

医療・介護制度改革に関する 連続フォーラム

～第2回：納得できるケアと透明な
料金体系を目指して～

2013年6月14日

東京財団

利用者・納税者視点の必要性

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"> ● 先進国で最低レベル ● 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 	<p>患者の立場で寄り添う人がいない</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療における情報の非対称性 <p>医療と介護に狭間がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> □ CCCG(コミュニティ包括ケアグループ)の確立 □ 医療・介護連携の深化 □ 医療・介護計画の整合性確保 □ 代理人機能の強化 □ 個人口座の導入 □ 電子カルテ整備 □ 出来高制を中心とする診療報酬体系の見直し
<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"> ● 個々の診療所や病院の資産稼働率は必ずしも高くない 	<p>サービス提供者の競争が激しい</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	
<p>職業や年齢等により、負担が異なる</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 条件が異なり不公平感は強い 	<p>保険が縦割りで、分立している</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 企業での連帯の消失の流れも 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域を基盤とした保険への統合 □ 料率等の条件見直し
<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"> ● 制度の建増し・リフォームの繰り返し 	<ul style="list-style-type: none"> □ 制度の簡素化 □ 情報開示・第三者評価 □ 住民参加の枠組みづくり

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

第1回(5/15)の内容

- 人口の高齢化で慢性疾患が増えて、「**治す医療**」から「**診る医療**」に転換する必要
- 細分化されたサービス体系で、**たらい回し**が起きやすい状況となっており、**プライマリ・ケア**が必要
- 医療・介護連携が必要。総合診療医、看護師の役割が大きい。患者や利用者の健康に**責任**を持つ主体も必要
- ただ、責任とは「**丸投げ医療・介護**」とは違う
- むしろ、住み慣れた地域で自分らしく生きて行く上で、患者や利用者自身が**適切にサービス**を利用し、何でも医療に頼る「**過度な医療化**」を防ぐ上で、患者・利用者の**エンパワーメント**と、支える主体が必要

