

周 高 第 257 号
平成29年6月14日

一般社団法人山口県宅老所・グループホーム協会
会 長 岡 屋 淳 様

周南市長 木 村 健 一 郎



要望書の回答について

平成29年5月1日に提出された要望書について、別紙のとおり回答します。

(お問い合わせ先)

周南市福祉医療部 高齢者支援課

(担当)多嶋田

TEL0834-22-8467

FAX0834-22-8251

1 補足給付制度をグループホームにも適用して頂きたい

介護保険三施設で導入されている低所得者の利用料の減免措置をグループホームにも適用して頂きたい。現在も利用料が高額であることを理由にグループホームへの入居が困難となる場合がある、今後、療養病床の削減による在宅介護が困難な認知症高齢者の受け入れ先の減少、年金受給額の減少による低所得化、医療費の自己負担額の増加等が予想される。

今後更にグループホームが認知症高齢者の生活の場として重要な役割を果たすには、グループホームの入居者にも減額制度の適用があれば経済的負担が軽減され、利用しやすくなると考えられる。

【回答】

介護保険の施設サービスには、介護保険制度において低所得者の食費・居住費を軽減する制度（特定入所者介護サービス費の支給）がありますが、グループホームは適用外となっています。また、グループホームの家賃等助成事業は、地域支援事業の任意事業に位置付けられているところです。

市としても、低所得者の方がグループホームに入所しづらい状況を認識していますが、地域支援事業の実施について、次期介護保険事業計画で位置づけることが可能か、検討する必要があると考えています。

2 生活保護受給者の入居に関して実費不足部分を公費でまかなって頂きたい

現在、生活保護受給者を受け入れているグループホームにおいては、介護保険外の実費部分、すなわち家賃や食費、その他の費用について、不足分は各事業所に負担させているのが現状である。しかしながら、生活保護受給者を受け入れれば受け入れるほど、経営は悪化してしまうのは理解しがたい状況であり、そもそも公費で負担すべきものであると考える。

生活保護受給者の入居に関しては、実費不足部分を公費でまかない、事業所に負担させることがないようにして頂きたい。

【回答】

要望1が実現できれば、事業所に対して食費・居住費分を補てんすることができます。要望1とあわせて検討していきたいと考えています。

3 グループホームにおいても福祉用具レンタルが利用できるようにして頂きたい

グループホームでは、計画作成担当者が、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえて具体的なサービスの内容等を記載した「認知症対応型共同生活介護計画」を作成することとなっているが、この計画の中で必要と判断された福祉用具については、原則として事業者が用意し、費用についても事業者が負担することになる。（認知症共同生活介護の介護報酬に含まれている）以上のように制度上の取り決めがあり、ポータブルトイレ、介護ベッド、エアマットなどの一時的な利用に関しては事業者の負担におけるものでも良いかと考えるが、心身の低下や終末期における利用など継続的な利用に関して

は福祉用具のリースなどの活用できるようにして頂きたい。

【回答】

「厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目（平成11年3月31日厚生省告示第93号）」に定める福祉用具の費用負担について、利用者の心身の状況を踏まえた総合的なアセスメントによる必要性の検討の結果、必要と判断した福祉用具は事業者側の負担により介護サービスの一環として提供又は支援することとなっており、原則どおりの対応でお願いしたいと考えています。

- 4 医療連携体制加算については正看講師だけでなく、准看護師での加算も取れるようにして頂きたい

医療連携体制に関して、看護師の配置に伴う加算(1日:39単位)はあるが、准看護師の配置に伴う加算がない。グループホームにおいて、看護師の配置に関して中々、厳しい現状である。ところが、小規模多機能型居宅介護においては看護職員配置加算ということで、正看講師と准看護師で加算の区別がされているが、グループホームは正看護師でないと加算等得ることが出来ない。現状において、グループホームでも正看講師と何ら変わらない働きを准看護師はしており、何らかの加算を考えるべきである。

