

社会保障国民会議

第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))

中間とりまとめ

1 サービス保障(医療・介護・福祉)分科会の役割

サービス保障分科会の役割は、社会経済の変容や国民生活の変化の中で、将来にわたって国民が安心して生涯を送ることのできる、安定的・持続的な医療・介護・福祉サービス保障体制のあり方について検討を行うことにある。

本分科会では、このような認識のもと、必要な医療・介護・福祉サービスを国民に提供できる体制とその効率的・効果的運用のあり方、それを実現するために必要な費用を安定的・持続的に確保していく方策について、医療・介護・福祉サービスの客観的な現状認識と将来見通しにもとづいて検討してきた。

2 基本的な考え方

社会保障は、基本哲学としての「自立と共生」にもとづき、国民一人一人の努力と相互の助け合い・連帯を通じて、国民の安心を確保するものである。

同時に、国民の生命を守ることは国家の責務でもある。国民の生命を守ることのできない国家、国民の安心を確保できない国家は、早晚国民の支持を失うことになる。

したがって、将来にわたって社会保障制度を維持し、より効果的・効率的にその機能を発揮できるよう不断の改革を進めていくことは、制度運営に責任を持つ者の責務である。

他方、サービスを利用する国民には、限りある社会保障の資源を適切に利用する責務がある。

また、医療・介護・福祉サービスは、国民の日常生活を支えるという役割を担っており、その意味で人びとの生活現場、つまりは生活圏域で展開されるサービスである。

そのサービスの提供に当たっては、地方自治体の果たす役割と実際のサービスを担う事業主体やそこに働く専門職種の果たす役割は非常に大きい。

本分科会においては、将来のあるべきサービスの姿を客観的に見通していく前提としての実証に基づく現状把握、特にサービス提供を担う地域・職域の現場が直面する課題・困難を直視して、問題解決の方向性を明らかにし、具体的な改革方策を提起するべく、議論を重ねた。

3 何に注目したか

(1) 未曾有の高齢化とサービス需要の大幅な増大

我が国の医療・介護サービスに対する国民の需要は、今後、次のような理由により、大幅に増大することが予想される。

- ・ 75歳以上高齢者の増加。これら的高齢者は、慢性疾患による受療が多い、疾病の罹患率が高い、認知症の発生率が高い、複数の疾病にかかりやすい、要介護率が高い、などの特徴を有している。
- ・ 高齢者一人暮らし世帯の増加など、家庭内の相互扶助が期待できない高齢者が増加する。
- ・ 様々な価値観を持つ「団塊の世代」が高齢者の仲間入りをすることで、サービスニーズが一層多様化する。
- ・ 医療技術の進歩により、サービス提供水準は高度化する。

(2) 高い水準にはない現状の社会保障給付

世界保健機構(WHO)の「健康達成度」調査(2000年)によれば、平均寿命や健康寿命などの指標において日本は世界1位となっている。

少ない医師・専門職と相対的に低い水準の医療費にもかかわらず、国民皆保険の下で質の高い医療を提供しているのが我が国の医療システムであり、この点は評価に値する。

このように、我が国の医療システムは実績を上げている一方で、国民所得比やGDP比で見た日本の医療費水準は、諸外国と比較して決して高いとは言えない。このことは社会保障給付全体についても言えることであり、総じて我が国の社会保障給付費の水準は高いとはいえない。

(3) 不十分・非効率なサービス供給体制

我が国の病院は、公的病院よりも民間病院（個人・医療法人立）の割合が高く、全体として病院の規模も小さい。

また、病床数は諸外国と比較して多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場（病院）の人員配置は手薄で、国際標準から見ても病床当たりで比較した医師・看護職員数は少なく、病院全体のスタッフ数も少ないという特徴がある。

他方、診断・治療技術は日進月歩で進化しており、医療サービスの水準も高度化している。また、高齢化や疾病構造の変化等によって、患者一人当たりの診療内容も複雑化・高度化してきている。

さらには医療のネットワーク化や医療・介護連携への対応、インフォームドコンセントの実践、医療安全への備えなど、現場の医師・医療機関が担わなければならない業務は増大してきており、結果として医療現場では医師（特に病院勤務医）の過重労働が常態化している。

