

を軸に、池上委員案と宮武委員案を合わせて、最終的に宮武委員の案を詰めていくのがよいのではないかとというのが私の意見。(鎌田委員)

- ・ 広域連合は組織として広く利用者に認知されておらず、新たな制度の運営主体は都道府県とすべき。その際、市町村の責任も明確にすべき。(樋口委員)
- ・ 運営主体を仮に都道府県にした場合のメリットとして、都道府県が現在実施している健康増進事業や医療費の適正化について、医療サービスの提供等の施策と有機的に連携させながら実施できる。広域連合では十分に連携が図りたい点が問題である。(横尾委員)
- ・ 仮に財政的に国が支援するとなれば、都道府県でも引き受けることができるか。市町村は良い協力・連携体制をとりながら実務をやる。財政は国がサポートする。そしてより効率的なマネジメントを一緒に作っていくという形であれば、知事会としても了解が得やすいのではないかと。(横尾委員)
- ・ 広域連合の財源は市町村ごとの議決を経て支出しているものであり、一概に安定化とは言えないのではないかと。また、広域連合自体にも議会等が設置されており、その運営にも事務負担等が発生している。さらに、市町村から派遣される職員は数年で入れ替わるため、必ずしも事務に精通した職員が対応しているとは限らない。(横尾委員)
- ・ 「広域連合又は都道府県が運営主体となる場合には、窓口業務等は市町村が行う」との記載があるが、県民税等の徴収については、市町村に業務委託をしている例もあり、すべて市町村というわけではなく、広域化・一元化の1つのメニューとして、事務のあり方は今後検討する必要がある。(横尾委員)
- ・ 国がどの程度財政支援をして支えることができるかということが明らかになれば、かなりの部分、都道府県としてもやれるのではないかと認識の方が関係担当幹部にもおられるのではないかと感じる。(横尾委員)
- ・ 「都道府県としても大いにやってみるべきではないか」、「都道府県としても何か関わるようなこともすべきではないか」という意見等が関係者の中にはあり、こういった姿勢には高く敬意を表したい。(横尾委員)
- ・ 本来は住民と最も向き合っている市町村が保険者であるのが望ましいが、これから先の少子高齢化において、保険者としてリスク分散ができない市町村が極めて多くなってくることを考えると、都道府県による運営を考えざるを得ない。その際に、一番身近な市町村の役割をどうやって担保していくのかが大きな課題。(宮武委員)
- ・ 市町村国保はいずれ人口減少で行き詰るため、都道府県に権限を逆委譲すべき。(岡崎委員)

#### イ 広域連合等が担うべきとするご意見

- ・ 現在の後期高齢者医療広域連合をベースに、運営主体を検討すべき。(齊藤委員)
- ・ どのような見直しが行われるにしても、市町村国保が重要な役割を担うことにな

る。市町村国保においては、保険料が賄えきれずに、一般会計からの繰り入れが行われている。県の役割というものは十分認識しているが、都道府県単位としても市町村国保と同様の問題が発生することから、国が十分に支援しないと、受け皿となり得ない。(神田委員)

- ・ 運営主体の問題は都道府県と市町村が対立する問題ではない。まず、国がどう関わり、どのような財政の仕組みでやるのか、どのように財源補填をするのか、覚悟を示すべき。(神田委員)
- ・ 福祉分野では市町村が重要な役割を担っている。市町村が行う健康相談や健康診査は医療保険とも関係の深いものであるし、保健センター等も整備されている。都道府県の役割はそれをフォローしていくことではないか。(神田委員)
- ・ 資料に掲げられているメリット・デメリットが形式的ではないか。デメリットにも改善可能なものと重大なものがある。(神田委員)

