

公共サービス市場と非営利組織マネジメント —— 公的介護保険市場とデイサービス・要介護 認定におけるNPO経営

立 岡 浩*

(広島国際大学医療福祉学部医療経営学科助教授)

島 津 淳**

(神奈川県総合リハビリテーションセンター研究研修所・研究員)

1 はじめに

我が国では、1997年12月に、介護保険法成立やそれに伴う医療・保健・福祉の共通市場が成立し、医療福祉組織間の競争がますます進展していくことが予想されている。また、日本は、大好況の米国と比較すると、大不況の真っ直中にあり、営利・非営利医療組織の倒産も将来は米国以上に生じてくるであろうと考えられる。さらには、今まで倒産に遭遇することがなかった非営利福祉組織さえも、平成9年11月の現行社会福祉制度の見直しを求める厚生省報告¹⁾以降、倒産という状況に陥いる可能性も生じてきている。

このように、措置費という政府補助金で運営されてきた社会福祉施設である非営利福祉組織には、高齢者市場だけに限ると、日本国史上、初めて競争市場が生まれることになり、当該社会福祉施設に、措置制度とは異なるニューマネジメントが求められることになる。

しかしながら、社会福祉施設である非営利福祉組織は、環境激変下の競争市場に打ち勝つ経営能力を保有しているわけではない。今までは、措置費に基づく安定的環境状況での単なる運営であった。

介護保険と非営利福祉組織の経営との関連性については、介護保険上の介護報酬が非営利福祉組織の大

*1960年生まれ。高崎経済大学経済学部卒業，明治大学大学院政治経済学研究科博士前期課程修了，東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻博士課程単位取得修了。埼玉県庁，(財)社会経済生産性本部，東京大学大学院国際保健計画学教室客員研究員，摂南大学経営情報学部助教授を経て，98年から現職。主な論文は，「非営利医療組織の組織・財務指標研究と非営利福祉組織への応用へ向けて」組織科学第32巻第1号，「行政改革における組織間関係の経営学的研究—政府・企業・非営利組織間の組織間関係マネジメントの実証分析」実践経営No.35，「これからの医療福祉組織におけるマネジメント研究—障害者雇用サービス非営利組織(NPO)等の経営管理に関する研究」日本経営診断学会年報1997年度版など。

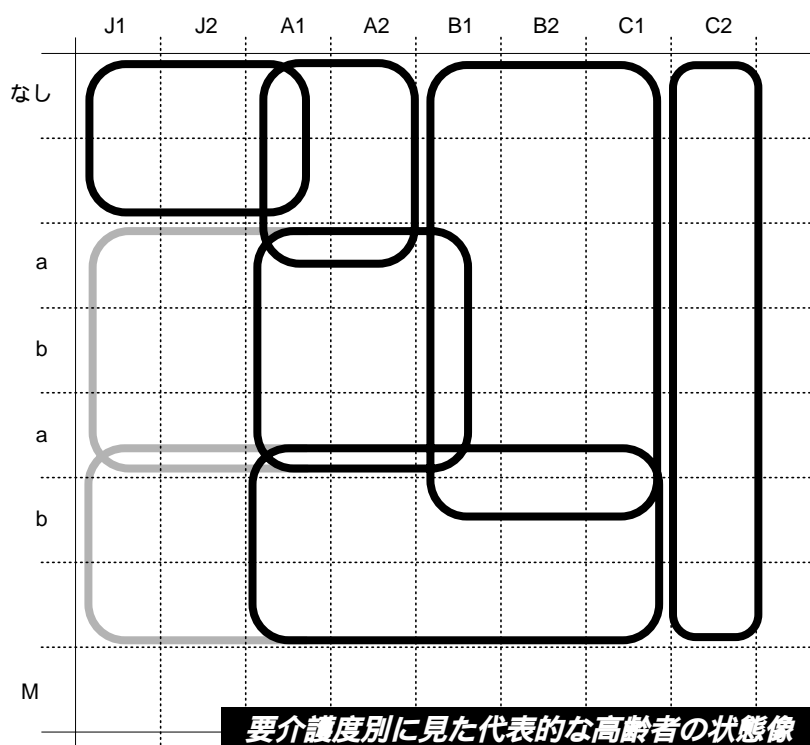
**1953年生まれ。日本福祉大学社会福祉学部卒業，その後現職。1999年4月より，九州看護福祉大学福祉学部専任講師(予定)。主な論文は，「福祉サービス供給体制と民間活力の導入」社会福祉研究第68号，「21世紀福祉規制緩和時代の介護支援専門員のあり方」高齢者ケア第2巻第4号など。

1) 社会福祉事業等の在り方に関する検討会『社会福祉の基礎構造改革について』，厚生省，平成9年11月25日。

きな収益部門になるものである。介護保険上の介護報酬金額は、要支援・要介護度と利用人員がその大きな決定要因になると考えられるが、現在は厚生省において審議中である。

設備投資が少なく、参入が容易と考えられる事業に、デイケアサービス(老人日帰り介護)事業がある。デイケアサービス(老人日帰り介護)事業では、介護保険への移行を前提として、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」<表1-a>及び利用人員の実績に応じて、事業費補助金を支給している。また、デイケアサービスの有無はともかく、介護保険下では、特別養護老人ホーム(指定介護老人福祉施設)の入居者は5年間要介護認定があるとみなすとされている。さらに、1996年5月15日厚生省第40回老人保健福祉審議会「高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会」²⁾が作成した「要介護認定基準(試案)」(全国19地域と50の関係機関が対象)では、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基

