

政府がねらう医療提供体制

金沢大学 人間社会研究域 教授、地域連携推進センター長

横山 壽一



専門は応用経済学、社会福祉学。市場化・営利化をキーワードに公共性・公益性の側面から分析をすすめている。

全大教第25回医科系大学教職員懇談会（2014年11月16日）講演より
（レジュメは26ページ以降に掲載しています）

はじめに

おはようございます。ご紹介いただきました金沢大学の横山です。過去の開催が載っている資料集を見ておりましたら、2005年に東京大学医科学研究所で開催されたときに一度お話をさせていただきました。2005年は、小泉政権の時代で、翌2006年に医療の大改革が実施されておりますので、医療構造改革が議論されていた最中だったと思います。

それから、10年あまり経ちまして、着々と医療の適正化のための施策が実施されてきました。今回は、「医療介護総合確保法」という法律が通り、具体化されていくこととなりますが、その中身は、文字どおり、これまでのさまざまな抑制政策、再編の総仕上げと言っていると思います。先ほど、この法律で状況が一変するとご紹介いただきましたけれども、まさしくそのとおり全部実施されると、提供体制だけではなく、医療保険制度を含め、大きく変

わっていくことになります。

今日はそのうちの医療提供体制を中心に話をしたいと思います。医療提供体制は、医療制度改革全体の大きな枠の中で位置付けられて実施されておりますので、医療総合改革全体の状況について少し整理をしながら、その中の提供体制の位置付けということをお話ししたいと思います。

社会保障・税一体改革と社会保障・医療制度改革

本題に入る前に、現在進行中の社会保障改革について、幾つか触れておきます。現在の改革は、自民党・麻生政権時代に社会保障・税一体改革として始まったもの、その一環として位置付けることができます。社会保障・税一体改革自体は、自民党の麻生政権のときに事実上始まったとっていいと思いますが、民主党政権の下でいったん棚上げされる形になりました。

民主党政権自体が公約を実現していくための財源の確保、当初は無駄を省けば財源は増税しなくても確保できると方針を掲げ、選挙でもそれで勝利しました。その具体化として、実際に取り組んだのが「事業仕分け」です。徹底して行政の無駄を洗い出すということで取り組んでみたものの、実際には肝心要の防衛費だとか、公共事業の核心的な部分についてはほとんど手が触れられませんでしたので、わずかばかりの財源を確保するというにとどまって、公約実現のためには新たな財源確保が必要になってきたわけです。

そういう中で菅直人が首相に就いてしばらくしたところで、増税と一体となった、具体的には消費税の引き上げとセットにした社会保障制度改革の唱え始め、社会保障・税一体改革へ乗り出しました。しかも、その責任者として据えたのが麻生政権のときの取りまとめ役だった与謝野馨だったので、世間は唖然としたわけです。そういうところから始まりまして、その後、野田政権は文字どおり、この社会保障と税の一体改革に邁進をいたしました。三党合意をまとめ上げて、与謝野法案を通すという形を取ったわけです。これで、消費税増税と社会保障改革の筋道が付けられました。

その社会保障と税の一体改革の関連法の中の一つに、「社会保障制度改革推進法」という法律が含まれています。この法律は、法案成立する直前に

なってから、三党合意の協議の中で自民党が持ち出してきた法案です。自民党はもともと社会保障制度改革について、こういう方向で進めていくべきだという原案を持っていました。それを三党合意に持ち出してきたわけです。民主党は法案を通したいが一心で、ほとんどそれを丸呑みして通してしまいました。今日は詳しく話をすることができませんが、この推進法には、社会保障制度改革の基本的な考え方として、自助、共助、公助の適切な組み合わせで進められていくべきだと謳われたり、社会保険は自助の共同化、つまり共助であると位置付けて社会保障から切り離すなど、社会保障を変質させる考え方がいくつも盛り込まれています。そうした考え方は、これまでも持ち出されてきてはいましたが、法律に盛り込まれて、正式な基本理念として位置付けられたのは今回が初めてです。この推進法の制定がその後、非常に大きな意味を持つことになるわけです。

これを具体化し肉付けするために設けられたのが、「社会保障制度改革国民会議」です。この国民会議が1年ばかり議論をして報告書を出し、この報告書を基にして、まずは「社会保障改革プログラム法」が作られました。この法律は、これから先数年にわたって、どういう中身をいつごろまでに実施するのかをまとめて法案の中に盛り込んだ、異例の法律です。要するに、これまでは議論をいろいろしてきたけれども、結局うやむやにされて改革が実施されてこなかったとの反省にたって、そういうことをなくすために将来にわたって縛りを掛けるという法律です。その中に盛り込まれた第1弾として、具体化されたのが「医療介護総合確保法」です。総合確保法と一応うたっていますけれども、医療も介護も大きく削減する中身で、「確保」とは名ばかりです。

今後、相次いで実施のための法案が登場してくることになります。例えば、次の通常国会には国民健康保険の都道府県への移行などが提出されることになっています。これから何年かにわたって大きな改革が続いていくこととなりますが、さきほど言いましたように、その第1弾が医療介護総合法であり、その中の柱として、医療提供体制の再編というのが位置付けられているということです。

社会保障・医療制度改革の位置と特徴

もう少しだけ社会保障制度改革について触れておきますと、今の社会保障制度改革は、社会保障と税の一体改革の具体化ですが、それだけではなくて、1990年代に医療構造改革が議論され、新たな医療費抑制政策が動き出して行くわけですが、その総仕上げという意味も持っているということです。少し長いスパンで考えると、現在の動きはそうした位置付けを与えることができるということです。これが第一点です。

なおかつ、安倍政権の下で行われていくということで、そうした改革の中身がより急進化された形になっています。この点が第二点です。急進化とは、社会保障・税一体改革で当初予定されていた中身以上のことを、さらに踏み込んで徹底して進めるという意味です。

第三点は、「成長戦略」と一体となってこの医療制度改革が行われていて、成長戦略の促進と医療制度改革が「二正面作戦」として取り組まれているということです。要するに、「車の両輪」としてやっていくのだと位置付けられているということです。両者の関係は、社会保障制度改革を進めていけばいくほど、つまり、公的な医療保険の枠が狭くなれば、それだけ新しい市場をつくり出していくということになって、成長戦略の後押しをしていく役割を果たしていく。同時に、成長戦略が規制緩和を行い、そして新しいビジネスの場を拡大していき、それを活用して医療制度の見直しを進めるということのように、相互促進的な関係にあるということです。

特に健康・医療は成長戦略の中で中心的な位置付けを与えられていますから、こうした方向での具体化が急速に進んでいく可能性があります。成長戦略を盛り込んだ「日本再興戦略」がつくられたときに、同時に「健康・医療戦略」が別立てでつくられたという経緯があります。

