが増大していくことが予想されるが、これについては居住系・在宅サービスの充実強化により重点的に対応を図ることとしている。また、認知症の増

加については、小規模多機能型居宅介護、グループホームの拡充等により対応を図ることとして、これらについてケアマネジメントの質の向上により、より適切なサービスの提供を行うこととしている。

こうした介護サービスの提供を支えるために、このページの下に書いているように、制度の持続可能性、安定性の確保と介護人材の確保と質の向上を図ることとしている。

10 ページをご覧ください。「医療・介護制度の運営の効率化等の取組み」である。今回の改革に当たっては、厳しい財政状況の中で制度運営の効率化に取り組むことにより、医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保することとしている。

具体的には、「予防事業」として、エビデンスに基づく特定健診・保健指導による生活習慣病の予防などの予防事業や、リハビリ、機能訓練の重点実施による介護予防・重度化予防に取り組むこととしている。

次に「その他の取組み」として、電子レセプトの推進による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用など I C T の利活用、現在、平成 24 年までにそのシェアを 30%とする目標を掲げている後発医薬品のさらなる使用促進、保険者が自分たちの被保険者に対して適正な受診を促すなどの保険者機能の発揮、過去に会計検査院から見直しが指摘をされていた柔道整復療養費の支給の見直し、所得の高い国保組合の国庫補助率の見直しなどの取組により、制度運営のさらなる効率化を図ることとしている。

なお、11 ページは I C T の利活用の具体例をお示ししている。政府で別途議論をされている新たな情報通信技術戦略や番号制度等の議論を踏まえて進めていきたい。

12 ページの「医療・介護制度改革の将来推計の考え方」についてであるが、今般の改革に当たっては、社会保障国民会議での医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、ここに書いてあるような医療提供体制の機能分化の程度等について、大胆な仮説を置いた上で 2025 年までの需給の状況や必要な費用などを推定して、試算を行うこととしている。

13 ページの図であるが、この図はこうした推計の考え方のイメージをお示ししたものである。現状を投影したシナリオを基に将来の医療・介護費用を推定し、これに対し改革に基づく効率化・重点化による費用の減少と医療資源の集中投入等の機能強化による費用の増を加味して、改革の費用推計を行うこととしている。

○討議

(与謝野議長補佐) これから御討議いただくが、岡村委員、成田委員、渡辺委員から 3 委員連名の資料、堀田委員、宮本委員からそれぞれの資料が提出されている。

(宮本委員) 医療・介護そのものというよりは、少し一般的な話から申し上げたい。

気になっているのは、この集中検討会議では、震災の後、給付抑制の議論をしているという報道が多くなっている。重点化・効率化の話は確かにしているが、それはそのまま給付抑制ではないと思うし、一連の報道が必ずしもここでの議論を正確に伝えているとは思えないところもある。是非、ブリーフィングの際に一言お願いできればと思う。

この会議での議論は、福田内閣時の社会保障国民会議以来、ほぼ4年にわたる密度の濃い議論の積み重ねの上に成り立っているわけであって、そこで浮上した言葉がまさに「機能強化」という言葉であった。この機能強化というのはどういうことなのかということを引きちんと共有し、メディアにも伝えていく必要があるのではないか。

それに関わって、資料を提出させていただいた。若干ややこしいデータであるが、言っていることは単純であって、前回は峰崎委員から、重点化・効率化の前提として、日本の社会保障支出のGDP比が必ずしもそれ自体として大きくないという話があった。それに共感しつつも、更にもう一歩立ち入って見ておく必要があるのではないかということである。

これは、社会保障支出のGDP比を現金給付とサービス給付に分けて、主要なOECD諸国、念のために申し上げておくと、北欧を多く挙げているわけではなく、アングロサクソン諸国のような小さな政府の国々を多めに取り上げていることも強調しておきたいが、それで現物給付、現金給付に分けて支出のGDP比の推移を見るとどうなるかということを示している。

まず、現金給付については、各国とも近年明らかに抑制基調に入っている。その中で唯一日本だけが現金給付でかなり支出が多くなってきている。

それに対して、2ページの公共サービス支出に関しては、各国ともむしろ右肩上がりになってきている。その中で、日本は現金給付に比べて、現物給付の支出は、これは医療・介護も含めて、さほど伸びていない。

