

とによって、費用の効率化に効果があったかということについても評価が求められよう。

わが国ではこうした検証・研究はあまり見られないが、たとえばイギリスのケント大学で次のような調査報告がされている³⁾。これは、イギリスでのケアマネジメント・ケアプラン策定の有効性を政策的・社会経済的にも印象づけたものであると言われている。

ケアマネジャーの関与しない方法でのサービス利用者(a群)と、ケアマネジャーが関与する方法でのサービス利用者(b群)の各74名を年齢・性別等の一致する対象者74組の2つのグループに分け、いくつかの点についてその比較をした。

1年後の在宅生活率で見ると、a群は34%、b群は69%であった。施設入所者はa群27%、b群12%、死亡率はa群33%、b群14%とケアマネジャーが関与した場合に好影響のある結果が出た。

さらに1ヶ月にかかるコストをみると、a群は265ポンド、b群は238ポンドと、ケアマネジャーが関与することで、費用の効率化が図られたと言える。

このようなケアプラン策定による効果測定も、政策的には当然求められるだろうし、現場の介護支援専門員へも良い影響を与えるだろう。今、わが国では、介護支援専門員はケアの社会経済的な効率化にあまり関心がない。そのことが、漫然としたケアプラン策定に終始し、ニーズは解決・軽減しなくても（ニーズとサービスの関係性に注意を払わなくても）なんら問題はない実践にとどまり、効果の有無を問わないサービスを提供し、その結果、費用の増大を招く。

わが国でも介護保険給付適正化事業も実施され、ケアプランのチェックも都道府県や保険者で行われるようになってきたが、単なるチェックではなく、ニーズとサービスの適合性、さらには費用の効率性という視点からの効果測定を、客観的なエビデンスをもとに行っていく必要がある時期だろう。そのことが、ケアプラン策定の質と精度を向上させると考える。

5 まとめ

本稿では、ケアプラン策定を巡る実態を概観し、そこからその問題を抽出した。そして、その問題の解決の一助として、ケアプランの効果測定の必要性について言及した。

さらに付け加えるとすれば、ケアプランに関する情報開示・利用者の同意の問題がある。ケアプランは利用者の依頼に基づいて作成され、利用者の個人情報をもとに検討され、利用者自身の生活の質の向上に役立てられるものである。さらには、そこにかかる費用は保険料と公費と利用者の自己負担で賄われる。その意味で言えば、ケアプランは利用者のものであり、介護支援専門員が原案を策定するとはしても、その内容は開示され、利用者の同意を得て実行される必要があることは言うまでもない。しかし、2003年4月の運営基準改訂でケアプランの交付が義務付けられたことにより、現場ではそれを拙速に行うあまり、

開示・同意はケアプランの形式的な「配布」と置き換わり実行されている感がある。

ケアの費用は公費・保険料・利用者で払う、という観点から考えると、今日の介護保険でのケアの提供は一般の商取引にも似たものといえる。それは、次のような意識を求めているとも言い得る。すなわち、ケアプランはサービスの仕様書、サービス利用票は見積書、サービス利用後の利用票確認は納品書、モニタリングはいわばアフターサービスという視点である。仕様書を作成するまでに相談を行い、ニーズを把握し、調整をする。その過程の情報を提供して仕様書の同意を得る。それで発注して費用は見積書で確認する。サービス利用前後に納品書を発行し、その後の変化をフォローする。通常の世界社会では、このような同意と書面での公開が一般的である。こうした理解のもとにケアプランの同意・情報公開がなされなければ、ケアプラン策定の社会的認知も得られないだろう。

十分なアセスメントとニーズに対応したケア・サービスの結合、ケアプランの効果測定、利用者への情報開示と同意。こうした諸点がケアプラン策定の現行の課題であると考えられる。

引用文献

- 1 高野龍昭「失敗事例に学ぶ」『忙しい現場のためのMDS-HC入門』p6-8, 医学書院, 2001
- 2 金子努『高齢者ケア改革とソーシャルワークⅠ』p102-104, 久美株式会社, 2004
- 3 D. チャリス/B. デイヴィス著・窪田暁子他訳『地域ケアにおけるケースマネジメント』光生館, 1995

第5章 特殊疾患療養病棟全国実態調査について

はじめに

平成15年9月に厚生労働省医政局は「医療計画の見直し等について」を発表した。その中で、「医療提供体制の改革の動向」として、①患者の病態に応じた医療を提供するために、急性期医療、長期療養など、医療機関の機能分化が進み、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等が十分に連携し、質の高い医療を効率的に提供する、②急性期医療は、医療従事者による手厚い治療・サービスの重点・集中化を通じて、早期退院が可能になり、平均在院日数が短縮され、病床数は必要な数に集約化されて、公的病院等の病床数についても地域の実情に応じて見直しが図られる、③一般病床においては、地域のニーズと医療機関の選択により、難病医療、緩和ケア、リハビリテーション、在宅医療の後方支援などの特定の機能を担うこととなる、④長期にわたって継続的な医療を必要とする患者に対して、入院医療において、良質な療養環境が提供されるとともに、患者の社会復帰を目指した医療が提供されることが将来の方向として示された。そして、当面進めるべき課題として以下の3点があげられた。①医療法に基づく一般病床と療養病床の区分を基本とし、患者がその病状に応じてふさわしい医療を適切に受けられるという観点から、急性期医療、難病医療、緩和ケア、リハビリテーション、長期療養、在宅医療等といった機能分化を推進する、②医療と介護の連携を進め、生活の質（QOL）を重視した医療が提供されるようにし、病院病床の療養病床、介護老人保健施設等への転換を図る医療機関を支援する、③医療機関や病床等の機能分化・重点化・効率化を推進するための効果的な方策等について調査・検討する。