#### ウ 検討の視点に関するご意見

- ・ 運営主体については、制度論ではなく利用者の視点から検討すべき。都道府県単位の広域連合が役割を担うことも考えられるが、どこが一番サービスを提供するのに適しているのかという視点から制度設計をすべき。(堂本委員)
- ・ 運営主体については、いくつかの視点から見た考え方がある。財政面からの視点では、大きな単位ということがある。住民の健康状態の確保からの視点では、基礎自治体のきめ細かなサービスがある一方で、都道府県の広域的な健康増進の取組がある。被保険者の利便性、窓口の利用、保険料の収納などについて、都道府県と市町村がいかに協力して高齢者医療制度を支えていくのかという考え方が必要である。(岩村座長)
- ・ 保険者の統一化という点では、京都府での新しい試みなどがあり、その状況など最新の情報も共有すべき。(横尾委員)
- ・ 新制度の受け皿として想定される市町村国保の有様に深く踏み込んだ議論は、十分な時間をかけて行うべき。(神田委員)
- ・ どこが運営主体となるかによって議論が相当変わってくる可能性がある。少なくとも保険の財政運営上の単位としては、保険の数理係数上の原理からしても、まず都道府県単位での広域化は避けて通れないのではないか。については、市町村国保の都道府県単位化による広域化についても、この会議で十分に議論いただきたい。(藤原委員)
- ・ 市町村国保の広域化は避けられない。国保制度を守っていかないと国民医療は支えきれない。(岡崎委員)
- ・ 市町村国保の広域化について、社会保障審議会医療保険部会とこの改革会議とでは議論の中身に大きなギャップや齟齬があり、また進捗にも大きな差がある。部会と改革会議の広域化の考え方をどう捉えたらいいのか、大変戸惑っている。(神

田委員)

- ・ 合意形成ができた都道府県から順次広域化を行うということになると恐らく広域化は進まないため、一定期限を切りながら広域化を行うべき。(岡崎委員)
- ・ 法律により保険者を解体できるかという点については、医療保険制度というのは基本的に国が枠組みを決めながら、それを法律で制定し、保険者を設立して、被保険者を設定するという形で成り立ってきたことを考えれば、法律で十分合意ができれば、保険者の組み替え、広域化は可能である。(岡崎委員)

#### (4) 費用負担のあり方

##### ア 公費について

- ・ 国保と後期高齢者医療制度の統合を考えた場合、国保が有力な基盤となるが、約7割の国保が単年度赤字であり、約3,800億円を一般財源から繰り入れている現状がある。このため、現行の国保も含め財政制度自体を分かりやすくし、一定の公費を入れ、国保の財政基盤を強化すべき。(岡崎委員)
- ・ 新たな制度においては、現役世代の負担が加重にならないよう理解と納得の得られる費用負担が必要であり、一定の所得がある高齢者には応分の負担を求めるとともに、公費負担の拡大も含めた財源のあり方を検討すべき。(小林委員)
- ・ どういう制度設計をするにしても、公費の負担増を検討していくということでない、医療保険制度全体の持続可能性はない。(小島委員)
- ・ 今の費用負担の方法では現役世代の保険料が過剰なものとなっている。今後の新しい制度の財源負担を考える場合には、公費を増やしていくという方向がないと、現役世代の負担がますます過重になっていくと考えている。この点は、制度を議論する大前提として強調しておきたい。(小林委員)
- ・ 社会全体で支える公費の割合と現役世代を中心とする保険料部分の負担割合についても、固定化せずに高齢化の進展に応じて公費を増やすような調整の仕組みの導入を検討すべき。(小林委員)
- ・ 高齢者医療の保険給付財源については、現役世代の保険料に依存するには限界があることから、高齢者医療制度への公費投入割合を高めることが不可欠。そのためにも、税制改革の議論がセットで行われることが期待される。(齊藤委員)
- ・ 新たな制度においては、介護保険と同様、5割の公費を投入すべきである。公費以外の部分は、高齢者と若年者の人数比で按分し、それぞれが保険料を負担する。(対馬委員)
- ・ 健保組合等の支援金・納付金の負担は、保険料収入の45.2%と過重であるので、前期高齢者の層にも5割を目途とする公費投入を目指すべきである。また、財政事情の厳しい健保組合への財政支援の継続、強化が不可欠である。(対馬委員)
- ・ 65歳から74歳までの前期財政調整の仕組みを75歳以上に拡大し、75歳以上の方の医療費の5割に公費を投入すべき。(阿部委員)

