

第2回

この人に聞く

中村 秀一

内閣官房社会保障改革担当室長

●平成23年11月28日（月曜日）

Q. 社会保障と税の一体改革というたいへんな重責を担っていらっしゃると思いますが、今日は医療分野と介護分野についてお話をいただければと思います。日本の医療の現状等を先進国と比べたなかで具体的にどのような改革の方向性を国としてお考えになっていらっしゃるのか、その点についてお聞かせください。

中村

今度の社会保障と税の一体改革では、社会保障の機能効果と持続可能性を高めるためにどれだけお金がかかるかという、いわば所要額を出して、それをまかなう税制改正と、合わせて国の財政再建の目標も達成できるという、両方のスタンスで進めているというのが大前提です。

そのなかで社会保障改革についていえば、今までの高齢者向けの給付、高齢期集中型の社会保障だったものを全世代型に変えていかなければならない。若い人たちの貧困格差問題、非正規の問題に十分対応できていない。そういうところを、重視していこうというのが一つの流れです。

もう一つの流れは、やはり経済に貢献する社会保障という側面もあるので、サービス重視というのも柱になっていて、医療介護サービスの充実、機能強化、重点化、効率化、両方行うという内容になっています。

次に医療改革については、サービス提供体制の改革と、医療保険・介護保険制度の改革と二本の柱になっています。医療提供体制の改革、医療機関間の連携機能、特に急性期の入院機能を充実させ、その受け皿として回復期、維持期、在宅医療な

ど、こういったものを重視していこうという方向性が出されています。

2012年の診療報酬、介護報酬の同時改定からスタートして、提供体制の改革は時間がかかりますので2025年までを目指してやっていこうというのが一つの柱になっています。

いろいろな意味で医療保険制度は行き詰まりをみせています。被用者保険の被保険者数も減っています。減っているというのは、たとえば非正規に流れているということです。そういう問題もありますし、標準報酬月額も落ちています。そういうことで被用者保険の基盤が弱くなっています。特に協会けんぽはスタートしてから毎年、保険料率の引き上げが行われているような状態で、協会けんぽが被用者保険の中でも大変な状況になっています。

国民健康保険は皆保険の受け皿ですが、非常に弱体化しています。皆保険体制を維持していくということになると、国保のほうの対応も不可欠です。毎年3~3.5%伸びる医療費に対して、経済の伸びがないので、どういう状況でも医療費負担は重くなりますのでそこをどうしていくのが問われています。

その医療費が伸びている大きな原因が高齢者の医療費ですので、高齢者医療問題という形で一つは出てきています。

この高齢者の医療問題と、国保の財政基盤の安定。つまり国民健康保険の低所得者対策をどうしていくかということと保険者の広域化が、柱になっています。国保問題それから被用者保険については非正規の人たちをできるだけ被用者保険に入れていくという適応拡大の問題があります。これは厚生年金と共通する問題ですが、そういったことが今度の医療改革の柱になっています。

つまり二つ柱があり、提供体制の改革と、ファイナンスの改革。それを医療保険改革とわれわれは位置づけています。

Q. 現在医療費が 36～37 兆円といわれていますが、これからの高齢化の進展に伴い、さらに医療費が伸びるという状況があります。そうなったときに給付と負担の関係が重要となりますが、とりわけ社会保障全般にいえることは低負担、低福祉を望むのか、中負担、中福祉を望むのか、高負担、高福祉を望むのか、国の政策的なものが求められると思いますが、基本的にはもう低負担、高福祉は望めない状況だと思います。国の政策的な課題と財政的な視野から給付と負担という問題についてはいかがでしょうか？

.....

**中村** この一体改革を始めたときに、2010 年の 10 月から検討が始まったのですが、最初は社会保障改革に関する有識者会議で検討していただいたのです。国際的に見れば日本が目指すべき福祉像は規模的にいえば中福祉、中負担だろうとされています。高福祉、高負担ではありえないし、低福祉、低負担という提言は無責任で、責任のある選択とはいえないということで、中福祉、中負担とされています。ただ規模が問題ではなくて、ちゃんと機能するかどうかが問題なので、中規模で高機能な福祉保障を目指すべきだというのが、有識者会議の報告書になっています。

また、2011 年の 6 月 30 日に取りまとめた社会保障税一体改革成案の中では特に民主党内の強い意見を踏まえて、給付と負担の両面において OECD 並の水準を目指すといったことが明記されていますので、そういった意味では、中福祉、中負担で、給付面だけではなく負担面もちゃんとしていくということが基本的な方向性になっています。

Q. 今、医療現場では医師の確保ができない、看護師の確保ができない状況が全国的に見受けられます。結果として診療機能の縮小や病棟閉鎖を余儀なくされ、経営的にも大変厳しい状況に追い込まれています。特に地方における病院は顕著であり、医療崩壊が叫ばれています。また、来年度の診療報酬点数改定では配分の見直しやマイナス改定が報じられています。やはり、高齢化社会にふさわしい社会保障全般の中で、医療を含めた制度設計の見直しが求められると思いますが、この点についてはいかがでしょうか？

.....