医療提供体制は医療保障全体の改革と同様に大きく変化しようとしており、このような状況において、難病医療やQOL医療等からも今後大きく注目されるであろう特殊疾患療養病棟について、現状を確認することは、介護療養型医療施設におけるマネジメントの今後の動向を把握するためにも重要である。ゆえに本研究では、特殊疾患療養病棟についての実態調査を実施することとした。

最初に特殊疾患療養病棟の制度的位置づけ、特徴を確認する。特殊疾患療養病棟とは、診療報酬の上で評価されている病棟で、この施設基準を満たしているとして届け出られた病棟に入院する特殊疾患患者について特殊疾患療養病棟入院料（1・2）が算定できる。特定入院料として、人工呼吸器加算などを除いて必要な医療行為を包括した高い費用が請求でき、対象病棟（一般・療養・精神）と対象患者の違いによって特殊疾患療養病棟入院料1・2のいずれかを算定する。施設基準としては、①脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、重度の肢体不自由児（者）などの重度障害者が当該病棟患者の8割以上を占め

ていること、②病棟専任の医師が常勤し、病棟の看護要員数が患者2人に対して1人以上配置され、看護要員最小必要数の半数以上が看護職員（看護師・准看護師）であり、かつ看護職員最小必要数の2割以上が看護師であることなどが必要である。特殊疾患療養病棟入院料が病棟単位であるのに対して、病室単位では特殊疾患入院医療管理料を算定する。

具体的な対象疾患は、①脊髄損傷等の重度障害、②重度の肢体不自由者（脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者及び、神経難病患者を除き、障害者手帳、1級、2級相当の障害）、③重度の意識障害（意識レベル、JCSでⅡ-3（または30）以上、又は、GCSで8点以下の状態が2週間以上維持する患者）、④筋ジストロフィー、⑤神経難病（多発性硬化症、重症無力症、スモン病、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病（ヤール分類3以上であって生活障害度ⅡまたはⅢ）、ハンチントン舞踏病、シャイ・ドレガー症候群、クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎）であり、入院期間が長期間（180日以上）に及ぶ者を対象とする。特殊疾患療養病棟には1と2があり、1は脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる病棟であり、2は重度の肢体不自由児（者）等の重度の障害者（日常生活自立度のランクB以上に限る。）を主として入院させる病棟である。

特殊疾患療養病棟入院料に関する施設基準としては、以下の通りである。

- ① 病院である保険医療機関において、病棟を単位として行うものとする
 - ② 当該病棟に専任の医師が常勤している
 - ③ 当該病棟における看護要員の数は、当該病棟の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上である
 - ④ 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時二人以上配置されており、そのうち一名以上は看護職員である
 - ⑤ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者一人につき内法による測定で、一六平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の測定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない
- また、特殊疾患療養病棟入院料1を算定すべき施設は、次のいずれの要件も満たしていることが必要である。

- ① 当該病棟の入院患者数のおおむね八割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である
- ② 看護要員の最小必要数の五割以上は看護職員であり、かつ、看護職員の最小必要数の二割以上が看護婦である

特殊疾患療養病棟入院料2を算定すべき施設は、次のいずれの要件も満たしていることが必要である。

- ① 当該病棟の入院患者数のおおむね八割以上が、重度の肢体不自由児(者)等の重度の障害者(ただし、(2)のアに掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者及び神経難病患者を除く)である
- ② 算出した看護要員の最小必要数の五割以上は看護職員であり、かつ、看護職員の最小必要数の二割以上が看護婦である

平成18年の診療報酬及び介護報酬の改定の動向を予測すると、医療型療養病床も介護保険に移行させることを模索しているのではないかと考えられる。平成18年の改正は、①医療と介護の同時改正ということ、②平成16年7月にまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」という報告書にも「将来を見据えた思い切った見直しを早め行うことが重要」と書かれている、③厚生労働省は今回の第5次医療法改正を一つの区切りと考えていることなどの特徴がある。

第4次医療法改正以降、主として長期にわたる入院患者を取り扱う病床として療養病床が位置づけられた。療養病床が担うべき役割は何かといった議論が様々な観点から行われているが、その一つとして特殊疾患療養病棟があげられている。診療報酬上で位置づけられているこの病棟がいったいどのような運営をなされており、またどのような患者を取り扱っているかを明らかにすることは、今後の医療施設における長期療養患者の処遇を考えるとときに必要な資料となるものと考えられる。

1 調査方法並びに調査結果の概要

本調査は日本療養病床協会の会員の中から平成16年4月1日に特殊疾患療養病棟Ⅰ（以下、特殊Ⅰ）、Ⅱ（以下、特殊Ⅱ）もしくは特殊疾患入院施設管理加算病棟（以下、管理加算）を運用している174病院を対象として実施した。その結果88病院から有効な回答を得ており、有効回答率は50.6%である。調査分析を行った病棟数は136病棟であり、これらのうち特殊Ⅰは38病棟（27.9%）、特殊Ⅱは45病棟（33.1%）、管理加算は53病棟（39.0%）となっている。病床数の平均は47.9床、入院患者数の平均は46.9人であり病床利用率は97.9%とほぼ満床状態を示している。ちなみに特殊Ⅰの施設基準では病棟面積が1床当たり16㎡以上と定められているが調査対象病院の平均は22.39㎡であった。

（1）開設者

ほとんどが医療法人であり、その他が8施設であった。

開設者

	度数	パーセント
医療法人	79	89.8
個人	1	1.1
その他	8	9.1
合計	88	100.0

（2）病床数

「100～149床」「150～199床」「200～299床」の範囲が最も多く、この3つで半数以上であった。

病床数

	度数	パーセント
50～99床	6	6.8
100～149床	23	26.1
150～199床	23	26.1
200～299床	14	15.9
300～399床	11	12.5
400～499床	2	2.3
500～599床	4	4.5
600～699床	3	3.4
700～799床	1	1.1
800床以上	1	1.1
合計	88	100.0

