

表4-30 併設施設数×経営方針を現場に浸透

			2経営方針を現場に浸透				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	13	2	3	1	19
		併設数値の%	68.4%	10.5%	15.8%	5.3%	100.0%
	3~5	度数	50	3	6	1	60
		併設数値の%	83.3%	5.0%	10.0%	1.7%	100.0%
	6~8	度数	14		2		16
		併設数値の%	87.5%		12.5%		100.0%
	9~12	度数	2				2
		併設数値の%	100.0%				100.0%
合計		度数	79	5	11	2	97
		併設数値の%	81.4%	5.2%	11.3%	2.1%	100.0%

表4-31 併設施設数×理念を浸透

			①理念を浸透				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	16	1	2		19
		併設数値の%	84.2%	5.3%	10.5%		100.0%
	3~5	度数	52	2	4	1	59
		併設数値の%	88.1%	3.4%	6.8%	1.7%	100.0%
	6~8	度数	13		2	1	16
		併設数値の%	81.3%		12.5%	6.3%	100.0%
	9~12	度数	2				2
		併設数値の%	100.0%				100.0%
合計		度数	83	3	8	2	96
		併設数値の%	86.5%	3.1%	8.3%	2.1%	100.0%

表4-32 併設施設数×基本方針を浸透

			②基本方針を浸透				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	15	2	2		19
		併設数値の%	78.9%	10.5%	10.5%		100.0%
	3~5	度数	52	1	3	2	58
		併設数値の%	89.7%	1.7%	5.2%	3.4%	100.0%
	6~8	度数	13		3		16
		併設数値の%	81.3%		18.8%		100.0%
	9~12	度数	2				2
		併設数値の%	100.0%				100.0%
合計		度数	82	3	8	2	95
		併設数値の%	86.3%	3.2%	8.4%	2.1%	100.0%

表4-33 併設施設数×運営委員会

			③運営委員会				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	14	3	2		19
		併設数値の%	73.7%	15.8%	10.5%		100.0%
	3~5	度数	47	3	7	2	59
		併設数値の%	79.7%	5.1%	11.9%	3.4%	100.0%
	6~8	度数	14	2			16
		併設数値の%	87.5%	12.5%			100.0%
	9~12	度数	1		1		2
		併設数値の%	50.0%		50.0%		100.0%
合計		度数	76	8	10	2	96
		併設数値の%	79.2%	8.3%	10.4%	2.1%	100.0%

表4-34 併設施設数×部門毎目標設定の浸透

			④部門毎目標設定の浸透				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	7	3	6	2	18
		併設数値の%	38.9%	16.7%	33.3%	11.1%	100.0%
	3~5	度数	36	7	14	1	58
		併設数値の%	62.1%	12.1%	24.1%	1.7%	100.0%
	6~8	度数	9	2	5		16
		併設数値の%	56.3%	12.5%	31.3%		100.0%
	9~12	度数	1		1		2
		併設数値の%	50.0%		50.0%		100.0%
合計		度数	53	12	26	3	94
		併設数値の%	56.4%	12.8%	27.7%	3.2%	100.0%

表4-35 併設施設数×個人毎の目標設定の浸透

			⑤個人毎目標設定の浸透				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	3	5	7	4	19
		併設数値の%	15.8%	26.3%	36.8%	21.1%	100.0%
	3~5	度数	19	18	20	2	59
		併設数値の%	32.2%	30.5%	33.9%	3.4%	100.0%
	6~8	度数	6	4	6		16
		併設数値の%	37.5%	25.0%	37.5%		100.0%
	9~12	度数		1		1	2
		併設数値の%		50.0%		50.0%	100.0%
合計		度数	28	28	33	7	96
		併設数値の%	29.2%	29.2%	34.4%	7.3%	100.0%

表4-36 併設施設数×戦略を各部門目標に

			③戦略を各部門目標に				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	12	1	5	1	19
		併設数値の%	63.2%	5.3%	26.3%	5.3%	100.0%
	3~5	度数	32	9	12	6	59
		併設数値の%	54.2%	15.3%	20.3%	10.2%	100.0%
	6~8	度数	10	2	4		16
		併設数値の%	62.5%	12.5%	25.0%		100.0%
	9~12	度数	1		1		2
		併設数値の%	50.0%		50.0%		100.0%
合計		度数	55	12	22	7	96
		併設数値の%	57.3%	12.5%	22.9%	7.3%	100.0%

表4-37 併設施設数×戦略を説明

			①戦略を説明			合計
			はい	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	16	3		19
		併設数値の%	84.2%	15.8%		100.0%
	3~5	度数	53	5	1	59
		併設数値の%	89.8%	8.5%	1.7%	100.0%
	6~8	度数	15		1	16
		併設数値の%	93.8%		6.3%	100.0%
	9~12	度数	2			2
		併設数値の%	100.0%			100.0%
合計		度数	86	8	2	96
		併設数値の%	89.6%	8.3%	2.1%	100.0%

表4-38 併設施設数×戦略を業務に落とし込み p<05

			4戦略を業務に落とし込み				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	11		3	5	19
		併設数値の%	57.9%		15.8%	26.3%	100.0%
	3~5	度数	33	7	16	2	58
		併設数値の%	56.9%	12.1%	27.6%	3.4%	100.0%
	6~8	度数	8	1	6	1	16
		併設数値の%	50.0%	6.3%	37.5%	6.3%	100.0%
	9~12	度数			1	1	2
		併設数値の%			50.0%	50.0%	100.0%
合計		度数	52	8	26	9	95
		併設数値の%	54.7%	8.4%	27.4%	9.5%	100.0%

表4-39 併設施設数×経営企画室等の存在

			①経営企画室等の存在				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	4	10	4	1	19
		併設数値の%	21.1%	52.6%	21.1%	5.3%	100.0%
	3~5	度数	8	38	14		60
		併設数値の%	13.3%	63.3%	23.3%		100.0%
	6~8	度数	4	9	3		16
		併設数値の%	25.0%	56.3%	18.8%		100.0%
	9~12	度数	1	1			2
		併設数値の%	50.0%	50.0%			100.0%
合計		度数	17	58	21	1	97
		併設数値の%	17.5%	59.8%	21.6%	1.0%	100.0%

表4-40 併設施設数×広報活動部門の存在

			②広報活動部門の存在				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	11	4	4		19
		併設数値の%	57.9%	21.1%	21.1%		100.0%
	3~5	度数	30	24	6		60
		併設数値の%	50.0%	40.0%	10.0%		100.0%
	6~8	度数	7	5	3	1	16
		併設数値の%	43.8%	31.3%	18.8%	6.3%	100.0%
	9~12	度数		1	1		2
		併設数値の%		50.0%	50.0%		100.0%
合計		度数	48	34	14	1	97
		併設数値の%	49.5%	35.1%	14.4%	1.0%	100.0%

表4-41 併設施設数×プロジェクトチームの存在

			③プロジェクトチームの存在			合計
			はい	いいえ	計画中	
併設 数値	0~2	度数	15	2	2	19
		併設数値の%	78.9%	10.5%	10.5%	100.0%
	3~5	度数	44	11	5	60
		併設数値の%	73.3%	18.3%	8.3%	100.0%
	6~8	度数	13	1	2	16
		併設数値の%	81.3%	6.3%	12.5%	100.0%
	9~12	度数	1	1		2
		併設数値の%	50.0%	50.0%		100.0%
合計		度数	73	15	9	97
		併設数値の%	75.3%	15.5%	9.3%	100.0%

