

<H22. 8. 20 第 67 回社会保障審議会介護給付費分科会 ヒアリング要旨>

社会福祉法人 射水万葉会 常務理事 矢野恵三

《一部ユニット型施設について》

現状の新型特養の個室ユニット型施設は、低所得者（生活保護者）等が利用できない仕組であり、介護保険法の本質及び憲法 25 条に照らしても明らかに差別的制度政策と言わざるを得ない。

- ①経済的理由による選択肢を広げるべきと思います。
- ②利用者の状態による、介護的な要請による選択肢を広げるべきと思います。
- ③介護者の対応が柔軟に展開できる。

(結論)

全室個室ユニット型施設だけでなく、混合型「(例)二上万葉苑」や一部ユニット型も、あらゆる面で多様化した現状から地域の実状により、施設整備をすべきであり、全室個室ユニット型にこだわるのは如何なものであろうか。

(例) 二上万葉苑は

完全個室と 4 人部屋(4 人個室)の混合型ユニットによる従来特養です。

※従来型施設の多床室についても、雑居型ではなく、プライバシーに配慮した完全個室ではないが、準個室型を推進すべきと思います。

※大変厳しい財政状況から資金の効率化を図り、利用者負担も軽減できる。一方、余裕のある利用者には個室ユニットを利用して頂けたら良いのではないのでしょうか。

○今後は柔軟な政策を実施して頂きたいと思っております。

—特養の現状から—

ユニット方式（10人以下）は、時代遅れと思います。

重度者優先入所で、介護度4～5度の方しか入所できなくて、しかも終末ケア、看取りケアを要請されている特養の現状では、利用者と共に御飯を炊いたり、盛り付けたり、後片付け等を行なう事を前提としたユニット方式は、現場実態からかけ離れており
明らかに、時代錯誤と言わざるを得ません。

この方式による場所、設備、資金の無駄をはぶくべきであり、グループ（14～16人）個別ケアを推進し、完全個室、準個室化を制度、政策化すべきと思います。

（例）仮に2人で8人を介護するより、4人で16人を介護する方があらゆる面で良い
と思います。

《ユニット型個室の利用料》について

◎第2段階の人	——	80万以下の方
介護費	15,000	—— 高額介護サービス費による払い戻しにより、実質負担額
食事費用	390/日×30日 11,700	—— 補足給付により
居室費用	820/日×30日 24,600	—— //

合計 = $\frac{51,300}{\text{月額}} \times 12 \text{ ヲ月} = \frac{615,600}{\text{年額}}$

◎第3段階の人	——	80万以上の方
介護費	24,600	—— 高額介護サービス費による払い戻しにより、実質負担額
食事費用	650/日×30日 19,500	—— 補足給付により
居室費用	1,640/日×30日 49,200	—— //

合計 = $\frac{93,300}{\text{月額}} \times 12 \text{ ヲ月} = \frac{1,119,600}{\text{年額}}$

むしろ、

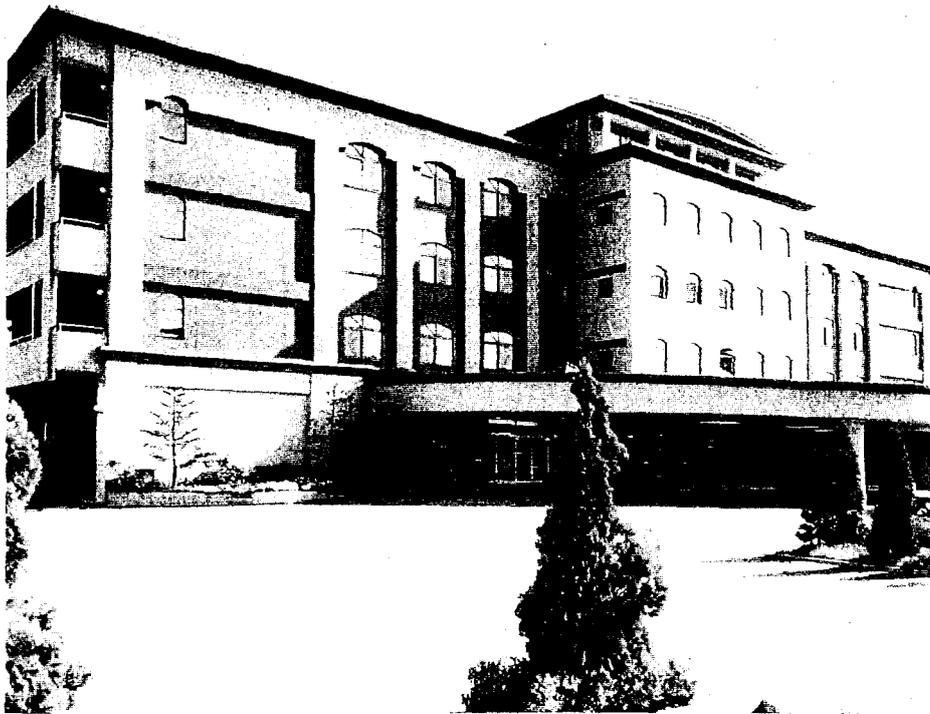
第2段階より、第3段階の方が、実質的に利用出来ない方が多いと推測されます。

特別養護老人ホーム

二上万葉苑

特別養護老人ホーム
ショートステイ(短期入所)
通所介護

居宅介護支援事業
地域包括支援センター
配食サービス



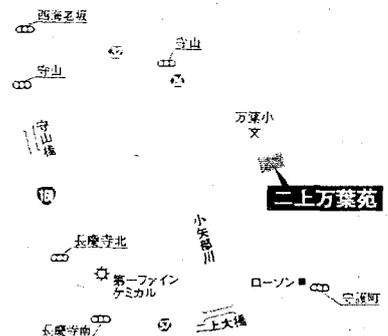
生活の場であった家庭の延長として、お年寄りが当たり前の普通の生活ができるように、「家庭に近い施設」を目指しました。全室個室対応を実現し、個人の生活を尊重、それぞれタイプの違った居室や設備で画一性を避け、お年寄りの多様な希望やニーズに応えます。各フロアにはパブリックスペースを設け、友人との出会いの場、小さな地域社会に似た、コミュニケーションの場を作り出しています。

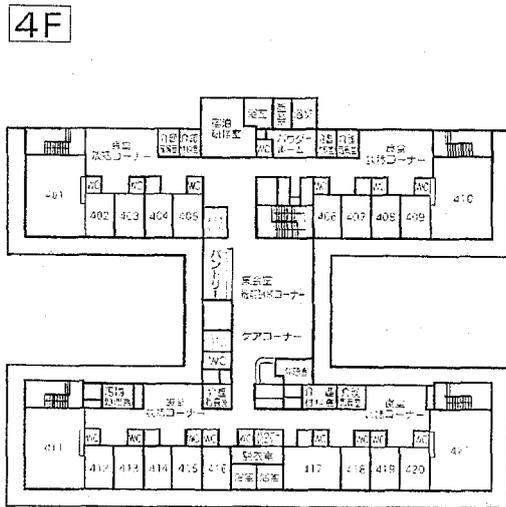
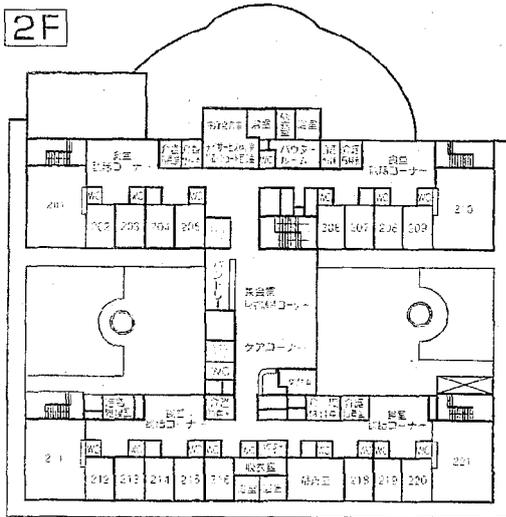
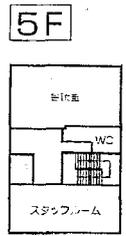
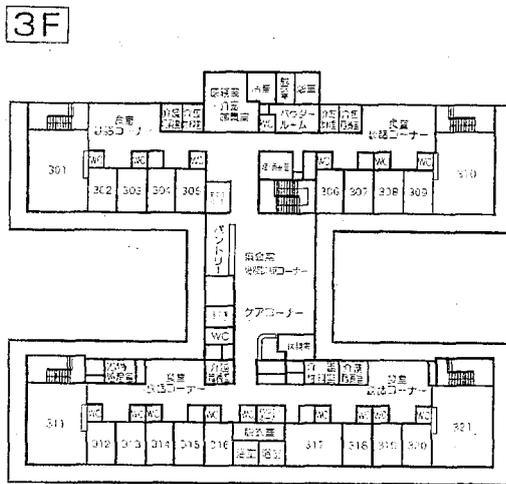
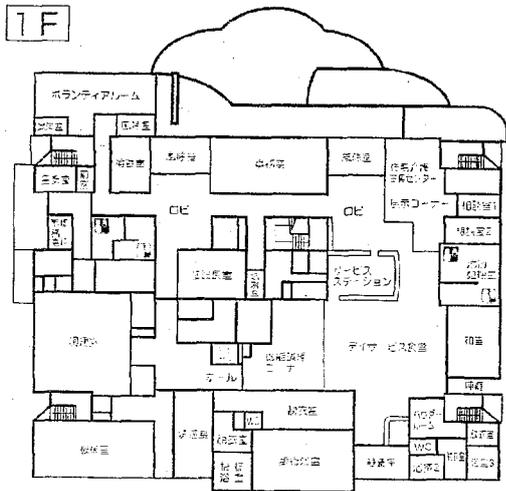


所在地／富山県高岡市二上町1004番地 TEL 0766-25-0808 FAX 0766-29-0111

施設開設／平成15年4月1日

定員／入所 80名、ショートステイ(短期入所) 20名、通所介護 50名





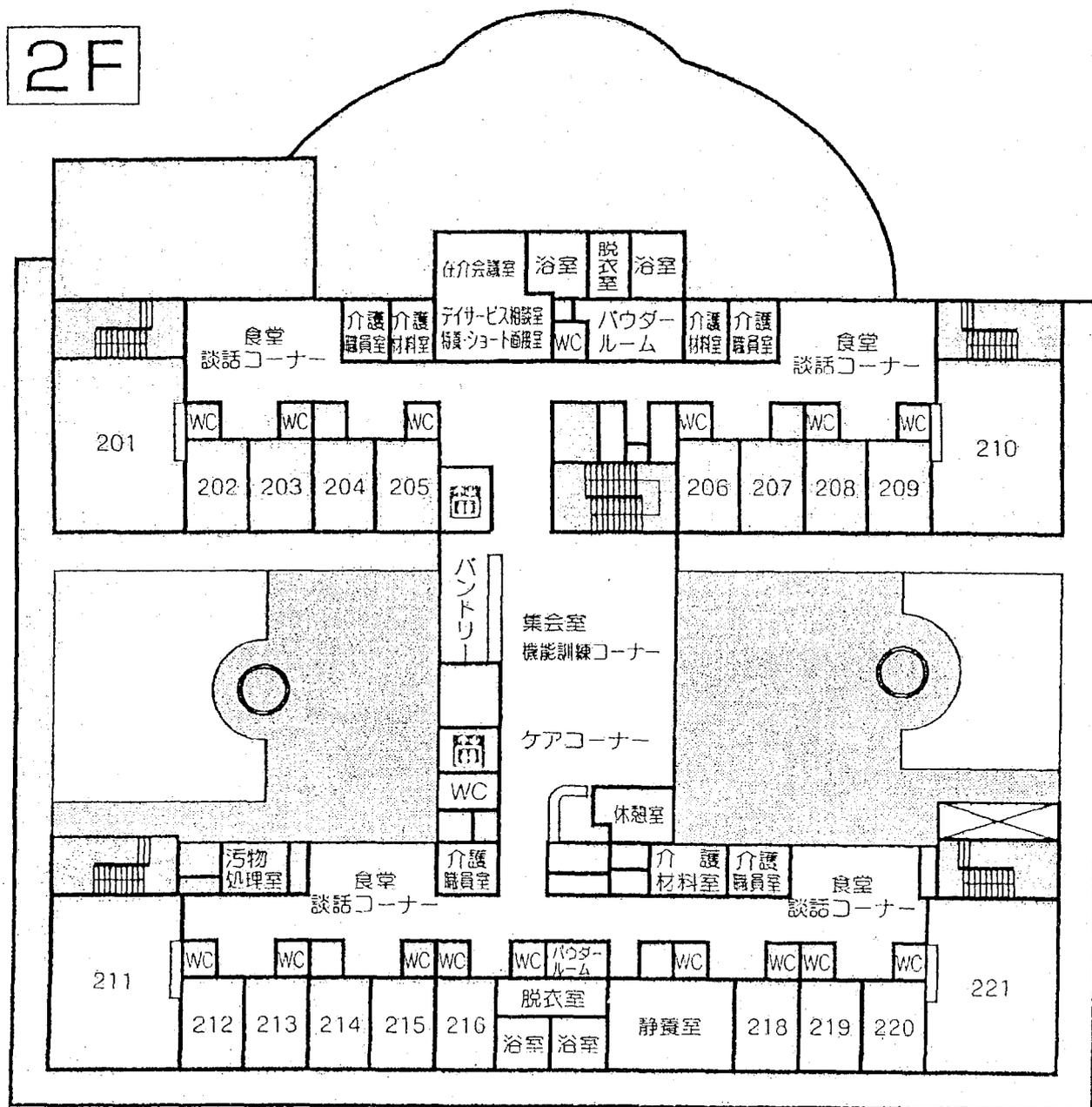
■法人の沿革

- 昭和57年 9月 9日 社会福祉法人射水万葉会設立認可
- 昭和58年 4月 1日 特別養護老人ホーム射水万葉苑開設
(入所定員80名)
- 平成元年 2月 1日 デイサービスセンター (A型) 事業受託
- 平成 3年 4月 1日 ショートステイ整備 (入所定員20名)
在宅介護支援センター事業受託
- 平成 7年 4月 1日 デイサービスセンター (E型) 事業受託
- 平成11年 4月 1日 特別養護老人ホーム射水万葉苑拡張
- 平成12年 6月12日 特養 (30名)、ショートステイ
(20名) 計50名増床
特養 (110名)、ショートステイ
(40名) 計150名
デイサービス (45名)
- 平成13年 4月 1日 ケアハウス万葉開設 (定員70名)

■建設概要

1. 施設名称 特別養護老人ホーム二上万葉苑
2. 所在地 高岡市二上町1004番地
3. 設置経営 社会福祉法人 射水万葉会
4. 敷地面積 6,180.99㎡
5. 建物概要 建物延面積 6,385.01㎡
(内訳)特別養護老人ホーム 4,418.88㎡
ショートステイ 846.35㎡
地域交流スペース 356.78㎡
デイサービスセンター 604.36㎡
在宅介護支援センター 158.64㎡
建物構造 鉄筋コンクリート造5階建
6. 施設定員 特別養護老人ホーム 80名
ショートステイ専用居室 20名
(居室) 1人部屋 48室 48名
2人部屋 2室 4名
4人部屋 12室 48名(個室対応)
合計 62室 100名
7. 施設特徴 住環境 ユニット型 (12ユニット)
8. 併設施設 デイサービスセンター 30名
在宅介護支援センター
9. 工事概要 設計管理 株サン・プランニングシステム
施工業者 建築 東亜建設工業株式会社
空調 新菱冷熱工業株式会社
電気 柴田電気工事株式会社
工事期間 着工 平成14年5月25日
竣工 平成15年2月28日

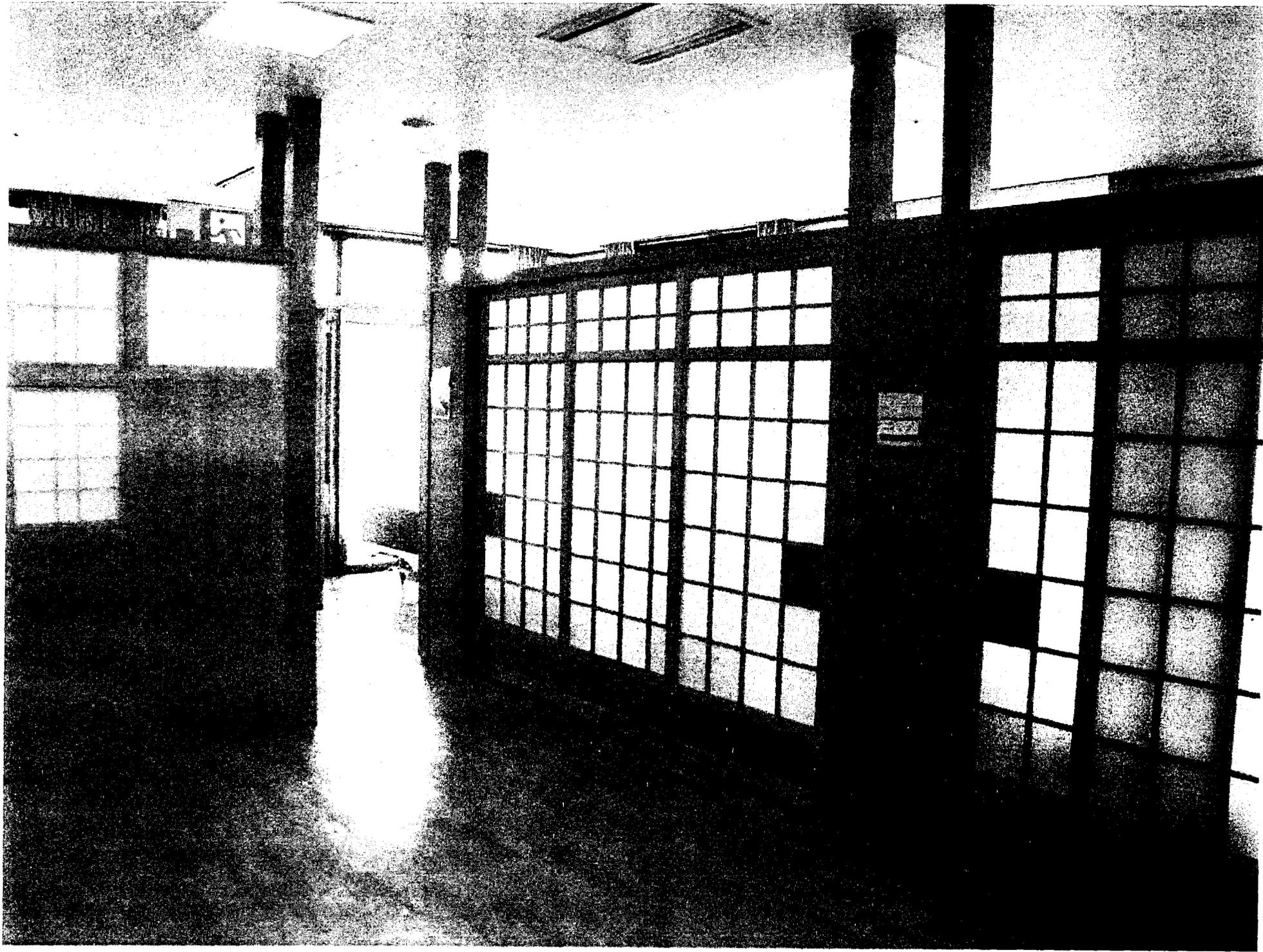
参考図) 2階フロア 居室 201~220・食堂・談話コーナー・喫茶コーナー
 集会室・機能訓練コーナー・ケアコーナー・在宅介護会議室・デイサービス相談室
 特養ショート面接室・静養室

