

特別養護老人ホームの変貌に関する一考察  
介護報酬及び要介護認定の視点から

谷口泰司

A Study of the Transformation of Special Nursing Homes for the Elderly  
From the Viewpoints of Long-term Care Service Fees and Certification of  
Eligibility for Long-term Care

Taiji TANIGUCHI

The Public Long-Term Care Insurance System, implemented in April 2000, was developed by totally reorganizing the then current welfare system for the elderly in combination with medical services for those requiring care. The primary aim was to provide a large part of conventional welfare services for the elderly through the social insurance service.

The structure of long-term care service fees was dramatically changed, and being later revised twice in order to accommodate physically or mentally serious cases.

Because of these revisions in service fees, many special nursing homes for the elderly have caused two main problems to emerge:

1. Due to their decline in earnings, many facilities have become more inclined towards providing care to serious cases because of the higher fees available, rather than normal cases where fees are very low.
2. Decline in their ability to function as a safety net for those suffering from abuse, neglect, or other social environmental reasons. Instead, many facilities have a higher preference for those certified as eligible for long-term care.

Countermeasures to address these problems are necessary. Temporarily, a balanced charge system should be adopted in order to stabilize facilities' operations, as well as future deregulation of medical treatments prohibited within facilities. The overall restructure should be made to focus on providing care not just to those certified eligible for long-term care, but also to those suffering from social environmental circumstances.

Both public and governmental opinion has been very critical of nursing home existence, but some facilities will have to engage in a providing care to all the elderly in need and their families, whereby 'peace of mind' and 'human dignity' should prevail.

**Keywords:** The public long-term care insurance system, Special nursing home for the elderly, Long-term care service fee, Elder abuse, Certification of eligibility for long-term care

介護保険制度、特別養護老人ホーム、介護報酬、高齢者虐待、要介護認定

## 1 問題の視角と課題

介護保険制度は、社会福祉基礎構造改革の先駆をなし、また、地方分権の試金石と呼ばれつつ、2000年4月にスタートした。この介護保険制度創設を期に、社会福祉全般にわたる制度改革が一挙に加速し、2009年度を目指して高齢者・障害児（者）の介護サービスの一元化、その後の育児保険をも視野に入れた保険制度の検討、医療制度の更なる改革など、既存の諸制度の再編に向けた検討が進められている。

さて、この介護保険制度は、それまでの措置制度から利用者主体の制度へと大きく舵を切るものであった。この理念を具体化するため、申請から認定、給付のあり方など全般にわたり仕組みが大きく変化した。中でも“利用者の選択による契約利用”を可能とする条件整備の面では、指定事業者・施設の運営基準における契約に関する規定の整備が行われたほか、ケアマネジメントの法定化とともに介護支援専門員が利用者支援の一環（相談支援・情報提供等）として機能することが期待されるなど、広い範囲で抜本的な見直しが行われた<sup>1)</sup>。

ところで、これらを提供者側、つまり事業者・施設から見たとき、先に掲げた運営基準もさることながら、サービス対価の構造変化を避けて通ることはできない。そして、この構造変化及びその後の報酬改定と、要介護認定及びこれを軸とした諸規定により、事業者・施設のあり方に、意識・無意識を問わず看過できない変化が生じている。

本論文ではまず、兵庫県・姫路市及び西播磨圏域におけるデータ・調査結果等をベースに、介護保険制度及びこれに先立つ1990年代の高齢者介護基盤の整備が、“介護の社会化”に果たした影響について考察する。施設機能の変貌の本質を見る上では、報酬構造だけでは不十分であることが理由である。

この理解を前提として、介護保険制度における報酬構造を中心に、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に焦点をあて、要介護認定との関係性とその影響にかかる調査結果をもとに検証する。

その上で、提供者側の視点から、報酬構造のもたらす施設経営への影響を明らかにする一方で、利用者側の視点から、安心の場としての施設機能への影響を明らかにし、それぞれの課題を探るとともに、今後の対応策について提言を試みることにする。

なお、本文では介護老人福祉施設と特別養護老人ホーム双方の用語を使用しているが、基本的に同一のものである。ただし、介護保険制度内及び介護報酬に

言及する場合には介護老人福祉施設、介護保険制度以前及び施設本来のあり方に言及する場合には特別養護老人ホームとして整理している。

## 2 介護の社会化 ～ゴールドプランの再評価～

先に述べたように、介護保険制度は高齢者介護の構造を一変するものであり、同時に、介護の社会化を目指すものであった。前者については法の枠組みつまり基本システムの変更であり、介護保険制度自身がその功罪ともに責を有するものであるが、後者つまり介護の社会化については、それ以前のゴールドプランの効果が大きく、介護保険制度はこの社会化の動きを一気に爆発させたものである。

介護の社会化に必要な要件のうち主なものは、“量の確保”であり、同時に利用者の“ニーズ”の顕在化である。双方が備わってはじめて社会化が起こるのであり、制度改革及びこれに伴う量的拡大だけでは社会化は起こらない（制度改革で引き起こされるのは負の社会化つまり地域・家族への人的・金銭的負担等の転嫁・逆流もあり、このことは改正介護保険、医療制度改革等にみるとおり）。

また、このニーズは更に見ると、“必要性の認識”という正方向の動機に加え、“抵抗感の消失”という、負から正への転換が行われることが必要である。このいずれかが欠けてもニーズの顕在化はありえず、ひいては介護の社会化は起こらない。

1990年代に推進されたゴールドプランが、高齢者介護サービスの基盤整備及びニーズの拡大に果たした役割について、次の2点のデータを示す。

図1は、年代別の特別養護老人ホームの整備数であるが、老人福祉法施行後四半世紀を経過した1980年代末では、兵庫県内に56施設が整備されていたが、以降の十数年にはその4倍強にあたる202施設が整備され、特に1990年代後半のゴールドプランが本格化してから介護保険制度の現在に至るまでの整備が急ピッチであったことがわかる。

なお、この1990年台以降の特別養護老人ホームの整備は、それ以前とは異なる意味を持つ。それは単なる“入所施設の整備”にとどまらない。ゴールドプラン以降の整備に関する国庫補助の採択にあっては、福祉関係8法改正に明記されたいわゆる“在宅福祉サービス”の併設整備がほぼ絶対といえる条件となった。このため、1990年代以降の特別養護老人ホームにあっては、ほぼ例外なく在宅介護支援センター、デイサービスセンター及び短期入所専用床（20前後）を備えるものとなり、入所施設整備と並行して在宅基盤の整備が加速す

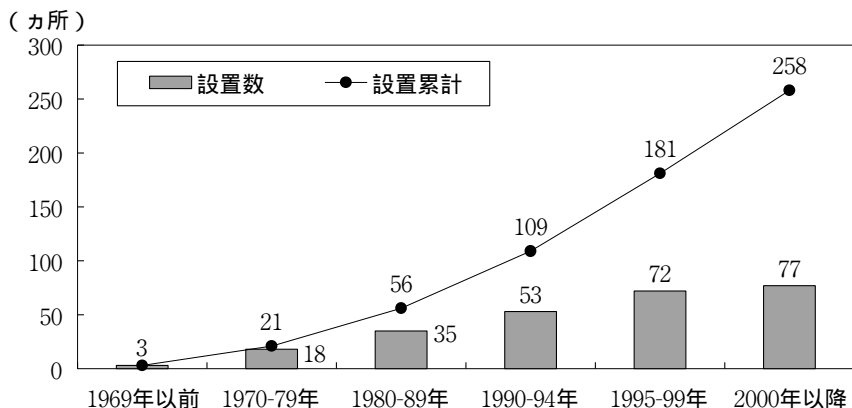


図1 兵庫県内の特別養護老人ホーム設置数  
(介護サービス事業者調査(厚生労働省)より抜粋)

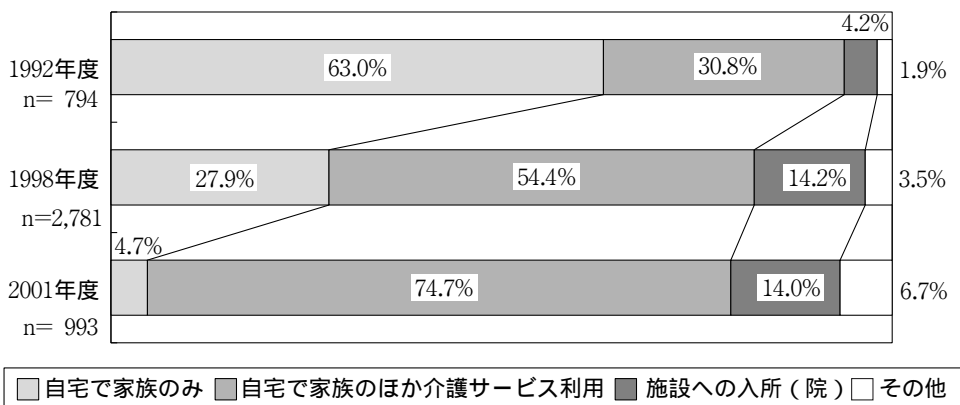


図2 姫路市要援護者本人の介護に関する意向  
(姫路市要援護者実態意向調査：1992・1998・2001年度版)

