

平成27年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

**認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点
として活用するための調査研究事業報告書**

平成28年3月

公益社団法人日本認知症グループホーム協会

はじめに

認知症グループホームは、介護保険制度と共にスタートを切り早や 16 年が経過しつつある。各地の認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）は、地域の高齢者や家族のニーズに対応しながら、さらなる新しい役割・方向性を求めて模索しているところである。平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の助成をいただき、認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用することをテーマとする調査研究事業を実施し、ここに調査研究報告書を取りまとめることができた。

今年度の調査研究においては、1. 全国の市町村を対象とする自治体調査を実施し、全国各地域における認知症をめぐるニーズを客観的に把握する根拠を得ることができた。とりわけ、三大都市圏などの人口変動が大きく、認知症ケア・サービスの拡充が求められる地域の実情をも把握することが可能となった。他方、2. 各地の認知症グループホームを対象とする事業所調査を実施することにより、全国 700 超の多岐にわたるが前向きな回答を得ることができた。

こうした基礎的データをもとに、本調査研究の検討ポイントとして、

- (1) 認知症の人とその家族のニーズに対応すべく、グループホームとしての新しいサービス対応をどのように展開していくのか。
- (2) 介護と医療の連携の具体化を目指して、①グループホーム事業所と訪問看護ステーションとの連携を具体的に推進すること、②グループホーム事業所と認知症疾患医療センター（精神科病院）との連携を図ることを明らかにすることができたこと、等である。さらにこれに加えて、
- (3) 認知症グループホームが認知症ケアの地域拠点として、①関係者への相談・支援、②緊急対応としての短期入所ベッドの確保、③認知症の方々の地域での居場所づくりに関わる、グループホームが地域での拠点機能を果たしていく、新しい展開を推進することの意義と課題を明らかにすることができた、と考えている。

各方面からのご批評とご支援を賜りたく、ここに報告書を提出するものである。

2016 年 3 月

認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための
調査研究委員会 委員長 山本 ゆかり

<目次>

I. 本編

第1章 調査研究事業の概要	
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の実施方法	2
3. 調査研究の実施体制	3
第2章 自治体アンケート調査結果	
I. 調査の実施概要	5
II. 調査結果	7
1. 回答自治体の属性	7
2. グループホームと地域包括ケアシステムについて	18
3. グループホームと医療、看護連携について	48
4. グループホームと特養、医療機関等との連携について	50
5. グループホームと地域に暮らす家族介護者の負担軽減について	57
第3章 事業所アンケート調査結果	
I. 調査の実施概要	71
II. 調査結果	74
1. 回答事業所の属性	74
2. グループホームと地域包括ケアシステムについて	80
3. グループホームと医療、看護連携について	98
4. グループホームと特養、医療機関等との連携について	115
5. グループホームと地域に暮らす家族介護者の負担軽減について	131
第4章 調査のまとめと考察	149
第5章 提言 ～まとめに代えて	175

II. 資料編

「訪問看護ステーションと認知症グループホームの連携について」 (伊藤委員提出資料)	1
「認知症疾患医療センターの取組について」(河崎委員提出資料)	5
「社会福祉法人が運営する認知症カフェと社会福祉法人実施主体の認知症初期 集中支援チーム」(鴻江委員提出資料)	9
自治体アンケート調査票	20
事業所アンケート調査票	29

第1章 調査研究事業の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 調査研究の背景

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）において、認知症グループホームは、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開することが期待されている。

認知症グループホームは、その特性である個別ケア機能、地域との連携機能を中心に、重度者への対応、在宅の認知症の人への対応にも取り組む事業所が増えてきており、既に全国に1万2千か所以上の事業所数を有していることから、各自治体において認知症ケアの拠点として展開できる可能性を秘めている。

一方、地域包括ケアシステムにおいては、認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて認知症施策を推進することが求められており、各自治体のニーズに応じてグループホームの機能を有効に活用していく方法を検討していくことが重要である。

また、総合戦略では、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化する取り組みを推進することも求められており、地域に開かれた事業運営のあり方についても検討する必要がある。

(2) 調査研究の目的

上記の課題を踏まえ、本研究事業は、認知症グループホームの地域密着性に着目し、その機能を積極的に地域展開していくための現状と課題について、自治体のニーズを踏まえつつ広く検証し、認知症ケアの拠点としての認知症グループホームのあり方について、認知症の人や家族、事業者、自治体等関係者等で認識を共有できるような、具体的なイメージを検討することを目的として実施した。

2. 調査研究の実施方法

本調査研究では、調査検討委員会による検討の下、次の2つの調査を実施した。

(1) 自治体アンケート調査

地域包括ケアシステムの中で、認知症の各段階に応じてグループホームに求められる役割・機能及び利用者像を整理するため、全国の市区町村を対象とするアンケート調査を実施した。

本調査では、各自治体の第6期介護保険事業計画における認知症グループホーム関連の整備・活用計画、認知症ケアパスにおけるグループホームの位置づけ、自治体が考える認知症グループホームの現在の役割・機能や今後期待する役割・機能等について調査を行った。

(2) 事業所アンケート調査

自治体アンケート調査の調査結果を踏まえ、地域において認知症グループホームに期待される役割・機能を具体的に展開する上での課題整理を行うことを目的として、日本認知症グループホーム協会会員の全事業所を対象にアンケート調査を実施した。

本調査では、事業所における医療機関との連携状況、地域に向けた取組の実施状況や期待される役割・機能、および今後の課題等について調査を行った。

上記の2調査の結果、および調査検討委員会における検討の結果を踏まえ、調査のまとめと考察および提言の検討を行った。

3. 調査研究の実施体制

(1) 調査研究の実施体制

本事業における調査の設計および分析、結果の取りまとめ等に関する検討を行うため、協会関係者、当事者・家族の代表者、医療・保健・介護関連団体等関係者、地域関係者、自治体関係者、有識者等の各界を代表する関係者9名から構成される検討委員会を設置した。

検討委員会の構成は下表のとおりである。

【検討委員会委員名簿】

氏 名	所 属
山本 ゆかり（委員長）	社会福祉法人さわらび会専務理事 公益社団法人日本認知症グループホーム協会常務理事
村川 浩一（副委員長）	大阪河崎リハビリテーション大学教授 公益社団法人日本認知症グループホーム協会常務理事
伊藤 雅治	一般社団法人全国訪問看護事業協会会長
河崎 建人	医療法人河崎会 水間病院理事長・院長 公益社団法人日本精神科病院協会副会長
鴻江 圭子	社会福祉法人杏風会 介護老人福祉施設白寿園施設長 公益社団法人全国老人福祉施設協議会理事
佐々木 薫	社会福祉法人仙台市社会事業協会 葉山地域包括支援センター所長 公益社団法人日本認知症グループホーム協会副会長
関本 紀美子	公益社団法人認知症の人と家族の会 東京都支部世話人
東内 京一	埼玉県和光市保健福祉部長
山梨 恵子	独立行政法人水資源機構 監事

（委員長、副委員長、以下 五十音順）

【オブザーバー】厚生労働省 老健局総務課 認知症施策推進室

【調査研究事業委託機関】 みずほ情報総研株式会社

【事務局】公益社団法人日本認知症グループホーム協会

(2) 検討の経過

検討委員会では、期間中に計5回の会議を開催し、本事業における調査の設計および分析、結果の取りまとめ等について検討を行った。各回における検討事項等の概要は下表のとおりである。

図表 1-3-1 調査検討委員会の開催概要

回数	開催日	検討事項
第1回	平成27年8月5日(水) 15時半～17時半	<ul style="list-style-type: none">・調査研究の趣旨、スケジュール等の確認・グループホームの役割・機能に関する論点整理・調査研究の実施スキーム、実施計画の検討
第2回	平成27年9月7日(月) 15時半～17時半	<ul style="list-style-type: none">・調査研究の実施スキーム、実施計画等の確認・自治体アンケート調査票(案)、集計・分析方針の検討
第3回	平成27年11月16日(月) 15時～17時	<ul style="list-style-type: none">・自治体アンケート調査結果(速報値)の報告・事業所アンケート調査票(案)、集計・分析方針の検討
第4回	平成28年1月25日(月) 15時半～17時半	<ul style="list-style-type: none">・事業所アンケート調査結果(速報値)の報告・調査結果を踏まえた集計・分析方針の修正検討・報告書の構成・内容等の検討
第5回	平成28年2月29日(月) 15時～17時	<ul style="list-style-type: none">・調査結果(確定値)の報告・調査結果を踏まえた考察の検討・報告書(案)の検討

第2章 自治体アンケート調査結果

I 調査の実施概要

1) 調査の目的

地域包括ケアシステムの中で、認知症の各段階に応じてグループホームに求められる役割・機能および利用者像を整理することを目的として、全国の市区町村を対象に、各自治体における第6期介護保険事業計画での認知症グループホームや関連する社会資源等の整備・活用計画、認知症ケアパスの策定等の認知症施策の状況、および認知症グループホームの現状の役割や特徴と今後に対する考えなどについて調査を行った。

2) 調査対象と実施方法

全国の自治体（1,741件）を対象とし、郵送配布・郵送回収によるアンケート調査（自記式）を実施した。

3) 実施期間

平成27年10月13日～平成27年12月18日

4) 回収状況

775件（回収率44.5%）

5) 調査内容

調査項目の概要は下表のとおり。

図表 2-1 調査項目

設問	調査項目
自治体の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・人口規模 ・高齢化率 ・高齢者の世帯構成 ・要支援・要介護認定率 ・平均要介護度 ・高齢者全体に占める認知症高齢者の割合
地域の社会資源	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービス事業所 ・地域支援事業 ・医療機関等 ・認知症に携わる人材の養成 ・自治体独自の補助金や助成金交付
認知症施策	<ul style="list-style-type: none"> ・第6期介護保険事業計画・老人福祉計画での記述 ・認知症高齢者の実態把握 ・認知症ケアパスの作成状況
認知症グループホームの現状と今後	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症グループホームの特徴 ・認知症グループホームが現在担っている役割 ・認知症グループホームに今後、積極的に求めていきたい役割・機能 ・認知症グループホームに今後、必要と思われる事柄 ・認知症グループホームの活用上の困難点や課題 ・認知症グループホームが活かすことのできる役割や専門性

6) 表章上の留意点

本報告書中に示す表章、集計数値については、下記の点に留意されたい。

- ・合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。
- ・調査票中で複数回答を求めた項目については、図表タイトル中に【MA】と表記している。
- ・構成比が10%未満の項目はデータラベルを省略している場合がある。
- ・クロス集計結果のうち、該当数が極端に少ないものや無回答が多いものについては、構成比の解釈を慎重に行う必要がある。

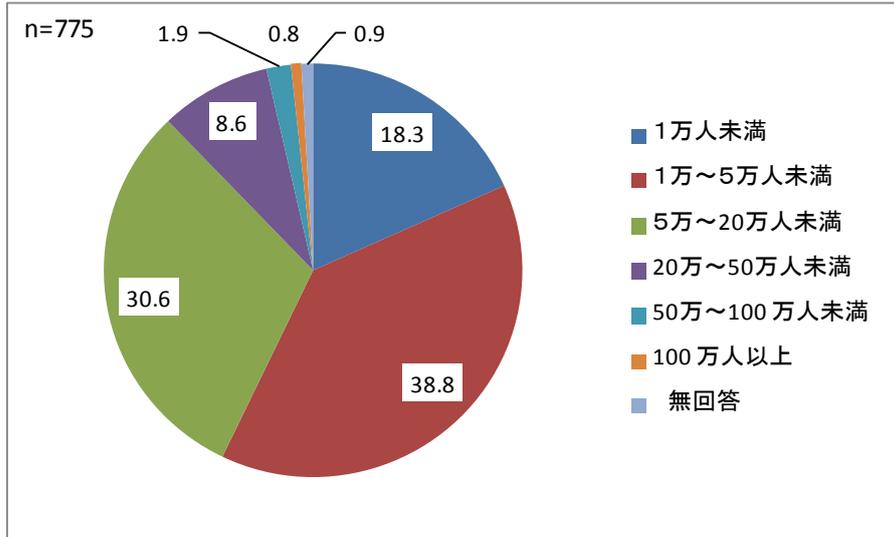
II 調査結果

1. 回答自治体の属性

1) 自治体の概要

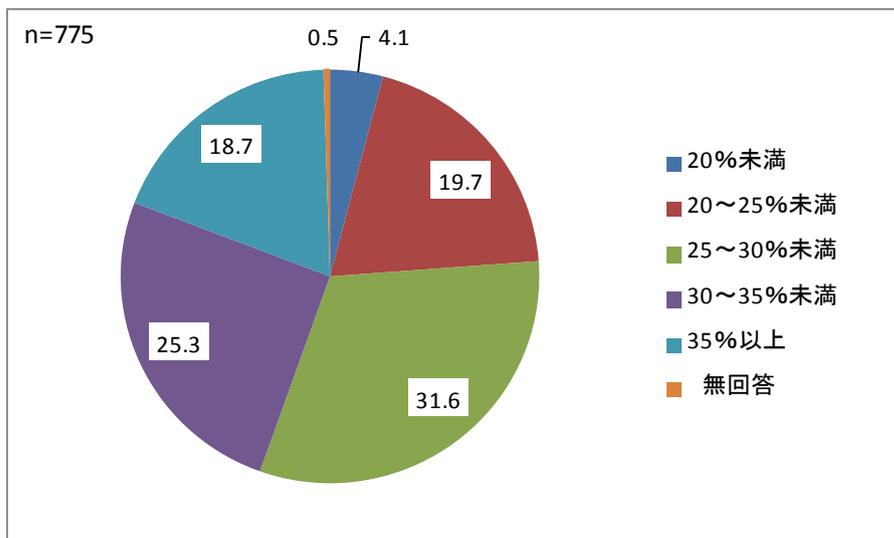
本調査に回答した775自治体の属性について、まず、人口規模を見ると、「1万～5万人未満」が38.8%と4割弱を占め、続いて「5万～20万人未満」(30.6%)となっていた。

図表 2-2 人口規模



高齢化率については、「25～30%未満」が全体の3割強を占めたが、「30～35%」も25.3%であり、回答者全体としての平均値は29.5%であった。

図表 2-3 高齢化率



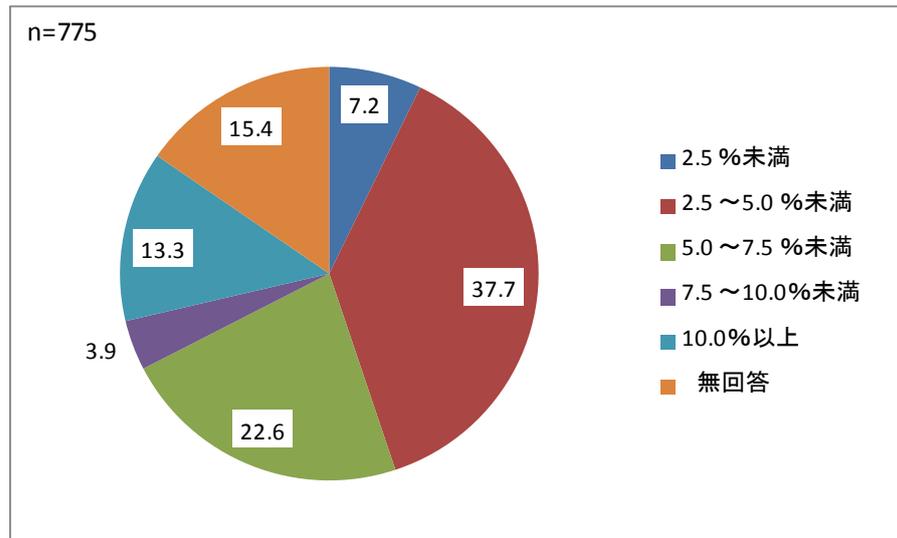
高齢者の世帯構成を見ると、構成比の平均値は「その他世帯」(44.6%)が最も高いが、高齢者の「単身世帯」および「夫婦のみ世帯」の平均値も20%前後を占めた。

図表 2-4 高齢者の世帯構成

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
単身世帯	620	20.5%	12.5%	1.9%	70.3%
夫婦のみ世帯	563	21.9%	12.3%	0.7%	77.9%
その他世帯	520	44.6%	22.1%	0.0%	91.7%

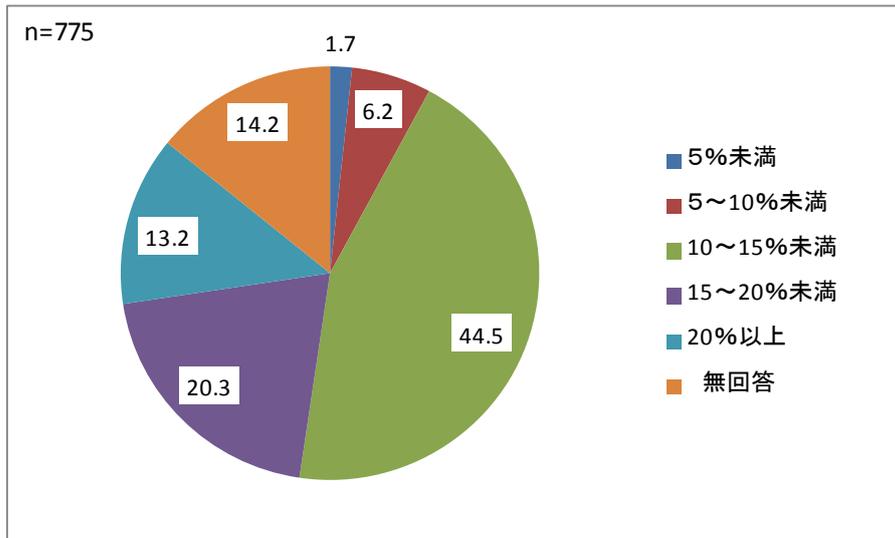
要支援認定の状況については、要支援認定率「2.5～5.0%」が回答者全体の4割弱を占めたが、5.0以上の自治体も合計で4割弱であり、全体の平均値は7.6%であった。

図表 2-5 要支援認定率



要介護認定の状況については、要介護認定率「10～15%」が回答者全体の4割強を占めたが、15%以上の自治体も合計で3割強であり、全体の平均値は21.7%であった。

図表 2-6 要介護認定率

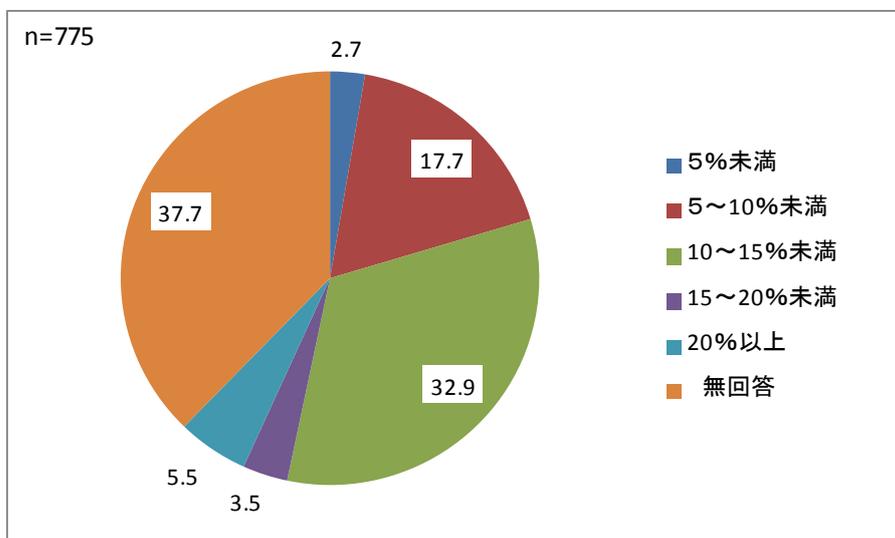


回答自治体の平均要介護は 2.2 で、高齢者全体に占める認知症高齢者の割合は、「無回答」を除き、平均で 14.3%であった。

図表 2-7 平均要介護度

調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
412 100.0	2.2	0.4	1	4.1

図表 2-8 高齢者全体に占める認知症高齢者の割合



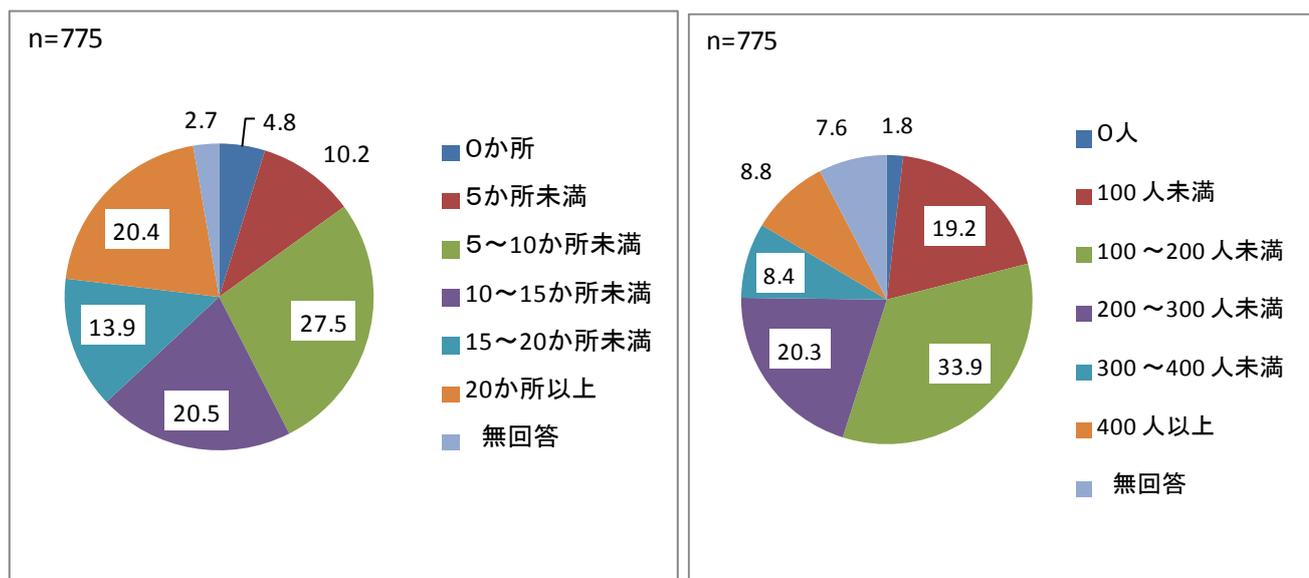
2) 社会資源の状況

認知症対応型共同生活介護および関連する介護保険サービスについて、回答自治体における社会資源の配置状況をみると、人口10万人当たりの事業所数および定員数はそれぞれ下図のとおりであった。

図表 2-9 認知症対応型共同生活介護のサービス供給量

<人口10万人当たり事業所数>

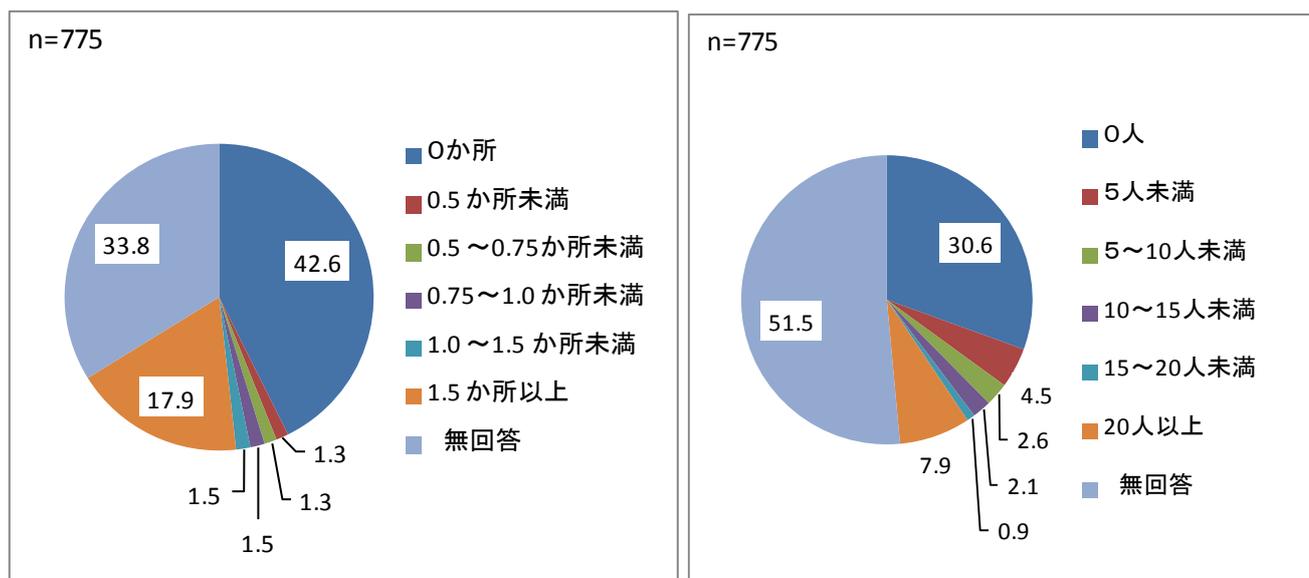
<人口10万人当たり定員数>



図表 2-10 短期利用認知症対応型共同生活介護のサービス供給量

<人口10万人当たり事業所数>

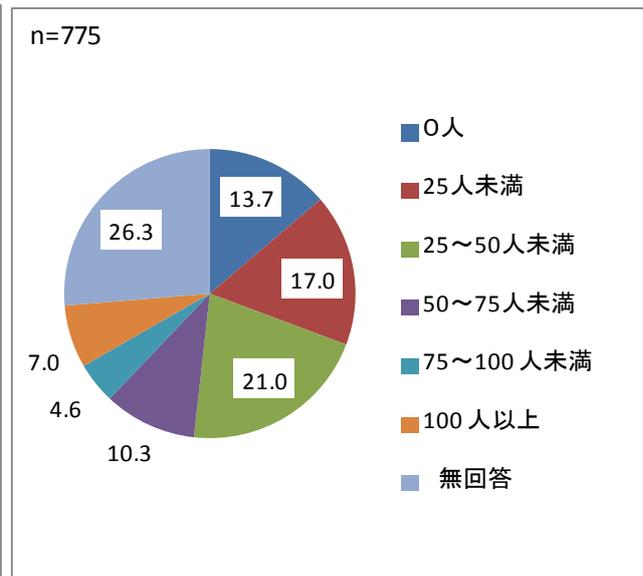
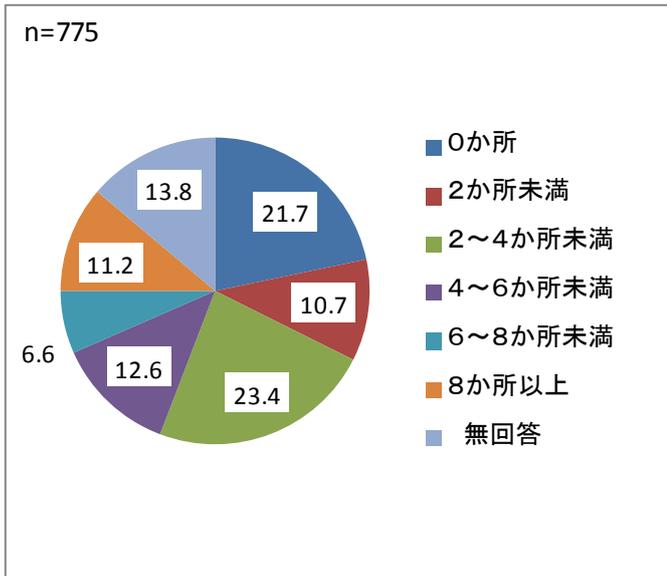
<人口10万人当たり定員数>



図表 2-11 認知症対応型通所介護のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

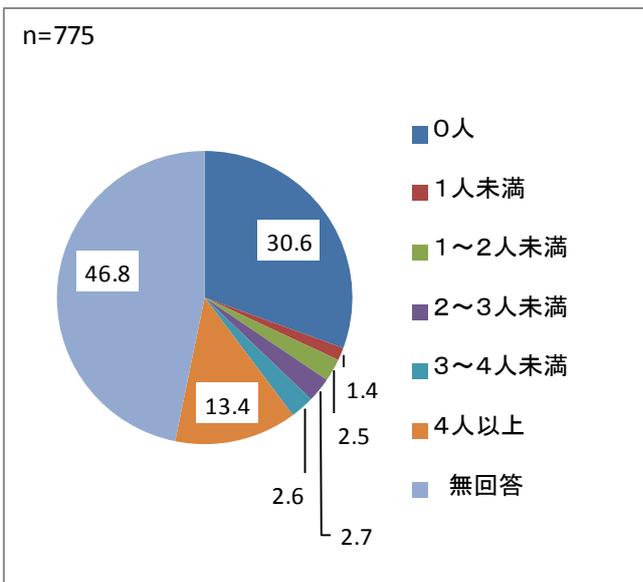
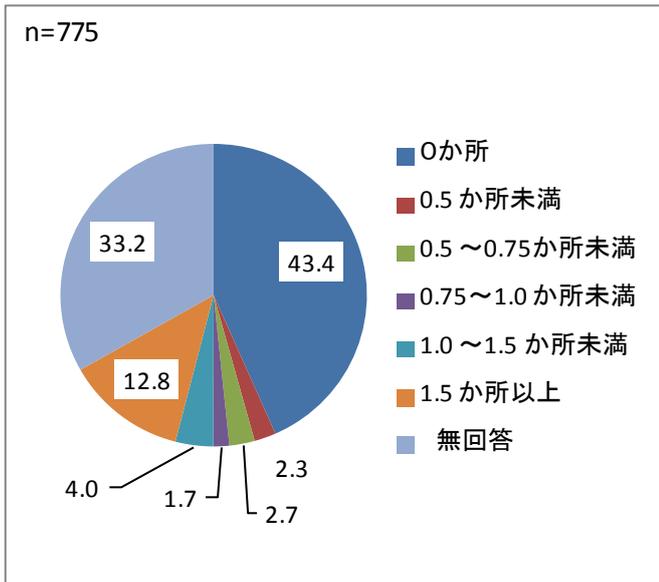
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-12 共用型認知症対応型通所介護のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

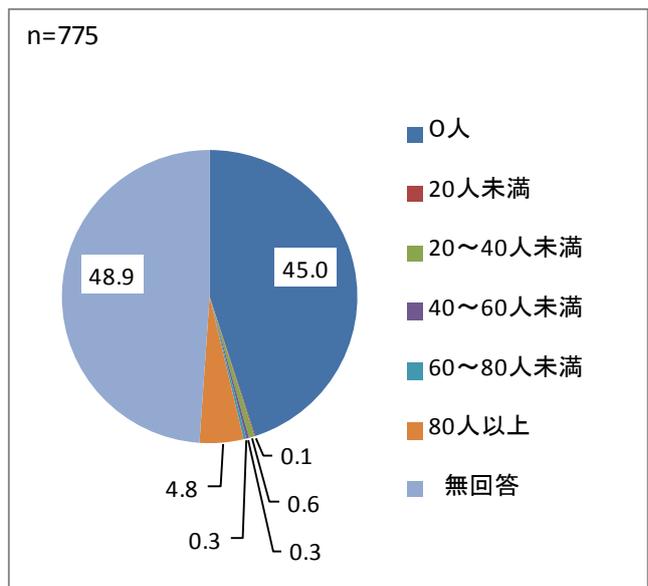
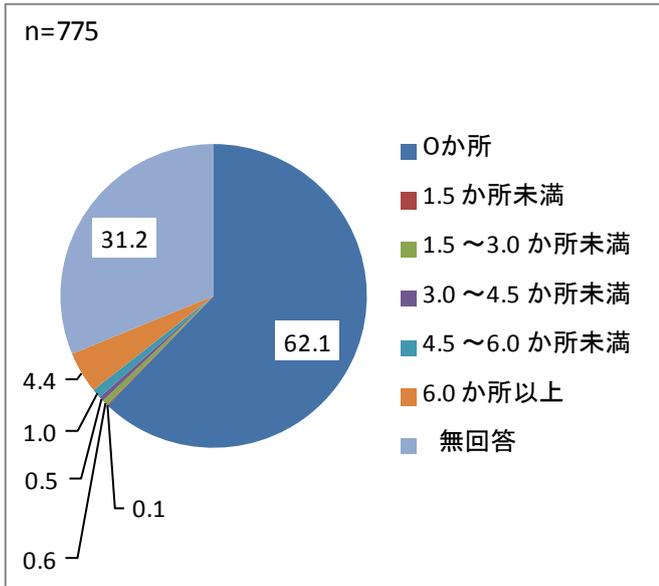
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-13 地域密着型小規模通所介護のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

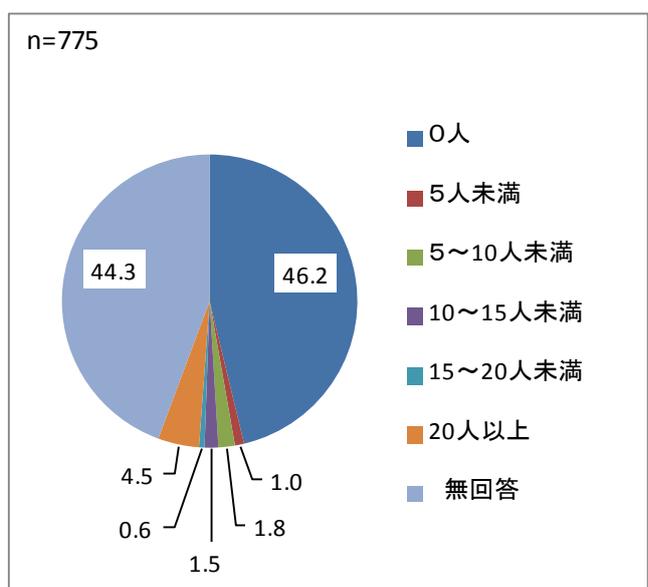
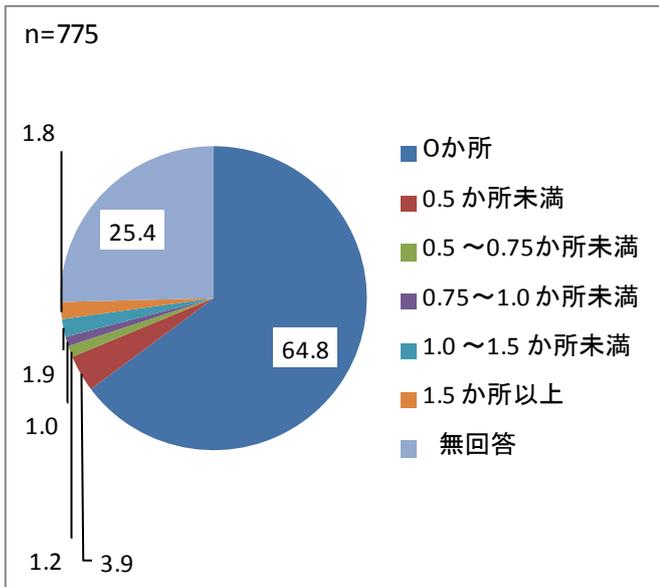
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-14 看護小規模多機能型居宅介護のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

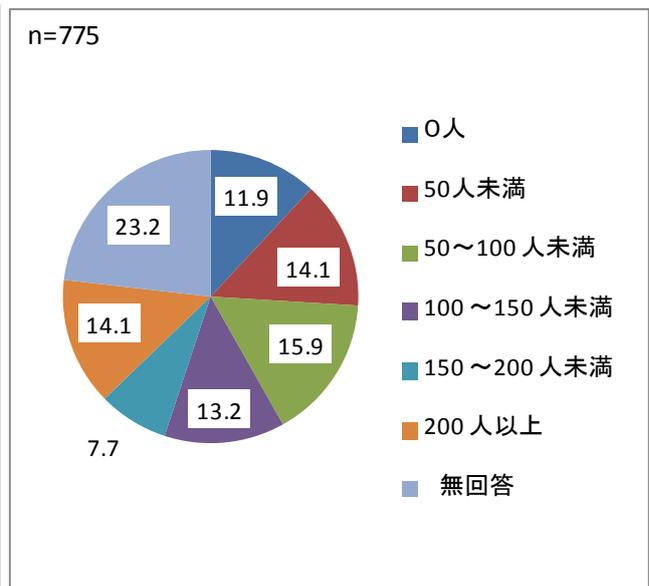
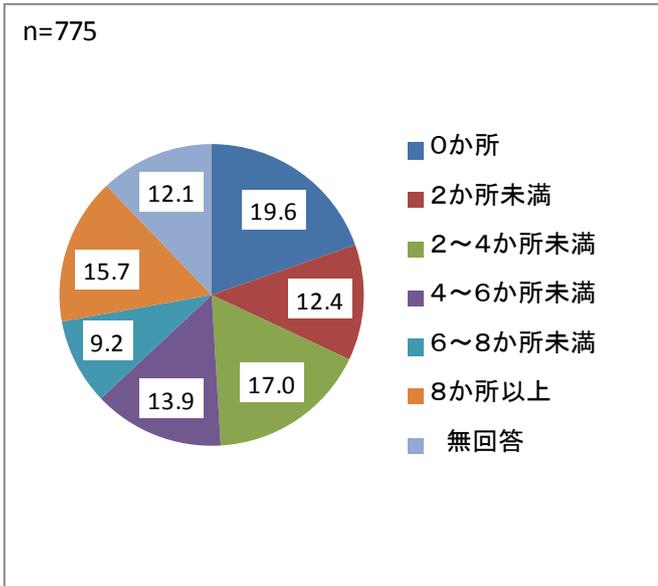
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-15 小規模多機能型居宅介護のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

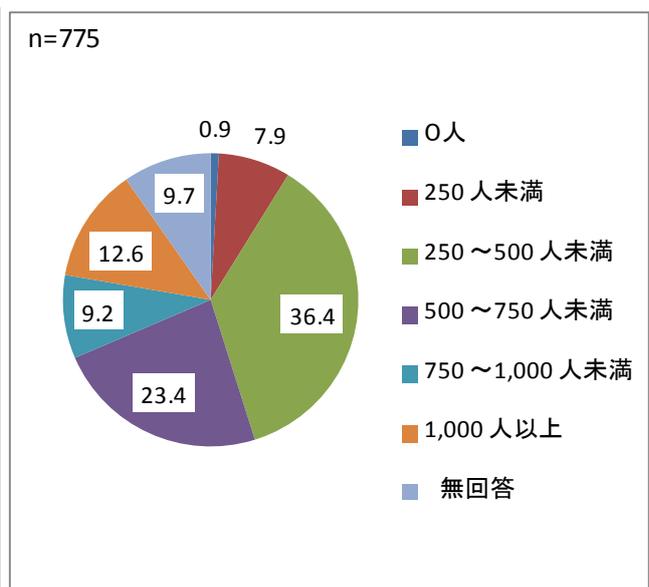
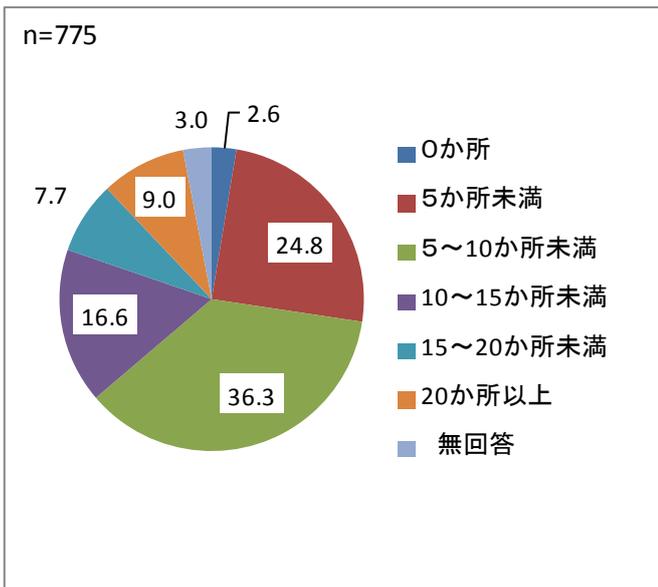
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-16 介護老人福祉施設のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

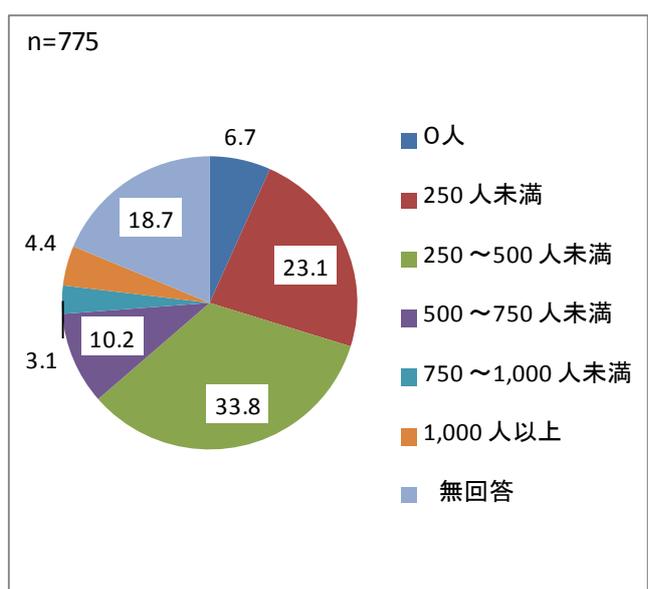
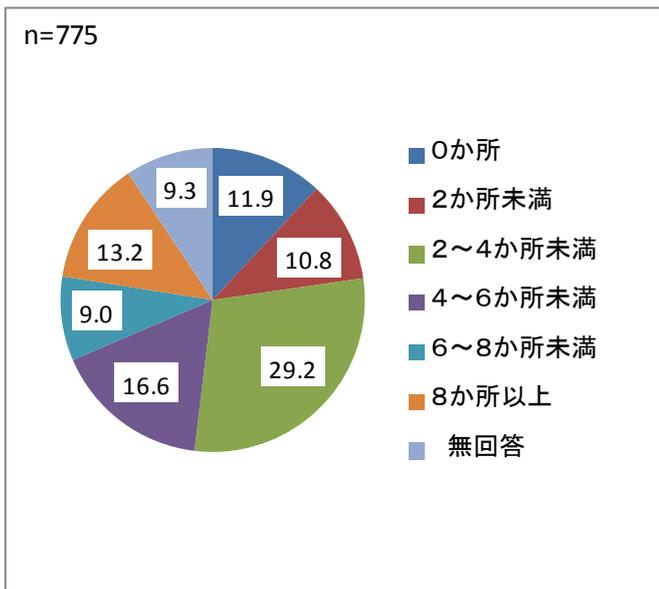
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-17 介護老人保健施設のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

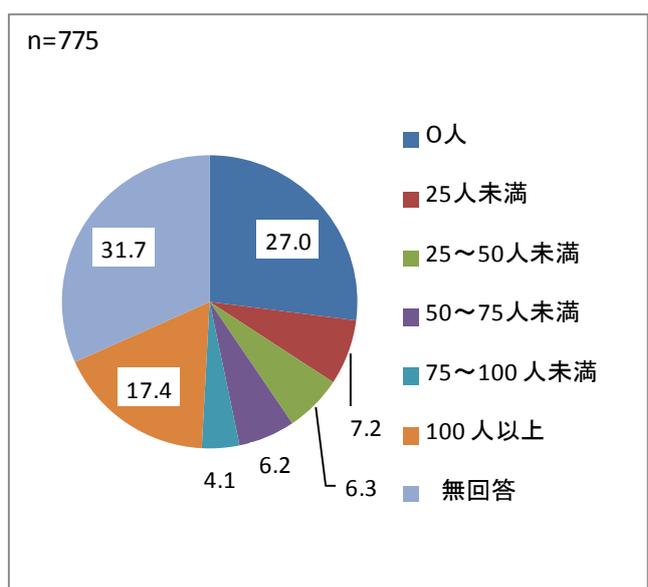
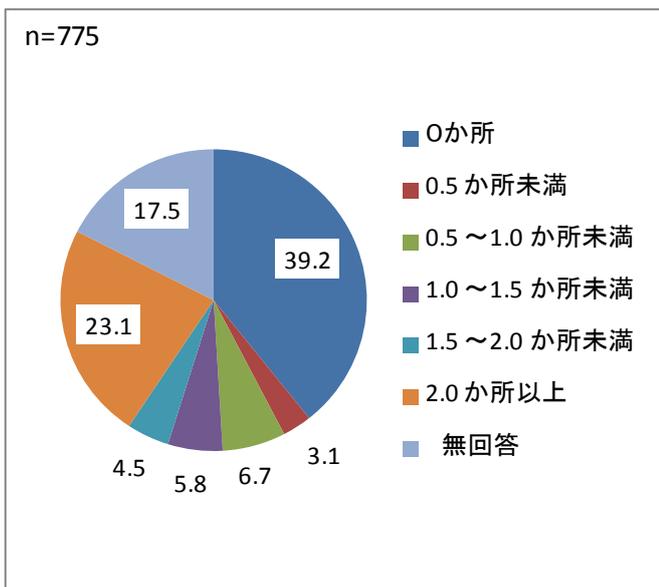
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-18 介護療養型医療施設のサービス供給量

<人口 10 万人当たり事業所数>

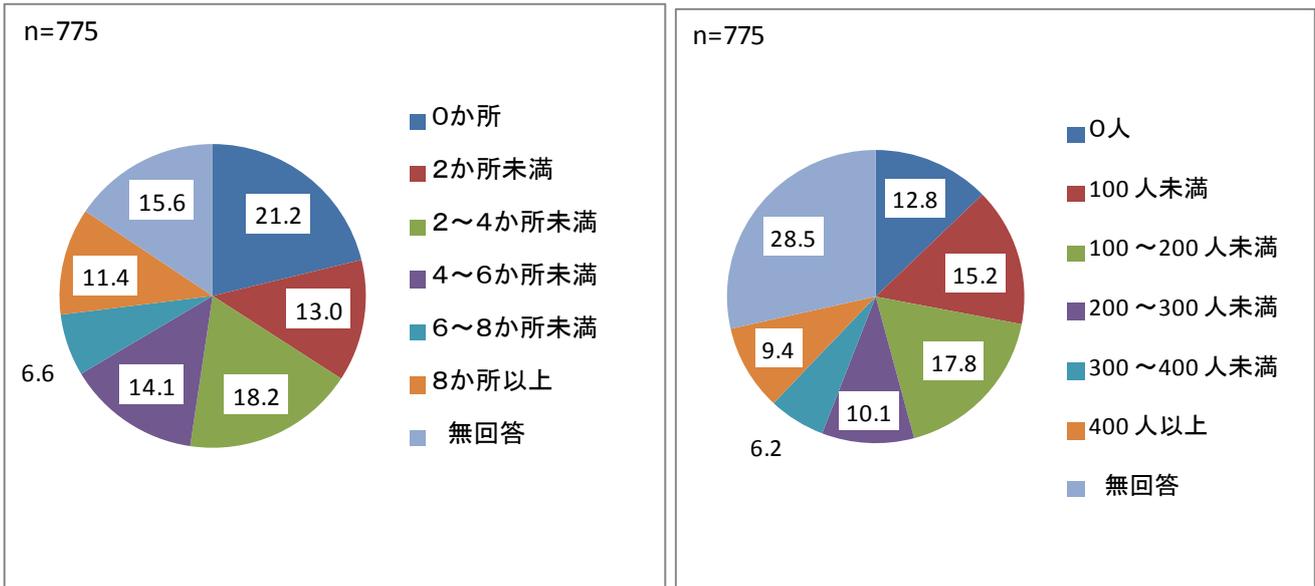
<人口 10 万人当たり定員数>



図表 2-19 特定施設(養護老人ホーム、ケアハウス)のサービス供給量

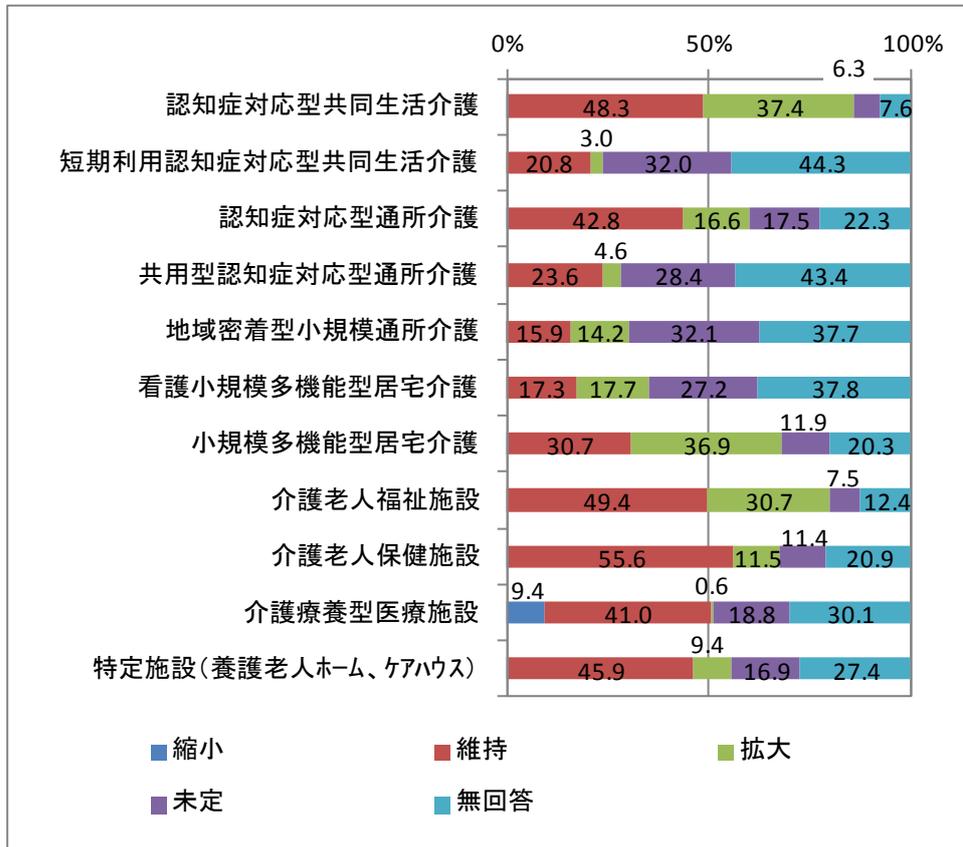
<人口10万人当たり事業所数>

<人口10万人当たり定員数>



上記の社会資源の現状を踏まえ、それぞれのサービスについて第6期介護保険事業計画等に記載されているサービス供給量の増減計画を尋ねたところ、自治体における各サービスに関する今後の方針は下図のとおりであった。認知症対応型共同生活介護について「拡大」と回答した自治体は37.4%と全体の4割弱を占めており、他のサービスと比較しても高い回答率であった。

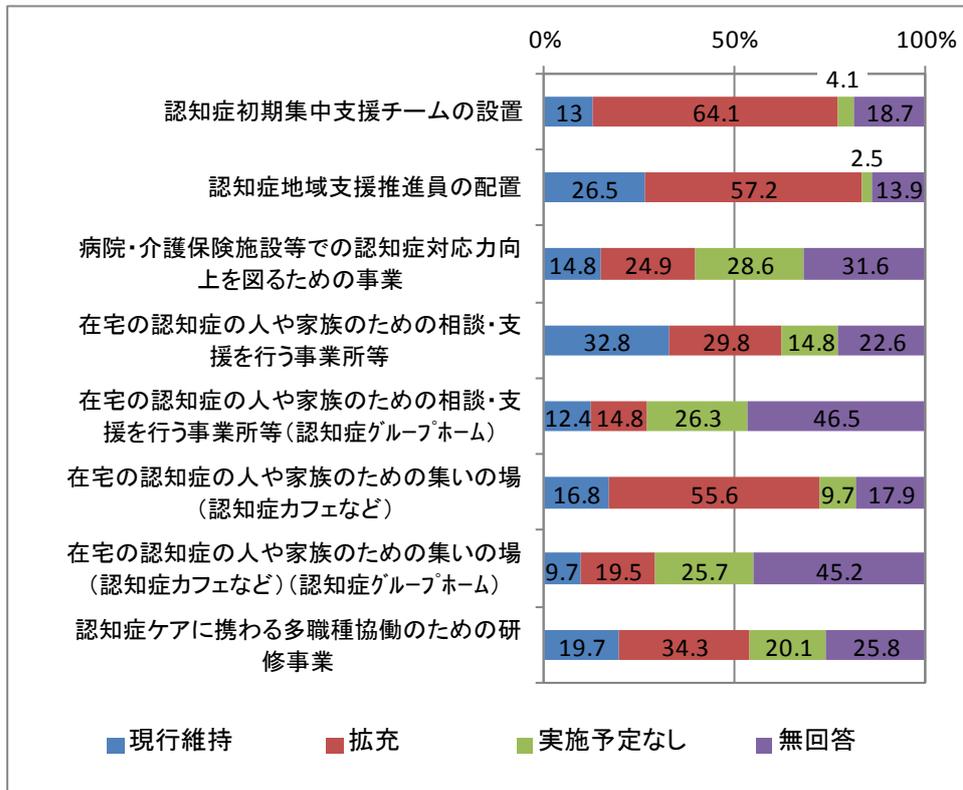
図表 2-20 今後の方針(介護保険サービス事業所)



同様に、認知症初期集中支援チームの設置等をはじめとする、地域支援事業に関する自治体の今後の方針¹を尋ねたところ、下図のとおりであった。

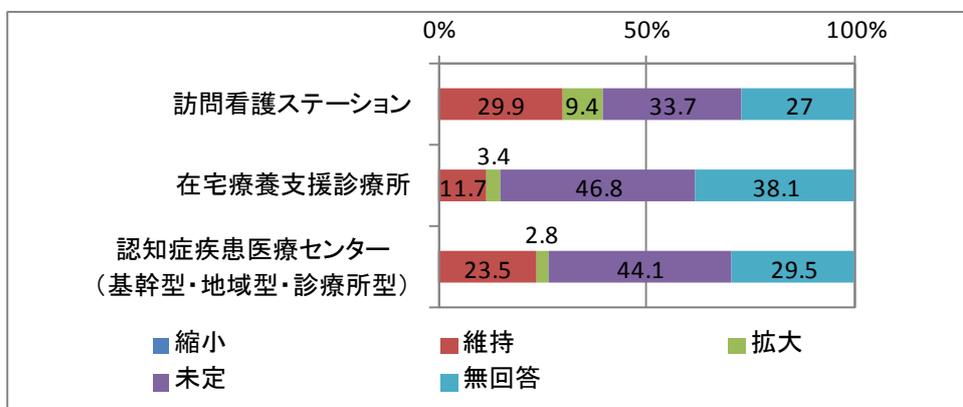
「認知症初期集中支援チームの設置」、「認知症地域支援推進員の配置」、「在宅の認知症の人や家族のための集いの場（認知症カフェなど）」については、6割前後の自治体が今後「拡充」の予定と回答した。

図表 2-21 今後の方針(地域支援事業)



一方、医療機関等に関する自治体の今後の方針をみると、「未定」ないし「無回答」の回答が多数を占めており、本調査において具体的な傾向を把握することは難しい結果となった。

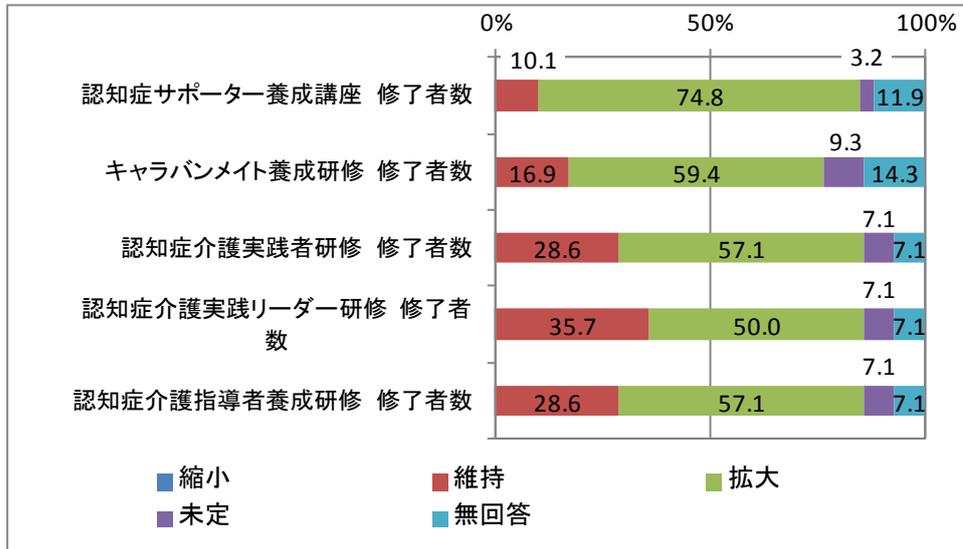
図表 2-22 今後の方針(医療機関等)



¹ 「今後の方針」は、現状の実施有無に関わらず回答を依頼した。このため、「拡充」には、現在は実施していないが、今後実施予定という場合も含まれる。

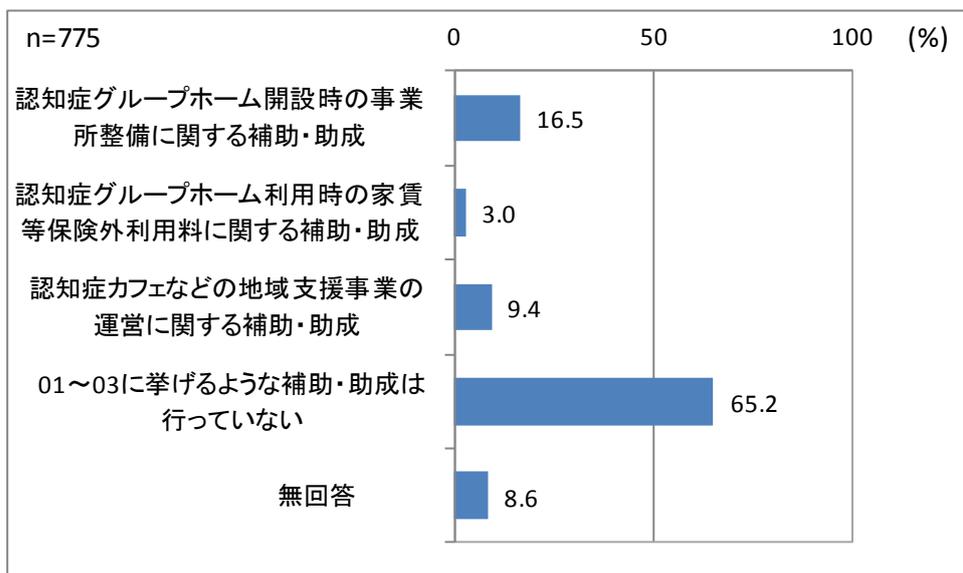
認知症に携わる人材の養成に関する自治体の今後の方針をみると、「認知症サポーター養成講座 修了者数」、「キャラバンメイト養成研修 修了者数」、「認知症介護実践者研修 修了者数」などのすべての項目で全体の5割以上の自治体が「拡大」の方針との回答であった。

図表 2-23 今後の方針(認知症に携わる人材の養成)



認知症グループホームに関連する、自治体独自の取組としての補助金や助成金等の交付状況について尋ねたところ、「01~03に挙げるような補助・助成は行っていない」が65.2%を占めたが、「認知症グループホーム開設時の事業所整備に関する補助・助成」を行っている自治体が16.5% (128件)、「認知症カフェなどの地域支援事業の運営に関する補助・助成」を行っている自治体が9.4% (73件) あった。

図表 2-24 自治体独自の補助金・助成金の交付【MA】



2. グループホームと地域包括ケアシステムについて

- 地域包括ケアシステムにおける認知症ケアの拠点として、認知症の各段階に応じて認知症グループホームに求められる役割・機能とは何か。また、各段階における認知症グループホームの利用者像、ケア内容とはどのようなものか

1) 認知症グループホームのサービスが現状でどの程度提供されているか

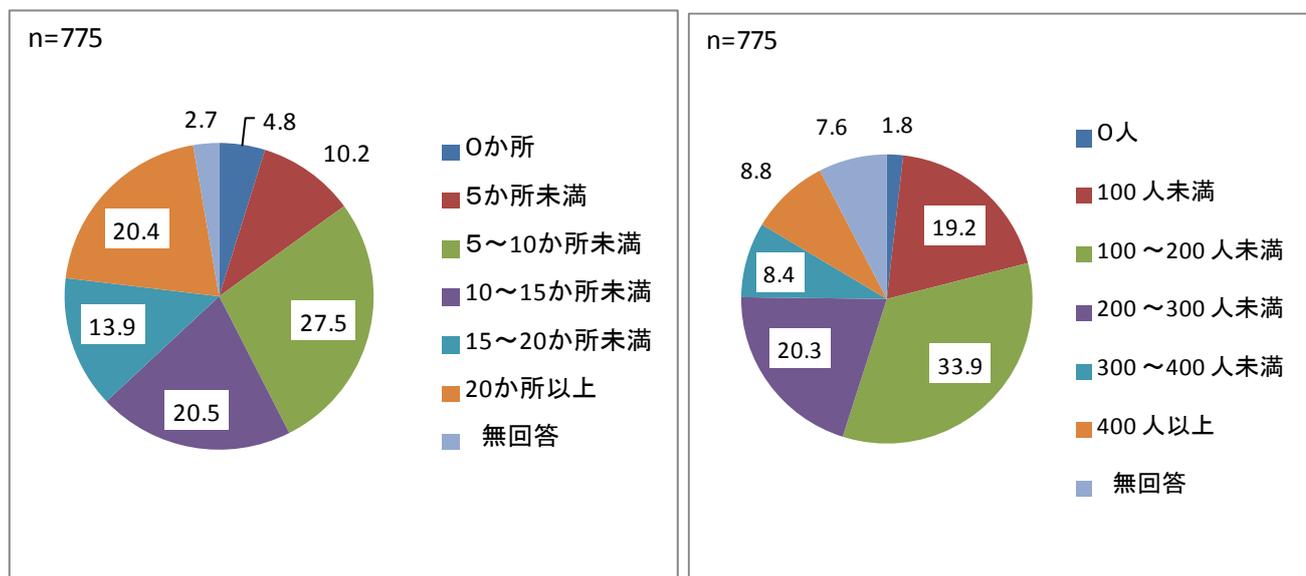
認知症グループホームのサービスが現状でどの程度提供されているかについて見ると、10万人当たり事業所数では「5～10か所未満」(27.5%)がもっとも多く、「5～10か所未満」「10～15か所未満」の合計で全体の約半数を占めた。一方、「20か所以上」の自治体も20.4%となっており、地域によるばらつきが大きいことがうかがえる。

人口10万人当たりの平均事業所数および定員数を人口規模および高齢化率から作成した地域類型²別にみると、人口規模が大きい自治体の方が事業所数・定員数ともに少ない傾向がある。なお、人口規模が同じグループの中では、高齢化率が高い自治体の方が事業所数・定員数ともに多く整備されている。

図表 2-25 認知症対応型共同生活介護のサービス供給量

<人口10万人当たり事業所数>

<人口10万人当たり定員数>



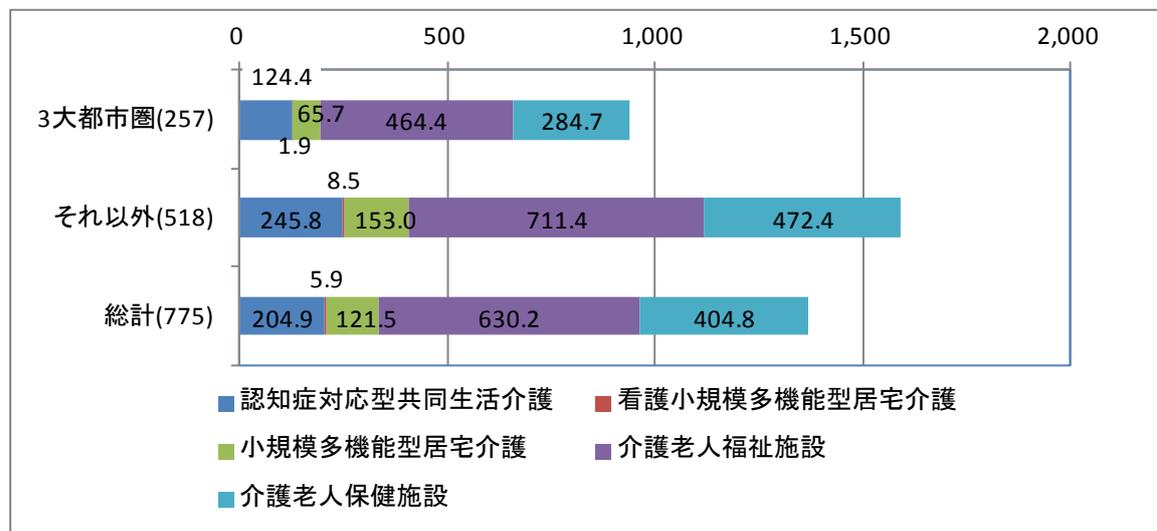
² 人口規模および高齢化率をもとに、回答自治体を①人口5万人未満、高齢化率30%未満、②人口5万人未満、高齢化率30%以上、③人口5万人以上、高齢化率30%未満、④人口5万人以上、高齢化率30%以上の4グループに分類した(以下、「地域類型」とする。)

<人口10万人当たりの平均事業所数・平均定員数（地域類型別）>

	事業所数	定員
人口5万人未満(443)	17.42	250.50
高齢化率30%未満(154)	11.91	171.47
高齢化率30%以上(289)	20.33	291.09
人口5万人以上(325)	9.88	148.63
高齢化率30%未満(274)	8.71	134.50
高齢化率30%以上(51)	16.23	224.90
未分類(7)	16.80	246.85
総計(775)	14.19	204.94

下表では、認知症対応型共同生活介護と関連サービス（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設）について、各サービスの人口10万人当たりの平均定員数の合計を表した。これを回答自治体が所属する都道府県に基づき三大都市圏（東京圏、名古屋圏、大阪圏）³とそれ以外の自治体で比較すると、人口10万人当たり平均定員数の合計は三大都市圏（941.2人）とそれ以外の自治体（1591.1人）では大きな差異がみられる。三大都市圏では、認知症グループホームを含む社会資源のサービス供給量が全国に比べて限られている現状がうかがわれる。

図表 2-26 認知症対応型共同生活介護と関連サービスの社会資源の状況
<人口10万人当たりの平均定員数（3大都市圏とその他の地域別）>

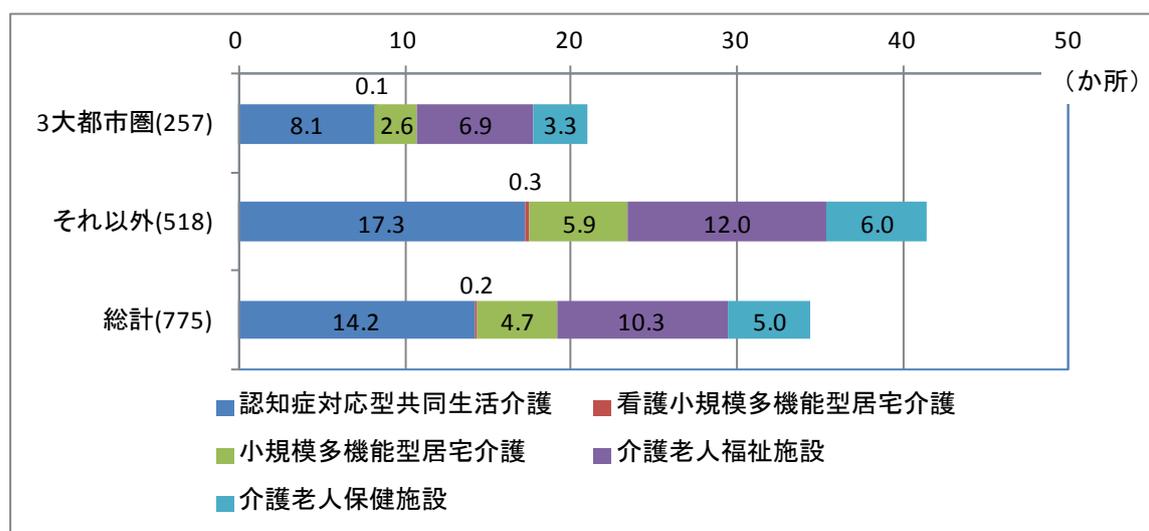


³ 総務省統計局「住民基本台帳人口移動報告 2014年結果」に従い、東京圏（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県）名古屋圏（愛知県、岐阜県、三重県）、大阪圏（大阪府、兵庫県、京都府、奈良県）を三大都市圏と定義した。

また、同様に、下表では認知症対応型共同生活介護と関連サービス（看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設）について、各サービスの人口 10 万人当たりの平均事業所数の合計を表した。

平均定員数と平均事業所数のそれぞれについて、認知症対応型共同生活介護が全体に占める割合をみると、平均定員数は全体の 13～15%程度であるのに対し、事業所数では認知症対応型共同生活介護の事業数が全体の約 40%程度を占める。認知症グループホームは認知症高齢者のための小規模な生活単位であり、他のサービスよりも細かな単位で、地域の中に多くの事業所が整備されていることが分かる。

<人口 10 万人当たりの平均事業所数（3 大都市圏とその他の地域別）>



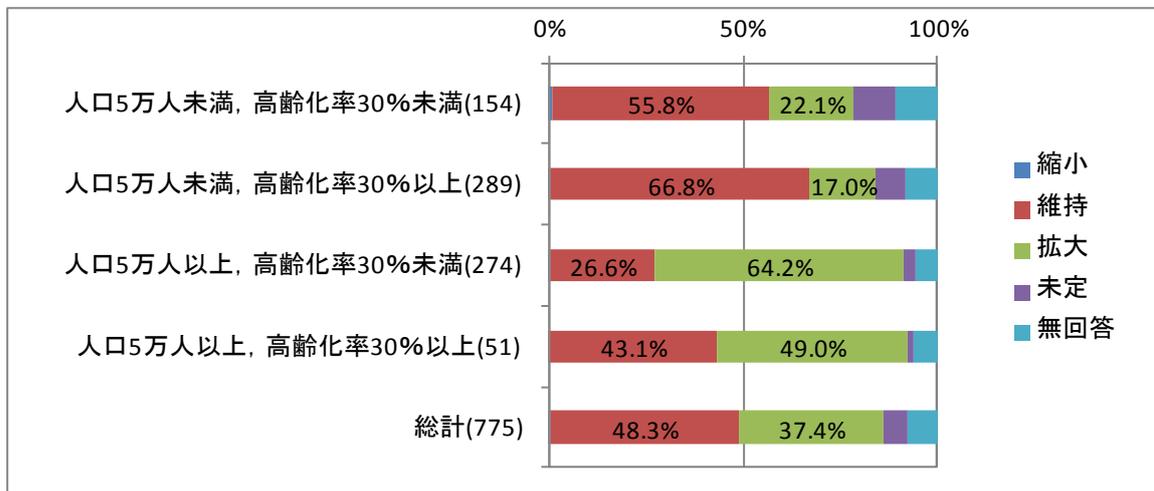
2) 認知症グループホームのサービス供給量について、今後、自治体がどのような方針を持っているか

認知症グループホームのサービス供給量に関する、今後の方針については、全体の48.3%の自治体が「維持」、37.4%が「拡大」との回答であった。

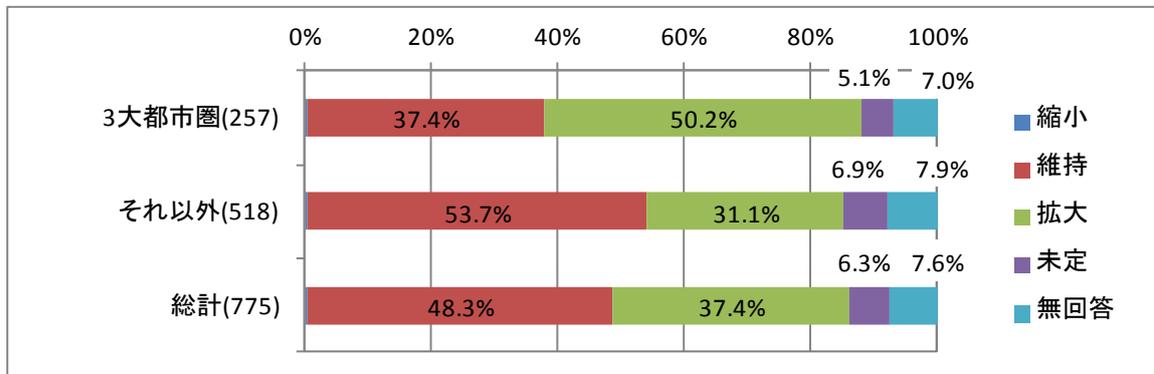
上記を地域類型別にみると、人口規模が大きい自治体では「維持」よりも「拡大」と回答した割合が高く、特に「人口5万人以上、高齢化率30%未満」では「拡大」が64.2%を占めた。

また、回答自治体が所属する都道府県に基づき、三大都市圏とそれ以外の自治体との差異をみたところ、「拡大」と回答した割合が「それ以外」の自治体では31.1%であるのに対し、三大都市圏の自治体では50.2%と高い割合を占めた。

図表 2-27 認知症対応型共同生活介護のサービス供給量に関する今後の方針(地域類型別)



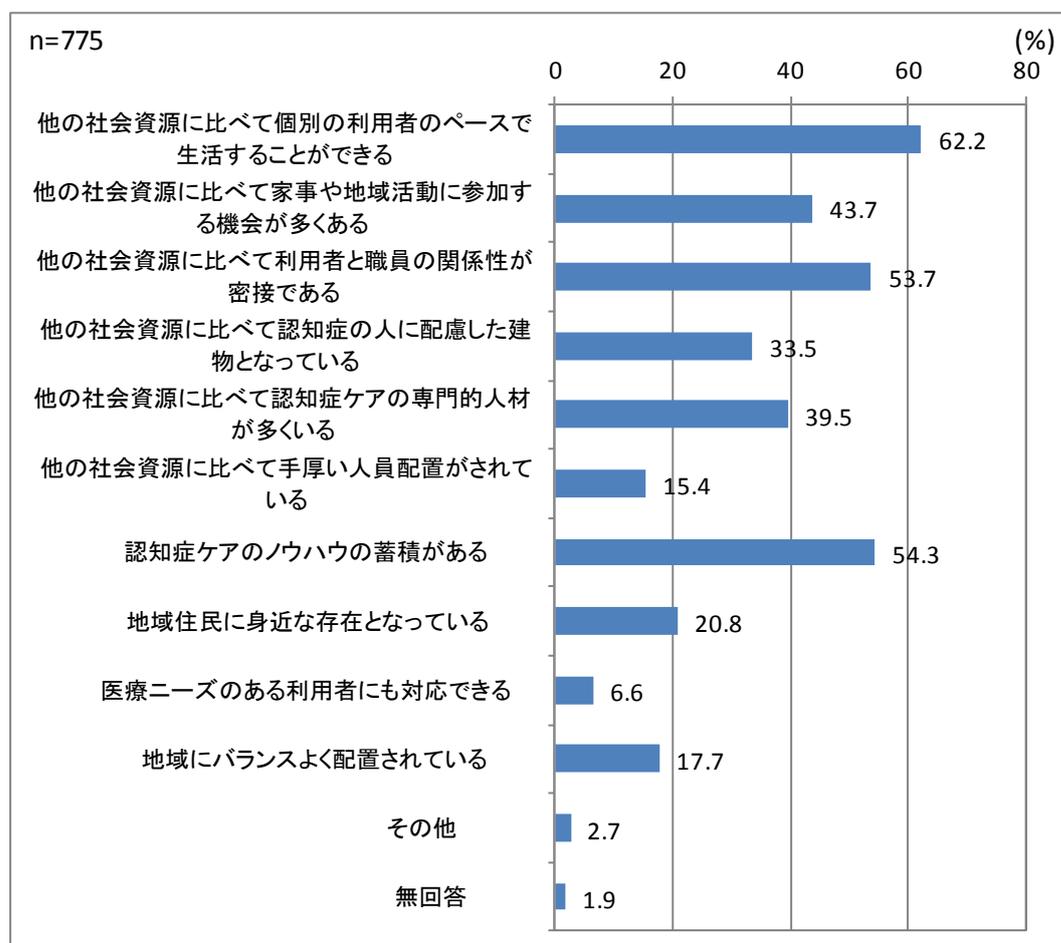
図表 2-28 認知症対応型共同生活介護のサービス供給量に関する今後の方針 (3大都市圏とその他の地域別)



3) 認知症グループホームの特徴をどのように捉えられているか

回答自治体において、認知症グループの特徴がどのように捉えられているかをみると、「他の社会資源に比べて個別の利用者のペースで生活することができる」(62.2%)が最も高く、次いで「認知症ケアのノウハウの蓄積がある」(54.3%)、「他の社会資源に比べて利用者との関係性が密接である」(53.7%)が多く挙げられた。

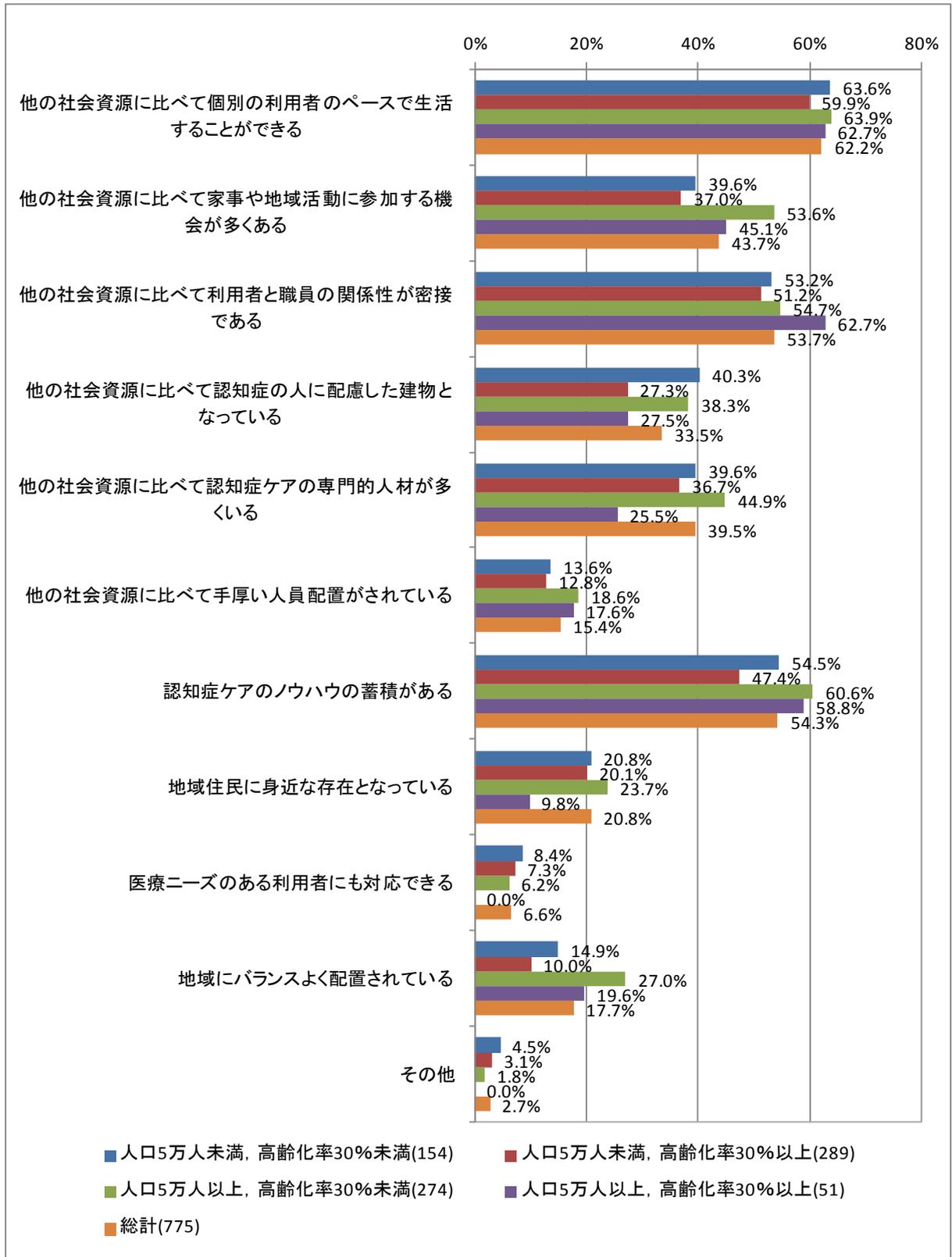
図表 2-29 認知症グループホームの特徴(問9)【MA】



上記を地域類型別にみると、全体的な傾向はおおむね共通しており、いずれのグループでも上位に挙げられた特徴は「他の社会資源に比べて個別の利用者のペースで生活することができる」、「認知症ケアのノウハウの蓄積がある」、「他の社会資源に比べて利用者との関係性が密接である」であった。

なお、「地域にバランスよく配置されている」では、人口規模が大きい自治体の方が回答割合が高い傾向がみられた。

図表 2-30 認知症グループホームの特徴(地域類型別)



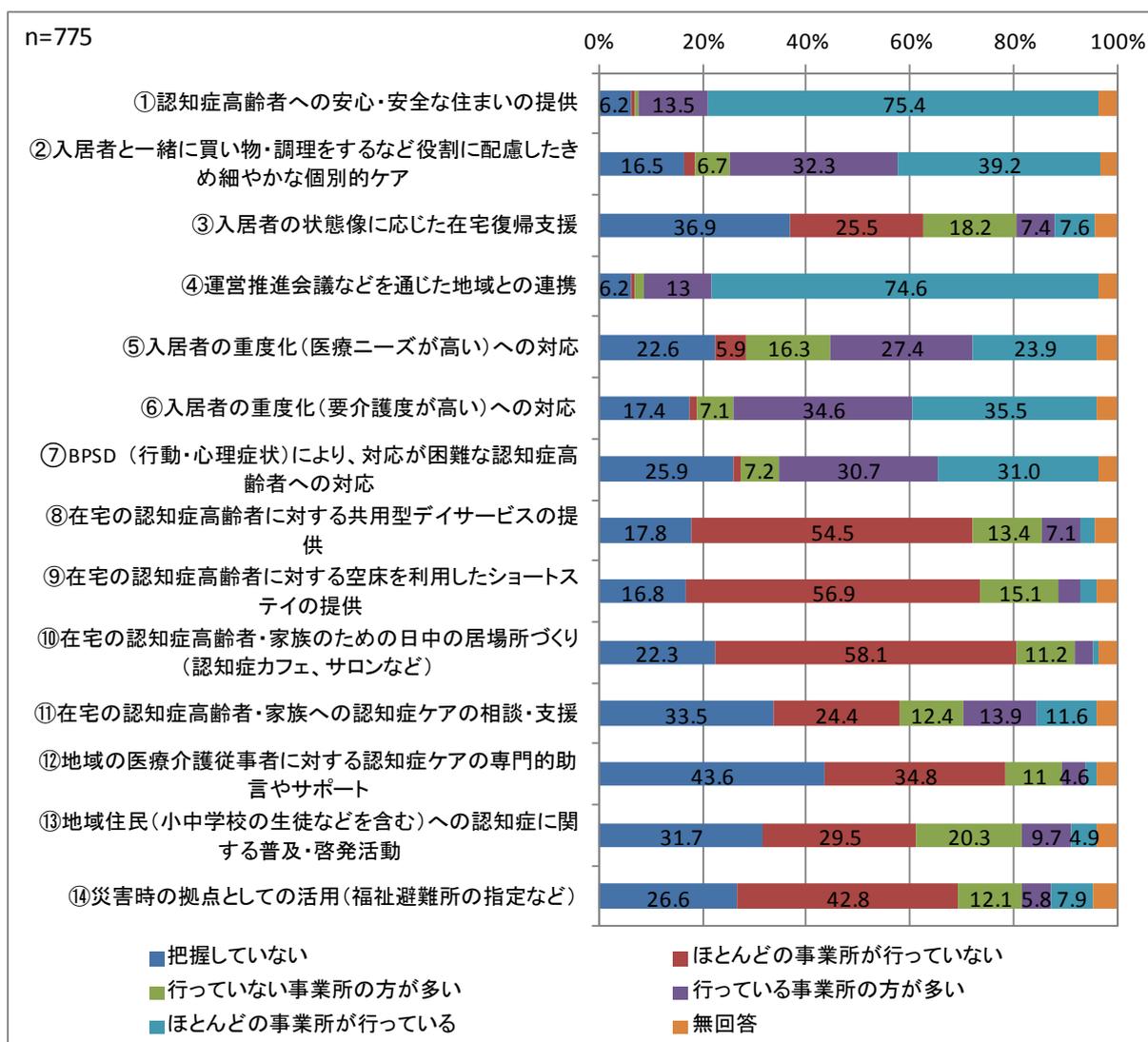
4) 認知症グループホームが現在担っている役割・機能は何か

自治体の認知症施策において認知症グループホームが現在担っている役割を尋ねたところ、「認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供」および「運営推進会議などを通じた地域との連携」では、「ほとんどの事業所が行っている」と回答した割合が全体の7割以上を占めた。入居者の重度化や BPSD への対応については、「ほとんどの事業所が行っている」「行っている事業所の方が多い」の合計が半数以上を占めた。

