

住まいと医療と介護の 位置づけが整理された



Profile

たなか・しげる

平成5年から現職。専門は経済学の視点に立つ医療政策、介護政策。これまで高齢者介護自立支援システム研究会、高齢者介護研究会のメンバーとして介護保険制度の創設・改正に深く関わってきた。社会保障審議会・介護給付費分科会委員。

特 別 座 談 会

渡辺氏 制度創設時のさまざまな「宿題」について、すべて解決にまで至っているわけではありませんが、ひとつの方向性や道筋を打ち出しているところは、前回の報酬改定にはなかったところかもしれません。

大森さんは、介護保険の生みの親のひとつとして、旧厚生省の「高齢者介護・自立支援システム研究会」(平成6年7月設置、同年12月に報告書)のころからずっとこの制度を見てこられたわけですが、今回、社会保障審議会・介護給付費分科会の分科会長として非

常に短期間の間に、月3回というハイペースで、しかも1回につき3時間というボリュームのある審議の切り盛りをお願いしてきました。分科会長として、運営に当たつてどのような点を配慮されたのでしょうか。

大森彌氏(東京大学名誉教授) 今回の介護報酬改定は、法改正を伴う制度改正を前提としていますから、まず制度改正の内容が決まっています、しかも、一度報酬を決めたら3年間は固定されますし、介護報酬の改定率(マイナス0.5%)など財政的な制約もありました。

全体の枠組みや財政的制約の前提に立ったうえで、介護報酬全体の中身をどのようにまとめていくかが、分科会の基本的な役割になります。さまざまな関係者全員のも満足を得ることはできなくても、最低限納得が得られるものを実現できるかどうか、今回の審議にとって一番重要だったのではないかと思います。

正直に言えば、分科会長を引き受けたときには、もう少し「騒動」になるかなと思つたのですが、厚生労働省はじめ関係者の努力もあって、混乱することもなく、委員

の皆さんもある程度理解されて意見をまとめることができたと思います。

それにしても、私が驚いたのは審議会の傍聴者の多さです。介護保険制度そのものが巨大市場をくり出していて、いろいろな関係者が審議会の動向に関心をもっていることをあらためて実感しました。そのこと自体はよいことだと思います。

関係者が多いということは、それぞれに説明するのに手間がかかるのかもしれませんが、それほど多くの傍聴者がいると、審議会自



り方として審議会でも議論されました。しかし、最終的には成功報酬ではなく、あくまで事業所ごとの、要支援度の維持・改善の度合いを評価し報酬に反映させる仕組みになりました。また、現時点では、試しに入れた位置づけです。今後3年間は、介護予防のメニューや、新たに導入された事業所評価の仕組みの検討過程と考える。おいてよいのではないのでしょうか。

渡辺氏 介護予防の問題というのは、たんに個別のサービスと報酬という関係にとどまらず、そもそも介護予防という考え方や、地域包括ケアの中での位置づけとの関係もみていく必要がありますね。

大森氏 介護保険制度を設計した当時は虚弱高齢者には福祉サービスが提供されていきました。これをどのように考えるかは当時から悩ましかったのです。そういった方々を介護保険の外に置くことはとてもできませんでしたので、対象に含めることにしたのですが、介護保険スタート後の実際のサービスの利用実態をみると、見直さざるをえない事態が出てきたのです。

一方、介護保険スタート後に、地方自治体の現場は概してどのように動いたかというと、介護保険サービスが前面に出てきてしまつて、介護予防や高齢者福祉は後方に引いてしまいました。

池田氏 今回の制度改正で新設された地域支援事業で提供されるサービスと、新予防給付として提供されるサービスには重なる部分が多く、これが介護予防の仕組みをわかりにくくしている面がありま

す。私は、要支援1・2の方々は、本来介護保険給付の対象ではなくて、地域の高齢者福祉の一環としての地域支援事業でカバーしていくべきではないかと考えています。3年後か、5年後かはわかりませんが、介護予防をめぐって、この問題を整理するときにくるのではないのでしょうか。

田中氏 予防概念はもつと幅広いのですから、地域保健や健保の保健事業でもとりあげるべきです。本音を言えば、「従来の要介護1や要支援の方々のサービスを切った」と言われないうちに、利用者には通所を続けてよいこととし、事業所には新しい介護予防サービスと名乗れば報酬はもらえることにして落ち着いたような印象を受けます。いずれにせよ、移行期の姿であり、エビデンスを見出す研究の進展とあわせて見守りたいところです。

