

平成 18 年度 長寿科学総合研究事業

H16 — 長寿 — 029

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における経営実態及び
マネジメント実施状況に関する研究

総括研究報告書

平成 19 年 3 月

主任研究者 小 山 秀 夫

(静岡県立大学経営情報学部)

目 次

はじめに		i
第 1 章	本研究の概要	1
第 2 章	介護保険制度改革とマネジメント理論	3
第 3 章	イギリス高齢者ケアにおける消費者主導型現金給付 －消費者選択による質改善－	29
第 4 章	介護老人保健施設における経営意識調査について	47
第 5 章	介護老人保健施設のマーケティング活動の方向性	107
添付資料	調査票	115

はじめに

本報告書は、平成18年度長寿科学総合研究事業（H16—長寿—029）「介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における経営実態及びマネジメント実施状況に関する研究」の研究結果をまとめたものである。

マネジメントの神様と言われるP. F. ドラッカーは、「明日のエグゼクティブが学ぶべき3つの重要な事柄は、①自分で自分の面倒がみられること、②部下のマネジメントではなくて、上司のマネジメントをすること、③そして、経営の基本を広く着実に身につけることである」という言葉を残している。『ビズ・エド』（ビジネス教育）という米国のビジネススクール協会発行の創刊号（2001年11月—12月）の巻頭インタビューに載ったものである。

特に3番目の基本的なリテラシー（知識と技術）を身につけることの重要性を指摘しながらも、それは会計や生産管理などの細部にわたるだけでなく、組織の運営全体にかかわる基礎を身につけるものである。ドラッカーはこれを「組織リテラシー」と呼び、実践的経験に基づくものとしている。

経営マネジメントという言葉は、一般企業では用語として定着しているが、保健医療福祉分野においてはまだ十分に浸透しているとはいえない。保健医療福祉分野におけるマネジメント概念は、一昔前に比べると問題意識として表出するようにはなったが、その重要性に対する認識の施設間格差が大きいという現状がある。しかし、時代は着実に介護保険施設、医療施設の経営状況、マネジメントを問われる時代に来ており、消費者である利用者が介護保険や医療施設を選ぶ一つの指標として、経営マネジメントの観点が注目されているところである。

保健医療福祉分野でも、マネジメントの重要性が理解される時代になったといっても過言ではない。

本研究の実施にあたっては、静岡県立大学助教授 岩崎邦彦氏、静岡県立大学講師 山浦一保氏、高知県立女子大学助教授 長澤紀美子氏、東洋大学助教授 藤林慶子氏のご協力を得た。また、多くの介護サービス事業所管理者、病院管理者、老人保健施設長等には、研究のためのプリサーベイともいべきヒアリング調査並びに介護老人保健施設のマネジメント等に関わる調査にご協力をいただいた。ここに深く感謝申し上げる次第である。

本研究が、わが国の保健・医療・福祉分野の諸施設・機関のご参考になれば幸いである。

多くの方々のご協力を得て、本研究を実施できたことに心から感謝の意を表す。

平成19年3月

主任研究者 小山秀夫
静岡県立大学
経営情報学部教授

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における
経営実態及びマネジメント実施状況に関する研究
(H16－長寿－一般－029)

第1章 本研究の概要

1. 研究の目的

本研究の目的は、介護保険制度における介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の経営状況とマネジメント状況が介護報酬等に与える影響を調査し、これらの調査から、介護老人保健施設並びに介護療養型医療施設に必要なマネジメント理論の構築並びに高齢者ケアにおけるケア提供者のマネジメント分析を行うことである。2006年度より、介護保険施設にホテルコストが導入されることから、介護保険施設のマネジメントは大きく変わろうとしている。一つの施設のマネジメントミスで、制度が補填するという従来の医療保険制度方式では、介護保険制度の財政問題は解決できず、わが国の社会保障制度全体が破綻への途を歩むことになる。それゆえ、介護保険制度改定前後に介護保険施設におけるマネジメントを研究することが重要であると考えられる。また、これらのマネジメント理論が介護保険施設のみならず居宅サービス提供機関においても有用であるかどうかを精査することは、わが国の介護保険制度において重要な検討となるとともに、諸外国においても求められる理論となる。同様に、介護労働の今後の動向を把握することにより、わが国における介護労働についてのマネジメント理論を構築することは重要である。

2006年度の介護保険制度改正は、介護保険制度の生成発展のためにマネジメント概念および方法論を大幅に導入し、研究成果を向上させたのではないかということが、本研究の仮説である。また、介護療養型医療施設の廃止は、今後の高齢者の医療的ケアと介護的ケアをどのように行っていくかという大きな課題であり、本研究から介護療養型医療施設廃止後の高齢者ケアの在り方について若干の提案を行いたい。

2. 研究方法

本研究は、3年計画で実施した。第3年度である今年度は、① 文献サーベイ等から介護保険制度改革とマネジメント理論についての分析を行い、制度改革においてどのようにマネジメント理論が展開されたかを明らかにした。② イギリス高齢者ケアにおける消費者主導型現金給付についての文献研究を行い、③ 介護老人保健施設における経営についての意識調査を行った。調査は平成19年2月の2週間に行い、全国老人保健施設協会会員施設3,237施設に対して調査票を送付し、回収数は891施設、回収率は27.5%であった。また、④ 3年間を通して海外の高齢者ケアの経営に関する文献サーベイを行い、④ 研究の総括を行

った。

3. 報告書の概要

第2章では、介護保険制度改革とマネジメント理論について、まず、介護保険制度全体のマネジメントを明らかにした上で、制度改革においてどのようなマネジメント理論が展開されたのか、また、マネジメントの観点から制度改革の評価は可能なのかを中心に、検討を加え、今後の課題を明らかにする。

第3章では、本研究において3年間一貫して行ってきたイギリスの動向について、2008年に予定されている individual budget の法制化等の主に現金給付の動向が分析した。イギリスでは、この individual budget によって、利用者が施設・在宅にかかわらず、一人ひとりに適した医療・福祉・住宅棟のサービス（現金給付・現物給付の両者を選択可能）を包括的に購入できるようになる。

