

○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18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、お集まりいただきましてありがとうございます。

本日は、秋田委員、笠木委員、菊池委員、富山委員、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。

また、国土委員、沼尾委員は御欠席と承っております。

また、菊池委員は途中退席の御予定と伺っております、笠木委員も途中で退席される可能性があるかと伺っております。

また、新藤大臣、そして、神田政務官は、公務のため、途中で御退席と伺っております。神田政務官は公務を終えられた後、お戻りになる予定でございます。

井林副大臣は御欠席でございます。

それでは、早速でございますが、冒頭、新藤大臣に御挨拶をいただきたいと存じます。大臣、よろしくお願いいたします。

○新藤大臣 大変皆さんお世話になっております。お忙しい中、お集まりいただきまして本当にありがとうございます。

今、来る途中で改めて確認したのですがけれども、2021年の11月にこの会議をつくっていただいて、2年7か月の間で18回やっていただいているわけですから、かなりの頻度でございます。先生方に改めて御礼を申し上げたいと思います。また、オンラインで御参加の方々も含めて、本当にいろいろと御議論いただいていることを感謝申し上げたいと思います。

本日は、これまで議論を重ねていただきまして、昨年末に閣議決定をいたしました改革工程につきまして、政府の現在の取組状況を御報告させていただきたいと思っています。

また、今後のこの会議の進め方につきましても、座長と御相談して少し整理をいたしましたので、そこも皆さんとまた御相談させていただきたいと思っております。

この2024年度になってからは最初の会議ということになりますけれども、国会でも歳出改革の実現可能性について質問をいただくことがございます。この会議でも時々御発言が出ておりますけれども、まとめていただいたものはこれまでも懸案だったし、何度も取組をしてきたことであると。ですから、大事なことは、中身を詰めて深めていただいたことと、どうやってこれを本当に実現させるかということ、ここに非常に力点を置かななくてはならないと思いますし、来年度の予算編成におきましても確実に改革を前に進めることができるように、厚労省を中心にして関係省庁が検討する際の道しるべとなるような御議論をお願いしたいなと思っております。

私といたしましては、今後、少子高齢化・人口減少にあつて、経済を成長させる、そして、財政の規律をしっかりしていくと同様に、3番目の柱として社会保障の維持、それから、充実がとても重要だと思っております。そして、人口減少下であっても成長していく経済、その大前提はやはり社会保障が維持できるということであります。私ども、経済の長期推計を出しておりますけれども、中長期から長期にわたって推計いたしますと、この経済成長が実現できるならば、仮に高齢者がどんどん増えていっても、国民経済にとって社会保障の負担は軽減することができる。そういう試算も計算上は可能です。

これは、社会保障だけではなくて、要するにいかに国の成長を確実にしていくかという意味において、我々が目指すべきは明らかなので、成長実現ケースをどうつくっていくか。それは、計算上と言えども、できる可能性のある数字でございます。その大前提は、新しいことに取り組んでいかななくてはいけないし、思い切って直すべきところは直していかななくてはいけないという、実現、実行が求められていることだと思っております。その意味において、この全世代型社会保障という概念こそが今後の日本経済を動かしていく中で重要な柱になると確信しておりますので、その意味も含めまして御議論を賜ればありがたい。このように思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○清家座長 大臣、大変力づけられる御挨拶をありがとうございました。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

本日は、議事2といたしまして「『全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）』の検討状況について」、そして、議事の3「全世代型社会保障構築会議の今後の進め方について」、この2つにつきまして続けて事務局より御説明をいただき、その後に議論を行ってまいりたいと思います。

それでは、まず最初に、厚生労働省から資料1について御説明をお願いいたします。

○浅沼医政局長 厚生労働省医政局長の浅沼でございます。

資料1について御説明します。「『全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）』の検討状況について」ということで、地域医療構想、かかりつけ医機能ということになっております。

開きまして、2ページを御覧ください。

縷々文章を書いておりますが、この改革工程におきましては、このページのとおり、医療提供体制改革の中で地域医療構想、かかりつけ医機能、また、下段のほうに関わりますが、医師偏在対策等ということで、この検討状況の御説明をさせていただきたいと思っております。

4ページまで行きます。

まず、地域医療構想についての御説明をさせていただきます。地域医療構想ですが、改革工程におきましては、2025年に向けて国のアウトリーチの伴走支援等の取組を進めるとともに、2040年を視野に入れつつ、新たな地域医療構想の検討を行うこととされております。この赤四角の中のエッセンスです。

続きまして、6ページまで飛ばさせていただきます。

6ページは現在の病床数の状況でございます。合計の病床数は、2015年に125万1000床あったのに対しまして、2022年度の病床機能報告におきましては119万9000床となっております。2025年の病床の必要数と同水準となっております。

ただ、他方で構想区域ごとあるいは機能ごとの病床数というのは、一番右端の119.1万床必要との乖離があるということになっておりまして、全体の数は抑えていても、中身が少し違っているのではないかとということです。

7ページに移ります。

このような状況でございますので、2025年に向けた地域医療構想のさらなる推進のため、残り時間の中で頑張ろうということで、本年3月28日に都道府県に対しまして通知を発出いたしました。2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化し、国において医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる区域を推進区域・モデル推進区域として設定しまして、アウトリーチの伴走支援を実施することとしております。本年の夏頃に推進区域・モデル推進区域の設定を行いたいと考えております。

続きまして、9ページまで飛びます。

新しいほうの構想になりますが、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想につきましては、9ページの右側に書いてございます青いほうになりますが、新たな地域医療構想等に関する検討会を実は本年の3月29日に立ち上げました。

これは何を検討しているかというのが10ページでございます。第1回検討会、この資料の10ページにお示しした主な検討事項でございますけれども、これは2040年頃を見据えた上、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の人口の増大等に対応できるよう、今までは病院中心でやっておりましたが、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制の全体の地域医療構想となるよう検討することとしております。

真ん中に点線がございます。この四角の中に書いてございます主な検討課題を踏まえまして、2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル、病床の機能分化・連携のさらなる推進、地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論等につきまして検討を進めていきたいと考えているところでございます。

11ページに入りますが、こちらはこれからの検討スケジュールでございます。検討会におきましては、関係者からヒアリング等を行っているところでございまして、年末に最終まとめを行えるよう進めてまいりたいと考えているところでございます。

続きまして、13ページに入ります。

かかりつけ医機能についてでございます。こちらのほうの検討状況でございますが、13ページの赤四角のエッセンスで言いますと、かかりつけ医機能が発揮される制度整備につきましては、来年、2025年4月の制度施行に向けまして現在検討会で検討、議論を行っているところでございまして、本年夏頃までに意見等を得ることとしておるところでございます。

ます。

飛びまして、15ページまで行きます。

15ページの左側の分科会でございますが、こちらのほうで今、検討を行っているのですが、来年4月の施行に向けて、右側のほうに書いていますけれども、今年の令和6年7月までには議論の取りまとめを行う予定となっておりますのでございます。

16ページに入ります。

ここで検討している論点というのは、かかりつけ医機能を有する医療機関の明確化のため、報告を求めるかかりつけ医機能の内容、あるいは地域における協議の場、患者等への説明内容など、施行に向けて省令等で定める必要がある事項を検討しているほか、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実等、かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備の検討を行っているところでございます。

17ページに入ります。

これまでの分科会における議論の基本的な考え方をここでお示ししておりますが、かかりつけ医機能報告や医療機能情報提供制度によって、かかりつけ医機能を有する医療機関及びその医療機関のかかりつけ医機能の内容につきまして、国民・患者に情報提供され、明確化することによって、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資するとともに、地域の協議の場にかかりつけ医機能報告の内容を報告することで、地域での医療の確保状況を確認し、地域の中で不足している医療の機能を確保する方策を検討、そして、実施していくことによって、地域医療の質の向上を図っていくことを考えております。

また、かかりつけ医機能を有する医療機関のモデルを提示することで、各医療機関が機能、専門性に応じて連携を行うことによって、自ら担うかかりつけ医機能の内容を強化するよう促してまいりたいと考えております。

18ページから20ページです。これは今、一番ホットな議論になっておりますが、5月24日の分科会で示したかかりつけ医機能の報告を求める内容の案でございます。改正医療法で報告が求められています継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、長いのですが、これにつきましてこれまでの分科会でも様々な御意見をいただいております、それを踏まえまして3つの案を出しております。こちらに真ん中から書いてあります。

案1というのは、一定以上の症状に対して一次診療を行うことができることを報告事項とする案でございます。

案2につきましては、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいることや、診療領域ごとに一次診療への対応、診療領域ごとの患者から相談への対応の可否等を報告事項とする案であります。

また、案2の別案は、今、これはいわゆる診療領域になっていきますけれども、これを症状ごとの報告とするという案が別案で考えられています。

案3ですが、かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、受講者の有無等を報告事

項とする案となっております。

5月24日の分科会でも、これに対しましても様々な御意見をいただいております。やはり見方が両方あって、いわゆる症状から見たほうがいいのではないかと関係の方々いろいろな御意見をいただいておりますので、これも引き続き検討を進めていきたいと思っております。

このほか、改正医療法でも報告が求められている事項につきましても19ページ、20ページに書いてあります。例えば通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護サービス等と連携した医療提供等、こういったことに関しましても報告事項の案を検討しているところでございます。

また、細かくは御説明しませんが、後ろのほうの38ページから40ページにこちらの参考資料をつけておりますが、患者等への説明の内容あるいはかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実等に関する検討も進めております。来年4月が施行ですので、それに向けて国民・患者が受ける医療のサービスの質の向上につながるよう進めてまいりたいと考えております。

続きまして、22ページ、23ページであります。もう一つの課題であります医師の偏在対策であります。

こちらのほうは23ページのとおりでございまして、赤四角が入っておりますが、医師偏在対策につきましても、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関の拡大等の検討を進める。また、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化をはじめとする規制的手法の在り方について検討することとされております。

24ページに入ります。

医師偏在対策につきましても、今まで医学部の定員の地域枠設定に加えまして、医師の多寡を比較、評価する医師偏在指数を算出した上で、都道府県において医師確保計画を策定し、目標医師数の設定、医師の派遣、キャリア形成支援等を行っております。国といたしましても、こちらに対しまして財政支援を行っております。一方で、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の人口増大や、現役世代の減少を踏まえまして、医療の需要の変化に対応できるよう、中長期的課題を整理して検討を行う必要があると考えております。

27ページに入っていきます。

最後になりますけれども、厚生労働省といたしましては、さらに偏在の是正を進めるべく、データに基づいて前例にとられない対策の検討を行うこととしております。赤で囲ってあるところでございます。

