

ISSN 1881-3801

VOLUME 1 NUMBER 1 2006

The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care

介 護 経 営

第1巻 第1号

2006年

日 本 介 護 経 営 学 会

The Japanese Association of Business Management for Long-Term Care

介 護 経 営
Jpn. J. Biz. Manage. L.-T. Care

目 次

巻頭言	田中 滋…… 1
報告	
第2回日本介護経営学会シンポジウム	…… 2
研究論文	
地域包括ケアシステムの構築に関する事例研究 - 広島県安芸太田町における地域施設計画の試み -	宇田 淳 北野幸子 河口 豊……25
介護保険制度における小規模多機能福祉システムの設計・構築と実験的検証	柿沼利弘 関田 康慶……37
研究資料	
高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント - リスク対リスクにおけるリスクバランスの考察 -	浅井タツ子……52
編集後記	

〔巻頭言〕

日本介護経営学会会長・慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

田中 滋

学会と呼ばれる組織の基本ミッションは、狭く言えば、研究成果を同僚研究者に問い、それに対する討議を通じて研究の進展を志す学会員に「場」を提供することである。その「場」を、研究成果を知りたい・活用したいと望む学会外の人々にも開放する組織もある。また学会には、学術研究それ自体を最高の使命とするタイプも、社会のあり方に貢献することを上位目標に持つタイプもみられる。日本介護経営学会は両方の区分とも後者に属する。後者では、研究成果を同僚研究者のみならず、「世に問う」と表す方がふさわしい場合もありえるだろう。そのような「場」は、年1度か2度のいわゆる大会には限られず、シンポジウム、学会誌やニュースレター、小規模の研究会などさまざまな形態が活用されてしかるべきである。

さらに学会は、固有の理論・方法論を前提とするタイプと、研究対象フィールドの共有を前提とするタイプに分けられる。ここでも本学会は後者の典型である。本号収載の講演でも触れているように、一般に古くから確立された「学」には、国や文化を超えた共通の理論体系が存在する。そうした「学」の例としては、数学・統計学・論理学等の形式科学、医学・物理学・経済学等の経験科学があげられる。それらの世界共通の理論体系と用語法を前提につくられている学会では、会員は原則として方法論にかかわる共有言語をもつとみなしてよい。

ところが、介護経営学会は、「介護経営を考える」という研究対象フィールドを同じくする研究者・実務家・官僚などの集まりで、分析方法にかかわる言語を共有するわけではない。われわれが分析・研究に用いる方法論は…数学・統計学などは別として…経験科学の応用については出身のディシプリンによってまったく異なると認識している。これは、当学会理事のバックグラウンドの幅がいかに広いかをみれば納得できよう。

さてここで、介護経営研究の次元を整理してみよう。第一は経営体内部の経営もしくは管理をめぐる研究である。経営レベルでは、経営理念、ミッション、ガバナンス、経営戦略などがテーマとなろう。管理レベルでは、介護分野独特の労務管理とインセンティブシステム設計、医療と同様に介護でも重要なセーフティ（ないしリスク）マネジメント、業務の標準化等の生産性向上策、管理会計・収益管理・原価計算、そして以上に資する情報システムなどが扱われるものと思われる。

第二は経営体と外部が交わるところに関する研究である。対顧客のマーケティング、サービスの質向上と情報公表、ニーズに見合った新規サービスの開発、資金調達と返済、自治体との関係、リクルーティングなどが考えられる。

第三は介護ニーズをもつ要介護者に介護サービスが提供される場のあり方にかかわる研究である。社会保障制度が費用の過半をまかなう財サービスと市場経済的に原則利用者負担の財サービス、それを社会福祉的に補完給付する部分、さらには自治体財政で直接賄われる部分が入り混じる、他には見られない独自の「準市場」を律する原理の研究が代表であろう。介護報酬もその系として研究対象にとりあげる会員がいておかしくない。また、同じ財サービスを扱う社会福祉法人・医療法人・営利法人・中間法人・コミュニティビジネス・NPOなどの行動研究も重要である。

先述のように、日本介護経営学会では介護サービス提供あるいは介護保険制度に関する用語（例：「ケアカンファレンス」や「要介護度認定」）は共通して用いられるものの、研究アプローチは多様にならざるをえない。その代わり、それゆえにこそ、今後多彩な報告が展開されることを期待して第1号の巻頭言としたい。

2006年3月

〔報告〕

日本介護経営学会 第2回シンポジウム

昨秋、2005年11月25日（金）に品川プリンスホテル新館 32階「函館」において、テーマを「新介護報酬体系における経営課題」として、日本介護経営学会第2回シンポジウムが開催されました。当日は多数の会員の方々にご参加いただき、活発な質疑応答、ならびにフロア・懇親会での情報交換等が行われ、盛況のうちに無事閉幕をいたしました。今号では、口演者の方々の発表を掲載しますので、会員の皆様の知の体系作りにお役立てください。（諸事情から、発表字の図表等の掲載がないことをお詫びいたします。）

開会挨拶 日本介護経営学会副会長 小笠原浩一

式次第：

開会挨拶

日本介護経営学会副会長 小笠原浩一

基調講演 「介護報酬と介護経営の課題」

日本介護経営学会会長 田中 滋

シンポジスト発表

発表1 「介護報酬改定の政策的意義」

厚生労働省老健局老人保健課長 三浦公嗣

発表2 「介護サービスの市場化傾向と在宅サービス分野における今後の経営戦略」

(株)ジャパンケアサービス代表取締役社長

対馬徳昭

発表3 「福祉施設経営と新介護報酬 - 利益率をどう考えるか」

社会福祉法人こうほうえん理事長 廣江 研

発表4 「適正報酬の評価と利用者教育」

日本福祉大学助教授 野口一重

それでは時間になりましたので開会させていただきます。

今日は大変お忙しい中、第一線でご活躍の皆様方にこんなにたくさんお越しいただきまして、学会の理事会を代表して心よりお礼申し上げます。

今日のシンポジウムは、学会が創設されたときに開催した第1回目に続いて、第2回目となります。確実にこのような会を重ねることができるのも、シンポジストの大役をお引き受けいただいている先生方や、こちらへ足をお運びいただいている皆様のおかげだと感謝しております。

「介護経営」は行政や介護事業の現場では日常の課内ではありますが、学問・研究の世界ではまだ未成熟の分野です。このように学会やシンポジウムを重ねながら、徐々にその中身を固めていきたいと考えています。

シンポジウムに先立ちまして、今日の理事会で学会としてシンポジウムの他にも色々な取り組みをしようということで、常設の研究会などを置くことが決定しました。従って今日は「介護報酬」という緊急の課題を掲げていますが、これはこれとして色々な成果をそれぞれお持ち帰りいただきたいと思います。同時に今日議論される中身につきましては、介護経営学の理論化に活かしたいとも思っています。そのようなことで今日は懇親会まで含めると8時までになりますが、実りの多いシンポジウムになりますようにご協力をよろしくお願いして挨拶とさせていただきます。

基調講演 「介護報酬と介護経営の課題」**日本介護経営学会会長****田中 滋（慶応義塾大学教授）**

皆様、ようこそお越し下さいました。会長の田中でございます。

今日は研究者、医療関係者、介護事業者、報道関係者、シンクタンクの方をはじめ、大勢の方々にお越しいただき大変嬉しく思っております。

さて、まずは学会とは何かをお話いたします。一般に何々学...たとえば経済学、医学、法律学など...の研究とは、短く言えば、共通の理論体系をバックグラウンドにもち、その体系の進化を図る理論研究、あるいは理論を用いた応用研究等を意味します。そうした共通の理論体系を前提につくられている学会...たとえば経済学会、何々医学会、何々法学会など...は、いわば同じ方法論をベースにしていることとなります。ところが、「介護経営学」は、「介護経営を考える」という研究対象フィールドの名前を用いており、研究方法論にかかわる名称ではありません。

フィールド名のためか、一部に誤解が見られ、介護経営学会を作った当初にいちばん多かった問い合わせは、「学会はどういうコンサルティングができるのか」に近い内容でした。本日はコンサルティング業界の方もいらっしゃいますが、コンサルティングとは言うまでもなく、それを求める個別の組織の理念と歴史、その組織が使える資源などに応じ、独自のプランを提供する業務です。つまり、同業であっても組織・会社ごとに違うプランを作る仕事ですね。

一方、学問は違います。学問は基本的には誰が思考実験をしても、介入試験をしても、観測に基づく統計解析をしても、理論とデータを共有する限り、同じ結論、普遍的な結論に達する方法論を開発するところが基本です。同じ対象を違う人が分析しても、方法論が共有であるかぎり、少なくとも確率的には同じ結論に達する再現性が、「学問であるかないか」の境目のようなものです。

トヨタならトヨタという会社の、経営の機能を

切り分けて一般化できるものは一般化することは学問です。松下幸之助という方の行った経営のある部分は、他社でも応用できる普遍性をもつかもしれませんが、ある部分は一般化できない、偉材のみ可能な独自性に属すると切り分ける作業も経営学者は行います。しかし、経営学者の責務は会社の経営ではありません。研究成果を会社が利用することはあるでしょうが、学会は個別の会社のコンサルティングを目指してはいない。一人ひとりの学会員の課題はまた別で、中には経営者もおられる以上、その方の社会的責務は自分の組織の効率的経営であって当然です。ただし、学会そのものの第一目標は研究報告の場の提供です。

「介護経営」と「介護経営学」の課題は異なります。ここにいる事業者の方々にとって何よりの関心は「介護経営」の課題に対する答えでしょうし、私達研究者にとっては広義の「介護経営学」の課題になるので、それは分けて考えなければなりません。

いずれにせよ、この学会では多くのことを対象にし得ると想定しています。経営管理について言えば、介護分野独特の労務管理のあり方研究にも期待します。介護事業に従事するさまざまなタイプの法人経営戦略レベルの研究も行われるはずで、私は経済学を背景としており、個別組織よりは社会システムのマネジメントに興味を持っています。このように、それぞれの視点から互いに発表しあい、互いに学ぶことができる場こそが学会なのです。

では、お手元のレジュメをご覧ください。

介護保険第2ステージとなる2006年4月以降を考察するため、2000年の介護保険発足後の経過を復習してみましょう。何よりも想定された介護ニーズが異なっていました。1990年代に介護保険を作ってきたプロセスで感じていたニーズとは違います。第2に、発足以来の介護保険下で展開された介護事業に対し、質の改善が求められてきました。3番目、今日は時間がないので触れませんが、介護保険の財政についての懸念が表明されています。

ニーズの変化もたくさんありますが、最も大切な3つが書いてあります。まず第1は、皆様もご存じのように介護ケアの期間が長期化している。1990年代に私達が厚労省の方々と介護保険制度のあり方を検討していた頃、「介護」の主対象は寝たきり、寝かせきりの方々というイメージでした。従って長期間ケアはさほど考えられていませんでした。今、要介護1から始めたプロセスでは、要介護ではない人の平均余命とほとんど変わらないくらいの長い介護期間が必要です。合わせて受給者、特に施設に収容された受給者の平均要介護度の重度化が起きています。そして要介護度4、5の方は、複数の複合的な介護ニーズ・医療ニーズを持っておられます。

2番目に、『2015年の高齢者介護』でも報告したとおり、ごく入り口の認知症の方からかなり進んだ方を含めて、要介護認定者の5割以上が認知症を伴っています。また、要介護者の中には難病系の方もおられる。40代の若い方でもそうです。一方、これからは「多死社会」に急速に移行します。2005年からは死亡数が出生数を上回り、その後死亡数は一層増加していきます。高齢者の「多死社会」において、どのようなターミナルケアを行うかは、今まで日本の社会が経験してこなかった問題です。これが2つめの変化です。

3つ目の変化として、通常のケアマネジメントではなかなかカバーしきれないような、支援困難事例をどう周囲が支援したらいいかが多くの場面で論じられています。「ケアマネジメントがうまくできない理由は何か」に関する一般化された説明がまだできない。他方、未だに新たに発見され、新たに発生する虐待に触れないわけにはいきません。1990年代の、放置され、褥創だらけで見出された要介護者とは違った形の虐待が問題視されています。さらに、「多死社会」に至る前に、日本の歴史上初めて一人暮らし老人が多数に上っていますし、これからもっと増えていきます。一人暮らしの7、8割が女性ですが、地域における安心できる暮らし方をどのようにしていったらいいのか、社会の要請として考えていかなければなりません。

次に、介護事業での改善の必要性があるものの代表をいくつか見ていただきます。

まず施設は介護保険発足と共に、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養病床となりましたが、要はもともと特養、老健、病院だった施設の名称変化にとどまり、建前で言われる機能は別として、実態として果たしてきた機能で分けてきたわけではありません。これを改めて機能上組み直す必要がある、との理解が共有されてきました。

施設内で住むことについてはそれなりのサービスが提供されてきたでしょうし、出所・入所するときには連携が一応とられるにしても、もっと連続的に地域社会と連携をとることが必要です。

それから、未だに多床室で居住環境の悪い施設が残っています。特に療養病床では、療養環境減算を受けている施設に何と約1万人が住んでおられる。介護保険後の関係者のご努力もあって新しい施設についてはずいぶん進化しましたし、在宅サービスも進化したのに比べると、療養病床の一部が古いままに残ってしまっている。

第2にケアマネジメントに関しては、全国的に見るとケアカンファレンスの実施率が低く、広島県尾道市が希有な高い数値を示す例として常にとりあげられる状態が続いています。ケアマネジャー一人当たりの標準担当件数も来年は35になると思いますが、今は50です。50では、重度化した要介護者の一人ひとりのアセスメント、ケアプラン作り、カンファレンス主催等々を考えると負担が大きすぎます。逆に要支援、要介護1の方に単品の、それも福祉用具だけのケアプランをつくるようでは8,500円の価値は認められません。

次に訪問介護についてですが、自立支援のための介護としての専門性が必ずしも全てにあてはまるわけではない。家事代行型のサービスを、お年寄りが望む、喜ぶからの理由で給付してしまう。自立支援という介護保険の目的に合っていないケースが多すぎると言われています。

介護を本当に利用者に役立つよう行うには、訪問介護事業所におけるサービス提供責任者の役割

が重要です。ケアマネジャーが作るケアプランと、それぞれの訪問あるいは通所事業所が作る個別のプランは、両輪であるにもかかわらず、後者に関してきちんとしているところもあるし、ほとんどできていないところもあります。サービス提供責任者の役割は、今回はさほど言わないかもしれませんが、この次の改定では課題として取り上げられるでしょう。

一方、訪問介護事業者はこれから厳しい時代環境に直面します。マクロ経済が回復するにつれ、とりわけ都市部を中心に人員確保が難しくなってきました。東京や大阪が先行するでしょう。訪問介護のみならず施設でも同じ環境にあります。契約方式の違いもあり、訪問介護が先に影響を受けます。賃金上昇につれて経営の収支もやや苦しくなるのではないかと思います。その点で今度の介護報酬改定では、ここがいちばん大切な点の一つではないかとみておかしくありません。大都会では単価あたり金額の地域格差の有無が大きく経営に響く状態ですが、格差を無くせとの意見も一部の政治家から出されていると聞いています。しかし、若い人たちの労働市場の情勢からもっとも影響を受ける訪問介護の経営状況を考えると、格差は維持せざるをえないと考えるべきではないでしょうか。

介護保険給付は6兆円を超えました。ただし、マクロ経済的にはこの金額は何も問題ある水準ではないことを強調しておきます。問題は1号保険料を設定できる上限金額です。厚生年金受給者にとっては払える金額であっても、国民年金のみの方では払えない保険料の天井が存在します。本当に住民の多くにとって良いサービス提供体制であれば、高い保険料でも納得されるのかもしれませんが、地域のごく一部の人が保険からの支出を施設で使ってしまったような市町村では、施設を利用しない被保険者が保険料を払いたくない気持ちになって当然でしょうね。その市町村に住まうすべての要介護者が適正にサービスを受けられ、その結果が月5,000円の保険料ならまだしも、皆が平均5,000円払っているにもかかわらず、一部

の...本当に本人の望みかどうかは別として...「運良く」施設に要介護者を入れた家族だけが恩恵を受ける市町村では、5,000円が不満と結びつきます。

2番目は医療保険改革との関係です。医療保険改革の進展は介護保険に大きく影響します。特に影響が大きい病床療養については、医療保険と介護保険と両方で押しつけ合おうとしている。これは、サービス内容と社会保障、サービス内容と提供者の呼称などが絡む大きなテーマです。経済財政諮問会議のように、単に社会保障給付費を減らすことだけが目的なら、私達は日本の社会保障支出が国際的に極めて低いことを指摘して反論すべきだと思います。しかし、現に療養病床が提供してきた機能を、需要ではなく、ニーズに合わせて構築しなす作業は避けて通れないでしょう。

続いて、今出てきた問題点のうち4つほど取り上げ、政策の中での戦略的な対応を制約条件下で考えていきます。制約を無視して何もかも白紙に書けるなら対応策は簡単に作れますが、そのような策は実現不可能な案でしかありません。以下では、フィジブルな対応策策定が今このように進んできていると指摘します。問題点のうち、ニーズのところで触れた3つと、施設ケアの概念が大きく変わり、それに合わせて介護経営のあり方も変わるので、あわせて4つを説明します。

ケアの長期化・重度化・複合化への対応は、何と言っても地域包括ケア・コンセプトに尽きます。医療法が改正されれば医療計画のあり方も全く変わります。なお医療法の改正は、医療保険改革と違って反対がさほど多くないと予想しています。医療計画も地域包括ケア・コンセプトも、どちらも一連の医療・介護が施設単位から地域単位に変わっていく、大きな流れを示しています。サービス量が足りない時には、個別の提供者の中でのサービス完結が前提になっていました。今後は、地域単位でのサービス提供、地域単位での計画、地域単位での連続性が重視されていきます。すなわち個々のサービス提供者は単独で成り立つ事業体としてではなく、医療計画と地域包括ケア体制の

中で仕事を行うように求められ、評価もその方向でなされると思います。サービスが中身として良いことは当然ながら必要条件ですが、十分条件は地域社会の中の全体のプログラムにどう位置づけられるかを、きちんと自分で言えるかどうかにつきます。

次に、介護のための基盤として大切な点はケアプランの共有です。ケアプランを共有することは単なる連携とは違います。医療の世界では連携はずっと言われてきており、大きい病院には地域連携室があって普通になりました。ただし、地域連携室が行っている業務はマーケティング的な面が強く、地域の開業医に連絡して患者さんの受け渡しをしているにとどまる例も珍しくありません。そこでは必要な患者情報は得られても、尾道市で行われているようなケアプランの共有はできていない場合がほとんどだと見てもさほど間違っていない。本当の地域包括ケア像は、医療でも介護でも、現状での連携、つまり患者の受け渡しを超え、ケアプランを共有できている姿に他なりません。経産省が唱える連携策の一つにIT化がありますが、それだけは連携でも何でもありません。真の連携とは、多職種の従事者...在宅主治医、入院主治医、在宅のケアマネジャー、訪問看護師、訪問ヘルパーなど...が、一人の高齢者、一人の患者、一人の難病患者に対して同じケアプランを共有することです。

予防の推進については、狭い意味の介護予防だけではなく、広い意味で40～50代からの生活習慣病悪化予防も含めて、市町村にとっても重大な責務です。

5 点目、日本は今まで高齢者政策と住宅政策のリンクが弱かった。介護保険施設と早めの住み替えに適した住宅は違います。日本の特別養護老人ホームの平均在在日数は4年間です。これは国際的に見て非常に長い。欧米流のナースィングホームでは普通は2年です。日本の特養がもう少し早い時期からの老人ホーム、老人アパートの役割も兼ねてきたために4年になってしまう。欧米のナースィングホームはもう少し重くなってから入るので

2年が平均にとどまります。特養の4年という値は、必ずしもナースィングホーム機能だけでなく、早めの住み替えニーズに対応する役割も果たしてしまっているからだだと思います。最近、ようやく早めの住み替えにふさわしい住宅が出現してきました。今までは日本にはそのような住宅が少なかったため、その代わりを福祉施設・療養施設が果たしてきたと考えられます。

それに代わり、要介護度が重くなってから移る本来の意味の介護保険施設の前に、住み慣れた家との間に入る、早めの住み替えに適した居住のあり方に対する社会戦略の構築も、より良き介護の基盤なのです。

次にまいりましょう。認知症と難病、そして多死時代にどう対応していくか。何とか制度の中に少しでも取り入れられればいいのですが、認知症そのものについての治療はまだ模索中と言えるにとどまります。こうすれば認知症は治るとの医術はまだ存在しません。本質的な解決は医学・薬学に委ねるとして、介護分野では差し当たり少なくとも若年認知症の方に昼間の居場所を作る方向でほんのわずかながら進みます。また、ガンや難病の患者の方々が利用できるよう、2006年4月から医学的管理を伴った通所サービスが、レスパイトケアにもなりますが、保険給付取り入れられる方向は良い施策と考えます。

多死時代であろうとなかろうと、ターミナルケアを充実しなければいけないとの合意がそれなりにできつつあります。ターミナルケアは単なる看取りとは違います。ここでいうターミナルケアは、他の医療分野と同様、本人や家族と合意をしたうえでケア計画を作成し、医師・看護師・介護職員等の専門家が、チームを組んで必要に応じて提供する計画的なサービスを意味します。介護の側からターミナルケアが行われている医療機関はほとんどない。グループホームもこれからです。在宅でも先進事例を除きそうでしょうね。ターミナルケア充実のためには、例えば訪問看護の加算など色々な手段があり得ますが、エビデンスが得られるようプログラムが組まれたサービスを提供し

ていくことが大切です。これは介護事業者だけでは不可能で、医療系提供者とチームを組むことが条件になります。ターミナルケアがきちんとできる事業者は、増大するニーズに応え、差し当たり競争優位に立てるサービスをもっていると言えます。ただし10年後には当たり前になってほしいところですが。

他には、緊急ニーズ発生の場合にはショートステイの定員超過をしても減算しないとの変化が生まれます。介護サービスの重度化・長期化に伴って、緊急ニーズへの対応プログラムなど、ショートステイがそれまでの計画的な利用以外のケースにも応ずる体制が必要になります。これらは地域の安心感のためには非常に重要だからです。

施設に執着する利用者・家族の多くは、在宅で何ができるかをご存知ないのではないのでしょうか。在宅でもできる事柄への安心感があれば良いのですが、安心感をもてないから施設希望が過剰になっている側面は否めません。日帰りショートステイ、緊急ニーズへの対応、地域密着型サービスなどは、在宅安心感のための一種の技術革新に基づく新しいメニュー案と位置づけられます。

支援困難事例や虐待に対しては、介護改革の最大の目玉となる地域包括支援センターが実際に機能したら大きな助けになるはずです。その地域包括センターについて探っていきます。

まずは理念レベルを見てみましょう。理念が現実化される程度は、関係者、すなわち市町村やそこから委託を受ける方々、そして何より運営協議会の取り組み方によります。地域包括支援センターの根本的な理念は、長期継続的なケア、コンティニュアスでシームレスなケアをコンプリヘンシブにマネジメントすることです。包括的な長期継続ケアをマネジメントする業務は、個別のケアマネジャーだけでは担いきれません。個別のケアマネジャー、個別のケアマネジメント事業所を支援する一つ上位の地域の支え手が必要です。学者の方でしたらおわかりになる用語だと思いますが、メタ・ケアマネジメントです。メタ・ケアマネジメントがないと、ケアマネジャーが処理できない

事例を抱え、場合によっては自分がバーンアウト状態に至る可能性を否定できません。一定期間是对応できても、やがて疲れきってしまうかもしれない。長期継続的ケアのために、利用者たる高齢者や難病患者を支える介護支援専門員を支援する仕組み、これこそが地域包括支援センターの中心的理念だと思います。

理念の2番目は、地域包括支援センターが機能した場合、多職種協働・多職種連携を推し進めてくれるはずという点です。続く3番目は地域の色々な資源の活性化と利用と表せます。介護分野に直接は属さない資源も含めて、それまでに伝統的に培われてきた機能、例えば民生委員などを再活性化し、公証人や市民後見人等の他の社会資源と統合して活用するツールとしての地域包括支援センターです。

長期継続ケアの中心機能は地域のケアマネジメントです。介護支援専門員または施設内のケアマネジャーの責務が個別利用者に対するケアマネジメントであるのに対して、地域包括支援センターの中心機能は地域ケアのマネジメントです。個別事例ではなく、それらを下から支える、包括的に支える、それが機能としてでき上がるところが良い支援センターです。そういう意味では、2006年4月から全国一斉にセンターが機能するとは思っていません。そのために2年間の猶予期間があるわけです。形だけ3人そろえて、書類だけ作っているのでは意味がありません。そこは一人ひとりのケアマネジャー、一つひとつの事業所の日常的個別事例について、「いつでも相談して下さい」「一緒に考えましょう」と言える場所にすると意識が欠かせません。

なお地域のケアマネジャーは専門職種としてのネットワークが必要です。訪問介護事業だけならライバルと相談する必要はないでしょうが、介護支援専門員は医師と同じく、地域ネットワークがなければ専門性を担保できない。地域のケアマネジメントのネットワークづくりも地域包括支援センターが支援します。

とりわけ社会福祉系のニーズをもった人たちへ

の対応は、医療系の訓練から入ったケアマネジャーには難しい場合があるようです。看護のバックグラウンドをもつケアマネジャーが要介護の方のために非常に良いケアプランを作ったとしても、利用者家族が経済的な理由、あるいは家族内の複雑な事情でそのようなサービスは要らないと拒否したときにどう対処するか。医師も看護師もそうした反対に的確に対応する職業訓練は、OJT を別にすれば特段に受けていません。このような場合に支援するのも、保健師・社会福祉士・ケアマネジャーの3人が常にセットになっている地域包括支援センターならではの機能です。

多職種協働・多職種連携ができる場として、ケアプランを討議したり、ケアカンファレンスを実践したりできる空間をつくる。日本の最先端地域ケアを造ってこられた尾道市医師会長の片山先生によると、「多職種協働の空間を味わうことで人は変わる」そうです。一度体験して多職種協働の成果を実感する意義がいかに大きいか分かりますね。そこでは直接介護に携わる人たちだけのカンファレンスではなく、もう少し広い領域のメンバーを加えたカンファレンスが行われます。

地域包括支援センターは運営協議会が支えます。ここには地域の旧来型「お偉方」ととどまらず、良質のNPOなどが参加して、地域包括支援センターを真に地域のものとしていくための組織作りをするよう期待しています。

活用すべき地域資源の例は、先ほど申し上げたように、民生委員、公証人、公認会計士、司法書士、また、堀田力先生が重視される市民後見人などがあげられます。このような人たちが運営協議会を通じたり、個別のカンファレンスに参加したり、あるいはインフォーマルサービスを援助したりする仕組みづくりが、地域包括支援センターが担う連携体制の中に含まれています。

なぜなら、介護保険サービスだけがお年寄りの生活を支える要素なのではないからです。まず広い意味の社会資源が支え、介護サービスはその中の一部に相当するにすぎません。その中のまた一部が介護保険給付サービスであると理解してくだ