第4章として、介護老人保健施設に対して実施したマネジメント等に関する調査の分析を行った。

第2章 介護保険制度改革とマネジメント理論

この第2章では、介護保険制度改革とマネジメント理論について、まず、介護保険制度全体のマネジメントを明らかにした上で、制度改革においてどのようなマネジメント理論が展開されたのか、また、マネジメントの観点から制度改革の評価は可能なのかを中心に、検討を加え、今後の課題を明らかにしたい。

第1節 本研究における分析枠組み

1. マネジメントの枠組み

「計画し、組織し、動機づけ、調整し、そして統制する」という一連の作業は、20世紀に入ってからマネジメントという分野を生んだ。特に、この20年間のマネジメントに対する考え方は、どのような分野であれ適切なマネジメントがなくては組織の存続自体が危ぶまれる時代になったことを意味している。

ビジネスの世界では、もはや常識になったマネジメントだが、介護や医療あるいは福祉の分野では、一応市民権はあるが専門に研究する人も少ないし、様々な問題がマネジメントの問題であるという認識が乏しい。

介護保険のシステムは、利用者とサービス提供者、そして保険者の三者の関係でサービスが提供され、対価が支払われる仕組みになっている。マネジメントということでこの三者をみると、提供者である介護保険施設やその他の事業者は、それぞれ施設や事業所を運営するためのマネジメントや提供するサービス自体のマネジメントを行っている。一方、保険者は支払いのためのマネジメントやその組織あるいは制度の管理・運営という意味でのマネジメントを行っている。そして、利用者も自らの生活をマネジメントしているとも考えられる。

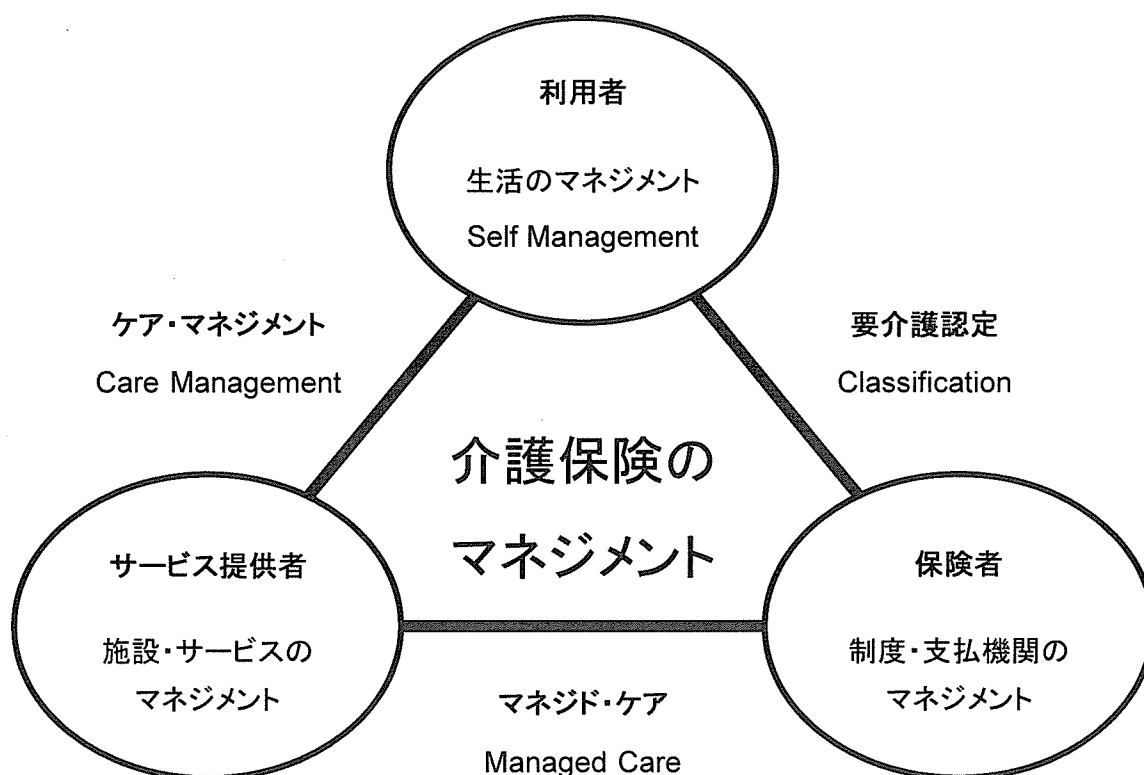
三者三様のマネジメントによって、ケアを提供する仕組みがあることになる。ただし、これら三者三様のマネジメントには共通点があまりない。それぞれの立場によって、都合がよい方法が採用されている。介護保険制度全体を適切にマネジメントするために、それぞれバラバラではうまく機能しない。そこでこの三者をおのおのつなぐ部分にもマネジメントの仕組みが必要だということになる。

まず、第一に利用者、提供者、保険者それぞれにマネジメントがあり、第二にそれぞれの線上に登場するマネジメントがあり、第三に、三者三様のマネジメントを総合化・包括化・統合化した場合の介護保険制度全体のマネジメントがあると考えられる。この第二の線上のマネジメントは、つぎの3種類である。

①利用者・提供者間のマネジメント

サービス提供者は利用者にサービスを提供する。しかし、提供者と利用者の間には、情報の非対称性が存在し、利用者にとっては、どのようなサービスがどこで受けられるのか、また、どのサービスを選択すればよいのか、あるいは、どのサービスをどの程度受ける必要があるのかといったことが分からないといった問題がある。

ここでケアマネジメントの必要性が生じ、その中心的な課題は、利用者と提供者間の調整、計画、助言、指導、そのためのマネジメントである。



②利用者と保険者間のマネジメント

ここでは、利用者が消費したサービスの対価の支払い以外に、利用者の受給資格の確認、場合によっては不正な受給をしていないかということについても、マネジメントする。介護保険制度によって、要介護認定(Classification)業務もマネジメントとして必要になったし、苦情処理の仕組みも導入されている。

③提供者・保険者間のマネジメント

提供者と保険者間は、あらかじめ設定された標準によって消費者に提供者がサービスを提供すれば、これだけの対価を支払うという関係である。しかし、提供者が無尽蔵にサービスを提供したり、費用が高額になると、なんらかの費用抑制が行われたり、提供者を保険者がコントロールしようということになる。これをコントロールされたケア(Controlled Care)と呼ぶことも可能であるし、マネジド・ケア(管理されたケア)ともいえる。

