



公益社団法人

日本認知症グループホーム協会

社会保障審議会介護給付費分科会事業者団体ヒアリング資料

平成29年9月13日

公益社団法人日本認知症グループホーム協会

会長 河崎 茂子

認知症グループホームの役割・機能および今後の課題

1. 認知症に特化した唯一の居住系サービス

- ・認知症の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、その能力に応じ自立した日常生活を営める居住系サービス【参考資料2～5】(P19～22)

2. 地域における認知症ケアの拠点としてのグループホーム

- ・これまでも運営推進会議を活用した地域交流、居間や空室を活用した共用デイ、短期入所、認知症相談事業などの在宅支援に取り組んできた。
- ・新オレンジプランでは、地域における認知症ケアの拠点として、より積極的に地域展開することが期待されている。【参考資料6】(P23)

3. 重度化や医療ニーズの増加への対応

- ・現在は「医療連携体制加算」「看取り介護加算」「夜間支援体制加算」等で評価されている。
- ・一方で、入居者が「なじみの関係」の中でできるだけ長く暮らすことができるようにするために、更なる医療との連携が必要となってきている。【参考資料7】(P24)

4. グループホームの役割・機能を果たすための経営課題

- ・他の介護サービス同様、人員の不足が常態化している。
- ・サービスの特質ゆえ、小規模事業者が多く、経営が不安定に陥りやすい。

要望事項

1. 在宅支援機能の強化への評価

- ①地域の認知症ケア支援拠点に対する評価
- ②短期利用認知症対応型共同生活介護の要件緩和

2. 医療との連携の強化への評価

- ①入退院支援のための適切な取組みの評価
- ②口腔衛生管理の評価

3. 人材確保のための職員配置の弾力的な運用

4. 低所得者対策の充実

5. 経営の安定化

1. 在宅支援機能の強化への評価

①地域の認知症ケア支援拠点に対する評価

地域における認知症ケアの拠点として積極的に取り組む事業所に対し、認知症地域支援推進員等との連携や一定の地域支援事業の実施を要件として、地域の認知症ケア支援に係る評価をしていただくことを要望したい。

1-① 説明資料

○認知症ケアの拠点として積極的に取り組むことの意義

地域で暮らす認知症の人とその家族をいかに支えるかが課題となっており、認知症グループホームは、その知識、経験、人材等の専門性を活かし、相談支援や教育研修事業、認知症カフェや福祉避難所の設置など、地域における認知症ケアの拠点として、社会的責任を果たしていく。

入居者にとってのメリット

- ・グループホームへの認知度、理解度を高め、地域の協力者を増やすことができる。
- ・地域住民の一員として、住み慣れた地域と繋がりながら、より良く暮らしやすくなる。
- ・緊急時の対応や防災等の様々なリスクにおいて地域の協力を得やすくなる。

地域住民にとってのメリット

- ・認知症の人及びその家族を支える。(相談・支援、居場所づくり など)
- ・認知症に対する認知度、理解度を高める。(普及啓発、サポーター養成、まちづくり など)
- ・福祉避難所など災害時の防災拠点としての役割を果たす。

○地域の認知症ケア支援に対する評価の必要性

地域包括ケアの観点からも、「お互い様(顔の見える)」の関係、互助の体制づくりが重要である。一方で、地域への積極的な展開においては、日頃より地域住民や多様な関係者と企画・調整するためのコストが存在するので、地域の認知症ケア支援に対する評価を希望する。

1. 在宅支援機能の強化への評価

②短期利用認知症対応型共同生活介護の要件緩和

短期利用認知症対応型共同生活介護

(ショートステイ)の活用を促進するために、

現行の人員基準、一定の設備要件を前提に、

「1ユニット定員+1名の範囲内で利用」可能

となるように利用定員の見直しをお願いしたい。

1-② 説明資料

○ショートステイの活用促進による効果

ショートステイの活用促進は、BPSD(行動・心理症状)に悩む家族のバーンアウトを防ぎ、認知症の人ができるだけ長く在宅生活を送れるようにすることを支える効果がある。

利用者のメリット

- ・行動・心理症状の悪化等に際し、緊急受入れが可能となる。
- ・待機者の利用は、入居後のリロケーションダメージを防ぐことができる。
- ・在宅復帰後のアフターケアの仕組みとして柔軟に活用できる。