さい。3重の輪の中心が地域包括支援センターです。

介護予防事業をなさろうとしている方はたくさんいらっしゃると思いますが、こちらは次元が違います。地域包括支援センターが受け持つ介護予防ケアマネジメント事業は、一人ひとりのお年寄りに対するケアマネジメントです。今までのケアマネジャーが行ってきた業務を取り上げて、地域包括支援センターで安い料金で行う。これは理念型の話ではなく現業に当たります。要支援1、要支援2の方々は、介護保険給付対象者の中で別カテゴリであるとの認定が科学的にできるとすれば、誰かがケアマネジメントを担当しなければなりませんので、地域包括支援センターに割り当ててしまった結果です。現業としての予防マネジメントが介在するために起きている混乱が見られるようですが、そうした混乱を解消するためにも、理念型と現業を分けて考えてほしいと思います。

要支援者に対するアセスメントは、当初の案では人生選択メニューのような膨大なアセスメント票でした。これはおかしい。普通の高齢者は自治体に対して自分の人生の目標や生き方を届けるでしょうか。それは個人の自由、プライバシーに属する事柄で、要支援になっても変わりません。要支援とはあくまで、「この人は専門的な口腔ケアが一定期間必要だけれどそれ以外は自立です」などの状態を意味し、それ以外はどこに行こうがケアマネジャーに知られる必要はない。さらに、「大きなお世話」は別としても、人生の目的まで聞くアセスメントを要支援者にしていたのでは、こちらの費用も安くなりません。

地域包括支援センターの保健師がつくるケアプランは、きわめて短くてよい。通所で何曜日にどのプログラムをするのかは通所事業者の責任者が受け持つ業務です。今までと比較するとケアマネジメントの関与が減る。だからこそ、1年後に通所持業者が希望すれば事業所評価の対象となれるわけです。なぜ事業所評価になったか。それは介護予防については方法論が未熟だからです。要介護認定は統計的な整合性が比較的高いので、それ

を指標とする出口では変化が客観的に捉えられる。それに対し、プロセスがまだ標準化できない以上、大数の法則に従ったデータを用いる事業所評価しかできない。逆に出口指標が測定しきれず、プロセスがわかっているのであれば、プロセス評価をしたほうが良い。医療の世界における機能評価は後者ですね。両者の違いは重要です。

施設にかかわる戦略対応に話を移しましょう。施設では食費と居住費が原則自己負担に変わりました。それもあって、生活重視型施設では、いわゆる居住系サービスとの差が小さくなっていきます。どちらも介護サービスの部分については介護保険給付がなされ、食住費に関しては利用者が負担する。そうすると、介護保険施設と特定施設の機能が近づいていきます。

2 つめのグループは在宅復帰系です。ここは長くとも半年、スキルレベルの高いサービスを提供し、在宅復帰に至る施設群です。そこではお試し外泊など自宅に帰ったり、在宅ケアマネジメントと連携したりなど、在宅とセットで業務を行う方向が必要になってくると思います。

介護療養病床は分割されるでしょう。生活重視系になるか、在宅復帰・在宅生活支援系になるか、もしくは少数残るであろう本当の意味での医療・医学管理が必要となるのが選択肢です。

なお、どの施設においても個別ケア・ユニットケアが基本になっていきます。介護分野の進展スピードは早い。地域包括ケアにせよユニットケアにせよ、10 年前には制度化されるとは誰も考えていませんでしたが、2005 年には理念型で当たり前になり、2006 年の報酬では重視されているこの変化スピードは誇って良いと思います。

在宅との連携については、施設機能のアウトリーチだけではなく、在宅側でも施設からアウトリーチされた機能をどう使うかが重要な点です。施設機能の地域展開は、サテライト型特養のみならず、サテライト型老健もこれからできてくるでしょう。それらのサテライト型の地域展開サービス利用しつつ、在宅生活がしやすくなる。

医療機関の本質的役割は、本学会理事でもある

天本先生流の言い方では「地域のベースキャンプ」に他なりません。要介護者を亡くなるまで収容する施設の任務とは違い、ベースキャンプとはそこから地域・在宅に出張することを意味します。

居住系の特定施設は、施設系が機能上近くなるだけではなく、今までのタイプに加え、国土交通省が推進してきたような新しいタイプの住宅も、同じカテゴリに取り入れていく方向になっていきます。また、小規模多機能型も新設されます。さらに外部サービス利用型の特定施設も設けられる予定です。外部利用型の特定施設とは、全ての居室を特定とする代わりに、居住者のうちの要介護になった方には外部サービスをパッケージで提供する形を指します。そうすると高齢者向け住宅で、1 階に訪問看護または訪問介護ステーションがあるものとほとんど同じ機能ですね。つまり、今まで介護保険 3 施設、居住系、老人向けのバリアフリーのアパートなどと分かれていましたが、今後は似てきます。似てきた時に何が起こるか。それはまさに消費者がどれを選ぶかで決まる市場になる変化です。選択肢が増え、今までの施設と比べると、市場性の薄い選択をしていた状態から、消費者が選ぶ流れになっていくと予想します。

しかし居住系と名乗る以上、在宅と違ってサービスをパッケージ化する責任があり、専門医療機関、訪問看護等の利用に関する条件整備は必要になります。電話をすれば主治医が来るだけでなく、もっと連続的に訪問看護を使っていく。とりわけターミナルケアはそうになっていくはずですが。ターミナルケアをあまり知らず、危なくなったら病院に送り込む事業者は、求められる介護サービスを完結できないと言われてもしかたがない。

いずれにせよ急速に変化していますので、多少の混乱が見られます。たとえば小規模多機能型居宅介護は、認知性対策の切り札として言われてきたのに、最近では中重度者用の居住系の前段階的色彩が強まりました。一部の方が築いてきたいわゆる宅老所的なサービスから、小規模よりどちらかというところ中規模多機能が表に出ているように感じますが、まだ結論が出ていません。

介護報酬改定については代表例だけ申し上げます。大きな変化としては、中重度重視があげられます。ケアマネジメントを含めて要介護度別に報酬格差が生じ、かつ傾斜がきつくなる。報酬の要素には要介護度の他、規模のファクターが入ってくるでしょう。医療と違って、介護分野では規模のファクターが費用構造に影響します。医療はサービスがはるかに複合的なので、事業所規模、たとえば病床数が多くなると費用が安くなるとの統計データは...少なくとも急性期では...存在できませんが、介護事業では規模が大きい方が一人当たり費用が下がる統計がとれています。それから、期間あたり包括払いになれば当然事業者評価が大切になります。DPC をみてもわかるとおり、評価が前提の設計になっていますね。

介護保険給付対象サービスだけにかぎっても、団塊の世代が 2015 年にはすべて 65 歳を超えるので、それ以降市場規模は 2040 年くらいまでは大きくなり続けるでしょう。ただし、先ほど説明した、広義の介護サービスの中での保険給付サービス割合は減っていきます。典型的には食費と居住費が該当しますが、自由価格部分との組み合わせです。自由価格部分についての扱い方、管理会計上の整理について、株式会社系の方ですと慣れているにしても、社会福祉法人ではほとんどマネジメントすることに慣れていません。

食住費では、食材や調理費よりも居住費のほうが全国で格差があります。食材はどこにいても野菜は野菜なので、地域格差があっても 5 倍違うことはありません。しかし、東京に住むのと地方に住むのとでは、同じ広さで家賃は 5 倍どころか

もっと違う事態は珍しくない。この価格づけをどうマネジメントするかにかかわる構成も学会で討議を期待するテーマです。

今でも「介護事業は利益率が高すぎるので、介護報酬を下げてはどうか」という議論立てをする人がいます。「介護報酬を下げる最大の根拠は介護サービスで儲けすぎているからだ」と説く人もいます。一方で、自由価格で入ってくる収入と介護報酬で入ってくる収入が、これからはセットになっていきます。そこで出てきた利益の理由が主に自由価格のサービス費目側で、利用者も納得した契約の上だとすれば、「高い利益率はけしからん」と言われる筋合いはない。そういう会計の切り分けの仕方、社会に対する発表の仕方が大切になってきます。

1 割自己負担がやがては 2 割自己負担になる変化もありえますが、市場性のある費目と介護保険給付が今後はセットになる変化の方が経営上は重要です。介護については、初めからそのような制度設計になっている以上、ある日拡大すると予想していたのですが、この 10 月から既にそういう状態になってきました。そこでの経営データのみならず、料金のあり方を情報公表で上手に扱うべきです。情報公表に関しては、シルバーサービス振興会が主体となっている研究等を通じ、医療よりはるかに進んだ形ができあがりつつあります。学会としても支援するつもりです。

最後に一言。介護経営では、自立と社会的連帯の理念を反映した個別事業者ごとのミッションが鍵だと思います。ご清聴ありがとうございました。

シンポジスト発表

テーマ「新介護報酬体系における経営課題」

発表1「介護報酬改定の政策的意義」

厚生労働省老健局老人保健課長

三浦公嗣

見直しの視点の一つは、施行後5年間過ぎ、この間の検証を含めて今回の介護報酬ないしは介護保険制度の見直しを行うということです。また、そのほかにも、2015年問題、2025年問題がありますが、その内容についてはご案内のとおりですので、ここではご説明は省略させていただきます。

今後、高齢者人口が増えていきます。ここに2015年問題も生じてまいります。

施行状況の検証をいたしますと、被保険者はこの5年弱で14%増えています。それに対して、要介護者は2倍弱増えています。

最初は3.6兆円で始まった費用ですが、現在はその倍程度になっています。年間で言うと10%を超える伸びになっています。「支える人」の数が増えない中で、「支えられる人」の数が増えてきていますから、このままでいくと、結果的に保険料が4300円になるということです。

もし自然体で増加すると、平成24年からの第5期の第1号被保険者の平均的な保険料として、6000円というような状況が見込まれる中で、どのように今回の介護保険制度の見直しを進めていくかということになります。今回の介護保険制度の見直しでは、どうやってこの制度をスリム化していくのか、必要な人たちに必要なサービスを提供しながら、どうやって効率化していくのかが大きな政策課題です。そのキーワードは、施設から在宅へのベクトル、それから軽度者から重度者へのベクトルです。人・モノ・金など介護資源をどのようにして重度者や在宅で介護を受けている方々に振り分けていくか、というのが大きな課題となっています。

在宅と施設のサービスへの対応について今回の10月改定を含めて言うと、施設給付についての単

価差を在宅と施設でどれくらい詰められるかという問題と、在宅サービスでの軽度者の方々の縮減をどのように図っていくのかという問題です。一番簡単な方法としては、要支援の方を介護保険給付の対象外にする、あるいは要支援・要介護1・要介護2と、だんだんと対象者を絞っていく方法もあるかも知れません。しかし、直ちにそれをするれば、結局は要介護度が重くなってからサービスを利用される方が出てくるということから言えば、どのように要介護状態が悪化することを遅らせることができるか、ということが重要であると思います。

人間には寿命があり、亡くなる前にはある一定の確率で介護が必要な状態になってまいります。それから考えると、もちろん要介護状態にならずに一生を終えるということも大切であると思いますが、確率的に要介護状態にならざるを得ないことであれば、その要介護状態の期間をどのように短くできるかが課題になってきます。

少ししたえが悪いかもしれませんが、私はよく「アルカリ乾電池型人生」と「マンガン乾電池型人生」と言います。マンガン乾電池は、時が進むに伴って電圧が直線的に落ちてくる、結果的に日常の使用に耐えうる電圧が維持できなくなってくる。電圧はある程度残っていても電池としての機能は終えてしまいます。それに対してアルカリ乾電池は、どちらかという高い電圧を保ちながら、電圧が低下するときは一気に低下します。それがアルカリ乾電池とマンガン乾電池の違いだとすると、あえて言えば、これからの高齢者の姿をマンガン乾電池からアルカリ乾電池に変えていくことが重要です。まず、高齢者のライフスタイルを含めてどのような形を理想とするか、国民全体で議論をしていくことが重要であると思います。

老人保健事業の見直しについて、東北大学の辻一郎教授に座長をしていただいて、これからの将来像について議論していただきました。今までの老人保健事業が「健康な65歳を目指す」とするならば、これからは「活動的な85歳を目指す」とことになりました。

先ほどのアルカリ乾電池の話ではありませんが、どこまで活動的で社会に参加し、また社会に貢献していただける社会ができるのでしょうか。今日も会場にお越しになられている井形先生がよくおっしゃることで、いつも肝に銘じている言葉があるのですが、それは「高齢化社会・高齢社会は暗いイメージがあるかも知れないけれど、そうではなく、知恵も経験も豊かな人が増える時代である」ということです。まさにそのような社会というのはどのような形で達成するのか。残念ながら、今までの介護保険というのはどちらかというと、早く要介護状態にならないとサービスが利用できない。悪くいえば要介護状態になってから初めていろいろな支えができると誤解されているきらいもあります。そのため、介護保険制度が始まって以降、地域で高齢者を支えるネットワークがどちらかというと、かえって希薄になったのではないかと、という批判を頂くこともあります。今回の介護保険制度の見直しでは、むしろ地域での支え合いができる場を用意し、また要介護状態になる前から色々なアプローチをして、できれば要介護状態にならないように、また要介護状態にならざるを得ないとしても、その要介護状態の期間をどれだけ短くできるか、ということがねらいです。こういうことが行政としてのチャレンジではないかと思えます。

介護予防の強調は、要支援・要介護1の方々が急増しているということに起因します。要支援1または要介護1の方は介護保険が始まる前は、なかなかサービスを利用しにくく、介護保険制度が始まって要介護認定を受ければサービスが利用できるようになりました、そういう意味では軽度者の増加は、介護保険の効果としてポジティブな評価にはなります。問題は、これらの人たちが、アルカリ乾電池のような状態で存在しているとすると、長い期間を要介護状態で過ごすことになってしまいます。マンガン乾電池にならないようにアルカリ乾電池型人生を歩んでいただくこと。これが一言で申し上げると先ほどの介護予防ということになるのかも知れません。人を電池に例えたか

らといって、ものとして考えているわけではありませんので、誤解がないようにしていただきたいと思います。

要介護状態になった原因を要介護度別にみてみましょう。要介護度というのは介護に要する手間・時間を一つのスケールに持つ量的な区分ですが、軽度の方々には廃用性症候群が多く、重度の方には脳卒中が多くなるなど質的にも異なっています。このようなパターンを認識すれば、軽度の方に対しては廃用性症候群対策が何よりも重要となってきます。廃用性症候群は、体を動かないなど、生活が不活発なことによる全身の機能の低下なので、活発な生活を取り戻すことによって生活機能をまた取り戻すことができる可能性が高いのです。そういう意味で、今回の介護予防において、最も中心となるべきターゲットとして、廃用性症候群をどのように予防し、また廃用性症候群によって要介護状態になった方に従前の生活を取り戻していただくことが非常に重要な点になってきます。

このようなことを見据えながら、2005年10月に食費・居住費を対象として施設給付の見直しを行いました。今後は2006年4月に新たな介護報酬の改定が予定されています。4月の改定での視点を申し上げます。

まず2005年6月に改正介護保険法が成立したので、それによって新しいサービスが加わります。今回の見直しでは「予防給付」として、従前は要支援の方々に対する在宅サービスが重度の方々と同様であったことを見直して、内容を改めることになります。

また、「地域密着型サービス」が加わります。それから「地域包括支援センター」が制度化されます。先ほど田中先生のご講演にもあったとおり、ここは、高齢者サービスに関する「ワン・ストップサービス」の新たな拠点となり、ここで介護予防のケアマネジメントが行われます。

それから10月施行ですでに指摘されていることとして、在宅ケアの推進が課題になっています。中でも今回の見直しでは、どのようにすれば在宅

にシフトできるかという観点から、在宅系のサービスを充実させていくことが重要です。

また先ほど申し上げたとおり、財政が大変厳しい中で保険財源の効率化・安定化していくことも重要です。介護保険制度施行前、「介護あってサービスなし」「保険あってサービスなし」「保険あって介護なし」など、社会資源としての介護基盤が不足しているのではないかと言われた時期がありました。しかし施行後は基盤が整えられ、結果的には給付としては先ほど見ていただいたとおり、年10%を超える伸びがみられるようになりました。今回の制度見直しでは、制度の縮減・効率化・スリム化が主眼であるとするならば、先ほどの新しいサービスを含めたとしても、制度全体が小さくなっていくということが求められます。

特に介護予防のサービスについては、現在、社会保障審議会介護給付費分科会で色々な議論をいただいておりますが、基本的に介護予防サービスによって介護保険給付が膨らんでしまうことはあり得ません。介護予防サービスをテコにして、全体のスケールの縮小が図られる必要があるということです。これについてはいくつかの手段があると思います。先ほどから申し上げているように、要介護者の縮小、要支援・要介護1になる方をどのように減らして、さらに重度化をどのように予防していくかということだけではなく、色々な手段を通じて制度全体の縮減に寄与していくことが必要なので、これからの分科会での議論がますます重要になってくると思います。

介護予防の関係については、介護予防関係のワーキングチームを介護給付費分科会におき、井形先生に座長を務めていただきましたが、その中で介護予防のサービスをどのように効率化していくか等についても議論していただきました。

報酬改定のもう一つの視点は、制度改革に伴う報酬の見直しです。新しい報酬額が気になっているかと思いますが、実は報酬は基準がどのように決定されるかと言うことに左右されます。つまり報酬は単独で決まるものではなく、どのような体制でサービスを提供するかによって決まってくる

のです。新たなサービスによって全体の給付が膨らむことのないようにしなければいけないと申し上げました。報酬を単に引き下げれば良いというものではなく、質の高いサービスが適切に提供されることを同時に考える必要があります。例えば新予防給付について言うなれば、従前の予防給付の内容をそのまま受け継ぐということはもちろんあり得ませんし、色々な観点から、例えば必要な人的配置等の縮減、つまり規制緩和を行う一方で、適切なサービスがしっかりと行われるためのメカニズムをその中に織り込んでいくことが必要になってくるということです。

さらに、既存サービス、つまり従前から行われてきたサービスをどのように見直していくか、ということも重要になります。何度も申し上げるようですが、効率的なサービス提供が求められる一方で、それによって介護サービスの質が低下することになれば、これは問題外です。サービスの質の低下が来さないよう、かつ効率的なサービス提供をする手段を合わせて考えていく必要があります。

その中でも特に人材、つまり専門職の役割をしっかりと果たせるような仕組みが必要になってきます。10月の報酬改定でも栄養ケア・マネジメントが入りましたが、そこで行われたのは栄養士・管理栄養士の配置と栄養ケア・マネジメントのプロセス評価、つまり高齢者の意向や状態に基づいて、適切な食事・栄養を摂取されているかどうかのプロセス評価、アウトカム評価としての経口移行加算が加わりました。つまりストラクチャ・プロセス・アウトカムを踏まえた報酬が、栄養関係の報酬改定では10月に導入されたということです。このように、色々な観点からの報酬の設定が必要になってくるのではないかと考えております。

これらに加えて、中重度の方々への在宅サービスの拡大、さらに今回は介護保険と医療保険の報酬の同時改定になるので、これも見据えながらどのようなことができるかなど、個別案件を含めた報酬の見直しが必要になってきます。例えば在宅の中重度者について申し上げると、これらの方々

は訪問系サービスを中心として利用されていると考えられますが、なかなか中重度者の方々が利用できる通所系サービスがないという現場からの指摘もありました。今回の介護報酬の中で、例えば通所介護において医療系のニーズをある程度カバーできるような新たなサービス体系をつくってはどうか、あるいは短期入所療養介護、つまり医療系のショートステイにおいて、泊まりなしの日帰りサービスをつくってはどうかなど、在宅系のサービスの充実ということが指摘されております。

それから医療系の問題としては、例えば特別養護老人ホームあるいはグループホームなどでの看護体制についてもっと充実させてはどうかという課題、訪問看護サービスにおいてももう少し使いやすいサービスを新たに導入してはどうかということなど、医療系のサービスにおいても改善の必要性があるのではないかとわれております。

もう一つ、大きな課題は認知症ケアの充実です。今度の介護保険制度で申し上げますと、従前3つのタイプがあるといわれていた要介護状態、つまり、一つは脳卒中によって極めて短時間のうちに生活機能を急速に低下した方に対するサービス、それに加えて今回の見直しで重点化されている廃用性症候群に伴う機能の低下に対するサービス、さらには認知症の方に対するサービスのうち、認

知症をターゲットとした新たなサービスの導入が特に強く求められています。例えば、小規模多機能型居宅介護では中重度者に加えて認知症の方々に対応することとなり、そのサービスにおいては「なじみの関係」を重視すべきとの考え方がしばしば言われております。つまり、利用者の方々とサービスを提供する方との親密な人間関係の中で、認知症の高齢者が安心して時を過ごすことができるような場を提供してはどうかということです。さらに、40～64歳までのいわゆる第2号被保険者の方々が認知症になった場合、通うべきサービスがないということです。若年の方々が過ごせる場を作ってはどうかなど、認知症を視野に入れた在宅系サービスについて議論がなされております。

本日開催された介護給付費分科会で施設サービスの内容について議論が行われました。やはり今回は医療保険と介護保険の同時改定ということもあって、医療系サービスの整備、そして、その中での介護保険の役割をどうしていくかが大きな事柄ではないかと思えます。

今日の議論はまだつきておりませんので、次回また議論していただくことになると思います。

以上でございます。ありがとうございました。

発表2「介護サービスの市場化傾向と在宅サービス分野における今後の経営戦略」**(株)ジャパンケアサービス代表取締役社長****対馬徳昭**

株式会社ジャパンケアサービスの対馬です。

私からは、訪問介護事業の現状と制度改正の影響について、ジャパンケアサービスの今後の経営戦略についてお話しします。

私どもジャパンケアサービスは、東日本圏内に於いて訪問介護事業、ケアプランを作成する居宅介護支援事業所、訪問看護、福祉用具の販売・レンタル、認知症の方々が生活するグループホームの運営といったものを主たる業務内容としております。

当社は現在業界の売上ランキングで言うと、上から5番目です。私共は訪問介護事業を税で賄っていた時代、すなわち措置時代から取り組んで参りました。しかしながら今なお極めて経営は厳しい状況にあります。介護保険がスタートして以来、経営者として朝起きてから夜寝るまでの間、何とか利益をだせないかとこのことばかり考えております。現場ではより良いケアを利用者さんへ提供するために、従業員は大変な努力を重ねていますが、残念ながらビジネスとして利益を出すのは難しいのが現状です。

それでは、早速であります、レジュメにそって説明をさせていただきます。

1つ目は、訪問介護事業の経営は極めて厳しいという現状を今日お集まりの皆様にご理解していただきたいと思います。別紙1の資料を見てください。これは、身体介護1時間に対する収益のシミュレーションです。身体介護1時間の報酬は、4,309円です。賃金が報酬の4割の1,723円。さらにステーションの管理者の費用の諸経費などを差し引きますと、この単価に対する営業利益は4,309円に対して130円です。パーセンテージでいうと3.0%です。さらに営業外費用等々の経費が発生しますので、それらを差し引くと経営利益段階では実質1.9%の利益しか出ません。又訪問

介護事業所の多くは居宅支援事業所を併設していますが、皆さんご存じの通り、居宅を併設するとそこから又、赤字が発生しますので、多少訪問介護から利益がでて、居宅支援事業所からの赤字により事業としては利益が確保できないという状況にあります。

当社としては利益を出すために支出項目で一番額が大きい一般管理費を削減するために様々な検討をしております。できるだけ本社の体制を小さくして利益を少しでも多く出すために、管理部門の人員を現場に配置換えしたりしてはいますが、当社はJASDAC市場に上場しており、しっかりとした管理体制を維持しなければなりませんのでこれについても限界があります。

別紙2のシュミレーションは、どのくらいの利用者が確保できれば損益分岐点がクリアするのかというものです。この資料によりますと利用者数が43名で、ステーションの経営は一応損益分岐点をクリアするということですが、この収入の平均単価は、3,083円。この単価は身体介護と生活援助の単価も合わせた平均単価です。費用のうち賃金が1,179円です。その賃金以外にもろもろの経費がかかります。特に、有給休暇や法定福利費、サービス提供責任者の配置人数については指定基準の中に明確に書かれていますので、法令を遵守いたしますとこういった費用がかかります。又各事業者によっては、ヘルパーさんが利用者さん宅に行くときの稼働交通費を全額払っている所、定額制の所、様々だとは思いますが当社は全額実費を支払っています。ヘルパーさんが直行直帰で利用者宅に行きますので、その利用者が一番近いヘルパーさんを選んでいますが、稼働交通費の合計としては大きな金額になります。従ってここで言いたいのは、有給休暇の付与、社会保険への加入、サービス提供責任者の配置など、これら当たり前のことを実施すると利益が出ない。言い換えるなら法令順守すると利益がでないという事です。この単価は特別区の単価でありますのでそれ以外のエリアですと、更に利用者65名を確保できないと損益分岐点はクリアできない訳です。

レジュメの4番目ですが、介護保険がスタートして以来民間の訪問介護事業のサービスの質については厳しい指摘があります。当社では採用時研修はもとよりステップアップ研修を常時行っております。併せてヘルパー2級資格取得者が大方なので、2級資格から1級資格へやがては全員が介護福祉士になるように、当社としても積極的に介護福祉士の資格取得を推奨しております。ヘルパー1級を取得させる為に、会社として経済的な支援もし、且、本人が受講代を一括して支払えない場合は給与から天引きする等して支援をしております。質をあげるために、内部評価も導入しております。1年に1度全利用者さんに対し、無記名でのアンケート調査も実施しています。ヘルパーにとってはかなりシビアな事も書かれていますが、それをステーションごとにデータベース化し、現場の人に何故このような結果になったのか悩んでもらっております。この項目の評価がなぜ低いのか、この項目の評価をプラスに改善するためにはどうすれば良いのか、というように対策を考えてもらい、それをそのステーションの翌年度のサービス方針に取り入れるようにしています。当社の売上は業界5位でも「サービスの質は日本一にしたい」と考えております。そのため様々な対策を講じておりその度に当然コストが掛かります。サービスの質を上げるのには切りはないのですが、妥協も勿論出来ません。しかし、サービスの質を追求すればするほど、利益は出ないということなのです。

次に5番目のヘルパー不足の加速についてですが、先程田中先生もおっしゃっていましたが、景気が回復しつつあると言う事で、ヘルパーが集まらなくなってきました。今までは募集するとそれなりに確保できたのですが、現在は募集経費を今迄以上にかけても反応さえありません。介護はロボットではできませんので、やはり人間の手でケアしなければなりません。今後、ヘルパーを確保する為には、ヘルパーの賃金を上げざるを得ない。そうするとさらに利益があげられなくなるという構図になります。