各国ともなぜ公共サービスの方にシフトしているのかについては、3ページの公共サービス支出とGDP成長率の相関を見ると、公共サービス支出の比重の高い大きな国ほど成長率が高いということが見て取れる。これはどういう因果関係か、様々に解釈はあると思うが、1つは、就学前教育のような保育サービスであれ、就労支援であれ、現役世代の力を十分に引き出している。もう1つは、サービス支出が産業形成に連動している面で、この前の会議で福祉国家デンマークの輸出品目のトップは風力発電機であるという話をしてきたが、同時に医療機器もデンマークの輸出品目の非常に大きな比重を占めている。医療サービスへの支出が医療産業のシーズを育てる。

これも1つのエピソードであるが、日本でベッドと一体型になる車椅子の開発をしたところ、その認可が下りず、その技術をどこが買い取ったかということデンマークだったということである。デンマークがしっかり輸出産業に結びつけて、医療支出とGDP成長率を連携させ、福祉国家を支えているという連環になっていると解釈できるわけである。

これを考えていくと、今、効率化・重点化というのはどういうことを意味するのか、機能強化というのは何を指すことなのかということ、もう一度整理してみる必要があるだろうと思っている。

同時に、公共サービスは地方自治体が集約をして提供するものである。地方自治体の財政力と能力が問われてくるということも前回の会議で何人かの委員がおっしゃったことであるが、併せて強調したい。

最後に、日本の医療について、私は専門が国際比較なので、その観点から1点だけ申

し上げると、OECD諸国の中では日本の医療費は平均以下であることを考えると、効率化ということが何を意味するかにもよるが、これ以上効率的なシステムはないくらい効率的になっていると思う。

なぜならば、医療費はOECD諸国の平均以下であるにもかかわらず、国民1人当たりの診療件数は、日本は13.6件であって、これに対してイギリスは5.1件で、医療費は日本よりやや上回っている。日本より医療費がはるかに多いスウェーデンは、国民1人当たり2.8件である。

どういう結果に結びついているかという、イギリスは13週間以内に医療が受けられるというのが医療改革の目標であった。スウェーデンは90日以内に医療サービスが開始されるというのが目標であった。こういう現実、外国に長く住んで、病気になってみないとなかなかわからないことである。そういう意味で、日本の医療改革を進めるに当たって、今、どこまで日本の医療が頑張っているかということをしきりと説明していくことが大切であろう。

その上で、効率化と言うときに、例えば、アクセシビリティを最重視するのか、それとも、ある程度これを削ってでも高度医療や急性期のサービスに重点を移していくのか。そして選択肢もきちんと示していかなければいけない。日本はこれまでアクセシビリティがよいにもかかわらず、国民の医療に対する評価は大変低いわけである。そういう意味では、この分野では国民の理解が非常に重要になってくる。

(堀田委員) 医療と介護について、1点ずつ意見を述べたい。私の基本的立場は、常に申しているように、よりよいものをより安く、そして、そのことをよりわかりやすく説明するということである。

先ほど御説明いただいた資料は、いずれも大変いいことが書いてある。例えば「尊厳」という言葉が出てくるところなど、すばらしい整理だと思っているが、わかりやすくという点から見ると、なかなか複雑である。この中でわかりやすいのは、資料1-1の3ページ一番右に「施設から地域へ」とあり、これは国民に大変わかりやすい。こういう旗印、表現が必要だろう。医療で言えば「入院から自宅へ」という方向を示すことができれば、国民は納得するのではないか。そして、それがより安くできるということになれば、非常に説得力を持つのではなかろうか。

まず、医療については、当面の問題が提示されているが、地域医療体制をしっかりと作るという点から言えば、地域における総合医の実力をもっと高め、もっと数を増やして、大方のことは自宅にいて治療できるということが大事である。専門病院に飛び込み、あちこちへ振られまくって、何だかわからなくなってしまう、入院したら、入院のためだけにとどめ置かれる、といったことは国民にとって不幸なことであり、しかも非常にお金がかかっている。これを改めるために、地域に戻す、そして、そこでしっかり総合医を充実させるという方向で進めてほしい。資料の中で、在宅医療の強化ということは書いてあるが、そういった方向が弱いのではなかろうか。

