

我が国における医療と介護の機能分担と連携

川越 雅弘

■ 要約

財政が逼迫する中、質を確保した上で、サービスの重点化・効率化により費用の適正化を図ることが重要な政策課題となっている。2006年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定であったこともあり、上記課題を解決するため、「医療と介護の機能分担と連携のあり方」が大きなテーマとなった。

なかでも、「平均在院日数の短縮化と地域での受け皿作り(在宅医療や地域包括ケアの推進)」や「療養病床の再編成」は、医療・介護両制度の今後の方向性に大きな影響を与えるものであった。ただし、これらの制度改革は理念が先行している部分もあり、実際に現場レベルで対応出来るか否かの検証が今後必要となろう。

今後20年間、最後の急速な高齢化を迎える。今回行ったシミュレーションでは、2025年に在宅重度要介護者は、今後の施設整備量にもよるが、1.8～2.6倍に膨れ上がる。限られた在宅資源を使って、どこまで在宅や特定施設で対応できるのか、また、患者・家族は負担面を含め、どのような条件が整えば在宅を選択するのかを見極めた上で、将来的な施設整備量や、医療機関、介護保険施設、特定施設などの機能分担のあり方を、地域ケア整備構想の中で再検討する必要があると考える。

■ キーワード

費用の適正化、平均在院日数、在宅医療、機能分担と連携、地域ケア整備構想

I はじめに

介護を必要とする高齢者が、地域で安心して生活を送る上で必要なサービスは介護保険だけで満たされるものではなく、特に医療サービスとの連携は必要不可欠である。したがって、サービス提供面からみた場合、利用者の状態・状況に応じた適正かつ包括的サービスを如何に提供するかが重要な課題となる。他方、逼迫する財政面からみた場合、医療と介護の適切な機能分担と連携に基づくサービスの重点化・効率化により、費用の適正化を図ることが重要な課題となる。2025年頃まで後期高齢者の急増が予測される中、これら一見相反する課題に対しどのような最適解を見つけ出す

かが緊迫のテーマとなっている。

さて、本年2月10日に、平均在院日数の短縮などを通じた医療費の適正化、社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成、後期高齢者医療制度の創設などを含んだ医療制度改革関連法案が国会に提出され、6月14日に可決成立した。また、同法案の趣旨に沿う形で、本年4月には、医療機能の分化・連携の推進などの視点を含んだ診療報酬改定が実施された。今回の医療制度改革・診療報酬改定を振り返ると、① 医療機能の適切な分化・連携による質の高い医療の効率的提供の促進 ② 医療の必要性の高い慢性期入院患者への給付の重点化(医療給付の範囲見直し) ③ 介護保険との適切な役割分担に基づく24時間対応の在宅

医療や終末期医療の促進 などを通じて、費用の適正化および制度の持続可能性の確保を図ることを基本的視点とした、メッセージ性の強い改革であったと言える。

一方、介護制度改革では、① 平均在院日数の短縮に伴う医療の必要性の高い高齢者の、地域における円滑な受け皿作り ② 医療と介護の過不足なきサービス提供 などを実現するため、地域における包括的・継続的マネジメント体制の仕組みが導入されるなど、医療制度改革の方向性を支援・補完する内容が盛り込まれている。

今回の医療・介護制度改革は、互いの機能分担と連携をもとに、トータルとして、適正な給付の実現と制度の持続可能性の確保を図ったものと言えるが、理念中心で設計された部分も多く、実際にうまく機能するかの検証および再検討が今後必要となろう。

そこで、本稿では、まず、医療・介護制度の機能分担と連携に関連する部分を中心に、今回の両制度改革の包括的な評価・考察を行う。さらに、制度設計を検証する観点から、切れ目のない医療の流れの構築や平均在院日数の短縮化を行う上での重要な要素となる「在宅医療」の現状分析、ならびに2025年における在宅医療サービスの需要予測を行う。そして最後に、制度設計者レベルで進められる機能分担の推進の狙いを、質の低下を招かずに現場レベルで実現するための要となる「連携」の強化に向けた課題の整理と、これを解決するための提言を行うこととする。

II 医療制度改革と介護制度改革 ～機能分担と連携を中心に～

1. 医療制度改革の方向性

(1) 基本的な考え方と改革の方向性

2005年12月1日に、政府・与党医療改革協議会より、① 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

② 医療費適正化の総合的な推進 ③ 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現 を基本的な考え方とした「医療制度改革大綱」が提出された。また、上記大綱の基本的考え方を踏まえる形で、同時期の11月25日に、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が、社会保障審議会医療保険部会・医療部会の意見としてまとめられた。

同意見書では、報酬改定に係る基本的考え方として、4つの視点¹⁾が挙げられている。その中で、特に介護との機能分担と連携に関連するのが、「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」である。意見書では、さらに、これを具現化するための基本的方向として、① 地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない医療の流れを構築し、患者のQuality of Life (以下、QOLと略)の向上およびトータルな治療期間の短縮化を図る ② 入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、在宅医療や終末期医療体制の強化を図りながら、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活が送れるような支援体制を構築する ③ 医療機能の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図る ことを明示している。

今回の医療制度改革は、平均在院日数の短縮、医療機能分化による医療資源の重点化・効率化、保険給付範囲の見直しなどを通じて医療費の適正化を図りながら、医療機能間の連携強化や介護との機能分担と連携を通じて、必要な医療・介護サービスを適正に給付する仕組みを構築し、地域高齢者のQOL向上をも併せて図るといった方向性を強く打ち出したものとなっている。

(2) 具体的な対策とは

ここでは、上記の基本的考えを推進するための

具体的対策のポイントを整理する。

① 平均在院日数の短縮化の推進

医療費適正化を推進するための課題として挙げられているのが、生活習慣病対策であり、長期入院の是正(平均在院日数の短縮化)である。

後者に関しては、これまでも、診療報酬による誘導を中心とした対策が講じられてきた。その結果、一般病床の平均在院日数は、1993年の35.3日から2004年には20.2日まで短縮している²⁾。

