

第二百一十一回国参議院厚生労働委員会会議録第九号

令和五年四月二十七日(木曜日)

午前十時開会

委員の異動

四月二十六日

辞任

山本 博司君

補欠選任

若松 謙維君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

山田 宏君

こやり隆史君

島村 大君

比嘉奈津美君

川田 龍平君

山本 香苗君

生稲 晃子君

石田 昌宏君

神谷 政幸君

友納 理緒君

羽生田 俊君

藤井 一博君

星 北斗君

石橋 通宏君

打越さく良君

高木 真理君

窪田 哲也君

若松 謙維君

東 徹君

松野 明美君

田村 まみ君

芳賀 道也君

倉林 明子君

天畠 大輔君

事務局側

常任委員会専門員 佐伯 道子君

参考人

一般社団法人日本経済団体連合会専務理事 井上 隆君

株式会社ニッセイ基礎研究所主任研究員 三原 岳君

早稲田大学理事・法学学術院教授 菊池 馨実君

全日本民主医療機関連合会社会保障政策部担当役員 山本 淑子君

本日の会議に付した案件

○全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(山田宏君) ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。
昨日までに、山本博司君が委員を辞任され、その補欠として若松謙維君が選任されました。

○委員長(山田宏君) 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。
本日は、本案の審査のため、四名の参考人から御意見を伺います。

御出席いただいております参考人は、一般社団法人日本経済団体連合会専務理事井上隆君、株式会社ニッセイ基礎研究所主任研究員三原岳君、早稲田大学理事・法学学術院教授菊池馨実君及び全

日本民主医療機関連合会社会保障政策部担当役員山本淑子君でございます。

この際、参考人の皆様に一言御挨拶を申し上げます。

本日は、御多忙のところ御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

皆様からの忌憚のない御意見を賜りまして、今後の審査の参考にさせていただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

次に、議事の進め方について申し上げます。

まず、井上参考人、三原参考人、菊池参考人、山本参考人の順にお一人十五分以内で御意見を述べさせていただき、その後、委員の質疑にお答えいただきたいと存じます。

また、御発言の際は、挙手をしていただき、その都度、委員長の許可を得ることになっておりますので、御承知おください。

なお、御発言は着席のままで結構でございます。

それでは、まず井上参考人からお願いたします。井上参考人。

○参考人(井上隆君) ありがとうございます。経団連で専務理事を務めております井上隆と申します。

本日は、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の審議に際しまして、経済界からの意見を陳述する機会をいただき、御礼を申し上げます。

私からは、本法案につきまして基本的に賛成の立場から、お手元のレジュメに沿って意見を申し上げます。

まず、全世代型社会保障制度の構築に関する総論的な考え方でございます。

我が国では、二〇二五年に全ての団塊の世代が七十五歳以上の後期高齢者入りをするなど、今後高齢化は進行し、これに伴い、医療・介護給付費の増加が見込まれております。

一方で、社会保障制度を財政面で支える現役世代は減少を続けており、結果として、現役世代の保険料負担は高齢者を大きく上回るスピードで増加し続けております。医療については、現役世代が負担する保険料の四割以上が高齢者向け支援、拠出に充てられ、健保連の集計によれば、令和五年度では健康保険組合の八割が赤字の見通しとなっております。

今後、中期的には少子化は進行し、人口構造に急激な変化は見込めませんので、社会保障制度の持続可能性を確保するためには、経済のパイを拡大をしていくとともに、高齢者の方にも可能な限り制度を支える側に回っていただき、能力に応じた負担を通じて、現役世代と高齢者の方々の給付と負担のバランスの是正を図る必要があると考えております。

このような観点から、今回の法案につきまして、このような改革を更に一歩前へ進めるものとして評価をしております。

次に、今回の法案につきまして、特に我々の関心が高い項目に絞って意見を申し上げます。

まず、出産育児一時金を全世代で支える仕組みについてでございます。

今回、出産育児一時金の大幅な引上げにおいて、費用の一部を、現役世代だけでなく、後期高齢者医療制度からも支援する仕組みとされております。少子化の流れが反転しない中、この点については、子育てを高齢者も含めた全世代で支援するという観点から意義があり、評価をしております。

なお、制度の検討過程において、出産費用の見

える化の必要性についても議論が行われたと承知をしております。妊婦の方々が安心して出産できるよう、適切に医療機関を選択できる環境整備が重要でございます。出産費用の状況、医療機関等の特色、サービスの内容等の情報提供、いわゆる見える化を進めていただくことが重要と考えております。

次に、高齢者医療制度の見直しについて申し上げます。

先ほど申し上げましたとおり、高齢化の進行によりまして、今後も、医療・介護ニーズの増大、費用の増加が確実です。現役世代が減少を続ける中、経団連では、これまで公正公平な全世代型社会保障の確立を訴えてまいりました。

公正公平とは、年齢や働き方にかかわらず、国民全体で納得感が持てる適切な給付と負担を実現することであると考えております。そのためには、高齢者の方々におかれても、負担能力のある方には御負担をいただき、現役世代だけに負担が偏ることがないように、制度の持続可能性を高めていく必要がございます。

このような観点から、今回提案をされております、①後期高齢者負担率の設定方法を見直して、後期高齢者の一人当たり保険料と現役世代の一人当たり後期高齢者支援金の伸び率をそろえること、また、②負担能力に応じて後期高齢者の保険料負担を見直すことのいずれにつきましても、全世代で公平に支え合う観点から賛成をいたします。

また、被用者保険からの前期高齢者の医療給付費負担につきまして、これまでの加入者数に応じた調整に加えまして、報酬水準に応じて調整する仕組みを一部に導入する提案がなされております。この点につきましては、報酬水準の高い健保組合にとって負担が重くなる内容ではございますが、今回、あわせて、被用者保険者への財政支援策も盛り込まれております。

今年度の保険組合の財政は、健保連の調査によりますと、高齢者医療等への拠出が急増する中、

五千六百二十三億円もの赤字が見込まれ大変厳しい状況にあり、今回、報酬調整の導入と併せて財政支援が実行されることは意義があると思っております。

また、先ほどの、負担能力のある高齢者の方々にも支えていただく見直しを含めれば、高齢者医療制度の改革トータルで見れば結果としては、私どもの主張しております現役世代の負担軽減につながるものと一定の評価をさせていただいております。

なお、今後ますます厳しさが予想される医療・介護保険制度の財政状況を見据えますと、先ほど申し上げた公正公平な全世代型社会保障制度の確立の観点から、適正な負担能力の把握が極めて重要となつてまいります。この点に関しましては、マイナンバーを活用して、フローの所得のみならずストックにも着目し、御高齢の方の保有する金融資産等も勘案した、真の負担能力に適切に対応した保険料、利用者負担の在り方について更なる検討が必要と考えます。

次に、医療・介護分野の情報基盤整備について申し上げます。

今回の改正案では、医療法人や介護サービス事業者の経営情報のデータベースとともに、自治体や事業者等に分散していた介護情報を電子データで収集、整理する基盤を整備することが盛り込まれております。

急速な高齢化に伴い、医療・介護サービスに関する地域による格差あるいは偏在が大きな問題となつております。医療分野、介護分野のDX、デジタルトランスフォーメーションを進めることを通じて、限られた人材、財源の有効活用、事務負担の軽減、生産性の向上、そしてサービスの質の向上につなげることで、効率的かつ持続可能な医療・介護提供体制の構築を実現していただきたいと思っております。

また、経営情報のデータベースは、医療・介護政策をめぐる環境変化に対するエビデンスに基づいた的確な対応とともに、国民に対する医療、介

護の現状や実態の理解促進を図る点でも不可欠な基盤であります。

今回、職種別給与費の状況の提出は任意項目とされております。今後、医療、介護に従事されている方々の処遇改善を検討する上でも重要なデータであり、かつ、見える化の趣旨に合致するよう、可能な限り、より多くデータ収集をいただきたいと思っております。将来的には、任意の在り方を見直すことも含めて検討すべきと考えます。

最後に、全世代型社会保障制度改革に関連し、経団連の基本的な考え方について申し述べさせていただきます。

日本経済は、三十年來の長期にわたり低迷が続いております。経団連は、地球温暖化を始めとする生態系の崩壊や格差の拡大といった社会課題の解決と、持続可能な経済成長を目指すサステイナブルな資本主義を掲げて活動が続けております。

そして、これを支えるのは分厚い中間層だと考えております。分厚い中間層の形成には、社会保障、税制の改革、賃金引上げや人の投資を含む労働政策、官民が連携し中長期に、視点に立ったダイナミックな経済財政運営、この三つに全体感を持つて一体的に取り組む必要があります。

企業においては、成長の成果を適切に分配し、構造的な賃金引上げと国内投資の拡大を通じて、マクロ経済環境の改善、分厚い中間層の形成に努めていくことが重要であります。その一環として、既に今期の春季労使交渉では、物価動向を特に重視しながら、企業の社会的責務として賃金引上げのモーメントの維持強化に向けた積極的な対応を広く呼びかけ、その結果、多くの企業が対応を始めているところでございます。

今がまさに、長期低迷から脱却して好循環を定着させ、分厚い中間層の形成につなげていく起点となる重要なタイミングであります。分厚い中間層がしっかりと経済成長を担っていくことが社会保障制度の安定にもつながり、少子化の歯止めにもつながります。

経済界としては、賃金引上げのモーメントを

来年以降も定着させて構造的な賃金引上げを実現していきたいと考えております。しかし、現役世代の社会保険料の負担軽減と将来不安の解消につながる社会保障制度の見直しが行われなければ、こうした企業の努力の効果も減殺され、若い世代の希望も失われてしまいます。

今回の改正案は、その趣旨にありますとおり、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けた第一歩だと考えております。今後も引き続き、高齢者の方々と現役世代の給付と負担のアンバランスの是正、特に分厚い中間層の形成に資する制度改革に果敢にお取り組みいただきますようお願いを申し上げます。

私からの説明は以上でございます。ありがとうございます。

○委員長(山田宏君) ありがとうございます。

次に、三原参考人をお願いいたします。三原参考人。

○参考人(三原岳君) おはようございます。二ツセイ基礎研究所の三原です。

今日は、こういう機会をつくっていただき、ありがとうございます。今日は、全世代型対応の社会保障に関して、独立した立場でお話しさせていただきます。

二ツセイ基礎研究所に私は所属していますけれども、研究者としては非常に独立した立場で、社会保障制度を中心に、特に医療、介護を中心に政策研究をやっております。今日もそういう立場でこの後お話しさせていただきます。

資料を作つてまいりましたので、資料を基に説明させていただきます。

一枚おめくりください。

今日は、初めにということで論点整理を少しして、それから、かかりつけ医の強化の話、医療、介護の話、さらに、最後、終わりにという流れになります。

一枚おめくりください。

今日の、今回の法案は様々な内容が盛り込まれているわけですが、今回は、私の説明の内容に応

じて四つで整理しました。かかりつけ医の強化、医療・介護制度の持続可能性確保、それから三ページ目ですが、少子化対策、その他という整理です。

私は、今日はかかりつけ医の強化に関して大体八割から九割ぐらい、あと、医療、介護に関して残り一割、二割、最後、ちょっと少子化に。私は少子化の専門家ではありませんが、少子化だけ少子化の話も触れたいと思っています。

一枚おめくりください。五ページ目へ飛んでください。

今回のかかりつけ医機能の強化に関しては、去年の年末に社会保障審議会医療部会が意見書を出しました。その中の内容というのは四つで私は整理されていると思います。一つはかかりつけ医機能の定義の法定化、二番が医療機能情報提供制度の刷新、三番目がかかりつけ医機能報告制度をつくるよという話です。四番が書面交付の仕組みをつくるという話です。これをちょっと図にしたのが六ページ目になります。

