

平成 29 年 9 月 13 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 田中 滋 様

日本ホームヘルパー協会
会長 青木 文江

訪問介護に係る論点に関する意見について

平成 29 年 7 月 5 日開催の第 142 回社会保障審議会介護給付費分科会において提示された訪問介護に係る論点につきまして、下記のとおり意見を申し述べますのでよろしくお取り計らいください。

記

1. 生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準及び報酬について、要介護者に対する生活援助の意義を踏まえ、どう考えるか。

- (1) 介護給付は、介護保険法に規定されている「利用者の要介護状態の改善または悪化の防止に資する」ことを旨として行われるものであると承知しています。
- (2) 独居で身体機能と認知機能が低下した 80 歳以上の超高齢の利用者が増加する状況下で、その居宅生活の維持を支援するためには、**不安や厭世的気分の解消を図り、意欲と自信の回復を目指しながら「普段の体調管理（低栄養・脱水・低活動・便秘の防止）」と「服薬」などを中心とした「日々の暮らし」の基本を支えることが、要介護状態の悪化の防止に必須**であると認識しています。
- (3) 訪問介護員にとって、**食事・入浴・排泄の 3 大介護技術のみが専門性ではありません**。利用者の心身機能の低下の要因・背景と置かれた環境との相互作用を踏まえつつ、利用者とのコミュニケーションを図る中で、**阻害要因と促進要因をアセスメント**し、心身の状況に応じた総合的な視点から、「日々の暮らし」を支援することが重要です。
- (4) 生活援助といえども、自立支援の視点に立った利用者とのコミュニケーションが重要であり、日々の暮らしの観察に基づくアセスメントは不可欠です。
- (5) 訪問介護員が誇りをもって利用者の自立支援に携わることができる環境を整えることが介護人材の確保の最大の要件であると考えており、**安易に基準の緩和と介護報酬の引き下げを行うことは、利用者および訪問介護員の双方にとって事態の悪化をもたらすものと危惧**します。

2. 「生活援助」のみの利用状況については月 31 回以上の利用者が一定程度いる中で、身体介護も含めた訪問介護の報酬のあり方について、どう考えるか。

- (1) 介護給付は、介護保険法に規定されている「居宅での生活を継続する」ことを旨として行われるものであると承知しています。
- (2) 要介護度 1・2 の利用者は、**3 大介護の必要性や激しい BPSD はみられないが、認知**

機能の低下がみられることに鑑み、前述したようにバランスのとれた食事、脱水防止のための水分摂取、活動性の維持、服薬の確認、清潔の保持などの「**日々の暮らし**」の支援に併せ、**意欲の維持に関する支援は要介護状態の悪化防止に必要不可欠**であります。

- (3) 訪問回数が著しく多い事例については、単に回数の多寡のみをもって論じるのではなく、**その必要性や報酬算定区分（身体介護か生活援助か）の妥当性について、地域ケア会議などで検証**した上で、対応すべきものと思います。

3. 集合住宅におけるサービス提供の適正化について、どう考えるか。

- (1) 集合住宅は、移動に要する時間が少ないので、その分に見合う介護報酬の適正化を図ることは理解できます。
- (2) 一方、地域加算がない地域において、点在する居宅を訪問する場合に遠距離加算があるわけではないので、集合住宅減算は高齢者に特化した集合住宅にとどめるべきものと思います。

4. 主として身体介護を行う者と生活援助を行う者の役割分担を進めていくことが重要との意見がある中で、サービス提供責任者の役割や任用要件について、どう考えるか。

- (1) 利用者にとって、**身体介護と生活援助を行う者の分担を進めることが重要とは理解していません**。生活援助は誰でもできるという安易な考え方は、前述した「日々の暮らし」の基本を支え重度化を防止するという重要性を否定することになりかねません。
- (2) **サービス提供責任者は、「日々の暮らし」の基本を支える視点から適切な訪問介護計画を作成し、かつ、訪問介護員を指導教育する重要な職責を担っている**ので、その資質向上を図ることは重要な課題であると認識しています。
- (3) 介護支援専門員については、手厚い法定研修制度が設けられていますが、サービス提供責任者は介護福祉士または実務研修修了者が要件であり、**サービス提供責任者の職務に着目した研修が義務付けられていません**。したがって、**サービス提供責任者には就任前研修を義務化するよう要望**します。

