

## 研究ノート

介護保険制度下の特別養護老人ホームの一考察  
—解体（脱施設化）の始まり—

永岡 幸祐\*

A Study of Special Nursing Homes for the Elderly based on  
Long-term Care Insurance System —The Commencement of Demolition—

Kosuke NAGAOKA

## ABSTRACT

In this paper, I would like to focus on special nursing homes for the elderly, to discuss the commencement of demolition which was carried out suddenly by an administration initiative in February of this year (2003), and to discuss the change from community to institutional welfare, and the future of special nursing homes for the elderly.

Since the peak of aging is predicted to occur in 2025, these institutions will be superannuated gradually for about twenty years, and it will stop being equal to use someday, although the country has advanced construction of special nursing homes for the elderly using a large amount of tax revenues. Under these circumstances, "new style special nursing homes" and the "local adhesion, small scale and various functions type residences" were announced from the Ministry of Health, Labor and Welfare. Furthermore, the Ministry of Health, Labor and Welfare proclaimed an exclusion of medical rooms etc. from the institutional standards suddenly.

KEYWORDS: Long-term Insurance Care System, Special Nursing Homes for the Elderly, Demolition, Local adhesion, small scale and various functions type, New type special nursing home for the elderly

## I はじめに

我が国では、相次ぐ企業のリストラや雇用破壊、特に高齢者をターゲットにした負担増により、国民の生活破壊が深刻化している。2001年4月には「聖域なき構造改革」を掲げ、小泉内閣が誕生した。改革のなかでも財政構造改革と並んで重点が置かれているのは、社会保障制度の改革である。その内容は、①医療・福祉分野への公的支出、特に国庫負担の抑制・削減、②応益負担を原則とする患者・利用者負担の強化、特に高齢者をターゲットにした負担増、③医療・福祉事業の営利化と同事業からの公の撤退に要約できる。それは最

終的には、社会保障総費用の抑制・削減と社会保障における財政責任も含めた国や自治体の公的責任の放棄を意味する。

そして、こうした内容を先駆けて実現しているのが、2000年4月から実施されている介護保険制度である。介護保険制度の創設は、国民皆保険制度（1961年）の創設以来の社会保障制度の大改革である。この制度は介護サービスが医療と福祉に分立していたことから生じる諸問題を改めるため、これらの既存制度を再編成したものであり、いわば「調整」したものであるから、完全なものではないことは当然である。しかし、国民は保険料という新たな負担を引き受けたのであり、不安なく

受理日：平成15年10月10日

受理者：篠原能材

※四国大学大学院経営情報学研究所 D3

老後を過ごすことができるサービス体制づくりを行うという期待に応えなければならない。制度を批判することは容易いが、そのみでは問題は解決しない。私たちは、日々の生活に困り、よりよいケアを待ち望む高齢者とその家族に正面から向き合っている。ケアの関係者にはさまざまな職種や立場があるが、その目標とするところは共通であり、「高齢者の自立支援と幸せの向上」に他ならない。この共通目標に向けて多くの人々が、同じ志をもって協働する努力を続けることこそが、いま求められているのではないだろうか。

本稿では、2000年4月に施行された介護保険制度の下での特別養護老人ホーム（以下、特養）に焦点をあて、2003年2月に行政主導で急浮上してきたその解体（脱施設化）の始まりを取り上げ、施設福祉から地域福祉への変革の方向と特養の今後の課題を展望してみたい。

## II 介護保険下の特別養護老人ホームの現状

### 1. 特別養護老人ホームの入所待ち待機

介護保険制度がスタートしてから3年になるが、「在宅より施設」という家族は多い。施設志向の理由は、①措置制度の下では扶養関係や所得で選別されていたものが、介護保険では要介護であれば誰でも利用できる、②在宅サービスにおいて、特に痴呆性高齢者について家族の負担が減少していないこと、③在宅サービスの利用料負担は措置制度時代よりも上昇しているが、施設サービスは逆に大幅に下がっている、などである。

介護保険の最大の問題点は、利用者の施設サービス志向をいかにして在宅重視のシステムに変えていくかにある。現在、要支援・要介護と認定されている高齢者で施設利用者は2割強であるが、それだけで介護保険財政の6割を消費している。さらに特養を中心に入所希望の待機者が介護保険開始前と比べて急増している。特別養護老人ホーム（以下、特養）の不足から入居希望の待機者が利用者の複数申込が待機者を増やす原因である、と行政は指摘するが、需要と供給のバランスが完

全に崩れているのである。

しかし、施設入所を望んでいるのは基本的に家族であり、本人は在宅生活を希望している場合がほとんどである。また、入所申請者の多くはすでに病院や老人保健施設（以下、老健）に入院・入所しており、在宅の申請者は（軽度の要介護者の場合はなおさら）半分にも満たないのが現状である。

各自治体とも、介護保険事業計画、老人保健福祉計画で特養、老健はすでに建設計画が終了しているところが多い。介護保険制度では3年ごとに事業計画を見直すことになっており、平成15年4月から第2期計画に入る。現在、全国の委員会が最終報告をまとめている。ところが多くの自治体では特養待機者を受け入れる計画はない。

今後5年間の間に高齢者は増加し、入居希望者も増えていくので、待機者は減りそうにない。「特養は建設費がかかりすぎる」というのが多くの自治体の言い分である。入所待機者は切迫している状態にあるが、「作れば作るほど、内部破綻する」というのが各自治体に共通する見解である。

大型介護施設の建設は、国・県の補助金が頼りであるため、「在宅重視」という国の政策に縛られている。大型施設が増えれば、市町村の介護保険費がかさみ、個人が毎月払う介護保険料の値上がりにつながりかねない。<sup>註1)</sup>

在宅介護で一番重い要介護5と特養入所者とは、介護保険金額はほぼ同じ35万円位である。在宅サービスを使っても、家族の手が完全に離れることはないが、施設なら手が離れるので、家族は施設を選択するのであろう。

社会福祉法人が特養を建設する場合、建設費の2分の1は国から、4分の1は県からの補助金で、最低でも4分の3は公費に頼る制度になっている。新設が認められるか否かは、国が定める「斟酌基準値」が基準である。各地方自治体の高齢化率によって3%前後の値が国から定められており、この値と各自治体の65歳以上の人口を掛け合わせた数字が特養のベッド数の上限と決められている。このため各市町村で必要に応じてベッド数を定めることはできないのである。

待機者解消のための対策としては、①施設を新設してベッド数を増やす、②施設入所者を厳選し在宅介護を推奨する、ということが考えられているが、それでは解決策にはならない。新規建設には法的・財政的規制が大きな壁となっているからである。

## 2. 住所地特例

介護保険制度では、全国どこの公営民営の老人ホームも入所可能なため、県外（域外）から申し込み、入所する人も少なくない。特に民間が経営する有料老人ホームは「住所地特例」がないため、住民票が移されたその日から市町村が介護保険料を負担しなければならない。このため深刻な事態に陥っている自治体も出てきており、有料老人ホームやグループホームの建設に消極的で、実質的に設置をストップする自治体も出ている。「介護保険の支出が増えて、市民が負担する保険料が上がってしまう」というのがその理由である。背景には、特養に認められている住所地特例が適用されないことがある。住所地特例とは、転居してきても前住所の住民扱いにする介護保険制度の特別措置である。小さな自治体に大規模施設ができて、住民の介護保険料が高額になる事態を避けるための制度である。痴呆性高齢者のケアの切り札と期待されているグループホームも同様の理由で自治体から建設を敬遠される。

この新設抑制の動きは、施設整備が他の自治体任せになり、サービス供給を怠る自治体が出てくる恐れもある。個別自治体ごとにサービスの需要

を完結させるのが介護保険の原則である。需要を満たし、利用者の選択肢を広げるのが自治体の責任ではないのか。

## 3. ユニットケア

ユニットケアは「日本の高齢者福祉の質的変革・意識革命」と称されている。これは北欧輸入の介護方法とも言えるが、先行する宅老所の影響を受けて創造されたものといえる。さらには「地域密着多機能ホーム」や「地域サテライトケア」<sup>注2)</sup>もその延長にある。

ユニットケアとは、①少人数（10人前後）を単位とした生活集団、②家庭的な雰囲気という環境、③個別処遇によるケア、を基本としているが、個室とリビングを基本とした建物は、あくまでもこうしたケアを実現する際にふさわしい形として考えられてきたものである。

ユニットケアの目指すのは特養や老健で、寄り合い等の宅老所・グループホームでなされているケアである。できるだけ日常的な家庭の雰囲気に近い施設を実現しようとするものである。単にハードを小規模にして、物質的に家庭と同じ環境にすればよいというのではない。ケアワーカーができるだけ利用者のそばにいるようにするとか、ケアワーカーがユニットごとに固定され、利用者とはケアワーカーが顔なじみの関係になる、といった家庭的なケアを施設でも可能にして行く手法である。

これが後の項で述べる介護老人福祉施設（特養）の設備運営基準省令の改正へ、すなわち「特

図表1 従来型特養と新型特養（ユニット型）の比較

従 来 型	ユ ニ ッ ト 型
・数十人の集団ケア	・10人程度の少人数単位でのケア
・施設が一律に定めた日課に沿ったケア	・在宅での暮らしに近い日常生活の中でのケア
・四人部屋や大食堂など在宅とは大きな格差のある環境	・在宅に近い居住環境 居室は個室 居間に相当する部屋
・部屋代は無料	・居住費（ホテルコスト）を負担