今回の制度改革では、急性期病院と急性期以後(回復期、慢性期、在宅療養)との連携強化と地域ケア体制の整備を通じて、退院しやすい環境を整備し、さらなる平均在院日数の短縮化を図るべく、地域連携退院時共同指導料³⁾や地域連携診療計画管理料・退院時指導料⁴⁾の新設など、報酬面で連携を評価することや、在宅療養支援診療所⁵⁾の新設など、退院後の患者に対し地域で24時間対応できる体制の強化を図るなどの具体的対策が講じられている。

② 医療と介護の機能分担の推進(医療給付範囲の見直し)

今回、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定であったため、医療と介護の機能分担のあり方が重要な検討課題であった。これに関連して提案されたのが、社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成であり、リハビリテーション算定日数の疾患別上限の設定である。

まず、前者であるが、これは在宅・施設の介護基盤が充実する中、これまで高齢者の長期入院患者に対する医療・介護サービス提供機関としての役割を果たしてきた療養病床(医療25万床、介護13万床の計38万床)について、患者の状態像⁶⁾に即した機能分担を推進する観点から、2024年度末までに体系的な再編を行うというものである。具体的には、2024年度末までに介護療養病床は廃

止し、「長期にわたり療養が必要な医療の必要性の高い患者を受け入れる病床」として、看護配置基準などを厚くした医療療養病床(整備目標15万床)に一本化するとともに、残りの長期入院患者に関しては、介護老人保健施設(以下、老健施設)や特定施設(有料老人ホームやケアハウスなど)で対応するというものである。医療の必要性の高い慢性期入院患者に、医療資源および医療給付の重点化を図る一方、それ以外は介護保険で対応するというものである。

次に、後者であるが、これは疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的なリハビリテーションを行うことが医学的に有用であると認められる一部の疾患を除き、新たに、治療開始日などからの算定日数の上限を設けるというものである。具体的には、心大血管疾患や運動器は150日、脳血管疾患は180日、呼吸器疾患は90日と設定されている。それ以後に関しては、介護保険認定者であれば、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどの介護保険サービスで対応するというものである。

③ 「多様な居住の場」への外部からの医療サービス提供の推進

療養病床の再編成の流れの中、医療の必要性の低い患者の自宅以外での受け入れ先としては、医師が配置されている老健施設以外では、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホームなどが考えられるが、これらに居住する高齢者に対し必要な医療が適切に確保される必要がある。また、高齢者の場合、居住場所を変えることが困難なケースも多いことを考慮すれば、たとえ重度化しても同じ場所で必要なサービスが適宜受けられる仕組みも必要となる。

そこで、今回、通院困難な特定施設入居者に対し、在宅療養支援診療所の医師が同意を得た上で、計画的な医学管理のもとに月2回以上の訪問

診療を行った場合、在宅時医学総合管理料および在宅患者訪問診療料が、さらに、介護制度改革にて本年4月に新設された「外部サービス利用型特定施設⁷⁾」の通院困難な入居者に対して同様の医学管理を行った場合、在宅療養支援診療所以外の医師でも、同様の報酬が算定できる取り扱いとなるなど、外部からの医療サービスが受けられやすい環境整備が行われている。

④ 特別養護老人ホームの末期悪性腫瘍患者への外部からの医療サービス提供の推進

特別養護老人ホーム(以下、特養)では医師の配置基準が設けられているが、実質非常勤が主体で、常時必要な医療が提供できる体制にはない。そこで、今回、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合、またはその指示に基づき訪問看護を行う場合に、その費用を医療保険に請求することができる取り扱いとなっている。

2. 介護制度改革の方向性

(1) 基本的な考え方と改革の方向性

2005年6月22日に、① 制度の持続可能性の確保 ② 明るく活力ある超高齢社会の構築 ③ 社会保障の総合化 を基本的視点とした改正介護保険法が成立した。今回の制度改革の具体的なポイントとしては、① 予防重視型システムへの転換 ② 施設給付の見直し ③ 新たなサービス体系の確立 ④ サービスの質の確保・向上 ⑤ 負担の在り方・制度運営の見直し などが挙げられるが、この中で、医療と介護の機能分担と連携に関係するのが「新たなサービス体系の確立」である。

これは、認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加する中、こうした方々が出来の限り住み慣れた地域で継続して生活できるよう、地域密着型サービスの創設や居住系サービスの充実などのサービス体系を見直すとともに、地域包括支援センターの

設置などによる地域包括ケア体制の整備を図ろうとするものである。また、この中では、医療と介護の機能分担と連携強化を図ることで、包括的サービスを必要とする中重度者への支援を強化することも謳われている。

そして、本年4月には、これら制度改革の流れを具体化すべく、① 中重度者の支援強化 ② 介護予防・リハビリテーションの推進 ③ 地域包括ケア・認知症ケアの確立 ④ サービスの質の向上 ⑤ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 を基本的視点とした介護報酬改定が実施された。

今回の介護制度改革では、給付の重点化・効率化により、制度の持続可能性の確保を図るとともに、地域における包括的・継続的マネジメント体制の構築、施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担と連携強化など、医療制度改革の方向性を支援・補完する内容も盛り込まれたものとなっている。

(2) 具体的な対策とは

ここでは、上記の基本的考えを推進するための具体的な対策のポイントを整理する。

① 地域包括ケア体制の整備

要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、医療・介護サービスやインフォーマルサービスなどのさまざまな支援が、包括的かつ継続的に提供される体制が必要となる。今回、こうした体制を支える地域の中核機関として創設されたのが地域包括支援センターである。同センターに期待される機能は、ア) 総合相談支援 イ) 虐待の早期発見・防止などの権利擁護 ウ) 包括的・継続的ケアマネジメント支援 エ) 介護予防ケアマネジメント の4つであるが、これを3職種(保健師(または地域ケアの経験ある看護師)、主任ケアマネジャー、社会福祉士)の多職種協働により実現する