5. 身体介護における自立生活支援のための見守りの援助について、どう考えるか。また、生活機能向上連携加算の取得状況を踏まえ、リハビリテーション専門職の意見を踏まえた訪問介護の実施について、どう考えるか。

- (1) 自立支援のための見守りの援助は重要であり、心身の状況に応じた介護の具体例として、**手を出し過ぎない介護は利用者のセルフケア力を高める介護手法**であると認識しています。
- (2) しかしながら、市町村の担当者や介護支援専門員、利用者の考え方によっては、高い専門性に立脚した見守りの援助であるにも関わらず、介護報酬単価の低い生活援助に位置づけられるという不合理な取り扱いがみられるので、**ローカルルールの是正**を図る必要があります。
- (3) サービス提供責任者が**リハビリテーション専門職との連携**の下でのアセスメントに基づき訪問介護計画を作成することは、双方の相乗効果を高め、自立支援に重要であると認識しています。ついては、現在の**生活機能向上連携加算の算定要件を緩和**し、

特定のサービスを利用している場合に限定せずに、**多様な社会資源の中に存在するリハビリテーション専門職との連携の下で訪問介護計画を作成した場合は、加算を算定**できるように検討していただきたい。

全社地発第 362 号
平成 29 年 9 月 13 日

社会保障審議会 介護給付費分科会
分科会長 田 中 滋 様

社会福祉法人 全国社会福祉協議会
全国ホームヘルパー協議会
会長 神 谷 洋 美

介護報酬の見直しに係る意見書

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年にむけて、住み慣れた地域で自分らしく人生の最後まで暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が急がれるとともに、地域共生社会の実現に向けた議論が進められています。これらの体制の構築にあたっては、高齢者の生活に寄り添い、生活環境を整えながら自立した生活を支援する専門職であるホームヘルパーの役割が非常に重要だと考えます。

しかし、現状を見ると人材の確保が困難などの理由から全てのニーズに対応しきれなくなることが懸念され、このままの状況では利用者の地域での暮らしを支え続けられなくなる事が予測されます。

ホームヘルパーが、利用者の安心な暮らしのために十分に専門性を発揮し、やりがいをもって働き続けることができるよう、下記の事項について今般の介護報酬改定にあたってご配慮くださいますようお願いいたします。

記

介護給付費分科会の論点に対する意見

●生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準及び報酬について

①「生活援助の専門性を踏まえた慎重な検討が必要です」

現在、生活援助中心のサービス提供について、人員基準の緩和と報酬のあり方が議論されていますが、訪問介護における生活援助は、単に家事代行支援をしているのではなく、自宅の環境や調理・洗濯、日々の会話等から利用者の状態の全体像を把握し、状況に応じて適切な支援を判断・提供する非常に専門性の高い支援です。生活援助中心のサービス提供では認知症の高齢者や精神障害の方への支援も数多くあり、専門性が求められるのが実態です。

また、生活援助と身体介護は一連の流れの中で提供されるサービスです。それぞれを分けてサービス提供することは、利用者の全体像を把握できなくなることにつながり、適切なサービス提供を行うことが困難になることで重度化を招くことが懸念されます。

そのため、生活援助を中心とする場合の訪問介護サービスの提供について、一律に人

員基準を緩和するのではなく、専門職による適切なアセスメントに基づいた支援が提供される体制を保つことが必要です。

②「専門性の高い人材の育成が重要です」

人員基準を緩和させる議論にともない、緩和された基準に応じた人材を養成する簡易な研修を実施することが想定されていますが、この研修の実施により自立支援の視点が低い人材が増加することを非常に懸念しています。自立支援の視点が盛り込まれていない支援は利用者の重度化を加速させるとともに、ホームヘルパー全体の地位を低下させる危険性があります。

