

○清家座長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第21回「全世代型社会保障構築会議」を開会いたします。

委員の皆様におかれましては、お忙しい中、御参集を賜りまして、ありがとうございます。

本日は、増田委員、水島委員、横山委員はオンラインで御参加いただいております。よろしく願いいたします。また、秋田委員、落合委員、笠木委員、富山委員、沼尾委員は御欠席となっております。また、増田委員は一時離席される御予定と伺っております。そして、水島委員は16時45分まで、さらに国土委員は17時45分まで、香取委員も17時30分までの御予定で御出席と承っております。

加えて、まだ御到着ではございませんけれども、赤澤大臣、瀬戸副大臣は公務のため、途中で御退席される予定でございます。

それでは、恐縮ですけれども、赤澤大臣が御到着でございますので、早速でございますが、大臣から御挨拶をいただきたいと存じます。よろしく願いいたします。

○赤澤大臣 大事な会議に遅れて参りまして、本当に申し訳ございませんでした。

本日は、清家座長をはじめ、構成員の皆様におかれましては、お忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

この会議は、石破政権が発足してから昨年11月15日、それから、12月6日に開催し、医療提供体制、年金制度改正などの改革工程に掲げられた、本当に多くの項目が掲げられていますが、検討状況について先生方から御意見をいただき、御議論いただけてきたわけがあります。

本日は、その後の政府における検討状況を御報告申し上げて、また、さらに皆様から御議論をいただきたいということでございます。

全世代型社会保障の柱の一つである働き方に中立的な社会保障制度の構築に向けて、企業規模要件や賃金要件の撤廃といった適用拡大をさらに進めることなどを通じて、将来の給付水準の確保に向けた取組が進められております。

また、本格的な少子高齢化、人口減少が進む中、持続可能な社会保障制度を確立していく観点から、2040年を見据えた医療介護提供体制の構築に向けた議論や地域共生社会の実現に向けた検討、取組が進んでおります。年齢にかかわらず、能力に応じて支え合い、必要な給付がバランスよく提供される全世代型社会保障の構築に向けて、引き続き改革に取り組んでいくことがどうしても必要でございますので、皆様から忌憚なき御意見をこれまでどおり賜れるようにくれぐれもよろしくお願い申し上げます。御挨拶にいたします。いつも本当にありがとうございます。

○清家座長 大臣、本当にお忙しいところ、駆けつけていただきましてありがとうございます。

ました。日本のためにどうぞよろしくお願いいたします。

○赤澤大臣　ありがとうございます。

私はこれで退室します。申し訳ないです。

○清家座長　大変お忙しいところ、まことにありがとうございました。

○赤澤大臣　副大臣がしっかり聞かせていただきますので、引き続きどうかよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

（赤澤大臣退室）

○清家座長　大臣、本当にありがとうございました。

それでは、議事に入りたいと存じます。

本会議において令和5年12月に取りまとめました改革工程では、働き方に中立的な社会保障制度等の構築、医療介護制度等の改革、地域共生社会の実現について改革の方向性を示しておりますが、昨年11月、12月の本会議では、それらの分野の検討状況、具体的には被用者保険の適用拡大を含めた年金制度改革、医療提供体制、地域共生社会関係について厚生労働省から報告を受けておりました。その後、介護提供体制も含め、それぞれの検討状況に進展がありましたので、本日報告をいただきます。

また、昨年11月の本会議では、高額医療費制度の見直しについても御指摘をいただいておりますので、これも、現在の検討状況の報告をいただきます。

あわせて、政府においては、新しい地方創生の取組の一環として、若者や女性にも選ばれる地方の実現に向けて地域の働き方や職場の改革に取り組んでいるとのことですので、その報告をいただき、その後、一括して皆様から御意見をいただきたいと存じます。

それでは、まず、厚生労働省年金局より資料1について説明をお願いいたします。

○間年金局長　厚生労働省年金局長でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

お手元の資料1に沿いまして、簡潔に御説明申し上げたいと存じます。

1枚おめくりいただきまして2ページでございますけれども、こちらは先ほど清家座長からお話がありました令和5年12月の改革工程でございますが、こちらに勤労者皆保険の実現に向けた取組として、被用者保険の適用拡大についてしっかり取り組むよう、言わば宿題をいただいております。

その後、厚生労働省におきまして、健康保険の関係も併せて適用拡大の懇談会というものを持同時に行い、また、社会保障審議会年金部会を中心に大変熱心な御議論もいただいたところでございます。

また、昨年の7月に公表されました財政検証、5年に1回の年金の健康診断でございますが、こちらで新たに取り組みました分布推計というものにおきましては、世代ごとに見ていった将来の年金額を個人の年金記録と名寄せして推計したものでございますけれども、特に女性に顕著なのでございますが、若い世代はやはり厚生年金に加入する期間が延び、年金額も伸びている。今回の適用拡大は言わばそれを後押しするものと考えたところでございます。

昨年の12月に年金部会のほうで議論の整理をしていただきまして、その内容に沿って、その後、特に年明け以降、政府とも調整した上で、3ページのような法案を最終的には国会に提出したということでございます。

その中で赤字になっている部分がございますが、ここは強調しているというよりは、衆議院によって修正された部分でございます。

今回特にテーマになっておりますのは、Ⅰの1. 被用者保険の適用拡大の部分が改革工程に直接関係する部分だと考えてございます。

具体的な中身でございますが、1枚おめくりいただきまして4ページでございます。

今回の被用者保険の適用拡大につきましては、一つには、働く方御本人にとってはやはり年金額の増加などの手厚い保障が受けられるというようなメリットがあるということでございます。そして、改正の狙いの3つ目の○にありますように、事業所につきましても人材確保に資する。この辺りが10年ほど前に当時年金課長として適用拡大に取り組んでいた頃と社会の感じる受け止めが大分変わってきたと考えております。人手不足が進行する中で、こうしたことにしっかり取り組むことが事業所の経営の持続ということを考えても非常に重要なのだということの訴えはしておりますし、また、さらにこれから中小の事業所への適用を進めてまいりますので、そういったことを御理解いただけるように働きかける必要があると考えております。

その上で、今回は、改正の狙いの2番目の○を御覧いただきますと、加入条件をより分かりやすくシンプルにすると書いております。現在のパート労働者などの短時間労働者の方への適用条件は、この資料で今4ページの改正の狙いのすぐ下の左あたりに書いてございます。4つ条件がございます。賃金要件、時間要件、学生は適用除外、そして、企業規模要件。このうち、今回の改正におきまして①の賃金要件と④の企業規模要件を撤廃していったら、そうすると残るのは20時間ということがまずあるわけですから、できるだけシンプルにしていく。そして、あまり難しいことを考えるのではなくて、ちゃんと働いたほうがいいなと思っていただけるようにしていきたいと考えております。

具体的には、賃金要件につきましては、今、週20時間というのを仮に前提としますと、この先はまた別かもしれませんが、最低賃金が1,016円を超える地域では自動的にこの賃金要件を満たすというふうになってございます。その都道府県が現在12都府県でございます。最低賃金の一番低い県の1,016円との差は65円でございます。間もなく最低賃金を上げていく中で全都道府県がこの状況をクリアするだろうと考えてございます。こうしたことを見極めながら、公布から3年以内の政令で定める日から賃金要件を撤廃することとしております。

また、企業規模要件につきましては、これまで段階的に適用しておりましたけれども、この4ページの左下の表のように段階的に企業規模要件を撤廃していくということにしております。これについては、国会の中でももっと早くできないのかという御議論もある意味当然の議論だと思いますが、様々な調整でこうなっておりますけれども、任意で適用す

るような事業所につきましても施策を取っていく。こういった考え方で御説明し、また、そのように努力したいと。やはりこういうふうにしたほうが自分たちの事業体としてもいいのだということを御理解いただくことが大事でございまして、これから丁寧に働きかけをしていきたいと思っております。

また、4 ページの右のほうでございすけれども、個人事業所の適用業種につきましても、法律上の本則上はこういう非適用業種というのがあったのですけれども、例えば農業、林業、漁業、宿泊業、飲食サービス業などでございす。こうした非適用業種というのは撤廃する。経過措置を設けることになりました。2029年10月から5人以上につきましてもは非適用業種を撤廃するのでございすますが、既存のところについては期限を定めずに適用除外としますが、新規のところから適用していく。この辺りにつきましても、施行状況を見ながらさらに徹底を図っていきたいと考えてございす。

こうした内容につきまして、4 ページの右下のほうは支援施策でございすますが、こうした工夫をしながら、できるだけ多くの方が適用拡大できる。そして、またそれが企業経営のプラスになるように取り組んでまいりたいと考えております。

この法律につきましては、さきの6月13日に国会で成立したものでございす。

私のほうからは以上でございす。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、ここで瀬戸副大臣が到着でございすので、副大臣から一言御挨拶をいただきます。よろしくお願いします。

○瀬戸副大臣 遅参いたしましたして申し訳ございません。副大臣の瀬戸隆一でございす。

構成員の皆様におかれましては、お忙しい中お集まりいただきまして、御礼申し上げます。

本日は、改革工程の進捗報告として、年金や医療介護提供体制、地域共生社会の実現に向けた取組などについて御報告いたします。

本会議で改革工程をまとめていただいてから約1年半がたちましたが、この間、2040年に向けた医療や介護の提供体制の検討が進展するとともに、被用者保険の適用拡大については法改正が実現するなど、改革が着実に進んでいるところであります。有識者の先生方の御協力、関係省庁の御尽力に深く感謝申し上げます。

引き続き全世代型社会保障構築に向けた取組を進めるため、本日も何とぞ闊達な御議論をよろしくお願いいたします。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、厚生労働省医政局より資料2について御説明をお願いします。

○森光医政局長 厚生労働省医政局長の森光でございす。

資料2に基づきまして、簡潔に御説明をさせていただきたいと思ひます。

医療提供体制についてということでございまして、ページをめくっていただきまして3

ページ、これが医療法等の一部を改正する法律案の概要ということでお示しさせていただいております。

まずはじめに、この内容につきましては、昨年の12月にこの会でおおよその方向性について御説明をさせていただいたかと思えます。その後、このような形で医療法の一部を改正する法律案ということで取りまとめまして、今年の通常国会に提出させていただいたところでございますが、この法律につきましては成立に至らなかったということもございまして、今回、継続審議になったということをまず御報告させていただきます。