形態となっている。

特に、包括的・継続的マネジメント支援機能では、医療機関、在宅主治医、ケアマネジャーの連携体制の構築を支援することにより、退院時カンファレンスなどを通じた円滑な退院支援が行われることが期待されている。これに関連して、ケアマネジャーが退院・退所時において、入院・入所機関との連携を行った上で新規にケアプランを作成した場合、通常の新規のケアプラン作成費より高い報酬が設定されるなど、ケアマネジャーの退院支援への関与を促す仕組みも導入されている。この退院支援の仕組みの中で、リハビリテーションの継続性も担保される必要がある。

② 中重度者に対する支援の強化

今回の報酬改定は、全体としては0.5%の報酬引き下げであったが、在宅の中重度者に対しては4%の引き上げを行うなど、中重度者への支援を強化する報酬改定となっている。具体的には、難病や末期の悪性腫瘍の要介護者に対する通所サービス(療養通所介護)や日帰り短期入所、緊急的な短期入所ニーズに対応するための緊急短期入所ネットワーク、定期巡回と通報による随時対応を合わせた夜間対応型訪問介護などの評価が行われている。

③ 居住系サービスの対象拡大とサービス提供形態の多様化の推進

前述した療養病床の再編成、一人暮らし高齢者の増加などを考慮した場合、自宅以外の多様な居住の場を確保しておく必要がある。

そこで、今回、居住系サービスである特定施設の対象(従来:有料老人ホームとケアハウス)を、一定の居住水準などを満たす高齢者専用賃貸住宅や養護老人ホームにも拡大するとともに、サービス提供体制の多様化を図る観点から、外部サービス利用型の特定施設が創設されている。

④ 施設等における重度化対策や看取りへの対応の強化

今回、グループホーム入居者の健康管理や医療連携体制の強化を図るための、看護師の確保(訪問看護ステーションとの契約でも可)や看護師による24時間連絡体制の確保が評価されている。また、特養においても、入所者の重度化に対応した、看護体制や夜間の24時間連絡体制の確保、ターミナルケアの実施が評価されている。

今回の制度改革における医療と介護の機能分担と連携のポイントを以下にまとめる。

- 入院に関しては、医療は急性期患者から医療の必要性の高い慢性期患者までとし、それ以外は介護としたこと
- リハビリテーションも、医学的に有用と認められる期間は医療で、それ以降は介護としたこと
- 平均在院日数のさらなる短縮を図るためには、退院を行いやすい環境整備が必要となるため、地域包括支援センターやケアマネジャー、在宅療養支援診療所の医師などを活用し、円滑な退院支援や24時間対応が行える体制の強化を図ったこと
- 今後の後期高齢者や一人暮らし高齢者の急増、療養病床の再編成などに対応するためには、多様な居住の場を確保する必要があるが、そこでの必要な医療は、外部から提供可能とする仕組みを導入したこと
- 医師や看護師が配置されている特養においても、入所者の重度化やターミナルケアへの対応を強化するため、外部からの医療サービスの提供を可能とする仕組みを導入したこと

III 在宅医療の現状分析と2025年における在宅医療サービスの需要予測

今回の医療制度改革は、①急性期から回復期、

慢性期を経て在宅医療への切れ目のない医療提供体制の構築と介護との機能分担・連携により医療が効率化する ② その結果、平均在院日数の短縮化などが図られ、医療費の適正化につながるというシナリオである。ただし、これを実現するためには、退院後の受け皿となる「在宅医療」が機能しなければならない。また、今回、療養病床を6年かけて23万床減少させるとしたが、制度の持続可能性を確保するのであれば、後期高齢者が現在の約1.7倍に増加しほぼピークを迎える2025年をターゲットとして、必要な在宅医療サービスの需要量の予測を行い、現実的な対応を検討しておく必要がある。

ここでは、在宅医療の現状分析と、2025年における在宅医療サービスの需要予測を行う。

1. 在宅医療の現状

広義の在宅医療とは、自宅で行われる医療行為全般を表す。具体的には、インスリンの自己注射や酸素療法、人工呼吸療法、自己導尿療法などであるが、これらの多くは通常外来管理されており、外来で指導・処方された薬剤や療法を、患者が自ら自宅で継続する医療という位置づけになっている。

一方、狭義の在宅医療とは、通院が困難な方や最期の時を自宅で過ごしたい方などを対象として、医師や看護師などにより「自宅」という場で提供される医療行為のことをいう。

さて、医療提供の形式は、入院医療、通院医療、

在宅医療に大別されるが、急性期入院医療では「治療」が主目的であるのに対し、在宅医療の場合、「在宅での日常生活を支えながら必要な医療サービスを提供し、患者のQOLを高めること」が主目的となる。したがって、在宅医療(特に狭義)では、多職種協働による医療と介護の連携が重要となる。

ここでは、その中心となる医師による在宅医療の現状を整理する。

(1) 主な在宅医療行為別にみた診療回数の推移

表1に、1996-2004年間の、狭義の在宅医療に該当する往診・訪問診療の月間延べ回数、および広義の在宅医療のうち患者数が多い在宅自己注射・在宅酸素の月間指導回数(≒患者数)の推移を示す。

ここで、まず、狭義の在宅医療をみる。緊急対応である往診は、1996-2002年間は月間36万回前後で推移していたが、2004年には30万回を下回っている。また、訪問診療は、2002年までは年々増加し、月間85.4万回に達したものの、2004年には54.5万回にまで減少している。介護保険施行以降、在宅の重度要介護者(要介護4・5)⁸⁾の数は同水準で推移している(表3参照)にもかかわらず、2002年以降、医師が行う狭義の在宅医療は縮小傾向にあると言える。

次に、広義の在宅医療をみる。最も患者数が多

表1 主な在宅医療行為別にみた診療回数の推移

(回)

