

介護ビジネス研究（Ⅱ）

森 宮 勝 子

はじめに

平成12（2000）年4月に介護保険制度が実施されてから2年半を経過したが、平成14年8月審査分の「介護給付実態調査月報」によると、認定者総数324万5千百人に対して受給者総数は260万6千6百人であり、80.3%の受給率となっている。そのうち40～64歳以下を除いた、65歳以上の認定者は311万9千2百人で、受給者は251万4千人となっている。平成14年9月15日現在の高齢者人口の2,362万人に対して、認定者は13.4%、受給者は10.7%となっている。支給限度基準額に対する平均利用率は、要介護度により多少ばらつきが見られるが、50%以下である⁽¹⁾。1割という自己負担が利用率上昇のバリア要因のひとつとも考えられるが、受給者のニーズに適合したサービスの提供が行われていないことも利用率の低さの一因ともいえよう。介護保険制度の導入により、措置制度から契約選択制度への転換がはかられ、介護ビジネスにおけるマーケティング戦略の重要性は増大したといえよう。

介護ビジネスにより提供されるサービスは、居宅サービス事業と施設サービス事業に二分される。前稿では、居宅サービス事業を中心に訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅管理療養指導、通所介護、通所リハビリテーションの7つの領域を考察した⁽²⁾。本稿では、居宅サービス事業の中から、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護の3つの領域を中心に、意義と沿革、設置基準、介護報酬、現況等について詳細に検討していくことにする。

第1章 短期入所生活介護

第1節 意義と沿革

短期入所生活介護とは、老人短期入所施設や特別養護老人ホーム等に短期間入所し、その施設で入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活の世話や機能訓練を受けるものである。対象者は、心身状況、家族の病気・冠婚葬祭・出張のため、または家族の身体的・精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に在宅での日常生活に支障のある要介護者等である。おおむね4日間以上継続して入所する利用者については、サービスの目標や具体的内容を定めた短期入所生活介護計画に基づきサービスが提供される。申請者は、法人で特別養護老人ホーム・養護老人ホーム等または老人短期入所施設を設置する者で、老人福祉法上の届出が必要である⁽³⁾。短期入

所生活介護は、老人福祉法の「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」という昭和51(1976)年の通知から始まり、「老人短期入所運営事業要綱」に定められた事業に基づくものである。昭和53(1978)年度より事業が開始され、昭和60(1985)年度からは、特別養護老人ホームに専用ベッドを設ける等サービスの拡大が図られている。また、私的理由による利用、利用者の送迎や、最長3ヶ月までの計画的利用、痴呆性老人を対象としたナイトケア事業など、利用者状況に即した制度改正も行われている。平成9(1997)年度からは市町村が民間事業者に委託することも認められ、民間事業者の進出が可能となっている⁽⁴⁾。平成11(1999)年に策定された「ゴールドプラン21」における平成16(2004)年度における整備目標は、9万7千人分の短期入所生活介護専用床となっている。

第2節 設置基準

人員基準と設備基準については、以下のようになっている⁽⁵⁾。

〈人員基準〉

- ①医師1人以上。
- ②生活相談員が利用者100人に常勤換算1人以上。
- ③介護職員・看護職員が原則として利用者3人に常勤換算1人以上。
- ④栄養士・機能訓練指導員が各1人以上。

〈設備基準〉

- ①利用定員が原則20人以上。
- ②定員4人以下で1人当たり10.65m²以上の居室。
- ③合計で利用定員1人当たり3m²以上の食堂・機能訓練室等。

在宅介護では、介護する家族が介護から解放される機会を有効に設けることが、長期に介護を継続するために重要な要件である。短期入所生活介護を適宜利用することにより、要介護者の心身の状況を改善するとともに家族の社会参加の機会を増やし、心身ともに介護から解放されることができる。在宅介護の増加と共に、短期入所生活介護のニーズは、確実に高まるものとみられる⁽⁶⁾。

短期入所生活介護の事業形態としては、以下のパターンが考えられる⁽⁷⁾。

①病院・診療所によるサービス提供

病院内に短期入所生活介護施設を設け、在宅介護を受けている高齢者を受け入れる。

②福祉施設に併設したサービスの延長として提供

特別養護老人ホームやグループホームなどの福祉施設に短期入所生活介護施設を併設して、サービスを提供することにより、多面的なケア体制の整備が可能となる。

③有料老人ホームで短期入所生活介護施設を併設。

潜在顧客の掘り起しにも有効な手段である。

第3節 介護報酬

介護報酬は、要支援、要介護度別に6段階、施設基準（単独型、併設型）別に2段階、介護・看護職員の配置人員数別に3段階が設定され、全体で36種類の報酬が設定されている。（図表1参照）この介護報酬の他に、「利用者の選定に係わる負担」として差額室料や送迎費用等、「厚労省令が定める日常生活費」として食材料費や理美容代等を徴収できる。なお、通所介護では徴収できる「おむつ代」は、短期入所生活介護では徴収できない⁽⁸⁾。