(3) 病床数と病床区分の状況

一般病床を有しているのは 26 施設であり、ほとんどが「20～49 床」であった。一般病床のうちの回復期リハ病棟を有しているのは 1 施設、緩和ケア病棟は 2 施設、特殊疾患入院施設管理加算取得は 3 施設であった。療養病床は 88 施設が有しており、病床数も 20 床以上が多く 150 床以上も 23 施設であった。療養病床のうちの回復期リハ病棟は 23 施設、特殊疾患療養病棟Ⅰは 31 施設、特殊疾患療養病棟Ⅱは 37 施設、特殊疾患入院施設管理加算を取得しているのは 33 施設であった。精神病床は 9 施設が取得しており、老人性痴呆療養病棟は 3 施設、老人性痴呆治療病棟は 4 施設、特殊疾患入院施設管理加算は 1 施設であった。介護保険病床は 69 施設で取得しており、最も多いのが「50～99 床」であった。介護保険病床のうち、療養病床は 61 施設で取得しており、精神・老人性痴呆疾患治療病床は 4 施設であった。

(4) 併設施設並びに同系列法人関連施設の状況

入院機能ある併設施設として、一般病床を有しているのは 34 施設、医療療養病床は 42 施設、介護療養病床は 34 施設、精神療養病床は 6 施設であった。併設はしていないが、関連する施設としては一般病床では 7 施設、医療療養病床は 9 施設、介護療養病床は 10 施設、精神療養病床は 3 施設であった。

その他の入所サービスとして、老人保健施設を有しているのは 46 施設、特別養護老人ホームを有している施設は 22 施設であった。また 12 施設が老人保健施設、特別養護老人ホーム以外の入所サービスを有しているのは 12 施設であり、その内訳はケアハウス 4 施設、グループホーム 8 施設であった。通所サービスとしては、通所リハビリを 65 施設で実施していた。デイサービスは 38 施設であった。訪問サービスでは、訪問リハビリテーションを 53 施設で実施しており、訪問看護は 69 施設、訪問介護は 46 施設、訪問入浴は 14 施設であった。

在宅医療への展開としては、診療所を併設しているのが 18 施設、訪問診療を行っているのが 52 施設であった。在宅におけるケアマネジメントの拠点である居宅介護支援事業所は、75 施設で併設していた。

(5) 調査回答特殊疾患療養病棟の特徴

療養病床の特殊疾患療養病棟Ⅰを取得しているのは 38 病棟、療養病床の特殊疾患療養病棟Ⅱを取得しているのは 45 病棟であった。特殊疾患入院施設管理加算病棟は 53 病棟で取得していた。病床数は「40～59 床」が最も多く 81 病棟であり、80 床以下であった。患者数は「40～59 人」が 86 病棟と多かった。

リハビリテーション施設基準として、総合リハ施設Aを取得しているのは43病棟、総合リハ施設Bは6病棟、PTⅡは70病棟、OTⅡは49病棟、PTⅢは4病棟、OTⅢは取得している病棟はなかった。言語聴覚療法の施設基準では、Ⅰが47病棟、Ⅱが45病棟であった。言語聴覚療法Ⅲの取得病棟はなかった。

1床当たりの面接は、「15～19.9㎡」「20～24.9㎡」が81病棟と70%以上を占めていた。30㎡以上を有する病棟も9病棟であった。

特殊疾患療養病棟Ⅰにおける疾患別入院患者数では、脊椎損傷は34病棟で平均9.32人、意識障害は33病棟に平均19.21人、筋ジストロフィー患者は25病棟で平均0.08人、神経難病患者36病棟で15.81人であり、同病棟の非対称者が入院している病棟は36病棟平均5.58人であった。

特殊疾患療養病棟Ⅱにおける疾患別入院患者数は、肢体不自由が45病棟に平均38.18人、肢体不自由以外の重度の障害者が33病棟に6.3人、同病棟の非対象者が入院しているのは44病棟であり、平均で4.41人であった。

病棟の入院患者の平均年齢は、75歳以上が多く70%以上であった。

年齢

	度数	パーセント
65歳未満	4	2.9
66～69歳	8	5.9
70～74歳	19	14.0
75～79歳	53	39.0
80歳以上	52	38.2
合計	136	100.0

3ヶ月間の新入院患者数はほとんどの病棟で「0～9人」であり、退院患者数は半数近くが「0～9人」次いで「10～19人」であった。

退院患者数

	度数	パーセント
0～9人	64	47.1
10～19人	38	27.9
20～29人	25	18.4
30人以上	9	6.6
合計	136	100.0

平均在院日数は、1年以上という病棟がほとんどであった。

平均在院日数

	度数	パーセント
0～60日	1	.8
61～120日	7	5.5
121～180日	9	7.1
181～360日	39	30.7
361～3000日	71	55.9
合計	127	100.0

特殊疾患取得病棟の意見として、適用疾患名を追加すべきかどうかについては、「どちらでもない」が51病棟43.6%と一番多く、次いで「そう思う」42病棟35.9%であった。

適用疾患名の追加

	度数	パーセント
そう思う	42	35.9
そう思わない	24	20.5
どちらでもない	51	43.6
合計	117	100.0

呼吸障害を伴った神経難病患者等に対して、看護体制を見直すべきであると考えているのは、73病棟64.0%であり、33病棟28.9%が「どちらでもない」であった。

看護体制の見直し

	度数	パーセント
そう思う	73	64.0
そう思わない	8	7.0
どちらでもない	33	28.9
合計	114	100.0

リハビリテーションを必須化して加算項目として欲しいという要望を有しているのは87病棟75.0%、「そう思わない」8病棟6.9%、「どちらでもない」21病棟18.1%であった。