図1-a
障害老人の自立度判定基準・痴呆性老人の自立度判定基準と要介護度との関係



- 要介護度別に見た代表的な高齢者の状態像**
- この図は、障害老人の自立度判定基準、痴呆性老人の自立度判定基準と要介護度との関係を示す模式図例。
 - (注) 2. 黒線は調査結果に基づき、要介護度別の高齢者が自立度判定基準のどのランクに該当するかを示したものである。
 3. 灰線は調査では対象者がなかったが、高齢者の状態像として予想される範囲を示したものである。

[資料出所] 厚生省老人保健福祉審議会・高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会『要介護認定基準(試案)』1996年5月15日

準」<表1-a>・「痴呆性老人日常生活自立度判定基準」<表1-b>と「要介護度」との3者の関係を2次元に示す模式図として、「要介護度別に見た代表的な高齢者の状態像」<図1-a>が示されている。当該模式図は、施設ケア・在宅ケアに共通な要介護度分類の試案として、介護者の身体的負担度や精神的負担感の要素も加味し6分類に整理した上、全国19地域と50の関係機関の平均値を示したものとなってい

2) 厚生省第40回老人保健福祉審議会・高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会『要介護認定基準(試案)』1996年5月15日

表1 - a 寝たきり老人の判定基準

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが介助なしには外出しない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中でもベッド上の生活が主体であるが座位を保つ。 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない
期 間	ランク A, B, C に該当するものについては、いつからその状態に至ったか 年 月 頃より（継続期間 年 ヶ月間）	

判定にあたっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

[資料出所] 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会
『介護支援専門員標準テキスト』第2巻, pp.222～225 (財)長寿社会開発センター, 平成10年3月。

表1 - b 痴呆性老人の判定基準

痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
	何らかの痴呆を有するが、日常生活に家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康診断がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
a	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
b	家庭内でも上記の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との応対など一人で留守番ができない等	
a	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	日常生活に支障を来すような行動や意志疎通の困難さがランクより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの程度をさすかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目が離せない状態ではない。
b	日中を中心として上記の状態が見られる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や夜間の利用も含めた在宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらのサービスを組み合わせる。
	夜間を中心として上記の状態が見られる。	ランク aに同じ	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。	ランク に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力などの在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設などの施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。	話妄、妄想、興奮、自傷・他害などの精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態など。	ランク ~ と判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設などでの治療が必要となったり、重篤な身体疾患がみられ老人病院などでの医療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するように進める必要がある。

[資料出所] 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会
『介護支援専門員標準テキスト』第2巻, pp.225～227 (財)長寿社会開発センター, 平成10年3月。

る。また、当該模式図における四角の実線で囲まれた「 ~ 」の範囲（及び の左側面の斜線は対象者が調査ではいなかったが予想される範囲であり、当該範囲も含む。）が「要支援～要介護5」にそれぞれ相当している。さらに、当該模式図は、中小企業の全国平均経営指標を示す「中小企業の経営指標」と同様に、介護保険関連サービス組織の全国平均経営指標の質的指標として初めて作成された原型スケッチともいふべきものにも相当すると考えられる。そういう視点でみると、当該模式図を当該全国平均値とみなして、個別組織のデータとの比較分析は可能になり、介護保険関連サービス組織の新たな経営手法として試みることは非常に有益であると考えられる。そして、本研究はこのような考え方にに基づき、後述する対象組織を分析している。

以上からみると、非営利福祉組織の介護保険における収益部門の決定要因は、幾つかの要因が複雑に絡み合っている。その中でも共通かつ重要な要因は、痴呆程度・寝たきり度（障害程度）・要支援要介護度・利用人員・社会的使命であると考えられる。なぜなら、利用人員が増加すれば収入増につながり、重介護が多ければ価格が高く設定でき、痴呆程度・寝たきり度（障害程度）・要支援要介護度が即座に予想可能であるならば費用削減ができる。社会的使命とは、非営利組織の存在意義につながり、営利組織と異なり、顧客の選別をきっちり行うことは難しくなると考えられ、本稿でも、そうした社会的使命による意義を十分配慮して議論を進める。

2 研究の目的

研究の目的は、非営利福祉組織にとって参入障壁の比較的少ない、特別養護老人ホーム併設のデイサービス施設において、1)「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」＜障害程度＞、2)「痴呆性老人日常生活自立度判定基準」＜痴呆程度＞、3)「要支援・要介護状態区分」＜要介護度＞、4)「利用人員」＜利用度＞、の4要素がどのような配分割合で経営にどのように影響し合うか、そして、経営学的にどのようなインプリケーションと解釈ができるかを研究し、今後の我が国の非営利福祉組織マネジメントの新しいあり方を構築するものである。また、本稿で示す非営利組織の効率的効果的なマネジメントに関する筆者の見解は会計検査の場においても参考となると思われる。

3 研究の対象

研究の対象は、神奈川県I市における4施設の特別養護老人ホームに併設された各4施設のデイサービスセンターにおける、利用者353名である³⁾。ヒヤリング調査によれば、経営業績も非常に優れ、さらに、非営利組織としての特異な質的指標である評判面でも、かなりの信頼を集めており、地域における中核施設として発展しつつある。

4 研究の方法

市の非営利デイサービスセンターの利用者353名について、痴呆の有無及び痴呆がある場合の痴呆程度、障害程度、並びに要支援要介護であるかどうか及び要介護である場合の要介護の程度を判定しこれを基礎資料とした。さらに、当該基礎資料を基に以下の第1～4の方法にて詳細な調査を行った。