ることとなった。この整備が高齢者の福祉サービス利用に関する意向を大きく変化させる要因の一つとなったことは否めない。

図2は、高齢者の福祉サービス利用にかかる意向の変化を表したものである。これは姫路市において同じ設問項目により要援護者本人に行った実態意向調査の一部であるが、

1) 1992年度に“家族介護”を希望していた者の比率(63.0%)は、ゴールドプラン後半の1998年度には半減(27.9%)し、介護保険制度施行後の2001年度には僅か4.7%にまで激減している。

2) 1992年度当時30.8%に過ぎなかった“介護サービス利用により在宅生活継続を希望”する者は2001年度には74.7%に急増(1992 - 1998年度比較では家族：介

護サービスの比率が逆転)している。

3) 施設入所(院)については、1998年度調査で一挙に3倍増(14.2%)となっている。

といった顕著な変化が起こっている<sup>(2)(3)</sup>。この間は僅か9年間であるが、1992 - 2001年度の要援護者の意向には隔世の感がある。

以上に見るように、介護の社会化に必要な要件は既に1990年代に整えられていたのであり、介護保険はその利用に関する主導権の“一部”を利用者側に渡したに過ぎず、負から正への転換は既に1990年代のいずれかの時点で行われていたのである。

介護保険制度前後の介護サービス利用の変化を在宅・施設別に見ると、既に準備が終わっていた社会化の条件整備が、介護保険制度への移行に伴い、在宅サービ

スにかかる財政規律を行政が失うことにより、一挙にその利用量を爆発させることとなった。

しかしながら、施設サービスについては介護保険制度の効果は疑問である。先の実態意向調査を見てもわかるように、施設に関する意向は1998 - 2001年度ではほぼ横ばいであり、ゴールドプランによる効果は見られるものの、介護保険制度による意向の変化は見られない。しかしながら、介護保険制度以降、施設入所希望は全国的に急増し(33万人、健康保険組合連合会：2003) 3年程度の入所待ちはよく聞かれる話である。この原因には次の2点が考えられる。

1つには、財政規律の点である。先に主導権の一部と述べたが、介護保険により、利用者側がその主導権を獲得したのは、あくまでも在宅サービス部分であって、施設については依然として行政側がその総量を規制している。いわゆる“参酌標準”と呼ばれるもので、「保健福祉圏域ごとに特別養護老人ホーム総量の参酌標準を超えた場合には都道府県が認可を行わないことができる」旨の規定が設けられている(老人福祉法第15条第6項)介護保険法による介護老人福祉施設の指定は、あくまでも老人福祉法による特別養護老人ホームとしての認可が要件であり、介護保険法上の指定及び社会福祉法上の届出により開始される在宅サービスとは大きく異なる<sup>(4)(5)</sup>。ただし、この総量規制だけでは先

に見た入所待ちの理由としては不十分である。施設入所希望は1992 - 1998年度の比較では3倍増と伸びているが、量的な拡大は図1にも示すとおり、1990年代以降飛躍的に伸びており、単に伸びだけを見ると後者の量的拡大の伸びの方が大きい。

これを裏付けるものとして、表1を見ることとする。ゴールドプランが本格化した1990年代後半においては、姫路市内の入所待機者数は減少している。しかしながら、介護保険制度施行以降、この待機者数は施設整備を大幅に上回る伸びを示しているのである。2000年度以降は重複申し込みを含む数値であるため、把握できる範囲で名寄せを行うと、実数としては表1の3分の1となるが、それでも2001年度には500名(1,541 × 1 / 3)、2004年度には1,250名前後の待機者となっている。

量的拡大で解決しないこのような入所待機が何故起こったかについては、“家族の意向”が介護保険制度前後において大きく変化したことの影響が大きいと考えられる。福祉から保険への制度転換により、利用者だけでなくむしろ家族における権利意識の覚醒の結果であったと言える。

図3は、要援護者を現に介護する家族に対する実態意向調査結果である。施設入所以外の意向については要援護者本人の意向の推移と大きな差が見られず、

表1 姫路市内の特別養護老人ホーム整備数と入所待機者数

	年 度					
	1993	1997	1999	2000	2001	2004
施設数	6	12	12	13	14	18
定員数	340	690	690	740	810	1,100
待機者数	100	50	190	627	1,541	3,754

2000年度以降は1名が複数の施設に申し込んでいる場合の重複を含む。

資料：姫路市高年福祉課・介護保険課調べ

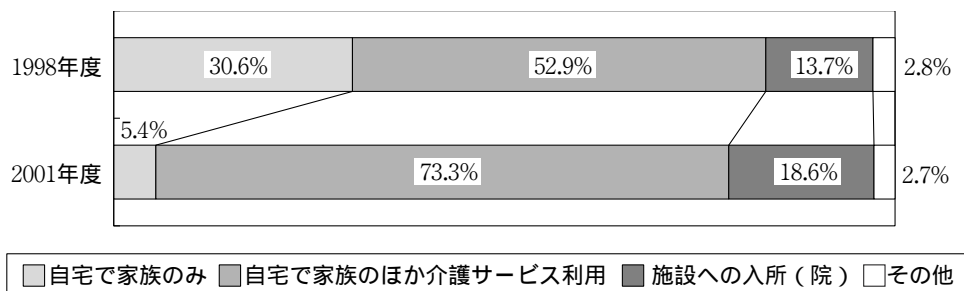


図3 姫路市要援護者家族の介護に関する意向  
(姫路市要援護者実態意向調査：1998・2001年度版)

2001年度では介護サービス利用による在宅生活継続の意向が大きく伸びている(52.9% 73.3%)。ここで注目すべきは、施設入所にかかる意向であり、1998年度13.7%から、2001年度には18.6%と4.9ポイント増加している。図2に見るように要援護者本人の施設入所志向は、1990年代に大きく変化したものの介護保険制度による影響が見られなかったのに対し、家族の意向は介護保険制度前後で変化を見せている。更に言えば、これは単に5ポイントの増加にとどまらず、要援護者本人と家族の意向のミスマッチもあって、双方のいずれかの意向による施設入所志向は、18.6%(利用者と家族の最大値)以上に膨れ上がっている。

このことが、基盤整備以上に一気に施設入所待ちが増加した要因であるとともに、利用者(家族を含む)と施設との関係を、それまでの措置制度とは一変させるものであったといえよう<sup>6)</sup>。

### 3 措置費から介護報酬へ

上記に加えて、次に見る介護報酬により、意識・無意識を問わず施設側が誘導(価格誘導)されることで、特別養護老人ホームとしてのあり方が大きく変容してきている。この変容は小さくは施設そのものに関するものであるが、大きくは虐待・放棄に苦しむ高齢者に対する保護の場を含む“居住・安心の場の剥奪”という、高齢者福祉全体に関わる問題と捉えることもできる。ここで、一方の主体たる施設側に視点を移し、サービス対価の構造つまり介護報酬を中心にその推移と影響について検証することとする。

#### 1) 報酬構造の変遷

表2は介護老人福祉施設におけるサービス対価の構造の推移を示したものである。措置制度から介護保険制度へ移行する際に、サービス対価の算定方法及び利用者負担について大きな転換が行われた。このうち、利用者負担については、応能負担かつ扶養義務者負担を含むものから、定率負担となり、また、“個人給付”という趣旨から、従来の扶養義務者負担は廃止された<sup>1)</sup>。

ただし、激変緩和措置として、旧措置入所者についての保険給付率の引き上げ(最大100/100)や食費標準負担額の減額が行われたほか、新旧入所者に対する社会福祉法人減免等により、低所得者対策が行われるなど、定率負担導入により新規入所者や継続入所が困難になるという事態は大半が回避されることとなった。

なお、社会福祉法人減免は、その方式から施設に一定の収入欠損を求めるものであったが、先に見た3カ年の介護報酬水準もあって、減免実施が直ちに施設経営を困難にするという事態は回避された<sup>2)</sup>。

#### 2) 月額算定から日額算定へ

サービス対価の算定方法で注目すべき点の一つは、月額算定から日額算定への変更である。この変更により、月の初日に在籍しているかではなく、日々の実際の利用の有無が算定対象となった<sup>3)</sup>。

