

激動の2020年～2021年を経て、
2022年の新春の想いと新たな事業構想～

リーダーが語る のビジョンと戦略』

- | | | |
|--|--|---|
| Part 1
公益社団法人 全日本病院協会 会長
猪口 雄二 氏 | Part 6
公益社団法人 日本看護協会 会長
福井トシ子 氏 | Part 11
つしま医療福祉グループ 代表
対馬 徳昭 氏 |
| Part 2
一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
斉藤 正身 氏 | Part 7
公益社団法人 全国老人保健施設協会 会長
東 憲太郎 氏 | Part 12
SOMPOケア株式会社 代表取締役社長
遠藤 健 氏 |
| Part 3
一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長
仲井 培雄 氏 | Part 8
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 会長
平石 朗 氏 | Part 13
株式会社リンクアップラボ 代表
酒井麻由美 氏 |
| Part 4
一般社団法人 日本慢性期医療協会 会長
武久 洋三 氏 | Part 9
一般社団法人 全国デイ・ケア協会 会長
近藤 国嗣 氏 | Part 14
小瀧介護経営事務所 代表
小瀧 道博 氏 |
| Part 5
日本介護医療院協会 会長
鈴木 龍太 氏 | Part 10
一般社団法人 日本介護支援専門員協会 会長
柴口 里則 氏 | |

過去2年間に及んだ新型コロナウイルス感染症拡大に対して、全国の医療・介護従事者が自身の感染リスクにさらされながらも、献身的に患者・利用者に尽くしたことに多くの国民が敬意と感謝を示した。在宅勤務のできないエッセンシャルワーカーを取り巻く過酷な現実が広く理解されたことは、医療介護サービスのあり方にとつては、大きなプラスではないのか。

ただ、敬意と感謝の一方で、医療機関への不信感が沸き起こったことも看過できない。幽霊病床問題である。コロナ専用病床確保の補助金を受給しながら、コロナ患者の受け入れ実績や病床利用率の少ない医療機関が、少なからず存在することが明らかにになった。補助金政策の盲点が露呈したのだ。事態を憂慮した東京都は、該当する医療機関に対して理由を確認したうえで、補助金返還を求める措置を公表した。

そんな折に発足した岸田文雄内閣は、コロナ禍で苦闘した看護職、介護職、保育士の賃金アップ策を決定した。朗報だが、看護職は介護職と保育士に比べてアップ幅が少ない。日本看護協会は厚生労働省に累次の要望を提出し、直近では12月6日、福井トシ子会長が後藤茂之厚生労働

相と濱谷浩樹保険局長に要望事項を提出した。

〈令和4年10月より、医療機関、訪問看護ステーションに勤務する看護職員の月額1万2000円（平均賃金額3%相当）の給与引上げを行うための措置を、令和4年度診療報酬改定において講じられたい〉

だが、中央社会保険医療協議会で、支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「診療報酬で対応すれば利用者負担や保険者負担に影響する。看護師の処遇改善に向けた基本診療料の引き上げには反対する」と表明した。補助金での対応が検討されるのだろうか。

医療機能の分化・連携 医療と介護の一体的体制へ

2022年にはデータヘルス改革も加速しそうだ。改革の端緒になるのはオンライン資格確認だが、マインバーカードの交付率は39%。カード保有者のうち保険証と紐づけている割合は12%に過ぎない。11月21日に都内で開かれた診療所向け経営セミナーで、厚生省保険局保険データ企画室の柏尾康寿・健康保険情報推進専門官は、オンライン資格確認の導入促進方針を説明した。

『医療福祉業界の 2022年』

今日の福祉業界においては、2021年介護・障害報酬改定が同年4月に施行され、感染症や増加する災害に対応するためのBCP（事業継続計画）策定、データヘルス改革に対応したLIFE導入などが大きな話題となった。

医療業界においては、医師の働き方改革、外来機能報告制度導入が示されるなか、中医協では、2022年診療報酬改定の議論が佳境を迎え、政界においては第2次岸田内閣がスタートした。そこで「Visionと戦略」新春号の特集では、良質な医療福祉サービス提供を目指す医療福祉事業団体の長や経営トップ、経営コンサルタントに2022年を展望いただき、2040年に向けたビジョンと戦略を、伺いとりまとめたので報告する。

「まず医療機関にマイナナンバーカードを保険証として利用できることを訴えて、患者がマイナナンバーカードを持ってきた時に『使えないの?』という事態にならないように、支払基金を通じてリーフレットを配布する。国民にも周知させていく。もうひとつは、経済産業省と一体となって、メーカーやディーラーの数を増やすなどハードウェアの確保に努めていく」

それから24年度診療報酬・介護報酬同時改定への議論が本格的にスタートする。同時改定は25年を目標にした地域包括ケアシステム構築の総仕上げである。地域医療構想に基づく医療機能の分化・連携や、医療と介護の一体的提供体制などの課題は、コロナ対応で進捗が遅れた分、加速するはずである。

キーワードのひとつは集約化である。医療機能の分化・連携は言い換えれば集約化だ。介護分野では4月に社会福祉連携推進法人制度が発足するが、連携推進法人が法人合併に移行すると見込んで、M&Aコンサルタントが行政と連携して連携推進法人設立を支援する動きもある。

10月からは 年収2000万円以上（夫婦計320万円以上）の後期高齢者の医療費自己負担が2割に上が

る。介護施設入所者も受診すれば2割負担だから、経済的な理由で受診を控えるを得ない高齢者も出てくる。新たな課題だ。

一方、同時改定に向かう過程で、22年には2つの注目人事がある。6月の日本医師会会長選挙、7月の定例人事による厚労省保険局医療課長の選任である。日医幹部と医療課長は同時改定の中核を担うキーパーソンだ。2つの役職とも社会保障制度の維持という土俵で指揮を執るので、何かが大きく変わることはないが、改定には当人の志向性が反映されやすい。

本特集では、医療関連団体代表、介護関連団体代表、事業者、コンサルタントが新年度の事業環境と事業者のあり方を語った。そのメッセージを受け、実り多い1年を送ってほしい。



民間病院は立ち位置を固め 地域にポリシーを示して 存在意義を出していこう

明けましておめでとうござい
ます。2021年は前年から続いたコ
ロナ対応で大変な年だったと思いま
す。急性期の患者さんをたくさん受
け入れている病院も大変でしたし、
中小病院やポスト・コロナを受け入
れる病院も大変でした。ワクチン接
種でも活躍していただきました。全

