



「制度・報酬改革と 医療福祉経営シンポジウム」

～国難と言われる2040年の社会保障制度の持続可能性と
医療福祉経営の将来を展望する～

2019年は、天皇の生前退位に伴い、30年続いた平成時代によいよ幕が降るされ、「新元号」の新しい時代を迎えるという歴史に残る記念すべき年となる。新天皇の即位をお祝いするとともに、どんな元号で、どんな時代を迎えるのか期待が高まる中、医療福祉業界においては、2012年以来「社会保障と税の一体改革」で始まった2025年改革シナリオに基づく医療福祉制度・報酬改革が着実に進められ、今日、中間地点を迎えている。そして、今後進展する超少子高齢化が2040年に向けて、生産人口の急速な減少に伴う「給付」と「負担」のバランス崩壊など、本格的に社会保障制度の持続可能性が問われてくる。そこで、当会では、医療福祉政策を牽引する我が国を代表する講師陣をお迎えし、国難といわれる2040年問題に対し、近い将来示されるであろう国の「2040年ビジョン」を展望していただくと共に、目前の働き方改革、消費税増税、2020年診療報酬改定、2021年介護報酬改定他、毎年のように行われる、近未来の医療福祉制度改革への対応や、中・長期のビジョンと戦略策定について学んでいただくシンポジウムを1月27日(日)に開催した。そこで特集では、この「制度・報酬改革と医療福祉経営シンポジウム」をとりまとめ報告する。

- | | | |
|---------------|--|--|
| Part 1 | 全世代型社会保障に政策転換
2040年へ視界をどう広げるか | 『Visionと戦略』編集部 |
| Part 2 | 地域包括ケアシステムの実現と
2040年に向けたビジョンと戦略 | 公立大学法人埼玉県立大学 理事長
田中 滋 氏 |
| Part 3 | 消費税増税に伴う社会保障の充実と
一体改革の次なるシナリオ | 應義塾大学経済学部 教授
土居 文朗 氏 |
| Part 4 | 近未来の医療・介護制度改革と
2040年に向けた将来展望 | 公益社団法人日本医師会 常任理事
江澤 和彦 氏 |
| Part 5 | [シンポジウム]
研究者、指導者、経営者が展望する
2040年に向けた医療介護の道筋 | キャンングローバル戦略研究所 研究主幹 松山 幸弘 氏
医療法人博仁会・社会福祉法人博友会 理事長 鈴木 邦彦 氏
株式会社MMオフィス 代表 工藤 高 氏
小濱介護経営事務所 代表 小濱 道博 氏
ウェルフェア・Jユナイテッド株式会社 代表取締役社長 本間 秀司 氏 |
| Part 6 | [パネルディスカッション]
制度改革に期待する他律主義でなく
普遍的な成功セオリーを身に付ける | 公立大学法人埼玉県立大学 理事長 田中 滋 氏
キャンングローバル戦略研究所 研究主幹 松山 幸弘 氏
医療法人博仁会・社会福祉法人博友会 理事長 鈴木 邦彦 氏
株式会社MMオフィス 代表 工藤 高 氏
小濱介護経営事務所 代表 小濱 道博 氏
ウェルフェア・Jユナイテッド株式会社 代表取締役社長 本間 秀司 氏
公益社団法人日本医師会 常任理事 江澤 和彦 氏 |



全世代型社会保障に政策転換

2040年へ視界をどう広げるか

プライマリバランス黒字化
実現目標は2025年度

安倍晋三首相は1月28日の施政方針演説で「全世代型社会保障への転換を成し遂げなければならない」と決意を述べたうえで、財政に斬り込んだ。「社会保障改革と同時に負担を次の世代へと先送りすることのないよう、2025年度のプライマリバランス黒字化目標の実現に向け、財政健全化を進める」。

真に受けるか、懐疑的になるか。受け止め方は様々だろうが、政策の方向だけは明示された。

高齢者人口と死者数がピークに達すると見込まれる2040年まで、あと20年である。医療福祉制度改革・事業経営は、国家財政から生産性向上までテーマが多岐にわたるため、体系的な把握が容易でない。木も見て、森も見るには、斯界のプレーヤーが一堂に会して見解を交わし合うことが有効な手段である。保健・医療・福祉サービス研究会が1月27日に開催した「制度・報酬改革と医療福祉経営シンポジウム」には、制度設計者、医療団体幹部、研究者、経営者、コンサルタントなど、斯界の顔々が登壇した。それぞれの立場から、マクロからミクロまで課題と展望が発表された。

一方で、この時期に、社会保障制度設計のマイナス材料が発覚した。制度設計のベースとなる統計の不正問題である。総務省が発表した不適切な基幹統計のうち、医療分野では「薬事工業生産動態統計」「医療施設統計」「患者統計」（いずれも厚生労働省担当）の3つがリストアップされた。かねてから主力病院団体トップは、シンポジウムやセミナーなどで「厚生労働省の統計は信憑性に欠ける。発表された統計をもとに地域医療構想を進めたら誤った方向に進んでしまう」と警鐘を鳴らしていたが、図らずも、この指摘が的中した。医療制度改革に影を落とすことはないのだろうか。

一方、この時期に、社会保障制度設計のマイナス材料が発覚した。制度設計のベースとなる統計の不正問題である。総務省が発表した不適切な基幹統計のうち、医療分野では「薬事工業生産動態統計」「医療施設統計」「患者統計」（いずれも厚生労働省担当）の3つがリストアップされた。かねてから主力病院団体トップは、シンポジウムやセミナーなどで「厚生労働省の統計は信憑性に欠ける。発表された統計をもとに地域医療構想を進めたら誤った方向に進んでしまう」と警鐘を鳴らしていたが、図らずも、この指摘が的中した。医療制度改革に影を落とすことはないのだろうか。

昨年、90歳で亡くなった作家の石牟礼道子氏はロングセラーとなった『苦海浄土』（1969年）で、水俣病患者の尊厳に光を当て、地域共生社会の基層を描いた。この作品をひとつの材料に、政治社会学者の栗原彬氏（立教大学名誉教授）は、1970年代から地域共生社会を志向する研究成果を発表し続け、フィールド活動も実践している。

栗原氏はアイデンティティという概念を日本に紹介したが、説き続けているのは、近代化からの自己回復である。この思想は、たぶん日本医師会常任理事の江澤和彦氏が使命とする「尊厳の保障」にも通ずるのではないだろうか。江澤氏はこう述べている。

「好き好んで病气や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとつての本来の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち尊厳の保障を実現することが我々の役割である」