その具体化として、例えば、混合診療の拡大が掲げられています。混合診療を拡大することで自由診療の範囲を拡大していくということですが、それは革新的な医薬品や医療機器の開発ということとセットになっています。つまり、先進的な医療をいち早く実施していくために、保険は適用しないけれども混合診療という形で実施し、市場を確保しようとしているわけです。こ

れは、成長戦略が医療制度改革を加速化させていくという具体例の一つです。

医療制度改革では、さまざまなメニューが登場していますが、医療・介護というところがみそで、これまでは医療制度改革は医療制度改革、介護保険は介護保険と別々になっていましたけれども、法律の名前も一体化していますし、実際の中身のところでも、医療を取り込みながら介護へシフトさせていくという改革、もっといえば、病院施設から地域介護へシフトさせる、特に急性期を中心として病床の削減を行い、溢れた部分を介護・地域に引き受けさせるという見直しです。その受け入れ先として議論されてきているのが「地域包括ケア」です。

したがって、医療提供体制の問題は、医療制度・介護保険制度全体の動向も踏まえながら、整理をして行く必要があると思います。

1. 医療制度改革の展開過程 ―都道府県を単位とする医療費抑制の基盤づくり

最初に、現在の改革に至るまでの動きを、見直しの柱に即して整理しておきたいと思います。結論から言うと、医療提供体制を含めて、医療費抑制の仕組みそのものといっていると思いますが、基本的には都道府県単位で保険制度をまとめ、給付と提供体制も基本的には都道府県に責任を持たせ、都道府県単位で自律的に医療費を抑制していかざるを得ない体制をつくりあげていくというのが基本的な戦略だということです。診療報酬を切り下げたり、ベッドを削れということを直接いちいち厚生労働省が指示するのではなく、自らが計画をつくり、自ら財政負担についても責任を持ち、医療費が高騰しないように、自律的に調整を図っていく。そういう仕組みをつくろうとしているということです。それ以前の改革をそうした点から見ていくと、それぞれがその目標に向けて取り組まれてきたことが分かります。

都道府県単位で医療費管理を行っていくという課題が最初に提起されたのは小泉構造改革でした。この時期、入院医療費と生活習慣病に焦点を当てて

医療費抑制を図っていくことが打ち出され、都道府県単位でこの課題に取り組むことが求められていきます。健康の自己責任が求められてくるのも、このこととかかわっています。

第二は、2006年の改正でスタートした後期高齢者医療制度です。後期高齢者医療制度には介護保険型財政構造が組み込まれました。介護保険は市町村単位で管理運営し、半分は保険料、半分は公費で費用を賄います。特に第1号被保険者は市町村単位で保険料を設定しますので、給付が増えていけば保険料を上げて調整することになります。同時に、高齢者自身も保険料を負担する。しかも保険料の負担は第1号被保険者と第2号被保険者の被保険者の数で按分するという形を取りますから、高齢化が進んでいけばいくほど高齢者の負担が自動的に増えていくという仕組みです。

後期高齢者医療制度も、基本的には公費と現役世代と被保険者、この三者で負担をする仕組みをつくり、医療費が増大をすれば、自動的に高齢者の負担が増えていくという仕組みを盛り込んだわけです。つまり負担と給付をリンクさせる仕組みです。これが持ち込まれたわけです。同時に、財政安定化基金をつくって、赤字の付け回しをしていく仕組みも組み込まれました。赤字は基金を使って調整はするけれども、次の時期の保険料負担で調整をしていく。足りないからといって追加的に公費を投入するということではなくて、それぞれの都道府県、後期高齢者医療制度は広域連合が保険者となる仕組みですが、そこで調整を図っていくということが始まりました。さらには、高齢者用の診療報酬を設定したことも、医療費抑制の一環です。

第三は、政管健保から協会けんぽへの切り替えです。それまで全国一本であった政管健保を都道府県単位での管理にし、保険料もそれぞれの都道府県単位ごとに設定することになりました。したがって、医療費が高く付いたところでは保険料は当然高くなっていくという仕組みがここでもつくられたわけです。

第四は、特定健診、特定保健指導の導入です。健診を保険者に義務付け、ハイリスクの者、特にメタボに注目をして対象者を抽出をさせて、早期介入・行動変容といわれていますが、早い段階で保健指導を行って、医療費の増大

を招かないように管理していく事業がここから始まりました。同時に、その保険者の健診の実施率に応じて後期高齢者支援金を加減算するという仕組みを持ち込みました。健診の徹底と保健指導の強化へのインセンティブの導入です。

第五は、2006年の制度改正で導入された都道府県医療費適正化計画です。都道府県は、従来の地域医療計画とは別に、地域医療計画や介護保険事業計画、さらには健康増進計画などとも調整を図りながら、新たに医療適正化計画をつくることになりました。特に平均在院日数の短縮については、具体的な目標を設定して取り組むことになりました。また、療養病床について、介護保険適用の療養病床は基本的には廃止、医療保険適用の療養病床についても大幅に見直して削減するということが決まっておりましたので、その療養病床の削減・廃止へ対応する「地域ケア体制整備計画」をつくり、適正化計画と調整を図ることになりました。医療費適正化計画は、2008年から、一期5か年計画として動き始めました。医療提供体制の見直しも、このあたりが新たな段階に入っていきます。ちなみに、この医療費適正化計画は、PDCAサイクルで回していくことが強調され、目標が達成できなかった都道府県については、診療報酬の点数を別立てに設定することが可能だということまでうたわれています。

2. 医療制度改革の現局面 一都道府県を単位とする医療費抑制の体制整備

こうしたことを受けての今回の制度改正ということになりますけれども、先ほども少し触れたように社会保障制度改革との関連がありますので、最初に理念の問題に少し触れておきたいと思います。

理念の変質

社会保障制度改革推進法と社会保障改革プログラム法については先ほど触

れたとおりですが、ここでは推進法の中の自助・共助・公助について取り上げておきます。自助・共助・公助の3つを内に含んで実際には生活は営まれているわけでありませけれども、そのことと社会保障を混同して、社会保障は自助・共助・公助が基本だと捉えるのは間違いです。生活不安や貧困は、個人では如何ともしがたい社会的な背景、要因で引き起こされていくという理解に立って、社会的な責任でこれらを解決していくところが社会保障の社会保障たるゆえんであります。ですから、個人の努力は当然ですが、社会保障自体は公的な責任でもって国民の健康権だとか生活権を保障していくというところが一番肝心なところです。ところが、「自助・共助・公助」論は、まず自助、そして、自助で足りないところは共助で補い、それでもカバーできないところを公助でカバーすると理解です。これは、いわば憲法が無条件で全ての国民に対して生存権、生活権を保障している理念を大きく覆して、条件付きに変える、つまり、自助努力をし、共助の努力をした上で、なおかつ、十分でない部分について、国が初めてかかわっていくという考え方でありませるので、社会保障を真正面から否定するものと言わざるを得ません。