第1に、痴呆程度別・障害程度の割合による分析として、障害程度（＝「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」＜表1-a＞）を軽度・中度・重度の3区分に分類し、痴呆程度（＝「痴呆性老

3) 神奈川県I市における社会福祉法人Jの4施設の内部資料

図1-1 痴呆程度別・障害程度全体割合 (%)

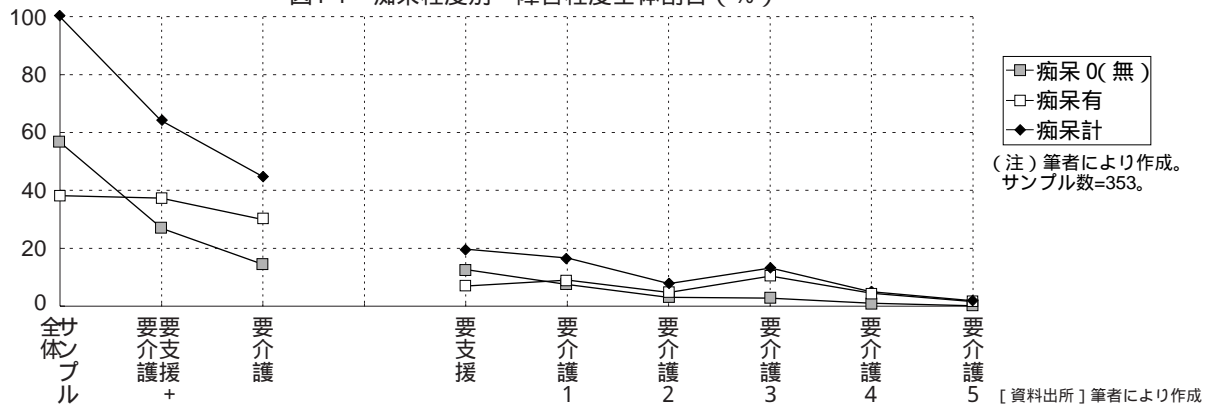


図1-2 痴呆程度別・障害軽度割合 (%)

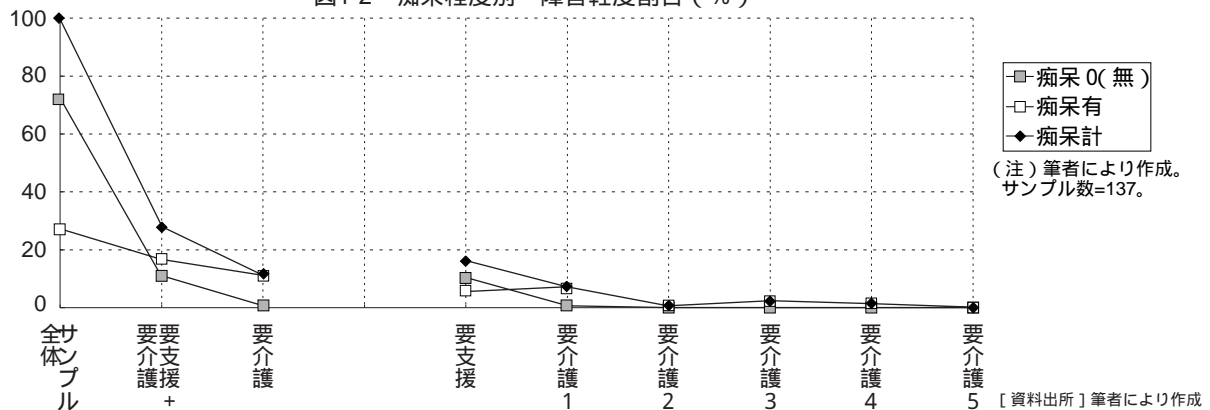


図1-3 痴呆程度別・障害中度割合 (%)

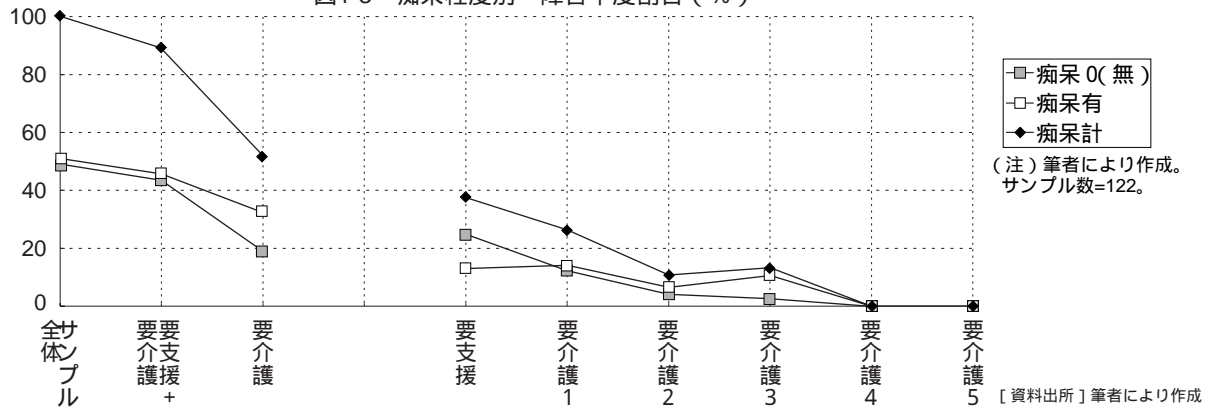
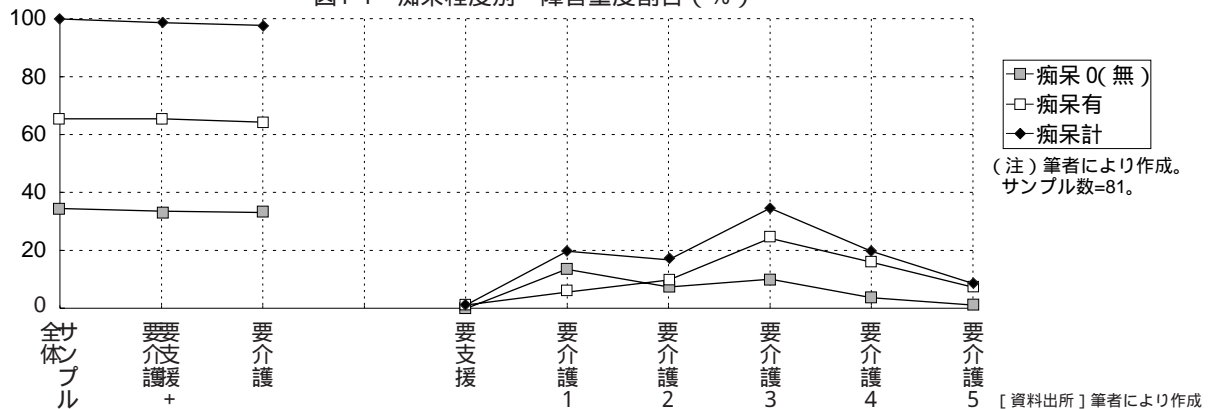