\* 今後、特養の新設はユニット型が基本

\* 既存の特養でも内部改造等により、部分的にユニット型に転換することも可

「養解体」にもつながっていくのである。それを町の中につくったのは画期的である。町の中にあることで、暮らしの継続性、日常生活が維持し易いわけである。ユニットケアはそういったケアを目指していると言える。そうすると従来型の特養を改修し、個室ユニットケアにしてもこの地理的な面では問題が残る。

#### 4. ユニットケアと流れ作業的大規模ケア

従来、制度的に人員配置が少ないなどの理由で、良いケアを提供するためには、ケアの合理化を進めて行かざるをえなかったのである。最低生活の保障、すなわち、命を維持するための生活に少しプラスアルファしたレベルであった。職員がお年寄りの立場で考え「入浴・食事などが楽しみ」という視点になれば、少しは生活に近づいて行くようになったのではないか。残念ながら人手が少ないことを理由に「いかに合理的に運営するか」という発想からなかなか抜け切れず、流れ作業的なケアにならざるをえなかったのである。

毎朝、入居者全員が同じ時間に起こされ、同じ時間に食事をとる、一人になりたくてもなれない雑居部屋での一斉おむつ交換、週2回並んで待つ流れ作業的な入浴介助、好きなテレビも見れず早い消灯、利用者と職員の間目には見えない上下関係の確立、等々で入居者は何も言えなくなり、徐々に人間らしさが失われ、目はうつろですべてにおいて無関心になってしまう。このような施設はいまだに存在する。全員が同じ時間に食事をとる必要はどこにもない。朝食の時間に幅を持たせることで、入居者一人一人が好きな時間に食事をとることが可能になる。また人にはそれぞれ排泄のパターンがある。プロの看護・介護職であれば、一人一人の排泄パターンを把握することはそんなに難しいことではない。一斉のおむつ交換ではなく、その都度対応することで、おむつはずしも可能になる。入居者の意志を優先すると入居者は自信を取り戻し、その人らしさや個性が復活する。少しの工夫や配慮で、入居者を無表情から笑顔に変えることができる。

「合理的なケア」と「ユニットケア」の違いは何なのか。ユニットがなぜ生まれてきたかと言うと、職員が少ないからといって従来の流れ作業的なスタイルで人員を増やしていても、効果を得るのは難しいからである。大規模施設の中での流れ作業的なケアはどう考えても個別ケアにたどり着けない。作業を分業しているうちは、お年寄りとの関わりは部分的にしかない。そういったケアで個人を知ることは難しく、個別には対応できない。

ユニットでは一人の職員が少人数のお年寄りに関わることによって、個人個人の情報を知ることができるメリットがある。ユニットケアの延長線上に介護・看護職員室の削除という厚生省令改正の狙いがある。厚生労働省の省令改正により医務室をなくそうという考えの狙いが見えてくる。今までは、特養は医療も介護もすべてそろっていた。しかし、これからは施設というものが、集合住宅のような形で個室化していく方向にある。「家」の概念が変わってくるのである。施設は入居者の住居として存在し、入居者の満足度は介護スタッフの介護力に負うところが大きい、といえよう。

### Ⅲ 厚生労働省の施策

#### 1. 特別養護老人ホームの解体（脱施設化）への始まり

厚生労働省の中村秀一老健局長が、2003年4月3日の総合規制改革会議に提出した「施設サービスの見直しと特別養護老人ホームについて」によれば、介護保険の施設サービスについて、「特別養護老人ホーム自体がなくなり、別の形、カテゴリーの介護施設も考えられる」と述べ、2004年度末にせまっている介護保険制度見直し論議で、従来型の特養が廃止される可能性があることを示唆した。今後の施設サービスのあり方を巡っては、「大規模なものではなく、地域から切り離されたものではなく、小規模、多機能、地域密着の『介護ハウス』のような施設」を目指しているとの考えを示した。

厚生労働省は、現行の特養への入所自体が、①

住み慣れた地域社会から要介護者を切り離している。②大集団での生活を余儀なくさせている—ことに問題認識を示し、特養への株式会社参入の全国展開以前の問題として、特養自体を見直すべき時期に来ていると説明した。その理由として、具体的には①特養への入所は、高齢者にとって在宅の暮らしと落差が大きく、自立した生活を営む観点からは問題があり、②特養整備は、介護保険料の額に大きな影響を及ぼす、という問題が取り上げられており、「在宅サービスの厚みを増すことによって、特養への入所が必要なケースを減らすことが可能」としている。また、「介護保険制度施行後の移行」では、①グループケアの急増、②特定施設の伸張、③ユニットケアの制度化を挙げており、特定施設に関しては、新型ケアハウスの整備を推進するとしている。<sup>注3)</sup>

また、厚生労働省は介護保険制度に在宅介護と施設介護を折衷した第3のサービスを新設し、地域ごとに民家などを改修して、自宅の近くで利用できる小規模ケア付きホームを整備する。特養のように夜間も含め臨機応変に対応できる施設とするが、10人程度を目安に家庭に近い環境とする、としている。

さらに、厚生労働省は、今後の施設サービスのあり方をめぐっては、①地域密着の小規模で多機能なサービスの拠点の構築、②「施設」でも「自宅」でもない第3のカテゴリーの構築、<sup>注4)</sup> ③「既存施設体系の整理」、を提案している。そこに見えてくるものは、①特養については小規模生活単位型指定老人福祉施設（以下、新型特養）<sup>注5)</sup>を中心にして、静養室、看護・介護職員室、機能訓練室、宿直室を無くし、医務室も廃止の方向にあり、②そのうえでグループホームや特定ケアハウス、民家を修理した程度の居住施設などを中心に「小規模・多機能・地域密着」型施設を整備していく、というものである。すなわち特養の解体が始まっているのである。

## 2. 第3のカテゴリー

現行の高齢者介護は、在宅系のサービス（第1

カテゴリー）と高齢者施設（第2カテゴリー）との2類型に分かれている。ただ痴呆がある高齢者の入院・入所については、住み慣れた地域・環境から隔絶されることによる混乱などの問題が生じることが指摘されていた。中村老人保健局（以下老健局）長は、グループホームなどのケアと施設ケアを、①個別処遇と集団処遇、②生活のあるケアと硬直的な処遇、③地域にとけ込んだ普通の生活と地域隔絶—の3つの側面に対比させることにより、「地域密着・小規模・多機能」がキーワードのケアを制度的に位置づけるのが望ましいとしている。

第3のカテゴリーとして位置づけることの実現の可能性については、介護保険制度の施行で在宅サービスの量が増加したことに加え、ケアするグループホームや宅老所での取り組み事例も広がりつつあることをあげ、「メニューをうまく組み合わせれば、厚みのあるサービスが提供できる」と語っている。

一方、実現に向けた課題には、①事業者を指定する都道府県と保険者である市町村との関係、②365日、24時間サービスを提供する可能性とターミナルケアの実施、③サービスの質の向上、④制度についての実現の可能性、施設入院・入所者の円滑な移行—をあげている。そのうえで、中村老健局長は、2004年度末で終わるゴールドプラン21の基盤整備の方向性を検討する際の論点について、「大きなテーマは地域密着・小規模・多機能となる」と述べている。<sup>注6)</sup>

すなわち、高齢者ケアが目指すべき方向として、体験論では、高齢者の生活圏域で必要なケアが完結するシステムの構築、方法論では、高齢者の個別性・社会性を尊重したケアをあげた。そのうえで、「施設・在宅二元論の克服」を課題にあげ、訪問、通所、宿泊などのサービスを切れ目なく継続的に提供可能な「地域密着小規模多機能施設」という新類型の創設が必要との論点を示し、「おそらく通所機能が拠点になる」と述べた。<sup>注7)</sup>

一方で現行体系についても、脱施設化をはかるほか、施設・在宅双方の機能を融合・統合させる

ことが必要との見方を示した。施設については、施設そのものを在宅化していく「脱施設化」の方向を提示。大きく、ユニットケア実践を通じた「住居」と「ケア」の分離という考え方のほか、「ケアの隙間を埋める」ための方策に2点を指摘し、後者については具体的に、①在宅サービスとの機能統合、②サテライトケア、③住居とケアが一体的に提供されるオールインワン型サービスの見直しを列挙した。在宅サービスでは、ホームヘルプなどいわゆる在宅3本柱相互の機能連携・拡張を図ることなどが必要とした。