一方、「在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供」や「在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供」「在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」では、「ほとんどの事業所が行っていない」と回答がそれぞれ5割以上を占めた。

なお、「入居者の状態像に応じた在宅復帰支援」「在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」「地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポート」「地域住民（小中学校の生徒などを含む）への認知症に関する普及・啓発活動」では、自治体においては把握していないとの回答がもっとも多かった。

図表 2-31 認知症グループホームが現在担っている役割(問 10)

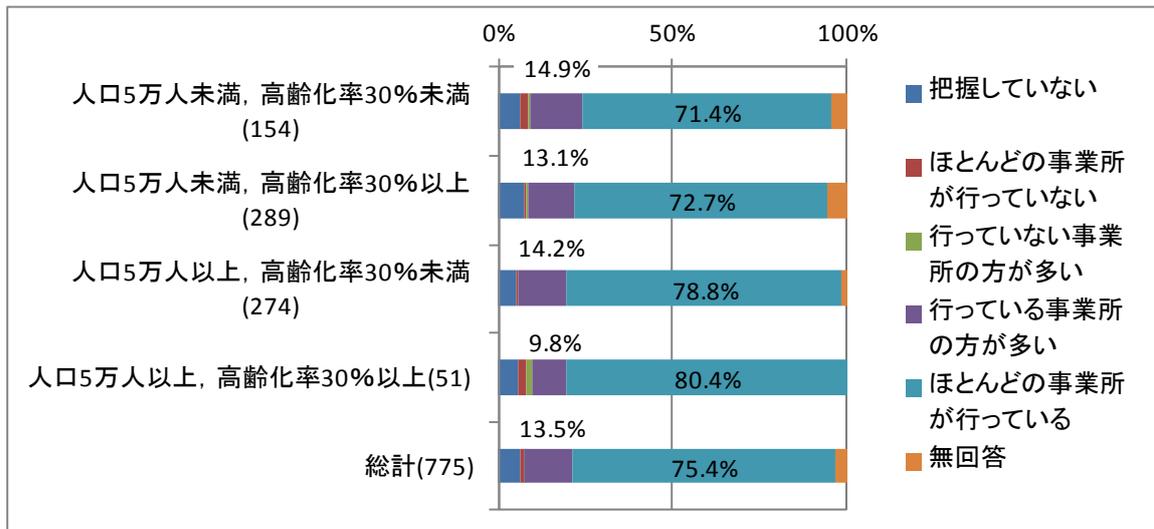


これらの回答を地域類型別にみたところ、①～④、⑧～⑩などでは、全体的な傾向はいずれのグループでもおおむね共通しており、あまり大きな差異は見られない。

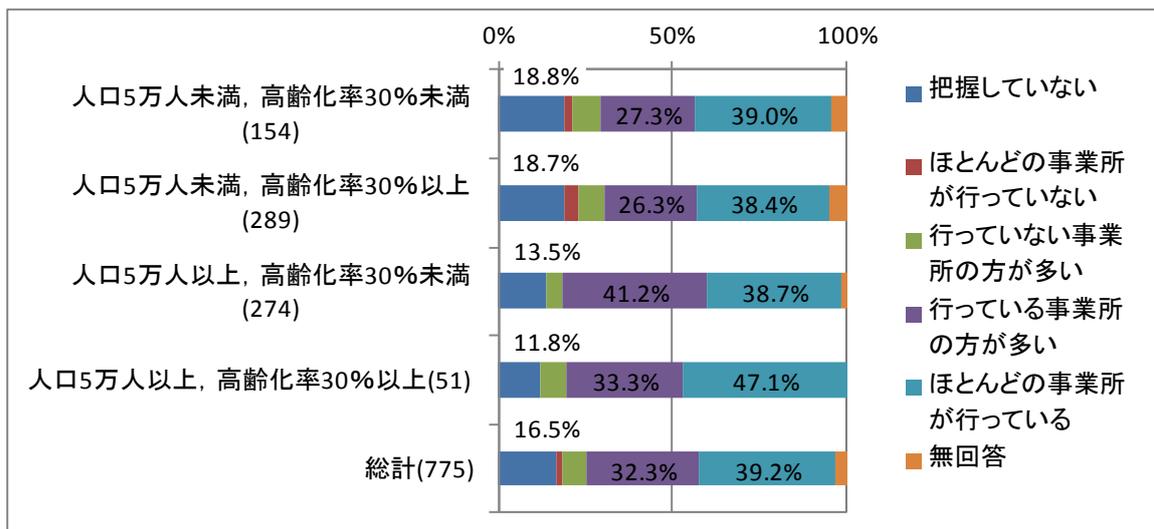
一方、⑤入居者の重度化（医療ニーズが高い）への対応、⑥入居者の重度化（要介護度が高い）への対応、⑦BPSD（行動・心理症状）により、対応が困難な認知症高齢者への対応では、人口規模が小さい自治体の方が「ほとんどの事業所が行っている」と回答した割合がやや高い結果となった。

図表 2-32 認知症グループホームが現在担っている役割(地域類型別)

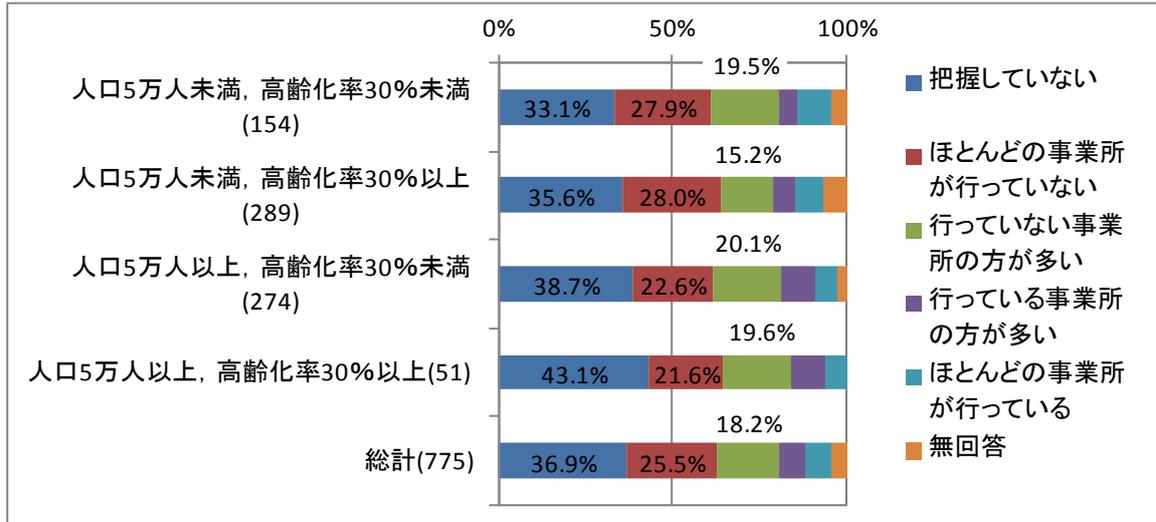
①認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供



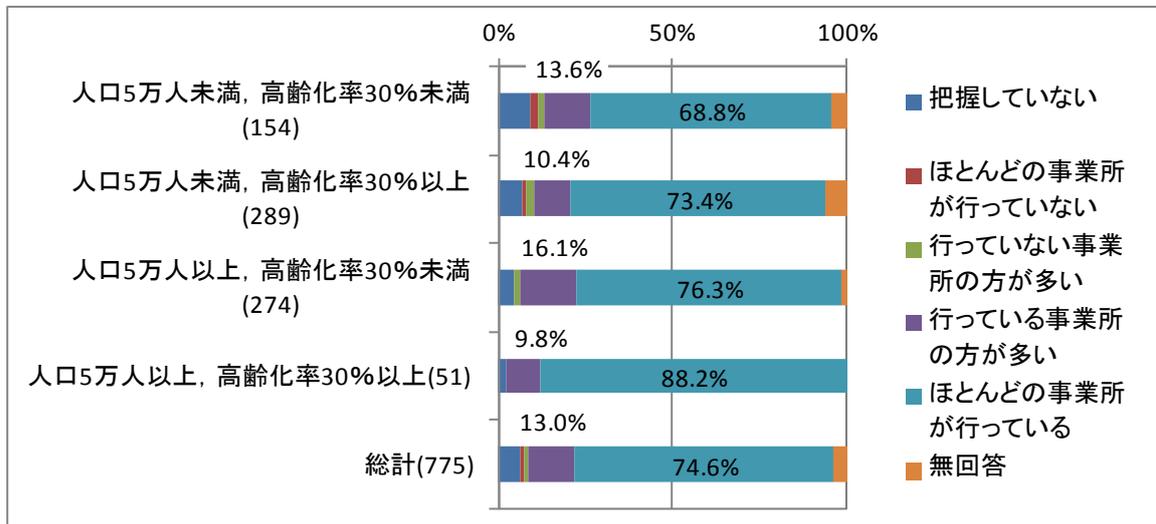
②入居者と一緒に買い物・調理をするなど役割に配慮したきめ細やかな個別的ケア



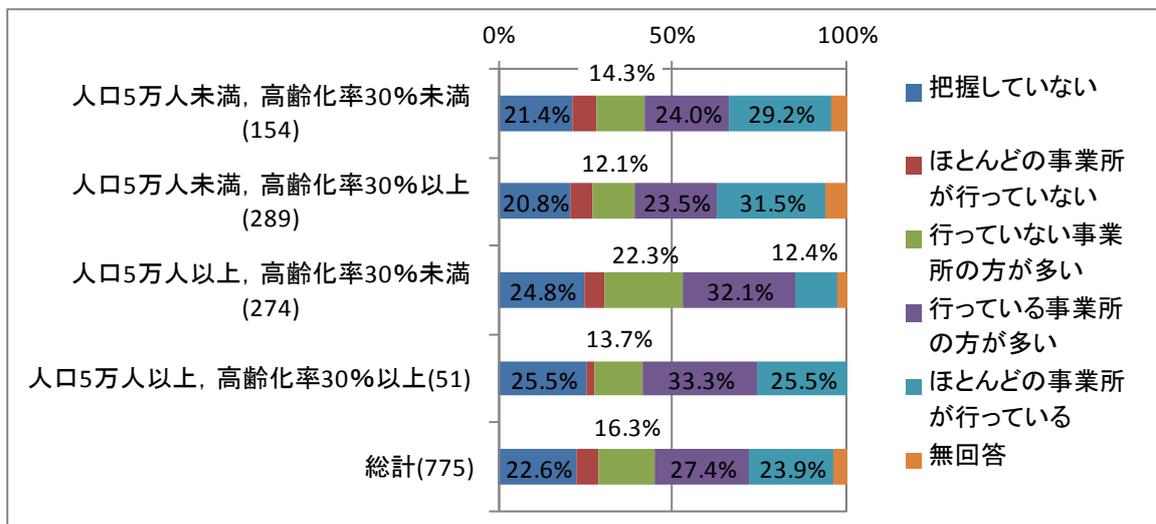
③入居者の状態像に応じた在宅復帰支援



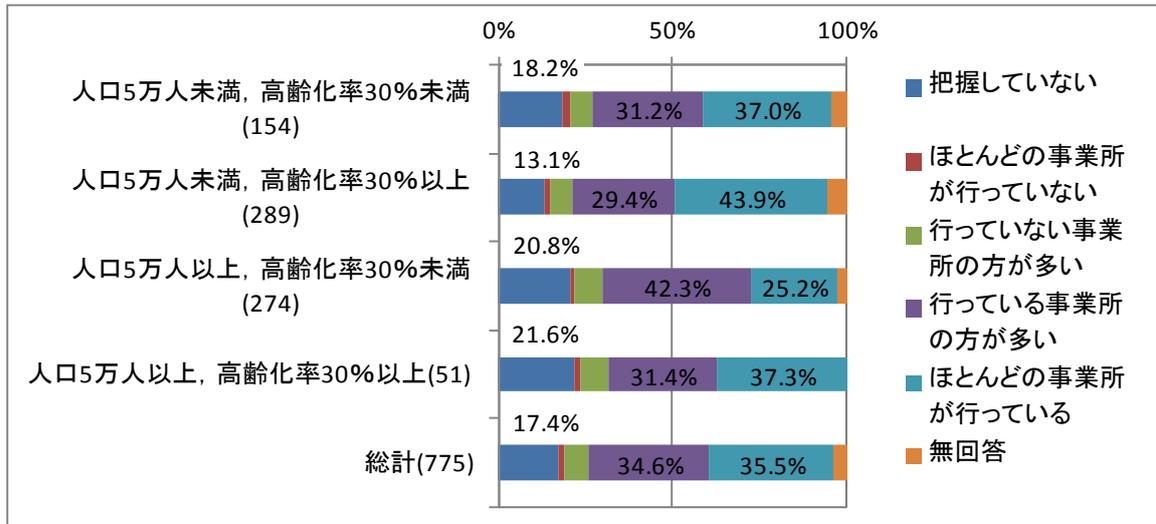
④運営推進会議などを通じた地域との連携



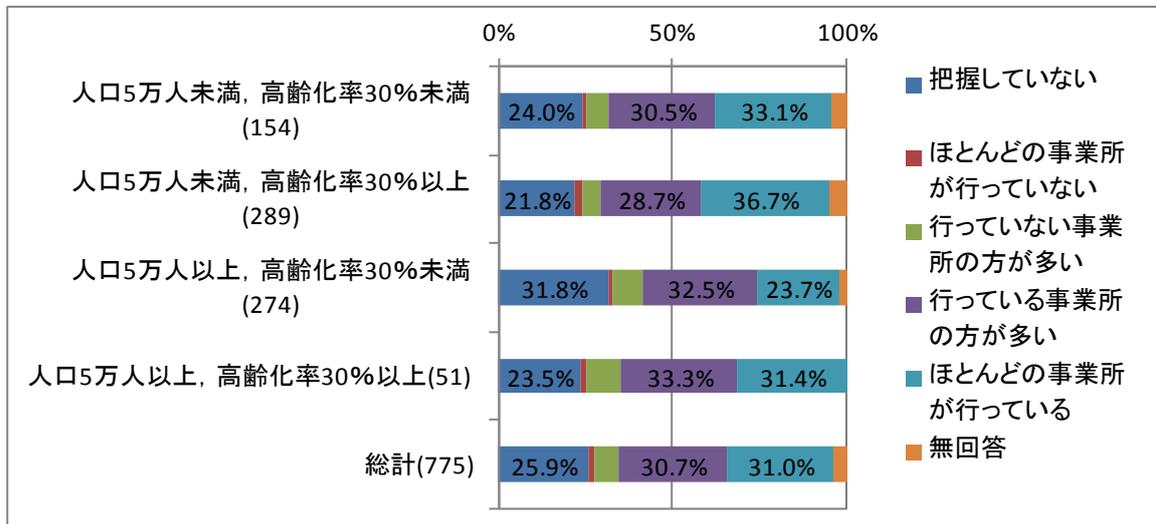
⑤入居者の重度化(医療ニーズが高い)への対応



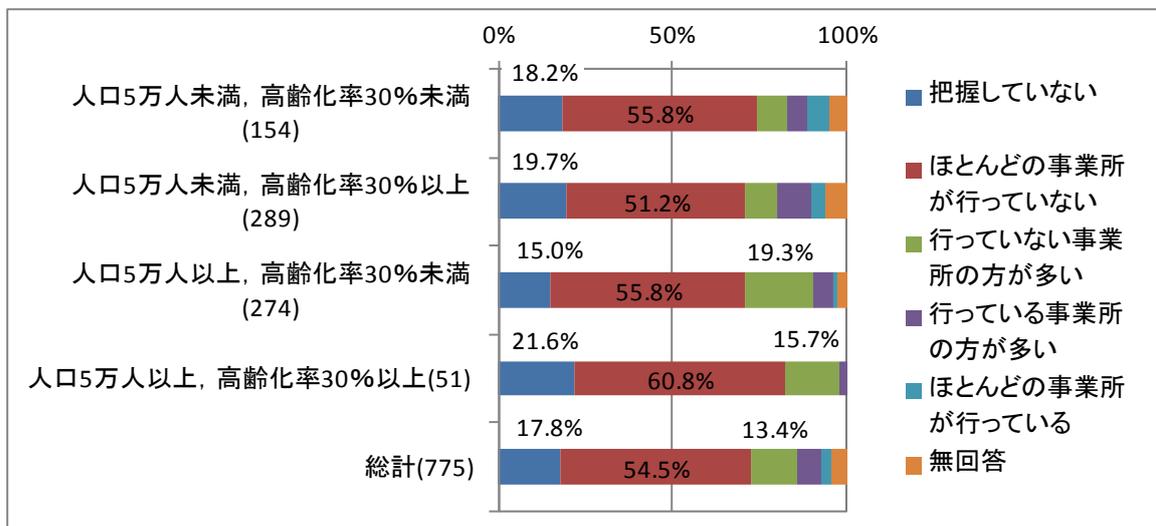
⑥入居者の重度化(要介護度が高い)への対応



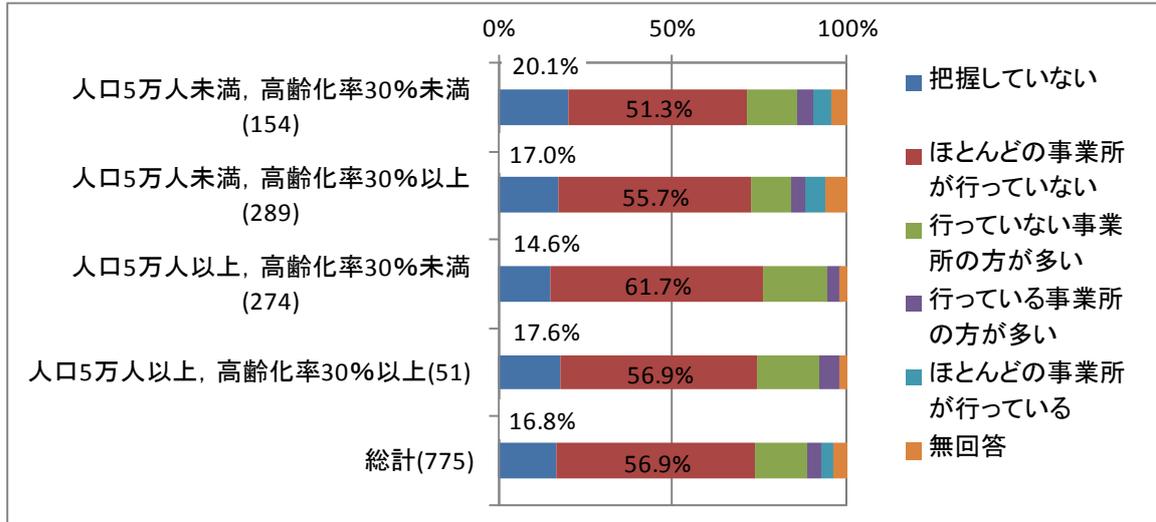
⑦BPSD(行動・心理症状)により、対応が困難な認知症高齢者への対応



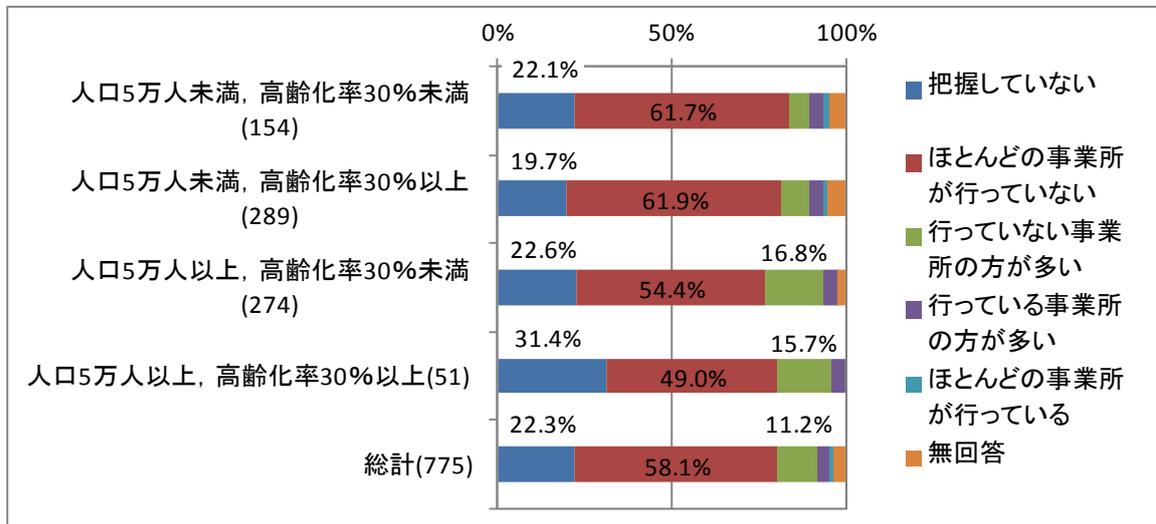
⑧在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供



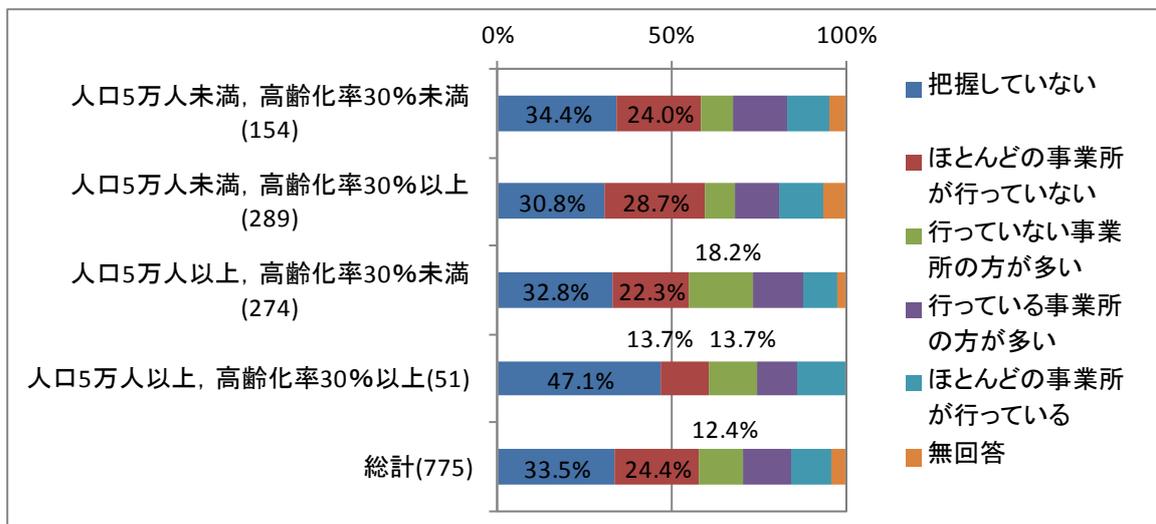
⑨在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供



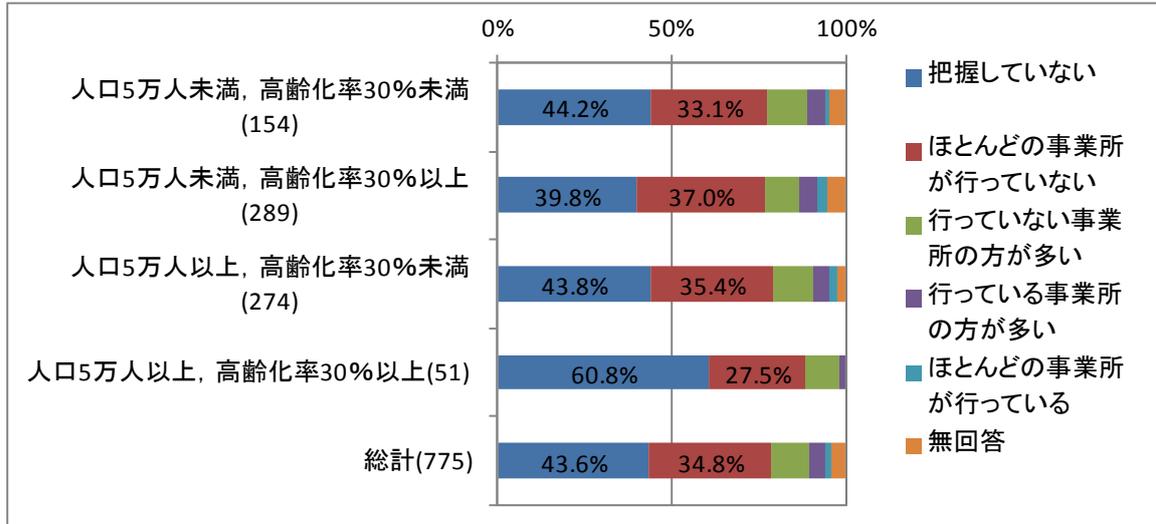
⑩在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり(認知症カフェ、サロンなど)



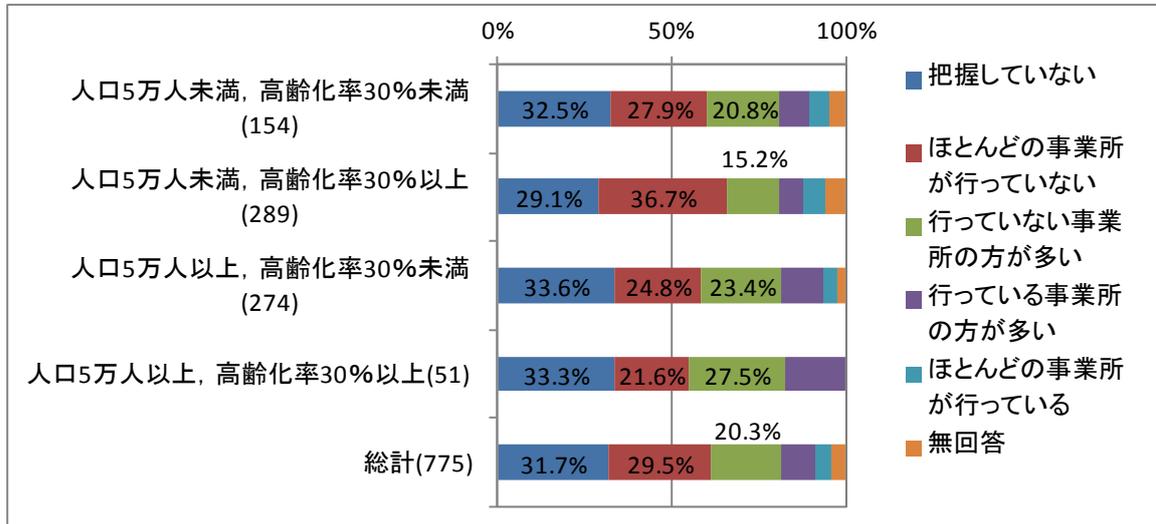
⑪在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援



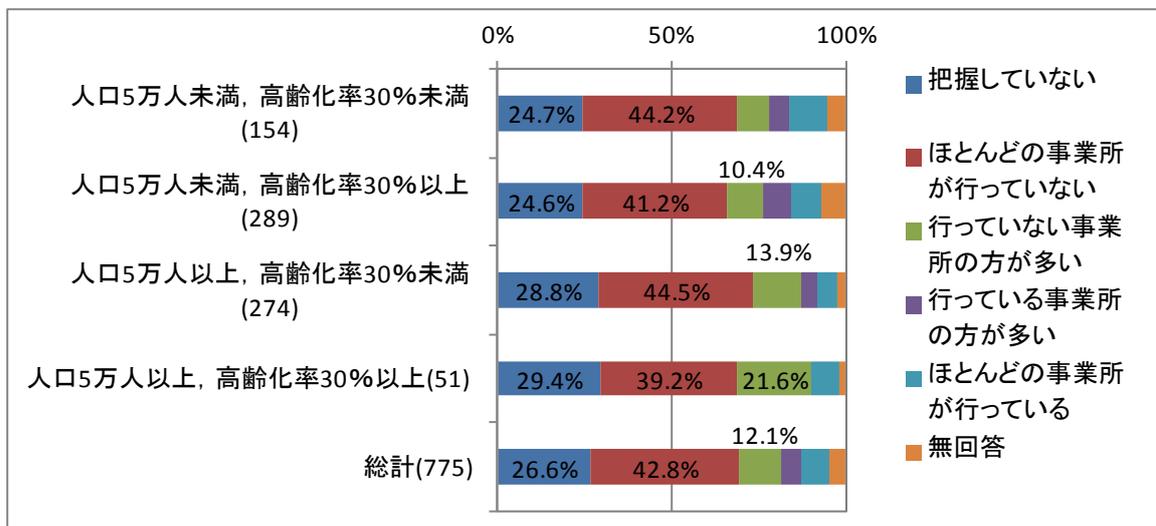
⑫地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポート



⑬地域住民(小中学校の生徒などを含む)への認知症に関する普及・啓発活動



⑭災害時の拠点としての活用(福祉避難所の指定など)

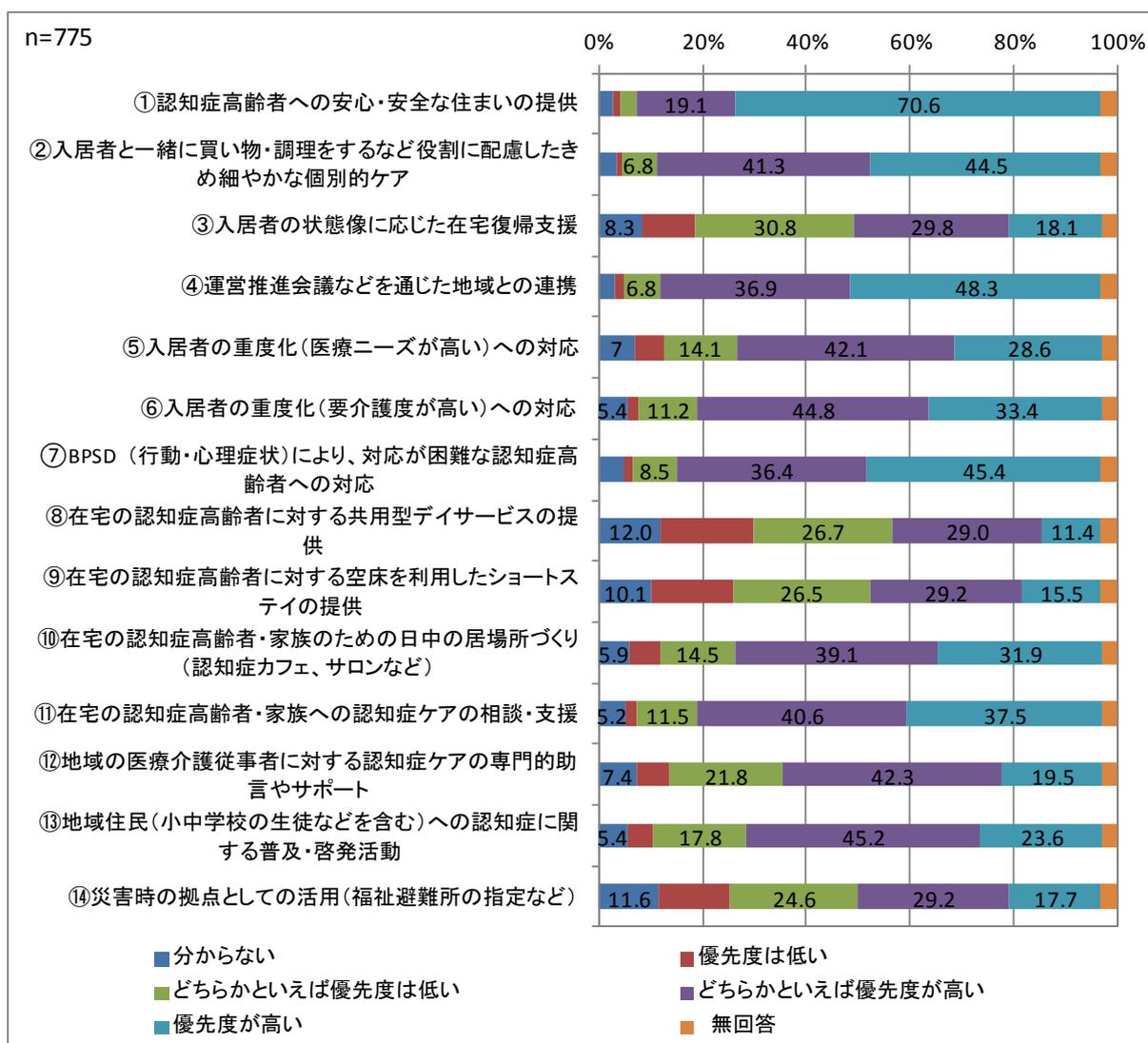


5) 認知症グループホームに対し、今後求められている役割・機能は何か

自治体の認知症施策において、今後、認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい役割・機能について尋ねたところ、「優先度が高い」との回答がもっとも高かった項目は「①認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供」(70.6%)で、次いで「運営推進会議などを通じた地域との連携」(48.3%)、「②入居者と一緒に買い物・調理をするなど役割に配慮したきめ細やかな個別的ケア」(44.5%)、「⑦BPSD(行動・心理症状)により、対応が困難な認知症高齢者への対応」(45.4%)となった。

一方、「③入居者の状態像に応じた在宅復帰支援」、「⑧在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供」、「⑨在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供」、「⑭災害時の拠点としての活用(福祉避難所の指定など)」では、「優先度は低い」「どちらかといえば優先度は低い」の合計が全体の約4割を占めた。

図表 2-33 認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい役割・機能(問 11)

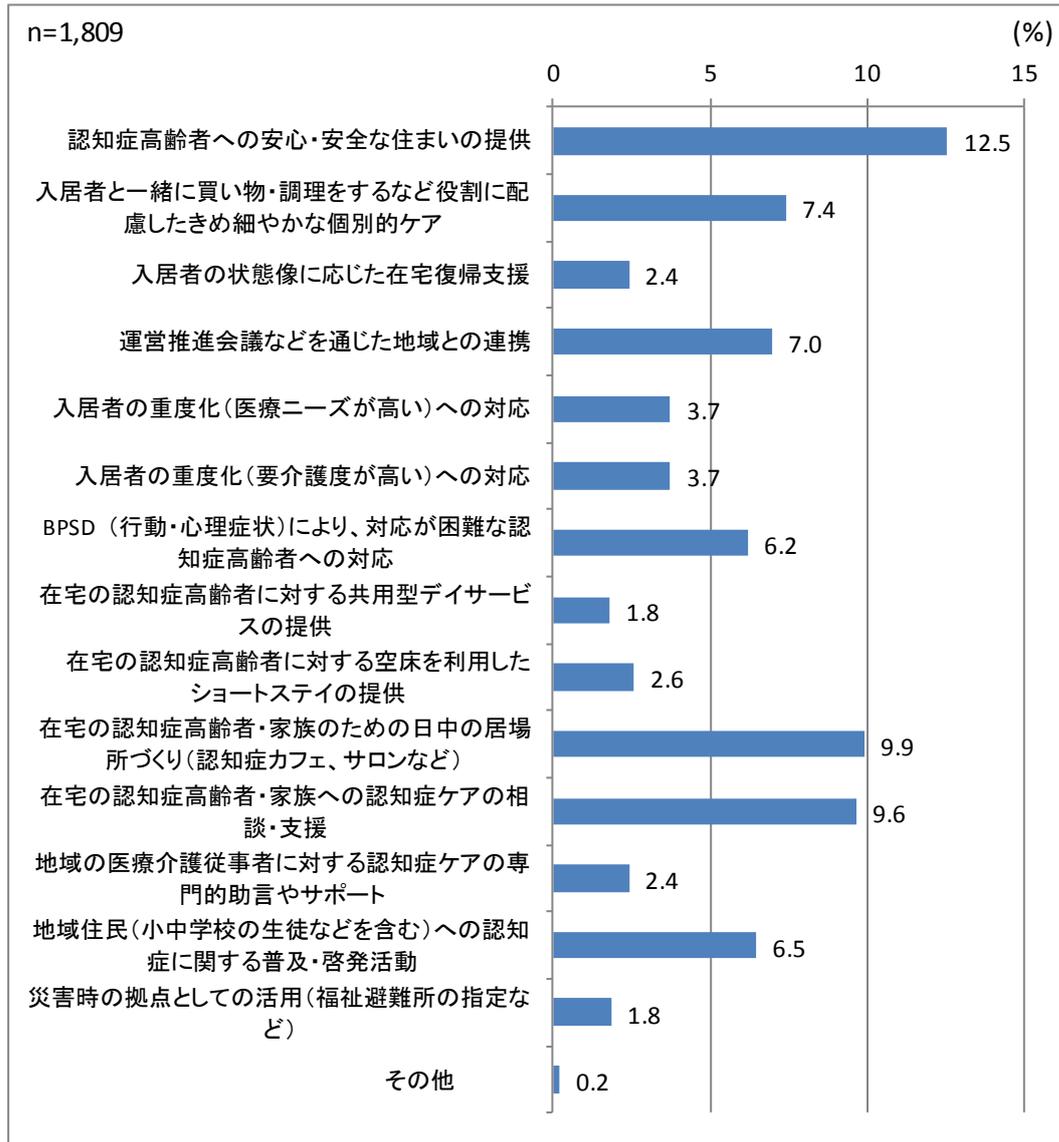


第2章 自治体アンケート調査結果

また、これらの項目の優先事項として、特に重視するもの（上位3つまで）を尋ねたところ、「認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供」（12.5%）のほか、「在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」（9.9%）、「在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」（9.6%）が多く挙げられた。

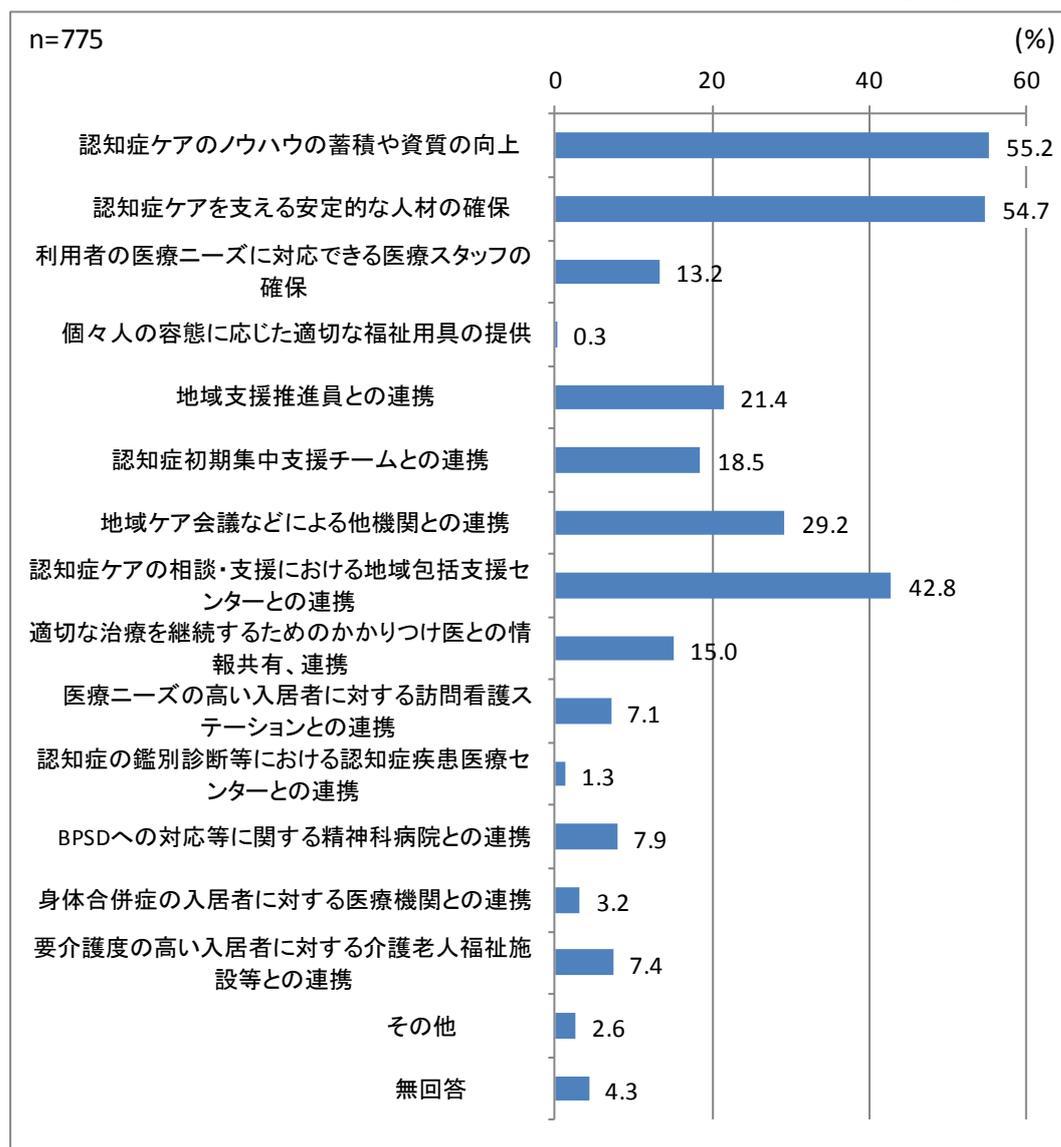
一方、「入居者の状態像に応じた在宅復帰支援」や、「在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供」「在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供」などは、他の項目と比較して低い回答割合にとどまった。

図表 2-34 認知症グループホームの役割・機能の中で特に重視するもの(問 12) 【MA】



地域包括ケアシステムにおいて認知症グループホームが役割を果たすために、今後、必要と思われる事柄をみると、「認知症ケアのノウハウの蓄積や資質の向上」(55.2%)、「認知症ケアを支える安定的な人材の確保」(54.7%)といった認知症グループホームの基本的な機能を果たすために必要な項目に加えて、「認知症ケアの相談・支援における地域包括支援センターとの連携」(42.8%)、「地域ケア会議などによる他機関との連携」(29.2%)、「地域支援推進員との連携」(21.4%)、「認知症初期集中支援チームとの連携」(18.5%)等、地域の機関との連携に関する項目への回答割合が比較的高かった。

図表 2-35 認知症グループホームに今後、必要と思われる事柄(問 13)【MA】



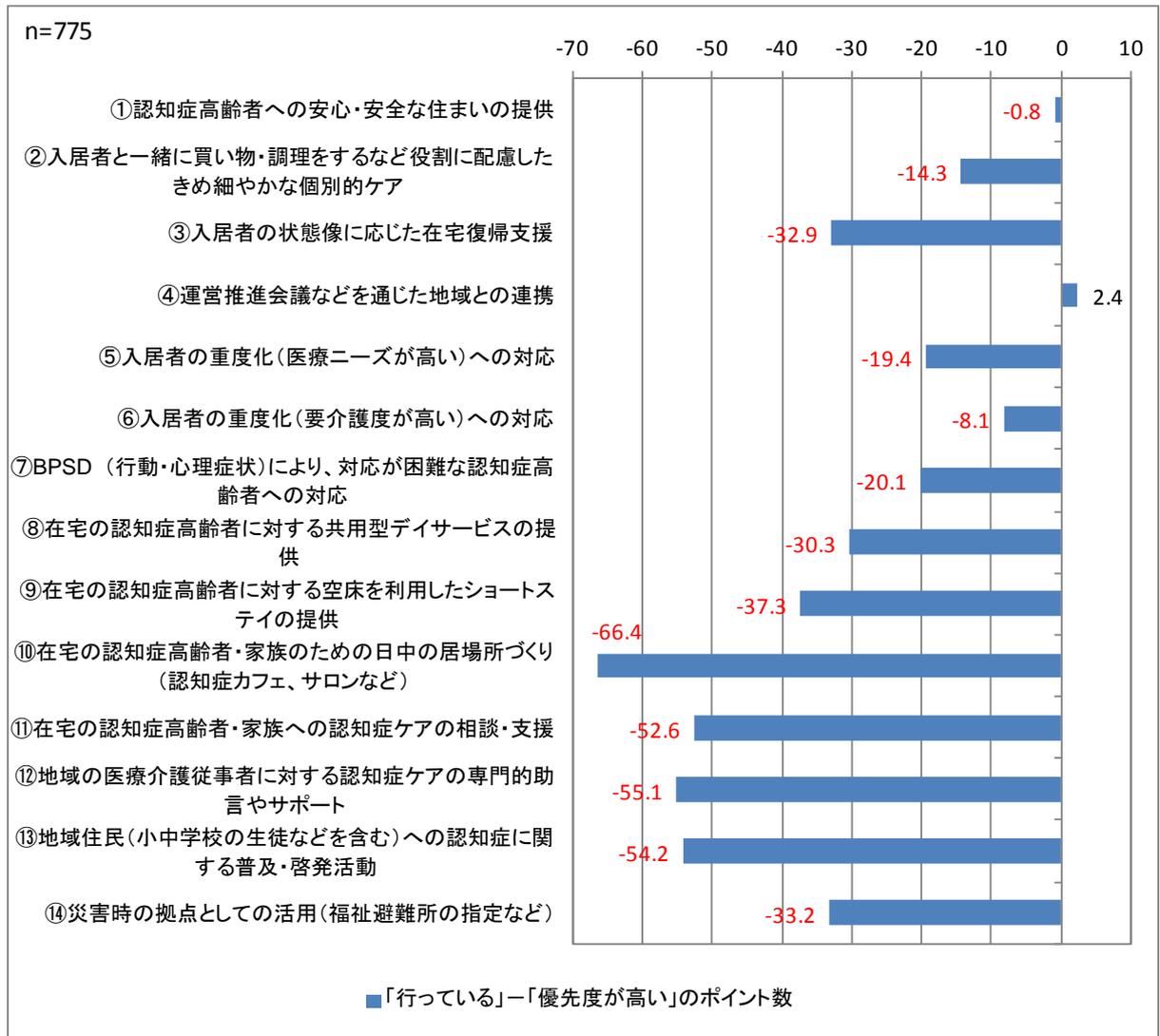
6) 現状担っている役割と今後求められている役割・機能の間で違いは見られるか

認知症グループホームが現在担っている役割と今後求められている役割・機能の違いを明らかにするため、現在に担っている役割（問 10）および今後求めたい役割・機能（問 11）の回答結果をもとに、次の計算式によりポイント差を算出した。

$$\text{問 10 (「ほとんどの事業所が行っている」 + 「行っている事業所の方が多い」)} - \text{問 11 (「優先度が高い」 + 「どちらかといえば優先度が高い」)} = \text{ポイント差}$$

その結果、現状と今後求めたい役割・機能のポイント差がもっとも大きかった項目は「⑩在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」で-66.4ポイントとなった。また、「⑫地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポート」（-55.1ポイント）、「⑬地域住民（小中学校の生徒などを含む）への認知症に関する普及・啓発活動」（-54.2ポイント）、「⑪在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」（-52.6ポイント）でも現状と今後求めたい役割・機能の差異が大きかった。

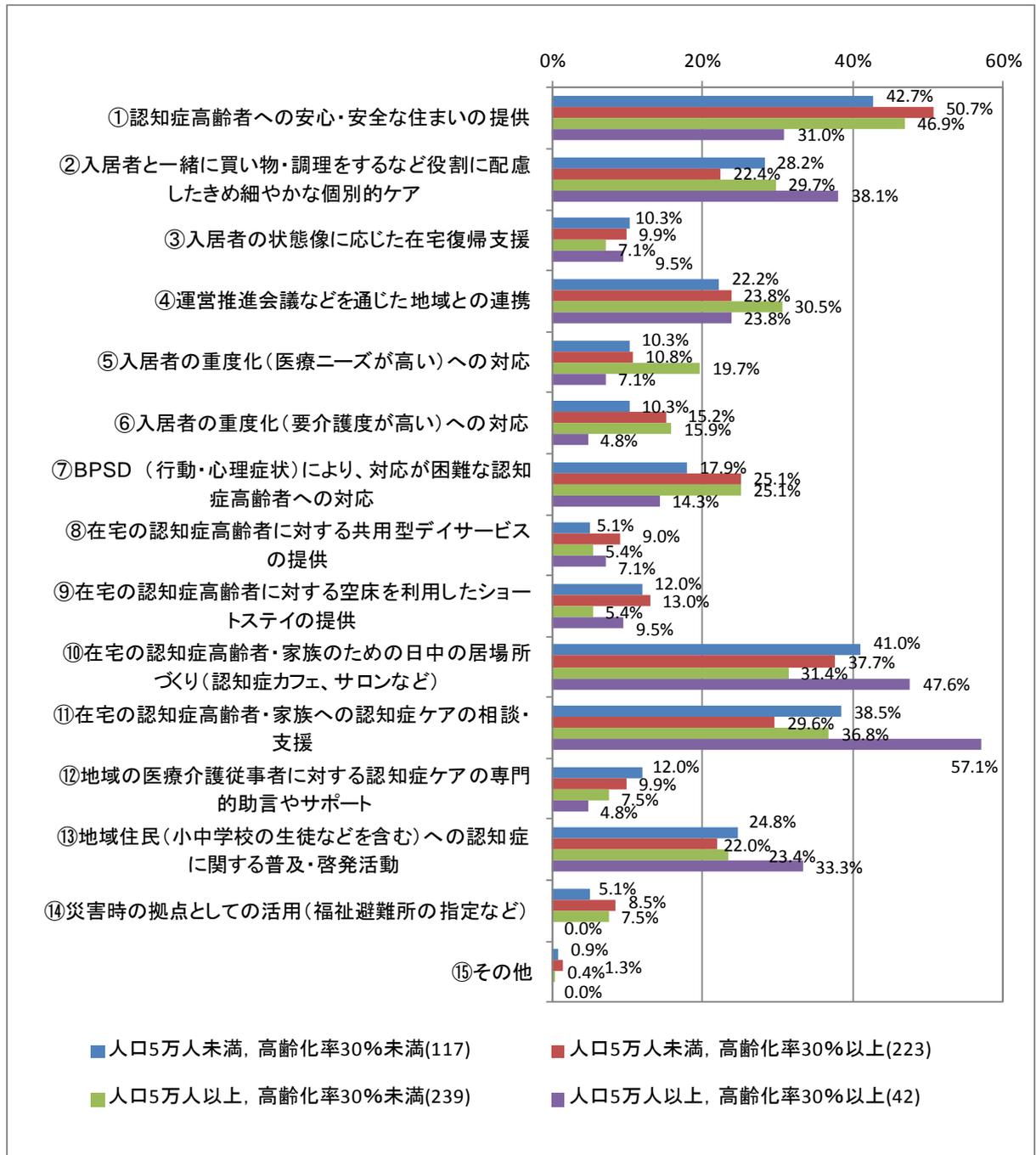
図表 2-36 認知症グループホームの現状と今後求めたい役割・機能の違い(問 10×問 11)



7) 地域の状況により、上記の期待される役割・機能に違いは見られるか

認知症グループホームの役割・機能の中で特に重視するものを地域類型別にみると、いずれのグループでも、「①認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供」、「⑩在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」、「⑪在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」が多く挙げられる傾向がおおむね共通して見られた。「人口5万人以上、高齢化率30%以上」のグループでは、他のグループと比較して、特に「⑩在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」、「⑪在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」を挙げた割合が高かった。

図表 2-37 認知症グループホームの役割・機能の中で特に重視するもの(地域類型別)

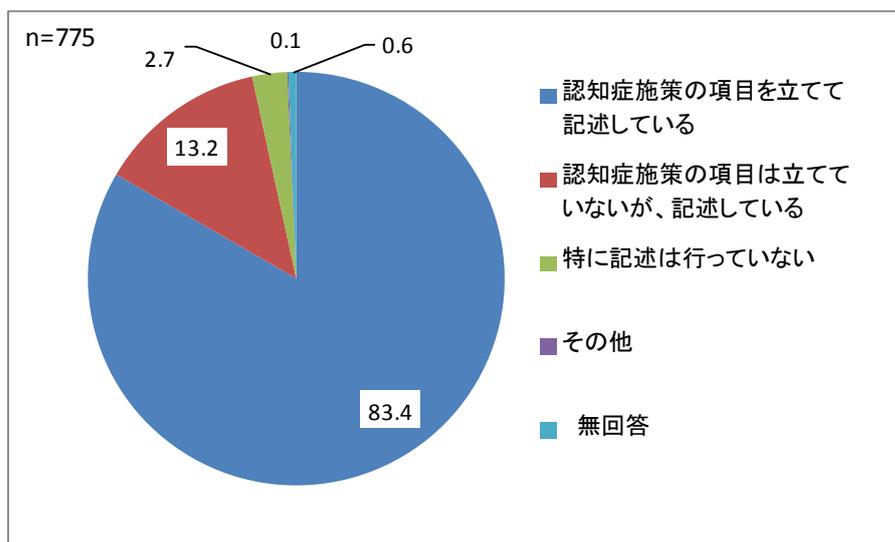


8) 認知症施策推進へのコミットメントの状況により、上記の期待される役割・機能に違いは見られるか

本項目では、自治体における認知症グループホームに関する施策や認知症施策の推進の状況により、認知症グループホームの現状の認識がどのように異なるかについて分析を行った。

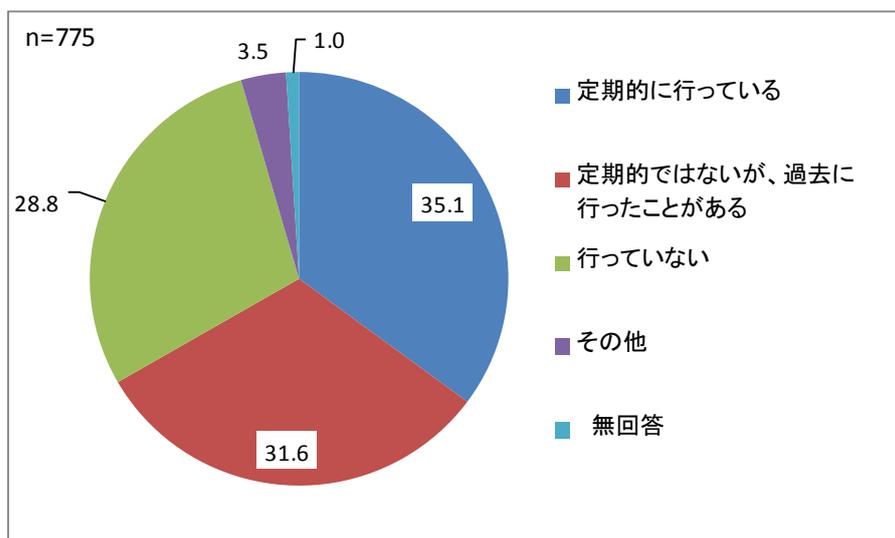
まず、自治体における認知症施策の推進状況を見ると、回答自治体の中で、認知症施策の推進に関して第6期介護保険事業計画・老人福祉計画での記述を行っている自治体は83.4%と全体の8割強を占めた。

図表 2-38 認知症施策の推進に関する第6期介護保険事業計画・老人福祉計画での記述状況



一方、認知症高齢者の実態把握について、「定期的に行っている」と回答した自治体は35.1%で、「行っていない」と回答した自治体（28.8%）も全体の3割弱を占めていた。

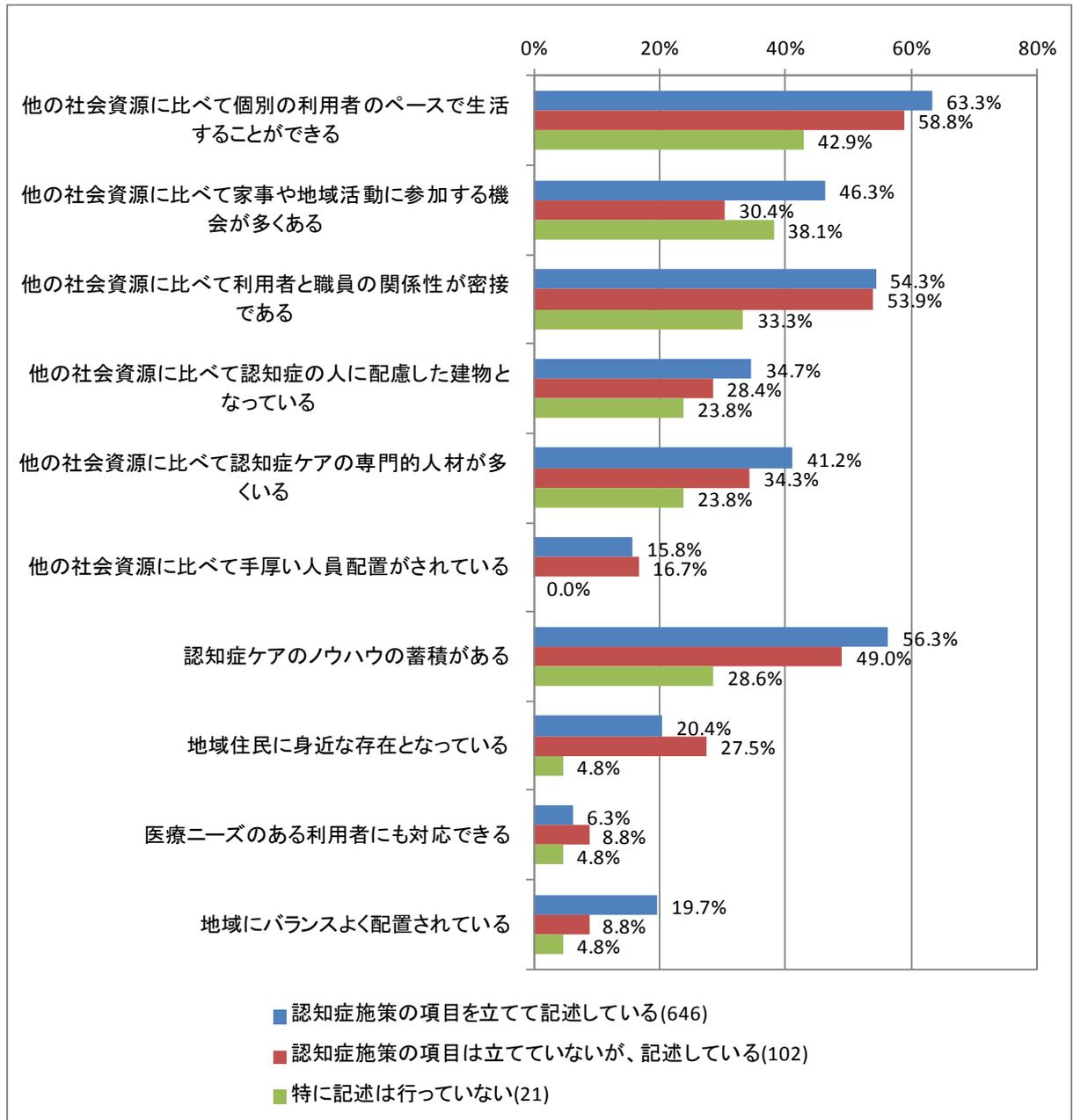
図表 2-39 認知症高齢者の実態把握の実施状況



この結果を踏まえ、自治体が認識している認知症グループホームの特徴と自治体の第6期介護保険事業計画や老人福祉計画における認知症施策の推進に関する記述の状況との関連性をみると、「認知症施策の項目を立てて記述している」自治体の方ではその他の自治体よりも認知症グループホームの特徴が高く認識されており、中でも「認知症ケアのノウハウの蓄積がある」などの項目で大きなポイント差が見られた。

図表 2-40 認知症グループホームの特徴(認知症施策の状況別)

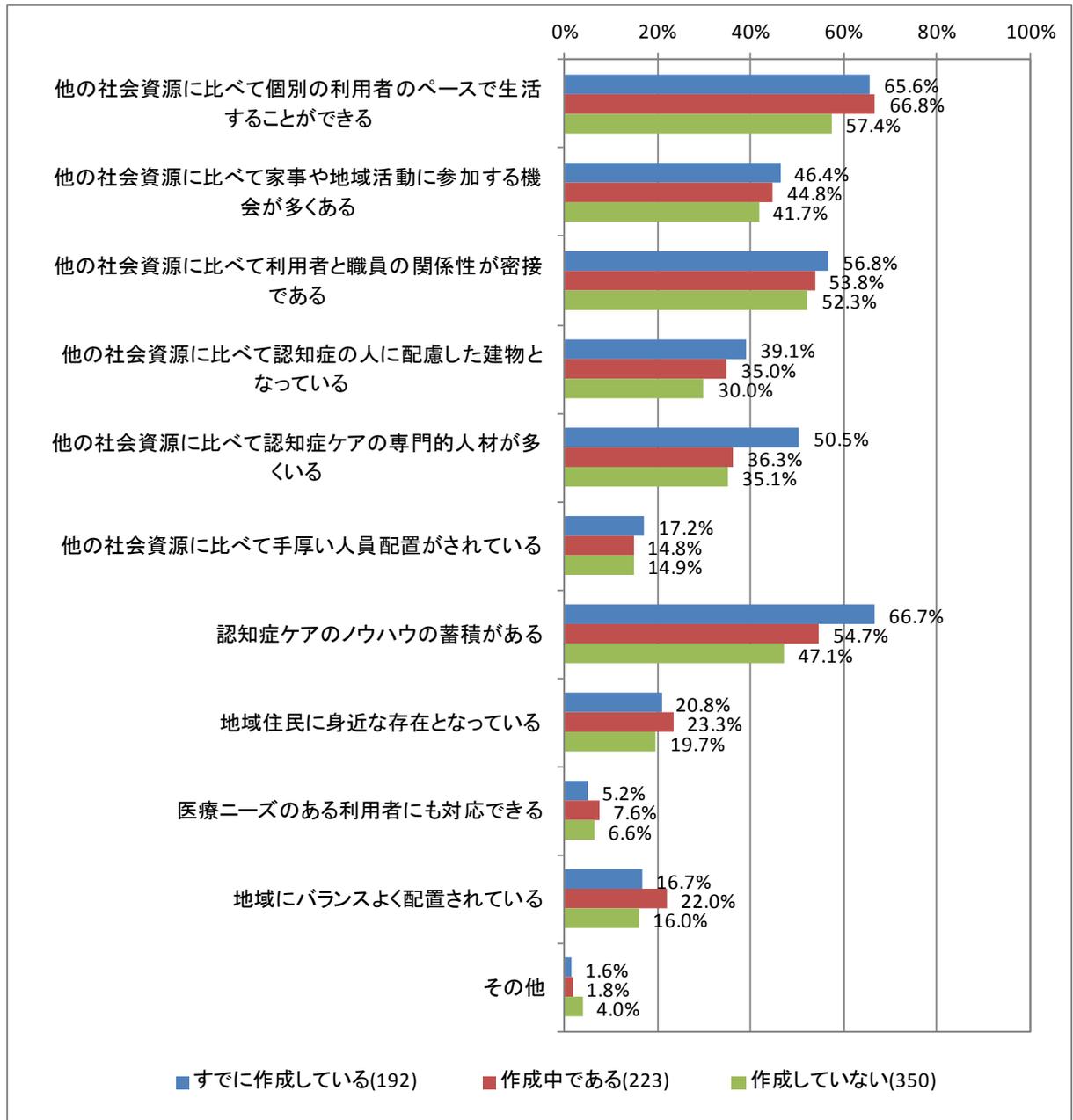
<認知症施策の推進に関する第6期介護保険事業計画・老人福祉計画での記述(問4)>



第2章 自治体アンケート調査結果

同様に、認知症グループホームの特徴と標準的な認知症ケアパスの作成状況との関連性をみると、自治体計画等における認知症施策の推進に関する記述の状況別よりもポイント差は小さくなるものの、同じように、「認知症ケアのノウハウの蓄積がある」をはじめ、「認知症施策の項目を立てて記述している」自治体の方がその他の自治体よりも認知症グループホームの特徴を認識している割合が比較的高い。

<標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービスの流れ）の作成（問6）>



次に、自治体における認知症グループホームに関する施策や認知症施策の推進の状況により、認知症グループホームの現在の役割に違いが見られるかについて分析を行った。分析にあたり、認知症グループホームが現在担っている役割（問 10）の回答結果をもとに、「把握していない」～「ほとんどの事業所が行っている」の回答をそれぞれ1～5点とし、現状の達成度を表す指標（ポイント）を作成した。

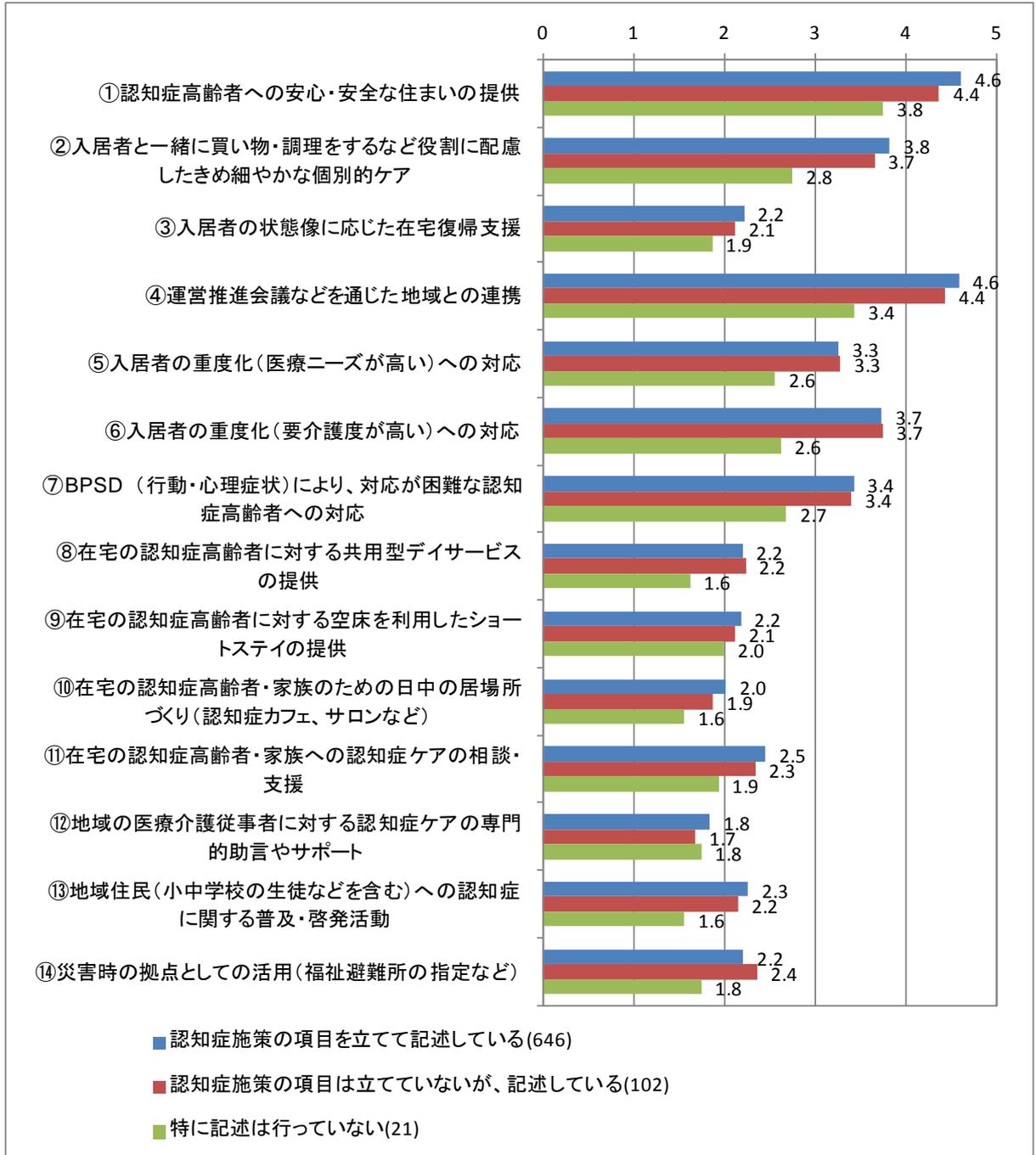
上記のポイントについて自治体の第6期介護保険事業計画や老人福祉計画における認知症施策の推進に関する記述の状況との関連性をみると、「④運営推進会議などを通じた地域との連携」や「入居者と一緒に買い物・調理をするなど役割に配慮したきめ細かな個別的ケア」などの項目を中心に、「認知症施策の項目を立てて記述している」あるいは「認知症施策の項目は立てていないが、記述している」と回答した自治体の方が、現状の達成度が有意に高い結果となった。

また、同様に、標準的な認知症ケアパスの作成状況との関連性についてみると、自治体計画等における認知症施策の推進に関する記述の状況別よりもポイント差は小さくなるものの、同じように、「すでに作成している」あるいは「作成中である」と回答した自治体の方が、「作成していない」と回答したグループよりもややポイントが高い傾向が見られる項目が多かった。

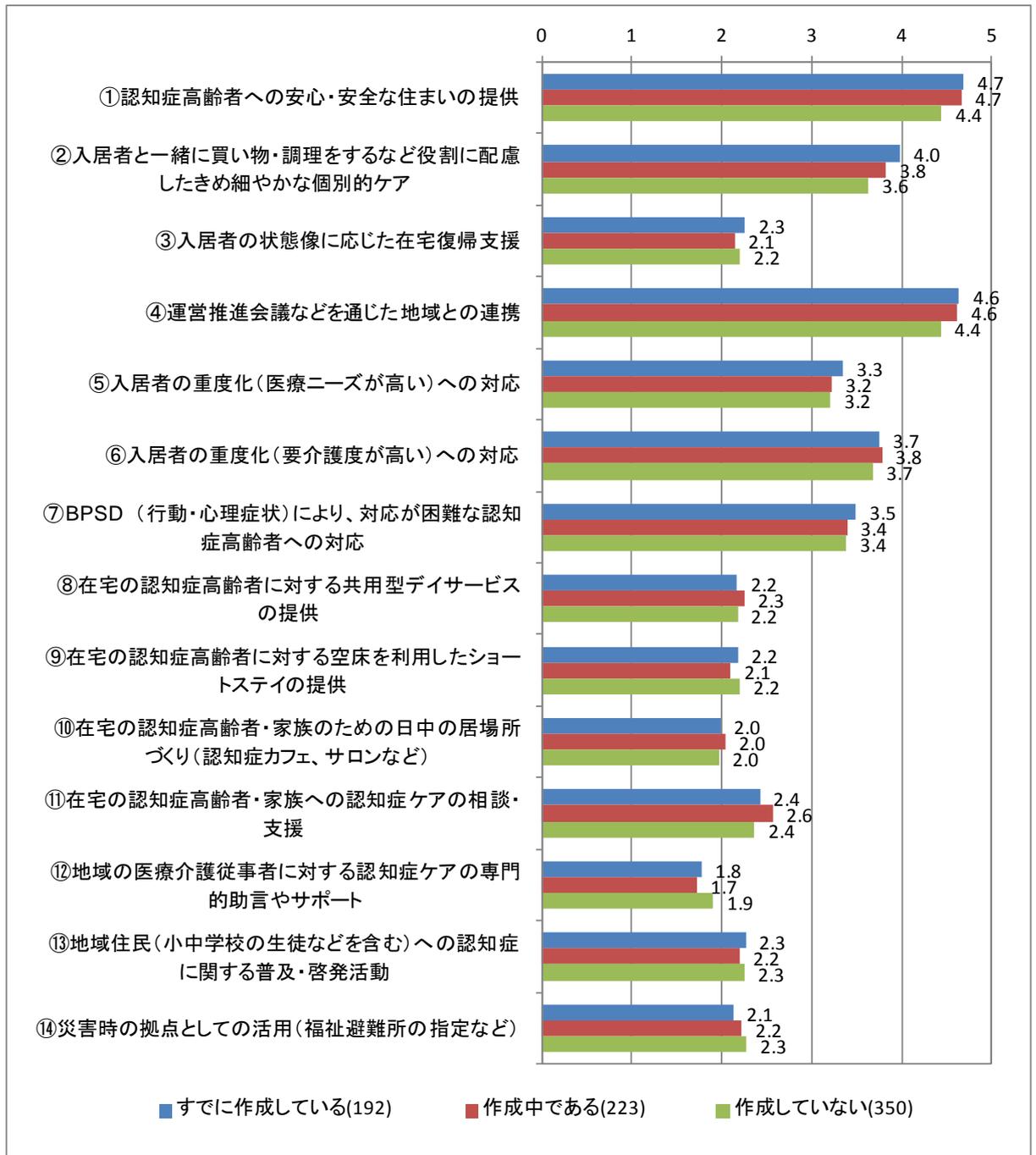
図表 2-41 認知症グループホームが現在担っている役割(認知症施策の状況別)

<認知症施策の推進に関する第6期介護保険事業計画・老人福祉計画での記述(問4)>

>



<標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービスの流れ）の作成（問6）>

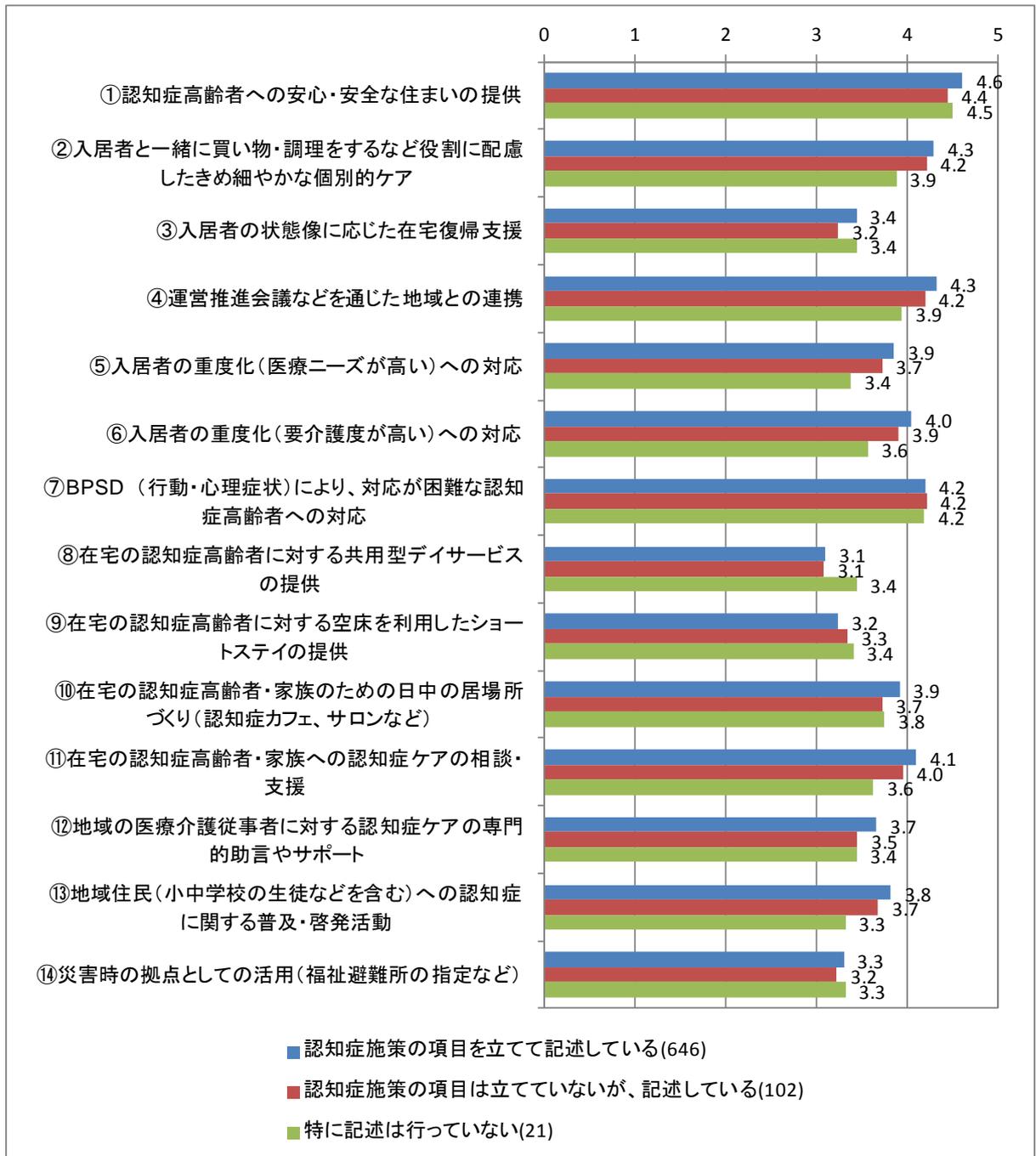


第2章 自治体アンケート調査結果

同様に、認知症グループホームに期待されている役割・機能に違いが見られるかについて分析を行った。分析にあたり、認知症グループホームに積極的に求めたい役割・機能（問11）の回答結果をもとに、「分からない」～「優先度が高い」の回答をそれぞれ1～5点とし、期待の度合いの高さを表す指標（ポイント）を作成した。

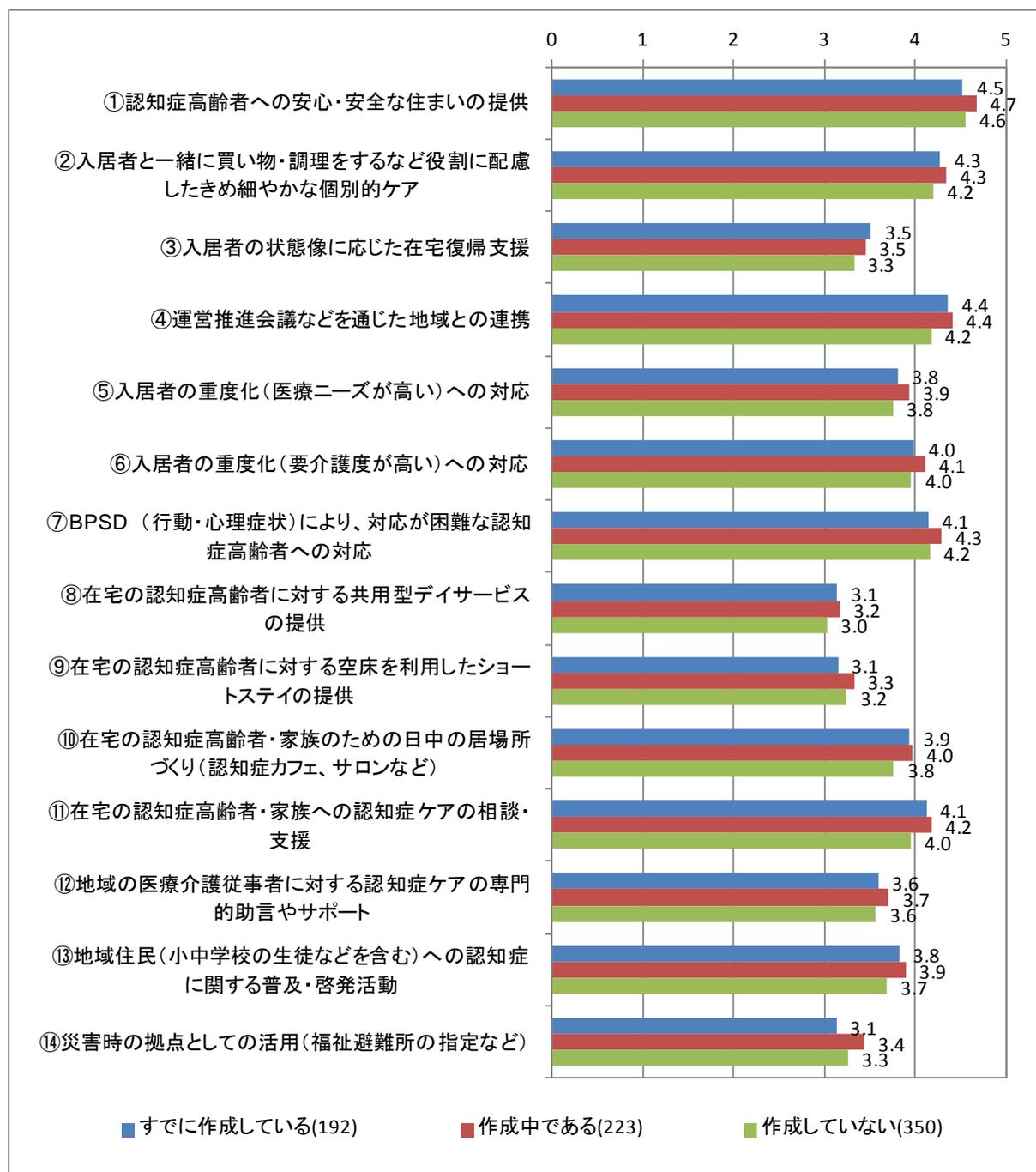
上記のポイントについて認知症施策の推進に関する第6期介護保険事業計画・老人福祉計画における記述の状況別にみると、「認知症施策の項目を立てて記述している」あるいは「認知症施策の項目は立てていないが、記述している」と回答したグループの方が、ややポイントが高い傾向が見られる項目が多かった。

図表 2-42 認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい役割・機能（認知症施策の状況別）
 < 認知症施策の推進に関する第6期介護保険事業計画・老人福祉計画での記述（問4） >



さらに、標準的な認知症ケアパス状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成状況との関連性をみると、あまり大きな差異ではないものの、「④運営推進会議などを通じた地域との連携」、「⑩在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり(認知症カフェ、サロンなど)」、「⑪在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」などでは、「すでに作成している」「作成中である」と回答したグループの方が「作成していない」グループよりも優先度がやや高い傾向がみられた。