このことは保険料を負担する層や国民一般から見た場合には妥当と考えられる。サービス提供の実績がないにもかかわらず費用が支払われるという構造は、一般的には理解を得ることは困難であろう。しかしながら、運営基準に照らし、また、利用者の実態を合わせて見たとき、この日額変更は当初、施設側に若干の混乱を招いたことは記憶に新しい。

運営基準では、3ヶ月以内の入院であれば、その者が退院した時に円滑に再入所できるよう配慮しなければならないとされている。このため、3ヶ月以内の入院が見込まれる場合には施設側としてはその期間、居室を確保しておく、つまり稼働率が下がることとなった。この仕組みは措置時代にもあったが、当時であったのは人件費補助という考え方をベースとし、かつ施設への委託経費であったため、被措置者の入院により措置費が全くなくなるわけではなく、事務費相当分は収入として確保されていた。

これが介護保険制度創設により、入院後6日の外泊算定以降は収入が途絶することとなった。もちろん、これを回避する方法はある。過去の実績を分析し、当該3ヶ月における退所率(大半が死亡退所)やその他の

表2 報酬算定・利用者負担の変遷

区 分		～1999年度	2000 - 2005年度	2006年度～
サービス単価	算定単位	月 額	日 額	
	算定方法	一律単価	要介護度別単価	
そ の 他	利用者負担	応能負担	定率(応益)負担	
	食費・居住費	単価に包括		利用者負担へ

食費・居住費の利用者負担は2005年10月より

者の入院を見込み、新規入所を受け入れながらその者の退院時に、退所者や入院者の居室へ再入所させることで、稼働率低下を最小限に抑えるという方法である。しかしながら、この手法はリスクであるというだけでなく、利用者の心情という点からも積極的にいうものではない。

このため、日額算定時には実際の施設の稼働率をいかに見るかが注目されたが、介護保険創設時、2000 - 2002年度の介護報酬においては、この稼働率を95.3%とし、月額を割り戻すこととなった<sup>4)</sup>。

結果、例えば定員50名の介護老人福祉施設の場合、1日平均2名弱の入院があったとしても、施設運営に支障をきたすことは回避された。これに加え介護報酬が高水準で維持されたため、施設運営は当初3ヵ年については安定したものであり、大規模施設ほど(定員規模による報酬区分は2区分のみ)剰余金が発生することとなった<sup>5)</sup>。

### 3) 一律単価から要介護度別単価へ

次に、措置制度時には利用者の状態に関わらず一律算定であったものが、個人の要介護度別の報酬に変更されたことに伴う問題点について整理したい。

措置制度時においては、痴呆性老人等介護加算などが一部設定されていた以外には利用者の状態が算定対象となることはなかった。一方、施設や職員体制については、標準的な人件費(当時は平均勤続年数として7年前後)を超えた施設に対しての民改費(民間職員処遇改善費)が、人件費高騰への対策として助成され、また、寒冷地加算等により地域における施設運営費が考慮されていたことからわかるように、当時の算定の視点はあくまでも提供者側、つまり施設及び施設スタッフを中心としたものであった。

なお、当時においては、利用者の状態像を判定する尺度がADL判定以外にはなかった。是非はともかく現行の要介護認定で導き出される個人の心身状況を総合的に数値化できるものが存在しなかったことも、評価の視点に利用者の状態像を盛り込むことが困難で

あったと推定される。

しかしながら、介護保険制度への移行はこのような提供者側の視点による評価を不可能にするものであった。利用者負担において見たように、介護保険法の規定はあくまでも個人への“現金による保険給付”が原則であり、施設がどこに位置するか、施設スタッフの態様はどうか、といった点は二義的なものとなる。

この個人への給付を具体化する上では、手厚いサービスが必要である場合とそうでない場合に何らかの差を設ける必要があり、その尺度として用いられたのが“要介護認定”であった。この認定結果に基づき介護報酬に差が設けられ、介護老人福祉施設にあっては、要介護1から5までの5段階(旧措置入所者については要支援以下を含め経過的に3段階)に報酬が区分され、法定代理受領により施設にサービス対価が支払われる仕組みとなった<sup>6)</sup>。

表3は、介護保険制度施行当初3ヵ年の介護報酬である。施設・サービスごとに個人別評価を設けたものの、当時の施設現状及び要介護認定の精度を勘案したのとなっており、現在のような報酬による誘導(価格誘導)といった作為的な意図は最小限に抑えられている。ちなみに、要介護区分が1上昇する際の価格上昇は、認知症対応型共同生活介護1.9%、特定施設入居者生活介護が10%前後(9.1~12.2%)、介護老人福祉施設で5%前後(4.7~5.7%)となっている<sup>7)</sup>。

介護老人福祉施設にあっては、施設維持費という個人の状態像に左右されない共通経費が他の類型に比べ高いため、結果として、これらを含めた要介護度別単価の傾斜は緩やかなものとなっている。なお2000年度の介護老人福祉施設の介護報酬構造及びこれに含まれる費用は図4のとおりである。

ここで見るように、介護報酬は大きく分けて利用者の状態(要介護度)に比例した報酬部分と、施設維持費や管理経費など利用者の状態に影響を受けない報酬部分からなり、この比率が先の単価上昇比となって現れる。つまり施設維持費等の比率が高い場合の報酬全

表3 2000 - 2002年度介護報酬(抜粋)

(単位)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認知症対応型共同生活介護		809	825	841	857	874
特定施設入居者生活介護	238	549	616	683	750	818
介護老人福祉施設		796	841	885	930	974

施設・事業の名称は現在の名称を使用

介護老人福祉施設は定員31人以上、配置基準3:1の場合の報酬のみ掲載

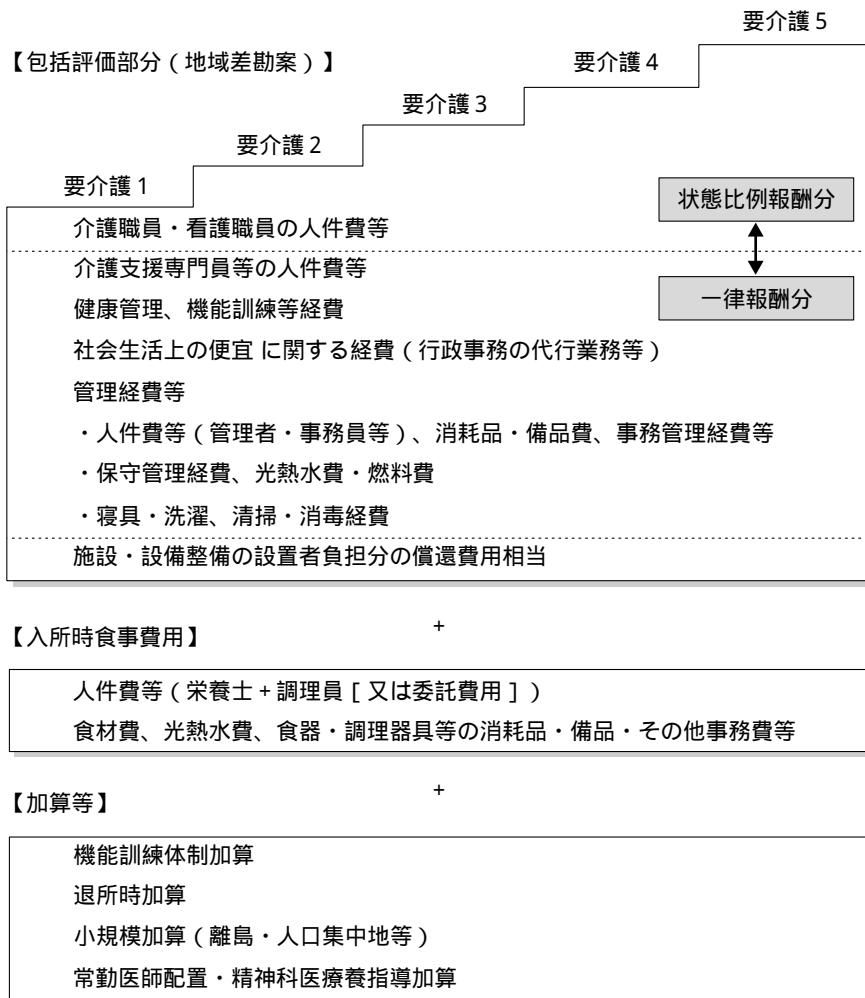


図4 介護老人福祉施設の介護報酬構造  
資料：介護保険担当全国課長会議資料（厚生労働省：2000年3月）

体の傾斜度は緩やかなものとなる。

例外は認知症対応型共同生活介護である。入居費用などが利用者負担となり介護報酬には含まれていないため、特定施設と同程度（10%前後）の傾斜となるはずであるが、これが1.9%と非常に緩やかなものとなっている原因は、要介護認定にあるとあってよい。1997年度からはじまった要介護認定の試行事業から指摘されていたように、身体モデルを基礎とした認定項目では認知症にかかる介護の必要度を的確に測定しているとは言えず、これは介護保険制度施行まで改善されることはなかった。このため、当該サービスにかかる介護報酬設定にあつては、要介護2及び3を標準として前後の傾斜を緩やかなものとし、要介護認定のバラつきによる事業所運営への影響を最小限に抑えようと

