

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

高齡者住宅推進機構

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 (株式会社学研コソ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) 高齡者住宅推進機構代表理事

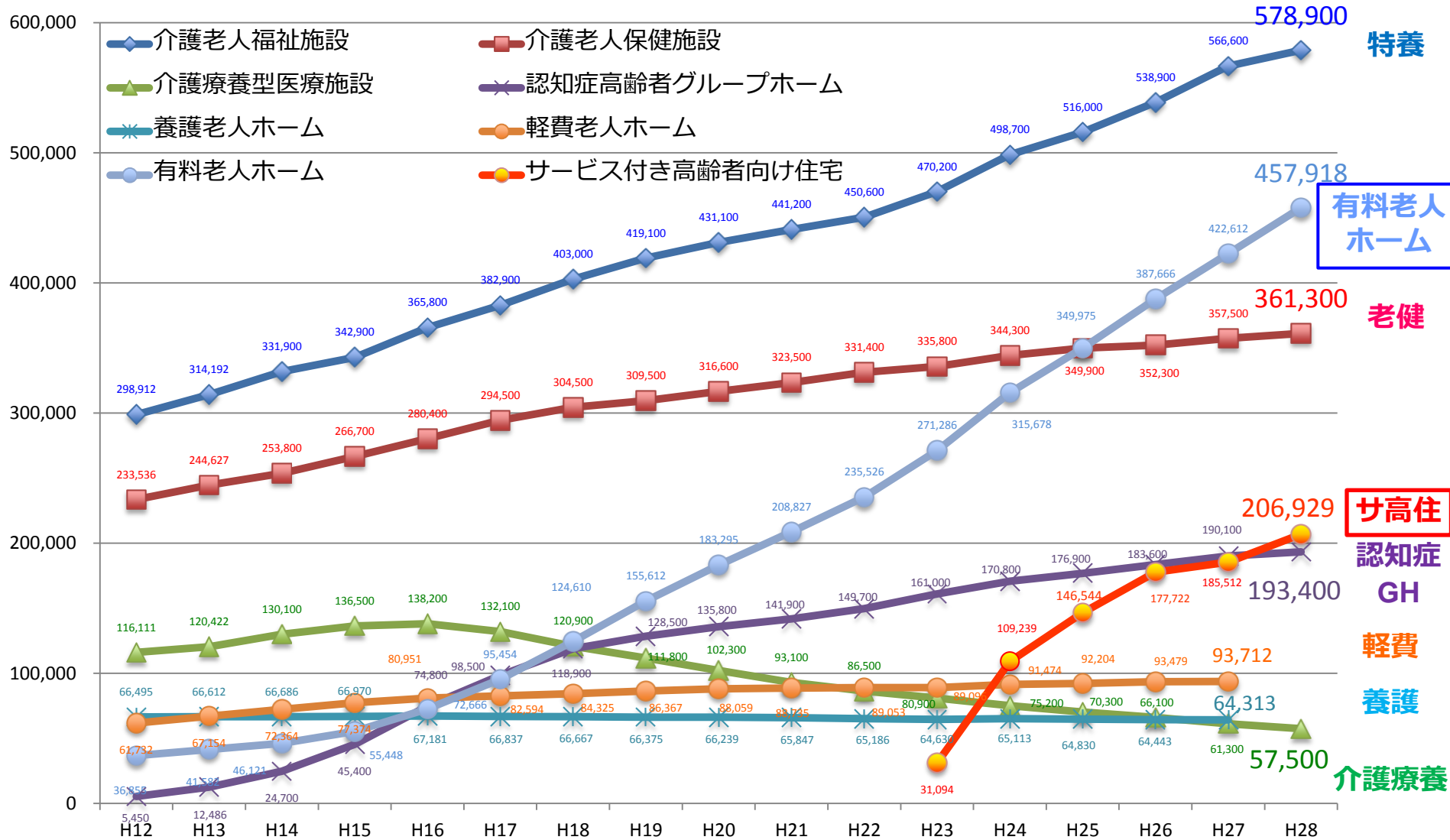
: 廣江 研 (社会福祉法人こうほうえん 理事長) 高齡者住宅推進機構理事

: 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 (一般財団法人高齡者住宅財団 専務理事) 高齡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。