2040年への医療福祉改革は、尊厳が保障される地域共生社会への手段である。主要な駆動力はAIだろうが、その5年後には、AIが人間の頭脳を超えるシンギュラリティ（技術的特異点）の発生が予測される。2045年問題が控えている。地域共生社会の創出にも、シンギュラリティへの流れが否応なく連動し、想定外の出来事が次々に起きるかもしれない。グループが診療情報や生活支援情報のプラットフォームを制して、医療福祉現場を差別しても不思議でない。

医療福祉事業者が、何が起きても適応できる経営体質を築くには、同業種との連携強化だけでなく、他業種とのオープンイノベーションも問われてくる。

（文／編集部）

尊厳保障の地域共生社会 AI台頭で2045年問題へ

医療福祉事業者が向かう

地域包括ケアシステムの実現と

2040年に向けたビジョンと戦略

「地域包括ケアシステムは地域共生社会・多世代共生社会を実現させるための設計図」と定義する田中滋氏は、地域包括ケアシステムが地域課題を解決するには、医療と介護の連携を超えて生活を支える機能が必要であると提言する。地域包括ケアの新しい視点を解説していただいた。



埼玉県立大学 理事長

田中 滋 氏

前の歴史を振り返ると、農民や貧困層による生活苦からの暴動は別として、王や皇帝を倒してきた勢力は貴族層、郷紳層、ブルジョワ層などで

険制度を中心とした社会保障制度です。この考え方は現代日本の医療保険制度や介護保険制度にもつながっています。

■社会保障制度の創設によって、どのような変化が見られたのでしょうか。

田中 大きくなると、地縁・血縁から切り離された労働者層が工業生産の中核を担うようになりました。同時に近代医学が発達し始めます。労働者層が生産・分配過程から、疾病・労災・高齢などによって疎外されると、地縁・血縁型の互助につながっていないために新しいタイプの社会危機が生じます。そうした疎外感を持つ可能性をもつ層を包摂する政策の始まりは、共助の仕組み、すなわち社会保

田中 まず乳幼児死亡率が著しく低下しました。1930年の日本における乳幼児死亡率は50%弱でしたが、1960年には10%に低下し、2016年には2%以下になりました。続いて、医療提供体制と医療保険制度の充実によって、高齢者の死亡率が低下し、死亡者の平均年齢が上昇してきました。その結果、これは想定された成果ですが、65歳以上人口が年々増加して、2040年にピークに達します。

介護保険制度創設以前には考えられていなかった想定以上成果も現れました。75歳以上人口と85歳以上人口の増加です。75歳以上人口は1985年頃から増え始め、2025年に伸びが止まります。85歳以上人口は2035年に1000万人を超えます。

高齢者人口が増えると、医療により疾病が完治したとしても、ADLやIADLが低下する可能性を伴うため、介護や生活支援が必要になってきます。予防も医療的な予防だけでなく、フレイル予防や栄養摂取など日常的な予防が求められてきます。男性の場合、配偶者が亡くなって、家事能力が低いと一気に弱ってしまいかねない。

■この時代背景を踏まえると、地域包括ケアシステムのあり方も変化していきますが、地域包括ケアシステムの対象には何が挙げられますか。

田中 地域包括ケアシステムにとって一番大切な究極の課題は、がん末期や老衰などで不可逆的な死に向かっている人に対する尊厳を持った看取

りです。これにはグリーフケアも含まれます。次に中重度要介護者に対する医療介護などのプロフェシヨナル協働体制があげられます。さらに、軽度要介護者、要支援者、虚弱高齢者、元気高齢者も対象と考えられていきました。地域包括ケアシステム研究会が発足して10年が経ちましたが、地域包括ケアシステムとは、適切な支援があれば家庭内での役割を担え、できれば社会参加を果たせる人々に対するサービス全体を指すようになりました。他方、全ての地方厚生局に地域包括ケア担当課長と担当官が配置されていますし、多くの都道府県と自治体に地域包括ケア担当局長や課長が任命されるようになりました。社会の仕組みも深化したのです。ここまで深化すると、この仕組みをデイサービスなどでは障害者も利用できるようになりそうですし、地域の連帯の仕組みは子どもに対しても適用できます。高齢者施設と保育園の合築もさほど珍しくなくなりそうです。

想定以上に増加してきた75歳以上・85歳以上人口

■社会保障制度の役割と意義について歴史的に振り返ってみて、いかがでしょうか。

田中 農業・水産業・牧畜業・徒弟奉公型商工業で社会が成り立っていた時代は、自助と互助は一体でした。一方、疾病・怪我・出産・看取りなどに對して提供できたのは祈り・看病・世話・わずかなスピリチュアルケアにとどまっています。ところで資本主義経済以

介護保険サービスを活用すれば、要介護度3になったとしても、住まい環境に問題がなく、厚生年金程度の収入があつて、家族関係が健全ならば、ケアプランをつくつてケアを提供する過程は難しくありません。ただし、貧困・孤立・虐待、ネグレクト・セルフネグレクト・自死希求など複合的福祉ニーズを持つ人々に対しては、医療・介護の連携だけでは対処できません。この問題にまでウイングを広げないと、安定した社会とは言えないので、社会福祉等の専門職による対処が欠かせません。

■地域包括ケアシステムの深化に伴って、参加者の職種も多様に広がっていくのではないのでしょうか。

田中 地域包括ケアシステムの構築は医療と介護の専門職連携強化から始まりました。これは必要条件でMUSTです。しかし、深化にともなつて地域包括ケアの専門職の幅が拡大し、昨年4月の介護報酬改定ではリハビリテーション職、管理栄養士、口腔・嚥下ケア

職種などが評価されましたし、社会福祉士や精神保健福祉士も診療報酬と介護報酬で評価されるようになりました。

例えば在宅の医療的ケア児に対して、医師や看護師による一定の対応がなされるにしても、24時間365日、家族が倒れないように生活を支えるためには、医療職だけでは無理です。社会福祉士や地域版MSWの機能をはじめ、生活を支える仕組みの構築が必要です。

生活を支える社会保険給付で地域の複合課題に対処する

■2040年に向けた地域包括ケアシステムのビジョンは何でしょうか。

田中 2040年に向かって85歳以上人口が著しく増加していきます。85歳になると、食事・入浴・排泄を自分で行えても、風呂場の掃除や電球の交換などはできにくくなる人が増えるでしょう。しかし、介護職にそうした日常生活支援を担わせようとしても人数が足りませんし、そもそも専門性の高い介護福祉士などに担わせるべきではないサービ

スです。地域包括ケアシステムの中に介護保険給付対象ではない生活支援サービスを組み込む工夫が求められます。同時に問われるのが予防です。団塊の世代が要介護になる時期を遅らせる取り組みを急がなくてはなりません。