家族のメリット

- ・レスパイトのニーズに柔軟に対応することで、家族の負担軽減が可能となる。
- ・家族への認知症ケアの方法を教育する機会として活用することができる。

○「1ユニット定員+1名」の必要性

ショートステイの選択理由は、「待機者である」が57.3%、「ケア環境が他施設よりも適応しやすい」が48.7%で、入居後のダメージを防いだり、容態に応じた適切なサービス提供に貢献している。

一方で、現行は「定員の枠内で1名を限度」となっており、必要時に利用できない。地域包括ケアの観点からも、「+1名」を確保して、常時ショートステイを使えるようにしておくことが重要である。

2. 医療との連携の強化への評価

①入退院支援のための適切な取組みの評価

早期退院を目指す上では、入院時から退院を見越した医療機関との連携を図ることが重要であり、入退院に伴う医療機関との連携について評価していただくことを要望したい。

イ) 入院時情報連携加算の新設

ロ) 退院時情報連携加算の新設

2-① 説明資料

○入退院支援のための適切な取組みの意義

認知症の人は入退院による環境の変化に弱く、認知症の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすい。これらを防ぎ、これまでのケアを継続するために医療との連携や情報提供を通じて、スムーズな入退院へ向けての取組みが重要である。

イ)入院時情報連携加算の新設

入院時に病院等と利用者に関する必要な情報提供等を行う際の評価

利用者と医療側のメリット

- ・本人の特性に配慮した日常的なケア方法の共有
- ・本人の背景要因を踏まえた上での行動・心理症状への適切な対応方法の共有
- ・生活環境などに関する情報提供により本人のなじみの環境をつくる

ロ)退院時情報連携加算の新設

退院時に病院等と利用者に関する必要な情報共有等を行う際の評価

利用者と事業所側のメリット

- ・入院時から必要に応じて退院に向けたカンファレンスへの参加で退院計画の共有
- ・服薬など退院後に本人が遵守すべき健康管理のための情報の共有
- ・入院中も適宜、病室を訪問し、退院後も本人が安心できるケア環境をつくる

○入退院支援の適切な取組みに関する評価の必要性

医療機関に対する利用者の特性やケアの方法等の情報提供等の支援が、認知症の悪化を防止したり早期退院に結び付く事例が数多く報告されており、早期退院支援の取組みや入院中及び退院後の生活の質の向上に関する評価として、上記二つの加算が必要である。

2. 医療との連携の強化への評価

②口腔衛生管理の評価

認知症高齢者の口腔衛生管理を適切に行うことを推進する上で、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士との連携について評価していただくことを要望したい。

イ) 口腔衛生管理体制加算の新設

ロ) 個別口腔衛生管理加算の新設

2-② 説明資料

○口腔衛生管理の意義

認知症が重度化するにつれ、歯周病・う蝕の進行、嚥下機能の低下がみられる。歯科専門職から介護職員が口腔ケアの方法について助言指導を受けている認知症対応型グループホームの利用者は、口腔衛生状態が良好であり、口腔軟組織の炎症も少ない。その結果、平均機能歯数が高く、食事形態についても常食の割合が高い。【参考資料8】(P25)

イ)口腔衛生管理体制加算の新設

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士と連携し、口腔衛生管理の体制を整えている際の評価

ロ)個別口腔衛生管理加算の新設

個人単位の口腔ケアの方法について指導を受け、口腔内状態に応じた口腔ケア等を行う口腔衛生管理の評価

利用者と事業所側のメリット

- ・口腔衛生状態が良好だと、歯周病やう蝕、口腔軟組織の炎症も少なくなる
- ・口腔衛生管理に取り組むと、平均機能歯数と常食の割合が高くなる
- ・口腔内の状態改善は、誤嚥性肺炎などの防止にも役立ち、入居者がより長くグループホームで生活することが可能

歯科専門職側のメリット

- ・グループホームで得た知見を、在宅の認知症の人の口腔衛生管理に活用できる

○口腔衛生管理に関する評価の必要性

認知症が重度化すると、自己または介護者による口腔衛生管理も難しくなり、歯周病やう蝕が急速に進行する。グループホームの約9割が協力歯科医療機関を定めているが、大半は歯科治療のみに留まっている。介護保険施設では、既に歯科医師または歯科衛生士との連携の取組みが評価されており、グループホームにおいても上記二つの加算が必要である。