<標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービスの流れ)の作成(問6)>

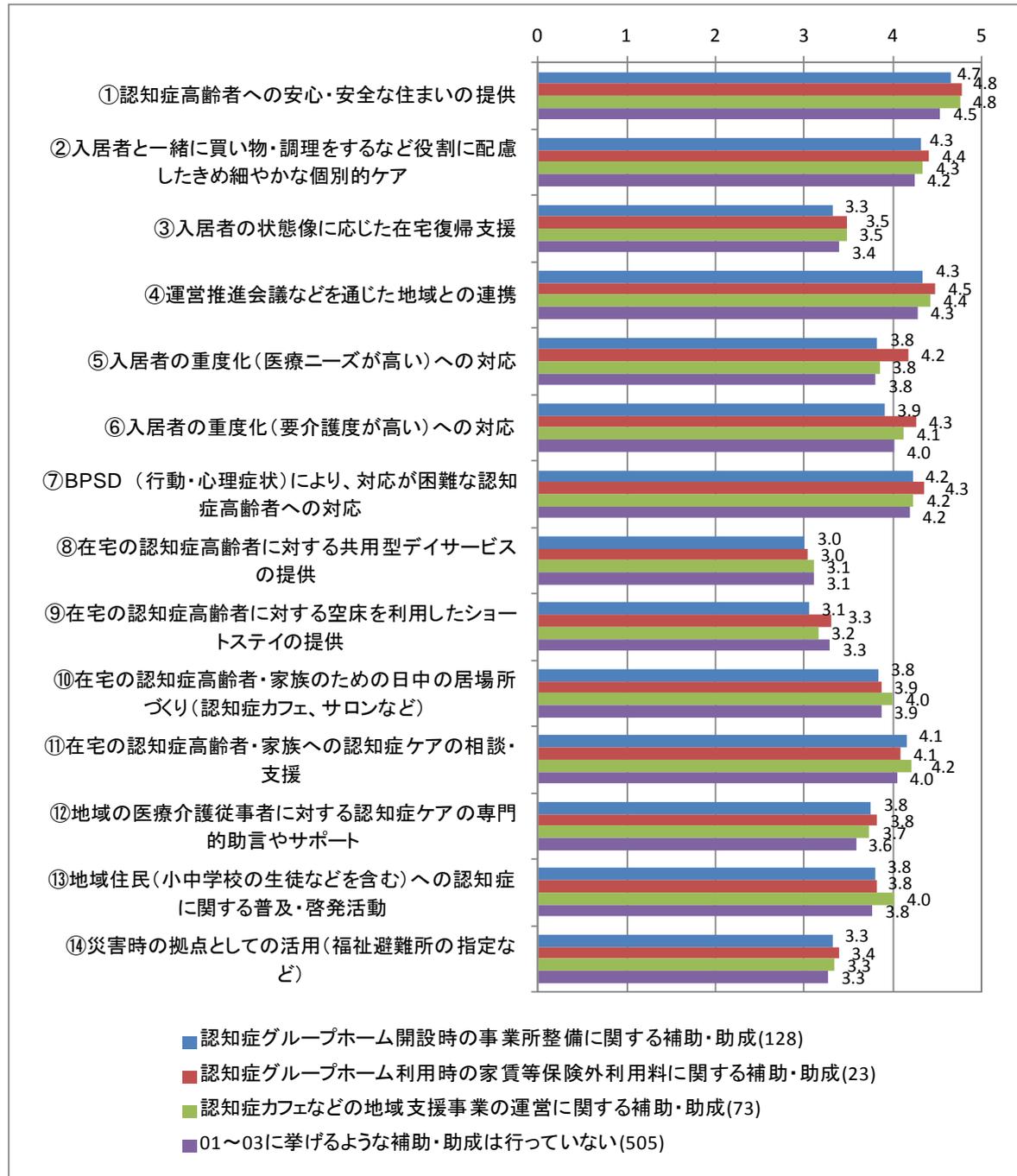


最後に、認知症グループホームの開設・利用時や認知症カフェなどの地域支援事業の運営に関する補助・助成等の実施状況との関係性をみると、補助・助成等の有無による大き

第2章 自治体アンケート調査結果

な傾向の差異は見られないが、「⑩在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」や「⑪在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」については、「認知症カフェなどの地域支援事業の運営に関する補助・助成」を行っているグループで優先度がやや高く、「⑤入居者の重度化（医療ニーズが高い）への対応」や「⑥入居者の重度化（要介護度が高い）への対応」では「認知症グループホーム利用時の家賃等保険外利用料に関する補助・助成」を行っているグループで優先度がやや高かった。

<認知症グループホームに関する自治体独自の補助金等の状況>



9) 認知症ケアパスにおいて認知症グループホームの利用者像はどのように位置づけられているか

認知症の人の状態に応じた、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成状況については、回答した全自治体のうち 24.8%が「すでに作成している」、28.8%が「作成中である」と回答した。

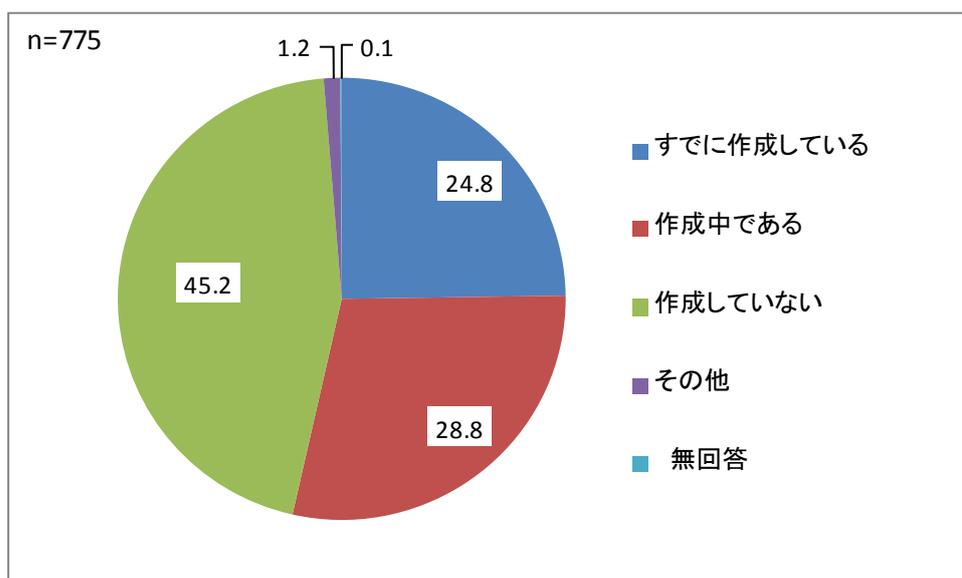
認知症ケアパスが「すでに作成している」「作成中である」場合、作成時期は「平成 27 年度」（32.3%）と「平成 26 年度」（30.4%）で全体の約 6 割を占めており、取組開始から日が浅い自治体が多い一方、「平成 23 年度以前」と回答した自治体も約 4 分の 1 を占めた。

作成にあたって認知症グループホーム事業者の意見を聞いたり、情報共有を行ったりする機会については「機会があった」と「機会はなかった」がほぼ同程度であった。

また、認知症ケアパスの利用にあたり、「利用の手順（関係機関での共有方法など）を定めている」割合は 12.3%で、「利用の手順は定めていない」自治体が半数以上を占めた。

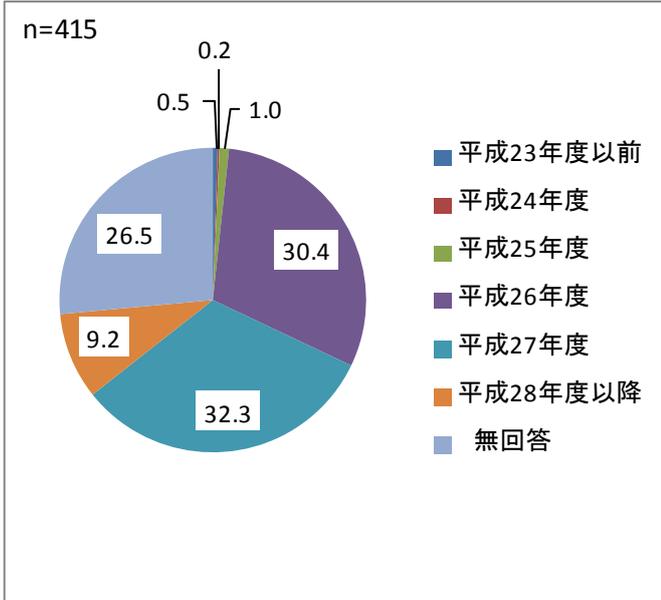
なお、認知症ケアパスの作成状況を地域類型別みると、人口規模が大きい自治体の方が「すでに作成している」あるいは「作成中である」と回答した割合が高かった。

図表 2-43 標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービスの流れ)の作成

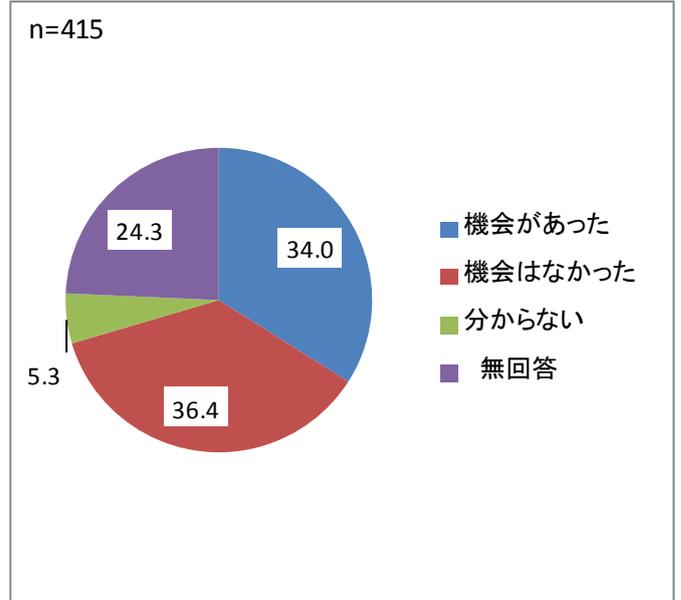


第2章 自治体アンケート調査結果

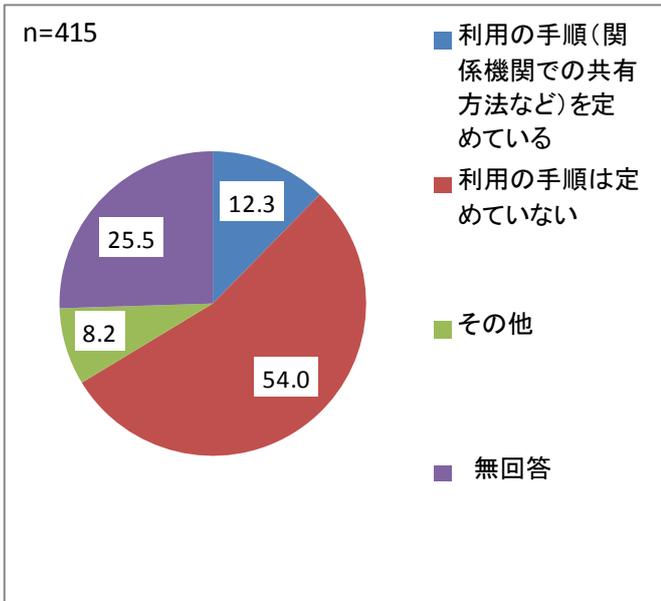
<作成時期>



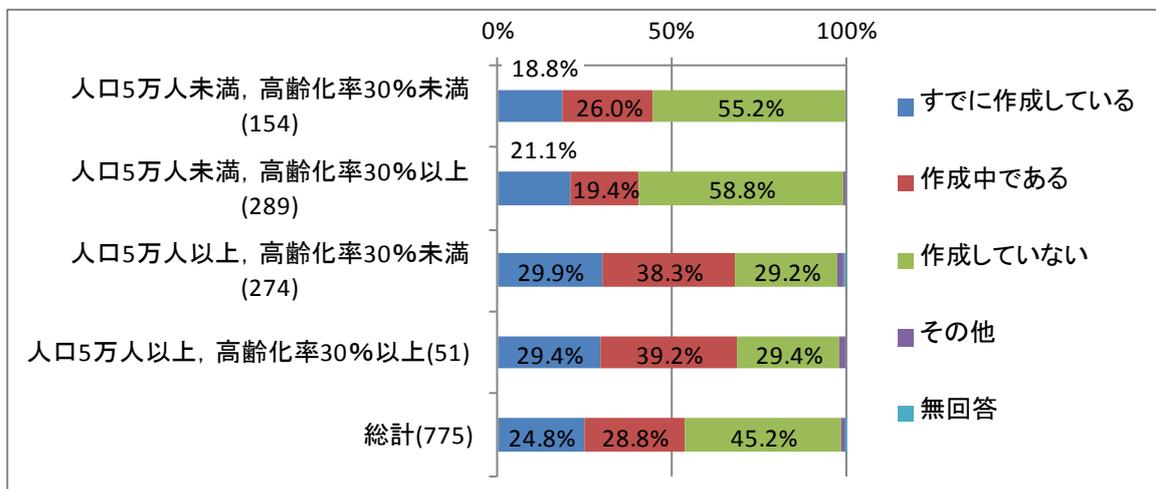
<認知症グループホーム事業者との意見交換等の機会>



<利用の手順を定めているか>



図表 2-44 標準的な認知症ケアパスの作成(地域類型別)



上記に関連して、認知症ケアパスが作成されている自治体（192件）を対象に、認知症ケアパスにおけるそれぞれの地域の社会資源の位置づけを尋ねた。その結果から、認知症グループホームの利用者像を要介護度別にみると、要介護3、4（ともに全体の77.2%）を中心としつつ、要支援2（61.4%）から要介護5（75.4%）にも幅広く位置づけられていることがわかる。

また、同様に、認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、Ⅲa（85.9%）、Ⅲb（85.2%）を中心に、Ⅱa（68.3%）からM（71.8%）にも約7割の回答があった。

図表 2-45 認知症ケアパスでの社会資源の位置づけ(要介護度別・問7)にみた、認知症グループホームの利用者像

	調査数	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
地域のサロン（高齢者クラブなど）	121	90	82	77	53	34	16	13	12	28
	100.0	74.4	67.8	63.6	43.8	28.1	13.2	10.7	9.9	23.1
二次予防事業、総合事業	117	84	47	46	11	6	3	3	3	28
	100.0	71.8	40.2	39.3	9.4	5.1	2.6	2.6	2.6	23.9
認知症の人や家族への相談支援事業所	104	73	74	74	74	74	74	74	74	27
	100.0	70.2	71.2	71.2	71.2	71.2	71.2	71.2	71.2	26.0
認知症の人や家族のための集いの場（認知症カフェ等）	97	66	66	66	67	63	56	53	53	27
	100.0	68.0	68.0	68.0	69.1	64.9	57.7	54.6	54.6	27.8
民生委員	93	67	66	66	61	61	59	58	58	25
	100.0	72.0	71.0	71.0	65.6	65.6	63.4	62.4	62.4	26.9
地域の見守り・認知症サポーター	110	79	79	78	72	70	69	65	64	28
	100.0	71.8	71.8	70.9	65.5	63.6	62.7	59.1	58.2	25.5
訪問介護	123	7	78	78	88	89	88	88	87	31
	100.0	5.7	63.4	63.4	71.5	72.4	71.5	71.5	70.7	25.2
通所介護	125	8	80	81	91	91	89	88	86	31
	100.0	6.4	64.0	64.8	72.8	72.8	71.2	70.4	68.8	24.8
短期入所生活介護	114	5	72	76	84	85	84	84	84	25
	100.0	4.4	63.2	66.7	73.7	74.6	73.7	73.7	73.7	21.9
認知症対応型通所介護	96	5	55	62	75	77	77	75	72	19
	100.0	5.2	57.3	64.6	78.1	80.2	80.2	78.1	75.0	19.8
小規模多機能型居宅介護	107	3	70	74	82	83	82	80	79	22
	100.0	2.8	65.4	69.2	76.6	77.6	76.6	74.8	73.8	20.6
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	22	-	4	4	16	17	17	17	17	5
	100.0	-	18.2	18.2	72.7	77.3	77.3	77.3	77.3	22.7
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	14	-	2	2	7	8	8	8	8	6
	100.0	-	14.3	14.3	50.0	57.1	57.1	57.1	57.1	42.9
認知症対応型共同生活介護	114	4	17	70	85	87	88	88	86	25
	100.0	3.5	14.9	61.4	74.6	76.3	77.2	77.2	75.4	21.9
介護老人福祉施設	119	3	8	9	28	30	92	92	92	26
	100.0	2.5	6.7	7.6	23.5	25.2	77.3	77.3	77.3	21.8
介護老人保健施設	101	3	9	11	61	64	77	77	77	23
	100.0	3.0	8.9	10.9	60.4	63.4	76.2	76.2	76.2	22.8
介護療養型医療施設	51	1	5	6	27	28	38	39	39	12
	100.0	2.0	9.8	11.8	52.9	54.9	74.5	76.5	76.5	23.5
訪問看護ステーション	92	6	52	52	63	66	69	69	69	22
	100.0	6.5	56.5	56.5	68.5	71.7	75.0	75.0	75.0	23.9
在宅療養支援診療所	29	15	20	20	22	22	22	22	22	7
	100.0	51.7	69.0	69.0	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	24.1
精神科病院	91	49	61	61	64	64	66	66	64	24
	100.0	53.8	67.0	67.0	70.3	70.3	72.5	72.5	70.3	26.4
その他1	24	13	17	18	18	18	16	15	15	5
	100.0	54.2	70.8	75.0	75.0	75.0	66.7	62.5	62.5	20.8
その他2	16	8	11	12	13	12	12	12	12	3
	100.0	50.0	68.8	75.0	81.3	75.0	75.0	75.0	75.0	18.8
その他3	10	7	7	7	6	7	7	7	7	-
	100.0	70.0	70.0	70.0	60.0	70.0	70.0	70.0	70.0	-

第2章 自治体アンケート調査結果

図表 2-46 認知症ケアパスでの社会資源の位置づけ(認知症高齢者の日常生活自立度別・問8)にみた、認知症グループホームの利用者像

	調査数	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	無回答
地域のサロン（高齢者クラブなど）	150	122	122	89	59	16	14	10	9	21
	100.0	81.3	81.3	59.3	39.3	10.7	9.3	6.7	6.0	14.0
二次予防事業、総合事業	143	112	105	66	33	7	6	5	5	19
	100.0	78.3	73.4	46.2	23.1	4.9	4.2	3.5	3.5	13.3
認知症の人や家族への相談支援事業所	124	90	100	104	103	102	102	102	95	19
	100.0	72.6	80.6	83.9	83.1	82.3	82.3	82.3	76.6	15.3
認知症の人や家族のための集いの場（認知症カフェ等）	121	84	94	98	94	87	83	72	64	18
	100.0	69.4	77.7	81.0	77.7	71.9	68.6	59.5	52.9	14.9
民生委員	112	93	97	92	90	79	76	72	62	13
	100.0	83.0	86.6	82.1	80.4	70.5	67.9	64.3	55.4	11.6
地域の見守り・認知症サポーター	138	114	115	112	109	97	94	81	74	18
	100.0	82.6	83.3	81.2	79.0	70.3	68.1	58.7	53.6	13.0
訪問介護	154	36	80	117	123	129	128	123	112	21
	100.0	23.4	51.9	76.0	79.9	83.8	83.1	79.9	72.7	13.6
通所介護	155	36	82	119	125	128	128	123	110	20
	100.0	23.2	52.9	76.8	80.6	82.6	82.6	79.4	71.0	12.9
短期入所生活介護	143	32	72	109	114	119	118	117	105	19
	100.0	22.4	50.3	76.2	79.7	83.2	82.5	81.8	73.4	13.3
認知症対応型通所介護	112	13	38	80	87	97	96	92	80	13
	100.0	11.6	33.9	71.4	77.7	86.6	85.7	82.1	71.4	11.6
小規模多機能型居宅介護	132	21	66	102	106	111	109	102	92	16
	100.0	15.9	50.0	77.3	80.3	84.1	82.6	77.3	69.7	12.1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	30	6	12	17	20	25	25	25	22	4
	100.0	20.0	40.0	56.7	66.7	83.3	83.3	83.3	73.3	13.3
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	22	4	6	12	13	15	15	15	13	7
	100.0	18.2	27.3	54.5	59.1	68.2	68.2	68.2	59.1	31.8
認知症対応型共同生活介護	142	9	37	97	109	122	121	115	102	18
	100.0	6.3	26.1	68.3	76.8	85.9	85.2	81.0	71.8	12.7
介護老人福祉施設	150	16	31	52	62	109	117	124	112	21
	100.0	10.7	20.7	34.7	41.3	72.7	78.0	82.7	74.7	14.0
介護老人保健施設	127	16	32	54	65	100	104	103	92	18
	100.0	12.6	25.2	42.5	51.2	78.7	81.9	81.1	72.4	14.2
介護療養型医療施設	60	9	14	26	29	43	47	49	47	9
	100.0	15.0	23.3	43.3	48.3	71.7	78.3	81.7	78.3	15.0
訪問看護ステーション	118	30	55	83	92	100	100	98	91	16
	100.0	25.4	46.6	70.3	78.0	84.7	84.7	83.1	77.1	13.6
在宅療養支援診療所	37	18	22	29	30	32	32	30	27	5
	100.0	48.6	59.5	78.4	81.1	86.5	86.5	81.1	73.0	13.5
精神科病院	108	55	77	86	87	91	93	93	87	13
	100.0	50.9	71.3	79.6	80.6	84.3	86.1	86.1	80.6	12.0
その他1	42	24	34	36	33	30	30	29	26	5
	100.0	57.1	81.0	85.7	78.6	71.4	71.4	69.0	61.9	11.9
その他2	31	17	23	26	26	25	23	22	19	2
	100.0	54.8	74.2	83.9	83.9	80.6	74.2	71.0	61.3	6.5
その他3	22	16	17	16	15	13	13	12	12	1
	100.0	72.7	77.3	72.7	68.2	59.1	59.1	54.5	54.5	4.5

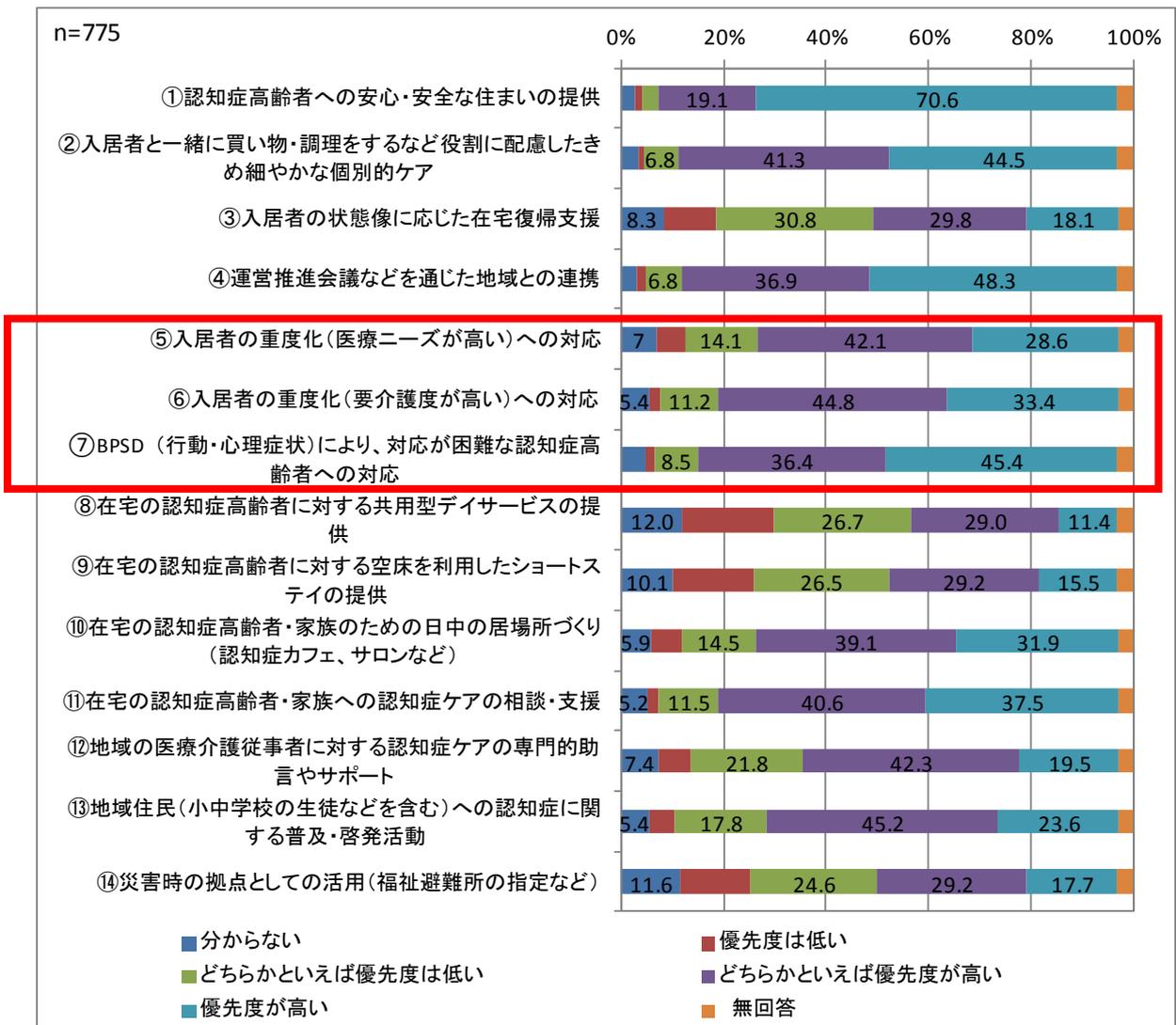
3. グループホームと医療、看護連携について

- 疾病や BPSD 等により一時的に入院が必要になっても、症状が緩和され次第、早期退院を目指す上では、入院時から退院を見越した医療機関との連携を図ることが重要であるが、実態としてどのようになされているか。また、スムーズな退院を促進する方策をどのように考えるか

1) 認知症グループホームの役割・機能として、重度化への対応がどの程度重視されているか

認知症グループホームに積極的に求めていきたい役割・機能の中で、重度化に関する項目への回答状況をみると、「どちらかといえば優先度が高い」と「優先度が高い」の合計が「⑤入居者の重度化（医療ニーズが高い）への対応」で 70.7%、「⑥入居者の重度化（要介護度が高い）への対応」で 78.2%、「⑦BPSD（行動・心理症状）により、対応が困難な認知症高齢者への対応」が 81.8%と、他の項目と比較しても高い回答割合となっており、重度化への対応が期待されていることがうかがえる。

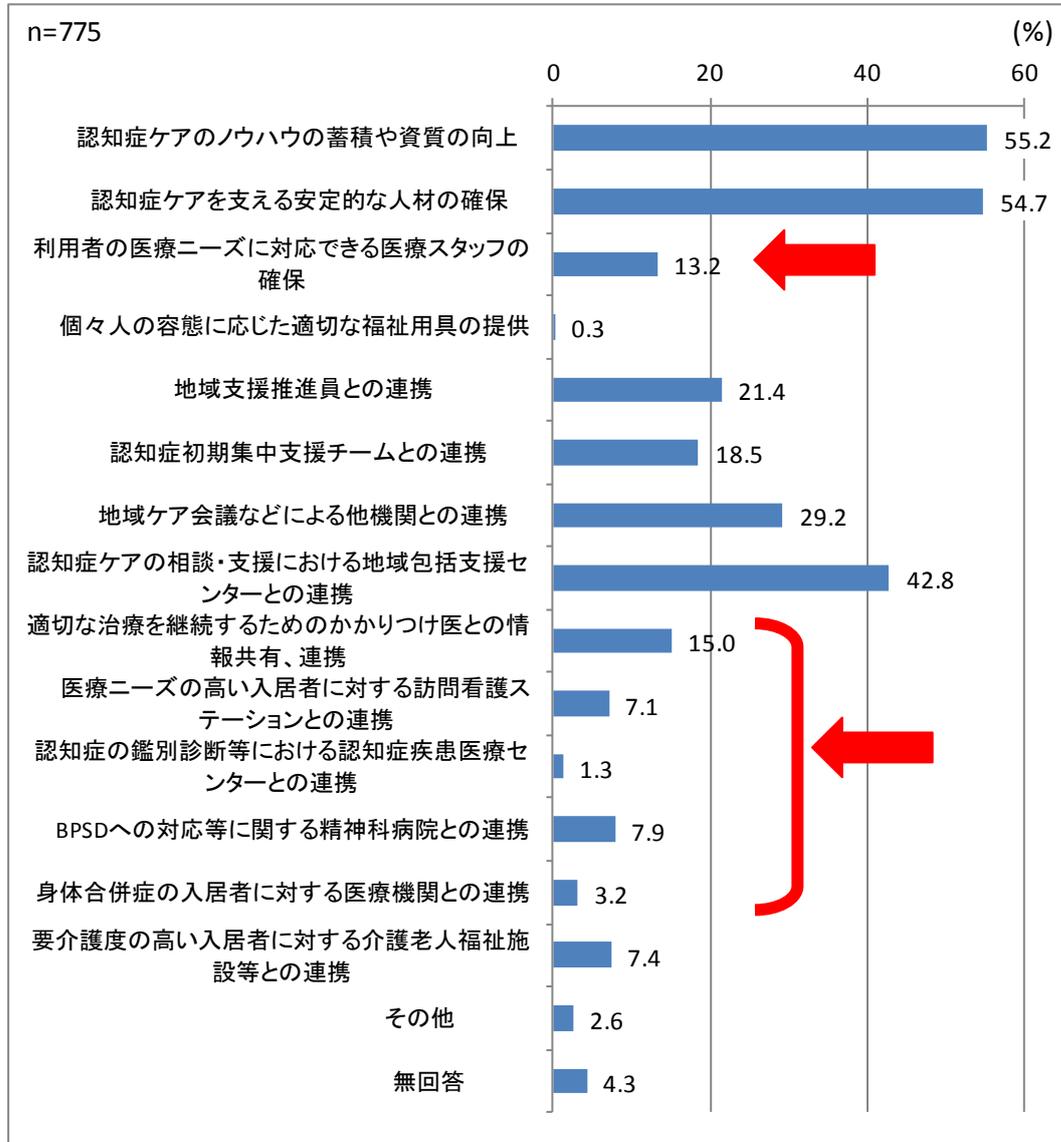
図表 2-47 認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい役割・機能(問 11)(再掲)



第2章 自治体アンケート調査結果

一方、認知症グループホームに今後、必要と思われる事柄としては、「利用者の医療ニーズに対応できる医療スタッフの確保」や「適切な治療を継続するためのかかりつけ医との連携」が15%前後など、他の項目と比較すると少ない回答となった。

図表 2-48 認知症グループホームに今後、必要と思われる事柄(問 13) 【MA】(再掲)



4. グループホームと特養、医療機関等との連携について

- 認知症の容態に応じて適時・適切に医療・介護等が提供される循環型の仕組みを構築する上で、特養、医療機関等との役割分担はどのようになっているか。また、連携を促進するための方策をどのように考えるか。また、在宅復帰支援策についてどのように考えるか

1) 認知症ケアパスにおいて、認知症グループホームと関連サービスの位置づけはどのように異なるか

認知症ケアパスにおいて、認知症グループホームと関連するサービス（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など）がどのように異なっているかをみると、小規模多機能型居宅介護については要支援1の状態像も65.4%の自治体が対象と位置づけており、認知症対応型共同生活介護よりも想定されている状態像の幅が広いことがうかがわれる。

反対に、看護小規模多機能型居宅介護については、社会資源として位置づけている自治体数がかなり限られるものの、調査結果の中では、認知症対応型共同生活介護よりも比較的重い要介護度の利用者が想定されている。

図表 2-49 認知症ケアパスでの社会資源の位置づけ(要介護度別・問7)にみた、認知症グループホームと関連サービスの利用者像の違い(再掲)

	調査数	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
小規模多機能型居宅介護	107	3	70	74	82	83	82	80	79	22
	100.0	2.8	65.4	69.2	76.6	77.6	76.6	74.8	73.8	20.6
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	22	-	4	4	16	17	17	17	17	5
	100.0	-	18.2	18.2	72.7	77.3	77.3	77.3	77.3	22.7
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	14	-	2	2	7	8	8	8	8	6
	100.0	-	14.3	14.3	50.0	57.1	57.1	57.1	57.1	42.9
認知症対応型共同生活介護	114	4	17	70	85	87	88	88	86	25
	100.0	3.5	14.9	61.4	74.6	76.3	77.2	77.2	75.4	21.9

2) 認知症ケアパスにおいて、認知症グループホームと特養、医療機関等との位置づけはどのように異なるか

認知症ケアパスにおいて、認知症グループホームと介護保険施設や医療機関等との位置づけがどのように異なっているかをみると、介護老人福祉施設の対象となる利用者像は約8割の自治体が要介護3以上としており、認知症対応型共同生活介護よりも想定されている状態像が重い。

医療機関については、自立から要介護5まで幅広く位置づけられていることから、要介護度等の状態像に関わらず、必要に応じての利用が想定されているものと考えられる。

図表 2-50 認知症ケアパスでの社会資源の位置づけ(要介護度別・問7)にみた、認知症グループホームと関連サービスの利用者像の違い(再掲)

	調査数	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
認知症対応型共同生活介護	114	4	17	70	85	87	88	88	86	25
	100.0	3.5	14.9	61.4	74.6	76.3	77.2	77.2	75.4	21.9
介護老人福祉施設	119	3	8	9	28	30	92	92	92	26
	100.0	2.5	6.7	7.6	23.5	25.2	77.3	77.3	77.3	21.8
介護老人保健施設	101	3	9	11	61	64	77	77	77	23
	100.0	3.0	8.9	10.9	60.4	63.4	76.2	76.2	76.2	22.8
介護療養型医療施設	51	1	5	6	27	28	38	39	39	12
	100.0	2.0	9.8	11.8	52.9	54.9	74.5	76.5	76.5	23.5
訪問看護ステーション	92	6	52	52	63	66	69	69	69	22
	100.0	6.5	56.5	56.5	68.5	71.7	75.0	75.0	75.0	23.9
在宅療養支援診療所	29	15	20	20	22	22	22	22	22	7
	100.0	51.7	69.0	69.0	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	24.1
精神科病院	91	49	61	61	64	64	66	66	64	24
	100.0	53.8	67.0	67.0	70.3	70.3	72.5	72.5	70.3	26.4

その一方、自治体が認知症施策を推進する上で、認知症グループホームの活用にあたって困難に感じている点や課題についての回答の中では、認知症グループホームの入居者が重度化し、他サービスとの住み分けが不明確になっているとの課題認識も示された。

図表 2-51 認知症グループホームの活用にあたり、困難に感じている点や課題(問 14) 回答例

<認知症グループホームの位置づけ>

- ・グループホームの特徴は、家庭での延長の場として、入居者が自分の家での生活と同じように暮らせることを目指したサービスで、入居当時はそういった方が入居されていると思いますが、年数が経過すると、加齢に伴い車いすの利用や医療的処置等が必要となってくると、人材や設備の対応が追い付かなかったときに、そもそもの理念とどう折り合いをつけるかという課題があると思います。
- ・一度入居すると、在宅復帰は難しくなっている。そのため、GH 全体の介護度が上がり、ケアが他の施設と大差なくなってきた感じがする。

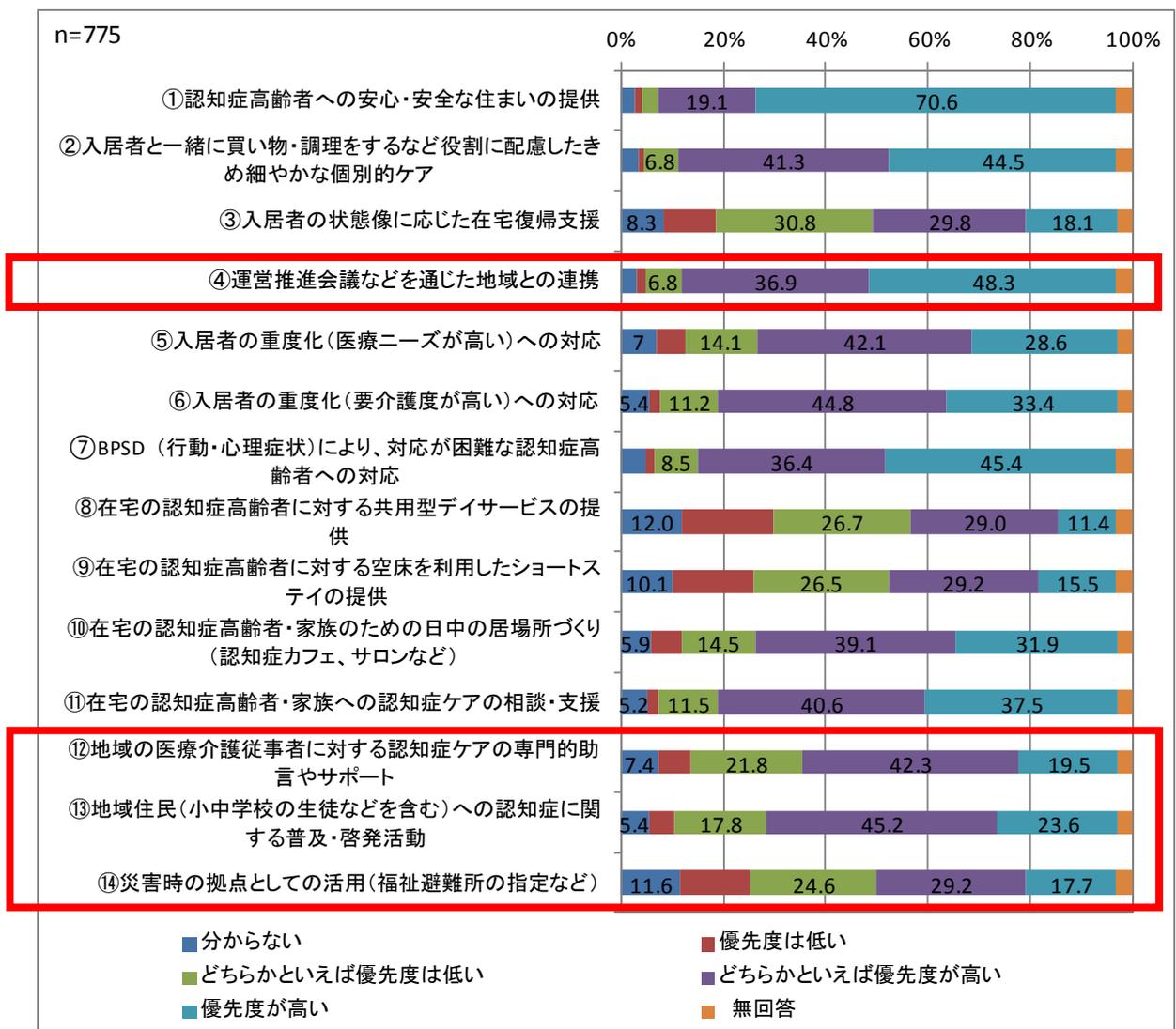
<事業所間の差>

- ・認知症グループホームそれぞれ、認知症ケアに関する知識や技術に差があり、区内全てのグループホームに対して、一律に施策推進にご協力いただくのは難しい。
- ・施設により、医療ニーズの程度、看取り等において、対応に格差があり、紹介する際、混乱を生じる。H25 年度から家賃等助成事業を実施しているが、助成対象のボーダーラインの方に対象枠を広げてほしいとの要望がある。
- ・設置主体は、株式会社や社会福祉法人などさまざまであり、それぞれの思いがあることから、事業としての目標を明確に共有しにくい一面がある。同じ事業でありながら、看護、介護の専門職配置にも違いがあり、認知症ケアとして専門的に対応しようとしている事業所から、ただ、BPSD 等日々の課題に振り回されている事業所までである。

3) 認知症グループホームの役割・機能として、地域との連携がどの程度重視されているか

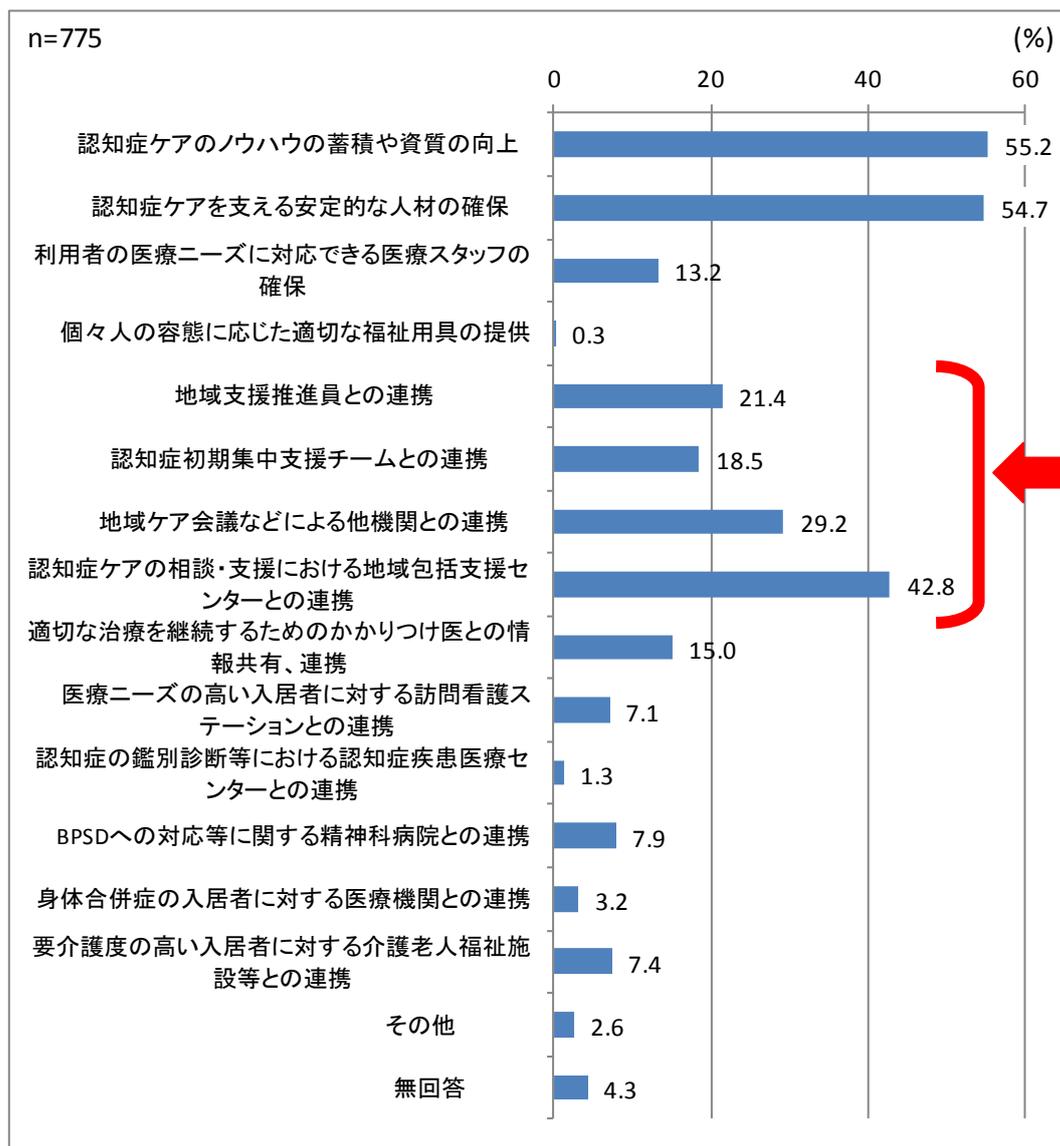
認知症グループホームに積極的に求めていきたい役割・機能の中で、地域との連携に関する項目への回答状況をみると、「どちらかといえば優先度が高い」と「優先度が高い」の合計が「④運営推進会議などを通じた地域との連携」で85.2%と高い結果となった。また、「⑫地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポート」(61.8%)、「⑬地域住民(小中学校の生徒などを含む)への認知症に関する普及・啓発活動」(68.8%)など、地域の医療介護従事者や一般市民に対する活動にも一定割合の回答があった。なお、「⑭災害時の拠点としての活用(福祉避難所の指定など)」については、46.9%の自治体が「どちらかといえば優先度が高い」あるいは「優先度が高い」と回答した。

図表 2-52 認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい役割・機能(問 11)(再掲)



地域包括ケアシステムにおいて認知症グループホームが役割を果たすために、今後、必要と思われる事柄をみると、「認知症ケアのノウハウの蓄積や資質の向上」(55.2%)、「認知症ケアを支える安定的な人材の確保」(54.7%)といった認知症グループホームの基本的な機能を果たすために必要な項目に加えて、「認知症ケアの相談・支援における地域包括支援センターとの連携」(42.8%)、「地域ケア会議などによる他機関との連携」(29.2%)、「地域支援推進員との連携」(21.4%)、「認知症初期集中支援チームとの連携」(18.5%)等、地域の機関との連携に関する項目への回答割合が比較的高かった。

図表 2-53 認知症グループホームに今後、必要と思われる事柄(問 13) 【MA】(再掲)



地域包括ケアシステムの中で、認知症高齢者の状態像に応じたケアを提供していただくにあたり、認知症グループホームが活かすことのできる役割や専門性に対する回答の中でも、認知症グループホームならではの経験から蓄積されたノウハウを活用し、地域の専門職等や行政などへの展開に期待する回答が多く寄せられた。

図表 2-54 認知症グループホームが活かすことのできる役割や専門性(問 15) 回答例

<認知症グループホームならではのノウハウ>

- ・現場でなければわからない予測がつかないこと等、事業運営の中で蓄積された認知症ケアのノウハウ等。
- ・24時間介護している家族と同じ立場で悩みやアドバイスができるところが強みだと考える。より具体的で生活に即したアドバイスや家族への支援を行うことだと考える。
- ・重度化に対応したケア、在宅復帰、認知症家族への支援等、専門性を活かした多様かつ適切なケアを行うサービス拠点としての役割。
- ・認知症の状態に応じたケアとは、本人の個別性や能力が最大限引き出されるケアである。個別性や能力の把握、また、能力を活かしたケアは日常生活において実施されることが重要であり、専門性の高いグループホームが率先して取組むとともに、質の高いケアを地域住民に普及することで地域で尊厳のある暮らしをおくることが可能になると思う。
- ・他のサービスでは対応困難なケースや若年性認知症への対応ができる認知症ケアのノウハウがある。地域の認知症ケアの拠点となり、認知症の人が安心な生活ができるまちづくりができる。

<中間施設としての機能>

- ・BPSD が落ち着くまでは入居し、落ち着いたら在宅へ、というように在宅復帰を視野に入れた役割を果たすことで病状悪化時にはグループホームで専門家である職員が支援し、安定したら自宅で生活するといった役割を果たしていくこと。

<専門職等への展開>

- ・地域で訪問、通所系サービスを担うスタッフに対し、認知症ケアに関する具体的な指導や助言。認知症介護指導者養成研修を積極的に受けていただき、地域の専門職や家族介護者の支援にご支援いただきたい。
- ・長年蓄積してきた認知症ケアのノウハウを他関係機関へ積極的に伝えてほしい。
- ・24時間生活状況が見れることや、個々の特徴が見れるため、対応向上のための視点等を医療・介護両方の専門職へ伝えてほしい。
- ・現場の声等を行政にきかせていただきたい。
- ・認知症に関する正しい知識や介護方法に関する情報発信の場となること。

<事例の共有化>

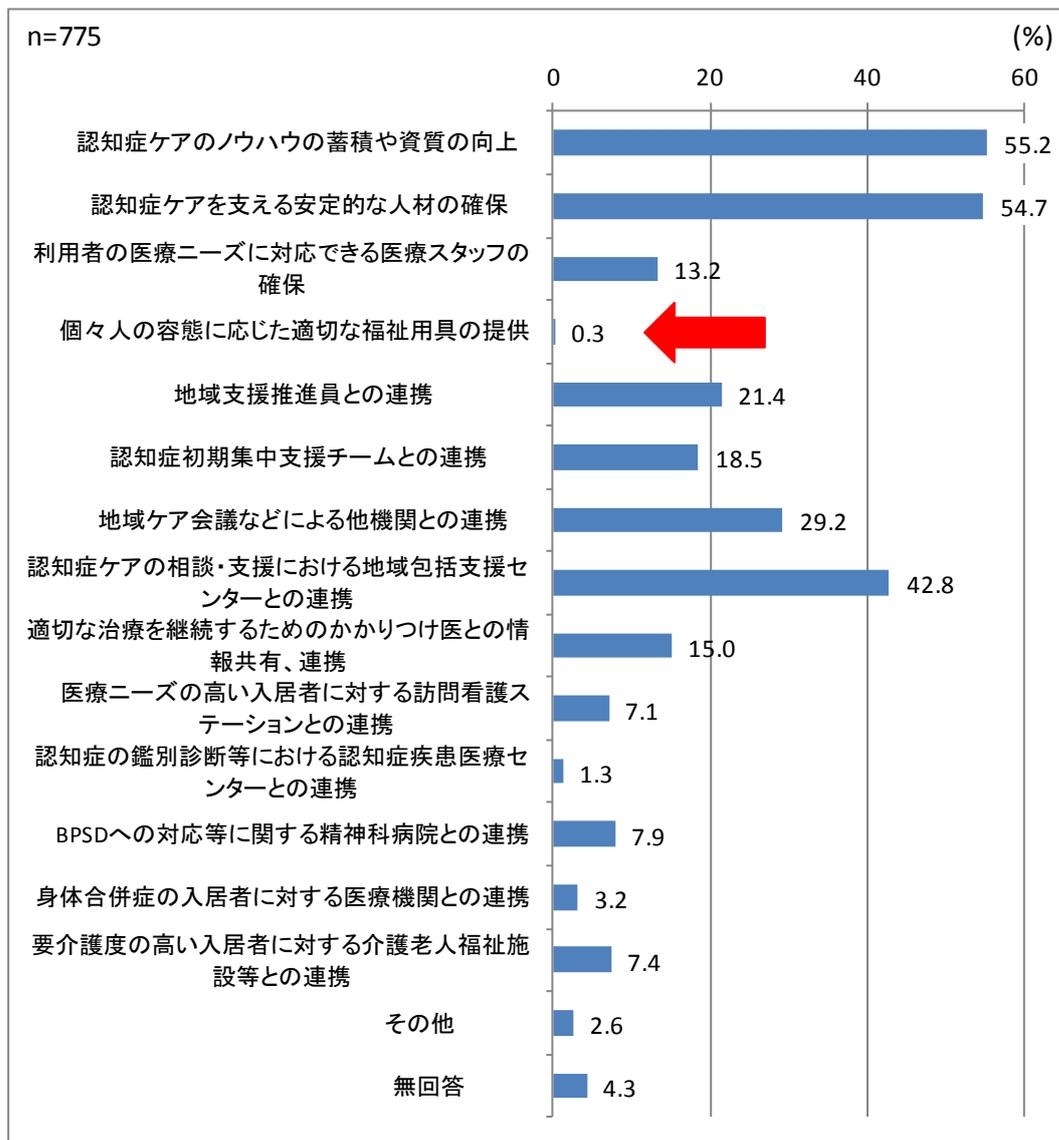
- ・グループホーム内の事例を検討していき、情報の共有化を図りたい。

- 入居者の要介護度の重度化により、備え付けの福祉用具では対応が困難となっている実態を踏まえ、どのように考えるか。個々人の容態に応じた柔軟な対応を促進する上で、介護保険制度の福祉用具貸与の利用を可能にすることについてどのように考えるか

4) 認知症グループホームにおける利用者の容態に応じた福祉用具の提供へのニーズがあるか

認知症グループホームにおける利用者の容態に応じた福祉用具の提供に対するニーズをみると、認知症グループホームに今後必要と思われるもの（問 13）としての回答は全体の 0.3%と低く、ほとんどの自治体では特に認識がなされていないことがうかがわれた。

図表 2-55 認知症グループホームに今後、必要と思われる事柄(問 13) 【MA】(再掲)



5. グループホームと地域に暮らす家族介護者の負担軽減について

➤ 在宅支援機能の強化の一つとして空床ショートの利用が考えられるが、実態として需要はあるか。また、需要があるならば実施率が伸びない理由は何か。また、定員の枠外での利用を可能にすることについてどのように考えるか。その際の人員、設備上の課題は何か

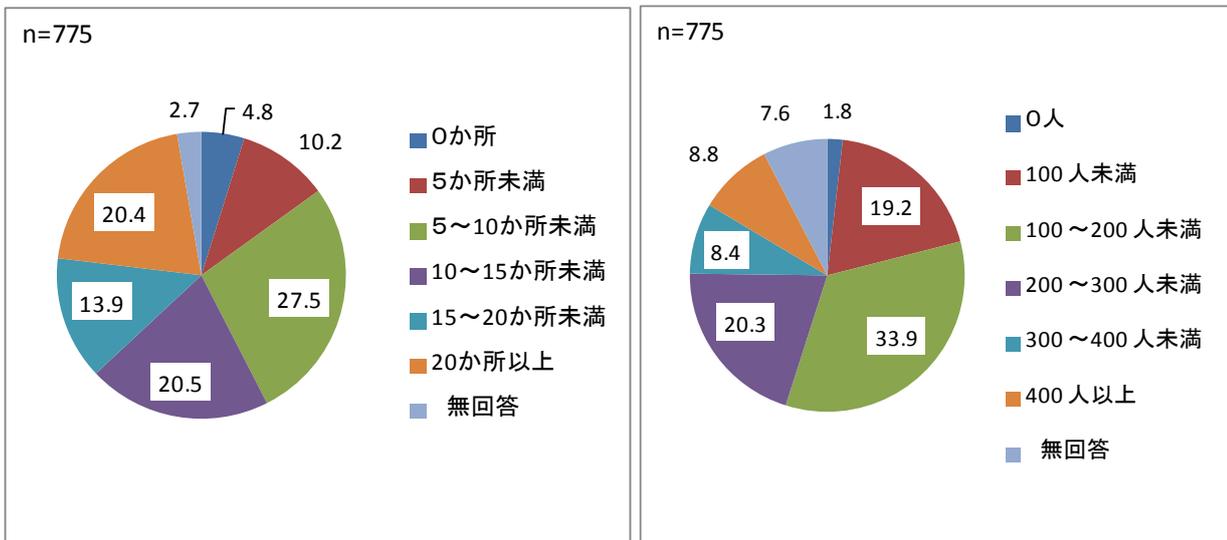
1) 空床ショートサービスが現状でどの程度提供されているか

短期利用認知症対応型共同生活介護のサービスが現状でどの程度提供されているかについて見ると、10万人当たり事業所数では「0か所未満」が42.6%と全体の4割以上を占めた。10万人当たりの定員をみても、認知症対応型共同生活介護と比較して、短期利用の事業所および定員数はかなり限られている現状がうかがわれる。

図表 2-56 認知症対応型共同生活介護のサービス供給量(再掲)

<人口10万人当たり事業所数>

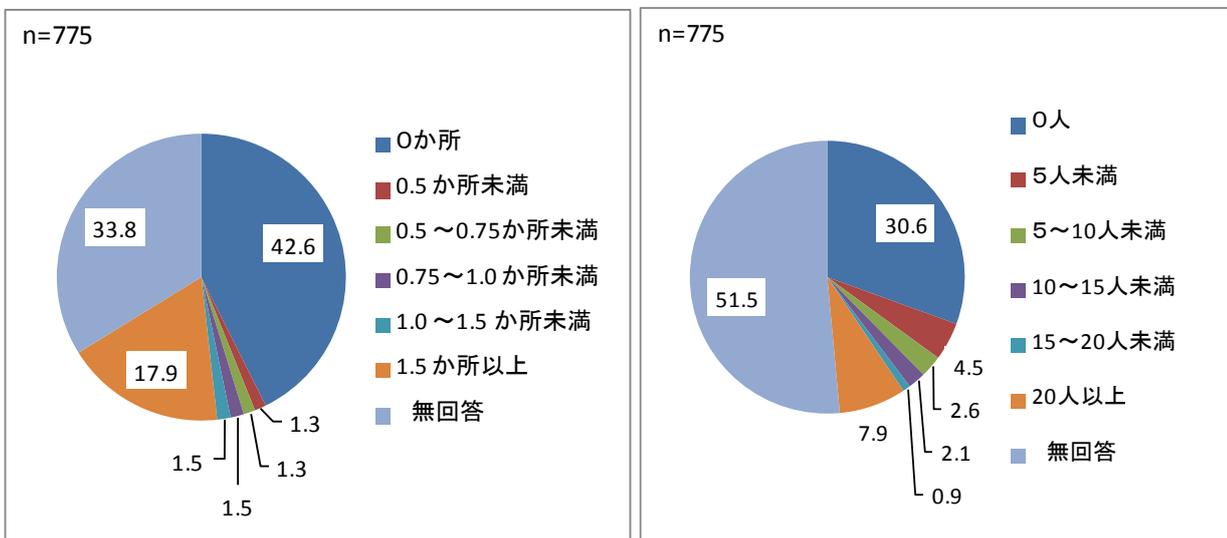
<人口10万人当たり定員数>



図表 2-57 短期利用認知症対応型共同生活介護のサービス供給量(再掲)

<人口10万人当たり事業所数>

<人口10万人当たり定員数>

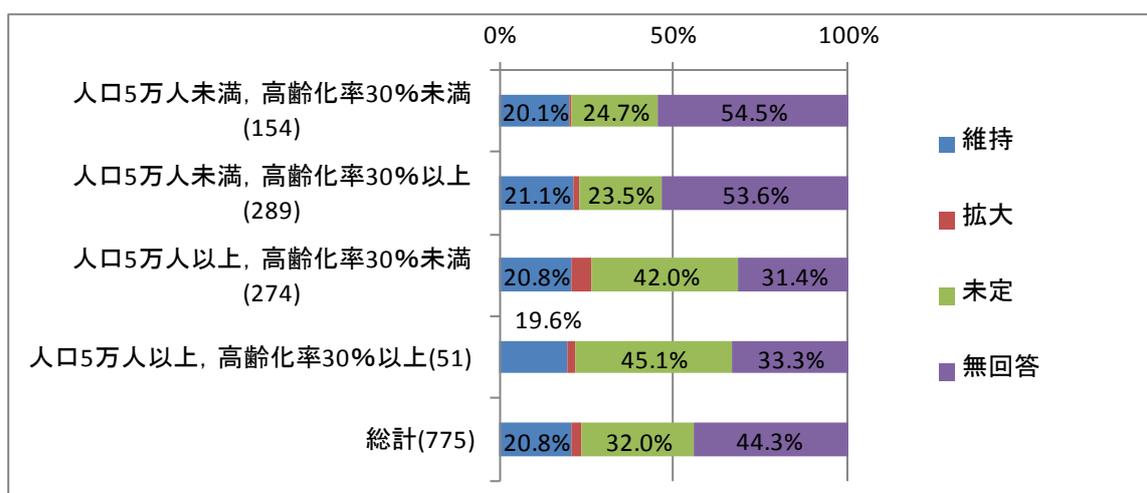


2) 空床ショートサービス供給量について、今後、自治体がどのような方針を持っているか

短期利用認知症対応型共同生活介護のサービス供給量に関する、今後の方針については、無回答を除くと、全体では「未定」との回答がもっとも多く全体の32.0%、次いで「維持」(20.8%)であった。

上記を地域類型別にみると、全体に占める回答数は少ないものの、人口規模が大きい自治体の方が「拡大」と回答した割合がやや高い傾向がみられた。

図表 2-58 短期利用認知症対応型共同生活介護のサービス供給量に関する今後の方針(地域類型別)

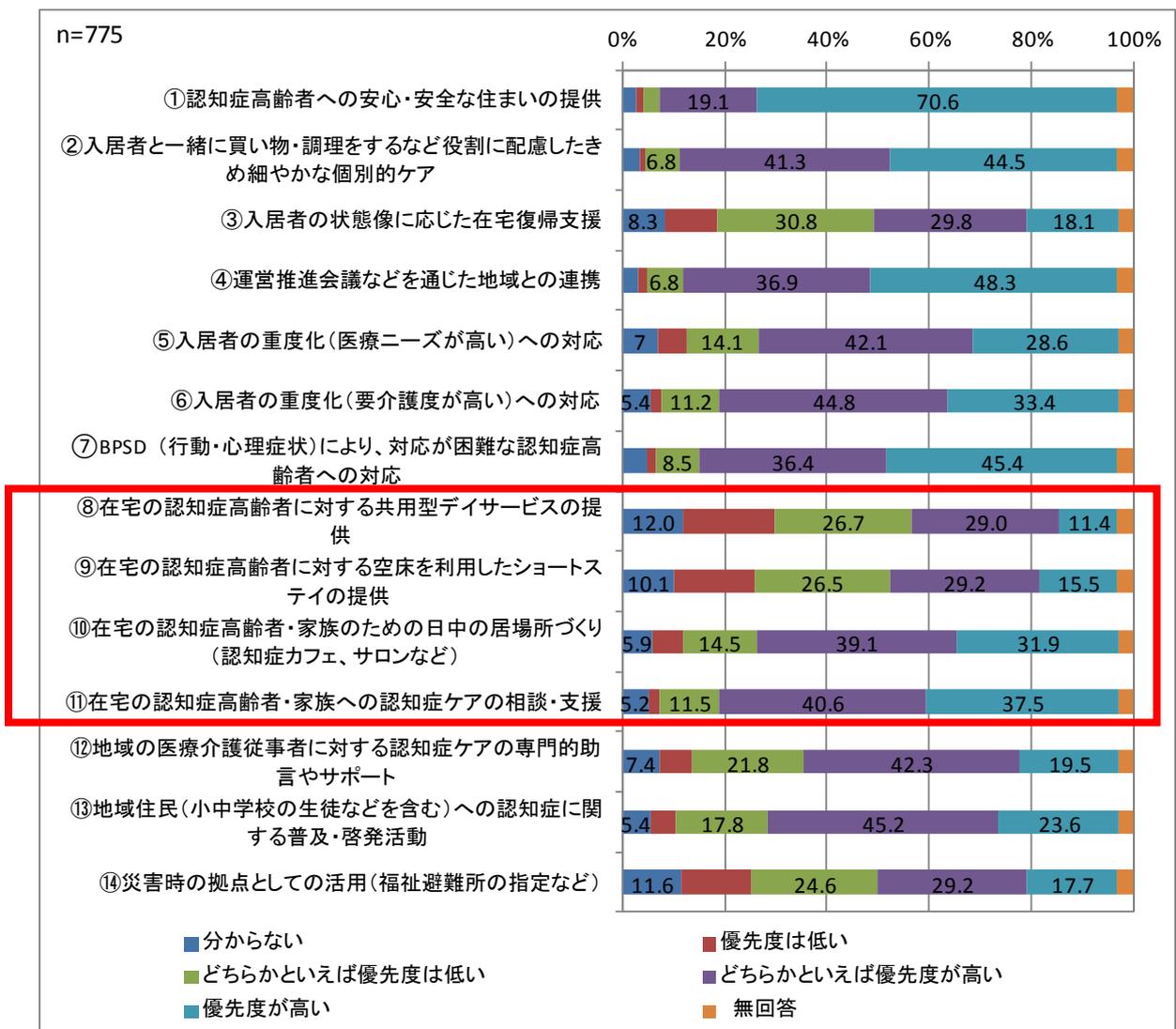


➤ グループホームが実施している認知症カフェや相談事業などの取組の介護報酬での評価のあり方としてどのような仕組みが考えられるか

3) 認知症グループホームの役割・機能として、地域に向けた取組がどの程度重視されているか

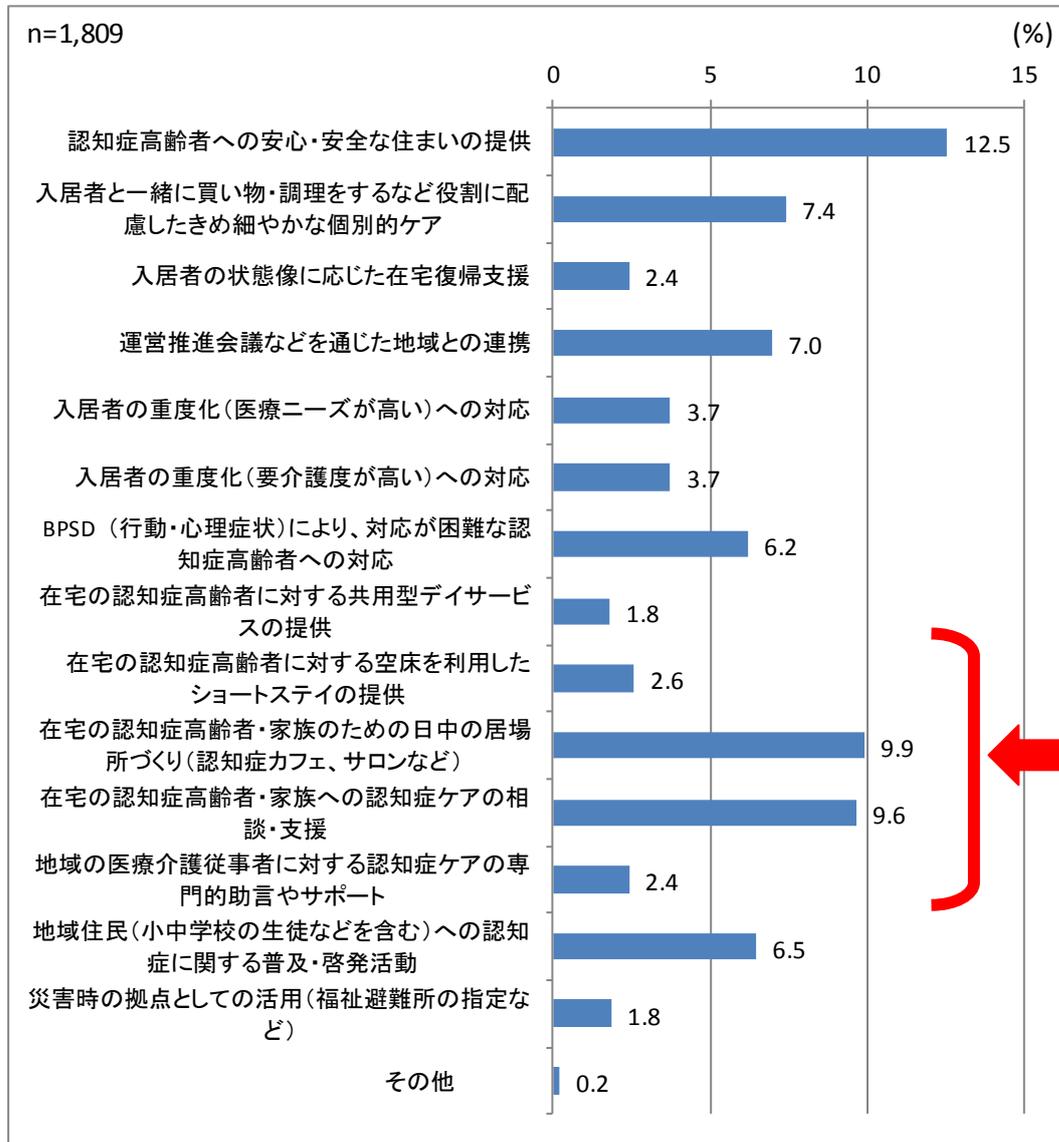
認知症グループホームに積極的に求めていきたい役割・機能の中で、地域との連携に関する項目への回答状況をみると、「どちらかといえば優先度が高い」と「優先度が高い」の合計が「⑪在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」で78.1%、「⑩在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」で71.0%と、介護保険サービスの枠内に含まれない地域への支援に関する取組が高い結果となった。なお、「⑨在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供」は44.7%、「⑧在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供」40.4%の回答割合であった。

図表 2-59 認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい役割・機能(問 11)(再掲)



また、これらの項目の優先事項として、特に重視するもの（上位3つまで）を尋ねた中でも、「認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供」（12.5%）に続いて、「在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」（9.9%）、「在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」（9.6%）が多く挙げられた。

図表 2-60 認知症グループホームの役割・機能の中で特に重視するもの(問 12) 【MA】(再掲)



地域包括ケアシステムの中で、認知症高齢者の状態像に応じたケアを提供していただくにあたり、認知症グループホームが活かすことのできる役割や専門性に対する回答の中でも、認知症ケアの専門家として、短期利用やデイサービスなどのサービスおよび相談支援を通じて、認知症高齢者や家族に身近な支援者となることへの期待が示された。

図表 2-61 認知症グループホームのが活かすことのできる役割や専門性(問 15) 回答例

<在宅高齢者・家族の支援>

- ・在宅で生活する認知症高齢者や家族にとってグループホームでショートステイやデイサービス等の利用が可能になれば、生活圏内での緊急や臨時の受け皿としての機能を期待できると考える。
- ・認知症介護の専門家として、在宅で介護をされている一般住民の方への介護方法の助言や指導をしていただきたい。認知症の理解を深めるために、地域の方がグループホームの入所者と交流できる機会があると良い。
- ・認知症の方を理解し、対応するケアのできる専門職がいる場所として、入居者のみのサービス提供にとどまらず、共用型の通所介護事業や認知症カフェの実施など多面的に認知症の方本人と、介護者を支援することのできる場所となることを期待する。

<地域の理解促進>

- ・認知症の方の理解を地域へ広げる。
- ・認知症に関する正しい知識や認知症の人への対応の仕方、認知症ケアの実際について、地域へ広める役割。そのことにより、地域の認知症に対する偏見をなくすこと。
- ・認知症のことがよくわかるスタッフがたくさんいらっしゃるので、運営推進会議等を利用した地域への認知症対応方法等の普及啓発に努めていただきたい。

その一方、自治体が認知症施策を推進する上で、認知症グループホームの活用あたって困難に感じている点や課題についての回答の中では、地域支援に対する施設のインセンティブの不足や姿勢、重度化対応等による認知症グループホームのマンパワーの不足などの課題認識も示された。

図表 2-62 認知症グループホームの活用にあたり、困難に感じている点や課題(問 14) 回答例

<地域支援の姿勢>

- ・認知症の人の入所施設といった考え方で、それ以外の役割を担っていない。現状があるので、広く地域の方の相談に乗れるような運営をしてもらいたい。
- ・認知症の方の住まいという機能の他にも、認知症カフェや相談の場として地域の方にとって身近な場になるといいと思うが、施設に対しての住民の抵抗感と利用者への影響を考える施設側の思いにより、そういった活動を展開していくことが難しい。
- ・認知症グループホームが認知症の方のみの生活の場だけでなく、地域に開かれた認知症を理解してもらおう場となることが望まれるが、自主的に活動してもらおうためのインセンティブ（動機づけ）があまりない。
- ・運営推進会議は本来、地域ニーズの掘り起こしとして重要な場であるが、参加者、会議内容は形式的恒常なものとなっており、本来の役割を果たしていない。

<マンパワー>

- ・グループホームの職員が少なく、施設利用者の対応に精一杯で、対外的な取り組みまで対

応が困難。

- ・入居者の重度化に対応するため、地域に積極的に関わる余裕がないこと。GH が地域との繋がりが希薄であること。
- ・認知症グループホームは、直接に認知症がある高齢者の介護に関わり、介護のノウハウや地域で生活する認知症がある方やその家族の方に対する支援に大きく期待したいところであるが、職員の確保が難しい地域であり、無理をお願いできないことが課題である。

<スペースの確保>

- ・認知症カフェの普及にあたり、グループホームの事業所を活用することは、入居者にとっても地域の人と交流ができ、有意義ではあるが、グループホームの建物は入居者専用のスペースであり、多くの事業所には地域へ開放するスペースがない。また、介護保険上の人員配置基準を満たした上で、他の事業を実施する必要があることから、現在の省令基準との整理が必要である。

(参考) 自由回答結果の概要

図表 2-63 認知症グループホームに求める機能・役割の中で、特に重視する理由(問 12) 回答例

<認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供>

- ・在宅で介護することが困難な人の入所希望は多く、特別養護老人ホームへ入所できない人(要介護1～2の人)の受け皿として必要。
- ・安心・安全な住まいの提供は、地域包括ケアシステムの構築にあたり基本となることから。
- ・独居や高齢者世帯が増えており、認知症になっても町に住み続けられる住まい、介護の提供を求められている。
- ・サービス付き高齢者向け住宅など高齢者の住まいの重要性を求められているが、認知症の方の住まいとしてはグループホームのケアが必要であるため。
- ・過疎化が進む地域において、独居認知症高齢者の日常的見守りが困難なため。

<入居者と一緒買い物・調理をするなど役割に配慮したきめ細やかな個別的ケア>

- ・認知症高齢者の状態像に応じた個別的なケアを積極的に実施し、認知症ケアのノウハウを蓄積し、地域に還元していただきたいから。
- ・個別的ケアを行うことで、重症化の予防になると考える。
- ・ホーム内では似たようなケアプランになりがちなので、対象者一人一人の個別性を重視した支援を望むため。
- ・現状では、介護に余裕のないと感じられる事業者もあり、きめ細やかな、個別ケアの充実を望む。
- ・グループホームらしさが一番出る部分だと思うので、その独自性を大切にしたい。

<入居者の状態像に応じた在宅復帰支援>

- ・限られた入居者数しか入れないので、在宅復帰に向けた支援が必要。
- ・グループホームに一旦入居してしまうと、在宅復帰は困難となる状況にある。在宅復帰を目指し、ケアを行い、家族や関係機関と連携し、グループホームに入っても在宅に帰ることもできる体制を構築したい。
- ・特養待機のための施設になってしまっている。入所者本位のサービス提供を考えた時、在宅復帰支援の視点を持ったケアは必要と考える。
- ・できるだけ本人の意思を尊重し、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように支援が必要と思うため。

<運営推進会議などを通じた地域との連携>

- ・地域密着型サービス事業者として、地域の拠点となって活動してほしいため。
- ・閉ざされた場所ではなく、開かれたホームにするため、地域の人に参加する運営推進会議で地域との連携に努めてほしい。
- ・地域との関わりを密に取ることにより、閉鎖的なイメージを払拭でき、緊急時の支援にも繋がる。
- ・徘徊高齢者への対応等を地域に担っていただく場合があり、地域への理解や連携体制が欠かせないため。

- ・運営推進会議を通じ、事業所および利用者と地域との繋がりを密にし、地域の認知症に対する理解を深めたいため。

<入居者の重度化（医療ニーズが高い）への対応>

- ・認知症だけに限らず、入居希望者には医療的ニーズがあることが多いため。
- ・軽度で入居した人が重度化しても、重度化対応や看取りへの支援ができる体制をお願いしたい。
- ・医療への依存度が高い人が利用できなくなる事案がある。住み慣れてきたと思ったら退所では、さらに認知症が進行する可能性もあり、なるべく対処してもらいたい。
- ・認知症があると、一般病院への入院等が大変になってくるため、医療機関との連携を密にしてほしい。
- ・町内に訪問看護がなく医療ニーズの高い方への対応が課題となっており、グループホームに役割の一部を担っていただきたいと考えている。

<入居者の重度化（要介護度が高い）への対応>

- ・入居者の高齢化・重度化により、活動的に共同生活を送ることが難しい状態になっても、馴染んだ環境で済み続けるという希望が多いため。
- ・終の棲家としての役割であってほしい。
- ・認知症の方は環境の変化は苦手な方が多い。そのため、重度化をしても以前から住み慣れた環境で最後まで生活できればご本人にとって安心できる環境といえる。
- ・施設入所に至らず、在宅でもケアが難しい狭間にいる方に対しては、重度化対応が望まれる。
- ・重度化したことで、福祉施設等への入所を考えても利用者が環境の変化に対応できないため、重度化しても対応していくことが必要と考える。

<BPSD（行動・心理症状）により、対応が困難な認知症高齢者への対応>

- ・在宅介護の継続ができなくなる大きな要因に BPSD により対応が難しいことが挙げられる。BPSD により対応困難な方の受け入れをしていただくとありがたい。
- ・BPSD 出現時は家族も疲弊していたり、身寄りがなく支援者もないなど、緊急性が高いケースが多い。しかし、精神科病院も市内になく、一般病棟での受け入れが困難と、行き場に困る場面が多いので。
- ・認知症グループホームの家庭的な環境と専門スタッフによる個別ケアにより、BPSD の低減が期待できるため。
- ・地域でも BPSD が問題に上がってくる事例が多いため、対応方法はとても重要。グループホーム内での対応もそうだが、地域での助言もいただくとありがたいため。
- ・BPSD への対応方法に対する理解や知識の習得は、介護従事者や事業所の資質向上に直結すると考えるため。

<在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供>

- ・今後、地域に認知症者が更に増加することが予想され、認知症ケアの専門性の高いグループホームは社会資源として役割の拡大が求められる。
- ・認知症対応型のデイサービスは、受け入れ人数も少なく需要はあるがなかなか供給がないため。

- ・共用型になれば馴染もでき、入所となったとき抵抗なく（本人が）受け入れられるのではないかと思う。
- ・認知症対応型通所介護について採算が合わず、事業の廃止を検討している事業者が多い。市内グループホーム等で共用型認知症対応型通所介護を行える事業者がいないかなどの調査を検討している。
- ・在宅の高齢者で、特に日中独居となられる場合など、ニーズが高いと感じていた。

<在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供>

- ・緊急時のショートステイ利用先確保が困難なことが多く、資源として活用したいため。
- ・ショートステイサービスを確保するのは至難の業。サービス利用が認知症の方となれば更に困難さを増す。認知症ケアを熟知しているスタッフが受け入れしてくれることで在宅生活を継続させるための家族の手助けに大いになる。
- ・認知症、特に BPSD のあるケースで特養ショート等、利用を拒否されるケースあるため。
- ・地域の中でショートステイの提供量が少ないため、空床を利用できると在宅支援につながるものと思われる。
- ・認知症高齢者の介護者に対するレスパイトが必要なため。

<在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）>

- ・認知所カフェなどの日中の居場所づくりが必要であるが、専門知識を持った職員にその中核を担ってもらいたい。
- ・在宅の認知症高齢者が日中過ごす場所の確保が必要であり、グループホームと地域の交流の場が必要であるから。
- ・住民に認知症のこと、グループホームのことを知ってもらいたい。
- ・入所施設の数が限られている中で、身近に相談できる場があると良い。
- ・地域の方々が利用することで、認知症の早期支援・重度化予防にも繋がると思われるため。

<在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援>

- ・認知症高齢者の増加、家族の認知症理解や対応方法などの知識不足、不安を持ちながらも相談相手がいない状況がある。
- ・現在も取り組んでもらっている所であるが、在宅における認知症高齢者が増えていく中で、包括だけでは対応できず、専門的知識を在宅者に対しても発揮し支援してもらいたい。
- ・認知症ケアの具体的なアドバイスを求める声が多い。
- ・認知症ケアの専門的人材を抱える、地域に密着した事業所であり、地域へ向けた支援が求められていると感じるから。
- ・実際に認知症の方と日々関わっている職員の方であれば、より具体的なアドバイス等も得られるため。

<地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポート>

- ・経験のある人材の把握や活用ができていないため、今後活躍の場を検討したい。
- ・地域の大切な人材として、個別ケースの助言やサポート、事前検討会や研修の講師として、専門性を地域に還元してほしいと考えるため。
- ・医療機関入院中に BPSD など退院を求められたり、24h 家族が付き添っていない場合などないケースもあり、医療従事者のスキルアップに関与していただきたい。

- ・医療専門職の中でも認知症に対する理解や適切な対応ができないため、積極的に助言者もしくはサポートする立場となってほしい。
- ・認知症ケアの知識・技術を地域へ発信することになり、医療・介護の連携にもつながる。

<地域住民（小中学校の生徒などを含む）への認知症に関する普及・啓発活動>

- ・住民の認知症に対する理解は、徘徊対応や住民相互の助け合い活動に不可欠であり、実際に専門的ケアを行っている人の話は説得力があると考えられるため。
- ・地域に開放された場所として、交流を通じて認知症の理解に向けた普及啓発を行ってほしい。専門的な関わりのできるスタッフとして、認知症サポーター養成講座を主催したり、認知症カフェの立ち上げ支援に関わっているところもあるため、今後も是非取り組んでほしい。
- ・一度入所すると状態が良くなっても退所とならないケースがほとんどだ。家族の理解が在宅復帰で一番重要だと思う。
- ・小中学生に対して、認知症への理解の手伝いをしてもらえるとありがたい。
- ・認知症の方が安心して地域で暮らすためのセーフティネット構築のために、認知症に関する「生きた」知識を地域の方に発信してほしい。

<災害時の拠点としての活用（福祉避難所の指定など）>

- ・要援護者をリスト化するなどしているが、対応については協議されておらず、訓練など地域の取り組み意識も低い。
- ・上記理由により、災害時の安否確認など行っていただくと安心。日頃、認知症のケアをしていただいているスタッフがかかわっていただきたい在宅者も多い。
- ・いつ起きるかわからない災害に対し、24時間体制の施設であるため、迅速に避難所としての対応が可能であると考えられるため。
- ・認知症の方は場所や対人にとっても敏感でケアも難しいので災害時に拠点として対応してもらえると安心である。
- ・空き部屋、共同スペース等の開放により、施設側と地域住民との壁をなくしたい。

<その他>

- ・徘徊高齢者の一次受入れ：徘徊高齢者が増加しており、夜間保護されたり、住所氏名が不明な場合の対応は緊急的課題である。
- ・認知症初期集中支援チームとの連携：認知症の状態によって、グループホームは有効な選択肢になり得ることから、連携を図ることにより、対象者に適した支援へと繋げることが可能となる。
- ・低所得者の入居：生活保護等の低所得者が入居できなくなることを防ぐため。
- ・地域包括ケアシステムの構築における連携：介護だけでなく、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供する地域包括ケアシステムの構築とその連携が必要と考える。

図表 2-64 認知症グループホームの活用にあたり、困難に感じている点や課題(問 14) 回答例

<認知症グループホームの位置づけ>

- ・グループホームの特徴は、家庭での延長の場として、入居者が自分の家での生活と同じように暮らせることを目指したサービスで、入居当時はそういった方が入居されていると思いますが、年数が経過すると、加齢に伴い車いすの利用や医療的処置等が必要となってくると、人材や設備の対応が追いつかなかったときに、そもそもの理念とどう折り合いをつけるかという課題があると思います。
- ・一度入居すると、在宅復帰は難しくなっている。そのため、GH 全体の介護度が上がり、ケアが他の施設と大差なくなってきた感じがする。

<事業所間の差>

- ・認知症グループホームそれぞれ、認知症ケアに関する知識や技術に差があり、区内全てのグループホームに対して、一律に施策推進にご協力いただくのは難しい。
- ・施設により、医療ニーズの程度、看取り等において、対応に格差があり、紹介する際、混乱を生じる。H25 年度から家賃等助成事業を実施しているが、助成対象のボーダーラインの方に対象枠を広げてほしいとの要望がある。
- ・設置主体は、株式会社や社会福祉法人などさまざまであり、それぞれの思いがあることから、事業としての目標を明確に共有しにくい一面がある。同じ事業でありながら、看護、介護の専門職配置にも違いがあり、認知症ケアとして専門的に対応しようとしている事業所から、ただ、BPSD 等日々の課題に振り回されている事業所まである。

<地域支援の施設>

- ・認知症の人の入所施設といった考え方で、それ以外の役割を担っていない。現状があるので、広く地域の方の相談に乗れるような運営をしてもらいたい。
- ・認知症の方の住まいという機能の他にも、認知症カフェや相談の場として地域の方にとって身近な場になるといいと思うが、施設に対しての住民の抵抗感と利用者への影響を考える施設側の思いにより、そういった活動を展開していくことが難しい。
- ・認知症グループホームが認知症の方のみの生活の場だけでなく、地域に開かれた認知症を理解してもらおう場となることが望まれるが、自主的に活動してもらうためのインセンティブ（動機づけ）があまりない。
- ・運営推進会議は本来、地域ニーズの掘り起こしとして重要な場であるが、参加者、会議内容は形式的恒常なものとなっており、本来の役割を果たしていない。

