

## 医療・福祉・介護対策調査特別委員会会議記録

医療・福祉・介護対策調査特別委員会委員長 神崎 浩之

### 1 日時

平成 28 年 4 月 14 日（木曜日）

午前 10 時 01 分開会、午後 0 時 03 分閉会

### 2 場所

第 2 委員会室

### 3 出席委員

神崎浩之委員長、千葉進副委員長、伊藤勢至委員、小野共委員、佐藤ケイ子委員、柳村岩見委員、佐々木宣和委員、渡辺幸貫委員、ハクセル美穂子委員、田村勝則委員、高田一郎委員、小野寺好委員

### 4 欠席委員

なし

### 5 事務局職員

木村担当書記、羽澤担当書記

### 6 説明のために出席した者

一般社団法人 医療介護福祉政策研究フォーラム 理事長 中村秀一氏

### 7 一般傍聴者

2 名

### 8 会議に付した事件

#### (1) 調査

「高齢者介護等の現状・課題及び方向性について」

#### (2) その他

委員会県内調査について

次回の委員会運営について

### 9 議事の内容

○**神崎浩之委員長** ただいまから医療・福祉・介護対策調査特別委員会を開会いたします。

委員会を開きます前に、当特別委員会の担当書記に異動がありましたので、新任の書記を紹介したいと思います。

木村担当書記。

羽澤担当書記。

これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程のとおり、「高齢者介護等の現状・課題及び方向性について」調査を行いたいと思います。

本日は、講師といたしまして一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラム 理事長中村秀一様をお招きしておりますので、御紹介をいたします。

○中村秀一講師 中村でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○神崎浩之委員長 中村様の御略歴につきましては、お手元に配付している資料のとおりであります。

本日は、「高齢者介護等の現状・課題及び方向性について」と題しまして、社会保障の現状と改革の動向、医療・介護提供体制の改革、地域包括ケアシステムと今後の方向性等についてお話をいただくこととなっております。

中村様におかれましては、御多忙のところこのたびの御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝申し上げます。

これから講師のお話をいただくことといたしますが、後ほど中村様を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので、御了承を願いたいと思います。

それでは、中村様、よろしくお願いいたします。

○中村秀一講師 改めまして、おはようございます。

本日はお招きいただきお話しさせていただく機会を得まして、大変光栄に思っております。

自己紹介でございますが、昭和48年、1973年に旧厚生省に入省いたしまして、2014年まで政府関係の仕事はずっとやってまいりました。2010年からは、社会保障と税の一体改革をするということで、内閣官房で事務局を務めたりしております。現在は、この一般社団、私のつくった社団でございますが、そこで仕事をしているほか、国際医療福祉大学という、これは医療・介護・福祉の人材を養成している大学ですが、その大学院で教えているほか、いろいろな大学に招かれて講義をしております。

きょうのお話でございますが、社会保障の現状、改革の動向、その中で医療・介護について、政府は2025年を目指して医療・介護の提供体制の改革を進めておりますので、そういったこと、特にその中に病院の改革もありますが、地域包括ケアシステムを作っていくことを一つ課題にいたしております。そういったお話をさせていただいた後、今後の方向性について知見を述べさせていただきたいと思います。

まず、社会保障の現状ですが、2015年、昨年度どのくらい社会保障にお金が使われているかということ、116兆円と言われております。これは日本の国内総生産、対GDPの23%でございます。社会保障、皆さんから税金や保険料を出していただいて、病気の方や年金受給者、介護が必要な方に配り直しているということですが、その規模が大体国内の経済規模の4分の1くらいになっているということでございます。昨年度の一般会計の国家予算が96兆円ですから、それよりも多くなっております。内訳でございますが、年金、医療、福祉、5対3対2。介護は福祉に含まれておりまして、介護だけとりますと116兆円の8%くらい、約10兆円となっております。

財源は、6割が保険料、4割が税財源でございます。大体税財源で出しているのが40

兆円を超えており、4分の3が国、4分の1が都道府県と市町村になっています。国は30兆円ぐらい出しておりますが、それが中央政府の使っているお金の55%を超えるという状況でございます。

1950年からの統計を見ると116兆円というのは2015年現在でございますが、高度経済成長のとき、皆保険皆年金がスタートした時代は非常に小さな数字で、1973年に大幅な給付改善をし、年金制度が離陸いたしております。それまでは、人口も若かったので、医療が多く、医療が1970年で見ますと6割近くを占めており、年金は24%、全体のシェアであったのですが、1973年に年金が離陸いたしまして、1980年を見ますと年金と医療がほぼ同じくらいになっている。1981年に年金の費用が医療を抜いて、それ以後年金がずっとふえているということで、今年金が5割、医療が3割強、介護を含めました福祉が2割弱で、5対3対2になっています。

さっきの116兆円を今度は負担のほう、財源のほうで見ますと、申しあげましたとおり保険料が6割、税が4割、税の割合が年々増えておりまして、私が厚生労働省の局長をしているときには保険料が3分の2くらい、もっと若いころは保険料が4分の3と言っていたのですが、だんだん保険料のシェアが減って、6割を切っております。これは、75歳以上の方の医療費は5割が税金、65歳以上の介護保険は5割が税金、それからサラリーマンの医療保険にはあまり税金が入っておりませんが、国保は半分税金が入っているということなので、高齢者が増えますとどうしても税金の割合が増えてくる。基礎年金の半分も国費でありますので、年々、税の割合が高くなっている。

そのうち税の部分の4分の3を国が出していますので、約31兆円が今年度の国の一般歳出でございます。この黄色の部分、96兆円の中の31兆円ですので、3分の1に見えますが、御案内のとおり政府は借金しておりますので、家計でいうとローン代で4分の1くらい消える。地方交付税という形で、適切な例えがどうかわかりませんが、地方に仕送りさせていただいている。そうすると、一般歳出とって中央省庁が使えるお金は約57兆円になります。これに対して、31兆円というのは55%になるということで、いわば社会保障費が国の費用の半分以上を使っているということになります。

文教費が6兆円弱、公共事業も6兆円弱、防衛費が5兆円でございますので、いかに社会保障費が大きいかということがおわかりいただけるかと思えます。

96兆円、税収がなければなりません。最近税収が増えたといってもここまででございます。また、新たに3分の1強借金をしているというのが国の財政の状況でございます。一般歳出に占める社会保障関係費の割合が2000年ころは3分の1程度であったものが、今55%になっているということでございます。

2000年を100とした場合の用途別の予算の伸びを本年度まで見てみます。100より増えていると増えている費用になりますが、防衛費が第2次安倍内閣になってやっと100を超えるようになった。防衛費が何とか横ばいということで、公共事業が63%、それから教育費が80%台で2割ぐらい減、一般経費も1割減という中で、社会保障費がこの16年くら

いで倍近くになっているということで、社会保障が伸びているという形になります。

財務省のホームページからとった資料で 1975 年から 2015 年度までを見ると、バブルがはじけた時期から税収が伸びない。一般会計の歳出が増えているので、御案内のとおりワニの口と言われているような状況になっている。財政法で許されていない特例公債を毎年法律を出して発行している。建設公債は出すのが認められているのですが、赤字公債を発行している状況です。これ財政側から見ますと、最近国の費用で伸びているのは社会保障だけではないかと。だから、社会保障、財政再建の立場から見ますと、社会保障はこのままでよいのかという議論になるわけでございます。

そういった中で、人口は御承知のとおり、少子高齢化の進行と人口減少を迎えております。毎年、敬老の日前後に総務省統計局が高齢者人口を発表しております。2015 年の数字を 1 年前と比べると、高齢者人口は 3,300 万人、また 65 歳以上人口は 1 年の間で 50 万人以上増えている。総人口は 2014 年、1 億 2,700 万人であったのが 1 億 2,600 万人になり、確かに減っている。4 人に一人が高齢者と言っておりますが、2014 年の高齢化率が 26.1%、2015 年が 26.7%という具合でございます。75 歳以上の方は、後期高齢者と呼ばれていて、そういう呼び方がいいかどうか、議論はありますが、人口の 12%に達しております。それから、85 歳以上の方は 500 万人でございます。人口の 4%弱でございますが、この辺になりますと圧倒的に女性が多いということで、介護の問題というのは女性の問題でもあるということでございます。

日本では 1968 年、昭和 38 年、東京オリンピックの前の年に老人福祉法ができて、特別養護老人ホームなどをつくり出したわけでございますが、政府はそのときに 100 歳以上の方を表彰する制度をつくりまして、そのときから 100 歳以上の方を数えていました。1963 年に、153 人ございました。今 6 万人でございますので、いかに日本人が長寿になっているかがわかります。

1960 年、1961 年に国民皆年金ということで、御承知のとおり国民年金が、65 歳支給開始年齢で始まりました。そのときの男性の平均寿命が 65 歳、高齢化率は 5.7%でございました。今、2014 年の男性の平均寿命は、80 歳を超えており、女性は 86 歳です。国立人口問題・社会保障研究所の推計によりますと、あと 5 年、日本人の寿命は延びると言っております。現在、女性の方の平均寿命は 86 歳ですが、中央値と言って半分の方が生き残っている年齢を見ますと、90 歳に近くなっている。ですから、女性の半分は 90 歳になる。あと 5 歳延びるということは、女性の半分は 95 歳まで生きるということで、先ほど介護の問題は、女性の問題が多いということを示しましたが、そういった意味でも長い老後をどうしていくかというのは、社会保障にとって大きな課題です。

平均寿命が伸びているということ、健康寿命との間にギャップがある。これからも寿命が延びるだろう。そうすると、寿命が延びる以上にこの健康寿命をもっと延ばしたいというのが健康づくりの政策になっておりますし、赤ちゃんの数は、我々ベビーブーム世代は 1 年間に 270 万人くらい生まれております。この団塊ジュニアの第 2 次ベビーブーム世代と