医療法の一部を改正する法律案の概要について、本当に簡潔に御説明をさせていただきます。

この法律につきましては、高齢化社会に伴う医療ニーズの変化、それから、人口減少という状況を踏まえた上で、各地域に合った形で提供体制を構築するという目的で、地域医療構想の見直しですとか医師偏在是正に向けた総合的な実施、それから、その基盤となる医療DXの推進ということで、必要な措置を講じるために求められたものでございます。

改正の概要が1、2、3とございます。地域医療構想につきましては、2025年までのものというのは本年まででございましたけれども、今後2040年を見据えますと、これまで病床のみのいわゆる機能分化・連携ということで進めてまいりましたが、やはり提供体制全体であります入院・外来・在宅医療、そして、介護との連携といった形で、医療の全体を示す、医療提供体制全体の構想とする。これを地域医療構想とするということにしたいと考えております。

そうしますと、地域医療構想調整会議の構成員というのが、やはり介護との連携といった意味では、介護の特に在宅サービスを所管しております市町村をしっかりと構成員として明確化し、介護との連携等を議題とする場合には参画を求めるという内容になっております。

また、これまでは病床のみでしたので、病床の機能ということに着目しておりましたけれども、これからは地域において医療機関全体がどのような役割を担うのかということが大切だということがございまして、そこにありますように、高齢者救急・地域急性期機能ですとか、在宅医療等連携機能、急性期拠点病院機能といった機能を報告していただく制度を設けるという仕組みを入れております。

また、地域によってはオンライン診療もどんどん進んでおりますけれども、初めてこのオンライン診療の定義を医療法に入れて、また、オンライン診療を規定する。手続規定ですとか、オンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備し、適切なオンライン診療の推進を図るというような内容となっております。

また、美容医療を行う医療機関が伸びておりますけれども、これにつきましては、安全措置等につきまして定期報告義務を設けるというような内容を盛り込んでおるところでございます。

それから、医師偏在是正に向けた総合的な対策ということで、医師の数については総数

としては確保が進んできているという状況でございますけれども、やはり地域によっては都道府県の中でさらに偏在があるという状況がございます。ですので、都道府県知事が重点的に医師を確保する区域をしっかりと定めていただけるようにする。また、そこに派遣する医師等に対する手当を支給する事業を設ける。この支給の拠出については保険者をお願いをしたいというような内容になっております。

それから、外来医師過多区域、いわゆる東京ですとか大阪の一部といったところになると思いますけれども、無床診療所につきましてはかなり過多区域となっておりますので、新規開設の事前届出制、それから、その地域に必要な医療を提供していただくよう要請することができる。また、要請に応じていただければ勧告をし、その医療機関名を公表するといった手続を定める。また、保険医療機関の指定期間の短縮までも行えるような仕組みを入れるというようなことを考えております。

また、保険医療機関の管理者ということでございますが、保険医療機関につきましては管理者の設定がこれまでございませんでしたけれども、管理者につきまして、保険医として病院での2年の初期臨床研修に併せて、3年間の病院での一定の年数の従事経験を持つ者を要件とするというような形を取りまして、質を担保するというような仕組みを入れております。

また、医療DXにつきましては、医療機関等での電子カルテ情報の共有といったもの、それから、医療情報の二次利用の促進のため、厚生労働大臣等が保有します医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とするような規定、また、このDXの運営主体として社会保険診療報酬支払基金を改組いたしまして、その組織体制の見直しを行うということも規定を入れております。また、厚生労働大臣は、併せてこの医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。また、その他公費負担医療等に係る規定を整備するというようなことを盛り込んでおるものでございます。

この法律は通常国会後に審議が移ったということで、施行日については、今のところ、例えば臨時国会で成立すれば問題ないだろうと思っておりますけれども、ただ、都道府県が来年度地域医療構想をつくっていくに当たって必要な情報ですとか方針というのは、この夏から検討を進めてまいりたいと考えておるところでございます。

以上でございます。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、次に厚生労働省老健局より資料3について御説明をお願いいたします。

○黒田老健局長　厚生労働省老健局長でございます。

資料3に基づきまして、介護提供体制の検討状況について御報告を申し上げます。

1ページおめくりいただきまして、2ページでございます。

介護保険制度は、3年を1期とする市町村介護保険事業計画に基づきましてサービス量の見込みをいただいて、それに対応する保険料を設定する仕組みでございまして、言わばその中間年に計画のPDCAを行って、必要な制度改正等を行った上で次の事業計画に反映さ

せるという仕組みでございます。言わば3年に1度のPDCAが法定されている仕組みだということとも言えるかと存じます。

こうした定期的なレビューの視点とは別に、我が国の高齢化がピークを迎える2040年を見据えまして、中長期的な視点でサービス提供体制の在り方を議論する検討会を本年1月から開催し、4月に中間まとめを公表したものでございまして、それが今お手元にあります2ページでその設置の根拠を投影させていただいております。

検討の進め方としては、まずは高齢者に係る施策を検討した上で、その検討結果を踏まえて、他の福祉分野、例えば障害福祉、子育て支援なども含めた共通の課題について、言わば福祉間の縦割りではなくて横割りの着眼点に立って検討を行っているものでございます。

検討に当たりましては、人口減少のスピードが地域によってかなり異なるということを踏まえまして、地域を中山間・人口減少地域、都市部、それから、それ以外の一般市などという大きく3分類にしまして、人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援体制、介護人材確保等の課題について一体的に議論をしております。

また、検討に当たりましては、人口減少に直面する自治体、都道府県ですが、鳥取県、高知県、大分県、福井県などにも御参画いただきながら議論を進めているところでございます。

次の3ページを御覧ください。

3ページに中間取りまとめといたしまして4月10日に公表した内容を御用意しております。

右上のところに基本的な考え方がございます。4点ございます。

まず1点目が、地域包括ケアシステムを2040年に向けて深化させていくということ。

それから、2点目が、冒頭申しましたが、高齢化・人口減少の進み方が地域によってかなり異なるということを踏まえまして、地域軸と時間軸を踏まえたサービス提供体制の確保。

3点目が、このサービス分野を支えている介護人材の確保、これは喫緊の課題でございます。介護人材の確保を真ん中に、働き続けていただく、スキルを上げていただくということを念頭に、職場環境改善・生産性向上、経営支援といった点。

4点目は地域の共通課題と地方創生との関係でございます。高齢者分野は、介護の分野は介護の分野としてございますが、特に地方におきましては人手不足、医療・介護の生産性向上など、ほかの分野と共通する課題が多々ございます。そういった意味では、地方創生の取組と歩調を合わせられるところは歩調を合わせて、そちらとの関係も意識しながら議論しているところでございます。

真ん中の部分の方向性として、(1)にございますけれども、まずは人口減少が現実的なものとなっており、利用者も担い手も減少している局面に達している中山間・人口減少地域でございます。これらの地域につきましてはサービスの維持・確保がまずいの一歩の

課題だということですので、それを一義的に置いた上で、地域のニーズに応じた柔軟な対応について多角的に議論しております。例えば国で今一律に定めております配置基準などを弾力化する。それから、介護保険のサービスの評価は一日幾ら、あるいはサービス一回幾らといった形での評価になっておりますが、これをやりますと、例えばサービスの利用をキャンセルしたり、それから、サービスの利用が季節によって繁閑がある場合に、そのリスクを事業者の方が負うことになってしまいます。そういったことを考慮に入れて、むしろ包括的な評価の仕組みを検討してはどうかという点が2点目。

それから、3点目は、サービス間の柔軟な連携の在り方を検討しようということで、訪問・通所などの複数サービス間の連携。

それから、4点目、市町村事業にこれまでは指定サービスで給付でお渡ししておりますけれども、もう一段市町村に管理いただいて、包括的な評価をもう一步進める形で市町村事業という形で人口減少地域の基盤を守るということも選択肢であろうと。こういった点を問題提起させていただいているところでございます。

一方で、右側にありますように、大都市部はこれから需要が急増してまいります、幸い人口密度もかなり高いということがございますので、ICT、AIも含めて新しい技術を活用した新しいタイプのサービスを開発していく余地もあるのだろう。実際にそういった動きもございますので、そういったことも含めて提供体制を考えていく。

それから、一般市などはしばらく需要が増えて、それから減少に転じます。過不足なく、つまり、今のプレーヤーの方々、地域資源の力をベースにしながら、過剰でもなく不足もなくつくっていくということが重要かと存じます。そういった意味では、柔軟なサービスの提供というのを時間軸を持ちながら議論していただくことで、人材、地域資源を有効に活用していきたいということでございます。

左の（2）は人材確保・生産性向上・経営支援でございます。この分野も生産性向上の取組を足かけ7～8年ぐらやってまいりまして、徐々に浸透してまいりました。福祉の心は大切にしながら、バックオフィスの業務等、様々効率化できるところがあるだろうと思います。現場の課題を解決するためのテクノロジーだということを一義的に置いた上で、生産性向上の取組を進めていきたい。あわせて、需要が減少局面になるということになりますと、経営の在り方についてなかなか判断が難しいということがあるかと思っておりますので、経営支援の機能もつくっていききたい。これは人材の確保とセットで地域ごとにプラットフォーム機能をつくって、事業者を支援していききたいと考えています。

最後に（3）でございます。先ほど医政局長からお話がありましたが、介護の分野と医療の分野の連携は、連携を超えて包括化・統合化ということに近づいているという御指摘も多々伺っているところです。地域医療構想によって差し伸べられた手を介護の側でもきちんと受けて、両方で手を携えてやっていくということがどうしても必要です。それはこれから増えていく85歳以上の医療・介護ニーズのある方々に応えていく上でも必要になりますので、医療とのタイアップということはいの一番に置きながら検討を進めていきたい

と思っております。

4 ページはスケジュールでございます。3 年に 1 回、同じスケジュールでやっておりますけれども、年末までかけて審議会の議論を経た上で、年末までに答申をまとめて、所要の制度改正を経て第10期の計画につなげていきたいと存じます。

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、次に厚生労働省社会・援護局より資料 4 について御説明をお願いします。

○日原社会・援護局長 それでは、まず資料 4 の 2 ページ目を御覧いただきたいと思っております。

地域共生社会の実現につきましては、昨年 6 月から地域共生社会の在り方検討会議で御議論いただき、先月お取りまとめをいただいたところでございます。

その内容につきまして、資料の 3 ページで御説明させていただきたいと思っております。

大きく 5 つの柱がございまして、最初の地域共生社会のさらなる展開に向けた対応でございますけれども、まず①にありますとおり、法令上、理念の再整理などを行う必要がある点ですとか、また、福祉以外の分野との連携・協働の強化、特に地方創生など政府全体として取り組む政策に位置づけて取り組むことが重要という御提言をいただいております。

