

軽度者から重度者へのシフトチェンジを 迫られる「特定施設」等の方向性

今回の報酬改定を受けて、特定施設、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)を含む居住系事業者はどう対応すべきか。今後とも要介護度の上昇が確実視されるなか、事業者は質のよい住まいとサービス提供を至上命題に都市部のニーズに応えることになる。(株)タムラプランニング&オペレーティング代表取締役の田村明孝氏にその展望を聞いた。



代表取締役
田村明孝
Tamura Akira

特定施設「要支援切り」の意味するところ

介護保険制度を維持するためには、報酬は適正化せざるを得ない、3年ごとの改定で報酬単価が下がることはあっても、上がることは考えられない状況にあります。介護事業者は、これを前提に収支構造を考えなければなりません。たとえば、特別養護老人ホーム(特養)の整備費補助は国などが出してきましたが、現実問題として廃止や負担削減の方向にあります。施設を補助金でつくる時代は終わり、介護報酬も要支援・要介護者には自立に向けてできる限り頑張ってもらい、より重度化した方に手厚くする、これが基本的な流

れです。これも社会的な要請で、介護保険は軽い人を対象とした時代から、重い人を対象とした時代に移行する過渡期にあると思われれます。

今回の報酬改定で、特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の要支援の報酬が大幅に削減されますが、意味するところは「要支援者はいざれカットする」という方向性を示唆するものです。「今回は要支援者がカットされなくてよかった」というのが事業者のホンネでしょう。特養の入所者が原則要介護3以上の方に限定される制度改正がありました。これを受けて特定施設は要介護3未満の方、さらに経年とともに重度化する方々の比重が高くなるのが予想されます。重度の

方は特養、療養病床、特定施設、そして特化型サ高住、軽い方は在宅や住宅型、サ高住という大きな流れです。

サ高住については当初、国交省は地域包括ケアシステムの受け皿として、他の居住系も含めて60万戸つくるとしていましたが、いまは誰もそうはみていないでしょう。補助金が出るから開設数が急増しましたが、その補助金もあと1年間がメドで、その先はないと考えたほうがいい。現在のサ高住の入居者は、介護保険3施設や特定施設グループホームなど包括的サービスを提供する施設居住系が不足しているから入居しているのであって、本質的には包括的サービスを提供する施設や住宅を民間資本で整備すべきなのです。

その場合、入居者は要介護3以上になるでしょうから、特養やサ付きにかかっている整備費補助を要介護3以上の入居者のうちの低所得者、家賃補助を必要とする入居者にまわす、といった考え方があっていいと思います。

厚労省は今回の報酬改定で「施設より在宅重視」という配分を打ち出しましたが、この配分が間違っています。東京都の舛添知事は、特養は待機者が約5万人いるから整備するとしていますが、無理であることは明らか。それより、遊休地などを活用し、サブリース方式などで包括ケアを提供する特定施設を充足するほうが早道です。施設居住系の整備が遅れているため、在宅生活を強いられる要介護者も少な

くない。ただ、この人たちは夜間のケアサービスの不足で生活の質が落ちていきますから、サ高住に流れているのが現状です。

この状況を変えるためには、特定施設を含む施設居住系を、今後とも整備する必要があります。どれだけ必要なのか、要介護3以上の認定者数を高齢者人口で割ると、約6・4%になる。しかし、実際には4・2%程度(14年10月現在)しか、供給されていません。私は最低でも6%は必要だと考えますが、4・2%を6%までふやす施策を、まず国が示す。しかし、財源の問題があるので要支援、要介護1、2はカットせざるを得ない。要介護3以上および重度認知症の方が入居する施設居住系を6%程度まで整備する。そうすることで、在宅の要介護者も必要になれば包括介護サービスを受けられる施設への入居が容易になります。

軽度者と重度者との「住み分け」が必要な時代に

今回の特定施設の報酬改定で、サービス提供体制加算と認知症専門ケア加算の2つが創設され、看取り介護加算の充実が図られました。私は本来、「加算」ではなく、基本報酬に組み込まれ

て当然であると思います。むしろ、サービス提供しなければ、「減算」するべきです。いざれ、特養、療養病床、特定施設という線引きも見直すべきときがくるでしょうが、いまの多床室の特養に団塊の世代が入るとは思えません。希望する住まいに最期まで安心して過ごせる場を提供することが国の責務であると思います。

地域包括ケアシステムが盛んに言われていますが、現実問題としてお世話できるのは、要介護2くらいまでが限界だと思っています。要介護3(重度の介護が必要な状態、排泄・入浴・着替えなどに全介助が必要)以上の方をお世話するのは、私は幻想ではないかと思っています。地域包括ケアを支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型(改定後、看護小規模多機能型居宅介護)、いざれも在宅サービスの充実を目的につくられましたが、利用者の伸び悩みに直面しています。共通する課題は夜間介護、その人材確保です。日本人は夜間働くこと、しかも介護という労働に対する抵抗感があるように思えます。つまり、在宅介護にも限界が見えてくるわけです。ならば、地域包括ケアは軽度者対応、要介護3以上は国と自治体が介護保険者の責任

において、施設居住系を整備していくべきで、そこを明確にする必要があります。

特養と特定施設の1カ月当たりの介護報酬を単純に比較すると、特養の約26万円(施設介護サービス費、従来型個室)に対し、特定施設は約19万円と入居者の要介護度を割り引いても特定施設のほうが安い。したがって、まず特定施設の充足を図り、認知症や重度化した方々の受け皿を確保することが先決です。そのうえで、在宅サービスの充実を図ることが順序でしょう。

特定施設には自治体による総量規制がありますが、これについては保険者である自治体が介護保険事業計画で生活圏域ごとにニーズ調査を行ない、見込量を介護保険事業計画に適切に反映することで総量規制は意味をもたなくなくなります。いまは介護保険料が上昇することを恐れて、低めの見込量を公表しています。ニーズ調査を反映した介護保険事業計画による総量規制であれば、私はむしろ歓迎します。しかし、いまは低めに設定して、なおかつ達成率は75%しかありません。特養待機者52万人という要因の1つです。実際には強いニーズがあるので、自治体にはニーズを反映した介護保険事業計画

をつくってください、と申し上げたい。

現在、介護付より住宅型が増勢を示しますが、住所地特例のもとで、地域ごとに必要量を整備することが肝心なのです。サ高住は、もともと「適合高齢者専用賃貸住宅」が母体で、都道府県に届出をすれば特定施設として介護報酬を受けられる。サ高住が生き残る方向性、今後の存在意義はここにあると思います。特定施設の指定は取らないけれど、医療・介護・生活支援サービスを付ける医療・介護特化型のサ高住でもいいわけです。入居対象者は当然ながら、重度者となっていくでしょう。

今回の報酬改定をきっかけに、事業者は①特定施設、②特化型サ高住、③一般賃貸住宅、いずれかの方向性を明確にし、入居者の重度化に対応できる収支構造とすることが求められます。

田村明孝 (たむら・あきたか)

1987年、タムラ企画(現(株)タムラプランニング&オペレーティング)を設立、代表取締役役に就任。有料老人ホーム、ケア付き高齢者住宅等の開設コンサルティングとして、約30棟をオープン。事業計画策定件数は500件以上。日本全国の高齢者施設・住宅、介護保険居宅サービス、介護保険事業計画のデータベースを作成・販売。高齢者住宅や認知症ケア等に関する相談・セミナー、スウェーデンを中心とする海外視察ツアーも開催。マスメディアへの登場、講演活動、著書出版も多数。高齢者住宅経営者連絡協議会事務局長。