介護についても同じ視点からであるが、資料を提出させていただいた。「地域包括ケアの町」という資料である。この資料は、ここに書いている6名で相談して、被災地域で何を目指して復興していくか、復興する際に行政だけでなく住民、市民も目指す1つ

の方向としてイメージを提示した。それが「地域包括ケアの町」という提言であり、これを各県市だけでなく避難所にも持って行き、避難されている方々に語らせていただいている。

「地域包括ケアの町イメージ図」は何も震災だけについての考え方ではなく、被災したか否かに関わらず、日本全体が目指す方向としての、いわば高齢者介護のあり方の図面である。これは民間の作った図面であるが、細川厚生労働大臣にも報告させていただいた。

この図面は様々なメッセージを出しているが、中核は、施設を造っていないことである。中央に外部サービス付き高齢者住宅が書かれている。これは補助金が出ることになっている。被災した施設に入っていたケアが必要な高齢者を、施設に戻さず、どんな状態であってもこの外部サービス付き高齢者住宅に入ってもらおう。そして、その近くに、ヘルパーさん、看護師さん等々、食事サービス、生活サービスを含めたサービスステーションを置いて、そこから外づけで高齢者のところへこういったサービスをお届けする。したがって、高齢者は自宅に住みながら、施設に入っているのと同じ、もしくはそれ以上のサービスを随時、適切なときに受けられる。24時間巡回サービスも含め、地域包括ケアの一番中核の部分がここで実現する。もちろん、この拠点からは、1軒の家に住んでおられる高齢者にもサービスを届ける。それがこの図面の中核の部分である。

このようなまちのイメージで自分のまちの復興を考え、そのためには、仮設住宅の段階からその形を実現しておこうということで、4ページの厚生労働省が作って4月に各地に配布した図面がある。要するに、仮設の外にサービスの拠点になるサポートセンターを置いて、仮設住宅だけでなく、地域の高齢者にもサービスを届けようという厚生労働省の発想である。

我々はこれを全面的に支持している。仮設住宅の段階で24時間巡回サービスを実現して、それをそのまま地域につなげていく。そうすると、地域は高い施設を造らずに済むし、高齢者は自宅に最後までいることができ、様々なサービスが届いてくる。国民にとっても、自分らしく、尊厳を持って最後まで生きることができる生活が実現する。こういう構想である。これは、この震災を機に、よりよい町にさせていただくためのものであるということで、実際に飛び込んで、避難所などで説明すると、被災者の方々は拍手してくださる。このように自宅で最後まで暮らせてサービスが届くというのが一番思いに届くことではなかろうかと思っている。

(吉川委員) 医療制度の改革を進めていく上では、医療制度には2つの柱があると整理するのがいい。

1つは、介護を含めた医療サービスをどのように供給するのか。具体的には、病院と診療所、医師、看護師、薬という面である。

もう一つは、医療の性格からして、どこの国でも、保険をどのように設計するかという問題がある。

まとめると、介護を含めた医療サービスをどのように供給するか、もう一つは、医療保険をどのように設計するか、という2つの問題がある。日本の場合には公的医療保険を持っているので、この2つは連動している面があるが、2つに分けて考えるのが便利

である。

資料1-1の2ページに大きく3つの囲いがあるが、上が医療の供給体制、中央が医療保険に関わるところだと理解している。

なお、医療の供給体制については、「医療崩壊」という言葉が使われることがあるが、それは言い過ぎである。その根拠は、日本の平均寿命が世界一で、その伸び方も一番高い。医療制度がグランドスケールで崩壊しているにもかかわらず、平均寿命が世界一で、しかもまだ伸びているのは奇妙なことであって、やはり日本の医療システムはかなり高いパフォーマンスを示していると考えられるべきである。ただ、改善・改革の余地はいくらでもある。

今、申し上げたことから、供給体制については、マクロの問題もあるが、ミクロの配分の問題が非常に大きいのではないかと。これは保険とも関係するので、報酬体系の問題に直結する。6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定は来年である。医療にしても、介護にしても、公定価格という面がかなりあるわけであるから、この価格体系をどうやって決めるのかによって資源配分が非常に大きく影響を受けるのは当然のことである。そこに問題があれば供給体制の方も歪んでしまう。