図1-4 痴呆程度別・障害重度割合 (%)



人日常生活自立度判定基準」<表1-b>)を有り・無しの2区分に分類して、痴呆程度と障害程度の組み合わせによる分析を行った。障害程度という指標を使用したのは、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」<表1-a>が、身体障害者福祉法における身体機能障害(Disability)に、生活障害(Handicap)を組み込んだ、我が国介護保険の独自の的方法論として開発された経緯があることから⁴⁾、本来の意味を表すために、寝たきり度ではなく、障害程度を本稿では使用している。

第2に、要介護度マトリックスによる分析として、第1の分析をより詳細にするために、1)痴呆程度のうち、痴呆無しをO、痴呆有りを、 $a, b, \dots, -a, -b, \dots, M$ の、10区分に分類し、2)障害程度のうち、障害無しをOに、障害軽度をJ-1、J-2に、障害中度をA-1、A-2に、障害重度をB-1、B-2、C-1、C-2の、9区分に分類し、3)障害程度10区分(横軸)×痴呆程度9区分(縦軸)のマトリックスにより分析を行い、さらに、厚生省の「要介護度別に見た代表的な高齢者の状態像」<図1-a>との一致度合いやはく離度合いを吟味した。

第3に、以上の第1・2の議論から、介護保険関連の市場と組織について、経営学的な普遍性と特殊性について論じる。また、介護保険関連のサービス提供組織における経営戦略の成功可能性について議論し、理論と実践の一般化や個別化について考察した。

5 研究結果

5-1 痴呆程度別障害程度のマトリックスによる分析

痴呆程度別障害程度のマトリックスによる分析は、1)「要支援+要介護全体」や「要介護全体」を中心とした概観分析と、2)「要支援」「要介護1」「要介護2」「要介護3」「要介護4」「要介護5」の個別分析に分けられる。

5-1-1 概観分析

第1に、概観分析は、「サンプル全体」のうち、「要支援+要介護全体」や「要介護全体」が、全体・重度・中度・軽度の障害程度において、どのような状況になっているかを吟味する。

図1-1・表1-1の痴呆程度別・障害程度全体割合によれば、「要支援+要介護全体」では、痴呆有り約37%、痴呆無し約27%であり、「要介護全体」では、痴呆有り約30%、痴呆無し約14%であった。痴呆有りから痴呆無しの格差は、「要支援+要介護全体」より「要介護全体」の方が広がっている。これは、他の図表をみると、障害中度と障害軽度の影響が大きくなっている。

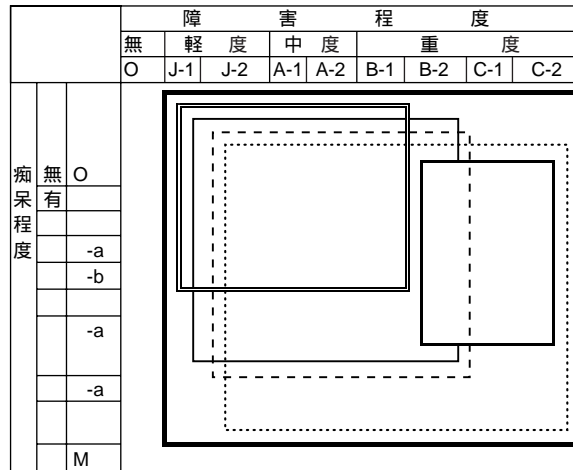
図1-2・表1-2の痴呆程度別・障害軽度割合によれば、痴呆無しでは、「サンプル全体」約70%であったが、「要支援+要介護全体」約11%と激減した。一方、痴呆有りでは、「サンプル全体」約27%であったが、「要支援+要介護全体」約17%と微減した。そのため、割合の順位は、「サンプル全体」と比べて、「要支援+要介護全体」のときには、痴呆有りが痴呆無しを上回っている。

図1-2・表1-2の痴呆程度別・障害軽度割合と、図1-3・表1-3の痴呆程度別・障害中度割合によれば、要介護のみでは伴に約10%だけ、痴呆有りが痴呆無しを上回っていた。また、痴呆有りの方が、痴呆無しの方に比べて、減少程度が少なく下支えがある。

