

真の地域包括ケアの実現に向けて ～国民視点での改革を～

平成25年3月13日

東京財団

現状認識

政府が推進している方向

- ・地域包括／在宅ケア
- ・医療・介護連携
- ・費用膨張に対する財源確保(税・保険料)

しかし、

- ・あまりにも中央集権的(保険点数による誘導)
- ・縦割り構造の「連携」では責任者が不明確
- ・国民の不安は解消されない

欠落してきた要素

① 国民の視点

提供者(供給者)中心の制度改革

② 責任の明確化と評価

責任を持つことに対する評価がない

③ 資源節約のインセンティブ

出来高払いは、サービス量の増大させる

問題提起(国民は不安なのでは?)

- WHOの医療制度の評価では世界第一位*¹
- ロイターの世論調査では、22ヶ国中最下位*²

→ どちらが正しい評価なのか？

*¹ WHO評価: 平均寿命が1/4の比重

*² ロイター調査: 「病気になった時、良質の医療を安く受診できるか？」
にYESと回答(スウェーデン75%、英国55%、日本15%)

問題の所在

- 「不安」と「不信」が原因なのではないか？
- 不安に対しては、信頼できる人が責任を持つことが必要
- 健康について相談する信頼できる人が必要



「完全な代理人」が必要！

「かかりつけ医」？

地域包括支援センター？

連帯の揺らぎ

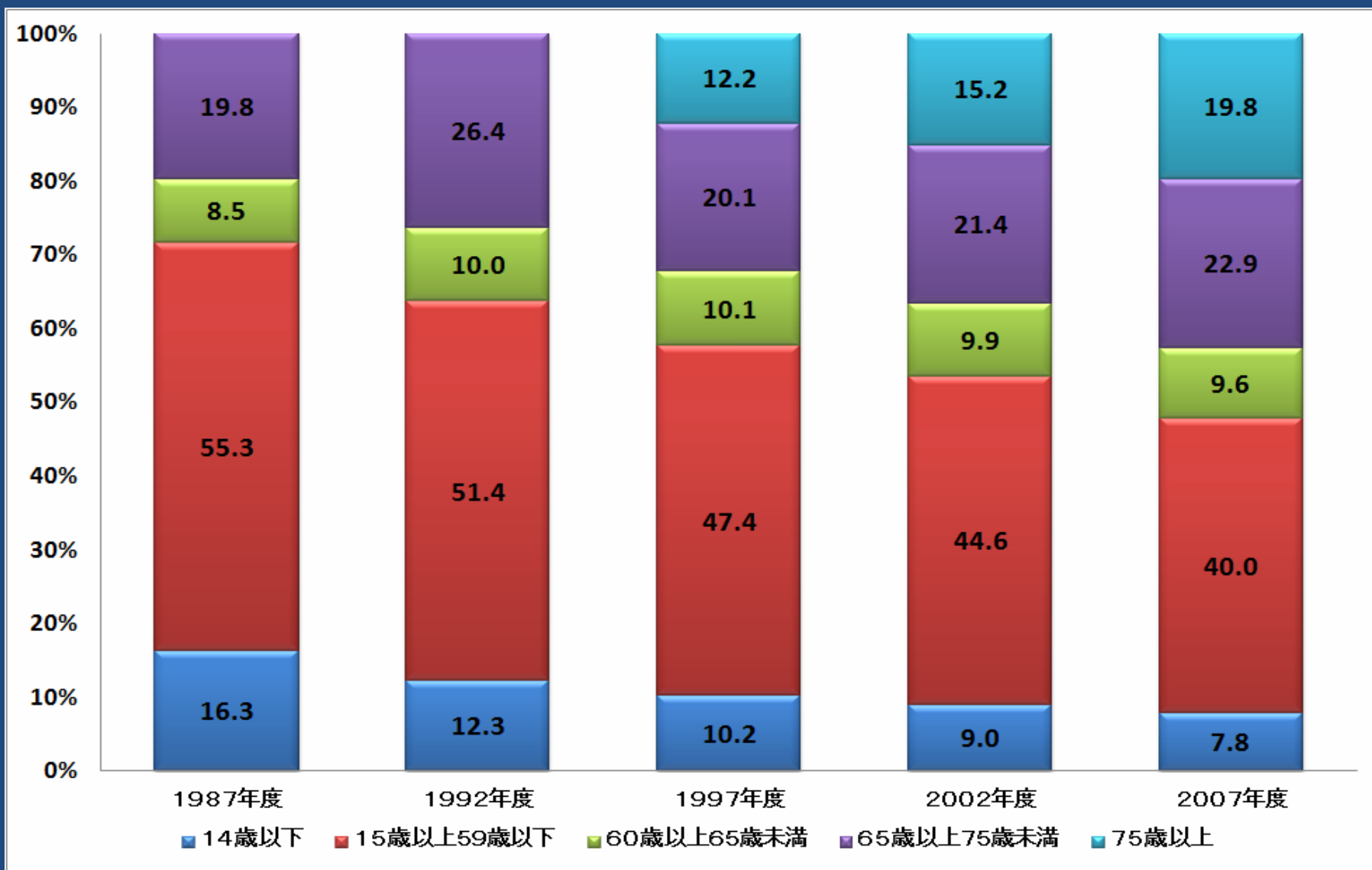
① 社会の潮流

- Social Capitalの減少
- 社会保険制度の疲労（格差と分断が加速）
→ 実態と制度の乖離

② 中央集権と制度の複雑化

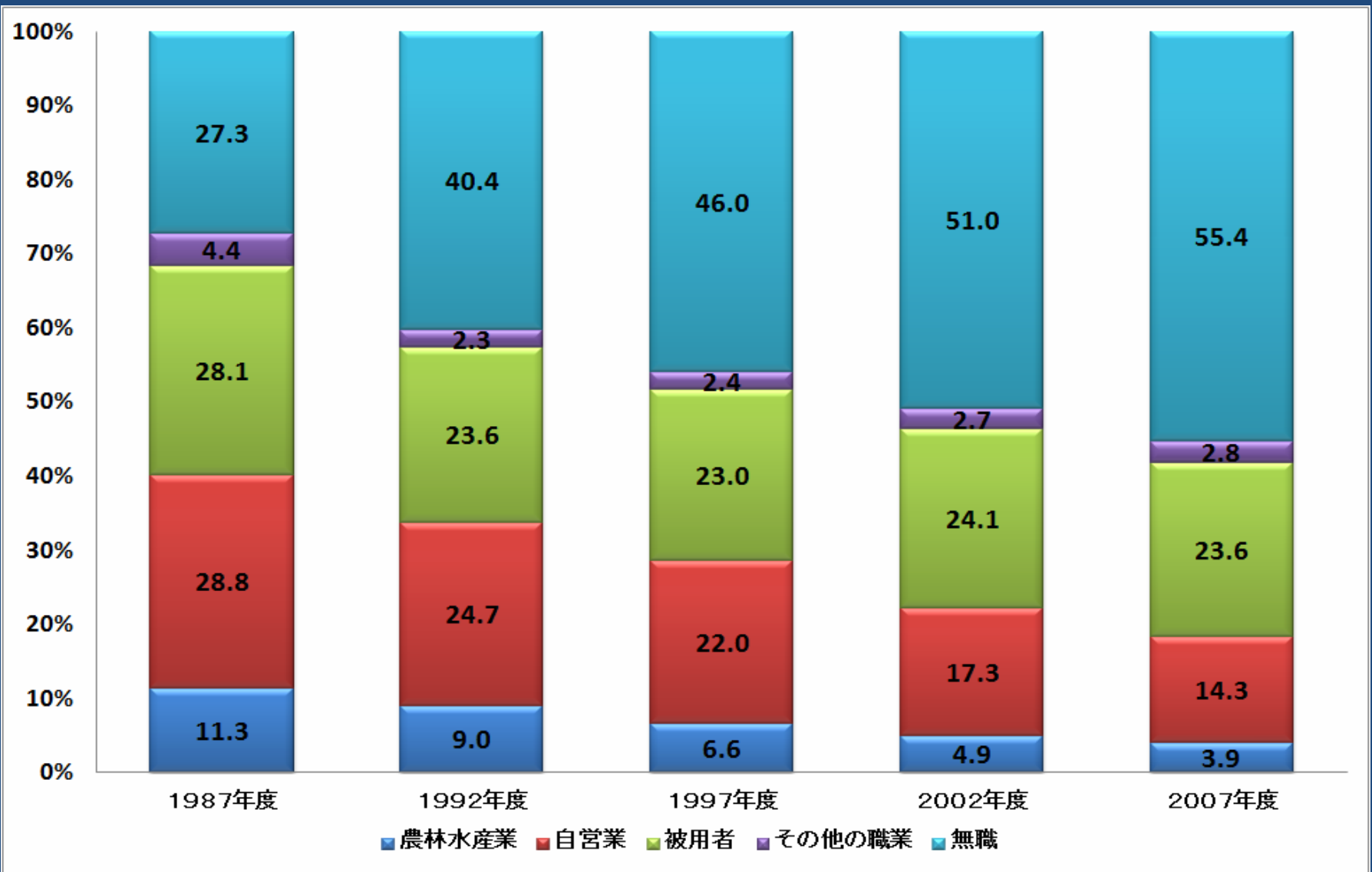
- 特に医療は中央集権的
 - 対症療法的な改善は制度を複雑化
- 制度と国民の乖離（民主主義の危機）