2. 枠組みから考える

この図では、ケアマネジメントは①の利用者と提供者間、要介護認定は②の利用者と保険者間、そして、マネジド・ケアは③の提供者と保険者間のマネジメント上の課題と位置づけて考えられる。もちろん、これら全体的なマネジメントが介護保険サービスのマネジメントであるという前提からである。

介護保険制度は、システムとして大がかりであり総合的である。そして、例えば、要介護認定とかケアマネジメントなどのサブ・システムから形成されている。大がかりであるため、システム全体のどこがどのような仕組みで、どのような課題があるかといったこと

を全て把握しようとしても、かなり学習しないと理解できない。また、おのおののサブ・システムがどのように関連しているのかといったことを理解するためにも、全体を俯瞰できるものがないとわかりにくい。

例えば、利用者の生活のマネジメントを Self Management としたのは、単に介護が必要であれば介護保険サービスを提供するというだけでは、サービスの浪費が起り、費用が増大し、いずれ負担できなくなることによって、システムの持続性は確保できない。そのためにも、利用者にもシステムに参画してもらうことが必要になる。今回改正で「介護予防」という考え方が明確に示されたが、それをマネジメントということで読み替えば、生活のマネジメントということになる。介護予防では、禁煙とか食事あるいは運動といったことが重視されると思うが、これらは自らの生活習慣をどのように改善するかといったことである。

一言に生活習慣の改善といわれても、多くの人には自らの習慣を自分だけでは改善できないという状況に陥っている場合が多い。こうなると、生活のマネジメントとしての介護予防の重要性がよく理解できるかもしれない。

今回改定で、介護保険サービス事業者へ情報の公表を義務化することになった。これは、提供者にあらかじめ標準化させた情報を強制的に開示させるシステムである。このことは提供者の負担が増えるが、公表された情報による利用者はサービスの選択や事業者の決定に必要な情報を得ることができる。提供者も一定地域内の同業他者の情報を容易に得ることができるので、競争戦略の重要情報として活用できるし、競争の結果がサービスの質の向上に寄与することも期待できる。保険者あるいは都道府県行政にとって、共通情報の公表は、多くのメリットがある。行政の責任として事業者をモニタリングすることが求められるが、11万件にもなる事業所の全てを常に監視するなどということは、実質的に無理である。ただし、情報の公表が義務化されることによって、利用者の目や地域の目あるいは同業者の目が事業にそそがれることになり、不正請求や職員の適正配置をはじめ、サービスの質を確保することができるかもしれない。

このように情報公表というサブ・システムを考えてみると、実は介護保険制度全体のマネジメントに深く関与していることが改めてわかるのである。介護予防と情報公表という二例によって図の活用法を考えてみたが、何らかの枠組みをあらかじめ設定して、その全体と部分および部分と部分、そして部分と全体との関係を考えるという方法は、有効であると思う。

本研究では、この枠組みを用いて、介護保険制度の現状や介護サービス提供の現場の現状について、マネジメントという観点で検討を進めることとする。

3. ミッションとバリューの変更

経営学は、この10年間大きく変化した。新しい専門用語が洪水のように生み出され、インターネットが世界を駆け回り、新しい経営手法が編み出されている。企業倫理、企業の社会的責任、企業統治やコア・コンピテンシーからバランスド・スコアカードまで、経営学の定番教科書の多くが書き換えられている。

どの本にもミッション、バリュー、ビジョンそして戦略という言葉が広く使用されるよ

うになった。「使命」「価値」「将来計画」と訳しても良さそうだが、企業などの存在理由を文書化するミッションを「使命」と訳し、組織を導く時間を超越した原則であるバリューを単に「価値」と訳してしまうと、それぞれの関係がわからなくなる恐れがある。ビジョンは常にミッションやバリューに従属的でなければならないし、戦略はミッション、バリュー、ビジョンを具体化するものである。

一昔前の経営学では、経営理念、経営方針、経営計画と言った。なぜカタカナ用語が多くなったのかは、経営学史の研究分野であるが、少なくとも企業の「理念」や「使命」が、度重なる企業の不祥事などで根本的に批判されたことも影響していることは事実であろう。今やミッション、バリュー、ビジョンそして戦略という言葉は、経営の分野だけでなく政策や行政用語としても定着しつつある。

ちなみに、厚生労働省には「医薬品産業ビジョンに関する懇談会」とか「健康フロンティア戦略」「第3次対がん戦略」というものがあり、審議会や各種委員会の議事録の中からミッションとかバリューという言葉を見つけることもできる。

このような経営用語を用いて、介護保険法改正法の全文を読み返してみると、何がどのような理由で、どのように変化させようとしているのかを読み解くことができるように思う。

課題は、まず介護保険法のミッションやバリューに変更があったのかである。改正法の提案理由は「高齢化の一層の進展等社会経済情勢の変化に対応した持続可能な介護保険制度を構築するとともに、高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる社会の実現に資するため・・・」であった。この「尊厳を保持」という言葉が法律の目的である第1条に付け加えられた。当然視する人も少なくないが、法律の目的が書き換えられるということは、存在理由の変更であり、明らかにミッションの一部変更が行われたことになる。

また、改正に盛り込まれている「予防重視」は、さしずめバリューの変更であり、「個室ユニット化」「地域密着型サービス」はビジョンで、例えば「食費及び居住費に係る保険給付の見直し等保険給付の効率化及び重点化」というのは戦略の変更に当たるのではないかと考えられる。

4. 基本戦略の変更

改正法の柱は、予防給付内容の見直し、食費及び居住費に係る保険給付の見直しなど保険給付の効率化・重点化、地域密着型サービスの創設、有料老人ホームの見直しによる新たな住まいの検討、介護支援専門員の資格並びに事業者及び施設の指定等に係る更新制の導入によるサービスの質の確保・向上などである。このうち「食費及び居住費に係る保険給付の見直し」は、明らかに戦略の変更であるが、在宅優先という明確なビジョンから導き出されたと考えることも可能かもしれない。逆に、「予防重視」はバリューの変更であるが、介護予防のビジョンとしては「7人に1人の要介護者を10人に1人に減少させる」という目標数値が示された。

第8条の2に「この法律において『介護予防サービス』は、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療

養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売をいい、『介護予防サービス事業』とは、介護予防サービスを行う事業をいう」とあるので、各種の既存サービスの目的を「介護予防」に変更した上で、提供するサービスプログラム自体を大幅に変更することになった。

