

第6回 地域連携情報交換会

今後の医療介護従事者のあり方

日本の医療・介護・福祉 の未来をどう読むか



医療法人さくら
本部長 清水義文

2019年3月5日
会場：ピアザ☆ふじみ

日本の医療保険・介護保険の歴史

黒字は医療保険系 青字は介護保険 赤字は医療法 緑字は医療計画
ピンク字は消費税 オレンジ字は介護保険事業(支援)計画
重要項目は赤字アンダーライン 介護保険重要項目青字アンダーライン

江戸時代から明治へ、日本医療の黎明期

- 1922年 健康保険法成立 加入者は全人口の3%程度→社会主義革命の阻止、産業を振興（労働者の健康）
- 1932年 救護法（1929年 昭和4年）により、貧困に苦しむ老人に対して「**養老院**」設立。
→生活保護法へ
- 1938年 厚生省が創設され、国民健康保険法が成立。健康保険への加入は任意。
日中戦争「健兵健民」健康保険料および自己負担は高く、
貧しい農民は加入が難しかった。
- 1939年 企業の組合が基盤の職員健康保険法制定。→社保へ
- 1942年 国民健康保険法の改正。職員健康保険法は国民健康保険法に統合される。第二次世界大戦
「国民皆兵」国民健康保険組合の強制設立が定められ、医療保険の適応人口が拡大し、
全市町村の95%程度に国保制度が実施され、加入者も2000万人を超える。

医療基盤の整備と量的拡充の時代

1948年 医療法制定

国民健康保険法改正。敗戦後医療保険制度は崩壊寸前、連合国軍総司令部(GHQ)の指導で国保の実施主体を国保組合から市町村公営に移行。

1948年 教育制度の大改革。医学教育は大学医学部に一本化。

1950年 医療法改正により医療法人制度が設けられる。→民間病院の拡大

1951年 准看護師制度の創設

1951年 診療報酬に看護・給食／寝具に対する3基準の導入が「施設基準」の基となる。

1955年 自由民主党が結成

1955年 医薬分業実施するが実質中止

1956年 厚生白書では、社会保障充実の必要性が提言。岩手県は国に先駆け健康保険の100%加入を達成。

1956年 滋賀県が皆保険を達成

1957年 山形県が皆保険を達成

1957年 健康保険法に基づく保険医療機関及び保険医療費担当規則（療担）

1958年 国民健康保険法施行。60年までに未加入者を全て加入させるという目標を設定。

1959年 診療報酬、国保にも採用。健保組合は1943年に採用。これで全国統一の体制となる。

1960年 医療金融公庫設立（現、福祉医療機構 WAM）

1961年 全国の自治体で国民皆保険が達成。被用者保険本人は負担なし、家族5割、国保は本人・家族共5割。1961年の高齢化率（65歳以上が総人口に占める比率）は5.8%。2016年度の26.6%

- 1963年 老人福祉法制定。貧困高齢者だけでなく、介護が必要であれば入所できる「特別養護老人ホーム」設立。
- 1968年 国保が3割負担となる。
- 1969年 東京都で老人医療費の無料化。
- 1971年 社会福祉施設緊急整備5か年計画策定→特別養護老人ホームの拡大
- 1973年 全国で70歳以上の老人医療費の無料化。高額医療制費度、福祉元年とも呼ばれる。
→後の社会的入院の問題
→老人病院が特養の代わりの時代
- 1973年 被用者が3割負担に変更。
- 1975年 国保：高額療養制度の完全実施
- 1978年 ショートステイ制度化
- 1979年 デイサービスの制度化
- 1981年 健保：家族入院2割自己負担
- 1982年 老人保健法が自民・公明・民社の賛成によって制定（1983年2月実施）され、老人医療費が有料化。
「派遣事業運営要綱」改定（ホームヘルパーの派遣対象が生活保護世帯、所得税非課税世帯から所得税課税世帯へ拡大 課税世帯に対する有料制）
- 1983年 老人医療費無料化廃止。
- 1984年 健康保険法改正→特定療養費制度開始、高度先進医療→2004年の選定療養へ