この点につきましては、次のページを御参考におつけしておりますけれども、先日閣議決定されました地方創生 2.0 の基本構想におきましても、地域共生社会の実現ということで盛り込まれたところでございます。

3 ページの 1 の②でございまして、包括的な支援体制の整備に向けた内容ということでございまして、現在、全ての市町村に対して包括的な支援体制の整備が努力義務とされた上で、その一つ的手段として重層的支援体制整備事業という仕組みを前回の制度改正で設けまして、これを実施する市町村に支援を実施してまいりました。今回の御提言では、こうした支援などをそれ以外の市町村にも拡大すること、また、包括的支援体制の整備に際しましては、制度のはざまを生まないということを理念として設けられました生活困窮者自立支援制度を中心として、既存制度の活用を進めていくことを御提言いただいております。

また、②のⅢでございまして、過疎地域などの小規模な市町村につきましては、既存の相談支援や地域づくり機能を一体的に実施しやすくする柔軟な特例の仕組みを設けることを御提言いただいております。

そのほか、都道府県の役割の明確化ですとか、先ほどお話ししました重層的支援体制整備事業を機能や実施した取組に応じて支援する仕組みに見直すこと、また、子供や若者支援の強化についても御提言をいただいております。

次に、身寄りのない高齢者などへの対応でございますが、こちらにつきましては 3 点について方向性を整理いただきました。

まず、相談支援機能の強化につきましては、新たな相談窓口の設置ではなくて、自立相

談支援機関や地域包括支援センターなど、既存の支援体制の枠組みにおいてその相談を受け止められるようにしていくこと。

それから、2番目でございますけれども、生活上の課題への対応でございます。日常的な金銭管理などの日常生活支援、また、入院・入所の手続や死後事務の支援などが必要とされておりますけれども、こちらについては現在の日常生活自立支援事業を拡充・発展させまして、こうした支援を提供できるような新たな第二種社会福祉事業として法律に位置づけて、多様な主体が参画できるようにする必要があるという点も御提言いただいております。

3番目のネットワーク構築につきましては、既に自治体に設けられています地域ケア会議や生活困窮の支援会議などを活用して進めていくべきであると整理いただきました。

それから、3番目の成年後見制度の見直しへの対応でございます。現在、この制度につきましては、必要な範囲、期間で利用できるようにするなど、法制審議会において見直しに向けた審議が行われてございます。こうした見直しに併せましては、判断能力が不十分な方を地域で支える仕組みが必要となりますことから、この点からも先ほど御説明した日常生活自立支援事業を拡充・発展することが必要であると提言されております。

また、②にありますけれども、今後、成年後見制度が見直された場合は、家庭裁判所において後見などの終了を判断する際には、ほかの制度による地域における支援の可否などにつきまして、家庭裁判所に情報提供を行うことができる法定の機関の存在が求められております。このため、各市町村で整備が進められております中核機関を権利擁護支援推進センターとして法令上位置づけることが提言されております。

このほか、社会福祉連携推進法人制度の活用促進や、社会福祉におけます災害への対応についても御提言をいただいております。

今後、この内容を基に福祉部会など関係審議会において年内を目途に議論いただきまして、それを踏まえて、制度改正など所要の対応を行っていきたいと考えております。

以上でございます。

○清家座長　ありがとうございます。

事務局からの御説明の途中でございますけれども、水島委員はこの後大学の授業の関係で早めに御退室と伺ってございますので、ここで水島委員から先に御発言をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○水島構成員　清家座長御配慮いただき、ありがとうございます。

私からは資料1の年金制度改正について意見を述べさせていただきます。前回会議での発言の繰り返しになりますが、働き方に中立的な社会保障制度を構築するためにまずすべきことは、被用者保険の被保険者になれず、国民健康保険や国民年金の被保険者とならざるを得ない労働者を確実に厚生年金保険等の被用者保険に取り込むことと私は考えます。特に勤務先の理由で厚生年金保険の被保険者になれないことは問題であり、個人事業所の非適用業種の解消は大変重要であり、今回の改正を評価します。

短時間労働者の適用拡大について、私は労働時間要件も見直しが必要との考えですので、少し残念ではありますが、要件を維持することの合理性が失われつつあると考えられる賃金要件と企業規模要件について、撤廃ないし段階的撤廃が講じられたことは評価できます。懸念される就業調整を減らすために、被保険者並びに事業主への支援が設けられたことは、被用者保険の拡大を確実なものにするために極めて適切と考えます。

先ほど年金局長からお話がありましたが、これまで分かりにくい仕組みでしたので、シンプルになったこともよかったと考えます。

私は本会議の議論を踏まえ、今回の年金制度改革が適切になされたと評価しますが、労働者であれば誰も被用者保険に入るべき、そして、労働力を活用する使用者は賃金と相応する社会保険料を負担すべきという思想が被用者保険の基本にあると考え、その意味では真の勤労者皆保険はいまだ道半ばと考えます。

最近、スキマバイトが活用されているとの話を聞きます。人手不足の中、スキマバイトは合理的なビジネスモデルであり、効率的な時間活用、柔軟な働き方、労働市場から一旦退出した者が労働市場復帰への足がかりになるなど、労働者・求職者にもメリットがあることは承知しております。ただ、被用者保険の観点からは、社会保険料を生じさせない働き方、社会保険料の負担を免れる事業主を生み出しているのではないかとといった懸念も感じます。これは今後の課題として申し上げます。

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、引き続きまして厚生労働省保険局より資料5について御説明をお願いいたします。

○鹿沼保険局長　そうしましたら、資料5、高額療養費制度の見直しについて御説明をさせていただきます。保険局長の鹿沼でございます。

高額療養費につきましては、昨年の秋にもこちらの全社会議からも様々な御提言をいただきました。一方で、昨年、医療保険部会におきまして議論を行い、その結果、この資料の8ページにつけておりますが、所得区分の細分化、また、物価賃金の上昇に応じた引上げ、あわせて、特に高齢者に特有の外来特例の見直し、こういったことについて能力に応じた負担という考え方に沿って見直し案を出させていただいたところでございます。

ただ、2ページ目に戻って恐縮でございますが、2ページ目にありますように、患者の方々からかなり強い御反対をいただき、総理が患者団体の皆様とお会いし、その上で、真ん中のほうにありますが、本件の検討プロセスに丁寧さを欠いたといった御指摘をいただいていることを政府として重く受け止め、その上で、本年8月に予定されていた見直し全体について見合わせ、本年秋までに改めて方針を検討し、決定することとしたということでございます。

こうした中で、3ページ目、衆議院の厚生労働委員会からも決議をいただきまして、主に進め方の点につきまして、家計に与える影響の分析をより丁寧にやるべきではないか。

また、検討の枠組みの話として、審議会は患者団体の方々、そういった当事者の方々の意見を聴くような形にすべきではないかというような御意見をいただいたところでございます。

これを踏まえ、4ページ目、改めて議論の場を、医療保険部会の下に専門委員会を設けまして、この専門委員会の中には患者団体の方にもお入りいただき、5月26日に議論を開始したところでございます。

当面は患者団体の方々、また、保険者の方々、有識者の方々からいろいろ御意見をいただき、併せて厚生労働委員会のほうからも決議をいただきました患者の方々に与える影響、こういったものを丁寧に分析していきながら、本年秋に向けて議論を進めていきたいと思っています。患者の方々の受診に与える影響ということで、特に長期療養の方々への配慮をどうしていくのか、一方では高額薬剤が非常に増えていく中で、この高額療養費については医療費全体の倍のスピードで伸びている。こういった中で、この制度を守っていくためにもどういったことをしていく必要があるのか。そういった点についていろいろ御意見をいただいているところでございますので、そういった御意見を踏まえながら、本年秋に向けて議論を進めていきたいと思っていますところでございます。

私のほうからは以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

続きまして、地域働き方・職場改革について、事務局より資料6について御説明をお願いいたします。

○中井審議官 全世代型社会保障構築本部事務局審議官の中井でございます。

私からは、資料6に基づきまして、昨年12月の本会議後に動きがありました地域働き方・職場改革の取組について御説明いたします。

ページをめくっていただきまして1ページでございますが、これはこの取組を進めていくための体制づくりということで、地域働き方・職場改革等推進会議について説明したものでございますけれども、まず設置の趣旨・目的のところを御覧になっていただければと思います。こちらについて、若干補足説明をいたしますが、昨今、地方から若者・女性が離れていって、なかなか戻ってこない。それはとりわけ女性に顕著であるという問題がクローズアップされ、その関係で、2番目の○にもありますけれども、地方創生2.0の基本的な考え方が昨年12月に決定されましたが、その中で若者や女性にも選ばれる地方の実現が重要な政策課題として盛り込まれたということでございます。

当然、そういった地域における女性の問題というのは、一番上の○に書いてあるとおり、全世代型社会保障を構築していくための基盤ということで、全社事務局としてこの問題に取り組んでいるということでございます。

その体制についてでございますけれども、その下にありますが、4月に会議を開催しましたが、立てつけとして青木内閣官房副長官を議長として、関係府省の政務官、職員及び有識者から成る推進会議を設置したところでございます。

取組でございますけれども、若者・女性にも選ばれる地方に向けた地域働き方・職場改革ということで、手挙げ方式で自治体を募集させていただいて、3つの先進自治体を含む24県、44市町村、合計68自治体が取組に参加することとなったということで、資料の左の真ん中あたりに書かせていただいております。

具体的な自治体名は、ページをめくっていただきまして2ページに日本地図とともに掲載されておりますけれども、一番右下にあります先進自治体の豊岡市、気仙沼市、南砺市をはじめとして、これらの自治体に積極的に取り組んでいただくということで、我々はそれをサポートしていくことを考えているところでございます。

取組内容ですが、地域の職場に呼びかけて、課題への気づき、対応を促して、若者・女性にとって職場の魅力を高めていく取組ということで、職場を起点として地域社会のいわゆるアンコンシャス・バイアス、無意識の思い込みと言ったりしますが、そういったことも含めた固定的性別役割分担意識などの意識を変えていく。あるいは行動変容を促していく。これは地域の実情に応じて地域自らの取組として進めていただくということを想定しております。