	1996	1998	2000	2002	2004
1. 在宅患者診療・指導料					
ア) 往診	387,739	346,600	368,930	371,921	291,721
イ) 訪問診療	456,725	565,922	754,116	854,273	544,511
2. 在宅療養指導管理料					
ア) 在宅自己注射	279,046	320,879	403,761	537,455	542,583
イ) 在宅酸素	41,165	72,460	82,895	109,499	94,655

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会医療診療行為別調査(各年5月サービス分)」

表2 主な在宅医療行為の実施主体別診療回数

(回)

	合計	病院	有床診療所	無床診療所
1. 在宅患者診療・指導料				
ア) 往診	291,721 (100%)	24,466 (8.4%)	48,161 (16.5%)	219,093 (75.1%)
イ) 訪問診療	544,511 (100%)	87,056 (16.0%)	84,036 (15.4%)	373,420 (68.6%)
2. 在宅療養指導管理料				
ア) 在宅自己注射	542,583 (100%)	361,913 (66.7%)	41,146 (7.6%)	139,524 (25.7%)
イ) 在宅酸素	94,655 (100%)	65,611 (69.3%)	9,548 (10.1%)	19,497 (20.6%)

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「2004年社会医療診療行為別調査（5月サービス分）」

い在宅自己注射をみると、1996年の27.9万回が年々増加し、2004年には54.3万回となっている。また、次に患者数が多い在宅酸素をみると、1996年の4.1万回が2002年には10.9万回にまで増加した後、2004年には9.5万回に若干減少している。

両療法とも、在宅患者数はこの8年間で約2倍に増加している。これは、該当患者数の増加だけでなく、入院医療から通院管理型在宅医療へ移行するための条件が整っている⁹⁾ことも大きな要因と考えられる。

(2) 主な在宅医療行為の実施主体

ここでは、2004年5月に実施された往診・訪問診療の月間延べ回数、および在宅自己注射・在宅酸素の指導回数の、実施主体別構成割合をみる。

まず、往診をみると、無床診療所が75.1%と最も多く、次いで有床診療所16.5%、病院8.4%の順である。なお、この構成割合は、訪問診療でもほぼ同様である。

次に、在宅自己注射をみると、病院が66.7%と最も多く、次いで無床診療所25.7%、有床診療所7.6%の順である。なお、この構成割合は在宅酸素でもほぼ同様である。

在宅自己注射・在宅酸素療法患者に対する指導管理は、主に病院による通院管理の形で行われているのに対し、往診・訪問診療は、無床診療所を中心に行われているのがわかる。

(3) 訪問診療回数を減少させた要因とは

前述したように、訪問診療回数は2002年以降減少しているが、その要因を探るに当たっては、サービス供給と需要の両面からの考察が必要となる。

まず、サービス供給面から考察する。

供給面からみた減少要因の可能性としては、「訪問診療を従来から行っていた医師が、訪問診療を控え始めた」ことが考えられる。そこで、1999年と2002年で、訪問診療実施診療所数を比較したが、1999年の「寝たきり老人訪問診療」は15,039診療所、2002年の「在宅患者訪問診療」は16,864診療所が実施しており、実施診療所数は減少していない¹⁰⁾。無床診療所数が年々増加する中、診療所の外来患者数が伸びていない状況¹¹⁾を鑑みれば、従来から訪問診療を実施していた医師が、収入源となる訪問診療を減らす動機は考えにくい。

次に、サービス需要面から考察する。

需要面からみた減少要因の可能性としては、①訪問を必要とする患者数が減少した ②訪問診療を代替するサービス(訪問看護)が増加した ③通院を支援する体制(訪問介護員による通院介助など)が強化された ④自己負担増のため、訪問より通院を希望する患者が増加した などが考えられる。

ここで、①～③を検証するため、訪問介護員による通院介助が保険点数化された2003年以降における、訪問診療を必要とする在宅の重度要介護者(要介護4・5)および訪問看護サービス受給

表3 在宅における重度要介護者、訪問看護・通院介助サービス受給者数の推移

(千人)

	2003.10	2004.10	2005.10
1. 介護サービス受給者(在宅)	3,021.9	3,318.9	3,510.5
ア) 要介護4	186.7	200.3	203.4
イ) 要介護5	153.1	152.8	146.8
2. 訪問看護サービス受給者	310.5	319.5	328.5
ア) 介護保険	253.9	257.0	260.4
- 要介護4	44.8	45.1	45.4
- 要介護5	66.4	65.1	62.0
イ) 医療保険	56.6	62.5	68.1
3. 通院介助サービス受給者	446.7	581.2	784.0
ア) 要介護4	17.0	25.1	36.9
イ) 要介護5	6.7	8.6	13.8

注：在宅の介護サービス受給者数は、全サービス受給者数から、施設および居住系サービス受給者数を引いたもの。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報」、社会保険診療報酬支払基金「基金統計月報」、国民健康保険中央会「国保連合会審査支払業務統計」

者、通院介助サービス受給者の推移をみた。その結果を表3に示すが、この間、在宅の重度要介護者は約35万人、また、重度要介護者に対する訪問看護サービス受給者も約11万人のほぼ一定水準で推移しているのに対し、重度要介護者に対する通院介助サービス受給者は2003年の23.7千人から2005年には50.7千人に倍増している。

ところで、日本呼吸器学会が行った患者アンケート調査によると、在宅酸素や在宅人工呼吸などの在宅呼吸ケアを受けている患者の自己負担は、それ以外の患者よりも高かったことが指摘されている¹²⁾。近年、在宅医療推進のため、保険点数上優遇してきたが、このことが却って自己負担増を招き、在宅医療を敬遠させている可能性がある。

以上より、訪問看護や在宅の重度要介護者が一定水準で推移している中、訪問診療回数が減少している現象は、通院環境の改善や自己負担増を回避した患者行動の複合要因によるものではないかと推察される。