3. 人材確保のための職員配置の弾力的な運用

人材確保のための取組みの一層の推進を前提に、職員配置の弾力的な運用と、これらを阻害する過度のローカルルールの是正についても指導していただきたい。

3 説明資料

○国策としての人材確保の取組みの推進

認知症グループホームをはじめ多くの介護サービス事業所は、人手不足の状況が常態化しており、新規採用においても困難な状況に直面している。引き続き、人材確保のための取組みの一層の推進をしていただきたい。

○今いる人材の柔軟かつ効率的な運用

夜間支援体制加算の要件緩和

同一建物もしくは同一敷地内における併設の介護保険サービス事業所の夜間の宿直職員についても夜間支援体制加算の要件として認めていただきたい。

過度のローカルルールの是正

職員配置の弾力的運用を阻害する過度のローカルルールの是正についても指導していただきたい。

(例) ・介護従事者は、別の日であっても複数のユニットで勤務することができない。

4. 低所得者対策の充実

経済的な理由でグループホームを退居するケースも少なくないことから、より実効性のある低所得者対策を講ずるようお願いしたい。

4 説明資料

○低所得者への負担軽減

当協会調査によると、利用料負担の総額は約十数万円にも上り、介護保険施設など補足給付のある施設と比較すると割高である。

※特養ユニット型個室の低所得者の利用者負担は約5万円程度(補足給付があった場合)

【参考資料9】(P26)

⇒「介護保険制度見直しに関する意見」(平成28年12月9日)においても「認知症グループホームや小規模多機能型居宅介護などについても補足給付の対象とすることなど、低所得者への配慮措置も必要」との意見があったので検討してほしい。

⇒平成24年度より、地域支援事業の任意事業(その他事業)の対象事業の一つとして「認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業」が位置づけられているが、平成28年度介護保険事務調査での実施率は、63市町村(3.6%)に留まっているので指導していただきたい。

【参考資料10:好事例】(P27)

○自由に選択できる居住系サービス

認知症の人が経済状況に関わらず、希望すれば適切な居住系サービスを自由に選択できるように、抜本的な改革をお願いしたい。

5. 経営の安定化

経営規模の小さなグループホームにおいては、経営環境の変化やアクシデントに対応することが極めて困難であり、不安定な経営状況に陥りやすいので、経営の安定化を推進していただきたい。

5 説明資料

○認知症グループホームの収支の改善

経営規模の小さなグループホームにおいては、この程度の収支差額（収支差率）では経営環境の変化やアクシデントに対応することが極めて困難である。【資料11】(P28)

⇒手厚い人員配置により、認知症ケアの質の維持において努力しているので、収支差率だけでなく収支差額も考慮してほしい。【資料3～5】(P20～22)

○認知症グループホームに入居しやすい体制の整備

4の説明資料でも述べているが、グループホームへの入居は割高であり、地域密着型なので保険者が違えば近隣であっても原則利用できないなど、地域によっては定員割れも見られる。

⇒グループホームへの入居は、認知症の人にとって「住み慣れた生活圏域」が大切なので、保険者である市町村の区域を越えても身近な生活圏域を優先できるような体制の整備をお願いしたい。

○認知症グループホームのサテライト型事業所の創設

都市部では、特に土地、建物の取得や人員の確保が困難な状況がある。

⇒小規模な事業所の効率的運営を可能とするために、質の確保を前提にグループホームのサテライト型事業所の創設についてもご検討いただきたい。

参 考 资 料

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会の概要

■目的

公益社団法人日本認知症グループホーム協会(略称:日本GH協)は、認知症の人の尊厳の保持のもとに、住み慣れた地域で安心できる長寿社会の実現に向けて、グループホーム事業の健全な発展と国民の福祉の増進に寄与することを目的としております。

■沿革

- 平成10年5月 「全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会」結成。
- 平成12年10月 NPO法人(特定非営利活動法人)取得。
「全国痴呆性高齢者グループホーム協会」となる。
- 平成17年10月 「全国認知症グループホーム協会」と改称。
- 平成21年3月 「一般社団法人日本認知症グループホーム協会(日本GH協)」を設立
- 平成22年4月1日「公益社団法人日本認知症グループホーム協会」となる。

■組織構成(平成29年6月30日現在)

会員数： 正会員 1,858法人(2,545事業所、4,189ユニット)

準会員 49法人(団体・個人)

賛助会員 41法人(団体・個人)

組織率： 19.4%(事業所数)

