

□寄稿□

『医療・介護改革を展望する』 大学院および国際医療福祉総合研究所主催のシンポジウムについて

中村 秀一¹

I. はじめに

2014年9月2日(火)午後、ホテルニューオータニ「芙蓉の間」において、国際医療福祉大学大学院および国際医療福祉総合研究所主催のシンポジウム『医療・介護改革を展望する—2014年改革の検証と2015年以降の見通し—』が開催された。当日、460名を超える参加者を得て、シンポジウムは盛況の裡に終わった。

本稿では、このシンポジウムの主催者として、その概要を報告する。

II. 国際医療福祉総合研究所について

はじめに、国際医療福祉総合研究所(以下「総研」)について、紹介する。

現在、総研は、国際医療福祉大学大学院の附属研究機関となっている。総研が設置されたのは、1998年である。創設時の初代所長はWHO(世界保健機関)の第4代事務局長を務めた故・中嶋宏先生である。以来、多くの医療福祉分野の第一線で活躍する研究者や実務家が在籍し、活発な研究活動を行うとともに、その成果を多くのシンポジウムやセミナーを通じ発信してきた。筆者が所長に就任したのは、2013年4月である。

総研の最近の活動としては、2013年11月には医療シンポジウム『医療改革への処方箋』を開催した。大島伸一・国立長寿医療研究センター総長、宇都宮啓・厚生労働省保険局医療課長(いずれも当時)の基調講演の後、医療界のリーダー諸氏によるパネルディスカッションを行った。さらに、2014年6月には、Thein Thein Htay ミャンマー保健省副大臣とヤンゴン所在の医療系3大学の各学長のご参加を得て、ミャンマー国際医療シンポジウム『ミャンマーと日本の国際医療協力に

係る今後の展開』を開催した。このシンポジウムでは、日本側からも厚生労働省、国際協力機構(JAICA)、東京大学、医薬品・医療機器産業界からの出席を得、産官学の関係者が一堂に会して活発な討議を行った。本稿で紹介するシンポジウム『医療・介護改革を展望する—2014年改革の検証と2015年以降の見通し—』(以下「2014年シンポジウム」)は、これらに続く企画である。

さらに、乃木坂スクール(国際医療福祉大学大学院公開講座)において、総研プロデュースの講義を行っている。14年度前期は『2025年のあるべき医療介護の姿』をテーマに総研所属の教授・准教授14名による連続講義を行うとともに、受講生と講師陣の対話(総括討議)を実施した。14年度後期は『これからの医療・介護の経営への提言』のシリーズ講義を、外部講師も招きながら実施した。15年度前期においては『地域包括ケアシステムの構築のために』と題するシリーズ講義を、主として学外の行政、研究者、実践家を講師として実施中である。

III. 医療・介護改革の動向

1. 社会保障改革について

現在、わが国では社会保障制度改革が進行中である。この改革は、「社会保障と税の一体改革」(以下「一体改革」)の枠組みで進められているが、その中心的な課題とされているのが、医療・介護分野である。政府は、「団塊の世代」が後期高齢者になりきる2025年を目標年度として、医療・介護の提供体制の改革を進めている。

「一体改革」は、2010年10月、民主党政権の下で検討が開始され、2012年3月に関連7法案が国会に提

¹国際医療福祉大学大学院 国際医療福祉総合研究所 所長

出された。2012年6月に自公民3党の合意が成立し、8月には関連7法案と新たに提出された「社会保障制度改革推進法」が成立し、同法に規定された「社会保障制度改革国民会議」(以下「国民会議」)で、さらに社会保障改革のあり方が検討されることとなった。2012年12月に第2次安倍内閣が成立したが、安倍内閣は3党合意の継承を表明し、社会保障改革は現政権下においても継続して進行中である。

国民会議は、2013年8月に報告書を取りまとめ、政府はこれを踏まえて10月に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革に関する法律案」(いわゆる「プログラム法」)を国会に提出し、同法案は12月に成立した。以後、社会保障改革は、プログラム法に沿って進められることとなった。

2. 動き出した社会保障改革

2014年4月には、2012年8月に成立した税制改革によって、消費税率が5%から8%へと引き上げられた。「一体改革」では、消費税はもっぱら社会保障財源とされることとなり、用途が限定された。国の場合、消費税は年金、医療、介護、少子化対策の4分野(社会保障4分野)に限定して使われることに法定された。

