

平成29年9月6日

特定施設入居者生活介護報酬改定に対する意見

一般社団法人全国軽費老人ホーム協議会
理事長 川西 基雄

軽費老人ホームは昭和38年老人福祉法施行以来、老人福祉施設として長年にわたり高齢者福祉に携わってまいりました。今後も培った歴史と経験をもとに日本の超高齢社会のなかで低所得者や生活課題を抱える高齢者の住まいと生活支援を担ってまいりたいと考えております。

平成30年の介護報酬改定に向けた議論の中で、本会として、下記の点についてご検討やご考慮をいただけますようお願い申し上げます。

記

低所得高齢者や課題を抱えた高齢者の生活を守るセーフティネットとしての役割を持続し、利用者が安心して充実した老後生活を送れるために

1. 特定施設入居者生活介護の報酬の維持確保:

特定施設入居者生活介護の指定を受けた軽費老人ホームの収入源は、①介護報酬、②利用者負担金(生活費及びサービスの提供に要する費用(以後、サービス提供費)自己負担金)、③サービス提供費補助金、④居住に要する費用(軽費A型は無料)、の4種となります。

軽費老人ホームが入所者の要介護化に伴う介護サービスの必要から特定施設入居者生活介護の指定を受けて①の介護報酬を得た場合には、先に挙げた収入源である②③の基準となるサービス提供費については、その介護報酬の増収に置き換えるサービス提供費の所定の減額のために、サービス提供費の上限額を引き下げる基準が設けられています。

つまり、特定施設入居者生活介護の指定を受けた軽費老人ホームにおいては、①介護報酬と②③サービス提供費の調整が前提とされており、現在の介護報酬とサービス提供費の配分は、特定施設入居者生活介護の指定を受けた軽費老人ホームの経営にとって大きな前提条件であります。

そのため、福祉サービスと介護サービスを併せ持つ機能を継続的に確保するうえで、現行の介護報酬の基準が維持されることを求めます。

2. 加算報酬に関する追加:

軽費老人ホームで特定施設入居者生活介護の介護サービスを提供するにあたっては、要支援から要介護5までの多段階の介護ニーズに対応する必要があります。そのため、介護重度化予防から看取りまでの幅広いケア・サービスの技能が求められています。

そのサービス技能のひとつとして、軽費老人ホームでは栄養士の配置基準があることから

その人的資源を、介護重度化の予防や摂食・嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成する栄養ケアマネジメントにその人的資源を向けることができれば、介護サービス資源の強化につながると考えられます。

医療ニーズ、看取り対応の利用者に対して食事の適切な管理をする栄養ケアマネジメントの必要性は特定施設入居者生活介護のサービスの中でも必要性の高い介護技術と考えられます。管理栄養士による専門的な栄養管理を特定施設入居者生活介護においても加算のひとつとして考慮いただくことを求めます。

以上

高齢者向け住まいにおける介護報酬の課題

- ① 介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）
- ② 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

2017年9月6日

高齢者住まい事業者団体連合会

公益社団法人全国有料老人ホーム協会

一般社団法人全国介護付きホーム協会

一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会

一般社団法人高齢者住宅推進機構

高齢者向け住まい 総論

高齢者住まい事業者団体連合会 代表幹事
公益社団法人全国有料老人ホーム協会 理事長
市原 俊男

高齢者住まい事業者団体連合会（高住連） 概要

■ **発足** : 平成27年4月1日 (平成27年3月18日設立総会)

■ **連合会の構成団体**



公益社団法人 **全国有料老人ホーム協会** (有老協)



一般社団法人
全国介護付きホーム協会 (介ホ協) * 平成29年6月特定協から名称変更



サ住協 (サ住協)
一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協会



一般社団法人
高齢者住宅推進機構
Senior Housing Promotion Organization

■ **体制**

代表幹事 : 市原 俊男 (株式会社サン・ラポール南房総 代表取締役社長)
有老協理事長・介ホ協常任理事・サ住協理事

副代表幹事 : 国政 貴美子 (株式会社ベネッセスタイルケア 取締役副社長) 介ホ協代表理事

副代表幹事 : 小早川 仁 (株式会社学研コファンホールディングス 代表取締役社長) サ住協会長

幹事 : 福山 宣幸 (麻生メディカルサービス株式会社 代表取締役社長) 有老協副理事長

: 下河原 忠道 (株式会社シルバーウッド 代表取締役) サ住協理事

: 和田 勇 (積水ハウス株式会社 代表取締役会長) 高齢者住宅推進機構代表理事

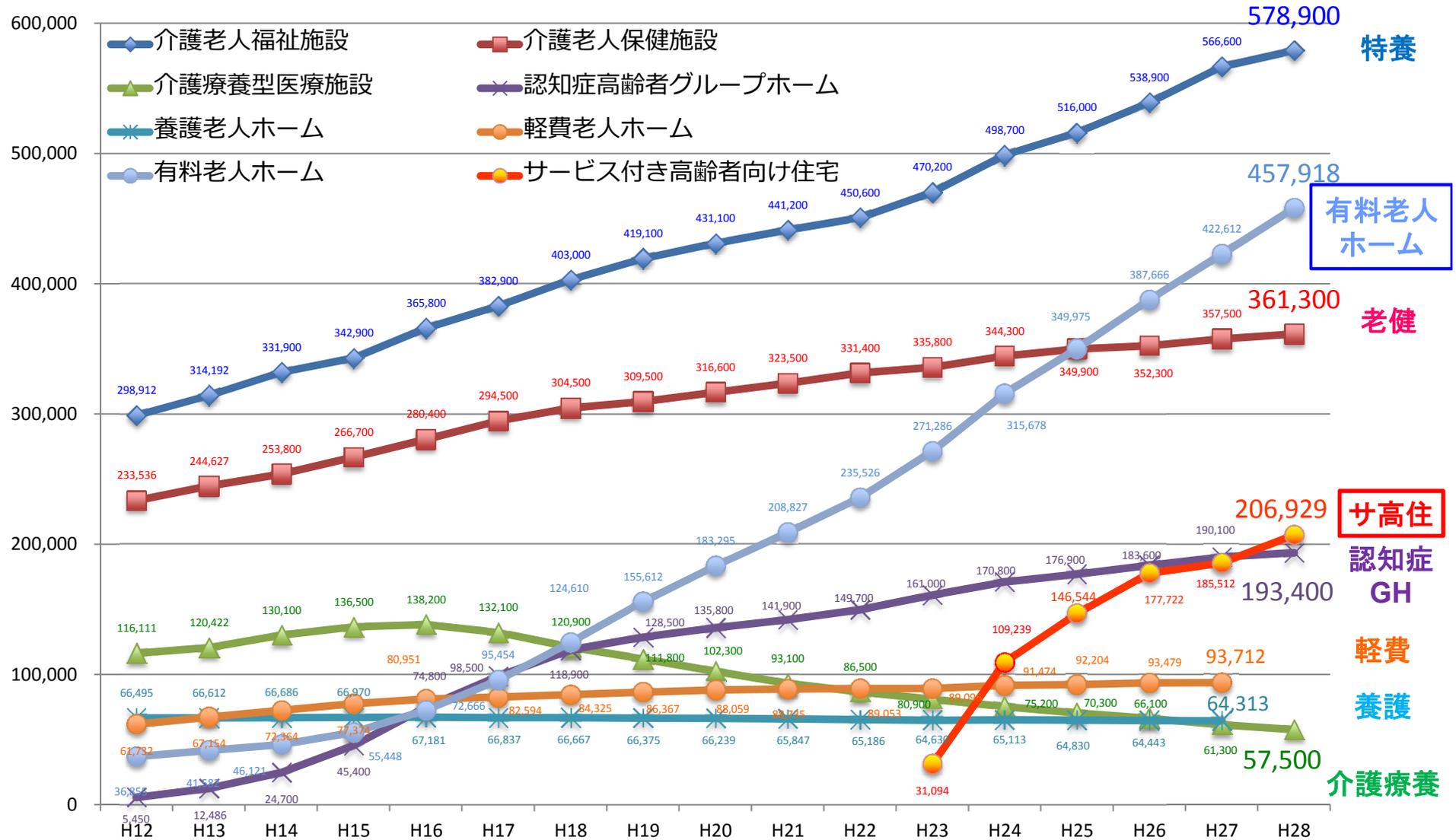
: 廣江 研 (社会福祉法人こうほうえん 理事長) 高齢者住宅推進機構理事

: 長田 洋 高住連事務局長 介ホ協事務局次長

監査役 : 村山 浩和 (一般財団法人高齢者住宅財団 専務理事) 高齢者住宅推進機構企画運営委員

高齢者向け住まい・施設の定員数

(単位：人・床)



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～27は基本票の数値。
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

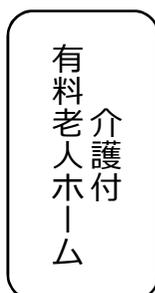
高齢者住まいの入退去の状況

介護付きホームも住宅型有老もサ高住も、新規入居者は、自宅からの入居と同じ程度、病院・診療所からの入居があり、退院後の住まいとなっています。

また、いずれも、死亡による契約終了が最も多くなっています（その一部が看取り）。

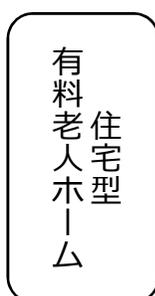
入居・退去の状況

自宅	40.7%
他の居住施設	8.4%
介護保険施設	8.4%
医療機関	40.0%
その他・不明	2.5%



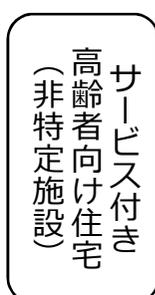
自宅	6.6%
他の居住施設	8.3%
介護保険施設	10.3%
医療機関	18.0%
死亡	54.1%
その他・不明	2.6%

自宅	34.9%
他の居住施設	8.8%
介護保険施設	7.6%
医療機関	46.2%
その他・不明	2.6%



自宅	7.0%
他の居住施設	14.0%
介護保険施設	13.5%
医療機関	27.4%
死亡	35.6%
その他・不明	2.4%

自宅	50.8%
他の居住施設	7.4%
介護保険施設	6.3%
医療機関	32.5%
その他・不明	3.0%



自宅	13.4%
他の居住施設	17.9%
介護保険施設	12.7%
医療機関	20.5%
死亡	31.3%
その他・不明	4.2%

医療に関しては、地域の在宅療養支援診療所等と連携して、

- ①退院時の連携
- ②多剤投与（ポリファーマシー）の課題解決
- ③医療的ケアへの対応
- ④ターミナルケア・看取り等に取り組んでいます。

平成28年度老人保健健康増進等事業
高齢者向け住まい及び住まい事業者
の運営実態に関する調査研究報告書
(株式会社野村総合研究所)
(平成28年1月～6月の入退去の状況)

高齢者向け住まいの「入居者の役割」「地域開放」

高齢者向け住まいでは、入居者に「役割」をもっといただくこと、多世代交流を含む「地域開放」の取り組みが進んでいます。

介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）「まどか」

サービス付き高齢者向け住宅「銀木犀」

取り組み等の概要

【まどかシリーズの概要】

「まどか」はホーム全体がご自分の家。各フロアごとにリビングがあって、皆さんそこに集まってお食事もと、顔なじみの生活を送っています。

例えば、まどか川口芝では、ご入居様が一緒に暮らす家族のようにさまざまな役割をもっています。「体操の声かけ係」「食器拭き係」「ぬか床当番」「庭の手入れ係」などなど。

それぞれの得意なことをしていただくのはもちろん、皆さんとの共同生活の中で協力しながら暮らしていく。仲間と暮らす温かさがここに 있습니다。

- 「まどか川口芝」はリビング・オブ・ザ・イヤー2016で大賞を受賞
- まどか川口芝が目指すホームの生活“4つのキーワード”
～「役割」「自律的」「お友達」「介護を感じさせない」



取り組み等の概要

【銀木犀シリーズの概要】

シルバーウッド社が特許を持つ「薄板軽量形鋼造」工法を用いて建設された高齢者向け住宅・「銀木犀」シリーズを展開。

玄関に鍵をかけないという方針で、入居者がいつでも自由に外出できるようにしているほか、食堂兼リビングやホーム内に設けられた駄菓子コーナー等には、地域の子どもたちや主婦(ママ層)など、誰でも気軽に入れるようになっている。入居者と地域の住民とが一緒になって夏祭り等のイベントを催したりもする。高齢者の「住まい」の枠組みを超えて、地域住民が集まる「たまり場」として定着している。