した結果となっている。

このように、施設・事業所ごとの特性や要介護認定の状況を勘案した介護報酬であるが、当時に共通するものは、その傾斜が“直線的”であるということである。特に重度あるいは軽度の介護報酬を重く（軽く）見るということはなかった。しかしながら、この直線的な傾斜は、介護老人福祉施設については、2003年度以降の介護報酬改定で転換することとなる。

#### 4) 重度者への傾斜配分

表4は、介護老人福祉施設における介護報酬の推移を見たものである。経営実態調査及び民間給与水準に照らし、全体としては切り下げが行われている<sup>(7)(8)</sup>。この点については、サービスの質という観点で議論となるが、本論として注目すべき点は2003 - 2005年度報

表4 介護報酬の推移（介護老人福祉施設本体部分）

	単 位	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2000 - 2002年度	単 位	796	841	885	930	974
2003 - 2005年度		677	748	818	889	959
2006 - 2008年度		639	710	780	851	921
（対2003 - 2005年度増減）	%	94.4	94.9	95.4	95.7	96.0
（対2000 - 2002年度増減）		80.3	84.4	88.1	91.5	67.6

2006年度単価は、従来型多床室単価で比較

表5 姫路市内介護老人福祉施設の要介護度の推移

施 設 名	平均要介護度			重 度 割 合		
	-	2000年 4月	2003年 5月	-	2000年 4月	2003年 5月
A	0.91	3.25	4.16	36.3%	45.3%	81.6%
B	0.85	3.18	4.04	21.7%	50.0%	71.7%
C	0.76	2.33	3.09	23.4%	14.0%	37.3%
D	0.67	3.22	3.89	20.1%	48.8%	68.9%
E	0.64	3.33	3.97	15.9%	57.3%	73.2%
F	0.60	3.37	3.98	11.0%	54.9%	65.9%
G	0.51	3.32	3.83	23.0%	48.4%	71.4%
H	0.47	3.21	3.68	12.7%	49.3%	62.0%
I	0.38	3.56	3.93	7.0%	61.9%	68.9%
J	0.35	3.52	3.87	9.6%	60.0%	69.6%
K	0.33	3.07	3.40	2.3%	40.0%	42.3%
L	0.32	3.33	3.65	13.5%	51.9%	65.3%
M	0.25	2.93	3.18	15.4%	34.6%	50.0%
N	0.24	3.41	3.65	- 2.0%	53.0%	51.0%
加重平均	0.46	3.22	3.68	13.3	47.8%	61.1%

酬設定の際に行われた“軽度者の大幅切り下げ”である<sup>8)</sup>。

対2003 - 2005年度増減率からわかるように、今回（2006年度）の改正においては、一律カット（4.0～5.6%）の観がある（それでも軽度者の減少率の方が大きい）。むしろ、2003 - 2005年度単価設定時に軽度者の評価が大幅に下降し、結果として、現行単価は2000 - 2002年度と比較し、要介護1で実に20%近く下降する一方で、要介護5にあっては、僅か5.4%の下降に抑えられている<sup>9)</sup>。

この重度者への傾斜配分（軽度者単価の切り下げ）

は、措置費から介護報酬という、個人別単価への移行を第1段階とすれば、第2段階といえるほどの変革を施設に要求するものであり、特別養護老人ホームとしてのあり方そのものに意識・無意識を問わず影響を及ぼすものであった。

#### 5) 報酬誘導による影響

まず、介護報酬のうち要介護度別報酬の視点については、全体としてみれば評価しても良いのではないだろうか。措置制度下の一律単価時にあっては、介護の必要度の高い者の措置決定をできるだけ避ける（入所措置を拒む）特別養護老人ホームが、保健福祉圏域内



で一ヶ所にとどまらず複数あった。当時、これらの施設の志向は地元よりもむしろ、大都市からの措置受け入れに積極的であったと記憶している<sup>10)</sup>。

理由は、これら大都市圏域では早くから自市域内の施設確保が困難であり、市外施設への措置委託を積極的に展開していたが、その措置理由は心身状況もさることながら、大都市特有の“住環境”“家族介護力(独居・高齢者世帯等)”が理由となっていた。結果として、他の地域と比べ、比較的軽度の間から在宅生活が困難となる場合が多く、これら大都市からの(軽度者の)市外措置委託が好まれる場合もあった。

これらの施設が、1999年8月に示された介護報酬仮単価、及び翌2000年初頭の厚生労働大臣告示(本単価)の際にとった行動は、いまだに脳裏から去ることはない。それまでの重度者敬遠の姿勢を一変し、重度者に限定して受け入れるべく、当時の措置担当に再三依頼に来ていたものである。

創設当時には「介護保険は、これまで敬遠されてきた重度者に光があたるようになった」と言われたものであるが、単に心身状況だけのことであるにせよ、当時の特別養護老人ホームの動きは、まさに要介護度別単価の導入を抜きにしては語れないであろう。

さらにこの動きは2003 - 2005年度報酬改定で加速を見せる。軽度者単価の大幅切り下げにより、重度化に一層の拍車がかげられた。

2000年4月、介護保険制度スタート時には平均要介護度が3.5を超えている施設は、14施設中僅かに2施設のみであるが、2003年5月には11施設へと増加している。ここでデータの紹介は避けるが、継続入所者の要介護度に重度化がさほど見られないことから、軽度者の死亡退所に替わって新規入所する者の要介護度が相当に高いことがこの重度化の理由である。

ただし、この第2段階での一層の重度化は、この後に触れる入所判定基準の課題も重なり、第1段階におけるプラス面を相殺し、介護老人福祉施設としての施設とは何かをさらに考えさせる問題を提起することとなる。

さらには、この重度に傾斜した報酬構造、これに誘導された施設入所者の重度化が、施設収入を増加させることなく、かえって施設運営を不安定にすることとなった。

#### 4 重度化の課題

介護保険制度の目指すものの一つは、利用者が事業者と“対等な関係に立ち、選択・契約によりサービスが利用できる環境を構築”することにある。しかしな

がら、介護の社会化と介護報酬構造、これらを利用者対施設という関係性で捉えた時、この対等な関係からは程遠く、施設側にその決定権が留保されていることがわかる。また、介護報酬による誘導は、施設が要介護度の高い者をこれまで以上に受け入れるようになり、結果として施設内の平均要介護度が大きく(以下「重度化」という。)なっている。

しかしながら、この重度化は次の2つの点で深刻な課題を施設自身・利用者に投げかけ、介護老人福祉施設の存在理由を変容させつつある。2つの課題とは、“重度化による収支の悪化”及び“虐待・放棄の増加”であり、存在理由とは“居住の場(生活施設)としての機能喪失”である。

##### 1) 重度化と稼働率の関係

まず、重度化による収支の悪化について見る。

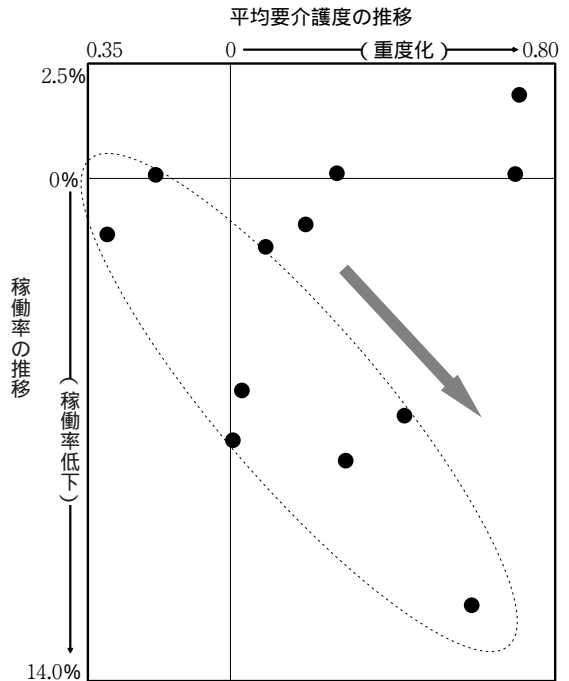


図5 平均要介護度の重度化と稼働率の関係について (谷口調査：2006年8月)

図5は、平均要介護度の重度化と施設稼働率の低下との相関を見たものである。兵庫県西部にある介護老人福祉施設12施設(入所者702名)を対象に、2006年8月1日現在の要介護度及び稼働率と遡れる限り過去の要介護度及び稼働率を比較した<sup>11)</sup>。