国の病院で対応していただいたと思っ
ています。では新年はどうなるのか
と言えば、現時点では第6波がいつ
来るのかが分かりません。
コロナ対応以外にも、医師の働き
方改革、地域医療構想、外来機能報告
選定療養など病院には取り組まなけ
ればならないことがたくさんありま



公益社団法人 全日本病院協会
会長

猪口 雄二 氏

INOKUCHI YUJI

1955年東京都生まれ。79年獨協医大卒。同大病院リ
ハビリテーション科を経て、87年医療法人財団寿康会理
事長。2000年四病協医療保険・診療報酬委員会委員長、
07年全日病副会長、17年同会長に就任。中医協委員を
歴任。21年6月より日本医師会副会長。

す。民間病院は自分たちの立ち位置
をどのようにつくっていくか、地域
医療の中でどのようにポリシーを示
して存在意義を出していくのか。こ
こが一番重要です。病院が元気に地
域医療に貢献できるように、頑張ら
なければならぬと思っています。

2022年4月には診療報酬が改
定されます。3月の通知を見ないと
全体像は分かりませんが、どんな改
定内容にも、素早く、注意深く対応
していく。その対応力が民間病院の
決め手になると思います。

診療報酬改定は2年に1回なの
で、基本路線は変わりません。2年
では変わらないのですが、今後を考
えると医療提供体制を含めて診療報
酬体系はどうあるべきかという議論
が必要だと思っています。国の政策
では急性期の集約が言われています
が、今の体制をどう変更するかは大
変難しい課題です。大きな道筋をつ
けるのなら10年単位で考え、診療報
酬と医療提供体制を関連づけて整備
していく必要がありますが、2年に
1回の改定において、その時の状況
で内容を変えろという方法では整備
されないと思います。

それから医療は国の根幹を担って
いるので、国全体が元気になる

と医療にもプラスになりません。医
療費は「対GDPの何パーセント」
という指標が発表されますが、医療
全体を発展させるにはGDPを上げ
る必要があります。GDPに占める
医療費の割合だけが増えていくこと
は健全ではありません。経済成長が
必要だと思います。

こうした現状を踏まえて、200
床以下の病院が多い全日本病院協会
では、医療費非課税が続くと経営が
持たないので課税することや、何で
も相談できて在宅医療もカバーでき
る小回りの利く病院が、市区町村ぐ
らいの単位で必要と提言しています。

十数年前に我々はこの機能を「地
域一般病棟」と名付けましたが、地
域包括ケア病棟として発展してきま
した。過去の提言の中でも大きな成
果が出たと思います。

新年度以降、全日本病院協会が取
り組みたい事業の一つは総合医の育
成です。大学教育と卒後教育で狭い
範囲の専門医が教育されています。
医師不足が続きますが、横に串を刺
す総合医を多く育てることが医師
不足解消の手段だと思っています。
キャリアを持った医師が数年をかけ
て複数の疾患を診療できるようにな
ると、良い総合医になっていきます。

国に望みたいことは 稼働率70～80%でも成り立つ 病院の診療報酬

病院や介護施設でのリハビリテーションは、各専門職の立場で対象者をしつかり評価し、分析した結果に基づいて多職種で計画を立てる。その上でトレーニングなどを提供し、随時計画を見直す。コロナ禍において、改めてこのPDCAサイクルをどう廻すかが大事であると感じまし

た。特に現場では、ICTの活用など、変えられるものを変えるべく皆さんが四苦八苦してきたことが、これからは標準化するのではないのでしょうか。これは私見ですが、何分で何単位というリハビリテーションの報酬体系はそろそろ限界が来ていて、大事



一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会
会長

斉藤 正身 氏

SAITO MASAMI

医療法人真正会・社会福祉法人真正会 理事長
昭和31年生まれ。帝京大学医学部卒業。埼玉医科大学病院での研修後、医療法人真正会霞ヶ関中央病院に入職。同医局長を経て霞ヶ関南病院病院長に就任。現在に至る。主な社会活動として、日本リハビリテーション病院・施設協会会長、日本病院団体協議会議長、埼玉県地域リハビリテーション推進協議会会長など。帝京大学医学部・兵庫県立大学大学院・埼玉医科大学医学部で講師を務める。厚生労働省社会保障審議会介護保険部会臨時委員を歴任。

なのは、提供する体制やプロセス、そして専門職による評価であるというように、報酬体系の見方を変えないうと一向に進歩しないという課題です。2022年度の診療報酬改定では同時改定に向けた動きがあり、リハビリテーションに関しても、次の介護報酬改定を見据えた診療報酬改定になるように予測されますので、会員の皆さんとしつかり議論したいと考えています。

日本リハビリテーション病院・施設協会では地域リハビリテーションを推進しています。地域包括ケアシステムと同じような概念ですが、地域包括ケアの対象が高齢者であるのに対して、地域リハビリテーションには子供から高齢者、障害者とその家族も含まれ、推進課題は①リハビリテーションサービスの整備と充実②連携活動の強化とネットワークの構築③リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援です。当院も地域ニーズにアンテナを張って、自立支援に向けた介護予防などにも一層力を入れる方針です。

一方、リハビリテーションを提供する病院として回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）にばかり目が向きがちですが、急性期から十分なリハビリテーションを提供し、自宅に帰ってからの生活期リハを充実させれば、現在多くの役割を担う回りハ病棟の役割も逆に明確になるのではないかと思います。今年5月に亡くなった私の兄貴分である石川誠先生（回復期リハビリテーション病棟協会初代会長）も「リハビリテーションは急性期次第」とおっしゃっていました。その意味で、生活期を担える「地域に根ざした病院」が求められてくるのではないでしようか。そのため当院は、同じ川越市内の2つの医療機関にそれぞれPTとOT1人ずつ派遣して、急性期リハビリテーションをお手伝いしています。

この状況にあつて国に提言したいのは、病院、特に回りハ病棟の稼働率が70～80%でも適正な利益の出る診療報酬を設定していただきたいということです。適正な利益率は5%程度だと思いますが、今の診療報酬では稼働率が90%を超えないと採算が取れない状況です。新興感染症などに備えてベッドを確保するためには、70～80%にとどめておく必要があります。この稼働率で適正な利益が出る報酬額を議論する必要があります。

マルチモビディティ(多病)患者を みていく決意をした 地域包括ケア病棟の可能性

世界的なコロナ禍のなか、コロナと共に迎える2回目の新年となりました。そこで医療や経営の質はもとより、患者さんや利用者さん、読者の皆さん、そして私たち自身にとつての「人生の質」を、今後どう回復させていくか。2022年は、それが問われる年になると思います。