訪問介護における支援は、生活援助と身体介護の知識を総合的に用いながら利用者の状況の観察と報告を行い、自立支援の視点をもってサービスを提供することが重要です。そのため、簡易な研修で基準緩和の人材を養成するのではなく、介護職員初任者研修の受講者に対して助成を行うなど、高い専門性を持った人材の育成を推進することが必要だと考えます。さらに、ホームヘルパーの専門性や魅力への理解を深め、人材確保につなげることを目的に、研修時にホームヘルパーの同行訪問を盛り込むことが有効であると考えます。

介護給付費分科会の論点に関連する意見

●ホームヘルパーの人材確保に対するさらなる処遇について

「利用者のニーズに応えられる体制の確保が必要です」

ホームヘルプサービスは他業種に比べて労働条件が不安定なことに加え、賃金格差もあることから引き続き人材確保が大変厳しい状況にあります。さらには、ヘルパーの高齢化や退職などの要因も重なることで、今後は利用者のニーズがありながらもそれに応えられなくなることを非常に懸念しています。

利用者のニーズに応え、地域生活の継続を安定して支援するためには訪問介護を含め介護サービスの人材の定着・確保が必須であると考えます。そのため、一億総活躍社会の実現に向けた「働き方改革」により最低賃金の改定率が上昇していますが、基本報酬についてもこの改定率を踏まえた設定とし、事業所が介護従事者の処遇改善や職場の環境整備、人材確保等に積極的に取り組めるよう検討してください。

また、訪問介護事業所においても資質の向上を目指した研修を企画しておりますが、認知症ケアや喀痰吸引などの専門的な研修については事業所での開催は困難です。各専門機関と連携し、専門的な研修を身近な地域で受けられるような体制整備が必要です。

●ホームヘルパーの負担度の高いケアへの対応について

「負担度に応じた報酬上の評価を検討してください」

認知症高齢者や要介護度の高い単身高齢者へのサービス提供は、利用者との信頼関係の構築や遠方の家族との調整などに非常に時間がかかり、サービス提供責任者の業務負担も大きくなっています。こうした負担度に応じた報酬上の評価を検討してください。

●訪問初期・再開時の対応について

「利用者への初期の関わりを適切に評価することが必要です」

利用者への初期の関わりは、その後の利用者との関わり方を判断するためにアセスメントを丁寧に行うほか、関係性の構築や家族との調整など、その後の利用者支援において非常に重要な時期の支援です。

現在も初回加算においてサービス提供責任者の関わりが評価されていますが、丁寧に時間をかけて対応することを要する非常に重要な業務であることを鑑み、報酬上においてより適切に評価いただくよう検討してください。

●重度化対応・看取りのニーズへの対応について

「重度化や看取りのニーズへの対応が適切に評価されることが必要です」

在宅での看取りのニーズの高まりを踏まえ、ホームヘルプサービスにおいても看取りへの取り組みを充実する必要があります。看取りにあたっては、医師との連携や職員に対するケア、家族との調整等の適切な対応が求められます。そのため、看取りへのニーズに対する一連の対応について、報酬上で適切な評価が必要です。

また、重度化対応や看取りのニーズへの対応の一環として緊急時訪問介護加算を申請できますが、これについてはケアプランの内容に予め緊急時の対応やそれに類似した文言が含まれていれば申請できないこととなっています。加算の仕組みがありながら申請できない現状が是正されるよう、指導を行っていただきたいと思います。

