

平成 24 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

認知症対応型共同生活介護のあり方に 関する調査研究事業

2013 年 3 月

株式会社 富士通総研

目 次

I. 本編

| | |
|-----------------|-----|
| 第1章 調査研究事業の概要 | 1 |
| 1. 調査研究の背景と狙い | 1 |
| 2. 問題意識 | 2 |
| 3. 事業内容 | 3 |
| 4. 実施経過 | 5 |
| 5. 研究体制 | 7 |
| 第2章 アンケート調査結果 | 8 |
| 1. 調査のあらまし | 8 |
| 2. 調査結果 | 11 |
| 3. 類型化の可能性 | 69 |
| 第3章 ヒアリング調査結果 | 87 |
| 1. 調査の概要 | 87 |
| 2. 調査結果 | 90 |
| 3. まとめ | 120 |
| 第4章 まとめ | 124 |
| 1. 事業所の現状 | 124 |
| 2. 来年度の検討に向けた視点 | 127 |

II. 資料編

1. アンケート調査票
2. ヒアリング調査票
3. 地域密着型老人福祉施設と認知症対応共同生活介護との比較

第1章 調査研究事業の概要

1. 調査研究の背景と狙い

認知症対応型共同生活介護事業所（認知症グループホーム）は、介護保険制度設立当初、厚生省令において、対象者を「当該痴呆に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該痴呆に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の痴呆の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。」とていた。すなわち、言語等のコミュニケーション能力が維持されている軽度から中度までの認知症要介護者を対象に、本人の残存能力を積極的に引き出しながら日々の暮らしに活かす努力をすることにより、ある程度のADLを保つこと（低下防止）を目指したものであったと言ってよいであろう。

しかし、介護保険制度の開始から十数年が経過し、当初からの入居者も歳月の経過や認知症の進行と共に、心身の能力が低下していくことは避けられず、医療ニーズやその先にある看取りのニーズまでも求められるようになってきた。これらに対して、制度や報酬の側も（積極的にグループホームの機能を評価した上で改定されてきたとは言い難いが）、他の入居系施設と横並びの考え方で、医療ニーズへの対応体制や看取りに対する評価を行ってきた。

また、介護保険法改正により、認知症グループホームは、平成18年度より「地域密着型サービス」に位置づけられることとなり、改めて、地域との結びつきを重視し、市町村や他の事業所等との連携に努めることが法令上に明確にされた。同時に、短期利用共同生活介護や共用型指定認知症対応型通所介護が創設され、認知症グループホームが地域のサービス拠点としての役割も期待されることとなった。

このような変遷の結果、認知症グループホームの機能が事業所によって多様化してきている。

その一方で、国は「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」の中で、認知症グループホームの利用者を17万人（平成24年度）から25万人（平成29年度）と、5年間で約1.5倍とする目標をたてる等、認知症施策の中で、認知症グループホームの役割を重視している。

以上のような実態を鑑みると、今後「認知症グループホーム」とはどのようなサービスを指すものなのか、改めてその位置づけ・機能やその在り方等を整理する時期に来ていると言える。

そこで、本調査研究は、認知症グループホームが多様化・多機能化してきている中で、認知症施策の中核的役割を担うための認知症グループホームのあり方、ケアや報酬体系の在り方等を検討していくための出発点として、認知症グループホームの現状を全国規模で把握し、そのあり方を考える論点を整理することを目的とした。

2. 問題意識

前項に挙げたように、認知症グループホームは、制度開始当初の位置づけ・役割から異なっており、多様化・複雑化していることから、位置づけ・役割やあり方等を改めて整理する必要性に迫られている。

現状としては、機能拡充し多様なケアやサービスを提供しようと努力する、あるいは提供できる認知症グループホームと、そうでない認知症グループホームとに分化していることが想定される。改めて位置づけや役割を整理するに当たっては、機能の分化に一定のパターンや類型化が可能なのか、そうでないのかを見極める必要がある。

更に、このような機能・役割の分化は、地域による違いや、経営主体による違い（営利法人か否か等）、併設施設の有無による違い等、どのような要因により分化が進んでいるのかも明らかにする必要がある。

以上の問題意識を踏まえ、本調査研究においては、今後のホームにおける報酬体系やケアのあり方、ひいてはホーム自体のあり方を検討・整理する際の基礎データとして活用されることを目指し、各ホームにおける利用者や経営等の実態の把握、今後の検討に資する基礎データとしての整理・分析を行う。

具体的には、悉皆のアンケート調査により基礎的データを多角的に収集し、クロス集計等の分析により、その実態や傾向等について整理・明確化すると共に、例えば上述のような機能分化のファクタ等アンケートでは把握できない点についてヒアリング調査を行い、詳細を把握する。

3. 事業内容

3.1. 認知症グループホームへのアンケート調査

多様化・多機能化している認知症グループホームの、今後のあり方を整理・検討するための基礎データ資料として活用するため、全国の全ての事業所を対象とした悉皆調査を実施した。

なお、調査票の作成や調査結果の集計・分析等は、検討会での検討結果を基に進めた。

- 1) 調査名 認知症対応型共同生活介護のあり方に関するアンケート調査
- 2) 調査期間 平成 24 年 9 月 25 日（火）～10 月 19 日（金）
- 3) 調査対象 全国の認知症グループホーム 10,984 事業所
（平成 22・23 年度に、介護サービス情報公表制度に基づき情報を登録している事業所）
- 4) 調査方法 インターネット上に用意したアンケート画面にアクセスし回答
（郵送した調査依頼の案内に従い Web アンケート画面にアクセス。パソコンやインターネット等の環境がない、あるいは画面での回答が困難な事業所については別途、郵送・FAX 等により回答を受領）
- 5) 調査内容 質問数 31 問（項目数としては約 71、うち 8 項目は既存データの流用）
- 6) 回答状況 全回答件数 4,508 件（インターネットからの回答が 4,270 件（94.7%）、FAX・郵送・メールによる回答が 238 件（5.3%））
回答率 41.0%

3.2. 認知症グループホームへのヒアリング調査

アンケート調査にて把握した定量的・定型的な調査項目に関する全体としての傾向・実態だけでは、機械的な整理・類型化のみとなることから、今後の認知症グループホームのあり方を整理・検討する上では、整理・類型化できる背景・要因等（例えば、どうしてそのようなケアが行えているのか、どのような体制・理念・背景等があるのか、等）も含めて把握しておく必要がある。

このような定性的・非定型的な情報を収集するには、統計処理を前提に定型的な設計を行っているアンケートでは困難なため、別途、ヒアリング調査を実施した。

対象者の抽出等にあたっては検討会にて検討・推薦頂き、調査を実施した。

- 1) 調査期間 平成 25 年 1 月 10 日（木）～2 月 22 日（金）
- 2) 調査対象 全国の認知症グループホーム 11 事業所
（検討会で設定した 7 つの類型に即し、検討会委員から推薦）
- 3) 調査方法 事前にお送りしたヒアリング項目（8 項目。類型別に特有の質問をするのではなく共通性や傾向を見るため大きくくりな質問とした）を基本に、様々なご意見を聴取
（他、事業所によっては訪問時に別途、関連する参考資料等も受領）

4) 調査内容

質問数 8 問

(入居者への特徴的なサービス、その提供理由・背景(事業者のポリシー、利用者ニーズ、地域特性、職員配置等が想定される)、更には今後の認知症グループホームのあるべき姿(利用者像、ケア内容等)についての意見等も聴取し、今後のあり方の検討の参考とした)

3.3. 検討会での検討

本調査研究事業を実施するにあたり、検討会を設置し、調査内容や結果等についての検討・精査等を行うと共に、課題解決に資する分析により、諸課題の解決の方向性を検討した。

委員は有識者や事業者等認知症グループホームに詳しい関係者で構成され、年 5 回の開催を通じて、以下の内容を検討した。

- ・ 調査研究の趣旨、実施スキーム、実施内容、スケジュール等の確認
- ・ アンケート調査票の検討、アンケート調査の集計・分析使用の検討、アンケート調査結果(速報値)の確認
- ・ 事例調査の対象・内容等の検討、事例調査結果の確認
- ・ 報告書の構成・内容等の確認、報告書(最終案)の確認

4. 実施経過

4.1. 認知症グループホームへのアンケート調査

調査票原案を8月下旬までに作成、9月初旬の第1回検討会での審議・修正指示を受け修正作業を行い、9月中旬に原稿確定、案内文等の印刷・発送等準備。

9月24日に調査依頼状を発送、回答の締切を10月7日（日）までとしていたが、調査開始の遅れによる回答期間の短縮化による回収率への悪影響や、回収状況と分析等の作業スケジュールを考慮し、最大限延長した結果10月末までの回収（システムは10/25に閉鎖したが、FAX・郵送等による回答がその後続いた）で集計・分析を行うこととした。

11月初旬の検討会に向け、回答票の入力、データクリーニングを経て集計を進め、まずは回答状況のみ速報値を報告、集計仕様を検討。

12月中旬の検討会にて、11月の検討会にて決まった集計仕様に基づく大よその分析結果を報告、追加分析の意見に基づき、その後、分析内容の追加・修正を実施。

4.2. 認知症グループホームへのヒアリング調査

11月・12月の検討会において、10月から検討・作成の事務局案をたたき台に、各委員からのご意見・ご提案等を踏まえ、調査対象の抽出及び各対象への調査項目・内容について検討・整理した。

検討会にて決まった調査対象カテゴリに即した調査対象事業所について、委員から推薦を受け、12月～1月にかけて対象事業所と日程を調整、訪問しヒアリングを実施。実施した事業所から順にヒアリング記録の整理と、それらから言える点についての分析・整理を実施。

2月の第4回検討会において、評価機関を参考人として招き委員からヒアリング。併せて実施済のヒアリング結果分析の概要報告。その後、報告書への整理を進めた。

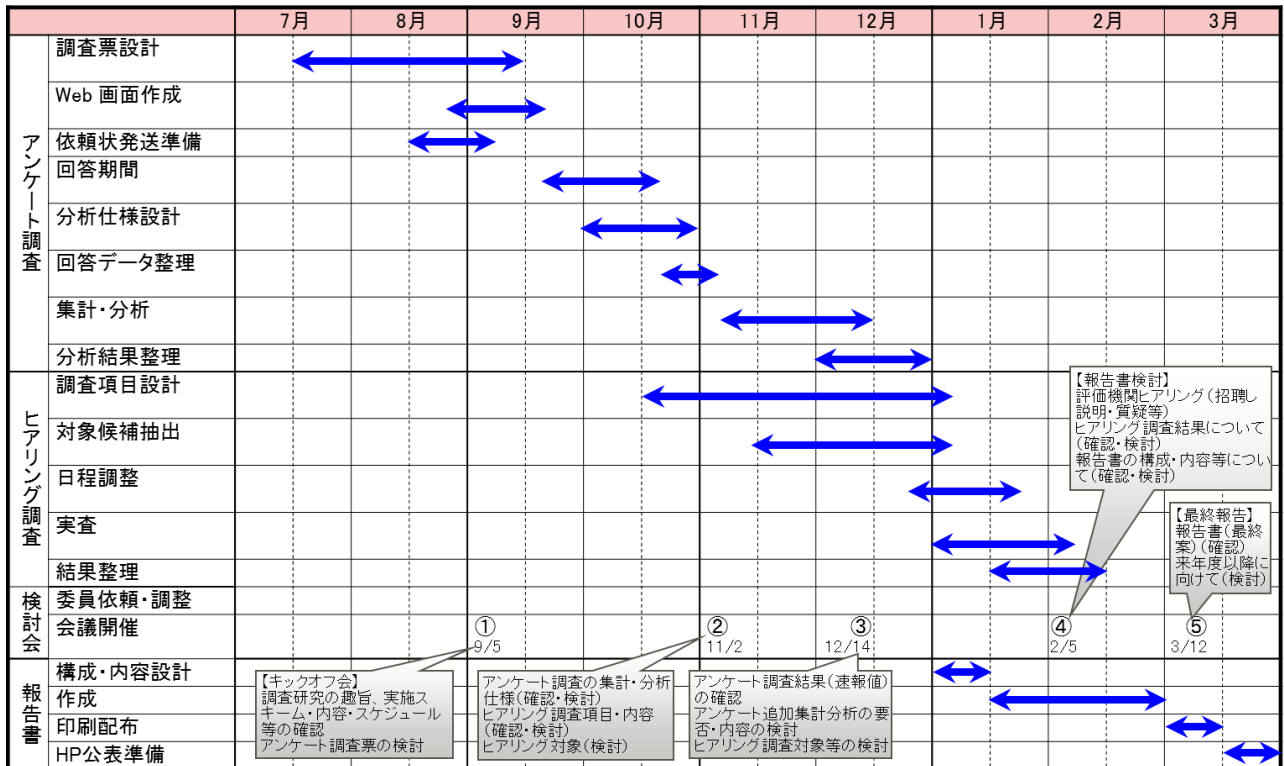
3月の第5回検討会において、報告書への収載を確認し、内容を確定。

4.3. 検討会での検討

次のような日程・内容で開催した。なお、場所は全て弊社会議室で開催した。

| 回 | 開催日時 | 主な内容 |
|---|-----------------|--|
| 1 | 平成24年 9月5日 | 【キックオフ会】 調査研究の趣旨、実施スキーム・内容・スケジュール等の確認 アンケート調査票の検討 |
| 2 | 平成24年 11月2日 | アンケート調査の集計・分析仕様について（確認・検討） ヒアリング調査項目・内容について（確認・検討） ヒアリング対象について（検討） |
| 3 | 平成24年 12月14日 | アンケート調査結果（速報値）の確認 アンケート追加集計分析の要否・内容の検討 ヒアリング調査対象等の検討 |

| 回 | 開催日時 | 主な内容 |
|---|---------------------|--|
| 4 | 平成 25 年 2 月 5 日 | 【報告書検討】 評価機関ヒアリング（招聘し説明・質疑等） ヒアリング調査結果について（確認・検討） 報告書の構成・内容等について（確認・検討） |
| 5 | 平成 25 年 3 月 12 日 | 【最終報告】 報告書（最終案）について（確認） 来年度以降に向けて（検討） |



5. 研究体制

【検討会】

認知症グループホームに詳しい有識者で委員を構成、オブザーバとして主管室のメンバーにもご参加頂き、意見等頂いた他、第4回には外部評価機関の関係者を参考人としてお招きし、ご意見・ご説明等を賜った。

| | | |
|---------------|--------|---|
| 委員長 | 藤井 賢一郎 | 日本社会事業大学専門職大学院 ビジネスマネジメントコース 准教授 |
| 委員 (50音順) | 岩尾 貢 | 社会福祉法人鶴寿会 専務理事 |
| | 山田 雅夫 | 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部 介護事業指導課長 |
| | 山梨 恵子 | 株式会社ニッセイ基礎研究所 生活研究部門 准主任研究員 |
| | 和田 行男 | 株式会社大起エンゼルヘルプ クオリティーマネージャー |
| オブザーバ | 勝又 浜子 | 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 室長 |
| | 三浦 正樹 | 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 室長補佐 |
| | 梅本 裕司 | 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 認知症対策係長 |
| | 田宮 由久 | 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 認知症対策係 |
| 参考人 (50音順) | 瀬戸 恒彦 | 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 専務理事（兼事務局長） |
| | 林 暢介 | 株式会社クリップ 代表取締役 |

【事務局】

株式会社富士通総研

第2章 アンケート調査結果

1. 調査のあらまし

1.1. 調査実施の趣旨

認知症対応型共同生活介護事業所（認知症グループホーム）は、時代あるいは社会ニーズ等の変遷やそれに伴う数次の制度改正を通じ、介護保険制度開始当初の位置付け・役割とは異なり、多様化してきている。

今後、認知症グループホームのよりの確なケア体制づくりとサービスの向上を図っていくためには、認知症グループホームの位置付け・役割のあり方や、報酬体系やケアのあり方等を整理していく必要がある。

その検討に当たっては、まずは検討の基礎・出発点となるデータとして、全国の認知症グループホームの実態はどうなっているのか、平均的なホーム像はどのようなものなのか等全国的な傾向・実態を把握・整理する必要があるが、それが必ずしも十分には明らかになっていないことから、この全国約 11,000 の認知症グループホームへの悉皆調査により、実態を把握する。

1.2. 調査の概要

- 1) 調査名 認知症対応型共同生活介護のあり方に関するアンケート調査
- 2) 調査期間 平成 24 年 9 月 25 日（火）～10 月 19 日（金）
- 3) 調査対象 全国の認知症グループホーム 10,984 事業所
（平成 22・23 年度に、介護サービス情報公表制度に基づき情報を登録している事業所）
- 4) 調査方法 インターネット上に用意したアンケート画面にアクセスし回答
（郵送した調査依頼の案内に従い Web アンケート画面にアクセス。パソコンやインターネット等の環境がない、あるいは画面での回答が困難な事業所については別途、郵送・FAX 等により回答を受領）
- 5) 調査内容 質問数 31 問（項目数としては約 71、うち 8 項目は既存データの流用）
（※詳細な調査項目は次ページ参照）
- 6) 回答数 全回答件数 4,508 件（インターネットからの回答が 4,270 件（94.7%）、
FAX・郵送・メールによる回答が 238 件（5.3%））
回答率 41.0%

表 1 調査項目の一覧

| No | 分類 | Q | 項目 | 回答形式 | 備考 | | |
|----|-----------------|--------------------------|--|--|----------------|-------------|--|
| 1 | 1.事業所の基本情報 | 1 | 事業所番号 | 数値回答 | | | |
| 2 | | 1 | 所在地(都道府県) | 文字回答 | | | |
| 3 | | 2 | 設置法人等の種類 | 単一選択 | | | |
| 4 | | 3 | 開始年月日 | | | | |
| 5 | | 4 | ユニット数 | | | | |
| 6 | | 4 | 定員 | 数値回答 | 既存データの流し込み | | |
| 7 | | 5 | グループ法人での実施サービス | | | | |
| 8 | | 6 | 取得している指定・加算 | | | | |
| 9 | | 3 | 併設・隣接での実施サービス | | | | |
| 10 | | 4 | 1年以内に予定する指定・加算 | 複数選択 | | | |
| 11 | 2.職員の状況 | 5 | ① 管理者数 | | | | |
| 12 | | | うち介護福祉士の数 | | | | |
| 13 | | | うち看護師の数 | | | | |
| 14 | | | ② 計画作成担当者数(常勤/非常勤) | | | | |
| 15 | | | ③ 介護従事者数(常勤/非常勤) | | | | |
| 16 | | | うち介護福祉士の数(常勤/非常勤) | | | | |
| 17 | | | うち看護師の数(常勤/非常勤) | | | | |
| 18 | | | うち准看護師の数(常勤/非常勤) | | | | |
| 19 | | | ④ その他職員数(常勤/非常勤) | | | | |
| 20 | | 5sq | ① | 管理者の勤務時間数(経営者) | | | |
| 21 | | | | 管理者の勤務時間数(管理者) | | | |
| 22 | | | | 管理者の勤務時間数(計画作成担当者) | | | |
| 23 | | | | 管理者の勤務時間数(介護従事者) | 数値回答 | | |
| 24 | | | ② 計画作成担当者の勤務時間数 | | | | |
| 25 | | | ③ 介護従事者の勤務時間数 | | | | |
| 26 | | | ④ その他職員の勤務時間数 | | | | |
| 27 | | 事業所の定める週の勤務時間数 | | 既存データの流し込み | | | |
| 28 | 6 | | 夜間配置人数(専従/兼務) | | | | |
| 29 | | | うち宿直者数(専従/兼務) | | | | |
| 30 | 7 | | 年齢階層別職員数(常勤/非常勤) | | | | |
| 31 | 8 | | 昨年度1年間の離職者数(介護従事者/看護職員/計画作成担当者/その他) | | | | |
| 32 | | | 昨年度1年間の採用人数(介護従事者/看護職員/計画作成担当者/その他) | | | | |
| 33 | | | 今年度の求人状況(介護従事者/看護職員/計画作成担当者/その | | | | |
| 34 | 3.入居者の状況 | 9 | 入居前の居所別での入居者数 | | | | |
| 35 | | 10 | 出身地(入居前に居た地域)別での入居者数 | | | | |
| 36 | | 11 | 入居期間別での入居者数 | | | | |
| 37 | | 12 | 要介護度別での入居者数 | | | | |
| 38 | | 13 | 障害高齢者日常生活自立度別での入居者数 | | | | |
| 39 | | 14 | 認知症高齢者日常生活自立度別での入居者数 | | | | |
| 40 | | 15 | 介護の手間のかかる入居者数 | | | | |
| 41 | | 16 | 昨年度1年間での退居先別での退居者数 | | GH内看取り数はここで把握 | | |
| 42 | 4.医療連携体制の状況 | 17 | 医療連携加算の算定の有無、算定要件の体制 | | | | |
| 43 | | 18 | 看護師の出勤(訪問)状況(週の回数) | 単一選択 | 算定事業所のみ回答 | | |
| 44 | | 19 | 加算を取らない理由 | | 非算定事業所のみ回答 | | |
| 45 | | 20 | 連携している医療機関の数(医科/精神科/歯科) | 数値回答 | | | |
| 46 | | 21 | 医療機関との連携の程度 | 複数選択 | | | |
| 47 | | 22 | 対応可能な医療処置 | | 入院による退居との関係も見る | | |
| 48 | | | 医療処置中の入居者数 | 数値回答 | | | |
| 49 | | 5.要介護度の悪化やターミナルケア等への対応状況 | 23 | ① 要介護度の悪化・ターミナルケア等への現在の対応状況 対応意識(積極的/止むを得ず) | 単一選択 | 対応中の事業所のみ回答 | |
| 50 | | | ② 要介護度の悪化・ターミナルケア等への今後の対応意向 | | | | |
| 51 | 24 | | 要介護度の悪化・ターミナルケア等への対応で困難な点 | 制限複数選択 | 3つまで | | |
| 52 | 25 | | 1① | 入院時の支援の有無 | 単一選択 | | |
| 53 | | | | 6-8月の支援人数 | 数値回答 | | |
| 54 | | | 1② | 死亡後の支援の有無 | 単一選択 | | |
| 55 | | 6-8月の支援人数 | 数値回答 | | | | |
| 56 | 2 | 具体的な支援内容 | 複数選択 | 1で対応すると回答した事業所のみ | | | |
| 57 | 6.多機能化・多様なケアの状況 | 26 | 対応可能な支援 | | | | |
| 58 | | 27 | 日常的に行っているケア | 複数選択 | | | |
| 59 | | 28 | 個々の入居者への支援 | 単一選択 | 19項目それぞれについて選択 | | |
| 60 | | 29 | 1 | 昨年度1年間の運営推進会議の開催回数 | 数値回答 | | |
| 61 | | | | 2 | 基準未滿の開催状況である理由 | 複数選択 | |
| 62 | | | 30 | 外部評価の受審回数 | 数値回答 | | |
| 63 | 7.H23年度の収支状況 | 31 | ① 事業活動収入計 | | | | |
| 64 | | | ② 居宅介護サービス収入(合計/うち認知症対応型共同生活介護に係る介護報酬) | | | | |
| 65 | | | ③ その他の事業収入(介護職員処遇改善交付金受入額) | | | | |
| 66 | | | ④ 保険外利用料収入(認知症対応型共同生活介護に係る利用料収入) | 数値回答 | | | |
| 67 | | | ⑤ 事業活動支出計 | | | | |
| 68 | | | ⑥ 人件費支出(合計/うち正規職員/うち非正規職員) | | | | |
| 69 | | | ⑦ 業務委託費のうち派遣職員等に係る費用 | | | | |

1.3. 集計について

全国でどのような事業所が多いのか等、全般的な傾向の分布・実態を把握することを主眼としていることから、事業所単位での分布状況の、単純集計を基本とした。

なお、職員数や入居者数等の数値回答の設問や、複数選択の設問等、そのままでは全国的な事業所の分布が見えない設問については、例えば比率や点数化する等により、一旦事業所単位での状態がわかるように加工した上で、その状態別での分布等を見た。(ここでは「2段階集計」という)

クロス集計は、結果の信頼度が揺らぐ多段階の細かいセグメントに分けたものではなく、地域や設置主体等重要な事業所情報の差異のみに絞り込んで結果の差異を見た。また必要に応じ、単純集計や2段階集計の結果を踏まえて集計対象を精査した。

2. 調査結果

2.1. 事業所の基本情報

(1) 所在地（都道府県） p. 1 [Q2-1]

回答事業所数では北海道が最も多く（388 事業所・構成比 8.6%）、次いで神奈川県（285 事業所・6.3%）、福岡県（251 事業所・5.6%）、愛知県（199 事業所・4.4%）の順となった。

全体での回答率（41.0%）を大きく上回り 5 割以上となった県が 6、逆に大きく下回り 3 割程度以下となった県が 8 となったため、回答事業所の都道府県別構成比は、実際の都道府県別での事業所の分布とはやや異なることとなった。最も大きな差異として岩手・秋田・新潟・沖縄の 4 県で 3～4 割増し、栃木・静岡・三重の 3 県で 3～4 割減となっている。

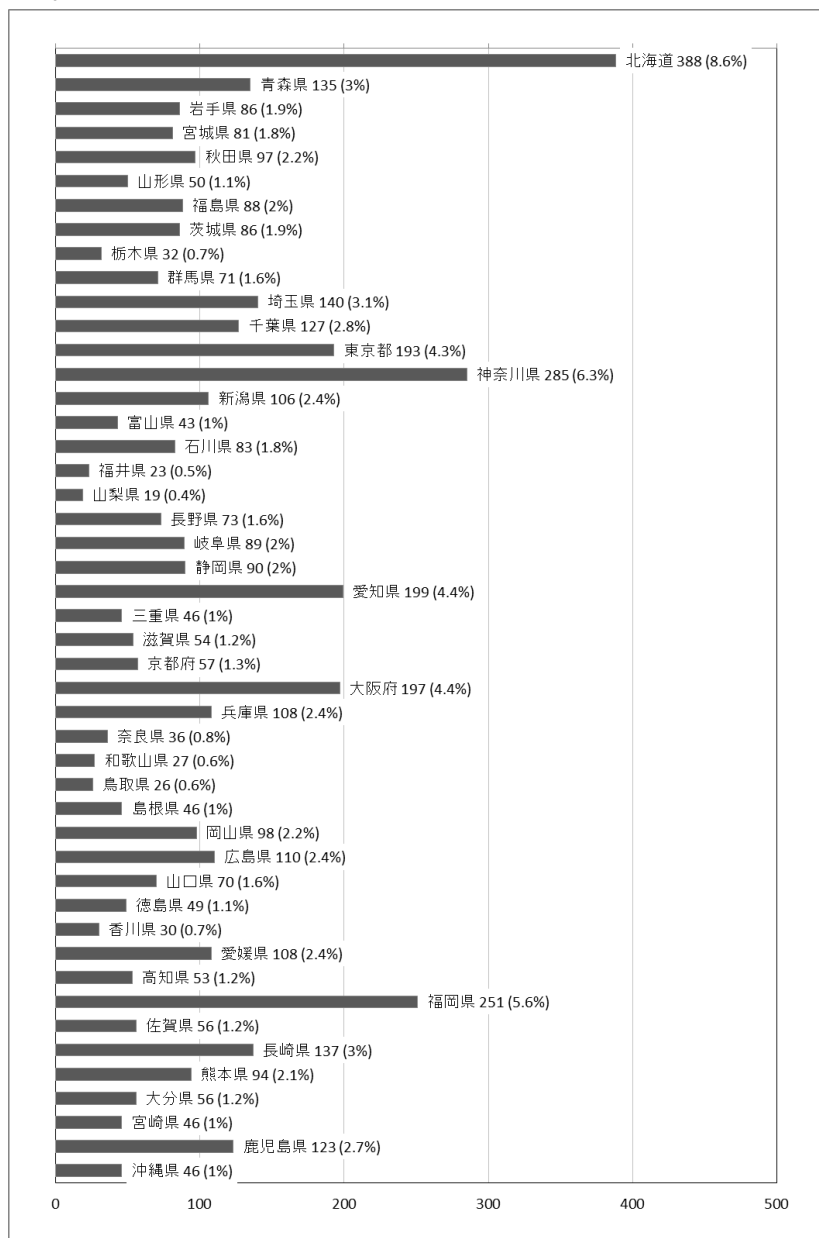


図 1 所在地(都道府県)

(2) 設置法人等の種類 p.1 [Q2-2]

「営利法人」が約半数（2,268 事業所・構成比 50.3%）と最も多く、次いで「社会福祉法人（社協以外）」（1,072 事業所・23.8%）、「医療法人」（742 事業所・16.5%）、「NPO 法人」（222 事業所・4.9%）の順となった。

実際の法人別事業所数の構成と比べると、営利法人（5,658 事業所・構成比 51.5%）や医療法人（1,901 事業所・17.4%）が実際よりも若干少なく、社会福祉法人（社協以外）（2,406 事業所・21.9%）が実際よりも若干多かったが、そう大きな差ではないことから、法人種別での集計はほぼ実態を反映できていると言える。

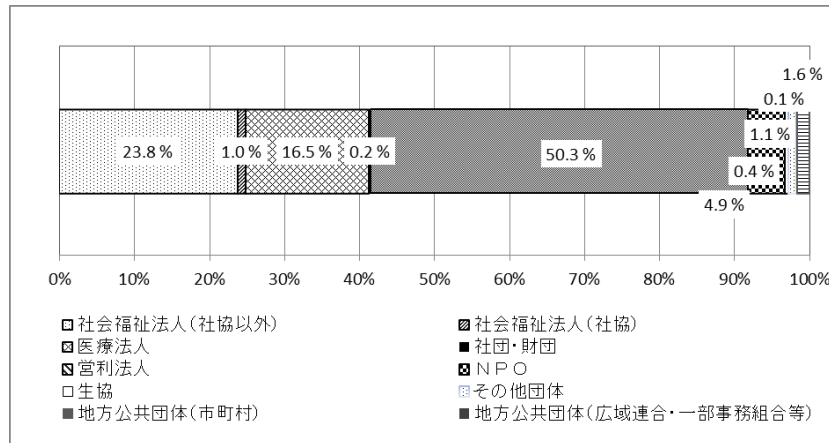


図 2 設置法人などの種類

(3) 開始年月日 p. 2 [Q2-3]

1) 開始年度

■ 回答事業所の中では平成 15 年度が開始年度のピーク（回答事業所の 14.9%）になっており、平成 17 年度までの 3 年間は毎年 660 前後の事業所が開始。その後減少し平成 20 年度まで減少、平成 21・22 年度がまた急増している。

2) 運営年数（平成 24 年 9 月 1 日までの）

■ 10 年以上運営している事業所が最も多く（16.6%）、次に「8 年以上 9 年未満」（16.3%）、「6 年以上 7 年未満」（12.2%）等、概ね 6 年以上の事業所が 7 割弱（68.9%）を占めた。

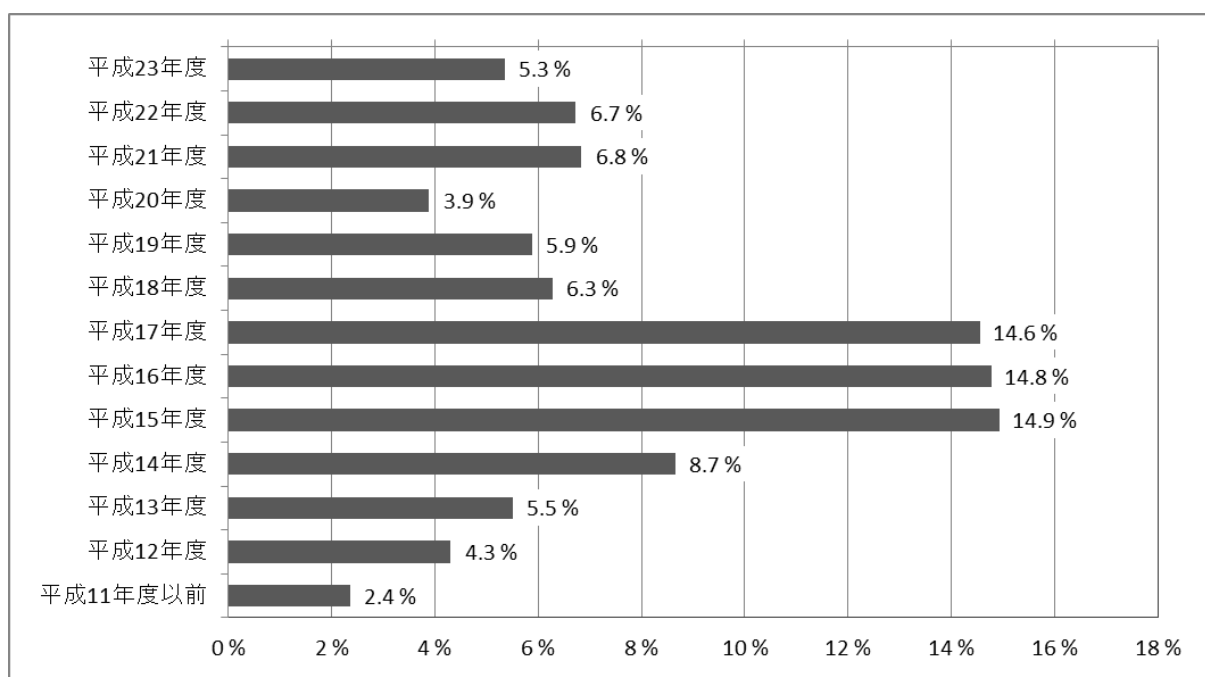


図 3 開始年度

(4) ユニット数 p. 2 [Q2-4]

半数以上（55.8%）の事業所が2ユニット、約4割（39.1%）の事業所が1ユニットであった。3ユニット以上の事業所は計5.1%（228事業所）で、回答事業所の中でのは最多は6ユニット（1事業所）であった。

運営年数の長短による差異は殆どないものの、NPOが運営する事業所は経営効率面での規模の最大化を追わない事業所が多いためか、他の法人種別に比べてユニット数が少なめの事業所が比較的多い（平均値が0.3ユニット少ない）。

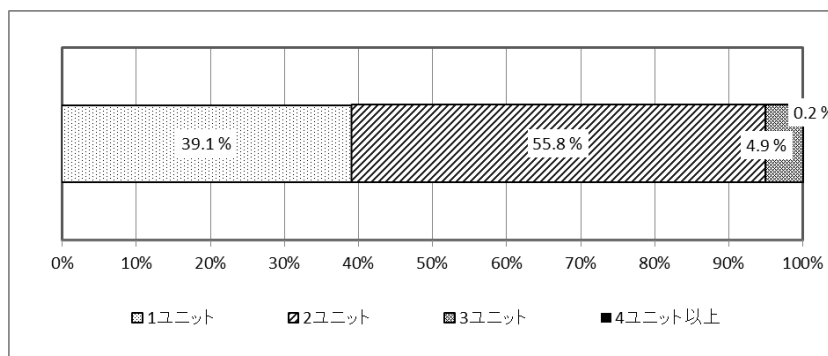


図 4 ユニット数

(5) 定員 p. 2 [Q2-4]

ユニット数の傾向を反映し、「15～19人」の事業所が約半数（55.1%）を占めて最も多く、次いで「5～9人」の事業所が約4割（39.2%）となっており、両者で約95%を占めた。

ユニットあたりの定員は、最大限の9人としている事業所が殆ど（94.1%）で、8人以下の事業所は僅かであった。

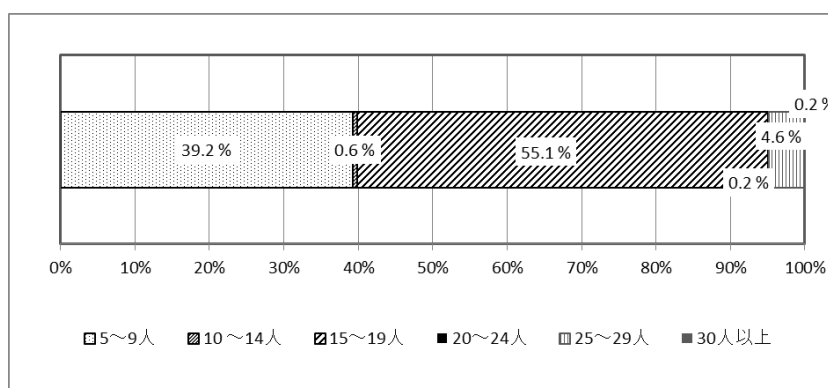


図 5 定員

(6) 法人が当該都道府県内で実施するサービス p. 3 [Q2-5]

1) サービスの数 p. 3 [Q2-5]

■ グループホーム以外のサービスを実施している法人は比較的多く、約 1/4 (24.5%) の事業所が 1~2 種類、3~5 種類や 6~8 種類のサービスを実施している事業所も 16~17% を占めており、最多は 35 種類 (1 事業所) であった。

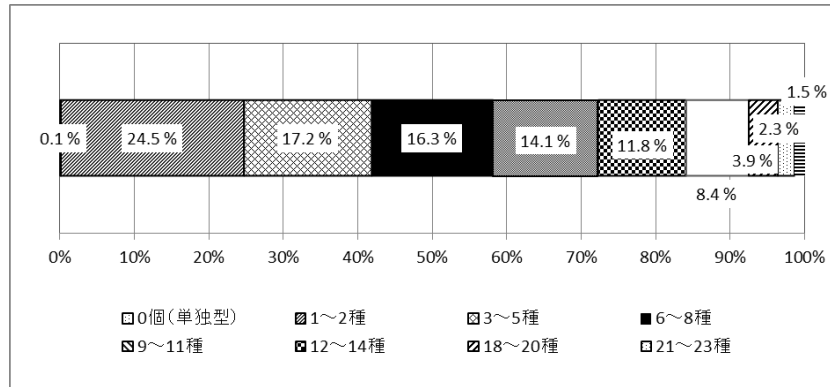


図 6 サービスの数

2) サービスの種類 p.3 [Q2-5]

- 「認知症対応型共同生活介護」(96.6%) や「介護予防認知症対応型共同生活介護」(93.0%) は勿論だが、それ以外では「居宅介護支援」「通所介護」「介護予防通所介護」は5割以上の事業所で実施され、「訪問介護」「介護予防訪問介護」も4割弱と比較的多い。
- また「短期入所生活介護」「介護予防短期入所生活介護」「認知症対応型通所介護」「介護予防認知症対応型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」もそれぞれ2割以上の事業所で実施されている。
- 一方、「介護老人福祉施設」(825施設・18.3%) や「介護老人保健施設」(583施設・12.9%) を実施している法人は2割を切っている。

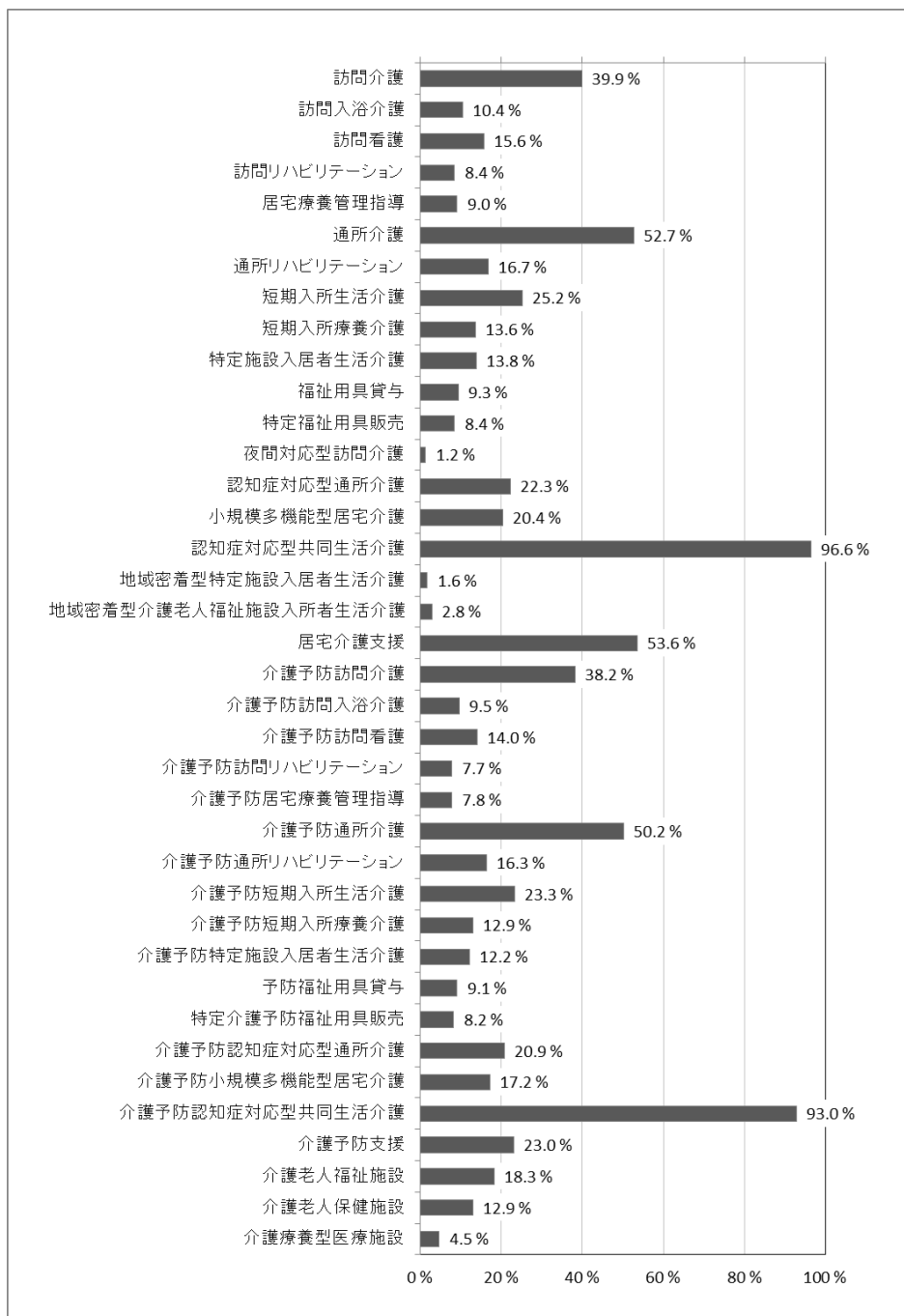


図 7 サービスの種類

3) サービスの種類とサービスの実施者 p. 37 [Q2-5]

■ サービスにより実施法人が偏っているものがあり、「介護予防短期入所生活介護」や「介護老人福祉施設」等は主に（それぞれ 73.6%、95.6%が）社会福祉法人（社協以外）、「訪問リハビリテーション」や「居宅療養管理指導」等は主に（それぞれ 76.4%、80.0%が）医療法人、「福祉用具貸与」や「特定福祉用具販売」等は主に（それぞれ 82.9%、87.9%が）営利法人により提供されている。



図 8 サービスの種類とサービスの実施者

4) グループホームのチェーン展開の状況 p. 4 [Q2-5]

- 運営する法人が複数のグループホームを運営しているかを見ると、平均 2.9 箇所、最多は 46 箇所を運営する法人があった。
- 他 1 箇所を運営する事業所が半数以上 (55.7%) を占め、他 2 箇所を運営する事業所が 2 割弱 (17.8%)、それ以上の箇所数では、30~60 事業所ずつとなっている。30 箇所以上とする事業所も 45 (1.0%) あった。

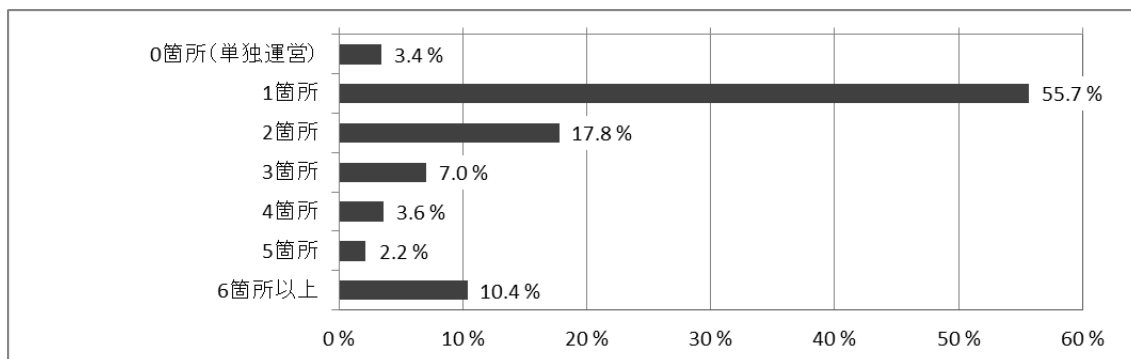


図 9 グループホームのチェーン展開の状況

(7) 併設・隣接されているサービス施設 [Q3]

1) 有無 p. 4, p. 38 [Q3]

- 半数弱 (45.8%) の事業所が「なし (単独型)」としている。
- 併設・隣接サービスのある 2,437 事業所で実施しているサービスの種類は、平均で 2.8 種。4 割弱の事業所が 1 種、2 割の事業所が 2 種、1 割強の事業所が 3 種もしくは 4 種と、ここまでに 8 割超を占める。最多は 12 種 (3 事業所)。
- 営利法人が運営する事業所は単独型が多く (6 割)、医療法人と社会福祉法人 (社協以外) では併設型が多い。
- 医療法人が運営する事業所では、1/4 の事業所が介護老人保健施設を併設・隣接している。