というのは200万人くらい生まれていますが、現在は100万人です。出生率のボトムは2005年の1.26でございます。若干、今1.4台になっているので、出生率は回復しておりますが、200万人の赤ちゃんがいた時代から100万人の赤ちゃんしかいない時代になっています。つまり、出生率というのは1人当たりのお母さんがお産みになる子供の数ですから、多少それが改善しても、お母さんの数が半分以下に減っていますので少子化を対処していくというのは非常に問題がございます。

現在の人口のピラミッドを見ると、注目するのは65歳以上の人ですが、ほぼ75歳以上の人と、前期高齢者、後期高齢者が拮抗するような状態になっています。

あと15年後の2030年になると、団塊の世代が後期高齢者になり圧倒的に後期高齢者が増えていく。それからだんだんピラミッドと言えない逆ピラミッドの時代になり、下のほうの形は少子化対策がうまくいくか、いかないかで大分姿が変わってくるし、2060年になるとピラミッドではなくなるとともに、日本自身が全体に細ってしまうということになります。40%くらいの高齢化率になると言われていますが、超高齢社会になるということが問題でございます。

高齢者の数が増えていると申し上げておりますが、若い年齢層は残念ながらみんな減ってきているわけで、高齢者が増えていくといっても、2040年くらいまでしか増えません。これが高齢化の第1段階だとすると、第2段階、2060年以降は微減になります。2060年を過ぎると、さっきのやせ細った姿ですが、さらに高齢者自身も急激に減るといって高齢化の3段階をとる形になります。

高齢者が増える部分、微減、2060年、さらに減ると、こういう3段階ですが、日本列島の中では東京などの大都市は高齢者はふえていくという第1段階のところでありますが、地方都市になりますと高齢者は増えていないという第2段階を既に経験しているし、地域によってはもう高齢者も減っているという第3段階を迎えており、日本列島を空間的に見ると、その高齢化だけとりましても3つの段階が混在している。

岩手県も2次医療圏を県内で分けておられると思いますが、日本全国349の2次医療圏があります。そのうちこの第3段階の様相を呈している2次医療圏が100を超えているということでもあります。したがって、医療・介護政策、厚生労働省が全国的にどうこうということではなく、地域に応じた医療対策、医療政策、介護政策をとらなければならないというのが基本的な課題になっております。

そういった中で、厚生労働省の推計ですが、日本人1人当たり、ゼロ歳から100歳までどのくらい医療費を使うかという推計がございます。生涯医療費2,600万円、ポイントですが、70歳までで半分、70歳以降亡くなるまでに半分を使うというのが医療費の構造になっています。

そこで、日本の医療費は40兆円ぐらいなのですが、うち29%がサラリーマンの医療費、健康保険です。30%が国民健康保険。26%が75歳以上の高齢者医療制度の医療費です。75歳以上の方が人口の12%と申し上げました。人口の12%の方が既に36%の医療費を使っ

ている。さっき見ていただきましたように、75歳以上の方がふえる割合が大きいのです。65歳から74歳よりも、70歳以降の人が大きいということは、医療費だけ見てもこれからどんどん増えていくだろうということが推測されます。

介護保険では、65歳以上の方の18%の方が要介護認定に該当する。この18%というのが要介護認定率です。しかし、年齢別に見ると、前期高齢者のときはほとんど介護保険を使っておりません。後期高齢者になっている。特に70代は使っていない。80歳以降が3割、85歳を過ぎると5割の方が要介護認定に該当する。したがって、さっき申し上げました75歳以上の方が大幅にふえる、後期高齢者が増えていくということが介護保険に大きな影響を与えるということでございます。

第6期の介護保険の65歳以上の方の1人当たりの保険料が全国平均で5,500円と言われているのですが、厚生労働省の推計では、各保険者、市町村からとった値で推計すると、2025年には8,000円を超えるだろうという見込みになっています。

以上が社会保障の現状として、お金の面と人口の変化の中で116兆円の社会保障のお話をさせていただきました。

もう一つ、人口が減っていきます中で社会保障、介護の人材の支えでも不足するのではないかという問題があります。昨年6月に厚生労働省が発表した、厚生労働省の研究班の推計では、2025年に現在シナリオに対して介護人材が先ほど申しました37万人強不足するだろうという推計は甘いのではないかという議論も一方で出ている状況でございます。

そういった中で、社会保障対策ということになります。何が社会保障で大きい問題かということ、1990年以降、経済が振るわないということでございます。今株価1万6,000円前後をずっと行ったり来たりしておりますが、1989年12月の東証の末日が市場最高の株価で、それ以後全然回復していない。

そういう中で、さっき見ていただいたように、GDPはずっと横ばいなのに対して、中国が経済成長率7%を切ったと騒いでおりますが、これは1年の話で、1990年から2013年まで日本はこの23年間で6.9%しかGDPが上がっていない、足踏みしているような状態です。社会保障給付費について、なぜ2013年かと申し上げますと、決算が出ているのは2013年で、決算ベースで比べましても、1990年47兆円から2013年110兆円と2.34倍になっている。御案内のとおり、みんなこれで社会保障は大丈夫なのかという議論が続いているわけです。

したがって、持続可能性の問題になりますし、確かに制度改革としても1990年代後半からこのままでいくと医療費が払えないと、当時政府管掌健康保険などありましたので、払えないということで、医療、年金は非常に厳しい改革が小泉内閣の時代まで続いたということでもあります。

例えば、1997年にそれまで1割負担であった健康保険の負担が2割負担になりました。それも5年しかもたないということで、2002年には3割負担になり、年金法の改正もありましたし、介護保険の見直しも5年たったら見直しをするということで、2000年にスター

トした介護保険も見直しをした。また、2006年にはさらに後期高齢者医療制度をつくるということ、それから骨太方針2006ということで、2006年、小泉総理大臣がやめるときにこれを置き土産で、毎年2,200億社会保障関係の国費を削っていくという方針が出されたりした。

一方で、経済が不振でございますので、働き方も変わってきているということで、御案内のとおり昔はあまり非正規の人はいなかったのですが、今は雇われて働いている人の36.7%が非正規です。これが社会保障にとってどんな問題があるかということ、厚生年金も、健康保険も、この非正規の人は雇われて働いている人という対象にならないわけです。国民健康保険、国民年金の話になる。非正規の人の賃金は、御案内のとおり正規の人の3割と言われていています。だから、生涯非正規だと生涯賃金が3割、老後は厚生年金がないということ、基礎年金だけということになりますので、この人方のセーフティネットにとっても問題ですし、社会保険財政にとっても保険料を払う人がふえない、むしろ減っている。正規の人は、1997年をピークに日本の正規労働者が増えていないという状況があります。

これは、労働経済白書といって厚生労働省が出している白書からとったものですが、働いている人の実収入、可処分所得、消費支出は、いずれも1997年がピークで、いまだに回復していないということになります。そうすると、保険料を払う人がふえなくて、財布も伸びていない、医療費はふえる、年金がふえるわけですから、保険料が上がっていくということになりますので、非常に社会保障についても問題がある。

1960年代、1970年代につくられました社会保障、特に1990年以降、環境が大きく変化しているのですが、人口も減っている。116兆円が社会保障に使われていると申し上げましたが、調べてみると、65歳以上の方に7割使われている。70%は65歳以上の方のための給付です。現役世代に4分の1が使われているのですが、現役世代の人は自分たちはもらっていないと言うのですが、実は医療費なのです。そうやって7割と4分の1をとると残りはごくわずか、四、五%、これが子供・子育てということになって、非常に少子化対策が重要だといっても、この高齢期集中型の社会保障になっています。何とかそれを改善していかななくてはならない。待機児童の問題など、そういった問題になります。

それから、さっき見ていただいたように、新たにまた3分の1を借金しているということですので、116兆円を社会保障に使っているといっても実は税金の部分は結構穴がある。つまり今はみんな、我々世代が、医療や介護や年金で使っていますが、ちゃんと払っていないということなのです。誰が払うかということ、今の赤ちゃんとかこれから生まれる人が払うという後世代への負担の先送りになっていますので、これを何とかしなくてははいけません。こういう問題がやかましく言われています。こういった問題に対処していかななくてははいけませんので、何とか社会保障も削る一方でなくて、てこ入れをしなくてははいけません。てこ入れするにはお金がかかる。お金はまた借金で先送りするわけにはいかないのです、消費税を引き上げてこれに充てていく。社会保障で半分以上使っていますので、社会保障の赤字体質が改善されれば、御案内のとおり財政再建にも寄与するだろうというので、消費税

で引き上げたお金を全部社会保障に使おうということになっておりますし、こういう枠組みで使う、国と地方もこうやって社会保障に、仕事量に応じて国と地方の財源は分けて、消費税財源を分けて社会保障を建て直していくということになります。

こういった中で、実は医療と介護がこれからポイントなのだという議論になっております。それはなぜかということをお話した上で、後半のほうは医療・介護の問題に入りたいと思います。これは、厚生労働省が2050年までに社会保障はどうなるかという推計を出しております。

社会保障費が伸びるかということで、2025年に足元110兆円程度と言っていた社会保障費が150兆円近くになる、1.36倍になると見込んでいるわけがございます。GDP比も今23.5%と申し上げましたが、もっとふえてGDPより多くなって伸びますので24.4%になるというものです。

皆さん年金が大変だろうと言うのですが、2004年の年金改革で、実は年金は保険料の上限が来たらそれ以上保険料をふやさないという制度でございます。いつ上限が来るかという来年なのです。来年厚生年金の保険料率が18.3%になったら、それ以上保険料を伸ばさない。その保険料の範囲、基礎年金の国庫負担の2分の1、それから今百数十兆円ある積立金、この3つの財源の範囲内で年金を運用していくという制度になっていますので、その制度で動かしていくと年金は現在54兆円、GDPの11.2%であります。2025年に60兆円になると見込んでいるのですが、ポイントはGDP比が落ちるのです。9.9%まで落ちる。こういう制度になっている。ですから、学生に教えているのですが、学生は、先生たちいいですねと、年金をもらえるんでしょう、私たちもらえないからと言います。どうしてももらえないのって聞くと、負担が増え過ぎて払えなくなって年金は潰れると聞いています。しかし、負担が増え過ぎない、保険料率が18.3%でとまることになっているので、そういう潰れる、潰れないという議論がある一方、一番しっかりしているのは実は今の年金制度であります。そういう給付と負担の問題はないので、今GDP比11.2%の年金を払っていますので、2025年にはGDP比9.9%になる年金は払えるということになります。