図表1 短期入所生活介護の介護報酬（1日当たり）

		単独型短期入所生活介護費			併設型短期入所生活介護費			利用限度※ (6ヶ月間)
介護・看護職員の配置		(I)3:1	(II)3.5:1	(III)4.1:1	(I)3:1	(II)3.5:1	(III)4.1:1	
要介護度	要支援	948	872	828	914	838	794	7日
	要介護度1	976	897	851	942	863	817	14日
	要介護度2	1,021	937	889	987	903	855	
	要介護度3	1,065	977	926	1,031	943	892	21日
	要介護度4	1,110	1,017	964	1,076	983	930	
	要介護度5	1,154	1,057	1,001	1,120	1,023	967	42日

※1単位あたり単価：10.00（その他の地域）～10.48（特別区）円/単位

※短期入所サービスの整備が十分と認められる市町村において、利用者の事情により利用限度を超えてサービスを受ける必要が認められる場合は、訪問通所サービスの使い残し分を、短期入所サービスに振り替えて利用することができる。

※夜勤を行う職員数が基準を満たさない場合：所定単位数の100分の97を算定

※機能訓練指導員の加算：1日につき12単位を加算

※必要と認められる送迎：片道につき184単位を加算

出典：『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』145頁。

第4節 現況

短期入所生活介護の指定事業所は、平成14年8月現在、全国に5,104あり、その内、約90%は社会福祉法人によるものである⁽⁹⁾。短期入所生活介護の要介護度別費用額を見てみると、要介護度4が26.5%で最も多く、次いで要介護度5が24.9%で、この両者で50%を上回っている。要介護4までは要介護度が上がるにつれて、費用額が高くなっている。短期入所生活介護の利用者は、要介護度の高い高齢者が多いといえる。（図表2参照）

次に、短期入所生活介護の事業所の平成14年5月時点での業績をみてみると、1事業所当たり平均費用額が281万1千円、平均利用実人数が29.9人、利用者1人当たり平均利用額が9万4千2百円となっている⁽¹⁰⁾。

平成12年4月の介護保険施行後、短期入所生活介護の運営は、施設規模を問わず、利用率が一時期減少した。日経ヘルスケアが実施した調査によると、平成12年6月の利用者数を前年同月と比較すると、73.8%の施設が減少したと回答している。増加したと回答したのは、15.1%に過ぎなかった。また、全国老人保健福祉協議会によると、平成12年4月から6月を通しての

図表2 要介護状態別費用額

(単位：百万円)

	計	要支援等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成14年5月 費用額	13,710	58	1,294	2,258	3,045	3,634	3,420
%	100.0%	0.4%	9.4%	16.5%	22.2%	26.5%	24.9%

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査月報（概況）」（平成14年5月審査分）より作表。

稼働率は、平均44.3%にまで落ち込んでいる。前年同月の稼働率は、70%前後で推移していたのである。このように稼働率が低下した原因としては、区分支給限度基準額（日数）の存在により利用が手控えられたという事情が考えられる⁽¹¹⁾。

しかしながら、平成14（2002）年1月より実施された利用の上限枠を定めた区分支給限度基準額の撤廃により、市場が急拡大している。従来は、短期入所の区分支給限度基準額は、訪問通所サービスの区分支給限度基準額の中で別枠として定められていた。つまり、訪問通所の区分支給限度基準額を目一杯、短期入所だけに使うことはできなかった。それが、短期入所の上限枠が撤廃されたことにより、訪問通所の区分支給限度基準額の範囲内であれば、短期入所を好きなだけ利用可能になった。例えば、撤廃前は、短期入所の区分支給限度基準額は、6ヶ月間の利用日数枠が要介護度ごとに7～42日の範囲で規定されていた。短期入所を毎月同じ日数だけ利用すると仮定すると、要介護5の場合、1ヶ月当たり7日（1週間）しかサービスを受けられなかった。ところが撤廃後は、要介護5だと、1ヶ月間で最大30日まで利用可能となった⁽¹²⁾。（図表3参照）

さらに、短期入所サービスの利用者増加の要因となる可能性が高いのは、平成14年10月から長期入院に導入される特定療養費制度である。この制度は、180日を越える長期入院患者の入院基本料の点数を引き下げの内容で、医療機関側が引き下げ分を「差額」として徴収すれば、患者負担が増えることになり、退院して在宅生活に移行する要介護者が増加する可能性がある⁽¹³⁾。その結果、短期入所サービスの利用者の増加が今後予想される。

図表3 短期入所サービスの区分支給限度基準額制度の変更内容

	改定前	改定後
【要支援】	7日（1週間）/6ヶ月	6.4日/月
【要介護1】	14日（2週間）/6ヶ月	訪問通所の 支給限度額に + 満たない分の 振り替え
【要介護2】	14日（2週間）/6ヶ月	
【要介護3】	21日（3週間）/6ヶ月	
【要介護4】	21日（3週間）/6ヶ月	
【要介護5】	42日（6週間）/6ヶ月	
		16.8日/月
		18.8日/月
		24.1日/月
		27.1日/月
		30.0日/月