9条については解釈改憲が問題になりますが、社会保障法25条は、憲法それ自体は変わっていませんけれども、25条に直接かかわる中身のところを社会保障制度改革推進法で変えてしまっているわけで、その意味では解釈改憲ではなくて、明文改憲だともいえます。

同時に、先ほども触れましたが、社会保険は自助の共同化、つまり、共助と位置付けています。既に国民健康保険ではそういう言い方が何度もされ、国保は助け合いの仕組みで互いがお金を出し合って助け合いの仕組みであるから、保険料を払わない人は使わせるべきでないとされ、保険証を渡さない、短期の保険証しか渡さないという対応が行われるようになってきました。

今回、改めて、社会保険を自助の共同化と位置付け、であるがゆえに基本的には保険料で賄うのが原則であり、公費の投入は保険料の調整を図ったり、負担軽減を図っていくという、ごく例外的に行われるべきで、基本はあくまで保険料だとされ、このことを根拠に公費の見直しが行われているわけです。

もう一点問題なのは、保険の仕組みなので給付を受けるのは負担の見返り

だという考えです。保険の制度、仕組みを取る以上は、そのことを徹底していくのが当たり前だという議論になっています。保険証を渡さない根拠もここにあります。

しかし、社会保険で我々が給付を受けることができるのは、社会保障として社会保険が位置付けられて、国が医療を受ける権利を保障しているからであって、保険料を払っているのは、保険料という仕組みを取っていることからくる形式的な要件に過ぎないわけです。実際にも保険料を減額されたり、免除されているケースは非常にたくさんあって、それでも給付を受けることができる仕組みになっているわけです。しかし、社会保険を民間の保険と同じように位置付けようとする考え方に立つ側からは、負担の見返りとして給付を位置付けて、負担をしない者については排除していこうとするわけです。

国民健康保険の都道府県への移行

次に、先ほども触れた国民健康保険の都道府県への移行について、あらためて見ておきたいと思います。この措置は、社会保障改革プログラム法で明記をされていて、予定では次の通常国会で提出されるということになっています。

8月に国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議、国保基盤強化協議会と言っておりますが、ここで「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」が行われました。この中で、都道府県は、国民健康保険というのは低所得、無業の人たちが高い比率を占めているので財政的には非常に不安定で、保険料だけではやっていけない構造的な問題を抱えている、しかも、地域によって大きな格差が生まれざるを得ない状況がある、したがって、この構造的な問題を解決していくというのが移行の大前提であると主張しています。この構造的な問題を解決していくためには、追加的な国費投入が必要で、都道府県はそれを求めています。厚生労働省も基本的には了解をしていますが、実際にどうするのか、具体的な案が示されないままで推移している状況で、通常国会に法案が出せるかどうか微妙な段階にあります。

いま議論されている中身は、都道府県が医療給付等の見込みを立てて、そ

れに見合う保険料収納必要額を算定し、市町村が都道府県に納める額、その金額を見ながら定める。これを分賦金と言いますが、市町村はその分賦金を賄うために必要となる保険料を被保険者に賦課し徴収して、県に納める。こういう方式です。

当初は、都道府県に保険料徴収の全部の業務を行わせるということを考えていたようですが、実は都道府県は保険料徴収をやったことがないので、そのノウハウを全然持っていない。しかも、身近な市町村にやらせた方がインセンティブが働くということもあって、このような方式を採用ということになったようですが、届出や申請や証明書等の窓口の業務は市町村が行うということになっているわけで、話がだんだん具体的になってくると、「何だ、これまでとちっとも変わらないじゃないか、何のために都道府県移行か」という声が上がするような状況です。しかし、都道府県として保険管理を行わせるという仕組みそのものは、具体的な中身は多少変わっても貫こうとしています。

都道府県医療費総額管理制度

次に、以上のこととセットになっている都道府県の医療費総額管理制度についてみておきます。先ほど触れた都道府県医療費適正化計画を引き継ぎながら、それをさらにバージョンアップすることが考えられています。特にこれから大きく意味を持つてくると思われるのが、レセプトデータを用いた「合理的かつ妥当な医療需要の設定」による管理です。レセプトデータが電子化されたことで集積保存されてきていますので、かなりデータに基づいて具体的に医療費の動向をつかみ、そして、その抑制のための適正な水準を設定することが可能になってきています。現在、首相の直轄組織である「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」がその設定手法について検討しているところです。これが、後で出てくる提供体制の地域医療ビジョンなどに直接かわってくることになります。こうしたことを踏まえて、新たに都道府県単位での医療費総額の目標設定とその管理を行うことが検討されている状況です。

病床機能分化と地域医療構想

新しい具体的な仕組みとしては、「病床機能分化」と「地域医療構想」があります。これらを通じて供給体制を統制することが直接の目的です。詳しくは後でお話ししますが、これも基本的な枠組みは総合法の中に位置付けられており、病床機能報告制度はすでに10月からスタートしています。厚労省は、7対1が増えすぎたということで、本年度の診療報酬改定でかなり絞り込みをかけ、基準のハードルを高くする措置をとったわけですが、その経過措置が9月末までということで、それが切れる10月から病床機能報告制度が始まっていくことになりました。各医療機関がそれぞれ病床機能ごとに現状と計画を示すことが求められています。

こうした医療機関ごとの病床機能についての報告と、病床機能ごとの管理を都道府県単位で行っていくことで都道府県単位として医療費を管理していく仕組みをつくろうとしています。これらの動きを最初に触れたこれまでの医療制度改革と重ね合わせてみると、これまでのひとつひとつの動きが、いずれもこうした方向へ向けた布石の意味を持っていたことがあらためてよくわかると思います。

3. 川上・川下の一体改革と医療提供体制の再編

次に、川上、川下の一体改革と医療提供体制の再編についてお話しします。医療と介護が一体になっているところがポイントですが、この一体改革はいわゆる川上、川下改革、あるいは川上、川下一体改革というように位置付けられてきました。少し具体的に見ていきます。

川上・川下一体改革

その考え方のもとになっているのが国民会議の報告書です。まず、核心の部分だけ少し紹介しておきます。報告書は次のように述べています。

「『医療から介護へ』、『病院・施設から地域・在宅へ』という流れを本気で

進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものである」、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に行われるべきものである」。

線を引いたところがポイントで、川上に位置する病床の機能分化と、その結果としてはき出されてくる、この言い方は語弊がありますが、退院患者の受け入れをどうするかというのが川下の政策に他ならないと位置付けられているわけであります。

厚生労働省は2015年モデルとして、病床は全体として2015年には202万床必要になるけれども、43万床削減して159万床にする、入院患者の数は1日当たり162万人に増えるが、約2割減らす、外来患者は5%削減するというような目標を設定してしまっていて、全体としては文字どおり、病院施設から地域介護へ、在宅へということで動き始めてきているところです。