医療と介護は、事の性質上、保険料の上限を決めていません。さっきからさんざん見ていただいたように、後期高齢者がふえる、後期高齢者ばかりが使っている介護の伸び率が高いわけでありまして。医療は赤ちゃんから64歳までの人も医療費を使う。その人の数は減りますから、実は人口減なので医療費減になります。もちろん65歳以上の人は増える。プラスとマイナスがありますので、医療費の伸びは介護よりは少ないだろう。介護が8%、医療が全体の32%なので、年金が5割、医療と介護が4割、その他が1割というのは今の給付構造ですが、2025年になると150兆円のうち医療と介護で75兆円になりますので、医療と介護で5割、年金が4割というふうに社会保障の姿も変わっていく。

年金は、二月に一度銀行口座に年金受給者の方に年金が振り込まれて終わりですので、消えた年金記録問題など別にすると、間に立つ人の問題はない。医療と介護は、お金を配



っているよりも、サービスを提供するということになります。そのサービスの質がよいか、そのお金に見合ったサービスか、無駄がないのか、適切なサービスを行うさまざまな議論があります。社会福祉法人がもうけ過ぎているのではないのかという議論も出ているわけです。そういったことも含めまして医療と介護が大きな問題だと考えています。

2025年にベビーブームの世代が後期高齢者になるので、そのときまでに医療・介護の提供体制の姿をきちんとしていかななくてはいけないということで、2025年までの医療・介護改革が大きな問題になっている。今進んでいる社会保障改革というのは、国会で自公民3党で合意している。3党の議員立法で社会保障制度改革推進法が制定されました。消費税引き上げとともにこれをつくり、特に国の場合消費税はこの4分野に使うと法律上定められておりますので、その4分野についての基本的な考え方が示されております。

特に医療と介護は、この時点で法律も国会を通過しておりませんでしたし、介護報酬、診療報酬の問題もあり、法律だけの制度ではないので、どうしたらいいかということは1年間、この法律で社会保障制度改革国民会議という会議を置いて方向性を出してもらい、それを受けて、政府は誠実に実施することとなり、この報告書が出たのを受けて2013年の12月、第2次安倍内閣のもとで、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律、いわゆるプログラム法と呼んでおりますが、改革の工程表を書いた法律が制定されたということが現在の状況になります。

これに従いましてやっているのですが、特に国民会議ではこれから国民皆保険を維持していくためには何割負担かというような、医療保険のファイナンス、お金のやりとりの問題でなくて、提供体制を変えていかななくてはだめだと報告されています。なぜなら、この半世紀の間に国民が超高齢化になってもうニーズが変わっているため、医療のあり方そのものを変えていかないとどんな制度にしてももたないからです。提供体制のことを考えるためには、医療と介護を一体的に考える必要があります。

一言で言えば、病院完結型、岩手県も医療局があつて県立病院中心で医療をやっていたのですが、その県立病院で全て片づくという状況ではないので、地域の中でどう受けとめていくかという議論をし、特に地域の医師たちが大事だということも強調し、それからもう一つの問題は、岩手県の場合は県立病院が非常にしっかりしておられますが、岩手などは日本の医療系統体制の中では例外的でありまして、8割の民間病院に医療をお願いする状況です。

ヨーロッパでありますと、私はスウェーデンにも経験しておりますが、デンマークなどでは1,000ベッドある精神病院の病床がゼロになるという改革がすぐできるわけがございます。これは、行政改革の中で精神病院は病床を減らすとなると、国、地方の行政の力が強いので、1,000ベッドの病院ゼロにする改革ができるわけですが、日本はそういうふうにはいかない。

アメリカのように、よい医療を受けたければ、ブランド製品と同じようにお金を払えと、そうでない人はそれなりの医療で我慢しろということで仕切れるアメリカ型でもないとは

ると、日本は制御機構のないままの医療提供体制という問題がある。国民会議の報告書でこう言っているわけです。どうするかということ、データに基づいて医療を制御していかなくてはいけないのではないかという議論になった。

こういうことをやりながら、診療報酬、介護報酬だけではなく、別途の財源を使って、というのは診療報酬、介護報酬は全国一律ですが、さっき見ていただいたように高齢者が既に減っている地域もある、横ばいの地域もある、急速にふえる地域もある、地域ごとに状況が違う。地域ごとに医療・介護の提供体制も違う。全国一律の診療報酬、介護報酬だけでなく、別途の財政手法を、支援の策を考えなくてはいけない。それが基金だというような提案をしております。

それからもう一つは、医療・介護・福祉・子育てというのはやはり地域づくりとして取り組んでいかなくてはいけない。そのためには医療法人、社会福祉法人もそういったことに貢献できるような制度にしていかななくてはいけないというのが国民会議の提言でございます。

厚生労働省は、かねてから医療・介護の将来像として患者のニーズに応じた医療改革をしていかなければいけない。それは、入院のあり方、病院の改革と地域包括ケア体制をつくっていく。そのためには、在宅医療の充実とか在宅介護を充実していかなければいけない。

これは、2010年の検討が始まったときから厚生労働省が医療介護機能の再編の図を出している。2010年、2011年段階の図です。2012年、このとき診療報酬、介護報酬の同時改定がある。これを第一歩としていずれ医療法などを改正して、順次改正してやっていきたいということを言っておりましたし、そのころから今の日本の病院、診療報酬で看護師の配置基準、こういう基準ごとに病院の分布状況を見ると、いわゆるワイングラス型をしています。2025年の必要な病床の機能を考えると、高度急性期、一般急性期等々複層に分かれ、イメージとしてはワイングラス型ではなくて、ぷっくり型、ビールジョッキ型ではないか、こういうふうに2025年までに医療の構造も変えていきたいと言っているわけです。

医療改革ができれば、どこに住んでいてもその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる、退院したら、人口1万人の場合、地域包括ケアシステムだと医療と介護と住まい、生活支援とリハビリがある、そういうことをずっと言い続けてきているわけでありませう。

プログラム法に基づきまして、2014年には診療報酬の改定、消費税財源もつきましたので社会保障の充実予算、19法の法律改正、医療・介護の法律改正が行われました。2015年には国民健康保険法等の改正、介護報酬の改定。ことしは診療報酬の改定。一応制度の整備としてはプログラム法に基づくこういうやり方だというふうになっております。

その中で医療介護総合確保推進法ということで、効率的で質の高い医療の確保として医療法の改正、医療も関係しますが、地域包括ケアシステムの構築として、介護保険法などの改正も行われています。

ポイントはさっき申し上げましたデータに基づいて医療の提供体制を変えていってほしい。そのために医療法改正でできたのですが、医療機関は2014年から病棟ごとに自分のやっている医療は高度急性期に当たるのか、急性期に当たるのか、回復期というのに当たるのか、慢性期に当たるのか、届け出すことになっています。

そうすると、ある地域、例えば釜石地域の2025年の人口を見ると、人口は減るだろう、高齢化は進む。そうすると、釜石地域の医療としては高度急性期、急性期、回復期、慢性期、これだけの医療ニーズがある。そうするとベッド数もこれだけ。しかし、釜石地域の病院、県立病院もあるでしょうし、製鉄所の病院もある、いろいろな病院がある。自分たちはこういうことをやる、2025年にはこういうことをやりたい。だから、やりたい医療とあるべき医療との間にギャップがあるだろう。ギャップがあつたらそれを埋めていくようにする。そのまずやりたい医療を、やっている医療を報告する制度をつくり、今岩手県でもつくっていただいておりますが、地域医療ビジョン、法律では地域医療構想といって2次医療圏ごとに各医療機能の将来必要量を出してもらって、突き合わせができるようにしようということを進めているわけです。

どうやっていいかわからないという議論がありますので、私が前に勤めておりました内閣官房で去年の6月に専門調査会でそのデータに基づく検討をしてみたら、134万床もある現状のベッドが、2025年に彼らの調査だと115万床ぐらいだと、高度急性期がこれくらい、急性期がこれくらい、回復期がこれくらい、慢性期がこれくらい、ただし30万人近い方が在宅で医療・介護で支えることができているという前提になっている。こういうことの調査結果が公表されております。

医師会の先生方は、またベッドを強制的に減らすのかと、これは単なる一つの推計に過ぎないと言っておられますし、厚生労働省もそう言っていて、現在それでは岩手県なら岩手県の各圏域でどうなるかというのをやっていただく作業が進行中と認識しております。

つまり地域医療構想は病院改革だけの問題ではありません。なぜかという、さっき申し上げました30万人くらいが在宅等で対応できる患者、利用者だということが前提になり、これが前提になるのであれば、地域で支えられるということが前提になりますので、実はこの地域医療をどうするかという話と支えられる地域包括ケアシステムと、つまり岩手山をどの方向から見るかということに過ぎない問題になりますので表と裏の関係になっていると認識してください。

地域包括ケアということが言われているわけですが、言葉は地域包括ケアシステムという言葉も難しい気がするのですけれども、そもそも内容がよくわからないという御意見を頂戴しますので、少し私なりに経過、経緯を御説明したいと思います。なぜなら私も関与しているからであります。政府の文書として地域包括ケアシステムと出てきましたのはこの2003年6月に老健局長、そのとき私が老健局長だったのですが、私的研究会で高齢者介護研究会というものをつくりました。この報告書に出てくる言葉であります。この研究会は何かというと、2000年に介護保険がスタートするときに、国会でも介護保険賛否両論が