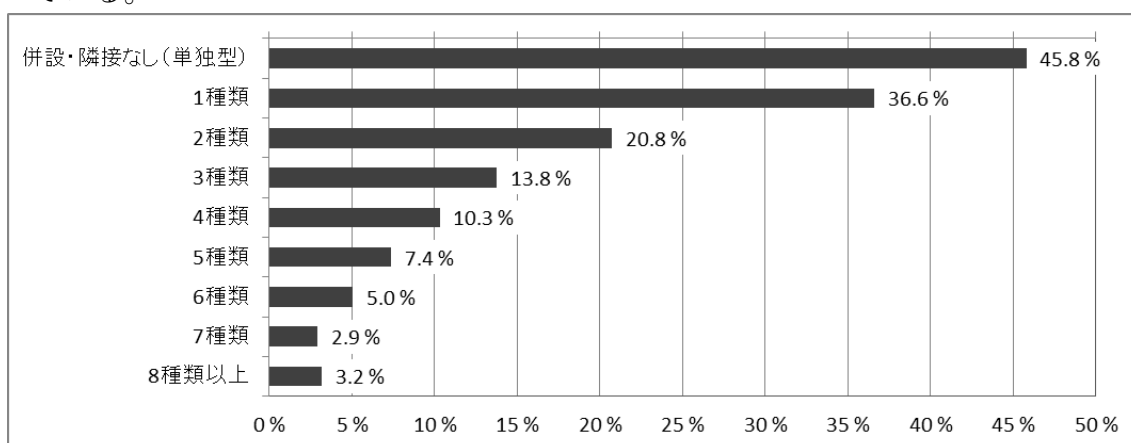


図 10 併設・隣接されているサービス施設の数

¹ Q3 の結果と比べると、「他に運営するサービス」の「他に」を読み飛ばして、自ホームのみの単独運営でも「0 箇所」と回答した事業所と自ホームの「1 箇所」と回答した事業所があると推測され、0 箇所が僅か 3.4% に対し 1 箇所が 55.7% を占めている。

2) 具体的なサービス p. 5, p. 38, p. 63 [Q3]

- 「通所介護」(27.5%)と「居宅介護支援」(23.5%)が約1/4の事業所でそれぞれ実施されている。これらサービスの実施主体を見ると、「通所介護」は社会福祉法人(社協以外)の5割強、「居宅介護支援」は社会福祉法人(社協以外)の4割強と医療法人の1/3で実施されている。
- その他、「認知症対応型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」「居宅介護支援」「訪問介護」「介護老人福祉施設」もそれぞれ1割の事業所で実施されている。
- 「介護療養型医療施設」(1.6%)や「高齢者住宅」(3.0%)を併設・隣接する事業所はわずかだった。
- 「小規模多機能型居宅介護」は比較的、近年開始の事業所が併設・隣接している。
- 「居宅介護支援」「通所介護」「介護老人保健施設」は比較的、開始年の古い事業所が併設・隣接している。

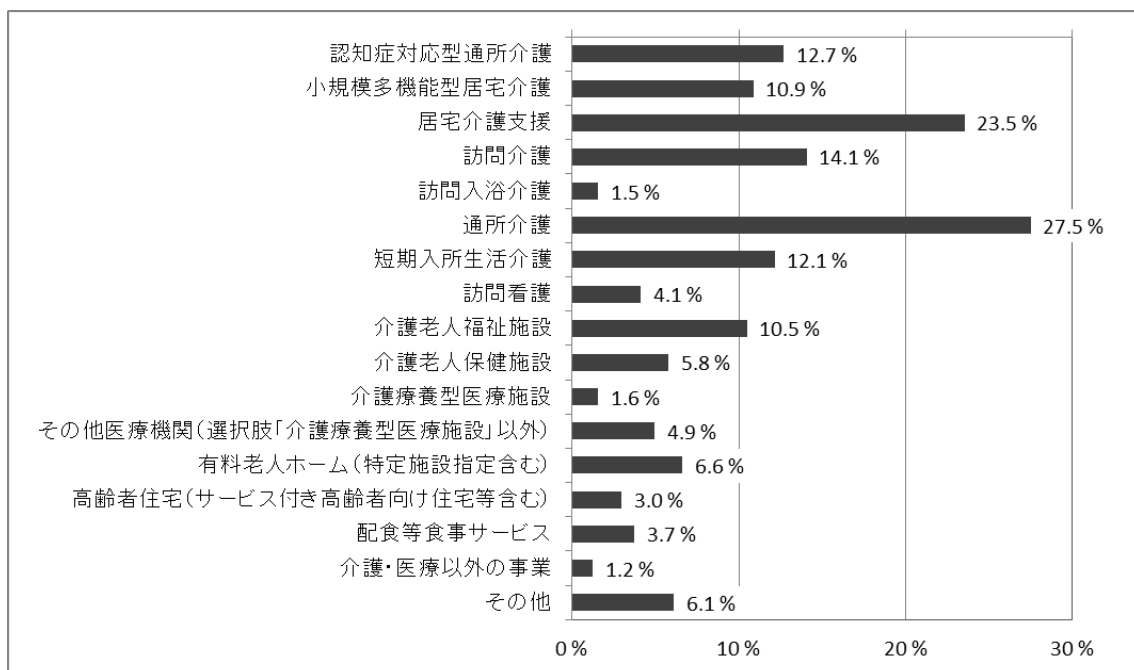


図 11 (併設・隣接されている)具体的なサービス

(8) 指定・加算 [Q2-6]

1) 現在取得している加算 p. 4, p. 38 [Q2-6]

- 回答事業所の 3/4 強 (76.3%)²が「医療連携体制加算」を算定している。また「看取り介護の実施」「サービス提供体制強化加算(Ⅱ)」「若年性認知症利用者受入加算」を 3 割前後の事業所で算定している。
- 逆にあまり算定されていないのは「夜間ケア加算 (4.7%)」「認知症行動・心理症状緊急対応加算 (3.3%)」「認知症専門ケア加算(Ⅱ) (2.9%)」であった。
- 医療法人は「医療連携体制加算」を取得する事業所が平均より 10 ポイント多い。一方、社会福祉法人(社協以外)では 13 ポイント少なく、医療法人の体制やサービス内容は医療対応、社会福祉法人は介護に傾いている。「看取り介護の実施」については、医療法人と NPO で加算している割合が平均より約 8 ポイント高く、医療法人の他、NPO がターミナルケアに対応している傾向が窺える。

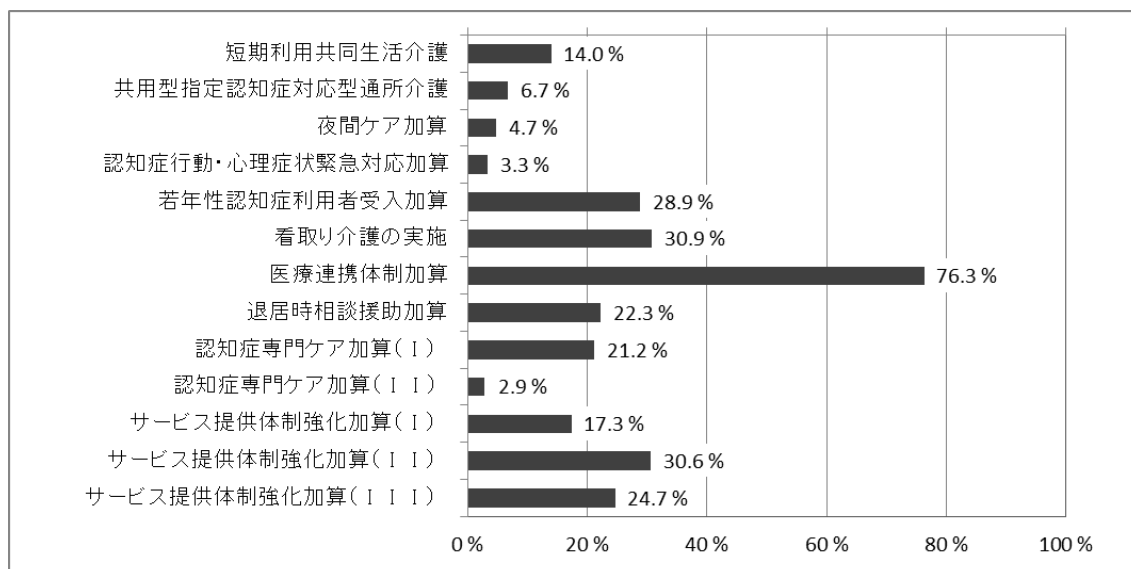


図 12 現在取得している加算

² ここでの傾向は介護サービス情報公開制度に基づき各事業所が公表しているデータを集計したものである。連携加算の有無は本調査にて最新の平成 24 年 9 月 1 日時点の状況として別途 Q17 で収集しており、取得事業所の割合が若干異なる。

2) 1年以内に予定する指定・加算 p.5 [Q4]

- 約7割（69.9%）の事業所が「特に指定や加算の予定はない」としている。
- 取ることを目指している中では、「医療連携体制加算」を選択した事業所が約1割と多い。同加算は既に3/4の事業所が取っており、残る1/4の中でも取得を目指している事業所が半数弱もあると言える。
- 予定がなく少ない中で、医療連携体制加算以外で比較的选择されていたのは「看取り介護の実施（9.3%）」「サービス提供体制強化加算（I）（7.2%）」「認知症専門ケア加算（I）（6.4%）」であった。

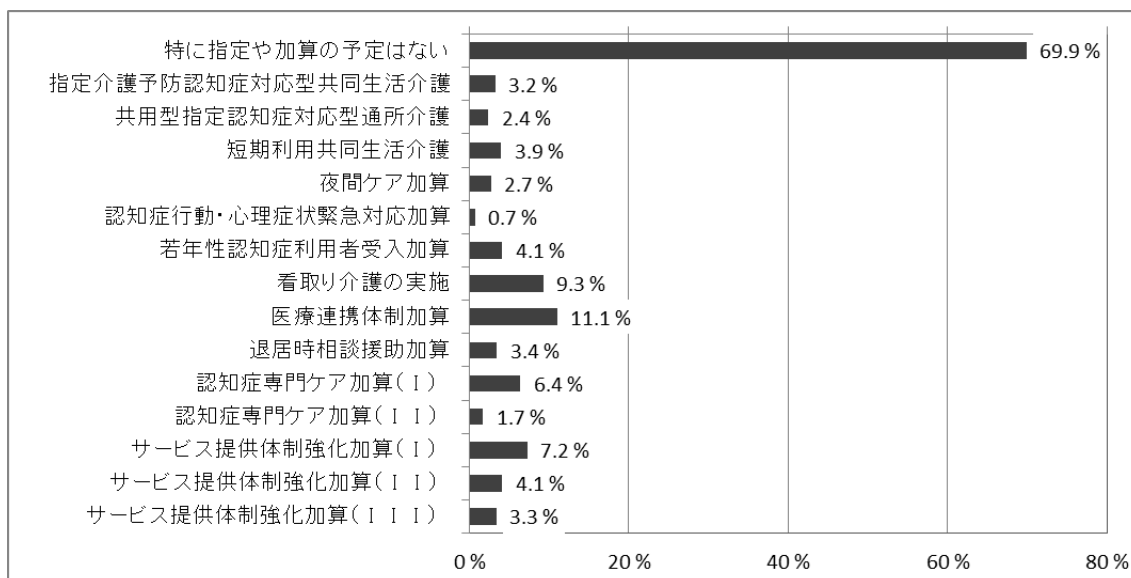


図 13 1年以内に予定する指定・加算

2.2. 職員の状況

4,507 の回答事業所の職員総数は 68,606 人（管理者 5,103、計画作成担当者 5,420（常勤 4,456、非常勤 964）、介護従事者 56,138（常勤 37,372、非常勤 18,766）、その他 1,945）となった。

(1) 常勤職員の比率 [Q5]

1) 計画作成担当者 p.6 [Q5②]

- 全体で見ると、総数 5,420 人のうち常勤職員は 4,456 人、8 割以上（82.2%）が常勤職員となっている。

2) 介護従事者 p.6～7, p.22, p.41, p.64 [Q5③]

- 全体で見ると、総数 56,138 人のうち常勤職員は 37,373 人、2/3（66.6%）が常勤職員となっている。
- 常勤職員比率が 100%の事業所が 20.4%、9 割台の事業所が 6.6%、8 割台の事業所が 16.3%となっており、半数弱（43.3%）の事業所で常勤職員比率が 8 割以上であった。一方、常勤職員比率が 50%以下の事業所も 22.8%（1,027 事業所）あった。
- 事業所ごとの常勤職員比率は全事業所平均が 69.3%。医療法人の平均は全体平均より 6.7 ポイント、社会福祉法人（社協以外）は 4.9 ポイント高い一方、NPO 法人は全体平均より 6.6 ポイント、営利法人は 3.5 ポイント低かった。
- 開始年度の古い事業所ほど常勤職員比率が高いといった傾向は見られなかった。

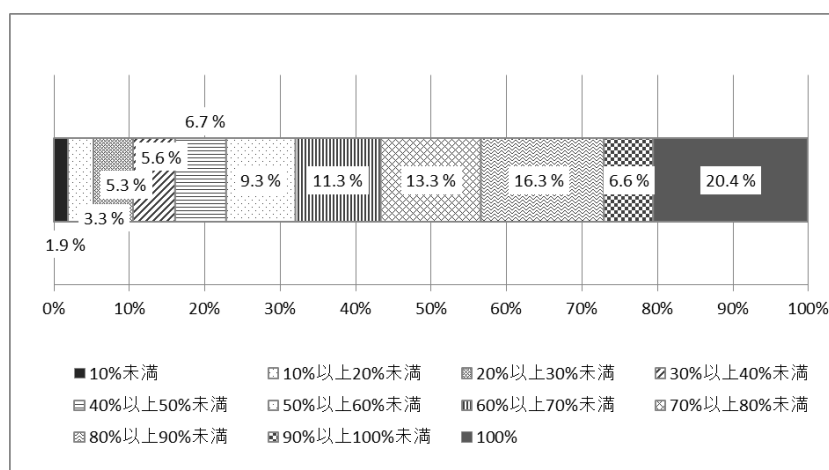


図 14 事業所の常勤職員比率(介護従事者)

(2) 資格取得状況 [Q5]

1) 管理者 p.5~6, p.38 [Q5①, Q5]

- 4,507 の回答事業所の 5,103 人の管理者のうち、介護福祉士を保有する管理者がいる事業所は 7 割 (3,131 事業所・69.5%)、保有者数は 3,496 人 (保有率 68.5%)。
- 看護師資格を保有する管理者がいる事業所は 364 事業所 (8.1%)、保有者数は 371 人 (保有率 7.3%)。
- 「看護師資格を保有する管理者がいる事業所」を法人種別で見ると医療法人 (13.9%) と NPO (9.5%) には多く、営利法人 (7.5%) と社会福祉法人 (4.7%) では少ない。
- 単独・併設型別では、単独型 (7.5%) に比べて併設型 (9.3%) の方が「看護師資格を保有する管理者がいる事業所」の割合が高く、特に、介護老人保健施設を併設している事業所では単独型より 3.1 ポイント高い (10.4%)。

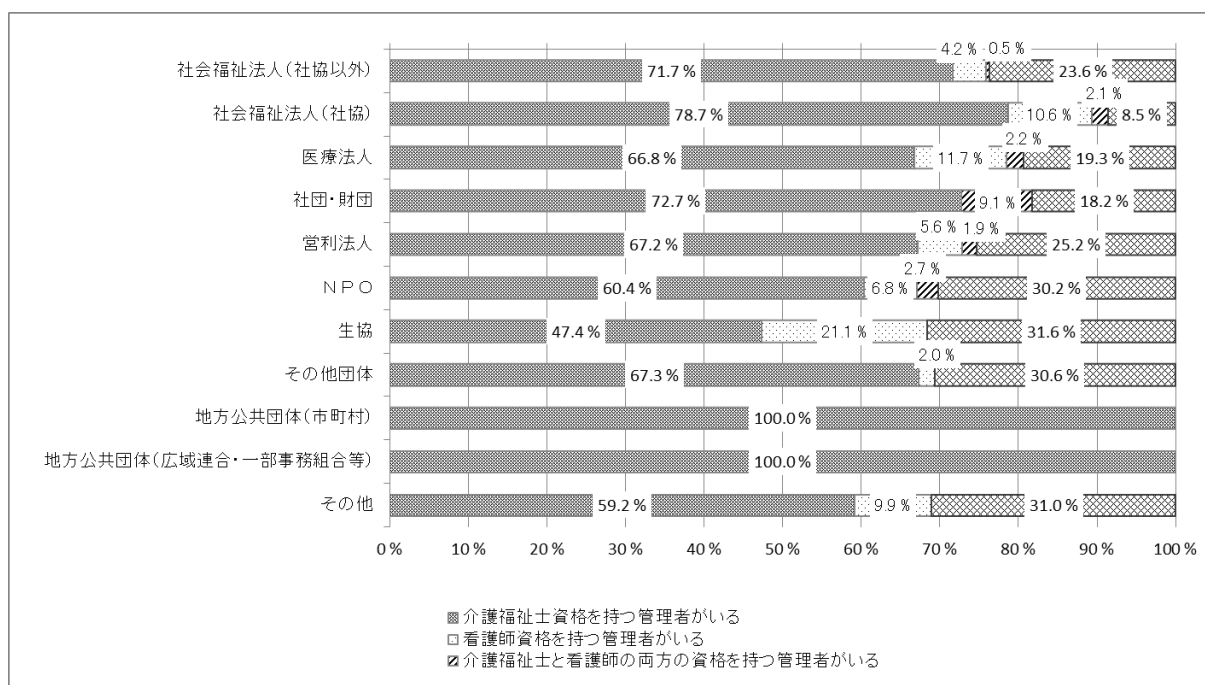


図 15 管理者の資格保有状況／法人種別

2) 介護従事者 p. 8～9, p. 22, p. 39, p. 86～87 [Q5③]

- 4,507 の回答事業所の 56,140 人の介護従事者のうち、介護福祉士の保有者は約 1/3 (18,457 人 (常勤 15,164、非常勤 3,293)・保有率 32.9%)、看護師の保有者は 2.3% (1,306 人 (常勤 470、非常勤 836))、准看護師の保有者は 1.9% (1,053 人 (常勤 581、非常勤 472))。
- これら 3 資格の保有率は、介護福祉士のみ常勤職員 (40.6%) の方が非常勤職員 (17.5%) よりも高い。看護師・准看護師は専門性の高い資格のためそもそも保有率が低いが、常勤で配置するまではない (あるいは配置したくとも配置できない) ようである (看護師で常勤 3.1%・非常勤 5.5%、准看護師で常勤 1.6%・非常勤 2.5%)。
- 事業所単位で介護従事者の資格保有率の分布を見ると、介護福祉士の保有率は介護従事者の 2 割台とする事業所が最も多く (全回答事業所の 19.1%)、次いで 1 割台 (同 15.6%) となった。一方、看護師や准看護師では 8 割前後の事業所で資格保有者がおらず、保有者のいる事業所でも保有率が 1 割未満の事業所が多い。
- 社会福祉法人 (社協以外) と医療法人では介護福祉士の保有率が高く、50%以上 (職員の半数以上が有資格者) の事業所がそれぞれ 4 割を占める。営利法人と NPO は介護福祉士の保有率は低いものの、看護師資格を持つ職員がいる事業所の割合では社会福祉法人 (社協以外) や医療法人に比べ 6～7 ポイント高い。
- 単独・併設型の差異を見ると併設型の事業所は専門性が高い。介護福祉士、看護師、准看護師の 3 種について単独型より併設型での保有率が高く、介護福祉士についてはその差が大きい。介護福祉士の保有率は単独型では 29.4%であるのに対し併設型では 37.5%で、特に介護老人保健施設を併設している事業所では 48.8%と突出している。例えば介護老人保健施設を併設する等、併設施設にて求められる専門職が雇用されており、これら専門職のグループホームへの異動あるいは兼務等法人内での共有が可能であることが想像される。

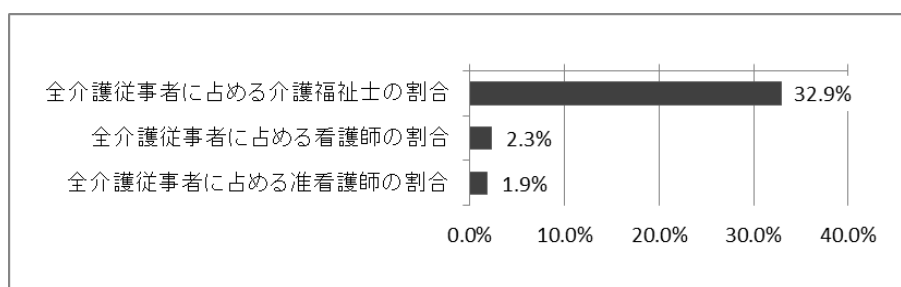


図 16 介護従事者の資格保有率／全事業所

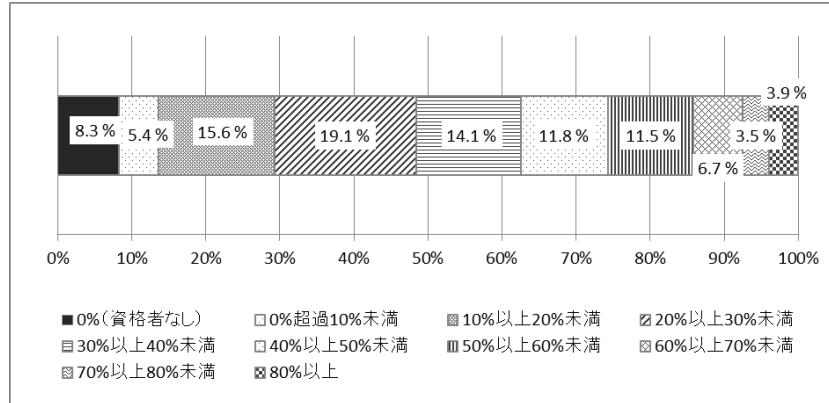


図 17 事業所単位での(介護従事者の)資格保有率/介護福祉士

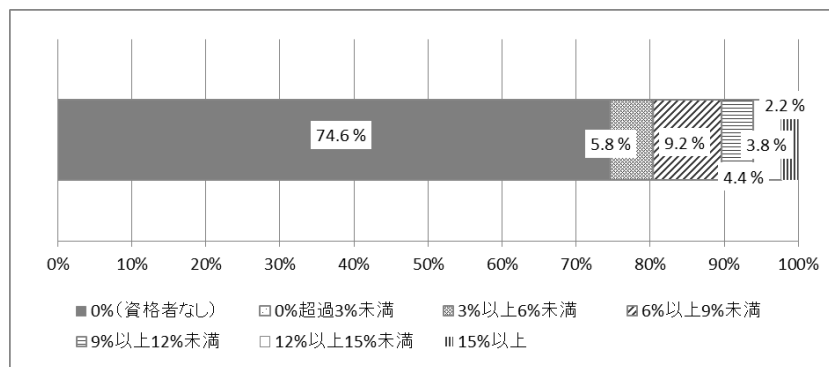


図 18 事業所単位での(介護従事者の)資格保有率/看護師

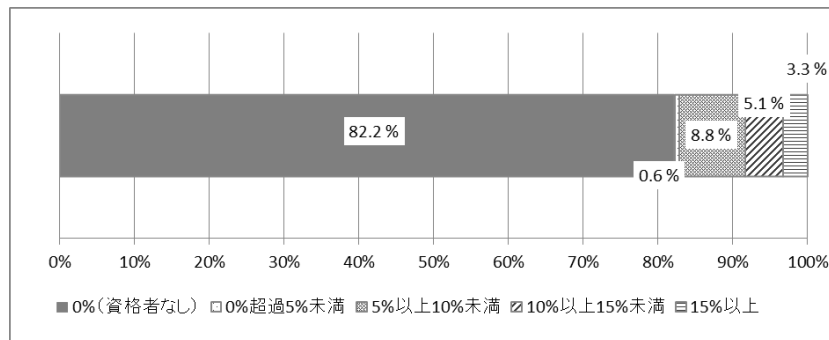


図 19 事業所単位での(介護従事者の)資格保有率/准看護師

(3) 勤務時間数 [Q5]

1) 管理者の兼務の状況 p. 9 [Q5]

- 4 種（経営者、管理者、計画作成担当者、介護従事者）の業務への時間の割き方から兼務の状況を見ると、3/4（74.7%）の事業所で管理者が管理業務以外の業務を兼務している。
- 兼務をしている 3,366 事業所での、兼務の程度は、半数強（54.0%）の事業所が 1 種、管理者以外の 3 種全てを兼ねている事業所は 139（4.1%）であった。

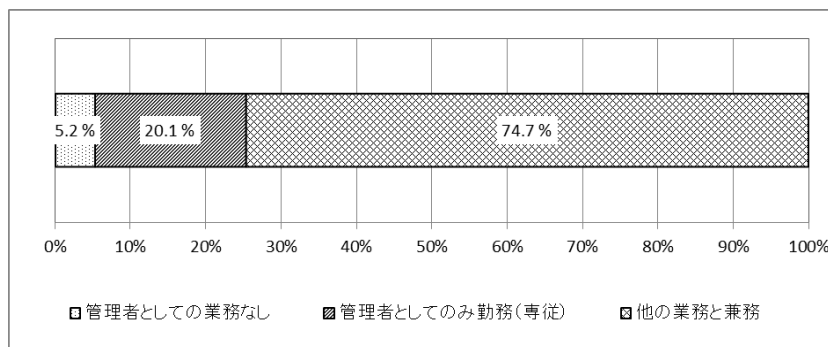


図 20 管理者の兼務の状況

2) 常勤換算職員数 p. 9, p. 66 [Q5], p. 97 [都道府県別最低賃金],

p. 96 [Q26], p. 96~97 [Q27], p. 97 [Q28]

- 回答事業所あたりの平均は 12.8 人。分布を見ると「5 人以上 10 人未満」「10 人以上 15 人未満」「15 人以上 20 人未満」の事業所がそれぞれ 27~38%を占めた。
- 1 ユニットあたりで見ると平均 7.9 人となったことから「7 人以上 8 人未満」と「8 人以上 9 人未満」の事業所で半数強（54.0%）を占めた。法人種別では、NPO が平均に比べ 0.75 人多く、営利法人では 0.05 人少なかった。
- 開始から 1 年の事業所では平均より 0.09 人少なく、2~3 年の事業所は若干多め、4~6 年の事業所は若干少なめ等、運営年数（入居者の状態変化）により職員配置も変化があるようである。
- 常勤換算での職員数と都道府県別の最低賃金との強い相関は見られず、必ずしも人件費が低い地域は介護従事者数が多めということはない。
- 常勤換算での職員数が多いほど、多様なニーズへの対応項目数、望ましい日常的なケアの実施率、生活習慣を継続するための支援の得点率が高くなる傾向がある。

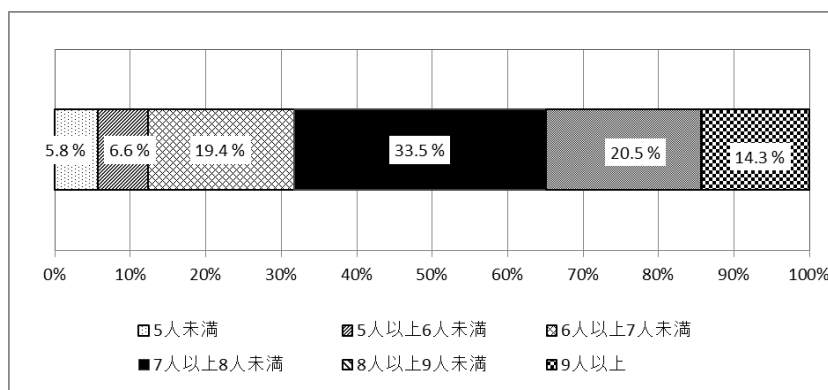


図 21 常勤換算での職員数(1 ユニットあたり)

(4) 夜間の体制 p. 9~10 [Q6]

1) 夜間配置人数

- 4,508 の回答事業所で 9,268 人（1 事業所あたり平均 2 人程度）配置されており、配置職員の殆ど（96.3%）がホーム専従となっている。
- 1 ユニットあたりの配置人数は平均で 1.3 人。大半の事業所（87.6%）では 1 ユニットに 1 人配置している。

2) 宿直者数

- 殆ど（87.8%）の事業所では宿直者を置いておらず、551 事業所で 957 人が宿直体制をとっており、配置職員の殆ど（92.9%）がホーム専従となっている。
- 宿直体制をとっている事業所でも、多くは 1 ユニット 1 人の配置となっている。

(5) 年齢階層別職員数 [Q7]

4,507 の回答事業所の 68,606 人の職員の約 1/4（17,451 人・25.4%）が 50 代、次いで 40 代・30 代がそれぞれ 2 割前後の年齢構成となっている。

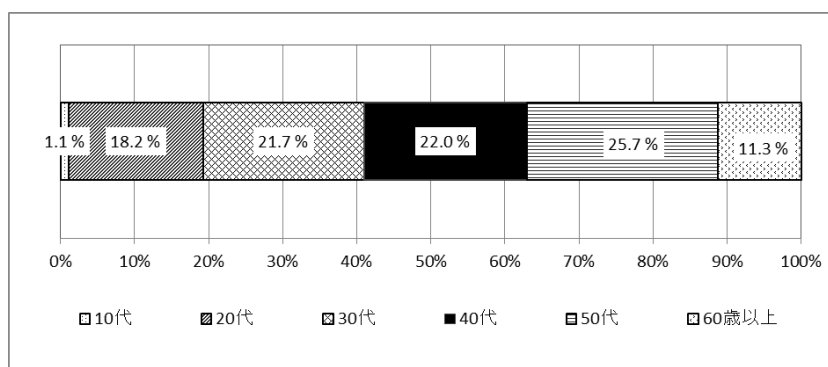


図 22 年齢階層別職員数／全事業所

1) 常勤・非常勤による差異 p. 10~11 [Q7]

- 平均年齢は全体で 45.8 歳、常勤職員のみで 43.7 歳、非常勤職員のみで 50.7 歳と、非常勤職員の方が比較的年齢層が高い。
- 全体の 3 割超を占める非常勤職員（21,022 人）は、約 1/4 が 50 代なのは全体の傾向と同様だが、最も多いのは 60 歳以上で（約 1/3 を占める）、その分だけ 20 代・30 代の占める割合が比較的少なくなっている。
- 逆に常勤職員は若年層が比較的多く 60 代が少ない（全体では 2/3 の常勤職員比率が 10~30 代は 8 割前後、60 歳以上は 44%）。
- 20 代・30 代の若年層を身分が不安定な非常勤で雇用するのではなく、比較的賃金が低めで体力もあることから常勤でフル活用していることが窺える。

2) 事業所単位での分布 p. 22～23, p. 67～68 [Q7]

- 事業所ごとの職員の平均年齢の分布を見てみると、6割超（61.4%）の事業所で職員の平均年齢が40代、1/4弱（24.0%）の事業所で50代と、比較的高めとなっている。
- 常勤・非常勤に分けてみると、常勤職員のみ平均年齢の場合、平均年齢が30代の事業所が1/4弱（24.0%）を占める等、やや若い方に重心が移り、非常勤職員のみの場合はその逆で平均年齢が60歳以上の事業所が16.6%にのぼる。
- 開始年度の古い事業所の職員は長年勤めているためか、比較的平均年齢が高い。

(6) 職員の離職・採用状況 [Q8]

今年度の求人状況は、昨年度の採用人数が一過性の傾向なのかを検証するために質問したものの、いずれの職種でも昨年度の採用人数よりも少なくなった。これは、求人ゼロとした事業所も多かったことから、年度途中で質問しているが故に予定が見えていない事業所が0と回答したためと推測される。

その他の職種については、職員に占める割合も非常に小さく、またそのために異動も少ないようで、96%前後の事業所でいずれの人数もゼロ回答であった。このような傾向は事業所の規模に依らず一定であった。

法人種別では、介護従事者を除く3職種（計画作成担当者、看護師、その他）についてNPO法人で異動が多く、介護従事者については営利法人で多かった。

また、介護従事者については、開始年度の古い事業所ほど職員の定着率が高かった。

1) 昨年度の離職者数 p. 11～13, p. 23, p. 43～44, p. 68～69 [Q8]

- 介護従事者は3,592事業所（6,211ユニット）で12,036人が離職した（1事業所あたり平均2.67人、1ユニットあたり平均1.61人）。約2割の事業所は0人、1・2人が各2～3割前後の事業所、3・4人が各1割前後の事業所となっている。営利法人（1ユニットあたり1.9人）やNPO（1.8人）で離職者が多く、社会福祉法人（社協以外）（1.2人）や医療法人（1.3人）では離職者が少なかった。

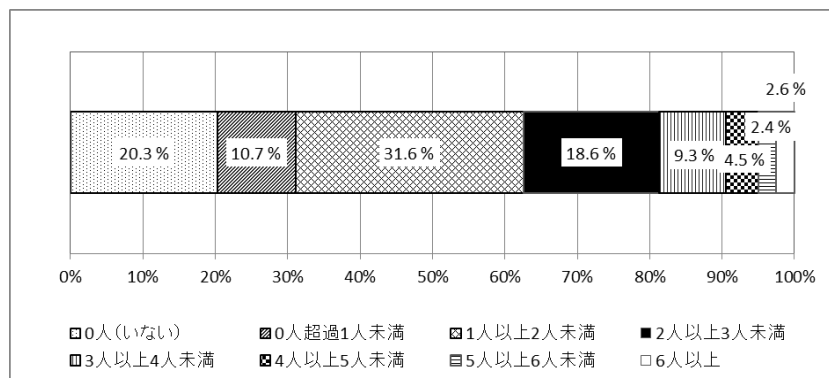


図 23 昨年度の離職者数(1ユニットあたり)／介護従事者

- 看護職員は元々少ないことから 93.6%の事業所で 0 人となっているが、289 事業所（501 ユニット）で 352 人が離職した（全事業所平均 0.08 人、離職事業所平均 1.22 人、1 ユニットあたり平均 1.42 人）。離職者のあった事業所の中では離職者数は 1 人が殆どとなっている。法人による差異として NPO が 1.0 人（離職があった事業所の中で、1 ユニットあたり）で若干多かったが、その他は 0.7~0.8 人で同等だった。開始年度別の違いは見られなかった。

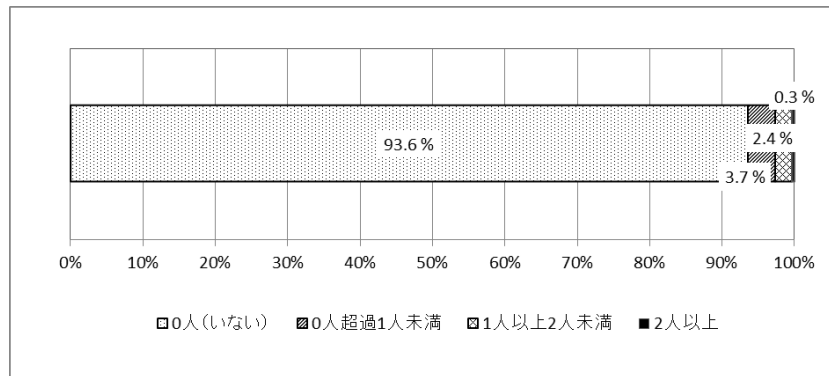


図 24 昨年度の離職者数(1 ユニットあたり)／看護職員

- 計画作成担当者は元々少ないことから 85.8%の事業所で 0 人となっているが、639 事業所（1,112 ユニット）で 733 人が離職した（全事業所平均 0.16 人、離職事業所平均 1.15 人、1 ユニットあたり平均 1.52 人）。離職者のあった事業所の中では離職者数は 1 人が殆どとなっている。法人による差異として NPO が 0.9 人（離職があった事業所の中で、1 ユニットあたり）で若干多かったが、その他は 0.7~0.8 人で同等だった。開始年度別の違いは見られなかった。

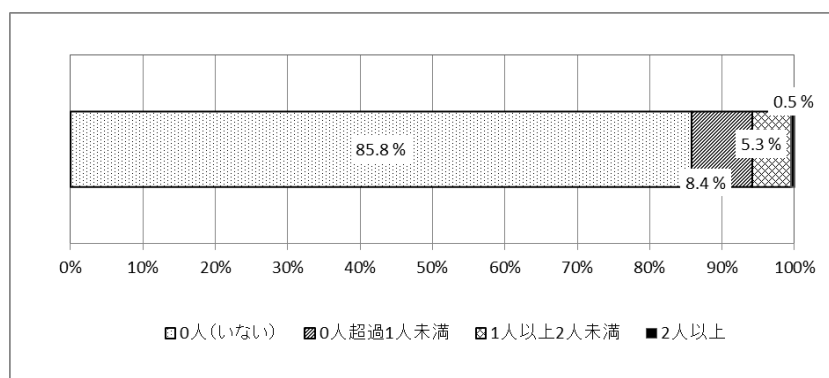


図 25 昨年度の離職者数(1 ユニットあたり)／計画作成担当者

2) 昨年度の採用人数

- 介護従事者は 3,665 事業所 (6,304 ユニット) で 13,266 人が採用された (1 事業所あたり平均 2.94 人、1 ユニットあたり平均 1.79 人) ことから、総数としては離職を上回る採用がされている。18.7%の事業所は採用ゼロだったが、離職者数の分布と同様、1・2 人が各 2~3 割前後、3・4 人が各 1 割前後となっている。

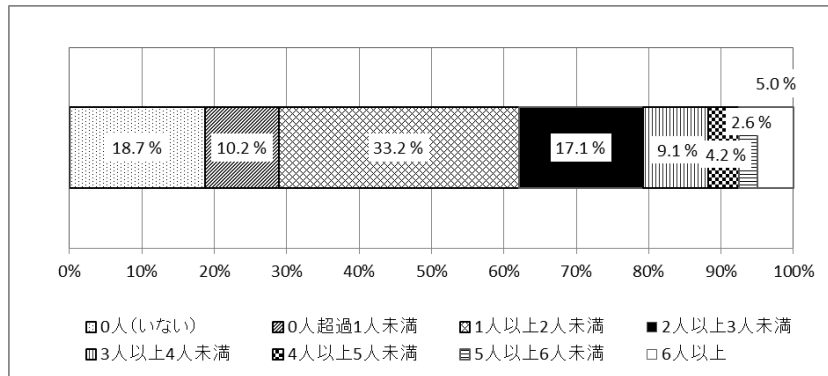


図 26 昨年度の採用人数(1 ユニットあたり)／介護従事者

- 看護職員は元々少ないことから 92.5%の事業所で 0 人となっているが、336 事業所 (567 ユニット) で 406 人が採用された (全事業所平均 0.09 人、採用事業所平均 1.21 人、採用事業所 1 ユニットあたり平均 1.40 人) ことから、総数としては人数・事業所数共に離職を上回っており拡大傾向が窺える。採用のあった事業所での採用者数は 1 人が殆どとなっている。

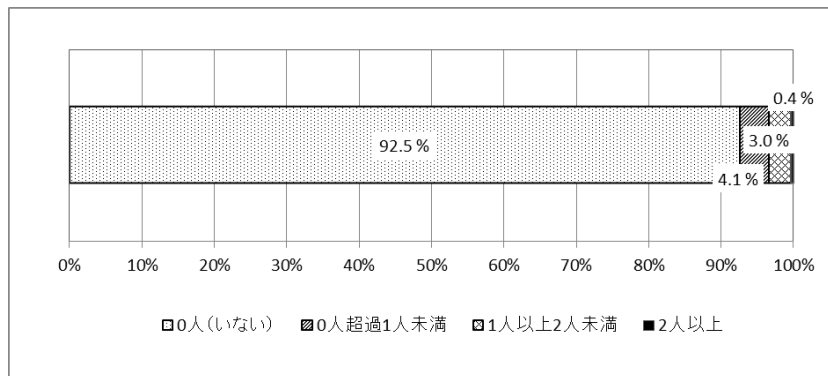


図 27 昨年度の採用人数(1 ユニットあたり)／看護職員

- 計画作成担当者は元々少ないことから 88.6%の事業所で 0 人となっているが、513 事業所（845 ユニット）で 642 人が採用された（全事業所平均 0.14 人、採用事業所平均 1.25 人、採用事業所 1 ユニットあたり平均 1.32 人）ことから、総数としては人数・事業所数共に離職を下回っており縮小傾向が窺える。採用のあった事業所の中では採用者数は 1 人が殆どとなっている。

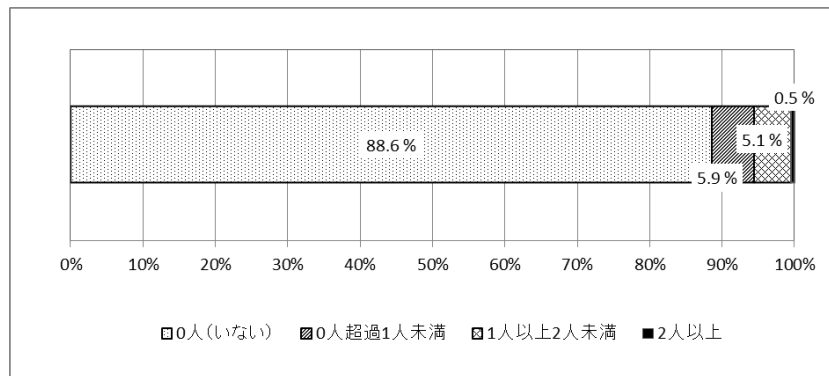


図 28 昨年度の採用人数(1 ユニットあたり)／計画作成担当者

3) 今年度の求人状況

- 介護従事者は 2,785 事業所で 7,785 人が採用（もしくは予定）されている（1 事業所あたり平均 1.73 人）。求人している事業所の中では 1・2 人が多い（各 10～30% 前後）。

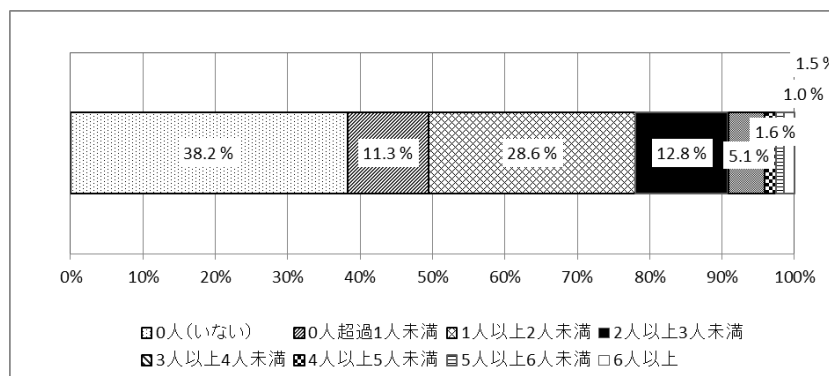


図 29 今年度の求人状況(1 ユニットあたり)／介護従事者

- 看護職員は元々少ないことから 93.5%の事業所で 0 人となっているが、294 事業所で 321 人が採用（もしくは予定）されている（全事業所平均 0.07 人、求人事業所平均 1.09 人）。求人している事業所の中では 1 人が殆どとなっている。

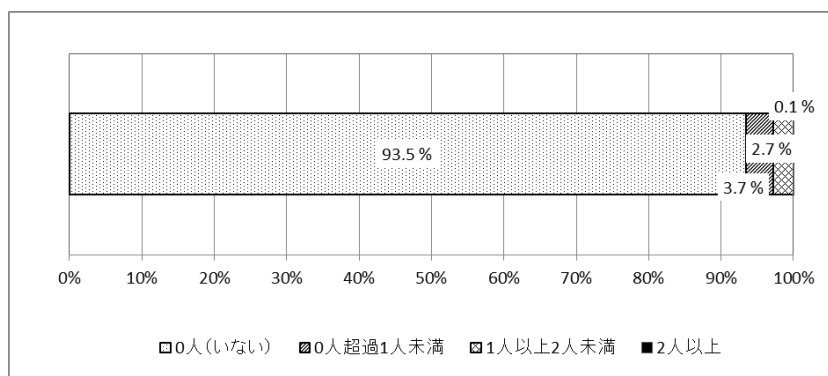


図 30 今年度の求人状況(1 ユニットあたり)／看護職員

- 計画作成担当者は元々少ないことから 93.3%の事業所で 0 人となっているが、302 事業所で 331 人が採用（もしくは予定）されている（全事業所平均 0.07 人、求人事業所平均 1.1 人）。求人している事業所の中では 1 人が殆どとなっている。

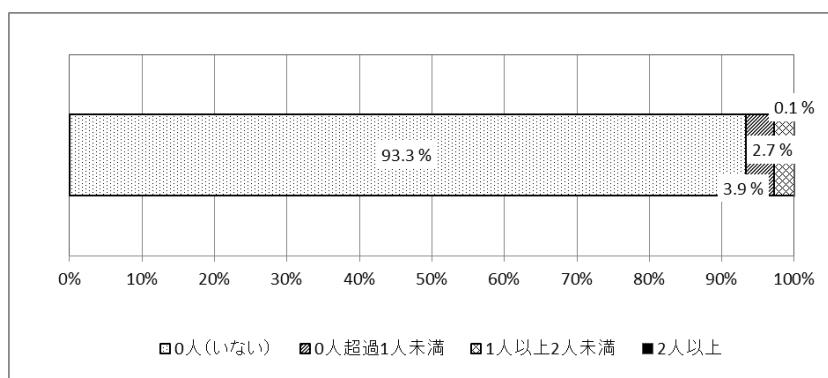


図 31 今年度の求人状況(1 ユニットあたり)／計画作成担当者

4) ユニットあたりの増減状況（昨年度） p. 23 [Q8]

- 介護従事者以外の3職種（看護職員、計画作成担当者、その他の職種）では、採用・離職共になかった事業所が8～9割となっている。
- 介護従事者については採用・離職共になかった事業所は13.7%に過ぎず、1/3強（35.5%）の事業所が離職者数に合わせた採用を行っている。また、それぞれ約2割の事業所が、ユニットあたり2人未満の増員もしくは減員を行っている。
- 特に増減が多く見られた法人はなく、どの法人でも採用は欠員補充のためのようである。