なお、供給体制を整えることには、医療関係のトラブルを処理する法整備のようなことも含まれる。

医療保険については、保険の原点に戻って考える必要がある。大きな考え方としては、ビッグリスクはできるだけ皆で支え合う、スモールリスクは中以上の所得の人は少し自助努力をするというのが自然な考え方でないか。その点で、高額療養費制度をできるだけ使いよくすることと同時に、少額の定額負担を導入することには賛成である。

最後に、皆保険制度を財政的に持続可能にするためには、機能強化もする必要があるのだから、一方で、いわゆる効率化も進めざるを得ない。これはそれぞれ個別の制度の中でも必要であり、例えば今回盛り込まれている後発薬の使用促進は賛成である。

社会保障全体で考えると、仮に国民がいくらでも負担すると言うならば、全部を機能強化できるが、そもそも現在でも十分に負担していないわけであるし、それに加えてどうしても機能強化しなくてはいけないところもあるのだから、他方で効率化しなくてはいけない。それぞれの制度の中での効率化も必要であるが、もう一つ上のレベルで、社会保障全体の中で、年金、医療保険などのどのようなところを重点化、機能強化するのが、高齢化社会、あるいは若年世代も含めた国民にとって安全・安心を生み出すのかということ、もう一度考え直す必要がある。

(宮島委員) 必要な機能強化の様々な提案が本当に前に進んでほしいと思うのと同時に、今日、岡村委員初め3人の方が出された資料で示されているように、重点化について、より詳しく議論ができた方がありがたい。例えば、介護の費用がどのように膨らんでいくのか非常に心配である。重点化に関心が行くのは、日本は次の世代が本当にもつのだろうかという強い心配があるからである。介護の分野は、この後、年齢が高い高齢者がより増えていくので、どこまで膨らんで、どのような工夫で制度の持続が可能となるのか。今回の重点化のアイデアで、どのくらい費用がかからず、そして快適にできるのかということが、もっと具体的にわかるようにすべきである。

検討事項の中に、被保険者の拡大、つまり、現行の40歳よりも低い年齢から保険料の徴収を行うという意味だと思うが、若い世代から見ると、40年後、50年後に一体どんな介護が受けられるのかも全くわからない状態の中で保険料を負担するということは、なかなか受け入れることが難しいのではないか。しかも、保険料の徴収の年齢を下げるという収入増の手段は、何回も使えないので、給付とのバランスや全体的な持続可能性を同時に考えながら検討すべきことである。先に行うことではなく、給付がどのくらい膨らみ、全体の持続可能性がどうなって、という計算のトータルの後に、給付の抑制を十分しながら保険料の年齢の引下げを考えるべきである。

例えば、具体論の中に介護予防があり、考え方として非常に賛成である。ただ、実態を見ると、地域によって非常にばらつきがある。例えば、埼玉県の和光市のように非常にきちんと取り組んで、結果的に保険料を下げることに繋がったところもある。

一方で、自治体の方に伺うと、介護予防のトレーニングは、ほかの給付と違って、高齢者が是非欲しい給付、やりたい給付ではないので、トレーニングの場に来てもらうことが大変だそうである。そして、高齢者の意欲が薄いので、システムをつくり、人を手当てし、場をつくって、そして筋力トレーニングをやってもらった結果として、トータルすると、筋力トレーニングに1人当たり数十万円かかった計算になってしまうということである。これはやり方の問題だと思うのだが、若い人から見れば、高齢者がしぶしぶ行う筋力トレーニングのために1人何十万円もかける余裕はないかと思うので、予防効果のエビデンスがまだ十分ではない中で、どのような形で効果的に予防に取り組んでいくかということには、本当に工夫が必要である。

例えば、地域包括ケアを進めていく中で、高齢者は自身が支える側にもできる範囲で回ることによって、社会で役割を果たしているという気持ちを持つことが、その方を元気にすることもあるのではないか。介護予防のためには何が必要なのか、お金をそれほどかけずに、高齢者を元気にすることに工夫をしていく必要がある。