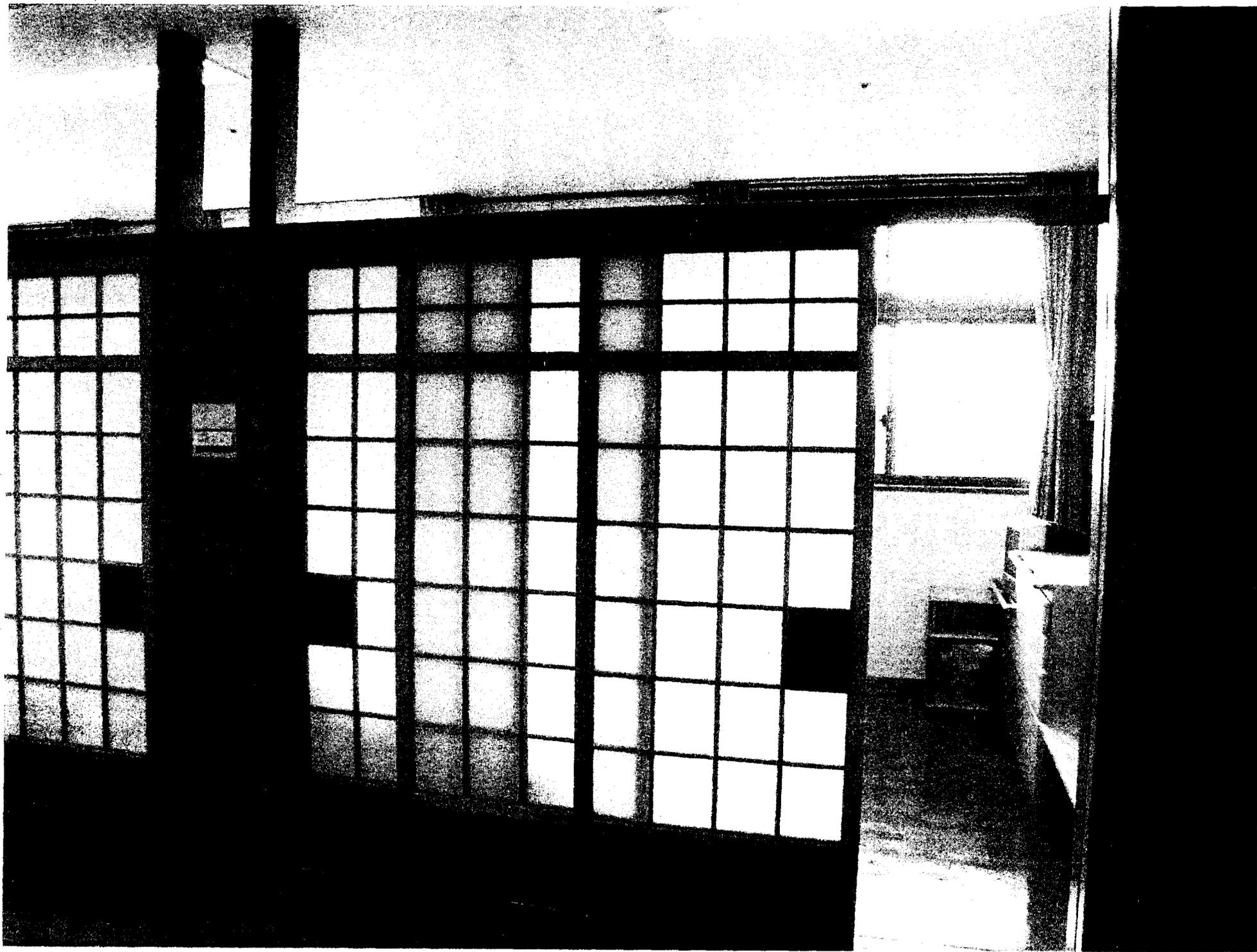


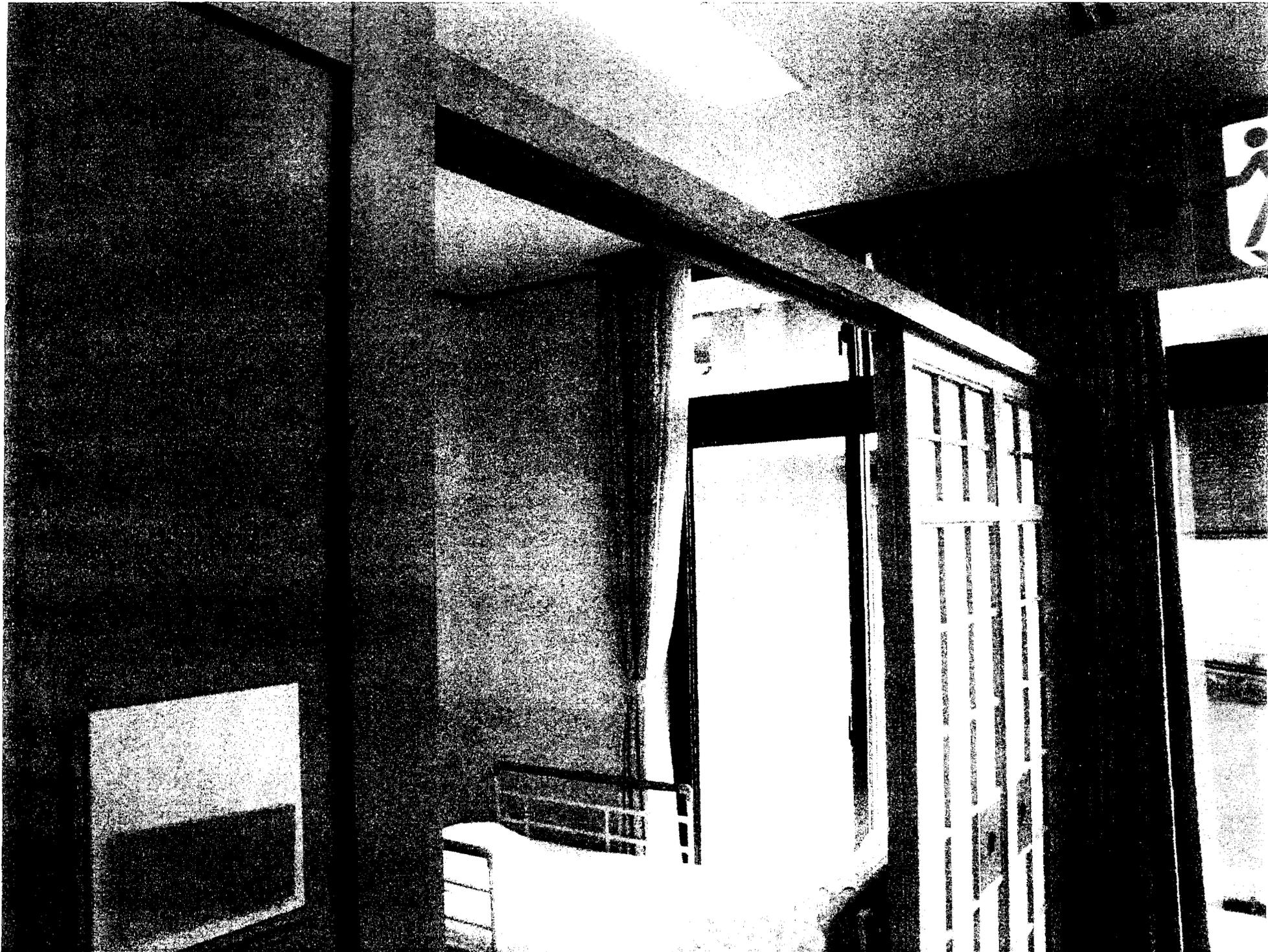
201~205 さくらユニット・206~210 ひまわりユニット
 211~216 ゆりユニット・218~220 ぼたんユニット

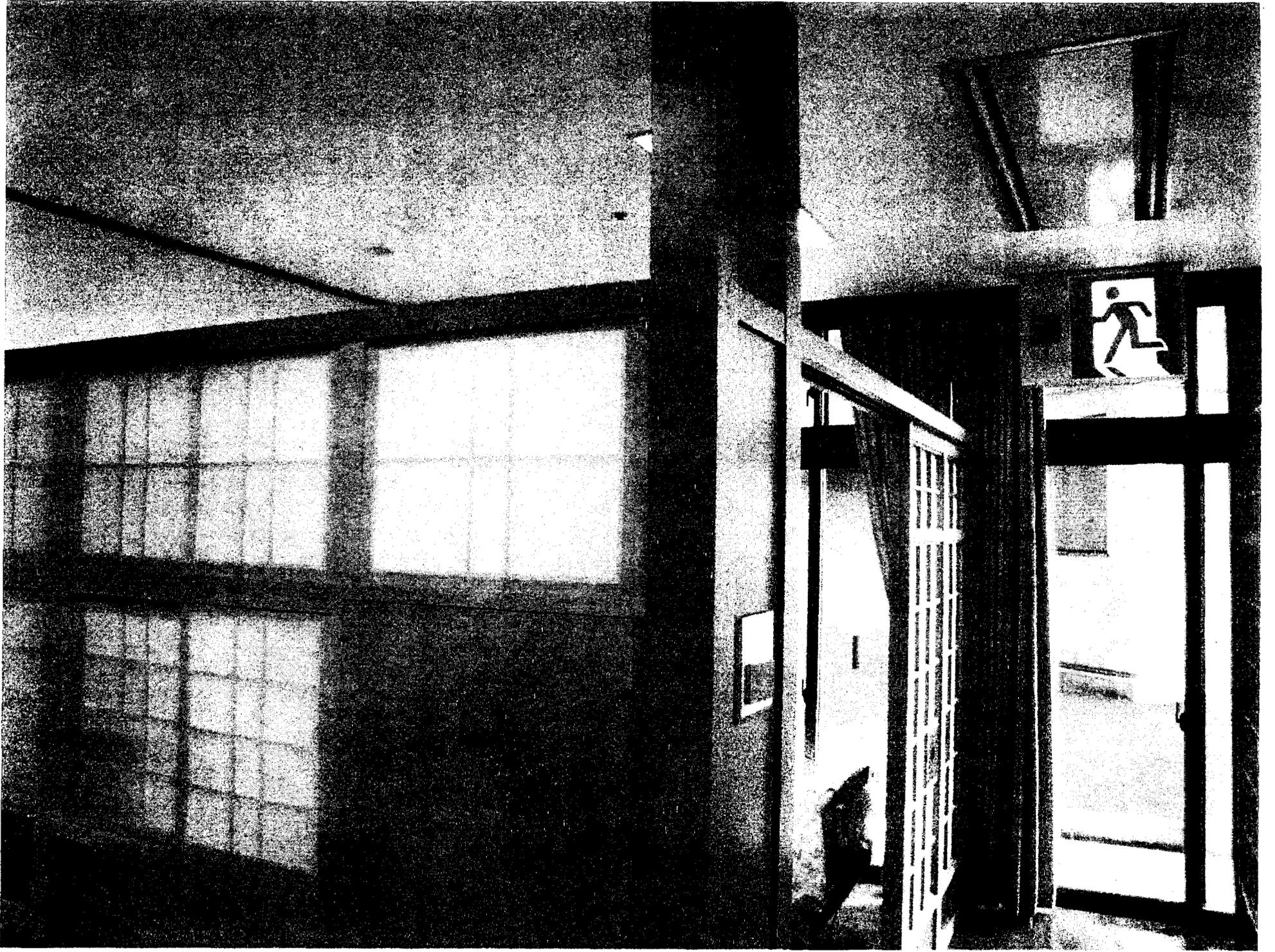




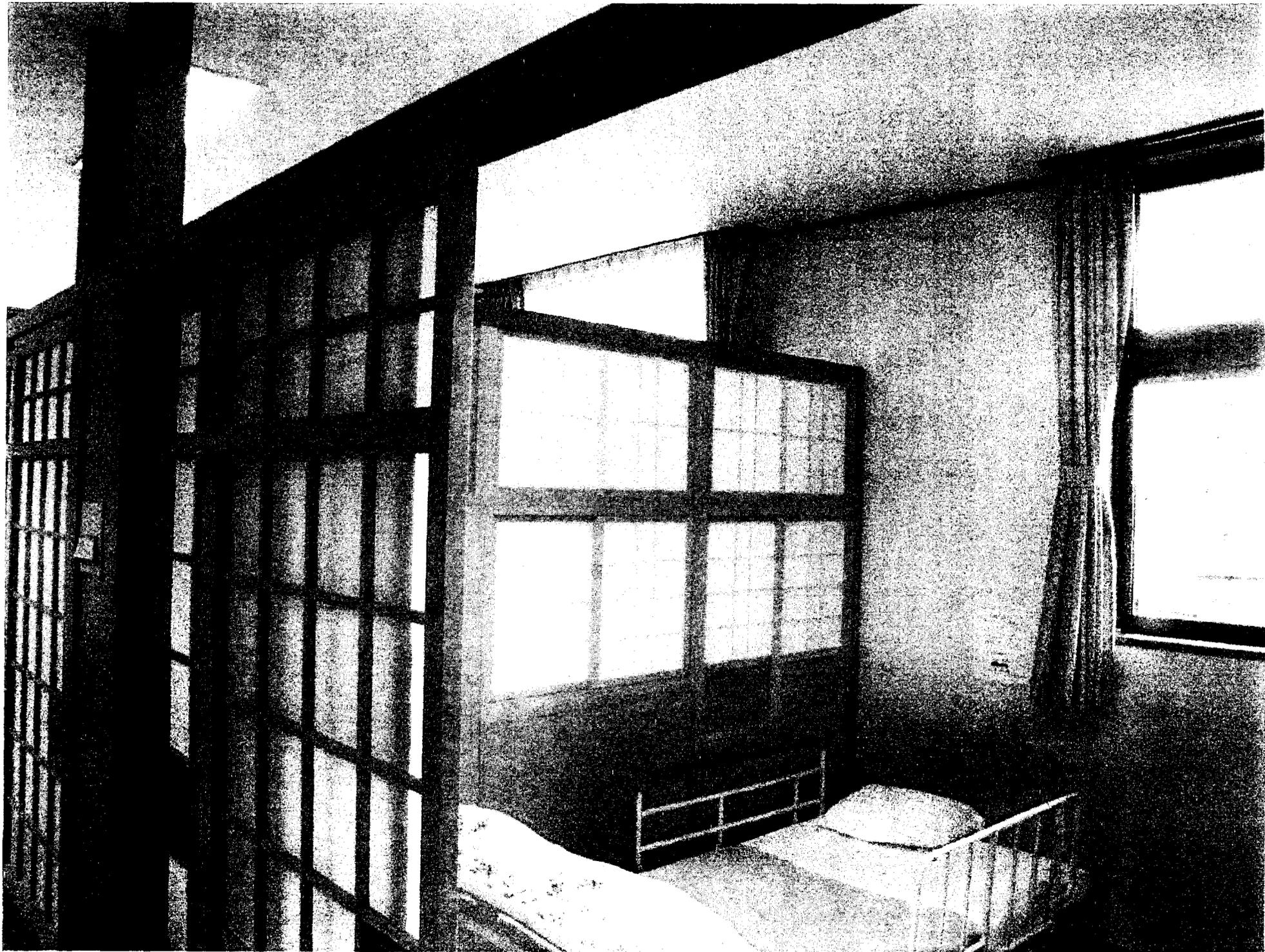












ユニットケアの長所

- ユニットが小規模単位なので、在宅の生活に近づけていける。
- 時間の束縛がないので、入居者のペースで生活できる。
- 時間がゆっくりで、入居者ひとりひとりに関わる時間が長い。
- ひとりひとりと、より深く関われることで、職員は、入居者の毎日の変化にも敏感になれるほか、入居者にも安心感をもっていただける。
- 入居者のことが、より良く理解できることから、その方に合った介護ができ、問題行動を減らすことができるほか、入居者と職員の間、信頼関係が生まれる。
- 入浴は、入居者本位で入っている。
- ひとりひとりの入浴時間が長く、ゆったりできる。
- 排泄ケアは、入居者が希望した時に、随時トイレ誘導、オムツ交換ができる。
- 排泄の訴えが、できない入居者に対しても、排泄のサインを見逃すことなく、トイレ誘導ができるため、オムツの着用を強いることもなく、放便、放尿を減らすことができる。
- オムツ外しを進めることができ、ADLの向上につながる。
- 個室化によりプライバシーと個性の尊重が可能であるほか、テレビの音や照明の点灯、室温管理、臭いに伴う換気などを、他の入所者を気にすることなく、自由に選択できる
…等。

ユニットケアの短所

- 要介護度など、入居者の状態によって、関わりに差がでるほか、自立の方に関わる時間が少なくなるため、不公平感がある。
 - 入居者同士の相性が合わない場合、居室やユニットの変更が容易ではない。
 - 入居者と職員の相性が合わない場合、仕事がやりにくく、入所者も気まずい思いをする。
 - 職員ひとりひとりの介護力に、差が生じやすく、均一の介護になりにくい。
 - 個室化により、居室での転倒など、死角での事故が起こりやすく、安全面に不安がある。
 - 入居者の性格によっては、過剰介護になりやすく、自立支援の妨げになる場合もある。
-
- 従来ケアより人手が多くかかる。

個室の持つ利点

- プライバシーと個性の尊重
- テレビやラジオの音に対しての自由選択
- 照明の点灯における光の自由選択
- 温度(室温)管理の自由選択
- においに伴う換気の自由選択
- 他人への気づかいが少なく、ストレスが著しく軽減される。

平成22年8月20日
介護給付費分科会

全室個室とユニットケア

社団法人全国老人保健施設協会

老健施設の混合型施設に対する評価は、
ユニットケアへの取り組み、ケアの質の向上を
目指したものとして積極的に評価すべきである

全室個室の推進のためには、
施設整備のための財源確保が必要である

ユニットケア推進のためには、
介護報酬上でそのケアの質の評価が必要である

混合型ユニットケア(一部ユニット型介護 老人保健施設)について

住まいの機能である特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)については全室個室推進のながれがあることは理解する。老人保健施設については在宅復帰施設という役割から、必ずしも全室個室ユニットの必要性はないのではないか。

指定(開設許可)は都道府県知事によるが、開設から4年も経過していれば、当然厚労省も把握していたはずであり、平成18年から混合型で指定(開設許可)を受けた施設が出ている。

(社)全国老人保健施設協会としては、厳しい経営環境の中で、個室化を推進し、かつ、ユニットケアに取り組み、質の高いケア提供の試みとして、積極的に評価しているところである。

(社)全国老人保健施設協会の三大事業

急性期医療の変貌、85歳以上の利用者の増加、家族や地域の介護力の変容等による入所期間の長期化という背景が存在するとしても、第二特養化という批判については甘受せざるを得ない面も存在する

ケアマネジメントシステムの構築(R4システム)による地域包括ケア・施設ケアの質の向上

認知症も含めて、利用者の時系列的な状態像変化を把握するための研究事業(コーディング研究班)

