

社会保障審議会介護給付費分科会(第54回)議事次第

日時：平成20年9月25日(木)

午後2時から午後5時まで

於：ホテルメトロポリタンエドモント2階「悠久」

議 題

1. 事業者等団体ヒアリング
2. 「介護施設等における重度化対応の実態に関する調査結果について」
3. その他

特定施設入居者生活介護に関する 介護報酬について

介護保険給付費分科会ヒアリング資料
特定施設事業者連絡協議会

特定施設事業者連絡協議会の概要

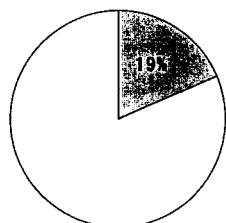
特定施設事業者連絡協議会は、
 特定施設事業者の連携により、行政当局等との連絡調整を行うとともに、
 調査研究、研修、交流活動等を行い、特定施設事業の発展に努める事業者団体。

■目的

指定特定施設入居者生活介護事業者が相互に連携し、行政当局その他関係機関との連絡調整を行うとともに、入居者に提供する特定施設入居者生活介護サービスの質的向上及び特定施設入居者生活介護事業の運営適正化のための調査研究および研修を行い、もって介護保険制度の下での特定施設事業の健全な発展に寄与することを目的とする。

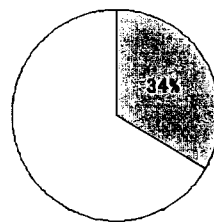
■会員数

正会員 284法人
 賛助会員(特定施設事業者以外) 26法人



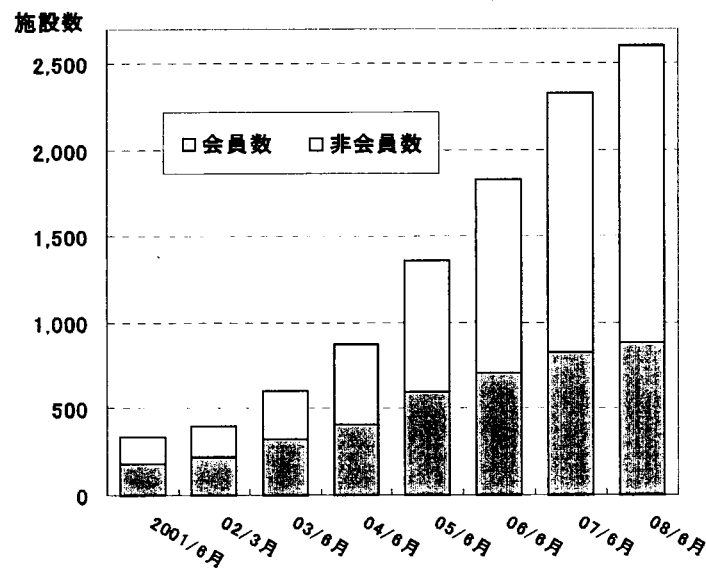
■全国施設数割合

正会員 879施設
 有料老人ホーム 845施設
 ケアハウス 32施設
 高専賃 2施設



※養護老人ホームは含まず。
 ※平成20年6月30日現在

全特定施設事業者 (1,521法人)
 全国施設数 (2,606施設)



■活動内容

法令遵守の事業者支援
 定例研究会 (年2回程度)
 特定施設総合研修 (全国各地において年6回 (19年度))
 会員活動 (全国各地における情報交換会等)

特定施設入居者生活介護の現状

特定施設の事業者数は全国で1,538社。事業所数は、2,648ヶ所。(平成20年8月末)

特定施設全体事業者数		1,538	
種別	有料老人ホーム	1,207	78.5%
	ケアハウス	316	20.5%
	高専賃	15	1.0%

特定施設全体施設数		2,648	
種別	有料老人ホーム	2,284	86.3%
	ケアハウス	344	13.0%
	高専賃	20	0.8%

WAM-NETによる
特定協調ベ

養護老人ホームを除く。

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)のサービス受給者は、11.3万人

(単位:千人)

総数	居宅サービス					地域密着型サービス	施設サービス			
	訪問通所	短期入所	居宅療養管理指導	特定施設入居者生活介護	居宅介護支援		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
3690.6	2501.5	298.1	249.1	112.5	2522.1	206.8	838.6	418.8	314.8	108.7

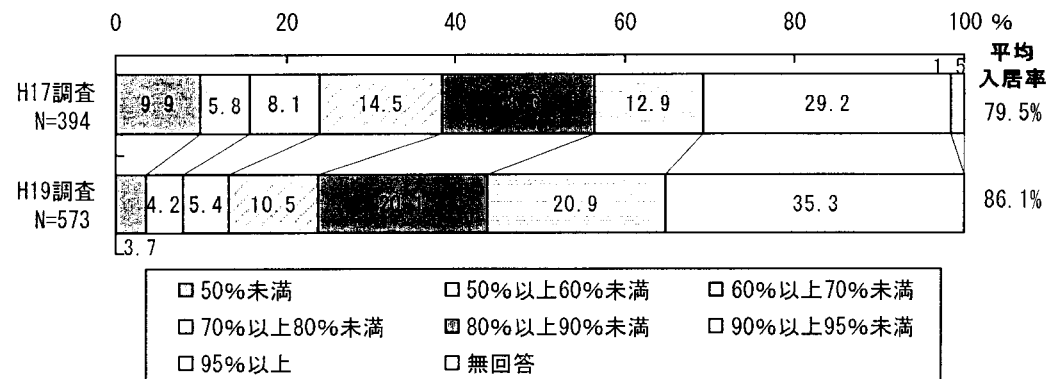
介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)

特定施設の定員数は、平均73名。入居率は、平均86.1%(平成19年9月末)

	平均定員数	平均入居率
平成17年3月末日	84.3名	79.5%
平成19年9月末日	73.1名	86.1%

いずれも特定協独自調査による有料老人ホームの状況

■ 入居率分布



特定施設入居者の状態像

指定特定施設の有料老人ホームの入居者の半数以上は、要介護2以上(平成19年9月末)

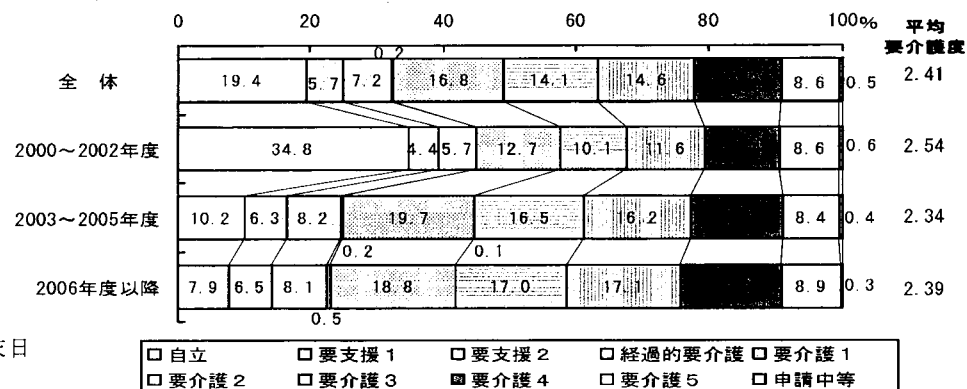
自立	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1
19.4	5.7	7.2	0.2	16.8
要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中等
14.1	14.6	13.0	8.6	0.5

N=34,596

(単位：%)

特定協独自調査による有料老人ホームの状況 平成19年9月末日

■ 介護保険指定時期別 要介護度分布



特定施設入居者の特定施設入居前の所在地は、病院が27.8%、老人保健施設が9.0%。

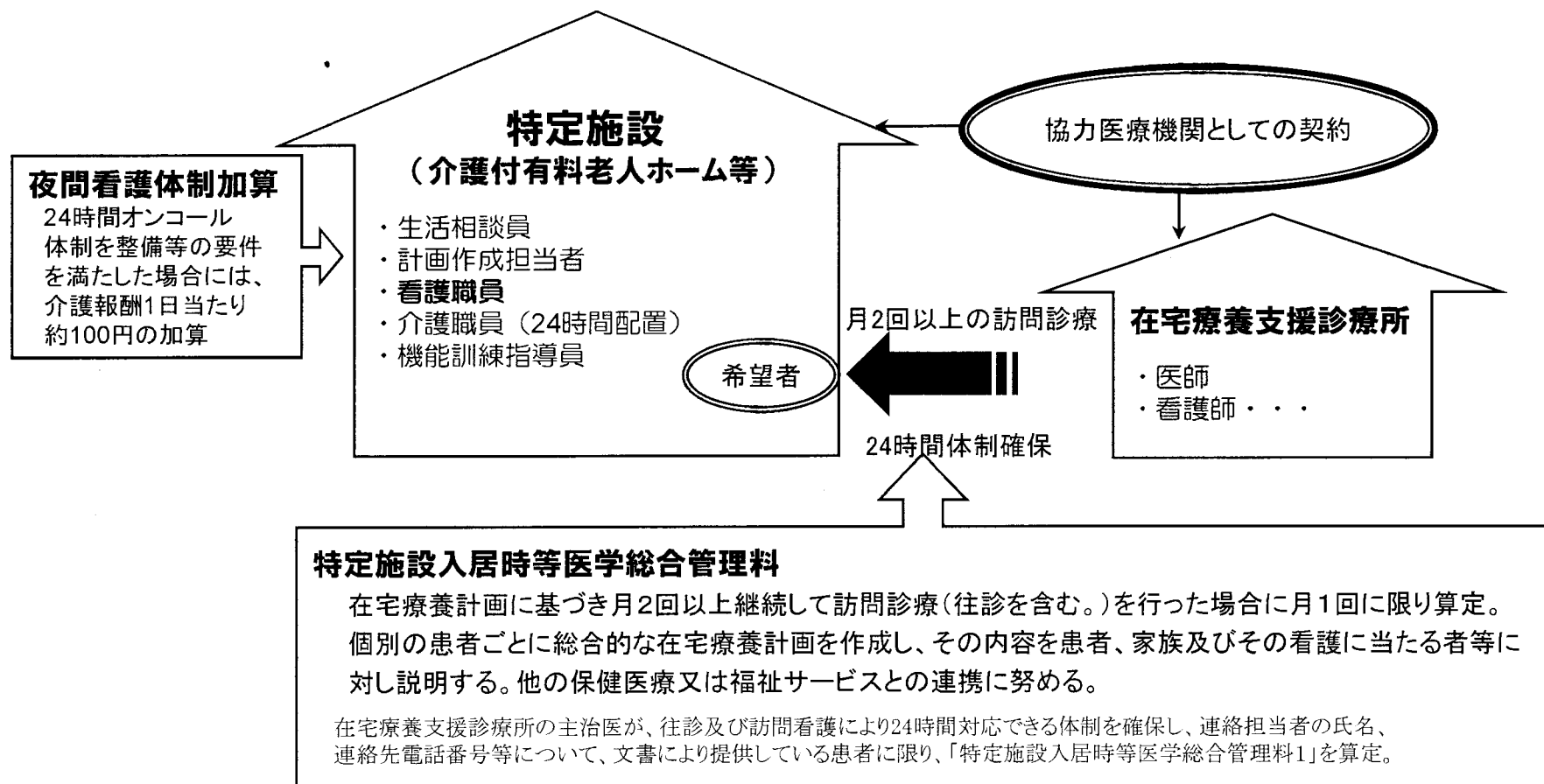
入居前の所在地	(人)	(%)	特定除く
01:病院	161	27.8	30.3
02:医療療養型医療施設	5	0.9	0.9
03:介護療養型医療施設	3	0.5	0.6
04:老人保健施設	52	9.0	9.8
05:特別養護老人ホーム	3	0.5	0.6
06:グループホーム	4	0.7	0.8
07:他の指定特定施設	48	8.3	
08:その他高齢者施設	10	1.7	1.9
09:自宅	294	50.7	55.3
合計	580	100.0	100.0

特定施設の新規入居者の入居前住居のサンプル調査
(2008年5月～2008年7月:特定協調べ)

医療ニーズの高まりと医療サービスの提供体制

特定施設入居者に対する医療サービスは、在宅療養支援診療所などの外部の医療機関によって支えられている。

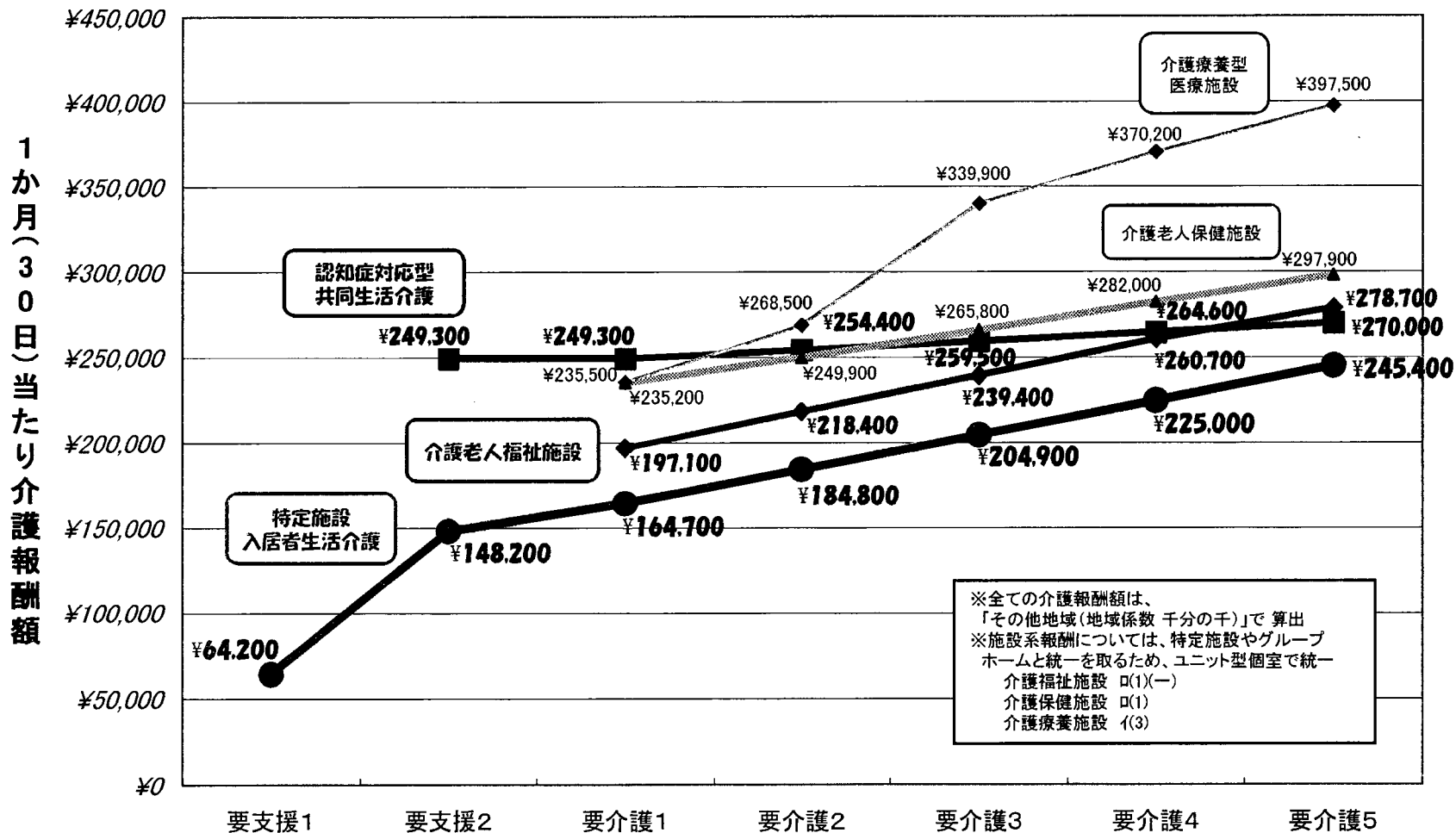
特定施設の看護職員は、健康管理、服薬管理や健康状態の把握などの療養上の世話を実施。



特定施設入居者生活介護の介護報酬

特定施設入居者生活介護の介護報酬は、介護老人福祉施設(ユニット型)やグループホームと比較して低い。

⇒ 介護報酬水準の設定に当たっては、合理的な説明のつく範囲にされたい。



特定施設入居者生活介護と他のサービスの比較

特定施設入居者生活介護の介護サービスと他のサービスの基準を比較すると次のとおり。

	業務	特定施設入居者生活介護 (介護付有料老人ホーム等)	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
人員等の配置基準 の根拠		指定居宅サービス等の事業の 人員、設備及び運営に関する 基準(平成11年厚生省令第37号)	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(平 成11年厚生省令第39号)	指定地域密着型サービスの事 業の人員、設備及び運営に関 する基準(平成18年厚生労働省令 第34号)
管理者		1名	1名	1名
医師	健康管理	なし	必要数	なし
生活相談員	生活等に関する 相談・助言	100:1 (常勤換算)	100:1 (常勤換算)	なし
看護職員	療養上の世話	~30人 1人以上 ~80人 2人以上 ~130人 3人以上 (常勤換算)	~30人 1人以上 ~50人 2人以上 ~130人 3人以上 (常勤換算)	なし
看護・介護職員	入浴、排せつ、 食事等の介護等	3:1以上 (常勤換算)	3:1以上 (常勤換算)	3:1以上(常勤換算)
機能訓練指導員	機能訓練	1以上	1以上	なし
計画作成担当者/ 介護支援専門員	ケアプラン作成	100:1を標準(常勤換算)	100:1を標準(常勤換算)	1ユニット1以上(1人以上は介 護支援専門員)
介護報酬に含まれ る範囲		おむつ代含まず。	おむつ代含む。	おむつ代含まず。

特定施設入居者生活介護の一単位の単価の地域格差

都市部の介護従事者不足が深刻であることから、特に都市部の介護報酬の増額が必要。

特定施設事業者連絡協議会平成20年5月実施
会員アンケート結果より

□ 「都市部にいくほど職員の採用が困難」と思うか
3事業所以上開設している23法人の回答

とてもそう思う	思う	思わない	わからない	計
7	8	6	2	23
30.4%	34.8%	26.1%	8.7%	100.0%

平成20年6月6日介護労働者の確保・定着等に関する研究会
雇用管理好事例事業所ヒアリング
株式会社ベネッセスタイルケア提出資料より

□ 東京エリア、神奈川エリア、東海エリアが厳しい状況

□ 介護職欠員状況

	拠点	常勤	非常勤	準常勤	合計	1拠点
東京エリア	60	83	121	33	237	3.95
西日本エリア	18	23	0	9	32	1.78
城東・埼玉・千葉エリア	17	19	13	16	48	2.82
神奈川エリア	20	27	13	30	70	3.50
東海エリア	7	12	15	0	27	3.86
北日本エリア	4	0	1	2	3	0.75
合計	125	164	163	90	417	3.34

派遣分介護職労務費増加額 343百万円

□ 都道府県別有効求人倍率

	全国平均	沖縄県	青森県	秋田県	高知県	北海道		三重県	岡山県	東京都	群馬県	愛知県
都道府県別 有効求人倍率	0.89	0.39	0.42	0.49	0.50	0.51	~	1.17	1.23	1.25	1.42	1.67

特定施設入居者生活介護の一単位の単価

特定施設入居者生活介護の一単位の単価の格差は、10.72円[特別区]～10円[それ以外の地域](1.072倍)。平均給与額、標準生計費等と比較して、介護報酬における人件費率を考慮しても、介護報酬の地域格差は過少。

都道府県別平均給与額

都道府県別平均給与額の格差は、374,200円～227,400円(1.65倍)。(単位：千円)

	全国計	東京	神奈川	大阪	愛知	京都		山形	岩手	宮崎	青森	沖縄
所定内給与額	301.1	374.2	334.3	325.7	316.0	308.9	～	236.8	233.4	230.6	229.1	227.4

都道府県ごとの標準生計費

厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(平成19年)

標準生計費の格差は、293,338円～158,945円(1.85倍)。(単位：円)

	茨城	神奈川	山梨	東京	埼玉		鹿児島	宮崎	静岡	沖縄	和歌山
標準生計費 (4人世帯、月額、 平成19年4月)	293,338	281,810	273,070	258,010	255,820	～	202,160	190,824	189,162	168,940	158,945

都道府県人事委員会「給与勧告(参考資料)」

都道府県別最低賃金

都道府県別最低賃金(時給)の格差は、739円～618円(1.20倍)。(単位：円)

	東京	神奈川	大阪	愛知	千葉		青森	岩手	佐賀	長崎	宮崎	鹿児島	秋田	沖縄
平成19年度 最低賃金時間額	739	736	731	714	706	～	619	619	619	619	619	619	618	618

生活保護基準

1級地-1から3級地-2までの6区分のなかで、1級地-1からそれぞれ較差を4.5%ずつとして設定(計22.5%)。

- 級地間較差(3級地-2を100とした場合)

	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
級地間較差	129.0	123.2	117.4	111.6	105.8	100.0

夜間看護体制加算の増額について

特定施設における医療ニーズの高まりを踏まえ、すべての特定施設において看護体制を充実させるため、夜間看護体制加算の増額をお願いする。

特に宿直・夜勤の看護師を配置する場合の加算の増額をご検討いただきたい。

■ 現状（2007年9月特定協独自調査）

夜間看護体制加算の算定状況 71.4%の施設で算定（N=573）

■ 課題

- ① 特定施設における入居者の重度化・医療ニーズの高まり（療養病床再編成など）を受け、看護体制の充実が必要。
- ② 正看護師の確保が困難な状況。
- ③ 夜間オンコール体制であっても、それに従事する看護師には、宿直に類似する継続的な負荷。
- ④ 宿直・夜勤の看護師を配置する場合であっても、夜間看護体制加算は同額。