このような、医師の過重労働と薄い人員配置という現実には、現場での医療事故のリスクを高めるだけでなく、医療技術の進歩に対応していけない、あるいは一人一人の患者に十分な対応が出来ないなどの問題を生み出している。

したがって、現場の医療サービス水準を維持し、医療事故を減らしていくには、医師や看護師の配置を厚くし、ミスを犯しにくいシステムを作る必要がある。

また、診療科目や地域による医師の偏在も大きな問題となっており、地域における医療機関の連携・機能分担（ネットワークの構築）が必要である。

介護の現場では、個別ケアへの重視、認知症ケアの充実、住み慣れた地域での生活の継続性を重視したケアの実現など、サービスの質の向上が課題となっているが、現状では介護職員の確保がますます困難になりつつあり、人材確保難は深刻な問題となっている。今後の高齢化の進展を考慮すれば、施設・在宅を通じて将来にわたってさらに相当の介護職員数の確保が必要と考えられるが、介護現場は離職率が高く職員の定着に大きな問題を抱えている。

志を持って福祉の現場に就職した人材がやりがいと誇りをもって働き続けられる職場環境の整備が不可欠である。

経営という観点から見ると、多くの医療機関は事務部門が弱く、事業運営面でも医師（院長）が過重な責任を負っており、経営面での専門職が育っていないことから総じて経営能力（マネジメント能力）が脆弱である。

また、介護事業者についても、全体として規模の小さい事業者が多く、経営管理部門・事務部門のスタッフの確保・育成が極めて不十分なこと、介護保険制度導入や障害者自立支援法の施行など旧来の措置制度から脱却する大きな制度改革が進む中で、それに対応した新たな事業経営モデルが十分構築できていないことなどから、経営能力や人事管理能力が弱いといわざるを得ない。

(4) 医療・介護を求める側と提供する側との関係

医療サービスを担う側の責務として、医療事故・医療過誤をなくす努力は当然であり、個々の医療機関・医師・専門職種レベルでの取組みはもちろん、システムとして医療事故・医療過誤のリスクを最小化する努力が重要であることはいままでもない。

同時に、医療を求める国民・患者側にも、医療サービスの持つ特性(医療の限界・不確実性)を理解することが求められる。

医療とは万能ではなく、全ての病気が治せるわけではない。また、医療は限りのある資源であり、現場の医療は多くの医療関係者の献身的な努力によって支えられていることは厳然たる事実である。

患者側も、医療を受ける時のリスク、医療現場の不規則な勤務や激務の実態を理解することが必要である。軽症でも夜間や休日に救急外来を受診する、いわゆる「コンビニ受診」や「タクシー代わりの救急車利用」といったことは、現場の医療を疲弊させ、結果的には患者にとっても良い結果をもたらさない。

医療を求める側と提供する側の信頼関係がなければ、医療行為は成り立たない。医療に関しては専門家である医師と患者の間には大きな情報格差がある。医師と患者との信頼関係を構築するためには、インフォームドコンセントなどを通じた医師と患者との情報共有は欠かせないし、患者の側にも自身の疾病と向き合う努力が必要である。

医療は医師(医療提供者)と患者との「協働」作業である。医師と患者の双方が信頼し合い、病気の克服に向けてともに努力することが必要である。

事例の数は少ないが、献身的な医師・看護師などの地域医療活動を地域住民が激励し、支援する動きや、患者自身が患者側の立場から努力すべきことを学習しようとする動きが出ていることは注目に値する。

サービスの提供者と利用者との相互理解に基づく信頼関係の重要性という観点は、介護や福祉のサービスにおいても当然にあてはまる。身体的・精神的に支援を必要とする人

の生活を支えることが介護や福祉のサービスの使命であり、人が人を支えるという意味において、両者の間の信頼関係の重要性は、医療の場合と変わらない。

4 どのような方向で改革していくか

4-1 現下の緊急課題への対応

(1) 医療分野における課題とその対応

医療分野には、危機的とさえ指摘される救急医療の現状、産科・小児科医をはじめとする医師の不足、病院の老朽化・機器設備更新の遅延等による病院機能の低下など様々な課題があり、何れも緊急を要する課題である。