- Asia Pacific Eldercare Innovation Awards 2015(シンガポールで開催)において優勝



太鼓サークルで
入居者と子どもが
一緒に練習

地域に開かれた
広い空間のリビング



駄菓子屋コーナーに集まる
近所の子どもたち

介護付きホーム (特定施設入居者生活介護)

一般社団法人全国介護付きホーム協会 代表理事
(旧：全国特定施設事業者協議会)
国政 貴美子

特定施設入居者生活介護の通称 「介護付きホーム」

特定施設入居者生活介護のご利用者は、**20万人**を超えました。
今年度、一般の方にもサービス・仕組みがわかりやすいよう、特定施設入居者生活介護の通称を「**介護付きホーム**」と定め、団体名も、「**全国特定施設事業者協議会**」から「**全国介護付きホーム協会**」へと変更しました。
皆さまも、ぜひ「**介護付きホーム**」と呼んでください。

特 養

デイサービス

ショートステイ

グループホーム

サ高住・サ付き

特別養護老人ホーム

通所介護

短期入所生活介護

認知症対応型共同生活介護

サービス付き高齢者向け住宅

介護付きホーム

特定施設入居者生活介護

介護付きホーム（特定施設）の特徴

介護付きホーム（特定施設）は、ご入居者のこれまでの人生やこれからの希望に寄り添い、その人らしい暮らし全般を支え、尊厳をもって最期まで暮らしていただける住まいを目指します。



ホームの馴染みのスタッフの「チームケア」による包括的なサービスを提供

【職員体制】

- 看護・介護職員
 - ① 要支援者：看護・介護職員 = 10 : 1
 - ② 要介護者：看護・介護職員 = 3 : 1
- 看護職員
 - 要介護者等が30人までは1人、
 - 30人を超える場合は、50人ごとに1人

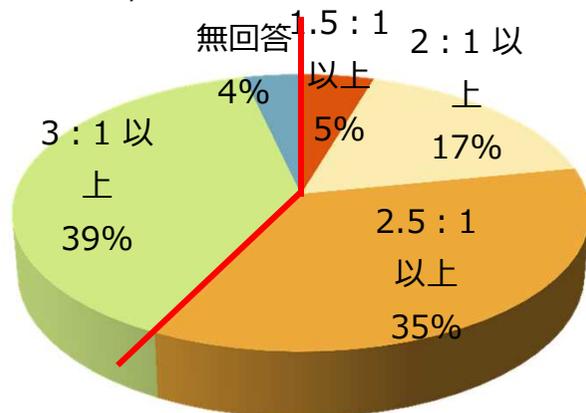
費目	介護付有料老人ホームの場合
家賃相当額	利用者 全額負担 (月額払い又は入居一時金)
管理費・食費 光熱水費	利用者 全額負担
介護保険給付費	利用者 1～2割負担 (月額定額) (介護保険から8～9割の給付)
上乗せ介護費用 (一部)	利用者 全額負担

介護付きホーム（特定施設）の職員体制・夜間看護体制

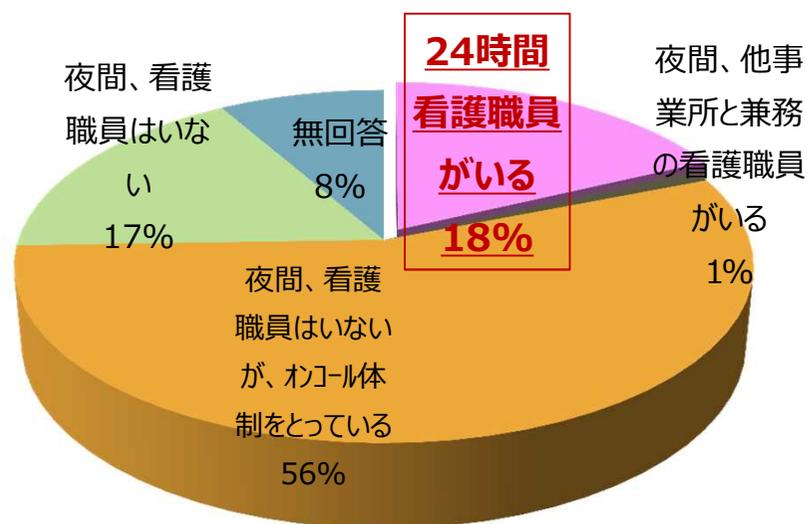
介護付きホーム（特定施設）は、

- ① 半数以上が2.5 : 1以上の手厚い職員体制を約束し、
 - ② 24時間看護職員を配置しているホームは、18%（平成28年度調査）
- * 平成28年度の他の調査によれば、特養は3%

図表 介護職員比率
特定施設（n = 1,591）



図表 夜間の看護職員の体制
介護付有料老人ホーム（n = 1,459）



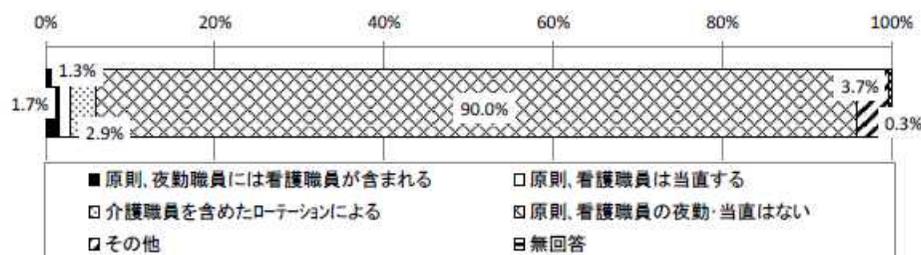
* 介護付きホーム(特定施設) は、手厚い職員体制をとり、上乗せ介護費用を請求することができます。

平成28年度老人保健健康増進等事業
高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究報告書（株式会社野村総合研究所）

（参考）介護老人福祉施設の
夜間の看護職員の体制

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（平成28年度調査）
介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業

図表2-83 看護職員の基本的な夜勤体制(n=1,502)

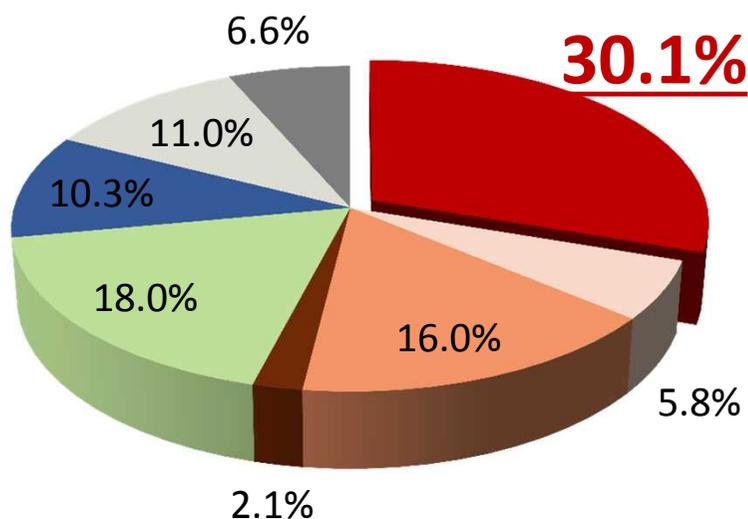


介護付きホーム（特定施設）での看取り

介護付きホーム（特定施設）は、地域の在宅療養支援診療所などと連携して、看取りに積極的に取り組み、医療機関に代わって「死亡場所」として機能しています。

介護付きホームの退去者ののうち、**約30%がホーム内でのご逝去**であり、この6年間で**10%以上増加**しています。

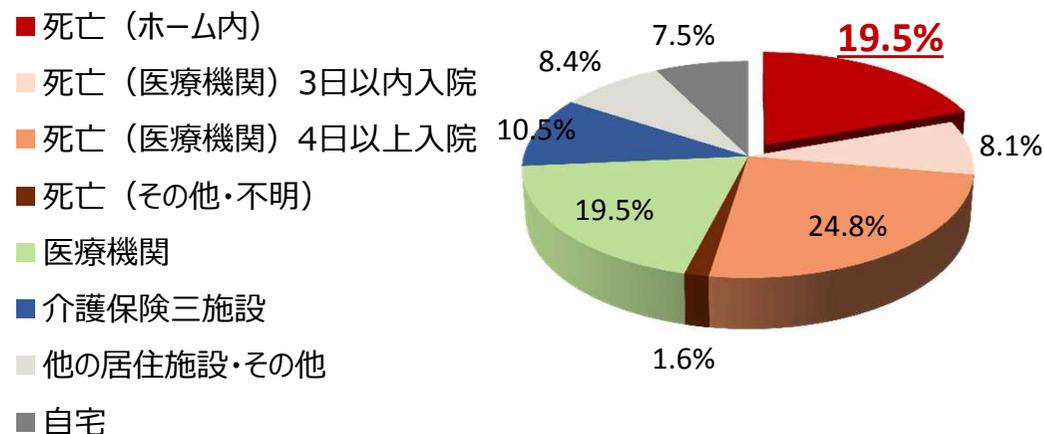
平成28年度 退去先の場所別にみた人数
介護付有料老人ホーム（4,613件中）



平成28年度老人保健健康増進等事業
高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する
調査研究報告書（株式会社野村総合研究所）
（平成28年1月～6月の入退去の状況）



平成22年度 退去先の場所別にみた人数
特定施設（1,509件中）



サービス産業活動環境整備調査事業（経済産業省委託調査）
地域社会及び経済における特定施設の役割及び貢献に関する
調査研究報告書（平成23年2月株式会社野村総合研究所）
（平成22年10月～12月の死亡退去者）

介護付きホーム（特定施設）の認知症ケア・自立支援

介護付きホームの中で認知症ケアで最も悩んでいる対象者は、**要介護3**に続いて、**要介護2**の方、という調査結果があります。

介護付きホームは、入居の基準として、要介護度を限定しておらず、介護報酬は要介護度に応じて設定されているのが特徴です。

介護付きホームでは、地域の認知症高齢者を積極的に受入れ、支えるとともに、要介護度が軽度なうちから、「自立支援」「重度化予防」に取り組んでいます。

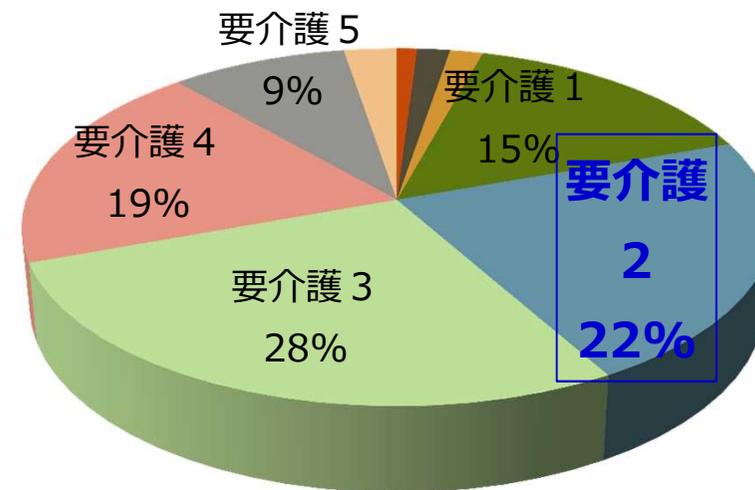
介護付きホームの入居者の認知症自立度



(出典)
平成28年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究」(株式会社野村総合研究所)
平成27年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいの実態調査」(野村総合研究所)

第144回社会保障審議会介護給付費分科会資料
平成29年8月4日（金）

認知症ケアで最も悩んでいるケース
介護付有料老人ホーム（n=792）



平成28年度老人保健健康増進等事業
高齢者向け住まい及び住まい事業者
の運営実態に関する調査研究報告書
(株式会社野村総合研究所)

介護付きホーム（特定施設）における自立支援の取組み

介護付きホーム「まどか」の取組み

【方針】

「役割」「自律的」「お友達」
「介護を感じさせない生活」

【運営】

- センター方式による「本人を知る」
- 「自分でやりたい」のお気持ちに沿った多職種連携
- 「班活動」によるコミュニティ
- 「役割」によるやりがいのある暮らし