介護職等人材確保のための処遇改善事業としての各種研修・教育事業の展開

住まいにおける個室化は、着実に推進すべき課題である

しかし、経営基盤が脆弱で全室個室化が困難という現状がある

同時に、ユニットケアへの取り組みによるケアの質の向上も推進すべき課題である

ユニットケアは少人数処遇による個別ケアの質の向上を目指すマネジメント技法である

老健施設の経営の現状

		平成19年度 全体 (平均定床数: 91.8床) 通所定員: 35.4					平成20年度 全体 (平均定床数: 93.1) 通所定員: 36.3						
		答 数回	円(平 均)千均	比 率	減年対 額増前	年対 比前	答 数回	円(平 均)千均	比 率	減年対 額増前	年対 比前		
収入の部 (単位: 千円)	入所事業収益	951	325,464	81.7%	13,074	104.2%	877	326,614	81.6%	1,150	100.4%		
	(入所+短期入所)	939	64,266		-11,268	85.1%	877	68,775		4,509	107.0%		
	通所リハビリテーション	924	66,612	15.3%	1,888	102.9%	877	66,768	15.2%	156	100.2%		
	訪問リハビリテーション等	894	6,299		-2,391	72.5%	877	7,062		762	112.1%		
	その他の介護事業外収益	595	11,917	3.3%	10,324	748.3%	877	9,605	2.7%	-2,311	80.6%		
	受取利息	490	1,452		1,252	726.0%	877	1,139		-313	78.4%		
	上記以外	893	369		-5	98.7%	877	327		-42	88.7%		
	老健全体の収益合計	935	10,622		-1,203	89.8%	877	10,731		108	101.0%		
	老健全体の介護報酬収益計	-	403,993		14,838	103.8%	-	402,988		-1,005	99.8%		
	上記以外の利用料収益計	-	72,017		-14,321	83.4%	-	76,975		4,958	106.9%		
上記収益合計		951	477,253	100%	1,759	100.4%	877	484,468	100%	7,215	101.5%		
支出の部 (単位: 千円)	介護事業費用	給与費(人件費)	951	257,439	53.9%	1,271	100.5%	877	265,509	54.8%	8,071	103.1%	
		材料費	うち、給食用材料費	859	20,303	4.3%	-3,774	84.3%	877	16,992	3.5%	-3,312	83.7%
			給食用材料費以外の材料費 (医療・薬剤・衛生材料等を含む)	948	14,697	3.1%	-5	100.0%	877	14,936	3.1%	239	101.6%
		経費	うち、光熱水費	943	19,127	4.0%	619	103.3%	877	19,664	4.1%	538	102.8%
			光熱水費以外の経費	940	46,665	18.1%	-	-	877	41,716	15.7%	-4,949	89.4%
		委託費(外部委託人件費等)	933	39,289	8.2%	3,628	110.2%	877	40,946	8.5%	1,657	104.2%	
		減価償却費	937	30,985	6.5%	788	102.6%	877	28,786	5.9%	-2,200	92.9%	
	上記以外の経費	749	14,089	3.0%	-39,470	26.3%	877	15,873	3.3%	1,784	112.7%		
	介護事業外費用	支払利息	913	11,011	2.3%	-1,635	87.1%	877	9,388	1.9%	-1,623	85.3%	
		介護事業外費用	792	6,020	1.3%	-2,854	67.8%	877	5,272	1.1%	-748	87.6%	
	老健全体の費用合計		951	449,954	94.3%	5,629	101.3%	877	457,565	94.4%	7,611	101.7%	
経常損益		951	27,136	5.7%	290	101.1%	877	27,275	5.6%	138	100.5%		
減価償却前利益率				12.2%					11.6%				
退職金に充当するため、中退協・保険会社等で積立を行っている場合		522	18,129				489	54,108					

年度末	短期借入金	717	21,347
借入金残	長期借入金	938	462,114
単年度の	元金返済額	901	54,519
元金返済	返済のために新たに借入を行なった場合の借入	617	15,738

		663	20,008
		871	407,189
		828	48,674
		563	10,315

改修型ユニットケアと人員配置

2つのユニットに一人の夜勤職員⇒
勤務表を組むと人員配置はほぼ2:1

安心・安全のための最
低限の夜勤職員の配置

3階フロア:40床
(4つのユニット)

ケアスタッフ
2人

2階フロア:40床
(4つのユニット)

ケアスタッフ
2人

管理スペース
相談室・診察室

1階フロア:20床
(2つのユニット)

ケアスタッフ
1人

看護職
1名

ケアマネジメント・システム

フロアごと、ユニットごとの機能分化

職員の教育・研修

一部ユニット型特養整備に関する発言要旨

2010年8月20日
特養をよくする特養の会
代表 池田 徹

1 特養の個室ユニット化は、人権の問題です。

国は、2003年度以来、新設する特養は個室ユニット型を基本とする政策を継続してきました。しかし、昨年、緊急整備対策に関して、多床室の整備を認めることに方針転換したともとれる通知を発し、これも要因になって、一部の自治体が個室ユニット（※）と多床室の合築型特養を整備しようとしています。

居室の定員が1人か2人以上の何人部屋かは、次元が異なる問題です。赤の他人が平均4年強、長い人は10年以上暮らす居室に複数の人が暮らすことは、通常では考えられないことです。2003年度以降の国の方針は、高齢者の人権と尊厳を守るためには個室ユニットが必要という理念に基づいたものと思います。

昨年の通知は、誤解を招く不適切な内容でした。国は、率直にそれを認め、あらためて、国は、個室ユニット型の整備が基本方針であることを明確にしていきたい。

個室ユニットケアとそれ以前から行なわれてきた大人数のケアとはケアの根本的なあり方が異なります。すなわち、大人数のケアは、ハードソフトとも、病院をモデルに、見守り易さ、介護のし易さ、管理のし易さなどケア者側の都合を優先し、その範囲で利用者のQOLを追求してきたと言えます。これに対して、個室ユニットケアは、利用者の尊厳、QOLを第1の優先課題として、それに対応するケアのあり方を根本から考え直すことを前提にしています。したがって、ケアの理念、技術を180度転換することが求められます。今後整備される特養に個室ユニット型と従来型のハードが共存すれば、同一施設内で、180度異なるケア理念、技術が求められるケアが共存することになりかねません。

その意味でも、一部ユニット型施設の新設には大きな問題があると考えます。

※新型特養は、正確な制度名は「小規模生活単位型」特養であり、「ユニット」とは小規模生活単位がその本質です。認知症グループホームがそうであるように、50人、100人という異常な生活単位をできるだけ家庭的な生活の仕方に改善していこうというのが、個室ユニットの基本的な考え方であり、児童・障害施設の小舎化、認知症グループホームの登場などの流れを受けて、10人程度の「小規模生活単位」が設定されたものです。ユニットケアとは特別なものではありません。個室ユニット特養は、「家庭に近い生活単位による個室特養」と言い換えてもよいでしょう。

2 2003年以降に建設された一部ユニット型特養、老健で、ユニット部分に誤ってユニット報酬が支払われた事業者には、報酬の返納を求めて下さい。

一部の自治体から、2003年以降に建設された一部ユニット型施設のユニット部分にユニット報酬が誤って支給されたことに対し、自治体から、報酬返還を免除するよう要請がされていると聞きます。

しかし、同じ条件の一部ユニット型施設で正規の介護報酬を請求していた事業所があるのに、誤請求をした事業所のみ救済することは、公正を欠きます。そうすると、正規に請求してきた施設にも、さかのぼって追加支給した上、利用者から差額の自己負担分を徴収しなければならなくなります。

しかし、だれが読んでも誤解しようのない明確な通知が発せられたにもかかわらず、誤支給した報酬の返還が免除されたり、まして、正当に支給した事業者に追加の支給まで行なうとなれば、通知内容が不適切であったということに他なりません。

つまり、ユニットケアの実態がある一部ユニット型施設に個室ユニット報酬を支給しないとした判断は間違いだったから、正規の報酬を請求してきた一部ユニット型施設にも、さかのぼって報酬の差額を支払うのだという論理になります。国がそれを認めるのであれば、報酬は返還する以外にあり得ません。

誤支給は、自治体が通知内容を理解していないことによって発生しました。したがって、当該自治体は、返済資金の長期、低利（または無利子）融資等によって事業者の救済を図るべきです。

3 一部ユニット型と全室個室ユニットのベッド整備数に大きな差がなくなるようにすることが可能です。（多床室整備に抛らなくても待機者対策が可能です。）

当会が、別途提出した「提言書」の「提言1」で試算した結果、80人定員で居室面積10.65㎡の全室個室ユニット型建設に必要な床面積で、居室面積10.65㎡の個室ユニット型と4人部屋を半々（個室ユニット40人、4人部屋40人）とする一部ユニット型を造った場合、86人定員になる（ベッド数7%増）ことがわかりました。また、現在10人が基準のユニット定員を増加したり、廊下幅等の基準を緩和すれば、さらに差は縮まり、ほとんど差がなくなります。

わずかな定員増のために、向こう40年近く使用する施設を4人部屋にすることは、次代に負の遺産を残すことになります。

4 個室ユニット型に低所得者が入居することが可能になります。（多床室整備に抛らなくても低所得者対策が可能です。）

「提言書」の「提言3」で試算した結果、6万円のホテルコストを5万円に引き下げることが可能です。現在、補足給付により、保険料区分1、2段階の人は自己負担2万5千

円、保険料区分3段階の人が自己負担5万円です。ホテルコストが1万円下がることで、1、2段階の人は多床室（1万円）とあまり変わらない負担になります。3段階の人の自己負担は4万円になりますが、3段階の所得幅がかなり広い（80万円～266万円）ので、80万円近辺の人には引き続き重い負担であり、この層の人への支援策を講じる必要があります。

多床室の負担は水光熱費の1万円のみなので、確かにその差はまだ大きいと言えますが、次項で述べる理由により、新設する多床室は、1万円の自己負担では経営が困難になります。経営が困難になるにもかかわらず多床室を造れば、人件費の節減などにより入居者のケアや生活の質に悪影響をもたらすことになりかねません。その観点からも、特に第3段階前半の人に対する補足給付の補強または家賃補助の仕組みをつくり、個室ユニット型に低所得者が入居できる仕組みを造ることが優先課題です。

5 入居者から1万円の水光熱費を徴収するだけでは、新設する多床室施設の運営は困難です。

「提言書」の「提言2」で試算したように、例えば「試算④—80床／返済期間30年／少額修繕費で試算する場合」ですと、居室10.65㎡の個室ユニット型施設の居住費は49,463円なのに対して、多床室は40,989円となります。つまり、個室ユニット型と多床室のコスト差は9,000円不足なのです。個室ユニット型はこのコストを入居者（補足給付を含む）から徴収することができますが、多床室は1万円の水光熱費しか徴収できません。したがって、3万円余りのコストを事業者が自己負担しなければならなくなります。これは、80人定員で半数が多床室の一部ユニット型施設ですと月間120万円、1年で1440万円という重い負担になります。

事業者がこの負担に耐えるには、人件費を中心に経費の削減を行わざるを得ず、入居者のケア、生活の質が低下することは避けられません。

また、もし、このコストを自治体が独自に補助金で拠出するのであれば、これは本末転倒になります。その財源があるなら、低所得者が個室ユニット型に入居できるように家賃補助等を行うことができるのですから。

以上のことから、待機者対策、低所得者対策として多床室を整備するために、一部ユニット型施設を新設することは、合理的な選択とは到底思えません。

国と、自治体は、協力し、すべての人が個室ユニット型施設に入居できるような施策を推進して下さい。

特別養護老人ホームにおける多床室整備に関する提言書

2010年7月

特養をよくする特養の会
特養ホームを良くする市民の会

特養は2002年まで4人部屋が主流でしたが、それ以降個室・ユニット型の「新型特養」が制度化され、昨年まで、新設する特養は個室・ユニット型を基本としてきました。また、2003年以降にできた特養が一部ユニット型(多床室と個室・ユニットの混合型)の場合、ユニット部分に従来型の介護報酬を適用してきたのも、特養は個室・ユニット型を基準とするという国の方針によるものです。

ところが、昨年来、いくつかの地方自治体から、一部ユニット型特養の建設を認め、ユニット部分に新型特養の介護報酬を適用するよう、厚生労働省に対する要望が相次いでいます。このような要望の理由として個室・ユニット型は居住費・食費などの自己負担が重く、低所得高齢者等の利用が困難だから多床室が必要であるということが挙げられます。

しかし、以上のような理由で多床室を新設することは、個人の尊厳を規定した介護保険の精神からも、絶対に避けるべきです。高齢者や障害者が日常生活を送る場が、プライバシーが守られるよう個室が基本であるべきことは、個人を尊重する憲法を持つ先進国として当然です。生活施設の居室が1人か2人以上かの議論は、単なる人数の違いではなく、もっと本質的な違いなのです。

生活の場である特養には、個人の尊厳が保たれるべき暮らしが実在し、その中で入居者の自尊心を守り支える個別ケアが保障されなければなりません。「強い社会保障」を目指す高齢者施設は、個別ケアとそれにふさわしいハード(個室ユニット)で構成されることが望まれます。

一部の地方自治体が多床室を整備しようとするのは、以下の2つの理由に基づくと思われます。私たちは、以下の「提言」で、個室・ユニット型と多床室にコスト上大きな差がないようにできること、また多床室のほうが自治体の負担が大きくなることが考えられることを指摘することで、2つの理由をクリアできることを提言します。

【従来型(多床室)特養を都道府県・市町村が整備したいとする理由】

1、整備可能床数の問題

- ・特養待機者42万人といわれる中、整備床を確保したい。
- ・個室は多床室に比べ一人あたりの面積が大きくなり、特に大都市部などでは、土地の確保が困難な中、多床室整備を進め、特養の待機者の緩和を進めたい。

2、居住費の低減問題

- ・個室型の施設では、その居住費が高額になり、低所得者(3段階、2段階前半の方及び1段階の生活保護受給者)が入居できない状況がある。

提 言

【大前提として】

大前提として、「地域主権改革法案」における、居室定員については、介護保険法の理念である「高齢者の尊厳の保持」に基づき、「参酌すべき基準」ではなく、「従うべき基準」とし、その基準を「原則居室定員1名」とすべきである。

〔提言1〕……居室面積、廊下幅などの規制緩和により、個室・ユニット型と多床室に面積的な大差は生じない。 (別紙資料「基本表」参照)

1) 居住空間の広さの違い

ユニット型個室(13.20㎡)と従来型多床室の差=10㎡

従来型	44.7㎡/床
ユニット(10.65㎡)	51.5㎡/床
ユニット(13.20㎡)	54.7㎡/床

2) 10㎡の差をもとに出された整備可能床の差

ユニット型個室(13.20)80床 → 従来型多床室97.9床 約2.2割り増し

ユニット型個室(10.65)80床 → 従来型多床室92.1床 約1.5割り増し

一部ユニット型特養の場合には、当然ながらその差はさらに縮まる。

ユニット型個室(13.20)80床 → ユニット型個室(13.20)50%、多床室50% → 88.9床

1.1 割増し

ユニット型個室(10.65)80床 → ユニット型個室(10.65)50%、多床室50% → 86.1床

0.7 割増し

- * 従来型であっても個別ケアが推進されるべきであり、そのためには個室のしつらえ、少人数で利用できるリビングが必要。多床室を整備する場合には、感染症及び看取りケアのための静養室が居室とは別に必要。これにより差は縮まる。
- * 廊下幅は従来型・・・2.7m(片廊下1.8m)、ユニット広域・・・1.8m(片廊下1.5m)、地域密着ユニット・・・1.6m(片廊下1.2m)となっており、個別ケアを推進する場合には、地域密着ユニットまで緩和が可能(別途、バリアフリー新法は遵守)。

以上のことから、居室の面積緩和や廊下幅の緩和などにより、同一建築面積で整備できる床数は、ユニット型個室と従来型多床室で大差ないと言える。当然ながら、一部ユニット型は、個室ユニット部分の床数が多ければ多いほど、全室ユニット個室との差がなくなる。1ユニットにおけるユニット定員を緩和すれば、差はほとんどなくなると言ってもよいだろう。

建物は、一度建てれば向こう30年は使用するものであり、後世に対して、負の遺産を残すことになる。上記のシミュレーションによって、介護保険法の理念である「高齢者の個人の尊厳の保持」を無視してまで、全室多床室や一部ユニット型特養整備に転換する意味はなくなったと言えよう。

〔提言2〕…………従来型多床室整備を行った場合、施設整備における借入金の返済財源が確保できない。(別紙資料「試算表①」参照)

1) 80床の特養を1床あたりの交付金350万円、自己資金100万円、と借入金をそれぞれ別表の通りに設定してシミュレーション

算定条件: 25年返済、39年目に建て替え予定、その間居住費は同額徴収、修繕費3億円

従来型多床室=50,709円/月(水道光熱費1万円含む・返済期間は25年)

ユニット型個室(13.2)=63,595円/月(水道光熱費1万円含む・返済期間は25年)

ユニット型個室(10.65)=60,532円/月(水道光熱費1万円含む・返済期間は25年)

別紙資料により、居住費の額はその施設整備交付金と自己資金、借入金とで大きく左右されていることがわかるが、従来型多床室の場合、現時点での交付金における試算では、5万円ほどになってしまい、現在の補足給付での特定基準費用額が月額約1万円であることを考慮すると、事業者はとうてい借入金の返済財源が確保できないことになる。

この財源を地方自治体が補助するとすれば、自治体は個室・ユニット整備以上のコスト(交付金増額)を要する。

自治体の交付金増額がない場合、経営基盤を安定化させるだけの収支差額を確保する

ためには、人件費を切り詰めるしかなく3:1の職員配置に近づかざるを得ない。現在、従来型は2.5:1の職員配置を確保し個別ケアに取り組んでいるが、これは、既存の従来型が交付金が多額に投入されていた時代に建設され、借入金返済・利子返済が極めて少額であるために成立しているにすぎない。よって、現在の交付金で整備すると、現状の従来型よりも職員配置は厳しくなり、個別ケアから遠のいてしまう。

一方個室ユニットの場合は、特定基準費用額は6万円であるため収支差額が一定程度確保でき、これにより2:1の職員配置、研修の充実、新たな事業展開、低所得者減免制度の活用などサービス向上に向けた様々な取り組みを行うことが可能となり、個別ケアの推進が図られる。

この違いを把握した上で、多床室整備を進めようとしているのかの確認が必要である。

〔提言3〕……補足給付の上限額を引き下げ、居住費負担を低減する。

(別紙資料「試算表①②③」)

1)現時点での居住費の差

算定条件:25年返済、39年目に建て替え予定、修繕費3億円

従来型多床室=50,709円/月(水道光熱費1万円含む)

ユニット型個室(13.2)=63,595円/月(水道光熱費1万円含む)

ユニット型個室(10.65)=60,532円/月(水道光熱費1万円含む)

* 個室の居室面積の緩和だけでは、居住費は3000円ほどしか下がらない。

2)居住費算定条件の見直し

居住費の算定条件は、自己資金、借入金、利息、修繕費、水道光熱費であるが、一部の自治体では、修繕費は、借入金返済後も同額の居住費を徴収するとの考え方により、居住費算定条件には組み入れないとするところもある。(例 京都市など)

3)居住費算定の修繕費を少額に設定

算定条件:25年返済、39年目に建て替え予定、その間居住費は同額徴収、居住費算定に組み込む修繕費1億円。それ以外は収支差額の積み立てにより対応可能。

従来型多床室=46,323円/月(水道光熱費1万円含む)

ユニット型個室(13.2)=59,209円/月(水道光熱費1万円含む)

ユニット型個室(10.65)=51,761円/月(水道光熱費1万円含む)

* 13.2㎡の個室 63,597円→59,209円

* 10.65㎡の個室 60,532円→51,761円

4) 3)の条件でさらに返済金の返済期間を延長する

算定条件:30年返済、39年目に建て替え予定、その間居住費は同額徴収、居住費算定に組み込む修繕費2億円。それ以外は収支差額の積み立てにより対応可能。

従来型多床室=40,989円/月(水道光熱費1万円含む)