大森氏 将来的には、軽度者に対するサービスについては、介護保険の対象から外して、自治体の福祉サービスとして位置づけたほうがきちんとした体制が整備できるのではないかという見方もありま

す。ただ、今回の新予防給付ですら、いろいろな方々から「本当に予防ができるのか」とか、「切り捨てだ」といった批判もあるようですから、慎重に見極めていく必要があるでしょう。

渡辺氏 たしかに今回、予防については制度的にもかなりドラステイックに変えました。しかし、私は、今回の法改正で最も大きかったのは、ケアマネジメントの体系を、予防給付・地域支援事業と、介護給付とで分けたことではないかと考えています。そこが制度的には非常に大きい改正でしたし、現場では、まさにいま最も戸惑いのある部分だと思っています。将来この仕組みはどうなっていくのだろうという不安も現場にはあると思います。その意味で、改正法附則にある3年後の見直しに向け、データ収集・分析を行いつつ、将来の方向を早めに示していくことも必要だと思っています。

地域密着型サービスの介護報酬

渡辺氏 次に、地域ケア、認知症

介護予防サービスの介護報酬の組み立て方には、いくつかの新しい考え方を導入しています。第一には、サービスの基本的なあり方として、「目標志向型のサービス提供」を強調したこと。第二には、通所サービス、訪問介護について、従来の「時間単位」の報酬を見直し、包括報酬を導入したこと。第三には、一種のアウトカム評価として、事業所評価を導入したことです。今回の介護予防のサービスのあり方や報酬体系について、どのように評価されているでしょうか。

池田氏 介護予防に関する衆議院での議論の混乱が、介護報酬の設定にまで悪影響を及ぼしてしまっただのではないのでしょうか。

そもそもその問題意識としては、軽度の方たちが使っているサービスが適切なのかどうか、モラルハザードがおきているのではないかと、もしそうだとするならば、どのような対策を立てるかということが一方にあり、他方には、目標志向的にケアプランを作り、介護予防サービスを提供し、効果をあげる必要があるという問題がありました。

この2つの問題は別物であるにもかかわらず、混同して議論されてしまったことが不幸の始まりでした。偽メール問題とも共通するような、根拠のない攻撃が官僚や関係団体にも浴びせかけられたという局面もありました。その結果として、たとえば、筋力向上のマシンの開発・普及や、トレーニングに必要な専門的人材育成に大変強いブレイキがかかってしまった。その意味で、介護予防に終始批判的であった一部議員の責任は厳しく問われるべきでしょう。

こうした経緯から、この介護予防がどこまで広がっていくかについては、かなり疑問があります。たとえば、介護予防の通所系サービスの報酬体系をみても、1階部分は預かり利用に対する報酬で、2階部分には介護予防サービスに対する報酬を乗せるという制度設計になっています。この設計自体は優れていると思うのですが、1階部分も、1階部分がかなり手厚くなっている、2階部分が非常に薄い構造になってしまった。本来は逆の構造を取るべきだったと思います。今後3年間は、介護予防サービスという目標志向的なサービスの考え方をきちんと定着させていくことが重要だと思います。



田中氏 介護予防は大変よい方向とはいえ、今回の報酬改定で導入された介護予防サービスは、ほかの項目に比べるとまだ部分的・限定的なもので、私の評価も限定的にならざるをえません。

今回、廃用性症候群の方に対する運動機能向上や、栄養ケア、口腔ケアサービスが介護報酬で評価されるようになりました。それはそれで着実にメニュー開発を進めるべきですが、介護予防というのは、本来もっと幅の広い概念です。

たとえば、団塊の世代の介護予防として最も重要な対策は、50歳代のうちに生活習慣病の発症ないし悪化予防にどう取り組むのかなのです。75歳になってからの廃用

症候群発症の確率を考えれば、50歳代のときのメタボリックシンドロームや糖尿病などの悪化を予防したほうが、対象者数からみてマクロ的な効果が高い。そういった意味で、今回の介護予防は部分的な取り組みにとどまります。もつと前の段階からの予防を忘れてはいけないので、残念ながらも手をあげて「これでパンザイ」とは言えない内容ですね。

なお、介護予防サービスの一部に事業所評価が導入されることになりました。当初、成功報酬のあ

ケアという観点からおうかがいします。制度的には、地域包括支援センター、地域密着型サービスの創設が大きな柱ですが、介護報酬との関係では、地域密着型サービスの報酬・基準が大きな論点になりました。地域密着型サービスは、認知症高齢者グループホームのように既存のサービスを再編成したものもあれば、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護のように、新しいメニューも含まれています。

