

○清家座長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第10回「全世代型社会保障構築会議」を開会いたします。

構成員の皆様におかれましては、お忙しい中御参集賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、秋田構成員、落合構成員、笠木構成員、菊池構成員、高久構成員、沼尾構成員、水島構成員はオンラインで御参加いただいております。

また富山構成員、横山構成員は、御所用により御欠席となっております。

本日は、後藤大臣、藤丸副大臣、鈴木政務官が御出席でございます。まず、お三方から一言ずつ御挨拶を賜りたいと存じます。

それでは、恐縮ですが、まず後藤大臣、よろしく願いいたします。

○後藤大臣 本日は、清家座長をはじめ構成員の皆様におかれては、お忙しい中お集まりいただき、御礼を申し上げます。

前回の会議の後に開催されました全世代型社会保障構築本部におきまして、清家座長から論点整理等について御報告をいただきました。総理からは、論点整理に沿って、年末に向けて検討を進めて、早急に実施すべき課題と中長期的な課題を整理した上で、今後の改革の方向性を示す報告書を取りまとめるようにという指示がありました。

前回いただいた御意見等を踏まえまして、本日は、先日の論点整理に今後の改革の工程を加えたものをお示ししております。報告書の取りまとめに向けて、引き続き、幅広い井観点から忌憚のない御意見を賜りますよう、よろしく願い申し上げます。

ありがとうございます。

○清家座長 後藤大臣、ありがとうございました。

次に、藤丸副大臣、よろしく願いいたします。

○藤丸副大臣 お忙しい中御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

少子化対策、医療・介護分野、働き方に係る議論、今後の日本社会の在り方について議論をいただく非常に重要な場であると実感しております。

こども政策の充実や人口減少に立ち向かうことは、何にも勝る成長戦略であります。

本日も忌憚なき御意見を賜りますよう、よろしく願いいたします。

○清家座長 藤丸副大臣、ありがとうございました。

続きまして、鈴木政務官、よろしく願いいたします。

○鈴木政務官 構成員の皆様におかれましては、師走で何かとお忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

年末が近づいてまいりましたので、様々な分野の来年度に向けた方針が見えつつありまして、この会議における議論も最終段階にあると認識しております。

この会議で御議論いただいております論点整理は非常に幅広い分野でありまして、かつ国民生活に影響の大きいものが多々含まれております。今後、計画的に、着実に取組を進めていくための方針についても御意見を賜ればと思いますので、本日も引き続き精力的に御議論いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○清家座長 鈴木政務官、ありがとうございました。

それでは、早速、議事に入りたいと存じます。

まず、「医療・介護制度の改革に関する検討状況」につきまして、厚生労働省の各局からの御報告をいただいた後、全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について、それぞれの報告に対する意見と併せて皆様方から御意見をいただきたいと思いますと考えております。

まずは保険局から御報告をお願いいたします。

○厚労省 伊原保険局長 おはようございます。保険局長の伊原でございます。

お手元の資料1に基づきまして、医療保険改革の状況について御報告させていただきます。

まず、3ページを御覧いただけますでしょうか。

医療保険部会で審議をしておりますけれども、9月29日からこれまで6回開催いたしました。大きな方向性が3つほどございますけれども、改革についての議論が進んでおります。

まず最初、4ページを御覧いただけますでしょうか。

出産育児一時金の増額ということでございます。4ページは最近の出産費用の動向でございますけれども、大体毎年1%程度のスピードで増加しております。こうした中、総理が出産育児一時金を大幅に増額すると表明されておりました、その検討を進めております。

5ページでございますけれども、引き上げることと同時に、費用についてどうするかという議論の中で、高齢者医療制度で後期高齢者の方からも御負担をいただいて、全世代で支えるべきという議論を行っております。

議論の末、具体的な提案を行っております、この5ページの左側でございますけれども、現役世代の医療制度が出している出産育児一時金の支給額の7%程度を後期高齢者の方から御負担をいただいて、全世代で分かち合っていくという提案をさせていただいております。後期高齢者医療制度ができる前は、全ての高齢者の方も含めて全員で子供の医療を賄っていたという経緯もありますので、そうした仕組みを提案させていただいております。

あわせて、出産育児金を増額するに当たりまして、やはり見える化を進めていくことが必要ではないかと。価格が毎年上がっていく状況があるわけですがけれども、そここの対応として、見える化を充実すべきという御意見がございまして、6ページにあるように、現在、直接支払制度を行っている医療機関については、以下のような情報を公表していただくという提案を行っているところでございます。

次に、7ページを御覧いただけますでしょうか。

高齢者医療制度における高齢者の保険料と現役世代が出している支援金の負担割合を見

直してはどうかという提案でございます。

右に介護保険の例がありますけれども、介護保険の場合は、65歳以上の1号保険者と40～64歳の2号被保険者の保険料負担の割合が人口比で見直されるという仕組みになっておりまして、7ページの右の下にありますように、ずっと伸びの比率、若い方の負担と高齢者の負担が同じになっております。

一方、左側の後期高齢者医療制度の場合には、若い人の減った人分の半分だけ高齢者が負担するという仕組みになっている関係上、どうしても若い人の負担の伸びのほうが大きくなるという傾向がございます。

そこで、今回の提案では、今後の後期高齢者医療制度におきましては、現役の支援金と後期高齢者保険料の伸びが同じになるように見直していくという提案をさせていただいております。

次は9ページでございますけれども、こうして今回後期高齢者の方に保険料を少しお願いしていくとなった場合に、どのように実際に後期高齢者の中で御負担いただくかということでございますけれども、9ページにあるように、均等割の部分や全ての高齢者が出している部分については、基本的に今回は負担割合はあまり変えずに、低所得者層の保険料負担が増加しないように配慮する。他方、所得割と申し上げまして、所得のある方から御負担いただく部分については見直す。あわせて、賦課限度額につきましては、国民健康保険の負担水準を参考に引き上げていくという提案をさせていただいております。

それから、もう一つが、11ページを御覧いただけますでしょうか。

これは健康保険組合の保険料率の分布でございます。青いラインは、要は後期高齢者医療制度ができた直後の健保組合の保険料率の分布ですけれども、現在はピンク色のほうに右にシフトしております。これは、高齢化に伴いまして医療費が増えていますので、支援金が増えているからだったのですけれども、もう一つのポイントは、実はこの分布の広がりが非常に大きいということでございます。特に、吹き出しがありますけれども、協会けんぽは中小企業の事業所が加入する被用者保険制度で、保険料率が10%ですけれども、そこ以上の健保組合が2割以上既に存在するという状況でございます。解散予備軍というような厳しい状況にあると考えております。

そういう意味でいきますと、この右と左の広がっている格差を是正することも必要だろうと。負担能力に応じた負担ということからも必要だろうということで、見直しを提案させていただきます。

具体的には、13ページを御覧いただけますでしょうか。

前期高齢者給付費については、現在、それぞれの加入している制度が人数が同じようになるように加入者数で調整を行っておりますけれども、今回の見直しでは、被用者保険の部分については、加入者割と同時に、一部報酬数字に応じた調整を導入してはどうかという御提案をさせていただきます。こういうふうに報酬水準に応じた調整をしますと、健保組合の財政力に応じた調整が同時に行われることとなりますので、格差の是正につながる

と考えております。

同時に、現在、岸田内閣としましては、新しい資本主義という議論の中で賃上げを促していくという取組を併せて行っております。この報酬水準による調整をした場合は、短期間で考えますと、賃金を引き上げると、その分納付金が増えてしまうということが懸念される。そうすると、企業が賃上げに手がかじかんでしまう可能性があるということで、この納付金の算定に当たりまして一定の支援ができないかということで、補賃金を引き上げたところについての配慮措置ということも併せて考えたいと考えております。

それから、14ページですけれども、まさにその配慮措置をするときの仕組みの一環でございますけれども、現在、健康保険組合に対しては実際に様々な財政支援措置を講じております。こうした措置も併せて見直しまして、健保組合に対する支援を行い、この14ページの一番下のところに文章がございますけれども、今回の改革では現役世代の負担をできる限り抑制していくという見直しをしていきたいと考えております。

最後でございます。16ページです。医療費の適正化案についてです。現在、第3期の医療費適正化計画が最終盤を迎えていまして、2024年度から6年計画の第4期の医療費適正化計画の検討を行っております。ここがございますように、新しい6か年計画につきましては、従来の既存目標の見直しのほかに新たな目標を設定して、新しい医療費適正化計画を実行したいと考えております。

あわせて、その実効性を高めるという意味で、来年度、通常国会に法案を提出したいと考えておまして、特に都道府県の責務を強化していこうと考えております。

医療保険制度の改革については以上でございます。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、次に医政局からお願いいたします。

○厚労省 榎本医政局長 医政局長の榎本でございます。

お手元の資料2によりまして御説明申し上げたいと思います。

まず、スライド1の医療提供体制改革の方向性についてでございます。

駆け足で恐縮でございますが、基本的な考え方のところを書いてございますように、新型コロナウイルスへの対応も踏まえまして、外来・入院・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図るということによりまして、地域医療全体を視野に入れて、必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性を改めて認識しているところでございます。

この間、少子高齢化が着実に進展しておりまして、医療資源にはやはり限りがあるということを踏まえて、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、機能分化と連携、人材の育成を一層重視した改革が必要であると考えております。

このため、下にありますように感染症の発生蔓延時の医療の確保、また、人口構造の変化への対応ということで、地域医療構想等の取組を着実に進めていくように、改革を進めていきたいと考えているところでございます。

次のスライド2を御覧いただきたいと思います。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備ということでございます。こちらの会議のほうからこれまでいろいろな御意見を頂戴したことなどを踏まえまして、整理をさせていただいております。

まず、資料の下のほうに書いてございますが、かかりつけ医機能の定義を身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能という形として法定化を進めていきたいと考えております。

医療機関におきましては、国民・患者が医療機関の選択に役立つ分かりやすい情報を都道府県知事に報告をするという仕組みにして、その上で、その情報を全ての国民・患者に分かりやすく提供するために、今、上に医療機能情報提供制度の拡充と書いてございますけれども、現在、医療法の枠組みの中にごございますこの仕組みをより国民にとって分かりやすい形で見直しをしていきたいと思っております。

その際に、今、各都道府県のホームページを通じて各都道府県ごとに情報の公表を行っているところでございますが、全国統一のシステム化も併せて図ることによって、国民の皆さんにより分かりやすく届けられるようにしていきたいと考えているところでございます。

その上で、上段のほうにまいります。かかりつけ医機能報告制度というものを創設していきたいと考えております。具体的には、まず、今後、左の欄にごございますように、増大する高齢者の方々の多様な医療ニーズに対応するために、それぞれの地域においてこういったかかりつけ医機能の充実・強化を進めるために取組を進めるということで、左の枠にごございますような高齢者のいろいろなニーズに対応できるような機能を各地域のほうでどれぐらい充足されているかということをご各医療機関に御報告をいただく仕組みにしていきたいと思っております。

その上で、その報告に基づいて、各都道府県においては地域においてそういった機能がどれぐらい充足しているかということをご把握し、また、こういった機能を併せて提供している医療機関を確認して公表するという枠組みをつくっていきたいと思っております。

その上で、地域の協議の場において、何が不足しているか、何が足りているかといったことが見えてまいりますので、そういったものを不足する機能をより強化する具体的な方策をその場において検討し、公表するといった取組を進めることによって、各地域における機能の充実・強化につなげていきたいと考えているところでございます。

その上で、さらに下の※のところを書いてございますけれども、医師により継続的管理が必要と判断される患者に対しては、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明するといった枠組みもつくってきたいと考えているところでございます。

それから、次のスライド3を御覧いただきますと、今申し上げましたかかりつけ医機能の報告を活用した充実・強化に向けて、こういった協議を進めていくかといったイメージを載せてございます。