役員： 理事： 23名 監事： 2名

■事業内容

- グループホームにおけるケアサービスの質の確保、向上に関する調査研究及び指導
- 地域住民との協働による認知症ケアの相談及び普及啓発活動
- 認知症の予防から終末期ケアまでの幅広い領域での啓発活動
- グループホームに関する研修、全国大会、学会、講演会等、指導及び支援
- グループホームの全国ネットワークづくりと情報収集及びその提供
- 機関誌その他グループホームに関する刊行物の発行
- 行政その他関係機関との連携、連絡、調整に関する事業 他

認知症グループホームの概要

①基本的な考え方

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

②入居の対象者

要支援2以上の認知症である利用者

③主な基準

・1事業所当たり1又は2、3の共同生活住居(ユニット)を運営。

・1ユニットの定員は、5人以上9人以下。

・居室は7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室。

・管理者1名、計画作成担当者(介護支援専門員)1名

・介護従事者は日中:利用者3人に対して1以上、
夜間:1人以上配置。

・看護師の配置は義務付けられていないが…

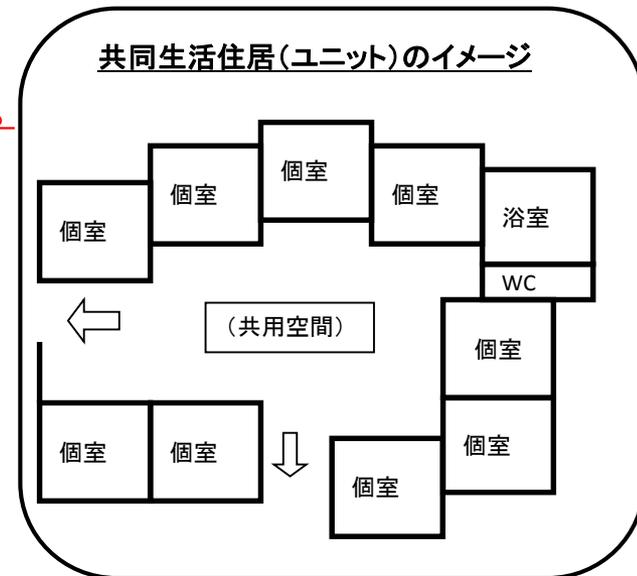
※医療連携体制加算(看護師の配置又は

訪問看護ステーションとの契約等)取得事業所 76.2%

平成28年度老健事業「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

④認知症対応型共同生活介護の特性

運営基準において「利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行わなければならない」とされている。



認知症グループホームの平均定員、人員配置の状況

○認知症の人のみを対象とした認知症グループホームは、他の施設・居住系サービスよりも、少人数の利用者を対象とし、かつマンツーマンに近い人員配置で対応しているところに特徴がある。

●平成28年度厚生労働省経営概況調査(平成27年度)

	平均定員	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数
認知症対応型共同生活介護	<u>15.0人</u>	<u>1.4人</u>
特定施設入居者生活介護	58.8人	2.5人
介護老人福祉施設	68.8人	2.0人
介護老人保健施設	89.2人	2.2人
介護療養型医療施設	63.6人	2.3人

認知症グループホームの利用者像

○サービスごとの認知症高齢者の利用者像においては、認知症グループホームは、認知機能障害、IADL障害、ADL障害、行動・心理症状ともに「高」と分類されている。

		認知機能障害	IADL障害	ADL障害	行動心理症状	日常生活自立度 II a～M割合
居宅系	訪問介護	低	低	低	中	47.2%
	訪問リハビリテーション	低	低	低	低	45.2%
	通所介護	低	低	低	低	53.0%
	通所リハビリテーション	低	低	低	低	44.5%
	訪問看護	中	中	中	中	64.9%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	中	中	中	中	66.4%
	認知症対応型通所介護	中	中	中	高	88.7%
	小規模多機能型居宅介護	中	中	中	高	80.7%
施設・ 居住系	特定施設入居者生活介護	中	中	中	高	76.3%
	認知症対応型共同生活介護	高	高	高	高	95.0%
	介護老人保健施設	高	高	高	中	89.5%
	介護老人福祉施設	高	高	高	中	94.0%
	介護療養型医療施設	高	高	高	低	97.0%

(上表の高・中・低の判定方法)