これらの課題に対しては、

- ・ 医師養成数の見直しや女性医師の就労継続・職場復帰支援、臨床研修指定病院の機能強化などの医師不足対策、
- ・ 医療関係職種間の機能・役割分担(業務の範囲や責任の所在など)の見直しやチーム医療の推進による現場の医師の負担軽減対策、
- ・ 地域における医療機関相互の役割分担・ネットワーク化などの地域医療の確保対策、
- ・ 救急医療の更なる量的・質的充実、地域全体で適切な医療機関への円滑な搬送が確保されるための情報共有・体制整備
- ・ 医療機関経営の近代化支援

など、現段階で出来る限りの措置を早急に講じる必要がある。

同時に、医師養成数の見直しなどのマンパワー確保対策は即効性に乏しいことから、併せて、現場の医師の過重な負担を軽減するための医療関係職種間の機能・役割分担の見直しや人員配置の見直し、地域における医療機関相互のネットワーク化の推進など、現存する人的・物的資源をいかに効果的・効率的に活用するかという観点からの対策をより強化することが必要である。

(2) 介護・福祉分野における課題とその対応

2000年の介護保険制度創設による介護サービス需要の急激な増大は一段落してきているが、引き続き高齢化の進行に伴う要介護者の増加は継続している。

医療と同様、長期トレンドとしてみれば介護サービス需要の増大は不可避である。

また、認知症高齢者の増大や中重度要介護者の増大、障害者福祉サービスの拡大なども質・量両面での介護サービス増加の要因となっている。

こうした課題に対処していくには、現在の介護サービス基盤は人的・物的両面でなお十分とは言えない状況にある。

施設サービス・在宅サービスを通じて介護労働力の確保難は深刻であり、介護施設待機者数の増加、地域での生活を支える医療・介護の連携(包括ケア)体制の整備の遅れ、ワンストップで相談できる地域の総合相談体制(地域包括支援センターなど)の不足など、様々な課題が存在している。

人材確保の面を見ると、介護福祉士や介護支援専門員(ケアマネジャー)、訪問介護員(ホームヘルパー)などの養成数は一定水準に達しているが、資格を取得しても介護の現場に就職しない人も多く、さらに現場での職員の定着率が低く、入職後数年で離職してしまう人も少なくないことから、結果として慢性的な人材不足の状態が続いている。

離職率の高さの背景としては、労働環境の厳しさや給与などの処遇の低さ、キャリアパスの不透明さなどが指摘されている。

現在のような状態が続けば、将来の介護分野での人材確保はますます困難になると考えられることから、労働環境や処遇のあり方を含めた総合的な人材確保対策を早急に実施することが必要である。

物的サービス基盤の整備に関して見ると、介護老人福祉施設などの施設サービスについては、全体での施設定員(65歳人口に対する比率で約3.5%)で見れば一定の水準に達しているが、重度要介護者への対応施設へのニーズは依然として小さくない。

他方、在宅サービスについては、介護保険創設以降急速にサービス提供体制の整備が進んだとはいえ、なお質・量ともに十分とはいえない状況にある。

また、我が国の場合、ケア付き住宅など高齢者・障害者のための居住系サービスの整備が遅れており、このことが施設待機者数増大の一つの大きな要因であると考えられる。

従って、今後は、要介護者(特に中重度の要介護者)の増大に対応した一定量の施設整備は必要だが、より整備の遅れているケア付き住宅など居住系サービスの充実や在宅サービスの拡充に重点的に力をいれていくことが必要である。

4-2 これからの課題への対応

(1) サービス需要の増大への対応

3(1)で述べたように、今後の医療・介護サービス需要の大幅な増大は構造的なものである。従って、サービス提供体制の効率化の努力を継続しつつ、質・量両面で安定的なサービス保障を実現するための体制整備を進めていくことが必要であり、そのための安定的な財源を確保していくことが必要である。