そもそも地域密着型サービスとは、できるだけ住み慣れた地域で、長期・継続的なケアを提供するサービスですので、市町村がサービスに対する責任をしっかりと担うということが重要です。また、地域とのつながりや、サービス提供の柔軟性などが報酬・基準を考える際のひとつのポイントであったと思うのですが。

池田氏 やはり地域密着型サービスというのは、「生煮え^{なまに}」のところがあると思います。サービス自体がまだ生煮えだから、制度としても明確に規定できなかったということではないでしょうか。

従来の在宅サービスは、訪問や通所サービスを、時間単位で切り売りをしていたわけですが、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護の報酬は包括払いになっています。身体介護は比較的切り売りも可能だったのですが、認知症の方のケアは切り売りができない部分があります。地域密着型サービスは、ある意味で会員制のケアクラブであり、個人々人を包括的にケアしようというものですから、新しい可能性として注目しています。

田中氏 この分野については、概念の話と現実の話とを区別すべきではないでしょうか。介護予防については、概念・方法論ともにまだ確立されていない面があります。状態の悪化防止なのか、閉じこもり防止なのか、運動機能の力の問題なのか、生活習慣病予防なのか等が不明確で、いろいろな要素の概念整理が未完成のまま、介護予防という名前のもとに始まりました。

それに対して、地域密着型サービスは、高いレベルで理論的な整理ができています。多職種でケア

プランをつくり、それを多職種が共有していく姿は、電話をかけたリ、ファクスを送ることをもって「連携」と呼ばれている医療分野に比べればすばらしい進化です。

夜間対応型訪問介護は、在宅サービス利用者にとって、まさに安心感の源です。在宅と施設との最大の違いは、24時間体制の安心感とバリアフリーの建物があるかないかです。バリアフリーのほうはハードの問題なのでさしあたりは仕方がないとしても、24時間の安心感を与えるうえで、随時訪問は、ボタンを押せば看護・介護スタッフが来てくれる点で、施設と同じ効果を与えるわけです。

小規模多機能型居宅介護も夜間対応型訪問介護も理論的・概念的には十分整理できている優れたものだといえます。一方、現実はまだ始まったばかりなので、市町村ごとに差はつくだろうし、もしかししたら、質の低いサービス事業者が入ってくるかもしれません。ただし、だから参入を認めるなどか、これ以上増やすなどという対応は絶対とつてはいけません。先に進んだ地域と事業者は、も

っと伸びるようにして、伸びたところを広めればよいのです。よい概念に向かって、現実はいくつか追いかけていく、そんな段階だと思います。

池田氏 小規模多機能型居宅介護については、介護報酬が要介護度に応じてきれいな右肩上がりになっていることは評価すべきです。それ以外の施設系・居住系サービスは軽度の報酬が高すぎて、在宅とのバランスを失っています。

小規模多機能型居宅介護は、認知症ケアの宅老所から始まったといえますが、夜勤のコストがネックになって、いったん重度対応型にぶれて、また認知症ケアに戻るといいうように、まだ揺れ動いています。一方、グループホームも預けっぱなしでよいのかという反省もあり、もっとデイサービスを充実すべきという声もあります。いずれも問題を再整理するときがくると思います。

渡辺氏 ありがとうございます。次回、中重度者への対応、医療との連携などについてお話をうかがいます。



医療と介護の連携を重視した報酬体系に

平成18年度介護報酬改定の意義と課題 下

平成18年4月に行われた介護報酬改定は、全体としてマイナス0.5%の報酬引き下げになったが、その一方で、「中重度者への支援強化」「サービスの質の向上」「医療と介護の機能分担・連携の明確化」などの点で重点的な報酬配分が行われた。

なかでも、施設や居住系サービスにおける重度化対応やターミナルケアへの対応を強化したほか、ケアマネジメントに対する報酬については、業務の実態を反映して要介護度別の報酬体系に見直し、報酬水準も大幅に引き上げた。また、診療報酬との同時改定であったことを背景として、在宅と施設における医療と介護の連携を評価する報酬が数多く新設されている。

今回は、「中重度者への対応」「ケアマネジメントの充実」「医療と介護の機能分担と連携」などを切り口に、厚生労働省老健局計画課の渡辺由美子認知症対策推進室長を司会に、社会保障審議会・介護給付費分科会の大森彌分科会長、田中滋委員、池田省三委員に介護報酬改定の意義と課題を語り合っていた。

出席者

大森 彌氏 (東京大学名誉教授)

田中 滋氏 (慶應義塾大学大学院教授)

