

# 医療・介護制度改革に関する 連続フォーラム

～第1回：たらい回しの起きにくい  
良質なサービス体制に向けて～

2013年5月15日

東京財団

# 利用者・納税者視点の必要性

受益者・納税者＝国民の視点で「あるべき政策論」を展開しなければならない

社会保障制度をめぐる問題とあるべき政策

国民にとっての問題は何か	なぜ問題は生ずるのか	問題解決策としての政策	
<p>患者・家族の満足度が高まらない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 先進国で最低レベル</li> <li>● フリーアクセスだが、最適な医療や介護を受けている確信がない</li> </ul>	<p>患者の立場で寄り添う人がいない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療における情報の非対称性</li> </ul> <p>医療と介護に狭間がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者や家族からすれば、直面する問題を解決するのが重要で、狭間は供給者の事情</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ CCCG(コミュニティ包括ケアグループ)の確立</li> <li>□ 医療・介護連携の深化</li> <li>□ 医療・介護計画の整合性確保</li> <li>□ 代理人機能の強化</li> <li>□ 個人口座の導入</li> <li>□ 電子カルテ整備</li> <li>□ 出来高制を中心とする診療報酬体系の見直し</li> </ul>	
<p>社会全体で費用と投資の抑制ができないので、国民負担が高まる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 個々の診療所や病院の資産稼働率は必ずしも高くない</li> </ul>	<p>地域でサービス提供者の競争が激しい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 競争によって、個々の拠点における過剰投資がおき、結果として、医療費の増加を招くという悪循環に陥る</li> </ul>		
<p>職業や年齢等により、負担が異なる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 条件が異なり不公平感は強い</li> </ul>	<p>保険が縦割りで、分立している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 企業での連帯の消失の流れも</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 地域を基盤とした保険への統合</li> <li>□ 料率等の条件見直し</li> </ul>
<p>日ごろの暮らしに密着した制度なのに、国民が当事者意識を持ってない</p>	<p>制度が複雑で理解できない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 制度の建増し・リフォームの繰り返し</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 制度の簡素化</li> <li>□ 情報開示・第三者評価</li> <li>□ 住民参加</li> </ul>

現在の社会保障制度改革をめぐる議論は、①供給者の視点による個別政策の利害調整、②帳尻合わせの財政論理ばかりで、政策パッケージとして「国民にとっての課題を解決する」という視点が欠けている。

# 昨年10月の政策提言

## 1. 医療・介護ビジョンの必要性:

- ・地域を主軸にした連帯の再構築、政策決定の分権化

## 2. インセンティブ設計の見直し:

- ・出来高払い制度の見直し、責任に対する報酬

## 3. 「地域包括ケア・グループ」の提案:

- ・医療・介護連携、責任主体の形成

# 今日の主な議論

- 利用者や納税者の目線で見ると、サービス供給体制の課題は何か？
- 細分化されたサービス供給体制をどう統合するか？
- 現行制度で可能なことは何か？／不可能なことは何か？
- 患者・利用者としてどう取り組むべきか？