出典：「日経ヘルスケア21」平成14年9月号 32頁。

第2章 短期入所療養介護

第1節 意義と沿革

短期入所療養介護とは、介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間入所し、その施設で、看護・医学的管理下の介護・機能訓練等の必要な日常生活の世話を受けるものである。対象者は、病状が安定期にあり短所入所療養介護を必要としている居宅要介護者等である。施設では、利用者の心身状況や、家族の病気・冠婚葬祭・出張等のため、または家族の身体的・精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に入所の必要がある場合に療養室・病室等においてサービスを提供する。サービスは、痴呆等の利用者の心身状況、病状、希望、医師の診療方針等に基づき提供される。おおむね4日間以上継続して入所する利用者については、サービスの目標や具体的内容を定めた短期入所療養介護計画によりサービスが提供される⁽¹⁴⁾。前述の短期入所生活介護との相違点は、①サービス提供者が医療機関に限定されていること、②機能訓練や医学的管理が重視されること、③医療施設との併設のみが認められている（短期入所生活介護は単独型も可能）⁽¹⁵⁾の3点である。すなわち、短期入所生活介護では生活面の介護が中心となっているのに対して、短期入所療養介護では病院・診療所等の特性を生かして、理学療法、作業療法等のリハビリテーションや看護・医学的管理下での介護が実施される。また、短期入所生活介護は、特別養護老人ホームの入所者のベッドと区別したベッドを利用することが基本であるのに対して、短期入所療養介護では、介護老人保健施設や介護療養型医療施設の入所者と区別されず空きベッドを利用する⁽¹⁶⁾。

短期入所療養介護は、主として介護保険施行前の老人保健施設短期入所ケアに相当する。老人保健施設は昭和61（1986）年の老人保健法の一部改正により創設され、昭和63（1988）年より運営が始められた。また、有床診療所におけるショートステイ機能は、平成6（1994）年10月に在宅医療活動支援として新設された診療所老人医療管理料により初めて老人医療診療報酬として評価され、年々診療所老人医療管理料を算定している診療所が増加傾向にある。介護保険制度では、介護老人保健施設以外に、介護療養型医療施設及び医療法上の療養型病床群等が短期入所療養介護の指定を受けることができるようになり、提供主体が多様化している⁽¹⁷⁾。

第2節 設置基準

申請者は法人であるが、病院・診療所の場合法人格は不要である。介護老人保健施設と介護療養型医療施設は、短期入所療養介護の指定があったものとみなされる。病院・診療所のうち、介護療養型医療施設の指定対象となる①医療法上の療養型病床群がある病院・診療所、②老人性痴呆疾患療養病棟がある病院、③介護力強化病院は、申請により指定を受けられる⁽¹⁸⁾。短期入所療養介護の指定基準については、図表4を参照のこと。

図表4 短期入所療養介護の指定基準

		療養型病床群	
		病院	診療所
人員に関する基準	医師	最低2人	1人
	看護婦・准看護婦	6:1	6:1
	介護職員	6:1	6:1
	薬剤師	150:1	
	栄養士	100床以上の病院にあっては1	
	OT・PT	病院の実情に応じた適当数	
	介護支援専門員	100:1(兼務可)	1人以上(非常勤可, 兼務可)
設備に関する基準	病室の病床数	4床以下	4床以下
	病室面積(1人当たり)	6.4m ² 以上	6.4m ² 以上
	廊下幅	片廊下1.8m以上, 中廊下2.7m以上	片廊下1.8m以上, 中廊下2.7m以上
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上
	食堂	1人当たり1m ² 以上	1人当たり1m ² 以上
	談話室	談話を楽しめる広さ(食堂等との共有可)	談話を楽しめる広さ(食堂等との共有可)
	浴室	要介護者等の入浴に適したもの	要介護者等の入浴に適したもの

		老人性痴呆疾患療養病棟	
人員に関する基準	医師	精神科医1名以上勤務	
	看護婦・准看護婦	6:1	
	介護職員	8:1	
	薬剤師	150:1	
	栄養士	100床以上の病院にあっては1	
	OT・PT	専従1人	
	介護支援専門員	100:1(兼務可)	
	精神保健福祉士等または臨床心理技術者	専従1人	
	設備に関する基準	病室の病床数	4床以下
	病室面積(1人当たり)	6.4m ² 以上	
	廊下幅	片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上	
	機能訓練室	40m ² 以上	
	食堂	1人当たり1m ² 以上	
	談話室	談話を楽しめる広さ(食堂等との共有可)	
	浴室	要介護者等の入浴に適したもの	

		介護老人保健施設		
人員に関する基準	医師	100:1		
	看護・介護職員	3:1(2/7程度は看護婦・准看護婦)		
	薬剤師	300:1		
	栄養士	入所定員数100人以上の場合にあっては1		
	支援相談員	100:1		
	設備に関する基準	療養室の定員	4人以下	
		療養室の面積(1人当たり)	8m ² 以下	
		廊下幅	片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上	
		機能訓練室	1人当たり1m ² 必要な器械・器具を備える事	
	食堂	1人当たり2m ² 以上		
	談話室	談話を楽しめる広さ		
	浴室	要介護者等の入浴に適したもの		