リハの必須化

	度数	パーセント
そう思う	87	75.0
そう思わない	8	6.9
どちらでもない	21	18.1
合計	116	100.0

2 調査対象病院の状況

特殊疾患療養病床等を有する病院のうち半数（50.0%）は医療保険の療養病床と介護保険の病床の両方を持っている病院であり、一般病床を有している病院は全体の3割弱にとどまっている。

調査対象病院全体を見渡すと1病院当たりの病床数は239.1床であり、その構成は療養病床が118.4床、介護保険病床が91.8床とこの2種類の病床でほとんどを占めている。診療報酬上取得しているリハビリテーションの施設基準をみると、総合リハAを取得している病棟は43病棟（34.4%）、理学療法Ⅱを取得している病棟が70病棟（56.0%）、作業療法Ⅱを取得している病棟が49病棟（39.2%）と決して多くはない。

病床種別		組み合わせ							病床数
医療保険	療養病床	●	●	●	●	●	●	●	10,423
	一般病床	●	●	●					1,604
	精神病床	●			●	●			932
介護保険病床		●	●		●		●		8,078
病院数		1	16	8	7	1	44	11	88
構成割合		1.1%	18.2%	9.1%	8.0%	1.1%	50.0%	12.5%	100.0%

調査対象病院が併設しているサービスもしくは同法人の系列法人が行っているサービスは、訪問看護（78.4%）、通所リハ（73.9%）、訪問リハ（60.2%）、訪問診療（59.1%）などが多く行われており、退院後の患者の在宅での生活を支えるサービスが整いつつある様子がうかがえる。ただし、訪問介護（52.3%）やデイサービス（43.2%）などの整備が少ない点も見受けられる。

施設基準	病棟数	構成割合
特殊疾患療養病棟Ⅰ	38	27.9%
特殊疾患療養病棟Ⅱ	45	33.1%
特殊疾患入院施設管理加算病棟	53	39.0%
合計	136	100.0%

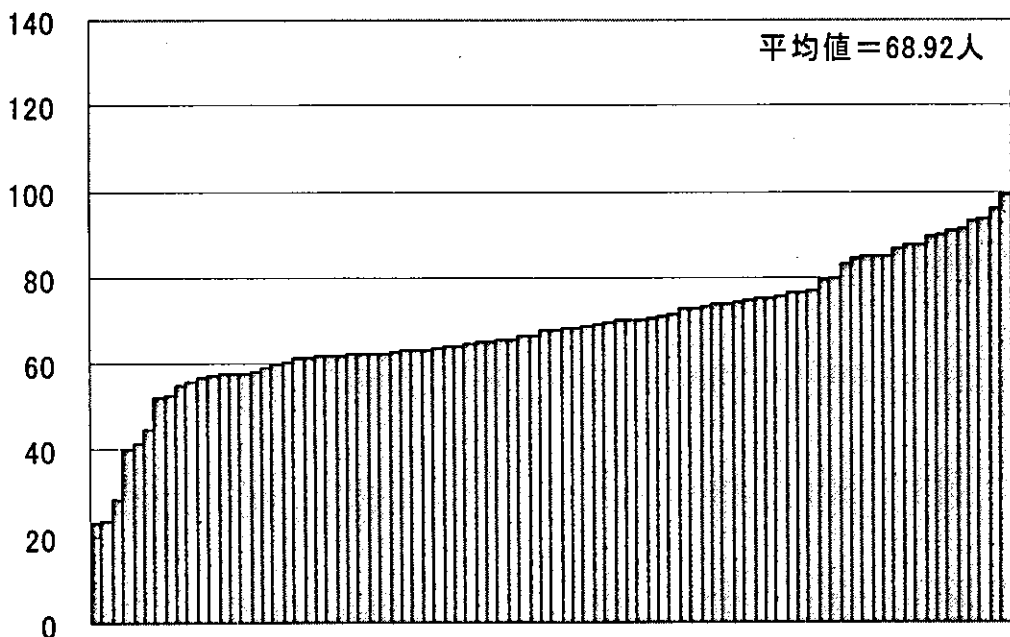
	平均
病床数	47.9床
患者数	46.9人
病床利用率	97.9%
1床当たり病棟面積	22.39㎡

	病棟数	割合
総合リハA	43	34.4%
総合リハB	6	4.8%
PTⅡ	70	56.0%
OTⅡ	49	39.2%
PTⅢ	4	3.2%
回答病棟数	125	100.0%
言語Ⅰ	47	51.1%
言語Ⅱ	45	48.9%
回答病棟数	92	100.0%