●ケアマネジャーとホームヘルパーの連携について

「利用者の状態に応じた適切なケアプランが作成される体制が必要です」

ホームヘルパーは、利用者の解決すべき課題が変化していることを敏感に気づくことができ、直接的な支援だけでなく「相談」や「情報提供」等の支援を状況に応じて行っています。利用者の自立支援の観点からは、サービス提供の過程で得られる気づきをケアマネジャーと随時共有し、利用者の現在の状態にあわせてリハビリのテーションの充実を行うなどケアプランの内容も変更していくことが重要と考えます。

現在もサービス提供の過程での気づきをサービス提供責任者等からケアマネジャーへ報告し、適切なサービス内容となるよう連携を図っていますが、ケアマネジャーとホームヘルパーがより密接に連携し、利用者の自立支援が促進される体制となるようご検討ください。

●医療と介護の連携体制の確保について

「医師とケアマネジャーのさらなる連携、及び、ホームヘルパーとの情報共有の促進を求めます」

利用者が生活の場を病院から地域へ円滑に移行させるためには、入院時から医師とケアマネジャーが密接に連携して退院後に必要な支援等について調整したうえで、支援開始に備えてケアマネジャーとホームヘルパーが情報共有することが重要です。

現在、医師とケアマネジャーとの連携について、入院時情報連携加算や退院・退所加算等により連携の促進が図られていますが、いずれの算定状況も1割未満となっており、十分な連携がなされているとは言えない状況です。そのため、医師とケアマネジャーの連携がさらに促進されるような体制をご検討ください。

●介護予防・日常生活支援総合事業について

「訪問サービス A の単価や基準は、事業者の実態を把握したうえで慎重な検討が必要です」

総合事業は、住民等の多様な担い手による多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制を推進することを主旨としています。しかし、現状では新たな担い手の参入は進んでいるとは言えず、サービス内容も従前とほぼ同じで単価を切り下げているだけのケースが多く見られ、さらには事務処理も煩雑なことから事業所経営を圧迫している現状があります。

そのため、新たに改定されたガイドラインを踏まえ、単価や基準については事業者の実態をよく把握し、協議しながら慎重に検討するよう国による自治体への指導を徹底するとともに、事務処理の負担に対する報酬上の評価を検討してください。



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た。【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、小規模事業体が多く、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に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 資 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・・・

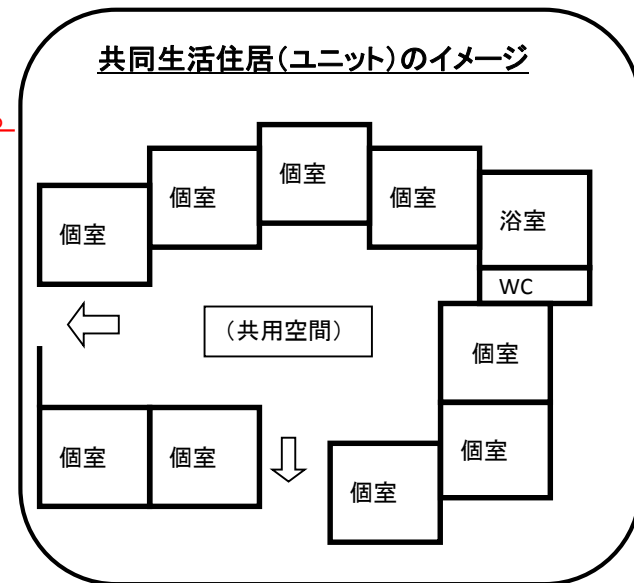
※医療連携体制加算（看護師の配置又は

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 Ⅱa～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→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。