また、プログラム法に基づき、医療提供体制の改革と介護保険法の改正法を2014年の国会に提出することが規定され、これを受けて2月に医療介護総合確保推進法案として19本の法律の改正法案が国会に提出され、6月に成立した。

2014年は診療報酬の改定年でもあった。2014年4月改定は、2年に1度の定時改定と4月から8%に引き上げられた消費税対応が同時に行われた初めての改定となった。改定の主要内容は国民会議の報告書に示された医療・介護提供体制の方向に沿ったものとなった。

さらに、2014年度の国の予算は消費税率の引き上げによって、「社会保障の充実」に充てられる財源約5,000億円が確保され、国民会議の報告書で提案された「診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法」として地域医療介護総合確保基金904億円が計上された。

3. 医療介護総合確保推進法の施行

このように社会保障改革は始動し、医療介護総合確保推進法の施行が当面の課題となった。2014年10月から病床機能報告制度が動き出し、2015年度からは都道府県で地域医療構想の策定が行われることとなった。このため、国は地域医療構想の策定のためのガイドラインの策定を2014年度中に行うこととされ、内閣官房および厚生労働省でこのための専門調査会、検討会が設置され、検討が始められた。

IV. 2014年シンポジウムについて

このように、社会保障改革が始動し、医療・介護の提供体制改革の枠組みが整備されつつある中で、2014年シンポジウムが開催された。現下の情勢を踏まえ『医療・介護改革を展望する』というテーマを掲げた。2014年は、予算、法律改正、診療報酬改定が行われたので、「2014年改革の検証」をサブタイトルとして掲げるとともに、プログラム法により、2015年は医療保険制度改革が課題とされ、また、4月には介護報酬改定が予定されていることもあり、さらに、地域医療構想の策定もにらんで「2015年以降の見通し」も併せてサブタイトルに掲げた。

全体を第1部「2014年の診療報酬改定と医療提供体制の改革」、第2部「今後の介護施設・高齢者住宅・在宅介護サービスの在り方について—地域包括ケアシステムのために—」の2部構成とし、それぞれ基調講演とパネルディスカッションを実施した。これは、医療・介護提供体制の改革が、①良質で効率的な医療提供体制の確立と②地域包括ケアシステムの構築の2つを大きな目標として掲げていることに対応させたものである。

1. 第1部「2014年の診療報酬改定と医療提供体制の改革」

第1部の基調講演は学習院大学経済学部長・医療経済学会会長である遠藤久夫教授が「医療提供体制の改革における診療報酬政策の効果と限界」と題して行った。遠藤教授は、国民会議の座長代理であり、2013年

8月6日にとりまとめられた国民会議報告書の起草委員も務めた。

遠藤教授は、「医療提供体制改革の背景」として、①高齢化による医療需要の増加、②高齢者にふさわしい医療提供体制へのシフト（急性期の入院医療中心から在宅医療中心へ）、③医療費増加の抑制があると説明したのち、「医療提供体制改革の方向」として、①平均在院日数の短縮、②一般病床の機能分化、③医療機関相互の連携促進、④在宅医療の推進、⑤医療と介護の連携を掲げた。さらに「国民会議で加えられた内容」として、①外来機能の分化（フリーアクセスの緩やかな制限）、②都道府県地域単位の機能別病床の需給調整（病床機能報告制度、地域医療構想ガイドライン作成）があると指摘した。

そして、「医療提供体制の改革手法」には、①インセンティブの手法（診療報酬、補助金）と②規制的手法（医療法等）があるが、教授は、診療報酬、補助金（基金）、医療法等の改正について、それぞれメリットとデメリットを指摘した上で、それぞれの特徴を考慮して policy mix で行う必要があることを強調した。

最後に、「医療提供体制の改革と関連する2014年度診療報酬改定の例」として、①高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化、②外来機能分化、③医療機関相互、医療と介護の連携促進、④在宅医療の推進について、具体的に説明を加えた。

