

## 日本の地域包括ケアの事実・論点と最新の政策動向

二 木 立

### はじめに

私の報告は2部構成とします。前半では、日本の地域包括ケア（システム）についての基本的な事実と論点を述べます。後半では、2018年4月に実施された診療報酬・介護報酬同時改定で第1の柱とされた「地域包括ケアシステムの構築・推進」のポイントと私の解釈を述べます。前半は、2018年3月23日に韓国・保健医療研究院年次総会で行った報告の一部に加筆しました。後半は、『病院』誌12月号に掲載予定の論文「医療経済・政策学の視点から2018年度診療報酬・介護報酬同時改定を読む」の一部に加筆しました。つまり、後半は日本と韓国での初めての発表となります。

### 1 「地域包括ケアシステム」についての事実と論点

まず、地域包括ケアシステムについての3つの事実と4つの論点を述べます。

#### (1) 3つの事実

**第1：地域包括ケアシステムの法的定義**は、2013年の社会保障改革プログラム法と2014年の医療介護総合確保推進法で、以下のようになされました。「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」。

このように地域包括ケアシステムは法的には5つの構成要素－①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤自立した日常生活の支援－からなるとされています。

この法的定義には書かれていませんが、地域包括ケアシステムで想定されている「地域」は非常に狭いことも見落とせません。具体的にはそれは「日常生活圏域」で、これは全国に約1万ある中学校区とほぼ同じで、人口約1万人とされています。

**第2：地域包括ケアシステム**は2003年に初めて公式に提起された時は介護中心で、病院は含

まれていませんでした。当時は、地域包括ケアシステムに含まれる医療は診療所医療・在宅医療に限定されていました。しかし、地域包括ケアシステムの定義と範囲はその後少しずつ拡大され、2012～13年以降は医療に病院も含むようになっていきます。地域包括ケアシステムに参加する病院の範囲は法的には定められていませんが、通常は200床未満の中小病院が想定されています。ただし、一部の地域では、巨大病院や大学病院も積極的に参加しており、大学病院のトップランナーは愛知県にある藤田保健衛生大学（2018年10月から「藤田医科大学」に名称変更）です。

第3：安倍内閣は2017年以降、従来の高齢者中心の社会保障制度を「全世代型」に改革すると表明しています。しかし介護保険法の場合と同じく、地域包括ケアシステムの法律上の対象は原則として65歳以上の高齢者に限定されています。

## (2) 4つの論点

第1：地域包括ケアシステムの実態は全国一律に実施される「システム」ではなく、それぞれの地域で自主的に推進される「ネットワーク」です。そのために、各地域の実情と歴史的経緯により、地域包括ケアシステムの具体的姿は異なります。厚生労働省も最近はこのことを公式に認めるようになっていきます。例えば『平成28年版厚生労働白書』は、そのものズバリ「地域包括ケアシステムとは『地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり』に他ならない」（201頁）と書いています。そのため本報告では、以下、「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域包括ケア」と呼称します。

地域包括ケアがネットワークであるということによって重要なことが2つあります。1つは、地域包括ケアの全国共通・一律の中心はないことです。この点をもっとも明快に述べたのは原勝則老健局長（当時）です。『「地域包括ケアはこうすればよい』というものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げていくことが必要である。医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる』（『週刊社会保障』2717号：22頁，2013）。

もう1つ重要なことは、地域包括ケアを推進する上では、医療・福祉の垣根を越えてさまざまな職種が連携する「多職種連携」が不可欠であることです。この点で注目すべきことは、2018年6月の閣議決定「未来投資戦略2018」の「次世代ヘルスケア・システムの構築」の項のキーワードが「保険外サービス」の拡大と「多職種（の）連携」であることです。このことは、産業振興という視点からヘルスケア・システムを考える上でも、多職種連携が必要になっていることを示唆しており、多職種連携の新しい視角と注目すべきと思います。

第2：地域包括ケアは、建前としては全国のすべての地域を対象としています。主たる対象地域は今後高齢人口が急増する都市部、特に東京都を中心とする首都圏です。ただし、これは決して「地方切り捨て」ではありません。都市部は現在でも人口当たりの病院数や高齢者の入所施

設数が不足していますが、今後の高齢人口の急増に対応して病院・施設を大幅に増やすことは困難であるため、在宅中心の地域包括ケアで対応する必要があるのです。それに対して、地方の多くは、今後の人口高齢化は緩やかであり（一部では高齢人口が減少します）、しかも人口当たりの病院数や高齢者の入所施設数は都市部に比べて多いのです。