池田 省三氏 (龍谷大学教授)

司会・発言 渡辺 由美子氏 (厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室長)



Profile

たなか・しげる

平成5年から現職。専門は経済学の視点に立つ医療政策、介護政策。これまで高齢者介護・自立支援システム研究会、高齢者介護研究会のメンバーとして介護保険制度の創設・改正に深く関わってきた。社会保障審議会・介護給付費分科会委員。

医療・介護の両方が「在宅支援」を打ち出した

慶應義塾大学大学院教授

田中 滋 氏

を根本的に変えないかぎり、施設志向は消えません。今回の報酬改定は、この問題にきちんと手を打とうというもので、大きな前進だといえます。

田中滋氏(慶應義塾大学大学院教授)

私も、今回の見直しはあるべき方向として高く評価します。保険料負担の限界を考えれば、中重度者に資源を集中する政策は当然の方向性です。シフトされる以上、市町村は、住民が介護保険財源を使っているかその地域で暮らしているかをモニターする責任が強

くなるといえます。

ケアカンファレンスについては、役所だけではなく、地域の医師会や民生委員の方々など、さまざまなグループが関与していく仕組みによって、シフトされた資源を効率的に使っていく工夫が大切になります。また、療養通所介護、看取り介護加算などもあるべき方向として「二重丸」をつけたいですね。大森彌氏(東京大学名誉教授) これまで蓄積した要介護認定やケアプランのデータを分析し、中重度者へ資源を再配分していくことを

科学的に根拠づけたという意味では、今回の報酬改定は重要だといえます。

さまざまな新たな仕組みを導入し、それを報酬で裏づけましたので、今後、その検証をしていかなければいけないのですが、少なくとも誤解にもとづく批判などにはいるのではないのでしょうか。

渡辺氏 介護保険制度は、保険料を払っている方のうち、サービスを受けていない方が圧倒的に多く、そういった意味では、保険料を払

っている方に対して、説得力のある具体的なサービスの姿を示していくことの意味は非常に大きいと思います。

ケアマネジメントの充実

渡辺氏 今回の報酬改定によって、最もドラスティックに変わったのはケアマネジメントの部分だと思いますが、この点についてはいかがでしょうか。

池田氏 先ほど指摘したように、

厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室長

渡辺 由美子 氏

改定結果の検証と データ集積の継続が 重要に

中重度者への対応

渡辺由美子氏(厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室長) 今回の介護報酬改定では、「中重度者への対応の強化」というメッセージをかなり強く打ち出しました。残された課題も多いのですが、かなり具体化できた部分もあったと思います。中重度の方は医療ニーズを併せもつ方々も多いですが、診療報酬との同時改定ということも、中重度へのベクトルを強めるひとつ

のきっかけにはなっただと思います。ただ、一方で、たとえば、ターミナルケアや看取りの問題など、現場での確たる積み上げが必ずしも十分でないなかで、理念先行的に報酬を付けた部分もあります。こういった報酬が今後どのように定着していくかも課題だと思います。今回の中重度者の支援強化をどのように評価されているのか、おうかがいします。

池田省三氏(龍谷大学教授) 要支援から要介護5まで、一人ひとりの認定者が在宅サービスをいくらか

使っているかというデータを分析してみると、どの要介護度も「0円」から支給限度額いっぱいまで同じように分布しているのです。これは、ケアマネジメントやケアプラン自体が標準化されていないことを意味しています。

サービスメニューがある程度標準化されていけば、一定のサービス量のところに収斂するはずですが、まったくまっとうしていない。その理由として「不足分は家族がカバーしているからではないか」という意見も当然あるのですが、別の

調査をみると、家族の介護量とサービス利用量にはまったく相関関係がありません。要介護3~5の人で、利用額が10万円(利用者負担1万円)以下の人たちが4割近くもいるのです。そんなサービス量が在宅が支えられるわけがありません。だから、家族も施設を頼ってしまうという構造があるのではないのでしょうか。