ユニット型個室(13.2)=52,106円/月(水道光熱費1万円含む)

ユニット型個室(10.65)=49,463円/月(水道光熱費1万円含む)

*13.2㎡の個室 63,595円→52,106円

*10.65㎡の個室60,532円→49,463円

以上のことから、居住費を最大5万円近くまで低減することが可能である。

以上のように、交付金増額(200万円→350万円)、開設準備交付金創設(一床60万円)、介護報酬の引き上げ(2009年度)により、現在、個室ユニットを整備する場合には試算の結果5万円程度まで居住費の低減が可能である(居住費の低減を既存の個室ユニットに適用するか否かについては、別途、詳細な検討が必要である。また地価が極めて高額な地域では、土地費用についての整理が必要である)。

新たな多床室を整備するのではなく、上記の対応策によって個室ユニットの整備を進めるとともに、既存の従来型施設が個別ケアを推進し、時期をみて個室ユニットに転換できるような対応策を別途講じて頂きたい。

なお、生活保護受給者のユニット型個室への入居の問題については、法的には必要に応じて入居できることになっている。これについては、先の福田内閣の時に正式に国会答弁で回答されているため、各自治体に於いて判断されるべき内容であると考えます。

:参考資料は、基礎資料として、井上由起子氏(国立保健医療科学院)により整理されたものを使用し、特養をよくする特養の会にて整理した。

【基本表－80床／返済期間20年／修繕費有りの場合】（井上由起子氏（国立保健医療科学院）の整理による。）

	該当数	デイあり	デイなし	定員(入居+短期)	坪単価	一床あたり延べ面積	一床あたり建設単価
ユニット型 (2007年7月～2008年11月)	115	30	85	68.8	68.1	54.7	1,123.23
	デイあり	30				58.9	
	デイなし		85			53.1	
従来型 (2000年4月～2001年3月)	98	70	28	73.6	83.6	46.9	1,185.48
	デイあり	70		73.0	82.2	48.6	1,208.46
	デイなし		28	75.0	87.4	42.8	1,131.56

←従来型より試算
←従来型より試算

上記データは福祉医療機構の融資案件をまとめたものであり、福祉医療機構からデータ提供を受けた。

いずれも入居のみ、入居+デイのみ、であり、GHやケアハウスなどを含めた合築分析対象から外している。ユニット型は東日本は2007.10～2008.11、西日本は2008.7～2008.11、従来型は2000.4～2001.3であり、従来型が整備中心の最後の年である。

いずれも建設費のみの値であり、設計監理料や備品費は含まれていない。（ユニット型は個別データの時点で設計監理料を除く、従来型は建設費+設計監理料の数値だったため、設計監理料を5%と設定し、割り戻した。）

このデータを読み込む際には、以下の点に留意が必要である。

1. 建設単価は、従来型は交付金が滞りであった時代のため高コストになりやすい。坪単価がそれ表れている。→下記の表ではこの値（坪単価83.6など）は使わず、ユニット型の95%の坪単価設定とした（80人従来の場合：個室20、4人部屋15として、部屋数の違いは45室×（洗面8万、エアコン10万、建具10万）で1260万、ユニットキッチン100万×8で800万、壁量で17万円×15室=255万、ユニット玄関25万×8=200 合計で2515万円の差）、2515万÷（54.7㎡×80床）=5747円、これだけ安くなる。206008円-5747円=200261円、こまめで97.5%設定、入浴は備品なので差はない、54.7㎡から44.7㎡にコンパクト化するなかで各種の設備を入れ込むことを加味すると95%設定で妥当。）

2. ユニット型はデイあり30、デイなし85、従来型はデイあり70、デイなし28である。従来型のみデイありとデイなしで細かいデータが手元になり、差を調べると5.8㎡。機械的に計算すると、ユニット型のデイなしは53.2、ユニット型のデイありは59.0となる。

医療福祉建築協会データ（1998～2008年竣工 216件） 一人あたり床面積 ユニット型60.37、従来型50.66と10㎡の差（比較的質の高いものに特化しているため床面積が大きい）

上記、二つからみて、従来型とユニット型の差は10㎡と考えるのが妥当。

よって、13.2ユニット型80床=従来型97.9床、10.65ユニット型80床=92.1床、となる。13.2なら2.2割増し、10.65なら1.5割増し、この差をさらに縮めるためには廊下幅の緩和、ユニット定員の緩和などが考えられる。一方で、個別ケア推進のためには従来型であっても個室のしつらえ、食堂分散などが必要。双方を考えれば、割増し差はさらに縮むが、具体的な数値を出すことは困難。

80床で試算

	従来型	ユニット型 (10.65)	ユニット型 (13.2)	
建設費	床面積㎡/人	44.7	51.5	54.7
	㎡単価	195,707	206,008	206,008
	建物費用	699,849,714	848,752,155	901,490,153
	設計監理料	34,992,486	42,437,608	45,074,508
	備品費	62,986,474	81,134,114	81,134,114
	建物費用総合	797,828,674	972,323,877	1,027,698,775
	利息分	86,690,077	121,240,128	132,204,357
一床費用 (建物のみ)	一床建物費 (利息なし)	9,972,858	12,154,048	12,846,235
	一床建物費 (利息込)	11,056,484	13,669,550	14,498,789
建物費用	交付金	280,000,000	280,000,000	280,000,000
	自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000
	借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775
	利息分	86,690,077	121,240,128	132,204,357
	借入金返済合計	524,518,752	733,564,005	799,903,132
居住費設定	建物・自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000
	建物・借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775
	建物・利息分	86,690,077	121,240,128	132,204,357
	1回目設備更新(10～15年項)	150,000,000	150,000,000	150,000,000
	2回目設備更新(20～25年項)	150,000,000	150,000,000	150,000,000
	3回目設備更新(30年項)	150,000,000	150,000,000	150,000,000
	光熱水費+保守点検費	10,000	10,000	10,000
	20年借入金返済	41,366	52,827	56,464
	居住費 (20年償還)	51,366	62,827	66,464
	居住費 (20年償還) 一日	1,690	2,067	2,186
	標準額	320	1,856	1,970

従来型とユニット型の差は約10㎡、ユニット型54.7㎡。
13.2-10.65=2.55、内法-壁芯=88%で2.9、部屋の間口、3000→2800、0.2×片廊下1.5=0.3、合計で3.2
従来型はユニット型の95%設定（ユニット型は上記から試算、従来型はユニット型の95%）
5.00%
9.00%（ユニット13.2=ユニット10.65）ベッド30×80、浴槽250×8+500、TV椅子テーブルキッチンカーテン250×8、車200、IT700、ユニット外200、事務関係200、
緩和による効果：一床低減額：66,339,128、（含利息）：829,239。1/月単位：3455.16/日単位113.7/20年償還

水道光熱費1万円

←20年償還の緩和分

各種基礎データは医療福祉建築協会および福祉医療機構による「建物整備と法人経営」（平成20老人保健事業推進費）から抜粋。
：2001年度従来型データのみ福祉医療機構提供。
：建設費算定式、居住費算定式は、井上由起子氏（国立保健医療科学院）の整理による。

【試算①—80床／返済期間25年／修繕費有りの場合】（井上由起子氏（国立保健医療科学院）の基礎データを基に「特養をよくする特養の会」が整理する。）

種別	種別	従来型	ユニット型 (10.65)	ユニット型 (13.2)	
施設費	床面積㎡/人	44.7	51.5	54.7	13.2-10.65=2.55、内法→壁芯=88%で2.9、部屋の間口、3000→2800、0.2×片廊下1.5=0.3、合計で3.2
	㎡単価	195,707	206,008	206,008	従来型はユニット型の95%設定
	建物費用	699,849,714	848,752,155	901,490,153	
	設計監理料	34,992,486	42,437,608	45,074,508	5.00%
	備品費	62,986,474	81,134,114	81,134,114	9.00%→(ユニット13.2=ユニット10.65)
	建物費用総合	797,828,674	972,323,877	1,027,698,775	
	利息分	110,332,826	159,816,532	174,269,380	
一床費用	一床建物費(利息なし)	9,972,858	12,154,048	12,846,235	
	一床建物費(利息込)	11,352,019	14,151,755	15,024,602	
建物費用	交付金	280,000,000	280,000,000	280,000,000	3,500,000(いずれも350万/床 交付金)
	自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	1,000,000(いずれも100万/床 自己資金)
	借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	1.8%、償還25年、据置3年、元金均等
	利息分	110,332,826	159,816,532	174,269,380	
	借入金返済合計	548,161,500	772,140,409	841,968,155	緩和による効果：一床低減額：69,827,746(含利息)：872,846.8 月単位：2909.49 / 日単位：95.7 / 25年償還
居住費	建物・自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	
	建物・借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	
	建物・利息分	110,332,826	159,816,532	174,269,380	
	1回目設備更新(10~15年頃)	150,000,000	150,000,000	150,000,000	
	2回目設備更新(20~25年頃)	150,000,000	150,000,000	150,000,000	
	3回目設備更新(30年頃)	0	0	0	
	光熱水費+保守点検費	10,000	10,000	10,000	
	25年借入金返済	40,709	50,532	53,595	
	居住費(25年償還)	50,709	60,532	63,595	水道光熱費1万円
	居住費(25年償還) 一日	1,668	1,991	2,092	
標準額	320	1,874	1,970		

【試算②80床／返済期間25年／少額修繕費の場合】（井上由起子氏（国立保健医療科学院）の基礎データを基に「特養をよくする特養の会」が整理する。）

種別	従来型	ユニット型 (10.65)	ユニット型 (13.2)	
床面積m ² /人	44.7	51.5	54.7	13.2-10.65=2.55、内法→壁芯=88%で2.9、部屋の間口、3000→2800、0.2×片廊下1.5=0.3、合計で3.2
m単価	195,707	206,008	206,008	従来型はユニット型の95%設定
建物費用	699,849,714	848,752,155	901,490,153	
設計監理料	34,992,486	42,437,608	45,074,508	5.00%
備品費	62,986,474	81,134,114	81,134,114	9.00%→(ユニット13.2=ユニット10.65)
建物費用総合	797,828,674	972,323,877	1,027,698,775	
利息分	110,332,826	159,816,532	174,269,380	
一床建物費(利息なし)	9,972,858	12,154,048	12,846,235	
一床建物費(利息込)	11,352,019	14,151,755	15,024,602	
交付金	280,000,000	280,000,000	280,000,000	3,500,000(いずれも350万/床 交付金)
自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	1,000,000(いずれも100万/床 自己資金)
借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	1.8%、償還25年、据置3年、元金均等
利息分	110,332,826	159,816,532	174,269,380	
借入金返済合計	548,161,500	772,140,409	841,968,155	緩和による効果：一床低減額：69,827,746(含利息)：872,846.8 月単位：2909.49 / 日単位：95.7 / 25年償還
建物・自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	
建物・借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	
建物・利息分	110,332,826	159,816,532	174,269,380	
1回目設備更新(10~15年頃)	100,000,000	100,000,000	100,000,000	
2回目設備更新(20~25年頃)	0	0	0	
3回目設備更新(30年頃)	0	0	0	
光熱水費+保守点検費	10,000	10,000	10,000	
25年借入金返済	31,937	41,761	44,823	
居住費(25年償還)	41,937	51,761	54,823	水道光熱費1万円
居住費(25年償還) 一日	1,380	1,703	1,803	
標準額	320	1,874	1,970	

【試算③—80床／返済期間30年／修繕費有りの場合】（井上由起子氏（国立保健医療科学院）の基礎データを基に「特養をよくする特養の会」が整理する。）

検討項目	種別	従来型	ユニット型 (10.65)	ユニット型 (13.2)	
建設費	床面積㎡/人	44.7	51.5	54.7	13.2-10.65=2.55、内法→壁芯=88%で2.9、部屋の間口、3000→2800、0.2×片廊下1.5=0.3、合計で3.2
	㎡単価	195,707	206,008	206,008	従来型はユニット型の95%設定
	建物費用	699,849,714	848,752,155	901,490,153	
	設計監理料	34,992,486	42,437,608	45,074,508	5.00%
	備品費	62,986,474	81,134,114	81,134,114	9.00%→(ユニット13.2=ユニット10.65)
	建物費用総合	797,828,674	972,323,877	1,027,698,775	
	利息分	130,035,116	187,371,106	204,315,825	
一床費用	一床建物費(利息なし)	9,972,858	12,154,048	12,846,235	
	一床建物費(利息込)	11,598,297	14,496,187	15,400,182	
建物費用	交付金	280,000,000	280,000,000	280,000,000	3,500,000(いずれも350万/床 交付金)
	自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	1,000,000(いずれも100万/床 自己資金)
	借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	1.8%、償還30年、据置3年、元金均等
	利息分	130,035,116	187,371,106	204,315,825	
	借入金返済合計	567,863,790	799,694,983	872,014,600	緩和による効果：一床低減額：72,319,617(含利息)：9,099,520 月単位：2511.10 / 日単位：82.6 / 30年償還
居住費設定	建物・自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	
	建物・借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	
	建物・利息分	130,035,116	187,371,106	204,315,825	
	1回目設備更新(10~15年頃)	150,000,000	150,000,000	150,000,000	
	2回目設備更新(20~25年頃)	150,000,000	150,000,000	150,000,000	
	3回目設備更新(30年頃)	150,000,000	150,000,000	150,000,000	
	光熱水費+保守点検費	10,000	10,000	10,000	
	25年借入金返済	40,127	48,600	51,243	
	居住費(30年償還)	50,127	58,600	61,243	水道光熱費1万円
	居住費(30年償還) 一日	1,649	1,928	2,015	
標準額	320	1,887	1,970		

【試算④—80床／返済期間30年／少額修繕費で試算する場合】（井上由起子氏（国立保健医療科学院）の基礎データを基に「特養をよくする特養の会」が整理する。）

検討項目	種 別	種 別			
		従来型	ユニット型 (10.65)	ユニット型 (13.2)	
建設費	床面積㎡/人	44.7	51.5	54.7	13.2-10.65=2.55、内法→壁芯=88%で2.9、部屋の間口、3000→2800、0.2×片廊下1.5=0.3、合計で3.2
	㎡単価	195,707	206,008	206,008	従来型はユニット型の95%設定（ユニット型は上記から試算）
	建物費用	699,849,714	848,752,155	901,490,153	
	設計監理料	34,992,486	42,437,608	45,074,508	5.00%
	備品費	62,986,474	81,134,114	81,134,114	9.00%→（ユニット13.2=ユニット10.65）
	建物費用総合	797,828,674	972,323,877	1,027,698,775	
	利息分	130,035,116	187,371,106	204,315,825	
一床費用	一床建物費（利息なし）	9,972,858	12,154,048	12,846,235	
	一床建物費（利息込）	11,598,297	14,496,187	15,400,182	
建物費用	交付金	280,000,000	280,000,000	280,000,000	3,500,000（いずれも350万/床 交付金）
	自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	1,000,000（いずれも100万/床 自己資金）
	借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	1.8%、償還30年、据置3年、元金均等
	利息分	130,035,116	187,371,106	204,315,825	
	借入金返済合計	567,863,790	799,694,983	872,014,600	緩和による効果：一床低減額：72,319,617（含利息）：903,995.2 月単位：2511.10 / 日単位：82.6 / 30年償還
居住費設定	建物・自己資金	80,000,000	80,000,000	80,000,000	
	建物・借入金	437,828,674	612,323,877	667,698,775	
	建物・利息分	130,035,116	187,371,106	204,315,825	
	1回目設備更新(10~15年頃)	100,000,000	100,000,000	100,000,000	
	2回目設備更新(20~25年頃)	100,000,000	100,000,000	100,000,000	
	3回目設備更新(30年頃)	0	0	0	
	光熱水費+保守点検費	10,000	10,000	10,000	
	25年借入金返済	30,989	39,463	42,106	
	居住費（30年償還）	40,989	49,463	52,106	水道光熱費1万円
	居住費（30年償還）一日	1,348	1,627	1,714	
	標準額	320	1,887	1,970	

高齢者ケアの後退をもたらす 「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会アピール

「長生きするものだねえ～。4人部屋のときは、つらくて早くお迎えが来てほしかった。長生きしていることが恨めしかった。でも、今は、一人部屋で朝、ラジオも気兼ねしないで聴けるし、好きなことができる。4人部屋のままで死んでしまった人は、惜しかったねえ」

介護保険法は、第一条で「要介護者の尊厳の保持」を規定しています。この条文にてらすと、要介護者はどのような状況にあっても、人としての尊厳の原則にそってあらゆる介護サービスが提供されるべきです。

心身が虚弱な高齢者が長い年月暮らす場として相部屋はふさわしくないこと、とりわけ認知症になった高齢者には過酷な環境であることが1990年代に入り明らかになりました。国は、介護保険制度の理念にもとづき、2002年、「個室ユニットケア」を制度化し、特養の新設はこれに限定するという方針を貫いてきました。将来的には個室ユニット特養の割合を7割にまであげるといふ政策方針をたてました。このことは、「全室個室ユニット特養」が標準であり、その根拠は「高齢者の尊厳の保持」を規定した介護保険法にあるという解釈で一貫したものでした。

ところが、昨年来、いくつかの地方自治体から、個室と雑居部屋を混在させた特養の新設を認め、ユニット部分にユニット型の介護報酬を適用するよう、厚生労働省に対する要望が相次いでいます。理由として「個室ユニット型は居住費・食費などの自己負担が重く、低所得高齢者等の利用が困難だから多床室が必要である」ということが挙げられています。

「低所得者には低所得者向け雑居部屋でよいのだ」というダブルスタンダードが、地方分権の名のもとに行われることを見過ごすことはできません。低所得者に低所得者独特の低位の基準をあてはめるのは、19世紀に猛威をふるった救貧思想の再現にほかなりません。一部の自治体の都合で時計の針を逆行させることは許されません。

高齢者や障害者が日常生活を送る場が、プライバシーが守られるよう個室が基本であるべきことは、個人を尊重する憲法を持つ国として当然です。生活施設の居室が「1人」か「2人以上」かは、単なる人数の違いではなく、もっと本質的な違いなのです。

特養をはじめとする高齢者介護施設は単なる箱ではありません。高齢者の尊厳と自立を支援するための場です。施設水準が低下するとすれば、高齢者介護に携わる介護従事者のモラルを低めることにもつながることは各種の高齢者現場の調査をみても明らかです。

「地域主権一括法」では、特養の居室定員は自治体が条例で定めることができるものとされ、国の示した基準は単なる「参酌標準」の扱いになろうとしています。これはきわめて危険です。

私たちは、介護保険法で規定されている「個人の尊厳」を脅かし、「負の遺産」を残すことになる昨今の動向に強い危機感を抱きました。今こそ市民と現場から声を上げなければという思いで、本日の緊急集会を開催しました。国や自治体は、特養の全室個室ユニット化の流れを後戻りさせないため、以下の措置を講ずるべきです。

■国がなすべきこと■

- 通常国会で継続審議になった地域主権一括法で「参酌すべき基準」となっている特養の「居室定員」を「従うべき基準」と修正し、全室個室ユニットを特養のナショナルミニマムとして再確認すべきである。
- 現在の省令・通知では、「2003年以前に設置された一部ユニット特養」にのみユニット部分の報酬上乘せが認められている。これに対して、いくつかの地方自治体が、「今後建設する一部ユニット型特養」にも、ユニット部分の報酬を認めるよう国に要請している。これは「負の遺産」を30年にわたって残すものであり断じて認められない。現行の取扱を堅持すべきである。また、いくつかの自治体が、一部ユニット型特養に、誤って個室ユニット報酬を支給していたが、これは明らかに法令違反であり、報酬が返還されなければ介護保険制度の根幹が揺らぐ。厚労省は、一部の自治体に対し報酬の返還をするよう求めるべきである。
- 個室ユニットの特養に入居する際に、その居住費等自己負担額の高さが問題となっているが、補足給付のあり方を再検討し、横浜市が実施しているような、居住費への公費補助の新設など、低所得者も個室ユニット特養に入居できるような制度改革を検討すべきである。