【回答】

小規模多機能型居宅介護の看護職員配置加算は、職員の配置に対する加算であり、グループホームの医療連携体制加算は、具体的なサービスとして「利用者に対する日常的な健康管理」、「通常時及び特に入居者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整」、「看取りに関する指針の整備」などが想定された加算であるため、性質が異なると考えています。

つきましては、現状の加算の内容では、正看護師が必要な加算であると認識しています。

- 5 グループホームのみならず介護業界のイメージを向上するための施策を行って頂きたい
介護業界全体を救うためであった処遇改善手当の検討段階において、介護業界で働くものを評したワーキングプアという言葉の印象は非常に強く影響を残していると考える。

現在の介護人材確保困難の解決についても大事ではあるが、ワーキングプアのイメージ脱却のため、なんらかの対応を行うべきと考える。学校教育において福祉の重要性を伝える、市報などの広報で紹介するなど、福祉職のイメージの向上と重要性を改善する措置を取って頂きたい。

【回答】

山口県の介護人材確保総合対策事業において、介護の魅力発信、職業イメージの向上を図る事業を実施されています。

市としても、県の事業を補完する取り組みについて研究していきたいと考えています。

6 外部評価の緩和措置を導入して頂きたい

外部評価調査にかかる評価手数料が1ユニットで94,500円と非常に高額の為、事業所としては経営的に厳しい。外部評価調査に関する内容は、グループホームのサービスの質の向上に繋がるので非常に良い事ではあるが、評価手数料の補助や減免制度があると有り難い。現在、外部評価調査に伴う緩和申請(2年に1回)があるが、ある程度のサービス評価の実績があるグループホームに関しては手数料の補助や減免制度適用する等の措置を講じて頂きたい。

【回答】

グループホームの外部評価については、自己評価に対して、都道府県が選定した評価機関の実施するサービス評価を受け、その評価結果を踏まえて総括的な評価を行い、サービスの質の改善を図るもので、手数料が高額であることは理解していますが、事業実施のための必要経費ととらえていただきたいと考えています。

7 オレンジサポーター制度の導入と展開においてグループホームを活用して頂きたい

現在認知症サポーター養成講座を国や市町として展開をしているが、講習後、地域の特性もあり、活動の幅はそれぞれあるようだが、中々継続性のある形につなげていないのが現状である。しいてはサポーター養成研修後に「今後地域の中で活動をしてもらいたい」などの受講者意向を明確にすることで、より地域に根付いた認知症ケアの地域推進に一役担える存在になるのではないかと考える。地域密着型サービスのグループホームにおいては地域の方々の協力を無しには繁栄、貢献、ケアの充実等が難しいのが課題となってきた。認知症サポーターの地域での自主的な活動やグループホーム、小規模施設などへの活動展開を考えることで、認知症サポーター養成講座講習後に「住んでいる地域でどのような活動ができるか」と、実践につながると考える。

【回答】

現在、周南市では認知症サポーター養成講座を受講した方にアンケートを実施し、認知症支援においてボランティア活動をしてもらいたいと思われる方には連絡先を記入してもらっています。

今後、その人材を認知症ケア等の推進サポーターとして効果的に活用するために、認知症サポーターを対象としたスキルアップの講座を企画し、認知症カフェや地域の通いの場等の支援、グループホーム等の介護事業所への活動展開等につなげていきたいと考えています。

また、スキルアップ講座の企画時においてもグループホーム関係者に支援を受けながら、受講者が養成講座修了後に認知症ケア等の推進サポーターとして活動できることを目指しています。

8 災害避難時等の協力体制の確立(福祉避難所などの検討)して頂きたい

災害時には、被害を受けた方々や被害を受けるおそれのある方々を、一時的に学校や公民館等に設けた避難所において保護する必要があると考える。しかし、避難者のうち、高

齢者(認知症高齢者)や障害者、妊産婦など、特別な配慮を要する災害時要援護者にとっては、一般的な避難所における生活は、健康面や精神面への影響が懸念され、阪神淡路や東日本、熊本の災害時も二次避難所の必要性が多く訴えられている。地域密着型のグループホームとしては大型の社会福祉法人などと異なり小規模運営の事業所も数多くあり、職員も被災者の状態かつ、避難所での入所者の方の生活を支える人材にも限りがあるため、各市独自で福祉施設、地域等での支援方法に関する協定書の制定が必要ではないかと考える。

