

新春対談

老健施設は 地域包括ケアのハブとして 在宅含め要介護者を 支える存在に

厚生労働省 老健局長
黒田秀郎

東会長：あけましておめでとうございます。本年もどうぞよろしく願いいたします。

黒田局長：あけましておめでとうございます。本年もよろしく願いいたします。

——昨年を振り返ってどんな1年でしたか。

黒田局長：1年の幕開けとともに能登半島地震が発生し、その後も各地で地震や集中豪雨等、自然災害が多く発生しました。また、新型コロナは5類になりましたが、1年をとおしてみると周期的に流行がありました。感染症も危機の1つで、その関わりは今後も続きます。社会や経済の状況が以前と様変わりしており、いままでの常識が形を変えています。年初から年末に至るまで、そういったものへの対応に迫られた1年だったと思います。

東会長：能登半島地震は、私の地元三重県と同じ東海・北陸ブロックで起きた大きな災害であり、年初から心を痛めた年でした。また、診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬のトリプル改定がありました。プラス1.59%という診療報酬を上回る介護報酬を得られましたが、賃上げ分を見込んだ改定率であり、春に他産業の賃上げ率がどうなのか、介護はどのくらい追いつ

けるのかを年明けから気にかけていました。

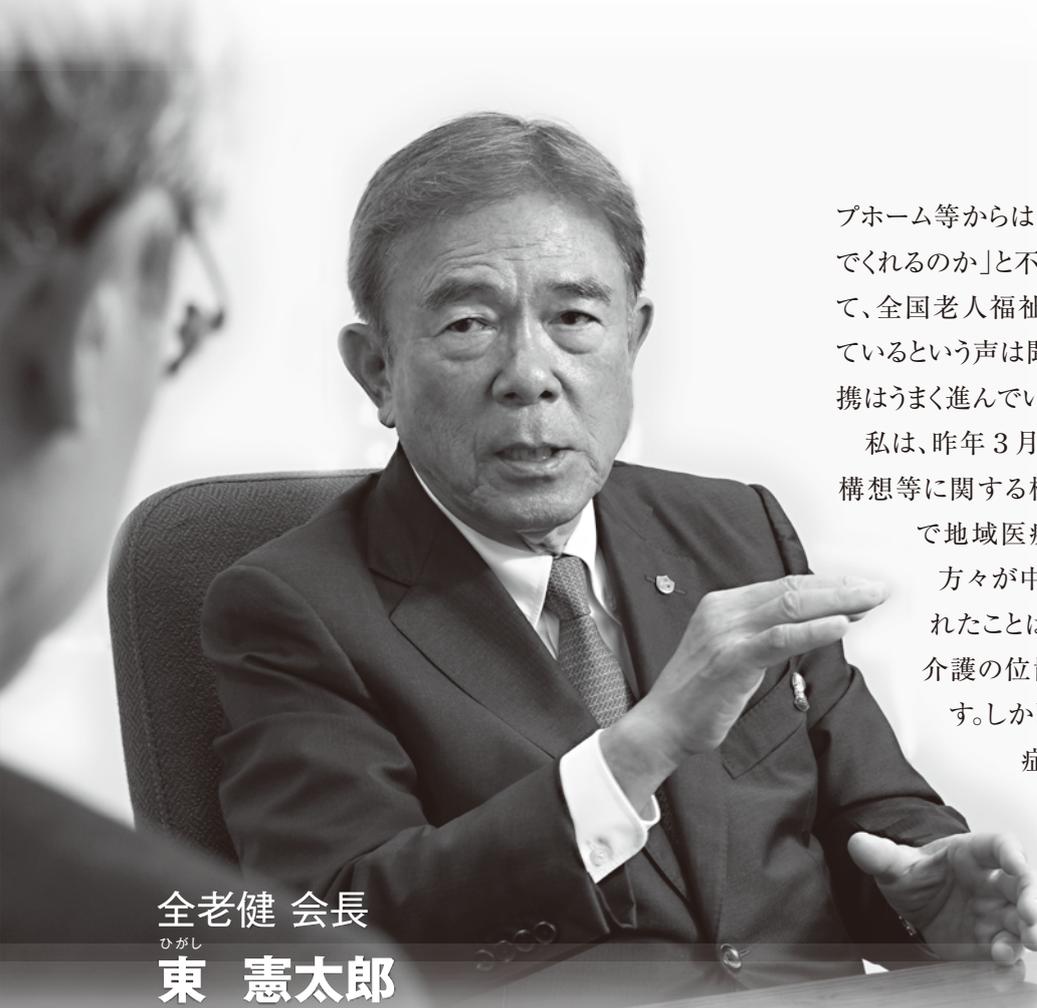
昨年6月に会長6期目を拝命し、災害はもちろんですが、現場の経営環境、賃上げにどう対処していくかが大きな関心事だったといえます。物価が上がり続けるなかで、昨年の後半に当協会を含む介護関係9団体で調査を行ったところ、賃上げ率は当時の岸田文雄総理からお願いされていた2.5%をしっかりと実現しました。しかし他産業と比べるとその差はますます開いており、なかなか追いつけません。