地域の医療機関においては、上の緑枠の機能につきまして、ここでは例示として①～⑤のようなものを挙げてございますけれども、高齢者の方をイメージしてこういったことを書いてございますが、各都道府県がまず地域の医療機関からこの①～⑤の機能の有無、また、これらを併せて行う意向を御報告いただいて、都道府県においてはこういった機能を併せて担っている医療機関を確認する。その上で、地域の協議の場において、各医療機関の意向を踏まえながら、地域で不足している機能をより充足できるように、支援あるいは連携の具体的な方策を検討していくといった流れで考えていきたいというものでございます。

次のスライド4を御覧ください。

こちらではちょっと話が変わりまして、2025年以降における地域医療構想についてというところでございます。

まずは、私どもとしては、2025年に向けて、これまで進めております地域医療構想の取組を着実に進めてまいりたいと考えております。しかし、今後、やはり2040年ということ、高齢者人口がピークを迎えてまいりますので、それを視野に入れながら、さらにその先をどうするかということを検討することも大きな課題でございますので、中長期的な課題について整理をして、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行ってまいりたいと考えております。

それから、次のスライド5御覧ください。

医療法人の経営情報データベースの構築でございます。

医療法人の経営情報につきましては、今まで各都道府県に医療法人から報告をいただく仕組みがございましたが、それをさらに拡充しながら、経営情報を把握・分析して、その分析結果を国民の皆様様に丁寧に説明するために、新たなデータベースを構築するということを考えてございます。

具体的には、その下にございますように、対象としては原則全ての医療法人を対象として、病院及び診療所における収益及び費用、並びに職種別の給与、また、その人数といったものを収集してデータベース化するということを考えてございます。

なお、本件につきましては、後ほど資料6のほうでお話があるかと思いますが、公的価格評価検討委員会におきまして、職種ごとの給与費の収集の在り方について御意見をいただいたところでございます。制度施行後の状況を踏まえて、さらなる取組について検討を続けてまいりたいと考えております。

このほか、資料には具体的なスライドは載せてございませんが、地域医療連携推進法人の活用促進など、医療法人改革を進めていきたいと思っております。

以上、非常に駆け足で医療提供体制改革の話をお紹介申し上げましたが、このほか、働き方改革の確実推進でありますとか、あるいはタスクシフト・シェア、あるいは医療の担い手の確保、あるいは医師偏在対策といったようなこと、構築会議のほうでも既に御提言をいただいておりますが、そういった中身につきましても引き続き取り組んでまいりたい

と考えているところでございます。

私のほうからは以上になります。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、次に老健局からお願いいたします。

○厚労省 大西老健局長 老健局長でございます。

介護保険の制度見直しにつきまして、検討状況を御報告さしあげます。

第9期の介護保険計画期間は再来年度からでございますが、それに向けた介護保険制度の見直しにつきましては、本年5月から介護保険部会社会保障審議会の介護保険部会で議論を開始しております。9月28日に構築会議でお示いただきました介護分野の論点、さらに、11月24日にいただきました論点整理も踏まえまして、精力的に御議論いただいているところでございます。

具体的には2040年頃を見据えまして、高齢者人口の増加、また、生産年齢人口の急減ということが迫ってくるわけでございますが、地域の特性等によりまして異なる高齢化を迎えていく中で、高齢者の自己決定に基づきまして必要なサービスを受けられ、安心して生活できる社会の実現ができるようにするという観点から大きく3点、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進、2点目、介護人材の確保、現場の生産性向上の推進、そして、給付と負担という3つのテーマに即しまして議論を行っております。年末に取りまとめを行うべく、議論を進めていただいているところでございます。

お届けしている資料では、3ページ目以降に主な議論と論点をお届けしております。

まず、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進につきましては、例えば4ページにおきましては、様々な介護ニーズに対応するために、在宅サービスにつきましては複数の在宅サービスを組み合わせた種類の検討ですとか、また、看護小規模多機能型居宅介護の利用機会の拡充を行うといった方向の議論をいただいているところでございます。

また、認知症高齢者の御家族を含めまして、家族介護者の支援の充実のために地域包括支援センターに重要な役割を担っていただきたいと考えておるわけでございますが、その総合相談支援機能を活用すること。また、この地域包括支援センターは業務負担が相当大きくなっておりますので、その業務負担の軽減を図るための方策といったことにつきまして、資料でいきますと10ページ、11ページ辺りでございますが、御議論いただいているところでございます。

また、介護情報はデータヘルスの一環でございますけれども、顕名の介護情報を利用者御自身や介護事業所間、さらには介護と医療の間で共有できるように、情報利活用の基盤整備を進めることであるとか、その事業の法的な位置づけにつきましても御議論いただいているところでございます。資料でいきますと7ページから8ページ辺りでございます。

2つ目のテーマ、介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進につきましては、12ページ以降になってまいりますけれども、処遇改善、人材育成、職場環境の改善、介護職の

魅力向上、外国人材の受入環境の整備など、総合的な人材確保対策を進めることが重要でございます。

生産性向上に向けましては、ICTやロボットの導入支援、また、タスクシェア・タスクシフティング、いわゆる介護助手の活用などのために適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置など、総合的な事業者への支援方策について御議論いただいているところでございます。14、15、16ページ辺りが中心になってまいります。

さらに、人材不足への対応、効率的な運営の観点等からいたしますと、介護経営の大規模化・協働化を進めることが重要でございますし、医療分野と同様に財務状況等の見える化のための具体的な方策も検討をいただいております。また、文書負担の軽減等についても御議論いただいているところでございます。

3つ目の柱、給付と負担につきましては資料21ページ以降でございます。今後、さらなる介護ニーズの増加が見込まれます中、介護保険制度の持続可能性を確保するためには、高齢者の方におかれましてもその負担能力に応じた負担、また、公平性を踏まえた給付内容の在り方は重要な論点でございます。具体的には、資料でまいりますと27ページになりますが、高所得者の方々の1号保険料負担の在り方の見直しの検討をお願いいたします。

また、利用者負担が2割となる方の所得の判断基準、現在は所得上位2割までの方が対象になっておりますけれども、これを後期高齢者医療制度との並びでいきますと、上位から3割までの方まで広げてはどうかという論点でございますが、そこについても御議論いただいております。

また、資料でいきますと23ページでございますが、多床室の質量室料負担といったことを含める7項目につきまして御議論をいただいております。いずれも賛否様々な御意見をいただいているところでございます。

いずれの論点につきましても、年末に向け、当構築会議におけます御議論も踏まえながら、引き続き丁寧に御議論いただきたいと思いますと考えております。

以上でございます。

○清家座長 ありがとうございます。

次に、全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について、前回の会議で皆様方からいただきました御意見を踏まえ、整理をいたしました。

まず、「全世代型社会保障の基本的考え方」につきましては、私のほうで「全世代型社会保障の基本理念」に格差の問題に関する視点を追加いたしましたとともに、給付と負担に関わる表現を若干修正いたしました。それから、社会保障のデジタルトランスフォーメーションを独立した項目として追加してございます。このような修正を行ったところでございます。

また、各分野における改革の方向性については、事務局から簡単に説明をお願いしたいと思います。



○鹿沼審議官 資料5について御説明をいたします。主な修正点、追加点を中心に説明をさせていただきます。

前回の会議における様々な御意見ですとか、その後、各先生方から個別にいただいた御意見といったものを踏まえ、また、年末の報告も間もなく近づいておりますが、そういったものを意識しながら修正、追加をさせていただきました。

まず、全体を通じてですけれども、先ほど大臣の挨拶でもありましたが、それぞれの単元、項目の一番最後に（3）ということで今後の改革の工程というのを付けさせていただいております。

また、1ページ目、こども・子育て支援の充実につきましては、基本的方向の一番最後の○で、個別にもいろいろ御意見をいただきましたが、「児童手当の拡充などの幅広い年齢層に対する経済的支援の充実を検討する必要」という表現を付けさせていただきました。

また、3ページ目、改革の工程ということで、足元の課題、来年、早急に具体化を進めるべき項目、さらなる充実策の検討をそれぞれ入れていただいております。

充実策の検討の中では、先ほどの児童手当のところにつきましては、恒久的な財源と併せて検討ということで書かせていただいております。

また、働き方に中立的な社会保障制度の関係ですが、5ページ目に、この会議でも特に適用拡大のメリットというものをしっかり国民に対して説明していかななくてはならないというお話もありましたので、5ページ目の一番下のところで、社会保険適用拡大の更なる推進に向けた環境整備・広報の充実ということで、厚労省のみならず、業所管官庁も含めて政府横断的な検討体制を構築して、事業主の理解を得ながら円滑に進めるための具体的な法策を検討ということで付け加えさせていただいております。

また、7ページ目に今後の改革の工程ということで、勤労者皆保険の実現に向けた取組については、次期年金制度改正に向けて検討・実施すべき項目、また、労働市場や雇用の在り方の見直しについては速やかに検討・実施すべき項目として整理させていただいております。

続きまして、医療・介護の関係であります。

10ページ目の介護関係につきましては、地域包括ケアシステムの深化・推進の記述を膨らませたり、介護現場の生産性向上と働く環境の改善のところを入れさせていただいております。

また、11ページ目に医療・介護分野におけるDXの中の医療DXの推進について3項目追加をさせていただいております。

また、12ページ目、今後の改革の工程、こちらについても足元の課題、特に来年の制度改正を意識した足元の課題、来年、早急に検討を進めるべき項目、2025年度までに取り組むべき項目ということで分けて書かせていただいております。

13ページ目、地域共生社会の実現の関係であります。前回の論点整理ですと、主に住宅の確保の話を書かせていただきましたが、そもそもその地域共生社会ということで取り組

むべき課題の中で、一人一人に寄り添う支援とつながりの創出ということで、重層的支援体制の整備、ソーシャルワーカーの育成、多様な主体による地域づくりの推進、孤独・孤立対策といったものを付け加えさせていただいております。

また、15ページ目の今後の改革の工程については、来年度、実施・推進すべき項目ということで、先ほどの地域共生社会づくりですとか、住まいの確保については特にモデル事業の関係を書かせていただいておりますが、それを踏まえ、さらにそのモデル事業で得られた課題を踏まえて必要な制度改正を行うということで、②制度改正について検討を進めるべき項目を追加させていただいております。

事務局からは以上でございます。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、ここから構成員の皆様から御意見、御質問などを承ってまいりたいと思います。

まず、増田さんから、座長を務めておられます公的価格評価検討委員会の最近の議論の状況について御発言を求められておりますので、その他の御意見と併せて御発言をいただきたいと存じます。

その後に、今回は五十音順で後ろのほうから、逆順で御発言をいただき、さらに可能であれば残りの時間で追加的な御意見がございましたら御自由に御発言いただくという進行之にしたいと思います。

たくさんの御出席をいただいておりますので、最初の御発言はお一人当たり3～4分程度としていただきますよう、お願いいたします。

それでは、増田さん、恐縮ですが、よろしくお願いたします。

○増田構成員 清家座長、ありがとうございます。

公的価格評価検討委員会の最近の議論の経過について、まず御報告いたします。

当委員会では、資料6-1にありますとおり、12月2日に費用の継続的な見える化について、分野ごとに考えられる取組をまとめたところでございます。

ポイントですが、各分野の経営実態調査等につきまして、今後とも分析を継続的に行うべきであること。それから、医療分野、介護分野については経営情報のデータベース構築に向けて、法案提出も含めて次期の制度改正で着実に対応すべきであること。ほかの分野につきましても、順次同様の取組を進めていくべきであること。こんなことを整理したところであります。

特に当委員会では、医療分野での経営情報のデータベース構築に関して、職種別の給与に係るデータ提出の取扱いが議論となりまして、この点につきましても資料6-2に当委員会としての考え方を整理してお示ししてございます。

制度の施行当初はデータ提出は任意とするとしても、施行後早期に正確なデータを把握できているかの確認が必要で、その上で提出の在り方や内容について、委員会においても義務化を含め検討すべきと考えておりました。