【回答】

高齢者や障害者などの要援護者は、学校の体育館などの通常の避難所では、生活に支障をきたす場合があります。そのため、建物がバリアフリー化されているなど、一定の基準を満たす施設をあらかじめ福祉避難所として指定し、災害時に必要が生じたときに市が開設することになっています。民間の福祉施設を運営する社会福祉法人などと協定を締結し、現在公共施設6か所、民間施設11か所を福祉避難所として指定し、受け入れ体制の拡大に努めています。

また、福祉用具供給の業界団体、福祉分野の専門職の団体とも協定を締結しており、災害時において必要な福祉用具の供給や、人的支援を受けられる体制を敷いています。

9 計画作成業務における報酬について検討して頂きたい

現在、計画作成担当者が各入居者のケアプランを作成しているが、ケアプラン(介護計画)の内容に伴い、入居者の要介護状態が良くなれば、成功報酬として加算の対象になっても良いのではないかと。今現在の制度では、介護度が改善すれば報酬が下がる仕組みになっている。こうした、改善すればするほど報酬が下がる仕組みは改善すべきである。また、グループホームに関してのケアマネジャー(計画作成者)に関しての加算がないので今後、ケアマネジャーの業務については報酬の見直しを行って頂きたい。また、2ユニットのグループホームでは、どちらのユニットにもケアマネジャーの有資格者を配置している場合には報酬を追加するなどの措置を講じて頂きたい。

【回答】

介護度が改善すれば報酬が下がる仕組みになっている中で、サービスの質を踏まえた報酬については、社会保障審議会介護給付分科会でも議論されている問題であり、国の議論を注視していきたいと考えています。

グループホームのケアマネジャーに関する加算については、現状の指定基準では、計画作成担当者のうち少なくとも1人はケアマネジャーを充てることになっており、現状の報酬体系で整合性は取れていると考えています。

10 他市町村から入居できる仕組みを構築して頂きたい

現在の地域密着型サービスの考え方では、利用したいグループホームと同一市町村に住民票がある人はそのグループホームを利用できるが、他市町村にあるグループホームに直接住民票を移して入居することは出来ない。ということは他市町村に移り住んだ人が認知症になり、故郷の市町村にあるグループホームに入居したい場合でも入居できず、住所地

特例制度が適用される特養などを選択せざるを得ない。つまり、他市町村に一旦移り住んだが戻ってくる場合などは、グループホームを利用するのは非常に難しいということである。住所地特例の制度を導入するなどして、これを実現して頂きたい。入居したいグループホームのある市町村に家族等が住んでいる場合、家族宅に住所変更していれば入居可能としている市町村もあるが、この対応に関しても各市町村で色々な取り決めがあると思われる。様々な状況を考慮して、地域密着型サービスは入居条件を考え直すべきである。

また、現在は多くの市町村において他市町村からの利用に関しては口頭での回答にとどまっていると思われる。今現在の取り決めの状況も明文化してお示し頂きたい。

【回答】

地域密着型サービスは、住み慣れた地域で生活を続けられるよう、各保険者が介護保険事業計画に位置付け、原則、他市町村の方の利用はできないサービスとなっています。

しかし、事業所所在の市町村の同意を得た上で、他市町村が事業所の指定を行った場合にのみ、当該他市町村の被保険者もサービス利用が可能であり、例外的に単身又はこれに準じるような世帯状況で、居住の市町村に親族がおらず、本市に親族がいる場合や、過去に、本市に住民票があり、親族が居住する場合などは同意している状況です。

原則は地域密着型サービスの趣旨に沿うべきで、事業所等から市外の方の利用についての相談がある場合には個々の状況を十分に把握の上、保険者が総合的に判断するため、例外的な対応について明文化する予定はございません。