<マンパワー>

- ・グループホームの職員が少なく、施設利用者の対応に精一杯で、対外的な取り組みまで対応が困難。
- ・入居者の重度化に対応するため、地域に積極的に関わる余裕がないこと。GH が地域との繋がりが希薄であること。
- ・認知症グループホームは、直接に認知症がある高齢者の介護に関わり、介護のノウハウや地域で生活する認知症がある方やその家族の方に対する支援に大きく期待したいところであるが、職員の確保が難しい地域であり、無理をお願いできないことが課題である。

<スペースの確保>

- ・認知症カフェの普及にあたり、グループホームの事業所を活用することは、入居者にとっても地域の人と交流ができ、有意義ではあるが、グループホームの建物は入居者専用のスペースであり、多くの事業所には地域へ開放するスペースがない。また、介護保険上の人員配置基準を満たした上で、他の事業を実施する必要があることから、現在の省令基準との整理が必要である。

<費用面の負担>

- ・利用のニーズは高いが、費用負担の面で利用できない住民が大多数。地域の介護拠点としての期待は大きいものの、拠点に至っていない。

<地域の理解>

- ・認知症グループホームの存在を地域住民が理解し、認知症の早期に相談したり、入所したりするケースが少なく、独居や認知症が進行し、家庭内での対応が困ってから入所するケースが多い。そのため、在宅への復帰支援が困難なケースが多い現状である。

<行政の推進体制>

- ・行政側の業務担当が複数にわたっており、地域包括ケアシステムの構築、認知症施策推進、地域密着型サービス…の担当部署が別組織のため、認知症グループホームへの対応や認識が、それぞれ異なっていた。そのため、認知症グループホームの役割や期待することが区としてまとまっていない。

図表 2-65 認知症グループホームのが活かすことのできる役割や専門性(問 15) 回答例

<認知症グループホームならではのノウハウ>

- ・現場でなければわからない予測がつかないこと等、事業運営の中で蓄積された認知症ケアのノウハウ等。
- ・24時間介護している家族と同じ立場で悩みやアドバイスができるところが強みだと考える。より具体的で生活に即したアドバイスや家族への支援を行うことだと考える。
- ・重度化に対応したケア、在宅復帰、認知症家族への支援等、専門性を活かした多様かつ適切なケアを行うサービス拠点としての役割。
- ・認知症の状態に応じたケアとは、本人の個別性や能力が最大限引き出されるケアである。個別性や能力の把握、また、能力を活かしたケアは日常生活において実施されることが重要であり、専門性の高いグループホームが率先して取組むとともに、質の高いケアを地域住民に普及することで地域で尊厳のある暮らしをおくることが可能になると思う。
- ・他のサービスでは対応困難なケースや若年性認知症への対応ができる認知症ケアのノウハウがある。地域の認知症ケアの拠点となり、認知症の人が安心な生活ができるまちづくりができる。

<中間施設としての機能>

- ・BPSD が落ち着くまでは入居し、落ち着いたたら在宅へ、というように在宅復帰を視野に入れた役割を果たすことで病状悪化時にはグループホームで専門家である職員が支援し、安

定したら自宅で生活するといった役割を果たしていくこと。

<在宅高齢者・家族の支援>

- ・在宅で生活する認知症高齢者や家族にとってグループホームでショートステイやデイサービス等の利用が可能になれば、生活圏内での緊急や臨時の受け皿としての機能を期待できると考える。
- ・認知症介護の専門家として、在宅で介護をされている一般住民の方への介護方法の助言や指導をしていただきたい。認知症の理解を深めるために、地域の方がグループホームの入所者と交流できる機会があると良い。
- ・認知症の方を理解し、対応するケアのできる専門職がいる場所として、入居者のみのサービス提供にとどまらず、共用型の通所介護事業や認知症カフェの実施など多面的に認知症の方本人と、介護者を支援することのできる場所となることを期待する。

<専門職等への展開>

- ・地域で訪問、通所系サービスを担うスタッフに対し、認知症ケアに関する具体的な指導や助言。認知症介護指導者養成研修を積極的に受けていただき、地域の専門職や家族介護者の支援にご支援いただきたい。
- ・長年蓄積してきた認知症ケアのノウハウを他関係機関へ積極的に伝えていってほしい。
- ・24時間生活状況が見れることや、個々の特徴が見れるため、対応向上のための視点等を医療・介護両方の専門職へ伝えてほしい。
- ・現場の声等を行政にきかせていただきたい。
- ・認知症に関する正しい知識や介護方法に関する情報発信の場となること。

<事例の共有化>

- ・グループホーム内の事例を検討していき、情報の共有化を図りたい。

<地域の理解促進>

- ・認知症の方の理解を地域へ広げる。
- ・認知症に関する正しい知識や認知症の人への対応の仕方、認知症ケアの実際について、地域へ広める役割。そのことにより、地域の認知症に対する偏見をなくすこと。
- ・認知症のことがよくわかるスタッフがたくさんいらっしゃると思うので、運営推進会議等を利用した地域への認知症対応方法等の普及啓発に努めていただきたい。

第3章 事業所アンケート調査結果

I 調査の実施概要

1) 調査の目的

地域において認知症グループホームに期待される役割・機能を具体的に展開する上での課題整理を行うため、事業所における医療機関との連携状況、地域に向けた取組の実施状況や期待される役割・機能、および今後の課題等について調査を行った。

2) 調査対象と実施方法

日本認知症グループホーム協会会員の全事業所（2,536 事業所）を対象とし、協会ホームページ上での Web アンケート調査を実施した。

3) 実施期間

平成 27 年 12 月 24 日～平成 28 年 2 月 15 日

4) 回収状況

703 件（回収率 27.7%）

5) 調査内容

調査項目の概要は図表 3-1 のとおり。

図表 3-1 調査項目

設問	調査項目
事業所の基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・開設主体 ・開設年 ・ユニット数 ・定員数 ・併設されているサービス ・加算の取得状況
事業所の職員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・職種別常勤非常勤別職員数 ・認知症介護にかかる研修を修了した職員数 ・1ユニットあたり夜間の人数配置
事業所の利用者	<ul style="list-style-type: none"> ①現在の利用者について ・入居者数 ・平均年齢 ・平均要介護度 ・要介護度別の内訳 ・認知症高齢者日常生活自立度別の内訳 ・入居前の居所別の内訳
	<ul style="list-style-type: none"> ②精神科病院・一般病院の精神科病床からの入居について ・主たる精神疾患別の入居者数 ・精神科病院からの入居の際にとられている連携 ・精神科病院からの入居者の入居後の医療機関との連携 ・精神科病院・一般病院の精神科病床からの入居者の受け入れに対する考え
事業所の退居者	<ul style="list-style-type: none"> ・退居者数 ・退去先別の内訳 ・退居理由 ・判断に至った背景 ・自宅等へ退居した後に利用する在宅でのサービス ・自宅等へ退居する際に取り組んだこと ・在宅復帰支援を進めていく上で重要となる取組
事業所の入居者が入院した際の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・入院者数 ・入院先別の内訳 ・入院理由別の内訳 ・入院期間別の内訳 ・入院時の病院との連携 ・入院により困難を感じたこと
認知症グループホームの役割・機能	<ul style="list-style-type: none"> ①その人らしい生活の支援及び地域との連携 ・その人らしい生活の支援及び地域との連携の取組状況 ・取組ができていない場合の理由 ・認知症ケアの向上に向けた取組内容
	<ul style="list-style-type: none"> ②重度化への対応 ・入居者の状態の変化 ・対応可能な状態像 ・看取りの体制 ・看取り介護加算算定回数 ・医療機関との連携 ・入居の継続が困難な場合の連携先 ・看取りに対する意見 ・福祉用具の利用者数、保有数、レンタル数、利用者の自己保有数 ・福祉用具の購入やレンタルに要した費用 ・ニーズに応じた福祉用具の提供
	<ul style="list-style-type: none"> ③共用型認知症対応型通所介護 ・共用型認知症対応型通所介護の取組状況 ・定員 ・提供時間 ・延べ利用者数 ・選択される理由 ・特徴的な効果 ・実施していない理由

<p>④ショートステイ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・空床利用型ショートステイの実施状況 ・利用者数 ・選択される理由 ・効果 ・実施していない理由 ・定員外ショートステイの実施状況 ・定員外ショートステイに対する意識
<p>⑤地域住民を対象とした相談支援活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援活動の取組状況 ・目的 ・主たる担当者 ・主たる担当者の資格 ・延べ相談数 ・主な相談者 ・相談内容 ・実施している活動の位置づけ ・実施していない理由
<p>⑥地域住民を対象とした居場所づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居場所づくりの取組状況 ・目的 ・活動の支援スタッフ ・活動場所 ・活動の回数、時間 ・延べ利用者数 ・実施している活動の位置づけ ・実施していない理由
<p>⑦その他の取組、地域における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域に対する取組内容 ・地域の専門機関との連携
<p>⑧認知症グループホームの役割・機能に対するご意見</p>

6) 表章上の留意点

本報告書中に示す表章、集計数値については、下記の点に留意されたい。

- ・合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。
- ・調査票中で複数回答を求めた項目については、図表タイトル中に【MA】と表記している。
- ・クロス集計結果のうち、該当数が極端に少ないものや無回答が多いものについては、構成比の解釈を慎重に行う必要がある。

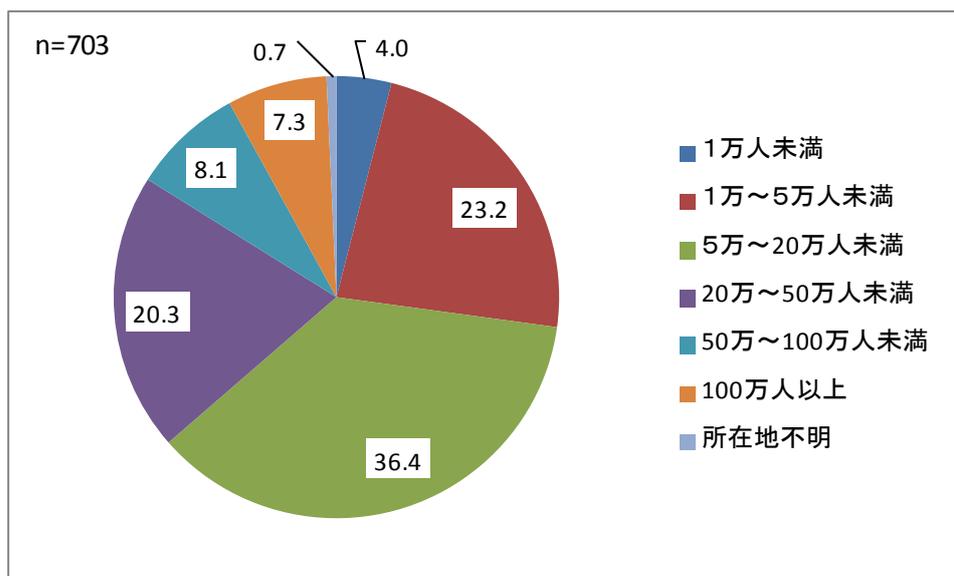
Ⅱ 調査結果

1. 回答事業所の属性

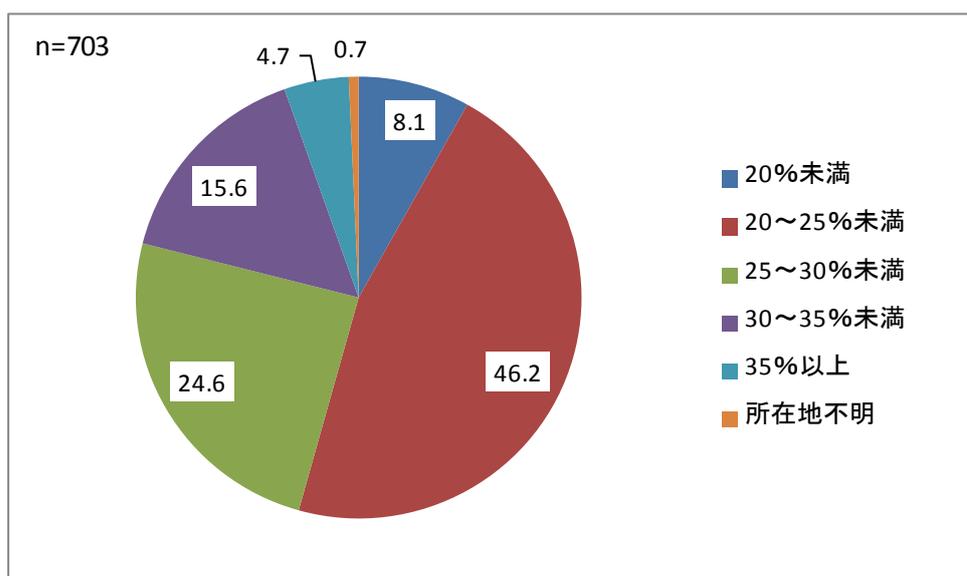
1) 事業所の概要

調査に回答した事業所の所在する自治体の人口規模は「5万人以上20万人未満」36.4%が最も多く、高齢化率は「20%以上25%未満」46.2%が最も多くなっていた。

図表 3-2 所在する自治体の人口規模



図表 3-3 所在する自治体の高齢化率

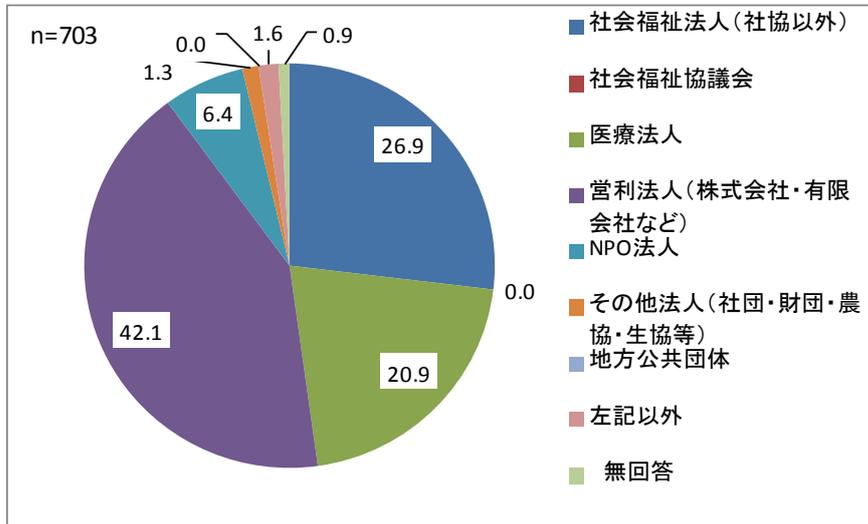


第3章 事業所アンケート調査結果

事業所の開設主体は「営利法人（株式会社・有限会社など）」42.1%が最も多く、次いで社会福祉法人（社協以外）26.9%、「医療法人」20.9%となっていた。全国の事業所と比較すると、営利法人の回答がやや少ない傾向がみられた。

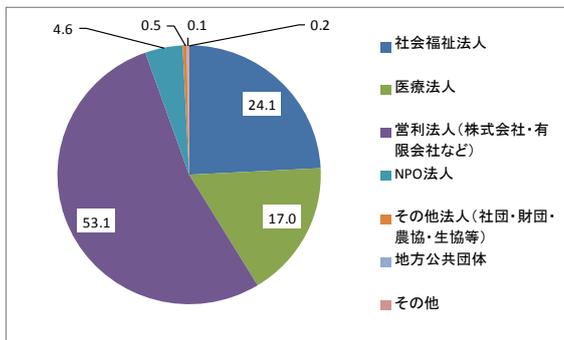
事業所の開設年は「2000年～2004年」46.7%が最も多かった。

図表 3-4 開設主体(問1①)

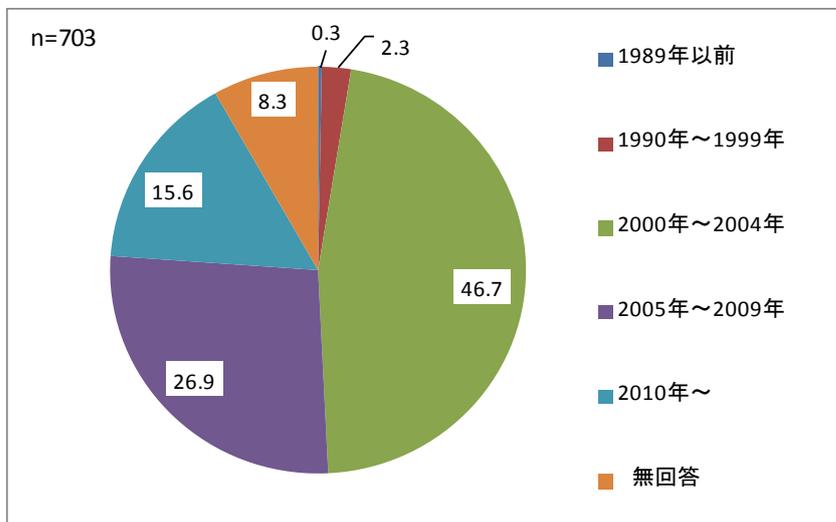


【参考】

全国のグループホーム開設主体（平成26年介護サービス・事業所調査より）

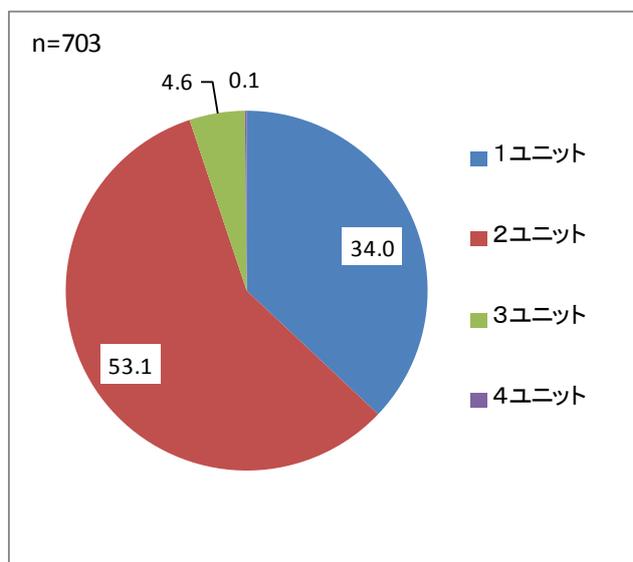


図表 3-5 開設年(問1②)



事業所のユニット数は「2ユニット」53.1%が最も多く、次いで「1ユニット」34.0%となっており、全国のユニット数とほぼ同じ構成割合となっていた。また、平均定員数は15.0人であった。

図表 3-6 ユニット数・定員
 <ユニット数(問1③)>

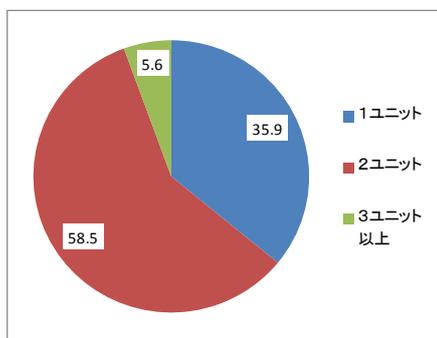


<定員数(問1④)>

調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
645	15.0	5.1	6.0	27.0

【参考】

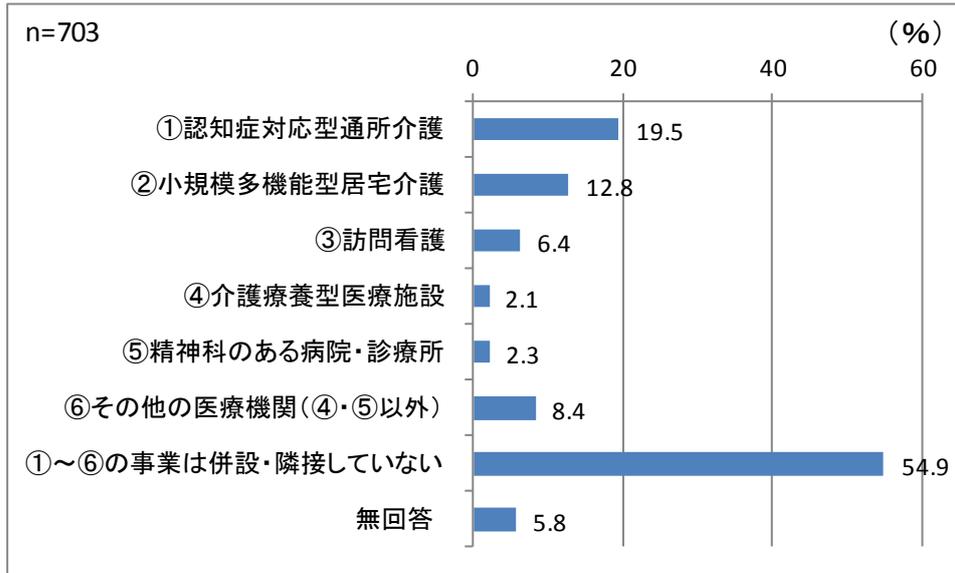
全国のグループホーム開設主体（平成26年介護サービス・事業所調査より）



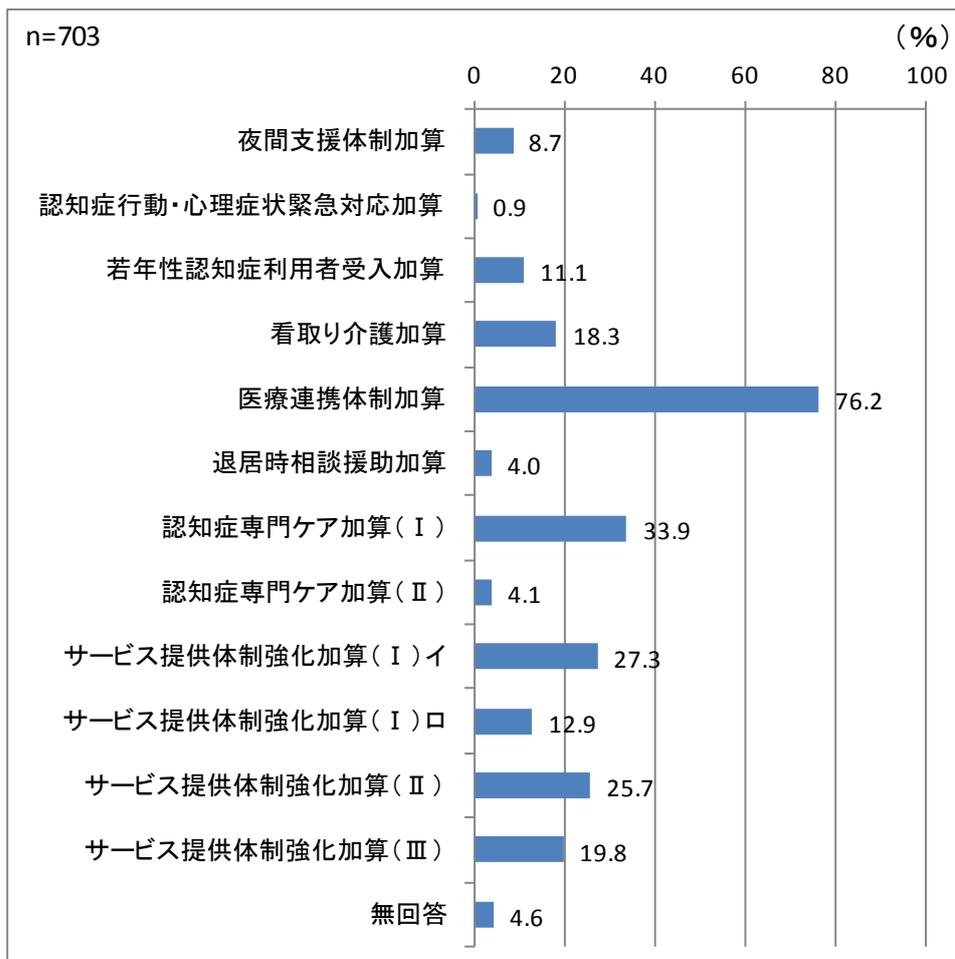
調査回答事業所のうち、併設・隣接するサービスとして「認知症対応型通所介護」があるのは19.5%、「小規模多機能型居宅介護」があるのは12.8%、「訪問看護」があるのは6.4%の事業所であった。

また、加算の取得状況をみると、「医療連携体制加算」を算定している事業所は76.2%と多く、他に「認知症専門ケア加算」33.9%、「看取り介護加算」18.3%などとなっていた。

図表 3-7 併設・隣接するサービス【MA】(問2)



図表 3-8 加算の算定状況(平成 27 年 11 月)【MA】(問3)



2) 職員体制

1ユニットあたりの職種別職員数をみると、常勤・非常勤を合わせた常勤換算人数では、「管理者」が0.6人、「計画作成担当者」が0.7人、「介護従事者」が6.8人、「その他職員」が0.5人となっていた。介護従事者のうち、「介護福祉士」がいる事業所は97.0%、「看護師」がいる事業所は29.6%、「准看護師」がいる事業所は10.9%となっていた。

図表 3-9 1ユニットあたりの職種別職員数(問4)

	常勤・非常勤職員の合計(常勤換算)						
	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値	ある事業所の人数が	常勤換算の人数割合
管理者	433	0.6	0.3	0.1	2.0	433	100.0%
計画作成担当者	433	0.7	0.4	0.1	3.0	433	100.0%
うち介護支援専門職員	433	0.6	0.3	0.1	2.0	433	100.0%
介護従事者	433	6.8	1.5	0.5	14.0	433	100.0%
うち介護福祉士	433	3.3	1.6	0.0	7.5	420	97.0%
うち看護師	433	0.1	0.2	0.0	1.5	128	29.6%
うち准看護師	433	0.1	0.2	0.0	2.0	47	10.9%
うち社会福祉士	433	0.0	0.2	0.0	1.0	31	7.2%
うち精神保健福祉士	433	0.0	0.0	0.0	0.5	3	0.7%
うちリハビリ専門職(P・T・O・T・S・T)	433	0.0	0.0	0.0	0.5	2	0.5%
うち管理栄養士	433	0.0	0.1	0.0	1.0	22	5.1%
その他	433	0.5	1.3	0.0	7.7	146	33.7%

	常勤職員の実人数					非常勤職員の実人数				
	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
管理者	433	0.7	0.3	0.0	2.0	433	0.0	0.1	0.0	1.0
計画作成担当者	433	0.9	0.3	0.0	3.0	433	0.1	0.3	0.0	1.0
うち介護支援専門職員	433	0.7	0.3	0.0	2.0	433	0.1	0.3	0.0	1.0
介護従事者	433	6.1	1.5	1.0	11.0	433	2.2	2.4	0.0	14.0
うち介護福祉士	433	3.2	1.6	0.0	8.0	433	0.6	1.0	0.0	7.0
うち看護師	433	0.1	0.2	0.0	1.5	433	0.1	0.3	0.0	2.0
うち准看護師	433	0.0	0.2	0.0	1.0	433	0.0	0.2	0.0	2.0
うち社会福祉士	433	0.0	0.2	0.0	1.0	433	0.0	0.1	0.0	1.0
うち精神保健福祉士	433	0.0	0.0	0.0	0.5	433	0.0	0.0	0.0	0.5
うちリハビリ専門職(P・T・O・T・S・T)	433	0.0	0.1	0.0	1.0	433	0.0	0.0	0.0	0.0
うち管理栄養士	433	0.0	0.1	0.0	1.0	433	0.0	0.1	0.0	1.0
その他	433	0.4	1.2	0.0	7.0	433	0.3	0.7	0.0	5.5

第3章 事業所アンケート調査結果

1ユニットあたりの認知症介護にかかる研修を修了した職員数をみると、「認知症介護実践者研修」を修了した者が2.4人、「認知症介護実践リーダー研修」を修了した者が0.8人、「認知症介護指導者養成研修」を修了した者が0.1人となっていた。

また、1ユニットあたりの「夜勤職員」は1.1人であった。「宿直職員」がいると回答した事業所は45事業所のみであり、1ユニットあたり0.9人が配置されていた。

図表 3-10 1ユニットあたりの認知症介護にかかる研修を修了した職員数(問5)

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
認知症介護実践者研修	611	2.4	1.2	0.0	10.0
認知症介護実践リーダー研修	549	0.8	0.7	0.0	5.0
認知症介護指導者養成研修	469	0.1	0.3	0.0	2.0

図表 3-11 1ユニットあたりの夜間の人数配置(問6)

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
夜勤職員	657	1.1	0.3	1.0	2.0
宿直職員	254	0.1	0.3	0.0	1.0
【再掲】宿直職員(配置している事業所のみ)	45	0.9	0.2	0.3	1.0

2. グループホームと地域包括ケアシステムについて

- 地域包括ケアシステムにおける認知症ケアの拠点として、認知症の各段階に応じて認知症グループホームに求められる役割・機能とは何か。また、各段階における認知症グループホームの利用者像、ケア内容とはどのようなものか

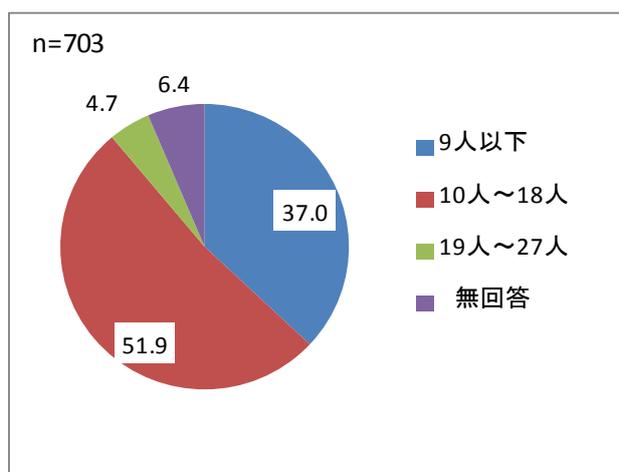
1) 認知症グループホームの利用者像

本調査に回答した認知症グループホームの利用者は、平均年齢 86.0 歳、「要介護 3」が 27.4%と最も多く、平均要介護度は 2.8、認知症高齢者日常生活自立度がⅢa 以上の者は 66.7%存在した。

事業所の所在する自治体の人口規模別の入居者の要介護度の分布をみると、人口 20 万人以上の都市に所在する認知症グループホームの利用者は要介護 3 以上の利用者が 60.3%を占めており、認知症高齢者日常生活自立度がⅢa 以上の者も 69.2%と、他の地域よりわずかに多い。都市部の事業所で重度化が進んでいる傾向がある。

図表 3-12 入居者数の内訳(平成 27 年 11 月 1 日時点)

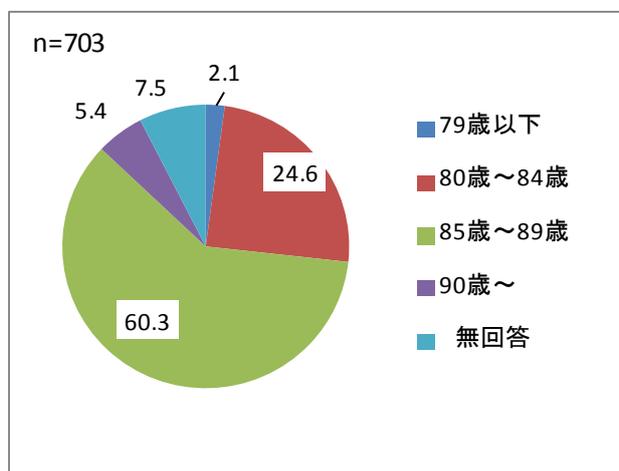
<入居者数(問7①)>



<1ユニットあたり入居者数>

調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
612	8.7	0.6	5.0	9.0

<平均年齢(問7②)>

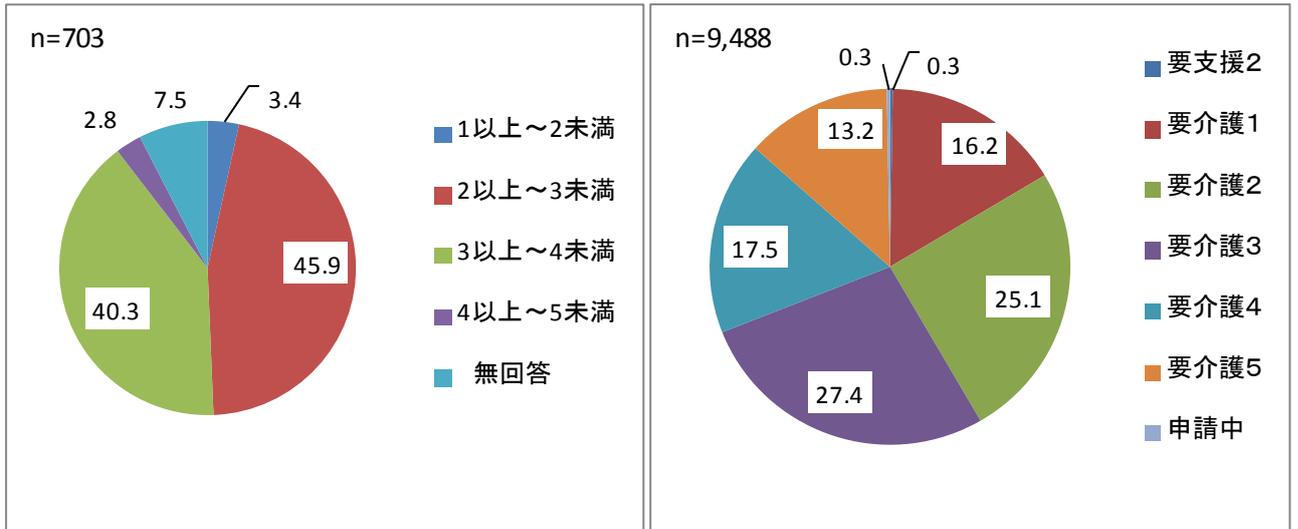


調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
650	86.0	2.7	72.1	92.9

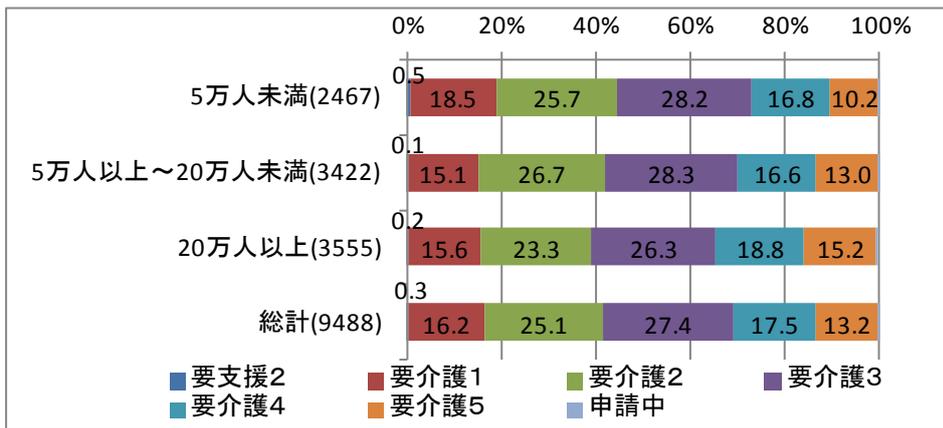
図表 3-13 入居者数の要介護度(平成 27 年 11 月 1 日時点)

<平均要介護度(問7③)>

<入居者の要介護(問7④)>

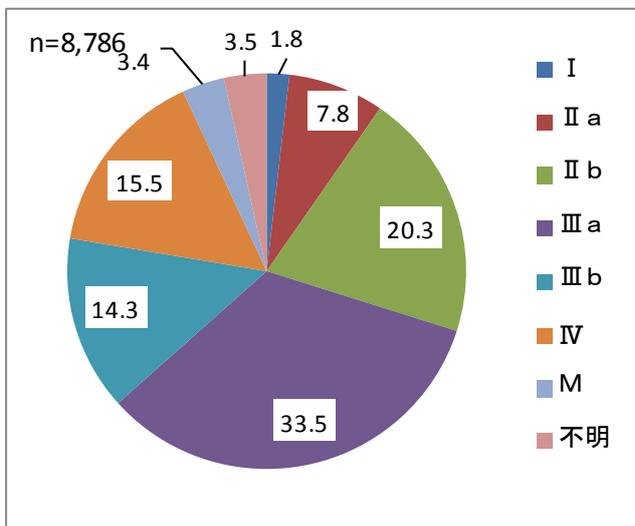


図表 3-14 入居者の要介護度(事業所の所在する自治体の人口規模別)

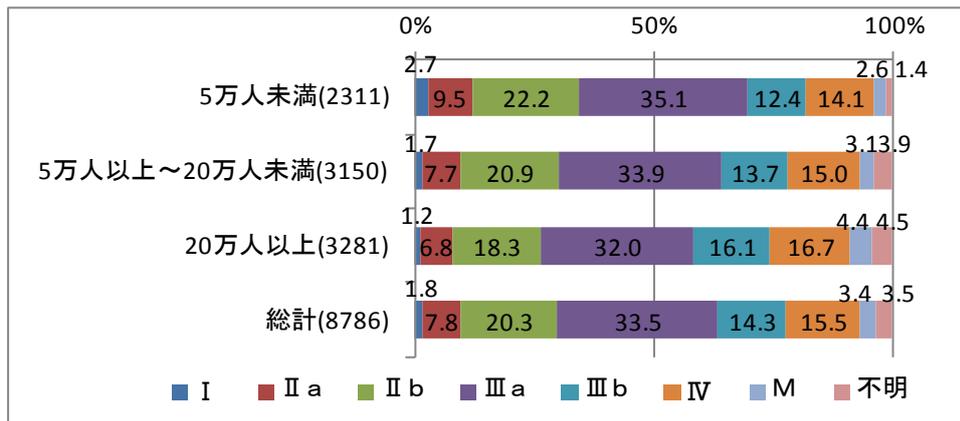


図表 3-15 入居者数の要介護度(平成 27 年 11 月 1 日時点)

<入居者の認知症高齢者日常生活自立度(問7⑤)>

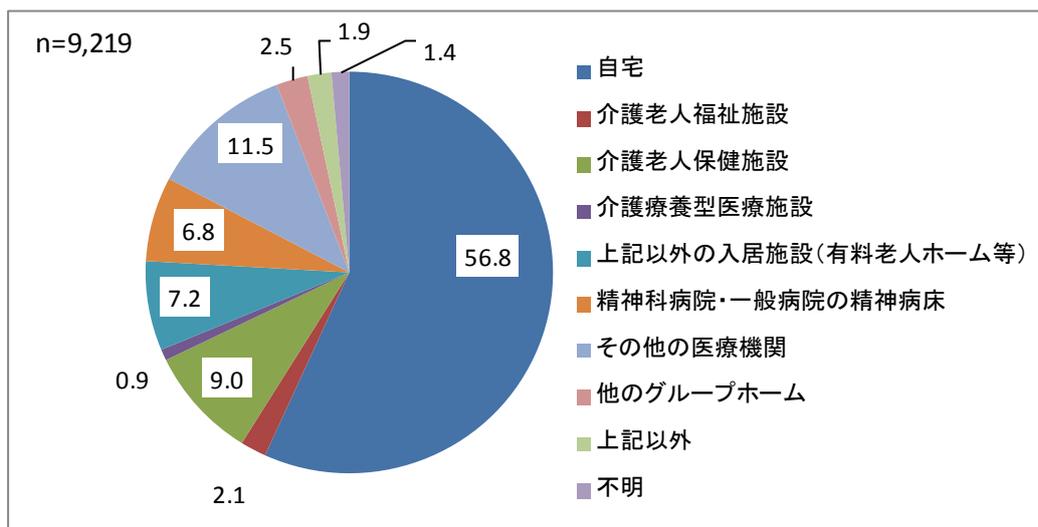


図表 3-16 入居者の認知症高齢者日常生活自立度(事業所の所在する自治体の人口規模別)



入居者の入居前の居所は「自宅」56.8%が最も多く、次いで「その他の医療機関」11.5%、「介護老人保健施設」9.0%の順となっていた。

図表 3-17 入居者の入居前の居所(問7⑥)



※「入居者の要介護度」「入居者の認知症高齢者日常生活自立度」「入居者の入居前の居所」は回答があった人数を母数としているため、件数が一致しない。

第3章 事業所アンケート調査結果

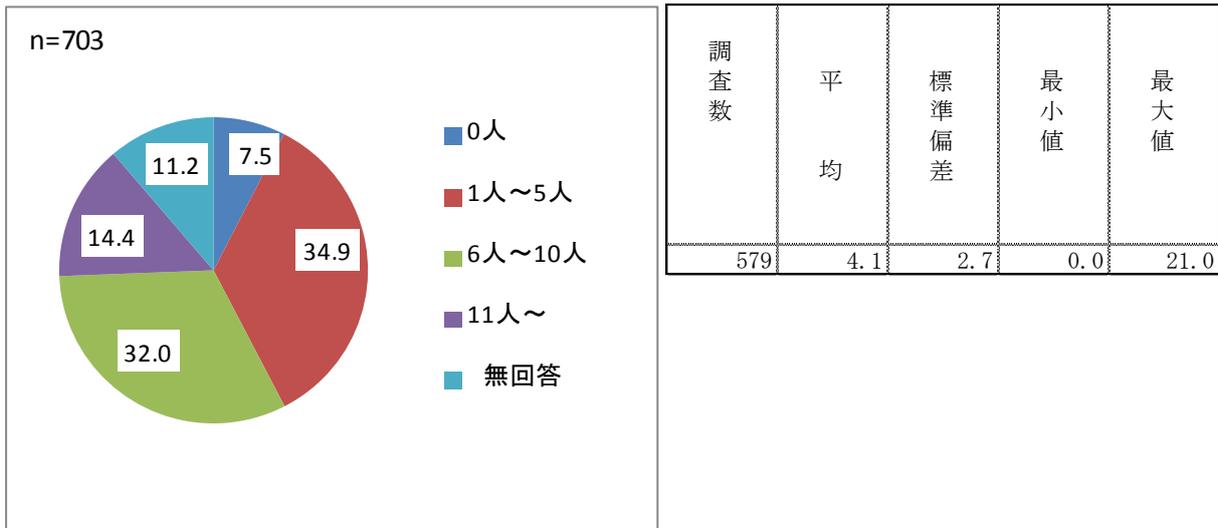
過去2年間における退居者数は、1ユニットあたり平均4.1人であった。1事業所あたりでは「1～5人」が34.9%と最も多くなっていた。

退居先別の内訳としては、死亡によるものが36.8%（「事業所で看取りまでおこなった」19.4%、「入院先等で亡くなった」17.4%）、次いで医療機関への入院が29.1%（「精神科病院・一般病院の精神病床」4.3%、「その他の医療機関」24.8%）となっていた。

図表 3-18 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

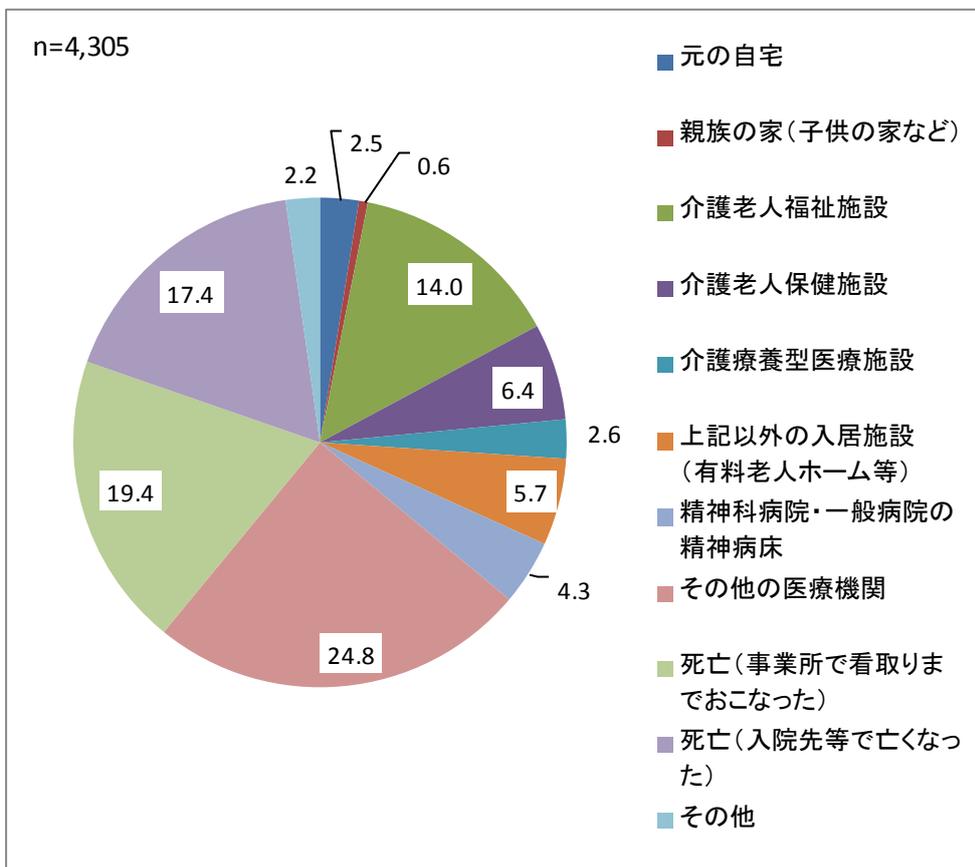
<退居者数(問12①)>

<1ユニットあたり退居者数>



図表 3-19 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

<退居先別の内訳(問12②)>

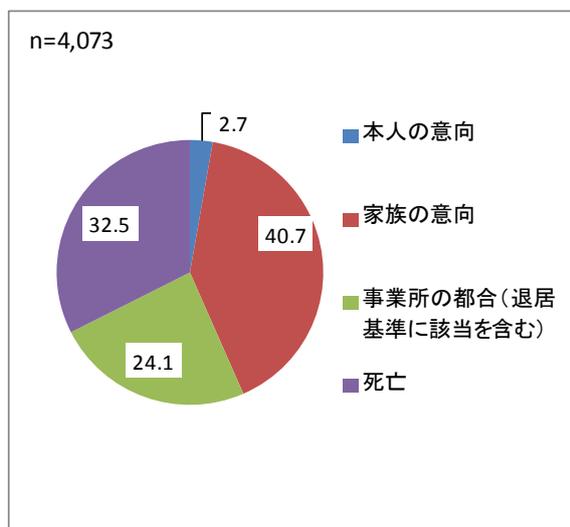


退居理由として最も多かったのは「家族の意向」40.7%であり、次いで「死亡」32.5%、「事業所の都合（退居基準に該当を含む）」24.1%となっていた。

退居の判断に至った背景としては、「医療ニーズの増加」が最も多く34.5%、次いで「長期入院」23.4%となっており、医療的ケアの必要性が大きな要因となっていた。

図表 3-20 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

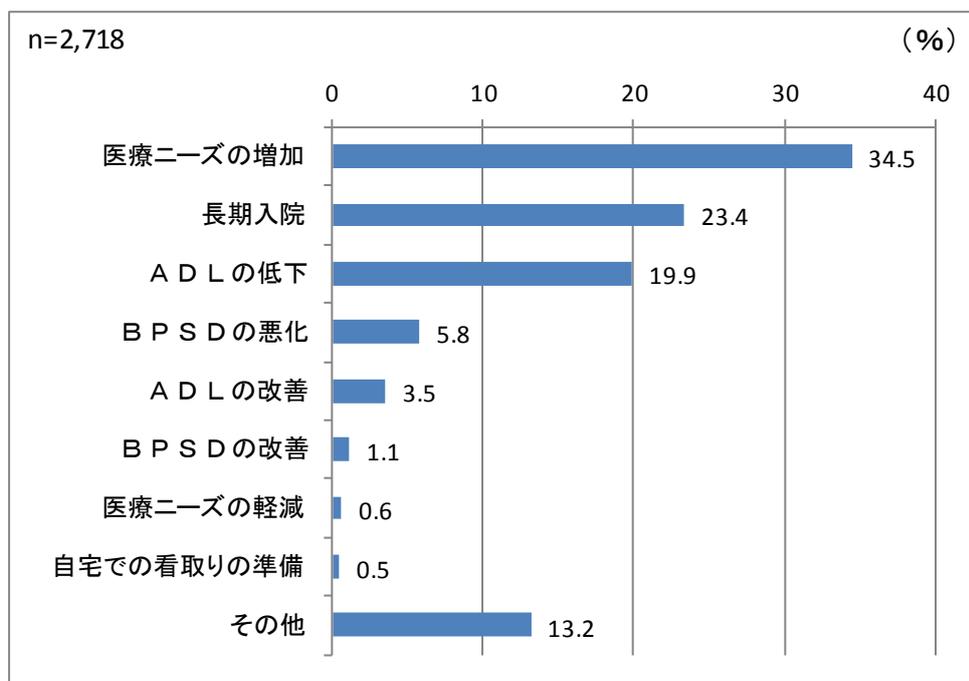
<退居理由(問12③)>



※「退居先の内訳」「退居理由」は回答があった人数を母数としているため、件数が一致しない。

図表 3-21 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

<退居の判断に至った背景(死亡を除く)【MA】(問12④)>



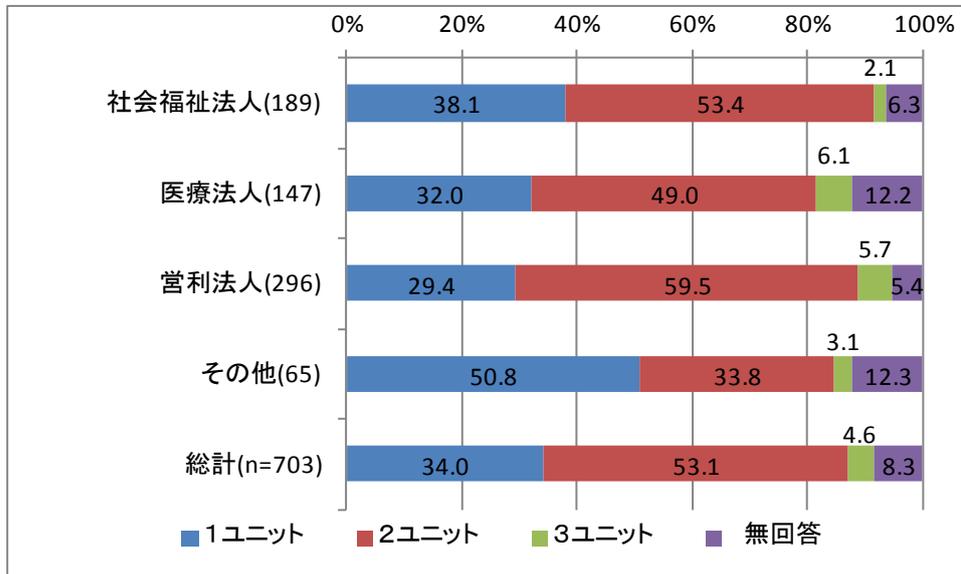
※割合の分母は、「退居先別の内訳」で『死亡』と回答された 1,587 件を除く 2,718 件とした。

※その他の内容は、「経済的な理由」、「家族の意向」の 2 つの回答が大半を占めた。

第3章 事業所アンケート調査結果

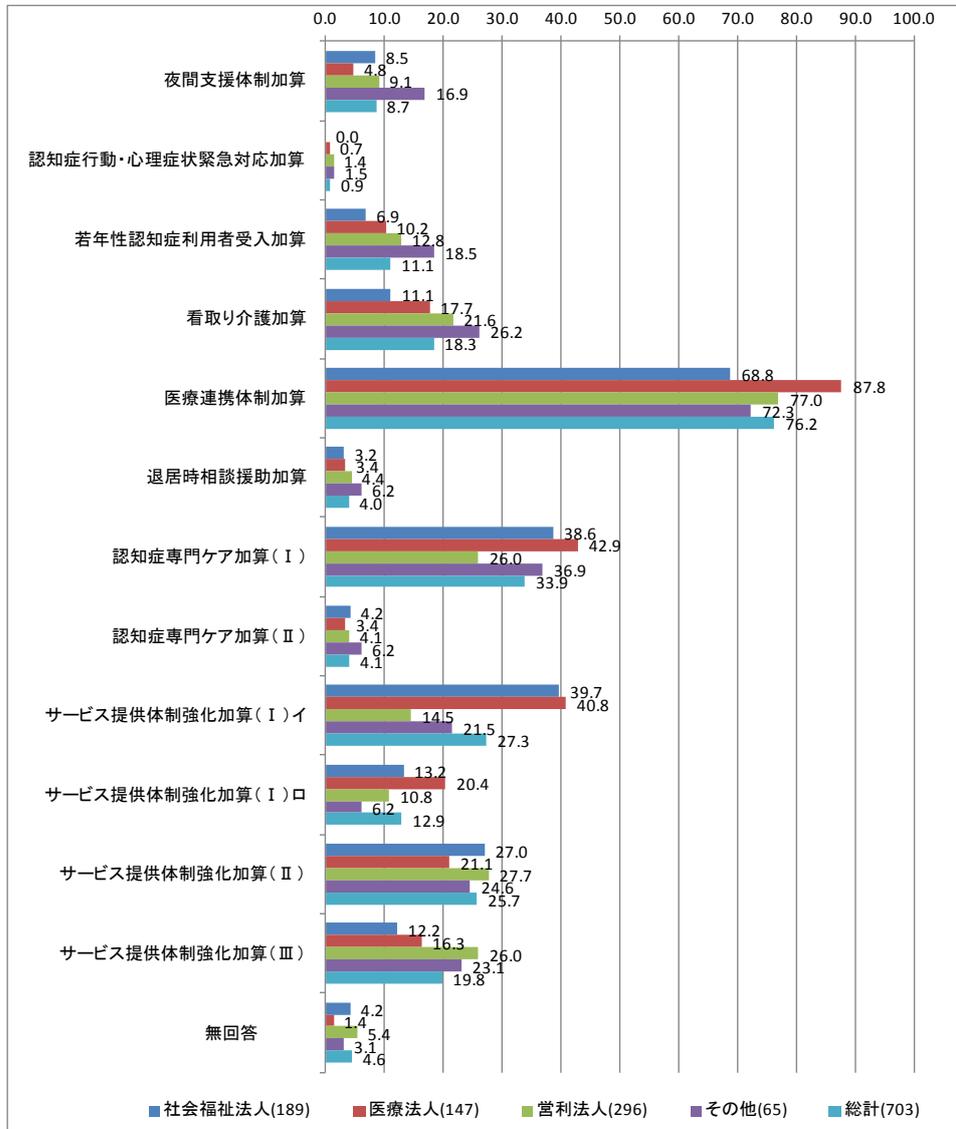
認知症グループホームの開設主体別のユニット数を比較すると、「営利法人」では2ユニットの事業所が59.5%と多くなっていた。

図表 3-22 ユニット数(開設主体別)(問1③)



開設主体別の加算の算定状況を比較すると「医療法人」では「医療連携体制加算」の算定割合が87.8%と高くなっており、「看取り介護加算」の算定は「その他法人（NPO法人など）」が26.2%と最も高い算定割合だった。

図表 3-23 加算の算定状況(平成 27 年 11 月)(開設主体別)(問3)



入居者の要介護度を事業所の特性別にみると、ユニット数別では「1ユニット」で平均要介護度がやや高く（2.90）、開設主体別では「その他法人（NPO法人など）」で最も高く（3.00）、職員配置では「看護・准看護師あり」の場合に高く（2.91）なっていた。

図表 3-24 入居者の要介護度(事業所の特性別)

		合計	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中
総計		9,488	24	1,536	2,386	2,604	1,662	1,249	27
		100.0	0.3	16.2	25.1	27.4	17.5	13.2	0.3
ユニット数	1ユニット	2,007	6	299	477	580	351	277	17
		100.0	0.3	14.9	23.8	28.9	17.5	13.8	0.8
ユニット数	2ユニット	6,063	12	982	1,564	1,645	1,055	799	6
		100.0	0.2	16.2	25.8	27.1	17.4	13.2	0.1
開設主体	社会福祉法人	2,604	7	439	702	735	442	276	3
		100.0	0.3	16.9	27.0	28.2	17.0	10.6	0.1
	医療法人	1,993	6	347	524	499	349	263	5
		100.0	0.3	17.4	26.3	25.0	17.5	13.2	0.3
開設主体	営利法人	4,045	8	615	997	1,140	690	577	18
		100.0	0.2	15.2	24.6	28.2	17.1	14.3	0.4
開設主体	その他法人 (NPO法人など)	811	2	130	159	226	166	127	1
		100.0	0.2	16.0	19.6	27.9	20.5	15.7	0.1
併設・隣接するサービス	認知症対応型通所介護あり	1,868	2	256	474	509	332	292	3
		100.0	0.1	13.7	25.4	27.2	17.8	15.6	0.2
	訪問看護あり	561	2	100	129	141	91	98	0
	100.0	0.4	17.8	23.0	25.1	16.2	17.5	0.0	
併設・隣接するサービス	医療機関あり	1,021	2	208	267	233	162	147	2
		100.0	0.2	20.4	26.2	22.8	15.9	14.4	0.2
職員配置	看護・准看護師あり	2,752	6	416	672	767	482	398	11
		100.0	0.2	15.1	24.4	27.9	17.5	14.5	0.4
職員配置	看護・准看護師なし	6,736	18	1,120	1,714	1,837	1,180	851	16
		100.0	0.3	16.6	25.4	27.3	17.5	12.6	0.2

図表 3-25 事業所の平均要介護度(事業所の特性別)

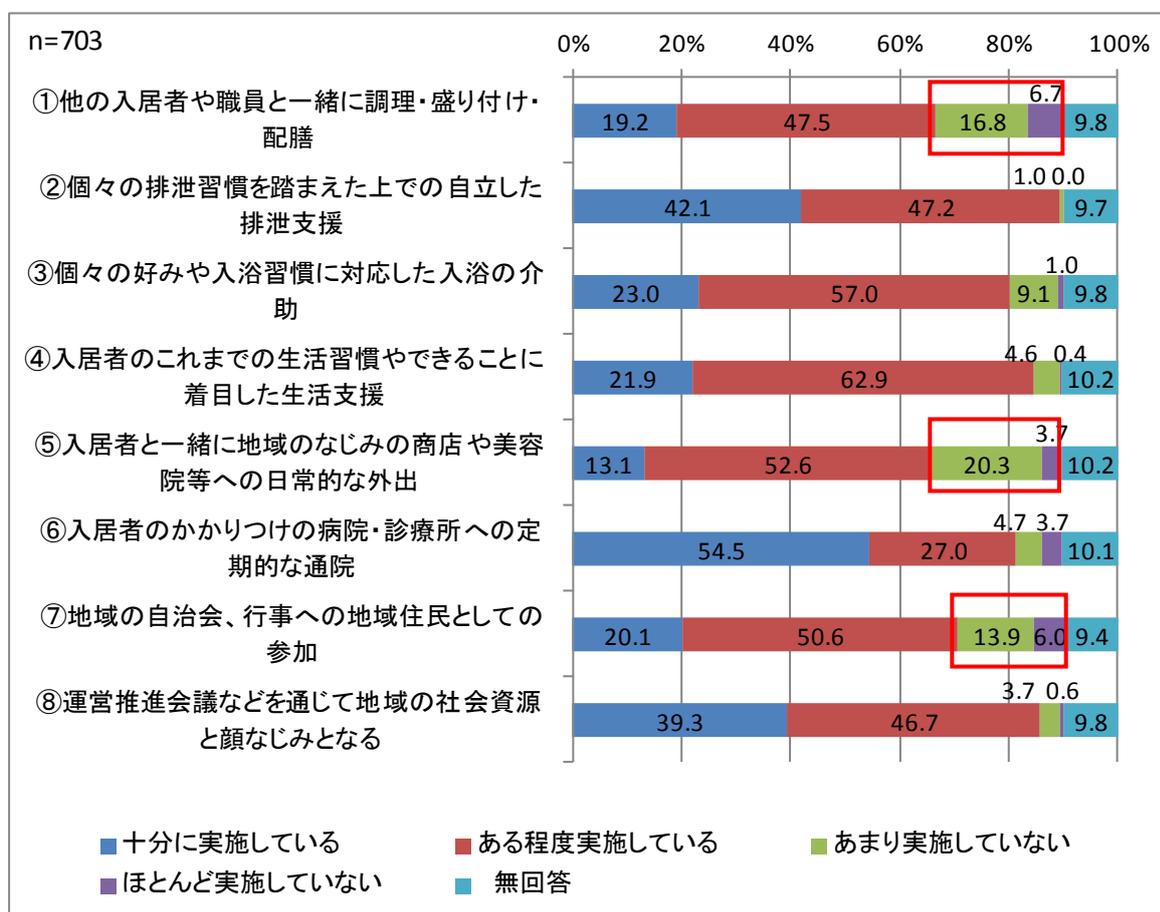
		調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
総計		650	2.86	0.5	1.0	4.5
ユニット数	1ユニット	225	2.90	0.6	1.4	4.4
	2ユニット	348	2.85	0.5	1.0	4.5
開設主体	社会福祉法人	181	2.77	0.5	1.4	4.4
	医療法人	137	2.81	0.6	1.0	4.5
	営利法人	269	2.92	0.5	1.7	4.3
	その他法人 (NPO法人など)	61	3.00	0.5	1.8	4.2
併設・隣接するサービス	認知症対応型通所介護あり	127	2.94	0.6	1.4	4.5
	訪問看護あり	42	2.93	0.7	1.4	4.5
	医療機関あり	71	2.72	0.7	1.0	4.5
職員配置	看護・准看護師あり	169	2.91	0.6	1.4	4.5
	看護・准看護師なし	481	2.85	0.5	1.0	4.4

- ▶ グループホームの従来の機能（個別ケア、地域との連携等）を推進するための方策をどのように考えるか。また、入居者の重度化により、新たな介護の手間、困難性が生じていないか

2) 認知症グループホームでの個別ケアと地域との連携の推進の現状

認知症グループホームにおいて取り組まれているその人らしい生活支援において、回答した全事業所の「十分に実施している」との回答割合が高かった項目は「入居者のかかりつけの病院・診療所への定期的な通院」54.5%、「個々の排泄習慣を踏まえた上での自立した排泄支援」42.1%であった。一方、「他の入居者や職員と一緒に調理・盛り付け・配膳」「入居者と一緒に地域のなじみの商店や美容院等への日常的な外出」「地域の自治会、行事への地域住民としての参加」は約2割の事業所が十分に実施していなかった。

図表 3-26 事業所において取り組まれているその人らしい生活の支援及び地域との連携(問19)



<その他の回答>

- ・調理以外にも、得意としている家事などを行い、役割意識を持っていただいたり、ご家族との関わり役割を継続できる支援をしている。
- ・グループホームの庭にテーブル、椅子をおき通りすがりの人もお茶を飲みに来るようになっている。入居者さんと座談会になる事もある。

- ・ミニ喫茶を開催して、地域の人達にもグループホーム来ていただき、入居者の方々と交流を図ったり、地域住民の方々に認知症への理解を深めてもらっている。
- ・防災訓練を自治会役員に参加してもらい、お互いに協力関係を構築している。オレンジカフェを開催している。

「他の入居者や職員と一緒に調理・盛り付け・配膳」ができない理由としては、「重度化」「人員不足」「衛生面への配慮」「調理委託」等が挙げられている。「入居者と一緒に地域のなじみの商店や美容院等への日常的な外出」ができない理由としては、「重度化」「人員不足」「近隣に商店がない」「訪問理美容で対応」等、「地域の自治会、行事への地域住民としての参加」については、「重度化」「自治会の機能低下・自治会がない」等が挙げられている。

図表 3-27 事業所において「その人らしい生活の支援及び地域との連携」にあまり取り組めていない場合の理由(問 20) 回答例

① 他の入居者や職員と一緒に調理、盛り付け、配膳

<重度化>

- ・1、2名程度の利用者とは一緒に出来ているが、入居者全体がADLの低下、認知機能低下により一緒に行くことが困難になってきている。
- ・高齢や認知症進行に伴い、一部介助や全介助する利用者ばかりになり、一緒に調理・盛り付け・配膳できる状況ではなくなった。以前は一緒に調理を手伝ってもらいながら、自立支援を行っていた。
- ・入居者のレベル低下で毎日では行えない。特別な調理イベントを設けている。

<人員不足>

- ・利用者が一連の動作できず、できるまで待つ時間、職員人数にゆとりがない。
- ・介助の利用者様が多く、個々に合わせた食事形態の準備等で一緒に行く時間がない。

<衛生面への配慮>

- ・衛生面の観点から調理師が盛り付け後配膳。
- ・感染症予防のため。過去に他の併設の事業所で、ノロウィルスが流行し、その後中止している。

<調理委託>

- ・サ高住やデイサービスなどが併設されており、食事は厨房で一括されているため、月に1~2回程度のおやつ作りくらいしかできていない。

<利用者が望まない>

- ・昔してきたから今はしたくない。という女性の声が多い。
- ・1人だけ一緒にやると他の利用者さんになぜ特別扱いなのかといった不公平が生じるため、食事についてはできる下ごしらえ程度行うようにしている。
- ・調理に関しては十分やってこられた方たちばかりで声かけしても「やりたくない！出来ない！」と言われる方が多く、稀に野菜を切っただけ程度しかできていない。

② 個々の排泄習慣を踏まえた上での自立した排泄支援

<重度化>

- ・トイレで排泄できるように取り組んでいるが、自立までにはなかなか結びつかない
- ・排泄パターンが確立されていない
- ・排泄行為において、全ての入居者が介助を必要としている。

③ 個々の好みや入浴習慣に対応した入浴の介助

<重度化>

- ・一般浴のため重度化した利用者の入浴介助が職員の負担が大きくなり（週3日）安全を優先するため個別の対応が出来ていない。
- ・全介助での入浴の希望に沿った入浴は提供できていない。

<人員不足>

- ・好みや習慣の入浴介助も、できればやりたい。しかし、大幅な減額となった報酬により職員が離職しても応募をかけることもためらってしまうほど、余裕がない状況であり、現在ではこのような好みや習慣の尊重も机上の空論に過ぎない。介護職員が労力を提供し、その対価として給与を支給し、人的に余裕を生むことでゆとりある理想とする入居者への支援ができるのではないのか。
- ・人員の問題により、夜間入浴に対応できていない。

<他のスケジュールとの調整>

- ・温泉なのでいつでも入浴できる環境にあるが、全員が同じ日に入浴することで、残りの日や時間を余暇活動に利用できる。

④ 入居者のこれまでの生活習慣やできることに着目した生活支援

<人員不足>

- ・限られたスタッフで行っており、その資質や能力によっては、日々の介護支援についての業務がルーティン化し、与えられたこと以上の、利用者毎に寄り添う介護ができていない。
- ・生活習慣は個々様々で、1人1人に合わせた対応は人数が確保できない。

<重度化>

- ・利用者の高齢化により集中力の低下、身体機能の低下で、出来る事が少なくなっている。声かけ・誘導しても行動に結びつかない。

⑤ 入居者と一緒に地域のなじみの商店や美容院等への日常的な外出

<重度化>

- ・10月頃までは二日に一度買い物外出を行っていたが、支援無く歩行できる方は18名中、2名。現場のサービスを充実させる為に現在は行っていない。

<人員不足>

- ・職員人数の不足があり、外出がなかなか難しい。
- ・定期的に外出の機会を作り気分転換や外部との交流を図っているが、日常的な外出は職員の人員や利用者のレベルを考え困難である。

<近隣に商店がない>

- ・近隣への散歩は毎日行っているが近くに商店や美容院がなく気軽に外出ができない。
- ・当グループホームが所有している車がない（併設施設所有）ため、その日・その時の希望での外出は難しい（事前の希望・調整が必要）また、歩いていける距離には店等がない。

<訪問理美容で対応>

- ・散髪については、理容師・美容師さんに定期的に事業所に来てもらいカット等を行っている。買い物等については、定期的な外出は行えていない。
- ・商店街等坂の上り下りが有り無理。訪問理美容を利用している

⑥入居者のかかりつけの病院・診療所への定期的な通院

<訪問診療・往診を依頼>

- ・訪問診療を利用しているため、定期的な通院は必要なし。
- ・往診が主であり通院していない
- ・通院にかかる費用があり、往診に来てくれる Dr に変更される方ばかりになる。

<提携病院であり以前のかかりつけ医ではない>

- ・入居時に主治医を協力医院へ変更して頂いています。
- ・医療連携にて提携している機関がある。

<家族が対応>

- ・定期受診はご家族が付き添われている。
- ・グループホームのようなスタッフの少ない施設に通院の付き添いを強要することは不適切である。その間の介護人員の不足により不測の事態を招きかねない。家族が付き添う分には問題がない。

⑦地域の自治会、行事への地域住民としての参加

<重度化>

- ・入居者の介護度が上がっているため外出が難しくなっている。
- ・利用者様のADLの低下、認知症の重度化や職員確保が困難なため。

<バリアフリー未対応等>

- ・自治会集会所がバリアフリーとなっておらず、参加が困難。
- ・地域の方々とはコミュニケーションが取れているが、誘っていただく場所のトイレが洋式でなかったり車いすで入れるスペースがない場合が多く、とても残念に思っている。
- ・地域の町会・老人クラブの行事はほとんど夜に行なっていて参加できない。

<入居者の希望がない>

- ・地域行事へ参加することを望む入居者がとても少ない。入居者の生まれ育った地域と高齢になってからの居住地が離れており、ホームの近隣地域に愛着を持っていない入居者が多い。

<自治会の機能低下・自治会がない>

- ・過疎地でもあり、地域住民も高齢化している。自治会活動が盛んではなく、その参加の機会も乏しい。
- ・新興住宅地であるため、町内会そのものが存在しない
- ・近くの住宅地に自治会がないため、交流の機会がない。

⑧運営推進会議などを通じて地域の社会資源と顔なじみとなる

<運営推進会議への参加協力が得にくい>

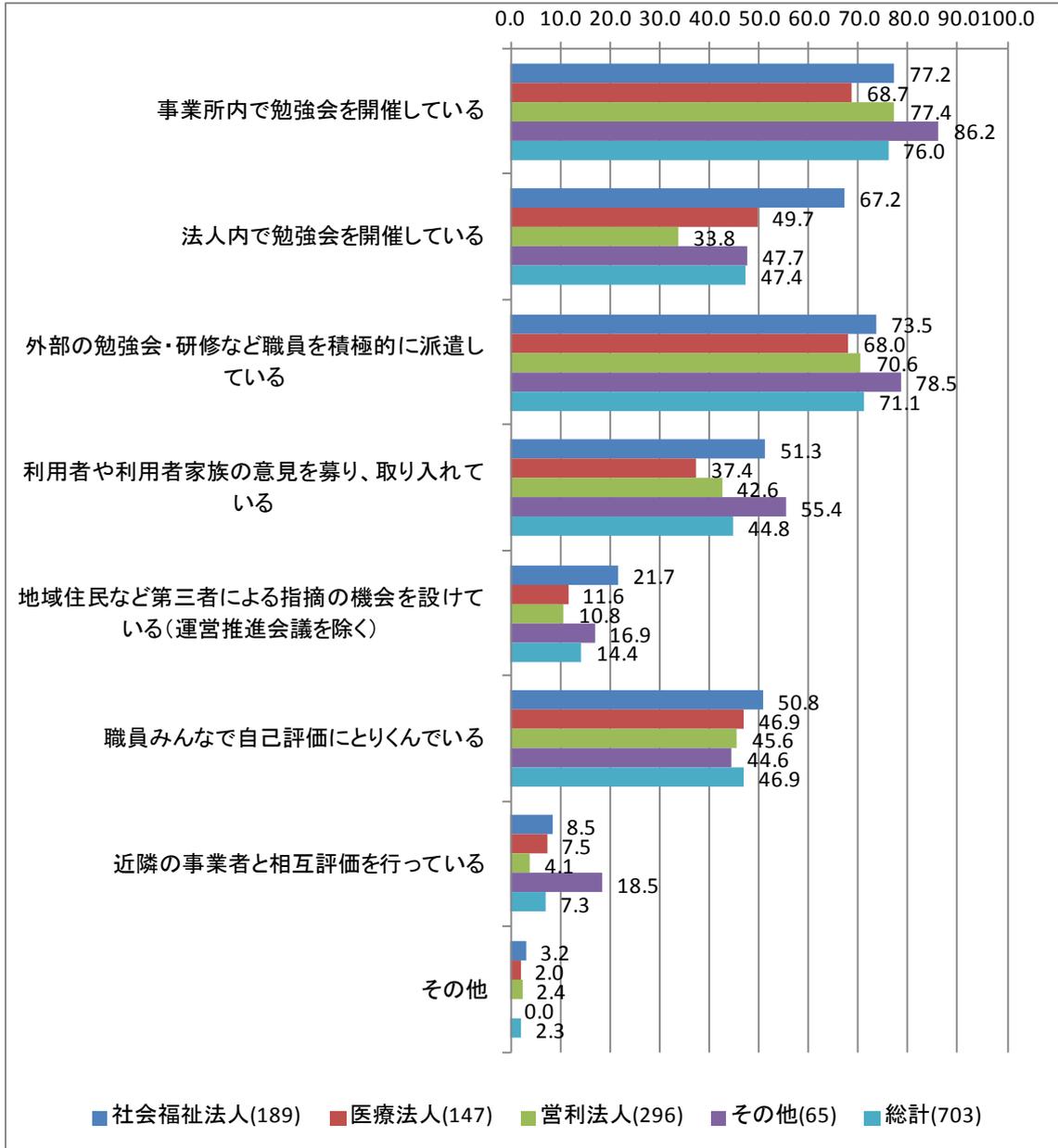
- ・自治会長などの参加協力も拒否が続き協力も得られない。
- ・運営推進会議に町会長は参加されるが具体的に発展することはない。「難しい」と言われることが多い
- ・電話、文書による参加要請を継続して実施していますが、残念ながら参加には至っていません。

3) 認知症ケアの向上のための事業所における取組

事業所で実施されている認知症ケアの向上のための取組について尋ねたところ、「事業所内で勉強会を開催している」が最も多く76.0%、次いで「外部の勉強会・研修など職員を積極的に派遣している」71.1%、「法人内で勉強会を開催している」47.4%となった。

開設主体別に見ると、「その他法人（NPO 法人など）」で「事業所内で勉強会を開催している」86.2%、「外部の勉強会・研修などへの職員の派遣」78.5%とやや高くなっていった。

図表 3-28事業所で実施されている認知症ケアの向上に向けた取組【MA】(開設主体別)(問21)



認知症ケアの向上のための取組の具体的な内容について自由記載で尋ねたところ、「事例検討」、「理念・方針についての検討・周知」、「最新の認知症ケアの取り込み」などについての記載が見られた。

図表 3-29 認知症ケアの向上に向けた取組の具体的な内容(問 22) 回答例

<事例検討>

- ・月 1 回ですが、スタッフ全員で入居者個々に入居者の目線でカンファレンスを実施、短長期の計画の見直しを行っている。
- ・認知症への理解や、認知症の種類などの基礎知識についてや、実際のケアの中で困ったことをグループワークを通して検討している。

<理念・方針についての検討・周知>

- ・家族様からの意見を聞き（苦情を含む）一からグループホームとは？という事で、上司の協力のもと勉強会を開催。取り組んでいる。家族様からの意見はありがたく頂戴し、出来ること・出来ない事を見極め共に取り組んでいる。

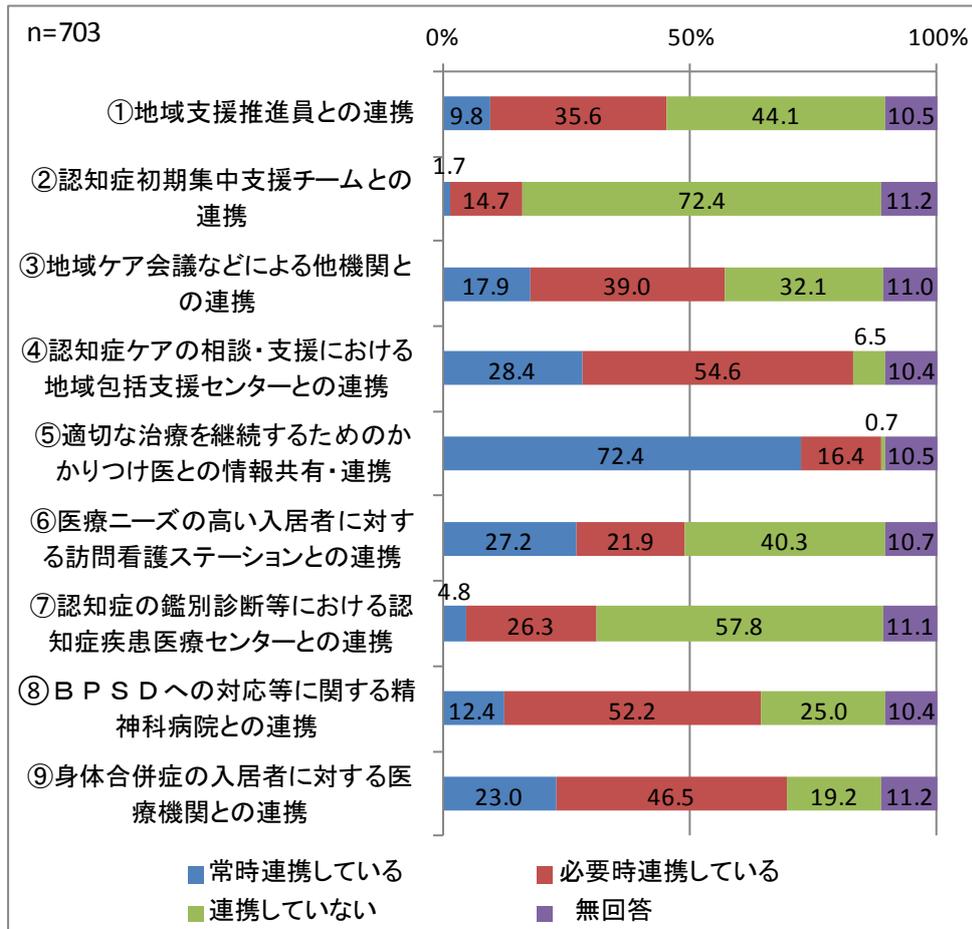
<最新の認知症ケアの取り込み>

- ・ユマニチュードの技法を取り入れたケアの展開。
- ・外部の認知症の勉強会・講習に参加している。その講習について、持ち帰り法人内で勉強会を開催し、伝達をしている。

4) 地域の専門機関との連携

地域の専門機関との連携について「常時連携している」「必要時連携している」と回答した割合が高かった項目は「適切な治療を継続するためのかかりつけ医との情報共有・連携」88.8%、次いで「認知症ケアの相談・支援における地域包括支援センターとの連携」83.1%であった。一方、まだ全国的に組織の配置数が十分ではない「認知症初期集中支援チーム」「認知症疾患医療センター」との連携はそれぞれ16.4%、31.2%と割合が低くなっていた。

図表 3-30 事業所における地域の専門機関との連携(問39)



<その他の回答>

- ・協力病院が認知症の専門病院であり連携ができている。
- ・母体であるクリニックと常に連携を図っている。
- ・地域包括支援センターや行政
- ・市内の他事業所との連携
- ・調剤薬局
- ・歯科との連携

5) 認知症グループホームに今後求められる役割・機能

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割について、自由記載で回答を求めたところ、「認知症の普及・啓発」、「在宅支援・家族支援」、「重度化への対応・役割の変化」、「人員確保の困難」、「入居者の費用負担の軽減」など多くの意見が寄せられた。

図表 3-31 地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割について、重要だと感じている内容や、今後の課題と考えられること(問 40) 回答例

<認知症の普及・啓発>

- ・グループホームとして、認知症を地域住民に広く知って頂き、地域で暮らす認知症高齢者に対して理解と援助を差し伸べられる地域住人のネットワーク作りやサービス機関に繋がられるような窓口を作ることが大事だと考えます。そのためには私達グループホーム職員から地域に出向き、気軽に話せる関係作りが重要だと感じました。今後は地域の公民館や事業所・行政機関と連携を図り、広く認知症の普及活動が出来ればと考えております。
- ・認知症ケアの専門機関として、地域のなかで、寄合い所となるよう努力していきたい。いままで、自分たちのホームの世話で、手一杯であったが、考えかたを変え、地域にもっと発信していかなければと感じています。

<在宅支援・家族支援>

- ・ご家族の用事や疲れ等の時ショートステイが利用出来ないとの声を聞きます。グループホームでも制約があるが今後の在宅型を進めるためには少し自由な運営が求められると思います。
- ・住み慣れた自宅や地域において、認知症の方がその人らしく生き生きと暮らしていけるように支援できたらよいと思う。これまで地域に密着して培ってきた、認知症ケアの『専門職としての知識や技術』で支えていくことがグループホームに望まれていると感じている。入居されている方にだけでなく、地域で暮らしておられる認知症の方とその家族にも、いかにして適切な助言や居場所づくりに貢献していくかが今後の課題であると思う。
- ・数多くの実践経験に基づく認知症ケアの専門性を、在宅介護の認知症の人やその家族に還元していくことは、地域包括ケアにおけるグループホームの重要な役割になる。

<重度化への対応・役割の変化>

- ・グループホームが、認知症専門の施設という役割が薄らいできている。地域で対応が困難な精神疾患の方、あるいは、とにかく重度の方の受け入れができればよいかのような位置づけになってきていると思います。同時に、入居者のますますの高齢化に伴い医療が不可欠な方、重度の方が増えており、ケアそのものの質、共同生活を行うというスタイルが発足当初から見ると大きく様変わりしたと思います。
- ・認知症介護の最後の「砦」とならなければ生き残れないと感じている。対応力を身につ

けて、認知症介護はグループホームに任せれば大丈夫だというポジションを確立したい。事業所の対応力がなく利用を断るようなことを繰り返すと認知症の「何を対象」としていいのか地域から理解されないようになる。それは避けなければならない。

- ・グループホーム自体が「在宅」の延長なのか、「施設サービス」に含まれるのかの位置づけが曖昧なため、利用したい介護サービスを利用できなかつたり、提供できなかつたりすることがあります。福祉用具のレンタルや訪問リハビリなどはグループホームでも利用できるようにしてほしいと思います。
- ・グループホームは在宅サービスに位置づけられていて、共同生活をしながら認知症の進行を緩和できるようにとの目的であるが、重度化に伴いそういった目的から外れ、本来のグループホームの趣旨に沿った活動を実施しようとしても、現実と理想にずれがあると思います。一旦グループホームに入居されても、重度化で現実的にグループホームでの生活が困難になった時設備や人員や体制などで介護困難な現実を色々と感じます。グループホームが特養化している中でそれを支えたり、老健や特養や病院への入院への受け入れがスムーズになるような支援があればと思います。

<人員確保の困難>

- ・認知症対応の事業所として、地域の方々にもっと周知を図るために、認知症カフェや介護相談を引き受けられるような取り組みが必要と感じるが、介護報酬減収のため人材の確保ができない等、要件を満たすことができないため取り組むことができない。
- ・グループホームとその周囲の近隣住民との日常的な交流により、グループホームの存在意義を知ってもらう事が重要と思いますが、職員不足等により十分な活動が出来ない。日常の業務に追われる毎日となっている。
- ・今後の課題として、若い世代の介護職の就職率が下がってくると想定されます。介護報酬改定の煽りを受け介護職員の低賃金改善に向けた取り組みが難しく、拍車をかけ離職率が上がり人材確保が厳しくなってくると思います。