5月23日開催の経済財政諮問会議におきまして、厚生労働大臣から医師偏在対策の推進の取組といたしまして、医師の地域間、診療科間の偏在のさらなる是正を図るため、地域ごとに医師の派遣・配置計画の明確化を進めるとともに、これを踏まえまして、医師養成過程での取組、総合診療医の育成、リカレント教育、経済的インセンティブ、規制的手法

を組み合わせ、国・都道府県・大学等との連携により、必要な医師を確保・配置するための総合的な対策を前例にとらわれず検討すること等に取り組んでいく旨を説明したところでございます。

引き続き、こうした医師偏在対策につきましては、新たな地域医療構想等に関する検討会や医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会を中心に具体的な検討を進めてまいりたいと考えております。

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した。

引き続きまして、次に内閣官房より資料2について御説明をお願いいたします。

○竹林審議官 それでは、資料2につきまして、全世代型社会保障構築本部事務局審議官の竹林より御説明をさせていただきます。

前回3月21日の本会議におきまして、香取構成員からも今後の本会議の進め方について示すべきだというお話もいただきました。こういったことも踏まえまして、現時点で想定される内容につきまして、清家座長と相談させていただいて、この紙を提出させていただきました。

令和4年12月におまとめいただきました本会議の報告書におきましては、全世代型社会保障構築を4つの分野に分けて進めていくと整理されております。その4つの分野に沿いまして整理をしております。

まず、こども・子育て支援関係につきましては、昨年末、「こども未来戦略」を閣議決定しております。現在、この加速化プランの実施が完了する2028年度に向けて、当面はこの「こども未来戦略」に沿って対応する実行の段階でございますので、直ちに本会議で御議論いただくことはないのかなと思っております。

それから、次の柱、働き方に中立的な社会保障制度等の関係でございます。勤労者皆保険の実現などが大きな課題となっておりますけれども、3か月に1度ぐらいのペースで中期的に検討していただいております。現在、ちょうど厚生労働省の年金部会において5年に1度の年金制度改正に向けた議論が行われているところで、大体年内に取りまとめで、次の通常国会への法案提出を目指していると承知しております。そういったこともございまして、年度内はこの年金部会における検討状況の報告や、海外の動向等についての有識者からのヒアリングをさせていただいて、それを踏まえて来年度以降さらに議論を重ねていくとさせていただいております。

3つ目の柱であります医療・介護制度等の改革の関係でございます。こちらにつきましては、昨年末、同じく閣議決定されました「社会保障の改革工程」でかなり多数の具体的な項目が盛り込まれているところでございます。その上で、各年度の予算編成過程で実施すべき施策の検討、決定を行うこととされているところでございますので、本会議の役割といたしましては、予算編成の進捗に応じまして、節目節目でのフォローアップをしていただくということかなと思っております。年に例えば3回程度ということで、本日もその

第1弾ということで、医療提供体制に関する項目の検討状況について先ほど御報告をいただいたところでございます。

4つ目の柱といたしまして、地域共生社会の関係がございまして、こちらにつきましても、3か月に1度ぐらいのペースで中期的な検討をしていただいております。大きく分けて、改革工程にも盛り込まれましたこれからかなり増えていく単身の高齢者等への支援の在り方のお話、それから、地域軸と書いてございますけれども、これから2040年に向けて都市部ではさらに高齢者が増えていくけれども、地方部では高齢者も含めた人口減少が進んでいく。このような違いもある中で、それぞれの地域の特性に応じて、介護・障害・福祉、それから、医療も含めた横断的な提供体制をどうしていくのか。ダウンサイジングをどう円滑に進めていけるのかと。このようなことについても御議論いただきたいと思っております。

私からの説明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、ここから委員の皆様から御意見をいただいてまいりたいと思います。

なお、菊池委員と本日御欠席されております国土委員から資料を提出いただいております。それぞれ資料3、資料4として配付しておりますので、御参照いただければと存じます。

本日は、途中で御退席される予定の菊池委員、笠木委員に先に御発言いただいた後、前回までとは形を変えまして、五十音順の後ろから御発言をいただき、もし時間が余りましたら、残りの時間で自由な御発言をいただくという進行にしたいと思います。

本日も多数御出席を賜っておりますので、最初の御発言はお一人当たり4分程度としていただきますようお願いを申し上げます。

それでは、まず菊池委員、よろしくお願いいたします。

○菊池構成員 最初に御指名いただきまして、ありがとうございます。本日、中座となりまして申し訳ございません。

私からは資料2に関して発言をさせていただきます。

まず、働き方に中立的な社会保障制度についてですが、年度内は年金部会における検討状況報告と記載されておりますが、現在、被用者保険の適用の在り方に関する懇談会が開催されておまして、その検討結果を基に、年金部会だけではなく医療保険部会でも検討がなされることとなります。被用者保険の中でも厚生年金保険と健康保険の適用関係は異なりますので、医療保険の在り方にも視野を広げて検討状況を見守っていただきたいと思っております。

次に、地域共生社会の実現に関してですが、改革工程で今年度を実施する取組として重層的支援体制整備事業のさらなる推進が挙げられるとともに、令和2年改正法附則の5年後見直し規定に基づく検討を行うとされ、厚生労働省でも今後具体的な検討が行われていくものと承知しております。その際の留意点として、本会議でも確認していただきたい事

項を3点挙げさせていただきます。

1つ目は、改革工程で身寄りのない高齢者等への支援、いわゆる身寄り問題への対応が課題とされ、高齢者等終身サポート事業者ガイドラインが発出されたほか、生活困窮者就労準備支援事業費等補助金による持続可能な権利擁護支援モデル事業、内閣府での高齢社会対策大綱をめぐる検討など、省庁横断的に様々な箇所でのこのテーマに関わる取組が既になされています。より大きな観点から言えば、地域共生社会の実現に向けた政策動向と重なる動きであります。ただ、これらの諸施策の展開が政府内で全体を俯瞰する形で行われているようには必ずしも見られない面があります。資料2で触れていただいたこととも関連して、この全社会議がそうした情報、政策の集約機能を担っていただくようお願いしたいと思います。

2つ目に、今申し上げたこととも関連して、認知症対策、権利擁護支援策といったいわゆる身寄り問題にも関わる政策上の取組がなされています。ただ、これらは国民の中の特定の対象者への言わば各論的な取組と言うことができ、本来的にはより広範な国民各層を対象とする一般福祉法制の在り方についての言わば総論的な検討がなされてこそ、各個別政策の有機的な関連づけを含む全体的な議論が可能になるという側面があります。令和8年を目指して検討が行われている民法改正による成年後見制度の改革により、同制度の戦線縮小が見込まれる中、福祉制度がどのようにカバーしていくのか。資料2で挙げているように、今後行われていく社会福祉法等の5年後見直しに向けた議論をこの全社会議においても折に触れ御紹介いただきたいと思います。

3つ目に、資料3に提出させていただきましたように、この点、年末の改革工程に向けた議論の際にも意見を提出させていただいたことですが、被災者支援を地域共生社会の位置づけの枠組みで捉えていただきたいと思います。災害時の被災者支援と平時の福祉的支援とが有機的に関連することが、今般の能登半島地震をはじめとした最近の自然災害に際しての支援活動を通じて痛切に感じられます。被災者支援の要素を取り込むことで、地域づくりまで見据えた地域共生社会の実現の必要性をより説得力をもって国民に示すことにつながるのではないかと思います。その延長線上には、災害救助法制と福祉法制の役割分担の再検討も視野に入ると思われます。

あと一点、資料2で横断的な提供体制の在り方について議論すると入れていただいたことに感謝しています。その際、人口減少を前提とした各地域でのサービス提供体制の在り方のみならず、行政事務の担い手である地方自治体の対応の在り方についても横断的な検討が必要と思われます。国民のニーズの多様化に伴い、きめ細かな対応を行うための法制度が次々に登場していますが、その担い手となる自治体では限られた人員体制で様々な事業の実施・継続を迫られ、早晚立ち行かなくなるのではないかと思います。柔軟で、かつ地方の創意工夫が生かされる行政運営を許容する方向での検討が必要かと思います。

以上です。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、笠木委員、よろしくお願いいたします。

○笠木構成員 笠木です。本日は早退の可能性がありまして、少し早めに発言をさせていただくことをお許しいただきまして、ありがとうございます。

本日、私からは3点コメントをいたします。

最初の2点は、本日御説明をいただきましたかかりつけ医に関するものです。かかりつけ医については、本日御説明いただいたように、今後、報告・説明制度の中身が専門家から成る検討会の議論を基に具体化されていくものと思われまして、その中身を注視したいと思っております。

その上で、コメント1点目は、かかりつけ医が真に期待される機能を発揮するためには、制度の枠組みもさることながら、何よりもその中で働く医師の教育、研修が重要であるという点についてです。既に今日お示しいただいた資料の17ページで掲げていただきました検討会での御議論の中で、4つ目の○だったと思いますけれども、この点が挙がっているということです、この点、強く賛同するところですし、ぜひ今後ともこの点に御配慮いただきつつ政策を進めていただければと思っております。

そこに「患者の生活背景等も踏まえて幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師」というような記述もありますけれども、実際にこれを行うということは非常に高度なことだと思いますので、どのように、こうしたことを行える医師を全国的に増やすことができるのかというところは、今後の非常に重要な論点であると考えております。

次に、かかりつけ医の定義の問題とも関連しまして、この医療法上のかかりつけ制度と医療保険との関係の整理という点についてコメントさせていただきます。本日の議論の対象となっていませんけれども、医療機関の行動に大きな影響を及ぼす診療報酬の側でも、かかりつけ医に類する医療機関の機能への多様な評価が行われているものと理解しております。恐らく一番その対応関係にありそうなのは地域包括加算であるとか小児についてのかかりつけ診療料などですけれども、ほかにも生活習慣病に関するものなど様々な管理料、加算というものが存在し、それぞれ異なるルールが定められているかと思います。

診療報酬の側で加算が行われる場合、患者がその費用についても一部負担という形で追加的に負担するということも意味します。そうした、医療保険の側で行われている多様なかかりつけ医的な機能の評価との関係や整理などについて、今後、少し全体的な関係の整理や見取り図が示されていくとよいのではないかと思います。医療法上の制度と医療保険制度との間で完全にルールが一致していくということは必要でなく望ましくもないとは思いますが、両者の間に一定の整合性、一貫性があると、患者を含む関係当事者にとって分かりやすく、また、公平性にもつながっていくのではないかと考えております。

