

「多床室容認でなく、個室ユニット推進の明確化だ」

【第 127 回】大森彌さん(社会保障審議会介護給付費分科会会長、東大名誉教授)

社会保障審議会の介護給付費分科会は、従来型多床室とユニット型個室を合築した特



別養護老人ホーム(特養)などの「一部ユニット型施設」について、このほど結論を取りまとめた。今後、多床室とユニット型施設をそれぞれ別施設として指定するほか、国が進める個室ユニット化の推進策を強化する内容だ。「多床室容認」との報道や評価もある今回の取りまとめは、いったいどんな意味を持つのか―。結論の取りまとめに腐心した同分科会会長の大森彌さんに話を聞いた。

(外川慎一郎)

「一部ユニット型施設」をめぐる介護給付費分科会での審議の取りまとめについて、「多床室の容認ではなく、個室ユニット推進の明確化だ」と話す大森彌さん

—「一部ユニット型施設」をめぐるこれまでの経緯を教えてください。

一部ユニット型施設をめぐり、厚生労働省老健局は 2003 年に解釈通知を出しました。多床室とユニット型施設を合築した特養について、同年 4 月 2 日以降に新設された分は一部ユニット型施設と認めず、ユニット型部分にも従来型の介護報酬を算定するよう求めたものでした。

一方、昨年 5 月 28 日に開かれた「全国介護保険担当課長会議」では、「地域の実情を踏

まえて、ユニット型施設以外の施設も含めて整備するという判断もある」との資料が示されました。これが自治体には「厚労省が多床室の整備も認めた」と伝わりました。結果として、03年の通知には反していても、課長会議の資料を基にして、都市部を中心とした一部の自治体が新設の合築施設の整備を認め始め、ユニット型部分にも高い報酬が算定されていたのです。国と自治体の間に齟齬(そご)が生じたために起こったことですが、これは「介護報酬上問題があり、過払いになる」との指摘が上がり始めました。これが事の発端です。

一部ユニット型施設という類型は、多床室をユニット型施設に転換する政策を進める上で、過渡期的につくったものですが、この類型がある限り、多床室をめぐる問題が解消されない恐れがあり、この類型自体を廃止するためにも、介護給付費分科会で議論することになりました。そして、自治体担当者や介護事業者らからのヒアリングなど、7月からの計4回の集中的な審議を踏まえて、今回の取りまとめに至ったのです。

—取りまとめには、低所得者対策が明記されました。

自治体や特養の経営者側からはこれまでも、「低所得者は多床室しか利用できない」との声が聞こえていました。現に、厚労省社会・援護局からは、生活保護受給者がユニット型施設を利用できない旨の通知が出されています。低所得者が入所できないのに個室ユニット化ばかりを推進することへの批判もあり、低所得者の扱いをどうするかという論点も加わっています。

この問題を完全に解決しない限り、個室ユニット化を完全に推進することはできません。わたしも介護給付費分科会の場で、生活保護受給者が利用できないという現在の取り扱いを見直すよう発言しました。ユニット型施設を利用できるようにする手だてを講じなければいけません。

—なぜ生活保護受給者はユニット型施設を利用できないのでしょうか。

ユニット型施設は多床室より普及していないのに、生活保護受給者が入所するのはいかなものかという発想なのでしょう。しかし生活保護にも住宅扶助がありますし、生活保護受給者だって介護保険料を支払っている建前になっています。ほかの人と差別をするのはおかしい話です。こう考えると、同じ厚労省でありながら、局が違くと政策に整合性が取れていないようにも感じてしまいます。

—国会で継続審議となっている「地域主権改革推進一括法案」にも言及しています。

地域主権改革推進一括法案で、居室定員の基準は「参酌すべき基準」と規定されています。これは国が省令をどう変えようが自治体の条例に委任されるというもので、非常に悩ましい問題です。

そこで取りまとめでは、居室定員を明記した省令を、現行の「4人以下」から「1人」に改め、国の姿勢を明確に打ち出すよう検討すべきとしました。国が省令で居室定員を1人とするにもかかわらず、自治体が多床室を整備するというなら、それは住民に対する説明責任を伴う自治体の判断ということになります。

—今回の取りまとめを「多床室容認」とする報道もあります。

決してそうではありません。現に多床室は存在し、相当の期間残るわけですから、変わりはありません。それよりも大事なことは、今後も個室ユニット化を推進するという国の立場をこれまで以上に明確に打ち出したということです。12年度以降の整備の在り方については、「ユニット型施設のみ助成を行うことを検討すべき」と明記しています。

—多床室とユニット型施設を別指定とした場合の人員基準も決めました。

今回の取りまとめでは、入所者の処遇に支障がない場合に限り、一部の職種については限定的に兼務を認めました。一方、実際に介護に当たる職員と、「介護職員と同様にケアを行う看護職員」については兼務を認めないこととしました。介護施設には看護職員が不