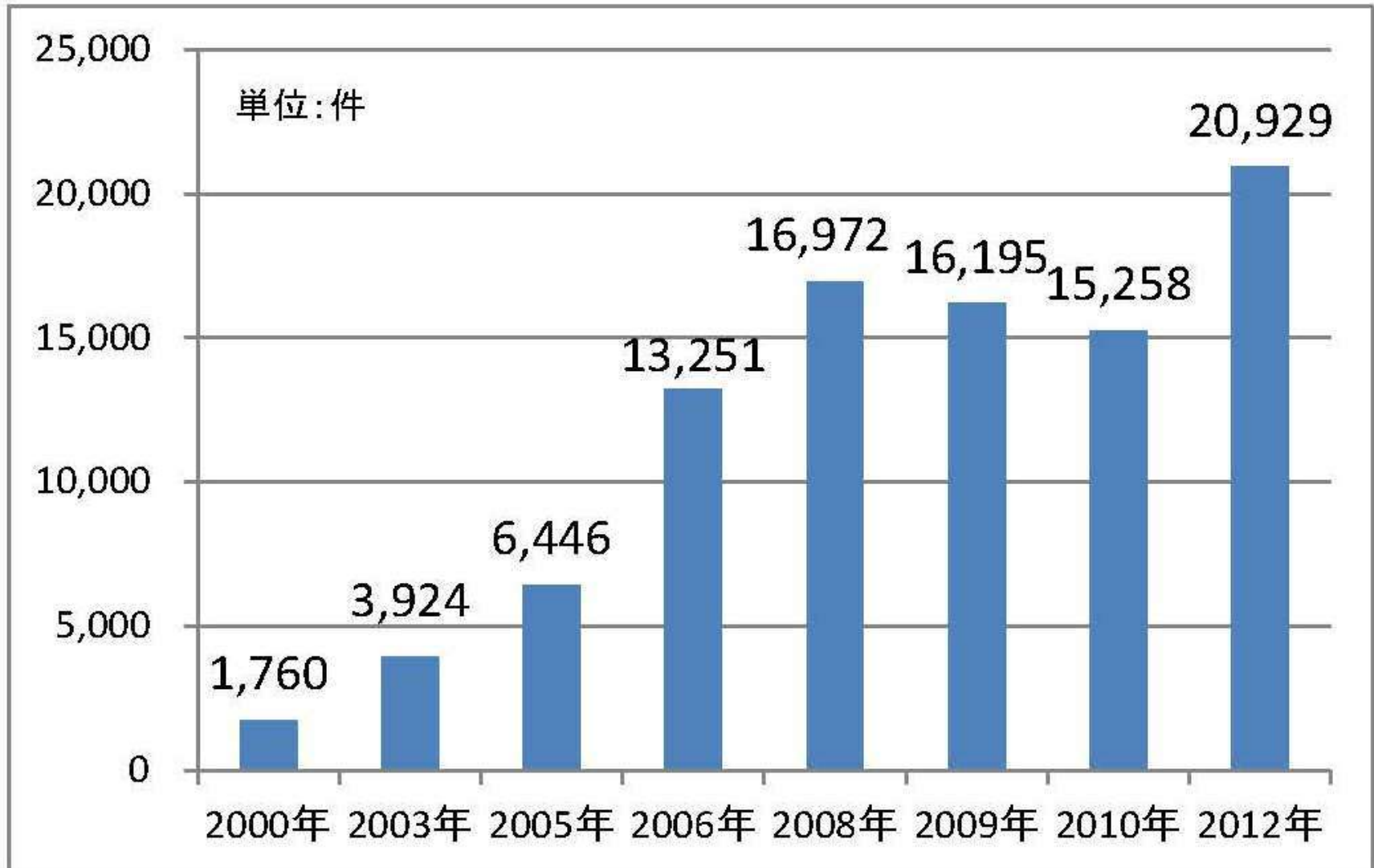
今日の主な議論

- 利用者や納税者の目線で見ると、報酬制度の課題は何か？
- 出来高払い制度の是非は？
- 政策誘導のための加算減算措置で、制度が複雑になり過ぎていないか？
- 利用者、納税者の適切な利用に必要なものとは？
- 利用者、納税者としてどう取り組むべきか？

報酬改定の歴史

年度	診療報酬(本体、薬価)		介護報酬	備考
2000	0.2%	1.9%、▲1.7%	-----	
2002	▲2.7%	▲1.3%、▲1.4%	-----	診療報酬本体が初の減少
2003	-----	-----	▲2.3%	介護保険創設後初の改定
2004	▲1%	0%、▲1%	-----	
2005	-----	-----	▲1.9%	
2006	▲3.16%	▲1.36%、▲1.8%	▲0.5%	過去最大の削減幅
2008	▲0.82%	0.38%、▲1.2%	-----	
2009	-----	-----	3.0%	
2010	0.19%	1.55%、▲1.36%	-----	政権交代後の改定
2012	0.004%	1.38%、▲1.38%	1.2%	介護保険は実質▲0.8%