経営的には、施設系入所の稼働率は低迷しており、新型コロナの影響も続いています。施設サービス、居宅サービスともに経営的に非常に厳しかったと言わざるを得ません。

報酬改定が終わった直後は、我々のなかで「よかった、よかった」という声が多かったのですが、半年も経つと、「これ以上賃上げはできない」「来年の賃上げは無理」「経営的に厳しい」という声のほうが多くなりました。

診療報酬上で協力医療機関を位置づけ
医療介護連携が段違いに進んだ

——昨年のトリプル改定では、医療介護連携が大き



全老健 会長
ひがし
東 憲太郎

なテーマとなりました。2016年に保険局医療介護連携政策課長を務められた黒田局長から、まず医療介護連携についてうかがいます。

黒田局長：20年ほど前から地域包括ケアシステムと言われてきて、その流れは変わりませんが、医療介護連携の方向になってから10年くらい経過しました。高齢の患者や利用者が増えていくなかで、医療機関の地域医療構想と介護側が呼吸を合わせて、医療機関と介護施設、また在宅であれば居宅ケアマネジャーとかかりつけ医が連携し、入退院や入退所が在宅復帰を含めてスムーズに行われる流れができてきたと思っています。

介護報酬改定では東会長が議論を引っ張ってくださり、介護施設等と協力医療機関との関係が明確に打ち出され、診療報酬上でも評価されることとなりました。これは画期的なことです。地域差はありますが、医療機関側から協力しようという声が出てきています。これは10数年前には考えられなかったことで、同時改定ならではの大きな成果だったと思います。

東会長：黒田局長がおっしゃるように、医療介護連携は10年以上前から使われてきた言葉ですが、具体性を伴わない時期が続きました。しかし、今回の改定で、医療介護連携が段違いに進みました。特養やグルー

プホーム等からは当初、「本当に医療機関が手を組んでくれるのか」と不安の声が聞かれましたが、1年経って、全国老人福祉施設協議会等他の団体から、困っているという声は聞きません。改定を経て、医療介護連携はうまく進んでいると感じています。

私は、昨年3月から厚生労働省の新たな地域医療構想等に関する検討会の構成員となりました。これまで地域医療構想に関わる枠組みは医療系の方々が中心でしたが、介護系の私が招聘されたことは画期的なことであり、地域における介護の位置づけが向上している証だと思います。しかし、検討会の議論が、高齢者や認知症の実態を医療の側面からしか見ていないなかで行われていたことがわかり、愕然としました。医療分野の方々が介護や認知症に対してあまり目を向けてこなかったことがよくわかりました。