<入居者の費用負担の軽減>

- ・グループホームに入居したいニーズがあっても、低所得者は諦めざるを得ない人が多くいるし、費用面から待機者も少ない。減免などの費用負担面で制度的に裏付けられると良い。
- ・徐々に入所申込みが減少しており、申込みしていただいても、料金が高く、支払ができないとのことで諦める方がいるため残念である。料金面での軽減策があれば入所に繋がる方もいる。
- ・認知症の方の介護は、精神的にも肉体的にも疲れると思います。限界まで頑張ると介護者も介護されている方も倒れてしまう。そのようになる前に気軽に相談・支援する所が必要です。唯、入居に伴う月々の費用が高く、誰でもが支払える金額ではないのが実情ではないでしょうか。

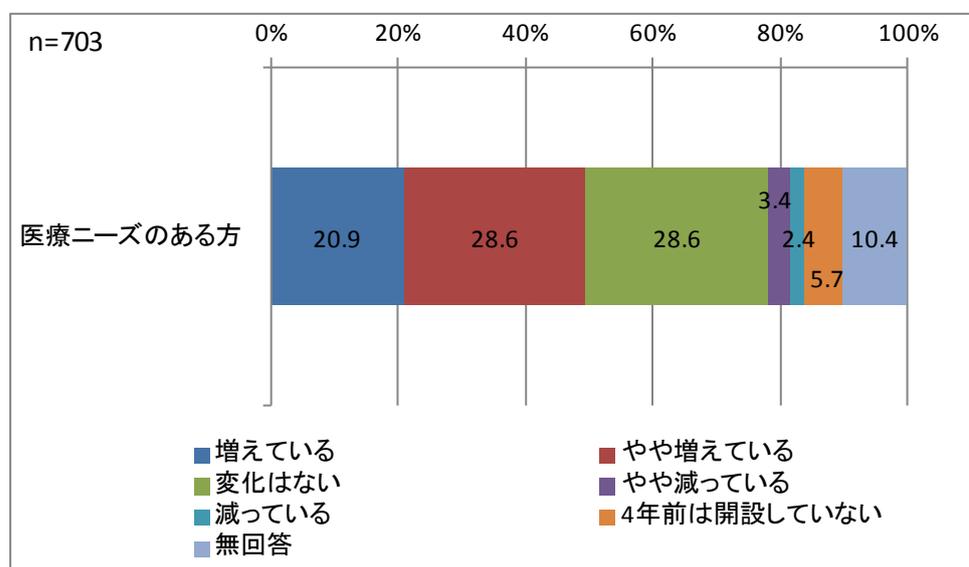
3. グループホームと医療、看護連携について

- 重度化に伴う医療体制の強化について、医療ニーズが高い入居者に対応する医療連携をどのように考えるか。約7割のグループホームが医療連携体制加算を算定している中で頻回に医療ニーズへの対応を行っている事業所をどう評価するか

1) 認知症グループホームにおける医療ニーズへの対応

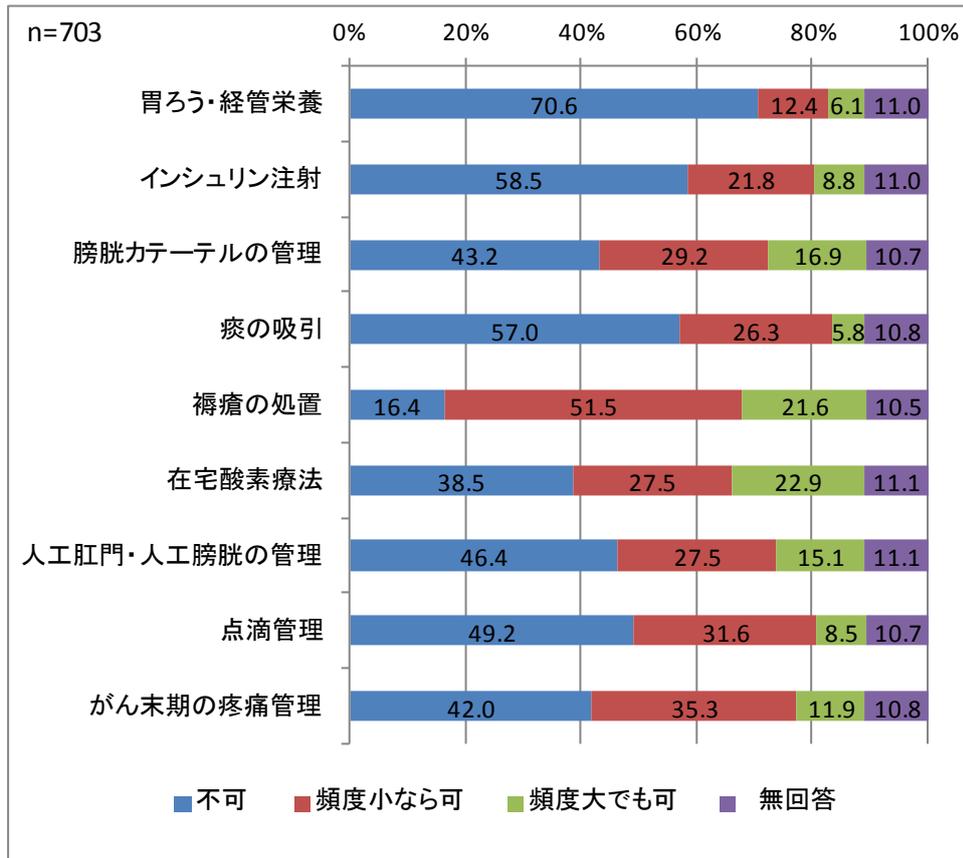
4年前の入居者の状況と現在の入居者の状況を回答者に比較してもらったところ、「医療ニーズのある」利用者が「増えている」「やや増えている」と回答した事業所は49.5%であり、約半数を占めていた。

図表 3-32 4年前の入居者の状況と現在の入居者の状況を比較した場合の変化(問23④)



入居後の状態像の変化に応じた対応可否について、「医療ニーズ」の項目別に「不可」「頻度小なら可」「頻度大でも可」の3段階で尋ねた。医療ニーズについては対応できないと考えている事業所が多く、「褥瘡の処置」のみ「不可」の回答が2割を切っていたが、「胃ろう・経管栄養」では7割が、「インシュリン注射」、「痰の吸引」では過半数が「不可」と回答していた。対応できない理由としては、医療職（看護師）が不在であることが挙げられていた。

図表 3-33 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(問 24.医療ニーズ)



図表 3-34 対応できない場合、その理由(問 24.医療ニーズ) 回答例

<全般(不可を選択): 医療職の不在>

- ・看護師の不在。
- ・24時間の十分な医療連携が取れず、職員の知識も乏しい。吸引資格を持つ職員がいない。
- ・看護師が非常勤で毎日いないため

<全般(頻度小なら可を選択): 医療職の不在>

- ・併設の特養から看護師の応援はあるが、短時間である。ホームに看護師の配置がない為、継続的な医療が必要になった場合対応することが難しい。
- ・介護スタッフだけしか配属していないので、24時間の管理が必要な医療行為に関しては対応困難。
- ・インシュリン: 看護師は24時間オンコールでいるものの、常時勤務しているわけではない。よって毎日施行するべきインシュリンや適宜実施の吸引などは対応困難である

医療ニーズへの対応について、事業所に勤務する看護師・准看護師が有、併設・隣接するサービスとして訪問看護、医療機関（介護療養型医療施設、精神科のある病院・診療所、その他の医療機関）が有、看取り介護加算・医療連携体制加算・認知症専門ケア加算の算定ありの場合に対象を限定し集計をおこなった。

「看護師・准看護師あり」の事業所で総計と比較して「頻度大でも可」の項目に5%以上の差がついたのは、3項目（「褥瘡の処置」「在宅酸素療法」「人工肛門・人口膀胱の管理」）であった。

「訪問看護あり」の事業所では、医療ニーズで支援が必要な利用者を受け入れやすい傾向があり、総計と比較して「頻度大でも可」の項目に5%以上の差がついたのは、「インシュリン注射」を除く8項目であった。

「医療機関あり」の事業所では、医療ニーズで支援が必要な利用者をやや受け入れやすい傾向があり、総計と比較して「頻度大でも可」の項目に5%以上の差がついたのは、「インシュリン注射」「膀胱カテーテルの管理」「痰の吸引」「点滴管理」の4項目であった。

「看取り介護加算あり」の事業所では、医療ニーズの支援が必要な利用者を受け入れやすい傾向があり、総計と比較して「頻度大でも可」の項目に5%以上の差がついたのは、「インシュリン注射」「膀胱カテーテルの管理」を除く7項目であった。

図表 3-35 入居後の状態像の変化に応じた対応可否（看護職員あり、訪問看護併設あり、医療機関併設あり、看取り介護加算・医療連携体制加算・認知症専門ケア加算ありの場合の内訳）

	胃ろう・経管栄養					インシュリン注射				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
総計	703	496	87	43	77	703	411	153	62	77
	100.0	70.6	12.4	6.1	11.0	100.0	58.5	21.8	8.8	11.0
職員配置	172	122	30	14	6	172	109	44	13	6
	100.0	70.9	17.4	8.1	3.5	100.0	63.4	25.6	7.6	3.5
併設・隣接するサービス	45	27	10	5	3	45	21	15	6	3
	100.0	60.0	22.2	11.1	6.7	100.0	46.7	33.3	13.3	6.7
	76	45	13	7	11	76	36	18	11	11
	100.0	59.2	17.1	9.2	14.5	100.0	47.4	23.7	14.5	14.5
加算	129	73	20	16	20	129	62	32	16	19
	100.0	56.6	15.5	12.4	15.5	100.0	48.1	24.8	12.4	14.7
	536	364	76	40	56	536	295	133	52	56
	100.0	67.9	14.2	7.5	10.4	100.0	55.0	24.8	9.7	10.4
	267	175	44	19	29	267	143	64	29	31
	100.0	65.5	16.5	7.1	10.9	100.0	53.6	24.0	10.9	11.6

	膀胱カテーテルの管理					痰の吸引				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
総計	703	304	205	119	75	703	401	185	41	76
	100.0	43.2	29.2	16.9	10.7	100.0	57.0	26.3	5.8	10.8
職員配置	172	71	67	29	5	172	83	68	15	6
	100.0	41.3	39.0	16.9	2.9	100.0	48.3	39.5	8.7	3.5
併設・隣接するサービス	45	13	13	16	3	45	15	19	7	4
	100.0	28.9	28.9	35.6	6.7	100.0	33.3	42.2	15.6	8.9
	76	31	16	17	12	76	28	25	12	11
	100.0	40.8	21.1	22.4	15.8	100.0	36.8	32.9	15.8	14.5
加算	129	45	38	26	20	129	46	47	16	20
	100.0	34.9	29.5	20.2	15.5	100.0	35.7	36.4	12.4	15.5
	536	215	164	101	56	536	275	163	40	58
	100.0	40.1	30.6	18.8	10.4	100.0	51.3	30.4	7.5	10.8
	267	103	88	48	28	267	134	84	20	29
	100.0	38.6	33.0	18.0	10.5	100.0	50.2	31.5	7.5	10.9

第3章 事業所アンケート調査結果

	褥瘡の処置					在宅酸素療法					
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	
総計	703 100.0	115 16.4	362 51.5	152 21.6	74 10.5	703 100.0	271 38.5	193 27.5	161 22.9	78 11.1	
職員配置	172 100.0	12 7.0	108 62.8	47 27.3	5 2.9	172 100.0	56 32.6	54 31.4	55 32.0	7 4.1	
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	3 6.7	24 53.3	13 28.9	5 11.1	45 100.0	10 22.2	16 35.6	14 31.1	5 11.1
	医療機関あり	76 100.0	9 11.8	38 50.0	17 22.4	12 15.8	76 100.0	23 30.3	22 28.9	19 25.0	12 15.8
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	7 5.4	61 47.3	38 29.5	23 17.8	129 100.0	36 27.9	37 28.7	36 27.9	20 15.5
	医療連携体制加算あり	536 100.0	66 12.3	283 52.8	131 24.4	56 10.4	536 100.0	190 35.4	152 28.4	134 25.0	60 11.2
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	38 14.2	136 50.9	67 25.1	26 9.7	267 100.0	84 31.5	80 30.0	73 27.3	30 11.2

	人工肛門・人工膀胱の管理					点滴管理					
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	
総計	703 100.0	326 46.4	193 27.5	106 15.1	78 11.1	703 100.0	346 49.2	222 31.6	60 8.5	75 10.7	
職員配置	172 100.0	71 41.3	60 34.9	36 20.9	5 2.9	172 100.0	64 37.2	84 48.8	18 10.5	6 3.5	
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	13 28.9	17 37.8	11 24.4	4 8.9	45 100.0	14 31.1	18 40.0	10 22.2	3 6.7
	医療機関あり	76 100.0	35 46.1	18 23.7	11 14.5	12 15.8	76 100.0	22 28.9	30 39.5	13 17.1	11 14.5
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	51 39.5	29 22.5	28 21.7	21 16.3	129 100.0	44 34.1	41 31.8	25 19.4	19 14.7
	医療連携体制加算あり	536 100.0	233 43.5	150 28.0	95 17.7	58 10.8	536 100.0	232 43.3	193 36.0	55 10.3	56 10.4
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	114 42.7	78 29.2	47 17.6	28 10.5	267 100.0	107 40.1	98 36.7	33 12.4	29 10.9

	がん末期の疼痛管理					
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	
総計	703 100.0	295 42.0	248 35.3	84 11.9	76 10.8	
職員配置	172 100.0	60 34.9	83 48.3	21 12.2	8 4.7	
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	13 28.9	19 42.2	10 22.2	3 6.7
	医療機関あり	76 100.0	30 39.5	23 30.3	12 15.8	11 14.5
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	30 23.3	48 37.2	31 24.0	20 15.5
	医療連携体制加算あり	536 100.0	193 36.0	213 39.7	72 13.4	58 10.8
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	86 32.2	112 41.9	40 15.0	29 10.9

※総計と比較して「頻度大でも可」の割合が5%以上高い場合にセルを色づけしている。

入居者の重度化への対応について、既に重度化の傾向がある事業所の実態を把握するため、現在の入居者の「平均要介護度3以上」の事業所に限定して集計をおこなった。

「平均要介護度3以上」の事業所であっても、医療ニーズについては対応できないと考えている所が多く、「褥瘡の処置」のみ「不可」の回答が2割を切っていたが、「胃ろう・経管栄養」では7割が、「インシュリン注射」、「痰の吸引」では過半数が「不可」と回答していた。

図表 3-36 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(平均要介護度別)

	胃ろう・経管栄養					インシュリン注射				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	496 70.6	87 12.4	43 6.1	77 11.0	703 100.0	411 58.5	153 21.8	62 8.8	77 11.0
平均要介護度3未満	347 100.0	281 81.0	36 10.4	16 4.6	14 4.0	347 100.0	231 66.6	69 19.9	32 9.2	15 4.3
平均要介護度3以上	303 100.0	208 68.6	48 15.8	27 8.9	20 6.6	303 100.0	176 58.1	80 26.4	27 8.9	20 6.6

	膀胱カテーテルの管理					痰の吸引				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	304 43.2	205 29.2	119 16.9	75 10.7	703 100.0	401 57.0	185 26.3	41 5.8	76 10.8
平均要介護度3未満	347 100.0	180 51.9	98 28.2	53 15.3	16 4.6	347 100.0	239 68.9	74 21.3	17 4.9	17 4.9
平均要介護度3以上	303 100.0	121 39.9	103 34.0	62 20.5	17 5.6	303 100.0	153 50.5	111 36.6	22 7.3	17 5.6

	褥瘡の処置					在宅酸素療法				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	115 16.4	362 51.5	152 21.6	74 10.5	703 100.0	271 38.5	193 27.5	161 22.9	78 11.1
平均要介護度3未満	347 100.0	69 19.9	201 57.9	62 17.9	15 4.3	347 100.0	163 47.0	99 28.5	68 19.6	17 4.9
平均要介護度3以上	303 100.0	43 14.2	157 51.8	86 28.4	17 5.6	303 100.0	103 34.0	91 30.0	90 29.7	19 6.3

	人工肛門・人工膀胱の管理					点滴管理				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	326 46.4	193 27.5	106 15.1	78 11.1	703 100.0	346 49.2	222 31.6	60 8.5	75 10.7
平均要介護度3未満	347 100.0	199 57.3	89 25.6	43 12.4	16 4.6	347 100.0	205 59.1	107 30.8	21 6.1	14 4.0
平均要介護度3以上	303 100.0	123 40.6	101 33.3	59 19.5	20 6.6	303 100.0	136 44.9	113 37.3	36 11.9	18 5.9

	がん末期の疼痛管理				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	295 42.0	248 35.3	84 11.9	76 10.8
平均要介護度3未満	347 100.0	187 53.9	122 35.2	25 7.2	13 3.7
平均要介護度3以上	303 100.0	104 34.3	123 40.6	55 18.2	21 6.9

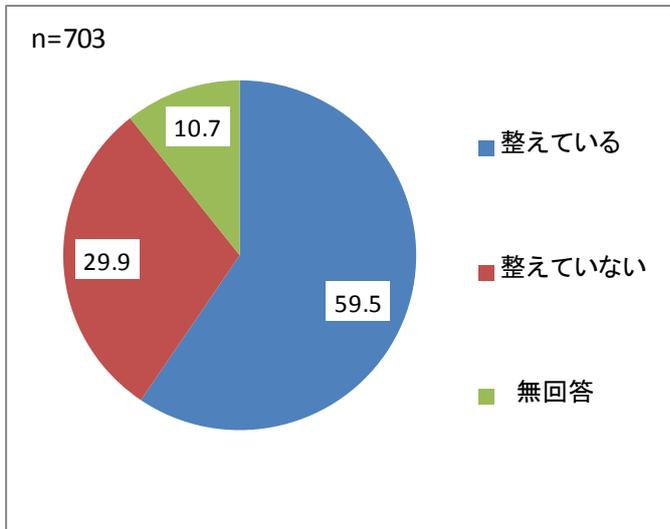
※総計と比較して割合が5%以上高い場合にセルを色づけしている。

2) 認知症グループホームにおける看取りへの対応

看取りの体制を「整えている」事業所は全体の約6割を占めており、退居理由の約2割は「死亡（事業所で看取りまでおこなった）」である。

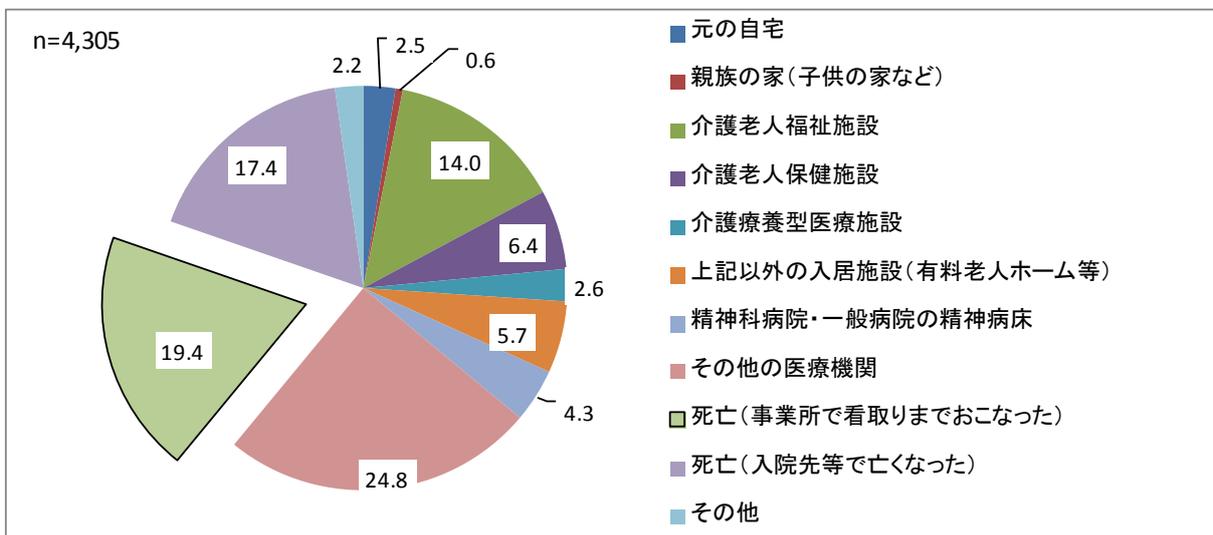
図表 3-37 看取り

<看取りの体制(問25)>



図表 3-38 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

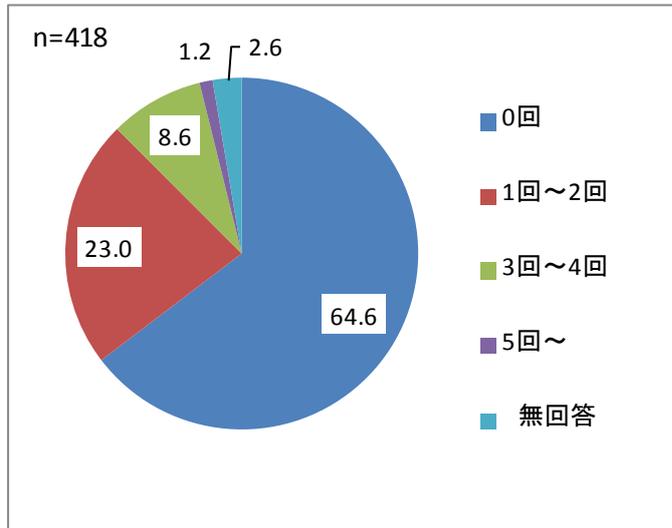
<退居先別の内訳(問12②)>



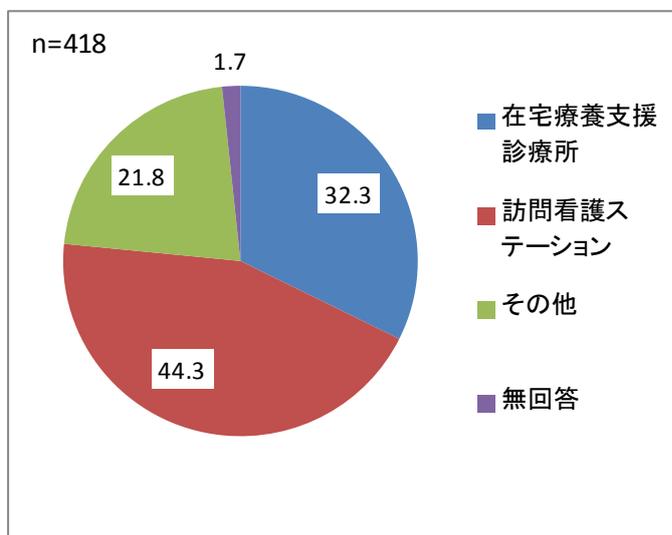
看取りの体制をとっている場合でも、過去1年間の看取り介護加算の算定回数は「0回」が64.6%と最も多く、非常に少ない件数しか加算につながっていない。

また、看取りにおいて必要な医療機関の連携としては「訪問看護ステーション」が44.3%と最も高くなっていた。

図表 3-39 看取りの体制を整えている場合の取組
 <過去1年間の看取り介護加算の算定回数(問25①)>

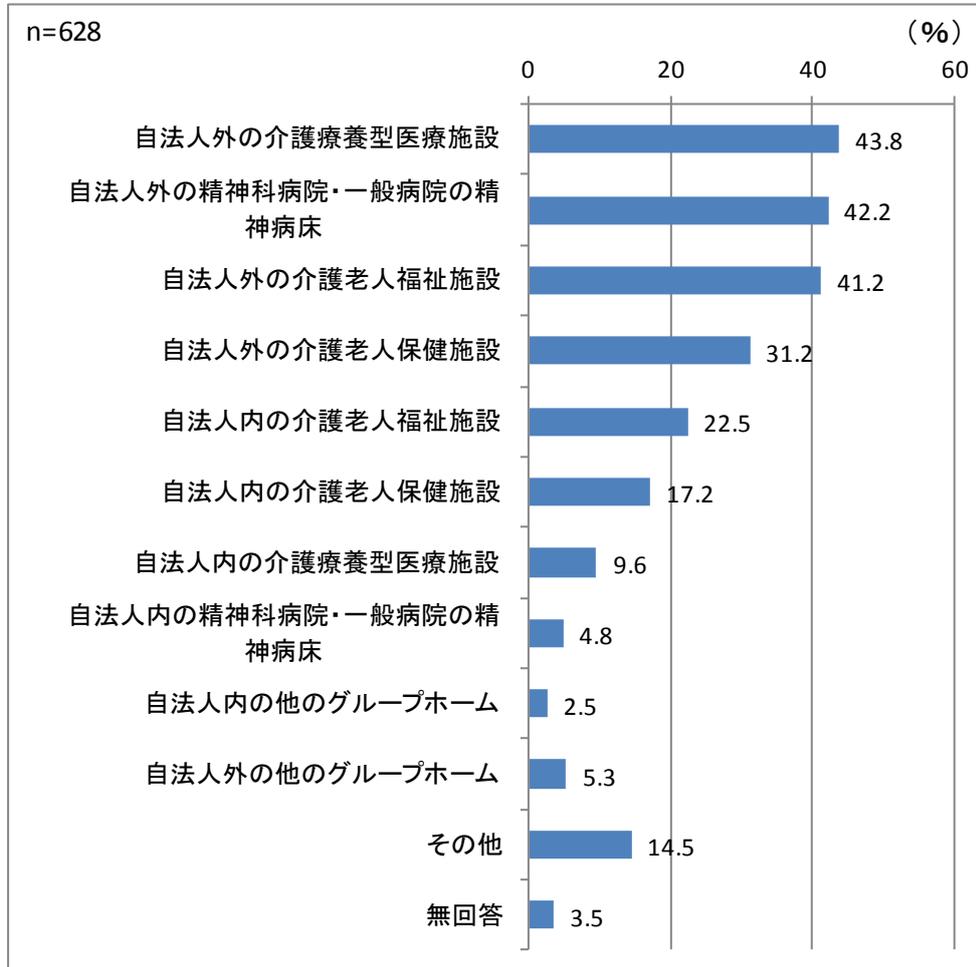


<看取りにおいて必要な医療機関との連携として考えられること(問25②)>



入居者の継続的な支援が困難となった場合に想定する連携先としては、「自法人外の介護療養型医療施設」43.8%が最も多く、次いで「自法人外の精神科病院・一般病院の精神病床」42.2%、「自法人外の介護老人福祉施設」41.2%となっていた。

図表 3-40 入居者の継続的な支援が困難となった場合に想定する退所先(連携先)【MA】
(問25③)



※割合の分母は、「看取りの体制」が無回答であった75件を除く628件とした。

看取りに対して前向きな事業所の看取りに対する考えとしては、「なじみの関係の中で看取ることの安心感」、「ご家族の希望に応える」、「医療機関との連携があれば実施できる」などのご意見が挙げられていた。また、前向きな事業所であっても、「スタッフへのケアの課題」があるとのこと意見があった。

一方で、看取りに対して消極的な意見としては、「医療機関との連携が難しい」、「人員不足・職員への負担が課題」、「家族に不安がある」、「他の利用者への配慮が必要」などの意見が多く挙げられており、看取りの機能を強化していくためには支援体制の構築が必要と考えられた。

図表 3-41 グループホームで看取りを行うことについてのご意見(問 25④) 回答例

<積極的な意見：なじみの関係の中で看取ることの安心感>

- ・ 少人数で家庭的な場であり、職員と顔なじみの関係の中で看取るということは利用者家族ともに安心できるのではないかと。職員の中には不安を感じる人もいますが、最終的には看取って良かったと思っている。
- ・ 住み慣れたグループホームで馴染みの職員のケアにより、穏やかに最後を迎えられることはご本人様にとって混乱がないと思われる。家族と、家族に代わって職員が常に寄り添うことができる。

<積極的な意見：ご家族の希望に応える>

- ・ 本人のかつてからの希望や、家族の希望により可能な限り最期まで受けることがグループホームの大切な役割と思う。
- ・ 本人の意向にそって住み慣れた場所でなじみの関係ができ自然な形でご家族様と利用者様とスタッフで看取りを行っていくことができる場所だと思います。ご家族様も自然な形で送ってあげたいと思われています。

<積極的な意見：医療機関との連携があれば実施できる>

- ・ 看取り状態となった時に、主治医からご家族に説明頂き、ご家族がホームでの看取りを希望した場合に、主治医、看護師と連携して行っています。
- ・ 当グループホームは母体が病院のため、看取りを行える体制が整っている。そのため、逆にグループホームらしい独自の看取り体制を考えている必要がある。
- ・ 開設より、家族の希望で看取りを行っています。管理者が准看護師で病院に勤めているとき、看取りを経験しているため、最後の2～3日は泊り込みで看取りをしています。
- ・ 基本方針については入所時に十分な説明を行い、利用者の状態に合わせて家族、連携医療機関等と継続して相談をする事でスムーズに看取りが行われました。

<積極的な意見：学習の場や人員体制が必要>

- ・ 死生観教育や看取り期のケアの勉強会を実施したり、緊急時の対応や体制をしっかりと身に付けて行けるように取り組みたい。

<積極的な意見：スタッフへのケアについては課題>

- ・ 看取りを行うことを視野に入れて準備をしているところである。本人や家族がホームでの最期を望むのであれば、看取りの実施は必要だと思われる。ただ、それに伴いスタッフの負担も増えるため、ストレスケアをどうするかが課題である。
- ・ 住み慣れた地域の、なじみの関係が構築できたホームでの最期というのは利用者様にとっては安らかなものであると思う。しかし現実にはスタッフにかかる大きな負担があり、特に若いスタッフには教育とストレスマネジメントが重要だと感じている。

＜消極的な意見：医療機関との連携が難しい＞

- ・看護師の人数確保が難しく、看取り介護加算が算定できない。医師との連携体制も課題が壁になっている。
- ・看取りの必要性は感じているが、オンコール体制、看護師の人数、病院との連携等、体制を整えることが現状では困難。
- ・医療行為を伴う例が多い反面、看護師の直接雇用は費用的に難しく、現状の報酬設定（基本・加算双方）では困難であると考えます。

＜消極的な意見：人員不足・職員への負担が課題＞

- ・ご本人、ご家族が望まれるのであれば応えるべきだと思いますが、介護保険法の人員基準、介護報酬はそれを支えられる基準になっておらず、事業所としては積極的に取り組める状況になっていない。
- ・危篤時などに人員を増やすなどしたいが現状では不可能。不安定な体調が長期間続くなると管理者がかなり無理な勤務を強いられる。職員の精神的負担が心配。
- ・グループホームの本来の目的から鑑みると、はたして看取りというリスクを十分なスタッフ配置もない状況で実施することの意味はあるのかと思います。やはり施設であり、自宅ではないのでひとえにスタッフのボランティア精神と負担によりかかることになると思います。

＜消極的な意見：家族の不安がある＞

- ・ご家族に精神的な支援が非常に難しい。複数の子供がいる場合、皆様の意見がまとまる事はなく、ターミナルケアが終わることが多い。気持ちの変化への支援を行う事が一番難しい。
- ・訪問看護における看取りのステージに入った場合でも最初は家族も納得しつつ、徐々にターミナルが近づくにつれて不安が募り結局は病院入院となるケースが殆どである。

＜消極的な意見：他の利用者への配慮が必要＞

- ・数年前看取りが続いた際、援助に極端な偏りができることを思い知らされた。認知症介護では普段の取り組みが大事。信頼関係の太いパイプがあるから進行しても介護困難が少ないと考えている。1 ユニットなのでスタッフの人材にも限りがあり、できるだけ外出の機会を増やし地域と関わるために看取りはできるなら避けたいと考えている。
- ・医療との連携体制が整っていても、常駐の職員数が少なく特に夜間は一人なので負担が大きい。他の入居者に不安感を与えるなど影響がある。

- 疾病や BPSD 等により一時的に入院が必要になっても、症状が緩和され次第、早期退院を目指す上では、入院時から退院を見越した医療機関との連携を図ることが重要であるが、実態としてどのようになされているか。また、スムーズな退院を促進する方策をどのように考えるか

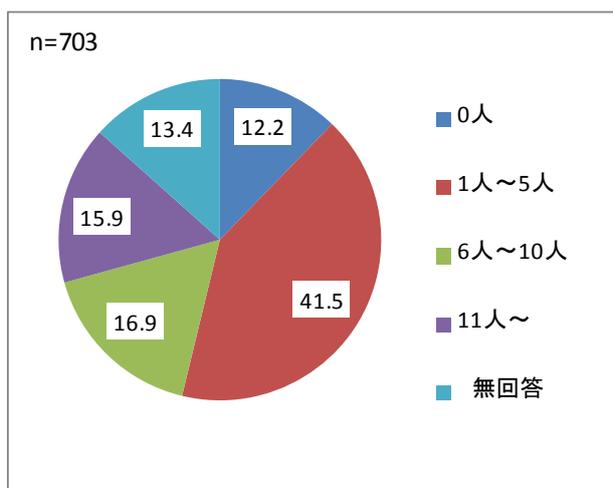
3) 認知症グループホーム入居者の一時的な入院に対する医療機関との連携の現状

過去2年間における1ユニットあたりの入院者数は平均3.7人であり、入院理由としては「呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）」29.3%、「外傷（転倒・骨折等）」20.5%などが高い割合となっており、「BPSDの悪化」はわずか4.4%であった。

入院期間は概ね「3か月以内」であり、「1ヶ月以内」が全体の約8割を占めていた。一方、事業所からの死亡を除く退居について、判断に至った背景を尋ねた設問では、「長期入院」が理由として挙げられたものが2割強を占めており、長期入院は認知症グループホームでの生活を継続を困難とする理由のひとつとなっていることが示された。

図表 3-42 入院者数の内訳(平成25年11月1日～平成27年10月31日)

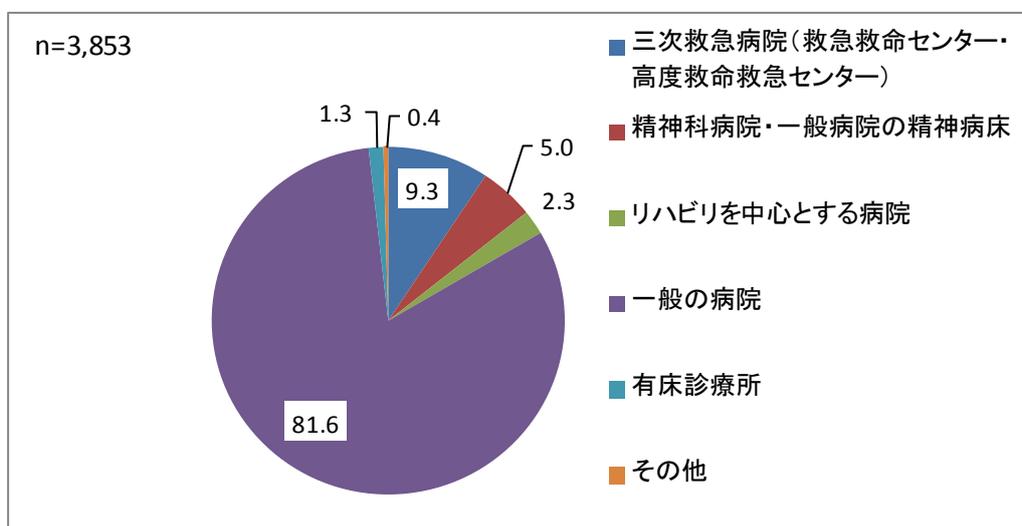
<入院者数 (問16①)>



<1ユニットあたり入院者数>

調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
565	3.7	3.4	0.0	22.0

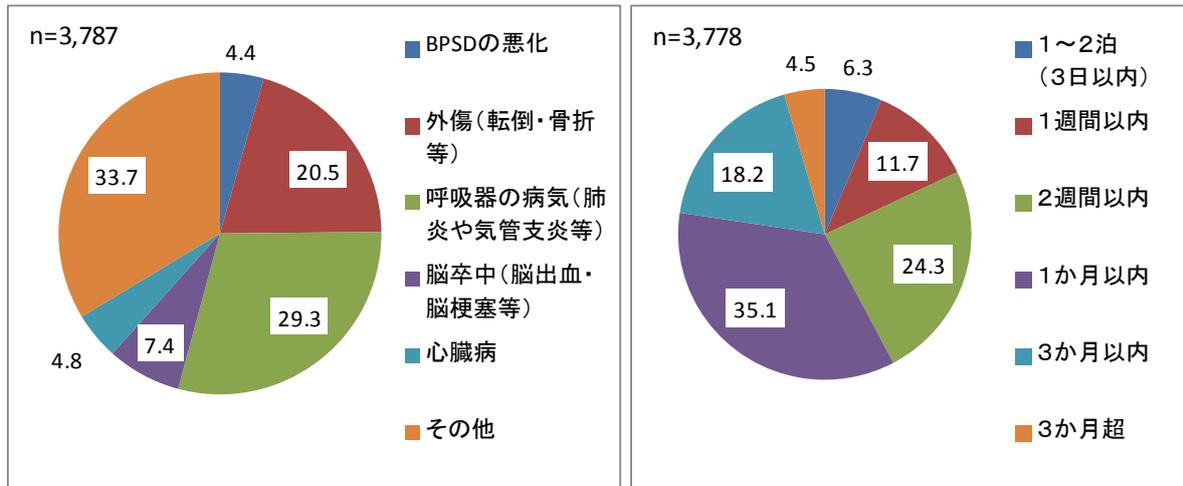
<入院先別の内訳(問16②)>



図表 3-43 入院者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

<入院理由別の内訳(問16③)>

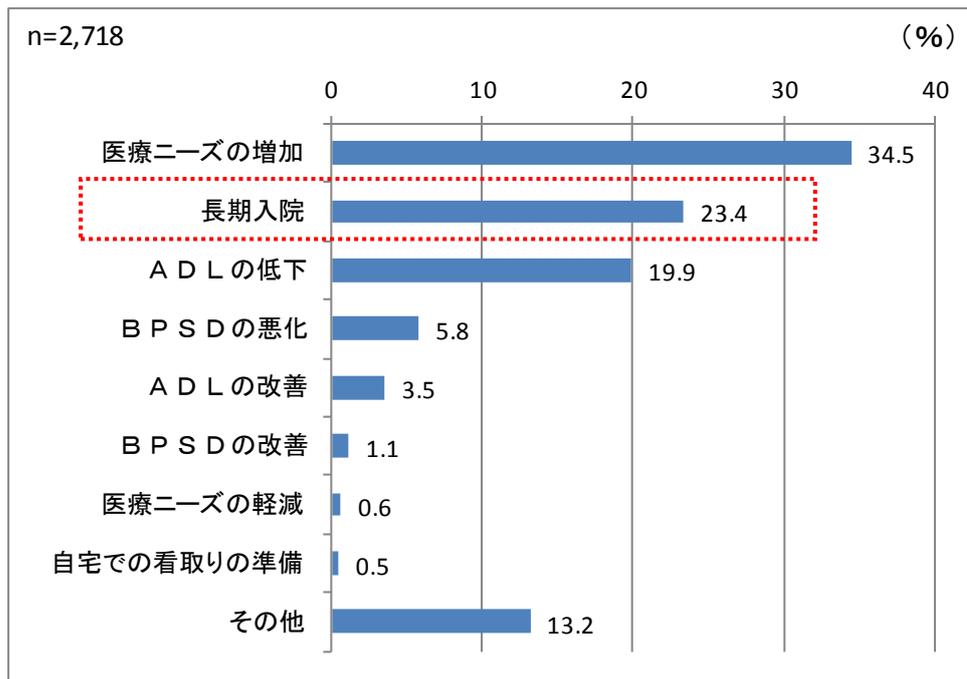
<入院期間別の内訳(問16④)>



※「入院先の内訳」「入院理由別の内訳」「入院期間別の内訳」は回答があった人数を母数としているため、件数が一致しない。

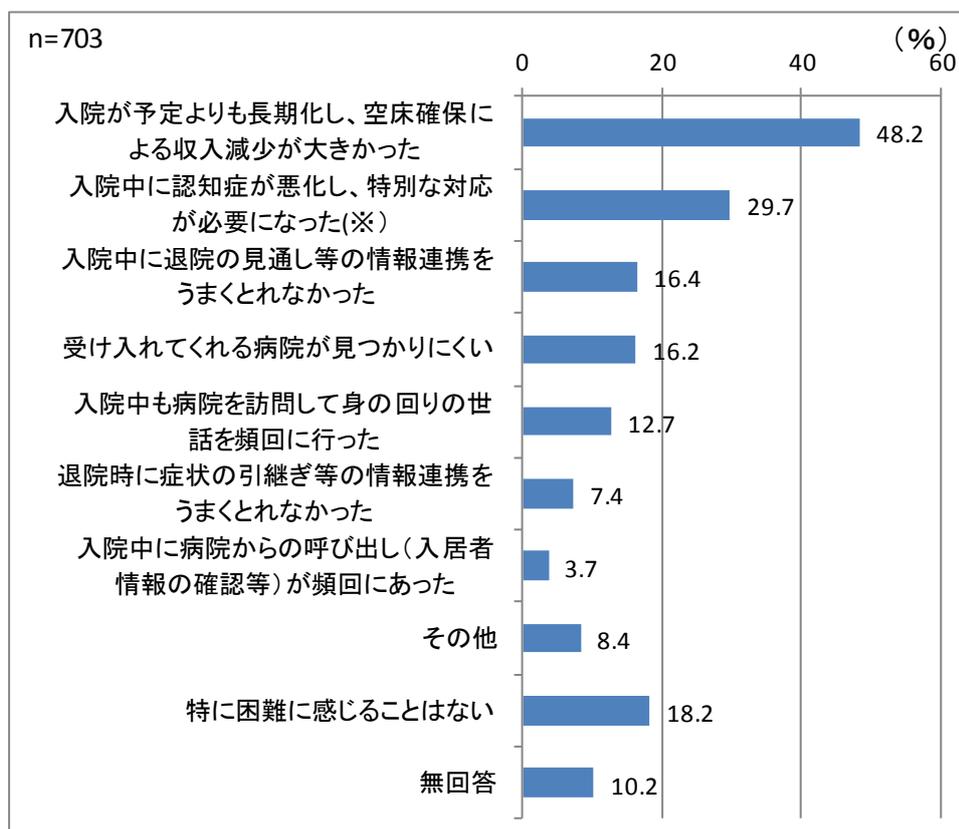
図表 3-44 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

<退居の判断に至った背景(死亡を除く)【MA】(問12④)>



入院に当たっての困難点として、「入院が予定よりも長期化し、空床確保による収入減少が大きかった」48.2%、「入院中に認知症が悪化し、退院後グループホームでの生活継続のために特別な対応が必要になった」が29.7%であり、グループホームにおいて入居者の早期退院を目指した取組みは経営面でも、良質なケアの観点でも求められていることが明らかとなった。

図表 3-45 入居者の入院にあたって事業所として困難を感じたこと【MA】(問18)

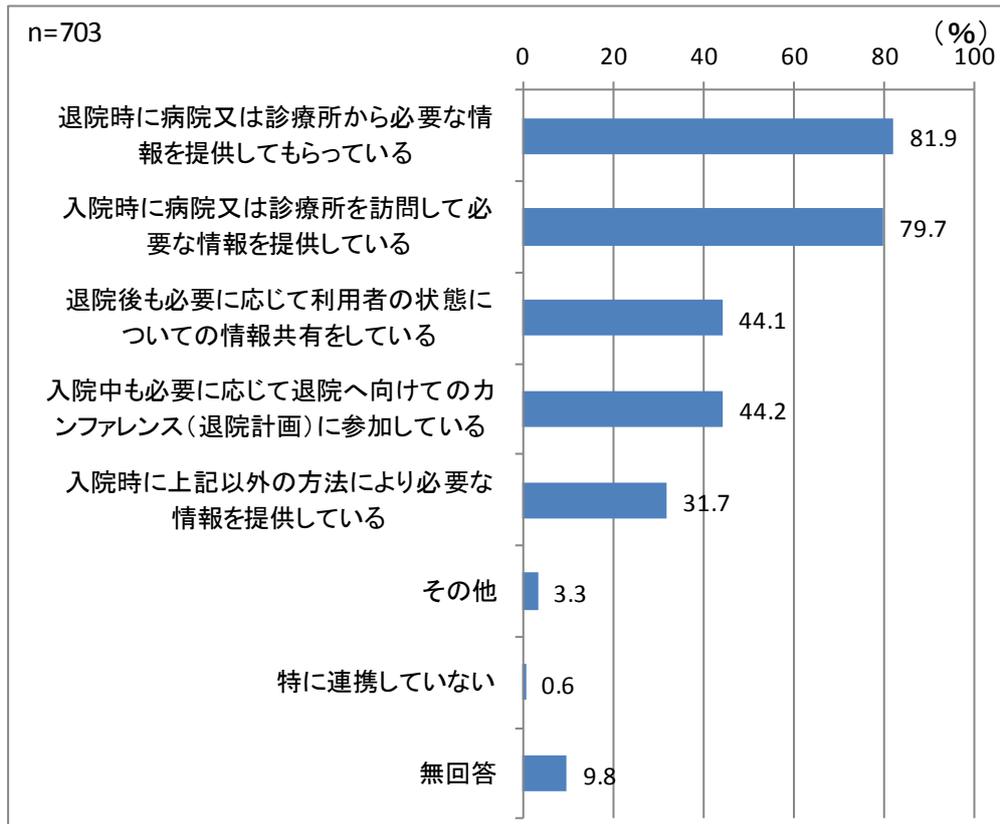


※正確な選択肢は、「入院中に認知症が悪化し、退院後グループホームでの生活継続のために特別な対応が必要になった」である。

第3章 事業所アンケート調査結果

入院に伴う病院との連携については、「退院時に病院又は診療所から必要な情報を提供してもらっている」および「入院時に病院又は診療所を訪問して必要な情報を提供している」を約8割の事業所が実施しており、「入院中も必要に応じて退院へ向けてのカンファレンス（退院計画）に参加している」事業所も約半数を占めていた。このことから、既に多くのグループホームでスムーズな退院促進に向けての病院との連携が行われていることが示された。

図表 3-46 入居者の入院にあたってとられている病院との連携【MA】(問17)



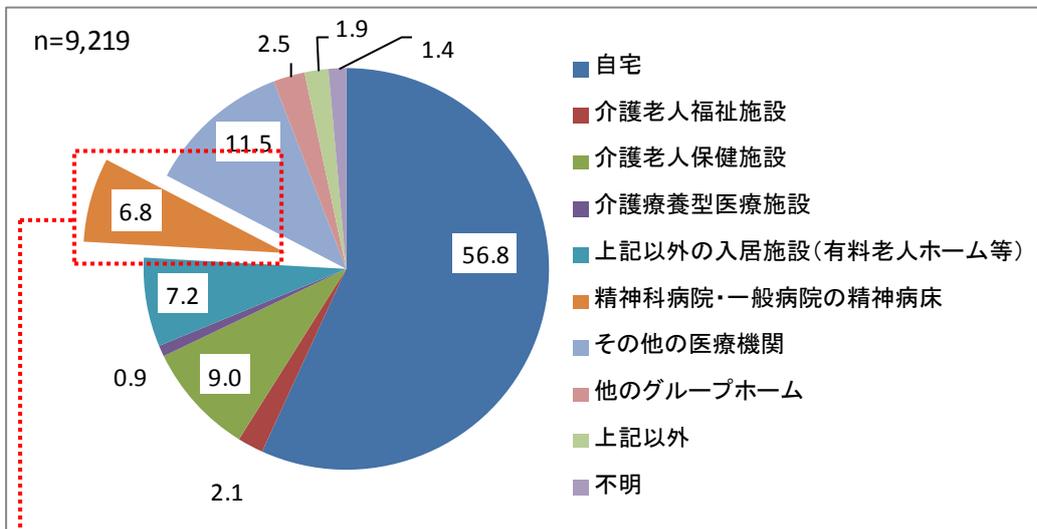
➤ 精神科病院からの認知症の人の退院の受け皿としての役割が期待される中で、精神科病院からの受け入れをスムーズに行っている事業所はどのような傾向があるか

4) 精神科病院からの退院受け入れ及び病院との連携の現状

入居者のうち、入居前の居所が「精神科病院・一般病院の精神科病床」であった利用者は全体の6.8%おり、その約半数は主たる精神疾患が「認知症」であった。また、「精神科病院・一般病院の精神科病床」からの入居が1名以上ある事業所は全体の約4割（269事業所/703事業所）を占めていた。現在、「精神科病院・一般病院の精神科病床」からの入居が1名以上ある事業所について、病院との連携について尋ねたところ、ほぼすべての事業所で「入居前に病院又は診療所から必要な情報を提供してもらっている」ほか、3割強の事業所で「入居前に病院を訪問して退院へ向けてのカンファレンス（退院計画）に参加している」とあった。

さらに、精神科病院等からの受け入れについては、約3割の事業所が「他の入居者と区別なく受け入れている」、約6割が「共同生活を送ることができるかどうか、症状によって受け入れを判断している」としており、まだ精神科病院からの退院を受け入れていない事業所であっても、利用者の状態が安定していれば受け入れを行う可能性をもっていることが示された。

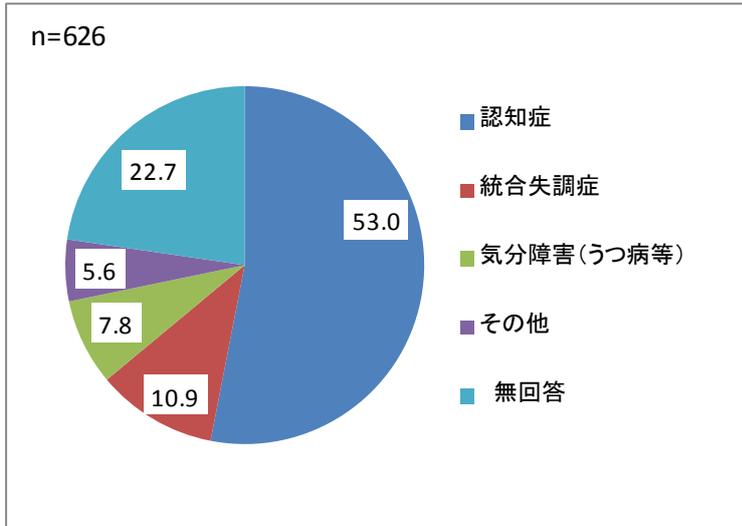
図表 3-47 入居者の入居前の居所(問7⑥)



※「入居者の要介護度」「入居者の認知症高齢者日常生活自立度」「入居者の入居前の居所」は回答があった人数を母数としているため、件数が一致しない。

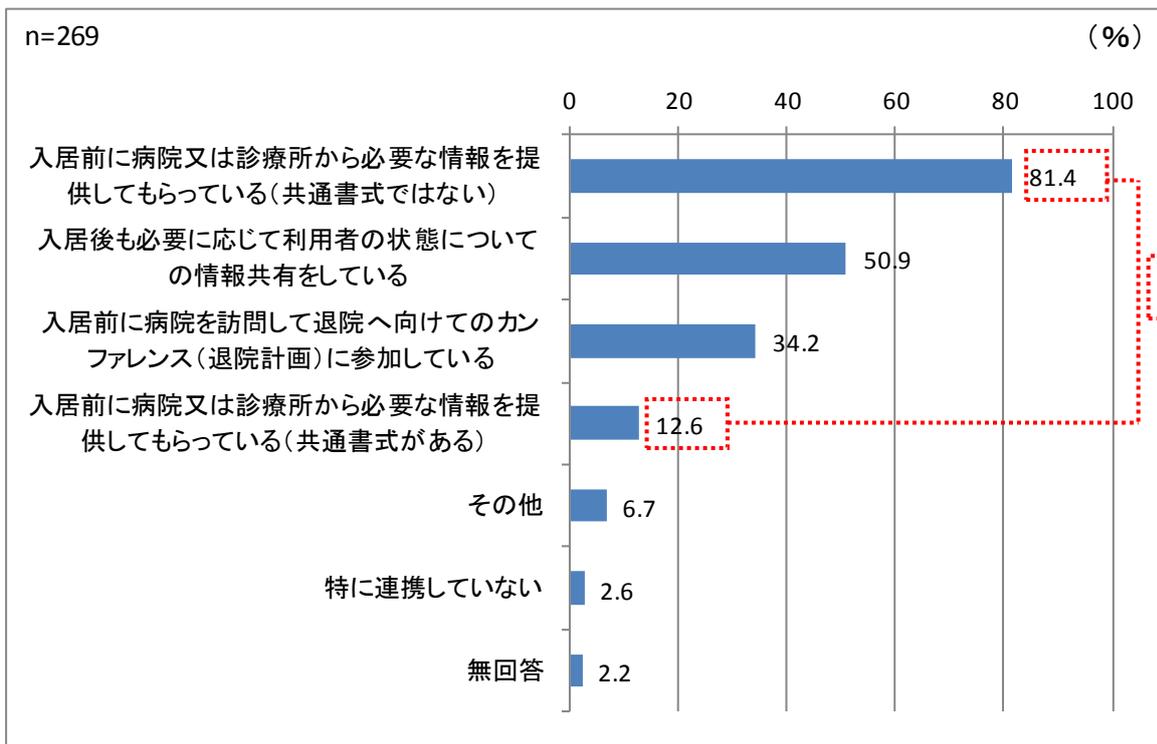
※「精神科病院・一般病院の精神科病床」と回答があったのは269事業所626名であった。

図表 3-48 精神科・一般病院の精神病床からの入居した場合の主たる精神疾患(問8)



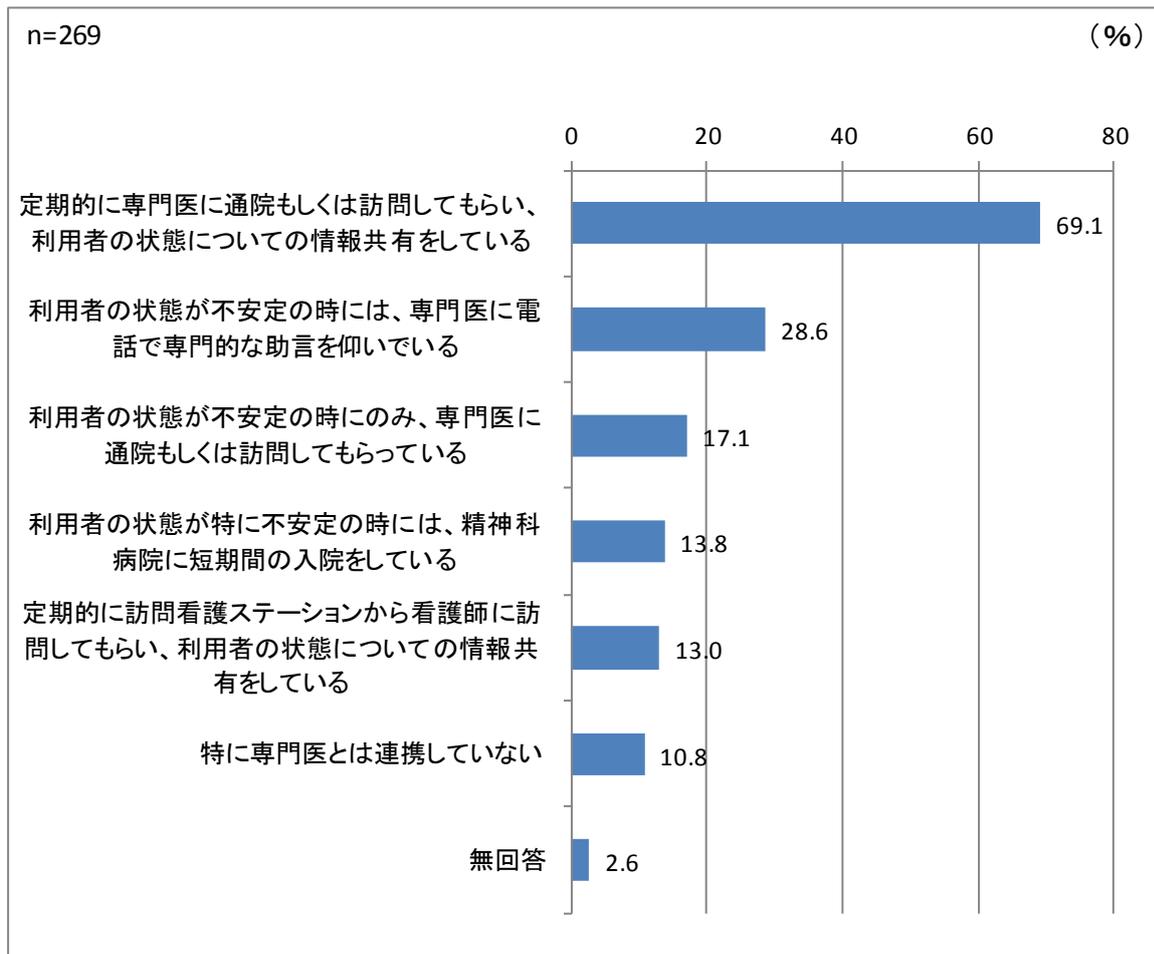
※主たる精神疾患を尋ねているため認知症以外の回答がありうる。グループホームの入居者であるため、統合失調症・気分障害(うつ病等)・その他の対象者は、さらに認知症も発症していることとなる。

図表 3-49 精神科病院・一般病院の精神病床からの入居ありの場合の連携
 <入居の際の連携【MA】(問9)>

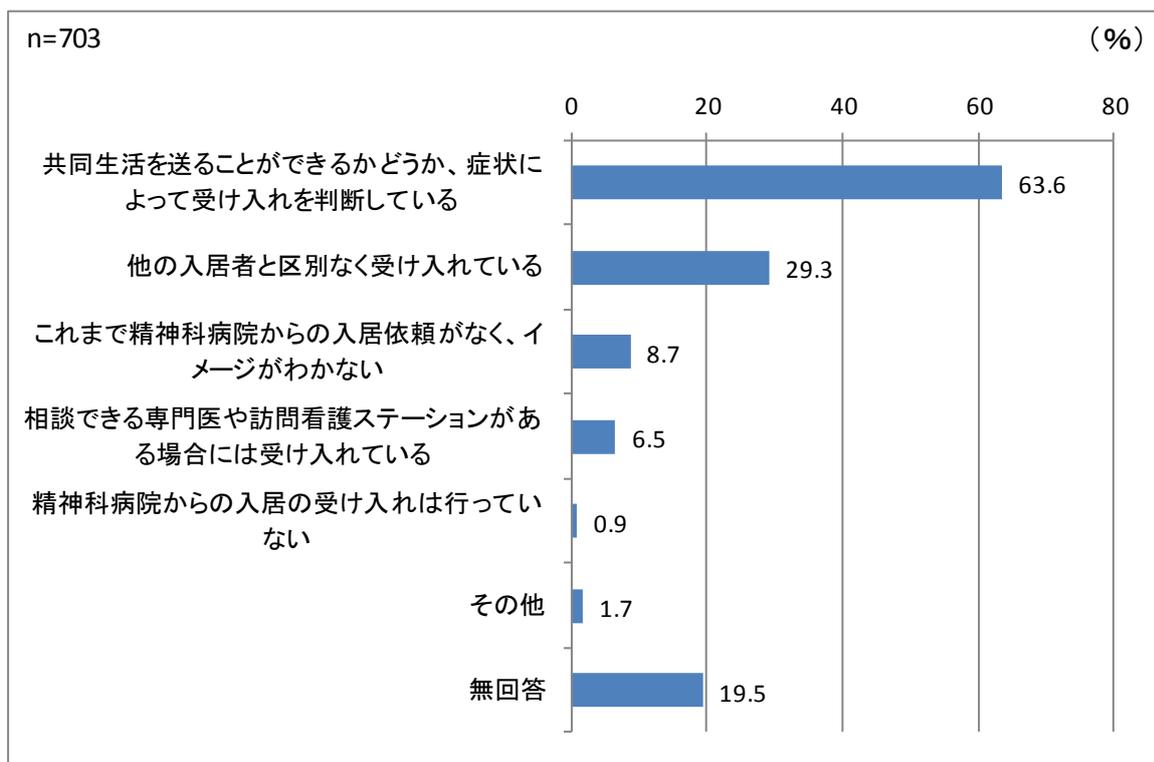


※「入居前に病院又は診療所から必要な情報を提供してもらっている」場合の「共通書式ではない」「共通書式がある」のいずれかもしくは両方に回答した事業所は90.3%であった。

図表 3-50 入居後の医療機関との連携【MA】(問10)



図表 3-51 精神科病院・一般病院の精神病床からの入居者の受け入れに対する事業所の考え【MA】(問11)



4. グループホームと特養、医療機関等との連携について

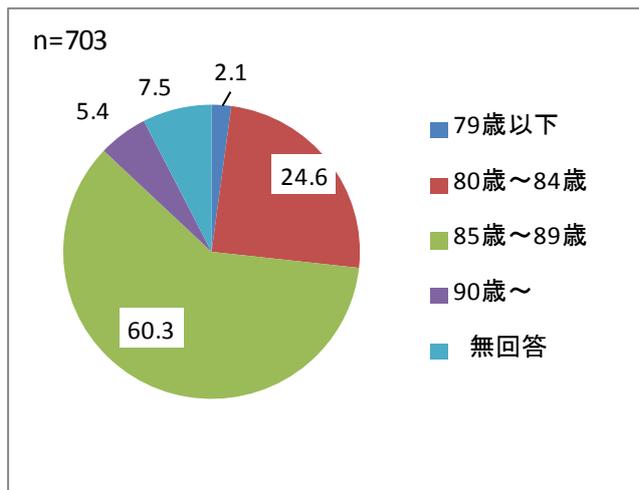
➤ 認知症の容態に応じて適時・適切に医療・介護等が提供される循環型の仕組みを構築する上で、特養、医療機関等との役割分担はどのようになっているか。また、連携を促進するための方策をどのように考えるか。また、在宅復帰支援策についてどのように考えるか

1) 認知症グループホームにおける入居者の重度化の傾向

認知症グループホームに入居している利用者の平均年齢は 86.0 歳であるが、平均年齢が 90 歳を超えている事業所も 5.4% 存在する。

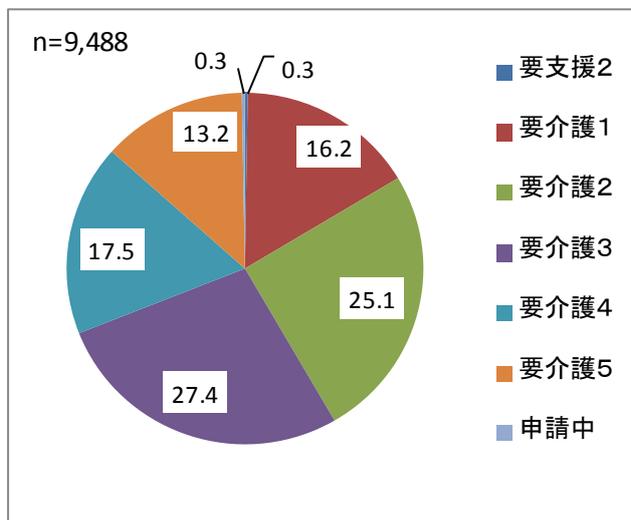
また、「要介護5」の入居者は 13.2%、認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅳ」の入居者は 15.5% を占めている。

図表 3-52 認知症グループホームの利用者像
 <平均年齢(問7②)>

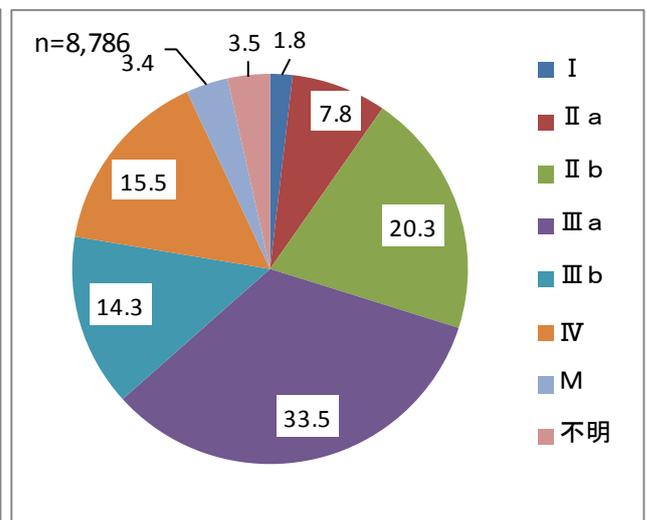


調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
650	86.0	2.7	72.1	92.9

<入居者の要介護 (問7④)>

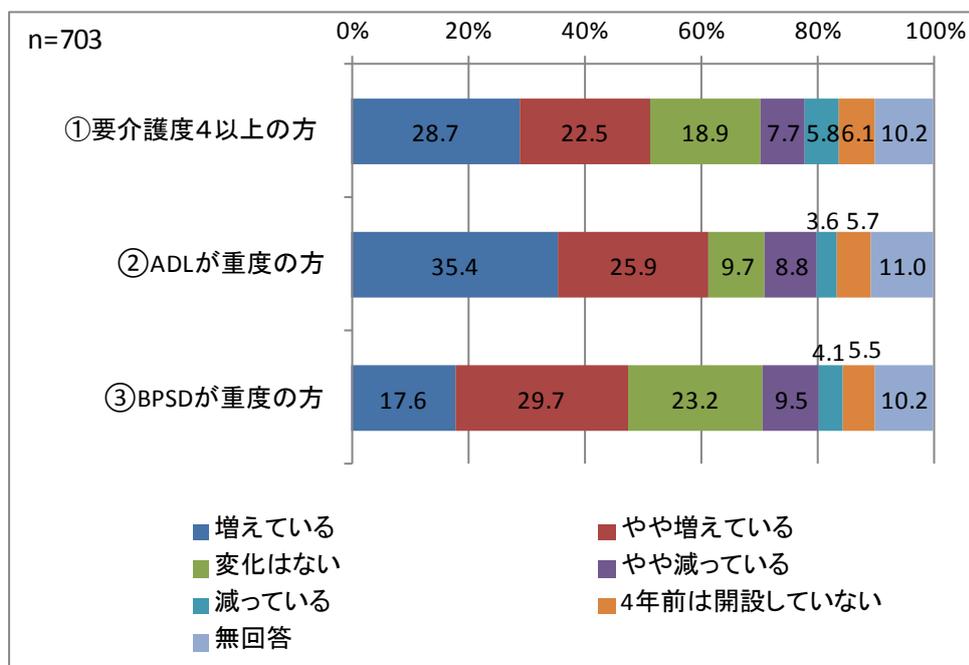


<入居者の認知症高齢者日常生活自立度(問7⑤)>



4年前の入居者の状況と現在の入居者の状況を回答者に比較してもらったところ、「要介護度4以上」の利用者が「増えている」「やや増えている」と回答した事業所は51.2%、「ADLが重度」の利用者が「増えている」「やや増えている」と回答した事業所は61.3%、「BPSDが重度」の利用者が「増えている」「やや増えている」と回答した事業所は47.3%であり、いずれの項目でも半数の事業所で入居者が重度化しているとの回答が得られた。

図表 3-53 4年前の入居者の状況と現在の入居者の状況を比較した場合の変化(問23①②③)

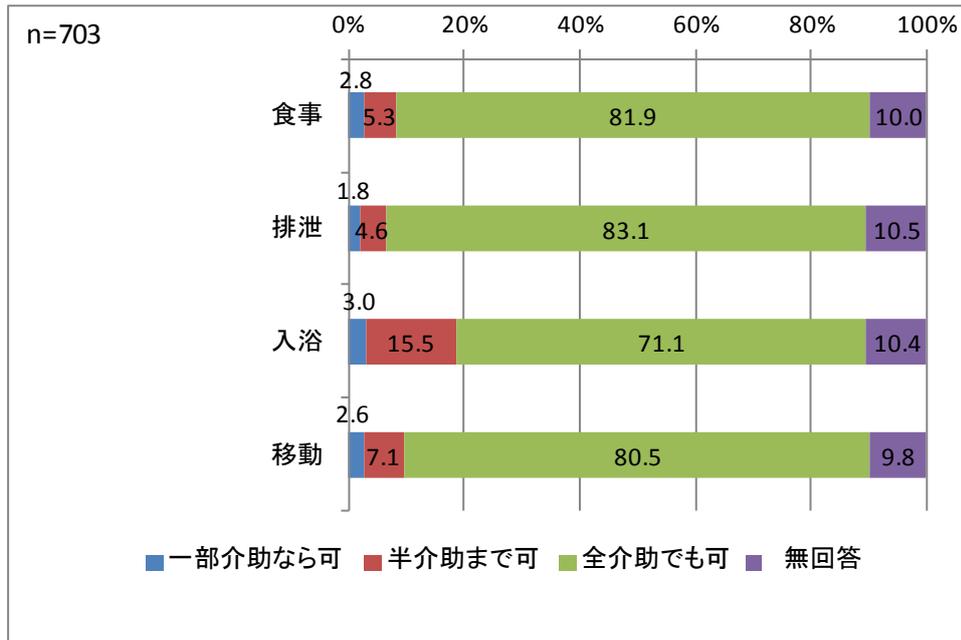


2) 認知症グループホームでの ADL や BPSD の重度化への対応の現状と課題

入居後の状態像の変化に応じた対応可否について、「ADL」、「BPSD (行動・心理症状)」の項目別に各3段階で尋ねた。

回答した全事業所の結果では、ADL の「食事」、「排泄」、「移動」については8割以上の事業所で「全介助でも可」と回答しているのに対し、「入浴」で「全介助でも可」と回答したのは7割であった。

図表 3-54 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(問 24.ADL)



図表 3-55 全介助まで対応できない場合、その理由(問 24.ADL) 回答例

<全般：人員不足>

- ・現在車いすの利用者さんが増えている中、昼間は3人、夜間時は1人のスタッフで何とか対応こなしているがグループホーム本来の様なユッタリした様子が消えている。元気な利用者さんに申し訳ない思いがある。

<全般：他の利用者への配慮>

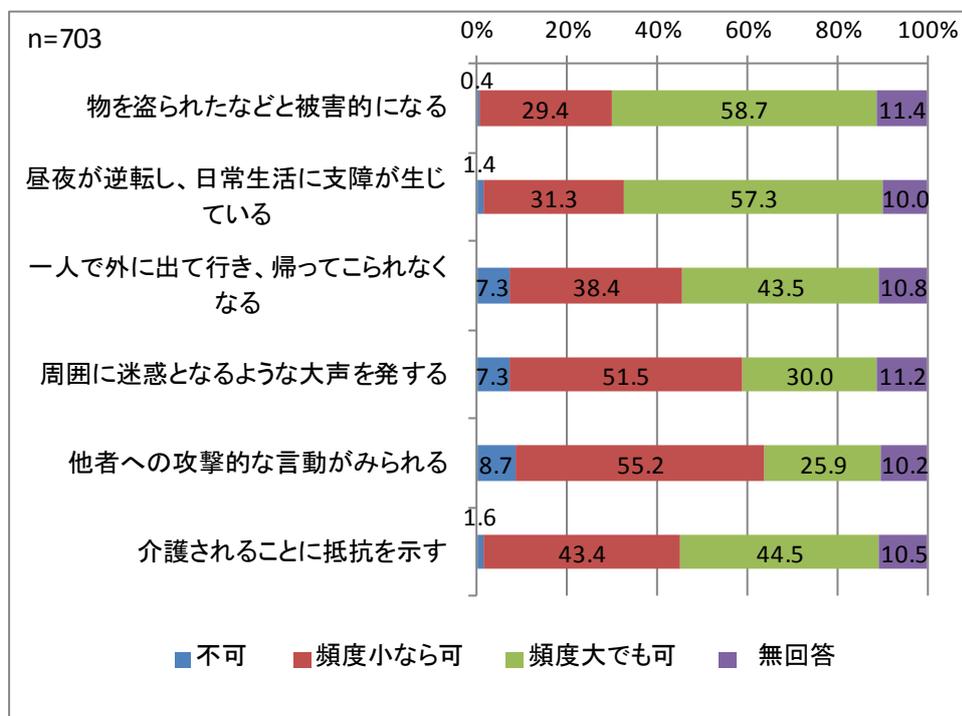
- ・現在、排泄、移動において全介助の方がおり、対応しているが、今以上に増えることは他の方へのケアに影響があり、対応はできない。一部の方であれば全介助は可能。特に食事時間は全員が同時進行し、窒息、誤嚥のリスク高く介助量が増えることは対応難。
- ・介助量が増す事で、他入居者へのケアが不十分となる為。

<入浴：特殊浴槽など設備上の問題>

- ・入浴に関しては、入浴用リフトなどの設備がなく、立位保持不能なレベルの方に対しての対応は難しい。
- ・浴室が一般家庭のユニットバスであることから、浴槽のまたぎが出来ない身体状況になると適切なサービスの提供が困難になる為。

BPSDにおいては、「物を盗られたなどと被害的になる」、「昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている」については約6割が「頻度大でも可」と回答しているのに対し、「周囲に迷惑となるような大声を発する」、「他者への攻撃的な言動がみられる」では「頻度大でも可」と回答したのは約3割であった。

図表 3-56 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(問 24.BPSD)



図表 3-57 対応できない場合、その理由(問 24.BPSD) 回答例

<全般：人員不足>

- ・対応できる職員数の確保ができない。
- ・人配置ができない。ただし、対象利用者1名のみであれば可能である。

<一人で外に出て行き、帰ってこられなくなる：リスク回避>

- ・夜間帯以外は玄関を含めホーム内のカギが開放となっており、ご利用者の安全を確保するため。
- ・玄関の施錠等は行っておらず、また人員も多く確保していないため対応が難しいときもあるから。

<周囲に迷惑となるような大声を発する／他者への攻撃的な言動がみられる：他の利用者への配慮>

- ・共同生活が営めないことにより、他の入居者の方が不穏になったりして日常生活が難しいため。
- ・昼間だけの症状や内服により落ち着きが見られてくれば対応は可能だが、他の入居者への精神的な負担が出てくるので、難しい。
- ・他入居者様の生活に安全を保障できない為。
- ・共同生活なので、他者に暴言や暴力行為の迷惑行為があり、団体生活が難しいのであれば対応不可

第3章 事業所アンケート調査結果

これらの重度化への対応について、事業所に勤務する看護師・准看護師が有、併設・隣接するサービスとして訪問看護、医療機関（介護療養型医療施設、精神科のある病院・診療所、その他の医療機関）が有、看取り介護加算・医療連携体制加算・認知症専門ケア加算の算定ありの場合に対象を限定し集計をおこなった。

「看護師・准看護師あり」の事業所では ADL や BPSD で支援が必要な利用者を受け入れやすい傾向があり、総計と比較して「全介助でも可（頻度大でも可）」の項目に 5%以上の差がついたのは、ADL の全項目、BPSD の 4 項目であった。

「訪問看護あり」の事業所では、BPSD で支援が必要な利用者を受け入れやすい傾向があり、総計と比較して「頻度大でも可」の項目に 5%以上の差がついたのは、BPSD のうち 5 項目であった。

「看取り介護加算あり」の事業所では、ADL・BPSD の支援が必要な利用者を受け入れやすい傾向があり、総計と比較して「全介助でも可（頻度大でも可）」の項目に 5%以上の差がついたのは、ADL の「入浴」、BPSD の 5 項目であった。

「認知症専門ケア加算あり」の事業所では、BPSD の支援が必要な利用者を受け入れやすい傾向があり、総計と比較して「頻度大でも可」の項目に 5%以上の差がついたのは、「物を盗られたなどと被害的になる」「昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている」「介護されることに抵抗を示す」の 3 項目であった。

図表 3-58 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(看護職員あり、訪問看護併設あり、医療機関併設あり、看取り介護加算・医療連携体制加算・認知症専門ケア加算ありの場合の内訳)

ADL

	食事					排泄				
	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答
総計	703 100.0	20 2.8	37 5.3	576 81.9	70 10.0	703 100.0	13 1.8	32 4.6	584 83.1	74 10.5
職員配置	看護・准看護師あり	172 100.0	4 2.3	8 4.7	156 90.7	4 2.3	172 100.0	3 1.7	5 2.9	157 91.3
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	2 4.4	4 8.9	35 77.8	4 8.9	45 100.0	1 2.2	5 11.1	35 77.8
	医療機関あり	76 100.0	3 3.9	6 7.9	57 75.0	10 13.2	76 100.0	2 2.6	6 7.9	58 76.3
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	1 0.8	2 1.6	107 82.9	19 14.7	129 100.0	0 0.0	4 3.1	104 80.6
	医療連携体制加算あり	536 100.0	9 1.7	25 4.7	451 84.1	51 9.5	536 100.0	6 1.1	20 3.7	455 84.9
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	4 1.5	11 4.1	228 85.4	24 9.0	267 100.0	2 0.7	7 2.6	231 86.5

	入浴					移動				
	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答
総計	703 100.0	21 3.0	109 15.5	500 71.1	73 10.4	703 100.0	18 2.6	50 7.1	566 80.5	69 9.8
職員配置	看護・准看護師あり	172 100.0	3 1.7	20 11.6	144 83.7	5 2.9	172 100.0	4 2.3	9 5.2	155 90.1
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	1 2.2	6 13.3	34 75.6	4 8.9	45 100.0	2 4.4	4 8.9	36 80.0
	医療機関あり	76 100.0	2 2.6	14 18.4	50 65.8	10 13.2	76 100.0	4 5.3	6 7.9	56 73.7
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	2 1.6	7 5.4	100 77.5	20 15.5	129 100.0	1 0.8	2 1.6	107 82.9
	医療連携体制加算あり	536 100.0	10 1.9	73 13.6	397 74.1	56 10.4	536 100.0	8 1.5	31 5.8	447 83.4
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	6 2.2	39 14.6	195 73.0	27 10.1	267 100.0	4 1.5	14 5.2	225 84.3

		物を盗られたなどと被害的になる					昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている				
		調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
総計		703 100.0	3 0.4	207 29.4	413 58.7	80 11.4	703 100.0	10 1.4	220 31.3	403 57.3	70 10.0
職員配置	看護・准看護師あり	172 100.0	1 0.6	51 29.7	111 64.5	9 5.2	172 100.0	2 1.2	54 31.4	112 65.1	4 2.3
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	1 2.2	11 24.4	28 62.2	5 11.1	45 100.0	1 2.2	10 22.2	30 66.7	4 8.9
	医療機関あり	76 100.0	0 0.0	19 25.0	45 59.2	12 15.8	76 100.0	0 0.0	24 31.6	42 55.3	10 13.2
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	1 0.8	28 21.7	77 59.7	23 17.8	129 100.0	4 3.1	24 18.6	81 62.8	20 15.5
	医療連携体制加算あり	536 100.0	2 0.4	148 27.6	326 60.8	60 11.2	536 100.0	8 1.5	160 29.9	315 58.8	53 9.9
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	0 0.0	61 22.8	177 66.3	29 10.9	267 100.0	4 1.5	68 25.5	172 64.4	23 8.6

		一人で外に出て行き、帰ってこれなくなる					周囲に迷惑となるような大声を発する				
		調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
総計		703 100.0	51 7.3	270 38.4	306 43.5	76 10.8	703 100.0	51 7.3	362 51.5	211 30.0	79 11.2
職員配置	看護・准看護師あり	172 100.0	10 5.8	77 44.8	80 46.5	5 2.9	172 100.0	10 5.8	91 52.9	65 37.8	6 3.5
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	5 11.1	13 28.9	23 51.1	4 8.9	45 100.0	3 6.7	19 42.2	20 44.4	3 6.7
	医療機関あり	76 100.0	9 11.8	28 36.8	29 38.2	10 13.2	76 100.0	6 7.9	39 51.3	21 27.6	10 13.2
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	4 3.1	42 32.6	63 48.8	20 15.5	129 100.0	5 3.9	58 45.0	46 35.7	20 15.5
	医療連携体制加算あり	536 100.0	32 6.0	208 38.8	240 44.8	56 10.4	536 100.0	36 6.7	273 50.9	166 31.0	61 11.4
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	14 5.2	100 37.5	125 46.8	28 10.5	267 100.0	13 4.9	137 51.3	90 33.7	27 10.1

		他者への攻撃的な言動がみられる					介護されることに抵抗を示す				
		調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
総計		703 100.0	61 8.7	388 55.2	182 25.9	72 10.2	703 100.0	11 1.6	305 43.4	313 44.5	74 10.5
職員配置	看護・准看護師あり	172 100.0	11 6.4	101 58.7	54 31.4	6 3.5	172 100.0	3 1.7	81 47.1	83 48.3	5 2.9
併設・隣接するサービス	訪問看護あり	45 100.0	2 4.4	24 53.3	14 31.1	5 11.1	45 100.0	0 0.0	16 35.6	25 55.6	4 8.9
	医療機関あり	76 100.0	5 6.6	44 57.9	16 21.1	11 14.5	76 100.0	1 1.3	38 50.0	27 35.5	10 13.2
加算	看取り介護加算あり	129 100.0	5 3.9	64 49.6	40 31.0	20 15.5	129 100.0	0 0.0	44 34.1	64 49.6	21 16.3
	医療連携体制加算あり	536 100.0	41 7.6	296 55.2	145 27.1	54 10.1	536 100.0	10 1.9	221 41.2	250 46.6	55 10.3
	認知症専門ケア加算あり	267 100.0	18 6.7	150 56.2	75 28.1	24 9.0	267 100.0	3 1.1	105 39.3	134 50.2	25 9.4

※総計と比較して「全介助でも可（頻度大でも可）」の割合が5%以上高い場合にセルを色づけしている。

第3章 事業所アンケート調査結果

入居者の重度化への対応について、既に重度化の傾向がある事業所の実態を把握するため、現在の入居者の「平均要介護度3以上」の事業所に限定して集計をおこなった。

「平均要介護度3以上」の事業所ではADLの全項目（食事、排泄、入浴、移動）について「全介助でも可」と回答した事業所が約9割となっていた。

BPSDについては、「平均要介護度3以上」の事業所であっても、「物を盗られたなどと被害的になる」、「昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている」については約6割が「頻度大でも可」と回答しているのに対し、「周囲に迷惑となるような大声を発する」、「他者への攻撃的な言動がみられる」で「頻度大でも可」と回答したのは4割未満であった。

図表 3-59 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(平均要介護度別)

ADL

	食事					排泄				
	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答
全体	703	20	37	576	70	703	13	32	584	74
	100.0	2.8	5.3	81.9	10.0	100.0	1.8	4.6	83.1	10.5
平均要介護度3未満	347	18	33	284	12	347	13	28	293	13
	100.0	5.2	9.5	81.8	3.5	100.0	3.7	8.1	84.4	3.7
平均要介護度3以上	303	1	3	283	16	303	0	2	282	19
	100.0	0.3	1.0	93.4	5.3	100.0	0.0	0.7	93.1	6.3

	入浴					移動				
	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答	調査数	一部介助なら可	半介助まで可	全介助でも可	無回答
全体	703	21	109	500	73	703	18	50	566	69
	100.0	3.0	15.5	71.1	10.4	100.0	2.6	7.1	80.5	9.8
平均要介護度3未満	347	19	86	226	16	347	18	42	276	11
	100.0	5.5	24.8	65.1	4.6	100.0	5.2	12.1	79.5	3.2
平均要介護度3以上	303	2	19	267	15	303	0	5	283	15
	100.0	0.7	6.3	88.1	5.0	100.0	0.0	1.7	93.4	5.0

BPSD

	物を盗られたなどと被害的になる					昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	3 0.4	207 29.4	413 58.7	80 11.4	703 100.0	10 1.4	220 31.3	403 57.3	70 10.0
平均要介護度3未満	347 100.0	3 0.9	117 33.7	208 59.9	19 5.5	347 100.0	5 1.4	132 38.0	196 56.5	14 4.0
平均要介護度3以上	303 100.0	0 0.0	85 28.1	199 65.7	19 6.3	303 100.0	5 1.7	83 27.4	201 66.3	14 4.6