病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代

1985年 第1次医療法改正。

・ 地域医療計画策定の知事への義務付け（医療圏の決定と必要病床数の設定）

・ 医療法人の指導監督規定などの整備（立入調査、人事への介入、自己資本20%）

・ 一人医師医療法人制度の創設

生活保護費、老人福祉措置費など福祉措置費について国庫負担率を8割から7割へ引き下げ

1986年 老人保健法改正。老人保健施設創設→（1床8.0m²以上）

1988年 第1次医療計画を都道府県が作成

1989年 消費税実施（税率3%）

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」いわゆる「ゴールドプラン」の策定

（今後10年間でヘルパー10万人の確保を掲げる）

1990年代にはゴールドプランや新ゴールドプランといった高齢者の福祉をより良いものにする施策がはじまり、増加する高齢者のために特別養護老人ホームやデイサービスなどを拡充。

1990年 「寝たきり老人ゼロ作戦」の推進

1990年 診療報酬改定 患者6人に対し介護職員1人以上の特例許可老人病院に定額制

（マルメ方式）の導入

緩和ケア病棟新設（マルメ方式）

1990年 「老人福祉法等の一部を改正する法律」（福祉関係八法改正） 老人保健制度上での医療費加入者負担率を100パーセントに変更 特別養護老人ホームなどの施設入所の権限を町村に移転。措置権者が市町村に一元化。在宅サービスの法的位置づけ 各都道府県・各市町村に対する「老人保健福祉計画」策定の義務付け

1992年 老人訪問看護制度創設。

1992年 第2次医療法改正

- 医療提供の理念規定の整備、法文化・医療施設機能の体系化
（特定機能病院、1床6.4㎡以上の療養型病床群の制度化）
- 広告規制の緩和、院内掲示の義務
- 医療機関の業務 外注業者の許可基準の制定・医療法人に関する規定の整備
（標榜科名の政令化）

1993年 第2次医療計画

医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制整備の時代 介護保険準備とスタート

- 1994年 健保法等改正：付き添い看護・介護の撤廃（95年度末までに実施）、在宅医療の明確化と訪問看護拡大、入院時食事療養費創設、患者食事一部負担導入、育児休業中の被用者保険料免除、差額ベッド要件の大幅緩和。
差額ベッドの拡大：4人部屋まで拡大→一部病院団体や医療団体などが主導を握り推進
病院給食の自己負担化：原則1日800円、2年間に限り600円、民間企業に委託
→病院関係反対
付き添い看護・介護の撤廃：それまでは基準看護をとっていない病院においては、患者が付き添い婦をつけてよく、かかった費用を健康保険に請求すれば5割～7割返還されていた。
（ただし返還されるのは2～3ヶ月後のため先に全額用意の必要あり）
- 1994年 年金改革法が成立（厚生年金の満額支給開始年齢を段階的に65歳まで遅らせることに）
- 1994年 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」（高齢者介護・自立支援システム研究会）
「新ゴールドプラン策定」（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）
- 1995年 **高齢社会対策基本法制定** 長寿社会対策大綱（1986年）を改めて本法制定
雇用，年金，医療，福祉，教育，社会参加，生活環境等に係る社会のシステムが高齢社会にふさわしいものとなるよう，国および地方公共団体はもとより，企業，地域社会，家庭および個人が相互に協力しながらそれぞれの役割を積極的に果たしていくことが必要であるとしている。
- 1995年 社会保障制度審議会 33年ぶりの勧告で「介護保険制度」の創設を提言
- 1995年 「介護休業法」が成立（施行は99年4月から）
- 1996年 「高齢者介護保険制度の創設について」（老人保健福祉審議会）
- 1996年 健康保険法の改正 入院時病院給食への自己負担の導入

1997年 第3次医療法改正

- 療養型病床群の診療所設置（48時間規程は適用外）
- 「地域医療支援病院」の制度化
（地域医療支援病院は自院外来からの入院でなく紹介での入院が原則ゆえに、連携を強化する方向。地域の医療従事者の研修、施設・設備の共同利用、200床以上など）
- 医療提供に当たっての患者への説明
- 医療計画の見直し・医療法人の業務範囲の拡大

