

介護保険

～改めて、今何を議論すべきなのか～

2014年7月17日

医療介護福祉政策研究フォーラム

厚生労働省年金局長

香取 照幸

社会に定着した介護保険制度

- 制度発足から10年余、総体としてみれば介護保険制度は国民生活に定着し、よく機能している。
- 介護保険は今なお「現在進行形」の制度だが、大事なことは将来の社会経済の大きな変化を見通して、制度の基本理念を踏まえた課題を整理し、改革の方向性を提示すること。
近視眼的・妥協的な制度改革は制度理念を曖昧にし、将来に重大な禍根を残す。
- ☆ 「合成の誤謬」「部分合理性と全体合理性」
制度理念と現場実践とはよい意味で緊張関係にある。

介護保険の先進性

- 日本の介護保険の先進性・革新性をよく認識することが必要。
- 高い給付水準、寛大な給付範囲・客観的で公平な要介護認定システム・ケアマネジメントの制度的導入・小規模多機能サービス・個室ユニットケアなど、我が国の介護保険制度に対する国際的な評価は極めて高い。
 - 諸外国はこぞって我が国の介護保険制度を研究し、自国の制度設計に生かしている。
 - 改革すべき点は積極的に見直していくことが必要だが、目先のことにとらわれてこの制度の本質的価値を見失ってはいけない。
- ☆ 介護保険の先進性は、制度の基本設計を支える理念に由来する。
 - 「市民的権利としての介護—市民自治型福祉（VS公権力主導型福祉）」
 - 「介護の社会化—普遍的・一般的サービスとしての介護」
 - 「当事者責任—高齢者自身の拠出を含む市民の費用負担・制度参加」

制度と現場・理念と実践

- 制度には「理念」があり、現場には「実践」がある。
- 制度理念と現場実践は相互に支えあう関係。
→制度は現場の実践を支え、現場の実践は制度の理念を実現する。
- 現場の問題提起を受けとめる制度改革
改革の理念を実践を通じて実現する現場
↓
∴制度とは常に「現在進行形」のもの

現場の実践から生まれた制度はたくさんある

- 認知症グループホーム
- 小規模多機能型在宅介護
- 24時間巡回ケア
- 個室ユニットケア

→現場の実践を制度(介護保険)が体系化し、制度化された実践(ケア)をさらに現場が進化させる

→上位概念としての「制度理念～ケア理念」の重要性
～介護の社会化・自立支援・尊厳の保障～

社会経済システムとしての介護保険

社会保障は壮大な「制度・政策の体系」。

給付・負担の規模は100兆円、GDPの20%を超える。

→政治・経済システム全体を構成する不可欠の要素。

常に「全体連関」の中でいかに機能するのかを考える。

他方、個々の市民にとっては、社会保障は「日々の生活に直結する個別具体のサービス」。

社会保障(制度・政策)の構築には、経済(マクロ・ミクロ)、政治制度、地域政策、家庭(家族)との関わりなど、広範な背景知識が必要。

同時に、個人にとっての社会保障が個別的・多面的であり、年齢や社会階層、生活形態等によって果たしている機能・役割は様々に異なることを忘れてはいけない。

改めての問題提起

1 選択と集中 優先課題の明確化

① 要支援者・軽度要介護者に対するサービスのあり方

「生活支援」をめぐる混乱 「自立支援」とは何か～ケアの基本論

☆制度論的整理の必要性 「要支援」と「予防」、「保険給付」の意味

マネジメントスキームの再構築 介護予防マネジメントのあるべき姿

② 重度化・複合化する要介護者への対応

最優先課題としての要医療・要介護の中重度者に対するケア保障

ケア体系全体の再構成 医療の位置付けの明確化と施設機能の再定義

(→介護療養型医療施設の位置付け、ターミナルケアへの取組み等)

2 地域包括ケア～「包括・継続・伴走」

① 日常生活圏域で完結する包括ケアサービス

: 医療－介護、施設－在宅を通じた切れ目のない支援

: それを可能にする多様なサービス類型の整備

居住の保障

医療の保障～在宅支援医療サービス(訪問看護・在宅支援診療所)

: 「生活支援」の意味 介護保険でできる(やるべき)ことは？

② 個別制度を超える「制度横断マネジメント」

: 個々人に応じたオーダーメイドのケアサービスを、個別制度を超えて横串でつないで組み立てる(→メタ制度の仕組み)