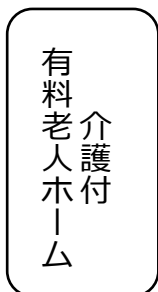
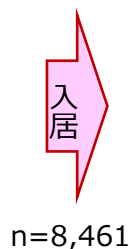
高齢者住まいの入退去の状況

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）。

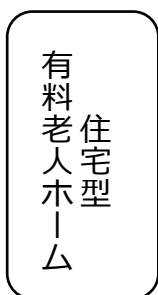
入居・退去の状況

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%



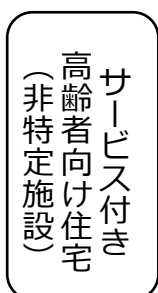
自宅	6.6%
他の居住施設	8.3%
介護保険施設	10.3%
医療機関	18.0%
死亡	54.1%
その他・不明	2.6%

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)

高齢者向け住まいでは、入居者に「役割」をもつていただくこと、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」

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あります。

- 「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」



サービス付き高齢者向け住宅「銀木犀」

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

地域に開かれた
広い空間のリビング



太鼓サークルで
入居者と子どもが
一緒に練習

駄菓子屋コーナーに集まる
近所の子もたち

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

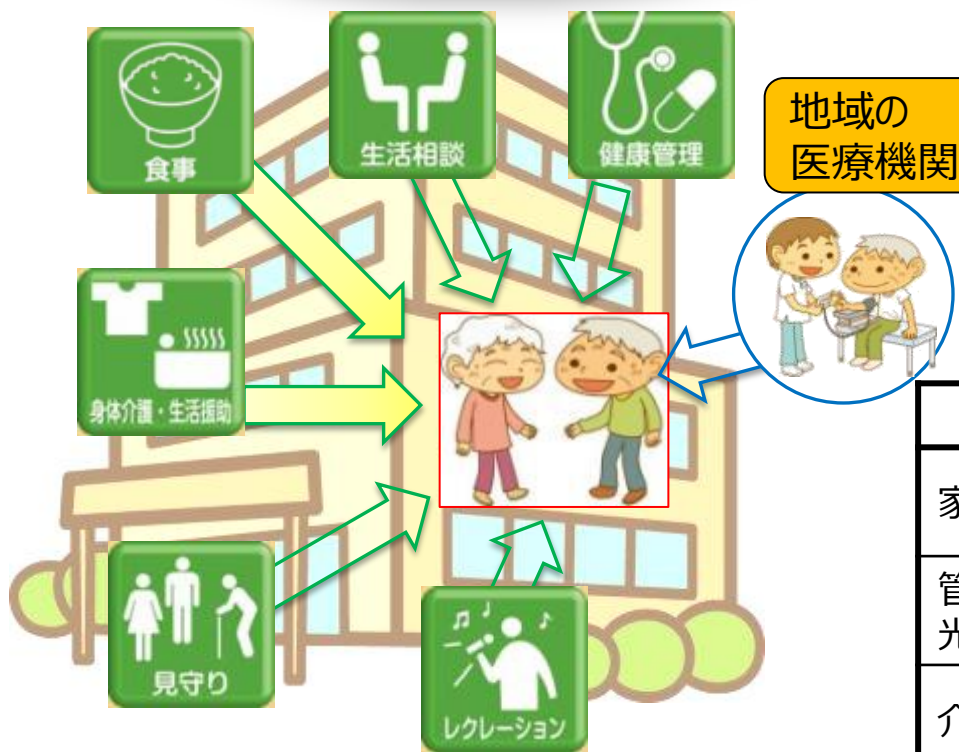
介護付きホーム

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。

介護付きホーム
（特定施設）



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

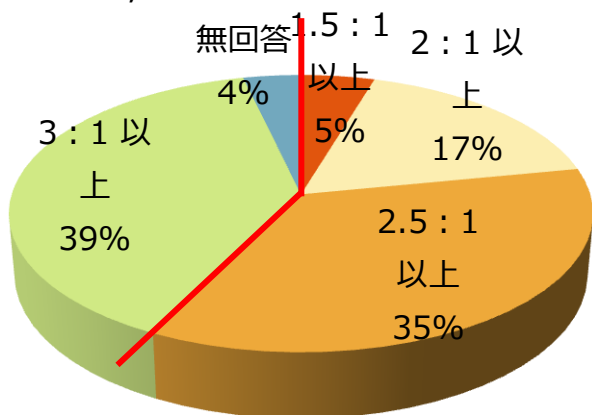
介護付きホーム（特定施設）の職員体制・夜間看護体制

介護付きホーム（特定施設）は、

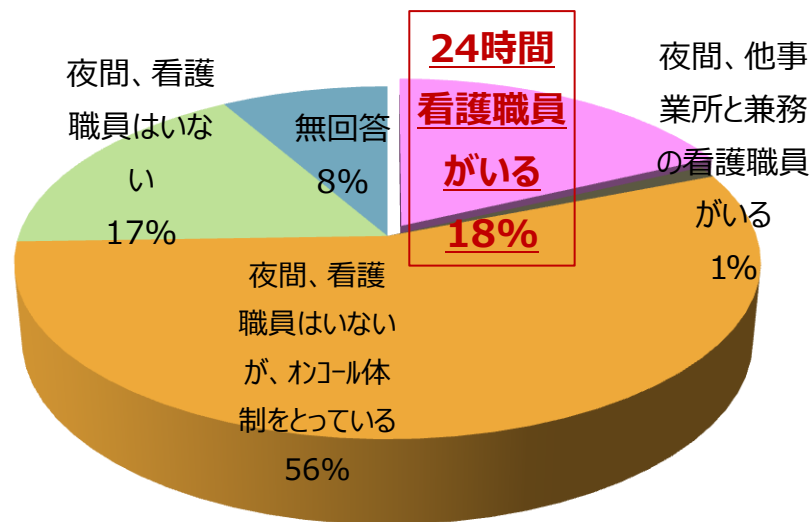
- ① 半数以上が2.5：1以上の手厚い職員体制を約束し、
- ② 24時間看護職員を配置しているホームは、18%（平成28年度調査）

* 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）



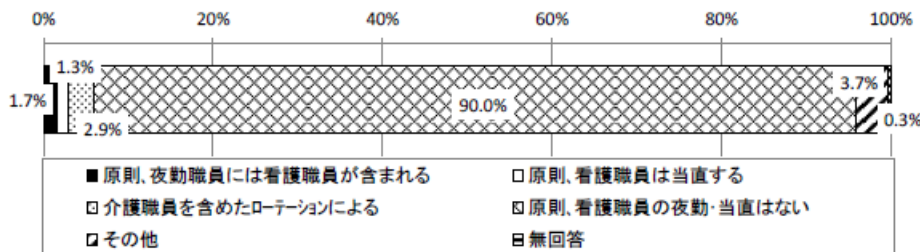
* 介護付きホーム(特定施設)は、手厚い職員体制をとり、上乗せ介護費用を請求することができます。

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)