このことは、国際的にも前例のない介護サービスと介護予防サービスを明確に区分し、介護予防のプログラム開発と今後提供される介護予防サービス事業の評価のシステムを構築することにほかならない。したがって、こと介護予防については、具体的でわかりやすい介護予防戦略を提示する必要がある。

また、「地域密着型サービス」とは、「夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」をいい、「地域密着型サービス事業」とは、「地域密着型サービスを行う事業をいう」と規定されている。

しかし、最大の戦略変更は第78条の2第1項に示されている、指定地域密着型サービス事業を行う者の申請により、市町村長が指定し、当該指定をする市町村長がその長である市町村の行う介護保険の被保険者に対する地域密着型介護サービス費等の支給を行うことである。これまで介護保健施設や事業者の指定は都道府県の仕事であるが、指定地域密着型サービス事業については市町村長の権限になる。

介護保険法は、市町村を保険者とする仕組みであり、住民に最も身近な行政単位である市町村が主役であるが、事業者の許認可権は都道府県に残った。今回の改正で市町村の権限も強化され、その分、責任も重くなる。介護保険制度によって導入された要介護認定や制度自身のマネジメントは、人口の少ない町村で支障をきたすこともあった。近年の市町村数を半減させるような市町村合併は、介護保険制度などの社会保障制度改革を促進させる要因のひとつになったことは間違いない。ひとつの戦略変更が、新たな構造改革を生み、その変化に対応するために再度戦略の変更が必要になることは、ビジネスの世界では「戦略の連続性」と理解されているが、国の制度・政策の分野でもすでに起こっているのである。

このように、制度改正の内容をミッション、バリュー、ビジョン、戦略という観点で読んでみると、改めて大きな改正であったことがわかる。

第2節 制度改正の目標と問題の所在

1. マネジメント・サイクルーPDCA

安全神話が崩れ、各種のシステムや組織自体を根本的に見直す必要性が強調されている。大きな事故や災害時の問題点として、必ずといってよいほど、「計画がずさんだ」「計画時の目標が低すぎた」「計画通り実行できなかった」「計画が十分現場に浸透していない」「評価の方法が確立していない」「チェックが不十分だ」「以前の事故原因が徹底的に解明されていなかった」「組織上の問題点が改善されていない」など指摘されることが多い。一言で言えば、マネジメント上の問題である。

マネジメントには、PDS (plan-do-see) とかPDCA (plan-do-check-action) サイクルと呼ばれる連続的なステップの展開順序があるとされている。PDCAサイクルは、アメリカの統計学者W.エドワード・デミング博士の発見と信じられているが、これを計画・実行・評価・修正などと言い換えるとどうもしっくりしない。

計画とは本来、必要性や目的を明確にした上で実行可能なもので、事後の評価に耐えるものであることが望ましいが、一度で完璧な計画を策定することは困難なことが多い。そこで試行錯誤を繰り返し、よりよい計画に修正するという作業が続けられる。つまり、試案を創り、部分的にでも試行し、試行結果が試案通りかどうかを確認し、どこに不具合が生じているのか、どのようにしたら改善できるのかは正案を検討し、再度、試案を立案し、試行し…という連続的なサイクルになるのである。

なぜ、計画・実行・評価・修正でしっくりこないのかについては、まず評価や修正という言葉の意味が、あまりにも広いことが影響しているように思う。勤務評価、成績評価、業績評価などというと、良いイメージではないことも多いし、評価される側もする側も気分が良いものではない。ただ、チェックでは、実行可能な計画を計画に基づき実践できたかどうかのみを機械的にチェックすることに過ぎない。

したがって、チェックを評価と訳さない方がよい。同様に、actionを修正などと訳したりしない方がよいと思う。デミング自身は、actionをanalyzeとactの合成語として用いたといっているが、チェックした結果を分析し問題がなければつぎの計画に進み、問題があれば直ちに是正してから計画自体を変更するということである。

つまり、PDCAは一連のサイクルであることが大切で、計画・実行・評価・修正というと、あたかもそれぞれが独立した行為であるかのように誤解されてしまう危険がある。PDCAサイクルをどうしても別の言葉で表したいのであれば、実行可能な計画の立案、計画に基づく実践、計画と実践のチェック、チェック結果の分析、必要な是正措置の実施、これらの結果に基づく新計画の立案という連続的なサイクルということである。

このような考え方は、今や行政評価や政策評価などという言葉が示すように、政治や行政分野でも採用されることが多くなった。ここ数年続いた介護保険制度の見直し議論は、介護保険制度のマネジメントとしてPDCAサイクルが円滑に廻っているのかとか、当初の計画と実践上のチェックや分析がどのような結果だったのかということが焦点となっているのである。

2. 問題とは何か

制度政策議論においても、何が問題かは、何が目標かによってまったく別のものになる場合が多い。目標が高ければ高いほど問題は大きく、目標が現実より低い状況では何も問題はないことになる。また、目標と現実のギャップでも、解決できない事柄であればもはや問題でもないということである。こうなると有名な「問題は目標と現実のギャップで解決できる事柄」(佐藤允一著『問題解決入門』ダイヤモンド社・1987) という定義が思い起こされる。

わが国の厚生労働行政の問題では、多数のゼネラリストが様々な角度から問題点を述べ合い、何となく課題が整理され、そして改正案ができあがるように見えるが、実は何を目

標とするのか、現実をどのように把握するのかといったことを考えることが重要である場合が多いと思う。

これまでの介護保険制度に関する議論の多くは、かなり本格的なものであった。しかし、何が目標であり、現実とのギャップがどの程度で、どのような問題をどのように解決するかといった明確な説明よりも、見直すべき項目とその説明が優先されたように思う。

3. 介護予防の目標

介護保険制度のマネジメントでPDCAのどこに問題があったのかを改めて考えてみると、制度立案時に十分予想できなかった現実が生じたと考える必要がある。

要支援者が2倍になり要介護1が2.2倍以上になったことにより、4年間で受給者数が2倍以上になった。これは誤算といえど誤算だが、軽介護の増大を放置することができなくなったといえる。制度施行後のサービス職種別の月刊の利用者件数をみると、訪問介護が64万5千件から117万6千件へ約82%増、通所介護が62万9千件から95万8千件へ約52%増、福祉用具貸与が37万8千件から95万件へ約153%増となっている。この3種のサービスの合計利用者数は、100万7千件から308万4千件へ3倍増えたことになった。ちなみに、この3種のサービス以外の11種の在宅サービスは、この4年間で18.3%伸びたに過ぎない。