表4-42 併設施設数×組織図作成

			④組織図作成				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	16		1	2	19
		併設数値の%	84.2%		5.3%	10.5%	100.0%
	3~5	度数	51	4	5		60
		併設数値の%	85.0%	6.7%	8.3%		100.0%
	6~8	度数	12	1	3		16
		併設数値の%	75.0%	6.3%	18.8%		100.0%
	9~12	度数	2				2
		併設数値の%	100.0%				100.0%
合計		度数	81	5	9	2	97
		併設数値の%	83.5%	5.2%	9.3%	2.1%	100.0%

表4-43 併設施設数×経営戦略の継続性

			5経営戦略の継続性				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	8	5	4	2	19
		併設数値の%	42.1%	26.3%	21.1%	10.5%	100.0%
	3~5	度数	20	14	14	9	57
		併設数値の%	35.1%	24.6%	24.6%	15.8%	100.0%
	6~8	度数	8	3	5		16
		併設数値の%	50.0%	18.8%	31.3%		100.0%
	9~12	度数	1				1
		併設数値の%	100.0%				100.0%
合計		度数	37	22	23	11	93
		併設数値の%	39.8%	23.7%	24.7%	11.8%	100.0%

表4-44 併設施設数×教育研修計画年次毎

			①教育研修計画年次毎			合計
			はい	いいえ	計画中	
併設 数値	0~2	度数	14	1	4	19
		併設数値の%	73.7%	5.3%	21.1%	100.0%
	3~5	度数	37	12	11	60
		併設数値の%	61.7%	20.0%	18.3%	100.0%
	6~8	度数	9	4	3	16
		併設数値の%	56.3%	25.0%	18.8%	100.0%
	9~12	度数	1		1	2
		併設数値の%	50.0%		50.0%	100.0%
合計		度数	61	17	19	97
		併設数値の%	62.9%	17.5%	19.6%	100.0%

表4-45 併設施設数×教育研修計画の遂行

			②教育研修計画の遂行				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	15	2	2		19
		併設数値の%	78.9%	10.5%	10.5%		100.0%
	3~5	度数	33	13	12	1	59
		併設数値の%	55.9%	22.0%	20.3%	1.7%	100.0%
	6~8	度数	10	3	3		16
		併設数値の%	62.5%	18.8%	18.8%		100.0%
	9~12	度数	1	1			2
		併設数値の%	50.0%	50.0%			100.0%
合計		度数	59	19	17	1	96
		併設数値の%	61.5%	19.8%	17.7%	1.0%	100.0%

表4-46 併設施設数×教育研修計画の予算

			③教育研修計画の予算			合計
			はい	いいえ	計画中	
併設 数値	0~2	度数	16	2	1	19
		併設数値の%	84.2%	10.5%	5.3%	100.0%
	3~5	度数	43	9	7	59
		併設数値の%	72.9%	15.3%	11.9%	100.0%
	6~8	度数	13		3	16
		併設数値の%	81.3%		18.8%	100.0%
	9~12	度数	2			2
		併設数値の%	100.0%			100.0%
合計		度数	74	11	11	96
		併設数値の%	77.1%	11.5%	11.5%	100.0%

表4-47 併設施設数×自主的な業務検討会等 p<.05

			④自主的な業務検討会等				合計
			はい	いいえ	計画中	わからない	
併設 数値	0~2	度数	15		3	1	19
		併設数値の%	78.9%		15.8%	5.3%	100.0%
	3~5	度数	50	4	5	1	60
		併設数値の%	83.3%	6.7%	8.3%	1.7%	100.0%
	6~8	度数	11	2	3		16
		併設数値の%	68.8%	12.5%	18.8%		100.0%
	9~12	度数			2		2
		併設数値の%			100.0%		100.0%
合計		度数	76	6	13	2	97
		併設数値の%	78.4%	6.2%	13.4%	2.1%	100.0%

表4-48 併設施設数×目標達成状況の評価

			⑤目標達成状況の評価			合計
			はい	いいえ	計画中	
併設 数値	0~2	度数	9	4	6	19
		併設数値の%	47.4%	21.1%	31.6%	100.0%
	3~5	度数	26	11	21	58
		併設数値の%	44.8%	19.0%	36.2%	100.0%
	6~8	度数	9	3	4	16
		併設数値の%	56.3%	18.8%	25.0%	100.0%
	9~12	度数	1		1	2
		併設数値の%	50.0%		50.0%	100.0%
合計		度数	45	18	32	95
		併設数値の%	47.4%	18.9%	33.7%	100.0%

## 9 調査の結論並びに考察

今回の調査では、回答をいただいた施設の6割が介護福祉施設であったため、施設種別については有意な差はなかったが、全体として埼玉県下の介護保険施設における経営状況や経営意識等が明らかになった。

回答施設は比較的新しい施設が多く、開設年次の平均は1992年であり、開設後10年前後の施設が多かった。ゴールドプラン前後にできた施設が多いということになる。ゴールドプラン、新ゴールドプラン以降に高齢者関係施設が多くできてきたことは、その施策展開が成功しているといえる。図1にあるように、わが国の高齢者施設は何回かの大きな転機を経て今日に至っている。特にゴールドプラン以降の変遷にはめまぐるしいものがあり、介護保険法試行以降にもまだ様々な改正が行われている。

特に措置から契約へと変わった介護老人福祉施設における変化は大きく、経営という観点やマネジメントという観点をいかに考えていくかは重要な課題となっている。また、福祉分野に比べて、介護老人保健施設や介護療養型医療施設等の保健医療分野においても、経営やマネジメントという観点は従来から注目されてはいたが、その考えをより重要と考えていかなければならない時期に来ているといえる。

今回の介護報酬の改定について、「退所（退院）前連携加算の新設」は「あまり影響はない」としているところが多く、その対応方法についても「現状で対応が可能」「多少の変更で対応が可能」としているところが多く、状況的にあまりかわらないとする見方が多かった。ユニットケアについては、「あまり影響はない」は約半数であったが、「大変影響がある」としている施設もやや多く、同一地域内にユニットケアの施設ができるかどうかによっても回答内容が異なってくるとは考えられる。また、何を影響とするのかということによっても回答内容は違ってくる。ユニットケアに対してどのように対応するかについては具体的に尋ねていないが、現在の施設をユニットケアにするなどの対応をするつもりはないとしているところも多かった。実際に既存の施設をユニットケアにするには資金がないというフリーアンサーもあり、対応したくても今回の改正結果から減収が大きく見込がないという状況ではないかと考えられる。

