

者の実態から見てむしろ非効率的であり、介護保険施設の需給調査を基に地域特性をふまえた個別対応が現実的である。早急に介護保険施設を一元化してその機能の見直しを図り、改めて、在宅復帰施設の機能、在宅支援の機能あるいは「終の棲家」としての対応など、各施設が、地域連携の中で選択可能な役割分担を決めることが必要である。

都市部のような異なる機能の施設が複数存在している地域においても、今後、施設単位の機能分担は難しくなると予想される。まして、施設数の限られた地域においては種々の要介護者を入所させざるを得ないことを考慮し、フロア単位や部屋単位のケアミックスを認めるべきである。

高齢社会の進展と共に、高齢者に特有の複数疾患の罹患や治療後の要介護状態の発生、認知性高齢者・要介護者の急性病変発症などから、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応の必要性が強く求められるようになってきている。この意味で、医療提供と介護提供のあり方については、各々の機能分担と地域連携に関して厳密な整合性が図られる必要が出てきた。

現行の介護保険3施設と特定施設の人員基準・施設基準には、表のごとく大きな相違が見られる。しかし、介護施設における医療は基本的には日常の健康管理であることから、看護師やリハビリ職員の常勤配置は必要であるものの、医師の常勤は再考されるべきであり、緊急時は、提携医療機関や在宅療養支援診療所が責任を持って

介護保険3施設と特定施設の人員基準・施設基準

	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	特定施設
人当たり居室面積	6.4㎡以上	8㎡以上	10.65㎡以上	13㎡以上
1部屋の定員数	4人以下	4人以下	4人以下	個室
主な職員配置基準	医師	常勤1人以上 100:1以上	必要数(非常勤可)	
	看護要員	6:1以上	看護・介護3:1以上。 (看護2/7)	看護・介護3:1以上。 入所者50人までは看護1人以上。 50人以上は看護1人以上+50:1以上。
	介護要員	6:1以上		
	OT・PT	PT及びOTが1名以上	PT又はOTが100:1以上	
	機能訓練指導員			1人以上
生活(支援)相談員		100:1以上	常勤1人以上 100:1を標準	常勤1人以上 100:1を標準
介護支援専門員(計画作成担当者)	1人以上。 100:1以上。	1人以上。 100:1を標準。	1人以上。 100:1を標準。	1人以上。 100:1を標準。

※特定施設は「外部サービス利用型特定施設」を除く

職員配置状況

職種	施設種類	介護療養型医療施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム
	配置基準(※1)			
配置基準(※1)	介護職員	6:1以上 [17人]	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	看護・介護 3:1以上 入所者100人の場合、看護3人
	看護職員	6:1以上 [17人]	[介護 25人] [看護 9人]	[介護 31人] [看護 3人]
従業者数(※2)	介護職員	33:1	30:1	37:7
	看護職員	30:5	11:1	4:9

※1…[]内は、利用者を100人として算出した数。
 ※2…定員100人あたりの常勤換算従業者数。
 2004年10月1日現在

【資料】
 [平成16年介護サービス施設・事業所調査](厚生労働省統計情報部)

対応できる仕組みであればよいと思われる。当然のことながら、常時医療が必要になった場合には療養病棟に転院すべきであり、その場合の判断基準として「医療必要度指標」を作成することが必要である。また、要介護者に医療の必要性が発生した際の対応マニュアル(重症度別・既往症別)などを整え、地域の医療提供体制にあわせた医療サービス提供の基準を住民に明示しておくことも重要である。

医療・看護・維持的リハビリテーションなど

は、必要に応じて提供される付加的な機能として位置づけられる。各介護施設においては、自らの果たす役割を明確化するために、医学的管理スタッフやリハビリ職員の配置状態を情報公開すべきであるが、それぞれの機能に応じた報酬は医療保険から支払われるべきであり、その他のグループホームやケアハウスなどにおける医療対応についても、診療報酬の上で在宅医療と同等に取り扱われるべきである。

3. 介護報酬体系のあり方

介護報酬は、2000年の制度創設以来2度にわたって改定が行われたが、政府の当初予測より利用者が増え財政的な問題が招来したため、多くの介護サービスで実態を無視した一方的な報酬引き下げが行われてきた。介護に要する報酬は、サービスの内容、時間などを十分吟味し、診療報酬と同様、原価計算に依拠した科学的根拠にもとづいて決定されるべきである。

2006年度の改定では新予防給付の創設ともなって月単位の定額払いという新しい考え方が導入された。しかし、包括点数自体が低く、小規模多機能施設の評価と同様に原価に見合った報酬とはいえないことから、今後、各事業者がどのような対応を図るのか注目される。

要介護者のケアプラン作成の報酬が低い上に、ケアマネジャー1人当たり標準担当件数を引き下げ、なおかつ逓減制を設けたことは事業者による経営努力を無視したものであり、不合理といわざるを得ない。

介護報酬体系としては、以下の条件を満たすものが望ましいと考える。

- ①介護の質や安全を高めることに寄与する
- ②介護を担うものの努力を正当に評価する
- ③効率的な介護提供に寄与する
- ④介護度を反映する
- ⑤介護に係る各職種の技術料と材料費・薬品費などを含めたランニングコストと建物の初期投資や維持管理を評価するキャピタルコストを各々反映する
- ⑥介護行為の費用データをベースとした根拠にもとづいている
- ⑦居宅サービスでは訪問・送迎等にかかる時間も評価される
- ⑧行政・介護提供事業体などが予算を立てることが容易である

⑨再生産が可能である

⑩中長期的運営に配慮した内容である

居住費・食費が自己負担となった施設介護において、都市部における施設が設定する利用料と低所得者に対する補足給付の格差が大きいことから、一定程度、都道府県で補助をすべきである。財政上の理由から公的支援に限界があるのなら、日常生活費や室料差額などについては、低所得者を配慮の上、利用者との契約で自由に料金設定ができることが好ましい。

介護の質の評価、とくにアウトカム評価による成功報酬的な要素を導入すべきであり、要介護度が改善された場合、インセンティブとして加算することを考慮すべきである。

現状のような低い水準の介護報酬では、質の良い介護職員を確保する上で限界がある。人件費を十分まかなえる介護報酬体系が望まれる。

医療保険制度改革において保険者の再編成と都道府県単位の財政運営が導入されようとしている。市町村単位である介護保険においても、同様の仕組みを取り入れることによって、介護サービスの均等化を図ることが可能になると考えられる。