医療や介護・福祉といったサービスは、広い意味での「生活支援サービス」と言える。

国民一人一人の社会生活を支えるサービスであり、その意味でニーズの個別性が高く、その人の価値観やライフスタイルによって必要とされるサービスの内容・水準等は異なる。

したがって、国民の医療・介護・福祉サービスに対する需要について、社会全体としてどのように応えていくか、という点については、

まず、個人の生活を成り立たせていく基本的責任はその人自身にある、という意味での「自立・自助」を基本に置き、

次に、個人の選択・自由意思を尊重しながら個人の抱える様々なリスクを社会的な相互扶助(=共助)の仕組みでカバーしていく、

さらにそれでもカバーできない場合には直接的な公による扶助(=公助)で支える、という、「自立と共生」の考え方に立って様々な制度を構築していくことが必要である。

同時に、「社会的な相互扶助(=共助)の仕組み」として、社会保険のような「制度化された仕組み」のみならず、地域社会の中での支え合いや NPO・住民参加型相互扶助組織のような「自律的・インフォーマルな相互扶助(共助)の仕組み」を活用し、制度化されたサービスの受け手として、そのみに依存して生きるのではなく、国民一人一人が相互扶助の仕組みに参加し、共に支え合って生きていくことを実感できるような地域社会づくりが重要である。

(2) サービス提供体制の構造改革

我が国の医療・介護サービス提供体制には、3-(3)で述べたような様々な問題がある。これらの問題は長い時間をかけて形成されてきたものであり、様々な背景要因が複雑に絡み合っていることから、問題解決のためには、文字通り思い切った「構造的な改革」が必要である。

すなわち、「選択と集中」の考え方にに基づき、効率化すべきものは大胆に効率化し、資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのための人的・物的資源の計画的整備とメリハリをつけた資源配分(投入)を行うことが必要である。

具体的には、

① 病院機能の効率化と高度化

- ・ 国際標準から見て過剰な病院病床数について、疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と地域住民の利便性に配慮しつつ集約化を進め、思い切った適正化を図る。
このことにより、医療(治療)から介護(生活支援)、施設・病院中心から在宅・地域中心という超高齢社会の医療・介護ニーズに対応したサービス提供体制整備を大きく促進する。
- ・ 同時に、専門的な医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心に、診断・治療技術の進展に対応し、国際標準から見ても遜色のない水準の医療サービス提供を確保するための人的配置の思い切った拡充と病院・病床機能に対応した機器装備の充実を図る。

② 地域における医療機能のネットワーク化

- ・ これまでのような、診療所—地域の病院—高次専門病院といった階層的な機能分担ではなく、病院と病院、病院と診療所が、それぞれの特性を生かして地域の中で相互に機能を分担し合い、連携することで地域全体を面的にカバーしていく「ネットワーク型」の医療提供システムを構築する。
このことにより、個々の病院単位での「施設完結型」ではなく、地域の医療機関ネットワーク全体で必要な医療を保障する「地域完結型」の医療提供体制を実現する。
- ・ 病院のみならず地域の診療所をも一体として同じネットワークに組み込み、医療機関相互のネットワークを文字通り網の目(ウェブ)状にはりめぐらすことにより、地域の医療資源を最大限効率的に活用しつつ地域全体の医療ニーズをカバーする提供体制を実現する。
- ・ このようなネットワークを構築し、様々な医療資源や診療情報をネットワーク全体で「共有」することで、これまで批判の多かった高額医療機器の導入についても「地域単位での医療機器整備・共同利用」の定着により効率的な整備が進むことが期待される。
- ・ さらに、IT化の進展等でネットワーク内での診療情報の共有等が進めば、地域の医療ネットワーク全体で地域住民の健康管理・診断治療を行うことが可能となり、重複検査や「ハシゴ」受診の減少、薬歴管理の一元化等による医療事故リスクの軽減や医療サービスの効率化にも貢献できる。

③ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現

- ・ 多くの国民は、要医療・要介護の状態になっても、可能であれば住み慣れた地域や自宅で必要なサービスを利用しながら生活し続けることを願望している。
- ・ 医療や介護を必要とする高齢者や障害者の地域生活・在宅生活の継続を可能にするには、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスが、その人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることが必要となる。
- ・ そのためには、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場(日常生活圏域)で用意されていることが必要であり、同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制(地域包括ケア)づくりが必要である。
- ・ 地域包括ケアづくりには、在宅支援機能をもつ主治医(在宅療養支援診療所)とケアマネジメントを担う介護支援専門員(ケアマネジャー)の緊密な連携が不可欠であり、両者の連携が核となり、サービス提供に関わる様々な関係職種と協働しながら、地域医療ネットワークや地域の在宅介護サービスなどの「サービス資源」を駆使して、一人一人の患者・要介護者のニーズに合わせたサービスを計画的に提供していく、という「地域包括ケアマネジメント」が不可欠である。
- ・ このため、地域における医療・介護・福祉サービスの量的整備と併せて、マネジメントを有効に機能させるためのワンストップの総合相談体制の整備・診療所の在宅支援機能の強化、介護支援専門員(ケアマネジャー)の機能強化等を進めることが必要である。
- ・ さらに、より総合的な高齢者・障害者の地域生活支援を地域で実現していくためには、ボランティア組織や地域の互助組織などのインフォーマルな共助の仕組みも含めた、文字通り地域ぐるみの取組みが不可欠である。
- ・ 多くの地域の実践事例が示しているように、十分強化された在宅支援機能があり、地域全体で高齢者・障害者の生活支援を行うことのできる地域であれば、要医療・要介護度の高い高齢者や障害者であっても最後まで地域(在宅)で暮らしていくことが可能となる。