国民、患者がかかりつけ医を選ぶときに情報が必要なので、その医療情報提供制度を刷新して国民に情報をきちんと渡していくというのがまず左側の矢印になります。それから右下ですが、都道府県がかかりつけ医に関する情報を集約して開示して、それを基に地域の医療機関と協議しながらかかりつけ医機能の向上を目指すというのがかかりつけ医機能報告制度。左上が、書面交付制度というのは、医学的管理が必要な患者さん、例えば高齢者とか障害者の方、こういった方に対して、患者が望むのであれば書面を交付すると。かかりつけの関係を一定証明するというようなことが今回の制度改正の肝、内容かなと思っています。赤で囲ったところが私の気になっている点、あるいは今後論点になるかなと思っている点なんです。これはちょっと字に起こしましたので、七ページ目、御覧ください。

かかりつけ医機能のまず定義の法定化の意味合いですけど、私はこれはプラスだと思っています

す。医療法に今まで、かかりつけ医機能あるいはプライマリケアという国民にとって身近な医療が一切位置付けられていなかったという点は私はマイナスだと思っていますので、これが位置付けられること、これは一定程度プラスだと認識しています。一方で、むしろ私は遅きに失したんだと思っています。

これは、四十年前に、家庭医に関する懇談会、家庭医をつくるつくりしないで実は厚生省と日本医師会がもめまして、曖昧なかりつけ医を拡大していくということで合意した経緯があります。そのときの経緯は、参考資料の二十四ページ目から三十ページ目辺りに当時の経緯が整理してあるんですけれども、そのときの経緯があるので、曖昧な形でかかりつけ医をつくってきた、運営してきたわけです。それが一定程度位置付けられることは意味があるかなと思っています。

ただ、国民、患者から見たら、ちょっと分かりにくい点は否めないかなと思います。例えば、今回は、かかりつけ医の法定化ではなくて、かかりつけ医機能の定義の法定化です。これを私はちょっと自分の両親や大学の同級生にこの違いを説明するというのはなかなか難しいなと思っています。まして、ちょっとその分かりにくいという点は今回の制度改正の課題かなと思っています。ただ一方で、プライマリケアが位置付けられたこと、これはプラスかなと思っています。

二番の医療機能情報提供制度、かかりつけ医機能情報提供制度も、どうやって実効性を担保するのかということが課題になるかなと思います。特に、医療機能情報提供制度というのは国民に使ってもらうシステムですから、国民に使い勝手のいいシステムの情報を出していく必要がある。

厚生労働省は、全国統一のシステムで分かりやすく提示すると書かれていて、この医療機能情報提供制度にしてもかかりつけ医機能報告制度についても、今後の制度設計は有識者の検討に委ねるとなっておりますけれども、例えば、私がかかりつけ医機能報告制度を使って近所のスズキ先生のと

ころに行って、スズキ先生、医療機能情報提供制度でオンライン診療やられているって聞いたんですけど、やられているんですかと聞いた場合に、いや、実は半年前にやめたんだよねと言われたときに、私はどう思いますかね。医療機能情報提供制度って使えないなって多分思うんだと思うんです。

やはりそれは、全国統一のシステムをつくるだけじゃなくて、やっぱり半年とか、多少のタイムラグがあるのはしょうがないと思うんですけど、半年とかの周期でローリングをしていく、情報の見直しをしていかないと、恐らく使えるシステムにならないと思います。これは都道府県が制度を運用しますので、都道府県の主体性、それから地域の医師会の協力、これが欠かせないことになってくると思います。

四番の、書面の交付の患者、医師の関係性という点なんですけど、これも、かかりつけの関係を一定程度証明するというのは非常に私は意味があると思います。なぜかという、医師というのは患者と医師の信頼関係で私は成り立つと思っていますので、これを一定程度担保するには意味がある。

ただ、これが医療部会の意見書を読むと、一人の医師だけにその書面交付の発行をできるようにするのか、あるいは複数にするのかというのが両論併記になっているように読めます。それはつまり、三原という患者に対してスズキ先生が書面を交付できるだけ、スズキ先生だけが書面を交付できるようにするのか、スズキ先生もサトウ先生もタナカ先生も書面を交付できるようにするのかというのがよく分からないですね。

かかりつけ医というのは何でも相談できるお医者さんなわけですよ。その人を中心に、その人の責任、その人がケアの責任者になって、その人を中心にいろんな人と、多職種と連携するというシステムです。医療の入口が複数にまたがるというのはいささかどうなのかと思いますので、私はこれは一対一でなければならぬだろうと

思っています。それをしなければ、かかりつけ医の機能を強化した私は意味が半減するぐらい思っていますので、この辺りは次の診療報酬改定との絡みもありますから、今後の論点のかなと思っています。

八ページ目、御覧ください。

先ほど申し上げたとおり、今回の制度は都道府県に主体性を委ねていますので、やっぱり都道府県の主体性、それから地域の医師会の主体性が求められます。様々な制度改正は都道府県に今委ねられています。介護に関しては市町村が主体性を求められていますけれども、かかりつけ医機能もそういうことだと思っています。

こういうことを言うと、大体メディアの皆さんから、それは都道府県はできるんでしょうかという問合せがあります。私は答えはイエスだと思っています。二十年間の地方分権の成果として、都道府県がその能力を持っていることは、今回のコロナでも一定程度明らかになったんだと思います。

ただ、こういう質問になると答えはノーに変わります。それは、全ての都道府県で対応できずかという問いとか、全ての都道府県で制度が安定的に回りますかという問いを受けると、私は答えがノーに変わります。

それはなぜかというと、やはり都道府県の担当者によってレベル感、やる気とか能力によって、またレベル感の違いもあります。それから、地区医師会のリーダーシップの違いもあります。あと、地区医師会と、例えば医師会と政治との関係がちよっとぎくしゃくしているとかいろんな変数があつて、やっぱりうまくいかないところもあればうまくいくところもある。だから、そこら辺はどうしても格差が出るんだろうと思います。

今回は、地域の実情に応じて実践と自治を積み上げていく取組だと思っています。これは非常に大事だと思うんですけど、これだけで本当に制度改正ができる、基盤が強化されるのかと言われたら、ちょっとそこは私はクエスチョンマークが

付いています。

実際、厚生省は、三十年前にかかりつけ医のモデル事業をやりました。これは医師会を中心にやってくださって、当時の資料とか読むと、かなりの、一部の医師会は相当前向きだったと理解しています。今回も恐らく、かかりつけ医機能報告制度を使って、かなり、一部の医師会が前向きにやってくださるんじゃないかと思って期待しているんですけども、かかりつけ医推進、かかりつけ医モデル事業、当時のモデル事業の資料を読んでも、これが今続いているとはやっぱりちよつと到底思えないですね。やはりその自治と実践というのは、担当者が替わるとか、そういった形で長続きしない面がありますので、やっぱり制度で担保する必要もあるだろうと思っています。で、一層の制度改革が、やっぱり議論が必要だろうと私は思っています。

今回の制度改革は一定程度進歩、前進がありますけれども、今回のその制度改革の論点、制度改革に至るまでの論点というのは、かかりつけ医はかなりもめましたけれども、論点は幾つかありましたが、患者、医師の関係性に着目すると、こういった点だと思います。

かかりつけ医の制度化に賛成の人、つまり登録制に賛成の人というのはこういう分類をしました。つまり、三原という患者がサトウ先生を例えば登録医に指名したら、サトウ先生が健康管理をしてくださる、コロナのワクチンの接種もしてくださる、発熱対応もしてくださる、ケアの責任体制が明確になりますという言い方をしたわけですが、私はこの立場に近いので、そこはよく分かるんですが、これには実はちよつとマイナス面もあります。

つまり、フリーアクセスが制限されるわけですよ。例えば、スズキ先生のとこの診療所がすごく混んでいて、処方箋だけもらいたいので隣のタナカ先生のところに行きたいというのが行けなくなるわけです。まあ、制度設計次第の面もありますが、なので、ケアの責任体制を明確にすると

いうこととフリーアクセスを維持する、患者の受療権を確保するということは一種トレードオフなので、このトレードオフの間ですと議論が平行線をたどつたと私は認識しています。

これを私は神学論争と当時思っていたんですが、じゃ、その神学論争は乗り越えられないかと言われると、実は乗り越えられると私は思っています。

これが十ページ目ですが、登録制に賛成の人というのは必ずイギリスの医療制度を参考にします。私もイギリスの医療制度、十年前に見に行きましたが、やっぱり合理的なシステムだと思いました。つまり、ゼネラルプラクティショナーという家庭医が、プライマリケアとして全人的かつ継続的なケアをして責任体制を、そこで責任が明確になっている。必要に応じて二次医療機関を指名する。

ところが、やっぱり患者に受療権はあります。登録制ですから、そこに行くしかないわけですね。だから、日本のフリーアクセスとは明らかに違っています。だから、イギリスの仕組みと日本の仕組みは違うという指摘を反対派の方はよくおっしゃいます。私もそのとおりだと思います。

ただ、日本はフリーアクセスなんですか、純粹に。実は、紹介状なし大病院受診で七千円取っているわけですね。だから、フリーアクセスは実質的に軌道修正されています。

フランスの医療制度をそこに間に挟むと、実はそんなにイギリスの医療制度と変わらないんじゃないかというのがこの絵になります。フランスのかかりつけ医制度は、登録は義務付けられていますが、ただし、登録した医療機関以外に行ったら高い値段を取るよという仕組みになっているわけですね。こを、このフランスを間に挟むと、日本とイギリスというのはそんなに懸け離れてなくて、フランスが日本とイギリスのハイブリッドのようなイメージで理解できるんじゃないでしょうか。フランスは実際、日本のようなフリーアクセスでした。

なので、そういうふうになると、こういう神学論争のようなゼロか一かではなくて、歩み寄る努力が私は必要だったんじゃないかなと思っています。

次の改正もそういった形、次もし制度改革正義論するのであれば、こういうトレードオフの関係に配慮しながら幾つかの選択肢を考えていくということが考えられるんじゃないでしょうか。例えば、患者の登録が問題であるならば、義務が問題であるならば任意にする。任意にする代わりに、かかりつけ医に誘導する代わりに、例えば高い値段を、高い値段を取る、それ以外の医療機関に行ったら高い値段を取る、任意にした場合は保険料を下げる、そういった幾つかのオプションが私にはあると思います。そのオプションを今後はずっと模索しながら、ケアの責任体制を強化しながら患者の受療権を確保するという難しいトレードオフに次はチャレンジしていただきたいなと思っています。

残り、医療、介護の話と少子化の話を少し触れたいと思います。

医療保険に関しては、今回の改正は、簡単に言うところ、私は全世代で能力に応じた負担対応を強化したという流れだと思っています。これは、一定程度私はやむを得ないと思っています。ただ、制度の複雑化が一層進んでいる。これはやむを得ない面があつて、利害調整するときに、足して二で割る、足して二で割るというのがやっています。ただ、どんどんどんどん国民にとって制度が複雑化しているという点が気になっています。

社会保険方式というのは、本来は、負担がこれぐらいあるから受益がこれぐらいある、受益がこれぐらいあるから負担がこれぐらいあるという、負担と受益の関係性が明確なのが社会保険方式のメリットだと言われ、どの教科書にもそう書いてあるんですが、今の医療保険制度を見ると、それが機能しているとは到底思えません。ただ、制度をガラガラボンするのはやっぱり難しいので、少

しずつ少しずつ簡素にしていこうという努力を私はしていかなきゃいけないのかな、つまり、あとは制度の複雑化を食い止める、そういう努力も必要なのかなと思っています。

十三ページ目ですけど、介護に関しては、今回様々な法案、多くの法案、結論、議論を次の制度改革に先送りしたような形になっていますが、生産性向上が一つの論点だと思っています。この辺り、介護の人材不足というのは本当に制約条件として大きくて、ただ、生産性向上とか人手不足って、なかなか逆転ホームランで一発逆転ホームランというのはないので、少しずつ少しずつ積み上げていくしかないと思います。