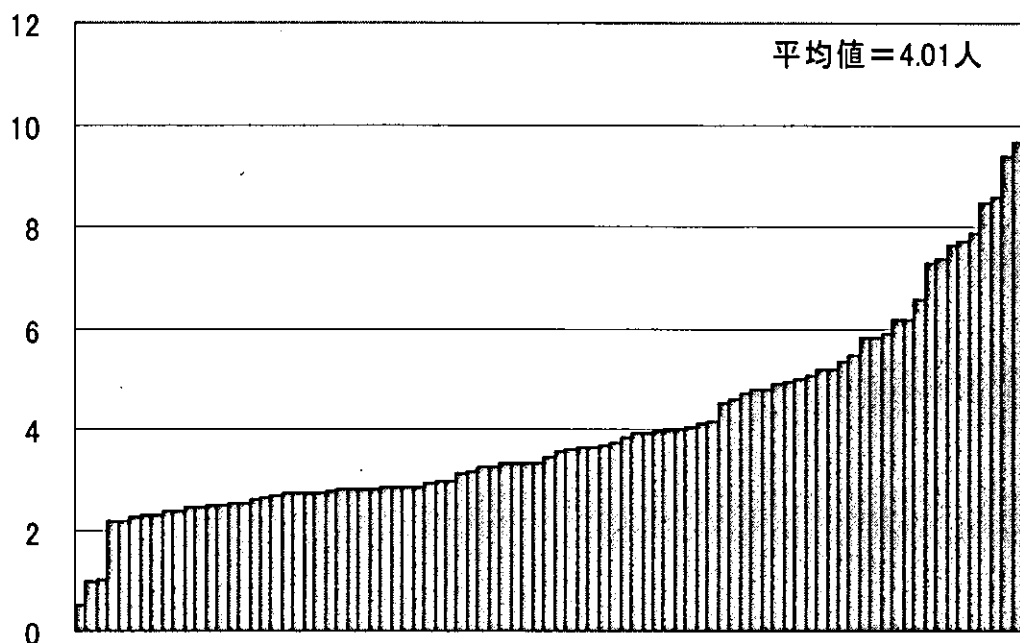
サービス		病院数	構成割合
入所サービス	老人保健施設	46	52.3%
	特別養護老人ホーム	22	25.0%
	その他	12	13.6%
	ケアハウス	4	4.5%
	グループホーム	8	9.1%
	その他	2	2.3%
通所サービス	通所リハ	65	73.9%
	デイサービス	38	43.2%
訪問サービス	訪問リハ	53	60.2%
	訪問看護	69	78.4%
	訪問介護	46	52.3%
	訪問入浴	14	15.9%
在宅医療	診療所	18	20.5%
	訪問診療	52	59.1%

100床当たりの全ケアスタッフ数（医師・看護師・介護士・栄養士・MSWなど）の平均は病院毎に違いは見られるものの68.92人となっている。一方100床当たりの医師数の平均は4.01人、100床当たりのリハスタッフ数の平均は5.87人となっているが、特にリハスタッフ数は病院毎の違いが大きく、リハビリテーションを病院の中でどのように位置づけているのかの差があるように見受けられる。

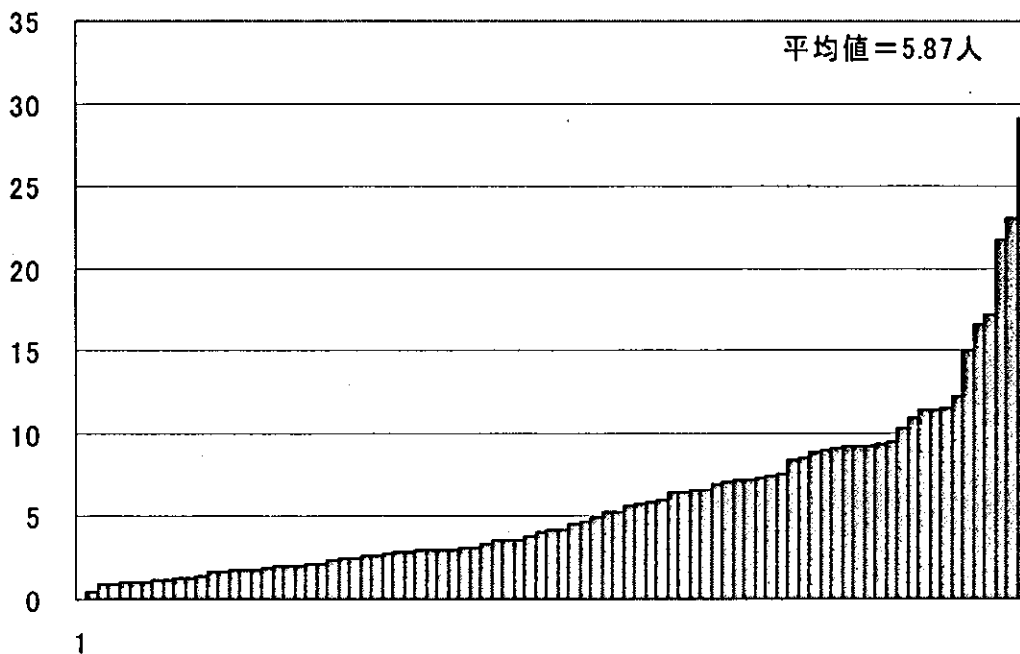
【100床あたりの全ケアスタッフ数】



【100床あたりの医師数】



【100床あたりのリハスタッフ数】



3 入院患者の状態

病棟の種類別に入院患者の疾患を見てみると、特殊Ⅰで最も多いのが意識障害であり、36.8%を占めており、次いで神経難病が33.0%、脊椎損傷が18.4%となっている。特殊Ⅱ

の場合に最も多いのが肢体不自由であり、81.9%とほとんどを占めている。管理加算の場合は特殊Ⅱに相当する疾患が75.9%を占めており、患者の疾患からは管理加算が特殊Ⅱにかなり近いことが推測される。患者の年齢は、特殊Ⅱの平均年齢が79.8歳と最も高く、次いで管理加算が77.2歳となっている。性別では女性の占める割合が特殊Ⅱで64.3%と最も高い。すなわち特殊Ⅱの病棟は高齢の女性で肢体不自由の患者を対象とした病棟であり、それを管理加算の病棟が追従していると考えられる。

施設基準	疾患	患者数	構成割合
特殊Ⅰ	脊椎損傷	317	18.4%
	意識障害	634	36.8%
	筋ジストロフィー	2	0.1%
	神経難病	569	33.0%
	非対象者	201	11.7%
	小計	1,723	100.0%
特殊Ⅱ	肢体不自由	1,718	81.9%
	重度の障害	208	9.9%
	非対象者	171	8.2%
	小計	2,097	100.0%
管理加算	特殊Ⅰに相当	387	15.4%
	特殊Ⅱに相当	1,903	75.9%
	非対象	216	8.6%
	小計	2,506	100.0%
合計		6,111	