これは継続的に実施状況を厚生労働省から聴取をして、議論を続けてまいります。

それから、構成員としての発言で、順不同になりますが、幾つか簡潔に申し上げます。

まず、児童手当なのですが、この報告書の中で清家座長が書かれております総論、先ほど御説明がございました。そこに書いてございますとおり、少子化はまさに国の存続そのものに関わる問題でございますので、抜本的な対策強化が喫緊の課題であると思います。特に子育てに係る直接的な費用や、出産子育てによって就業機会が失われることによる機会費用が増加していく中で、今回盛り込まれた児童手当の拡充などの経済的支援の充実は重要な課題であると思っております。まずは、当会議で議論してきた0～2歳児に焦点を当てた支援の具体化に速やかに取り組んで、その上で、相当規模の財源を必要とする児童手当の拡充について、恒久的な財源と併せて検討すべきと思います。

それから、介護については、後ほど土居構成員からも資料が出ておりますが、その資料を拝見しまして、私も基本的に全く同じ思いで、改革の具体論が今回落ちてしまっている点が大変気になっております。私も長年地方行政に携わってまいりまして、鈴木政務官もまさに御一緒させていただいたのですが、やはり増え続ける介護費用というのは、各自治体共通の大変頭の痛い問題でございますので、介護保険制度の給付と負担の見直しというのはやはり3年に1度のチャンスに確実にそれぞれの段階で進めていくべきと思います。まだ来週あと1回議論のチャンスがあるということなので、ぜひもう一度考えてみていただきたいと思っております。

それから、かかりつけ医についてなのですが、これまでこの機能の制度化については、患者の目から見た医療サービスの質の向上を実現するために議論してきたのだと理解しております。一方で、今日の説明でも、個々の医療機関には情報提供を促す一方で、重要なかかりつけ医機能について、数ある地域の開業医で誰かが、しっかりやっていたらいいのだ、あるいはそこと連携していただければいいとも受け止められかねないと思います。

今回の法案ですが、個々の医療機関の現状維持を認めるということではなくて、まさに個々の医療機関の質の向上が必須の要件であると思っております。他の医療機関に紹介できればいいとか、何らかの形で連携していただければいいという形で要件を緩めていくと、もともとの制度化の目的であった患者の目から見た医療サービスの質の向上が実現できなくなってくるのではないかと危惧しております。

また、この医療サービスの質の向上という観点では、継続的に提供する医療の内容を書面で説明するという書面交付の仕組み、今日の資料の2行目の一番下のところにも書いてございますが、これは大変象徴的でありまして、患者に喜ばれる仕組みとなるよう、ぜひ具体化を進めていってほしいと思っております。

こういう観点から、まずこの報告書の中で、今回の改正は医療の質の向上を目指すものだということをきちんと明記していただいて、それで議論していくということが大事だと思いますので、この会議としても法制化そのもの、政省令につながる議論についても引き続きフォローしていく必要があると思っております。

最後、前回の会議で、私、政策目標について2025年の次を2040年とすることに違和感を申し上げたのですが、やはり地方では特に医療・介護は差し迫った課題でもありますので、2040年ということではなくて、可能な限り前倒しで改革を進めていくということが大事ですので、今回の案で分野別に改革の工程と書いていただいているのですが、こうしたことを2040年より可能な限り前倒しでの年次目標を立てて進めていく。そのことを前提に、報告書においてより具体的に記述をしていただければと思います。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、水島さん、よろしく願いいたします。

○水島構成員 水島でございます。

基本的考え方と論点整理をおまとめいただき、ありがとうございます。清家座長に将来の方向性をしっかりとお示しいただき、各論においてもその方向性が維持され、明確に示されていると思いました。

私からは意見が2つと、文言の修正をお願いしたいところが1つあります。

増田構成員の御発言と関連しますが、資料5、論点整理の3ページに「子育て期の就労に関する機会損失への対応という観点」という文言が加わりました。仕事と子育ての両立支援の観点からの給付であることが明確になったと考えます。

もっとも、就労に関する機会損失は、子の出生前に働いていた者だけでなく、働いていなかった者にも生じます。例えば卒業後に就職することを考えていた学生が、在学中に妊娠したため就職を断念し、育児に専念するような場合、妊娠中に離職し、再就職のタイミングを失った場合などです。今回の整理においてこのようなケースが対象外になることは承知しておりますが、将来的にはよりユニバーサルな制度になることを望みます。

今回、児童手当の拡充についての検討が加わったことを大変心強く思います。育児期の経済的支援について、当面は複数の制度が並立すると考えますが、将来的には児童手当を含め、総合的に考える必要があると考えます。その際、雇用保険に見られる雇用継続の観点、今回付け加わった就労機会損失の観点、そして、児童手当に見られる家庭の生活の安定と児童の健やかな成長といった観点を整理した上で、できるだけシンプルな給付、ユニバーサルな制度を構築することが必要ではないかと考えます。

次に、5ページの女性の就労の制約と指摘される制度で、内容に異論はないのですが、第1文と第2文がつながっていないように思います。第2文は速やかに実施する事項であると認識しています。第1文につきましては速やかに検討できる事項ではないと承知しておりますが、将来的に女性就労の制約と指摘される制度の見直しを含めた検討を行うことをぜひ改革の工程に記載いただけないか、御検討いただければと思います。

最後に、文言の修正のお願いでございます。6ページ、労働市場や雇用の在り方の見直しの2つ目の○に「若者・子育て世帯にとって妊娠・出産・育児を含めた」という表記があります。清家座長の基本的考え方では、「結婚・出産・育児」と表現されておりますが、

この点、男女双方の問題であることが正しく伝わりますよう、「妊娠・出産・育児」から「結婚・出産・育児」への文言の変更を御検討いただければと思います。

以上でございます。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、沼尾さん、よろしく願いいたします。

○沼尾構成員 ありがとうございます。

今回、全体の取りまとめの基本的な考え方で論点整理を本当に修正していただいてありがとうございました。基本的な方向性については全く異論はございません。

その上で、今回の修正に関して、以下、3点申し上げたいと思います。

まず1つ目は、地域共生社会に関することです。今回、住まいにとどまらず、改めて地域共生社会の理念も含めて書き込んでいただき、互助の機能の再構築というところについても記述して下さったことはよかったと思っています。国民にとって安心・安全、ウェルビーイングの確保に向けた制度構築を考えるときに、確かに医療や介護、保育などの専門的なサービスの提供を通じた安心というところも大事で、必要な機能が確保されるということがいわば社会保障の一つの本丸だと思いますが、他方で、日々の暮らしの中で人々の日常的なつながりや気軽に相談できる環境、暮らしや仕事の場における居心地のよい空間や環境、あるいは自分の特性を發揮できる多様性に対応した職場環境や生活環境がどう確保できるかという視点から必要な制度や支援体制を考えるということが求められていて、今回、多様な働き方を支える社会保障制度というところに踏み込んだというのもその中の一つだったと理解しています。

他方で、こういった日々のつながりや気軽に相談できる環境というところでの互助機能の強化というところについてどう考えていくのかということは、今回、具体的などころまでは踏み込んでいませんけれども、やはり何らかの制度なり体制を考えていく必要があるのかなと思っています。

今回、住まいの活用というところについては、社会保障制度の中に住まいを入れるということはできたわけですけれども、改めて地域で互助を支える、例えばコミュニティープラットフォームとしての場所といったところについても、空き家対策などを含めて絡めて考えていくような視点もあってもいいと思います。

また、地域共生社会の取組については、重層的な支援体制などをはじめ、様々な専門家が支援をする、相談に乗るといったようなサービスを提供するという考え方からの取組は積極的に進められていると思うのですが、やはり地域で共に支え合うという互助の観点からの取組をどのようにサポートしていくのかという観点から体制構築を考えていくという視点をぜひ検討していく必要があるのではないかと考えています。

次に、2点目なのですが、今申し上げた機能の充実に伴う人材確保についてです。大都市圏であれば、例えば医師、看護師、保健師、介護福祉士、保育士など、それぞれの分野で専門的な人材を確保することも可能だと思いますが、実際には人材確保が難しい地

域もあると思います。今回、様々な施策が出されていて、それぞれの分野で具体的な施策や事業を突き詰めていくと、本当にそれぞれの分野専門的な人々の取り合いというようなことになってしまって、実際に人材を確保するというのがなかなか難しくなってしまうような限界もあるのではないかと思います。

そのように考えたときに、地域軸という視点に立って、地域の実情に即した形での専門職に対する資格を柔軟に考えるとか、あるいは例えばNPOといった子育ての研修を受けた方々に対して、ある程度の柔軟な対応、サービスの提供を可能にするとか、専門職の資格についての取扱い方というものをぜひ柔軟に考えていくようなことを踏まえた制度設計が必要ではないかと思います。

それから、3点目としてはデジタル化に関することです。今回、DXに関する記述がかなり詳しく書き込まれたと認識しております。確かにデジタル化を通じて行政サービスの効率化が図られる面があるということは十分理解できます。ですが、これらのデジタルに関するシステムがそれぞれの地域でハンドリングできるかという点が高実は大事なかなと思っています。確かにシステムの共通化によって一定の効率化が図られるということは十分理解しているのですが、他方で、そういったシステムが導入されたことが地域の実情に対応しておらず、例えば地域の側でそれがハンドリングできないとか、あるいは地元の技術者がいなければ対応が難しいというところもあって、むしろ例えば様々な支援とかサービスを顔の見えるところで地道にやっていくほうが正確で担保できるという世界もあるのではないかなと思っています。

そう考えますと、ぜひデジタルとリアルの適切な組合せという視点をどこかに盛り込んでいただけないかと思います。例えばオンライン診療など、近隣に医療機関がない地域にとっては利便性の向上が図られることは本当に間違いないのですが、他方で、オンラインというのは診療機能は図られつつも、やはりリアルな場でお医者さんが言っていることを解説するとかかみ砕くといった方が、例えばコミュニティーナースとか保健師といった形で地域にいるということも必要かなと思っています。ぜひそこをうまく組み合わせた形でのデジタル化のより望ましい導入の在り方というところを意識した記述に少し修正をお願いできればと思います。

以上でございます。

○清家座長 ありがとうございます。

では、土居さん、よろしく願いいたします。

○土居構成員 土居でございます。

資料7を提出させていただいておりますけれども、これは介護保険のみについての意見なので、それ以外の意見を先にまず述べさせていただいて、資料7についても触れたいと思います。

各局長からの御説明、事務局から御説明、どうもありがとうございました。基本的には今日資料4、5で書かれている内容について、おおむねいい内容が盛り込まれているかなと思

ます。

前回も申し上げましたけれども、社会保障制度の仕組みだけを変えるということではなくて、やはり給付と負担の在り方をどう変えるかということもセットで議論せざるを得ない状況にあるということはもはや言うまでもないことで、暗黙のうちに基本的な考え方などにも盛り込まれていて、能力に応じた負担ということをより強く打ち出しているという点で、これからの方向性をうまく示していると思います。

ただ、前回も申し上げたように、いかにせん2024年は診療報酬、介護報酬同時改定と同時に、医療や介護の保険料の利用者負担も改められるということになりますから、医療と介護の負担に関する議論が同時に出てくるということで、国民からすると耳が忙しいというか、医療の話も、介護の話も、そして、さらにはほかの予算に関連する財源に関してもどうするのだという議論が矢継ぎ早に出てくるということになる。なので、何かととにかく負担増はけしからんと言う国民が多くおられる中で、負担というのは単にして終わりということではなくて、それに報いるものがきちんとある。つまり、給付だとか、この改革の方向性で示されたような支援の充実といった恩恵が国民に広く及ぶのだということもセットで議論を進めて、説得を進めていく必要があると私は思っております。単に負担増と言っているだけではなくて、きちんと支援の充実だとか給付の増というものも併せてあるのだということ国民に理解していただくことが重要かと思えます。