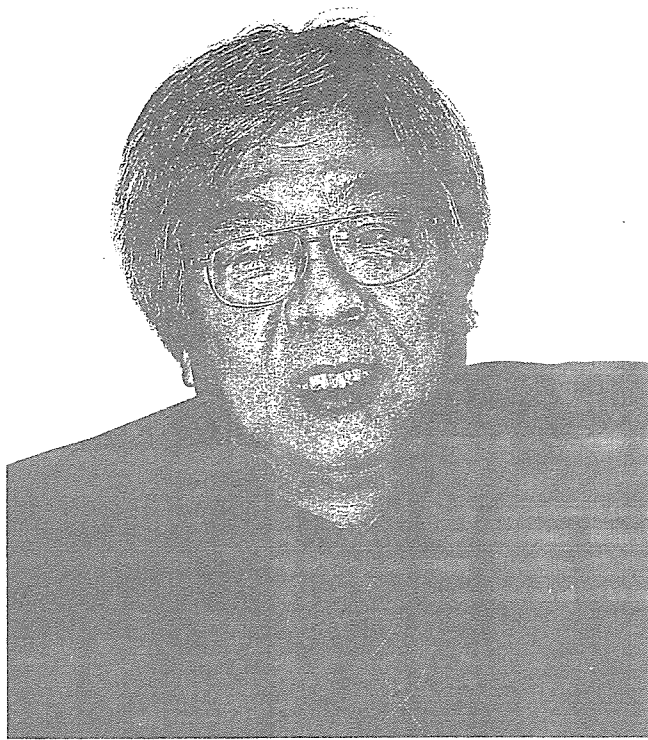
この問題の責任を家族に求めるのは酷です。やはりケアマネジャーのあり方を考え直さなければなりません。中重度者への在宅対応



Profile

わたなべ・ゆみこ

厚生省保険局企画課課長補佐、同医療課課長補佐、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室室長補佐、老健局企画官を経て、平成17年9月から現職。



Profile

いけだ・しょうぞう

自治労、地方自治総合研究所政策研究部長等を経て、平成12年から現職。介護保険制度草創期から制度設計に深く関わる。社会保障審議会・介護給付費分科会委員。

大きく変わるための 報酬見直し

龍谷大学教授

池田省三氏

大森氏 介護保険スタート当初は要介護の段階に応じて報酬が設定されていたのですが、平成15年の前回改定の際に、審議会委員の中に相当強い意見があつて、一律1件8500円/月に変更したわけですが、あのとき老健局はどうしてあんな間違いをってしまったのか。私が批判しなかったのは、前回改定で一律の報酬にしてしまったことです。この点については、正常な状態に戻しただけのことだと認識しています。

田中氏 厚生労働科学研究費によ

る実態調査結果をみると、ケアマネジメントがうまくいくかどうかは、ケアマネジャーの力量だけではなく、ケアマネジャーをどのくらい地域が支援しているかにかかっている実態がわかります。ケアマネジャーに全責任を押しつけてはいけません。ケアマネジャーの役割は、コーディネーターであつて、リーダーではありません。ところが、なかには、ケアマネジャーこそがリーダーだと考えている人もいますが、それだと燃え尽きてしまう可能性が高い。ケアマ

ネジャーがうまく機能している地域でその理由を調べると、ひとりのお年寄りに対して、かかりつけ医、他科の医師、歯科医師、急性期の医師、訪問看護や訪問介護、さらに民生委員などのケアチームで対応し、そのチームをコーディネーターする役割をケアマネジャーが担うようにしていることが大きい。

ための財政的な支援としては、今回の報酬改定はよかつたのではないのでしょうか。池田氏 ケアマネジメントはチームワークであるということは、当初から言われてきましたが、実際にはそれがうまく機能していませんでした。それを地域のなかでどうやってつくっていくかが、ケアマネジャーをサポートする地域包括支援センターのもつ大きな役割です。今後、保険者はこのことを重視すべきです。

田中氏 医療側の診療報酬改定で

東京大学名誉教授

大森 彌 氏

介護保険最大の 弱点は認知症対応

残念ながら、現在のケアプランが本当に専門職の仕事になっているのか、きわめて疑わしいという現実があります。ケアマネジャーは、介護保険制度とともにできた専門職ですから、関係者は大切にしてきましたし、これまでは表立って批判はしてこなかったのですが、実際には、要介護認定の訪問調査などでかなり不適切なケースも見受けられましたし、サービス種類数も1つか2つで、本人というよりも家族の要望をそのままサービスにつないでいるだけの、私に言

わせれば、〃御用聞きケアマネジャー〃も少なからず存在します。

結果として、認知症の人や、重度者に適切なケアプランが作られていない実態が生じています。制度施行から5年経った時点で、ケアマネジャーは批判的に見直される必要があると、私は考えていました。ただし、批判するだけではケアマネジャーがつぶれてしまいます。ケアマネジャーが大きく変わっていくためのインセンティブをつけるために、今回、ダイナミックに報酬が見直されましたが、