生産性向上に関しても、厚生省は、都道府県に窓口をつくってそこで現場と意見をすり合わせながら地域の実情に応じて生産性向上をやっていくというふうに、スタンスでいっていますけれども、私はこれは正しいと思っています。なので、これは少しずつやっていく必要があるでしょうし、介護報酬改定などの誘導も一定程度考えられるのかなと思っています。

では、終わりにという流れになり、終わりにというところで、十五ページ目を御覧ください。かかりつけ医機能に関しては、これまで制度面でほとんど手付かずだったんですけど、今回の対応は私は前進だと思っています。むしろ遅きに失した感も否めません。ただ、かかりつけ医の曖昧さは非常にやっぱり残されたなという印象です。それから、具体的な詳細な制度設計はこれからだということですが、どんな情報を公開するのか、やはりここは国民目線で議論していただきたいなと思っています。それから、地域の自主性を重んじた制度になっていますから、都道府県医師会の主体性が求められる。それだけでは私はうまくいかないと思うので、一層の制度改革として議論していかなきゃいけない。そこにトレードオフが発生しますから、トレードオフをどう対応するかということを考えていかなきゃいけない。医

療、介護に関しても様々な論点があります。

少子化に関して最後ちらつと述べます。私は少子化の専門家ではありませんので余り詳しく述べられませんが、やはり給付を増やす議論だけじゃなくて、やっぱり負担を増やす議論も必要だろうと思います。税財源も含めて負担と給付の見直しを、向けて国民の合意を付けていく、そこに国民の代表である立法府ももちろん関わっていくことが大事だと私は思っています。

少し早口になりましたが、以上です。御清聴ありがとうございました。

○委員長(山田宏君) ありがとうございます。

次に、菊池参考人をお願いいたします。

○参考人(菊池馨実君) 早稲田大学の菊池でございます。よろしく願っています。

私は、法学、法律学の研究者でございます。社会保険法という分野を専攻しております。また、社会保障審議会介護保険部会の部会長、医療保険部会の部会長代理、そして内閣官房全世代型社会保障構築会議の構成員を拝命してございます。

これらの会議では、これまでのような世代別、年齢別ではなく、全ての世代で負担能力に応じて、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを強化するための改革の必要性、そして、地域における質の高い医療、介護の体制構築の必要性について指摘されており、医療保険制度固有の改革と、医療、介護の両制度にまたがった改革の双方が求められております。

今回の法案のキーワードは、一つは全世代対応型の社会保障制度の構築であります。同時に、持続可能な社会保障制度の構築ということでもあります。全ての世代が負担能力に応じて社会保障制度を支えていく仕組みを構築するとともに、個人のニーズに応じた良質な医療・介護サービスを効率的に提供することで、将来にわたって持続可能な社会保障制度を構築することが期待されます。

以下、時間の許す範囲で、個別論点について若

干述べさせていただきます。

まず、医療保険ですが、全世代対応型というのは全世代で支え合うこと、すなわち、支える側と支えられる側を年齢による区分で分けるのではなく、全世代で支え合うことを前提に負担能力に応じて負担するという考え方です。高齢者と現役世代のバランスが大きく変化し、昨日も人口推計出しましたけれども、現役世代を中心に人口減少の局面に突入している現在、不可欠なコンセプトです。

その中で、孫の世代に当たる世代の出産を後期高齢者制度が支える仕組み、そして、介護保険と同様、後期高齢者の保険料の伸びと現役世代の支援金の伸びをそろえる見直し、以上二つは世代間の公平を図る仕組みです。そして、所得の高い被用者保険の保険者とそうでない保険者で公平な負担としていく前期財政調整制度の見直し、こちらは現役世代における世代内の公平を図る仕組みです。これらの仕組みを通じて、世代内及び世代間の公平に着目した医療保険制度としての基盤が一定程度強化され得ると考えております。

その調整手法はいささか技巧的であると言えなくもありませんが、年金と異なり、保険者が多数存在し、後期高齢者医療制度も存在する医療保険の分野では、これら多数の制度間の微調整を図りながら全体としての公平な制度構築を行っていく必要があるという面がございます。

以下、幾つかまた個別に述べさせていただきます。まず出産関係ですが、後期高齢者医療制度導入以前、後期高齢者自身の拠出も含め、出産育児一時金の財源が賅われておりました。今回、再び以前と同様、後期高齢者にも出産育児支援金という形で支援をしていただくということです。

後期高齢者医療制度では、現役世代から後期高齢者に対する一方的な財政支援の仕組みしかなかったのを、給付の性格に応じて双方で支え合うということで、望ましい方向性だと思っております。こうした医療保険の被保険者全体の負担を財源とした出産育児一時金の増加は、評価できる

と思っております。

ただ、その費用自体が増加しておるんですが、その費用の実態について本格的な分析はなされていません。その意味で、子育て世代が安心して出産できる環境の整備を進める観点から、徹底した出産費用の見える化に取り組んでいくことが不可欠となります。

通常分娩の保険適用については、医療保険部会においても、その方向で検討を進めるべきという立場から、私は積極的な意見を述べさせていただいております。サービスの標準化や安全性の向上が期待されることから、今後の方向性として保険適用には賛成でございますが、その前提としても、見える化によって出産費用の地域差や病院間の差などを十分に分析する必要があると考えてございます。

それから、高齢者負担率の見直しですが、二〇二五年までに全ての団塊世代が七十五歳以上となる。その後、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が更に加速する、加速化していく中で、後期高齢者の保険料が、後期高齢者医療制度創設以来一・二倍の伸びにとどまっている一方で、現役世代の負担する支援金が一・七倍になってございまして。他方、現役世代は、後期高齢者支援金という形で後期高齢者医療の約四割強を負担しています。

こうした状況を踏まえると、後期高齢者医療制度における現役世代の負担上昇の抑制も課題であることから、今回、介護保険の仕組みに合わせ後期高齢者負担率の設定方法について見直すのはやむを得ないものと考えます。

他方、こうした見直しを行うに当たっては、負担増となる保険料額の大きさや個々の高齢者の負担能力に十分配慮し、負担能力に応じた負担という今回の改革の基本的な考え方を徹底することも必要です。また、急激な負担増にならないよう、言わば期待的利益に対する十分な配慮も不可欠だと思います。この点から、後期高齢者の保険料負担の見直しについても、激変緩和のための経過措置

の導入など、十分配慮していただきたいと思います。

それから、医療・介護制度改革ですが、これも重要な柱になると思っています。医療と介護の連携です。

全世代型社会保障構築会議での改革の方向性の柱は四つあります。子ども・子育て支援の充実、働き方に中立的な社会保障制度の構築、医療・介護制度の改革、そして地域共生社会の実現です。報告書で明記されているわけではありませんが、私としては、医療と介護の連携を深めることは地域共生社会の実現にも深く関わるものと考えています。

医療・介護分野に関して言えば、真の意味での地域包括ケアの推進のためには、医療ニーズの大きい在宅の高齢者や、急性期に入院が必要になった後で自宅に戻る高齢者などを地域でどう支えるかについては、医療と介護が連携することで可能性は大きく広がっていくと思います。

他方、地域包括ケアの上位概念は地域共生社会であると捉えられています。高齢者に限らず、地域の様々な支援者や支援機関のネットワークの中で、地域住民同士の支え合いも含め、人のつながりの中で生活を送っていけることがこれからの社会保障が目指す方向性と考えております。

こうした観点から、今回のかかりつけ医機能の報告制度は、長年法律に位置付けることができなかったかかりつけ医療機関の担うべき機能を法律に盛り込んでおり、評価できると考えております。

なお、今回の改正はあくまでかかりつけ医機能を対象としたものであります。先ほど三原参考人の御発言で、なるほどなと思つて興味深く伺つておったんですが、保険診療における経済的ニードにとどまらず、いわゆるゲートキーパー的な、イギリス的なかかりつけ医を我が国の医療提供体制の中に位置付けることは、イギリス的な制度を持ち込むというのは、それ自体、私は賛成できないと思っております。ただ、先ほどいふような選択

肢があるよというお話を伺って、なるほどと思った次第でございます。

法案では、かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、国民、患者がかかりつけ医機能有する医療機関を適切に選択できるような情報提供を強化する、そして、都道府県と地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討し公表するとされています。地域によって住民のニーズや専門職人材などの資源の状況が大きく異なることを前提に、不足している機能を把握した上で、それぞれの地域がその特性に応じて課題の解決の手法や仕組みを主体的に考えていくことが必要です。

これまでも、医療計画や地域医療構想の設定、地域包括ケアシステムや地域共生社会の構築など、それぞれの地域において必要な体制整備が進められてきています。確かに、ここでのいう地域は、医療分野の場合、都道府県というやや広い圏域が想定されることが多く、介護や地域福祉でいう基礎自治体、更に狭い小中学校の圏域など、分野ごとに想定される様々な地域をどう重層的に組み合わせつなげていくかは今後の重要な課題だと思います。しかし、いずれにせよ、かかりつけ医機能の制度整備を通じて医療と介護が一層つながり、地域で住民を支える仕組みが更に深化していくことを期待しております。

それから、情報基盤の整備ですが、かかりつけ医機能の確保を中心として、身近な地域における医療、介護の連携体制を強化し、地域包括ケアシステムを深化、推進させ、ひいては地域共生社会の構築に資するという観点からは、医療機関と介護事業者のみならず、自治体、そして何より利用者も含めた関係者間で、利用者の医療・介護情報を電子的に共有するための情報基盤の整備も大変重要な改正事項であります。

今後、後期高齢者の大幅な増大に伴い、医療、介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加していく中で、医療と介護が有機的に連携することにより、本人の状態に合ったより質の高い医療・

介護サービスを提供することが可能になることが期待されると思います。

今回の改正は、こうした取組を介護保険法の地域支援事業に位置付けるものであります。地域包括ケアの推進が地域支援事業の取組を通じて行われていることから、これは適切とは思われますが、地域支援事業自体、非常に種々雑多なものが置かれておりまして、今回改正とは別に、全体的な整理をすべき時期に立ち至っていると私は考えております。

それから、経営情報の調査、分析ですが、医療・介護政策を取り巻く環境変化を踏まえ、必要な経営情報を毎年継続して報告し、蓄積したデータを分析する新たな制度を導入することで、例えば、現在の物価高が医療・介護分野の経営に及ぼす影響や、コロナ感染症のような新興感染症の発生に際し、経年のデータを分析することで的確な医療機関の支援策を講じることが道が開かれると考えます。

さらに、一昨年来議論されている医療・介護従事者の処遇改善を検討するに当たっても、医療機関、介護サービス事業所、施設における職種別の給与の状況についても、今は任意で報告を求めるとされておりまして、そこが機能することを期待しておりますが、このデータベースの活用は、そうした処遇改善に際してのよって立つ根拠を提供すると考えられます。任意での、まずは任意での報告ということから始めて、それがどの程度実効的なものかというのを検証していく、よく見ていく必要があると思っています。

各論的な、駆け足で恐縮ですが、以上でございますが、社会保障というのは、当たり前のことでなければ、個人の力では備えることに限界があるという課題、そして、リスク、不確実性に対して、社会全体での支え合いによって個人の幸福追求を図るために存在するものと考えてございます。日本国憲法でいうと、憲法十三条に関わる価値を実現するものと考えてございます。そうした社会保障制度が存在することで、個人と社会が共

に豊かになるという面があります。

ただし、現在、そうした社会を、財源の制約、人口減少社会の到来、家族の単身世帯・高齢世帯化、地域社会における人と人のつながりの希薄化といった非常に難しい局面の中で再構築していく必要性に迫られております。とりわけ、抛出と給付で成り立っている、戦後以来、日本の社会保障制度の中核として機能してきた社会保険の仕組みをどのように維持していくのか。連帯や支え合いといった社会保障、社会保険を基礎付ける人々の意識が私は希薄化していると見ておりますが、ともすると、負担は少なく給付は削ってはいけない、こういう意識が広がっているように私は見られるのですが、そうした中で、連帯や支え合いというこれまで存在していたものを所与とするのではなく、そうした意識をもう一度この制度改革を通じて涵養していく、そういった方向での改正を望みたいと切に思っております。

