

高橋 Tai 対談
今月のゲスト



難局を乗り切るためには
「点」で分断された政策を
「線」としてつなげて
機能させる必要がある

医療法改正や介護保険法改正など19の法案をとりまとめた「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」。これは2025年以降を見据えた今後の医療・介護のあり方を示した法律だ。厚生労働省のトップとして、その成立に尽力したのが、田村憲久前厚生労働大臣だ。今回は田村前厚労大臣を招いて大臣の仕事内容や日常から今後の医療・介護の課題などについて高橋泰教授が聞いた。

文=来栖直樹 撮影=関口宏紀

個々のピースをつないで
制度化するのが大臣の役割

高橋 歴代の厚生労働大臣のなかでも、田村先生はとりわけ評判のよい大臣でおられたと認識しています。私も社会保障制度改革国民会議で専門家としての意見陳述を行うなど、田村先生が厚労大臣をされていたときに、厚生省に近いところで仕事をすることが多くあり、そのように感じました。

ただ、大臣という最終決定者が医療制度や厚生行政にどのようなかかわっておられるのかについては、外からは見えにくい面があるようにも思いました。また、厚生官僚によるレク（レクチャーの略）議案の説明などを受けた直後に国会で答弁に立たれるなど、大臣はとにかく時間がなく忙しいという印象も受けました。厚労大臣としての仕事の流れはどのようなものだったのですか。

田村 厚労大臣は特に多忙な役職で、国会会期中は火曜日から金曜日まですべて国会内に詰めています。火曜日と木曜日は参議院、水曜日と金曜日は衆議院で、審議は連日6〜7時間など当たり前です。

実体面でのつくり上げていく必要があります。役人は往々にして自分の担当している部分しか見えていませんから、それを線をつないで制度化するのは、まさに大臣の役割ではないかと思えますね。

技術革新を介護現場の
人員不足解決の突破口に

高橋 田村先生から例として挙げられた介護の領域に目を向けますと、いま夜勤をする人がすごく少なく、現場の多くの人がやりたがりません。その一方で、センサーの開発も進んできており、これらを人工知能と結びつけることにより、現在の人員不足の解消に向けて期待も持てるような状況になっています。ただし、そこで問題となるのが夜勤の人員配置基準です。こうした機器を入れるのであればそれを下げてもよいといった仕組みづくりが必要ですが、そうなっていきにくいのが現状です。この人員配置基準が大きな壁になって、せっかくの技術革新も現場を変革するに至らないという懸念が生じているのですが、こうした問題についてはどのように考えますか。

田村 おそらくそうしたセンサー

そして火曜日と金曜日は閣議が開かれ、午前7時には国会に入っ、その日の答弁用紙をチェックした後、8時から閣議に入ります。閣議終了後は記者会見を行い、9時ごろから委員会に入り、夕方5時まで委員会を7時間ほど開いた後、厚生省に戻って、その日の決裁事案について確認していきます。懸案課題を処理して帰宅するのが午後9時ごろです。自宅の執務室には翌日の答弁用紙が次々とFAXで送られてきますから、裏づけデータや添付すべき資料を揃えてチェックを重ねていき、翌日の朝までに答弁用紙を完成させていくわけです。

高橋 やはり相当に忙しい毎日をお過ごしでしたね。厚生労働省の担当分野は、医療や介護はもちろん、年金や労働など多岐にわたりますが、出されたレクの内容を細かく分析して、問題点を的確に指摘していくためにはどのような手順を踏んでいたのですか。

田村 与えられた時間のなかで、この文章のキーワードは何であり、本質的に何を言おうとしているのかを頭のなかで理解していきながら、その過程で感じた矛盾について役人に詰めていくということを繰り返している、その制度や法律などの本質が見えてくるのです。細かい問題意識をもって対処していけば、法律の穴は自然と浮かび上がってきます。

たとえば、「介護離職ゼロ」の問題などはまさにそうです。政策を現実化するためのピースは揃っていない、それぞれをきちんと使いこなせれば政策は実現できるはずが、なぜかできていない。理由は、個々のピースはあっても全体がつかないからです。



たむら・のりひさ ● 1964年、生まれ。国立千葉大学法経学部卒業。96年、衆議院議員選挙に三重4区から出馬し初当選。厚生労働大臣政務官、文部科学大臣政務官、総務副大臣などを経て、2012年、第2次安倍内閣において厚生労働大臣として入閣。一億総活躍推進本部部長代行

などが実際に稼働し成果を上げることができないのであれば、厚労省はNOと言わないと思います。介護現場でのコストは間違いなく下がりますから、むしろ歓迎すべきことでしょう。あとはそれで本当に問題なく介護をすることができるといふエビデンスを出せるかどうかだと思います。