【成果】

■ QOLの向上

■ スタッフのやりがい

■ 薬に頼らないケア

地域の医療機関・薬局との連携による下剤、睡眠薬、精神薬などの見直し

■ 自宅復帰

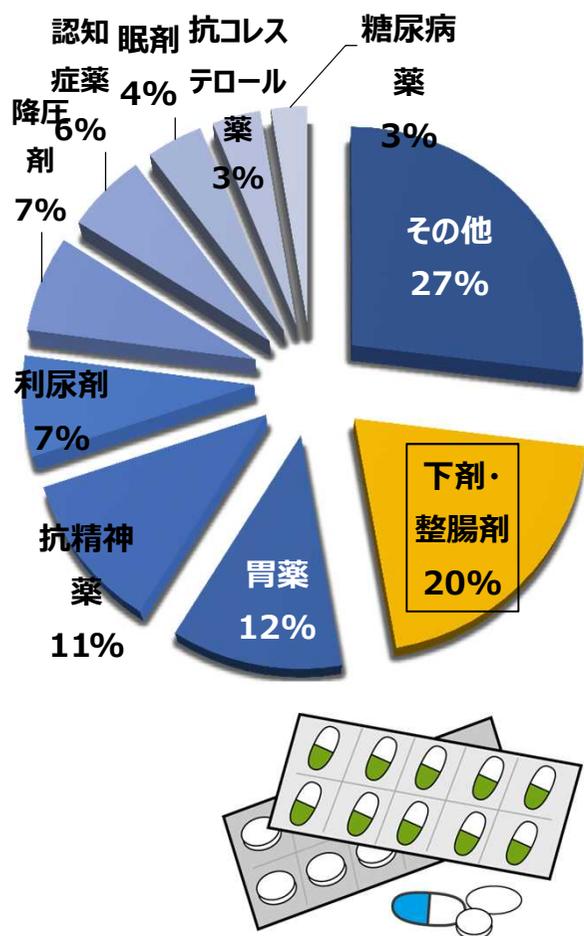
	介護付きホーム平均	まどか川口芝 2015.4～2016.9
逝去	54%	57%
自宅復帰	7%	21%
転居	39%	21%

「介護付きホーム平均」は、
平成28年度老人保健健康増進等事業
高齢者向け住まい及び住まい事業者の
運営実態に関する調査研究報告書
(株式会社野村総合研究所)

介護付きホーム（特定施設）における薬に頼らないケアの例

「まどか中浦和」における 下剤に頼らない 排便ケアによる成果

入居者の内服種類の割合



取組み開始前と開始後の下剤内服の変化

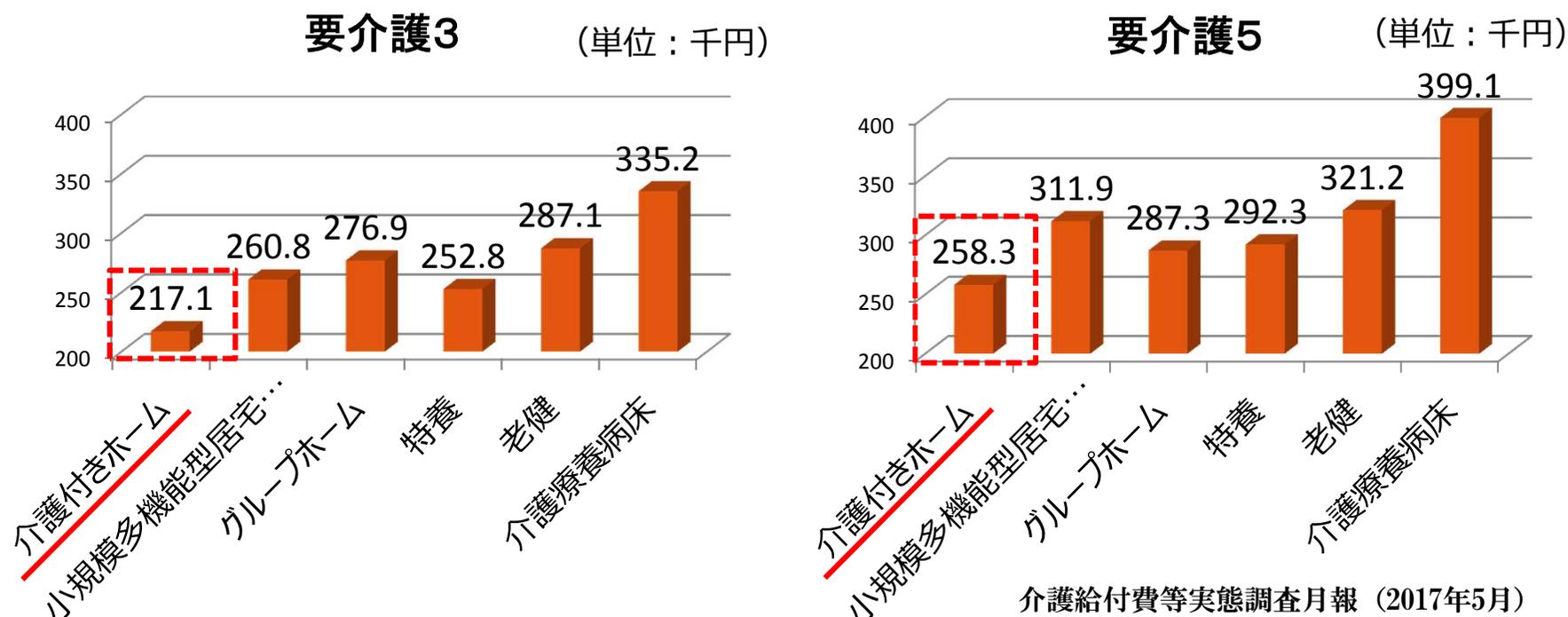
	6月（取組み開始前）	9月
Aさん	常用：内服なし 頓用：- 2日でプルゼニド1錠 排便間隔：1～3日	常用：内服なし 頓用：内服なし 排便間隔：1～3日
Bさん	常用：プルゼニド2錠 頓用：-3日でラキソ10滴 排便間隔：2～3日	常用：プルゼニド1錠 頓用：-4日でラキソ10滴 排便間隔：3～4日
Cさん	常用：センノシド2錠 大建中湯3包 頓用：- 1日でラキソ10～25滴 排便間隔：1～2日	常用：センノシド2錠 大建中湯3包 頓用：- 1日でラキソ10滴 排便間隔：1～2日
Dさん	常用：ラキソ5滴 頓用：- 2日でラキソ5滴 （月トータル265滴） 排便間隔：1～3日	常用：内服なし 頓用：- 2日でラキソ5滴 （月トータル135滴） 排便間隔：1～4日
Eさん	常用：酸化マグネシウム1錠 頓用：- 1日でラキソ10滴 （月トータル425滴） 排便間隔：1～2日	常用：内服なし 頓用：- 3日で排便 （月トータル0滴） 排便間隔：1～2日
Fさん	常用：ラキソベロン錠2錠 酸化マグネシウム3錠 頓用：- 1日でラキソ5～15滴 排便間隔：毎日 便性状：泥状	常用：ラキソベロン錠2錠 酸化マグネシウム2錠 頓用：- 1日でラキソ5～10滴 排便間隔：1～3日 便性状：軟便



介護付きホームは介護施設の中で最も経済的

介護施設・高齢者の住まいの中でも、**介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）は、介護保険上、最も経済的です。（＝安い費用で介護サービスを提供しています）**

介護サービス受給者1人当たり月額費用額，要介護状態区分・サービス種類別（2017年5月審査分）

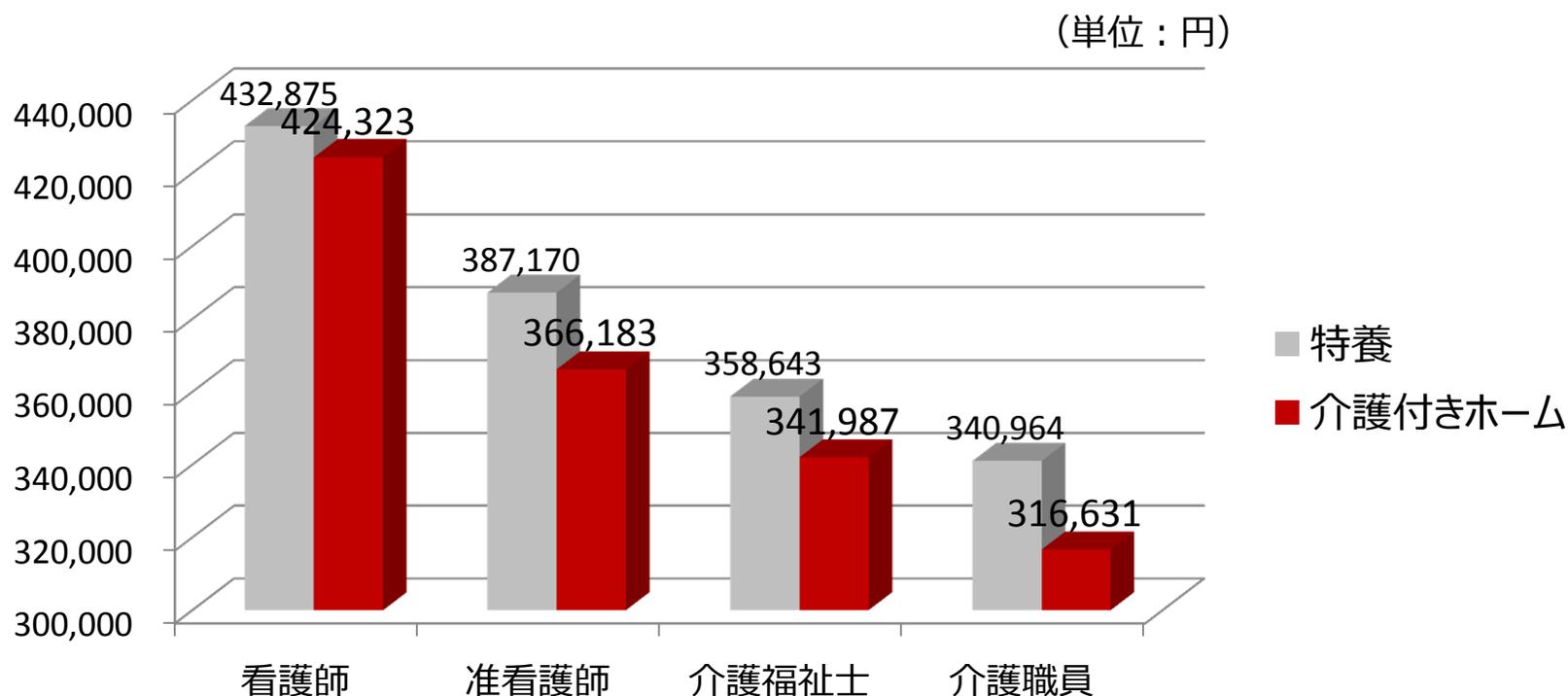


介護保険三施設と異なり、介護付きホームの介護報酬には、おむつ代が含まれないほか、家賃・食費に対する**補足給付もありません。**
 介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）の大半を占める「有料老人ホーム」には、**建設費補助や税制優遇などありません。**