3点目ですけれども、本日の中心的な議題ではなくて恐縮ですけれども、昨年、改革工程の中で2024年度に実現すべきものとして掲げられていました長期収載医薬品に関する保険給付の見直しについて、この機会にコメントを手短にさせていただきたく存じます。

今年の秋以降、後発医薬品のある長期収載品については、選定療養の枠組みで患者に自

己負担が求められることになっております。この点、後発医薬品の利用促進という政策の方向性には異論は全くありませんけれども、そのために選定療養という枠組みが用いられることについて、議論の余地があるのではないかと考えております。

今回の後発医薬品の例では、選定療養の枠組みは、保険収載されていた医療を保険給付外に一旦括り出した上で、保険外併用療養費の額をコントロールすることで、保険診療に新たな、また、比較的柔軟に操作可能な額の自己負担を求めていく枠組みとして機能しており、これはある意味では政策目的実現のために便利な枠組みなのだと思います。他方で、選定療養というものがもともとそういった趣旨の制度であったのかは必ずしも自明ではないと思いますし、また、そうした形での保険診療の範囲の縮小について法令上の限界がほとんどないということにも懸念を持っております。また、そのような仕組みで自己負担を求めるということが、国民にとって分かりやすく透明性があるものなのかというところにも懸念があります。

細かい論点ですし、本日の議題とは離れますけれども、理論的・長期的には何を保険でどこまでカバーするかというような医療保険制度をめぐる大きな論点につながっているとも思いましたので、この機会にコメントをさせていただきました次第です。

私からは以上です。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、横山委員、よろしくお願いいたします。

○横山構成員　一橋大学の横山です。よろしくお願いいたします。

私は労働経済学が専門ですので、地域医療構想やかかりつけ医療機能等、医療のことに關しては、もっと御専門に近い先生の御意見に勝ることが申し上げられないかと思い、こちらへのコメントは省略させていただきます。

後半の「今後の進め方」というところについてなのですが、働き方に中立的な社会保障制度というところが主に私の専門に該当する部分かと認識しております。

この社会保障制度の改革をどのように働き方に中立的に進めるのかということを考えていくに当たって、配偶者控除の存在を無視することはできません。特に企業の配偶者手当の支給を決める配偶者の年収の閾値は、配偶者控除にかなり影響されております。例えば2018年に配偶者控除制度の改正後、配偶者手当の収入制限の額を配偶者特別控除の閾値である150万円に設定した企業が、改正前は0%だったところ、2020年では収入制限を設けている企業のうち10%近くに上昇しました。

そして、103万円は「配偶者の年収の閾値」という概念に関連する性質と致しましては、配偶者控除が特別控除に転換する点ですので、額に変化はないのですが、配偶者控除が消失するという点におきまして、収入制限を設けている企業のうち、いまだに半数は103万円を配偶者手当の収入制限額としています。つまり、配偶者控除に合わせる形で配偶者手当の収入制限の額を設定している企業が無視できない数存在します。そうすると、せっかく130万円の閾値がなくなっていても、今の配偶者控除制度が存在する限り、配偶者手当の

収入制限も行われ続けることになります。

したがって、勤労者皆保険の普及が進む中で、配偶者控除・配偶者手当の存在が間接的に３号にとどまる決断をしやすくなるように作用するという点で、改革の成功の阻害要因にもなりかねないことをより真剣に考えていくべきだと思います。本当の中立性は達成できない制約の中で議論を行っていくよりも、今後、短期的には限定的な中立性の達成を目指し、中長期的には本格的な中立性の達成を目指すなど、いつまでに何をを目指すのかを明確にしながら議論する方が建設的だと思います。

また、資料の項目の中には直接的にはありませんが、少子化の話は、今から生まれてくる子供が労働力になるまでにはあと20年弱かかると思うので、喫緊の課題として、直近の労働力はどのように確保するのかという点も同時に議論していかなければいけない重要な点かと思っています。

まず、やはり既に働いている人、働ける人の労働力を最大限に活かす必要があると思います。そのためには、働かないと受給資格をもらえないため働くインセンティブを常に提供し、かつ低賃金層の働くインセンティブの上昇の機能も兼ね備えたアメリカのEITCの導入は、日本においても前向きに考えていくべきだと思います。

先の議論であります配偶者控除や手当の廃止方向の変化があったとき、低所得の家庭ではその代わりにEITCに加入することで、低所得の人をサポートしながら、これまで配偶者控除の対象であった人の労働力も獲得することができます。またシングルマザーなどもその対象になります。

特にEITCは、低所得者の賃金率が例えば1.4倍になったような効果を持つ所得範囲があるため、一般的給付でいう「働くことへのTax」ではなく、「働くことへのBenefit」を賃金にプラスしてもらえ所得範囲により、所得の低い人の働くインセンティブを上昇させる機能も持ち合わせます。

したがって、これを若い人に当てはめると、EITCを通じて低所得者のサポートを行いますので、少子化対策にもつながるという意味で、現在の少子化対策とも相性のよいものだと思います。

つまり、社会保障での中立的な働き方を達成するためには、配偶者控除をはじめ、EITCなど税制との足並みをそろえることは必至でありますので、この全世代型の会議でもそこまで話を広げざるを得ないのではないかと。つまり、社会保障の閾値のことだけを話していいとは思わないので、その点も御検討いただけますと幸いです。

以上です。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、水島委員、よろしくお願いいたします。

○水島構成員　大阪大学の水島でございます。

医政局長並びに審議官におかれましては、御説明いただきありがとうございました。

まず資料１について、いずれも重要な課題と考えますが、医師の育成・確保の点から一

言申し上げます。先ほど笠木先生からお話がありましたが、地域医療構想を進めるため、あるいはかかりつけ医機能を発揮するために制度の整備がまず必要ですが、その制度が実際に機能するためには医師の育成・確保と適正配置が必要です。回復期の病床機能を強化するに当たり、病床数を増やすとともに、そこで診療に従事する医師が必要です。回復期に限らず、適切な医師の確保が必要です。かかりつけ医機能を発揮するためには、幅広い診療領域について全人的に診療できる医師が必要です。そのためには、学部教育の段階からそうした意識づけ、方向づけが今後必要であり、大学との連携が一層重要になると考えます。

他方で、専門的、高度先進的な医療を行う医師の育成・確保も必要であることを看過してはならないと考えます。将来の医療提供体制を念頭に、バランスよく医師を育成すること、そして、どのような医師になれるにせよ、医師という人材は我が国の構成員の健康を支え、非常に重要な役割を果たされる方々であることを共通認識することが必要と考えます。

資料2について、こども・子育て支援関係では、先週、改正育児・介護休業法が成立し、仕事と育児、また、仕事と介護の両立支援制度の強化が期待されるところです。特に労働者の仕事と育児の両立に関する個別の意向の聴取を事業主に義務づけることは、非常に重要な変更と考えます。

新藤大臣が冒頭で社会保障の維持というお話をなさいましたが、そのためにも、私は勤労者皆保険の実現が重要であり、目指すべきと考えます。勤労者皆保険の実現に向けては、働き方に中立的な社会保障制度のテーマで今後この会議でも議論されると思います。まずは、週労働時間20時間以上の者への完全適用を確実に進めていくことが重要と考えます。

勤労者皆保険は年金を念頭において議論されることが多いように思われますが、先ほど菊池先生もおっしゃったように、健康保険の適用と医療保険の在り方についても議論が必要と考えます。

また、今月、改正雇用保険法が成立し、雇用保険については、被保険者の要件が現在の週所定労働時間20時間以上から10時間以上に變更し、適用が拡大します。施行は令和10年10月と少し先ではありますが、雇用保険の適用拡大は、勤労者皆保険実現に向けての議論の参考になると考えます。海外の状況も正しく認識、理解しながら、この会議においても勤労者皆保険に向けての議論が丁寧に進められることを期待します。

私からは以上です。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、増田委員、よろしくお願いいたします。

○増田構成員　どうもありがとうございます。

御説明の順序に沿って、少し申し上げたいと思います。

まず、地域医療構想なのですけれども、全体として病床数が減っている。ただし、病床機能の内訳の展開についてはまだ道半ばという御説明だったかと思います。まさにそのと

おりなのですが、目標年の2025年までに最後の一押しをぜひやっていただきたいなど。その上で次の構想の検討が必要だろうと思うのですけれども、今期の反省を踏まえて、都道府県に推進手法のもう少し強い権限を与えたほうがいいのではないかと。都道府県による推進手法の強化と、もう一つ、病床機能の転換を引き続き進めることに加えて、外来だとか介護も射程に入れるなどの内容面の強化も必要になってくるのではないかと。この点もぜひ検討すべきではないかと思います。

それから、かかりつけ医の関係ですが、これについては、やはり制度整備に際して非常に重要なのは、このかかりつけ医の制度を入れることによって、国民や患者目線で外来医療がよりよいものになったと皆さんが感じることができるとかどうかなと思うのです。たまたま私が分科会長代理をやっている財政審のほうでも少しこの制度の議論をしたことがありますが、そこの建議の中で次のように書かせていただきました。患者による医療機関の選択に資するよう、各医療機関がどのような症候や疾患に対応可能なのかなど、必要な情報が報告、公表されるようにする必要があります。こんなふうに建議の中でまとめました。患者さんにとっては、どんな症状を診てもらえるかという情報が非常に重要であって、対応可能な症状がきちんと報告される制度になっていないといけないと思います。

一定の症状への対応を求めるということによって、恐らく医療機関においても自らが担うかかりつけ医機能を強化するように、そういう改善努力というのが働くのだらうと思いますので、それはトータルで見ると、国民・患者から見た医療サービスの質が向上するというにつながっていくと思います。

診療領域の単なる報告であっては、今の診療科を表示している現状と変わりませんので、結局、国民・患者の立場からとってはよくなったという変化が実感できないと思うのです。今申し上げましたような国民・患者目線でそのよくなったということが実感できる、そんな制度改正の検討をぜひ進めていただきたいなと思います。

それから、偏在対策ですが、これは経済的インセンティブと規制的手法をうまく組み合わせる。これに大いに期待したいと思うのです。

先ほどの説明で、27ページの右側の上の赤枠のところのお話がありました。去年の改革工程表の中には、偏在是正で地域間、診療科目間、病院診療所間という3つの偏在を書いたのですが、この赤枠の中は病院、診療所間の偏在は特に書いていないのですが、その偏在対策が重要な課題なので、ぜひそれについても取り組んでいただきたい。例えば偏在対策で地域別の診療報酬導入のような話もあるのですけれども、診療報酬の在り方も含めて、いずれにしてもきちんとした議論を進めていくことがこの点では大事なのではないかと思います。