第3：上述したように、地域包括ケアは法的には、65歳以上の高齢者を対象にしていますが、厚生労働省の社会・援護局（福祉部局）や老健局関係の検討会（「地域包括ケア研究会」[田中滋座長]等）は、対象を「全世代・全対象型」に拡大することを提唱しています。最近では2018年6月27日に開催された社会保障審議会障害者部会も「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」について議論しました。実は、これは2018年度から始まる第5期障害者福祉計画・第1期障害児福祉計画の「基本方針」及び「第7次医療計画」の「精神疾患の医療体制」にも盛り込まれています。

つまり、地域包括ケアの対象・範囲については、厚生労働省内にも微妙な意見の違いがあります。私は地域包括ケアの対象拡大は妥当であると判断しています。現実にも、一部の先進的な自治体や地域では、対象を高齢者に限定しない独自の取り組みが行われています。例えば、日本福祉大学が存在する愛知県知多半島では有力なNPO法人が「0歳から100歳までの地域包括ケアシステム」を実践しています。

第4：厚生労働省は地域包括ケアの拡大で、患者の病院から「在宅医療等」への移行を目指していますが、狭い意味での「自宅」(my home)での死亡割合が増えるとか、それにより費用が抑制できるとは見込んでいません。厚生労働省は2012年以降、公式に、従来の「自宅死亡割合の引き上げ」に代えて、「**居宅生活の臨界点を高める**」ことを目指すようになっていきます（この初出は、民主党政権時代の2012年2月の閣議決定「社会保障・税一体改革大綱」）。

ここで注意すべきことは、厚生労働省が用いている「在宅医療等」には、①狭い意味での自宅(my home)だけでなく、②公式の高齢者施設（介護保険法に規定された特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養病床の3施設。および2018年4月に創設された介護医療院（後述））、さらには③非公式の高齢者施設（法的には「住宅」とされているが、実態的には施設と言える有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等）も含んでいることです。それに対して、日本語の日常用語では、「在宅」と「自宅」とは同じ意味で用いられているので、厚生労働省のこの独特な用語法は、さまざまな混乱を招いています。そのために、厚生労働省は、2017年4月に当時の塩崎泰久大臣の指示で、「在宅医療等」を「介護施設・在宅医療等」という用語に変更しました。ただし、厚生労働省はこの変更をきちんと広報しておらず、一般にはほとんど知られていません。しかも、残念なことに、塩崎大臣退任後はこの新しい用語はほとんど用いられなくなったようです。

## 2. 2018年度同時改定での地域包括ケアシステムの推進策

2018年4月に診療報酬・介護報酬の同時改定が行われました。診療報酬改定は2年に1度、介護報酬改定は3年に1度行われるので、同時改定は6年ぶりになり、かなり大きな改定になりました。今回の改定では、安倍晋三内閣の決定により、診療報酬本体と介護報酬の引き上げ幅は微増にとどまりました（それぞれ0.55%、0.54%）。しかし、その枠内ではきわめて論理的でしかもきめ細かい改定と高い評価を受けています。

以下、今回の診療報酬改定、介護報酬改定で、共に第1の柱とされている「地域包括ケアシステムの構築・推進」に関わる改定のうち、以下の3点について、事実と私の解釈・予測を述べます。①200床未満の中小病院の地域包括ケアへの参入の促進。②医療機関の「複合体」化の奨励、③療養病床の介護医療院への転換の強力な誘導。

### (1) 中小病院の地域包括ケア参入の促進

今回の診療報酬改定では、200床未満の中小病院を地域包括ケアと在宅ケアに本格的に参入させるための誘因がさまざまに組み込まれました。なお、診療報酬改定の多くの解説では「中小病院の在宅医療への参入促進」と表現されていますが、今回の診療報酬・介護報酬の同時改定では、中小病院が「在宅医療」だけでなく「在宅介護」にも参入することが奨励されているので、両者を含んだ「在宅ケア」と表記するのが適切です。

それらの中でもっとも重要なものは、200床未満の病院しか算定できない地域包括ケア病棟入院料1・3（新設）の要件にさまざまな「地域包括ケアに関する実績」が含まれたことです。①自宅等からの入棟患者が10%以上。②自宅等からの緊急入院が直近3カ月で3人以上。③在宅医療等の提供に関しア～エのうち少なくとも2つを満たす（後述、④は略）。これ以外にも、新設された初診料の機能強化加算（80点）は、診療所だけでなく、地域包括診療料や在宅時医学総合管理料（在宅支援病院）などを届け出る200床未満の中小病院も算定できることになりました。

地域包括ケアシステムを公式に最初に提唱したのは、厚生労働省の私的検討会が2003年にとりまとめた報告書「2015年の高齢者介護」ですが、その際「医療」は診療所医療・訪問診療に限定されていました。その後医療の範囲は徐々に拡大され、2012年には厚生労働省の有力高官が地域包括ケアシステムに中小病院を含むことを一斉に述べました。特に香取照幸政策統括官（当時）は、2012年6月の日本慢性期医療協会総会の講演で、地域包括ケアシステムの概念に「入院機能を持った病院を組み合わせることが必要」、「これまでは有床診のような20床程度の小規模なサービスを考えていたが、もう少し規模の大きいものを考えないといけない」と明言しました（『日本医事新報』2012年7月7日号：22頁）。今回の診療報酬改定は2012年以降の軌道修正の「完成型」と言えます。