**中村** この改革案では、やはり医師不足や診療科の偏在などには対策を講ずることとしています。たとえば急性期の医療については職員配置を厚くして、また単価についても現在の 1.9 倍にするなど、具体的な姿を示しています。方向性は明確だと思うのですね。そういう中で診療報酬改定も議論されるべきだと思います。

ただ気をつけなくてはいけないのは、2012年というのは非常に残念なことに今の一体改革では財源が出てきません。保険料を引き上げることもなかなか困難です。一体改革での税制の改正は2010年代半ばまでに消費税を引き上げるといっているので、2012年に税率引き上げというのは誰も考えていませんので、このように、一番苦しいのは段階的に10%に引き上げる実施期間に至るまでの診療報酬改定あるいは医療費の維持だというように思います。

したがって2012年は大変厳しい状態であると思います。

2010年の改定は10年ぶりのプラス改定であり、ネットの改定幅は0.19%でしたが、内容的には入院医療に重点的に配分され、病院にとっては恵まれた改定であったと思います。いろいろな指標を見ても、病院の経営状況の改善はそれなりのものがあるというように私は認識していますので、やはり配分の問題は非常に大きいと思います。

したがって、診療報酬改定においては、大事なのが何が一番求められていてどこに対して重点的に配分していくかということでしょう。

そういう意味では中医協の見直しもあって、社会保障審議会の医療部会や医療保険部会が改定の基本的な方向性を出して、中医協がそれを受け止めて議論をしていくというシステムが定着してきてます。この枠組みは、従来よりも政策志向の診療報酬改定に親和的です。みんな切実だと考えるほうに重点配分していくという形で、医療界の直面する課題について打開をはかっていくということが求められるのではないのでしょうか。

Q. 国の医療費抑制策の中でも医療費がうなぎのぼりにあがっていく。このままでは医療財源はもたない。国としては、健康管理、健康寿命の延伸ということで、特定検診やがん検診等の保健事業の強化や先進国に比べて在宅で亡くなる方が非常に少ないという現状から在宅医療へのシフトを目指しています。

日本の医療提供体制のあり方も含めて検討すべき課題ですが、保健事業と看取りも含めた在宅医療の推進に向けては基盤整備や体制整備が必要であると思われます。

先進国に比べると人口1,000人当たりの医師、看護師の従事者数は、ほぼ一緒でありながら、100床あたりの従事者数と比較すると非常に低い状況にあります。やはり、先進国並みの医療提供体制の確立を目指すには、進展する高齢化社会を睨んだ法・制度改正や必要な人材育成が急務な課題と捉えませんが・・・

中村

いくつかあると思うのですが、一つは今30数兆円の医療費の半分以上が65歳以上で使われていることです。みんなが医療でイメージする姿と、実際の医療費の使われ方はかなり違います。65歳以上の人に半分以上使われているということは、高齢化に伴って疾病構造の変化が非常に大きく、かなり慢性的な医療や生活習慣病やそれに起因するもの、あるいは三大死因関係のものがわが国の医療の中心になっているということです。また、65歳以上の方は介護保険制度の対象になり、介護保険のサービスが使えます。これらの人々の医療を考える場合、医療保険と介護保険の組み合わせを考慮していかなければなりません。つまり、医療と介護のインターフェースについて真剣に検討しなければならないということです。高齢になってくれば心身の機能が衰えるのはやむをえないことですが、それをどれだけ防ぐことができるか、あるいは伸ばすことができるかということで、医療の分野における予防、リハビリテーションあるいは介護の分野の重度化防止はやっていかなくてはならないというように思います。

日本の医療制度は今度の一体改革の資料の中でも示されていますが、1人当たりの年間通院回数は日本人が13.2回で、スウェーデンが2.8回です。ドイツ、フランスも6.7回、アメリカ、イギリスが4.5回ということで、日本の国民の医療の使い方が、だいぶほかの国と違うという部分もあります。また、圧倒的に人口当たりの病床数が多くて、職員配置が少ないので入院期間が長いという形の医療が行われています。そここのところは、今度の一体改革でも入院ニーズは増えるの見込んでいますが、それを病床を増やすのではなくて、現在の病床のままで、むしろ機能分化を進めて急性期の部分には厚い人員配置をしていって、入院期間短縮をはかる