引き続きパネルディスカッションは、武藤正樹・本学大学院教授が座長を務め、パネリストとして、(独)地域医療機能推進機構の東京山の手メディカルセンター病院長であり、日本病院会常任理事・中医協委員の万代恭嗣氏、全日本病院協会会長の西澤寛俊氏、日本慢性期医療協会会長の武久洋三氏、厚生労働省保険局長の唐澤剛氏の4名が参加した。冒頭、各参加者が発言する形で進められた。

万代氏からは「2014年の診療報酬改定と医療提供体制の改革—病床機能報告制度と急性期医療—」と題し、2014年診療報酬改定、医療費適正化計画、財政制度等審議会の動向などの説明があった。そして、「入院医療（急性期）」については、①急性期医療への特

化が進み、「中途半端な急性期医療の排除」と「亜急性期（サブアキュート）の考え方」が重要になると指摘した。高度急性期の要件厳格化が進み、高度急性期病院の選別が進むとともに、受け皿病床の整備が求められると述べた。

急性期病床については、次回2016年改定以降も継続して政策誘導が続き、さらなる絞り込みが続くと指摘した。その際、手法としては、重症度、医療・看護必要度の項目の見直しが行われ、特にB項目が見直されると予測した。さらに、「新たな急性期の病態像の導入か」や「10対1入院基本料にも波及するか」といった点、さらには「DPC/PDPSとの整合性」についても注視する必要があるとした。

病床機能報告制度と地域医療構想に関連して、舞鶴市における公的4病院が「あたかも1つの総合病院として機能する体制を目指す」地域医療再生に向けた取り組み事例の紹介もされた。

西澤氏からは「病床機能報告制度でどうなる医療提供体制」と題する報告があった。厚生労働省の検討会、審議会に関与してきた立場から、医療・介護の提供体制の改革についての経過、病床機能報告制度と地域医療ビジョンの策定に向けての具体的な内容および手順、今後の方向について詳細な解説がなされた。

その上で、2013年8月の「医療提供体制のあり方」についての日本医師会・四病院団体協議会合同提言、同年11月の追加提言についての紹介と「地域一般病床」についての説明がなされた。

武久氏は、2014年の診療報酬改定は、地域包括ケアシステムを医療と介護で連携して作り上げるように促す「革命的改定」であると評価した。そして「地域包括ケア病棟」に着目すべきで、「これからは地域包括ケア病棟が最大で最強の病棟」となり、これからの病院は地域包括ケア病棟をもてるかどうかにかかっていると強調し、「近い将来、地域包括ケア病棟が1,000病院に達する」と予測した。

これからの日本の医療には良質な慢性期医療は不可欠で、DPCは慢性期医療にも適用されるし、医療・看護必要度も必須条件となる、老人収容所化している

療養病床は5年以内になくなる、重度長期慢性期病棟が必要になる、と議論を展開した。

さらに、これからは各医療圏で「地域包括医療介護支援センター」の設立が必要だと指摘した。

唐澤氏は、行政の立場から、わが国の高齢化の状況、とりわけ地域差が大きいこと、社会保障制度改革の経過、医療・介護改革の内容について説明した。その中で、地域包括ケアについて取り上げ、①急性期医療は地域包括ケアの重要な一部であること、②循環的な構造の医療介護サービス提供体制をつくること、③医師のリーダーシップと責任が重要であること、④顔の見える関係を築くこと、⑤地域の実情に応じたものであること、⑥マネジメントによってつくられるものであることを強調した。

2. 第2部「今後の介護施設・高齢者住宅・在宅介護サービスの在り方について—地域包括ケアシステムのために—」

第2部の基調講演は慶應義塾大学名誉教授である田中滋教授が、「地域包括システムの概念と医療への期待」と題して行った。田中教授は、厚生労働省の社会保障審議会介護給付費分科会会長であり、長らく老健局の地域包括ケア研究会の座長を務めている。

田中教授は、日本の高齢化とその対策について世界が目にしたことを指摘したのち、ゴールドプラン以来のわが国の高齢者対策の歩みを紹介し、2008年から14年までの地域包括ケア研究会で地域包括ケアの概念が深まってきたことを説明した。