#### IV 高齢者の住まい

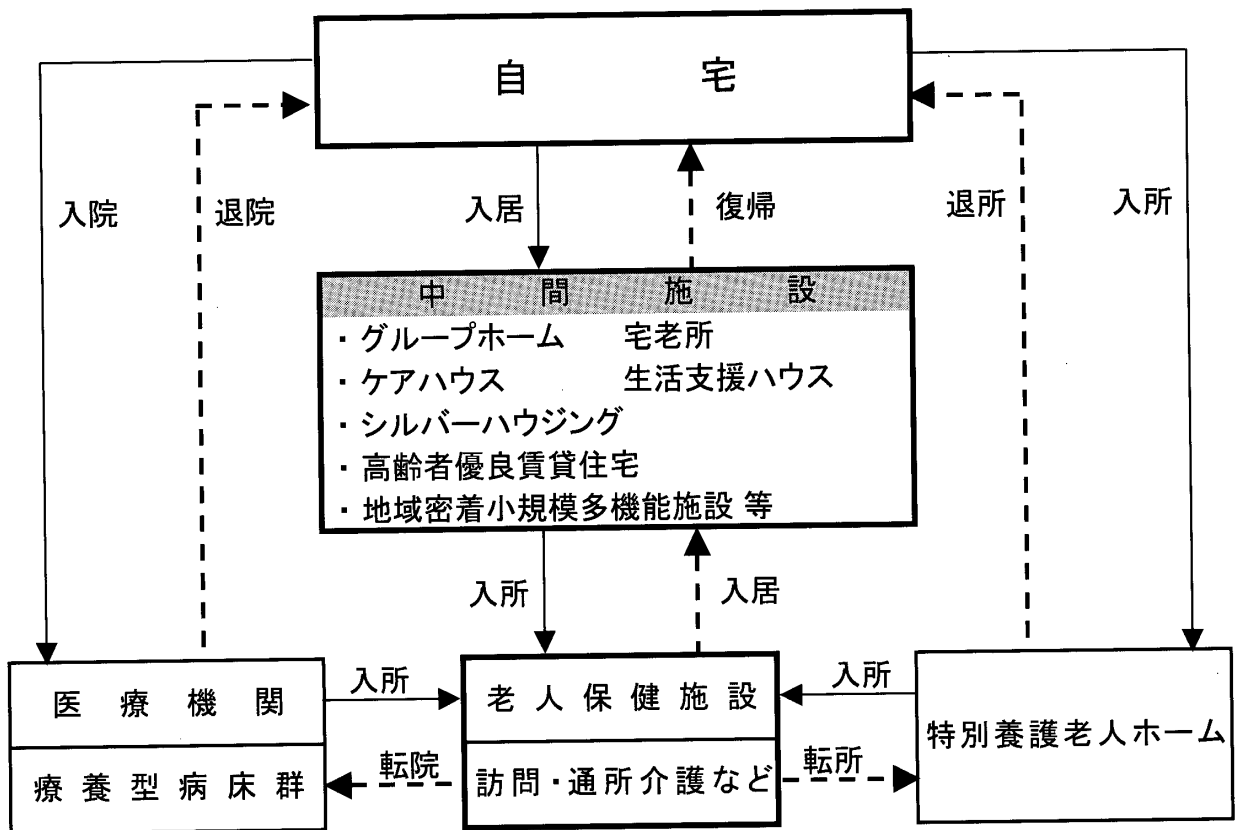
##### 1. 多様化する高齢者住宅

高齢者は、自分の住まいについてどのように考えているのだろうか。内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」(2001年)によると(複数回答)、「現在の住宅にこのまま住み続けたい」

と解答した人が36.3%と最も多く、介護施設(公的介護施設11.6%, 民間介護施設3.0%)やケア付住宅(公的ケア付き住宅5.9%, 民間ケア付き住宅1.2%)のように自宅以外に住みたいと考えている人もいる。

従来の①有料老人ホーム(常時10人以上を入所させて、食事の提供その他日常生活に必要な便宜を提供する施設)、②シルバーハウジング(1987年度より厚生省と建設省の連携のもと高齢者ケア付き住宅として進められており、生活支援員による生活指導・相談、安否確認、緊急対応等のサービスを行うバリアフリー化された公共賃貸住宅)、③ケアハウス(身体機能が低下しているか、高齢のため独立で生活するには不安があるもので、家族で世話をすることが困難な原則として60歳以上が利用できる老人福祉施設)、④コレクティブハウジング(個人の住宅部分とは別に、ダイニングキッチン・リビング等居住者同士が交流し、支え合う共同の空間を備えた集合住宅)、⑤グループ

図表2 施設と在宅との中間施設(第3類型)



リビング（高齢者の身体機能の低下を補うため、5～9人の居住者がお互いの生活を共同化・合理化、して共同で住まう一定の居住形態）等、家族以外の住まい方が多様化してきている。

ケアハウス等、高齢者の生活支援のための施設や高齢者向け集合住宅は、自分の生活拠点としての自室を持ちながら少人数で暮らせる上、自立支援も受けられ、家族や近隣の人も自由に訪ねてこられるような住まい方である。核家族化が進み家族の支援が得られにくい中において、このような高齢者にとって暮らしやすい住宅が今後求められているのである。これらは施設と個人住宅の中間施設として位置づけられ、今後地域ケアを充実していく上で整備が進められるべきであるが、現状では取り組んでいる自治体は少ない。

多くの有料老人ホームやケア付き高齢者住宅では、介護保険制度で特定施設入居者生活介護や痴呆対応型共同生活介護の指定サービス事業者になれば、利用者負担は介護費用の1割となり負担は軽くてすむ。従来は費用がかかるとはいえ、入居すれば将来の様々な問題を一挙に解決できるものとしてケア付き住宅が支持されてきた。

一方、シルバーハウジングや高齢者向け優良賃貸住宅では、専用のホームスタッフはいないので、入居者個々に対してサービスの提供はしていない。緊急時対応と約30戸に1人配置されるLSA（ライフサポートアドバイザー）による安否確認が、基礎サービスとしてある程度である。入居者はバリアフリーが施された住宅を賃借することが第1義であり、入居しただけでは日常生活全般にわたる将来不安の解消にはならない。しかし介護保険サービスや自立援助サービスを有効に利用することによってケア付き住宅より、安価な費用で生活が可能になる。

以上のように高齢者住宅は二極分化が、今後、一層明確化するものと思われる。

## 2. 地域密着小規模多機能ケア（宅老所・グループホーム）

宅老所の3要素は、「地域密着」「小規模」「多

機能」である。この3つは、誰もが普通の生活を継続するためには欠かすことができない。高齢になり、特に「関係障害」と言われる痴呆になるや、お年寄りは地域のなかで孤立してしまう。これは徘徊や妄想といった痴呆症からくる様々な周辺症状を持つということが原因ではなく、回りの人がそれに対応できないためなのである。その結果、地域のなかで生活を続けることが難しくなり、従来であれば特養などの大規模施設に「収容」され、地域とのつながりをほとんど失ってしまうのである。

特養内での生活の大部分は、3大介護（入浴・排泄・食事）に追われるあまり、流れ作業的になっており、他者との関係修復機能や新たな関係づくりの機能はほぼ皆無に近いものであったといえる。その上、大規模施設はほとんどが郊外に作られ、施設入所のお年寄りは、住み慣れた地域を去らなければならなかった。

それに対して、宅老所やグループホームは、地域から疎外されたお年寄りの地域との関係、他者との関係の修復、継続機能を担ってきたのである。その意味で宅老所やグループホームが持つ地域密着性は、利用者との物理的距離の近さを表しているというよりはむしろ、利用者と地域をつなぐパイプとしての役割を表していると考えられる。利用者の生活を地域で支えることが地域密着なのである。

これまでの宅老所は様々なサービスをつなげてきた。宅老所に通ってくるお年寄りが緊急的に泊まったり、ヘルプサービスを利用しながら移り住む、といった多機能性を生み出してきた。

しかしただ単にサービスを取りそろえただけでは、在宅生活を支えることは非常に困難である。そこには家族の協力や、近隣者とのつきあいや、買い物をするためのスーパーや商店街などだけではなく、多種多様なものが必要である。宅老所・グループホームが地域の中に入り込み、その一因として認められないと、地域で支えるということが成り立たない。宅老所やグループホームが小規模であるのは、地域の一員になれる程度の大きさを持つということである。

宅老所・グループホームの福祉は「助けること」ではなく「助け合うこと」である。これまでの福祉は、「助ける」ことに終始していたように思う。どんなに障害を持っていても、この「助け合うこと」を原則に実践していくことが大切である。

宅老所が制度化されようとしている今、宅老所とは何かということを改めて考えてみよう。宅老所は本来、多様であることを考えると各々の独自性を強調するだけではすまされないからである。すでに述べたように宅老所の特徴は地域密着、小規模、多機能である。

地域密着とは、利用者を社会的に孤立させないこと、小規模とは、人間関係の継続にあるのではないだろうか。日本の介護の問題点は、在宅介護であっても、施設介護であっても社会的に孤立してしまう可能性が高いということである。介護サービスはある程度、規格化できても、社会的に孤立しないということをサービスとして規格化することは不可能である。前者は時間で計ることでもできるが、後者はせいぜい、小規模性を馴染みの関係が持つ、寄り添うことのできる大きさと表すことしかできないからである。

小規模多機能ケアを具体的に実現しているのが、宅老所あるいは小規模多機能ホームということになる。サービスとしては通って（デイサービス）、泊まって（ショートステイ）、来てくれて（ホームヘルプ）、いざとなると住むことができる（グループホームサービス）。

しかし、実際には、介護保険のサービスと自主サービスを組み合わせて、宅老所のサービスを作っているのが現状である。特に泊まりは、ショートステイをとるところもあるが、ほとんどはナイトケアとして、自主サービスとして提供している。このように多機能性は介護保険と整合性がとれないことが多々ある。