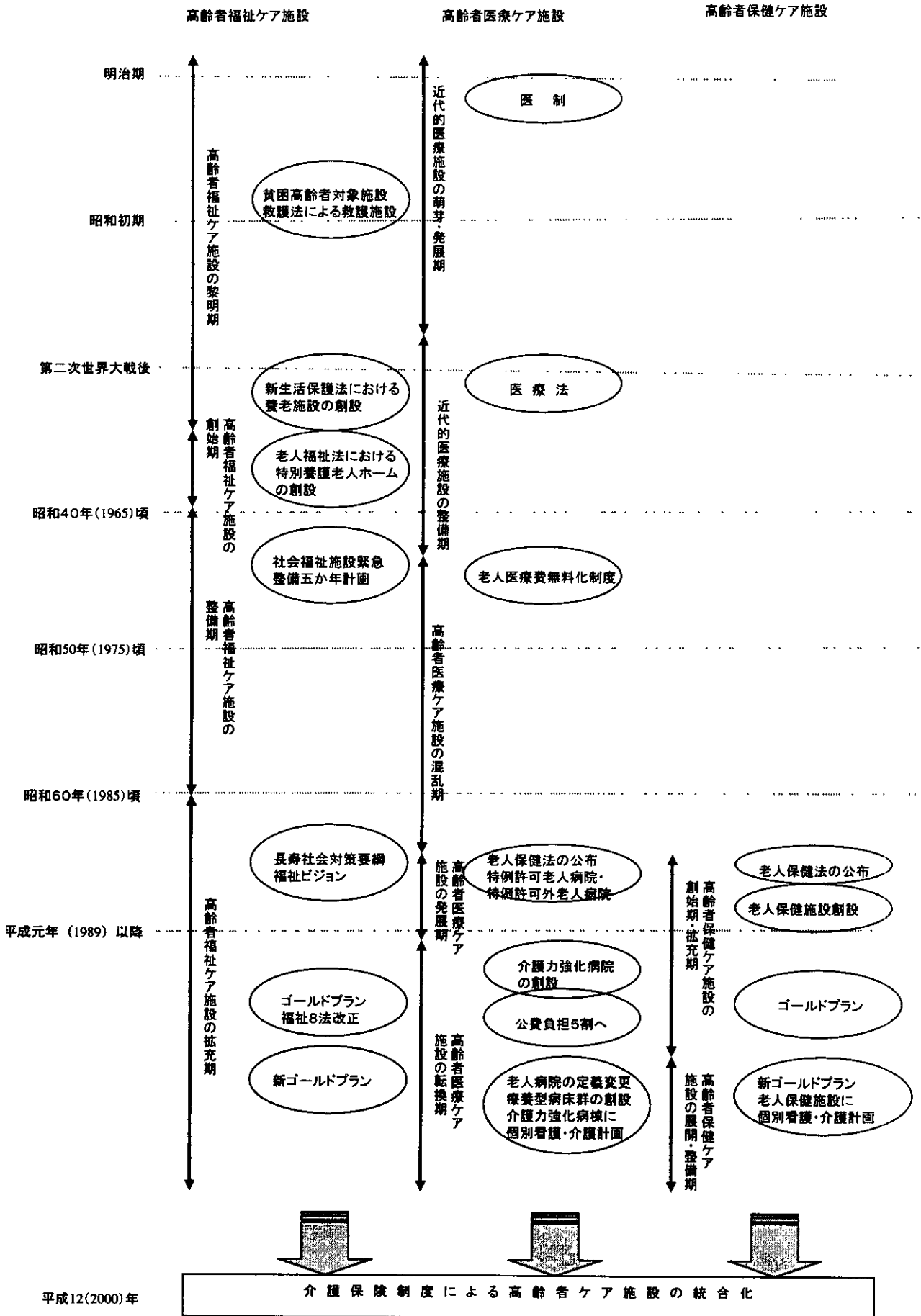
次に、介護報酬改正に具体的にどのように考えているかということに対して、ほとんどの施設が何らかの具体的対応策を有していると答えていた。その方法として、①要介護度の高い利用者の入院・入所促進、②人件費の削減、③他の併用施設での収益検討という3つの方向性を提示した結果、要介護度の高い利用者の入院・入所の促進を考えている施設が多かった。人件費の削減は、ケアの質の低下につながることから、差し控えたいというのが本音ではあるが、「そのように考えている」とする施設が40%あるということは、パートタイムやアルバイトの雇用で人件費を削減し、対応していきたいという方向性もみえる。また、併設施設は有している種別や施設数に差があり、特に介護老人福祉施設では短期生活介護や居宅介護支援、通所介護が多いが、そこでの収益がどの程度上がるかを考えると一概に併設施設でなんとか対応しようということにはならないともいえる。

居宅介護支援、いわゆるケアマネジメントも今回の改正で大きく変更になった項目であるが、居宅介護支援の要介護度に関わらない一律給付の実施には賛成とする意見が多かった。しかし、多数サービスを利用した場合の加算については、賛否がわかれるところであ

り、多数サービスをしなかった場合には加算がないという逆の見方をすれば、多数サービスを活用しているかどうか果たして居宅介護支援としてよいサービスといえるのかという根本的な問題を解決しないまま、介護報酬の改正で誘導しようとしている様相があるように感じられる。居宅介護支援の評価を多数サービスの利用で図って良いかどうかについては、意見の統一がなされていないともいえよう。居宅サービス計画を利用者に提示しない場合やケアカンファレンスを開催しない場合等についての減額も、賛否が分かれており、ケアマネジメントについての介護報酬改正はまだ行っていく余地があるものとする。

経営変革等からの経営意識については、どの項目でも「はい」や「計画中」が多いものの、実際にその内容として本当に行っているかどうかということは各施設によって差が生じるであろう。今後は介護保険施設の経営意識やマネジメントについての考え方を精査する必要があるものとする。

図5-1 高齢者ケア施設の歴史的展開



資料出典 藤林慶子、「高齢者ケア施設改革の視点と展開」、『社会福祉21世紀のパラダイム転換—方法と技術』、誠信書房、平成11年



## 第4章 介護報酬改定について

### 1 調査対象並びに方法

今回の調査では、平成15年1月現在の入所者の介護報酬（請求金額）とそのままの人数と要介護度で平成15年4月からの改定後の介護報酬（見込金額）について、要介護度別に金額で記入してもらった。介護報酬についての調査対象は埼玉県下の施設99施設、全国の老人保健施設のうち佐久老人保健施設で開催された研修会に出席し調査協力を承諾した9施設、介護療養型医療施設連絡協議会役員施設並びにその併設施設40施設であった。

要介護度のみを記入していたり、請求金額のみを記入していたり、介護報酬の部分のみが未記入であったりしたため、有効回答数は137施設で、内訳は介護老人福祉施設が60施設、介護老人保健施設47施設、介護療養型医療施設30施設であった。

調査方法は、①郵送、②FAXの両方で行った。

調査内容は、平成15年1月末現在の①要介護度別の入所（入院）者数、②平成15年1月分の要介護度別介護報酬の要介護度別平均請求積算額（国保連合会に請求した額であり、1割の利用者負担分、その他利用者の負担分、食費、その他介護保険制度外からの収益を除いた額）、③入所（入院）者数を平成15年1月末現在として、平成15年4月改正の介護報酬に置き換えて計算した場合の見込請求積算額であった。

### 2 調査結果

全施設の要介護度の平均は3.5であった。

今回の調査では、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設のほとんどが職員配置3：1であり、3.5：1や3.6：1、4：1はそれぞれ1施設ずつ、老人性痴呆疾患療養病棟が3施設であったが、全て職員配置3：1として新旧比を比較したものが以下の表である。