黒田局長：今回のトリプル改定に続く流れから、東会長に地域医療構想の検討会に入っていただくことになったのだと思います。画期的なことともいえますが、同時に自然なことともいえます。地域医療構想では高齢患者の議論が増えていくのに応じて、介護に目を向けていくようになりましたし、介護側は在宅療養者も含めて、医療側からどのような状態の方がどれくらい退院されるのが念頭になくてはなりません。そういう意味では、地域医療構想は医療と介護の双方向の議論といえます。トリプル改定を経てどの方向に向かうのか、医療・介護両方に与えられているテーマだと思います。

東会長：厚労省の所管は、医療は医政局、介護は老健局と縦割りになっています。その横串こそが医療介護連携なのだと思いますが、省内のなかでもなかなか連携がとれていないのが現状だと思います。連携が促進される重要なタイミングが診療報酬・介護報酬の同時改定です。今回の同時改定の議論は終了しましたが、私の参画する地域医療構想の検討会における議論は継続しています。それは医政局と老健局の連携に係るコミュニケーションが継続しているということだと思います。今後は、社会保障審議会介護給付費分科会や介護保険部会に、日本医師会だけでなく、例えば四病院団体協議会の代表に入っていただくことができればよいと思います。

処遇改善は介護報酬とは別財源で手当てを 生産性向上は介護業界の希望

— 医療介護連携以外でのトリプル改定の評価をお聞かせいただけますか。

黒田局長：今回の改定でも、現場の皆さんからの声を反映してまいりました。事務負担が大きいという声をいただいていた処遇改善については、加算を一本化し、負担軽減を図りました。テクノロジー関係では、生産性向上推進体制加算でテクノロジーの導入と定着を推進します。リハビリは、リハビリ・口腔・栄養の一体的取り組みをこれまで以上に推進する改定を行いました。これも現場での有用な取り組みを踏まえ、実施したものです。



LIFEは、まずは導入ということで現場の皆さんとともに進めてきました。導入が進み、その成果を現場にお返ししていくなかで、皆さんからご意見をいただいて、よりわかりやすい形にするようにしていますが、もう一息という状況です。皆さんからお知恵をいただいて、これからもブラッシュアップしていきます。

東会長：処遇改善関連の加算の一本化についてはよかったと思いますし、一番高い加算をすべての介護事業所がとれるようになるべきだと思います。

他産業が賃金を上げていくなかで、介護分野では

昨年の報酬改定で2年分の賃上げに対応し、来年、1年分の賃上げ改定に対応することになっています。画期的なことだと思いますが、介護報酬のなかで職員の賃上げ分を担保するのはもう限界だと思います。介護報酬は賃上げに使うだけのものではありません。いまは介護事業者の倒産が多く、経営環境は非常に厳しくなっています。経営に資するべき報酬で、賃上げもみているのが現状です。賃上げ分は1年ごとに他産業の状況を見ながら、交付金なり補助金なり別の財源で手当てする仕組みにしないと、格差は広がるばかりだと思います。

黒田局長：介護保険料は、年金受給高齢者であればその年金から保険料をいただいていることもあり、自治体ごとに条例で保険料を決めています。ただ、これは物価や賃金が落ち着いていることが前提の仕組みです。介護保険制度は、ITバブルが崩壊しデフレの局面ではありましたが、生産年齢人口がいまよりも多かった2000年にできた仕組みです。

いまに至るまでこの仕組みでできましたが、ここ数年でその流れが変化してきて、賃上げの話をするときに、3年ごとに介護保険料を決めてしまうのは、賃上げとの兼ね合いでどうなのかという話が出てくるかもしれません。保険料の見込みのなかに賃上げ分を織り込むなどの仕組みの話になっていくことも考えられます。医療保険料は料率で決めているので、保険料を納める人が増えれば、料率を変えなくても増収がある仕組みで、年金から天引きする介護保険料とは構造が違います。現場をお支える前提に立つと、根本は保険料の設定の仕方、そこに社会情勢の変化をどう織り込んでいくかというテーマが出てくる可能性もあるでしょう。