というシナリオを書いています。

そういう医療を達成するためにはやはり地域での受け皿を整備しなければならないので、そこで受けとめる病院、あるいは在宅ケアの基盤を増やす。こういうモデルになっていますので、基本的には病床削減とはいっていないけれども、病床がこれ以上増えるというシナリオは描いていませんし、精神科病院については病床も減るという見通しを立てていますので、基本的な方向性はより国際標準的な姿に近づく方向で、医療政策は打っていくという意向が今回の改革では示されています。

それをどういう形でやっていくかということについては、日本はデリバリーのシステムが圧倒的にプライベートセクターに頼っています。たとえばスウェーデンなどは病床数を減らす場合は、公立病院ですから行政改革の一環で閉めることが可能です。しかし、日本の場合はそういう手法が通用しません。高度成長期に皆保険システムによって医療基盤を増やすということについては、得意だったわけですが、ただしその基盤の増え方が自由に増やしてきたので、必ずしも国民のニーズに整合性があったかどうかという問題の面があります。現在直面しているように今後提供体制の再編成・組み替えなり、合理化の方向に入ったときに、どういう仕組みで軟着陸していくかというのは、行政的にも非常に難しいことだと思います。

医療費の国庫負担が10兆円近くなっています。10兆円という規模は公共事業の教育費の倍近く、防衛費の2倍以上になっていますので、やっぱりこの10兆円を極端に上積みするということはなかなか難しいし、そうでなくても医療費は3%~3.5%は自然に増えます。自然にという言い方は変ですが、年率それだけの増加があるというのが実績です。民主党の財政政策は、政策経費である71兆円の総枠は増やさないという方針を立てています。その中で医療費は毎年3~3.5%は増えるわけですので、他の経費を圧迫している状況にあります。したがって医療費をさらに上積みすることはなかなか実際問題として難しい。どうやって合理的に組み替えていくか、あるべき医療の方向に向けて医療界自身も含めて舵を切っていくというのが一番求められているのではないのでしょうか。

Q. 国の政策として在宅医療を進めようとしておられますが、実施に当たっては課題がたくさんあると思われます。たとえば、在宅医療を支援する体制に欠かさない医師の確保、訪問看護ステーション、訪問リハ、開業医や居宅介護事業所との連携、あるいは緊急時の引き受け可能な基幹病院、診療報酬上の評価などが想定されます。やはり、地域におけるセーフティネットに必要な人材の確保と情報の共有化や連携体制の構築が必要ではないかと思いますが・・・。

**中村** やはりよいモデルを作って、成功例を作って、それを住民の方にも患者さんにも医療関係者にも見てもらってこういうやり方があるんだというのを広めていくというのが、いちばん近道ではないかなと思いますね。

介護保険だって、固定的に考えている面があってなかなか新しいサービスモデルはできてこないのですが、たとえば今度の法改正でやっと24時間巡回訪問介護ができます。あれは1990年代の最初に羽田澄子さんの、「安心して老いるために」という記録映画のなかで、みんながスウェーデンやデンマークに視察に行くんですね。そのときのデンマークの訪問介護などをみると定期巡回してるわけですから、みんな定期巡回のことはわかっているんですね。わかっているけれど、長らく老人福祉の世界で実施してきた、1日に1回行って2時間、あるいは2時間以上いて、週に1回ぐらい行って家事援助するというホームヘルプサービスからまだ脱却できていない。1990年からまたゴールドプランから数えて21年経ってまだそういう状況なので、今のモデルからなかなか変えられないというところがあるのです。そういうものは変えていく、誰かがやりだして変えていくということが必要なのではないかと思います。

また各地で先進的な事例はできているので、それをできるだけ掬い上げて制度化していく、あるいは診療報酬の対象にしていくとか、そういうことが必要ではないでしょうか。

2000年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟が創設されて、それで急速にリハビリテーションが普及したという例が一つあげられると思います。

それから二つ目、回復期リハビリテーション病棟でも日曜日祭日にリハビリしている病院は10%ぐらいだったと聞いていますが、今度、そういうことをすれば加算が付くという制度が入ったら6割まで増えたという状況なんです。

ですから、そういう意味では10%やっている人たちのところに手を打てば6割まで増えるというのは、診療報酬がサービス提供面を引っ張る効果があることを如実に示しています。近年3連休が多いわけですから、いくら平日にリハビリやっても