2014年の診療報酬改定とその7対1の見直し、そして地域包括ケア病棟、あるいは在宅復帰を評価していく加算方式、こういったものが既に動き出していて、この再編へ向けた具体化が始まっています。

病床機能報告制度

今回、新たに設けられた柱になる制度が2つあります。一つが病床機能報告制度です。これはこれまでの病床の総量規制から病床の種類ごとに病床枠を設けて規制をするという方式へ踏み込んでいくものです。一般病床を、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに区分して、各医療機関は病棟ごとにいずれかの区分を選択して都道府県に「現状」と「今後の方向」、具体的には6年後の状況を報告するということになっています。報告内容をレセプトによって検証して、診療の実態に対応していない場合には変更を求められるということになります。これは、もう一つの地域医療ビジョンの策定のところでもっと具体的なルールがつけられていくことになります。

地域医療構想（地域医療ビジョン）の策定

その地域医療構想（ビジョン）の策定ですが、都道府県は、国が作成する2025年の医療需要を見据えた標準的な計算式を用いて、地域医療構想を策定し、4つの病床区分ごとに必要量を設定する作業をまず行います。ですから、これは自分たちで自由にやれるわけではなくて、厚生労働省が示す標準的な計算式に基づいて必要量というものが導き出されるということで、そこから離れて勝手につくるわけにはいかない計画です。

各医療機関から報告された病床数がビジョンの必要量を超えている場合は、都道府県が設ける協議の場において協議をする。協議の場は、保険者、医療関係者、学識経験者などで構成されるとあります。

さらに、医療機関から報告された今後の方向において、ビジョンの必要量よりも多い病床への転換を計画している場合は、都道府県知事が当該医療機関に対して説明書の提出を求め、協議の場で協議するとともに、都道府県医療審議会で説明を求めることができる。このことのために、先ほど言ったデータの都道府県への提供が行われることになります。自主的にそれぞれ報告するというので、それを取りまとめるという計画のように見えますが、実は決してそうではないということです。

さらに踏み込んで、事実上、強制をしていくような仕組みがつけられています。協議の場で合意に達しないときは、都道府県知事は、必要量の病床数枠を超えている区分の病床について、転換を中止して他の病床へ移行することを当該医療機関に対して要請する。これはまずは要請です。公的病院に対しては、これは都道府県が直接に命令・指示を行うということになります。

さらに次の段階です。当該医療機関が要請に従わない場合は勧告を行います。それでも従わない場合は、病院名の公表、補助対象からの除外、地域医療支援病院からの指定の取り消しなど、ペナルティを課することができると、ここまで定められています。

したがって、実際には、形の上では医療機関が自主的に報告をし、申請をし、それを取りまとめて都道府県が自主的に計画を立てるといような形にはなっていますが、実質的には、国が直接に、いわば官邸主導と言っている

と思いますが、直接的な管理を行っていく、強権的な計画になっているということです。政府・厚労省は、これまで、医療費適正化計画なども、結果的には放っておくと、なかなか抑制につながっていかない、ほどほどのところで調整をされてしまうということで、思い切った改革につながっていかないと問題意識をもっていて、それを打破するチャンスをうかがっていました。その具体化が、今回の仕組みだと言っていいと思います。

この計画の大きな背景には、医療は供給が需要をつくり出していく、ベッドがあるから使う、医者が言うから利用するという供給が需要をつくり出していくという考え方があります。したがって、医療費を抑制するためには、一方で需要側については、例えば負担を高くするなどハードルを高くすることをやりながら、他方で、供給自体にも踏み込んでいく。つまり、絶対量そのものを絞り込んでいくということが必要だという考え方が底流にあります。今までは、自主的にやれと言ってきたけれども、なかなか思いどおりにはならない。自主的にやれと言うだけではなかなかうまくいかないの、表向きは自主的にやれと言いながら、実は言うことを聞かせる、そういう仕組みだと言っていいと思います。

これまでと違うところは、すでに少しだけ触れましたが、医療機関それぞれが、自分のところは、今はそうならないけれども、将来にわたってこういう役割を果たしたいんだというようなことで計画を出しても、「あなたのところはそんなこと、実際にはやっていないじゃないか、本当にやれるのか」ということを、レセプトデータに基づいて全部チェックされ、否定される。それが怖いところで、いま全ての分野でビッグデータの活用を、個人の健康管理も含めて進められようとしていますけれども、真っ先に医療費管理のところでそれが行われようとしています。カルテの電子化を行っていくことが進められてきましたが、それは結局こういう使い方のために行われてきたわけです。もちろん、電子化それ自体が悪いわけではありませんし、ビッグデータもうまく活用できれば有効ですが、使い方を間違えると、文字どおり徹底した抑制のツールに帰結してしまうことになります。そうした危惧が現実化しようとしています。

川下の改革＝地域包括ケア

今度は、川下のほうを少し見ていきます。川下の改革として、地域包括ケアが位置付けられています。地域包括ケアについて、厚生労働省はこんな言い方をしています。団塊の世代が75歳以上となる2025年をめどに、重度な要介護状態になって、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを実現する。

結構いいことを言っています。この限りでは、特に異論がある人はいないと思います。もう少し補足しておきますと、一つは、今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が必要だと言っています。また、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて創り上げていくことが必要だとも述べています。さらには、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域、具体的には中学校区を単位として想定しているということも言っています。地域包括ケアセンターができたのは介護保険の2005年改正のときですから、地域包括ケアという発想自体はかなり早くから登場してきていたわけですが、ここに至って、医療制度改革と一体的に位置付けられたことで、アクセルが踏み込まれてきたわけです。

アクセルが踏み込まれているというのは、ここに書いているようなことを急いで具体化していくという意味ではなく、これまでみてきたような病床機能分化とセットにして、その受け皿として、この地域包括ケアを具体化することを急ぐようになったという意味です。

具体的に見ていきますと、医療介護総合法の中に、総合確保方針を策定することがうたわれていて、既に9月につくられています。その中で、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を「車の両輪」として進めていくという言い方が出てきます。これは先ほど出てきた国民会議が言っていた、川上の改革をしていこうとすると川下の改革と一体にならなければならないと指摘、これを医療提供体制の再編の問題と地

域包括ケアのシステムの構築として、車の両輪に位置付けたわけです。その際に、地域の医療及び介護に係る情報を可視化し、客観的データに基づく地域の将来的な医療・介護ニーズの見通しを踏まえた上で、提供体制を構築していくとしていて、ここでもデータに基づいて見通しを立てて計画をしているということが強調されています。

受け皿としての介護保険制度の見直し

そうした中で今回、総合法の中に盛り込まれたのが介護保険制度の見直しです。介護保険は来年度から新しい計画年度に入っていきます。各市町村は介護保険事業計画という計画を3年単位で策定していますが、これを地域包括ケア計画として策定することを厚生労働省は求めています。