結果であるが、施設の平均要介護度と稼働率の間には一定の相関が認められた。重度化が0.30未満の施設における稼働率低下が29%であるのに対し、0.30以上

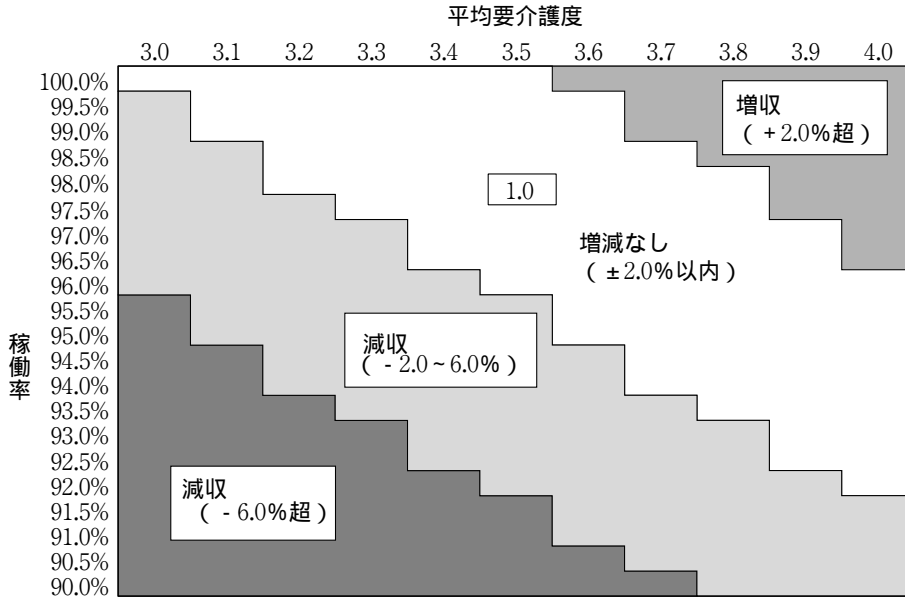


図6 平均要介護度・稼働率と施設収支の関係(谷口試算)  
要介護度3.5・稼働率98.0%をベースに2003 - 3005年度単価で比較(本体のみ)

重度化した施設では、その倍の60%の施設で稼働率低下が起こっている<sup>(9)</sup>。

この原因であるが、同時に実施したヒアリング及び入所者実態調査では、“入院による不在”が稼働率低下の主たる理由となっている。次に、この結果が施設収支にもたらす影響について見ることにする。

図6は施設収支の増減帯を示したものであるが、この帯域については、要介護度よりも、稼働率により簡単に移動する。50人定員の施設で、仮に平均要介護度を3.5から3.6へ0.1上昇させるためには、一例として要介護3の者が5名退所し、要介護4の者を5名入所させなければならない。反面、同規模の施設であれば、1名の入院患者が出ただけで稼働率は簡単に2.0%低下する。

仮に平均要介護度が0.2上昇したとしても(例では10名の要介護度が1上がる。)稼働率低下を4.0%以内(同2名以内の入院)に抑えなければ、施設としては3.0%以上の減収となる。

(試算例) 定員50人	平均要介護度3.5	3.7
	稼働率98%	92%の場合
	本体報酬のみ	年額696万円の減収
		(4.56%)
	(年間152,648,475円)	145,686,830円)

この収支変動が施設経営に及ぼす影響は、労働集約

型の介護サービスにあっては人件費にあらわれる。収支悪化への対応が人件費の切り下げ(職員数削減や非常勤・パートへの切り替えなど)によってなされた時、サービス水準の維持がどうか、ひいては介護保険法の理念である高齢者の尊厳にとってどうか、については議論するまでもない。

では、なぜこのような状況下にも関わらず施設の重度化が起こるかであるが、ここに要介護認定という“利用者の心身状況”のみに着目した基準しか存在しないことの問題があり、この基準が大きく影響する入所判定のあり方が問題となってくる。さらには、この入所判定のあり方が引き起こす二次的な課題として、“虐待・放棄の増加”が考えられるのである。

## 2) 虐待・放棄の安全弁の崩壊

介護老人福祉施設への入所は、一義的に要介護者と施設との対等の関係に基づく契約による。措置制度が終焉を迎えた際に、従来この入所について一元的に管理し、必要度を判定してきた市町村の機能は否定され、個々の行動については利用者あるいは家族及び介護支援専門員に委ねられることとなった。そして、先に見た社会化による入所希望の爆発的増加もあり、どの施設にも“転ばぬ先の杖”として予約的な意味を持った希望者が長蛇の列をつくることとなった。

この場合にあって、入所は何をもとに行われるか、公平・公正を期すならば先着順または抽選といった方法が考えられる。しかしながら、介護老人福祉施設への

表6 兵庫県入所コーディネートマニュアル

項 目	評 価 基 準
入所希望者の心身の状況	A：常時の介護や見守りが必要である、又は、認知症を原因とする問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。 B：その他
家族・介護者の介護力	A：介護者がいない、又は、介護者による介護が困難である。 B：その他
在宅生活の可能性	A：在宅サービスを利用しても在宅生活の継続が困難である。（限度額超過負担を含む。） B：在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる。
住環境の状況	A：在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある。 B：その他

表7 入所理由と要介護度の関係（谷口調査：2006年8月）

（単位：％）

要介護度	措 置	申 込 順	介護者不在	住 環 境	常時介護	在宅基盤	虐待・放棄	そ の 他
要支援等		50.0				50.0		
要介護1	7.1	11.9	54.8	2.4	11.9	4.8	4.8	2.4
要介護2	9.1	6.8	67.0		12.5	3.4		1.1
要介護3	8.6	8.0	53.4	0.6	27.0	1.8	0.6	
要介護4	9.3	9.7	44.4	0.5	33.8	1.9		0.5
要介護5	15.2	12.6	35.1		34.0	1.0	0.5	1.6
全 体	10.5	10.0	47.3	0.4	28.2	2.1	0.6	0.9

（n = 702）

入所はこのような安易な方法で決められるものではないことは、施設機能から見て明白である。

この弊害を是正するために、各都道府県では独自の入所判定基準を持つこととなった。以下に、「兵庫県入所コーディネートマニュアル(2002年)」を参考に検証する。(表6)

このマニュアルは、介護保険制度移行後に混乱を来たした入所判定を統一し、施設間でその取り扱いの格差をなくすことを目的としたものであり、兵庫県や県内市町の介護保険担当の支援の下、施設代表自らが検討し作成した。

法的根拠を持たない紳士協定であるものの、兵庫県内では概ねこのマニュアルに沿った運用が行われている。このマニュアルに基づく、入所申込者の優先順位のつけ方は次のとおりである。

ア)項目 から について、それぞれA・Bいずれかの判定を行う。

イ) A判定が4つ(全て)の者を“第1グループ”とし、以下第2グループ(A判定が2又は3)、第3グループ(同1以下)とする。

ウ)入所判定にあつては、第1グループを最優先とし、同一グループ内については、申し込み順に行う。

このマニュアルが作成された当初は、それまでの弊害を是正するものとして一定の支持を受け、現在においてもこのマニュアルの存在自体については、制度の信頼性の観点から見て有意義であることに変わりはない。この側面については正当に評価されねばならない。

しかしながら、このマニュアルに基づく入所判定システムが、“虐待・放棄から利用者を保護”するという施設に本来的に期待されている機能を阻害し、これを在宅の場に潜在化させている遠因となっていることを指摘せざるを得ない。先に見た施設入所者の実態調査において、施設入所者の入所理由と要介護度の関係を見たものが表7である。

この結果においては、虐待・放棄による施設入所は、全体では0.6%であるが、要介護1では4.8%と著しく高い割合となっている<sup>12)</sup>。

ちなみに、現行の要介護認定結果の構成比率は軽度が過半を占めていることは周知のことである。その上で、この調査結果を再見したとき、入所判定マニュアルの負の側面が浮き出ることとなる。虐待・放棄が誰の目にも明白なものでなく、かつ、要介護度としては中度～軽度である限り、先のマニュアルにおいては4項目全てを満たすものとして、第1グループに位置することはない。そして、この第1グループに入る入所希望者は他の群以上に存在し、新規申込者も後を絶たない。

つまり、第2グループ以下に位置することとなる「軽度者で虐待・放棄の状態にある者」の入所は、ほぼ“永久にあり得ない”のである。また、現時点で虐待・放棄にはないものの、介護負担により家族が限界に達している場合も含め、軽度者が入所しうる可能性は限りなく少なく、この順番を待つうちに無意識に放棄が、さらには、意識・無意識に虐待へと進行する可能性は否定できないのである。