足している現状もあるため、条件を付けた今回の取りまとめがぎりぎりの線だと思います。

ただし、「入所者の処遇に支障がない場合」や「介護職員と同様のケア」の具体例については、どこかの段階で基準を示さないと、また現場や自治体で混乱が起こる可能性があります。今後検討を進め、通知か何かを出すことになるでしょう。

—ユニット型施設の整備は推進されるのでしょうか。

ユニット型施設を整備する方が、経営面でプラスだということを自治体や事業者に伝え、多床室を抱える事業者の転換を促していく必要があるでしょう。「多床室を整備する方が低いコストで済む」と思い込んでいる事業者もあるようですが、介護給付費分科会のヒアリングでもあったように、多床室とユニット型施設との間にコストの差はなく、多床室を整備するインセンティブはほとんどないと言えます。

また、現在も残っている多床室を軽視してはいけませんが、いつかは介護報酬の面でユニット型施設を優先しないといけないかもしれません。差をどのくらいつけるかという問題も今後出てくるのではないのでしょうか。

—特養以外の介護老人保健施設(老健)や介護療養型医療施設はいかがですか。

老健は在宅復帰のための中間施設です。最期まで暮らすことを前提にはしていません。ですから施設の性質上、老健をすべてユニット型に転換するのは現実的でないと考えます。介護療養型医療施設も同様です。

今回は主に特養について取りまとめたのですが、老健と介護療養型医療施設も関係しているために言及しました。また、個室ユニット施設の実態についても、真にふさわしいサービスが適切に行われているかどうか、調査・検討が必要だと思います。

■介護報酬、「良貨」のサービスが増えるように

—12年度の介護報酬改定に向け、今後の介護給付費分科会でも課題が山積みですね。

いろいろな課題がある中で、わたしは通所介護に改革の余地が多くあると考えています。サービスの質が高くない一部の事業所では、個別の利用者の状態を見ることなく、相変わらず集団的なケアに終始しています。「子ども扱いされ、尊厳が傷つけられる。二度と行きたくない」などという話もいまだに聞きます。一方で、一人ひとりの利用者の状態を把握し、それぞれに合った1日の過ごし方を計画する質の高いサービスを実践しているところもあります。

こうした質の高いサービスを提供する事業者の介護報酬は、引き上げるべきだと思います。しかし、基本報酬自体を上げると、質が低い事業所の収益も高めてしまいます。そこで、考えられる選択肢は加算による手当てになるのですが、そうすると「制度が複雑で分からない」などと指摘を受けます。例えば、要介護度の改善度合いで定量的に判断するなど、何らかの方法により、高品質のサービスを提供する事業所と、そうでない事業所を区分し、前者だけを報酬面で優遇する仕組みができればいいと思います。「悪貨は良貨を駆逐する」の逆といいますか、介護サービスは「良貨」が増えるようにしたいものです。

—通所介護をめぐっては、来年度予算の概算要求に、宿泊付デイサービス(お泊まりデイサービス)が盛り込まれました。

このサービスを単独でやるべきかどうか一考を要します。現行の小規模多機能型居宅介護や認知症高齢者グループホームを優先して推進しなければならない時に、新たなサービスを軽々に提案されてしまうと現場は困惑します。何か工夫してサービスの形を作る必要があります。

—介護職員の処遇改善についても見直しを求める声が出ています。

地方へ行くと、「特に要求していないのに給与を上げる必要があるのか」という自治体関

係者の声を聞くこともあります。つまり、介護職員の処遇が大きな問題となっているのは、主として全産業平均の所得水準が高い都市部なのです。地域差を是正するため、例えば、介護報酬 1 単位 10 円の単価を、都市部の一部地域では十数円まで引き上げるとか、地域区分や地域係数に関して何らかの工夫が必要でしょうね。

—要介護認定制度の廃止論や簡素化論も出ています。

要介護認定制度は廃止も簡素化もするのではないと思います。ただし、認知症のケアサービスの在り方や標準化については検討する必要があります。

また、事務簡素化の観点から要介護認定の手続きで見直すとすれば、二次判定の在り方だと思います。認知症のように別の視点での判定が必要な方については、選択的に二次判定を行ってもいいとは思いますが。ただ、事務負担を軽減する観点からも、全員を二次判定に掛ける必要はないかもしれない。これを検討してみてもいいかもしれません。

—介護保険料の負担についてはどのようにお考えですか。

65 歳以上の第 1 号被保険者の介護保険料について、何か政治的な相場感覚として 5000 円が上限だという議論はおかしいと思います。この数字に明確な根拠はありませんし、第 4 期介護保険事業計画期間(09—11 年度)でも 5000 円を超えている自治体はあります。利用者のニーズなどを分析し、適切なサービスが提供されるならば、5000 円を超えても構わないと思います。社会連帯(共助)としての社会保険方式を崩してはならないと思います。