生産性向上も問われますが、すでに各所で様々な研究開発が進められています。多くの企業が最先端の技術を活用した製品・サービスに取り組んでおられます。

生産性を向上させるには業務分析が不可欠ですし、多職種協働と組織間連携も必須です。ケアプランの改善にも期待したい。できなくなったことを代わりに周りが手助けするケアプランだけではいけません。本当はできるけれども実行していない行為や、できていたのに何となくできなくなったと思込んでいた行為など、改善し得るADLは何かを判定するアセスメント、反対に医学的に悪化予測を判定するアセスメントに基づいた目標志向ケアプランでなければなりません。

さらに利用者の自己肯定感を向上させるアプローチも調査段階ですが実施されています。

■介護事業者の経営には、どんな変革が求められるのでしょうか。

田中 法人経営の選択肢は、現状維持、規模と業務範囲の拡大、多地域展開、法人間の緩い連携、経営統合、早めの撤退・売却などです。事業者が生き残るには研究開発やAIの活用が欠かせませんが、そのためには事業規模の拡大も求められてきます。医療も介護も自法人だけで単独の事業を営んでいく未来は考えにくい。

すでに地域医療構想と呼ばれる枠組みで医療機関同士が連携する基盤づくりが進んでいます。医療も介護も他法人とともに地域を支える経営が王道で、こうした変化についてこれない法人が破綻しても冷たいよう様ですがやむをえません。地域全体の力が求められます。

保障制度から外れた層に対する社会保障のあり方に必要な変革について教えてください。

田中 すでに職場に属していない年齢の人も生活の場に属しています。貧困などのため家計の維持が難しくなると、地域社会における生活から疎外される可能性も出てきます。生活からの疎外の危険性の高い代表例としては、80歳の親の年金収入に頼る50歳で無職の息子がいる「8050問題」があげられます。

こうした社会を分断させる恐れのある複合課題には、医療保険制度や介護保険制度による個別給付だけでは対応できません。介護保険は「自助の社会化」ですが、複合課題に対して追加で求められる手段は地域を支える「互助の社会化」と言えるでしょう。二十一世紀型の社会保険給付を創らなければなりません。介護保険は地域支援事業への給付ができるようになりましたが、これは社会保険理論では画期的な改革と言えます。さらなる工夫が行われていく未来を望みます。

(文／編集部)

消費税増税に伴う社会保障の充実と

一体改革の次なるシナリオ

全世代型社会保障制度を構築・運営するうえで、消費税増税は財源確保のひとつの通過点である。社会保障と税の一体改革以降の財源確保シナリオは、まだ描かれていない。財源確保シナリオの方向性を土居丈朗氏が解説する。



慶応義塾大学 教授 土居 丈朗 氏

氏が

が発生したりしたことを受けて「消費税引き上げを予定通り実施できるのか?」という意見も出ています。私はひとつの条件を

が発生したりしたことを受けて「消費税引き上げを予定通り実施できるのか?」という意見も出ています。私はひとつの条件を

ら、大混乱が発生してしまいます。

安倍内閣といえども、4月1日を過ぎれば増税を延期できないうえ、増税延期を発表した日は、増税予定日の6カ月以前でし

クリアすれば予定通りに実施されると考えています。それは4月1日までに延期が決定されないことです。

た。私は社会保障財源を確保するために消費税を増税したほうがよいという立場ですが、4月1日に注目していま

代型社会保障制度を築き上げるために、消費税率の引き上げによる安定的な財源がどうしても必要」として、今年10月の消費税率10%引き上げを表明しました。実施の見通しはいかがでしょうか。

す。予定通り10%に引き上げられれば、野田内閣が発足させた社会保障と税の一体改革がひと段落します。

10月の消費税率10%引き上げを表明しました。実施の見通しはいかがでしょうか。

降の焦点は何でしょうか。

土居 年明けに日経平均が2万円を割ったり、米中経済摩擦による景気見通しの不安

す。4月1日以降の売買契約には10%が課税されるので、4月1日以降に8%を継続す

土居 政府が正式に発表したわけではありませんが、社会保障の次の重要なキーワード

から2040年にかけて、

は「全世代型社会保障」になるだろうと思います。子どもを含めた全世代が対象になるので、医療は医療、介護は介護というように制度ごとに改革していくのではなく、制度横断的な改革が必要です。医療と介護の連携を進めるだけでなく、生活を支える仕組みも必要ですが、重要なポイントには給付の財源確保です。消費税率を10%に引き上げるだけでは給付の財源を確保できません。ただ、今のところ10%引き上げの先はノーブラ

医療の給付額は公費4.5兆円、保険料3.7兆円が増加し、介護の給付額は公費2.6兆円、保険料2.1兆円が増加する見通しが示されています。

■2040年に向かって、社会保障給付額はどんなペースで拡大していく見通しですか。

野です。

土居 国立社会保障・人口問題研究所の「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」によると、社会保障給付額は2018年に121兆円、2025年に140兆円、2040年には190兆円へと拡大します。医療と介護の給付額については、2025年から2040年にかけて、

■医療費抑制の主要なテーマに高齢者の自己負担割合の増加があります。このテーマに斬り込む視点は何でしょうか。

土居 医療費に占める自己負担割合(実効負担率)は、自己負担割合が低い高齢者数の増加や、高額療養費の負担上

限が変わらない中で医療費高額化の影響によって、毎年低下しています。高齢者の医療費については、後期高齢者医療制度と介護納付金制度を負担する被用者保険や国保側が、給付をコントロールできません。負担増に歯止めをかける仕組みがないのです。

今後めざすべきは、年齢でなく負担能力に応じた負担です。まず高齢者の自己負担を「原則・3割負担」「例外・低所得者1〜2割負担」と、「原則」と「例外」を逆転させ、高齢者・若者を通して負担能力に応じた負担とすることです（別掲の図参照）。すでに「現役並み所得」のある高齢者は医療費を3割負担していますが、75歳以上で「現役並み所得」のある高齢者は7%に過ぎず、実効負担率低下を抑えるには限界があります。しかし、高齢者「現役並み所得者」の定義が、公的年金等所得と給与所得控除の併用を前提とした制度設計になっていて不公平という問題があります。この定義を修正して高齢者

の自己負担を増やすことが、社会保障と税の一体改革の次のシナリオになるのではないかと思います。

高齢者の自己負担はどこまで可能なのか

■土居先生は医療特定財源の創設に言及されていますね。

土居 まだ政府の会議で正式に議題が上がったわけではなく、これから議論の対象となるテーマですが、医療特定財源の創設も考えられます。後期高齢者医療制度への公費部分の財源を給付の増加と連動して特定財源化するというアイデアで、75歳以上と1人当たり医療費の動向を踏まえて、数年先まで高い確度で予見可能です。フランスやイギリス、ポルトガルで導入されている砂糖税や、ルーマニアとハンガリーで導入されている肥満税のような仕組みです。