介護付きホームと特養（社会福祉法人）の給与差

介護付きホーム（特定施設）の職員は、特養の職員より処遇が低いのが実態です。
介護付きホームは、**職員の処遇改善を目指して努力しています。**

常勤職員の給与（1ヶ月の給与+賞与÷12）



平成28年介護事業経営概況調査（厚生労働省）

介護付きホームの経営状況の悪化

平成27（2015）年度の介護報酬改定により、各社の経営状況は大きく悪化しました。
介護人材の確保・育成のための処遇改善が、さらに困難な状況となっています。

平成26年度
介護事業経営実態調査
平成26年3月
《介護付きホーム》
収支差率 **12.2%**

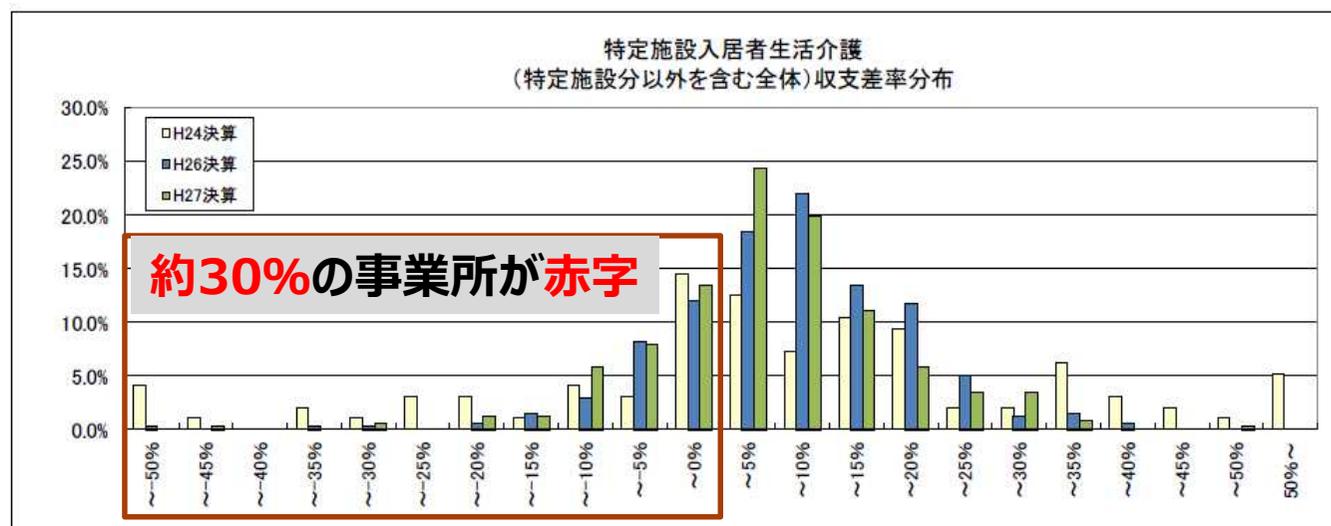


平成27年度
介護報酬改定の改定率
《介護付きホーム》

要支援1 -9.1%
要支援2 -32.5%
要介護1～5 -5.5%

平成28年度介護事業経営概況調査 介護付きホーム

	平成26年度決算	平成27年度決算
収支差率	5.9%	4.1%
税引後収支差率	4.3%	2.7%



平成28年介護事業経営概況調査（厚生労働省）



平成29年度介護事業経営実態調査（平成28年度決算）
介木協独自集計 収支差率 **1.6%**

介護付きホームに関する介護報酬改定の要望

介護付きホームの「特徴」と「課題」

自己負担と介護保険のハイブリッドの仕組み

「医療」から「介護」へ・看取りの機能拡大

要介護 1 から 5 までの「自立支援」「認知症ケア」

介護報酬は、介護保険上、最も「経済的」

介護人材の確保は、ますます困難

介護付きホームの介護・看護職員の給与は低い

平成27年度改定で経営状況は悪化

介護付きホームの
**介護報酬基本単位の維持・
向上**をお願いいたします。



- ・介護人材の処遇改善
- ・介護人材の確保・育成
- ・自立支援の取組み
- ・認知症ケアの取組み
- ・終の棲家としての役割
(看取り)

加えて、介護付きホームの
総合力（自立支援から
認知症ケア・看取りまで）
を評価する**加算制度の創設**
をお願いいたします。

(参考)

特養：日常生活継続支援加算

老健：在宅強化型老健

介護付きホームに関する介護報酬改定の要望その他

項目	介護報酬に関する具体的内容	診療報酬その他
介護事業経営実態調査結果の慎重な活用	介護報酬改定では、介護事業経営実態調査の「収支差率」の単年度の結果を評価すべきではなく、その経年変化を参考とすべき	
	他産業・他サービスと比較するとしても、投資、累積損失の回収が必要な介護付きホーム等は、慎重な分析をすべき	
都市部の介護人材確保のための地域区分単価の引き上げ	特に大都市部における深刻な人材難に対し、都市部の介護報酬の地域区分単価を引き上げ（地域区分単価設定における人件費割合の分母を、総収入ではなく介護報酬に占める割合に見直し）	
個別機能訓練加算の要件緩和	機能訓練指導員の「常勤専従」が求められる個別機能訓練加算について、小規模事業所でも個別機能訓練に取り組みやすくするため、配置基準要件を緩和した加算の創設	
夜間看護体制加算の拡充等	夜間も実際に看護職員を配置する場合の“夜間看護体制加算Ⅱ”の創設	医療保険による訪問看護（現状、末期がん等、急性増悪期のみ）の「看取り期」等への拡大【診療報酬】
医療機関連携加算の拡充等 （多剤投与の課題解決）	医療介護の連携強化、適正処方に向けて、介護付きホームにおいて、受診状況や服薬内容の共有をした場合の医療機関連携加算の拡充	高齢者向け住まい入居者の服薬数が多いという指摘を踏まえ、診療所や薬局における適正処方に向けた取組みを評価【診療報酬】
認知症専門ケア加算の要件緩和	特養並びで設けられた「利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症（日常生活自立度ランクⅢ以上）の者の占める割合が2分の1以上」の要件について、介護付きホームの実態を踏まえた緩和	
看取り介護加算の要件緩和等	准看護師による看取りの場合の報酬設定など、看取り介護加算の算定要件の緩和	施設入居時等医学総合管理料の維持・向上【診療報酬】
	看取り率（看取り÷状態悪化による退去者数）等を踏まえた、“事業所評価加算”の創設	（再掲）医療保険による訪問看護（現状、末期がん等、急性増悪期のみ）の「看取り期」への拡大【診療報酬】

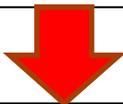
介護付きホームに関する介護報酬改定の要望その他

項目	介護報酬に関する具体的内容	診療報酬その他
退院受入れの促進のための初期加算の創設	退院受入れ時などの緊密な連携を評価するため、他の施設・包括サービスと同様に、介護付きホーム利用開始時の「初期加算」を創設	入退院時の連携の評価など、医療機関が介護事業所と連携する際の評価の拡大・条件緩和【診療報酬】 (介護付きホーム・特養等は、介護支援専門員だけでなく、管理者・看護職員等との連携でも可とする)
介護予防・重度化予防のインセンティブ	自立支援、介護予防・重度化防止、認知症高齢者の対応の観点から、現行の要支援・軽度要介護者に対する支援の仕組みを評価し、現行の介護報酬を維持	
	要介護度が維持・軽減した場合の評価（介護予防通所介護における事業所評価加算類似の加算の創設）	
ICT、センサー、ロボット等の活用の推進	ICT、センサー、ロボット等の活用を推進するための補助制度または介護報酬上の加算制度の創設	
事務負担の軽減	地方自治体ごとに異なる基準・手続き・様式・行政指導を、医療と介護の情報共有の効率化や利用者の利便性の向上のためにも、国において共通化・標準化・システム化	
	ICTの活用による事務負担の軽減 ・申請・変更届の電子化とその情報活用 ・事故報告の電子化とその情報活用	
	介護報酬の請求期限を毎月10日から毎月10営業日に変更する等、各種請求事務の効率化	

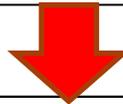
サービス付き高齢者向け住宅 住宅型有料老人ホーム

一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会 理事
五郎丸 徹

住宅型有老・サ高住における訪問介護・通所介護等の
不適正（過剰）サービス提供モデルが存在しているとの
批判がある ※大阪府調査等にも起因



高住連としても
不適正なモデルの存在については極めて遺憾
(不適正モデル ≠ 住宅型・サ高住モデル)

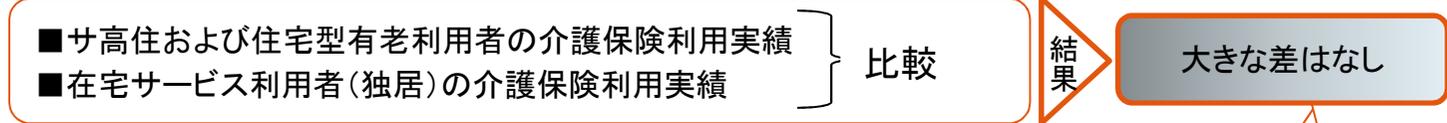


今改定においては
不適正モデルを廃絶することを目的とし、
適正な事業者までが経営困難に陥らない改定を
検討していただきたい

サ高住・住宅型有老と在宅サービス利用者（独居）の介護保険利用実績比較

- サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)および住宅型有料老人ホーム(住宅型有老)の利用者と在宅サービス利用者(独居)の介護保険利用実績を比較した。(サ高住および住宅型有老のほとんどの利用者は「独居」であるため)
- サ高住および住宅型有老利用者と在宅サービス利用者(独居)の介護保険利用額に大きな差は見られなかった。
- 一方軽度者は、サ高住および住宅型有老利用者の方が在宅サービス利用者(独居)より、介護保険利用額が少ない。

1. 高住連構成団体会員会社3社の保有データから、以下の比較検証をおこなった。



2. 軽度者(要介護1・2)は、サ高住および住宅型有老に入居すると、介護保険利用額が少なくなる。理由は①環境整備によるADL向上、②生活支援サービス(状況把握、食事等)の活用などが挙げられる。

3. なお、上記3社のサ高住&住宅型有老人の利用割合と比較して、**大阪府実態調査結果の利用比率は高くなっている。**これは、大阪府実態調査は、①生活保護受給者の割合が高い、②限度額対象外の加算等が含まれているなどの要因のほか、事業者によっては、**ケアマネジメントの問題や不適切な運営が影響している可能性がある。**
* 特に、大阪府実態調査結果の要介護1・2はやや高すぎる印象。

4. これに対して、制度や介護報酬設定での一律の対応は望ましくない。行政によるケアプランチェックが望まれるが、業界団体としても、「運営のポイント」や「チェックリスト」に基づき、自浄努力を図る必要がある。

要介護区分	支給限度 単位数	高住連調べ										大阪府調べ	
		サ高住&住宅型有老					在宅独居					住宅型有老	サ高住
		給付単位数 (合計)	利用者数	構成比	給付単位数 (平均)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)	給付単位数 (合計)	利用者数	構成比	給付単位数 (平均)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)
支援1	5,003	681,226	439	6.10%	1,552	31.00%	143,045	75	2.40%	1,907	38.10%	54.6%	42.8%
支援2	10,473	1,259,629	535	7.40%	2,354	22.50%	413,956	113	3.60%	3,663	35.00%	51.5%	45.6%
要介護1	16,692	11,581,361	1,902	26.30%	6,089	36.50%	10,485,924	1,348	42.80%	7,779	46.60%	82.4%	74.8%
要介護2	19,616	16,124,620	1,648	22.80%	9,784	49.90%	10,115,506	896	28.40%	11,290	57.60%	92.5%	88.5%
要介護3	26,931	19,162,260	1,149	15.90%	16,677	61.90%	6,814,768	399	12.70%	17,080	63.40%	93.4%	91.2%
要介護4	30,806	19,087,631	919	12.70%	20,770	67.40%	4,379,001	197	6.30%	22,228	72.20%	91.1%	90.8%
要介護5	36,065	16,648,684	638	8.80%	26,095	72.40%	3,170,543	123	3.90%	25,777	71.50%	93.6%	91.9%

【拡大および大阪の抽出】

		高住連調べ							大阪府調べ		
		サ高住&住宅型有老			在宅独居				住宅型有老	サ高住	
要介護 区分	支給限度	給付単位数	利用者数	給付単位数	区分支給限度額に対する 利用割合	給付単位数	利用者数	給付単位数	区分支給限度額に対する 利用割合	区分支給限度額に対する 利用割合	区分支給限度額に対する 利用割合
	単位数	(合計)	7230人	(平均)	(%)	(合計)	3151人	(平均)	(%)	(%)	(%)
要支援1	5,003	681,226	439	1,552	31.0%	143,045	75	1,907	38.1%	54.6%	42.8%
要支援2	10,473	1,259,629	535	2,354	22.5%	413,956	113	3,663	35.0%	51.5%	45.6%
要介護1	16,692	11,581,361	1,902	6,089	36.5%	10,485,924	1,348	7,779	46.6%	82.4%	74.8%
要介護2	19,616	16,124,620	1,648	9,784	49.9%	10,115,506	896	11,290	57.6%	92.5%	88.5%
要介護3	26,931	19,162,260	1,149	16,677	61.9%	6,814,768	399	17,080	63.4%	93.4%	91.2%
要介護4	30,806	19,087,631	919	20,770	67.4%	4,379,001	197	22,228	72.2%	91.1%	90.8%
要介護5	36,065	16,648,684	638	26,095	72.4%	3,170,543	123	25,777	71.5%	93.6%	91.9%

集合住宅のうちサ高住大阪のみ抽出787人

集合住宅の大阪のみ
抽出787人
(高住連調べ)

集合住宅と大阪と在宅独居
大きな差はなし

要介護 区分	支給限度	給付単位数	利用者数	平均給付 単位数	区分支給限度額に対する 利用割合
	単位数	(合計)	787人	(平均)	(%)
支援1	5,003	121,811	76	1,603	32%
支援2	10,473	157,683	72	2,190	21%
要介護1	16,692	871,830	176	4,954	30%
要介護2	19,616	1,556,991	157	9,917	51%
要介護3	26,931	2,040,210	115	17,741	66%
要介護4	30,806	2,391,875	111	21,548	70%
要介護5	36,065	1,968,997	80	24,612	68%