図1-3・表1-3の痴呆程度別・障害中度割合によれば、要介護全体では、痴呆無しはほぼゼロに近くなり、約1割の痴呆有りでほとんどを占めている。また、痴呆有り・無しの双方とも、「サンプル全体」では約50%、「要支援+要介護全体」では、ほぼ約45%と近い値であった。

4) 岡本祐三「介護保険における公正なサービス給付とは」『新医療』1998年7月。

図2 本研究による要介護度マトリックス



(注) = 1)要支援+要介護全体, 2)要介護全体
 = 要支援
 = 要介護1
 = 要介護2
 = 1)要介護3, 2)要介護4
 = 要介護5

[資料出所] 著者により作成

表1-1 痴呆程度別・障害程度全体 (%) [N = 353]

		障害程度・全体								
		サンプル全体	要支援+要介護	要介護	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
痴呆程度	痴呆0(無)	56.94	26.91	14.45	12.46	7.65	3.12	2.83	0.85	0.28
	痴呆有	37.96	37.39	30.31	7.08	8.78	4.82	10.48	4.25	1.70
	痴呆計	100	64.31	44.76	19.55	16.43	7.93	13.31	5.10	1.98

[資料出所] 筆者により作成

表1-2 痴呆程度別・障害軽度 (%) [N = 137]

		障害程度・軽度								
		サンプル全体	要支援+要介護	要介護	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
痴呆程度	痴呆0(無)	72.99	10.95	0.73	10.22	0.73	0	0	0	0
	痴呆有	27.01	16.79	10.95	5.84	6.57	0.73	2.19	1.46	0
	痴呆計	100	27.74	11.68	16.06	7.30	0.73	2.19	1.46	0

[資料出所] 筆者により作成

表1-3 痴呆程度別・障害中度 (%) [N = 122]

		障害程度・中度								
		サンプル全体	要支援+要介護	要介護	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
痴呆程度	痴呆0(無)	49.18	43.44	18.85	24.59	12.30	4.10	2.46	0	0
	痴呆有	50.82	45.90	32.79	13.11	13.93	6.56	10.66	0	0
	痴呆計	100	89.34	51.64	37.70	26.23	10.66	13.11	0	0

[資料出所] 筆者により作成

表1-4 痴呆程度別・障害重度 (%) [N = 81]

		障害程度・重度								
		サンプル全体	要支援+要介護	要介護	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
痴呆程度	痴呆0(無)	34.57	33.33	33.33	0	13.58	7.41	9.88	3.70	1.23
	痴呆有	65.43	65.43	64.20	1.23	6.17	9.88	24.69	16.05	7.41
	痴呆計	100	98.77	97.53	1.23	19.75	17.28	34.57	19.75	8.64

[資料出所] 筆者により作成

図1-4・表1-4の痴呆程度別・障害重度割合によれば、「サンプル全体」「要支援+要介護全体」「要介護全体」の3者とも、痴呆の有無にかかわらず、ほとんど同じ値（痴呆有り約65%、痴呆無し約34%）をとっており、また、痴呆有りが痴呆無しをずっと上回っていた。

5-1-2 個別分析

第2に、個別分析は、各項目を詳しく調査するために、「要支援+要介護全体」を「要支援」「要介護1」「要介護2」「要介護3」「要介護4」「要介護5」に区分し、全体・重度・中度・軽度の障害程度において、どのような状況になっているかを吟味する。

図1-1～図1-4及び表1-1～表1-4によれば、詳細な個別パターンの中では、「障害重度・痴呆有り・要介護3」と「障害中度・痴呆無し・要支援」が、約25%と一番多かった。

図1-2・表1-2の痴呆程度別・障害軽度割合によれば、痴呆無しでは、「要支援」「要介護1」だけであった。痴呆有りでは、「要介護5」以外は存在したが、「要支援」「要介護1」のそれぞれ約6%以外は、それぞれ2%以下にすぎなかった。また、痴呆無しが痴呆有りを上回ったのは、「要支援」のみであった。

図1-3・表1-3の痴呆程度別・障害中度割合によれば、痴呆無し・痴呆有りは共に、「要介護4」「要介護5」以外だけであった。痴呆無しでは、「要支援」から「要介護3」に到るまで低減していた。痴呆有りでは、「要介護2」の6.5%以外、「要支援」から「要介護3」に到るまで約10%程度は保持していた。また、痴呆無しが痴呆有りを上回ったのは、障害軽度と同じく「要支援」のみであった。

図1-4・表1-4の痴呆程度別・障害重度割合によれば、痴呆有りでは、「要支援」から「要介護3」に達するまで徐々に増加し、「要介護3」を頂点に「要介護5」まで徐々に減少していた。人数が1人という極端に少ないケースを除くと、「要介護2」から「要介護5」に至るまでずっと痴呆有りが痴呆無しを上回っていた。

5-2 要介護度マトリックスによる分析

本節の要介護度マトリックスによる分析は、厚生省老人保健福祉審議会「高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会」1996年5月15日（以下、「厚生省基礎研究」と呼ぶ）により作成された「要介護度分類毎の高齢者の状態像（概観）」⁵⁾、及び神奈川県自治総合研究センター「公的介護保険と自治体福祉行政～その予備的研究～」⁶⁾、島津淳ほか「要介護認定基準に関する調査研究」⁷⁾等の調査手法に準じて分析を行ったものである。先行研究の時期と異なり、各認定基準の内容が変更されているが、変更箇所はそれほど多くはないため、政府調査等の先行研究と本研究との比較により、その格差が把握でき、経営実態を正しく反映しているかどうか、本研究の調査結果が直接、介護保険関連組織の経営戦略に大きく影響を及ぼすところに、本研究の意義があると思料できる。