■第3期医療費適正化計画（平成30〜35年度）においては地域差の縮減が焦点になっていますね。

土居 人口10000人当たり

の外来受療率、人口10万人当たりの入院受療率はともに年齢が高くなるにつれて地域差が拡大しています。原因は分析されていません。各自治体で実施している予防などの取り組みから全国統一の目標や、推計方式を設ける従来の方法のみでは地域差を是正する方策を見出せるかどうか不透明なので、新たな観点からの取り組みが必要です。

要介護認定率では、同年齢階級で認定率が上昇傾向にあります。地域差では最高が大阪府の22・4%、最低が山梨県の14・2%で、軽度者の差異が大きい。さらに1人当たり介護費の地域差では、最高が大阪府の31・9万円、最低が栃木県の24・5万円、在宅で大きな差異が見られます。

■介護給付費抑制のポイントは何でしょうか。

土居 軽度者への予防給付（通所介護、在宅介護）を市町村に移行する地域支援事業によって、介護給付費の抑制を期待できます。他方、軽度者へのケアを抑制すると重度

化して、逆に介護給付費が増大するという懸念もあります。が、どの介護予防が重度化抑制に効果的かというエビデンスの蓄積が決定的に不足しています。個人単位の要介護度の経年変化と、利用した介護サービスの対応関係の調査が不十分なのです。

また、要介護認定の精緻化と、専門職でなくボランティア等にできる軽度者へのサービスは、ボランティア等に移行することが効果的だと思えます。

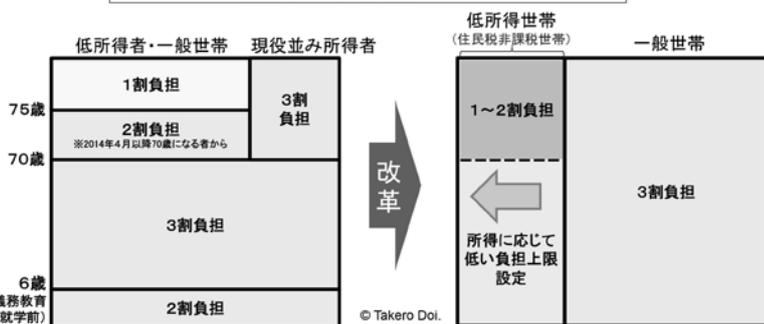
■負担の限界と給付の関係については、どのようにご覧になっていますか。

土居 社会保障給付の伸びに対して、どこまで国民は負担（税、保険料、自己負担）に応じられるか。医療や介護の場合、とく

年齢でなく負担能力に応じた負担

・ 目指すべきは、まず高齢者の自己負担を「原則：3割負担」、「例外：低所得者1〜2割負担」と、「原則」と「例外」を逆転させ、高齢者・若者を通じ、負担能力に応じた負担とすること

目指すべき方向性(イメージ)



に高齢者がどれだけ負担できるかが重要です。高齢者の経済力は格差が大きいため、生活保護があるといえども、経済力のない高齢者に対して、どのように、どれだけの負担を求めるといふ問題があります。基礎年金（税と保険料）と生活保護（税財源のみ）の対応関係を今後精査する必要があります。

（文／編集部）

出所：土居丈朗氏作成資料

近未来の医療・介護制度改革と

2040年に向けた将来展望

社会保障制度に問われているのは持続性である。国民が抱く将来の社会保障への不安を解消させながら給付と負担の最適化を図るには、何が重点施策になるのだろうか。2040年に向けての医療・介護改革のポイントについて江澤和彦氏が解説する。



江澤 和彦 氏
日本医師会 常任理事

く医師の働き方改革で、医師の健康管理、地域医療のバランスと財源確保に取り組みます。第二に、かかりつけ医機能の拡充

江澤 国債発行残高は平成元年に161兆円でしたが、平成30年度末の見込みで883兆円に膨張します。財政制度等審議会は「受益の拡大と負担の軽減・先送りを求める圧力に抗えなかつた時代」として、第二次世界大戦末期の水準であることを示唆しました。厚生労働省が20歳以上を対象に実施した社会保障に対する意識調査では、8割超が年金に不安を抱き、5割超が医療費・介護費負担増への不安を抱えています。

盤となる社会保障は相互補完し合う関係と考えています。国民の不安が高まる時こそ、社会保障の充実による将来の安心が社会を安定させ、経済成長につながるが、いくつかの課題（別掲の図参照）。

日本医師会は、未曾有の少子高齢化が進展し、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持していくため、医療側から適切な医療を提言していきます。

提供体制の構築と質の評価を踏まえた集合住宅減算・大規模減算の見直し。地域によっては集住化によるサービスマン提供が必要となるため、過度な集合住宅減算は要検討です。

さらに医療介護総合戦略として①生涯現役社会の実現②後発医薬品の信頼性向上・ポリファーマシー対策③低所得者への健康支援・費用対効果のある予防医療の推進④肺炎・脳血管障害・慢性心不全・骨折などに対する介護サービス利用者の医学的予防管理⑤認知症・一次・二次・三次予防とケアの質と地域への浸透⑥NDB・介護DB・VISIT・CHASE等のデータベースにおける有識者との協働⑦介護事業所等への経営・労務管理支援。以上について取り組んでいきたいと思っております。

社会保障の充実による経済成長をめざす

■日本医師会の重点的な方針について教えてください。

江澤 日本医師会の基本方針は①かかりつけ医を中心としたまちづくり②人材育成の視点に立った人づくり③医療政策をリードし続ける組織づくりの3点です。この基本方針に基づいて目指すべき方向性として、次の三つを定めています。第一に、プロフェッショナルオートノミーに基づ

による地域医療の強化で、かかりつけ医機能研修制度と看取り・人生会議に取り組みます。第三に、経済・財政・社会保障を一体的に考えた国造りの推進です。経済動向にふさわしい医科本体財源の伸びの確保、物品費の抑制と新たな財源確保に取り組みます。

この現状に対して、日本医師会は、2040年を見据えた安心感のある社会保障の充実に取り組みしていきます。社会保障の財源基盤を支える経済と、経済波及効果・雇用誘発効果が経済成長を支える基

■2040年へ向けた医療・介護改革に対して掲げている重点項目は何でしょうか。

江澤 私見になりますが、改革の方針は、地域の実情に応じた医療介護提供体制の効率化です。その骨子は①地域医療介護総合確保基金は事業区分の枠と中身を都道府県の裁量へ②地域医療構想は調整会議へ介護関係者の参加と介護需要の見える化を実施する「地域医療介護構想」に発展③かかりつけ医機能のさらなる確立（ゲートキーパー機能）と入院機能の連携と最適化④地域に応じた在宅医療・介護