生活保護受給者割合からみる大阪府介護サービス利用状況実態調査結果の課題

サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)および住宅型有料老人ホーム(住宅型有老)の利用者の生活保護受給者割合の比較より

■高齢者住まい(住宅型有料とサ高住)の入居者の生活保護受給者割合は、全国平均と比べて、大阪府がかなり高いことがわかる。

生活保護受給者は、一般の方と比べて利用者負担がないため、介護サービスが自己選択のもとに行われていない可能性がある。そのため生活保護受給者が多い大阪府の高齢者住まいは、介護保険料の区分支給限度額まで利用しているケースも想定される。これは、ケアマネジメントが適正に行われてない可能性と想定する。

		住宅型有料老人ホーム	サ高住 (指定なし)
野村総研H27調査 結果 (物件ごとの 受給者割合の平均)	全国	17.0% N=2,427	9.6% N=1,690
	大阪府	37.4% N=157	22.9% N=118

* 野村総研H27調査結果(大阪府)
平成27年度老人保健健康増進等事業
高齢者向け住まいの実態調査報告書
(平成28年3月・株式会社野村総合研究所)

大阪府の実態調査と高住連調査結果から

- 約1万のデータ(集合住宅7200人と在宅独居3100人)の検証の結果、在宅と高齢者住宅で給付額はほぼ違いはない。
(大阪府データは極めて特異)
- 軽度者(要介護1、2)の方が介護保険利用が高く、過剰援助が行われている可能性があるが、要因として生活保護受給者の入居者への過剰サービスも予測される。
- 一部軽度者に対する不適切なケアマネジメントが問題。
- 集合住宅の軽度者においては、特段の事情がない限り、毎日のデイサービス利用や、毎日のような訪問介護の生活援助の必要性は、考えにくい。

【高齢者向け住まいの特徴】

- ・通所介護: 高齢者向け住まいは、原則として「独居」である。通所介護の目的は、①社会的孤立感の解消、②心身の機能の維持、③家族のレスパイトだが、③家族のレスパイトという利用目的は想定しにくい。
- ・訪問介護の生活援助: 高齢者向け住まいの96%は食事提供を行っており、食事関連(調理や食事のための買い物)の生活援助は不要である。また、一般在宅では、状況把握・安否確認を兼ねた生活援助が想定できるが、高齢者向け住まいでは基本サービスとして行っている。

- 住宅型・サ高住入居者への通所介護、訪問介護の不適正（過剰）提供モデルを誘引し難い算定要件を設ける

※特に軽介護度者への多回数の通所介護および訪問介護（生活援助）利用を対象とする

(1) 通所介護

長時間利用（5－7、7－9）の場合、週利用回数の上限設定

（例）週4回以上の利用のケアプランについては特別理由書による
地域ケア会議等での了解を得ること

(2) 訪問介護（生活援助）

週利用回数の上限設定

（例）週4回以上の利用のケアプランについては特別理由書による
地域ケア会議等での了解を得ること

(3) ガイドライン

業界団体として良質な住宅型・サ高住供給に向け、適正運営のための自主基準、ガイドラインを作成（大手事業者、厚生労働省等各種調査結果を基に）

※集合住宅減算を高める抑制策は、適正な事業者から経営困難に陥る

高齢者向け住まい入居者における通所介護の利用について

サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)および住宅型有料老人ホーム(住宅型有老)の入居者と一般在宅の通所介護利用状況の比較より

■高齢者向け住まい(サ高住と住宅型有老)の入居者の通所介護利用は、在宅利用者の平均単位、回数よりも少ないことがわかった。

集合住宅においては、「レスパイト」は考えにくく、アセスメントにもとづき、通所介護を利用すれば必要以上な利用回数とならない。

高住連調べ										
サ高住 & 住宅型有料の入居者					在宅利用者					
要介護区分	通所単位数7-9	うち、通所利用者	単位数(合計)	平均利用単位数	仮：平均利用回数7-9/月間	うち、通所利用者	単位数(合計)	平均利用単位数	仮：平均利用回数7-9/月間	H27、3月通所平均介護利用回数※
要介護1	656	504	2,484,358	4,929	7.5回	2,207	12,955,090	5,870	8.9回	9.7回
要介護2	775	363	2,084,633	5,743	7.4回	1,654	12,710,990	7,685	9.9回	10.6回
要介護3	898	189	1,222,040	6,466	7.2回	803	8,362,442	10,414	11.6回	11.9回
要介護4	1021	100	768,272	7,683	7.5回	461	5,178,874	11,234	11.0回	12.0回
要介護5	1144	45	322,068	7,157	6.3回	270	3,337,740	12,362	10.8回	11.8回
合計		1201	6,881,370	5,730	7.4回	5,395	42,545,136	7,886	9.9回	平均：10.7回

※厚生労働省「介護給付費実態調査月報」(各年度の3月サービス分(4月審査分))より算出

サービス付き高齢者向け住宅等の食事の提供体制と訪問介護の利用実態について

集合住宅は食事の提供がほぼ行われている。サ高住だけでみても登録住宅の96%は、食事提供があることから訪問介護の「生活援助」の調理の必要性は低く、掃除、洗濯、買い物等を毎日支援する必要性も考えられないと推測。また、一般在宅で行われる状況把握を兼ねた生活援助も集合住宅では基本サービスとして提供されるので不要となる。(資料1)

■高住連大手事業者の訪問介護に関する調査を実施

高齢者住まい(サ高住と住宅型有料)の訪問介護の平均利用回数は、要介護1は週4回、要介護2は1日1回程度であることがわかった。

2017年7月登録情報より 食事等の提供割合について 資料:1 サ住調べ

	提供する		提供しない	
	実数	割合	実数	割合
状況把握・生活相談	6701	100%	-	-
食事の提供	6429	96%	272	4%

サ高住 & 住宅型有料入居者 訪問介護回数 高住連調べ					
	人数	回数合計	平均利用回数/月間	合計単位数	平均単位数
要介護1	1,686	30,955	18.4	8,950,371	5,308.6
要介護2	1,561	45,783	29.3	12,597,993	8,070.5
要介護3	1,088	60,220	55.3	15,862,537	14,579.5
要介護4	831	60,306	72.6	16,078,260	19,348.1
要介護5	574	48,095	83.8	14,274,286	24,868.1
合計 平均	5,740	245,359	42.7	67,763,447	11,805.5

サービス付き高齢者向け住宅とは

- サービスは、少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供することが必須だが、それ以外の食事、介護サービスなどは任意。サ高住は住まいの類型である
- 介護・医療保険サービスと連携することが重要だが、同一法人が同一建物や隣接で事業所を運営していても、「外付けサービス」であり、別契約となる
- 賃貸借契約が多く、居住の安定が図られている
- 権利金など徴収不可



安否確認

少なくとも1日1回の安否確認・緊急通報装置設置

生活相談



建物・設備

①原則床面積25㎡以上 ②台所・トイレ・浴室・洗面所 ③バリアフリー構造

※ 18㎡以上の場合、食堂、台所、浴室等の共同利用部分の面積合計が各専用部分の床面積を上回れば可

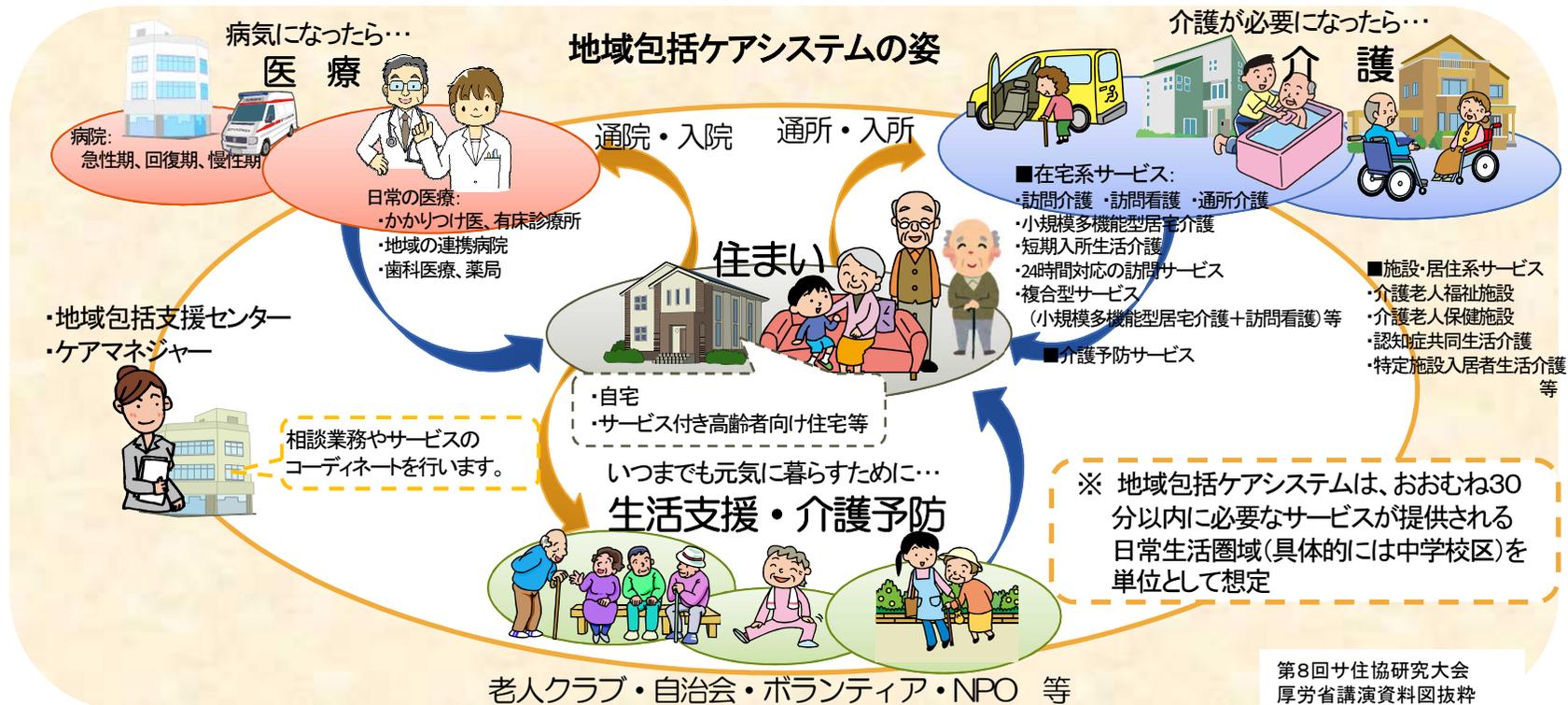


地域包括ケアの目的

参考資料

団塊の世代が75歳以上となる2025年へ向けて、高齢者が尊厳を保ちながら、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、国は、住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制(地域包括ケアシステム)づくりを推進しています。

高齢者が、住み慣れた地域の自宅や集合住宅(自宅と同じような環境)で暮らすことが出来るように、医療と介護の連携をとり、「安易」な施設への移動を防ぎ、地域包括システムを担う役割を果せる住宅。



高齢者向け住まい事業者の 外付けサービスの適正な活用チェックリスト

2017年8月22日

高齢者住まい事業者団体連合会

公益社団法人全国有料老人ホーム協会

一般社団法人全国介護付きホーム協会

一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会

一般社団法人高齢者住宅推進機構

本チェックリストの背景

□ 本チェックリストの対象

= 介護保険の居宅サービスを外付けで利用して生活する住まい

- 住宅型有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅

※介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）の指定を受けていないもの

□ 各種指摘（参考資料）

- 【大阪府】有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等における入居者の介護サービス利用状況に係る実態調査（平成28年9月）
- 【大阪府】大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書（平成28年12月26日）
- 【厚生労働省】全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（平成29年3月10日）
- 【財務省】財政制度等審議会建議（平成29年5月25日）
- 【厚生労働省】老健局介護保険指導室事務連絡（平成29年7月10日）

本チェックリストの目的

□ 本チェックリストの目的

「高齢者住まい事業者の外付けサービスの適正な活用のためのポイント」（2015年8月高齢者住まい事業者団体連合会）の具体事例集

- 高齢者住まい入居者が、自己選択に基づき、適切な外付けサービスを利用して、自立した日常生活を営むことができるように
- 高齢者住まい事業者のコンプライアンスの向上
- 高齢者住まい業界における自浄努力
- 介護保険財政の効率的な活用