少し大きな視点で考えますと、日本という国全体を巡る安心や安全がなければ、私たちの専門である医療や福祉についても、落ち着いて提供することができません。同様に医療機関としては、コロナ等の感染症や災害対策を含めたBCPの策定、働き方改革などを十分に整えた上では



一般社団法人 地域包括ケア病棟協会
会長

仲井 培雄 氏

NAKAI MASUO

1960年石川県出身。1985年自治医科大学医学部卒業。舩倉島診療所所長、村立白峰村診療所所長を経て、1989年金沢大学医学部第2外科学講座入局。その後、石川県・富山県内の病院に勤務し、1999年医療法人社団和楽仁芳珠記念病院外科部長。2004年同院理事長就任。2006年いしかわMOT(技術経営)スクール修了。2012年地域包括ケア病棟協会会長に就任。

じめて、安心安全な医療を提供できると言えるでしょう。

22年は診療報酬改定の年です。ここでもう一度振り返っていただきたいのは、今はコロナだけでなく、急性期、慢性期、公的医療機関、民間医療機関、これらのすべてが地域包括ケア病棟(以下、地ケア病棟)を必要とする地域包括ケアの時代だということ。報酬改定を前に、急性期や回復期、慢性期、在宅、外来、過疎地など、それぞれにおける医療提供や生活支援の論点が中医協で協議されています。だからこそ国には地ケア病棟の機能を抑制するのではなく、伸ばす方向で考えていただきたいところです。

たとえば21年5月届出の地方厚生局データによると、地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料1が、入院料・管理料2を初めて上回りました。これは在宅療養中の患者さんを支える施設が増加し、機能が一層強化されたことを示しており、潮目が大きく変わったと言えるでしょう。私達は、マルチモビディティ患者を、しっかりとみていく決意をした病院が増えていると解釈しています。マルチモビディティ(多病)とは、同時に2種類以上の慢性

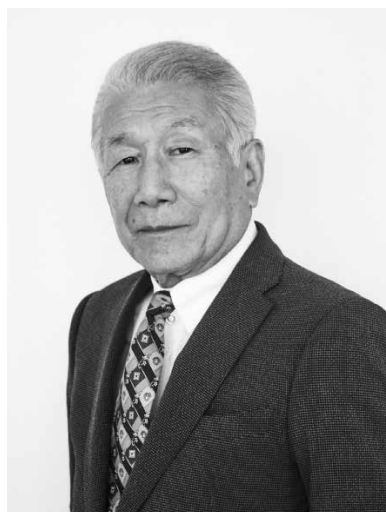
疾患が併存している状態であり、診療の中心となる疾患が設定し難い状態を示します。介入方法に関するエビデンスが乏しく、患者の意思決定支援が難しくなるため、生活や人生に着目した患者のQOL向上を目指すことになります。

各々の医療機関が、新たな理想を掲げた地ケア病棟にどんな機能を組み合わせていくのか。これまでは、地域で求められる機能と自院の各病棟機能を鑑み、それに合わせて地ケア病棟の機能や形を変えたいという説明をしてきましたが、これからは、マルチモビディティ患者をしっかりとみることに加え、第8次医療計画を見据えて自分たちがやりたい・やる医療を組み合わせていけば良いと思います。そして、地ケア病棟を届け出る病院と総合診療医や老年医学の専門医、特定行為研修を修了した看護師等との組み合わせは、医療や介護、福祉のDXと共に、生活者としてのマルチモビディティ患者・利用者とその家族のQOLの向上だけでなく、私達医療従事者の働き方改革や病院経営にも好影響をもたらすと予想しています。こうして地域に暮らす全ての方々の「人生の質」が向上することを夢見ています。

急性期でのリハビリ実施が 要介護高齢者減少の鍵 厚労省は斬り込めるか

日本政府のコロナ対応はやや悪かったですが、全体の流れとして高齢者にもしっかりとした医療を提供するというポリシーは貫かれています。日本では要介護高齢者が増えていますが、厚生労働省を含めて皆がその原因を分かっています。急性期病院の入院患者の7〜8割を高齢者が

占めているのに、介護やリハビリをするスタッフが病棟にいないのです。患者に夜中に動き回られると事故が起こるので、夜勤の看護師が膀胱に管を入れたりしています。医師は夜中の病棟にあまり関心がないのかもしれないませんが、臓器別専門医には高齢者からの様々な訴えへの対応力が



一般社団法人 日本慢性期医療協会
会長

武久 洋三 氏

TAKEHISA YOZO

1942年大阪市生まれ。岐阜県立医科大学卒業。大阪大学医学部付属病院インターン終了。徳島大学大学院医学研究科卒、徳島大学第三内科を経て、現在、医療法人平成博愛会理事長、社会福祉法人平成記念会理事長、平成リハビリテーション専門学校校長等を務める。病院(一般・医療療養・回復期リハ)・介護老人保健施設・介護老人福祉施設・ケアハウスなどを経営。

ありません。とくに急性期病院の臓器別専門医は全身状態への対応がおろそかになっているのが現状です。

結果として、急性期を退院した患者さんが回復期や慢性期に転院した時には、臓器別専門医によってもたらされた医原性身体環境破壊を十分には改善できず、一部に後遺症が残るという実態があります。急性期の段階で介護やリハビリと連携できていないことが一番の問題で、ここを改革すれば、急性期から回復期や慢性期に転院する患者さんが大幅に減ることは間違いありません。要介護高齢者が減って、介護保険のポリシーは抑制されます。

それから急性期での長すぎる入院期間が後遺症に繋がっています。海外では入院した瞬間から治療を始めますが、日本では翌日からというイメージです。入院期間を短縮して慢性期や介護医療院で預かりするという機能分化をはっきりとさせること。さらに急性期で夜勤の看護師を増やすのではなく、コメディカルを活用したチーム医療で対応すれば要介護者が減少し、2040年に向けて高齢者が増えても大丈夫だと思えます。

この問題に厚労省も十分には斬り

込めていません。全身を治すことに大学教授や一部の官僚などのコンセンサスが取れていないからです。

一方、病院経営では、コロナ禍で国公立の病院は補助金が入って業績が回復しましたが、民間病院の経営は苦しい状況が続き、とくに地方の100床以下の病院は存続の危機に直面しています。院長の息子や娘が都会の病院で勤務医をしていると、地元に戻って後継者になるという動きがありません。厳しい経営を引き継ぐだけですし、子どもの教育環境も考えれば、都会暮らしで病院勤務医を続けたほうがよいと考えているのです。