なお、図2は全データを採り入れて作成した要介護度マトリックスである。

図2によれば、要支援要介護状態（「要支援+要介護全体」）、及び要介護状態（「要介護全体」）では、障害程度J-1～C-2・痴呆程度O～ であった。要支援では、障害程度J-1～B-1・痴呆程度O～ -bであった。要介護1では、障害程度J-2～B-2・痴呆程度O～ -aであった。要介護2では、障害程度J-1～B-2・痴呆程度O～ -aであった。要介護3・4では、障害程度J-2～C-2・痴呆程度O～ であった。要介護5では、障害程度B-2～C-2・痴呆程度O～ -aであった。以上をみると、6パターンに分類でき、痴

5) 厚生省, 前掲書

6) 島津淳ほか『公的介護保険と自治体福祉行政～その予備的研究』神奈川県自治総合研究センター, 1997年5月

7) 島津淳ほか「要介護認定基準に関する調査研究」『社会福祉士』第4号, 1996年9月

表2-1 要介護1(%)の詳細特性 [N = 58]

		障害程度										合計
		軽度		中度		重度						
		O	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	B-2	C-1	C-2		
痴呆程度	無	O	0	0	1.72	8.62	17.24	15.52	3.45	0	0	46.55
	有		0	0	6.90	1.72	3.45	3.45	0	0	0	15.52
			0	0	1.72	3.45	3.45	0	0	0	0	8.62
		-a	0	0	3.45	1.72	1.72	1.72	1.72	0	0	10.34
		-b	0	0	3.45	5.17	5.17	0	1.72	0	0	15.52
			0	0	0	1.72	0	0	0	0	0	1.72
		-a	0	0	0	1.72	0	0	0	0	0	1.72
		-b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	0	17.24	24.14	31.03	20.69	6.90	0	0	100

[資料出所] 筆者により作成

表2-2 要介護2(%)の詳細特性 [N = 28]

		障害程度										合計
		軽度		中度		重度						
		O	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	B-2	C-1	C-2		
痴呆程度	無	O	0	0	0	10.71	7.14	10.71	10.71	0	0	39.29
	有		0	0	0	3.57	0	3.57	0	0	0	7.14
			0	0	0	7.14	3.57	3.57	3.57	0	0	17.86
		-a	0	0	0	0	0	3.57	3.57	0	0	7.14
		-b	0	3.57	0	3.57	0	0	7.14	0	0	14.29
			0	0	0	3.57	0	0	3.57	0	0	7.14
		-a	0	0	0	0	7.14	0	0	0	0	7.14
		-b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	3.57	0	28.57	17.86	21.43	28.57	0	0	100

[資料出所] 筆者により作成

表2-3 要介護3(%)の詳細特性 [N = 47]

		障害程度										合計
		軽度		中度		重度						
		O	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	B-2	C-1	C-2		
痴呆程度	無	O	0	0	0	6.38	0	2.13	10.64	2.13	0	21.28
	有		0	0	0	0	0	6.38	6.38	0	2.13	14.89
			0	0	0	0	8.51	0	0	0	0	8.51
		-a	0	0	0	0	0	0	2.13	0	0	2.13
		-b	0	0	0	2.13	4.26	0	12.77	0	2.13	21.28
			0	0	0	0	0	2.13	0	0	0	2.13
		-a	0	0	2.13	6.38	4.26	0	8.51	0	0	21.28
		-b	0	0	4.26	0	0	0	0	0	0	4.26
			0	0	0	0	2.13	0	2.13	0	0	4.26
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	0	6.38	14.89	19.15	10.64	42.55	2.13	4.26	100

[資料出所] 筆者により作成

表2-4 要介護4(%)の詳細特性 [N = 18]

		障害程度										合計
		軽度		中度		重度						
		O	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	B-2	C-1	C-2		
痴呆程度	無	O	0	0	0	0	0	0	11.11	0	5.56	16.67
	有		0	0	0	0	0	0	0	5.56	5.56	11.11
			0	0	0	0	0	0	0	5.56	0	5.56
		-a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		-b	0	0	5.56	0	0	0	11.11	0	11.11	27.78
			0	0	0	0	0	0	0	0	5.56	5.56
		-a	0	0	0	0	0	0	0	0	5.56	5.56
		-b	0	0	0	0	0	0	0	0	5.56	5.56
			0	0	5.56	0	0	5.56	0	0	11.11	22.22
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	0	11.11	0	0	5.56	22.22	11.11	50.00	100

[資料出所] 筆者により作成

呆程度だけの区分基準は、 -b、 -a、 の3パターンあった。

本研究では、先行研究と比較した場合、厚生省基礎研究のように鮮明に区別がつかなかった。また、他の先行研究の分布状況とも異なっていた。鮮明に区別がついたのは、格差があきらかにあるであろうと予想される、要支援と要介護5の間のみであった。

要介護3と要介護4は全く同じ分布状況であるが、表2-3・表2-4によれば、要介護3は障害程度B-2の重度前後期が約43%、要介護4は障害程度C-2の重度後々期が約5割を占め、重度前後期分と重度後々期分だけ障害程度の分布状況が異なっていた。また、要介護4は、障害程度J-2の軽度後期だけが、障害中度が全く存在しない”はずれ値”になっていた。