具体的なサポート概要は3ページにあるとおりですが、先進自治体の知見とか、あるいは有識者の経験・知見、そういったお力添えをいただきながら、サポートの内容の一番上のところにも書いてありますが、ポイントとしては、各自治体が点ということではなくて、ネットワークをつないだ面として取り組んでいく。これからネットワークという名前をつくって進めていこうとしておりますけれども、そういったことをやっていきたいと考えています。

それから、支援体制ですけれども、関係の行政機関総出で取り組んでいくということで、先ほど関係府省で体制をつくったということを申し上げましたが、下から2番目にありますけれども、都道府県労働局、働き方改革推進支援センター、これは全都道府県に設置していますが、そういったところも含めて全体で支援するということを進めていこうとしているということでございます。具体的にワークショップなど自ら考えていただくという取組を考えています。

こういった取組を、基本構想でも今後3年から5年程度と記載しておりますけれども、簡単な取組ではないということの中で、しっかり腰を据えて時間をかけて取り組んでいきたいと考えております。

私からの説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、ここから委員の皆様方から以上の御説明について御質問ないし御意見等いただければと存じます。

なお、本日御欠席の笠木委員からは資料を提出していただきまして、資料7として配付してございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、水島委員には先ほど御発言をいただきましたので、これから五十音順に御発

言をいただき、また、残りの時間がございましたら、さらに御自由に御発言をいただくと
いうこととさせていただきます。

それでは、まず香取委員、よろしくお願いします。

○香取構成員 今日中は座をいたしますので、それもあつて五十音順かと。御説明ありが
とうございます。

御説明の内容については、基本的には11月の議論を踏まえた国会对応を含めた結果の報
告ということですので、特にコメントすることはありませんが、2点だけ気になったとこ
ろを申し上げますと、医療提供体制のところなのですが、地域間の格差、偏在の問題があつ
て、都市部の特に診療所が多いという話があるのですが、私が東京都医師会の会議に出て
いて感じるのは、例えば23区内、特に都心部の開業医、クリニックというのは、基本的に
昼間働いている勤労者を対象にしているの、夜は開いていないわけですね。そうする
と、単純にその数字を人口で割ると、千代田区とかはめちゃくちゃいっぱい診療所がある
ことになるのですが、そもそも医療ニーズが昼間と夜とで極端に違っているということを
前提に、多くの昼間だけやる診療所が存在しているということになるので、偏在の問題と
いうのは、中山間地の偏在問題と東京の真ん中の偏在問題はかなり違う。基本的に各地区
別に状況を見ながら議論することになっていると思うので、そこは少し丁寧にやったほう
がいいのではないかな。

同じ問題は特定機能病院にもあつて、文京区なんてめちゃくちゃ病院病床があることにな
るのですけれども、地域医療という視点からは地域住民にとって意味のない病院病床が
たくさんある。その辺は少し丁寧にやったほうがいいのではないかな。

それから、介護については、話の中にも出てきていますけれども、在宅のサービスを包
括化する。包括型のサービス、報酬でいえば包括報酬型のサービスというのは恐らくこれ
から大事になってきて、今、小多機と看多機があつて、その発展系みたいなものができ
ていきますけれども、新しい形のサービスというのが現場で生まれてきているはずなので、
それをできるだけ丁寧に議論していただきたいということです。

全体として、医療法など国会の審議がまだ残っていますけれども、厳しい国会对応の中
で野党にもよく御説明をして、後退することがないようにしていただきたい。

今日私が申し上げたいのは、これからこの会議でどういう議論をしていくのかというこ
とです。この会議のミッションをどう考えるのかというのを原点に立ち返って考える必要
があるのではないかと思います。報告書を取りまとめてから2年半たちますし、工程
表をつくってから1年半たっているわけで、この間、世の中では相当いろいろな議論が
あつて、昨今の国会での議論とかネットの議論とかを見ていると、やはりこの会議で社会
保障の基本的な機能・役割を踏まえた議論をきちんとして発信をしていくというのが非常
に必要なのではないかなということを最近強く思っております。

これは今日参考資料で付いている骨太方針の中でも書かれていますけれども、これから
デフレからインフレになるということを前提に考えると、例えば診療報酬にしても、介護

報酬にしても、今までのルール設定の下で改定を行っていくということでもいいのかどうか。人材の確保ということを考えても、今までの毎年毎年の予算編成の中で物事を決めていったり、枠取りをしていくというやり方でいいのかとか、報酬の形そのもの、先ほど出来高払いの形をある程度変えていくという議論がありましたが、やはりそういう大きい議論をする必要があるのではないかな。

今回、骨太で物価、賃金への対応ということでかなり書き込まれたわけですが、その方向性自体はそれなりに与党でも議論されて書かれたのだと思いますけれども、そういった議論を骨太の前にこの会議ですという場が設けられなかったことは大変私は残念に思っています。

先ほど大臣のお話の中で持続可能な社会保障制度をつくっていくのだとありましたけれども、持続可能な社会保障制度というのは、もちろん財政的にも持続可能でなければいけないのですが、時代の要請に合わせて、社会保障が本来担うべき機能、役割がきちんと果たされる体制をつくっていく。そういう制度にしていくということが非常に重要だと思っていて、例えば再分配の機能であるとか、格差の是正であるとか、中間層の人をきちんと守っていくとか、そういう社会保障の基本的な機能というものがあるはずで、昨今の社会情勢を見ていけば、やはり機能は強化すべきものは強化すべきだし、状況に合わせて変えていくものは変えていく。既存の制度、既存の考え方にとらわれない大きい議論をするというのがこの場の仕事だと思うので、そういう議論の仕方をしてほしい。そういう形でこの後のアジェンダを設定してほしい。

特に手取りを増やすために保険料を下げるといったポピュリズム以外の何物でもないような短絡的な目先の負担軽減論ばかりが横行しているわけで、そういう中では、むしろその根本にある日本経済のマクロの分配のゆがみというのをどう考えるのか、といった大きな議論を提起している必要があるのではないかなと思っています。そういう意味で、マクロ経済あるいは企業行動といったものと社会保障の機能・役割を連結して、負担と給付の両面から議論するというような、より高い視点からの議論ができるような会議の回しをぜひ考えていただきたいと思います。

私からは以上です。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、菊池委員、よろしくお願いします。

○菊池構成員　私からは地域共生社会の実現について発言をさせていただきます。この点、先ほども社会・援護局長からお話でしたが、来年の社会福祉法改正に向けてこれからが改革の本番であると認識しております。

この点、参考資料2にございます地方創生2.0基本構想において注目すべき記述がなされています。多様な人々が活躍する地域社会の実現と題する項目の最初に、包括的な福祉等の支援体制の構築による地域共生社会の実現を掲げ、市町村における包括的な支援体制の整備を進める具体的方策を挙げています。

ここでは3点指摘をさせていただきます。

一つには、相談対応人材の共通化や地域づくりを担う人材（コーディネーター）の一本化を図るとされている点であります。来年の社会福祉法改正を待たず、研究事業やモデル事業の実施など早期の取組を御検討いただきたいと思います。

2つ目に、労働者協同組合、地域運営組織（RMO）、指定地域共同活動団体等の福祉以外の幅広い他分野との連携・協働を進めることによる地域住民の参画を促す取組の展開が目指されている点です。既に内閣府の孤独・孤立対策に関する有識者会議をきっかけに厚生労働省、総務省での担当レベルでの意見交換がなされているものと認識してございますが、こうした孤独・孤立対策などを通じた取組のみならず、本全社会議においても各府省庁が狭い意味での社会保障、福祉の枠組みを超えた連携・協働が図れるよう、司令塔としての役割を担っていただきたいと切望しています。

3つ目に、先ほど老健局長から報告がございましたが、介護分野を皮切りに人口減少社会を見越して2040年に向けてサービス提供体制の在り方を中山間地域、都市部、その他という地域の状況に応じて構想していく方向性が顕著になってきています。この方向性は、これも先ほど報告がございましたが、社会福祉法改正に向けた相談支援の分野にも波及し、ひいては福祉・介護領域を超えて保健・医療分野にも波及すべきものと考えられます。2.0基本構想で福祉以外の他分野を含めた地域内での連携・協働を図るための制度改正と述べられているのは、医療提供体制の在り方まで射程に含むものと考えらるべきであると思います。先ほど御紹介いただいた医療法改正法案でも、地域医療構想の位置づけの見直しと市町村の位置づけの明確化、介護分野での拡大が志向されるなど、同様の方向性の萌芽が見られるところです。ただし、医療と福祉分野の縦割りはまだ根強いものがあると感じられますので、この面でも連携・協働を図るべく、本全社会議が司令塔としての役割をぜひ担っていただきたいと思います。

以上です。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、熊谷委員、よろしくお願いします。

○熊谷構成員　ありがとうございます。

社会保障については、高齢化等による給付増が続いております。財政全体にとっても重荷になるとともに、現役世代を中心に保険料負担の増加として重くのしかかっています。不断の改革努力が不可欠であり、引き続きこの全世代型社会保障会議が中心となって、医療・介護の改革を前に進めていく必要があります。

医療分野においては、まず、人口減少が進む中で、希少な医療資源を可能な限り効率的に活用することにより、持続可能な医療提供体制を構築していくことが重要です。医療法を次の国会で確実に成立させ、病院機能の再編・統合や分化・連携の推進、外来機能の集約化を進めていく必要があります。

また、医師偏在対策については、実効性が何より重要であり、ディスインセンティブ措

置を有効に活用することが肝要となります。

加えて、医療保険制度も不断の見直しが必要です。高額療養費制度の見直しについては、国民皆保険の持続性確保のためにやはり必要なものであると考えます。改めて結論を得るとされている本年秋に向けて丁寧に冷静に議論を進め、来年から着実に実行に移していただきたいと思います。

また、長年の課題であるOTC類似薬の保険給付の在り方を見直しについては、3党協議で議論が進められています。年末に確実に結論を出し、働く人々の利便性向上と保険料負担の軽減につなげていただきたいと思います。

あわせて、今年は年末にかけて診療報酬改定に向けた議論が行われます。毎年お祭り騒ぎのようになりますが、そもそも日本経済が長らくデフレに直面する中で、医療費は増加を続け、それが現役世代の社会保険料負担にも大きな影響を与えていることを忘れてはなりません。医療機関の経営状況についてデータに基づいて冷静に精緻に分析をした上で、めり張りのある診療報酬改定を行って、国民負担の軽減につなげるべきです。