11 遠距離の外出については実費精算できるようにするとともに、規定を明確にして頂きたい

同一市町村内では交通費を徴収してはならない等、市町村でそれぞれルールがあるが、市町村合併にともない面積が拡大している市町村も存在し、通院や外出も距離等拡大している。こうした費用もすべて事業所でまかなうという現在の「まるめ」施設の枠組みを改め、一定距離を越えたものに関しては実費精算できるようにして頂きたい。また、〇〇km以上など、分かりやすく数値化してお示し頂きたい。

【回答】

本市では「認知症対応型共同生活介護利用者の医療機関への通院介助に係る費用徴収の取り扱いについて」（平成25年1月25日周高第1411号）において、交通費の実費徴収について通知しており、(1) 公共交通機関（タクシー、電車、バスなど）を利用したとき（付添者の分も含む。）(2) 協力医療機関以外を利用した場合において、施設車を使用した場合であっても、当該協力医療機関以外が遠方にあるとき(3) 医療機関（協力医療機関、協力医療機関以外を問わない。）への頻繁な通院のうち、医師が必要と認める回数を超えて通院するときは、交通費の実費を入居者から費用徴収することができるとしています。

また、あらかじめ利用者及びその家族に対して、当該サービスの内容及び費用等について十分に説明を行い、同意を得ることが必要としています。

12 処遇改善加算を処遇改善交付金に戻し、適用範囲を広げて頂きたい

処遇改善に関しては、加算によって利用者に負担をかけることのないよう、処遇改善交付金へと制度を戻して頂きたい、介護職員以外の処遇改善については介護報酬から捻出するということだろうが、27年度の改定においても介護報酬を下げており、事業所には事務員や介護支援専門員、管理者もあり、その処遇にも影響を与えていると思われる。このことから、処遇改善においては事業所に従事する福祉従事者すべてに適用できるようにして頂きたい。

【回答】

平成23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金は、賃金改善の効果を継続する観点から、平成24年度から交付金から介護報酬に移行し、介護サービスに従事する職員の賃金改善に充てることを目的としています。

国においては、介護サービスに従事する職員の賃金改善について、平成29年度にもさらに処遇改善加算について報酬改定を行い、月額1万円相当の処遇改善が図られ、介護賃金の改善に直接結びつけるよう、対応していることから、その効果について注視していきます。

13 介護報酬を改善して頂きたい

現在の処遇改善の仕組みでは介護職員の処遇が改善されても、介護報酬を下げていけば、次第に事業自体が成り立たなくなる。平成27年度の介護報酬約5%の削減により、グループホームの運営は厳しくなっている。介護職員の処遇の土台となる事業所が成り立たなくなるのは本末転倒である。平成30年度の介護報酬改定では、最低でも5%以上の改善を行い、介護職員の処遇が改善しても撤退せざるを得ない事業所が出てこないようにして頂きたい。いまや介護施設と介護職員の不足により、その他の産業でも現役世代の人材の介護離職で労働力不足を招くことが懸念されている。介護人材確保のためにも是非、介護報酬の改善を実現して頂きたい。

【回答】

平成30年度介護報酬改定に向けての議論は、社会保障審議会介護給付費分科会で始まりましたが、グループホームについてはまだ議論されていません。サービスの需給バランスや経営状況も考慮すべきだと思いますが、今後の議論の展開を見守っていきたいと考えています。

14 認知症介護の専門職としてグループホーム関係者を活用して頂きたい

グループホームは介護保険制度開始と共に創設された認知症対応の専門施設であり、認知症介護においての実績とノウハウを持っている。現在、そしてこれから行われる認知症施策においては当然そのノウハウの蓄積が活用されるべきであると考えます。地域ケア会議、認知症初期集中支援チームなどを始め、今後の行政の認知症に関する啓発活動についてもグループホーム関係者を活用して頂きたい。

【回答】

認知症の介護において、グループホーム関係者は、実績とノウハウを持っており、周南市においても、研修の講師や会議の委員、地域における生活支援協議体の参加者として、さまざまな場で支援をいただいています。