以上でございます。ありがとうございます。
○委員長（山田宏君） ありがとうございます。
次に、山本参考人をお願いいたします。山本参考人。

○参考人（山本淑子君） この度、このような発言の機会をいただき、ありがとうございます。全日本民主医療機関連合会、全日本民医連の山本と申します。

全日本民医連は、病院や診療所、薬局、介護施設や介護事業所など、全国千七百四十余りの事業所が加盟する団体です。どうぞよろしく願っています。

私からは、現在御審議されている健康保険法等一部改正法案について反対する立場から、これ以上の高齢者への負担増はやめてほしい、この一点で、現場からの声をお伝えしたいというふうに思っております。

健康保険法等一部改正法案、全世代型社会保障構築のための法改正とされております。しかし、全世代で負担をするという側面が強調され、少子化対策と高齢者施策、この二つの世代での対立が

されているかのように見受けられます。高齢者のため現役世代の負担が重くなっているかのように感じておられる方も少なくありません。ですが、実は今、多くの高齢者自身も、年金も減り、医療や介護の負担も増しており、安心して暮らせないというのが実情ではないかと思えます。

もちろん、私自身も子育てしながら働き続けてまいりましたし、子育て支援の充実を願っております。出産手当一時金の増額も大変歓迎しております。しかし同時に、若者たちが結婚できる給料、非正規雇用のような不安定な働き方を将来を見通せる安定した雇用へ、そして重い高等教育費の負担の解消、こうしたことをトータルに行わなければ出生率も上がらないままではないかというふうに考えております。そして、将来、高齢になっても十分な年金ももらえない、必要な医療も受けられない、このような状況では、それこそ全世代、明るい安心できる未来を描くことはできないのではないのでしょうか。是非社会保障予算全体のパイを大きくして全世代の社会保障を拡充してほしい、最初にそのように申し上げたいと思えます。

これまで、全世代型社会保障改革の中で、年金の受給開始時期の選択肢の拡大や七十歳までの就業機会を確保できるようにして、高齢者も生涯現役で活躍してもらい、負担能力のある高齢者には御負担いただく、そういう見直しが進められてきたかと思えます。

しかし、年金はこの十年ほど引き下げられてきており、二〇二三年はプラス改定となりますが、昨年来の物価高騰に追いつくものではございません。以前から、年金だけでは生活がでず、不足する生活費のためにパートやアルバイトで収入を得ていた高齢者もおられました、コロナ禍で仕事が減ったり仕事を失った方もおられます。そこに追い打ちを掛ける負担増となつたのが、昨年十月に実施された後期高齢者の一部窓口負担二割化です。

私も全日本民医連が実施した七十五歳以上医

療費二割化実施後のアンケート調査に基づいて、この負担増について、高齢者の声 実態を御紹介したいと思います。

本日は、この調査報告から抜粋し、一部自由記載欄を加えて配付していただきました。お手元の資料を御覧ください。

このアンケートは、三ページにございますように、昨年十二月から今年二月まで、全日本民医連の病院や診療所、薬局など窓口で、四ページ、五ページにあるような項目のアンケートに御回答いただいて、御協力いただいたものです。

六ページ御覧いただくと、三十四都道府県から一万五千三百六十八件寄せられています。

七ページにあるとおり、そのうち七十五歳以上の方が一万二千八百三十一件、さらに、そのうち、十月以降窓口負担が二割になった方が七千六百十五件でした。

八ページには、七十五歳以上で二割になった方の負担感書いてあります。六割近くの方は、二割になる前から窓口負担重いというふうに感じておられました。十月実施以降、二割負担になって負担と感じる割合が増え、とても重いが二七％、重いが五八％、八割の方が負担が重いというふうになっております。

続けて、一言欄に寄せられた声を一部読み上げながら御紹介したいと思います。

まず、九ページ、年金も減らされて、生活も大変という声です。切り詰めるものがない。年金も減り、これ以上負担が増えると困る。生活用品の物価が上がり苦しい生活になってきた。手書きの部分には、年金が減る中、保険料の占める割合が高く、負担がとてもきつく感じます。窓口負担だけでなく、保険料も負担だという訴えがありました。そして、老人は死ねと言っているみたい、とんでもない。

十ページ、これ以上の負担増はやめてという声です。高齢です、タクシィが利用できなくなると病院に通うこともできない。地方では公共交通機関が減り、高齢で免許証を返納すると、病院

に受診するときにタクシィを利用せざるを得ない地域もあります。そのタクシィ代も大きな負担となっております。必要な治療、薬、負担が増えるのは苦しいが、生きるために必要なもので、ほかは削ってでもと思う。そして、手書きの部分の二番目ですが、これ以上高くなると、もう病院に行けなくなりそうです、とても不安に暮らしています。そういう声です。

そして、十一ページ目、実は、少なくとも高齢者の方々は、自分たちの医療費などが若い世代の負担になっていて申し訳ない、このように思っております。医療費は安い方が助かるが、国の財政も心配です。高齢者よりも若者の負担を減らしてほしい。長生きし過ぎていて、若い人たちが、孫に負担が行くくらいなら仕方ない。手書きの部分には諦めたような記載があります。現状では負担はやむを得ない、若い世代に回してほしい、限られた財源だから。少子高齢化の時代です、で、しょうがない。

最後、十二ページです。若い世代に申し訳ないと思いつつ、どうしても言いたい、そんなやり場のない高齢者の怒りの一言です。見捨てられ感がある、不安、苦痛を取り除いてくれるのが医、医療ではないか、出産費用五十万、老人の保険から。恐らく、もつと言いたいけれども、その先は我慢して飲み込んだ、そんな一言だと思います。出生率が減っているから出産に掛かる費用を高齢者の財源から充てるとは、年寄りに早く死ねと言っていることか、ほかに幾らでも財源はあるはず。そして、手書きの部分には川柳のような一言がありました。年重ね医薬倍とは何事ぞ。

若い世代に申し訳ない、国の財政が心配だから我慢する、長生きし過ぎた、高齢者にこのようなことを言わせる社会であっていいのだろうか、そのように考えてしまいます。同時に、高齢者がこんなことを思いながら身を縮めるように暮らしている姿を見て、現役世代が明るい未来を描けるのだろうか、それは無理だろうと、そのように思っています。

御紹介した一言一言の背景に大事な点が二つあります。一つは、これ以上負担できないという高齢者が、ではどうするのかという点です。受診を控えて我慢をする、薬を間引いて飲む、そういったことが起き、早期に受診すれば治る病気、定期受診で管理がされていれば悪化を防げる病気が重症化しかねません。

もう一つ、身近に御家族や現役の子供世代がいる場合、親の医療費の負担を肩代わりする。つまり、現役世代の負担軽減といえるながら、結局現役世代が負担せざるを得ない事態も起こり得ることです。

十三ページを御覧ください。アンケートでは、今までどおり受診すると回答された方が八割近くになりました。しかし、十四ページにあるように、今までどおり受診すると回答された方のうち複数回答されている方の回答を見ますと、預金を切り崩して受診する、交際費を削って受診する、水光熱費を削って受診する、そして、これ以上切り詰められない、こういった回答が並びます。

つまり、十五ページを御覧ください。これまで、現在受診されている方、半数近くが既に生活を切り詰められて受診をされているということですから、これ以上の負担増は更に生活を圧迫し、受診控えが起るのではないかと、そのように危惧いたします。

こうした負担増への対応として、二割化実施に際しまして、三年間に限り、一か月の負担が三千万円以上に増えないようにする配慮措置が講じられました。煩雑で高齢者には分かりにくく、高額療養費の手続が必要です。十六ページのとおり、このアンケート調査の実施したときですけれども、まだ手続をしていない方が五五％、手続の仕方が分からない方が二八％おられました。手続をしていない方の半数は、手続の仕方が分からないと回答されています。

十七ページ、御覧ください。高額療養費の手続について、申請書等は来ないし見た記憶がないと、申請書は届いていない、制度も知らなかった

と、高齢なので分からない、自動的に医療費三千万円以上は払戻しされると思っていたなどの声がありました。届いても分からずにしまい込んでおられる高齢者の方もいらっしゃるかもしれません。でも、高齢者が分かるように、対象となる方誰一人取り残すことなく必要な手続ができるようにしてこそ配慮措置と言えるのではないのでしょうか。

十八ページ、御覧ください。収入に占める医療費の比率は、やはり高齢者の方が圧倒的に高くなっています。この上、更なる高齢者の負担増を検討しているとなれば、高齢者にはこれ以上医療を受けるなど言われているかのように感じられるのではないかと思います。

少し話がずれますが、コロナ禍においても、感染症拡大の大きな波の中で、高齢者施設に入所する高齢者に対して、十分な医療が整っていない施設への留め置きが行われました。第八波のコロナによる死者数、九割は七十歳以上の高齢者でした。医療提供体制の問題、医療従事者の不足等、様々な背景ありますけれども、高齢者の命を何としても救おうと頑張っている医療・介護現場で奮闘した医療従事者、介護職員にとつて、高齢者の医療を受ける権利がないがしろにされた、とてもつらい経験でした。

そもそも後期高齢者医療制度は、収入の限られた高齢者だけを切り離して別建てにし、現役世代も負担する形でつくられた制度です。高齢者がつくつてくれとお願いした制度ではございません。

高齢化の進展、高齢者の有病率や高齢者の医療費負担増、医療費の増などは、制度設計時にも予測されていたはずですが、それをここに来て、高齢になること、病気になることが悪いことのように思わされて、高齢者の存在自体が現役世代の負担かのように言われるのは筋違いではないかと、そのように思います。

最後に、まとめとして述べたいと思います。昨年十月の二割負担実施で、これだけ高齢者に負担増を強いる制度変更が行われています。実施後、高齢者の生活、受診行動への影響、調査をさ

れているのでしょうか。そうした検証もないまま次の負担増を検討されるのだとすると、非常に疑問を感じます。

本日御紹介したアンケート調査は、全日本民医連と日頃つながりのある方々という非常に限られた範囲であります。しかも、現在受診をされています。しかし、地域には、そもそもお金の心配をして受診をためらい、諦め、受診をされない高齢者が既におられます。

全日本民医連では毎年、地域の中で経済的な理由で受診が遅れて手遅れとなり命を落とした事例、手遅れ死亡事例をまとめております。

昨年、八十年代の方で、御夫婦の年金収入が少ないため、症状がありながら余裕がなくて受診を控えたために、がん治療ができずに亡くなった事例がありました。また、別の八十年代の方は、御本人の年金と、同居されているお子さん、お孫さんなどの就労収入で生活されていました。しかし、お子さんは腰痛のために介護の仕事を辞めて、コロナ禍で新しい仕事もない、お孫さんもパート、世帯として困窮されている状態でした。御本人が自宅で転倒されて大腿骨骨折となりましたが、経済的な余裕がなくて入院も手術もできずに自宅で寝たきりとなり、最後は私ども全日本民医連の無料低額診療事業で入院治療につながりましたが、亡くなられたという事例です。

こうした痛ましい事例はどうすればなくせるのか。健康に生きる権利を保障し、必要な医療は経済的な心配なしに受けられるようにしていただきたい、このように申し上げたいと思います。

繰り返しになりますが、これ以上の高齢者の負担増となる法案、廃案にしたい、そのことを申し上げまして、私からの発言を終わります。ありがとうございます。

○委員長(山田宏君) ありがとうございます。以上で参考人の御意見の陳述は終わりました。これより参考人に対する質疑を行います。なお、質疑及び答弁は着席のままで結構でございます。