繰り返すが、マニュアルの存在自体は否定されることはない。しかしそれでもなお、このマニュアルの仕組みにより、施設の“緊急避難の場”としての機能が大きく阻害されることも指摘されなければならない。

もとより、緊急避難の場として機能させる方法がないわけではない。一つには施設の自主判断であり、一つには行政による措置権の発動である。しかしながら、前者はこれによる収支悪化という負担を施設に強いものであり、施設の自己犠牲により成立するものであ

ることを勧告すれば、これを強制したり、社会福祉法人減免のように社会福祉法人の使命といった、厚生労働省介護保険担当部局や研究者・専門職が安易に使用する理念で片付けるべきものではないであろう。

また、後者の措置権であるが、措置時代には入所を含めサービス利用にあたって“措置決定”という形で(是非は別として)関与していた市町村は、介護保険制度以降になると、要介護認定までしか実質的に関与しえず、認定以降のサービス利用については、一義的に利用者及び介護支援専門員に委ねられるケースがほとんどである。つまり、行政には何らの(特にこれら家庭における負の)情報が入ってこないのである。また、介護保険法施行以後の改正老人福祉法にあっては、措置権の発動は「やむを得ない事由により介護保険法に規定する(略)を利用することが著しく困難であると認められる」ことが要件となる。このやむを得ない事由に虐待・放棄は該当するものの、著しく困難であると認められるかどうかについては判断基準がなく、措置権の発動が訴訟に発展する可能性もあって、行政は二の足を踏みがちとなる。結果として両者ともに実効性が極めて乏しいのが現状である。

### 3) 居住の場の喪失

以上に見てきたように、要介護認定のみに連動した介護報酬に起因するところの“重度化による収支の悪化”、要介護認定が相当に関与する入所判定のあり方に伴う“放棄・虐待の増加”への対応力の低下、これら2つの課題に対する抜本的な対応がなされていないこともあり、特別養護老人ホームとしての施設機能が変容し、その存在理由の一つである“居住の場(生活施設)”としての機能を喪失しつつあるのではないだろう

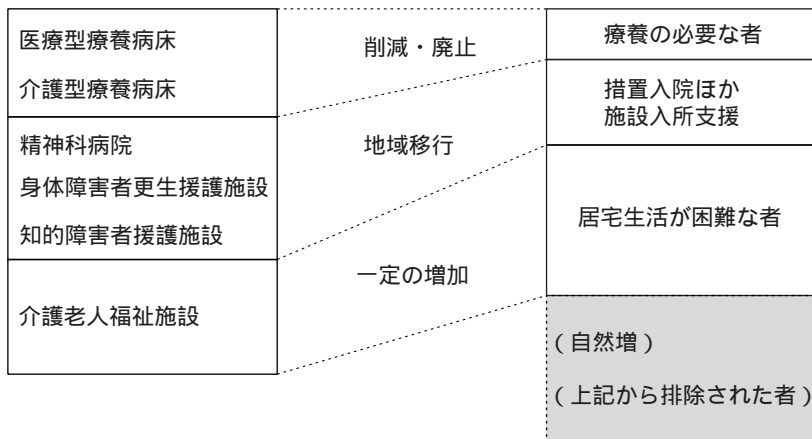


図7 医療・介護・福祉各法の改革の影響による生活困難者の増加(イメージ)

か。

この傾向（要介護認定のみに基づく介護報酬による誘導）が今後も続くとするならば、将来的には、介護老人福祉施設は単なる介護技術のみを提供する空間となり、それ以上でも以下でもなくなるものと思われる。生活空間として位置付けそのものを否定し去ることはないにしても、それはもはや形骸化し、かてて加えて外国人労働者の介護現場への導入が加速されるならば、もはや介護老人福祉施設は、利用者及び家族にとって“尊厳を持って死を迎えるための終の棲家”“安心を提供する最後の拠点”という言葉は虚ろにしか響かないであろう。

加えて、療養病床にかかる診療報酬の見直し及び療養病床そのものの削減、障害者自立支援法が内包する施設機能の再編及びこれに関連した精神科病院からの退院促進など、高齢者に限らず、障害者や一般患者に至るまで、あらゆる分野において“安心の場”が剥奪されていくかの観が否めない。

だからこそ、と有識者は居宅基盤の重要性を声高に叫び、地域密着型サービスの重要性を叫び、施設解体を迫るかも知れない。批判を承知であえて述べるが、これはあまりにも無責任、無施策かつ利用者不在の勝手な主張である。施設の是非については、行政や事業者をはじめ、専門家や有識者にその決定権があるのではなく、利用者及び家族個々の内面にその答えはある。この声を無視した法改正はもとより、理念先行の主張によって、高齢者をはじめ“生活困難者”の安心の場が剥奪されることは断じてあってはならない。

## 5 今後の対応策

これらの課題にいかに対応すべきかについては、応急的な処置・中長期的な対応がとともに検討される必要がある。

中長期的には施設そのものを“地域”という切り口でとらえ、在宅へのシフトを図るための環境（住民理解を含む）整備の進捗にあわせ、これらの延長線上で在宅・施設のシステムの再構築が求められるであろう。また、先に見た医療・高齢者・障害者の各領域における法制度改正に対しては、2年後及び5年後のそれぞれ第4期・第5期介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画（高齢者領域）や、障害福祉計画及び障害者計画（障害者領域）などにおいて、「居住の場をいかに確保していくか」が、これまでの介護サービスや障害者支援施策が変わって市町村の最重点施策として位置付けられなければならない。ただし、これは施設に直接的に作用し、その機能変貌を制止する方策ではない。施設

機能の低下を代替するものとしては重要であるものの、それでもなお残る（残すべき）施設の一層の機能低下を座視するものである。

喫緊の課題である重度化対応、虐待・放棄への対応については、中長期的な視点とは別に、施設に直接作用する形で対策が講じられなければならない。また、この対策は施設収支に関する危機回避としてのものと、施設の存在理由をより肯定的に再構築するものであることが望まれる。以下にこれらに対する対応策を述べる。

### 1) 重度化に対する方策

まず、平均要介護度の重度化により収支悪化を招いた施設に対しては、一定の差額保障が必要であり、将来的にはこの差額保障に代わり施設内医療が可能となるよう、医療法・介護保険法（これに基づく診療報酬・介護報酬）の見直しが必要であろう。

第1段階の差額保障は、要介護認定の重度傾斜、これに誘導されざるをえない施設という構造的欠陥に対する公的責任の履行という意味を持つ。具体的な手法であるが、2003年度における全国単位（地域基盤に格差や特色があることを考えれば、できれば都道府県単位）での平均要介護度及び稼働率をベースとして、直近6ヶ月の平均要介護度が一定（概ね0.2を想定）以上上昇し、半面で稼働率が4%以上下降し、かつその理由が重度者の入院である場合には、全国（または都道府県別）平均要介護度に平均稼働率及び介護報酬を乗じて得た額との差分について、全額～2分の1程度までを“一定期間”保障する仕組みが考えられる。

この手法は、介護報酬という個人給付の原則からは外れ、また、実態のない部分に報酬を出すものであるとの指摘を受けるであろう。しかしながら、今回の改正介護保険法自らがこの原則を破棄している。言うまでもなく成功報酬である<sup>13)</sup>。

個人給付という本則について、これを障害者自立支援法における生活介護のような全体評価（平均評価）にまで変えていく必然性はないが、全てに個人給付の原則を貫くだけでは施設の硬直性を招きかねない。この点で今回の成功報酬の導入は（悪用の方法を残すとしても）評価されなければならないし、同じ根拠に立つ差額保障の導入は不可能なことではない。ただし、この差額保障は、あくまでも施設の運営補助としてのものであるため、当該加算額に対する定率負担が利用者課せられてはならない。

ところで、この加算の創設は介護保険財政に深刻な影響を与えるものであろうか。差額保障を導入した場合の介護保険給付費総額、第1号被保険者の月額保険

料、自治体拠出金等への影響について粗い試算を行っている。なお、本来の算定にあっては3カ年にまたがるものであるとともに、後期高齢者割合や所得分布による補正が行われるものであり、全ての自治体にあてはまるものではないことに留意されたい。

表8に見るように、対象経費全てを第1号被保険者に転嫁したとしても、月額で19円（保険料月額0.4%）の上昇であり、仮に制度として加算創設され、かつ実際の助成対象施設割合を加味した場合には、2.2円（同0.05%）と“誤差の範囲”に収まるほどのものである。

この誤差ともいえる加算額の創設で、施設の収支悪化に対する対応が図られ、ひいては施設スタッフ及び質の安定性が確保されるならば、その対費用効果として

は十分といえるのではないかと。ただし、この方法は応急的なものであり、また、実態のない給付であるという課題を抱えている。このため、いま一つの方法が将来的には必要となる。