では計画策定の前提となる介護保険制度はどのように変えられることになったかといいますと、一つは、要支援の人は介護保険から基本的には外すということです。この要支援に対して行ってきた予防事業については、市町村が独自に行う地域支援事業へとシフトをしていくということです。地域支援事業自体は、多様な形態の多様なサービスで構成されていて、住民主体だとかNPO、企業、ボランティア、こういったものもかかわって提供していくという形になっていきます。したがって、従来の、いわば一定の基準を設けて行われていた専門的な介護サービスとしての介護予防サービスは、その形のものも残しますけれども、しかし、全体は総合事業としてそれ以外のボランティアや住民相互の助け合いだとかということも含めてやっていくような多様なメニューのものに変わっていくことになります。しかも、従来の専門的な介護、予防サービスを受けることができるのは、保険者がその必要がありと認めたものだけに限となっておりますので、多くの部分はそうした住民相互の助け合い的なものに置き換えられていくことになるのは明らかなです。

地域包括ケアシステムの説明の資料などを見ていると、自助・共助・公助の仕組みで動かしていくのだということがうたわれております。自助・共助・公助の、いわば典型的な取り組みとして地域包括ケアシステムが位置付けられているわけです。ここで言うところの自助、自分でやりくりするとい

うことの意味は、今の私たちの住んでいる世界でいえば、市場で商品としてのサービスを買ってニーズを満たしていくということですから、自助・共助といったときには、助け合いだとかボランティアによるサポートをまずは思い浮かべますが、実際には、これから開発されてくるであろう生活支援サービス等も含め、市場でそれぞれが必要に応じて購入して利用することがむしろメインです。実は成長戦略、健康医療戦略にもそのことがうたわれていて、地域包括ケアシステム自体が、新たなビジネスチャンスをつくり出していくと位置付けられています。自助・共助をほんわかと暖かい相互扶助の世界として思い描いていると大間違いで、実際には厳しい市場での世界を想定しておく必要があるということです。

介護保険見直しの話をさらに続けると、特養の入居者は要介護3以上に限定をする、つまり中重度の人に限定をするということです。もちろん、今いる人にすぐに出ていけとは言いませんけれども、これから新たに受け入れる場合には、介護度3以上でなければ受け入れないということになりました。全国で相当数の待機者がいるのはご存じのとおりですが、だからといって施設を増やすという計画はほとんど持っていない。基本的にはその人たちについては、多様な形での介護を受けることができる住まいを提供していく。しかも、それは民間ベースで提供していくということで位置付けられて、積極的に進められているのは「サービス付き高齢者向け住宅」の建設です。サ高住という言葉が聞かれたことがあると思いますが、このサ高住が、全国でいま爆発的に増えています。

では、サ高住は新たな受け皿となり得るのかと言えば、そうはいかない実態があります。一つは、決してこれは安くはない。通常、年金生活をしている人はなかなか手が届かない水準です。月々20万円近い負担金を求められますので、今の普通の年金水準からいうと簡単に利用できるわけではない。もう一つ、数週間前に朝日新聞が報道しておりましたが、中でひどい囲い込み、そして、不必要なサービスを押し付けて利用させている実態があります。従業員、職員には限度額いっぱいサービスの利用を計画しろと言って、本人も望んでいないし、必要と思われないサービスも計画の中に盛り込んで実施

していくというケースが指摘されています。極めて不適切と指摘をされている施設が半数近くにのぼるということがその記事のなかで指摘されていました。いわば、高齢者を食い物にする営利主義の横行です。

介護福祉施設であれば、行政監査を行ったり、サービスが適正に行われているかどうかをチェックするという形の権限を市町村は持っていますが、いってみれば民間の住宅、アパート、マンションですから、実は行政も中に立ち入ってチェックをするとか、指導するというのが、なかなか簡単にはできない仕組みになっています。厚生労働省もそういうことがあって、もう少しルールを強化していく方針を検討しているようですが、基本的な枠が福祉施設ではありませんので、限界があります。

結局、病院にもいられない、施設にも入れない、在宅でも生活ができない、そしてサ高住を使おうと思っても利用できない、文字どおりの介護難民が生み出されていくことになります。さらにはその中には相当程度、重度の人も退院を余儀なくされて在宅へと帰っていくことになります。最近は訪問介護の中にも病院から追い出された末期がんの人で、相当医療の必要の高い人たちが増えてきていますので、そういう人たちを含めて、本当は医療もケアも受けることができる体制を整えていかなければならないのですが、医療からも切り離され、介護からも切り離され、民間ベースでのサービスや施設も利用できないという状況が生み出されようとしています。

川上・川下改革の実態

したがって、川上・川下の計画、改革というのはつまり川上で大きな、急激な流れをつくり出して川下へと押し流していく。押し流した先にちゃんと受け止めていくところがあればいいけれども、その先には相当程度、絞り込まれた介護保険制度、そしてその先には、ほとんど専門的なサービスとみなされないボランティアや、相互の助け合いや、市場競争の世界が待ち構えているということです。ですから、流すのは流すけれども、あとは勝手にやってくれみたいな話に結果的にはなっているわけです。

これが実は川上・川下の一体改革といわれる実態で、一応、在宅医療や介

護の連携を強めることだとか、病院・医療機関、在宅医療と協働で退院支援を行っていくことが、地域包括ケアの中ではうたわざるを得ない状況がありますが、しかし実際にはそうした医療も介護も十分に受ける体制が十分整えられていない中で、病床規制だけが先行して行われていくことになっているわけです。

地域医療介護総合確保基金

さらにそれらの整備をしていくために、「地域医療介護総合確保基金」を設けるということが総合法の中にうたわれています。国が3分の2、都道府県が3分の1、それぞれ費用を負担して、都道府県ごとにつくって、地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備の、病床転換や在宅医療の推進、介護サービスの見直し、医療従事者の確保の問題について財政支援を行っていくということです。

実施にあたっては国が基本的な方針を策定して、都道府県が厚生労働省に提出するものに基づいて実施していくということで、平成26年度は医療を対象とし、平成27年度からは介護を含めて実施をしていくことになっていますが、これは医療も介護も分厚くしていくための財政支援であれば望ましいことでもありますけれども、そうではなくて、病床転換、介護の絞り込みも含めて、一体改革を促進していくことを促し、後押しするための財政支援だというのが実態です。

4. 医療提供体制に関わる新たな動向

以上が特に今回の総合法の中で新しい仕掛けとして提起されてきた中身ですが、医療提供体制にかかわって、もう少し視野を広げて幾つかの点を見ておく必要があると思います。4番目で少し取り上げたいと思います。