□ 本チェックリストの活用方法

- 高齢者住まい業界における、事業者に対する研修資料として
- 高齢者住まい事業者の自己点検のためのチェックリストとして
- 都道府県等の行政指導の指針として

(参考) 入居者の介護保険サービス利用額が高くなる要因

- 高住連3社のデータでは、サ付・住宅型有老の入居者のサービス利用額は、在宅独居の高齢者とほぼ同じか下回る。大阪府の調査結果を大きく下回り、大阪府の調査結果には特殊要因があるほか、疑問も残る。

- そもそも外付け（介護保険）サービス利用額が高いことが問題ではない。
- 利用額が高くなる要因として、以下のようなものが考えられる。
 - 要介護者像の違い（独居）
 - 高齢者向け住まいやその併設事業所だからこそ提供できるサービス
 - 事業者のケアマネジメントの問題や不適切な運営何が原因で、何が問題なのか、冷静な分析が必要。
(平成29年度老健事業調査研究で要因・因果関係を調査、分析予定。)

- 「囲い込み」の批判については、他の事業所を紹介しているか、入居者が自由に選択しているか等のプロセスの確認が必要。「結果として併設事業者に集中」することは、問題ではない。
- 併設事業所には、高齢者住まい職員と連携できるというメリットのほか、毎日かつ早朝・夜間のサービスを安定して提供できる訪問介護事業所は併設事業所以外に存在しないという事情もある。

(共通①) 介護保険サービスの自由な選択の確保

正しい運営

- 高齢者向け住まいでは、住まい付帯の基本サービスと、介護保険サービスを切り分けて、入居者が理解できるよう、説明・運営しなければならない。
- 入居者が、居宅介護支援事業所やその他の居宅サービスについて、住まいに併設された事業所やその他の事業所を利用することのメリットとマイナス面を理解し、自由に選択できる環境を整えなければならない。
- ★ なお、適切な情報提供がなされた上で、入居者による自己決定として、併設された事業所などに集中することは「不当な囲い込み」には当たらない。

NG例

- アセスメント結果や入居者の意向が尊重されず、すべて（大半）の入居者に併設事業所のサービス利用を強要もしくは義務付けている状態。
- 「併設の訪問介護事業所により、24時間安心の介護」「併設のデイサービスをご利用いただきます」など、併設事業所の利用を前提にした広告表示をしている。（有老指針8(7)□、高齢者居住安定確保基本方針五4、居宅介護支援等運営基準1条の2 2項、3項、4条2項違反）
- 介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）の指定を受けていないのに、「介護付き」「ケア付き」の広告表示をしている。

（参考）介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）の指定を受けていない住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は、「介護付き」「ケア付き」と表記してはならない（有老指針別表）

(共通②) 介護保険サービスの適正な利用

正しい運営

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）は、入居者（利用者）の心身の状態を把握し、自立支援の観点や入居者の希望も踏まえ、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を抽出する（アセスメント）。
- ケアマネジャーはケアプラン原案を作成し、多職種による専門的な見地からの検討及び利用者の意向を確認する（サービス担当者会議）。
- ケアプランの原案の内容・目的を利用者・家族に対して説明し、文書による同意を得た上で、ケアプランを交付しなければならない（ケアプランの説明・同意・交付）。
- ケアプランに位置づけるサービス（特に介護保険サービス）は、単に利用者の希望やサービス事業者の意向を反映するのではなく、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の改善に資するものでなければならない。

NG例

- アセスメントや入居者の意向を確認せず、要介護度に応じて、一律のケアプランを押しつけている。
（居宅介護支援等運営基準1条の2 2項、3項、4条2項違反）
 - ⇒ ある入居者は、朝・夕の着替え、身支度ができるのに、ケアプランに、訪問介護の起床介助や就寝介助を盛り込んでいる。特に要介護1・2の入居者に、全員、起床介助、就寝介助を盛り込んでいる場合は、注意深い検証が必要である。
 - ⇒ ある入居者は、デイサービス（通所介護）を希望していない、または週1～2回の利用でよいと考えているのに、区分支給限度額が一杯になるよう、ケアプランに毎日のようにデイサービスを設定している。
- 法人として、目標利用額や目標回数を設定し、ケアマネジャーに指示している。

(通所介護①) アセスメント・入居者の希望による利用

正しい運営

- 入居者のデイサービスの利用意向を高齢者向け住まいのスタッフが把握した場合は、ケアマネジャーその旨を伝達・共有する。
ケアマネジャーは、併設デイサービスがあったとしても、地域の他のデイサービスを含めた選択肢を提示し、本人の自己決定・自己選択を支援する。
- デイサービスの目的①利用者の社会的孤立感の解消、②心身の機能の維持、③利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減につながっているか、確認した上で、自立した日常生活を営むための課題解決として、ケアプランにデイサービスの利用を位置付ける。(一般的に③家族の負担軽減は、高齢者向け住まいの入居者に当てはまらない。)

NG例

- アセスメントに基づく課題抽出をせず、要介護度に応じて、全ての入居者に併設デイサービスの利用を義務付けている。(居宅介護支援等運営基準1条の2 2項、3項、4条2項違反)
 - 要介護1なら週4~5回、要介護2なら週5~6回、要介護3以上は毎日等
- 入居者の希望を無視してデイサービスを利用させているため、嫌々デイサービスで時間を過ごし、常に居室に戻りたいと思っている。(居宅サービス等運営基準98条1号違反)
 - 例えば、昼食後は居室で休みたいので、デイサービスから居室に戻って昼寝をしているが、通所介護を算定している。

(通所介護②) 正しい職員配置 (デイと住まい)

正しい運営

- デイサービスは、その利用者数に応じて、法令に基づき、必要な職員を配置しなければならない。
- デイサービスは、利用定員を超えてサービスを提供してはならない。
- 一方、高齢者向け住まいも、約束した基本サービスを提供するため、併設のデイサービス等と別の職員を配置しなければならない。

NG例

- デイサービスの職員が、デイサービスのスペースを離れ、デイサービスを利用していない他の入居者のナースコールの対応をしている。このとき、デイサービスの人員基準を満たしていない。(居宅サービス等運営基準93条違反)
- 当日のデイサービスの利用者ではない入居者が、デイサービスのスペースで昼食を食べていて、全体で見ると、デイサービスの定員をオーバーしている。(居宅サービス等運営基準102条違反)

(訪問介護①) アセスメントに基づくケアプラン、ケアプランに基づくサービス

正しい運営

- 入居者の希望と、個々の入居者に対するアセスメントの結果に基づき、ケアマネジャーが「居宅サービス計画」(ケアプラン)の原案を策定する。サービス担当者会議での検討、入居者に対する説明・同意・交付を経て、ケアプランが完成する。
- ケアプランに基づき、訪問介護事業所のサービス提供責任者が「訪問介護計画」を策定し、訪問介護サービスを提供する。その記録を残し、介護保険の請求を行う。
- 訪問介護は、開始時間、終了時間をあらかじめ定め、その間は、原則として一対一で介護を行う。

NG例

- 職員の勤務シフトやサービス提供実態を踏まえて、サービスありき、いわば“後付け”で、訪問介護を算定できるサービスを見つけて、ケアプランを策定し、それに基づき、介護保険の請求を行う例。(居宅介護支援等運営基準13条、居宅サービス等運営基準23条1号、24条1号違反)
- 無理に訪問介護を算定するため、実際にサービス提供した時間帯と、訪問介護記録やケアプランが異なるケース。(居宅サービス等運営基準19条、39条違反)

(訪問介護②) 訪問介護は一對一 別に高齢者向け住まい職員

正しい運営

- 訪問介護は、ケアプラン・訪問介護計画に基づき、開始時間から終了時間まで当該入居者に一對一でサービス提供する。その他の入居者の状況に影響されてはならない。
- 高齢者向け住まいとして約束しているサービスを実施するため、一對一の「訪問介護サービス」を提供している職員以外に、フリーになっている職員を確保する。
- なお、サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者住まい法令上も、毎日概ね9時から17時まで「状況把握・生活相談」を担当する職員を1名以上配置しなければならない。

NG例

- その時間帯に勤務しているすべての職員が、1対1で「訪問介護」を提供していることになっているが、実際には他の入居者のケア・サポートも行っている。(居宅サービス等運営基準23条1号違反)
 - 例1) 同じ時間帯に見守りが必要な入居者が15人昼食をとっている。4人のスタッフがいるが、4人とも介護保険の訪問介護を用いて1対1で食事介助をしていることになっているが、実際には、他の11人のサポートも行っている。
 - 例2) 夜間は、1フロアに職員が1名しかいないが、その職員が訪問介護に入っている。他の入居者がナースコールで呼んだ時には、訪問介護サービスを提供中でもナースコールに対応している。

(訪問介護③) 入居者の状態像にあった、入居者ごとのケアプラン

正しい運営

- 入居者が自立した日常生活を営むために解決すべき課題を抽出し、自立支援の観点も踏まえたケアプランを作成する。
- 高齢者向け住まいに入居後すぐは、居住環境の変化（リロケーションダメージ）に伴い事故が生じる可能性も多く、安心・安全のためにも、自宅暮らしと比較して手厚いケアプランを立てサービスを提供することは合理性がある。（自宅暮らしと異なり、毎日・早朝夜間に安定して訪問介護サービスを提供する体制も整っている。）
- ただし、再アセスメント・モニタリング（評価）を適宜行い、初回のケアプランに位置づけたサービスに過不足があれば、ケアプランの見直しを行う。
（※当然、サービス担当者会議を含む一連の工程が必要になる）

NG例

- アセスメントの結果に基づかず、要介護度に応じて、一律のケアプランが策定されている。その結果として、自立支援の観点が不足する、できることは利用者自らが行うといった前提に反した不要なサービスが行われているが、ケアプランの見直しがなされていない。
（居宅介護支援等運営基準1条の2 2項、3項、13条違反）
- 例えば、要介護1の入居者に、一律、起床介助（モーニングケア）を行っている。認知症等で日課が理解できず、そのサービスを必要とする入居者もいる一方で、入居者によっては、更衣・洗面・整容等は自立しており、訪問介護員は何もすることがないといった、必要性のないサービスが評価もされないまま継続している状態。

(小規模多機能・定期巡回型) 自由な選択の確保

正しい運営

- 小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型サービスは、どのようなサービスを受けられるか、サービスの特性を踏まえた特徴と、その費用をきちんと説明した上で、入居者にサービスを選択していただく。
 - ◆ 小規模多機能型居宅介護を利用すると、居宅介護支援のほか、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護などのサービスが併用できない。
 - ◆ 定期巡回・随時対応型サービスを利用すると、訪問介護、訪問看護などのサービスが併用できない。

NG例

- 住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅と、併設の小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型サービスが、セットであるような広告を行っている。(有老指針8(7)□、高齢者居住安定確保基本方針五4、居宅介護支援等運営基準1条の2 2項、3項、4条2項違反)
- 入居者の希望・選択に基づかず、一律、併設等の事業所による、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型サービスを利用させている。(居宅介護支援等運営基準1条の2 2項、3項、4条2項違反)

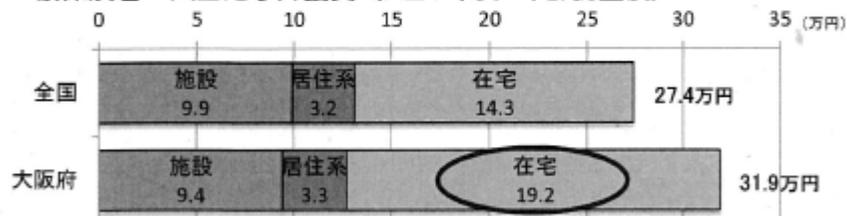
【大阪府】有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等における入居者の介護サービス利用状況に係る実態調査（平成28年9月）と対応策