まず、資料5の順にお話をさせていただきたいと思うのですが、こども・子育て支援の充実は、基本的にここに書かれている方向性は私も賛成しています。特に恒久的な施策には恒久的な財源が必要ということは、前回から記されているとおりに盛り込まれているという点でいいと思います。

これについて、子育てに関わる世代の人たちが、自分たちのことについて新たな施策をするには新たな財源の負担を求められるのかと。悪く言えば、被害妄想にならないように、世代を超えてこの財源を出し合うのだというトーンをしっかりと強調していくことで、若い世代の人たちに対して、恒久的な財源が必要なだけでなく、世代を超えて財源を出し合うものなのだとすることが重要なポイントになってくるかなと思います。

そういう点で申しますと、資料5の3ページに書かれているように、さらなる充実策の中で児童手当の拡充ということが明記されていて、この児童手当の拡充が広く世代を超えて財源を出し合う形で恒久的な財源で賄われることによって、若い世代の人たちを助けるということにつながっていくことになるのかなと思います。

それから、次は医療についてですけれども、資料5の9ページのかかりつけ医についてですけれども、先ほど医政局長から説明がありましたように、資料2の2ページに書かれているような形で法定化するというところは、私としては大変評価をしております。法定化という形にしっかりと結びつけていただきたいと思います。期待しております。

その上で、先ほど増田構成員もおっしゃったように、単にどの医療機関でもなれるというような割とたやすいような形でこの定義を制度化するというのではなくて、しっかり

と医療の質を担保する、国民・患者のためになるような仕組みにしていきたいと思えます。

それから、10ページの介護のところでありますけれども、資料7で私が意見を述べさせていただいております。私は2007年から社会保障審議会の介護保険部会で延べ8年間ほど委員をさせていただきました。その都度制度改正があつて、第4期、第5期、第6期、第7期と、それぞれの4回の制度改正の議論にかかわらせていただきました。その都度、解決したものもたくさんあるのですけれども、未解決ということで宿題として次の期の制度改正に持ち越されたものがあつて、それでいて、9月28日のこの構築会議の第7回会合で増田構成員が提出された資料の中にも盛り込まれている内容というのは、あいにく私が委員として議論に関わっていた頃に宿題だと言っていたものが、相変わらずまだ宿題ということになっている。私が務めたのは2018年までなので、それ以降も第8期、そして今、第9期の制度改正の議論をしているのだけれども、未決着ということは、いつまでたっても仕組みが変わらないということで、私は大変危惧しております。

少なくとも、全世代型社会保障構築会議においては、9月28日の増田構成員の提出資料にありますように、利用者負担、多床室の室料負担、ケアマネジメントに関する給付、軽度者への生活支援サービス、高所得者の保険料負担などの負担能力に応じた負担といったところについては、しっかりと報告書に明記させていただきたいと思えます。これらが全く書かれていないということになりますと、全世代型社会保障構築会議は、別にそういうことについては興味がないとか、そういうことについて特に強い意見はないと見られてしまつては、私は構成員としてはそうではないのではないかなと思っております。

もちろん、事細かくここで議論したわけではないので、これをこう変えるべきだとまでは言えないにしても、改革事項としてこういうものがあるということをしつかり訴えて、それぞれ制度改正の詳細をお決めになられる会議に対して、しっかりと議論していただきたいということを強くお願いするということを報告書においても具体的に盛り込んでいただきたいと考えております。

それから、資料5の12ページの医療・介護に関する今後の改革の工程表について触れたと思えます。医療法人の改革の推進については、先ほど増田構成員が御指摘されたとおり、しっかりと見える化を進めていくべきでありまして、施行当初は提出を任意にするということはやむを得ないのかもしれませんが、もしその任意がほとんどの医療法人は応じていないという結果になるとすれば、もはや義務化をするというようなところに踏み込まざるを得ないと私は思いますので、施行状況を的確に見極めながら、より充実した形で見える化を進めていくべきだと思います。

最後に、12ページの工程の③の2025年までに取り組む事項の中では、2025年までの今の地域医療構想の着実な実施をここにも盛り込んでいただきたい。ある意味で修文のお願いということですが、2025年までの現医療構想の着実な実施というものを盛り込んでいただきたいと思えます。



私からは以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、田辺さん、よろしくお願いします。

○田辺構成員 私のほうからは、医療保険、それから、医療の提供体制、さらに3番目として地域共生社会に関して、簡単に意見を申し上げたいと思います。

まず、医療保険の部分でありますけれども、ここでは非常に各論がはっきりして、出産一時金の後期高齢者への負担、2番目として保険料の賦課上限額、それから、方式の変換ということ、さらには前期高齢者の財政調整制度をいじるという3つがうたわれております。これは本年度内にある程度決着を見るのだろうと思っている次第です。

ただ、この各論は理念に対応するところがございまして、一つは出産一時金の高齢者の負担という部分というのは、要するに全世代で支えるのだという理念の具体的な反映です。それから、保険料の賦課限度額を上げたり、財源の部分で総報酬割の部分を上げるということは、やはり世代間、それから、世代内の公平性をどう担保するのかということに対する一つの回答になっております。前期高齢者の財政調整に関しましては、保険者間での格差というのがあまりに広がるのはよろしくないということで、一定の格差是正に対する答えとなっているわけです。

結局のところ、ここはよくできているのですが、12ページを見ると、「来年、早急に」とか「2025年まで」と医療保険で書いてあるのは、要するに、さらなる見直しとか不断の見直しというある意味何でも読み込めるような表現だけで、具体性が乏しいのは、議論の部分がそこまで進展しなかったのかなと思っている次第です。ただ、こういう負担の形を変えていくというときに、今申し上げました全世代、それから、公平、格差是正という理念は今後も対応して制度改正をやっていかなくてはいけないものだと思っています。それをさらに課題が出てきたときに対応していくのだろうと思っている次第です。

2番目、かかりつけ医制度が中心でございます。ここでは、定義の問題、手挙げ方式、連携です。それから、高齢者に関して特に注意しましょうという部分が出ております。ある意味非常に現実的な案だと思いますけれども、これはあくまでも第一歩でしかない。かつ、法律の中にこれが明記されるといたしますと、その上に何を付け加えていくのかという議論を今後進めていかなければいけないのだろうと。これは要するにスタート地点をはっきりさせることで、この地盤をきちんとするのだということだと考えております。その後は、要するに、地域の医療構想等も出てきますので、体制、運営に関しましては地域を主体としていろいろとお考えいただいて、地域に最適な形で組んでいただくという方向なのだろうと思っている次第です。

3番目、地域共生社会でございます。この中で住まいの確保という点、居住保障という考え方を前面に打ち出していただいたことは高く評価したいと思います。ただ、その中で中心に議論されていますのは、要するに自立支援にかかるものでありまして、さらにはそれに加えて大家のほうも、要するに供給のほうの不安というのも払拭しないと駄目ですよ

ねというところがうち出されております。スタート地点は非常に居住が不安な層からスタートしているのですが、もう少し上の層まで今後この議論が展開していくことを期待しているところでございます。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、武田さん、よろしく願いいたします。

○武田構成員 ありがとうございます。

基本的考え方と改革の方向性について、取りまとめていただき、ありがとうございます。

特に前回意見として申し上げました働き方に中立な社会保障制度の構築に関して、基本的な考え方で章を設けていただきましたことに感謝申し上げます。

社会保障のDXも分野を超えて重要なことと思いますので、この基本的な考え方に同意いたします。

その上で、改革の方向性の資料について意見を3点申し上げます。

1点目、改革の工程の具体化に関してです。冒頭で大臣からお話ございましたが、今回、この資料で工程が追加されたことに、感謝いたします。ただし、医療・介護に関して、今後の超高齢化への対応、国民負担の軽減の2つの観点で見ますと、12ページにございますが、記述がやや抽象的に感じます。特に②として来年、早急に検討を進めるべき項目とございますが、拝見いたしますと、さらなる医療制度改革、地域介護保険事業計画に向けた具体的改革とあり、来年の割には何の改革を行うのかが伝わらないのではないかと危惧いたします。例えば医療保険において、今回のように高齢者と若者の間での負担の関係だけではなく、そもそも負担を増やさない給付の効率化が次の課題であることを、明記すること。介護については、先ほど土居構成員、増田構成員からも御指摘ございました点について具体的に記述することをご検討いただければと考えます。

2点目は、後期高齢者の保険料の問題に関してです。こちらも前回申し上げたところでございますが、今回の改革の趣旨は、年齢にかかわらず負担能力がある方に御負担いただき、出産育児一時金の一部をシェアいただいたり、あるいは若者の支援金を軽減していただくことと理解しています。ただ、歴史を振り返りますと、こうした負担の話が出ますと、結果的に公費を投入して負担を軽減せよという議論が出てきかねないという若干懸念しており、改革の趣旨としてはそろえていくことを目指しておりますので、その点は繰り返し意見として述べさせていただきます。

最後は、医療・介護の見える化についてです。先ほど増田構成員から公的価格評価検討委員会の検討状況に関しての御説明がございました。職種別の給与については任意提出になりましたが、提出率が低い場合には義務化も検討することになりましたので、今後、この会議でも継続的に状況をフォローしていくべきと考えます。

なぜこの見える化が重要なのかという点ですが、岸田政権では新しい資本主義を掲げられており、医療従事者等、「等」には様々な方が含まれておりますが、その方々の処遇改

善が着実に行われることを目指していますので、見える化し、それが着実に行われているかを把握することは、政策の効果を見ていく上で極めて重要と考えます。また、この分野は、その経費のほとんどが税金、保険料で賄われておりますので、国民への、説明責任という観点で考えても、見える化は重要と考えておりますので、引き続きよろしくお願いたします。

以上です。ありがとうございました。

○清家座長 ありがとうございました。

それでは、高久さん、よろしくお願いたします。

○高久構成員 よろしくお願いたします。

資料4と5につきましてお取りまとめいただき、誠にありがとうございました。

私からは簡単に3点申し上げたいと思います。

1つ目につきまして、まず論点整理の資料5になりますが、出産一時金の箇所について、大幅増額についてその効果検証を実施すべきという記載を加えていただいて感謝申し上げます。見える化にとどまらない、見える化をして、それで制度の目的が達成するか、最後のところは効果検証するということが重要かと思っておりますので、大事な記載かなと考えている次第です。

2点目は、少し文言の修正というか再考をお願いしたいところがございまして、論点整理の8ページ目に記載されております被用者保険者間の格差是正についてです。現行の記載ですと、「前期高齢者の医療費の分担について検討し、その際、企業の賃上げ努力を促進する形での支援を検討すべきである」とあります。これは、総報酬割への変更に伴って負担が増える企業に対する配慮を行うという趣旨が記載されていると理解しておりますが、報酬に比例した負担を求める政策自体は厚生労働省からの説明資料にも少し見られるところではありますが、賃金水準の低い企業にとってはむしろ負担減になる側面があるということが重要かと思っております。

様々な資料を見ましても、2022年に賃上げしていないのは、業績のよい大企業よりも賃金が低い企業というのが既に出ているところです。総報酬割の導入は、そうした賃上げできなかった企業の負担を緩和し、賃上げの余地を生み出す効果を積極的に持っているのだろうと。現行の記載ですと、負担が増える企業への配慮のみが記載されているということですので、やや制度の意義をアンフェアに捉えている印象を私は感じております。総報酬割の導入自体は総理の言われる賃上げとも整合的な側面が必ずある施策ではございますので、そういった意味で、積極的な賃上げ支援になっていることを明記してほしいというのが修正の検討のお願いです。

最後になりますが、清家先生から御提出されている基本的な考え方について非常に賛同する次第です。少子化対策は私の専門からも離れますが、ただ、様々な国の人口統計が出たりしていることも踏まえて、直近の動向について少し見解が分かるような記載があるといいのかなと。