■ 要介護者40名の特定施設が、宿直または夜勤の正看護師1名を配置した場合

20,000円～30,000円/日 ÷10円 ÷40人 ≒50～75単位

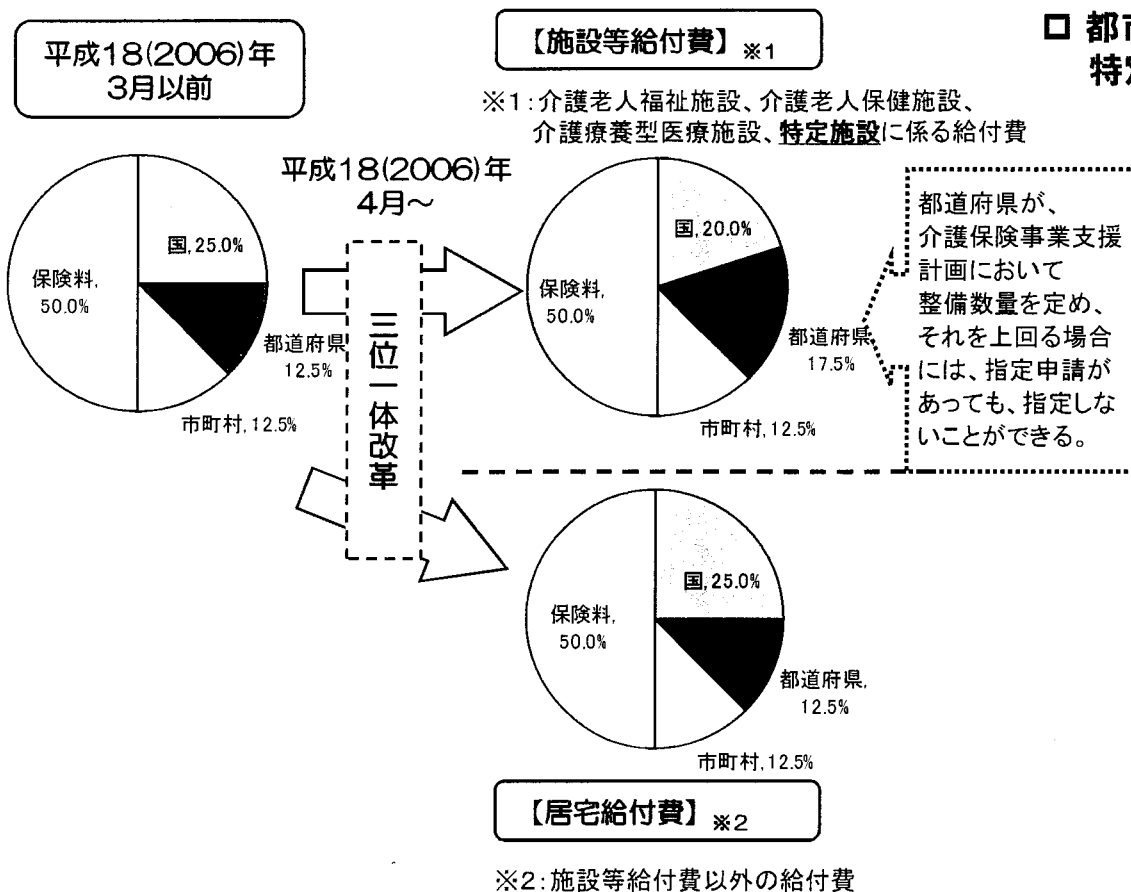
特定施設の総量規制

「三位一体改革」により、(混合型／介護専用型を問わず) 都道府県の特設施設に係る給付費の負担割合を増やすとともに、都道府県に特設施設の整備数量の規制権限が与えられた。



□ 総量規制の影響等により、新規に特定施設入居者生活介護の指定を受けた事業者数は、平成18(2006)年度より純化

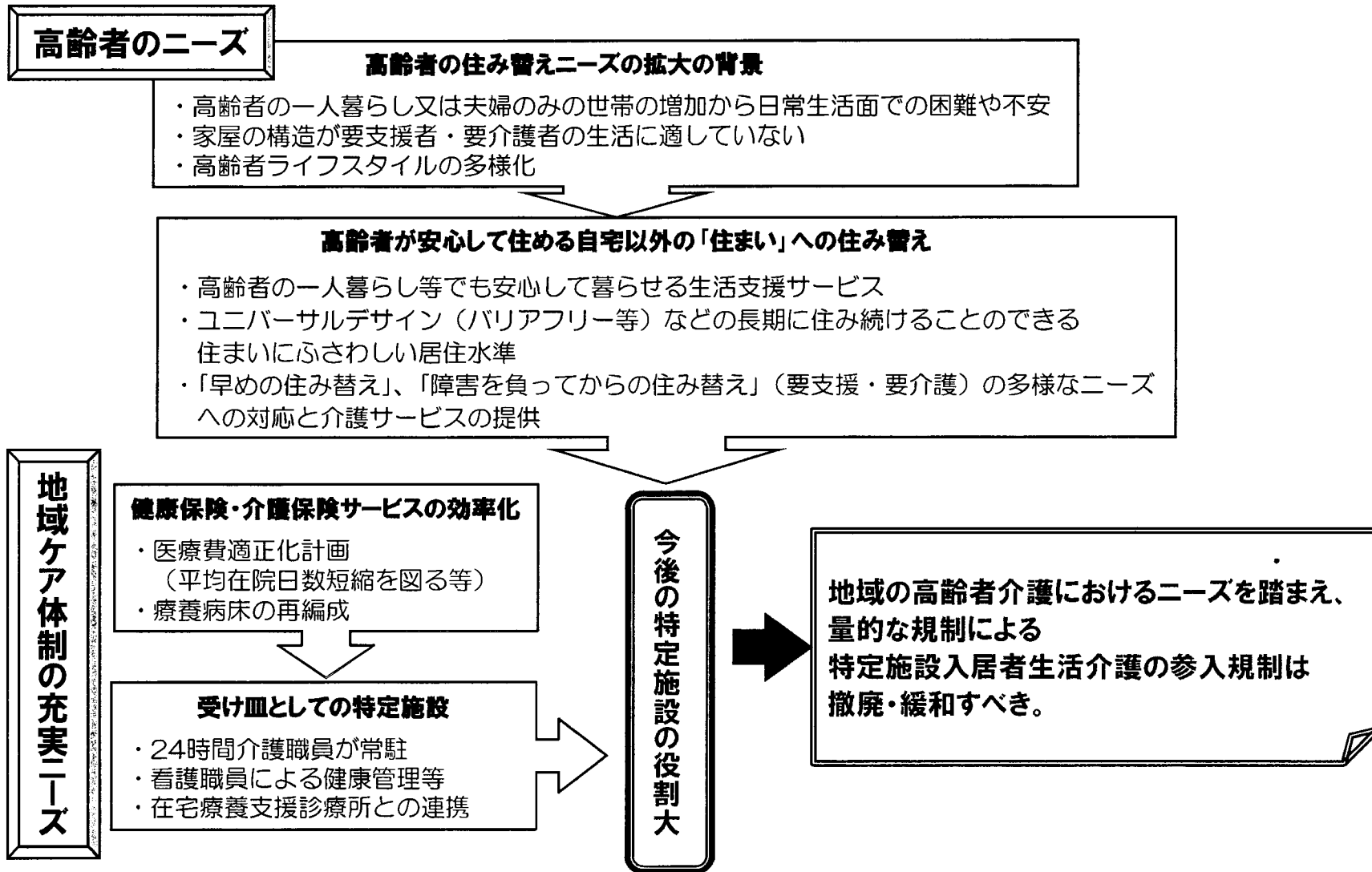
□ 都市部において、多くの地方自治体は特定施設入居者生活介護の指定を認めない。



	政令指定都市
充足しているため認めない	12都市
公募により指定を認める (ただし平成20年度は募集済み)	5都市
指定を認める	0都市

平成20年1月 特定協調べ

これからの地域の高齢者介護における特定施設の役割



平成20年9月25日

特定非営利活動法人
全国認知症グループホーム協会
代表理事 木川田 典彌

社会保障審議会介護給付費分科会ヒアリング資料

1. 協会の沿革と概要

当協会は「住みなれた町にグループホームを～その人らしく最後まで～」を合言葉に、全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会を平成10年5月に結成し、それ以来全国各地に1つでも多くのグループホームが設立されること、量的拡大と同時にサービスの質を保証し向上を図ること、そのための運営の安定を確保するために会員相互の力を結集しながら、様々な活動を積み重ねてまいりました。

平成12年4月に介護保険制度がスタートし、現在、全国各地のグループホームは、介護サービスの一翼を担うまでに成長を続けてきております。

全国GH協はさらなる事業の拡大や強化、充実を図ると同時に組織としての信頼度を高めるため、平成12年10月にNPO法人格（特定非営利活動法人）を取得し、名称も全国痴呆性高齢者グループホーム協会と改め、平成16年12月に「痴呆」から「認知症」への用語の変更を受けて、平成17年10月、「全国認知症グループホーム協会」に改称いたしまして、現在に至っております。

2. 組織構成（平成20年8月末現在）

会員数： 正会員：1718法人
 準会員：203（団体・個人）
 一般会員：20（団体・個人）
役員： 理事：18名 監事：3名

3. 事業内容

- ・グループホームにおけるケアサービスを向上させるための調査と研究
- ・グループホーム設立および運営に関する支援
- ・グループホーム職員に対する各種研修
- ・グループホームの全国的ネットワークづくりと情報収集およびその提供
- ・グループホーム事業に対する理解を深め、協力を得る啓発・広報活動
- ・行政その他関係機関との連携、連絡、調整に関する事業
- ・機関誌および出版物の発行 他

介護報酬改定に関する要望事項について

「介護従事者の待遇改善による介護レベルアップ、ならびに認知症グループホームの安定的経営による利用者を取り巻く諸状況の改善を目指す」ために以下の項目を要望いたします

1. 認知症対応型共同生活介護のサービス提供に対する適正な評価と報酬上の評価について

1. 介護職員確保と待遇改善に特化した介護報酬の改定

当協会が平成19年度に実施した認知症グループホーム事業実態調査において、事業収入に占める人件費の割合は、全体で62.7%、法人格別に見ると医療法人が65.9%で最も高く、有限・NPO・その他がそれぞれ61.7%、61.0%、社会福祉法人が59.7%となっています。さらに、介護保険収入に占める人件費割合は、医療法人が88.3%、以下、84.7%、79.9%、75.0%となっています。このような状況から、介護職員の待遇の改善に向けた報酬上の配慮を要望します。

2. 1ユニットの事業所の健全な経営が行えるような報酬改定

1ユニット事業の経営状況は悪化の一途を辿っております。このままでいくと、1ユニット事業者の閉鎖等が進み、由々しき社会問題に発展することも考えられます。このような状況が続きますと、必然、グループホーム経営からの撤退、廃業へのスピードが加速されると考えられます。

様々な法人が経営する事業所においても、サービスを低下させることなく健全な経営が行えるような報酬上の配慮を要望します。

3. 適切な夜間ケアの提供体制への改定と適正な評価

夜勤に関しては、基本的には1ユニット1名夜勤ということになっておりますが、2ユニットの場合、夜勤者は1名でも良いとされております。しかし、現実には、殆どの施設において各ユニット1名の夜勤体制をとっております。ご承知の如く認知症対応共同生活介護は、認知症の方々の生活を介護し、認知症の症状緩和、進行防止を行うために利用者に寄り添った、利用者の状況に合わせ、利用者中心のケアを行っており、日中の職員配置ならともかく、夜間においても昼夜逆転などで起きている利用者も多く、見守りがかせない状況も常態にある現実の中では、介護職員への負担も多大であり、2ユニット1人の夜勤者では十分対応できるとは言えないのが現実であります。

このような状況から、各ユニット1名夜勤を原則として、報酬上の配慮を要望します。

2. 認知症対応型共同生活介護において提供される認知症ケアの質の適正な評価と報酬上の評価について

1. 夜間介護加算の創設

グループホームにおけるケア、特に夜間ケアのストレスが大きいことは実態調査からも明らかであり、夜勤時の不安も3割を超え、他の施設の夜勤より多大のストレス、1名夜勤など、多くの不安を抱えている状況であります。

2008年9月に行いました緊急調査において、夜勤者の業務内容を調べましたところ、通常行われるケアのほかに、入浴介助、修理修繕、繕い物、食事調理支援など、グループホーム特有の家政的なケアが行われており、また、夜勤時の休憩時間もなかなか取れない実態が浮かび上がってきておりますので、何らかの条件下においてもグループホームにおける夜間介護加算の創設を要望します。

2. 認知症ケア相談、在宅復帰加算について

グループホームの本来の機能として、認知症による様々な症状が緩和し、落ち着いた時期に再び在宅での生活を送ることが出来るよう支援することがありますが、現実にはせつかく落ちついた時期を迎えてもご家庭の事情もあってなかなか在宅復帰が進まない実情があります。

その理由として、在宅復帰の前後への支援が乏しいことが考えられます。認知症対応型共同生活介護を利用される当初には、環境に慣れていただくための体験入居などを行いますが、その当初より、落ち着いた時期にはご家庭でケアできるように支援することを理解していただき、ご家族に対して介護者教室を開いたり、ケアの実際についてお教えしたり、見守りがかせない状況でのケアの仕方を話し合ったりし、また、在宅復帰に向けて、ご家庭にお邪魔してご家庭での認知症ケアへのソフト、ハード等についてご相談に乗り、在宅復帰後も通所介護やショートステイを利用したり、時々グループホームを訪問していただき、お茶など飲んでひと時を過ごしていただくと言った常にご家族と連携をとるような取り組みに対し、認知症ケア相談加算を、また、在宅復帰後、一定期間在宅生活が安定してできたことについての報酬上の評価として在宅復帰加算の導入を要望します。

3. 終末期ケア加算について

認知症高齢者の方も高齢化や廃用症候群、また認知症そのものの進行などにより、いずれは終末期を迎えます。「住み慣れたところで人生の最後を迎えたい」、という思いは誰しも持っています。

グループホームでの共同生活が長いと、そこが終の棲家とならざるを得ません。「ご家族のもとで」という思いは持っておられるかもしれませんが、実際には何年かたつともうご家庭には帰れないとあきらめている方も多いと思われます。次善の策としてグループホームで最期を迎えたい、迎えさせてあげたいという想いになるのだと思われます。そこでは、様々な医療機器に囲まれ、モニターで監視されるような病院での最期ではなく、ご家族や馴染みの職員に囲まれ、手を握られ、身体を

さすってもらい、みんなに感謝しながらの最期となるのです。

そうした最期を迎えるためには、医師や看護職の協力はいうに及ばず、グループホームとしても手厚いケアを行うためには人員を配備し、必要な物品を用意し、環境を整備するなど、それなりの体制をとる必要があります。また、終末期ケアを行うことによって、他の利用者のケアがおろそかにならないようにしなければなりません。

認知症グループホームにおいて行われる、終末期ケアに報酬上の評価を要望します。

参 考 資 料


全国認知症グループホーム協会

2007年度

認知症グループホームの実態調査結果

2008年


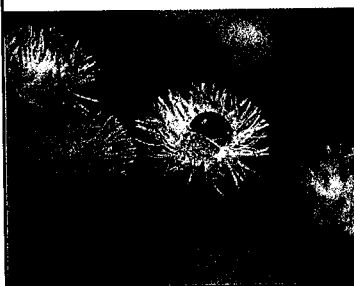
グループホーム事業緊急調査



全国認知症グループホーム協会

2007年度

グループホーム実態調査結果



H19年度グループホーム実態調査

- 調査対象

全国認知症グループホーム協会会員事業所2,100箇所

- 調査実施時期

2008年1月10～1月31日

- 調査方法

郵送アンケート

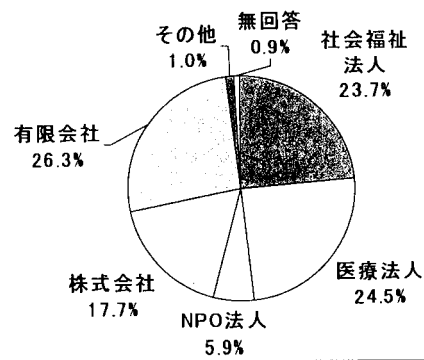
- 回収

796件(回収率 37.9%)

事業所調査結果より

回答事業所の法人格構成比

- 2007年度実態調査の回答事業所では、社会福祉法人が23.7%、医療法人が24.5%。
- また、株式会社が17.7%、有限会社が26.3%で、両者を合わせると45%となっている。



夜間配置人数

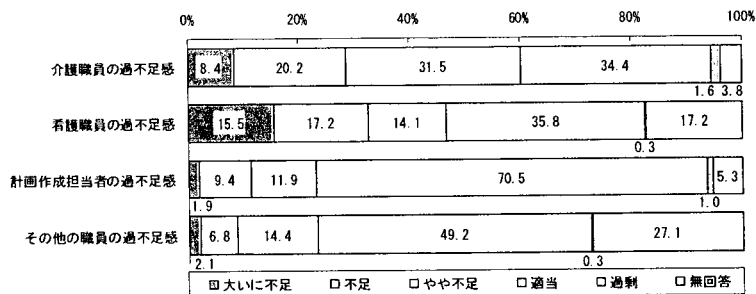
- 夜間配置人数は、事業所全体の平均で1.5人。1ユニットあたりの換算では、宿直0.1人、夜勤0.9人の、合わせて1.0人となっている。
- ユニット数別にみると、「1ユニット」の事業所では、宿直0.2人、夜勤1.0人で合わせて1.2人、「2ユニット」と「3ユニット以上」の事業所では、宿直0.1人、夜勤0.9人で合わせて1.0人となっている。
- 複数ユニットにおいても、多くの事業所が夜勤配置で対応しており、ほぼ1ユニット1人体制が確保されている。

01.8 夜間配置人数 (人)

	N	夜間配置人数		1ユニットあたり		
		夜勤人数	宿直人数	夜勤人数	宿直人数	合計人数
全体	796	768	768	1.0	0.9	0.1
	768	266	266			
	1.5	1.3	0.2			
1ユニット	339	326	326	1.2	1.0	0.2
	326	100	100			
	1.0	0.8	0.2			
2ユニット	412	401	401	1.0	0.9	0.1
	401	153	153			
	1.8	1.6	0.2			
3ユニット以上	42	41	41	1.0	0.9	0.1
	41	13	13			
	2.9	2.7	0.2			
無回答	3	0	0	-	-	-
	0	0	0			
	-	-	-			

職員の過不足感

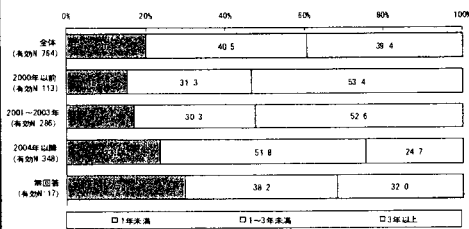
- 事業所における職員の過不足感を職種別に聞いたところ、介護職では「大いに不足」8.4%、「不足」20.2%、「やや不足」31.5%で、合わせて6割の事業所が不足していると回答している。
- 看護職では、「大いに不足」の割合が最も高く15.5%となっており、「不足」17.2%、「やや不足」14.1%を合わせて、5割弱の事業所が不足していると回答している。
- 計画作成担当者は、「適当」が7割を占め、概ね人材が確保できている様子がうかがえる。



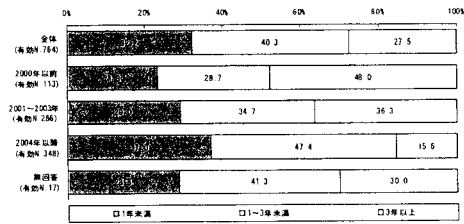
職員の在職期間

- 常勤職員で、在職年数ごとの割合をみると、全体では「1～3年未満」が40.5%、「3年以上」が39.4%で並んでおり、「1年未満」の層は2割程度となっている。
- 事業所の開設年別に在職年数の割合をみると、「2004年以降」設立事業所では、職員の経験年数が比較的浅い層が多く、「1年未満」が23.5%、「1～3年未満」が51.8%となっている。
- 非常勤職員で、在職年数ごとの割合をみると、全体では「1～3年未満」が40.3%、「3年以上」が27.5%で、「1年未満」の層は32.2%となっている。常勤職員に比べると、「1年未満」の層の割合が高い。

常勤職員の在職期間



非常勤職員の在職期間



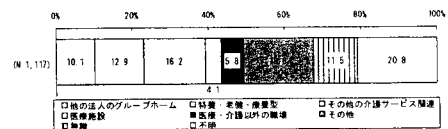
入職者・離職者の状況

- 平成19年1月から12月までの1年間で、1事業所あたりの常勤職員の入職者は、平均2.1人(入職者割合19.4%)、離職者は1.8人(離職者割合16.7%)となっている。
- 非常勤職員では、入職者は平均1.4人(38.9%)、離職者は平均1.1人(30.6%)となっているが、常勤職員よりも非常勤職員の入れ替わりが激しい様子が明らかである。
- 法人格別にみると、入職者、離職者ともに「株式会社・有限会社」の定着率が悪化しており、特に「非常勤職員」では離職者割合が35.7%で、非常勤職員の半数近くが1年以内の採用者となっている。