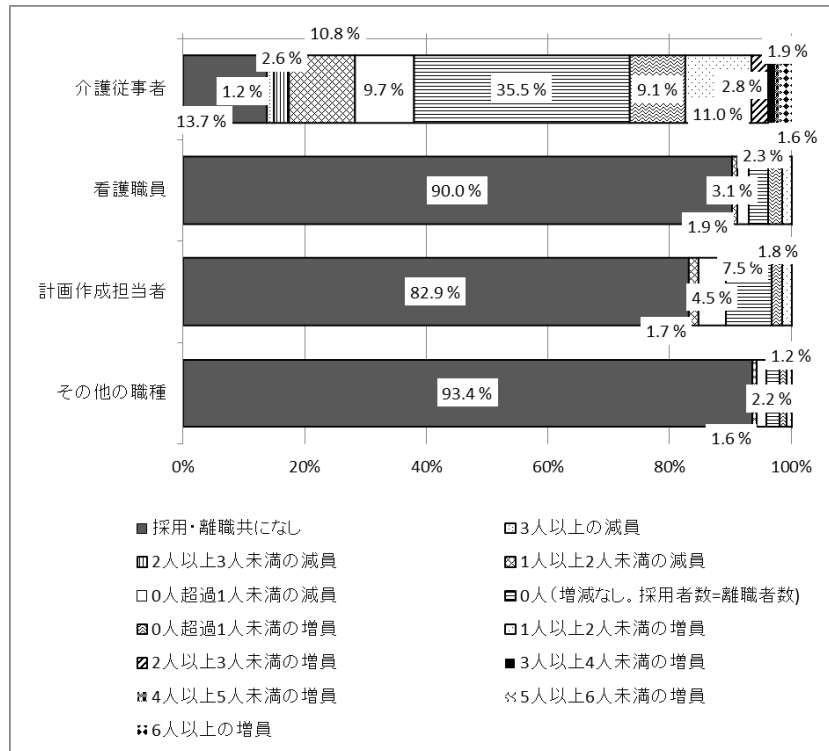


図 32 ユニットあたりの増減状況(昨年度)

5) 採用人数の増加率（前年度比） p. 23 [Q8]

- 介護従事者以外の3職種（看護職員、計画作成担当者、その他の職種）では、昨年度も採用・離職共になかった事業所が8～9割となったが、今年度の採用も予定がない事業所が8割程度、昨年度と同等数とする事業所が1割台となっている。
- 介護従事者は、1/3（33.6%）の事業所で採用予定がなく、2割弱（18.1%）が昨年度と同等数を予定しているが、1/3弱（31.6%）は昨年度より採用を減らす予定となっている。

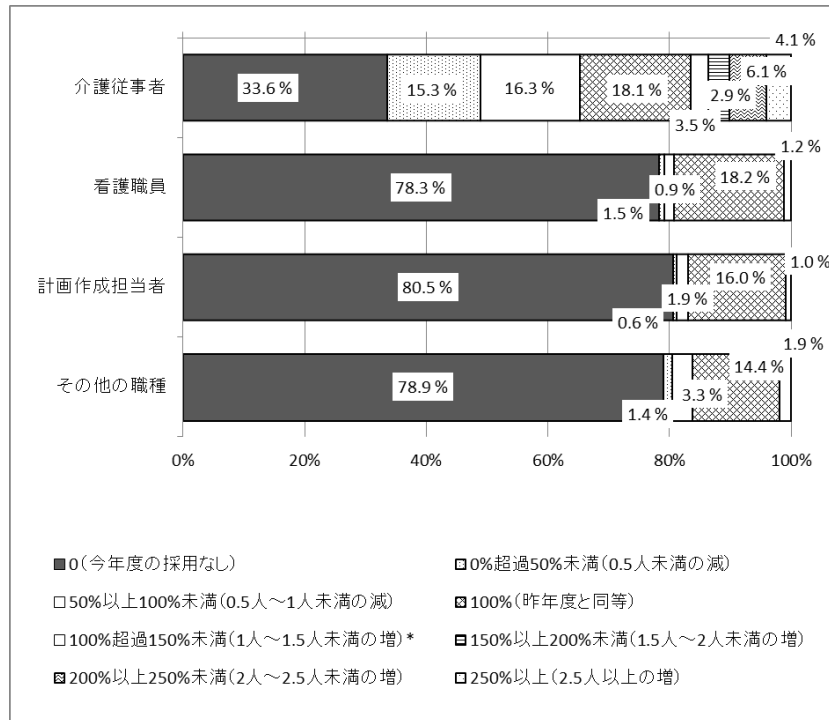


図 33 採用人数の増加率(前年度比)

2.3. 入居者の状況

4,506 の回答事業所の入居者総数は 65,802 人、1 事業所あたり平均 14.6 人となった。

(1) 入居前の居所 [Q9]

1) 全入居者の分布 p.13

- 全入居者の 6 割（61.0%）は自宅からの入居であった。次に多いのが「介護療養型医療施設以外の医療機関」（16.1%）からの入居で、そのうち精神科病院からの入居者は 2,699 人（4.1%）だった。
- その他に比較的多かった所としては、介護老人保健施設（7.5%）や「その他施設等（有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等）」（5.7%）であった。

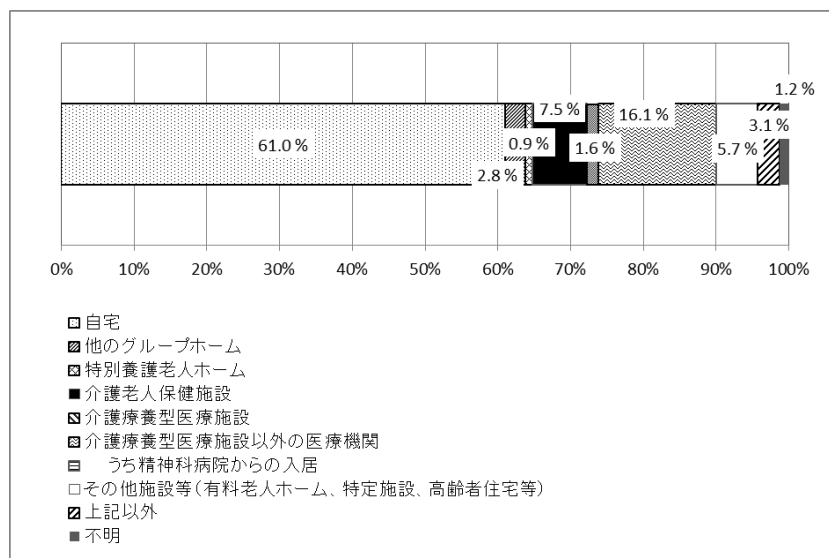


図 34 入居前の居所／全事業所

2) 自宅以外からの入居者が多い事業所 p. 24 [Q9]

- 自宅以外からの入居者の割合は、2割台・3割台の事業所が多く（それぞれ15%前後の事業所）、次いで5割台・1割台と、自宅以外からの入居者が1～5割台の事業所が多い。
- 100%（全入居者が自宅から）の事業所は僅か1.5%であるのに対し、0%（全入居者が自宅以外から）の事業所は9.1%にのぼった。

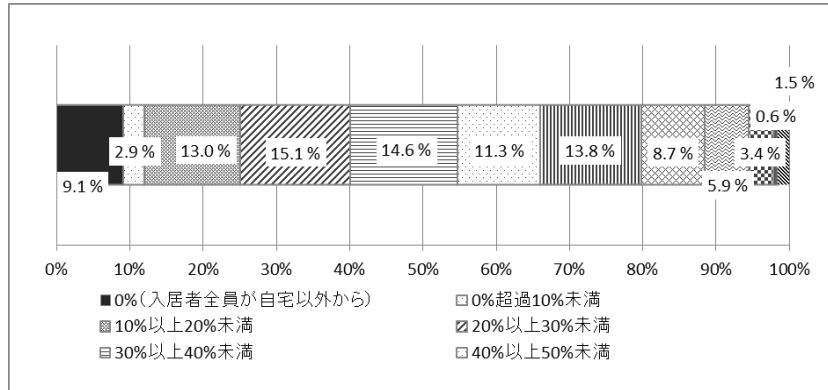


図 35 自宅以外からの入居者の割合(事業所ごと)

(2) 出身地(入居前に居られた地域) [Q10]

1) 全入居者の分布 p. 13 [Q10]

- 全入居者の5割強(54.2%)が「近隣ではないが、同一市町村内から」、3割弱(29.3%)が「近隣(同一・近隣の中学校区等)から」となっており、合わせて8割強の入居者が同一市町村内からではあるが、施設の立地条件や過去の経緯等から必ずしも近隣からの入居者のみで固まっではない模様である。
- また「近隣でも同一市町村でもないその他の地域から」の入居者も15%弱(14.7%)を占めており、地域密着となる以前からの長期の入居者と思われる。

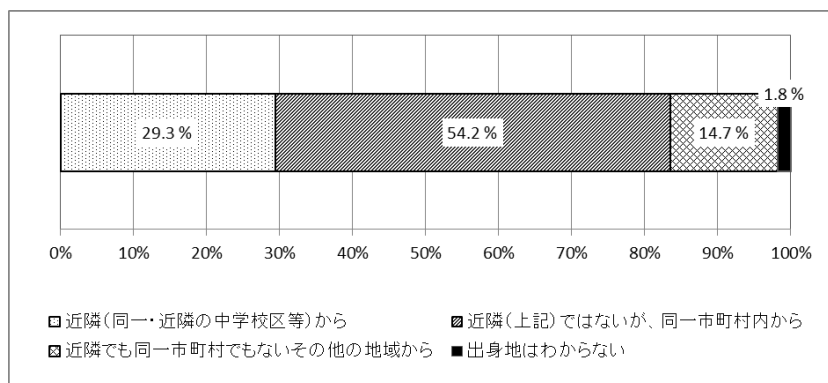


図 36 出身地(入居前に居られた地域) / 全事業所

2) 事業所の「地域密着度」 p. 24 [Q10]

- 事業所単位で入居者の「地域密着度」（＝近隣・同一市町村からの入居者の割合）を見てみると、3/4弱の事業所で8割以上となっており、4割超（43.1%）の事業所では100%（＝入居者全員）となっていた。
- 一方、地域密着度が5割未満の事業所も1割程度はある。

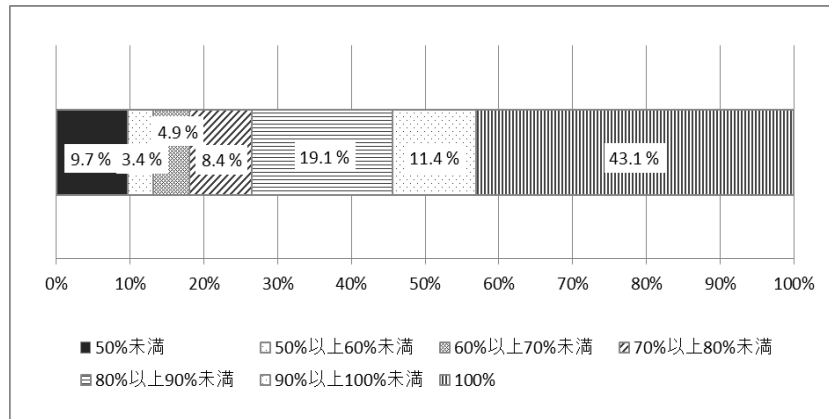


図 37 地域密着度(事業所ごと)

(3) 入居期間 p. 13, p. 69 [Q11]

全入居者の平均入居期間は3年4ヶ月。

分布は全入居者の各1/3前後が「1年以上3年未満」「3年以上7年未満」となっている。約1/4弱（23.1%）が1年未満、約1割が7年以上となっている。

入居者の平均入居期間³で事業所の分布を見ると、1/3超の事業所（34.9%）が「3年以上4年未満」、「2年以上3年未満」「4年以上5年未満」がそれぞれ2割前後となっている。

開始年度が古い事業所ほど平均入居期間が長い傾向にあり、全体的に退居者が少ないようである。

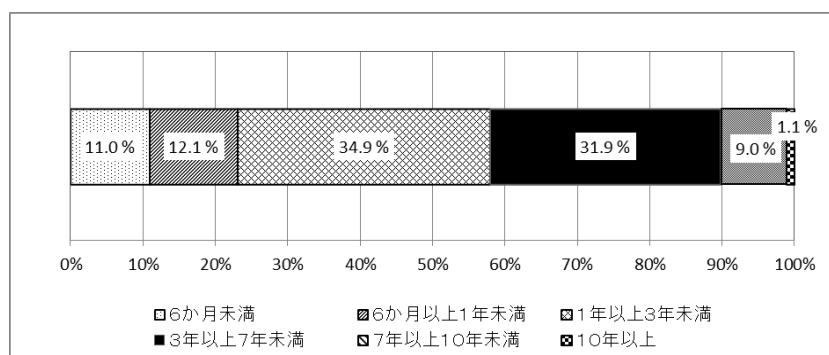


図 38 入居期間/全事業所

³ 調査票の選択肢(「6か月未満」「1年以上3年未満」等)の中央値(年換算)を用いて算出。

(4) 要介護度 [Q12]

1) 全入居者の分布 p. 14 [Q12]

- 全入居者の平均要介護度は 2.79。
- 分布は 3 割弱 (28.0%) が要介護 3、1/4 が要介護 2 となっている。その他としては、要介護 1 と 4 が各 17%、要介護 5 も全入居者の 1 割超を占めている。

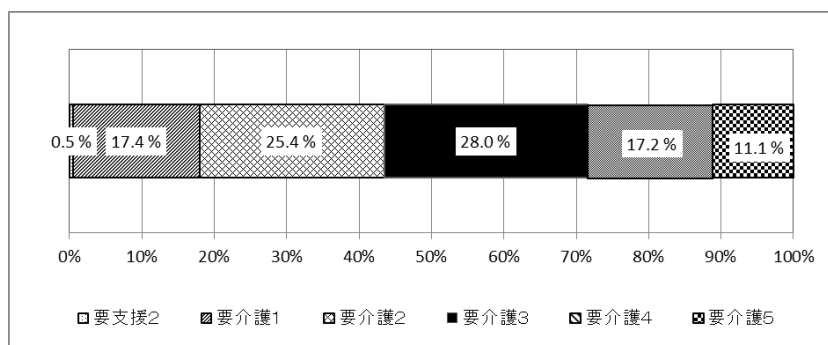


図 39 要介護度／全事業所

2) 事業所ごとの特徴 p. 24, p. 44, p. 70 [Q12]

- 入居者の平均要介護度で事業所の分布を見ると、1/3 強 (34.8%) の事業所が「2.5 以上 3 未満」となっており、「3 以上 3.5 未満」と「2 以上 2.5 未満」がそれぞれ 1/4 前後を占めている。また「3.5 以上 4 未満」の事業所も 8.5% 程度ある。
- 入居者の要介護度は全体的に若干悪化の傾向にある。開始年度別に事業所の平均要介護度を見ると、古い事業所ほど平均要介護度が高く、平成 23 年度開始から平成 12 年度開始までの 11 年間で、平均で 0.3 悪化していた。
- また、NPO は平均より若干 (0.1) 高く、社会福祉法人 (社協以外) は若干 (0.1) 低い。

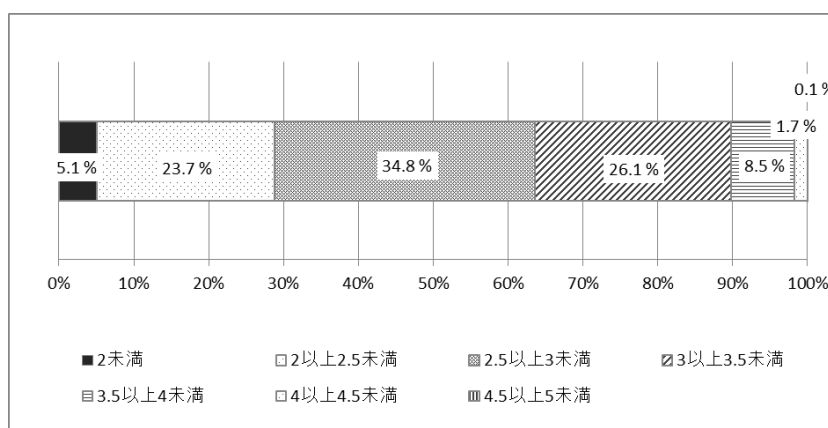


図 40 事業所ごとの平均要介護度

(5) 障害高齢者日常生活自立度 [Q13]

1) 全入居者の分布 p. 14 [Q13]

- 全入居者の平均は A と B との間（A に近い 3.22）。
- 分布は約半数（48.9%）が A、1/4 弱（22.5%）が B となっている。この項目については不明と回答する事業所が比較的多く、入居者の 1 割を占めた。

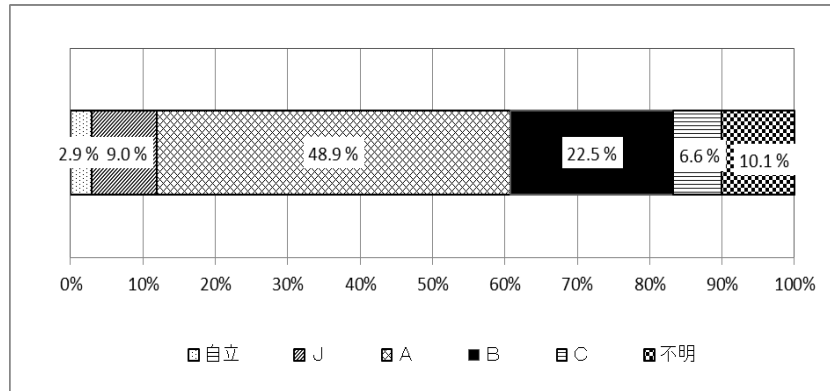


図 41 障害高齢者日常生活自立度／全事業所

2) 事業所ごとの特徴 p. 24, p. 45, p. 70 [Q13]

- 入居者の平均自立度⁴で事業所の分布を見ると、半数以上（54.7%）の事業所が「3 以上 3.5 未満（A）」となっており、次いで約 2 割が「3.5 以上 4 未満（A）」、1 割強（13.6%）が「2.5 以上 3 未満（J）」となっている。
- また、自立度が高い入居者は医療法人に若干多い。
- 昨年度開始の事業所で若干平均自立度が高いものの、平成 22 年度以前では差が見られなかった。

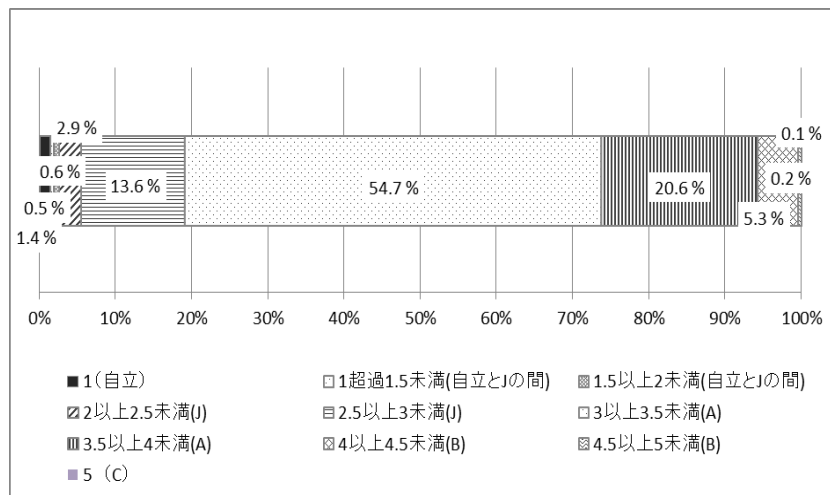


図 42 平均障害高齢者日常生活自立度(事業所ごと)

⁴ 本調査結果での障害高齢者日常生活自立度における「平均自立度」とは、1=自立 2=J 3=A 4=B 5=C を係数として活用した平均値をいう。

(6) 認知症高齢者日常生活自立度 [Q14]

1) 全入居者の分布 p. 14 [Q14]

- 全入居者の平均はⅡbとⅢaとの間（Ⅲaに極めて近い3.98）。
- 分布は3割弱（28.2%）がⅢa、2割強（22.1%）がⅡbと、これらで合わせて半数を占めている。次いでⅣ（14.3%）、Ⅲb（12.1%）と続き、これら重めの入居者で1/4を占めている。

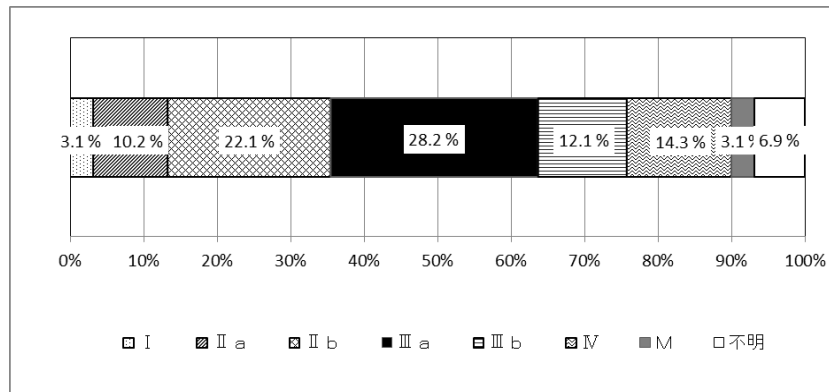


図 43 認知症高齢者日常生活自立度／全事業所

2) 事業所ごとの特徴 p. 25, p. 45～46, p. 71 [Q14]

- 入居者の平均自立度⁵で事業所の分布を見ると、3割弱（27.0%）の事業所が「4以上4.5未満（Ⅲa）」と最も多く、次いで1/4強（26.5%）の事業所が「3.5以上4未満（Ⅱb）」、それぞれ15%前後の事業所が「3以上3.5未満（Ⅱb）」「4.5以上5未満（Ⅲa）」となっている。
- また、平均自立度が高い入居者は医療法人に若干多く、営利法人には若干少ない。
- 平均自立度は全体的に悪化の傾向にある。開始年度別に事業所の平均自立度を見ると、平成23年度開始の事業所と平成12年度開始の事業所とを比べると、平均で0.3悪化していた。

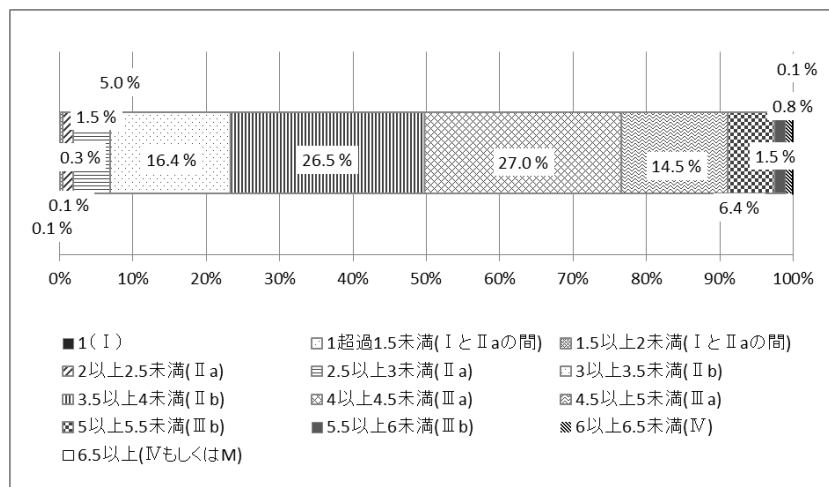


図 44 平均認知症高齢者日常生活自立度(事業所ごと)

⁵ 本調査結果での認知症高齢者日常生活自立度における「平均自立度」とは、1=Ⅰ 2=Ⅱa 3=Ⅱb 4=Ⅲa 5=Ⅲb 6=Ⅳ 7=Mを係数として活用した平均値をいう。

(7) 介護の手間のかかる入居者 [Q15]

1) 全入居者の分布 p. 14 [Q15]

- 全入居者の 1/3 (32.6%) が「日常生活上の動作（入浴、排泄、服薬、食事）が難しく時間を要する入居者」、1/4 (24.8%) が「他の入居者との関係で職員の支援を要する入居者」、2割 (20.8%) が「介助なしでは全く移動することができない状態にある入居者」と、介護の手間のかかる入居者が少なくないようである。
- 一方、これらに比べると、身寄りがない入居者、精神科にかかっている入居者や夜間眠れない入居者は少ない（全入居者の 4~8%）。

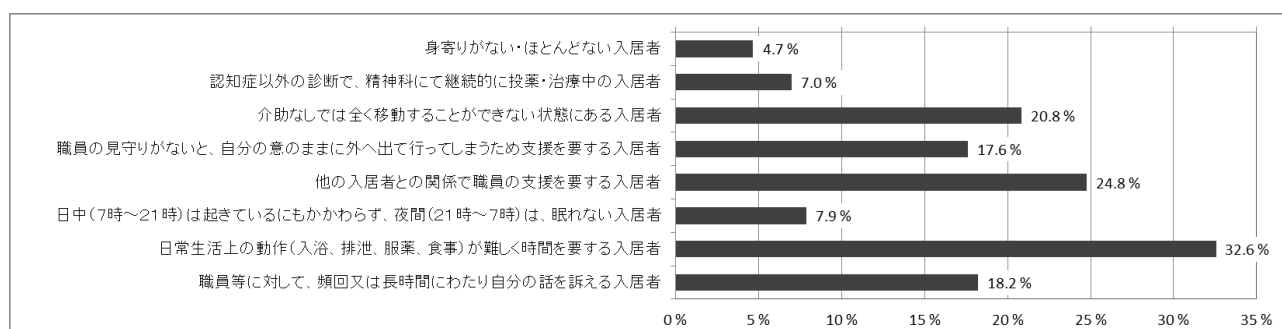


図 45 入居者の状況／全事業所

2) 事業所ごとの特徴 p. 25, p. 46, p. 71 [Q15]

- 事業所単位での手間のかかる入居者が占める割合の全事業所平均は 24.3%。
- 分布は 2 割の事業所が「20%以上 25%未満」、その他約 2 割の事業所がその前後のカテゴリ（「15%以上 20%未満」「25%以上 30%未満」となっている。
- 設置法人による差は殆どなく、最も差があった社会福祉法人（社協以外）でさえ、手間のかかる入居者が占める割合は全体に比べ若干（1.7 ポイント）低い程度。
- 開始年度の古い事業所ほど、手間のかかる入居者が占める割合が低くなり、平成 23 年度開始の事業所と平成 12 年度開始の事業所とを比べると、3.6 ポイント減っている。

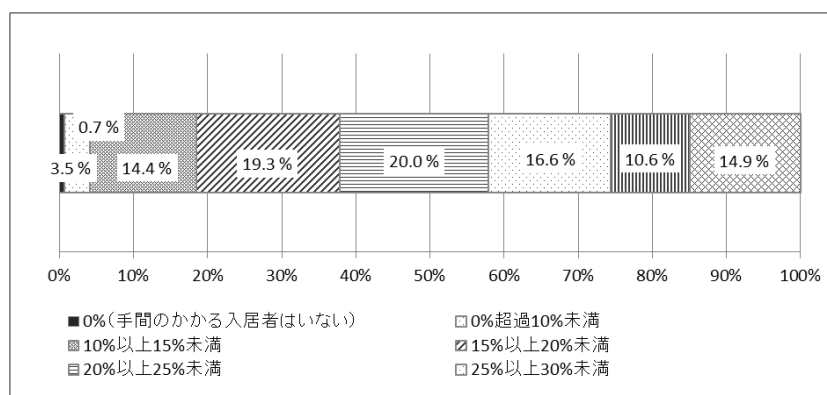


図 46 介護の手間のかかる入居者の割合(事業所ごと)

(8) 昨年度1年間の退居者 [Q16]

1) 退居者数 p.14 [Q16]

■ 4,506 の回答事業所の昨年度1年間の退居者の総数は15,021人、1事業所あたり平均3.3人であった。

2) 退居先 p.14~15, p.47, p.89 [Q16]

■ 全退居者の約4割(39.6%)が「医療機関への入院(退居後に入院し死亡した場合はここに含める)」、次に約1/4が「死亡による退居(退居前の入院中に死亡を含む)」(24.9%)や「特養・老健・介護療養型医療施設の介護保険施設」(23.7%)と、これら3箇所が退居者の9割弱(88.1%)を占める。

■ グループホームでの看取りは全退居者の1割強(11.7%, 1,750人)で、平成22年度以前に開始された事業所の1/4(24.1%)で行われた。最も看取りの割合が多いのは医療法人、次にNPO、営利法人、社会福祉法人と続く。また、開始年度の古い事業所ほど看取りを行っていた。

■ 自宅復帰は5%程度、精神科病院への入院も3.4%と少ない。

■ 単独型・併設型での違いではなく、一定の医療機能を持った施設(介護老人保健施設、介護療養型医療施設、その他医療機関。以下同様)を併設する事業所か否かで差異が見られる。これら施設を併設・隣接する事業所では、これら施設に移しやすいようで、これら施設を退居先として選択する割合が全体に比べて1~3ポイント程度高い。

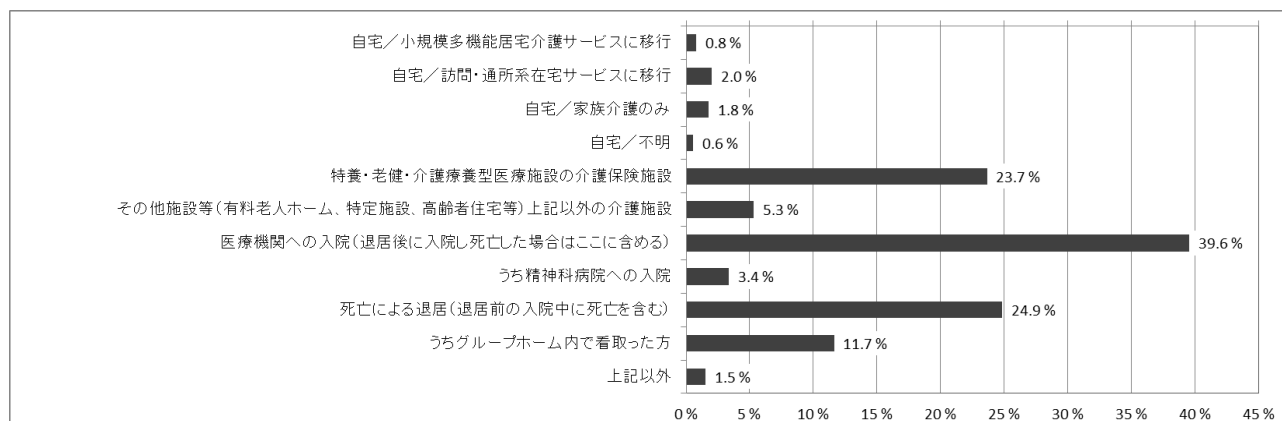


図 47 退去先/全事業所

3) 事業所ごとの退居率 p. 25, p. 47, p. 89 [Q16]

- 退居率（＝定員に占める退居者の割合）を事業所ごとに算出しその分布を見てみると、全事業所平均は23.3%で、分布は約2割（18.8%）の事業所で1割台前半、16.9%の事業所で2割台前半となっている。
- 退居率50%以上（1年間で定員の半数以上が入れ替わる）の事業所が6.5%を占めているだけでなく、100%以上（1年間で定員以上の人数が入れ替わる）も21事業所あった。
- 単独型・併設型での差異があり、併設型では退居率が高い。特に一定の医療機能を持った施設を併設している事業所では単独（22.9%）に比べて3.5ポイント高い（26.4%）。

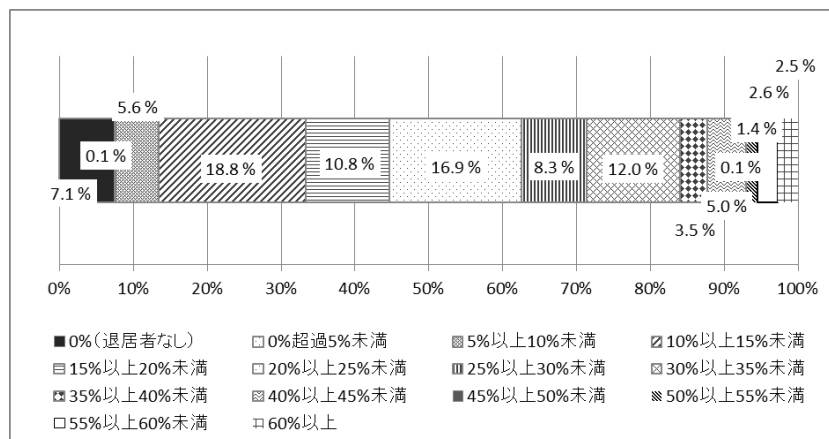


図 48 事業所ごとの退去率

2.4. 医療連携体制の状況

(1) 医療連携体制加算 p. 15 [Q17]

1) 算定要件に係る体制

- 約 3/4 (74.3%) の事業所で医療連携体制加算を算定している。
- 算定している 3,347 事業所における算定要件に係る体制として最も多い (3 割弱 (28.4%) の算定事業所) のは訪問看護ステーションとの契約による体制確保であった。病院・診療所も含め外部の医療関係機関との契約による体制確保が算定事業所の 6 割弱 (57.7%) を占めている。
- 一方、看護職員の雇用による体制確保は算定事業所の 4 割弱 (37.6%・1,260 事業所) となっており、そのうちの 6 割が非常勤での雇用となっている。

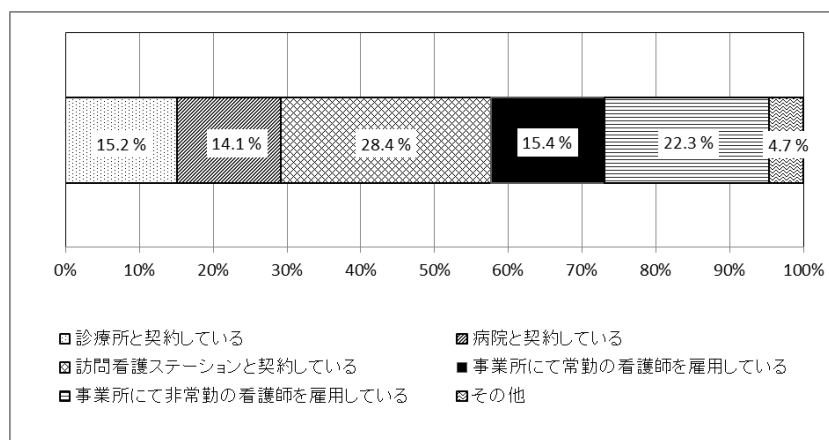


図 49 算定要件に係る体制

2) 法人種別による差異 p. 47 [Q17]

- 医療法人での算定事業所は平均より 10 ポイント高く (85.8%)、他の法人に比べて医療ニーズへの対応体制を整えているといえる。
- 社会福祉法人(社協以外) (62.8%) と NPO (64.0%) では加算していない事業所の割合が 10 ポイント程度高い。
- 体制の確保について、社会福祉法人(社協以外) と NPO では訪問看護ステーションとの契約と常勤・非常勤看護師の雇用、医療法人では診療所・病院との契約、営利法人では訪問看護ステーションとの契約と非常勤看護師の雇用による事業所が多い。

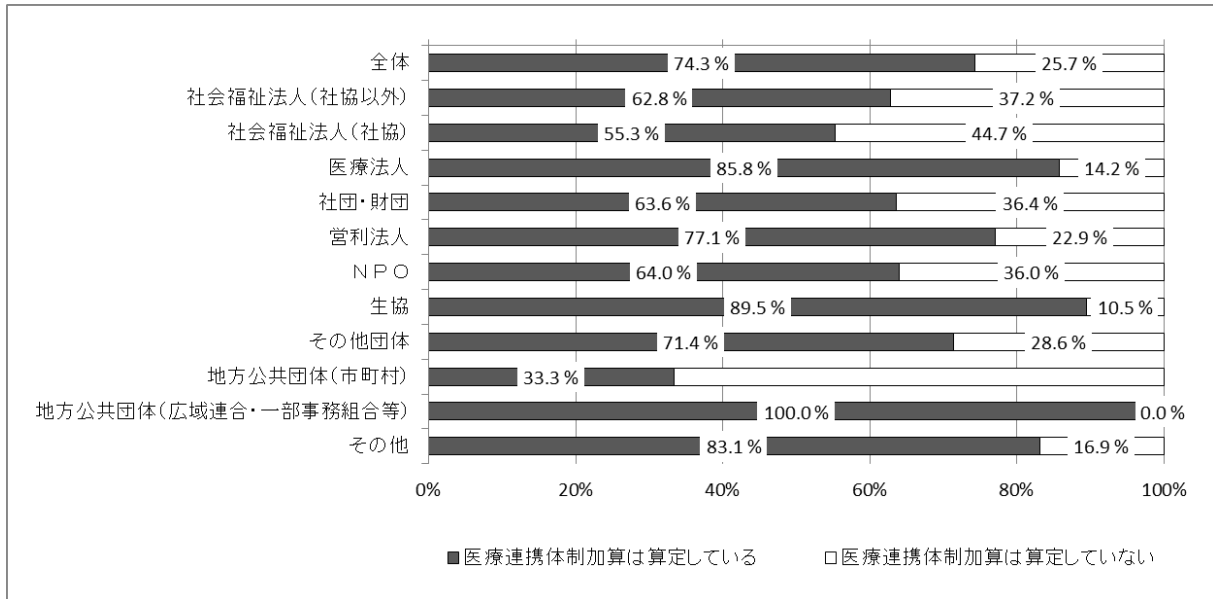


図 50 医療連携体制加算の取得状況／法人種別

(2) 雇用/連携する看護師の出勤体制 p. 15, p. 47 [Q18]

4割超（44.6%）の事業所で週1回程度の頻度となっており、次に多いのが週5回（16.2%）、週2回（13.9%）となっていることから、平日毎日（週5回）もしくは定期的（週1・2回）な配置が多いようである。

一方、週6・7回とほぼ毎日看護師がいる事業所も7.2%（239事業所）ある。

医療法人では看護師の出勤回数が多く、ほぼ毎日（週5回以上）出勤している事業所が3割を超えている。医療法人では本体施設である隣接・近接の医療機関から同一法人内の従業員である看護師が派遣される密接な連携体制が比較的構築されやすいと考えられる。続いて、看護師の出勤回数は社会福祉法人（社協以外）、NPO、営利法人の順に多い。営利法人は非常勤の看護師による体制確保が多いため、ほぼ毎日看護師が出勤している事業所は18.2%であった。

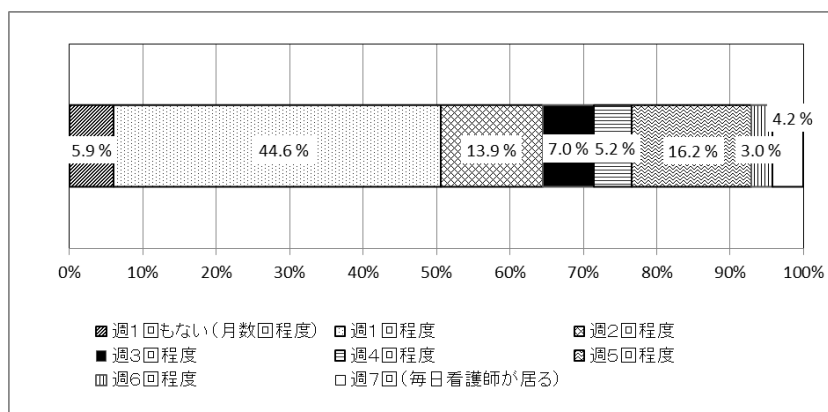


図 51 看護師の出勤回数(1週間あたり)

(3) 医療連携体制加算を取らない理由 p. 15, p. 48 [Q19]

現在加算を取っていない1/4強の事業所（非算定事業所）の理由として、「現在の利用者の状態・ニーズから見て必要性を感じない」は僅か7.6%であることから、非算定事業所の大半は加算を取る予定・意向がない訳ではなく取りたいが取れないようである。

中でも多い理由は、「加算を取りたいが、看護師を雇えない（人材確保難）」が非算定事業所の1/3（33.7%）、「加算を取るための体制を確保するコストに比べ、報酬が見合わない（経営的にバランスしない）」が1/4（23.5%）と、体制の確保に係る課題が大きいようである（医療法人で両理由をあげる事業所の割合はそれぞれ5ポイント程度低い）。また、これらに次ぐ理由は「その他」（19.3%）となっており、選択肢外の理由も少なくない。

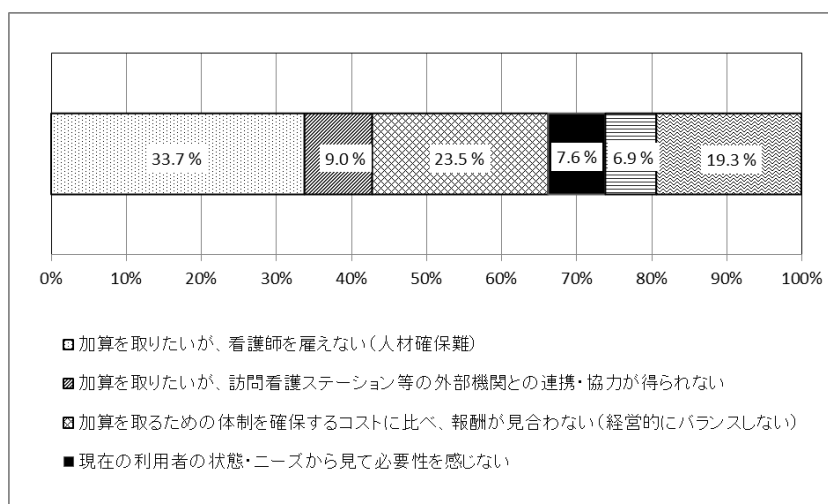


図 52 医療連携体制加算を取らない理由

(4) 協力関係にある医療機関数 p. 15, p. 48, p. 90 [Q20]

医科で平均 2.1 箇所、歯科で平均 1.0 箇所であった。医科のうち精神科と連携している事業所は少なく平均は 0.4 箇所となった。

医科で連携関係が一切ない事業所は僅か 4 箇所のみ、歯科で 6.4%であったが、精神科との連携がない事業所は 2/3 弱に達した。

連携先が 1 箇所とする事業所は医科で約 4 割の事業所、精神科で 1/3 弱、歯科で 84.2%と、精神科や歯科では（連携している場合は）大半の事業所で連携先は 1 箇所であったが、医科については 3 割弱の事業所で連携先が 2 箇所、3 箇所以上とする事業所も 3 割弱（28.4%）あった。精神科との連携がある事業所は精神科のみが連携先とは考えられないことから（本体施設の自院が精神科である場合を除く）、医科での連携先が 2 箇所以上あるものと考えられる。

例えば医療法人では連携機関数が少ないということもなく、法人間の差は見られなかった。単独・併設型での差異、重度化対応での差もなかった。

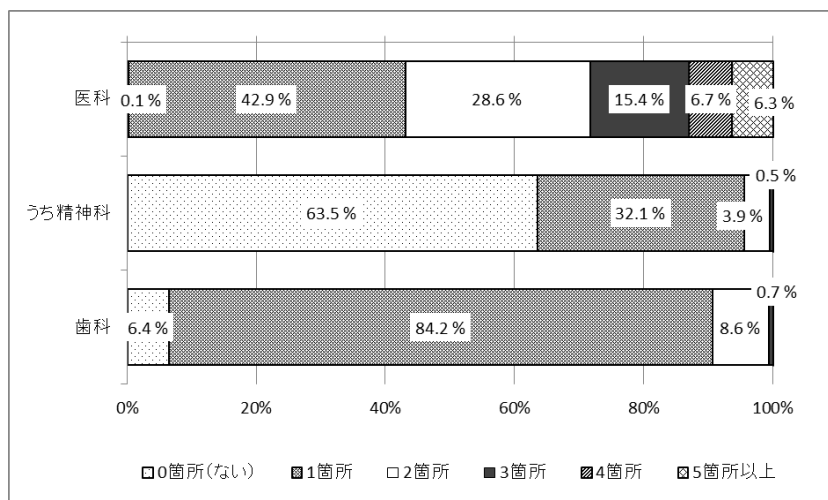


図 53 協力関係にある医療機関の数

(5) 協力医療機関との連携体制・関係 p. 16 [Q21]

殆どの事業所が名ばかりの希薄な関係ではなく、半数以上の事業所で、優先的な取扱や他院との関係も含めた広範な連携はないものの、ある程度の緊密な関係を構築している。

具体的には、7割超(72.4%)の事業所で「日常的に相談している」、2/3超(67.3%)の事業所で「入居者の健康診断・健康管理等を依頼している」「家族に対して、本人の症状等に関する説明をしてくれる」、6割の事業所で「日常的に訪問診療や往診をしてきている」「24時間対応の体制がある」。

また、「入居者の看取りまで協力・対応してくれる」医療機関や「著しい行動・心理症状に対する相談やアドバイスに応じてくれる」医療機関も、半数以上の事業所が確保しているようである。

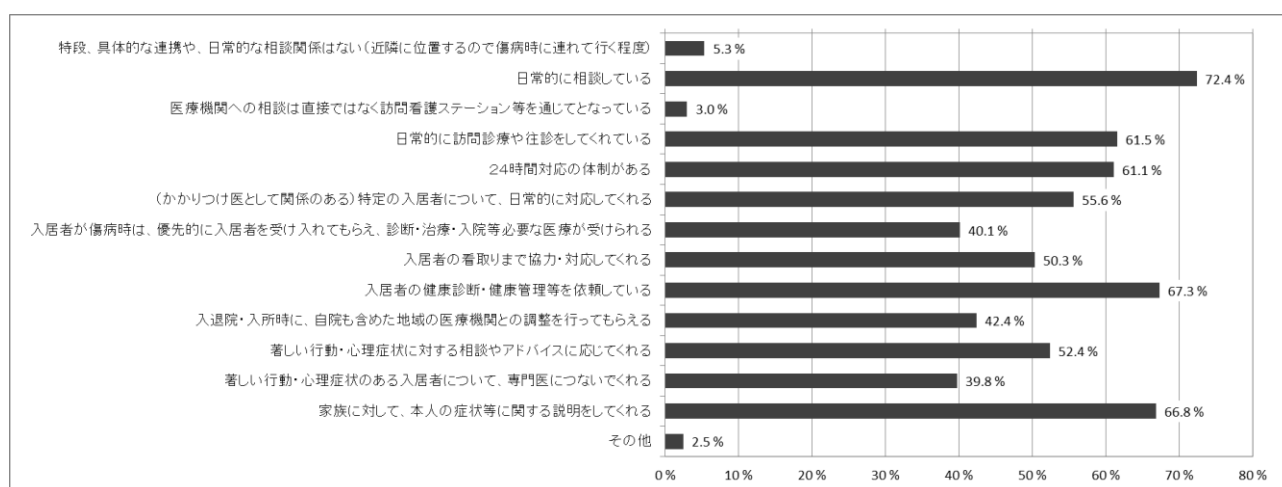


図 54 協力医療機関との連携体制・関係

(6) 対応可能な医療処置 [Q22]

1) 対応可能な医療処置 p. 16, p. 25, p. 73, p. 90～91 [Q22]