出典：『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』167頁。

図表5 短期入所療養介護の介護報酬（1日当たり）

	介護老人保健施設		療養型病床群を有する病院			
	介護老人保健施設 短期入所療養 介護費（Ⅰ） 看護・介護 職員 3：1	介護老人保健施設 短期入所療養 介護費（Ⅱ） 看護・介護 職員 3.6：1	病院療養型病床群 短期入所療養 介護費（Ⅰ） 看護職員 6：1 介護職員 3：1	病院療養型病床群 短期入所療養 介護費（Ⅱ） 看護職員 6：1 介護職員 4：1	病院療養型病床群 短期入所療養 介護費（Ⅲ） 看護職員 6：1 介護職員 5：1	病院療養型病床群 短期入所療養 介護費（Ⅳ） 看護職員 6：1 介護職員 6：1
要支援	994単位	928単位	1,331単位	1,265単位	1,219単位	1,188単位
要介護1	1,026単位	956単位	1,359単位	1,292単位	1,245単位	1,214単位
要介護2	1,076単位	1,003単位	1,405単位	1,336単位	1,286単位	1,254単位
要介護3	1,126単位	1,049単位	1,451単位	1,379単位	1,328単位	1,294単位
要介護4	1,176単位	1,095単位	1,497単位	1,422単位	1,369単位	1,334単位
要介護5	1,226単位	1,141単位	1,543単位	1,465単位	1,411単位	1,375単位

※ 1 単位あたり単価：10.00（その他地域）～10.72（特別区）円／単位
 ※ 専従加算（OT，PT，言語）12単位／1日
 ※ 痴呆老人加算（厚生大臣基準）76単位／1日
 ※ 送迎加算（片道）184単位
 ※ 緊急時治療管理費（3日を限度）500単位／1日
 ※ 離島等に該当する地域の事業所については，15%加算

※ 施設基準の減算
 病院療養型病床群療養環境減算（Ⅰ）（廊下幅のみ満たしていない場合）▲15単位
 病院療養型病床群療養環境減算（Ⅱ）▲75単位
 病院療養型病床群療養環境減算（Ⅲ）▲105単位
 ※ 医師数の特例▲12単位
 ※ 夜勤体制
 夜間勤務等看護（Ⅰ）23単位

夜間勤務等看護（Ⅱ）14単位
 夜間勤務等看護（Ⅲ）5単位
 夜間勤務等看護（Ⅳ）7単位
 ※ 送迎加算（片道）184単位
 ※ 1 単位あたり単価：10.00（その他地域）～10.72（特別区）円／単位
 ※ 離島等に該当する地域の事業所については，15%加算

	療養型病床群を有する診療所		老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院			
	診療所療養型病床群 短期入所療養 介護費（Ⅰ） 看護職員 6：1 介護職員 6：1	病院療養型病床群 短期入所療養 介護費（Ⅱ） 看護・介護 職員 3：1	痴呆疾患型 短期入所療養 介護費（Ⅰ） 看護職員 6：1 介護職員 4：1	痴呆疾患型 短期入所療養 介護費（Ⅱ） 看護職員 6：1 介護職員 5：1	痴呆疾患型 短期入所療養 介護費（Ⅲ） 看護職員 6：1 介護職員 6：1	痴呆疾患型 短期入所療養 介護費（Ⅳ） 看護職員 6：1 介護職員 8：1
要支援	1,037単位	939単位	1,263単位	1,233単位	1,214単位	1,186単位
要介護1	1,048単位	948単位	1,289単位	1,259単位	1,239単位	1,210単位
要介護2	1,066単位	964単位	1,331単位	1,300単位	1,279単位	1,249単位
要介護3	1,084単位	980単位	1,373単位	1,340単位	1,319単位	1,288単位
要介護4	1,101単位	996単位	1,415単位	1,381単位	1,359単位	1,327単位
要介護5	1,119単位	1,011単位	1,457単位	1,422単位	1,399単位	1,366単位

※ 1 単位あたり単価：10.00（その他地域）～10.72（特別区）円／単位
 ※ 施設基準の減算
 診療所療養型病床群療養環境減算（Ⅰ）▲50単位
 診療所療養型病床群療養環境減算（Ⅱ）▲90単位
 ※ 送迎加算（片道）184単位
 ※ 離島等に該当する地域の事業所については，15%加算

※ 送迎加算（片道）184単位
 ※ 1 単位あたり単価：10.00（その他地域）～10.72（特別区）円／単位
 ※ 離島等に該当する地域の事業所については，15%加算

	基準適合診療所	介護力強化病院			
	基準適合診療所 短期入所療養 介護費	介護力強化型 短期入所療養 介護費(Ⅰ) 看護職員 6:1 介護職員 3:1	痴呆疾患型 短期入所療養 介護費(Ⅱ) 看護職員 6:1 介護職員 4:1	痴呆疾患型 短期入所療養 介護費(Ⅲ) 看護職員 6:1 介護職員 5:1	痴呆疾患型 短期入所療養 介護費(Ⅳ) 看護職員 6:1 介護職員 6:1
要支援	889単位	1,233単位	1,168単位	1,121単位	1,091単位
要介護1	899単位	1,259単位	1,192単位	1,145単位	1,114単位
要介護2	913単位	1,301単位	1,232単位	1,182単位	1,150単位
要介護3	928単位	1,343単位	1,271単位	1,220単位	1,186単位
要介護4	943単位	1,385単位	1,310単位	1,258単位	1,223単位
要介護5	958単位	1,427単位	1,350単位	1,295単位	1,259単位