ありまして、1997年の12月に法律が通ったのですが、その法律が通るときに、介護保険は問題がある中でやらせていただくので、実施して5年たったら制度の見直しをすることが条件で2000年からスタートした経緯があります。したがって、2005年の法律改正が必要になりましたので、介護保険を実施して3年ぐらいたった中で次の法律改正をどうすべきかということを検討する会であった。そのときに実は介護保険をやってわかったことがたくさんあります。

特に重要だったのは、要介護認定ということで、認知症のお年寄りが大変だということにはわかっていたのですが、それまでどこにどういう人がいるかわからなかった。2002年9月末当時、要介護認定で該当した人が314万人おられます。314万人のうち149万人の方が認知症の症状があるとわかったのです。それで、特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院などに入っている人の8割が認知症の症状があることがわかりましたので、当時、痴呆性老人という言葉でしたが、2015年には250万人ぐらいになるだろうと推計しました。この推計が甘く、現在は462万人というふうにも言われていますし、2025年には675万人、700万人ぐらいになるだろうと現在厚生労働省は言っています。そういった意味では非常に幼稚な推計であったのですが、いずれにしても認知症が大事だということで、半分の人が認知症だと。そうすると、これからの高齢者介護は認知症に対応できる介護でなければならないと、当時の報告書の要約のもので、新しいケアをつくっていかなくてはいけないとされました。そのためにはまだまだ、2003年の段階ですからサービスも十分でない、そういうことの在宅でのサービス、365日24時間サービス提供するとか、新しい住まいもつくる必要があるとか、在宅生活を支える施設の新たな役割システム、新たなサービス体系をつくらうなどといったものを動かしていくものとしてこのときに地域包括ケアシステムと提案されているわけです。

地域包括ケアシステムとは何か、介護は長く続くので長期間の勝負である。みんなでやらなくてはいけない、多職種協働だと。さまざまなサービス、ヘルス・福祉・医療の専門家、ボランティアも参加する、そういったもののコーディネート。それから、ターミナルまで在宅生活支えることが課題になっております。こういうものが地域包括ケアシステムだと理解し、サービス基盤は小規模多機能型居宅介護施設をつくるとか、新しい住まい、これは8年ぐらいかかってサービス付き高齢者住宅を、国土交通省と一緒につくるようになりました。地域密着型サービス、サテライト、小規模の特別養護老人ホームもつくっていかなくてはいけない。個室ユニットケアをしていかなくてはいけないということで、まずは地域包括ケアをコーディネートするために地域包括支援センターを2005年に制度化しました。今の関係でいうと、法律で地域密着型サービスをつくり、小規模多機能型の施設もつくり、介護保険のお金を使って市町村が事業できる地域支援事業を制度化し、このお金を使って全国で地域包括支援センターをつくっていく。それから、痴呆性老人という名前を法律でも認知症に変えた改革をしたわけです。

その後厚生労働省は、地域包括ケア研究会というのを2008年に設置しまして、おおむ

ね 30 分以内に駆けつけられる圏域だとか、今度は逆に地域包括ケアシステムをつくっていくという観点から介護サービスのあり方、人材、介護報酬、介護保険制度について見直しをしていこうということになり、2011 年、地域包括ケアシステムの趣旨を法律で入れるとともに、今度 365 日 24 時間できる定期巡回・随時対応訪問介護看護なども法律上つくるなどした。このときの法律は、住みなれた地域で自立した生活を営むことができるように医療や居住に関する施策と有機的な連携を図りながら包括的に進めていくとされました。

その後、一体改革が進む中で、医療・介護提供体制の改革が目標になり、医療・介護を一体的にやっついていかななくてはならないと国民会議に言われ、プログラム法で条文化されましたし、医療の分野では在宅医療連携拠点事業の政策も進んできております。

こういう中で地域包括ケアというのは法律にも係るようになりました。地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律で地域包括ケアシステムの定義が規定されています。医療・介護・介護予防、これは括弧でまた定義が書いてあります。リハビリのことです。住まい、それから日常生活の支援、五つの要素が包括的に確保される体制をいうとされています。

こういうことが可能になってきましたのは、1980 年代、増税なき財政再建ということで、土光敏夫さんの臨時行政調査会もあり、福祉は税金の塊です。福祉、これは生活保護、保育、障がい福祉、老人福祉などみんな入ります。10 年間で 1.2 兆円しか増えなかった。医療はこの間 7.7 兆円ふえた。このときは医療費はただ、あるいは安い負担ですので、介護のニーズのある人は特別養護老人ホームが余りふえなくて、全部医療で受け取るという時代でした。

病院に入院させるほうが体裁がよい、岩手県庁の課長の親御さんを特別養護老人ホームに入院させると、1990 年で費用が一月 20 万円かかった。低所得の人が特別養護老人ホームに入所するとただか、ほとんどただに近いお金で入所できたのですが、岩手県庁の課長のお父さん、お母さんが入所すると、20 万円の措置費が払われたときにその家の負担はどのくらいかという 20 万円です。負担できる人はみんな取ると、応能負担が原則でした。

したがって、経済的な合理性からいっても、世間体からいっても、みんな病院を選ぶという状況です。でも、入院すると病院はお金が入りませんからただ寝かせておき、検査する、点滴する、薬を出す、それで老人医療費は増えるし、増えてもいいのだけれども、老人のケアとして問題だと。言葉は不適切かもしれませんが、お金で払わないで体で払っていることになって、非常にスパゲッティ症候群とかいろいろな問題が出て、1990 年から高齢者介護中心にもっと福祉を増やしていかななくてはならないとなった。1989 年 4 月に消費税が入ったということも契機になった。

その後の 25 年間の推移を見ますと、医療も増えていますが、これは介護だけではありません、高齢者介護だけではなくて障がいも、さっき言った生活保護もみんな入ってですが、このときの流れと違ってきているというのが一つあります。地域包括ケアシステムの構築ということが言えるようになったのは、介護基盤がそれなりに整備していったからではあ

ります。在宅はずっとこういうことをやってきましたけれども、ほとんど、そうはいつでも充実していませんでした。介護保険がスタートした2000年4月の給付額のうち施設サービスが72%、在宅サービスは28%に過ぎません。つまり介護保険がスタートしたとき、介護保険で随分サービスがよくなったのですが、スタート時は在宅サービスの充実はなくこんなものであった。だから、2005年の改革でも小規模多機能型の施設とか、その後の2011年の改革でも定期巡回・随時対応サービスとか言うわけです。今日、72%だった施設の費用は35%になり、在宅とか、地域密着とか、逆転してきました。ですから、今非常に在宅が伸びてきたということです。

それから、消費税がもし上がって10%になると、これだけの財源が入る。このうち社会保障の改善・充実に使えるというお金ということで、今は余り多くないのですが、1.3兆円くらいのお金を使いながらさまざまな予算で充実を図るということであります。

そういう地域包括ケアの歩みと、そのバックグラウンドを申し上げましたけれども、これからの課題として挙げられるのはやはり医療と介護の連携が大事だということでありませぬ。

医療サイドとしては、ずっと医療の政策でも地域医療計画をつくっていただいて、5疾病5事業、救急などのほかに在宅医療も大事だ、では在宅医療はどうしていくのだということで、厚生労働省の医療サイドの施策として在宅医療連携拠点事業などをやり、全国100カ所くらいモデル事業をやりながら、それを推進していこうということで実施してきたのですが、2014年の介護保険法の改正で、これは市町村の地域支援事業の中で、在宅医療と介護の連携は市町村の仕事として行われることになりました。これは、なかなか行政の人間でないといわねえかもしれませぬ。これは結構大きなことでありませぬ。今まで都道府県の、古い言葉で言うといわねえ衛生部の仕事で、出先としては保健所のお仕事で、市町村は医療の提供体制のことについてやらなくてよかったのです。こと在宅医療と介護の連携については、岩手県ではなく遠野市なら遠野市が、盛岡市なら盛岡市がやるということになります。これは、身近な生活圏域で地域包括ケアを進めていくとなると、やはり県庁でやるよりもどこかの市町村でお願いしたほうがいいと。それからもう一つは、こういう仕事は何といってもお金がかかります。このお金は介護保険の財源を使ってこの地域支援事業ができるというシステムになっていますので、地域包括支援センターもこれで全国数千カ所ができておりますが、そういったものとして、市町村の事業として行う。

ですから、医師会の先生方は、今、医師会は日本医師会、都道府県医師会、郡市医師会という3層構造になっていますが、日本医師会や都道府県医師会から郡市の医師会に、この事業についてはちゃんと医師会としていわねえ主導権をとって在宅医療、介護の連携を取り組むように頑張れという指示が飛んでいるのも、こういった制度改正が背景にあるからでありませぬ。

もう一つは、やはり2014年の介護保険法の改正で、軽度の人、要支援1、2つまり要介護に該当する前の軽度の人はいわねえ要支援という類型に入って、ここについては介護予防として

訪問介護や通所介護が使えていたのですが、2014年の法律改正で2015、2016、2017の3年間のうちに個別給付、個人に対して訪問介護サービスが使えるというように個人給付から地域支援事業つまり市町村の事業に変えるということが法律で決まった。全国一律の給付から地域の社会資源を活用してこのニーズに対応していく。NPOや民間事業者、ボランティアなどさまざまな主体に参画してもらおう。もちろん従来の事業者に市町村が頼むこともできます。けども、そのときには全国一律の単価が設定されていませんので、盛岡市なら盛岡市がこの要支援1、2の人についてのサービスについての価格を決めるということになります。そういう見方をすれば、いわばこの部分の介護報酬単価を市町村が決めるようにしたという見方もできるわけでございます。そういう改革が行われています。

これはなかなか難しい事業で、この総合事業というのはそれに当たるのですが、みんな3年目になってきております。私は東京都世田谷区民なのですが、世田谷区も平成27年度中にはできなくて、今年度これをやる。そのような状況になっています。

体制整備をやるためにみんなで集まって会議をしようとか、こういう体制整備は結構進んでおるわけですが、本格的にそれを切りかえて個人給付から団体給付に組みかえるというものはみんな最終年にずれ込んでいる状況でございます。