限られた医療・介護サービス資源を効果的に活用し、より患者・利用者満足度の高い医療・介護サービスを実現する観点からも、地域包括ケアの実現は極めて重要である。

④ 医療・介護を通じた専門職種間の役割分担の見直しと「協働体制」(情報共有と連携)の構築

- ・ 医療・介護の現場では多くの専門職種が活躍している。「チーム医療」「多職種協働」といった言葉が示すように、今日の現場のサービスは多くの専門職種が協働する「チーム」によって提供されている。

2000年に創設された介護保険制度で「ケアマネジメント」が制度化され、主治医と介護支援専門員(ケアマネジャー)を中心に、介護サービスを担うサービス提供機関・専門職が「協働」して継続的に要介護高齢者の地域生活を支えていく、という仕組みが創設された。

- ・ 今後の医療技術の進展による医療の高度化や疾病構造の変化、中重度の要介護者の増大(質量共に多様な生活支援ニーズを持つ高齢者の増大)を考えれば、それぞれの専門職種の技量向上と共に、多職種が協働して患者・要介護者を支えるという「多職種協働」の重要性はさらに増大する。
- ・ 限られた人的資源をさらに効果的・効率的に活用するという観点、多職種協働をさらに発展させて利用者にとってよりよいサービスを実現するという観点からも、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割の見直しが必要である。

それにより、専門職種が現場レベルで相互に支え合い、専門性を補い合うという意味での「多職種の協働・連携・情報共有」が実現されることとなる。

上記のようなサービス提供体制の改革を実効あるものにしていくためには、国レベルでの制度的対応はもちろん、実際にサービスが提供される現場である地域レベルでの継続的な取り組みが不可欠である。

また、実際にサービスを担う事業者組織・専門職種が、当事者として改革に参画し、協力していくことも必要である。

その意味で、改革遂行に際しての地方自治体のイニシアチブは非常に重要であり、自治体レベルでの計画的取り組みの強化や専門職種が当事者として責任を持って参画する仕組みの構築など、実効ある改革推進のための工夫が強く望まれる。

(3) サービスを支える人的・物的資源の計画的整備

① 人的資源の確保

- ・ 医療や介護のサービスは「人が人を支えるサービス」であるという意味で労働集約型サービスである。必要な専門技能を有した人材をきちんと配置しなければ、良いサービスは提供できない。その意味で、質・量両面での必要な人的資源の確保は最重要の課題である。

(2)―④で述べたような医療・介護ニーズの変化やサービスの高度化、多職種協働の進展等を踏まえ、具体的サービス提供の姿を念頭に置き、その上で、将来の労働力人口の減少等を踏まえ、医療・介護全体及び専門分野ごとの客観的な人的資源需要予測を行い、その予測に基づいた専門人材の計画的養成・確保に早急に取り組む必要がある。

- ・ 同時に、今ある人的資源を効果的・効率的に活用する観点から、(2)－④で述べたような、医療・介護を通じた専門職種間の役割分担・機能分担の見直しを進める必要がある。
- ・ さらに、医療機関経営の効率化・近代化という観点から、医療機関経営に関わる専門人材の養成・能力開発が必要であり、並行して医療機関における経営改革(経営責任の明確化、経営・事務部門スタッフの強化等)が重要である。
- ・ 同様に、介護事業の経営についても、経営・人事管理モデルの構築、現場管理職の人事管理能力の向上が必要である。