東会長：人口について黒田局長も言及されましたが、いくら介護報酬を上げて現場を支えたとしても、限界があります。2040年に向けて生産年齢人口が減り続けるのは動かしがたい事実です。そこをカバーするのは外国人材という話もありますが、いまや、日本も含めたいろいろな国で取り合いになっていますし、日本の介護を支える人材になっていただくまでには、時間も含めた相当な投資が必要になります。ICTにも期待しています。AIは人間の能力を補完できるくらいになっています。介護や医療の分野でAIの見守りシステムを導入すれば、夜勤だけでなく昼間も人手が少なく済む可能性があります。介護分野でいえば、介護職員の配置が3対1

のところを、現場の皆さんはがんばって2.5対1や2.2対1で対応していますが、仮に3対1にしたとしても、システムを入れていけば、これまでと同じように質の高い介護が提供できますし、もしかしたら4対1にしても、いまのレベルを十分保てるかもしれません。介護職員は2040年度までに57万人確保する必要があるといわれていますが、かなり圧縮できる可能性があります。

生産性向上は介護業界の希望であり、人材問題についてもしかりです。生産性向上の取り組みに報酬がついたのは今改定が初めてなので、現場に与えるインパクトが大きいですし、今後2040年に向けて生産性の向上が非常に重要なキーワードになると思います。

黒田局長：私はコロナ禍の2年間、大分県で副知事として医療・介護を中心に県政全体を担当していたのですが、中小企業や観光、土木建築業界など、どこも人手不足で困っており、それぞれの分野で懸命な努力をされていました。

介護分野は特に、尊厳をもって人に寄り添う仕事です。質を保ちつつ、職員の方々の負担を減らしながら関わっていただくことの意味合いはとても大きいと思います。質を下げないことと、尊厳を守ることのその両方も譲らない前提で、職員がやるべき業務に専念できる時間をつくることは、他の分野でもなされている取り組みです。介護の業務を標準化するのは難しいというのはそのとおりだと思います。ただ、新しい人材が入ってきたときに生産性向上の取り組みができていれば業務を渡しやすくなるでしょう。介護分野に人材が入りやすい条件をつくることにもつながるので、利用者の尊厳を守るためにも進めていただきたいと思います。

東会長：生産性向上推進体制加算(I)の要件にタスクシフトを入れていただきました。これが重要で、いくらICTやAIを導入しても、介護職の方が周辺業務まで全部やらなくてはならないとなると、効率は上がりません。わが国の課題は、元気高齢者の方にいかに活躍をしていただくかだと思います。多くの元気高齢者の方がまだまだ働けるし、社会貢献したいと思っているので、その方々をどう活用していくかが重要なテーマです。ボランティアでも、謝金をお支払いするのでも、雇用契約を結ぶのでもどんな形でもいいので、元気高齢者の方に介護助手として周辺業務を担っていただく仕組みをとり入れることで、ICTがより効率化すると思います。

医療ショートで医療費軽減 区分支給限度基準額外で使いやすく

東会長：医療分野の話になりますが、いま医療では高齢者の問題を抱えています。救急搬送される人の7割を高齢者が占めており、さらにそのうちの7割が要介護高齢者で、その8～9割は認知症を合併しています。高齢者に、若い人たちと同じスキームで対応して、わが国の医療制度がもつのでしょうか。私は地域医療構想の検討会で「本人、家族も望まないような過度な医療」と言っているのですが、かなりの高齢であったり、要介護で寝たきりであったり、認知症が重度であったりする場合は、これ以上の医療処置は望まないという方



もけっこういらっしゃいます。そういうコンセンサスを図らずに、何かあったら救急車を呼んで急性期病院に送るということになっているところが多くあるように思います。

私は、医療側の負担を軽減するために、いまある社会資源として老健施設の医療ショート(短期入所療養介護・総合医学管理加算)を活用していただきたいと考えています。比較的軽い医療ニーズの高齢者が救急車で病院に運ばれてしまうと、治療後にADLが落ちたり認知症が悪化したりして、本人や家族の負担になってしまう場合もあります。本人や家族が望む場合に