私ども事業者にとっては、今日の介護保険制度改正は厳しいものでありますが、制度としては在るべき姿になったと考えております。利用者さんにとってもより良いものになりつつあると高い評価をしております。しかしながら、介護予防が導入されますと、事業者にとっては更に厳しい状況が加速されると見込まれます。資料の別紙3にありますが、当社は措置時代から巡回型サービスの委託を受けてきましたので、比較的同業者のなかでは中・重度の利用者さんが多いと言われております。この表を見ると身体介護が82%、生活援助が17%と身体介護が圧倒的に多いのです。しかし下の要介護給付比率を見ると、要支援と要介護1で何と50%、全体の利用者の50%が今後は介護予防にまわるお客様になります。売上に換算すると約4割の金額になるのです。これは大変なことです。現在、当社の月間売上は6億5千万円ですが、その4割が減少すると経営は成り立たなくなります。ここ数ヶ月、役員会でこの売上減をどうやって補うのかを徹底的に議論しております。先般、財政審の合同会議の中で介護報酬を下げるべきだという考え方が示されましたが、全く訪問介護事業の現状を理解できていない人達の報告ではないかと思っています。

次に今後の経営戦略についてです。ジャパンケアサービスは元々ボディータッチをする介護をやるという事で立ち上げた会社です。会社を作った時の原点にもう一度戻ろうと言う事で、今後は要介護で言うと2から5の利用者さんに更に特化をしようと言う事です。こうした中、当社の現在の課題はケアマネジメントです。私どもは北海道で「CAPS」の研究に関わった事業者の一社です。そしてその研究から「CAPS」の独自のソフトウェアを開発し販売もしました。「CAPS」には愛着がありますが、当社のケアマネジャーは上手に使いこなせていません。アセスメントから利用者の生活のイメージ像を描くことができないのです。当社としては、この「CAPS」を今年度で中止する方針を打ち出し、それに変わる新たなアセスメントシートを社内で作りました。利用

者さんの日々の日常生活について、朝起きてから夜眠りに就くまで、そして又翌日目覚める迄の24時間、どのように生活し、その中でご自分で出来ない部分の何処を当社がどのように支援すべきかと言う事が描けるアセスメントシートになっております。これを使うことによって、利用者さんの真のニーズがキャッチできるようになります。給付分科会では、カンファレンスが行われていないのを問題視していますが、私はアセスメントがなされていないのが一番の問題だと思います。従って、まずはアセスメントをきちんとする事が重要です。そのアセスメントから適切なニーズキャッチができ、そしてより良いケアデザインができると考えます。これによって利用者さんに対してより良い自立支援のサービスが提供出来ると思っています。又私は、これからの訪問介護は長時間サービスをするべきではないと考えています。今の通常のパターンは月・水・金、1回当りのサービスが2時間と言うものです。こんなことで利用者さんの自立した生活をケアすることはできません。介護は1日の生活の中で何回も必要になります。アセスメントの仕方を見直して、今までの2時間サービスを、朝1回、昼1回、夕方1回、夜1回、各30分ずつ、計4回サービスすればトータルで2時間になります。これからの日本の訪問介護の主流は巡回型サービスです。当社では、全ステーションからこの巡回型サービスを提供できるようにしようと準備を進めている所です。

巡回型と併せて、これから必要なサービスはナイトケアパトロールであると考えます。当社が20年の歳月をかけて開発したのがナイトケアパト

ロールです。2年前に厚生労働省にこのサービスシステムを提案し昨年の1月16日から世田谷区で開発・実践をさせてもらっております。この事業は、今回の改正で地域密着型の夜間対応型訪問介護という形で国の制度に位置付けされました。今迄の日本の在宅介護は、あらかじめヘルパーさんが利用者宅に行く時間と、サービス内容を決めて訪問する「定時サービス」を提供してきました。かたや特養でも施設の業務スケジュールにしたがって「定時サービス」をしています。しかし特養では「定時サービス」以外に入所者の方がサービスを必要とする時にはベッドについているナースコールを鳴らす、あるいはスタッフを呼ぶ等の「随時サービス」が提供されています。「定時サービス」と「随時サービス」の組み合わせにより特養で重度な入所者の方が生活出来る訳です。

しかし、日本の在宅ケアは「定時サービス」しかありません。よって重度化すると自宅でのケアは困難となる為、本人が特養に入所を希望しない場合でも入所せざるを得ないという状況にあります。まさにこれからは「定時サービス」と「随時サービス」の組み合わせによって、日本の在宅ケアは大きく進展する事と思います。重度な高齢者の方が在宅で生活することが実現出来ると思います。よって当社としては安心して心豊かに暮らせる高齢社会の実現に向けて「日中帯は巡回型サービス」「夜間帯はナイトケアパトロール」に業務内容を特化し、他の事業者には出来ないサービスで今回の制度改正に伴う売上の減少をカバーし株式会社ジャパンケアサービスの更なる成長を図りたいと考えております。

発表3「福祉施設経営と新介護報酬 - 利益率をどう考えるか」

社会福祉法人こうほうえん理事長

廣江 研

私は介護保険ができた時に、大きなトレンドの変化を感じました。何故かという、田舎の温泉の様に入口は男女別々でも、壁一枚隔ててお湯は中でつながっているのと同様に、介護保険と医療保険が底辺ではつながったと思いました。そういう状況はまさしく今、2006年の4月改定になりますと、介護保険と医療保険の同時改正で、介護保険の居住費、食費の負担などが医療保険に、医療保険のリスクマネジメント等が介護保険に導入されるなど、底辺でかなりつながります。それが支援費にまで影響し、法改正では1割負担ということも言われています。費用の面からいうと、措置施設も資金使途はかなり自由化されてきました。そういうことで介護保険の大きな波が医療保険や障害者福祉のほうにまで波及し、2006年の同時改訂はかなり厳しいものだとは私は感じております。直近の厚労省のデータでも、特養の利益率13.6%、給食費も人件費や材料費が前回の調査より下がっています。よって、私たちににとっては大変厳しい改正が予想されています。10月分については、業界の代表の方々の意見が通らず、厚生労働省の強い力で押され、私たちににとってはかなり厳しく、どうやって経営しようかという状況になっています。特に施設経営そのものは、厚生労働省はついこの間まで補助金がなくとも、月5万円の家賃だから年間60万円、20年で1,200万円、1,200万円で新型特養作ってください、と言っていたが、個室ユニット型は平成15年の古いデータを使い、給食は平成16年の新しいデータを使う、というようにうまく使い分けをされました。これはやはり厚生労働省の頭の良さ、業界のだらしなさ、といえるのではないかと思います。

私どもの法人で10月からの単位で利用率や日数などを補正して、試算してみました。食費、居住費は1,380円、1,970円で設定しました。例え

ば、特養でいうと154床の特養、23床のユニット型、131床の多床室でやっています。ユニット型については1日室料300円です。ここで2.86%のマイナスです。もう1つの特養は、104床でユニット型が80床で、3.79%のマイナスです。また、新型特養を新しく増築して、多床室を個室化し完全ユニット型にしました。従前からの部分を30床600円、新築部分20床1,200円で、運営していたところは、4.75%。やはりユニットの多いところほど下がりました。

ちなみに老健につきましては、50床のうち個室が4床しかない小さな老健は3.84%のマイナス、個室で1日1,200円。そして個室が48床、多床室が32床の計80床だと5.54%のマイナスになっています。

平均すると、私どもの施設系では、3%強くらいは下がりました。私たちは、介護保険改正の6ヶ月前からプロジェクトを組んで対応を考えていましたが、今回は9月末くらいからプロジェクト開始して、とにかく稼働率をあげなければならないということで、危機感をもって、いろいろなことを検討したところ、10月分の総収入は対前年比では+2.7%、今年9月分の単純な置き換えで見ますと、法人全体では-1.5%くらいです。施設と在宅との比率は5:5です。

社会福祉法人を経営する上での財産は何かというと人財です。もう一つは苦情です。地域の声をどれだけ素直に受け入れるかということが大事だと思って、私は経営しています。私どもの法人では今、人財育成は一日一日の教育研修の積み重ねしかありえないと思っています。年間教育研修のスケジュールを組んで行っており、全収入の1%を教育研修費にあてています。加えて勤務時間内の人件費というコストがかかっています。それから自己研修を行わなければ、いくら法人研修体制を組んでも自分が自分のスキルを磨こうとする組織風土がなくては研修しても効果が上がらないので、自主研修を重視しています。職員が負担しているコスト、法人が負担しているコストを合わせるとおそらく、2.5%~3%近くが教育研修費にな

と思います。

私どもは職員が約1,200名いますが、カリスマ施設長がいて、そこだけが良くなっても組織は良くなりません。組織全体としてどう向上するか考え、1999年ISO9001-2000認証取得やJQA(日本経営品質賞)をキックオフしてから1年半くらいになりますが、職員の意識を変えて地域に役立つサービスを作っていこうとしています。職員の研修費用は企業で言えば研究開発費で、新商品を開発する一つの手段だと思っています。研修から得た職員の知識の中から新たなサービスが生まれてきます。施設・在宅のターミナルケアやNCM(栄養ケアマネジメント)などの新たな取組も研修の中から生まれてきています。まだまだ決して私どもは良いサービスをしているわけではありませんし、自慢できるようなことをしているわけではありませんが、お金だけの経営でなくトータルな経営の質を今後一つずつ積み上げていかなければならない。そしてそれを徹底的にディスクローズしていく、隠さないということをやっていかなければならないだろうと思います。

もう一つ大事なことは事業やっている中で事故がおきます。その事故はもしかしたらインシデントであっても、そのまま見すごすとアクシデントにつながります。アクシデントをインシデントに抑えるか、インシデントに1つずつ対処していくのか、これも大事な事だと思います。そういうことも、職員のレベルアップの中でやっていかなければなりません。法人全体の思考回路を少しずつ前に進めているところです。

今日のテーマである介護保険施設の利益率という問題になりますが、簡単な試算をしてみました。例えば箱モノを作れば取得にもすごくお金がかかります。そして資金源がありません。措置時代は、使い切りのシステムでありました。介護保険になって少し利益をあげると、次回介護報酬改正で引き下げられます。悪のスパイラルに陥っているわけです。医療福祉機構からの資金調達ですと20年で返さなければなりません。20年のキャッシュフローを考えなければなりません。会計上は

39年の償却になるとどうしても利益が出てきてまた削られてしまいます。

社会福祉法人というのは市中銀行との付き合いがほとんど無かったものですから、経営的な視点がない、自由競争に弱い、まさしくそのような体質が私ども法人にあります。また、担保提供等につきましても制約があります。一般の会社と競争しようとしても制約があります。一般の会社と競争しようすると、かなりの重量を背負った競馬でハンディキャップレースをやっているようなものです。もちろん非課税という恩恵もありますが、私はこの非課税部分は社会貢献・地域貢献をしていく社会福祉法人としての源資だと思います。建物を建てるという資産の取得には多額の金がかかる、ストックがない、だから返済のための利益を出さなければならない、すると介護報酬が下げられる。資本回転率が非常に悪く、経営としては悪いパターンで、私も借金に苦しんでいます。こんなに施設を作らなければ良かったと思っています。

官制の市場だけにたよってはいけません。今年4月に国土交通省の補助事業で、100人規模の高齢者向け優良賃貸住宅をオープンしました。高賃貸では規模が一番大きいのではないかと思います。3億円弱の補助金をもらい建てました。年収500万円までの人は家賃の補助制度があるので、例えば300万円くらいの年収の方だと、家賃5万円のところを2万4千円くらいで入居できます。特養の個室ユニット型に入所するよりも、介護保険自己負担分を含めても安いです。開設時から有料老人ホームの認可を得て、来年4月を待たなくても特定施設をとっております。特定施設の定員20人、そして軽介護の方、自立の方など早いうちに住替えていただけます。車を所有する方も1割以上います。建物を1つのコミュニティーと考えています。1階には花屋、美容院、レストランなどもあり、レストランのお客様の半分以上は地域の方々です。夜は宴会もできますし結婚式もできます。またデイサービス、パワーリハビリも1階にあり、2階から4階までが住居です。そういう新しいことに挑戦したり、これからいろいろ

ろなことに間口を広げていって、何とかこの厳しい介護経営の中で市場性のある事業をやっていかなければなりません。

しかし、私たちの特養利用者の86%、一番多いところでは95%が三段階のまでの方々です。四段階以上の方々がほとんどいないということです。ですから、いくら自由な価格設定をしようと思っても自由設定ができません。だからこそターゲットを高い年金層にもって行って、私どももそこを開拓していこうとしています。鳥取県は貧乏県で、そんな高所得の人はあまりないので、本当に厳しい状況の中で少しでも付加価値を求められるサービスを作っていきながら、またレストランでも少し稼がせてもらおうと考えています。

土地を坪20万円で1,000坪で2億円です。100床の特養を建設費用10億、合計12億で作ったと仮定してシミュレーションしてみました。要介護度3、4、5をそれぞれ25%、50%、25%として計算しています。交付金をいただいたとして、20年で元本返済したとすると、4.58%の利益率が必要となります。そのほか修繕に関するもの、一般的な利益率を入ると約8%はないとやっていけません。ましてや交付金が無いとなると、5.91%、1.3%ほど高くなります。そうすると9%は必要になりますが、そうすると世間が許してくれません。私は非常に厳しい環境だと思っています。ですから社会福祉法人といえども、新たに経営ということをしかり見据えていく必要があります。もう一つは厚生労働省にお願いしたいのですが、4月改訂に向けて真っ当な経営をしているところが真っ当に生き残れるようにして欲しいのです。今までは、介護施設の職員配置3:1をギリギリ守って、つなぎのパートタイマーをたくさん入れてケアを行っているところが利益が上がっています。私が知っているある近隣の施設では30%の利益率です。良貨が悪貨に駆逐されないような、そういう介護報酬体系を作っていただきたい。サービスの質の開示がなされ、利用者からもっとイエローカードやレッドカードがでるようなシステムに変えなければならない。コストに基づくものから、ケア水

準、ケアのレベルをベースにした報酬の体系に変えていただきたい。厚生労働省に全国社会福祉施設経営者協議会は来年4月の介護報酬に介護福祉士加算をして欲しいと要望しています。定員の7割以上介護福祉士を配置している施設には加算をつけて欲しいと要望しました。7割が適正か、8割を適正か。8割だとかなりハードルが高くなるでしょう。かつての基準看護制度で看護師が精神科等で7割で設定されていました。とりえずスタート時点では加算ですが、最終的にはこれがノーマルな体制でそれ以下は減算になるという制度がいいと思います。ターミナルケアについては、本人・家族への説明・納得・同意、そして医療体制の確保、嘱託医・主治医等を置いてきちんとしたマニュアルをつくり、検討会を設置し職員教育等を実施している施設にはターミナル加算をつけていただきたい。私どももターミナルケアとしていろいろな試行をしています。家族や利用者の方々と話しをして、インフォームドコンセントを取りながらやっています。

それから、介護福祉施設における医師・医療の問題で、例えば常勤医師が処方箋も出せない。介護職員の服薬、血圧測定、爪切り等の基本的な医療行為の問題など、医療に関する規制緩和が必要ではないかと思います。もちろん、介護福祉士等に一定の研修義務を課することは必要だと思います。

それから経口摂取、維持について現場は一生懸命やっています。摂取がチューブとかに変わらないようにするような、本当に頑張ってQOLを高めたところに点数がつくようなシステムにしていきたいと思います。

更に、ユニットケアに関しては、ハード面のみ整備されてもソフト面がおろそかになっているので、ソフト面について、きちんと見直していただきたい。またユニットケアリーダーに関する研修は、研修内容にいろいろと問題があることを講師を含めて検討いただきたい。

また、リスクマネジメント体制がきちんとできているところには点数をつけるなり、やっていな

いところは減算するなりしていただくと、頑張っ
て経営に取り組んでいるところが生き残れるの
ではないかと思っています。

やはり時代が変わってきています。エビデンスに
基づく介護技術のない組織や法人は絶対に持たな
いと思います。私ども社会福祉法人といえども、
今までの守られたぬるま湯の中であぐらをかくの
ではなく、社会福祉法人だからこそできる新たな
経営の道に向かって進んでいきたいと思います。
自由競争の部分と官制市場を経営分析で明らか
になるシステムにして、頑張ったところがどんど
ん苦しくなるようなシステムから脱しなければなら
ない。頑張ったところが生き残れないシステムで

は国民全体が不幸になると思います。私はあえて
申し上げると、介護保険が安いか高いかという議
論については、高くない、安いと思います。健康
保険、厚生年金等の額と比べてこれだけの老後の
安心を得ることができる。その点において国民的
議論がなされていません。この議論を抜きにして
介護保険料の上昇率の上りが小さくなることばか
り、厚生労働省は考えておやりになっているとこ
ろに軋みができています。国民と老後の介護をど
うして欲しいのかということをもっと議論してい
ただいた上で、介護報酬や介護保険料を決定して
頂きたいと思います。

発表4「適正報酬の評価と利用者教育」**日本福祉大学助教授****野口一重**

適正報酬について、これは医療の分野にも適正コストがあり、適正ということをどう説明しているか今でも考えています。そういうことについて、小さな調査したのでその結果をもとにして話したいと思います。

例えばくだらない話ですけども、報酬が適切であれば、競争・淘汰の後に適切な事業所が残ります。事業者はその間試行錯誤があり、また場合によっては一時的にヘルパーさんと雇用の問題があるかと思いますが、最終的には効率の高い経営、質の高いサービスが残るのではないという前提で考えています。学生にもそう教えています。

適正な報酬とはというと、さきほどの情報にもあったとおり、ヘルパーさんが大変だといえます。うちの大学を卒業して、介護の現場で働いている人の定着率が高いかということでもありません。その理由の一つが報酬にあるということは明らかで、いわゆる看護の世界では10年くらい前にリアリティーショックというものがありました。そういうものに似たものが今の介護の現場にはあるようです。介護の現場に行ったら、話は聞いていたけれど、この労働でこの報酬なのか、やってみると意外と大変だ・・・というリアリティーショックというような事がたくさんあって、そのようなことを訴える学生が多いのです。最前線の人たちは、コストと収入の対比という意味では、きちんとした収入があればもちろんコストについて考えないことにしているようですが、実際のコストの部分としては外でどれくらい時間を使ったか、疲労度はどれくらいか、あるいは労働実感はどうかなど、考える場合には茫洋とした内容で決められていることが多いのです。

一方で、利用者の立場から見るとどうだとか、うちの学生のように将来戦力となる人材にはどういう人が適切かと、実は将来そのような所に就職するというつもりがありながら、介護の実質とい

うものの実感がほとんどないということが一つ原因であると思われます。授業の中では制度の面だとか実務について取り上げますが、生活実感というところまではいきません。もちろんその下に質とコストの対比というものがあります。これを質抜きにして語るわけにはいかないのですが、例えば実際適切な報酬があり、大いに将来戦力となる人たちがモチベーションを持てるような報酬内容や質というような内容にはなっていません。

介護保険報酬の理解度調査ということで、N大学2年生84名を対象にアンケート調査と小さなレポートを書いてもらいました。アンケート調査の内容については後でご説明しますが、小レポートではテーマを「報酬として適切なものとはどう考えるのか」として、アンケート調査共々どんなことを書いても授業の成績には関係ないと断った上で書いてもらいました。N大学の学生の特性というと、一般人と事業者の中間的な知識を持っています。他の大学と比べると将来福祉や介護系に進もうとする学生が多く、そういう授業も多く設けられているので、そういう情報に接する機会が多いということで、知識についてはあるのではと考えています。実際には3年生になると就職活動をしなくてはならず、介護や福祉をキーワードにして第一志望としているので、そんなところにも福祉の心があるのではないかと思います。また私のゼミの学生には色々な知識を与えていますので、いくらかのバイアスがかかってしまうことを考慮し、対象から外しました。

「ヘルパーの報酬はどうすべきか」という質問について、一番多いのは「わからない」で、次に多いのは「もっと高く」となっています。「もっと安く」という学生も若干います。将来自分たちが働く職場としてもっと興味をもってもいいのですが、「わからない」という回答が最も多くなっています。これは労働時間がないということを示していると言えます。また、周辺情報が入ってくる学生は「もっと高く」と思うようです。

次に「もっと高く報酬を上げる場合、その財源はどうするのか」という質問をしたところ、「市場

原理」に任せるという意見が一番多く、それから「保険料」「税金」となっています。また「その他」というのがありますが、「その他」のほとんどは税金です。ほとんどの学生や若い人もそうだと思うのですが、「税金」というのは「保険料」と違って無尽蔵にとれるモノだと思っています。つまり、「税金」と「保険料」では意味が大きく違ってきます。

次に「介護に関する情報源」についてです。一番多いのが「授業・ゼミ」になっていますが、これは必ずしも「授業・ゼミ」からのみ情報を得ているのではなく、次の「マスコミ」「介護者」「要介護者」といった所からもかなり情報を得るということだと思われます。まあ、学生の情報が不十分で中途半端であるとするならば、その中途半端な情報を学校の「授業・ゼミ」から得ていることとなると少し残念ですが、そうならないように注意します。

「日常的にあなたのまわりに要介護者がいますか」という質問に対して、72.5%が「いない」と答えています。要介護者が身近にいるかどうかということが、情報の入手経路に関係がないだろうかということの後ほど検証します。

実際にもう働いている方など、実習などの機会やまた違う機会かもしれませんが、「事業介護者と話す機会があるか」と聞いています。そういう機会は前の「要介護者（と話す機会があるか）」よりは「ある」という学生が多くなっています。恐らく事業者側の立場の話より多く聞くということになっていると思います。

次に「身近なところに要介護者がいるかいないか」と「介護に関する情報源」との関係を示しています。全体としては「いる」という学生が少ないのですが、要介護者から情報を得ているという場合、ほとんどがそもそも身近に要介護者がいるという状態です。また要介護者がいることで、その家族やその要介護者を介護している介護者の姿を見ていると言えます。そういった関係は介護者も同じです。要介護者と話す機会があるということで介護者から情報を得ています。

「あなたの希望する手取り時給はいくらですか」と聞いてみたところ、これは自由回答ではないのですが、「いない」と答えた人はさすがにいませんでした。「1000 円未満」、「1000～3000 円未満」、「3000 円以上」、「その他」で聞きました。先ほどの話でもありましたが、「1000～3000 円未満」が一番多くなっています。ここで、「1000～3000 円未満」が一般的にあたっているというのが重要ではなくて、「その他」の 4.8%に注目する必要があります。これは非常に賢い層だと思います。この質問の他に自由回答があり、その内容はほぼ同じであります。「それは地域によって違うし、労働の内容によって違うので一概に答えられない」という内容です。これは設定された質問の欠点を指摘されてしまったということで、賢い層といえます。

その賢い層がどういうところから情報を得るかということ、要介護者が身近にいるという割合が高く、要介護者かその家族などの意見や姿を目の当たりにする事によって、要介護者中心の判断が生まれてきていると言えます。

今度は、（情報を得るのが）介護者との場合ではどうでしょうか。逆に今度は、その賢い層は少ないようです。介護者と接触があると、労働がキツイから時給を上げろなどという意見を聞いている学生が多いのではないかと思います。

希望手取り時給と主な情報源の質問をクロスしますと、「マスコミ」「授業・ゼミ」に先ほどの「その他」の層が多く、要介護者では少なくなっています。これは矛盾しているわけではありません。実際には身近な要介護者を主な情報源としているのではなく、見ているのです。そこから自分の行動に役立てているということです。一方で有意識的にどこから情報を得ているかということで、「マスコミ」や「授業・ゼミ」から賢い層は情報を得ているということになります。こういう事を考えますと、有意識的な意識付けが授業でなされるということは非常に重要なことだと思います。マスコミについては、私はマスコミから正しい知識を得ているとは思わないのですが、意識付けについ

てきちんとではないけれどもマスコミからされているのではないかと、逆に授業で意識付けされたからマスコミの情報に目がいくという学生が多いのかもしれない。

情報源の重要性ということ言えば、日常的に接する身近な要介護者が非常に重要です。これは、一つは客観的に見る経験というものが非常にものをいいます。ただし授業とは違って、作為的に場を作り出すのが難しい。つまり、そういうものを非常に冷静に誤り無く観察するということが一つ重要であると思います。

それから教育現場での授業・ゼミは、意識付けや理論的な思考寄与をするということです。授受の場を新たに設定できるという意味では、要介護者が身近にいるのといないという議論とは違います。それから情報には質の管理が重要であり、変なことを意識的に教えることで偏った視点を形成

するなどの影響を及ぼしてしまうという可能性があるのも、その点に注意が必要だと思います。

最後に、今後の適切な介護報酬に向けてということで考えると、今回は適切ということに権威付けをするということで、適切な介護報酬があれば適正という存在なしにどう方向付けできるかという点についてのみ申し上げます。介護者の視点からの評価も重要ですが、介護者となる以前の教育や経験がもっと重要です。とくに今回、学生という非常に利用者レベルに近い（知識状態の）人たちの意見が今の状況だということからすれば、報酬とかを介護保険制度と整合性があるように、まず最初にきちんと意識的に教えることが非常に重要であると思います。ただ手技的なことだけではいい介護はできないのではないかと思います。最終的にはそういうことを踏まえた教育内容の質が問われることになります。

〔研究論文〕

地域包括ケアシステムの構築に関する事例研究 - 広島県安芸太田町における地域施設計画の試み -

著者： 宇田 淳（広島国際大学医療福祉学部）

共著者：北野幸子（福岡教育大学家政教育講座） 河口 豊（広島国際大学医療福祉学部）

抄録

本研究は、広島県安芸太田町における、地域包括ケアシステムの検討に関わる調査の報告と地域計画立案に関わる試みを紹介するものである。本論では地理情報システムを活用した 地域概要と 施設の現状調査、入院患者調査による 受療動向の検討、国保レセプトの解析による 国保病院の現状把握、入院患者調査と入所者調査による 施設の適正規模の把握を試みた。結果、高齢化や居住の点在から家庭介護の困難が予測される地域での支援と、施設数は充足するもののアクセスに課題があるがゆえの医療連携と施設選択肢の充実の必要性、救急医療の課題等が明らかになった。これら総合的な分析から、本地域での包括医療提供体制としての医療施設の再構築と地域ケアを目的とする地域包括支援センターの設置が実現した。本論より、多角的で客観的な調査・分析による、ケアシステムの構築と、施設計画、マネジメントの重要性が示唆された。

キーワード：過疎、地域計画、地域包括支援センター、病院、介護、

はじめに

来るべき高齢化社会に対応するために創設された介護保険は、諸問題を解決すべく、この度改訂された。現行の介護予防・地域支え合い事業は見直され、新老人保健事業とともに、両者を「地域支援事業」として再編された。これが要介護と認定される前の高齢者へのサービスメニューとなる。介護保険の新・予防給付と同じく、新たに創設される「地域包括支援センター」がそのマネジメントを行なうこととなる。今回の改訂では、現行の在宅介護支援センター機能をさらにパワーアップした「地域包括支援センター」が、大きな特徴である。つまり、生活圏域でのサービス完結を目指す今回の制度見直しの要と位置づけられている。

平成 16 年 10 月 1 日に 3 町村の合併により誕生した広島県安芸太田町では、合併協議会での検討を受け、新町建設計画の期間である 10 年間後を見据えて、加計病院、戸河内病院の再編・ネットワーク化に向け取り組んでいる。その中核施設として、統括センター「あんしん」を位置づけ、地域支援