(古賀委員) 堀田委員の資料の「地域包括ケアの町」、あるいは細川厚生労働大臣から説明のあった4ページの地域包括ケアの実現、そして地域包括支援センター、これらのことを人材の確保も含めてどう具体化していくかが極めて重要である。医療、介護、予防、住まい、そして生活支援サービスが連携を取ったものをいち早く、どう具体的に作り出していくかが極めて重要である。

そのことを前提に、まず介護について2つ課題提起をさせていただきたい。

1つは、介護保険制度や介護サービスの重要性についてである。今、家族の介護や看護を理由とする離職者が、21世紀職業財団の調査で、平成14年から平成19年までの5年間で60万人弱いる。離職者の8割は女性であるが、男性も増加している。20代、30代の若年世代でも離職者が増えている。そして、離職後の無業者が40万人に上る。これ自身が現役労働力の喪失につながっている。今後、更に要介護者が増えていく中では、介護サービスを使いながら介護と仕事を両立させていくことが極めて重要ではないか。それを放置すると、介護を理由とした失業者や低所得者、あるいは将来の低年金者を生んでしまうことにつながっていく。

2点目は、介護人材の確保と処遇改善である。統計によると、2025年に向けて、介護

職員は現在の2倍以上必要になると言われている。しかし、介護職員不足の傾向は全く変わっていない。しかも、現在勤務していない潜在的介護福祉士は統計で30万人であり、労働環境が改善すれば復職したい人はその中の6割以上を占める。こういう実態から見ると、介護を支える側の処遇改善が急務であろう。

次に、医療保険制度の機能強化についてである。その1つは、非正規労働者の被用者保険への加入促進が急務である。非正規労働者が雇用労働者の3分の1を超え、その多くが被用者保険に加入できず、国民保険に加入しているという実態がある。

資料1-2の32~33ページ目にかけて示されているが、例えば、低賃金・不安定な雇用条件に置かれているため、国保の保険料収納率が低下している、あるいは、保険料を納めていない世帯が2割を超える。従来の正規・フルタイム労働者を前提にした健康保険制度などの社会保障制度がもう時代に合わなくなっている。

その意味では、国民皆保険制度が発足して半世紀が経ったわけであるが、皆保険の維持をもう一度真剣に考えなければならない。そのためには早急に非正規労働者を含めて、すべての雇用労働者を被用者保険に加入させるべきである。適用拡大に当たっては、現在の労働時間の要件の緩和をする、あるいは、事業主負担のあり方の見直し、いわゆるペイロールタックスなどを参考にすべきである。

ただ、適用拡大に当たっては、パート労働者等々が多い企業や中小企業などへの十分な配慮も一方では必要である。特に現在の高齢者医療への拠出金制度では、賃金の低い非正規労働者が増えれば、財政的に極めて厳しい被用者保険の財政はより厳しくなることから、これらに対する高齢者医療についての対応をどう考えていくか。例えば、公費を投入する等々のことも必要だと思う。

医療保険制度の機能強化の2点目であるが、医療保険の保険者機能の強化が不可欠である。医療保険はただ単にお金を出して、それを配っているというのではなく、保険者がその機能をどう発揮していくかが極めて重要である。つまり自分たちで保険制度をどう支えるかということだと思う。その意味では、当事者意識を育てるには、加入者の雇用や所得形態などの同質性が必要であると考えられる。

保険給付管理やレセプト点検、保険料徴収事務を含めて、保険者機能強化が不可欠であることから考えれば、医療保険は被用者保険と地域保険、つまり国保の2本立てを基本とすべき、そして、当然、市町村国保は都道府県単位に広域化して、公費などによる財政支援を強化すべきである。

最後に、この震災で、すでに共通番号制が導入されていたなら、様々な課題が解決しているのではないかと思えてならない。共通番号制を早急に実施すべきということを最後に申し上げたい。

(渡辺委員) 提出している資料を簡単に説明したい。

1点目の「待ったなしの一体改革」については、もう方向性はある程度示されてきた。あとは具体的な改革への着手を決断する段階である。今日示されたことも含めて、機能強化と効率化・重点化、ともに、国民に、何が変わるのか、なぜ変わるのかということをしちんとわかりやすく提示して、ある程度我慢してもらうこと、あるいは負担をしてもらうこともお願いしなければいけないので、その説明責任という意味でも、何が変わ