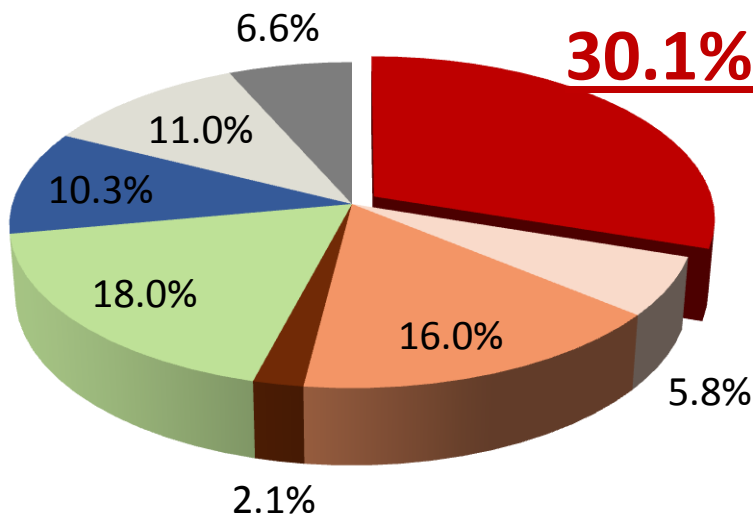


介護付きホーム（特定施設）での看取り

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。

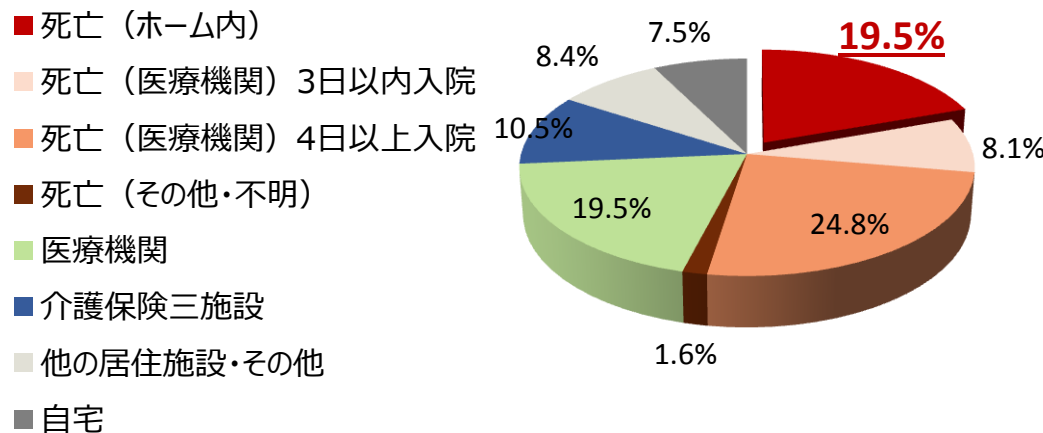
平成28年度 退去先の場所別にみた人数
介護付有料老人ホーム（4,613件中）



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

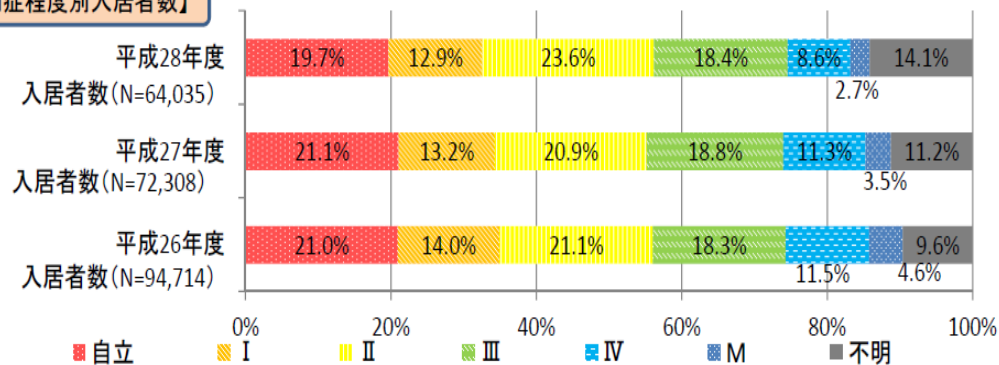
介護付きホームの中で**認知症ケアで最も悩んでいる対象者は、要介護3**に続いて、**要介護2**の方、という調査結果があります。

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

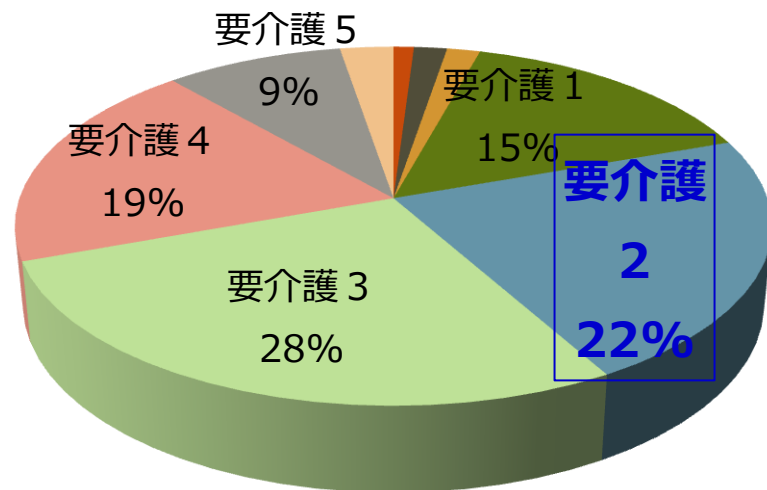
【認知症程度別入居者数】



(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「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