1997年 消費税の税率を3%から5%に引き上げ

1997年 健康保険法等改正法成立（被用者保険の加入者本人の一部負担金が2割になる）

1997年「介護保険法」成立

1998年 第3次医療計画

1998年 第三次改正医療法施行

インフォームド・コンセントを義務化、地域医療支援病院を創設

総合病院制度（複数の診療科を有し100床以上の病院）の廃止

70歳以上、外来1回500円（4回/月まで、5回目から無料）

1998年 DPC 制度(DPC/PDPS) 急性期入院医療包括払い制度の試行が実施

2000年 介護保険制度スタート

「ゴールドプラン21」策定 政府は2000年度からのゴールドプラン21において、「新寝たきり老人ゼロ作戦」を打ち出した。そこでは、「高齢者が寝たきり状態になることを予防するためには、高齢者それぞれの状態に応じ、リハビリテーション医学に基づく、急性期、回復期、維持期の適切なリハビリテーションが提供されることが必要である」

2000年 第1期介護保険事業(支援)計画

2000年 第4次医療法改正

- 必要病床数（許可制）から基準病床数（届出制）に変更
- 病床区分の再編成（急性期・慢性期病床の人員配置基準・構造設備基準）
- 従来の「その他（一般）の病床」を一般病床と療養病床に分けた
一般病床も6.4㎡以上／1人、廊下幅は片側1.8m以上、中廊下一般2.1m 療養2.7m
- 必要病床数の算定式・カルテ開示の義務化・医師・歯科医師の臨床研修の必修化

2000年 診療報酬改定

回復期リハビリテーション病棟導入

2002年 診療報酬改定（-2.7%）

医療行為に対する診療報酬の本体部分について初のマイナス改定（-1.3%）

2002年 健保法改正

70歳以上の高齢患者の窓口負担：外来1回800円（4回/月まで、5回目から無料）の定額負担か、1割定率負担（上限3000円/月）を診療所が選択導入
入院は1割定率負担（上限37,200円/月、低所得者24,600円/月）

2003年 第4次医療計画

2003年 健保法改正施行、70歳未満の患者の医療費窓口負担が3割に引き上げ

2003年 第2期介護保険事業(支援)計画

2003年 介護報酬改定 (-2.3%)

2004年 診療報酬改定

亜急性期病床導入→地域包括ケア病棟へ

2004年 新医師臨床研修制度開始

研修先の選択制により研修医の市中病院への流出と大学医局の人員不足が進む

→医局の弱体化

2004年 選定療養の規定

2004年 国立病院機構設立 154病院で、本部機能発揮でき→黒字化

(職員は地方厚生局からなのも強みであった)

一方、公立病院は県や市町村単位だと病院数が少なく母体を作れず民間へ売却多数

(黒字化した公立病院の戦略は、国立病院機構の本部戦略に近い)

2005年 介護保険3施設で居住費・食費が自己負担になる

2005年 医療制度改革大綱

2005年 介護報酬改定 (-1.9%)

地域医療構想と地域包括ケアシステムの時代 医療保険と介護保険の連携の時代

2006年 診療報酬改定（-3.16%）、診療報酬本体部分の大幅マイナス改定（-1.36%）
7：1入院基本料の導入。在宅看取り加算導入、死亡日訪問に10,000点等。
DPC包括評価導入、療養病床は医療区分1～3とADL区分1～3のマトリックス導入