Q34.2 入職者割合/離職者割合 (%)

	(常勤)		(非常勤)	
	入職者割合	離職者割合	入職者割合	離職者割合
全体	19.4%	16.7%	38.9%	30.6%
社会福祉法人	16.8%	13.7%	25.9%	22.2%
医療法人	16.9%	14.4%	29.0%	29.0%
株式会社・有限会社	23.0%	19.5%	45.2%	35.7%
NPO法人・その他	17.5%	17.5%	29.2%	29.2%
無回答	11.9%	9.0%	18.8%	12.5%

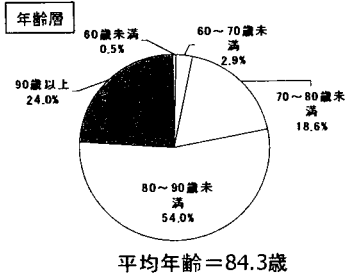
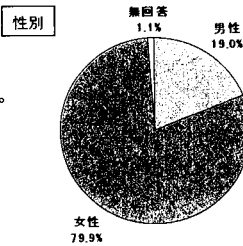
- 常勤職員で退職した者の退職後の就業場所は、「その他の介護サービス関連」16.2%、「特養・老健・療養型」12.9%で、グループホームに再就職する割合は1割程度。
- また、「医療・介護以外の職場」は5.8%、その他は18.6%と、25%以上の人材が介護の実践現場から流出している可能性がある。



利用者個別調査結果より

利用者の状況

- 利用者の性別は、男性1,352人、女性5,674人、無回答75人となっており、グループホーム利用者のおよそ8割を女性が占めている。要介護度別に見ても、男女の構成比に差はみられない。
- 年齢構成は、「80～90歳未満」が全体の54.1%を占めており、「90歳以上」も24.0%となっていて、平均年齢は84.3歳である。
- また、要介護度3段階別にみると、軽度要介護者の平均年齢は83.1歳、中度要介護者は84.5歳、重度要介護者は85.1歳となっている。



21.2 年齢		年齢層 (%)						平均年齢
		合計	60歳未満	60～70歳未満	70～80歳未満	80～90歳未満	90歳以上	
全体	n	6,989	34	202	1,298	3,780	1,675	84.3
	%	100.0	0.5	2.9	18.6	54.1	24.0	
軽度要介護	n	1,467	6	57	321	803	278	83.1
	%	100.0	0.5	3.9	21.9	54.7	19.0	
中度要介護	n	3,908	20	101	702	2,144	941	84.5
	%	100.0	0.5	2.6	18.0	54.3	24.1	
重度要介護	n	1,505	5	42	252	774	432	85.1
	%	100.0	0.3	2.8	16.7	51.4	28.7	
無回答	n	108	1	2	23	59	24	109
	%	100.0	0.9	1.9	21.1	54.1	22.0	85.9

入居期間

- 利用者がグループホームに入居してからの期間は、「3年以上」が35.1%と最も高く、その他の「1年未満」「1～2年未満」「2～3年未満」は、それぞれ2割程度とほぼ同じ割合になっている。
- 平均年数は、2.5年で、軽度者と重度者の間には1年程度の差がある。

01_011 入居期間 (%)

	合計	1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3年以上	平均年数	
全体	N 6,926 %	1,532 22.1	1,580 22.8	1,386 20.0	2,428 35.1	6,926 2.5	
要介護度	軽度要介護	N 1,454 %	440 30.3	355 24.4	291 20.0	368 25.3	1,454 2.1
	中度要介護	N 3,880 %	867 22.3	915 23.6	798 20.6	1,300 33.5	3,880 2.4
	重度要介護	N 1,489 %	200 13.4	282 18.9	277 18.6	730 49.0	1,489 3.1
	無回答	N 103 %	25 24.3	28 27.2	20 19.4	30 29.1	103 2.5

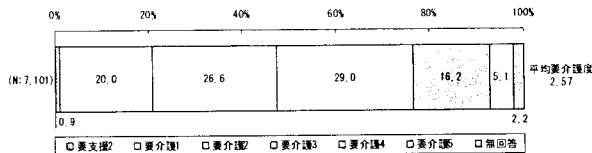
利用者の要介護度

- 利用者の要介護度の分布は、「要介護3」が29.0%で全体の3割を占める。次いで、「要介護2」が26.6%、「要介護1」が20.0%、「要介護4」が16.2%と続く。「要介護5」の認定者も5%程度入居している。平均要介護度は2.57で、男女の差はみられない。
- 要介護度別に認知症老人日常生活自立度の割合をみると、自立度Ⅲ以上のレベルでは、要介護1が17%、要介護2が37%程度、要介護3が61%に及ぶ。
- さらに、要介護4では80%、要介護5では85%となっており、認知症レベルの重度利用者の割合が非常に高い。

要介護度

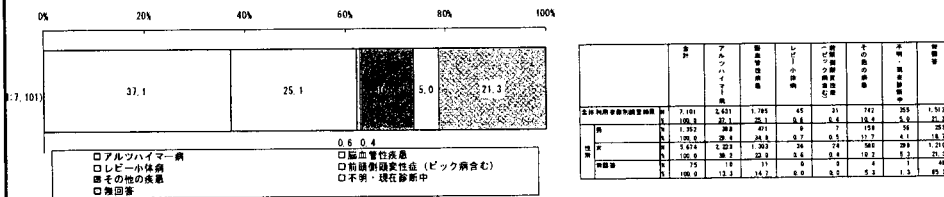
01_0 要介護度 (%)

	合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
全体	7,101	64	1,419	1,888	2,061	1,150	385
	100.0	0.9	20.0	26.6	29.0	16.2	5.1
性別							
男	1,252	17	322	348	406	225	17
	100.0	1.3	18.7	27.2	30.0	16.8	4.7
女	5,874	46	1,181	1,512	1,647	919	357
	100.0	0.8	20.0	25.7	28.0	15.7	5.4
認知症	75	1	4	7	5	6	1
	100.0	1.3	5.3	9.3	12.0	8.0	1.3
認知症老人自立度							
Ⅰ	1,106	23	465	322	223	42	4
	100.0	2.1	41.9	29.9	20.1	3.9	0.8
Ⅱ	3,729	27	752	1,183	1,210	452	61
	100.0	0.7	20.2	31.6	32.4	12.1	1.6
Ⅲ	3,041	1	44	143	340	408	100
	100.0	0.1	4.7	13.4	32.3	38.5	9.7
Ⅳ	299	0	3	9	28	194	152
	100.0	0.0	1.0	3.0	9.4	34.8	50.8
Ⅴ	910	13	134	221	280	144	68
	100.0	1.4	16.9	24.3	28.6	15.8	5.1



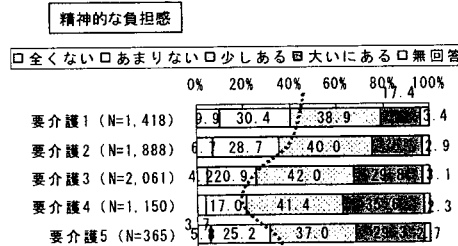
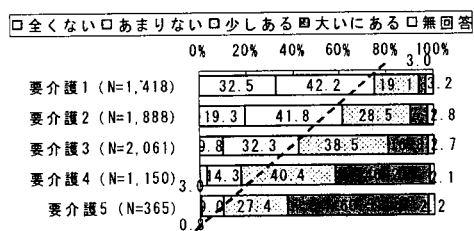
認知症の原因疾患

- 認知症の原因疾患について確認したところ、5,589人の回答が得られた。
- 最も多いのは「アルツハイマー病」で、全体の37.1%を占める。次いで「脳血管性疾患」の25.1%、「その他の疾患」の10.4%と続く。
- 性別でみると、男性では「脳血管性疾患」の割合が34.8%で、「アルツハイマー病」を上回り、女性との差が大きい。
- 女性では、「アルツハイマー病」の割合が4割近くに達しており、男女差が顕著に表れている。



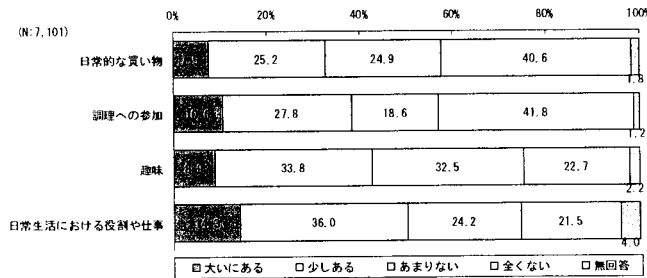
利用者の心身状態別にみた介護の負担感

- 利用者個別に、介護職員の身体的負担感と精神的負担感を4段階で確信したところ、要介護度別の負担感、身体面と精神面でも異なっていることがあきらかになった。
- 職員の「身体的負担感」は、利用者の要介護度および認知症老人自立度等が重くなるにつれて高くなるが、「精神的負担感」は、要介護度にそれほど大きく影響されない。
- また、利用者の個別の状態によっては、軽度要介護者においても職員の大きなストレス要因を生じ得る実態が明らかとなった。
- 「精神的負担感」は、要介護5の利用者よりも、要介護4、要介護3の利用者の方が高い状況がみとれる。



利用者の日常生活の状況

- 利用者の日常生活の状況を確認するため、「日常的な買い物」「調理への参加」「趣味」「日常生活における役割や仕事」の4項目について、4段階での回答を得た。
- 日常的な買い物は、「大いにある」「少しある」を合わせて32.7%、「調理への参加」は38.4%、「趣味」は42.7%、「日常生活における役割や仕事」は50.3%となっており、暮らしを通じたケアの実践が確実に進められている様子がわかる。



利用者の変化から見るGHケアの効果

- 調査対象利用者 7,101人の入居当初と現在の状態変化を「改善群」「維持群」「悪化群」に分けて、項目別に比較した結果である。

身体状態の変化

- 平均年齢が84歳、80歳以上利用者が全体の8割以上を占めるグループホームでは、歩行、嚥下機能、失禁などの身体状態の低下は避けられない面もある。しかし、調査結果では、歩行障害の「悪化群」は23.6%、「嚥下障害」11.6%、「失禁」30.6%となっている。

周辺症状

- 身体状態の変化に比べると、周辺症状が悪化した割合はかなり低い。
- 反対に、改善した割合が2割から3割程度となっている項目が多い。

日常生活の症状

- 「身体状態変化」、「周辺症状変化」、「日常生活の状況」の3分類で、最もグループホームケアの成果を認められる部分である。
- 改善した割合が2割から3割の項目が多く、「個別的外出」「家族との関係性」などの項目で課題を残している。

身体状態	変化				
	合計	改善群	維持群	悪化群	無回答
04.10 歩行障害	100.0	8.1	59.8	23.6	8.5
04.11 嚥下障害	100.0	2.7	78.5	11.6	7.2
04.12 失禁	100.0	8.7	53.8	30.6	6.8

周辺症状	変化				
	合計	改善群	維持群	悪化群	無回答
04.1 抑うつ状態	100.0	18.3	67.7	6.0	7.9
04.2 依存	100.0	11.7	68.3	12.2	7.9
04.3 不安	100.0	29.4	54.5	8.7	7.3
04.4 攻撃的な行動	100.0	18.3	63.9	11.3	6.4
04.5 幻覚・妄想	100.0	13.7	69.3	9.7	7.4
04.6 睡眠障害	100.0	19.7	66.0	7.5	6.8
04.7 徘徊	100.0	17.2	71.7	4.0	7.1
04.8 暴言・過激・拒絶等	100.0	8.6	76.6	7.5	7.3
04.9 弄床	100.0	5.0	81.9	5.0	8.1

日常生活の状況	変化				
	合計	改善群	維持群	悪化群	無回答
04.13 日常生活での役割や楽しみごと	100.0	28.3	52.1	12.1	7.5
04.14 利用者同士の間わりや会話	100.0	31.2	51.3	10.4	7.1
04.15 アクティビティなどへの参加	100.0	24.3	56.7	9.7	9.4
04.16 日常的な外出	100.0	21.7	56.1	15.0	7.2
04.17 外出・帰宅・徘徊等の個別的外出	100.0	8.0	76.1	8.6	7.7
04.18 電話や訪問などの家族との関係性	100.0	9.2	77.3	5.4	7.1

利用者の重度化、ターミナル対応等の状況

退去者の状況

- 退去者に関する回答事業所 692事業所で、1年間の退去者数合計人数は2,528人。
- 退去先は、病院が約4割、介護施設サービスが24%程度、自宅が1割弱で、死亡による退去者は17.8%となっている。
- 死亡による退去者のうち、グループホーム内で看取りを行ったケースは全体の8.5%にあたる。死亡による退去者の半数近くが、グループホーム内で看取りを行っていることがわかる。

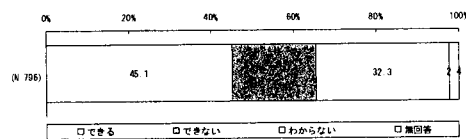
	退去者数	退居先						
		自宅	設置型 介護・ 福祉・ 施設	施設型 介護・ 福祉・ 施設	施設 介護 施設 への 入	死亡 による 退去	グル ープ ホ ム 内 で 看 取 り	そ の 他
合計人数	2,528人	225	602	148	1,054	449	215	50
%	100.0	8.9%	23.8%	5.9%	41.7%	17.8%	8.5%	2.0%

死亡した利用者に占めるGH内看取り者の割合は47.9%

ターミナルケアに関する事業者の意識

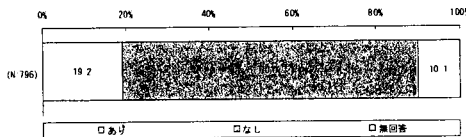
ターミナルケアの対応について

- 現状の体制で、利用者・家族から「ターミナルケア」のニーズがある場合、対応が可能かどうかを確認したところ、「できる」45.1%、「できない」20.2%、「わからない」32.3%となった。

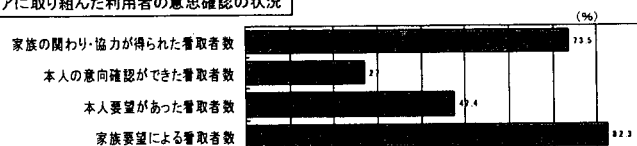


1年で看取りケアを実施した事業所

- 事業所の状況に関わらず、昨年1年間でターミナルケアの実績を持つ事業所は、全体の2割。



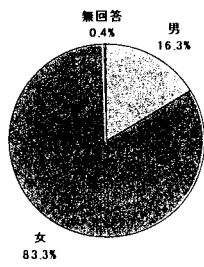
ターミナルケアに取り組んだ利用者の意思確認の状況



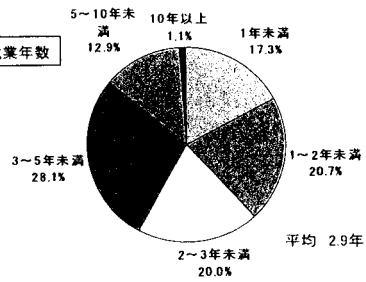
職員調査結果より

グループホーム職員の基本情報

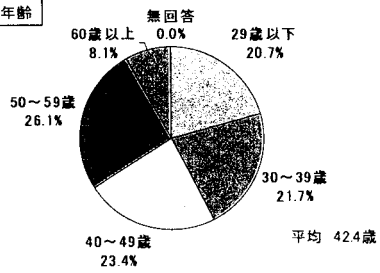
性別



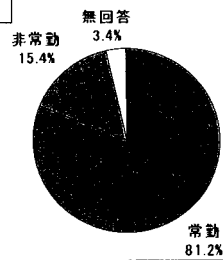
就業年数



年齢

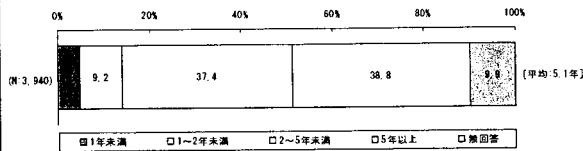


勤務形態



認知症ケアの経験年数

- 認知症ケアの経験年数は、全体平均で5.1年。
- 経験年数の構成比をみると、「5年以上」が38.8%を占めており、「2～5年未満」が37.4%、「1～2年未満」が9.2%、「1年未満」が4.7%となっている。
- 職種別の平均年数をみると、「計画作成担当者」が8.1年で最も長く、次いで「管理者」が7.4年、「看護職員」が6.6年となっている。「介護職員」の平均年数は比較的に関く、4.4年となった。

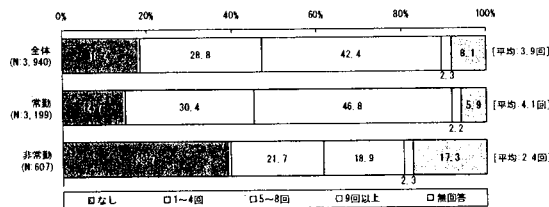


職種	人数	1年未満 (%)	1～2年未満 (%)	2～5年未満 (%)	5年以上 (%)	平均年数
全体	3,940	4.7	37.4	38.8	9.9	5.1
常勤	1,199	4.9	38.4	40.8	9.3	5.3
非常勤	607	8.7	33.9	30.1	14.0	4.5
管理者	134	5	13	60	41	35
看護職員	851	17	38	38	32	7.4
介護職員	811	15	32	34	31	6.6
計画作成担当者	234	12	19	73	116	15
その他	118	19	9	31	51	14
無回答	150	8.6	6.9	28.4	44.9	12.1

*平均値は上段が有効、下段が平均値を算出している。

夜勤回数(2007年12月実績)

- 2007年12月の夜勤回数を聞いたところ、全体の平均は3.9回。
- 勤務形態別にみると、「常勤職員」では4.1回、「非常勤職員」では2.4回となっている。
- 常勤職員では、「5～8回」が全体の46.8%を占めており、「1～4回」が30.4%となっている。非常勤職員では、「なし」が39.7%となっているものの、4割以上で夜勤を行っている実態が明らかになった。

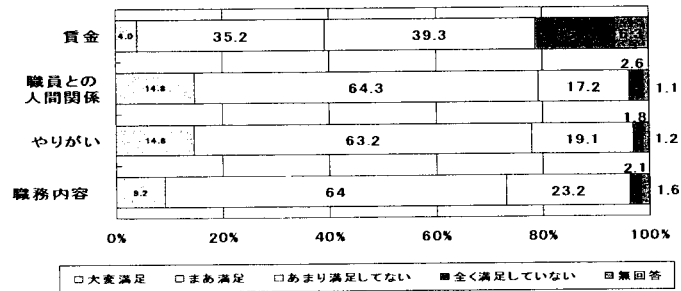


職種	人数	なし (%)	1～4回 (%)	5～8回 (%)	9回以上 (%)	平均回数
全体	3,940	39.7	30.4	46.8	6.1	3.9
常勤	1,199	14.7	30.4	46.8	2.2	5.9
非常勤	607	39.7	21.7	18.9	17.3	2.4
管理者	134	15	29	60	5	25
看護職員	851	11.2	21.6	44.8	3.7	38.7
介護職員	811	22.8	29	23.7	15	40
計画作成担当者	234	32.8	30.6	30.2	1.8	4.7
その他	118	41	40	26	0	9
無回答	150	35.3	34.5	28.4	0.9	11.8

*平均値は上段が有効、下段が平均値を算出している。

職務に対する満足度

- 「職務内容」「やりがい」「人間関係」などの項目では、「大変満足」と「満足」の合計が7割から8割となっており、ほぼ満足している様子がうかがえる。
- 「賃金」については、「あまり満足していない」「全く満足していない」の合計が54.4%と過半数を占めており、不満足度が高くなっている



月額給与

月額給与

- 回答者2,375人からの月額給与(税込み、通勤手当・扶養手当等除く)を確認した。
- 全体平均では、16.6万円で、勤続年数別にみると、「5年以上」が17.7万円、「2~5年未満」が17.0万円、「2年未満」が15.9万円となっている。

02-4-1M) 給与月額

	合計	勤続年数										平均金額(万円)
		10万円未満	10~15万円未満	15~20万円未満	20~25万円未満	25~30万円未満	30~35万円未満	35~40万円未満	40~45万円未満	45~50万円未満	50万円以上	
全体	N 3,940	164	802	895	317	108	89	1,565	7,375			16.6
	% 100.0	4.2	20.4	22.7	8.0	2.7	2.3	39.7	18.6			
2年未満	N 1,432	74	376	348	102	41	16	373	898			15.9
	% 100.0	5.0	21.5	23.6	6.9	2.8	1.2	38.9	15.9			
2~5年未満	N 1,868	75	385	431	164	48	57	707	1,161			17.0
	% 100.0	4.0	20.7	23.1	8.8	2.6	3.1	37.8	17.0			
5年以上	N 543	12	94	104	49	19	14	751	292			17.7
	% 100.0	2.2	17.3	19.7	9.0	3.5	2.5	46.2	17.7			
無回答	N 57	3	6	12	7	0	0	34	23			14.7
	% 100.0	5.3	10.5	21.1	12.5	0.0	0.0	59.8	14.7			

賞与(年額)