最後にスケジュールのお話がありました。ほかの委員の方もおっしゃっていましたが、やはりこの会議の場で進捗状況をきちんとフォローアップしていく。少しこまめに見えて、難しい部分があれば省庁横断的に議論できるこの場を活用するといったことがよろしいのではないかと私も思いますので、ぜひそんな進め方を考えていただければと思います。

す。

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、富山委員、よろしくお願いいたします。

○富山構成員 どうもありがとうございます。

私のほうからは、まず1つ目と3つ目をまとめてなのですが、6ページ目ですかね。病床のシフトの件について、自分はどちらかというと医療制度の専門家というよりはビジネスサイドの人間なので、要するに運営する側の経済性という脈絡で何点かコメントしておくと、病院経営上、急性期病床よりも非急性期のほうが恐らく稼働率のコントロールはしやすいはずなので、経営的にはむしろこのシフトが進んでいったほうがトータルには病院経営は安定するというか、生産性が上がるはずなのです。そういった脈絡で言うと、この方向性自体は患者さんの側にとっても供給側にとっても多分合理的なシフトで、もっと進んでしかるべきなのですが、恐らくこれがなかなかすすみ進まない背景は大きく2つあって、一つは、これは行政のレベルにおいても、あるいは病院経営のレベルにおいても、この比率を変えるのは多分いろいろ大変というか、あまり強制的な方法はないのと、それから、お医者さん自身のもともとのスキルセットの問題もあるので、恐らくミクロレベルで、実はマクロではこういう合理性があっても、ミクロで動きにくい背景があるのだと思います。

そういった意味合いで、何人かの方がおっしゃいましたが、今、増田さんもおっしゃったかな。要は行政の側に相当強く誘導する何らかのツールをもうちょっと持たせてあげないとシフトが起きにくいのと、そこから先は経営の問題なので、病院経営をしている側が上手にこれをシフトしていくということを促すことになると思うのですが、ただ一方で、病院の経営レベルで申し上げますと、私も最近ややこの領域の経営に関わっているものですから感じますのは、これもストレートに申し上げますと、これは実はほかの公共交通機関とかでも同じことが起きているのですが、非常に規制が多くてやや官製市場的になっているところというのは、実は経営力格差が大きいのです。というのは、ある意味規制とかそういう官製市場であるということがやや言い訳になってしまうので、意外と経営が思考停止になるというか、経営努力をしない。むしろそういう動機づけを与えてしまうのです。ですから、実際にやってみると、むしろ経営的な改善の余地というのはこういう産業のほうが相当多いです。要は、本当の競争が激しいところというのはそこで淘汰されてしまうので、意外とそういう改善代はないのですが、今申し上げた病床のシフトを含めて、要するに生産性を上げて供給力を患者さんのニーズにマッチする余地というのは本当は結構あります。

そうすると、この先、今度は民間側というかプレイヤーの側ですね。実際に病院を経営している側のいろいろな意味で経営を改善していく、あるいは再編をしていくような仕組みというものを考えていかないと、これは実は経営上は合理的なシフトを国としては期待

している話なので、そういうことになるのだらうなと思っています。だから、そこは結構この後大事なかなと思っている。実際に公共交通もやっとそういう段階にも入ってきているので、そういうことかなと思っています。

それから、もう一点です。ただ、そのときに気をつけなくてはいけないのは、今後、実は医師の偏在問題が一番シリアスな問題になるのは急性期のほうなのです。急性期というのはリアルなので、そこにいなくてはいけないので。もう一方で、急性期の部分に関しては、どういうふうに実際のお医者さんが身近に、産婦人科医などはその典型なのですけれども、廃止されるかということは、逆に言ってしまうと、ここは残念ながら市場経済では当然解決できない問題、最も解決できない問題領域に入ってくるので、それをどうしていくかということに関しては、これまたかなり政府部門が介入していかないとこの偏在の問題は解消しないので、実はむしろ市場機能をかなり働かせたほうがいい部分と、それから、政府がちゃんと加入した部分が非常にデリケートに重なり合っていくので、その辺をどうしていくのかというのはすごくこの後重要かつ大事だと思います。というのは、今、需要と供給が同時に減っていく構図で、むしろ供給のほうが先に減ってってしまう構造が日本の場合にはありますので、そこは大事なかなと。

それから、もう一点です。これも増田さんや何人かがおっしゃられましたけれども、実際に現場に近いところに関わっていると、既に例えば介護と医療の間というのはユーザーから見るとほぼ連続的なサービスになってしまっています。ですので、ユーザー目線で見ると、これも公共交通でも同じことが起きていて、従来、鉄道だ、バスだ、タクシーだとみんな別個にやっていたのですけれども、今、それが崩壊しかかっている、ユーザー目線で見ると、介護も医療もあるいは訪問サービスも、要するに全部本人にとっての連続的なサービスなので、これをどう一体的にユーザー目線で経営していくのかというのがすごく大事で、ひょっとすると総合医の問題もかかりつけ医もややそういうところがあって、非常にコンシェルジュ的なものがすごく大事になってくるのですよね。介護に関してはケアマネがそれをやっているのだと思うのですけれども、結局、枠を超えたある種の総合的なコンシェルジュサービスというものが求められてきているので、それがちゃんと機能していかないと、ユーザーから見ると非常に非効率な、あるいは、そうすると結局供給側にとって非効率なことが起きるので、これもある種の業種、業界の再定義というのですかね。地域総合ウェルビーイングサービスの脈絡で再編していくというタイミングにそろそろ来ているのかなと思っています。

最後に、かかりつけ医の問題は、確かに何人かがおっしゃいましたが、もともとの教育の問題も関わってくるので大変難しい問題だなと思っていますけれども、ただ、私の感覚で言ってしまうと、自分も結構困ることが最近多くて、どうしているかという、幸い私は知り合いに東京大学、慶應大学系、いっぱいお医者さんがいるので、実際は結局そいつに電話するのですよね。電話してどうすればいいかと聞いてしまっている、結局それは彼なり彼女なりをコンシェルジュにしている、ここはなかなかそう簡単に

解決しない問題で難しいなと思って、これはメッセージではなくて、難しいなということを一患者として申し上げる次第です。

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、土居委員、よろしくお願いいたします。

○土居構成員 今日は地域医療構想、それから、かかりつけ医機能に関連する議論をこの場でさせていただくという機会をいただきまして、ありがとうございます。

まず、資料1に関連するところから意見を述べさせていただきたいと思います。

地域医療構想については、資料の7ページから8ページに書かれているように、2025年までの取組を手抜きなく進めるということをまずいの一歩に進めていただきたいと思います。

その上で、10ページにありますように、2040年を見据えた医療・介護の姿を地域医療構想を軸にどういう形で提供体制を整えていくかということが重要だと思います。今の地域医療構想はもちろん後知恵的にいろいろこういうこともやっておいたほうがよかったのではないかと、ああいうことをやっておいたほうがよかったのではないかとすることはあるのですが、策定したあの時期にNDBデータ、DPCデータ、ビッグデータをフル活用して最大限分析して、それで病床機能の分化・連携を進めたという意味では、あの当時としては画期的なことだったと思います。

ただ、惜しむらくは、入院医療のところから漏れたところで、在宅医療等という形で若干抽象的に入院から外来ないしは介護というところの連携が抽象的になってしまって、今日の地域医療構想、2025年までということになっていたのも、今後は、分析手法も高度化していますし、分析する能力も高まっているということです。2040年を見据えた地域医療構想ということで、もちろん入院のところは引き続きということでもありますけれども、外来、それから、医療と介護の連携にも視野を広げて、地域地域の2040年の医療と介護の提供体制をどういうふうに整えていくかということを地域医療構想を土台に考えていただくことが必要だと思います。

その上では、今の地域医療構想もそうであったように、データに基づいて数値化して、その在り方を地域で議論していただいて取り組んでいくという形にさせていただきたいと思っています。

その際、これは資料1の後ろのほうにある医師偏在対策とも関連するのですが、まずは、医療だけではなく、医療・介護人材の偏在是正にも取り組んでいただくということを前提としつつも、それでもなお不足する場合ということも新たな地域医療構想を考えていく上では考えざるを得ないのではないかと。常に十全に人材が地域で確保できるということを前提として、どういうふうに各地で提供体制を整えていくかということばかり考えていても、不足した場合にどうするかということもプランBとして考えておかないと。その地域で人材が不足するということを理由にして医療や介護が滞ってしまうと

いうことはあってはならないわけで、それを防ぐためには、例えば入院の医療人材が十分に確保できないという場合は、在宅にシフトすることで滞らないようにするというようなこともできますし、必ずしも在宅医療の提供が十分にできないような中山間地だとすれば、また別の方策で不足している部分をカバーするというような考え方も併せ持って、この地域医療構想を各地で展開していくということが必要だと思います。

それと、医師偏在対策に関連しての27ページに今後の対応ということで、これは基本的には私も望ましいと思っておりますけれども、その中で総合診療専門医の育成、それから、かかりつけ医機能を担える医師の育成というものも併せて取り組んでいただくことを通じて、かかりつけ医機能を果たす医師の偏在是正というものにも取り組んでいただきたいと思います。

続きまして、かかりつけ医機能報告制度に関してということで、18ページから20ページに1号機能、2号機能という話が書かれております。当構築会議の2022年の報告書でも触れられたように、日常的に高い頻度で発生する疾患、症状について幅広く対応することがかかりつけ医機能として求められるということをまず踏まえた上で、18ページにあります案ということで申しますと、やはり案1というのが報告書に合致するものなのだろうと思います。もちろん案2も似たようなことが書かれてはいますけれども、特に案2の③、④には「いずれかの」という言葉が書いてあって、どれか1つでもいいというかのように読めるということで、案1は「一定以上の」と書いてあって、やはり日常的に頻度が高いものに対して対応できるようにするということであるからには、一定以上の症状に対応できるようなものがかかりつけ医機能としてふさわしいと思うわけであります。

それから、診療領域か症状かということですが、私は症状でなければならない。むしろ、症状を報告しないようなかかりつけ医機能報告制度だったら税金の無駄遣いだと言われかねない。なぜならば、今、既に医療機関検索アプリというものが我が国には存在しております。医療機関はどこに行けばいいかということで、あいにく今はこの報告制度がありませんので、先ほど富山委員のお話にもありましたけれども、まずどこの医療機関に行けばいいかという話の中で、アプリで検索するときに何を条件に検索するかと言えば、診療科でもなければ疾患でもなく、症状で検索アプリのうちの一番、検索の条件を選んでいく。頭痛なら頭痛と選んで、そうしたらAIによる問診が始まるというのが今のこのアプリの優れたところであります。