■介護改革では介護老人保健施設の定義が変更され、在宅支援機能の強化が一層求められていますね。

江澤 介護保険法は介護老人

介護医療院は利用者の尊厳を最期まで保障

■介護改革では介護老人保健施設の定義が変更され、在宅支援機能の強化が一層求められていますね。

江澤 介護保険法は介護老人

保健施設のサービス対象者を、平成29年6月公布で「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者」と改正しました。それまでは厚生労働省令による運営基準で「在宅復帰」が定義づけられていましたが、上位概念である介護保険法によって「在宅支援」が明示されたのです。

老健施設が持つ在宅支援機能は、入所サービス、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの4つで、法改正によって「在宅支援・在宅復帰のための地域拠点となる施設」「リハビリテーションを提供する機能維持・回復の役割を担う施設」としての運営が求められています。

■介護老人保健施設に対して、長期療養・生活施設を担うのが介護医療院ですね。江澤先生は日本介護医療院協会設立時に初代会長に就任されました。介護医療の理念と役割はどう策定されたのでしょうか。

江澤 介護医療院は利用者の尊厳を最期まで保障し、状態に応じた自立支援を常に念頭に置いた長期療養・生活施設です。さらに、施設を補完する在宅療養を支援し、地域に開かれた交流施設として、地域包括ケアシステムの深化・推進に資する社会資源です。日本介護医療院協会は介護医療院の理念を「尊厳を保障する施設」「自立支援施設」「入所・在宅療養施設」「生活施設」「地域貢献施設」と定めています。

■介護医療院の提供サービスについて教えてください。

江澤 提供するサービスは①利用者の意思・趣向・習慣を尊重した個別ケア②人生の最終段階における医療・ケア（アドバンス・ケア・プランニング）③生活期リハビリテーション（心身機能・活動・参加）④廃用性症候群の脱却（過剰介護廃止）⑤自立支援介護（食事・入浴・排泄）⑥摂食嚥下・栄養・口腔機能・口腔ケア・褥瘡防止⑦通所リハ・訪問リハ・短期入所⑧地域貢献（介

護者教室・出前講座・カフェ・ボランティア・地域づくり）などです。

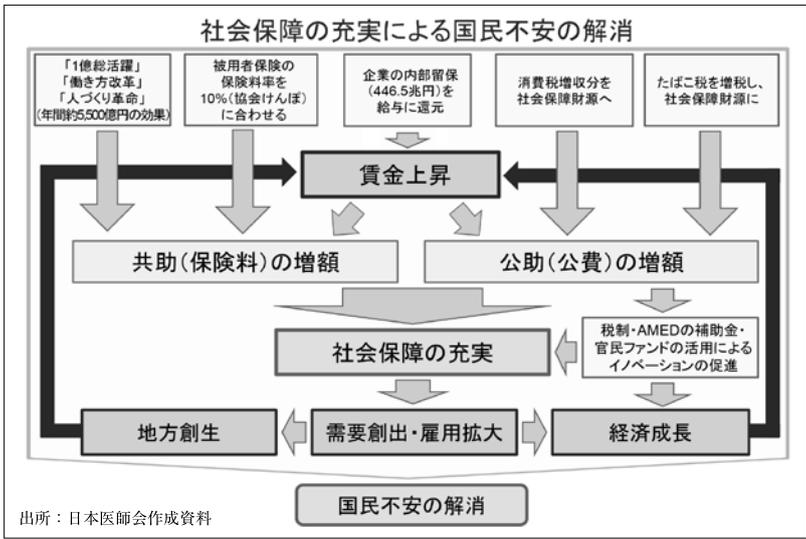
■介護分野では人材確保が深刻な課題であり続けています。勤続年数10年以上の介護福祉士に月額平均8万円相当の処遇改善以外に講じられる対策には何がありますか。

江澤 介護労働安全センターの調査によると、介護職の退職検討理由で「収入が少なかったため」「人間関係」「結婚・出産」「理念や運営への不満」などに続く6番目の理由です。賃金だけの誘導には限界があります。

■最後に、日本が高齢社会のモデルを世界に示すためには何が必要であると考えていますか。

江澤 健全な社会保障制度の持続のために痛みを分かち合うことがやむを得ない状況にあることを、ていねいに分かりやすく説明すること

で多くの国民の理解を得られるはずだと思います。みずからの健康管理、疾病予防、介護予防、医



出所：日本医師会作成資料

研究者、指導者、経営者が展望する

2040年に向けた医療介護の道筋

2040年に向けた制度・報酬改革と医療福祉経営のテーマは、マクロ経済から現場の経営戦略・戦術に至るまで多岐にわたる。研究者、指導者、実践者が語る各々の知見を包括すると、医療福祉の木も見えるし、森も見えてくる。



松山 幸弘氏

マイナス改定がない代わりに
財政破綻で制度全体が揺らぐ

キヤノングローバル戦略研究所

研究主幹 松山 幸弘氏

私が海外の研究者たちと世界の医療改革比較研究を実施した結果、日本は反面教師としてアジア諸国を中心に世界から注目されていることが分かりました。その理由は、①医療介護の財源確保を赤字国債に依存しているが、いつ破綻するのか②21世紀医療介護改革のキーワードである「インテグレーション」が未発達で過剰重複投資を放置し、広域医療圏単位でプラットフォーム

フォーム機能を果たす事業体が存在しない③医療介護分野のICT活用で諸外国に10年以上遅れていることなどです。日本政府は「日本は医療制度改革で世界のリーダーになる」と公言していますが、国際会議でそのようなことを述べても、全く相手にされません。

日本の社会医療法人の平均経常利益率は2011年に5・38%でしたが、毎年下がりに続き、2017年には暫定値で1・76%にまで落ち込みました。この間に診療報酬本体のプラス改定が実施されているので、低下した理由は診療報酬ではなく、人件費などのコストアップだと思われる。しかも2017年度の社会医療法人の売上高と経常

いません。そこで、私が半年かけて集計しました。社福全体の経常利益率は3.5%です。驚いたのは保育專業の6.6%です。保育士の人件費の財源は社福自身にあるのです。

さらに原則施設経営を行っていない社会福祉協議会に6056億円の純金融資産（金融資産マイナス借入金）があるので、資金の活用を考えるべきと思います。都道府県別の平均経常利益率を見ると、高齢專業の社福では、徳島が7.5%、愛媛が6.1%でした。徳島と愛媛の社福は介護福祉士の処遇改善の財源を持っていると言えます。