この介護保険制度が現在報酬の対象として位置づけていない「泊まり」機能などをどのように制度に組み入れることができるのかの研究事業が厚生労働省で始まっている。

それを一挙に解決する1つの方法は、小規模多

機能ホームを施設サービスと同じように包括払いにすることである。もっとも、その際には自由度の確保、質の評価、報酬の設定等いくつかの課題が残る。<sup>注8)</sup>

### 3. ケア付き住宅の広がり；諸外国の例

介護保険下では、「特定施設」の指定を受けたケアハウスと有料老人ホームがまずあげられる。いずれも特養並の3：1の割合で介護職員は配置されている。しかし特定施設（新型ケアハウス）は全国でもまだ少ない。国も「ケアハウス」への民間企業の参入を認めケア付き住宅の拡大を見込んでいる。ケア付き住宅に乗り出す自治体も増えているが、都市部ではまず量的整備が課題であろう。

有料老人ホームは入居一時金が2000万円から3000万円と高額で一般的ではない。ところが最近、200～300万円の一時金で、毎月の利用料が14～5万円という有料老人ホームもでてきた。厚生労働省は、2002年10月に有料老人ホームの基準を改定して、今後新設するものは個室に限定し、「住宅型」を新設した。これは介護職員をそろえて入居者の介護をする従来の「介護型」に対して、内部に介護職員は不在で入居者は訪問介護などのサービスを外部から受けるものである。このタイプは施設基準を緩めて、遊休建築物の有効活用を図ろうという狙いもある。

次にグループホームである。これは痴呆性高齢者に限られているが、痴呆の出現率は後期高齢者が圧倒的に多いことからして、一般的サービスであるといえよう。ただ制度上ではターミナルケアを想定していないため、「終のすみか」という点では難しいが、最近は「最後まで」を掲げる所も多い。住宅とケアが分離しており、ケア付き住宅そのものである。9人以下の共同生活で、さらに日中の3：1という職員配置は従来の特養とは比べものにならない（もっとも、新型特養はほぼ同じではあるが）。ここで9人以下としたのは、10人以上になると、個室が前提の有料老人ホームの届け出を出さなければならないからである。

以上みてきたように、高齢期の生活の拠点とし



ては通常の住宅はもとより、新たに制度化された多種類のケア付き住宅、福祉・医療施設を含めて考えることが大切である。

日本より先に高齢社会にある北欧では、高齢期の価値ある暮らしの三大原則として、①日常生活の継続、②能力の活用、③自己決定をあげている。人間らしくいきる能力を活用した生き方を続け、しかも自分の意志通りに老後の暮らし方を決定できる環境づくりを公私ともに努力して成し遂げているのである。

施設を作り、年金を充足し、ケア付き集合住宅を新設し、ナーシングホームの居住性を強化し、長い試行錯誤の道のりを経て、「福祉は住宅に始まり住宅に終わる」という結論にたどり着いたのである。今や24時間在宅ケアサービスと、身体が不自由になっても住める居住環境を整え、見事に質の高い生活環境を実現させている。

介護が必要になっても、できるだけ自宅と同じような環境で過ごしたい、という万国共通の高齢者のニーズを受け、アメリカでは、民間企業が施設でも自宅でもない中間的な住まいの多様な選択肢を提供している。日常生活で支援を必要とする高齢者に、食事や家事、レクリエーション、介護サービスなどを提供する集合住宅を、一般に「アシステッド・リビング」(Assisted Living)と呼ばれている。特養に似た介護施設であるナーシングホームと違って、「施設臭さ」がなく、介護が必要になっても家庭的な雰囲気の中で暮らせるのが特徴である。80年代に登場後、大手民間企業が参入し、90年代に急激に広まったが、そのアシステッド・リビングも最近では、一つは競争の激化、もう一つはナーシングホーム化のため変化の波にさらされている。

また、要介護状態になるまでは、1人でいても寂しくない場所で暮らしたい、という介護の必要のない高齢者を対象にした「インディペンデント・リビング」(Independent Living)と呼ばれる集合住宅を提供している民間企業もある。配偶者を亡くし、1人では広い家や庭の管理が大変という高齢者や、1人暮らしに不安が残るが、自由

で独立した生活を安全な環境のなかで過ごしたい、と望む高齢者が主な対象である。介護が必要になった場合は退所することを契約にうたっているが、必要なら在宅サービスを自分で買って派遣してもらうことができる。重度の介護が必要になった場合は、引っ越さなければならない。

アシステッド・リビングとインディペンデント・リビング、それにナーシングホームを同じ敷地内にそろえて一生暮らせる「ライフケア・コミュニティ」と呼ばれる居住形態もある。これなら要介護状態が進んでも遠くへ移り住まなくても良いし、建物はそれぞれ別なので、「自分と状態の違った高齢者と一緒に暮らしたくはない」という高齢者のニーズにも対応できる。

このように、アメリカでは民間が多様なニーズに応じてビジネスを活発に展開し、老後の住まいの選択肢を広げている。利益を追求する民間企業の場合、サービスの質の低下を心配する声もあるが、各州政府が監査やライセンス認可などを通じて、チェックを行っている。

日本でもケア付き住宅が今後、急速に増える見通しであるが、質の問題はもちろん、量的な整備をどう進めるかが、選択の幅を広げるカギとなる。

ともあれ、介護保険制度を活用し、健康で文化的でかつ人間らしい生活を続けるには、小規模の集合住宅が最適であろう。厚生労働省もこちらに重点を移してきているのである。しかしながらまだまだ独自の「日本型」はみえてはいない。

## V 特養解体阻止に向けての全国老人福祉施設協議会（全国老施協）の動き

介護保険制度が施行され始めての介護報酬の見直しは、全体平均2.3%の引き下げ（在宅+0.1%、施設-4.0%）で決着をみた。中でも特養は、「利益率が12.2%」が象徴する形で、厳しい環境下にあったが、全国老施協の組織を上げての運動を展開した結果、平均4.2%（既存型で実質-4.9%）の削減となった。全国老施協は、「老人福祉施設関係者は報酬改定の結果を重く受け止め、今後

残された課題を明らかにし、早急に戦略的な取り組みを展開しなければならない」、特養解体阻止に向けて「今こそ特養ルネッサンスを」とし、その実践目標を挙げている。さらに、「介護保険対応型社会福祉法人づくり」として、①介護保険事業を営む社会福祉法人の自由度を高め、民間参入による多様な供給体との競合に耐え、質の高いサービス提供を可能にする体制の確立、②定員50床の特養は、経営の効率化、多機能サービスを展開するためには20～30床の増床が必要であり<sup>注9)</sup>内部留保（移行時積立金、介護報酬益）により国及び都道府県の補助を得ずに整備する、③新型特養は、新規設備整備のための「資金調達能力」と、居住部分の借入金返済のための「顧客獲得能力」が課題である。法人負担分が従来の2.3倍、整備費の7割を自己調達しなければならない、④経営責任体制の強化、すなわち理事長権限の位置づけの明確化、「評議員会」必置規制の撤廃、経営努力により形成された基本財産の管理・運用についての責任と権限の確立を各法人に呼びかけ、かつてない動きを見せている。<sup>注10)</sup>以上、特養解体を許さないために21世紀の魅力ある特養づくりをめざしてと2003年宣言をし、戦う全国老協として、厚生労働省中村老健局長と対決姿勢を見せている。

そこには、個室・ユニット化や今後の小規模多機能ケアの推進などで「施設解体」が既成事実化しかねないとの危機感がある。

## VI 介護保険報酬改定

平成12年4月に開始された介護保険制度は3年ごとに見直しがおこなわれる事になっており、保険料の上昇幅を抑制する見地から、賃金・物価の下落傾向、介護保険事業者の経営状況等を踏まえ、在宅重視と、自立支援の考え方にに基づき、平成15年4月からの介護報酬を改定した。

医療保険報酬は昨年（平成14年）4月に2.7%引き下げられており、当初、医療と同じ程度の引き下げを予測されていたが、最終的には総量－2.3%（施設系－4.0%、在宅系＋0.1%）で決着し

た。介護老人福祉施設（特養）の改定率は、老健と横並びの－4.2%であるが、この数字は今回手厚い単価が設定された「小規模生活単位型指定介護老人福祉施設」、いわゆる「新型特養」の整備が進み、2004年には特養全体の9.1%を占めると見込んでのものである。従来型の施設に限っての改定率は基本食事サービス費を含む収入ペースで－4.9%になる。

「平成14年介護事業経営実態調査結果」（厚生労働省老健局平成14年10月）では、特養は12.2%の利益率を出している。東京都や大阪府等の補助金を入れると14%前後の利益率になる。また、この介護事業経営実態調査で介護老人福祉施設の有効回答率は31.7%という数字であり、いかにさまざまな会計処理が行われているかといわざるを得ない。「会計指針に基づく会計処理を行うことが望ましい」という方針が3月末に厚生労働省から出されたが、社会福祉法人側に正確な会計処理を望みたい。平成15年からはいつ経営実態調査があっても7～8割は有効回答が示せなければならない。この12.2%は「脱施設化」の流れの原因にもなっている。