今後は、認知症初期集中支援チームの活動の一環として開催している「認知症初期集中支援チーム員会議」や「地域ケア会議」についても、必要に応じてグループホーム関係者にも参加いただき、皆様からの専門性の高い意見等を、支援に活かしていきたいと考えています。

また、「認知症カフェ」を、グループホーム関係者と協働して立ち上げていきたいと考えています。

15 県外から介護事業所に就職を希望する移住者に対して住宅手当等の補助を創設して頂きたい

まちづくりの一環として、介護人材不足解消と山口県への移住を促進するため、他県や都市部から介護職を目指して山口県に移住したい人材が、山口県内で介護職についても安定的に暮らしていけるように、県、もしくは市町村単位で住宅手当や所得の補助を行う制度を創設して頂きたい。今現在の介護職員の所得では移住者にとっては生計を立てて安定的な生活を営むのは困難であり、他業種との兼ね合いもあり、所得の補助や住宅手当を創設することが重要であるとする。

【回答】

県外から介護事業所に就職を希望する移住者に対して住宅手当等の補助することは、自治体内における介護職員の確保策として有効であると思いますが、手厚い支援に対する財源の問題や、継続して実施できなければ、一時的な効果となる恐れもあると思われます。

介護人材不足については、今後の最重要課題の1つでありますので、国の動向や他市の状況を継続して研究していきます。

16 入院時のグループホーム職員によるサービス提供に関して保険内で報酬を算定できるようにして頂きたい

現在のグループホームの保険内サービスにおいては、入居者が入院した場合に入院と同時に介護保険の利用は中断され、グループホームによる介護保険サービスは適用外の扱いになる。しかし、身の回りのお世話、例えば、買い物や洗濯など、家族も遠く離れて暮らしている場合は、頼めるサービスがなく、大変不自由されている。馴染みの職員による、こうしたニーズに対しての対応が保険内サービスで可能となるように報酬の算定を可能にして頂きたい。また、退院時のカンファレンスや医療機関に対して書類を作成したり情報提供しても算定ができない。こうしたサービス提供に関しても報酬算定ができるようにして頂きたい。

【回答】

利用者が入院され、入居されていない実態では介護報酬は算定できません。一時的な入院で、その間の身の回りのお世話等で苦慮されている現状は理解できますが、介護保険制度の中で、このようなサービスを制度化することは困難であると考えています。

17 書類の煩雑さを解消して頂きたい

介護の提供を主とした介護現場において、介護提供時間内に行う記録に追われ、十分な介護の提供が難しいのが実情である。このことは、今後外国人技能実習生を受け入れる場合にも支障をきたすものであると考える。必要最低限の記録に留められるように、基本的な必要最低事項や書式をお示し頂きたい。また、処遇改善にまつわる書類や事務処理も煩雑であり、スムーズに行えるよう書式や見本をお示し頂きたい。

【回答】

平成 28 年 12 月 9 日に社会保障審議会介護保険部会に取りまとめられた意見では、法令上事業者に提出が求められる書類の実態を把握した上で、業務効率化等の観点から法令上提出する書類等の見直しや、ICT 化を活用した書類の簡素化を進めるべきとしており、今後、介護給付費分科会で様式等の簡素化、合理化を検討できる文書等が示される予定と理解しています。

18 共用型デイサービスについては報酬を見直して頂きたい

グループホームが行う共用型デイサービスは既存の認知症対応型通所介護に比べて著しくサービス単価が低い。そのため、実施している事業所が非常に少ない。専門的な認知症対応型サービスを同等に提供する中で、共用型デイサービスにおいても認知症対応型通所介護と同等の報酬が支払われるべきものであると考える。

【回答】

本市の共用型の認知症対応型通所介護事業所は 3 事業所で、そのうち平成 28 年度に 2 事業所(定員 9 人分)設置されたところです。共用型の認知症対応型通所介護事業所は、人員基準が比較的緩いことなどから、介護報酬が低いと思われ、認知症対応型通所介護と同等の報酬とすることは難しいと考えます。