2006年 第5次医療法改正

- ・ 医療計画制度見直し等を通じた医療機能の分化
- ・ 地域医療の連携体制の構築（2025年対策）

2006年 特定療養費制度廃止→保険外併用療養費制度（評価療養と選定療養）

2006年 改正介護保険法施行

2006年 第3期介護保険事業(支援)計画

2006年 平成18年度診療報酬改定（介護保険とのダブル改定、介護保険は-0.5%）
多数の要介護1の認定者が要支援2へ移る

2007年 「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」

2008年 第5次医療計画

2008年 老人保健法から「高齢者の医療確保に関する法律（高齢者医療確保法）」に改称。
後期高齢者制度開始。

2008年 EPA看護師・介護福祉士候補者受入開始（インドネシア、フィリピン、ベトナム）

2009年 第4期介護保険事業(支援)計画

2010年 平成22年度診療報酬改定 療養病床は、療養病床1と療養病床2に細分化

- 2012年 第5期介護保険事業(支援)計画 (介護保険とのダブル改定)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護を新設 (要介護5で29,399単位と特養より高い設定)
- 2012年 サービス付き高齢者向け住宅の新設 (国交省管轄)
- 2013年 第6次医療計画
- 2014年 消費税の税率を5%から8%に引き上げ (診療報酬への消費税分加点)
- 2014年 平成26年度診療報酬改定
地域包括ケア病棟が新設
「重症度、医療・看護の必要度」導入
地域包括診療養が創設
- ↓
- 2014年 第6次医療法改正→病床機能報告制度と地域医療構想の策定
- ↓
- 2014年 医療介護総合確保推進法 成立・公布
- ↓
- 2014年 医療介護総合確保方針
- ↓
- 2014年 病床機能報告制度
- ↓
- 2015年 地域医療構想策定 ガイドライン

2015年 第6期介護保険事業(支援)計画

要支援1・2は3年かけて介護予防・日常生活支援総合事業に移管（国から市町村へ）

2015年 介護報酬改定（-2.27%）

特養入所条件、要介護1から3へ引上げ、預金1,000万円以下

看護小規模多機能型居宅サービスを新設（要介護5で31,141単位と高い設定）

高額所得者は2割負担へ



2015年 第7次医療法改正 平成27年9月成立・平成28年、29年二回に分けて施行
（医療法人のあり方）

地域医療連携推進法人設立（29年施行） →ホールディングカンパニーの医療介護版



2016年 平成28年度診療報酬改定

2016年 在留資格「介護」の創設、外国人の介護福祉士

2016年 第1期データヘルス計画（平成28年度から29年度まで）



2016年 地域医療構想（都道府県策定）と地域包括ケアシステム

→第6次医療計画に途中から組み込む



2017年 第8次医療法改正

第3回情報交換会の資料に詳細掲載中
地域連携情報交換会ホームページ
の「イベント」に収録
<https://medicalcare.network/event/>

2018年 平成30年度診療報酬改定（介護保険とのダブル改定 高額所得者2割負担、3割負担へ）
2018年 第7次医療計画・前期（今までの5年を6年に引き伸ばし2021年に見直し）
2018年 第7期介護保険事業(支援)計画（埼玉県高齢者支援計画）
2018年 第2期データヘルス計画（5年計画の予定を平成30年度から35年度までの6年に変更）
2018年 新専門医制度スタート



2019年 消費税の税率を8%から10%に引き上げ（診療報酬への消費税分約2~3.8%の大幅加算）
（介護報酬、新処遇改善加算→技能の有る介護職員8万円/月
年収440万円超える者の設定介護職以外にも拡大など）