※1単位あたり単価：10.00(その他地域)～10.72(特別区)
円/単位

※送迎加算(片道)184単位

※離島等に該当する地域の事業所については、15%加算

※夜勤体制

夜間勤務看護(Ⅰ)123単位 夜間勤務看護(Ⅱ)114単位

夜間勤務看護(Ⅲ)15単位 夜間勤務看護(Ⅳ)17単位

※送迎加算(片道)184単位

※1単位あたりの単価：10.00(その他地域)～10.72(特別区)円/単位

※離島等に該当する地域の事業所については、15%加算

出典：『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』169頁。

第3節 介護報酬

介護報酬は、要支援を含め要介護度別に6段階に設定されている。介護報酬は、介護老人保健施設の施設サービス費の1日当たり単価に、食費相当費用と入所初期加算分とを加味して設定されており、短期入所期間中に受けるリハビリテーションや入浴、食事、宿泊等に係わる費用が包括されている。利用者は、介護報酬の1割に相当する利用料を負担する他、①特別な療養室(個室又は2人室)の利用に係わる差額室料、②送迎に係わる費用、③食材料費、④理美容代等の日常生活費等をサービスの利用状況に応じて負担する⁽¹⁹⁾。詳細は、図表5を参照されたい。

第4節 現況

短期入所療養介護の指定事業所数は、平成14年8月現在で、6,749となっており、そのうち医療法人が74%を占めている⁽²⁰⁾。要介護状態別費用額について平成14年5月審査分を基準にみると、老健は要介護4が最も多く、次いで要介護3、要介護5と比較的要介護度が高い利用者が多い。また、病院等は、要介護度の上昇とともに費用額も増加し、要介護5が最も多くなっている。いずれにしても、短期入所療養介護は、短期入所生活介護と同じように要介護度の高い利用者が多いといえる。(図表6参照)

短期入所療養介護の1事業所当たりの平成14年5月中の平均件数は老健15.4、病院等5.8であり、1件当たりの平均費用額は、老健で8万4千3百円、病院等で9万1千8百円である⁽²¹⁾。

図表 6 要介護状態別費用額(平成14年5月審査分)

(位単：百万円)

	計	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
短期入所療養介護(老健)	3,402	15	374	648	795	836	734
％	100.0	0.4	11.0	19.0	23.4	24.6	21.6
短期入所療養介護(病院等)	437	2	39	65	72	98	161
％	100.0	0.5	8.9	14.9	16.5	22.4	36.8

出典：「介護給付費実態調査月報(概況)(平成14年5月審査分)」より作表。

第3章 痴呆対応型共同生活介護

第1節 意義と沿革

痴呆対応型共同生活介護とは、比較的安定状態にある痴呆の要介護者等が、5～9人の少数で共同生活をおくる痴呆性老人グループホームで、入浴・排泄・食事等の介護等からなる日常生活上の世話や、機能訓練を受けるものである。スウェーデンで1985年から開設され、痴呆の症状を和らげる効果があるということで、国際的に注目を浴びるようになった施設である。

入居に当たっては事業者が、入居申込者が痴呆の状態にあることを主治医の診断書等で確認する。ただし、著しい精神症状や行動異常のある人、急性の状態の人は対象とならない。サービスは、利用者への援助の目標や具体的サービス内容を定めた痴呆対応型共同生活介護計画に基づき、利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境で日常生活を送ることができるように配慮して行われる⁽²²⁾。

旧厚生省が発表した「痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究事業報告書」(平成7年度)の中で、痴呆性老人向けのグループホームの効果は、次のようにまとめられている⁽²³⁾。

- ①特別養護老人ホームのような大人数でなく、特定の利用者とスタッフが係わることで「なじみの人間関係」ができて、利用者の精神が安定する。
- ②小規模施設であり、人数も施設・設備も家庭的な環境が維持できることで、家庭生活と施設生活ほど生活様式を変化させる必要がなく、精神的な安定につながる。
- ③今までの生活の中で行ってきた家事などの生活上の「役割」を果たすことができることから精神的な安定と充足感を感じる。
- ④各人に応じた介護が可能になり精神的な安定につながる。
- ⑤「なじみの小グループでの生活」ができるため、残った能力を引き出しながら、専門家のケアを受けることができるために、痴呆症状が和らぐ。
- ⑥小規模で地域社会にあるので、家族も訪問しやすい。

記憶や見当識が弱まり、不安や混乱に陥りやすい痴呆症の高齢者にとり、何より大切なのは「安らぎ」と「誇り」である。また、喪失感や孤独感により、世界を閉ざしてしまいがちな人にとっては、「自信」と「喜び」を感じることでできる暮らしが求められている⁽²⁴⁾。そのような

ニーズに適合できる施設がグループホームであるといえる。

グループホームは、日本においては知的障害者や精神障害者に対する養護施設からはじまっている。知的障害者向けのグループホームは、戦後間もなくから取り組みが始まり、平成元(1989)年によく事業化され、翌年の平成2(1990)年に法制化されている。続いて、平成3(1991)年には、精神障害者を対象としたグループホームについても事業化され、平成5(1993)年に法制化された。⁽²⁵⁾

90年代に入ってから痴呆性老人グループホームの制度化に向けた準備が始まり、平成9(1997)年度から「痴呆対応老人共同生活援助事業」として国の補助事業の対象となり本格的にスタートした。国の施設・設備整備費補助制度の概要については、図表7を参照のこと。介護保険導入前は、市町村、社会福祉法人、医療法人が、国や自治体から整備費や委託・措置費の補助を受けて運営してきたが、介護保険導入後は、補助の対象ではない営利法人、NPO法人、個人などの参入も相次いだ。介護保険が施行された平成12(2000)年4月からは、委託費・措置費が廃止され、介護報酬へと移行した。⁽²⁶⁾ 21世紀には自宅介護、施設介護と並んで、グループホームは、介護サービスの第3の柱として、定着するかもしれない。⁽²⁷⁾