② インフラ(物的資源)の整備

- ・ 医療は知識集約産業のひとつでもあり、近年の医療技術の進歩には目を見張るものがある。
医療技術の進歩は、これまで治癒困難であった疾病の治療や、より一層の延命を可能にし、患者の日常生活の継続をより妨げない、より身体的・精神的負担が少ない診断・治療を可能にするものであり、国民に大きな福音をもたらすものである。
- ・ 他方、医療技術の進歩などによって、医療現場では、複数の専門職種が協働して治療を行う「チーム医療化」が進展している。また、特に病院では、診断・治療技術の水準に対応した設備整備が求められることから、様々な診断治療機器の導入が進んでいる。
このため、最近では、一定以上の中核的病院であれば病床1床当たりの整備コストは数千万円に達する場合もあると言われている。
- ・ 介護分野は、これまではあまり技術革新の恩恵を受けることのなかった産業分野であるが、近時の介護支援・自立支援関連機器の技術進歩は急速であり、特に先進諸国では自立・社会参画を支援する様々な支援機器の導入が進んでいる。我が国においても、今後、我が国が持つ高い技術力を生かした介護支援・自立支援機器の開発・導入が進められることが期待される。
- ・ 今後、病院・施設経営の近代化・効率化を進めて行くに当たっては、IT化や地域ネットワークへの参画といった経営戦略の提示とともに、病院・施設の経営モデル(ビジネスモデル)を構築し提示していくことが必要であるが、その際には、病院・施設持つ労働集約型サービスとしての性格や機器設備整備コストの大きさなど、その特性を十分念頭におくことが必要である。
- ・ また、医療・介護の分野では、営利を目的とした事業経営は基本的に認められていない。このことから、不特定多数から配当を伴う出資を求める(株式発行等)ことは禁じられており、資金調達手法が限定されている(事実上補助金・寄付・自己資金等に限られ、外部資金は銀行融資などの間接金融が中心となっている)。このため、時代に即応した設備更新や建て替えを機動的に行うことが難しく、医療費抑制政策が続く中で多くの病

院・施設が老朽化し、十分な機能を発揮できない状態に陥っているといった問題がある。

- ・ この点に関しては、平成 18 年の医療制度改革で、新たに「社会医療法人」という法人類型が創設され、「社会医療法人債」の発行が認められることとなったが、より多様な資金(特に設備整備などの投資資金)調達手法の開発や事業のアウトソーシング等による経営効率化の推進など、さらなる経営近代化支援方策を検討する必要がある。
- ・ この点に関連して、現在の我が国の医療費配分を病院と診療所とで比較してみると概ね2:1(67:33)となっている。他方、医師の勤務形態別内訳をみると病院勤務医と診療所医師の比率は概ね6:4であり、医師一人当たりの医療費配分を見ると概ね1.3対1となって、医師一人当たりで見た医療費の配分は病院・診療所で大きな差がない。
- ・ 近年、病院の施設・設備整備コストは上昇し従事する職員数も増大している。この傾向は先進諸国共通の現象であり、我が国でも、前述のように病院の1床当たり投資額は数千万、医師一人当たりの職員数は6.94人(事務職員等を加えれば8.29人)となっている。
- ・ このような状況を踏まえると、医療費全体(マクロ)の配分の問題として、病院部門に対する医療費配分が十分病院の経営を支えることのできるものとなっているか、「再投資可能な診療報酬」となっているかなど、改めて検討する必要があるのではないかと考えられる。

ただし、この点については実証データが不足しており現段階では分析も十分でない。

したがって、今後、早急に必要な統計データ等を整備し、実情を明らかにして研究を重ねることが必要である。

(4) 改革を支える制度面での改革

サービス提供体制の「構造改革」「人的・物的資源の整備」を進めていくためには、安定的な財源確保、継続的な資金投入が必要であるが、同時に、医療制度・介護制度内部での財源配分・資金配分のあり方、具体的には診療報酬体系・介護報酬体系のあり方についても見直しを行う必要がある。

なぜならば、こうした見直しが行われなければ、仮に安定的な財源が確保され、必要な資金が医療・介護分野に投入されたとしても、その財源が国民の享受するサービスの向上につながるのか、効果的・効率的なサービス提供体制の実現のために使われるのかが定かではないからである。

例えば、地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応じていく、という課題の実現を考えても、現在のように、医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままでは、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難であると考えられる。