平均在院日数は全体の平均で555.0日となっており、1年半を超える入院となっている。そのなかでも特殊Ⅰが586.0日と他の病棟に比較してきわめて長くなっている。

4 診療報酬

1日当たりの診療報酬点数の平均は1,921.3点であるが、病棟の種類別に平均値は異なっており、特殊Ⅰの場合には2,124.5点、特殊Ⅱの場合には1,689.2点、管理加算の場合には特殊Ⅰと特殊Ⅱの中間で1,627.7点となっている。

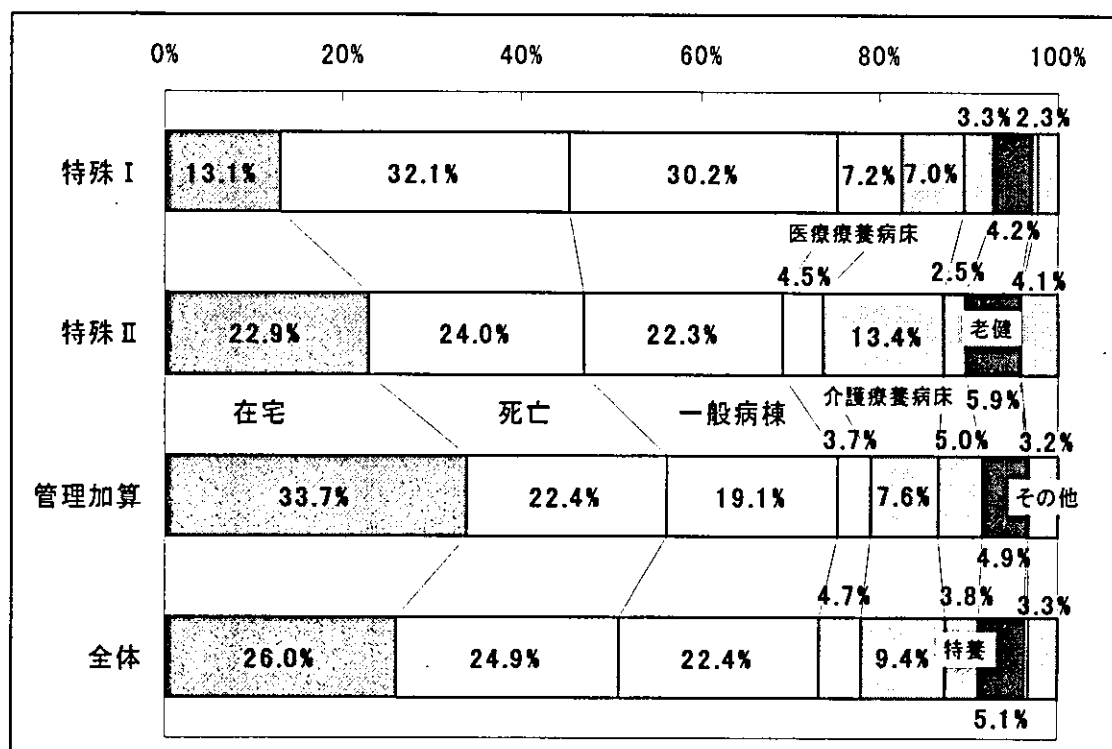
施設基準	平均
特殊Ⅰ	586.0
特殊Ⅱ	555.7
管理加算	531.5
合計	555.0

一方、総合リハAを取得している病棟の場合は2,067.1点であり、PTⅡ、OTⅡの場合(1,785.6点、1818.9点)よりもおよそ200点ほど高くなっている。

		1日当たり診療報酬点数
施設基準別	特殊Ⅰ	2124.5
	特殊Ⅱ	1689.2
	管理加算	1962.7
リハ基準別	総合リハA	2067.1
	総合リハB	2097.0
	PTⅡ	1785.6
	OTⅡ	1818.9
	PTⅢ	2874.3
	OTⅢ	—
表合計		1921.3

5 転帰先

特殊疾患療養病棟等からの転機先は全体の 26.0%が在宅に復帰しており、ほぼ同数の 24.9%が病棟で亡くなっている。また一般病棟への転棟・転院が 22.4%、医療療養病床や介護療養病床への転棟・転院が 13.2%であり、特別養護老人ホームや老人保健施設への入所は 8.9%である。病棟種別では管理加算の場合に在宅への復帰率が高く 33.7%となっており、特殊Ⅰの場合には死亡退院（32.1%）もしくは一般病棟への転棟（30.2%）が多くなっている。