■都道府県がなすべきこと■

- 都道府県は、低所得者でも個室ユニット型特養に入居できるよう、独自の施策を検討するとともに、国に対し、制度改革を要請すべきである。

■国と地方自治体が協働してなすべきこと■

- 特養待機者の問題は、雑居特養の増設では解消できない。国と地方自治体は、要介護者ができるだけ自宅で暮らすことができるよう、在宅福祉、医療資源の拡充に努めるとともに、要介護者が介護サービスを利用しながら安心して暮らすことができる高齢者住宅の整備を促進するための施策を積極的に進めるべきである

2010年6月27日

特養をよくする特養の会

特養ホームを良くする市民の会

「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会 参加者一同

個室・ユニットを巡る国の経過と考え方

平成12年 介護保険制度施行

平成14年 個室ユニット型施設のモデル事業を実施

平成15年 個室ユニットを制度化

「指定介護老人福祉施設の人員・設備及び運営に関する基準について」

(平成12年3月17日 老企第43号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」

(平成12年3月17日 老発第214号 厚生省老人保健福祉局長通知)

「一部ユニット型指定介護老人福祉施設」とは、

①平成15年4月1日に現に存する指定介護老人福祉施設（建築中のものを含む。）が、その建物を同日以降に改修、改築又は増築して施設の一部にユニットを造り、ユニットケアを行う場合、また、

②同日において現に存する指定介護老人福祉施設（建築中のものを含む。）が同日において現に有している（建築中のものを含む。）ユニットで施設の一部においてユニットケアを行う場合

は、これを一部ユニット型指定老人福祉施設とする。

（特別養護老人ホームも同様）

平成18年 ユニット型施設整備の基本指針を発表

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針」

(平成18年3月31日厚生労働省告示第314号)

平成26年度までに、

- ・介護保険施設の入所定員中、ユニット型の比率を50%以上
- ・そのうち、特養の入所定員についてユニット型の比率を70%以上

とすることを目標とする。

平成21年 多床室容認ともとれる通知の発出

「介護基盤の緊急整備等について」

(平成21年5月28日 全国介護保険担当課長会議資料)

・・・今回の緊急整備に当たって、各都道府県等において、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ものと考えている。

平成22年 個室ユニット化推進の方針を堅持

「一部ユニット型特別養護老人ホーム等の基準の解釈について」

(平成22年3月24日 事務連絡)

・・・同日(平成15年4月1日)以降に新設される施設の中にユニットとそれ以外が併存する場合には、当該施設は一部ユニット型施設に該当しないとの解釈を明らかにしているところです。

「特別養護老人ホーム等介護施設の個室ユニット化推進のための大臣方針の発表について」(平成22年4月16日 報道発表)

ユニット型施設の1人当たり居室面積基準引き下げ

現行：13.2㎡ → 新基準：10.65㎡(多床室と同水準)

→平成22年7月29日の社会保障審議会介護給付費分科会にて了承。

8月9日から9月7日まで、パブリックコメントを募集中。

パブリックコメント終了後、厚生労働省令を公布、同日施行予定。

ポイント

- ① 平成15年の局長通知・課長通知では、「平成15年4月1日に現に存する指定介護老人福祉施設(建築中のものを含む。)が、その建物を同日以降に改修、改築又は増築して施設の一部にユニットを造り、ユニットケアを行う場合」を一部ユニットとして認めていることから、平成15年4月1日以降に建設された個室ユニットと多床室の合築は、一部ユニットとして認められないことは明らかである。
- ② また、平成21年の通知は、一部ユニットの報酬を支払うものではないことも明らかである。
- ③ したがって、現行の扱いは、新規の一部ユニットにユニット型の報酬を支払うことは、平成15年の局長通知・課長通知に反していると考えられる。

建物整備と法人経営

- ◆建設費と居住費の関係がユニット型と従来型で違う
- ◆従来型は現交付金では経営が成立しない
- ◆ユニット型のキャッシュフローは比較的良好
- ◆社福減免制度の積極的活用が可能ではないか
- ◆東京・大阪の土地費用は別途要検討

資料整理にあたっては以下の方々にデータを提供頂きました。御礼申し上げます。
ユニットリーダー研修実地研修施設、福祉医療機構。

1

1. 量的整備

- ◆一床あたり面積の違い
 - ユニット (13.2) : 54.7m²/床
 - ユニット (10.65) : 51.5m²/床
 - 従来型 : 44.7m²/床
- ◆整備床数の違い
 - ユニット (10.65m²) 80床 = 従来型 92.1床
 - 整備床数の違いは1.15倍
- ◆地域主権 (参酌: 廊下幅・ユニット定員数)
- ◆個別ケア推進 (従来型: 食堂分散、個室的多床室)

2

2. 建設費と居住費（80床で試算）

	ユニット型 13.2㎡	ユニット型 10.65㎡	従来型 10.65㎡
一人延床面積	54.7㎡	51.5㎡	44.7㎡
坪単価	68.1万円	68.1万円	64.7万円
建物費用	9.01億円	8.49億円	6.99億円
設計監理料	0.45億円	0.42億円	0.35億円
備品費	0.81億円	0.81億円	0.63億円
建物費用総合	10.23億円	9.68億円	7.93億円
借入金利息	1.32億円	1.21億円	0.87億円
単価(利息無)	1284.6万円	1215.4万円	997.3万円
居住費(月)	6.0万円		1.0万円

5.0%

9.0%

- * 1 坪単価については従来型をユニット型の95%設定で試算。
 * 2 交付金350万/床、自己資金100万/床、残額借入、借入利率1.8%、据置3年、元金均等、20年と想定
 * 3 建設費低減の手法については資料①を参照

3

3. 事業活動収支（80床 資料②～④参照）

収支差額を何に使うかが問われている

➡ 職員加配、給与、研修充実、新規事業展開、社福減免等

	開設3年目	ユニット型	従来型
収入	介護保険	257,412,498	253,304,481
	居住費・食費	93,300,716	47,346,632
	その他	480,000	480,000
支出	人件費	203,692,064	174,656,046
	事務費・事業費	91,310,236	91,310,236
	利息返済	11,606,983	7,611,022
	減価償却	23,115,132	17,944,864
収支差額		21,468,799	9,608,945
収支差額率		6.1%	3.2%
元金返済		36,586,234	23,990,612
計		7,997,697	3,563,198

人件費は資料②を基準に58.0%に上昇した値を採用。減価償却は建物のみ。

4

3. 試算の妥当性の検証

◆減価償却前の一床収支差額は妥当

◆元金返済後の一床残額は幅がある

(千円)

		試算 その他 80床	事例1 乙 80床	事例2 乙 70床	事例3 その他 62床	事例4 その他 100床	事例5 乙 120床
収入	介護保険	257,412	276,850	241,537	183,329	334,721	409,495
	居住費・食費	93,301	101,824	89,777	67,029	120,146	139,945
	その他	480	2,286	8,340	7,511	16,749	18,204
支出	人件費	203,692	197,308	195,584	161,138	300,609	302,764
	事務費・事業費	91,310	110,365	98,526	55,218	79,116	184,867
	利息返済	11,607	10,703	4,171	3,039	4,873	2,583
収支差額(減価償却前)		44,584	62,584	41,371	38,473	87,018	77,430
一床収支差額:減価償却前		557	782	591	620	870	645
元金返済額		36,586	39,350	19,870	23,733	33,830	3,291
一床残額:元金返済後		100	290	307	383	532	618

ユニットケア実習研修施設47カ所のうち5カ所の値。

5

3. 試算の妥当性の検証

◆実習施設：潤沢な職員配置＋妥当な給与

◆建設交付金額の違い（年次による）留意

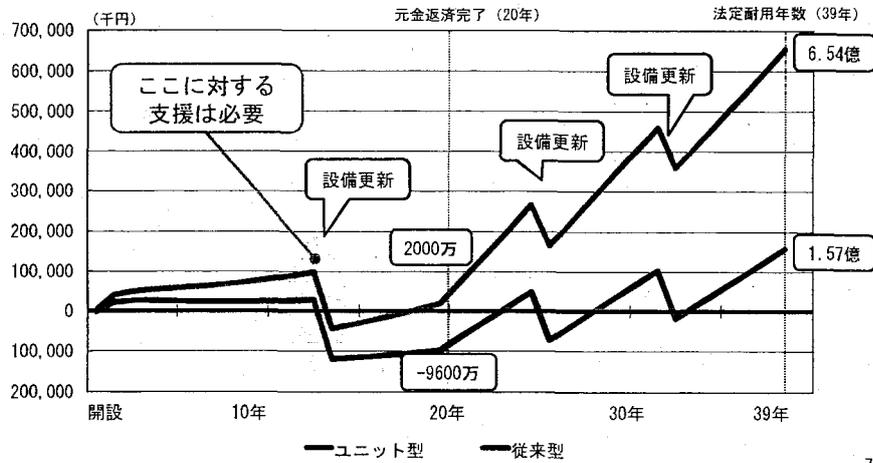
	試算 その他 80床	事例1 乙 80床	事例2 乙 70床	事例3 その他 62床	事例4 その他 100床	事例5 乙 120床
平均要介護度	3.82	3.70	4.20	3.90	4.02	3.89
食費：4段階	1,380	2,120	1,660	1,380	1,380	1,380
居住費：4段階	1,970	3,550	2,730	1,970	1,970	1,970
職員配置:介護+看護	1.78:1	1.56:1	1.60:1	1.75:1	1.52:1	1.71:1
介護職の平均年齢	-	31.2歳	-	28.5歳	28.5歳	36.8歳
介護職の平均給与	300~350万	3,388,530	3,197,552	3,304,226	3,420,815	3,571,020
人件費率	58.0%	51.8%	57.6%	62.5%	63.7%	53.3%
建設交付金/床	350万	523万	413万	447万	673万	1330万
土地代	検討外	寄付	寄付	0.7億	2.5億	1.3億

ユニットケア実習研修施設47カ所のうち5カ所の値。

6

4. 39年間のキャッシュフロー

- ◆条件 開設準備金 収入2月分(交付金60万/床+自己資金)
- 回転率は初年度85.84%、次年度以降は95.38%
- 人件費は5年間かけて60%まで上昇、以降固定
- 設備更新(1.5億/13年、1.5億円/25年、1.5億円/32年)



4. 39年間のキャッシュフロー

	20年目の額 (償還終了)	39年目の額 (法定耐用年)
ユニット型	20,198,864	654,372,813
従来型	-96,454,653	157,247,331

従来型の経営をユニット型と同じにする手段

- 交付金増額
- 自己資金が潤沢な法人による整備(地方、再生産)

上乗せ交付金額	120万/床	520万/床
年換算(80床)	20年: 480万/年	39年: 1,066万/年

5. 社会福祉法人による減免制度

◆従来型とユニット型の所得段階

双方ともに第二段階が60%を占める（資料⑤）
ただし第二段階の所得階層には幅があると考えられる
（大企業退職者の専業主婦で世帯分離をした方）
（国民年金に満たない収入で家族による支援がない方）

◆社会福祉法人減免制度による家賃補助

世帯分離、補足給付の見直しを行い真の低所得者に補助
定員80名の60%=48人 → 半数の24人に1万円の補助
ユニット型 2.5万/月→1.5万/月 従来型 1.0万/月
24人×12月×1万円=288万円/年（法人と行政で1/2負担）



自治体 : スライド8と比較

社会福祉法人 : スライド4、スライド7、資料⑧と比較

9

建設費低減の各種手法

資料①

$$1床あたり単価 = m^2単価 \times 1床あたり床面積$$

◆建設費低減手法（法人単位）

コンパクト設計（一床45m²程度は十分可能）
m²単価低減（木造耐火2×4工法、同KES工法等）

◆建設費低減手法（制度設計）

地域主権（参酌：廊下幅・ユニット定員数）
上乘せ基準緩和（2階耐火 → 2階準耐火）

10

資料②

- ◆給与以外は各種統計データを参照
- ◆4段階以上も標準月額で設定

		前提条件（地域区分：その他）
収入	介護保険	平均要介護度3.82、回転率95.38%（ともに平成20.10実態調査） 加算はユニット型、従来型とも60単位/人
	居住費・食費	ユニット型：4段階以上 1970円（居住費）、1380円（食費） 従来型：4段階以上 320円（居住費）、1380円（食費）
	その他	500円/人
支出	人件費	介護 + 看護：ユニット型 1.78:1 従来型 2.50:1 収入に占める割合：ユニット型 56.8% 従来型 56.9% 試算は3年目で各58.0%数値（5年かけて60%に上昇、その後固定） 法定福利費 15%（常勤職員のみ）
	事務費・事業費	ユニット型収入の26%（給食11%、材料費・消耗品費2%、一般経費13%） 厨房委託
	利息返済	返済が一番厳しい3年次目の値（1.8%、20年償還、3年据置、元金均等）
	減価償却	建設費のみ39年で定額制。備品は減価償却に組み込まず。
元金返済		20年、元金均等

11

資料③

- ◆職員配置は実態を反映
- ◆給与は処遇改善を前提とした値

	年間給与（万）	ユニット型	従来型
管理者	800	1名	1名
生活相談員	450	2名	2名
介護支援専門員	480	1名	1名
管理栄養士	400	1名	1名
事務	600, 400, 350	4名	4名
看護（常勤）	480, 430	1名, 3名	1名, 3名
看護（非常勤）	280	1名	1名
介護（常勤）	350, 300	8名, 20名	2名, 20名
介護（非常勤）	200	12名	10名
介護のみ	—	2.00:1	2.50:1
介護+看護	—	1.78:1	2.17:1
人件費率	—	56.8%	56.9%

地域区分はその他地域として試算。

12

資料④

特養職員配置（介護職）実態

	定員数	利用人数	介護配置	80人定員で
全体	422,703*2	416,052*2	2.40*2	-
従来型	333,132*2	327,801	2.52	31.7人
ユニット型	89,571*2	88,138	2.04*1	39.2人

* 1：経年変化を踏まえたユニット型施設の運営実態と地域におけるユニットケアの啓発に関する調査研究事業 平成22年3月
 (社会福祉法人 浴風会 認知症研究・研修東京センター H21.12.1現在)
 * 2：平成20年介護サービス施設・事業所調査 (厚生労働省 H20.10.1現在)
 職員配置は在在者数あたり。赤字部分は機械的に計算。* 2は全数調査。* 1は全数配布で回答率30.08%

資料⑤

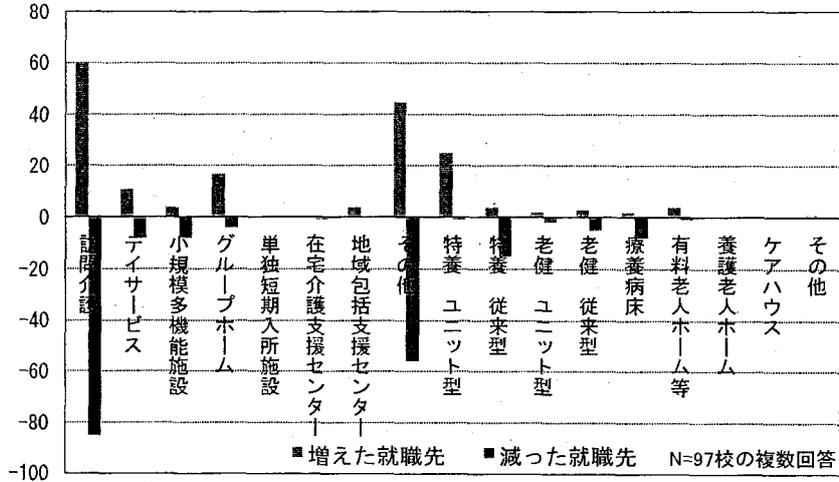
特養入居者の所得分布

	調査 1		調査 2
	従来型 (N=9,830)	ユニット型 (N=6,452)	ユニット型 (N=38,742)
第一段階	9.8%	1.5%	1.2% (67.5%)
第二段階	56.5%	57.8%	60.3% (50.9%)
第三段階	15.4%	15.4%	17.0% (47.7%)
第四段階～	18.4%	25.3%	21.6% (18.9%)

費用は介護保険負担・居住費・食費の合計。要介護4の場合。いずれも低所得者減免込み。
 各段階の()内%は世帯分離率。
 調査1 ユニット型施設における入居者サービスの実態把握及びあり方に関する調査研究報告書 平成21年3月
 調査2 経年変化を踏まえたユニット型施設の運営実態と地域におけるユニットケアの啓発に関する調査研究事業 平成22年3月

資料⑥

専門学校平成20年度就職先の増減



経年変化を踏まえたユニット型施設の運営実態と地域におけるユニットケアの啓発に関する調査研究事業 平成22年3月
 (社会福祉法人 浴風会 認知症研究・研修東京センター)

一部ユニット型施設について

(指摘事項関係)

一部ユニット型施設に係る厚生労働省と自治体とのやりとり

○従来型・ユニット型混合施設に係る厚生労働省と自治体の考え方

- ▶平成18年頃から、複数の地方公共団体より、多床室とユニット型施設の合築施設を整備・指定することが可能かどうか問い合わせを受けた。
- ▶国としては個室ユニット型の整備を推進しているが、施設の指定権限を有しているのは地方公共団体であることから、従来型・ユニット型の合築施設の整備・指定については、最終的には地方公共団体の判断で行うことが可能である旨、厚生労働省から回答。
- ▶上記の回答を受け、地方公共団体としては、介護報酬について、新設の従来型・ユニット型の合築施設におけるユニット部分に対し、ユニット型の介護報酬が支払われるものと理解した。
- ▶従来型・ユニット型の合築施設に係る介護報酬の考え方につき、一部の地方公共団体からの照会を受け、基準の解釈通知の内容を確認する事務連絡を、本年3月24日で発出。

○「建築中」「改築」等の定義

- ・「建築中」「改修」「改築」「増築」等の定義については、通知上も限定しておらず、合理的な解釈を前提に、当該施設の指定権限を有する地方公共団体の判断による。

○平成21年5月28日の都道府県担当課長会議資料

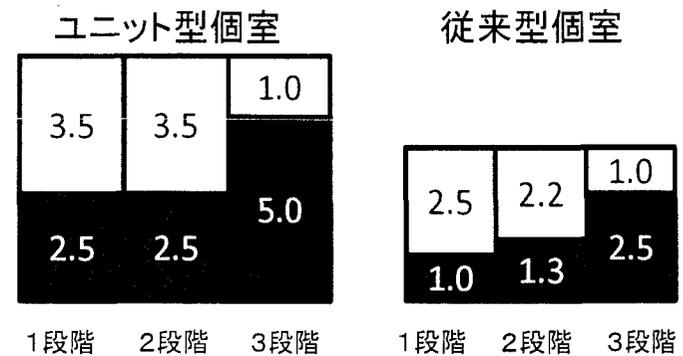
- ・「今回の緊急整備に当たって、各都道府県等において、地域の実情を踏まえて、ユニット型施設以外の施設も含めて整備するという判断もあるものと考えている」

ユニット型と従来型の差異について

○介護福祉施設サービス費・ユニット型介護福祉施設サービス費

	従来型個室	ユニット型	差分
要介護度1	589単位	669単位	80単位
要介護度2	660単位	740単位	80単位
要介護度3	730単位	810単位	80単位
要介護度4	801単位	881単位	80単位
要介護度5	871単位	941単位	70単位