つまり、介護保険制度が予定していた量的目標以上の現実になり、そのことが軽介護者に対するサービスのあり方や、要支援・要介護の増加自体が問題であると考えざるをえなくなったことになる。

このようなことから、「介護予防」という対策が考えられるようになり、そのモデル事業が進められ、その結果の一部が国会でも審議された。ただ、せつかくの市町村モデル事業のうち、劇的な効果を示したものもなければ、科学的に有効であるという根拠となったものもない。マネジメント・サイクルという考え方をすれば、はじめての試行がすべて成功することはありえないし、むしろ、「介護予防」は新しい目標であり、介護予防ができていない現実とのギャップをこれらが解決するために、どのようにPDCAサイクルを廻すのがよいのかを考える必要があると思う。

まず、介護予防の目標をより明確にした方がよいと思う。これまでのモデル事業では、ある一定期間、なんらかの働きかけをすると、何か（例：日常生活機能）が向上するということを念頭に置いているが、これでよいのかどうか、疑問である。

完全な失敗談だが、私どもは1992年に老人保健施設の効果測定に関する調査研究を実施したことがある。考えれば単純で、老人保健施設に入所した人が、入所中にADLを改善され、在宅に移行し、在宅療養を継続できているのが効果だということで過去2年間に老健施設を利用した人々を対象に退所後の追跡調査を実施したのである。この結果は、死亡者を除いた場合、どのように考えても改善している率が高いともいえないし、悪化している率が高いともいえない。つまり、集団としては変化がなかったというものであった。

困難な調査に協力してくれた老健施設の職員と、この結果に落胆した日のことを思うにつけ、高齢者のリハビリテーションやケアの目標とは、「改善すること以上に悪化させない」ことだと考えるようになった。介護予防についても、要介護者の発生率が減少するという

目標より、発生率が増加しないことを目標にした方が良いと思う。つまり、目標を高くするだけでは問題を大きくするだけで、無用な混乱を助長するように思える。

4. 目標は高くが原則－施設の個室・ユニット化

目標を下げることによって問題を小さくするという手法は、姑息であると批判されればその通りである。ただ、高齢者がますます健康になるとか、すべての人々の健康寿命が延び、ピンピンコロリというわけにはいかないことも現実である。要するに、目標と現実、そして解決できるかどうかをしっかりと見極め、P D C Aサイクルに乗せればよいことになる。

今回の介護保険制度の見直し議論の目標を一段と高くしたものとして、「個室・ユニット化」についても言及しておきたい。

介護保険施設については、2025年までに5割を個室化する。介護老人福祉施設については7割を個室とする。居住費および食費は保険給付の対象外とするが、低所得者にも利用可能なように、新たに「特定入所者介護サービス費」を創設し、補足的給付を行うというものである。この政策目標の変更は、重要だ。これも良いか悪いかとか、必要か必要でないかといった議論であり、介護保険サービスの性格とは何かといった根幹にかかわることである。

要介護者の「尊厳を保持」するためには、介護保険施設等の住まいとして個室が最低条件という時代がもうすぐ来るのであろうか。そのためには、誰かが目標を掲げ、その目標を支持する人々が多数を占める必要があると思う。この意味では、少なくとも現役労働者の多くが「要介護状態になれば、個室が必要」と政策担当者が判断したことになる。

ただ、5割まででよいかとか、7割までが2025年まででよいかなども議論になっているが、ここは目標を明確にしたということに関して高い評価をすべきであると思う。

今後の課題として、この個室・ユニット化ということ、どのように評価し、P D C Aサイクルに乗せるのかについては必ずしも明らかでない。特に介護保険施設のうち介護老人福祉施設の利用者は、住民票を移動することにより、多くの場合、単身世帯の住民税非課税となる。

このようなことでは、いつまでたっても老人福祉施設に低所得者が集中することになってしまう。それゆえ個室・ユニットという目標をP D C Aサイクルにのせるための何らかの調整が必要になると考えられる。

目標を高くという意味では、地域密着型サービスの創設も期待できる。このセンターの事業者の指定や指導監督権限は、すべて市町村であり、当該市町村の被保険者のみでサービスを利用することができるというものである。

このような考えは、介護保険サービスの市町村主義を一步進めたもので、抛出だけでなく給付にしても市町村が責任を持ち、いずれサービスの質についても関与するという方向を明確に示したと考えられるのである。

このように、目標を高くすれば問題は大きく、課題は多くならざるをえない。しかし、そうだからといって目標設定を低くしてばかりいては、全体の勢いがなくなってしまう。このシステムの目標と問題の関係が難しいのである。

第3節 公共マネジメントの変化

1. 制度とリーダーシップ

介護保険制度改革の作業は、正味2年間で、この間多くの論議があったものの大きな混乱もなく、順当な結果になったように思う。この2年間の厚生労働省の他の制度と比較しても、これほどおだやかな制度改革過程は、めずらしいといってもよい。

このような状況となった要因は、直接的には制度改革を担当した関係者の努力と協力があつたからにはほかならないが、これだけでは説明できない。何らかの集団的行為の成功や失敗を取り上げて、その要因を分析するという作業において、事前の計画、作戦あるいは戦略の優劣とともに、実践上のリーダーシップがどのように作用したかが注目される。

制度改革に、どのようなリーダーシップが発揮されたのかといったことは興味深いが、その評価にはもうしばらく時間が必要であろう。ただ、改正がスムーズに進んだ要因のひとつとして、介護保険制度創設過程で培われてきたリーダーシップが再度発揮されたのではないかと考えられてならない。

リーダーシップといえば、多くの場合、特定の個人について語られる場合が多い。政治的リーダーシップということになれば、介護保険制度の創設は、管直人厚生大臣の下で進められ、小泉純一郎厚生大臣の時代に制度化されたということもできる。ただ、大臣や特定の職員の属人的リーダーシップを取り上げるのではなく、まったく新しい介護保険制度の創設にあたって、どのようなリーダーシップが発揮され、それが今回の改正にどのように引き継がれているかといったことを考えてみたい。