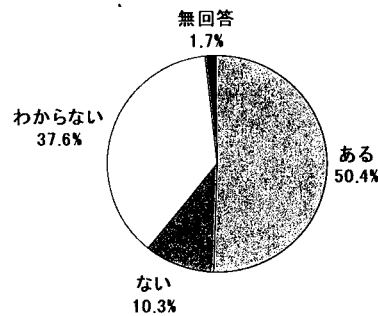
- 全体平均では、年間で29.8万円。
- 勤続年数別にみると、「5年以上」が40.2万円、「2~5年未満」が30.0万円、「2年未満」が25.6万円となっている。

02-4-2M) 賞与年額

	合計	勤続年数										平均金額(万円)
		10万円未満	10~15万円未満	15~20万円未満	20~25万円未満	25~30万円未満	30~35万円未満	35~40万円未満	40~45万円未満	45~50万円未満	50万円以上	
全体	N 1,929	217	345	337	258	229	174	133	184	62	1,939	29.8
	% 100.0	11.2	17.8	17.4	13.3	11.8	9.0	6.9	9.5	3.2	29.8	
2年未満	N 659	81	165	116	93	58	48	33	40	16	659	25.6
	% 100.0	12.3	25.0	17.6	14.1	8.8	7.3	5.0	7.4	2.4	25.6	
2~5年未満	N 1,008	111	147	162	135	138	97	74	93	31	1,008	30.0
	% 100.0	11.0	14.6	16.1	13.4	13.7	9.6	7.3	9.2	3.1	30.0	
5年以上	N 256	24	31	24	28	28	29	26	42	15	256	40.2
	% 100.0	9.4	12.1	13.3	10.9	10.9	10.9	10.2	15.4	5.9	40.2	
無回答	N 15	1	2	5	7	5	1	0	0	0	15	16
	% 100.0	6.3	12.5	31.3	12.5	31.3	6.3	0.0	0.0	0.0	20.3	

現在の職場での就業継続意欲

- 現在の職場で就労し続ける意欲について確認したところ、全体では「ある」が50.5%と半数にとどまり、「ない」が10.3%。「わからない」が37.6%となった。
- 勤務形態別、職種別にみても顕著な差はみられないが、「管理者」や「計画作成担当者」では、「ない」の割合が1割以上となっており、重要な職務での離職が懸念される。



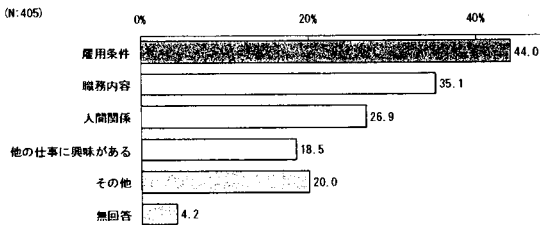
02 現在の職場での就業継続意向の差異

	合計	ある	ない	わからない	無回答
全体	N 3,940 %	1,988 50.5	405 10.3	1,480 37.6	67 1.7
勤務形態	N 3,199 %	1,578 49.3	344 10.8	1,226 38.3	51 1.6
常勤	N 2,607 %	1,343 51.5	48 1.8	1,204 46.2	12 0.5
非常勤	N 592 %	235 39.7	336 56.7	21 3.6	0 0.0
職種	N 3,940 %	1,988 50.5	405 10.3	1,480 37.6	67 1.7
管理職	N 851 %	449 52.8	106 12.5	276 32.4	20 2.4
介護職員	N 2,371 %	1,481 62.5	299 12.6	1,480 62.4	44 1.9
看護職員	N 234 %	118 50.4	21 9.0	91 38.9	4 1.7
計画作成担当者	N 564 %	262 46.5	70 12.4	223 39.5	9 1.6
その他	N 116 %	68 58.6	10 8.6	38 32.8	0 0.0
無回答	N 105 %	52 49.5	9 8.6	37 35.2	7 6.7

就労継続意欲を阻害する要因

- 現在の職場での就労意欲が「ない」と回答した405人について、その理由を確認した。
- 最も多い理由は「雇用条件」で、全体の44.0%が選択している。次いで、「職務内容」が35.1%、「人間関係」が26.9%、「他の仕事に興味がある」が18.5%となっている。
- 職種別にみると、計画作成担当者では「人間関係」や「その他」の割合が他の職種より高く、介護職員では「職務内容」を理由にする割合が低い。

(N:405)



03 就労継続意欲がない理由

	合計	雇用条件	職務内容	人間関係	他の仕事に興味がある	その他	無回答
全体	N 405 %	178 44.0	142 35.1	109 26.9	75 18.5	81 20.0	17 4.2
勤務形態	N 344 %	152 44.2	127 36.9	90 26.2	66 19.2	72 20.9	11 3.2
常勤	N 288 %	131 45.5	110 38.2	75 26.1	58 20.1	64 22.2	10 3.5
非常勤	N 56 %	21 37.5	17 30.4	15 26.8	8 14.3	8 14.3	1 1.8
職種	N 405 %	178 44.0	142 35.1	109 26.9	75 18.5	81 20.0	17 4.2
管理職	N 106 %	49 46.2	43 40.6	27 25.5	13 12.3	25 23.6	3 2.8
介護職員	N 298 %	132 44.3	100 33.6	81 27.2	60 20.1	59 19.8	12 4.0
看護職員	N 21 %	9 42.9	5 23.8	5 23.8	1 4.8	1 4.8	2 9.5
計画作成担当者	N 70 %	28 40.0	30 42.9	21 30.0	16 22.9	23 32.9	1 1.4
その他	N 10 %	3 30.0	4 40.0	2 20.0	1 10.0	5 50.0	1 10.0
無回答	N 9 %	2 22.2	4 44.4	4 44.4	1 11.1	0 0.0	1 11.1

就労継続意向がない職員が希望する職場

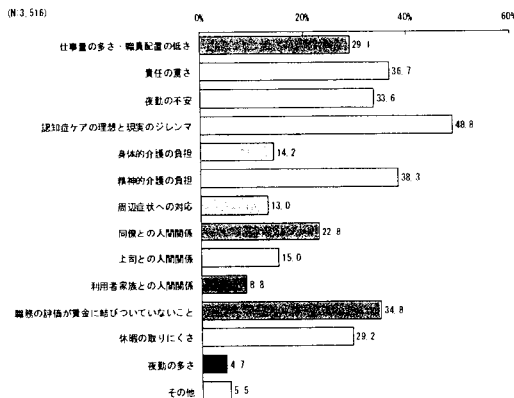
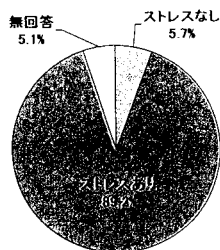
- 現在の職場での就労意欲が「ない」と回答した405人について、離職後に就業したい場所を確認した。
- 「わからない」が26.2%で最も多いものの、「介護・福祉以外の職場」を選択する割合が2割以上となっている。
- その他では「他のグループホーム」が15.6%、「施設系サービス」が10.9%、「通所系サービス」と「医療系サービス」が6.9%、「訪問系サービス」が4.0%となっている。


Q3.4 就労継続意向がない職員が希望する職場 (複数回答)

	合計	他のグループホーム	施設系サービス	通所系サービス	訪問系サービス	医療系サービス	介護・福祉以外の	わからない	無回答	
全体	N 405 % 100.0	63 15.6	44 10.9	28 6.9	16 4.0	28 6.9	87 21.5	106 26.2	70 17.3	
職種	管理者	N 106 % 100.0	13	7	4	5	8	22	33	18
	介護職員	N 298 % 100.0	12.3	6.6	3.8	4.7	7.5	20.8	31.1	17.0
	看護職員	N 21 % 100.0	50	37	24	11	16	72	74	48
	計画作成担当者	N 70 % 100.0	16.8	12.4	8.1	3.7	5.4	24.2	24.8	16.1
	その他	N 21 % 100.0	2	1	0	2	5	3	4	5
	計画作成担当者	N 70 % 100.0	9.5	4.8	0.0	9.5	23.8	14.3	19.0	23.8
	その他	N 10 % 100.0	6	8	7	4	8	14	16	12
無回答	N 9 % 100.0	8.6	11.4	10.0	5.7	11.4	20.0	22.9	17.1	
その他	N 10 % 100.0	1	1	1	0	1	2	2	3	
無回答	N 9 % 100.0	10.0	10.0	10.0	0.0	10.0	20.0	20.0	30.0	
無回答	N 9 % 100.0	2	0	1	0	1	0	3	2	
無回答	N 9 % 100.0	22.2	0.0	11.1	0.0	11.1	0.0	33.3	22.2	

職員のストレスの有無と内容

- 日常業務を通じたストレスの有無を確認したところ、全体の89.2%が「ストレスあり」と回答する。
- 「ストレスがある」と回答した3,516人について、具体的な内容を確認したところ、「認知症ケアの理想と現実のジレンマ」が48.8%で最も高く、「精神的介護の負担」が38.3%、「責任の重さ」が36.7%、「職務の評価が賃金に結びついていないこと」が34.8%、「夜勤の不安」が33.6%となっている。
 - グループホーム職員のストレスは、精神的負担に影響されることが明確に示されている。





グループホーム事業緊急調査

全国認知症グループホーム協会 2008年9月



グループホーム事業緊急アンケート調査

■ 調査対象

全国認知症グループホーム協会会員 および
都道府県連絡協議会会員事業所

2008年8月28～9月2日

■ 調査方法

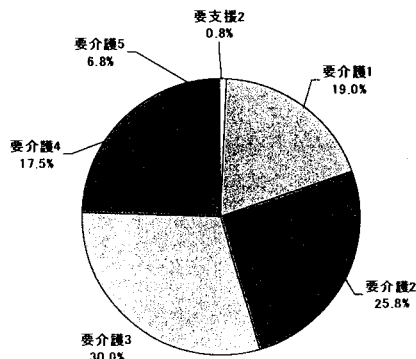
FAXアンケート調査

■ 集計

518件(9/2日回収分までを集計)

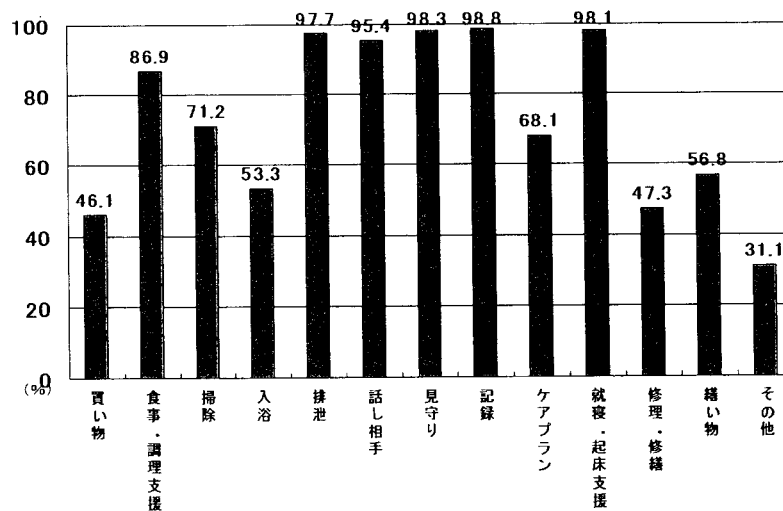
要介護度別利用者人数

- 調査対象事業所の利用者要介護度構成比は、要支援2が0.8%、要介護1が19.0%、要介護2が25.8%、要介護3が30.0%、要介護4が17.5%、要介護5が6.8%となっている。
- 昨年度実施の実態調査結果より、重度化している。



夜間ケアの状況

夜勤者の業務内容

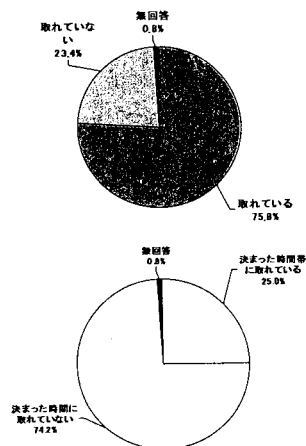


夜間ケアの状況(2)

- 1ユニットあたり、夜間配置の平均人数は、夜勤が1.08人宿直が0.05人で、合わせて1.1人となっている。
- 夜勤時の職務内容を確認したところ、「食事」「排泄」「話し相手」「見守り」「記録」「就寝・起床支援」などの日中と共通する業務は、9割から10割に該当している。
- 夜勤者の業務に「入浴」が含まれている事業所は、全体の半数程度となっている。
- 買い物・調理支援・縫い物など、家政的な支援がされていることはグループホーム夜勤の特徴

夜勤時の休憩時間の状況

- 夜勤時の休憩が「取れている」は75.8%、「取れていない」は23.4%となっている。
- 「取れている」と回答した事業所のうち、休憩が決まった時間帯に取れていない事業所は74.2%となっている。
- 休憩時間が「取れていない」と回答した事業所で、その理由を確認したところ、「常時の見守りや直接支援の介護で忙しい」が8割以上に該当している。
- まとまった休憩が取れない実態

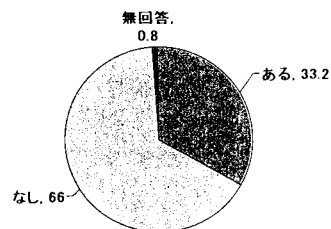


その他の夜間に休憩がとれない理由

休憩がとれない理由(その他)
入居者にマンツーマンでの対応を求められる。
その日の入居者さんの状態により決めにくい、どの時間で取るかは夜勤者の判断に任せている。
一応1時間あるが実際は取れていない。/入居者さんの生活ベースに合わせた対応をするため
決まっているが必ず休憩できる訳ではない。不機になっている人もいるし、リスクを抱えている人もいる。
排泄支援が個人によって違ってたり、昼夜逆転が起きていたりする為、決める事が出来ない。一人夜勤のため決まった時間に休憩できない。
1時間の仮眠時間を設けているが、状況に応じての時間等になっている。
利用者の状態により休憩時間は異なります。/決まっているができない事も多々あります。
状況により取ることも出来るが取れない時が多くなってきた。
火事が起きたら大変である。病気、事故の早めの発見をするため
全員9名が一掃に休まれる事がない。/その日の入居者さんの状況による。
3時間の休憩を取るようになっておるが、実際は休憩することは無い。
朝食の下ごしらえ、縫い物など家事的な業務があるため
休憩時間としてとって良いことになっているが、実際ユニットに一人しかいないので取れない事が多い。
普段の業務中に出来ない事を行っている。行事の予定立て、事故報告記入、ケアプラン作り、施設内装飾
休憩時間が規定されていたとしても現在の夜勤者一名体制では休憩を取る事自体が無理がある。
複数の入所者が同時に不安になったり、同時に個別のケアが必要となった場合の対応。症状変化による緊急の対応。何かあった時に一人で対応で常に不安がある。
休憩時間は一応決まっているが、夜勤者が一人のため終始見守り、排泄対応が必要のため休憩時間はあって無いようなものである。
一人一人の動きにあわせていたら休む時間はありません。
夜勤体制が一名という状況で決められた順番に完全に休憩に入るという状況は生まれえない。夜勤勤務全体の中で延べて休憩時間を取ってもらう方法しか対応できていない。

看取りケアの経験の有無

- 事業所の「看取りケア」経験の有無を確認したところ、「ある」が33.2%、「なし」が66.0%となっている。

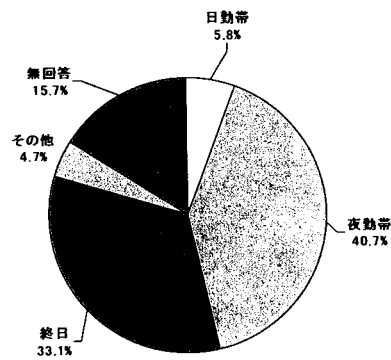


- 「あり」の事業所で、看取りに際して増員した平均人数を職種別にみると、介護職員が0.46人、看護職員が0.2人、その他の職員が0.1人となっている。

	全体	1.介護職員	2.看護職員	3.その他
合計	0.76	0.46	0.20	0.10

看取りケアに際して配置を厚くしたい時間帯

- 看取りケアに際して、配置を厚くしたい時間帯は、「夜勤帯」が4割以上と高く、次いで「終日」との回答が33.1%となっている。「日勤帯」のみの回答は5.8%となっている。



平成 20 年 9 月 25 日
全国新型特養推進協議会
会長 赤枝 雄一

社会保障審議会介護給付費分科会ヒアリング資料

1 協会の沿革と概要

全国新型特養推進協議会（推進協）は、ユニットケアを行う特別養護老人ホームを運営する施設のための協議会として平成 17 年 8 月に設立された全室個室ユニット型新特養では唯一の団体です。個室ユニット型特養施設を平成 16 年度より 10 年で全体の 7 割にするという国の指導のもと、個人の尊厳が大切にされ、介護効果も現れやすい新特養を設立した法人が集い、健全な施設の運営のために努力してまいりました。

当協議会におきましては、新特養の健全な運営を行うことに重点を置き、介護現場の生の声に耳を傾けることを常に意識して活動をしており、個室ユニットケアのノウハウを日々研鑽しています。

協議会発足から 3 年余りが経過した現在、会員数は 220 施設を越えるまでに拡大し、なおも増加が見込まれています。これは、当協議会の活動が全国の新特養施設の皆様方に確かなご支持を頂いている証であると感じております。

推進協では、さらなる会の充実を図ると同時に組織としての信頼を高めるため、今後、社団法人としての認可を受けるべく申請準備中です。

【活動理念】

- ・ 国が推進する「個室ユニット」の新型特別養護老人ホームの一致団結した団体を目指します。
- ・ 厚生労働省と各施設をつなぐパイプ役を果たします。
- ・ 制度がスタートして間もないため、各施設が持つ悩みや解決方法など、互いに情報を共有し、効率的で質の高いサービスを目指します。

2 組織構成（平成 20 年 9 月現在）

会員施設： 221 施設
役員： 理事 22 名 監事 1 名

3 事業内容

- ・ 新特養、各施設状況の実態把握調査
- ・ 研修会の開催、講習会の企画・運営
- ・ 厚生労働省など関係機関への訪問
- ・ ブロック会・支部会の開催
- ・ ホームページの運営、機関誌（月刊 推進協ニュース）の発行 等。

意見書

社会保障審議会

介護給付費分科会 様

平成20年9月25日
全国新型特養推進協議会
会長 赤枝雄一

以下について、提案致します。

1. 個室ユニット型特養の介護報酬 基本単位の見直し等。

平成18年度賃金構造基本統計調査（厚生労働省大臣官房統計部）によると、福祉施設に勤務する男性の平均年収312万円、一般企業では513万円との調査結果であります。

また、WAM（独立行政法人福祉医療機構）の調査では、特別養護老人ホームの職員配置3：1の基準に対し、ユニット型（個室）は1.78：1と、基準より多くの職員を配置しています。基準の配置人数では、ユニット型特養の基本方針にある「入居者1人ひとりの意思及び人格を尊重し・・・」という個別ケアでのサービス提供が難しくなっており、調査のような結果になったと思われま

以上のようなことから、

**介護報酬基本単位の見直し及び新たな職員配置基準の設定、
世帯分離の見直しを提案いたします。**

《1. 介護報酬基本単位の見直し、及び新たな職員配置基準の設定。》

ユニット型新型特養の介護看護職員の配置の実態は、約利用者2人対職員1名であり、(WAMの調査では1.78:1)施設定員100人規模の施設では、人員配置利用者3人対職員1人に比べ17名多くの人員が必要となる。個室ユニット型では手厚い人員配置を必要以上に伴うことになっているため、それなりの介護報酬の加算が必要である。法令順守にて人員を確保しているにもかかわらず、現在の介護給付単位では採算が合わず、施設職員の給与水準を下げてしまうことや、施設職員の研修、教育が行えず、サービス提供の資質が低下することになってしまいかねない。

第5章ユニット型指定介護老人福祉施設の基本方針並びに設備及び運営に関する基準(注・ユニット型に対する基準)において、《人員に関する基準については、第2章の定めるところによるので、留意する》という記載があることから、ここでは、人員基準は、3:1が人員の基準になっている。

ところが、勤務体制の確保等第47条においては、《ユニットごとに常時1名》《2ユニットごとに1名の夜勤配置》の配置が求められており、これを守ると2:1の介護看護職員配置が必要となるため、新型特養の介護報酬基本単位に人員配置加算分の上乗せ、又は2:1型介護報酬料金の設定を要望します。

【介護報酬基本単位に179単位の上乗せ算出根拠】

要介護3の場合 798単位(新型特養)

1日 798単位×点数化10×30日×入居者100名=2394万円

2394万円×人件費60%×人件費介護看護職割合75%=1077,3万円

1077,3万円に5割増(3:1⇒2:1にすると5割増)=1615,95万円

1615,95万円-1077,3万円=538,65万円(538,65万円多くかかる)

538,65万円÷100名÷30日÷10=179,55 よって179単位となる。

《2. 居住費2万円の増額。食事は物価スライド制を導入。》

全室個室ユニット型は補助金が少ないにもかかわらず、個室であるがゆえに建設面積が広がったため、多額の建築費が必要となっている。「同じフロアに浴室があるのが望ましい」という指導の下により、浴室の数が多くなり、光熱水費は一人当たり2万円程度、必要である。

よって

① 光熱水費は月額2万円。(現行1万5千円より5千円増額)

② 建築費償却分は月額6万円。(現行4万5千円より1万5千円増額)

