



↓第102回・第103回 社会保障審議会介護給付費分科会

地域包括ケア構築への 環境整備と報酬改定の論点

**テーマ「認知症への対応」
今後、特養に求められる役割とは？**

厚生労働省は6月11日、「第102回社会保障審議会介護給付費分科会」を開催しました。この日、議題とされたのは「認知症への対応」と「高齢者向け住まい」です。

「認知症への対応」では、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の今後の役割が主な論点とされました。分科会では福祉用具や夜間の人員加配などの問題にとどまり、仕組みそのものを大きく変えるという話にまでは至りませんでした。その在り方をどうするのかといった根本的な問題が浮上しています。厚労省は「特性である利用者の役割を生かすケア

を推進するための方策」という回

りくどい表現で「論点」を示しています。そもそもグループホームは共同生活を営める状態の認知症の人たちが家庭的な雰囲気なかで生活し、症状が改善すれば自宅に戻ることが想定して作られたものです。しかし、利用者の重度化に伴い（図表1）、今後は終の棲家としての機能を有する事業所を増やしていくことも考えるべきではないか、という問いかけがなされているわけです。

とはいえ、定義を見直して一律に看取りまで行え、とするのには無理があります。一括りにして考えるのではなく、従来型と看取りまで行う事業所とに分け、後者は加算を設けたり、医療的ケアの

拡充のための仕組みを整備するな
どして対応していくことが望まれます。

特別養護老人ホームについては、認知症高齢者が増加するなか、認知症ケアに関して高い専門性を有する地域資源としての重要性がますます高まっていくはず。ますます、終の棲家としての役割は変わらないとしても、在宅復帰の促進が厚労省の基本方針ですから、今後は重度者や低所得者への対応だけでなく、在宅での生活が可能なる人には退所も視野に入れた運営が求められていくことになり。そのため、報酬改定では在宅復帰に関わる部分の加算を拡充して、地域における役割を果たして

青木正人

株式会社ウエルビー
代表取締役

あおき・まさと●1978年神戸大学経営学部卒業。福祉専門学校・高齢者福祉施設等の設立から運営を手がけるなど福祉関連事業の理論と現場に精通。介護福祉ビジネスの経営・人事労務・教育分野等のコンサルティングならびに自治体の福祉施策等のコンサルティングを展開