図表7 国の施設・設備整備費補助制度の概要(1999年度)

	区市町村・社会福祉法人による設置	医療法人等による設置
補助基準額 (1カ所)	【施設整備費】 定員規模ごとに定めた額(都市部には10%の特例割増加算あり) ・定員5人 3,400万円 ・定員6人 3,600万円 ・定員7人 3,800万円 ・定員8人 4,000万円 ・定員9人 4,200万円 【設備整備費】 1カ所あたり200万円	【施設整備費】 1ユニットあたり一律2,000万円 【設備整備費】 補助対象外
負担割合	国 1/2, 都道府県 1/4, 設置主体 1/4	定額
補助対象	以下の施設に併設又は隣接して整備する場合 ・特別養護老人ホーム ・養護老人ホーム ・老人保健施設 ・老人デイサービスセンター ・老人短期入所施設(在宅複合型施設含む) ・ケアハウス (ヘルパーステーションを併設したものに限る)	医療法人が老人保健施設に併設又は隣接して整備する場合

出典：『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』189頁。

第2節 形態

痴呆対応型共同生活介護は、形態別に単独型、併設型、ユニット型に分類される。⁽²⁸⁾

①単独型

高齢者グループホームの中核をなすもので、主に戸建住宅を基盤とするが、グループホームとして計画・新築されるものと、既存の住宅や寮、旅館等の改修によるものがある。機能面から見ると、デイサービスを中心とした「宅老所」型からショートステイ、入居へと発展してきたものと、当初から入居を前提としたものに類型化される。運営主体がNPOやボランティア等によるものもみられる。介護保険の導入により「宅老所」型のは、通所介護事業者や短期入所生活介護事業者として指定を受けるものも多い。

②併設型

医療機関や福祉施設に隣接・近接して設置され、運営主体は医療法人や社会福祉法人が多い。

③ユニット型

特別養護老人ホームや有料老人ホーム等を基盤として、入居者をいくつかの小規模な集団(ユニット)に分けることによりグループホームケアを提供する。運営主体は、医療法人や社会福祉法人が多いが、介護保険制度の導入により事業主体の基準が緩和され、株式会社等民間企業の参入も見られるようになった。また、特定入所施設や介護福祉施設として指定を受けるものも多いとみられる。

第3節 設置基準

人員基準と設備基準については、以下のようになっている。⁽²⁹⁾

〈人員基準〉

- ①利用者3人に対し常勤換算で1人以上(宿直時間帯は常時1人以上)の介護従業者の配置。
- ②介護支援専門員等の計画作成担当者の配置。
- ③管理者は痴呆介護についての専門的な知識と経験を持つ者であること。

〈設備基準〉

- ①共同生活住居の定員は、5人以上9人以下。
- ②住居ごとに居室・居間・食堂・台所・浴室等が必要。
- ③居室は、個室が原則であるが、処遇に必要な場合は、2人部屋でもよい。
- ④1室の床面積は、原則として7.43m²以上であることが必要。

介護老人福祉施設等の施設サービスの指定基準と異なる点は、設備基準の中に廊下幅や食堂等に対する面積基準が設けられていないこと、医師、看護職、PT、OT等が人員基準に含まれていない(医療機関との連携体制の確保でよい)こと、夜間の人員配置も夜勤ではなく宿直であることなどが挙げられ、これらの点で施設サービスよりも緩やかな基準である。一方、介護職員については、宿直時間帯を除いて3:1とされており、日勤・夜勤を合わせて3:1の体制となっている介護老人福祉施設等より手厚い配置となっている。⁽³⁰⁾ グループホームの利用者に

は、痴呆についての正しい理解および介護サービスについての専門的な知識と技術を持つ職員チームにより、一人一人の状況と希望に合わせた適切な介護サービスを受ける権利があるとして、全国痴呆性高齢者グループホーム協会は、利用者が当然持つ権利として下記の10の権利を表明している⁽³¹⁾。

- ①独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利
- ②生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重される権利
- ③安心感と自信を持てるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利
- ④自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利
- ⑤必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受ける権利
- ⑥家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利
- ⑦地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行う権利
- ⑧暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利
- ⑨生活や介護サービスにおいて、いかなる差別も受けない権利
- ⑩生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利

厚生労働省は、小規模での運営という密室性などから、ケアの質が一部で問題視されている現状を踏まえ、平成13(2001)年度から質の確保に向けた対策に取り組み始めた。介護保険の指定基準の解釈通知が改正され、都道府県が定めた基準に基づいて、各ホームでサービスの質について自己評価を行うことが義務付けられた。さらに、平成14(2002)年10月から、都道府県が選定した評価機関による第三者評価を併せて受けることが義務付けられている⁽³²⁾。