今後の診療報酬・介護報酬については大幅なプラス改定はないでしょうが、マイナス改定もないでしょう。なぜなら、政治家に財政再建をする意思も能力もないからです。そのため、2025年以降に国債の入札で応札がない「札割れ」が起きると予測されています。その場合、戦後に実施された預金封鎖の可能性も否定できないと思います。（談）



鈴木 邦彦氏

医療と介護の提供体制は
垂直連携から水平連携へ

医療法人博仁会・社会福祉法人博友会

理事長 鈴木 邦彦氏

これからは高齢者医療と介護の一体化に伴い、かかりつけ医の役割が拡大し、まちづくりによる元気高齢者の就労・社会参加や子育て支援も重要になってきます。その仕組みをつくる地域包括ケアシステムによって、医療・介護の提供体制は、従来は急性期病院―回復期病院等―かかりつけ医という医療のみの垂直の連携中心でしたが、それが地域包括ケアによって、かかりつけ医機能を持つ中小病院や有床診療所を含めてかかりつけ医・訪問看護師・地域包括支援センター・ケアマネジャー等の水平の連携中心に変化しました。

病院の方向性は、400床以上が高度急性期―急性期に特化、200床未満が単

医療福祉経営シンポジウム」

科専門病院以外は地域包括ケアを支える病院に転換、その中間病床数の病院はいずれかを選択する流れになるでしょう。この中であって、地域密着型の中小病院・有床診療所の役割には、従来の急性期の大病院との連携や診療所の在宅支援だけでなく、行政・介護との連携、医師会や地域への人材派遣、まちづくりへの参画も挙げられます。地域包括ケアを支援する中小病院・有床診療所の必要性を訴えた2013年の日医・四病院合同提言を受けて、2018年度診療報酬改定において、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1および3や地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）が設定されました。本格的な超高齢社会に突入する2025年から、高齢者人口と死者数がピークに達する2040年にかけて、医療機関と介護施設は、さらなる労働力人口の減少の中で、中重度者・看取りの増加に直面します。事業継続の判断基準は、従来は承継と建て替えでしたが、今後は人手不足・

人口減少・働き方改革も考慮する必要があるでしょう。人手不足への対応では、仕事と子育て・介護の両立、元高齢者の活用、外国人材の採用、ロボット・ICTの導入などに取り組むことが求められています。

さらに医療機関・介護施設には、地域活性化に貢献する役割も期待されています。全世代・全対象型地域包括ケアの実践によって、都市部では地域コミュニティの再生、地方では地方創生という成果を創出できると考えています。



工藤 高氏

病床稼働率も重要だが、1日入院単価アップも重要

株式会社M.M.オフィス

代表 工藤 高氏

急性期病院の経営が厳しくなっている背景には、まず急性期医療需要へのピークアウトが挙げられます。多くの地域では2025年にかけて緩

やかに需要が低下し、それ以降は、需要の減少が加速すると想定されます。医療技術の進展による「低侵襲化」と高齢者終末期の高度急性期への「ピークアウト」が、需要低下に拍車をかけています。さらに、一般病床の患者数が増え、でも在院日数短縮で利用率が低下傾向にあることも、急性期病床の経営を厳しくしています。

病床運営では病床稼働率も重要ですが、1日入院単価を上げる努力も重要です。例えば急性期入院基本料（旧7対1）は100床当たり、1日入院単価55万円が稼働率100%よりも1日入院単価6万円が稼働率95%のほうが、年間収入が多く、看護師の人員費比率も下がります。

人員費の比率を下げるには分子の人員費を減らすのではなく、分母の医療収入を増やす戦略を考えなければなりません。10億円の医療収入に人員費が5億円なら人員費比率は50%ですが、収入を20億円にするには人員費も10億円（50%）に倍増させなければな

りません。医療収入20億円で、人員費5億円（25%）の病院は存在せず、20億円に増やす場合は、必要な部署の人員も増やす必要があります。

次に、急性期入院基本料1（旧7対1）および2の分水嶺についてご説明します。分水嶺は入院単価と看護必要度A、Cの多寡です。入院料1、2、3の分水嶺を客観的に判断する指標は1日入院料単価の多寡であり、看護必要度A、B、C項目とも関連します。1日入院単価6万円以上の急性期トップランナー病院では、大手術や救急搬送患者が多いため、看護必要度も「モニタリング及び処置等」の医療行為を評価したA項目と「手術等の医学的状況」を評価したC項目が多くなっています。一方で、入院単価4万円台の病院では、誤嚥性肺炎や市中肺炎、脳梗塞後遺症など長めの入院高齢患者が多く、主にADL評価のB項目関連項目が高くなっています。

2020年改定以降には、入院料1のハードルは看護必要度だけでなく、チーム医療

実績、医療のプロセス、アウトカム、DPC機能評価係数IIとの紐づけなど様々な「診療実績」項目が段階的に入ってくるでしょう。（談）



小濱 道博氏

これから期待したい介護事業は混合介護と共生型サービス

小濱介護経営事務所

代表 小濱 道博氏

昨年8月から東京都豊島区で「選択的介護モデル事業」という名称で、訪問介護に伴う混合介護のモデル事業がスタートしました。ヘルパーさんが訪問した時に、ペットの世話、庭掃除や客間の片づけ、電球・蛍光灯の付け替え、電子機器の操作確認などを依頼できる事業です。

参加している事業者は9事業者ですが、選択的介護を利用されている事業者は4事業者で、契約者数は昨年11月末時点で11人。11人のうち3人が見守りサービスを利用して

ス利用者は8人に過ぎません。

混合介護が非常に期待されているのに、現状ではどうなのかなと疑問が湧いてきます。伸び悩んでいる理由は料金を「30分コース」「60分コース」「90分コース」とパッケージ化したのに、事業者ごとに料金がバラバラであることです。A事業者は30分コースが3000円、B事業者は2000円というように料金が統一されていません。

同じサービスで料金に違いがあることは利用者には理解されません。しかも訪問介護にセットされたサービスなので、自分を担当している訪問介護事業者が30分3000円の場合、2000円で提供しているサービスの利用はできません。私は、バック料金で払うよりも利用した分だけ払う料金体系のほうがよいと思います。

ただ、以上は事業を始めて4カ月の実績です。事業の実施期間が残り2年間あるので、次の制度改正に反映されるような成果が出ることを期待しています。

ています。

混合介護に加えて、もうひとつ期待される介護サービスは、昨年4月にスタートした共生型サービスです。対象サービスは、居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービスです。今のところ、各地域を見ると許可件数が少なく、大都市でも数件に過ぎません。

共生型サービスは障害福祉に由来するサービスですが、報酬体系が介護保険優先主義なので、20年間障害福祉サービスを利用していただけでも、65歳になったら介護保険に切り替えなければなりません。算定要件をクリアできないことが多く、サービスとして十分に機能していません。