要介護1と要介護2も類似した分布状況であるが、表2-1・表2-2によれば、要介護1は障害程度A-1・A-2の中度が約75%、要介護2は障害程度A-2～B-2の中度及び重度前後期で約96%を占め、重度

前後期分だけ障害程度の分布状況が異なっていた。

6 考察

厚生省調査の「要介護度別に見た代表的な高齢者の状態像」から判断すると、サービス内容は一定の品質を保っているということが暗黙の前提になっているが、本稿でもその仮説は遵守している。

本稿は、施設数は4施設と少ないが、利用者353名とサンプル数としては実証研究にできる数字である。よって、本稿の調査結果の利用者層と厚生省調査の当該代表像はほとんど一致をみなかったことが発見されたため、厚生省調査の上記代表像に合わせてサービス提供組織を運営すると、採算が合わないことも出現する可能性が大きいと考えられ、会計検査的にもこの点は重要であると思われる。

介護保険の要介護認定にかかる、痴呆程度別障害程度マトリックス及び要介護度マトリックスという2つのマトリックスには、経営学的には3つの戦略上の意味があると考えられる。第1に、「マーケット・セグメンテーション（市場細分化）」として、痴呆程度別高齢者市場、障害程度別高齢者市場、要介護度別高齢者市場、の3市場の組み合わせにより、細分化されたターゲット（標的）市場を発見する装置になっていると解釈できる。第2に、「ユーザー・ミックス」として、その3市場の組み合わせの細分化されたターゲット市場により、費用収入単価と利用人数が決定され、利用人数の多い箇所は標準化し、利用人数の少ない箇所はそれぞれのユーザーを最適に組み合わせ、利益率を最大化し費用を最小化するものである。「ユーザー・ミックス」には、特に、質の評価も含んだバリュー・フォー・マネー（VFM；Value for Money の略。「支払額に見合った受取価値の最大化」のことをいい、公共・非営利組織の主要な業績評価指標のこと。）が重要になる。第3に、「サービス・ミックス」として、ユーザー・ミックスの結果、最適な提供サービスの組み合わせの種類と範囲を決定することになる。なお、「サービス・ミックス」とは、「プロダクト・ミックス」のサービス版である。

以上の3つの戦略上の意味から、介護保険関連組織は、当該3戦略を1セットにして速やかに実施することが必要となるであろう。当該3戦略における非営利医療経営の先行研究として、「マーケット・セグメンテーション」は、ギンター&スエーネ&ダンカン（Ginter, Swayne, and Duncan, 1997）⁹⁾、「ケース・ミックス」と「サービス・ミックス」は、ブレッチャー&ネスビット（Brecher and Nesbitt, 1985）¹⁰⁾、米国会計検査院（United States General Accounting Office（GAO），1990）¹¹⁾、ウィリアムズ&ハド

9) ギンター&スエーネ&ダンカン（Ginter, Swayne, and Duncan, 1997）は、非営利及び営利医療組織の「マーケット・セグメンテーション」を論じている。

P.M.Ginter, L.M. Swayne, and W.J. Duncan., *Strategic Management of Health Care Organizations*, pp. 199-201, p.262, Blackwell Publishers, 1997.

10) ブレッチャー&ネスビット（Brecher and Nesbitt, 1985）は非営利医療組織のみの「ケースミックス」「サービスミックス」を論じている。

C. Brecher and S. Nesbitt., Factors Associated with Variation in Financial Condition Among Voluntary Hospital., *Health Service Research* 20 : 3 (August 1985)

11) 米国会計検査院（United States General Accounting Office（GAO），1990）は、非営利及び営利医療組織の「ケースミックス」「サービスミックス」を論じている。

United States General Accounting Office (GAO), *Rural Hospitals: Factors that Affect Risk of Closure* June 1990. Washington, D.C.

リー & ペテンジル (Williams, Hadley, and Pettengill, 1992)¹²⁾にも、重要な経営評価指標として使用されており、我が国介護保険関連組織にも採用することは十分意義があると考えられるものである。

「ユーザー・ミックス」は、顧客又は症例の最適組み合わせを決定する医療経営の「ケース・ミックス」の応用であるが、1) 医療と福祉の双方を含む我が国介護保険では、医学という世界的な学問的権威が大きな影響力を持つ医療だけでなく、今まで認定上を含めていなかった福祉における生活援助が主体となり、サービス利用者本人の自己決定が、サービスメニューの決定に格段に大きな比重を占める¹³⁾ことから、福祉を組み込んだ統合化の機能、2) 細分化されたターゲット市場による、費用収入単価と利用人数の決定の機能、3) 利用人数の多い箇所の標準化と利用人数の少ない箇所の各ユーザーの最適組み合わせによる利益率最大化と費用最小化の機能、を合わせた3機能が含まれているため、類似する「ケース・ミックス」という用語を使用せずに、本稿では「ユーザー・ミックス」という用語を筆者の責任で提案したものである。

「サービス・ミックス」はサービスの組み合わせである。「ケースミックス」は、医療経営独特の指標であり、詳細に説明するならば、1) 医療機関が治療した患者の範囲とタイプの集合、2) 医療機関が治療した症例である最終成果物を図るもの、をいう¹⁴⁾。また、患者又は症例のミックスという場合もある¹⁵⁾。

