



# 石川 憲

氏 ● 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 会長



高齢者が地域で安心して生活を送るための拠点とも言える特別養護老人ホーム。その重要性は誰もが知るところであるが、近年、内部留保の問題や看取り体制などについての批判の声もある。しかし、その実情について医療関係者のもとまでは届いていない。特養では今のような問題が起きているのか。公益社団法人全国老人福祉施設協議会（以下、全国老施協）の石川憲会長に伺った。

撮影＝関口宏紀

## 内部留保は自由に使える 現預金ではない

**高橋** 特別養護老人ホームについては昨年、内部留保が一人あたり平均3億円もあると報道され、「溜め込みすぎだ」「儲けすぎだ」といった批判がありました。それを前提として、介護報酬の引き下げや社会福祉法の改正も行われました。まず内部留保についてですが、本当に3億円もあるのでしょうか。

**石川** これは大きな誤解です。実際には、内部留保は2億円未満の法人が6〜7割を占めています。4割の法人は1億円未満です。しかもこれは自由につかえる現預金ではありません。このなかには、固定資産や事業継続に必要な運転資金、建物建て替えの積立金なども含まれているのです。きちんと区分けして見ていけば、「溜め込んでいる」とは決して言えないと思います。2011年に日本経済新聞の報道で最初に問題視された当時、厚生労働省にデータがなく即答できなかったこともあり、その後、「3億円」が独り歩きしてしまいました。全国老施協とし

でも反論しましたが、当事者が声を上げてもなかなか受け入れてもらえませんでした。

**高橋** なるほど、内部留保の定義がきちんとなされないまま、数値だけが独り歩きしてしまったということですか。

確かに建物の建て替えや増改築等に際しての補助金が見込めないなか、そのための資金を積み立てておくのは常識的なことですが、誤解されてしまったというのが真相ですね。そういったなかで介護報酬は引き下げられましたが、特養の経営にはどのような影響ができていますか。

**石川** 全国老協の会員を対象に、介護報酬改定が行われた4月とその前月である3月を比較する調査を行ったところ、加算取得分を含めて収入は一施設あたり平均でマイナス650万円という結果がでました。非常に厳しいというのが経営者としての意見です。これを何とかカバーするために全国老協では各種加算の取り方を含めた経営戦略セミナーを開催するほか、要望があれば各都道府県に足を運んで説明しているところですよ。

## 医療ニーズの高まりに 合わせ特養の医療体制を 見直すべき

**高橋** 特養については入所対象者が原則要介護3以上になりました。医療の世界では病院の機能を問わず在院日数の短縮化が進められていることもあり、特養に入所される方々の重症度は上がり、医療ニーズは高まっているのではないのでしょうか。特養における医療の現状はどのようなようになっているのですか。

**石川** 特養の入所者に対する医療は、施設と契約している配置医師が行うのが基本で、配置医師以外の医師はみだりに診療できないようになっていています。入所者に対する診療についても介護報酬などで評価されているとされ、初・再診療、往診料などは算定できないルールになっています。

一方で、ご指摘のとおり、入所者への医療の必要性は高まっており、これまで在宅医療を受けていた方のなかには、入所した途端に同じ内容の医療が受けられなくなるといったことがあります。そのため、良かれと思って配置医師の

先生方が、特養の入所者に医療を提供し診療報酬請求をした結果、返還金を要求されるといったケースも見られます。重度者が増えるとう当然、医療が必要になります。現状の制度では医療を提供すると赤字になりかねず、このような状況が続けば、特養の配置医師になる先生はいなくなってしまう恐れがあります。入所者の医療ニーズに対応するためには、特養内において、必要な医療を適正に提供できるような、制度を変えていく必要があると考えています。

**高橋** おそらく国は特養内の医療を出来高で算定できるようにすると、過剰医療を行って利潤を上げる医療機関がでてくることを危惧して制限をかけているのでは

う。しかし、特養における医療ニーズ(図表1)が高まるなか、必要な医療を受けられるような制度の変更は必要ですね。仮に特養で必要な医療を提供できないために、病院に入院させているようでは余計に医療費がかかると思います。

**石川** 「病院に丸投げをしている」といった言われ方をすることもありますが、特養としては施設内で医療を提供できないために、仕方なく病院に送っているという側面もあります。必要な医療を提供できる仕組みがあれば、もちろん施設内でも対応しますし、入所者にとっても安心を得られます。