- ・ 今後の高齢者医療費の見通しを踏まえると、その財源について深刻な事態が生じることが考えられるため、将来の恒久的な財源の確保が重要であり、国における財政負担を明確に示すべき。(知事会(西川代理))
- ・ 今後の少子高齢化の進展を考えると、公費の拡大をお願いせざるを得ない。(樋口委員)
- ・ 高齢化の進行に伴い増え続ける医療費の負担に対し、公費の役割の拡大を明確に位置付けた上で議論を進めていく必要がある。(小林委員)
- ・ 公費投入の額を増やさなければ、財政調整を行ったとしても、全ての保険者が納得することは難しい。(三上委員)
- ・ 公費の投入については、所得捕捉することや、消費税を議論しなければ前に進まないのではないか。(横尾委員)
- ・ これからの社会保障制度を支える財源のあり方については、公費においてもできるだけ特定の世代に偏らない負担ということが重要である。社会保険料と同様の現役世代の賃金に着目した税と、各世代において幅広く負担する税を併せて考えていくことが今後の社会保障の安定的な運営には大事である。(小林委員)
- ・ 高齢者医療制度の見直しにあたり、真水の公費投入を拡大するという方向性について、委員の間で認識を共有したい。(齊藤委員)
- ・ 健保組合では、自分たちが集めた保険料の半分をそれ以外の方々に拠出するという点であると、事業主、被保険者の納得を得るのは難しいという状況もある。そういうことも含めて、国費の投入ということを全体的に共有すべき。(対馬委員)
- ・ 試算の中では、公費負担が減り、国保の負担が増えることとなっている。公費負担減少の理由は、総報酬割の導入を前提としているが、実施可能なか疑問である。その場合、国保の過大な負担は、どこから補填するのか。(岡崎委員)

#### イ 若人の保険料について

- ・ 高齢者医療を支える各制度間での負担のあり方については、各制度の負担能力を反映し、現役世代の納得が得られる制度となることが重要である。(小林委員)
- ・ 新たな制度においては、現行の後期高齢者医療制度の医療給付費に対する財政調整の仕組みを残すか、新たに全年齢に係る公費や支援金等による仕組みを設けるか検討すべき。(宮武委員)
- ・ 被用者保険は国保に比べて、一般的に若人が多く、所得水準が高く、さらに一人当たり医療費が安いなど、相対的に恵まれた保険運営環境にある。したがって、国民皆保険の基盤となっている国保に高齢者が加入するのであれば、被用者保険からの財政調整による支援が不可欠であり、現在の加入者数に応じた調整ではなく、所得を考慮した負担能力に見合った財政調整を行うべき。(知事会(西川代理))
- ・ 支援金のあり方については、高齢者の医療費を社会全体で支えるという観点から、各医療保険制度間で公平に負担することとなるよう、被用者保険者間は総報酬按

分とすべき。(小林委員)

- ・ 老人保健制度や後期高齢者医療制度が創設された経過を見ても、突き詰めれば高齢者と無職の方が多く国保の財政問題であり、被用者保険はそれを支援してきた。国民健康保険と被用者保険のあり方をもう一度考えるべき。(小島委員)
- ・ 若人の保険料については、65歳以上に5割の公費投入を前提として、被用者保険者内は、保険者の負担能力に応じた負担とすべきであるが、総報酬割については、予算や公費の節減の観点ではなく、制度論としての公平性・納得感・整合性・経緯という観点から、本当に総報酬割がいいのかどうかを議論すべき。その際は、原則、65歳以上が給付対象で、(保険料について)総報酬割をしていない介護保険制度との関係も考慮すべき。(対馬委員)
- ・ 総報酬割を導入すると、現在の前期高齢者の財政調整制度における医療費適正化に対する保険者のインセンティブを働かせる仕組みがなくなってしまうという問題もある。さらに、総報酬割を導入する場合には、従来以上に所得の把握を厳格に行う仕組みが必要である。(対馬委員)
- ・ 経済が活性化して保険料収入が増加するといった良い循環を作るためにも、現役世代のやる気と活力が重要である。若人において高齢者医療制度への抛出感が過大なものとなり、活力をそぐような事態とならないような仕組みとすべき。(齊藤委員)
- ・ 現役世代にとって過度に重い保険料負担にならないような制度改革をお願いしたい。(齊藤委員)
- ・ 保険者や団体を代表する方が、それぞれの立場で発言しているが、医療保険制度の議論においては社会連帯の理念が重要であり、それぞれの保険者が集めた保険料は、国民全体のものであるという考え方の下に議論を行う必要がある。(三上委員)
- ・ 新たな制度においては、事業主の負担が現状を下回らない制度とすべき。(阿部委員)
- ・ 企業においても、法人税や社会保険料により社会保障制度を支えている。これら企業の負担についての国際比較等も踏まえて議論すべき。(知事会(西川代理))