それは施設内医療について緩和を行い、診療報酬上の算定を積極的に行うか、これを療養病床と同じく特定診療費に準じて介護報酬の中で算定する方法である。この方法により、医療が必要となったとしても、現行に比べ相当に一時入院や退所を防ぐことができ、施設経営のみならず、利用者の“安心”（長期入院により退所すると戻れなくなるという意味）の確保に資するのではないだろうか。また、実際の入所申し込み時に対する施設側の対応として、医療（的）ケアの必要な者の拒否が行われているという現状の改善にもつながる

表8 差額保障加算創設による介護保険財政への影響（粗い試算）

（前提） 人口50万・第1号被保険者数10万・現認定者1.9万人  
 保険給付費総額280億（3カ年平均）・保険料平均月額4,500円・収納率98.0%  
 当該圏域における介護老人福祉施設平均要介護度3.5・平均稼働率98.0%  
 当該圏域15施設（計900名）のうち、全施設が平均要介護度0.2上昇、稼働率が5.0%下降したものととして、その半額を6ヶ月間助成するものとして試算  
 なお、この場合において、入院先が一般の医療機関の場合には介護保険給付費が皆減、医療保険給付が皆増となるが、社会保障費総額に及ぶこととなるため、介護療養型医療施設への入院とし、介護保険給付総額での変動はないものとして試算

収支影響分： $f_n(0.2, 5.0\%) = 0.96$

$753 \text{ 単位} \times 10.0 \text{ 円 (地域単価)} \times 900 \text{ 名} \times 30.4 \text{ 日} = 2.06 \text{ 億円}$

$2.06 \text{ 億円} \times 0.92 \text{ (実効給付率)} \times 0.04 \times 1/2 = 379 \text{ 万円 (差額経費月額)}$

$(379 \text{ 万円} \times 6 \text{ 月} \div 10 \text{ 万人}) \div 12 \text{ ヶ月} \div 0.98 = 19 \text{ 円}$

上記は、この差額保障分を全て第1号被保険者の保険料により負担した場合の保険料月額上昇分であり、

ア) 報酬加算が制度として設けられた場合、保険料上昇は月額3.6円、市費拠出は年額で284万円（給付費拠出額の0.08%）

イ) 報酬算定されず、市費と保険料で折半した場合は、保険料上昇は月額9.5円、市費拠出額は年額で1,137万円（給付費拠出額の0.3%）

なお、上記は全施設においてかかる現象が見られた場合であり、現実的及び今次調査では60%程度に収支の悪化（3.0%以上）という状況である。



表9 姫路市・西播磨に所在する介護老人福祉施設における医療的ケアにかかる施設意向と稼働率の関係  
(谷口調査：2006年8月) (単位：%)

回 答 区 分	施 設 稼 働 率	
	ほぼ変化なし	稼働率低下
1：施設の性格(生活施設)である以上、いま以上に施設内医療が認められるべき。	28.6	40.0
2：入所者の希望をふまえ、いま以上に施設内医療が認められるべき。	42.9	100.0
3：医療機関との連携状況等から、現状以上の医療的ケアは困難である。	28.6	
4：施設外の医療的ケア(居宅療養管理・訪問リハ等)の併用が認められるべき。	28.6	
5：施設のケア体制・居住環境等が低下しているため必要はない。		40.0

のではないだろうか。

表9は、施設内医療についてどのような意向を持っているかについて調査した結果であるが、稼働率との関係において示唆に富む結果が得られた。稼働率に低下が見られる施設にあっては施設内医療を望む声が高く、稼働率に変化が見られない施設にあっては医療的ケアについて否定的あるいは施設外医療との連携をあげる場合が見られた(稼働率低下施設ではこれらの意向はない。)

これらの結果について、稼働率低下施設ではその収支悪化から来るものか、施設理念あるいは利用者への配慮から来るものか、また、稼働率に変化のない施設では、入所時にどのような選別が行われているか、施設外医療との連携が図られることで相当の場合にも対応しているか、これらについては、今次調査の主眼ではなかったため不明であるが、背景はともかく、施設側において、医療的ケアを望む声が少なくなかったことも考慮し、今後の報酬改定において検討されるべきものと考えられる<sup>14)</sup>。

## 2) 生活困難者受入に対する方策

2点目としては、心身状況で反映されない“生活困難者”受入対策として、虐待・放棄等の状態にある軽度区分の者を受け入れた際の差額保障である。

表7に見るように、虐待・放棄による入所は要介護度の低い者において著しく高い。要介護度の高い者でも虐待や放棄状態にあった者は存在すると思われるが、これらの者は心身状況及びその他の項目の全てで優先され、ことさらに虐待・放棄を前面に出すまでもない。一方の軽度者は、軽度であるというだけで入所が困難(例：兵庫県入所コーディネートマニュアル)な状況である。

要介護認定の区別構成比率では、軽度者が半数以上を占めており、これらの者の中には一定数の虐待・放棄にある者が含まれていると想定されるし、現行の要介護認定が虐待・放棄の危険性と相関しているわけで

はない(そのような精度を持たず、また、そのような目的を持つものでもない。)。これら逃げ場のない軽度者は、行政がその情報をつかんだ上では当然に“措置”対象となるものの、先に見た介護保険制度施行後の現実から見て、実効性に乏しい。また、措置・契約いずれの方法をとるにせよ、要介護1が入所することは、施設収支からすれば、必ずしも歓迎されるものではない(多床室単価で、要介護1の介護報酬は要介護5の僅か69.4%に過ぎない。)

にもかかわらず、これら生活困難者の居住の場・安心の場は是非とも確保されなければならない。しかも、これは地域密着型であっては無意味なのである。そのような状態にある者を、自らの家族に近い場で措置したり、認知症という制限だけでなく安全な保護という観点からは、開放的な共同生活介護(グループホーム)において保護すべきものではないであろう。ここに、選択契約の時代にあって省みられることが少なくなっている施設の機能に再度着目する必要がある。

具体的な手法については、先に見た稼働率低下に係る差額保障と同じであり、虐待・放棄により受け入れた者の要介護区分と、平均要介護度との差分を保障すればよい。なお、この場合にあっては、介護報酬に組み入れたり、その結果として国庫負担や保険料上昇、さらには利用者負担増を伴うものではなく、市町村の“居住の場の確保”にかかる行政責任の一環として、市町村単独負担(または何らかの広域での入所調整を実施している場合にあっては、都道府県との折半)により実施されることが望ましい。

この場合の支出額であるが、先の試算例での前提を用い、仮に各施設2名(計30名、介護老人福祉施設入所者の3.3%)と仮定すると、年額1,250万円程度となり、これは給付費総額の0.04%、市拠出分(12.5%)に限っても0.36%である。この財政出動を無形の効果予測に照らし、いかように考えるかではないだろうか。それとも、この程度の懐の深さすら介護保険制度は持つ

ことは許されないものであろうか<sup>15)</sup>。

### 3) 二軸評価の導入

先には虐待・放棄という事例を取り上げたが、今後の施設入所にあたっては、判定基準の見直しが必要であろう。再三例に出すが、兵庫県の入所判定基準では、全てが同じ重み付けで評価され、かつ全項目において必要と判定されない限り、ほぼ永久に順番が回ってこない。

結論から言えば、要介護認定結果と、その他の環境は平行で評価されるべきではないか。少なくとも虐待や放棄については、これが属する領域つまり家庭環境と心身状況の二軸評価でなければならない。また、その他の住環境その他をとって見ても要介護認定よりもウェイトが軽くてよいという項目などなく、要介護認定はこれらと並んだ一つの指標であるに過ぎない<sup>16)</sup>。

しかしながら興味深いことに、施設の意向はこの点については大きく分かれている。表10は、施設入所にあたり、重視すべき項目について調査したものであり、それぞれ2つまでを挙げてもらった。結果は5つのパターンに集約されることとなったが、その回答結果と、他の特性との関係として象徴的なものを紹介する。

まず、稼働率との関係では、稼働率に変化が見られない施設にあつては、1 - 3 (心身状況及び家族環境) を重視すべきという回答に集中する反面、稼働率低下が見られる施設では、3 - 6 (家族及び地域の環境) を

はじめ、分散する傾向が見られる。

そして、次の施設設置年代との関係はさらに示唆に富むものであった。1980年代以前の施設では、心身状況つまり要介護認定を重視すべきと答えた施設は皆無であり、逆に1990年代以降の施設では全ての施設が心身状況を重視すべきと答えている。本論から逸脱し、また推測の域をでないため詳述は避けるが、図1で見た施設整備が1990年代に加速し、1990年代後半から本格化したこと、いわゆるゴールドプランを境として施設(経営者)自身の考え方に一定の変化が見られるのではないだろうか。