は、適切な医療として、老健施設の医療は実は使いやすい仕組みなのです。

ただ、課題もあります。1つめは老健施設の医療ショートで算定する総合医学管理加算は区分支給限度基準額に含まれるので、要介護度が低い方は、医療ショートを使ってしまうと他のサービスが使えないなどの問題があることです。急性期病院に救急車で搬送することでかかる医療費に比べると、老健施設の医療ショートはわずかな額で済むので、医療財政健全化の観点からも区分支給限度基準額から外すなどの対応をしていただきたいと思います。2つめは老健施設の医療ショートをいかに周知するかです。国民の皆さんにとって、医療ニーズ発生時に老健施設に運ばれても…と不安に思う方もいると思うので、広く周知する必要があります。それから主治医やケアマネジャーにも理解していただく必要があります。3つめの課題は、すべての老健施設で医療ショートを受け入れるだけの態勢がまだないことです。私が全老健の会長に就任してから、医療ショートに限らず、老健施設の医療機能を高め、医療を提供する態勢を整えること、つまり老健施設の管理医師のスキルを一定以上担保することが課題の1つだと思っています。

黒田局長：私は、老健施設の医療ショートの仕組みが制度的に位置づけられたことで、医療介護連携がここまで進んだのかと感じました。

財源の話もそうですが、根本は患者のQOLだと思います。患者がどのように暮らしていきたいのかという話を中心において、適宜確認しながら医療なり介護なり適切なサービスを選んでいただく。介護保険制度のいいところは、本人にどうしたいのかを確認する機会が何度もあることです。医療よりも手厚く確認をする仕組みがあるので、そのなかで、老健施設の医療ショートも選択肢に入ってくると思います。

——お2人の今年の抱負をお聞かせください。

黒田局長：今後人口減少が進んで人口構造が変わり、まちの人口が減るなかで、介護事業者の方がいなくなってしまうと、サービスを受けていた方に大きな影響が出てしまいます。特に人口減少地域で、どのように高齢者をお支えるのが大きなテーマだと思います。私が大分県にいたときに、過疎化の進む地域ではいろいろな工夫をしていました。どうしたら需要がきちんと見込めるのか、どうしたら事業者の方

にそこに留まっていただけなのか。場合によっては私どもが協力する場面もあると思います。課題が顕著に現れている地域でどうするかを考えていきたいですね。

東会長：私の抱負は2つあります。1つは老健施設の医療機能を平均にし、かつ高めることです。「老健施設のおかげで医療費があまりかからなくて済んだ」「老健施設の管理医師ががんばってくれるから病院に行かずに済んだ」というようになってほしいと思います。

もう1つは、介護DXです。老健施設にこういうICTを入れたら働きやすい職場になったという好事例をどう横展開していくかが今年のテーマです。

——全国の老健施設で働く職員の方々にメッセージをお願いします。

黒田局長：地域包括ケアシステムは、2025年を目途に構築を進めてきましたが、今年がその年になります。地域包括ケアシステムの中心には、医療機能と介護機能をどうつなぎ合わせるかというテーマがあります。高齢者の方には施設にいても在宅に戻っても、QOLを維持していただかなくてはなりません。そのためには介護予防のような地域での活動も大切です。そうしたさまざまな場面の結節点にあるのが老健施設です。人々が高齢化していくなかで、地域でのハブとしての役割がますます重要になっていきます。入所している方だけでなく、在宅の方の支援も含めてその機能を地域に開いていただき、より一層のご活躍をお願いしたいです。

東会長：今後増えていく在宅の要介護者を随時利便性高く支えられるのは老健施設しかありません。老健施設がやらずしてどこがやるのかという話です。老健施設はなくなることはありません。むしろ今後ますます重要視されることとなります。職員の方々にはそのことを自負してしっかり働いていただきたいと思います。

黒田局長、本日はお忙しいところをどうもありがとうございました。本対談は2024年10月下旬に行われました。