: ケアマネジメントの再生

改めて、「サービスのパッケージ化」「ケアの標準化」「アセスメント」

マネジメントの専門性 アドボカシー・自立支援

マネジメントとは個人におもねることではない

3 新たなケアモデルの構築と制度の再構築

① 認知症ケアの確立

医学的知見の進展に対応した給付設計

(←「精神医療モデル」への回帰ではない！)

身体ケアモデルからの脱却 「標準仕様」としての認知症ケア

(←ケアモデルの転換、GHケアの先進性の再確認)

サービスの絶対量の確保 GH・小規模多機能・地域支援・在宅医療

② 独居モデルの構築

日常生活圏域で完結できるケア体制 ～地域コミュニティの再生

介護保険サービスを支えるサブシステムの構築

居住保障—住宅対策 小規模多機能・ケア付き住宅

③ ケア論に立脚した制度の構築

「ケアモデルの転換」が提起するものとは

制度が保障すべき「市民福祉としての介護」とは何か？

ケア論としてのユニットケア・GH・小規模多機能

何故「個別ケア」が必要となるのか。

現場レベルで高齢者の自立を支えるシステムとしての「地域包括ケア」

と「ケアマネジメント」 個別制度を超えた「包括支援」「サービス統合」

☆制度の基礎は「科学」であり「情念」ではない

要介護認定を巡る議論の混乱

☆市民的権利と参加責任

市民＝被保険者＝介護サービスを利用する権利を持つ者には、
介護保険の運営に参加し、制度を支えていく当事者責任がある。

4 地域再生と介護保険

「地域政策」のツール(サブシステム)としての介護保険

人口減少・地域の消滅の危機

「地域再生」「コミュニティ再生」という視点からのサービス再構築

「共生」という視点

地域包括ケアの実現に向けて①

要介護高齢者の重度化・要医療化が今後一層進んでいることを考えれば、地域包括ケアにおける医療(医療・看護)の位置づけは極めて重要なテーマ。

要介護者ごとの医療と介護のニーズバランスに応じて両者を組み合わせる(その意味で「医療と介護の一体提供」、という発想に立つことが重要。重度者・認知症患者こそ、多職種連携・資源活用の最適化が必要。

すなわち、

- ① およそ在宅要介護者全般について、居宅・ケア付き住宅・有料・GHなど、どこにいても必要な医療が保障される仕組み
- ② それを支えるサービス基盤の整備と多職種連携・協働を実現するマネジメントの再構築(⇒伴走型・地域包括型ケアマネジメント)
- ③ 老健・特養(=重介護者施設)における日常的な医療の確保
- ④ 施設入所者・在宅要介護者を通じた、要介護者の急性増悪や原疾患以外の急性期発症(肺炎・事故・脳梗塞等々)に対応できる医療のバックアップ体制(地域医療体制)の整備が求められる。

地域包括ケアの実現に向けて②

要医療・重介護の高齢者や認知症高齢者を地域で支えていくためには、従来の在宅サービス・ケアマネジメントのままでは対応できない。

医療サイドでの取り組み強化と合わせて、介護サービスについても

- ①医療・看護との連携、医療介護サービスの一体提供
- ②重度者・認知症高齢者の心身状態に対応したケアの構築を進めていくことが必要。

- GH、小規模多機能における重度化対応の強化
 - : マネジメント機能(身体機能評価と多職種連携ケアの連続性)の強化
- デイサービスの見直し(制度面からの見直しも含む)
 - : 軽度者を支えるデイサービス
 - : 重度者・認知症高齢者を支えるデイサービス
 - : デイの多機能化・小規模化
- 医療型ショート、重介護対応型ショート
- ホームヘルプの機能分化

地域包括ケアの実現に向けての課題②(続)

- ケアマネジメントの再構築
 - ：「医療介護の一体提供」「多職種連携・協働」を支えるマネジメント
 - ：ケアマネ自身の「意識変革」
 - ・ソーシャルワーク的機能⇒＋ケアワーク的機能
 - ・重度者・認知症患者の生活を支える「医療・看護・介護のトータルなケア」を機能させるのが地域包括ケアにおけるマネジャーの役割
- 情報共有、ケアのプラットフォームの確立
 - ：多職種連携を支える「ケア情報」「健康情報」の共有
- 制度面での課題の整理と解決方策の提言 現場からの発信
 - ：特養・老健・居住系施設における「医療提供」の隘路
(点滴問題・PEG対応問題・看護管理と訪問看護など)
 - ：生活支援系ケアと心身機能支援系ケアの再整理
 - ：認知症医療における「診断・治療ガイドライン」の確立
(安易な多剤投与・過鎮静(ドラッグロック)の改善)

医療・介護の提供体制の将来像

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

- 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル（人口1万人程度の圏域）において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の充実と重点化・効率化