改定ごとに複雑化する介護報酬

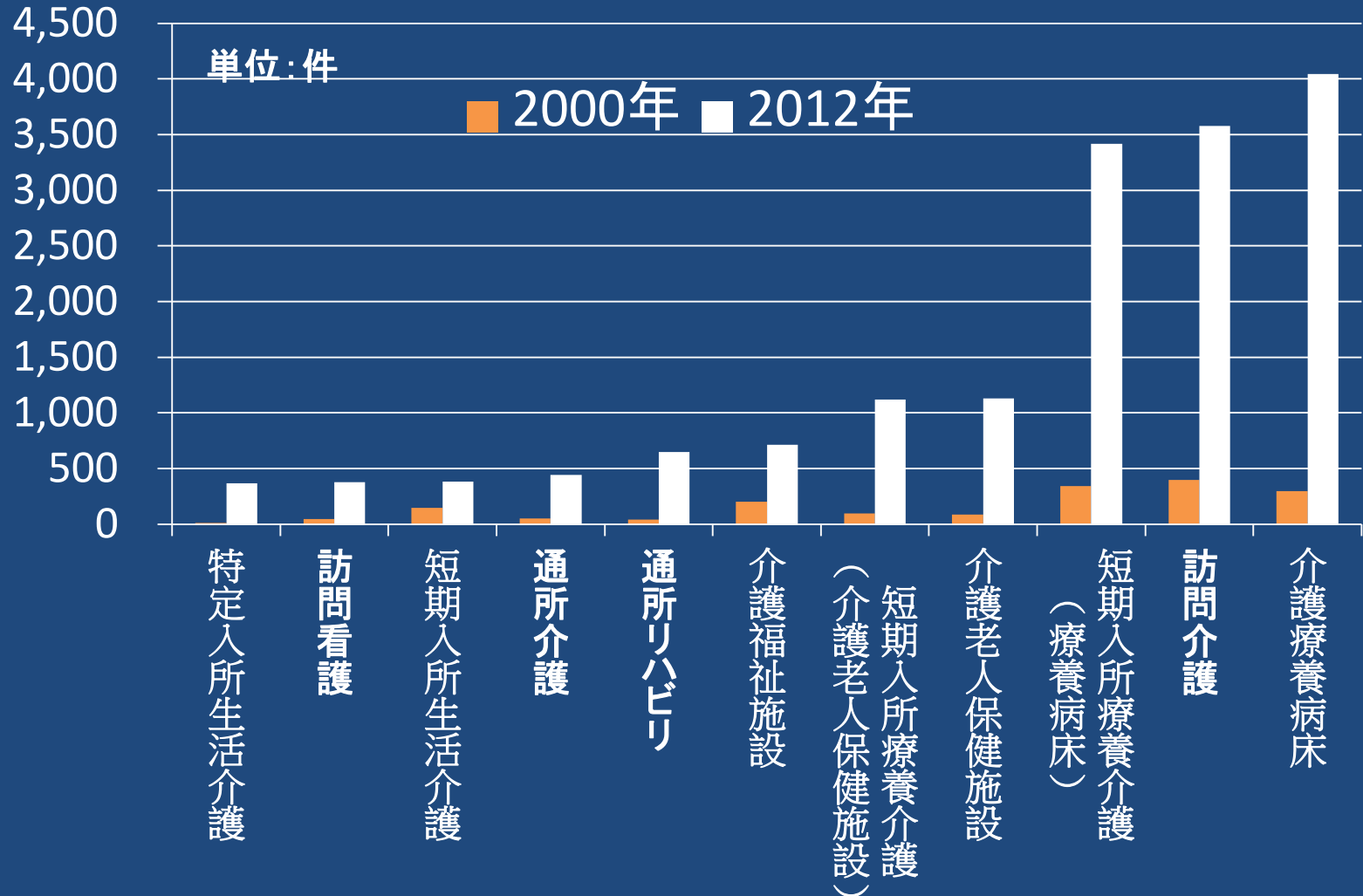


第13回 第4 東京財大 医療・介護制度改革を考える連続セミナー<第2回> 納得できるケアと透明な料金体系を目指して<三原岳 資料>

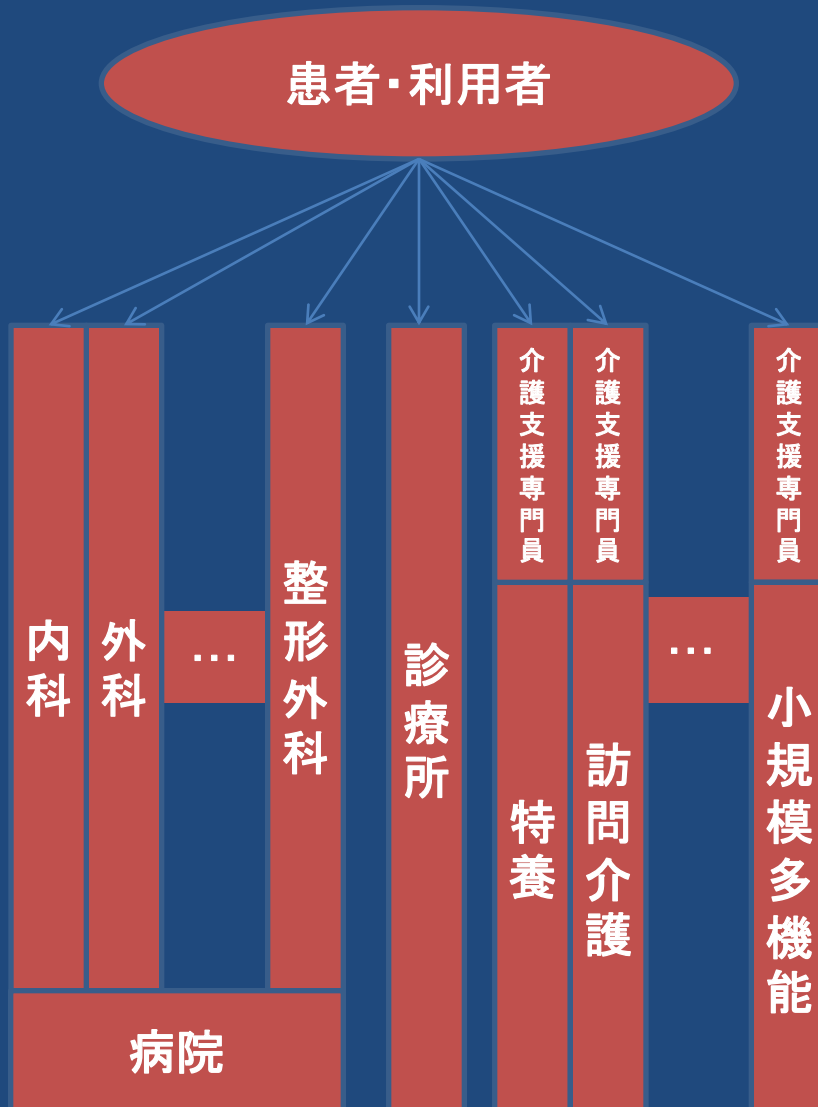
身体介護20～30分のサービス内容

コード		項目	単位数
種類			
11	1111	20分以上30分未満	254
11	1112	20分以上30分未満、夜間早朝	318
11	1113	20分以上30分未満、深夜	381
11	1121	20分以上30分未満、介護職員2人で対応	508
11	1122	20分以上30分未満、介護職員2人で対応、夜間早朝	635
11	1123	20分以上30分未満、介護職員2人で対応、深夜	762
11	4869	20分以上30分未満、事業所と同一建物居住者30人以上	229
11	4870	20分以上30分未満、事業所と同一建物居住者30人以上、夜間早朝	286
11	4871	20分以上30分未満、事業所と同一建物居住者30人以上、深夜	344
11	4872	20分以上30分未満、事業所と同一建物居住者30人以上、職員2人	458
11	4873	20分以上30分未満、事業所と同一建物居住者30人以上、職員2人、夜間早朝	573
11	4874	20分以上30分未満、事業所と同一建物居住者30人以上、職員2人、深夜	687
11	4875	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置	229
11	4876	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、夜間早朝	286
11	4877	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、深夜	344
11	4878	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、職員2人	458
11	4879	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、職員2人、夜間早朝	573
11	4880	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、職員2人、深夜	687
11	4881	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、事業所と同一建物居住者30人以上	206
11	4882	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、事業所と同一建物居住者30人以上、夜間早朝	258
11	4883	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、事業所と同一建物居住者30人以上、深夜	309
11	4884	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、事業所と同一建物居住者30人以上、職員2人	412
11	4885	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、事業所と同一建物居住者30人以上、職員2人、夜間早朝	515
11	4886	20分以上30分未満、2級サービス提供責任者配置、事業所と同一建物居住者30人以上、職員2人、深夜	618