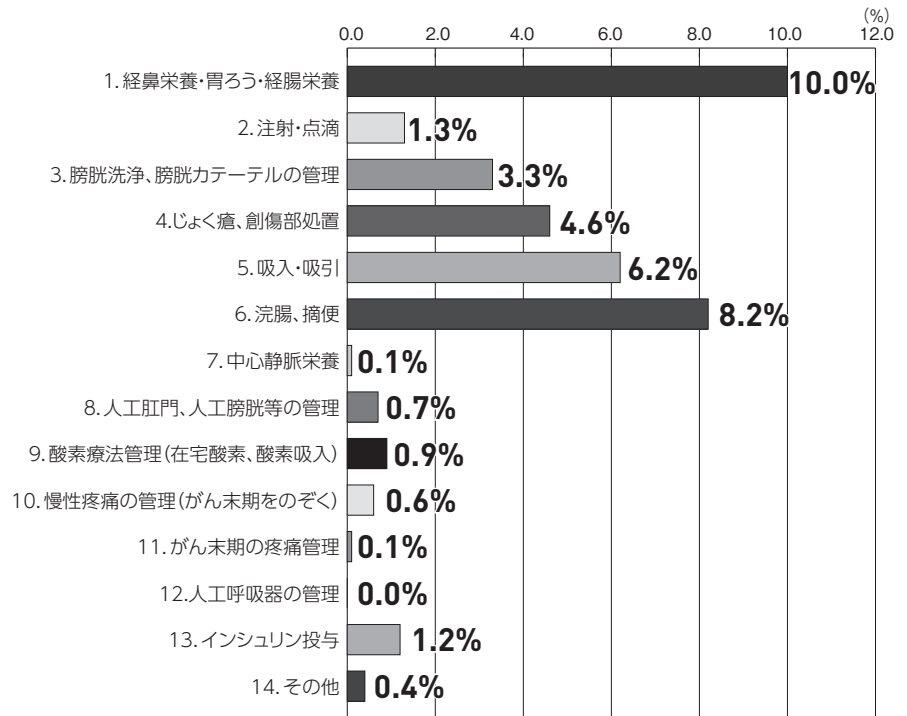
**高橋** そうですね。これは変えていく必要があります。たとえば、疾患を限定するとともに標準治療



いしかわ・けん ● 1948年香川県生まれ。大学卒業後、ソフトウェアエンジニアを経て老人福祉の業界に入る。利用者のニーズを満たすため現場の経験を活かし、リフト浴やケアシューズ、嚥下食など多岐にわたるさまざまな商品、サービスの開発に携わる。91年から老人福祉関連団体の役員を歴任し、2013年、全国老人福祉施設協議会会長に就任。社会福祉法人香東園理事長。

図表1 医療ケアが必要な利用者数(複数回答)

(n=144229)



出典 第8回全国老人ホーム基礎調査(2012年度実績)

をした結果、その医療機関は儲からないけど損をしない点数を設定する。また、脱水や肺炎などに対して、医療機関と連携して特養で対応した場合、両者にインセンティブをつけるといった方法が考えられます。

そのほか、配置医師が第一では

ありますが、夜間対応などで難しい場合は在宅療養支援診療所・病院から医師を派遣してもらえらうにする。緊急加算とでもすればいいでしょう。診療報酬上でも十分に対応できると思います。これが実現すれば、特養から病院に入院するケースも減り、結果とし

て医療費も減ると思います。

石川 配置医師のなかには、高橋先生が指摘されたような意見を持つ方が少なくないように思います。ただ、特養の入所者は基本的にそれ以上医療を望まない人たちがおり、医療の必要性はないはずといった意見もあります。この点についてはどのように考えますか。

高橋 それであれば、入所目的別で点数が変わるような仕組みを入れればいいと思います。たとえば、老健や特養について「終の棲家」として希望する人と中間施設として利用したい人を分け、前者には積極的な医療を行わず、後者には医療を提供する一方、自己負担率を上げるといった方法も考えられ



たかほしたい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から現職。主な著作に『TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成』(日経BP出版局、共著)、『DPC実践テキスト』(じほう、共著)ほか

ます。もちろん、事前にどのような医療・介護が受けられるのかをきちんと説明し、その選択は本人や家族に決めてもらうとともに、本人や家族の意思が変われば、変更できるようにすればいい。診療報酬や介護報酬の体系を変えることで十分に対応できるはず。そのためにはやはりデータを蓄積することが大切。社会保障審議会介護保険部会などに、医療の必要性が高い入所者の数と特養で医療を行うことによる金額的な優位性をデータで提示していけば、議論が深まり、制度を変えらるることにつながられると思います。