質疑のある方は順次御発言願います。
○比嘉奈津美君 参考人の皆様、本日はよろしくお願ひいたします。

私、自由民主党の比嘉奈津美と申します。今、先生方のお話をお伺いしていて、本当に、医療であり介護であり、どれだけ本当、皆様が真剣に取り組んでいらっしゃるかとということがよく伝わってまいります。

私は歯科医師でございます。昭和の時代に歯科医師となりまして、最初は久米島というなかなかまだ医療が充実していない、医科、歯科の診療所があるところで勤務をしておりました。小さな医療の、何というんですかね、治療はできるんですけど、緊急搬送は本島まで連れていかないとできないというような状況の中で、ヘリで搬送するのですけれど、悪天候のときなどヘリが飛ばないとき、もう本当、救える命も救えないという現場を私は見てまいりました。

そして、私自身、開業したのですが、歯科医師として、その後、カンボジアの方に、ちょうどポル・ポト政権が終わって、子供たち、たくさん平和になって生まれましたが、なかなか歯科治療も受けられないという状況のところに私は定期的に単独で渡って、ずっともう歯科治療をさせていただいておりました。

この医療をもう心配なく受けれる、そしてそれを守るということがどれだけ大事か。今、山本参考人からも、いろいろ医療が受けれないという大変な状況のお話ございましたが、それをどう守っていくかという意味で、私はこの、今世界に誇る国民皆保険というものを守る意味で、この法案をしっかりと議論していかないといけないと思っております。

そしてまた、この三年ほどで、コロナの中から、平時の医療提供体制だけではなく、パンデミックのときにも適切な医療ができる整備を進めていく中、この少子高齢化、人口減少の中、全ての世代を支え合い、持続可能な社会保障制度を構築するための本法案だと思い、質問をさせていた

だいたいと思います。

まず、本法案は全世代型対応の社会保障制度を構築するという名称にもかかわらず、やはりいろいろな御意見があつて、改正内容が十分ではないかという意見もございますが、先ほど菊池参考人が、この法案により、もう一度人々が助け合おうという意識を持って進めていくという御意見がございました。

そこで、改めて菊池参考人にお伺いしたいのですが、本法案は速やかに対応すべき内容が含まれていると思いますが、菊池参考人から見て、具体的にどういう御意見がございましてでしょうか。

○参考人(菊池馨実君) ありがとうございます。菊池でございます。

社会保障制度といえますのは、やはり社会状況、経済状況の変容、それから財政状況、人口動態の変化などに応じてその都度見直しを迫られていきますので、ここまでやれば完成形というものはないと思っております。

また、既存の制度を変更するに当たりまして、様々な関係者関わっておりますので、相互の調整をしながらということが不可避ですので、突然ドラスチックな改革というのはなかなか難しい分野だと思えます。

今回の法案は、全世代対応型社会保障制度の構築に向けて、先生お話しなさいましたように、重要な一歩、具体的な、個別の様々な改正を積み重ねる重要な一歩だと評価してございます。

また、医療分野に関しましてはかかりつけ医療機能もございまして、昨年の感染症法改正もセットで評価していただきたいなと思っております。以上です。

○比嘉奈津美君 ありがとうございます。

若い人々を含め、全ての世代に安心感と納得感の得られるこの全世代型社会保障に転換する、世代間での財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保するというところで、そこで、井上参考人にお尋ねしたいのですが、

全世代型社会保障を実現し、年齢ではなく能力に応じて負担していただくための取組、また少子化が進む中、若者への負担軽減も必要かと考えます。こうした観点から、本法案は、現役世代の負担軽減、負担抑制につながる内容となっていると考えますが、具体的に井上参考人の御意見はいかがなものでしょうか。

○参考人(井上隆君) 本格的な少子高齢化、人口減少社会を迎える中で、高齢者、現役世代、この負担と給付のバランスを是正していく、年齢に関わりなく、全ての世代でその能力に応じて支え合うという仕組みをつくることが重要だというふうに考えております。

今回の法案では、例えば、出産育児一時金の大幅な増額とともに、この費用の一部を後期高齢者医療制度が支援するという仕組みになっておりますし、また、高齢者、後期高齢者一人当たりの保険料、現役世代の後期高齢者支援金の伸び率を同じようにするということなど、高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直しというものが含まれているというふうに考えております。

無論、今回の改革にとどまらず、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けた更なる改革をお願いをしたいと思えますし、現役世代の負担抑制を図って、先ほど申し上げた分厚い中間層を形成していく必要があるというふうに考えております。

○比嘉奈津美君 ありがとうございます。

これから団塊の世代が七十五歳以上となる二〇二五年以降を見据え、医療、介護への対応を考え、二〇一八年から二〇四〇年にかけて、介護サービス利用者は一・五倍、また給付費も、介護給付費も二・四倍と言われています。人材不足が非常に予想されてきます。

そこで、井上参考人にお尋ねしたいのですが、今、医療の現場ではDXを非常に熱心に取り組んできておりますが、この介護の生産性を向上させるためにも、介護の現場でのDXを具体的にどう

活用していくべきかという御意見をお聞かせいた
だきたいと思います。

○参考人(井上隆君) 御指摘のございましたと
り、今後、介護ニーズが増大をしてまいります。
この介護人材の確保、喫緊の課題となっております。
す。一方で、支え手は減少しておりますので、こ
の人材確保にはもう限界がございます。

介護分野におきましても、医療と同様にDXを
進めまして、サービスの向上、効率的なサービス
提供、また質の向上ですね、こういうものを図っ
て、真に人間の手によりケアすべきところにサー
ビスを、資源を集中させていくという取組が重要
でございます。例えば、最近、介護分野の文書負
担につきましてはいかなりの軽減が進められてお
ります。

今回の法案におきましても、都道府県に対し、
介護現場の生産性向上に資する取組を促進する努
力義務が課されるという対応がなされております。
さらに、介護現場でのDXを進める必要がござ
いますので、新たな介護DXに取り組もうとす
る事業者に対する一層の支援、取組等々も必要だ
というふうに考えております。

○比嘉奈津美君 医療DXのこの活用というのは
非常に大事なところで、いろいろなデータであつ
たりマネジメント、それからICT、ロボットに
よるセンサーの活用とか、いろいろな形があると思
います。

この医療DXの推進、我々歯科界、非常にこの
オンラインの義務化であつたりマイナ保険証で苦
労している部分もありますが、いろいろなデータ
を活用していただくことが我々にとつても
非常にまた力になっていくものだと思っております。

この法案、子育て、子ども・子育ての支援拡
充、それから、高齢者医療の全世代で公平に支え
合うための見直しであつたり、医療、介護の連携
の強化、もうかりつけ医の問題、たくさんの方
案が絡んでおりますが、非常にこれからの日本の
在り方を支えていく大事な法案だと思います。

で、引き続き、また御協力よろしくお願い申し上
げます。

○打越さく良君 立憲民主・社民の打越さく良で
す。

参考人の先生方、本日はありがとうございます。
大変に示唆に富んで、今後の審議につなげて
まいりたいと思います。

それで、まず菊池参考人に伺いたいのですけれ
ども、私はこの法案の勉強させていただいて、
やっぱり介護の生産性という言葉にちよつと引
かかるというか、何か非常に介護というものが人
と人との間にある営みで、尊厳にも関わるような
ことというのは捨象するような冷たい言葉に思え
るなということ、何度か厚生労働省の方にも
伺っているんですけども、これ非常に素朴な考
えなのかと思つたら、先生の文献の中にも、介
護保険部会でも、やはり介護現場に携わつてきた
方々から生産性という言葉そのものの違和感とい
うものが表明されてきたというものも読ませて
いただいて、やはりそうした中、なぜあえて生産
性という言葉を使うのかということがまだ私も
引つかかるなところ、ございまして、その、現場か
ら見たその違和感を踏まえて、でもあえてここで
生産性の向上という言葉が使い続けられているわ
けですけれども、そこで注意すべきこととかお考
えがあれば教えてください。

○参考人(菊池馨実君) 御質問ありがとうございます。
まず、

私自身も、生産性、介護における生産性向上と
いうのは違和感を持つて当初から受け止めている
部分がございます。私が使い始めた言葉ではござ
いません。

これは、推測するに、やはり一般産業界におけ
る生産性向上といったものをこの介護分野におい
てどう展開していくかということであると思つて
いますが、私の言葉に置き換えると、その眼目は、
目的は、サービスの質の向上という、そのために
何が必要かという、そういう位置付けであると考

えておりますし、そういった観点から議論もされ
ているかなと思つてございます。

○打越さく良君 ありがとうございます。

厚生労働省の方からもその意味だと、サービス
の質ということを考えている意味だということ、
伺つたので、それであれば、端的にサービスの質
の向上と言つて、生産性ということが使わなけれ
ばいいのではないかとこのように思つた次第でござ
います。ありがとうございます。

それでは次に、三原参考人をお願いしたいんで
すけれども、本日も大変有益なお話をありがとうございます。
この今回いただいた資料の中のページですけれ
ども、地域の実情というのが、本当に私も、医
療や介護提供体制改革の流行語というか、よく見
るなというマジックワードのようだなというふ
うに思つておりました、これが何か、確かに現場
の地域の実情を踏まえないとしようがないところ
もあるとは思つておりましたけれども、それが格差とい
うか、地域間格差とかそういうものを放置する言
葉になつてしまつてもしようがないなということ
も思つておりました、なかなかそこは悩ましいと
ころではございますけれども、この地域の実情と
いう言葉が、その地域格差を放置しない、そのイ
シアチブというか、制度的な担保を何というか
支えるようなそういうことになつていく、政治的
な、何というか、政治的な取組をしていくために
はどうしたらいいかということをお話していただ
ければと思います。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。
地域の実情に応じて、都道府県、市町村にやつ
てもらった結果、格差が広がるんじゃないかとい
う御指摘だと思うんですが、ここはまたトレード
オフが発生します。

一般的に自由と平等というのは両立しませんの
で、自由を付与すると平等はなかなか確保できな
いという、これはある意味民主主義の、トクヴィ
ルが言つた、指摘した点でもあるんですけど、十
九世紀の政治家、思想家のトクヴィルというのが
指摘した点ではあるんですが、つまり、自治体に
自由を認めれば結果的に平等が失われる、平等を
やろうとすれば結果的に自治体の自由度が失われ
る、そのトレードオフが発生するんだと思いま
す。そのバランスをどう取るのかというのが恐
らく地域の実情に応じた提供体制改革の一つの論
点だと私は思います。

ただ一方で、厚生労働省さんの方も、いろんな
制度を使つて、自治体に使つてくださいますとい
う仕組みが多々つくられていますので、そこを自治
体があえず提供体制整備をやつていけば、格差が
ちやくちや広がるといふことは一方ではないのか
と。むしろ、医師偏在は是正とかという観点でい
えば、都道府県がそこを主体的にやつていけば、
今よりも医師偏在が解消される可能性もあるわけ
ですから、そこはそのバランスを取りながらとい
う仕組みになつていくんだと思います。もちろん、
地域の実情という言葉が自治体に丸投げという
ことになつておるんだから私も反対ですけど、今
はそうは思つていませんので、そこは自治体の自
主性に期待したいと思つています。

○打越さく良君 三原参考人は文献の中で、「次
期介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解
く」という文獻の中で、来年は三年に一度の介護
保険制度の見直しの年であるにもかかわらず、前
回と同様小粒な改革であると評価なさつていて、
審議会における決定方式の限界についても言及な
さつています。さらに、三年に一度の制度改正を
一旦止めてでも、今後の高齢者福祉や介護の在り
方を議論する必要があると、その際には、安定財
源の確保や給付抑制の検討も含めて、政治の責任
で論点や方向性、負担と給付の選択肢などを示す
ことも求められると書かれていらつしやいます。

政治の側も、これは本当に大切なことですね。
でも、まとまりにくい論点ではありますけれど
も、その際に、国会に協議機関を設けることなど

も考えられるかと思いますが、三原参考人の御意見を申し上げます。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。