第4節 介護報酬

グループホームの運営に要する費用のうち、「介護」にかかる費用のみが痴呆対応型共同生活介護として介護保険の給付対象になる。この介護報酬は要介護度ごとに設定されているが、月額約25万円である。グループホームの介護報酬は、宿直体制が前提となっているが、夜間のトイレの誘導や徘徊等の対応のため、宿直体制ではなく夜勤体制をとっているグループホームが半数程度となっている。グループホームは、入居者が5～9人と小規模であるため報酬総額が小額であり、この中で夜勤職員の人件費を捻出するのは困難であるため、夜勤体制加算の創設要望が全国痴呆性高齢者グループホーム協会より出され、平成15年4月よりの介護報酬の見直しに向け、夜勤体制加算の方向で現在検討中である⁽³³⁾。

利用者の費用負担については、介護報酬の1割を利用者が負担することになっている。ただし、非課税世帯と生活保護世帯は免除される。家賃、食費、水道光熱費などの実費については事業者が自由に設定でき利用者の自己負担とされ、実質的自己負担額は10万円前後といわれて

図表8 痴呆対応型共同生活介護の介護報酬（1人当たり）

要介護度	1日当たり 単位数	1段階軽い 単位数との差	1月当たり報酬額単位数×10円×30日
要介護1	809単位	—	242,700円
要介護2	825単位	+16単位	247,500円
要介護3	841単位	+16単位	252,300円
要介護4	857単位	+16単位	257,100円
要介護5	874単位	+17単位	262,200円

※1単位あたり単価：10.00(その他地域)～10.72(特別区)円/単位

※この他に、入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として30単位を加算

※入居者定数超過の場合や、職員数が基準に満たない場合は、所定単位数の70/100を算定

出典：『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』191頁。

(34)
いる。

自己負担額を抑えるためには、家賃、食費、管理費の節減が重要になる。そのためには、①地主からの適切な賃借、②食事のセントラルキッチン化による厨房職員の費用削減、③事務の集約化（インターネットを用いての集中管理）による費用の削減、④常に集客を行うことによる欠員の補充、⑤健康管理に気をつけることにより、入院者の発生を避ける等に努力することが必要である。

第5節 現況

痴呆対応型共同生活介護の事業所数は、平成12年3月末に266であったものが、平成14年8月には2,081と約8倍の増加となっている。「ゴールドプラン21」によると、平成16年までに、3,200箇所の提供見込量が設定されているが年間の増加数から推測すると達成可能な状況である。法人種別に2,081のグループホームをみると、社会福祉法人が33.0%と最も多く、次いで営利法人の32.9%、医療法人の25.7%となっており、これら3法人で90%以上を占めている。⁽³⁶⁾さらに、非営利法人（NPO）の参入も増加しつつある。その背景としては、施設整備費への国庫補助が認められていることがある。また、事業運営の観点からすると、NPO法人の職員は定年退職者が中心で、非営利の活動理念に共感して活動に参加するため、人件費比率を抑えることができ、営利法人に比して優位性があるといえる。⁽³⁷⁾

要介護度別に痴呆対応型共同生活介護の利用状況をみると、最も多いのが要介護2の37.4%、次いで要介護1の28.1%、要介護3の22.5%となっており、グループホームの利用者は、要介護度の比較的軽い高齢者である。（図表9参照）

次に、グループホームの平成13年5月から平成14年5月までの1年間の業績変化をみると、1事業所当たり平均費用額が24.7%、平均利用実人数が23.3%、利用者1人当たり平均利用額が1.5%それぞれ増加しており、業績が好転しているといえる。（図表10参照）

図表9 要介護状態別費用額

(単位：百万円)

	計	要支援等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成14年5月 費用額	4,577	0	1,287	1,714	1,032	406	137
%	100.0%	0.0%	28.1%	37.4%	22.5%	8.9%	3.0%

出典：「介護給付費実態調査月報（概況）（平成14年5月審査分）」より作表。

図表10 グループホームの1年間の業績変化

	平成13年5月	平成14年5月	年間増加率
1事業所当たり平均費用額/月(千円)	1,981	2,471	24.7%
1事業所当たり平均利用実人数/月(人)	8.6	10.6	23.3%
利用者1人当たり平均費用額(百円)	2,307	2,342	1.5%

出典：前掲資料。

図表11 グループホームの宿直・夜勤比較

区 分		宿	直	夜	勤
調査対象施設数(グループホーム)		115		96	
平均ユニット数		1.16		1.19	
平均入居者数(人)		9.73	(8.39)*1	10.22	(8.59)*1
1ユニット平均入居者数(人)		7.78		8.33	
入居率(%)		92.72		96.50	
開始後月数(ヶ月)		17.30		19.11	
要介護度平均		2.15		2.23	
平均事業費収益(円)		24,671,253		27,811,376	
従業員数	常勤(人)	4.59	(3.96)*1	5.60	(4.71)*1
	パート(人)	2.50	(2.16)*1	2.99	(2.51)*1
	計	7.09	(6.11)*1	8.59	(7.22)*1
平均総費用金額(円)		22,976,338		27,377,519	
事業費収益対人件費(円) および人件比率	(常勤)	8,871,783	35.96%	11,936,642	42.92%
	(非常勤)	3,027,163	12.27%	3,623,822	13.03%
	(法定複利)	1,342,116	5.44%	1,593,592	5.73%
計		13,241,062	53.67%	17,154,056	61.68%
収益率(1-総費用/総収益)(%)		6.87		1.56	