【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」

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＞

介護サービス基盤の整備（イメージ図）

介護保険事業（支援）計画

・各市町村におけるサービス見込み量を定めたもの



※ 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

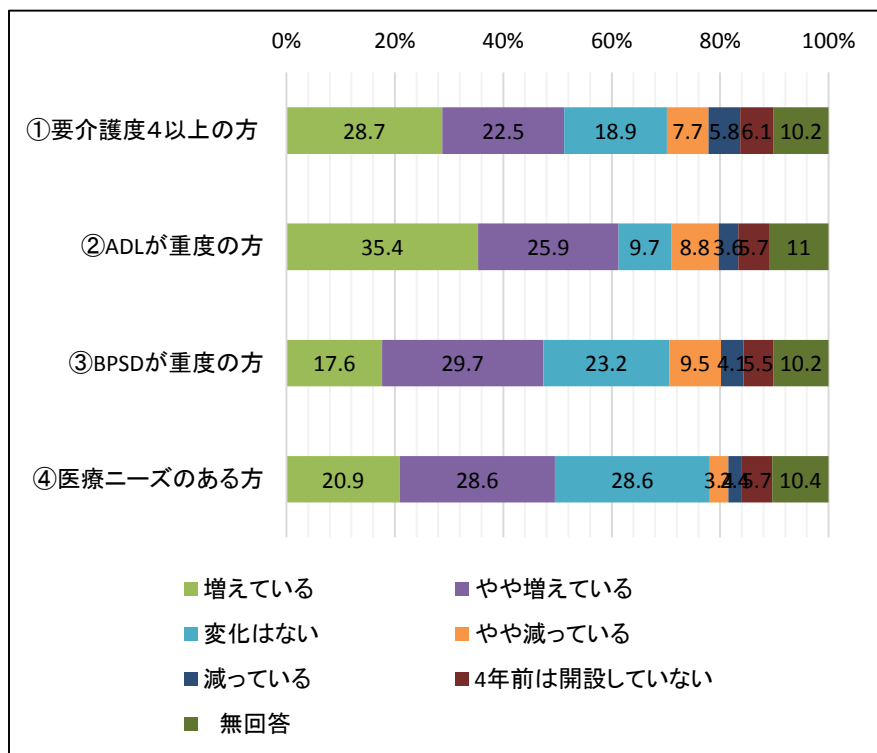
※平成27年介護サービス施設・事業所調査

認知症グループホームの重度化の状況

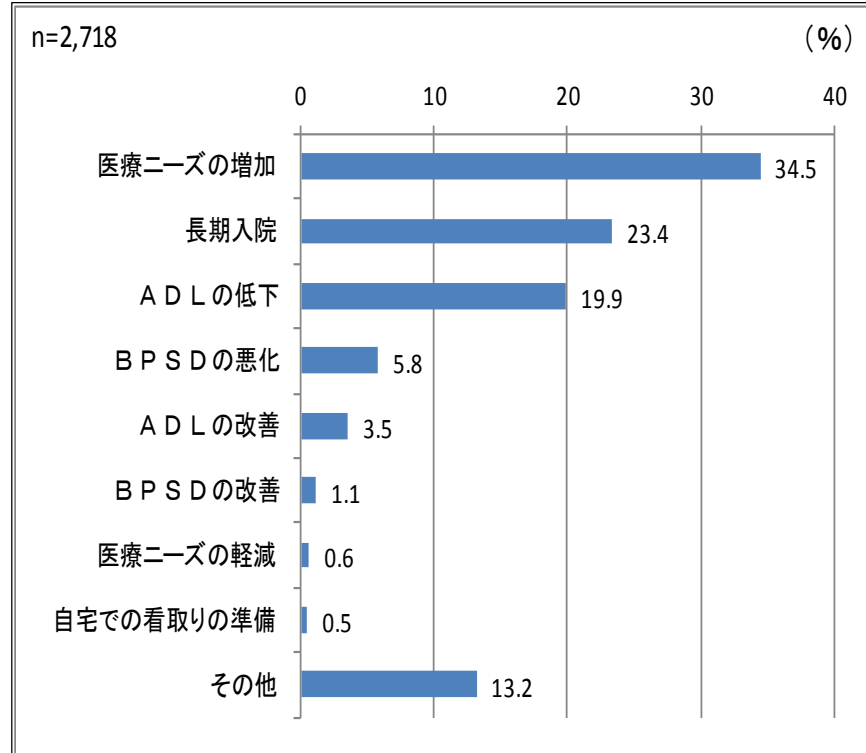
○認知症グループホームは、「要介護度」、「ADL」、「BPSD」、「医療ニーズ」ともに重度化、重篤化の傾向にある。