本稿の調査結果の詳細解釈を「マーケット・セグメンテーション」「ユーザー・ミックス」「サービス・ミックス」の3セットの経営戦略から議論してみる。

障害重度のケースは、顧客にとってすぐに「要介護・要支援状態」であることが自覚でき、自治体においても審査スピードを早めることが可能であり、サービス提供組織の経営上、顧客自身の判断コスト、自治体の審査待ち時間コスト、当該提供組織の意思決定のタイムラグコスト、等の選択コストが提供組織にとってほとんどかからず、介護報酬の高い収益性の高い「マーケット・セグメンテーション(市場細分化)」が可能になる。よって、サービス提供組織は、重度障害の高齢者を顧客にして回転率を高めることが、経営効率を高めることにつながるという経営戦略を見いだすことができる。特に、重度障害の高齢者は、「痴呆有り・要介護2以上」「痴呆無し・要介護1以下」に分けて「ユーザー・ミックス」戦略をあてはめ、それに対応した「サービス・ミックス」戦略をとる必要がある。問題は、重度障害の高齢者の特別コストが介護報酬を上回るときの組織対応の戦略をどのようにするかであろう。

また、一見すると、要介護1・2間と要介護3・4間は同じようにみえることから、関連組織や関係者に誤解を招きやすい。そのため、要介護1・2と要介護3・4の間の基準の見直しをせざるを得ないだろう。現状のままでは、サービス提供組織の選択コストが大変かかる。もっとも、政府は、こうした選択コストを減少させるための仕掛けとして、こうした選択ビジネスとしてのアウトソーシング組織やコンサルティング組織の興隆を期待しているのであるなら現状でもいいかもしれない。

顧客が障害中度・障害軽度の場合には、痴呆有りのケースを増加させる戦略が必要である。痴呆無しの

12) ウィリアムズ&ハドリー&ペテンジル(Williams, Hadley, and Pettengill, 1992)は、非営利及び営利医療組織の「ケースミックス」のみ論じている。

D. Williams, J. Hadley, and J. Pettengill (1992), "Profits, Community Role, and Hospital Closure: An Urban and Rural Analysis," *Medical Care* 30 (2) : pp.174-87.

13)(財)医療経済研究機構監修『医療白書1998年度版』p.95,(株)日本医療企画,平成10年12月。

14)ヴァートリーズ&ボラチェック『DRGの基本的しくみと病院経営への応用』,スリーエムHIS,平成10年5月。

15)川淵孝一『DRG/PPSの全貌と問題点』pp.27~28,薬事時報社,平成9年7月。

場合が存在する場合には、要支援のときのみ取り扱う戦略が必要である。とりわけ、個別的には一番多い、「障害重度・痴呆有り・要介護3」と「障害中度・痴呆無し・要支援」を選択するのが最良であろう。次善的戦略としては、痴呆無しの場合には「障害軽度及び中度・要支援」に、痴呆有りの場合には「障害軽度・要介護1」、「障害中度・要介護1～3」に経営資源を集約化するのがよいだろう。なお、当該戦略は、「マーケット・セグメンテーション」「ユーザー・ミックス」「サービス・ミックス」の3セットの経営戦略を意味している。

リスクマネジメントの観点からいうと、「サンプル全体」「要支援+要介護全体」「要介護全体」の各割合が変化しなければいけないほど、リスク負担は少なくなる。理由は、サービス提供組織にとって、顧客の選択コストは、これらの割合が変化すればするほど高くなるからである。よって、サービス提供組織にとって、リスク視点からみると対象の望ましさの順位をつけると、「重度>軽度>中度」になるだろう。リスクマネジメントの場合、前述の3セットの経営戦略が当てはまるかは不明のため、もう少し綿密な研究が必要であるだろう。

要介護度マトリックス分析によれば、鮮明に区別がつく次の2パターンであるならば、サービス提供組織にとって選択コストは高価にならず、効果的効率的な前述の3セットの経営戦略を行うことが可能であろう。第1のパターンは、「要支援」「障害程度J-1の軽度前期～B-1の重度前々期」「痴呆程度O～-b」のパターンであり、第2のパターンは、「要介護5」「障害程度B-2の重度前後期～C-2の重度後々期」「痴呆程度O～-a」であると推察できる。

7 結論と今後に向けて

本研究は、非営利福祉組織たるデイサービス施設において、寝たきり度（障害程度）、痴呆程度、要介護度、利用度、の4要素の経営上の配分割合と相互の影響度合いについてのインプリケーションと解釈を調査し、今後の我が国の非営利福祉組織マネジメントの新しいあり方と方向性を示してみた。とりわけ、今までのように、厚生省主導の護送船団方式に介護関連の非営利福祉組織が適応できないことが把握された。また、介護保険関連の市場と組織において、「マーケット・セグメンテーション」「ユーザー・ミックス」「サービス・ミックス」の3セットの経営戦略ツールの必要性を提示し、普遍性戦略として「マーケット・セグメンテーション」「サービス・ミックス」、特殊性戦略として「ケース・ミックス」に福祉領域を組み込んだ「ユーザー・ミックス」を明示した。

しかしながら、本研究は利用者である高齢者だけで従業員の分析が全くされておらず、また、利用者及び従業員のさらなる詳細な分析である、疲労や労働負担等の人間工学的研究や、組織におけるコストの原価計算等の詳細分析等がなされていない。今後は、介護報酬が決定され次第、人的資源管理、コストマネジメント、及び人間工学的研究を介護報酬との相互関連性をも基礎において調査を進める必要があり、関連研究者の多数の参入も望まれるところである。

さらに、現実の事業において、厚生省の方では、1996年度『要介護認定基準（試案）』以降、その後の要介護認定第3次モデル事業の結果、一部修正を加えることを聞いており、今後は以上の観点を踏まえて、官公庁のマクロ政策研究に対応する、当該研究では予測がしにくい厳密な民間非営利マネジメントの研究を継続させる必要がある。