国民健康保険の被保険者年齢構成



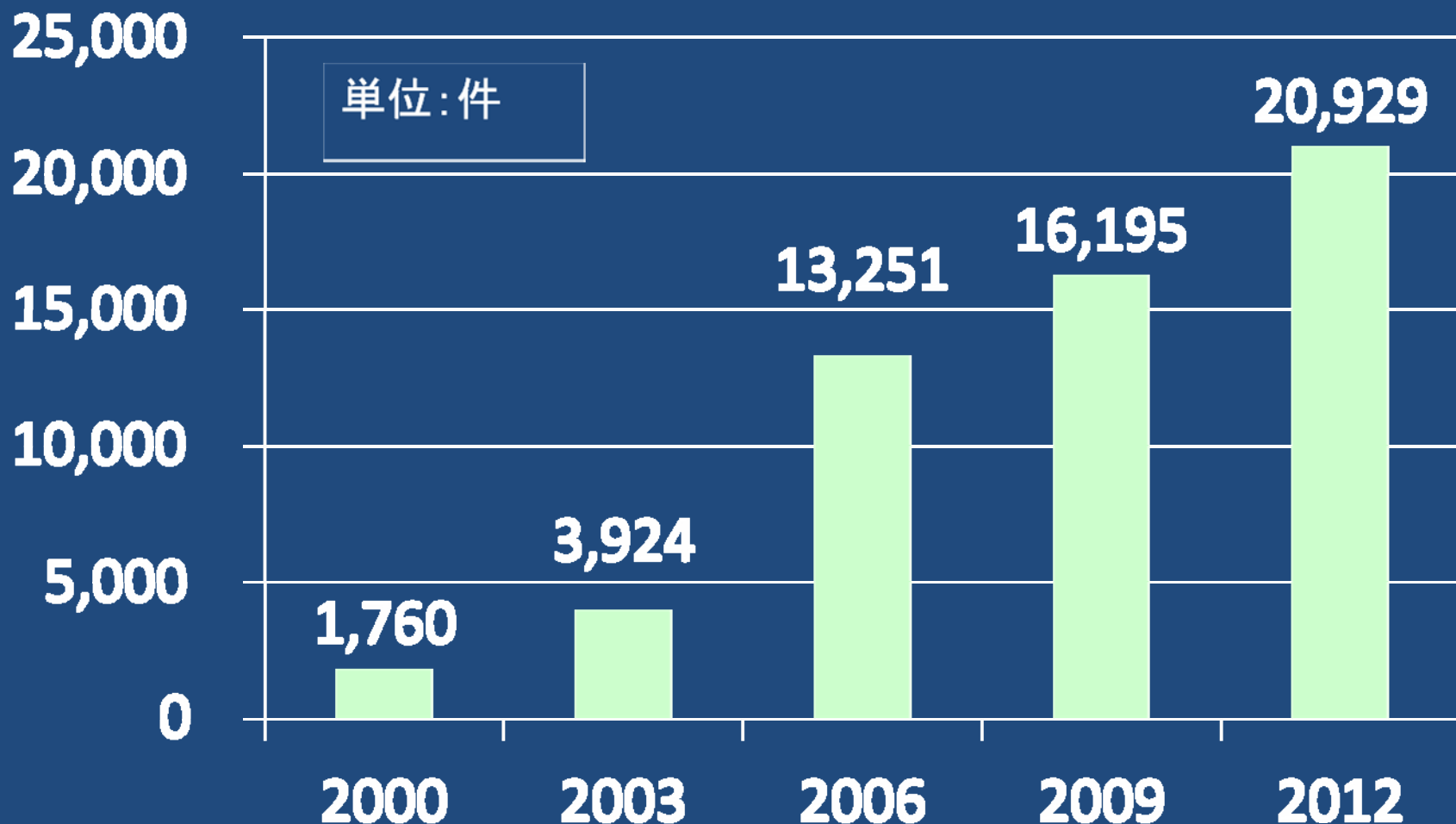
出典：厚生労働省「平成19年国民健康保険実態調査」

国民健康保険の職業別世帯割合



出典：厚生労働省「平成19年国民健康保険実態調査」

改定ごとに複雑化する介護報酬



出典: 厚生労働省資料、サービスコード表を基に東京財団作成

費用の膨張

- 医療費の増加

- 経済成長以上の増加は続けられない

- 過去、全ての国で医療費は高騰してきた

- 将来の増加が予測不可能

- 医療技術の発達、特に薬剤の費用が増大

- 制御する方法がない？

- 「総量規制」は無効

- 出来高払は、サービス量を増やし、設備投資を増やす

- 医療費は、医療施設には残らず、スタッフが削減される

将来へのビジョン

① 不安の解消

責任体制の明確化、ケアの質と効率の向上

② 連帯の再構築

地域への分権と社会保険の再編成

③ 費用の節約

説明責任の明確化(制度の分かり易さ)

④ 国民のエンパワーメント

プライマリー・ケアの制度化が必要！

実現に向けた具体策

- プライマリー・ケアの「制度化」

(要素)