こうした中小病院を買収してくれる病院も今はなくなりました。地域医療連携推進法人に加わることは、実質的に他の病院の傘下に入るわけですが、自分で創業して長年経営してきた院長にとっては、他の病院に上から意見を言われたくないでしょうから、多くの院長は加わらないと思います。従って廃業するしかありません。21年までには多くの中小病院が廃業しましたが、22年以降もそれが続いて、40年には全国の病院数が5000施設ぐらいに減るかもしれません。

医療・介護職が使命感を持って “コロナ禍も 力合わせて ワンチーム”

私が2009年に鶴巻温泉病院長になった時に「変化を進化に 進化を笑顔に」という標語をつくりました。今では私のモットーとなっています。医療・介護、福祉、行政、社会システム等、様々なものが大きく変化し、スピードも速くなっています。その変化に躊躇せず柔軟に対応

することで、病院が進化し、進化することです。患者さん、利用者、職員、地域の満足度が上がり、皆さんが幸福になり笑顔になるという意味です。2022年も変化を進化に変えて、進んでいきましょう。コロナ禍に対しては、医療・介護職が使命感を持って戦わなければ乗



日本介護医療院協会
会長

鈴木 龍太 氏
SUZUKI RYUTA

1977年東京医科歯科大学医学部卒業、同大学脳神経外科研修医。昭和大学藤が丘病院脳神経外科助教授、鶴巻温泉病院副院長、同病院院長などを経て、2015年から同病院理事長・院長。2018年からは日本介護医療院協会会長。

り越えられません。暗くならず明るくがんばりましょう。「コロナ禍も力合わせてワンチーム」です。ノーベル賞受賞者はよくセレンディピティという言葉を使います。何かを探している時に、探しているものとは全く別の価値があるものを偶然見つけ、新しい発見や、幸運をつかみ取るというような意味です。コロナ禍では大きな変化を余儀なくされましたが、在宅勤務ができることが分かり、会議や学会もWebで時空を超えて開催できるようになりました。変化に合わせていくと、セレンディピティのように思いがけない価値が生まれるかもしれません。我慢強く取り組み、喜びを見つけ、前向きに進んでいくことが大切だと思います。

コロナ禍に関して、私は常々「朝礼暮改」で良いと思っています。未知のウイルスはどうなるか予測ができませんので、その時その時に得られるエビデンスをもとにBESTな対応を迅速に行うことが必要と考えます。昨日言ったことが、今日違うということも生じます。役人は一度決めたことを変えることを潔しとしませんが、変更をいとわず行動していただきたいと思います。

一方、病院・介護施設では現在、看護補助者・介護職が集まりません。病院・介護施設の人員配置で必須の職種であり、確保できなければ、病棟閉鎖や介護施設閉鎖という事態に陥ります。真剣に看護補助者、介護職の確保に取り組んでいただかないと、日本の医療・介護・福祉は崩壊します。待遇改善が必要です。

こうした状況にあって、介護医療院は、看取りの場としても、自宅復帰のためのリハビリテーションの場としても機能しています。利用者にとっても、病院施設にとっても、地域医療構想にとっても、三者にとっても有益なWin-Winな存在です。日本介護医療院協会は毎年、全介護医療院に調査を実施し、介護医療院の現状と課題を抽出して、問題解決にあたっています。当面5〜6万床を目指していますが、2040年には10万床を越えていると思います。

鶴巻温泉病院の経営においては、今後の病院経営に必要な持続可能性の確保に向けて、BCPの作成、持続可能な開発目標（SDGs）の推進、DX・IoTの普及等を実践して「地域に貢献する慢性期多機能病院」として経営していきます。

看護職の処遇改善は 全医療機関で3%アップ 個人に支給される仕組み要望

公益社団法人 日本看護協会 会長

福井 トシ子 氏

FUKUI TOSHIKO



1982年、東京女子医科大学看護短期大学専攻科修了（助産師）。1983年、福島県立総合衛生学院保健学科修了（保健師）。1988年、厚生省看護研修研究センター看護教員養成課程助産婦養成所教員専攻修了。1999年、産能大学大学院経営情報学研究科修了（経営情報学修士：MBA）。2005年、国際医療福祉大学大学院博士後期課程修了（保健医療学博士：Ph.D.）。この間、東京女子医科大学病院（母子総合医療センター、糖尿病センター）、杏林大学医学部付属病院（総合周産期母子医療センター師長、看護部長）の職歴を経て、2010年7月より日本看護協会常任理事、2017年6月より現職。

コロナ禍にあつて日本看護協会会員のみなさん、全ての看護職の皆様におかれましては、医療現場をはじめあらゆる場で活躍していただいておりますことに心から敬意を表します。オミクロン株の感染拡大の影響が懸念されますが、コロナへの対応で得た教訓を整理するなどし、今後

への対応として準備性を高めていきたいものです。社会保障制度のあり方が議論されて早10年が経ちますが、持続可能な社会保障制度についての議論が一層巻き起こっていく年になるのではないのでしょうか。日本看護協会は看護の力で健康寿命の延伸に資するよう

さまざまな取り組みを推進して参ります。2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上になりますが、非正規雇用にならざるを得なかった貧困世帯が多く含まれます。経済格差は健康格差に繋がりますので、看護職が地域で健康支援ができる仕組みづくりを検討し推進して参ります。

他方、日本看護協会は政府の経済対策に盛り込まれた看護職の処遇改善についてコロナに対応している医療機関に勤務する看護職を対象にするのみならず、医療機関で活躍する全ての看護職の賃金が一律3%増収となるよう働きかけています。その財源を恒久的に確保するためには、診療報酬に賃金アップ分を盛り込んでいただくことになりませんが、看護職個人の給与に反映されるように、介護職に対する処遇改善等加算のスキームを参考にさせていただきたいと提案しています。

新年度の診療報酬改定は厳しい内容になるのではないかと予想していますが、有事にどうあるべきかを踏まえたいうえで、平時の人材確保が必要だということはコロナ禍で明確になりました。医療機関を支えていただけの改定になってほしいと思っています。コロナ禍で感染管理認定看

護師やクリティカルケア認定看護師など専門性の高い看護師が力を発揮していますので、評価していただくことを期待しています。診療報酬改定に関する要望は、病院機能の分化による在院日数の短縮等で、患者さんは複数の施設を渡ることになりますから、渡る時に切れ目のないように看護の力で支えることについて評価していただけるよう要望しています。

コロナ禍にあつて日本看護協会の約200名の職員も、頑張っています。身内を養うのはいかながものかということもあるでしょうが、誉めたいと思います。現場の看護職が頑張っているからこそではあります。が、通常業務に加えスピードを要求されるコロナ対応業務を行ってききました。またそのようななかであっても、ワクチン接種に参加し看護職確保が必要な県へも応援に行きました。日本看護協会の職員はでき得る最大限の対応で現場支援を行っています。