ただ、障害者の方がデイサービスに通うと、笑顔を見せるようになり、レクリエーションや片付け作業などに参加して、これまでの閉鎖的な生活環境から抜け出して社会との関わりがもてるようになってきます。共生型の理念が実っていると思います。(談)



本間 秀司氏

社会福祉法人改革の本丸は行政からの天下り徹底監視

ウエルフェア・J・

ユニテッド株式会社

代表取締役社長 本間 秀司氏

2040年までの20年間、成長戦略を掲げる法人にとっては、最後のチャンス

の20年です。マーケット

を都道府県単位でなく、

全国の複数都市に広げて考

える時代になったことを受

けて、これからは、多種事

業・多事業所・多人種経営

が前提になります。サービ

スを受ける人がたくさんい

る地域で、利益の上がる事

業を選び、自法人で運営で

きるようにする。経営者が

その気になり、強い競争相

手がいなければ、その法人

は成長し続けられます。

これから需要が増える分

野は、認知症、知的障害、

精神障害です。需要が増え

る場所は、まずは札幌、仙台、

首都圏、名古屋、大阪、広

島、福岡、次に県庁所在地、

その次に中核都市の開発地

区などです。例えば仙台の

介護保険事業の市場規模は

現在約600億円ですが、

2045年までの25年間に

1200億円に拡大する見

通しで、全国展開をしてい

る法人や地方の有力法人な

どの全国大会と地方大会の

勝ち組が、どんどん仙台に

向かって進出しています。

利益の上がる事業は、私ど

ものお客様100法人を分析

すると、順番に①看護小規

模多機能、小規模多機能②大

規模デイサービス③訪問介護

(首都圏)④老健⑤生活介護

⑥障害者グループホーム⑦就

労継続A型・就労継続B型で

す。

一方、社会福祉法人のガバ

ナンスには抜本的な改革が必

要です。私は問題の本丸は

内部留保ではなく、充て職理

事長、充て職役員、充て職事

務長。―すなわち天下り人事

にあると理解しています。理

事長、役員、事務長を行政か

らの天下りで固めている法人

は、昔ながらの経営に固執し

続けて、見事なほど新しい取

り組みをしたがらず、いまだ

に施設経営重視で在宅事業

に目が向いていません。つ

まり、法人の合併・統合や協

働化が進むと天下りポストが

減ってしまうことが、大規模

化と協働化を阻害する要因に

なっていると考えています。

国が本当に社福の資産を社

会還元に向かわせたいと願っ

ているのなら、天下り人事を

厳しく監視する必要があります。

2万1700法人ある社

福の理事長、役員、事務長へ

の行政からの天下りを徹底調

査すべきではないかと提案し

ます。

さらに施設に入らずに自

宅で暮らす高齢化した障害

者数が数百万人単位に達す

ると理解していますが、そ

の障害者をお世話している

のは、もっと高齢の親御さ

んです。今後、高齢の障害

者を在宅でサポートするこ

とは必ず困難になるので、

新たな政策が必要だと考え

ます。(談)

(文／編集部)



パネルディスカッション 司 会 公立大学法人埼玉県立大学 理事長 田中 滋 氏
 シンポジスト キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹 松山 幸弘 氏
 医療法人博仁会 社会福祉法人博友会 理事長 鈴木 邦彦 氏
 株式会社 MM オフィス 代表 工藤 高 氏
 小濱介護経営事務所 代表 小濱 道博 氏
 ウェルフェア・J・ユナイテッド株式会社 代表取締役社長 小濱 道博 氏
 公益社団法人日本医師会 常任理事 江澤 和彦 氏

パネルディスカッション

制度改革に期待する他律主義でなく
 普遍的な成功セオリーを身に付ける

2040年を展望した医療・介護・福祉改革では何が問われているのか。事業者が踏まえるべき経営の要諦は何か。制度設計者、医療関連団体幹部、研究者、コンサルタントがそれぞれの立場から見解を交わした。

障害者が社会に溶け込める
 共生型サービスの推進

田中 これまでの発言を受けて、江澤先生よりコメントをお願いいたします。

江澤 次の時代や将来世代のことを考えていかなければなりません。その点、田中先生が提示された社会的包摂という概念は共感を呼ぶのではないのでしょうか。

田中 シンポジストの皆さんは発言時間が1人15分だったので、時間が足りなかったのではないのでしょうか。言い足りなかったことや、他のシンポジストの発言を聞いて修正する点もあったかもしれません。それぞれ追加発言をお願いします。

松山 本間先生のお話が一番

響きました。私が社会福祉法人の調査研究を始めた理由は、姉の長男が障害児で社会福祉法人にお世話になっていくからです。私の甥は、生後6か月の命と宣告されましたが、医学の力によって生命を維持することができ、今年33歳になりました。親の最大の心配事は「自分が死んだら、この子はどうなるのか？」という問題です。私は、社福全体を再編成することでセーフティーネットを強化できると考えています。

鈴木 地域包括ケアシステムは海外からも注目されています。地域包括ケアシステムの構築が出来ないと、政府が進めているアジア健康構想も信頼されないとします。その意味でも、しっかりと地域包括ケアシステムの構築に取り組み必要があります。

田中 日本にはアジア諸国から留学生もたくさん来ています。日本を外国人材受け入れのプラスモデルとして見ていただけるようにしなければなりません。工藤さん、お願いします。

工藤 地域医療構想はどうなのか？と疑問視する声がありますが、地域医療構想で策定しようとしている2025年の二次医療圏における病床数は、地域の需要と供給で決まっていきたいと思います。例えば集客力の落ちたレストランが店舗面積を半分削減して、従業員を減らして経営するように、病床と職員数も需要に合わせて少なくするような措置です。

病床数を減らしても、平均在院日数が短くなり病床回転率が高まれば急性期は忙しくなるので、多くの医師と看護師が必要になってきます。その意味で、中長期ビジョンをしっかりと持ち、単に病床数にはこだわらないことが重要であると思います。

田中 病院が担う社会的機能を果たす手段は急性期病床だけではありませんね。病床以外の機能の使い方が問われてきます。小濱さん、いかがでしょうか。

小濱 障害者福祉はある程度閉鎖的な市場であり、障害者数もそうそう増えること

はありません。ところがデータによると、知的障害者と精神障害者を中心に6年間で140万人が増えています。日本では閉鎖的な環境で過ごさざるを得ないのが実態です。今こそグループホームがありますが、座敷牢という比喩があるように、長年にわたって閉じ込められてきました。

ところが、介護と障害が組み合わさった共生型サービスが動き出したことで、障害者の方が社会に溶け込む場を見つけられるようになりました。喜びが増え、楽しいと言ふようになり、相談支援員もサービスを理解して、上手に利用者を増やしています。医療と介護の連携が進んでいますが、共生型サービスを推進して、障害者の方も輪に加えることが大事であると思いま