それから、先ほど申し上げました消費税のお金を使って都道府県が基金を置くことができる。3分の2を国が負担し、3分の1を都道府県が出して地域医療介護総合確保基金というのがつくられる形になっております。補正予算でもさらに介護についてはこの基金の積み増しも行われております。地域支援事業の中で在宅医療・介護の連携が大事だということで昨年度予算として26億円が計上されておりますし、地域の生活支援をしていくために、先ほどの団体給付にするためには生活支援体制の充実を図らなくてはいけない。そのための生活支援コーディネーターを置いたり、地域で協議をするための予算を計上されました。認知症対策も大事、それから専門家チームが集まって地域ケア会議をやってくれと言っていました。今までお金がついていなかったのも、地域のネットワークつくる、顔の見える関係をつくっていかないと地域包括ケアシステムできないということで、そういったことを推進する予算などもついたりしているということでございます。

あと5分でございます。これからどうなのだろうかということですが、いくつかお話をさせていただきたいと思っております。一つは、現在同時並行的に社会保障関係の政策は進んでいると考えております。この一体改革は、検討は2010年から始まりましたが、本格的に動き出したのは消費税財源を使ってということで2014年からでございます。それから、前岩手県知事の増田寛也さんが中央公論の2014年の6月号の論文で、消滅可能性自治体があると指摘して、あつという間に政府の中で地方創生本部ができて地方創生が動いているということ。それから、去年安倍内閣は一億総活躍をやると言ってやっているところであります。社会保障の制度の枠組みは、この一体改革の中で医療法の改正ですとか、医療保険の改正ですとか、介護保険法の改正、制度的にはこちらの改正が進んでいますが、例えば日本版CCRC、高齢者の方々の移住の問題であるとか、一億総活躍のほうは介護離職ゼロ

であるとか、希望出生率 1.8、待機児童解消などの目標が、みんな重なり合いながら、中央省庁の中では結構整理が大変のように聞いておりますが、動いている状況であります。

一方、去年の6月30日に骨太の方針2015が決められております。これは、国の財政再建は2020年を目標に行うということで、2020年に国と地方のプライマリーバランス、基礎的財政収支を黒字化させるという目標に向かって進んでおります。その中間目標として2018年まで、2016、2017、2018を集中改革期間としています。社会保障とどう絡むかという、1年間の社会保障の伸びを5,000億円以内にとどめるという目標が設定されている。例えば去年の夏、厚生労働省は概算要求で6,700億円増の要求が認められた。6,700億円増の要求をしたのですが、でき上りの予算では社会保障関係費の伸びは5,000億円になっています。1,700億円削っています。どこで削ったかという、この4月から行われる診療報酬改正で1,500億円近いお金をマイナス改定という形で出しております。薬を大きく下げたとかいろいろな改革があります。結構この骨太の方針2015の枠というのはきついものがあります。

来年4月に消費税の引き上げが法律上は予定されております。何か先延ばし論とかクエスチョンマークがつけられておりましたが、社会保障の関係でいいますと、軽減税率というのは当時予定されておりましたので、1%消費税が引き上がると2.8兆円、国の税収があつて、5%引き上げると14兆円ぐらい税収があると。そのうち1%分、2.8兆円は医療・介護・年金・少子化の充実分に使おうというのが一体改革の枠組みでしたが、軽減税率が入ると税収が落ち込みます。それをそのまま社会保障のほうで減ってしまうと、2.8兆円の充実分が確保できるかという問題もあります。

こちらのほうはややローカルな問題でありまして、病院、医療や介護は保険診療などは消費税非課税になっていますので、消費税が上がるとほかのサービスで病院が買う物品、サービスの税率が上がる、これは普通の事業者ですと消費者に転嫁できるのですが、できないので、病院がかぶってしまう。医療機関がかぶってしまうという問題、これを控除対象外消費税と言っております。医療関係者は何とかこれを税制で直してほしいと言っておりますが、これが間に合わないとする、従来と同じように診療報酬の中でその手当てをするというようなことをしなくてはいけないという問題もあります。

2018年4月は6年に一度の二つの同時改定の時期と、さっき申し上げました地域医療構想などができ上がっていますので、新しい医療計画、介護保険事業計画がスタートする年でもあります。2018年4月が非常に大きな節目になりますので、これに向けて厚生労働省も、都道府県も、市町村も動いているはずでございます。また、医療・介護事業者の方々もここでどうなるのだろうかということで考えられている。消費税収が上がりますと、税率を引き上げますと、割に財源が入ってくるので希望が持てるのですが、これがまた延期になりますとここのところどうなるかというのは非常に大きな課題でございます。

2025年まで医療・介護提供体制は、目標年度ですから進めていかなければなりません。その中間にプライマリーバランス黒字化の目標があります。アベノミクスがうまくいった



としても、内閣府が出している中長期の試算ですと、今のままいってGDPがアベノミクスの想定しているとおりに伸びたとしても 2020 年段階で国と地方の財政赤字がGDPで 1.1%分あるということなので、6兆円くらいの赤字が生まれる。この6兆円を何とか埋めなくてはならない。埋めるためには歳出削減するか、さらなる増税をするか、両方やるかということが課題になっております。そういった中で申し上げました医療・介護改革も動いているという形になります。

これからの取り組み方ですが、ずっとお話ししてまいりましたように、医療は医療、介護は介護、障がい福祉だ、児童福祉だというふうにこれまで縦割りで進んできましたが、例えば生活困窮者自立支援法ができた。障がい者のほうでも相談事業、地域支援、地域移行ですとか、就労移行だったり、いろいろな動きが出てまいりまして、みんな子供・子育て施策だ、介護保険だ、生活困窮者だ、障がい者だといってもやっている手法がだんだんできてきた。そうすると、地域で介護保険でこれを行っている、障がい者施策でこれを行っている、子供子育てでこれをする。でも、地域で集まる方はみんな一緒だと。関係者は一緒だということになりますので、これまで制度別の縦割りになってきましたけれども、むしろ住民の方々からしても、関係者からしてもプラットフォームを一つにして、子供のことから高齢者のことまでみんな相談窓口は一つにして、専門家はみんな違うとか、バックアップ体制は違うとしても、制度横断統合的にしていく必要があるのではないかと考えています。特に人口減少しているところは、それぞれのサービス対象者も少なくなるということもありますので、制度横断統合化が一つ課題だと思っています。

もちろん御本人の選択ですから、必要な施設、入院機関も考えておかなければなりませんけれども、やはりだいぶ在宅で支えられる水準も上がってきております。障がい者の方、特に精神障がいの方などは、地域の意向などを考えていかなければなりません。

ただ、サービスの仕方として、とにかく手厚くお世話をすればいいのだということではなく、やはり自立支援という形に向いていかなければならないし、これから福祉サービス、特に若い人に対するサービスというのは、教育と雇用と手を携えながら就労支援という方向に行かなくてはならないと思っています。

よく施設か、在宅かといって二項対立的に捉えられますが、今、地域包括ケア体制で言っている住まいというのは自宅の場合もありますし、自宅にかわる住まいもある。特別養護老人ホームもできるだけ自宅のようにしていくということで、一部からはぜいたくだという批判も受けたこともありますが、やはりユニットケアなどはやっていかななくてはいいけない。

それから、企業の皆さんとお話ししていたところ、今まで福祉というと社会福祉法人が、医療というと医療法人がということでありましたが、これだけ高齢者がふえていますと、御承知のとおりもう企業も随分高齢者向けと言っております。生活産業というようなことが出てきておりますので、そういった意味では世の中全体が福祉を向いているということになっています。でも、企業ですから、やはりマーケットでサービスをやりとりするとい

う部分が生活産業だと。そういうものは、生活の多様性とかそういったものに対してはうまくいくが、問題はやはりマーケットで行われると払えない人はどうするかという問題が出てくるので、やはり一方で格差の問題があります。医療も治す医療から治し支える医療、生活を支える医療にしなければならない。生活自体が非常に格差の問題が出てきておりますので、やはり福祉の人間としては低所得者対策というのをきちんとしていかなければならないのではないかと考えております。

1960年代、1970年代は非常に幸福な時代で、それに沿って社会保障が発展してきましたので、先ほど高齢期集中型になっていると申し上げましたけれども、1960年代、1970年代の社会保障を考えてみると、つまり元気で若いうちは働けて、非正規の問題もないので働こうとすると完全雇用に近いので働く場所はある。そうすると、社会保障は企業ができないところをやはり保障する。それは何かというと病気になったときとリタイアしたときだろうということなので皆保険だ、皆年金でやってきたのだと思います。

生活水準も上がってきていましたので、1960年代最初のころまで厚生省の予算の半分は生活保護だったのですが、だんだん生活保護の比重が下がり、総中流社会になっていったということで、日本の生活保護も1995年くらいは保護率が一番低い状態であって、しばらく我々自身も貧困格差の問題については少し目から外れてしまったときがあったのではないかと。しかし1990年の不況が続く中でこういった問題が出てくる。あるいは社会的排除だというような話にもなってきましたので、こういう新しい問題にもきちんとしていく社会保障をつくっていかなくてはならないと考えております。

いろいろ議論はあるのですが、特に介護保険がスタートしたときは規制緩和のピークの時期でありましたので、在宅サービスについては多様な供給主体が入ってきていただくということになりました。そこはそこで成功はしたと思います。いろいろな介護食もできたし、デイサービスに送迎する車をよく目にするようになったし、大げさに言うと町の光景が変わったと思いますが、まだまだサービスの質に格差がある。量は確保されたけれども、質が問題だと。そういった点に対してきちんと行政も含めて対処できていないのではないかと感じております。