ですから、アプリは既に民間で自発的に任意でやっていることなのだけれども、症状で医療機関を検索するという時代になっているのに、かかりつけ医機能報告は症状は報告しなくていいということになったとしたら、患者・国民の誰がかかりつけ医機能報告の情報を使って医療機関を選択するのでしょうかということになりますから、少なくとも報告事項の中に症状が入っていないということは、今のこの御時世としてはあり得ないだろうと思うわけであります。

それから、2号機能については、書類上該当機能があるということを報告しても、実態

が伴わないということはあってはいけませんので、この資料の中にも書かれているように、算定状況の報告というのも非常に重要なポイントだと思います。もちろん最初の入り口、制度発足時に間口を狭めると、今のかかりつけ医的な役割を果たす医療機関が困るではないかという意見もあるのですけれども、我々の会議の2022年12月の報告書にも書かれているように、フリーアクセスの考え方の下にかかりつけ医機能を発揮するということになっているわけですから、案2の②にありますように、かかりつけ医機能に関する研修の修了者とか総合診療専門医がいることということもやはり報告事項とするべきだと思います。

続きまして、資料2につきましてはこの方向でいいと思いますけれども、私もこの会議で以前申し上げた社会保障給付の将来見通しを示すということも近い時期にはこの会議で報告していただくということで、今後の社会保障給付がどうなるかということを経済にお示しするというのもできるのではないかと思います。

最後に1点だけ、前もって予定していなかった発言なのですが、横山委員から配偶者控除の話がありまして、私も就労に中立的でない税制は改めるべきだと思いますし、事業者独自の配偶者手当がそれを妨げているということであれば、それは撤廃するべきだと思うのです。けれども、配偶者控除のせいなのかと言われると、ちょっと微妙だと思っております。103万円というのは所得税法上の扶養の定義である。つまり、合計所得金額が48万円以下であるということが所得税法上の定義でありまして、世帯の中で条件を満たす者が被扶養者であると。被扶養者でなければ、自らが納税者本人になり、納税するということがあり得るということで、48万円足す55万円で103万円というのが今の給与所得者を前提とした103万円という数字になっていて、これは配偶者だけではなくて、普通のお子さんとかの扶養家族もそうなわけです。私も学生からよく聞く話は、アルバイトをするのだけれども、103万円を超えてアルバイトをすると親の扶養から外れてしまうということなので、103万円を超えないようにアルバイトを調整しているのだということを独身の学生が言っているということがあったりしますから、やはりその103万円というところは、就労の影響があるということはもちろん私は認めますけれども、必ずしも配偶者だけではなくて、普通の御家族の中の扶養家族も同様の問題に直面しているというようなことなのかなと思っております。

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、田邊委員、よろしくお願いいたします。

○田邊構成員　田邊でございます。

まず、4点ほどコメントを申し上げたいと思います。

一番初めは、前にいた組織の国立社会保障・人口問題研究所のほうで、地域人口推計というものを出しました。その中の結果で幾つか強調したかったところがあるのですが、まず2025年までに高齢者、65歳以上ですけれども、その人口数がピークを迎える市町村というのは60%を超えております。つまり、来年までに半分以上の市町村が高齢者人口のピー

クを迎える。逆にこれから25から40年の間にピークを迎えるところはあるかというと、ほとんどありません。3%強、4%弱であります。これに対して、2040年度以降に高齢者人口のピークを迎えるところというのは35%となります。つまり、現時点からみると、6割以上の市町村で高齢者人口が減少する平面が続いて、その間3割強の地域では高齢者人口が伸びるということになる。その点では、完全に二極化しているといったほうがいいのだろうと。それを前提に設計していかななくてはならない。特に提供体制に関しては、やはりこの地域間の違いを前提に議論せざるを得ないのではないかと思います。

その結果どうなるかというと、全世代型ではあるのですが、全国一律型と言う施策はあまり有効ではないのかなということでもあります。全国一律ではなく、地域が重要になってくるもので、この会議体で何が打ち出せるのか。全国一律のときは強烈なメッセージでこちらに行くぞという方向性を打ち出しやすいのですけれども、地域ごとにいろいろ対応して下さいというのは、メッセージとしてあまり強めのものではないということなので、それを前提にいろいろと進めていかなければいけないのではないのかというのが1点目です。

2点目は何ができるかで、特に地域医療構想は非常に大切ではありますし、また、地域の中できちんとそこができないようでは、都道府県レベルにおける将来の提供体制の構築というのは失敗しかねないと思っています。ただ、他にも医療計画がありますし、それから、医療適正化計画のような都道府県レベルのものがありますので、それについても同様にいろいろと働きかけていかなければならないのではないかと思います。

特に地域医療構想のときには、一つは、いざとなると各論に落としていくというところ、病床を対応しやすいところから始める。簡単に言うと、公立病院系を対象とするだけで民間は放っておくというのが多いスタンスではありますけれども、それはもうさすがに違うのではないかと思います。

それから、2点目は、それを行うためには、先ほど増田委員の発言にもありましたけれども、やはり都道府県の権限というものをかなり強化しないといけないのではないかと。国については、地方分権も問題もありますので、それを裏側でサポートできるような役割にとどまるのではないかと思います。

他方、この時期、やはり地域におきましても、負担の問題というのは構造が一緒であって、少子高齢化だけは進んでいきますので、その問題、つまり、恐らくは増えた分をどの世代にどういう形で割り振るのかということを考えていかなければいけないのだろうと思っています。

それから、3番目、かかりつけ医問題であります。かかりつけ医問題のこちらの議論のほうは全くそのとおりだとは思いますが。ただ、現在、診療所については、内科系のものが大体半分でありまして、それ以外は他科の専門医のクリニックであります。患者目線からすると、かかりつけで一番身近だと思っているのは、自分がかかっている疾患のよく行くクリニックということになりますので、単に総合医みたいなものだけで身近さの問題とい

うのが解決できるかという、どうもそうでもないかもしれない。そうすると、単科でかかっているところプラスほかの診療所の受皿として機能できるような、ある意味かかりつけ医ではなく、本当にかかりつけ医機能というところをどういうふうに設計するのかというところがやはり患者目線の問題になってくるのではないかと、というのが3番目でございます。

それから、4番目は、全然話が違いますけれども、地域共生社会関係の中で特に単身高齢者等への支援というものをに入れていただいたのは非常にいいことだと思っております。かつ、本会議では住宅問題というのを強調しました。高齢者を救うために、とにかく住んでいただかないとどうしようもありませんので、それで初めて地域の中に包摂できる支援ができるということになります。従来、医療とか介護というサービスを中心にこの地域包括ケアが設計されてきたので、そこから外れる人をどういうふうに入れ込むのかというときには、単身の高齢者、それから、住宅というような問題というのは非常に重要になってくるのではないかと思います。特に住宅のほうは法律が通って進んでおりますので、そちらのモニタリングというか報告というもの、現段階はどのように進んでいるかというようなことも、ぜひ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した。

それでは、武田委員、よろしくお願いいたします。

○武田構成員 御説明をありがとうございました。

意見を3点申し上げます。

1点目、資料1の地域医療構想に関してです。地域医療構想は2025年を目標として進められておりますが、病床機能の見直しは、本日の資料にございますように、目標には到達できていない状況だと思います。次期の医療構想においては、進捗の遅さを反省し、次に生かしていくことが重要だと思います。都道府県の権限強化や責任の明確化を踏まえた具体的な推進策を検討いただき、法律上も明記していくべきではないかと考えます。

また、日本全体で人手不足にあり、労働力の制約があるのは医療だけではございません。医療分野だけ人を増やせるわけではないと思いますので、DXによって効率化を図っていくことに注力する必要があると思います。先ほど土居委員からもございましたように、2040年を展望いたしますと、病院、介護、住宅での見守り、これらをいかにうまく連携させることができるかも鍵になると思います。

次期の地域医療構想では、入院だけではなく外来にも取り組んでいくことになりますが、病床機能に関する取組はしっかり継続するとともに、外来についても過剰なところをどのように適正化していくのか、そうした議論も必要ではないかと考えます。

2点目、資料2の医療・介護制度の改革工程に関してです。先ほど大臣が、中身を詰めたことはよかったが、それを実現することが重要だと強調されていたと思います。改革工程表に記述されたことをいかに実現、実行していくかが今後問われていると思

いますが、その実効性を高めるためには、この構築会議で改革の進捗状況を点検し、構築会議の意思表示として、毎年年末までに具体的に何を行うのか、実施事項についてより具体的に取りまとめを行うべきではないかと考えます。その点は現時点でしっかり決めていただくことを要望したいと思います。

3点目、同じく資料2の働き方に中立的な社会保障制度についてです。社会の変化や労働市場の変化、様々な慣習や人々の意識、こうしたこととリンクしている状況を踏まえますと、働き方に影響を及ぼしている制度は現時点で見直しを決断すべき時期に来ていると考えます。適用拡大を進める方針には賛成しておりますが、その他の制度についても、これは移行には一定の時間を必要とすると思いますので、改革は早く決断し、広くその方針を示し、結果的に働き方が制度によって左右されない社会にしていくことが重要ではないかと思います。

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、高久委員、よろしくお願いいたします。

○高久構成員 ありがとうございます。

3点申し上げたいと思います。

1つ目は地域医療構想についてですけれども、土居先生、武田先生が言われたように、これまであまり進まなかったということは反省としてあるということかと思いますが、一層の都道府県の権限の強化、できることを増やすということは非常に大事なかなと思います。

その上で、構想については国による伴走型支援がなされるということですので、その点にも大いに期待したいところです。ただ、現状でも十分に診療実績のない急性期病床というのは、急性期病床全体の約3割に上っているということなのです。なので、4つの機能の数がその地域で合っていればそれでいいかというと、全然そういう問題ではなくて、さらに診療実績を見える化して、実態と合うような医療機能を国民に見えるような形にする必要があるのではないのかなと思います。

それと、これまでやってきた医療構想を2040年に向けてブラッシュアップするということかと思いますが、データに基づいた政策決定ということではありますが、診療実績以外にも、例えば急性期機能についてはとりわけそうですけれども、救急搬送を断れないように地域で取組をするというと、必要な急性期医療の再編がなされるという側面は非常にあるところなのです。実際に地域的に救急搬送は断りませんのようなことをやっているところは、日本の中でも神奈川県湘南、藤沢地域とかも時にはあるという話ですので、今後、新しい医療構想、とりわけ急性期の機能についてもっと盤石なものにするということを考えるのであれば、救急搬送の応需率を病院で集めて地域単位で公表して、改善を図っていくようなことも併せて考えたらいいのではないのかなと思っています。