新たな専門医制度とフリーアクセスの制限

一つは、新たな専門医制度とフリーアクセスの制限です。ご承知のとおり、新しい専門医制度が動き出していますが、その中に総合診療科が追加されて、総合診療専門医が生まれてくることになります。この総合診療専門医については、従来、日本ではそうした、地域医療を総合的に担っていくような、それが専門性だという位置付けがされてこなかったので、積極的な意味があるという評価はもちろんあります。そういう側面を持っていることは事実だと思いますけれども、同時に、国民会議の報告書をみると、全体として今のフリーアクセスについては見直していくべきで、いわゆるかかりつけ医などによるゆるやかなゲートキーパー機能を導入していくべきだと提言しています。国民会議報告書は、総合診療専門医にそのゲートキーパーの役割を担わせろとは言っていないですが、事実上、そのことを念頭に置いて語っていると言っていると思います。

フリーアクセスについては日本でもずっと議論があるところです。風邪を引いても大学病院に行くのかというような言われ方もして、それはかかりつけ医できちんと診てもらってから、その次の段階に進んでいく、専門的な医療が必要であれば、そこから紹介してつないでいく方式にすべきではないかという指摘もされてきました。ヨーロッパやアメリカや多くの国々では基本的にはそういう仕組みをつくっていて、このフリーアクセスは、高度な機能を持つ病院にたくさん患者が押し寄せてきて、本来診るべき患者の治療が十分できないのではないかという言い方までされて、フリーアクセスがさまざまな問題、弊害をもたらしているということまで指摘されてきた経緯があるわけです。

しかし同時に、これは日本では他国にない、非常に優れた制度として、そのことが医療のパフォーマンスを高いレベルで維持していく、そういうことを可能にしているという評価もされてきましたし、どこの医療機関でどういう医療を受けるかということについての自己決定、自己選択は最大限尊重されるべきだということも指摘されてきました。

今回、総合診療専門医が設けられることを一つの契機として、ゲートキー

パー的な役割を持つ診療機関を設けるという動きが現実化していて、これが現実化すれば、医療の提供体制に大きな変化がもたらされることになります。

ちなみに、既に紹介状なしの患者に対して、特に特定機能病院等については自己負担を設けていますが、この自己負担をあらたに制度化して大幅に引き上げる。5,000 円とも 10,000 円ともいわれていますが、そうしてアクセスを制限すべきだという議論が、医療保険制度改革のところで検討されている状況があります。

在宅医療の促進と医療従事者の業務範囲の見直し

2 つ目は在宅医療の促進と医療従事者の業務範囲の見直しです。これは皆さん、議論されていると思いますが、こんな言い方が出てきます。これは国民会議報告書ですが、2025 年に向けて、更なる在宅医療等の促進を図っていくためには、医師・歯科医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要があるとして、特定看護師の養成などを提起しています。もともとモデル事業で実際にやられていた経緯がありますが、今回、少し形を変えて、特に在宅を意識して、特定看護師の養成が押し出されているところが新しいところだと思います。同時に診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲の見直しも提起されています。

これらについては全部在宅医療の促進ということできくりきれない面も持っているので、評価は慎重でなければならないと思いますが、診療放射線技師などについては医療機関の外でも実施を行っていくことを可能にするような言い方もされていますので、在宅との関係が深く意識されているとみていいと思います。

患者申出療養の創設と医療の産業化

3 番目に、途中でも少し触れました混合診療の拡大の動きです。健康・医療戦略の中に、革新的な医薬品や医療機器開発というのがうたわれておりますが、それをいち早く実用化していくこととのセットで、混合診療の拡大が位置付けられています。ご承知のように、混合診療は原則禁止で、現在認めら

れているのは「評価療養」と「選定療養」の2つのカテゴリーに含まれるものだけで、しかもそれを特定の医療機関で提供するという事になっています。いろいろ問題がありますが、ともかくも歯止めがかかってきたわけです。ところが、この患者申出療養については、基本的には患者が同意をすれば医師・医療機関が申し出をして、安全性・有効性が確認されれば実施ができるという形になっているわけです。これを「評価療養」と「選定療養」と並ぶ第3のカテゴリーとして位置付けることが提起されていますが、この第3のカテゴリーというのは従来の2つのカテゴリーとは全然違い、歯止めなき混合診療の拡大に道を開いていく中身だといわざるを得ません。

この患者申出療養とセットになっているのが、ご承知の臨床研究中核病院で、これも既に平成24年に5つの医療機関、これは全部大学病院ですが、北海道、千葉、名古屋、京都、九州に決められています。今秋に新たな公募があり、新たに5つが指定を受けました。その中で、大学病院は東北大学、群馬大学、岡山大学の3つです。あとは、国立病院機構名古屋医療センター、国立成育医療研究センターです。

この臨床研究中核病院に申し出があった場合に、正確には医療機関が国に申し出て、国が中核病院に安全性・有効性を確認させて、それでOKがあれば認めるというやり方です。ただこれは前例のない診療についてはその手続を取るけれども、前例がある診療については直接、臨床研究中核病院に申し出をして、しかもそれが身近な医療機関（予定協力医療機関）から申し出をして、臨床研究中核病院が直接に判断を下して構わない、それは2カ月か何か非常に短期の間に結論を出して、すぐに実行ができるようにその態勢を整えるとなっているわけです。

この患者申出療養、混合診療は自由診療ですので、当然ながら拡大していくというのはそれ自体が医療の新しい市場をつくり出していくということになります。保険の枠の外で行われる診療の分を拡大していくということが歯止めなき形で広がっていけば、医療がビジネスとして営まれていく状況が生まれ、負担能力による医療の格差が広がっていくことになります。

ちなみに、この患者申出療養の話とセットで、今後、保険適用を行ってい

く際には費用対効果分析を行っていくということがうたわれています。有効性・安全性が認められたとしても、基本的には保険を適用してやるとコストが掛かりすぎるとされるものについては保険適用を行わない。したがって、保険外併用療養費という形で外に据え置いて、それで使って構わないという形を取ることが提案されています。この考え方が広まってくると、現在行われて保険適用されているものについても、費用対効果分析をやって、保険を適用するにはコストが掛かりすぎていると思われるものについては、保険から外していくということが出てくる可能性があります。次の診療報酬改定については、この費用対効果分析を適用して判断するということが言われておりますので、この影響は無視できないと思います。

法人医療制度改革とメガ法人創設の構想

さて、最後にもう一つ触れておかなければならないのが法人制度改革とメガ法人創設の構想です。2014年に出された、日本再興戦略が改訂されたものの中に「戦略的市場創造プラン」があります。これは当初からあるのですが、その中に、「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」の創設がうたわれています。既にこれは産業競争力会議の医療・介護等分科会でわりと早い段階で課題になってきたものですが、これが成長戦略の正式な文書の中に具体化が盛り込まれたことから、新しい段階に入ったと言っていると思います。