職員配置の差や加算、旧措置費入所者等の様々な差はあるが、そのような要因を併せてもほぼ改正結果と同じような結果となった。

表1 改正新旧介護報酬比（職員配置3：1）と調査結果新旧介護報酬比の比較

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護老人福祉施設	改正新旧比	▲ 14.9	▲ 11.1	▲ 7.6	▲ 4.4	▲ 1.5
	調査結果新旧比	▲ 14.1	▲ 9.8	▲ 7.7	▲ 3.7	▲ 1.8
介護老人保健施設	改正新旧比	▲ 6.9	▲ 6.7	▲ 6.0	▲ 5.3	▲ 4.8
	調査結果新旧比	▲ 6.0	▲ 6.0	▲ 5.0	▲ 4.8	▲ 4.1
介護療養型医療施設	改正新旧比	▲ 30.3	▲ 22.7	▲ 12.1	▲ 1.6	▲ 1.6
	調査結果新旧比	▲ 24.7	▲ 20.9	▲ 5.8	▲ 2.8	0.4

各施設種別ごとに要介護度と変更率を図示したものが、図1から3である。ほとんどの施設が全体的な変更率としてマイナスを示した。特に老人保健施設では全体としてプラスとなることなく、全ての施設でマイナスの下げ幅を示していた。

介護福祉施設では、変更率 $\Delta$ 1.7から $\blacktriangle$ 9.2までの範囲であり、平均変更率は $\blacktriangle$ 5.3であった。介護保健施設では、 $\blacktriangle$ 1.3から $\blacktriangle$ 13.3までの変更率が計上されており、 $\blacktriangle$ 5.2であった。介護療養型医療施設では、 $\Delta$ 13.2から $\blacktriangle$ 13.2までの変異で変更率が計上されており、平均変更率は $\blacktriangle$ 4.1であった。