今回の改定により、在宅医療・かかりつけ医は診療所・開業医（のみ）が担うとの狭い理解（誤解）が払拭されると思います。開業医による在宅医療の旗手である長尾和宏医師も、新著『痛い在宅医』（ブクマン社、2016）で次のように率直に述べています。「町の平均的な開業医が提供する在宅医療には、ある一定の限界があると考え、在宅医数も訪問看護師数も伸び悩んでいてマンパワーに限界があるからだ。長期的には地域密着型の中小病院が提供する在宅医療（在宅療養支援病院）であろう。私はこれに大いに期待している。マンパワーが圧倒的に違う、若いスタッフが多い、当直制があるので夜間対応に慣れている、などがその理由だ」。

今後、軽度急性期や急性期後の患者を主に扱う中小病院が生き残るためには、地域包括ケア病棟入院料（特に1または3）を算定し、しかもそれを基盤にして積極的に在宅ケアに取り組むことが不可欠になると思います。

## （2）「複合体」化の奨励

中小病院の地域包括ケア参入の促進については、すでに多くの方が指摘・強調しています。私は、それに加えて、今回の改定で、厚生労働省は病院・医療施設の「保健・医療・福祉複合体」化（医療機関が同一法人で、または関連法人と共に、何らかの保健・福祉関連施設を開設。以下、「複合体」）の奨励に踏み切ったと判断しています。

私がこう判断する理由は3つあります。第1は、上記地域包括ケア病棟入院料1・3の要件の「地域包括ケアに関する実績」の③のエに「介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリなどの介護サービスを提供する施設が同一敷地内にある」ことが含まれたこと。第2は、診療報酬上の「自宅等」に「自宅（my home）」だけでなく、「介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム等」を含んだこと。第3は、同一法人や開設者が同じなど「特別の関係」にある場合は算定できなかった入退院時の連携を評価した項目（退院時共同指導料1・2等8項目）の算定を認めたことです。これら3つのうち、第2は「自宅等」に介護医療院を加えたことを除けば従来通りですが、第3は明らかな方針転換です。

「特別の関係にある保険医療機関等」は、1998年の診療報酬改定で新たに示された規定で、当該保険医療機関の開設者・代表者が、当該他の医療機関等の開設者・代表者と同一の場合や親族等の場合等を意味し、「特別の関係にある保険医療機関等」の間で患者を紹介した場合には、従来は各種の指導料等は算定できませんでした。これは2年後の2000年に発足する介護保険制度の下で、一部の医療機関や介護事業者（特に「複合体」）が患者・利用者の「囲い込み」を行うのを予防するための措置と考えられます。厚生省（当時）は、医療と介護の連携として、独立した事業者間の連携のみを想定していました。

私自身も、『保健・医療・福祉複合体』（医学書院、1998）で、「『複合体』の4つのマイナス面」の第1に、「地域独占」（『複合体』が患者・利用者を自己の経営する各施設に『囲い込み』、結果的に利用者の選択の自由を制限すること）をあげました。と同時に、私は『『囲い込み』

は、『複合体』の各施設のサービスの質が一定水準を保っている場合には、必ずしも利用者の不利にはならず、逆に利用者の安心感を高める側面もある」とも指摘しました。

日本の地域包括ケアシステムの概念の発展と政策形成に大きな貢献をしてきた「地域包括ケア研究会」は2016年度報告書で、従来「バラバラに提供されてきた在宅サービス」の問題点を指摘した上で、「各サービスの強みを生かした一体的提供の実現が必要」と強調し、それを実現するための「サービス事業者の法人」の選択肢の一つに、社会福祉法人や医療法人の「経営統合」（私流に言えば「複合体」）をあげました。

今回の診療報酬改定で、「特別の関係にある保険医療機関等」に係る規制がほぼ撤廃されたことは、厚生労働省が、今後地域包括ケアを推進するためには、「複合体」を育成する必要があると判断したことを示唆しています。医療機関の「複合体」化は、2000年の介護保険制度発足前後から進んでいますが、今回の改定によりそれが加速すると思います。

### （3）療養病床の介護医療院への転換の強力な誘導

2017年の改正介護保険法では「介護医療院」が制度化され、今回の介護報酬改定で既存の介護療養病床と25対1医療療養病床（看護・介護体制が手薄）の介護医療院への転換が強力に誘導されていることです。