リーダーシップの定義は千差万別であるが、どのような定義であれ、「共通目的」を達成するための「意見の一致（コンセンサスといってもよい）」や「協働意思（コミットメント）の確保」を多数の人からとりつける能力であるということでは共通しているのではないかと思う。

このように考えてみると、一国の制度を創設したり、それを改正したりする作業には、単なる属人的リーダーシップ以上に、共通の目的を設定して、広範な意見を集約し、ある一定のコンセンサスをえるとともに、関係者あるいは国民にコミットメントを求め、制度化を達成するという作用が働いていることがわかる。これらが厚生労働省内で進められているとすれば行政のリーダーシップ作用と言うことになるが、多くの場合、行政のリーダーシップといえば、総理大臣や首長のそれを指す場合が多い。

行政官のリーダーシップについては、いろいろな意見がある。公僕たる公務員が国民に対してリーダーシップを発揮するということが自体を危険視するというものから、官僚は当然行政内部でリーダーシップを発揮するとともに、国全体をリードすべきであるという考え方まである。

しかし、わが国の官僚制度もそして行政官のリーダーシップも大きく変化してもいるし、公務員組織内の幾重なる不祥事の発生によって、公務員労働に対する信頼は低下している。

このような状況は、介護保険制度の立案過程でも、そして現在に到るまで続いているといつてもよいと思う。むしろ、官僚への国民の信頼も、官僚自身の自信も低下した現代における新しいリーダーシップが求められているといつてもよい。

2. 行政改革と介護保険

介護保険法案は、1996年に国会に提出され翌年に成立した。この約2年間の介護保険制度創設に関する議論と並行して進められていたのが「行政改革会議」での議論である。この行政改革会議は、橋本龍太郎総理大臣を会長として、実質1年間集中的に検討を進めることによって「この国のかたち」の再構築を図ることを目的とした会議である。

この会議の最終報告は1997年12月3日に公表された。その内容は、内閣総理大臣の指導性の強化（結果として内閣府の強化）、中央省庁の在り方（省庁再編）、行政機能の減量（アウトソーシング）・効率化等（独立行政法人や地方分権）、公務員制度改革のほとんどが盛り込まれたものである。それゆえ、この最終報告は、わが国の現在の行政にとって文字通り重要であり、今日の改革路線の基盤となったものである。

最終報告者は、まず、以下のように現状を分析する。長文になるが引用したい。

行政改革の要諦は、肥大化・硬直化し、制度疲労のおびただしい戦後型行政システムを根本的に改め、自由かつ公正な社会を形成し、そのための重要な国家機能を有効かつ適切に遂行するにふさわしい、簡素にして効率的かつ透明な政府を実現することにある。(中略)

日本の官僚制度や官民関係も含めた国家・社会システムは、一定の目標を与えられていて、それを効率的に実現するには極めて優れた側面をもっているものの、独創的な着想や新たな価値体系の創造、あるいは未曾有の事態への対応力という点では、決して第一級のものとはいえない。(中略)

こうした戦後型行政の問題点、すなわち、個別事業の利害や制約に拘束された政策企画部門の硬直性、利用者の利便を軽視した非効率な実施部門、不透明で閉鎖的な政策決定過程と政策評価・フィードバック機能の不在、各省庁の縦割りと、自らの所管領域には他省庁の口出しを許さぬという専制的・領土不可侵の所掌システムによる全体調整機能の不全といった問題点の打開こそが、今日われわれが取り組むべき行政改革の中核にあるといっても差し支えないのである。

そして、報告書は、21世型行政システムとして、第1に総合性、戦略性の確保、第2に機動性の重視、第3に透明性の確保、第4に効率性、簡素性の追求を行政改革の目標としたのである。

当時、私はこの報告書を熟読玩味した。そして、創設されることになる介護保険制度が21世型の行政システムとして、先陣となって欲しいと祈った。その後、介護保険制度は2年間の準備期間を経て2000年4月に実施されたが、この約2年間の準備期間で発揮された新しいリーダーシップは多くの結果をもたらしたように思う。

3. 行政的リーダーシップの発揮

ビジネスの世界では「リーダーシップがすべてを決める」といっても違和感はない。しかし、行政分野でのリーダーシップというと、前に述べたように首長の政治的リーダーシップか、それとも担当する部局あるいは課単位の組織をまとめるという程度の矮小化した

ものと考えられているように思えてならない。

総合性、戦略性を確保した21世紀型行政システムを推進するためには、行政による新しいマネジメントとリーダーシップが必要なはずである。このようなことがまったく考えられないとすれば、そもそも制度の創設や改正といった大作業を成し遂げることはできない。

介護保険制度について、旧厚生省内部では少なくとも1994（平成6）年から準備が進められてきた。翌年に旧総理府が実施した調査では「国民の8割強が介護保険制度の創設に賛成した」と報告した。リーダーシップということで考えれば「共通目的」やコンセンサスをスタート時点からある程度確保することができた。つまり、イメージ作戦に勝ったことになろう。

制度を創設することを含めて、研究会を組織し、広く意見を集めるとともに、国内外の現状を調査分析するために、専門家を動員して新しい調査研究事業を進める。各市町村を対象にしてモデル事業を展開して意見を集約する。このほか他省庁や都道府県・市町村との人事交流を進めることにより、意見の集約や情報ルートを確立する。あらゆる方法でなしに意見を集めるというか、徹底的に意見を聴く。

ある程度の意見集約が一段落したところで、公式な審議会を開催して、ごく基本的な方針を開示しながら、ここでも徹底的な意見を聴くとともに、大幅の資料や議事録を公表し、外部からの意見を集める。方法論的には、これだけであるが、このようなねばり強い作業の結果、「共通目的」を設定し、それを達成するための仕組みのプロトタイプを創る。これを再度モデル事業で試行し、その結果を再論議する。このような一連の作業は「意見の一致」のために繰り返される。重要なことは、このような繰り返しに関与した人々の多くは、制度立案に向けて協働したことにより、更に深くコミットしようと行動することになる。

私の知る限り、介護保険制度の創設では、このような原始的とも考えられる単純なプロセスを繰り返し、ねばり強く進めるというリーダーシップが働いたと思う。このようなことが、担当者が変わっても続けられたことが成功の基本であったと思う。

少なくとも、行政改革会議が指摘した「政策企画部内の硬直性」ということから、介護保険政策企画部内は新しいリーダーシップを確立したし、全体調整機能という点でも、抜群の能力を発揮した。