高橋 そうですね。だからこそ、技術開発と一緒にした実証特区の措置を講じて、半年や1年という短いスパンで双方を一緒に進めていくべきだと私は思います。

田村 おっしゃるとおりですね。そして、いま結果的になぜ在宅介護が不十分かというと、24時間の定期巡回随時対応訪問介護看護について手を挙げる事業者が

少ないことが理由として挙げられます。24時間対応は労働環境としてもたないだろうと、事業者は尻込みしてしまっているのでしょう。現状では単価も低いですから、そう考えてもやむを得ない面はあると思います。それがもし相応の単価でできるとなれば、参入に拍車がかかるはずで、おそらく厚労省は本音ではそうしたいのだと思います。だから高橋先生が言われるように、実証特区を作って1年か2年でエビデンスをつくり、次の報酬改定で入れれば前に進むのではないのでしょうか。

私は2006年に総務省の副大臣を務めていましたが、そのころからNNTなどでは技術革新を進めて優れた機器を開発していました。

枕にセンサーを置いて、心拍数が下がるとすぐに対応できるといったものです。個別の機器や器具はできているのに、それがインフラと結びつかないから普及しない。現場の生産性上がり、介護人材が減っているなかで意義のある仕組みですから、高橋先生にもぜひご提案いただいて進めてもらいたいですね。

高橋 田村先生が厚労大臣をされていたころは、社会保障制度国民会議が最終報告書をまとめ、2025年以降に向けて、年金、医療、介護子育てなどの社会保障政策を大転換されるという時機でした。医療についてはやはり医療提供体制のあり方を変える地域医療構想が大きなウエイトを占めているように感じますが、地域医療構想についてはどの

ように考えておられますか。

田村 地域医療構想における病床機能については、高度急性期、急性期、回復期の3つの区分を医療資源投入量でカテゴライズし、療養病床および一般病床の一部は慢性期としましたが、病床が医療資源投入量だけで計れるのかという意見があることは承知しています。どのように整合性をとっていくか、それぞれの二次医療圏でどのように進めていくかについては問題が残りますが、ひとまず考え方を整理していくことで、診療科ごとの医師の過不足や看護師の需給見通しなども細かく見ていくことができるかと考えています。医療資源の最適配分をするための仕掛けとして、きちんと機能していくかどうか今後注視していかなくてはいいかなと思います。

高橋 15年6月には社会保障制度改革推進本部の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が将来の需要推計に基づいた25年時点の必要病床数の推計を発表しました。このなかでは約20万床の削減という推計が出されています。これについてはどのように思われていますか。

田村 20万床というかなりの数になります。実際には休眠している病床もあります。その病床のなかから20万床程度は割り出せるのではないのでしょうか。慢性期機能を担う療養病床を持つ病院のなかには、危機感を持っているところもあると思います。しかし、医療サービスを必要としている方々がいるのに追い出すということはあり得ません。

を迫られる場面もあるのではないかと思います。現在進められている医療提供体制の改革については、方向性に関して100点満点中90点はあると思うのですが、田村先生はどのように評価しておられますか。

田村 私も描いている方向性については間違っていないと思います。そのなかで懸念しているのは介護保険料の上がり方です。現在のペースでは、2025年には8100〜8200円まで上がってしまう可能性があります。これだけの負担に国民が耐えられるのかという問題があります。

度が増しています。超少子高齢社会を迎え、どの産業も人は減らしたくない、できれば増やしたいと思っています。介護・福祉職は他の産業と比べても就労条件が良いとは言えない状況のなか、この領域に38万人もの人材が来るだろうかと強い懸念がありますね。

介護現場への外国人の登用も真剣に考えるべき

高橋 社会保障政策を人口増加型のシステムから人口減少型に変えていかなければならないという状況のなか、今後は財政課題を中心とした国の状況によって、政治的な決断

としても一つは介護人材の不足です。これについては以前から指摘されていましたが、25年には約38万人が不足するといわれ、その深刻

われ、ネガティブなイメージがあることから、敬遠する人も増えていきます。「介護離職ゼロ」というよりもまず「介護職の離職ゼロ」をめざすことが大事なのではないかと思えます。いみじくも指摘されました38万人の介護人材の確保について、田村先生はどのようにお考えお考えしていますか。今後は外国人の確保も検討すべきテーマにな

るように思います。**田村** 優等生的な答えをすると、まず魅力のある職場にしないとダメから、給与水準を上げるなど、職業としての魅力を付加していかなければならないでしょう。併せて、ロボットなどの技術を導入することで現場の省力化を図る必要もあります。