体制のサービスマネジメントに取り組んでいる。当該施設は、平成 18 年 4 月から地域包括支援センターとなる。

本研究は、同町の合併後の保健・医療・福祉を包括したケアシステムを検討し、地域計画調査を実施し、将来の方向性を提案した経緯について報告するものである。本研究は、同町の実践の試みの全容を紹介することにより、今後各地で進められる「地域包括支援センター」の立案、設置、運営に寄与することを目的とする。

本論ではまず、地域施設計画のために実施した、以下の調査の結果を報告する（1．地域概要：地勢と人口、2．施設の現状、3．受療動向、4．国保病院の現状、5．適正規模（施設））。論者等は地理情報システムを活用した地域施設の計画や施設の最適配置評価についてのツールを開発し、研究を試みてきた¹⁾。1．2．については、このツールを活用し評価を試みた。3．については、入院患者調査²⁾を実施し、4．については国保レセプト²⁾を解析した、5．については、先の入院

患者調査に加え、入所者調査²⁾も実施した。

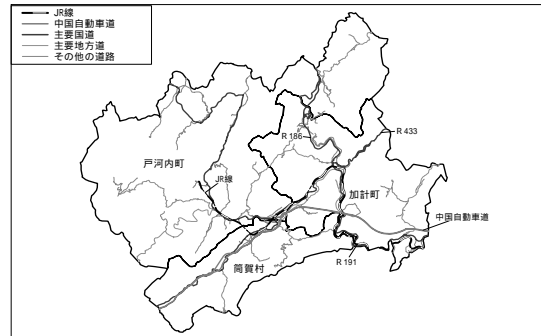
次に、これらの調査結果をふまえて同町に提案した、6. 包括ケアの方向性と地域施設計画についてまとめる。最後に、「おわりに」では、本事例研究により得られた知見をもとに、今後の包括ケアの立案、設置、運営への提言を試みたい。

1. 地域概要：地勢と人口

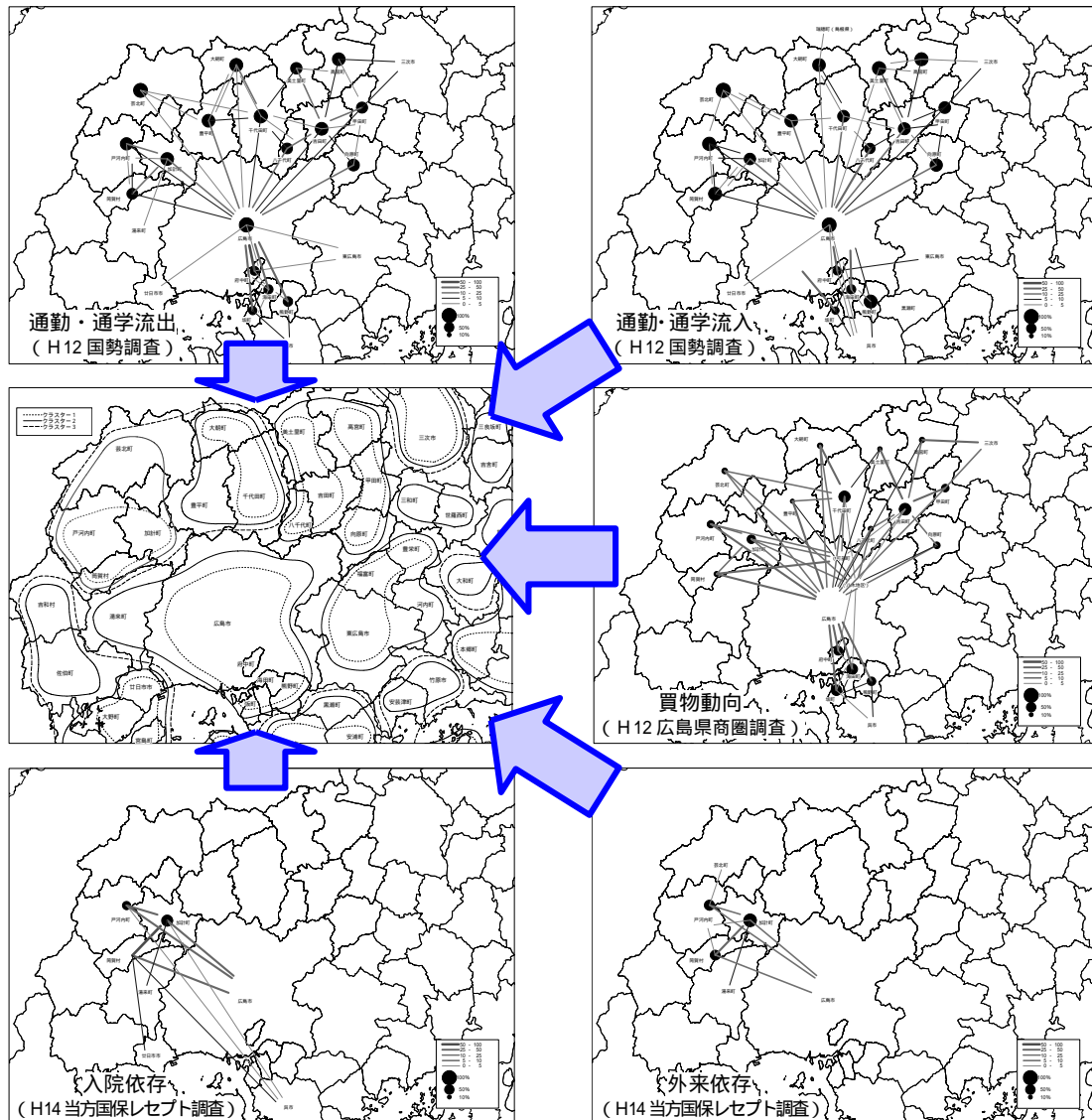
図表1は、地域のアクセシビリティを表したものである。中山間地域であり、中国山地に抱かれた谷間の小集落から形成されており、総面積に対する可住地面積比率が11.1%とすくないという特徴がある。公共交通の利便性は貧弱であり、広島

市内と新町の拠点集落を結ぶ期間バス路線は整備される一方 JR 可部線は廃線された。過疎集落を結ぶ生活公共交通の確保がなされていないという問題点がある。

図表1 交通網



図表2 生活圈

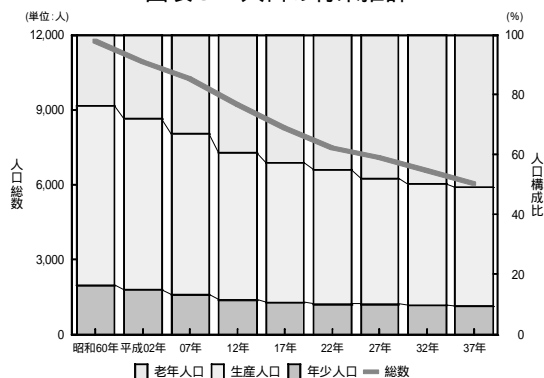


図表2は、この地域の生活圏を表したものである。通勤・通学流出および流入については平成12年国勢調査、買い物動向については平成12年広島県商圈調査、入院・外来依存については、平成12～14年国保レセプト調査のデータをもとに作成した。高速道路などを利用し、広島市中心部まで1時間強であり、生活圏の広域化が進んでいる。加計町を中心に戸河内町、筒賀村に一次生活圏が形成されており、次いで、芸北町を含む二次生活圏の形成がみられる。

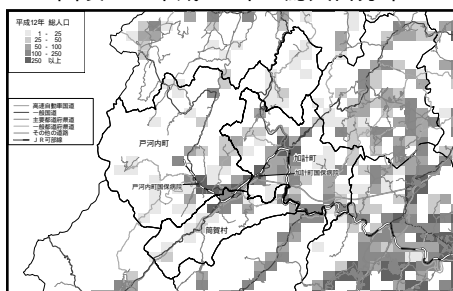
対象地域の人口は平成12年国勢調査によると9,181人、高齢化率39.3%である。図表3はコーホート法を用いて年齢別人口の将来推計を表したものである。平成22年約7,000人、高齢化率約45%、平成32年には、約6,000人、高齢化率50%と予測され、大都市近郊でありながら、過疎化が進み、高齢化の速度は、深刻な状況にある。しか

も、高齢者世帯のうち、高齢者単独世帯、高齢者夫婦のみが50%を超える。1世帯当たりの人員も少なく、家庭の介護力の低下が懸念される。さらには、図4～9にあるように、人口分布は主要道沿いに人口分布がみられる。地形の影響を受け、谷筋に形成される集落が点在する。

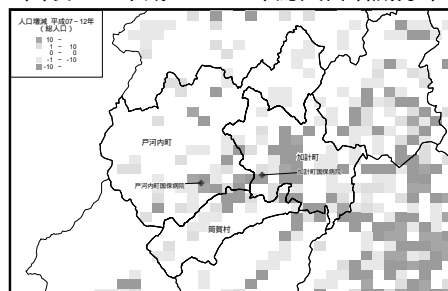
図表3 人口の将来推計



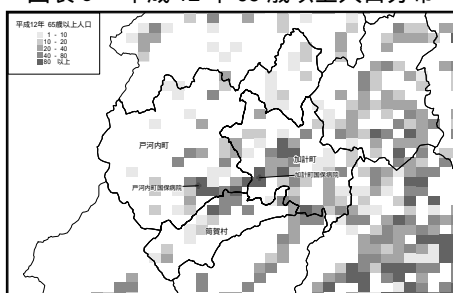
図表4 平成12年 総人口分布



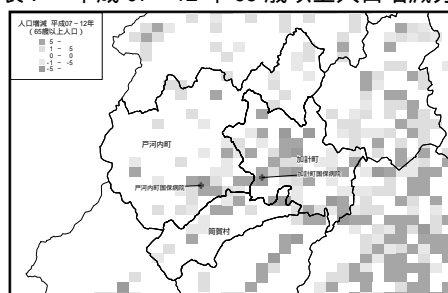
図表5 平成07～12年総人口増減分布



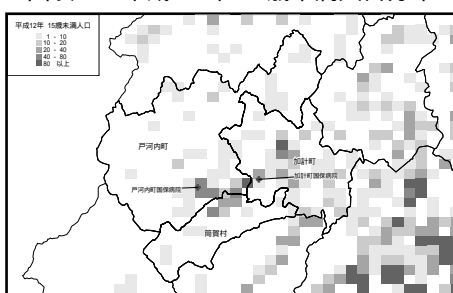
図表6 平成12年 65歳以上人口分布



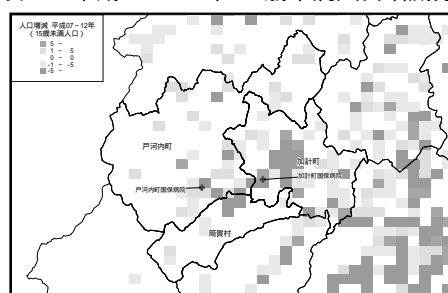
図表7 平成07～12年 65歳以上人口増減分布



図表8 平成12年 15歳未満人口分布



図表9 平成07～12年 15歳未満人口増減分布



以上の人口にかかわる調査より、課題として、高齢化率の上昇や居住の点在から、家庭介護の困難が予測され、地域での支えが必要であることが明らかになった。

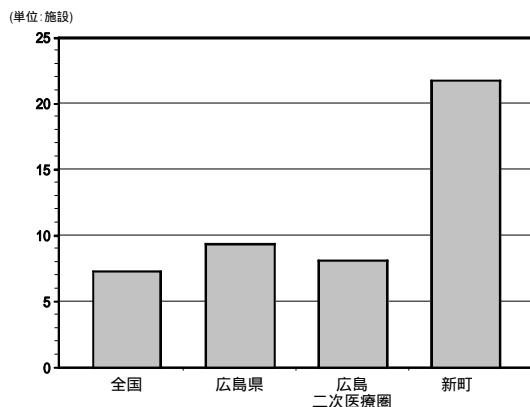
2. 施設の現状

調査対象地域の医療施設について対象地域と、全国、広島県、広島二次医療圏とを比較検討した。人口10万対について、図表10は病院数、図表11は病床数、図表12は診療所数、図表13は歯科診療所数を表したものである。また、図表14は医療施設分布と無医地区を表したものである。対象地域では、病院、病床、歯科診療所については、いずれも充足しており、診療所については、全国平均を若干下回ることが明らかになった。医療施設は、2病院、5診療所、訪問看護ステーション等

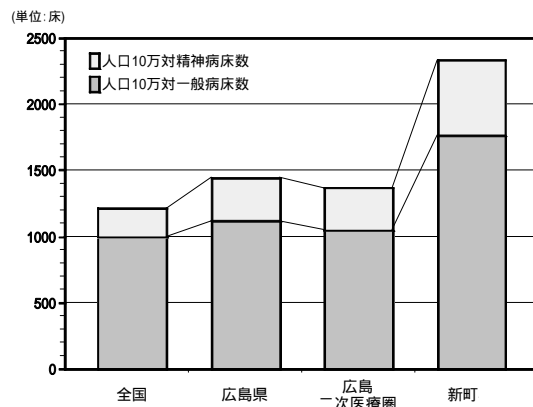
が人口集中地区を中心に分布しており充足していると評価できる。一方、無医地区が4地区ある。つまり、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上（平成12年国勢調査による）が居住している地域が、戸河内町3地区、筒賀村に1地区ある。これについては、4km区域外人口は、総人口の1割強であり、雪深き冬期の医療について、配慮する必要があることが示唆された。加えて、住民の高齢化とともに、開業医の高齢化が進んでいるという問題が明らかになった。

以上の医療施設の現状調査から、課題として、医療連携の必要性が示唆された。また、医療機関と福祉施設の連携によるサービスの提供等一体的な社会環境づくりに向けての取り組みが必要であることが明らかになった。

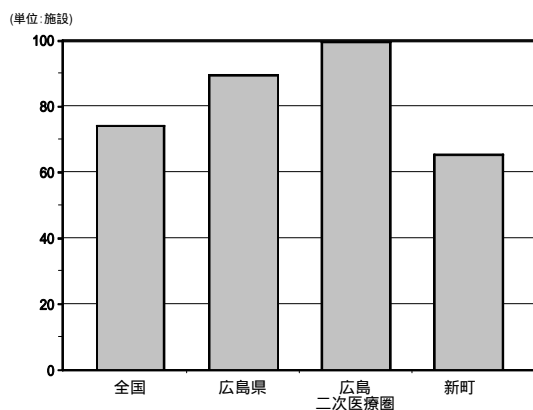
図表10 人口10万対病院数



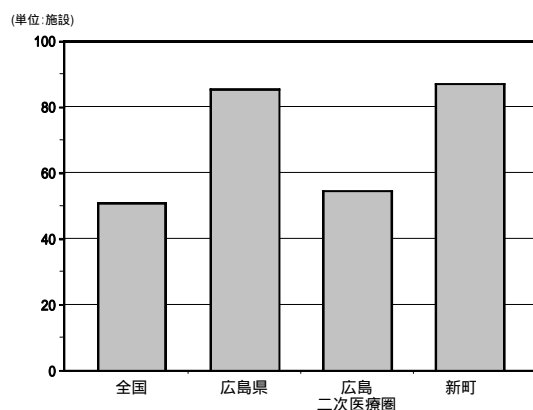
図表11 人口10万対病床数



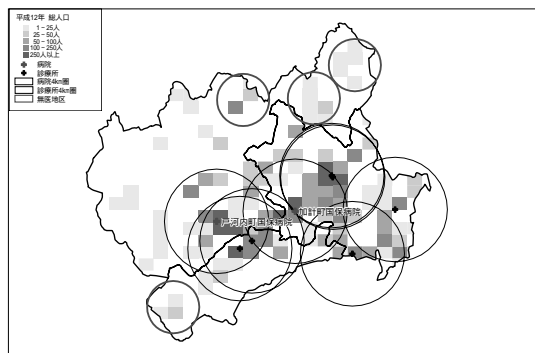
図表12 人口10万対診療所数



図表13 人口10万対歯科診療所数



図表 14 医療施設分布と無医地区



3. 受療動向

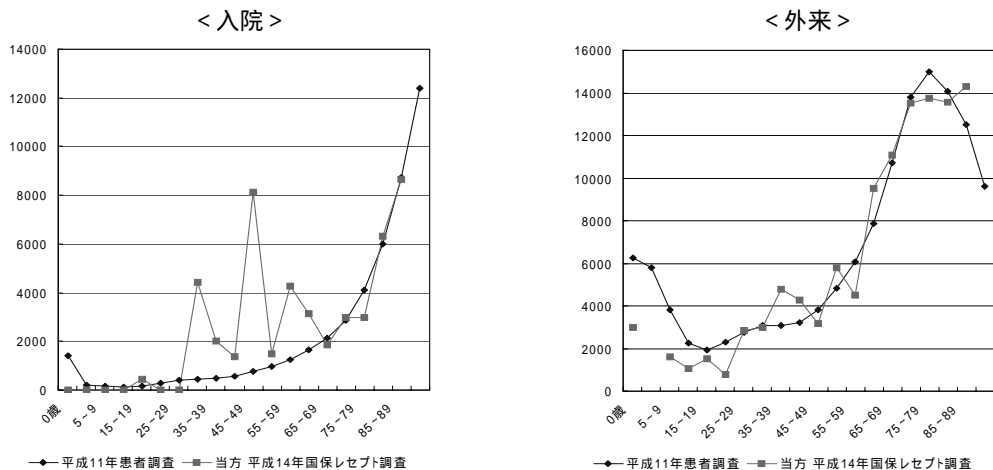
受療動向について、平成12～14年（5月分）の国保レセプト調査を解析した（図表20-21）。これを平成11年患者調査と比較検討した。

全国の受療率（人口10万対）は、入院1,170、外来5,396である。当該地区の国保レセプト（人口1000人対）によれば、入院35.6、外来104.4である。加齢とともに、受療率は高くなる。なお、他の中山間地域等にみられるように、国保加入率の関係で母数が少ない乳幼児、壮年期に相違がみられるが誤差範囲内であり、総数受療率にも強い影響がでる。疾病分類別にみると、外来では、消

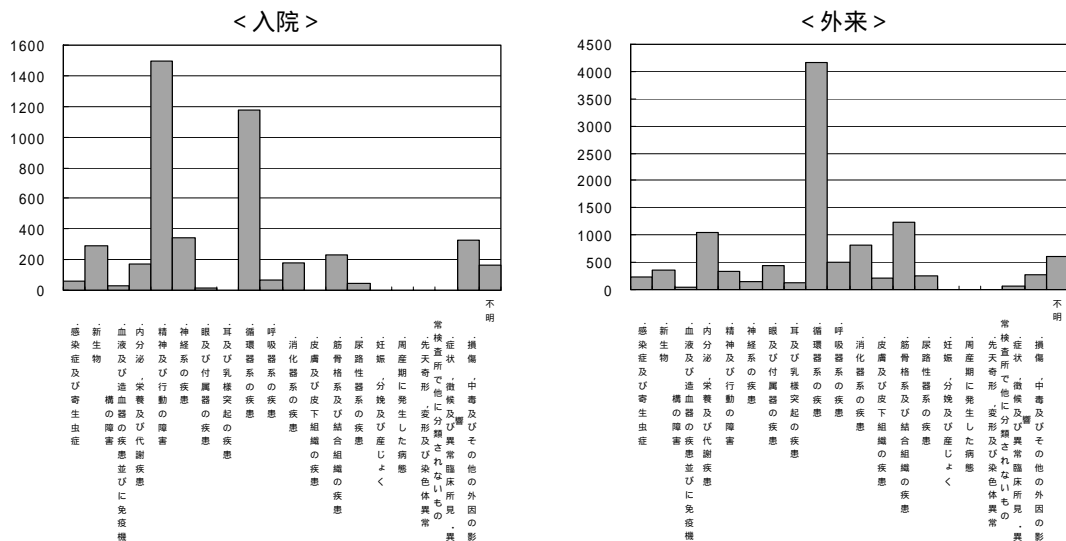
化器、循環器、整形、神経系が多く、入院では、循環器、精神、整形、神経系疾患が多い。これらより、受療率、疾病構造は患者調査（厚生労働省）と同様な動きであることが分かった。

地域内充足率は、入院約60%（精神を除くと約75%）、外来約80%である。年齢別にみると、入院、外来とも、加齢とともに、地域内充足率が高くなる。疾病別の地域内充足率は、産褥の合併症、精神疾患を除き、ほぼ地域内で60%前後の充足率を示している。1日当たり診療点数の高い疾患の多くは、安佐市民病院を中心に、広島市に所在する病院へ患者が流出していることが明らかになった。

図表20 年齢階層別患者受療率



図表21 疾病別患者受療率



我々が入院患者についての調査を実施したところ、近隣の広島市、芸北町からの患者が全体の約15%、約10%を占めることが明らかになった。特に広島市からの入院患者は、精神疾患による者が9割を占めた。また、加計病院は、老人性痴呆病棟で診療圏外患者が多く、精神科病棟の診療圏の広さが認められる。他病院からの転院が第1回調査約30%、第2回調査約25%である。以上より、病病連携の成果が伺える。

外来患者については、地区内から患者を中心に、戸河内病院では芸北町からの10%程度の通院が認められる。来院患者の多くが診療のみで、診療所機能と同等な受療行動といえる。来院手段は、自家用車、送迎バス、路線バス、徒歩、自転車などでの来院患者も多く、安心できるアクセスの確保の重要性が明らかになった。

救急医療については、病院の救急患者取り扱い状況報告によれば、急病を中心に、1日当たり10件程度あり、1次救急の必要が十二分にある。また、病院の救急患者取り扱い状況報告、入院患者調査（当方調べ）によれば、冬期の救急入院が約20%を占めた。これは、スキー外傷の収容が多い

ことによる。観光資源の管理運営上、スキー外傷の対応は、政策的にも必要であり、脳外科の緊急手術など一部2.5次的な救急医療の提供もみられた。

以上の調査より、連携の成果がみられること、しかし、さらなるアクセスの確保の必要性が示唆された。

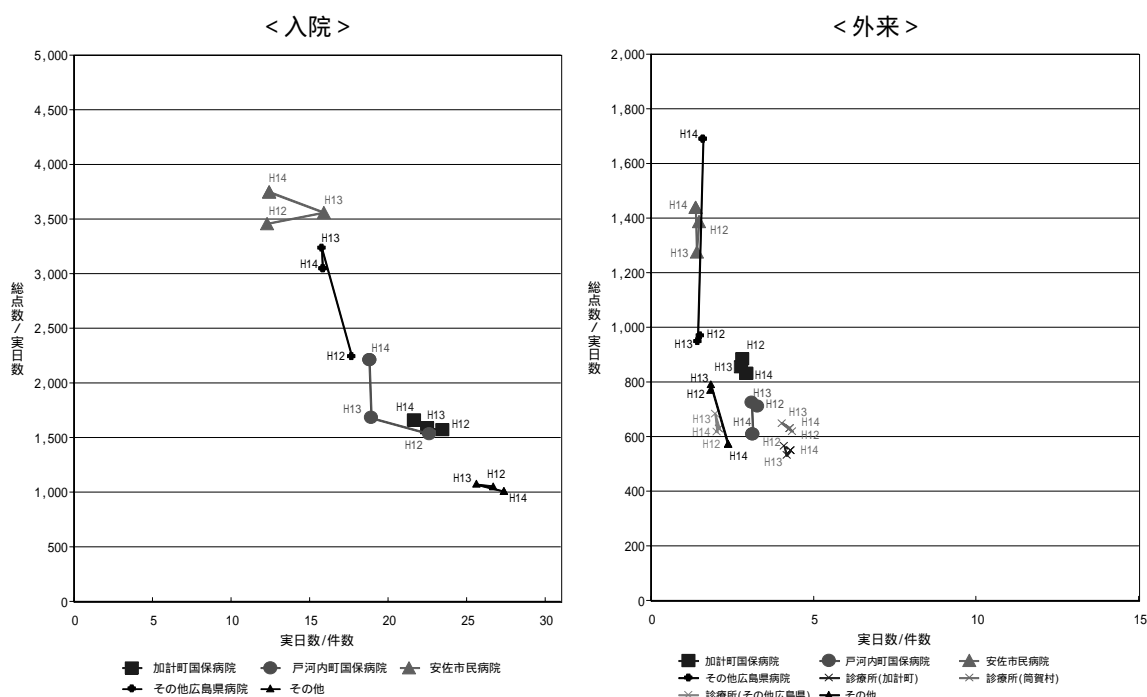
4. 国保病院の現状

二つの国保病院は、ともに、地域における中核的医療機関の役割を担い、老人医療の充実（なかでも加計病院の重度痴呆患者収容治療病棟の充実）更に在宅医療の推進など、時代の変革にタイムリーな医療提供体制を整備し今日到っているといえる。特に保健・医療・福祉の連携を目的に保健福祉総合施設、健康管理センターの併設は、「地域包括医療体制」の基盤を整備しつつある。

国保レセプトから受療動向を単価別に図化したものが図表22である。

入院単価をみると、近年、両院とも約22,000円（精神を除く）と健闘している。特に、戸河内病院は、同規模病院の平均より、2,000円高い。

図表22 国保レセプトにみる受療動向（平成12～14年）



外来単価にみると、加計病院は、同規模病院と比較して高く健闘している。一方、戸河内病院は、疾患別収益をみても総じて低い水準にある。診療単価の低い患者数が多いので、全体の診療単価は上がらないであろうが、診療科別にみて平均的な単価にまで引き上げることが望まれる。入院、外来ともに高機能医療は、安佐市民病院を中心とする広島市内の高機能病院に依存し、各疾患とも、機能分化が進んでいる。

公営企業年鑑によると、病床利用率については、加計病院約90%（精神98%前後、一般86%前後）と、平均的である。戸河内病院は65%前後と低迷していたが、平成14年は、単年度ではあるが70%後半と、経営改善の兆しが伺える。しかしながら、まだ低く、赤字の要因の一つである。医業収支比率については、近年、加計病院は医業収支比率100%を超え、医業的安定傾向を示している。特に、総病床数のうち精神病床保有率50%の病院では、唯一、100%を超える。一方、戸河内病院の80%前半は、低目安定で、極めて厳しい状況といえ、経営改善が望まれる。

なお、加計病院は開設以来、過疎地の立地に関わらず、都市部に劣らない医療の提供を念頭に包

括医療を展開し、救急医療、へき地医療、在宅医療、オープン病床、健診活動等に加え、重度痴呆医療を含めた精神医療の実施等の地域医療への貢献が評価され、平成16年度自治体立優良病院総務大臣表彰を受けた。