	一人で外に出て行き、帰ってこられなくなる					周囲に迷惑となるような大声を発する				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	51 7.3	270 38.4	306 43.5	76 10.8	703 100.0	51 7.3	362 51.5	211 30.0	79 11.2
平均要介護度3未満	347 100.0	33 9.5	146 42.1	152 43.8	16 4.6	347 100.0	34 9.8	206 59.4	90 25.9	17 4.9
平均要介護度3以上	303 100.0	15 5.0	121 39.9	149 49.2	18 5.9	303 100.0	17 5.6	151 49.8	116 38.3	19 6.3

	他者への攻撃的な言動がみられる					介護されることに抵抗を示す				
	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答	調査数	不可	頻度小なら可	頻度大でも可	無回答
全体	703 100.0	61 8.7	388 55.2	182 25.9	72 10.2	703 100.0	11 1.6	305 43.4	313 44.5	74 10.5
平均要介護度3未満	347 100.0	33 9.5	227 65.4	72 20.7	15 4.3	347 100.0	8 2.3	183 52.7	140 40.3	16 4.6
平均要介護度3以上	303 100.0	26 8.6	156 51.5	106 35.0	15 5.0	303 100.0	3 1.0	116 38.3	168 55.4	16 5.3

※総計と比較して割合が5%以上高い場合にセルを色づけしている。

3) 認知症グループホームからの在宅復帰

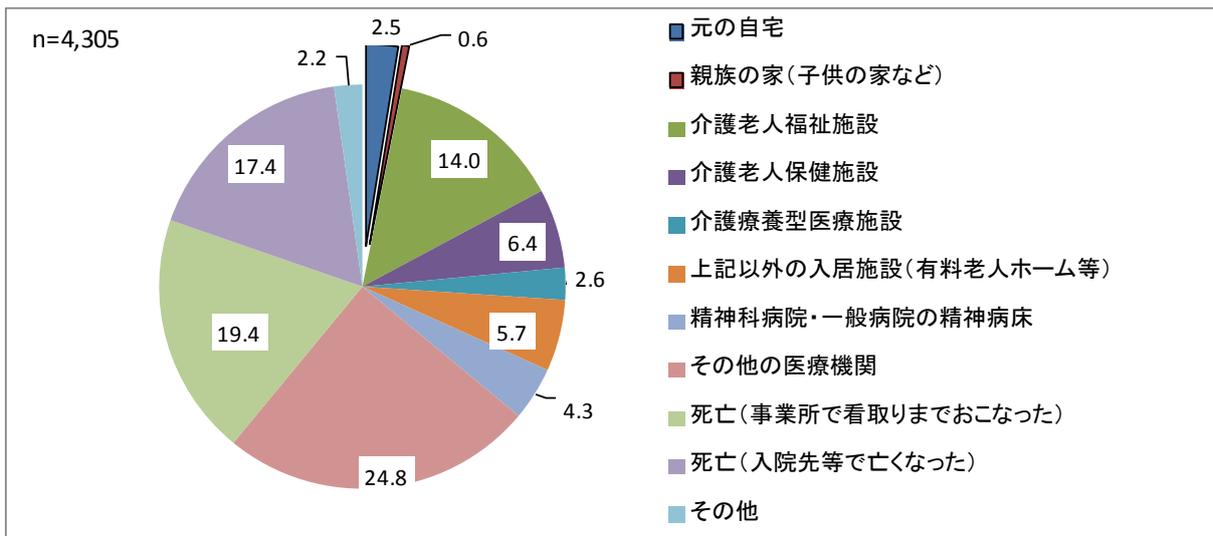
過去1年間に認知症グループホームを退居した者のうち、「元の自宅」や「親族の家」などへ在宅復帰を果たした者は約3%と少なかった。

実際に在宅復帰を実現した事例では、約7割強が在宅復帰後、介護保険サービスを利用していた（「介護保険の訪問・通所サービスを利用（小規模多機能を除く）」58.5%、「小規模多機能を利用」17.1%）。

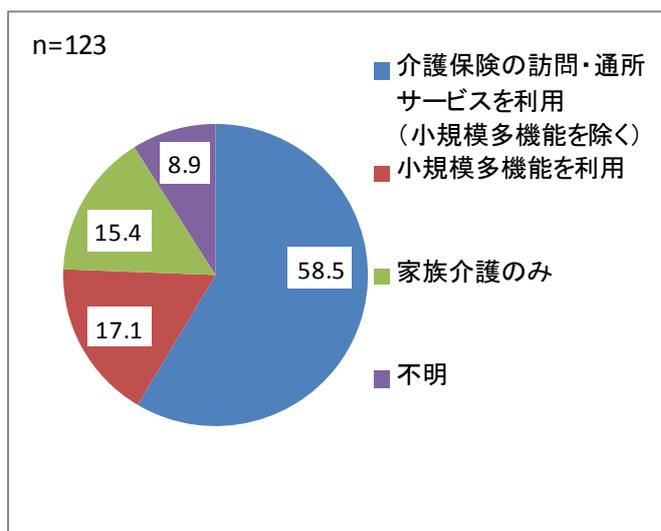
在宅復帰に向けての取組としては、「家族と密な連絡・調整を行った」、「在宅復帰後担当となるケアマネージャーと密な連絡・調整を行った」との回答が過半数を占めていた。

また、在宅復帰を促進するために重要な取組として、「認知症に関する市民理解と近隣住民の理解を深めてもらうこと」が約5割と最も高く、次いで「グループホームにおける退居準備・退居時カンファレンスの実施」44.1%が挙げられており、認知症グループホームとしての支援はもちろんのこと、地域全体で認知症を見守る環境を整えることが求められているといえる。

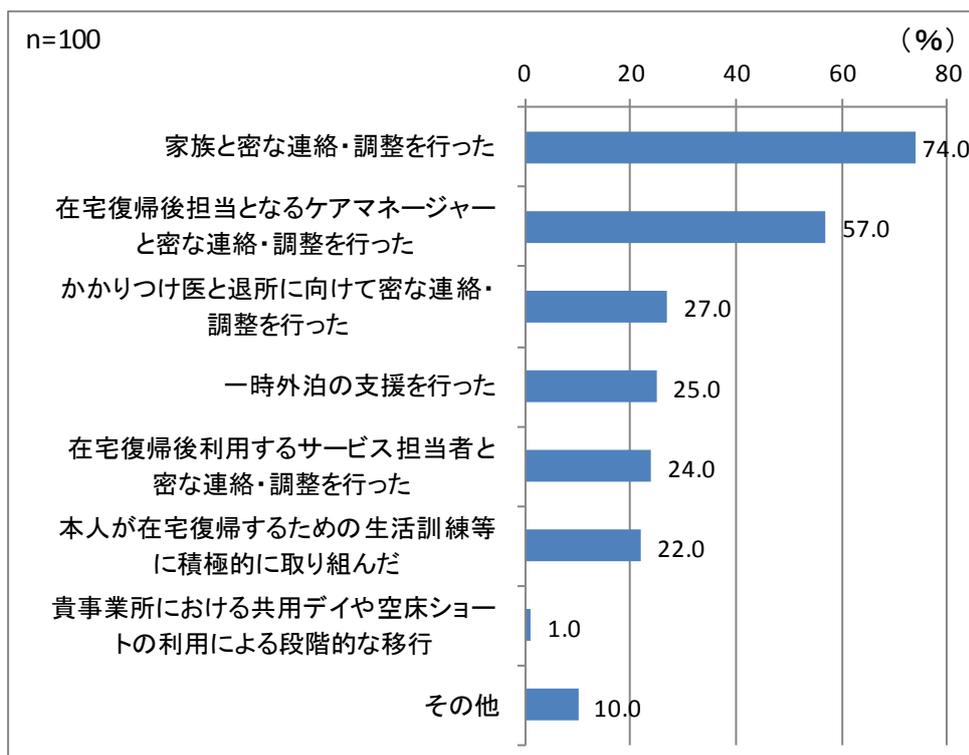
図表 3-60 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)
 <退居先別の内訳(問12②)>



図表 3-61 「元の自宅」「親族の家」への退居ありの場合の取組
 <自宅等へ退居した後に利用する在宅でのサービスの内訳(問13)>

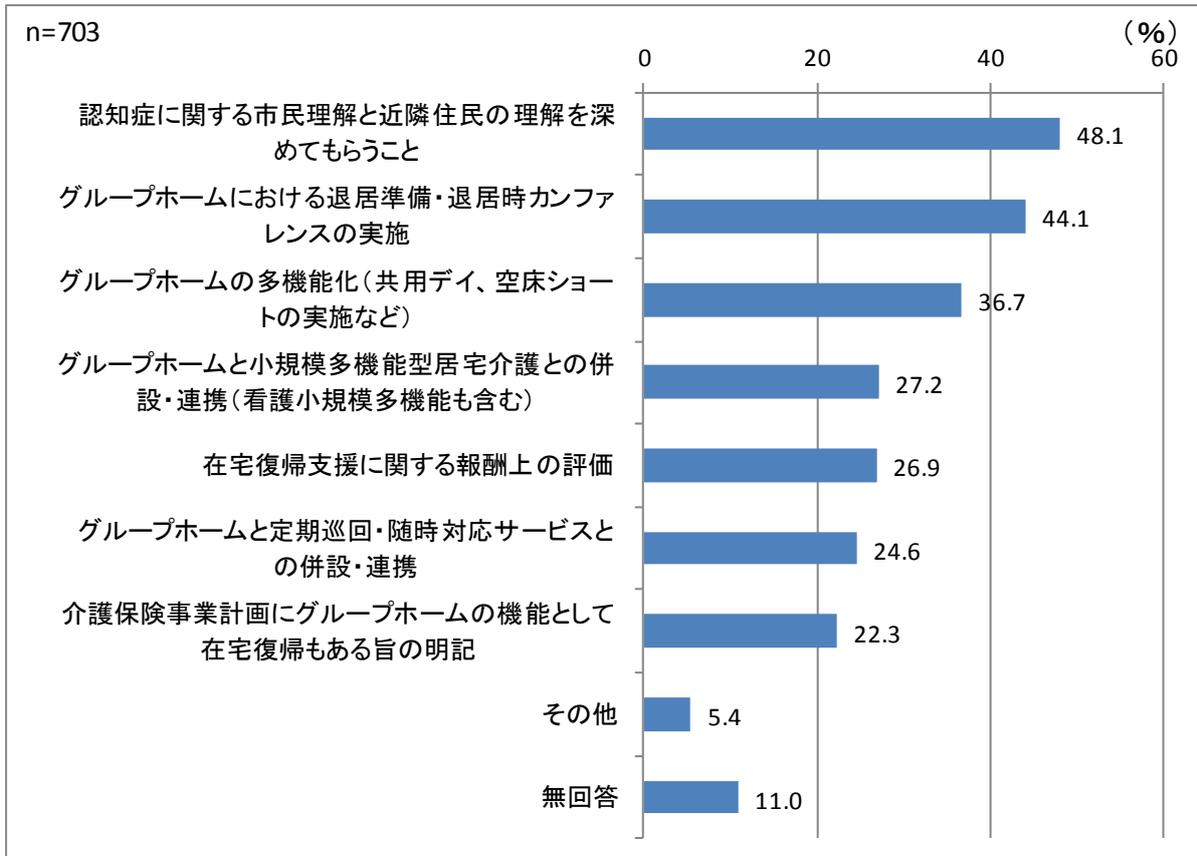


図表 3-62 自宅等へ退居する際に事業所として取り組んだこと【MA】(問14)



※「自宅等へ退居した後に利用する在宅でのサービスの内訳」は回答があった人数を母数としており、「自宅等へ退居する際に事業所として取り組んだこと」は自宅等へ退居した者がいる事業所を母数としているため、件数が一致しない。

図表 3-63 グループホームが在宅復帰支援を進めていく上で重要となる取組(最大3つまで選択)
(問15)



- ▶ 入居者の要介護度の重度化により、備え付けの福祉用具では対応が困難となっている実態を踏まえ、どのように考えるか。個々人の容態に応じた柔軟な対応を促進する上で、介護保険制度の福祉用具貸与の利用を可能にすることについてどのように考えるか

4) 認知症グループホームにおける利用者の容態に応じた福祉用具の提供

福祉用具の1ユニットあたりの利用者数は、「特殊寝台」3.4人、「車いす」2.8人、「歩行器」0.8人、「ポータブルトイレ」1.3人、「入浴補助用具」1.5人となっていた。

事業所の平均要介護度別に比較すると、「平均要介護度3未満」の事業所の1ユニットあたりの利用者数は「特殊寝台」3.2人、「車いす」2.2人、「歩行器」1.1人、「ポータブルトイレ」1.4人、「入浴補助用具」1.3人となっており、「平均要介護度3以上」の事業所では「特殊寝台」3.6人、「車いす」3.5人、「歩行器」0.6人、「ポータブルトイレ」1.2人、「入浴補助用具」1.6人であった。「平均要介護度が3以上」の事業所では「車いす」、「特殊寝台」、「入浴補助用具」の利用者が1ユニットあたりそれぞれ1.3人、0.4人、0.3人多くなくなっており、入居者の重度化に伴い福祉用具の提供へのニーズが高まることが示された。

図表 3-64 福祉用具の利用状況

<1ユニットあたり福祉用具の利用者数(問26)>

		利用者数				
		調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	特殊寝台	577	3.4	3.8	0.0	9.0
	車いす	577	2.8	2.0	0.0	9.0
	歩行器	577	0.8	1.4	0.0	9.0
	ポータブルトイレ	577	1.3	1.7	0.0	9.0
	入浴補助用具	577	1.5	2.8	0.0	10.5
平均要介護度3未満	特殊寝台	309	3.2	3.8	0.0	9.0
	車いす	309	2.2	1.8	0.0	9.0
	歩行器	309	1.1	1.6	0.0	9.0
	ポータブルトイレ	309	1.4	1.9	0.0	9.0
	入浴補助用具	309	1.3	2.7	0.0	10.5
平均要介護度3以上	特殊寝台	261	3.6	3.7	0.0	9.0
	車いす	261	3.5	1.9	0.0	9.0
	歩行器	261	0.6	1.1	0.0	9.0
	ポータブルトイレ	261	1.2	1.4	0.0	9.0
	入浴補助用具	261	1.6	2.8	0.0	9.0

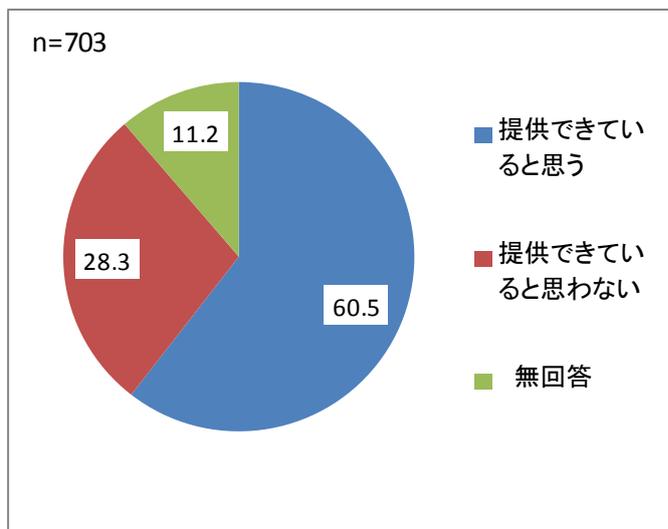
第3章 事業所アンケート調査結果

現行の介護保険制度の下で個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供ができていると思うかを尋ねたところ、60.5%の事業所が「提供できていると思う」と回答した。一方「提供できていると思わない」と回答した事業所も28.3%あった。

事業所の平均要介護度別に比較すると、「平均要介護度3以上」の事業所では「提供できていると思わない」の割合が33.0%と高くなっていた。また、ユニット数別に比較すると、「1ユニット」の小規模事業所ほど、「提供できていると思わない」の割合が31.8%と高くなっていた。

個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供が実現できていない理由としては、「個々の重度化の状態に対応した福祉用具を事業所が購入することが困難」であるとの記述が多く見られ、他に「予算確保が困難」、「保管場所の確保が困難」などの理由が挙げられており、入居者の重度化によって従来整備してきた以上に多様・高価な福祉用具の整備が求められている様子や、小規模な事業所ほど対応が困難である様子が伺えた。

図表 3-65 現行の介護報酬制度の下で、個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供ができているか
<個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供(問28)>



図表 3-66 個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供が実現できていない理由(問28①) 回答例

<重度化のレベルには多様性があり個別性の高い福祉用具を揃えることが困難>

- ・車いすは個別性の高い福祉用具であり、使いまわしが難しい場合がある。また利用者さんの状態によっては高価な物が必要となることがある。よって個人で購入してもらうことが妥当なケースがある。レンタルしたい時も多い。
- ・重度化が進む中、個々に応じた福祉用具の導入は不可欠。しかし、事業所がすべて用意するのは困難。現在は利用者（家族）に説明し自費購入していただいている。
- ・様態が多様化しているため、ホーム購入では揃えきれない。
- ・看取り期の方などの褥瘡予防に対して、十分なサポート用品（エアマット・特殊寝台・体圧分散のためのクッション等）が不足。
- ・要介護区分が重度化しており、福祉用具の共有が難しい。

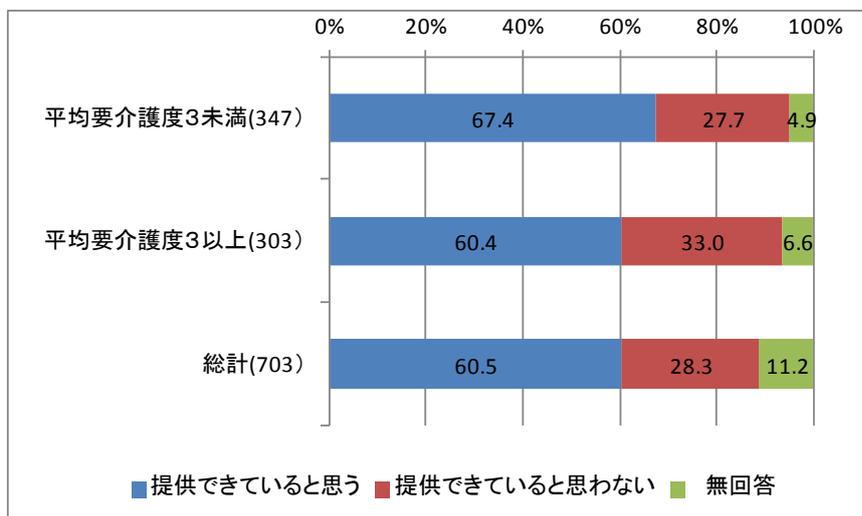
<購入費用が負担>

- ・入居者様の身体機能が多様であり、それに対応した福祉用具の準備は、予算的にも難しいため。
- ・グループホームでは福祉用具のレンタルができないので、個人か事業所が購入しなければならない。個々人に応じた福祉用具をそろえるのはコスト的に困難である。

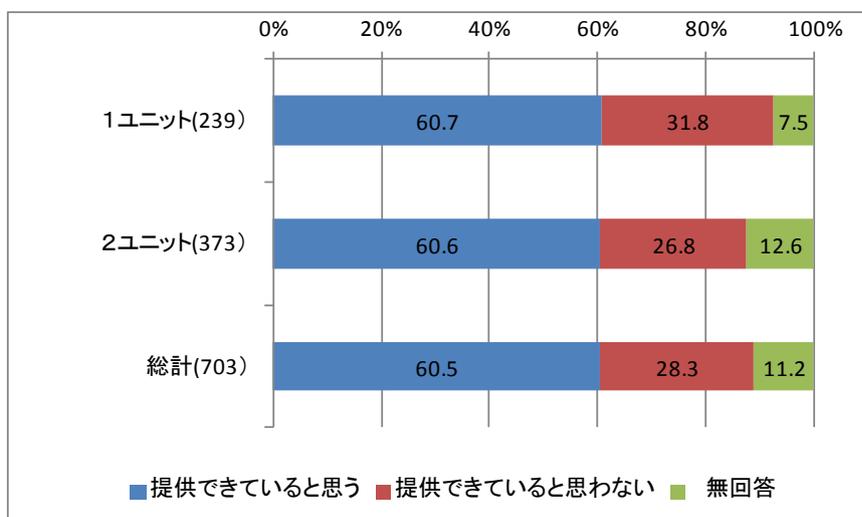
<保管場所の確保が困難>

- ・身体能力程度により、必要な福祉用具が多岐に渡り、数や種類をそろえることは困難である。また、不使用時の保管場所も確保できない。
- ・畳で休んでいる方が、重度化しベッド利用となる場合に、レンタルが実費負担か施設購入となるが、購入した場合は不要になった時に置き場所に困る。

図表 3-67 現行の介護報酬制度の下で、個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供ができているか
 <個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供(平均要介護度別)>



<個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供(ユニット数別)>



第3章 事業所アンケート調査結果

事業所が平成26年度に福祉用具の購入やレンタルに要した費用の回答を求めたところ、「0円」であった事業所が40.1%と最も多かったが、「14万円以下」の支出があった事業所も20.1%あり、支出の最高額は220万円であった。

1ユニットあたりの福祉用具の保有数、レンタル数をみると、レンタルは非常に件数が少なく、大半が保有であった。そのため、支出額が少ないのは、福祉用具を購入したのが一昨年度以前であったためであることが推測される。

図表3-68 福祉用具の利用状況

<1ユニットあたり福祉用具の利用者数>

	利用者数				
	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
特殊寝台	577	3.4	3.8	0.0	9.0
車いす	577	2.8	2.0	0.0	9.0
歩行器	577	0.8	1.4	0.0	9.0
ポータブルトイレ	577	1.3	1.7	0.0	9.0
入浴補助用具	577	1.5	2.8	0.0	10.5

<1ユニットあたり福祉用具の保有数・レンタル数・利用者の自己保有数>

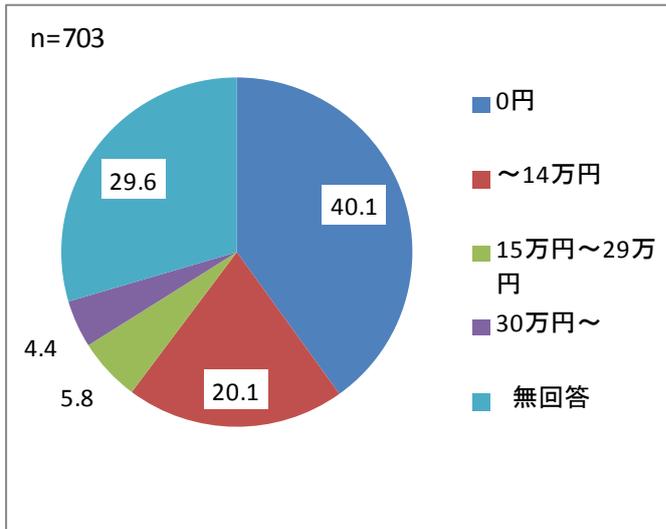
	保有数					レンタル数				
	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
特殊寝台	577	3.0	3.7	0.0	10.0	577	0.4	1.5	0.0	9.0
車いす	577	2.9	1.8	0.0	12.0	577	0.1	0.5	0.0	4.5
歩行器	577	0.7	0.9	0.0	8.0	577	0.0	0.2	0.0	2.5
ポータブルトイレ	577	1.5	1.5	0.0	12.0	577	0.0	0.2	0.0	3.7
入浴補助用具	577	0.6	0.9	0.0	8.0	577	0.0	0.1	0.0	2.0

	利用者の自己保有数 (持ち込み)				
	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
特殊寝台	577	0.3	1.1	0.0	9.0
車いす	577	0.9	1.3	0.0	11.0
歩行器	577	0.4	0.8	0.0	7.0
ポータブルトイレ	577	0.4	0.8	0.0	6.0
入浴補助用具	577	0.0	0.1	0.0	1.0

※選択肢として挙げた福祉用具以外には、「離床センサー」、「褥瘡予防マットレス」、「シルバーカー」、「杖」などの回答があった。

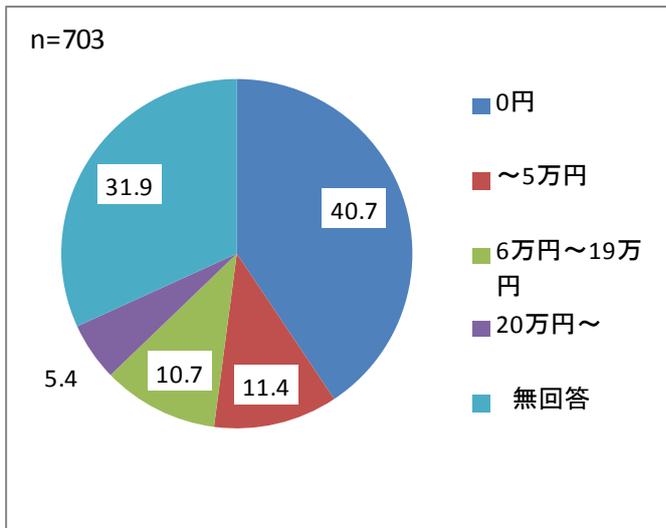
図表 3-69 福祉用具の購入やレンタルに要した費用(平成 26 年度)(問27)

<購入及びレンタルの合計額>



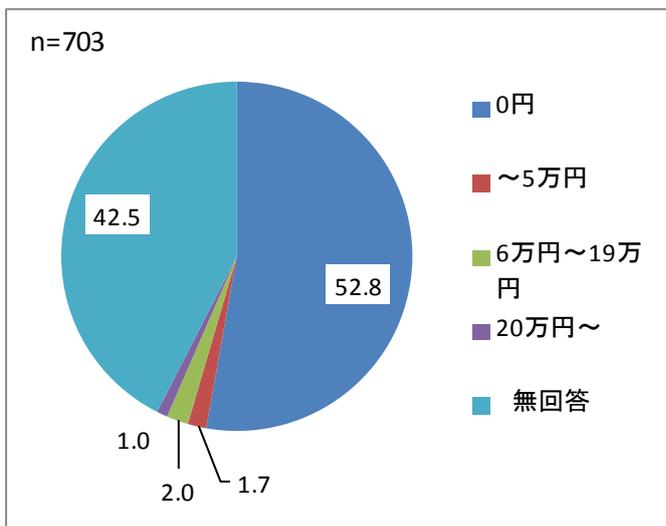
調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
495	77,371.3	215,979.0	0	2,200,000

<購入に要した費用>



調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
479	69,812.9	212,827.1	0	2,200,000

<レンタルに要した費用>



調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
404	12,025.8	63,445.2	0	723,600

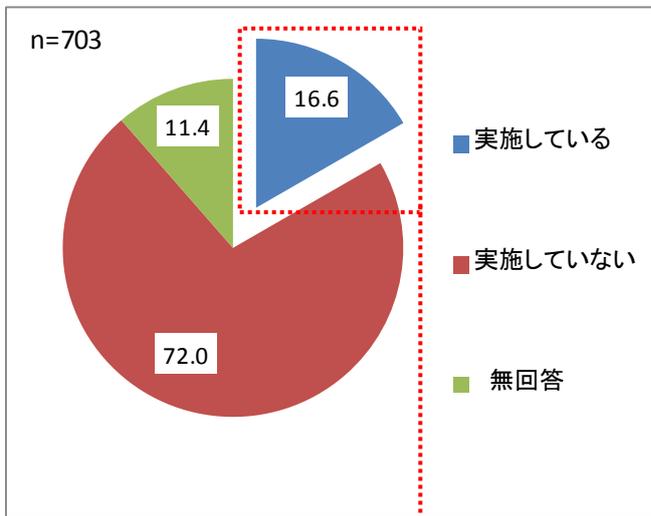
5. グループホームと地域に暮らす家族介護者の負担軽減について

- 在宅支援機能の強化の一つとして空床ショートの利用が考えられるが、実態として需要はあるか。また、需要があるならば実施率が伸びない理由は何か。また、定員の枠外での利用を可能にすることについてどのように考えるか。その際の人員、設備上の課題は何か

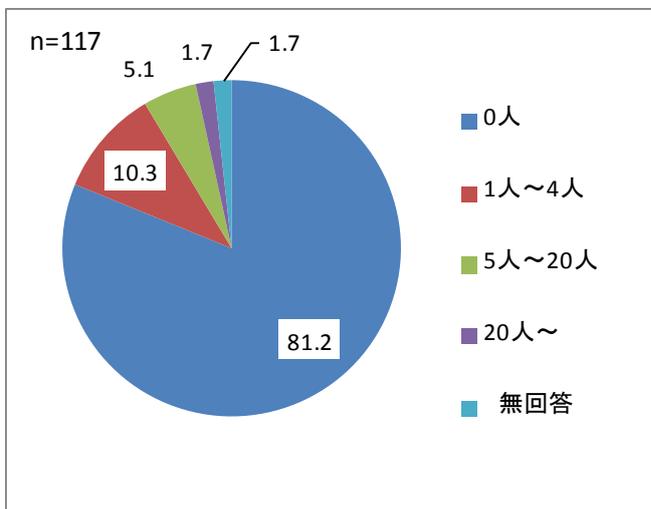
1) 空床ショートステイの活用

回答した全事業所のうち、空床利用のショートステイ（以下、空床ショート）を「実施している」のは16.6%であった。このうち、81.2%は平成27年8月～10月の空床ショート利用者が「0人」であり、実質的に空床ショート活動している事業所はわずかであった。

図表 3-70 空床利用のショートステイの実施状況(問31)



図表 3-71 空床利用ショートステイ1ヶ月間の延べ利用者数
(平成27年8月～10月の平均)(問31①)

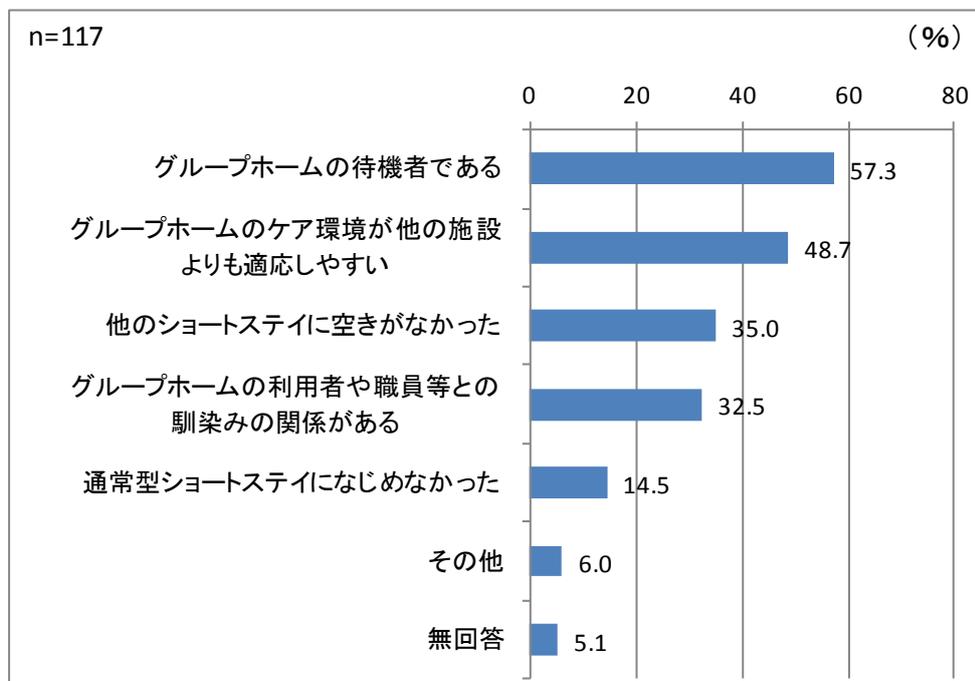


調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
115	1.2	4.6	0.0	30.0

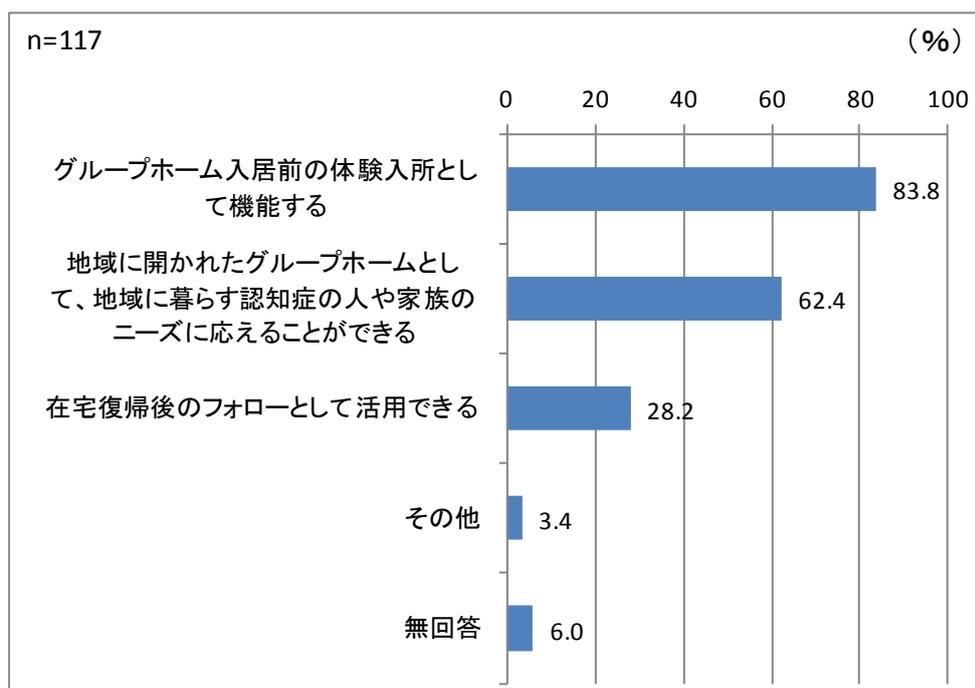
利用者がグループホームでの「ショートステイ」を選択する理由としては、「グループホームの待機者である」57.3%、「グループホームのケア環境が他の施設よりも適応しやすい」48.7%となっていた。

また、グループホームでショートステイを提供することの効果は、83.8%が「グループホーム入居前の体験入所として機能する」と回答していた。

図表 3-72 利用者がグループホームでの『ショートステイ』を選択する理由【MA】(問31②)



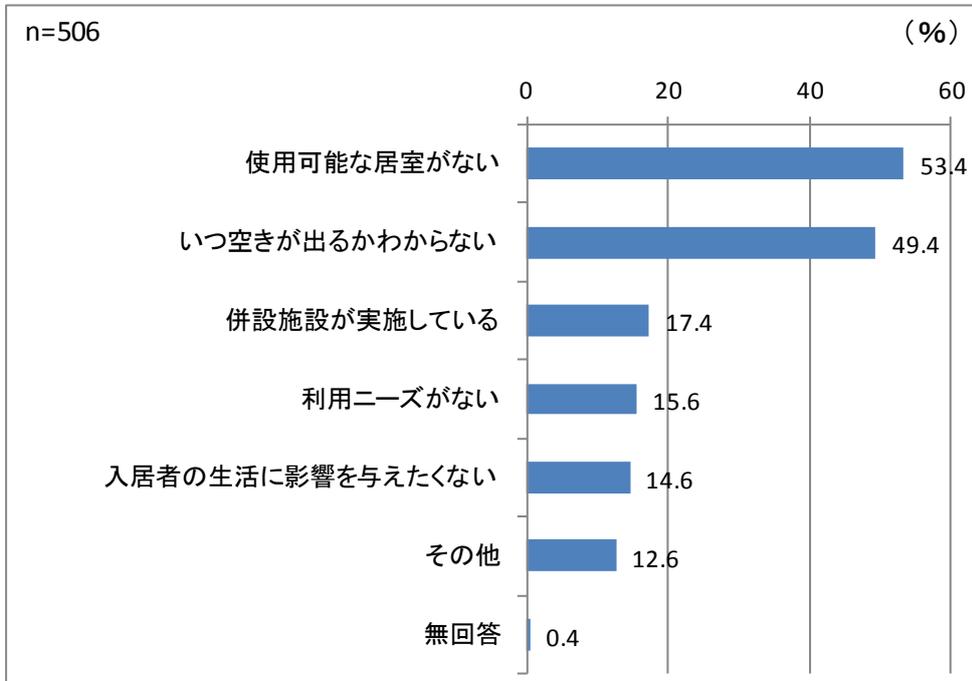
図表 3-73 グループホームでショートステイを提供することの効果【MA】(問31③)



第3章 事業所アンケート調査結果

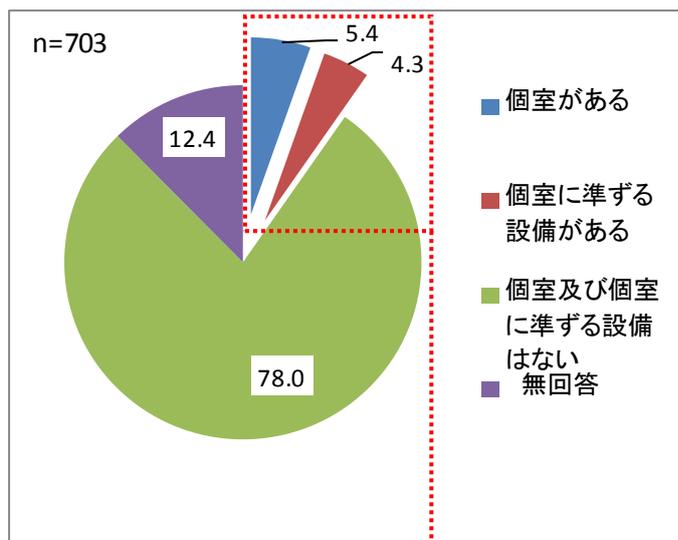
空床ショートを「実施していない」と回答した 506 事業所に、実施していない理由を尋ねたところ、最も多い回答は「使用可能な居室がない」53.4%、次いで「いつ空きが出るかわからない」49.4%であった。一方、「利用ニーズがない」と回答したのは 15.6%のみであり、ニーズに対応できていない可能性が示された。

図表 3-74 空床利用のショートステイを実施していない理由【MA】(問32)

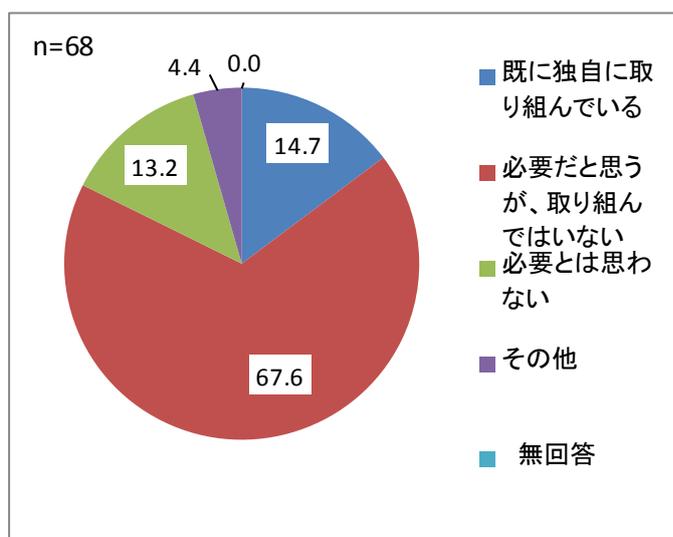


介護保険外サービスとして、グループホーム定員以外のショートステイに利用できる「個室がある」もしくは「個室に準ずる設備がある」と回答した 68 事業所について、グループホームとして定員の枠外でショートステイを提供できるような仕組みは必要だと思うかを尋ねたところ、「既に独自に取り組んでいる」事業所はわずか 14.7% (10 事業所)であったが、「必要だと思うが、取り組んではいない」と回答した割合が 67.6%と多くなっており、ニーズは存在する可能性が示された。

図表 3-75 定員外のショートステイに利用できる個室
もしくは個室に準ずる設備の有無(問33)



図表 3-76 グループホームとして定員の枠外でショートステイを提供できるような仕組み
の必要性と取組状況(問33①)



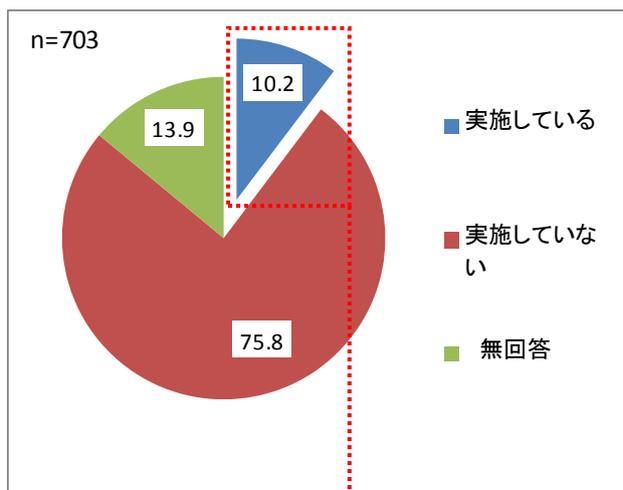
➤ グループホームが実施している認知症カフェや相談事業などの取組の介護報酬での評価のあり方としてどのような仕組みが考えられるか

2) 共用型認知症対応型通所介護(共用型デイサービス)への取組状況

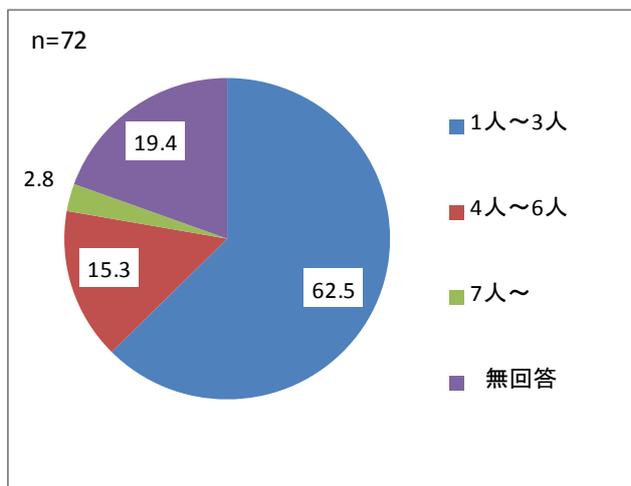
共用型認知症対応型通所介護(共用型デイサービス)は調査回答事業所の約1割が実施していた。実施している事業所は定員が「3人以下」が約6割と大半を占め、約7割が「7時間以上」と提供時間が長いことに特徴があった。

利用者が共用型デイサービスを選択する理由としては、「費用が安くて済む(毎日通える)」「グループホームのケア環境の方が適応しやすい」「グループホームの待機者である」が多く7割以上を占めていた。共用型デイサービスに特徴的と考えられる効果としても「グループホーム入居後のリロケーションダメージを防ぐことができる」「グループホーム入居者との相乗効果が期待できる」「グループホームが閉鎖的な空間でなくなる」「利用者のペースで生活することができる」の割合が6割以上を占めていた。

図表 3-77 共用型認知症対応型通所介護の実施状況(問29)

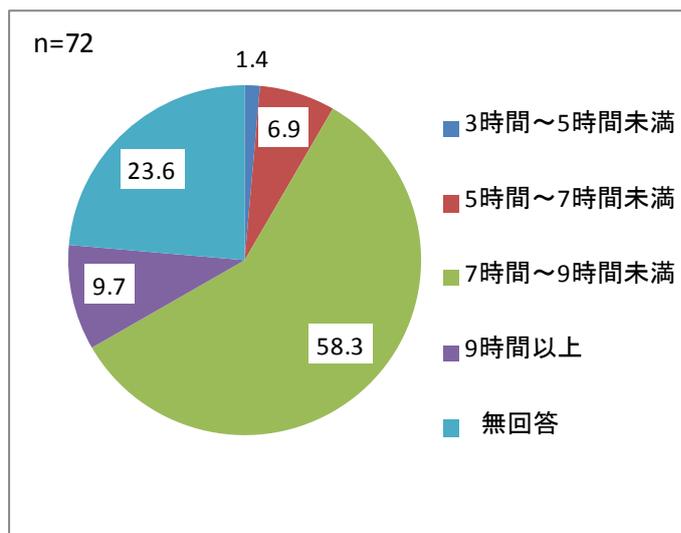


図表 3-78 1日あたりの定員(問29①)



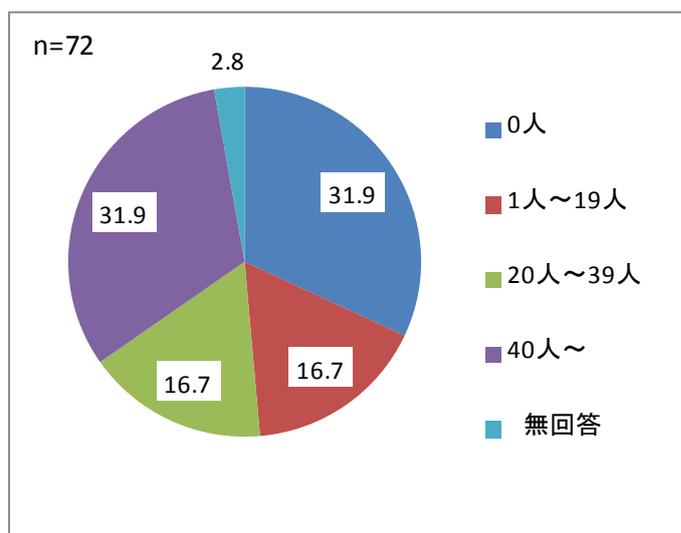
調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
58	3.7	1.6	1.0	9.0

図表 3-79 1日あたりの提供時間(問29②)

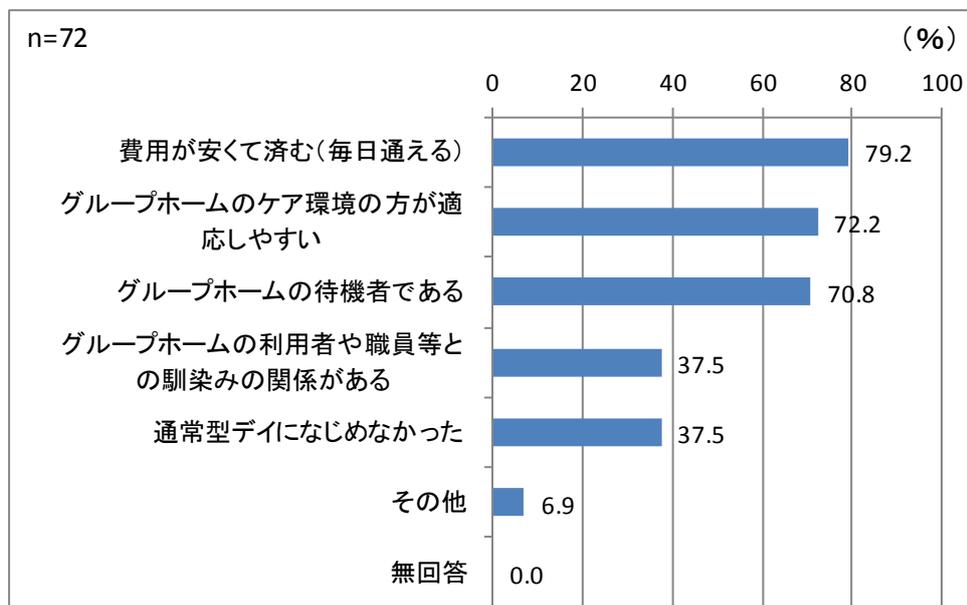


調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
55	7.4	1.2	3.0	11.0

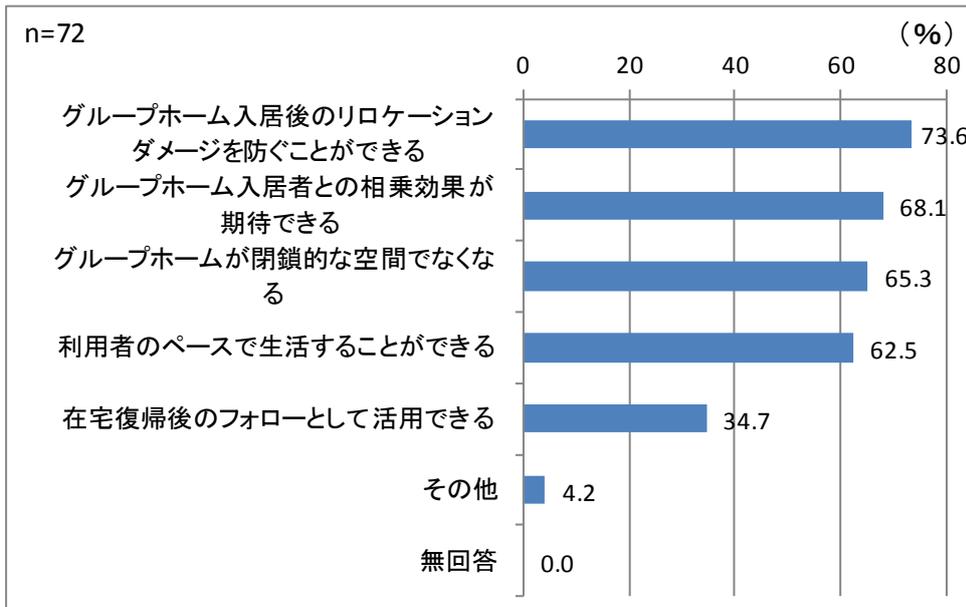
図表 3-80 1ヶ月あたりの延べ利用者数(平成27年8月～10月の平均)(問29③)



図表 3-81 利用者が『共用型認知症対応型通所介護』を選択する理由【MA】(問29④)

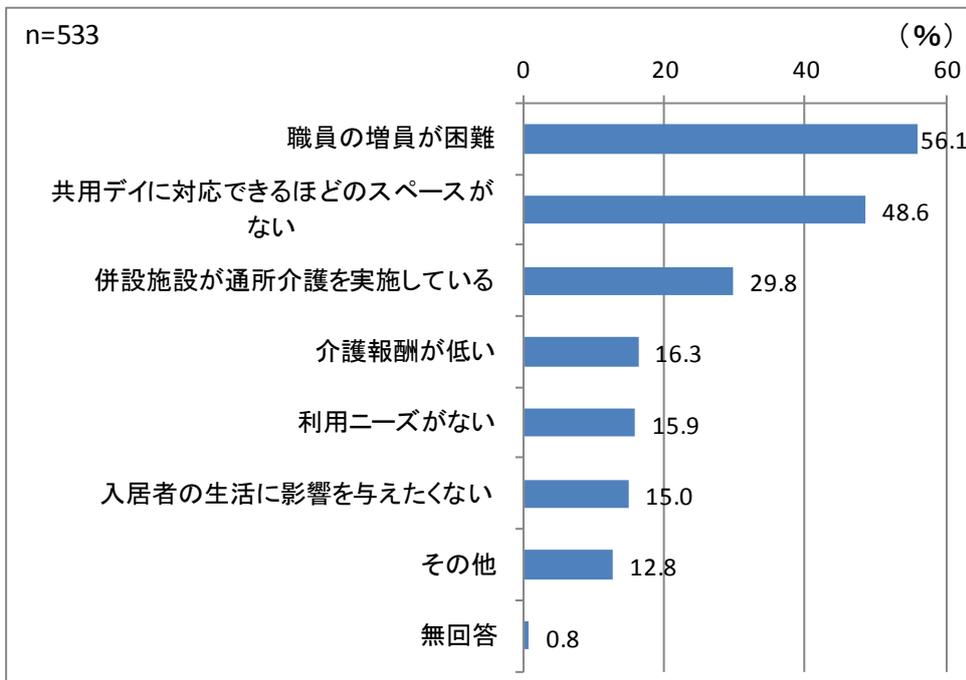


図表 3-82『共用型認知症対応型通所介護』に特徴的と思われる効果【MA】(問29⑤)



共用型デイサービスに取り組んでいない事業所の未実施の理由としては「職員の増員が困難」「共用型デイサービスに対応できるほどのスペースがない」点が約半数の事業所により挙げられていた。

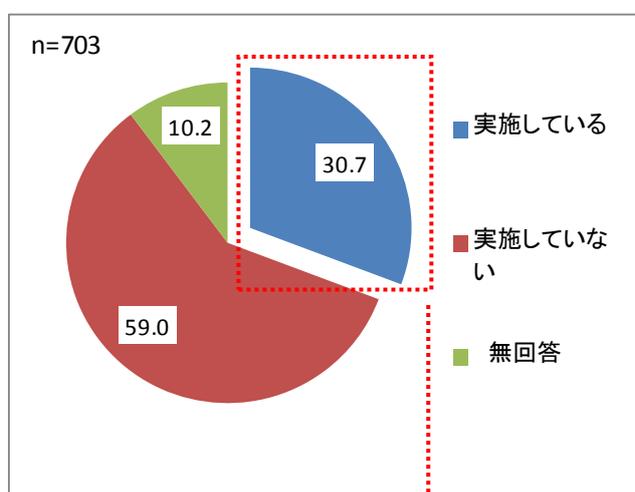
図表 3-83 共用型認知症対応型通所介護を実施していない理由【MA】(問30)



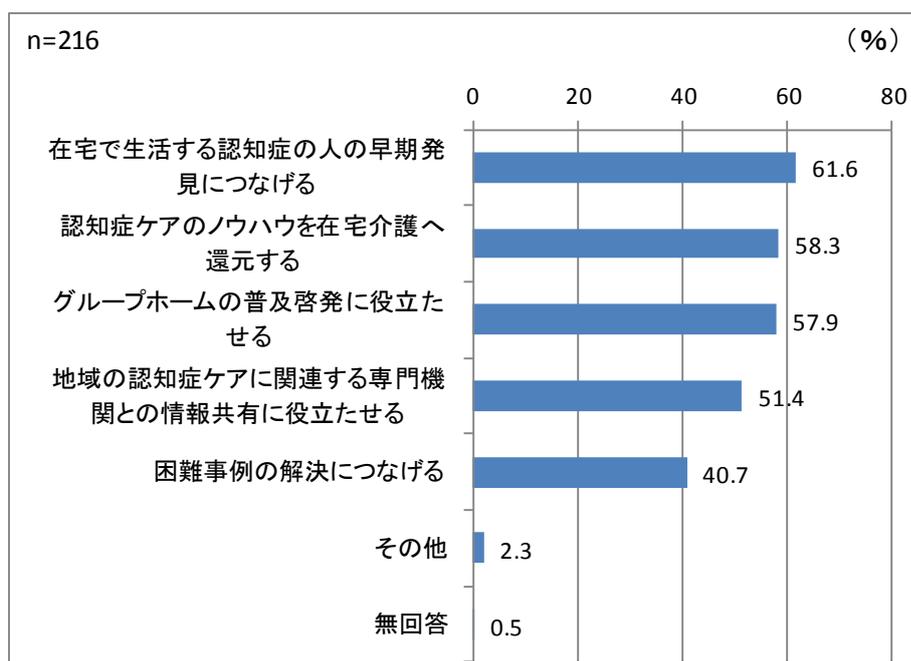
3) 相談支援活動への取組状況

相談支援活動は調査回答事業所の約3割が実施していた。実施の目的としては、約半数が「在宅で生活する認知症の人の早期発見につなげる」「認知症ケアのノウハウを在宅介護へ還元する」「グループホームの普及啓発に役立たせる」「地域の認知症ケアに関連する専門機関との情報共有に役立たせる」を挙げていた。主たる担当者は「管理者」で、半数以上が「介護福祉士」「介護支援専門員」「認知症介護実践リーダー研修修了者」といった専門資格を有している。「在宅で認知症の人を介護する家族」からの相談が最も多く、「介護者でない一般の地域住民」や「医療機関」からの相談もあり、内容は「認知症の人への基本的な関わり方や介護のコツ」や「介護保険制度に関すること」「具体的なBPSD等への対応方法」など幅広くなっている。一方で、相談件数は約9割が直近1ヶ月で「5件未満」と十分に浸透していないことが伺えた。

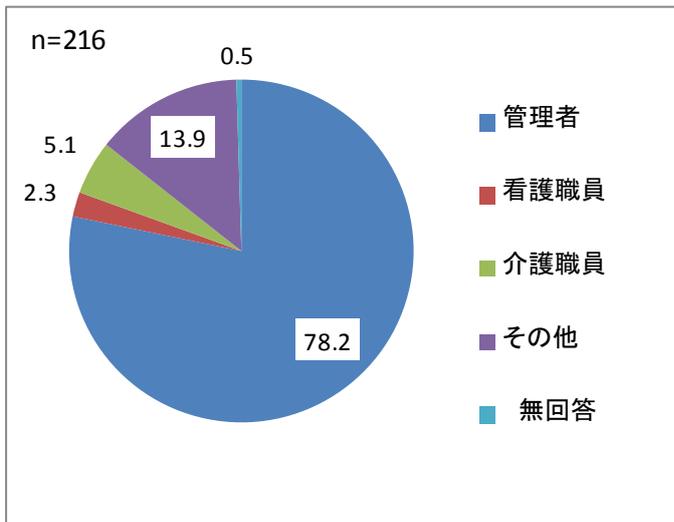
図表 3-84 地域住民を対象とした認知症ケアに関する相談支援活動の実施状況(問34)



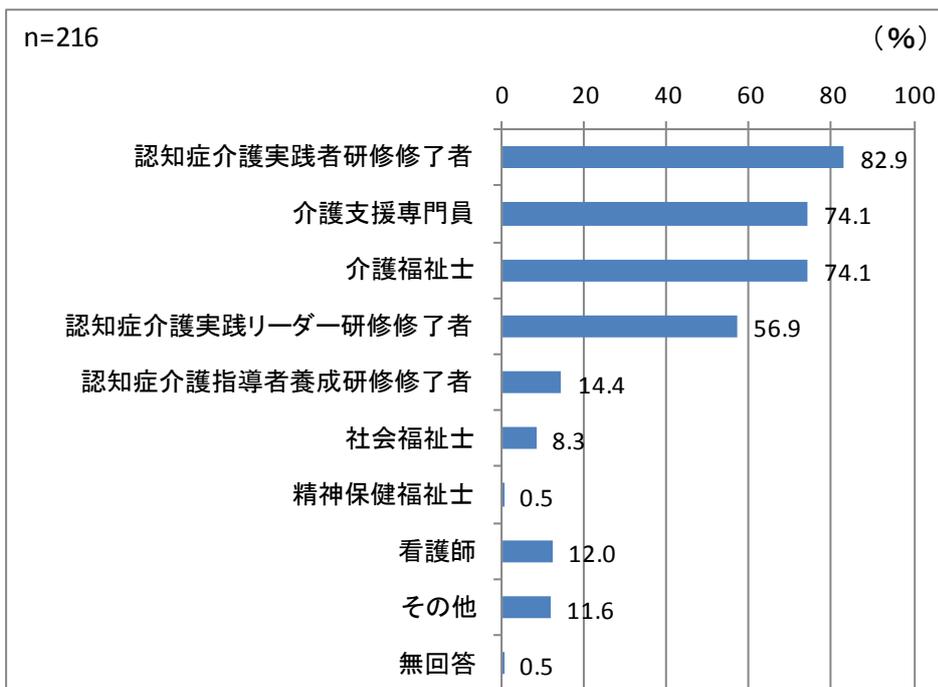
図表 3-85 相談支援活動の目的【MA】(問34①)



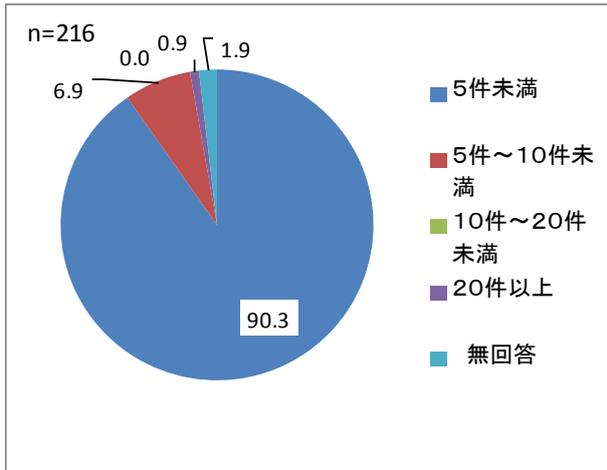
図表 3-86 相談支援活動の主たる担当者(問34②)



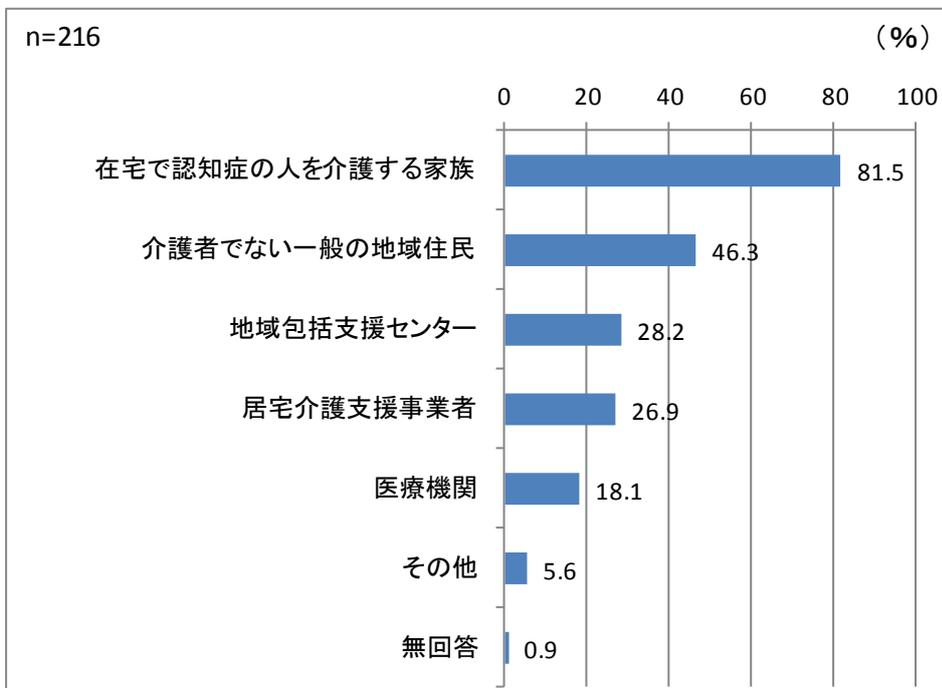
図表 3-87 相談支援活動の主たる担当者の資格等【MA】(問34③)



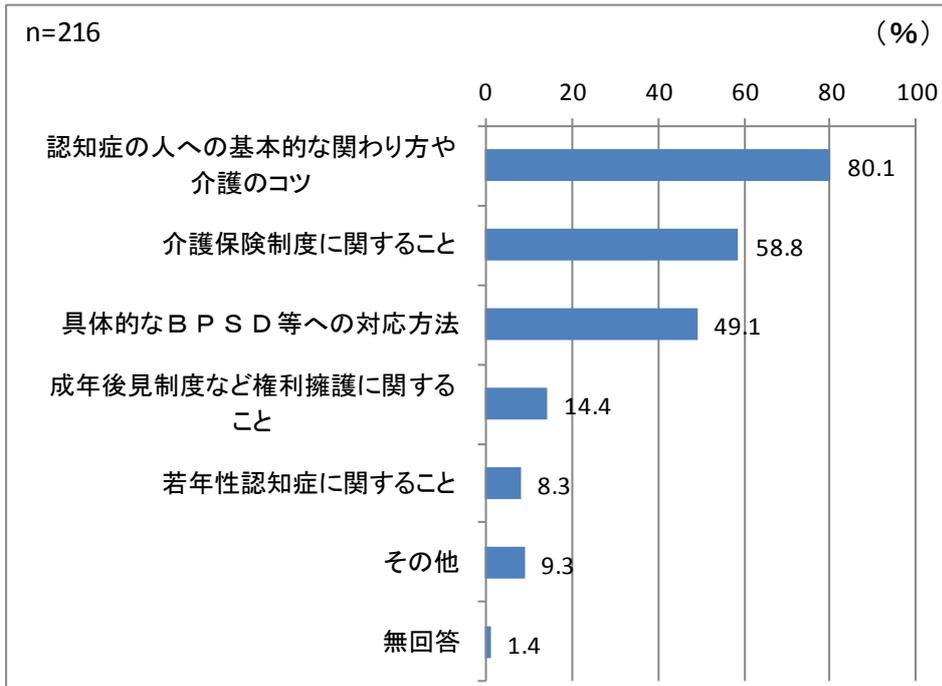
図表 3-88 相談支援活動の1ヶ月あたりの延べ相談件数(問34④)



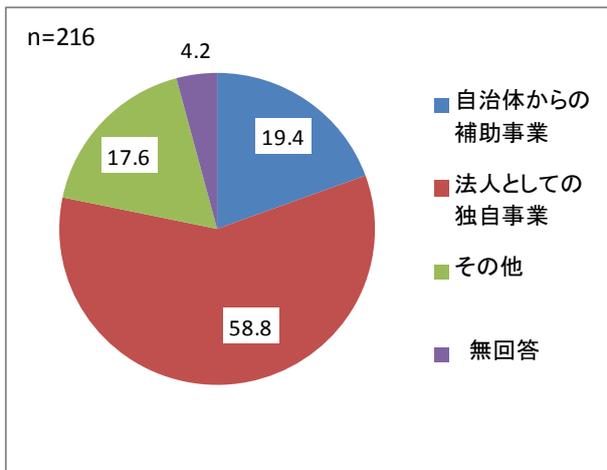
図表 3-89 相談支援活動の主な相談者【MA】(問34⑤)



図表 3-90 相談支援活動の相談内容【MA】(問34⑥)

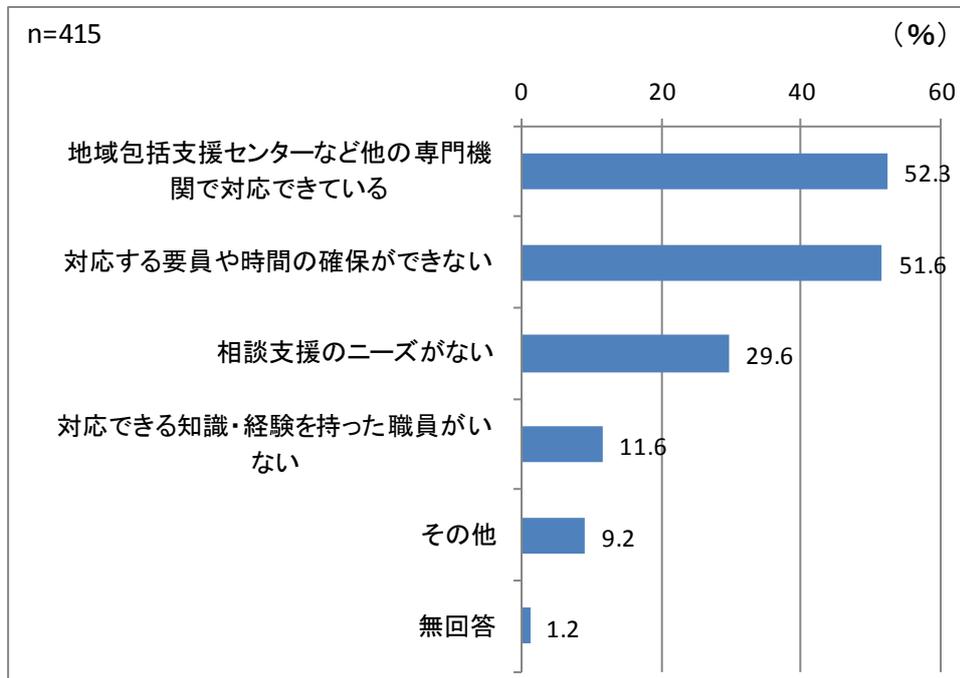


図表 3-91 相談支援活動の位置づけ(問34⑦)



相談支援活動に取り組んでいない事業所の未実施の理由としては「他の専門機関で対応」「要員や時間の確保ができない」ことが挙げられていた。

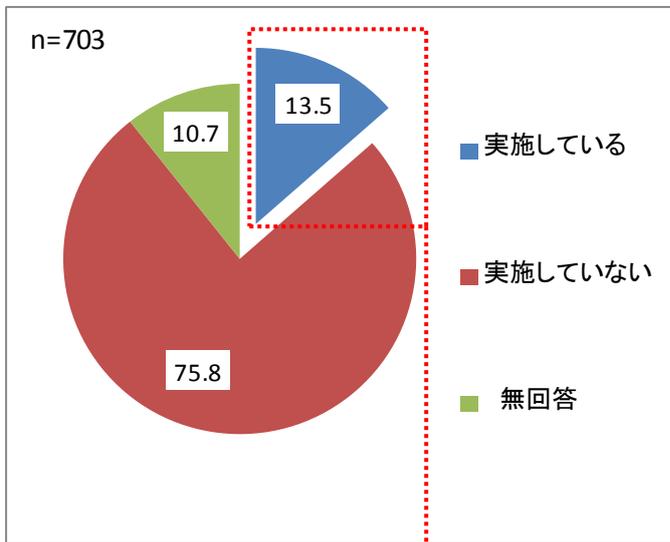
図表 3-92 相談支援活動を実施していない場合、その理由【MA】(問35)



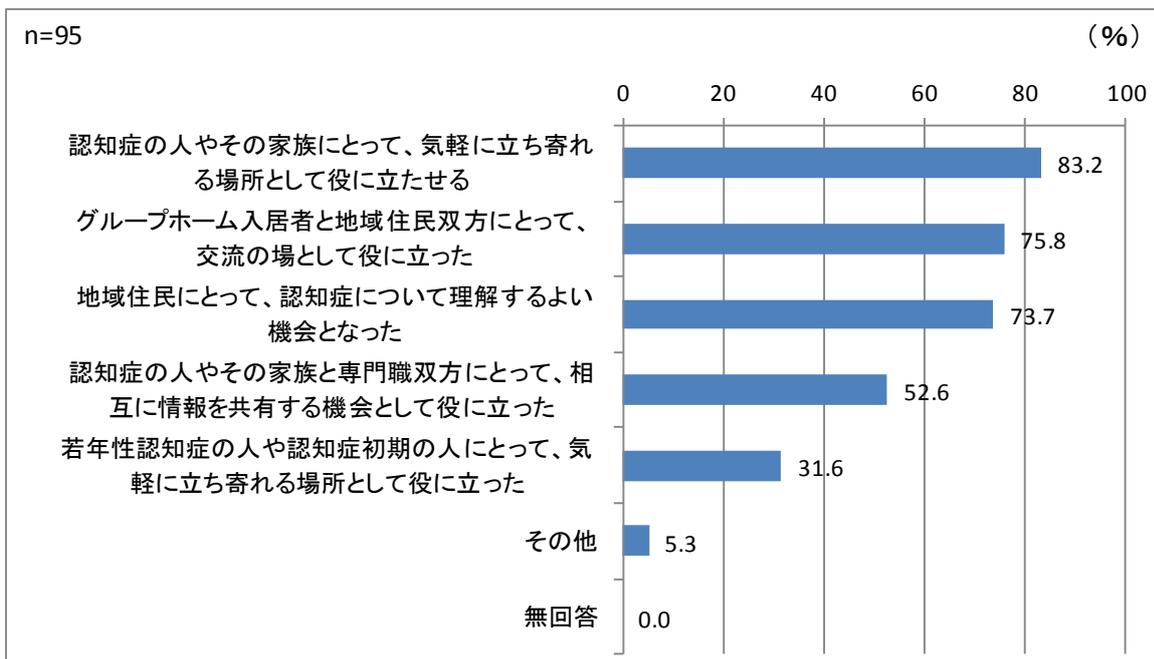
4) 認知症カフェなどの居場所づくり活動への取組状況

認知症カフェ、サロン、ミニデイなどの居場所づくり活動については全事業所の約1割が実施していた。実施の目的としては、「認知症の人やその家族にとって、気軽に立ち寄れる場所として役に立たせる」「グループホーム入居者と地域住民双方にとって、交流の場として役に立った」「地域住民にとって、認知症について理解するよい機会となった」が多く挙げられていた。支援スタッフは、「管理者」、「介護職員」を中心として、「市民ボランティア」、「認知症サポーター」、「行政職員」も関わっていた。1月当たり平均2回の開催で、1回当たり平均2時間となっており、1ヶ月のおおよその延べ利用者数は約7割が「20人未満」となっている。

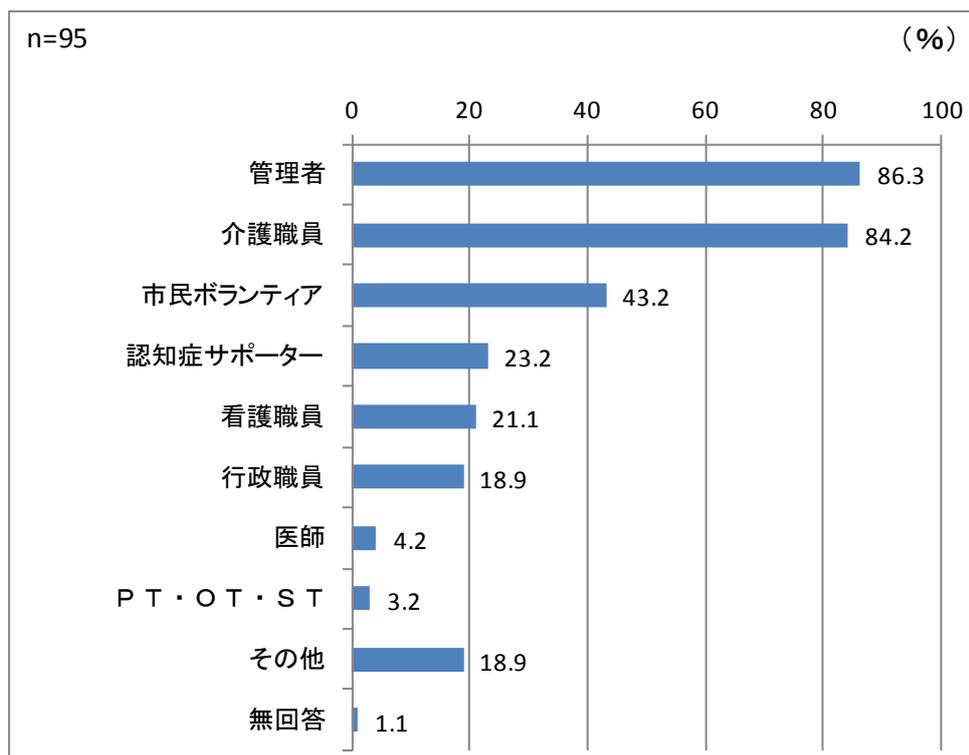
図表 3-93 地域の認知症高齢者やその家族のための居場所づくり(認知症カフェ、サロン、ミニデイなど)の実施状況(問36)



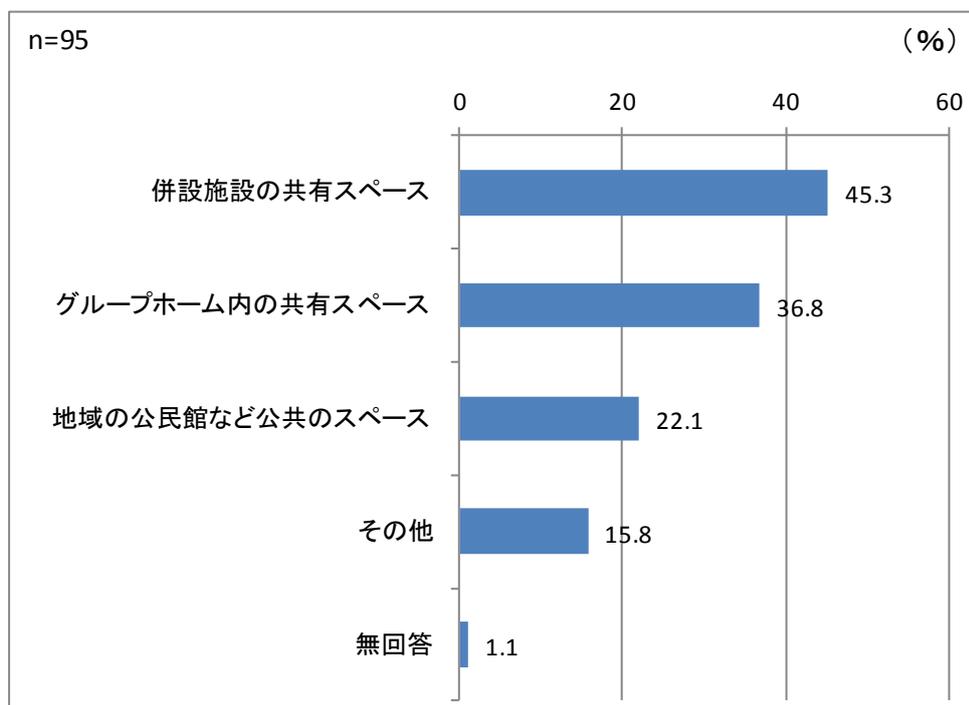
図表 3-94 居場所づくり活動の目的【MA】(問36①)



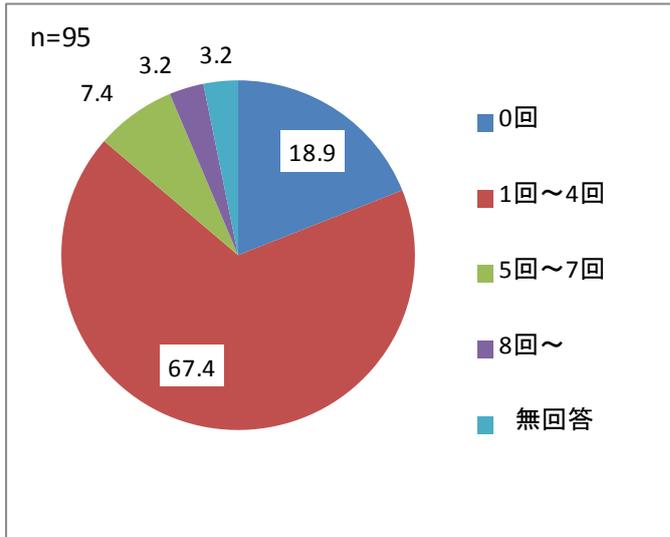
図表 3-95 居場所づくり活動の支援スタッフ【MA】(問36②)



図表 3-96 居場所づくり活動の活動場所【MA】(問36③)

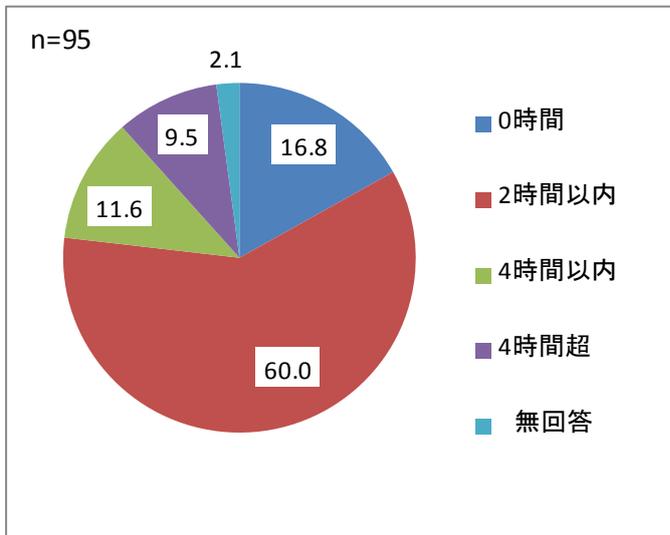


図表 3-97 居場所づくり活動の活動回数(問36④)



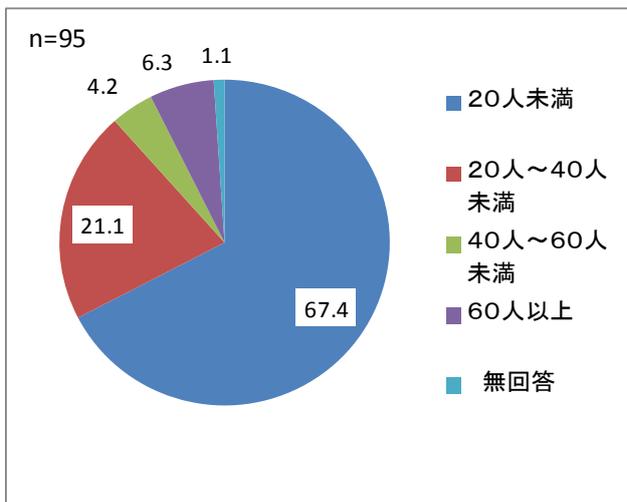
調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
92	1.9	2.9	0.0	20.0

図表 3-98 居場所づくり活動の活動時間(問36④)

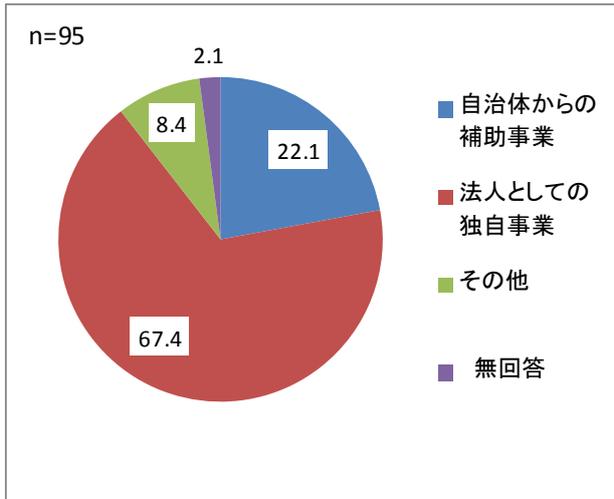


調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
93	1.9	1.4	0.0	6.0

図表 3-99 居場所づくり活動の1か月の延べ利用者数 (問36⑤)

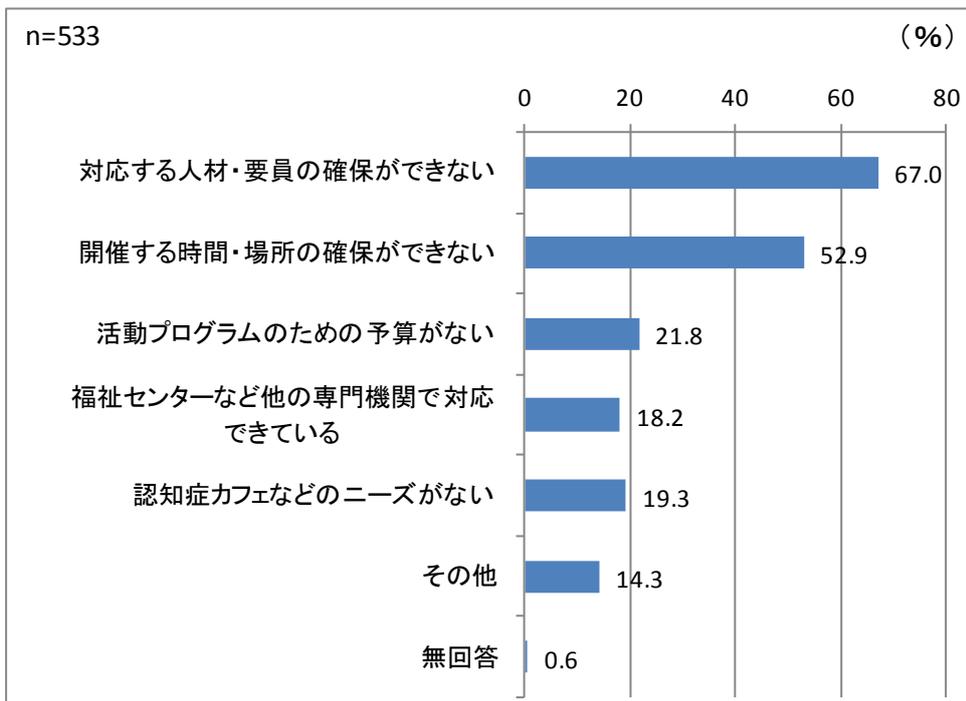


図表 3-100 居場所づくり活動の位置づけ(問36⑥)