次に、かかりつけ医機能についてですけれども、3案出ているということでしたが、案

2のどれかの診療領域について一次診療を行うことができるという基準ですと、現状でも全ての医療機関はこれを満たしているということだと思いますので、今と何が変わるのかというのが非常に理解しにくい、もしくは理解できないのではないのかなと思います。

それと、かかりつけ医機能の具体的機能として、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医療機関等と協力して解決策を提供する機能と合同提言で明示されているわけですので、案1の一次診療の対応の有無と併せて、案2のように相談に応じるのかどうかというのを明確に各医療機関に宣言していただくというのはどうかと思っています。

かかりつけ医の先生方も初めから全ての症例には対応できないかもしれませんが、やはり相談に応じる中で地域の中で多い症状というのが各先生は分かると思いますので、ニーズが多い症状が分かれば時間をかけて勉強していただいて、よりよいかかりつけ医になっていただくということが初めて道筋がつくのだと思います。そういう点で、相談に応じるのかどうかというのも、現に診療ができるかと同じように重く見ていただきたいなと思っています。

最後に、医師の偏在についてでございますけれども、ほぼ全ての国で医療政策上の重要な課題だと認識されているのが医師の偏在ですので、日本以外にも大変な政策課題になっているということです。ただ、現状、偏在対策としてなされていますのは、大きなところだと医学部の地域枠のように主にこれから医師になる方にどうにかしていただくというような政策体系になっておりますので、やはり医療提供体制全体としての取組になっていないところがあるのではないのかなと思います。ですので、外来医師の多数区域での知事の権限強化など、それ以外の施策の導入は基本的に大いに進めていただきたいなと思っています。

経済的インセンティブについて様々な意見がございますけれども、既に開業している医師の方に移動していただくというのは無理な話でございますので、あくまで一例ではありますが、多数区域に開業している方に広く浅く負担していただいて、地方での医療アクセスの向上につなげるという制度設計、経済的インセンティブですけれども、そういうことができる、恐らく若い人だけでなく医療提供体制全体として偏在に取り組んでいるという姿が制度として実現できるのではないのかなと思っていますので、ぜひそうした方向というのを前向きに考えていただければなと思っています。

以上です。

○清家座長　ありがとうございました。

それでは、権丈委員、お願いいたします。

○権丈構成員　2点ほど。

構築会議の報告書の中では「時間軸」というキーワードがあります。この言葉は、遺族年金とか支給開始年齢の引上げは20年くらいかければあるべき姿に移行できる。医療には、「永遠に解決できない課題リスト」というものがあるわけだけれども、これを解決するに

は時間軸を使って解決するしか方法はないという意味でこの会議で使われた言葉です。第2回会議ですから、2年前ですね。

これは何を言っているかという、提供体制を本当に変えるには、年金改革のように長い時間をかけて進めていくしかないと言っているんですね。

医療保険は、今年法律を変えましたから、来年こうなりますという方法でやっていけるわけですが、提供体制の改革はそれができません。それを無理にやろうとすると、今年決める改革が利害調整の末に名ばかりの改革になって、丸山眞男先生の言葉とはちょっと意味が違いますが、引下げ平等主義のような性格を帯びてくる。そういう政策をこれまで繰り返してきたわけですが、とにかくみんな平等にであるとか、皆さんが漏れなくとかいう話がいつも出てくるわけですが、今回も関係者の中には既に嵐は過ぎ去ったと思っている人もいますけれども、その繰り返しがこれまで永遠に解決できない課題リストというのを積み上げてきたわけですね。昔から、みんな何回も、同じことを議論するために集まっている。

2013年の国民会議以降、医療政策はデータによる制御機構の構築を図っていくという方法でやってきました。しかし、あるべき姿をデータによって可視化して、あとは関係者の自主性に任せるという方法ではなかなか進まなかったという歴史が今、我々の目の前にある。土居委員もおっしゃっていたように、データの精緻化というのは今後また進むと思いますけれども、どうも過去10年間はそういう歴史だった。

ようやく地域医療構想、かかりつけ医機能、偏在問題という課題リストがそろったわけですが、ここまで来るのも大変だったかと思いますが、今日挙げられている3つの会議は、年金改革の方法とは異なって、時間軸の意識が薄い医療保険改革の方法で回されているように私には見える。これは勘違いでしたらすみません。医療という言葉があるから、医政局も医療保険と同じ方法で回すのしょうけれども、提供体制と保険の改革は、本質的に違うということがあるわけです。

本日は構築会議の位置づけの話が議題なので言いますと、この会議を年金改革方式で提供体制改革を行う会議体と位置づけて、2040年とか2050年にはここまでやるという遠いゴールを定めて、そこに向けてバックキャスティングに今を位置づけ、今回の提供体制に関する3つの会議の方向性を第1ステップとみなして評価していくというような位置づけで考えてくれないだろうかというのがあります。

例えばかかりつけ医機能のところは、今日の会議では現状に鑑みて、土居委員もおっしゃっていたような案1というところ、構築会議の報告書の中には「幅広く対応」というのがありますので、この幅広く対応というところを強く意識した形での案1というもの。そして、案2にある2番目②、および最後の第4番目④にある相談というものを複合した形、この状況ぐらいが、我々、今日の話を伺いながら、遠い未来から見た我々の世界から言うと、ぎりぎりそこまでのところだよというのがあります。だから、診療科を言っていくのだけれども、②対応可能として相談というものを意識しながら、同時に④研修の修了者

がいること、又は総合診療専門医がいるというようなことを複合した形で考えてもらうのが、どうも今日話を聞いた中での合意点ではないかという気がしております。当然、遠い先の未来はあります。それを今後みんなで議論することができればと思っております。

2つ目のところは、今日の議題とは関係ないのですが、私の時間の持ち分の中で話しますが、先日の参議院の参考人質疑の中で、野党の政治家から政府の言う実質的負担を増やさないという説明をどう思うかという質問があったときに、参考人は社会保険料を分子に置いて国民所得で割った社会保障負担率を実質的な負担の政策指標に用いることには異存はない。ただし、社会保険は助け合いの仕組みなのだから、社会保障連帯率と呼んだほうがいいのではないかと答えていました。

それを聞いて、質問した政治家は、私はむしろ社会保険料負担率と呼びたいと言っていました。

昨年統一地方選の頃、ある政党が五公五民キャンペーンを張って、メディアもそうだとおっしゃっていたわけですが、あのときに使われた資料は財務省が作成している国民負担率です。

今回も同じ財務省資料にある実質的な負担として社会保障負担率を明確に定義して議論をしているわけですが、メディアのほとんどは国民負担率は分かるのに、今回は意味が分からないと言う。あっちが分かるならこっちも分かると私は言いたくもなる。本当に世の中には意味が分からないことが多いわけですが、ちなみに国民負担率も社会保障負担率もコロナ明けには下がっています。

私は昔から共産主義は国民負担率100%になるような社会と話していたわけですが、先ほど話した社会保障連帯率の言葉に驚いて、私は負担率と呼びたいと言っていた人の政党は、本当は連帯を説いてくれていいはずの共産党でした。世の中は本当に不思議なことがあるなと思っております。

以上です。

○清家座長 ありがとうございます。

それでは、熊谷委員、よろしくお願いいたします。

○熊谷構成員 ありがとうございます。

私からは大きく3点申し上げます。

まず第1に、今後の進め方についてです。冒頭、新藤大臣から「道しるべ」というお言葉がございましたが、今後の進め方に関して最も重要なポイントは、改革工程を確実に前に進めていくことだと思います。こうした観点からは、先ほど武田委員からも御指摘がございましたが、毎年、年末には全世代型社会保障構築会議として進捗や意見を取りまとめることをぜひとも定例化していただきたいと思います。

第2に、かかりつけ医機能について申し上げます。かかりつけ医機能が発揮できる制度整備については、全世代型社会保障構築会議で2022年の秋に議論をして、法改正に至ったものであり、この会議の最も大きな成果の一つです。「神は細部に宿る」と言いますが、

制度の施行に向けた最終段階の調整に入っている今こそが死活的に重要なタイミングです。

本日提示していただいたかかりつけ医機能の報告事項について、案1から案3まで大きな隔たりがございますが、先ほど増田委員や土居委員からも御指摘がございましたとおり、国民や患者の目線に立って議論を進めるべきであり、そのためにも、案1のように一定の症状に対して一次診療を行うことができることこそが、この会議で議論してきたイメージに最も近いことは疑う余地がありません。

案2のような診療領域を示すことについては、既に診療科自体は提示されているものであり、国民目線で見た場合には改革の成果がほとんど見えない。忌憚なく申し上げれば、今回の改革が国民からは骨抜きになったと受け止められるのではないかと深く憂慮しております。

今後の全世代型の医療制度の構築に向けたベクトルの向きを定める重要局面である今こそ、国民目線、患者目線に立つという改革の原点に立ち返り、この全世代型社会保障構築会議で正しい方向性を指し示すべきだと考えます。

また、今後のフォローアップも極めて重要です。地域医療構想も進捗を確認しつつ、追加的に必要な対応を検討してきたように、かかりつけ医機能の制度整備についても、施行後に報告数や具体的な機能の保有状況について医療機関を類型化して示すべきだと考えます。その結果を踏まえてアジャイルに進めていくのが、DXなど環境変化が速い中でのふさわしい対応であると思います。少し先の話ではございますが、くれぐれもよろしくお願いいたします。

第3に、偏在対策について申し上げます。偏在対策については、厚生労働省の御説明においても前例にとらわれない検討を行うとされており、大変頼もしく思っております。規制的手法のみならず、経済的インセンティブを組み合わせることが鍵になります。地域偏在の是正のためには、過小地域にインセンティブを持たせるだけでは解決してこなかったことを考えると、東京23区など過剰地域においてディスインセンティブを持たせるという両面での対応が必要となります。極めて有力な手法の一つとして、地域別診療報酬が考えられます。過小地域においては、患者負担を増やすわけにはいかないので、まずは補助金的手法がなじむのかもしれませんが、過剰地域においては診療報酬単価や点数を引き下げることで新規の開業を踏みとどまらせることを検討すべきです。この点はぜひとも前向きに御検討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、香取委員、よろしくお願いいたします。

