

個室と多床室、医療サービスなど 特養のあり方等の議論の真相を読む

ニーズの高い多床室は
今後、どうなるのか？

平成27年度介護報酬改定に向け、厚生労働省は7月23日、「第104回社会保障審議会介護給付費分科会（分科会長 田中滋 慶應義塾大学名誉教授）」を開催しました。施設サービスが議題に取り上げられ、主に特別養護老人ホームのあり方について白熱した討議が行われました。

「特養の報酬」に関する議論で、まず焦点となったのが多床室のあり方です。厚労省がまとめた論点は、回りくどい表現で語られていますが、言わんとすることは、「居住環境を考慮して、光熱費相当分のみを居住費とする取り扱いにし

てきた多床室も室料を取るべきか」ということです。

もう一つは、医師等の配置基準、つまり医療ニーズの高い利用者はどう処するか、ということです。

今回の分科会は、全国老協が事前に「特養での看取り」「医療提供のあり方」「多床室について」「食費・居住費」等に関する参考資料を提出しており、議論に入る前、田中分科会長が同資料に対する説明を求めました。これに添えて、村上勝彦委員（全国老協副会長）は、「多床室については極めて根強いニーズがある。各自治体において依然として整備が進められていることは、低所得者の暮らしを支える機能が評価されていること。特養の重度化への対応につい

ても、その有効性が高まっていることを裏づけている。その意味で、光熱水費以上の室料負担を避けるのが原理原則ではないか」との発言で応じました。さらに、「業界を挙げてプライバシー保護を目指してきた」ことや「認知症のBPSD（周辺症状）の症状によって、個室より多床室のほうが適し

ている場合もある」ことを訴えました。食費・居住費の問題については、本多信行委員（健康保険組合連合会理事）から「現在、医療保険部会で入院時食費療養費等の自己負担について入院医療と在宅医療の公平性を図る観点から議論が行われている」とし、「公平性の観点

青木正人

株式会社ウエルビー
代表取締役

あおき・まさひと●1978年神戸大学経営学部卒業。福祉専門学校・高齢者福祉施設等の設立から運営を手がけるなど福祉関連事業の理論と現場に精通。介護福祉ビジネスの経営・人事労務・教育分野等のコンサルティングならびに自治体の福祉施策等のコンサルティングを展開



図表1 個室ユニットの施設数・定員数の割合の推移

○ 個室ユニットについては、介護老人福祉施設においては定員の32.3%となっている。

各年10月1日

	介護老人福祉施設	
	施設数	定員数
平成15年	1.5%	1.3%
平成16年	7.0%	4.9%
平成17年	13.9%	10.3%
平成18年	19.5%	14.8%
平成19年	24.4%	18.9%
平成20年	27.1%	21.2%
平成22年	33.4%	25.4%
平成23年	36.8%	27.8%
平成24年	42.9%	32.3%

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
※平成21年は調査を行っていない。
※ユニット型施設数には、一部ユニット型での実施施設も含む。
※平成22年度以降は、地域密着型介護老人福祉施設を含む（厚生労働省老健局において特別集計）。

社団法人日本医療福祉建築協会が行った「特別養護老人ホームにおける利用者のプライバシー確保の実態に関する調査研究事業」も「今後新築する施設の計画にあたっては、まず個室（すなわち外気を取り入れられる窓と、天井に配置される設備の専有化が図られた室）を前提として考えるべき」と結論づけています。

から一定程度の負担を求めることを検討すべき」との意見も出ています。

分科会では、利用者の意向を代弁する立場の委員から、低所得者の利用を踏まえ反対論も出ましたが、今後は、個室ユニットへのシフトがますます進められることになることが予想されます（図表1）。厚労省による平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）を受け、一般

大都市圏の東京都などが多床室の整備を進めようとしても、国は多床室では採算が合わない制度に変えていこうとするのではないのでしょうか。

特養の医療体制と 終の棲家としての役割は？

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設では医療関係職種（配置等）に係る加算や看取り介護加算が設けられていますが、同