その後3日間休むと患者さんはまた元に戻るということを医療者はわかっているわけですが、点数が付かないと普及しない。点数がなくとも実践する先覚者があって、やがて認められて制度がついてくる、そして制度にのって皆が実施するようになるということ、信じてやるしかないですね。

Q. 介護施設や福祉施設に必要な人材養成機関である、福祉学校の応募者数が定数の半分に満たない状況があります。理由は、労働環境がきつい上に重責の割に労働条件が悪いということが指摘されています。国としても諸対策を施されてきていますが、それが施設運営費に回って介護職員のほうに入らないという実態も報告されています。やはり、超高齢化社会を視野に、必要な人材確保にむけ、介護職の社会的評価の引き上げや労働環境、条件の整備が求められていると思いますが・・・。

中村

一つは経営の問題、経営者の問題もあります。たとえば特別養護老人ホームは自ら1兆円内部留保があるといっているような状況で、これだけ国のお金をつぎ込んで、処遇改善の公金を出したりしていて、それで社会福祉法人で税制上も優遇されているのに、きちんと社会貢献もしない、従業員にもちゃんと分配しないという経営のあり方は問題だと思います。そういう経営の状況を見せられてしまうとなかなか、みんなもお金を出そうという気にはならないのではないかという問題があります。

二つ目は社会的な評価を上げるといっても、きちんとしたケアを確立していくことが必要だと思います。プロとして専門職としてきちんとした介護をやってみせるということから、確立していかないと厳しいようです。

三つ目は高齢者が増えるので介護施設も必要ですが、要介護、重度になるとみんな施設というのもこれまた変な話なので、やはりいろいろな住まい方、いろいろな暮らし方が出てきますのでそれに対応したシステムの確立が必要ですね。

たとえば国交省はサービスつき高齢者住宅みたいなカテゴリーも作ってきていますので、基本的な方向性としては老人保健施設も特別養護老人ホームもみんな高齢者住宅と同じに考えて、介護費用について給付していくという方向に向かっていくと思います。介護事業者は、介護サービスの質の勝負になると思います。

このような方向性に立って、これからの介護政策を組み立てていかないといけないのではないかと思います。社会福祉法人で特別養護老人ホームがあれば自動的に利用者さんが入ってきて、自分たちは十年一日のお世話で済んでいるというようなあり方では、世の中のニーズに合っていないということ、みんなで認識し合わ

ないといけないと思います。

Q. おそらく、社会保障全般の課題だと思いますので、現行の制度設計の見直しが今まさに求められているのではないかという気がしていますが……。

中村 そうですね、いろんな議論があるのですが、やはり今のままの状況を平行移動、あるいは高齢化が進むのに、相似形的に伸ばしていくのではなくて、縮小するところは縮小し、拡張するときは拡張し、充実と重点化効率化とを同時にやって、それで重点化効率化もぎゅっとやるのだけれど、充実もたくさんあるので、トータルとすると今よりもお金がかかると、こういう提案なんですね。だからぎゅっと縮めるところは縮めるということをしていかないと、消費税を引き上げることに対して国民の理解も得られない。だから医療界福祉界も改善するところは改善し、なおかつプラスアルファを、それでも必要なので要るところは要するという形にしていく。それから一体改革のなかでもやはり介護従事者の処遇改善はしていくということで、費用も明示していますので、2012年度のお金があるかといわれると、これはだから税制改正と一体のものだから2012年度分があるとはいいいにくいけれど、この一体改革が達成されれば、たとえば介護職員の充実等のために2015年までに、2,500億円改善ベースで今よりも積み込むということを出していますので、そういう部分は必ず処遇改善につながるというふうに思っています。

## まとめ

高齢社会の到来による社会保障費の財源不足は、医療、介護分野にも大きな影響と改革が求められます。その中で、国の政策として医療と介護のすみ分け、給付と負担、財源確保に向けた税のあり方等と一体となった社会保障制度全般の制度設計の見直しが急務の課題と捉えます。また、この財源不足を招いた原因の一端として、国民としての健康に対する自己管理責任という基本認識の不足、反面、皆保険制度による安易に医療機関に受診できるという現状がややもすれば、健康自己管理をゆだねた日本の国民性に繋がったのではないかと危惧します。やはり、現状打開や財政基盤の確立には国民を巻き込んだ実効性のある社会保障全般の制度設計の見直しが不可欠です。税と一体となった改革を期待します。本日は中村室長には大変お忙しい中、貴重な時間を割いていただき心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

(質問者：米田幸夫)