5. 適正規模（施設）

施設の適正規模について、入院入所調査をもとに処遇と適正規模を分析しその結果をまとめたものが図表23である。

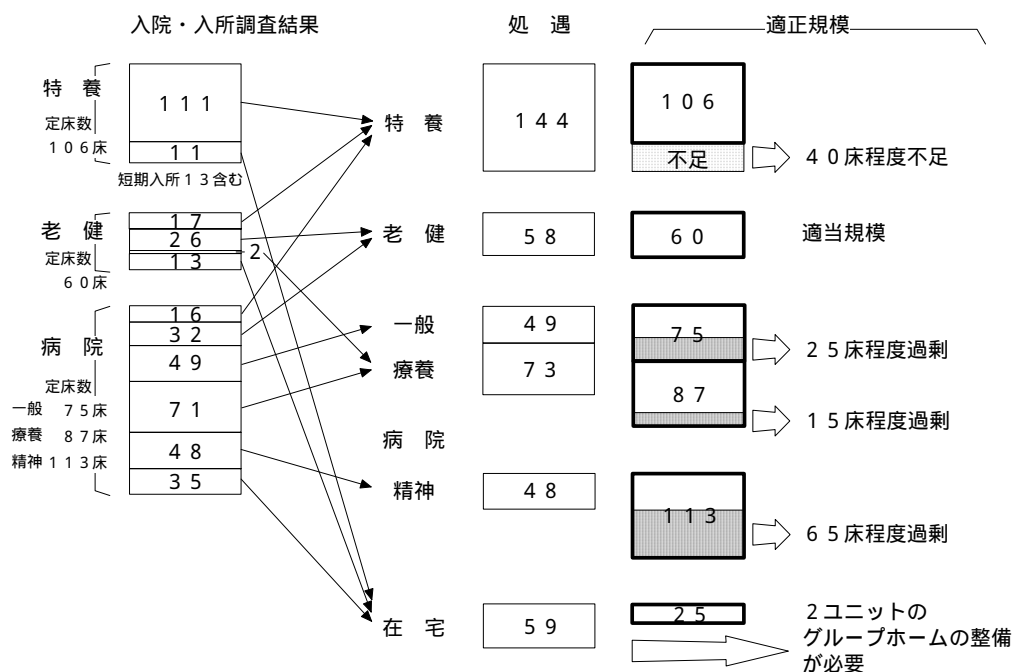
2003年2月の入院患者調査、主治医による医療的処遇の判断より、明らかになった事柄は以下3点にまとめられる。

（1）老健対象患者32人、特養16人、在宅で通院治療等35人と、病院以外の処遇対象患者が多い。在宅通院者の一般病棟、療養型病棟の患者であり、グループホーム、宅老所などの対象患者や社会的入院患者といえる。

（2）精神病床の患者の内、特養での処遇が適当とされる者が約4割いる。

（3）痴呆病棟では、72%が精神科のある一般病院での処遇が適当とされた。つまり、重度痴呆患者、36人が入院しているといえる。

図表23 医療・福祉施設等の適正規模



同入所者調査月の入所者調査、福祉従事者の専門家による入所者の処遇の判断から以下の2点の特徴が明らかになった。

(1) 在宅で通所介助が適当とされた入所者が、特養11人、老健13人いた。

(2) 一方、病院等医療機関での医療行為を必要とされた入所者は、老健の2人のみであった。

さらに、入院・入所調査より、処遇を考慮し、適正規模を算出すると、特別養護老人ホームの40人程度不足、老人保健施設は、適当規模、病院は、一般病床が45床程度過剰、精神病床は、65床程度過剰、グループホーム、2ユニットが必要、ケア付き高齢者集合住宅、35人定員規模、ショートステイ20人定員規模の増強、が指摘された。

これらのデータ解析結果から、家庭医的機能の推進が望まれると考えられる。なぜならば、前述の適正規模～は、何れも、住まいの重視の施策傾向に準拠した形態であり、国民健康保険中央会などが提唱する「地域における包括的な保健・医療の考え方」に沿っているからである。新町では、苦悩する他の市町村合併地区同様、新たな「医療中心の包括ケアシステム」の創出が必要であった。

また、人材の確保の必要性も明らかになった。開業医の高年齢化が懸念される中、地域住民のプライマリケアを担う「かかりつけ医」、コメディカル、健康づくり指導者の養成確保など、魅力ある地域づくりをも含めた人材育成確保対策が求められている。

以上の分析から、包括医療提供体制としての医療設備の構築、地域ケアを目的とする情報システムの構築の必要性が認められた。

6. 包括ケアの方向性と地域施設計画

上述の1-5までの調査結果より、地域住民が生涯（乳児から高齢者まで）住みなれた地域で、地域の方々と関わりを持ち、健康で健やかに安心した生活が送られるよう支えるシステムの構築が、住民の希望に添った魅力ある地域づくりに必要で

あることが示唆された。ここではまさに住民が主役であり、「あんしん」こそがマネジメントの基盤であり、医療・福祉施設がそれをサポートするという構造が望まれることと考える。

このような包括ケアを可能とするために、図表24の地域ケアシステムの枠組みを提案した。まず、提案した包括ケアの方向性について、3点に分けて紹介する。

(1)「自助」の推進：一人ひとりの自立支援（健康づくりと生きがい活動）

新町行健康教室や各種の検診、生きがい活動に積極的に参加し、高齢になっても自立して活動が続けられる「健康寿命」を延ばすために、住民個々人が「自分たちの健康は自分たちでつくる」という意識をサポートする。

(2)「共助」の推進：地域住民の助け合い、支え合いの構築

地域ではお互いに手助けをしながら生活しているが、福祉などの「受け手」であると同時に「担い手」であるという意識を持ち、地域ぐるみで自発的な助け合い活動を継続していくことが、地域で生涯にわたって健康で安心した生活を送っていくためには必要であり、「住民会議」、「NPO法人設立」など、住民参画型の包括ケアシステムを目指し、組織する。

(3)「公助」の推進：介護等、行政をととして行われるサービスの整備

保健・医療・福祉のサービスが必要となったときに、最適なサービスを一体的に提供するために、どのようなサービスを、誰がどの程度提供するのか、サービス提供機関をはじめ関係者が集まって、決定・合意するための組織として保健・医療・福祉統括センターを整備し運営する。

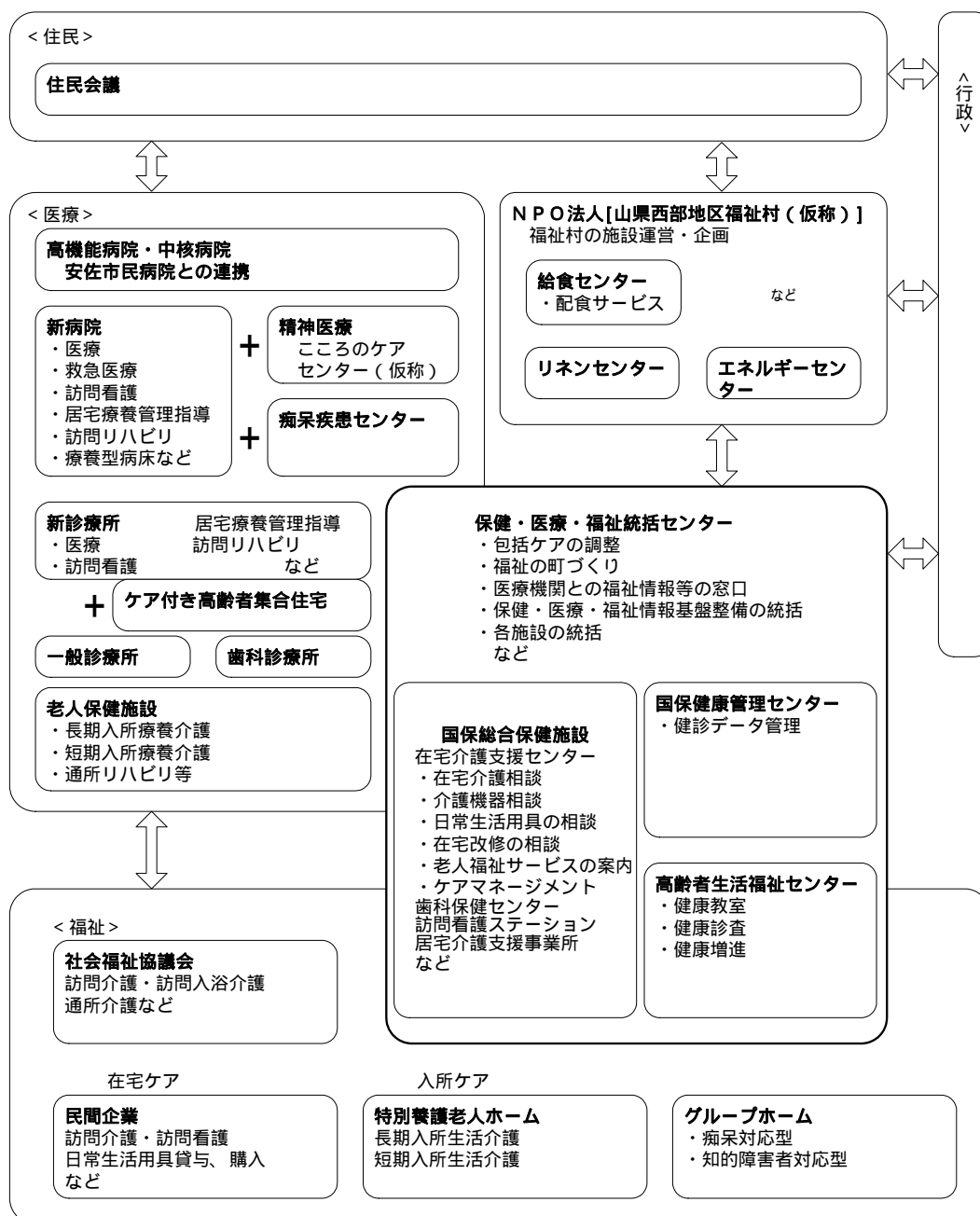
対象地域においては、提案した包括ケアの方向性を可能とする、包括的サービスの拠点としての医療施設環境整備の計画も策定した。それは、住民の利便性を考慮に入れた幅広い外来診療科目の編成、新町内で発生する傷病や事故など、あらゆる健康、疾病に対し、総合的・継続的原則的にすべて診察するプライマリケアの提供、高血

圧症、糖尿病、禁煙等のコントロールについて、精神科のコンサルテーションを含めた短期入院、一般外来からの入院に加え、広島市高機能病院での集中的治療終了患者に対する回復期の医療提供、住民を紹介すべき医療機関に対する恒常的な機能評価、高次機能病院における病院医師の協同診療、在宅での療養・介護を支援する訪問看護および介護教育の提供、である。

おわりに

以上が、対象地域において実施した調査と、調査の分析により提案した包括ケアシステムの理念と施設計画である。これらをもとに、現在、加計病院内リハビリ施設の拡充、行政部署の「あんしん」への統廃合、医療施設、福祉施設の改築、改修計画が進行中であり、今後益々、包括ケアシステムの発展が期待される。

図表 24 地域包括ケアシステムの枠組み



日本社会の生活を豊かにする鍵である「介護経営」のケアは、高齢者のみならず地域住民全てを対象とするものであると考える。なぜならば、本調査においても、健康づくりや生きがい作りの背景には、家族と地域の多世代の人の繋がりが不可欠であることが指摘されるからである。高齢者の健康づくりをサポートする世代や生きがいにかかわる世代は、広範囲におよぶ。

安芸太田町では、若年人口の減少が急速に進み、全世帯の6割以上が高齢者世帯である。また、平成12年の年少人口は、20年前の半数以下に減少し、近年の年間出生者数が40人前後となるなど少子化への対応が急務である。したがって、高齢化対策に加え、若者が住みやすく安心して子どもを産み育てることができるよう、社会全体で少子化対策と子育てを支援する次世代育成支援対策が、地域の福祉施策の重要課題でもある。若年層の負担を軽減するという観点から、保健・医療・福祉の充実に併せ、「健康計画」の策定及び推進、生活基盤整備や生涯学習環境の充実などにより、高齢者がいつまでも元気にいきいきと暮らせる環境づくりと、同時に、安心して子どもを産み育てることができるよう社会全体で子育てを支援する環境づくりが必要である。つまり、少子化対策と高齢化対策の両方は、分化するものではなく、両者を含めた包括ケアが重要であるといえる。

したがって、保健・医療・福祉の中核施設である「あんしん」の役割は重要であり、「地域保健医療に関する住民アンケート調査」、「小児医療に関するアンケート調査」を実施するなど、小児医療を含めた受療行動や住民ニーズなどの把握にも勤めている。

また、同町は、平成18年4月に病院を地方公営企業法の「全部適用」とし、小回りの効く医療提供体制を構築する。自治体病院のあり方については、厳しい経営環境や医師不足等が全国的な課題であり、機能分担と重点化によって、限られた医療資源をより有効に活用していく必要がある。その際の、選択肢のひとつが、再編による機能集約とサテライト化であり、病院完結型から、機能連

携による地域完結型への移行である。

本事例研究は、地勢と人口、施設の現状、受療動向、病院の現状などにかかわる多量なデータと、多様な調査により、客観的データに裏付けされた「根拠」に基づいた提案を行い、地域の介護経営と運営に関わる施設計画を行ったものである。周知のとおり、今日、各ヒューマンシステムのサービスの質の向上を図るにあたって、「根拠に基づいた実践(Evidence Based Practice)」の重要性が指摘されている。今後各自治体においても、自治体病院の現状を多角的かつ詳細に調査・分析し、より客観的なデータに基づいて、今後の果たすべき「地域保健医療福祉の将来像」について、活発な議論が展開されることを切に願うものである。付記)本研究は、科学研究費補助金基盤研究(B)「地理情報システムを用いた保健、医療、福祉供給体制シミュレーションと施設配置の評価」の研究の一部である。

引用文献

- 1) 宇田淳: GISを用いた保健・医療・福祉情報システムの開発、地理情報学会 GISA、Vol.9、433-436:2000。北野幸子、宇田淳: 空間情報システムを用いた幼稚園・保育所の設置状況分析に関する基礎的研究、幼年教育研究年報、第24巻、23-29:2002。北野幸子、宇田淳: 呉市・黒瀬町における幼稚園と保育所のサービス提供体制に関する研究、幼年教育研究年報、第25巻、63-70:2003。北野幸子、宇田淳: 宗像市の保育サービス提供体制に関する評価研究、福岡教育大学紀要、第54号第5分冊、77-91:2005。北野幸子、宇田淳: 山間地域における保育サービス提供体制の評価研究: 広島県山県郡安芸太田町の事例を中心に、福岡教育大学紀要、第55号第5分冊:2006(印刷中)
- 2) 宇田淳、他: 町村合併時の医療福祉施設の在り方に関する研究、日本病院管理学会演題抄録、272:2003。山県郡西部三町村合併協議会山県郡西部地域ケアシステム調査報告書、山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会:2004。

Abstract

The social insurance system for elderly care has revised, recently. It is suggested that the comprehensive and integrated approach should be adopted in care service management in coming future. This is a case study of regional planning for care service system in Aki-Ota-Cho, Yamagata-Gun, in Hiroshima, which is intermediate and mountainous area, and its composition of population shows coming aging society.

In this research we investigated the area from a lot of aspects and offer the establishment and management plan for comprehensive and integrated institution. In order to analyze the area as a whole, we conducted the area survey, hospital and welfare institution survey, using spatial information system. And more, survey of hospital inpatients and residential survey in care settings. We also investigated consultation behavior and receipt. From our data, it was made clear that there are problems to get services in convenience because of lack of the accessibility and alternative, and it was suggested to build a new system of comprehensive family support plan using public facilities in medicine and welfare. Accepting our offering regional plan, Aki-Ota-Cho started to organize comprehensive and integrated institution. This research suggests that it is very important to investigate the area from wide aspect and through a multilateral standpoint, and to plan the comprehensive institutions on scientific grounds from objective data.

〔研究論文〕

介護保険制度における小規模多機能福祉システムの設計・構築と実験的検証

著者： 柿沼利弘（社会福祉法人東北福祉会せんだんの杜ものう 東北福祉大学総合福祉学部）

共著者： 関田康慶（東北大学大学院経済学研究科 医療福祉講座医療福祉システム分野）

抄録

本研究は、宮城県石巻市桃生町において、介護老人福祉施設の一部を機能分化して、小規模多機能福祉システムを設計・構築し、その成果を機能や経営面などから実験的に評価している。本稿では第1に、介護機能ユニット及び小規模多機能福祉システムと従来の施設・在宅中心モデルと比較分析をおこない、小規模多機能福祉システムの必要性・存在価値を論じている。第2に、小規模多機能福祉システムの設計・構築を議論し、分析している。第3に、小規模多機能福祉システムの妥当性の検証を行うため、建設設備費分析と経営収支分析、各機能ユニットの経営分析を行った。小規模多機能福祉システムは、介護保険施設の機能の分化と介護機能ユニット及び地域ユニットを統合したシステム形態であり、介護需要が潜在的に存在する地域社会にとってその充足を迅速に図る有効なシステムである。さらに、経営的観点においては、施設整備投資の縮小化、介護サービス供給の増加、移動コストの減少化に伴う収益性の増加が判明した。また、迅速な介護供給整備、初期投資や運営経費、サービスの質の確保などの観点から優れたシステムであることが判明した。

キーワード：介護機能ユニット、機能ユニット統合、システム設計、小規模多機能福祉システム、システム経営評価

1. はじめに

1.1 研究目的

21世紀の我が国は、人口の高齢化と少子化の進行によってもたらされる社会構造から「介護社会」といっても過言ではない状況を呈している。高齢化と長寿化が進行しており、多くの要介護者に対するシステム作りが求められている¹⁾。小規模多機能福祉システムは、在宅と施設をコーディネートするシステム機能であり、地域密着型の介護機能ユニットの統合サービス・システムとして期待されているが、地域に適合したシステム設計をどのように行なうべきか、介護機能ユニット・マネジメントのあり方、評価については理論的、実証的研究がほとんど行なわれていない。小

規模多機能施設は、平成18年度からの改正新介護保険制度でも地域密着型介護サービス・システムとして重視されており、この問題の解明は小規模多機能福祉システムの設計者や介護サービス利用者の視点から地域の介護サービス整備に貢献することが期待される。

本研究の目的は、介護保険制度における地域密着型小規模多機能福祉システムを設計する方法を提案し、実際にシステム設計を行い、システムを構築して、期待される機能や経営を評価し、システム設計・構築の妥当性を検証することである。いいかえれば小規模多機能システム設計・構築の実験計画を策定して、それらの妥当性を機能・経営分析により検証することを目的としている。

本稿では第1に、介護機能ユニット及び小規模多機能福祉システムの定義と機能・特徴、整備状況等を論じ、従来の施設・在宅中心モデル間で比較分析をおこない、小規模多機能福祉システムの必要性・存在価値を論じる。第2に、小規模多機能福祉システムの類型を示し、システムの設計・構築をおこなう。またこのシステムの機能・立地・規模について分析する。第3に、小規模多機能福祉システムの妥当性の検証を行うため、建設設備費分析と経営収支分析を行う。第4に、小規模多機能福祉システム機能ユニットの経営分析を行う。第5に実験の検証結果をまとめ、考察している。

1.2 研究方法

本研究では、宮城県石巻市桃生町をフィールドとし、当地に所在する特別養護老人ホーム「せんだんの杜ものう」のサテライトとして、小規模多機能福祉システムを設計し、システム構築、システム運用を行い、設計・構築やマネジメントの妥当性を機能・経営分析の視点から検証する。システムの設計・構築は、利用者のサービス需要予測、サービス供給分析などをおこなって実施されたもので、その妥当性をシステム運営の成果まで含めて実験的に検証する。すなわち、本稿で論ずる小規模多機能福祉システムの妥当性を検証するため、設計・構築から運用成果まで包括的に検証する実験計画に基づいて研究する。小規模多機能システムの設計・構築やマネジメントの評価は、建設設備費分析、機能ユニット・全体システムの経営収支分析などを適用する。

実験計画では、小規模多機能福祉システム設計を、システム設計の基本指針である 7W2H2E（誰が、誰のために、いつ、どの地域(場所)で、どの領域の、どのような問題を対象に、どのような理由に基づいて、どのような方法で、どの程度の資源を投入して、どのような根拠に基づいて、ど

のような成果（結果）を得られたか評価する）を適用、地域の介護需要予測・見込み量などのデータ把握、小規模多機能福祉システム概念・類型の定義、小規模多機能福祉システムと従来のシステムとの比較分析、小規模多機能福祉システムの設計、設計に基づくシステム構築、機能・経営収支を中心とする成果分析、小規模多機能福祉システムの総合評価と課題、に分けて検討・検証しているが、本稿では、
、
、
、
を中心として報告する。

2 小規模多機能福祉システムの特徴

2.1 小規模多機能福祉システムの定義

ここで述べる小規模多機能福祉システムとは、「小規模な介護機能ユニットを統合(調整・管理)して運営されるシステム」²⁾と定義する。介護機能ユニットとは、「介護サービスを提供する訪問系、通所系、滞在系及び居住系の機能単位」である。介護機能ユニットには、通所介護機能ユニット、短期入所生活介護機能ユニットなどの居宅介護サービスユニット、認知症高齢者共同生活介護機能ユニットなどがある。

機能ユニットは、医療、介護、地域福祉等の目的を特定し、医療機能ユニット、介護機能ユニット、地域福祉機能ユニット等と表すことができ³⁾、医療機能ユニットと介護機能ユニットが小規模ユニットとして統合されると、小規模多機能医療介護機能ユニットシステムと呼ぶことができる⁴⁾。小規模多機能システムには、医療機能ユニット、居住機能ユニット、地域福祉機能ユニット、地域包括支援センターなどを統合する小規模多機能医療在宅福祉機能ユニット統合システムも考えられる⁵⁾。このように小規模多機能福祉システムは、福祉系機能ユニットの統合によるシステムであるが、より広範囲の機能ユニットで小規模多機能システムを拡張設計することができる。

本稿で述べる小規模多機能福祉システムの介護（サービス）機能ユニットは、『訪問』『通所』『短期』『居住』等をそれぞれ1つの介護サービス機能ユニットとして位置づけ、利用者の身体状態に応じた包括介護サービスを提供するシステムと捉えている。厚生労働省が制度化する地域密着型・小規模多機能居宅介護施設を含む概念である。

また、地域単位として日常の生活圏域を単位とするところは同様であるが、本研究では住民の生活圏域を小学校区と位置づけている。18年度改正新介護保険制度では中学校区を圏域の単位と考えていることが多い。小規模多機能システム整備は市町村が介護保険事業計画に位置づけることを条件としており、開設についての認可を受けることが義務付けられている。市町村が事業所を指定し、介護報酬を決定するとなれば、委託といってもモニタリング評価がなければ措置制度に近い運営がなされる可能性がある。また介護機能ユニット面での相違点は、いわゆる居住機能部門の設置が必須とされていない点である。

これら本稿で定義している小規模多機能福祉システムは、厚生労働省が創設する新たなサービス体系のひとつである小規模多機能型居宅介護事業を含むシステムといえる。いいかえれば、本稿は改正介護保険制度で導入される地域密着型小規模多機能施設の拡張システムの研究を先行して行なっていることになる。

2.2 小規模多機能福祉システム構成単位の機能ユニットの整備状況とシステムの特徴

小規模多機能福祉システム構成単位の介護機能ユニットの全国の整備状況²⁾を見ると

1) グループホーム(認知症高齢者共同生活介護事業所)機能ユニットは、平成12年度から介護保険法に基づく指定居宅サービス事業の一つとして位置づけられたことから急増し、平成12年10月で

は675箇所であったグループホーム⁶⁾は平成16年10月には5,449箇所に至るまで増加している⁷⁾。

これらのグループホームのうち、経営母体を見ると47.25%は会社などの営利法人が占め、ついで、社会福祉法人の24.53%、医療法人の20.60%、特定非営利法人(NPO)は6.22%である。グループホームの平均ユニット数は1.6ユニット、平均利用定員は、8.8人であった。

2) ホームヘルプサービス(訪問介護事業)機能ユニットは、介護保険制度開始時には9,833箇所であったが、平成16年度には17,295箇所に至るまで175%の増加となっている。利用者数は、平成12年9月では446,679人が平成16年9月では978,124人と218.97%の増加となっている。

3) デイサービス(通所介護事業)機能ユニットは、介護保険制度開始時に8,037箇所の事業所であったが、平成16年度では14,737箇所になり183.36%増加している。特に、平成15年度には2,200箇所以上の事業所が誕生している。デイサービス利用者は平成16年9月には1,010,060人と居宅介護事業の仲で最も利用者数が多い介護サービス事業である。

4) ショートステイサービス(短期入所介護事業)機能ユニットは、介護保険制度開始時に4,515事業所が平成16年では5,666事業所と125.49%増加している。利用者数は、平成12年9月と比較すると186.80%と増加している⁸⁾。

こうした介護機能ユニットのサービス需要変化を見ると、高齢化に対応した介護サービスの急速な需要増加がみられる。この介護サービス需要増加に対応した保険料や租税の負担増加が短期間で求められる⁹⁾ため、多様な介護サービスを効果的・効率的に地域密着で提供できる新たな介護サービス提供システムを早急に構築する必要がある⁵⁾。小規模多機能福祉システムはこの要請に応えられる機能があるので、早急にこのシステムの構

築・整備が求められる。

2.3 小規模多機能福祉システムの存在価値

入所型施設において入所者の約8割以上が社会的入所といわれているが、多くは家族介護が困難であるか、在宅では自立した生活が困難である場合が多い理由で入所を継続している。この結果、入所者は自宅に帰ることなく、施設に留まるか他の病院や施設に移動する傾向にある¹¹⁾。

介護老人福祉施設利用者の入所前の居場所の推移を見ると、2003年には家庭が28.7%と約3割で最も多い場所であった¹²⁾(図表1)。入所前の場所は、家庭以外に、医療機関、介護老人保健施設がそれぞれ3割に近い割合になっている。しかし、2005年では医療機関が若干多くなり、家庭からの入所と医療機関、介護老人保健施設からの入所という「家庭、医療機関、介護老人保健施設」

「介護老人福祉施設」「死亡、医療機関」という移行連携パターンが多く見られる。利用者が介護老人福祉施設に入所しても、9割以上が死亡退所か医療サービスを必要として入院していることを示している。医療機関退院後、約3割が介護老人保健施設入所に移行しているが、介護老人福祉施設の待機者数の推移などをみると、介護施設入所サービス量が不足していて、入所待機のために病院や介護老人保健施設に継続入院・入所しているとも推測される。社会的入院患者の存在がこのことを裏付けている。介護老人福祉施設から家庭に帰るケースはほとんどない。

このような結果をもたらす問題は2つある。第1は介護老人福祉施設が介護の終着駅的機能になっていること、第2は、医療や介護の機能の異なる近接していないユニットを利用者が移動している点である。第1の点は、介護機能が充実していても自立支援が行なわれていても、在宅で生活する

には無理があることに起因している。小規模多機能福祉システムは、複数の介護機能ユニットが近接しているために、自宅に帰る前の準備や施設からの退所を可能にする特徴を有している。第2の点は、地理的に離れた異なる医療や介護の機能ユニットを利用することは、手続き上も経過観察の上からも困難な面がある。小規模多機能福祉システムであれば、複数の機能ユニットが近接しているので、実験的に気軽に自立支援の試みが可能となる。このように小規模多機能福祉システムは、現在の施設・在宅中心の介護支援システムを調整し、施設・在宅の介護機能を向上するのみでなく、小規模多機能福祉システム自体が地域密着型介護サービスを提供できる。平成18年度からの改正新介護保険制度では、地域密着型の小規模多機能施設整備が推進されるので、小規模多機能福祉システムに近い効果が期待される。