具体的に申し上げますが、2022年の出生について、80万人を切る見通しが最近幾つかの試算で既に公表されているところです。社人研が行っている出生動向調査でも、未婚者の結婚意向も大幅に低下している。さらに、東大の仲田准教授らの試算によりますと、いわゆる行動制限などで出会いの機会が減ったことが出生減の一因と見られる。このまま減少分の埋め合わせがないと、将来的に約24万3000人の出生が減る可能性があるという試算も既に出ております。また一方、他国を見ますと、例えば米国では、既に出生数が2021年の初頭に底を打った後は回復しているというのが世界の動向になっています。そうしたことを考えますと、コロナ禍そのものよりも、コロナ禍での我々の国の対策が子育て世代に非常に厳しいものであった可能性というのは非常に高いのだろうと。

その点から考えますと、清家先生の文章の1ページ目の中段に「少子化・人口減少の流れを大きく変え、危機的なトレンドから脱却すること」とありますが、危機的なトレンドの前に、例えば「コロナ禍で加速した危機的なトレンドから脱却すること」のように、現在3年間にわたって起こっていることに対するある程度認識というのが特に子育て世代の方に伝わるような記載が望ましいと私は考えております。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、国土さん、よろしく願いいたします。

○国土構成員 よろしく申し上げます。私の担当である医療提供体制について主に申し上げたいと思います。

かかりつけ医機能とかが重要なキーワードであります、それについて、これまでの議論をかなり反映した論点整理になっていると思います。

それから、医療データの一元管理の目的の中に創薬や研究開発への活用ということについて、資料5の11から12ページにしっかり書き込んでいただきまして大変ありがとうございました。

次に、医療・介護のDX改革も大変重要な柱ですが、電子カルテ情報の標準化とかかりつけ医機能の実現に欠かせないPHRの活用を統合的に進める必要があると思います。PHRにつきましては、既に各企業や地域で幾つかの先行事例がありますので、それらの特徴を生かしながら、どのように統合して活用できるのか、俯瞰的な取組が必要だと思えます。ここでも時間軸が大変重要で、医療DX改革の成果ができるだけ早く社会実装できるように、また、先ほど御発言がありましたように地域の実情に応じて社会実装できるように、産官学が連携して取り組む必要があると思います。

昨日の新聞記事あるいは今日の発言、厚労省からの資料2の2ページに御説明がありましたが、かかりつけ医について、医療機関が患者に書面交付する制度というものが提案されているようですけれども、医療DXに沿う形で、できれば紙ではなくPHRのようなものを活用するように工夫をいただきたいと思えます。

それから、前回申し上げましたが、医療を担う医療者、特に医師の育成やキャリアパス

についてこれからさらに書き込まれることをぜひ期待したいと思います。かかりつけ医を目指すことが若手医師にとって魅力的なキャリアとなるように、医学部での教育、臨床研修など、医師養成課程の工夫も必要であると思います。

前回の繰り返しになりますけれども、かかりつけ医機能を果たす医師が所属する医療機関は診療所や中小病院が中心だとは思いますが、大病院に多く所属している将来それを目指す若手医師も医療連携の段階で関わりますし、外勤などで診療所、中小病院に出向いた際にも関わります。そういう意味で、かかりつけ医機能を担当する医療機関については幅広く捉える必要があると思います。

それから、時間軸で言えば中長期的な課題ですけれども、医師の地域偏在、科の偏在についても継続的に検討するべきであると思います。高齢者医師や子育て中の医師の活用も医療資源確保のために重要です。フリーランス医師を制限するために、専門医を維持するためには、一定の常勤病院での勤務を義務づける制度もありますが、モラルハザードを防ぎつつ、専門医の質を保ちつつ、そして、医師の自由な働き方を許容する工夫も必要だろうと思います。

最後に、増田構成員から、医療法人における職種ごとの給与の見える化について御発言がありましたが、私もできればそれが実現すればいいと思います。特に医師で言いますと、私は外科医なのですが、手術点数が最近大幅に上がっているにもかかわらず、それが例えば外科医の待遇改善に直結しているのかどうかというのも一目で分かると思います。それから、看護師で特定行為看護師が最近数年で1,000人から5,000人以上に増えております。それで、特定行為看護師が全国で活躍する状況になっているわけですが、それがどういうふうに給与面で手当されているのか、病院によってかなり大きな差があると聞いておりますので、そういう実情についてもすぐ把握できて、EBPMにつながるものと考えます。

以上です。ありがとうございました。

○清家座長 ありがとうございました。

それでは、権丈さん、よろしく申し上げます。

○権丈構成員 随分と皆さん忌憚のない御意見を言われているので、私もその流れの中で話をしようと思いますけれども、その前に、資料5のほうでコメントしておきます。「働き方に中立的な社会保障制度の構築」のところでセーフティーネットという言葉があります。セーフティーネットという言葉に関して、「誰もが安心して希望どおりに働くことができる社会保障制度を構築する」という一般的な解釈はそれでよしで、ただ、記憶の片隅にでも置いてもらいたいというのが、セーフティーネットを充実させると、労働者側のバーゲニングポジション、交渉上の地歩が高まっていきますので、彼らの賃金とか処遇改善につながっていく、かなり有力な政策手段であるということは押さえておいていただきたい。

働く側が無限供給の状況だったらバーゲニングパワーは使用者側に偏ります。日本のセーフティーネットに隙間、漏れ、脆弱さがあったというのは、それに近い状況を起こして

きました。セーフティネットをしっかりと張っていくと、窮迫販売しなくてもよくなっていき、労働市場全体の弛緩が弱くなる。労働供給に関しては、企業内の労働組合みたいな非常に弱い組織しかない社会の中で、どうやって労働供給側のバーゲニングパワーを上げていくかというときに、セーフティネットの整備は一つの大きな手段であるということ、清家先生はすぐ御理解いただけると思いますが、私は「アダム・スミスとリカードの距離」というような文章も書いて、辻村江太郎先生のモデルを使いながら説明しておりますので、私はそういう観点が、社会保障の議論において全体的にあっているのではないかと前々から思っていて、良い機会だったので発言させていただきました。

次に、前回、笠木先生からの保険者の見直しというのが必要ではないかのご意見がありました。多くの保険者ないし保険料設定の範囲が地理的な都道府県に収れんしつつあるため、医療供給体制との関係で論じられている都道府県の責務とも関連して考えられるべきだという御意見に私は賛成します。

今回の構築会議では能力に応じた負担というのが大事な概念なのですが、前期高齢者における総報酬割にのみ適用されていまして、時間軸をもって中長期的に考えるときには少々適用範囲が狭過ぎます。健保組合を都道府県単位の協会けんぽへの一元化というような、これは年金では汗を流して成し遂げたことですから、そういうところまで視野に入れておいていいのではないかと。

そして、先ほど高久構成員からも話がありましたけれども、前期高齢者医療制度での加入者割から総報酬割への変更というのは、保険料率が収入によって逆進的になっているのを比例的にするというだけの話ですから、得をするところは多分に出てくるわけです。私は昔から後期高齢者医療制度の総報酬割を随分と言っていたわけですが、そうした話をしていた会議の中では黙っていた結構小さい健保組合から、会議が終わった後に、先生、頑張ってくださいと応援してもらっていました。何で自分で大きい声で言わないのだという話があるのですけれども、本来あるべき姿としての、能力に応じた負担にする加入者割から総報酬割へというのは、そういう話ですので、私はこの資料1の保険のところの14頁で賃上げ努力を促進する形で保険料が上がる健保組合に補助金を出していくというのは、へえーそういうことまでするんだという気持ちで見えております。

次に、前回に分配の重要性を少し話しました。イギリスのスナク首相は、財務大臣のときに、財政支出を増やせば成長するというのはインチキだというスピーチをしています。経済学者も同様に、バナジーというノーベル経済学者も「成長戦略がうまくいく科学的根拠はないと。政策で成長率に影響を与えようとしても、公的債務が爆発的に増えてしまうだけ」だからやめたほうがいいと、わざわざ日本にアドバイスしてくれているわけですが、経済学では各国でなされてきた成長戦略なるものにも実績証拠が見つからないことだけは確かです。強いて言うと、人的資本が成長にプラスの影響を与えるというぐらいの証拠はある。だから、経済学者は成長戦略には全くといって良いぐらいに役に立ちませんし、それは学問としてあるべき姿だと思います。

ただ、先日香取さんと私が話したのは再分配の重要性です。税や社会保険料を徴収して、それを今必要な人たちに配るという再分配です。OECDによる平等は成長に寄与するという論も、再分配により格差をなくしていくと人的資本が増えるからという論の中にある。安倍内閣の2015年の新三本の矢のときから続く「成長と分配の好循環」というスローガンについては、岸田総理は時代を画すために「分配なくして次の成長なし」と正しく発言されています。税と社会保障を一体にした再分配政策から成長と分配の好循環をスタートするというのが、私はこの全世代型社会保障構築会議の役割だと思っています。

先月、後藤大臣も参加されていたシンポジウムで、私は財源の話抜きにした空想的社会保障論は有害だという話をしていたのですが、再分配のための財源調達の必要性というのはしっかりと報告書に記しておくことが必要かと思っています。この辺りのところは、制度、政策に詳しい人たちは財源のない話には、もうみんな飽き飽きしていて、いろんな報告書も、財源のところしか関心がない状況です。ですから、再分配のための財源というあたりはしっかりと書いておいてもらいたいと思います。

3つ目のところで、本日配付している資料に入りますけれども、資料8です。

先日、落合さんから、マイナンバーの社会保障ナンバー化を行えばプッシュ型サービスを行うことができるとの連絡が届いていまして、私は彼に、医療におけるプッシュ型サービスというのは、今日配付した資料2ページの下の方にあります、医師側から予防的にアプローチできるプロアクティブなサービスというものだとの連絡をしています。社会保障のDXというものとかかりつけ医機能の制度整備というものを実現していくと、医療サービスの質は断然向上しますので、ぜひその辺りのところもということで、落合さんの担当のところと私のところはマッチしているということを伝えておきたいと思います。

続けて、先週から始まった医療部会についてです。

まず、本日配付してもらった資料8です。面倒だけれども作ろうかと思わせてくれた医政局には感謝しております。

資料の1ページの下の方の②で「地方の地域が、各地で離島に似たような状態になっていく」と書いています。これは意味が分からないかなと思うので、説明しておきますと、そういう人口減少問題に対応できるのはプライマリーケアとか総合診療医です。OECDの平均では、プライマリーケア医は1人で1,180人ぐらいの地域住民を見ている。

日本では、専門医の必要数についてなかなかデータがないのですが、ただ、循環器内科専門医の必要医師数の論文があるのですが、それだと日本に大体9,000人が必要と試算されています。これで日本の人口を割ると約1万3,000人。つまり、プライマリーケア医は人口が少ないところでその地域の8割から9割の医療ニーズに対応できるわけですが、離島ではプライマリーケアでしか機能しないわけで、循環器内科が離島にいるという状況を考えると、仕事もないし、その地域の医療ニーズにはほとんど対応できていないというような状況になります。だから、人口減少が進んでいる地域ではプライマリーケア医とか総合診療医を求める声というのは悲鳴のような声で上がっています。ところが、ト

ップが東京とか大阪の人たちの組織からはそうした声が出てこない。それは必然です。

というような話の政策形成過程の話に今から入っていきますけれども、先週と今週、医療部会で急ピッチで議論が行われているのは分かっております。構築会議では、かかりつけ医機能は患者の権利である、その患者の観点、医療ニーズの観点から求められる「かかりつけ医機能」を提示して、それは今の状況では全員が対応できるわけがないだろうから、医師も準備ができていない人からの手挙げ方式でやっという、つまり、医療の質を向上しという、幾つもの特徴のある議論を進めてきたわけですが、医療部会の議論はどれもそうしたことは避けられているように見える。