るのか、なぜ変わるのかを明確にすることが必要ではないか。

2点目は「個々の重点化・効率化策の具体化」だが、給付と負担の両面を見なければならぬし、給付の機能強化は国民の負担増になることも含めて、いかに効率的なサービスを国民全体に提供するかといった議論を更に深めていく必要がある。

次のページの第2段落であるが、個々の施策について、可能な限り財政影響を明らかにする必要がある。この中で、特に自助・共助・公助のバランスや、財政健全化・経済活力との両立についてどう考えるかが非常に重要なポイントである。

資料1-1の最後のページに「医療・介護制度改革の将来推計の考え方（イメージ）」とあるが、将来の姿を見ると、一番右の図の改革シナリオの医療介護費用が、機能強化でぐんと上がっている。この中で、どれだけ自助、つまり自分でやるのか、公助をするのか、共助をするのか。このバランスが最大のポイントであるので、この点も明らかにして、議論を深めていく必要があるのではないか。

3点目が「成長と社会保障の機能強化の好循環」であるが、これは資料2と同じくイノベーションについてである。これは大変重要だと思っている。我々の産業から考えてみても、成長戦略の重要な分野ではないか、医療・介護は大変成長ができる分野ではないかと思う。医薬品の問題、あるいは医療機器の問題、ロボットの問題等々、世界に冠たる医療大国日本にするためにやらなければならないことがまだまだたくさんあるが、そのイノベーションの創出に向けて、国のバックアップ、あるいは我々が産業化・事業化を加速させるために何を成すべきかをこの場で議論していきたい。また、最後にあるように、震災を踏まえた新たな成長戦略の中に、この社会保障の成長産業化をしっかりと組み込んでいくことが大変重要ではないかと思っている。

(笹森委員) 総論的な部分と具体的な部分とを分けて意見を申し上げたい。

まず、短い期間で集中検討会議がよくまとめてきたと思う。特に前回示された「社会保障改革の方向性と具体策」はよくまとまっていると評価したい。

その上で、当初から各委員も言ってきたように、歴代内閣の提言、それから、各界からの意見、今日も3名の方から出されたが、この基本的な考え方については、本会議の目的の8合目までは来たのではないかと思うが、ここからが勝負である。この残りの20%は何かということ、国の負担と国民の負担である。財源をどうひねり出すのか。国民はすべて国に依存する体質を変えることができるのか。

国民は、負担と給付の問題について、特に負担はもう今の制度では無理だと理解している。しかし、それをどうするかについて納得していない。納得させるためにどうするかがポイントになる。

国民の理解、納得を得るためには、政治の中で今、何が欠けているか。理にかなない、法にかなえば何でもいいのだということだけではない。そこに情がつかなければいけない。このことについて、文章の中にはめ込んでいただければと思う。要するに、今の為政者の役割に情が欠けているが、特に社会保障政策と税の問題については必要ではないか。

わかりやすく説明することは、もちろん大切なことである。しかし大事なのは、それをわかりやすく説明しても、方針に共感を得られるかどうかなのである。共感を得るた

めにどうするかというと、国民に痛みや負担を求めるなら、「魁より始めよ」がどうしても必要である。総理のことを評価申し上げたいが、当面、報酬を国庫に返還するとしたことは災害対策対応であり、また、メディアはパフォーマンスと批判するが、こういう姿勢を為政者が示していかなければいけない。その上で、無駄遣い、特別会計、公務員制度改革を含めた歳費の徹底的な見直しを行う。だから、社会保障と税の負担の問題については、最後の最後のところで国と国民が痛みを分かち合うということにしていかなければいけない。

問題は、それらに全部関わるのが、社会保障と税に対する財源の問題なのである。様々な事業が提案されてきた。私なりに調べてみると、9省庁にまたがる。これをどうコントロールできるか。ここが非常にポイントになっていくのではないか。この調整を経た上で、導入時期と負担と給付の額について明確な指標を出していく。なぜこのように言うかということ、歴代内閣がこの部分を先送りしてきたのである。先送りはこの菅内閣では絶対にしない。6月に結論を出す。その上で、財源をどうひねり出すか。