- ① 責任の明確化

ケア提供者を公共的法人化

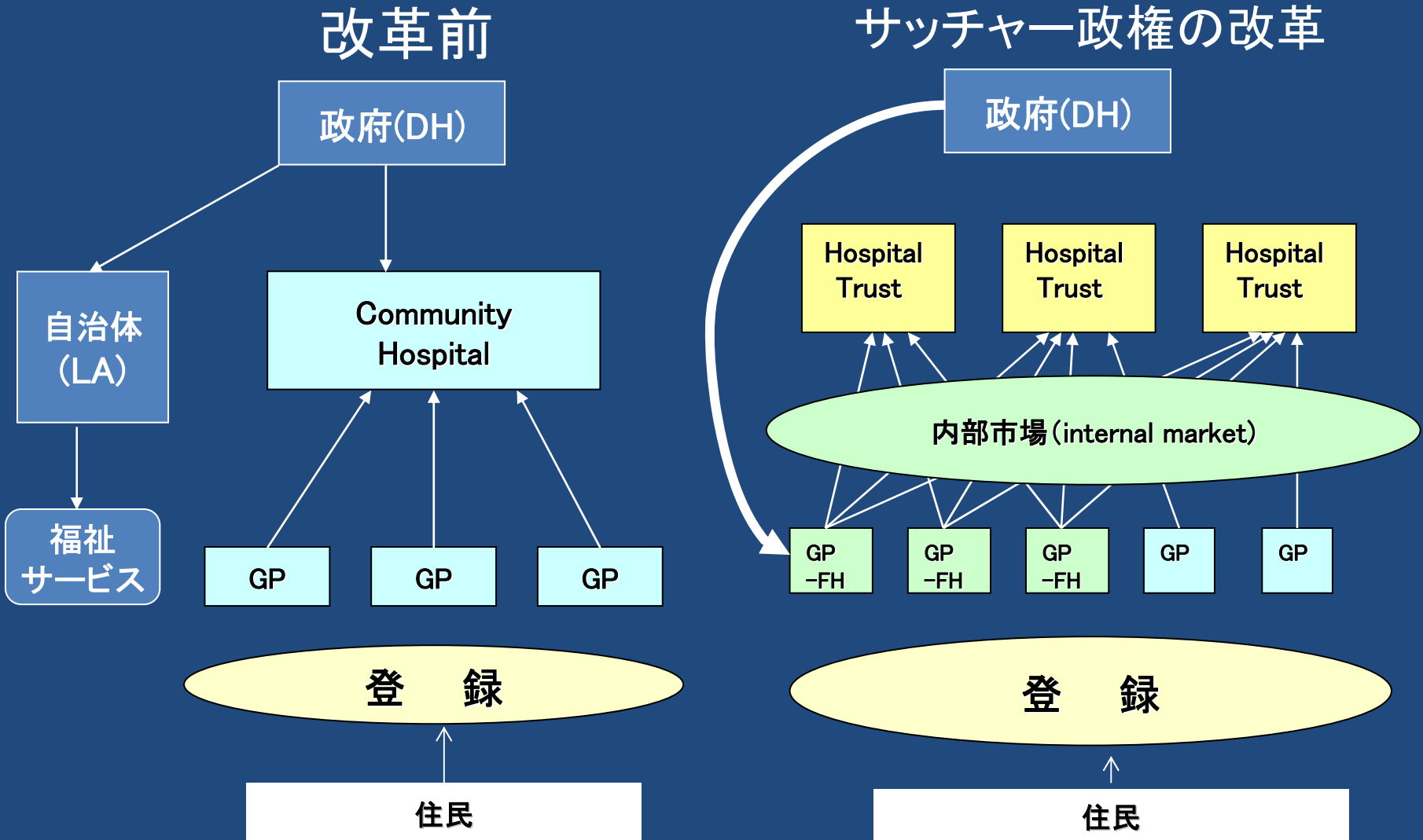
- ② 報酬制度の包括化

個々の行為でなく、責任をもつことを評価