#### ウ 高齢者の保険料について

- ・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者にもその負担能力に応じた適切な負担を求めるべき。(齊藤委員)
- ・ 高齢者の方々から、応能負担とか応益負担という意見が出るということに敬服する。(対馬委員)
- ・ 収入のある高齢者は、応分の負担をして、ただ乗りする気などは決してない。(樋口委員)
- ・ 高齢者の保険料については、若人と高齢者の負担の透明性が確保された仕組みとすべき。(対馬委員)

- ・ 保険料及び保険者間の財政調整の検討にあたっては、その高齢者がこれまでの人生において、どの保険者に属していたのかを可能な限り反映できる制度にすべき。(堂本委員)
- ・ 高齢者だけが利益を得るのではなく、たとえ低所得であっても高齢者も国民の一人として少額の保険料を負担するなど、全ての高齢者が一定の負担をすべき。(樋口委員)
- ・ 年齢のみを区分とした保険料の減免はない方が良いという意見に賛成である。(樋口委員)
- ・ 国民皆保険が国民全体の連帯だと考えると、保険者間の差を明らかにすることは非常に問題ではないかと考える。(三上委員)

## エ 患者負担について

- ・ 新たな制度においては、必要な医療を保障し、65歳以上の方は原則として9割給付とすべき(1割負担とする)。(阿部委員)
- ・ 65歳未満の窓口負担についても、現行の3割負担というのは非常に高すぎるので、2割負担にすべき。(阿部委員)
- ・ これまで自己負担分を増やして給付を抑制することで医療費を抑えてきたので、新たな制度については、高齢者の自己負担が増えないような制度を検討すべき。(三上委員)
- ・ 患者負担については、負担の公平性の観点から3割が限界である。現行の高齢者の負担割合は、原則として、70~74歳は2割、75歳以上は1割であるが、どの程度の患者負担が世代間の公平の観点から適当であるかという議論をすべき。(知事会(西川代理))
- ・ 現在の窓口負担、75歳以上が1割、70歳から74歳は2割、それ以外は3割となっているが、これ以上の負担増はすべきではない。(小島委員)
- ・ むしろ70歳以上については1割負担ということで、高齢者の窓口負担を軽減することを基本的に考えるべきではないか。(小島委員)
- ・ 自己負担については、無駄な受診を減らし、効率化を図ることを目的に徐々に引き上げられてきた。しかし、調べてみると低所得者ほど窓口負担が大きいことを理由に受診を控えているという実態があり、必要な医療が抑制されていると考えられる。また、病院で治療費を支払わない方が増加しており、公立病院では自治体の税金を投入して支えている実態もある。自己負担が大きいことも治療費未払いの原因の一つになっている。したがって、新たな制度においては、自己負担を今よりも引き下げる方向で考えるべき。(近藤委員)
- ・ 患者負担については、現役と同じ3割というのは非常に苦しいかもしれない。まず2割にして、さらに高額療養費等の適用のところで工夫すべきではないか。(対馬委員)

- ・ 応益負担の問題では、窓口負担があるが、これについては年齢によって病気がちの方、何度も病院にかかるような方については、窓口負担は一定程度引き下げることが適当である。(三上委員)

※ 財源構成の試算について

- ・ 国保が負担増となり、財政がもたない。国保の財政基盤をしっかりと確立させる方向で整理すべき。(岡崎委員)
- ・ 基本的な考え方の6原則にあるように、国保の負担増に配慮するという観点から、一定の工夫が必要である。そうでなければ、都道府県が運営主体となることも困難ではないか。(横尾委員)
- ・ 75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入する場合には、国保は負担が増加するが、ほぼ同額が負担減となる公費を充てることとすれば、それほどひどい負担増にはならない。しかしながら、今後の急速な少子高齢化の中にあっては、公費を段階的に投入し、被用者保険を中心として保険料の負担増を抑えていくという仕組みを導入しなければ、被用者保険側は納得しないのではないか。(宮武委員)
- ・ 65歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入する場合には、国保及び公費の負担が大幅に増加するが、その財源を確保するには消費税率を1%増加させる必要があり、短期間での実現は極めて難しいのではないか。(宮武委員)