「Visionと戦略」の読者の方々も、総力戦でコロナ対応されたことと思います。コロナに対応した力を強みに変えて新しい年を迎えられますことを願っております。

2024年同時改定に向け エビデンスを集積し 議論に備えるための一年

これまで2年弱にわたって、医療・介護業界は新型コロナウイルス感染症に苦しめられてきました。特に老健は、在宅復帰の機能が高い施設ほど、経営的に大きなダメージを受けてきましたので、2022年はコロナ禍が収まり、以前のような状態に戻る事を心から願うところです。

新型コロナウイルス対策については、いわゆるブースター接種をできるだけ早く、しっかりと行うことが大切で、ワクチン接種の普及で死亡者や重症者は減っていますが、ブレイクスルー感染が散発的に起こっています。老健施設の経営という観点では、ブレイクスルー感染は経営的にも大



公益社団法人 全国老人保健施設協会
会長

東 憲太郎 氏

HIGASHI KENTARO

1953年鹿児島県出身。1980年三重大学医学部卒業。三重大学附属病院胸部外科を経て、1989年有床診療所を開設し1991年医療法人緑の風を設立。1997年介護老人保健施設「いこいの森」を開設し施設長を務める。2012年三重県老人保健施設協会会長に就任。2013年より厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会委員。2014年全国老人保健施設協会会長に就任。

変大きなダメージとなりますので、これを防ぐために、引き続き努力していくことが必要でしょう。

一方で今年は、25年の地域包括ケアシステム完成に向けても、大変重要な年です。まず今年、地域包括ケアシステムに関する現状のエビデンスを集積し、23年にはそのエビデンスに基づいた議論が行われるでしょう。その上で地域包括ケアシステムの完成する前年にあたる24年は医療・介護の同時改定です。逆に言えば今年エビデンスが出なかったものについては、23年に議論ができず、そのあとの同時改定、そしてゴールである25年の地域包括ケアシステム完成に繋げることができません。ですから今年は、同時改定に向けたエビデンスについて、何をどのように集めるかが、非常に重要になるでしょう。介護事業について、これはあまりメディアでも取り上げられていませんが、昨年は大きな変化がありました。それは地域医療介護総合確保基金について、従来、介護事業者による利用のほとんどが施設整備だったものが、介護人材確保のために使われる割合が増えてきたことです。私たち全老健では以前から、この基金の活用については、施設整備よりも

人材確保に使われるべきだと主張してきました。国の資料では、現状での基金の使われ方は、全国平均で施設整備7割に対して介護人材確保3割、15の都道府県では、施設整備と人材確保の割合が逆転しました。これは初めてのことです。さらに基金の補助率についても、原則2分の1でしたが、現在は要件を満たせば4分の3を下限、私の地元の三重県では5分の4の補助率まで見直しがされています。今、介護人材不足は全国的な課題ですから、国としても基金がAIやICTの活用も含めた介護人材確保により使われるよう、指導をしていただければと思います。また全老健では、今後さらに増える認知症の方について、その人の持っている認知予備能を適切に評価し、正しいケアを提供していくための働きかけを続けています。

25年の地域包括ケアシステムの完成の先には、2040年問題が指摘されます。その年に向けて、さらに増大する社会保障費の問題を、どう解決していくのか。ひいては、医療保険制度や介護保険制度をどのように担保し、持続していくのかという課題を、国民全体で本気になって考える必要があるでしょう。

ICT・ロボットで現場革新 全国8ブロックで 「ICT導入モデル事業」を展開



公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
会長

平石 朗 氏

HIRAISHI AKIRA

1955年生まれ。和歌山県出身。岡山大学法文学部哲学科卒。尾道さつき作業所（無認可）就職。特別養護老人ホーム星の里施設長、社会福祉法人尾道さつき会理事長。2011年4月広島県老人福祉施設連盟会長に就任。3期6年間勤め、現在は顧問・代議員として活動。2019年6月より現職。

療の同時改定に備えて、介護関係団体のみならず、日本医師会、四病院団体協議会などの医療関係団体とも協議を始め、改定の準備に着手する年になると思います。

コロナ禍において、医療のみならず、介護現場の職員も肉体的・精神的に苦勞しました。介護従事者への慰労金支給が行われたり、介護報酬のプラス0.1%の特例措置などが実現しました。

様々な施策や対応が取られたことに、とても感謝しています。岸田政権発足後には介護職に対する9000円の賃上げが発表されました。ただ、それでも全産業平均に比べて月5万円低い水準です。全国老施協はさる11月26日、岸田内閣の公的価格評価検討委員会宛に「介護職員の給与の公的価格に関する要望について」を提出しました。

要望には、増額分の支給対象を①介護保険の対象となる介護施設・事業所内の介護職員以外の職員②介護施設・事業所以外の介護保険の対象事業所の介護関係職員③介護保険の対象とならない高齢者福祉施設にも拡大することや増額幅を労働市場の賃金水準の増加に対応した仕組みとすることを要望しました。

また、科学的介護情報システム「LIFE」の評価項目等において現場にそぐわない側面もあるので、現場の意見を伺いながら次回の報酬改定に反映させたいと考えています。

全国老施協は介護現場の業務改革も進めています。ICT・ロボットを活用して特別養護老人ホームの業務を革新した「北九州モデル」も参考に、21年度から22年度にかけ全国でモデル事業を実施しています。全国を8ブロックに分けてモデル事業参加施設を募り、手を上げていただいた96事業所から8事業所を選定し、全国老施協から各事業所に最大700万円の補助金を支給し、さらにコンサルタントを派遣して進めています。

18年に公表した「老施協ビジョン2035」は、持続可能性のある社会の実現を念頭に置いて「現場のために」「人のために」「社会のために」を全国老施協の3原則としています。高齢者福祉・介護の仕事の意義は、介護が必要となった高齢者が「最期の一瞬まで、自分らしく生きられる」よう支援することであり、それが実現できる社会をつくっていくことにあります。公益社団法人として、この姿勢を忘れずに取り組んでいきたいと思っています。

新年あけましておめでとうござい
ます。年号が「平成」から「令和」
に変わり、早いもので4年となりま
す。新型コロナウイルス感染症の流
行により、高齢者福祉・介護の現場
で働く皆様が大変なご苦勞と努力を
されたことに感謝を申し上げます。
この12月末現在、コロナは一定収束

の兆しを見せていますが、新たな変
異株「オミクロン株」の国内での感
染も確認され、まだまだ気を抜けな
い状態です。目まぐるしく変化して
いく世の中ですが、高齢者福祉・介
護の現場の更なる発展を願い、新年
のご挨拶とさせていただきます。