○香取構成員 ありがとうございます。

最初に資料2ですが、前回、今後の進め方について大きな方向性をお示しいただきたいとお願いをしまして、今回お示しいただきましてありがとうございます。

まず、この資料2についてお話をします。

2つ目の働き方に中立的な社会保障制度の話ですが、これは既に多くの委員の方がおっしゃっていますけれども、この話は年金制度あるいは医療保険制度にとどまる話ではない。これはずっとこの会議でもそのように議論してきたかと思うのですけれども、それにとどまらない大きな議論になる。雇用政策の話、企業行動の話、あるいは先ほど議論になった税制の話、あるいは共同参画とかダイバーシティー、そういう様々な社会の変化といえますか、それに対応した制度をつくるということでありまして、あるいはそういう変化を妨げることのないような制度を作る。例えば今の社会保険制度は、正規・非正規の分断を固定化するような機能を実際には果たしているわけなので、そういう幅広い一連の政策対応が必要なテーマだと思います。

その意味で言うと、年金部会の議論をフォローします、と書いてあるのですが、それはそれで結構ですけれども、やはり官邸でやっている会議なのですから、そういう幅広い視点で、この会議を回していただきたいと思います。

それから、医療・介護ですが、先ほど浅沼局長から御説明がありましたが、資料にあったように、私はかかりつけ医の会議にも地域医療構想の会議にもメンバーとして入っていますので、ずっと議論に参加しています。今日皆さんからいただいた意見も踏まえて今後の議論を進めたいと思っていますが、その前提で幾つかコメントをします。これもどなたかからお話がありましたが、日本全体で考えると高齢化のピークは2040年ですが、医療・介護の需要のピークは恐らく2060年以降になる。高齢者の中での高齢化が進むので医療・介護需要全体は65歳以上人口のピークを過ぎてもさらに増える。人口減少は進むわけですが、その中で増える。ただし、地域によって状況は全く違うので、東京のようにさらに医療介護の需要が増えるところと、既に2040年、2060年の状態になっているところがあるので、二極というよりも多極化する。他方で、医療提供体制はといえば、今、例えば開業医の先生がいるところでも平均年齢は60歳超ですから、果たして20年後、30年後の医療提供体制はどうなっているか分からない。そういう中で全体の状況を考えていかないとけない。そういうことなのだろうと思っています。

医療提供体制に関しては、既に厚労省の分科会でも単に病床機能だけではなくて在宅も含めて地域医療全体について考えるという視点で考えていますし、医療だけではなくて介護も含めて地域包括ケアの中で考えるという方向性になっています。その意味で言うと、今あるリソースでどうやって全体をカバーしていくかという全体像を考えるということになるので、病床機能についても単純に病床を増やす減らす、機能分化をどうするというだけでなく、それをどのように連携をして切れ目のない医療・介護体制をそれぞれの地域でつくるか、という基本的にはそういう視点で議論していますので、今日の皆さんの議論も踏まえて今後議論ができるのではないかと思います。

実はかかりつけ医機能とも関係するのですが、かかりつけ医機能をバックアップするような地域の中小病院、多機能病院の病床の機能をどういうふうに考えるか。それが一つ大きな新しいテーマとして議論されるということになるのではないかと思います。

それから、かかりつけ医機能についてですが、今日は皆さんから様々な議論があつて、先ほどの18ページのところについても議論がありましたが、ここは検討会でも先週議論したところです。局長はあまり御説明されませんでしたけれども、土居先生は御存じだと思いますが、実は百家争鳴になりまして、大変な議論になりました。

報告制度についてなのですが、これは前に申し上げたかと思うのですが、今回法律改正をして報告制度を入れたわけですが、今回の法律の立てつけというのがあまりきれいに整理されていない。1号機能と2号機能のところの整理もあまりされていないので議論が混乱するのですが、大事なことは何を報告するかということよりも、実質的に報告の内容がどう担保されるかどうかということではないかと思います。その意味で言うと、診療領域でも症状でもどちらでもいいのですけれども、こういう診療を自分たちができます、あるいはやりますと言ったときに、やる気があるかどうかというのはそれで担保できるわけですが、本当にできるかどうかというのは別の問題になるのです。そこはどうやって総合診療医の養成を進めるのか、これから開業してくる先生方にそういう資質能力を持ってもらうかということになるので、一種リカレント教育といいますか、医療側が自分たちの中でスキルをきちんと確保して、それを国民に対して提示していく、ということになるのだと思います。なのでこの話は研修をどうするかなど、医療側がどうやってかかりつけ医の養成に取り組むかということがより重要になるということなのだろうと思います。

その意味で言うと、ここに案1、案2、案3とありますけれども、ここで最も重要なのは、自身がどういうふうに研修していくか、実力を高めていくかという医療機関側の努力と同時に、一時診療を超える部分、自分が専門的な診療ができない部分について確実に専門の医療機関につないでいくことができるかどうかということになるのだろうと思います。

それから、もう一つは2号機能の話ですが、これは医師個人の能力というよりは医療機関の機能問題なので、提供体制全体、地域医療構想と言わば一体のものとして議論されるということになるのだろうと思います。

それから、先ほど病院経営の話がちょっとありましたが、この話は私は難しい問題だと思っていて、日本のように民間病院が自分で経営リスクを持って経営するということを前提に自由開業で医療が提供されている。そうすると、病院それぞれが経営の効率化を図ったり競争していくというミクロの対応と、全体として効率的な医療提供体制を確保するというマクロの政策目標との間に一種の不整合が必ず生じてしまう。官製市場というのはそういうことなのだろうと思いますが、そういう中でどうやって限られたリソースで全体を回していき、かつ個々の医療機関の経営が成り立つような、経営が成り立つというのはちゃんと競争するという意味ですが、成り立つような政策を組み立て遂行していくか、というのはかなり至難のことだろうと思います。

先ほど権丈先生がおっしゃったように、そういう決定的な構造要因がある中で改革を進めていくということになるので、例えば今年法律改正をしたら3年後にかかりつけ医が何

万人できます、ということは多分ない。やはりこれは時間をかけて動かしていく。特に医療は止められないので、3日間山手線を止めて線路を変えますというようなことはできません。そういう制約のある中を進んでいかなければいけないということなので、そういう視点でぜひこの会議でも厚労省の取り組みを御支援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、落合委員、よろしくお願いいたします。

○落合構成員 こんにちは。皆様、お久しぶりでございます。フィジカルで来ましたが、私はここ数年、デジタルヒューマン、AIデータの一元化、個人のデータを個人に帰属させるということをずっと言ってきたのですけれども、データにまつわるこの数年のシステム構築というのはすごく重要なレガシーだと思います。医療DXの推進に関する工程表ができ、23年度以降は向こう4年間にかけていろいろ、マイナンバーと健康保険証を一体化したり、電子カルテが標準化されるための実行が行われたり、そういったことが起きているというのは非常にいいことだと思います。

その裏で2年7か月この会議があったわけですが、AI環境の変化というのは物凄く起こってきています。迅速かつ正確にLLMもオープンになってきましたし、あと、データがひもづいていけば、それを閲覧するために、症例はどうで、個人がどういう健康状態にあって、どういったアドバイスが必要かというところを、個人が自分のマイナンバーカードと対話することである程度のデータが提供できるようになってきたのはすごくよいことだと思います。

昨年末の改革工程書の生成AIについての議論が含まれたことというのは、私は非常にうれしく思っていて、非常に久しぶりにフィジカルに来たので、そこを強調しておきます。

今日は3点言いたいことがあるのですけれども、最初からデータの管理方式に関する提案というのを第2回、第3回で行ってきました。第2回はマイナンバーの話、第3回はPHRとGP、かかりつけ医、あと、その人たちのOJTやキャリアプランの話をどうやってマイナンバー、マイナポータルにひもづけるかという話をしてきました。

3つデータがありますよね。統一的なデータ、マイナンバーを使った一元管理、今だったらマイナポータルにアクセスして、全国医療情報プラットフォームにアクセスするようなデータです。

第2個目で、今、多分25年、26年にかけてやろうとしている標準化データ、つまり、これは電子カルテとか電子処方情報というのをどうやって一元化していくかということを恐らく医療DXでは本丸に置いていると思います。

3つ目がPHRの整備と普及、ここは先ほど権丈先生とか香取先生がおっしゃっていたように、どうやってこれを自由にやらせるのと押していくのを組み合わせて業界に浸透させるかというのは非常に重要なことだと思いますけれども、これを個人が、自分の文字情報のデータだけではなく、そのデータをどう管理していくかということも恐らくは重要なポ

イントだと思っています。

1点目は、今、モニタリングやかかりつけ医や病床の話があったのですが、これで見える化していくかというのと、モニタリングしていくかというところの議論がすごく大切だと思っています。それは、医療情報プラットフォームにも実はモニタリングのシステム構築の議論が抜けていて、つまり、モニタリングはできるようにはなっているのですが、各医療機関ごとにどんなキャリアの人がどの医療機関にどうやって集まっているかをモニタリングするという機能は含まれていないです。これは全員にとって重要で有用なことなので、やったほうがよいと私は思っています。

今、あん摩とか訪問診療、あとははり、きゅうの資格情報のマイナンバーカードによる確認というのは、原則義務化が2023年からされていると思っているのですが、24年からかな。そうすると、マイナカードをかざしたときに、その人の個人情報マイナポータルからひもづいてどうなっているかというのをチェックするということは、OJTにおいても、かかりつけ医のキャリアプランにおいても、はたまた病床のベッドとマイナンバーカードがひもづくという観点においてもできるようになっているはずです。そうすると何が面白いかというと、各年度ごとに病床利用率の議論をしていたのを、各月ごとや各週間ごと、もしくは季節ごとのモニタリングの議論というのができるようになってくることに合わせて、それをどうやって高速にモニタリングしてフィードバックを返していくのかという議論が今抜けているというか、まだ構築の最中なので、ここをより強調していったほうがよいと思います。つまり、データ化に合わせてEBPMを回すのに必要なのはモニタリング機能とその設置だと思います。

もう一点が、スコアリングと見える化をやっていくという上で、先ほど議論が出てきたように、診療報酬をどう改定するかという話がありましたが、これも恐らくそのうち、遠い未来から見ればダイナミックプライシングになっているはずですよね。動的に金額が変わり、動的に導入されるというのがデジタル化によって普及されるのが我々の目指す姿の一つだと思います。そういった上では、ダイナミックプライシングの導入のためにどういう準備が必要なのかというのが2024年、25年、26年あたりのこの医療DXの中に含まれるべき事柄だと私は考えていますので、マイナポータルでどの機関にどういった人が訪れていて、どの病床にどの人がいてというのを一元管理できるようになった後、それがプライシングとしてどうはね返ってくるかというのを試算したり、仮定の下計算したりする期間がここ数年間なのだと思いますので、その準備が必要かなと思います。