2019年 外国人の在留資格「特定技能」が創設。

2020年 平成32年度診療報酬改定



2021年 平成33年度介護保険報酬改定

2021年 第7次医療計画・後期

2021年 第8期介護保険事業(支援)計画（埼玉県高齢者支援計画）



2022年 平成34年度診療報酬改定



2024年 平成36年度診療報酬改定（介護保険とのダブル改定）

2024年 第8次医療計画

2024年 第9期介護保険事業(支援)計画

2024年 第3期データヘルス計画





そして2025年です

で、その後は、、、

人口減少→多死亡社会、

地域格差の拡大

5G、IoT、AI、ICT、遠隔診療

新薬

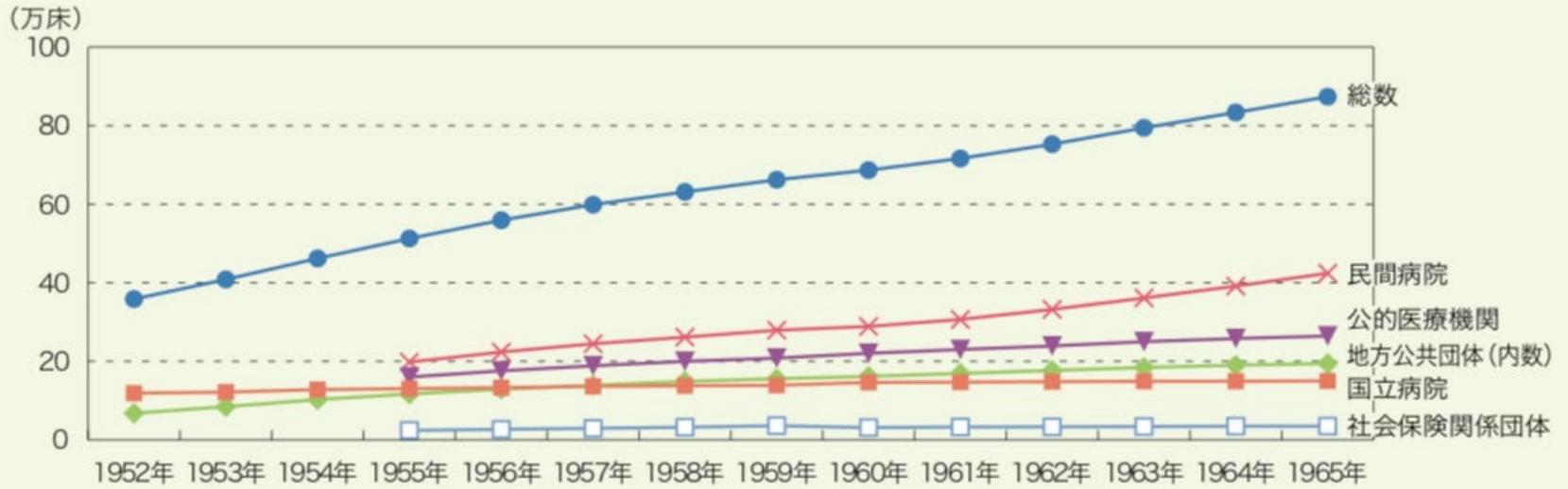
ロボット

IPS細胞

イノベーション

政府は10～30年前より準備している→歴史から未来を読む力が必要！

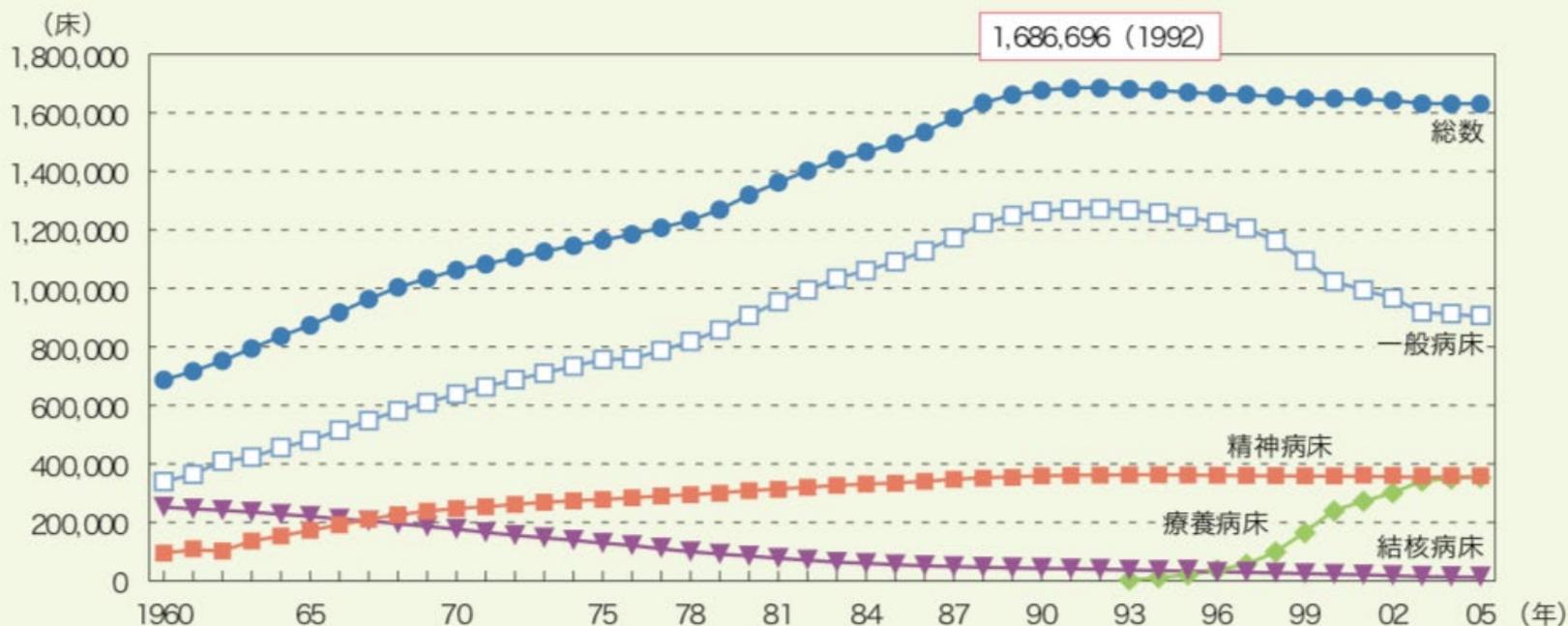
図表 1-1-1 経営主体別病床数の推移



資料： 厚生省大臣官房統計調査部「病院月報」、「医療施設調査」

1960年以降は民間病院が病床数を増やす

図表 1-1-2 病院病床数の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

(注1) 「一般病床」は、1992年までは「その他の病床」であり、1993～2000年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、2001・2002年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

(注2) 「療養病床」は、2000年までは「療養型病床群」であり、2001・2002年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

1992年以降は病床数減少！

民間大病院の創業者と経営の中心はお医者さんであった！

徳洲会グループ	徳田 虎雄 (1938年生)
イムス	中村 哲夫 (1925年生・故人)
TMG	中村 隆俊 (1928年生)
AMG	中村 秀夫 (1930年生)
セコムグループ	