田中 滋氏

す。

医療介護の経営者は 他業界から学ぶべきだ

田中 障害者への対応は、今日のシンポジウムの大切なテーマだと思います。江澤先生は「尊厳の保障」を掲げて医療機関と介護施設を運営されていますが、尊厳という言葉は障害者にはあまり使われてきませんでした。障害者が喜びをもつて生きていくことは介護予防にもつながります。本間さんの追加コメントはいかがでしょうか。

本間 私どものお客様100法人のうち、私個人が担当している社福は20法人ですが、その3分の1が赤字を黒字にしてくれというコンサルティングの依頼です。ご理解いただきたいのは、同じ仕事をしても黒字にする経営者と赤字にする経営者がいることです。医療介護の経営には成功のセオリーがあります。そのセオリーを理事長、院長、施設長、現場責任者が理解して経営にあたっているかどうかです。

例えば甲子園に出場した高校野球チームの打者が、ノーアウト2塁の時に何をしなければならぬか。ベンチから指示を出すわけですが、手堅くいくのなら、バントをしてワンアウト3塁にします。試合の主導権を取ろうとするならば、ピッチャーよりも右側に打つことが鉄則で、ランナーを進めるか、あるいはヒットを打てれば大きなチャンスです。このセオリーを理解していない選手と監督が試合をすると、レフトフライを打ってアウトを増やす結果になってしまいます。

この違いが医療介護経営でも赤字と黒字を分ける時代になってしまったのです。今こそ経営という視点で勉強することが最も求められている業界が、医療介護分野であると思います。私は医療介護のコンサルティングに携わる前は、大手メーカーや大手商社のコンサルティングに携わっていましたが、経営に対する考え方も、人の育て方も全く違います。医療介護業界は他業界のようにしっかりとした

考え方を持つべきだと思います。それから私どものお客様の経営データを分析すると、介護事業の中で一番利益が上

がらないのは特養とグループホームです。しかし社福の現場職員に「一番利益が上がっている事業は何か？」と聞くと、大半の人が「特養」と答えてきます。実際は、一番利益が上がっているのは小規模多機能と看護小規模多機能で、看護小規模多機能に至っては年間収入が1億2500万円で営業利益が3500万円という施設があります。私どものお客様には多数の25%の営業利益を出している法人もたくさんあります。一方で、小規模多機能で500万円の赤字を出している法人もあります。職員の給与水準を上げるには利益を出す以外にないの

大事だと思えます。私は医療介護業界に入ってから10年しか経っていませんが、今申し上げたような考え方のコンサルタントがこの業界にいなかったら、お客様を100法人獲得できたのです。2040年に向けては全く違う考え方に改める経営者と管理者、本部と経営企画室機能が必要です。

プラットフォーム事業体の 日本海ヘルスケアネット

田中 制度改革や報酬改定に期待するとおっしゃる経営者がおられますが、それでは本物の経営者とは言えません。報酬改定を先取りした経営者になるとか、自分が実践してきたことがらがやがて制度改革に組み込まれるような経営者が、これからの医療介護福祉が、これからの医療介護福祉が、経営者のあるべき姿です。その意味で、こういう報酬改定をしてほしいと役所や制度改正関係者に陳情するだけではなく、夢かもしれないけれども2040年に向かって先進的な経営をしていく決意を持つ覚悟が大切です。最後に、

「制度・報酬改革と
医療福祉経営シンポジウム」



本間 秀司氏



小濱 道博氏



工藤 高氏



鈴木 邦彦氏



松山 幸弘氏



江澤 和彦氏

それぞれ総括をお願いします。
江澤 私は病院と介護施設の経営者になって24年になります。患者さんと利用者さんの尊厳を大切に、どれだけ良い治療・良いケアができるか、その一点で鋭意経営に取り組んでいます。お金を儲けることは下手ですが、できるだけ良いサービスを提供しようと努力しています。医療法人も社会福祉法人も非営利法人ですが、法人経営はビジネスには違わないので、社会情勢や人口動態などを見据えながら経営していきたいと考えています。

人です。それ以外の民間の事業体はプラットフォームと連携するか競争するかを自主判断しています。人口構造や疾病構造が変化しても、プラットフォーム事業体がケアのポートフォリオを変化させることで地域全体の経営資源の再配分を進めることができます。
日本の地域包括ケアには、海外のような事業体がないので大変だと思いますが、地域医療連携推進法人「日本海へルスカアネット」(山形県酒田市)がモデルになるのではないのでしょうか。
鈴木 地域性が全く異なる中で、それぞれの地域性に応じた地域包括ケアに取り組まなければなりません。私が経営する医療法人と社会福祉法人は人口減少地域にあるので、地域を支えながら周辺の地域も視野に入れる必要があります。わが国には二木立先生が提唱された保健・医療・福祉複合体があります。これがもっと使い易くなれば、事業者としては経営しやすくなります。

子外しがあるという不満がありますが、報酬改定は政策誘導側面もあります。ミツション終了ならば梯子を外されることもあります。ビジョンをしっかりと持っていれば、政策誘導に対して右往左往しなくてもすむと思います。質の高い医療を提供して経営データをしっかりと収集分析することです。
小濱 今年は4月と7月に大きな選挙があるので、選挙後に政府が制度改正の全貌を明らかにするでしょうが、制度が大きく変わることは避けられません。波乗り経営と言われますが、新しい波が来たら乗って、さらに大きな波に乗り換えて成長していくという考え方が必要ではないかと思えます。ただ、地方分権の弊害が出てきていて、保険者ごとに制度への対応のレベルが違っているので、地域包括ケアは市町村間の格差がなくなつた時に完成するのではないかとイメージを持っています。2040年頃までには市町村格差がなくなつて地域包括ケアが完成することを

期待しています。
本間 私はこの業界に入る前は大企業から町工場に至るまで多くの経営者に関わってきました。そして、この業界に入つてからも医療法人、社会福祉法人、株式会社の様々な経営者にお会いする機会がありました。その中で、優秀かつ成功している経営者には三つの共通点があることが判ってきました。
一つ目は、人の教育が組織を成長させることを認識し、実践していること。二つ目は、国の政策や時代の流れにいち早く乗って最初に利益を取ることに。これは誰もが強調しています。三つ目は、収支の黄金比率を崩さないことです。自動車がコンピュータの箱になり、今やグーグルが参入してきたように、時代はどんどん変化していますが、この三つはどんな時代にも共通しています。
田中 制度改正を予想するだけでなく、それを超えた力を持つことが大事ですね。ありがとうございます。

(文/編集部)