日本記者クラブで「かかりつけ医を考える」というシリーズをやっておりまして、先週月曜日の医療部会後の水曜日に開催された第4回目のシリーズの会見をユーチューブで見ますと、会見人をした人は、「医療部会は構築会議の要望にゼロ回答」と話しています。司会者は、「医療部会には全世代型社会保障構築会議とは全く別物が出てきた。手挙げ方式でも何でもなく、制度化でも、登録でもなく、認定制度でもなく、結局今までやっている事実上の曖昧な中でのかかりつけ医という在り方を強化する。これからもこういうやり方で行けば、もっと曖昧なままで行けますよという案ではないのかと思えるようなことが出てきた」と、なかなかうまくといますか、手厳しく表現していました。

記者だけでなく、多くの人たちはそのように感じたようで、私の周りの人たちからも、どうしてあんなのか、また今度もこれまでと同じなのかとの問合せが幾つも来ています。

私から見るとウブな疑問だと思うのですが、そうした彼らの質問に答えるとすれば今起こっていることはこういうことだよというのが本日配付した資料8になります。読んでいただくと理解できると思います。つまり、政策形成過程の話だということです。

9月に私は、資料の3ページの真ん中にあるように、「構築会議で議論され一定の方向性を得た改革を実現するためには、政策形成過程を変えないとこれまでの繰り返しになるだけで駄目なのではないかという見直しになる」と話していました。予測どおりといえど予測どおりの展開となっているということでしょうか。

そういうことで本日はこのような資料を作って、これまでのこの会議での私の発言が、政治経済学という文脈の中でいかなる意図を持って話していたのかが分かるようにまとめています。

岸田総理が公約された勤労者皆保険、かかりつけ医機能が発揮できる制度整備という2つは、メディアをはじめとした社会保障をよく知っている多くの人たちに明るい未来への希望を抱かせる話でした。

この国の社会保障というのは、私はよく言っているのですが、やらなければならないことはどうの昔に分かっているのですが、政治面での高い障害、政治的障壁があって実行できないままずっと来たというストレスフルな状態にあったわけです。私は年金と医療における2つの障壁をこの政権が突破できれば、起死回生の一手となり得るのではないかと期待していました。しかし、残念なことに、後者のかかりつけ医に関しては、メデ



ィアをはじめとした彼らの期待には応えていません。記者クラブの動画を見れば、分かるように記者たちの落胆は大きい。普通は記者たちの間で意見が分かれます。日経とほかのメディアとか、いろいろと意見が分かれるのですけれども、今回に関してはみんなそろって驚いて、落胆しているという状況です。

医政局はかなり重要なポジションにいるわけですがけれども、このままでいくと記者たちは批判を強めるでしょうから、かかりつけ医の話は起死回生の一手どころか、かなり厳しい状況に追い込まれていって、勤労者皆保険までもが実現困難な状況になっていくのではないかと私は心配しています。

ということで終えたいと思います。どうもありがとうございました。

○清家座長 ありがとうございました。

それでは、熊谷さん、よろしく願いいたします。

○熊谷構成員 熊谷でございます。ありがとうございます。

私からは大きく4点申し上げます。

まず第1に、今回の案では各分野において改革の工程が盛り込まれており、岸田総理から我々に対して本年5月に具体的な改革事項を工程化するよう御指示があったことに応えたものだと理解しております。そもそも、いわゆる改革工程表を提示し、何年度までにどういう改革を目指していくのかを明らかにすることは、企業をはじめ、関係者の予見可能性を高め、国民の将来不安を解消していくという観点からも極めて重要だと考えています。

実際には、特に医療・介護の世界では、毎年パッチワークのように制度改正が繰り返されており、いつ何をやるのかということができる限り具体的に明示すべきです。

また、少子化対策についても、財源の制約もあり、政策を小出しにする匍匐前進のような状態が続いております。来年の骨太においてこども予算倍増の道筋を明らかにすることであり、少子化対策と財源確保にそれぞれ抜本的な形で取り組む必要があると考えております。

武田構成員、田辺構成員なども御指摘された問題意識と重なるところでございますが、ここまで申し上げたような観点から、最終報告書に向けて改革の工程を具体化していただきたいという点を、私の強い要望事項として重ねてお伝え申し上げます。

第2に、私はこの会議で正規・非正規の格差解消があらゆる政策のセンターピンだと申し上げてまいりました。少子化対策、消費の活性化、スタートアップの育成、これらを前に進めるために、正規・非正規という国際的に見て異常な雇用の枠組みの解消がぜひとも必要です。特に30代男性で正規職員は結婚している方が6割、非正規は結婚している方が2割という現実には早急に是正する必要があるにもかかわらず、このことに対する政策全体の中でのウェートの置き方が小さいように思えてなりません。

この点、今回の案には、短期間で実現できる項目として非正規労働者の待遇改善、中途採用に関する取組状況について非財務情報の開示対象に加えることが検討事項として明記されました。非正規労働者の待遇改善と、正規労働者の会社間の移動の促進は「コインの

裏表」の関係にあり、まさに正規・非正規というカテゴリー自体をなくしていくために、まずはこれらを非財務情報の開示対象に加えるべく、厚労省や関係省庁において早急に御対応いただきたいと思っております。

第3に、今回はかかりつけ医の法制化に焦点が当たっておりますが、コロナ禍の下で深刻だったのは、病院の役割分担が最後までうまくいかなかったことです。我が国には100万を超える病床がありながら、コロナの期間中、コロナ病床として活用されたのは終始4万床から5万床でした。そうした一部のコロナ病床に患者が集中した結果、一部の医師や看護師に負担が偏り、一方で、病床を開けてもらうためだけに年間2兆円もの補助金がいまだに全国の病院に流れ続けております。もともと2015年から地域医療構想ということで病院や病床の役割分担の調整を都道府県において行っていますが、遅々として進まなかったことのツケが今回の混乱を招いたとも言えます。有事の対応については、今回成立した感染症法で対応することになりますが、平時の医療についても、これから高齢者が増える中で、急性期、回復期の病床の整理を行っていく必要がございます。

今回、2025年度までに取り組むべき項目として、本格的な人口減少期に向けた地域医療構想の見直しとありますが、単にこれまでの延長線上の枠組みではなく、現実の病床の役割分担が進むように、単なる要請ではなく、一定の義務を課したり、診療報酬の仕組みを抜本的に見直すなどの工夫が必要だと考えており、そうした手がかりをこの報告書にも盛り込んでいただきたいと思っております。

最後に、4点目として、先ほど権丈構成員から御指摘があった点については、私も基本的に賛同するところであります。今までずっと提言を出してきても、それがなかなか実現しないということはやはり大きな問題だと思っております。それは、一つには政策の形成過程などの問題であり、また「戦略は細部に宿る」ということを意識しなくてははいけません。この構築会議でしっかりとした提言を出し、それを最終的に実現までこぎつけるということが私たちの責務だと考えておりますので、そこは最後に強調させていただきたいと思っております。

私からは以上でございます。ありがとうございます。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、菊池さん、よろしく申し上げます。

○菊池構成員 よろしくお願いたします。

まず、先ほど権丈構成員から御発言がございましたが、医療保険の保険者単位の都道府県化というお話だったかと思うのですが、将来的な方向性として私も賛成でございます、ただ、これは今回見直しのその先の課題かなと思っております。

私からは大きく2つございます。

一つは、介護保険制度の見直しにつきまして、現在、見直しに関する議論を行っている社会保障審議会介護保険部会の部会長を仰せつかっていますので、若干発言をさせていただきます。

資料3にもございましたが、高齢化に伴い、介護費用の総額は制度創設時の約3.7倍、1号保険料の全国平均は6,000円を超えています。2040年に向けて一人当たり給付費の高い年齢層の急増が見込まれる中で、高齢者の保険料負担水準を踏まえた対応が必要となる。要介護状態等の軽減悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供すると同時に、給付と負担のバランスを図りつつ、保険料を公費、利用者負担の組合せにより、制度の持続可能性を高めていくことが重要な課題であるというのは共通認識でございます。

その下で、介護保険部会では、3年前の介護保険部会で引き続き検討とされた事項や改革工程表などで検討課題とされた事項、そして、9月28日の本会議で示された検討事項を踏まえて、7点、すなわち被保険者・受給者範囲、補足給付に関する給付の在り方、多床室の室料負担、ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽症者への生活援助サービス等に関する給付の在り方、現役並み所得、一定以上取得の判断基準、高所得者の1号保険料負担の在り方について議論を行っております。

給付と負担に関しては、9月26日、10月31日、11月28日の3回にわたって議論を進めております。各論点につきましては少しずつ重みづけをした形になってきていると認識してございます。部会においては、各論点に応じてばらつきはありますけれども、おおむね負担能力に応じた負担という観点や、他制度、施設との公平性の観点から、所得等に応じて高齢者も一定の負担を負うべきという意見、利用が長期にわたることが多く、負担増となれば、利用控えや生活への影響が大きいという介護サービスの特性を踏まえながら慎重に検討すべきという意見など、賛否それぞれの立場から様々な御意見をいただいているところです。

介護保険部会では、年末をめどに取りまとめを行うべく、議論を進めています。本会議での御議論、すなわち論点整理案や各構成員からの御意見も踏まえつつ、利用者、サービス事業者、保険者等の関係者により構成される部会において引き続き丁寧に議論を進め、取りまとめを目指してまいりたいと考えてございます。

2つ目が地域共生社会の位置づけのところですか。タイトルの表現を改めていただき、ありがとうございました。取り組むべき課題についても、今回、重層的支援体制整備事業を明確に位置づけていただいたことに感謝申し上げます。

可能であればですが、制度分野の枠を越えることの名宛て人というか主体というか、これは行政だけではなくて、各分野の関係者にも強く求められる、縦割りの発想を越える必要があるという趣旨の記述をどこかに盛り込めないか、御検討いただけないかと思っております。高齢、障害、困窮など、各分野に関わらせていただいているとよく感じているのですが、こども分野も同じだと思いますが、やはり行政だけが縦割りの発想をなくせば、それで解決する問題ではない。やはり各分野における開かれた発想というのにも必要になると痛切に感じています。

その上で、地域共生社会の構築に関して2点、できれば報告書に記載いただければと考えてございます。

一つは、地域共生社会の実現を担う専門人材の育成・確保であります。健康面や経済面など多様化・複雑化したニーズを有する地域住民を支えるためには、医療・介護福祉の専門職が職種や分野を超えて連携し、本人に寄り添った支援を行うことが必要不可欠であります。他方、今後、2040年に向けて人口減少が加速し、担い手となる専門人材の不足がますます大きな課題となる中で、限られた専門人材を有効活用するとともに、職種が違えば言語が違ってもと言われる職種間の縦割りを打破できる人材の育成確保を進める必要があります。このため、それぞれの専門資格の養成課程において、職種や分野を越えたいわば共通言語の獲得を推進するとともに、一人の専門人材が複数の専門分野にわたる知識の習得や資格の取得を図るための工夫が必要となっていきます。

厚生労働省においても、これまで医療・介護福祉分野の専門職に共通して求められる能力や各職種の養成課程に関する調査研究を進めておられると承知しておりまして、5月の中間整理でも医療・介護福祉サービスにおける資格の養成課程の見直しが盛り込まれています。今回の報告書においても、ぜひこうした観点をしっかりと打ち出していただけると考えてございます。

もう一点、今更ながらではありますが、社会保障教育の推進であります。全世代型社会保障の構築を進めるに当たっては、次世代の主役となるべき若い世代が社会保障の意義や仕組みを理解し、必要な制度を活用できるようにするとともに、社会保障について当事者意識を持ってもらうことが重要です。こうした意識を醸成するためには、とりわけ今後の社会を担う若い世代への社会保障教育はますます重要となります。

ただし、これまでの社会保障教育は、最近盛んである年金広報あるいは年金教育に端的に示されていると思いますが、少子高齢社会の到来を踏まえた給付と負担のバランス、世代を超えた支え合いの重要性といったことに力点があったのではないかと見られます。もちろんこうした視点は大変重要ではありますが、そこに地域共生社会の構築という文脈を加えることで、地域のあらゆる住民が主体的にそれぞれ役割を持ち、支えられる総合的な関係性を持ちながら暮らしていく社会の重要性や、その起点となるべき考え方を示すことができるのではないかと考えております。