また、「機動性の重視」ということでいえば「走りながら考えよう」などという合い言葉が生まれたほど機動性が重視され、「拙速である」という批判をかわすことに成功した。さらに「透明性の確保」ということでは、徹底的な情報公表および開示が進められた。この透明性ということに関しては、インターネットによる普及を活用できた。ホームページによる情報公表や電子メールは、国と地方、官と民の距離を縮め、自由な意見交換の雰囲気醸成された。最近では、当たり前になったパブリックコメントのはしりでもあった。

当時の担当者たちが行政改革会議の最終報告をどの程度読み込んでいたかは不明であるが、少なくとも介護保険制度は21世紀型の行政システムとして立案され、これは新しい行政上のリーダーシップが発揮されたということができると思う。

介護保険制度の5年目の見直しという大作業は、制度創設と同様のエネルギーを必要としたように思う。しかし、その過程を見る限り、制度を立案、制度創設そして制度運営と

いう流れの中で、制度創設に向けたリーダーシップと同様の手順や方法が採用されたと考えられる。

例えば、高齢者介護研究会の「2015年の高齢者介護」という報告書から今回の改正作業は本格化しており、その後の意見集約や介護予防等に関するモデル事業や専門家による調査研究など、制度創設時と類似性が高い。

介護保険制度の関係者は、このようなことについて、何ら疑問を感じない場合が多い。しかし、厚生労働省の他の制度改正あるいは制度の創設が必ずしも順調でないという現状において「介護保険だからできる」というよりも、制度改革の過程において行政的リーダーシップが有効に発揮されたというべきであろう。

4. 市町村権限強化

介護保険法改正について、実はミッションとバリューに修正があり、基本戦略も大幅に変更されたのではないかとこのことをこれまで述べてきた。

戦略の変更は、組織の変更を伴うものであるし、これに関連して、業務、情報、評価などのプロセスも変化せざるを得ないことになる。組織の変更というと、組織のデザインや構造、成員の能力、評価システムなどといったことも重要であるが、最重要課題は権限の強化あるいは権限の委譲といった「権限」の変化を伴う、パワーシフトである。

制度改正の「予防重視型システムへの転換」とか「新たなサービス体系の確立」というのは、「あるべき姿」の変更であるから、ビジョンの変更である。そのために変革しなければならないシナリオとしての「介護予防システムの確立」とか「地球密着型サービスの創設」ということは、明らかに戦略の変更ということになる。こう考えると、「組織変更や権限強化や権限委譲はどうなっているのか」ということを確認することが必要となる。

要支援者と要介護1のうち、7ないし8割が新予防給付（要支援者Ⅰ、Ⅱ）を受け、これらの人々と、要支援・要介護者になる恐れのある人たちに、市町村が「地域包括支援センター」を設置し、地域支援事業として指導・相談・助言を行い、地域をトータルにマネジメントするという考え方は、明らかに市町村の権限強化である。

一方「地域密着型サービスの創設」によって誕生することになる小規模・多機能型サービスは、当該市町村の被保険者に限定したサービス提供を前提として、事業者の指定・指導監督などの権限を市町村長に与えるものである。このことは、事業者の指定・指導監督権の一部を都道府県知事から市町村に権限委託することと同様であるとも考えられ、市町村権限の強化とも新しい権力とも考えられるのである。

地域包括支援センターは、地域で展開されるケアマネジメントや介護予防のマネジメントに強力な権力も持つことになる。これから研修が開始される「主任ケアマネジャー（仮称）」がどの程度の能力を発揮するのか、社会福祉士が広範な介護保険とその関連サービスを取りまとめることができるのかは不明である。しかし、それでもこのような戦略の変更と市町村の権限強化を推進せざるを得なかった理由があるはずである。

まず第1に、中立性、公正性ということからの権限強化といったことがあるのであろう。ケアマネジャーを疑うわけではないが、自らのサービスを利用する人々の要介護認定調査を自ら行うことができるという現行の仕組みについては、制度の立案過程でも大きな問題

となった。保険という契約の仕組みで、査定する人とサービスを担当する人が同じとうことは考えにくい。結局、介護保険施設の利用開始に当たっての要介護認定調査は、市町村職員が行うことになった。

第2に、要支援・要介護Ⅰのいわゆる軽度者の増加が、要介護保険費用の増加の原因になったことは明らかであるが、その影には不適切な負担の実態ということもある。しかし、それとは別にケアマネジメントがどう考えても適正でないという判断があったことになる。居宅介護支援費としてケアマネジャーに支払われる費用は、年間2000億円を超え、利用者の自己負担はない。このうち、要支援・要介護Ⅰの利用者分は、7割に当たる約1400億円であるといわれている。このことを変更させ、ケアマネジメントを適正化するために、一部を予防給付として地域包括支援センターの保健師等にケアマネジメントさせ、残りの要介護給付を担当するケアマネジャーを主任ケアマネジャーが支援させるということにしたのであろう。

第3に、市区町村の構造変化ということがこの5年間進んでいるということも考えざるを得ない。介護保険制度の創設は、市町村に大きな業務負担となった。人口規模の小さい町村は、独自で制度を展開することが困難であり、周辺の市町村との事務組合や広域連合などといった方法で連携を強化させてきた。ちなみに、介護保険制度の本格実施の前夜の全国の市町村数は3232市町村であり、これが2007年3月末には1822市町村になったのである。

「平成の大合併」といわれるが、実はこの大合併を進めさせたのは、介護保険制度であったと後の歴史家はいうのであろう。市町村の権限を強化するためには、市町村自体が強化される必要もあったし、逆に市町村が強化されれば、都道府県の権限委譲を進めた方が、介護保険制度は円滑に進むという理由と判断があったと考えることができるのであろう。

介護保険制度は、バブル経済崩壊後の経済財政改革、社会保障改革の流れの中で誕生したシステムであり、規制緩和を進めた。一般に経済規制と社会規制に大別される規制のうち、主体規制（株式会社等の参入制限）を緩和したものの、制度を実施してみると、新しい何らかの規制が必要だということになったのである。