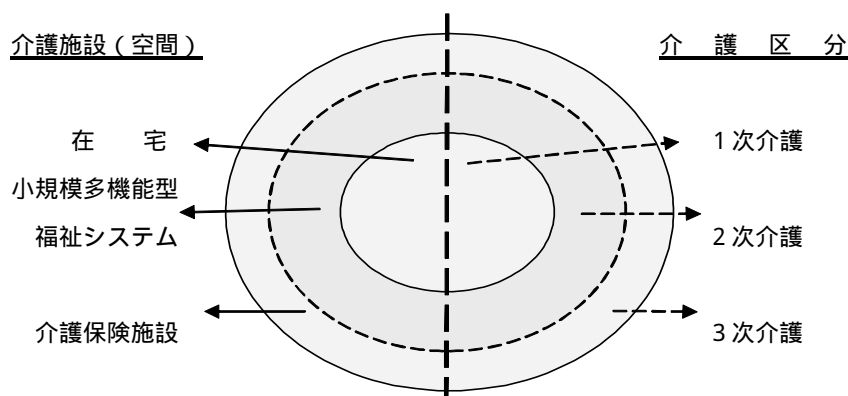
本研究で新たに設計された介護サービス提供システムは、在宅介護と施設介護の2極に小規模多機能福祉システムを加える<図表2>に示すシステム系となる。介護の区分を、「1次介護」「2次介護」「3次介護」に区分し、これを介護が行われる空間と重ねてみると、1次介護は在宅介護の形態になる。2次介護は小規模多機能福祉システムをコアとして在宅介護を支援し、施設からの受け皿となる多様性を持つ形態である⁵⁾。3次介護は介護保険施設をコアとする包括介護の形態である。利用者は、この介護区分間を介護の状態に応じて必要な介護サービスを利用するため移動する。この移動は、小規模多機能福祉システムの機能ユニットが近接しており、かつコーディネート機能により支援できるので、迅速・活発に行なうことが可能となる。このように小規模多機能福祉システムは、施設・在宅介護を支援し、多様の機能ユニットサービスを提供できる点で存在価値が高い¹⁴⁾。

図表1 介護老人福祉施設利用者の入退所時の居場所

< 入所前の場所 >		2003	2005		2003	2005	< 退所後の行き先 >	
		%			%			
家庭	28.7	30.0	介護老人 福祉施設	1.6	2.7	家庭		
介護老人福祉施設	3.4	3.4		1.5	1.0	介護老人福祉施設		
その他の社会福祉施設	5.5	4.5		0.2	0.5	その他の社会福祉施設		
介護老人保健施設	27.6	26.8		0.3	-	介護老人保健施設		
医療機関	28.2	30.2		28.9	23.4	医療機関		
その他	6.6	5.2		65.5	71.3	死亡		
				2.1	1.1	その他		

* 厚生労働省 平成13年度及び平成15年度介護サービス施設・事業所調査データをもとに作成

図表2 新たな介護サービス体系の概念



* 柿沼利弘「介護保険制度下における小規模多機能福祉施設および地域分散型システムの設計と効果効率に関する研究」
東北大学大学院修士論文 2004

2.4 小規模多機能福祉システムと既存の在宅・施設サービス・システムとの比較、関連性

本稿で論じている小規模多機能福祉システム（システムA）と現行の在宅・施設を中心とする介護サービス・システム（システムB）の比較、関連性を分析すると、以下のような特徴がある。

1) システムAの介護サービスの利用方法の大部分は、システムB同様、現行のケアプランやサービス提供計画に基づいて対応するが、システムAで

は学童保育等の地域福祉機能を地域の実情に応じて弾力的に併設可能であり、サービスを利用者の自己負担により提供できる。

2) システムAは、機能ユニットの標準化を行いやすいので、ユニットの初期投資や運営費が標準化しやすい。このため在宅介護サービスを包括化し、介護報酬や委託費を包括払いし易く、小規模多機能福祉システムの開設者・経営者・保険者にとって対応しやすいが、システムBでは、施設全体の人員・施設基準に基づく標準ユニットはあるが、運

営管理面からのユニット化は改築が必要な場合も多く、在宅でのサービス環境も異なるので包括化には機能ユニット整備など工夫が必要。

3) システム A は、福祉サービス需要の増加とともに、小規模の地域密着型で新たな多様な福祉サービスを小規模ゆえに迅速に提供し、施設や在宅サービス利用との調整機能を果たすことが可能なので、システム B よりもサービス供給が迅速・広範囲で利用者の便益や資源利用効率を高める効果が期待できる。

4) システム A の機能ユニットでは総定員が同じでも、小規模多機能福祉システムが複数分散配置されるため、単位機能ユニット当りの利用定員はシステム B の介護施設に比べると少なくなり（特養ユニットケアは、システム A に近づく）地域に密着したサービスが可能となる。

5) 福祉サービス提供者や利用者のサービス時の移動に関して、システム A は小学校区や中学校区に配置されるので、システム B よりも、システム内で多様なサービスを動線コスト（移動時間、移動にかかる費用）を短縮（減少）して受けることができる。また在宅サービス利用者にとってシステム A は複数のシステムが分散配置されるため、自宅の近くでシステムを選択してサービスを受ける

ことができる。

6) システム A では、初期投資がシステム B よりも少ないので、開設や経営が容易である。

システム A のグループホーム機能ユニットの建築整備費面積当り整備費は、システム B の認知症対応特養よりも少ない（本研究分析結果）。

7) システム A は、小規模で機能ユニットが近接して運営されているので、システム B の地理的に分散してサービスが提供される方式よりも、機能ユニット間の連携・シナジー効果が期待され、運営の弾力的対応が可能であり、地域の環境変化への適合性がある

8) システム B の施設は、システム A の機能ユニットよりも規模の経済性に優れているが、ユニット型サービスでは、規模の経済性が低下する。

9) システム A は、システム B の施設や在宅の介護サービスを円滑に支援するコーディネート機能を果たしているので、システム A は、システム B と連携・統合することにより、地域介護サービス・システムを構成できる。

小規模多機能福祉システムと既存の施設・在宅型システムとの比較、関連性を報酬、定員、サービスなどで比較すると、図表 3 のような特徴が得られる。

図表 3 小規模多機能福祉システムと既存の施設・在宅型システムとの比較、関連性

	介護施設	小規模多機能福祉システム	在宅
報酬	包括払い	包括払いが適切	出来高払い
定員	多い	少ない	
サービス	包括	包括	選択
移動時間・距離	長い	短い	長い
利用の連続性	ある	ある	ない
介護の専門性	高い	高い	低い
居住性	低い	高い	高い
地域性	やや低い	高い	高い
面積規模	大きい	小さい	
職員配置	固定配置	流動的配置	
運営費用	多い	少ない	
収益	多い	少ない	

3. 小規模多機能福祉システムの設計・構築と機能分析

3.1 小規模多機能福祉システムの設計と機能類型

認知症や要介護者の介護は、介護施設における認知症や要介護者の介護は、介護施設における介護と、在宅において家族介護や介護サービスを利用するなどの在宅介護に大きく分けることができる¹⁵⁾。しかし、介護ニーズの多様化や個別化など介護施設での介護では入居者の生活のすべてを完結することは不可能であることや、在宅での介護にも限界があることから介護の新たなシステムが求められようとしている¹⁶⁾。すなわち21世紀型の介護サービス・システムである。

小規模多機能福祉システムを設計するに当たり、小規模多機能福祉システムの形態を類型化しておく。類型化には、制限のある社会的資源を有効に活用するという視点と新たなシステムに必要な資源を備えるという観点から分類する。

(1) 類型 - 介護老人福祉施設の機能分化・地域分散タイプ

類型は、介護施設の機能ユニットの一部を分離して、通所系・訪問系の介護サービス機能ユニッ

ト併設を併設して機能統合を図り、地域に機能分化してゆくタイプ（図表4）である。

地域の要介護高齢者の介護サービス拠点として訪問系・通所系介護サービス機能ユニットを統合し、連続する介護サービスの利用や居住を可能にする。さらに、地域住民のインフォーマルな活動を養成・育成する機能や地域高齢者への配食サービスや学童保育などの地域福祉に関する活動を支援する多機能も持つ¹⁷⁾。

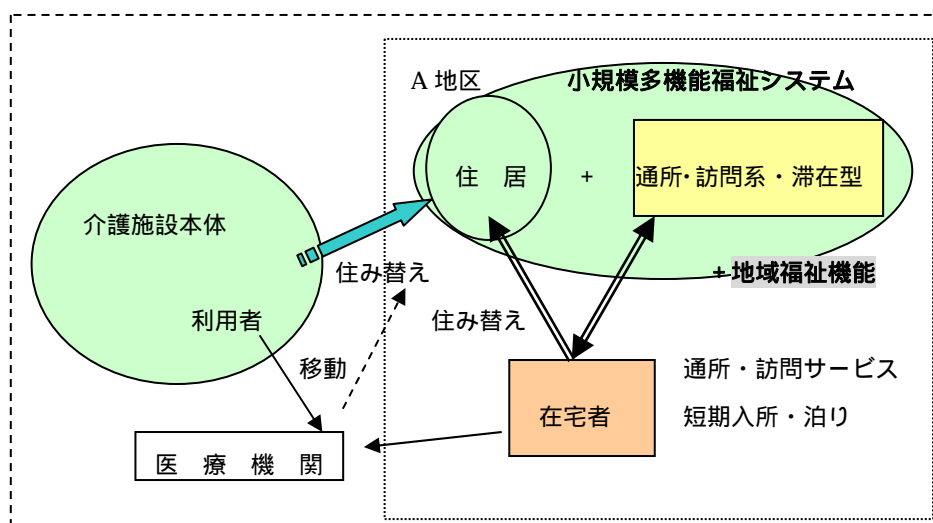
(2) 類型 - 小規模機能ユニットの統合タイプ

類型は、既存の宅老所やグループホーム機能に介護サービス機能ユニットなどを統合するタイプである。

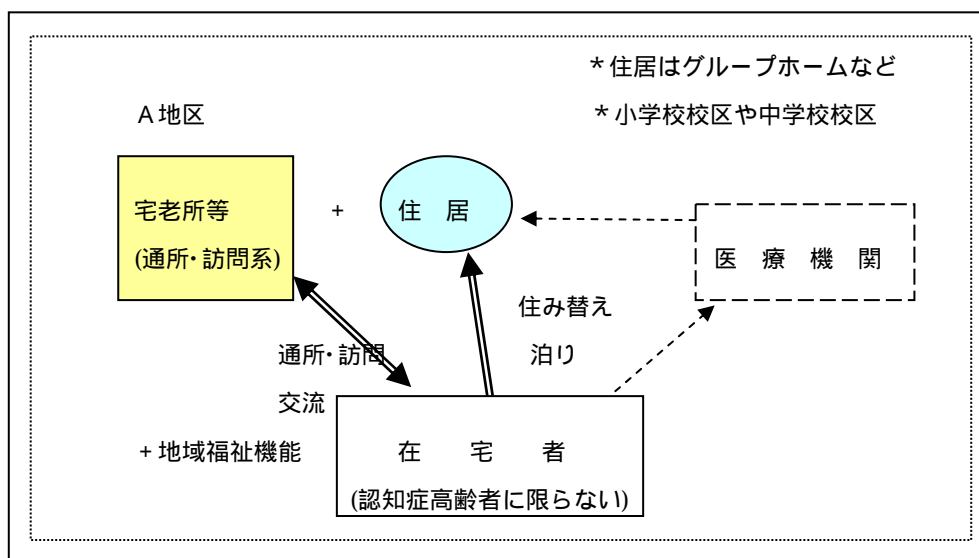
小規模機能ユニット統合タイプの基幹となっているのは、認知症高齢者の介護機能ユニットである。デイや短期入所の機能ユニットなどを統合している（図表5）。

このように、既存の大規模施設（機能ユニット）と在宅という形態の間に新たな小規模機能ユニット形態を位置付け、小規模多機能福祉施設を2類型化し、介護を受ける高齢者にとって効用を大きくすることは可能である。

図表4 類型 介護老人福祉施設の機能分化・地域分散タイプ



図表5 類型 既存施設等活用による小規模機能ユニット統合システム



3.2 類型 モデルによる小規模多機能福祉システム設計と構築

介護機能ユニットの機能分化と統合により、本研究で設計した小規模多機能福祉システム概要を次に示す。当該機能ユニット（事業所）は、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）を核としてその一部の機能分化を行い、小学校区域を事業エリアとして整備されている類型1モデルの小規模多機能福祉システムである。この小規模多機能福祉システムでは、多様な介護機能ユニットを統合し、居宅の要介護高齢者を対象にして介護サービスが提供される（図表6）。

小規模多機能福祉システムの設計に当たっては、必要な機能ユニットを明確にするために、マーケットリサーチ、地域社会資源に関する情報の収集と分析を行っている。

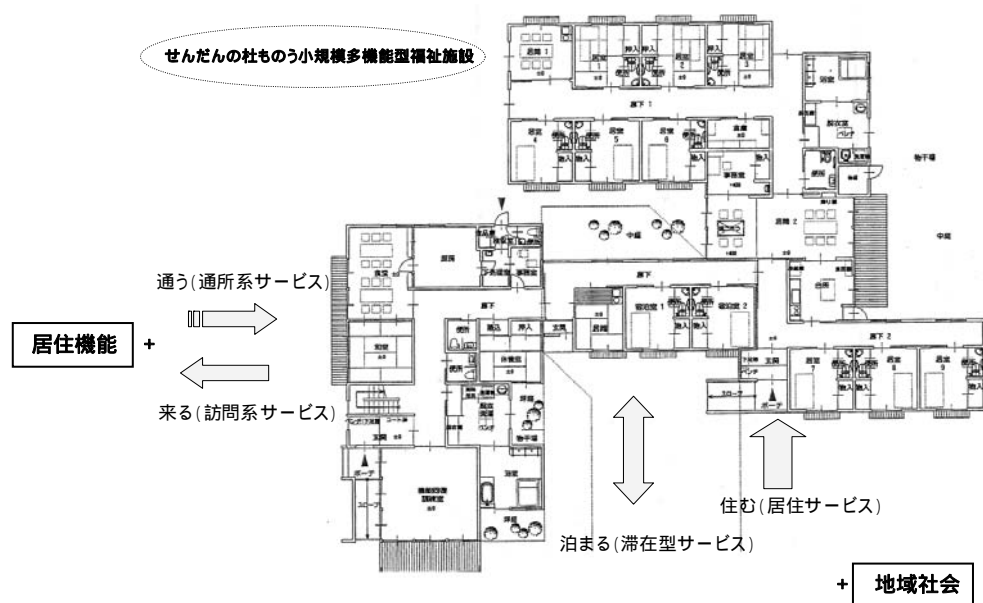
具体的に介護機能ユニットを見ると、「通所型」

介護機能ユニットと「滞在型」介護機能ユニット、「居住型」介護機能ユニットに相談機能を統合して、一体的に要介護者へのマネジメントが行われる形態をとっている。さらに、学童保育機能ユニットの福祉のサービス機能を合わせており、いわゆる「地域福祉機能」をユニットとし付加しているところが特徴である。

これらの機能を統合することにより、要介護者の介護が必要な状態に応じたマネジメントが実施され、地域社会の資源を活用しながら介護の社会化が図られるシステムとなる¹⁸⁾。

要介護者へのマネジメントにおいては、要介護の状態を総合的に把握することが可能であるため、介護サービスユニット間の利用調整やサービス内容のプランニングも一体的に実施できるため、「包括介護サービス」のマネジメントが可能となる。

図表6 小規模多機能福祉システム平面図



3.3 小規模多機能福祉システム（事業所）の立地 箇所・規模比較分析

設計・構築した小規模多機能福祉システムが立地するのは、人口が減少している農村地域である。人口の減少は 1985 年の水準を 100 とすると平成 17 年度は 63.28 となっており、減少傾向が続いている。高齢化率は 26.7%と増加傾向にある。さらに、近年高齢者世帯の増加が顕在化してきているところから、介護等支援体制の整備を急務とする地域である。

小規模多機能福祉システムは、居宅介護支援機能ユニット、利用定員 10 名（/日）の通所介護機能ユニット、認知症対応型共同生活介護機能ユニット（定員 9 名）、短期入所介護機能ユニット（定員 2 名）、地域福祉事業部分などから構成される介護機能ユニットの合築・統合されている。小規模多機能福祉システムの総整備面積は 558.92 m²である。このうち居宅介護支援機能ユニット部分が 23.19 m²、通所介護機能ユニット部分は福祉事業機能ユニット部分を含め 182.18 m²、短期入所介護

機能ユニット部分が 59.33 m²、認知症対応型共同生活介護機能ユニット部分が 294.23 m²である(図表 7)。

図表7 2004年度整備施設との比較

	面 積	建設整備総額	㎡当たり
小規模多機能福祉施設	294.23 ㎡	57,900 千円	196,808 円
県内認知症対応型生活介護事業所 平均	326.26 ㎡	56,980 千円	176,915 円

* 平成 15 年度宮城県内老人福祉施設整備費調査 2004

小規模多機能福祉システムの運営及び経営に関する分析を実施するに当たり、対象システムの事業規模等について、宮城県内の他事業所との比較をしておく。機能ユニットの規模について 2004 年度に整備された宮城県内の認知症対応型共同生活介護機能ユニット単体の面積平均と比較すると、

違いは 32.03 m^2 となっている。設計した機能ユニットを 1 とした場合の県内機能ユニット(単体)の面積は 1.10 となり、単体で整備するよりも面積は少ない。県内の認知症対応型共同生活介護機能ユニット面積の最小は 246.16 m^2 、最大では 393.10 m^2 であった。

4. 小規模多機能福祉システムの建築整備費と経営収支分析

4.1 小規模多機能福祉システムの建築整備費分析

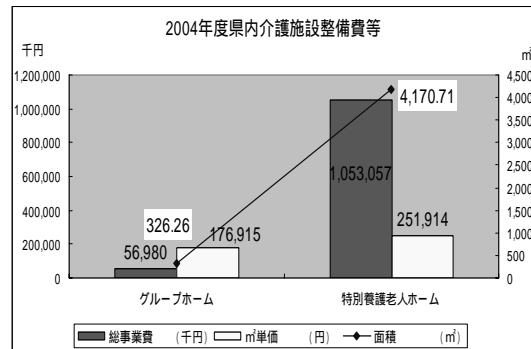
小規模多機能福祉システムにおける認知症対応型共同生活介護機能ユニット部分の建設整備費はおよそ 5,790 万円であったが、県内の認知症対応型共同生活介護機能ユニットの建設整備費はおよそ 5,698 万円である。小規模多機能福祉システム 1 m^2 当たりの建設単価はおよそ 196,000 円である。県内の機能ユニットの平均はおよそ 177,000 円とその差は 19,000 円余りであった(図表 7、8)。建築構造の違いなどから一律に比較することはできないが、小規模多機能福祉システムを 1 とすると県内機能ユニット平均は 0.9 であった。このような結果が出た理由として、県内の認知症対応型共同生活介護機能ユニットには、既存家屋の改築が含まれている、小規模多機能福祉システムの認知症対応機能ユニット以外の機能ユニットの方の建設整備費用負担分が多い、ユニット間の連携促進の空間整備が行なわれている。一般的には同じ機能ユニットを整備するのであれば、小規模多機能福祉システムの方の建設整備費が少ないはずであるが、ユニットを効果的に統合する空間的配慮などの費用も発生しているので、建設整備費はこの点も考慮が必要である。

4.2 小規模多機能福祉システムの経営収支分析

設計・構築した小規模多機能福祉システム全体の上半期分の収支状況は図表 9 に示している。収支面は運営を始めた 2003 年から増加しているが、

これは、新規機能ユニットの増設に伴う収支の増加であるほか、システムの稼働率が向上していることに起因している。2003 年からの収入増加率は 120.18 であり、支出の増加率は 116.75 である。

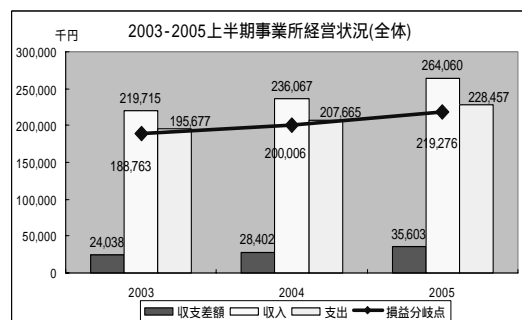
図表 8 2004 年度介護施設整備費比較



* 平成 14 年度宮城県内老人福祉施設整備費調査 平成 15 年度宮城県内老人福祉施設整備費調査 2004 柿沼利弘

損益分岐点は 2003 年の 188,763 千円から 2005 年には 228,457 千円に増加しているが、機能ユニットの増設が要因となっていると考えられる。

図表 9 2003 年～2005 年上半期分事業所全体の収支及び損益分岐点の推移



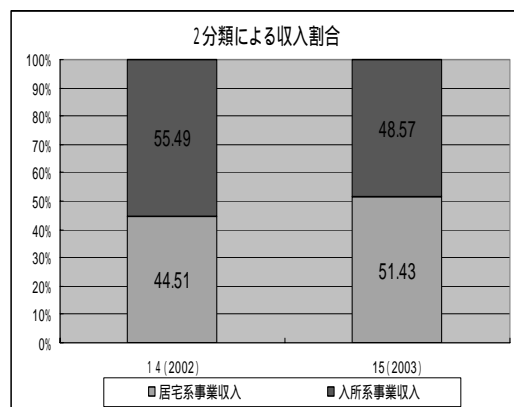
* 平成 15 年度・平成 16 年度せんだんの杜ものう収支決算書及び平成 17 年度せんだんの杜ものう毎月事業収支計算書をもとに作成

特養、事業小規模多機能福祉システムなど全介

介護サービス等事業を含めた全体に占める小規模多機能福祉システムの収入割合は、2003 年で全体の 6.92%、2004 年は 11.38%、2005 年は 13.67%となっている。支出では 2003 年 10.52%、2004 年は 12.65%、2005 年は 11.84%である。小規模多機能福祉システムの事業収入が増加したことで、事業所全体の収入の増加に連なっていることが分かる⁵⁾。

全事業の収入について、小規模多機能福祉システムの事業展開の前後を入所系施設サービスと居宅系介護サービスの2類型で比較すると、2002 年度では入所系施設介護収入の方が居宅系介護サービス収入を上回っているが、2003 年度における収支決算では、入所系施設介護収入が居宅系介護サービス収入よりも少なくなっている（図表 10）。

＜図表 10＞ 入所施設・居宅の2分類による収入割合



* せんだんの杜ものう平成 14 年度及び平成 15 年度収支決算書をもとに作成

これは、小規模多機能福祉システムの収支が大きな要因となっているが、小規模多機能福祉システムの事業展開により利用者の潜在需要・ニーズが増加した結果である。介護サービスのアクセスや効用・満足度が向上すれば、利用者が増加し、結果として小規模多機能福祉システムの収支が向上

する。すなわち、介護需要が存在する地域社会の市場化が図られる結果となり、費用効果で捉えらると、小規模多機能福祉システムの事業展開は、適切な介護需要拡大につながる²⁰⁾。今後さらに増加することが予想される介護需要に対して、資源利用効率とサービス・アクセス・効果を高めるシステムとして期待される¹⁾。

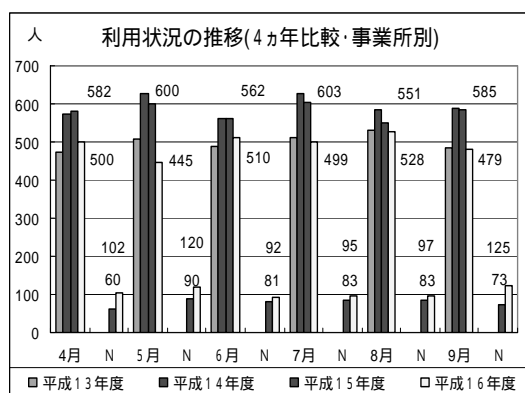
5. 小規模多機能福祉システムの機能ユニット経営分析

設計・構築した小規模多機能福祉システムで提供されている介護サービスは、居宅介護支援機能ユニット、通所介護機能ユニット、短期入所介護機能ユニット、認知症対応型共同生活介護機能ユニットを統合して一体的に経営している。

小規模多機能福祉システムの通所介護機能ユニットは 2003 年（平成 15 年）4 月に開所したが、それまでの通所介護機能ユニットの月平均利用状況は 531 が、2003 年では 545 に 2004 年には 598 となっている。利用対象者の増加もあるが、機能ユニットで潜在的ニーズの発見やサービス利用に結びつくマネジメントが実践された結果が現れている。地域分散型・小規模多機能福祉システムのマネジメントの成果といえる²²⁾。

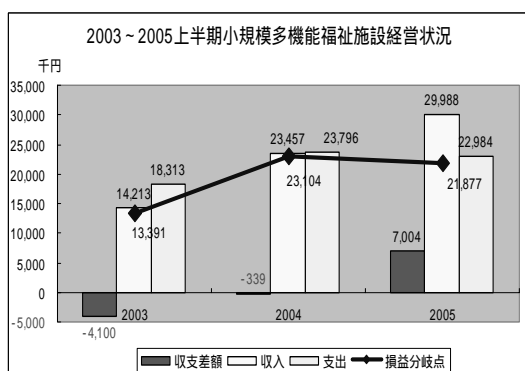
図表 11 は通所介護機能ユニットの利用状況の推移を示している。2003 年度に構築されたシステムの運営方針には、設置されている地域（小学校区域）内の介護ニーズに対応する機能整備が行なわれた。そのため開設からの 2 会計年度は収支差額がマイナスであったが、3 年目からはプラスに転じている。

図表 11 通所介護事業所の利用状況推移（2001年～2004年）



* 出典：平成13年度・平成14年度・平成15年度・平成16年度せんだんの杜ものう収支決算書及び平成17年度せんだんの杜ものう毎月事業収支計算書をもとに作成

図表 12 小規模多機能福祉施設の経営状況



* 平成15年度・平成16年度せんだんの杜ものう収支決算書及び平成17年度せんだんの杜ものう毎月事業収支計算書をもとに作成

6. 結果と考察

本研究が目的とした小規模多機能福祉システムの設計・構築及び社会的運用実験では、整備計画を立案する際にマーケットリサーチを行い、需要量及び見込み量、要介護高齢者の出現状況、地域内の介護供給資源の状況などを検討した。この方法の適用及び分析によって、小規模多機能福祉シ

ステムや機能ユニットの規模、統合する介護機能ユニットの種類等が設計されている。社会的運用実験では、実際に小規模多機能福祉システムを運営し、機能・経営面を中心に多くの評価を行ったが、主なものとして次の諸点が判明した。

1) 小規模多機能福祉システムを整備するには、住民の介護意識の把握、人口密度、要介護者の状況、介護需要、介護コスト、アクセスなどの条件を明らかにしておく必要がある。

2) 小規模多機能福祉システムの機能、介護の実態などの理解を地域住民に図ることが求められ、地域社会との関係強化が必要である。

3) 小規模多機能福祉システムは、小学校区域を単位として整備運営する介護サービス機能と、介護保険以外の地域住民福祉の向上を目的とした事業を展開する多機能性をもつシステムとして運用可能である。