19 外泊時の報酬については補填措置を講じて頂きたい

グループホーム入居者がご家族とご自宅へ外泊したり、旅行に出かけたりするのは入居者にとっても大変有意義であり、ぜひ押し進めるべきものである。しかしながら、外泊中の介護報酬については算定できず、現在の制度で利用者や家族本位で外泊を勧めれば、報酬が下がるという結果になる。空室を利用して短期利用共同生活介護も出来ることにはなっているが、その間居室の荷物を移動しなければならず、また、予定よりも早くグループホームに戻って来られることもある。こうしたことを踏まえ、外泊時の報酬算定に何かしらの補填措置を講じて頂きたい。

【回答】

利用者が自宅に外泊され、入居されていない実態では介護報酬は算定できません。家族の支援は大変重要であると思いますが、介護保険制度の中で、外泊時における報酬算定への補填を制度化することは困難であると考えています。

20 制度の変更による書類の変更がスムーズに行えるようにして頂きたい

処遇改善加算の変更など、ご利用の皆様へ承諾を得なければならないような変更についての通知が年度末近くであることが多く、翌月のサービスからの変更について承諾を得るのが遅れてしまう。これは民間の企業ベースで考えればあり得ないことである。通知や集団指導は少なくとも2、3ヶ月前に行って頂きたい。

【回答】

通知や集団指導は、法改正等に伴う国の通知の発出を待たなければ準備ができないため、実施時期は年度末近くにならざるを得ないので、ご理解ください。

21 グループホームにおいても混合介護を認めて頂きたい

入居者本人・家族が求める場合、混合介護によって実費負担にてグループホームの職員によるサービスが提供出来るようにして頂きたい。例えば、通院時、必要以上の人員を家族が求める場合や家族との外出時の介助員としての同行、看取り時のマンツーマンでの付き添いなど、現在のサービスでは必要最低限のサービスしか受けることができないが、混合介護を導入することで、とりわけ1対1の対応が求められる個別ケアに対して付加的サービスを追加することにより、制度を超えたニーズに応え、手厚い介護の提供も可能になると考える。

【回答】

政府の規制改革推進会議は、介護保険対象と保険適用外の両方のサービスを組み合わせる「混合介護」について、事業者や地方自治体向けのガイドライン策定を求める意見書をまとめているところです。

グループホームで混合介護を実施することは、人員基準等の問題も考えられるため、ガイドラインが示されれば、それに照らし合わせて可能であるか、研究したいと考えています。

22 介護保険の自己負担割合や介護保険料については所得・資産を勘案し、徴収の段階方式を拡大して頂きたい

介護保険の自己負担割合は現在、所得に応じて1割負担、2割負担となっているが、今後の財源確保のためにも、所得や資産を勘案して1割～9割負担といった等級を細かく設けて頂きたい。現在の2割負担の所得の下限は単身で280万円以上となっているが、所得・資産に応じて、より高額な所得・資産を所持する層から段階に応じて累進的に徴収すべきであるとする。また、介護保険料の徴収についても所得、資産を勘案して同様の方法で徴収することにより、財源の確保を実現して頂きたい。今現在の制度設計によると、富裕

層か生活保護受給者でない限り、低所得者や中間層の国民は介護保険分の負担を払うことが出来ても、家賃やその他の実費部分の経費が支払えない限り、グループホームをはじめ、諸施設の入居が難しくなると考える。そのことにより、居宅系サービスを中心に利用することになれば家族の負担も大きくなり、介護離職や介護離職による労働者減少を加速させると考える。また、このような方法で財源を確保することにより、介護職員の処遇の見直しも可能と考える。

【回答】

平成 29 年 5 月 26 日に、改正介護保険法関連法が成立し、平成 30 年 8 月から 2 割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を 3 割とすることになったところです。

今後も保険料上昇が見込まれる中で、介護保険制度の持続可能性を高めるためには、一定の負担能力に応じた負担となるような見直しは必要ですが、1 割～9 割負担といった極端な等級を設定することは、世代間、世代内の公平性の確保の観点から適当ではないと考えます。