利用者負担は増額しないで、増額分は補足給付増額で対応する。

《3. 世帯分離制度の見直し。》

利用者負担の不公平感を解消するため、不適切な世帯分離制度利用の改善を要望します。

(例えば、介護施設入所前の所得状況による負担階層で決定する等。)

以上

<介護報酬基本単価の変遷（従来型多床室(Ⅱ)・ユニット型個室(Ⅰ)>

改訂年月	介護度	従来型多床室(Ⅱ)		ユニット型個室(Ⅰ)		
		基本単価	前回との差	基本単価	前回との差	
平成12年4月	要介護度	1	717	-		
		2	757	-		
		3	797	-		
		4	837	-		
		5	877	-		
平成14年4月	要介護度	1	717	0-		
		2	757	0-		
		3	797	0-		
		4	837	0-		
		5	877	0-		
平成15年4月 (新型制度化)	要介護度	1	601	116▲	784	-
		2	656	101▲	831	-
		3	711	86▲	879	-
		4	766	71▲	927	-
		5	821	56▲	974	-
平成17年4月 (新型当初)	要介護度	1	601	-	784	-
		2	656	-	831	-
		3	711	-	879	-
		4	766	-	927	-
		5	821	-	974	-
平成17年10月	要介護度	1	659	58+	641	143▲
		2	730	74+	688	143▲
		3	800	89+	736	143▲
		4	871	105+	784	143▲
		5	941	120+	831	143▲
平成18年4月	要介護度	1	639	20▲	657	16+
		2	710	20▲	728	40+
		3	780	20▲	798	62+
		4	851	20▲	869	85+
		5	921	20▲	929	98+

平成15年4月 と 平成18年4月の 基本単価の差	要介護度	1		38+		127▲
		2		54+		103▲
		3		69+		81▲
		4		85+		58▲
		5		100+		45▲

別紙の勤務表は

- ① 1ユニット、早番1名、遅番1名、夜勤2ユニットで1名の最低配置を行った場合、1日の出勤者は2ユニットで早番2名、遅番2名、夜勤者1名の計5名が必要という条件で、2ユニット分作成してある。
- ② 職員の平均在職期間を5年、有休取得70%以上(採用後4年半で有休は16日支給)と想定し、別紙勤務表には全員が1日ずつ有休を取得することとしている。
- ③ 職員一人当たりの勤務時間は週40時間なので、週5日が勤務、週2日が休みとなるため、5/7が勤務、2/7が休みとなる。
- ④ 1日5名出勤、2名休みとなるので、2ユニットで7名の職員が必要となる。今年の行政の実地指導において、1ユニットで職員を固定するよう指導されたため、1ユニット常勤3名、非常勤0.5の配置となるが、有休分を加味すると1ユニットで4日分(常勤換算0.2)必要となるため、非常勤0.7となる。従って、定員100名の場合、現場の介護職員は常勤換算で37名(非常勤0.7の職員10名含む)の職員配置が必要となる。それ以外に看護職4名、現場全体を管理する介護長1名を配置すると、合計常勤換算42名の職員配置となる。
- ⑤ 職員42名の場合、2.38:1の職員配置となる。最低限42名いれば基準を満たし、職員にも有休を与えることができるが、ほとんどの時間帯がユニットに一人しかおらず、早番と遅番の重なった時間帯のうち、それぞれの休憩時間を除いた2時間しか、入浴やレクリエーションを行うことができない。
- ⑥ 夜勤の職員の10時間拘束8時間勤務のため、2時間の仮眠時間の間はその2ユニットに夜勤者がいなくなることになる。その時間帯はほかの夜勤者が対応しているのが現実である。
- ⑦ 夜勤の勤務時間は、上記の勤務表の場合、21:00～翌日朝7:00:までとなっているが、勤務表上21:00からの勤務は「夜」と表記しているが、翌7:00までは表記されていない。翌日が「夜」の場合、朝7:00まで勤務して、その日の夜21:00からまた勤務することになる。翌日が「休」の場合、朝7:00まで勤務しての休日なので、24時間休日ではない。
- ⑧ にユニットに1名の職員の配置(⑤参照)ということは、食事の時間は1名で準備・配膳・食事介助・片付けを行うことになる。それ以外の時間は1名の利用者の介助(排泄介助等)を行うと、ほかの利用者に対して何もできないことになる。入浴のように時間のとられる介助などはまったく行うことができない。したがって、1ユニットで職員を固定するのであれば、夜間以外の時間帯に常に2名、ユニット間で応援しあうことが可能であれば、2ユニットで夜間以外の時間帯に常時3名の職員配置が必要と考える。
- ⑨ 別紙勤務表では、ユニットで職員を固定すると夜勤の仮眠時間をその2ユニットを対応する職員は不在(⑥参照)となってしまう、施設全体で考えないとその時間帯を現状で対応することは不可能である。
- ⑩ 別紙の勤務表は職員の退職を想定しておらず、平均5年の在職期間とすると、毎年1/5の職員が年間(年度末だけでなく)退職することになる。基準を満たさないと介護報酬3割カットという規定の中で、なおかつ、なかなか人が集まらず、すぐに退職者の補充ができない状況では、退職者を見込んで基準を割らない職員配置が必要だが、職員が集まらずフル稼働できない施設がある現状の中で、そこまでの職員を確保することは非常に難しい。基準の緩和や施設の総量規制も視野に入れた検討が必要と考える。

基準ばかり厳しくするとユニットという型にばかりにとらわれてしまうことになる。

本来2ユニット単位またはもっと大きな単位の中での小グループのケアや個別ケアは可能であり、そういった柔軟かつ臨機応変なケアが必要と考える。

したがって、2:1以上の職員配置が必要であり、そのための介護報酬の検討または、特定施設入居者生活介護ような、基準以上の職員配置を行う場合の上乗せ介護費の設定(利用者負担)の検討が必要と考える。

持番80床、ショートステイ20床の場合(有体あり)

特番の介護看護職員配置基準

介護看護職員で3-1の職員配置

そのうち、看護職員3名、ショートステイ定員20名のため1名の4名が必要

新型特番の職員配置基準上記の基準

夜間(21時~翌7時)は2ユニットに1名の夜勤職員の配置

夜間以外の時間帯には、常時1ユニットに1名の職員配置

また、今年の行政の実地指導において、ユニット同士で職員を応援させずに1ユニットで職員を完結させるよう指導を受けた。

上記の職員配置基準のみに従って勤務配置を行うと以下のとおりになる。

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				実績時間	勤務時間	業務効率				
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	早	遅	日	夜	有	(月)	(月)			
ユニット1	介護A	常勤	夜	夜	休	休	早	早	遅	有	休	休	早	早	夜	夜	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	夜	夜	休	休	早	遅	日	夜	有	152	160	1		
	介護B	常勤	休	休	早	早	夜	夜	休	休	早	早	遅	遅	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	遅	休	休	早	遅	日	夜	有	152	160	1
ユニット2	介護D	非常勤	遅	休	休	休	遅	遅	休	遅	休	休	休	遅	遅	休	休	遅	遅	休	休	遅	遅	休	休	遅	遅	休	休	遅	遅	日	夜	有	104	112	0.7		
	介護F	非常勤	早	早	夜	夜	休	早	早	遅	休	休	早	早	遅	夜	夜	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	夜	夜	休	休	早	遅	日	夜	有	152	160	1	
ユニット2	介護G	非常勤	早	早	夜	夜	休	早	早	遅	休	休	早	早	遅	夜	夜	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	夜	夜	休	休	早	遅	日	夜	有	152	160	1	
	介護H	非常勤	休	休	早	早	遅	遅	休	遅	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	遅	休	休	早	早	遅	休	休	早	遅	日	夜	有	152	160
		合計																																			1120	1184	7.4

ユニット1	早番	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		
		遅番	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
ユニット2	早番	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	遅番	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
合計人数	夜勤	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0	8	8
	早番	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	遅番	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	夜勤	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	公休	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	
	有体	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	体計	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
ユニット1	早番																										
	遅番																										
ユニット2	早番																										
	遅番																										
	夜勤																										
ユニット人数		1	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	

早番 7:00~16:00(1時間休憩、実働8時間)
 遅番 12:00~21:00(1時間休憩、実働8時間)
 夜勤 21:00~翌7:00(2時間休憩、実働8時間)

☐ 休憩

介護保険施設の居住費・食費の負担額（ショートステイを含む）

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用・ショートステイの居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

【単位：万円】（月額概数）

対象者	区分	居住費（居住の種類により異なる）				食費	
		多床室（相部屋） の場合	従来型個室 の場合※	ユニット型 準個室の場合	ユニット型 個室の場合		
生活保護受給者	利用者負担 第1段階	0	① 1.0 ② 1.5	1.5	2.5	+ 1.0	
市町村民税非課税者 世帯全員が	老齢福祉年金受給者						
	課税年金収入額と合計所得 金額の合計が80万円以下の方	利用者負担 第2段階	1.0	① 1.3 ② 1.5	1.5	2.5	+ 1.2
	利用者負担第2段階以外の方 （課税年金収入が80万円超266万 円未満の方など）	利用者負担 第3段階	1.0	① 2.5 ② 4.0	4.0	5.0	+ 2.0
上記以外の方	利用者負担 第4段階	施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。					
		1.0	① 3.5 ② 5.0	5.0	6.0	+ 4.2	

※①は特別養護老人ホーム、短期入所生活介護の場合。②は老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所療養介護の場合。
※経過措置があります。詳しくは、9ページをご覧ください。

実際の負担額は、日額で設定されます（ショートステイも同じ）。

利用者のご負担は居住費・食費のほか、介護保険サービスの1割負担があります。その他、施設によっては、日常生活費、特別な室料（特別な食費）がかかる場合があります。

「居住費（滞在費）」の範囲は、居住環境に応じた設定が基本

「居住費」 の範囲	多床室（相部屋）	：	光熱水費相当
	従来型個室	：	室料 + 光熱水費相当
	ユニット型準個室	：	室料 + 光熱水費相当
	ユニット型個室	：	室料 + 光熱水費相当

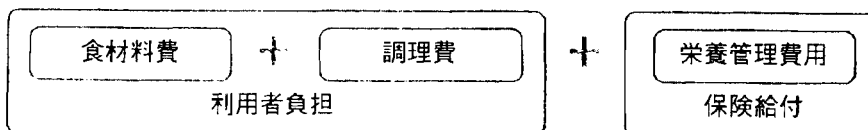
（ ）内は月額概数

	負担限度額			基準費用額	
	第1段階	第2段階	第3段階		
多床室（相部屋）	0円/日（0万円）	320円/日（1.0万円）	320円/日（1.0万円）	320円/日（1.0万円）	
従来型 個室	①特養等	320円/日（1.0万円）	420円/日（1.3万円）	820円/日（2.5万円）	1,150円/日（3.5万円）
	②老健・療養等	490円/日（1.5万円）	490円/日（1.5万円）	1,310円/日（4.0万円）	1,640円/日（5.0万円）
ユニット型準個室	490円/日（1.5万円）	490円/日（1.5万円）	1,310円/日（4.0万円）	1,640円/日（5.0万円）	
ユニット型個室	820円/日（2.5万円）	820円/日（2.5万円）	1,640円/日（5.0万円）	1,970円/日（6.0万円）	

※①は特別養護老人ホーム、短期入所生活介護の場合。②は老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所療養介護の場合。
※なお、施設には平均的な居住費用（＝基準費用額）と上表の負担限度額の差額が、補給給付として、介護保険から給付されます。

食費の範囲は、「食材料費」+「調理費」相当

- 食費のうち、利用者負担となるのは、「食材料費」+「調理費」で、「栄養管理費用」は介護保険から給付されます。



（ ）内は月額概数

負担限度額			基準費用額
利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階	
300円/日（1.0万円）	390円/日（1.2万円）	650円/日（2.0万円）	1,380円/日（4.2万円）

Shoukibo.Net

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会



社会保障審議会介護給付費分科会 ヒヤリング

「小規模多機能型居宅介護」で
実現してきたものと、これから

～制度化から2年半経過しての現状と今後～

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
URL <http://www.shoukibo.net>
E-mail info@shoukibo.net

小規模多機能型居宅介護が実現したもの ～2年半の実践から～

- 自宅や地域で暮らしたいと望む高齢者自身の希望を実現
(在宅で施設の安心を確保)
- 地域の中で暮らすことを地域の資源を活用し実現
(地域生活支援=ケアマネジメント)
- 在宅生活継続のための医療系サービスとの連携
(重度になっても在宅生活が可能)
- 地域密着での「質」の確保(運営推進会議等)
- 地域密着型サービスの進展
(市町村の独自性が発揮できる仕組み)

小規模多機能型居宅介護が 可能とした取組み例 ①

⇒本人の望む暮らしの支援

- 一日に数度の通い、必要時の訪問、緊急時の泊まりなど必要な時間、必要な生活の支援が可能となる
在宅で施設の安心が確保される
- 拠点での泊まりより、必要なら自宅での泊まり支援

⇒在宅復帰のツール

- 退院可能になるも自宅での暮らしは不安
そこで、泊まりを1ヶ月継続する中で、家族とともに自宅で暮らす訓練。自宅に戻るときにはスタッフが泊まり込みで家族を補佐。無理なく安心して自宅復帰。
- 目の前の困難から、当面の泊まりの継続。
その期間中に自宅で暮らせるような支援体制を構築。
更に、当面泊まりの継続でも、地域の力で昼間は自宅で過ごす。

小規模多機能型居宅介護が 可能とした取組み例 ②

⇒地域資源の活用

- 運営推進会議での事例検討から、地域の皆さんの力で、利用者の地域での具体的支援が始まる。
- 拠点だけでの支え方だけでなく、利用者宅や公民館を利用したサロンなどを活用した地域生活が行われている。
そこを地域の仲間や虚弱な方がボランティアで助け合う



介護保険内のフォーマルサービスの貼り付け型ケアマネジメントから、地域密着のケアマネジメントへの転換を推し進めている

⇒自由さがあり、柔軟な支え方が可能な、制度を活用した支え方が始まろうとしている

小規模多機能型居宅介護に関する要望

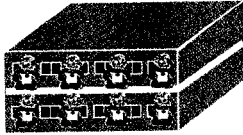
- I. 小規模多機能型居宅介護の報酬の底上げ
- II. ケアマネジメント費用を支給限度額の外に
- III. 医療連携体制加算の導入
- IV. すでに取り組みされている「運営推進会議」等を生かした公表・評価のあり方
- V. 地域密着型サービスの更なる進展
～市町村の独自性が発揮できる仕組みへ～

I. 3年間のトライアルから本格始動へ (報酬の底上げ)

- 小規模多機能型居宅介護事業所は、この3年間非常に厳しい中で運営してきた。
- これは、小規模多機能型居宅介護のモデルも少ない中で、悪質な事業者の参入抑制と、モデルづくりのため。(トライアル期間)
- その中で、ギリギリの努力を行い、実績を積み上げてきた。
- しかし、このままではモデルとなる事業者は撤退せざるを得ない状況である(累積の赤字状況)
- しかも、介護事業者全体の課題でもある介護者の確保、そのための必要な賃金を出せる報酬の確保が是非とも必要となっている。

地域を包括的にサポートすることができる報酬の設定が不可欠

入居施設型



(効率重視)

- 宿泊者への対応
容易(施設が自宅)
- 移動にかかるコスト
少額(建物内移動)

小規模多機能型居宅介護

地域の中の25軒の家



(尊厳を重視)

複雑(地域をサポート)

多額(車等で移動)

私たちが目指すべき高齢者介護とは、介護が必要になっても、自宅に住み、地域の中で、家族や親しい人々と共に、不安のない生活を送りたいという高齢者の願いに応えること、施設への入所は最後の選択肢と考え、可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を送り、最期までその人らしい人生を送ることができるようにすることである。(「2015年の高齢者介護」より)

Ⅱ. 居宅介護支援給付費を在宅支給限度額外に

小規模多機能型居宅介護でのケアマネジメントの評価を

- 小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントは、これまでの居宅介護支援事業所のケアマネジメントより大変な取り組みであり、「本来の」ケアマネジメントを行っている

在宅での暮らしを継続するために、地域の資源を活用し、結びつけ、地域の活用できる資源を開発し、地域生活そのものを支えている

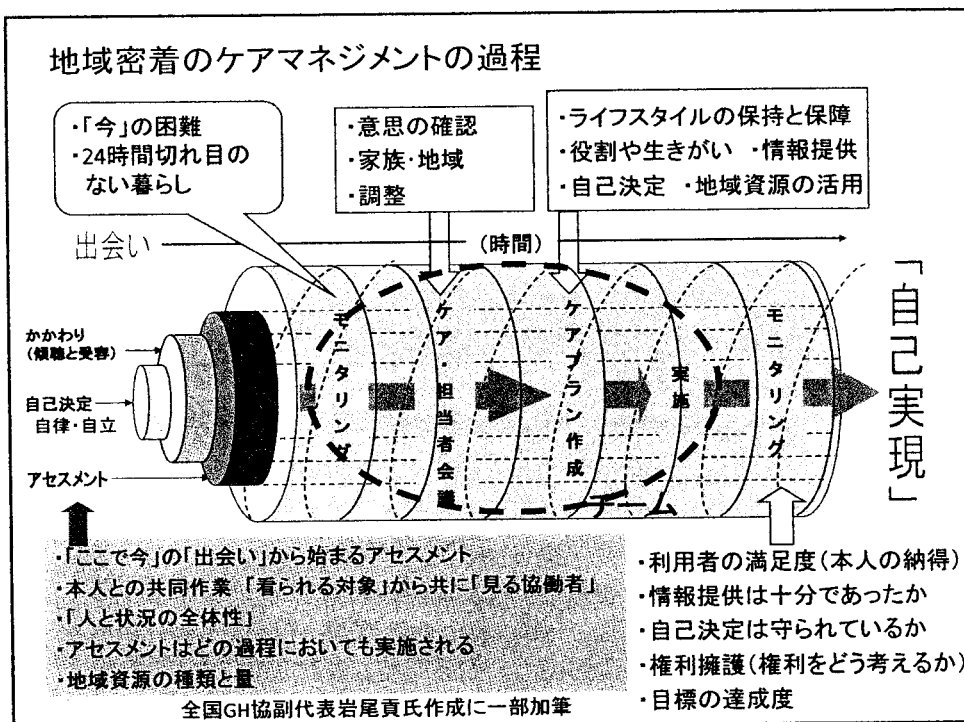
- しかし、居宅系サービスにもかかわらず、利用者は居宅介護支援費の1割負担をしている

(利用者にとっての不利益)

- 小規模多機能型居宅介護給付費に居宅介護支援の費用が含まれているとされているが、その分利用できる医療系サービス等にしわ寄せ(居宅サービスでは在宅支給限度額に居宅介護支援給付費は含まれていない)
- 小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントを給付費として正当に評価願いたい。

公的サービスの貼り付けだけでは在宅での暮らしは支えきれない

月	火	水	木	金	土	日
訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	
訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	泊り
訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問



Ⅲ．医療連携体制加算の導入

在宅生活継続のための医療系サービスとの連携

- 在宅を継続するためには、医療との連携が不可欠
(介護の安心と医療の安心は、在宅の両輪)
- 特に在宅で中・重度の方々は、医療ニーズも高い
- その中で、医療との連携をすすめるために下記の仕組みを導入願いたい。(既に同じ地域密着型サービスの認知症グループホームで導入されているもの)
現在の看護職は非常勤でも可とし下記の場合に
加算
 - 1) 事業所で常勤看護師を採用(24時間体制を確立)
 - 2) 訪問看護ステーションと契約

Ⅳ．すでに取り組まれている「運営推進会議」等

を生かした公表・評価のあり方

(事務負担の軽減への配慮と小規模多機能型居宅介護の質の確保のために)

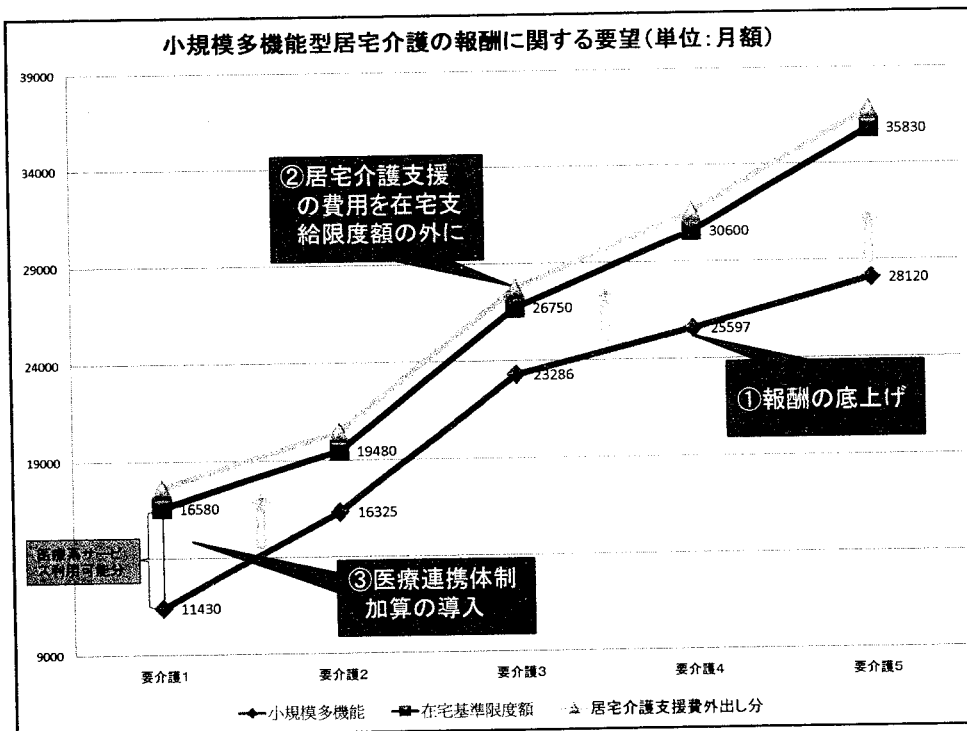
- サービスの公表と評価のシステムは、質の確保のための有効なツールである。
- 地域密着型サービスでは、この質の確保をするために2ヶ月に1回運営推進会議を開催している。ここですでに地域の評価を得るシステムがつくられている。
このシステムを活用した情報公表と評価をお願いしたい。
運営推進会議に市町村の参加が行われている場合には、情報公表や他のサービス評価を減免できるなど
(住民参画、地域協働のための有効なツールともなっている)
- 平成21年度から正式導入される情報公表とサービス評価との重複、さらに、株式会社・有限会社では、「自己点検シート」の導入等、事務負担が増大することは止めていただきたい。