複雑化は政策誘導の結果？

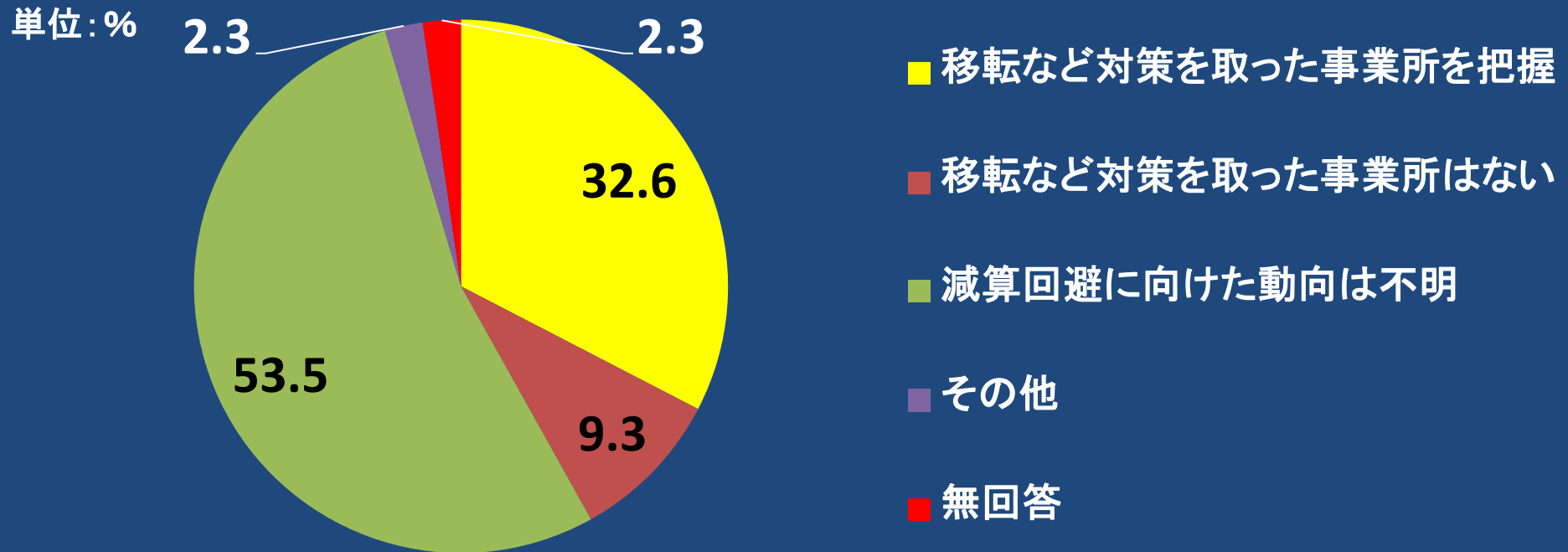


細かく専門化されたサービス体系



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

規制が新たな規制を生む？



日本総合研究所『集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究報告書』(2013年3月)「減算回避に向けた訪問介護事業所の動向」を基に作成。被災地3県を除く都道府県が回答

2012年度介護報酬改定で、同一建物に30人以上
訪問介護サービスを提供する場合、10%減算する措置を創設

→しかし、「事業所を隣の建物に移転」
「渡り廊下など建物を繋ぐ施設を除去」などの対策

成績払いの報酬制度は可能か？

出来高払いの報酬制度の場合、
患者・利用者を元気にするインセンティブが働かない

→成績払いは有効か？

岡山市、在宅介護の特区申請 要介護度改善で成功報酬

2012/9/29 0:01

小 中 大 保存

岡山市は28日、医療・介護分野で在宅サービスを強化する地域モデルを盛り込んだ「地域活性化総合特区」に申請したと発表した。26日付で申請した。介護保入することで保険料の抑制につなげることなどが柱。高齢者の支援体制を強化