資料5-6

1. 大阪府の現状

大阪府の介護費の構造

被保険者一人当たり介護費（H26年度 年齢調整後）

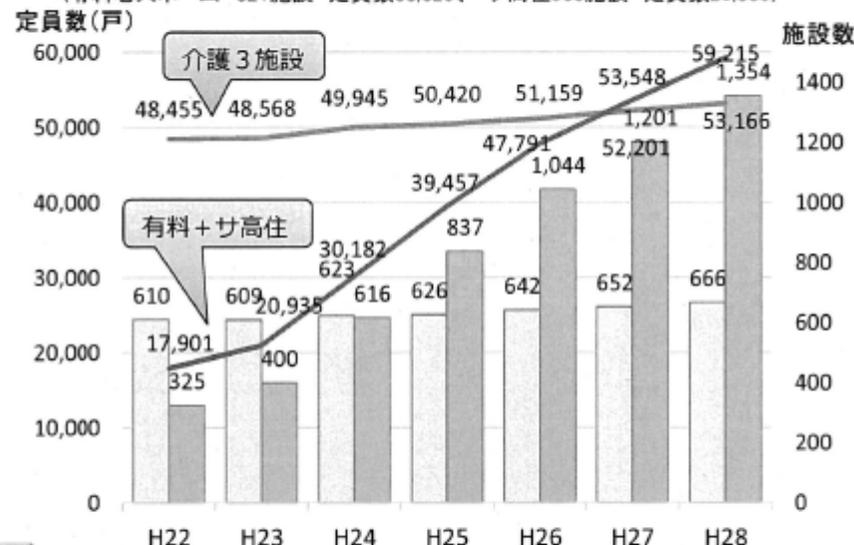


サービス利用者の推移

サービス種別	地域	利用者数		倍率
		2000年4月末	2016年2月末	
在宅サービス利用者数	国	97万人	⇒ 394万人	4.06倍
	大阪府	4.6万人	⇒ 32.1万人	6.96倍
施設サービス利用者数	国	52万人	⇒ 92万人	1.76倍
	大阪府	2.3万人	⇒ 5.0万人	2.18倍

大阪府の高齢者住まい・施設の現状

「介護保険3施設」:666施設、定員数53,166
 (特別養護老人ホーム 406施設 定員数30,821、老健施設 221施設 定員数20,086、介護療養型医療施設 39施設 定員数2,259)
 「有料+サ高住」:1,354施設 定員数59,215
 (有料老人ホーム 821施設 定員数38,329、サ高住533施設 定員数20,886)



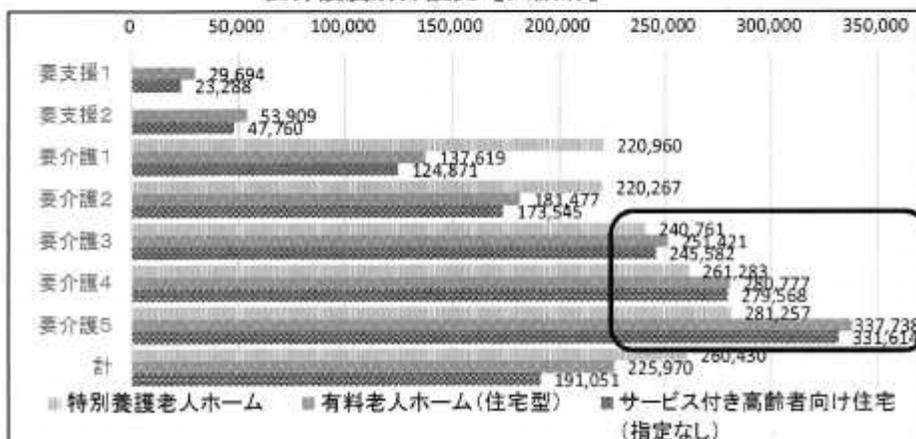
2. 調査の経緯

- 有料老人ホームの約6割を占める住宅型有料老人ホームや、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護の指定なし）は、保険者において「入居者」を特定した上で、利用する介護保険サービスの種別や金額を随時正確に把握できるシステムが存在しないため、提供されている介護サービス内容が外から見えにくいという課題がある。
- このため、昨年9月、専門部会参加11市町に呼びかけ、住民票の住所地情報との突合により、名寄せできる被保険者番号を元に、高齢者住まいの入居者の要介護度や介護サービスの利用実態等を分析。

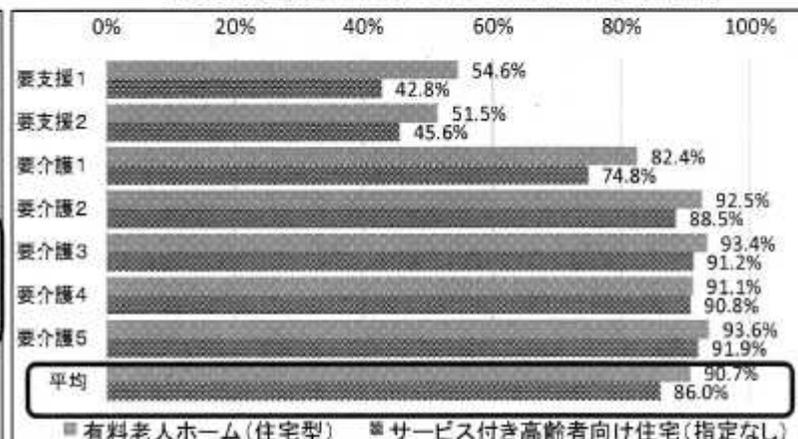
3. 調査結果の概要

- 被保険者番号が分かった人数：11,257人
 分析を行った市町における有料老人ホーム、サ高住の定員数に対する捕捉率：36.2%
 ※ 今回、被保険者番号や介護サービスの利用実態が特定できたのは、住民票を高齢者住まいに移している市町民だけ。
 他市町村民や、持ち家等があるため住民票を移していない市町民のデータは拾えなかった。
- 入居者の要介護度等：要介護3以上は、有料老人ホーム（住宅型）56.8%、サ高住（指定なし）43.6%
- 区分支給限度基準額に対する利用割合：平均で約9割（※ 居宅療養管理指導に係る費用を含んでいる点に留意。）

要介護度別介護費【大阪府】



区分支給限度基準額に対する利用割合【大阪府】



※ 特別養護老人ホームのデータについては、介護給付費等実態調査月報(平成28年10月審査分)の閲覧第2表、第7表を用いて、介護サービス単位数×10円で算定。有料、サ高住データについては、今回の大阪府調べによる平成28年9月データ。(介護サービス単位数×10円で算定。)

4. 調査結果を踏まえた対応策

- 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化にかかる検討
 - ・ 関係部局との連携の上、各保険者も交えながら、実態把握・指導監督のあり方などを総合的に議論
- 集中的なケアプラン点検など適正化に向けた取組
 - ・ 府と保険者の連携による集中的なケアプラン点検の検討
 - ・ 府によるケアプラン点検の先進事例の紹介、勉強会の実施の検討
- 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化
 - ・ 事業者自らがサービス内容の適正化を図るため、府による「経営・組織力向上セミナー」「事例研修会」の実施等

I 現状分析

4. 高齢者の「住まい」について

(1) 高齢者住まいの数

平成 27 年 7 月の厚生労働省資料によれば、大阪府における要介護 2 から 5 までの高齢者数に対する施設・居住系サービス⁵の利用者割合は、28.6%と全国で一番低い状況（全国平均 37.1%）であった。実際、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設のいわゆる介護保険 3 施設の定員数は 53,166 床に留まっている一方、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の合計戸数は、平成 22 年度の 17,901 戸から 6 年間で 3 倍以上に増加し、59,215 戸にのぼるなど、全国で最も高い水準の戸数となっている。（データはいずれも平成 28 年 7 月現在）

(2) 高齢者住まいにおける介護サービス利用状況の実態調査

こうした中、有料老人ホームの約 6 割を占める住宅型有料老人ホームや、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護の指定なし）については、一部に「囲い込み」による過剰なサービス提供を指摘する声がある。

特別養護老人ホームなどの施設サービスと異なり、住宅型有料・サ高住の運営事業者と介護サービス事業者が異なるケースが一般的であり、保険者において「入居者」を特定した上で、利用する介護保険サービスの種別や金額を随時正確に把握できるシステムが存在しないことから、提供されている介護サービス内容が外から見えにくいという課題がある。

このため、今年度、専門部会参加 11 市町において、住民票の住所地情報の突合により、名寄せできる被保険者番号を元に、高齢者住まい⁶の入居者の要介護度、平均年齢、介護サービスの利用実態、生活保護の受給の有無等を分析した。

(3) 実態調査結果の概要

11 市町 11,257 人のデータ⁷を分析した結果、以下の点が判明した。

- ① 被保険者番号が分かった人数：11,257 人
- ② 当該市町における有料老人ホーム、サ高住の定員数：31,138 戸
- ③ データの捕捉率：36.2%

※ 今回の調査方法により、被保険者番号や介護サービスの利用実態が特定できたのは、住民票を高齢者住まいに移している市町民⁸であり、同一高齢者住まいに居住していたとしても、他市町村の住所地特例を受けている方（他市町村民）や、別に持ち家等があり、住民票を移していない同市町民のデータは拾えなかった。

- ④ 生活保護受給率：46.3%（※）

	介護付有料	住宅型有料	サ高住 (特定施設)	サ高住 (指定なし) ⁹
生保受給率	17.0%	62.1%	53.6%	41.3%

※ なお、今回の調査に当たっては、住民票の所在地が高齢者住まいと一致する方から被保険者番号を特定した結果、住民票を移している方には持ち家を持たない生活保護受給者が多く含まれる可能性に留意が必要。

- ⑤ 入居者の平均年齢：75 歳以上の後期高齢者が中心（いずれも平均 80 歳以上）

	介護付有料	住宅型有料	サ高住 (特定施設)	サ高住 (指定なし)
平均年齢	81.7 歳	80.2 歳	82.2 歳	81.6 歳

- ⑥ 入居者の平均要介護度等：要介護 3 以上は、有料老人ホームで 52.1%、サ高住で 43.5%となるなど、要介護度はかなり高め。

	介護付有料	住宅型有料	サ高住 (特定施設)	サ高住 (指定なし)
平均要介護度	要介護 1.92	要介護 2.80	要介護 2.18	要介護 2.27

- ⑦ サービスの利用実態：要介護度別の区分支給限度基準額いっぱい近く（区分支給限度基準額に対する利用割合：有料老人ホーム（住宅型）90.7%、サ高住（指定なし）86.0%までサービスを利用。

(円)	特養	有料老人ホーム (住宅型)	サ高住 (指定なし)
平均	260,430	225,970	191,051
要介護 3	240,761	251,421	245,582
要介護 4	261,283	280,777	279,568
要介護 5	281,257	337,738	331,614

II 考察

I の現状分析の結果を踏まえ、大阪府の介護費や要介護認定率の改善に向け、検討すべき課題を示した。

3. 高齢者の「住まい」の考え方と、提供されている介護サービスの実態把握

地域で、自立して生活を継続するための基盤となるのが「住まい」である。大阪では、前述したように、高齢者の「住まい」が多様化していることが指摘されている。特に今回の専門部会参加 11 市町の調査から、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に要介護者が多数入居するなど、実質的に施設と同様に要介護者が集散的に居住している実態があることが明らかになった。

また、これらの新たな「住まい」に入居している高齢者には、調査が可能となった対象という限定はつくものの、区分支給限度基準額の約 9 割の介護サービスが利用されており、特に要介護 3 以上の方々に対しては、施設サービス以上の給付費がかかっているケースも散見されているにもかかわらず、その全貌を捉えることができるデータベースが整備されていないという問題が明らかになった。（4（3））。

Ⅲ 大阪府における対応について

4. 高齢者住まいにおける介護サービスのあり方について

(1) 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化にかかる検討

近年、急増する有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など的高齢者の住まいについては、高齢者の多様な住まいニーズの受け皿として、今後とも重要な役割を担っていくことが期待される一方で、いわゆる「囲い込み」により、利用者本位でない介護サービスの提供がなされていないかなど、ケアの質を確認していくことが求められる。

介護保険の施設サービスは、一つの法人から包括的にサービスが提供されるのに対し、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（指定なし）においては、住宅の運営者と介護サービスの提供者が異なっていることが一般的であることや、複数の法令が関係していることから指導監督庁（住宅運営事業者の所管庁、事業指定者、保険者、建築指導者、消防署等）が多岐にまたがっているため、全体的な実態が把握しにくいという課題がある。

こうした課題に対応するため、大阪府において、福祉部と住宅まちづくり部等の関係部局とが連携の上、各保険者等も交えながら、高齢者住まい入居者の介護や医療サービス利用の適正化に向け、引き続き実態把握に努めるとともに、ケアの質の評価（見える化）や住宅運営事業者、居宅サービス事業所に対する指導監督、府と保険者との連携のあり方などについて総合的に議論していくことが求められる。

(2) 集中的なケアプラン点検と適正化に向けた取組

いわゆる「囲い込み」による過剰なサービス提供への対応については、府・市町村の連携により、集中的なケアプラン点検を行っていくことが考えられる。また、大阪府においては、ケアプラン点検の先進事例の紹介や勉強会の実施のほか、利用実態の見える化の構築に向けた検討から指導監督の連携によるサービス利用の実態把握と適正化までのモデル事例の支援など、今後とも、適正化に向けた広域的支援策を行っていくことが求められる。