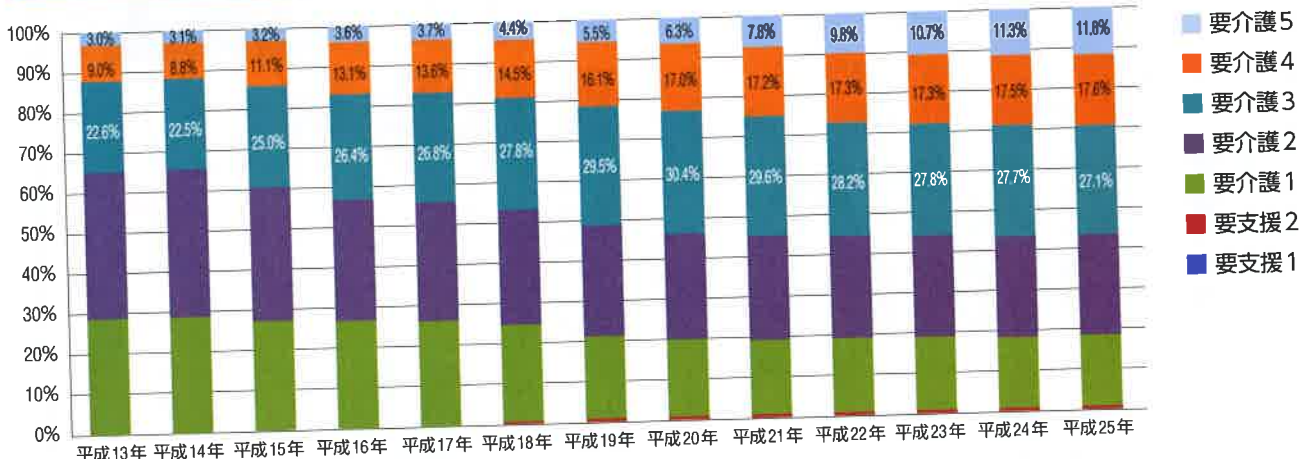


いくには、「連携」という視点も大切。地域の関係機関と密に連携することで、高齢者がその時の状態に合わせて医療機関や老健、グループホーム、自宅を行き来できるようなシステムの構築は不可欠でしょう。

**テーマ「高齢者向け住まい」
集合住宅への減算の是非について**

続く「高齢者向け住まい」では、集合住宅におけるサービス提供のあり方が論じられました。現在、集合住宅の利用者にサービス提供をする場合、戸建て在宅などの利用者には比べ移動などの労力を考慮し報酬の減算が行われていますが、定期巡回・随時対応サービスと複合型サービスについては適用

図表1 グループホームの要介護度別利用者割合の推移



【出典】介護給付費実態調査より認知症・虐待防止対策推進室が作成

されていません。厚労省はこれら新サービスを是が非でも普及させたい意向ですから、一気に減算とすることにはならないと思えます。

ただし、平成24年度の老人保健健康増進等事業として行われた株式会社日本総合研究所の「集合住宅における訪問サービス等の評価のあり方に関する調査研究」では、移動コストの分析結果をもとに、「通常の訪問介護に限れば現在1割の減算を16%程度にするとは可能」としており、次期報酬改定で減算比率が見直される可能性は捨てられません。

なお、内田千恵子委員（公益社団法人日本介護福祉士会副会長）は、「減算」というマイナスイメージだが、移動コストが小さいという集合住宅の特性を考慮した別の報酬設定を考えるべき」としています。

ところで、平成26年度の診療報酬改定では、集合住宅等への訪問診療等の報酬が見直されるとともに、保険医療機関等が事業者等に対して金品を提供し、患者を誘引することが禁止されました。こうした問題については、委員の間か

ら「医療保険と異なり、介護保険でのサービス提供はケアプランに基づいて行われるのだから、サービス事業者自らが過度なサービス提供はできないはず」であり、減算ではなく「ケアマネジメントの適正化と事業者に対する指導で対応するべき」という意見が出ています。

印象的だったのは、定期巡回・随時対応サービス発足時には分科会で逆の意見を主張していた日本医師会の委員が「医療と介護は違ってよい」との見解を述べたことです。支払側である小林剛委員（全国健康保険協会理事長）や本多伸行委員（健康保険組合連合会理事）も当然ながら、不適切部分の適正化を求めつつ、「医療と介護は異なる」という前提は認めています。

テーマ「区分支給限度基準額」支給限度額の見直しの影響は？

6月25日に行われた第103回社会保障審議会介護給付費分科会では、「区分支給限度基準額」と「ケアマネジメント」が議題となりました。

「区分支給限度基準額」に関して

図表2 区分支給限度基準の現状

	限度額(円)	受給者1人当たり平均費用額(円)	限度額に占める割合(%)	限度額を超えている者(人)	利用者に占める限度額を超えている者の割合(%)
要支援1	49,700 (50,030)	22,900	46.1	3,191	0.7
要支援2	104,000 (104,730)	41,960	40.3	1,432	0.3
要介護1	165,800 (166,920)	75,800	45.7	16,021	2.1
要介護2	194,800 (196,160)	104,560	53.7	31,095	4.2
要介護3	267,500 (269,310)	156,700	58.6	20,057	4.5
要介護4	306,000 (308,060)	190,490	62.3	16,209	5.3
要介護5	358,300 (360,650)	233,080	65.1	12,091	5.9
合計				100,096	2.9