先ほど申し上げました生活支援の部分は、この前最高裁判所の判決が出ました愛知県で認知症の高齢者が踏切事故で死亡し、それに対してJR東海が振りかえ輸送などで費用がかかったので認知症高齢者の遺族を訴えたという事件がありました。ちょっとでも家族が目を見守ると責任を問われるのかという話がありました。では、見守りをする。見守りを全部介護保険で、みんなの税や保険料を使ってやるということになると幾らあっても足りないということになりますので、やはりまちづくりとして認知症になっても安心して暮らせるまちづくりみたいなことをしていかなければならない。そうなりますと、やはり住民はサービスの対象に、介護保険のサービスを受けられるようになったら使うということだけではなくて、参加や担い手としてやっていただかなくてはいけないのだと考えています。

どうしても社会保障はどれだけ社会保障でやるか、どれだけ自助、自立でやるかという

兼ね合いは客観的な法則があるわけではなくて、みんなで決めなくてはならないということがあります。みんなで決めてやることですから、やはり保護と規制ということで、どうしても制度として不自由になりがちなところもありますし、効率性という意味では公正な競争ということを言われて規制緩和するとか、競争条件との兼ね合いが非常に難しい。社会福祉法人などの問題というのは、ここの問題ではないかと思います。

それから、全く視点が違いますが、サービス付き高齢者住宅などいろいろ出てきています。昔は施設を社会福祉法人、福祉事業をやる方がハードウェアも建て、特別養護老人ホームという形で、そこに入所者に対してこれだけの職員がいて、こういうサービスをするという、いわばかまぼこの例えで言うと、板と上のかまぼこの身と一体型の提供でありましたけれども、今はサービスの外づけとか、箱は建設業者が建てて、ソフトウェアのサービスは介護事業者が入るなど、いろいろな形が出てきております。そういったことをまちづくりとしてやっていくとか、そういうことを考えますと、いろいろな形の組み合わせができるように他方ではしていかなければならないのではないかと思います。

あと、人材は不足しているということがあります。私もずっと、1990年に国の老人福祉課長をやり、2002年から介護保険の局長をやりましたので、常に人が足りない、足りないということも言われております。一方では、ずっと不景気でしたので、国が経済対策を立てると雇用対策やれとなる。そうすると、必ず医療と介護でこれだけ人を増やしてくれということが言われる。先生方も調べていただくとわかると思いますが、たしかこの10年間で日本で雇用がふえている分野は医療と福祉、IT、それから研究開発、この3分野だけだったと思います。ITでふえているというふえ方の数倍、3倍から5倍、医療と介護はふえている。量的には医療と福祉は圧倒的に多い。研究開発はもっと少ないという状況です。ITと研究開発は、大都市、県庁所在地くらいまでしか増えておりませんので、実は全国的にふえているというのは医療と介護だけであります。足りないと言われているのはそうですが、日本人の働く場として実は医療と福祉しかないということも一方であります。建設業も減っていますし、製造業も減っていますし、たしか小売も増えていないと、そういうような状況ですから、そこをどう考えるかということなのです。

しかし、処遇が悪い、賃金が低くて処遇が悪いから来ないということがありますが、私もいつも悩むのですが、厚生労働省になったので労働省の人、特に労働経済などをやっている人に、介護だから賃金が低いのではなくて、介護事業者並みの零細事業者だから低いのだと、むしろ産業構造の問題ではないかというような言われ方をしたりしております。量も足りないのですが、我々が考えましたのは、やはり介護の専門性ということをもっと高めて処遇改善をしていく必要があるのではないかと。

思い返すと、1960年代は看護師さんも足りない、足りないと言われて、我々若いころ目にしているのは、日本赤十字社の看護師や国立病院の看護師たちがストライキをやっていたのです。そういう意味では、介護保険制度ができて十五、六年ですから、まだまだ社会的な認知度が低くて、当時は看護師も相当ひどかったわけですが、そういうことで

もっと国民の皆さんに専門性というものを認識していただく必要があると考えております。

それから、やはり高い給料を出すためにはそれだけの介護ができる人でなければならない。例えば昔はたんの吸引は医療職しかできななかったのですが、今は介護職の人も研修を受ければできるようになっています。でも、そういうことをやろうとする人が少ないのです。それなので、例えば私の知り合いも有料老人ホームに入っていて、入院して、悪くなって帰ってきて、たんの吸引が必要となり、その施設の介護福祉士がたんの吸引をすればいいのに、制度的にはできるのですが、しようしない。

だから、やはり介護職の人たちももう少し、制度的に許されているわけですから、そういう技能を身につけて高度化していく。よく言われていますが、保育士の資格と介護の資格と一緒にしたらどうか、マルチ化していくと。人が足りないわけですから、そういったことは考えていかななくてはいけないと思います。

人によるサービスですから、人でなければできないサービスがあります。今話題のロボットが出てきて、ホワイトカラーのほとんどは要らなくなるなどと言われていますが、最もロボットが出てきてもかえがたい部分だとアメリカの論文などで出ているのも介護職なのです。これは冗談ですけども、今皆さん介護に人が集まらないと言っていますが、二、三十年たつと介護しか働く場がないというので、みんな介護、働く人間は介護に入りたいけどもう入れないということになるのではないかと。いろいろなことを考えながらやっていかななくてはいけない。

あと、施設運営についても、制度が悪くて、皆さん老人ホームを建てたいと思っても、建てるためには社会福祉法人でなければだめだから社会福祉法人の資格を取るという形でした。したがって、保育所1個に1法人1施設みたいなものが出る。それが零細であるのでなかなか処遇改善ができないとか、小さい施設なので代替職員がないから研修にも出せないとか、いろいろな問題が出てきていますけれども、もう少し、別に大規模法人化しろと単純に言っているわけではなく、小規模なら小規模同士でみんなで連合して共同で人集めをするとか、研修に出すときにかわり合いをするとか、いろいろなことを考えていかななくてはならないのではないかと思います。

社会福祉法人改革が進んでおります。いろいろ書いておりますが、結局社会福祉法人は非課税ですが、自分の私物ではないわけで、公器というふうに理解しなくてはならないので、株主はいません。株式会社だったら株主に配当しますけれども、社会福祉法人の株主は地域であると思っていますので、やはり地域の公の存在として地域に貢献するということをちゃんとしていないと、あれだけいろいろ補助金ももらったり、税金も免除されていますので、やはり株式会社の人たちから見ると公平ではないかななどのそういった問題が出てくるのだと思います。

自治体としては、やはり住民の人たちの参加を求めていかななくてはなりません。そのためには環境の整備が必要なので、拠点づくりとかコーディネーターの養成というのは自治体の役割だと思います。それから、いろいろな人たちに集まっていただかなければならな

い。いろいろな人たちは、やはりそうはいっても介護事業、医療事業といった個別には競争相手なわけですから、そういった人たちに集まっていただくという声かけしやすいのは自治体だと思います。

社会保障局長のときに地域における新たな支え合いをするにはどうしたらいいか、地域福祉と言われておりますので、そのときに社会福祉協議会の皆さんと勉強会をしたことがあります。随分前、2008年ころ、中学校は全国に1万校ありますので、1億2,000万人を割ると大体1カ所が1万2,000人ぐらい、10年弱前1中学校区、1万1,623人です。これは介護保険が6兆円の時代ですから、1中学校区で介護保険に入っているお金はこのころ6億円なのです。だから、今ですと、この1万人のところに10億円のお金が介護保険に入っている。要介護認定の人が400人くらいで6億円使っているというような話です。生活保護の人が138人いて2億円のお金がかかる。保育園が1億円とか、障がいがこれだけとか、こういうふうに置いてみて、高齢者が2,336人のうち要介護認定は今は18%だと、こういう計算になってきます。非保護の人、保育の人、まだDVもあるし、児童虐待も増えていっているでしょう。こういうフォーマルサービスの地域のニーズがある。自治会が、町内会が16から17あり、民生委員、児童委員が21人で、ボランティアが672人、やりたいという人はいるのです。それから、登録している人の数、それから老人クラブが当時731人、ゲートボールをしたりするわけです。保健師が3.6人、PTAがあって、公民館が1カ所くらいあって、社会福祉協議会がやっているふれあい生き生きサロンがもっとふえていっていると思います、3カ所くらい。郵便局が2カ所で、コンビニエンスストアが1.6カ所、交番が1.2カ所。当時特別養護老人ホームと老人保健施設と介護療養型医療施設、これ合わせると1以上になるので、入所施設、介護保険の入所施設は1カ所以上、今はもっとふえていっていると思います。このころ通所介護は1.6カ所ですが、今は4カ所、高齢者介護施設はあります。保育園が2カ所ですから、実はコンビニより多いというようになります。

税金でやっているほうですが、住民たちがやっているのは共同募金で171万円集めている、赤い羽で。それから、社協の会費は、町内会の会費に上乗せして集めている。それが170万円。340万円ぐらいで、税金のほかに自分たちでお金を出しているわけです。これで実はよくやっている地域はこういう生き生きふれあいサロンとか、市町村が30万円ぐらいお金を出して公民館で住民たちに部屋を貸したりしていたわけです。

ですから、インフォーマルサービスのほうは桁がちがうのですね。フォーマルサービスが6億円で、インフォーマルサービスは340万円、だけどインフォーマルサービスってお金はかからないけれども、これがうまくいっていると相当な力になるのではないかという図を2008年ごろつくって、1万人のモデルって実は我々がこの研究会でつくったと思っているのですが、誰もそういうことを言ってくれなくて、長妻大臣だって厚生労働白書で1万人ではと書かれて、いかにも長妻大臣がつくったように言われているのです。

何が言いたいかというと、住民の参加を求めるといのはインフォーマルサービスで、

やはりフォーマルサービスとインフォーマルサービスを組み合わせてやっていかななくてはならないし、フォーマルサービスはフォーマルサービスで大きいのですけれども、縦になっていて、おれの担当じゃない、どうだこうだと言っている。さっき言いましたようにむしろこういうものを、相談から個別支援になるというのであれば、ここに相談体制を一つ置いて、地域包括支援センターの名前いいですから、そこでいろいろ対処して、そこには制度の中から今こぼれている、本当はこぼれてはいけませんが、不登校の問題だとか、非行の問題だとか、児童虐待の問題だとか、DVの問題なども早期に発見して、やはり隣人がよくわかっているとか、そういうことあるわけですから、そういったところをしていく必要があるのではないかと。そういうことを考える上でこういう地域単位で考えていくことをもっと徹底していく。そのためには世話役の人がいなくてはだめなので、世話役の人がいけば生活支援コーディネーターということで調整していく。だから、町内会長だからやるとか、何とかでやるというふうに充て職にしていくと活性化しないので、やはり地域の中で実際に動いていて信頼できる人を育てるという形が必要なのではないかと思っている次第です。