2. 2025年における在宅医療サービスの需要予測

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口(2002年1月推計)」によると、医療・介護ニーズの高い後期高齢者は、2005年10月現在の1,217万人¹³⁾から年々増加し、2025年に初めて2千万人を突破、その後ほぼ一定水準で推移していくとされている。

そこで、本節では、団塊の世代が後期高齢者になりきる2025年をターゲットとし、現在の性別年齢階級別にみた介護サービス受給率(以下、サービス受給率)¹⁴⁾をベースに、2025年における要介護者総数(要支援者数+要介護者数)および重度要介護者数の推計を行う。その上で、施設や居住系サービスの整備量を3ケース仮定し、各ケースにおける在宅重度要介護者数の推計を行い、2025年における在宅医療サービスの需要予測を行うこととする。

表4 性別年齢階級別要介護度別にみたサービス受給率

(%)

	40-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95歳以上
1. 男性	0.3	2.3	4.7	8.8	16.4	29.3	42.3	59.2
ア) 要介護4	0.0	0.3	0.7	1.2	2.1	4.0	6.5	11.8
イ) 要介護5	0.0	0.3	0.5	0.9	1.5	2.7	4.4	7.7
2. 女性	0.3	2.2	5.7	13.0	26.9	43.5	58.1	68.8
ア) 要介護4	0.0	0.2	0.5	1.2	2.8	5.8	10.6	17.4
イ) 要介護5	0.0	0.2	0.5	1.1	2.5	5.1	9.5	16.8

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報（2005年10月サービス分）」および総務省統計局「2005年国勢調査抽出速報集計」に基づき筆者作成。

表5 2025年における性別要介護度別サービス受給者数の予測

	2005	2025	増加率(%)
サービス受給者総数(千人)	3,510.5	5,939.1	69.2
1. 性別			
ア) 男性	1,010.0	1,669.7	65.3
イ) 女性	2,500.5	4,269.4	70.7
2. 要介護度別			
ア) 要支援	480.7	746.7	55.3
イ) 要介護1	1,131.2	1,835.1	62.2
ウ) 要介護2	556.7	942.8	69.4
エ) 要介護3	486.9	852.4	75.1
オ) 要介護4	460.2	840.3	82.6
カ) 要介護5	394.8	721.8	82.8

注：要支援・要介護区分は、制度改正前の区分である。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報（2005年10月サービス分）」

(1) 2025年における要介護者総数および重度要介護者数の予測

表4に、2005年10月時点における、性別年齢階級別要介護度別にみたサービス受給率を示す。

サービス受給率は、男女とも75歳以降急増し、80-84歳では男性16.4%、女性26.9%、90-94歳では男性42.3%、女性58.1%となる。

また、74歳までは性差は少ないものの、加齢に伴い性差は拡大し、85-89歳では14.2ポイント、90-94歳では15.8ポイント、女性の方が高くなっている。

ここで、2025年における性別年齢階級別サービス受給率は2005年と同じと仮定すると、これに性別年齢階級別将来推計人口を掛けることにより、

2025年の要介護者総数は593.9万人と推計される。ちなみに、この数字は、2005年10月時点のサービス受給者351.1万人の約1.7倍に相当する。

また、2025年における性別年齢階級別にみた要介護度別サービス受給率¹⁵⁾も、2005年と同じと仮定すると、重度要介護者数は、「要介護4」84.0万人、「要介護5」72.2万人と推計される。

以上の推計結果を表5にまとめる。

(2) 重度要介護者の所在地の現状

2005年10月時点におけるサービス受給者(351.1万人)の所在地別構成割合をみると、在宅72.9%、居住系サービス4.4%(特定施設1.6%、グループ

表 6 重度要介護者の所在地分布

	実人数(千人)			構成割合(%)		
	計	要介護4	要介護5	計	要介護4	要介護5
総数	3,510.5	460.2	394.8	100.0	100.0	100.0
1. 在宅	2,560.5	201.9	145.9	72.9	43.9	37.0
2. 特定施設	54.9	8.5	5.6	1.6	1.8	1.4
3. グループホーム	100.6	13.7	3.7	2.9	3.0	0.9
4. 特養	376.6	120.8	121.7	10.7	26.2	30.8
5. 老健	292.3	80.4	49.3	8.3	17.5	12.5
6. 介護療養型	125.6	34.9	68.6	3.6	7.6	17.4

注：在宅の介護サービス受給者数は、全サービス受給者数から、施設および居住系サービス受給者数を引いたもの。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報（2005年10月サービス分）」および総務省統計局「2005年国勢調査抽出速報集計」に基づき筆者作成。

ホーム2.9%)、介護保険施設22.6%(特養10.7%、老健8.3%、介護療養型3.6%)となっている¹⁶⁾。

これを重度要介護者についてみると、要介護4では、在宅43.9%、居住系サービス4.8%、介護保険施設51.3%、要介護5では、在宅37.0%、居住系サービス2.4%、介護保険施設60.7%と、重度化が進むにつれ、在宅の割合が急減し、介護保険施設の割合が急増すること、また、居住系サービスの割合は、要介護5では要介護4より減少することがわかる。

今回の制度改革では、多様な居住の場として特定施設が注目されているが、要介護5レベルの方の受け皿としては、現状では施設の機能面からみて困難な側面があるのではないかと推察される。

(3) ケース別にみた在宅重度要介護者数の予測

これまで厚生労働省は、施設に関しては、参酌標準を基準とした整備を推進してきた。具体的には、第1期計画(2000～)では、介護保険施設を対象とし、65歳以上人口の3.4%を、また、第2期計画(2003～)では、対象を居住系サービスにも拡大し、65歳以上人口の3.5%(介護保険施設3.2%、居住系サービス0.3%)を参酌標準とした。また、第

3期計画(2006～)では、2014年度目標値として、要介護2以上の認定者に対する介護保険施設・居住系サービス受給者割合を、2004年の41%から、37%以下に引き下げることにした。