2022年は、2年後の介護・医

医学的管理に基づいたリハ その実施のために必要な 質の向上と体制の強化

一般社団法人 全国デイ・ケア協会
会長

近藤 国嗣 氏

KONDO KUNITSUGU



1963年鹿児島県出身。1988年慶應義塾大学医学部リハビリテーション科入局。慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター、川崎市立川崎病院などをへて、2007年に東京湾岸リハビリテーション病院院長に就任。2019年全国デイ・ケア協会会長に就任。日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、理事。医学博士。日本リハビリテーション病院・施設協会副会長。回復期リハビリテーション病棟協会理事。

年頭にあたり、まず昨今のコロナ禍を振り返ると、介護保険の居宅サービスなどのなかで、最も利用者減を受けたサービスのひとつが通所リハビリテーション（以下、通所リハ）でした。全国デイ・ケア協会の会員の皆さまについては、厳しい経営状況が続いている事業所もあるかと思ひ

す。一方で3回目のワクチン接種や治療薬の登場など、将来への光明も少しずつですが見えてきました。こうしたなか、今度こそ「ウィズコロナ」ではなく、「ポストコロナ」を見据え、新しい年が良い年でありますように、皆さまとともに、利用者の日常生活、活動と参加の向上を

目指した取り組みをしてまいりますので、本年も宜しくお願い致します。2022年の通所リハを考えるうえで重要なのは、昨年の介護報酬改定において、介護保険におけるリハビリテーションも、医師の診察と指示が必須になったということです。つまり介護保険制度において、医師の関与が無いリハビリテーションはなくなったということです。21年の介護報酬改定は、「医学的管理に基づくリハビリテーション元年」であったと言えるでしょう。

今年は、そこをきっかけとし、皆さまにはぜひとも、医師の説明と同意にまで踏み込んだ「リハビリテーションマネジメント加算（B）」を、できるだけ多くの利用者に対して算定できるような組織運営を試みていただきたいと思います。

医学的管理に基づいたリハビリテーションを、介護保険制度の枠組みのなかで実施することを考えるのであれば、通所リハはよりケアの質や体制の向上に努めていかなければなりません。より多くのリハビリテーション専門職（3職種）を配置し、科学的根拠に基づいたリハビリテーションを行えるプロセスをもった事業所が増えるような方向性が重要だ

と考えます。生活期で正しいリハビリテーションを行えば、もつと良くなる、あるいは重度化が防げるという利用者は今以上にいるはず。制度においても、この点がより良い方向へ向かうことに期待したいところです。

一方で全国デイ・ケア協会としても、会員の皆さまの事業所における質の向上や体制強化のため、研修や教育活動にさらに力を入れていきます。今年度からは、協会としての研修会事業を数多く実施してきました。「在宅リハビリテーションエキスパート・ジェネラリストコース」新設のほか、会員を対象とした無料の研修会も2カ月に1度行っており、少しずつでも会員の皆さまのケアの質向上を支援していければと考えています。

ここ数年の制度改革や報酬改定を通じて、リハビリテーションに関しては、よりプロセスを強化する仕組みづくりができました。そのうえで、24年の同時改定では、通所リハも大きく変化する可能性があります。私たち全国デイ・ケア協会は、皆さまの事業所が、今後も地域で求められるより質の高い通所リハであり続けるために、研修や教育活動、情報発信に努力し、「協会に入ってよかった」と言われる運営をしてまいります。

新しい生活様式に寄り添い ケアマネジャーの年収 全産業平均の実現を目指す



一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会長

柴口 里則 氏

SHIBAGUTI SATONRI

1980年門司田野浦病院精神科にて不登校の子どものケアにあたり、その後、久留米・高野会日高病院で患者のメンタルケアに携わる。2000年福岡県福岡市（現福岡市）で、日本初の身体・知的障害者を対象にしたデイサービス設立に携わる。2009年福岡市地域包括支援センター所長。2010年（株）グリーンケア専務取締役。2017年日本介護支援専門員協会会長に就任。

2022年という新しい年を考えますと、介護保険制度が施行されてから22年を経て、医療と介護は高齢社会を支える、大切な車の両輪となり、そのうえで、これは以前からも議論となっていました。医療と介護に加えて、「障害」という領域の問題をどうしていくのかも含め、

2040年に向けたワンステップとして、大切な1年になると思います。振り返ってみると、これまでの2年間、コロナ禍によって人々の生活様式も大きく変わりました。私たちケアマネジャーは、こうした生活様式の変化に即したケアマネジメントをしていく必要があります。またコ

ロナ禍は介護や医療について、これまで見えていなかった様々な課題を顕在化させました。たとえば、ヤングケアラーの問題であったり、あるいは8050どころか9060となっている家族と介護の問題です。こうした点も踏まえて、介護という問題をどう捉え、対応していくのが問われていると言えるでしょう。

ケアマネジメントやケアマネジャーを取り巻く課題と、私たち協会が取り組むテーマは、今年も数多くあります。たとえば、これまでも度々議論に上がってきた「ケアプランの有料化」について、昨年、財政制度等審議会・財政制度分科会から再提案されました。これについては、相談窓口に金銭を払うという行為が、国民の皆さんにご理解いただけるのかということで、以前から私たちは導入に反対しており、今後もその方針には変わりはありません。

一方で、居宅介護支援の基本報酬の引き上げについては、まずケアマネジャーの年収を全産業平均とするだけの基本報酬の引き上げを第一の目標とし、そのうえでケアマネジャーの年収500万円を実現すべく、努力していきたいと考えています。

こうした提言をはじめ、制度改正や報酬改定などに向けて、ケアマネジメントに関するエビデンスを集めるために、日本介護支援専門員協会では、独自のシンクタンク創設の準備を進めており、来年度から本格的に稼働させる予定です。これにより政策提言等において、組織としてデータやエビデンスに基づいた提言や働きかけの強化を図っていききたいと思っています。

また、ケアマネジャーを取り巻く最近の傾向としては、介護支援専門員実務研修受講試験の受験者や合格者の減少が指摘されています。しかし一方で、こうした状況のなかでケアマネジャーを目指し、あるいは実際に活躍されているケアマネジャーの皆さんは、ケアマネジメントに対する強い思いがある人達だとも言えるでしょう。ですから、本当にケアマネジメントに志のある方たちが試験を受け、合格し、専門職としてのスキルを上げていけばよいのではないかと考えています。