○**神崎浩之委員長** 貴重なお話、大変ありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行います。ただいまお話をいただきましたことに関し、質疑、御意見等がありましたら、お願いいたします。

○**佐藤ケイ子委員** どうもありがとうございました、意義ある参考になるお話でございました。

今地域包括支援センターを中心に、同センターを機能させるという方向で市町村もやっているわけですが、その単位が例えば2万人の人口に1カ所とか、そういう単位でやっています、かなり地域包括支援センターが大変な状況になっております。やはり中学校区単位での地域包括支援センターぐらいになっていけば機能的になるのだと、今のお話を聞いて改めて思ったわけです。地域包括支援センターをなぜ2万人単位ぐらいにしたのかというところが私はちょっと疑問だったのです。とにかく地域包括支援センターを受けてくれる法人も大変な状況で、本当に忙しいのですけれども、これからまたどんどんその地域になかなか支え手がないという現状になっております。

そこで、地域包括支援センターの制度を立ち上げるときの考え方はどういうことだったのかということをお聞きしたいと思います。

○**中村秀一講師** ありがとうございます。

さっきも申し上げましたように、地域包括支援センターの制度自体は2005年の法律改正でできて、たしか2006年度から動き出していると承知しています。今細かい数字は覚えていませんが、全国で4,000カ所くらいで、いわばランチを入れると七、八千とたしか覚えておりますが、何万人に1カ所というふうに、つくったときに想定していたわけではございません。

その前に、歴史としては1990年から在宅介護支援センターが先行する形でスタートして

おります。在宅介護支援センターは、2000年までにゴールドプランという国の計画で在宅介護支援センターを増やしていく、目標は1万カ所だったです。その1万カ所というのは、さっきの中学校区の数とほぼ一緒なので、なぜ1万かと言っていたのは中学校区が1万人に近いので1万と言っておりましたので、言い方としては中学校区に1カ所だと申し上げておりました。

在宅介護支援センターがそれで増えてきていたのですが、これは特別養護老人ホームや老人保健施設や病院に基本的には設置をお願いし、人件費を補助するという形で、措置の時代からやっていたと思います。

ただ、できてきたときに民間にお願いしているのでいろいろ問題もあるので、強化型在宅介護支援センターもつくらなくてははいけない。これは市町村の直営でお願いするという政策も出てきたりして、大変申しわけないのですが、厚生労働省の政策は結構行きつ戻りつしますので、その強化型の在宅介護支援センターは1万カ所ではなくて数を絞るという話があったりいたしました。

その後、地域包括支援センターが出てきてまいりましたので、市町村の考え方によってそれぞれ市町村の役場の支所単位に考えてつくられる市町村もあるし、中心に1個大きな在宅介護支援センターでやるという市町村もありますので、必ずしも1万人に1カ所というふうになっていないのだと思います。

この前、群馬県の伊勢崎市に地域包括ケアを考える会というのがあって、来てくれというのでお邪魔したところ、市長が出てこられまして、それまで伊勢崎市は人口20万人を超えており、1カ所の在宅介護支援センターだったけれども、やはり地域包括ケアを考えていくためには9カ所なくてははいけないというので、市内を区域割りして本年度から9カ所にしますなどとおっしゃっていました。

佐藤委員になぜそういうお話をするかというと、そのようにその市町村の判断によって市1カ所でやっているところから、やはり地域割りにして、伊勢崎市のように1カ所でやっていたら間に合わないので区域を割るといふところもあるようでございましたので、そのところはやはり市町村ごとに考えていただくものではないかと私は今思っているということを申し上げて、私がお答えする立場かどうかかわからないのですが、お答えさせていただきました。

**○ハクセル美穂子委員** きょうは非常に貴重なお話をありがとうございました。

私が質問したいのは、サービス付き高齢者住宅は実は高齢者介護の基盤の整備のために考えられたものだったのだということを、今回の説明で理解したのですが、実際、地域で日本版CCRCでサービス付き高齢者住宅を建てているのですが、結局のところ地域の方は入れないような値段でしかサービスができなくて、地元では移住してきた方に対するサービスだというような位置づけになって、いずれ本当に東京とか都市部近郊の方が移住してくるのかどうか、老後そういったことを考えている方が周りにいらっしゃるのかということをお聞きしたいと思います。

それから、C C R Cで移住しなかった場合、サービス付き高齢者住宅をどういうふうに使っていくべきなのかとか、実際に地域の高齢者の方の月々の所得にはとても見合わないような施設になってしまっていて、競争原理を入れるとどうしてもそうなるといことは理解しているのですけれども、もともとの新たな住まいの形を用意するのにサービス付き高齢者住宅は誰向けにできたのかということをお聞きしたいと思っています。

○中村秀一講師 どうもありがとうございます。サービス付き高齢者住宅は国土交通省と厚生労働省と共管の法律でやっているというお話を申し上げましたが、もともと国土交通省の住宅局でやはり住宅政策の中でこれから高齢者がふえていくし、どういう政策がいいのかという話があったことと、内情を申し上げますと、厚生労働省の介護保険の担当局に住宅局の技監の方が出向しておりますし、厚生労働省の人間が住宅局の課長に行っているという交流人事が行われ、そういう中からサービス付き高齢者住宅という話が出てきたという流れになっています。

住宅の話とバリアフリーの住宅であったり、それに見守り参加の機能がつき、さらに要介護になったときに支えられるようなサービスを住宅の中で持つのか、外で持つのかという話になって、サービス付き高齢者住宅は高齢者の移住先の住宅へという政策はその後に出てきたものです。その移住政策の中でサービス付き高齢者住宅を使う、使わないというのはあると思うのですが、もともとは別の政策だったという話が一つと、私が承知している限り、例えば世田谷区などは特別養護老人ホームは余り多くなくて、有料老人ホームが多く、それからサービス付き高齢者住宅もふえているという感じだと思いますし、札幌や福岡はかなりサービス付き高齢者住宅ができていて、なかなかつくっても競争が激しくて入らないとか、それから福岡では特別養護老人ホームが実は空き出している。北海道でも田舎の特別養護老人ホームは実は定員割れしているだとか、そんな話も聞いています。結構サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、それから特別養護老人ホームの間でお客様の取り合いがあると思っています。

それから、家賃もありますので、おっしゃるとおり入れる層、入れない層があると思いますので、基本的には厚生年金の給付水準プラスあとは貯金を取り崩すか、あるいは家族の支援かというようなことで成り立っているように私は認識しておりますし、結構埼玉、千葉など東京周辺でもサービス付き高齢者向け住宅は多くふえております。それからそういう事業者の中にはゼネコンと組んで、ゼネコンにマンションみたいに建ててもらって、サービス提供者が入居者と同じようにヘルパーステーションとかそういうところに家賃を払って入って、中のサービスと外のサービスを併用する形態、やさしい手という株式会社が東京にあるのですが、そういうビジネスモードでやっておられるようなところもあると承知しております。

その話が一つなので、移住の話は別な話だと思います。よく日本版C C R Cということで、高齢者移住政策が出たとき、東京圏の介護は悲惨な状態になるという、また増田チームの論文が出たりしていて、移住と出されたので、地域包括ケアシステムというのはエイ



ジング・イン・プレイスということでずっとその場所で暮らし続けるという政策であるのに、移住政策が出てきて、それと根本的に違うのではないかという論争も起きているのは確かであります。

私は、基本はあくまでも移住する人の選択なので、選択肢としてあるのはよろしいのですが、基本はやはり認知症対策などを考えますと、親を呼び寄せると失敗するケースが多いということもありますので、移住のダメージということもよく考えながらそれをやる。移住するのであれば、元気なうちに移住しないとなかなか難しいのではないかと、認識しておりますので、要介護になった人を移すという話と、早目の住みかえで、住みかえる際に故郷に戻るとか、Uターンするとか、Jターンで、釜石までは帰らないで盛岡に来るとか、いろいろなパターンはその人の選択だと考えます。以上です。

○小野寺好委員 どうもありがとうございました。深刻な問題いちいちごもっともです。下をうつむいてしまうようなお話でした。一つは、小泉内閣のときに1兆1千億円を削減するのはいきなりは無理だから5年間かけて毎年2,200億円ずつ絞っていくという、何年間やったか記憶しているわけではないのですけれども、いずれかかるのを絞るというのは無理なのです。いかにして負担し合うかというふうを考えるほうに改めていかなくてはならないと思います。

あと、さっき、年金のお話がありました。いまだに掛ける人が少なくなっているのだから破綻するという誤った認識がある。掛けた人の中で払われるのだから掛けない人は初めから対象外だと。そういう若い人の誤った認識があるのは非常に残念だと思います。そういった認識の延長線上で、無年金障がい者、二十歳になったあたりでバイクで事故を起こしたとか、加入していないために対象外の方がたしか全国で10万人ぐらいだったかと思いましたが、無年金障がい者に関する対策はどうかお聞きしたいと思います。

それから、国民健康保険が県に移管される件について、例えば盛岡近辺だと医療機関に通う交通手段もあるし、医療機関もたくさんある。ところが、一方で例えば岩手県の県北地域の場合、車を持っていない高齢者とか、バスもなかなか通らない。そもそも医療機関が少ないと。こういったことで1人当たりの医療費がすごいでこぼこがあると思います。県単位にした場合にこれをこの後どのように調整していくのかということをお聞きしたいと思います。