石川 社会保障制度改革は近年、財政の観点ばかりがクローズアップされています。確かに社会保障

審議会において、データに基づいたエビデンスのある議論を行っていく必要があると考えます。

ただ、社会保障制度については2025年を見据えて抜本的に見直す時期にきているように感じます。実際、今年4月の改定では27%のマイナスとなりましたが、介護給付費全体は増え続けています。介護報酬削減という当座しのぎを繰り返すのではなく、抜本的な改革が必要でしょう。こうしたことを踏まえて全国老協では介護保険制度の改革案などを盛り込んだ「JS Opinion Paper 2025 社会保障大改革（介護新時代）」は、民の力で！」をまとめました。ここでは「経済成長への貢献の観点からの提起」と「一定の給付効率化の観点からの提起」を提言しており、後者については、①要介護認定に係る経費などの見直し、②短時間・単一機能通所介護の見直し、③居宅介護支援事業所の見直しとケアプランの一部自己負担化、④保険料負担年齢の引き下げ・自己負担割合の変更、⑤保険給付と保険外給付（完全市場原理）の棲み分け、⑥都市部と地方の問題——の6項目について具体的な

案を示しています。

### 「最期は病院」は誤解 74%の施設が看取りを実施

高橋 特養においては、看取りの推進も大きなテーマになっていいます。これに関して、「最期を迎える段階になって病院に送つていく」という声もあります。私自身は特養での看取りは増えているように感じのですが、現状はどうでしょうか。

石川 これについても誤解されています。全国老協の行った調査（実回収数2121特養・2012年度実績）では特養の74%が看取りを行っています。ただ、常勤看護師の不足や個室がないことなどが原因で、看取り介護加算を取得している施設は52・7%にとどまっていますが、そのうち看取り介護加算の対象となった人の94%の看取り場所は施設内です。

また、先ほどの調査によると特養の退所者（3万3156人）のうち、施設内で亡くなられた人が43・2%で、入院中に亡くなられた人が31・8%となっており、最も多いのが施設内で亡くなられた人なのです（図表2）。つまり、ほとん

どの特養が施設内で、最期まで入所者のケアを行っているのです。

高橋 確かにこの数字を見ると特養での看取りが少ないとは言えませんが、それでもいまだに「少ない」と誤解されているのはなぜでしょうか。

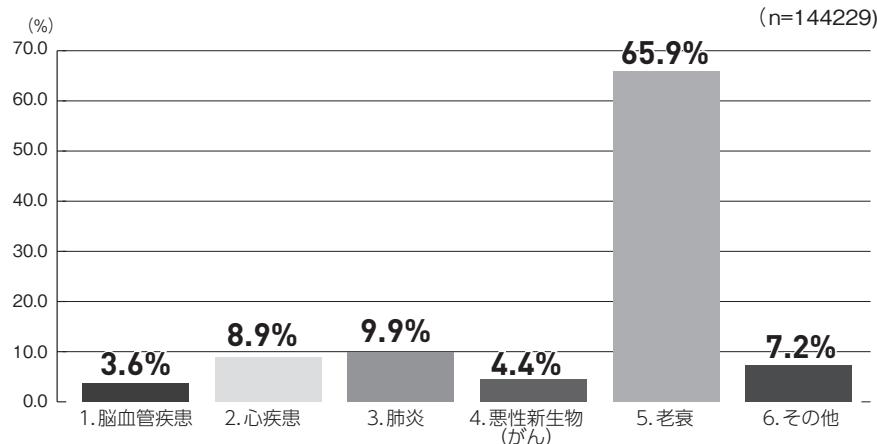
石川 施設で最期を迎えられた人と病気のために病院で亡くなられた

た人を混同して考えられているからだと思います。そもそも入院中に亡くなられた人は、持病の悪化などによって、その治療のために入院し治療の甲斐なく亡くなられた人たちで、これは病死になりません。病院で亡くなられているのは特養の医療行為で対応できない急性期疾患の人たちが中心であり、

図表2 「看取り介護加算」の対象となった人の人数（死亡原因別）

単位：人

	合計値	回答数	平均値	最小値	中央値	最大値	標準偏差
脳血管疾患	291.34	1045.00	0.28	0.00	0.00	14.00	1.02
心疾患	742.27	1045.00	0.71	0.00	0.00	20.00	1.71
肺炎	805.27	1045.00	0.77	0.00	0.00	17.00	1.67
悪性新生物(がん)	355.91	1045.00	0.34	0.00	0.00	6.00	0.73
老衰	5308.61	1045.00	5.08	0.00	4.00	38.00	5.14
その他	579.60	1045.00	0.55	0.00	0.00	17.00	1.50



出典 第8回全国老人ホーム基礎調査（2012年度実績）

特養で看取りをするはずの人が病院で亡くなっているわけではないのです。ここを混同されると「施設で看ながら、最期を迎える段階になって病院に運んでいる」と思われてしまいます。