介護についても、これまでも繰り返し申し上げておりますが、改革工程に掲げられたケアマネジメントへの利用者負担の導入や2割負担の範囲の見直しを年末にかけて検討し、今回こそ確実に実施するべきです。介護職員の処遇改善も必要なことではございますが、生産年齢人口が減少していく中で、人手不足は他産業にとっても共通の課題となります。限られた人的資源の活用という観点から、ICTの活用や配置基準の緩和など、生産性向上に向けた取組が必須であると考えます。

このように、この年末に向けては重要な改革が目白押しとなります。丁寧に議論を進めていくためにも、できるだけ早く全世代型社会保障構築会議における議論をスタートしていく必要があると思います。清家座長、事務局におかれましては、どうぞよろしくお願いいたします。

なお、以上の点を申し上げた上で、最後に1点だけ追加で申し述べます。昨日、あるテレビ番組に出演いたしましたが、消費税が全世代型社会保障を支える重要な財源であるという点に関して、一般の方々のみならず、経済の専門家の間でも認識が不十分だという事実に変え驚きました。消費税の収入については、全て年金、医療、介護、子ども・子育て支援という社会保障4経費に充てられることが法律で定められているという基礎的な事実等に関する広報活動をぜひともしっかりと行っていただきたいと思います。

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、権丈委員、よろしくお願いします。

○権丈構成員 本日は子育てに直接関係する議題はありませんけれども、先日公表された出生数の報道を受けて、まず一言申し上げたいと思います。こども未来戦略には、「将来に明るい希望を持てる社会をつくらない限り、少子化トレンドの反転はかなわない」とありまして、私はこの文言に深く共感をしています。そして、若い人たちの将来への希望を

曇らせている一因というものに年金不安があると考えています。

2週間ほど前に超党派の政策秘書向けの勉強会で、共産、社民を除く全政党の人たちに、「もし将来世代のほうが今よりも低年金者の割合が減って多くの人の年金は増え、将来世代のほうが老後は安泰になるとしたら、日本社会はどうなると思う」という問いを考えてもらいました。消費の増加や出生率の回復、社会全体の安定など前向きな意見が多数出まして、すばらしい国になるとみんな思うわけです。そして、本当はライフスタイルや労働市場の不可逆的な変化もあって、日本の年金の将来というのはそこで話をした明るい方向に向かっていくと見ることもできます。ただ、その勉強会では出席者のほとんど、9割近くですけれども、昨年の財政検証で示された分布推計に初めて触れるという状況でした。

そして、私は彼らにどの政党であれ、年金不信を煽ったりしたら僕たちが立ちはだかるよと話してきました。それは相手は野党であれ、与党であれ、年金局でも同じかなという状況です。

昨年12月に本会議で申し上げたとおり、私は20年近く適用拡大は絶対正義であると言ってきました。ここ数年、政府は勤労者皆保険と呼んでくれていたわけです。これは先ほどの話にもありましたように、道半ばかなと。

そして、今回は国民年金と厚生年金の間の財政調整に積立金割を入れるという話で世の中は盛り上がっていたわけですが、これは大臣もおっしゃっていたように、遠回りしながら落ち着くところに落ち着いたかなという世界です。両制度の財政調整方法に積立金割を入れるということは、古くから言われている一元化と同じ財政効果になります。労使は一貫して反対してきたのですけれども、その理由が世の中に誤解されていてかわいそうだったので、今日は要約して代弁しておきたいと思います。

制度設計原理が異なる国民年金と厚生年金、前者は所得捕捉が難しい人たちがいるから定額拠出、定額給付という制度設計で公平性を担保しており、後者は賃金比例の労使折半の拠出で給付は再分配つきを特徴とする制度です。

この異なる制度間で財政調整を行うに当たっては、医療でもやっており、基礎年金が創設されたとき以来なされてきた加入者割、頭割りが限界で、それを超えて財政調整は明確なルール違反だから反対すると労使はそろって言ってきたのです。

積立金割は被用者年金の一元化のときにも使われていたという説明もありますけれども、それは同一設計原理を持つ被用者同士の制度間だから可能であったわけで、今の国民年金と厚生年金に当てはめるのは適當ではないと多くの人が考えている。

一元化の話は小泉内閣の2004年の頃から旧民主党とその応援団が言っていたわけです。しかし、当時は彼らの制度原理に対する理解不足もあって、年金局や専門家からの反論により実現には至りませんでした。そして現在、あのときの関係者が今回は就職氷河期世代の低年金という新たな理由を掲げて再登場したわけです。

ところが、去年の分布推計で、そもそも就職氷河期という特定の世代の年金給付水準が低くなるわけではなく、先ほども言ったようにライフスタイルや労働市場の変化を反映し

て、年金額は将来世代ではむしろ増加することがあることが示されていました。しかし、このエビデンスはほとんど知られておらず、年金を見ていると、いわゆるポスト真実政治が年金の議論に影を落としていると見えます。

2019年に2000万円騒動が起こったとき、あの頃の年金局は適用拡大とか45年化を進めていけば、自動的に全員の基礎年金の給付水準も上がるわけだから、所得代替率の低下率で計算した基礎年金3割減をわざわざ言う必要があるのかと考えていたようです。当時の審議官は国会で野党の議員から3割下がるのですかと言われて、算数に弱いのでぱっと割り算ができないと答えて審議が一旦中断して、SNSで炎上していましたけれども、そのくらい野党やメディアに対して言質を与えないで頑張っていたわけです。

皆保険、皆年金政策を展開する日本で、被用者のための制度とその他の財政調整というのは加入者割までというのが大原則でした。その大原則を変えるという制度の根幹に関わる議論というのは丁寧かつ公開の場で行うべきではないかと思っているけれども、どこでもなされないままに今に至っていると思っています。

この5年ほど、2つを統合すると、追加で国庫負担が毎年兆円単位で入ってくるのだから、損得論になれば労使は最終的には支持するだろうと読まれていたのではないかと思います。しかし、労使は損得の観点ではなく、制度のルールと信頼の観点から積立金割の導入に一貫して反対していました。そして、一方で労使は基礎年金を底上げすることになり、しかも低年金対策としてとても有効な45年化というものは自ら提案していました。労側は底上げに、そして将来の生活保護受給者の削減にも効果的な適用拡大も長く言っている点も尊重すべきだと思います。

政治、政策に関わる皆さんは、この国の年金制度が持つ構造的な強さにもう少し自信を持っていただきたいと思います。私は将来世代の年金が今よりも改善されるという見通しをみんなで共有して、それを信じて政策を進めることが若い人たちの希望にもつながり、ひいては『こども未来戦略』に記されているように少子化トレンドの反転にも資すると考えています。そして、年金局にもかつてのように誤った破綻論を正す役割を担っていただきたいと願っています。政治、行政、労使の各皆さんがそれぞれの立場を尊重しながら、長期的視点で社会保障制度を支えていく姿勢というのが今は求められているのではないかと思います。

以上です。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、国土委員、よろしくお願いします。

○国土構成員　ありがとうございました。

私は主に医療について3点ほど申し上げたいと思います。

まず、今回の資料で、年金や介護を含めて高齢化社会を中心に捉えておりますけれども、もう一つの人口問題であります少子化対策や小児、働き盛り世代への医療についての言及が少ないように感じました。人口減少地域においても小児、子育て世代への標準的な医療

を提供するという方針を示すことが大事ではないかと思います。

昨年の出生数が70万を切ったというのは大きな話題になっておりましたが、各論ではございますが、例えば体外受精、顕微授精などのいわゆるARTによる出生数は過去最高のほぼ10%と言われております。2020年4月にARTは念願の保険適用になりましたので、今後ますますARTによる出生数の比率が高まることが予想されます。ARTは国が推進している少子化対策の一つと言えますけれども、安全性や技術的な問題、倫理的・社会的問題、そして、地域差などについてさらに検討が必要だと思います。

病院経営について先ほど少し言及がございましたけれども、今は稼働率が95%でも赤字になる状況です。私どもの病院でも赤字に苦しんでおまして、人事院勧告どおりにベアスアップはとてもできない状況でありますので、それについての対策も必要かと思います。

2番目は医師偏在の問題でございますが、この会議で何度も発言させていただきましたけれども、複数の総合的な対策が今回の法案で提案されていることは評価したいと思います。その中で診療科の偏在、特に外科医の減少については、日本外科学会や消化器外科学会からの発信もあり、先日の読売新聞の社説でも取り上げられ、社会でやっと認識されてきたと思います。

資料2の10ページのグラフは、ただ高齢者患者の比率が上がり、手術も減っていくということを示すデータのようにも見えますが、地域の病院の外科でカバーすべき、あるいは外科でしか救命できない腹膜炎や消化器がんの手術が遅滞なく、地域差なくできる体制を維持するための外科医は早晩不足する事態が予想されております。施設の集約は必然的に起こり得ることではございますが、それには限界があると思います。業務の体制、タスクシフトなど、外科医や学会、病院の努力で改善できる部分は既に対策が始まっていますが、ディスインセンティブではなく、インセンティブの導入などは国民の皆さんの理解や世論の後押しがないと進まない部分だと思います。この会議でもぜひ取り上げていただきたいと思います。

私は外科医でございますけれども、イギリスの王室外科学会の名誉会員でもあり、毎週メールマガジンが届きます。そこには毎週のように各地の手術の待機期間の問題が報道されています。5月16日のニュースでは、イングランドの52週間以上の入院待機者が742万人中18万人と報告されておりました。待機手術の待ち時間は中央値が3か月とも言われ、がんに限っては大腸がんで半数近くが2か月を要しているとも言われています。日本でも同じような状況が起こること心配しております。

最後に、医療DXの推進であります。電子カルテ情報共有サービスの実用化は大いに期待しております。医療情報は感染症に限らず、あらゆる領域の研究基盤ですけれども、次世代医療基盤法による医療情報の枠組みで国内医療機関から臨床情報の収集が徐々に進んでいるものの、画像情報やゲノム情報を格納するためのサーバーやクラウドが匿名加工業者には備わっておらず、より高度な解析に必要な情報を利用者が得られるための環境整備が必要だと思います。

また、医療情報提供機関であっても、ほかの医療機関の匿名加工医療情報を利用する際の料金は高額であり、手続も非常に煩雑です。商用利用を目指さないアカデミア研究に関しては別途利用料の設定などが必要かと思います。