これまで、一貫して、将来的な多様な居住の場の普及促進を前提として、65歳以上人口に占める介護保険施設・居住系サービスの受給者数の割合の削減を進めてきた。ただし、今回の制度改革で、現行の療養病床38万床が、2024年3月末までに15万床に削減され、残り23万床の入院者は、老健施設や特定施設で吸収することになっており、在宅医療サービスの提供体制とのバランスのもと、整備量の再検討が必要となる。

そこで、以下の3ケース、

- ケース1：要介護度別にみた所在地分布状況が、2025年も現状と同じとした場合
- ケース2：参酌標準を、介護保険施設3.2%、居住系0.3%とした場合
- ケース3：参酌標準を、介護保険施設3.2%、居住系0.8%とした場合

について、在宅重度要介護者数の予測を実施した(ただし、医療療養病床からの移行分はシミュレーションから除いている)。

ケース1の場合は結果的に、参酌標準を介護保

表7 ケース別にみた2025年における在宅重度要介護者数の予測

	ケース1	ケース2	ケース3
1. 所在地別サービス受給者数(千人)			
ア) 介護保険施設	1,413.8	1,111.2	1,111.2
イ) 居住系サービス	265.6	104.2	277.8
ウ) 在宅	4,259.7	4,723.7	4,550.1
- 要介護4	368.7	495.2	470.4
- 要介護5	266.7	380.5	370.1
2. 参酌標準(対65歳以上人口)			
ア) 介護保険施設	4.1%	3.2%	3.2%
イ) 居住系サービス	0.8%	0.3%	0.8%

険施設4.1%、居住系0.8%とした場合に相当するが、このケースで、在宅重度要介護者は、「要介護4」36.9万人(2005年の1.83倍)、「要介護5」26.7万人(同1.83倍)と推計される。

同様に、ケース2(第2期の参酌標準を維持した場合)では、在宅重度要介護者は、「要介護4」49.5万人(同2.45倍)、「要介護5」38.1万人(同2.61倍)と、また、ケース3(介護保険施設は第2期と同じだが、特定施設の整備量は増やした場合)では、「要介護4」47.0万人(同2.33倍)、「要介護5」37.0万人(同2.54倍)と推計される。

なお、以上のシミュレーションで置いた仮定は以下の通りである。

- 仮定1：現在の介護療養型の入院患者は、特養と老健施設で吸収される
 仮定2：2025年における各所在地の要介護度分布は、2005年と同じ

以上の推計結果を表7にまとめる。

2024年3月までの、医療療養病床からの移行分(約10万床)を加えれば、さらに整備量が必要となるが、いずれにしろ、2025年には、在宅重度要介護者が現在の1.8~2.6倍に増加する可能性が高い。したがって、在宅重度要介護者の利用ニーズが高い、訪問診療¹⁷⁾や訪問看護、訪問介護(身体介護)などのサービス提供量の確保が今後必要となる。

ただし、今後の一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加を鑑みれば、この増加分をすべて訪問診療や訪問看護、訪問介護の提供量の増加などで支援しきれものではない。これら提供量の拡充(特に、多職種協働の意味を理解し、実践できる関係職種の養成強化)に加え、①通院支援体制の強化(ボランティアなどを活用した移送サービスの拡充) ②効率的な訪問診療などが行える環境の整備(対象者がいる程度まとまって療養する場の確保(特定施設・小規模多機能施設の拡充)) ③24時間対応機能の共同利用化(コールセンターの活用、医師や看護師のプール化など) ④必要な施設サービス量の確保などを併せて実施する必要があると考える。

また、特定施設の拡充(特に、外部サービス利用型)が検討されていることから、どのような外部サービスが、どの程度必要かのモデル検証を行うなど、現場レベルでの実現可能性の検証も併せて行う必要があろう。

現在、国が「地域ケア整備指針(仮称)」を策定し、各都道府県に提示することになっている。「医療の質を確保した上で、切れ目のない医療提供体制の構築を図り、費用の適正化につなげる」ことを具現化できるか否かは、今後、都道府県レベルで①サービス提供体制や各々の機関が果たしている機能の現状分析 ②所在地別にみたサービ

ス受給者特性の現状把握 ③ 将来的に必要なサービス量の推計などを踏まえた上で、地域の特性に応じた適切な整備計画が策定できるか否かにかかっていると言える。

IV 連携強化に向けた課題と対策

今回の医療・介護制度改革の狙いは、サービスの質を確保した上で、医療機能間や医療と介護間の機能分担による効率化を図り、その結果として、費用の適正化を実現することにある。このサービスの質を確保する上で、重要な役割を果たすのが、分化された機能をつなぐ役目となる「連携」である。

機能分担と連携が相まってこそ、質の確保と効率化の推進が図れる訳であるが、機能分担の仕組みは、開始時期を含めて政策レベルで決められるのに対し、連携は現場レベルでの取り組みとなるため多大な時間を要するといった時間的タイムラグが両者にはある。そのため、連携が当初の思惑通りには展開されないばかりか、逆に、マイナスの面を引き起こしている部分もある¹⁸⁾。

ただ、この背景には、サービス提供者側の意識の問題なども絡んでいる。以下、連携を深めるために必要と思われるポイントの整理と、連携強化に向けた提言を行う。

1. 求められる「意識改革」と「安心して退院・退所出来る環境の整備」

高齢者は、さまざまな生活障害に加え、慢性的な健康問題を抱えている場合が多い。また、状態変化も起こしやすいため、急性期医療を必要とすることも多い。要するに、急性期～回復期～慢性期を行き来し易い状況にある。地域に暮らす高齢者は、これらの時期を分けて考えている訳ではなく、どの時期においても、利用者本位の適切な医療・ケアが受けられることを望んでいる。