図1 介護福祉施設変更率

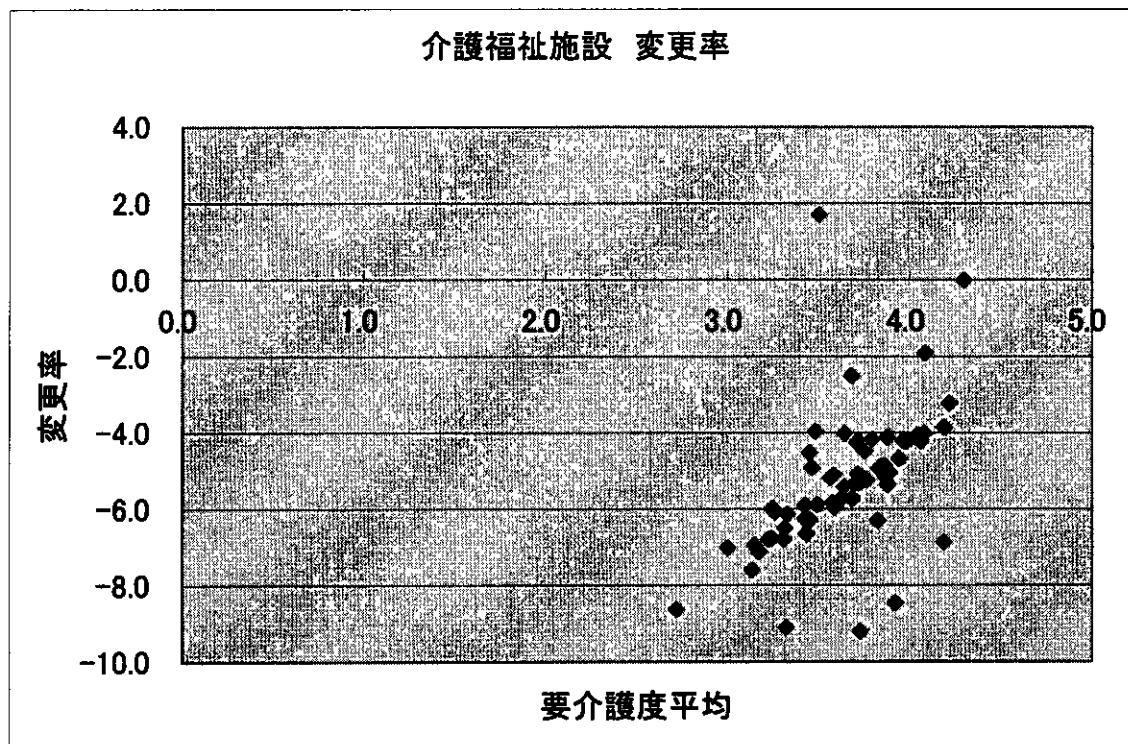


図2 介護保健施設変更率

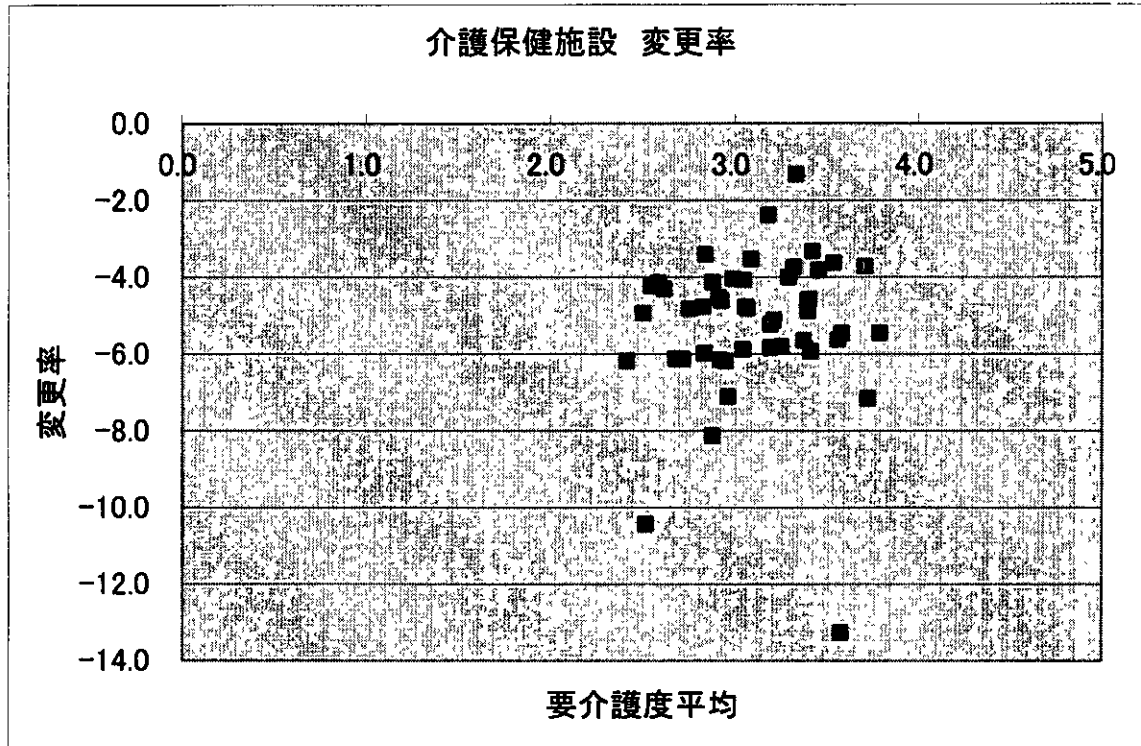
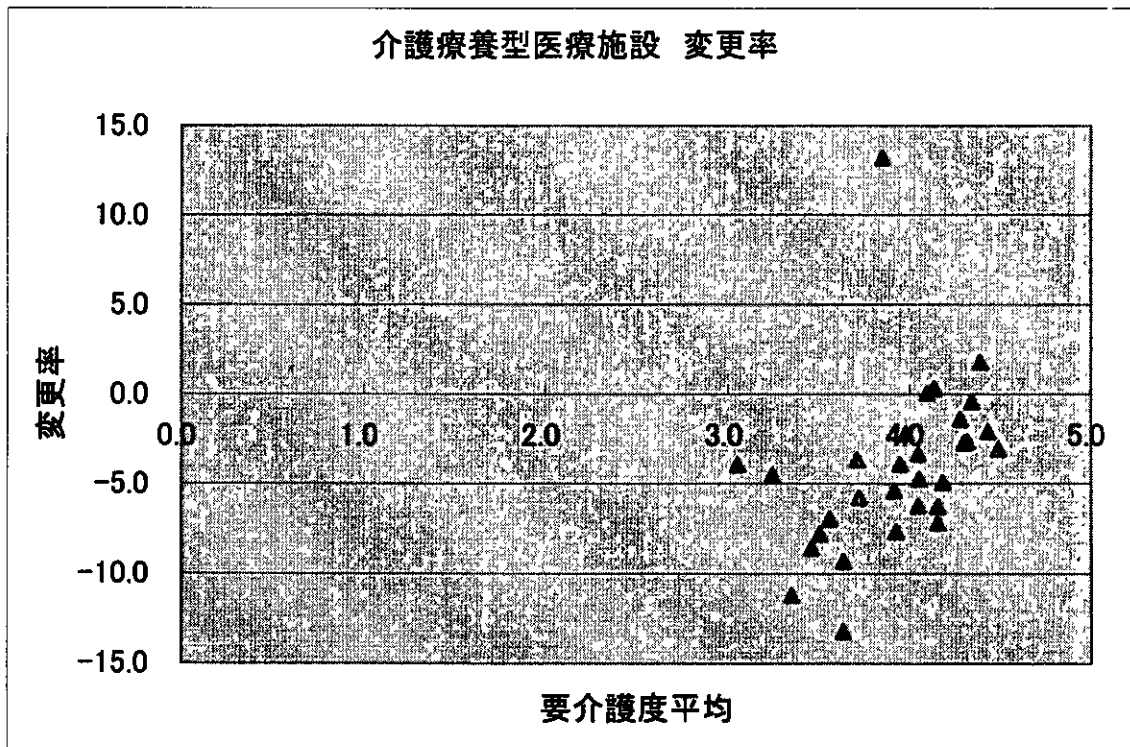


図3 介護療養型医療施設変更率



また調査結果では、平成15年4月の介護報酬が平成15年1月の介護報酬を上回る場合がいくつかの施設で生じた。逆転はある要介護度間で起こっており、その理由を再調査で聞き取った結果、以下のようになった。

介護老人福祉施設では、①旧措置利用の入所者がいたため、②途中死亡や外泊などの利用者の利用日数が少なかったため、という理由であった。介護老人保健施設では、ほとんどが逆転現象を起こしていなかったが、入所日数によって差が出たとする施設が1施設であった。

表2 新旧比の逆転理由

施設種別	逆転理由
療養	2と3の逆転は、特定療養費の加算の差
保健	入所日数が3日の人もいれば、31日の人もいたため
福祉	途中入所、退所等で31日利用していないため
福祉	経過措置中の入所者の負担額は0%～10%まで幅があり、それらの対象の入所者がいたため
福祉	旧措置の入所者の給付率が一定でないため
福祉	途中死亡退所が含まれており、人数平均で計算すると下がる
福祉	要介護4の利用者18人中、給付率97%が4人、100%が2名いるため、要介護5より高くなる
福祉	要介護5の入所者13人中、生保単独と長期入院のため利用料算定不可能
福祉	1月入所者が多いため、介護度が高くても請求した日数が少なく平均額が入所実数で計算したので下がる
福祉	旧措置入所者の利用者負担額軽減措置により要介護5の国保連への介護報酬請求額が要介護4より少なくなる
福祉	要介護2の対象者が4名と少ない上に、給付率100%が1名いるため、平均を算出すると高くなる
福祉	1月請求は正月該当月となり、自宅帰省者(外泊)が多かったため

## 第5章 まとめ

### 1 アメリカにおけるロングタームケアの動向ー在宅定額支払制度の導入ー

2000年10月から実施されたメディケア（全米唯一の公的老人医療保険制度）の認定在宅ケア提供者（Home Health Care Agency：HHA）に対する定額予測支払制度（Prospective Payment System：PPS）の実態については、以前から現地聞き取り調査並びに文献調査を行ってきた。在宅定額支払制度は、第1章で述べたロングタームケアの重要な展開の一つである。

この制度は、メディケアの在宅医療サービスを支給しようとする人々に対して①重症度14項目②機能低下度5項目、③サービス利用度の3項目の3分野別にアセスメントを行い、それぞれの点数に応じて60日間の定額予測支払を実施するというものである。

細部については、かなり大きな差があるが、わが国の介護保険制度による、要介護度判定と支給限度額の決定と同様の考え方に基づいているといえる。これまで米国の在宅医療（主に訪問看護、医療的介護、医療ソーシャルワーカー、在宅リハビリテーション）は、メディケアからの支給により大きく発展してきたが、この制度の導入で、認定在宅ケア提供者（HHA）の経営は大打撃を受けている。実施に、多くのHHAは収益を減少させており、この制度自体に強い不満表明している。しかし、後に述べるように医療財務庁担当者は「これまでの料金が適正だったかどうか問題であり、この制度によって利用の適正化・効率化が進んでおり、ニーズも正確に把握されるようになった」と述べている。対岸の国の制度変更ではあるが、この制度の状況は、いずれわが国でも議論されることになるであろう。この意味で、このHHA/PPSについて、若干の説明をしてみたい

1997年8月5日に施行した『均衡予算法（The Balanced Budget Act of 1997：BBA）』は、メディケアの保険認定在宅ケア提供者に対して、新しい給付方法の適用を正式に決定した。その主なポイントは、①HHAへの費用給付は従来のCPR（出来高償還）からPPS（定額予測給付）へ変更し、97年10月1日からは、暫定給付方式（Interim Payment System：IPS）を導入した。②IPS暫定給付方式はHHAのサービス提供費用に上限枠を設定するために、「1訪問当たりの提供経費は、人権費関連および管理・事務関連経費について、全米平均コストの112%までを上限としていたが、これを105%に低下させた」ことと「受給者1人当たりの提供経費は、経費の種類や分野を集合化したうえで、一括的な包括コストとし、1人当たりの上限枠も設定した」。③「IPS暫定給付方式はHHA-PPSが実施されるまで継続し、HHAの提供コスト削減を目的としてCPRの逡減化、1訪問当たり提供コストの上限枠逡減化、1人当たり提供コストの上限枠逡減化を実施してきた。