ここで「介護医療院」とは、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設です。介護医療院には、介護療養病床の機能を受け継ぐⅠ型と、転換型老人保健施設の機能を受け継ぐⅡ型の2つの施設類型があります。医療法上、介護療養病床と医療療養病床は「病院」ですが、介護医療院は病院ではなく、「医療提供施設」で、老人保健施設と同じ扱いです。介護療養病床と25対1医療療養病床は2023年度末（2024年3月末）までに廃止されることになっています。

そして療養病床からの移行が想定されている「Ⅰ型療養床」の基本報酬は、介護療養病床と同額に設定されただけでなく、手厚い「移行定着支援加算」（1日93単位、移行から1年間、2021年3月までの期間限定）が付けられました。

この点は、2006年に介護療養病床廃止が突然決定された時には、その移行先として老人保健施設等が想定され、介護報酬の大幅減額が当然視されていたのとは大違いです。今では信じがたいことですが、当時厚生労働省は、「療養病床の再編成の効果」として、医療保険で4000億円減、介護保険で1000億円増、差し引き3000億円の給付費削減との「粗い試算」を発表していました。

介護医療院に対する「大盤振る舞い」とも言える報酬設定に加えて、上述したように診療報酬上の「自宅等」に介護医療院が含まれたこと（他面、老人保健施設と療養病床はそれから除外）は、介護医療院の育成に向けた厚生労働省の「本気度」の現れと言えます。しかも、介護療養病床から介護医療院への転換には病床転換助成事業も適用されます。

この移行が厚生労働省の思惑通り順調に進めば、最大で10万床の療養病床が介護医療院に移行し、その結果、制度上「病院病床」は同数減ることになります。言うまでもなく、これは厚生労働省が描いている「2025年の医療機能別必要病床数」(削減)に組み込まれます。

ただし、この転換が順調に進むか否かは不透明です。なぜなら、療養病床から介護医療院への転換は高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の「総量規制」の枠外であるにもかかわらず、介護医療院による介護費用急増を懸念する一部の(財政力の弱い)市町村は、2018～2020年度の第7期上記計画に介護医療院の整備を含んでいないことを理由にして、介護医療院への受入れを保留しているからです。

### 介護医療院は医療者と厚生労働省との信頼関係の回復に寄与

最後に、この介護医療院は医療者と厚生労働省との信頼関係の回復に寄与したことを指摘します。私は、日本と韓国との現在の医療政策面での大きな違いは、日本では政府・厚生労働省と医師会・医療団体との間に大枠での「信頼関係」があるが、韓国ではそれが無いことだと思っています。ただし、日本でも、一時、この信頼関係は崩壊しかけたことがあるのです。

それは、小泉純一郎内閣が実施した2006年の医療制度改革で介護療養病床の突如の廃止決定と医療療養病床の診療報酬の大幅削減が断行され、それにより、医師会・病院団体の厚生労働省に対する信頼が一気に消失したことです。池端幸彦氏(日本慢性期医療協会副会長)は、それを「大きなトラウマとなっている『事件』」だったと回顧しています(「介護医療院の創設と慢性期病院の経営課題」『日本福祉大学社会福祉論集』第138号、2018年3月、ウェブ上に公開)。

しかし、その後、介護療養病床の廃止・老人保健施設等への転換がほとんど進まなかったため、厚生労働省は徐々に軌道修正を行い、民主党政権下の2011年に介護療養病床の廃止・転換期限を2017年度末まで延長しました。さらに第二期安倍内閣の下での「療養病床の在り方に関する検討会」(2015年7月～2016年1月)での真摯な議論と合意形成を経て、厚生労働省は2017年の改正介護保険法で、日本医師会や病院団体の要望の多くを受け入れる形で、「介護医療院」を創設するとともに、介護療養病床廃止・転換期限を2023年度末まで再び延長しました。先に述べた2018年の介護報酬改定での介護医療院への比較的高い介護報酬設定と手厚い転換促進加算は、この間の軌道修正の「最終仕上げ」と言えます。

このようなプロセスと決定を通して、医療者側の厚生労働省に対する不信感も相当払拭されたと思います。そのために私は、介護医療院の創設は、個別の医療政策の枠を超えて、今後の医療改革を医療者と厚生労働省の合意形成に基づいて進める上で不可欠な、両者の信頼関係の回復に大きく寄与したと考えています。

### 文献

- (1) 二木立「地域包括ケアと地域医療構想についての事実と論点－韓国保健医療研究院での報告から」『文化連情報』2018年9月号(486号):14-21頁(「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター」170号)

- (2018年9月). 韓国語版は金道勲氏訳)
- (2) 二木立「医療経済・政策学の視点から2018年度同時改定を読む」『病院』2018年12月号(「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」174号(2019年1月). 韓国語版は金道勲氏訳).
- (3) 二木立著, 丁炯先韓国語編訳『日本のコミュニティーケア: 地域包括ケアと地域共生社会』Book-Mark, 2018年11月