岡山市は在宅者の要介護度が改善した場合、デイサービスに成功報酬を与える総合特区を申請

要介護度改善で報酬 品川区、特養対象に

2013/2/5 21:46

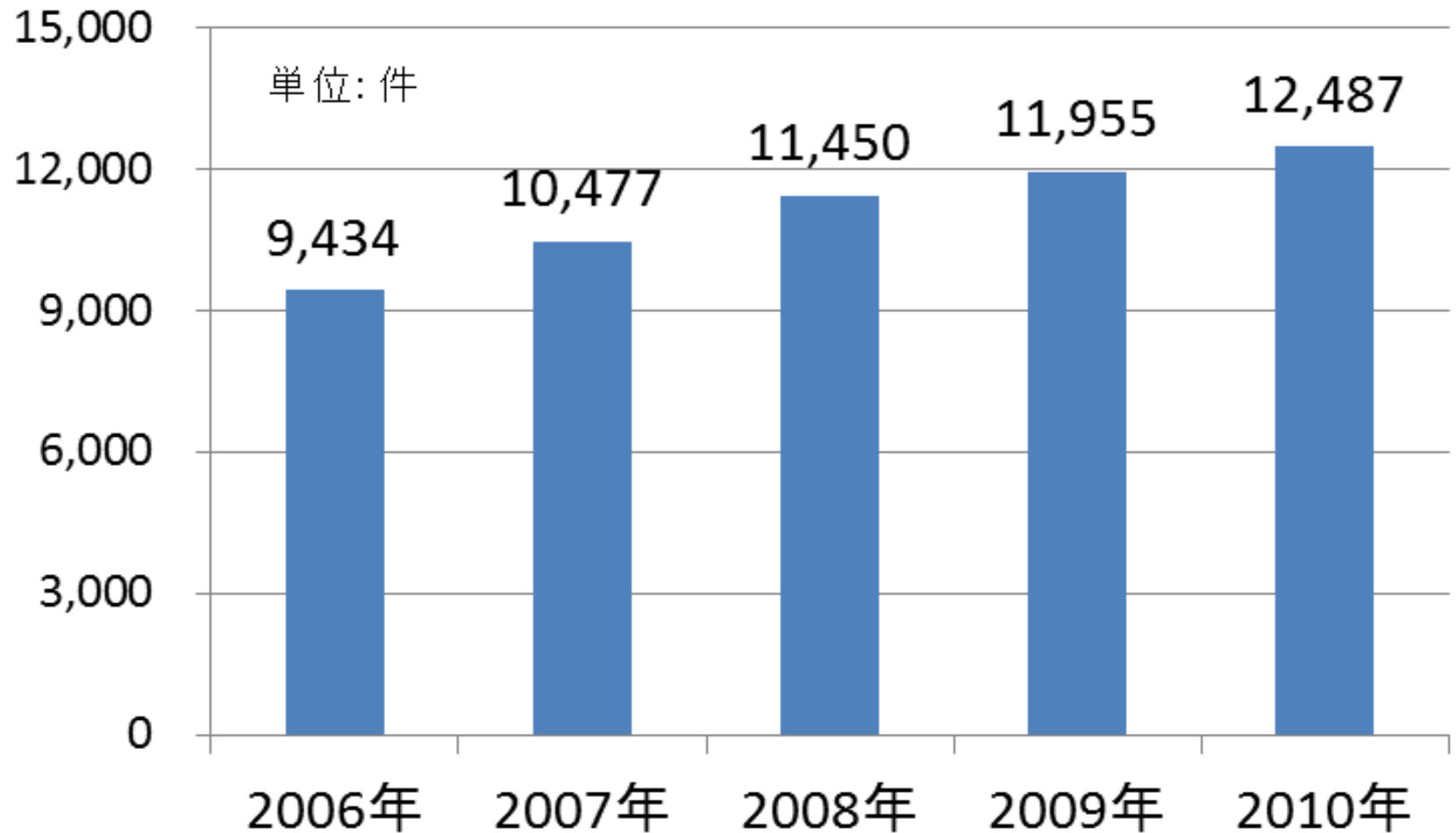
小 中 大 保存 印刷 リプリント

東京都品川区は2013年度、入所者の要介護度を改善した特別養護老人ホームなどに報酬を与える。現行制度では入所者の要介護度を改善すると事業者を支払われる介護報酬が低下してしまうという。減収分を報酬で補い、介護現場の意欲向上を図る。初年度は区内10施設で試験的に実施す