データベースの連結についても、例えば全国がん登録とNDBとの連結などが考えられます。これらの制度の改革も必要ではないかと思います。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、高久委員、よろしくお願いします。

○高久構成員 ありがとうございます。

最初に、全社会議ではほとんど触れられなかったけれども、骨太に載っているポイントもありますので、その点について少しお話しさせていただきます。

今回、地域フォーミュラの全国展開という項目がありまして、これは非常に大事だと思いますので、少し触れさせていただきます。実際に酒田市で行われているようなフォーミュラを全国に展開すると、高血圧の薬剤を9%程度削減できるではないかという試算があったりしますので、これはOTC類似薬の保険給付の在り方の見直しも含めて普及に努めてほしいということです。

その際になります、英国などですとNICEがBritish National Formularyというのを国全体で定めていて、個別の地域や病院群で適宜修正して自分の地域に合わせて用いるというような普及になっているのではないのかなと思います。骨太のところを見ますと、各地域において策定されるよう取組を推進するとありますけれども、各地域にやれよということではなくて、国がやることもたくさんある分野ではあると認識しておりますので、ぜひそういった形を心がけていただきたいかなと。

それから、単に薬剤費の適正化というよりも、フォーミュラ全体として何でその薬が自分に処方されているのかという患者に対するアカウントビリティーの視点というのがやはり国際的に重要なのだらうなと思います。策定することで医師も患者に対する説明が容易になるというメリットがございますので、そうした観点から普及を図るといいのではないかなと。

本日のところだと、医療法の一部を改正する法律案については地域医療構想の見直しがありまして、とても大事なポイントだと思います。制度の細部に関する議論の進展にとっても期待したいと思っています。

特にになります、従来の医療構想だと、急性期と病床機能を標榜していて入院基本料も急性期Ⅰなどを取得しているのだけれども、実際には高齢者に多い誤嚥性肺炎とか一般的な肺炎の患者などを主に診ているといった病院が非常に多い状況なのだろうと。なので、従来の枠組みだと病院自体が地域で担う役割というのが十分に明確化されていなかったのではないのかなと思います。なので、新たな地域医療構想では高齢者救急・地域急性期機能と急性期の拠点機能が病院単位で分けられるということです、これは非常に画期的

な枠組みだろうと感じております。

その際になります、急性期拠点機能を標榜するような病院においても、やはりこれは高齢者の救急を多く担っているわけですので。昨今の病院の経営難もございますけれども、高齢者救急でも何でも診る急性期拠点の病院にそういった患者が滞留しますと、近隣の中小病院の経営にも大きな打撃になるのだと思います。物価高に対応した診療報酬改定はもちろん必要ではございますけれども、大病院の急性期拠点の病院に対して今以上に在院日数の短縮、削減に取り組んでいただくような診療報酬制度の改革とセットにしないといけないのではないかなと思います。新たな地域医療構想においては、今よりも一歩踏み込んで、担うべき医療機能と診療報酬をセットにする、リンクさせるということが非常に大事ではないかなと。

医師の偏在についてでございますけれども、これは大変よい法案かと思っておりますけれども、診療科の偏在とセットなのだろうなと思います。地域住民の2,000人に1人は総合診療医が必要という見積もりがございまして、それに基づきますと、2040年には5万人程度は総合診療医が必要だろうと考えられるわけだと。現在の育成のペースだと2040年に7,000人程度になるのだと思われます。幾つかの研究ですと、総合診療医の方はやはり地域に密着した医療を提供しますので、そのほかの医師と比較して地理的にも均一に分布する性質があるということが既に知られているところです。過剰な地域での開業制限など、ディスインセンティブを含めて重要だと思いますけれども、根本的には診療科の偏在を見直すことで地域の偏在というのも一定程度緩和される。そういう認識を持つのが重要だろうと思います。

最後になりますが、高額療養費の在り方に関してでございます。全世代型社会保障の基本理念で個人の幸福とともに社会全体を幸福にするとあります。そこで、これまでの高額療養費の議論を見ていると、この箇所についてリスク等に社会全体で備えるという記載がございます。けれども、これまでの議論を見ていると、やはり小さなリスクではなく、大きなリスクに皆で備えるというのがより明示的に基本理念に掲げられたほうがいいのだろうなと感じました。いずれにせよ、リスクに皆で備えることの重要性というのは本会議においても基本理念になっておりますので、そうしたテーマを踏まえた高額医療費の在り方の議論というのをお願いしたいかなと思います。

細かい点に関しましては、笠木先生の今回提出されている資料は非常によい資料だと思いますので、私も全く同意見です。

以上になります。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、武田委員、よろしくお願いします。

○武田構成員　本日は各分野の進捗状況を御報告いただき、ありがとうございました。また、年金改革は法律成立に向けて御尽力いただいた皆様に感謝を申し上げます。

地域医療構想、介護、共生社会や地方での働き方について御報告いただきましたが、御

説明の中にもあったとおり、いずれも全て連携が必要と思っています。その点は意識いただいているとは感じましたが、それぞれ機能分化するとともに、その機能をつなげ、データ連携も進めることが大切です。国民、地域の住民にとっても、介護や医療、福祉分野の従事者にとっても人手不足の中で過度な負担にならないような連携の在り方を今後さらに模索していく必要があると感じました。

社会保障制度改革は継続が何よりも大切です。次にどのような改革に取り組んでいくか議論を続けていくことが重要と感じます。その際には、理念をしっかりと掲げ、そうした理念や原則に沿った改革を行うべきだと思います。具体的には、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という考え方や、負担は年齢ではなく応能で分かち合うものという点、さらに、年金でも議論になったように、働き方に社会保障制度が中立であるべきという考え方、理念が大切だと思います。

具体的に3点申し上げます。1点目は、今回国会で最も議論になった高額療養費制度の問題です。この仕組みは、申し上げるまでもなく、大きなリスクに備える非常に重要な制度です。この制度をいかにして守っていくのか、持続可能な形で次世代につなげていくのか。この点が非常に大切だと思いますので、丁寧なプロセスを踏み、多くの方に納得いただける結論を出していただきたいと考えます。

同時に重要な点は、小さなリスクの改革を進めなければ、大きなリスクの公助も維持できなくなることです。この観点から、OTC類似薬の対応に期待しており、公的保険でどのように扱うかということは重要な視点だと思います。

また、原則で申し上げた、年齢で負担を分けるのではなく、応能で分かち合うという点についても、さらなる議論が必要だと思います。医療保険や介護保険の負担における金融所得の反映について3党協議で議論が進んでいることは歓迎いたしますが、先ほども申し上げたとおり、そもそも年齢で窓口負担に差が生じる状況は是正すべきと考えます。将来的に、一律で3割の負担とし、その上で資産や所得を加味して、負担能力の乏しい方についてはしっかり配慮することが望ましいと思います。実務的な課題はあると思いますが、ぜひ原則に基づく改革を俎上に上げていただきたいと考えます。

3点目は、香取委員が最初におっしゃったように、現在の改革工程は策定から1年半が経過いたしました。この間、世界的に社会が不安定化しています。日本は相対的には現時点で社会は安定していると思いますが、雇用市場では非正規の問題、そして、特定の世代、すなわち就職氷河期世代は思うような職につけない、非正規が続いたという方が相対的に多いのは事実だと思います。今後AIが様々な役割を担い、より雇用に与える影響が大きくなっていく中で、セーフティネットの役割は極めて重要と考えます。だからこそ社会保障制度を持続可能するための改革を着実に進めていくことが求められ、それがひいては社会の安定を確保することにつながると考えます。こうした点をしっかり議論していく必要があります、もう一段の改革の議論を進めていただきたいと思います。

以上です。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、田邊委員、よろしくお願いします。

○田邊構成員　何点か申し上げたいと思います。

まず各論から申し上げたいと思います。年金のほうはいろいろ政治的に原案が変わるとかありましたけれども、着実に一步前進したのではないかと考えております。

残りの医療体制、介護、地域共生等に関しては、ここに載っているものを確実に前進させていただければと思っているところでございます。

この会議体というのは一応2040年度を目標年度にして、そこに前進していく。時間的には黙っていても流れてしまいますけれども、ただ、やはり大きな改革、これをやったらあと100年は大丈夫というようなものはありませんと思ったほうがいいわけで、状況はますます、少子化は進行いたしますし、それから、提供体制においても経営がきつくなるというところで、ぼろぼろ問題が出てきますので、それを一つ一つ確実に潰していくというところが必要なのではないかと考えております。

特に医療とか介護の場合は、負担の制度というものと提供体制の制度というのが割と別々になっています。特に提供体制のところというのは完全に民間かということそうでもないのですけれども、民間がかなり入っているので、経済的なインセンティブないしは経営的な破綻に近づいていくと逃げてしまうという特性があって、他方、負担のほうは、国民の反感は買いますけれども、その気になれば、これだけお願いしますと言えば、ある程度のことはできないかもしれませんが、難しいけれどもやれないことはない。一番問題なのは、負担の問題を負担として扱う部分、それはそれで必要だと思います。特に世代間の問題であるとか、それから、働き方に中立的というところは、ここのところで考えていくというのが原則だと思います。他方、提供体制のところは、かなり地域差がありますので、それに対してどう対応するのか。かつ、上からの改革という形では、一定以上は動きませんので、そこをどういうふうに取りまとめていくのか。その点では、地域構想という協議しながら進めていくという手法というのは、圧倒的にこのところは重要なのだろーと思います。

ただ、一番嫌な問題というのは、取られるだけ取られていて、我が地域ではサービスがないではないかということ。取っておいてサービスなしという状況は起こりますので、そこをつなぐロジックというか、つなぐ考え方というのをここ40年に向けてきちんと整理して前進させていかなくてはいけないのだろう、というのが各論でございます。

総論は2点ございまして、しかも、あまり各論に関係ない総論なのですが、1点目は、やはりこども家庭庁のこの中で議論していたことは一体どこに行ってしまったの、ちょっと見せてよということであります。例えば出産費用の無償化ということを一步前進させようとしています。ただ、それは出産のときだけなので、その後の医療ないしは福祉でどういうものが必要になるのというのは、この全世代型の中で、生まれた直後から中学生ぐらいまで抜けてしまっていないかと。例えば医療のところでどういう対応をしてほしいの