介護保険制度における要介護認定は、ケアコードに基づく心身状況と介護の必要度の詳細な相互関係性の検証に基づくものであるとはいえ、アウトプットとして一つの答えしか導き出さない、また、心身状況のみに着目したものである。この意義は別として、少なくとも介護サービス利用にあつては「たかが要介護認定」であり、数ある評価軸の一つに過ぎない。特に入所にあつては、要介護認定の軽重がその決定的な要因となることは避けなければならない<sup>16)</sup>。

今後の介護サービス利用、特に施設入所に際しては、従来の要介護認定だけでなく、環境など他の項目との二軸又は多軸評価の導入が望まれるところである。この環境面については指標となるものがある。筆者の力量不足のため、未だこの領域に踏み込めてはいないが、

表10 施設入所で優先させるべき理由 - 施設回答 (谷口調査: 2006年8月)

	稼働率との関係		施設設置年代との関係	
	稼働率変化なし	稼働率低下	1990年代以降	1980年代以前
1 - 3の組合せ	50.0%	8.3%	58.3%	
3 - 6の組合せ		16.7%		16.7%
2 - 3の組合せ		8.3%		8.3%
5 - 4の組合せ		8.3%		8.3%
4 - 1の組合せ	8.3%		8.3%	

(n = 12)

(回答区分)

- 
- 1: 要介護度・ADLなど本人の心身の状況
  - 2: 住宅環境などの居住環境
  - 3: 家族の介護力などの家族環境
  - 4: 本人の希望
  - 5: 家族の希望
  - 6: 居宅介護サービス基盤または地域住民の介護力の有無
-



WHOにより2001年度に策定された国際生活機能分類（ICF）における環境因子がそれである。表7にもあるように、必ずしも要介護度（心身状況）だけが施設入所の理由ではなく、また心身状況だけであってはならないのである。このことは老人福祉法自体が従来から明記しているところであり、「身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの（第11条第2項）」という規定の後半部分において環境面が考慮されなければならないことに留意する必要がある。

これを報酬面で見ると、環境面により支援を必要とする場合についての評価が行われなければならないと考える。現行の要介護認定（障害程度区分）に関係した報酬のみで構成されるのではなく、先に見た二軸評価あるいは環境加算等の創設である。

具体的な単価や評価方法については、本稿で論じるまでには至っていないが、現行の傾斜評価を大きく2段階評価とし、軽度区分については環境加算により重度者相当の報酬を保障するといった方法が考えられる<sup>17)18)</sup>。

## 6 むすびにかえて

特別養護老人ホームは“生活施設”である。批判に晒され、個室化・ユニット化・小規模化の試みがなされ、グループホームの優位性が展開され、また今回の介護保険法改正では地域密着型における小規模多機能施設の試みがなされている。

しかしながら、それでも特別養護老人ホームは“介護技術のみを提供する通過施設”ではない。要介護者及び家族にとって、特別養護老人ホームとは憂うべき終焉の地、必要悪などではなく、常時介護と生活支援の双方を安定的・継続的に提供しうる“安心”施設であり、また、放棄・虐待を受けている（受ける可能性のある）要介護者を安全に保護しうる機能を有している。何よりも要介護者及び家族の意向に照らしたとき、特別養護老人ホームは、他のサービスに伍して“自らが尊厳を持って死ぬための”選択の一つであり続けるべき使命を担っていると考える。

この施設機能が介護報酬改定その他によって他律的に変貌させられていくことに対し、施設関係者が危惧するだけでなく、当事者や行政にあっても上記の現状認識・共通理解を持った上で、今後のあるべき姿について検討すべき時期にきていると考えている。

## 注

1) 介護保険における給付は一義的には個人への現金給付であり、これを施設が代理受療することで現物

給付“化”しているに過ぎない。この点で医療における療養の給付（現物給付）とは大きく異なる。

2) 扶養義務者負担については廃止されたが、高額介護サービス費や公費負担による利用者負担分の減額、改正介護保険法における補足給付費の算定には、世帯状況が勘案されるなど、間接的に扶養義務者等の世帯状況が依然として関係している。

3) 外泊算定を除く。

4) 老人保健施設93.0%、療養病床90.0%

5) この剰余金の発生について問題視する声もあるが、介護報酬にはそれまでになかった減価償却費相当分が含まれることとなり、このことは即ち、施設の改築・修繕に対する国庫補助の将来的な廃止・削減が視野に入る可能性がある。本論から逸脱するため詳述は避けるが、この問題は“公の支配に属するか否か”という憲法第89条解釈に発展する部分を含んでおり、国庫補助の廃止と剰余金の充当については、今後も慎重な検討が必要であることを示唆しておく。

6) 介護報酬についても国家公務員に準じた級地区分が設定され、都市部の人件費について配慮するなど、施設の状況を全く加味しないというものではない。

7) 特定入居者生活介護の要支援と要介護1の単位間の格差は人員配置基準が異なることによる。（要支援は10:1、要介護1以上は3:1の配置で換算）

8) 厚生労働省は重度者への傾斜配分という表現をしている。

9) なお、認知症対応型共同生活介護は従来どおり直線傾斜のままであり、特定施設入居者生活介護については、2000 - 2002年度単価が据え置かれている。

10) 筆者はかつて地方自治体職員として介護保険制度創設を担当し、制度移行時の施設・事業者の指導・事業計画策定に従事した。

11) 過去の時点は記録整備の濃淡により施設に若干のバラつきがあるが2002 - 2003年の間であり、最新の状況から3 - 4年の期間を隔てている。

12) なお、今次調査における虐待・放棄による入所者の他の要素との相関では、上記のほかにも次の特徴を持つ。

ア) 当該理由による入所者は全て女性であり、年齢層は80歳以上であること。

イ) 当該理由による入所受入施設は1980年代以前に設置された施設が大半であり、介護保険制度施行（2000年度）以降の施設にはないこと。

ウ) 入所前の居所としては、医療機関を経由した入所が居宅と同比率であったこと。

である。これらの結果、特に施設設置年代とゴールドプラン・介護保険制度との関係は非常に興味深い意味を持つものであり、この検証は別の機会に行いたい。

- 13) 介護予防通所介護及びリハビリテーションにおける“事業所評価加算”や介護老人福祉施設における“在宅復帰支援機能加算”などが該当する。
- 14) 少なくとも今回改正時に導入された看取り介護加算や重度化対応加算、従来からの常勤医師配置加算等では限界がある。前2者は、単にターミナル時の看護及びその延長線上としてのものであり、後者は医師の確保の点から事実上一般化しにくいものであり、何よりもこれら体制整備にかかる報酬上の評価が不十分であることに課題を有している。
- 15)  $114 \text{ 単位} \times 10.0 \text{ 円 (地域単価)} \times 30 \text{ 名} \times 365 \text{ 日} = 1,250 \text{ 万円}$
- 16) ちなみに、障害者自立支援法における介護給付では、この障害程度区分とサービス利用が介護保険制度以上に密接に関わり、例えば生活介護事業については、50歳未満の場合は区分3以上(50歳以上は区分2以上)、施設入所支援については同区分4以上(同区分3以上)という制限が設けられている。
- 17) 住居広土(県立広島大学)の調査研究では、要介護2以下と3以上の間には支援時間や困難性に明らかな差が見られるものの、要介護3-5では厚生労働省が主張する差は見られない(支援時間や困難性の差には何ら根拠がなく、同レベルのものである)。
- 18) 障害者自立支援法における訓練等給付に見られる

一律単価も考えられるが、この場合には、措置時代に見られたように“重度者の排除”の可能性が否定できないことから好ましいものではない。

## 文 献

- (1) 厚生労働省(2000)『全国介護保険担当課長会議資料』。
- (2) 姫路市(2000)『第1期姫路市介護保険事業計画』姫路市。
- (3) 谷口泰司(2003)『第3部第3章 兵庫県姫路市の事例と課題』坂本忠次編『現代社会福祉の諸問題』晃洋書房, 166-185。
- (4) 谷口泰司(2005)『障害者自立支援法と地方行財政運営の課題』『福祉労働』109, 53-61。
- (5) 谷口泰司(2006)『第8章 介護保険制度と障害者保健福祉制度の経済と財政』坂本忠次・住居広土編『介護保険の経済と財政』勁草書房, 125-142。
- (6) 姫路市(2004)『姫路市地域福祉計画』姫路市。
- (7) 厚生労働省(2003)『全国介護保険担当課長会議資料』。
- (8) 厚生労働省(2006)『社会保障審議会介護給付費分科会資料』。
- (9) 谷口泰司(2006)『特別養護老人ホーム実態意向調査』, 姫路市・西播磨介護サービス事業者連絡協議会。
- (10) 谷口泰司(2006)『老人福祉施設における地域障害者ケアについての調査研究報告書』, 社団法人全国老人福祉施設協議会。