以上です。

○清家座長 ありがとうございました。

それでは、香取さん、よろしくをお願いします。

○香取構成員 ありがとうございます。

まず、総論にあたる基本的考え方と各論に当たる論点整理を取りまとめいただきまして、ありがとうございます。私も昔役人だったので、この手の文章を取りまとめるというのは非常に難しいので、いろいろな人の意見を整理しながら取りまとめたことについて感謝いたします。

いろいろ申し上げたいことがあったのですが、増田先生や権丈先生や熊谷先生からの御発言があって、私が申し上げたいことをかなり話していただいたので、そこは割愛

して話をしたいと思います。

最初に、私たちとかこの会議の立ち位置を考えたいと思います。「社会保障構築会議」という名前になっているのですが、恐らく「構築会議」という名称にした意味は、これから2040年に向けて、今の社会保障制度が既存の制度を前提に改革を進めることで対応できていけるのか、そういう問題意識とか危機意識があったのだらうと思います。そのことは、改革をこれから進めていく上で、先ほど細部に重要なことが宿ると熊谷先生からありましたけれども、そのとおりで、まず全体としてどういう構えで改革に臨むのかというところがすごく大事で、そのことがあって細部の改革が意味を持つ。その意味では、既存の制度を前提に改革していくということでももちろんあるのですが、大きく既存制度を変えていく、あるいはそれにとらわれない改革をするのだ、という姿勢を大きく打ち出していくというのがこの会議の重要なミッションなのではないか。もちろんその中には、財源の問題、負担の問題について逃げずに議論をするということも含まれると思います。

前回、私は格差、分配の問題ということをやはり意識するべきだと申し上げて、その部分は基本的考え方の中に書き込んでいただきまして、ありがとうございます。

そのことを踏まえた上で、各論の書き方なのですけれども、それぞれ各論について様々な改革の方向性が書かれているのですが、総論できちんと大きな枠組みを示しているわけですから、総論である基本的な考え方に示されている改革の理念や哲学というものが、それぞれの各論の中でどのように反映されているのかということを知りやすいように書くことが必要なのではないかと。各論を見ると、いきなり個別の改革事項から始まっているのですが、総論との関係で、この改革は何のためにするのか、どこが大事なのかということが書かれている必要があるのではないかと。

例えば勤労者皆保険について言えば、これも先ほど熊谷先生がおっしゃったように、正規・非正規の問題であるとか、雇用の多様化に対して社会保障制度が対応できていないことがいわば分断の固定化につながっている。ゆえに、実はこの問題は格差の是正であるとか再分配ということにいわばその直結している問題である。さらに言えば、勤労者皆保険の話は若者対策や少子化対策にもつながっている。そういうことが見えるような記述、どう書けばと申し上げませんが、そういうことが必要なのではないか。これがまず一点です。

次に、こどもについてですが、これは皆さんいろいろおっしゃったので繰り返しませんけれども、来年度、経済支援を中心に改革が行われるということなのですが、これまでの様々な少子化対策についての調査研究とか分析を見れば、出生率との関係で言えば、現物給付、サービス給付を切れ目のない形で一元的に提供することがより効果的だということは明らかですから、今回はまずこどもは現金給付のことをやるということでそれはそれで結構ですが、やはり切れ目のない支援、ここでも書いてありますけれども、包括的で一元的な支援制度を現物給付を中心に組んでいく、という視点をぜひ持っていただき

たいと思います。

それから、医療・介護のところなのですけれども、先ほど総論の視点をといることを申し上げましたが、前回増田委員がおまとめいただいた作業チームの議論の整理の中に書かれていることで幾つかピンどめしておかなければいけないことがあるのではないかと思います。

一つは、医療提供体制改革の視点をどこに置くかということだと思います。前回の増田委員の取りまとめの中に「医療の役割が変わる、治し、支える医療に変わっていく」ということが書かれています。そのことは提供体制全体を考えていく上での非常に大きな視点だと思いますが、そのことがあまり明確に書かれていない。

もう一つは、これも増田先生の取りまとめの中に書いてあるのですけれども、これから医療・介護需要は全体としては拡大していく。それを有限の資源でカバーしていくということを通じて、医療・介護のコストを最適化していく。提供体制改革の視点としてはこれが非常に重要で、このことについても、いわば総論と各論をつなぐ視点として書かれている必要があるのではないかと。ネットワークの重要性とか、連携の重要性とか、DXの重要性という視点はまさにここから導き出されてくるということになるのだと思います。

それから、かかりつけ医についてですが、いきなり「かかりつけ医機能の充実が不可欠だ」という記述が出てくるのですけれども、ここも不可欠だということの理由が何かというのがちゃんと書いていないのだと思うのです。これは作業チームの議論の中でも出ましたが、かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は医療提供体制全体の改革に関わる一番重要なポイント、在宅医療をきちんと強化していくということを通じて、医療全体の最適化を図っていく、という視点につながるものだと思います。

かかりつけ医については、様々な個別の改革が書いてあるのですけれども、かかりつけ医の話というのは、かかりつけ医というお医者さんの個人の資質、診療能力、総合診療医、プライマリーケアをどうするかという話と、機関としての医療機関が地域でどういう機能を果たすか、さらに言えば、医療機関のネットワークをどうやって作り、全体としてできるようなシステムをつくっていくか、という幾つかのステージがある。このことも作業部会の中で議論したのではないかと思います。

そのことを踏まえた改革という視点で物事の組み立てを考えるとすると、先ほどもちょっとありましたが、今の医政局でやっている議論、医療部会の議論の中で報告制度を作った云々というのが出てくるのですけれども、これは今ある制度を前提に、現状をどのように把握していくかと観点で、この報告制度を使っているいろいろな形を作っていくというのは、それはそれでいいのですけれども、厳しい言い方をすると、実は現状の把握以上のものではない。つまり、ここからどのような改革をしていくとか、制度整備をしていくかという視点で考えれば、これは入り口の一步というか、部分でしかないということなのではないかと思います。

そもそも、かかりつけ医が機能する制度整備の意味は、かかりつけ医そのものを制度化

するということではなくて、かかりつけ医が機能するための前提条件となる様々な制度を整備していく、ということです。この中にはDXの話もちろんありますし、資質向上のこともありますし、ネットワークのこともある。そういうことなのだと思います。

医療部会の資料の話になって恐縮ですけれども、医療部会の資料の中に、何ページだったか、高齢者のかかりつけ医機能の例示というのが出てきて、幾つか機能を並べた表がありましたよね。この中にネットワークという視点がないような気がするのです。このことは介護のほうでもそうなのですけれども、地域包括ケアの深化ということで次の改革をしていくということ言っているのですが、かかりつけ医の議論の中でも、かかりつけ医自身の機能、医療機関の機能、医療機関のネットワークという病診連携、病病連携、さらには医療と介護の連携、地域包括ケア全体の中でかかりつけ医がハブ機能を担って切れ目のないサービスを提供するって絵柄をこの構築会議では議論したと思うのですけれども、その形に対して介護はどういう改革をする、医療はどういう改革をするというふうに考えていくのだとすると、医療と介護の連携の視点というのがそれぞれの改革の中にあまり見えてこない。つまり、介護保険制度、医療制度それぞれが縦割りで改革する、というような形になっているのではないかという気がします。

今回の医療制度改革の中でかかりつけ医の定義づけをする、そのことを法律事項として書く、というのはそれはそれで構わないのですけれども、かかりつけ医が機能する制度整備の制度の中身というのは、法律事項でないことがすごくたくさんある。法律で書くことで何かが変わるという部分とそうでない部分があるので、法律に書く云々だけではなく、全体の改革の形をどうするのか、どう示していくのか、ということをお考えいただきたいと思います。

そう考えていくと、論点整理の各項目の最後にある「工程表」の中で、足元の課題のところ「かかりつけ医機能を発揮するための制度整備」と書いてありますね。これを読むと、あたかも今、医政局がお考えになっていることが「制度整備」の中身だと読めてしまうのではないかと。恐らくこれは皆さん読むと思います。、しかしながら、今、医政局が考えておられる改革というのは、かかりつけ医機能が発揮される制度整備のための第一歩、あるいはその一部にすぎないのであって、これで終わり、これが制度整備の中身だと理解されると、先ほどの権丈先生のお話のように「これって何なの？」となってしまうので、ここは是非そういうメッセージにならないような表現が要ると思います。

さらに申し上げますと、②で書いてある「さらなる医療制度改革」にいう医療制度というのは医療提供体制のことを指していると私は理解していますが、これは確認ですけれども、それでよろしいか聞きたいと思うのですが。

ということで、全体としての大きな制度改革の枠組みと個別改革の関係、医療もそうですし、こどももそうだし、勤労者皆保険もそうですが、大きな改革の枠組み、改革の理念哲学との関係でどの部分について来年やるのか。つまり、全体像がどうなっていて、今回はどの部分を改革するのか、それは次にどこにつながるのかというのが分かるような議論を

していく必要がある。工程表というのはそういうものでなければならない。この会議は恐らく来年度以降も続くと思うので、その中で、これは前回もありましたが、厚労省の中で議論されていることをきちんとこの会議にフィードバックしていただきながら議論を詰めていく。そういう進め方をぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、笠木さん、よろしくお願ひいたします。

○笠木構成員 ありがとうございます。

論点整理と基本的考え方をおまとめいただきまして、誠にありがとうございました。全体についておおむね賛同いたします。その上で3点ほど意見を申し上げます。

1点目として、資料5の論点整理のうち勤労者皆保険の箇所について申し上げます。これまでの会議で議論になってまいりましたとおり、マルチワーカーやフリーランスなどの様々な働き方については、これらの人をどこまでどのように被用者保険でカバーできるのか、すべきかを議論する際の一つの重要な考慮要素として、彼らの就労状況や所得の捕捉をデジタル技術の活用とも関連してどの程度正確に公平に行えるか、が重要な論点になってくると理解しております。そういった技術的な面が、場合によっては制度設計の議論の前提にもなってくるようなケースもあると考えております。

現状の論点整理の中では、この点、マルチワーカーについて簡単に言及されるにとどまっているかと思ひます。この部分は税制にも関わり、他の領域の社会保障のDXというところとは違って、社会保障だけの問題ではないこともあるのか、記述が少し希薄になっているようにも思ひますが、こういった重要性に鑑みますと例えば今後の改革の工程の中でマルチワーカーやフリーランスと呼ばれる人たちを含めた自営業者について、就労の状況や所得の公平な捕捉の在り方について、デジタル技術の利用可能性も考慮に入れつつ検討するというような内容をもう少し具体的に検討課題の中に加えていただくということも御検討いただければと思ひております次第です。

それから、今、申し上げておりました今後の改革の工程のところなのですけれども、2024年の次期年金制度改正に向けてということで、具体的な期限を切りつつも、少し時間的な余裕がありますので、かなり具体的に、すぐに行うべき改革から大きめの論点まで①の中で広範囲に並べられているものと理解しております。そのこと自体はそれでよいのかもしれないのですけれども、少なくとも勤労者皆保険については、中でも企業規模要件の撤廃のように、やるべきことについて構成員の皆さんの意見も一致して、あとは実施するのみというようなものと、理論的に検討すべき点が多数ある問題と、かなり濃淡があるようにも思ひますので、例えば具体的に実施すべき事項と検討すべき事項などと、その辺りの濃淡がもう少しはっきり分かるように書き方を工夫してもよいかと考えております。

3点目として、医療・介護との関係で住民による互助が可能になるような地域づくりを促すということが何か所かで書かれているかと思ひます。地域共生社会構想の中で互助と



いうものが一つの重要なポイントになってくるものと理解しておりまして、沼尾構成員から御発言がありましたとおり、今後は具体的にそれをどのように促進するのかが問題となっていくのかと理解しております。この点について、ここで私のほうで意見を述べる趣旨ではございません。ただ、1点気になっておりますのが、資料5の論点整理のほうでは、13ページで人口減少によって地域社会の支え合い機能が低下することと、地域共生社会の実現にとって互助の重要性が重要であるといったことが強調されているにとどまると理解しておりますが、資料4の基本的考え方の文章のほうで少しニュアンスが違う書きぶりになっておりまして、2ページから3ページにかけてのところなのですけれども、行政のサービス提供が縮小していくということをもと前提というか出発点とした記述になっているかと思えます。