しかし、現在の状況を見ればそれらの取り組みだけでは到底乗り切れないと感じます。ですから、外国人の登用という選択はどこかで真剣に考えなければならぬと思います。どこかで切実な時期がくる、その時にきちんと対応できるように態勢を作っておくことが必要でしょうね。

入国管理法においても、介護福祉士養成所に入ってくる外国人が介護福祉士の資格を取れば、そのまま日本での在留資格を与えるという法律を前国会に出して継続して検討を重ねています。

また、今回の介護福祉士国家試験結果において、経済連携協定(EPA)に基づく外国人介護福祉士候補者の初回受験者の合格率は50%を超えました。日本人が60%ですからそれほど変わらなくなっ



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から現職。主な著作に『TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成』(日経BP出版局、共著)、『DPC実践テキスト』(じほう、共著)ほか

きています。「今すぐに」というわけではありませんが、介護人材の不足がジリ貧の状況になる前の段階で、外国人の能力が高い方に介護福祉士として来てもらい、活躍していただけるような準備はしておかなければいけないと感じています。

高橋 高齢者の住居に関しては現在、日本版CCRC構想*も進められています。この取り組みに対してはどのような感想を持たれていますか。

田村 非常におもしろい取り組みですし、今度議連をつくろうかと考えています。ただ、これによって、すべてを解決できません。CCRCは東京都を中心にした都市部での超高齢化に対する解決策の1つだととらえています。

高齢者の第二の人生における新たな生きがいをつくるための選択です。地方での生活を選ぶ方は元氣なうちから生き生きと、その地域で人生を楽しんでもらえればいいし、仮に合わなければ止めてもいいというスタンスです。若いころに働いていた、学生時代を過ごしたなど、以前仕事をしたことがある、あるいは住んだことのある地域で活

躍する。このこと自体は人生の良い選択肢の1つだと思っています。

高橋 私は毎年、有志の仲間と視察団をつくってフランスに出かけているのですが、フランス人の生き方には学ぶべき点が多いと感じることがあります。あれだけバカンスでたつぷりと仕事を休みながら、国民の1人あたりのGDPが日本よりも高いというのは驚くべきことです。

もちろんすべてを真似することはできませんし、する必要もありませんが、彼らの生き方は非常に合理的で、できないことは諦めるという姿勢が徹底しています。夏は病院スタッフにバカンスを取らせるため、ICUをある期間閉めてしまうことも珍しくありませんし、国民も医療職がバカンスを取る権利を認め、自衛しています。だからフランスでは「夏に病気になるな」と言われ、実際に8月は出生率がグンと下がるそうです。

田村 ヨーロッパと日本とは働き方も人材活用の仕組みも違うため、一概に優劣をつけることはできませんが、ただ日本とヨーロッパで大きく違うと感じるのは、日本の正社員や総合職の多くは、将来は経

営者や役員になれるかもしれないという思いのなかで働いているということ。だから会社のなかで、残業を強いられても、急な異動や転勤も甘んじて受け入れながら将来を見据えて今も頑張ります。

一方、ヨーロッパでは、そこまで昇進できる人は超エリートの一部であり、選ばれた人たちはとんでもない高待遇で、たとえば子育てもベビーシッターを頼んで悠悠自適で仕事をしています。日本の正社員では、ベビーシッターを雇うと、そのための出費がかかるため、何のための残業か分からなくなるといったことになります。こうした例は極端としても、日本の社会における働き方を変えていかなければ、この国は決して豊かにならな

いと思っています。こうした少子化対策のための制度を含めた社会インフラの整備については、厚労大臣の時にやり残したという思いがあります。日本の将来を考えるうえで、少子化対策は最も大きな課題の1つだと捉えています。

高橋 確かに出生率を高めるための取り組みは重要であり、医療関係者も考えていく必要があると思

います。少子高齢社会のなか、財政面も含めて医療や介護を取り巻く状況は厳しさを増していくことが予想されます。最後に読者である病院経営者へのメッセージをお願いします。

田村 16年度の診療報酬改定については、確かに厳しさを伴うものになると言われていますが、私たちも必要なものについてはきちんと要求していかなければならないと考えています。病床転換についても、高度急性期から一般急性期に移行したから経営できなくなるというのではなく、きちんとした提供体制に応じた対価というものは報酬のなかで明確に示していきたいと考えています。

診療報酬改定が終われば、消費税の税率改定が待っています。医療機関の損税の問題はもちろん、消費税の見えにくさを改善するための方策を早急に決めていくことも急務です。これについても医療機関の経営者の方々とともに考えていきたいと思っています。

高橋 医療介護業界のより良い未来のためにご活躍を期待しています。本日はどうもありがとうございました。

*日本版CCRC構想：東京圏をはじめとする高齢者が、自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療介護が必要な際には継続的なケアを受けることができるような地域づくり