第4節 事業ドメインの変化と制度改正

1. 栄養ケアをPDC Aに乗せる

マネジメントにはPDC Aサイクルがあり、このサイクルが廻っているかどうか、マネジメントの問題として大きな焦点となる。

高齢者の栄養管理に関して、そのマネジメントの現状および課題を研究したものに

「高齢者の栄養管理に関する研究」(厚生省老人保健事業推進等補助金研究)がある。この研究は、今から12年前に始められ4年間継続されたもので、当初は老人病院わずか4病院の高齢入院患者の栄養状態を調査しただけであったが、要介護状態にある高齢者にタンパク質・エネルギー低栄養状態(Protein Energy Malnutrition:PEM)が高率発生していることを、わが国で初めて明らかにした。その後の調査からも、低栄養状態の指標としての血清アルブミン値3.5g/dlを用いると、入院高齢者の約4割が中等度以上の栄養リスクがあり、訪問栄養食事指導等の対象者の約3割が低栄養状態にあり、人間ドック受診の高齢者には、ほとんどみられない状態であるという結果がえられた。

このことから、要介護高齢者の栄養管理システムは、科学的根拠に基づいているとはいえないし、システムとしても、マネジメントとしても改善する余地があまりに多いことを痛感した。ただ、何をどのようにするのかといった雛形があるわけでもなく、試行錯誤の結果、栄養ケア・マネジメントの枠組みを提案した。マネジメントは、栄養スクリーニング、低栄養状態にあると判明した要介護者に関して解決すべき課題の把握(栄養アセスメント)、栄養ケア計画の作成、実施・チェック、モニタリング(再アセスメント)で構成され、総合的な評価に基づいた継続的な品質改善活動に繋げるというものであった。

栄養スクリーニングは、利用者の低栄養状態について関連要因を含めてリスク等を判定する過程で、問題がありそうなケースの発見である。栄養アセスメントは、栄養リスク者の改善指標やその程度を評価・判定する過程で、栄養状態の直接的評価(臨床診査、臨床検査(身体計測))と間接的評価(食事調査)が行われる。また、生活機能や食事摂取行為に関して解決すべき課題の確認を行い、可能であれば栄養補給量決定のために安静時のエネルギー消費量の測定を行うものである。

栄養ケア計画の作成は、一人の対象者に一つの実行可能な栄養ケア計画を、対象者のケアに関わる職種間で協議し決定した内容を文章化する。栄養改善上の達成すべき目標を設定する。さらに、いつ、どこで、だれが、何を、どのように実施するかを最低限記載するもので、栄養補給、栄養食事相談、多職種協働による栄養ケアの3つの柱で構成するものである。

そのほか、栄養ケア計画を実施し、実施したら計画通りに実施されているかどうかを、必ずチェックする。栄養ケア計画に実施上の問題(利用者の非同意・非協力、合併症、栄養補給方法の不適正、関連者の協力上の問題など)があれば、修正し直ちに実行することや、定期的に生活機能の状況を検討しつつ栄養状態のモニタリングを行う。さらに、3か月後に必ず最終的な評価を行い、目標が達成されていなければ関係者で協議し、計画を続行するか、計画の修正を行うとともに、システム全体として、栄養ケア・マネジメントの評価を定期的に実施し、継続的なサービスの質の改善活動を進めようと考えたのである。

2004年度の厚生労働省老人保健事業推進等補助金「施設及び居宅高齢者に対する栄養・

食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書「要介護における低栄養状態を改善するために」が公表された。この研究会（主任研究者：杉山みち子）は、臨床栄養、栄養管理、介護保険制度などの専門家、医師、看護師、管理栄養士・言語聴覚士などの専門職団体の代表者・各介護保険施設団体代表者・介護保険施設および委託給食会社に勤務する管理栄養士などを研究委員とし、さらに、研究協力者として、施設及び在宅サービスに携わる管理栄養士、医療政策研究者、薬剤師および介護支援専門員等の代表者らによって組織されたものである。

この報告書が、2005年7月14日の社会保障審議会介護給付費分科会第26回で諮問され答申された「栄養マネジメント」の骨格である。介護保険法改正法の成立、基本食事サービス費の廃止という流れの中で「栄養管理業務については、その在り方を見直した上で、これを適正に評価する観点から引き続き保険給付の対象とする」という方針の具体的方法の提案がこの報告書の内容であると考えても間違いではない。

この報告書の21ページに「介護保険制度における栄養ケア・マネジメントは、『①適切なアセスメントの実施に基づき利用者に最適な栄養ケア計画の策定、評価を行い、②栄養ケア計画に基づいて利用者の個別性に対応し、安全で衛生的な食事、経腸栄養法及び静脈栄養法による栄養補給、栄養食事相談、多職種協働による栄養問題への取り組み等の栄養ケアを提供し、③利用者が低栄養状態を予防・改善し、自己実現を達成するための実務上の諸機能(方法、手順など)を効率的に発揮するための体制』であると定義する。また、栄養ケア・マネジメントのもとにアセスメントによって作成された栄養ケア計画に基づいて、利用者に提供される栄養改善のためのサービスを総称して『栄養ケア』と称することにする」とある。

2005年10月1日以降、介護老人保健施設で管理栄養士を配置した場合、12単位（栄養士の場合10単位）の加算、そして、さらに栄養マネジメントを行った場合には、栄養マネジメント加算（12単位）、実際に経管により食事を摂取している利用者に対して、経口移行計画を作成した場合の経口移行加算（28単位）、そして療養食加算（23単位）が算定されることとなった。

このことは、栄養ケア・マネジメントが介護報酬上で評価されたことを意見するとともに、わが国の高齢者ケアおよび、栄養ケア上の大転換であった。そして、介護保険分野で、栄養に対する認識が高まり、栄養ケアのPDCAサイクルが廻り始めたのである。

2. 介護報酬10月改定のインパクト

2005年10月1日実施の介護報酬改定は、介護保険施設経営に強烈なパンチとなった。居住費・食費が利用者負担となることについて、時代の流れとして受け止めざるをえないものの、大幅な経営利益減が起きたことは事実である。

基本食事サービス費2,120円が、食材料費と調理費で1,380円という数字を示されたことは「食事が利用者負担であれば、原価相当が妥当」という判断が示された。ただし、利用者サイドに立って考えてみれば、コストが1,380円のものに、なぜ高い料金を支払わなければならないのかといったことになるため、介護保険施設経営サイド以外は、大きな反対の声とならなかった。在宅でも食事はするし、食事料を支払う能力がある人々には、支