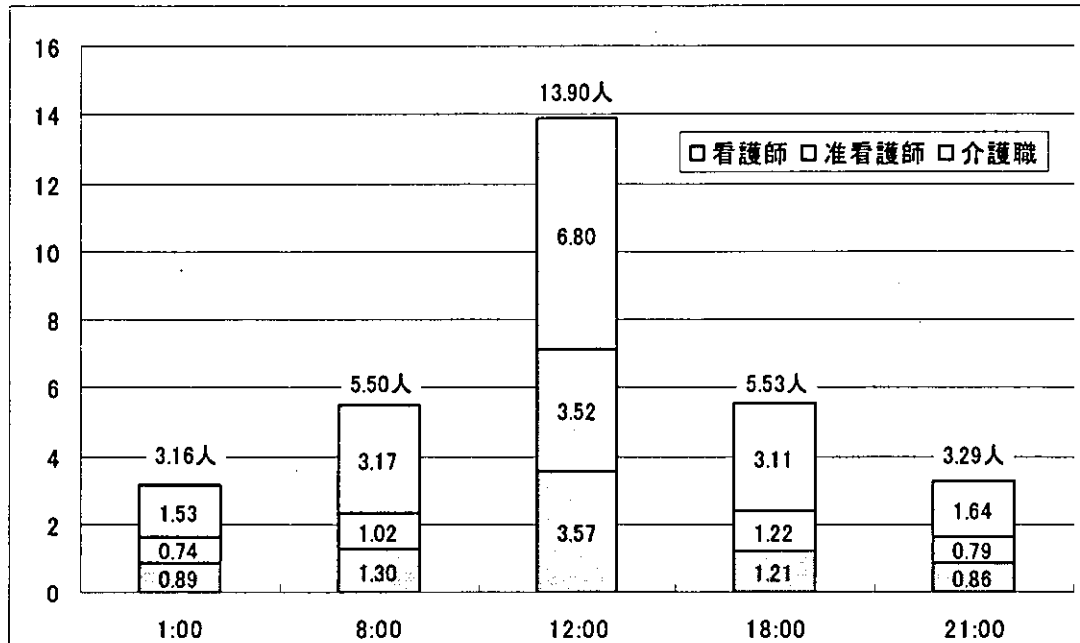


6 勤務体制

1床当たりの看護職員数は 0.294 人、介護士数は 0.284 人であり、合わせて 0.578 人と

なっている。これは、看護職員+介護士：患者=1.73：1 に相当しており、かなりのマンパワーが投入されていることがわかる。特に特殊Ⅰの場合には1床当たりの看護職員数は0.317人、1床当たりの介護士数は0.294人であり、合わせて0.611人（1.64：1相当）となっている。

50床の病棟を想定した場合の平均的な職員配置は、深夜1時で3.16人、朝食時に相当する朝8時では5.50人、日勤の13時で13.90人、夕食時の18時では5.53人、就寝時の



21時では3.29人となっている。

	1床当たり		
	看護師数	介護士数	合計
特殊Ⅰ	0.317	0.294	0.611
特殊Ⅱ	0.284	0.279	0.562
管理加算	0.286	0.282	0.568
全体	0.294	0.284	0.578

7 食堂・談話室

食堂および談話室はほとんどの病棟で整備されており、病棟内に1カ所あるところが70～80%、2カ所に分かれているところが15%程度である。こうした施設の1床当たりの面積は食堂が1.81㎡、談話室が1.17㎡となっているが、特殊Ⅰの病棟の場合は管理加算に比べて食堂および談話室とも明らかに狭い様子がうかがえる。車椅子を利用することを前提に考えた食堂の面積は利用者一人当たり2.0～2.5㎡程度必要となる。もちろん食堂の利用率も関係するが面積的に不足していることが伺える。

	1床当たり面積	
	食堂	談話室
特殊Ⅰ	1.46	0.75
特殊Ⅱ	1.78	1.19
管理加算	2.08	1.46
全体	1.81	1.17

8 まとめ

今回の調査においては、特殊疾患療養病棟等の概観を把握することが出来た。特定の疾患を対象としてきわめて長期にわたる入院を支えている病棟には、それぞれの病棟種別毎に特徴が見られている。患者の年齢構成やリハビリテーションの実施状況などが異なっていることが明らかとなり、何より患者の転帰先に大きな差異があるようである。こうした違いにきちんと対応することが出来るようなケアの提供とそのための環境の設定が問題であり、それらの必要性を明確に説明できるようにすることが求められているのではないだろうか。

第6章 今後の研究の方向性・課題

はじめに

1年間にわたって行ってきた本研究では、第1章の研究の概要で述べたように4種類の研究を行った。それぞれが介護保険制度のマネジメント状況に関わるものではあるが、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における経営実態把握・分析については、今年度中に介護経営実態調査が厚生労働省老健局で実施されることになったので、次年度以降の課題とした。本年度の研究趣旨は、あくまでも介護保険施設におけるマネジメント概念の構築である。そのためには、まず介護保険制度の見直し議論について確認した上で、介護保険施設におけるマネジメントの必要性について述べたい。

1 介護保険制度の見直しの方向性と問題点

最初に、介護保険制度の見直し議論では、現状の把握、制度の問題点等について議論されなければならない。その際には、医療保険制度との整合性等を勘案しなければならないことはいうまでもない。そして、介護保険制度にこれ以上医療を取り入れる余地があるのかどうかといったことを判断し、また、逆に介護保険制度から医療保険にもどすサービスはないのかどうかといった議論があつてしかるべきである。その上で、保険財源の規模、負担区分、給付内容、給付総額の推計、保険料の設定、一部負担といった一連の議論と医療との関係をどうするかという議論が必要なはずである。介護保険制度の立案過程での大問題は、地方行財政、保険料負担、医療との関係であったことを思い起こすと、見直し議論ではこれらのことが大問題と認識されなかったのかどうか疑問であるとともに、「医療保険制度等との整合性」の議論は、介護保険部会で深く議論された痕跡がない。そこで、改めて昨年の医療と介護の動向を振り返る必要があるように思う。

昨年の医療界の大問題は、病院業への民間企業の新規参入と混合診療であったといえる。昨年の後半を省みると、まず7月23日の人事異動で民間人からの社会保険庁長官が誕生した。同28日に、社会保障審議会第9回医療保険部会が開催された。その中心的議題は、高齢者医療制度であった。つまり、老人保健制度による老人医療の提供を廃止し、新たに高齢者医療制度を創設しようとするものである。この会議のまとめの冒頭で「医療保険制度の改革に当たっては、年金制度、介護保険制度等の関連する社会保障制度の改革との整合性を確保することを念頭において、検討を進めていくべきでないか」という極めて正当な意見が書かれている。しかし、整合性を確保する具体的な手法も考え方も示されていない。そして、この2日後の30日に介護保険部会の意見取りまとめがあり、この日に細田官房長