この非営利ホールディングカンパニーは、詳細はなお未定ですが、わかる範囲で紹介しておきますと、医療法人制度においてその社員に法人になることができることを明確にしたうえで、複数の医療法人や社会福祉法人等を、社員総会を通じて統括し、一体的な経営を可能とする。このホールディングでは、理念の共有、意思決定の共有、ヒト・モノ・カネの有効な活用ができる仕組みが望ましい。グループ内での人事異動・共同研修、資金の融通、カンパニーとしての新たな株式会社への出資、こういったことができる仕組みをつくっていくということがうたわれています。

ホールディングカンパニーというのは、ご承知のように持ち株会社ですの

で、持ち株会社で株式会社の株を保有して、全体としてコントロールしていく。そのホールディングカンパニーをつくって、ホールディングカンパニー自体は全体を戦略的に動かしていく経営戦略的な部分だけになっていくというやり方が今取られているスタイルです。ただ、医療法人や社会福祉法人ですから、株式を保有するという仕組みではないので、非営利で、なおかつ社員制度を使って全体として統率をしていくということが一応考えられていて、非営利ホールディング型法人制度となっているわけです。

さらに踏み込んで、この非営利法人の中には多様な組織が参画できる仕組みをつくっていくべきだということで、自治体、独立行政法人や国立大学法人などが想定されています。大学附属病院についても次のような言い方が出てきます。これは日本再興戦略の文章ですが、「大学附属病院が担っている教育、研究、臨床機能を維持向上するための措置を講ずることを前提に、非営利ホールディングカンパニー型法人制度を活用した他の病院との一体的経営実現のために、大学附属病院を大学から別法人化できるように検討」。大学法人のままだと参加できないので、別法人に切り替えて参加できるということも検討するとうたわれています。自治体や独立行政法人等が設置する公的病院も参加できるよう必要な措置を検討するというのがうたわれています。そうなってくると、医療提供体制全体のイメージも相当程度変わってこざるを得ないということです。

こうした、メガ法人を通じて医療・介護全体としてコントロールしていく仕組みというのが構造構想されています。たしかに、多くの医療機関が相互に競争し合うような関係をいつまでも放置していると、医療全体を統括的に管理していくのはなかなか難しいことですから、幾つかの大きな法人にまとめて、法人の下で管理させていくというようなことがどうやら必要だと考えているようです。

この非営利ホールディングカンパニーは、例のダボスで会議があったときに、安倍首相が日本にもアメリカのメイヨーのような巨大な医療産業複合体のようなものが必要だという発言をして、にわかに議論が具体的なものになった経緯がありますが、文字どおり成長戦略の中で位置付けられていると

いうことは、こうした医療法人の創設を通じて、医療・介護を複合的に産業へと育成をしていく、そのいわば第一歩として位置付けられていることも見ておく必要があると思います。

非営利ホールディングカンパニーは文字どおり、株式会社ではないので非営利ですが、そのホールディングカンパニーをつくるということは、つまり全体として戦略的に医療機関を配置したり、統合したり、廃止したりということをやって、最も効率的に医療介護の提供体制をつくり上げていくということに意味がありますから、非営利と言っても、実際には経営戦略として展開をしていかざるを得ない。つまり、社会的な役割・機能を持って、社会的な使命をもって、そのミッションを実施していくという、ある意味では、非営利の組織とは明らかに違って、実質的には営利的な組織へと変わって行かざるを得ないわけです。

おわりに

これまでお話してきましたように、いま、都道府県単位での医療費管理の本格化と新しい医療費管理システム、そして、その提供体制の再編が全体として大がかりな再編として動き始めています。いきなり非営利ホールディングカンパニーとはならないにしても、何らかの形での統合、再編、連携は避けられない状況になっています。

その中で、改めて国立大学が担う地域医療に対する責任と役割を明確にしていく必要があると思います。基本的には皆保険を守り、そして国民のための医療をどうつくっていくのか、そのために大学病院としてどのような役割を担っていくべきか、そのことが考えていくべき大原則だと思います。

予定の時間になりましたので、ここで区切らせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

はじめに

- ・急進化する安倍政権の社会保障改革
社会保障・税一体改革の具体化をより急進的に、年来の課題実現を一挙に、成長戦略による主導、財政危機の責任を社会保障へ負わせて削減への圧力を強化
- ・戦略的課題としての医療・介護の一体的再編
医療構造改革の総仕上げ、その核が医療提供体制の再編
川上と川下を一体的に再編し医療・介護を縮小、病院・施設から地域・介護へ、すでに始まっている医療提供体制の再編
- ・医療制度改革の全体動向を踏まえつつ医療提供体制を検討

1、医療制度改革の展開過程—都道府県を単位とする医療費抑制の基盤づくり

- 1) 小泉政権の医療構造改革
健康の自己責任、都道府県による医療費管理、入院医療費と生活習慣病に焦点を当てた医療費抑制
- 2) 後期高齢者医療制度
介護保険型財政構造の確立（公費：現役世代：被保険者）、負担と給付のリンク、赤字をつけ回す財政安定化基金、高齢者用の診療報酬、
- 3) 協会けんぽの都道府県化
政管健保から協会けんぽへ、都道府県ごとの保険料設定へ、
- 4) 特定健康診査・特定保健指導
健診の保険者への義務付け、ハイリスク者・メタボの抽出、早期介入・行動変容、実施率による後期高齢者支援金の加減算、健康の自己責任の徹底
- 5) 都道府県医療費適正化計画
計画策定の義務付け、平均在院日数短縮目標、地域ケア体制整備構想（療養病床の削減・廃止）→提供体制見直し

2、医療制度改革の現局面—都道府県を単位とする医療費抑制の体制整備

- 1) 理念の変質
 - ・社会保障制度改革推進法、社会保障改革プログラム法
 - ・自助・共助・公助論：国の責任による社会保障という枠組みを明文で否定
 - ・社会保険＝自助の共同化：社会保障から除外、助け合いとしての社会保険、負担の見返りとしての給付、社会保障としての社会保険の否定、
- 2) 国民健康保険の都道府県への移行
 - ・社会保障改革プログラム法で明記、
 - ・現在、社会保障審議会・医療保険部会で協議中

- ・8月に国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）で「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」
→ 前提として「構造的課題」解決のための「追加公費投入」を、国は態度未定、
- ・財政運営：都道府県は、医療給付等の見込みを立て、それに見合う「保険料収納必要額」を算出の上、各市町村が都道府県に納める額＝分賦金を定める。市町村は、分賦金を賄うために必要となる保険料を被保険者に賦課・徴収し、県に納める。
- ・届出・申請受付、証明書引き渡し等の窓口業務は市町村

3) 都道府県医療費総額管理制度の検討

- ・都道府県医療費適正化計画のバージョンアップ
- ・レセプトデータを用いた「合理的かつ妥当な医療需要」の設定による管理
- 「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」で設定手法を検討中