- 1 事業所あたり平均で 6.2 種類の医療処置を対応可能としている。多くの事業所で対応可能な処置は「褥瘡の処置」で、6 割超（61.9%）の事業所が対応可能としている。その他の処置はどの処置も概ね 4 割前後の事業所が対応可能としている。
- 一方で「以上のいずれにも対応できない」事業所も 27.5%を占めていることから、何らかの医療処置に対応可能な事業所は、概ね複数の処置に対応可能であり、3 割強（31.5%）の事業所が 14 種類全てに対応可能、13.4%の事業所が 2 種類は対応可能としている。
- また、医療対応の可否とターミナルケアの対応の有無には相関があり、医療対応の可能な事業所はターミナルケアまで対応できている傾向が見られる。
- 併設施設の有無による対応の差異もあり、併設施設が無い単独型の事業所では入居者の医療ニーズに自らで対応できる限界があるが、介護老人保健施設を併設している事業所では併設施設からの支援が可能なことから、対応可能な医療処置数が単独型に比べて 0.4 種類多い。
- 開始年度が新しい事業所ほど医療ニーズへ対応できていない傾向があり、「対応可能な医療処置はない」とする事業所の割合は平成 12 年度開始の 26.7%から平成 23 年度開始の 30.6%まで徐々に増加している。

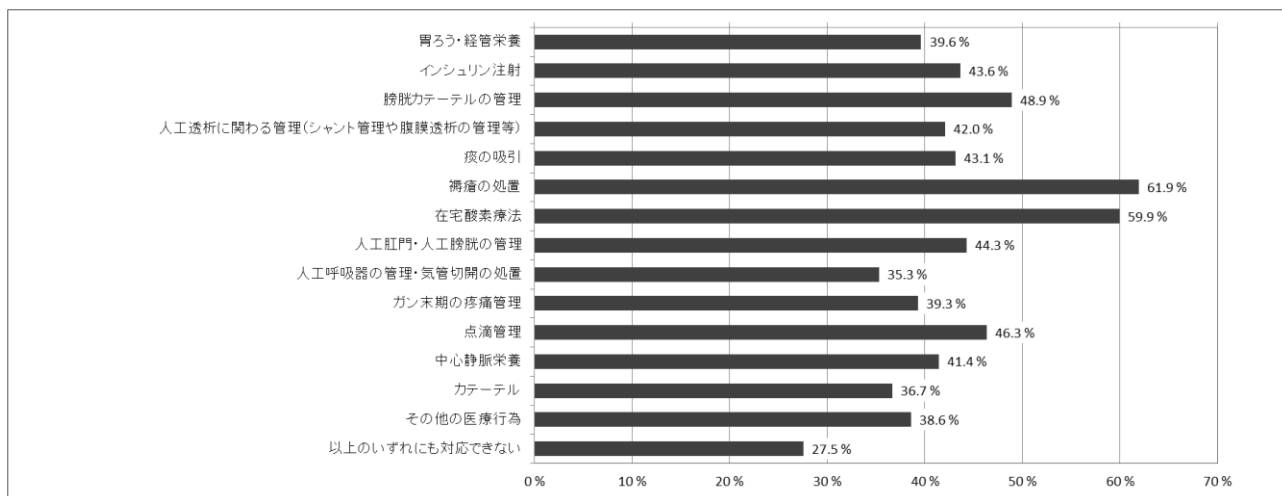


図 55 対応可能な医療処置

2) 対応中の入居者数 p. 16 [Q22]

- 1)にて何らかの医療処置に対応可能と回答した事業所 (3, 221) のうち、実際に本年9月1日時点で対応中の入居者が居る事業所 (1, 824) は6割弱 (56.6%) であった。
- 対応中の入居者数は医療処置によって異なるが、回答事業所全体で見ると、最少3人 (人工呼吸器の管理・気管切開の処置)、最多804人 (褥瘡の処置) で、最多でも回答事業所の入居者総数 (65, 805) の1.2%であった。
- 1)の結果ではどの医療処置も概ね4割前後の事業所が対応可能としていたが、実際に対応中の事業所は少なく、選択率が1割台もしくは1割未満の医療処置が多い。
- 対応可能な事業所において実際の対応が比較的多かったのは1)の結果と同様「褥瘡の処置」(事業所の44.1%) で、逆に少なかったのは「人工呼吸器の管理・気管切開の処置」「中心静脈栄養」(共に1%未満) であった。

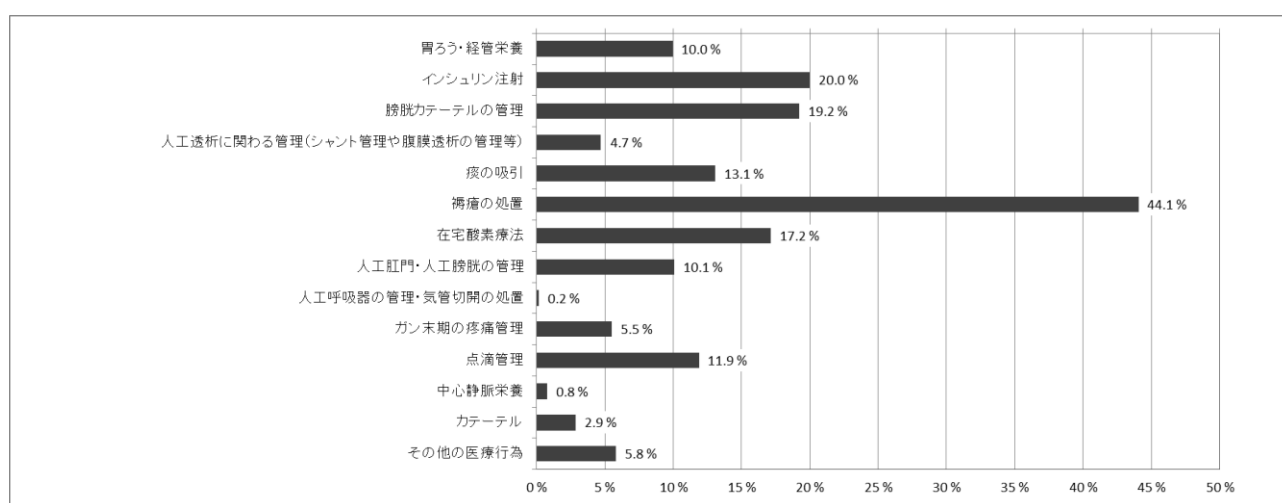


図 56 本年度9/1時点での医療処置への対応状況

3) 事業所単位での、対応中の入居者が占める割合 p. 26 [Q22]

- いずれの医療処置でも、事業所内での該当者の割合は入居者の5~10%もしくは10~15%とする事業所が多い。
- 最も多くの事業所 (事業所の44.1%) が対応可能と回答した「褥瘡の処置」でも同様で、それぞれ4割前後の事業所が入居者の5~10%もしくは10~15%としている。

(7) 要介護度の悪化・ターミナルケア等への現在の対応状況 [Q23]

1) 現在の対応状況 p.16~17 [Q23], p.123 [Q16] × [Q23]

- 「いずれも未対応」の事業所は 12.2%に過ぎず、9 割弱の事業所では何らかの対応を行っており、53.3%の事業所はターミナルケアまで対応できている。
- 何らかの対応を行っている事業所 (3,955) の 2/3 は「入居者等の希望に応じて積極的に対応」しているが、残る 1/3 は「希望や必要に応じ、やむを得ない場合のみ対応」している。
- 昨年度 1 年間での看取りの有無とターミナルケアへの対応状況とを照合すると、看取りがなかった事業所によるターミナルケアへの対応は 4 割であるのに対し、看取りがあった事業所では 9 割にのぼる。

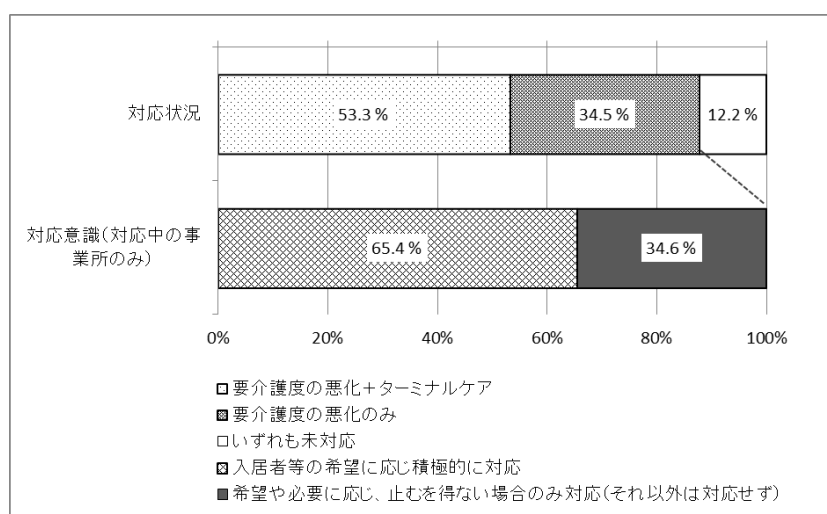


図 57 要介護度の悪化・ターミナルケア等への現在の対応状況と対応意識

2) 今後の対応意向 p.17 [Q23]

- 「いずれも対応予定はない」の事業所は 8.4%に過ぎず、9 割超の事業所では何らかの対応を予定しており、現状でも相当対応が進んでいるが今後は更に対応可能事業所が増えると考えられる。
- 対応事業所の増加に加え、ターミナルケアまで行う予定の事業所も現在より増え 2/3 となる見込みであり、対応内容の充実化を目指す動きが少なからずあると推察される。

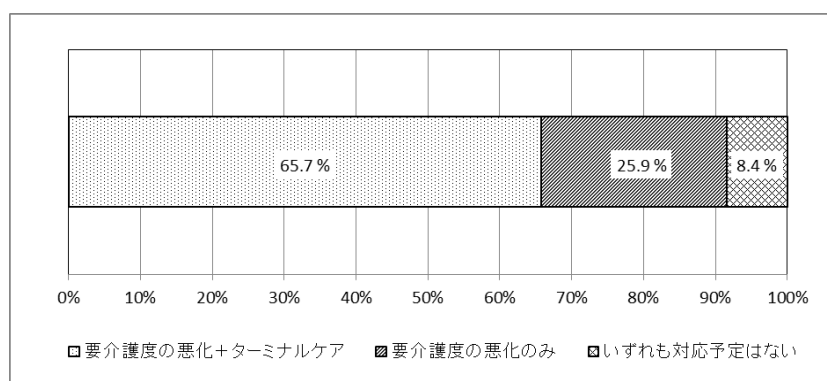


図 58 今後の対応意向

- 3) 要介護度の悪化・ターミナルケアへの対応状況別の特徴 p. 109 [Q2-6],
p. 111 [Q5 ③], p. 114 [Q18], p. 54, p. 78, p. 91, p. 103, p. 123 [Q23]
- 社会福祉法人（社協以外）ではターミナルケアへ対応する割合が4割で、平均より10ポイント強少ない。
 - 例えば古い事業所ほど入居期間の長い入居者を抱え、ターミナルケアへの対応に迫られるような状況が推測されるが、今回の結果からは開始年度別での差異は見られなかった。
 - 取得している指定や介護報酬上の加算を見ると、ターミナルケアまで対応する事業所では、「看取り介護の実施」の指定を受けている割合が平均より16.4ポイント、「医療連携体制加算」では18.0ポイント高い。
 - ターミナルケアまで対応する事業所では、介護福祉士の保有率が若干ではあるが低い。一方、看護師資格の保有率が比較的高い。
 - ターミナルケアまで対応する事業所では看護師の出勤回数が比較的多い。これは、容態悪化の対応に看護師を活用するケースが多いためと考えられる。
 - ターミナルケアまで対応する事業所を単独・併設型別に見ると、単独型は54.5%、併設型は52.2%だった。更に、一定の医療機能を持った施設（介護老人保健施設、介護療養型医療施設、その他の医療機関）の併設・隣接の有無別で見ると併設・隣接型では49.4%と一段と低かった。医療機能を持った施設を併設している場合は医療対応が必要になった時点で併設する施設へ比較的容易に入居者を移動でき、移動先でのターミナルケアとしているためと考えられる。
 - ターミナルケアまで対応する事業所では平均要介護度が比較的高い。ターミナルケアに対応する事業所の割合は平均53.3%であるのに対して、平均要介護度が「2未満」の事業所では25ポイント低い28.3%、「4以上4.5未満」では29.4ポイント高い82.7%がターミナルケアまで対応している。
 - 現在の対応状況と今後の意向を対比してみると、現在ターミナルケアまで対応している事業所のほぼ全数（97.3%）が今後もターミナルケアまで対応すると回答した。現在は要介護度の悪化のみに対応している事業所では、1/3の事業所が今後はターミナルケアまで対応するとし、残り2/3の事業所は要介護度悪化への対応にとどまるとしている。現在、いずれも未対応の事業所では6割が今後も対応の予定はないとする一方、14.9%の事業所が要介護度の悪化、23.1%の事業所がターミナルケアの実施までを検討している。

(8) 要介護度の悪化・ターミナルケア等への対応で困難な点 p. 17 [Q24]

多くの事業所が「痰の吸引や胃ろう等に十分な対応ができない」(48.2%)、「職員の精神的な負担が大きい」(47.8%)を挙げた。

これら以外で比較的多かったのは、「看護師の確保・増員ができない(人材確保難)」「介護従事者の確保・増員ができない(人材確保難)」「要介護度の重い者のケアに適した施設環境が整えにくい」「職員の身体的な負担が大きい」で、各々3割前後の事業所が挙げた。

以上の各項目に比べると、家族の理解・協力や他の入居者との関係は、そう大きな課題ではないようである。

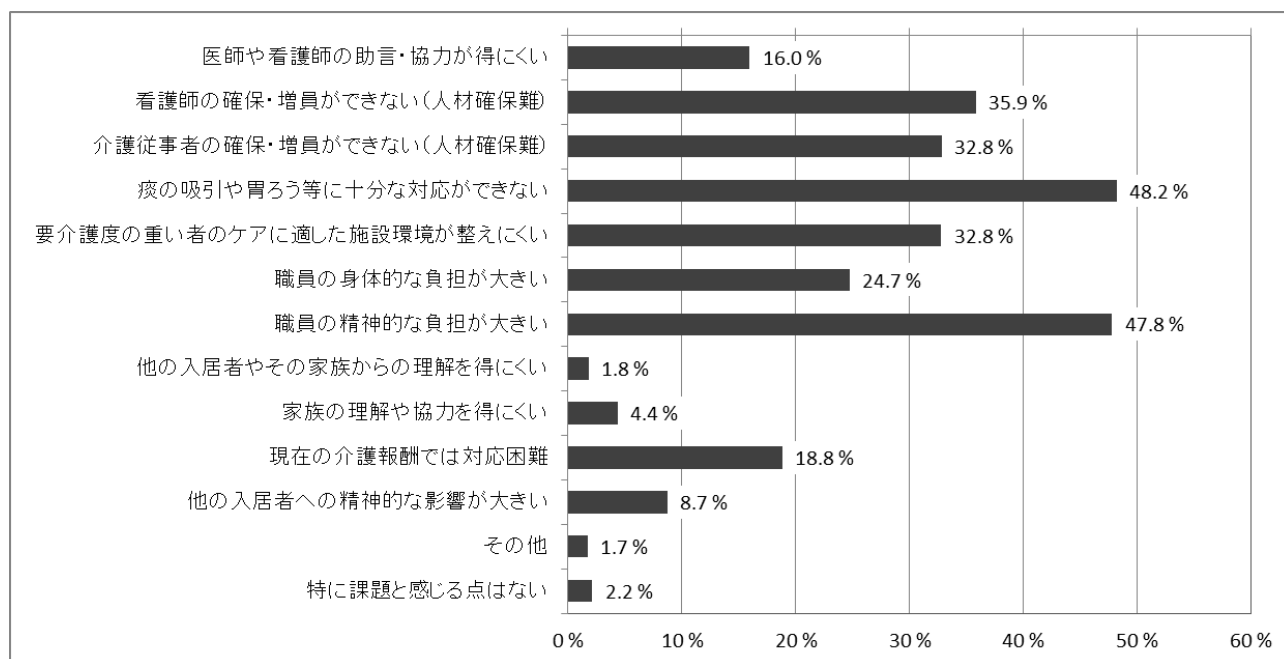


図 59 要介護度の悪化・ターミナルケア等への対応で困難な点

(9) 入院した入居者への支援 [Q25-1]

1) 支援実施の有無 p. 17, p. 91 [Q25-1], p. 123 [Q15] × [Q25-1]

- 「いずれも対応していない」事業所は 12.5%に過ぎず、9 割弱の事業所では何らかの対応を行っており、8 割の事業所は（止むを得ないといった消極的対応ではなく）要望あるいは要望に関わらず対応している。
- 身寄りのない入居者の割合と支援の有無には強い相関はないが、「止むを得ず」対応する事業所の割合は高くなる。
- 併設施設を持たない単独型の事業所は、併設型に比べて対応する事業所の割合が若干（3.0 ポイント）高い。逆に介護老人保健施設を併設・隣接している事業所は特に（6.9 ポイント）低く、併設・隣接する介護老人保健施設との分業または連携体制をとっているものと推測される。

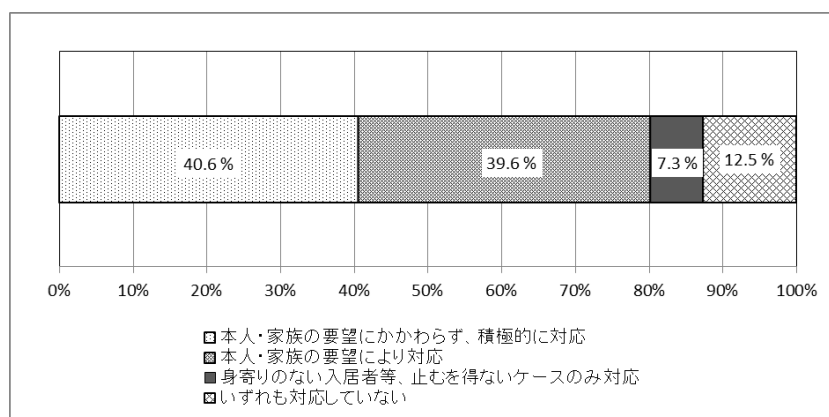


図 60 入院した入居者への支援

2) 今年 6～8 月に支援した入居者の数 p. 17 [Q25-1]

- 何らかの対応方針のある事業所のうち、今年 6～8 月に実際に支援していたのは 2,270 事業所（57.1%）に入居の 3,856 人であった。
- 支援した入居者数は 1 人（1/3 弱の事業所）ないし 2 人（14.9%の事業所）が多い。

(10) 入居者の死亡後の支援 [Q25-1]

1) 支援実施の有無 p. 17, p. 112 [Q25-1]

- 入院中の支援と異なり「いずれも対応していない」事業所が1/3弱にのぼる。
- 対応している事業所でも積極的に対応する事業所は比較的少なく、要望に応じて対応する事業所が4割、止むを得ず対応する事業所が1割となっている。
- 身寄りのない入居者の割合が高いほど、死亡後の支援を行う事業所の割合は高い。
- 入院中の支援同様、単独型の事業所は併設型に比べて対応する事業所の割合が若干(2.8ポイント)高い。

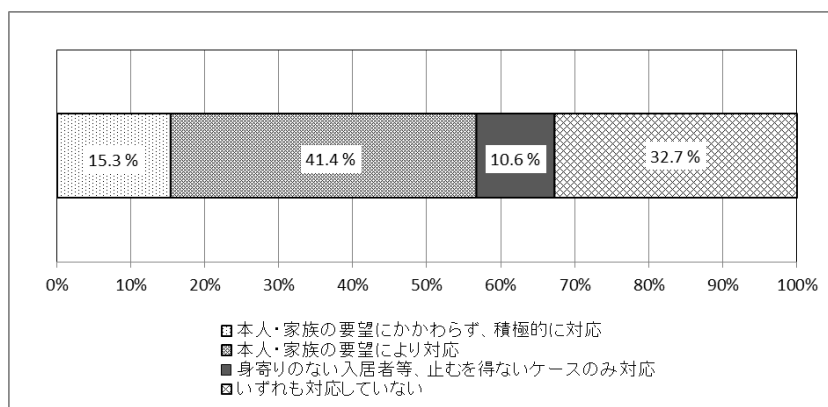


図 61 入居者の死亡後の支援

2) 今年6～8月に支援した入居者の数 p. 17, p. 123 [Q15] × [Q25-1]

- 何らかの対応方針のある事業所のうち、今年6～8月に実際に支援していたのは739事業所(23.7%)に入居の954人であった。
- 支援した入居者数は1人(18.6%の事業所)が多い。

(11) 対応した支援内容 p. 18 [Q25-2]

何らかの対応方針のある事業所のうち、6割弱(57～58%)の事業所が「入院中の、洗濯、洗面、身の回りの世話等」「入院先医療機関の諸手続」を選択している。

一方、死亡後の支援においては、対応する事業所が比較的少なく、また事業所によって実施内容にバラつきがある。葬儀・納骨までは比較的实施するものの、その後の手続まで行う事業所は少ない。

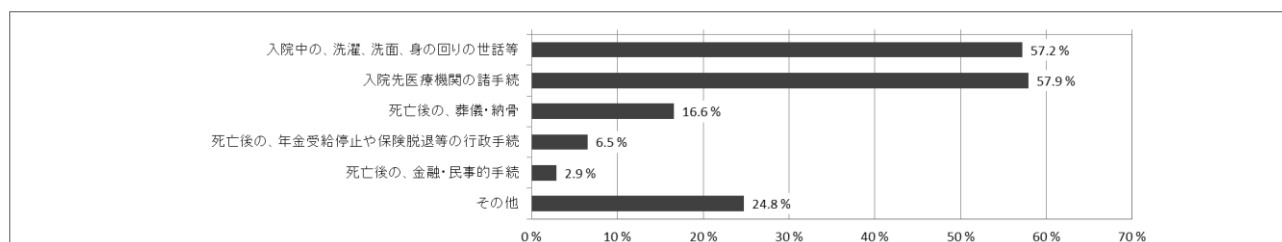


図 62 対応した支援内容

2.5. 多機能化・多様なケアの状況

(1) 対応可能な支援 [Q26]

1) 全般的な傾向 p.18 [Q26]

- いずれにも取り組んでいない事業所は僅か5と、多くの項目において比較的多数の事業所が対応可能としている。
- 「地域からのホームへの受け入れ（就業体験、小中学生等の見学、ボランティア等）」「ホーム内行事への招待・開放」「地域行事（祭、清掃活動、当番制の作業等）への参加」は8割以上の事業所が実施している。
- 逆に比較的小さいのは「地域へのサービス（安否確認、配食、雪かき等独居高齢者宅へのサービス等）」（11.4%）であった。

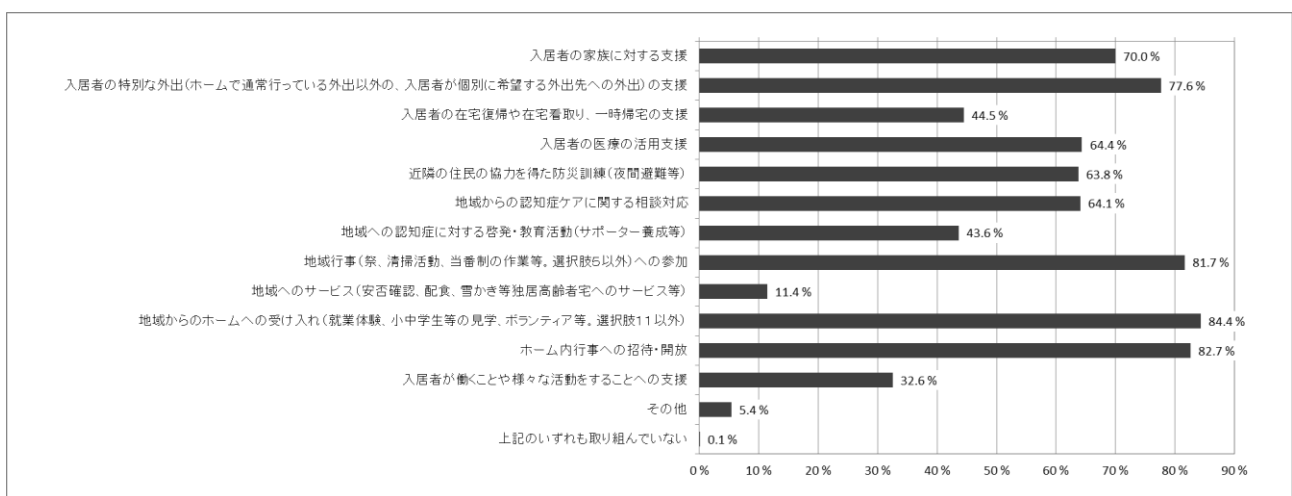


図 63 対応可能な支援(多様なケアの状況)

2) 事業所単位での分布 p. 18, p. 35, p. 54～55, p. 79, p. 84～85 [Q26]

- 事業所単位での対応可能な項目数の分布を見ると、平均は7.3項目となった。
- 6・7・8・9項目とする事業所がそれぞれ12～13%ずつ占めている。
- 対応可能な項目数では地域（事業所の所在都道府県別）で若干の差があり、（都道府県によってはサンプル数が少ないため参考までの扱いとなるが）最も多い沖縄県で8.8項目、最も少ない香川県で6.0項目であった。
- 法人種別、開始年度別の対応可能な項目数の差異は特段見られなかった。
- 多様なケアの内容に対しては法人種別で傾向に微小な差があり、社会福祉法人（社協以外）では「入居者の特別な外出」に比較的対応する一方で「入居者の家族に対する支援」「入居者の医療の活用支援」にはあまり対応していない。医療法人では「入居者の医療の活用支援」「地域からの認知症ケアに関する相談対応」に比較的対応し、若干医療対応に偏っており、NPOでは全般的に地域との係わりにも力を入れている。営利法人では偏りがなく、どのケアに対しても平均的に実施している。
- 開始して5年以内の新しい事業所では「入居者の特別な外出」「入居者の医療の活用支援」を選択する事業所が少ない（割合にしてそれぞれ3ポイント）。

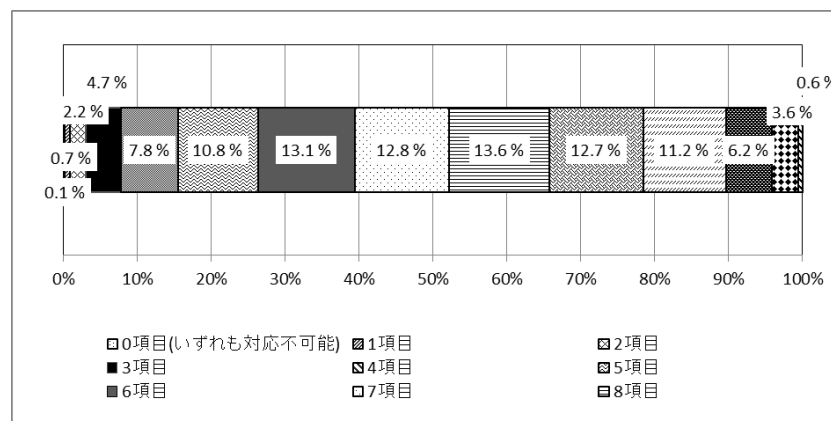


図 64 対応可能な支援の項目数

3) 地域密着の傾向 p. 19, p. 35, p. 55, p. 79, p. 85 [Q26]

- 地域との関わりに関する 7 項目 (Q26 の選択肢 5~11) について 1 項目につき 1 点として 7 点満点で合計点を算出した。全事業所の平均は 4.3 点。
- 地域との関係づくりは間接的にグループホームでのケアを円滑にすることにつながるが、グループホームの主たる業務である入居者への認知症ケアに大きく影響を及ぼすものではないため、事業所によって実施項目数にバラつきが生じており、実施項目数を 4・5・6 項目とする事業所がそれぞれ 20~22% ずつ占めている。
- (都道府県によってはサンプル数が少ないため参考までの扱いとなるが) 事業所の所在地別の平均では、最も高い沖縄県と富山県で 4.9 点 (同点)、最も低い香川県で 3.4 点であった。
- 開始年度別では、昨年度 (平成 23 年度) 開始の事業所で若干低く (3.97 点)、平成 11 年度以前開始の古い事業所で若干高く (4.63 点)、(開始年度別の事業所数の差が大きいためか経年変化としては現れていないものの) 古い事業所の方が地域関係を構築するための活動を実施できている。
- 法人種別による平均点の差は殆どないが、社会福祉法人 (社協以外) と NPO では比較的点数が高い (地域密着に力を入れる) 事業所とそうでない事業所に分散する一方で、医療法人と営利法人では全体的に平均点に近い事業所が多かった。

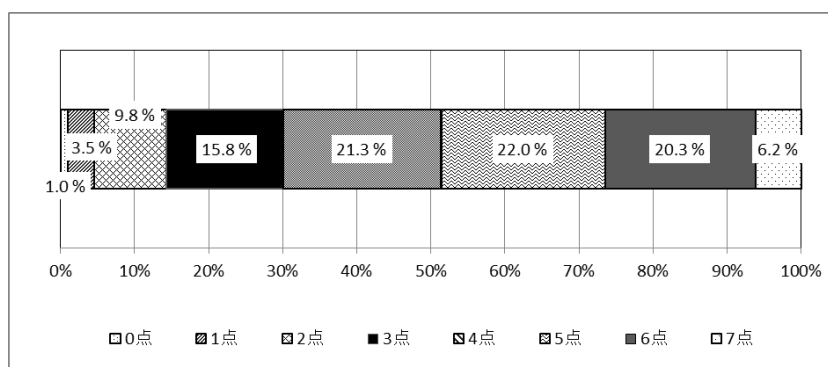


図 65 地域密着に関する活動の項目数

(2) 日常生活のケアとして日常的に行っている取組 [Q27]

1) 全般的な傾向 p.19～20 [Q27]

- 比較的多数の事業所（8割以上）が実施している取組は「入居者が職員と共に調理・盛り付け・配膳を行う」「個々の入居者の食の好み・栄養状態に配慮した対応（献立への入居者意向の反映等）」「入居者と職員と一緒に食卓を囲む」「日常的な外出（散歩等）」「集団でゲームや手作業に取り組んでいる」「利用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」であった。
- グループホームならではの取組である「入居者が職員と共に日常的な買い物に行く」は2/3超（66.8%）の事業所で実施されている。
- 望ましい取組においては、実施環境が必要となる「農作業、漁業、林業に入居者が職員と共に取り組んでいる」（35.6%）を除き、いずれも半数以上の事業所が実施している。
- 望ましくない取組のうち、身体拘束を行っている事業所は比較的少なかった（3.7%）が、出入口の施錠は2割弱（17.8%）の事業所で実施されている。

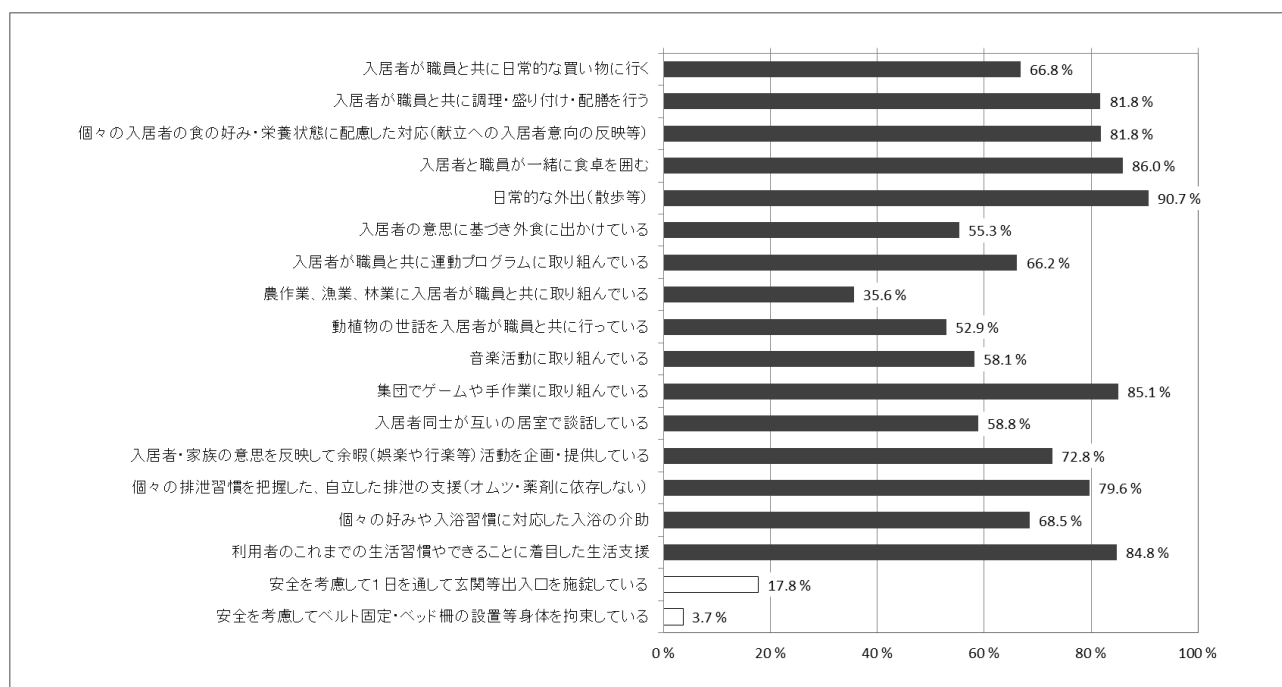


図 66 日常生活のケアとして日常的に行っている取組

2) 事業所単位での分布 p. 19~20, p. 26, p. 55~56, p. 79~80, p. 85,

p. 104~105 [Q27]

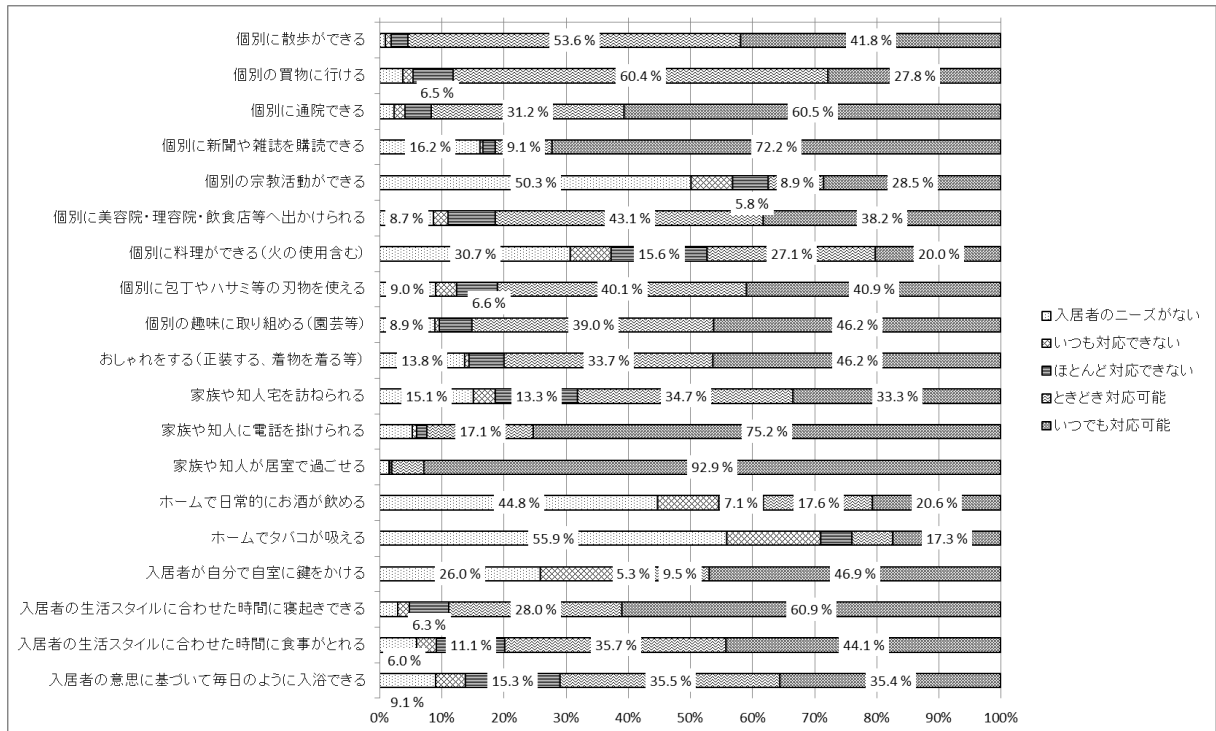
- 事業所単位で、日常的な取組の実施率（望ましい取組の16項目のうち実施しているとして選択された項目の割合）を算出してみたところ、約1/4の事業所（24.4%）で実施率が8割台、2割の事業所で6割台となっている。そして、その前後の5割台・7割台・9割台はそれぞれ1割強の事業所が占めている。
- 平均要介護度が高い事業所ほど、当然ではあるが日常生活のケアとして日常的に行える取組の数が減る傾向が見られる。
- 一方、望ましくない取組（2種）の実施率では、8割の事業所（3,613事業所）がいずれも実施していないが、2割強の事業所がいずれか1種、2種類とも実施する事業所は僅か（71事業所・1.6%）であった。これら望ましくない取組を実施している事業所でも、望ましい取組の実施率は高く、1種類のみ事業所の1/4で8割台、2種とも実施の事業所でも実施率6割台と8割台がそれぞれ事業所の2割ずつを占めている。
- 日常的な取組の実施率としては、法人種別による差異、単独か併設かによる差異、開始年度別の差異はなかった。
- 法人種別で日常的な取組の内容を見ると、社会福祉法人では「個別に散歩ができる」「個別に美容院・理容院・飲食店等へ出かけられる」等外出に関する項目を、医療法人では「個別に通院できる」をそれぞれ選択した事業所が若干多いが、項目間の差は極小で、全般的に法人間での大きな差異は見られない。
- 単独型か併設型かによる取組内容の差異もなかった。
- 開始年度別の平均点では、開始5年以内の事業所で「個別に通院できる」を選択した事業所が若干少ない他、「家族や知人宅を訪ねられる」等、比較的選ばれている項目があるものの、いずれにしても項目間の差は極小で、開始年度別に大きな差異は見られなかった。

(3) 入居者がこれまでの生活習慣を継続するための支援 [Q28]

1) 全般的な傾向 p. 20 [Q28]

- 19 項目中、殆どの項目で多くの事業所が「ときどき対応可能」もしくは「いつでも対応可能」としている。
- 比較的多くの事業所が「いつでも対応可能」とした支援は「家族や知人が居室で過ごせる」「家族や知人に電話を掛けられる」「個別に新聞や雑誌を購読できる」であった。
- 一方、比較的多くの事業所が「ニーズがない」とした支援は「ホームでタバコが吸える」「個別の宗教活動ができる」「ホームで日常のお酒が飲める」「個別に料理ができる（火の使用含む）」であった。
- 対応の可否を加重平均点として算出してみると、殆どの項目が 3 点台（つまり「ときどき対応可能」）で、高い点数の項目と 3 点を下回った低い点数の項目はいずれもほぼ上記の傾向を反映している。

図 67 入居者がこれまでの生活習慣を継続するための支援



2) 事業所単位での分布 p. 26, p. 57, p. 80, p. 85, p. 97 [Q28]

- 事業所の平均選択個数は 11.5 で、11・12・13・14・15 項目を実施する事業所が各 1 割程度を占めている。
- 事業所単位で、各項目の対応の可否を合算した得点率（19 項目のそれぞれの可否のレベル（0～4）を合算し、 $19 \times 4 = 76$ 点満点中の得点率）を算出してみたところ、6 割台・7 割台の事業所がそれぞれ 1/4、8 割台の事業所が 2 割、5 割台が 14.5%とこれら以外は僅かとなっている。
- 平均要介護度が高い事業所ほど、個別のニーズに応じているようで、得点率が高かった。
- 事業所の平均選択個数では法人種別による差異、単独型か併設型かによる差異、開始年度別の差異は見られなかった。
- 法人種別で生活習慣を継続する支援内容を見ると、NPO で「入居者が職員と共に日常的な買い物に行く」「個々の好みや入浴習慣に対応した入浴の介助」等、日々の生活に密着した項目を選択する事業所が多い一方、「集団でゲームや手作業に取り組んでいる」等のレクリエーションに関する項目を選択する事業所が若干少ないが項目間の差は極小で、全般的に法人間での支援内容に対する大きな差異は見られない。
- 単独型か併設型かによる支援内容の差異もなかった。
- 開始年度別の平均点では、開始 5 年以内の事業所で「個別に通院できる」が 0.08 点低い他、「家族や知人宅を訪ねられる」等、若干点数が高い項目があるものの、いずれにしても全体平均からの差は極めて小さく全般的に大きな差異は見られなかった。

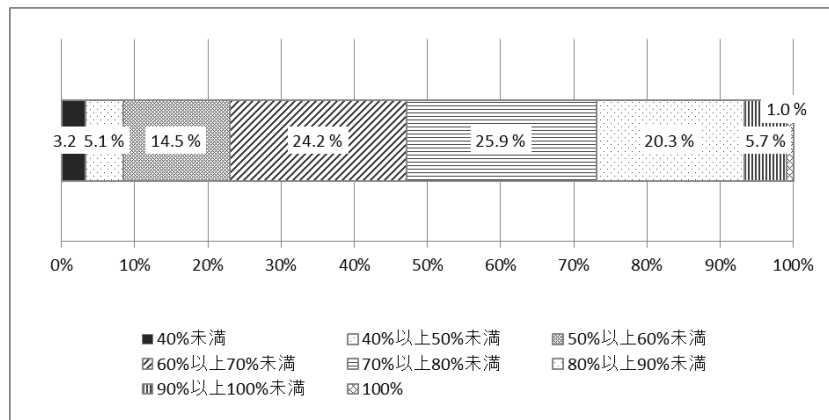


図 68 入居者がこれまでの生活習慣を継続するための支援得点率(事業所ごと)

(4) 昨年度1年間の運営推進会議の開催状況 [Q29-1]

1) 開催回数 p.21 [Q29-1]

■ 回答事業所の平均は 5.5 回。8 割弱の事業所が基準通りの 6 回としており、最多は 12 回（月 1 回ペース・19 事業所）、最少は 0 回（73 事業所）であった。

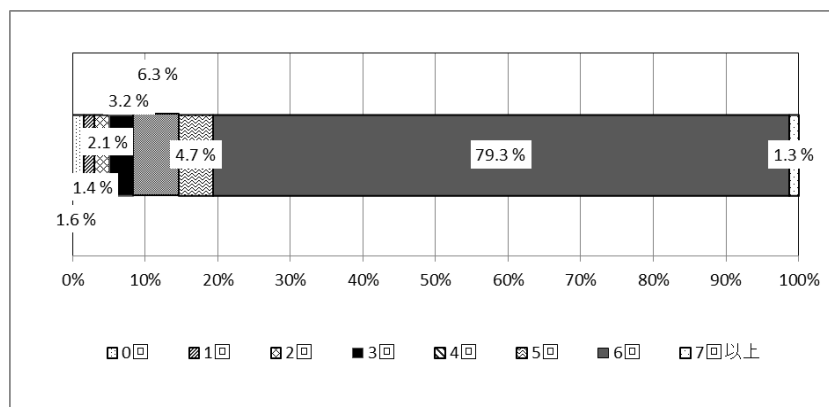


図 69 昨年度1年間の運営推進会議の開催回数

2) 基準未達の開催回数となっている理由 p.21 [Q29-2]

■ 開催回数が 6 回未満の事業所の 6 割強（62.4%）が「その他」としており、次いで 35.2%が「開催の準備や手続きが煩雑で、開催できていない」を選択している。地域住民や家族の理解を挙げた事業所も各 1 割前後ある。

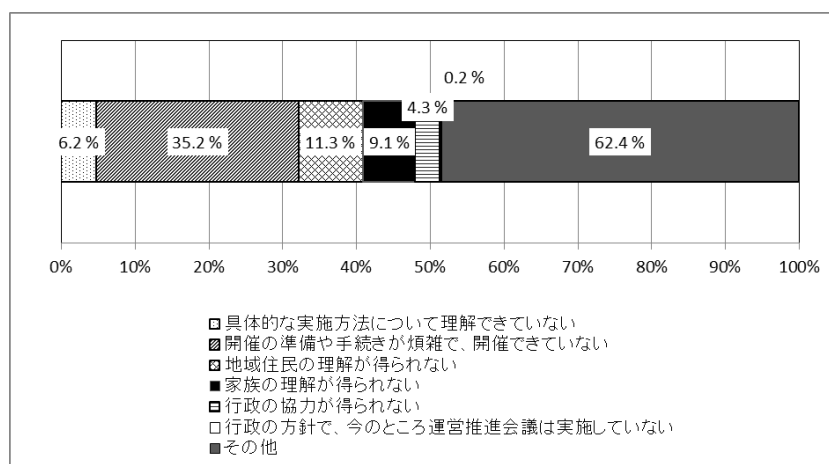


図 70 基準未達の開催回数となっている理由

(5) 外部評価の受審回数 p. 21 [Q30]

回答事業所の平均は 5.2 回。2 割強の事業所が 6 回、17.8%が 5 回・15.9%が 7 回としており、最多は 17 回（1 事業所）、最少は 0 回（132 事業所）であった。