4) 地域生活者にとって、介護機能ユニットの統合により限られた地域資源の活用など地域福祉の視点を持ち、介護保険サービス以外の子育て支援など多機能性を持つことが可能で、それぞれの機能を補完しながら機能統合が行われている。

5) 地域活動を実践する人的資源を小規模多機能福祉システムが確保することは経営の観点から難しいという問題があるので、地域資源とのネットワーク化が必要である。

6) 要介護者にとって生活の継続性と連続する介護サービスの提供、在宅での生活が継続でき、居住することもできる小規模多機能福祉システムのメリットは大きい。

7) 小規模多機能福祉システムを運営することにより、事業全体の介護供給量の増加が可能になっており、生産性の向上がみられたが、職員の負担は増加しておらず、利用者に対するサービスも良い環境が保たれていることから、資源利用の効果・効率が介護機能ユニット等の統合により達成

されていることが推察される。

8) 介護機能ユニットの統合が介護サービス利用者にとってのアクセスや満足度の向上(便益の増加)をもたらし、小規模多機能福祉システムの視点からは、サービス供給増加につながった。

9) 介護機能ユニットの統合による連続した介護サービスがコスト削減に働き、収支バランスが向上し、介護事業経営に貢献した。

10) 小規模な事業範囲における介護サービス供給システムは、事業の効率化を図ることが容易であり、改善の対応を弾力的に、かつ必要なら頻度多くできる。

11) 小規模多機能福祉システムの建設整備コストは低いので、参入が容易であり、競争環境を作りやすいし、機能ユニットの統合により投資規模の選択が可能である。

このように小規模多機能福祉システムは、高齢社会の進行及び介護需要の増加、限られた保険財源の有効利用、多様化する介護ニーズ対応には有効である²³⁾。農村地域に限らず都市部における介護需要に対し、小規模多機能福祉システム及び地域分散型システムは大きな役割を果たすものと考察できる。

施設の機能分化により、在宅介護サービスは種々の在宅介護サービス機能ユニットの統合でサービスの包括化を容易にする。サービスの包括化を図ることにより利用者にとっても事業者にとっても効果・効率性のある介護サービス提供が可能になる。効率化が図られることによりコスト抑制が可能となり、質の高い全人的な介護サービスが提供できる²⁴⁾。

介護サービス形態が変化すると介護報酬のありかたも検討すべきである。小規模多機能福祉システムのサービスを訪問介護や通所介護、痴呆性高齢者グループホーム各機能ユニットという別立ての料金体系を、機能ユニットの統合形態により全

てのサービスを含んだ包括的な料金体系として新たに整備することが可能となる。18年度の介護報酬改定で、小規模多機能居宅介護の包括評価が導入されているが、この根拠の資料として本稿で検証した小規模多機能福祉システムの費用分析結果も参考にされている。介護サービスの包括的评价は関係者にとって運営しやすい反面、介護機能とサービスの関係を事前・プロセス・事後評価しなければ、包括的评价の妥当性を判断できない。このためユニットの機能やサービス情報を収集して評価するモニタリング機能の充実が求められる。

7. まとめ

小規模多機能福祉システムは、介護保険施設の機能の分化と介護機能ユニット及び地域ユニットを統合したシステム形態であり、介護需要が潜在的に存在する地域社会にとってその充足を迅速に図る有効なシステムである。さらに、経営的観点においては、施設整備投資の縮小化、介護サービス供給の増加、移動コストの減少に伴う収益性の増加が判明した。また、介護サービス供給側にはサービスの質の確保、介護サービス供給のマネジメントの重要性が見直されるとともに、小規模であるが故に従事者の訓練などその質の確保も達成された。本研究では、小規模多機能福祉システムの設計・構築を実験計画的に行ない、その効果を主に経営分析面から検討したが、このシステムは、地域での迅速な介護供給整備、機能ユニットと統合形態の選択の初期投資や運営経費、サービスの質確保などの観点から優れたシステムであることが判明した。

今後の課題として、地域で小規模多機能福祉システムを構築してゆく方法を、施設や在宅サービスの状況、生活環境状も考慮して体系化すること、介護報酬の設計について検討することなどがあげられる。

参考文献

- 1) 藤咲暹、関田康慶：医療システムの将来戦略、医療機能の分化と統合、pp221 - 22、医学書院：1989
- 2) 柿沼利弘：介護保険制度下における小規模多機能福祉施設および地域分散型システムの設計と効果効率に関する研究、東北大学大学院修士論文：2004
- 3) 関田康慶：機能分化と医療経営、日本病院雑誌 Vol.51、No.1、pp67 - 80
- 4) 伊藤敦、関田康慶：医療・福祉・居宅機能ユニット統合システムの視点から考察したグループ診療の効果と問題点、グループ診療研究、Vol.11、No.1：2005
- 5) 関田康慶：高齢社会の医療・福祉・居宅機能ユニット化・統合化の効果と効率に関する研究、文部科学省科学研究費(基礎研究 B(1))報告書：2005
- 6) 厚生労働省：平成 13 年度介護サービス施設・事業所調査 (<http://www.mhlw.go.jp>)
- 7) 厚生労働省：平成 16 年度介護サービス施設・事業所調査(<http://www.mhlw.go.jp>)
- 8) 厚生労働省：介護給付実態調査(月別) (<http://www.mhlw.go.jp>)
- 9) 西村周三：医療と福祉の経済システム、筑摩書房：1997
- 10) 早川和男：居住福祉、岩波新書、岩波書店：1997
- 11) 厚生労働省：平成 15 年度介護サービス施設・事業所調査(<http://www.mhlw.go.jp>)
- 12) 柿沼利弘：地域密着・小規模多機能型施設及び地域サテライトの設計に関する研究、病院管理、Vol.40 Supplement、日本病院管理学会：2003
- 13) 外山 義：グループホーム読本、ミネルヴァ書房：2000
- 14) 柿沼利弘：高齢者の住まいと地域生活を考える、高齢者の地域生活支援セミナー資料、CLC：2001
- 15) 小笠原浩一、武川正吾：福祉国家の変貌、東信堂：2002
- 16) 岡本祐三：高齢者医療と福祉、岩波新書、岩波書店：1996
- 17) 柿沼利弘：介護保険制度下における小規模多機能福祉施設利用者及び経営の効果効率に関する考察、病院管理学会、Vol.42 Supplement、日本病院管理学会：2005
- 18) 小宮英美：痴呆性高齢者ケア、岩波新書、岩波書店：1996
- 19) 広井良典：日本の社会保障、岩波新書、岩波書店：1999
- 20) 関龍太郎：デンマークの高齢者福祉の近年の変化、島根の国保：2002
- 21) 渡辺孝雄：医療福祉サービスの経営戦略、じほう：2001
- 22) 宮城県桃生町：第三次桃生町長期総合計画、桃生町：2001
- 23) 内閣府：平成 15 年度高齢者介護に関する意識調査概要：2003

Abstract

In this paper, outcome, function and management of designing and constructing a small scale multi-functional welfare system are experimentally evaluated, which is constructed by functional differentiation of a elderly care facility and located at Mono town, Ishinomaki City in Miyagi Prefecture. In this paper, firstly necessity and value of the small scale multi-functional welfare system is examined comparing with the existing facility and residential care system. Secondly,

design and construction of the small scale multi-functional welfare system is analyzed. Thirdly, construction cost analysis, revenue-cost analysis and management analysis of each functional unit are examined in order to make validity of a small scale multi-functional welfare system clear. The small scale multi-functional welfare system is a system of integrating functional differentiation of a welfare facility and regional function units, and an effective system to supply care service rapidly in an area where there are latent care demand. From the view point of management, it was became clear that care service supply increased, transfer cost decreased and revenue increased. This system is superior for rapid care service supply, decreasing initial cost and running cost, keeping quality of care service.

〔研究資料〕

高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント リスク対リスクにおけるリスクバランスの考察

著者： 浅井タツ子（岐阜経済大学）

抄録

福祉サービスの提供方式の変革は、利用者サイドの意識変革を招き、介護事故への関心も新たな展開をしている。人権を考えた介護のあり方が問われ、事故防止対策の検討は、多くの施設にとって重要かつ緊急のテーマである。リスクマネジメントの定義を考え、福祉におけるリスクマネジメント研究の経緯と現状を分析する。また、福祉経営におけるサービス成果の不確定要素、組織とクライアントの関係および社会制度の枠組みについて検証し、市場経済におけるサービス評価のあり方とクライアントの社会的地位への影響を考える。福祉サービスの倫理的価値基準と経営リスクの矛盾を考察し、サービス組織におけるリスク対リスクにおけるリスク・トレードオフを解析する。研究の結果、総合的リスクコミュニケーションシステムの構築と、リスクコミュニケーション能力を持った人材育成の必要と、リスクを社会化し関係機関のガイドラインを整備することが必要をあげる。

キーワード：ヒューマン・サービス組織、リスクマネジメント、リスク概念、リスクバランス、リスク・トレードオフ

はじめに

高齢者福祉分野でのリスクマネジメントは、近年急速に関係者の関心をよんでいる。その要因は、2000年の介護保険制度の導入により、福祉サービスにおける提供方式の変革が考えられる。すなわち、利用者が措置の対象から契約の主体へと変わり、利用者の権利意識の高揚と同時に福祉事業体の契約上の責任が顕在化したことにより介護事故をめぐる法的紛争が目立つようになった。そこで、利用者の安心や安全を確保することを基本に、事故防止対策を中心とした福祉サービスにおけるリスクマネジメントの確立が急務となった。一方、介護保険施設では、身体拘束や抑制に対する取り組みがなされ、質の高いサービス提供と同時に利用者の人権を考えた介護のあり方が検討されてきた。したがって、福祉サービスにおけるリスクマ

ネジメントはサービスの質と人権を考慮した福祉サービスの特性を踏まえた視点による対応が必要であり大きな課題でもある。

本研究では組織論からの展開でリスクマネジメントをアプローチする場面が多い。福祉サービスはサービス組織によってサービス提供がなされる。一般の企業体に対して独特の活動形式を有する組織としてこの「ヒューマン・サービス組織」の用語を以後多用するのでここに説明する。そもそも「サービス組織」とは「その活動による無形の成果、つまりサービスを外部のクライアントあるいは顧客に提供する組織である。その意味でモノをつくる製造業の企業組織とは区別される。銀行や証券会社など金融機関、バスや鉄道会社がその代表的な組織である。この場合、レジャー関連の会社や団体なども含まれる。このなかで、医療や保

健、福祉のサービスを提供する組織を包括してヒューマン・サービス組織とよぶ。そもそも、ヒューマン・サービス、つまり医療や福祉の領域はヒトで構成された組織がサービスを媒介としてクライアントと関るということである。組織とクライアントとはサービスの送り手と受け手という図式で活動がなされる¹⁾。

ヒューマン・サービスの領域ではとりわけ病院の医療事故が頻発したことを背景として医療におけるリスクマネジメントが論じられるようになってきた。主な医療事故の事例は、1999年1月11日の横浜市立大学医学部附属病院において、肺を手術する予定の患者と心臓を手術する予定の患者とを取り違い、それぞれ目的以外の手術が行われた事故がある。そこで、同年2月に、厚生科学研究の一環として、有識者による「患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会」が設置され、「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」が発表された。このような事故防止対策のための研究を基盤に医療分野におけるリスクマネジメント研究が促進された。医療分野では企業のリスクマネジメントに追従するようなかたちで取り組みが始められたが、福祉分野ではさらに遅れて、主に2000年以降、医療分野を追いかけるかたちでリスクマネジメント研究がなされ、取り入れられるようになった。

ヒューマン・サービスの領域の中でも特に、社会福祉の事業体におけるリスクマネジメント研究は、これまで経営学の関心であった企業体の防衛、維持の視点だけでは不十分である。社会福祉には経営体一般が普通持たない理念があり、例えば「個人の尊厳の保持」(社会福祉法3条)など、クライアント、コンシューマー(クライアントと規定するか、コンシューマーと規定するか)の考察は後日を期すが、本論文ではクライアント=コンシューマーとして扱うこととし、さしあたりクライアン

トと記述する)の人権視点が常に問題となるからである。このことから社会福祉におけるリスクマネジメント研究は、リスクが誰にとってのリスクなのか、クライアントのリスクなのか、福祉事業体のリスクなのか、あるいは両者なのか、この視点を確立することが福祉事業体のリスクマネジメント研究にとってきわめて重要であると筆者は考える。

例えば事業体がリスクを回避するために「抑制」のような施策をとった場合、クライアントの人権侵害というさらに新しいリスク要因を招く矛盾がおきる。利用者の人権擁護やQOLを考えたとき、事業体のリスク回避とのバランス、すなわちリスクバランスはどう見たらよいのだろうか。以下事例をもとにリスクに対するリスクの考察をおこなっていくが、その際、福祉におけるリスクマネジメント研究は、事業体のリスクのみの視点では不十分であり、クライアントの側からリスクを見る視点を併せ持つことが不可欠であるとの視点を筆者は貫きたい。この視点から福祉事業体のリスクマネジメントを考察するため、筆者は「リスク対リスク」「リスク・トレードオフ」「リスクバランス」など新しい概念を提起して、それをもとに考察を進めることとする。

1. リスクマネジメントとは

「リスク」は「危険」と訳すが、ここでリスクの概念に触れておきたい。危険を表す言葉は英語では「Risk(不確実な要素)」「Peril(出来事)」「Uncertainty(不確実性)」「hazard(状況)」「Accident(偶発事故)」など複数存在する。しかし日本語の場合はそれらのほとんどを「危険」と訳している。その意味で亀井克之は「リスク」を危険と訳さずに日本語でも「リスク」として使用すべきと述べている。筆者も本論文においてはすべてを「リスク」として扱うこととする。なぜな

ら、このように概念を分けて考察を進めることは、多くの説明と複雑な文章の構成を要するため、本論文で述べたい趣旨とは外れるためである。したがって、ここでは厳密な言葉の定義にとらわれることなく「リスク」と表現する。

「マネジメント」は「お金、時間、物、人などの使用法を最善にし、企業を維持、発展させていくこと」であり、また経営管理、経営者、管理者のことを意味する。つまり、リスクマネジメントとは企業経営の土壌からその考え方と手法が生まれ研究されてきた。リスクマネジメントの用語が日本で日常的に使用されるようになったのはごく最近である。ましてや、この発表の表題に掲げた「リスク対リスク」や「リスクバランス」など耳慣れない用語である。ではそのリスクマネジメントの言葉の意味を考えてみると、「リスクマネジメントとは危険や事故に対して可能な限り事前に予測し、適切に予防し、可能な限り事故の発生を回避し、迅速に対応し、また処理して被害や損害を最小限に押さえることである²⁾」。

「リスク・トレードオフとは一般的に人の健康と環境を守るために何かを決定する場合に行われる。特定のリスクを減らそうとしたことが逆に他のリスク（対抗リスク）を増やしてしまうことである。対抗リスクは医学では副作用であり、軍事では二次的損害、一般政策では意図せざる結果ということになる。その他の対抗リスクはもっとはっきりしないでその時々でのフィードバックや反応行動に隠されてしまいがちである。意思決定者がリスクを減らすための個々の結果について万全の注意を払わなければ対抗リスクを招いてしまう。リスク・トレードオフの特徴は、目標とするリスクを減らすためある介入を決めるが、しかしそれによって、それに代わる潜在的リスクを引き起こし、意思決定の必要が生じることである。そこで意思決定者は、目標リスクに対して代わりのリス

ク（対抗リスク）の可能性とその重さを比較し、その選択を決定せねばならない³⁾」。

さて、先にも指摘したとおり、福祉事業体のリスクマネジメントは狭義に捉えてはその意味を成さない。そのために次の諸概念をあらかじめ確定しておきたい。「リスクマネジメントという用語は、本来は産業界一般で広く用いられてきた概念である。その用語法は、現在の福祉・介護分野におけるそれと同じではない。例えば、JIS（日本工業規格）の『リスクマネジメントシステム構築のための指針』（2000年3月）によれば、リスクマネジメントとは、『リスクに関して、組織を指導し管理する、調整された活動』であり、その適用範囲はリスクマネジメントシステム構築のための一般的な原則および要素を提供し、この規格の原則及び要素は、あらゆる組織やリスクに適用できるとされる。そしてリスクマネジメント行動指針が『組織の経営資源の保全、社会的責任を果たすなどのリスクマネジメントに関する指針』として揚げられている。このように、用語法では、組織管理の視点がまず挙げられ、その後社会的責任に触れるという構造になっている。

これに対し、全国社会福祉施設経営者協議会『福祉施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する検討委員会』検討状況報告（2001年3月）によれば、リスクマネジメントとは「利用者の安全を最大の眼目としたうえで、サービスの質の向上と利用者満足度の向上を目指す活動」とされる。そしてリスクマネジメントには二つの側面があり、第一に、サービス管理で顧客や利用者に対する安全確保が、第二に、組織のリスク管理で職員の労働上の安全対策、自然災害等に対する危機管理が上げられている。同報告は、第一の側面に立つ（『福祉施設におけるサービスの質の向上を志向することを前提に、利用者の安全確保を観点としたリスクマネジメントのあり方を重点的に検討する』）こ

とを明示し、第二の側面は、規制的な組織管理につながりやすく、現場の職員が萎縮し、現場の創意工夫による事故防止の取り組みが機能しにくい環境を創出し、結果として事故が減らないという悪循環に陥りかねないとしている。このように、社会福祉施設経営者サイド（全老健共済会「介護老人保健施設のリスクマネジメントマニュアル」2001年6月P2参照）では、組織管理の視点に主眼を置く一般的用語法と異なり、顧客や利用者に対する安全確保によるサービスの質の向上という点に着目して、リスクマネジメントが捉えられている。すなわち介護の質の確保を第一義におきながら、組織管理の視点をも踏まえたものとなっている⁴⁾。

2. ヒューマン・サービス組織とリスクマネジメント研究の現状

2.1 研究動向

そもそも、リスクマネジメントは1920年代の悪性インフレ下のドイツにおいて経営政策論であるリジコ・ポリティク（危険政策）に始まり、1930年代の大不況下の米国で企業防衛のための費用管理の一つとして保健管理として登場した。また、1960年代のキューバ危機対処に見られるようなクライシス・マネジメント（危機管理）そして、その後の技術革新、製品開発、国際化での多国籍企業に対応するリスクマネジメント、1980年代では経営革新や起業危機管理として展開されてきた⁵⁾。これを二つに時代区分して類型化している説もある。それは、「リスクマネジメントの体系は先発リスクマネジメントと後発リスクマネジメントにわけられる。前者は伝統的かつ基本的なリスクマネジメントの体系であり、企業倒産防止を究極の目的とする。1920～1930年代のドイツ、およびアメリカで誕生したリスクマネジメント体系を出発点とする。後者は1990年以降に誕生した新

進的リスクマネジメントのことである。昨今の激変する企業環境に対処するためテーマ別に焦点を当てていることが特徴である。1990年以降の企業の経営環境の激変で企業倒産多発の時代を踏まえて先発リスクマネジメント体系を応用して誕生、発展してきた⁶⁾。』としている。「日本リスクマネジメント学会」は今から27年前の1978年に設立された。日本では1980年に「リスクマネジメントの理論と実務」（ダイヤモンド社）を出版している。

近年、医療分野での事故が取りざたされて、医療分野では企業のリスクマネジメントに追従するようなかたちで取り組みがはじめられた。これに比較して福祉においてリスクマネジメントが言われるようになったのは、2001年に「福祉施設リスクマネジメント導入検討委員会」（全社協）「福祉施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する検討委員会検討状況報告書」（2001年9月厚生労働省社会援護局）などが本格的な導入といえる。福祉分野におけるリスクマネジメント研究はかなり出遅れ、医療分野を追いかけるかたちで研究がなされ、取入れられるようになった。介護保険制度移行後、介護事業者はやっと本格的に業務管理の手法を取り組み始めたが企業のそれにはかなりの差があり、データ不足と研究不足は拭い去れない。数少ない研究の中から主要な文献を検索した結果、約三十数冊の文献が筆者の目にとまった。これらの文献のほとんどはこの4～5年の間に出版されたものであり、研究の歴史が浅いことを証明している。その研究を構成する人は、福祉の研究者・社会保障の研究者・法律家・保険実務者・サービス事業者・経営学分野の研究者などである。しかしその内容は、研究の途上にあり、論じ尽くされてはいない。そして、経営学の研究者達がその研究の緒についたばかりの福祉領域、特に高齢者福祉の領域へ研究の新天地を求めてシフトして

いるように筆者には思える。だが、組織論の研究者による福祉のリスクマネジメントへのアプローチの文献は少ない。その意味で筆者にとって組織論とリスクマネジメントの関係は興味深い領域である。

2.2 福祉経営とリスクの関係

福祉経営の基本的コンセプトに触れたい。医療・福祉領域の経営は過去において市場一般の企業経営とは大きく乖離した福祉のプロフッショナルリズムやボランティアリズムのような原理を基本に行われてきた経緯がある。しかし、実際には事業体は経済的合理性を必要としており、近年の市場化の動向を見据えたとき、近代経営学の理念や手法から無縁であってはならないだろう。すなわち、公的施設であっても民間の社会福祉法人であっても財務諸表にもとづく市場経済の淘汰の土俵の上にあり、健全経営が不可欠である。いま、福祉市場化の流れは利益・市場・競争・人材・施設整備・財源・そして継続性が健全経営の諸元となりつつある。さらに大切なのが医療や福祉経営に大きく関連する法体系をはじめとする社会制度である。この制度の枠組みにこの領域の組織や人々は大きく左右される。すなわち、医療や福祉は何らかの準拠法を有し法律の規制も多いわけで、制約条件や与件の多いことがこの領域の特徴といえる。

それら二つを正しく認識して、それを活かすことと、さらに挑戦することが経営者・管理者の条件である。高齢化や情報化・グローバル化は社会の枠組みを否が応でも根底から変化させようとしている。社会のうねりは社会福祉基礎構造改革を基本とし大きく変化している。措置制度は廃止され利用者と事業者との契約による利用制度に転換し、社会福祉法人の設立要件は緩和され市場主義的競争原理の導入の事実のもと経営の手法が模索されはじめた。筆者はこのことの是非をここで問うことを目的としていないが、現実には動いている

社会の中で、いかに健全経営を行い、クライアントの権利が守られ需要を充足できるかを探ることが重要である。変化を的確に捉えて経営学的知見を取り込んでサービス資源の積極的な運用や適正配分・有効利用・合理的活用および社会の仕組みに働きかけることが重要である。福祉企業体が一般企業に出遅れた原因は、第一に措置制度のもとで官に頼る力関係が永い間つづいたこと、第二に過去の福祉研究が経営学的知見を排除してきたこと、この二つではなからうか。

リスクマネジメントは福祉施設の健全経営には必須であり、同時に必要前提として健全経営という環境条件の土台整備をもとにクライアントの安定した生活が存在しうるともいえる。したがってリスクマネジメントはクライアントにとっても安全・安心・安定の生活を保障するための福祉経営の根幹だと言える。

3. リスクマネジメントを進める上で福祉サービス事業体がかかえる諸問題

3.1 ヒューマン・サービス組織のサービス成果の不確定要素

ヒューマン・サービス組織とクライアントは、サービスの受給過程の関係が支配と応諾の関係になりやすいことに起因し、支配従属関係に陥りやすい。サービスが送り手側の裁量で決定されることが多く、そのことが受け手の立場を弱くする。特に福祉分野は、成果を得るための技術、技法が確実ではなく、医療などに比べ技術基準が曖昧で、サービス過程も不明瞭という弱点がある。それはまた、すなわち、倫理的判断の価値基準の曖昧さが手伝って、科学的根拠にもとづく評価基準の表現が困難であり、サービス成果を科学的評価基準にすることができず、遅らせている原因である。もちろん、第三者評価や介護福祉士をはじめ資格制度等の整備の動きは倫理的判断の価値判断

を現場に広げようとしている。しかし、いまだ基準の確立は遅れていて一般の企業活動のそれとは比較にならず不透明だ。科学的データ不足と研究の立ち遅れが原因である。

3.2 福祉サービスが商品化されたことによるリスクの増大

社会福祉基礎構造改革のもとで、福祉サービスは商品となった。一般に商品売買は契約と言われる。したがって福祉サービスの場合、今は、施設とクライアントの間で契約によって取り決める。契約の一方が他方の力を借りないと自己の安全を確保できないような契約関係は安全配慮義務の必要が契約上生じる。当然のように、たいていのクライアントは予測して自分の責任において危険を回避する能力を持たない。したがって当然施設側は、安全確保の努力を怠って事故が発生し、その結果損害が生じた場合は、その損害を賠償する立場ということになる。福祉サービスの商品化は、このようにリスクを経営上の重要な問題として浮上させた。

3.3 パターナリズムがもたらすリスクの増大要因

(3.1)でのべたようなパターナリスティックな関係がリスクをもたらす。ヒューマン・サービスは援助者単独で援助を行い、それで完結するようなシステムにはなっておらず、組織的なとりくみによって成り立つ。この組織は官僚システム、プロフェッショナルリズム、ボランティアリズムの三つの構成原理によって成り立っており、この種の組織の特異性はリスクマネジメントをさらに難しくしている。そして、「クライアントは生存に必要な資源の多くを組織に依存し、受身であり、しかも精神的に疎外されやすく、組織に優位を譲りやすい立場にある⁵⁾」。リスクそのものも受身であり、もろに影響を受け、また、リスクマネジメントのあり方によっては生活全般の内容、生活すべての良し悪しに影響を受ける。特に高齢化社会における

関連組織は、クライアントの人生最後のステージをより豊かに支援し、演出しなければならない大きな使命を背負っている。なぜなら、多くの人が、これらの組織のいずれかに身をゆだねて終焉を迎えるからである。極端な表現をするなら、人生最後のステージが安定剤などの薬漬けや紐やベルトにくくりつけられた生活ではリスクマネジメントの本来の目的と大きく乖離していることは言うまでもない。サービス成果の基準の曖昧さはリスクを大きくし、しかも小さなリスクがあつという間にクライシスに変わる危険をも内在している。

3.4 リスク回避におけるラショナル・マネージャーの意義

今日の状況下では、福祉施設の管理者や事業経営者は一般の企業と比較すると、システムテックなスキルと高い倫理を兼ね備えた総合的能力でのバランスの取れたマネージャーが少ない。その原因は福祉領域では過去において経営管理に供するに足る知見の集積は大変少なかった。行政管理論や施設管理、ソーシャル・アドミニストレーションなどのように個別にはあっても福祉経営としての学問の歴史は浅く、一般企業が享受してきた情報とは格段の差がある。また、この領域では経営学も経営管理も真剣に関心を向けようとはしなかった傾向がある。当然、人材も育てていないし、有能なマネージャーが少ないこともこの領域の特徴といえる。現実には市場的競争原理の中で施設を経営する立場にあるわけで、施設はマネージャーの如何によってその存在意義さえ問われることになりかねない。しかし他方、福祉事業体はヒューマン・サービス組織であるがゆえ一般の市場の事業体とは異なる特別な性格を有する。施設は本来、誰のために存在するのか、そして、リスクは誰のためのリスクかを理解することは大変重要なことである。施設や福祉事業体が社会的責任を果たさなければならないことはいうまでもなく、こ