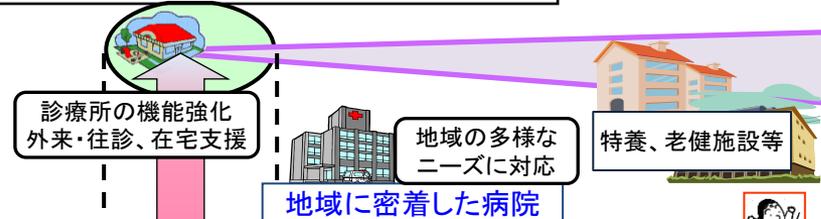
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

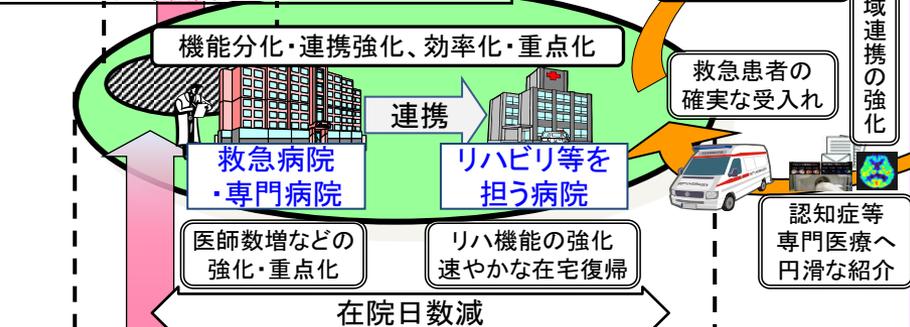
市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応



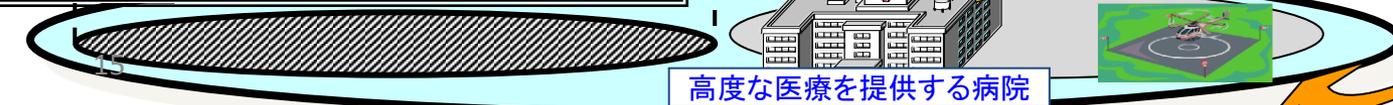
人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク



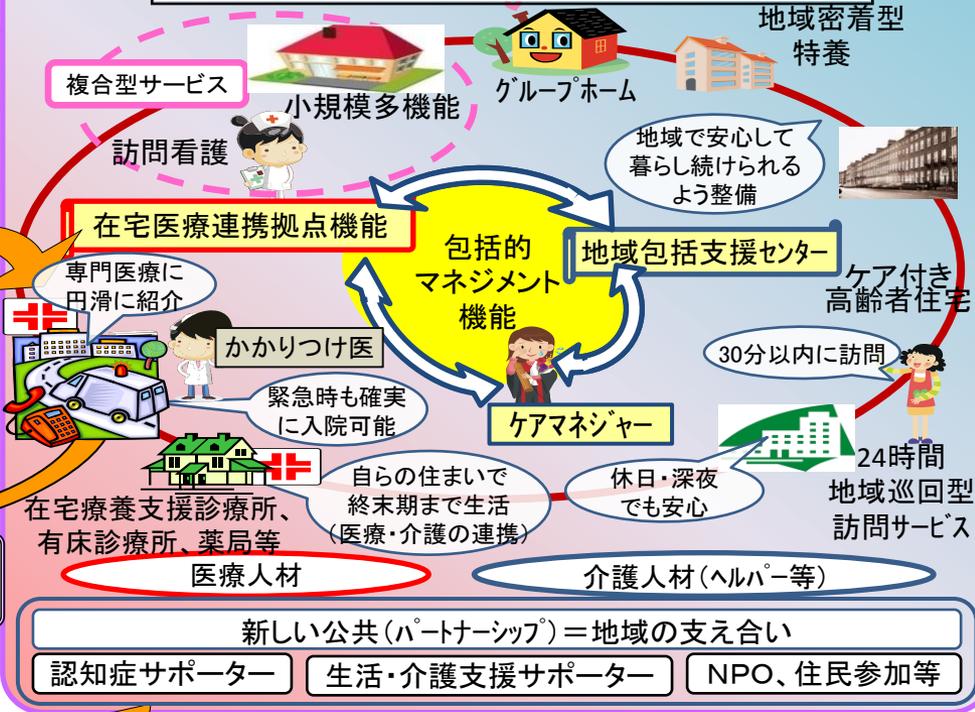
都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備



小・中学校区レベル(※):

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制



※ 人口1万人程度の圏域。