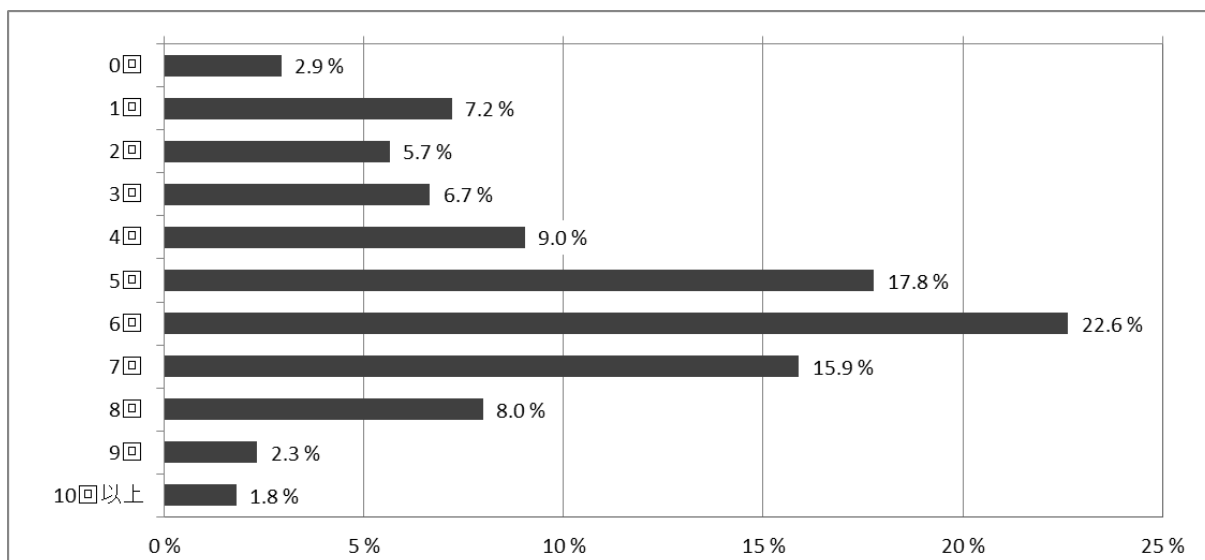


図 71 外部評価の受審回数

2.6. 平成 23 年度の収支状況

(1) 事業活動収入の状況 [Q31]

回答記入者であるホームの管理者は経理にタッチしていない（本社や会計士等に依存）、あるいは経営状況を知られたくない等の事情により、回答事業所の 1/4 が無回答（全回答件数のうち約千件が全てゼロや空欄で回答）となり、他の設問に比べ大幅に回答率が低かった。

加えて、残る回答の中でも「居宅介護サービス収入」が「事業活動収入計」を上回る等、集計対象から除外すべき無効回答も多く、これらを除く（クリーニング）と、最終的な有効回答件数は 2,144 件（全回答件数の 47.6%）となった。

1) 収入の構成 p. 26 [Q31]

■ 回答のあった事業所では、収入に占める介護報酬（保険負担＋入居者本人負担）の割合が 7 割台の事業所が半数弱、6 割台が 1/3 強となっている。処遇改善交付金や自治体独自の補助金が収入に占める割合は 1 割未満とする事業所が殆どで、残る 1～2 割は入居者からの保険外の料金で賄っている。

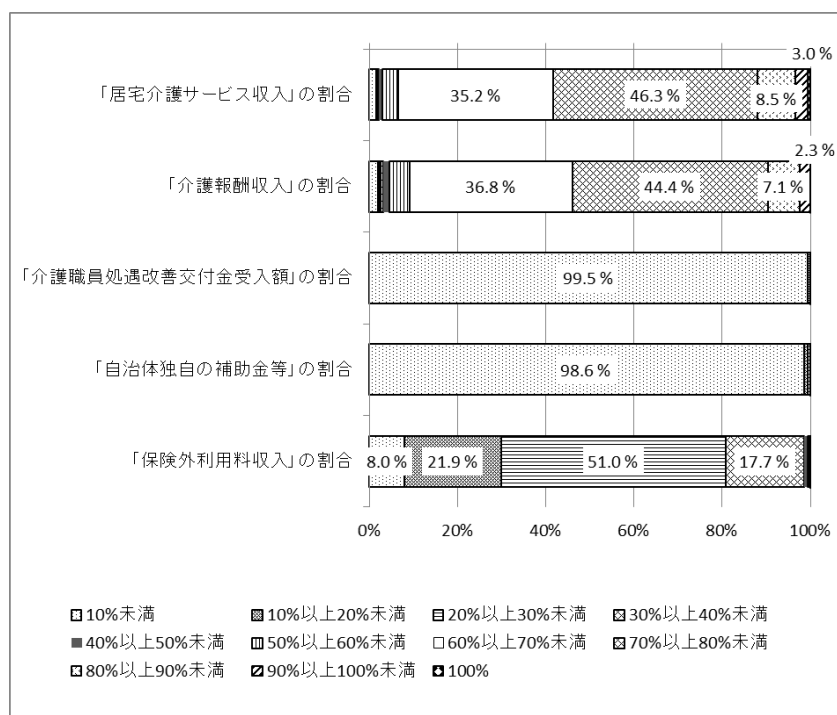


図 72 収入の構成

2) 法人種別による差異 p. 58 [Q31]

■ 営利法人は「居宅介護サービス収入」の割合と「介護報酬収入」の割合が若干（1.3 ポイント）低い一方で、「保険外利用料収入」の割合が若干（1.1 ポイント）高い。

■ 営利法人とは対照的に社会福祉法人（社協以外）では、「居宅介護サービス収入」の割合と「介護報酬収入」の割合が若干（約 2 ポイント）高く、「保険外利用料収入」の割合が若干（約 2 ポイント）低い。

(2) 事業活動支出の状況 [Q31]

事業活動収入と同様、回答事業所の 1/4 が無回答となり、更に無効回答も多かったため、有効回答の事業所は半分以下となった。

1) 支出の構成 p. 26 [Q31]

- 回答のあった事業所では、人件費率（支出に占める人件費の割合）が 6 割台の事業所が 4 割弱、7 割台が 3 割となっている。
- 介護報酬に占める人件費比率の平均は 79.1%で、介護報酬のみで人件費を賄っている。
- 正規職員の人件費率は 4 割台・5 割台の事業所が多く、非正規職員の人件費率は半数弱が 1 割未満と、有効回答の事業所には正規職員のみ（あるいは非正規職員が僅か）の事業所が多かったようである。
- また、派遣職員費用の占める割合は 94.8%が 1 割未満としていることから、回答のあった事業所の多くは派遣職員を活用していないようである。

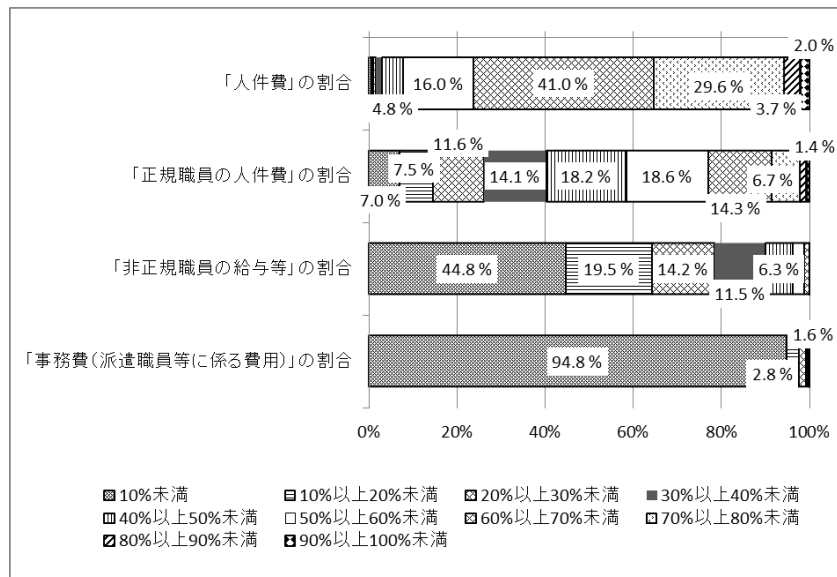


図 73 支出の構成

2) 法人種別による差異 p. 58 [Q31]

- 営利法人の「人件費合計」の割合が全事業所に比べると若干低い。9割以上の(1,914)事業所で人件費が事業活動支出の半分以上を占めるが、営利法人で該当するのは708事業所(88.2%)であった。
- 介護報酬に占める人件費比率には法人間で差があり、法人平均は社会福祉法人(社協以外)(81.5%)、医療法人(76.6%)、営利法人(77.7%)、NPO(81.7%)であった。また、平均要介護度が高いほど、また、常勤換算での介護従事者数が多いほど介護報酬に占める人件費比率も高い。常勤換算での介護従事者数とも相関があった。

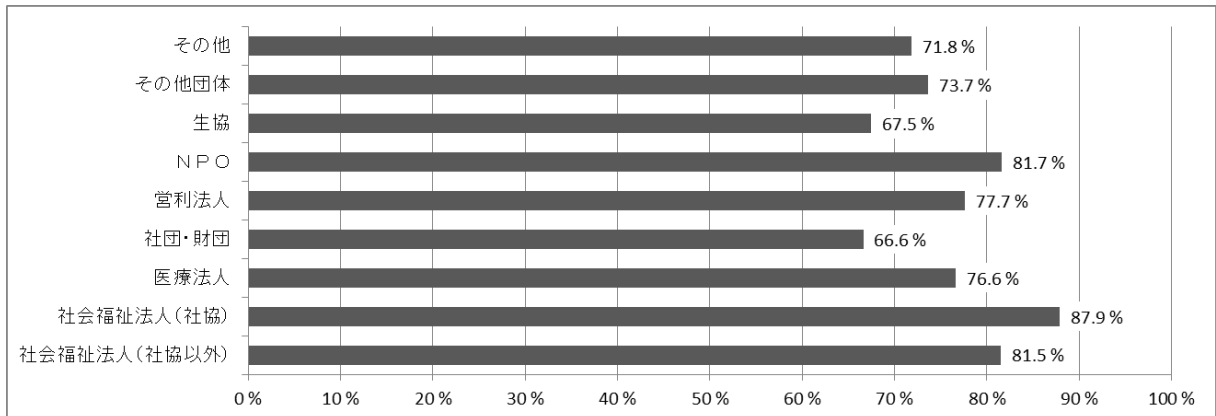


図 74 介護報酬に占める人件費比率／法人種別

3. 類型化の可能性

アンケート調査の各設問の単純・クロス集計等によって、利用者のニーズの変化に応じてきた結果として多様化・多機能化しているグループホームのうち、どのようなケアを行っている事業所が多いのか、それはどのような事業所なのか等が概ね明らかになった。

しかしながら本調査研究では、上述のような平均的なグループホーム像の明確化だけではなく、多様な形態に細分化が進んだ中でグループホームの位置付けの見直し等の検討が求められる中で、参考となる基礎データの収集・整理も期待されているところである。

そこで本項では、位置付けを見直す参考となるよう、多様なケアの中でもどのような取組パターンの事業所が多いのか、因子分析の手法を用いて類型化を試みてみた。

なお、以下では明確な特徴が見える事業所を抽出し分類したものを「類型」としており、特徴が明確でない事業所も含めた全ての事業所を完全に分類・整理したものではないこと、また今後の位置付けの見直し等の議論に向けた一つの参考・問題提起の試みであることから読者によっては因子名に多少の違和感を覚える等必ずしも完璧なものではないことに留意の上、参考にして頂けると幸いである。

3.1. ケアに関する事業所の取組傾向

グループホームで行われている多様なケア（日常生活のケアや個別ニーズへの対応、医療ニーズへの対応や看取りへの対応等）の実施状況を横断的に見て、あらゆるケアを満遍なく行っているのか、それとも医療等特定分野のニーズのみに対応しその他のケアにはあまり注力していないのか等、ケアに関する事業所の取組傾向のパターン（運営において、結果として重視している考え方・方針等）を分析した。

(1) 事業所の取組傾向（因子） p. 124 [Q22][Q26・Q27]

ケアの方法に関する事業所の潜在的な取組傾向のパターンを機械的に見出す方法として、因子分析の手法を用いて、ケアに関する設問「Q22 対応可能な医療処置」「Q26 多様なニーズへの対応状況」「Q27 入居者への日常生活のケアとして日常的に行っている取組」を分析した。

その結果、4,508 事業所の回答パターンから、6 種類の因子（運営において、結果として重視している考え方・方針等）が抽出された。各因子を構成する質問項目や因子の特徴を持つ事業所の分布から、次のように各因子に名前をつけた。

表 2 因子及び構成する質問項目

| No | 因子名 | 趣旨 | 因子を構成する質問項目 |
|----|---------|--|--|
| 1 | 重度医療ケア | 看護師等の医療従事者の常勤または高頻度の出勤による対応が必要となる症状で、医療的色彩が強いケアとして | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 人工透析に関わる管理(シャント管理や腹膜透析の管理等)[Q22-4] ✓ 人工呼吸器の管理・気管切開の処置[Q22-9] ✓ 中心静脈栄養[Q22-12] ✓ カテーテル[Q22-13] |
| 2 | 日常的医療ケア | 介護従事者による対応が可能で、日常かつ頻繁に症状への注意・対応が必要な医療的処置として | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 褥瘡の処置[Q22-6] ✓ 在宅酸素療法[Q22-7] |

| No | 因子名 | 趣旨 | 因子を構成する質問項目 |
|----|------------|--|---|
| | | 分類された事業所群は対応可能な医療処置の種類別事業所分布とほぼ同じであり、因子 1 に比べ対応中の入居者もそれなりにいる、日常的に対応する機会の多い医療的ケアとして | |
| 3 | 個別ケア | それぞれの因子を構成する質問項目の内容から | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 個々の入居者の食の好み・栄養状態に配慮した対応(献立への入居者意向の反映等)[Q27-3] ✓ 個々の排泄習慣を把握した、自立した排泄の支援(オムツ・薬剤に依存しない)[Q27-14] ✓ 個々の好みや入浴習慣に対応した入浴の介助[Q27-15] ✓ 利用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[Q27-16] |
| 4 | 地域資源としての機能 | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 近隣の住民の協力を得た防災訓練(夜間避難等)[Q26-5] ✓ 地域からの認知症ケアに関する相談対応[Q26-6] ✓ 地域への認知症に対する啓発・教育活動(サポーター養成等)[Q26-7] |
| 5 | 共に行うケア | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 入居者が職員と共に日常的な買い物に行く[Q27-1] ✓ 入居者が職員と共に調理・盛り付け・配膳を行う[Q27-2] ✓ 日常的な外出(散歩等)[Q27-5] |
| 6 | レクリエーション | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 入居者が職員と共に運動プログラムに取り組んでいる[Q27-7] ✓ 音楽活動に取り組んでいる[Q27-10] ✓ 集団でゲームや手作業に取り組んでいる[Q27-11] |

(2) 各因子における事業所の特徴

6 因子のうち、ここでは、グループホームの取組として重要である、医療ケア(2種)、個別ケア、地域資源としての機能、共に行うケアの5つの因子(取組方針)について、それぞれの事業所の取り組みの度合い(因子得点の分布)と事業所群の特徴をまとめる。

1) 重度医療ケアに取り組む事業所の特徴

| | |
|---------------------------|--|
| この取組方針における、事業所の取組の度合い(分布) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 取組度合が高得点(積極的)の事業所が 1/3、入居者の状況次第で個別に対応する事業所が 2 割弱、対応意向がない事業所が約半数と、さまざまな取組度合に分布。 |
| この取組方針に積極的な事業所群の特徴 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療法人に若干多く、社会福祉法人(社協以外)では若干少ない ■ 開始年度の古い事業所で比較的多い |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ 併設型で、看取り介護加算、医療連携体制加算等を取得している他、1/4の事業所でほぼ毎日(週5回以上)看護師が出勤しており、残り3/4の事業所でも看護師の出勤回数は多い傾向にある等、医療提供体制が整っているため、ターミナルケアまで対応する傾向がある ■ 多様なニーズへの対応種類は平均的で、生活習慣を継続するための支援の得点率も平均的であることから、どちらかと言えば医療的ケアに注力する(入居者の状態がそうなっているためか)傾向が見られる |
|--|---|

2) 日常的医療ケアに取り組む事業所の特徴

| | |
|---------------------------|---|
| この取組方針における、事業所の取組の度合い(分布) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 取組度合が満点(積極的)の事業所が半数強、入居者の状況次第で個別に対応する事業所が1割弱、対応意向がない事業所が1/3強、に分かれる |
| この取組方針に積極的な事業所群の特徴 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療法人では多く、社会福祉法人(社協以外)では若干少ない ■ 開始年度による差はない ■ 併設型で、医療連携体制加算等を取得している他、看護師と准看護師資格を持つ職員が多く、医療専門性が高い傾向にある ■ 2割強の事業所でほぼ毎日(週5回以上)看護師が出勤しており、残り8割の事業所でも看護師の出勤回数は多い傾向にある等、医療提供体制が整っている傾向にあるため、ターミナルケアまで対応する傾向がある ■ 多様なニーズへの対応種類、望ましいケアの実施、生活習慣を継続するための支援の得点率が高い傾向にある |

3) 個別ケアに取り組む事業所の特徴

| | |
|---------------------------|--|
| この取組方針における、事業所の取組の度合い(分布) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 取組度合が満点(積極的)の事業所が約半数(2,326)、比較的積極的な事業所が1/4 ■ 対応意向がない事業所は3%に過ぎない |
| この取組方針に積極的な事業所群の特徴 | <ul style="list-style-type: none"> ■ NPOは若干少ない。 ■ 開始年度が新しい事業所で比較的多い ■ 単独・併設による差はない ■ 介護福祉士資格を持つ管理者・介護従事者がいる割合が高い ■ 職員の平均年齢が低い ■ 1ユニットあたりでの常勤換算職員数が多い ■ 1) 2)のグループほどではないが、看護師資格を持つ職員の割合が高く、対応可能な医療処置数が比較的多い、ターミナルケアまで対応する事業所の割合が高い等、(ii)の事業所群と重なる特徴がある |

4) 地域資源としての機能に取り組む事業所の特徴

| | |
|---------------------------|--|
| この取組方針における、事業所の取組の度合い(分布) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 取組度合が満点(積極的)の事業所は 28.7%である一方、対応意向がない事業所も 15.6%と、さまざまな取組度合に均等に分布 |
| この取組方針に積極的な事業所群の特徴 | <ul style="list-style-type: none"> ■ NPO では若干多い ■ 開始年度による差はない ■ 併設型が若干多い ■ 介護従事者の介護福祉士、看護師、准看護師の資格保有率が若干高い ■ 常勤換算職員数、入院率、医療体制が多少優位ではあるが、何か突出する要素はなく、全体的に強い特徴がない |

5) 共に行うケアに取り組む事業所の特徴

| | |
|---------------------------|--|
| この取組方針における、事業所の取組の度合い(分布) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 取組度合が満点(積極的)の事業所が半数強、比較的積極的な事業所が 1/4 強 ■ 対応意向がない事業所は 3.3%に過ぎない |
| この取組方針に積極的な事業所群の特徴 | <ul style="list-style-type: none"> ■ NPO に若干多い ■ 新しい事業所が若干多い ■ 併設・隣接するサービスで福祉用具貸与、特定福祉用具販売を行う、事業活動収入収支の傾向等、営利法人の特徴と共通する部分もある ■ 1 ユニットあたりでの常勤換算職員数が比較的多く、職員の平均年齢が若い |

(3) 事業所の取組方針における重複の有無・程度

p. 125~130 [Q22] × [Q26・27], [Q26・27] × [Q26・27]

前項は、回答事業所を 5 つの因子(取組方針)に照らしそれぞれの取組の度合い(分布)等を独立して整理したものであるが、例えば医療と個別ケアの両方に積極的に取り組む傾向の事業所もある等、複数の因子に積極的な事業所もあることから、特に取組方針の強い(特徴が明確な)事業所を抽出し、取組方針の重複の有無(各事業所群の重複の有無)やその程度を確認するため、各因子で満点の事業所群をクロス集計した。なお、満点以外の事業所でも程度の差はあれど様々なケアを実施しているが、(因子として抽出された)取組方針の特徴が弱く、他の事業所との区別がしづらくなるため、クロス集計の対象外とした。

その結果、次の図 75 のような重複関係が明らかとなり、この図から例えば次のような特徴があることがわかった。

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 個別ケアに積極的な事業所の約 7 割は共に行うケアにも積極的である(生活支援に積極的な事業所は、どちらかだけに対応しているという事業所より、両者を区別することなく実施している事業所が多い) こと ● 個別ケアや共に行うケアに積極的な事業所のうち、半数程度は日常的医療ケアにも対応している(逆に言えば、日常的医療ケアに積極的な事業所で個別ケアや共に行うケアにも積極的な事業所は半数強程度にとどまり、医療ケアのみを重視す |
|---|

る事業所が半数いる) こと

- 重度医療ケアが可能な事業所は (当然ではあるが) 日常的医療ケアも行っていること
- 地域資源としての機能に積極的な事業所は共に行うケアや個別ケアにも積極的であるが、重度医療ケアとはそれ程重複していない (逆に言えば、個別ケア・共に行うケア・日常的医療ケアに積極的な事業所でも、地域資源としての機能に積極的な事業所は 1/3 程度にとどまる) こと、等

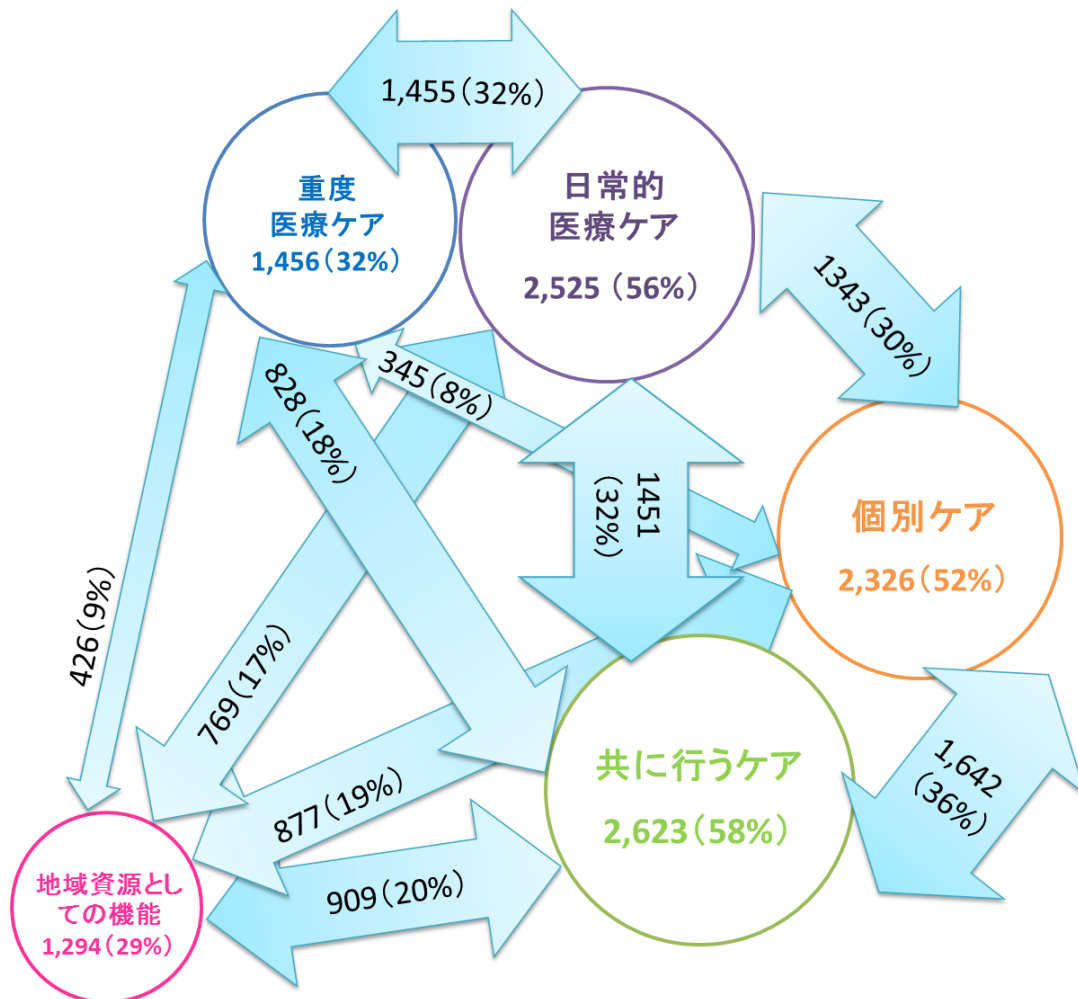


図 75 各取組を行う事業所の分布・重複関係(イメージ)

3.2. 取組方針から考えられる事業所群

(1) 事業所の類型

前項に整理した取組方針 (機能) の重複状況から、回答事業所の中には次の 4 タイプの特徴を持つ事業所群があると考えられる。

なお (当然ではあるが)、地域資源としての機能だけに積極的な事業所群というのは

ほぼなく⁶、個別ケア・共に行うケア・日常的医療ケアをそれぞれ積極的に進める過程で、地域との関係が深められている事業所が一部存在するという重複関係にあることから、次表の各類型の中で、地域との関係が深められている事業所とそうでない事業所に分類できる。

表 3 事業所の主な類型

| 類型 | 概要 | 機能 | | | |
|-------|--|--------|------|---------|--------|
| | | 共に行うケア | 個別ケア | 日常的医療ケア | 重度医療ケア |
| I 型 | 個々の入居者の状況に応じて、生活支援から医療要素が濃い重度医療処置まで対応できる、いわば総合型とも言える事業所群 | ★ | ★ | ★ | ★ |
| II 型 | 個々の入居者の状況に応じて、生活支援から日常的な医療処置までバランスよく対応できる、いわばバランス型とも言える事業所群 | ★ | ★ | ★ | |
| III 型 | 医療ニーズまでにはあまり対応できていないが、グループホームケアの基本を重視、徹底している、いわば基本ケア重視型とも言える事業所群 | ★ | ★ | | |
| IV 型 | 医療ニーズへの対応を特に重視している、いわば医療ケア特化型とも言える事業所群 | | | ★ | ★ |

また、上の 4 類型は、個々の取組傾向（機能）を特に積極的に行っている（因子得点が満点の）特徴的な事業所のみをピックアップした分類であることから、各取組傾向（機能）において（完全に積極的とまではなくとも）比較的注力している事業所や、いずれの類型にも該当しない（取り立てて特徴がない）事業所等が、上の類型以外に存在する。

これらの、いわゆる「その他群」のような事業所の中には、軽中度の認知症の者ばかりで生活する、制度開始当初にあった定義に即し特化している事業所群⁷（以降では「V 型」と設定）も見られた。

(2) 各類型の特徴 p. 130～p. 136

前項(1)の類型で該当する事業所を抽出すると、I 型 (549 事業所、12.2%)、II 型 (399 事業所、8.9%)、III 型 (676 事業所、15.0%)、IV 型 (333 事業所、7.4%) となった。これらの中では III 型が全体に占める割合が最も高く、平均的なグループホーム像を表していると言える。

⁶ 地域関係の活動のみを重視する事業所は 63 箇所 (1.5%) であった。

⁷ 事業所の入居者の平均要介護度が 3 未満かつ要介護 4 以上の入居者の占める割合が 5% 以下で、開始から 3 年超過の事業所。このタイプの事業所は、因子分析により抽出した 4 類型の事業所と一部重複しており、363 事業所のうち I 型にも属する事業所が 42 (11.6%)、II 型が 24 (6.6%)、III 型が 83 (22.9%)、IV 型が 18 (5.0%) となる。

また、Ⅳ型を除く 3 類型では各類型の半数弱の事業所で地域との関係が深められている。なお、地域との関わり方は所在地の都道府県により差があり、各所在地の行政方針も反映されていると考えられる。

上記 4 類型以外の特徴的な事業所群であるⅤ型の事業所は 363 箇所 (8.1%) あった。各類型及びⅤ型におけるグループホーム像としては、次のような傾向が浮かんできた。

- Ⅰ型には心身の症状が重度の利用者が比較的多く入居している。管理者や介護従事者で介護福祉士と看護師の資格を持つ割合が全類型の中で最も高く、入居者の心身状態に合わせたケアができています。
- Ⅱ型にもⅢ型に比べると心身の症状が重度の入居者が多く入居しているが、Ⅰ型ほどではない。また、Ⅰ型に比べて看護師の勤務時間・回数が少なく、医療処置の対応範囲に限りがある。
- Ⅲ型では、他の類型の事業所に比べて医療ニーズが比較的低いため外出等の日常生活の継続に専念している。また、医療体制の整備が遅れているが、その理由には医療ニーズが比較的低いことに加え経営上の理由もある
- Ⅳ型では日常生活を継続するための基本的なケアが重度化等によりできていないだけでなく、医療機関との連携体制があまり緊密ではない。多様な医療処置に対応可能ではあるが、入院時の支援や（入院による退居、死亡が多いため）グループホームでのターミナルケアまでは対応しておらず、医療対応は事業所での支援というよりも契約先の病院任せの事業所が（特に営利法人で）少なくない
- Ⅴ型では、介護保険制度開始当初の定義である日常生活を継続するための基本的なケアに注力している。入院時の支援やターミナルケアへの対応まで必要となっておらず、重度化した場合は病院や併設・隣接する施設に移す考え方の事業所が多いため、注力する予定もない。

なお、Ⅲ型の集計では、Ⅱ型との差を明確に出現させる目的で日常的医療ケアに積極的に取り組む事業所を排除（NOR 条件と）している。同様にⅣ型は重度医療ケアのみ（日常的医療ケアも行っているが）に積極的に取り組む事業所群として集計した。

1) Ⅰ型 (549 事業所・全体に占める割合 12.2%)

- 介護施設や一定の医療機能を持った施設を併設・隣接する事業所が多く、それら事業所では併設・隣接する施設と介護及び医療ケアの連携ができていますと推察できる
- 管理者や介護従事者共に介護福祉士と看護師の資格を持つ事業所が多く、職員の専門性が全体的に高い
- 介護なしでは日常生活が不可能な入居者（要介護度 5、障害高齢者日常生活自立度 C、認知症高齢者日常生活自立度Ⅳ以上）がおり、加えて他の類型に比べて軽度から重度まで多様な入居者がいる事業所が多く、医療体制が整っているために個々の症状や日常生活自立度に合わせたケアが実施できている

- 全事業所における法人構成に比べ医療法人の占める割合がやや高く、営利法人の占める割合はやや低い
- 約 2/3 (63.2%) の事業所が開始年度から 5 年以上経っており、比較的古い事業所が多い
- 半数以上 (310 事業所、56.5%) が併設型で、全事業所における併設型の割合と比べやや多い。併設・隣接する施設の種類の種類では 171 事業所 (54.2%) が居住系施設⁸を併設・隣接しておらず、居宅サービス等⁹のみを提供している。これら事業所は (サンプル数が少ないため参考扱いとなるが) 営利法人 (52.6%)、医療法人 (18.1%)、NPO (6.4%) の順で割合が高い。居住系施設を併設・隣接する 139 事業所 (44.8%) では、大半 (51.8%) が社会福祉法人 (社協以外) である
- 単独型 (239 事業所) では医療法人 (32 事業所、13.0%) と NPO (15 事業所、12.7%) が比較的多く、自助努力による総合的なケアに努めているようである
- 看護師資格を持つ管理者がいる事業所が多く、介護従事者の介護福祉士資格保有率と看護師資格保有率も比較的高い
- 看護師の週あたりの出勤回数が 2.79 回で、全体の 2.42 回に比べて多い
- 介護なしでは日常生活が不可能な入居者 (要介護度 5、障害高齢者日常生活自立度 C、認知症高齢者日常生活自立度Ⅳ以上) が入居している事業所の割合が全体に比べやや高い
- 入居者の要介護度及び日常生活自立度は軽度から重度まで幅広い
- 医療処置はほぼ全種 (事業所群平均で 13.95 種) に対応可能
- 協力医療機関との連携体制・関係を見ると、「日常的に相談している」「日常的に訪問診療や訪問診察をしてくれている」「入居者の健康診断・健康管理等を依頼している」事業所の割合が全体平均に比べて高く、医療機関と日常的に緊密な関係を築いている
- ターミナルケアまで対応する事業所の割合 (58.3%) 及び今後の対応意識 (75.6%) が比較的高い
- 要介護度の悪化及びターミナルケアへの対応意識では「入居者等の希望に応じ積極的に対応」する事業所が多い
- 4 割 (40.3%) の事業所は、地域との関わりを持つ取組も行っている

⁸ 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、その他医療機関 (選択肢「介護療養型医療施設」以外)、有料老人ホーム (特定施設指定含む)、高齢者住宅 (サービス付き高齢者向け住宅等含む)

⁹ 小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、訪問看護、配食等食事サービス、介護・医療以外の事業



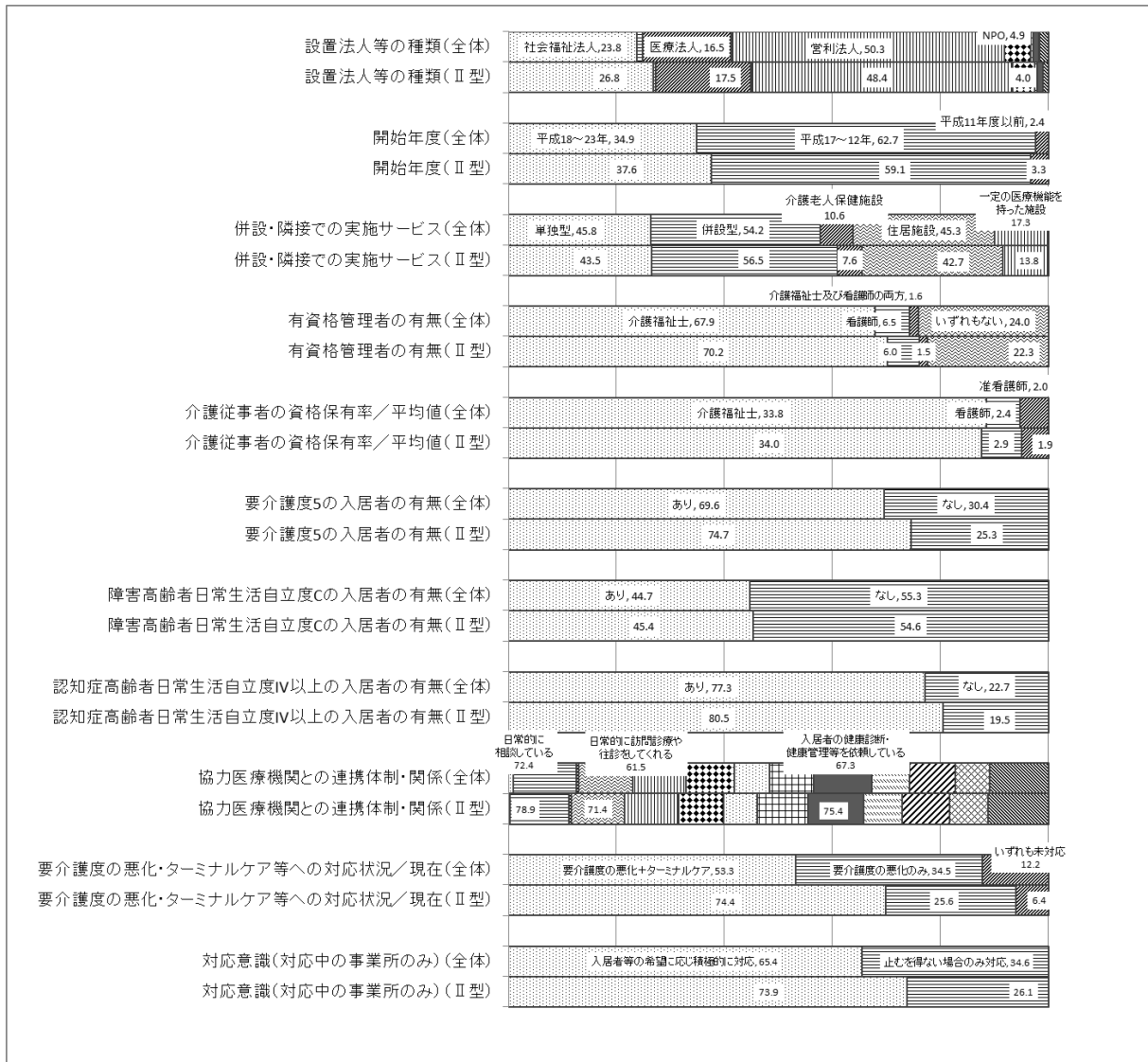
(図中の数値は割合(%)を表す)

図 76 I型の特徴

2) II型 (399事業所・全体に占める割合 8.9%)

- 介護施設や一定の医療機能を持った施設を併設・隣接する事業所が比較的多く、それら事業所では併設・隣接する施設と介護及び医療ケアの連携ができていると推察できる
- 介護福祉士や看護師の資格を持つ職員の割合は全事業所の平均に比べると高いが、I型に比べると看護師資格の保有率と看護師の出勤回数が少ない
- 介護なしでは日常生活が不可能な高齢者が入居している事業所が多く、医療ニーズがあるが、医療処置は一部のみ対応が可能

- 全事業所の法人構成に比べ医療法人と社会福祉法人の占める割合がやや高く、営利法人とNPOの占める割合がやや低い
- I型に比べ、運営期間が5年未満の新しい事業所が多い
- 事業所の半数以上(225事業所、56.4%)が併設型。(サンプル数が少ないため参考としての扱いになるが)併設・隣接する施設の種類では96事業所(42.2%)が居住系施設を持っている。大半(53.1%)が社会福祉法人(社協以外)で、次に多い(34.8%)のが医療法人
- 単独型(173事業所)の事業所は医療法人(25事業所、10.2%)と社会福祉法人(社協以外)(21事業所、12.1%)に比較的多い
- 介護福祉士資格を持つ管理者がいる事業所は多いが、看護師資格を持つ管理者がいる事業所は若干少ない
- 介護従事者の介護福祉士資格と看護師資格の保有率も全体と比べると若干高いが、I型に比べると低い
- 看護師の出勤回数(2.34回)もI型(2.79回)に比べると少ない
- 介護なしでは日常生活が不可能な入居者(要介護度5、障害高齢者日常生活自立度C、認知症高齢者日常生活自立度IV以上)が入居している事業所の割合が高い
- 対応可能な医療処置の種類は4.87種(事業所群平均)
- 協力医療機関との連携体制・関係を見ると、I型同様に「日常的に相談している」「日常的に訪問診療や訪問診察をしてくれている」「入居者の健康診断・健康管理等を依頼している」の割合が高く、医療機関と日常的に密な関係を築いている
- ターミナルケアまで対応する事業所が全体に比べ多い
- 要介護度の悪化及びターミナルケアへの対応意識では「入居者等の希望に応じ積極的に対応」する事業所が多い
- 半数弱(45.9%)の事業所は、地域との関わりを持つ取組も行っている



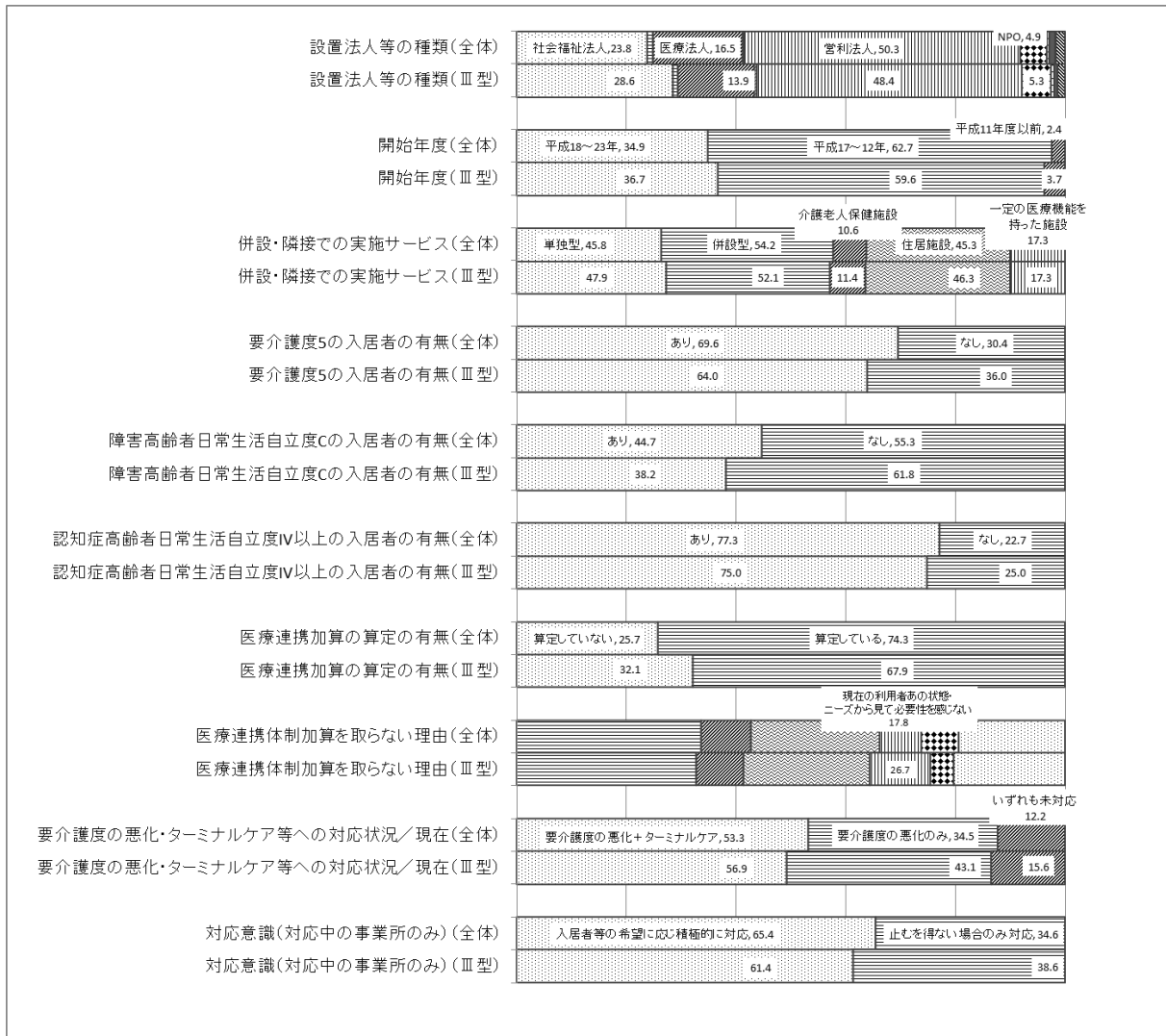
(図中の数値は割合(%)を表す)

図 77 Ⅱ型の特徴

3) III型 (676 事業所・全体に占める割合 15.0%)

- 心身状態が重度の入居者が比較的少なく（要介護度や日常生活自立度が中程度の入居者が多い）、医療ニーズは一律に高い訳ではない
- 対応できる医療処置が殆どなくターミナルケアまでは対応できない事業所が多いが、一部の入居者に発生しているごく限られた医療ニーズには何とか対応しようとしている

- 全事業所の法人構成に比べ社会福祉法人や NPO の占める割合がやや高く、医療法人や営利法人の占める割合はやや低い
- 運営期間が 5 年未満の新しい事業所が比較的が多い
- 半数弱（47.8%）の事業所が単独型で、全事業所に占める単独型の割合と比べて高い
- 介護なしでは日常生活が不可能な入居者（要介護度 5、障害高齢者日常生活自立度 C、認知症高齢者日常生活自立度Ⅳ以上）が入居している事業所が多い対応可能な医療処置の種類数は 1.1 種（事業所群平均）。一事業所内で多様な医療処置には対応できないが、特定の入居者の限られた医療ニーズには対応が可能
- 医療連携加算を未取得の事業所が多く、「現在の利用者の状態やニーズから見て必要性を感じない」を理由として挙げる事業所が全体に比べて多い
- 医療対応の体制がないため、ターミナルケアまで対応する事業所の割合が全体に比べ低い
- 要介護度の悪化及びターミナルケアへの対応意識では「入居者等の希望に応じ積極的に対応」する事業所が少ない
- 4 割弱（39.3%）の事業所は、地域との関わりを持つ取組も行っている



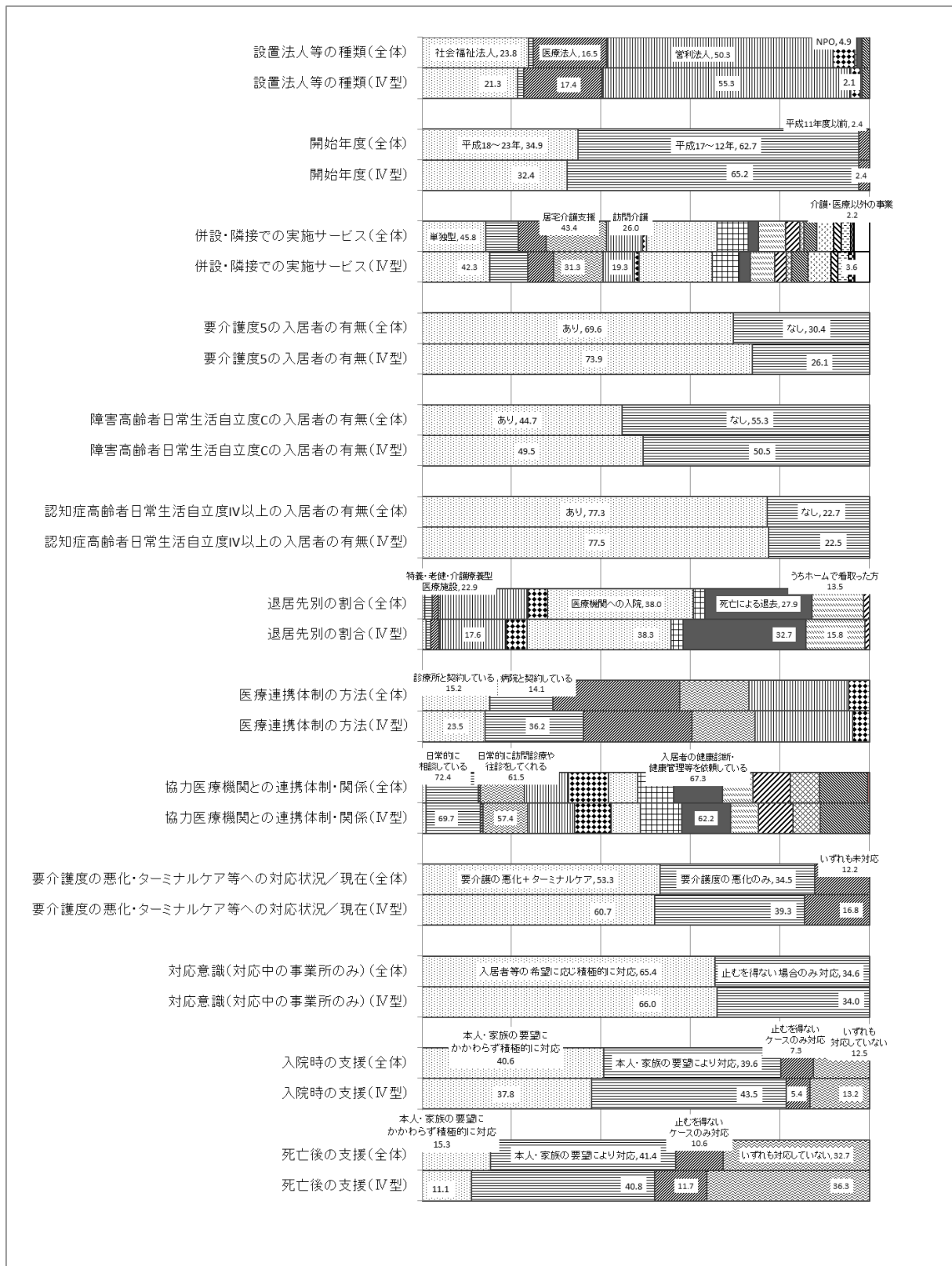
(図中の数値は割合(%)を表す)