審議会の座長を務められている菊池先生の前でそういうことを言うのはちよつと気が引ける感はあるんですが、やはりちよつと介護保険部会の議論とか給付費分科会の議論を見ていると、ややもすると業界団体のポジショントークに終始している感はあるかと思いますが、例えば、委員が質問すると、いや、それは介護給付費分科会で済ましたい議論がなされていて、全体、介護全体を議論する場がちよつとなくなっているんじゃないかという印象を持っていますので、その文章はそういう意味を持って作りました。国会でそういう場をもしつくていただければいいと思います。

○打越さく良君 大変、非常に私たち国会としてもしっかり背負わなければいけない課題であると思います。ありがとうございます。

ちよつと時間が限られておりまして、井上参考人、山本参考人にお時間がないことをおわびいたしますが、やはり私たちとしても、全世代型社会保障ということ、何か政府に対して、小出しの、余りにも小出しのことじゃないかということだけではなくて、国会としてもしっかりと取り組んでまいりたいということをお願いして、質問を終わらせていただきます。

○窪田哲也君 公明党の窪田哲也でございます。今日は四人の参考人の皆様から大変に貴重な御意見を賜りました。これからの国会での審議、そして党の政策づくりにしっかりと生かしてまいりたいと思います。大変にありがとうございます。

最初、菊池参考人に伺いたいと思います。各論が一つと、それから総論的に一つ伺いたいと思います。

まず、各論の部分なんですけれども、今回、出産育児一時金、四十二万円から五十万円に引き上げられます。後期高齢者の負担が生じるということで、先ほど山本参考人の方からも様々御意見ございましたけれども、今回高齢者をなぜ狙い撃ちするのかと、切り捨てるのかといった御意見も私も事実です。

しっかりと国民の皆様の理解が進んでいくことが大事だと考えておりますけれども、そうした声に對してどのようにお応えしていただけますでしょうか。

○参考人(菊池馨実君) ありがとうございます。出産育児一時金が五十万円に引き上げられたことは私はよかったですと思っています。ただ、出産費

用が上がっていますので、それに合わせた引上げというのはやはり不可避だと思います。

ただ、出産、通常分娩は保険診療ではなく自由診療ですので、言わば市場価格で決まってくる。その市場価格に合わせた一時金を増額するとう、しかしこれはイタチごっこになる可能性があるという、非常に地域差、病院差がありますので、その要因分析は不可避だと思っています。

その上で、本当に自由診療のままでもいいのかという議論をしていただければと思います。その議論を伴って、後期高齢者負担の導入というのが、先生おっしゃったとおり考えられているというので、これも私先ほど申し上げましたが、後期高齢者医療制度導入以前は、後期高齢者の方も含めて支える側に回っていたいたわけですが、七十五歳以上の仕組みが分かれたので、そこで、その保険者間の支援というのは、現役世代から後期高齢者への支援の仕組みだけになってしまったという。それを、この出産という目的のために後期高齢者の方に一部支援をまた元のようにしていただくという、そういう考え方だと思っています。

ございまして、全世代型ということに焦点当たっていますけど、その含意というのは、能力に応じた負担という、そこを徹底しようということでもありますので、あくまで能力に応じた負担という考え方で、後期高齢者の方にもまた元のようにより一部御支援をお願いすると、そういう考え方だと思っていますので、私は積極的に賛成してございまして。

以上です。

○窪田哲也君 ありがとうございます。

昨年の、総論ですけれども、読売新聞、ちょうど一年前、参院選が行われていた頃のインタビュー記事なんですけど、社会保障の負担を語れていることでインタビューが載っております。その中でこのように述べていらっしゃいます。「社会保障は中長期的な議論が欠かせない」と、「各党は将来世代に負担を先送りせず、国民の政策選択

に資する具体策を「大きな視点で語ることが求められる」と、このようにおっしゃっておられますが、今回の改革の中の国会での論戦の中で、特に、御覧になって、大きな視点で我々は語ることができておりますでしょうか。感じられたことがございましたら、御意見伺いたいと思います。

○参考人(菊池馨実君) そんな偉そうなことを申し上げる立場でございませぬので、恐縮でございます。まさか国会議員の先生に新聞記事をお読みいただけるとは思っていませんでしたので、今日取り上げていただけて本当に大変恐縮しております。

この国会での御議論というのは、申し訳ないですが不勉強で、日々の御議論を拝聴しておるわけではないのですが、今日も様々な御議論を拝聴していく中で、割と大きな議論をされているなど安心した部分がございます。

もちろん、ここでは、個別の制度、個別の法律改正についての御議論をされておられる、その合理性について議論を尽くす、尽くされるわけですが、我々、自分自身も研究者、専門家と言いつつ、どんな専門が狭く深くタコつぼ化している、私も含めそういう現状がございます。先ほど三原参考人から厳しい御指摘ございましたが、それに関わる、制度に関わる関係者も、ともすればその自分の周りの制度についての評価に終始してしまっている感がなくはないのかなという面も感じることがございます。

そうした中で、是非、今日、かなりそういった今議論されているなと思ったんですが、例えば、社会保障の中でも所得保障、年金、先ほど山本参考人からお話されていましたが、年金の問題あるいは所得保障の在り方の問題でもあるのかとか、いや、それは困窮者対策、低所得者対策としての対応ということも必要なのかとか、是非そういった大所高所からの御議論を引き続きしたいだけだと大変有り難いなと思っています。

以上です。

引き続き、大所高所からの議論をお願いします。

してまいりたいと思います。

井上参考人に伺いたいと思います。

昨年の十二月の一日に、この制度改正に向けた被用者保険関係五団体の意見をいただきました。現役世代の負担軽減に係る施策の確実な実現ということで、高齢者の負担等に絡んで、低所得層に配慮しつつ確実に実施すべきということで御意見をいただいておりますけれども、今回の改正、この御意見のとおり、低所得者に配慮しつつ確実に、低所得者に配慮した内容になっていると考えられますか。

○参考人(井上隆君) 今回の法案では、一律に負担増を求めるのではなく、低所得者層に配慮しつつ負担能力のある方をお願いをするという内容になっていると思います。

具体的には、出産一時金の高齢者の支援は段階的な導入でございますし、後期高齢者の高齢者負担率の見直しにつきましては、均等割の負担を増やさないでありますとか年収の低い方に対する激変緩和措置等々が盛り込まれているところでございまして、低所得者に配慮した形での制度の提案ということに認識しております。

○窪田哲也君 国民皆保険しつかり守るために推進をしてまいりたいと思います。

どうもありがとうございます。

○東徹君 日本維新の会の東徹でございます。

今日は、参考人の方、ありがとうございます。まず、我々のスタンスというか考えを、先お示しをさせていただきたいと思っております。

今回、出産一時金ですね、四十二万からこれを五十万円に引き上げるといのは、もちろんこれもう今の人口減少社会、少子化社会においては当然やっぱりやっていくべきことだというふうに考えております。

ただ、日本は、先ほど井上参考人の方からもお話がありました、これ三十年間経済が成長していないわけでありまして、そしてまた賃金が上がっていないと。三十年前の国民負担率は三六％でありましたが、今はもう四七・五％と。税金と

社会保険料だけがずっとこれ上がってきているといったこういった状況で、またここで社会保険料を引き上げるのかということなんです。

やっぱりそれだけじゃなくて、今回でも、防衛費の予算を増やすことには我々は賛成なんですけれども、その一兆円の足らず分を、これを税金で引き上げている、これも駄目だと。今回なんかは、特に歳出の改革でやっぱりできるんじゃないかというふうに思いますし、やっぱり徹底した行政改革と、それから規制緩和とかやって、成長戦略をしつかりとやっぱりやって税収を増やしていくと、こういった考え方でやっていかないと、この持続可能な日本というのはやっぱり非常に難しいんじゃないのかというふうに思っている立場だということをまずお示しをさせていただきたいと思っています。

そんな中で、いろいろとお話がありました。井上参考人からは、徴収の仕方としてストックも入れていくべきだ、それはもう、我々もそのことをいつも言っております、もし経団連の方でこのストックについて何か考えがあればお示しいただければ大変有り難いなというふうに思っております。

○参考人(井上隆君) まず、前提となるのがマイナンバーの徹底活用ということだと思います。

所得の把握のみならず、今、現時点では資産の把握までひも付けがなされておりますが、やはりこの公的制度を効率的に運営をしていく上では、やはり真に負担能力とは何なのかという観点からすれば、現行でも二千兆円近い個人金融資産の六割方は高齢者の方がお持ちになっているということでございますので、やはりその辺りにも着目して、公平さ、公正さというものをもう一度見直す、負担能力の見直しをしていくべきだなというふうに考えておるところでございます。

○東徹君 大変ありがとうございます。

我々も、マイナンバーをやっぱり徹底的に活用していかなきゃならないというふうに考えておりまして、同じ方向だなと思いました。

次に、三原参考人にお伺いさせていただきたいと思います。大変、資料、貴重な資料を今日作っていただきまして感謝いたしております。

今回のかかりつけ医機能の強化なんですけれども、国民にとつて、これかかりつけ医機能って何なのかって、恐らく分からない話です。我々としては、やっぱりかかりつけ医というものをきちんと定義をして、かかりつけ医機能とは何なのか、こういったことをやっぱりやるべきだということを主張してきております。

井上参考人の方からも、あつ、ごめんなさい、三原参考人の方からも遅きに失したのではないのかというふうに言われておりますが、我々もそう思っているんですけれども、本来はやっぱり登録をやるべきではなかったのかと。やっぱりそういった制度を構築すべきだったし、決してイギリスの制度をそのままやれというふうな思いはありませんが、やっぱりそこまでやらないと進歩しないのではないかなと思つていたんですけれども、今回のこれで、変わるとしたら何がかわるというふうにお考えなのか、ちよつと教えていただければと思います。このかかりつけ医の機能のところですね。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。

地域の実情、地域の、可視化される、かかりつけ医機能が可視化されるというのは、大変私はプラスだろうと思つています。

かかりつけ医機能報告制度を通じて、例えば私は豊島区に住んでいますが、豊島区だとどんな、在宅医療がどういう形でやられているのか、二十四時間対応ができていのかでできていないのかというのが明確になる。それを国民も見えるし、それから医療従事者も見える、都道府県も見える、こういう形の可視化されることというのは私はプラスかなと思つています。

ただ、そこをどう、こうやってそのレベルを上げていくのか、あるいは機能を強化するのかというのは、自治体あるいは医療従事者の専門職の自

治と実践に委ねられますので、その辺りは、これから都道府県それから地域医師会の態度いかに関わるんだらうと私は思っています。

○東徹君 確かに、全体的な可視化できるという部分では変わるかもしれません。でも、患者にとつてはそんなに大きく変わらないのではないのかなというふうに思っています。

今回のかかりつけ医機能のところ、ああ、これ便利だなと思つているのは、休日、夜間の対応やっているかやっていないか、それと在宅医療ということで、訪問診療やっているかやっていないか、この点ぐらいだと思ふんですね。ほかはもう当然やっついて当たり前分野だというふうに思っています、これで何がかわるのかというふうに思つておるんですが。

済みません、そんなことないというふうにお思いでしょうか、いかがですか。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。

何というのかな、これまでプライマリーケアはやっぱり位置付けられていなかった、逆に言う、東先生おっしゃるとおり、当たり前のことが医療法でやられていなかったということを考えれば、私はそこが遅きに失したと言つている点なんですけど、それは今回第一歩ということなので、これをもつて診療団体あるいは関係団体の合意がなされたということです、まずは一歩やってみるということが私は大事だと思います。

ただ、それだけでは不十分じゃないかと言われる、私も実はそう思っています。なので、今後の一層制度改正を議論する必要があるだろうと思つている次第です。

○東徹君 本当に、何でもそうなんです、一歩前進は一歩前進なんですけれども、一歩前進なんですけど、本当、不十分なことが多くて足りないなという思いでいつも思っております。