また、当分科会の議論でも指摘があったように、病院医療の実態そのものが、現在の診療報酬体系の基本骨格を策定した時代のものとは全く変わっており、報酬体系の基本骨格を変えずに個別の点数の配分調整でこの問題に対処するには限界があるといわざるを得ない。

また、地域医療を担う診療所の報酬に関しても、今後ますます重要となっていく在宅療養支援機能・地域包括ケアの中核機能の強化を進めていくためには、ケアマネジャーを始めとする多職種の協働や家族支援、長期継続マネジメントなど、これまでの報酬体系には包摂されていない様々な機能を適切に評価することが必要となる。

医療・介護サービスの改革を進めていく上で、診療報酬や介護報酬が占める役割は極めて大きい。提供されているサービスの実像にふさわしい報酬を支払い、医療機関経営の実態を踏まえた「再投資可能な費用保障」や、地域医療の課題を解決していくための現場の取り組みを推進し、また、医療提供体制の構造改革や地域における医療・介護・福祉の一体的提供(包括ケア体制)を実現していくという意味で、報酬問題を単に医療内部・介護内部での配分の見直しや個別の報酬設定の問題として捉えるのではなく、報酬体系の組み立てそのものの問題として捉え、検討・見直しを行う必要がある。

この問題はこれまでも専門協議会で様々議論されてきている事柄であるが、診療報酬・介護報酬のあり方については、上記のような医療・介護の構造改革をいかに実現していくか、提供されるサービスの質とその適正な評価を行い、マクロの資源配分をいかに効果的・効率的に行うかという観点から、報酬体系そのもの、その基本骨格のあり方にまでさかのぼった検討を開始すべきである。

4-3 医療・介護・福祉サービスを円滑に推進するための制度面・運用面の改善策

医療保険のリスクヘッジ機能を十全に発揮させるという意味で、より大きなリスクに対しては手厚い給付を行う必要がある。

(高額療養費(介護費)制度)

医療保険制度・介護保険制度で用意されている高額療養費(介護費)制度は、大きな病気等があった場合に一部負担の額が多額になって家計を脅かすことがないように、一部負担の額に一定の上限を設けるという制度であり、正に「大きなリスク(病気等)をしたときにこそ手厚い給付を行う」という機能を持つ制度である。

しかしながら実際には、償還払い(いったん一部負担の全額を医療機関の窓口で支払い、事後的に負担限度額を超えた部分について保険制度から償還される)が原則となっているため、利用者はいったん一部負担の全額を医療機関等の窓口で支払わなければならない。

また、多数該当(一年間に3回以上高額療養費自己負担限度額を超える負担をした場合には、4回目から限度額が引き下げられる)や世帯合算(同じ世帯の中に高額療養費の対象になる受診をした人が複数いる場合には、世帯全体の負担が一定限度を超えないように、世帯全体での一部負担額を合算して上限を設定する)、医療保険と介護保険の一部負担を合算して上限を設定する制度など、家計への負担を考慮した様々な措置も講じられているが、制度が複雑で十分利用者に周知されていないことや、何れにしてもいったん全額を窓口で支払うことが原則となっていることに変わりはないこと等から、制度本来の趣旨が必ずしも生かされていない。

入院の場合には、事前に一定の手続きを行えば、窓口負担が高額療養費自己負担限度額を超えた場合にはそれ以上の自己負担支払いを行わなくてもよい仕組みが導入されているが、手続きが面倒で必ずしも十分に活用されていない。

この際、設定されている高額療養費自己負担限度額を超えた場合には、その時点でそれ以降の一部負担は負担しなくてもよいことを原則にする(高額療養費を償還払いではなく現物給付とする)など、制度本来の趣旨に沿う形で改善する必要がある。

但し、これを実現するためには、医療機関等の窓口において一部負担の累計額(世帯での合算であれば、世帯員全員の一部負担の累計額)をリアルタイムで把握することを可能にする仕組みを構築することが必要であることに留意が必要である。

(低所得者特例措置)

また、現在、医療保険、介護保険、障害者自立支援などの制度で、保険料負担や一部負担(利用者負担)について様々にきめの細かい低所得者特例措置が講じられている。きめの細かい措置を講じること自体は必要なことだが、制度ごとにその基準や考え方がまちまちで、手続き等も各制度で異なっており、さらに制度改正のたびに複雑なものになっていること等から、利用者である国民にとっては、その全体像を把握することは極めて困難になっている。