利用者の認知機能、IADL、ADL、行動・心理症状に関する36項目の回答率に、各レベルに応じた点数(例:まったくない→1点、ときどきある→2点、頻繁にある→3点、いつもそうだと→4点)を乗じ、サービスごとに認知機能、IADL、ADL、行動・心理症状の合計点数を算出。その後、調査対象13サービス間で合計点数を比較し、点数の高い順に4サービスを「高」、点数の低い順に4サービスを「低」、中間の5サービスを「中」とした。

認知症グループホームのサービス提供の実態

○認知症グループホームは、認知症に対するケア方針の策定率、医学的診断実施率、原因疾患の診断実施率ともに最も高い割合となっている。

○「利用者が役割を持って取り組めるケア」についても最も高い割合となっている。

(単位:%)

		認知症に対する ケア方針の策定率	医学的診断実施率 (Ⅱa～M)	原因疾患の診断実施率 (Ⅱa～M)	利用者が役割を持って 取り組めるケア(Ⅱa～M)
居宅系	訪問介護	37.5	51.8	37.0	16.5
	訪問リハビリテーション	21.3	38.0	25.4	16.7
	通所介護	38.8	58.6	36.8	19.1
	通所リハビリテーション	33.1	44.6	34.3	17.8
	訪問看護	28.7	50.1	30.1	10.9
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	39.2	64.9	40.3	18.1
	認知症対応型通所介護	71.1	93.5	77.1	51.0
	小規模多機能型居宅介護	65.0	72.9	57.1	36.9
施設・ 居住系	特定施設入居者生活介護	48.1	58.6	41.0	22.2
	認知症対応型共同生活介護	77.9	95.4	81.2	57.5
	介護老人保健施設	31.1	55.3	37.6	18.9
	介護老人福祉施設	42.3	67.3	40.7	27.9
	介護療養型医療施設	29.6	65.8	26.3	3.1

【出典】平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業報告書」

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割

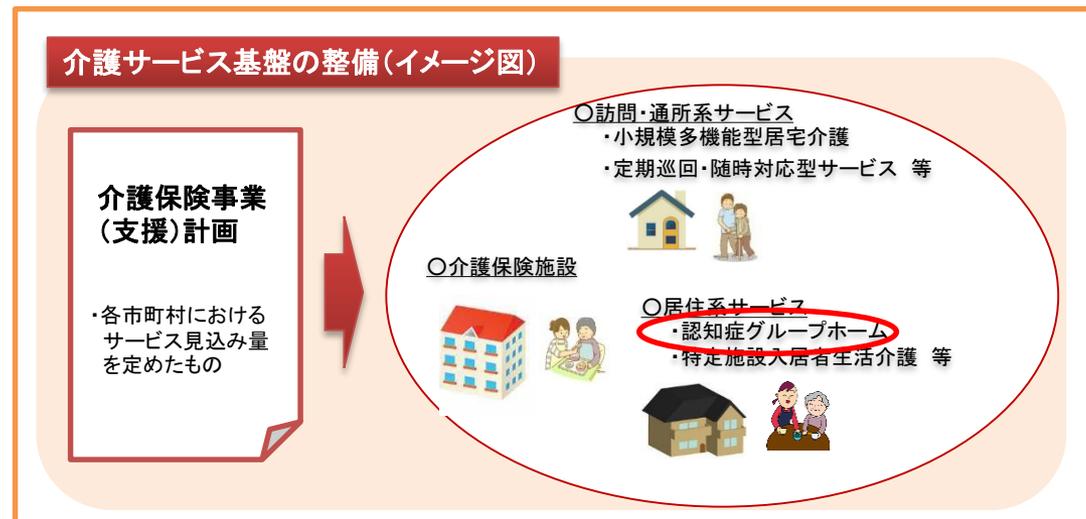
認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)

- 認知症の人は、様々な形で介護サービスと関わりながら生活していくこととなる。介護保険事業計画に沿って、介護サービス基盤の整備を進めていく。
- 認知症グループホームは、認知症の人のみを対象としたサービス。
- 地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型共同生活介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。

認知症グループホームは入居部分の拡充とともに、その知識、経験、人材等を活かして、地域で暮らす認知症の人とその家族を支えていくことが期待されている。

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供<介護サービス基盤の整備>



※ 厚生労働省資料より一部抜粋

地域密着型サービス事業所数(通所・居住系)