一方、居場所作り活動に取り組んでいない事業所の未実施の理由としては「対応する人材・要員の確保ができない」「開催する時間・場所の確保ができない」点が挙げられていた。

図表 3-101 居場所づくりの活動を実施していない場合、その理由【MA】(問37)

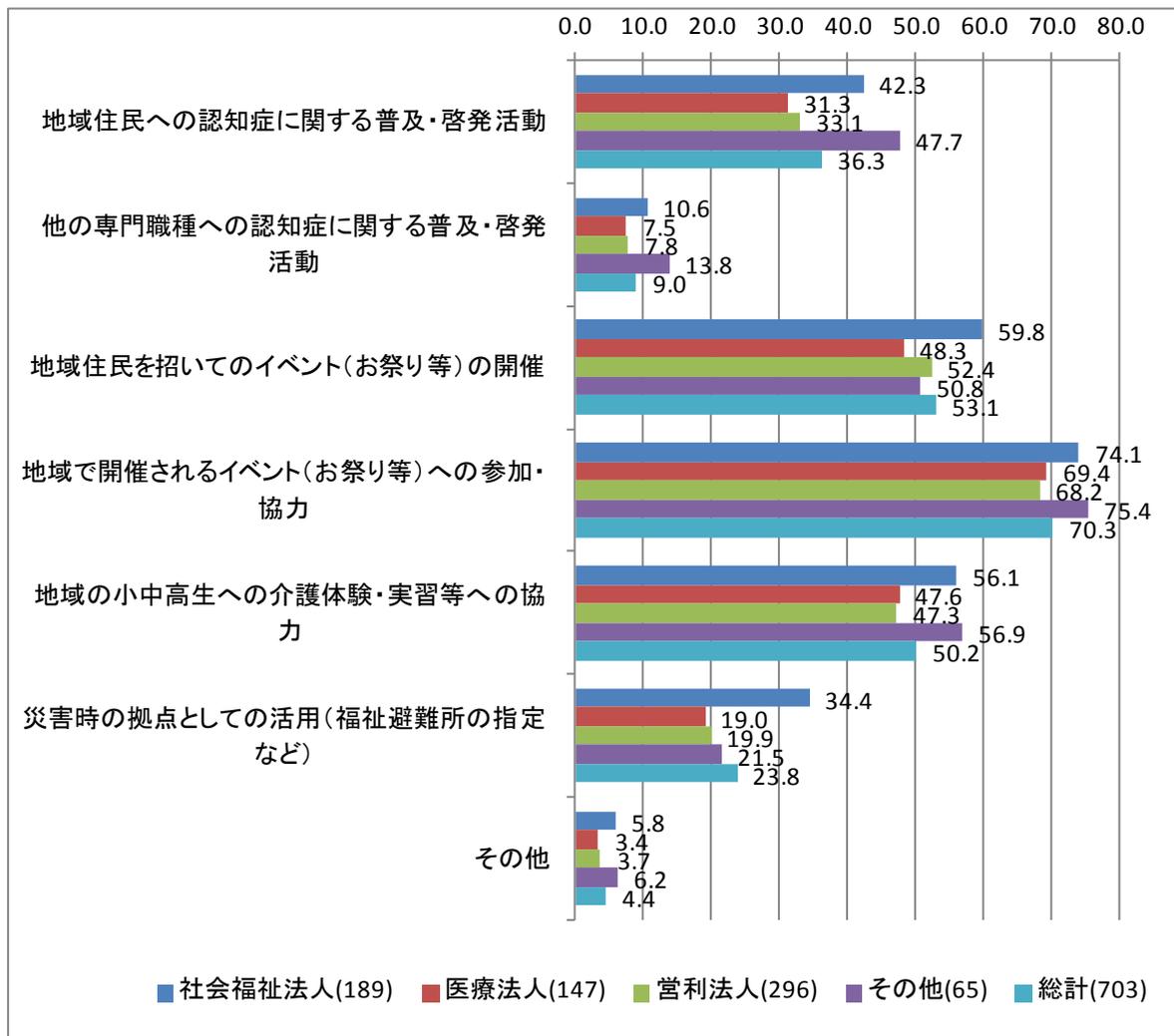


5) その他地域への取組状況

地域に対する取組としては、「地域で開催されるイベント（お祭り等）への参加・協力」を行っている事業所が約7割と最も多く、次いで「地域住民を招いてのイベント（お祭り等）の開催」53.1%、「地域の小中高生への介護体験・実習等への協力」50.2%となっていた。一方で、「地域住民への認知症に関する普及・啓発活動」は約3割強、「他の専門職種への認知症に関する普及・啓発活動」は約1割に留まっており、認知症ケアの専門性を地域に還元する取組の展開は今後の課題と考えられる。

開設主体別に比較すると、「社会福祉法人」及び「その他法人（NPO法人など）」で積極的な取組が多い傾向にあった。

図表 3-102 事業所で取り組んでいる地域に対する取組（開設主体別）【MA】（問38）



以上

第4章 調査のまとめと考察

I 認知症グループホームと地域包括ケアシステム

(論点1) 地域包括ケアシステムにおける認知症ケアの拠点として、認知症の各段階に応じて認知症グループホームに求められる役割・機能とは何か。また、各段階における認知症グループホームの利用者像、ケア内容とはどのようなものか。

<調査のまとめ>

1) 認知症グループホームのサービス供給量の現状と今後

自治体アンケート調査結果から認知症グループホームのサービス供給量の現状をみると、自治体別にみる認知症対応型共同生活介護の事業所数および定員数は、「5～10 か所未満」および「100～200 人未満」を中心としつつ、地域によるばらつきが大きい。また、人口5万人以上の自治体では人口5万人未満の自治体に比べて人口10万人当たりの平均事業所数・平均定員数が少ない傾向が見られる。【自治体調査・図表 2-25】この点は、小規模多機能型居宅介護や介護老人福祉施設等の関連サービスについても同様であり、認知症グループホームを含む社会資源全体として、人口規模の大きい自治体ほどサービスの供給量が不足している可能性が考えられる。

図表 2-25 認知症対応型共同生活介護のサービス供給量(再掲・抜粋)

<人口10万人当たりの平均事業所数・平均定員数(地域類型別)>

	事業所数	定員
人口5万人未満(443)	17.42	250.50
人口5万人以上(325)	9.88	148.63
未分類(7)	16.80	246.85
総計(775)	14.19	204.94

このような現状に対し、自治体では、認知症対応型共同生活介護のサービス供給量について、人口規模が大きい自治体では「拡大」の方向性との回答が高い割合を占めた。同割合は、三大都市圏の自治体に絞ると、全体の約半数を占めている。【自治体調査・図表 2-27、2-28】都市部を中心に、認知症対応型共同生活介護のサービス供給量の拡大が期待されていると言える。

図表 2-28 認知症対応型共同生活介護のサービス供給量に関する今後の方針
(3 大都市圏とその他の地域別)



一方で、認知症対応型共同生活介護と小規模多機能型居宅介護や介護老人福祉施設等の関連サービスの人口 10 万人当たり事業所数を比較すると、認知症対応型共同生活介護の事業数が全体の約 4 割程度を占めており、認知症グループホームでは、他のサービスよりも細かな単位で、地域の中に多くの事業所が整備されていることが分かる。【自治体調査・図表 2-26】

2) 認知症ケアパスにおける認知症グループホームの利用者像

認知症施策総合推進戦略（新オレンジプラン）にも積極的な活用の方向性が示された、認知症ケアパス（認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れ）は、自治体アンケート調査の回答自治体の半数強にあたる自治体で作成済み、あるいは作成中となっていた。【自治体調査・図表 2-43】本調査実施時に収集した関連資料をみると、認知症ケアパスの形式は自治体によって多様に異なるが、地域の資源を踏まえた創意工夫がなされているものもある。

これらの認知症ケアパスの作成自治体に対し、認知症ケアパスにおけるそれぞれの地域の社会資源の位置づけを尋ねたところ、認知症グループホームは要介護 2、3、4 を中心としつつ、入居要件である要支援 2 から要介護 5 までにわたり、幅広く位置づけられていることが分かった。認知症高齢者の日常生活自立度別に見ても、Ⅲ a、Ⅲ b を中心に、より軽度のⅡ a、Ⅱ b、また最重度の M でも約 7 割と、幅広い対象者の状態像が位置づけられている。【自治体調査・図表 2-45、2-46】

図表 2-46 認知症ケアパスでの社会資源の位置づけ(認知症高齢者の日常生活自立度別・問8)にみた、認知症グループホームの利用者像(再掲)

	調査数	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	無回答
地域のサロン(高齢者クラブなど)	150	122	122	89	59	16	14	10	9	21
	100.0	81.3	81.3	59.3	39.3	10.7	9.3	6.7	6.0	14.0
二次予防事業、総合事業	143	112	105	66	33	7	6	5	5	19
	100.0	78.3	73.4	46.2	23.1	4.9	4.2	3.5	3.5	13.3
認知症の人や家族への相談支援事業所	124	90	100	104	103	102	102	102	95	19
	100.0	72.6	80.6	83.9	83.1	82.3	82.3	82.3	76.6	15.3
認知症の人や家族のための集いの場(認知症カフェ等)	121	84	94	98	94	87	83	72	64	18
	100.0	69.4	77.7	81.0	77.7	71.9	68.6	59.5	52.9	14.9
民生委員	112	93	97	92	90	79	76	72	62	13
	100.0	83.0	86.6	82.1	80.4	70.5	67.9	64.3	55.4	11.6
地域の見守り・認知症サポーター	138	114	115	112	109	97	94	81	74	18
	100.0	82.6	83.3	81.2	79.0	70.3	68.1	58.7	53.6	13.0
訪問介護	154	36	80	117	123	129	128	123	112	21
	100.0	23.4	51.9	76.0	79.9	83.8	83.1	79.9	72.7	13.6
通所介護	155	36	82	119	125	128	128	123	110	20
	100.0	23.2	52.9	76.8	80.6	82.6	82.6	79.4	71.0	12.9
短期入所生活介護	143	32	72	109	114	119	118	117	105	19
	100.0	22.4	50.3	76.2	79.7	83.2	82.5	81.8	73.4	13.3
認知症対応型通所介護	112	13	38	80	87	97	96	92	80	13
	100.0	11.6	33.9	71.4	77.7	86.6	85.7	82.1	71.4	11.6
小規模多機能型居宅介護	132	21	66	102	106	111	109	102	92	16
	100.0	15.9	50.0	77.3	80.3	84.1	82.6	77.3	69.7	12.1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	30	6	12	17	20	25	25	25	22	4
	100.0	20.0	40.0	56.7	66.7	83.3	83.3	83.3	73.3	13.3
看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	22	4	6	12	13	15	15	15	13	7
	100.0	18.2	27.3	54.5	59.1	68.2	68.2	68.2	59.1	31.8
認知症対応型共同生活介護	142	9	37	97	109	122	121	115	102	18
	100.0	6.3	26.1	68.3	76.8	85.9	85.2	81.0	71.8	12.7
介護老人福祉施設	150	16	31	52	62	109	117	124	112	21
	100.0	10.7	20.7	34.7	41.3	72.7	78.0	82.7	74.7	14.0
介護老人保健施設	127	16	32	54	65	100	104	103	92	18
	100.0	12.6	25.2	42.5	51.2	78.7	81.9	81.1	72.4	14.2
介護療養型医療施設	60	9	14	26	29	43	47	49	47	9
	100.0	15.0	23.3	43.3	48.3	71.7	78.3	81.7	78.3	15.0
訪問看護ステーション	118	30	55	83	92	100	100	98	91	16
	100.0	25.4	46.6	70.3	78.0	84.7	84.7	83.1	77.1	13.6
在宅療養支援診療所	37	18	22	29	30	32	32	30	27	5
	100.0	48.6	59.5	78.4	81.1	86.5	86.5	81.1	73.0	13.5
精神科病院	108	55	77	86	87	91	93	93	87	13
	100.0	50.9	71.3	79.6	80.6	84.3	86.1	86.1	80.6	12.0
その他1	42	24	34	36	33	30	30	29	26	5
	100.0	57.1	81.0	85.7	78.6	71.4	71.4	69.0	61.9	11.9
その他2	31	17	23	26	26	25	23	22	19	2
	100.0	54.8	74.2	83.9	83.9	80.6	74.2	71.0	61.3	6.5
その他3	22	16	17	16	15	13	13	12	12	1
	100.0	72.7	77.3	72.7	68.2	59.1	59.1	54.5	54.5	4.5

実際の認知症グループホーム利用者像についても、要介護度2、3、4の利用者が全体の7割を占めており、自治体の位置づけに沿う結果となっていた。一方、認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、II、III a、III b、IVの対象者で全体の8割強を占めており、レベルMの利用者は全体の約3%であった。【事業所調査・図表 3-15】

レベルMの利用者が少ない理由として、3つの可能性が考えられる。一つ目としてそもそもレベルMの重度の認知症高齢者が少ない可能性、二つ目にグループホームという共同生活の場に馴染まないため他の施設等へ移動している可能性、三つ目にグループホームの個別ケアの効果として、Mレベルに達する人が少なくなっている可能性である。

この点について、事業所調査の結果をみると、退去の判断に至った背景にはADLや医

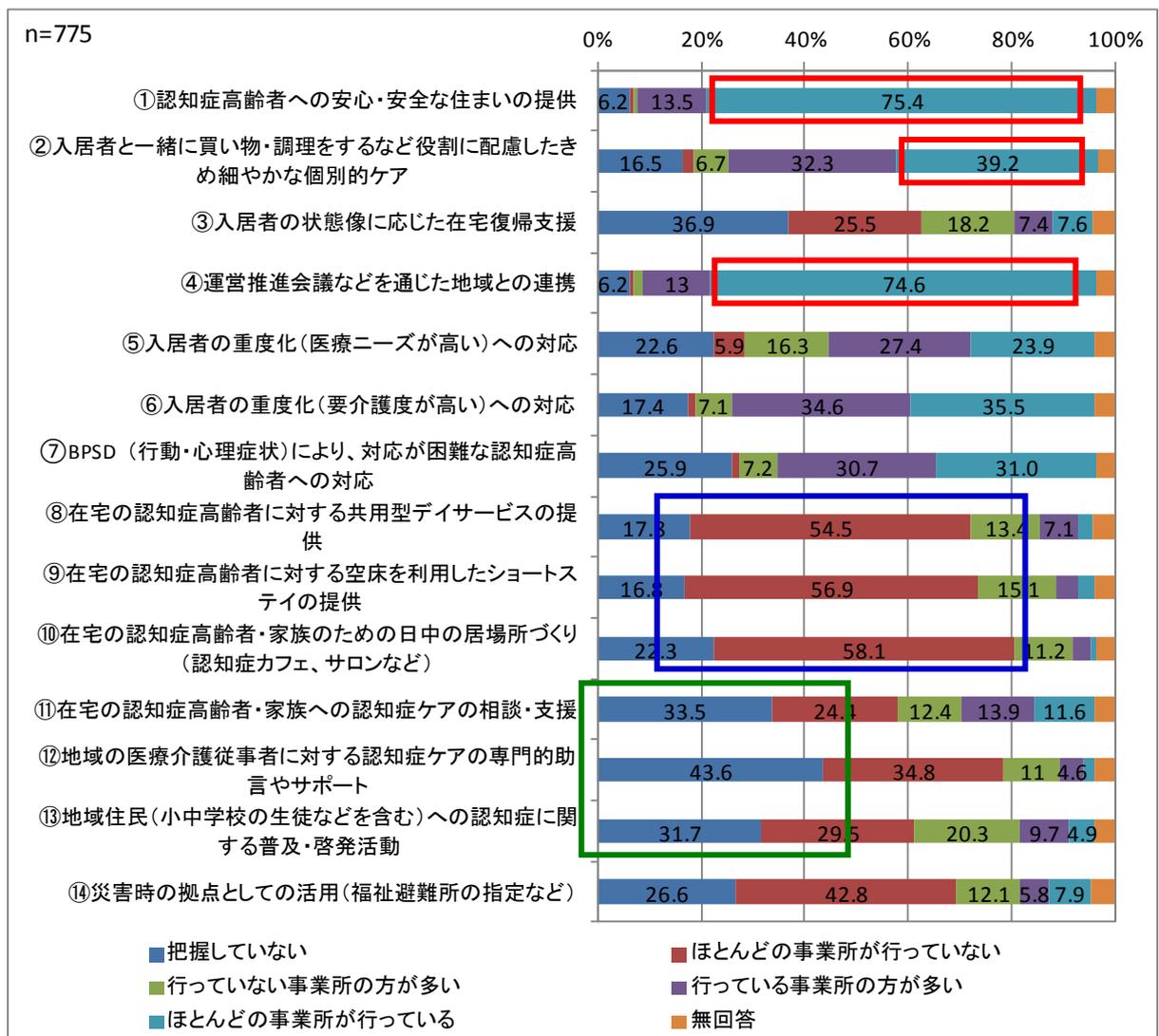
療ニーズの増加が退去理由の多くを占めているが、BPSDの悪化を理由としているケースは少数である。このことから、認知症グループホームは重度の認知症の人を支えている可能性が大きく、また、認知症グループホームならではの個別ケアにより、認知症の症状の重度化を予防できていると考えられる。

3) 認知症グループホームの特徴と現在担っている役割

自治体において認知症グループホームの特徴がどのように捉えられているかを見ると、「他の社会資源に比べて個別の利用者のペースで生活することができる」、「認知症ケアのノウハウの蓄積がある」、「他の社会資源に比べて利用者と職員の関係性が密接である」などの回答が過半数を超えていた。【自治体調査・図表 2-29】他の社会資源に比べて、利用者のペースに合わせ、職員との密接な関係性の下で生活を送ることができるという、認知症グループホームの基本的な特性が改めて示されたと言えよう。

同様に、現在担っている役割としても、「安心・安全な住まいの提供」を前提として、入居者と一緒買い物・調理するなどの役割に配慮した「個別的ケア」や、運営推進会議などを通じた「地域との連携」についても、多くの事業所がこれらの機能を果たしているとの回答があった。【自治体調査・図表 2-31、赤枠部分】

図表 2-31 認知症グループホームが現在担っている役割(問 10)



一方、「在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供」や「在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供」、「在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」では、「ほとんどの事業所が行っていない」との回答がそれぞれ5割以上を占めており、認知症グループホームの役割としては発展途上であることがうかがえる。【同、青枠部分】この点について、認知症グループホームの活用上の困難や課題に対する回答の中では、事業所の職員が限られている中、職員は重度化等も含めた入居者への対応に精一杯で、対外的な取組までの対応が困難な現状があるとの指摘もあった。

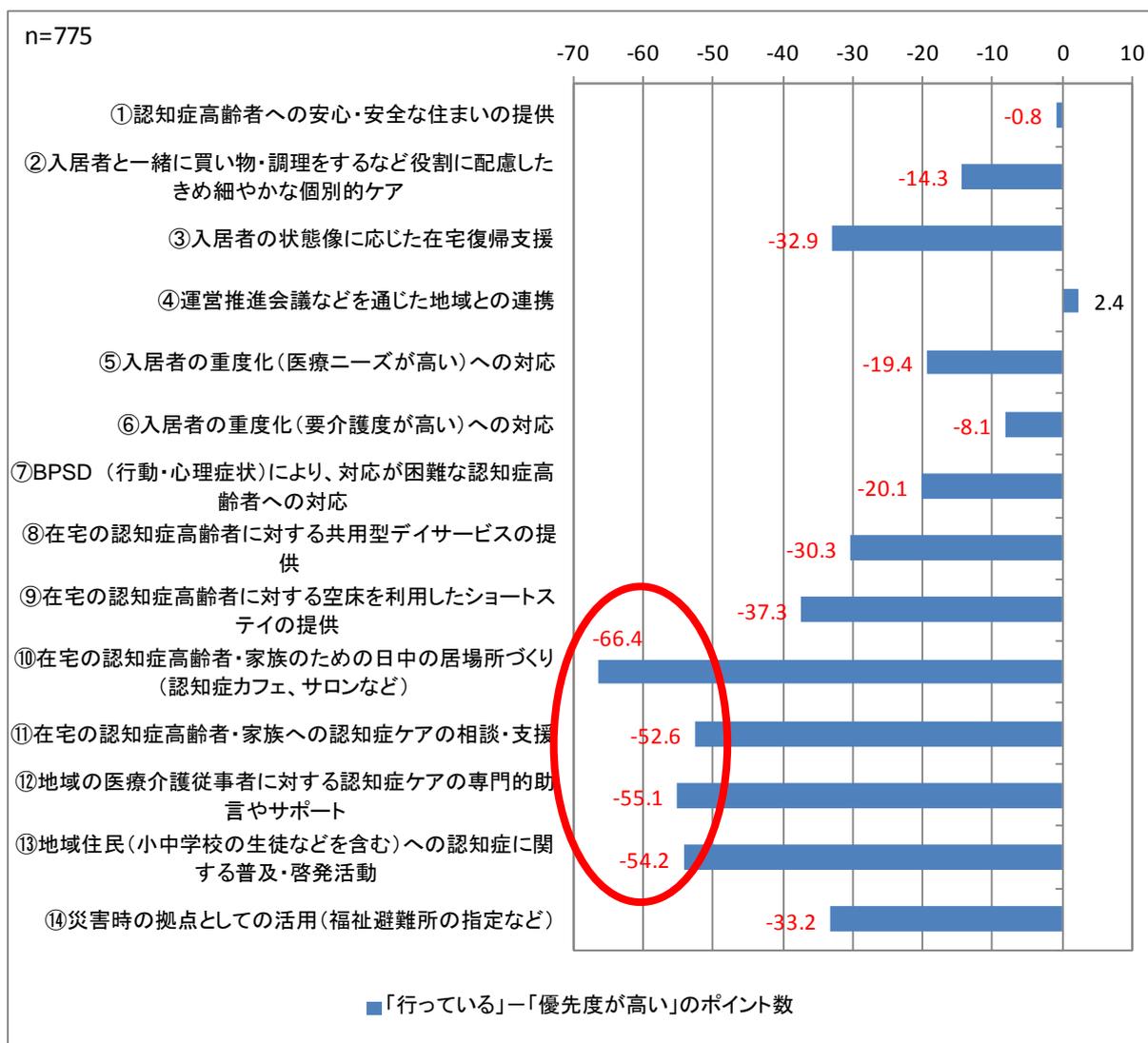
また、認知症グループホームに入居後の在宅復帰支援、在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援、地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポートなどについては、事業所の取組状況を自治体においては把握していないとの回答も3～4割を占めており、認知症グループホームの事業者と自治体の間での情報共有が不足していることが明らかになった。【同、緑枠部分】

4) 認知症グループホームに今後求められる役割・機能と現状

このような現状の中、「安心・安全な住まいの提供」、「個別的ケア」、「地域との連携」などの基本的な特性に加えて、認知症グループホームに今後求めたい役割・機能として、多くの自治体が挙げたものが「BPSD（行動・心理症状）により、対応が困難な認知症高齢者への対応」、「入居者の重度化（要介護度が高い）への対応」、「入居者の重度化（医療ニーズが高い）への対応」などの重度化への対応や、「在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」および「在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」などの地域に向けた支援であり、「(どちらかといえば)優先度が高い」自治体が約7割を占めた。【自治体調査・図表 2-33】

上記の中でも、認知症グループホームが現在担っている役割と今後求められる役割・機能のギャップ（ポイント差）が大きく表れたものは、在宅の認知症高齢者・家族に向けた「居場所づくり」や「相談・支援」、地域の医療介護従事者への「専門的助言やサポート」、地域住民への「普及・啓発活動」などの地域支援であった。【自治体調査・図表 2-36】

図表 2-36 認知症グループホームの現状と今後求めたい役割・機能の違い(問 10×問 11)



また、認知症グループホームに今後必要と思われる事柄については、「認知症ケアのノウハウの蓄積や資質の向上」、「認知症ケアを支える安定的な人材の確保」、「認知症ケアの相談・支援における地域包括支援センターとの連携」、「地域ケア会議などによる他機関との連携」、「地域支援推進員との連携」、「認知症初期集中支援チームとの連携」の優先度が高かった。【自治体調査・図表 2-35】

地域の関係機関との連携について、事業所アンケート調査の結果をみると、認知症グループホームはかかりつけ医を中心として、地域包括支援センター、精神科病院、医療機関とも必要時連携ができているとの認識が示された。一方、自治体からは「日常生活圏域ごとに認知症グループホームを整備しているので、地域包括支援センターとともに地域で認知症ケアの核となってもらいたい」などの意見も寄せられており、これまで事業所で行われている入居者に関する調整等のみならず、地域に向けた支援という観点からも役割が期待されているものと推測される。

なお、事業所調査では、地域ケア会議、地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、訪問看護ステーションとの連携は十分でないとの認識であった。地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターについては、現時

点では実際に配置が行われている自治体はまだ限られている状況だが、今後の展開状況にあわせ、認知症グループホームとの連携が期待される場所である。一方、医療ニーズの高い入居者をグループホームが受け入れていくためには、訪問看護ステーションとの連携を強めていくことが期待される。【事業所調査・図表 3-30】

<分析結果>

- 自治体調査からは、認知症グループホームの利用者像として、要介護度が中程度かつ周辺症状のある認知症高齢者を中心に幅広く想定していることが示された。また、その役割・機能としては、従来の「個別的ケア」、「地域との連携」機能に加え、「重度化への対応」、さらには「居場所づくり」、「相談・支援」、「普及・啓発活動」などの地域支援にもわたる幅広い期待をしていることが示唆された。
- 自治体調査からは、他の社会資源に比べて、利用者のペースに合わせ、職員との密接な関係性の中で生活を送ることができるという、認知症グループホームの基本的な特性がグループホームの中核的機能として認識されていることが示唆された。
- 認知症グループホームが現在担っている役割と今後求められる役割とのギャップが最も大きい項目は地域支援であった。
- 整備状況における課題としては、認知症グループホームを含む社会資源全体として、人口規模の大きい自治体ほどサービスの供給量が不足している可能性が示唆された。一方で、都市部を中心に、認知症対応型共同生活介護のサービス供給量は、今後、拡大の方向性が示されている。

(論点2) グループホームの従来の機能(個別ケア、地域との連携等)を推進するための方策をどのように考えるか。また、入居者の重度化により、新たな介護の手間、困難性が生じていないか。

<調査のまとめ>

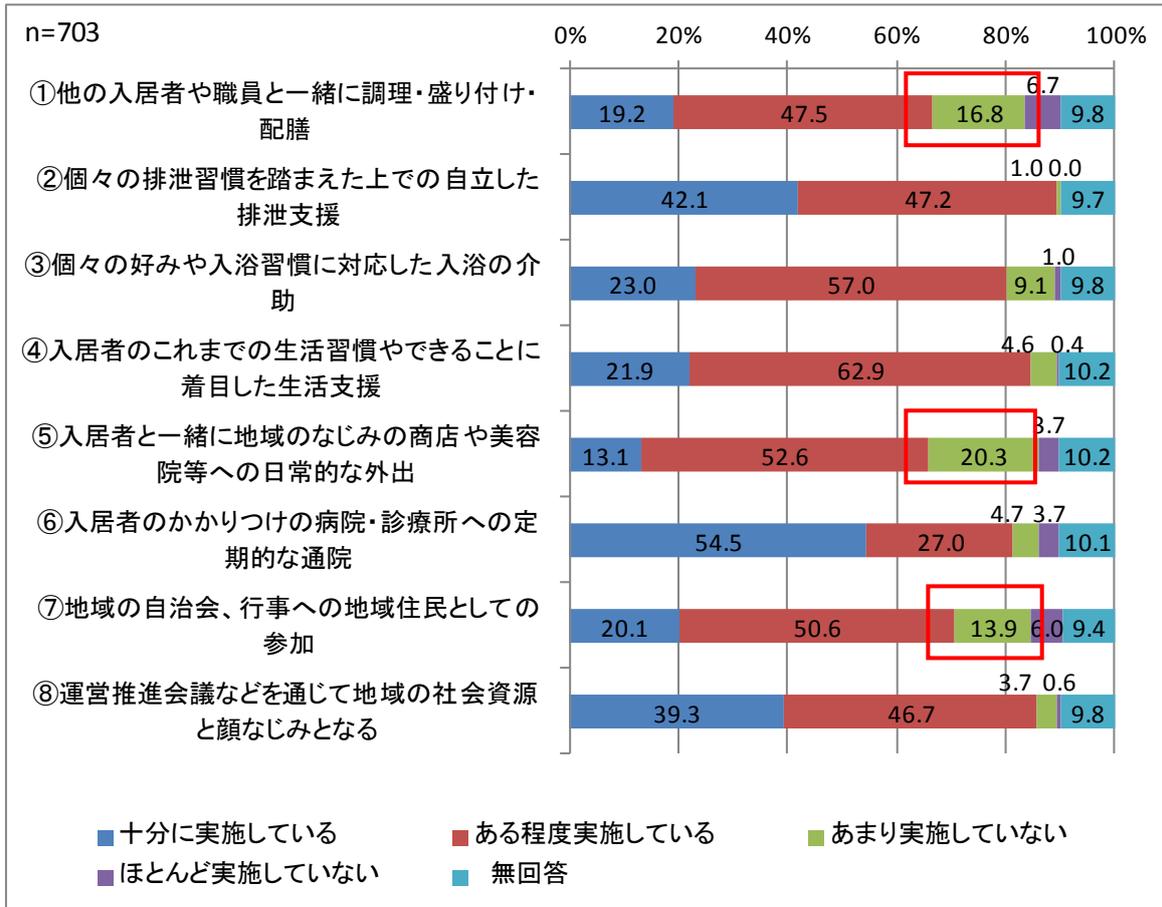
1)個別ケアの実施と地域との連携の推進の現状と今後

入居者向けに認知症グループホーム内で提供される個別ケアとしての「排泄支援」、「入浴介助」、「生活支援」は、無回答を除くほぼすべての事業所で実施していると回答されていたが、「調理・盛り付け・配膳」については実施していない事業所が約2割存在した。「調理・盛り付け・配膳」ができない理由としては、「開設当初に比べできる方が少なくなった」等「重度化」についての意見が顕著に見られたほか、「個々に合わせた食事形態の準備等で一緒に行う時間がない」、「感染症への配慮から実施の頻度が少なくなってきた」、「調理は併設事業所で行っている」等の回答があり、入居者の状態や事業所の方針から実施が難しい個別ケアもある現状が把握できた。

また、入居者とともに認知症グループホーム外へ出る個別ケアとしては、「かかりつけ病院・診療所への通院」については無回答を除くほぼすべての事業所で実施していると回答されていたが、「日常的な外出」については実施していない事業所が約2割存在した。「日常的な外出」ができない理由としては、「重度化により外出が困難」であるほか、「人員不足」、「近隣に商店がない」、「訪問理美容で対応している」等の意見があり、入居者の体力と事業所の立地する環境要因とが相互に影響している現状が把握できた。

さらに、地域との連携としては、「地域の社会資源と顔なじみになる」ことは無回答を除くほぼすべての事業所で実施していると回答されていたが、「自治会、行事への参加」については実施していない事業所が約2割存在した。自由記述回答の中では、「自治会、行事への参加」については、「重度化」のほか、「バリアフリー未対応」、「入居者の希望がない」、「自治会の機能低下・自治会がない」等の意見が多く挙げられており、地域コミュニティ自体の弱体化の影響を受けていた。【事業所調査・図表 3-26,27】

図表 3-26 事業所において取り組まれているその人らしい生活の支援及び地域との連携(問19)



個別ケアや地域との連携を日常的に行うことは困難な事業所であっても、例えば「調理・盛り付け・配膳」や「外出」を特別なイベントとして位置づけることで、時々は機会をつくることのできるよう工夫している事業所も存在した。一方、重度化等の制約があっても個別ケアや地域との連携を日常的に行っている「好事例」については本調査では情報を集めていないため、今後も継続して情報収集を行っていくことが望まれる。

<分析結果>

- 「個別ケア、地域との連携」はグループホームケアの基幹的部分であるが、重度化に伴い、個別ケア、地域との連携の一部の項目において、実施が困難な状況が出てきていることが示唆された。

Ⅱ 認知症グループホームと医療、看護連携について

(論点3) 重度化に伴う医療体制の強化について、医療ニーズが高い入居者に対応する医療連携をどのように考えるか。約7割のグループホームが医療連携体制加算を算定している中で頻回に医療ニーズへの対応を行っている事業所をどう評価するか。

<調査のまとめ>

1) 認知症グループホームにおける重度化への対応のニーズ

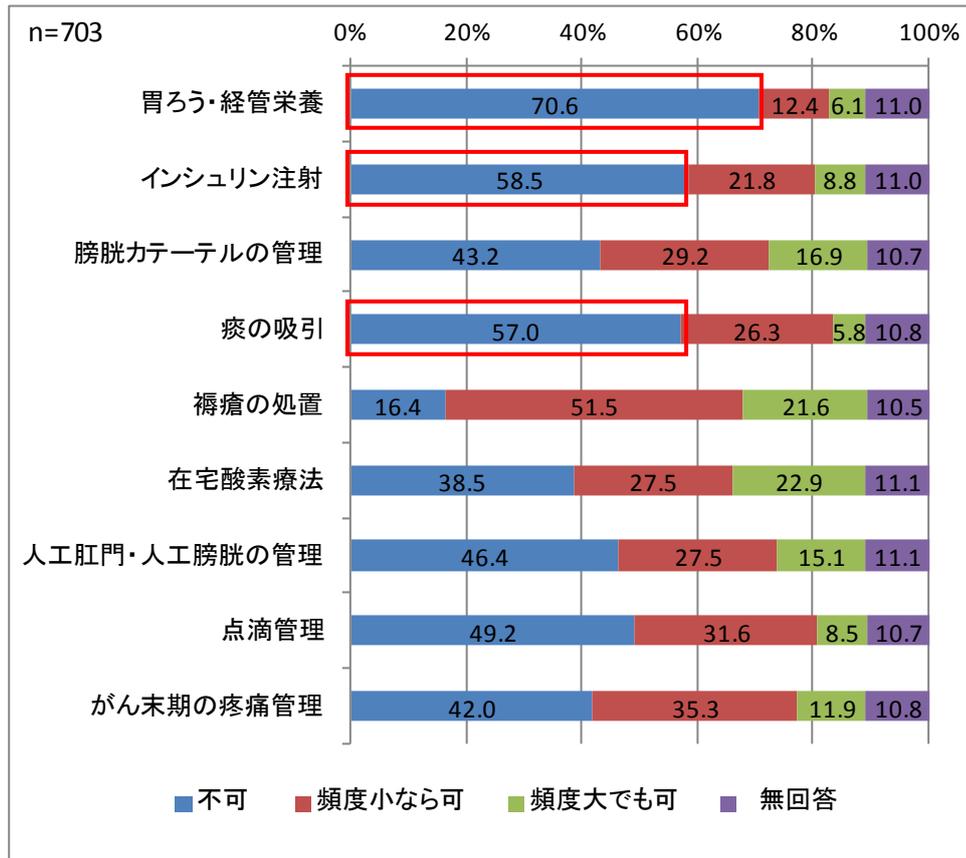
認知症グループホームにおける入居者の重度化への対応については、自治体における「認知症グループホームに積極的に求めていきたい役割・機能」として、「入居者の重度化(医療ニーズが高い)への対応」、「入居者の重度化(要介護度が高い)への対応」、「BPSD(行動・心理症状)により、対応が困難な認知症高齢者への対応」とともに、優先度が高いとの回答が自治体全体の7割以上を占めた。【自治体調査・図表 2-47】

しかし、その一方、入居者の重度化対応のために具体的に必要と思われる事柄については、あまり具体的な問題意識がなされていない側面もうかがわれた。これは、設問では優先順位の高い上位3項目を選択させたために、グループホームの基本的な機能や地域との連携の割合をより重視され、医療との連携に対する問題意識が相対的に低くなっている可能性もある。しかし、認知症グループホームに対する重度化への対応の期待をいかにして実現させるか、その方策を自治体とともに具体的に検討することが不可欠な課題であると考えられる。【自治体調査・図表 2-48】

重度化(医療ニーズ)への対応について、事業所調査の結果をみると、4年前の入居者との状態比較においては、約5割のグループホームにおいて、「医療ニーズのある方」が増加傾向にあった。【事業所調査・図表 3-32】

調査回答者全体の医療連携体制加算の算定率は76.2%であったが、医療行為が必要になった場合の対応可否については、「胃ろう・経管栄養」は約7割、「インシュリン注射」、「痰の吸引」は約6割が「対応不可」となっていた。【事業所調査・図表 3-33】「対応不可」の理由としては「看護師がいない」との意見が顕著にみられた。実際に常勤・非常勤を問わず、看護師が配置されている事業所は全体の約3割、准看護師が配置されている事業所は約1割であった【事業所調査・図表 3-34】

図表 3-33 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(問 24.医療ニーズ)



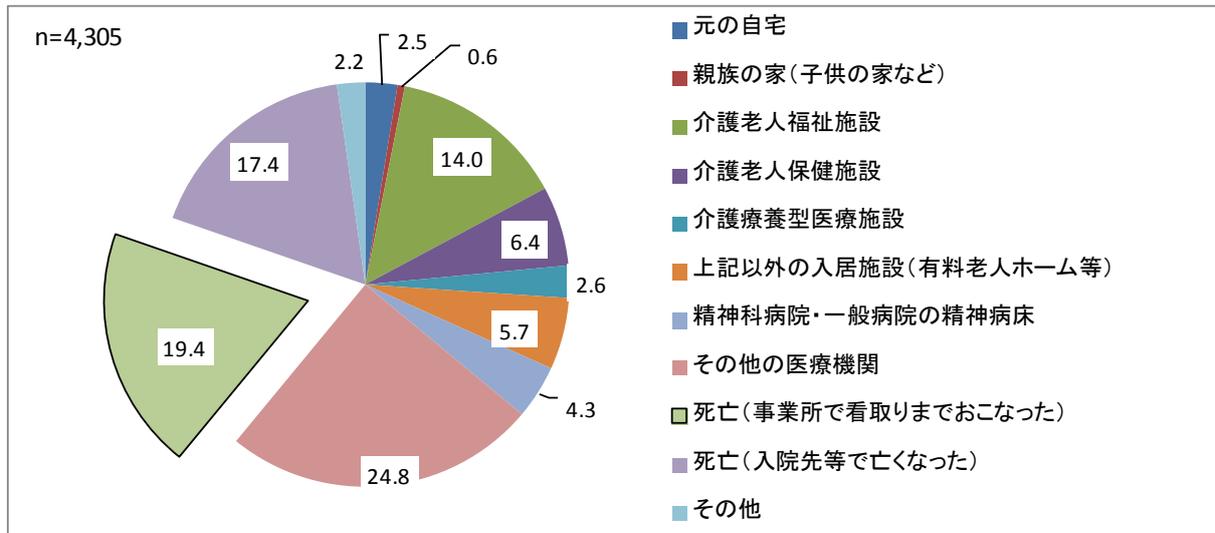
ただし、看護師が配置されている事業所であれば医療ニーズのある利用者への医療ニーズへの対応可能と回答する事業所の割合はやや増加するものの、それでも「痰の吸引」を「対応不可」と回答する事業所が約5割あるなど、単純に看護師を配置するだけでは受け入れが進むとは限らない。看護師の配置があっても、「24時間対応できる看護師がいない」ことを「対応不可」の理由（自由記述）に挙げている事業所が多かったことから、医療ニーズのある利用者への対応可能性を高めるためには、グループホーム内で医療体制を整備するだけではなく、地域の訪問看護ステーションと夜間の対応で連携することや、連携ができれば受け入れられるという認識を認知症グループホームの職員がもてるよう支援していくことが期待される。【事業所調査・図表 3-35】

2) 認知症グループホームにおける看取りへの対応のニーズ

看取りの体制を整えている事業所は全体の約6割となっており、整えていない事業所は約3割となっていた【事業所調査・図表 3-37】。退居理由をみても、死亡退居が約4割を占めているが、死亡退居のうち約半数、全体の約2割はグループホームで看取りまで対応していた。【事業所調査・図表 3-38】

図表 3-38 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

<退居先別の内訳(問12②)>



看取りに対して前向きな事業所の看取りに対する考えとしては、「なじみの関係の中で看取ることの安心感」、「ご家族の希望に応える」、「医療機関との連携があれば実施できる」などのご意見が挙げられていた。また、前向きな事業所であっても、「スタッフへのケアの課題」があるとのこと意見があった。

一方で、看取りに対して消極的な意見としては、「医療機関との連携が難しい」、「人員不足・職員への負担が課題」、「家族に不安がある」、「他の利用者への配慮が必要」などの意見が多く挙げられており、看取りの機能を強化していくためには支援体制の構築が必要と考えられた。【事業所調査・図表 3-41】

<分析結果>

- 「医療ニーズのある方」への対応可能性を高めるためには、日常的な医療行為に対応できる体制が必要であることが示唆された。
- グループホーム内で看取りまで行う事業所は多くなってきているが、自由回答からは、家族、スタッフ、主治医、看護師を含めた看取り期支援体制の構築とスタッフへの教育、精神的サポートの必要性が示唆された。また、同じく自由回答からは、グループホームで看取りを行う意義として、「なじみの環境や人の中で」というキーワードが重視されていることがうかがえた。

(論点4) 疾病やBPSD等により一時的に入院が必要になっても、症状が緩和され次第、早期退院を目指す上では、入院時から退院を見越した医療機関との連携を図ることが重要であるが、実態としてどのようになされているか。また、スムーズな退院を促進する方策をどのように考えるか。

精神科病院からの認知症の人の退院の受け皿としての役割が期待される中で、精神科病院からの受け入れをスムーズに行っている事業所はどのような傾向があるか。

<調査のまとめ>

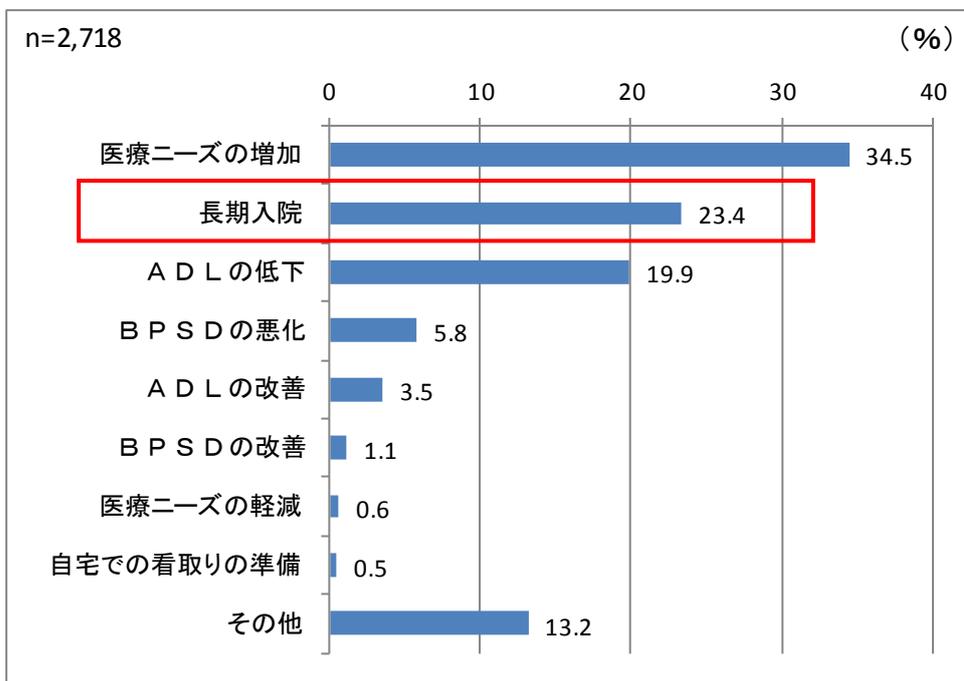
1) 認知症グループホーム入居者の一時的な入院に対する医療機関との連携の現状

過去2年間における1ユニットあたりの入院者数は平均4人弱あり、入院期間は1ヶ月以内が8割を占めた【事業所調査・図表 3-42,43】。一方で、事業所からの死亡を除く退居について、判断に至った背景を尋ねた設問では、長期入院が約2割強を占めていた。

【事業所調査・図表 3-44】

図表 3-44 退居者数の内訳(平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日)

<退居の判断に至った背景(死亡を除く)(問12④)【MA】>



入院に当たっての困難点としては、「入院の長期化による空床確保のための収入減少が大きかった」と回答した事業所が約半数、「入院中に認知症が悪化し、退院後、特別な対応が必要となった」と回答した事業者が約3割おり、グループホームにおいて入居者の早期退院を目指した取組みは経営面でも、良質なケアの観点でも求められていることが明らかとなった。【事業所調査・図表 3-45】

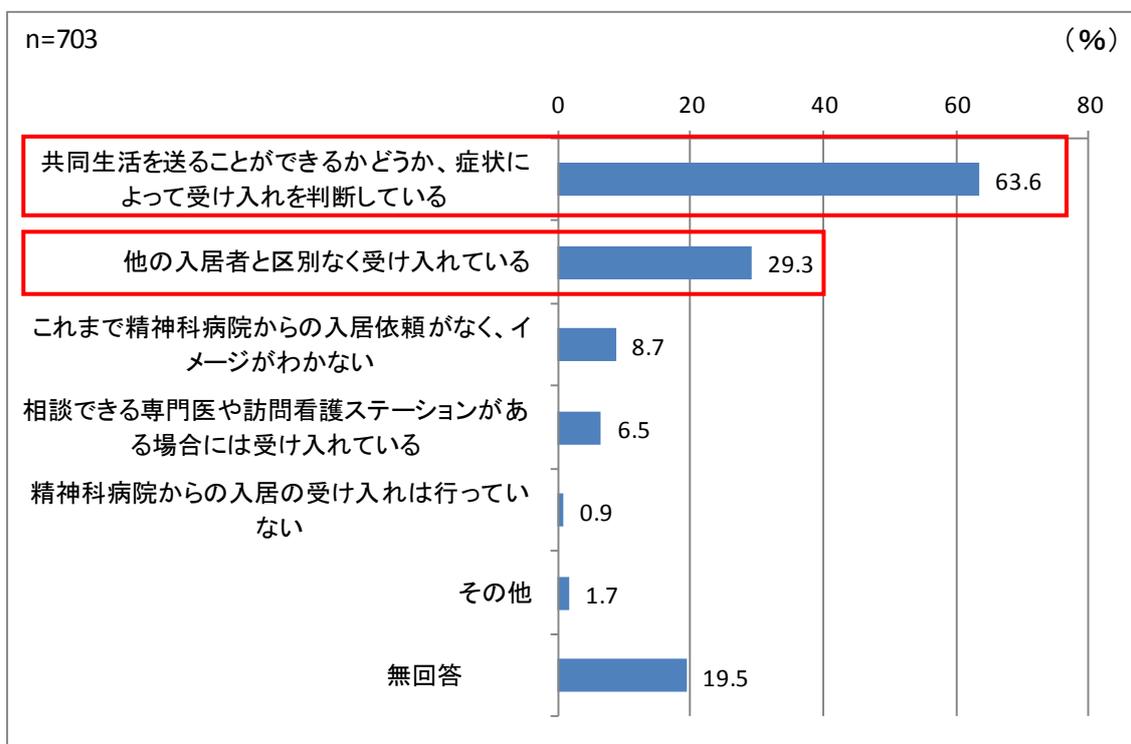
入院に伴う病院との連携については、入院時に病院等を訪問しての情報提供、および退院時の病院等からの情報提供を約9割の事業所が実施しており、入院中から病院内でのカンファレンス（退院計画）に参加している事業所も約半数弱を占めていた。【事業所調査・図表3-46】

2)精神科病院からの退院受け入れ及び病院との連携の現状と今後

精神科病院・一般病院の精神科病床からの入居は全体の約7%となっており、その約半数の主たる精神疾患は「認知症」であった。また、精神科病院・一般病院の精神科病床からの入居が1名以上ある事業所は全体の約4割を占めていた。【事業所調査・図表3-47,48】

精神科病院等からの受け入れについては、全体約3割の事業所が「区別なく受け入れ可」、約6割が「共同生活可能であれば受け入れ可」と回答していたことから、現在精神科病院・一般病院の精神科病床からの入居者がいない事業所であっても、利用者の状態が安定していれば受け入れを行う可能性をもっていることが示された。【事業所調査・図表3-51】

図表 3-51 精神科病院・一般病院の精神科病床からの入居者の受け入れに対する事業所の考え(問11) 【MA】



また、現在、精神科病院・一般病院の精神科病床からの入居が1名以上ある事業所について、病院との連携について尋ねたところ、9割以上の事業所で入居前に必要な情報を提供してもらっていたほか、3割強の事業所で入居前に病院を訪問して退院へ向けてのカンファレンス（退院計画）に参加していた。【事業所調査・図表3-49】

<分析結果>

- 長期入院は認知症の悪化にも繋がることから、早期退院を目指す必要があるが、多くのグループホームにおいて、入院早期から退院計画に参加するなど、スムーズな退院促進に向けての病院との連携を行っていることが示唆された。
- 精神科病院からの受け入れに関しては、多くのグループホームにおいて共同生活が可能であれば受け入れ可能としていることが示唆された。

Ⅲ 認知症グループホームと特養、医療機関等との連携について

(論点5) 認知症の容態に応じて適時・適切に医療・介護等が提供される循環型の仕組みを構築する上で、特養、医療機関等との役割分担はどのようになっているか。また、連携を促進するための方策をどのように考えるか。また、在宅復帰支援策についてどのように考えるか。

<調査のまとめ>

1) 認知症グループホームと特別養護老人ホームや医療機関等との位置づけの違い

認知症グループホームでは、入居者の重度化への対応という昨今の課題とともに、特別養護老人ホームなどの介護保険施設や医療機関等との位置づけが不明確になりつつあるとの課題も指摘されている。この点は、自治体アンケート調査の自由記述においても、認知症グループホームの活用にあたっての課題として多くの自治体から課題認識が示されていた。【自治体調査・図表 2-51】

この点について、認知症ケアパスにおける各サービス等の位置づけがどのように異なるかをみると、各利用者像は、小規模多機能居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の順に重い要介護度の想定割合が高まる傾向にある。また、医療機関については、要介護度等の状態像に関わらず、必要に応じての利用が想定されていた。【自治体調査・図表 2-49、2-50】

2) 認知症グループホームでの ADL や BPSD の重度化への対応の現状と課題

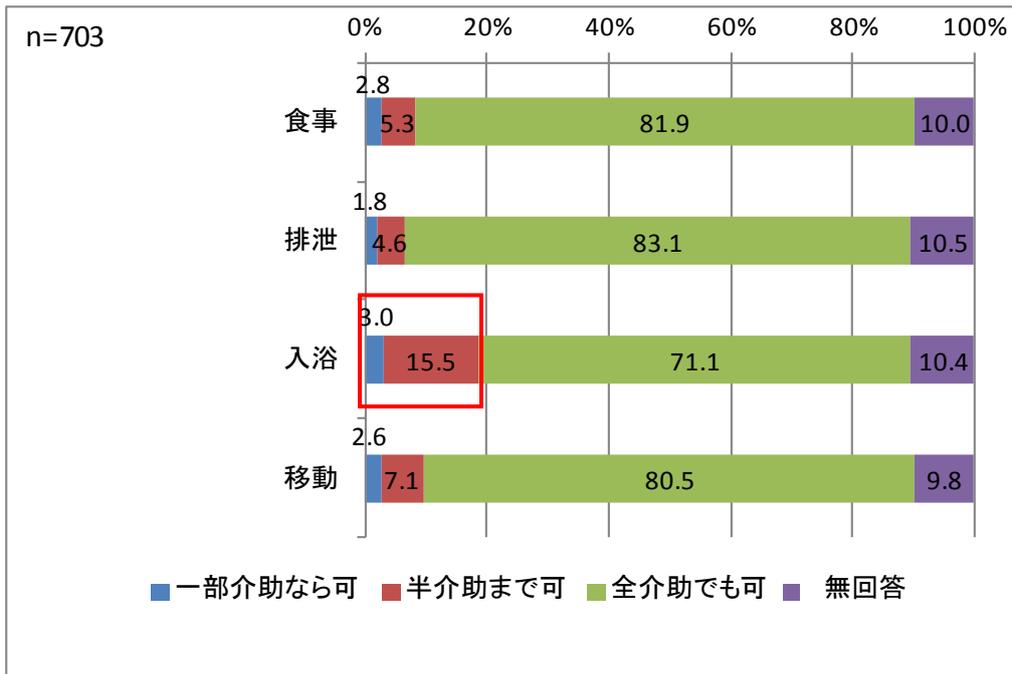
現在の入居者の約6割は「自宅」からの入居であった。【事業所調査・図表 3-17】

退居に至った背景のうち、「ADLの低下」によるものは約2割、「BPSDの悪化」によるものは約1割未満であり、ADLやBPSDの重度化が退居理由となる事例は全体の3割に満たない数であることが明らかとなった。BPSDの重度化は、適切な認知症ケアによって改善可能性が高まることから、退居理由に結びついていない可能性がある。【事業所調査・図表 3-21】

また、4年前の入居者との状態比較においては、「ADL重度」の方が増加傾向にある事業所は約6割、「BPSD重度」の方が増加傾向にある事業所は約5割となっており、多くの事業所で入居者の重度化に直面していることが示された。【事業所調査・図表 3-53】

認知症グループホームでの重度化への対応について見てみると、「ADL重度」に関しては、概ね「全介助まで可」となっているが、「入浴」については「全介助」まで対応できない事業所が約2割あった。この理由としては「特殊浴槽など設備上の問題」に関する意見が挙げられていた。【事業所調査・図表 3-54,55】

図表 3-54 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(問 24.ADL)

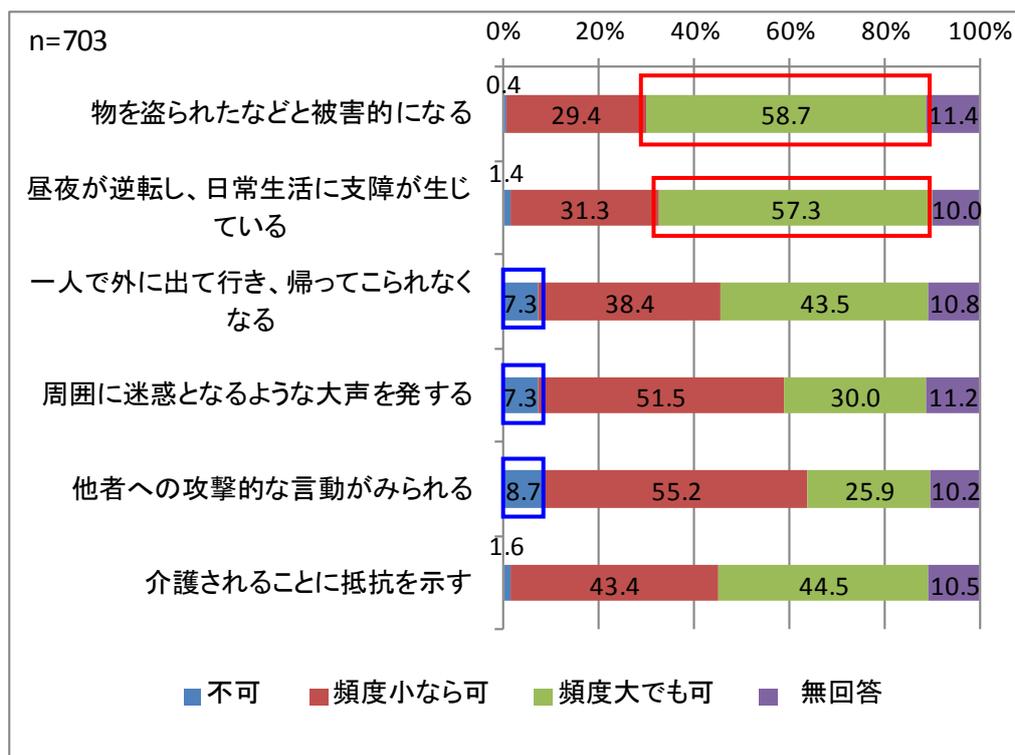


「BPSD重度」に関しては、「物を盗られたなどと被害的」、「昼夜が逆転」などの職員の配慮により対処できる症状には対応可能な事業所が約6割あった一方で、「一人で外へ出て行き、帰ってこられなくなる」、「周囲に迷惑となるような大声」、「他者への攻撃的な言動」では「対応不可」と回答する事業所も1割弱みられた。【事業所調査・図表 3-56】

「一人で外へ出て行き、帰ってこられなくなる」へ「対応不可」の理由としては「施錠を行っていないグループホームで、人員配置も多くない」などが挙げられており、入居者の方の尊厳とマンパワーとの兼ね合いが課題となっていた。一方、「周囲に迷惑となるような大声」、「他者への攻撃的な言動」へ「対応不可」の理由としては「共同生活に支障がある」が挙げられており、他の利用者への影響が課題と捉えられていた。【事業所調査・図表 3-57】。

「BPSD重度」であっても、適切な環境でケアを行うことにより症状の改善が期待できることもある。認知症グループホームとしては、症状の増悪時には精神科病院とも適切に連携し、症状の改善に努める必要がある。

図表 3-56 入居後の状態像の変化に応じた対応可否(問 24.BPSD)



3) 認知症グループホームからの在宅復帰支援の現状と今後

過去1年間にグループホームを退居した者のうち、「元の自宅」や「親族の家」などへ在宅復帰を果たした者は約3%であった。【事業所調査・図表 3-60】

在宅復帰を果たした事例については、事業所として「家族と密な連絡・調整」、「ケアマネージャーとの密な連絡・調整」に取り組んでいた割合が高かった。【事業所調査・図表 3-62】

また、在宅復帰を促進するために重要な取組としては、「認知症に関する市民理解と近隣住民の理解を深めてもらうこと」、「退居準備・退居時カンファレンスの実施」の回答が半数近くあり、事業所内での在宅復帰支援だけではなく、地域ぐるみでの認知症の人を支えていく風土を育てていく必要性が示された。【事業所調査・図表 3-63】

<分析結果>

- 認知症グループホームは関連サービスの間にある中間的な位置づけであることが示唆された。
- 「BPSDが重度」の方への対応は、グループホームケアの有効性が問われるところでもあるが、症状の増悪時には精神科病院とも適切に連携し、症状の改善に努める必要がある。「ADLの重度化」、「医療ニーズの増加」への対応は、自事業所の人員、設備、運営体制における重度化への対応可能性を踏まえつつ、特養、医療機関などの他の社会資源と繋がりながら、重度化対応や看取り支援をも含めた事業所の多機能化を図る必要がある。

- 在宅復帰はまだ少数であるが、家族、在宅のケアマネージャーとの密な連絡・調整、及び退居準備・退居時カンファレンスの実施が重要であることが示唆された。また、前提として、地域全体で認知症のある人を支えていく風土を育てていく必要があることが示唆された。

(論点6) 入居者の要介護度の重度化により、備え付けの福祉用具では対応が困難となっている実態を踏まえ、どのように考えるか。個々人の容態に応じた柔軟な対応を促進する上で、介護保険制度の福祉用具貸与の利用を可能にすることについてどのように考えるか。

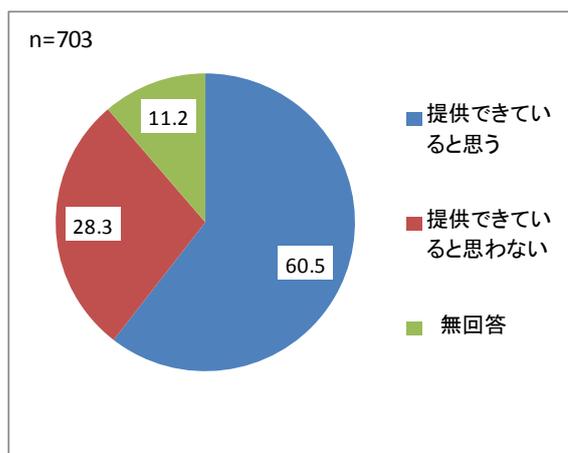
<調査のまとめ>

1) 認知症グループホームにおける利用者の容態に応じた福祉用具の提供へのニーズ

認知症グループホームにおける利用者の容態に応じた福祉用具の提供に対するニーズについて、ほとんどの自治体では「認知症グループホームに今後必要と思われるもの」として、特に認識がなされていないことがうかがわれた【自治体調査・図表 2-55】。

事業所調査の結果を見ても、現行の介護報酬制度の下で、個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供について、約6割の事業所が「提供できていると思う」と回答しており、過半数の事業所は課題だとは認識していなかった。【事業所調査・図表 3-65】

図表 3-65 現行の介護報酬制度の下で、個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供ができているか<個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供(問28)>



一方、約3割の事業所は「提供できていないと思う」と回答していた。ニーズに応じた福祉用具が提供できていない理由としては「重度化のレベルには多様性があり個別性の高い福祉用具を揃えることが困難」、「購入費用が負担」、「保管場所の確保が困難」といった意見が多く挙げられていた。【事業所調査・図表 3-66】

<分析結果>

- 自治体調査においても、事業所調査においても、認知症グループホームにおける利用者の容態に応じた福祉用具の提供に対するニーズは認識が低かった。
- 一方で、事業所の約3割は現行の介護報酬制度の下ではニーズに応じた福祉用具を「提供できていない」と回答しており、費用負担の課題だけではなく、個別性が高く使いまわしが難しい福祉用具の用意や、入居者の容態によっては不要となる福祉用具の保管場所が課題となっていた。

IV 認知症グループホームと地域に暮らす認知症高齢者・家族への支援

(論点7) 在宅支援機能の強化の一つとして空床ショートの利用が考えられるが、実態として需要はあるか。また、需要があるならば実施率が伸びない理由は何か。また、定員の枠外での利用を可能にすることについてどのように考えるか。その際の人員、設備上の課題は何か。

1)空床ショートサービス供給量の現状と今後

<調査のまとめ>

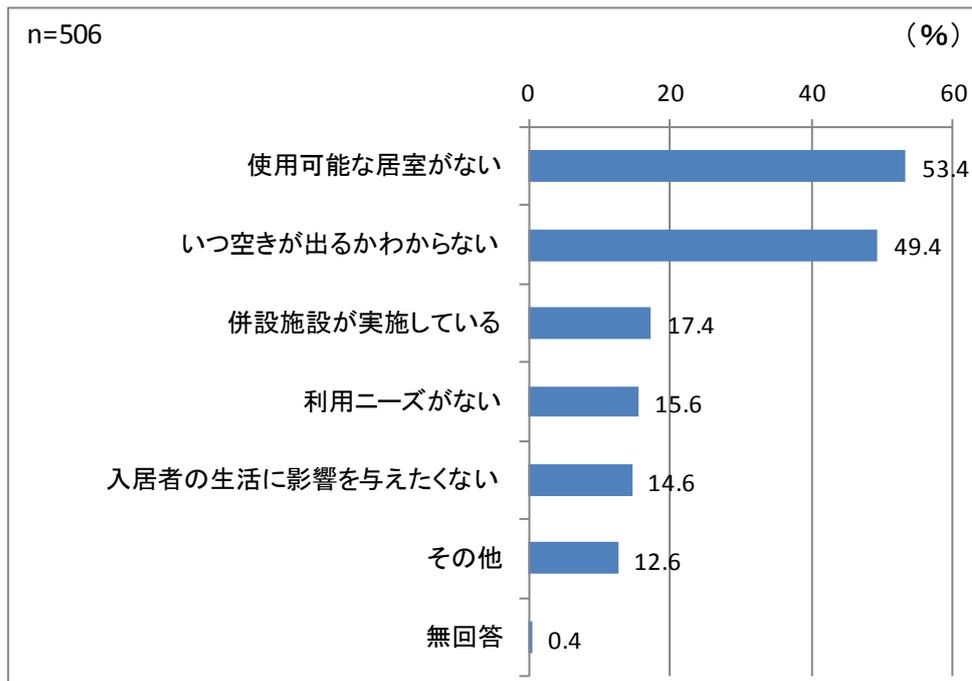
短期利用認知症対応型共同生活介護(空床ショート)のサービス供給量の現状をみると、同サービスを提供している事業所数・定員数はゼロとの回答が多く、事業所で全体の約4割、定員数で全体の約3割を占めた。人口規模が大きい自治体では、今後「拡大」の方向性を示している自治体もあるものの、全体としては、「未定」(方向性が定まっていない)という回答も全体の3割強を占めており、自治体においては、今後の活用方針の検討自体が今後の課題の一つと思われる。【自治体調査・図表 2-57、2-58】

一方、空床ショートを実施している事業所は全体の2割弱であり、このうち約8割の事業所は1か月間の延べ利用者数が0人となっており、実際に稼働している空床ショートはわずかであった。【事業所調査・図表 3-70,71】

利用者がグループホームでのショートステイを選択する理由としては「グループホームの待機者である」が6割、「グループホームのケア環境が他の施設よりも適応しやすい」が5割で選択されていた。グループホームでショートステイを提供することの効果としても「グループホーム入居前の体験入所として機能する」が8割、「地域にクラス認知症の人や家族のニーズに応えることができる」が6割で選択されていた。グループホームがショートステイを提供することの意義は大きいと考えられる。【事業所調査・図表 3-72,73】

空床ショートを実施していない事業所の理由としては、「使用可能な居室がない」、「いつ空きが出るかわからない」の回答が5割ずつを占め、「利用ニーズがない」との回答は約2割弱であった。【事業所調査・図表 3-74】

図表 3-74 空床利用のショートステイを実施していない理由【MA】（問32）



これらの結果から、地域に認知症高齢者のショートステイ利用希望があったとしても、グループホームでは常に空床を確保しておくことは難しく、空床となる期間を予定することも困難であることから、自治体の「拡大」の方向性に対して、空床利用のショートステイは現実的には限られた活用しか期待できないのではないだろうか。

そのため定員以外のショートステイを検討することも一案であると考えられる。定員以外のショートステイ利用については、全体の約1割の事業所にショートステイに利用できる「個室」もしくは「個室に準ずる設備」があり、そのうちの約8割が定員の枠外でショートステイを提供できるような仕組みが「必要」だと考えていた。【事業所調査・図表3-75,76】

<分析結果>

- ショートステイは、定員の枠内で、空床や専用居室を利用し、実施できることとなっているが、空床利用による実施が困難となっていることが示唆された。

(論点8) グループホームが実施している認知症カフェや相談事業などの取組の介護報酬での評価のあり方としてどのような仕組みが考えられるか。

<調査のまとめ>

1) 認知症グループホームに対する、地域に向けた支援への期待

「認知症グループホームに積極的に求めていきたい役割・機能」の中で、「安心・安全な住まいの提供」といった基本的機能に加えて、「在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援」、「在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）」などの介護保険サービスの枠内に含まれない地域支援の取組に対して高い期待が示された。【自治体調査・図表 2-59】

この点は、「認知症カフェなどの地域支援事業の運営に関する補助・助成」を行っている自治体では特に高い傾向があるが、それ以外の自治体においても、総じて高い結果となった。

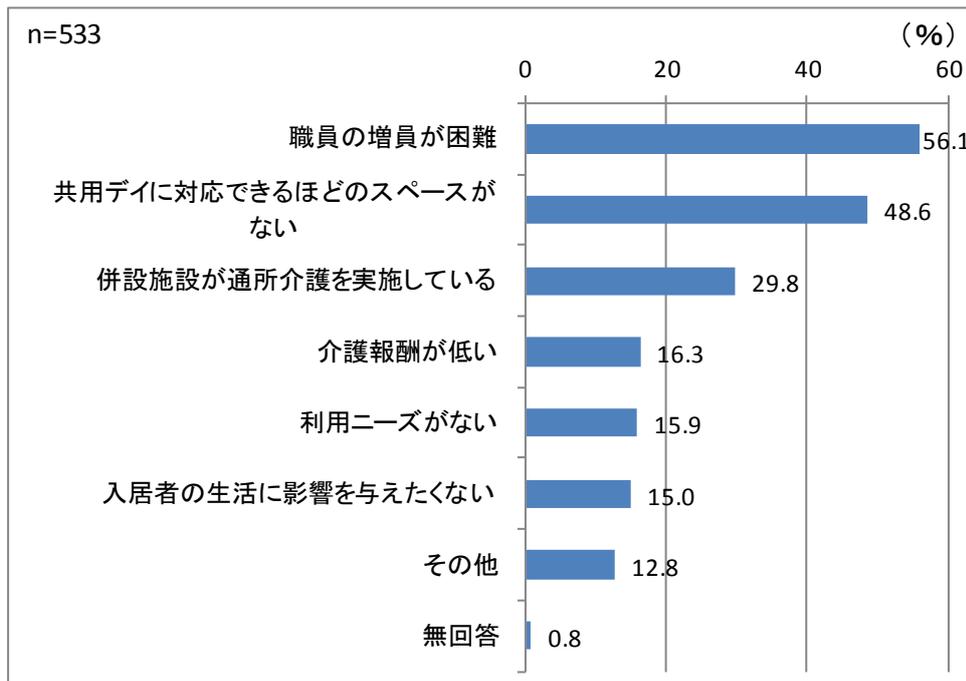
2) 認知症グループホームが実施している地域に向けた支援活動の現状と課題

共用型認知症対応型通所介護（共用型デイサービス）は全事業所の約1割が実施していた。実施している事業所のうち、約7割が「7時間以上」と長時間の提供が多いことに特徴があった。【事業所調査・図表 3-77,79】

利用者が共用型デイサービスを選択する理由としては、「費用が安くて済む（毎日通える）」、「グループホームのケア環境のほうが適応しやすい」、「グループホームの待機者である」がいずれも7割以上であった。共用型デイサービスに特徴的と考えられる効果としても「グループホーム入居後のリロケーションダメージを防止できる」、「グループホーム入居者との相乗効果が期待できる」、「グループホームが閉鎖的空間でなくなる」、「利用者のペースで生活することができる」の割合が6割以上となっていた。【事業所調査・図表 3-81,82】

一方、共用型デイサービスに取り組んでいない事業所の未実施の理由としては「職員の増員が困難」、「共用型デイに対応できるほどのスペースがない」点が半数ずつ挙げられていた。【事業所調査・図表 3-83】

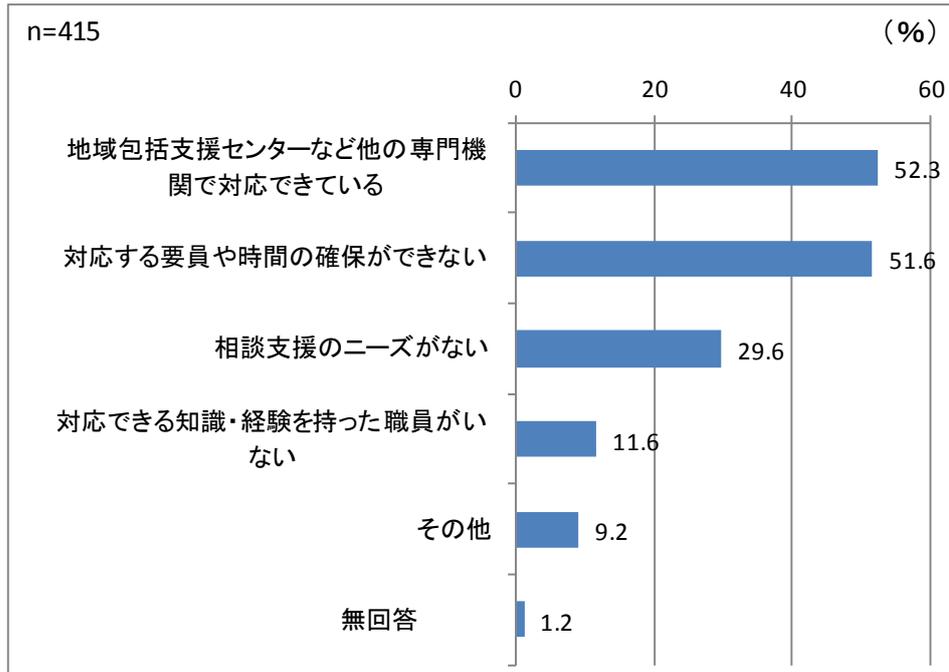
図表 3-83 共用型認知症対応型通所介護を実施していない理由【MA】（問30）



相談支援活動は全事業所の約3割が実施していた。実施の目的としては、「在宅で生活する認知症の人の早期発見につなげる」、「認知症ケアのノウハウを在宅介護へ還元する」、「グループホームの普及啓発に役立たせる」、「地域の認知症ケアに関連する専門機関との情報共有に役立たせる」の回答がいずれも5割以上だった。【事業所調査・図表 3-84,85】主な相談者は「在宅で認知症の人を介護する家族」が8割であり、相談内容は「認知症の人への基本的な関わり方や介護のコツ」が8割と最も多かった。「介護保険制度に関すること」、「具体的なBPSD等への対応方法」についても5割が相談していた。【事業所調査・図表 3-89,90】

一方、相談支援活動に取り組んでいない事業所の未実施の理由としては「地域包括支援センターなど他の専門機関で対応できている」、「対応する要員や時間の確保ができない」の割合が5割以上となっていた。【事業所調査・図表 3-92】

図表 3-92 相談支援活動を実施していない場合、その理由【MA】（問35）

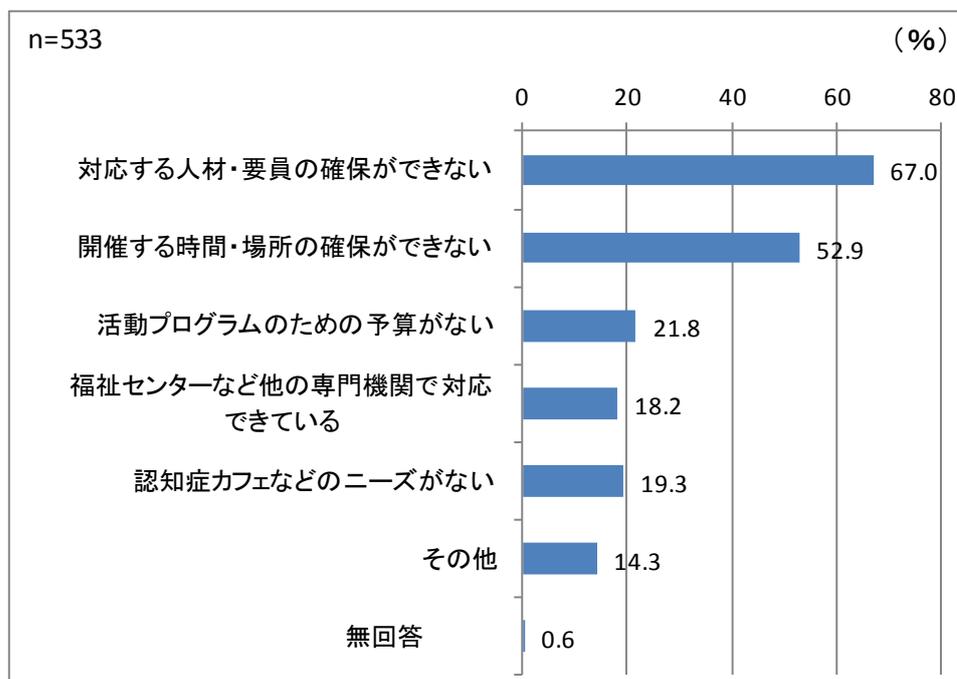


認知症カフェ、サロン、ミニデイなどの居場所づくり活動については全事業所の約1割が実施していた。実施の目的としては、「認知症の人やその家族にとって、気軽に立ち寄れる場所として役に立たせる」、「グループホーム入居者と地域住民双方にとって、交流の場として役に立った」、「地域住民にとって、認知症について理解するよい機会となった」が7割以上で選択されていた。【事業所調査・図表 3-93,94】

1月当たり平均2回の開催で、1回当たり平均2時間となっており、1ヶ月のおおよその延べ利用者数は約7割が20人未満となっている。【事業所調査・図表 3-97,98,99】

一方、居場所作り活動に取り組んでいない事業所の未実施の理由としては「対応する人材・要員の確保ができない」が7割、「開催する時間・場所の確保ができない」が5割となっていた。【事業所調査・図表 3-101】

図表 3-101 居場所づくりの活動を実施していない場合、その理由【MA】（問37）



<分析結果>

- 共用型デイサービスについては一定の効果が認められるものの、人的・物的理由により、実施率が低調なことがわかった。
- 相談支援、居場所づくりについては、まだ発展途上段階であるが、普及に向けては人員や時間・場所の確保が課題となっていることが示唆された。一方、実施事業所においても実績がまだ十分でない状況が見受けられる。

第5章 提言 ～まとめに代えて

提言 ～まとめに代えて

1. 地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの位置と役割

- (1) 認知症グループホームの特質は、第一に、認知症ケアに特化した24時間サービスの事業所であり、第二に、近年の傾向として入居者の重度化傾向と医療ニーズの高まりを指摘することができる。そして、第三に、その培った認知症ケアの手法を、地域社会で生活する高齢者や家族等に具体的に還元していくことが求められている。
- (2) そこで、特別養護老人ホームや、認知症対応型通所介護などデイサービスセンター等と連携や協力を図りながら、運営推進会議等を通じて地元市町村や地域包括支援センターその他関係機関と協力し、認知症ケアの専門事業所としての役割を發揮し、地域の高齢者や家族等に対して必要な相談・支援を含めた展開が考えられる。巻末・鴻江委員提出資料参照。

<地域支援機能の開発>

- (3) 現状において、地域の認知症高齢者に対するグループホームによる相談・支援等を具体的に展開している事業所は約3割程度であるが、今回の自治体アンケート調査では、市町村の側からグループホーム事業所に対する具体的な要請・ニーズが示されている。こうした状況に即応するように、各グループホーム事業所において、相談・支援等のサービスの開発を具体的に着手していくことが重要である。
- (4) これを実現していくには、各グループホーム事業所の自己努力もさることながら、各市町村の地域支援事業として、認知症に関わる相談・支援を具体的に仕掛けること、何らかの連携または委託・助成等が期待されている。

<地域密着型サービスの整備の方向性>

- (5) いわゆる3大都市圏の大都市とその周辺地域では、認知症グループホームを含め地域密着型サービスの供給量不足の可能性が指摘されている。
- (6) とりわけ、地域密着型サービスの拡充の方向は、各種サービスの量的充足だけでなく、認知症ケアの地域拠点づくりが求められており、例えば、認知症グループホームを核とする認知症ケアの具体的な地域拠点の整備が考えられる。

2. 認知症グループホームと医療・看護連携

(7) 今回の事業所アンケート調査では、多くのグループホーム事業所において入居者の重度化傾向とともに、医療ニーズの高まりが顕著なものとなっている。そこで、各グループホーム内外における医療・看護の要素を具体的に位置づけていくことが喫緊の課題となっている。

<医療・看護連携の具体化について>

(8) 「医療的ケア、ないし看護等」を以下、具体化することが重要である。

- ① グループホーム内に看護師または准看護師を採用・配置すること（重要な改善方法であるが、医療法人以外の経営主体では採用困難が予測される）。
- ② 地域の訪問看護ステーションとの具体的連携を図ること（契約手続を含め具体的な共同作業を開始すること）。巻末・伊藤委員提出資料参照。
- ③ 個々の入居者の主治医等との連携を密にすること（従来取り組まれているが、医療機関との結びつきの弱い事例への支援など）。
- ④ 精神科医療について、認知症疾患医療センターや認知症に関する精神科等の専門医療機関との具体的連携を図ること（同センターが二次医療圏単位に設定されている等、一部地域では接近困難も見受けられる）。巻末・河崎委員提出資料参照。

3. 認知症グループホームにおけるケアの深化と各種サービスとの連携

<入居者の重度化傾向と個別ケアの重視>

- (9) 今回の事業所調査においても、各グループホーム事業所・入居者の重度化傾向は顕著なものとなっており、入居者一人ひとりへの適切なケア計画づくりとその実践は不可欠である。

<看取りへの対応>

- (10) この数年、各グループホーム事業所の看取りへの対応は真剣に取り組まれているが、スキルアップの研修が具体的かつ継続的に展開されることが重要である。

<医療系サービスとの連携>

- (11) 医療の各レベル、主治医、各医療機関、訪問看護ステーション等との具体的連携を進め、運営推進会議のメンバー構成などの工夫も大切である。

<認知症疾患医療センターとの連携>

- (12) 前述のとおり、地域・市町村と二次医療圏のギャップも存在するが、各グループホーム事業所と認知症疾患医療センターとの双方向の提携を具体化することである。

<居宅・施設系サービスとの連携>

- (13) 関本委員（認知症の人と家族の会東京都支部世話人）からも強調されているが、在宅の認知症の人と家族にとっては、短期入所サービスへの切実な要望があり、グループホームに併設された短期入所サービスの開発を具体的に検討・推進することが大切である。また、特別養護老人ホーム等との協力関係の構築も期待される。
- (14) 認知症初期集中支援チームについては、現在、設定に向けて準備を進めている市町村も少なくないが、今後、普及の状況に応じて双方向的に連携を図ることが重要である。
- (15) 市町村における「ケアパス」の理解と普及は途上にあるが、各グループホーム事業所の役割を明確にしつつ、24時間訪問介護看護サービスや、小規模多機能ケア等との関連を含め、適切なケアの流れを形づくることである。

4. 認知症グループホームと在宅認知症者・家族への支援

<相談支援機能の開発とその具体化について>

- (16) 市町村や地域包括支援センターは、認知症者を含め高齢者に対応する一義的な機関ではあるが、継続処遇・継続ケアのための相談支援機能を拡充すべきではないだろうか。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症に特化した在宅介護支援ないし包括支援センター的な機能がより一層求められることを見越して、例えば、認知症グループホーム事業所に専任又は兼任の支援相談員が位置づけられることが考えられる。

<緊急支援・レスパイト等>

- (17) 地域の介護ニーズの中でも、認知症の人と家族にとって切実な緊急支援、具体的には、各グループホーム事業所に併設して、1～3人分の短期入所専用枠が設けられてよいのではないかという提案もある（市町村からの委託形式、または事業所の経営主体による独自展開など、地域の実情に応じて実施）。

<認知症高齢者の居場所づくり>

- (18) ところで、多くの認知症の人と家族にとっては、家庭以外の地域内での「居場所」へのニーズが切実なものとなっている。
- (19) 各地のグループホーム事業所に併設されたカフェや、サロンづくりが課題となっており、協会傘下のカフェ・サロンは間もなく全国100か所近くに達するであろう。また、こうした拠点には地域のオレンジリング保持者をはじめ、認知症ケアを支えるボランティアの交流の場となることも想定される。

<結び：地域包括ケアにおけるグループホームの新展開>

- (20) 認知症グループホームは全国1万2千余か所を数えており、さらに地域社会の中でまさに認知症ケアの拠点機能の発揮、認知症に特化した機能拡充が求められており、例えば①相談支援機能、②緊急支援を含む短期入所機能、③認知症の人の「居場所」、かつ地域市民の交流拠点機能等を備えることなど、『地域拠点型・認知症グループホーム』、ないし『地域支援型・認知症多機能グループホーム』といった新しい展開について検討する必要がある。
- (21) 今回の調査研究事業の一環として、仙台市社会事業協会の大規模・多機能サービス拠点で当委員会を開催することができ、グループホームのほか、特別養護老人ホーム・地域包括支援センター・地域交流拠点（カフェ＋ボランティア、災害被災者の受け入れ可）等々を運営している実例を目の当たりにすることができた。（ただし、認知症グループホーム単体の事業ではないことに留意する必要がある。）