また、市町村においても、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の建設前の事前相談等の機会も活用し、入居者像や提供するサービス内容等を確認していくことが重要である。

(3) 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化

高齢者住まいサービスの質の向上に向け、従事者による虐待の未然防止等のための指導監督の一層の強化や未届有料老人ホームに対する指導を重点的に行っていくことが求められる。

また、急増する有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅については、健全な経営やそこで働く介護職員の適正な労働環境を確保することを通じて、利用者保護を図っていくことが重要である。例えば、大阪府において「経営・組織力向上セミナー」や事業者団体と連携した事例研修会等を実施することを通じて、各事業者が自らサービス内容の適正化を図る施策を実施していくべきである。

6. 第7期高齢者計画の策定に向けた留意事項

(2) 高齢者住まい・施設ニーズとの関係性

第7期計画期間（2018～2020年度）における介護サービス量（必要量）の見込み及び必要入所（利用）定員総数の検討に当たっては、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など、高齢者住まいの居住者の要介護度がかなり重くなっている中、高齢者のニーズに応えるため、特別養護老人ホームの整備とともに、特定施設入居者生活介護や定期巡回・随時対応型居宅介護看護の指定などの組み合わせを積極的に検討していく必要がある。また、こうした高齢者住まいに対する将来需要等も踏まえながら、地域に必要なサービス基盤を把握・精査し、これを介護保険事業支援計画に反映していくことが求められる。

5 介護支援専門員の資質向上等について

(7) 高齢者向け住まいの入居者に対する適切なケアマネジメントについて

近年増加傾向にあるサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいについて、その入居者がサービス利用に際して居宅介護支援を利用する場合、特定の事業者による介護保険サービスへ誘導することを目的とした囲い込みが行われているとの指摘が一部にある。このため、これら的高齢者向け住まいの入居者に焦点を当てたケアプラン点検の実施や、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）」第1条の2第2項及び第3項の規定において、利用者の心身の状況等に応じた利用者本人の選択に基づくサービス提供体制の確保や特定の居宅サービス事業者の利用に偏らないようにすること等が求められていること、同基準第25条の規定において、指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならないこと等を踏まえて、居宅介護支援事業所に対する適切な指導も合わせてお願いしたい。

なお、昨年大阪府において、「有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等における入居者の介護サービス利用状況に係る実態調査」が行われたところであり、その結果が公表されているが、各保険者において高齢者向け住まいの入居者に対するサービス利用状況の実態を把握するための参考となる取り組みであると考えているため、各都道府県におかれては適宜参考にしていただき、適切なケアマネジメントに向けた取り組みを進めていただきたい。（資料5-6）

介護報酬改定に向けた論点(在宅サービス)

資料Ⅱ-1-14

【論点】

- 「改革工程表（2016改定版）」においては、「生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定」のほか、「通所介護などその他の給付の適正化」についても、「関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応」とされている。
- 通所介護については、規模が小さいほど、個別機能訓練加算^{※1}の取得率が低くなる一方で、サービス提供1回当たりの単位数は高くなる傾向にあり^{※2}、規模が小さい事業所に通う利用者にとっては、機能訓練などの質の高いサービスを受ける割合が低いにもかかわらず、高い費用を支払う結果となっている。
 - ※1 個別機能訓練加算（Ⅰ）46単位/日：生活意欲が増進されるよう、利用者による訓練項目の選択を援助。身体機能への働きかけを中心に行うもの。個別機能訓練加算（Ⅱ）56単位/日：生活機能の維持・向上に関する目標（1人で入浴できるようになりたい等）を設定。生活機能にバランスよく働きかけるもの。
 - ※2 規模が小さいほど、サービス提供1回当たりの管理的経費が高いことが考慮され、基本報酬が高く設定されていることが要因と考えられる。
- また、大阪府の調査結果によると、介護サービス事業所の指定を受けていない大阪府内の「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」^{※3}においては、外部の在宅サービス利用に係る受給者1人当たり単位数が非常に高くなっている。
 - ※3 これらの高齢者向けの住まいでは、自宅で生活している場合と同様に、訪問・通所介護などの在宅サービスの利用が限定される。

通所介護の事業所規模別比較

	個別機能訓練加算取得事業所率 [※]		1回当たり単位数 【平成27年度実績】 （1単位≒10円）
	加算Ⅰ	加算Ⅱ	
小規模	12.7%	26.7%	783単位
通常規模	22.2%	32.7%	754単位
大規模Ⅰ	40.3%	41.3%	763単位
大規模Ⅱ	55.8%	42.5%	735単位

※ 「介護保険総合データベース（平成27年10月審査分）」から抽出した給付データを基に、同月中に1回でも加算を取得している事業所は、「加算取得事業所」と計上。

出所：厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」、「介護保険総合データベース（平成27年10月審査分）」

受給者1人当たりのサービス利用単位数の比較（1か月当たり）



※ パーセント（%）表記は、区分支給限度基準額（在宅サービスに係る1か月の保険給付上限）に対する比率。

出所：厚生労働省「平成28年度介護給付費等実態調査（平成28年5月審査分）」。

大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書「大阪府における介護施策の現状と課題、対応の方向性について」

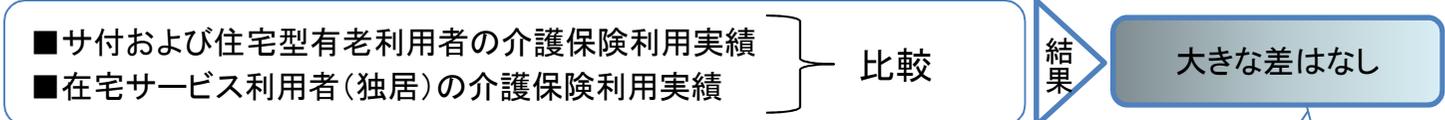
【改革の方向性】（案）

- 機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。
- 大阪府の調査を参考にしつつ、「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」といった高齢者向けの住まいを中心に、必要以上に在宅サービスの提供がなされていないか、平成30年度介護報酬改定に向けて実態調査を行った上で、給付の適正化に向けた介護報酬上の対応を検討すべき。

サ付・住宅型有老と在宅サービス利用者（独居）の介護保険利用実績比較

- サービス付き高齢者向け住宅(サ付)および住宅型有料老人ホーム(住宅型有老)の利用者と在宅サービス利用者(独居)の介護保険利用実績を比較した。(サ付および住宅型有老のほとんどの利用者は「独居」であるため)
- サ付および住宅型有老利用者と在宅サービス利用者(独居)の介護保険利用額に大きな差は見られなかった。
- 一方軽度者は、サ高住および住宅型有老利用者の方が在宅サービス利用者(独居)より、介護保険利用額が少ない。

1. 高住連構成団体会員会社3社の保有データから、以下の比較検証をおこなった。



- 軽度者(要介護1・2)は、サ付および住宅型有老に入居すると、介護保険利用額が少なくなる。理由は①環境整備によるADL向上、②生活支援サービス(安否確認・食事等)の活用などが挙げられる。
- なお、上記3社のサ付&住宅型有老人の利用割合と比較して、**大阪府実態調査結果の利用比率は高くなっている。**これは、大阪府実態調査は、①生活保護受給者の割合が高い、②限度額対象外の加算等が含まれているなどの要因のほか、事業者によっては、**ケアマネジメントの問題や不適切な運営が影響している可能性がある。**
* 3社のサ付・住宅型有老入居者は訪問介護の利用が中心。また、大阪府実態調査結果の要介護1・2はやや高すぎる印象。
- これに対して、**制度や介護報酬設定での一律の対応は望ましくない。**行政によるケアプランチェックが望まれるが、業界団体としても、「運営のポイント」や「チェックリスト」に基づき、自浄努力を図ってまいりたい。

要介護区分	支給限度 単位数	高住連調べ										大阪府調べ	
		サ付&住宅型有老					在宅独居					住宅型有老	サ付
		給付単位数 (合計)	利用者数	構成比	給付単位数 (平均)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)	給付単位数 (合計)	利用者数	構成比	給付単位数 (平均)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)	区分支給限度額に対する 利用割合 (%)
支援1	5,003	681,226	439	6.10%	1,552	31.00%	143,045	75	2.40%	1,907	38.10%	54.6%	42.8%
支援2	10,473	1,259,629	535	7.40%	2,354	22.50%	413,956	113	3.60%	3,663	35.00%	51.5%	45.6%
要介護1	16,692	11,581,361	1,902	26.30%	6,089	36.50%	10,485,924	1,348	42.80%	7,779	46.60%	82.4%	74.8%
要介護2	19,616	16,124,620	1,648	22.80%	9,784	49.90%	10,115,506	896	28.40%	11,290	57.60%	92.5%	88.5%
要介護3	26,931	19,162,260	1,149	15.90%	16,677	61.90%	6,814,768	399	12.70%	17,080	63.40%	93.4%	91.2%
要介護4	30,806	19,087,631	919	12.70%	20,770	67.40%	4,379,001	197	6.30%	22,228	72.20%	91.1%	90.8%
要介護5	36,065	16,648,684	638	8.80%	26,095	72.40%	3,170,543	123	3.90%	25,777	71.50%	93.6%	91.0%

大阪府高齢者住まい介護サービス利用状況実態調査結果については、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの入居者の介護保険利用額の実態と、大きく異なる可能性。

- 大阪府の生活保護受給者割合はもともと高い上に、サ付・住宅型有老に住民票がある入居者のみのサービスの利用実態
→大阪府実態調査結果は、生活保護受給者割合が非常に高い。
→生活保護受給者は利用者負担がないため、住宅型有老・サ高住の入居者全体のサービス利用実態と異なる可能性が高い。

		住宅型有料老人ホーム	サ高住（指定なし）
大阪府実態調査結果 (受給者/入居者総数)		62.1% (2,972/4,787)	41.3% (1,660/4,019)
野村総研H27調査結果 (物件ごとの受給者割合の平均)	全国	17.0% N=2,427	9.6% N=1,690
	大阪府	37.4% N=157	22.9% N=118

*野村総研H27調査結果（大阪府）
平成27年度老人保健健康増進等事業
高齢者向け住まいの実態調査報告書
(平成28年3月・株式会社野村総合研究所)

2. 区分支給限度基準額に対する利用割合の算定方法が不適切

- ✓報告書で指摘している居宅療養管理指導料のほか、区分支給限度基準額には入れない加算が含まれている。
 - ・介護職員処遇改善加算（訪問看護等以外の右記サービス）
 - ・サービス提供体制強化加算（6～18単位/日：通所介護等）
 - ・総合マネジメント体制強化加算（1,000単位/月：（定期巡回・随時対応型サービス、小規模多機能等）
- 区分支給限度基準額に対する利用割合は、実際には、10%以上低いのではないか。

平成27年度改定後	加算 I
・（介護予防）訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8.6%
・（介護予防）訪問入浴介護	3.4%
・（介護予防）通所介護	4.0%
・（介護予防）通所リハビリテーション	3.4%
・（介護予防）特定施設入居者生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護	6.1%
・（介護予防）認知症対応型通所介護	6.8%
・（介護予防）小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護	7.6%

事 務 連 絡
平成29年7月10日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管（部）局 御中
中核市

厚生労働省老健局総務課介護保険指導室

高齢者向け住まいに併設されている介護サービス事業所に対する
指導監督について

介護サービス事業所の指導監督については、昨今、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームといった高齢者向け住まいが増加していることに伴い、高齢者向け住まいに併設（隣接を含む。以下同じ。）された形態の事業所（以下「併設事業所」という。）の参入も多く見られるところである。

こうした住まいは、高齢者の多様な住まいニーズの受け皿として重要な役割を果たしている一方で、平成27年度及び28年度の都道府県等における指導監督の動向を見ると、指定取消・効力停止処分を受けた併設事業所が約3割を占めている。全事業所に対する併設事業所の占める状況を勘案すると、併設事業所は、その他の事業所よりも高い割合で指定取消等処分の対象になっていることが推察される。

また、平成28年度に都道府県等が実施した実地指導では、併設事業所に対して

- ・ 「併設事業所」と「高齢者住まい」の双方に従事する者の兼務状況が不明確
- ・ 「高齢者住まい」と兼務していることで、「併設事業所」としての人員基準を満たさない状況になっている
- ・ 「併設事業所」のサービスと「高齢者住まい」のサービスが区分されていない

などの指摘がなされている。

各自治体におかれては、上記の傾向も踏まえ、今後、併設事業所における介護サービスの提供状況にも留意の上、実地指導計画を策定するようお願いする。