3点目が、こども・子育て支援とマイナンバーや地域医療、病院をどうひもづけるかというのが僕は非常に大切だと思っているのですが、それは学校で健康診断を受けて、どういう状態でこの子が生活してきて、かつその子はどうやって成長した上で大人になり、やがて健康になっていくのかという十何年のデータは多分学校とともに出てくるし、その後社会人になってもそれがマイナンバーにひもづいていくわけですから、子供のときからどういった成育状態でどういった成長を経てどういった健康状態になったのかという追跡

調査を行うためには、早い子供の教育や健康とマイナポータルの連携というのが非常に必要だと思います。そうすることで、向こう10年、15年してくると、多分幼少のときこういった御家庭やこういった健康状態にある方はこういった疾患が出てくるのかというのが遠い将来には分かってくるはずですが、それはなるべく早くひもづけて、そこにアレルギーだったり薬剤禁忌だったり、そういったものをひもづけていくことがすごく大切だと思いますので、そのためには自動化とAI化は不可欠ですし、統一の番号化とデータの管理がどこのデータベースにどうやって入っているかという議論は常にやっていく必要がありますので、そういったことが行われていくといいなと思っておりました。

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、お待たせいたしました。秋田委員、よろしく願いいたします。

○秋田構成員　本日は名簿が逆転しまして最後になりました。秋田でございます。

3点申し上げたいと思います。まず1点目に、地域の医療体制について、私は専門ではございません。ただ、病床数だけではなく、産科や小児科というように、今後、例えば人口が減少しますと、当然需要は減ってまいります。しかしながら、例えば急性期の医療が減って回復期病床数が増えていくとしても、こうした国によって最低限全世代が幸せに暮らせるための医療体制をやはりきちんと国が規制をかけてやっていくということが極めて重要なところなのではないかと思います。

また、医療体制が変わるということは、医師の問題だけではなく、当然そこに看護師や介護士の専門性というのでしょうか。それをどう育成していくかの割合というのも、回復期が増えていけば、それに応じた介護士、看護師等の在り方の問題というものも併せて考える必要があります。恐らく専門部会のところでは議論されているだろうと思いますが、そうしたことを考えていくということが必要であろうと思うというのが1点目でございます。

また、2点目のかかりつけ医でございます。やはり先ほどから委員の先生方が言われているように、案1の症状によるところと、それから、案2でないと、例えば小児科や産婦人科のようなものがどんどん減っていったときに、ではどうしたらいいのかということを広域で連携が取れるような相談窓口機能は、小児科や産婦人科が減っていても、かかりつけ医がいろいろな形で相談に乗ってつないでくれるというような機能が必要になってくるだろうと私は思います。そのためにも、やはりそうした研修をきちんと受けられた医師の方がなっていくことが必要であろうと思います。

また、お医者様のライフコースを考えたときにも、恐らく若い頃には高度医療や急性期の病院で活躍されるお医者様も、今、だんだん病院でない開業医の方は高齢になりお医者様自身も高齢化されてこられておりますから、そういう中で、若手だけではなくて、逆にそうした方が御自身の地元でかかりつけ医としての機能を果たしていただくなど、医者様のライフコースを考えた形でのかかりつけ医というようなことも考えていくのがよいので

はないかと思います。それから、女性の医師を含め、様々なライフコースのイベントにのっとった形の中でこうした医療のかかりつけ医のことも議論されるということが必要であろうと考えるところでございます。

そして、3点目でございますけれども、これは工程表でございます。出していただいて、先ほど御意見もございました、4本柱で、例えばこども・子育ては取りあえずは加速化プランがあるからいいだろうということですが、加速化プランは3年でございます。現在、こども大綱は5年間で考えておりますが、やはりそういう短期的な議論だけではなく、2040年や2050年に全世代がどうあったらいいのかということのをこの会議では考えていくことが必要だと思います。4本柱として、毎年きちんと進捗を報告していただいたり、それから、先ほど落合委員が言われましたけれども、例えば妊婦や妊産婦、それから、子供の頃からの医療や福祉体系についてDX化していくことによって、全世代のありようを考えていくということも重要だと思います。

また、最初に菊池委員も言われましたが、例えば共生社会の実現のための被災者支援などは、能登震災に関連してこども家庭庁の基本政策部会のほうでもいろいろ支援の在り方の議論がなされました。高齢者のほうでも高齢者で議論がなされているのだと思いますが、こうした横串を刺した横断型のトピックは、省庁を越えるこの全世代型構築会議の中で今後議論すべき検討課題として議論していくというようなことが必要ではないかと思います。

そうした意味で、この4本を毎年報告いただくと同時に、この全世代型の役割というのは極めて大きいので、そうした機能をここの委員会が果たしていくことが必要なのではないかと思います。

ただ、専門の内容はこの4本柱でかなり違いますので、定期的な形で今回はこの内容をメインにというような形で回しつつも、1年に1回はそうした形で全体をどういうふうに今後2040年、2050年に考えていくのかというような全世代的な議論の機会を設けていただけるとよろしいのではないかと考えるところでございます。

私からは以上になります。

○清家座長　ありがとうございました。

一通り委員の皆様から御意見を頂戴いたしました。

その他、なお追加すべき御発言等はございますでしょうか。

横山委員、お願いします。

○横山構成員　恐縮です。

先ほどコメントをありがたくもいただきましたので、リプライをさせていただければと思うのですが、私も103万円のところは、所得税発生額でもあるので、企業がどういう意図で配偶者手当をその額に置いたかということとは分からないとは思いますが、そこら辺の研究はよくやっていて、例えば最低賃金が上がったときに労働時間とか年収がどのように変わるかというのを既婚女性と未婚女性で見ると、多くの既婚女性では103万円よりも有意に直前のところに抑えるということが起こって、未婚女性はどんどん労働

時間を自由に延ばしていくということが多く観察され、両グループの行動の差は、統計的にも有意に推定されます。ちなみに両グループ間に存在する個人の非勤労所得など属性の差は制御して推定した結果ですので、両グループの有意な差は配偶者特有の制度ないし政策の対象かどうかで説明され、配偶者控除か手当の労働抑制効果というのは確実に存在している証拠と言えます。つまり、この統計的に有意な差異は、103万円の閾値を、既婚女性と未婚女性の両方が対象の「所得税発生の額」という概念のみでとらえた場合、証明できないということです。このように、103万円の閾値の効果を「所得税発生の額」の効果のみでは説明できず、配偶者特有の政策・制度的要因の説明力が無視できないということを示したエビデンスはたくさんあります。それは先ほど私が割愛したところですが、先ほどのコメントは、エビデンスに裏づけられたものであり、「所得税発生の額」では説明できない、既婚者特有の効果、主に配偶者手当、そしてその裏に紐づいた配偶者控除に帰する効果の存在が無視できないことを確認済みである状態で申し上げたコメントでした。失礼いたします。

○清家座長　ありがとうございました。

よろしゅうございますか。

それでは、ほかによろしゅうございましょうか。

神田政務官、よろしくお願いいたします。

○神田政務官　清家座長、委員の皆様、本日は大変お忙しい中お集まりいただきまして、御熱心な議論をありがとうございます。

すみません。私は途中公務で中座させていただいたのですが、それでも皆様方からのいろいろな御意見を聞いて幾つか考えておりました。私のような政治家の立場からすると、この分野は大変悩ましい分野ではあるのですが、一方で、皆様の御意見として、国民や患者の目線を中長期的にしっかり定めて、そこに向かってしっかり毎年進捗を確認していくという、大変力強い御提案をいただいたと思います。改めてしっかり進めていかなければいけないなと思いました。

時間もぎりぎりの中なのですけれども、私から2つほど、事務局及び厚生労働省にお伺いしたいのですが、1つは、今日の議論の中で幾つか非常に具体的な御提案もいただきました。例えば、かかりつけ医療機能の案1、案2、案3の考え方や、あるいは医師の地域の偏在対策としての具体的な提案などもありました。こうした具体的な提案について、事務局あるいは厚生労働省からコメントもいただきたいと思います。

もう1つは、何人かの先生方から、2040年あるいは2050年までの中長期的なあるべき姿を見定めた上で、毎年進捗を確認していくという進め方、御提案について事務局としてどう考えるのか、コメントがあればお願いできればと思います。

○清家座長　それでは、厚生労働省から、よろしくお願いします。

○浅沼医政局長　ありがとうございます。

1点目は厚生労働省がお答えしたいと思います。今日一番話題になったのは地方機能の

話ですけれども、先生方の今回の御意見もよく分かっておりまして、今日は香取委員あるいは土居委員がこちらでは委員として参加されていらっしゃるけれども、前回も我々のほうもいろいろな御意見がありまして、もちろん国民目線からすれば症状のほうがいいだろうという御意見もありますし、そうではなくて、やはり病気は連続性があるし、症状も重症度もあるので、頭が痛いと言っただけでも、きーんという頭の痛さとか、どーんという頭の痛さとか、発熱が伴う伴わないとかいろいろあってやっている現場があるので、そう簡単ではないのですよという医療サイドの御意見もありで、ネゴシエーションとか調整の場として今、一生懸命やっているところであります。これは、検討会の中でそれぞれのお立場の方々とどういうふうに合意形成していくかということの中で、こちらの全社の御意見というのも非常に重要な御意見だと私どもは承知しておりますので、また引き続きしっかり検討してまいりたいと考えております。

偏在対策も全く同じです。いろいろなアイデアがありますし、実際に地域枠もだんだん成果は出てきているのです。ですが、やはり即効性がない。明日あさって急に医者が増えるわけではないので、これをどういうふうに丁寧にしっかり政策につなげて、地域の医療の偏在をなくしていくかというのが大事になっていますので、これも引き続きしっかり検討してまいりたいと考えております。

以上です。

○清家座長 それでは、内閣官房からお願いいたします。

○竹林審議官 今後の進め方について、複数の委員の皆様から本会議としても毎年の進捗をしっかりとチェックしたり、会議としての意思表示をしっかりとまとめるべきだという御意見を頂戴しました。そういう御意見を深く受け止めて、具体的にどのようにしたらいいか、また今後の進め方を考え、座長に相談させていただき進めていきたいと思っております。

以上です。

○清家座長 神田政務官、よろしいでしょうか。

○神田政務官 はい。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、時間となりましたので、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。

会議後のメディア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されないようお願いをいたします。

次回の日程、開催場所等につきましては、追って事務局から連絡させていただきます。

以上をもちまして第18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。