日本介護支援専門員協会は、これからも「チーム」として、地域で活躍されているケアマネジャーの皆さんを支え、将来に夢を持てるように、職能団体として活動して参ります。

コロナで本来の医療・介護へ 必要な人に必要なサービスを 特養中心の地域包括ケア構築

新型コロナウイルスの影響で、本来の介護施設のあり方が大きく変わったと思います。加えて様々な実態が浮き彫りになりました。例えばデイサービスセンターは稼働率が大幅に下がりましたが、感染がピークの時には本当にリハビリが必要なたちは毎日通って来ましたが、

重度の認知症の人にも通って来ましたが、これがデイサービスを利用する人たちの本来のイメージなのだと思います。介護関係者にとって、ウイズコロナの中で、これらの状況をどう捉えて、どういう人を受け入れていくかを考える良いチャンスになっ



つしま医療福祉グループ
代表

対馬 徳昭 氏

TSUSHIMA NORIAKI

1953年北海道美幌市生まれ。1983年社会福祉法人札幌栄寿会（現社会福祉法人ノテ福祉会）設立。1989年日本福祉学院開校。1993年学校法人つしま記念学園（現学校法人日本医療大学）設立。2000年財団法人老齡健康科学研究財団（現つしま医療福祉研究財団）会長就任。2013年グループ名を「つしま医療福祉グループ」に変更。主な所属は、一般社団法人日本認知症ケア学会評議員、社会福祉法人の在り方等に関する検討会（厚生労働省）構成員、社会保障審議会臨時委員（福祉部会）、前「ニッポン一億総活躍プラン」フォローアップ会合構成員等

たと思います。教訓として、次年度以降は本来サービスを必要とする人たちを対象とする施設に変えていかなければならないと考えている次第です。

経営環境については、前回の介護報酬改定はマイナス改定が予想された中でプラス改定だったので、大変ありがたいと思っています。しかし次回改定では、プラス改定は期待できないだろうと考えています。その中で経営するには、やはり必要な人に必要なサービスを提供することが大事で、中重度の人にとのようサービスを提供するかが問われます。認知症の人には小規模多機能型居宅介護（以下、小多機）が一番マッチするサービスで、利用を普及させることが親の介護と仕事を両立させる手段です。ただ、小多機の訪問サービスには限界があるので、我々が18年をかけて開発した24時間定期巡回・随時対応サービスを普及させなければならぬと考えています。

一方、新政権が取り組む看護師・介護士・保育士の賃上げでは、地方交付税を活用し、新年度からは介護報酬から介護士に月90000円の賃上げが実施されることは、大変あり

がたい措置です。ただ、介護士の賃金は全産業平均に合わせたいただきたいのが願いで、そのためには月額6万円の値上げが必要だと思っています。

こうした中、つしま医療福祉グループでは、札幌市7地区で完成させた「特別養護老人ホームを核としたノテ地域包括ケア」を、仙台市でも普及していきたいと考えています。千葉県船橋市で進めている特養を中心とした地域包括ケアシステムの完成に向かっています。医療と介護の連携強化では、医療法人社団日本医療大学が運営していた日本医療大学病院（92床）を社会福祉法人ノテ福祉会に移管しました。

また、社会福祉法人日本介護事業団が江別市で運営するCCRC「コルクえべつ」では、特別養護老人ホームをはじめ、介護老人保健施設やサービス付き高齢者向け住宅などに加えて、就労継続支援A型事業所でパン工房、うどん店、ふぐレストランや温泉施設の運営や、とらふぐ養殖を行っています。昨年4月から10月までの見学者は6万人に達しました。今後も、共生社会づくりをめざしていきます。

リアルデータ・サービスで 介護業界に エコシステムを構築する

SOMPOケア株式会社
代表取締役社長

遠藤 健 氏

ENDO KEN



1954年東京都出身。1976年早稲田大学政治経済学部卒業後、安田火災海上保険（現 損害保険ジャパン）入社。長野支店長などを経て、2007年常務執行役員、2010年専務執行役員。2011年ジャパン保険サービス（現 損保ジャパンパートナーズ）社長、2015年SOMPOケアネクスト社長、2017年SOMPOケアメッセージ社長を兼任。2018年介護事業会社4社を合併し、SOMPOケア社長に就任。

昨年5月、SOMPOグループは新中期経営計画（2021年度～23年度）を発表しました。グループが掲げるパーパスの一つ、「健康で笑顔あふれる未来社会を創る」を中核となつて担うのが当社です。21年から23年の3年間で、当社は超高齢社会である日本が抱える課題の解決に

向けて、社会に対して「介護産業の持続可能性を高め、より多くの高齢者の生活を支える」「より多くの高齢者の健康寿命を延伸する」という価値を届けるために、3つの目標に取り組みます。

第一に、介護オペレーターとして成長すること。テクノロジー等の活用

による生産性向上と処遇改善等を通じた人材確保により、介護サービスの供給力を強化します。さらに、拡大する介護需要に対応するため、自社開発とM&Aを効果的に組み合わせ、積極的に規模を拡大する方針です。

第二に、リアルデータ・リアルサービスによるエコシステムを構築すること。介護の現場で日々生み出される豊富なリアルデータを解析し、新しい価値を生み出すソリューションを開発・提供する「介護リアルデータプラットフォーム」構想を推進しています。将来的には、これまで培ってきたノウハウとともに介護事業者・関連業界に提供することでエコシステムを構築し、介護産業のサステナビリティ向上への貢献を目指します。

そして第三に、アクティブシニアを支えること。アクティブシニアの意識・行動変容を促し、社会参画を支援することで、Well-beingの実現を目指します。また、認知機能低下予防プログラム「SOMPOスマイル・エイジングプログラム（SSAP）」の展開などにより、認知症の予防と共生も実現したいと考えています。SSAPは科学的根拠に基づいて開発されており、21年度から本格的にサービス提

供を開始し、順次拡大しています。

少子高齢化の日本社会を支えるためには、サービスの品質向上と業務負荷軽減を両立し、生産性を高めていくことが必須です。SOMPOグループでは、19年に国内外の最新テクノロジーの実証などを行う研究所「Future Care Lab in Japan」を設立しました。常時40～50種類の機器についてコストや安全性、生産性を検証して、施設への導入を進めています。

また、22年4月には大幅な処遇改善を予定しています。主な内容としては、約1000人の介護職リーダー（社内呼称「ケアコンダクター」）の年収を約50万円、ホーム長などマネジメント職約1200人の年収を約55万円、介護現場の看護職約800人の年収を約15万円引き上げます。

今後も、テクノロジーやデータ活用等によって生産性の向上に取り組む、人材育成・定着に努めます。そしてその成果を、処遇改善をはじめとした働きやすく、働きがいのある職場づくりなどによって社員へ還元し、優れた人材の手でサービス品質を高めるという好循環を実現していきたいと考えています。