- 認知症グループホームは全国に12,983事業所あり、通所・居住系の地域密着型サービスの中では最も多い。

認知症グループホームは、住民に身近な地域における認知症ケアの拠点として、全国で展開できる事業所数を有している。

地域密着型サービス(通所・居住系)の種類	事業所数
通所サービス	
認知症対応型通所介護	4,308
小規模多機能型居宅介護	4,969
看護小規模多機能型居宅介護	250
居住系サービス	
認知症対応型共同生活介護	12,983
地域密着型特定施設入居者介護	301
地域密着型介護老人福祉施設	1,901

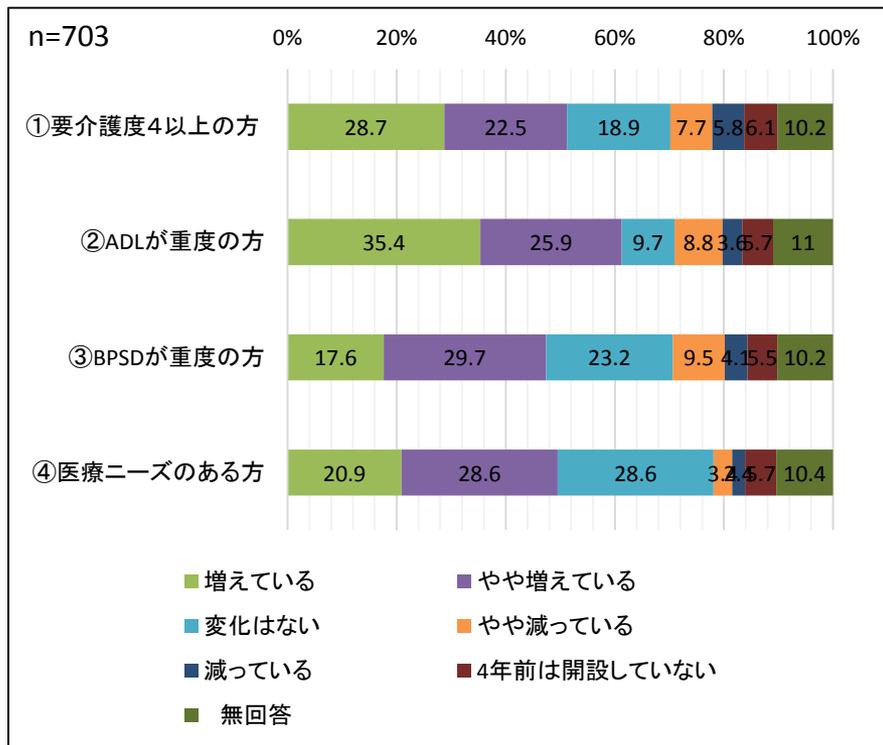
※平成27年介護サービス施設・事業所調査

認知症グループホームの重度化の状況

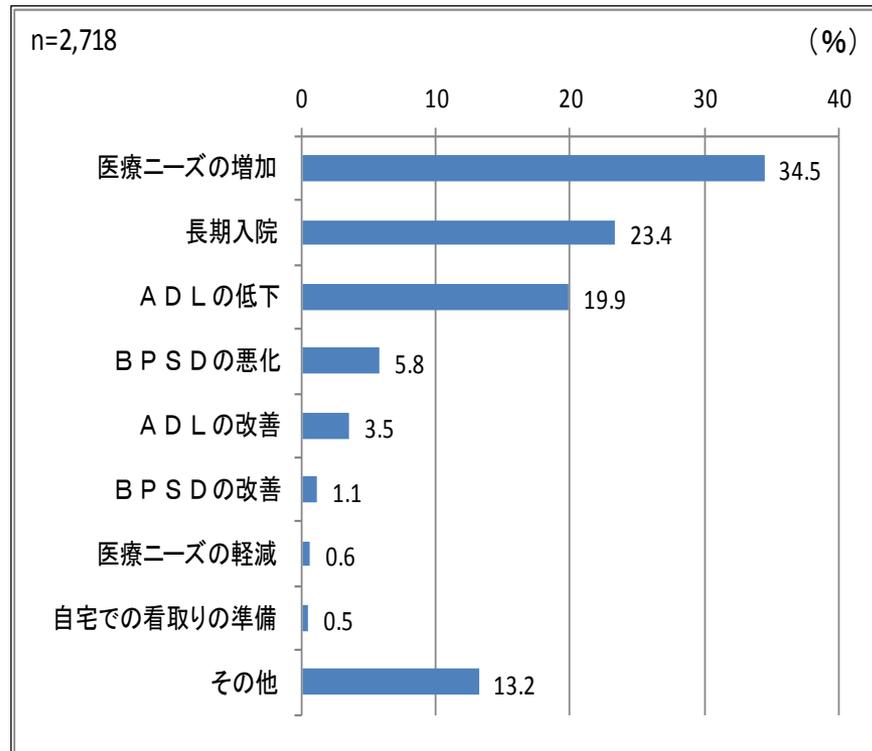
○認知症グループホームは、「要介護度」、「ADL」、「BPSD」、「医療ニーズ」ともに重度化、重篤化の傾向にある。