○居住費(所得段階別負担額)



■ 負担限度額 □ 補足給付支給額 単位:万円

ユニット型と従来型のケアの内容の差

①集団ケアと個別ケアの相違点

- ・従来型 → 集団ケア: 施設の定めるスケジュールに利用者が合わせるスタイル
 - ・ユニット型 → 個別ケア: 利用者のライフスタイルに個別に対応
- (参考)「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について 第五 9」より

職員が1人1人の入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「馴染みの関係」が求められる。

②①を反映した人員配置

- ・現状の介護・看護職員配置状況 → ユニット型 2:1 / 従来型 2.4:1 (平成21年「介護事業経営実態調査」より)
 - ・介護・看護職員合わせて 昼間常時1人以上/ユニット、夜間・深夜常時1人以上/2ユニット
 - ・ユニットケアリーダー研修受講者を各施設に2名以上配置(2ユニット以下の施設は1人でよい)
- ※研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは責任者を決めておくことで足りる。

(参考)介護保険法

第48条第1項より

「市町村は、要介護被保険者が、次に掲げる施設サービス(略)を受けたときは、当該要介護被保険者に対し、当該指定施設サービス等に要した費用(略)について、施設介護サービス費を支給する。」

同条第2項より

「施設介護サービス費の額は、施設サービスの種類ごとに、要介護状態区分、当該施設サービスの種類に係る指定施設サービス等を行う介護保険施設の所在する地域等を勘案して算定される当該施設サービス等に要する平均的な費用(略)の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(略)の百分の九十に相当する額とする。」

介護保険制度改正への提言

—要介護認定の廃止など利用者本位の制度に—

2010年6月 公益社団法人 認知症の人と家族の会

2000年の介護保険制度発足は、日本の福祉制度のあり方を根本的に変える出来事でした。介護を家族だけの負担から社会で支える仕組みに転換する、必要な負担もする、そのために保険制度による新しい制度をつくる、という方向を日本の国民が選択したのです。「家族の会」が1980年の発足以来求め続けてきた介護の社会化が、20年の歳月を経て、やっとその出発点に立ったのです。

具体的に制度が発足してその成果には確かな手ごたえがありました。新しい時代が始まったと実感することが出来ました。介護保険制度は、今後もたゆむことなくさらに充実発展させてゆくべき制度です。その方向は次のとおりであるべきと考えます。

- 一 必要なサービスを、誰でも、いつでも、どこでも、利用できる制度
- 二 わかりやすい簡潔な制度
- 三 財源を制度の充実のために有効に活用する制度
- 四 必要な財源を、政府、自治体が公的な責任において確保する制度

そのために、2012年の制度改正において次のとおり実施するよう提案します。

- 1 要介護認定を廃止する。
まず認定から出発するのではなく、暮らしの中での介護の必要性から出発する制度にする。
- 2 介護サービスの決定は、保険者を加えた新たなサービス担当者会議の合議に委ねる。
- 3 介護サービス情報の公表制度は廃止する。
- 4 介護サービス利用の自己負担割合は1割を堅持する。
- 5 財源の内、公費負担率を6割に引き上げる。
- 6 介護サービス利用者に、作業報酬を支払うことを認める。

「家族の会」は、2007年11月にこれまでの「要望」に代わって、初めて「提言・私たちが期待する介護保険」を打ち出しました。その中で5つの基本的な考え方及び現行制度に対する具体的な改善提案を示しました。そして、2009年6月には同年4月の改定の結果を踏まえてその一部を修正すると共に、時代の要請を受けて財源に踏み込み、「高福祉志向の負担」を盛り込んだ「2009年版」を発表しました。2012年の改正に向けた今回の提言、提案はすべてこの「2009年版」の上に成り立っています。

提言・私たちが期待する介護保険 2009年版 (2009.6 発表)

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児

から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定の結果を踏まえて、次のように提言します。

基本的な考え方

- 1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる、在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること
- 2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること
認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること
- 3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること
認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること
- 4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を継続的に図ること
介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を継続的に図ること
- 5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ
年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること
- 6 高福祉を応分の負担で
「高福祉高負担」か「低福祉低負担」か「中福祉中負担」か、ではなく「高福祉応分の負担」の社会保障制度であること。心にゆとりを持って安心して生活することができ、「過分」でも「過小」でもない国民の負担であること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は訪問家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には、要介護1以上の認定とする
- 4 若年期認知症の人が仕事を続けられるよう支援する体制をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する
- 5 地域包括支援センターの全てに「認知症連携担当者」を配置するなど、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務は業務からははずす
- 6 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする。サービス利用に至るまでの相談支援にも報酬を認める
- 7 介護従事者の賃金、労働条件の改善を継続的に図るために、利用者の負担を増やすことなく、必要な対策を講ずる
- 8 要支援1、要支援2も介護保険給付の対象とし、予防事業は一般財源で行う
- 9 療養病床の利用者には、制度の推移にかかわらず、現状と同等の必要な医療と介護を保障する
- 10 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 11 すべての都道府県、政令市に「認知症コールセンター」が速やかに設置されるよう必要な措置を講ずる
- 12 小規模多機能型サービスが安定して運営できるよう、必要な措置を継続的に講ずる
- 13 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する



利用者本位を目指す 「要介護認定廃止」

新たな合意体制でサービス決定を

「家族の会」理事・

介護保険・社会保障専門委員会委員

田部井康夫

◎介護保険を充実発展させる立場

「家族の会」は、2012年の介護保険制度改正に向けて、要介護認定の廃止とそれに代わる手続きを骨子とする「提言」を、6月の総会において決定しました。6月21日には厚生労働省にも申し入れを行いました。この「提言」に対して、各方面から反応が出始めています。もちろん「よく言った」、「目からうろこ」といった賛同の反応もたくさんあります。しかし、中にはどうしてこんなに感情的になるのかと思うほど冷静さを欠いた論調や、誤解に基づく居丈高な反応も見受けられます。

改めて、この「提言」の趣旨を述べます。

まず、「提言」は、次のような考え方の上に立てまとめました。

1. 介護保険制度を、これからも充実発展させるべきものと位置づける
2. 制度の主人公は、税金、保険料、利用料の財源を拠出している国民である
3. その立場が尊重され、制度が信頼され評価されてこそ持続可能になる

この考えに基づいて、こうあってほしいという利用者の立場からの率直な願いを具体化したのがこの「提言」です。

◎現行認定制度の問題点

では、なぜその中心に、要介護認定の廃止とそれに代わる手続きの提案を据えたのでしょうか。制度が発足して以来、「家族の会」は、要介護認定は制度本体と不可分のものと理解し、より実情に即した結果が得られるよう一貫して努力してきました。しかし、要介護認定のシステムそのものに限界があり、別の道を探る必要があるのではないかと感じたからです。

転換の大きな契機となったのは、2009年4月の要介護認定システムの改定です。

認知症にかかわる調査項目の削減提案から、要介護認定の見直しに係る検証・検討会の終結までの一連の流れの中で、強く感じたのは次のようなことでした。

①コンピュータによる判定基準は、さまざまな意図によって恣意的に操作されていること、②それによって介護度の客観的指標としての意義は著しく低下したこと、③この傾向は財政の逼迫を理由にますます強まるのではないかということ、④適切なサービスの決定には別の手続きも検討してみる価値があること、⑤会議の中で利用者の立場に立った意見は少なく、利用者の利益は利用者団体が積極的に発言してゆくことによってしか守られないこと。

その結果として、「家族の会」は、検証・検討会の終結に当たって「要介護認定の廃止も含め抜本的な見直しを図ること」を申し入れたのです。

◎より利用者の実情に即した方法へ

そして、要介護認定に代わり、手続き的に負担が増えることなく、より利用者の実情に即した合理的な手続きのあり方について検討を重ねました。その結果、私たちが得た結論が、「ケアマネジャー、主治医、事業者、保険者が加わった新たなサービス担当者会議において、利用者、家族の状況と要望をふまえた上で、合議によって必要なサービスの中身と頻度を決定すること」から制度の利用が始まるとするのがもっとも合理的である、ということでした。

本来の趣旨からすれば、「ケアマネジメント会

議」とすべきだと思いますが、イメージしやすいように現実に稼働している「担当者会議」という用語を使いました。ここに保険者が加わることに大きな意味があります。保険者も利用者の状況を把握した上で必要なサービスを判断することができます。同居家族がいることにより一律に訪問介護の家事援助を認めない、などの形式的な対応をなくすことができます。会議への参加の際の負担も、これまで新規申請の場合には、保険者が調査に赴くのが原則でしたから、負担が大幅に増えることはないはずです。

利用者も、要望が通らない場合でも、その決定の場に参加することにより制度の主人公として立場を実感することができます。

複数の眼で見て合議によって判断することにより、極端な恣意的要求を抑制し合理性を担保することができます。また、直接状態を確認するため現実と大きくかけ離れた結論が出ることはなくなります。コンピュータでは10年経った今でも現実と乖離した結論が出てしまうことを、システム設計者は“恥”とすべきです。

状態像を端的に表現する指標としては、介護度に代わってこれまでも使われてきた障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度を使用することができます。これも合議で決めるために従来のように調査員と主治医の結論が極端に異なる結果を調整することができます。

◎冷静で真摯な議論を

要介護認定廃止の提案に対して、冒頭述べたよ

うにさまざまな意見が出されています。また、介護家族の立場からの不安や懸念も示されています。新しいことが始まる時には不安や懸念があっても当然です。私たちは制度の専門家ではないので、その全てに明確な回答をもっているわけではありません。特に利用者の立場からの不安や懸念に対しては今後も真摯に検討してゆく必要があります。

しかし、これまで把握している強い反対意見は制度を持続させるために必要だという観点からのものであり、利用者の利益を守るために必要だという意見は見受けられません。これは、2009年4月改定に関する検証・検討会で受けた利用者の立場から発言してくれる人がほとんどいないという印象とまったく一致しています。したがって、私たちの意見に修正を迫るものではありません。むしろ、過剰と思われるような反応は、逆に私たちに確信を深めさせる結果になっています。

要介護認定の廃止の提案を唐突だと感じる向きもあるかもしれません。私たちも2009年4月改定の経緯を経るまでは思い及ばなかったことから、無理からぬことかもしれません。また、要介護認定のシステム確立に携わった人たちにしてみれば、自分たちの努力を無にされたようで不快に思う向きもあるかもしれません。しかし、要介護認定10年の役割は認めた上でより望ましい姿を求めての提案であることを理解していただき、冷静で真摯な議論がなされることを希望するものです。(つづく)

暮らしと介護保険に関するアンケートにご協力ください

今月号にアンケート調査用紙を同封していますのでご協力をお願いします。

「家族の会」では、1981年、91年、99年と結成以来ほぼ10年ごとに、暮らしと介護の実態を知るためのアンケートを行ってきました。今回はその4回目として行うもので、また、2012年の介護保険法改正に向けてみなさんの意見もお聞きます。

アンケートの結果は、これからの「家族の会」の活動や、6月の総会で決定した「提言」を普及するための貴重な資料となります。

日々の暮らし、介護でお忙しいことと思いますが、どうぞよろしくお願いします。

アンケートの回答締め切り：9月30日（木）

回答方法：同封の返信用封筒（切手は不要）でお送りください。

特別養護老人ホーム整備の 基本方針に関するアンケート調査

2010年8月17日



特定非営利活動法人

特養ホームを良くする市民の会

自治体アンケート調査・集計内訳1「都道府県」

(注)本表は「○」印のみ集計し、「△」印等は「理由欄」に記入した。

自治体	① 全室 個室 ユニ ットの み	② 個室 多 床室 併設 の み	③ 多 床室 の み	① 全 室 個 室 ユニ ット	② 個 室 ユニ ット 多 床 室 併 設	① 全 室 個 室 ユニ ット	③ 多 床 室	② 個 室 ユニ ット 多 床 室 併 設	③ 多 床 室	① 全 室 個 室 ユニ ット	② 個 室 ユニ ット 多 床 室 併 設	③ 多 床 室	④ 無 回 答
	の み	の み	の み	の み	の み	の み	の み	の み	の み	の み	の み	の み	の み
1 北海道	○												
2 青森県					○								
3 岩手県											○		
4 宮城県					○								
5 秋田県	○												
6 山形県						○							
7 福島県	○												
8 茨城県											○		
9 栃木県	○												
10 群馬県											○		
11 埼玉県					○								
12 千葉県					○								
13 東京都					○								
14 神奈川県					○								
15 新潟県	○												
16 富山県	○												
17 石川県					○								
18 福井県					○								
19 山梨県					○								
20 長野県											○		
21 岐阜県	○												
22 静岡県											○		
23 愛知県	○												
24 三重県	○												
25 滋賀県	○												
26 京都府	○												
27 大阪府	○												
28 兵庫県	○												
29 奈良県	○												
30 和歌山県					○								
31 鳥取県	○												
32 島根県	○												
33 岡山県	○												
34 広島県											○		
35 山口県	○												
36 徳島県					○								
37 香川県					○								
38 愛媛県	○												
39 高知県					○								
40 福岡県	○												
41 佐賀県	○												
42 長崎県					○								
43 熊本県	○												
44 大分県											○		
45 宮崎県					○								
46 鹿児島県						○							
47 沖縄県	○												
小計	23	0	0	15	2	0	7	0					0

都道府県庁

自治体アンケート調査・集計内訳2「政令指定都市」

(注)本表は「○」印のみ集計し、「△」印等は「理由欄」に記入した。

自治体		① 全室 個室 ユニ ットの のみ	② 個 室 ユニ ット ・ 多 床 室 併 設 の み	③ 多 床 室 の み	① 全 室 個 室 ユニ ット	② 個 室 ユニ ット ・ 多 床 室 併 設	① 全 室 個 室 ユニ ット	③ 多 床 室	② 個 室 ユニ ット ・ 多 床 室 併 設	③ 多 床 室	① 全 室 個 室 ユニ ット	② 個 室 ユニ ット ・ 多 床 室 併 設	③ 多 床 室	④ 無 回 答
政 令 指 定 都 市	1 札幌市 (北海道)	○												
	2 仙台市 (宮城県)	○												
	3 さいたま市 (埼玉県)	○												
	4 千葉市 (宮城県)	○												
	5 横浜市 (神奈川県)	○												
	6 川崎市 (神奈川県)				○									
	7 相模原市 (神奈川県)		○											
	8 新潟市 (新潟県)	○												
	9 静岡市 (静岡県)						○							
	10 浜松市 (静岡県)	○												
	11 名古屋市 (愛知県)	○												
	12 京都市 (京都府)	○												
	13 大阪市 (大阪府)	○												
	14 堺市 (大阪府)							○						
	15 神戸市 (兵庫県)	○												
	16 岡山市 (岡山県)	○												
	17 広島 (広島県)	○												
	18 北九州市 (福岡県)	○												
	19 福岡市 (福岡県)	○												
小計		15	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	
合計		38	1	0	16	4	0	7	0	0	0	0	0	

特養ホーム整備の基本方針に関するアンケート調査・集計

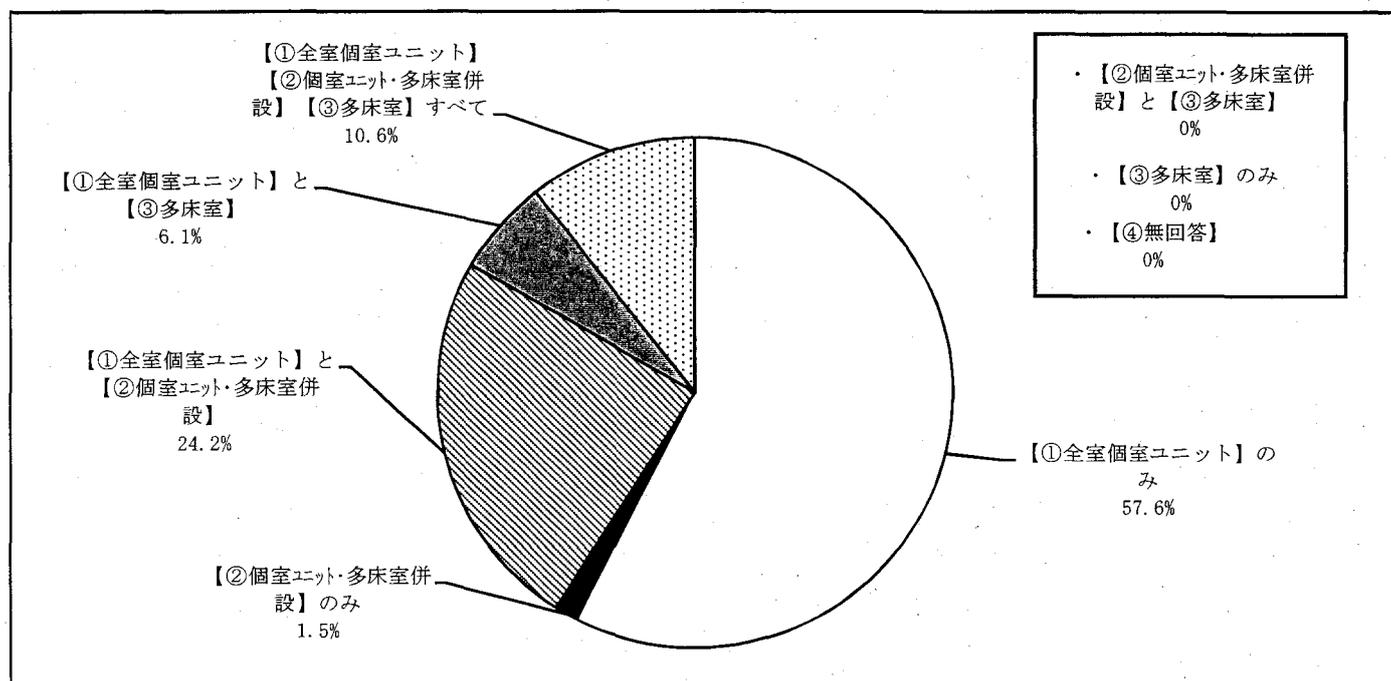
1. アンケート調査の対象

アンケート調査対象		回 答		
1	都道府県	47	47	100%
2	政令指定都市	19	19	100%
3	無回答	0	—	—
計		66	66	100%

2. 特養整備に関する基本方針

(注)本表は「○」印のみ集計し、「△」印は「理由欄」に記入した。

特養ホーム整備の基本方針		回答計 (全調査対象: 母数66に対する比率)		内訳			
				都道府県		政令指定都市	
				(全都道府県: 母数47に対する比率)		(全政令指定都市: 母数19に対する比率)	
1	【①全室個室ユニット】のみ	38	57.6%	23	48.9%	15	78.9%
2	【②個室ユニット・多床室併設】のみ	1	1.5%	0	0%	1	5.3%
3	【③多床室】のみ	0	0%	0	0%	0	0%
4	【①全室個室ユニット】と【②個室ユニット・多床室併設】	16	24.2%	15	31.9%	1	5.3%
5	【①全室個室ユニット】と【③多床室】	4	6.1%	2	4.3%	2	10.5%
6	【②個室ユニット・多床室併設】と【③多床室】	0	0%	0	0%	0	0%
7	【①全室個室ユニット】【②個室ユニット・多床室併設】【③多床室】すべて	7	10.6%	7	14.9%	0	0%
8	【④無回答】	0	0%	0	0%	0	0%
計		66	100%	47	100%	19	100%