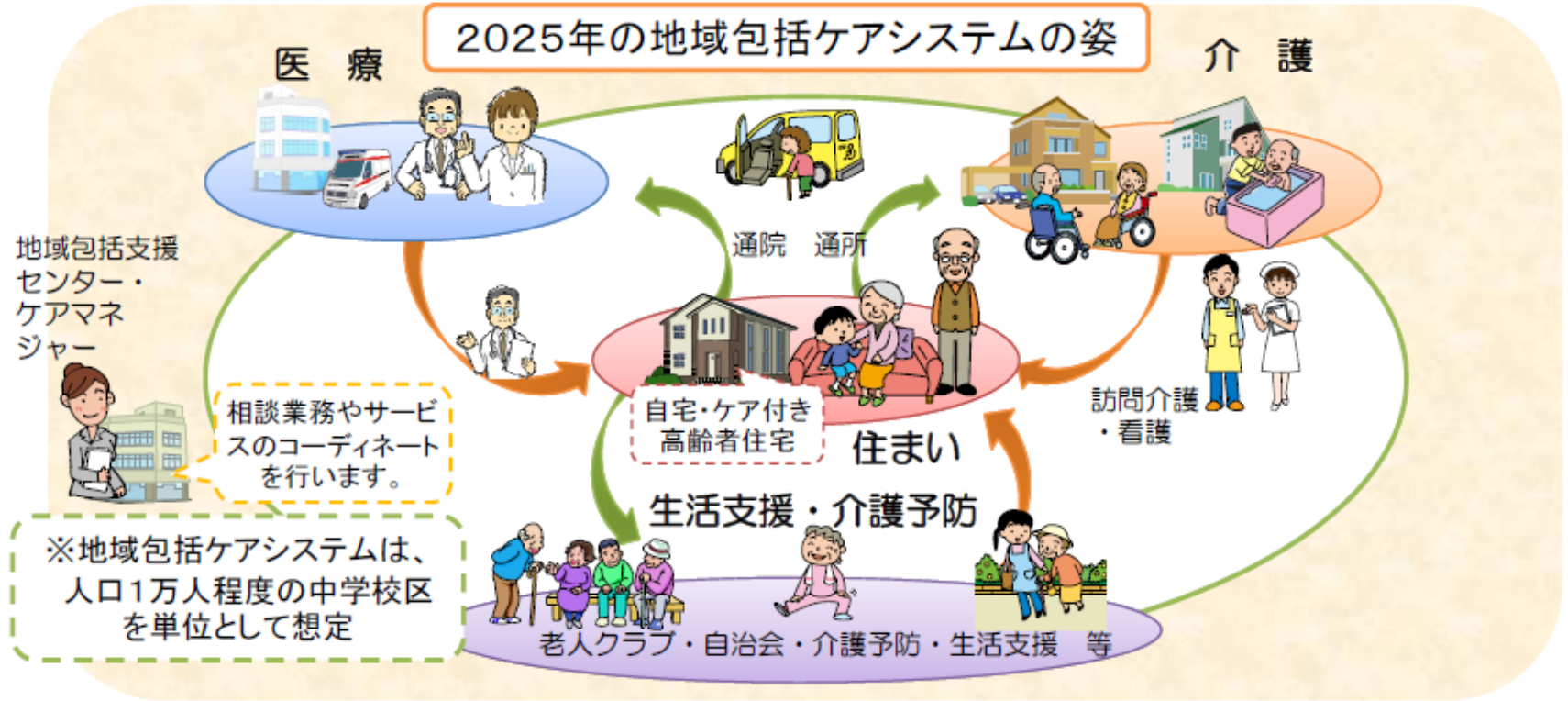


# 厚生労働省の地域包括ケア構想

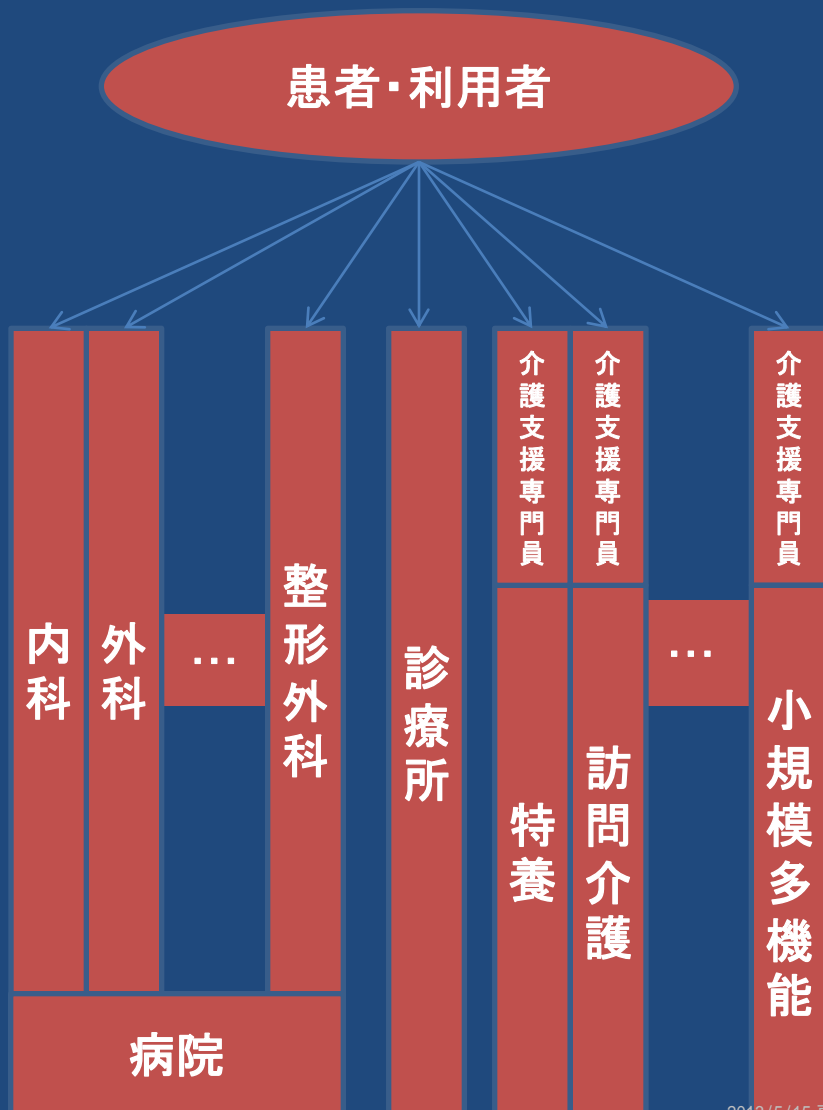
## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)



# 細かく専門化されたサービス体系



施設の類型名	主な入居者と施設の内容
有料老人ホーム介護型	要介護者。施設内でサービスを受けることが可能
有料老人ホーム自立・混合型	自立者も入居可。要介護になっても住み続けられる
有料老人ホーム住宅型	自立者も入居可。要介護になると外部の在宅サービス利用
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	認知症高齢者を対象に見守りや身体ケアを実施
特別養護老人ホーム	在宅介護が困難な要介護者。見守りや身体ケアを実施
老人保健施設	自宅復帰を希望する要介護者。入居期間は原則3カ月
介護療養型医療施設 (療養病床)	要介護者の長期入院施設。治療を受けられる
ケアハウス (軽費老人ホーム)	自立者も入居可。要介護になると外部の在宅サービス利用
サービス付き高齢者向け住宅	自立者も入居可能な賃貸住宅。要介護になると外部の在宅サービス利用
老人短期入所施設 (ショートステイ)	要介護者が短期間入所し、身体ケアやリハビリを受ける。特養などに併設しているケースが多い
小規模多機能居宅介護	泊まり、在宅などの機能併設。短期間の入所が可能
宿泊付きデイサービス (お泊りデイ)	高齢者が自宅から通うデイサービスに宿泊施設を併設。全額自費で負担

# ケアマネジャーが主治医との 連携で感じる障壁

	診療所	病院
主治医と話し合う機会が少ない	37.9%	68.8%
主治医と対話することに苦手意識を感じる	35.8%	56.4%
連携のために必要となる時間や労力が大きい	29.9%	56.5%
主治医の協力が得にくいなど障壁を感じる	31.5%	54.2%
利用者の自宅での生活に対する理解が不足	23.8%	48.6%

(注)有効回答は1868人。複数回答可。

(出所)三菱総合研究所『居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書』(2012年3月)「主治医との連携における課題」から引用・改変。





# 在宅医療連携拠点事業