- ③ 地域主体の連帯

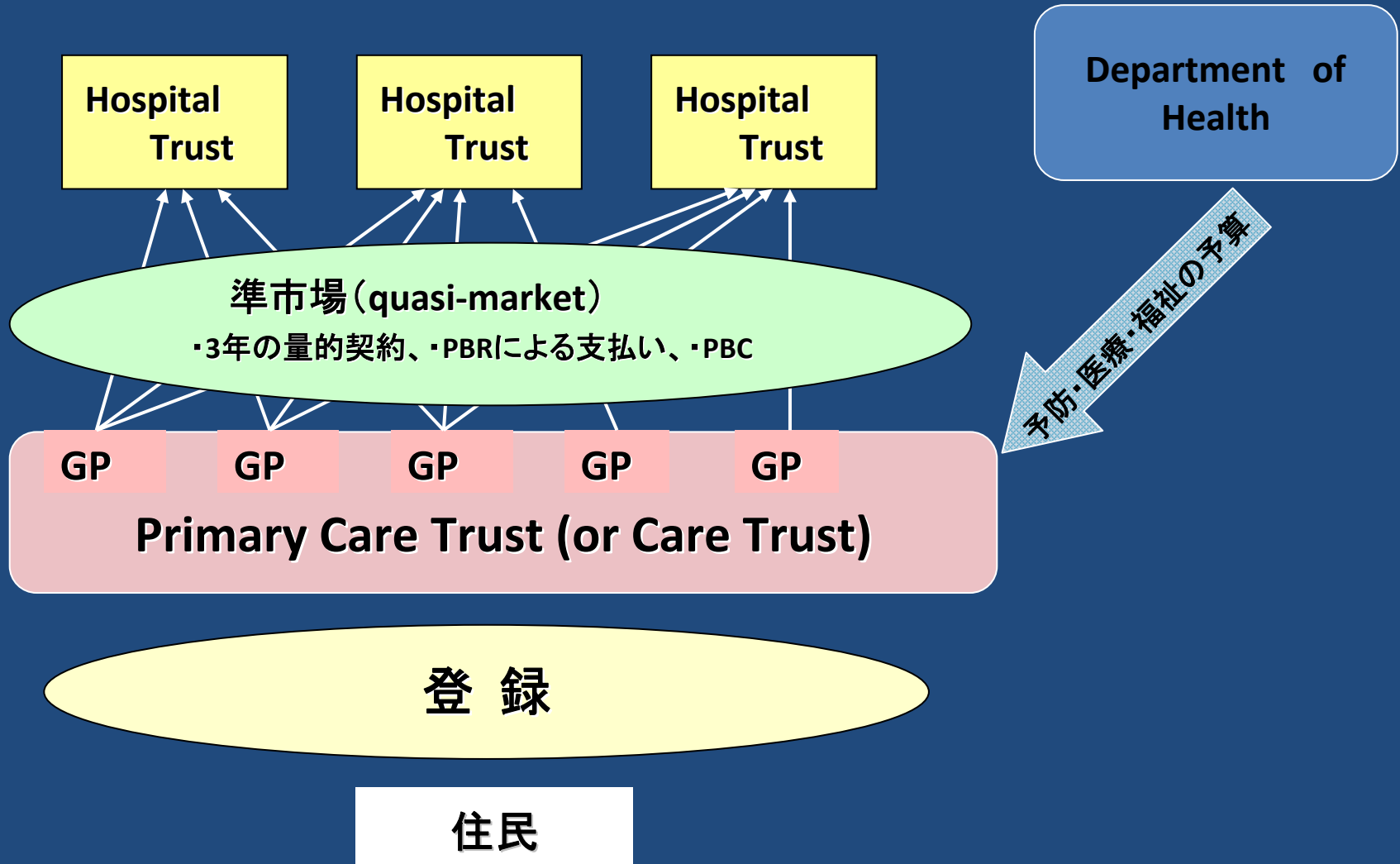
保険は地域統合(職業や年齢で区分しない)

参考(英国の改革①)