図 78 Ⅲ型の特徴

4) IV型 (333 事業所・全体に占める割合 7.4%)

- 入院により退居（し、場合によってはそのまま死亡）する者の割合が比較的高く、身体を動かす活動ができていない等、身体症状が重度の入居者がいる事業所が多く、日常的な生活の支援が困難な状況にある
- 一方で、医療機関との連携・協力体制が希薄で、ホームで行う多様な医療ケアを契約先の外部機関に任せきりとする事業所が多い

- 全事業所の法人構成に比べ医療法人と営利法人の占める割合がやや高い
- この類型の事業所の 65.2%は開始して 5 年以上が経っており、比較的古い事業所が多い
- 6 割弱（192 事業所）が併設型で、併設・隣接するサービスは様々。特に「居宅介護支援」「訪問介護」等を隣接する割合が低く、「介護・医療以外の事業」とする事業所も 7 箇所（2.1%）ある
- （サンプル数が少ないため参考としての扱いになるが）この類型での単独型の事業所（141 事業所、42.3%）は営利法人の占める割合が非常に高い
- 介護なしでは日常生活が不可能な入居者（要介護度 5、障害高齢者日常生活自立度 C）が入居している事業所の割合高い
- 入居者の要介護度及び日常生活自立度は軽度から重度まで幅広い
- 昨年度 1 年間で、死亡による（退居前の入院中に死亡を含む）退居者の割合が全体や I 型と比べて若干高い（身体症状が重度の入居者が多い）。退居後に入院しそのまま死亡した入居者の割合も全体に比べ高い
- 医療処置はほぼ全種（事業所群平均で 13.97 種）に対応可能
- IV型の大半が単独型の営利法人のため、医療連携体制の方法では「診療所と契約している」「病院と契約している」事業所が多い
- 協力医療機関との連携体制・関係を見ると、「日常的に相談している」「(かかりつけ医として関係のある) 特定の入居者について、日常的に対応してくれる」「著しい行動・心理症状に対する相談やアドバイスにに応じてくれる」等の割合が低く、契約先の病院に任せきりで、必ずしも密な連携体制をとれているとは言えない
- 連携先の医療機関では「入居者の看取りまで協力・対応してくれる」とした事業所が全体に比べてやや多く、そのためか、ターミナルケアまで対応する事業所の割合（52.0%）は全体より若干低い
- 入院時・死亡後の支援に対してもあまり積極的ではない



(図中の数値は割合 (%) を表す)

図 79 IV型の特徴

5) V型 (363 事業所・全体に占める割合 8.1%) p. 137~159

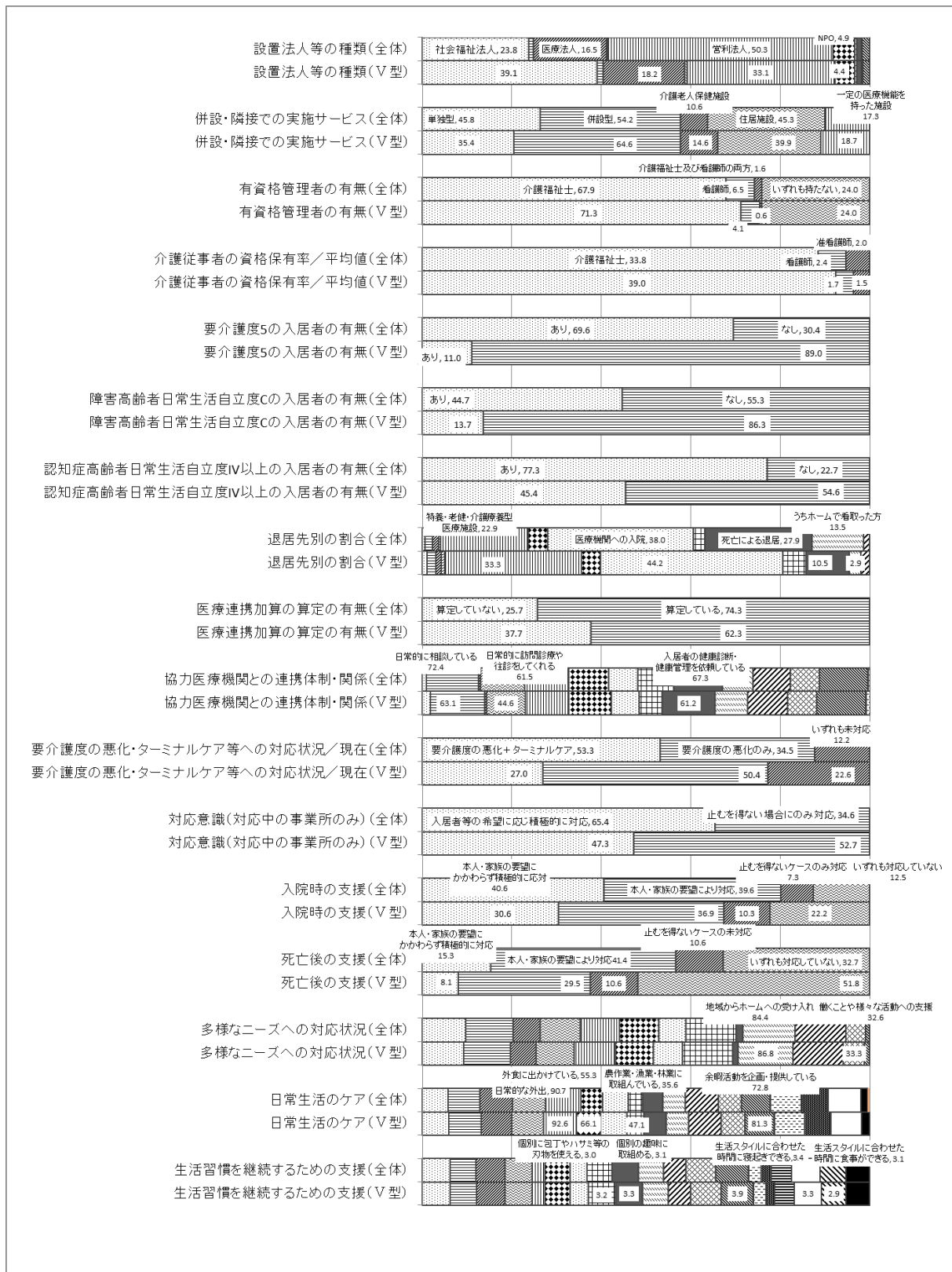
- 心身状態が重度の入居者が少ないため、個別ニーズへの対応を含む日常生活の継続に関わる多様な活動の支援に注力する事業所が多い。
- 医療体制の構築やターミナルケアへの対応には消極的な事業所が多い。これら事業所では併設・隣接する病院や施設との機能分化を図っているようで、重度化対応や医療ニーズへの対応が必要になると、速やかに連携する併設施設へ移す事業所が多いため、入居期間が比較的短い

- 全事業所の法人構成に比べ社会福祉法人と医療法人の占める割合が高く、営利法人とNPOは低い
- このタイプの事業所の2/3 (234 事業所、64.6%) が併設型。(サンプル数が少ないため参考としての扱いになるが) 併設・隣接する施設の種類を見ると145 事業所 (39.9%) が居住施設を持つ事業所で、それらの主体法人は社会福祉法人(社協以外) (87 事業所・60.0%) と医療法人 (44 事業所・30.3%) が合わせて9割を占める
- 単独型 (128 事業所・35.4%) では営利法人が大半 (75 事業所・58.6%) を占め、次に社会福祉法人(社協以外) (24 事業所・18.8%) が多い
- ユニット数 (1.7 ユニット) や定員 (14.8 人)、チェーン展開の状況 (2.2 箇所) は全体とほぼ同じで、事業所の規模も様々で偏りはない
- 常勤換算での職員数 (7.64 人) が全体 (7.88 人) と比べて若干少ない
- 平均入居期間 (3年2ヶ月) が全体 (3年4ヶ月) と比べて若干短い
- (当然であるが) 心身状態が重度の入居者が少なく、介護なしでは日常生活が不可能な入居者 (障害高齢者日常生活自立度C、認知症高齢者日常生活自立度Ⅳ以上) が入居している事業所の割合は非常に少ない
- 介護の手間にかかる入居者の割合 (20.1%) も全体 (24.3%) と比べて低い
- 昨年度1年間での退居率 (27.8%) は全体 (23.3%) と比べて高い。退居先は「特養・老健・介護療養型医療施設の介護保険施設」「医療機関への入院」が大半を占め、死亡による退居は少ない
- 対応可能な医療処置の種類数は4.90種あるが、医療連携体制加算を算定していない事業所 (37.7%) が多く、看護師の出勤回数 (週2.2回) や保有資格率も比較的低い。医療機関との関係・連携体制でも日常的な連携を図っている事業所は少ない
- 医療連携体制加算を算定しない理由は「加算を取りたいが看護師を雇えない(人材確保難)」「その他」「加算をとるための体制を確保するコストに比べ、報酬が見合わない(経営的にバランスしない)」が多い
- ターミナルケアまで対応する事業所の割合が非常に低く、要介護悪化のみに対応とする事業所が多い。ターミナルケアへの対応意識も消極的で、やむを得ない場合のみとする事業所が多い
- 入院時・死亡後の支援に対しても積極的ではない
- 多様なニーズへの対応項目数 (7.06) は全体 (7.26) と大差ないが、「地域からのホームへの受け入れ」等の地域と関わる取組みや「入居者が働くことや様々な活動をする事への支援」の実施率が全体に比べて高い
- (望ましい) 日常的なケア16種類の平均実施項目は12.17で全体 (11.24) と比

べて約1項目多い。各項目の実施率は「日常的な外出」の他、「農業作業・漁業・林業に入居者が職員と共に取組んでいる」「入居者の意志に基づき外食に出かけている」「入居者・家族の意思を反映して余暇（娯楽や行楽等）活動を企画・提供している」等が高く、日常生活に趣味的要素を加える活動までできている

- 生活習慣を継続するための支援の実施率（70.96%）は全体（70.15%）と大差はないが、対応している内容を見ると「個別に包丁やハサミ等の刃物を使える」「個別の趣味に取り組める（園芸等）」等は比較的頻繁に対応可能¹⁰、かつ、全体の対応頻度と比べても高い一方で、「入居者の生活スタイルに合わせた時間に寝起きできる」「入居者の生活スタイルに合わせた時間に食事がとれる」等は全体の対応頻度より若干低い

¹⁰ 入居者のニーズがない0点、いつも対応できない1点、殆ど対応できない2点、ときどき対応3点、いつでも対応可能4点として計算



(図中、生活習慣を継続するための支援は平均点、それ以外の数値は割合(%)を表す)

図 80 V型の特徴

第3章 ヒアリング調査結果

1. 調査の概要

1.1. 趣旨

アンケート調査にて把握した、定量的・定型的な調査項目に関する、全体としての傾向・実態だけでは、機械的な整理・類型化のみとなる。

今後の認知症グループホームのあり方を整理・検討する上では、検討の前提となる全国的な事実ベースでの整理・類型化の実態だけではなく、そのようなグループホーム群が形成される（多くなっている）背景・要因や課題等（例えば、どうしてそのようなケアが行えているのか、どのような体制・理念・背景・事情等があるのか、等）補完的な情報も含めて把握しておく必要がある。

この様な定性的・非定型的な情報を収集するには、統計処理を前提に定型的な設計を行っているアンケートでは困難なため、別途、ヒアリング調査を実施した。

1.2. 調査対象

検討会の議論に基づき、A～Gの7類型で合計10程度の事業所を対象にすることとし、各委員から類型に該当する事業所を推薦頂いた結果、下記の11か所を（事業所名は非公開での調査協力となっている）調査した。

また、下記の11事業所とは別に、外部評価機関についても2箇所、検討会にお招きしてヒアリングを行った。

平成25年1月上旬から順次訪問し、2月下旬までに全て実施。

| 事業所類型 | | 箇所 | 備考(対象条件、ヒアリングの観点等) | 対象事業所 | | | アンケート回答 |
|-------|--|-----|---|-------|------|--------|---------|
| No | 詳細 | | | No | 法人種別 | 所在地 | |
| A | GHらしいケアを行っている事業所 | 2～3 | ○個々の入居者の多様なニーズに対応した質の高い生活支援を行っている ○看取り等ターミナルケアを重点的に取り組んでいる(=入居から退居までの各段階での、入居者への個別ケアとして) | A1 | 医療法人 | 北海道・東北 | ○ |
| | | | | A2 | 有限会社 | 北海道・東北 | ○ |
| | | | | A3 | 医療法人 | 関東 | ○ |
| B | 地域に密着した多様なサービスを行っている事業所 | 2～3 | ○入居者と近隣地域との関わりを重視した生活支援を行っている ○GHとして(地域包括ケア等の観点から)地域に密着した多様な取組を行っている | B1 | 医療法人 | 関東 | × |
| | | | | B2 | 医療法人 | 中国・四国 | × |
| | | | | B3 | 有限会社 | 北海道・東北 | ○ |
| C | 同一法人が医療機関や特養等を運営し、入居者が重度化した場合に、GHではなく医療機関等で対応している事業所 | 1 | ○看取りやターミナルケア等の対応方法・支援内容、退居率(回転率)等に関して、単独型施設との差異等を見る | C1 | 医療法人 | 関東 | × |

| 事業所類型 | | 箇所 | 備考(対象条件、ヒアリングの観点等) | 対象事業所 | | アンケート回答 |
|-------|-------------------------|----|---|-------|------------|---------|
| No | 詳細 | | | No | 法人種別 | |
| D | 全国展開している大手事業所 | 1 | ○小規模単独型施設との、経営方針・意識の差異や、サービスの質の差異等を見る | D1 | 株式会社 関東 | ○ |
| E | 1ユニット6人で3ユニットの運営している事業所 | 1 | ○1ユニット9人で2ユニットの運営事業所との、サービスの質や、人員配置体制上での差異や課題等を見る | E1 | 医療法人 関東 | × |
| F | 小規模だが複合的にサービスを展開している事業所 | 1 | ○小規模多機能型居宅介護を併設している等、多機能・複合的なサービスを展開している | F1 | 株式会社 中国・四国 | ○ |
| G | 入院中の支援が手厚い事業所 | 1 | ○入居者が入院中に実施している支援内容や対応上の課題等を見る | G1 | 有限会社 九州 | × |

1.3. 調査内容

(1) 事業所

調査項目としては、サンプル数が少ない中で、得られた結果を可能な限り集約できるよう、類型別に異なる質問とせず、現場で実践されている多様なケアの内容、その背景にある経営方針やホーム開設の経緯、ケアの実施体制、実施上の悩み・課題等を共通の質問項目とした。

ホームの経営形態や経営状況、入居者の要介護度やADL等は、主たる質問の中で、確認が取れる範囲で適宜尋ねた他、アンケート未回答の事業所についてはアンケート回答を別途記入頂き基礎情報を把握した。

また、一部の事業所には、質問に対する回答に付随する参考情報として、パンフレットや関係する論文・発表資料等も提供頂いた。

| | |
|----|--|
| 問1 | 貴グループホームとして、運営における理念や大切にしている考え方は何でしょうか |
| 問2 | 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組は何でしょうか |
| 問3 | その特徴的な取組を行うことにより、利用者・家族等にどのような良い影響が生まれていると考えていますか |
| 問4 | その特徴的な取組を行う上で、具体的な職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応として、どのようなことを行っていますか |
| 問5 | その特徴的な取組を行う上で、具体的な職員配置体制や運営面での課題、支障、あい路として、どのようなものがありますか |
| 問6 | 今後、その特徴的な取組を、どのように進めていこうと考えていますか |
| 問7 | 今後、その特徴的な取組を進めていく上で、報酬や運営基準等での課題、支障、あい路はありますか。あるとすればどのようなことでしょうか |
| 問8 | 今後、その特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合に、課題、支障、あい路となることとして、どのようなことがありますか |

(2) 評価機関

多数の事業所を評価してきた中で、どのような事業所が多いのか等、多面的な視点からグループホームの抱える課題や取組について意見を聴取した。ヒアリングでは、できるだけ幅広い回答を得るためにオープンエンド方式での質疑応答を行った。主な質問内容は次表のとおり。

| | |
|-----|--|
| 問1 | グループホームという形式のケアが日本で始まった当初の(日常生活を継続させるための)ケアを継続しているホームとそうでないホームはどの程度の割合で存在しますか |
| 問2 | グループホーム事業が開始して以来、ケアの方法等、変化してきたことはありますか |
| 問3 | (主観的に)望ましいホームとそうでないホームとはどのような事業所ですか |
| 問4 | 研修等の成果で職員の質は全体的に上がっているか、それとも今後の向上余地は大きいですか |
| 問5 | 平成18年度の介護保険法の改定で地域密着が推奨されるようになって以来、グループホームはどのように変化していますか |
| 問6 | グループホームは地域の資源として、今後も役割が拡大するという考え方に対してどう思いますか |
| 問7 | グループホームの評価は運営規定を基準に機械的にされる傾向があるが、実情は規定だけでホームの良し悪しを判断するのは難しい。例えば(客観的な尺度がない)入居者の満足度等を考慮すべきで、評価には一定の柔軟性が求められる。現状の機械的な評価方法をどう思いますか |
| 問8 | 実務者研修等は研修内容に地域差があるが、全国的な研修のあり方についてどう考えますか。また、経営の観点から職員を外部研修へ送ることが難しい事業所もあるが、そのような事業所はどうすればよいですか |
| 問9 | 1ユニット9人の定員は適切と思いますか |
| 問10 | (ユニット型小規模)特別養護老人ホームとの違いは何がありますか |
| 問11 | 重度化とはどのような状態ですか |
| 問12 | 1日中施設しているホームはどの程度ありますか |

2. 調査結果

各調査対象（11 事業所）のヒアリング結果の要旨を以下、順に整理する。

2.1. 類型 A（GH らしいケアを行っている事業所）

(1) 事業所 A1

| | | | |
|--|-------|-----|--|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 法人 | <ul style="list-style-type: none"> ● 元々は精神病院を運営していたが H12 に 100 床閉鎖し無床診療所に。H16 取り壊してグループホーム建設 ● 地域の高齢者の行き場がなかったため、H11 に老健開設（この地域では 5 年間で 5 病院が老健・グループホームに衣替え） ● その後訪看・リハ(H13)、グループホーム(H16)、精神障害者福祉ホームと、地域のニーズに順に対応し開設 |
| | 背景・経緯 | 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 法人の理事長(経営者)は精神科医だが、介護支援専門員も取得(県内で第 1 号)。ピラミッド志向の強い医師が多い中、フラット型組織を志向し、職員の裁量大(責任持たせ、自ら考えさせる主義) ● 管理者(介護支援専門員・介護福祉士)は、前職が大規模施設の責任者で家族からのクレーム等嫌な報告ばかりを受けていたことから、家族と仲間になれる施設づくりを希望し、H16 グループホーム開設時に老健から異動 |
| | 理念等 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 「一人ひとりの生活の継続の実現」が大きな理念 ● 職員は介護者ではなく、生活のパートナーとして役割を持ち、共に悩んで共に考える事を念頭においている。 ● 入居により以前の生活を切り離すのではなく、いかにそれまでの生活習慣や自分の考え方をホームの中で継続していけるかを職員と家族と共に考える事を重視 ● 法人としての理念と具体的な行動規範を制定、小冊子として職員に配布。これに沿って自主性(自ら考えて動く)を重視し、不作為・放置を叱る |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | | <ul style="list-style-type: none"> ● 開設当初から組織されている(途中からの結成は難しくなる)家族会が、運営推進会議やその他行事への参加等積極的にホーム運営に協力 ● 家族会は年 2 回で毎回 50 人超も参加。春は総会(日常の運営状況報告)、冬は勉強会・意見交換会(共感づくり)だが、いずれもその後の親睦会がメイン。ホームで起こっている事を伝え一緒に考える事で今起きている事はいつでも自分の家族にありえる事なのだと考えてもらう事が、認知症への理解を深め、家族の不安を解消し、共に本人を支える人としての信頼関係を深められる ● 家族からの情報と本人の状態を見ながら、本人がホームでどの様な暮らしを望んでいるかを推測し実践。一方的な介護の場ではなく共に暮らす場所として、家事、炊事、趣味、生活習慣、癖等本人の力を埋もれさせず、当たり前の生活ができるよう組み立て。それを自然に運営していけるのが職員の力 ● 認知症に詳しい精神科の診療所が後方支援(薬の最少化)。診療所や老健の看護師が入居者の診療計画を作成し、地域で介護に詳しい医師や訪看(24 時間対応)と連携し訪問診療 |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者が動けばリスクも生まれ、お金もかかるが、家族を味方につけ、利用者は認知症が進んでも最後まで自分をなくさず自由に暮らしているか、集団生活で夢が実現できる場所かがグループホーム |
| <p>特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族がホームに訪ねやすい、又職員に話しやすい関係を維持し、本人の認知症や身体状況の変化に対する不安・悩みを率直に話し合え、解消できる事が出来ている ● その結果、家族が、職員の忘年会に自主的に参加したり職員の異動に自主的に餞別を出したりするまでの関係性ができている他、ホームや職員への理解とバックアップが得られている ● 家族との良い関係により、職員にとっても、萎縮することなく堂々と支援ができ、利用者の支援に余裕をもって取り組める ● 県内でも評判で他地域からも転入。待機者が2箇所ですら10数名、平均2～3年待ちに |
| <p>特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族会担当や運営推進会議担当の職員が1か月前に案内送付、1週間で親睦会の準備(寸劇等の出し物。前半の資料作成・説明等は管理者)。管理者は運営の道筋を作るだけで後は担当職員の自主性に任せ、他の職員を上手に巻き込みながら会を運営するかを見守る。また管理者は、家族会にてホーム運営を極力開示することで職員が自ら実践するケアを家族に自信を持って説明できる環境づくりに腐心 ● 会場を温泉やホテル等にすれば変化をつける、家族同士の交流を促すためにも座席やスタッフの配置に気を配る、職員が会の食事を作る時には「その家のなじみの料理」を1品加える等、家族会の運営面での工夫は多数 ● 職員の多様性(男女、年齢層、資格の有無)とその組み合わせ、そして適正な評価制度(人品評価(皆の推薦)による昇進等)が良い組織の維持に不可欠 ● 人材育成を重視。内部研修(OJTによる場面場面での対応能力の獲得、資格取得のための職場内予備校等)の他、他を知るため外部研修、外部講師を積極的に受ける。正社員化の条件として資格取得、取得すると給与加算(資格取得加算)。 ● 職員を法人内の多様な施設で異動させることで、施設の違いを経験(リーダー候補)、夜勤不可の職員(出産等で)をシフト ● 医師不足の地域での医師確保のため10年前に東京に診療所を開設、シフト・ローテーションにより医師確保。併せて地元の医師会とも良好な関係を構築 |
| <p>特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 常勤職員(正職員6、非正規11人)の配置は日中2～3人と決して恵まれていない(欠員1が県内から確保できず)が、ぎりぎりの人数でも時間の使い方の工夫で毎日同じ生活が営めるよう、管理者の勤務表作成能力が重要 ● 職員配置は重要だが多ければ良い訳でもなく、自分の責任で支援する力を養う(人数多いと指示ばかりで過干渉の管理者と指示待ち&指示疲れの職員)ためにも適正人数が重要(日中3～4人で十分)。但し、午前中に通院に付き添うとなると4人体制では困難であり、夜勤明けの職員を残業させて対応せざるを得ない |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族会の費用は、会費制(毎回の実費)+家族会費(職員・入居者分)で充当のため経営への影響はない |
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族会はこのまま、少しずつ変化していけばよい。勉強会で自分の家族の事ばかりではなく他の利用者・家族の気持ちも理解したいと思う家族を少しずつ増やしたい。2軒目のホームは開設2年目でまだホームのお膳立てなければ家族会としての自主的な活動はできないが、今後成熟させたい。 ● 利用者の活動面でも、認知症が進んでも本人の無理ない範囲で少しでも生活の役割を持って生きて貰うことを続ける。「できなくなったからもうやらせない」ではなく「どうすればこのまま続けられるか」と手立てを考え支援をしていく |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● グループホームの報酬が下げられたが、認知症の重度化や若年層の増加、看取りの実施等状況はよくない。仕事に魅力はあっても生活していけないスタッフの離職は否めない。特に男性(主たる生計者)の離職は痛い(女性だけの組織より多様性が重要) ● 良い施設には、それなりの費用がかかり、それにより良い職員が維持される、という好循環が重要。そのためにはもう少し職員の給与を上げていく必要がある ● 様々な取組には安定した人員確保が重要課題であり、離職後の円滑な代替要員の補充が不可欠 |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 要介護度が高い入居者に何もしないと儲かる。しっかり取り組んでいる所とそうでない所で介護報酬上の評価に差をつける必要がある。例えば運営推進会議を開催している所、ただ置いているのではなく暮らしている所等への加算や、要介護度が上がるまでの取組の評価としてアクティビティ加算(調理等 IADL への本人の参加状況や、入居者の1ヶ月間の趣味・娯楽活動の実施状況等で評価)等が考えられる ● 管理者に意欲あるが経営側が後ろ向き(家族会はお金がかかるので利益追求から極力避けたい)という話はよく聞く ● ホームが生活の場としての機能を果たすためにハード面やソフト面の基準がある。運営基準にはホームの食事や入浴等でごうすべきという基準はなく曖昧なため、経営者や管理者の考え次第で如何様にもなることから、利益主義の法人では十分な環境や支援内容が提供できず、事業所間に格差が生じる。グループホームは自由である良さが多く、あまり制約されると柔軟な入居者対応が困難となる一方、格差を考慮すると何か必要 |

(2) 事業所 A2

| | | | |
|-----------------|-------|-----|---|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 経営者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 老健の看護部長で認知症高齢者の不遇に悩んでいたが、グループホームに異動し開眼。老健にその良さをフィードバックしようとしたが理解されず、大きな民家(社長宅)の貸し手が現れたのを機に起業(地元自治体の起業家促進奨励事業の助成を受け有限会社設立)し、H12年10月にグループホームを開設 ● 以降、3年おきに次々と増設し現在3事業所(5ユニット) |
|-----------------|-------|-----|---|

| | | |
|--|-----|--|
| | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 「一人を大切に」「支えあう心」「安心して暮らせる社会作り」が法人理念 ● 具体的なケア理念として「生活障害となった方々の戸惑う姿を見つめるのではなく、その人の生きる命全体を包み込むように支え、その人の人生をどのようにどれだけその人らしく生きられるかを一緒に模索する」ため「心の機能への働きかけにより傷ついた心を癒すケアを提供する」等の4項目を定めている |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症のタイプ(前頭側頭型、レビー小体型、アルツハイマー型)により症状が異なる(例えばアルツハイマー型は物忘れがあるが、前頭側頭型やレビー小体型は覚えている)ことから、タイプを見分け(診断・判別できる医師が少ない)、タイプに合ったケアを実施(合わないケアだと不安・反発が起き BPSD につながる、薬の要否や内容も異なる(例えばレビー小体型の幻視・幻聴はアリセプトで治せる)ので症状が改善しない・悪化等につながる) ● 行き場のない重度の人を受け入れ、看取りまで対応。重度・終末期でも寝たきりにせず最後まで食べさせる ● 若年性認知症専門のユニットを設け、デイサービスも提供(自分になった時に行き場がないことから増設)。若年性の特徴(自己主張が強く、病気へのショックにより自分で対処が困難で過敏になっている上、若年のため体力が有り余っている)をつかんだ施設・ケア内容(人間関係・組み合わせに注意した、少人数での知的コミュニケーション活動等)を実現 ● 各事業所に看護師がいるので医療的な対応・判断が可能のため、薬やチューブ等余計なものは極力外す、入院は極力避け治療のみとし他はグループホームの生活支援により責任を持つ(骨折でも3日で退院しグループホームにてリハビリ)等を実現 ● 無理をしない、入居者に合った日常生活の支援(例:全員で調理せず気持ちに向く人・やりたい人のみ。利用者が果たして望んでいるのかわからないが職員に大きな負担のかかる分だけリスクの高まる大きな行事の実施よりも、家族と外出するための支援を重視)。各入居者の希望・状態等のアセスメントの上で、本人が満足できることを実施(例えばゴロゴロ寝ているのは、体を動かしたくないのか、動かすのが困難なのか、非常に難しいが配置の看護師の助言も考慮し人間の生理(高齢者・重度者は乳幼児の発達期の睡眠時間(成長に伴い短くなる)の逆で、長くなっていく傾向がある)等も理解した上で判断、前者であれば尊重し起きた時に合わせて水分や食事とする) ● (整形外科に通院しつつだが)階段昇降やジェンガによるリハビリ(リハビリの機能もグループホームの方が効果的であり、脳梗塞後のリハビリ施設等は不要。糖尿病も治せる) ● モデル事業(国・自治体等)や研究事業(大学と)を積極的に実施 |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | | <ul style="list-style-type: none"> ● どんな人でも受入・対応可能。入居し3日あれば BPSD は落ち着く(入居者の思いをつかむ、タイプを把握することで)。褥創もなおし、薬を減らし、元気に暮らせるようになる ⇒入居者が満足 ● そのため、自宅や他の施設で対応に困っていた家族も安心(追い出されることなく最期まで)・評価し、ホームの味方に |
| 特徴的な取組のための、職員配置 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 各事業所に看護師を配置。医療者・医療的知識は必要だが、入居者の医療ニーズに内部で対応する必要はなく外から支援があればよい |

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 誤嚥性肺炎のリスク回避と食生活重視の考えから刻み食・ミキサー食にはせずソフト食(圧力鍋で再加熱し軟らかくする) ● 家族にホーム運営に関することを極力開示(ケア記録を見せる等)、家族ノートに記入してもらうことでニーズを汲み取る。クレームや要望は当然あるが誤解したままとならないよう話し合う ● 優秀な管理者の配置。単に経験年数のみではなく月1回の管理者勉強会(ケースカンファレンス)により考え方の一致を図る。管理者は自ら管理者代理(管理者候補)を指導・育成 ● 正職員で構成(調理・掃除のみパート)。ケアプラン作成等手間のかかる仕事なのに処遇が異なるのは問題。その代わり、責任を持つよう意識付けし、自ら考え、汲み取る(=成長する)職員を育成 ● 職員は異業種(社会を知っている)、新卒(但し介護系の学校は誤った教育(大規模施設系の教育、介護のための介護教育)をしているので採らない)を採用。大規模施設出身の転職者は採らない。人を知り・感じ、病気を知り、優しい気持ちを持つ(自分の親をみる積もりで)、自分がされたくないことはしない、を職員に徹底 ● 職員をユニット間でローテーションさせることで、多様なタイプへの対応能力を獲得(スキル向上) ● 看取る人に失礼であるため待機を断っている。空き状況はロコミや電話での問合せに対応するのみ ● 限られた職員を最大限効率的に活用するため、時間帯毎の個別ケアの組み立て(例えば「外出派」等入居者を組合せ、職員の関わる時間帯を割り振り。例:外出派の畑仕事に付き添いから戻り、外出派が休憩中にインドア派をケア)を重視し絵にしている。これによると3:1で十分 ● 基本的には医療は外付けのスタンスなので、各入居者の従前からのかかりつけ医に任せる(通院の場合は家族等が対応)か、連携医療機関(理解ある医師を確保)からの往診 ● 地域に対しては十分な説明(DVD)や内覧で実態を理解頂く他、何かあった時には説明や挨拶を欠かさない。一般的な隣近所との関係と同様、付かず離れずで十分。町内会に加入し地域行事に参加、地域のボランティアグループの育成やボランティアの受入等地域との交流も積極的にいき、応援団づくり |
| <p>特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● ハード(手すり等の器具や器材)は介助側の自己防衛でしかなく、コスト増、きりが無い(限られた資源でいかに上手にやるか) ● 半数以上が大卒で、質は高いが管理者になりたい人が多く、なれなくて辞める(管理者は自分中心の人だと回らない) ● ハローワークに求人を出しているため(以前は人づてで確保。現在はやめている)、人を選ばなければ求職者は多数だが、社会的に難ある人が多数面接を受けに来る。 ● 本人の意向を汲み取ったケアに注力すべきだが、事業者も入居者・家族も見た目が派手な活動(イベントやレクリエーション等)に目が奪われがち |
| <p>今後の発展・展開意向</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 昔は軽度者でも「大変なのでグループホームで」と言っていたが、自宅で生活し続けられることが望ましいことから、これまでの経験・ノウハウ(タイプ別でのケア方法等)を取りまとめ、軽度者なら自宅でも暮らせる知 |

| | |
|---|---|
| | <p>識・技術を普及させたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自宅での生活の継続が困難になる重度化の段階で(自分のことが自分でできなくなったら)グループホームのプロに任せ、最期(看取り)はそのままグループホームか自宅に戻ってもよい(無理に救命・延命する病院は不可) |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● ケアの質の良し悪しが評価できることが必要だが、外部評価項目がグループホームの取組を余計におかしくしている(小手先の理解・取組を可能とする対策でしかなく、評価自体お金の無駄) ● 外部評価ではなく、家族が納得できるケアを本人が受けられているかが重要。その意味からは、退居家族に評価を義務付け、評価機関への提出してもらうのが最も適切。また、退居者や家族の評価に基づく加算とかも考えられる ● BPSD は自己主張でありその原因を除去すれば治まるが、自力での生活が困難である身体面の重度化は専門的なケアにより手間をかけ続ける必要があるという大きな差異があることから、軽度者への報酬は下げるべき(重度者はそのまま) |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● グループホームは数が増えるに連れ、あまりにも質が悪くなってきているので、一旦淘汰しないと、このまま増え続けるのは問題 ● 他のサービスや商品と同様、市場原理が働き淘汰されるようになるのが望ましい ● 特養よりきめ細かいケアを行うグループホームが、特養の質向上に貢献しているが、終末期は小規模の方がよい |

(3) 事業所 A3

| | | | |
|-----------------|-------|---|---|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 法人 | <ul style="list-style-type: none"> ● 法人の理事長(経営者)は小児科医、病児保育に尽力、医師会の副会長も歴任。現場主義(現場を尊重) ● 東京の法人が撤退した老健の経営を引き受けて以降、高齢者ケアに関する(特養、老健を設置) ● 企業の研究所跡地を購入し老健と保育所を整備、保育所の定員が 100 から 60 に減員となったことに伴い、空いたスペースにグループホームを整備することに(理想は 2 ユニットだが経営上から 3 ユニットに) ● その後グループホームを更に 1 箇所、近隣に開設 |
| | | 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 管理者は H12 年度末まで自治体の保健師。認知症患者宅の巡回訪問で(田植期に徘徊されると困るため)家族が首輪をつけているのを見ても(家族の事情も理解できるので)何もできなかったが、函館のグループホームを見学し開眼、以降(H5 から)グループホームケアの実践・普及等に注力(介護保険制度前からグループホーム協会や厚生省とモデル事業等に関与) ● 定年退職後は自分でホーム開設を予定していたが、定年前に理事長から老健に誘われ、「これからはグループホームケア」と理事長を説得しグループホームを開設、定年退職と共に管理者に |
| | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症という病気を熟知した専門職が支える、住み良い家づくり ● 入居者や家族に終の棲家として選んで貰ったら、最期までそれに沿ったケアをさせて頂く(追い出さず看取る) | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ●単に親切・丁寧に寄り添うだけではダメで、軽度・重度にかかわらず入居者の意思がわかりにくい中で日々の観察で愛を持ったケアを実践 |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | <ul style="list-style-type: none"> ●他のグループホームを追い出された人を受け入れ、最期まで(11年間で21人看取る) ●最期までみるため医療ニーズ・依存度は高くなる。毎日10時半に隣接老健の医師が往診 ●重度者が多い(要介護5で全介助の入居者が6名)ため集団活動は困難(開設当初からの入居者が27人中5人。開設当初は軽中度者なので家事、外出してお茶、長時間の散歩もできたが10年で進行)だが、毎日1つは個別ケア(本人の希望・特技等を酌んだケア。これまで富士山を見る、教会から出張ミサ、韓国語講師、個別の通院介助等)を行うようにしている ●重度者が多いため夜間ケア(必要な入居者は3名)よりもモーニングケア・イブニングケアを重視(7時の朝食に間に合うよう全員を更衣するには4時半から開始)。 ●心はいつまでも(重度化しても)生きているので会話がなくてもコミュニケーションが重要。馴染みの関係は重要であり、軽度者が重度者の見舞や介助等助け合える関係作り ●ミニ特養(身体介助のみ)ではなく、心を重視し一緒に生活 ●夜間はオムツでも昼間は布製パンツで過ごす ●対応できないことへの家族等へのきちんとした説明 ●看取り後の供花・香典・弔電 |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | <ul style="list-style-type: none"> ●追い出されたり・行き先に困っていたりしていた家族にとっては安心、好印象(毎月の請求書に家族便りの同封、また家族を交えた新年会、病状等の詳細な説明)。但し高評価が寄付等につながってはならず、経営上厳しい ●評判により待機者(6人)。順番ではなく緊急性(独居、子どもが高齢等)や既入居者との相性を考慮して次の入居者を選定 |
| 特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応 | <ul style="list-style-type: none"> ●ケアの質を決めるのは職員能力等ソフト面が7割(ハードは3割)のため、管理者が職員に勉強するよう徹底。研修計画を作成し、内部研修(研修担当が企画し2ヶ月に1回全員参加で。超勤手当支給)の他、ホーム内の技術のみではなく外を見るため認知症介護研究・研修東京センターの外部研修や学会への参加を奨励(学会発表者に旅費支給。受講料の法人負担が大変) ●新人は先輩と2人3脚で教育(基礎知識と技術の習得)、先輩がOK出すまでは独り立ちさせないため3ヶ月~1年かかる(その間は人員配置がダブルになりコストが発生) ●法人負担で資格取得を奨励(最低ヘルパー2級が前提だが、座学で取得しても無意味) ●医療対応や看取り対応には近隣で理解ある入院先・医師等の確保・連携も重要(看取りが始まったら宿直も必要)だが、職員の覚悟・知識・技術、家族の理解・協力がより重要 |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あ | <ul style="list-style-type: none"> ●各ユニットの核となる職員は勤続年数も長い、非常勤職員は入れ替わりが多い(特に看取りができない、夜間に看護師がいないことに不安を感じる等で辞める。看取りをしたい職員が残っている) |

| | |
|--|--|
| <p>い路</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員 30 数名の person 費が高く(超勤手当等をしっかり支給、person 費率 65%)、理事長には儲からないことを理解して貰い任せて貰っており、儲からない分は医療法人全体でカバー ● 重度者が多いと食事介助の時間が延びる(ミキサー、とろみの手間も含め)。超勤手当を支給するため職員が自主的にサービス残業をしてくれるが、person 費の持ち出しは大きい ● 重度者が多くなっているため、職員が重度者しか経験がなく重度のプロになってしまっていること、また重度化の進行過程を知らないこと、食事や排泄の介助ばかりで流れ作業になってしまうことから、軽中度者もバランスよく居た方がよい ● 看取り加算は1ヶ月のみだが、終末期は1ヶ月を超えることが多い ● 10 年間料金を据え置いており値上げが必要となっているが、当初からの入居者の中には長生きしてしまったために家族が退職してしまい、料金が支払えなくなり、低廉な所への住み替えが必要となっているケースもあり、困難(5 年前に値上げしておくべきだった) ● 特養・老健は死亡退居後すぐに新規入居、ホームでは住居という性格上看取り後すぐにといい訳には行かず清掃等で1ヶ月程度は空く(経営上ロス) ● 地元自治体独自の重度化加算(1 ユニット当たり 40~60 万)を受け、持ち出し等の負担に充てているが十分ではない ● 年齢差や狭い空間での人間関係のズレはある ● 田舎のため隣近所が少なく、町内会も強くない(ホームの方が古株)ため、防災訓練に誘っても参加が少ない。新住民等の増加には、隣接の保育園の保護者への啓発(ホームとの交流活動)等により理解を得るようにしている ● 家族会は運営推進会議に含まれる状態(本来は自主開催・活動すべきだがないため) |
| <p>今後の発展・展開意向</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● ふれあい祭への参加のような受身のものではなく、例えば防犯パトロールや清掃活動や、公民館活動への参加等、ホーム外、地域で活躍できる場を作る(法人内での祭では売り子の役割を担っているが、外に踏み出せていないため) ● 地域へ認知症に対する理解・啓発活動に出かける(消防団にホームに来て貰って初めて火災時等の避難が大変、支援・協力が必要なことを理解して貰ったことから) |
| <p>今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 法令上の実践者研修は、受講者・講師・内容のレベルがまちまち ● 職員の数・質の不足をサービス提供事業者に一方向的に負わせるのではなく、保険サービスのメニューであることから保険者(自治体)も責任を持つべき |
| <p>特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 老健(安全を確保した施設)と同じことをしているのに、グループホーム(家なので安全にも生活にも配慮)の方が安全にも生活にも配慮するため職員の技術や知識も必要であり負担が大きいにもかかわらず、介護報酬上の評価が異なる ● 成功報酬的な結果での評価(例えば要介護度の改善、確定診断日からの平均入居期間(長生きの程度)、褥創の有無、在宅復帰、ホーム内の臭いの有無等が考えられる)が必要 |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 内部研修への評価も必要 ● 家族に選択の余地があること、軽中度と重度に分化した際に状態変化に合わせて軽中度から重度へ移れること、という条件が整うのであれば、グループホームの類型化・機能分化があってもよい |
|--|--|