オ 将来推計について

- ・ 新たな制度を中長期的な観点から考える上で、高齢者の医療費の推移、保険区分ごとの医療費・公費負担・保険料・支援金等の将来推計を踏まえて、議論すべき。(神田委員)
- ・ 医療保険制度の抜本的な改革を行うのなら、医療費の将来推計をきちんと踏まえて議論すべき。(山本委員)
- ・ 持続性という意味から、現時点のみならず、団塊世代が後期高齢者となる2025年時点までの財政影響をしっかりと見て検討していきたい。(齊藤委員)
- ・ 足元だけの議論ではなく、2025年までの試算を踏まえて議論すべきだ。(対馬委員)
- ・ 将来の医療費の負担や現役世代の負担の水準がどうなるかという将来の負担の推計も、複数のシナリオで示していただくことが必要である。(小林委員)

(5) 保険料、給付等のあり方

- ・ 新たな制度の保険料は「応能負担」を原則とし、格差のない料率を設定すべき。(阿部委員)
- ・ 税制改正で65歳以上の年金の老年者控除が廃止され、公的年金等控除の最低保障

も減額された結果、住民税が上がり、国保料や介護保険料が上がっており、これは元に戻すべき。(阿部委員)

- ・ 後期高齢者医療制度における個人単位の保険料賦課は、世帯単位に戻す。地域保険に加入する方の保険料は、世帯主に賦課すべき。(阿部委員)
- ・ 国民健康保険をベースにした受け皿となれば、世帯単位という流れではないか。(小島委員)
- ・ 75歳以上は個人で保険料を払っているが、国保は基本的に世帯単位での保険料賦課になるので、ここもどういう調整をしていくか、技術的に難しい問題もある。(岡崎委員)
- ・ 高齢者の医療保険は保障の理念が重要であり、保険料の上限の見直しや保険料率の一本化なども検討すべき。(三上委員)
- ・ 地域保険で国民健康保険の方が受け皿となれば、現在の世帯単位での上限の見直しも必要ではないか。(小島委員)
- ・ 国保の賦課の上限は職域保険と均衡するように引き上げるべき。(阿部委員)
- ・ 国保の保険料の上限は職域保険と同額まで引き上げるべきではないか。(樋口委員)
- ・ 所得のある方の保険料の上限について議論すべき。50万円より高い上限を段階的に設定してもよいのではないか。(樋口委員)
- ・ 若年の国保の保険料についても、都道府県単位でできるだけ統一すべき。(宮武委員)
- ・ 現在の保険料の徴収のあり方として、年金天引きかあるいは口座振替の選択。これは、本人の同意を前提にするべきであるので、基本的には年金天引きにするか口座振替にするかは、年金受給者については選択制にすることが適当である。(小島委員)
- ・ 負担の公平と給付の平等を図ることについては、委員全員の理念として一致しているのではないか。(三上委員)
- ・ 被扶養者の保険料の軽減措置は、制度加入時に被扶養者であったことにより対象としているが、その後、扶養関係がなくなった方の取扱いについても考慮する必要がある。(樋口委員)
- ・ 女性の立場からは、夫が亡くなり被扶養関係がなくなると負担が増えてしまうという二重の問題が起こってくる。(樋口委員)

#### 4 高齢者のための医療サービス等について

- ・ 本会議においては、各論的な議論はできないが、高齢者に関わりの深い医療サービスの基本的な考え方については議論すべき。(近藤委員)
- ・ 診療や健康診断についても年齢による区分はしないことを明確にすべき。(阿部委員)
- ・ 医療サービスや保健サービスについては、高齢者と現役世代で基本的に差をつけるべきではない。(対馬委員)