このように、97年10月から実施したIPS暫定給付は、HHAが出来高請求(CPR)を維持しながらも、1訪問当たりおよび、1人当たりの提供コストを削減するよう誘導するものであった。そして1998年10月21日、連邦政府は99年会計年度において、HHA-PPSの開発と導入のために必要な予算を確保する法案、『総括統合的な緊急補正のための予算法（The Omnibus Consolidated and Emergency Supplemental Appropriation Act for Fiscal Year 1999：OCESAA）』を成立させ、2000年10月1日からHHA-PPSを実施するための財源を確保した。この法律の主な内容は次のとおりである。

1) 標準予測給付額 (Standard Prospective Payment : SPP) を設定する (入院医療の PPS-DRG における連邦基本給付額のような機能をもつ)。その要点は、以下の通りである。

- ・ SPP の給付水準は現行の IPS 暫定給付水準よりも 15% 低く設定する。
- ・ SPP はメディケアが保障するすべてのホームヘルスを含み、厚生省 (長官) が入手する最新の「HHA 提供コスト・レポート」に基づいて設定する。なお、在宅医療福祉機器は、別に定める定額給付料金表に基づいて給付する。
- ・ 従来の CPR 償還方式では、各 HHA が提供する在宅サービスの種類、訪問回数、訪問時間、人件費などの違いによって償還額は異なっていたが、SPP はこれらを包括し、各 HHA の提供状況には関係なく定額の標準給付額を設定する。但し、人件費については、地域ごとに人件費水準を比較した地域人件費係数を用いる。
- ・ SPP の上昇率は、2002 年 (または 2003 年) 会計年度までの間、ホームヘルス市場価格統合指数よりも 1.1% 低く抑える。
- ・ SPP は 2000 年 10 月 1 日から実施するが、給付水準の設定が困難な場合に限り、最大限 6 ヶ月決定を延期することができる (最終決定は 2001 年 4 月 1 日までを限度とする)。

2) HHA-PPS は受給者の個別性に応じた付加給付 (Outlier) および修正給付を採用する。付加給付は受給者 1 人当たり給付総額の 5% 以内とする。

BBA(96 年)と OCESAA (98 年) の制度により、メディケア認定在宅ケア業者への IPS 暫定給付を実施した米国では、在宅ケアの利用が低下している。一昨年にボルティモアの米厚生省の HCFA を訪れ、HHS-PPS の実情について担当官らとミーティングを行ったが、ホイヤー氏は利用率の低下について『利用の適正化・効率化が進んでいる』とコメントした。利用率は IPS 暫定給付方式実施以前の 1996 年に、地域ごとの全平均値で 9.1% の水準にあったものが、実施 1 年後の 1998 年に 7.8% へと低下し、その間の低下率は 1.3% だったという。しかし受給者を年齢性別、収入、家族構成、ADL、疾病などに分けてみた場合には、大幅に利用者が低下している層もある。特に、①85 歳以上、②多重 ADL 低下者 (2~6 項目の ADL が低下している)、③発作・卒中患者、④失禁患者などに利用低下が目立っている。全体としては慢性疾患や特定の疾患 (例えば糖尿病、呼吸器系疾患、脳卒中など)、および高齢者や独居者の利用が減り、逆に中南米系移民や高額所得者、アルツハイマー患者などの利用が増えるという傾向である。

一方、HHA (在宅提供者) については「収入が減ったという不満があることを承知している」と語り、提供側は、出来高コストをベースにした IPS 暫定給付から PPS へ移行にうまく対処していないと指摘している。また、SPP 標準予測給付額の水準や受給者のニーズ判定について、戦略計画局のメドー氏は「大量の統計と科学的な調査分析手法に基づいて設計したシステム (OASIS とよばれている) は適正にニーズを評価しているし、再評価は 2 ヶ月 (60 日) ごとに実施することになっているので、12 月に入ってからニーズ判定の検証を行う。SPP の水準については、2001 年 4 月 1 日までに適正な給付額を設定する」と述べた。

ところで、PPS の管理運営や SPP 標準予測給付額、あるいはニーズに基づく受給者の分類手法などが適正かつ妥当性を持つために HCFA は、メディケア受給者や HHA 在宅ケア提供者、有識者などを中心に幅広く意見を求め、これらの見解に対する HCFA 側のコメントを HCFA 官報 “Federal Register” において公開している。2000 年 7 月 3 日付けの

“Federal Register”によれば、1999年10月28日の時点で、381件の意見や助言が寄せられており、同官報ではこれらの意見に対する HCFA 側の見解やコメントに大量のページが充てられている。こうした HCFA 側と国民とのコミュニケーションに基づいて、HHA-PPS 適正化を確立し、国民の理解に支えられるというメカニズムが米国の新システムには存在している。

HHA-PPS はスキルド (skilled : 医師が医療従事者の専門的ケアを必要と認めた状態をいう) なホームヘルス・ケアを必要とする全てのメディケア加入者に適用し、実施されているが、その主な機能と手法は、次のようなものである (<http://www.hcfa.gov> 参照)。

#### ① ケアの必要性分類と評価システム

##### a)HHRG(Home Health Resource Groups)

ケアニーズや利用サービスの種類・量(回数)などが類似する加入者を、利用資源規模(コストなど)の実績に基づいて、80の共通利用者群に分類し、資源の規模を共通群の相対係数で示したもの。

##### b)OASIS (Outcome and Assessment Information Set)

メディケア受給者の多様なケアニーズをケース・ミックスによって統合一本化したうえで、評価し、HHRGのどれに該当するかを判定するための全米統一的な情報セットで、受給者の個別データや情報を入力することによって、共通群の分類やケアニーズの評価を可能にする情報処理システム。但し、リハビリテーションの提供時間は、OASISに含まない。

##### c)HAVEN(HAVEN software)

州ごとに設置する OASIS の端末コンピューターシステム。HHA は HAVEN を用いて受給者それぞれのケアニーズや HHRG を判定する。

#### ② 給付の構造

##### d)SPP(Standard Prospective Payment)

受給者1人当たりにつき、60日間を一つの単位として HHA に給付するための、全米統一的な標準予測給付額。2001年度会計年度は、US\$2,115.30と設定。この水準は1998年10月1日以降の HHA 提供コストレポートに基づいて設定された。また、SPPはメディケア PPS-DRG(病院入院給付)と同じ構造をもち、人件費と非人件費の2つの部分から成り立っている。2001年会計年度の人件費部分は、77.668%と定められている。つまり、US\$2,115.30の77.668%=US\$1,643.00がSPPの人件費部分にあたる。

##### e)RWI(Regional Wage Index)

1999年会計年度の病院人件費係数(1995年度の病院賃金実績に基づく)を用い、SPPの人件費部分(77.668%)を修正する。

##### f)PEP(Partial Episode Payment)

SPP給付期間の1単位である60日間の間に、メディケア受給者が自らの意思でサービス提供者(HHA)を変えたり、途中で利用を中止したあと期間内に再び同じHHAを利用する場合に適用されるSPPの給付修正方式。