V. 市町村の独自性を生かす仕組みの継続 (市町村独自の高い報酬の設定の拡大・継続)

- 市町村独自の加算は、地域密着型サービスを更に発展させるために重要
- 加算の継続とその枠を拡大させることで市町村の独自の取り組みが期待できる

取り組み例

- 小規模多機能型居宅介護の整備と一緒に「地域交流拠点」を整備(福岡県大牟田市)
- 事業者指定に際してマニフェストの提出を求め、運営推進会議やサービス評価とリンクした事業所の効果測定(石川県加賀市)
- 認知症地域支援体制構築事業を活かした、自治体と事業者の協働による人づくり、地域づくり、拠点づくり(熊本県山鹿市)



平成20年9月25日

社会保障審議会介護給付費分科会

ヒアリング資料

社団法人全国有料老人ホーム協会
理事長 和田 四郎

平成18年4月に改正老人福祉法、改正介護保険法が施行され、有料老人ホーム及び特定施設入居者生活介護に係る制度が大幅に改正されました。

特に介護保険制度上では、それまで一類型であった特定施設が混合型、外部サービス利用型、介護専用型等に分割され、また介護予防特定施設入居者生活介護が開始されるなど、事業環境が大きく変化しました。

制度改正から2年経過した現在、制度運用上でいくつかの問題点が生じておりますので、次回介護報酬改定に当たり、特定施設及び介護予防特定施設について、以下、要望いたします。

A. 社団法人全国有料老人ホーム協会の概要

○目的

本協会は、昭和57年2月に設立された、老人福祉法第30条規定の公益法人である。その目的は、高齢社会の到来に対処し全国の有料老人ホームの入居者の保護を図るとともに、有料老人ホームの健全な発展並びに高齢者のための居住施設に居住する高齢者向けのサービス提供事業の質の向上及び充実に図り、もって高齢者の福祉の増進に寄与する。

○組織構成

260法人 468ホーム加盟 (H20.9.1現在)。加盟ホーム入居者は約35,000名。

○主な事業内容

①入居者保護に係る主な事業

- ・入居者、入居者希望者等の苦情解決のための、苦情処理委員会の設置・運営
- ・経営不振ホームの入居者に対する生活支援の実施

- ・倒産を発効事由とする金銭保証等に係る「人居者基金制度」の運営
- ②事業の健全発展に係る主な事業
 - ・有料老人ホーム事業の設立相談、入会資格審査の実施、経営分析、各種支援、等
 - ・業界の各種コンプライアンスモデル、サービス提供モデルの策定、業界への啓発、及び会員支援等
 - ・職員研修事業、各種調査研究事業
- ③人居希望者に係る主な事業
 - ・人居希望者向け全国セミナー（基礎知識研修セミナーを含む）の開催
 - ・人居希望者による「輝・友の会」運営
 - ・会員事業者の詳細情報を網羅した「会員ホームガイド・輝」等の発行

※【協会加盟ホームのうち「特定施設」の要介護度別入居者数】

H19.3.31 現在

加盟特定施設	自立	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	要支援 以上合計
		人数 (人)	17,533	2,120	2,617	1,715	1,890	1,741
構成比	60.2%	39.8%						—
	構成比 (%)	18.3	22.7	14.8	16.3	15.0	12.9	100.0

B. 要望事項

1. 特定施設入居者生活介護の介護報酬

○介護報酬の引き上げについて

- ⇒ 特定施設は介護保険制度施行以後、居住系サービスとしてその役割を果たしてきました。本協会の調査結果では、平成12年度以降毎年の新規利用者ごとの要介護度推移を見ても、一定の維持・改善が進んでおり、制度主旨に合う介護サービスとなっております。
- ⇒ 他方、有料老人ホームで働く職員は平成17年10月には約37,000人（厚労省社会福祉施設等調査）と、施設数の伸びに伴って平成12年の約3倍に達しておりますが、雇用の確保には極めて苦勞しております。今後の入居者数の増加に伴う雇用の拡大、介護・看護職員の定着率向上等のためには、他の指定事業同様、介護報酬の引き上げの検討を要望いたします。

○現行加算報酬の適切な評価について

- ⇒ 現行制度で算定されている2種類の加算報酬について、運営実態を踏まえ次の見直しを要望します。
- ①「個別機能訓練加算（1日12単位）」について、専従常勤職員を配置するには、現行の報酬額では相当数の対象利用者がいないと雇用できないため、適切な介護報酬の設定を要望します。加算報酬額が1名当たり1か月3,600円としても、相当数の加算対象者がいなければ算定は不可能です。
- ②「夜間看護体制加算（1日10単位）」では、看護師が自宅待機する場合とホームに直接配置される場合とでは係るコストが異なるため、報酬額に差をつけるよう要望します。

○各種加算の新設について

- ⇒ 特定施設における介護給付は、介護老人福祉施設等で行われる給付とサービス機能に比して実態的に差がないことから、現在介護老人福祉施設で算定されている各種加算、例えば「初期加算（入所した日から起算して30日以内の期間に1日につき30単位を加算）」や「栄養管理体制加算（常勤の管理栄養士を1名以上配置した場合に1日につき12単位を加算）」などについて積極的に評価されるよう要望します。

<参考1.>

特定施設利用者の要介護度推移調査

・対象ホーム：無作為抽出した9社・26ホーム

・対象者：現に、特定施設又は介護予防特定施設の給付を受けている1,037名

○対象者の、特定施設利用開始時点と、平成20年4月1日時点（現時点）での要介護度変化について調べた。各年の入居者は重複していない。

継続利用期間	利用開始時点と現時点での 要介護度の変化		
	改善 (要介護 度が下が った)	維持 (要介護 度に変化な し)	重度化 (要介護 度が上がった)
8年間受給者 (117名)	6.8%	25.6%	67.5%
7年間受給者 (78名)	14.1%	28.2%	57.7%
6年間受給者 (88名)	12.5%	28.4%	56.8%
5年間受給者 (97名)	15.5%	35.1%	49.5%
4年間受給者 (93名)	10.8%	44.1%	45.2%
3年間受給者 (155名)	14.8%	39.4%	45.8%
2年間受給者 (189名)	15.3%	47.1%	37.6%
1年間受給者 (220名)	12.3%	76.4%	11.4%
加重平均結果	12.9%	45.4%	41.7%

継続利用期間	平均要介護度の比較		
	利用開始時点	現時点	差異
8年間受給者	2.6	3.8	+1.2
7年間受給者	2.4	3.3	+0.9
6年間受給者	2.1	3.1	+1.0
5年間受給者	2.2	2.9	+0.7
4年間受給者	2.0	2.7	+0.7
3年間受給者	2.3	2.9	+0.6
2年間受給者	2.2	2.6	+0.4
1年間受給者	2.5	2.5	-
全体平均	2.5	3.1	+0.6

2. 介護予防特定施設入居者生活介護の介護報酬

○介護保険制度下での適切な評価について

⇒ 介護予防は、メニューとして挙げられているリハビリテーションや口腔ケア、栄養改善、閉じこもり予防といったサービスを単に実施するだけでなく、利用者の自立支援・生活の質の向上といった目標達成のために介護予防ケアマネジメントの中でご本人の取り組みを支援すべきものであると考えます。

当協会に加盟する有料老人ホームの多くは、自立者と要介護者等がともに生活するホームであり、入居形態としては「終身利用契約」が中心です。これは、自立の状態にある時点で入居し、要介護状態になっても終身そのホームに住まうことができる事業方式です。

⇒ 平成18年度に新設された介護予防特定施設の給付効果は、入居者の状態変化を一連の流れの中で給付効果のエビデンスとして把握しうるものであることから、引き続き積極的に介護保険制度の中で位置付けていただきたいと考えます。

○夜間看護体制加算の設置について

⇒ 事業者の多くは特定施設に介護予防特定施設を併せて運営しておりますが、介護予防特定施設を利用する要支援者のうち、慢性疾患等で医療依存度が高い入居者に対しても必要に応じ夜間対応等を行っております。給付の公平性確保の観点から、介護予防特定施設にも「夜間看護体制加算」の設置を要望いたします。

<参考2.>

1. 介護予防事業の実態（会員アンケート調査結果）

○会員ホームの介護予防特定施設に対し、平成18年5月にFAXによるアンケート調査を実施した（有効回収数（n）＝96ホーム）。

○結果

－平成18年4月1日時点の要支援者における2年間の予防給付の結果では、約50%の利用者が要支援状態を維持し、約3%の利用者が「自立」へ改善している。

－平成19年4月1日時点の要支援者における1年間の予防給付の結果では、約70%の利用者が要支援状態を維持し、約4%の利用者が「自立」へ改善している。

(1) 要支援者に対する介護予防サービスとして行われている取り組み

	調査結果
リハビリテーション	82 ホーム (85.4%)
口腔ケア	69 ホーム (71.9%)
栄養改善	60 ホーム (62.5%)
閉じこもり予防	77 ホーム (80.2%)
認知症予防	70 ホーム (72.9%)
うつ予防	54 ホーム (56.3%)
日常生活支援	91 ホーム (94.8%)

(2) 要支援者の要介護度変化

① 平成18年4月1日時点での要支援者の2年後（平成20年4月1日）時点での変化

- ・ 要支援者（母集団1）：466名
- ・ 2年後の状況

当初	要支援者 466名
----	-----------

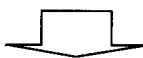


2年後	自立	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	死亡等	合計
	13	120	121	77	29	15	8	3	80	466
(割合)	改善 2.7%	維持 51.7%		重度化 28.3%						

② 平成19年4月1日時点での要支援者の1年後（平成20年4月1日）時点での変化

- ・ 要支援者（母集団2）：657名（※上記、母集団1の利用者は除外）
- ・ 1年後の状況

当初	要支援者 657名
----	-----------



2年後	自立	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	死亡等	合計
	27	189	254	82	37	13	7	7	41	657
(割合)	改善 4.1%	維持 67.4%		重度化 22.2%						

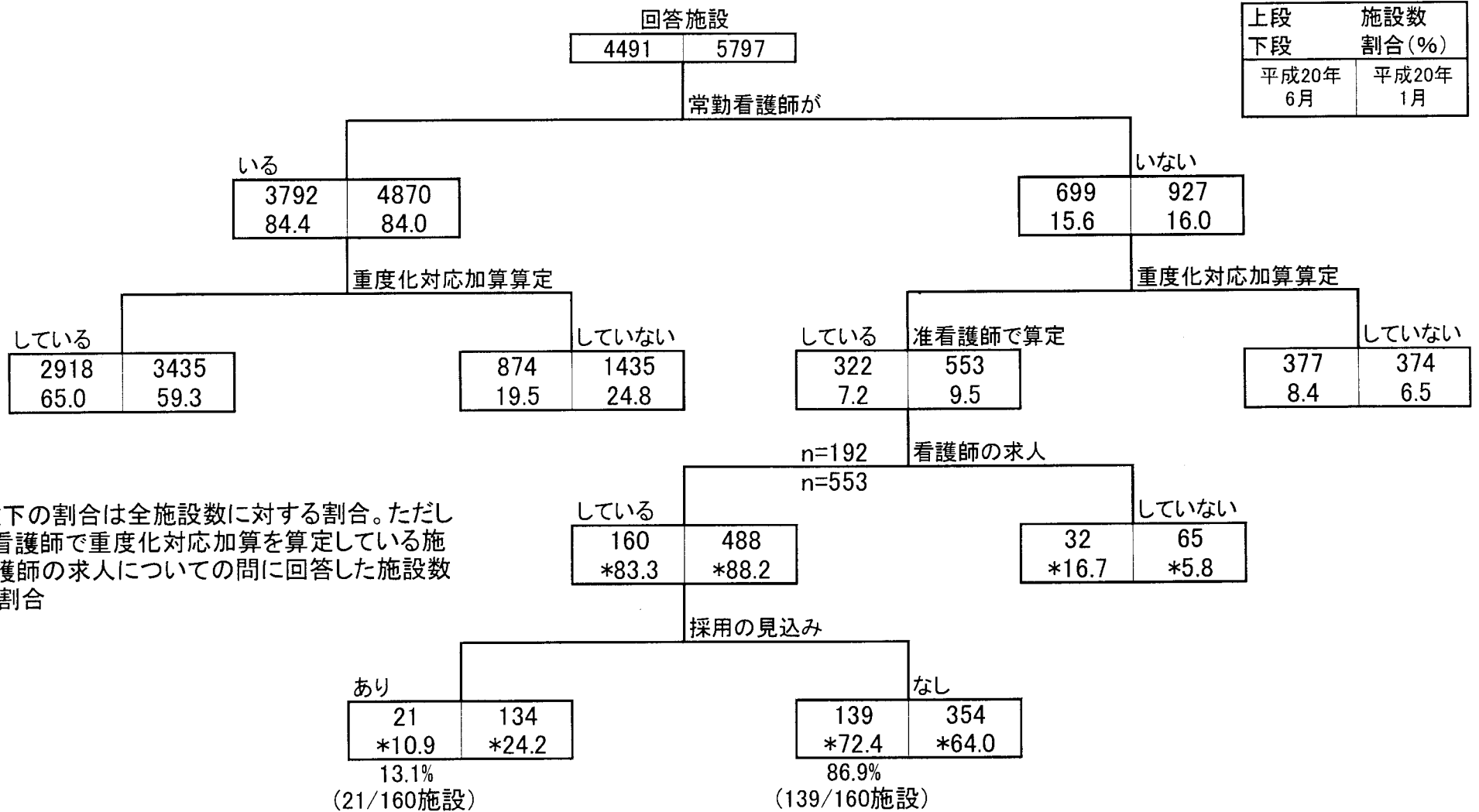
介護施設等における重度化対応の実態 に関する調査結果について

介護施設等における重度化対応の実態に関する調査について

- 重度化対応加算等に係る経過措置の再延長に当たり、「重度化対応加算等の実態について調査を行うこと」とされたことを踏まえ、本年6月に全施設向けに調査票を配布し、重度化対応加算等の算定状況及び算定に係る課題等に関して調査を行った。

- 主な調査内容は以下の通り。
 - ・ 重度化対応加算等の算定状況
 - ・ 施設の看護体制(看護職員数、看護師・准看護師及び常勤・非常勤の別等)
 - ・ 看護師確保対策の状況(看護師の求人の状況、求人しているが採用できていない場合のその理由等)
 - ・ 重度化対応加算を算定していない場合の今後の算定の意向、算定していない理由等

重度化対応加算の算定状況



※施設数下の割合は全施設数に対する割合。ただし
*印は准看護師で重度化対応加算を算定している施設で、看護師の求人についての問に回答した施設数に対する割合

看護職員数(入所定員別)

(施設数)	n=4491	n=4490	n=4491	n=4491	n=4491	n=4491	n=4491	n=4491
入所定員	常勤看護師 1施設平均人数(a)	常勤准看護師 1施設平均人数(b)	1施設平均常勤看護職員数 (a+b)	非常勤看護師 1施設平均常勤換算人数(c)	非常勤准看護師 1施設平均常勤換算人数(d)	1施設平均非常勤看護職員数 (c+d)	1施設平均看護職員数 (a+b+c+d)	看護職員 人員基準
30人未満	0.94	1.04	1.98	0.10	0.10	0.20	2.18	1以上
30~50人未満	1.10	1.23	2.33	0.09	0.17	0.26	2.59	2以上
50~60人未満	1.37	1.80	3.17	0.18	0.22	0.40	3.57	3以上
60~70人未満	1.68	2.02	3.70	0.22	0.30	0.52	4.22	3以上
70~80人未満	1.78	2.02	3.80	0.28	0.28	0.56	4.36	3以上
80~90人未満	1.91	2.26	4.17	0.26	0.33	0.59	4.76	3以上
90~100人未満	2.18	2.05	4.23	0.38	0.32	0.70	4.93	3以上
100~130人未満	2.25	2.28	4.53	0.33	0.40	0.73	5.26	3以上
130人以上	2.40	3.09	5.49	0.51	0.54	1.05	6.54	4以上

求人・募集活動の結果

※重度対応加算を算定しているが、常勤の看護師が配置されていない施設の回答

求人之际し、提示した条件・情報

n=152

	施設数	割合(%)
夜勤がない(少ない)こと	125	82.2
勤務時間の柔軟性	55	36.2
有給休暇制度	107	70.4
具体的な賃金水準	94	61.8
託児室・保育施設が完備されていること	9	5.9
育児中に関する休暇・勤務・時間等の制度	42	27.6
家族等の介護に関する休暇・勤務・時間等の制度	42	27.6
教育・研修制度、支援の仕組み	31	20.4
その他	3	2.0

求人・募集活動の結果

n=139

	施設数	割合(%)
求職者はあったが、採用できなかった	35	25.2
求職者はなかった(今の段階ではない)	104	74.8

求職者があっても、採用に至らなかった理由

n=34

	施設数	割合(%)
施設側が求める人材像と異なるため、採用を断った	7	20.6
条件が折り合わず、求職者に断られた	27	79.4

求職者の希望に合わなかった条件

※重度対応加算を算定しているが、常勤の看護師が配置されていない施設のうち「条件が折り合わず、求職者に断られた」と回答した施設

求職者の希望に合わなかった条件等とはどのような点ですか(複数回答)

	施設数	割合(%)
	n=27	
夜勤がある(多い)こと	1	3.7
日曜・祝日等の勤務がある(多い)こと	11	40.7
オンコール対応がある(多い)こと	11	40.7
勤務時間が柔軟に選択できないこと	3	11.1
有給休暇が少ないこと	2	7.4
託児室・保育施設がないこと	1	3.7
育児に関する休暇・勤務・時間等の制度が充分でないこと	0	0.0
家族等の介護に関する休暇・勤務・時間等の制度が充分でないこと	0	0.0
教育・研修制度、支援の仕組み等が充分でないこと	0	0.0
通勤に時間がかかること	4	14.8
賃金が安いこと	15	55.6
諸手当がない(少ない)こと	3	11.1
昇給制度がないこと	0	0.0
職場の雰囲気合わないこと	4	14.8
業務量が多いこと	4	14.8
責任が重いこと	16	59.3
ケア体制に不慣れであること	6	22.2
わからない	0	0.0
その他	3	11.1

今後の重度化対応加算の算定について

※重度化対応加算を「算定していない」と回答した施設

今後、貴施設での重度化対応加算を算定できるようにしたいと考えていますか

	n= 711		n= 324		n= 1035	
	常勤看護師あり		常勤看護師なし		合計	
	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
加算を算定できるようにしたい	533	75.0	223	68.8	756	73.0
加算できなくてもよい	178	25.0	101	31.2	279	27.0

重度化対応加算を算定しない(できない)理由

※重度化対応加算を算定していない施設

重度化対応加算を算定しない(できない)理由は何ですか(複数回答)

	n= 365		n= 841		n= 1206	
	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
	常勤看護師なし		常勤看護師あり		合計	
常勤の看護職員が確保できない	144	39.5	163	19.4	307	25.5
適任者がいないため看護にかかる責任を定めることができない	67	18.4	78	9.3	145	12.0
看護職員、または病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携による24時間の連絡体制を確保できない	110	30.1	279	33.2	389	32.3
看護職員による健康上の管理等を行う体制が確保できない	22	6.0	76	9.0	98	8.1
看取りに関する指針等を定めていない	128	35.1	343	40.8	471	39.1
定めた看取りに関する指針について、すべての入居者・家族等から同意を得られない	19	5.2	74	8.8	93	7.7
看取りに関する職員研修が行えない	52	14.2	137	16.3	189	15.7
看取りのための個室が確保できない	98	26.8	227	27.0	325	26.9
施設の方針として看取りを行わない	55	15.1	83	9.9	138	11.4
常勤の看護師を確保するには、加算の点数が充分ではない	97	26.6	131	15.6	228	18.9
その他	24	6.6	107	12.7	131	10.9