○退居の判断に至った背景では「医療ニーズの増加」が最も多く、次いで「長期入院」となっており、医療との連携の必要性が特に大きくなっている。

図表 4年前の入居者の状況と現在の入居者の状況変化



図表 GHから退居の判断に至った背景(死亡を除く)



認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理③）

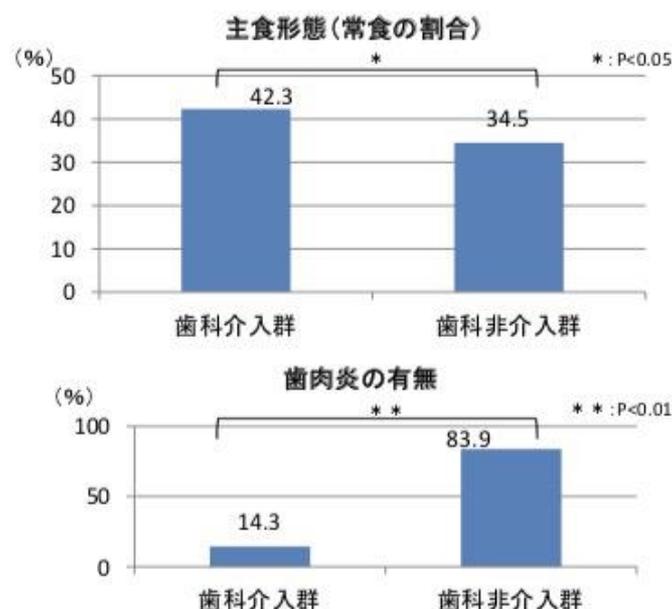
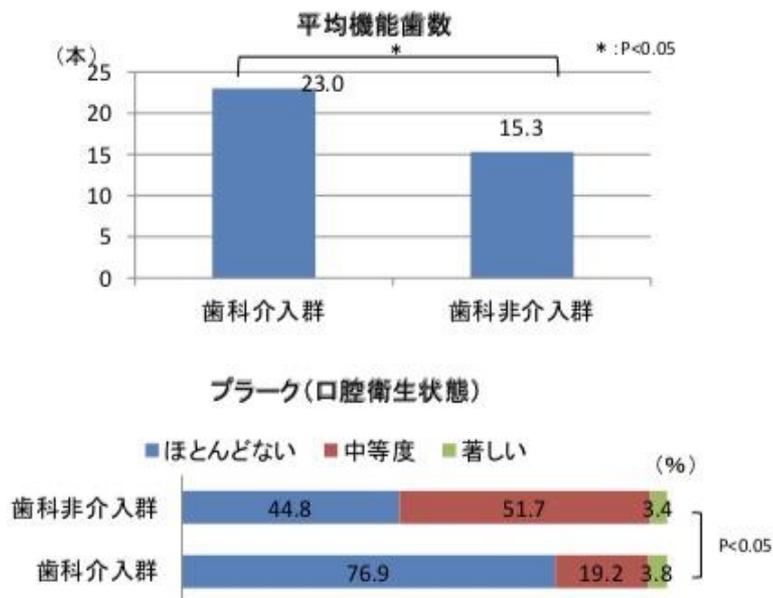
- 協力歯科医療機関と連携した口腔衛生管理に取り組んでいる認知症対応型グループホームの利用者は、平均機能歯数が多く、食事形態についても常食の割合が多かった。
- 協力歯科医療機関の歯科専門職から入所者の口腔内状態に応じた個人単位の口腔ケアの方法について介護職員が助言指導を受けている認知症対応型グループホームの利用者は、口腔衛生状態が良好であり、口腔軟組織の炎症も少なかった。