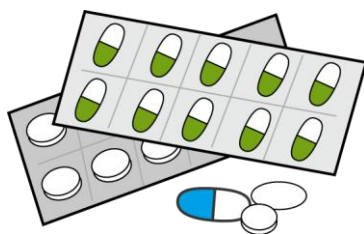
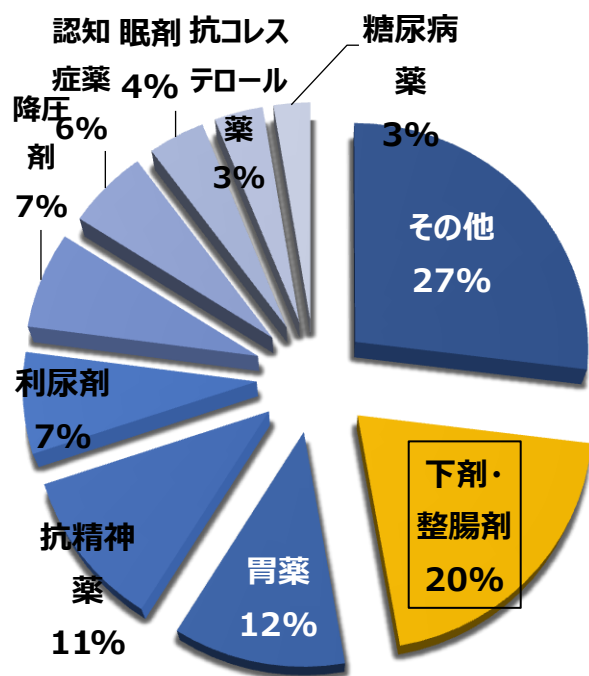
■ 自宅復帰

	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)