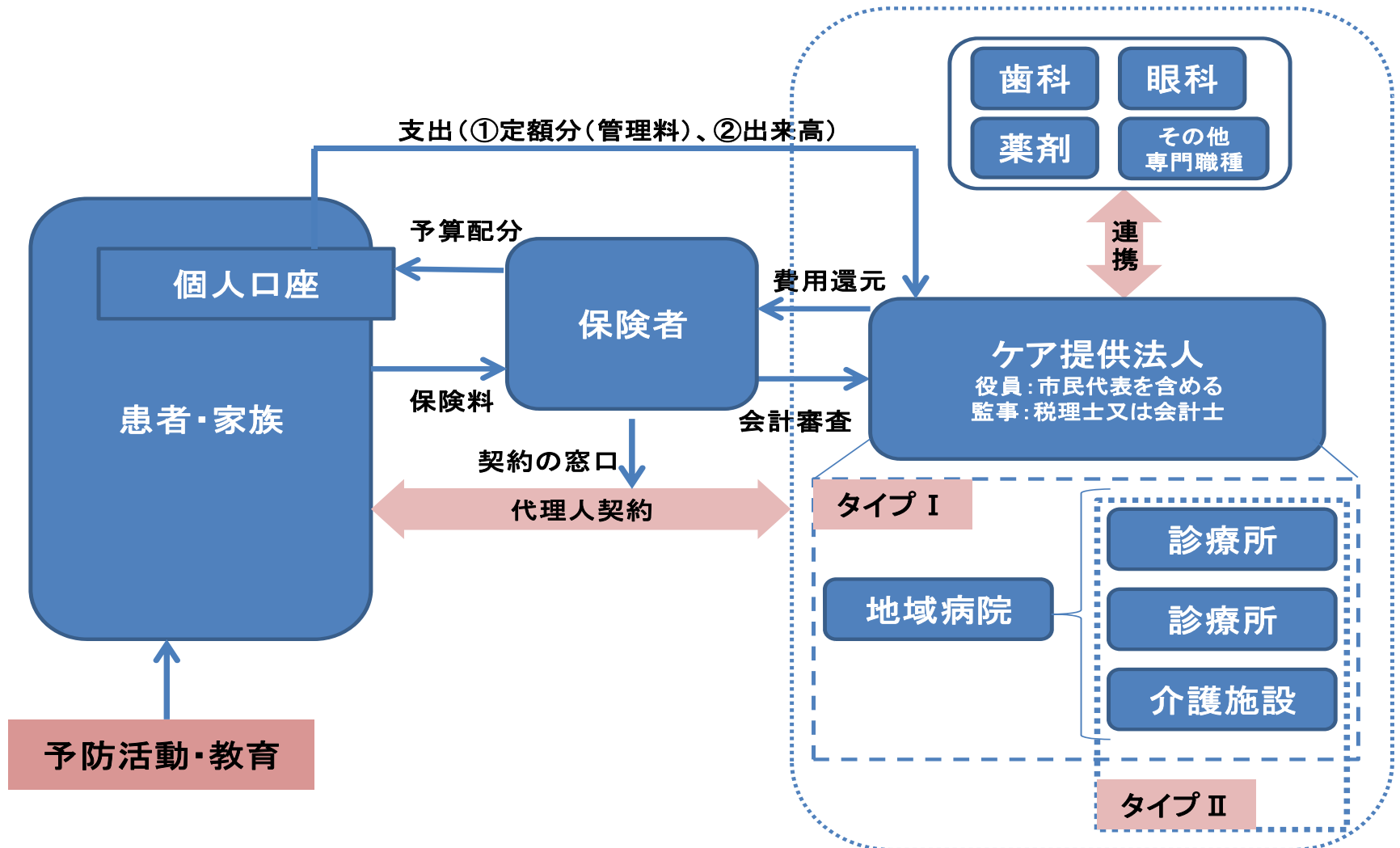


参考（英国の改革②）

ブレア政権の改革



地域包括ケア・グループ



「制度化（法制化）」の効果

① バラバラの制度を同じ目標に

- 医療、介護、福祉、住宅、教育、産業などプライマリー・ケアに関連する領域は多様

② 人材育成の推進

- 多職種連携を前提としたプライマリー・ケア人材（総合医や看護師、介護士、ケアマネなど、それぞれの専門職種）の育成

③ 国民の参加を促進

- プライマリー・ケアを確立するのは国民自身