大都市とその周辺地域における高まる認知症ケア・ニーズに対応した実践例等も踏まえ、今後、認知症ケアを中軸とする多機能型グループホーム（事業の運営形態によっては、特養又は老健施設併設を含めて）といった新しい展開に期待を寄せている自治体もある。そのため、地域の実情によって、認知症の人を支える「まちづくり」の実質的拠点機能と位置付ける事業展開についても検討することも考えられる。

資料編

訪問看護ステーションと認知症グループホームの連携について (伊藤委員提出資料)

I. 認知症グループホームと訪問看護ステーションの連携に関する調査研究の概要

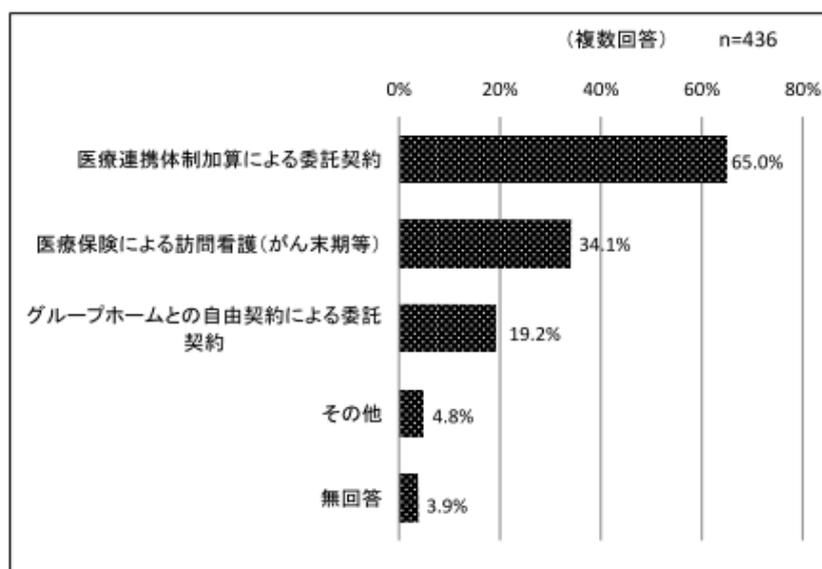
- 一般社団法人全国訪問看護事業協会では、認知症グループホーム（医療連携加算を算定している事業所）と訪問看護ステーション（グループホームと連携している事業所）の双方から、連携の実施状況、成果、課題等の実態を把握することを目的として、平成 26 年度に「認知症グループホームと訪問看護ステーションの今後の連携のあり方に関する調査研究」を実施した。
- 本調査において、訪問看護ステーション（協会会員 4,262 か所）と認知症グループホーム（4,390 か所）を対象に FAX 調査を実施した。
- 調査結果の概要は、下記のとおりである。

<主なアンケート調査結果¹>

- グループホームへの訪問を実施している訪問看護ステーション（27.2%）のうち、医療連携体制加算による委託契約で訪問をしている事業所は 65.0%で、医療保険による訪問看護を実施している事業所は 34.1%であった。

図表 4 グループホームへの訪問の形態（複数回答）

訪問の形態	ST数	割合
医療連携体制加算による委託契約	301	65.0%
医療保険による訪問看護（がん末期等）	158	34.1%
グループホームとの自由契約による委託契約	89	19.2%
その他	22	4.8%
無回答	18	3.9%

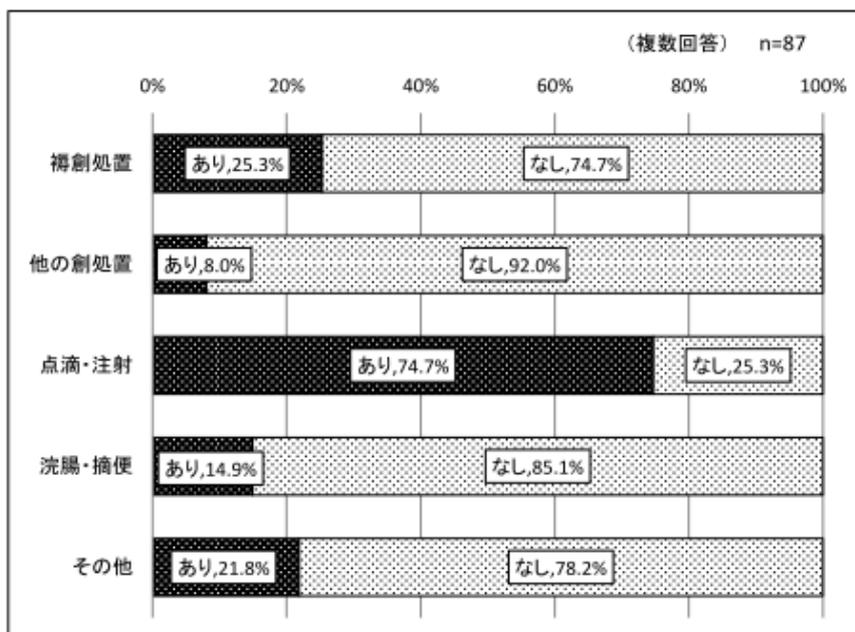


¹ 出典：全国訪問看護事業協会研究事業「認知症グループホームと訪問看護ステーションの今後の連携のあり方に関する調査研究報告書」（平成 27 年 3 月）より要約。

- 平成 26 年 1 月から 5 月の 5 ヶ月間に、医療保険による訪問を受けたグループホーム入居者（延べ数）のうち、49.5%が特別訪問看護指示書の対象者であり、指示内容は点滴・注射がもっとも多かった。

図表 13 特別訪問看護指示書の指示内容（複数回答）

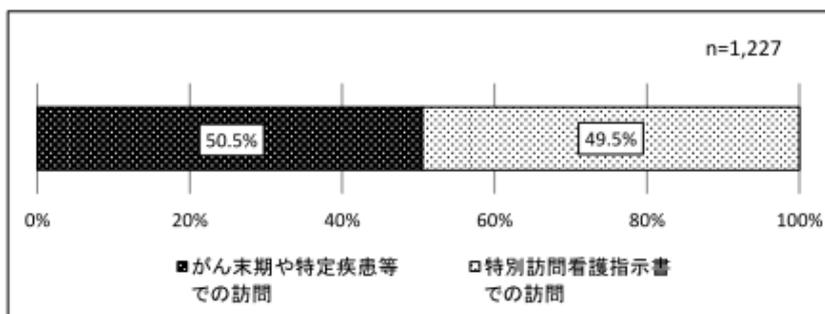
指示内容	ST数	指示を受けたSTの割合
褥創処置	22	25.3%
他の創処置	7	8.0%
点滴・注射	65	74.7%
洗腸・摘便	13	14.9%
その他	19	21.8%



- 平成 26 年 1 月から 5 月の 5 ヶ月間に、医療保険による訪問看護を受けた入居者（延べ人数）は、がん末期や特定疾患等での訪問看護が 50.5%、特別訪問看護指示書による訪問看護が 49.5%であった。

図表 14 入居者への訪問看護が医療保険の対象となった理由

医療保険となった理由	入居者延べ人数	割合
がん末期や特定疾患等での訪問	620	50.5%
特別訪問看護指示書での訪問	607	49.5%



- グループホームへの訪問をしている訪問看護ステーションのうち、これまでに特別訪問看護指示書の期間で対応しきれずに困った入居者がいた事業所は 25.1 であり、困った状況としては、急性増悪が 14 日間で改善されなかった場合、非がんの老衰などのターミナルの場合、定期的に継続して医療処置が必要な場合などであった。
- これらの入居者は、その後の経過として、32.6%の入居者が入院し、9.1%の入居者には自費契約で訪問看護を継続し、23.1%の入居者には無償で訪問看護を継続していた。

困った状況	入居者数 (合計 242 名)	特別指示期間後の経過	入居者数
急性増悪が 14 日間で改善されない場合	101 (41.7%)	入院した	39
		訪問看護を継続 (自費契約)	7
		訪問看護を継続 (無償)	21
		その他	34
非がんの老衰などのターミナルの場合	75 (31.0%)	入院した	22
		訪問看護を継続 (自費契約)	5
		訪問看護を継続 (無償)	19
		その他	29
定期的に継続して医療処置が必要な場合	52 (21.5%)	入院した	14
		訪問看護を継続 (自費契約)	9
		訪問看護を継続 (無償)	14
		その他	15
その他	14 (5.8%)	入院した	4
		訪問看護を継続 (自費契約)	1
		訪問看護を継続 (無償)	2
		その他	7

Ⅱ. 提言について

- 上記の調査結果を踏まえ、認知症グループホーム入居者の医療ニーズに対応するために、現行の制度の変更すべき点について検討を行い、下記の提言をまとめた。

グループホームの入居者が重度化し、医療ニーズのある入居者や終末期ケアの必要な人が増加しており、十分な医療的対応ができないことが大きな課題となっている。十分な医療的ケアを受けながらグループホームで暮らし続けられるようにするための方策について、全国のグループホームと訪問看護ステーションのアンケート結果を踏まえて、以下を提案する。

提案

主治医が「医療ニーズが高いと判断したグループホーム入居者については、入居者個人と訪問看護事業所の契約により、医療保険の訪問看護を利用できるようにする。（医療保険対象）

出典：全国訪問看護事業協会研究事業「認知症グループホームと訪問看護ステーションの今後の連携のあり方に関する調査研究」検討委員会「提言書」より要約。

認知症疾患医療センターの取組について（河崎委員提出資料）

認知症疾患医療センターとは

都道府県及び指定都市が指定した病院に、認知症疾患医療センターを設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的としています。



当院は大阪府の指定を受けています。
まずはお気軽にご相談下さい。

専門医療相談電話
072-446-8102

受付時間 9:00~17:00
(日曜・祝祭日を除く)

交通のご案内



●鉄道(南海本線)を利用する場合

なんば	急行 約25分	水間駅 約13分
堺	急行 約25分	
和歌山市	急行 約35分	

●自動車(高速道路)を利用する場合

阪和自動車道	水間インター	約1分
阪神高速湾岸線	貝塚出口	約10分

水間病院 認知症疾患医療センター

〒597-0104 大阪府貝塚市水間51
TEL 072-446-8102 FAX 072-446-5451
E-Mail mizuma-hp@kawasaki-ka.or.jp

認知症疾患医療センター ご案内



医療法人 河崎会
水間病院

●専門医療相談

専門のソーシャルワーカーが認知症に関するご相談をお受けします。

●鑑別診断と初期対応

当院を受診していただき、認知症かどうか検査等を行いながら診断します。

●合併症・周辺症状への急性期対応

合併症や周辺症状への初期診断や急性期入院医療が必要と判断された認知症疾患の患者さんに対して、必要に応じて連携医療機関へのご紹介を行います。

このような症状はございませんか？

- 数分前の出来事を忘れる、何度も同じことを言う。
- 日を忘れたり、今いる場所がわからないことがある。
- 交通機関の利用方法がわからない。気候にあった服を選べない。

など

悩まず、ご相談ください。



●研修会、連携協議会の開催

認知症に関する知識の向上や、情報共有を図るため、研修会や連携協議会を開催します。

認知症疾患医療センターの取扱事例一覧

番号	患者プロフィール	対応経過など
1	90歳代・女性	・在宅で暮らしていたが平成22年1月、腰痛を訴えK病院に入院・加療するも不眠、大声、せん妄、介護への抵抗あり、M病院(当センター)に相談。M病院に直ちに転院。その後軽快し同年2月退院し、夫と同居生活。不穏、大声、不眠が再燃して、平成22年末、M病院に再入院、加療を継続。その後家族がM特養に入所申請、平成25年4月M特養に入所、現在に至る。
2	90歳代・女性	・在宅で暮らしていたが平成24年11月、気分落ち込み、無表情の症状が出始め平成25年2月、不穏、徘徊、介護への抵抗あり、警察や救急への119要請等あり。平成25年3月、M病院に入院するも程なく軽快し、家族が老人ホーム入居希望、同年4月M病院を退院し、A有料老人ホーム入居、現在に至る。
3	80歳代・女性	・平成7年頃(65歳当時)より認知症状あり、M特養に入所していたが、大声、拒食傾向強いこと、BPSDの状態等からM病院(当センター)に相談あり。平成21年3月、M病院に入院。翌月、内臓疾患によりF病院に転院・加療。退院後、再びM特養に入所するも、拒食等再燃し、平成25年7月、M病院に再入院する。入院1か月後症状軽快・退院し、M特養に再入所。現在に至る。
4	80歳代・男性	・平成24年頃より、物忘れ、被害的になることあり。在宅の単身生活であったが、平成25年1月、胆のう炎によりT病院に入院。ADL低下、昼夜逆転、点滴自己抜針等あり、在宅復帰困難との判断にて家族からM病院(当センター)に相談。平成25年2月、M病院に入院・加療。軽快し、家族希望もありT有料ホームに入居、現在に至る。
5	90歳代・女性	・平成24年8月頃より、幻聴、妄想、昼夜逆転あり。翌年2月頃からは何人かの人が体に乗っているとの訴えあり。在宅での家族の対応限界にて当センターに相談あり。平成25年8月、M病院に入院。軽快し平成25年11月、M病院を退院し、介護付き老人ホームに入居。現在に至る。
6	90歳代・男性	・平成24年12月頃より、物忘れ等の症状あり。平成25年7月M病院に外来初診。高齢者施設Sに入所していたが、暴言、介護への抵抗あり、対応困難にて、家族よりM病院(当センター)に入院相談。平成25年11月M病院に入院。その後軽快し、同年11月M病院を退院し、A介護付き老人ホームに入居。
7	70歳代・女性	・在宅にて夫と同居。平成25年6月頃より、妄想めいた発言、被害妄想等の症状あり、同年12月、M病院に外来初診。家族の対応困難にて、M病院に入院。入院直後、本人の拒否感強く、家族希望(同意)により、同日退院。
8	90歳代・女性	・在宅にて生活。平成25年9月頃より、物忘れ等の症状あり。平成26年1月頃より、不眠、妄想、徘徊、夜間せん妄等徐々に進行し、在宅での対応困難にて家族よりM病院(当センター)に入院相談。平成26年3月M病院に入院するも、2週間後軽快し自宅へ退院。
9	80歳代・男性	・在宅にて生活。平成23年3月M病院に外来初診。不眠、外出し帰宅困難、盗癖やこだわり、常同行為が認められ、在宅での生活が困難となり、家族よりM病院(当センター)に入院相談。平成25年12月M病院に入院。その後症状軽快、平成26年3月自宅へ退院。
10	80歳代・男性	・在宅にて生活。平成24年頃より物忘れ、暴言、粗暴等あり。平成25年10月、M病院に外来初診。定期的に通院していたが、易怒的で症状悪化し、在宅での生活が困難にて家族よりM病院(当センター)に入院相談。平成26年4月M病院に入院。早く軽快し、家族希望により同年同月、自宅へ退院。

番号	患者プロフィール	対応経過など
11	80歳代・女性	・平成16年からM特養に入所。平成21年頃より物忘れ等の症状あり、平成24年3月、M病院に外来初診。次第に興奮強く、大声等の症状あり、施設での対応困難となり、施設・家族双方よりM病院(当センター)に入院相談。平成26年4月M病院に入院するも3週間後軽快し、同年5月M病院を退院し、もとのM特養に入所、現在に至る。
12	90歳代・女性	・在宅にて生活。物忘れ見られ、平成24年11月M病院に外来初診。平成25年10月頃からせん妄、不眠出始める。その後転倒し圧迫骨折により、平成25年12月A病院に入院・加療するも、昼夜逆転、体動激しくA病院では対応困難となり、同月下旬M病院を転院する。症状軽快し、平成26年5月M病院を退院・自宅に復帰するも、平成27年8月M病院に再入院、現在に至る。
13	70歳代・女性	・在宅にて夫と生活。平成26年1月頃から物忘れや攻撃的、不眠、妄想などの症状あり。家族の対応困難にて入院相談あり、平成26年5月M病院に入院。その後、症状軽快し、同年7月自宅へ退院となる。
14	60歳代・男性	・在宅にて生活。平成19年頃(56歳頃)から物忘れ。平成23年9月M病院初診。収集癖あり、近隣より苦情が出て、家族よりM病院(当センター)に入院相談あり。平成26年5月M病院に入院・加療。症状軽快し、家族とケアマネジャーに相談、同年10月自宅へ退院。
15	80歳代・男性	・平成22年10月、K老健施設に入所。その後、肺結核症でK病院に入院するが、認知症状悪化し、平成25年2月M病院に転院。症状軽快し平成26年3月、自宅へ退院。しかし、同年6月、転倒し歩行困難、腰椎圧迫骨折のため、N病院に入院。精神症状悪化認められ、平成26年7月M病院に再入院。その後症状軽快となり、成年後見人の申し出あり、退院し平成26年10月M特養に入所。
16	90歳代・女性	・平成23年頃から外出するも自宅に戻れないことあり。平成25年8月H特養に入所。平成26年7月頃から昼夜逆転、脱衣行為等あり、対応困難にてH特養よりM病院(当センター)に入院相談、同年9月M病院に入院。その後症状軽快となり、平成26年11月退院し、H特養に復帰する。
17	90歳代・女性	・平成25年頃から物忘れ症状あり。家族と生活していたが、平成26年2月頃より大声、不眠、易怒、裸で道路に出て大声をあげる等あり。Kクリニックを通じて平成26年4月M病院に入院。症状軽快し、地域包括支援センターが家族と相談、退院して地元のK老健に入所する。
18	90歳代・女性	・長女と同居生活するも平成17年頃から物忘れ、不眠、易怒的、徘徊あり。在宅での対応困難にてM病院(当センター)に入院相談あり。平成19年12月M病院に入院・加療。その後症状軽快し、家族の希望にて他県高齢者施設に入所するため、平成26年12月退院。
19	80歳代・女性	・平成21年8月から施設入所していたが、平成26年7月頃から暴言、暴力、介護への抵抗あり、施設での対応困難、M病院に入院相談あり。同年9月M病院に入院。その後、症状軽快し同年12月元の施設に復帰。
20	80歳代・男性	・平成26年3月M病院を退院。家族と同居し、定期的に通院していたが、ふらつき強く歩行困難にて、家族より在宅での対応困難、当センターに入院相談あり。同年12月M病院入院。症状軽快し、平成27年1月退院、在宅復帰。

番号	患者プロフィール	対応経過など
21	90歳代・男性	・在宅で暮らしていたが平成22年頃より認知症状強く、妻に暴言、嫉妬妄想、手をあげる等あり、在宅での対応困難、M病院(当センター)に入院相談。同年4月M病院に入院となる。症状軽快となり、家族の希望により平成27年5月退院し、P特養に入所し、現在に至る。
22	70歳代・男性	・在宅生活中の平成27年1月、娘に金づちで殴りかかろうとし警察署が保護。地元保健所より入院依頼、同月同日M病院へ入院。平成27年3月退院し自宅復帰するも、同年5月、M病院に再入院する。その後、要介護認定を経て、平成27年7月退院し、S特養に入所し現在に至る。
23	60歳代・男性	・单身生活を送っていたが、徘徊、異食行為あり、K病院に入院。その後、環境調整のため平成24年9月M病院に入院。その後軽快し、平成27年10月退院。R特養に入所し、現在に至る。
24	70歳代・女性	・K高齢者住宅に入居していたが、幻聴、うつ状態、過呼吸の症状あり。対応困難にて、同所よりM病院(当センター)入院相談あり。平成27年7月M病院に入院となる。その後症状軽快、同年10月退院し、K高齢者住宅に復帰する。
25	80歳代・女性	・M老健施設に入所していたが、不眠、大声、介護への抵抗等認められ、同所での対応困難となりM病院(当センター)に入院相談あり、平成27年9月M病院に入院となるも、症状軽快し、1か月後の同年10月M病院を退院し、M老健施設に復帰し、現在に至る。
26	70歳代・男性	・M特養に入所していたが、暴言、粗暴、介護への抵抗あり、同所での対応困難にて、平成27年10月M病院に入院となる。症状軽快し、2か月後の同年10月、退院し、M特養に復帰し、現在に至る。
27	80歳代・男性	・平成27年1月M病院を退院し、その後定期的に通院していたが、同年9月、起立困難、ろれつ回らず、KT病院では異常所見なし。在宅での対応困難となり、家族がM病院(当センター)に入院相談。平成27年10月M病院に入院となる。翌年1月症状軽快により退院・自宅復帰し、現在に至る。
28	90歳代・男性	・K高齢者住宅に入所していたが、昼夜逆転、徘徊等の症状あり。同所での対応困難によりM病院(当センター)に入院相談あり。平成27年9月M病院に入院となる。入院直後より家族がグループホームに入居申込み、平成28年2月退院、Hグループホームに入居し、現在に至る。
29	80歳代・女性	・在宅生活中的平成27年頃より物忘れ等の症状あり。デイ・ケア通所するも、帰宅衝動強く、昼夜大声を出す等にて、在宅での家族対応が困難となり、M病院(当センター)に入院相談あり。平成27年7月M病院を入院となる。その後症状軽快し、家族の希望により平成28年2月退院し、KK特養に入所、現在に至る。
30	90歳代・女性	・平成22年頃から妄想発言、自宅からの飛び出し行為あり。在宅生活の継続が困難となり、家族がM病院(当センター)に入院相談。平成27年12月M病院に入院となる。平成28年3月、家族の希望により退院し、K老健に入所、現在に至る。

社会福祉法人が運営する認知症カフェと社会福祉法人実施主体の
認知症初期集中支援チーム（鴻江委員提出資料）

Stage1 軽度認知機能障害(MCI)～認知症初期

「社会福祉法人が運営する認知症カフェ」

「社会福祉法人実施主体の
認知症初期集中支援チーム」

社会福祉法人杏風会
特別養護老人ホーム白寿園
施設長 鴻江 圭子

施設概要

所在地：熊本県荒尾市一部2122番地
開設：1972（昭和47）年5月1日
定員：99名
平均介護度：4.01
平均年齢：89.8歳

〈白寿園の基本理念〉
利用者主体の生活援助
安心、安全で快適な生活の継続
地域との交流及び信頼ある施設づくり
サービスの質の向上

社会福祉法人杏風会の概要（在宅サービス）

- 昭和55年 ショートステイ事業
荒尾市独自のリフレッシュ事業を通して普及（三週間無料体験）
- 昭和58年 配食サービス
一人暮らしの方に対し、敬老の日に提供
- 昭和61年 市の事業となる
水曜日の夕食25食配食
ミニ・デイサービス開始
- 平成 2年 デイB型開始（一般型）
- 平成 3年 訪問介護（身体介護・家事援助）
- 平成 4年 デイE型開始（認知症対応型）
- 平成 6年 在宅介護支援センター開設
- 平成12年 生活管理指導員派遣事業（ヘルパー）
居宅介護支援事業
生きがい活動支援通所事業（公民館を利用して）
- 平成14年 グループホーム開設
- 平成16年 白寿の家開設（逆デイサービス）
- 平成27年 認知症カフェ開設
認知症初期集中支援チーム開設

社会福祉法人杏風会の取り組み

<家族・地域に対し>

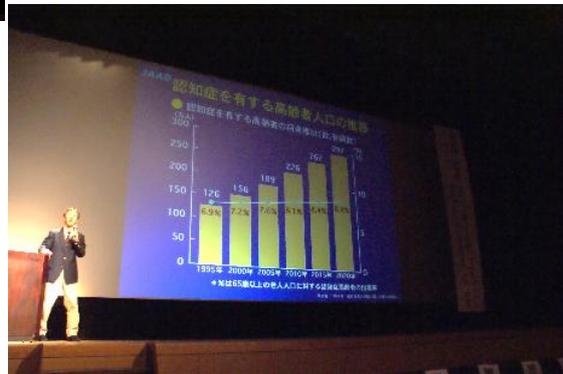
- 情報開示（第三者評価 等）
- 地域住民に必要な情報提供（広報誌の発行 等）
広報内容（例）：制度改正、認知症対応について
平成20年より認知症サポーター研修（市役所、小中学校、公民館 等）
- 地域活動に参加
（例）公民館の福祉委員としての活動
（一人暮らしの相談、ドクターネットワークの創設、認知症ネットワーク）
- 家庭介護教室（昭和63年から15回）
- ボランティア育成
- 学校教育の一環
（高齢者とのふれあいを通して介護用具の使い方など）

荒尾市地域ケアネットワークづくり研修会



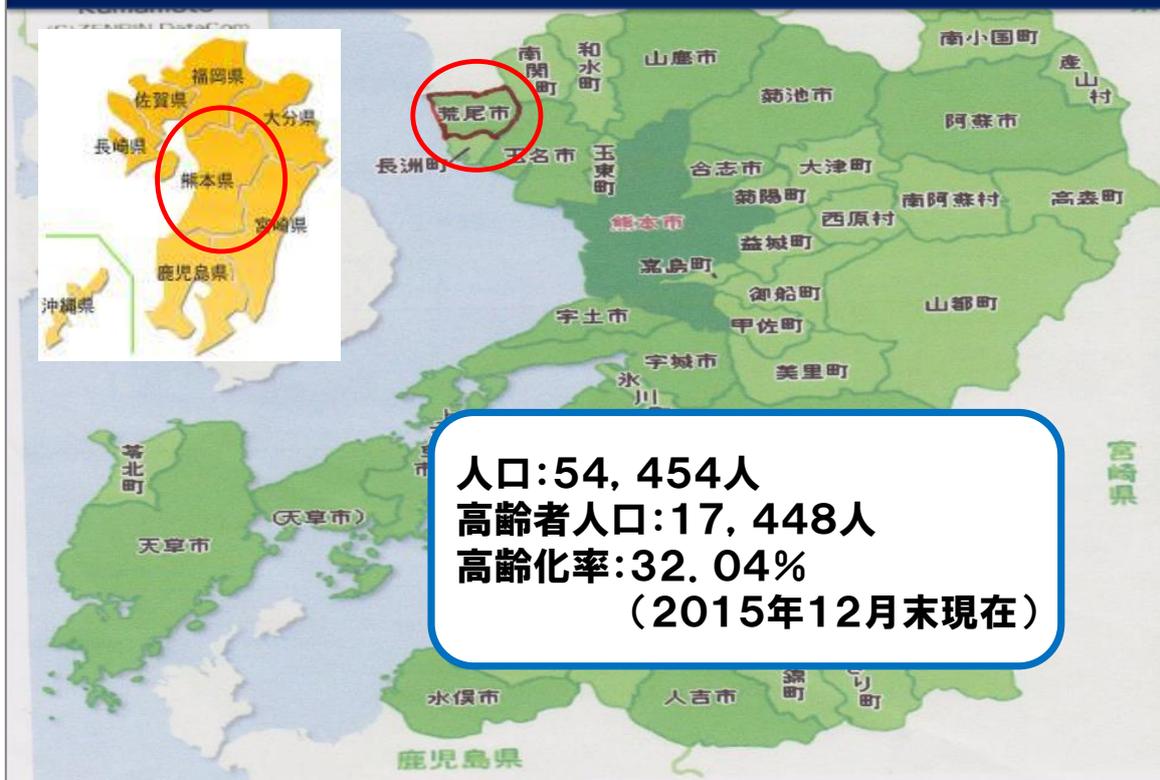
- 第一回(約1000名参加)
大会主題「安心して老いるために～荒尾から発進」
記念講演「上手に老いるための自己点検の勧め」
講師:厚生労働省 大臣官房参事官 石黒 秀喜 氏
- 第二回(約800名参加)
大会主題「安心して老いるために～認知症を知ろう」
記念講演「認知症になっても安心して暮らせるケアネットワークづくり」
講師:熊本大学 大学院 医学薬学研究部長 池田 学 教授
基調講演「これからの認知症対策について」
講師:厚生労働省 老健局 計画課 認知症・虐待防止対策推進室長 井内 雅明 氏
- 第三回(約200名参加)
大会主題「安心して老いるために～高齢期の安心生活を考える」
記念講演「そろそろ介護「親のこと、自分のこと」」
講師:特定非営利活動法人 ワークショップ「いふ」

- 第四回(約600名参加)
大会主題「安心して老いるために～人の尊厳と福祉」
記念講演「安心して老いることができるまちづくりをめざして」
講師:東京大学高齢社会総合研究機構教授 辻 哲夫 先生
基調講演「口から食べられなくなったらどうしますか？」
講師:特別養護老人ホーム 芦花ホーム 医師 石飛 幸三 先生
- 第五回(約500名参加)
大会主題「安心して老いるために～住民主体の地域づくり」
記念講演「住民主体の地域づくり」
講師:柳谷自治公民館(やねだん公民館) 館長 豊重 哲郎 氏
- 第六回(約600名参加)
大会主題「安心して老いるために～認知症の正しい理解」
記念講演「認知症の正しい理解」～レビー小体型認知症を含めて～
講師:メディカルケアクリニック院長・横浜大学医学部名誉教授 医学博士 小阪 憲司 先生



社会福祉法人が運営する 認知症カフェ

熊本県荒尾市の概要



荒尾市の認知症カフェ⇒「おれんちのカフェ」

「おれんちのカフェ」の外観



平成27年9月3日オープン!

1. 名前の由来
認知症サポーターの
オレンジと俺んち
(=自分の家)を掛
けて、カフェが自
分の家のように安
心してくつろげる
場所であってほ
しい

2. 荒尾市が社会福
祉法人杏風会に事
業委託

3. 元々は民家だ
った建物を活用

「おれんちのカフェ」の目的

1. 認知症との**出会いを早く**、そして丁寧な関わり
2. 認知症について**正しい理解を深める**場所
3. 認知症をはじめ**介護予防活動**の場
4. 認知症の人も運営に関わる、**誰もが自らが望む活動**ができる場所
5. **悩みが軽減**できる場所
6. **専門職との繋がる**場、互いに学び合う場所
7. **地域交流**の場所

「おれんちのカフェ」運営方針

1. **週一回**開催（毎週木曜日10時から）
2. 認知症の人及びその家族からの相談に対応できる
専門職の配置
3. 認知症サポーター等の**地域住民に運営に参加**してもらうなど、地域全体で事業運営を実施すること
4. 参加者については、認知症の方、介護が必要な高齢者のみならず、障がいのある方、地域の子供たち等との**共生を図る**ことのできるような運営体制とすること
5. 認知症カフェの実施日以外についても地域住民に対し、**介護予防教室や地域サロン等**の創意工夫による施設として活用すること

「おれんちのカフェ」活動の様子



- ・施設の家族会
- ・職員のOB会
- ・近隣住民
- ・地区公民館長
- ・認知症サポーター

※荒尾市の広報誌を通して新規ボランティアを募集

地域住民主体の実施・運営、ミーティング

「おれんちのカフェ」活動の様子



様々な交流・趣味活動
(絵手紙教室)



生活に役立つ勉強会
(悪徳商法対策)

ボランティアは様々な特技を持っている！
ギター演奏、手工芸、編み物、カラオケ、紙芝居 など

「おれんちのカフェ」活動の様子



専門職による認知症や介護に関する個別相談

認知症カフェ→介護保険サービスへ

「おれんちのカフェ」実績

回数	開催日	ゲスト	ボランティア	合計
第1回	H27/9/3	37名	0名	37名
第2回	H27/9/10	20名	5名	25名
第3回	H27/9/17	18名	4名	22名
第4回	H27/9/24	16名	5名	21名
第5回	H27/10/1	16名	8名	24名
第6回	H27/10/8	14名	4名	18名
第7回	H27/10/15	11名	5名	16名
第8回	H27/10/22	21名	6名	27名
第9回	H27/10/29	17名	9名	26名
第10回	H27/11/5	10名	9名	19名
第11回	H27/11/12	9名	4名	13名
第12回	H27/11/19	17名	4名	21名
第13回	H27/11/26	15名	8名	23名
第14回	H27/12/3	10名	10名	20名
第15回	H27/12/10	15名	11名	26名
第16回	H27/12/17	15名	6名	21名
第17回	H27/12/24	13名	8名	21名
第18回	H28/1/7	10名	11名	21名
第19回	H28/1/14	11名	5名	16名
第20回	H28/1/21	7名	6名	13名
第21回	H28/1/28	13名	9名	22名

ゲスト
延べ人数 315名

ボランティア
延べ人数 137名

合計
延べ人数 452名
(平均 約22名参加)

社会福法人実施主体の 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームの目的

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職
(保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等)



専門医
(認知症サポート医専任可)

配置場所 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症患者医療センター、市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
(ア) 認知症患者の臨床診断を受けていない人
(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

<認知症初期集中支援チーム研修会資料より>

認知症初期集中支援のプロセス

認知症の早期



①相談応需

②初回家庭訪問

③チーム員会議

④初期集中支援の実施

⑤終結、引き継ぎ

⑥モニタリング



在宅生活のサポート



認知症初期集中支援チーム

＜チーム員会議＞
医師をはじめとした多職種チーム員が、訪問により実施したアセスメントに基づいて、支援方法などを検討する。



あれ？
ちょっと変だな。は。大事なサインです

認知症の早期発見のめやす

いくつか思いあたることがあればご相談を

- ① **もの忘れがひどい**
 - 今切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れる
 - 同じことを何度も言う・問う・する
 - しまい忘れ・置き忘れが増え、いつも探している
 - 財布・通帳・衣類などが盗まれたと人を疑う
- ② **判断力・理解力が衰える**
 - 料理・片づけ・計算・運転などのミスが多くなった
 - 新しいことが覚えられない
 - 話のつじつまが合わない
 - テレビの番組の理解が出来なくなった
- ③ **時間・場所がわからない**
 - 約束の日時や場所を間違えるようになった
 - 慣れた道でも迷うことがある
- ④ **人柄が変わる**
 - 些細なことでも、怒りっぽくなった
 - 周りへの気遣いがなくなり、頑固になった
 - 自分の失敗をひとのせいにする
 - 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われた
- ⑤ **不安感が強い**
 - 一人になると怖がりたり寂しがりたりする
 - 外出時に持ち物を何度も確かめる
 - 「頭が変になった」と本人が訴える
- ⑥ **意欲がなくなる**
 - 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった
 - 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった
 - ふさぎ込んで何をしても徳劫がり嫌がる

(公益社団法人 認知症の人と家族の会 作成)



荒尾市地域包括支援センター
荒尾市増永632番地
☎0968-63-1177

熊本県地域拠点型
認知症疾患医療センター
荒尾こころの郷病院
荒尾市荒尾1992番地
☎0968-62-0657
開設日/月～金
8:30～17:00
(祝日、8月13日～15日、
12月30日～1月3日除く)

社会福祉法人 杏風会
特別養護老人ホーム
白寿園
荒尾市一部2122番地
☎0968-68-0176
開設日/月～日
8:15～19:00

認知症に関する
心配事がありましたら、
ご相談ください！

認知症初期集中支援チームの
ご案内

荒尾市



2 家庭訪問

認知症初期集中支援チームが、ご自宅に訪問します。

4 引き継ぎ

(認知症初期集中支援チームのサポート終了)

その後は、ケアマネジャーなど関係機関へ引き継ぎします。

Q.どんな人が対象なの?

A.40歳以上で、自宅で生活している認知症が疑われる方、または認知症の方で、

- 認知症の診断を受けていない、または治療が中断している
- 医療サービスや介護サービスを利用していない
- 認知症の診断は受けたが、介護サービスが中断している
- サービス利用しているが、認知症による症状が強く、対応に困っているなど・・・の人が対象となります。

事例		
	70代 男性 70代 女性	70代 女性
状況	夫婦二人暮らし <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 70代男性 脳血管性認知症 脳梗塞後遺症 陳旧性心筋梗塞 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 70代女性 認知症 脳梗塞 高コレステロール血症 </div> </div> H28年1月 入院先の病院より包括支援センターに相談→チームに依頼 ・退院後の生活について課題がある ・介護保険認定申請	独居(同一敷地内に長女家族) 老年期精神病(H22) H22年 薬の飲み間違い 幻覚・妄想 H26年 症状が悪化 H28年1月 家族より相談があり初期集中支援チームの支援開始
支援	退院支援 介護保険サービスの導入 日常生活支援 (内服管理・車の運転)	病院への受診勧奨 介護保険サービスの導入 家族に対する支援

取り組みの考察

- 認知症の早期発見・早期診断・早期対応
- 地域とのつながりを最大限に生かす
- 地域住民や事業所への啓発活動
- 各関係団体との連携・協働
- 情報を早くキャッチできる体制づくり

ご清聴ありがとうございました

平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業」
地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割についてのアンケート調査

【アンケート調査ご回答のお願い】

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

認知症グループホームは近年、その特性である個別ケア機能や地域との連携機能を中心に、重度者への対応、在宅の認知症の人への対応にも取り組むことが期待されており、2015 年 1 月に発表された「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」においても、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開していく方向性が示されています。

しかしながら、地域包括ケアシステムの中で認知症の各段階に応じて認知症グループホームに求められる役割・機能及び利用者像は全国の自治体において違いがあり、認知症グループホームが実際にはどのように地域の認知症ケアの拠点として活用されているのか、また、どのような活躍が期待されているのかは明らかではありません。

そこで当協会では、厚生労働省の平成 27 年度老人保健健康増進等事業としての補助を受け、全国の地方公共団体に、地域包括ケアシステムの中で、認知症の各段階に応じて認知症グループホームに求められる役割・機能及び利用者像を整理することを目的として、アンケート調査を実施することといたしました。

本調査は任意の調査となりますが、調査趣旨をご理解の上、ご回答いただけますと幸いです。お忙しいところ大変恐れ入りますが、ご協力をお願いいたします。

ご回答いただきました内容につきましては、次のように取り扱います

- 本調査事業のみに利用し、他の目的には一切利用いたしません。
- 統計的に処理し、個々の自治体名が特定できないように配慮いたします。
- 調査結果は、報告書として公表されます。

■調査の回答期限：平成 27 年 11 月 9 日（月）までに同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送下さい。

■調査事務局

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 担当：堀

E-mail : hori@ghkyo.or.jp

TEL : 03-5366-2157（受付時間：9：00～17：00）

FAX : 03-5366-2158

ご回答者様のお名前とご連絡先をご記入下さい。

都道府県名	都・道・府・県	市区町村名	市・区・町・村
ご所属部署			
ご回答者 役 職		ご回答者 氏 名	
電 話 番 号		ファクス番号	

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んで下さい。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入下さい。
- ・特に断りのない限り、平成27年4月1日時点の状況についてお答え下さい。

問1 貴自治体の概要について下欄に当てはまる内容をご記入下さい。

① 人口規模 (番号1つに○)	1. 1万人未満 3. 5万～20万人未満 5. 50万～100万人未満	2. 1万～5万人未満 4. 20万～50万人未満 6. 100万人以上
② 高齢化率*	%	※第6期介護保険事業計画に記載の数値をご記入下さい。
③ 高齢者の世帯構成*	1) 単身世帯 : % 2) 夫婦のみ世帯 : % 3) その他世帯 : %	※おおよその構成比を数値でご記入下さい。
④ 要支援・要介護認定率*	1) 要支援認定率 : % 2) 要介護認定率 : %	※第6期介護保険事業計画に記載の数値をご記入下さい。
⑤ 平均要介護度*		※第6期介護保険事業計画に記載の数値をご記入下さい。
⑥ 高齢者全体に占める 認知症高齢者**の割合*	%	※把握している直近の数値をご記入下さい。

*小数点第1位までご記入下さい。

**「認知症高齢者」は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上を指すものとします。

I. 貴地域の社会資源についてお尋ねします。

問2 認知症ケアに関連する社会資源について、下記に当てはまる各種サービス・機関等の現状と今後の整備計画についてご記入下さい。

【介護保険サービス事業所】 ※「今後の方針」は各サービスについて第6期介護保険事業計画等に記載されたサービス供給量の増減計画をご回答下さい。	現状		今後の方針
	(事業所数)	(定員)	(当てはまるものに○)
地域密着型サービス			
認知症対応型共同生活介護	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
(うち短期利用認知症対応型共同生活介護の指定事業所)	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
認知症対応型通所介護	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
(うち共用型認知症対応型通所介護の指定事業所)	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
地域密着型小規模通所介護	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
看護小規模多機能型居宅介護	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
小規模多機能型居宅介護	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
介護保険施設等			
介護老人福祉施設	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
介護老人保健施設	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
介護療養型医療施設	か所	名	縮小・維持・拡大・未定
特定施設（養護老人ホーム、ケアハウス）	か所	名	縮小・維持・拡大・未定

【地域支援事業】 ※「今後の方針」は各サービスについて第6期介護保険事業計画等に 記載されたサービス供給量の増減計画をご回答下さい。	現状		今後の方針 (当てはまるものに○)
	(実施の有無)	(実施数) ※ありの場合に記入	
認知症初期集中支援チームの設置	なし・あり	⇒ か所	現行維持・拡充・実施予定なし
認知症地域支援推進員の配置	なし・あり	⇒ 名	現行維持・拡充・実施予定なし
病院・介護保険施設等での認知症対応力向上を図るための事業	なし・あり	⇒	現行維持・拡充・実施予定なし
在宅の認知症の人や家族のための相談・支援を行う事業所等 (うち認知症グループホームが実施しているもの)	なし・あり	⇒ か所	現行維持・拡充・実施予定なし
在宅の認知症の人や家族のための集いの場(認知症カフェなど) (うち認知症グループホームが実施しているもの)	なし・あり	⇒ か所	現行維持・拡充・実施予定なし
認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業	なし・あり	⇒	現行維持・拡充・実施予定なし

【医療機関等】 ※「今後の方針」は各サービスについて第6期介護保険事業計画等に 記載されたサービス供給量の増減計画をご回答下さい。	現状		今後の方針 (当てはまるものに○)
	(把握の有無)	(事業所数) ※ありの場合に記入	
訪問看護ステーション ※健康保険上の指定による	なし・あり	⇒ か所	縮小・維持・拡大・未定
在宅療養支援診療所	なし・あり	⇒ か所	縮小・維持・拡大・未定
認知症疾患医療センター(基幹型・地域型・診療所型)	なし・あり	⇒ か所	縮小・維持・拡大・未定

【認知症に携わる人材の養成】 ※1 「今後の方針」は各サービスについて第6期介護保険事業計画等に 記載されたサービス供給量の増減計画をご回答下さい。 ※2 *印の項目は政令指定都市のみご回答下さい。	現状		今後の方針 (当てはまるものに○)
	(把握の有無)	(修了者数) ※ありの場合に記入	
認知症サポーター養成講座 修了者数	なし・あり	⇒ 名	縮小・維持・拡大・未定
キャラバンメイト養成研修 修了者数	なし・あり	⇒ 名	縮小・維持・拡大・未定
認知症介護実践者研修 修了者数 *	なし・あり	⇒ 名	縮小・維持・拡大・未定
認知症介護実践リーダー研修 修了者数 *	なし・あり	⇒ 名	縮小・維持・拡大・未定
認知症介護指導者養成研修 修了者数 *	なし・あり	⇒ 名	縮小・維持・拡大・未定

問3 貴自治体では、自治体独自の取り組みとして、下記に挙げるような補助金や助成金を交付していますか。(04 を選択した場合を除き、複数回答可)

- 01 認知症グループホーム開設時の事業所整備に関する補助・助成
- 02 認知症グループホーム利用時の家賃等保険外利用料に関する補助・助成
- 03 認知症カフェなどの地域支援事業の運営に関する補助・助成
- 04 01～03に挙げるような補助・助成は行っていない

Ⅱ. 貴自治体における認知症施策についてお尋ねします。

問4 貴自治体では、認知症施策の推進について、第6期介護保険事業計画・老人福祉計画での記述を行っていますか。(〇は1つ)

- 01 認知症施策の項目を立てて記述している
- 02 認知症施策の項目は立てていないが、記述している
- 03 特に記述は行っていない
- 04 その他(具体的に: _____)

問5 貴自治体では、日常生活圏域ニーズ調査、要介護認定データの情報等により、認知症高齢者の実態把握を行っていますか。(〇は1つ)

- 01 定期的に行っている
- 02 定期的ではないが、過去に行ったことがある
- 03 行っていない
- 04 その他(具体的に: _____)

問6 貴自治体では、認知症の人の状態に応じて、標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を作成していますか。(〇は1つ)

- 01 すでに作成している ⇒ 下記の①~③をご回答下さい。
- 02 作成中である
- 03 作成していない(実施の検討中を含む)
- 04 その他(具体的に: _____)

① 作成時期	(和暦) 平成 _____ 年度に策定
② 作成プロセスにおいて、認知症グループホーム事業者の意見を聞いたり、情報共有を行ったりする機会の有無(作成中の場合は予定の有無)	01 機会があった(予定がある) 02 機会はなかった(予定はない) 03 分からない
③ 利用の手順(※)	01 利用の手順(関係機関での共有方法など)を定めている 02 利用の手順は定めていない 03 その他(_____)

※「利用の手順」とは、一人の認知症の人を認知症ケアパスの流れに乗せるにあたって、関係機関の間で共有している(定めている)標準的な手続きを指します。

問6 で01「すでに作成している」を選択した回答した場合は、本調査票をご返送いただく際に、可能であれば貴自治体の認知症ケアパスの書式を添付してご提出下さい。

《問7は、問6 で01「すでに作成している」を選択した回答した場合にご回答下さい。》

【回答方法】		該当有無		要介護度							
		なし	あり	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
資源ごとに、記載有無に○印をつけ、当てはまる状態像に○を記入して下さい。(右は記載例)			○		○	○	○	○			
地域	地域のサロン（高齢者クラブなど）										
	二次予防事業、総合事業										
	認知症の人や家族への相談支援事業所										
	認知症の人や家族のための集いの場（認知症カフェ等）										
	民生委員										
	地域の見守り・認知症サポーター										
介護保険サービス事業所	訪問介護										
	通所介護										
	短期入所生活介護										
	認知症対応型通所介護										
	小規模多機能型居宅介護										
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護										
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）										
	認知症対応型共同生活介護										
	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										
医療機関等	訪問看護ステーション										
	在宅療養支援診療所										
	精神科病院										
その他 ※括弧内に 内容を記載	()										
	()										
	()										

◀問8は、問6 で01「すでに作成している」を選択した回答した場合にご回答下さい。▶

問8 上記の認知症ケアパスの中で整理された、認知症の状態像に応じた社会資源の位置づけについて、 認知症の状態別に当てはまるものをすべてお選び下さい。		該当有無		認知症高齢者の日常生活自立度							
【回答方法】 資源ごとに、記載有無に○印をつけ、当てはまる状態像 に○を記入して下さい。（右は記載例）		な し	あ り	自 立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
			○		○	○	○	○			
地域	地域のサロン（高齢者クラブなど）										
	二次予防事業、総合事業										
	認知症の人や家族への相談支援事業所										
	認知症の人や家族のための集いの場（認知症カフェ等）										
	民生委員										
	地域の見守り・認知症サポーター										
介護保険 サービス 事業所	訪問介護										
	通所介護										
	短期入所生活介護										
	認知症対応型通所介護										
	小規模多機能型居宅介護										
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護										
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）										
	認知症対応型共同生活介護										
	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										
医療機関等	訪問看護ステーション										
	在宅療養支援診療所										
	精神科病院										
その他 ※括弧内に 内容を記載	（ ）										
	（ ）										
	（ ）										

Ⅲ. 貴自治体における認知症グループホームの現状と今後についてお尋ねします。

問9 貴自治体では認知症グループホームの特徴をどのように捉えていますか。当てはまるものをお選び下さい。(複数回答可)

- 01 他の社会資源に比べて個別の利用者のペースで生活することができる
 - 02 他の社会資源に比べて家事や地域活動に参加する機会が多くある
 - 03 他の社会資源に比べて利用者と職員の関係性が密接である
 - 04 他の社会資源に比べて認知症の人に配慮した建物となっている
 - 05 他の社会資源に比べて認知症ケアの専門的人材が多くいる
 - 06 他の社会資源に比べて手厚い人員配置がされている
 - 07 認知症ケアのノウハウの蓄積がある
 - 08 地域住民に身近な存在となっている
 - 09 医療ニーズのある利用者にも対応できる
 - 10 地域にバランスよく配置されている
 - 11 その他(具体的に記入)
- ()

問10 貴自治体における認知症施策において、認知症グループホームが現在担っている役割について、項目01～15のそれぞれに当てはまる選択肢を下記の1～5から1つ選び、○をつけて下さい。

1：把握していない	2：ほとんどの事業所が行っていない	3：行っていない事業所の方が多い	4：行っている事業所の方が多い	5：ほとんどの事業所が行っている
-----------	-------------------	------------------	-----------------	------------------

	1	2	3	4	5
01 認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供					
02 入居者と一緒に買い物・調理をするなど役割に配慮したきめ細やかな個別的ケア					
03 入居者の状態像に応じた在宅復帰支援					
04 運営推進会議などを通じた地域との連携					
05 入居者の重度化(医療ニーズが高い)への対応					
06 入居者の重度化(要介護度が高い)への対応					
07 BPSD(行動・心理症状)により、対応が困難な認知症高齢者への対応					
08 在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供					
09 在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供					
10 在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり(認知症カフェ、サロンなど)					
11 在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援					
12 地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポート					
13 地域住民(小中学校の生徒などを含む)への認知症に関する普及・啓発活動					
14 災害時の拠点としての活用(福祉避難所の指定など)					
15 その他 ※括弧内に具体的な内容を記入					

()

問 11 貴自治体における認知症施策において、今後、認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい役割・機能について、項目 01～15 のそれぞれに当てはまる選択肢を下記の 1～5 から 1 つ選び、○をつけて下さい。

1：分からない	2：優先度は低い	3：どちらかといえ ば優先度は低い	4：どちらかといえ ば優先度が高い	5：優先度が高い
---------	----------	----------------------	----------------------	----------

01 認知症高齢者への安心・安全な住まいの提供	1	2	3	4	5
02 入居者と一緒に買い物・調理をするなど役割に配慮したきめ細やかな個別的ケア	1	2	3	4	5
03 入居者の状態像に応じた在宅復帰支援	1	2	3	4	5
04 運営推進会議などを通じた地域との連携	1	2	3	4	5
05 入居者の重度化（医療ニーズが高い）への対応	1	2	3	4	5
06 入居者の重度化（要介護度が高い）への対応	1	2	3	4	5
07 BPSD（行動・心理症状）により、対応が困難な認知症高齢者への対応	1	2	3	4	5
08 在宅の認知症高齢者に対する共用型デイサービスの提供	1	2	3	4	5
09 在宅の認知症高齢者に対する空床を利用したショートステイの提供	1	2	3	4	5
10 在宅の認知症高齢者・家族のための日中の居場所づくり（認知症カフェ、サロンなど）	1	2	3	4	5
11 在宅の認知症高齢者・家族への認知症ケアの相談・支援	1	2	3	4	5
12 地域の医療介護従事者に対する認知症ケアの専門的助言やサポート	1	2	3	4	5
13 地域住民（小中学校の生徒などを含む）への認知症に関する普及・啓発活動	1	2	3	4	5
14 災害時の拠点としての活用（福祉避難所の指定など）	1	2	3	4	5
15 その他 ※括弧内に具体的な内容を記入 ()	1	2	3	4	5

問 12 問 11 で回答された、今後、認知症グループホームに対して積極的に求めていきたい機能・役割（01～15）の中で、貴自治体が特に重視するものを 3 つ選び、その理由をご記入下さい。

〔項目番号〕	〔理由〕
〔項目番号〕	〔理由〕
〔項目番号〕	〔理由〕

問 13 地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割を果たすうえで、今後、必要と思われる事柄として、優先度が高いものを上位3つまでお選び下さい。(〇は3つまで)

- 01 認知症ケアのノウハウの蓄積や資質の向上
- 02 認知症ケアを支える安定的な人材の確保
- 03 利用者の医療ニーズに対応できる医療スタッフの確保
- 04 個々人の容態に応じた適切な福祉用具の提供
- 05 地域支援推進員との連携
- 06 認知症初期集中支援チームとの連携
- 07 地域ケア会議などによる他機関との連携
- 08 認知症ケアの相談・支援における地域包括支援センターとの連携
- 09 適切な治療を継続するためのかかりつけ医との情報共有、連携
- 10 医療ニーズの高い入居者に対する訪問看護ステーションとの連携
- 11 認知症の鑑別診断等における認知症疾患医療センターとの連携
- 12 BPSD への対応等に関する精神科病院との連携
- 13 身体合併症の入居者に対する医療機関との連携
- 14 要介護度の高い入居者に対する介護老人福祉施設等との連携
- 15 その他（具体的に： _____)

問 14 貴自治体において認知症施策を推進する上で、認知症グループホームの活用にあたり、困難に感じている点や課題はどのような点ですか。具体的な内容をご記入下さい。

Blank response area for Question 14.

問 15 地域包括ケアシステムの中で、認知症高齢者の状態像に応じたケアの提供を実現していくにあたり、認知症グループホームが活かすことのできる役割や専門性はどのような点にあると考えられますか。貴自治体のご意見をご記入下さい。

Blank response area for Question 15.

ご回答ありがとうございました。

添付の返信用封筒にて、11月9日（月）までに調査事務局までご返送下さい。

平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業」
地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割についてのアンケート調査

【アンケート調査ご回答のお願い】

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、当協会では、本年度、厚生労働省老健局老人保健課の補助を受けて標記の調査を実施いたします。本調査では、当協会の全施設を対象に、入居者の重症化への対応や地域住民を対象とした活動内容等について調査し、今後の認知症グループホームの役割等を検証・探索することを目的としております。

今後のわが国の認知症高齢者の増加を見据えた時、地域における認知症ケアの拠点という観点から、認知症グループホームの担う役割は大きいと推測されます。本調査の実施により、認知症グループホームの実態を把握し、平成 30 年の診療報酬・介護報酬の同時改定を見据え、認知症グループホームの在り方について、その重要性や可能性を示していきたいと考えております。

本調査は任意の調査となりますが、調査趣旨をご理解の上、ご回答いただけますと幸いです。お忙しいところ大変恐れ入りますが、ご協力をお願いいたします。

ご回答いただきました内容につきましては、次のように取り扱います

- 本調査事業のみに利用し、他の目的には一切利用いたしません。
- 統計的に処理し、個々の事業所名が特定できないように配慮いたします。
- 調査結果は、報告書として公表されます。

■回答期限：平成28年1月8日（金）までに日本認知症グループホーム協会のホームページ上にてご回答下さい。

■調査事務局

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 担当：堀

E-mail : hori@ghkyo.or.jp

TEL : 03-5366-2157 (受付時間 : 9 : 00 ~ 17 : 00) FAX : 03-5366-2158

ご回答者様のお名前とご連絡先をご記入下さい。

事業所名			
所在地	都・道・府・県		市・区・町・村
ご回答者 役職		ご回答者 氏名	
電話番号		ファクス番号	
事業所番号			

ご回答方法

- ・あてはまる番号を選択して下さい。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入下さい。
- ・特に断りのない限り、平成27年11月1日時点の状況についてお答え下さい。

I. 貴事業所の基本情報及び貴事業所が所在する地域の環境についてお尋ねします。

問1 貴事業所の基本情報について教えてください。		
① 開設主体 (番号1つに○)	1. 社会福祉法人(社協以外) 3. 医療法人 5. NPO 法人 7. 地方公共団体	2. 社会福祉協議会 4. 営利法人(株式会社・有限会社など) 6. その他法人(社団・財団・農協・生協等) 8. 上記以外
② 開設年	西暦()年	
③ ユニット数	()ユニット	
④ 定員数	()人	※複数ユニットの場合は、全ての合計人数をご記入ください

問2 貴事業所に以下に挙げるサービスが併設または隣接されている場合、当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)		
1. 認知症対応型通所介護	2. 小規模多機能型居宅介護	3. 訪問看護
4. 介護療養型医療施設	5. 精神科のある病院・診療所	6. その他の医療機関(4・5以外)
7. 1～6の事業は併設・隣接していない		

問3 貴事業所において、平成27年11月中に算定した加算について、当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)		
1. 夜間支援体制加算	2. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	
3. 若年性認知症利用者受入加算	4. 看取り介護加算	
5. 医療連携体制加算	6. 退居時相談援助加算	
7. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	8. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	
9. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	10. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	
11. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	12. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	

Ⅱ. 貴事業所の職員体制についてお尋ねします。

問4 下記に挙げる職種について、貴事業所の職員数をご記入ください。			
	常勤職員の実人数	非常勤職員の実人数	常勤・非常勤職員の合計 (常勤換算)
管理者	人	人	. 人
計画作成担当者	人	人	. 人
うち介護支援専門員	人	人	. 人
介護従事者	人	人	. 人
うち介護福祉士	人	人	. 人
うち看護師	人	人	. 人
うち准看護師	人	人	. 人
うち社会福祉士	人	人	. 人
うち精神保健福祉士	人	人	. 人
うちリハビリ専門職(PT・OT・ST)	人	人	. 人
うち管理栄養士・栄養士	人	人	. 人
その他	人	人	. 人

※常勤職員とは、原則として事業所で定めた勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務するものをいいます。施設の勤務時間数のすべてを勤務しているパートタイマーは、常勤に含みます。

※非常勤職員とは、常勤者以外の従事者（他の施設、事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等）をいいます。

※常勤・非常勤職員の合計（常勤換算）は、常勤職員は1人とし、非常勤職員は「その職務に従事した勤務時間を事業所の通常の勤務時間で除した数値」としたうえで、小数点以下第2位を四捨五入し、表記は小数点第1位まで計上してください。事業所の所定労働時間が週32時間未満の場合は、換算する分母は32時間としてください。

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

例) 所定労働時間が40時間で、週40時間勤務の職員が1人、週20時間勤務の職員が1人いる場合の常勤換算人数
 常勤換算 $1 + 20 \div 40 = 1 + 0.5 = 1.5$ 人

問5 貴事業所には、認知症介護にかかる研修を修了した職員は何人在籍していますか。			
認知症介護実践者研修	人	認知症介護指導者養成研修	人
認知症介護実践リーダー研修	人		

問6 貴事業所の1ユニットあたりの夜間の人数配置について教えて下さい。			
夜勤職員	. 人	宿直職員	. 人

※夜勤・宿直職員を複数ユニットに1人配置している場合には、1ユニットあたりに換算して、小数点第1位まで計上してください。

例) 2ユニットに1人を配置している場合 0.5人、3ユニットに1人を配置している場合 0.3人

Ⅲ. 貴事業所の利用者についてお尋ねします。

① 現在の利用者について

問7 平成27年11月1日現在の貴事業所の入居者数について教えてください。						
① 入居者数	() 人		※複数ユニットの場合は、全ての合計人数をご記入ください			
② 平均年齢	(.) 歳					
③ 平均要介護度	(.)					
④ 要介護度別の内訳	要支援2		人	要介護4		人
	要介護1		人	要介護5		人
	要介護2		人	申請中		人
	要介護3		人			
⑤ 認知症高齢者日常生活自立度別の内訳	I		人	Ⅲ b		人
	Ⅱ a		人	Ⅳ		人
	Ⅱ b		人	M		人
	Ⅲ a		人	不明		人
⑥ 入居前の居所別の内訳	自宅		人	精神科病院・一般病院の精神病床		人
	介護老人福祉施設		人	その他の医療機関		人
	介護老人保健施設		人	他のグループホーム		人
	介護療養型医療施設		人	上記以外		人
	上記以外の入居施設(有料老人ホーム等)		人	不明		人

② 精神科病院・一般病院の精神病床からの入居について

問 8 【問 7 ㉔精神科病院・一般病院の精神病床からの入居が 1 名以上ある場合】 主たる精神疾患別に入居者の人数をご回答ください。			
認知症	人	気分障害（うつ病等）	人
統合失調症	人	その他	人

問 9 【問 7 ㉔精神科病院・一般病院の精神病床からの入居が 1 名以上ある場合】 貴事業所では、精神科病院からの入居の際にどのような連携がとられていますか。（複数回答）	
01 入居前に病院を訪問して退院へ向けてのカンファレンス（退院計画）に参加している	
02 入居前に病院又は診療所から必要な情報を提供してもらっている（共通書式がある）	
03 入居前に病院又は診療所から必要な情報を提供してもらっている（共通書式ではない）	
04 入居後も必要に応じて利用者の状態についての情報共有をしている	
05 その他（具体的に：	）
06 特に連携していない	

問 10 【問 7 ㉔精神科病院・一般病院の精神病床からの入居が 1 名以上ある場合】 精神科病院からの入居者の入居後の医療機関との連携について教えてください。（複数回答） （※選択肢中の“専門医”とは「認知症の診察ができる医師」を指します。）	
01 定期的に専門医に通院もしくは訪問してもらい、利用者の状態についての情報共有をしている	
02 定期的に訪問看護ステーションから看護師に訪問してもらい、利用者の状態についての情報共有をしている	
03 利用者の状態が不安定の際には、専門医に電話で専門的な助言を仰いでいる	
04 利用者の状態が特に不安定の際には、精神科病院に短期間の入院をしている	
05 利用者の状態が不安定の際にのみ、専門医に通院もしくは訪問してもらっている	
06 特に専門医とは連携していない	

問 11 精神科病院・一般病院の精神病床からの入居者の受け入れに対する貴事業所のお考えについて教えてください。（複数回答）	
01 他の入居者と区別なく受け入れている	
02 共同生活を送ることができるかどうか、症状によって受け入れを判断している	
03 相談できる専門医や訪問看護ステーションがある場合には受け入れている	
04 精神科病院からの入居の受け入れは行っていない	
05 これまで精神科病院からの入居依頼がなく、イメージがわからない	
06 その他（具体的に：	）

IV. 貴事業所の退居者についてお尋ねします。

問 12 平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日までの 2 年間に、貴事業所を退居した方の人数について教えてください。				
① 退居者数	() 人		※複数ユニットの場合は、全ての合計人数をご記入ください	
② 退居先別の内訳	元の自宅	人	精神科病院・一般病院の精神病床	人
	親族の家（子供の家など）	人	その他の医療機関	人
	介護老人福祉施設	人	死亡（事業所で看取りまでおこなった）	人
	介護老人保健施設	人	死亡（入院先等で亡くなった）	人
	介護療養型医療施設	人	その他	人
	上記以外の入居施設（有料老人ホーム等）	人		
③ 退居理由	本人の意向	人	事業所の都合（退居基準に該当を含む）	人
	家族の意向	人	死亡	人
④ 判断に至った背景（死亡を除く）	ADL の低下	人	ADL の改善	人
	BPSD の悪化	人	BPSD の改善	人
	医療ニーズの増加	人	医療ニーズの軽減	人
	長期入院	人	自宅での看取りの準備	人
	その他（ ）	人		

問 13 【問 12②「元の自宅」「親族の家」への退居が 1 名以上ある場合】 自宅等へ退居した後に利用する在宅でのサービスの内訳をご回答ください。			
介護保険の訪問・通所サービスを利用（小規模多機能を除く）	人	家族介護のみ	人
小規模多機能を利用	人	不明	人

問 14 【問 12②「元の自宅」「親族の家」への退居が 1 名以上ある場合】 グループホームから自宅へ退居する際に貴事業所として取り組んだことはありますか。（複数回答）	
01 本人が在宅復帰するための生活訓練等に積極的に取り組んだ	
02 家族と密な連絡・調整を行った	
03 在宅復帰後担当となるケアマネージャーと密な連絡・調整を行った	
04 在宅復帰後利用するサービス担当者との密な連絡・調整を行った	
05 かかりつけ医と退所に向けて密な連絡・調整を行った	
06 一時外泊の支援を行った	
07 貴事業所における共用デイや空床ショートの利用による段階的な移行を行った	
08 その他（具体的に：)	

問 15 グループホームが在宅復帰支援を進めていく上で重要となる取組みとしてどのようなものがあると考えられますか。(重要と思う項目から順に最大3つまで選択)

- 01 グループホームにおける退居準備・退居時カンファレンスの実施
- 02 グループホームと定期巡回・随時対応サービスとの併設・連携
- 03 グループホームと小規模多機能型居宅介護との併設・連携(看護小規模多機能も含む)
- 04 グループホームの多機能化(共用デイ、空床ショートの実施など)
- 05 在宅復帰支援に関する報酬上の評価
- 06 認知症に関する市民理解と近隣住民の理解を深めてもらうこと
- 07 介護保険事業計画にグループホームの機能として在宅復帰もある旨の明記
- 08 その他(具体的に：)

V. 貴事業所の入居者が入院した際の状況についてお尋ねします。

問 16 平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日までの 2 年間に、貴事業所から一時入院した方の人数について教えてください。				
① 入院者数	() 人		※ 1 名の方が複数回入院した場合は、それぞれの入院を別々に計上してください	
② 入院先別の内訳	三次救急病院 (救急救命センター・ 高度救命救急センター)	人	一般の病院	人
	精神科病院・一般病院 の精神病床	人	有床診療所	人
	リハビリを中心とする 病院	人	その他	人
③ 入院理由別の内訳	BPSD の悪化	人	脳卒中 (脳出血・脳梗 塞等)	人
	外傷 (転倒・骨折等)	人	心臓病	人
	呼吸器の病気 (肺炎や 気管支炎等)	人	その他	人
④ 入院期間別の内訳	1～2 泊 (3 日以内)	人	1 か月以内	人
	1 週間以内	人	3 か月以内	人
	2 週間以内	人	3 か月超	人

問 17 貴事業所では、入居者の入院にあたって、病院とどのような連携がとられていますか。(複数回答)
01 入院時に病院又は診療所を訪問して必要な情報を提供している 02 入院時に上記以外の方法により必要な情報を提供している 03 入院中も必要に応じて退院へ向けてのカンファレンス (退院計画) に参加している 04 退院時に病院又は診療所から必要な情報を提供してもらっている 05 退院後も必要に応じて利用者の状態についての情報共有をしている 06 その他 (具体的に：) 07 特に連携していない

問 18 貴事業所の入居者の入院にあたって、事業所として困難を感じたことを教えてください。(複数回答)
01 受け入れてくれる病院が見つかりにくい 02 入院中に病院からの呼び出し (入居者情報の確認等) が頻回にあった 03 入院中も病院を訪問して身の回りの世話を頻回に行った 04 入院中に退院の見通し等の情報連携をうまくとれなかった 05 入院が予定よりも長期化し、空床確保による収入減少が大きかった 06 退院時に症状の引継ぎ等の情報連携をうまくとれなかった 07 入院中に認知症が悪化し、退院後グループホームでの生活継続のために特別な対応が必要になった 08 その他 (具体的に：) 09 特に困難に感じることはない

VI. 認知症グループホームの役割・機能についてお尋ねします。

① その人らしい生活の支援及び地域との連携

問 19 貴事業所において取り組まれているその人らしい生活の支援及び地域との連携について、項目 01～09 のそれぞれに当てはまる選択肢を下記の1～4 から1つ選び、○をつけて下さい。

1：十分に 実施している	2：ある程度 実施している	3：あまり 実施していない	4：ほとんど 実施していない
-----------------	------------------	------------------	-------------------

01 他の入居者や職員と一緒に調理・盛り付け・配膳	1	2	3	4
02 個々の排泄習慣を踏まえた上での自立した排泄支援	1	2	3	4
03 個々の好みや入浴習慣に対応した入浴の介助	1	2	3	4
04 入居者のこれまでの生活習慣やできることに着目した生活支援	1	2	3	4
05 入居者と一緒に地域のなじみの商店や美容院等への日常的な外出	1	2	3	4
06 入居者のかかりつけの病院・診療所への定期的な通院	1	2	3	4
07 地域の自治会、行事への地域住民としての参加	1	2	3	4
08 運営推進会議などを通じて地域の社会資源と顔なじみとなる	1	2	3	4
09 その他 ※括弧内に具体的な内容を記入 ()	1	2	3	4

問 20 問 19 で回答された、その人らしい生活の支援及び地域との連携 (01～09) の中で、「3. あまり実施できていない」「4.ほとんど実施できていない」を選択した項目がある場合、その項目番号を選び、理由をご記入下さい。

〔項目番号〕	〔理由〕
〔項目番号〕	〔理由〕
〔項目番号〕	〔理由〕

問 21 貴事業所で実施されている認知症ケアの向上に向けた取組みとして、当てはまるものをご回答ください。(複数回答)

01 事業所内で勉強会を開催している
02 法人内で勉強会を開催している
03 外部の勉強会・研修など職員を積極的に派遣している
04 利用者や利用者家族の意見を募り、取り入れている
05 地域住民など第三者による指摘の機会を設けている(運営推進会議を除く)
06 職員みんなで自己評価にとりくんでいる
07 近隣の事業者と相互評価を行っている
08 その他(具体的に：)

問 22 問 21 で回答された、認知症ケアの向上に向けた取組みの具体的な内容をご回答ください。

--

② 重度化への対応

問 23 4年前の貴事業所の入居者の状況と現在の入居者の状況を比較した場合の変化について、項目O1～O4のそれぞれに当てはまる選択肢を下記の0～5から1つ選び、○をつけて下さい。

0：4年前は開設していない	1：増えている	2：やや増えている	3：変化はない	4：やや減っている	5：減っている
---------------	---------	-----------	---------	-----------	---------

O1 要介護度4以上の方	0	1	2	3	4	5
O2 ADLが重度の方	0	1	2	3	4	5
O3 BPSDが重度の方	0	1	2	3	4	5
O4 医療ニーズのある方	0	1	2	3	4	5

問 24 貴事業所では、入居者の重度化に対してどの程度まで対応可能でしょうか。入居後の状態像の変化に応じた対応可否について、項目別に当てはまる選択肢を下記の1～3から1つ選び、○をつけて下さい。また、対応できない状態がある場合には、その理由をご回答ください。

		一部介助 なら可	半介助 まで可	全介助 でも可	全介助まで対応できない場合、その理由
ADL	食事	1	2	3	
	排泄	1	2	3	
	入浴	1	2	3	
	移動	1	2	3	
		不可	頻度小 なら可	頻度大 でも可	対応できない場合、その理由
BPSD (行動・心理症状)	物を盗られたなどと被害的になる	1	2	3	
	昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている	1	2	3	
	一人で外に出て行き、帰ってこられなくなる	1	2	3	
	周囲に迷惑となるような大声を発する	1	2	3	
	他者への攻撃的な言動がみられる	1	2	3	
	介護されることに抵抗を示す	1	2	3	
		不可	頻度小 なら可	頻度大 でも可	対応できない場合、その理由
医療ニーズ	胃ろう・経管栄養	1	2	3	
	インシュリン注射	1	2	3	
	膀胱カテーテルの管理	1	2	3	
	痰の吸引	1	2	3	
	褥瘡の処置	1	2	3	
	在宅酸素療法	1	2	3	
	人工肛門・人工膀胱の管理	1	2	3	
	点滴管理	1	2	3	
	がん末期の疼痛管理	1	2	3	

※対応できない項目が複数あり、対応できない理由が異なる場合には、どの項目に対する理由であるかがわかるように記入してください。

問 25 貴事業所では、看取りの体制を整えていますか。(〇は1つ)

01 整えている ⇒ 下記の①②③④をご回答下さい

02 整えていない ⇒ 下記の③④をご回答下さい

① 過去1年間の看取り介護加算の算定回数をご回答ください。	回
② 看取りにおいて必要な医療機関との連携として考えられることはありますか。	01 在宅療養支援診療所 02 訪問看護ステーション 03 その他 ()
③ 入居者の継続的な支援が困難となった場合に、入居者の状態像に応じてどのような退所先(連携先)を想定していますか。(複数回答)	01 自法人内の介護老人福祉施設 02 // 介護老人保健施設 03 // 介護療養型医療施設 04 // 精神科病院・一般病院の精神病床 05 // 他のグループホーム 06 自法人外の介護老人福祉施設 07 // 介護老人保健施設 08 // 介護療養型医療施設 09 // 精神科病院・一般病院の精神病床 10 // 他のグループホーム 11 その他 ()
④ グループホームで看取りを行うことについてのご意見をお聞かせください。	

問 26 下記に挙げる福祉用具について、貴事業所の利用者数、保有数、レンタル数、利用者の自己保有数をご記入ください。

	利用者数	保有数	レンタル数	利用者の自己保有数 (持ち込み)
特殊寝台	人	台	台	台
車いす	人	台	台	台
歩行器	人	台	台	台
ポータブルトイレ	人	台	台	台
入浴補助用具	人	台	台	台
その他 ()	人	台	台	台
その他 ()	人	台	台	台
その他 ()	人	台	台	台

問 27 貴事業所において、平成26年度の間、福祉用具の購入やレンタルに要した費用をご回答ください。

購入金額	円	レンタル金額	円
------	---	--------	---

問 28 貴事業所において、現行の介護報酬制度の下、個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供が
出来ていると思いますか。(〇は1つ)

- 01 提供できていると思う
02 提供できていないと思う ⇒ 下記の①をご回答下さい

①個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供が実現出来ていない理由をご回答ください。
なお、記載にあたっては、入居者および事業所の状況について、具体的にご記入下さい。

記載例) 要介護区分が重度の入居者が集中しており、福祉用具の共用が難しいから。

③ 共用型認知症対応型通所介護

問 29 貴事業所では、共用型認知症対応型通所介護を実施していますか。(〇は1つ)

- 01 実施している ⇒ 下記の①～⑤をご回答下さい。
02 実施していない ⇒ 問 30 をご回答下さい。

① 1日あたりの定員をご回答ください

人

② 1日あたりの提供時間をご回答ください

人

③ 1か月間の延べ利用者数をご回答ください(※平成27年8月1日～10月31日の3か月間の平均)

人日

④ 利用者が『共用型認知症対応型通所介護』を選択する理由として考えられる番号に〇をつけてください(複数回答)

- 01 グループホームのケア環境の方が適応しやすい
02 グループホームの利用者や職員等との馴染みの関係がある
03 費用が安くて済む(毎日通える)
04 通常型デイになじめなかった
05 グループホームの待機者である
06 その他()

⑤ 『共用型認知症対応型通所介護』と一般の認知症対応型通所介護を比較した場合に、共用型に特徴的と思われる効果としてどのようなものが考えられますか(複数回答)

- 01 利用者のペースで生活することができる
02 グループホーム入居後のリロケーションダメージを防ぐことができる
03 グループホーム入居者との相乗効果が期待できる
04 グループホームが閉鎖的な空間でなくなる
05 在宅復帰後のフォローとして活用できる
06 その他()

問 30 【共用型認知症対応型通所介護を実施していない場合】

共用型認知症対応型通所介護を実施していない理由をご回答ください。(複数回答)

- 01 共用デイに対応できるほどのスペースがない
02 職員の増員が困難
03 介護報酬が低い
04 併設施設が通所介護を実施している
05 入居者の生活に影響を与えたくない
06 利用ニーズがない
07 その他(具体的に:)

④ ショートステイ

問 31 貴事業所では、空床利用のショートステイを実施していますか。(○は1つ)	
01 実施している ⇒ 下記の①～③をご回答下さい。 02 実施していない ⇒ 問 32 をご回答下さい。	
① 1 か月間の延べ利用者数をご回答ください(※平成 27 年 8 月 1 日～10 月 31 日の 3 か月間の平均)	人日
② 利用者がグループホームでの『ショートステイ』を選択する理由として考えられる番号に○をつけてください(複数回答)	01 グループホームのケア環境が他の施設よりも適応しやすい 02 グループホームの利用者や職員等との馴染みの関係がある 03 他のショートステイに空きがなかった 04 通常型ショートステイになじめなかった 05 グループホームの待機者である 06 その他()
③ グループホームでショートステイを提供することの効果としてどのようなものが考えられますか(複数回答)	01 地域に開かれたグループホームとして、地域に暮らす認知症の人や家族のニーズに応えることができる 02 グループホーム入居前の体験入所として機能する 03 在宅復帰後のフォローとして活用できる 04 その他()

問 32 【空床利用型のショートステイを実施していない場合】 ショートステイを実施していない理由をご回答ください。(複数回答)	
01 いつ空きが出るかわからない 02 使用可能な居室がない 03 併設施設が実施している 04 入居者の生活に影響を与えたくない 05 利用ニーズがない 06 その他(具体的に:)	

問 33 貴事業所では、介護保険外サービスとして、グループホームの定員以外のショートステイに利用できる個室もしくは個室に準ずる設備がありますか。(○は1つ)	
01 個室がある ⇒ 下記の①をご回答下さい 02 個室に準ずる設備がある ⇒ 下記の①をご回答下さい 03 個室及び個室に準ずる設備はない	
① グループホームとして、定員の枠外でショートステイを提供できるような仕組みは必要だと思われませんか(○は1つ)	01 既に独自に取り組んでいる 02 必要だと思うが、取り組んではない 03 必要とは思わない 04 その他()

⑤ 地域住民を対象とした相談支援活動

問 34 貴事業所では、地域住民を対象とした認知症ケアに関する相談支援活動を実施していますか。(〇は1つ)	
01 実施している ⇒ 下記の①～⑦をご回答下さい	
02 実施していない ⇒ 問 35 をご回答下さい	
① 相談支援活動の目的としてどのようなものが挙げられますか(複数回答)	01 認知症ケアのノウハウを在宅介護へ還元する 02 在宅で生活する認知症の人の早期発見につなげる 03 困難事例の解決につなげる 04 地域の認知症ケアに関連する専門機関との情報共有に役立たせる 05 グループホームの普及啓発に役立たせる 06 その他()
② 相談支援活動の主たる担当者をご回答ください(〇は1つ)	01 管理者 02 看護職員 03 介護職員 04 その他()
③ 主たる担当者の資格等についてご回答ください(複数回答)	01 認知症介護指導者養成研修修了者 02 認知症介護実践リーダー研修修了者 03 認知症介護実践者研修修了者 04 介護支援専門員 05 介護福祉士 06 社会福祉士 07 精神保健福祉士 08 看護師 09 その他()
④ 1ヶ月当たりのおおよその延べ相談件数をご回答ください(〇は1つ)	01 5件未満 02 5件～10件未満 03 10件～20件未満 04 20件以上
⑤ 主な相談者についてご回答ください(複数回答)	01 在宅で認知症の人を介護する家族 02 介護者でない一般の地域住民 03 地域包括支援センター 04 居宅介護支援事業者 05 医療機関 06 その他()
⑥ 相談内容についてご回答ください(複数回答)	01 認知症の人への基本的な関わり方や介護のコツ 02 具体的なBPSD等への対応方法 03 若年性認知症に関すること 04 介護保険制度に関すること 05 成年後見制度など権利擁護に関すること 06 その他()
⑦ 実施している活動はどのような位置づけで実施していますか(〇は1つ)	01 自治体からの補助事業 02 法人としての独自事業 03 その他()

問 35 【地域住民を対象とした認知症ケアに関する相談支援活動を実施していない場合】
地域住民を対象とした認知症ケアに関する相談支援活動を実施していない理由をご回答ください。
(複数回答)

- 01 対応する要員や時間の確保ができない
- 02 対応できる知識・経験を持った職員がいない。
- 03 地域包括支援センターなど他の専門機関で対応できている。
- 04 相談支援のニーズがない。
- 05 その他(具体的に：)

⑥ 地域住民を対象とした居場所づくり

<p>問 36 貴事業所では、地域の認知症高齢者やその家族のための居場所づくり（認知症カフェ、サロン、ミニデイなど）を実施していますか。（〇は1つ）</p>	
<p>01 実施している ⇒ 下記の①～⑥をご回答下さい</p> <p>02 実施していない ⇒ 問 37 をご回答下さい</p>	
<p>① 居場所づくり活動の目的としてどのようなものが挙げられますか（複数回答）</p>	<p>01 認知症の人やその家族にとって、気軽に立ち寄れる場所として役に立たせる</p> <p>02 若年性認知症の人や認知症初期の人にとって、気軽に立ち寄れる場所として役に立った</p> <p>03 認知症の人やその家族と専門職双方にとって、相互に情報を共有する機会として役に立った</p> <p>04 グループホーム入居者と地域住民双方にとって、交流の場として役に立った</p> <p>05 地域住民にとって、認知症について理解するよい機会となった</p> <p>06 その他（ ）</p>
<p>② 居場所づくり活動の支援スタッフをご回答ください（複数回答）</p>	<p>01 管理者</p> <p>02 介護職員</p> <p>03 看護職員</p> <p>04 市民ボランティア</p> <p>05 認知症サポーター</p> <p>06 医師</p> <p>07 PT・OT・ST</p> <p>08 行政職員</p> <p>09 その他（ ）</p>
<p>③ 居場所づくり活動の活動場所をご回答ください（複数回答）</p>	<p>01 グループホーム内の共有スペース</p> <p>02 併設施設の共有スペース</p> <p>03 地域の公民館など公共のスペース</p> <p>04 その他（ ）</p>
<p>④ 居場所づくり活動の回数、時間</p>	<p>1月あたり開催回数（ ）回</p>
	<p>1回あたり開催時間（ ）時間</p>
<p>⑤ 居場所づくり活動の1ヶ月のおおよその延べ利用者数をご回答ください（〇は1つ）</p>	<p>01 20人未満</p> <p>02 20人～40人未満</p> <p>03 40人～60人未満</p> <p>04 60人以上</p>
<p>⑥ 居場所づくり活動はどのような位置づけで実施していますか（〇は1つ）</p>	<p>01 自治体からの補助事業</p> <p>02 法人としての独自事業</p> <p>03 その他（ ）</p>

問 37 【地域の認知症高齢者やその家族のための居場所づくりを実施していない場合】
 地域の認知症高齢者やその家族のための居場所づくりを実施していない理由をご回答ください。
 （複数回答）

- 01 対応する人材・要員の確保ができない
- 02 開催する時間・場所の確保ができない
- 03 活動プログラムのための予算がない
- 04 福祉センターなど他の専門機関で対応できている
- 05 認知症カフェなどのニーズがない
- 06 その他（具体的に： ）

⑦ その他の取り組み、地域における連携

問 38 その他、貴事業所で取り組んでいる地域に対する取組として当てはまるものがあれば、その番号をご回答ください。(複数回答)

- 01 地域住民への認知症に関する普及・啓発活動
- 02 他の専門職種への認知症に関する普及・啓発活動
- 03 地域住民を招いてのイベント（お祭り等）の開催
- 04 地域で開催されるイベント（お祭り等）への参加・協力
- 05 地域の小中高生への介護体験・実習等への協力
- 06 災害時の拠点としての活用（福祉避難所の指定など）
- 07 その他（具体的に： _____)

問 39 貴事業所における地域の専門機関との連携について、項目 01～10 のそれぞれに当てはまる選択肢を下記の 1～3 から 1 つ選び、○をつけて下さい。

1：常時連携している 2：必要時連携している 3：連携していない

	1	2	3
01 地域支援推進員との連携			
02 認知症初期集中支援チームとの連携			
03 地域ケア会議などによる他機関との連携			
04 認知症ケアの相談・支援における地域包括支援センターとの連携			
05 適切な治療を継続するためのかかりつけ医との情報共有・連携			
06 医療ニーズの高い入居者に対する訪問看護ステーションとの連携			
07 認知症の鑑別診断等における認知症疾患医療センターとの連携			
08 BPSDへの対応等に関する精神科病院との連携			
09 身体合併症の入居者に対する医療機関との連携			
10 その他 ※括弧内に具体的な内容を記入 (_____)			

⑧ 認知症グループホームの役割・機能に対するご意見

問 40 地域包括ケアシステムにおける認知症グループの役割について、重要だと感じている内容や、今後の課題と考えられることなど、ご意見をお聞かせください。(自由記述)

ご回答ありがとうございました。

日本認知症グループホーム協会のホームページ上にて、1月8日（金）までにご回答下さい。

平成27年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として
活用するための調査研究事業
報告書

平成28年3月発行

発行元： 公益社団法人日本認知症グループホーム協会