同時改定に備えた施策は 在院日数の短縮と LIFE による介護との一体化

明けましておめでとうございます。いつも私のセミナーにご参加いただき、ありがとうございます。コロナ感染拡大の期間はオンラインによる開催が続いたので、皆様のお顔を直接拝見できず、講演内容を理解いただけているのか不安でセミナーを行っていましたが、今年は直接

お目にかかれることを心待ちにしています。この2年間、患者数の減少で医療機関の経営は悪化しましたが、コロナ収束後に業績の回復が期待できる状況になるのか、患者さんは戻ってくるのか。その見極めが難しいタイミングで診療報酬改定が実施されま



株式会社リンクアップラボ
代表

酒井 麻由美 氏

SAKAI MAYUMI

1996年福岡県内医療法人（急性期病院）入職、医事課（リハビリ部門、入院部門）配属。2002年10月医療・介護専門コンサルティング会社に入社。2013年同副所長・取締役。2018年株式会社リンクアップラボ設立 代表取締役就任。

す。2021年の夏頃は大きな改定にはならないと示唆するような厚労省の資料でしたが、コロナ患者数の減少とともに資料の内容が変わってきたように思います。24年の同時改定という大きな目標に向かって、課題を先延ばしせずに改革を進めていくという意図が見えます。

22年度改定は前回改定をさらに推進する内容なので、医療機関にとって、それぞれの課題に期限を決めて対応していく2年間になるでしょう。例えば各病棟機能要件の厳格化によって、在院日数の短縮を推進する報酬設定が予想されるため、いかに稼働率を落とさず対応を図っていくか連携強化の取り組みも必要です。

また、精神科長期入院患者の地域移行を進めるべく、精神科の入院料に新たな要件が設定されることで、稼働率や入院単価が厳しくなる可能性もあります。リハビリでは、回復期リハ病棟の実績指数要件の引き上げが確実でしょう。より効果のあるリハビリに向けて、介護のLIFEを意識して、管理栄養士の病棟配置を評価し、栄養改善を強化して、入院中に歯科の治療を評価する可能性も高いと思います。

医薬品・医療機器の費用の適正化

により、透析を含む一部の単価が下げられる可能性も高いでしょう。また、生活習慣病の重症化予防を推進するために、生活習慣病管理料の算定要件を見直すか、かかりつけ医報酬に重症化予防に向けた指導の実施などの要件が追加される可能性もあります。

同時改定への備えとして重視していただきたいのは、急性期治療後の退院支援の推進、すなわちLIFEによる医療と介護の一体化です。LIFEに設定されているADL（リハビリ）、栄養（栄養指導、NST）、口腔・嚥下（摂食機能療法）、褥瘡ケア（今改定で新たな評価項目が設定の可能性）、排泄自立（排尿自立支援）への取り組みは、すでに診療報酬にも同様の項目が設定されています。

今回の改定では、栄養指導加算のように介護へ情報を繋ぐことを評価し、リハビリテーション総合計画評価表をLIFEと連動させることも求められていくでしょう。目的は、早期地域移行（在院日数短縮）であり、在院日数短縮による病床削減です。24年度同時改定では介護分野で、重度化予防と老健のように軽度増悪への対応を進めていくことで、目的達成の加速化が予測されます。

7月の参院選以降が正念場 同時改定に向けて 厳しい政策が打たれる



小濱介護経営事務所
代表

小濱 道博 氏

KOHAMA MICHIIHIRO

全国各地で介護事業を中心に総合コンサルティングを手がける。介護事業経営セミナーの開催実績は北海道から九州まで全国で年間200件以上に及ぶ。介護事業経営の無料相談も各地区で実施している。介護経営隔月刊誌である「通所介護&リハ」（日総研出版）にて「介護報酬・請求業務Q&A」を好評連載中。「会計王12介護事業者スタイル」の監修者

2021年度介護保険制度改正には宿題が多いのです。LIFE活用、BCP策定、ハラスメント対策、その他諸々の宿題で、これから取り組まなければならない介護事業者がたくさんあると思います。しっかりと漏れなく対応していかなければなりません。さらにコロナも収束の目

途が立っていないので、感染対策をしながら事業をどう伸ばしていくかが、これからの大きな課題になると考えています。22年の医療・介護を巡る経営環境を見通すうえで、分岐点になるのは7月の参院院選挙でしょう。選挙前までは事業者にとって厳しい制度は

打ち出さないのではないかと思います。コロナ対策で国家予算が乏しい状況にあるので、選挙後は24年度のダブル改定に向けて非常に過酷な環境が待ち受けていると思います。7月以降が正念場です。今でも放課後等デイサービスの経営はかなり厳しい方向に推移していますし、22年度診療報酬改定も厳しい内容になるでしょう。

22年には介護保険法の審議も始まりますし、事業者はこうした動向にもアンテナをしっかりと張っておく必要があります。

ダブル改定の焦点として、介護報酬で挙げられるのは「自己負担2割」でしょう。診療報酬では後期高齢者の2割負担が片付いたので、介護報酬でも自己負担2割の対象が拡大すると思います。現在の2割負担は介護保険の被保険者用全体の20%で、介護保険部会では25%に引き上げることが議論されましたが、この課題は先送りされてきました。たぶん次回改定で、かなり高い確率で実現すると想定されます。財務省も建議で触れています。

2割負担の年収基準は診療報酬も介護報酬も年収200万円なので、近い将来、年収200万円以上の方

は病院でも介護施設でも、支払いが倍増する可能性があります。ただ、年金の受給金額は変わらないので、支払が2倍になっても利用したいサービスを提供しないと経営は厳しくなると思います。とくに小規模デイサービスの経営は厳しいでしょう。

介護保険法の審議では、老人保健施設と介護医療院の多床室を自己負担とする議論がされるのではないのでしょうか。特養の多床室は自己負担なので不平等であるという意見もあります。それから軽度者の総合事業への移行や居宅介護支援事業所の自己負担1割化です。ケアマネ協会が危機感をもって反対表明を出しているのも、それだけ実現の可能性が強いとも言えます。

処遇改善対策では介護職に対する月90000円の賃上げ支援策が22年9月に終わるので、処遇改善等加算と特定加算の統廃合が検討されています。そこに90000円を吸収させる議論があるので、夏場以降に大きな動きが出てくるでしょう。24年度はひとつのゴールですが、それまで介護保険制度は今の形をキープしないだろうと見ています。対策を打たない介護事業者は自然淘汰されていくでしょう。