「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

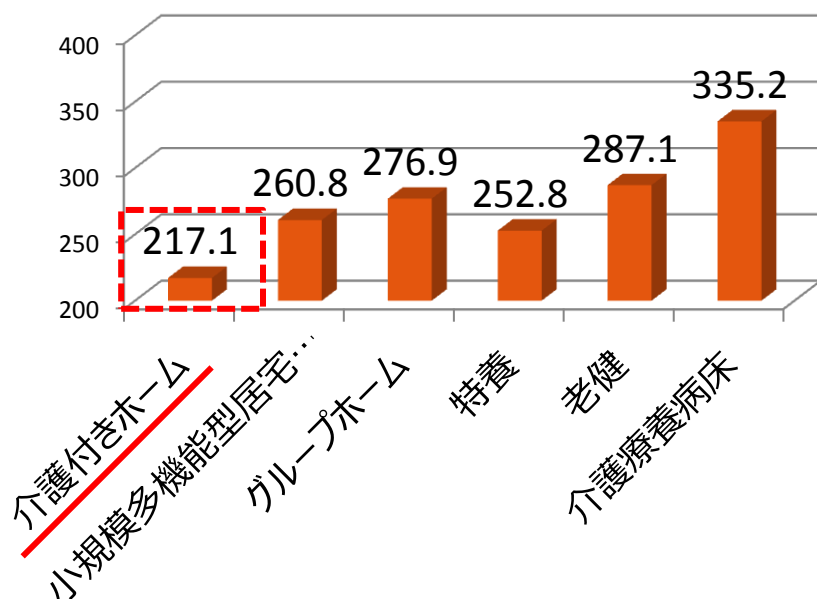


介護付きホームは介護施設の中で最も経済的

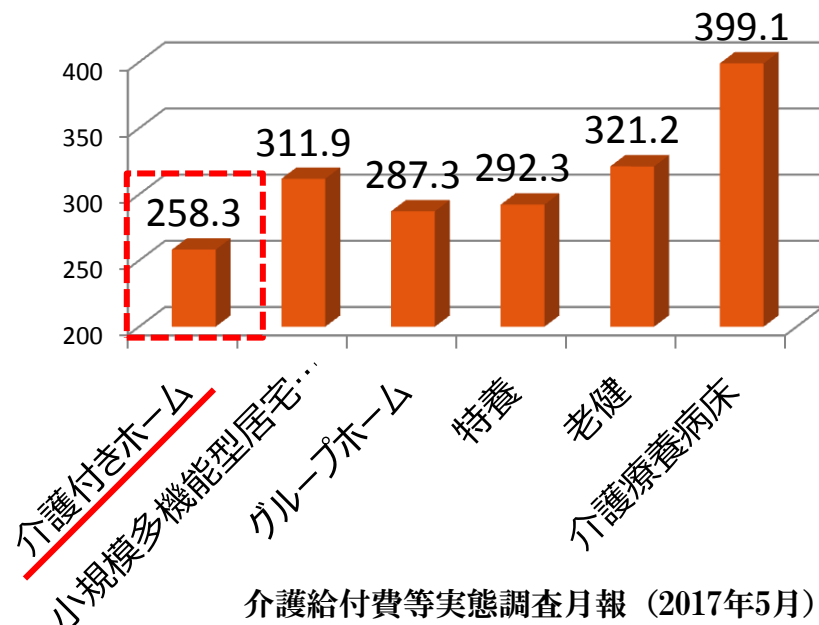
介護施設・高齢者の住まいの中でも、**介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）**は、**介護保険上、最も経済的です。（＝安い費用で介護サービスを提供しています）**