ですかといったときに情報が来ない。かつ医療保険のチャネルを使って少子化対策のお金を集めるぞということは方向としては打ち出して、そのとおりになるのだろうと思いますけれども、ただ、システム改修とかが出てきたときに、どうやってそこのところの負担というのを配分するのとか、かなり細かいけれども大切な問題はすぐ出てまいりますので、そこのところで、やはりこども家庭庁さんのお考えとは申し上げませんが、こちらのほうをこども家庭庁の次の戦略にフィードバックして、逆にあちらの戦略というのをこちらのほうにどうフィードバックしていくかという問題には対応できるように、今後、必ず毎回しゃべる必要はありませんけれども、参考人等で来ていただいて、お話しいただければ幸いです。

それから、総論の2番目ですけれども、地域における働き方問題であります。これは出している案というのは非常にごもっとも、つまり、選択肢を増やすことが自由である。それはそうであります。ただ、これは少子化に役立つかという、ほぼ役立ちません。つまり、地域における少子化の加速化というのは、今の地域の人口構成から出てくるところでほとんど説明できますので、社会的な移動、つまり、東京に逃げてしまうからという問題では全然ないというところからスタートしたほうが、あまり期待値を上げると、ろくなことにならないので、そこぐらいのものだと。ただ、選択肢を増やすというのは非常に重要なことなので、この考え方には賛成です。

ただ、もう一つ問題がありまして、職場というのは地方に行けば行くほど、公的な領域の職場が多くなる。そのウエートが圧倒的に地域において感じられるということなのですが、ただ、より民間をどういうふうに引きつけてくるのかということのほうが、むしろ地域発展においては圧倒的に重要なのではないかと。市役所が頑張ったところで職が増えるとは思いませんので、そこをうまくリンクさせるような形にしていいただければというのが1点目でございます。

2点目は、地域で困ったとき、不満を持ったときの対応というのは大きく言うと2つでありまして、一つは逃げてしまう、移動する。もう一つは、そこでよくなるように声を上げるといことです。要するに、とどまる人は逃げていかないわけですから、声を上げて、その声をどう拾い上げるかというのが非常に必要になってきます。かつ、逃げずに声を上げる人というのは、その地域にある種のロイヤリティというのでしょうか。アイデンティティを持っている方ですから、地域から言えば非常にうれしい方々が残っていただいているというわけなので、そこをどうのせていくのかというのが、一つ重要なポイントになるのではないかなと思った次第でございます。

以上、総論的な2つと各論の頑張ってくださいというお話を申し上げました。

○清家座長　ありがとうございました。

では、土居委員、よろしくお願いします。

○土居構成員　御説明どうもありがとうございました。

私は総論、年金、医療、介護について述べさせていただきたいと思います。

まず総論なのですけれども、日本経済の確かな成長、賃上げと社会保障制度、国家財政の持続性を両立させるためには、社会保障改革をさらに進めて、現役世代の保険料負担の軽減につなげていくことが重要だと思います。社会保障を支える被保険者の保険料負担というのは、2025年度で大体15%程度ということであります。課税前収入の15%を社会保険料で納めているということになっていて、さらには所得税、住民税で大体課税前収入の5%前後を負担しているということで、そうすると、課税前収入の手取り分というのはおおむね80%となります。その80%を仮に全て消費に回したとしても、消費税の負担というのは課税前収入のたかだか8%にしかありません。私が分析、公表している実際の家計データの分析結果からすると、低所得者層の消費税負担というのは課税前収入の3~4%程度にしかないということであります。これは15%である社会保険料負担と比較すると、消費税負担というのは低いわけでありまして、これは暗算レベルで分かる話であります。

ところが、こういう認識が国民には必ずしも十分に広まっていなくて、消費税負担を減らせば手取りが増えるとか、手取りは増えないかもしれないけれども購買力が高まるとかというようなことを言って勘違いしているところがあるわけですが、手取りを増やすという観点からすると、社会保険料負担をいかに軽減するかということのほうが消費税減税をするよりもインパクトが大きいということであります。こうした事実は政府からもしっかりと訴えていただきたいと思います。

それから、もう一つは事務局にお願いしたいことでもありますけれども、私はこの構築会議のかつての会合でも申し上げたのですけれども、社会保障給付の将来推計をぜひとも今年を出していただきたい。2018年以来7年たって、依然として政府からの将来推計が出されておられません。確かに公的年金の財政検証を待つということもあったかもしれませんが、それは既に終わっているということです。やはり2040年を見据えて、我が国の社会保障制度がどういう立ち位置にあるかということを国民の皆さんに理解を共有していただく意味でも、社会保障給付の将来推計をできるだけ早期に出していただきたいと思います。

以上が総論であります。

続いて、年金についてであります。今通常国会で年金制度改革法が成立したことは大変よかったと思います。関係された方々には敬意を表したいと思います。次は、在職高齢年金の支給停止基準額が引き上げられる2026年度に向けて、公的年金等控除を見直すという順番ではないかと思います。公的年金等控除が給与所得控除と併用されるということによる弊害を2026年度には是正していただかなければなりません。現役世代は給与所得控除しか適用できないのに対して、高齢世代は給与所得控除とともに公的年金等控除が併用できて、同じ課税前収入でも所得税負担が違うというようなことがあって、これはやはり早期に是正する必要があると思います。そういう意味でも、2026年度の税制改正はまだ間に合いますので、ぜひとも公的年金等控除の見直しを実施していただきたいと思います。

それから、医療についてであります。令和8年度は診療報酬改定が行われるということ

でありますけれども、病院と診療所の違いはもちろんのこと、国公立なのか医療法人なのかという設置主体の違い、それから、病床規模、地域医療の中で果たしている役割の違いなどを含めて、それぞれの医療機関の直近の経営状況等の実態をつぶさに把握した上で対応していくということが不可欠だと思います。

公定価格の分野で物価上昇の影響が大きくなっているということは一般論として理解いたします。しかし、報酬改定が貴重な社会保険料の使途を決定するものである以上、データに基づいた冷静な議論が必要でありますし、その上で未来志向の効率的な医療提供につながるメリハリの効いた改定になることを期待したいと思います。

物価の影響の濃淡というものを見極めずに物価上昇を単純に診療報酬改定に反映すると、広く薄く医療機関に配分されることになってしまい、国民の負担にしわ寄せをするだけということになってしまいます。今回、令和8年度の改定においても、医療従事者の処遇改善も重要だと思いますし、それに向けての取組は必要だと思いますけれども、医療界においては厳然と所得格差が存在しているということも周知の事実であります。診療報酬引上げの前に、そもそも業界内で所得再分配をしていただいて、所得格差是正に自発的に取り組んでいただく中で処遇改善を進めていただくということがまずあっての順番なのではないかと思うわけであります。

また、医療保険の制度改革もしっかりと進めていただきたいと思います。高額療養費制度については、物価連動の部分まで据え置かれたという今回の事態は大変残念であります。骨太方針には長年据え置かれてきた公的制度に係る基準額を見直すこととされていて、その取組とも平仄が合わないと懸念いたします。今年秋までに議論があるということは承知しておりますけれども、物価上昇分を反映することは当然として、適切な結論を導いていただきたいと思います。

また、医薬品については、保険と保険外をいかにうまくバランスを取っていくかということが引き続き重要だと思います。3党協議で取り上げられているOTC類似薬については、同じ成分の医薬品が既に保険外で売られているにもかかわらず、保険対象になっているところが問題視されていると思います。医療機関で処方してはいけないとまでは申しません。これを機会にどこまで保険で見るべきかということを明確に整理していただきたいと思います。

最後に介護でありますけれども、介護分野については、日本全体で生産年齢人口が減少していく中、2040年に向けて人口動態、サービス需要の変化に応じた対応が必要であるわけですが、それに当たっては生産性の向上、配置基準の柔軟化ということを含めた規制改革による対応が不可欠だと思います。問題を先送りにせず、早めに早めの改善策を講じていく必要があると考えます。

あわせて、今年末に向けて次期介護保険制度改革に向けた議論が進むと承知しております。ケアプランの利用者負担、軽度者に対する生活援助等の地域支援事業へのさらなる移

行、多床室の室料負担など、これまで先送りにしてきた改革について着実に結論を出して、実行に移していただきたいと思います。

私からは以上です。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、オンラインからでございますけれども、増田委員、よろしくお願いします。

○増田構成員　増田でございます。御指名ありがとうございます。

本日の各分野の御報告は了解いたしました。その上で、今年の秋、それから冬に向けて、いろいろ結論を出していく事柄がございます。政府としてこうした問題について、ぜひスケジュールを遅らせることなく結論を出していただきたい。これまでややもすると、負担増とか痛みの向き合い方として、これはどちらかという政治的な側面があるかもしれませんが、先送りの繰り返しで、当会議でまとめた報告書の内容が随分先延ばしになってきたことがございました。今年の秋、高額療養費ですとか、冬に向けて、その前に臨時国会で医療法の審議も行われると思いますが、ぜひ政府としてしっかりとした着眼点を持っていただきたい。

それから、医療提供体制のところですが、先ほど地域医療構想について、これはこれからの審議ということにはなりますけれども、病床機能から医療提供体制全体に視野を拡大して、その上で取り組むということに今回なったわけで、これは私も大賛成であります。この地域医療構想、それから、医師偏在是正の問題について、いずれも地域での内容、策定のスケジュールもこれまでなかなかスムーズに進んでいきませんでしたし、偏在是正についても実効性ある措置がなかなか講じられてこなかったということもございます。やはりこうした問題に主体的に取り組むべき知事について、一方では権限、そしてそれに伴う責任をより明確化していく。権限をよりしっかり持たせると同時に、その責任をきちんと明確化するということがないと、なかなか進んでいかないということもあろうかと思っておりますので、この点については今後の検討課題ということになると思いますが、そうした意識を頭に描いておくことが重要ではないかと思っております。

それから、最後にもう一つ、人口減少も進んでいく中で、医療や介護は、これからそれぞれの従事者にとってかなり負担が増えてくると、どう人材を確保するか等の問題に直面してきますが、これを社会保障の分野、医療分野や介護分野の中で解決しようと思っても、やはり限界がある。その限界は年々より明らかになってくると思います。申し上げたいのは、こうした問題はまちづくり、特に集住促進などのまちづくり分野により積極的にコミットしていかないと解決ができないので、やはりまちづくりというのは暮らしやすさの総体としてのまちづくりだと思うのですが、その中にこれから高齢化社会の中で非常に重要なファクターとして医療・介護の問題もあると思います。