(注1) 平成25年介護給付費実態調査(11月帯直分)を基に作成。()は平成26年4月1日以降。なお、限度額を超えている者、利用者に占める限度額を超えている者の割合については、老健局老人保健課による特別集計。
(注2) 額は介護報酬の1単位を10円として計算。

は、利用者の状況に応じた適正な在宅サービスを提供するため、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて要介護度ごとに設定されたものとはいえ、10万人もの利用者が限度額を超過しているという現



実があります(図表2)。

分科会では限度額の水準の妥当性が論じられました。「生活支援が非常に多い。まずはケアプランで精査すべき」との慎重論が出たものの、大勢を占めたのは「超過を制限するより、必要なサービスが全額自己負担でなく利用できるような配慮をするべき」「認知症、独居の方が限度額をオーバーしている」「限度額と包括報酬の差が小さく、他のサービスの併用が困難」といった見直しを求める声でした。

生活支援サービスを抑えるにしても限界がある、福祉用具を設置したら超過してしまい通所介護が受けられない、だから限度基準額を上げるしかない——という議論の流れです。もともと、包括報酬ながら基本サービス費と限度額との差が小さく、他サービスとの組み合わせが事実上困難な定期巡回・随時対応サービスや複合型サービス、小規模多機能などの地域密着型の新サービスを普及させるためには、限度額の水準を切り上げ

るほかないという考えにも理があり、そのしわ寄せは施設系サービスが被ることになるでしょう。とりわけ、個室ユニットケアに対応していない特養や在宅復帰に力を注がない老健などへの風当たりはますます強まると思われまます。

テーマ「ケアマネジメント」 ケアマネジャーの公平・ 中立性の保持は可能か?

一方「ケアマネジメント」では、公平・中立性が論点の一つとされました。前述したように、不正防止の観点から介護支援専門員(ケアマネジャー)の果たす役割が改めて期待されていますが、併設の居宅介護支援事業所の場合、どう考えても経営者は自事業所のサービスを優先させて欲しい、ということになるでしょう。これについては、齊藤秀樹委員(公益財団法人全国老人クラブ連合会理事)から「公正・中立の観点から、独立型に誘導していく施策が必要ではないか」との意見も出ています。今後、新たにインセンティブ等を

加えて独立型を増やす方策が出てくるかもしれませんが、併設型よりはるかに高い報酬を設定するなど、よほどドラスティックな仕組みに変えなければ誘導は難しいでしょうし、仮に独立型になったとしても別法人をつくるといった抜け道を利用する事業者が現れないとも限りません。

また、独立型であっても事業が成り立つように、インフォーマルなサービスのみでのケアプランや相談業務に対しても報酬が発生するような配慮も必要でしょう。しかし、そうなるも今度は介護保険制度の枠組みのなかで処理しているのか——という制度自体の整合性の問題が出てきます。課題解決にはまだ時間がかかりそうです。

ところで、先に「認知症への対応」で、高齢者が自宅や施設を行き来できるようなシステムの構築が求められている、と述べましたが、そのときに問題となるのがリロケーションダメージです。認知症高齢者は環境変化に弱いため、住まいを移す際に重要となってく

るのがそこに関わる人間であり、なかでもキーになるのがケアマネジャーです。現実には、自宅、病院、特養と居場所が変わるたびに接するケアマネジャーが替わり、一貫した支援ができていません。これについては委員の間から、「かかりつけケアマネ・主事ケアマネ」として「軽度から重度まで継続して関われるようにすべき」との意見が出ています。当然、特養に移っても同じケアマネジャーが担当すべきではないか、という議論に発展することも予想されますが、そうなるも、施設ケアマネジャーとの役割分担が問われることになります。

もちろん、特養内の施設ケアマネには大切な役割があります。入所者にとってはまさに「一貫した支援」を提供してくれる存在もあります。

さらに、他機関と連携などの際に地域においても、認知症高齢者のケアに高度の専門性を有する施設ケアマネジャーが担う役割は少なくないはずで