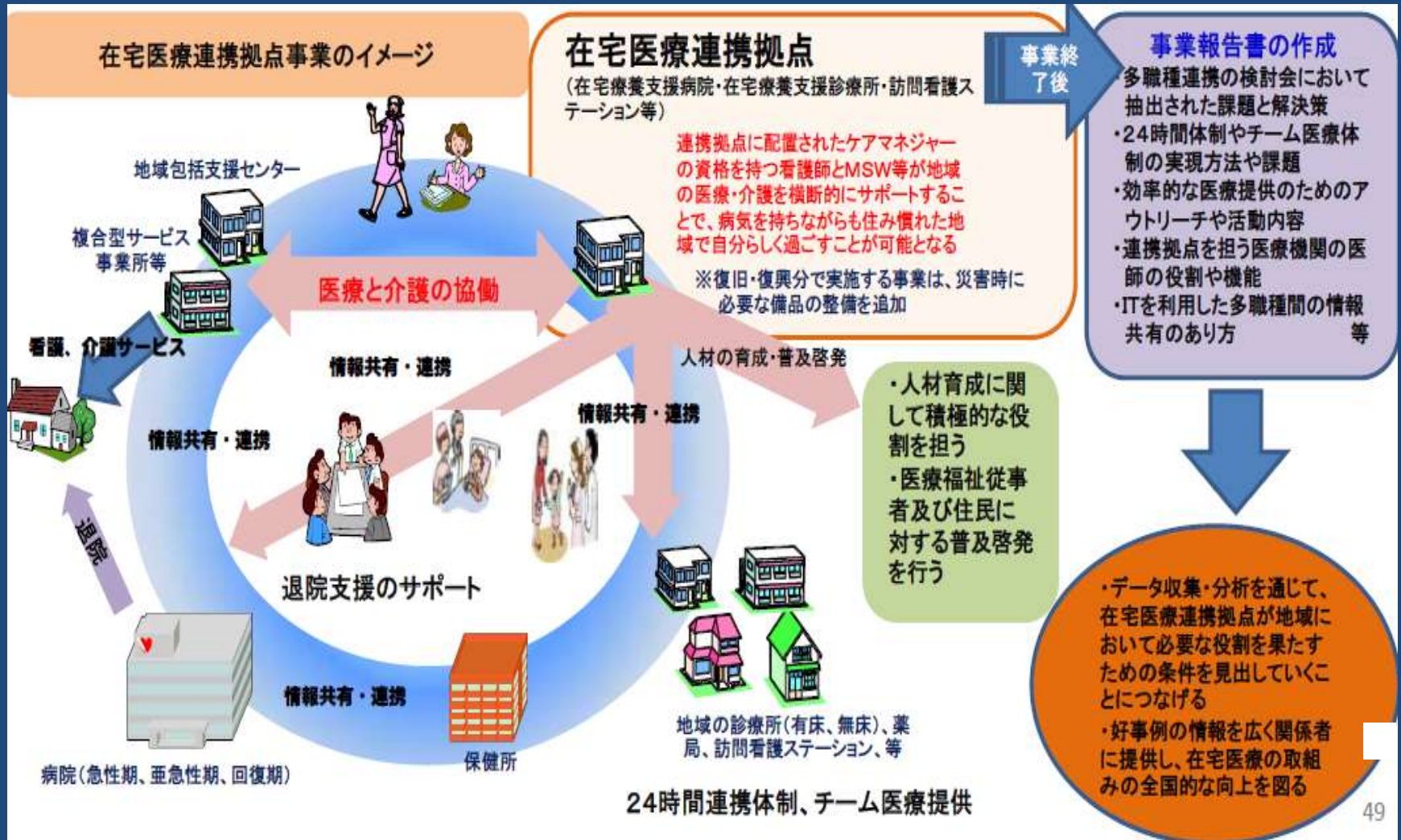
品川区が特養入居者の要介護度が改善した場合、1段階改善すると1カ月2万円を支給する単独事業

度。成果を検証し、14年度以降に本格導入するか決める。

在宅療養支援診療所の充実



在宅医療連携拠点事業



厚生労働省の地域包括ケア

【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)