ところが、医療従事者は、これらを分けて考える

傾向が強い。また、急性期と慢性期を上下の関係でみている人も多い。① 医療機能の分化 ② 専門分化した教育などに加え、ほかの場所での勤務の未経験(例：急性期病棟の看護師はあまり療養病床や訪問看護の実態を知らない)などが、これに拍車をかける。また、一般的に、急性期医療では、「治すこと」が目標とされ、治すことには精力を傾注するが、仮に治らない(目標は達成できない)となると、医療従事者としての役割はなくなったと思いがちになる。そして、長期療養に適した施設への転院が勧められたり、退院を行い易くするための治療が選択されたりする。

ところで、障害を抱えたまま退院せざるを得ない本人や家族にとって、ほかの病院や在宅などに移行すること自体、非常に不安なものである。これを安心して行えるようにするためには、

- ① 患者・家族に対する継続的な関与体制の提示(特に、在宅主治医の関与が重要)
- ② 患者・家族に対する緊急時の受け入れ態勢の提示
- ③ 病院～在宅という全体的な流れの中での最適な医療の追求と関係職種間の役割分担の明確化(院内完結型から地域完結型への転換)が必要となるが、このことを実現する最も効果的な手段の一つが、退院・退所前カンファレンスの実施であろう(この中で、リハビリテーションの継続性も検討すべきである)。

今回の制度改革では、報酬誘導などの形での退院・退所時の連携支援が打ち出されているが、報酬誘導だけでなく、在宅主治医が在宅時だけでなく、病院入院時や施設入所時にも継続的に診療に関わり、報酬上も評価される仕組みや、退院・退所時カンファレンスの実施状況を情報開示する仕組み(プロセスおよびアウトプットの開示)なども併せて導入し、退院・退所を安心して行える環境を整備すべきと考える。

2. 職種間連携の具体的なルールの構築(個人的連携からシステムの連携へ)

医療や介護の世界は、専門職を中心とした世界である。このうち、医療、特に、急性期医療の世界では、「治すこと」を実現するための効率的な組織形態(医師を中心とした階層型組織)が構築され、指示命令系統や責任主体もはっきりしていた。また、同じ医療という土壌で育った関係者、かつ、同一医療機関内の関係者同士での連携であったため、医師のマネジメントのもと、比較的うまく機能していた。一方、介護の世界は、医療のようなトップダウン方式はなく、また、医療のように即断即決が求められる世界でも、マネジメントが十分機能した世界でもなかった。

さて、今回の地域包括ケアの空間では、医療・介護関係者による多職種協働が求められる。この空間では、各専門職は「果たすべき役割の違い」という「横軸」の関係であり、また、利用者を中心とした支援方法を検討することが求められているなど、今まで育ってきた環境や方法論(治療方針は医師が決定するもの)との差異から、主治医は非常に戸惑いを覚えるのである。また、主治医は、医学的リスクに対する責任者であるため、関係者から適宜きちんと連絡が入ることを期待するが、育ってきたバックグラウンドや日常使っている言葉、仮に同じ言葉を使っている意味が異なる介護関係者から適切なタイミングで適切な連携が入ることは難しい。

多職種協働による地域包括ケアの空間では、より具体的な指示と、方法論の選択理由に関する具体的な説明が求められる。このような状況において、連携を取る方法としては、①尾道市のように、アセスメントの徹底を図りながら、ケアカンファレンスという研修の場を通じて相互理解を深め、かつ具体的な指示を行う ② どういう場合に連絡が欲しいかを専門職側から具体的に提案・説明し、そのルールを関係者が遵守するよう徹底する など

の方法しかないと考えられる。

連携強化を図るための一手段としては、包括的なアセスメント項目の評価結果から、具体的な連携ルールを構築することが有効ではないかと考える。

3. プライマリ・ケアの理念を理解した関係職種の養成

現時点の在宅・施設療養者本人や家族のことを鑑みれば、さまざまな形で高齢者医療・ケアに関わっている医師などの意識を変えることは非常に重要である。ただし、前述したように、地域包括ケアという空間は、元々育ってきた環境や方法論とは異なる世界であるため、なかなか理解しづらい。このことは、ほかの職種との連携が要求される「在宅医療」がこれまで期待した程には進んでこなかった背景の一つと考えられる。

この解決策としては、初めから、地域包括ケアに求められる機能や取り組み姿勢(包括的対応、継続的関わり、チームとしての協調性、説明責任、患者中心の考え方、家族を含めた対応、共感できる関係性の構築など)を、目的達成のためには当然のことと理解した関係者(医師だけでなく、医師と同様の世界で育ってきた看護師やリハビリスタッフなども含め)を、専門のプログラムに従って養成することであると考える¹⁹⁾。

V おわりに

今回、6年に一度の同時改定という背景もあり、「機能分担と連携により、サービスの質と効率性の向上を図り、医療・介護費用の適正化につなげる」という共通課題に対するさまざまな政策が打ち出された。

この中で、平均在院日数の短縮化、患者・家族への安心感の提供の両面からみて重要な課題が「安心して退院・退所出来る環境の整備」であるが、この実現のためには、在宅主治医による継続的関

与が重要となる。患者・家族にとって、「自分のことを、どこに居ても継続して診てくれており、かつ、必要に応じ適切な対応（専門機関の紹介や紹介先との連携）をとってくれる医師」が居ることほど、安心感を生むものはないであろう。

今回の改革では、在宅療養支援診療所が創設されたが、24時間機能やターミナルケア対応に力点が置かれ過ぎた感がある。当然24時間対応も重要であるが、それ以上に、主治医の継続的関与をより評価する方向性を鮮明に打ち出すべきではないかと考える。また、診療を補助する意味で、訪問看護の拡充も重要である。

今後20年間、最後の急速な高齢化を迎える。今回のシミュレーションでは、2025年に在宅重度要介護者は、今後の施設整備量にもよるが、1.8～2.6倍に膨れ上がる。限られた在宅資源を使って、どこまで在宅や特定施設で対応できるのか、また、患者・家族は負担面を含め、どのような条件が整えば在宅を選択するのかを見極めた上で、将来的な施設整備量や、医療機関、介護保険施設、特定施設などの機能分担のあり方を、地域ケア整備構想の中で再検討する必要があると考える。