- ・ 新たな制度の枠組みについては、6つの原則に則って議論することになる。医療サービス全般については、別途議論する必要があるが、高齢者にふさわしい医療の考え方については、この会議で打ち出すべきである。(宮武委員)
- ・ イギリスでは、医療崩壊と言われる状況から立ち直る際に、NSFと呼ばれる疾患領域ごとの10カ年の長期計画を策定しており、この中に高齢者医療版というものもある。日本版NSFにより、10年後の目標設定を行い、それを実現する手立てを考えてモニタリングするような考え方を行うべき。(近藤委員)
- ・ 日本の医療費をOECD平均並みに上げつつ、それ以上に上がらないシステムについて検討していく必要がある。そのために、かかりつけ医制度や終末期相談支援料が、どのような役割を担えるのか考えていく必要がある。(鎌田委員)
- ・ 高齢者は慢性的な疾患を抱えやすく、かかりつけ医制度については、他の先進諸国と同様、必要である。(宮武委員)
- ・ かかりつけ医を制度として導入するには、まだ無理がある。(阿部委員)
- ・ 後期高齢者終末期相談支援料については、導入の仕方に問題があったが、自分がどのように最期を迎えるかについて、看護師や医者と相談していくといった制度は必要である。(宮武委員)
- ・ 病院に頼りすぎていた日本の医療を、自宅や自宅に近い環境で最期まで暮らし、看取ることができるような体制に変えていくべき。(宮武委員)
- ・ 終末期医療制度は、せっかく国民的合意ができつつある段階で、打ち出し方が悪く、議論が後退してしまった。新たに国民・高齢者が論議できるようにするべき。(樋口委員)
- ・ 新たな制度の医療サービスについては、高齢者の健康維持・諸機能維持に必要なリハビリについても検討すべき。(樋口委員)
- ・ それぞれの地域において、入院に頼り過ぎることなく、切れ目なく必要な医療・介護・リハビリが受けられる体制を構築することが重要である。(神田委員)
- ・ 新たな制度のあり方の前提として、救急医療、周産期や小児科医療などをはじめとする医療崩壊を防止するために医療費総額を拡大し、診療報酬をさらに引き上げるべき。(阿部委員)
- ・ 75歳に着目した診療報酬体系が廃止されたが、複数の疾患あるいは重複受診をどう避けて、より効果的な医療にするかは重要である。(神田委員)
- ・ 高齢者が医療を過剰に受けているようにも思えるので、医療を受ける高齢者のあり方についても考える必要がある。(岩見委員)
- ・ 都道府県別ぐらいで競争原理がきちっと働くような保険者機能というものを持って、そこで3次救急はどうするか、健康づくり運動はどうするかという競争がきちっと行われていくことによって、国民は安心できるのではないか。(鎌田委員)
- ・ 高齢者医療確保法に規定されている特定健診や特定保健指導は非常に斬新な考え方である。20年度は混乱もあったが、健保組合としても、保険者機能を発揮しながら積極

的に取り組んでいる。(対馬委員)

- ・ 特定健診及び特定保健指導は、保険者機能の強化のために効果的な取り組みとなっており、更に進めていく必要があるが、健診等の実施率による支援金の加算・減算の仕組みは、廃止を含めて見直すべき。(小林委員)
- ・ 5年後には後期高齢者支援金について10%の加算・減算という措置が導入されることになっているが、加算・減算の仕組みはやめるべき。(小島委員)
- ・ 生活習慣病の予防について、今までどちらかという自治体任せで、国として本腰を入れてやってこなかったのではないかと。今回、政府、自治体、医療機関を挙げて予防医療に取り組むという方針を示すべきである。(阿部委員)
- ・ 医療費の増大が見込まれる中で、健全な方法により医療費の伸びを抑制していくことは重要である。新たな制度においても、健康づくり事業などの受益と負担を連動させる仕組みを導入すべき。(知事会(西川代理))
- ・ これからは健康づくりであれば、健康相談・指導・保健サービスといった点が重要になる。(神田委員)
- ・ 保健サービスについて、「サービスは受けるもの」という認識があるが、「国民の健康の維持」というのは、受けるものでも、与えるものでもなく、国民一人ひとりが自ら育まない限りできないものである。サービスという言葉をおのまま本当に使って良いのかも感じている。(横尾委員)
- ・ ジェネリック医薬品の使用促進のパイロット事業として、後発医薬品を使うと費用が軽減される通知を広島支部の加入者に送らせていただいた結果、約2割の方が先発医薬品から後発医薬品に切替えている。今年度は、この事業を全国展開しているが、広域連合でも国の支援をいただいてぜひ進めていただきたい。高齢者医療費の効率化、高齢者の方の窓口負担の軽減につながる。(小林委員)