4) 病床機能分化と地域医療構想による供給体制の統制（後述）

- ・医療・介護総合法において、基本的な枠組みを明記
- ・病床機能分化のための病床機能報告制度は、本年 10 月からスタート

3、川上・川下の一体改革と医療提供体制の再編

1) 川上・川下一体改革

- ・「国民会議報告書」…「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となっていく行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進められるべきものである。
- ・厚生労働省は、2015 年モデルとして、病床は全体として 202 万床が必要となるが 43 万床削減して 159 万床とする、入院患者数は 1 日当たり 162 万人に増えるが約 2 割減らず、外来患者数は 5%削減するとの目標を設定

2) 病床機能報告制度

- ・これまでの病床総量規制から病床の種類ごとに病床枠を設けて規制
- ・一般病床を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の 4 つに病床を区分し、各医療機関は病棟ごとにいずれかの区分を選択し、都道府県に「現状」と「今後の方向」（6 年後の状況）を報告
- ・報告内容をレセプトによって検証し、診療の実態に対応していない場合には変更を求められる

3) 地域医療構想（地域医療ビジョン）の策定

- ・都道府県は、国が作成する「2025 年の医療需要を見据えた標準的な計算式」を用いて地域医療構想（ビジョン）を策定し、4 つの病床区分ごとに「必要量」を設定
- ・各医療機関から報告された病床数がビジョンの「必要量」を超えている場合は、都道府県が設ける「協議の場」において協議する（「協議の場」は、保険者、医療関係者、学識経験者などで構成）
- ・医療機関から報告された「今後の方向」において、ビジョンの「必要量」よりも多い病床への転換を計画している場合は、都道府県知事が当該医療機関に対して「説明書」の提出を求め、「協議の場」で協議するとともに、都道府県医療審議会で説明を求めることができる
- ・「協議の場」で合意に達しないときは、都道府県知事は、「必要量」の病床数枠を超えている区分の病床について、転換を中止して他の病床へ移行することを当該医療機関に対して要請する。公的病院に対しては、命令・指示を行う
- ・当該医療機関が「要請」に従わない場合は「勧告」を行い、それでも従わない場合は、病院名の公表、補助対象からの除外、地域医療支援病院などの指定の取り消しなど、ペナルティを課することができる
- ・形式的には、医療機関、都道府県の自主的な計画だが、実質は国による医療費の直接的な管理のための強権的計画

4) 川下の改革＝地域包括ケア

- ・厚生労働省：団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを実現。
→今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
→地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて創り上げていくことが必要。
→おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定
- ・総合確保方針（「医療介護総合促進会議」で議論、9 月 12 日に告示）：「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を「車の両輪」として進めていく、その際には、地域の医療及び介護に係る情報を可視化し、客観的データに基づく地域の将来的な医療・介護ニーズの見通しを踏まえたうえで、提供体制を構築していく。
- ・介護保険制度の見直し（地域包括ケア計画として介護保険事業計画を策定）
→要支援の介護保険からの除外 ⇒予防事業は地域支援事業へ、地域支援事業は多様な形態の多様なサービス、住民主体、NPO、企業、ボランティアなど（自助・共

助・公助の仕組み）

- 特養の入居者は要介護 3 以上に限定 ＊サービス付き高齢者向け住宅
- 低所得入居者の補足給付要件の厳格化
- 介護保険利用料の一部 2 割化

- ・在宅医療・介護の連携強化：介護保険における地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となって取り組む、
- ・入院医療機関と在宅医療との協働による退院支援の実施、
- ・在宅療養者の他職種協働による患者・家族の支援、急変時における緊急往診体制および入院病床の確保、自宅での看取り等

5) 「地域医療介護総合確保基金」の設置

- ・国が 3 分の 2、都道府県が 3 分の 1 それぞれ費用負担して、都道府県ごとに創設
- ・地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備＝病床転換、在宅医療の推進、介護サービスの施設・設備の整備、医療従事者等の確保・養成等の事業を対象に財政支援を行う
- ・実施に当たっては、国が基本的な方針を策定し、都道府県が厚生労働省に提出する（平成 26 年度は医療を対象、介護は平成 27 年度から実施）。財政支援による病床転換の促進である

4、医療提供体制に関わる新たな動向

1) 新たな専門医制度とフリーアクセスの制限

- ・総合診療専門医（新たな専門医制度に「総合診療科」を追加）
- ・緩やかなゲートキーパー機能の導入（「国民会議報告書」）
＊紹介状なしの患者に対する自己負担の制度化

2) 在宅医療の促進と医療従事者の業務範囲の見直し

- ・2025 年に向けて、さらなる在宅医療等の促進を図っていくためには、…医師・歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を要請し、確保していく必要がある
- ・特定看護師、診療放射線技師・臨床検査技師・歯科衛生士の業務範囲の見直し

3) 患者申出療養（混合診療）の創設と医療の産業化

- ・健康・医療戦略のなかの革新的な医薬品・医療機器開発とその実用化のための市場の確保
- ・臨床研究中核病院による安全性・有効性の確認、前例がある診療については、身近な医療機関（予定協力医療機関）から申出、
- ・混合診療の歯止めなき拡大、自由診療の拡大と医療の産業化

4) 法人制度改革とメガ法人創設の構想

- ・日本再興戦略改訂 2014 の「戦略的市場創造プラン」において、「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」の創設を明記
 - ＊産業競争力会議医療・介護等分科会で検討
- ・医療法人制度においてその社員に法人になることができることを明確化したうえで、複数の医療法人や社会福祉法人等を社会総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする
- ・理念の共有、意思決定の共有、ヒト・モノ・カネの有効な活用ができる仕組み、グループ内での人事異動・共同研修、資金の融通、新たな株式会社への出資などを想定、
- ・多様な非営利法人の参画（自治体、独立行政方針、国立大学法人等）を想定
 - ＊大学附属病院が担っている教育、研究、臨床機能を維持向上するための措置を講ずることを前提に、非営利ホールディングカンパニー型法人制度を活用した他の病院との一体的経営実現のために大学附属病院を大学から別法人化できるよう検討
 - ＊自治体や独立行政法人等が設置する公的病院が参画できるよう必要な措置を検討
- ・メガ法人を通じた医療・介護の供給のコントロール：医療費適正化計画の担い手、
- ・医療介護産業複合体による一大産業化
- ・法人の都合で経営的観点からの組織の配置と統廃合、非営利の維持は困難

おわりに

- ・都道府県単位での医療費管理の本格化、新たな医療費管理システムと提供体制の再編を含む大規模な仕掛けづくり
- ・医療機関自体の再編と何らかの形での統合・連携は必至
- ・国立大学がになう地域医療に対する責任と役割をあらためて明確化する必要
- ・皆保険体制の維持、国民のための医療が、問題整理の大原則