○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)



【出典】平成27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」

認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理③）

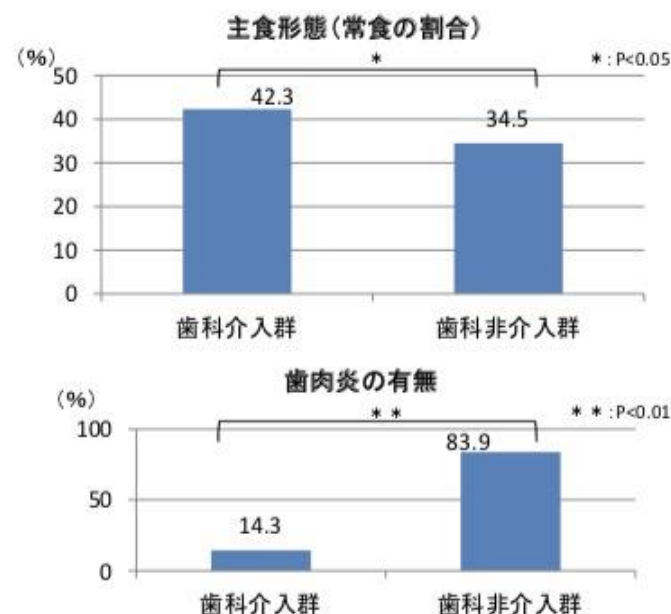
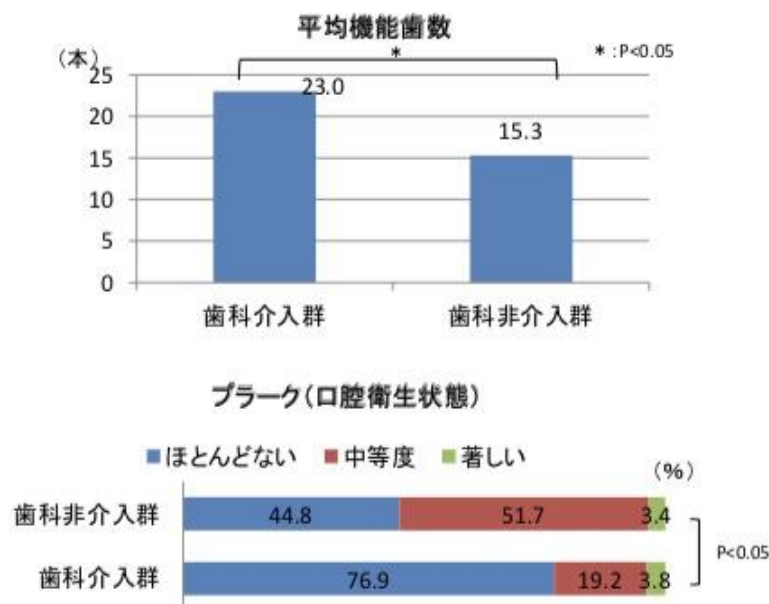
- 協力歯科医療機関と連携した口腔衛生管理に取り組んでいる認知症対応型グループホームの利用者は、平均機能歯数が多く、食事形態についても常食の割合が多かった。
- 協力歯科医療機関の歯科専門職から入所者の口腔内状態に応じた個人単位の口腔ケアの方法について介護職員が助言指導を受けている認知症対応型グループホームの利用者は、口腔衛生状態が良好であり、口腔軟組織の炎症も少なかった。