官が主催する「社会保障のあり方に関する懇談会」（座長：早稲田大学宮島洋教授；社会保障審議会年金部会長）が初会合を開いた。この懇談会のメンバーは、座長ほか政府税調の石会長、連合の笹森会長、熊本県の塩谷知事、日経連の西室副会長および厚生大臣、総務大臣、経済3閣僚と内閣官房長官というそうそうたるメンバーである。この懇談会が、わが国の社会保障制度史上、大きなターニングポイントになることは自明だと思う。社会保障が国政の大問題になるまで成長したともいえるし、内閣のコントロール下で高度な議論が進められると期待されているともいえよう。この日を含めて懇談会は、5回開催され12月の8日に議論の中間的整理を公表した。この中で、「介護保険については、施設給付の見直しを早急に進めることで給付を効率化し、重点化して制度を持続可能なものにすることが適当だとした。自己負担については、現在の一割を見直すことを検討すべきとの意見と、一律引上げは施設志向を加速するおそれがあり、慎重に考えるべきとの意見があったとしている。被保険者・受給者の範囲拡大には慎重に対応すべきとの意見があった一方、段階的に拡大を考えるべきといった意見もあった」と紹介している。

手元に平成16年8月26日「社会保障制度の一体的見直しについて」という一枚の紙がある。牛尾治朗、奥田硯、本間正明、吉川洋各氏の名前がある。そして、「社会保障制度の一体的見直しについて、『社会保障のあり方に関する懇談会』と並行して、経済財政諮問会議では、経済との関わり、政府の規模のあり方等を中心に精力的な議論が必要である。下記の点を中心に、10月を目途に民間議員の『提言』を行うこととしたい」とある。内容はつぎの5点である。少し長いが重要なことなので、全文引用したい。

- (1) 一体的見直しにあたっては、将来にわたる社会保障全体の負担総枠を明確にし、持続可能な制度にすべきである。負担は、2010年代初頭のプライマリー収支均衡、及び潜在的国民負担率50%程度という政府の方針と整合的でなければならない。この総枠に沿って、社会保障給付費を中期的に管理する仕組みが必要である。
- (2) 負担の総枠のなかで、真に必要な給付に重点化し、「安心」を確保するために、公的保険で賄う範囲の見直しや、給付の優先度の検討を行うことが必要である。また、現金給付である年金と、医療・介護という現物給付とをうまく組み合わせることが必要である。あわせて、介護保険と医療保険、生活保護と基礎年金、等の給付を相互調整し、効率化を図るべきである。
- (3) 給付と負担の設計にあたっては、財政の視点だけではなく、医療や介護が今後の成長産業であることを重視し、民間の創意工夫が最大限活かされるようにすべきである。
- (4) 負担のあり方については、世代間、及び世代内での不公平を軽減するように制度設計すべきである。また、税と保険料の役割分担を明確にし、負担の在り方を見直す必要がある。

(5) 年金、医療、介護等が常に一体的に見直されるよう、改革スケジュールをつくるべきである。今後予定される介護保険制度改革や医療制度改革についても、一体的見直しにおける総合的な負担と給付の枠組みを反映したものにする必要がある。

経済財政諮問会議は、内閣府設置法第 18 条から第 25 条に規定され、内閣総理大臣を議長に、官房長官、総務大臣と経済 3 閣僚、それに日銀総裁と 4 人の民間議員で構成されている。その民間議員の提言なのである。蛇足だが平成 13 年 1 月 5 日付けの社会保障制度審議会事務局の最後のホームページに「社会保障制度審議会は昭和 24 年の発足以来 50 年余のながきにわたり、我が国の社会保障制度の整備・発展に主導的な役割を果たしてきましたが、この度の中央省庁等再編に伴い、その機能を経済財政諮問会議及び社会保障審議会に引き継ぐこととなりました」という歴史的文章の重みを今、強く感じる。廃止された社会保障制度審議会は固有の設置法を有する審議会であった。これを引き継いだ経済財政諮問会議は内閣府設置法、社会保障審議会は厚生労働省設置法に規定され、社会保障のあり方に関する懇談会は内閣官房長官の私的懇談会という整理になる。つまり、首相が議長である経済財政諮問会議は、社会保障制度審議会以上にその提言は実行力を伴うものといえるであろう。

平成 16 年 12 月 3 日には「平成 17 年度予算編成の基本方針」が閣議決定された。この中で「介護保険制度については、給付費の急増を回避し、将来にわたり持続可能な制度となるよう、社会保障制度の一体的見直しの観点に立って、平成 17 年度に改革を行う。『基本方針 2004』に揚げられた基本的な方向に沿って、軽度要介護者への給付内容の見直し、「ホテルコスト」・食費等の利用者負担の見直し等を行い、給付の重点化と効率化を図り、保険料負担の上昇を極力抑制する」と述べられている。

2 介護保険制度と医療保険制度との関連から見た介護保険制度見直し

繰り返しになるが介護保険制度見直し議論は医療制度との関連が深く、介護保険内部の見直しだけでは、明らかに限界がある。高齢者医療の問題は、費用額からみても介護保険制度と同様に重要である。しかし、高齢者医療の問題は、その他の医療と密接に関連しているので、まずは急性期医療の方向性が明確でないと解決の糸口がない。介護保険の介護療養型医療施設と医療保険の療養病床が密接に関連しているのと同じように、医療保険療養病床とその他の医療保険病床の関係も緊密である。こうなると、これらの 3 者 3 様の混線状態を解決するためには、どれかの施設を明確に規定しない限り、そもそも整合性の議論が進まない。このように考えると、介護保険見直しの方向が明らかになったことは、今後の医療保険制度改革や高齢者医療制度の議論にとって有益である。実際、7 月 28 日の社会保障審議会第 9 回医療保険部会以降、10 月 26 日と 12 月 1 日に部会が開催されたが介護