**高橋** 調査データを見ると、看取り介護加算の対象となった人の死亡原因は老衰が65・9%と大半を占めますが、肺炎(9・9%)や心疾患(8・9%)なども見ています。ですね(図表3)。

**石川** 確かに、こうしたデータをもとにきちんと実態を広く国民に伝えていくことが大切です。その点についてはこれからも努力する必要があります。

また看取りに関して、全国老協では06年4月の介護報酬改定で看取り介護加算が創設されたことを踏まえ、「『看取り指針・同意書』(参考)の作成について」を作成し、特養における看取り介護を推進してきました。今年4月の介護報酬改定で看取り介護加算の要件が見直されたことを受け、看取り介護のさらなる推進・充実に向けて「『看取り指針・同意書』(参考)の作成について」を見直すとともに、「看取り介護指針・説明支援ツ

ル」を作成しました。大きな方向性については指針と変わりはありませんが、ここでは入所者や家族への十分な説明と情報の共有、一般的な入所から看取りまでにたどる経緯(図表4)と時期や状態ごとに必要となる対応などを明確にしました。看取りを進めるうえでは、本人と家族に納得してもらうことと信頼関係を築くことが不可欠であり、そのためには現在どのような状態で、最終的にどのような最期を迎えるかをきちんと説明する必要があるからです。このツールをベースに特養における看取り介護がより豊かなものになると思います。

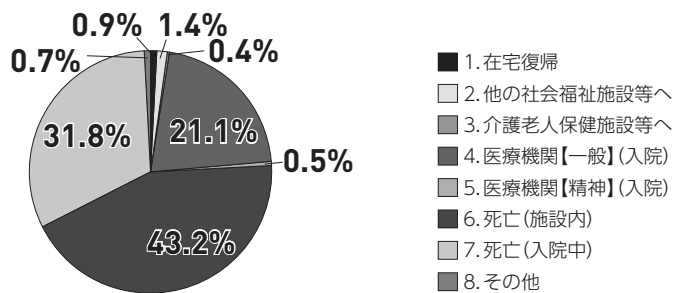
**高橋** 最後になりますが、安倍晋三首相が「介護離職ゼロ」の実現に向け、特養の大幅な増設に乗り出す方針を示しました。在宅重視のこれまでの政策とは反対の流れのようですが、これについてはどのように考えていますか。

**石川** われわれとしては施設を増やすことに異論はありませんが、具体的な政策の実現には多くの課題が山積しています。最大は人材の確保です。実際、都市部の特養では待機者がいる一方で、職員が

図表3 退所者の状況

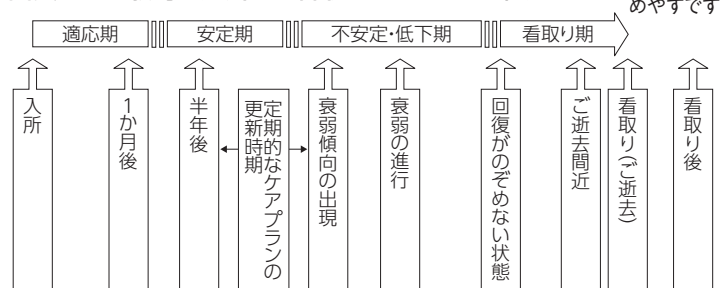
平成24年度に退所した入所者について、退所の主な理由別人数をみると、「6.死亡(施設内)」が最も高く43.2%となっている。次いで、「7.死亡(入院中)(31.8%)」、「4.医療機関【一般】(21.1%)」の順となっている。

主たる理由別・退所者数(平成24年度)



出典 第8回全国老人ホーム基礎調査(2012年度実績)

図表4 一般的な入所から看取りまでにたどる経過



出典 看取り介護支援ツール(平成27年度介護報酬改定対応版)

確保できないためにフル稼働できていないところもあります。「介護離職ゼロ」を進めるにあたっては、「介護職・離職ゼロ」や、質の向上も併せて考えていく必要があります。

**高橋** 「箱」だけをつくっても、肝心の人手がないと意味がありませんからね。ただ、人口減少社会で業界を問わず、人手不足となつていきますので、単純に介護人材を増やすのは難しいのではない

でしょうか。併せて夜勤者の負担を軽減するために、センサーを使った見守りを行うことで夜間の人員配基準を下げるといったITの活用といったことも必要になってくるように思います。

本日は石川会長からお話を聞かれました。特養における内部留保や医療体制、看取りなどの実情や課題など、本当の姿がわかりました。ありがとうございました。