ところで、介護報酬や医療報酬は公定価格である。法律とは関係なしに省令や通知で制度を作りかえていくことができるのである。全国老協は特養ばかりでなく全国の老人福祉施設がこぞって加盟（会員12,339施設・事業者、従事者約27万人；平成14年3月31日現在）している一大圧力団体である。情報収集と現状分析に努め、厚生労働省に対して現場の経験から得たノウハウをもとに意見、要望などを提示している。「厚生労働省の意図」がノーチェックで改定に結び付くのではなく、このような団体を交えて慎重に検討を重ね、利用者にとって「よりよい改定」が抽出されることを願うものである。

今回の報酬改定は赤字の在宅サービスを重視し、黒字の特養からどう財源を奪うかであった。そのためには経営実態調査で、特養の黒字ぶりを徹底的に印象づける必要があった。今回の改定に当たっては、全国老協（中村博彦会長）と介護福

社議員連盟（会長・森嘉朗前首相）の影響が大であったと思われる。介護報酬の新単価が提示され、全国老協、議連とも「痛みを最小限にとどめた」と評価しており、厚生労働省は「在宅重視の方向を示せた」と自画自賛し、大手事業者は「今後売り上げが大いに期待できる」と歓迎している。

しかし施設の引き下げ幅が小幅になったため、訪問介護の引き上げ幅は期待するほど伸びていない。これでは利用者は身体介護と家事援助を同程度行う複合型から単価の安い生活援助に流れ、報酬アップ分は消えてしまい、労働環境の改善にはつながらないのではないかと危惧される。

### 1) 施設

今回の介護報酬単価・基準等の改正において介護報酬の設定が誘導しているものは、一言で言えば「特化傾向」といえる。

特養に関して言えば、画一的な集団処遇ではなく、在宅での暮らしに近い日常生活を通じたケアを行う観点から、入所者の自律的生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できるスペースを備えた「個室ユニットケア化」（生活重視）の方向であり、旧来型の特養は低所得者のための施設（4人部屋・低料金）の方向である。

老健に関しては、入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点からPT・OT・STを増員し訪問リハ・加算等、よりリハビリ機能を強化（機能訓練重視）の方向である。将来的には減減性の復活も視野に入れておかなければならないであろう。

療養型については、介護と医療の役割分担、他の介護保険施設との機能分化を図る観点から、長期にわたる療養の必要性が高く、要介護度の高い者の入院を評価（介護度4、5にシフト）している。より重度者・医療を必要とする者（重医療介護重視）をとということである。

私が従来考えていた3施設の一本化、又は特養・老健の一本化はなくなり、逆に「特化」の傾向がみられる。

個室ユニットケアは、限りなく「グループホーム」に近づき、規制緩和の観点という説明で「医務室」等削除となり、時代の潮流となるが、利用

者には「高負担」、施設には「質の高い職員が多数必要になり、人件費で身動きがとれなくなる」可能性がある。

厚生労働省の意に添わぬ者は省令等の改正で、基準省令違反「例示」内容からいつでも取り消しができ、そしてほぼ再指定を行わないというスタンスをとっている。例えば、介護タクシーは一例であるが、これについての詳細は別の機会に譲る。

### 2) 在宅

通所介護については看護師の配置は兼務可となったが、素直に喜べるのか。リハビリ等の加算は変化はないが要支援・介護度1は大幅な単価ダウンである。居宅生活の延長線上の捉え方で、痴呆専用通所介護はその必要性を認識し、据え置きとなっている。

通所リハビリテーションについては、ほぼ旧病院型のリハに一元化（老健型否定）、老健型リハは通所介護とあまり変わりなしとの認識である。「専門的な機能訓練」に糧をとということで、個別のなリハビリテーションを評価している。また、老健には認められないが通所リハは言語聴覚士が新たに入る。

痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）は、痴呆性高齢者が安定的に自立した生活を営むことができるよう、夜間の介護内容や介護体制を確保したグループホームにおける夜間のケアを評価している。また、1施設2ユニット（ $9 \times 2 = 18$ 人）までとなり、それ以上の既存施設〔建築中（15年4月1日）を含む〕は、当分の間、当該共同生活住居を有することができる。経過措置としては、宿直・深夜の勤務についても、1人の職員の兼務を2ユニットまでとするが、2006年3月31日までは3ユニットの兼務を認められている。また介護支援専門員設置を来年度から必要になるが、経過措置を設け夜間勤務体制と同様とする。ケアマネジャー・第3者評価・夜勤体制・研修受講の導入など問題点クリアーの規制は着々と進んでおり、ターミナルケアまで検討しておく必要がある。

また、現状の大規模施設は経過措置として「当分の間」の表現でいつでも解体できる仕組みに

なっている。

## Ⅶ 特別養護老人ホームをめぐる論点

厚生労働省老健局が平成15年4月3日に発表した「施設サービスの見直しと特別養護老人ホームについて」から特養をめぐる論点（1～5）に追加（6～10）し、私見を交えて以下にまとめてみる。

1. 高齢者が、要介護状態になってもできる限り自立した生活を送れるようにするためには、慣れ親しんだ環境と馴染みの人間関係がある地域社会での生活を継続できるようにすることが必要である。

→ 住み慣れた地域社会から要介護高齢者を切り離して入所させ、大集団での生活を余儀なくさせる施設サービスについては、見直すべき時期に来ている。

2. 特養は、常時の介護が必要で、在宅ではこれを受けることが困難な高齢者が入所する施設である。

→ 特養への入所は、高齢者にとって在宅での暮らしと落差が大きく、自立した生活を営む観点からは問題である。在宅サービスの厚みを増すことによって、特養への入所が必要なケースを減らすことが可能である。

3. 特養の整備は、介護保険料の額に大きな影響を及ぼす。

→ 人口1万人の市町村で特養の入居者が10人発生した場合の保険料への影響額について、一定の前提をおいて試算すると、月額235円になる。

（参考）65歳以上の高齢者が負担している介護保険料の全国平均月額（第1期事業運営期間）2911円、平成15年4月からは3293円。

4. 特養への入所待機者について

→ 介護保険制度施行前は、申請を受けた市町村が特養の入所の必要性を判断する仕組みであったが、制度施行後は、入所申し込みは、各市町村に対して直接行われることから、①

複数の施設に直接申し込みを行うことも自由になっているほか、②すぐには入所の必要がない高齢者も、いわば予約的に入所申し込みを行っている実態もある。従って、制度施行後は、各施設に入所申し込みをした方の数がそのまま真に入所の必要性のある方の数を表しているとは言い難い状況にある。

（参考）特養の整備状況

入所定員数(A)

329,230床（平成14年8月）

ゴールドプラン21(B)

36万床（平成16年度）

進捗率(A/B) 約91%

5. 特区における特養への株式会社の参入については、特養は、常時の介護が必要で在宅ではこれを受けることが困難な高齢者のための入所施設である。

→ こうした利用者の保護を図るためには、長期間、安定した形でサービスを提供することが必要であり、老人福祉法においては、その経営主体を自治体または社会福祉法人に限定されている。

（参考）社会福祉法人に対する規制

①事業を実施するために供された財産はその法人の所有となり、事業を廃止した場合には、その財産は最終的に国庫に帰属する。

②事業収入は原則として社会福祉事業にのみ充当され、配当や収益事業に支弁できない。

③法人の適正な運営を確保するため、役員解職請求や法人の解散命令などの強力な公的関与の手段が法律上与えられている。

6. 訪問介護など在宅サービスの利用者は、特養など介護施設の家賃相当や光熱費などの居住費（ホテルコスト）と食事について、これらの費用を自分で賄っており、施設入所者との整合性をはかるためであるが、入所者は居住費などを負担する。

図表3 特養の設備運営基準省令改正

特養共通の基準	小規模生活単位（新型特養）の基準
①事務室，宿直室，霊安室その他の設備 →事務室その他の運営上必要な設備 ②一般浴槽の他，特殊浴槽を設けることについての規定 →削除	①食堂・静養室・面談室 →削除 ②介護職員室・看護職員室・機能訓練室 →削除 ③「医務室」削除についても検討中

出典：厚生労働省資料より作成

→ 訪問介護など在宅サービスの利用者は、これらの費用を自分で賄っており、施設入所者との整合性をはかるためであるが、入所者に居住費などを負担することにより、施設サービスの利用を抑え、介護保険の公費負担を抑えるのが狙いであろう。介護保険料やサラリーマンの医療費自己負担が4月から値上げされるなど社会補償費の値上げが相次いでいる。居住費を払えない高齢者が行き場を失う可能性がある。すでに居住費を徴収している全室個室の新型特養では、月額4～5万円のため、4人部屋主体の従来型の特養では、これより低くなる見込みであるが、従来型の特養はほとんど公費で建てられており、入所者から居住費を徴収するとなると税金との2重取りになる。

7. 小規模生活単位型指定福祉施設（個室・ユニットケア型：新型特養）の設備運営基準（平成15年3月省令改正）は、特養の機能を弱める基準である。厚生労働省は、平成15年3月14日に指定介護老人福祉施設（特護）の設備運営基準省令を告示した（図表3）。