入所定員数別の常勤看護師の有無 × 重度化対応加算算定の有無

n= 4491

			入所定員																		合計	
常勤看護師の有無	重度化対応加算算定の有無		30人未満		30~50人未満		50~60人未満		60~70人未満		70~80人未満		80~90人未満		90~100人未満		100~130人未満		130人以上		合計	
			施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
常勤看護師あり	重度化対応加算算定あり	施設数	54	44.3	98	48.8	1084	60.8	189	65.9	280	70.2	541	68.7	101	70.1	447	73.9	124	76.1	2918	65.0
		割合(%)	1.9		3.4		37.1		6.5		9.6		18.5		3.5		15.3		4.2		100.0	
	重度化対応加算算定なし	施設数	25	20.5	58	28.9	342	19.2	61	21.3	75	18.8	147	18.7	32	22.2	107	17.7	27	16.6	874	19.5
		割合(%)	2.9		6.6		39.1		7.0		8.6		16.8		3.7		12.2		3.1		100.0	
	計	施設数	79	64.8	156	77.6	1426	80.0	250	87.1	355	89.0	688	87.4	133	92.4	554	91.6	151	92.6	3792	84.4
		割合(%)	2.1		4.1		37.6		6.6		9.4		18.1		3.5		14.6		4.0		100.0	
常勤看護師なし	重度化対応加算算定あり	施設数	22	18.0	13	6.5	164	9.2	14	4.9	25	6.3	48	6.1	6	4.2	24	4.0	6	3.7	322	7.2
		割合(%)	6.8		4.0		50.9		4.3		7.8		14.9		1.9		7.5		1.9		100.0	
	重度化対応加算算定なし	施設数	21	17.2	32	15.9	193	10.8	23	8.0	19	4.8	51	6.5	5	3.5	27	4.5	6	3.7	377	8.4
		割合(%)	5.6		8.5		51.2		6.1		5.0		13.5		1.3		7.2		1.6		100.0	
	計	施設数	43	35.2	45	22.4	357	20.0	37	12.9	44	11.0	99	12.6	11	7.6	51	8.4	12	7.4	699	15.6
		割合(%)	6.2		6.4		51.1		5.3		6.3		14.2		1.6		7.3		1.7		100.0	
	合計	施設数	122		201		1783		287		399		787		144		605		163		4491	
		割合(%)	2.7		4.5		39.7		6.4		8.9		17.5		3.2		13.5		3.6			

凡例

施設数	入所定員における加算算定の有無別の施設割合
加算算定の有無における入所定員別の割合	

地域区分別の常勤看護師の有無 × 重度化対応加算算定の有無

n= 4481

		地域区分												
常勤看護師の有無	重度化対応加算算定の有無		特別区 割合(%)		特甲地 割合(%)		甲地 割合(%)		乙地 割合(%)		その他 割合(%)		合計 割合(%)	
常勤看護師あり	重度化対応加算算定あり	施設数 割合(%)	87 3.0	69.6	336 11.5	62.5	74 2.5	66.7	288 9.9	64.3	2125 73.0	65.2	2910 100.0	64.9
	重度化対応加算算定なし	施設数 割合(%)	27 3.1	21.6	135 15.5	25.1	22 2.5	19.8	97 11.1	21.7	591 67.8	18.1	872 100.0	19.5
	計	施設数 割合(%)	114 3.0	91.2	471 12.5	87.5	96 2.5	86.5	385 10.2	85.9	2716 71.8	83.3	3782 100.0	84.4
常勤看護師なし	重度化対応加算算定あり	施設数 割合(%)	4 1.2	3.2	26 8.1	4.8	4 1.2	3.6	33 10.2	7.4	255 79.2	7.8	322 100.0	7.2
	重度化対応加算算定なし	施設数 割合(%)	7 1.9	5.6	41 10.9	7.6	11 2.9	9.9	30 8.0	6.7	288 76.4	8.8	377 100.0	8.4
	計	施設数 割合(%)	11 1.6	8.8	67 9.6	12.5	15 2.1	13.5	63 9.0	14.1	543 77.7	16.7	699 100.0	15.6
	合計	施設数 割合(%)	125 2.8		538 12.0		111 2.5		448 10.0		3259 72.7		4481	

凡例

施設数	地域区分における加算算定の有無別の施設割合
加算算定の有無における地域区分別の割合	

重度化対応加算等の経過措置に係る経緯について

平成18年4月 重度化対応加算及び夜間看護体制加算の創設

- 介護老人福祉施設等の入所者の重度化に対応し、夜間を含めた看護体制の強化や看取り体制を整備する観点から創設。
- 「常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること」を加算の算定要件の一つとしたが、施設が常勤の看護師を確保するために要する期間を考慮して、平成19年3月末までの間は、常勤の看護師に代えて常勤の看護職員でも算定可能とする経過措置を設定。

平成19年3月 経過措置を1年間延長

- 施設における常勤の看護師の確保が進んでいなかったことから、平成20年3月末まで1年間の延長を決定。

平成20年3月 経過措置を半年間再延長

- 各施設及び関係団体等においてさらに看護師確保に努めたものの、なお常勤の看護師を確保できず常勤の看護職員で加算を算定している施設が存在したため、そのような施設の実態等を明らかにするための調査を行うとともに、調査に要する期間として、さらに9月末までの延長を決定。

※ 社会保障審議会の答申では、「重度化対応加算等の実態について速やかに調査を行い、その結果を踏まえ、介護老人福祉施設等における重度化対応加算等のあり方について本年9月末までに結論を得るものとする。」とされた。

重度化対応加算等の概要

- 介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護において、次の①～⑤の要件を満たす場合に、重度化対応加算を算定する。
- 短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護において、次の①・②の要件（特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護については①・②に加え※の要件）を満たす場合に、夜間看護体制加算を算定する。
- 加算単位は、いずれも入所者1名につき1日当たり10単位。

重度化対応加算	介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
夜間看護体制加算	短期入所生活介護 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

【重度化対応加算】 1日10単位加算

- ①常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。
 - ②看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、入所者に対して、24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。
 - ③看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
 - ④看取りに関する職員研修を行っていること。
 - ⑤看取りのための個室を確保していること。
- ※重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

介護保険ホットライン2008 報告書

『このままでは将来が不安!』 概要版

主催 介護保険ホットライン企画委員会
 NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン
 高齢者介護情報誌『Better Care』編集部
 全国マイケアプラン・ネットワーク
 市民福祉情報オフィス・ハスカップ

開設期間 2008年6月12日・13日・14日
 開設時間 10時～16時
 開設場所 東京ボランティア・市民活動センター会議室

1. 相談件数 合計 101 件
2. ボランティア・スタッフ 45 人 (3日間のべ90人)
3. 合計相談時間 2,061 分 (34時間21分)
4. 平均相談時間 1件平均20.4分
5. 相談者の住む都道府県 1都11県 (合計101件)

青森県 1件	茨城県 2件	栃木県 1件	群馬県 1件	埼玉県 6件
千葉県 5件	東京都 54件	神奈川県 15件	長野県 1件	新潟県 1件
愛知県 1件	兵庫県 1件	不明 12件		

相談してきた人の過半数は60歳以上

6. 相談者の年代 (合計101件)

90代 1件 (1.0%)	80代 7件 (6.9%)	70代 23件 (22.8%)
60代 22件 (21.8%)	50代 22件 (21.8%)	40代 7件 (6.9%)
30代 2件 (2.0%)	不明 17件 (16.8%)	

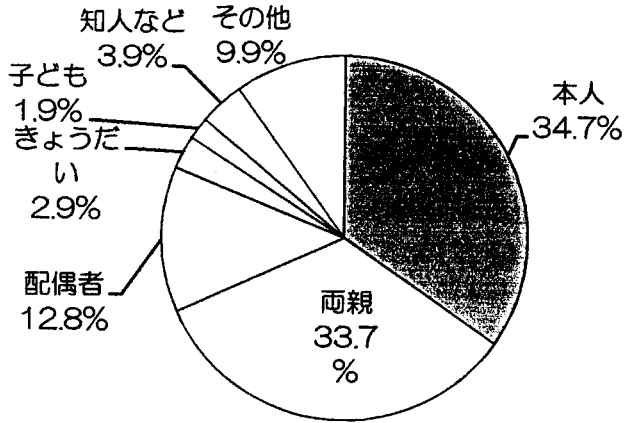
男性からの相談が増加

7. 相談者の性別 (合計101件)

女性 50件 (49.5%)	男性 48件 (47.5%)	不明 3件 (3.0%)
----------------	----------------	--------------

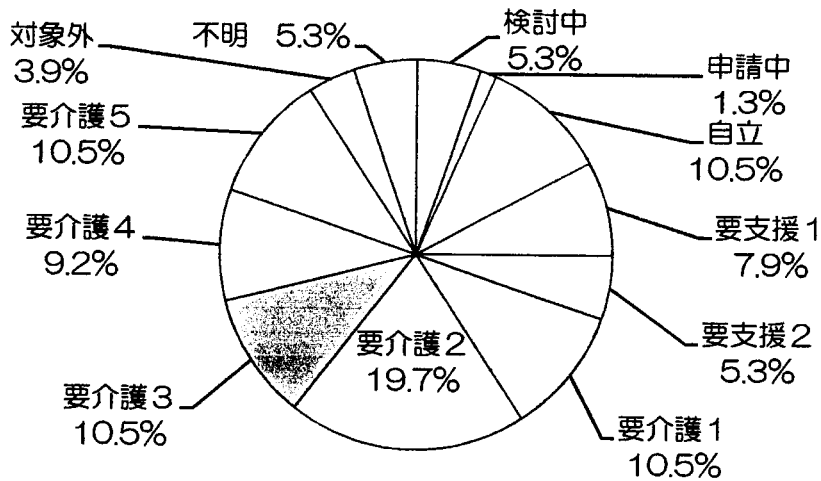
自分についての相談が3割超

8. 誰についての相談ですか？（合計 101 件）



本人	35 件	34.7%
母	25 件	24.8%
父	9 件	8.9%
妻	8 件	7.9%
夫	5 件	5.0%
きょうだい	3 件	3.0%
息子	2 件	2.0%
知人	2 件	2.0%
親族	1 件	1.0%
祖母	1 件	1.0%
その他	10 件	9.9%
合計	101 件	100.0%

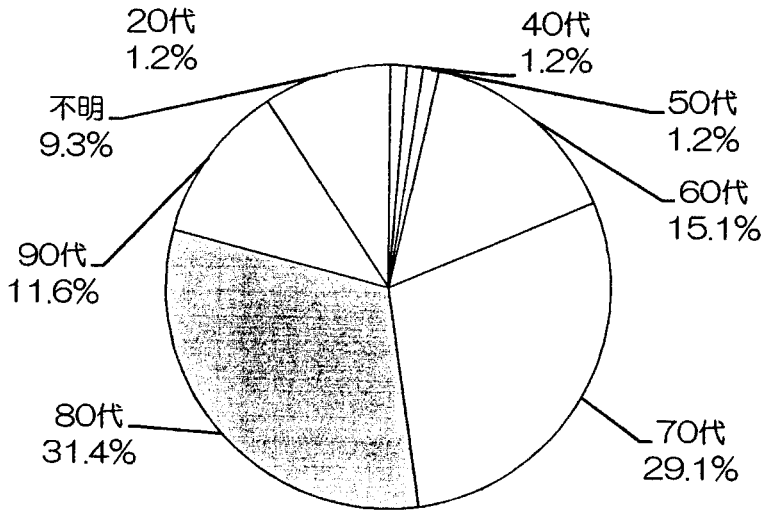
9. 相談の対象となる人の認定状況（合計 76 件 相談件数の 75.2%）



検討中	4 件	5.3%	要介護1	8 件	10.5%			
申請中	1 件	1.3%	要介護2	15 件	19.7%			
自立	8 件	10.5%	要介護3	8 件	10.5%	認定対象外	3 件	3.9%
要支援1	6 件	7.9%	要介護4	7 件	9.2%	不明	4 件	5.3%
要支援2	4 件	5.3%	要介護5	8 件	10.5%	合計	76 件	100.0%

介護されている人は70代、80代が中心

10. 介護されている人の年代



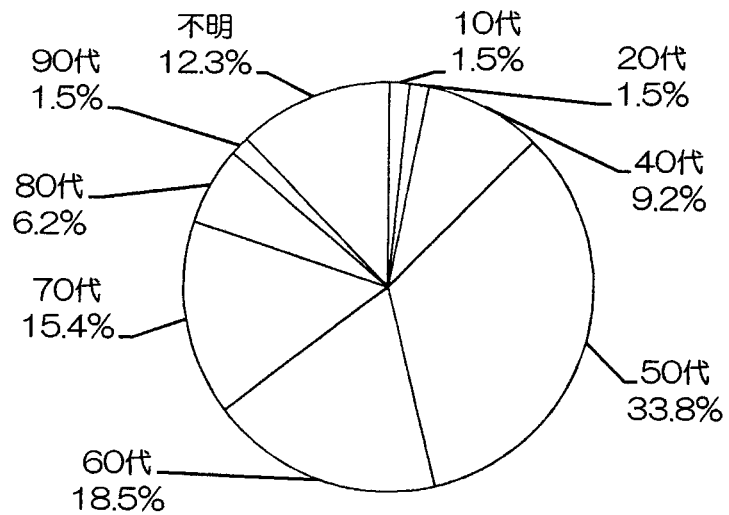
年代	件数	割合
20代	1件	1.2%
40代	1件	1.2%
50代	1件	1.2%
60代	13件	15.1%
70代	25件	29.1%
80代	27件	31.4%
90代	10件	11.6%
不明	8件	9.3%
合計	86件	100.0%

10~40代 2件 (2.4%)
 60代以上 75件 (87.2%)
 70代以上 62件 (72.9%)

介護している人は50代がトップ

11. 介護している人の年代 (合計65件 相談件数の64.4%)

年代	件数	割合
10代	1件	1.5%
30代	1件	1.5%
40代	6件	9.2%
50代	22件	33.8%
60代	12件	18.5%
70代	10件	15.4%
80代	4件	6.2%
90代	1件	1.5%
不明	8件	12.3%
合計	65件	100.0%



10~40代 8件 (12.3%)
 60代以上 27件 (41.5%)
 70代以上 15件 (23.1%)

介護が必要な人の約半数は高齢世帯

12. 介護される人の暮らし方（合計 87 件 複数回答あり）

高齢世帯	42 件 (48.3%)
施設サービス	1 件 (1.1%)
居住系サービス	6 件 (6.9%)
医療機関	3 件 (3.4%)

高齢夫婦世帯	22 件	25.3%
ひとり暮らし	20 件	23.0%
他世帯と同居	20 件	23.0%
在宅-不明	2 件	2.3%
老人保健施設	1 件	1.1%
有料老人ホーム	2 件	2.3%
ケアハウス	1 件	1.1%
グループホーム	3 件	3.4%
一般病院	1 件	1.1%
療養病床	1 件	1.1%
病院-不明	1 件	1.1%
不明	8 件	9.2%
その他	5 件	5.7%
合計	87 件	100.0%

相談の中心は、 ホームヘルプ・サービスと ケアマネジメント

13. 相談が寄せられた 介護保険サービス (合計 110 件 複数回答あり)

在宅サービス	70 件 (63.6%)
居住系サービス	8 件 (7.3%)
施設サービス	6 件 (5.5%)

ケアマネジメント	26 件	23.6%
ホームヘルプ・サービス	33 件	30.0%
訪問入浴	3 件	2.7%
訪問看護	1 件	0.9%
訪問リハビリ	5 件	4.5%
居宅療養管理指導	2 件	1.8%
デイサービス	13 件	11.8%
デイケア	4 件	3.6%
ショートステイ	3 件	2.7%
グループホーム	3 件	2.7%
有料老人ホーム	5 件	4.5%
福祉用具レンタル	5 件	4.5%
住宅改修	1 件	0.9%
特別養護老人ホーム	4 件	3.6%
老人保健施設	2 件	1.8%
合計	110 件	100.0%

困っているのはサービスの制限

14 相談のテーマ (合計 234 件 事務局分類 複数回答あり)

不満を表明する相談が多かった

15 相談の性格

(合計 173 件 相談スタッフ分類 複数回答)

相談	33 件	19.1%
不満	29 件	16.8%
怒り	22 件	12.7%
問い合わせ	19 件	11.0%
意見	18 件	10.4%
苦情	16 件	9.2%
悩み	14 件	8.1%
要望	13 件	7.5%
情報提供	7 件	4.0%
迷い	1 件	0.6%
その他	1 件	0.6%
合計	173 件	100.0%

4割の人がすでにどこかに 相談していた

16. 電話をかける前に他の機関に
相談しましたか? (合計 101 件)

相談した	42 件	41.6%
相談していない	29 件	28.7%
不明	30 件	29.7%
合計	101 件	100.0%

利用制限	22 件	9.4%
介護認定	21 件	9.0%
保険料負担	20 件	8.5%
市区町村対応	19 件	8.1%
家族介護	18 件	7.7%
サービスの質	17 件	7.3%
ケアプラン	15 件	6.4%
利用方法	14 件	6.0%
障害者サービス	11 件	4.7%
将来への不安	10 件	4.3%
医療ケア	10 件	4.3%
認知症	8 件	3.4%
権利擁護・成年後見	7 件	3.0%
厚生労働省対応	6 件	2.6%
介護保険外負担	6 件	2.6%
遠距離介護	6 件	2.6%
経済的負担	5 件	2.1%
都道府県対応	4 件	1.7%
生活保護	3 件	1.3%
介護労働	3 件	1.3%
利用料	2 件	0.9%
契約内容	2 件	0.9%
介護事故	2 件	0.9%
通院介助	1 件	0.4%
院内介助	1 件	0.4%
医療費控除	1 件	0.4%
合計	234 件	100.0%

7.ホームヘルプ・サービス

サービスが減ってしまった！

利用を減らされた

ALSの夫を在宅介護している。人工呼吸器、胃ろう、気管切開があり、ホームヘルプ・サービスを週6回利用していたが、カテーテル交換などで入院。退院後、ケアマネジャーから、要介護認定が要介護5から3になり、状態もよくなったので、ホームヘルプ・サービスが利用できないと言われ、今は訪問入浴とホームヘルプ・サービス週2回のみとなり、吸引ビン、吸引用カテーテルの洗浄、消毒は家族ができる判断された。(60代・女性)

「ホコリでは死なない」と言われた

脳血管障害で要介護3の認定を受けている。家の中ではつえを使い、やっと動ける状態で数年間、外出できないでいる。毎日、ホームヘルパーに来てもらっているが昨年、事業所に調査が入った。市と県の調査の結果、ホームヘルパーの毎日利用はダメ、掃除は週に2~3回で、「ホコリでは死なない」と言われた。入浴も週2回と言われ、それ以上利用したいなら自費と言われた。利用限度額は残っているのに、なぜ、自費になるのだろうか？(60代・女性)

一体、どこに相談したらいいのだろうか？

80代の母は要介護2で、ホームヘルパーのみ利用してきた。昨年夏、ケアマネジャーと事業所から「風呂場とトイレの掃除は、本人と一緒にやることになっている」、「一緒に出来ないなら、実費をいただく」と言われた。しかし、母は足腰が痛むのでできないと言っている。その後、今度は「お宅は同居だから、生活援助そのものが提供出来ない」と言われ、身体介護とデイサービスに変更した。しかし、買い物に付き添って、母がふらついてても手を差し伸べてくれない。一体どこに相談すればいいのだろうか？(50代・女性)

利用していて不安なことは……

ホームヘルパーが辞めてしまうのが一番の心配

夫は寝たきりで、酸素療法、胃ろう、尿カテーテルをしている。ホームヘルプ・サービスは週3回だが、浣腸、排便、オムツ交換、体位変換は相談者ひとりではできない。障害者サービスも自費サービスも利用している。しかし、ホームヘルパーが続かないため、相談者は病院に行くこともできない。一番の心配は、ホームヘルパーが辞めてしまうのではないかとということ。事業所が少ないうえ、どの人も慣れた頃に辞めてしまう。睡眠時間は1日3~4時間で、痰が

詰まるのが心配で外出もできない。(70代・女性)

生活援助が利用できない！

杓子定規なダメが多すぎる

ホームヘルパーに買い物を頼んだら、地域包括支援センターの社会福祉士に「本人にホームヘルパーが同行しないとダメ」と言われた。法律に書いてあるというが、本当なのだろうか？ ホームヘルパーが訪問している時は、1～2分でも本人が家を出るのはダメと言われた。あまりにも杓子定規ではないか？(70代・男性)

夫が元気だから利用できない

要支援1だが、ケアマネジャーから、夫が元気なのでホームヘルパーは使えないと言われた。同じ派遣先から自費でホームヘルパーに週1回、来てもらっている。内部疾患のため、掃除機が重たくて使えない。動作も話もゆっくりとしかできない。夫は現役で働いているが、もうすぐ70代になる。(60代・女性)

同居する子どもが就職活動ができない

相談者は80代で、骨折入院して要介護2だったが、その後、要支援2になった。しかし、かがむことが出来ず、掃除機もかけられない。夫は90代近くで要介護度3。同居する子どもが面倒をみてくれているが、就職活動をしたくても、ホームヘルパーに来てもらえないので、困っている。(80代・女性)

サービスがなくては、同居できない

ひとり暮らしの母は、室内は手すりです歩き、外出は車いす。きょうだい同居することを考えているが、ケアマネジャーから、同居すると洗濯、食事準備、買い物などすべてにホームヘルパーが入れなくなると言ってきた。しかし、きょうだいも働いている。せめて日中独居時の食事などへの援助がないと困るし、同居もできない。(60代・男性)

家族は体力的にも大変だ

父は要介護2、母は要介護1の認定を受け、食事作りにホームヘルパーが来ているが、今後毎食は使えないと言われた。相談者夫婦は共働きで、日曜日は妻が三食とも両親の分も作っているが、それだけでも体力的にも大変だ。また、父は車イスとベッドを借りていたが昨年、ベッドのレンタルは打ち切られた。(50代・男性)

同居するとサービスが利用できない？

ひとり暮らしの80代後半の父親は要介護2で、在宅酸素療法を受けている。このままひとり暮らしをさせるわけにはいかないため、相談者が退職して同居する予定でいる。今はデイサービス、ホームヘルプ・サービス、訪問看護を利用しているが、相談者が同居することにより、サービスが利用しづらくなるのではないかと心配している。相談者自身も障害があり、父親と同居しても仕事

がみつからないのではないかと不安があるが、これ以外に選択肢はないと思っている。(50代男性)

通院等乗降介助が利用できない!