注)数値は、四捨五入のため、内訳の合計が合わない場合もある。

*1)1ユニット当たりの人数

出典：全国痴呆性高齢者グループホーム協会「事業者団体ヒアリング資料」(平成14年4月)。

NPO 法人である全国痴呆性高齢者グループホーム協会の資料に基づき、宿直体制のグループホームと夜勤体制のグループホームの実態を比較検討してみたい。(図表11参照) 調査対象となったグループホームの211施設の中で、宿直体制が54.5%で夜勤体制が46.5%となっている。平均ユニット数、平均入居定員数、1ユニット平均入居者数、入居率、要介護度平均、平均事業費収益、従業員数のいずれにおいても、夜勤体制の方が宿直体制よりも数値的には上回っている。しかしながら、夜勤体制の方が人件費率が約8%高いために、収益率は、宿直6.87%に対して、夜勤1.56%と低くなっている。この夜勤の収益率の低さを改善するために、前述のような介護報酬の見直しが提言されている。

おわりに

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」によると、わが国の高齢者人口は、平成57（2045）年にピークを迎え3,640万人となり、高齢化率は34.7%で、3人のうち1人は高齢者という文字どおりの超高齢社会になると推計されている。さらに、1970年代から出現した少子化現象の影響により、今後、後期高齢者の割合が急激に増加し平成62（2050）年には、21.5%と5人に1人が75歳以上の高齢者になると推計されている。ちなみに、平成12（2000）年の後期高齢者の人口比は、7.1%であり、50年間に3倍の割合で比率が増加するということである。⁽³⁸⁾平成14年8月審査分の介護給付実態調査月報によると、65歳以上の受給者は、251万人で、前期高齢者が43万人、後期高齢者が208万人と後期高齢者が83%を占めている。⁽³⁹⁾後期高齢者人口の増大は、要介護高齢者人口の増大を意味し、介護ビジネスの市場規模の拡大を意味するものといえる。すでに、女性の平均寿命は、約85歳となっており、85歳を境に痴呆の発生率が急激に高まる状況を勘案すると、今後、グループホームへの需要は急増するものと予想される。

(注)

- (1) 第12回社会保障審議会介護給付費分科会資料「介護給付実態調査月報（平成14年8月審査分）」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyuufu/2002/08.html>
- (2) 森宮勝子「介護ビジネス研究(Ⅰ)」『文京学院大学 経営学部 経営論集』第11巻第1号 平成13年 63～83頁。
- (3) 『介護保険制度の解説 平成13年1月版』社会保険研究所 平成13年 74頁。
- (4) 医療経済研究機構監修『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』日経BP出版センター 平成12年 144頁。
- (5) 『介護保険制度の解説 平成13年1月版』74頁。
- (6) 大内俊一『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』アーバンプロデュース 平成12年 320頁。
- (7) 前掲書 324頁。
- (8) 『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』145頁。
- (9) 第12回社会保障審議会介護給付費分科会資料「介護保険指定事業所の指定状況」<http://www.>

mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/020904/tyosa1.html

- (10) 「介護給付費実態調査月報概況(平成14年5月審査分)」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/0205-1.html>
- (11) 『詳報介護ビジネスガイド2001』日経BP 平成12年 69頁。
- (12) 「日経ヘルスケア21」平成14年9月号 32頁。
- (13) 前掲書 33頁。
- (14) 『介護保険制度の解説 平成13年1月版』75頁。
- (15) 『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』166頁。
- (16) 三菱総合研究所編『図説 福祉・介護ハンドブック』東洋経済新報社 平成13年 140頁。
- (17) 『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』166頁。
- (18) 『介護保険制度の解説 平成13年1月版』75頁。
- (19) 『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』168頁。
- (20) 第12回社会保障審議会介護給付費分科会資料「介護保険指定事業所等の指定状況」
- (21) 「介護給付費実態調査月報概況(平成14年5月審査分)」
- (22) 『介護保険制度の解説 平成13年1月版』76頁。
- (23) 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』380頁。
- (24) 川淵孝一『介護はビジネスになるか』厚生科学研究所 平成13年 158頁。
- (25) 『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』188頁。
- (26) 『詳報介護ビジネスガイド2001』58頁。
- (27) 上條俊昭『急成長するヘルスケア・マーケット』東洋経済新報社 平成11年 96頁。
- (28) 『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』188～189頁。
- (29) 『介護保険制度の解説 平成13年1月版』76頁。
- (30) 『先進事例に見る在宅介護事業成功への条件』190頁。
- (31) 第10回社会保障審議会介護給付費分科会資料 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/s4022-2.html>
- (32) 『介護保険時代のグループホーム・高齢者住宅開設マニュアルー2002～2003年版ー』32頁。
- (33) 「日経ヘルスケア21」平成14年10月号 72頁。
- (34) 『介護保険時代のグループホーム・高齢者住宅開設マニュアルー2002～2003年版ー』33頁。
- (35) 日経BP介護情報センター編『高齢者医療・介護経営2002年からの新戦略』日経BP社 平成13年 121頁。
- (36) 第12回社会保障審議会介護給付費分科会資料「介護保険指定事業所等の指定状況」
- (37) 「日経ヘルスケア21」平成14年7月号 55～56頁。
- (38) 内閣府編『平成14年版 高齢社会白書』財務省印刷局 平成14年 67頁。
- (39) 「介護給付実態調査月報(平成14年8月審査分)」