→ 特養解体につながるこの省令改正は、現在まで特養が果たしてきた高齢者の生活全般にわたる多機能なサービス提供能力を奪うものである。医務室だけは残っているが、これもいずれは削除されることになる。

職員処遇・労働環境の後退は、ESを無視しており、介護サービスの低下は明らかであろう。特養の必要な設備から「宿直室」を削除しているが、厚生労働省は昭和62年9月18日付け、社施第107号社会局・児童家庭局長通知により依然として宿直を義務づけており、

労働基準監督署に届ける際には「相当の睡眠設備を設けること」が条件とされている（労働基準法施行規則第4条）。これに対し、厚生労働省は独立した部屋は必要ないとコメントしている。

医務室を排除することを検討しているのは、利用者を見捨てた指導である。9割もいる服薬を必要とする入所者の投薬管理や便秘に対する処置（浣腸・摘便・下剤服薬等）、血圧管理・測定、口腔内の処置、湿疹等軟膏の湿布、点眼薬の処方などに必要な薬・機材の保管・管理をどこで行えばよいのか。

また老健局は、「介護職員室、看護職員室」を削除し、職員は各ユニットで利用者と生活を共にすることを求めている。これは利用者のプライバシーに配慮したケアカンファレンスや職員の労働法上の休憩を環境面で保障できない。

こうした「設けなくてもよい設備の設置」については、各々の施設に委ねられているとはいえ、行政指導上は「整備する理由」が求められるが、実質的には整備できない状況におかれるのが実状である。介護の質の向上からも、自立支援を最優先させなければ中村老健局長の言う「真の改革」とは言えない。

#### 8. 福祉ターミナルケアの必要性について

→ 1997年の11月に厚生省の外郭団体である、「長寿社会開発センター」から『福祉のターミナルケア』に関する調査研究事業報告書と題する報告書が出された。この報告書の骨子は、末期の症状にある高齢者に医療を「延命のみを目的として行われる」「過剰な医療」を強く批判して、「(老人の)死に場所の選択

と拡大の多様化」(自宅・福祉施設でのターミナルケアの拡大)を提唱するとともにそれにより「終末期医療費を大幅に縮小する可能性」を示した(第4章「ターミナルケアの経済評価」)。死に場所の大幅な変化(病院死から自宅死・福祉施設での死亡へのシフト)により2020年に1兆円もの医療費が節減できる、というものである。さらに福祉施設が「医療化」するとして、福祉施設においては「積極的に」医療を供給しないことを提言している。

しかし、現実には末期の病状にある高齢者の医療は、前記報告書の示すように過剰なのではなく、むしろ医療過疎であることが厚生省の資料によっても示されているのであるから、「福祉のターミナルケア」によって年間1兆円の医療費が削減可能であるという厚生省の方針は、「ケアとしての医療」として拡張された医療の行き着く先が、実は医療の切り捨てであることを示している。

この報告書をめぐっては、その後1998年2月～12月に「社会保険旬報」誌上で「高齢者の生きる権利を奪うもの」「ターミナルケアを『安楽死』にすりかえるもの」等、激しい議論が繰り広げられた(1973, 1975, 1976, 1983, 1984, 1985, 1991, 1992, 1994, 2004号)。

「福祉のターミナルケア」が、介護保険と密接にかかわっていることはいうまでもない。介護保険でも、医療と福祉を一体化することによって、逆説的ではあるが医療は供給されないという構造を有しているからである。

このような高齢者医療の制限という傾向は、我が国のみにもみられる傾向ではない。医療から介護へのシフトは世界的な傾向であり、スウェーデンのエーデル改革はまさにこのようなものであった。エーデル改革もまた、高齢者の長期入院が医療費を圧迫していることから始まり、老人医療費を抑制するために「長期・初期医療」を「福祉」に転換していく方向性を明確に打ち出した改革といわれている。そして、また、グループホームの産みの親と

いわれるスウェーデンの老年科医、バルブロー・ベック・フリスは「エーデル改革は、高齢者の医療カットに他ならない。人間は80才を超えると、ほとんどすべての人がなんらかの医療を必要とする。後期高齢者が他の世代より医療を必要とすることは明らかだからだ。人生のなかで本当に医療が必要な時期に医療を受けられなくなる」と、述べている。

#### 9. 小規模・多機能・地域密着と言うが……

→ 全国の特養は、在宅サービスの拠点として機能している。在宅サービスを行うためには、地域から遊離しては展開できない。

(併設施設)

・短期入所生活介護(ミドルステイを含む)	91.3%
・通所介護事業	84.5%
・在宅介護支援センター	70.0%
・ケアハウス	21.6%
・痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)	10.8%

(在宅サービス)

・訪問介護事業	46.6%
・食事サービス	19.9%
・訪問入浴サービス	15.4%
・訪問看護ステーション	7.8%

#### 10. 小規模生活単位型特養(新型特養)の優先整備について

→ 老健局はこれからの特養は全室個室・ユニットケア型の小規模生活単位型を優先整備する方針を取っているが、これでは様々な入所者のニーズに応えきれない。地域性の考慮、利用者選択の自由、重度要介護者や個々の利用者の状態に基づくニーズを踏まえた設置者の工夫、個別・グループケアを実践し、2人部屋、準個室などを取り入れた多様な形態の特養の整備を認めるべきである。

国民の間では施設介護、リハビリに対する期待感が強い。多様な選択肢は、「特養解体」では実現しない。むしろ逆効果である。

## VIII 特別養護老人ホームの課題

1. 厚生労働省老健局のいう、地域密着で小規模な単位のサービス提供となると、①小規模多機能ホームを全国にもれなく設置できるのか、②利用者の費用負担をどの程度に設定するのか、③介護の質の向上をどう工夫するのか、④経営的には利用者数をどう増やすのか、等この構想の実現には課題も多い。どの程度の「居宅介護サービス」の量を見込むのか、「施設介護サービス」の割合はどの程度にとどめるのか、施設ではない施設、在宅ではない在宅と称されている「中間施設（厚生労働省のいう第3カテゴリー）」をどのように扱っていくのか、今後の課題である。また介護保険制度では、「第3カテゴリー」への定期的な訪問診療を行うことは難しいし、訪問看護はできない。かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携があれば、急性期疾患に在宅や第3カテゴリーで対応できるという医師の声もある。この制度の矛盾をどうするかも今後の課題である。

### 2. 人件費の高騰（人員配置2：1）と建設負担

十分な個別ケアを実施していこうとすると、必然的に人件費が高くなる。また、2001年度における特養全体の平均人員配置比率は2.5対1で、すでに3対1を上回って2対1に近づきつつあるのが実態である。

今後の特養は、「全室個室・ユニットケア型」（新型特養）が主流になる。この新型特養を設置・運営する社会福祉法人には、整備・運営資金を管理する「資金調達能力」と、借入金返済資金確保のための「資金管理能力」が必要となる。

70人定員（B地域）の法人負担分は、旧来型（4人室主体）では2.89億円、新型（全室個室）では5.88億円で、整備費の68%を自己負担しなければならない。自己負担分は、従来型より2.0倍に増え、増えた自己負担分は、ホテルコスト（居住費）として回収する事になり、「顧客獲得能力」が求められる。<sup>注11)</sup>

### 3. 入居者負担のアップによる他の介護施設との競合

介護保険導入後、特養には入居希望者が殺到してどこも満床状態で、さらに多くの待機者を抱えている。しかし、新型特養においては、一転して入居者に苦勞する可能性もある。

新型特養では、個人スペースに関する建築費や水道光熱費を入居者負担とするホテルコスト（居住費）が発生する。厚労省の試算では、その月額額は2万～5万円となっている。介護保険の1割負担や食費を加えると、入居者の月額負担は10万円弱になりそうである。（図表4）

また、新型特養の入居者負担は、グループホームや特定施設入居者生活介護の指定を受けたケアハウスなどに近づく。

こうなると、安価な利用料という特養の魅力は失われ、機能面で大きな違いのない高齢者住宅などと競合が生じる可能性がある。

例えば、「特定施設」のケアハウスの機能は、新型特養とそれほど大差はない。設備については、むしろケアハウスの方が充実しているといえる。また特養でも多くの痴呆性高齢者をケアしている事実を考えると、グループホームとの競合も考えられる。また利用料を安く設定した有料老人ホームも脅威となる。入居者の平均要介護度が違うなど、現場においては、それぞれの施設の特性は異なる。ただし、最近では重度の要介護者を受け入れるケアハウスやグループホーム等も増えてきている。入居者から見た施設の線引きは曖昧になりつつある。

新型特養としての建設費の補助申請は2002年度から始まったため、実際に新型特養が登場するのは、2年先になる。さらに措置期間として数年間は、新型か従来型かのどちらかを選んで申請できる。これまで各都道府県から報告された申請内容によると「3割が新型特養による申請」である。<sup>注12)</sup>

いま、特養を変貌させようとしているのは、また福祉関係者を混乱させているのは、厚生労働省、いや中村老健局長の政策が、「介護ニーズが特養等の施設以外のサービスに転向した」ということ

である。つまり利用者が減少するということである。利用者が介護サービスを受ける方法は、特養入所とは限らない。特養よりも他のサービスを利用した方が有利、つまり割安に設定されれば、入所希望者は他のサービスにシフトする可能性がある。