会社を休んでつきそっている

親は難病だが、住んでいる自治体には利用できるサービスがない。月2回の通院のたびに、相談者が会社を休んで付き添っている。なんとかならないだろうか?(40代・男性)

デイケアに通うのに利用できないのか?

80代で要介護3の母はデイケアを利用しているが、施設に送迎サービスはない。本人はタクシーの乗降もできるが、見守りが必要な状態。送迎に「通院等乗降介助」が利用できるだろうか?(50代・女性)

11. ショートステイ

2ヶ月前の申し込みでは急な時に利用できない

相談者夫婦は親を介護している。急に出掛けなければならない場合などに、ショートステイを利用したいが、ケアマネジャーに相談したところ、2ヶ月前の申し込みと言われた。これでは利用できない。どのようにしたらいいのか聞きたい。また、2ヶ月前からの申し込みというのはいかしい。制度的になんとかならないのか?(50代・男性)

13. 有料老人ホーム、ケアハウス(特定施設入居者生活介護)

職員配置基準

有料老人ホームの職員基準は、介護保険では1:3だが、有料老人ホームでは1:2.5、まれに1:1.5などもあるようだ。費用負担と職員配置は比例しているとも思えるが、1:3をクリアすれば介護保険の対象になるのか? また、1.5人を担保できる根拠は、契約書、重要事項説明書のどこに書いてあるのだろうか?(80代・男性)

サービスが提供されなくなったときにはどんな対応があるのか?

有料老人ホーム入居後、胃ろうやりハビリテーションが保障されなくなったときには、どんな対応をしてもらえるのか?(80代・男性)

事故をめぐって係争中

母はケアハウスに入居しデイサービスなどを利用していたが、転倒骨折して入院中。介護保険

では契約書などが送られてくるが、説明がない。ケアマネジャーのことは事故があって初めて知った。事故後の対応が不適切だったため、現在、係争中だ。(50代・女性)

14.グループホーム

虐待に泣き寝入り

グループホームで親が骨折、虐待、介護放棄を受けたことで、施設に話し合いを要望したが、管理職の対応が不十分で、職員に責任転嫁をしてしまう。対応策を求めて、市、県に苦情申し立てし、18項目の情報開示請求をしたが、2項目しか回答がなかった。現在、介護放棄は収まったが、グループホーム管理者から誹謗中傷があり、親に対してグループホームから出て行くとも言っている。他の利用者が同じような目にあっているが、対応方法がわからないため、泣き寝入りをしている。(年代不明・女性)

家族しか事実を知らない

80代の母はグループホームに入所して6年目になる。しかし、ホームでは座らせるか、寝かせるかで、何もしていない。スタッフもそのほうが楽だ。他の利用者にも虐待の跡のようなアザがあるのを見た。骨折して歩けなくなった人もいる。経営者に訴えても、動いてはくれない。スタッフもあくどい経営者だと言うが、自分が職を失うのでたてつかない。市の介護保険課にも相談したが、調査は事前予告して行くのでとりつくろうことができる。かえって何ともないと擁護する。他のグループホームに変わることはできないので、家族は看てもらえるだけでもよかったとあきらめている。グループホームでは本人は何も言えず、家族しか事実を知らない。行政はあてにならない。(50代・女性)

15.老人保健施設

次のところがみつからない

70代のきょうだいは、脳血管疾患と心臓疾患で入院後、老人保健施設を2ヶ所変わった。次の施設を探していたが、3ヶ所から説明なく断られた。説明を求めたところ、「入居者がいっぱいでは手が回らない」、「尿カテーテル(医療処置)がある」とのことだった。県にも相談したが、ダメ。サービス提供拒否の禁止に反しているのではないかと。現在、別の老人保健施設を待機中。特別養護老人ホームも9ヶ所に申し込んでいる。(70代 男性)

16.特別養護老人ホーム

10年待ちと言われた

90代の祖母は認知症で要介護5。相談者の母が働きながら、ひとりで介護してきた。70歳になろうとする母は、仕事と腰痛を抱えての介護で、倒れそうになっている。役所に相談したところ、特別養護老人ホームに申し込むように助言されたので、書類を取り寄せ17ヶ所に申し込んだが、500~1000人の待機者がおり、入所まで長いと3~10年もかかってしまうと説明された。特別養護老人ホーム少なすぎると思うので、意見として取り上げて欲しい。また、今後どうしたらよいか、教えてほしい。(40代 男性)

減免制度を適用しない新型ユニット

新型ユニット特養は食費・居住費の負担が12~16万円くらいで、待機者が定員の5倍くらいいる。従来型特養は食費・居住費の負担が7~9万円くらいで、待機者が定員の倍くらいいる。ホテルコストについては施設裁量なので、県は何もいえないという。しかし、新型ユニットはホテルコストが高すぎる。また、ひとつの施設は食費について減免制度を適用していない。本来なら課税状況により、第1段階~第4段階と食費の減額制度が適用されるが、その施設は食費が6万3000円くらい。また、このように高額をとるからといって、質の良いケアをしているわけではない。現在、県とも交渉中だが、全施設において、減免制度が適用されるよう法整備してほしい。(70代・男性)

22.このままでは将来が不安だ！

経済的な不安

生活保護も受けられない！

70代で独身だが、どうしようもない状態。公営住宅に暮らし、特別養護老人ホームは申し込めず、孤独死と背中合わせ。貯金300万円では生活保護も受けられない。ここが終の棲家と考えると不安。成年後見人にしてもお金がかかる。せめて公的サービスがひとり暮らし高齢者の見回りだけでもしてほしい。(70代・女性)

蓄えが底をついてしまうのが不安

ガンで入退院を繰り返しながら、在宅生活をしている。福祉事務所では、預金があるため、生活保護対象にならないと言われた。公営住宅に応募しても落選ばかり。家賃の値下げもしてもらえず、生活を切りつめ、迷惑をかけないように暮らしている。蓄えが底をついてしまうのが不安だが、だれもきちんと対応してくれない。こうした現状があることを国や行政に伝えてほしい。(60代・女性)

ひとりの不安

保証人がみつからない

働いているが、所得が少ないため、生活保護を受けている。借家の更新があるが、保証人になっている遠方の親せきも生活が苦しいらしく、今回は頼むのが難しい。NPOなどで、保証人になってくれるところがあると聞いたが、具合が悪くなった時や、死後の弔いなどにも不安がある。役所にはすでに相談した。(70代・女性)

相談する人がいない

両親は亡くなり、きょうだいも遠方に暮らすひとりだけ。「近くに身内がないのだから、帰ってくれば」というが、何もすることがないので、帰っても仕方がない。今は団地でひとり暮らし。誰も話す人がいない。このような場合、誰に相談したらよいか教えてほしい。介護保険料を払うのが嫌なのではない。うまく使いたい。(60代・男性)

誰にも助けてもらえない

70代の夫はがんで、相談者も心臓病を患っている。子どもがいないので、ひとりになった時が不安だ。88歳の夫が介護していた妻を殺してしまった事件を聞いて、自分もそうなるのではないかと感じた。役所にも地域包括支援センターにも相談したが、人手がないので対応できないと言われた。民生委員も何もしないし、社会福祉協議会もボランティアがいない。誰にも助けてもらえない。(70代・女性)

23.家族介護

現金給付を認めてほしい

70代の父は在宅酸素で要介護3、障害者手帳も持っている。トイレに行くなど動くと血中酸素が落ちてしまい、常時見守りが必要な状態。母は仕事を辞めさせられ、相談者と交互に介護している。相談者はホームヘルパーの資格を持っているが、家族介護には給付がない。経済的にも苦しいため、家族介護でも給付されるよう制度を改善してほしい。(年代不明 男性)

どうやって利用を説得したらいいのだろう？

会社を辞めて、80代の親を介護している。要介護1から要介護2と重くなってきているが、本人が内向的でサービスを嫌がるため、介護保険は利用していない。歩けないため、トイレ介助が必要。デイサービスを利用しながら、勤め先を探したいと思っているが、どうしたらサービスを利用するよう説得できるだろうか？(40代・男性)

働くことができず、困っている

90代の父は要支援2で、通院には付き添いが必要。80代の母は足の具合が悪く、家事がで

きない。相談者は毎日、両親の手伝いに通っているが、他人を家に入れたくないと言われ、サービスが利用できない。働くことができず困っているが、両親の支援をすることでホームヘルパーとしての報酬を得ることはできないのか？（年代不明・女性）

介護家族を支援してくれるところは？

親は脳血管障害で要介護5だが、入院中で医療保険と障害者認定で1割負担、高額医療も適用されず、全く介護保険が使えない。毎月22万円の負担（差額ベッド含む）で経済的にも精神的にも大変。介護家族を支援してくれるところを教えてほしい。（40代・女性）

もっと家族の負担を減らしてほしい

90代の親を介護していて、疲れている。施設をもっと増やしてほしい。この国は道路と命のどちらが大切なのかと思う。もっと社会保障にまわしてもらいたいが、何かといえば消費税を上げるとか言う。ドイツでは現金支給があり、家族介護を労働とみなしていると聞いた。もっと家族の負担を減らしてほしい。安心して暮らせる制度にしてほしい。（60代・女性）

サービスを提供する人たちが親身になってくれない

母は訪問してくれる医師やホームヘルパーへの拒否が激しく、薬の服用も嫌がる。きょうだいと交替で介護する予定だが、きょうだいの住む自治体の医師やケアマネジャーはあまり親身になってくれない人たちだ。介護保険を利用しながら介護していきたいと思っても、介護保険サービスを提供する人たちに問題がある。（年代不明 女性）

定期的に訪ねているけれど……

他県に住む両親はふたり暮らし。相談者は定期的に訪ねている。母は70代で要介護度2だが、足が不自由なため、トイレ介助が必要な状態。ホームヘルパーを勧めても、父が自分でやると主張するが、実際はできないのに頑として受け付けない。デイサービスは利用している。市の介護保険担当、ケアマネジャーが何度も来ているらしい。（40代・女性）

酒でも飲まないとやってられない

失業期間に80代で要介護4の母を介護しはじめて、5年近くなる。相談者は先行きに不安を覚え、アルコール依存傾向となり、主治医からは母よりも危ないと言われている。母をホームにいれて、自分の生活を立て直したいが、どこもいっぱいに入れない。有料老人ホームを利用する経済的余裕はない。また、同居家族がいるため生活援助が利用できなくなった。酒でも飲まないとやってられない。（50代・男性）

25.働く立場から

保険者はホームヘルパーについて利用者を指導すべきだ

ホームヘルパーとして働いているが、お手伝いだと思っている利用者に、介護保険の財源がどうなっているかなども含めて、保険者がしっかり指導をするべきだ。(年代不明・女性)

ケアマネジャーは診療内科に通っている人が多い

ケアマネジャーは心療内科に通っている人が多くなり、大変な状況になっています。経営者はお金儲けのことしか考えていない！ ホームヘルパーもケアマネジャーも、資格を持って仕事をしているのです。(年代不明・女性)

介護報酬は給与にならない

介護保険は仕組みに問題がある。税金も使うのだから、何でも民間ではダメだ。ホームヘルパーの給与が少ないから、人が辞めていく。介護報酬は契約先が取ってしまうからだ。(70代・男性)

ストレスで体調を崩して休業中

ホームヘルパーとして勤務していたが、ストレスのため体調を崩して現在休業中。90代の男性利用者にサービス提供中に、セクハラ発言をされたり、後ろから抱きつかれたりしたが、サービス提供責任者からは「歳だから寂しいのよ」と言われ、適切に対応してもらえなかった。体調が回復したあと、介護の仕事に戻るかどうか迷っている。(50代・女性)

働く人たちに光を

社会福祉法人併設事業所は行政と癒着して順調な経営だが、小規模事業所の経営は難しい。介護職への待遇の悪さなど、社会全般が弱者に厳しく、やさしさ、思いやりが見られない。介護保険制度が趣旨どおりに利用者本位に運用され、そこで働く人々にも光が当てられる方向で改善されていくことを望んでいる。(40代・男性)

介護保険ホットライン企画委員会

企画委員会事務局 160-0022 新宿区新宿1-14-6 御苑ビル3F 『Better Care』編集部気付
TEL：090-5786-8700 (市民福祉情報オフィス・ハスカップ) FAX：03-3303-4739

介護保険ホットライン2006報告書『利用者は何に困っているのか？』(2006.09発行)

介護保険ホットライン2007報告書『サービスが利用できない！』(2007.08発行)

参考 介護保険ホットライン報告書 目次

I	数字からみる介護保険ホットライン 2008	……………1
II	相談内容からみる介護保険ホットライン 2008	……………9
	1. 介護保険制度について	
	2. 介護認定について	……10
	3. 介護保険料	……16
	4. 介護保険特別会計	……22
	5. 介護保険事業計画	……24
	6. ケアマネジャー	
	7. ホームヘルプ・サービス	……28
	8. 訪問入浴サービス	……33
	9. デイサービス	……34
	10. テイケア	……35
	11. ショートステイ	
	12. 福祉用具	……36
	13. 有料老人ホーム、ケアハウス	
	14. グループホーム	……38
	15. 老人保健施設	
	16. 特別養護老人ホーム	……39
	17. 市区町村の独自サービス	……40
	18. 認知症	
	19. 障害者サービス	……41
	20. 苦情解決機関	
	21. 福祉サービスの第三者評価	……42
	22. このままでは将来が不安だ！	
	23. 家族介護	……44
	24. 相談先	……47
	25. 働く立場から	……48
	26. 医療サービス	……50
	27. 後期高齢者医療制度	
	28. 成年後見制度	……51
III.	介護保険ホットラインに寄せられた資料	
	1. 特別養護老人ホームのホテルコストについて（介護保険とよなか市民会議）	……53
	2. 東京都北区に住民監査請求をしました（東京都北区・東間一夫）	……57
	3. わたしたちが望むケアマネジメントについて（ケアマネジメントを考える会）	……61

厚生労働省に聞きました！

- Q1 要介護認定の申請をしてから通知が届くまでの期間は、サービスが利用できないのですか？ ……12
- Q2 65歳になって障害者サービスから介護保険サービスに移行した場合、介護認定が軽くなるのではないかとこの疑問があるのですが？ ……13
- Q3 介護保険料は所得に応じて負担段階を設定することはできないのですか？ ……16
- Q4 介護保険料はなぜ年金から天引きされるのですか？ ……19
- Q5 介護保険料の不正流用はありますか？ ……20
- Q6 妻の介護保険料が天引きされるとなぜ、夫の確定申告の控除対象にならないのですか？ ……21
- Q7 介護保険事業計画策定時に、保険者の施策についてのアンケートがないのはなぜですか？ ……24
- Q8 ケアマネジャーは利用者の都合に関わらず、毎月訪問することになっているのでしょうか？ ……25
- Q9 ケアマネジャーはどのようにして選んだらいいのでしょうか？ ……26
- Q10 ホームヘルパーに買い物頼むことはできないのですか？ ……30
- Q11 ホームヘルパー訪問時には、まったく外出できないのですか？ ……31
- Q12 家族が同居すると介護保険サービスが利用しづらくなるとの心配があるのですが？ ……32
- Q13 老人保健施設は利用申し込みを拒否していいのでしょうか？ ……39
- Q14 介護保険関係者に不満があるときは、どこに相談したらいいのでしょうか？ ……47

国土交通省に聞きました！

- Q1 高齢による住み替えなどの相談はどこにしたらいいのでしょうか？ ……52

国税局に聞きました！

- Q1 妻の介護保険料が天引きされるとなぜ、夫の確定申告の控除対象にならないのですか？ ……21

資料

- 1 介護保険サービスを利用できるのは介護認定を受けた40歳以上の人たち ……15
- 2 介護保険料を払うのは40歳以上 ……17
- 3 65歳以上の第1号被保険者は基準額未達が7割超 ……18
- 4 介護保険料の課題 ……18
- 5 全国計でみれば、介護保険会計は毎年、黒字 ……23
- 6 「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助等の取扱いについて」 ……32
- 7 介護保険サービスと医療費控除 ……34
- 8 「有料老人ホームの適切な運営の確保」 ……37
- 9 高齢期の所得と年金 ……43
- 10 主な介護者の状況 ……44
- 11 サービスの保障（現物給付）の考え方 ……44
- 12 介護家族への負担が継続就労を阻害する要因 ……45
- 13 職場環境の整備が不可欠 ……49
- 14 介護人材確保法 ……49
- 15 後期高齢者医療制度 ……51

重度化対応加算等に係る看護体制について(意見)

平成 20 年 9 月 25 日

社会保障審議会介護給付費分科会委員 中田 清

(社団法人 全国老人福祉施設協議会会長代行)

重度化対応加算、看取り介護加算等に係る経過措置が、本年9月末日をもって切れることから、現場の実態を踏まえ、今後の取扱いについて以下のように要望します。

1. 現行の「常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること」について、

「(一定以上の医療機関経験を有する)常勤准看護師により配置医師との密接な連携体制を取っている場合」についても認めること。

<理由>

- 1) 平成20年6月現在、経過措置によっている施設は、全体の7.2%となっている。
 - ・ これら施設では、8割以上の施設が看護師の求人をしていないにも関わらず、その7割が「採用の見込がない」というのが実態である。
 - ・ 求職者の希望に合わない理由の多くは、①責任が重い、②賃金が安い、③オンコール対応がある、④日曜・祝日勤務がある・・・など、賃金以外の問題も多々ある。
 - ・ 常勤看護師を確保できないため経過措置によっている施設の多くが、定員60人未満の小規模施設であり(61.7%)、「その他」地域に在る(79.2%)。
 - ・ 施設が努力しても、「地域に看護師がいない」、少数職員施設のために「多くのプレッシャーがかかる」という構造的な問題を解決しない限り、看護師による重度対応、看取り介護には限界があるというのが実態である。
- 2) 平成20年3月25日介護給付費分科会において経過措置の再延長が答申された際に、「重度対応加算等の実態について速やかに調査を行い、その結果を踏まえ、介護老人福祉施設等における重度化対応加算等のあり方について本年9月末までに結論を得るものとする。」とされている。
2. 介護老人福祉施設等における看護体制のあり方について

看護職員の確保が困難な状況にあつて、「人員配置基準を上回って看護師及び准看護師を配置し、看護体制の強化に努めている施設」に対する介護報酬上の評価を行うこと。

重度化対応、看取り介護に取り組む現場の声！

<広島県東広島市の特養ホームの場合>

平均要介護度:3.93 …… 要介護4(31.8%)、要介護5(34.1%)

経管栄養(1日平均) …… 18.38人(23.8%)

- 当施設の看護職は、8月まで勤務していた看護師が家庭の都合で退職し、新たに准看護師1名を補充して、現在准看護師5名(常勤4名・非常勤1名)で対応しています。引き続き看護師に対する採用活動を続けており、看護職員の人員の増を図っていますが、獲得は容易ではありません。当施設の看護主任は、看護師がいた間も、経験の長い准看護師で対応しています。夜間はオンコール体制をとっています。
- 医師と看護職の指示・連携については嘱託医勤務時の看護職からの報告及び回診、勤務時以外は電話での報告指示により対応しており、基本的に医師の指示以外で点滴等の医行為が行われることはありません。
- 准看護師主体の看護体制が支障となっていることは考え難く、重度化対応加算の本来の目的である、施設で増え続ける医療ニーズを持つ利用者が施設で介護サービスを受けることができる体制には、看護職員の量と経験、医師・介護職との連携体制の影響が大きいと思います。

<北海道豊富町の特養ホームの場合>

平均要介護度:4.0 …… 農業・漁業中心の限界集落

- 10月1日までに看護師を採用するために、ナースバンク・ハローワーク・新聞広告等、あらゆる手段を使って募集しているが、問い合わせの電話すらかかってこない。
- 現在、常勤の准看護師3名で24時間の連絡体制を確保して、看取りニーズにも応えています。

<新潟県上越市の特養ホーム>

- 入所指針に基づく入所判定により、平均要介護度は上がり続け、近隣施設では平均要介護度4~5の施設もあります。
- 当施設では、看護師の配置・確保ができていますが、それでも運用上は、看護職員をあと1名必要としています。協力病院と隣接していることから、医師・看護職がオンタイムで対応できる体制にあり感謝しています。
- しかし県内の他施設では、准看護師の採用すら極めて困難な状況にあります。
- いずれにしても重度化対応加算等を取得されている施設は、オンコール体制、配置医師との連携や指導体制は確立されています。