Profile

おおもり・わたる

東京大学教授、千葉大学教授を経て、現職。専門は行政学・地方自治論。平成6年に旧厚生省に設置された「高齢者介護・自立支援システム研究会」の座長として、介護保険制度の創設に携わる。平成17年3月から社会保障審議会・介護給付費分科会の分科会長を務める。

大きな意味のあることだったと思います。今回の見直しを受けて、ケアマネジャーの方々が今後、どのような仕事をしていくのかということに問題は尽きると思います。「標準担当ケースが50ケースでは多すぎる」という現場のケアマネジャーの意見もあって、今回、35ケースに引き下げられ、1件当たりの介護報酬は引き上げられました。月々の収入ベースでみると、それほど変わっていないのではないかと、あわせて「特定事業所加算」(利用者1人

につき50000円/月)という報酬が新設されています。ケアマネジャー自身も驚くほどの水準ですから、この報酬のもつ意味はたいへん大きいと思います。ただし、この加算報酬を請求できる条件はかなり高めに設定されていますが、これだけの報酬が設定されたなかで、今後3年間でケアマネジャー改革の実績がきちんと見えてこなかったとなると、次の報酬改定では、ケアマネジャー自体が大変な立場に追い込まれるのではないかと心配しています。

平成18年度介護報酬改定のうち医療と介護の機能分担・連携の明確化に関連する事項

[居宅介護支援]

・病院からの退院時におけるケアマネジメントの評価

[訪問リハビリテーション]

・病院からの退院時における短期・集中リハビリテーションの評価

[居宅療養管理指導]

・医師、歯科医師による情報提供の徹底

[通所介護・通所リハビリテーション]

・「療養通所介護(難病やがん末期の要介護者などに対して、医療機関や訪問介護ステーション等と連携して提供する通所サービス)」の創設

[短期入所]

・難病やがん末期の要介護者などに対するケアの充実

[介護療養型医療施設]

・療養病床の在り方、介護保険と医療保険の機能分担の明確化、介護保険施設の将来像を踏まえ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等。

なり厳しい内容になっていきますから、まずは介護保険に移行してきて、今後6年間にどうするかを考えるような動きも予想されます。

最終的に変わっていく将来像の中身をはっきり示していかないと、病院側にとっても利用者側にとっても、転換の意味がよくわからないうということになってしまいます。いまのところ転換先として有料老人ホームや老健施設等があげられていますが、在宅療養支援機能を重視した施策を明確に打ち出すなど、病院で待つ医療から地域に向く医療への転換を、政策誘導し

てほしいと思います。

大森氏 介護保険を創設するときには、医療を含め社会保障の基礎構造を改革することが介護保険の先導的役割だと考えたわけですが、介護保険が先行すれば、医療も必ず変わってくるのか、変わるよう働きかけるといふ話だったと記憶しています。しかし、結局、医療のほうはあまり改革が進みませんでした。

時間がずいぶんかかったなという気がしないではないのですが、今回、医療の分野もようやく改革に乗り出したといえなくはないの

で、その点では評価してよいのではないでしょうか。とくに介護と医療との接合部分について、基礎構造の一部が変わり始めたことは重要です。

今回の同時改定によって、相当大きく踏み出したものといえます。ただ、まだ油断はしないほうがよいとは思いますが。

田中氏 医療も、介護と同じように、重度者や急性期医療への資源配分重点化をせざるを得ないことが明らかになってきました。とくに、急性期病院で小児科、麻酔科、産科などの医師がいなくなってしまうという、先進国ではあり得ない非常事態がおきています。

東京近郊の病院でさえ、この3つの診療科の医師がいなくなっています。原因のひとつは、報酬不足による人員不足です。そうすると、財源に限られるなかで、どうしても必要な部分に財源をシフトする対応が必要になってきます。

療養病床に限っても、医療区分が重い人の療養病床の診療報酬は上がりましたが、逆に終の住処として療養病床を利用するようなケースに対して低い評価をする政策

が示されています。

大森氏 先端医療ニーズを含めて、全体として医療のほうも人とお金という資源をある程度集中せざるをえないのですね。そのような内的な要因が働いて、それがタイミングとして介護報酬の改定と連動したとみたほうがよいのかもしれませんが。

認知症ケアの重視

渡辺氏 今回の介護報酬改定の大きなポイントとして、認知症ケアの重視があげられますが、どのよう

に受け止めていますか。大森氏 認知症というのは脳の機能が低下し、最終的には機能不全に陥っていく病気でしょう。認知症をもつ高齢者に対して、どのようなケアを提供すれば、尊厳をもって暮らしていけるのがまだ明確になっていません。