2014年の地域包括ケアシステムは、「ケア付きコミュニティの構築」、「要支援者の自立支援復帰」、「介護予防」が目的であり、「既存資源のネットワーク」が主たる手段で、「統合＝基本方針(ビジョン)の共有」が鍵概念であると解説した。地域包括ケアシステムは進化を遂げており、地域看護、医師・歯科医師、病院・老健、医業経営者それぞれが果たすべき機能とそれを実現するツールが備わりつつあることを指摘した。地域包括ケアシステムの構築には、住民・事業者の参画が必要だが、首長による強いメッセージの発信、浸透

＝推進ビジョンが必要で、これが「規範的統合」であるとした。

地域包括ケアシステムの構築は、「消滅可能性自治体」が叫ばれる中で、高齢者問題を超えて、地域づくりの中核として位置付けられると結んだ。

引き続きパネルディスカッションは、高橋紘士・本学大学院教授が座長を務め、パネリストとして、武蔵野市健康福祉部長の笹井肇氏、社会福祉法人ノテ福祉会理事長の対馬徳昭氏、日本社会事業大学専門職大学院教授の井上由起子氏、厚生労働省老保健課長の迫井正深氏の4名が参加した。冒頭、各参加者からの発言があった。

笹井氏は「武蔵野市の地域包括ケアシステム推進に向けた基本的な考え方と主な取り組み」について、保険者としての立場から、武蔵野市の介護保険の現状、同市の第6期計画・制度改革・地域包括ケアシステム推進に向けた取り組みについて報告した。その中で、武蔵野市においては2000年の介護保険制度スタートと同時期に「高齢者福祉総合条例」を制定し、介護保険以外の施策も総合的に推進していること、認知症高齢者施策の推進、保健・医療・福祉の連携の強化、新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実務的課題、一定以上所得者に対する2割利用者負担導入の実務的課題について、詳細な説明があり、締めくくりとして「介護保険法施行時の哲学・思想を再確認する」ことの必要性を強調した。

対馬氏は、「特別養護老人ホームを核とした地域包括ケア」について、ノテ福祉会の札幌市における実践を報告した。札幌市豊平区、清田区とその周辺の区域で、3つの特養を中心にした3地域本部制を敷き、各本部に定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所、人口2万人につき1カ所の小規模多機能型居宅介護24カ所を配置する体制で、地域包括ケアを展開している状況の説明があった。

井上氏からは、「今後の施設・住宅・介護サービス—「住まい」の視点から」と題する報告がなされた。建築計画学の視点から、住まいと住居について解説したのち、地域包括ケア時代の空間的要素について説明

があった。その上で、住宅系サービスの課題として、費用負担、住まい方についての整理がなされ、エリアの考え方と「in/for/byのための計画とデザイン」が、多くの事例の紹介とともに論じられた。

追井氏からは、「今後の居宅・施設サービス—地域包括ケアシステム構築推進を目指して—」の報告がなされた。介護保険のデータの紹介があったのち、生活支援・介護予防の充実について、高齢者の活動向上と社会参画の促進が重要であることを強調した。次いで、介護医療サービスの充実、特に在宅医療介護連携の推進がポイントであることが示された。

さらに2014年8月27日の介護給付費分科会への提出資料を基に、在宅サービスの機能と連携の在り方、居宅サービスにおけるリハビリテーション、介護老人保健施設と介護療養型医療施設について、主要論点の説明がなされた。

第1部、第2部とも登壇者の冒頭発言を受けて、座長の武藤教授、高橋教授の司会によるディカッションがなされ、さらに論点が深められたが、誌面の都合で詳細は割愛する。

V. 総括とこれからの取り組み

今回のシンポジウムは、2014年に社会保障改革が開始し、4月の診療報酬改定の実施、6月の医療介護総合確保推進法の成立を受けて病床機能報告制度が実施される直前というタイミングで、また、2015年4月に予定される介護報酬改定の審議が介護給付費分科会で佳境に入っている時期に開催することができ、時宜を得たものとなった。

何よりも、基調講演の演者に最適な両教授を迎えることができ、パネルディスカッションには斯界のわが国を代表する論客、有識者の参画を得ることができ、登壇者に恵まれたシンポジウムとすることができた。

結果として、多くの聴衆を迎えることができ、参加者のアンケートでも高い評価をいただいた。

シンポジウムの主催者として、協力いただいた関係者に深く感謝する。総研としては、引き続き、進行中の医療・介護の改革についてフォローを行い、機会を得て、次のシンポジウム等を企画していきたいと考えている。