自治体アンケート調査・集計「理由」欄

〔参 考〕

※理由は基本方針で「○」印がつけられた欄に記入し、「△」印等は同欄に(注)として記入した。

「×」は無記入とした。

1. 【①全室個室ユニット】のみの自治体

- | | |
|--|-------|
| (1) 原則、ユニットの方針であるが地域の特別な事情がある場合に、必要最低限の範囲で多床室の整備を認めることがあり得る。
(注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】に△表示で、既存施設の改築時のみと記入あり。 | (北海道) |
| (2) 国の基本方針を原則としているため。 | (秋田県) |
| (3) 原則として居室に近い居住環境で生活できるユニット型個室の整備を促進する。なお、地域の特別な実情がある場合は、多床室の整備についても配慮することとし、利用者側の多様な選択が可能となるよう取り組む。 | (福島県) |
| (4) 個別ケアに有効であること。
他県に比べユニット型の整備率が低位であること。 | (栃木県) |
| (5) ただし、地域の実情によって一部多床室とすることも否定してはしません。 | (新潟県) |
| (6) 個室・ユニット型個室化の推進を基本としている。 | (岐阜県) |
| (7) 県の第4期計画に基づき個室ユニット型の整備を原則とする。改築等で入居者処遇に特段の事情がある場合は個別に検討する。 | (愛知県) |
| (8) H23年度第4期介護保険事業支援計画の定めるところによる。 | (三重県) |
| (9) (注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】欄…ユニット型と多床室併設については市町村の要望を踏まえつつ検討中。 | (京都府) |
| (10) 省令基準第43条及び解釈通知において一部ユニット型特別養護老人ホームについては、平成15年4月1日に現存する特養の同日以降の改修、改築又は増築をする場合にのみ認められるとされていること。また、厚生労働省告示において、平成26年度の目標値として特養の個室・ユニット化割合を70%以上とすることとされていることから本府としても個室・ユニット化を推進している。
(注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】に△表示があり、理由欄は上記に含む。 | (大阪府) |
| (11) 平成26年度に特養のユニット化割合を70%以上とすることを目指した国の方針に従って、整備を進めるため。 | (兵庫県) |
| (12) 個室ユニットの整備を優先。(多床室の整備を否定するものではないが…) | (鳥取県) |
| (注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】【③多床室】に△表示あり。 | |
| (13) 高齢者の尊厳の保持や家庭的な生活空間を継続していく観点から、原則として個室・ユニット化を促進していく。 | (島根県) |
| (14) 国の整備方針に準ずる。 | (岡山県) |
| (注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】に△表示があり、理由欄に以下の記入あり。平成22年度の整備分より、利用者の多様なニーズにも応じられるよう認めることとした。ただし個室ユニットの整備割合が50%以上の場合に限り補助対象を個室ユニットの定員数を基礎としつつ整備を認めることとしている。 | |
| (15) 国の方針と同様に、県もユニットを推進しているため。 | (山口県) |
| (注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】【③多床室】に△表示があり、理由欄に以下の記入あり。
【②個室ユニット・多床室併設】…平成14年以前の施設については国の方針どおり認めているが、多床室については補助対象としていない。
【③多床室】…最近、事業としてなく、補助対象としていない。 | |

- (16) 本県では、第4期介護保険事業計画において、以下のことなどを基本方針としている。 (愛媛県)
- ・施設整備方針について…特別養護老人ホームなど介護保険3施設の新設・増床は、原則として認めない。地域密着型特別養護老人ホームについて、市町が必要と認めるものは原則認める。
 - ・施設サービスについて…認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、「個室・ユニット化」を推進する。
- (17) 県のユニット化率が2割程度しかないことから、ある程度の水準まではユニット化を推進する。 (福岡県)
- (18) 第4期介護保険事業支援計画の添付あり。 (佐賀県)
- [要旨]国の基本方針における目標を達成できるよう、個室ユニット型施設の整備推進のため、既存施設の個室ユニットケア施設への改築等を図っていきます。また、新たな施設整備については、個室ユニット型施設を基本とします。
- さらに、既存の介護老人福祉施設の個室ユニット型施設への転換促進を図る手段として、サテライト型施設の整備も促進していきます。
- (19) 個室ユニットの整備率が低いので、整備を進めるため。(H21.3.31現在のユニット型の割合 18%) (熊本県)
- (20) ユニットの割合が現行の水準より高まるように目標を設定し、促進している。 (沖縄県)
- (21) 国の方針による。 (札幌市)
- (22) 国の方針に基づく整備をすすめるもの (仙台市)
- (23) 国の方針に基づくもの。 (さいたま市)
- (24) 国の方針に従っているため。今後は多床室を含む整備について検討を行う予定。 (千葉市)
- (25) これから建設する特別養護老人ホームは個人の尊厳やプライバシーが配慮された全室個室ユニット型であるべきと考えます。 (横浜市)
- (26) (注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】【③多床室】は検討中。 (新潟市)
- 理由欄に以下の記入あり。
緊急的に整備が求められている中、利用者ニーズ等を把握し、検討する必要があると考えています。
- (27) 入居者の更なる処遇向上を図る見地から、本市高齢者保険福祉計画においてユニット型個室での整備を進めているもの。 (名古屋市)
- (28) 原則、個室ユニット型。 (神戸市)
- やむを得ず多床室型で整備する場合、入居者のプライバシーが確保されるとともに個別ケアが可能となるような構造、将来、ユニット化が可能な構造とすること。
【③多床室】…推進していないが拒否はしていない。受付はしているが申込はない。
- (29) 介護老人福祉施設の入所定員が合計数のうち、ユニット等施設の入所定員の合計数が占める割合を70%以上とするよう、国が目標を定めているため、本市もそれに沿った整備が必要だと考えるため。 (広島市)
- (30) 個人の尊厳を確保する観点から、全室個室ユニットを整備の基本と考えます。 (北九州市)
- (31) 国の方針がユニット推進であったため。 (福岡市)

2. 【②個室ユニット・多床室併設】のみの自治体
- (1) ユニットケア(個室)の整備を基本としていますが低所得者への配慮から一部多床室を取り入れる場合には、多床室の占める割合を施設全体の50%まで認めています。 (相模原市)
3. 【③多床室】のみの自治体
4. 【①全室個室ユニット】と【②個室ユニット・多床室併設】の自治体
- (1) 地域の需要に応じた施設の整備を行うため。 (青森県)
- (2) 施設は入所者にとって生活の場でありプライバシーに配慮した生活環境、個別ケアサービスの確保が必要である。ただし、個室ユニット型での整備を基本とするが、多床室は利用者や事業者からの要望があるほか、多くの方が入所を待っている状況にあり、地域の実情に応じて多床室整備も支援する事とした。 (宮城県)
- (3) 居住環境の高いユニット型個室を基本として整備しますが、所得の低い方にとっては利用しにくい状況があります。特養の待機者が多い中で、現実に、入りたくても入れない方がいる以上、自治体の責任として、当面、一部ユニット型の整備も行わざるをえません。全室個室の特養も認めています。 (埼玉県)
- (4) 【①全室個室ユニット】平成26年までにユニット化率70%以上という国の目標達成のため。 (東京都)
- 【②個室ユニット・多床室併設】地域における特別な事情があり、合理的な理由がある場合は、総定員数のおおむね3割以内まで多床室を認める。
- (5) 入所待機者のニーズに対応し、選択肢を確保するため。 (神奈川県)
- (6) 【①全室個室ユニット】…ユニット型が基本であるから。 (石川県)
- 【②個室ユニット・多床室併設】…地域における特別の事情もあるため。
- 【③多床室】…未検討。
- (7) 県の第4期介護保険事業計画における整備方針の添付あり。 (福井県)
- [要旨]将来入所する団塊世代のライフスタイル等も考慮するとともに、ユニットケアについては認知症の症状の安定化に有効であることから、改築等に当たってはユニット型施設の整備を事業者に働きかけます。また、入所者の経済状況や地域の実情などに応じて、必要な範囲で多床室も確保します。
- (8) 【①全室個室ユニット】に○印、【②個室ユニット・多床室併設】の改築は○印、創設・増築は×印あり。 (山梨県)
- 理由欄は以下の通り。在宅に近い居住環境の実現、プライバシーの確保、個別ケア推進の観点からユニット型の基準創設後、一貫して創設、改築については当然すべてユニット型が望まれるが、現行制度化では改築後にユニット型個室に再入所できなくなる既存入所者が生じる。この点を踏まえ、低所得者の再入所に配慮する場合にのみ、一部多床室の整備を認めている。ただし、この場合においても、多床室は準ユニットケア加算算定可能な設備とする場合にのみ補助することとしており、可能な限り、居住環境の向上、プライバシーの確保、個別ケアの推進を図ることとしている。
- 【③多床室】…上記理由により認めていない。(補助対象としていない)
- (9) 【②個室ユニット・多床室併設】…個室ユニットを優先しているが、地域の実状に応じて多床室も補助の対象としている。 (和歌山県)
- (10) 従前施設の改築であれば、一部ユニット型が認められるため。 (徳島県)
- (11) 基本方針としてはユニット型であるが、併設型も地域の実情に応じて認めるべき。 (香川県)

- (12) 個室ユニット化を基本としているが、一律に個室ユニット型ということではなく、一部多床室で確保するなど、地域の実情に応じた整備を進める。 (高知県)
- (13) 【①全室個室ユニット】…(※改築について) (長崎県)
【ユニット・多床室併設】…(※改築について)ユニット化を推進すると共に、利用者の様々な居室形態へのニーズに対応するため。
- (14) 市の高齢者実態調査では、個室よりも多床室の利用希望が多いため、地域の実情に応じた整備を行う必要がある。 (川崎市)
5. 【①全室個室ユニット】と【③多床室】の自治体
- (1) 低所得者への配慮など地域の実情に応じて、市町村の計画として計上されたものに対して補助する必要があると判断したため。ただしプライバシーに配慮した設備を求めている。 (山形県)
(注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】欄に実績なしのコメントあり。
- (2) 【③多床室】…個室ユニット化の整備を基本としつつ、地域の実情を踏まえて従来型多床室の整備も可としている。 (鹿児島県)
- (3) 「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」及び「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」に規定されているため。 (静岡市)
(注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】…「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」及び「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」に規定されていないため。
- (4) 【①全室個室ユニット】…第4期計画において80床の大規模特養を3施設、29床の小規模特養を2施設整備する。なお、第5期計画における方針については未定。 (堺市)
【③多床室】…第4期計画において80床の大規模特養を1施設整備する。なお、第5期計画における方針については未定。
無認可の有料老人ホームや安い賃貸アパートにさえ入れない低所得者に対応するため。
(注)その他、【②個室ユニット・多床室併設】欄に、基準省令上、不可であると認識している。
6. 【②個室ユニット・多床室併設】と【③多床室】の自治体
7. 【①全室個室ユニット】【②個室ユニット・多床室併設】【③多床室】すべての自治体
- (1) 【①全室個室ユニット】が原則。 (岩手県)
【②個室ユニット・多床室併設】…保険者等地域、事業者から要望があるため。(ただし、新設の場合、一部ユニット型は認めていない。
【③多床室】…保険者等地域、事業者から要望がある場合は、別途検討(要望事例なし)。
- (2) 【②個室ユニット・多床室併設】【③多床室】欄…H23～(予定) (茨城県)
- (3) 入所申込者には多床室希望も多く、高齢者の多様なニーズに対応するためには個室ユニット、多床室のどちらかに限ることなく、地域の実情に応じた整備が必要なため。 (群馬県)
- (4) 第4期介護保険事業計画において施設の設置主体が住民ニーズを十分踏まえ、市町村と協議した結果としてユニット型以外の施設整備を希望する場合にはその意向を尊重することとしている。 (長野県)
- (5) ただし、利用者の多様なニーズに応えるため、23年度までに限り、【①全室個室ユニット】だけでなく【②個室ユニット・多床室併設】【③多床室】も認めている。 (静岡県)
- (6) 原則として施設整備補助金は個室ユニットに限る。 (広島県)

2010年8月20日

社会保障審議会介護給付費分科会

日本労働組合総連合会（連合）
生活福祉局長 篠原 淳子

一部ユニット型施設について

一部ユニット型施設等の見直しにあたっての基本的な考え方

- 施設であっても、入所高齢者にとっては「住まい」であり、個人としての尊厳・プライバシーを尊重されるべき。
- 従って、個室が原則であり、多床室解消と個室化の方向を後退させてはならない。
- 今後の新設施設は、原則個室型とすべき。
- 特養ホーム(介護老人福祉施設)の居室定員等の緩和は、行うべきではない。

以上

全室個室・ユニット型特養ホームの在り方について(意見)

平成22年8月20日

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
会 長 中 田 清

<一部ユニット型特養ホーム等の整備について>

- 1) 3月24日付けで発出された事務連絡通知「一部ユニット型特養ホーム等の基準解釈について」、多くの特養ホーム及び地方自治体関係者から疑問の声が寄せられている。
その背景には、地方自治体、特養ホーム事業者の低所得高齢者対応、福祉的配慮として、一部ユニット型施設の必要性が求められていることにある。
- 2) ユニット部分についてみれば、平成15年4月1日以前と以降であっても、同じハード、同じソフトであり、建設時期の違いのみで報酬対象を峻別することは、あまりにも不合理ではないか。
- 3) 国は、高齢者の尊厳として全室個室・ユニット型施設の整備を進めているが、被生活保護者については人所を原則として認めていない。
すなわち、高齢者の尊厳をまもるのが個室・ユニット型施設となり、低所得の被生活保護者に「健康で文化的な生活を保障する」のは、従来型の多床室施設ということになる。
にもかかわらず多床室施設の整備を認めないのは、被生活保護者の施設入所、施設介護の権利を奪うことになるのではないか。
- 4) また、特養ホーム入所者の重度化、病弱化がますます進行している実態がある。
圧倒的な入所待機状況と行政の指導とも相俟って、ますます重度化の傾向にある。
新潟県の例では、
○50人定員の内、要介護度5が21人(42%)となっている。
その中で、13人名(26%)が胃瘻や経鼻による経管栄養をされている。
また、吸引処置を毎日・毎食後しなければならない方が7~8人いる。(16%)
○別の50人定員施設では、35人(70%)の方が介護度5となっている。
また、20人(40%)の方が経管栄養(胃瘻等)の方となっている。
- 5) このように医療の必要性からみれば、介護療養型施設に近い状況にある特養ホームが増加している。同施設類型の廃止が打ち出されている今日、介護療養型入院者の中で特養ホームへの入所希望者が1万人以上もいることについても、全室個室・ユニット型での受入れは、医療必要度の高い方が各ユニット・各個室に分散することとなるために、極めて困難と言わざるを得ない。

- 6) 重度化し、医療ニーズの高い方を多く、全室個室・ユニット型施設のみで対応することは、現状の介護報酬による可能な人員配置からして、職員の労働過重をもたらすことになり、入所者の安全管理の観点からも問題が多い。

全国老施協の離職率調査(平成19年度)

- ・個室ユニット型施設における介護職の離職率は、特養ホーム全体平均19.2%に対し、25.9%となっている。(H19調査)
- ・さらに看護職の場合は、41.5%と、他の施設類型の倍以上の離職率である。

7) 厚生労働省の施設整備に関する考え方

○H21.2.19 全国介護保険課長会議

特養ホームを始めとした施設等の整備については、地域のニーズ・実情に応じて、都道府県や市町村の判断の下に進めていただいているところであり、各地域においてどのような施設等をどの程度整備するのかは、もとより都道府県等の判断によるものである。

このような考え方に則った上で、……既存の特養ホームの増床による対応も含め、経営の効率性も考慮の上検討されるよう申し添える。

○H21.5.28 全国介護保険課長会議

今回の緊急整備に当たって、各都道府県等において、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ものと考えている。

既存施設の増床整備、ユニット以外の施設整備もありうる等の考え方を示していることから、事業者及び都道府県等が、「新設や既存の従来型施設の増床をユニット型で進める」だけでなく「新規に特養ホームを整備する場合に、地域事情に応じて、従来型(多床室)とユニット型(個室)を必要と思われる比率で整備する」ことを考えるのは自然の成り行きではないだろうか。

以上のようなことから、平成15年4月1日による峻別ではなく、今後も特養ホームにおける一部ユニット型整備、報酬請求を認めるべきである。

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
 平成21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）事業
要介護者の状況に応じた適切なサービスの提供と利用者負担の在り方についての調査研究
報告書サマリ

1. 事業目的

特別養護老人ホーム及び居宅サービス利用者及び家族に対し、利用に係る経済的負担感や意識、負担者の収入の実態等の調査分析を通して、利用者負担の在り方を提言する。

2. 事業内容

- (1) 特別養護老人ホーム及び居宅介護支援事業所における介護サービス利用状況及び利用者・利用者家族等の経済状態のアンケート調査の実施
- (2) アンケート調査協力施設及び利用者・利用者家族等へのヒアリング調査の実施

3. 事業結果

I 特別養護老人ホームにおける利用状況調査から

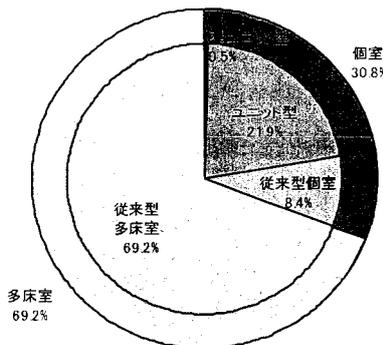
(1) 調査の対象、属性

- ①調査対象 100 施設のうち 56 施設から回収、回収サンプル数は 2,249（回収率 36.4%）
- ②回答者の平均年齢は 86.23 歳、平均要介護度 3.9、男性は 20.9%、女性が 79.1%

(2) 調査結果の概要

- ①入所中の居室タイプは、個室が 30.8%（うちユニット型 21.9%）、多床室が 69.2%
 （厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査によれば、個室比率は 28%、うちユニット型の比率は 18%）

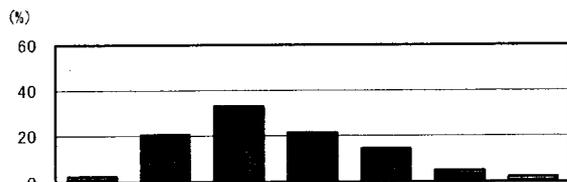
入居中の施設および居室タイプ（N=2249）



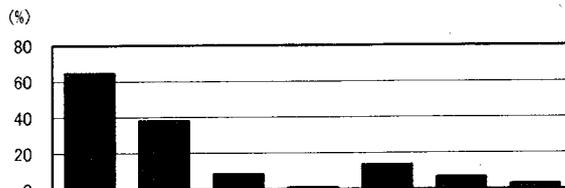
- ②入所者の年収総額の分布は、100 万円以下が 53.9%を占め、50 万円超～100 万円以下の層が最も多い。