現在の介護保険制度の最大の弱点がここにあると同時に、この問題への対応は相当難しい課題ではないかと思えます。もし仮に、認知症と呼ばれる方々の相当数が、介護保険のサービスの対象になる

新設された「在宅療養支援診療所」を運営していくためには、さまざまなチームを組まないに対応できません。ケアマネジメントの特定事業所加算にしても、いかにチームを組み、ネットワークを構築していくかが大切です。言い換えると、自分たちだけで全部かかえこもうとしても難しいけれど、地域の力を借りればできるという発想に切り替えられれば、うまく機能させられるのではないのでしょうか。

大森氏 ケアマネジャーの仕事には、さまざまな人たちを組織化して、持続的に動かしていく力が必要であり、そういった能力や労力に対してきちんと報酬を出すという強いメッセージがあったほうが現場は励まされるでしょうね。

田中氏 介護報酬改定をめぐる議論では、施設の役割として「在宅生活支援」という言葉が使われませんでした。在宅復帰だけではなく、在宅生活支援も重要な役割です。施設は、施設内サービスのためだけに存在するのではなく、地域の資源でもある。施設の集約された力を活用すれば、地域を支えることもできます。施設が在宅生活支援

の役割を果たす機能は、ケアマネジメントを地域で支えるうえでも画期的な変化になるのではないのでしょうか。

医療と介護の機能分担と連携

渡辺氏 次に、医療と介護の機能分担についてですが、今回の介護報酬改定は、診療報酬との同時改定だったこともあり、在宅・地域ケアへのシフト、中重度者シフトというのが、共通のキーワードになりました。

診療報酬改定でも、自宅だけではなく、グループホームや有料老人ホームなども含めた多様な居住の場での医療の提供を評価するところがひとつの大きな柱となりました。それから、病院から退院したあと、どのようにして地域ケアにつないでいくかといった、介護報酬と診療報酬に共通するテーマもいくつかあったと思います。今回の同時改定の意義や特徴についてご意見をうかがいます。

田中氏 同時改定の最も大きなポイントには、「在宅支援」を、診療報酬

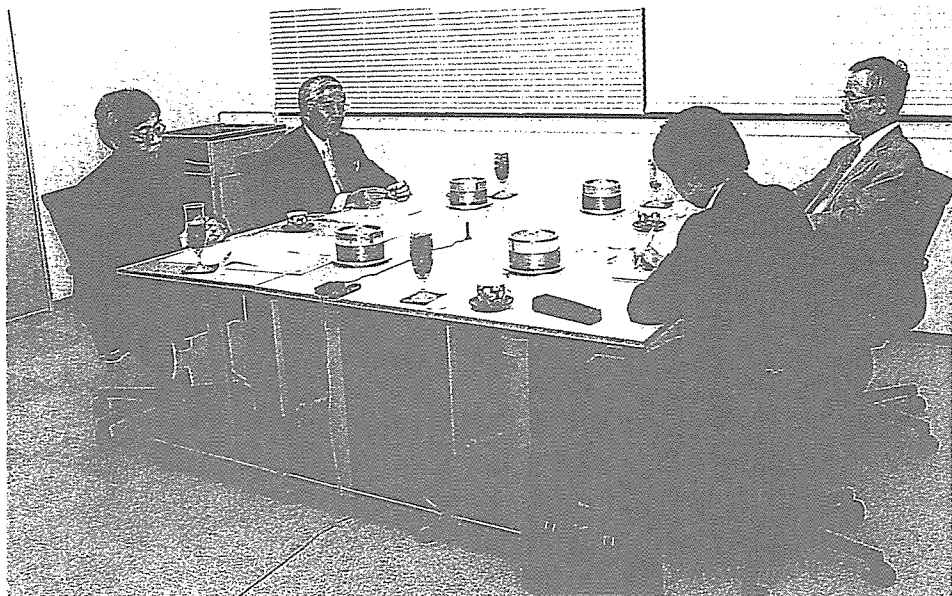
と介護報酬の両方で強く打ち出したことだと思えます。居宅介護支援事業所や「在宅療養支援診療所」など、コーディネート機能をもったところが、在宅生活をサポートした場合に高い報酬をつけるというメッセージが打ち出されました。

この点は、ターミナルケアにもつながる話です。これが大きな特徴ですね。

また、リハビリテーションについて

も、診療報酬と介護報酬の両方で大きく変わりました。集団で行っていたリハビリテーションが個別に行うものに進化しなくてはならない。医療と介護の連動が図られる方向で改定されたのは、まさに同時改定ならではの方向性だと思います。