##### g)SCIC(Significant Change in Condition)

60 日間の期間中に受給者のケアニーズが大きく変化し、HHRG の変更やケアプランの見直しが必要になった場合に適用される給付修正方法。

**h) LUPA (Low Utilization Payment Adjustment)**

受給者が 60 日間の間に受けるサービス量は種類ごとに全米平均量（訪問回数の全米平均値）を設定しているが、仮に HHA が平均値を下回ってサービス提供を行った場合には、SPP を 1 訪問当たりの定額給付に変更する。

**i) RHHI (Regional Home Health Intermediary)**

州を単位として地域ごとに設置される『地域ホームヘルス給付代行機関』で、基本的にはメディケアで給付の仲介・代行を行う。RHHI は HHA からの「サービス提供開始レポート」を受取り、HHRG や給付額の確定を行う。また第 1 回目の請求申請書に基づく給付および修正などの処理を行う。

**j) OUTLIER (枠外給付)**

PPS-DRG と同様に、受給者の個別事情に応じて提供されるサービスや提供機関の延長などを保障するもので、基本給付の枠外で HHA に給付する。

**③ その他のルール**

**k) 同一資本 HHA グループごとの一括請求方式**

給付額の請求は、独立単体 HHA の場合は当然だが、チェーンやネットワーク型の HHA であっても、資本母体が同一、または合併やパートナーシップの形態にあれば、受給者 1 人につき、グループで一括して請求すること。これはグループ内の委託や代行サービスも同系列にあれば含まれる。

**④ HHA の遵守事項**

- i) サービス提供開始レポートの提出
- ii) 医師の指示に基づくケアプランの提出
- iii) OASIS データ更新の基礎となる HHA 活動実態レポートおよび提供コストレポートの提出（州の HCFA へ）。
- iv) HHA は適正なサービスが提供されるために、60 日ごとに受給者のケアニーズと HHRG を見直すこと（HAVEN 利用）。一方、RHHI（給付仲介機関）は必要に応じて、HHA への利用審査を実施する。

以上が米国の HHA/PPS の概要である。米国のメディケア財政は 2008 会計年度まで赤字基調にあるといわれている。それにも関わらず在宅ケア給付の費用抑制を政策目標に掲げているブッシュ政権の現状を正確に理解する必要がありそうである。

第 1 章において、アメリカのロングタームケアの歴史的展開や具体的な事例、そしてパーソナルケアのマンパワーについて述べた。それらの動向を踏まえて、政策展開の過程として定額支払制度を考えると、アメリカにおけるロングタームケアの一つの方向性を見出すことができる。アメリカにおける在宅ケア給付の費用抑制は、わが国の今回の介護報酬改正による施設サービス費の減額の次の目標にもなりうるといえる。そのような意味からも、アメリカの状況を把握することは政策研究として重要であると考えられる。



## 2 平成 15 年度介護報酬改正について

平成 15 年 4 月 1 日からの介護報酬改正により、在宅は 0.1%増、施設は 4%減で、全体として 2.3%引き下げられることになった。在宅の介護報酬では、居宅介護支援（ケアマネジメント）の要介護度に応じた包括単位の廃止、訪問介護の区分の体系的見直し、いわゆる介護タクシーの適正化、通所および訪問リハビリテーションの評価、痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）における夜間ケアの評価などが行われた。

表 1 は「施設種別 3 対 1 職員配置新旧比較」してみたものである。介護福祉施設（Ⅰ）と介護老人保健施設の（Ⅰ）は、3 人の利用者に対して看護職員かあるいは介護職員が 1 人配置されている施設である。介護療養施設の新（Ⅲ）は旧（Ⅳ）であり、利用者 6 人に対して 1 人の看護職員と 1 人の介護職員、つまり 3 人の利用者にどちらか 1 人が配置されているという基準である。

表 1 施設種別 3 対 1 職員配置新旧比較

	介護福祉施設（Ⅰ）			介護保健施設（Ⅱ）			介護療養施設		
	新	旧	新旧比	新	旧	新旧比	新	旧	新旧比
要介護 1	677	796	▲14.9%	819	880	▲6.9%	730	1048	▲30.3%
要介護 2	748	841	▲11.1%	868	930	▲6.7%	841	1088	▲22.7%
要介護 3	818	885	▲7.6%	921	980	▲6.0%	992	1128	▲12.1%
要介護 4	889	930	▲4.4%	975	1030	▲5.3%	1149	1168	▲1.6%
要介護 5	959	974	▲1.5%	1028	1080	▲4.8%	1190	1209	▲1.6%

この 3 施設種別は、利用者 3 人に対して 1 人の看介護職員という意味では、同様の人員配置といえるが、それぞれに看護職員と介護職員の割合には、差がある。改定前の旧だけを比較してみると、介護福祉施設、介護老人保健施設、介護療養施設の順に単価が高くなっていることがわかる。これは、看護・介護のほかに、医師の配置の有無や、リハビリテーション職員等の配置の差を考慮した結果と考えられている。

これまでは、要介護度が 1 ランク上昇するごとに介護福祉施設は、44 ないし 45 単位増加し、介護老人保健施設では、これが 50 単位、介護療養施設では、41 単位であったが、今回の改定では①全般的に要介護度が高いほど引き上げ率が低い。②介護福祉施設では、要介護 1 が 14.9%、要介護 2 が 11.1%の大幅な減であるが、要介護老人保健施設は、最高でも 9.6%減である。③介護療養施設の要介護 1 は、なんと 30.3%減、2 でも 22.7%減となっている。④ただし、要介護 4 と 5 は、1.6%減にすぎない。介護老人保健施設は、3 種別のうち、平均要介護度が一番低い、その分家庭復帰率は高い。また、「在宅重視、自立支援」という観点から、要介護度の低い利用者を重点的に家庭復帰に導くことも考えられた結果であろう。

介護福祉施設の要介護 1 の 14.9%減と介護療養施設の要介護 1 の 30.3%減、要介護 2 の 22.7%減をみると、どのように考えても、介護福祉施設での要介護 1 と介護療養施設の要介護 1、2 は、利用を前提としていないとしか考えられない。

このことについては、表 2 の「療養型介護療養施設サービス費介護職員別新旧比較」を

みると、その答えがあるように思う。この表は、新4対1、旧3対1、旧4対1を要介護度別に単純に比較したものである。新4対1を基本に考えると、旧4対1との比は、-27.2%、-20.5%、-3.7%の順となり、要介護4では、1.0%増、要介護5では4.7%増となっている。つまり新4対1は、要介護4以上では、引き下げでなく引き上げになっている。

つぎに、旧3対1と比較してみると、-31.3%、-24.9%、-9.1%、-4.7%、-1.2%となっており、要介護度が高くなるほど引き下げ率が少ないことがわかる。

	新4対1(A)	旧4対1(B)	旧3対1(C)	増減比(対B)	増減比(対C)
要介護1	820	1,126	1,193	▲27.2%	▲31.3%
要介護2	930	1,170	1,239	▲20.5%	▲24.9%
要介護3	1,168	1,213	1,285	▲3.7%	▲9.1%
要介護4	2,269	1,256	1,331	1.0%	▲4.7%
要介護5	1,360	1,299	1,377	4.7%	▲1.2%