収入の種類では、国民年金が 64.5%、厚生年金 37.9%であり、被用者年金の合計は 46.5%と全体の半数に満たない。

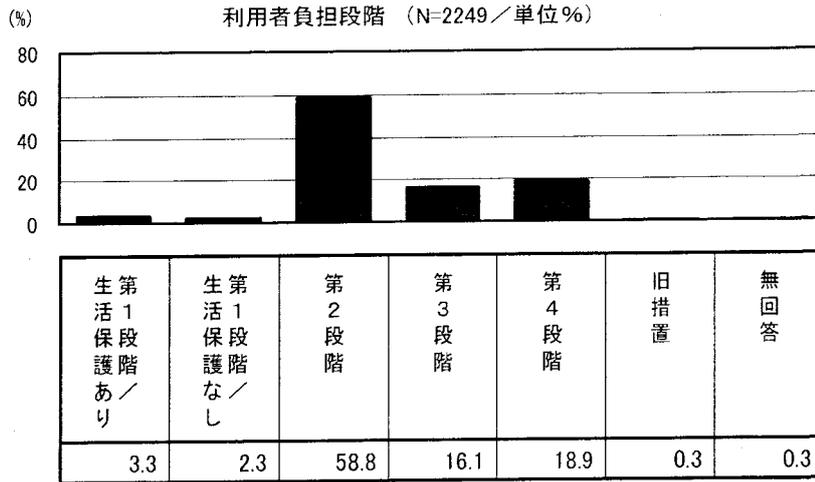
入所者の年収総額（N=2249／単位%）



収入の種類（N=2249／単位%）



③利用者負担段階では第2段階が最も多く58.8%を占める。



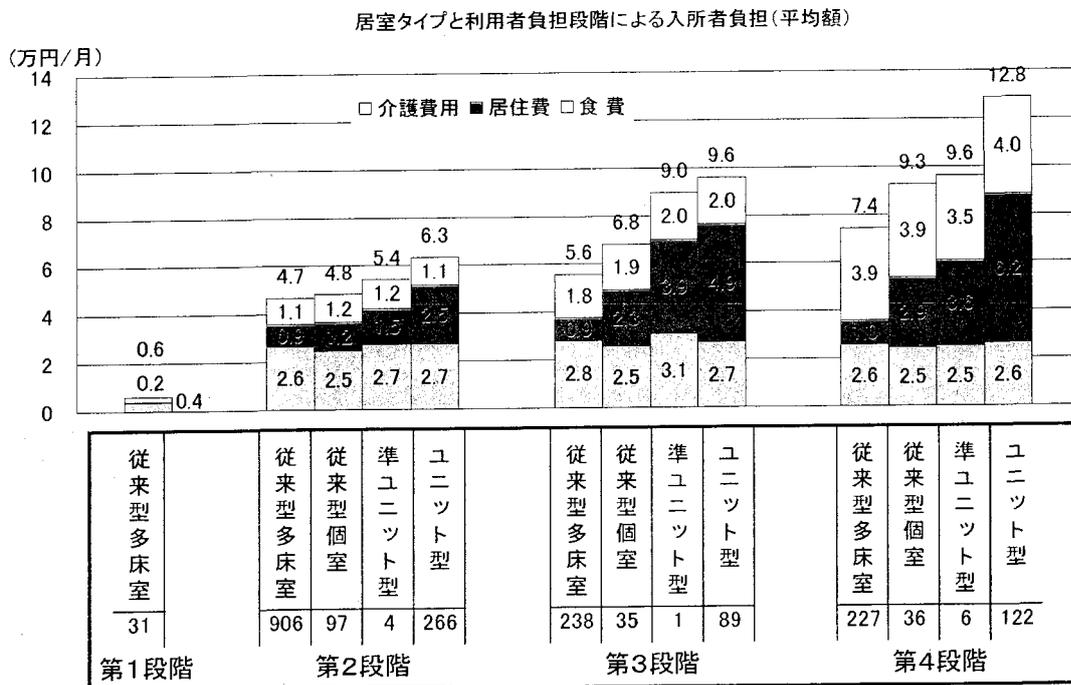
注) 施設サービスの入所者負担が重くならないように、所得の低い入所者には負担の限度額が決められている。
入所者は世帯所得に応じた4つの段階に分けられた負担限度額までを自己負担し、基準費用額と負担限度額との差額は介護保険が負担する。

利用者負担段階	対象となる人(市町村民税世帯非課税)※
第1段階	高齢福祉年金受給者、生活保護受給者
第2段階	合計所得金額+課税年金収入額が年額で合計80万円以下など
第3段階	合計所得金額+課税年金収入額が年額で合計80万円超(年金収入だけの場合、80万円超の市町村民税世帯非課税者)
第4段階	(全額自己負担)

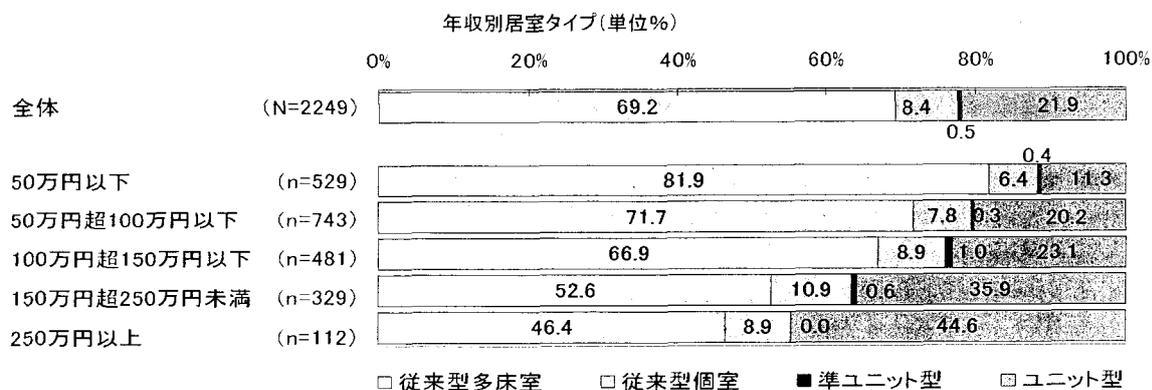
※市町村民税課税層でも、高齢夫婦世帯の一方が施設に入所し、食費・居住費の負担により残された配偶者の在宅生活が困難になるような場合は、第3段階とみなされる。

④利用者負担段階ごとの居質タイプ別入所者負担の平均額は、特に居住費によって大きく変動する。

また、居室タイプと入所者の年収は相関関係にあり、経済的な状況が居室タイプの選択に影響を与えている。



注)居室タイプの下に数字は、n(回答数)を示す。



<ヒアリング、アンケート自由コメントより>

- ・「特別養護老人ホームの費用以外に、病気のため本人の入院費用が必要」
- ・「利用者負担を入所者の国民年金の範囲に抑えたい」
- ・「介護報酬改定により利用料個人負担の引上げ、医療費負担の増加、要介護度が重くなった場合の施設利用料の増加等があれば、どうすればよいのか不安」
- ・「現状は何とかこなしているが、将来的にどうなるか不安」

総括・提言

- 特別養護老人ホームに入所している要介護者の経済状態は、国民生活基礎調査などで報告されている一般的な高齢者の所得と比べると、極めて低水準であり、経済的になんらかの問題を抱えていると思われる者が多い。実際、被用者年金を受給している者は多くなく、老齢基礎年金（月額換算で6万円程度）が生活の糧である者が多数である。
- また、現行の特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）の対象となる利用者負担段階の第1段階から第3段階の者が入所者のおよそ8割を占めている。
- ユニット型個室の場合、現行の補足給付を活用しても、入所者の負担額（平均額）は6万円超（第2段階）から12万円超（第4段階）となっており、本人の所得額を超えると推測されるケースが多い。
（本調査研究での別のデータで、家族が費用補填をしているケースは約6割あり、そのうち負担感を感じているケースは約8割と、家族の負担に依存している比率が大きいこともわかった。）
- この意味で、現行の補足給付の存在意義は大きい。仮に補足給付がなくなり、食費・居住費が全額自己負担となると、施設入所を継続できなくなる利用者が多数あると思われるし、家族の生活も破綻する場合も少なくないだろう。
- そして同時に、優れたケアの方式として特別養護老人ホームに積極的な導入が促されてきたユニット型個室は、費用負担の面から考えると、高齢者の所得（年金の給付）レベルと齟齬があると言える。
- 一方、現行の補足給付は保険給付として行われており、本来的な保険原理に反すると言われる。そのため、これを公的扶助の一環として一般会計で賄うべきという指摘がある。しかしながら、現実に公的扶助として実施するとなると、資産調査（ミーンズテスト）の行政コスト・手間がかかること、利用者・家族のスティグマは避けられないこと、一般会計からの支出となることで自治体にとっての公費負担が大きくなり保険者・自治体が難色を示すことが予想されることといった問題が推測される。このことから考えると、補足給付は保険給付の一環で実施される方が現実的であろう。
- 現行の補足給付は世帯の所得に着目したものであり、施設入所を契機に特養に住民票を異動するため、結果的に世帯を分離することになる。そうしない場合、家族が施設入所の費用を重く負担しなければならないことも調査結果としてわかった。このように家族に経済的負担を求める施策は今日的とは言えない。こうしたことから、補足給付は、あくまで本人の所得に着目して行われるべきと考える。

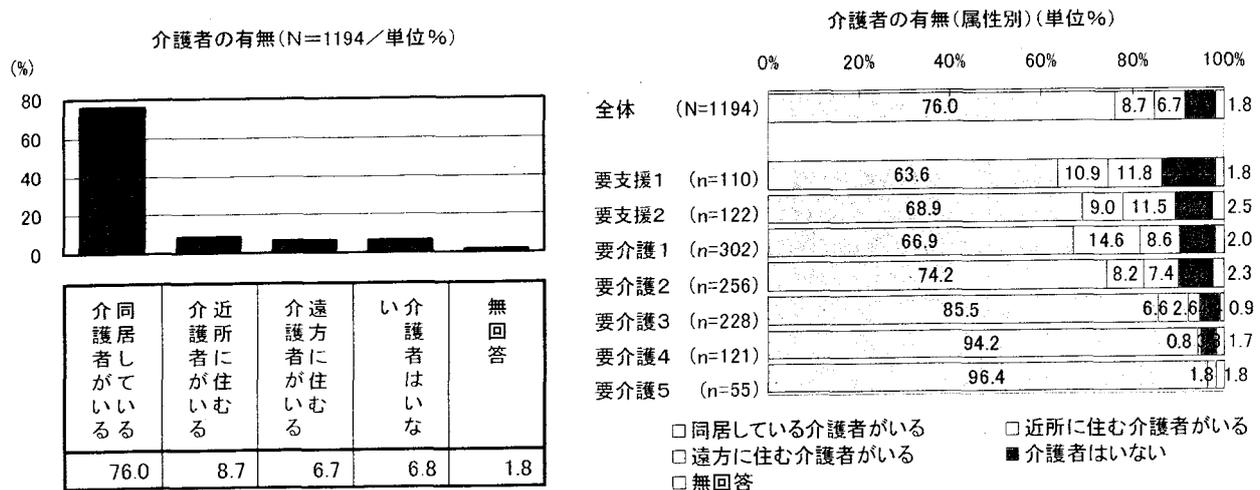
Ⅱ 居宅サービス利用者における利用状況調査から

(1) 調査の対象、属性

- ① I の調査対象の特別養護老人ホーム 100 施設のうち、居宅介護支援事業所併設の 78 事業所を対象に実施。うち 41 施設から回収、回収サンプル数は 1,194 (回収率 30.2%)
- ② 回答者の平均年齢は 83.49 歳、男性は 30.6%、女性が 69.4%
- ③ 要介護度で最も多いのは要介護度 1 で 25.3%、次いで要介護度 2 の 21.4%、要支援段階 (要支援 1 及び要支援 2 の合計) の 19.4%、要介護度 3 の 19.1%

(2) 調査結果の概要

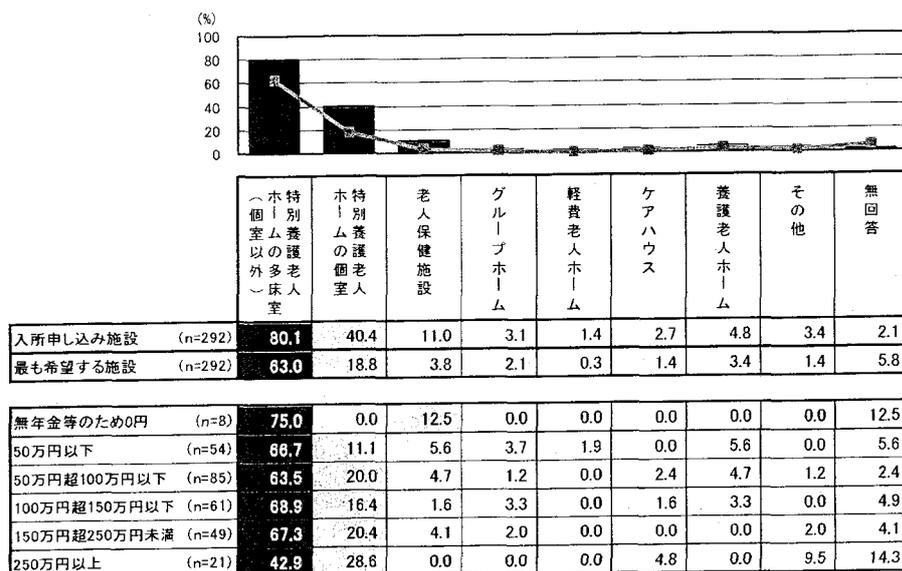
- ① 介護の有無をみると、同居している介護者がいる割合が 76.0%、利用者の要介護度が重度化するにつれて介護者が同居する比率が高まり、要介護度 5 ではほぼ全員同居の介護者がいる。



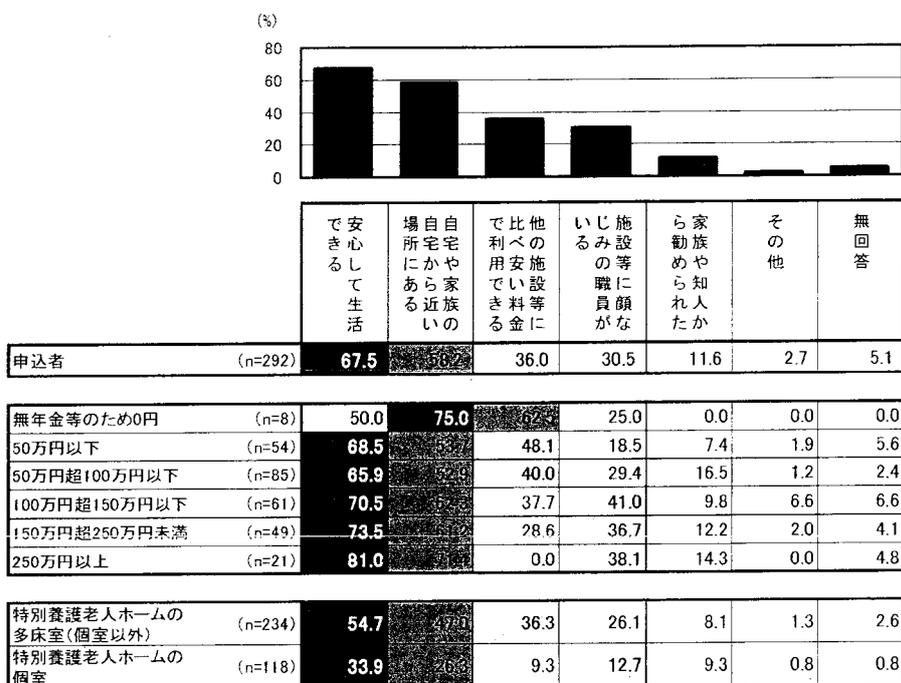
- ② 居宅サービス利用者のうち 24.5% が施設への入所を申し込んでいる。最も入所希望が高い施設は特養の多床室 (個室以外) で 63.0% を占め、次いで特養の個室の 18.8% であり、併せて 8 割を超えている。年収が 250 万円以上になると、希望する居室タイプの多床室 (個室以外) と個室の差が小さくなっている。また、入所希望理由については「安心して生活できる」が 67.5% で最も多く、経済的な理由だけでなく、生活施設としての環境が重視されている。

入所を申し込んでいる施設と最も入所を希望する施設 (N=292/単位%) * 複数回答

* 最も入所を希望する施設は単一回答



入所希望理由(N=292/単位%) * 複数回答



<ヒアリング、アンケート自由コメントより>

- ・「老人が老人を介護する場合、待機期間中の介護が長引けば体力、精神力が続かない」
- ・「待機期間がどれだけかかるかわからなくて不安だ」
- ・「入所待ちに時間がかからぬよう、施設を増やしてほしい」
- ・「新設施設がユニット型中心なのは困る。料金の安い部屋を残してほしい」

総括・提言

- 居宅サービス利用者では、重度化すると家族が同居せざるを得ないケースが多い。
- これは、施設入所におけるケアは24時間365日の生活援助（家事）・介護・医療などのパッケージメニューであるのに対し、居宅サービスでは個々のサービスを選んで組み合わせる形となるため、家族の介護負担を背景として成り立っているものと考えられる。居宅での生活を制度的に促していくとすれば、本当にこうしたパッケージメニューを地域で提供できるのか否かが問われるだろう。
- 施設入所を希望して入所申し込みを済ませている居宅サービス利用者においては、特別養護老人ホームの多床室を申し込んでいるものが約8割である。最も希望する施設も特別養護老人ホーム多床室で約6割を占めた。さらに、特別養護老人ホーム申込者で多床室と個室の申込者のそれぞれの特徴をみると、所得との間に相関関係が見られる。
- 前述したとおり、実際の高齢者の所得レベルは高くなく、現実的な経済状況からユニット型個室を希望しない利用者も多いと言える。
- 申込者においては、新設施設ではユニット型が中心になっていることから、利用料支払いを懸念する声もあった。また、入所待機にあまりにも時間がかかることを懸念する声もある。こうしたことから、利用者（家族）は従来型多床室の充実を求めているよううかがえた。
- これらのことから、所得レベルに応じた多様な施設類型が求められ、ユニット型や多床室がバランスよく整備されることが望ましいのではないかと思われる。

ヒアリング後、議論となる事項についての整理

議論となりうる事項

① 国と地方の役割について

- ・ 国は、昨年の緊急整備に際し示した、自治体の判断でユニット型以外の整備もありえるとの表現を不適切と認め、個室ユニット型の整備が基本方針であることを明確にすべきとの意見
- ・ 地方が地域の実情に合わせて、柔軟に定められるようにしたうえで、新設の一部ユニット型特養のユニット部分についてもユニット型の介護報酬を適用してほしい。

② 一部ユニット型施設の取扱いについて

- ・ 平成15年4月2日以降に新設された合築施設については、一部ユニット型施設に該当しないことについて、基準省令上では記載がなされておらず、解釈通知によっていること。
- ・ 解釈通知は自治事務に対する技術的助言であり、指定を妨げるものではないという意見
- ・ 平成15年4月1日を境にして、施設の取扱いが異なり、それに伴い、同じ介護サービスが提供されていても介護報酬が異なることに対する議論
- ・ 国の解釈に従っている自治体と従っていない自治体で介護報酬が異なることに対する議論
- ・ 一部ユニットを廃止し、ユニット型と従来型を別施設として指定すべきとの議論（同一施設内でケアが混在することが問題との意見）
- ・ 特別養護老人ホームと老人保健施設の性格は異なる。一部ユニット型施設の取扱いについても異なるという意見、同じにすべきとの意見

③ ケアの在り方について

- ・ 重度者優先入所で、介護度4～5度の方しか入所できず、終末ケア、看取りケアを要請されている特養の現状では、ユニット方式は、現場実態からかけ離れているとの意見
- ・ 入所希望者から多床室のニーズがあるという意見、それは負担の重さの問題と関係しているとの意見がある

④ 低所得者の方への対応をどうするか

- ・ 補足給付、家賃補助、生活保護等についての議論

⑤ ユニット型施設の推進のための方策

- ・ 負担軽減策、用地確保、ユニットの定員をゆるやかにすべき、等の議論

- これまで指定されている一部ユニット型施設の問題、介護報酬についてどのように考えるべきか。
- 今後、一部ユニット型施設の取扱いについてどのようにすべきか。