さらに、これまで医療を受け入れにくかった一部の介護施設にも、ターミナルを中心に、医療系のサ



ービスが必要であるとの理解に立って、診療報酬と介護報酬の両方で工夫が図られました。

池田氏 老人病院から始まる療養病床の問題は、30年来の懸案であり、介護保険創設のときにも大問題であったわけです。それが急展開して、ひとつの方向をはっきり示したことは大きな意義があります。ただ、医療保険の療養病床にとって今回の診療報酬改定は、か

ケアという観点からおうかがいします。制度的には、地域包括支援センター、地域密着型サービスの創設が大きな柱ですが、介護報酬との関係では、地域密着型サービスの報酬・基準が大きな論点になりました。地域密着型サービスは、認知症高齢者グループホームのように既存のサービスを再編成したものもあれば、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護のように、新しいメニューも含まれています。

そもそも地域密着型サービスとは、できるだけ住み慣れた地域で、長期・継続的なケアを提供するサービスですので、市町村がサービスに対する責任をしっかりと担うということが重要です。また、地域とのつながりや、サービス提供の柔軟性などが報酬・基準を考える際のひとつのポイントであったと思うのですが。

池田氏 やはり地域密着型サービスというのは、「生煮え^{なまに}」のところがあると思います。サービス自体がまだ生煮えだから、制度としても明確に規定できなかったということではないでしょうか。

従来の在宅サービスは、訪問や通所サービスを、時間単位で切り売りをしていたわけですが、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護の報酬は包括払いになっています。身体介護は比較的切り売りも可能だったのですが、認知症の方のケアは切り売りができない部分があります。地域密着型サービスは、ある意味で会員制のケアクラブであり、個人を包括的にケアしようというものですから、新しい可能性として注目しています。

田中氏 この分野については、概念の話と現実の話とを区別すべきではないでしょうか。介護予防については、概念・方法論ともにまだ確立されていない面があります。状態の悪化防止なのか、閉じこもり防止なのか、運動機能の力の問題なのか、生活習慣病予防なのか等が不明確で、いろいろな要素の概念整理が未完成のまま、介護予防という名前のもとに始まりました。

それに対して、地域密着型サービスは、高いレベルで理論的な整理がついています。多職種でケア

プランをつくり、それを多職種が共有していく姿は、電話をかけたリ、ファクスを送ることをもって「連携」と呼ばれている医療分野に比べればすばらしい進化です。

夜間対応型訪問介護は、在宅サービス利用者にとって、まさに安心感の源です。在宅と施設との最大の違いは、24時間体制の安心感とバリアフリーの建物があるかないかです。バリアフリーのほうはハードの問題なのでさしあたりは仕方がないとしても、24時間の安心感を与えるうえで、随時訪問は、ボタンを押せば看護・介護スタッフが来てくれる点で、施設と同じ効果を与えるわけです。

小規模多機能型居宅介護も夜間対応型訪問介護も理論的・概念的には十分整理できている優れたものだと思います。一方、現実はまだ始まったばかりなので、市町村ごとに差はつくだろうし、もしかししたら、質の低いサービス事業者が入ってくるかもしれません。ただし、だから参入を認めるなどか、これ以上増やすなどという対応は絶対とつてはいけません。先に進んだ地域と事業者は、も

っと伸びるようにして、伸びたところを広めればよいのです。よい概念に向かって、現実はこちらから追いかけていく、そんな段階だと思います。

池田氏 小規模多機能型居宅介護については、介護報酬が要介護度に応じてきれいな右肩上がりになっていることは評価すべきです。それ以外の施設系・居住系サービスは軽度の報酬が高すぎて、在宅とのバランスを失っています。

小規模多機能型居宅介護は、認知症ケアの宅老所から始まったといえますが、夜勤のコストがネックになって、いったん重度対応型にぶれて、また認知症ケアに戻るというように、まだ揺れ動いています。一方、グループホームも預けっぱなしでよいのかという反省もあり、もつとデイサービスを充実すべきという声もあります。いずれも問題を再整理するときに考えるとと思います。

渡辺氏 ありがとうございます。次回、中重度者への対応、医療との連携などについてお話をうかがいます。

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業

地域包括ケアシステムの構築に関する研究
(H17-長寿-022)

平成18年度 総括・分担研究報告書

平成19（2007）年3月31日発行

主任研究者 田城孝雄

連絡先 順天堂大学医学部公衆衛生学講座

〒113 - 8421

東京都文京区本郷2 - 1 - 1

Tel 03-5802-1049 / Fax 03-3814-0305