あと、後期高齢者医療制度について、平成20年にスタートしたときに、非常に名前が悪いとか、年金から天引きするのはけしからんとか、あのぐらい騒いだのがぴたっと何の反対の言葉もない。あのときの騒ぎは何だったのかお聞きしたいと思います。

○中村秀一講師 どうもありがとうございました。たくさんご質問を頂戴しました。

まず、小泉内閣のときの骨太の方針2006で、毎年、社会保障関係費の伸びを、2,200億円減らすという政策についてでございますが、骨太の方針が置かれて、ずっとそれは続いておりました。途中でだんだん苦しくなって、それから地域医療の崩壊と言われる問題が起こったり、介護事業者が集まらなくなったりする問題が起こってきたので、何とか路線

の転換を図ろうという議論も、例えば福田内閣とか麻生内閣がされていたように思いますが、しっかりした結論が出ないうちに政権交代につながったと認識しております。

2,200億円を削るというのは、当時の規模でいいますと、例えば診療報酬改定だけで2,200億円も国費を出そうとすると、毎年3%ずつ診療報酬分を下げていかないと追いつかないという規模なので、相当苦しい改革だったと思います。確かに統計を見ますと、医療費の伸びは小泉内閣の時代から2008年くらいまでの間の医療費の伸びは非常に小さいものになっておりましたけれども、逆にそういう中で、それだけが原因ではないかもしれませんが、例の救急のたらい回しの問題だとか、外科、小児科、産科の医師がいなくなるとか、千葉県の県立病院も内科が集まらなくて病棟を閉鎖するとかそういう問題が起こり、その反省から、いろいろ社会保障にもほころびが出ておりますので、一体改革という議論につながった。だから、てこ入れするところはてこ入れしていかなくてはならないという議論になったように認識しております。

年金につきましては、おっしゃるとおり未納、未加入の人が増えているので、年金財政が大変でないかという議論がありましたけれども、それこそ路線転換の過程で福田内閣のときに前の国民会議で年金のシミュレーションしてみましたら、未納、未加入の率が変わっても年金財政にはほとんど影響がないという結果が出て、かなり未納、未加入と年金の持続可能性は問題ないということがわかった。もちろん未納、未加入の人が老後年金がないということで、では生活保護に行くのかとか、その人の老後をどうするのが問題であるということについては非常に大きな問題だと認識しております。

無年金の障がい者の方、今言ったように社会保険制度でやっていますので、年金に未納、未加入の期間があると障がい年金をもらえない無年金障がい者が出てしまう制度になっているという基本は変わっていないと思います。御指摘のあった無年金障がい者について議論になったのは私も承知していますが、どういう決着になったか、今わかりませんので、その点のご回答は差し控えさせていただきます。

それから、国民健康保険の県財化について、法律が通りまして、平成30年実施に向けて今準備されているところだと思います。まさに財政責任について、県が負うので、県の保険料で、さっきお話に出ました医療提供体制の差もあるし、今まで各市町村で保険料が設定されてきましたので、保険料率が高くなる地域についてどうするかということが問題ではないかと思っております。

今厚生労働省が都道府県いろいろな作業スケジュールを示しながら議論しているようでございますので、そういった中で今の問題も、当然県単位にするときの大きな問題としてそういうことは議論になったわけですが、それよりもやはり小規模の保険者が出てきて国民健康保険の運営で相当大変だという中でたどり着いた県単位化であります。被用者保険も全国健康保険協会は都道府県単位で運営することになっていきます。そういった意味で二つの都道府県単位の保険者ができて、後期高齢者は都道府県の広域連合でやっていただきますので、県単位というところで保険者が三つそろいますので、その後どうしていくかと

いうことはこれからの課題だと思います。

後期高齢者は、その制度をつくりましたときに非常に騒ぎになったのは、いろいろな背景があるかと思いますが、一つはやはり消えた年金記録問題などで厚生労働省、特に社会保険庁の不祥事が続いている中で、後期高齢者医療制度の2008年4月の実施時期迫った中でやはり保険証が届いていないと、ごく、0.何%の方でしたけれども、やはり行政に対する不信感が強かったことなどからそういうことになったのだと思います。

ただ、名称がよくないとかそういうことがありましたが、そういう議論の中で残念だと思いますのは、あの中で例えば後期高齢者医療のためのさまざまな診療報酬点数だとかが全部廃止されて一般に戻ってしまったのですが、やはり後期高齢者になると体の状況も違うのでそれに合った医療を、サービスも含めて行うべきという観点からは、もとに戻すということに急激に行き過ぎて、せっかくいい方向に踏み出したものが後戻りしてしまったのではないかという印象も持っております。

その高齢者医療制度の廃止問題については大分この一体改革の中でも議論したわけですが、国民会議の報告書では、国民の皆さんに定着しているので、今の制度が万全だとは思わないけれども、まずこの制度を前提にさらによくする方向で検討してはどうかという結論で今は進んでいると思います。

保険者は、特に健康保険組合連合会などは、今前期高齢者の支え合いも厳しくなっている。後期高齢者については国のお金が入っているのですが、前期高齢者のほうは国や都道府県のお金がないので、前期高齢者についても考え直してほしいというのが保険者の要望になっておりますので、後期高齢者医療制度だけではなく、先ほど見ていただいたように、高齢化が進む中で70歳以降で生涯の医療費を半分使うという状況ですので、そのことをどうやってみんなで支え合っていくのかというのはこれからも続く課題ではないかと考えております。以上でございます。

○渡辺幸貫委員 岩手県は戦前産業組合が、あまねく医療ということで、県立病院が二十幾つも各地域に満遍なくあります。それで、それが診療報酬の改定のたびに、そうでなくても100億円ぐらい出さなければいかん、そして地域包括システムということで市町村もやるのだと、在宅もやるのだということになると、またそれは医療だから県が中心になって考えてくれないかという中で動いているのです。それがいい点もあれば、悪い点もあるのだと思います。ですから、岩手県がこれから県立病院を中心とした医療体制の中でどのようなメリットがあるだろうと思われるし、こういう点はやはり岩手県としては心配しなければならない、これからのビジョンの中で、そういう点があれば御指摘いただければと思っております。

○中村秀一講師 ありがとうございます。岩手県は、やはり日本の医療の提供体制の中で、例えば青森県は市町村立の病院で受けるようにし、隣の秋田県は厚生農業協同組合連合会で受けるようにし、岩手県は県立病院で受けるようにしており、同じ北東北の3県の中でもバリエーションが違う。岩手県は全国で一番多くの県立病院持っておられる県ですので、

我々も医療政策を議論するときに、自治体病院協議会の会長も岩手の方が多いものですから、常に岩手県はそういう意味では注目しておるところであります。

県立病院ですから、基幹病院として地域の医療を支えられておりますが、やはりさっき申し上げましたように、病院完結でないということになると県立病院と地域の医療と介護とどう連携していくのかということがうまくいくかどうか問われるのではないかと思います。だから、病院事業に特化して立てこもり型になるのか、地域に開かれた、地域のそういう地域包括ケア体制をバックアップするような病院として運営していくのか、そこはやはり医療局なり、それから各県立病院の置かれている地域医療の中でどう役割を果たしていくかどうかを自分たちで決めていく必要があるのではないかと思います。

そういう意味では、地域医療構想がつくられますが、圏域ごとにつくられるので、当然岩手県の何とか地域の地域医療構想の中で何とか病院はこういう役割を果たしていく、地域のほかに民間病院がある、あるいは診療所がある、それから介護施設がある中で、では自分たちはどの部分を受け持つっていくかということをそれぞれ整理していく必要があるのではないかと考えています。

高度急性期、中央病院はそれになるのだと思いますが、さっき見ていただいたようにワイングラス型の一番上のところは自称高度急性期が多いのではないかと考えております。診療報酬を改定するたびに高度急性期と名乗れる病院に対してのハードルを上げているところであり、県立病院の中でも7対1の看護体制を今後維持できるところと全体は無理なので病棟の半分はほかの機能の病棟に変えていかなければいけないということが起こってくるのだと思いますので、県立病院ですからやはり率先して、2025年に向けて地域医療体制の中で変えていかななくてはならない場合は変えていくという作業が必要になるのではないかと考えています。

余り内情を知らないでお話ししているので抽象的で申しわけありませんけれども、置かれている状況はそういう状況ではないかと思います。

同じようなことが、実は社会保険病院など厚生労働省が持っておりまして、法改正で独立行政法人地域医療機能推進機構の運営になっておりますけれども、やはり数十の病院を全国で持っていて、その病院がやはり地域包括ケアシステムと言われている中で病院としてどういう貢献ができるかというのは非常に考えなくてはいけない状態になっております。そういう話はかつての同僚や今そこにいる人間から聞いておりますので、きっと岩手県の医療局も同じような状況に置かれているのではないかと考えてお答えさせていただきました。

○神崎浩之委員長 ほかにありませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○神崎浩之委員長 ほかにないようでありますので、本日の調査はこれをもって終了いたします。

中村様からは、社会保障、特に医療・介護の連携、今後の方向性について貴重なお話を

いただくことができました。中村様、本日はお忙しいところ、まことにありがとうございました。

〔拍手〕

○**神崎浩之委員長** 委員の皆様には、次回の委員会運営等について御相談がありますので、しばしお残りをいただきたいと思います。

次に、当委員会の今年度の委員会調査についてであります。お手元に配付しております委員会調査計画（案）のとおり実施することとし、5月の調査の詳細については当職に御一任願いたいと思っておりますが、これに御異議ありませんでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○**神崎浩之委員長** 異議なしと認め、さよう決定いたしました。

次に、8月に予定されております当委員会の調査事項についてであります。御意見等ありますでしょうか。

〔「一任します」と呼ぶ者あり〕

○**神崎浩之委員長** 特に御意見等がなければ当職に御一任願いたいと思っておりますが、これに御異議ありませんでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○**神崎浩之委員長** 異議なしと認め、さよう決定いたします。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。

本日はこれをもって散会いたします。御苦労さまでした。