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）

要介護3 (単位：千円)



要介護5 (単位：千円)



介護給付費等実態調査月報（2017年5月）

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。**

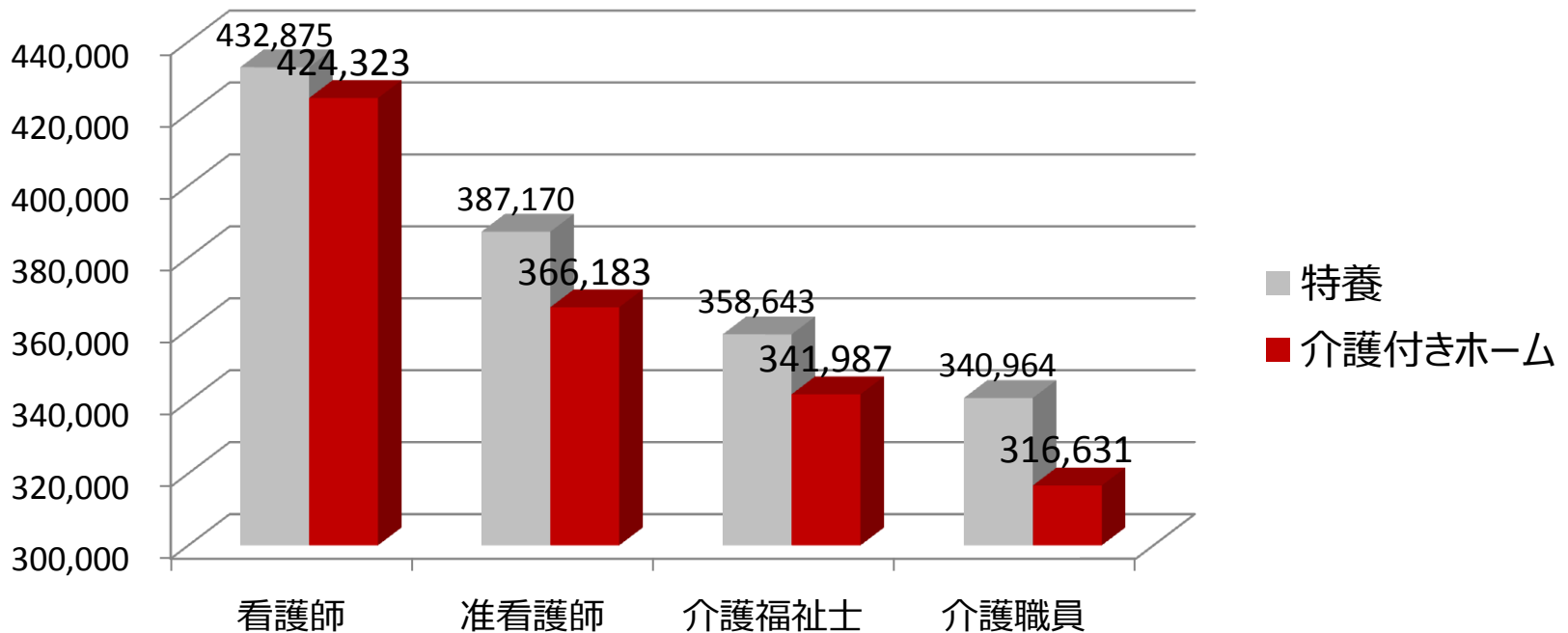
介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）の大半を占める「有料老人ホーム」には、**建設費補助や税制優遇などありません。**