対象：A県及びB県の認知症高齢者グループホーム15施設の利用者84名（要介護4以上の男性11名、女性73名、平均年齢86.6歳、）

方法：食事情報等の基礎情報については施設職員から取得、口腔関連項目については歯科医師による対面調査（調査時期：平成27年2月）

協力歯科医療機関介入群：歯科医師による定期的な入所者全員の口腔内状況の確認、入所者個人毎の口腔ケアについて職員へ助言指導
その他（定期的な訪問歯科診療等）

協力歯科医療機関非介入群：主訴があった場合の歯科治療対応のみ

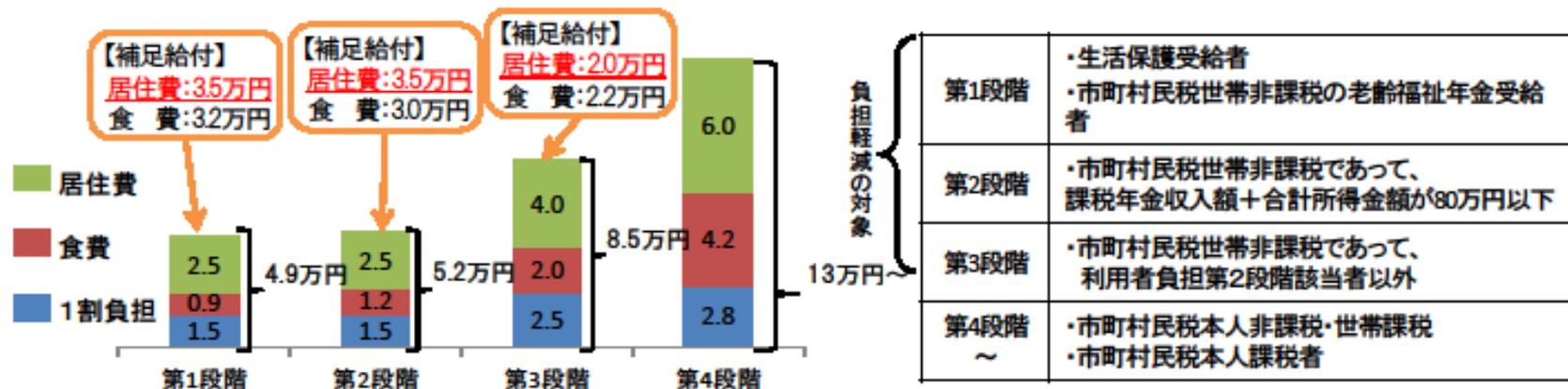


出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等における認知症高齢者に対する適切な口腔ケア及び経口維持支援のあり方に関する調査研究事業」

平成26年改正における補足給付の見直し【平成27年8月施行(一部平成28年8月)】

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

＜現在の補足給付と施設利用者負担＞ ※ ユニット型個室の例



(※) 認定者数: 119万人、給付費: 3338億円 [平成26年度]

＜要件の見直し＞

- ① 預貯金等 → 一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)がある場合には、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける
- ② 配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- ③ 非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

①、②: 平成27年8月施行、③: 平成28年8月施行

【認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業の例】 ～鹿児島県曾於市～

○市の概要

- ・人口38,564人(平成27年4月末時点)、高齢化率36.9%。

○取組みに至った背景・問題意識

- ・認知症グループホームに入居したいが、料金が高く入居できない状況等について、以前から市民より相談が多数寄せられていた。県の説明会で地域支援事業の活用が可能であるとの周知あり、平成25年度より導入。

○取組み内容

- ・市民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の方を対象に、一律日額600円を支給。

○取組みの効果

- ・制度導入前は低所得の認知症高齢者が入所できる施設がない状況であったため、利用者・家族からは喜びの声が上がっている。

○現状の課題

- ・グループホーム入居者の約6割の人が低所得者であり(平成27年9月時点)、制度の対象者が多い。独居、高齢者のみ世帯が増えていることが要因として考えられ、今後も助成額が増加する可能性が高い。

○今後の方向性

- ・グループホームの利用者においては、低所得者の割合が多いため、引き続き継続していきたい。

○平成28年度厚生労働省経営概況調査(平成27年度決算)

	収支差率(税引き後)	収支差額(月額)
認知症対応型共同生活介護	2.5%	<u>139,000円</u>
特定施設入居者生活介護	2.7%	613,000円
介護老人福祉施設	2.5%	631,000円
介護老人保健施設	2.7%	897,000円
介護療養型医療施設	2.7%	767,000円