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

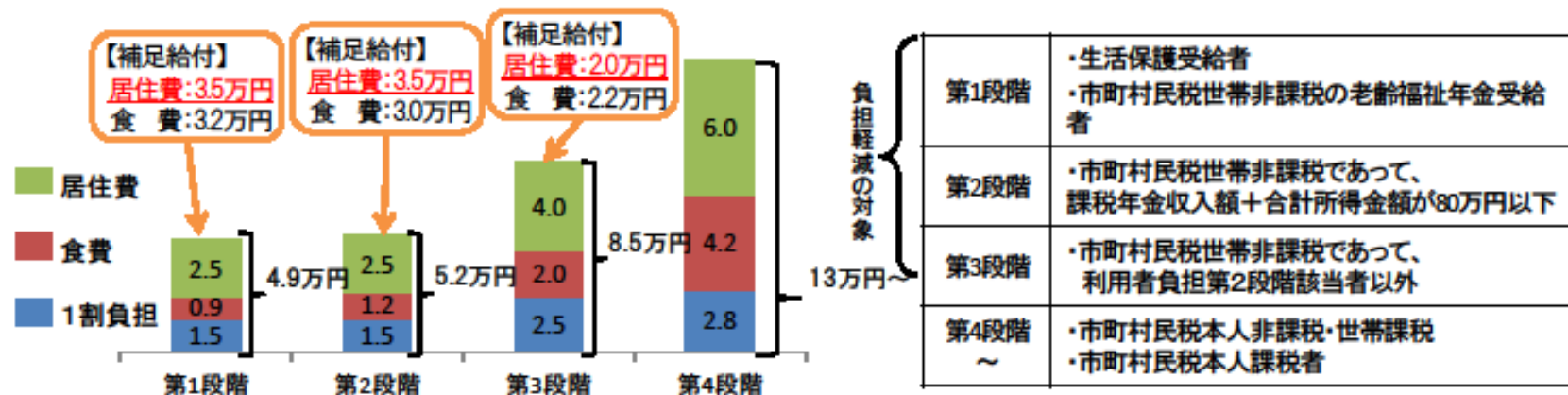


出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等における認知症高齢者に対する適切な口腔ケア及び経口維持支援のあり方に関する調査研究事業」

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)】

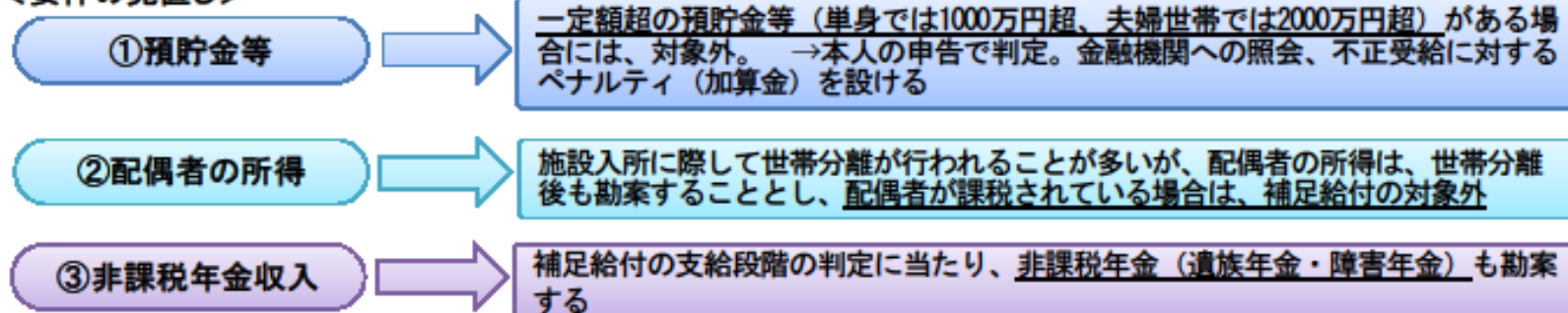
- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

＜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、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。

【出典】平成27年度老健事業「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書」（三菱総研）を基に作成

○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