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）

（単位：円）



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%**

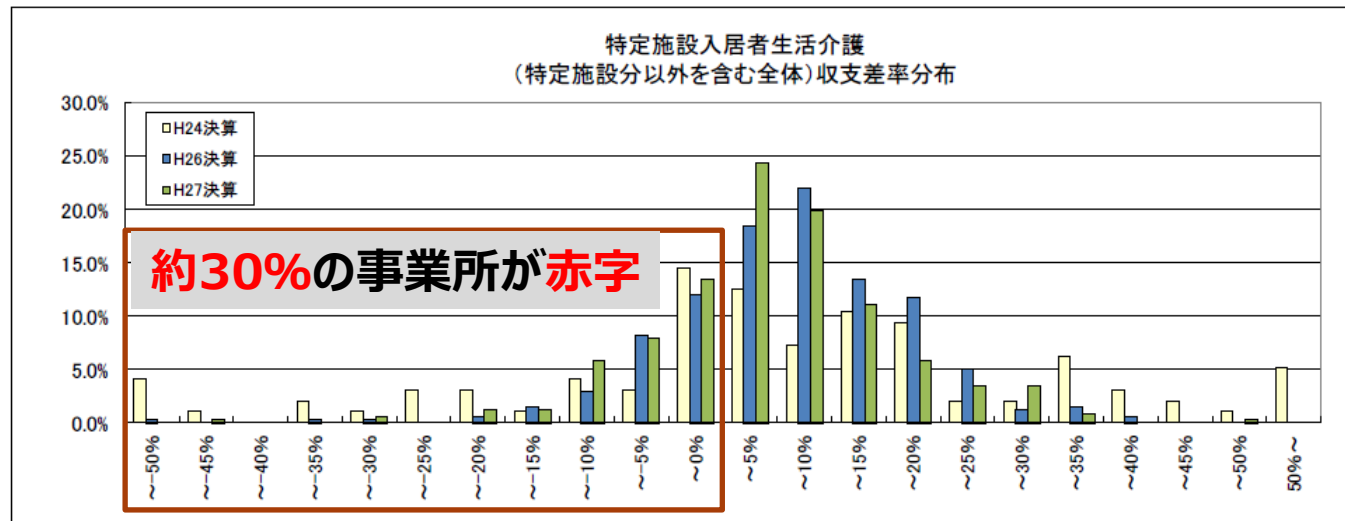


平成27年度
介護報酬改定の改定率
《介護付きホーム》

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】

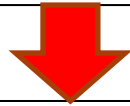
介護付きホームに関する介護報酬改定の要望その他

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 <ul style="list-style-type: none"> ・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	

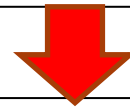
サービス付き高齢者向け住宅 住宅型有料老人ホーム

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。

- サ高住および住宅型有老利用者の介護保険利用実績
- 在宅サービス利用者(独居)の介護保険利用実績

比較

結果

大きな差はなし

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 単位数	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	
		(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)

要介護 区分	支給限度 単位数	給付単位数 (合計)	利用者数 787人	平均給付 単位数 (平均)	区分支給限度 額に対する 利用割合 (%)
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%

集合住宅と大阪と在宅独居
大きな差はなし

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)

- 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										H27、3月 通所平均 介護利用 回数※
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	
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



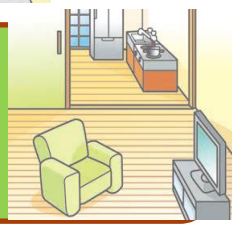
安否確認
 少なくとも1日1回の安否確認・緊急通報装置設置

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

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)で暮らすことができるように、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。