分科会の「主な論点」で「施設における医療提供体制や介護報酬上の評価の在り方をどのように考えるか」という問題提起がなされました。

特養の医療提供体制に関しては、鈴木邦彦委員（公益社団法人日本医師会常任理事）が、まず厚労省の担当者に、配置医師による医療行為についての曖昧な部分を質したうえで、「健康管理や療養上の指導の範囲を明確にし、外部の医師による診療（報酬算定）を認めるべき」としました。医療保険の給付は保険局の管轄です。こうした縦割り行政のため、介護保険制度で運営される施設での医療行為の位置づけに曖昧な部分が出てきてしまうのは当然でしょう。鈴木委員はこの点を踏まえ、「住まいである以上、看護サービスについては必要に応じて外付を中心に提供されるべき」としたわけですが、特養における外付の医療サービスの利用については、安部好弘委員（公益社団法人日本薬剤師会常務理事）、齋藤訓子委員（公益社団法人日本看護協会常任理事）、佐藤徹委員（公益社団法人日本歯科医師会常務理事）などの医療関



© Peter Atkins - Fotolia.com

係委員が賛意を示しています。このほか、堀田聰子委員（独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員）、熊坂義裕委員（盛岡大学客員教授・医療法人双熊会理事長）に加え、田中滋分科会長自身が「配置ではなく、機能を評価する」という視点を強調したことに留意すべきでしょう。

また、武久洋三委員（一般社団法人日本慢性期医療協会会長）が「みなさん、「特養は終の棲家」といわれるが、法律のどこにそのようなことが書いてあるのか。介護保険法には、要介護状態が改善すれば退所する、とある」と述べ、これに対して「特養は終の棲家であり、在宅復帰の加算を廃止し、重度化対応や看取りに加算するべき」とする鈴木委員らとの論戦が行われました。

「研究会の議論」 特養に求められている役割

では、国は特養にどのような役割を求めているのでしょうか。このことを考えるうえで欠かせないのが、田中分科会長が座長を務める「地域包括ケア研究会」の提言です。同研究会は、今後の地



域包括ケアシステムの構築に向けた提言の中で「住まいと住まい方」を整理しています(図表2)。これを見ると、まず高齢者が支援やサービスを受ける場所を、「住まい」「医療機関」「その中間施設」の3つに分けています。中間施設とは介護老人保健施設を想定したものです。つまり、ベースは住まいですが、高齢者の状態に応じて一時的に医療機関や中間施設でサービスを受けてもらい、医介連携により自宅・病院・老健を容易に行き来できるようにすることで、住み慣れた地域での生活を保障する——というわけです。さらに研究会は、住まいを一般住宅、高齢者向け住宅(持ち家・賃貸)、重度者向けの3つに分類して、これらに対する医療サービスは基本的には外付での対応としています。

同研究会の提言などから見えてくるのは、政府が特養に期待する真の役割です。

その一つが、低所得者を対象とする施設としての機能です。当然、これについてはサービス利用者の

負担額軽減をきちんと行うことが求められます。

もう一つが、地域包括ケアシステムにおける拠点、バックアップ施設としての役割です。

主な論点では「特別養護老人ホームは、社会福祉法人等により設置される地域福祉の拠点として積極的に地域展開をし、地域貢献を行う必要がある」としています。すでに定期巡回・随時対応型の24時間サービスでは、人員はすべて特養従事者との兼任でよいとされましたが、今後、国は小規模多機能型居宅介護等との併設禁止、専従・常勤などの規制をさらに緩和していくはずだ。

分科会の議論を締めくくる形で、村上委員が「在宅・入所の循環型の機能をしっかり位置付ける。地域の拠点施設になる。特養は専門職種が多い。看護師、社会福祉士、栄養士が地域に出て行き、ニーズに対応する。こういう地域貢献・社会貢献を進めていきたい」と発言されました。前向きな取り組みを期待したいと思います。

図表2 地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿 「住まいと住まい方」



© Peter Atkins - Fotolia.com

出典：〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書 平成26年3月 三菱UFJリサーチ&コンサルティング