れからの施設経営にはラショナルなマネージャーの存在は欠かせないし、組織を左右する重要なキーパーソンである。

このような社会の環境下にある施設や福祉事業体のマネージャーは、ケブナーとトリゴの説く合理的思考力がとりわけ大切だと考えるのでここに紹介したい。「ラショナル・マネージャー (rational manager)」とは合理的な・道理にかなった・理性的な・良識のある支配人・管理人のことを意味する。豊富な経験と知識によって貢献するそれぞれの分野のスペシャリスト、専門家たちをマネジメントする立場にあるのがマネージャーである。組織内の人的努力を調和させるにはどうしたらよいか。それにはわかりやすく、使いやすい実際のガイドラインと手続きを持たなければならない。具体的には、組織の誰もが理解できる言葉で表現し、それぞれの組織の特性や地域風土や生活様式などを考慮してマネジメントにあたらなくてはならない。もちろん組織内の意見の相違や各個人の役割調整もその重要な役割である。組織として個人の貢献を引き出し、重要でない余計な仕事を増やしたりせず、協力して責任が果せるように組織経営をめざす役割がある。そこで、「優れたマネージャーは共通して四つのラショナル・プロセス持っている。それは、『状況把握』『問題分析』『決定分析』『潜在的問題分析』の思考手順を経ることである⁷⁾。つまり、確かな情報を収集してその情報を有効に活用する能力である。ラショナル・プロセスの考え方は企業経営を想定して戦略的思考方法の研修ツールとして開発された考え方であるが、福祉事業体のマネージャーにこそ経営およびリスクマネジメントに必要とされる判断能力ではなからうか。新しい感覚の道徳的・理性的判断能力の管理者・マネージャーは、これからの施設経営には欠かせない。特に問題になるのは、社会福祉法人への行政マンの天下りや、一

部事務組合、福祉事業団では出向人事が多いことである。ケブナーとトリゴの説く合理的思考力を備えた有能なマネージャーが育つことを期待したい。

3.5 リスク回避におけるコンシューマーとしての利用者権利の確立

契約主体としての利用者の権利がつかぬかれない、あるいは権利が侵害される場合がある。それは利用者が意思決定できない場合と社会資源的要素に起因する場合、また社会制度との関連要素としての三つが考えられる。

第一に、利用者が意思決定できない場合は、利用者が契約の主体者としての位置を確保できない、つまり認知症や他の障害によって自ら意思決定ができない場合である。また家族関係のなかで精神的虐待の状況のもとで意思決定の外に置かれている場合などである。第二に、社会資源的要素に起因する場合、選べる資源が乏しい、あるいは充足できていないとかである。また、第三に、制度が原因で資源使用が困難だったりする場合がある。

4 福祉施設が利用者にもたらすリスクの特性 リスク対リスクにおけるリスク・トレードオフ

4.1 リスク対リスク

リスクの量とその形態を想像してみたい。リスクは目標リスクだけを頭に描きそうになるが実際はそうは行かない。ここで言う目標リスクとは例えば介護事故等をさしている。しかし、目標リスクは単独では存在しない。リスクは次に述べるように複雑にからみあっており、たとえば今日利用者にもたらされたリスクが昨日の介護職員の態度に原因があるように、また時間軸の上でも複数で存在する。また、1つのリスクが同一形態のなかに複数で存在することもある。このようにリスクが2次元的あるいは3次元的に存在することを具体的に考察してみたい。

4.2 高齢者福祉施設での事例に置き換えてみる

(事例) 施設利用者 A さんの転倒に対するリスクの場合

A さんは独歩だが歩行不安定である。骨粗鬆症であり軽度の認知症があり、時々不穏になる。A さんの目標リスクは転倒リスクである。転倒は大腿骨や腕の骨折などリスクが伴う。又それが原因で寝たきりや独歩が不可能になるかもしれない。その場合の行動範囲の縮小は認知症を加速させ、さらに各種の弊害を伴うことが考えられる。これらは二次的リスクである。もし、目標の転倒リスクを防止するためにベッドを柵で囲んだり、安易に車椅子対応に切り替えたり、車椅子にベルトをつけたり、安定剤の過剰投与やお年寄りの意思で空けられない部屋に隔離したりなど身体拘束を行った場合(もちろん、介護保険制度では緊急時を除き身体拘束は禁止されているが、未だ拘束に類することが存在し、家族が望む場合もある)は、筋力の低下や床ずれの要因になるほか、不安感や屈辱感などを与えて、さらに認知症を進行させる。これらも同じく、目標リスクに対して対抗リスクということになる。さらに潜在的リスクとして職員の介護技術の質の低下を招き、長期的には労働意欲の低下を招き施設経営に悪影響を与える。この場合 A さんの筋力低下や床ずれ・不安感・屈辱感・認知症の進行・介護技術の質の低下・労働意欲の低下は対抗リスクであり二次的リスクである。さらにそれらによって介護労働の量が増し、サービスの質の低下や病気が蔓延するなどが考えられる。するとリスクはさらに成長していくことになる。

どこの施設でも事故を未然に防ごうと対策を立てるが、しかし目的とする事故防止の努力が意図せずにそれを打ち消すようなリスク、いわゆる対抗リスクを大きくしてしまうことがある。この場合の対抗リスクとは利用者の人権侵害であったり、

利用者の意思決定の剥奪であったり、または、QOL 向上の阻害であったりする。また施設従事者の労働環境の弊害が生じることも考えられる。ここでは事故と拘束に関連して事例にしたが、実際にはもっと重層的にリスクは絡んで襲ってくる。

このことを解決するには 身体抑制や薬品による抑制があった場合はその理由を明らかにして、それに代わる手段や方法を探り、さらに結果を明示する 施設は利用者の意見や権利に対して、それを吸い上げる明確なシステムをつくり、利用者の生活の質に対して責任を明確にする 利用者の意見収集とそれを実現に移す明確な手続きの必要。例えば処遇会議に利用者も同席し同じ視点で、同じ土俵で事業運営を行う 職員研修を実施してその成果と実施状況に対して明確な評価基準を設ける 施設外の評価と意見を取り入れるシステムを設け、きちんと機動させる、などのような施策が必要である。

5.施設経営におけるリスクバランスとリスク・トレードオフの解決

5.1 リスクバランスの必要性

このようにリスクは複雑に絡み合って存在するという認識にたつて、解決すべきであることを述べた。以下は「ジョン・D・グラハム/ジョナサン・B・ウィーナーによるリスク・トレードオフのリスク概念⁸⁾」をもとに述べる。複数で複雑な構成のリスクの存在はリスク間のトレードの場面を生じ、さらにリスク・トレードオフが引き起こされる。リスク・トレードオフに直面した場合、リスク評価とリスク・トレードオフ解析を行い、意思決定を行う。ただ、これらの場面での問題は、潜在的対抗リスクや選択した手段の効果に注意を払わず、唯一目標リスクにのみに固執すると、間違った決定を誘引する危険が生じてしまうことである。そこで、目標リスクに関連する重要な対抗リ

スクの内容を明確にし、目標リスクの削減と競合する対抗リスクを識別し修正していく必要がある。リスクのトレードオフの際の考えのスタンスはリスク・トレードオフが一般的であることを認め、何かに反抗して非妥協的になるという行為ではなく、対抗するリスクがあることを認めた上でそれを最小にするための努力を必要とする。リスク・トレードオフは決して避けがたい行為ではなく、視野の狭い不完全な意思決定の結果が引き起こす。

このことを福祉施設のリスクで考えると、どここの施設も事故防止に取り組むが、目前の介護事故など目標リスクだけを視野に入れて行動せず、対抗リスクの存在を意識して意思決定しなくてはならない。その場合、二律背反的状况がリスクとして目の前に立ち上がるかもしれない。ジョン・D・グラハム/ジョナサン・B・ウィーナーはリスク・トレードオフの潜在的原因を「無視された声」「体験主義」「制限された役割」「古い技術の偏重」「補償行動」の五つを挙げている。このリスク概念は環境問題をもとに述べられているがヒューマン・サービスの組織にも適応できる要素を有す。それは以下の通りである。

「無視された声」施設経営上において少数権力者が優位を占めて歪んだ経営が行われて権力外の職員の意見が打ち消された場合や、また、言葉に出して不快や不利を訴えられない利用者が疎外された場合として決定過程で排除される。それは民主主義の機能不全でもある。

「体験主義」問題を概念的に区分けし、捉えて新しい反応とか現象とかが目に入らず、体験や経験だけをもとに意思決定した場合、狭く焦点を合わせてしまうことになり、小さなカテゴリーを無視したりしてリスクを大きく成長させてしまう。

「制限された役割」例えば、看護師や医師が医療的側面だけでクライアントを捉えようとすると、クライアント全体に対処することができずに対抗

リスクを無視することになる。さまざまな役割のすべてにその危険は存在する。

「古い技術の偏重」例えば施設事業運営において、一般に、いままで築き上げた体制の方が新しい不完全なそれより事業運営に強い影響力を持つことが多い。それは今までやってきたサービス体制をそのまま継続したほうが楽だし、新しく不完全なものより価値を認めやすいからである。しかし、それはまわりが変化することなどで新たなリスクの源泉になり、その間、小さなリスクが大きく成長することを放置し悪化させることが考えられる。

「補償行動」例えば、施設で頻繁に発生する裂傷事故に対し裂傷を防止するために、車椅子のアームレストやフットレストにカバーをかける。しかし、その行為によって介護者の心理に逆の働きが生じ、これでケガをしないから大丈夫と乱暴に扱って別のリスクを引き起こす。この場合、差引き行動のリスクが必ず大きいとは限らない。

リスク・トレードオフでは、冷静に状況を把握し、リスクに対する科学的データによる分析を行い、トレードの意思決定を行う。そのときの基準として、より長期的な観点から、より全体的な決定過程のパラダイムを目指すことである。目標リスクや対抗リスクは複雑で相互に関連のある諸問題の多面的な側面を考慮に入れたリスクバランスの視点が無ければならない。この場合の全体的視点とはクライアント=コンシューマーの人権を含めた生活全般であり人生の中の今を描く視点であり、経営学的には地域のなかの施設、社会の中の施設の存在意義の認識を持ち、視野に入れることが大切である。この場合のリスクバランスはリスクをあいまいに捕らえるのではなく利用者の生活全般を支援することを目指し、繊細な人を対象とする捉え方のバランスがリスク対応に反映されることである。この誘因的対応こそが専門的知識

と価値選択の双方にもとづいて創造的な解決を可能にする。組織的に柔軟で非集権的な決定過程への自由と結びつけられるとき、そのインセンティブは改良へ向かうし、価値創造型のリスク対応が可能となる。又、何らかの事故が発生した場合、自立支援のためのプラスの評価より見守りを怠ったなどのマイナス評価のほうが表に出やすく、そこでリスクが絡み合うことになるが、この場合の評価は、リスク回避だけに固執しないで長期的な視点や事業運営の総合的なバランスのとれた価値判断で評価を行いリスクコントロールする。

施設が健全経営によって維持発展するためには、以上のような視点をも含め施設経営のリスクバランス、利用者のクオリティのリスクバランスを意思決定時に考慮しなければならない。施設本位の意思決定のみの偏りではリスクバランスを欠き妥当な結果は得られないこととなる。

5.2 「ゼロリスク探求症候群」

「ゼロリスク探求症候群」という言葉を使用している人物「牛肉を安心して食べるための狂牛病Q&A（池田 正行著）」がいる。池田は、ゼロリスクを求めるあまりに判断を誤ってその行動が大きな社会問題を起こすことを BSE パニックの事例で解析している。ここでの意図は、狂牛病は情報の数はあっても断片的で不安が残るが、正確な知識を得ることで危険と安全とを冷静に判断し、毎日の生活の中で狂牛病への心配をできる限りなくして安心な食生活をすることを示唆している。

福祉施設でも同様なことがある。例えば、近い記憶をたどると、福山市の特別養護老人ホームのノロウイルスによる集団感染問題がある。マスコミに大きく取り上げられて自分の施設がそのやり玉に上げられないために過剰に反応してパニックになった施設、あるいは対岸の火事と決め付けて対応しなかった施設などさまざまだと考えられる。考えてみれば「ノロウイルス」は突然現れた新種

のウイルスでもないし新型インフルエンザのような奇怪なものではなかった。エビデンスのない感染対策はやめるべきである。福祉施設ではノロウイルスに限らず、MRSA、疥癬、インフルエンザ、結核、O-157、レジオネラ症などさまざまな感染症があるが、発症しても生命に別状のないものや短期間で多数の人に感染し死に至るものもある。しかし、個々の病気の特徴と感染のプロセスをきちんと把握していれば冷静な判断と対応ができるはずである。感染予防、クリーンメンテナンス、平常時の健康管理、感染予防策 感染症発生時の拡大防止策や関係機関への連絡する内容等、対応や処理の流れや注意点などマニュアルや教育や体制をつくっておく必要がある。何よりも、集団発生の防止には「できるだけ病気にしない」という観点で、日常から高齢者の免疫力を高めるようなケアの地道な努力が重要である。

福祉サービスはその専門的価値判断による意思決定を必要とする。専門的価値判断は各ポジションや各セクションによって異なってくる。このことから総合的リスクコミュニケーションシステムの構築と、リスクコミュニケーション能力を持った人材を広く育成することが必要である。

6. リスクコミュニケーション能力の育成とガイドライン整備(リスクを回避するために何が必要か)

6.1 組織形成

リスクコミュニケーション能力を育てるための効果的対応は組織づくりにある。事故が発生した場合には、施設責任者は関連情報を細大漏らさず正確に速やかに集め、状況を判断し、対応方針を決め、的確な指示を出す必要がある。最終決断は必ず一人で行う。福祉施設ではそれぞれのセクションによって異なる職域を持つ場合はそれぞれの事故発生の内容や事故の重要性や外部との関連によって判断を行うが、部署ごとの対応マニュアル

整備が必要である。リスクマネジメントの中心的な役割と機能を担う存在としてリスクマネジャーの設置は必須の条件である。リスクマネジャーの性格や具体的な職務内容をどのように位置付けるかは、それぞれの施設が自己責任で身の丈にあった活動の推進役として展開することが大切である。組織形成には、紛争や苦情処理に対応する組織(苦情解決の組織)、客観的な中立的な立場から事実評価する事故調査委員会のような組織、業務の見直しやより安全な事業への取り組みなどの性格を盛り込むことが必要である。いづれにしても福祉施設の実情を踏まえた組織形成でなければならない。

6.2 メンバーの役割の習熟と育成

6.2.1 委員会機能

福祉施設で比較的多く実施される組織形態は委員会制度である。このような委員会制度では「事故防止委員会」とか「リスクマネジメント委員会」などの名称で活動している。委員会ではリスク対応を常に協議し意識啓蒙やリスク環境の洗い出しと連絡体制の整備・演習を行う必要がある。ただしこの場合は委員会のメンバーの構成と活動内容は二つの組織系列の連携を必要とする。一つはボトムアップの活動組織であり、もう一つは施設経営の管理組織である。この管理組織にはトップダウン機能とボトムアップ機能を併せ持たねばならない。この二つの組織はそれぞれ役割が異なる。

6.2.2 個人の自主的判断能力の育成

ヒューマン・サービス組織は個人の意思決定の集約によって成り立っているといっても過言ではない。たとえば目の前にいる利用者がいつもと違う顔色でいたらワーカーは課せられた業務が先か目の前の利用者の対応が先かの意思決定をしなければならない。利用者の表情から緊急の措置を要するかあるいは他者へ伝達するかすぐ対応するかその場で状況把握して決定しなければならない。ヒューマン・サービスは個人の意思決定が幾重に

も合成されて成り立つ組織体である。特に事故防止と発生時の対応能力は平常時に職員の資質とレベル向上を図っておかなければならない。

ここで紹介したいのは、トーマス・マローン(Thomas W. Malone)教授(マサチューセッツ工科大学教授で専門は経営情報システム論)が提唱するピラミッド型ではない、ネットワーク型の組織の導入である。ネットワーク型の組織モデルとして音楽界の常識を覆した指揮者のいない「オルフェウス室内管弦楽団」がある。楽団員の一人一人が相互に対等に意見交換してオーケストラを組織して音楽をつくりあげるプロの組織集団である。マローン教授は「これまでの組織は中央集権型やピラミッド型は単なる階層構造だったが、21世紀の組織は、各自が相互に結びつき、絶えず変化していく不定形な構造が特徴だ。各自が意思決定をし、情報を共有し、上司の命令に従うことなく、自主判断する。それによって、効率的、創造的仕事が可能になるといっている¹⁰⁾」。このことは、「命令や管理」のマネジメントから、今後必要になるのは「調整と育成」というモデルである。

ヒューマン・サービス組織では医師や看護師、技師、介護士、栄養士、ケアマネなどいろいろなプロフェッショナルな職業集団の複合体である。個人が権限を持ち責任ある仕事及要求される。ネットワーク型の組織形成はヒューマン組織にこそ不可欠なものかも知れない。真に統合された組織とは必ずしも一糸乱れず行進する軍隊や統制のとれた企業体や官僚組織ではない。統合のための連絡調整とはマローン教授の場合 IT によるネットワークであるがヒューマン・サービス組織でも IT や何かのネットワーク素材でそれが可能になるだろう。きちんと改革すれば、現代社会はこのような組織が追求可能なゴールになってきていると考える。しかし、今すぐ実現可能かというそうは行かない。介護職などいまだもって専門職とし

て社会的に完全に確立するに至っていないしレベルもそこまで達していない。個人に権限が与えられ、新たな価値を創造しながら仕事をこなす時代は決して遠くは無いはずである。今すぐ可能で必要なことは研修や教育による人材育成と情報の共有化と個人への権限拡大である。

6.2.3 信頼関係の構築

さらにリスクコミュニケーション能力を育てるには利用者や家族と良好な関係を構築することが大切である。拘束しないことによるリスク、即ち、生活しているからこそ起こりうるリスクも併せてこの時に伝えておく。

6.3 リスクの社会化とガイドライン整備

リスクを社会化し関係機関のガイドラインを整備することが必要でありそのためには次のような手続きを踏まえる必要がある。

6.3.1 他機関協力対応システムの開発

これはもっとも重要である。現行法のサービスの質の向上のための自己評価制度や第三者評価制度の整備は効果的に運用されるべきである。事故や苦情の公開と関係機関との情報の共有化のシステムを整備し、非常時の協力体制の整備と訓練を繰り返し行う必要がある。

6.3.2 財源確保

保険の活用のための保険料確保と損害予防と事故低減のための事業予算を確保する。訴訟は年々増加の傾向にある。保険があるから大丈夫といった低レベルの認識ではなく、誠意ある対応の後ろを支える存在であるはずだ。交通事故のような代行業務のない損保がほとんどのため事故事案に対して個別に交渉が必要である。介護事故や医療事故はいまだ相場観が定着していないため代行業務は成り立っていない。

6.3.3 プロジェクト設置

委員会制度などの組織が必要である。組織を構築し単なる委員会としての機能ではなく経営方針

の一部として位置づけ機能させること、また、委員会に権限委譲と責任機能を持たせることである。

6.3.4 研修を充実

研修を充実させることも大切である。職員教育体制の整備においてサービスの質の向上を重点に職員教育を行う。その場合、「教育責任者・担当の設置 教育方針・要領の策定 階層・年次別教育プログラムの策定 教育ツールの作成 研修の実施 習得状況・インセンティブの付与 全体の取り組みの評価と見直しの過程を経るとよい¹¹⁾」。又、危険予知訓練も付加するとよい。

6.3.5 コンサルタントの利用

およそわが国の福祉業界ではコンサルタント利用の考えが少ない。閉鎖的な施設運営になりがちな事業体では新鮮な他者の視点を吸収利用することは、行動が道を外れて遠くに離れ修正がきかなくなるのを防止する効果が期待できる。ただし、コンサルタントの利用はリスクマネジメントの努力に施設経営者の関与を代替するものではなく、あくまでも補助的であることを確認しておきたい。

おわりに

ヒューマン・サービスの中でも特に福祉サービスでは、組織のサービス成果の不確定要素に起因するリスクの特徴を認識して、リスク解析を行い意思決定しなければならないこと、意思決定の際はリスクが一様の重みを持つものではないこと、そして、目標リスクと比較してその重みを考え決定しなければならないことを提示した。福祉サービスでのリスクの科学的解析によるリスク・トレードオフの重要性と、リスクバランスの必要を認識し、リスクを社会化し関係機関のガイドラインが整備されることが必要である。

利用者の立場に立ち、介護のプロとしての知恵と工夫を活かし、可能な安全対策を冷静に判断して効果的に実施しなければならない。今日、商品

としての福祉サービスは専門的価値判断の評価に基づくことと、経験や勘だけに頼らず科学的に解析し実践すべきであることをここでは主張した。福祉経営とリスクマネジメントの実施には事実に基づいた情報と、情報を有効に使う能力が必要であり、その能力はそれぞれの役割に応じて培われなければならない。さらに人権を考えた福祉事業は正確な情報と、情報から何かを読み取る作業が必要であるがそれは「倫理」という人間の感性が根底に無くてはならないことを確認しておきたい。

福祉分野でのリスクマネジメント研究は経営学研究に福祉学研究を付加した内容が多いが、それは未だ体系化が充分ではない。今回の筆者の論文はあくまでも試論であり序論に過ぎない。組織論上、福祉的理念を充分加味したリスクマネジメント研究が、今後発展し実践することを願いたい。

引用文献

- 1) 田尾雅夫著、ヒューマン・サービスの組織：法律文化社、P9：2001
- 2) 多久島耕治著：福祉施設におけるリスクマネジメント、東京都社会福祉協議会発行：2000
- 3) ジョン・D・グラハム/ジョナサン・B・ウィーナー：リスク対リスク、P1～2、昭和堂：1998
- 4) 菊池馨実：賃金と社会保障・介護におけるリスクマネジメント、1319（2002年4月上旬号）P27～28 抜粋：2002年4月
- 5) 亀井敏明著：リスクマネジメント総論、同文館出版、P11～13 抜粋：2004
- 6) 徳常泰之：リスクマネジメント辞典、先発リスクマネジメント、P80、後発リスクマネジメント、P55より要約

7) C・H・ケブナーとベンジャミン・B・トリゴー共著：管理者の判断力産能大学出版社、P14 抜粋：2002

8) ジョン・D・グラハム/ジョナサン・B・ウィーナー著：リスク対リスク、昭和堂：1998

9) 菊池馨実：賃金と社会保障 1319（2002年4月上旬号）介護におけるリスクマネジメント、P36：2002

10) NHK「変革の世紀」2002・5・12 放映「情報革命が組織を変える」インタビューより要約抜粋

11) 砂川直樹：リスクマネジメント 60 のポイント、筒井書房、P12：2003

参考文献

- 12) 田尾雅夫著：ヒューマン・サービスの組織、法律文化社：2001
- 13) 田尾雅夫著：ヒューマン・サービスの経営、白桃書房：2001
- 14) 小室豊允著：福祉施設の経営改善とリスクマネジメント、筒井書房：2001
- 15) 『賃金と社会保障』1319号、1321号、1326号、1327号
- 16) 桑田耕太郎・田尾雅夫著：組織論、有斐閣アルマ：2002
- 17) 平田厚著：実践・リスクマネジメント、全社協：2003
- 18) 柴尾慶次編著：介護現場におけるリスクマネジメント・ワークブック、中央法規：2005
- 19) アンダーセン/朝日監査法人著：リスクマネジメント、東洋経済新報社：2001
- 20) 後藤正彦：企業のリスクコミュニケーション、日本能率協会マネジメントセンター：2001

Abstract

1. Objective of study: The introduction of nursing care insurance reformed the system of providing welfare services, and accordingly the users of the services changed from the beneficiaries of measures

to the subjects of the contract, changing the way of thinking on the user side while the concern about care-related accidents has been showing a new development. In addition, the conscience of body constraints has been elevated, the desirable way of care that takes human rights into consideration has been asked, and the discussion of measures for prevention of accidents is now a critical and urgent theme for most of facilities. Accidents develop, influenced by the organizations, frameworks, systems and the ideologies that are attributable to the accidents. Further, we notice a contradiction in which the measures for avoiding a risk also cause another risk. How should we consider the risk balance that takes into account the QOL of users? We should examine risks against risks on the basis of practical cases, and consider the risk balance in risk trade-off in facilities in order to determine the desirable orientation.

2. Viewpoint and method of study: I have deliberated the definition of risk management, described the history of risk management study in the welfare of this country in order to analyze the current situation. I have verified the fundamental concept of welfare administration, the uncertain factors of service fruitage of human service organizations in the welfare management that exist as an economic body of rationality, the relationship between the organization and clients and the framework of social system. I have also considered a preferable method of evaluating welfare facility services in the selective competition of market economy and the effects of the facility management on the social position of clients. Although the service as products in welfare management is based on the assessment of professional value determination, I have considered the discrepancy between the value standard of the ethical assessment and understanding of risks in welfare management. In addition, I have analyzed the risk trade-off in the situation of risks against risks in service organizations.

3. Result of study: Every facility sets up measures for prevention of accidents before they take place. However, it may sometimes happen that the intended effort for prevention of accidents unintentionally increases the risk to cancel the effort itself, or so-called counter-risk. Such counter-risks may occur as an infringement of the human rights, deprivation of decision-making right or disturbance of QOL improvement of service users. Or otherwise, some detriments are likely to arise in the labor environment of facility employees. In my study, cases were used that were associated with accidents and constraints, but in practice, risks intertwined with each other attack us in a more multi-tiered way. Counter-risks do not have any uniform weight, and therefore, we must determine the weight in comparison with the target risk. To do this, required are the implementations of a dignitary caring way, respect of decision by users and the importance of risk trade-off by scientific analysis as well as risk balance. It can be said that professional value estimation of welfare services is different by the positions and sections but it is required to make decisions by that professional value determination, and at the same time, we should practice through scientific analysis without relying on experiences or intuition all over again. As a conclusion, it is necessary to build a

comprehensive risk communication system and to widely cultivate human resources who have the ability of risk communication, and it is also required to socialize risks and to arrange improved guidelines for related organizations.

編集後記

介護経営第1巻第1号をお届けします。難関ではありましたが、初刊を発行することが出来ました。これも、皆様の種々のお力添えがありましたからです。本号では、含蓄のある巻頭言を学会の代表者である田中滋先生に書いていただきました。また、研究論文2本、研究資料1本の投稿があり、それぞれ示唆に富んだ内容ですので、学会員の皆様の、今後の知的活動にお役立てください。募集～編集の期間が充分でない中、投稿いただいた先生方には深く感謝いたします。次号以降はさらに活発な投稿をお願いいたします。

(K・N)

介護経営

第1巻 第1号 (年2回発行) 2006年3月発行

発行人 田中 滋

発行所 日本介護経営学会

〒160-0018 東京都新宿区須賀町2番地

TEL/FAX : 03-3225-1707

印刷所 Fedex Kinkos