少し細かいのですが、論点整理のほうでは、もともと地域社会を支えてきた部分について互助が衰退することが予想されるので、これをいかに維持するかというようなイメージなのですが、基本的考え方の文章のほうでは、今後、過疎地においてはこれまで行われてきた行政サービスがなくなるところ、これを互助によって代替するというような公助と互助の内容に関する一歩進んだ内容が書かれているようにも読めまして、ここは個人的には議論のあり得るところかと思っております次第です。もちろん人口減少の文脈でも、これまでどおり公共サービスが全てそのまま維持されるべきと主張する趣旨ではありませんが、その点については、個別のサービスについてそれぞれに議論されるべきであって、内容次第では非常に重要な論点になると考えているところです。

この点、両文章、すなわち基本的考え方と具体的論点の検討を合わせて読みますと、公共サービスを互助により代替するということが主張されているわけではないことが読み取れるとは思いますが、あまりこだわらなくてもいいのかもしれませんが、念のため、互助を強調するということは必ずしも公助の後退というものを当然あるいは所要の前提とした政策目的ではないという点について御確認いただきたいという趣旨で発言申し上げます。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、落合さん、よろしく申し上げます。

○落合構成員 落合です。こんにちは。

おまとめいただきありがとうございます。たくさん資料を読ませていただきましたが、私から伝えたいのは、一応原稿を作ったので読みます。

現状のお話の紙を拝見させていただいて、事実、非常に総花的で、かつ個別具体的でもあるものの、僕はここの中にコアが足りていないなと思っているところが非常にあります。どういうことかということ、私はこのデジタル化についてずっと言っていることを繰り返しているだけになってしまうので、今回はもう踏み込んでしゃべりたいと思うのですけれども、全世代社会保障といったときに、税、マイナンバー、給付、デジタル化、GP（かかり

つけ医)とEBPMの議論というのが同時に起こるべきであって、その中心にあるものは恐らく医療DXというところにまとめられるDXよりもより大きな視点でのデジタル化だと私は思っています。それはどういう意味かという、例えばこどもの給付、もしくは子育て世代の支援、もしくは住居の支援にデジタル化が必要と書き込むのではなくて、例えばマイナンバーを中心として税と社会保障給付の一体的な制度を導入するなどのより踏み込んだ議論が必要なのではないかと思えます。これはDXは医療のみではなく、全てのコアとして全世代社会保障のためのデジタル化、特にマイナンバーとの連携というのを打ち出さないと、今回のものはあまりうまくいかないのではないかと私は考えています。

先ほどからよく議論になる恒久的な政策に恒久的な財源が必要というものは、僕はそれは限界費用の高いものだと思っています。どういう意味かという、給付の限界費用は給付分だけがかかるわけなので、それはゼロにはできませんが、デジタル化が起ってしまったら、調整や給付自体の限界費用も恐らく下げることができるはずでございませう。これは当然、例えばプラットフォームサービスの投入とデジタル化、その管理に関わるコストということを考えると、恐らくあらゆるものがデジタル化されているほうがここの給付コストというのは非常に安くなる。

その上で、先ほど権丈先生から御発言がありまして、私も一緒に御相談させていただくところもあるのですが、プッシュ型のケアが必要なのは医療のみならず、子育てとこども、もしくは様々な今困窮の状態にある人たちに必要なものでございませう。

先ほど、様々な構成員の方から御発言がございましたけれども、現状の給付のシステムだったり、申請のシステムというのは非常に困難だと感じる国民の方々も多く存在するわけございまして、その人たちのために給付型もしくはプッシュ型のケアが必要なのは、医療のみならず、ほかの面でも大切だと思えます。その上で、例えば近年、GIGAスクール構想を含む例えばマイナンバーと子供の医療データ、もしくは子供の検診データ、もしくは成績といったものがつながろうとしています。またはPHR、様々なデータがマイナンバーを軸としてつながっている中で、そういったものを軸にデジタル化というのを一個大きな柱として持っていくところに、医療もしくは子供のケア、もしくはそういうプッシュ型のケア、その中に例えばGP(かかりつけ医)のデータベースをつくる。EBPMのためにそこからデータを吸い出すみたいなのが同時に起こるべきであり、それは一個大きな島として必要なのではないかと私は考えます。

その上で、諸外国の制度を拝見させていただければ、例えばユニバーサルパーソナライズケアとか、もしくはEUの今のデータ規則の上でどういう医療データを使っていくかというデータ空間のお話であるとか、そういったものは2025年や2026年あたりをめどに、諸外国の中では、今、我々の国のデジタル化の二段階先を向かうケアについて議論されているわけです。その上で、我々の国が今、このコロナ禍をきっかけとして、十数年遅れていたデジタル化が急に進みつつある中で、我々も恐らくマイナンバーやそういったデータベースを利用して、EBPMやGPの制度をより強固にしていくというのは必要なことだと私は考え

ています。

そういった面では、今の中間取りまとめは非常にいいものであると私は思いますけれども、まだデジタルの軸が弱くて、ぜひ違った島を一個どすんと構えるようなことがない限りは、全世代型社会保障、税、マイナンバー、給付、デジタル、GP、EBPMの一体化というのはなかなかできないなと思っていますので、それをぜひ頑張ってくださいなと思います。応援しています。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。秋田さん、よろしく願いいたします。

○秋田構成員 ありがとうございます。秋田でございます。

全体として、本当に包括的に基本的な考え方を出し、これが計画的に着実に進むことがとても重要だと考えて賛同するものでございます。

ただし、具体的な各分野について3点申し上げたいと思うところでございます。

特に私の場合には、まず1つ目としては子育て分野のところでございますけれども、先ほど香取構成員がお話しされました総論の部分と基本的考え方と各分野とのつながりというところの関係についてです。例えば出産育児金が給付されることは非常に望ましいことであり、また、子育ての予算が倍増されるということも望ましいことであります。けれども、少子化にストップをかける意味で、意味があるところではございますけれども、これが全世代によって支えられているということであり、また、将来世代が将来の日本を支えていくということ、また、格差の是正というようなことを考えたときに、現在において子供や子育て世代の格差を是正していくことが、生涯にわたる大きな格差の増大を防ぐことになるという理念や考え方の部分とがもう少しつながって見えるように書かれていることが重要なことではないかと感じたところでございます。

また、今回、0～2歳と同時に、ここにありますように児童手当の拡充ということが出されたことは大変画期的です。4つ目の○の箇所に書かれているところは大変ありがたいと思っております。この基本的な考え方のところには「教育のDXの推進」という内容が子育ての部分にも書かれているのですけれども、実際の改革の工程表の箇所になりますと、この分野に関してはDXがどこにも記載されておらず入っておりません。DXが医療DXだけにとどまるものではないとするならば、来年とか早急ではなかったとしても、今後の充実の検討という箇所に子育て分野のDXを生涯にわたる出発点としてのDXというようなところを書き込んでいただくことが必要なのではないかと感じるところでございます。

また、今回、出産育児金や児童手当という現金給付がなされるということは喫緊の課題として極めて重要ではございます。けれども、先ほど香取構成員も言われましたし、また、当方は昨年まで児童部会の部会長をしていたり、現在、内閣府の子ども・子育て会議の会長をいたしておりますが、ソレラの会議でも常に議論になっているのは、現金給付だけではなく、現物給付の課題です。よって現金給付と絵現物給付を一体的に考えるのが大切で

あり、今後のこども・子育てを支えていくということにおいて必要です。そのための恒久的な財源の保障ということでございます。なので、子育てについてどこまで今回の報告書の中に書き込めるかということはありませんけれども、ぜひとも保育の質につながる施設への現物給付についても何らかのニュアンスが伝わるような形に修文なりをいただけるとありがたいというのが1点目の子育てに関連したところでございます。

また、2点目としましては、最後の地域の地域共生社会のところでございます。先ほどからの構成員の御発言の中にもありましたけれども、子育て支援やソーシャルワークも含めて、専門家の横断的な育成という分野を超えて専門家を育成していくことの必要性です。分野を越えて専門人材がつながっていくというような縦割り型でないという部分が大事です。それから、今回、全世代型でありますので、各分野の人がつながり、また各世代の担当者が各世代を支援していくというだけではなくて、世代間を超えてそれらがつながっていくことを記載いただければと思います。例えばまちづくり等に関しましては、現在、若者、中高生や大学生も街づくりに関わってきて、共生社会の実現に向けて活動を行ったりもしてきております。ですので、こうした形で世代間、分野間を横断していくような議論が書き込まれると、よりこの基本的な考え方と共生社会の部分がつながってくるのではないかと考えるところでございます。

最後に3点目です。こちらに関しましては、増田構成員からお話がありました見える化のところでございます。ぜひとも見える化が処遇改善とともになされ、また、質の向上のためになされているということでありますので、見える化がなされると同時に、それがどのような観点で検証されていくのかについての体系的な議論がやはり必要であろうと考えます。特に保育分野のように、全体として施設規模等が小さいところでありますと、職種別データの分析よりも保育者等の経験年数というようなところが、処遇改善によって、それがどのようにキャリアの育成であったり、離職率の低減につながってきているのかというようなことの見える化がとても重要だと考えております。その意味では、見える化が目的の明示と共にどのような形で今後活用され、検証されていくのかということの丁寧な議論が必要かと考えております。

以上になります。ありがとうございます。

○清家座長 ありがとうございます。

本日は大変充実した御議論をいただきまして、少し時間も超過してまいりましたので、本日の議論についてはここまでとさせていただきます。

最後に、締めくくりの御発言を後藤大臣からお願いしたいと思います。

大臣、よろしくお願ひいたします。

○後藤大臣 本日も多岐にわたり貴重な御意見をいただき、誠にありがとうございます。

今回は、以前この会から厚生労働省に検討をお願いしていた医療・介護制度の改革に關しまして御報告もいただきました。この会からいろいろな分野について問題提起した議論が徐々に集約できつつある。成果も出てきているということも感じております。

全世代型社会保障の射程というのは、今日も本当に幅広く御指摘がありましたけれども、非常に分野も広範で、その全てについて直ちに結論が出るものばかりではありません。しかし、清家座長からも以前より御提言いただいているように、この会議の取りまとめとして、全世代型社会保障のあるべき姿、目指すべき姿を後世に向けて残すことができるように、ぜひしっかりと取り組んでいくように大いに期待しているところでございます。

本日いただいた御意見も踏まえまして、年末に向けてさらなる検討を進めてまいりますので、引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。ありがとうございます。

○清家座長 後藤大臣、ありがとうございました。

年末も近くなりまして、取りまとめるべき時期も近づいてまいったところでございます。事務局におかれては、本日の議論を踏まえて、また、個別に各構成員からも御指導をいただきながら、報告書に向けた資料をまとめて、次回の会議にお示しいただきたいと思えます。

本日も、介護のお話なども含めて、加筆すべきではないかというような御議論、あるいは個々の文言についてこのように修正してはどうかという具体的な御提言もございました。また、この会議の大きな在り方についても、本当に忌憚のない御意見を様々いただいたと思います。これはとても貴重だったと思っております。どうぞまた引き続きよろしくお願いいたします。

なお、会議後のメディア対応でございますけれども、これまでどおり、会議終了後に事務局から記者ブリーフィングを行う予定でございますので、皆様におかれましては、個々には御対応されませんようお願いいたします。

次回の日程開催、場所等については、追って事務局から連絡をさせていただきます。

以上をもちまして、第10回「全世代型社会保障構築会議」を終了いたします。ありがとうございました。