葵会グループ	新谷 幸義 (しんたに)
大坪会グループ	大坪 修
平成医療福祉グループ	武久 洋三 (1941年生?)
湖山医療福祉グループ	湖山 聖道 (1930年生?)
新仁会グループ	
ふれあいグループ	大屋敷 芙志枝
武田病院グループ	武田 隆男 (1931年生)
南東北グループ	渡邊 一夫 (1947年生?)
錦秀会グループ	藪本 秀雄 (1940年頃生)
カマチグループ	蒲池 眞澄 (1940年生) (巨樹の会)
北九州病院グループ	中里 寿
国際医療福祉大学	高木 邦格 くにのり (1957年生) (高邦会グループ)
石心会グループ	石井 暎禧 (1938年生)
愛仁会グループ	
亀田総合病院グループ	亀田 俊孝 (1923年生・故人)
	亀田 隆明 (1952年生) 亀田 信介 (1956年生)

創業者の時代に急拡大

法人本部や経営戦略室を設置

トップの世代交代が進む

病床数減少でどういふ戦略を立てるか

中小の民間病院や施設の今後の考え方

病院や施設では専門職が多い



自分の専門分野の研鑽には励むが、経営の立場としての見方はあまりしない



中小の病院や施設では経営面のプロはいない



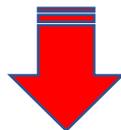
経営面については、事務長や施設長、理事長や院長が一人で考えるのは限界が有る



チームを作り今後の病院や施設の経営を考える（中心になるのはお医者さん）
（法人本部や経営戦略室でもよい）



考えられた戦略や方針により医療介護従事者の今後のあり方が決まる
（既成概念にとらわれない方向が望ましい）



時代をリードする存在であるか！



地域連携情報交換会の意義

各法律、行政が出す計画、施設基準、医療・介護の報酬改定など全てを個人で把握するのはあまりに膨大！

でも、知っていれば先を読みやすいのです。

（一流のコンサルタントでも知らないことがある場面はたくさん見てきました。）

それだからこそ、

この場所が重要になって来ると考えます。

お互いに情報交換を活発にして、Win-Winの関係を築き、時代を乗り越えて行きましょう。

ご静聴ありがとうございました。
thank you for listening.

今後共よろしくお願ひ申し上げます。

清水 義文