つまり、旧3対1であった施設が、今後とも3対1の介護職員配置を続けたとしても、要介護度が高い(例えば、要介護度4と5の利用者だけであるといったような)施設では、全体としても4%程度の引き下げ率になることになる。反対に、要介護度の低い(例えば、利用者平均要介護度が3以上といったような)低い施設では、10%以上の引き下げということになるのである。

このようになったのは、介護療養施設の3対1介護職員の廃止が平成15年3月に決定していたからに他ならないと思う。看護職員6対1、介護職員3対1というのは、利用者2人に1人の職員配置であり、長い老人医療制度の歴史の中で老人ケアの質の向上のために制度化されたものであったが、介護保険制度実施にあたり「病院の職員が多いのが問題である」ということから、3年後に廃止という方向が示されたものである。

介護療養型医療施設連絡協議会は、この3対1廃止について、この3年間、明確に反対示してきた。そのひとつの結果が、今回の新旧比較であるといってもよいように思う。なぜならば、介護職員の3対1配置は廃止するものの、今後とも実質3対1を継続できるような措置がなされたことになるからである。つまり、要介護4や5といった利用者は、介護の手間がかかるのであるから、評価を高くするが、逆に1や2では大幅に報酬を引き下げるということにほかならない。その結果新4対1は、820単位であり、これは介護老人保健施設(I)の819単位より、僅か1単位だけ高いということになった。

さらに、今回改定では、重度療養管理の新設とリハビリテーションの体系的見直しが行われた。前者は、「要介護4または5であって常時頻回の喀痰の吸引を実施している状態など常時医師による医学的管理が必要な状態であるものに対して、療養上の適切な処置と医学的管理を行った場合を評価」するものであり、1日につき120単位加算することができるというものである。一方、後者は、これまでの集団療法への評価を廃止し、医療保険適用の療養病床と同様に個別的なリハビリテーションを評価するものである。

これらのことは、介護療養施設とその他の介護保険施設を明確に区分し、要介護4と5の利用者を中心として、常時頻回な医療管理が必要な人やリハビリテーションが必要な利

用者に対応することを求めたものといえるであろう。

以上が今回の介護施設の介護報酬改定の概要であるが、改正にはいくつかのポイントがあると考えられる。

第1に、介護施設の報酬は、要介護別が1ランク上がることにより、一定単位加算されるというこれまでの考え方が大幅に変更され、施設種別ごとに利用者の重点化を誘導する要介護度別評価が行われるようになった。このことは、介護福祉施設であれば、要介護4ないし5を重点的に、介護療養施設はそれに加えて頻回な医療管理や個別のリハビリテーションが必要な利用者に、そして介護老人保険施設でも、なるべく要介護度の高い利用者を優先入所させるとともに、家庭復帰に努力することが求められていると考えられる。

第2に、施設種別の一元化とか、将来とも3種別の垣根を低くするという考え方と、それぞれの施設の何らか機能分化を進めるという考え方が成り立つとすると、後者の方向に一步踏みだした改定となったといえるであろう。昭和58年の老人保健施設制度の創設以降、約20年間「特養と老健施設はどのように違うのか、同じではないのか」といった議論が行われてきたが、今後は、「介護福祉施設は、重介護中心」という区別が生じることになるのであろう。また、介護療養施設は、要介護が低い利用者が入院することがまれであり、常時の医療管理やリハビリテーションに重点化する施設となっていく可能性が高い。

第3に、介護療養施設の介護職員3対1は廃止されたが、制度上の遣り繰りで、実質的に3対1以上の配置を継続しても、経営上著しく不利にならないように配慮がなされた。このことは、今後の介護ケアのマンパワーを考えるにあたって、高く評価したい。介護給付費分科会の意見においても「介護報酬設定における人員配置の評価の在り方については引き続き検討することとする」という一文がある。ユニット・ケアや全室個室化が、わが国の老人ケアの主流になれば、最高でも利用者2人に職員1人が必要であることは、わが国のケアの実践でも、そして人口高齢化の先進国の例でも、すでに明らかである。この意味でも次回改定までに、人員配置の科学的根拠が必要であろう。このような3ポイントを考えれば考えるほど、多くの課題を明らかにしていると考えられる。そして、この改定によって、ケアの質の向上とともに、介護施設経営の持続性確保のために対応することを期待したい。

### 3 まとめ

アメリカ合衆国とわが国の介護報酬改正という2つの研究テーマについて、報告を行った。一見、乖離して見えるテーマではあるが、研究を進めるにつれて、介護報酬改正によって経営が厳しくなるわが国の介護保険施設にとって、アメリカのケース研究を行うことは決して無駄ではないことが明らかになった。むしろ、アメリカでの動向をいかにわが国に活用していくのかという観点が今後必要になるであろうともいえる。

前にも述べたが、介護報酬改正の次のターゲットは在宅サービス費にもなりうると考えられる。施設サービス費の介護報酬において、経営上の多くの配慮がなされているとはいえ、民間企業が参入している在宅サービスにおいて、このまま介護保険の支出が増加すれば、アメリカ型の在宅定額支払制度が真剣に検討されることになるだろう。

その際に今回と同じように施設管理者の経営意識が問われることになる。医療費や介

護費の増加は、診療報酬点数、介護報酬点数の引き下げや利用者負担の引き上げ等だけで解決できる問題ではなく、適切な高齢者保健医療福祉施設経営による適切な高齢者ケアの提供という観点が必要である。医療費抑制、介護費抑制という観点から保健医療福祉施設経営を捉えることは重要である。

本研究の目的は、介護保険制度施行後のわが国の高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメント理論を構築することである。最終的には、介護保険制度のみならず広く一般国民等を対象とした他の保健・医療・福祉サービス提供機関への汎用性を有するものを構築することになるであろう。わが国の場合、高齢者医療費の増加等の問題の一つには、社会政策と個々の保健・医療・福祉サービス提供機関の実態の乖離という要因があるものと考えられる。高齢者医療費の抑制を一つの目的として創設された介護保険制度が円滑に運営されるためには、制度の対象となるサービス提供機関が適切なマネジメントによって、高齢者ケアを有効かつ効率的に提供することが必要となる。なぜならば、施設のミスマネジメントによって発生した費用を結果的に保険財源によって賄うことになるからである。

今後は保健医療福祉分野においても、一般企業と同様のマネジメントが求められるようになり、保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメントが、一般企業マネジメントとどの様な点で異なり、どの様な点で類似しているか等を明確にすることは、今後の高齢者保健福祉分野の運営管理のみならず、諸施策構築のために重要である。このような概念は、利用者、入所者へのサービス向上として還元されるものであり、これからの高齢者保健・医療・福祉分野にとって、益々重要となるものである。本研究では、介護保険制度施行後の混乱への対応策を実証的に検討するとともに、マネジメントの観点からの政策評価指標等について国内外の動向を把握する。

次年度も、制度構築にも重要な高齢者保健医療福祉マネジメント概念を整理し、介護費用の効率的・効果的運用へとつなげる理論構築を行い、今後のわが国の施設運営管理のみならず行政レベルでの施設管理および居宅事業者のマネジメントにも有用なツール等を開発できればと考えるものである。