あと、是非ちよつと三原参考人にお伺いしておきたいのは、このもう一つ、生産性の向上というところで、僕はこれ大事だと思ふんですけれど

も、大事だとは思うんですけども、ただ、この内容で生産性が向上するのかなと。介護ロボットというのは、僕いつも言うんですけど、ないんです。排せつ介護、入浴介護、食事介護できるロボットはいまだにありません。実際にできるとい

うのは、センサーで、ベッドから起き上がりしているかしていないとか、それともう一つは、記録のところでは多少、ただ、記録も、やっているところに、やっている介護現場に聞くと、いや、面倒くさいから余り使わないとかそういった意見が多くて、これ本当に生産性向上になるのかなと思うんですが、いかがでしょうか。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。

生産性というのは、一般的にコストと利益の商です。これはまあ企業のやり方なので、介護、医療に関しては、利益というのは多分経営者にとつての利益、それから従事者にとつての働きやすさ、最終的に、その利用者にとつてのメリットというのが多分利益なんだと思います。だから、コストを下げれば生産性が上がるわけでもないし、その利益をやっぱりきちんと、三方に丸く、みんな満足するような形をやっていった方がいいと思います。

その中でいうと、例えば介護従事者、なかなか今やっているプロトコルを変えるのは難しい面があるんですけど、例えばバイタルという、血圧とかあいうものをデジタルで取るようにして、今は紙ですけど、あいうものを取っていけばデータが集約されますので、そうすると、例えば三原さんという高齢者が特養、例えば私が特養に入所していたとしたら、どういうバイオリズムなのかとか、どういう排せつのリズムなのかというのが分かりますよね。そうすると、そこに個別のケアの最適化がなされますから、ある程度そこでその人員が少し薄く、手厚く配置できずに、その代わり、利用者との対話の時間に充てられるようになります。で、結果的に利用者もハッピー、従事者もハッピーという、そういう生産性向上が本当はべ

ストなのかなと。

ただ、これが簡単にできるのかと言われたら、おっしゃるとおり、そこは簡単にできないだろうと思います。だからこそ、そこはチャレンジする価値があるように私は思っております。

○東徹君 最後に、菊池参考人にお伺いしたいと思います。

医療、介護の連携、これ大事なことは、もう三十年以上前からこれ言われているんじゃないのかなと僕も思っているんですけども、今回の法案で、医療、介護の連携、どこに問題があつて、この法案によつてどうなるというふうにお考えなのか、お聞かせいただければと思います。

○参考人(菊池馨実君) ありがとうございます。

難しい御質問だと思っておりますが、そうですね、まあいろいろあると思いますが、電子化の推進、そういったものがまだ遅れていた、あるいは、やはり地域で支えていくと、今日お話しさせていただいた地域包括ケア体制、地域共生社会という枠組みはありますけれども、じゃ、実際、どういう連携をしながら実際にどうやっていくのかというところがまだ実践として、仕組みとして十分整っていないという、そういったところの一助にはなるかなというふうには思っております。

済みません、このぐらいで。大変申し訳ないです。

○東徹君 時間となりましたので、これで終わらせていただきます。ありがとうございます。

○芳賀道也君 国民民主・新緑風会の芳賀道也です。機会をいただきました、ありがとうございます。

最初に、日本経団連の井上専務理事にお伺いします。

エコノミストの中には、小泉内閣以来の歴代の自民党政権で社会保険料の継続した引上げがパツドポリシー、悪い政策だったと指摘する方もいます。継続した社会保険料の引上げによつて、企業が保険料を負担する義務がある正社員の雇用のブ

レキとなって派遣など非正規雇用が増え、正社員も給料が増えない、さらには経済成長の大きな要因の一つである個人消費も増えず、失われた三十年の原因の一つにもなっているという指摘です。

一方、社会保障費は今後更に増えていくと予想されています。二〇四〇年度には百九十兆円になるという政府の見通しも出ています。

井上専務理事としては、今後更に増えていく社会保険料、特に医療費を支えるために、税、社会保険料、本人負担、どれを増やすことで対応すべきだとお考えでしょうか。また、税と社会保険料の負担率について、どのように変えていくのが適切か、お考えがあればお聞かせください。

○参考人(井上隆君) ありがとうございます。

これからの社会保障制度を考えますと、一番の問題は、言うまでもなく人口減少にあると思います。人口減少は、これ静かなる有事、国家の危機でございます。これに關しまして、まずは国民全体で、今後支えるのに必要な財源も含めて危機感を共有していくということが何より重要だということに考えております。

経団連といたしましては、まずは経済のバイを広げていくというのが我々の仕事だと思っております。今まさに、先ほど陳述で申し上げましたけれども、賃金の引上げでありますとか国内の投資、こういうものに今までは違う流れが出てきているところでございまして、タイミングをうまく見計らつて、様々な税財源、消費税も含めていいと思いますけれども、様々な税財源及び社会保険、保険料も含めた形でベストミックスを見つけていくということを真摯に検討していくということがまず重要だと思えます。

○芳賀道也君 次に、ニッセイ基礎研究所の三原主任研究員に伺います。

先生の著書「地域医療は再生するか」では、第五章で、新型コロナウイルスの感染症拡大と地域医療構想への影響について論じていらつしやいます。地域医療構想に感染症対策が全く考慮されて

いないとも書かれていますが、この点についても少し御説明をいただけないでしょうか。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。

あの本は二〇二〇年の十一月に出ましたので、あの後いろいろ制度改正がなされています。

地域医療構想は、例えば新興感染症対策を医療計画に位置付けるとか、去年の、昨年の感染症法改正では、都道府県を中心に、感染症対応に、感染症対策を強化するような法律が入っていますので、そこは都道府県がまた平時、またこれも都道府県ですが、平時と有事の両立を図ることが求められていると私は理解しています。

○芳賀道也君 ありがとうございます。

次に、早稲田大学法学学術院の菊池教授に伺いますが、菊池先生は、社会保障関係の主な分野について網羅された「社会保障法」という教科書を書きになつていらつしやいます。この「社会保障法」の教科書の中で国民健康保険のことにも触れられていらつしやいます。国民健康保険の保険料の計算は、市町村ごとに細かいところは違いますが、大ざっぱに言えば、所得割、均等割、平等割、資産割のそれぞれを計算して足し上げた金額が保険料になります。

菊池教授に、国民健康保険の保険料について御意見を伺いたいと思います。

均等割はどの市町村にも適用されているルールですが、均等割の計算のときに子供の人数も勘定に入れます。このため、子供が多ければ多いほど国民健康保険の保険料の負担が増えます。例えば、二百万円の給与収入がある母子家庭については、小学生以上の子供が一人いる場合、二〇一七年度基準で三方式という計算で試算したところ、母親が正社員で協会けんぽに加入していれば年間の保険料負担は年間十万円なのに、非正規で働き国民健康保険に加入していると保険料負担は年間十六万八千円。同じ収入額なのに健康保険だと、国民健康保険だと保険料の個人負担が一・七倍になるのは水平的公平にも反するし、政府の異次元

の少子化対策の方針にも反するのではないかと考えますが、菊池教授のお考えをお聞かせください。

○参考人(菊池馨美君) 御質問ありがとうございます。

個別の制度、個別の局面を見れば、それ自体が公平性、公平になつていくのかというところは多々あると思います。

ただ、国保については、どうしてもその制度の性格上、応能割、健保のように応能割、報酬のみに着目するわけにはいかないので、御案内のとおり、やはり応益割をやらざるを得ないという立て付けになっている。

それを具体的にどう割っていくかという話ですけれども、どう割っていくかというその割り方の議論もあると思いますが、他方で、今回の改正でも、産前産後期間における国保料の免除、その部分に公費を入れるというのが予定されていますし、全体として、医療保険制度全体として、子供に対する支援、子育てに対する支援をどうするか、そして、医療保険だけではない、社会保障その他の施策、子ども・子育て施策を通じてどういう支援をしていくのか、所得保障的な施策も含め、全体としてトータルで、ここはちょっと負担になるけれども、その部分は例えば所得保障で見ると、子供に応じた割増しがあるよねとか、そういった全体として捉えていくという視点も必要ではないかと思つてございます。

以上です。

○芳賀道也君 前進はあるということで、まだまだ課題はあるという私の感想を述べたいと思ひます。

最後に、民医連の山本さんに伺います。

コロナ禍で、健康保険にちゃんと加入していても、受診の際の自己負担額の金額が重いので病院に通院するのを我慢するというメディアカルブアについて、二〇二〇年十月に、NHKの「クローズアップ現代」に山本さん御自身が出演されて現場の報告をされたと聞いています。

この番組の中で、無料低額診療のことについて取上げがありました。この無料低額診療について、現状の問題点、課題などを教えていただけませんか。

○参考人(山本淑子君) 御質問ありがとうございます。

無料低額診療事業は社会福祉法に位置付けられていて、自己負担ができない方の医療を保障するための制度というふうに簡単に説明させていただきます。

これは、もう戦後間もなくからできているんですけれども、医薬分業が進む中で、病院の方の無料低額診療事業は残りましたけれども、薬局の方の無料低額診療事業、これが今ございません。そのため、病院で無料、低額で、医療が受けられない方がやつてこられて、お金の心配しないでまず医療を受けましよう、その上で必要な保険の手続、あるいは生活保護の手続につなげるということができましようけれども、その方が治療のときに処方されるお薬、これが院内処方できない場合、普通の負担が発生するというところで、実際には治療につながつてもお薬がもらえない、治療ができない、我慢してしまつと、そういう方がおられます。

無料低額診療事業だけで、制度全体、医療に繋がれない方の医療の保障をできるといふうには思つておりませんけれども、そうした医療のところで、薬局のところをどうしていくのかとか、あるいは、無料低額診療事業をやっている医療機関が非常に限られておりますので、自治体の病院あるいは公的な病院のところで今後どういう制度ができるかといったことを、トータルにまたこれから御検討いただけたらというふうに思つております。

以上です。

○芳賀道也君 貴重な御意見、ありがとうございます。全世代型ということですが、本当に貧しくて医療からはじき出されるような人がいないように進めていかなければいけないと思います。

ありがとうございます。

○倉林明子君 日本共産党の倉林明子です。

今日は、四人の参考人の皆さんの御意見いただきまして、ありがとうございます。

最初に、山本参考人から伺いたいと思います。現場の実態などの紹介、ありがとうございます。最後の方に二事例だけ手遅れ事例ということ、受診の機会、必要性はあったものの、かかることができずに、結局最終的には亡くなつてしまつと。助かるはずだった命じゃないのかということ、強く感じました。

改めて、国民皆保険制度はどうあるべきなのかということ等も、医療が受けられない今のようないたただけでしたので、御説明いただければ、御紹介いただければ有り難いと思います。

○参考人(山本淑子君) 御質問ありがとうございます。

先ほど御紹介しましたとおり、全日本民医連では、毎年、受診が遅れて手遅れで亡くなられた事例を全国から集約して記者発表等しております。集まってくる事例の死因のほとんど、六割、七割はがん、しかも、早期に治療を開始すれば助かるが、それも手遅れになっております。動けなくなるまで我慢をして、救急搬送されてきてようやく医療につながるという事例も多くて、本当に末期まで我慢しているケースが毎回報告されます。特に女性のがん、乳がんや子宮がんなどは早い段階で自覚できるものですけれども、母子家庭であったりとか貧困の中で受診できずに、最後の最後に救急搬送されて亡くなられると、そういう事例が多いのを御紹介します。

それで、昨年は四十六事例寄せられています。七十代、八十代の方の事例を二つ紹介します。

七十代の独居の方ですけれども、六十五歳から老齢年金受給しましたけれども、月五万円弱ということで、生活費足りなくて介護タクシーの仕事を継続していました。健診で肺がん見付かったんですが、経済的な理由もあつて積極的な治療が