さらに、利用者が他のサービスに振り変わるのを待つのではなく、制度的に否応なしに振り替えてしまう、となった場合はどうだろうか。例えば、特養の入所対象者である「要介護1」から「要介護5」までの現行制度を「要介護3」以上を入所対象とする、などとなった場合はどうか。入居待機者の大半は減少してしまうのではないか。今回の介護報酬改定で、厚生労働省はすでに政策誘導を行っている。

老健の自己負担は特養の場合より10%程度高く、療養型の場合は40~50%程高く設定され、特養が一番低い。今のところ、同じ介護保険施設である特養、老健、療養型の3施設が、それぞれライバル意識をせずに運営に励んでいるが、いつまでこの関係が維持されるか気になるところである。

例えば、この療養型は現行報酬制度によって介護保険事業者として、介護報酬を受けるよりも、医療保険事業者として医療報酬を受ける方が有利という病院の判断で、特養や老健に比べて療養型の新規整備は低調であった。しかし、これも介護報酬の改定によって特養との関係が崩れ、療養型の整備に拍車がかかる可能性がないとも言えない。介護報酬は不変ではないのである。

#### 4. 人材育成

老人福祉介護現場では、職場を取り巻く環境の

変化につれて、組織で働く職員の価値観も変わり、人事考課の果たす役割と機能が重要となってくる。

- ①人事考課が職員個々の質向上に連動するためには、職員にも参画を求め、衆知を集めてより大きな成果を挙げて行くことに留意する必要がある。
- ②人事考課による公正・公平な職員処遇を実施するとともに、事業内容、サービス向上に応じた人員の適性配置に努める。
- ③サービス向上の観点から、パート職員の運用、業務委託の導入などを含め、適正な労務管理に努める。

特養は高齢社会を支える教員や一般学生の人間教育の場を提供する役割も担っていることから、④命の尊さ、人格の尊重という基調となる事由についても、体系的に学習できる場とする必要がある。また、特養における高齢者の自立した生活を保障するために、介護保険サービスの質の管理はもとより、介護保険事業の安定的、継続的な運営管理の育成を図り、⑤専門職人材の養成を進める。さらに、多様な事業体による競合下にあって、サービスに対する多様なニーズに対応していくために、介護保険サービス管理者と、実際の介護現場での主任の養成体制を構築する。介護サービスの充実には、優れた人材の業務遂行につきる。そのためにも、⑥効率的かつ専門能力の高い人材の養成・確保に努めなければならない。

#### 5. 適正な経営管理

今後とも経営実態調査による収益率は、介護報酬改定の際の主要データになる。この収益率が、利用者が求めるサービスの対価として評価されるものであることに、説明責任を有していることを

図表4 要介護度3の場合の特養とケアハウス(特定施設)、グループホームの月額(30日)利用料の比較

	特 養	ケ ア ハ ウ ス	グ ル ー プ ホ ー ム
介護保険1割負担	26,550円	20,490円	25,230円
食費(生活費)	23,400円	約44,000円	約30,000円
居住費(管理費家賃)	25,000~48,000円	10,000~50,000円	約50,000円
事務費	—	約17,000円	—
合計額	74,950~97,950円	約91,490~131,490円	約105,230円

出典：「日経ヘルスケア21」 2003年1月号61頁日経BP社



自覚しなければならない。過去3年のご祝儀相場で体力を付けた社会福祉法人は、国民から儲けすぎの批判をどうかわすのか。国民に対する情報公開に耐えうるものであり、かつ保険者、被保険者、事業者の理解の上に成立する経営に努めなければならない。

社会福祉法人が行う介護保険事業に関わる会計処理は、経営実態調査等による正確なデータ比較を可能にするために、「指導指針」によることを基本とする。介護報酬改定の基礎データである経営実態調査の有効回答率が3割であったことは、社会的にも容認されない。エビデンスに基づく適正な報酬改定を求めていくことは、より質の高いサービスを提供する事業者としての基本的責任であり、会計処理能力の一層の向上に努め、透明度の高い経営内容を国民に提示することにより社会的な信頼を得ることに努めなければならない。

## 6. 公益法人としての社会貢献

非課税法人として様々な恩恵に浴してきた社会福祉法人は、地域社会の福祉増進に貢献する義務がある。低所得者対策は言うまでもなく、セイフティネットとして介護予防地域ケア等への積極的な事業展開を推進する。

特に介護保険制度下において、所得のある層については、要する費用は全額本人負担（受益者負担）とするが、その費用を負担できない低所得者層については、低所得者保護の観点に十分配慮し、その能力度合いに応じて減額（一部公費負担）すべきである。積極的に公的福祉を削減していくという「減量経営」に協力し、民間活力導入を図る先達となるよう努めなければならない。40年間、公の支配の下で行政の代行機能的な存在であった社会福祉法人を民間活力の一員として、主体的な裁量を獲得・発揮して、「市場評価に耐えうるサービス」を提供する事業体への変革を図る。

## 7. 施設ケアか地域ケアか

施設ケアの最大の欠点は、介護集団が利用者集団を見るという対応なので、どうしてもサービス

が画一的になることである。これからの高齢社会においては、様々な要因から施設ケアには限界があり、いろいろな立場から地域ケアに取り組みざるを得ない。しかしながら、高齢者ケアは施設ケアか在宅ケアかの二者択一ではなくて、施設を早くから活用し、もう一度地域に戻り少しでも長く地域のなかで生活を継続していくための支援をする、という「地域ケア（コミュニティケア）」の考え方が重要である。すなわち「施設ケア」から「地域ケア」へ、である。また、高齢者自身のニーズからしても、さらにあるべき姿からしても、地域あるいは住まいでの医療・福祉（介護）をどう具現化するかがこれからの課題である。

今日ではむしろ、従来型の施設でなく宅老所やグループホーム、特定施設（新型ケアハウス）のようないわゆる「有料老人ホーム」を推進することが大切である。なぜなら民間活力の導入により、公的補助金に頼らない施設展開が広がり、介護保険給付の節約に貢献することになるからである。介護は大幅な施設不足地域を除いては、補助金を使つての従来型施設の建設は縮小すべきである。

平成18年3月には老人病院、介護力強化病院は療養病床に移行することになっている。これは6床部屋を4床部屋にしなければならない。1部屋当たり2人の高齢者が地域に追い出されるが、それを受け入れる介護施設はないという問題が起きてくる。そこで、大規模介護施設に代えて、宅老所、グループホームなど地域密着・小規模・多機能ホームを中心とした介護サービス基盤を整備すべきである。これからの高齢者ケアは集団ケアから個別ケアへ、施設ケアからコミュニティケア、在宅ケアへとサービス構造の転換が求められる。さらに、施設という自己完結型から地域内での展開を考えると、そこに医療をあるいは介護を導入するとすると、連携、ネットワークが重要になってくる。そしてその際には、情報の共有化が大きなテーマとなってくる。医療サービスと介護サービスの連携が不可欠であり、相互にネットワークを組むことでサービスを展開し、拡大することができる。

## IX 介護保険制度下の特養の生き残り策

再三述べてきたように、厚生労働省より、今後の施設サービスの発展形態として、地域密着、小規模、多機能ケア体系が指向されている。個別ケアを実現するには、施設サービス偏重から施設サービスを軽装備化し、住宅に近いものにしていく。すなわち施設サービスと在宅サービスの中間的な位置づけを目指しているのである。

これに対して、既存のサービスでは賄えきれないきめ細やかな需要にどのように対応していくのか、介護保険を制度の基本理念から検証すると、①いま選択と自己決定で利用者本位のサービスが利用できているか、②介護者の介護地獄は解消されたか（自立を支援し在宅生活の継続に役立っているか）、③情報開示やサービス評価ができていくか、④自治体は保険料の値上がりを恐れてサービス資源の拡大を怠っていないか、など検証すべき課題が多い。

さらに、厚生労働省の老人医療・介護保険制度の性急な改革をみるに、特養を取り巻く周辺環境の変化が読みとれる。すなわち、①特養が介護施設の中核という位置づけは終わった、②国や自治体は特養の整備について消極姿勢に転換した、③特養整備の補助率ダウンでニーズの抑制を図ろうとしている、④グループホーム・ケアハウス（特定施設）に重点は移っている、等である。

また厚生労働省が特養の弱体化を急ぐ背景は何かを推察するに、①特養の機能を解体する基準省令の改定と解釈通知は何が狙いか、②「役割分担論」は長期介護を特養から療養型への移行が狙いか、③特養へニーズが集中しては待機者の解消ができず役割分担が進まない、④住宅・生活・介護・リハビリ・医療の分離は何を意味するか、⑤医療と介護を統合し「持続可能な社会保障制度の構築」が狙い、等が考えられる。

最後に、特養の現状を考えると、1) これまでの特養の位置づけは、①福祉施設 ②措置施設 ③介護施設 ④医療機能の弱い施設 ⑤低所得者中心 ⑥在宅からの唯一の受け皿 ⑦終の棲家、

であり、2) 介護施設のなかで最も長い入所期間であり（特養1445.5日 療養型714.9日 老健333.7日）、入所者全体の5割が3年以上入所であり、3) いま、自宅以外に多様な「在家的施設」が出現し、4) これまでの独占体制崩しが始まった、5) サービス競争に勝てる条件が整っているか（雑居部屋・プライバシーの保護・画一的集団処遇・身体拘束など介護の質の改善ができていくか）、等が考えられる。<sup>注13)</sup>