長寿が夢だった高齢者が、長生きしてよかったと思えないようになっている。だから、長生きしてよかったなと思えるような、老後が安心できる社会をどう作るか。その上で、子どもは宝だと言っているながら宝扱いしていない現状に対して、子どもたちが未来に夢の持てる社会をどう作るのか。それから、社会から見放され、あるいは失業されていて、生きることに苦労している人たちに対して、働く場所をどう提供するのか。この3つのバランスは非常に難しい。難しいが、やらなければいけない。

東日本大震災の復興に関する問題については、1つ目は、働く場づくり。2つ目が、生産の場づくり。これは地域によって全く違う。その上で、生活の場づくり。そして、新しいまちづくり。これは堀田委員も言われたことに同感である。

その上で、具体的な方策としては、様々な意見が出されたが、地域医療の再生に向けた医師確保を進める必要がある。1人当たりの病床数が非常に多いので、どうしても医師の過重労働になる。これをしっかり改善していく必要があるのではないか。

2つ目は、丹生委員から、地域医療を守るためにという提言が出されたが、この意見は誠にそのとおりであり、地域全体がより広範囲な介入をして地域住民とのパートナーシップをどう作るかという課題がある。

医療の問題についてももう1点言うと、看護師の離職防止と労働条件の改善が必要である。結婚、出産、退職、夜勤や超過勤務といった面で労働条件の過酷さがどうしようもない。これをどう改善するのか。これは離職防止策をどう作るかということにつながっていく。

効率化・重点化の問題については、効率化だけの論点では国民の理解を得ることができない。

高齢者医療の問題については、「後期高齢者医療制度」という名前には、「保険」という言葉がなく、保険ではないのである。なぜ医療保険の中で分離したのか。相互の助け合いはそこだけでやりなさいという考え方に基づいて、保険をどのような仕組みにするのか論議はされているようであるが、きちんとしていく必要がある。

それから、私も大手術をしたが、高額療養費の問題は大変である。保険を超える部分

があり、例えば年間 70 万円ぐらい、術後の化学療法でもかかるという状況になっている。そのような問題についてどうするか。それから、救命救急やがんなどの高度医療の体制整備についても検討が必要である。

厚生労働大臣から説明された資料は誠にもっともであるが、この中身で、効率化する部分、重点配分する部分がどう入り繰りするのか。これらは全部財源が伴ってくる必要があるわけである。このことについて、明確にイシューを出してほしい。また、生活困窮者については、別途の対応をお願いしたい。

その上で、財務省は、この財源問題、9 省庁にまたがる施策を調整して、どう賄うのかについての具体的な検討も最終的な考え方の中では盛り込んでいただきたい。

(海江田委員) 私は、前回と今回、お話を聞かせていただいた。「重点化」、「機能強化」あるいは「効率化」が、前回、今回の 1 つのキーワードでもあったと思う。もちろん、負担と給付の問題といった大変重い問題もあるが。

資料 1-1 の 1 ページの「基本的考え方」の中に、重点化につながる考え方が出てきていないのではないかな。

必要な人に十分な給付を与えるということが、分かりやすい言葉で言った「重点化」のポイントではないだろうか。これは皆さん異存が無いと思う。前回は、亀井委員が生活保護に関して若干問題提起をされたが、そのような分かりやすい考え方があって、その中で重点化をするということにしておかないと、あらゆる世代に渡って、あるいは企業についても、負担が重くなる重点化と受け取られかねないという危惧がある。「重点化」が 1 つポイントになるのであれば、「基本的考え方」の中にそういった考え方をに入れておいていただきたい。

(与謝野議長補佐) 最後に、菅総理より御発言いただく。

(菅議長) 先週からは、厚生労働省のたたき台をベースにして、医療・介護分野の改革案を含め、今日はかなり有意義な意見交換がなされたと思う。

堀田委員から、地域包括ケアのイメージ図が示された。復興の中でこのような形でモデル的な町が生まれてくれば、それが他の地域にも広がっていき、まさに復興が 1 つのモデルを提供することにもなる。そうしたことが今度の復興の中に盛り込まれていければいいと考えている。

大変大きな課題であるが、ここまで議論が積み上がってきた。いよいよ最後のしっかりした取りまとめまで頑張っていただけるよう心からお願い申し上げる。

(与謝野議長補佐) 本日の会議を終了する。議事の概要については、私からプレスに説明する。

(以 上)