また、各制度がばらばらに低所得者対策を講じているため、果たして社会保障制度全体として負担は公平といえるのか、本当に能力に応じた負担となっているのかなど、制度の実態が見えなくなっている面も否定できない。

この際、制度ごとに行われている低所得者対策を見直し、本来の趣旨である「低所得者の負担能力に配慮し、家計に過重な負担をかけないようにする」という原点に立ち戻って、「制度横断的に負担の上限を設定するような仕組み」を別立ての制度として構築するなど、低所得者対策をより簡素で公平かつ分かりやすいものとするよう、文字通り制度横断的な改革を行う必要がある。

(保険免責制など)

保険給付の範囲や公私の役割分担については、医療保険のリスクヘッジ機能、医療費全体に及ぼす影響等様々な視点から検討する必要がある。保険免責制の導入や混合診療、民間保険の活用などについてはその是非について様々な意見があることから、今後さらに具体的議論を深めることが必要である。

(IT化の推進)

医療・介護サービスにおけるIT化の推進は、患者・サービス利用者の利便性の向上や費用負担とサービスの内容の可視化(「見える化」)につながるものであり、医療・介護サービスの透明性を高め、費用負担に関する国民の納得感を高めていくためにも重要であると同時に、事務コストの削減や重複・非効率の排除を通じ、医療機関経営の効率化、医療の質・費用対効果の向上にも資するものである。

前述の高額療養費の現物給付化や低所得者対策の見直しを行うためにも、個人レベルでの社会保障の給付と負担が明らかになることが不可欠であり、IT化の推進や社会保障番号制の導入検討を積極的に進めていく必要がある。

現在進められているレセプトオンライン請求化は、医療機関・患者双方にとって大きな利便をもたらすものであり、出来る限りその前倒しを図っていくことが必要である。

同時に、レセプトデータのデータベース化についても出来る限り早急に実現し、データベースを活用した様々な分析・研究が可能となるよう、早期にその運用を開始すべきである。

5 給付と負担のあるべき姿—サービス費用の将来推計の実施

これまで述べてきたように、今後の医療・介護サービス需要の大幅な増大は構造的なものである。サービス提供体制の思い切った構造改革を行って効率化すべきは効率化しつつ、同時に質・量両面で安定的なサービス保障を実現するための必要な財源投入を行っていくことが必要であり、そのための安定的な財源確保は急務である。

医療や介護は、まず実体としてのサービス需要があり、それを支えるサービス提供体制があつて、さらにそれを支える制度(費用負担)がある。

従つて、医療・介護分野における給付と負担のあるべき姿を示し、それを支えるための費用を推計するに当たっては、

- ① 今後の医療・介護サービスの増大(実体としてのサービス需要の動向)を踏まえ、
- ② それを支えることのできるサービス提供体制を実現するための構造改革・人的・物的資源の計画的な整備を行い、その結果描き出される医療・介護サービスのあるべき姿を具体的に示し、
- ③ それを実現し維持していくための費用はどの程度になるかを推計するという手順を踏むことが必要であり、その上で、
- ④ 国民の負担がどのような水準になるかを具体的に示し、負担についての国民の合意を形成しつつ、その費用をどのように確保し、どのような仕組みで誰がどのように負担するのかについて、議論を行うことが必要である。

その際には、いわゆる医療・介護サービスの費用(フローのコスト)だけではなく、物的基盤の適正な配置、効率的な利用などの改革を行うことを前提にしつつ、医療・介護サービスを支える人的・物的基盤整備(人材養成、施設・設備整備等)に要する費用がどの程度になるのかという点にも着目し、フロー・ストック両面を併せて全体としてのサービス費用を捉えることが必要である。

同時に、推計に当たっては、我が国が直面する現下の問題を十分踏まえつつ、諸外国のサービス提供体制なども参考に、本中間とりまとめでも示したような、質・量両面で国民の期待に応える体制をいかに効率的、効果的に実現していくかという視点を持つことが必要である。

具体的推計作業については、本分科会において推計の具体的な前提条件等について議論を行い、客観的・合理的な前提を置いた上で出来るだけ早く実施すべきである。