## X おわりに

介護保険施行後、特養は措置から契約へ、管理から運営へ、と大いに変貌を遂げてきたことは事実である。新たに設けられた「小規模生活単位型指定老人福祉施設」（新型特養）と既存施設（旧来型の特養）の位置づけをどうするのか、ケアの有り様をどう考えていくのかは今後の課題である。介護報酬改定以降の厚生労働省の動きをみると、①個室・ユニットケアをハード面から硬直的に成立させようとしている、②個室・ユニットケアを究極の居住環境ととらえ、施設・在宅の中間に位置する第3類型として想定している、など指定介護老人福祉施設の介護保険制度における位置づけをも変える、大きな課題として浮上してきた事である。

高齢化が進むにつれて、要介護者、痴呆性高齢者の数が増加することもまた確かである。将来にこのような介護ニーズを抱えており、福祉のプロ集団を抱え、介護設備も整っている特養に期待されている面が大であることも確かである。しかしその期待される「量と質」は一様ではなく、時代とともに変わってきたのである。入居希望者の「量」によってではなく、特養に期待する「機能」の変化によって大きく変貌してきており、在宅福祉、と地域福祉といった新たな市場に施設のノウハウをいかに活用して事業を展開していくかという、競争の時代に突入しているのである。また、福祉に対する考え方や、人口構造の変化ばかりではなく、経済環境の変化もその大きな要因の一つ

である。

利用者が介護サービスを受ける方法は、特養入所とは限らない。特養よりも他のサービスを利用した方が有利、つまり割安に設定されれば、入所希望者は他のサービスにシフトする可能性がある。

本当に現行の特養は、利用者不在の地域遊離、集団処遇、の実態なのであろうか。このまま特養の優れた実践、利用者のニーズに応えるサービスの有り様を老人福祉施設の側から提言をしていかなければ、特養解体（脱施設化）の動きが行政主導で進められていくことは必至である。福祉関係者の今後の自助努力を期待したい。そして最後は国民の評価が決めるのである。

人生の目的は幸福の追求である。「医療とは医師が種々の技術的な治療を施すことであり、福祉とはなんらかの病気や障害が理由で自分でそれできない人に対して、他人—それが政府機関であれ、NPOであれ、個人であれ—が支援、援助をすることである」と考える。

すなわち、現場では経営面でカバーし、工夫する必要がある。経営面だけでは十分な対応ができない場合は、地方自治体の支援はもちろん、その前には法的な改正、現場でのおおよその運用、制度の活用で生じている問題点は、改正すべきところは改正しなければならない。

また経営担当者も、独自の工夫でマイナス面をカバーする努力をすべきであろう。

法制度の改正を要するものは福祉関係者をはじめ皆で協力して、政府に対して法の改正、制度の改正を働きかける。地方自治体にも運用面で、弾力的に対応できるように要望していかなければならない。

現実に現場での活用が問題なのだから、結局、福祉の効果が上がる、つまりできるだけ多くの人々が満足に行くようにするのが福祉経営の狙いである。幸福の追求が人生の目的であれば、老年においてもあるいは老境に入っても、生きがいが感じられるようにし、利用者の満足度が高くなるようにするのが福祉経営の目的である。残りの人生を心豊かに過ごしていただくのが福祉である。その

目的ができるだけ効果的に達成されるようにするのが福祉経営の目的である。本稿では「高齢者医療福祉経営論」の11章を取り上げたわけであるが、本論では、いろいろ制度を並べたし、法的な制度、それぞれの経営上の長所・短所を並べてみた。あるいは外国との制度比較検討をしたが、その目的の1つは福祉を利用する人々の満足度が少しでも向上すればと願うからである。

本論文をまとめたのもその目的のための一助となれば幸いである。

## 注・引用文献

注1) 徳島市（人口26万）で100床ベッドの施設を作ると、個人が払う介護保険料は1人につき100円位負担が上がる。

注2) 2002年9月に「地域サテライトケア全国サミット」が仙台市で開催され、そのサミットのなかで日本福祉大学の平野隆之教授は地域サテライトケアを「逆デイサービス」「小規模多機能ホーム」「地域共生ホーム」「ケア付き住宅」の4つを柱に整理を試みている。

注3) メディファックス4月4日4172号より

注4) 第3カテゴリーとは、地域密着小規模多機能のほか、①宅老所、グループホーム、特定施設、②ケアハウス、生活支援ハウス、③シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅を含めた4つが考えられる。在宅でも施設でもない第三のカテゴリーとして「大規模なものでなく、地域から切り離されたものでなく、身近、小規模、多機能、地域密着の「介護ハウス」のような施設」を特徴とするサービス提供拠点を新たに制度化する案を提示し、2005年度の制度の見直しで、自宅近くで既存の介護施設に準じた介護を提供するもので、全国整備を打ち出すことになる。介護保険の対象範囲を広げることで、費用のかさむ既存の施設入所者の増加を抑え、介護保険の財政悪化を防ぐ狙いもある。

注5) 新型特養とは全室個室で、少人数（10人前後）のユニットで個別ケアを行う特別養護老人ホームである。4人部屋中心で、数十人から百人単位の集団処遇だった従来の特養を、高齢者の生活の場に変えるのが狙いである。今年度以降、特養の建設はこの新型特養に限られる。

注6) 2003年2月25日 メディファックス4145号より

注7) 平成15年2月23日栃木県宇都宮市で開かれた「全国宅老所・グループホーム研究フォーラム」の討論会

- での厚生労働省香取照幸振興課長談
- 注8) 宅老所・グループホーム全国ネットワーク編「宅老所・グループホーム白書2003」  
全国コミュニティライフサポートセンター，2003年24～25頁
- 注9) 株式会社等の参入に関する検討のための試算（平成15.5.27内閣府・財政効果分析レポート）によると，特養への民間経営主体の参入により，最適な経営規模を「平成14年度介護事業経営実態調査」等から推定すると「定員94人，入所者1人当たり28万5000円」となり，すべての特養がこの費用で達成された場合の総費用は現在の95.2%となり，4.8%の効率化が図られ，全体では16.6%の経営効率化が可能と試算している。
- 注10) 平成15年3月24日全国老協四国大会にて
- 注11) 全国老人福祉施設協議会調査平成14年11月5日
- 注12) 厚労省老健局計画課資料より
- 注13) 全国老協「特養経営戦略」より抜粋

## 参考文献

- 外山義他著「ユニットケアのすすめ」筒井書房 2000年
- 西谷達也著「施設革命Ⅰ ユニットケア 特養編」筒井書房 2000年
- 中林 梓『「介護報酬改定」ポイント解説と経営シミュレーション』日本医療企画 2003年3月18日
- 「日経ヘルスケア21」 2003年3月号 日経BP社 2003年3月8日
- 宅老所・グループホーム全国ネットワーク編「宅老所・グループホーム白書2003」全国コミュニティライフサポートセンター，2003年2月22日
- 日経BP介護情報センター編「高齢者医療・介護経営2002年からの新戦略」日経BP2001年12月25日
- （社福）全国福祉協議会編「介護サービス法人の経営改革」1998年10月5日
- 日本貿易振興会編「米国の福祉介護サービス産業の実態」1998年
- 日本貿易振興会編「スウェーデン，英国のユニークな福祉サービス」1997年
- 厚生省監修「厚生白書」（平成9年版）ぎょうせい 平成9年6月23日
- 厚生省監修「厚生白書」（平成12年版）ぎょうせい 平成12年7月19日
- 厚生労働省監修「厚生労働白書」（平成13年版）ぎょうせい 平成13年9月10日
- 三浦文夫編「図説高齢者白書2000」全国社会福祉協議会 2000年8月4日
- 三浦文夫編「図説高齢者白書2001年度版」全国社会福祉協議会2001年12月25日
- 三浦文夫編「図説高齢者白書2002年度版」全国社会福祉協議会2002年12月20日
- 訓覇法子・藤岡純一編「世界の社会福祉1 スウェーデン・フィンランド」旬報社1999年
- 訓覇法子著「現地から伝えるスウェーデンの高齢者ケアー高齢者を支える民主主義の土壌」自治体研究社1997年1月5日
- 堺園子著「世界の社会福祉と日本の介護保険」明石書店2000年12月25日
- 山林義夫著「介護保険と病医院経営対策」中央経済社 平成12年3月30日
- ピヤネール・多美子著「スウェーデン・超高齢社会への試み」ミネルヴァ書房1998年
- 三木立著『「世界」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房1994年11月25日
- 三木立著「介護保険と医療保健改革」勁草書房2000年4月20日
- 三木立著「21世紀初頭の医療と介護」勁草書房2001年11月20日
- 早川浩士著「介護事業の最新動向と経営展望」日本医療企画平成14年12月20日
- 日経BP介護情報センター編「高齢者医療・介護経営2002年からの新戦略」日経BP社 2001年12月25日
- 日経ヘルスケア21編集部「グループホーム・高齢者住宅開設マニュアル2002-2003年度版」日経BP社2002年8月10日