2.2. 類型 B（地域に密着した多様なサービスを行っている事業所）

(1) 事業所 B1

| | | | |
|--|-------|---|--|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 法人 | <ul style="list-style-type: none"> ● 小規模病院でベッド数が少ないところを在宅により補う（いわば院外にベッド）ため、訪問看護を展開（今後、在宅医療も始める予定）。 ● その後、地元の地主が資産運用の一環としてグループホームを建設、運営を依頼される（大家が土地建物を所有し運営のみ受託。収入から家賃を支払い。畑は無料） ● 大家は 1 軒建てた後、すぐにもう 1 軒建設。職員体制が整わず、1 年後に救世主として現在の管理者を招聘 |
| | | 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 介護保険制度前から介護施設に勤務（介護支援専門員・介護福祉士）。大型特養に 10 年、最初の 5 年はスタッフとして（血の通った良い雰囲気）、残り 5 年は新設の管理者 ● 新設の特養では、理事長・施設長の理解なく、大型過ぎるため入居者も職員も多く、血の通わない流れ作業となり、職員も育てられない（命の尊さを伝えられない） ● 管理者が理想を追う時には、まず職員にやって見せ、手作りで教え、丁寧に育成（特養は多いので紙で伝えるのみ） ● 管理者個人としては地域活動は苦手だが、入居者にとっては大変刺激があるため積極的に取組 |
| | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 人の命の尊さ、諦めない忍耐強さを職員一人ひとりに認識してもらう（人の命を預かっているので心が強くないと続かないが、初めから強くはないので管理者が職員をケア） ● 入居者の生きて来た社会情勢を知り、入居者の知識・文化を伝え教えて貰う。入居者は「職員に何かを教えるために長生きする」（役割を持つ） ● 入居により家族を後悔させない | |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | | <ul style="list-style-type: none"> ● 法人外の医療（内科・精神科）との連携（医師に介護側ができる範囲を示して理解を得る、理解ある内科医を探して差し替える、往診してくれる精神科医を探す）により薬剤（安定剤・入眠剤・下剤）の最少化（少しずつ減らし最後はなくす）。併せて不要な往診も減らす ● 年齢層の幅があり、半身麻痺・視覚障害の入居者もいる中で、全員が参加できるレクリエーション（訪問医療マッサージの指導による体操等のリハビリ的なもの他、草むしりや畑仕事、散歩、頂き物や作った物を用いたゲームや歌）を工夫し（毎日午前 30 分は遅番が企画、午後 14 時からの 1 時間は日勤が企画）、コミュニケーションの中で入居者同士の思いやり・支え合いを促す ● 畑仕事は繰り返し行うので思い出す（行ったら忘れる外出よりも効果的）管理者が 3 年間一人で我流でやっている、入居者が昔を思い出して指導・協力してくれるようになり、レクに。草取りは地主の協力で住民の |

| | |
|---|--|
| | <p>協力が広がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ホームを新たな家として地縁を作っていくべきであることから、地域との連携(行事への参加、高校・ケアプラザ等地域との交流、社交ダンスのボランティアや学生ボランティアの来訪、年2回の消防・救急訓練)に積極的に取組、ホームを開放(自由に来訪) ● 調理(皮むき、もやしのひげ取り等。9人もいると仕事の取り合いになる)、雑巾縫い等、自分でできることは極力入居者で行う(職員が手を出さない)。身体機能の低下により要介護度が上がり、段々できなくなることが出てきても、極力活動に参加させる |
| <p>特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 薬剤が減ることにより、体内の機能が最大限に活かされ、かつ昼夜の介護援助の工夫(昼間に昼寝させず活動させることで薬を不要に。介護力がないと薬が必要になる)により「その人らしく」生活できるように(病院ではQOL下がっていたが)。また飲ませる職員側の負担やリスク(間違える等)が減った ● レクにより入居者に活気が出ると共に、協調性を取り戻し、ストレス解消。またADLの情報収集及び維持・向上(毎日畑・体操・読み聞かせ等で刺激を与えていたら長谷川式スケールで認知症扱いから外れるまでに認知機能が改善・向上した例も。そうすると退居せざるを得なくなるが身体機能的に一人では暮らせない) ● 家族にとっては、薬代の経済的負担軽減の他、入居前より落ち着き笑顔が多く見られるようになり安心。通院への協力等ホームとの良好な関係を構築 ● 畑仕事を通じて地域にホームの援助内容が伝えられ、地域の方がホームに立ち寄り、支援・協力が得られるような関係性を構築。これにより他者に興味を持たなかった入居者が地域の方と会話するように(1~2年かかるが慣れてくると入居者から地域の方に声を掛けるように) ● 運営推進委員会により、地域とより密着できるように ● 職員にとっても畑仕事は命の芽生え・生命力・たくましさや愛おしさを感じられる効果も |
| <p>特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員が自主性をもち自主的に行動できるよう育成。レクは毎日午前30分(遅番が企画・実施)と、午後は14時から1時間(日勤が企画・実施)。当番職員は入居者の情報を多角的に考え企画・実施(管理者は助言・ヒント等)、天気や温度等も考慮し場所(ホーム内なのか外なのか)を判断。他の職員はレク時の入居者サポートに1人、レク以外の業務に1人 ● 20代の若い職員(入居者からの文化の継承)から70代の人生経験豊富な職員(入居者の時代に共感でき入居者と上手にコミュニケーションできる、仕事の段取りができ若い職員の参考になる)まで、多様な年代の配置 ● 各ユニットにこだわらずホーム一体でレクリエーションを実施(畑仕事では職員4人で入居者12~13人をみる) ● 入居者から教えられたことを無駄にしないよう、全職員が傾聴姿勢 ● 100坪程の畑の維持(草花や作物の栽培) ● 職員配置は1ユニット3.5人(他に調理員1)。介護報酬が下がると減らさざるを得なくなるが、これが最適(4人だと多く手を抜く職員が出てく |

| | |
|---|--|
| | <p>る、少ないと入居者の変化を見つけられなくなる)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 職員が緊張感を持てるよう、市民後見人や実習生等、常に外部からの目が入るようにしている ● ホームの地域への開放は、職員のスキルが高くないと入居者が出て行ってしまふ。入居者を把握、また入居者の行動を予測できるように 2～3 年教育。また、入居者側も初めは出て行くがホームの方が楽しいと戻って来るだけでなく出て行かなくなる ● 地域との関係性の構築には長期間(3～4 年)の努力が必要。地域と言い合える間柄は一昨年あたりから(当初は挨拶しても無視。大根 300 本収穫、食べきれないので周りに配っていたが一昨年からお礼を言われるように、またお返しを持って来て貰えるように)。また高校との交流は高校の副校長が福祉に理解があったために実現。この関係の維持のためには管理者等地域との関わりの強い職員の異動を避け落ち着く必要がある ● 職員にはお金ではない評価(消防署長からの感謝状のようなやる気が湧く、あるいは楽しみを感じる等)が必要であり、職員にとって「結果の出る施設」「給与は安いがたくさん教えて貰える施設」であることが重要(特養はお金のために働く人が多い) ● 経費に関し法人からは管理者の裁量に任されている(グループホームが病院の赤字を埋めている) |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 入居者とのコミュニケーションを大切にする中で職員の学習(主に言葉、歌、歴史、習慣、文化、知識等)意欲を高めていけるかが課題 ● 地域との交流が活発になり、多くの人が来訪すると、交流のためのスペースがもう少し広く必要 ● 職員が育つと巣立っていく(経験年数が長くなると指導者になるが、向かない人に別の道を用意、男性だと給与的に家族が養えない等) ● 職安から来る人はすぐに辞める傾向 |
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● これまでの取組(行事、防災、レクリエーション等)を少しでも進化できるよう、関係者(入居者・家族・地域・ボランティア・職員)が話し合う時間をこれまで以上に確保し、話し合ったことを 1 つでも実現していく(例えば葡萄棚の下にテーブルを出してお茶飲み地域の人を誘う、等) ● 要介護度を下げたい(リハビリテーションの活用やおむつ無し等) ● 学校と施設(ホーム)が核となる地域づくりの推進 ● 「空いている所」ではなく入居者に選ばれるホームに。地域との関係性からも地元からの入居を増やしたい |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● 県の最低賃金に対し介護報酬が上がらず人件費がかさむ ● 最低人数でのケアを行えばレクリエーションに重点を置くことができなくなる矛盾にどう対応していくかが課題 ● 職員の頑張った分はしっかり評価していきたいが、要介護度が下がれば介護報酬も下がるため頑張っただけの達成感が得られない |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 地域との連携は大切だが、がむしゃらに地域へ入っていくことで地域から拒否されることもあるため、地域環境の把握(挨拶は継続的に励行、周辺の家族関係も覚える等)が必須となる ● 今でこそ玄関や掃き出し等を開放し地域の方が突如来訪する関係性ができているが、もし一人で外へ出て徘徊する入居者がいる状況では開 |

| | |
|--|---|
| | 放が地域へのマイナスイメージにつながると考えられるため、入居者の把握等職員への指導が必要になる |
|--|---|

(2) 事業所 B2

| | | | |
|--|-------|-----|--|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 法人 | <ul style="list-style-type: none"> ● 母体施設(病院)は S57 開設。当時は心臓外科だったが現在は内科、外科、整形外科、胃腸科、循環器科、皮膚泌尿器科(ご子息も医師に) ● 当時入院付添に 30 万円かかったことから H4 に老健設置、その後退所後の受入先(在宅復帰)のため H9 にケアハウス(特養は嫌だった)、そのうち認知症による問題が多くなってきたため認知症専門の施設としてグループホームを設置(当初は県の委託で整備) ● 以上の他に特養(別に社福法人で設置)・小規模多機能ホーム等も含め、地域のニーズに応じて順に施設・サービスを開設 |
| | | 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 病院の院長夫人、法人の常務理事・ホーム長(訪問介護員 1 級) ● 夫婦共に知らない土地に病院を開設、閉鎖的な地域性の中、開放的な性格を活かし地域に溶け込むべく PTA や自治会活動で活躍、市長との関係も含め地域にネットワークができ、認めて貰えるように |
| | | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 法人理念「ご高齢になってもその人らしく心豊かに、健やかに穏やかな生活を送って頂けるよう支援させて頂きます」を基に、入居者が希望する暮らし方を聴取し運営理念を設定 ● 1 階ユニット「自由な生活の中で体調に合わせて仲間と気兼ねなく暮らす」、2 階ユニット「気ままにゆっくり、支え合う仲間と共に安心な生活が送れる」 |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | | <ul style="list-style-type: none"> ● ホームでのケアは自己満足の恐れがあることから、就労支援等、入居者が社会的に役立つ取組に注力 ● 入居者による、ホームの畑での野菜作り、採れた野菜や手作りの小物等を置いた屋台を出して販売することを通じ、地域の方(病院への来院者や近隣の団地住民等)と交流(屋台が井戸端会議の場に) ● 就労支援(障子貼り、ふすま貼り、うどん屋(毎週木曜昼間のみ)の製造・販売)により、得た収益で外出時に好きな物を買物(自分で支払) ● 店舗を開く=地域に理解して貰え、地域から評価の程度がわかる。また模擬店(法人の夏祭では店番を担当)では成果(満足度)がわからないので常設の本物の店が必要 ● 子供、地域安全パトロール隊にも属し、地域の中で一役を担う(手を挙げて地域活性化事業を受託) ● 運営推進会議は(地域が依存的でホーム任せのため)研修・見学・意見交換会等を兼ね(お寺巡り等のイベントツアーも)、地域に認知症やホームを理解してもらおうようにしている(市長にも参加して貰ったことあり) ● 目的を持った外出(毎日 1 回必ず気分転換や季節の移り変わりを感じられるよう観音様参りや散歩等。週 1 回以上はスーパーや苗の買物、月 1 回はドライブをかねての夕食ツアー)。 ● 夜レク(ゲーム大会、読み聞かせ等)により気分良く就寝 ● 極力オムツを使用しない(日中は布パンツ、夜間のみオムツ)。職員はオムツを体験し不快感を知る |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 隣が母体病院のため緊急時・夜間に看護師に来て貰える等心強く、看取りも可能に ● 法人全体でガードマンを2名雇用し毎晩巡回。女性職員の安全確保の他、周辺の空き巣の発見等にも貢献 |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | <ul style="list-style-type: none"> ● 散歩や外出支援とは異なり、入居者自身が社会的に認められる仕事ができるということで、毎日の生活に活気(張り合い)が出る ● 仕事ができる満足感、社会人としての達成感が得られる他、脳に刺激が与えられ活性化 ● 日常の活動量が増え、毎日ボーっとせず夜寝られる(夜間加算のために昼間が手薄になり放置するのはおかしい。普通は昼間活動し夜は寝る時間) ● 入居者間の支え合い、職員の代わりに介助する場合も ● 地域の人たちと普通に付き合える(散歩や買物を通じた紹介・挨拶・声掛け等からコミュニケーション深まっていく) |
| 特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応 | <ul style="list-style-type: none"> ● 多数の併設施設・サービスがあるが、ケアパスによる機能分化・連携を目指したのではなく、入居者によって合う(笑顔を見せる)施設・合わない施設がある(例えば特養を好む方は病院は嫌いだが薬は好き等)ために多様なメニューとして用意 ● 職員配置は、イベント時は総出だが通常はスキルある職員ならば朝昼食時は3名、他は2名で対応可能(1人外出に付き添っても1人が留守番)。夜の不穏対応に無駄に配置することはホームの出来の悪さを表すものであり本来不要(職員が多いと暇になり雑談するだけ、夜中も雑談。逆に少ない方が責任を以って必死に取り組む) ● 職員が自主性をもち自主的に行動できるよう育成(言われたことをするのではなく自分でやりたいことを考える) ● 勤務表作成前に休日希望をとり休日を確保 ● グループホームでは専門職になり過ぎると決めつけが多くなるので危険。多様な背景を持ち家庭生活のできる人が重要(生活の場に資格優先は不適。実務経験3年後に資格取得ならばよい)なことから、職員の年齢に幅を持たせ(20~69歳)、多様な人材(前職がシェフ、教師、銀行員等)を職員やボランティアとして確保。生活支援が得意な職員とそうでない職員をペアにして配置 ● 多数の併設施設・サービスがあるが、法人内の職員異動はない(大型施設にはそれに合った職員、グループホームは生活の場なので異なる) ● 若い男性職員(4~5人。入浴等体力の必要なケア少なくないので男性は必要)で「男組」を結成し、意見交換や、介護技術の向上を図っている(思いの達成には技術が必要なため) ● 人材育成を重視。県外の研修への派遣も積極的(全国レベルの厳しさを体験し、職員の視野を広げる)。 ● 地元を熟知した人間(地元の有力者の子息等)の採用(地域への溶け込み、関係性の構築の一助) |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 介護報酬が下がったが給料を下げず、3.5か月ボーナスを支給するが20万ないため男性職員には厳しい。職員にはお金ではない評価が必要であり、職員にとって「社会的にありがとう」という価値があることを伝えることが重要 |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 求人しても応募がない(この地域にグループホーム等介護施設が増え過ぎていることが一因) ● 諸活動の準備は大変(だが、楽しい) ● 処遇改善交付金は前受金のために税も増え、意味がない ● 地元自治体の事業者評価・監査能力が担当職員によって大きく異なり自分たちの取組に対する評価が貰えない、低質なホームの監査・指導も困難 |
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● 入居者の生活意欲がより高まるよう、本人のできる事・したい事を本人と一緒に考え、ホーム内での役割から社会的に認められる仕事へと変化し、認知症になっても自信と誇りを持った生活ができるような取組(他事業所の花壇の手入れ、バス停の清掃活動、保育園児との交流、玄関前の掃除、じいちゃん・ばあちゃんの知恵袋教室、グレかけた子供や引き籠りの若者と入居者との交流による更生等)を一層進める ● 地域の中でのホームの役割・機能はもっと増やせる。そのためにもっと入居者を動かす ● 入居者のみで買物に出かけることに挑戦してみたい |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● オーナー次第(お金はそれ程はかからないが、手間はかかることについて良しとするか) ● 地域密着型サービスに位置付けられたために利用者の選択権が狭められ、本人・家族が希望するホームに入れにくい。また、ホーム間の競争が働かず淘汰されない |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員の質の向上、意識の向上のためには下からの突き上げが必要 ● 意欲ある事業者を公募し、懸賞 ● 家事以外やることなく手持ち無沙汰(職員は忙しく、入居者は暇)になることは問題、もっと入居者を活用 ● 介護保険は最低限でよい |

(3) 事業所 B3

| | | | |
|-----------------|-------|-----|---|
| | 背景・経緯 | 経営者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 看護師として療養病床の専任ケアマネに従事。医療ニーズの高い人しか対応しないことや、母が認知症になり行き場なく 2 年在宅で介護した経験から、家族は反対したが起業(地元自治体の経営者セミナー等を受講し有限会社設立)し、H14 年にグループホームを開設 ● 元々は 1 ユニット 9 名の積みりだったが借金返済のため 2 ユニット化、しかし建蔽率の関係で 2 ユニット目は 6 名に縮小 |
| 運営理念や大切にしている考え方 | 理念等 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 入居者に自信を持って貰い、自分を出して(してもらえばかりではなく)自分の存在(役割・らしさ)をアピールできる普通の生活 ● 家族支援(自身の経験から) ● いろいろな人の来訪がある賑やかな所(職員も見られることにより成長) ● 常に勉強(技術進歩への対応) ● 職員は倫理観(看護教育には倫理教育あるが介護は薄い。なあなあで進めると崩れる)を大切にし、プロ意識を持つ(人を人と思わなくなる垂直ケア(してあげる)ではなく、入居者はおお客様であり、お客様あつてのサービス・仕事であることを念頭に) ● ホームは「家」なので最期まで居るべきだが、本人・家族にとって死はホ |

| | | |
|--|--|--|
| | | ームでよいのか、本来は自宅がベストだが無理なためにホームがあるとすると、ホームでできないことも家族に承諾頂いた上で引き受け |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 毎日スーパーに意識的に買物(1日1~2人ずつの交代制) ● 個別の趣味・好みに合わせた外出・外食(居酒屋、コンサート(パーマかけお洒落して)、喫茶等。夜間も対応) ● 年2回全員(入居者同士で誘い合う)で外出(家族・地域も巻き込んだ近くの温泉での忘年会、バスレク) ● 町内会活動の手伝いを求められるようになり、2つの部の部長を担当(ホーム代表として職員を派遣) ● 地域・家族向けの公民館講座(職員企画、年3回) ● 在宅復帰3件(入院・手術もあったが入院中もサポートし4年半後に復帰、等)、看取り1件 ● 月1回の便り、個人用連絡ノート、来訪時の状況報告により家族への伝達と、家族の抱える悩みの共感 ● 毎年6/20に神主を招き祈願祭。入居者・職員・地域の人が参加し、安全祈願と看取り者の回想 |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 外出により、入居者や職員が周り(地域)の人に理解され、覚えてもらう ● 町内会活動により職員にホーム代表としての責任の自覚、地域から職員が覚えられ、親密な関係性の構築 ● 家族との良好な関係、ホーム運営への協力 ● 待機は基本的にとらないが2名(今困っている人はとらず、ゆっくり待てる人はとる) |
| 特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員(15人)は正規職員中心(夜勤もあること、入居者・職員にとって良いので) ● 昼間は9人ユニットに5人(共用デイサービスの1名分の追加含む)、6人ユニットに3人配置(個別の外出支援や地域活動への参加等、入居者への積極的な関与ができるよう、多めの職員配置)。ローン返せる範囲で経営できればよいので、1人減らしてその分残りの職員に分配しても千円程度しか増えないなら1人多めの方がよい ● 家族にも地域にも職員によって対応が異なると不都合が生じることから、苦情対応窓口とは別にプライマリ担当(日常的な相談)を設け、職員が前面に立ち管理者が後方で責任を取る体制としている ● 職員が多いと、走らなくて良いだけでなく、チームワークも円滑になり職員間で助け合える(ギスギスしない)、終業後カンファレンスも遅くから始めなくてもよいことで、気持ちの余裕ができ、入居者にも反映 ● 夜間の外出には勤務時間をずらして対応、公民館講座等のための残業には手当を支給、町内会活動にも手当を支給 ● 医療連携体制加算は取っておらず、管理者の前職の病院のサポートを受け、往診ではなく通院で対応。加算を取ると入居者の負担増になるだけでなく通院という外出機会もなくなる(通院により風呂に入らない人が入浴する等の効果がある)ため。通院介助(送迎等)に職員2名で対応 ● 育成・勉強を重視。何か事案が発生したら勉強会担当職員(講師役)が終業後カンファレンスにて取り上げ、具体的に検討(講師役も自ら学び成長。外部研修に積極的に派遣(頑張っている職員には遠地にも)。 ● 公民館講座の企画と同様、個別の外出等にも綿密な事前計画の策定 |

| | |
|---|---|
| | <p>により実施(職員の能力向上)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自主性をもち自主的に行動できるよう育成。「ホームで看取れるよう力をつけたい」「痰の吸引できるように」と目標を持ち、自ら行動し学ぶ ● 地域との関係づくりには長期間の努力(理解得るまで3年、馴染むまで5年)。建設前に説明・餅まき、完成後に説明しても謂れのない苦情(ゴミ・駐車等)、町内会加入&公園清掃により公園に遊びに来た子どもがトイレを借りに来訪、子どもによる祭神輿の手伝いを求められるように、と徐々に関係構築 |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 外出時の交通費、職員の食費や研修費等は全てホームからの持ち出しのため、見えないコストが発生している ● 開設時からのベテラン職員が寿退職し、入れ替わったために質が落ちている ● 人件費の負担は大きい。正規職員中心だったが、上記退職による減を人件費の問題(保険料だけで150万円)からパートで補い、パートが増えている(昨年11月に1人→4人に) ● 看取りの1件は重度だが最期まで寝たきりにならず、オムツもなく、外出や買物も継続していたケースであり、本格的な看取りを行うには職員の能力向上が必要。看取りをやっていく必要があるかは要検討 ● 厳しい評価でないと良くなならないが、評価機関にとってホームは客のため無難な回答しかしない(2年に1回のところ毎年受診しているにもかかわらず)。QOL向上というが誰が評価してくれるのか ● 痰の吸引の研修の条件が厳しい(要緩和) |
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● 2月に認知症デイサービスを近隣で開設、ホーム併設のデイとの職員の異動(人事交流)を予定 ● 地域からの相談・問合せは多数あり、何で地域の役に立てるか模索中 ● 有償ボランティア派遣、フレンドシップクラブ事務局の実施 ● ヘルパー養成校を借り、対象者を絞った(例:管理者向け等)フォローアップ研修を年間通して開催 ● 入居者の作品(例:ピクルス等食品衛生上影響の少ないもの)を展示・販売し還元(自ら稼ぐことへの喜び) ● ホームの特別視は相変わらずのため、ごみステーションを独立して設置 |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● 病院が経営するホームに病院から訪問診療に入るような報酬の二重取りは入居者にとって高い負担となる ● 地域や家族との喫茶店での茶話会は参加できる人で実施(地域への営業担当が地域の人に詳しくなる) |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員が良いケアを行うためには、現場を理解した経営者が重要 ● 地域との関係は自然体でよい。町内会長等巻き込む人を狙う、ボランティア意識のある近所の人を発掘、得意な人に相談・助力願う等、自然体での工夫はいろいろある ● 祭への寄付ではのしにホーム名を大書しアピールする等コツコツ細かい積み重ねが重要であり、逃げずに向かうことと何かあった場合の早期対応・収拾が重要 ● 指導者研修は事業所のみ還元、質のバラつきが発生 ● オレンジプランを知らない人もおり、リーダー研修は増えたが質は低下しているのではないか |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 与えられることが多いが、重度化しても自分の力を最後まで活用して貰える支援ができるのがグループホーム。家なので在宅と同じ制度・サービスが利用できるという ● 医療対応は介護側の仕事ではなく、本業を重視し守備範囲を明確化するのが本来の連携 ● 地域内に 17 のホームが単独・孤立して頑張っていることから、相談、相互に空きを融通、敬老の日の共通出し物(7 回目)、徘徊模擬訓練の共同実施等で連携している |
|--|---|

2.3. 類型 C (同一法人が医療機関や特養等を運営し、入居者が重度化した場合に、GH ではなく医療機関等で対応している事業所)

| | | | |
|--|-------|--|---|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 法人 | <ul style="list-style-type: none"> ● 理事長(母体診療所の院長)は脳神経外科の専門医を 14~15 年つとめる中で、認知症との関わりも多く、当時グループホームが少ない中、医療・介護連携を意識 ● 術後ケアの必要性から脳外科とリハの病棟を療養病床に転換、その後老健とデイケア(定員 40)に転換し無床診に ● 隣接敷地に新館としてデイサービス(定員 25)とグループホームを地域のニーズに順に対応し開設。両施設はイベント時は一体運営している他、老健とも休日に場所を借りてイベントを実施 ● 総合病院ができるまでは地域唯一の医療機関であったことから、診療所が先行することで介護施設増設等の地域との摩擦は少なかった。元々診療所の患者やデイ利用者で前からの関係があり、定期的に状態をチェックする中で在宅が困難な段階でグループホームへの入居を打診(デイからグループホームには 3~4 例) |
| | | 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 管理者(介護福祉士、法人の介護課長)は、法人内のデイケア(5~6 年勤務)からの異動 ● これまで他の法人でグループホーム、デイサービス、有料老人ホームに勤務 ● 院長に薬剤の減少を提言できる関係 |
| | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 病院としての理念とは別に、グループホームとして、地域密着型サービスの意義をふまえた事業所の理念「身体合併症を持った認知症患者の治療もできる医療サポートと有機的に連携すると共に地域密着型を目指す介護施設」を設定 ● この基本理念の他、職員の意見も取り入れ作成した年間目標を設定 | |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | | <ul style="list-style-type: none"> ● 老健やグループホームでは看取りあり(延命措置あまり行わない)。グループホームでの看取りは 1 例(ガン末期で肺炎を併発していたが、家族の意向により)。見通しがつかない場合(1 例)や、褥瘡ができた場合(1 例)は老健へ移動し亡くなったケースもある他、オペ要の 1 人のみ外部の医療機関へ入院。複雑骨折以外であれば対応可能 ● 元々軽中度者を主な対象者としているが、悪化しても経口摂取が可能ならばグループホームで、経管栄養・胃瘻・バルーンカテーテル等医療ニーズが発生すると看護師の管理下で老健にて対応 ● 重度者でも(要介護 5 が 3 名、4 が 2 名)、極力離床させるようにしている ● 医学的知見に基づく設備・ケア。病院との連携では飲み込みの悪い入 |

| | |
|--|---|
| | <p>居者には ST が、歩行が悪い入居者には PT が見に来る等専門職を活用(外来・老健・デイでも同様)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 毎朝、院長に入居者の体調を報告し不調なら即検査(MRI 等)。院長判断で点滴が必要な場合は老健へ。月 2 回院長の回診 ● 老健やグループホームの空き状況、入居者の医療ニーズの状態等を総合的に勘案し、院長が柔軟に行先を指示 ● デイケアやリハに認知症の人を置くと浮く。同じ症状の人を集めた方がよい |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族にとって「状態が悪くなると追い出される」という心配がなくなり、看取りまで行き場が見つかる ● 診療所の患者やデイ利用者が継続的に理事長に診て貰うことによる安心感がある一方で、自院の患者以外からの入居紹介を受けていないために空きが発生 |
| 特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応 | <ul style="list-style-type: none"> ● 常勤職員が比較的多い(11 人中 5 人)。介護福祉士が最低条件だが、資格があると資格手当が支給される ● 職員配置は、夜間 1+1(老健と兼務)人、昼間 2~3 人(3 人が理想) ● 職員を法人内の各施設を異動させることで、多様な経験を積む(1 部署 3 年サイクル) ● ハード面では前の管理者や職員の意向を最大限反映して建設。フロアに居て両ユニットが見渡せる、1 ユニットにトイレが 5 箇所居室の間にあり(満室だと不穩。オムツは夜間、一部の入居者のみ)、炭酸泉(血流を増やすことで脳血管にも好影響(認知症改善までの顕著な効果はまだ見られない)、むくみや歩行障害を解消)の発生する風呂、等 |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 最近、近隣にグループホームができたことや、特養(ユニット型)が増加したことで、金銭的な観点から特養に入る人が増え、空きが出ている ● 最期までみるため、他よりも回転率が悪い ● OJT の余裕がなく即戦力を求めるため、募集しても応募が少ないだけでなく定着率も低下。未経験者は通所サービスに配置 ● 介護職員不足は老健で深刻、デイから回す等により対処(グループホームはベテランが多く、定着しており問題ない) ● 職員 1 人あたり年間数万の研修費の法人負担があるが、そもそもの志の問題で反応が鈍い ● ボランティアが充実(演奏・歌・手編み等)、月 1 回の大きな行事、午前午後各 1 回の体操等、ホーム内の活動は多様だが、外出・買物・調理等の支援は少ない。声掛けもできていないが、ニーズがあっても対応困難 ● 理事長からは人件費等のコスト意識の徹底が求められている |
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● 軽中度中心の制度開始当初の生活支援の活動を主としたい(車椅子も対象外) ● 家事への介入のため、非常勤の経験者の採用を増やしたい |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● 単独型の施設ではなく、医療対応に困っていないため、理想形を言ってしまうかと思われるが、今はグループホームではない(国が示している方針と実態が異なる)。重度化対応(老健や病院での対応が可能)が主になると軽度の人はどこでどうなるのか? ● 本来は機能分化すべきかもしれないが、経営的な事情と最期までみたいという職員の思いが現在の状況を生んでいる(心情的には移したくな |

| | |
|---|---|
| | <p>い気持ちはある)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 老衰ならグループホーム、チューブだらけなら病院等のような明確な差別化がないとグループホームのケアができなくなる |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 医療対応は家族との良好な関係に加え、親身になってくれる医師との緊密な関係の構築、かつ同等の立場で入居者に対応できるかが重要になる。 |

2.4. 類型 D (全国展開している大手事業所)

この類型のみ、他と異なり、多数のグループホームを抱える大規模法人の運営実態（法人と事業所との力関係・役割分担等）についてヒアリングを行った。そのため、特徴的な取組そのものより、運営における本部と現場との分権の程度等にフォーカスを当てた調査となった。

| | | | |
|-----------------|-------|-----|--|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 法人 | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業承継で H19 に当グループホームを含む 5 棟を一括譲渡 ● 各ホームの管理者をサポート(助言・情報共有等)するスーパーバイザー(SV と略:管理者から昇格、介護福祉士)が複数のホームをフォロー、その上にエリアマネージャー(AM と略:SV から昇格、介護福祉士・介護支援専門員)がエリアを統括、その上にブロックあり ● エリアによって全くカラーが異なり、AM の考え方によっても大きく左右。このエリアは AM 以下現場上がりの自称「介護バカ」の集まり(良いケアができれば売上は後からついて来る)とのことだが、他エリアの中には営利追求色の強い所(売上優先の AM)もあり、同じ法人でもエリア間のレベル差が課題 ● 昔はボトムアップの改善は困難だったが、現在は下から上に要望・改善点を上げやすく、仕組み作りにより AM の意見が反映されるように ● 管理者は数値管理能力・地域関係・人間性(心)が求められ、資格はあまり関係ない(ホームヘルパー2 級でも管理者) ● 運営に関し法人としての基準・縛りは少なく、マニュアル化・標準化等もされていないため、ブロック・エリアによって全く異なる。各ホームが事業主として独立採算で数値目標を達成する限り、現場での管理者の裁量が大きいため、管理者の異動により運営方針が大きく変わる(ゴールは共通でもアプローチや方法は管理者により千差万別) |
| | | 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 管理者(介護福祉士)は、他の法人でグループホームに勤務していたが、3 年前に前管理者(現エリア SV)のスカウトで後任として移籍 ● 管理者の考えとしては、日常から地域との助け合いができる関係づくりを目指し、ホーム内だけではなく地域を巻き込んだ、古き良き近所付き合いを 5 年計画で推進中(管理者が変わると疎遠になったりする) |
| | | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 会社の運営理念(大目標)の下に、各ホームが独自に運営方針(小目標)を設定。「入居者一人ひとりを良く知り、個々を大切にしたいケアを実践します」「入居者と職員の笑顔溢れる心地よい明るいホームを創ります」 ● この基本理念の他、職員の意見も取り入れ作成した年間目標を設定 |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 施設らしくない取組(自宅の生活の継続)、普通に元気に過ごす、という介護側の思いの実現 |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | <ul style="list-style-type: none"> ● ホーム内だけではなく地域を巻き込んだ祭、一泊旅行(家族等周りの協力・負担が発生) ● 近隣の小学校の下校の見送り(月～金で、小学校から頂いた下校スケジュールの時間に合わせ、ホームの前で下校を見守り、小学生と会話) ● 小学校の催し物、地域会議等も職員と一緒に参加し、交流を深化 ● 自治会の盆踊り・歌の会や小学校の敬老会等の行事に多くの入居者が参加 ● 植木や沖縄舞踊・人形劇等地域のボランティアがホームと日常的に関わり ● ケアプランは独自様式(社内共通)＋一部センター方式も活用 |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族からは特段のクレーム等はない。生活や旅行の中に家族が入っており、可視化されることによりクレームがなくなっている |
| 特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応 | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員配置は昼間3名(3:1)。生活支援・重度化防止をしっかり行う上でこの体制を維持 ● エリアにもよるが、介護職は常勤職員のみでの体制とすることで複雑なシフトを組む必要がなく、1日8時間の3交代(早番・日勤・遅番) ● ベテラン職員が多い(大卒3、高卒1) ● 多数のホーム・職員・管理者を抱える利点として、多くの取組・ノウハウの共有、都合による復退職・異動が比較的容易なことが挙げられる ● 特に家族の都合等による引越で退職を余儀なくされることが少なく、全国チェーンの強みを生かし引越先のホームへの異動も可能。また単独型のホームの狭い人間関係により勤務が困難になった場合や、運営上レベル差が生じ解消が必要な場合等、柔軟に人材の配置替えを行うことが大きな利点となっている。近隣ホームのヘルプに入ることやSVがヘルプに入ることもある ● 医療ニーズへの対応として、連携先医療機関の確保は、原則管理者の役割だが、見つからない場合等はSV等が法人として懇意にする医療機関のネットワークを活用 ● 常勤職員が比較的多い(11人中5人)。介護福祉士が最低条件だが、資格があると資格手当が支給される ● 管理者は表情に気を付けて職員が悩みを打ち明けられるように気をつけている ● 他と同様一般的な苦情処理の窓口は設けられ、苦情のフローはあるが、家族対策・地域対策マニュアルのようなものはない ● まずは地域を回る(訪問) |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 介護職員不足。新卒採用に尽力するが困難。高卒今年19名、来年40名の確保を目標(3次面接はAM) ● 中途採用はホームで人選(管理者と思いが合う人でないとうまくいかないため) ● 9人1ユニットでは採算が厳しい ● 介護報酬は2%アップとのことだが、法人では0.8%ダウン。グループホームは精神的に最も大変なので、特養のような補助があると助かる。 |

| | |
|---|---|
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● 看取り対応はブロック長も揺れている。家族の要望次第だが、対応能力・体制を持つホームは実施 |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● 医療連携体制加算では、ホーム内のできること(痰の吸引や点滴等)を増やすべき ● 報酬内で枠があると報酬アップしかない |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● グループホームの類型化(機能分化)は、入居者の状態変化に応じ施設類型を移っていくことになるため、職員としてはやりきれない思い(状態変化で悩んでも悩みを解決する達成感がある)。離職が増えるのではないか ● 介護保険法の基準自体が疑問。重度化してはいけないのか？軽度者が重度者になっていくのを面倒見るのが共同生活 |

2.5. 類型E (1ユニット6人で3ユニット運営している事業所)

| | | | |
|--|--|---|--|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 法人 | <ul style="list-style-type: none"> ● オーナー(理事長)は2軒隣先の耳鼻科、理事長の息子がホームと同じビルの2階で歯科医院を運営 ● マンション経営を行っていたオーナーが自分の母親のため、介護施設の経営に進出。地元自治体で第1号指定(周りになかった) ● オーナーに介護施設の経営に関する知識がないことが管理者の自由にやらせて貰っている一方で、もう少し運営に関与して貰いたい |
| | | 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 管理者(介護福祉士)は、40代から介護の世界に入り、特養でスキル獲得後、少人数のグループホームに興味 ● 前職は全く異なる(劇団員)。かつての同僚が前職を活かしダンスセラピーに取り組むのを見て、自分もこれまでの経験を活かしたい思い |
| | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● ホームは重くなったら移るのが筋だと思っていたが、急に悪化し病院に運ばれて拘束されたまま亡くなるケースを見て、ホームで最期を迎えられる必要性を認識、終末期の勉強(死生観、医療の研修、納棺師によるエンゼルケア等)と職員体制強化 | |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | <ul style="list-style-type: none"> ● 1ユニットを6人定員で運営 ● チームでの体制整備と終末期ケアの勉強を通じ、2人看取った ● 家族の希望が多かったため、任意の外出付添(1,500円/時間)の個別対応を提供。遠くの病院への通院や特に目的地のない半日デート等 ● その他にも買物や公園等日常的な外出は毎日可能(寄り添う+連れ出す。脳トレより生活がリハビリに) ● 家族対応(家族の心のケア)は、いつでも来訪し話ができる・聞ける時間・余裕と体制を確保 ● 情報共有・交換のためのミニケアカンファレンス | | |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | <ul style="list-style-type: none"> ● 1人目の看取り(H23)は、ホームの評判を聞きつけて入居 ● 家族は職員による傾聴により、落ち着いて帰宅 ● ホームの雰囲気・におい等が落ち着く ● 独居で引き籠り気味の入居者が外出等により人間らしく ● 6人定員により職員にも余裕ができた(1ユニット9人と6人では大きな違い、本人や家族のニーズが良くわかる) ● 待機者3人(ケアマネが「グループホーム向き」として送り込む) | | |

| | |
|---|--|
| <p>特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 6人定員は敢えて定員を絞ったと言うよりも、土地の制約により1フロアで6室しか取れなかったことが直接の原因 ● 職員配置は早番・遅番・日勤・夜勤の4交代と早番なしの3交代 ● 各フロアに職員8名(うち2人が正規職員)、様々なタイプ・経歴の職員(夜学生、韓国と数ヶ月単位で往復する人等変則的なシフトでもよい非常勤)を混ぜることで学び・刺激を喚起。職員は経験8年近くが4~5人、5~6年が半数、1年未満が2人 ● 訪問看護ステーション(看護師3人)による24時間対応の連携体制を確保(ビル1階の内科診療所(建設時からテナントとして誘致)は日中のみの対応のため) ● ターミナル専門医とも契約、知り合い・関係者を拡大させている ● 出張マッサージ(3千円/回)、往診医は各入居者が個別契約 ● 評判を聞いて重度の入居希望が増加しているが、職員負荷とのバランスを見て対応(あまり重度者ばかりだと職員負荷が過大になるため) ● ハード面(人間らしい環境整備)では、施設的な広すぎるリビングではなく、家庭的な狭めのリビングが重要。テーブルの配置を変える(定員9人だと3人と6人に分かれて集まっている場合が多いのでそれを活かす等)だけでも雰囲気は大きく変わる。広くても職員の能力で広さ・空疎さを感じさせないホームもある |
| <p>特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員配置が手厚い分だけ人件費が高い(本当は正規職員をあと1人増やしたい) ● 法人内の不動産収入により赤字補填の構造 ● シフトをきつくして給与を上げるやり方は避けたい ● 介護職員不足(去年は6人退職)。中途採用が多くなるとすぐに辞めるので新卒を採用し育てたい。人材派遣業から優秀な人材を紹介してもらいたい(過去に成功例あるため) ● たとえ人手が少なくても、夜は調理せず弁当でも、食事や外出等の個別対応は可能。職員が低スキルだと多くの人員が必要になる ● ミニ特養化が進んでいるならば機能分化することも考えられる。これに対し家族の希望(運営推進会議や家族会では後者の希望)やリロケーションダメージを考慮すると統合化・多機能化が考えられる ● 狭い職場のため人間関係が濃すぎるデメリットがある。6人より少なくなると逆にやりづらい ● 都会のホームは地域(町内会等)との交流が希薄で孤立気味の場合が少ないことから、入居者の他者との交流や逃げ場、職員の気分転換や夜間対応の心強さのためにも複数ユニットあった方がよい |
| <p>今後の発展・展開意向</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● グループホームは、今後、個別に様々な機能障害・精神疾患・症状等への対応の受け皿として期待され、そのためにはそれらに関する多様な知識が益々必要とされることから、スキルアップが不可欠 ● まずは内輪で勉強会(知り合いを講師に総動員。管理者にはこのようなコネが不可欠、かつ外部への情報提供が義務) |
| <p>今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 優秀な職員が残れるような給与にもう少し引き上げが必要 ● 介護報酬が引き上がれば常勤職員(オールマイティ、育てやすい)の増加が可能 ● 朝昼夜で入居者の表情・態度が変わるので、全時間帯であまり職員が |

| | |
|---|--|
| | <p>コロコロ変わらずに対応できることが理想</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 例えば「定員 6 人のホームは加算」は説明わかりやすい ● 4.5:1 を許している制度は変えるべき(同じ報酬はおかしい) |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者や家族に分かりやすいよう「グループホームはこういうケアをやる所」「グループホームはこういう人員でケアをやる所」等の定義づけが期待される。それにより「グループホーム」「準グループホーム」のような類型ができる可能性も考えられる ● 看取りまで行う終の棲家にも位置づけていくべき |

2.6. 類型 F (小規模だが複合的にサービスを展開している事業所)

| | | |
|--|---|--|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | <ul style="list-style-type: none"> ● 代表は元々大病院でMSWとして勤務。職務上(難しいと思いつつも)病院から出さざるを得ないお年寄りを多くみてきて、何とかしなければという思いが募っていた ● お年寄りの行き場をつくるべく、17 年前に宅老所(利用者から 1 日 3 千円)を 3 人で立ち上げ。その後介護保険制度の導入・改定に沿って、デイサービス、小規模多機能(定員 25 で登録 20~21)、グループホームと提供機能を拡充 ● 12 月よりサービス付高齢者住宅を隣接地にオープン(モットーである在宅復帰がなくなることから随分迷い、不本意ながら、独居困難だが比較的軽度な方の受け皿としてニーズに対応) |
| | 経営者 | <ul style="list-style-type: none"> ● サラリーマンやミュージシャン等を経験、年収 1,500 万円の時期もあり ● 子どもができ安定した職に就くことを考えていた時に、妻がケースワーカーであったこともあり、介護現場に。介護職の給与は世間的にも高くはないが、その前に無給が 3 ヶ月続いていたこともあって有り難く感じ、また共働きであることから、躊躇なく就職 |
| | 施設長 | <ul style="list-style-type: none"> ● できる限り、家で暮らし続けられることが本来の姿(家以外に住まないといけけないのは正常ではない。帰る家がある人には居心地の良さを失くしてはいけけない)であり、それをお年寄りも望んではいけるものの現実的に難しい部分を支援することを重視し、在宅生活の支援に注力。そのためデイサービスや訪問介護を中心とし、小規模多機能サービス(基本は自宅に帰らせるが家族がいない等の場合のみ泊まりを受入)を提供 ● 認知症がひどい等、介護側の都合で入居者を投げ出さない、受け入れを断ることはしない(医療的な点で難しい場合はあるが) ● 重度化しても最期までみる ● 利用者が、家族や地域の中で従前からの、希望する暮らしができるよう支援するため、代表が作った理念に沿い、職員各々が考えながらケアを実践 |
| 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 小規模多機能ホームとグループホームを一体的に整備・運営 ● グループホームが主ではなく、小規模多機能の補完的な位置付け(独居で身寄りがなく毎日通うのが困難等により泊まり続けなければならない方の受け皿。元々はデイ等から帰らない人のために設けた)であり、不本意ながら整備しているため、最小単位の 5 人 1 ユニットとした ● 入居者・利用者を認知症の人と意識し身構える(例:昼間外出し夕方戻ってくるのは普通なのに、認知症というだけで徘徊扱い)のではなく普通 | |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 小規模多機能ホームとグループホームを一体的に整備・運営 ● グループホームが主ではなく、小規模多機能の補完的な位置付け(独居で身寄りがなく毎日通うのが困難等により泊まり続けなければならない方の受け皿。元々はデイ等から帰らない人のために設けた)であり、不本意ながら整備しているため、最小単位の 5 人 1 ユニットとした ● 入居者・利用者を認知症の人と意識し身構える(例:昼間外出し夕方戻ってくるのは普通なのに、認知症というだけで徘徊扱い)のではなく普通 |

| | |
|---|--|
| | <p>の人と同じ扱い(ノーマライゼーション)。あとはプロとして注意深く対応し「普通にさせる」工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ライフサポートプラン(ケアプランではなく)の作成・運用により本人・家族が望む暮らし・目標を定め(例:遠くへの墓参等)、その実現に向け支援 ● 日常生活の中では、時と場合によっては本人の希望と異なることにも水を向けることも(例:嫌がる中で敢えて餅つきに連れて行って見たら大喜び等、外出の薦め) ● グループホームで元気になり、在宅生活が可能なまでに回復した場合は在宅復帰(施設に入って介助を受けることで野性を失くし養殖状態になることは本来、望ましい姿ではない。よくある「丸くなった」「可愛くなった」との好評価は誤解・誤り) ● 地域の方の協力により畑仕事(土地の無償貸出、草取り等維持管理の支援)、収穫物の販売(100円なので赤字) ● 挨拶、地域活動(ゴミ当番、溝掃除、花壇の草取り等)への参加に加え、広報誌の周辺宅への職員による投函により広く情報開示することで、地域の理解・支援を得る努力を続けている(閉鎖的なこの地で長年に渡って努力しているが、なかなか受け入れて貰えなかった) ● 毎月、避難訓練と徘徊訓練を実施 |
| <p>特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症扱いしないことにより、暴れなくなる他、長期間(2～3年は)に渡り機能低下が抑制 ● 入居者は毎日、デイサービス利用者を迎え入れ、共に過ごすことで、お互いが関心を持ち、支え合えるように ● 畑仕事等による達成感 ● 家族の不安の解消(24時間中、実際の介護(食事・排泄介助)の時間は合計3時間程度で、大変と思っていることは実は残りの時間ずっと単に不安に思っていること、その不安も認知症ということで過度に身構えている可能性が高いことに気付いてもらい、必要な支援により在宅生活が可能であり、不安等を解消) |
| <p>特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 小規模多機能等との一体運用のため、職員もローテーションにより、それぞれのサービスを経験し・多様なスキルの獲得・蓄積・向上 ● 職員の自主性の喚起。小さな成功体験の積み重ねによる育成。ここ5年位はメンバーも固定(出入りが無い)しており、現在は最強と言える ● 日中は職員7名(小規模多機能の5～6名含む)、この他に訪問介護2名の合計9名で運用。職員からの要望により厚めの配置としているが、人数(少人数ならば少人数なりの対応も可能な反面、対応できないことがある)よりもモチベーションが重要 ● 常勤職員のみで構成(一時期、夜勤専従者(非正規職員)を付けたが、職員によって処遇が異なることへのモチベーション低下等によりうまくいかなかった) ● 医療職として看護師1名を内部で確保しているが1人だけでは24時間対応は困難なため訪問看護ステーションと契約・連携 ● ケアの方針やマニュアルはない。代表の定めた理念に沿って、各職員が自主性を持って適切な判断に基づくケアを提供(例:「○曜日には○をする」等のマニュアルはない。そもそも普通の人には計画的に生活できていないことから、「新聞の折り込み広告を見て安売りしていたら買物 |

| | |
|---|---|
| | <p>に行く」といった自然体の生活を支援)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ハード面では、襖で細かく仕切れる大広間を中心とし(昼間は小規模多機能の利用者とグループホームの入居者が共にくつろぎ、夜は泊まりの利用者向けに襖で仕切る)、施設色のない古民家風に建築(敢えて施設を作ったことのない、家屋が得意な建設業者に依頼)。過度のバリアフリー化による身体能力の低下を防ぐため、手すりを極力減らす、段差をあまり解消しない等にも工夫 |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 厚めの職員配置等により人件費の負担が大きい ● 夜勤の2名体制は負担。当事業所のように小規模多機能とグループホームが一体化している事業所まで、それぞれに夜勤担当を置く必要はない(人員配置上ムダ) ● 職員不足(手厚い人員配置、常勤職員による長時間労働)。考え方等が合わない人は1日で辞める |
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● 引き続き、普通・自然体での暮らしに注力 |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● 夜間配置基準は定員別に分けてもらいたい |
| 特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● 当グループホームの理念や取組は、他とかなり異なっており、多数派ではない(本人や家族の希望が在宅ではなく施設的なものを好まれる場合も少なくないため) ● 本人や家族の多様なニーズに応えられるよう、当グループホームのような選択肢、逆の選択肢がそれぞれあってよい |

2.7. 類型 G (入院中の支援が手厚い事業所)