よくまちづくりの分野で集住の話をする、なかなか農村部はそんなわけにはいかないと、いろいろな議論が出てくるのですが、もちろんそういうところは時間がかかるし、あるいは、これまでの歴史的な経過だとほぼ難しいなという気がするのですが、少なくとも

も都市計画で線引きされている市街化区域の中は機能を誘導する、機能を集約するような制度もできていますので、これはどちらかというと違う分野ではありますが、そちらも視野を広げて、こちらの構築会議のほうから積極的にそういうまちづくりの分野でより医療・介護が成り立ち得るような問いかけというか問題の投げかけをしていかないと、人口減少で中心部がすかすかになってくるときにこうした問題の解決は難しいので、地方都市の周辺部のみならず、中心部でも訪問介護・看護は非常に難しくなってくるという事実がありましたので、そういったこともこれからどう問題設定をして、解決に結びつけていくのかということが問われてくるのではないかと思います。

私からは以上でございまして、今日はこれまでの昨年からの半年間を取りまとめたの御報告という色彩が濃かったと思いますが、今年の秋、冬に向けての議論の枠組みとして思ったことを申し述べさせていただきました。

私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、お待たせいたしました。横山委員、よろしくお願いします。

○横山構成員　ありがとうございます。オンラインから失礼いたします。一橋大学経済学研究科の横山泉です。

私からは若者・女性にも選ばれる地方を目指した取組について1点、マイナーですが、コメントがございます。

まず、各地域の考え方や希望を尊重して、無理に参加を強いるのではなく、任意の参加を募ったという御配慮やアンコンシャス・バイアスを考慮した進め方など、背景にある事務局の皆様の御尽力や御配慮には頭の下がる思いです。

その気持ちを前提としたコメントですが、この取組に手を挙げなかった自治体の中には、政府が介入しなければ行動に移さないような保守的で現状維持を優先しがちな自治体もあるかと思います。そのような地域で既に問題なく事が進んでいけばいいのですが、潜在的な地方創生の可能性がありながら、それを意識せず過ごすことで、今後過疎化が進み、手遅れになってしまうことのないよう、手を挙げなかった自治体に対しては、最低でも参加しない理由と今後の計画などを求めてもよいのではないかと思います。それが将来への計画に対する意識を高めることにつながるケースもあるかもしれませんし、手を挙げなかった自治体が取組の趣旨や進め方を誤解している可能性もあるため、その確認にもなると考えます。若者・女性にも選ばれる地方というのを実現するメカニズムは地域間で統一されたものではなく、現地の有識者などと各地域に密着した方針を相談しながら進めていくものだとして理解しておりますが、それを単に都会化するようなイメージで受け取ってしまっていたり、それにより地方ならではの情緒や落ち着きが壊されるような危惧により参加していない自治体もあるかもしれません。ですので、引き続きこの取組の正しい理解をしていただいた上で、どのような方針を希望されていくのかを最低でも把握し、コンタクトを取り続け、今参加していない地域に対しても引き続きの対応が必要かと思えます。

また、将来この取組がよい結果につながった場合でも、任意の参加による実施を行ったことで、もともと手を挙げた自治体は地域創生の意識が高いというセレクションが働いており、そのような特性からよい結果が出たのではないかと、意識がもともと高いことが結果につながっただけで、政策介入の効果はなかったのではないかと小さかったのではないかという解釈をされる可能性もあります。ですので、例えばパネルデータを用いて観察不能の「意識」を落とした固定効果分析などで実施後も精緻な評価を行っていく必要があるかと思います。そして、将来的にはセレクションが働いていない状態で地方創生の介入の純粋な効果を推定することをしてよいかもしれません。介入することが決まっても、先方に迷惑をかけないような介入の仕方にする必要はありますが、潜在的なアウトカムに対しランダムに該当地域を選定して、純粋な介入の効果を見るという、評価を念頭に置いた自治体の選出方法を検討することも今後持ち合わせていくべき考え方だと思います。このランダムな介入の効果により、精緻に効果を推定した後で、それをエビデンスとして参考にしながら、残った自治体に対しても介入を進めていくか否かを含め、介入の仕方を検討してもよいのではないかと思います。これはあくまで将来的な可能性としての意見ですので、その点御了承ください。

私からは以上です。

○清家座長 ありがとうございました。

それでは、一通り委員の皆様方から御意見をいただきましたけれども、もう一度御発言を御希望というような方がいらっしゃいましたら、ぜひよろしく願いいたします。

権丈委員、どうぞ。

○権丈構成員 最初に出生数の報道というところで話したのですけれども、あの話とか、高額療養費とか、その辺の話も関係することになるかもしれないのですが、子ども・子育て支援金というのは、法律上は「実質的な社会保障負担」が増えない範囲内で財源を調達するとあります。どうもメディアとかを見ていると、実質的な社会保障負担というのは何兆円とか幾らという額で論じているような気がするのです。

この実質的な社会保障負担というのは、法律では国民所得に対する社会保険料の比率と定義されておりまして、経済成長に応じた財源確保を行っていくという考え方を定式したものだと思います。実際に新型コロナ以降は実質的な社会保障負担は低下したりして、賃金が上昇すればさらに下がる構造にもなっているということはもう少し思い出しにくいかなということがあります。

それと、2008年の社会保障の国民会議のときに医療費、あるいは将来の社会保障給付費などの試算とかいろいろやったわけですが、その前ぐらいから、名目額で将来を試算すると、足下の経済が成長しているときには将来の給付は物すごく高く推計されて、経済成長率が低くなると医療費や社会保障給付費が低くなるというような傾向があったので、2006年に「医療費の将来見通しに関する検討会」という会議が立ち上げられ、2007年に報告書をまとめています。

報告書では、年金も医療も基本的には経済成長率と、タイムラグはあるけれどもリンクした形で伸びていくから、賃金とかGDPの伸びを先に決めて、そして、その上に近年のスプレッドを上乗せした形で試算していくべきことを確認し、実は、2008年の社会保障国民会議の時からずっと、本当に計算しているのはGDP比だけなのです。

2018年に2040年の試算を行ったとき、そのGDP比をメディアとかに言う意味が分からないと言われて、試算した彼らはかわいそうに括弧つきで何兆円と書いたのですが、そうすると翌日の新聞は全紙で「2040年度 6割増の190兆円」というような報道になる。

本当はGDP比でしか計算していないということを確認すると同時に、先ほど話した支援金関係の「実質的な社会保障負担」というのも同じ考え方にあるということも確認しておいていいかと思っております。

○清家座長　ありがとうございます。

それでは、事務局から何かございますか。

○朝川事務局長　何点かございます。

今、直近の権丈先生のお話と、土居先生だったと思いますが、給付と負担推計の話をまず申し上げますと、支援金の規定の仕方は、権丈先生がおっしゃるとおり、分母が国民所得で分子が社会保障となっていますので、そういう構造であるということで、実額ではないのということです。だから、社会保障の給付費の額自体が増えることではなくて、国民所得との対比で決まっているということ。ただし、実質的な負担を増やさないということ、社会保障の効率化にはしっかり努めなければいけないという基本を図っているということを念頭にこれまでも進めてきていますし、来年度から支援金を徴収するというステージに入りますので、しっかり取り組んでいきたいということがまず一つです。

あと、給付と負担推計については、御指摘いただきましたとおり、年金の財政検証も終わっておりますので、いろいろな条件は整ってきつつありますので、いろいろな諸条件を考えながら、タイミングを見ながらしっかり引き続き取り組んでいきたいと思います。

それ以外、この全社の会議の進め方についても御意見をいただいております。今の給付と負担推計もそうですし、工程表をつくってから大分期間もたってきて、その間に課題も変化してきていて、それを踏まえて見直すべきところがないかどうか、あるいは来年に向けてどう取り組んでいくのかといったことも含めて、これから年度の後半に入っていきますので、少し考えながら我々も取組を進めていきたいと思います。

香取委員の御指摘の中には、社会保障の機能の強化ということで、再分配のお話とか機能強化の話もいただいております。そういうことも含めて、効率化の課題も含めて整理をしていきたいと考えております。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、山崎総括事務局長、お願いします。

○山崎総括事務局長　各委員から大変貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございます。ご存知のとおり昨年からの改革工程に沿った取組を進めているわけですが、私たち

全社室や厚労省、財務省など政府側としては、少数与党という政治情勢の下、はっきりとした見通しを立てづらい中で、これまで精一杯の対応を続けてきたつもりであります。改めて言うまでもないのですが、社会保障をめぐる問題、特に給付と負担の在り方というテーマは政治面にも非常に深く関わる部分があり、一つの考え方や切り口だけではなかなか決められない要素がありますので、これからも各方面の幅広いご理解をいただきながら改革に取り組んでいく必要があります。今回の国会は終わりましたが、次のステージがあるわけですし、その中で、これからも御意見をお聞きしながら、年末に向けて取組みを進めていくことになるのではないかと思います。

一方、社会保障にはサービスの保障というテーマもあります。具体的には、人口減少が進む中で、地域の医療や介護サービスの提供体制をどう再構築していくかということです。その点では、今日、厚労省の各局からも報告がありましたが、これまで一生懸命に地方自治体や有権者などの皆様と議論を重ねてきた成果として、医療、介護、福祉など各分野においてかなり改革の方向性やメニューがそろってきた段階になっています。先ほど武田先生が言われたように、これらはバラバラでなく、全部連携させながら一つのビジョンを作っていくことが重要で、その面では相当な部分が出来てきたのではないかなという感じを持っております。

いずれにしても、全世代型社会保障の構築を目指して、これからも構成員の皆様の御意見をお聞きしながら、最大限の努力をしてまいる所存ですので、今後とも御支援をお願いしたいと思っております。以上です。

○清家座長　ありがとうございます。

それでは、よろしゅうございましょうか。本日の議論につきましてはここまでとさせていただきます。皆様、本当にありがとうございました。

全世代型の社会保障を構築していくために、まだ今日も皆様方から様々な課題を御提示いただいておりますので、政府におかれましては、本日の御意見も踏まえて、引き続き改革工程に沿った改革の具体化に取り組んでいただくようお願いをしたいと思います。

なお、会議後のメディアの対応につきましては、後ほど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別に御対応はされないようお願いをいたします。

次回の日程、開催場所については、追って事務局から御連絡をいたしますので、よろしくお願いいたします。

以上をもちまして、第21回「全世代型社会保障構築会議」を終了いたします。本日は誠にありがとうございました。