注

- 1) 社会保障審議会介護給付費分科会(2005)資料2「平成18年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成17年12月28日)参照。
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部「2004年医療施設(動態)調査・病院報告」参照。
- 3) 入院先の医療機関と、退院後の在宅療養を担う医師などが、共同で行う指導管理や情報提供などの行為を評価する点数のこと。
- 4) 入院先の医療機関と転院先の医療機関などが、地域連携診療計画を作成した上で行った情報提供などの行為を評価する点数のこと。
- 5) 退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であり、かつ、24時間対応や緊急時の入院先の確保、ケアマネジャーとの連携などの要件を満たし、地方社会保険事務局長に届け出たものこと。
- 6) 医療の必要性や日常生活動作(ADL)レベル、認知機能レベルなどの特性のこと。今回、医療の必要性に応

- じて3区分が、また、ADLレベルに応じて3区分が設けられ、その組み合わせに応じた点数設定が行われた。
- 7) サービス提供形態の多様化を図る観点から設けられた形態。事業者は、サービス調整の対価として基本点数を算定しつつ、1カ月の限度額内で、外部の訪問介護や通所介護などのサービスを組み合わせ提供する。
 - 8) 日本医師会が2003年に行った調査によると、要介護度別にみた訪問診療受診割合は、「要支援」7.8%、「要介護1」11.4%、「要介護2」22.7%、「要介護3」33.5%、「要介護4」49.2%、「要介護5」73.6%と、要介護4以上から訪問診療のニーズが高くなっている。この傾向は、訪問看護の要介護度別サービス受給率でも同じである。したがって、在宅医療のニーズが高い要介護4・5を主たる対象と設定した。詳しくは、日本医師会(2005)「要介護高齢者の服薬状況に関する実態調査」p.7参照。
 - 9) 在宅医療を導入するにあたっては、医師は導入を勧めやすく、かつ、患者・家族は導入を受け入れ易いことが重要となる。在宅酸素を例にとると、医師側には、①患者は、呼吸困難感はあるものの、ADLは維持されている場合が多く、通院が可能であること ②医療機器(酸素濃縮器、液体酸素)に関しては、業者側が24時間体制を敷いていること ③通院時に使用する酸素ボンベは、軽量化と長時間化(吸気時のみ弁を開ける器械を併用した場合)が図られていること ④医療機器担当者からの情報提供や緊急時連絡が入ること(自宅での様子が把握できること)などの条件があるため導入が行い易い。また、患者・家族も、入院していた病院の外来に通うため、何かあれば入院させてくれるという安心感がある。
 - 10) 2002年の診療報酬改定で、従来分かれていた「在宅患者訪問診療料」と「寝たきり老人在宅総合診療料」が、「在宅患者訪問診療料」に一本化された。ここでは、寝たきり老人以外に対する訪問診療のみ実施している医療機関は非常に少ないと考え、1999年の「寝たきり老人在宅総合診療」実施医療機関数と、2002年の「在宅患者訪問診療」実施医療機関数の比較を行っている。
 - 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部「2002年患者調査」参照。
 - 12) 日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会編集(2005)「在宅呼吸ケア白書」pp.56-58参照。
 - 13) 総務省統計局「2005年国勢調査抽出速報」による。
 - 14) 性別年齢階級別人口に占める介護サービス受給者数の割合のこと。
 - 15) 表4をみると、男性の95歳以上人口の11.8%が要介護4となっているが、この値のことを「性別年齢階級別にみた要支援・要介護度別サービス受給率」と定義した。
 - 16) 同時点における65歳以上人口は2,682万人であるの

で、高齢者のうち約2.9%が介護保険施設に、約0.5%が居住系サービスに入院・入所していることになる(40-64歳の受給者が12.9万人いるが、年齢階級別所在地別サービス受給者数は不明なため、ここではその影響を加味しておおよその割合とした)。

- 17) 最近、在宅医療を専門にした診療所が増加している。これらの多くは、24時間対応を実現するために複数医師体制とし、診療支援のために訪問看護・ケアマネジメント機能を保有(あるいは連携により機能を確保)している形態が多い。このような在宅医療専門という形態は必要とは思いますが、より一般に行われている「通院患者の機能低下により、在宅医療に移る形態」の方が流れは自然であるし、医師と患者の関係性の維持という側面から考えても、このような訪問診療形態は大事にすべきであろうと考える。
- 18) 具体的な事例に関しては、平成16年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」報告書(主任研究者：島崎謙治)のpp.30-37参照。
- 19) 家庭医の養成プログラムに関しては、平成17年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」報告書(主任研究者：島崎謙治)のpp.147-154参照。

参考文献

- 厚生労働省 2006「療養病床に関する説明会資料」(平成18年4月13日)
- 政府・与党医療改革協議会 2005「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日)
- 中央社会保険医療協議会 2006「平成18年度診療報酬改定における医療機能の分化・連携について」(平成18年2月15日)
- 社会保障審議会医療部会 2005「医療提供体制に関する意見」(平成17年12月8日)
- 社会保障審議会医療保険部会 2005「医療保険制度改革について(意見書)」(平成17年11月30日)
- 社会保障審議会医療保険部会・医療部会 2005「平成18年度診療報酬改定の基本方針」(平成17年11月25日)
- 厚生労働省老健局 2005「地域包括支援センター業務マニュアル」(平成17年12月19日)
- 厚生労働省老健局 2006「全国有料老人ホーム・特定施設担当者会議資料」(平成18年6月20日)
- 日経ヘルスケア21 2002「e定点観測－診療所在宅医療・ケア－」2002年10月号, pp.19-20
- 財団法人在宅医療助成勇美記念財団発行 2006「在宅医療テキスト」
- 南山堂 2005「特集－在宅医療と地域医療連携の方向性－」『治療』第87巻第5号, pp.1687-1811
- 神津仁 2004「在宅医療実践論」『日医総研・診療所経営管理者養成講座』
(かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)