できず、体調不良で仕事も辞めて、いよいよ動けなくなつたところで搬送されて、入院して一週間で亡くなられています。

八十代の男性。無職の次女の方と同居されていますけれども、大腸がんの手術をされたんですけども、その後、お金が続かなくて受診を中断されています。自営業されていますけれど、家賃を払うとほとんどお金が残らないという状況で、二年後に骨転移、肺転移、化学療法ということで、ようやく入院されましたけれども、入院後繰り返しながら五回目の入院で亡くなられています。

年金だけで暮らせない、いろんな事情で経済的に苦しい、そういう方々が、本当に受診を控えて、がんが悪化してようやく救急搬送で受診されると、そういう実態が、事実地域で起きております。人生の最後にこんな我慢をさせる、そんな、医療を受けることも自己責任というふうなことは本当に安心して暮らせないと、そのように思つております。

全ての方が保険証を持つてフリーアクセスできる国民皆保険と、絵に描いた餅にしないで、本当に安心してお金の心配なしに医療が受けられるようにしていただきたいと、このように思います。

以上です。

○倉林明子君 ありがとうございます。

続いて、井上参考人、そして菊池参考人に同じ質問したいかと思ひます。

井上参考人の方からは、能力をどう見るかという場合に、資産も含めた能力として評価していくということで、マイナンバーカードの利用等の紹介もありました。我々、断固反対の立場ではありますけれども、改めてお聞きしたいのは、要は収入額だけで負担能力を見ると、今回もそうですけれども、介護保険料の二割の引上げの際、三割を導出した際、利用料の分ですね、した際も、額面で、いろいろですけれども額は、収入額で負担能力を測ってきたというのが経過だと思ひますね。

ただ、そういう場合、実際に、介護を利用して

いると、医療も利用していると、そういうところに、二割、二割、二割がまた二割追加になると、三割のところが多割の医療費の負担になるということで非常に負担が集中して、年金だけでは到底払えないという実態があるということを経験でも紹介したんですけれども。

これ年収、負担能力をどう見るかといった場合に、要は、既に介護や医療を受けることによって生じている負担とセットで見えていかないと、負担能力見誤るんじゃないかというか、生活実態が見えなくなるんじゃないかという疑問を持っているんですけれども、いかがでしょうか。

○参考人(井上隆君) 社会保障制度全体で考えるか個別の制度で考えるかと。今のその負担の制度というのは制度ごとに成立しているということでごさいます、収入でしか今判断をしていないということになります。

私ども、先ほどの繰り返しになりますけれども、収入、まずはその負担能力という場合には、収入のみならず資産も勘案した負担能力というものを判断することが必要であるというふうに思いますが、また、この負担の在り方につきましても、税でやるのか社会保障でやるのかというのは、中長期的な課題として、社会保障全体の中で今後真摯に検討していかなくてはならない課題だということふうに考えております。

○参考人(菊池馨実君) 先生御指摘のとおり、個別に見ていった場合に、非常に厳しい生活状況になるということがないようにしなければいけないと思います。基本的には、そのためには、制度の議論をする際にも留意はしていますが、やはりデータに基づく分析を行いその評価を行っていくという作業を更に精緻にしていくことが不可欠だと思えます。

あわせて、私は、社会保障の仕組みの中に、資産もその拠出の評価の中に入れることには基本的には賛成していません。それは、社会保障の原理というか、その仕組み自体を瓦解させる、社会保障に対する支持を失わせる可能性、危険があるの

ではないかと思っているからです。公的扶助化するというんでしょうかね。

そういう方向性よりは、むしろやはり低所得の方、困窮者の方に対するその所得保障、所得保障が足りているのか、今の仕組みで十分なのか、あるいは生活保障の制度の、何というか、利用あるいは仕組みがどうなのか、そういった、どちらかというと所得保障制度の見直し、その、何というんですか、上乗せすべきものは上乗せしていくという形でその生活を支えていくという、私はどちらかというところそういった考え方に立ってございます。

○倉林明子君 ありがとうございます。三原参考人に、済みません、最後質問したいと思いますが。

直接法改正とは関係ないんですけれども、介護保険法、介護保険の見直しの中で、今後の課題ということで先ほど先生からも先送りの課題のことを紹介ありました。いろいろ先生の書かれたものを見ていましたら、ケアマネジメント、居宅介護支援費の有料化についての論点示された文章読みました。現時点でいうとメリットよりデメリットの方が多いいのではという結論だったかと思うんですけれども、その考え方について、もう時間がなくて申し訳ないんですけれども、御紹介いただければと思います。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。ケアマネジメントの有料化をする、大体国費で百五十億円ぐらい、給付ベースで五百億円ぐらい浮きますが、それを上回る私はデメリットがあると思っています。むしろ二割負担の対象者を拡大した方がいいと思います。

なぜかという、ケアマネジメントを有料化すると、恐らく所得の低い人の利用控えが起きる。それから、区分支給限度基準額という基準額の中には、外に入れるのか中に入れるのかという判断がありますが、中に入れた場合というのは、ほかのサービスを削ってそれを使うことになる。その

結果、ケアマネジメントの有料化をすると、所得の低い人と重度な人が割を食うことになり。それは、私は社会政策としてどうなのかと思っています。

その選択肢は最終的に、何年か後に、否定は、全否定はしませんが、現時点ではやはりやることはほかにあるのではないかとというのが私の意見でございます。

○倉林明子君 ありがとうございます。是非議論を深めていきたいと思えます。

時間がありません。ちやうど時間が来たようです。で、終わります。ありがとうございます。

○天島大輔君 れいわ新選組の天島大輔です。参考人の皆様、本日はよろしくお願いいたします。代読します。

後期高齢者医療制度について、井上参考人、山本参考人のお二人に伺います。

政府は、二〇〇八年より高齢者を、六十五歳以上七十五歳未満の前期高齢者、七十五歳以上の後期高齢者に分け、後期高齢者には独立した医療保険に加入させる後期高齢者医療制度を創設しました。高齢者を二分するこの仕組みは、国民皆保険の国ではほかに例がないと聞きます。

全世代にとつて安心して年を取れる社会に向けて持続可能な医療保険制度を検討するに当たり、前期高齢者と後期高齢者を分ける制度設計は本当に必要なのか否か、そして、必要である又は必要でないとする理由について、参考人お二人のそれぞれの御意見をお聞かせください。

井上参考人から先にお願いたします。

○参考人(井上隆君) 日本の人口構造が大幅に変化する中で、高齢者の方の割合が非常に増えて現役世代が減っているという中で、この後期高齢者の医療制度を現役世代と違う制度にするという手当てを行ったということにつきましては、私は妥当だというふうに考えております。

ただ、現在でも現役世代が、後期高齢者あるいは前期高齢者に対しての拠出支援という金額がや

はり巨額になっておりますので、この負担の在り方等々につきましては今後も様々な検討が必要ではないかというふうに考えております。

○参考人(山本淑子君) 御質問ありがとうございます。

私は、そもそも、先ほどの最初の発言でも申し上げましたけれども、収入の限られた高齢者だけを切り分けて独立した制度にする、しかも、最初の段階でも現役世代からお金を入れなければ成り立たない制度だということが分かっていたわけですので、そもそも後期高齢者医療制度という在り方そのものに疑問を持っております。

以上です。

○天島大輔君 代読します。

次に、かかりつけ医機能の情報提供制度について、三原参考人と菊池参考人、お二人に伺います。

私は、常に介助が必要な重度障害者です。どんな場面においても、私のコミュニケーション支援と生命維持ができる慣れた介助者がそばにいないければ、議員活動はおろか、生きることすらできません。それは入院時でも同じです。介助者のサポートがなければ医師や看護師と意思疎通ができず、医療ミスにつながります。また、私の障害に合った介助技術を熟知していない看護師が介護すれば、けがのリスクはもちろんのこと、最悪、命にも関わります。

厚労省も、入院時の介助者の付添いが可能である旨の事務連絡を出していますが、病院側は、完全看護体制や感染対策を理由に付添いを断る事例が相次いでいます。

そんな私たちがかりつけ医を決めるときに、受診時や入院時に介助者の付添いが可能か否かの情報は、大げさではなく、まさに生命線になります。介助者の付添いの可否をかりつけ医機能の情報提供項目の中に含めることについて、三原参考人と菊池参考人、お二人の御意見をお聞かせください。

また、障害者がかりつけ医を選ぶ際に必要と

なる情報について、ほかにどのような項目が考えられるのか、知見がございましたら御教示ください。

○参考人(三原岳君) 御質問ありがとうございます。

障害を持たれている方に対する合理的配慮というのは、来年の四月から、来年六月にも民間の事業者にも義務付けられますので、これは私は、先生がおっしゃっている点というのは不可欠だと思います。

どういう情報を、医療機能情報提供制度ですね、国民にどうやって開示していくのか、あるいはどうやって地域の医療情報を可視化していくのかというのは、おっしゃるとおり、障害のある方が使いやすいような情報提供というのは当然私は必要だと思います。

例えば、イギリスの医療制度というのは、ウェブサイトで見ると診療所の状況が大部分かります。そこにはバリアフリーというのが実は入っています。なので、例えば情報保障とか、付添い介助が可能なかどうかという、そういった点については情報が最大限出されて、なおかつ不足している情報に関しては医療機関が障害のある方に情報を提供する、それが合理的配慮だと私は理解していますので、そういったところを最大限配慮した方がいいと思っています。

私からは以上です。

○参考人(菊池馨実君) 先生の御指摘の点、私も賛成でございます。

私、障害者部会の委員も務めておりまして、そこで、その委員、当事者、関係者の皆様から、入院時の障害福祉サービスの利用継続という非常に強い声をいただいているということも承知しております。それを受けての運用改善というのが一定程度図られているとは思いますが、今先生から御指摘のあった、実際には現場ではそれが実施されていないじゃないかという御指摘だと思います。そこはしっかりと実態を検証することが必要だと

思いますし、また、かかりつけ医機能の方にどういう情報が必要かということにつきまして、私はちよつとそちらは具体的なアイデアはないのですが、そういったことを決めていく会議体などの中に、医療関係者、介護ぐらゐまでは、ちよつと私存じ上げないんですが入るとしても、障害者のニーズとかそういったものが適切に反映されるような仕組みになっているかどうかというのをちよつと存じ上げないんですけれども、そういった部分もちよつとチェックした上で、もしそうならないとしたら、その障害者の皆様の声を、ニーズを把握できるような何らかの形を入れていく必要があるのではないかと思います。

○委員長(山田宏君) 速記を止めてください。

〔速記中止〕

○委員長(山田宏君) 速記を起こしてください。

○天畠大輔君 高齢者医療制度の話に戻りますが、山本参考人に伺います。

高齢の障害者が病院での受診を控える実態についても、御存じでしたら詳しく教えてください。

○参考人(山本淑子君) 御質問ありがとうございます。

申し訳ございません、私、詳しい情報は持つておりませんが、医療を受ける権利ということではないんですけれども、例えば天海訴訟などで、その人がその人らしく、障害者の方が高齢になってもその人らしく暮らすために、様々な保障制度必要だと思います。それまで使われていた障害制度を、高齢になったということで介護保険に無理やり移行させられるというようなことも起きております。

医療の現場でも、もしかしたら医療者、私たちが気が付かないで、障害者の方々が御苦労されたりとか医療を受ける上で障害になっていることがあるかもしれませんので、そういったことについて、私どももこれから十分皆様方の御意見伺いながら対応していきたいというふうに思います。

以上です。

○天畠大輔君 ありがとうございます。質疑を終わります。

○委員長(山田宏君) 以上をもちまして参考人に対する質疑は終了いたしました。

参考人の皆様に一言御礼を申し上げます。

参考人の皆様には、長時間にわたり貴重な御意見を賜りまして、誠にありがとうございます。委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。(拍手)

本日はこれにて散会いたします。

午後零時七分散会