この事業所は「入院中の支援が手厚い事業所」としてヒアリングしたが、入院中の支援は、職員が空き時間を使って(いわゆる“同居家族”として)自発的に行っている、無償の取組であった。また、入院中のみならず看取りやお葬式、その後も含め家族的なケアが行えている(これらも自発的なものが少なくない)事業所であったことから、それらの点も含めヒアリングを行った。

| | | | |
|-----------------|-------|-----|---|
| 運営理念や大切にしている考え方 | 背景・経緯 | 経営者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 管理者(看護師、法人代表)は、脳神経外科のリハビリ病棟等の主任看護師(15年間)。当時の病院は身体拘束、チューブだらけ、胸骨の折れる心臓マッサージによる蘇生、患者を増やす等、疑問が多々 ● 重度者もケアすると反応あり、また拘束しないケアもあることを学び、介護保険制度が始まる中、一人ひとりを丁寧にみたい思いが湧く。(立派な施設に入れても落ち着かなかった)認知症の義母が最も落ち着いた訪問看護による在宅ケアに理想を見つつ、宅老所での「環境を人に合わせるのが認知症ケア」「生活の継続性」に触発され、少人数のグループホームに興味 ● 地元(県等)の介護や起業に関する研修を受講し会社設立、欧米型のスマートな施設ケアの対極にある民家を改修した生活感あふれるケアを開始 |
|-----------------|-------|-----|---|

| | | |
|--|-----|---|
| | 理念等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 「生活の継続性」「体が弱ったらそれに合わせてケア」を具現化するために理念を全職員で唱和＋各自 1 つ具体的な行動を発表 ● 基本的には断らない(待機者を減らす) ● 設備の違いはあるがしっかりと連携できれば、病院にできてグループホームでやれないことはない。リハビリも人員等手薄な病院よりもグループホームの方がしっかりと歩かせる |
| 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 民家を改修した生活空間(1 ユニット 9 人よりも多くなるのは構造上困難なだけでなく、家庭的でないため落ち着かない)。このような小規模のホームが地域に多数点在・ネットワーク化することが理想 ● 看取りケア(最期が近づくと交代で宿直、家族も共に泊り込み)、入院中のケア(週 2 回入院中の洗濯物交換、病状の聴取と家族への報告)、通夜・葬儀への参列(遺体と泊り込み)、死亡後のケア(グリーフケア:初七日、四十九日後に喪失感が実感される時期に偲ぶ会を開催)と、最期まで一貫したサポート(当事者は長年共に生活している模擬家族としての親切という認識であり、これらの殆どが有償のケアではない) ● 家族会でエンディングの意向を発表し合う等、意識付けと意向確認を常日頃から実施 ● 例えば 5mm しか開口しない入居者にも、最期まで経口摂取を目指し事前に十分に揉み解す等根気良く食事介助(病院では困難) ● 地域の葬儀社とも友人関係にあり、看取りが決まったら体制を準備 ● 重度化したなりの生活支援は何もできない・やれることはないではなく、(それまでの調理等はできないものの)介護報酬に見合った、やれることが多数あるがやっていないホームが多い。重度者はまず「いる」ことが本人の役割であり、五感を刺激するケア(味見、音楽、茶・飴等を用いた口腔ケア、マッサージ等)や動作法(心理リハ)・コミュニケーション技法を用いて動きや機能を喚起・確認等 ● 小規模多機能の利用者(活発な人が多い)と一緒にすることで入居者を元気にする ● 家族対応(心のケア)は、いつでも来訪し話ができる・聞けるように ● 地域への理解は(田舎は特に)困難(怪しい新興宗教扱い)。介護保険制度から 1 軒 1 軒丁寧に挨拶&説明だけでは不十分で清掃活動等様々な地域活動に若手職員を派遣、かわいがってもらいようになり、地域の葬式組・餅つき等に入れて貰えた。ホームを解って貰うのは困難であり、地域に教えを乞うスタンスが重要 |
| 特徴的な取組による、利用者・家族等への好影響 | | <ul style="list-style-type: none"> ● ターミナルケアにより必ず 1 回は甦っており、その後何年も生き続けるケースも(職員の一所懸命の成果) ● 家族・職員共に死を考えることで生を慈しむように ● 家族は医療職や職員によるケアにより、落ち着いて対処 |
| 特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 職員はパート入れて 10 名(管理者が不在が多いことや、共用型デイを提供しているため)、介護職は早番・日勤・遅番、他に調理員 ● 配置は昼間 4~5 人。管理者がいないことが前提であることに加え、教育・外出支援(個別の通院介助)・病院との連携・地域活動(溝掃除月 1 回等)があるため、配置を厚めに ● 入居者の要介護度は 4・5 が 6 人、2・3 が 3 人 ● 入居時から重度の人が多く、会話・買物等ができるのがグループホ |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>ームだという職員の意識もあることから、入居者に軽度の人も混じっていないと職員もきつい(会話等できないため)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 定員 5 人が理想的ではあるが経営的に成立しないので 9 人に ● 賃金面での不足は研修で補う(本人が勉強したいことを年間計画に作成しサポート) ● 人材育成が売りだが、看取りについて 1 年前に勉強しても意味がなく実践の場が近い時期にあることが重要 ● 管理者→中堅→若手の成長のシステム化を目指しており、次期リーダーとしての中堅の意識を如何に高められるかが課題(技術だけではなく経営・労務管理等も) ● 優秀なベテランは「センス」の良し悪しに帰結しがちだが、センスを言語化・形式知化することが重要。認知症介護研究・研修東京センターの全国レベルの研修で腕を磨く ● 看取りに向けた準備・教育は徹底。家族は看取ってもらうことを前提に入居させないこと、看取り指針の理解(本人の希望医師がある、ホームで緩和できない強い痛み・苦しみがある場合は除外)を経て、1 年前から相談し準備・自覚を促す(デスクエデュケーション)。同意書は取らず(信頼関係が築けている場合)家族の揺れ(病院かホームか)に付き合うが、担当会議で徹底的に聴取・記録。看取り段階に実際にはいる場合は家族や医師と細かく緊密に連絡(毎日→2~3 日に 1 回) ● ハード面では、大きな古民家を改修&増築 |
| 特徴的な取組を行う上での具体的な課題、支障、あい路 | <ul style="list-style-type: none"> ● ホームに中核を残し、新人は教育・成長の場(登竜門)として法人内の他の施設等に異動させると、辞める ● デイの定員 10 名だが手狭なため共用型デイにしたがケアマネが理解できず(利用者を手放さない)軌道に乗っていない |
| 今後の発展・展開意向 | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族・医師・職員の理解と強い意欲がマッチングすると良い看取りができるが、この理想形は毎回確実にできる訳ではない(重度者のケアは細心の注意が必要(転倒・低温やけど・末梢神経壊死・誤嚥等)となり、一所懸命でも錯覚や凡ミス等ヒューマンエラーはあるので、本人の自然治癒力を活用したリスク減が必要)ことから、中堅職員のレベルを上げ、確度を高めたい。そのため管理者のコピーを 2 人は養成したい ● グループホームを知らない看護師も多い。子育て世代の看護師や退職した看護師をグループホームや小規模多機能で活用するのは最適。医師の指示がある病院と異なり主体性が問われるが様々なキャリアパスの一つとしてこのようなキャリアもあるということを広めたい ● 「職場の中での働き甲斐」をホームとしても整理しアピールしていかないと、ホームは職員に何を提供できるのか、「社会的活動」とか? |
| 今後進めていく上での課題、支障、あい路(報酬や運営基準等) | <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症ケア加算では教育費は賄えない。研修に応じた加算があるべき ● 要介護 4・5 の加算は、何もやっていない所を外す(同じ報酬は不適切) ● 営利追求の事業所排除のため、報酬を下げることも必要ではないか ● グループホームは、介護の効率化を政策的に図ってきているため施設に要介護者を集中させる方向性の対極にあり、非効率 ● 認知症認定看護師は高飛車な人が多く、共に働く介護職にとって連携し辛い(チームワーク難) |

| | |
|--|---|
| <p>特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合の課題、支障、あい路</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療に理解のある医師と在宅看護のスキルある看護師を確保し連携できればよいが、特に医療資源の薄い地方(この事業所のある地域には在宅医療支援診療所はなく(近隣の県都は 100 箇所以上あるが機能せず)往診医は町内で 1 箇所のみ、月 2 回の訪問診療が精一杯)ではその確保自体が困難なため、医療連携体制加算・看取り加算等の取得を諦めている事業所も少なくない ● また、連携加算までは取得しているが、看取り経験を積みたい職員は多いものの、(経営者や医師の意向により)看取りまでは対応しない事業所もある ● なぜグループホームは千差万別なのか。オーナーや管理者にケア哲学(ケアを構築する時に芯となるもの、理念・宗教的、倫理感)が必要であり、それを持つ人が職員を育成すべき ● グループホームをやろうとするのか、目の前の人を支えようとするのか(根底にあるスタンス・意識の違いがケア哲学等に現れる) ● グループホーム立ち上げ時の世代が交代し、立ち上げ世代の意志が続くかが心配。ブレないためにも後継者に考えさせることが必要(なぜ? 何によって? 等) |
|--|---|

2.8. 評価機関

多様な質疑の中から、その回答の趣旨を再構成すると以下のように整理された。

| | |
|------------------|---|
| <p>ケアの全体的な変化</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 近年は日常生活自立度が悪化し、入居者全体が重度化してきた中、外出が難しくなる等、以前と同様のケアはできなくなってきた。平均要介護度が 4.5 になると外出や調理等が難しくなる。経営に関しては、以前は多かった民家改修型のグループホームは少なくなり、建築基準法の改定に伴って新築の施設が増えている ● グループホームの目標の一つは認知症の進行を遅らせ、日常生活を継続させることであるが、進行の遅れを実証することは難しく、入居者の家族にとってはグループホームと(ユニット型小規模)特別養護老人ホームとの違いを区別しにくい。特別養護老人ホームの場合は終末期ケアまで対応可能との認識があり、特別養護老人ホームを選択する人が増えている ● 重度化した入居者が多い事業所やターミナルケアまで対応している事業所では医療連携が必要になる等、グループホーム内の状況は多様化している |
| <p>ケアの質</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 介護実践者研修やリーダー研修等の機会は多いが、並行してグループホームが急増しているため職員の研修教育だけでは需要を満たせない。特に、新人職員は実地経験が不足したまま現場に立つことになり、様々な場面で臨機応変に対応しきれない。結果として以前に比べ全体的にグループホームの質が低下している ● グループホームの職員には比較的若い人が多く、特別養護老人ホームや老人介護施設と比べて経験が浅い人が多い。認知症のあり方を理解してケアをしている職員はまだ少なく、心身状態が重度化している入居者の対応方法は浸透していない ● 評価基準上は施錠してはいけないことになっているが、実際はケースバイケースで判断している。例えば、近隣の交通状況で危険な場合は施錠した方が安全なこともある。施錠してもよいかどうかは立地条件等によるため、現在はその判断基準を議論している。(評価機関に施錠の状態と周辺状況の情報が集まるようになっている) ● 施錠の代わりに玄関に鈴を付けたり、引き戸に錘をつけているところがある |

| | |
|----------------------|---|
| <p>特別養護老人ホームとの違い</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● ユニット型の特別養護老人ホームの入居者は重度化が進み、寝たきりの人が多い。一方、グループホームには介助により自立的な日常生活を継続できる入居者もいる。グループホームと特別養護老人ホームの違いは、自立排泄ができるかどうかが判断材料の一つになる ● (グループホームのケアで)最も重要なことは入居者がどのような生活をしたいか、それをどれくらい実現してあげられるかである。グループホームと新型特養老人ホームは形式的な差はほとんどなく、一見では区別できない ● グループホームは(設立当初に目指された、日常生活の継続を支援するという)本来の姿を保つようなケアする方が良いと思う。しかし現実には、グループホームにかなりの重度の人が入るようになり、ターミナルケアまで実施するようになり、当初できていたケアができなくなり、グループホームらしさが無くなってきた。共同生活が成り立たない事業所が増える中、新型特養老人ホームの事業が始まった。時代の変化と共に入居者の様子も変わる現在、本来のグループホームのあり方を見直すのであれば、日常生活自立度の高い人に対するケアの方法を考えるべき。グループホームが重度化対応をすると新型特養老人ホームと同様になる |
| <p>模範となるホーム</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 入居者が重度化していても外出を続ける等、認知症のケアマネジメントをしているかは模範的な事業所として参考になっている ● 望ましいホームではホーム内での会話が多く、入居者の笑顔が絶え間なく見え、穏やかな雰囲気がある。そのような事業所は職員の能力が高く、入居者の希望を引き出せるようである。また、管理者が信念を持って事業所を管理している。職員の離職が少ないことも目安となる ● 望ましくないホームでは、確保できる職員体制によりホームでの一日の活動を無理して完了するようにするため、例えば昼食の調理と夕食の調理を続けて行うなど、通常的生活リズムと乖離した流れを取ることがある。但し、そのような事業所は少ない ● 望ましいホームが 6 割、そうでないホームが 4 割程度。一人一人の入居者の心理を汲み取り、ケアにまで反映することができる事業所は多くはない ● グループホームは共同生活の場なので、心身状態が重度の人と軽度の人と一緒に生活する中で自律を促す日常生活の支援ができるかどうかは良し悪しの境目となる |
| <p>研修・人材育成</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● グループホームは職員十人程度の小規模な組織なので、管理者の熱意や意欲は職員の言動に影響する。従って管理者教育というのは重要な意味を持つ ● (神奈川県では)法令に従って実践者研修から管理者研修までステップアップしていく。内容は介護保険法の理論的な研修から始まり、現場視察やディスカッションを介して、いろいろな形でケアの方法を習得してもらえるようにしている。管理者に対しては PDCA のマネージメントサイクルを理解してもらうような研修を行っている。介護職員のローテーションにより外部研修への参加が難しい場合は、オン・ザ・ジョブ・トレーニング(OJT)を推奨している。OJT は管理者に高い能力が求められるため、管理者の教育を重視している |

| | |
|--------|---|
| 地域密着 | <ul style="list-style-type: none"> ● 運営推進会議の定期開催が義務づけられるようになり、町会や自治体に参加を呼びかけたことがきっかけとなり(祭やホームへの招待等)地域と共同活動を行っているホームがある。一方で、一部の町会や自治体はまだ認知症に対して偏見があり、連携ができていない地域もある ● 地域密着を推進する政策を進めた方がよい。入居者の重度化が進み、ターミナルケアが求められるようになると、地域資源である医療機関との連携が重要となる。例えば、現状は薬剤師による服薬管理ができていない事業所が少ないために誤薬事故が起きているが、誤薬事故を未発に防ぐことと、事故後に適切かつ即座の対応が可能になるよう医療連携体制を作っていくことが求められている。医療連携という視点でも地域密着を進めるべき |
| 評価方法 | <ul style="list-style-type: none"> ● 公的機関の職員は約 3 年おきに異動がある。グループホーム事業の開始初期は介護保険法を熟知する職員が従事していた。現在は第 3・4 世代になり、介護保険法をよく理解できていない職員が評価しなければならなくなっている。第 3・4 世代にとっては柔軟な評価は難しいため、介護保険法と照らし合わせた杓子定規になる傾向がある |
| 適切な定員 | <ul style="list-style-type: none"> ● 1 ユニット 9 人が適切かどうかは議論の余地はある。より少人数の方が極め細やかなケアが可能であり、(グループホームのように入居者の)日常生活自立度が低い方が共同生活はしやすいという考え方はあるが、少人数にすると経営(介護報酬制度)上の課題が発生するので、制度を急に变えるのは難しい ● 1 ユニット 9 人が適切かどうかは、入居者の要望に応えることができるかどうか(職員の能力)による。日中は職員 3 人で 9 人の入居者をケアし、3 人のうち 1 人の職員が入居者を個別に美容院や病院に連れて行く。その時、グループホームに残った 8 人の入居者に対して十分なケアができ、夜間も問題がなければ 1 ユニットの定員は 9 人でもよい。職員の能力が十分あれば、9 人の入居者のケアは可能 |
| 重度化の対応 | <ul style="list-style-type: none"> ● 昔も今も医療対応は課題になっている。一例として、理学療法士が週に 1 回通う事業所があるが、重度化対応は十分にできていない。原因は、認知症ケアについての職員の知識が不足しており、理学療法士からの助言や指示が正確に理解できず、ケアに結びついていないためである。重度化対応では、医療の知識をどのように職員に浸透させるかもポイントになる |

3. まとめ

11か所の事業所ヒアリングを通じ、共通して明らかとなった結果を中心に、傾向を整理すると次のようになる。

3.1. 運営における理念や大切にしている考え方

今回の訪問先の殆どが優良事例であることから、よくあるような立派な運営理念・方針（その人らしい生活の継続、人間重視的なものが多い）が掲げられているのは勿論だが、その理念・方針を単にホーム内に掲示しているだけでなく、末端まで同じ考え方・意識を共有できるまで経営者や管理者が職員に繰り返し徹底・浸透させている。

また、その理念・方針を掲げた背景に、グループホーム開設に関わった者（経営者や管理者）の強烈な出自・体験・事情等（病院や老健の看護師で認知症高齢者の行き場のなさに一念発起、自分の親が認知症で行き場に困った、等）があり、その考え・思いに基づきホームを開設していることから、職員への徹底・浸透にも厳しい。

3.2. 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組

事業所が特徴として考えていることが、こちらで設定した事業所類型と合致するものと、それだけでない（あるいはそれではない）ものもあった。

| 事業所類型 | | 対象 | | 特徴 |
|-------|--|----|----|---|
| No | 詳細 | No | 法人 | |
| A | GHらしいケアを行っている事業所 | A1 | 医療 | 家族会による協力・支援体制、特別な取組ではなく当たり前の生活を自然に運営 |
| | | A2 | 有限 | レビー小体、若年性、重度等多様な認知症の形態・特性に合わせたケア |
| | | A3 | 医療 | 開設当初より終の棲家として最期まで暮らして頂けるよう、母体のクリニック等と緊密に連携し、多数の重度者ケア・看取りを実施 |
| B | 地域に密着した多様なサービスを行っている事業所 | B1 | 医療 | 職員企画の屋内外の多様なレクリエーション(広い畑の野菜による食事)、薬剤の最少化、地域との交流、消防・救急訓練 |
| | | B2 | 医療 | 入居者の地域での活躍(地域・社会的に認められる活動)の機会の提供(清掃・パトロール・各種販売・うどん店等) |
| | | B3 | 有限 | 毎日の買物・調理、定期的な外出(食)ツアー 自治会に加入し役割を担うことにより理解・協力を得る |
| C | 同一法人が医療機関や特養等を運営し、入居者が重度化した場合に、GHではなく医療機関等で対応している事業所 | C1 | 医療 | 法人内のクリニックや老健の専門職(Ns・PT・OT・ST等)をホームに無償派遣、月2回の院長往診と随時の検査等、医療系サービスの充実 重度・軽度での機能分化(状態に応じた法人内の各種サービスの提供) クリニック外来やデイからのみの入居 |
| D | 全国展開している大手事業所 | D1 | 株式 | 地域との関わりの強化 普通に元気に過ごす(自宅での生活の継続、施設らしくない取組) |

| 事業所類型 | | 対象 | | 特徴 |
|-------|--------------------------|----|----|--|
| No | 詳細 | No | 法人 | |
| E | 1 ユニット6人で3ユニットの運営している事業所 | E1 | 医療 | ユニット定員が少なく、職員配置を厚めとすることでの個別ケア |
| F | 小規模だが複合的にサービスを展開している事業所 | F1 | 株式 | 在宅中心(デイ・訪問介護)で在宅困難者を一時的にホームでサポート 認知症と特別視しない普通を重視したケア・扱い |
| G | 入院中の支援が手厚い事業所 | G1 | 有限 | 農村部の民家改修のホームで、訪問・通所等の在宅介護支援等多様な形態で柔軟に対応 重度からの機能改善・看取りに積極的に対応 入院中の自主的な支援、グリーフケア(偲ぶ会等)も含めた保険外(有償/無償)サービス多数 |

3.3. 特徴的な取組による、利用者・家族等への影響

まずは基本として、入居者本人の状態の改善・安定（BPSDが見られなくなる等）、生活の活発化が見られ、グループホームのケアの良い部分が明示的に現れている。

関連して、重度化等で他の施設の退居を迫られたり、自宅での生活に限界を感じていたりする等により適切な受け入れ先がなく困っていた中で、入居者も落ち着いた生活が送れるようになっていくことに家族が安心（最期まで見て貰える、追い出されない等）できている。

また、事業所が本人・家族とのコミュニケーションを十分に図り本人・家族の意向・思い等を十分に把握しそれをケアに活かしている状況が家族にオープンになっていることや、地域にもグループホームでの生活状況を積極的に開示しコミュニケーションをとっていることにより、事業所と、地域や家族との関係を緊密・円滑なものとし、事業の円滑な運営に応援・協力して貰える関係が築かれている。

更に、利用者・家族・地域のみならず、職員の能力向上、意識改革や、業務負荷軽減による心の余裕、個別対応への余裕・意欲の増加等、職員への好影響も共通していた。

3.4. 特徴的な取組のための、職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応

グループホームのケアの良し悪しを大きく左右するソフト面、特に職員の質の維持・向上を重視し注力している事業所が多く、人材の育成・確保・活用は勿論のこと、事業所や法人内あるいは外（地域）の医療職との連携等を挙げている事業所もあった。

数少ないハード面での対応としては、日常生活ケアに関連する施設・設備の整備が殆どであるが、様々な工夫や独特な取組があった。

主に注力するところが人材の質の維持・向上となると、人件費や研修費等の費用に直接影響することとなるため、運営上のコスト面の厳しさは共通していたが、それを「併設サービスや本体の医療サービス等によりコストを吸収」「上の者（経営者・管理者）の給与を抑え下の者に回す」等により対応している場合が多い。

| | | |
|-----|---------------------|--|
| ソフト | 職員育成 | <ul style="list-style-type: none"> ● グループホームのケアは個々の職員のスキル・質に大きく依存することから、職員のスキルアップを重視し、事業所内での講演・研修の他、事業所として費用をかけて(毎年1人数万円の予算を確保)外部研修の受講や、資格取得の支援等を推進する事業所が多い(十分な給与を支給できない分、学習・成長の機会を与えることに注力) ● 入居者一人ひとりの状態・ニーズを汲み取った柔軟かつ的確な対応が求められることから、指示待ち・受け身でなく、自主性、自ら考え、挑戦する職員の育成・評価に腐心している |
| | 多様な人材の活用 | <ul style="list-style-type: none"> ● 家族・地域・ボランティア等を積極的に巻き込み、活用する他、入居者の活用(入居者同士の支え合い) ● 前職が介護以外の多様な経験を持つ社会人経験豊富な人材を雇用し、 |
| | 職員の重視・配慮 | <ul style="list-style-type: none"> ● 正規職員重視(人件費圧縮のための非正規職員の最大限の活用はしない、チームケアで身分が異なる不協和音等) ● 管理者や幹部職員の人件費を抑制し現場職員に手厚く配賦、超過勤務手当等取組に要するスタッフへの加給 |
| | 職員配置の充実 | <ul style="list-style-type: none"> ● 基準(1:3)を上回る昼間の職員配置 ※職員配置には多様な意見あり。「多いほうが良い」「多すぎると職員がだれる」「能力の高い職員であれば少ない人数で十分」「少ない方が職員の能力が高まる」「少ないと業務処理能力は高まるがケアの質は高まらない」等々 |
| | 理解ある医療職との緊密な関係 | <ul style="list-style-type: none"> ● 問題ある医療職・機関(多種多数の薬を処方する医師、延命や過度の治療に注力する医師、認知症への理解が薄く入院受入を拒否する or 受け入れてもベッドに拘束する医療機関等)に代え、認知症に理解あり、ケアに協力・支援してくれる医療職・機関を探して確保し、緊密に相談・連携 ● 同一法人内で医療職・専門職を積極的に活用する事業所がある一方、逆に医療法人経営の事業所でも入居前のかかりつけ医を積極的に活用・連携する等法人外と積極的に連携する事業所もある |
| ハード | 日常生活ケアに関連する施設・設備の整備 | <ul style="list-style-type: none"> ● 店舗、屋台、農園(畑)、炭酸泉(入浴による脳への血流・血行改善)、居室の近くに多数のトイレ(便意に円滑・待ち無く対応できるよう)、中庭の喫煙所 ● 個別・小集団活動用の多数の小部屋(若年性認知症向け) ● 過度のバリアフリーをやめることによる身体機能の維持(手すりや段差等を敢えて作る・残す) ● 施設色をなくし民家のようにするため木造住宅建設の業者に建物の建設を依頼 ● 団欒・コミュニケーションを促進でき、家庭的な空気感が出る、適度な広さの(施設のように過度に広くない)リビング、 |
| | デイサービスやショートステイと一体化 | <ul style="list-style-type: none"> ● ホーム入居者がデイ利用者の来訪を迎え一緒に交流・活動できるよう、居室のすぐ前にリビング部分を大きくとる ● 気の合ういくつかの集団で団らん・活動でき、かつショート利用者が夜間個室化できるよう、多数の襖・間仕切りを用意 |

3.5. 課題、支障、あい路等

人材の育成・確保・活用、介護報酬、医療連携体制（ニーズへの対応方法等）、事業所の費用負担等、様々な側面からの課題・悩み・指摘等が挙げられたことから、来年度以降、これらの点を考慮した検討が望まれる。

第4章 まとめ

本調査研究では、利用者のニーズの変遷に対応する等によりグループホームが多様化・多機能化してきている中で、今後のグループホームのあり方、ケアや報酬体系のあり方等を検討していくための出発点として、グループホームの現状を把握し、そのあり方を考える論点を整理することを目的とした。

そこで、以下、第2・3章で述べたグループホームの実態についての調査結果の概略を第1節でまとめるとともに、第2節として、検討会で議論された論点をまとめ、今後のグループホームのあり方等の検討の視点を整理する。

1. 事業所の現状

1.1. グループホームの機能の現状

アンケート調査にて全国的な事業所の分布を定量的に把握したところ、多くの事業所が制度開始当初の日常生活の支援に加え、医療ニーズをはじめとした多様な機能を持つようになってきていることが分かった。

(1) 加算の算定状況

各加算の算定状況を調査したところ、約3/4の事業所が「医療連携体制加算」を、3割前後の事業所が「看取り介護の実施」「サービス提供体制強化加算(Ⅱ)」「若年性認知症利用者受入加算」を算定していた。

中でも「医療連携体制加算」についてはほとんどの事業所が算定する状況にあり、医療面での重度化対応や医療連携が欠かせない状況にあることが分かった。

(2) 多機能化への対応

多くの事業所が、従来からの「基本的なケア」を実施しつつ、医療ニーズ、要介護度の低下、ターミナルケア、地域との関わり機能にも対応していた。

基本的なケアのみ、医療ニーズのみ、というよりも、これらに複合的に対応(次項(3)に示す5つの群に大別)しており、内訳・配分は事業所によって様々であった。

①従来からの基本的なケアの実施状況

まず、従来からの基本的なケアである「日常生活のケア」「入居者の個別ニーズへの対応(個別ケア)」の実施状況も調査したところ、多くの事業所で実施されていた。

| | |
|---------|--|
| 日常生活のケア | 8割以上の事業所が、献立づくり、調理、外出(買物)、集団でのゲームや手作業、等を実施 |
| 個別ケア | 多くの事業所が、19項目の個別ニーズのうち大半の項目に対応(平均11.5項目) |

②追加されてきた多様な機能の実施状況

多機能化の具体例として、「医療ニーズ」「要介護度の悪化・ターミナルケア」「地域との関わり」への対応が代表的なものとして挙げられる。今回、これらの実施状況

を調査したところ、多くの事業所が対応していた。

| | |
|--------------------|--|
| 医療ニーズ | 対応可能な医療処置は1事業所あたり平均6.2種類と比較的多様 医療者が確保できている事業所か否かで、対応可能な処置に差異がある 一方で全ての医療処置に対応できない（医療連携体制等がない）事業所が27.5%ある |
| 要介護度の悪化 ターミナルケア | 9割弱の事業所が、いずれかに対応はしている 5割強の事業所では、ターミナルケアまで対応 |
| 地域との関わり | 8割以上の事業所が、地域からの受入やホーム行事への招待、地域行事への参加を行っている |

(3) 事業所の類型

前項から、程度の違いはあるが複数の機能を持つようになっている中で、どのようなパターンがあるかを類型化する試みを行った。その結果、ある程度特徴が明確なグループホームとして、4種類の事業所群をとり出すことができた（p.73, 3.2. 取組方針から考えられる事業所群(1)事業所の類型 参照）。

一方、この類型に含まれないグループホーム「その他群」が全体の5割強となった。こうした、「その他群」の中には、利用者が要介護度の軽度者に集中している「軽中度者集中型」の事業所群も見られた。

1.2. 事業所の特徴

1.1 で見たグループホームの機能と、事業所としての属性がどのように関連があるかを分析したところ、以下のような特徴がみられた。

| | |
|---------|---|
| 法人種別 | 医療ニーズへの対応は、医療法人が強い |
| 開設年 | 古い事業所は、多様なケアに対応 |
| 単独/併設 | 単独型の事業所は（併設施設・サービス機能等がないために自力で）多様なケアに対応 |
| 職員配置・能力 | 職員配置の厚い事業所は多様なケアに対応 看護師のいる事業所は医療ニーズに強い |
| 入居者の状態 | 要介護度やADLが高い、介護の手間のかかる入居者が多い事業所は医療ニーズへの対応に強い |

1.3. サービスに必要な要素

多様な機能へ対応している先進的な事業所が、どのような背景・事情等によりそのような事業所となれているのかをヒアリング調査により把握したところ、共通して次のような特徴があった。

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 経営者や管理者の強い思いが反映された運営理念・方針を、職員に繰り返し浸透・徹底し、職員全員が同じ意識を持って、意欲的なケアが実施できている ● 思いが強く、かつ能力（実践能力や、コミュニケーション能力等）の高いリーダー（経営者・管理者・幹部）が事業所を引っばっている |
|--|

- 職員の能力（自ら考え・主体的に動く力＋介護技術＋心）の向上に熱心で、所内外の研修・個別指導・資格取得等を積極的に実施している
- 能力のある職員を適正数（多すぎず少なすぎず）配置することで、きめ細かい対応を可能としている（日中時間帯の適正な配置、等）
- 認知症や介護に理解のある医療職や医療機関を確保（外から付ける/内包/外へ出す）しており、入居者の医療ニーズに適切に（薬を減らす、入院は短期等）応えている

2. 来年度の検討に向けた視点

調査結果の概要は前項のとおりであるが、本調査研究では有識者による検討会において、調査内容や結果に関する意見交換等に伴い、多様かつ重要な議論が委員間で為された。これらの中には、来年度以降の具体的な「グループホームのあり方」を検討する上で、示唆に富む内容が様々含まれている。よって、今後の検討事項の前提とすべき情報の整理として以下の点を集約・整理した。

- ① グループホームの歴史的背景
- ② 積み上げてきた実践
- ③ グループホームの波及効果
- ④ 特養との比較で見るグループホームの課題
- ⑤ 今後に向けて

以上を踏まえ、それぞれについて、以降で具体的に整理する。

2.1. グループホームの歴史的背景

最初に、グループホームが誕生した歴史的背景を押さえ、当初のグループホームに期待されていた役割・機能を振り返る。

(1) 誕生の経緯

グループホームは、1980年代のスウェーデンで始まった試みであり、民家を改造した小規模で家庭的な生活環境の下、介護者と認知症高齢者との共同生活を始めたのが発祥と言われている。同時期、日本においても、病院や施設における認知症介護のあり方に疑問を抱いた専門職等が、病院や施設の中で対応に窮していた患者・利用者を小規模で家庭的な生活環境に移し、通いや泊りによる個別的ケアを提供しはじめた。

1987(昭和62)年、我が国グループホームの先駆けとなる小規模多機能型老人ホームに取り組んだのは、出雲市のことぶき園であった。その基本的な考え方は「個別的集中ケアで利用者と顔なじみの関係づくりが信頼関係を生む。少人数の人を少人数で介護できる環境こそ家庭的な雰囲気生まれ、利用者の落ち着いた不安のない生活が保障され痴呆症状が緩和されると考えた。また同時に入所者の役割の発揮や主体性の尊重が可能となり、生活者として位置づけられることが痴呆症状の進行抑制となる」¹¹と説明されている。従来の特養老人ホーム（以下特養）等における認知症介護のあり方への反省を含めての、「新たな認知症ケア」への挑戦であったと考えられる。

その後、馴染みある生活環境や本人本位の生活支援に着眼した多くの実践者の手により、「小規模ホーム」や「宅老所」が各地で展開された。そして、認知症の人の不安や混乱、認知機能の低下による生活のしづらさを、生活環境や人的な関わりで緩和していくという効果につなげていったのである。こうした実践は、認知症ケアに携わる多くの実践者の注目を集め、グループホームが介護保険制度に位置づけられた2000(平

¹¹ 全国社会福祉協議会痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究委員会「平成7年度痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究事業報告書」平成8年3月 p21 グループホーム設置の目的

成 12) 年頃より事業所数が急増した。

(2) グループホームの意義

グループホーム草創期における認知症ケアの着眼点は、「認知症の原因疾患に伴う随伴症状に対する緩和」が主流であり、顕在化した認知症の人の症状をどのように緩和するかが、認知症ケアの中心的課題となっていた。つまり、主眼は、認知症を有するその人自身ではなく、表出される症状や言動に向けられていたということになる。

しかし、認知症の定義の中にある「生活に支障をきたした状態」に着眼すれば、認知症ケアの目的はあくまでも「生活支援」であると捉えることができる。上述の「随伴症状の緩和」は、その生活支援を成り立たせるために解決しなければならない課題ではあるが、ケアの目的になるとは言い難い。そのことに気づいた多くのグループホームは、「症状の緩和を図りながら認知症の人の生活を支える」という視点で、ケアサービスの進化を遂げてきたのである。つまり、「随伴症状の緩和策として」買物に出かけるのではなく、「生活に必要なことを認知症があっても行えるように」買い物に出かけるという、発想の転換である。

このような生活支援中心のケアが何ゆえ有効なのかと言えば、介護者に過重な負担感をもたらしてしまいがちな「行動・心理症状」の原因が、認知症の中核症状そのものではなく、中核症状に随伴して生じる生活機能の低下（本人の生活のし難さ）や、それに伴う焦燥感、孤独感、喪失感、不快感等によって生じてくるとの説明からも、裏付けていくことができるだろう。

このように、ケアの目的を「随伴症状の緩和」に置くか、認知症の人の「生活支援」に置くかによっても、認知症ケアの性質は大きく変わる。また、本来、グループホームに求められてきたケアは、小規模で家庭的と言われる生活環境の提供（生活の継続性）のみならず、低下した認知機能を補い、本人のできること・分かることに着眼した生活支援（残存能力の活用）、本人の自己決定を尊重する支援（権利擁護）など、「本人本位の認知症ケア」であったということ、ここで改めて確認しておきたい。

2.2. 積み上げてきた実践

次に、介護保険施行以後のグループホームの歩みの中から、「個別ケア」「多機能化」「地域とのつながり」の3つのキーワードを取り出し、その実践状況を確認する。

(1) グループホームの個別ケア

以下では、グループホームが個別ケアを提供する上で大切にしている基本視点を整理した。

- 個別性を重視する
- 入居者ニーズを中心に考える
- 生活者として捉える（QOLの重視）
- 入居者自身が問題を解決できるように支援する（エンパワメント）
- 自己決定を中心に据えた自立を支援する（意思決定）
- 入居者の権利擁護（アドボカシー）

例えば、入居者に対する日常生活の継続を支援するために、グループホームにはユニット毎に共同キッチンや洗濯場等を設え、生活周りの設備を整えている。入居者は職員の支援を受けながらも、生活全般にわたり主体的に活動することが可能となる。入居者の個別性を重視し、尊厳ある自立した生活の継続を実現していくことこそ、グループホームが目指してきた実践と言えるだろう。

(2) 多様なニーズに対応するグループホームの多機能化

① ショートステイとデイサービスの2つの機能

生活の継続性を重視するグループホームが平成18年(2006年)より新たに導入したサービスは、「ショートステイ(短期利用共同生活介護)」と「共用型デイサービス(共用型指定認知症対応型通所介護)」の2つの機能であった。この2つの機能は、構造改革特区における試行の成果を踏まえて、平成18年度より制度化された。

当時のグループホーム多機能化に関する考え方は、「認知症グループホームの多機能的活用に関する調査研究事業(2004)」の中で、以下のように説明されている。

グループホームの多機能化に関する意義とねらい

① 馴染みの利用者や家族の臨時・緊急ニーズに対する受け皿としての可能性

既存入居者の生活の混乱を招くことがないように配慮しながら、グループホームでショートステイ的な短期利用や日帰りの利用が可能になれば、在宅で生活する認知症高齢者や家族に対して、生活圏内での臨時・緊急ニーズに対応する受け皿として機能することが期待できる。

② 入居後のリロケーションダメージの緩和

グループホームへの入居を希望する待機中の高齢者が、「お試し利用」として短期利用サービスを活用できれば、入居直後にしばしばみられるリロケーションダメージの影響を和らげ、円滑なサービスの導入につながる効果も期待できる。

③ 既存入居者への相乗効果に関する期待

少人数で単調になりがちなグループホームの日常生活に短期利用者を受け入れることにより、グループホームの既存入居者にとっても新たな出会いが生まれ、気持ちの変化や生活意欲の向上などの効果が表れる可能性がある。

④ グループホームの多機能化に関する可能性

現在、身近な生活圏域の中で認知症高齢者へのサービスを整備していく観点から、小規模で、かつ「通い」「泊まり」「訪問」「居住」などの機能を複合的に組み合わせ、利用者の状態の変化に応じて継続的、包括的に提供する「小規模・多機能型」のサービスのあり方が様々なところで検討されている。地域密着型としてサービスを提供するグループホームが短期利用サービスに取り組むことにより、単独の運営形態であっても利用者ニーズに即した多機能的サービス展開を図れる可能性がある。

(資料) 日本認知症グループホーム協会「認知症グループホームの多機能的活用に関する調査研究事業」,2004年

②医療ニーズに対応する機能

一方、グループホーム入居者の重度化等により、医療ニーズに対応するための機能強化も図られてきた。看護師の事業所内配置や、医療機関・訪問介護ステーション等との連携体制を評価する「医療連携体制加算」は、ショートステイや共用型デイサービスと同じく、平成18年度の介護報酬改定において導入された。

本研究事業で実施した認知症グループホームへのアンケート調査結果を見ると、医療連携体制加算を算定している事業所は全体の74.3%を占め、そのうちの3割弱が訪問看護ステーションとの契約による医療連携体制を整えていることが分かる。

こうした制度改正により、従来、入居者だけに限定されていたグループホームの支援対象が、地域の認知症高齢者とその家族にまで広げられたことになる。

(3) 地域社会とのつながりある生活支援

①入居者と地域との関わり

「生活支援」を強みとするグループホームでは、入居者と地域社会とをつなぐ関係性の支援も、日常的に取り組まれている重要な支援の1つである。一人ひとりの生活は様々な関係性の中で営まれているのが通常である。それゆえ、その関係性が途切れた中では、その人らしい暮らしや、本人の主体性を発揮した暮らしを支えていくことは難しい。買物や散歩、地域行事への参加や畑仕事等、入居者が地域社会とのつながりを持ちながら、当たり前で暮らしていくための支援は、グループホームの特徴的なケアであると捉えられる。また、従来、安全と保護の名のもとに行動制限や拘束を受けていた認知症の人の日常を、地域の中でその人らしく暮らせる日常に変えてきたのが、グループホームならではの実践と言えるだろう。

②事業所と地域との連携状況

入居者と地域社会との関係構築が重要なと同様、グループホーム（事業所）と地域社会との関係構築も重要な取組み課題の1つと認識される。そのきっかけづくりとして制度化された運営推進会議は、現在、二ヶ月に一度、地域住民と事業所との情報連携の場として活用されており、事業所運営の改善や事業所と地域の協働などにつながっている。

今回のアンケート調査結果からは、多様なニーズに対応するグループホームの、地域との関わりの実態をみる事ができた。特に、小中学生の就業体験やボランティアの受け入れ（84.4%の事業所）、ホーム内の行事への招待・開放（同82.7%）、祭や清掃活動等地域行事への参加（同81.7%）には多くの事業所が取り組んでいる。

また、「地域への認知症ケアに関する相談対応（同64.1%）」「近隣住民の協力を得た防災訓練（63.8%）」「地域への認知症に対する啓発・教育活動（43.6%）」といった取組も広がりを見せている。一方で、安否確認や配食サービス等独居高齢者への支援のようにこれから（同11.4%）という取組もある。

更に、ヒアリング対象事業所の多くは、以上の様な取組を長年に渡って継続的に進めていくことにより、地域の方々がいつでも自発的にグループホームを訪ねるような日常的な交流にまで地域との関係性が醸成され、地域からの支援・協力が得られるような関係にまで深化しており、入居者が地域の中で自律的・社会的な生活を送ること

ができるまでに至っている。

2.3. グループホームの波及効果

次に、グループホームにおける認知症ケアが、従来の介護施設にどのように影響を与えてきたかを振り返る。

(1) 特養の課題

従来、特養は入所者が住替えることを前提とした支援形態である。多くの場合、住み慣れた地域から離れた場所へ移り住み、入所者は新たな生活を始めることになる。また、大規模施設の特性により、施設の方針や運営形態に利用者の方が合わせなければならないことも少なくないことから、入所以前の暮らし方を継続していくには難しい環境とも認識される。施設の中で介護体制が完結し、24時間365日、建物の中で安心して暮らせる生活環境の価値は高くとも、一歩支援の方向性を誤れば、「世話をすること」だけがケアの中心になったり、入居者の暮らしが地域社会と断ち切れたものになったりする可能性も否めない。集団生活をベースに、プログラムに沿った生活パターンや、寝食、趣味の時間、外出等が集団処遇的に行われているような状況があるとすれば、それは、入所者が求めるニーズに対応しているとは言い難いだろう。

(2) ユニットケアのはじまり

こうした中、認知症グループホームは認知症ケアのフロントランナーとして他の介護サービスにも少なからずの影響を及ぼした。例えば、1990年代に認知症の人への小規模ケアの有効性が主張されるようになると、特養等の大規模施設においても同様のケアを追求しようという動きが起きてきた。食事、入浴、排泄という三大介護を中心とした介護施設は、個室化やユニット化に取り組むようになり、入所者のプライバシー確保や個別ケアを追及し始めたのである。

要介護の状態といえども基本的人権が守られるべき高齢者の生活の質向上に向けて、新たに生み出されたのが個室ユニットケアである。1990年代後半から全国に拡がり、2002（平成14）年度からは国をあげての全室個室・ユニットケア（小規模生活単位型特養）の整備が推進された。この流れは、平成18年度（2006年）より、老健施設、療養型医療施設におけるユニットケア推進（介護報酬で評価）へとつながっている。ユニットケアの推進をさらに後押ししていた背景として、同時期に積極的に取り組まれていた認知症高齢者への少人数ケア（グループホーム）の有効性が認識されていたことも忘れてはならない。

これらの取組みは、従来の特養等の介護環境を変えようとするもので、グループホームの長所を施設の中に応用する新しいケアの形態と認識された。地域密着型介護老人福祉施設や従来の特養をサテライト展開させていく中で、ユニットケアを標準とする介護施設は確実に増えてきている。

2.4. 特養との比較でみるグループホームの課題

グループホーム入居者の身体能力等が低下してきたことで、特養との違いが不明確になってきているとの指摘もある中、そもそもグループホームの事業者が特養と変わらない運営をしていることへの批判もある。その典型的な例を、運営基準上の「特養」と「グループホーム」の違いから確認してみる。

(1) 仕組みの近似化と運営の同型化

たとえば、特養の運営基準は「有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう目指すものでなければならない」、グループホームの運営基準は「有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」となっている。その具体として、特養「食事の提供」、グループホーム「食事は入居者と職員が一緒になって」とされているにも関わらず、グループホームの中には特養と同様、食事を提供する仕組みにしているところが少なからず存在する。また、事実上、特養が「入居者と職員が一緒になって」取り組むことが増えてくると、ますますグループホームとの違いが不明確になると考えられる。

もうひとつは、運営基準上、特養では「家庭的な雰囲気を有し」であるのに対し、グループホームでは「家庭的な環境の下で」となっている。このことを考慮して、先の具体に照らして両者の違いを考察すると、新型特養では「厨房で下ごしらえした食材を入居者と職員が一緒になって」取り組むことを想定しているのに対して、グループホームでは「入居者が職員に付き添われて買物に出かけて食材を調達し調理する」という一般的な生活のあり様を描いて制度化されている。つまり、グループホームであるにも関わらず、配食サービスを利用したり、厨房から運ぶなどの仕組みにしていることが、特養との違いを不明確にしている理由にもなっている。

その結果として、地域社会生活（自立した日常生活を営む）を取り戻す支援もせず、グループホームの中だけでの生活支援が続けば、特養とグループホームとの違いはますます見えなくなっていくものと考えられる。

(2) 人員配置量の違い

特養とグループホームの特徴的な違いでは、介護職の人員配置基準が挙げられる。

グループホームの人員配置の量（＝入居者一人当たりへのサービス供給量）は特養に比べて多く、特養が定員に対する配置基準になっているのに対して、グループホームは毎日の活動時間帯の定員配置になっている。これは、入居者側から見れば、毎日のサービス需給量が安定して供給されることを意味している。当然のことながら、特養に比べると、グループホームの職員が入居者に対して「できること」は多くなる。

（ただし、介護事業者に求める記録業務等の付帯事務量は膨大であり、「入居者に関わりたい気持ち」と、「入居者に関われない気持ち」のジレンマに悩む事業者・職員が多いという現状もある。）

(3) 重度化する入居者への支援

入居者の医療ニーズへの対応や、看取りケアの課題を抱えるグループホームは増え

ている。介護保険制度施行後 13 年が経過したことを考えれば、草創期に開設したグループホーム入居者の重度化（要介護度が高くなる）が進んでいるのは当然のこととも言えるだろう。介護保険法では「有する能力に応じ」との記載がある。入居者の生活の継続性を支えるグループホームが、重度化や終末期ケアに取り組んでいくことは、むしろ自然の流れであるとも考えられる。しかし、その時に考えなければならないのは、入居者像が変化しても、グループホームが目指してきた「本人本位の生活支援」をどこまで貫くことが出来るのかという課題である。

例えば、入居者の全てが歩くことのできるグループホームと、入居者の全てが歩けないグループホームとでは、外出支援に係る職員の負担が異なるのは当然のことである。また、平均要介護度が高い特養と、重度化が進んだグループホームとの入居者像が重なる状況も、当然に起こり得る話である。

その時、グループホームが認識すべきことは、前述したグループホームに保証されている配置基準の手厚さである。たとえ全ての入居者が車椅子を利用するようになり、1対1でしか外出支援が出来なくなったとしても、年間 40 回（365 日÷9 人）の外出支援を保証されているのがグループホームの強みである。グループホームは、そのことを念頭に置きながら、グループホームらしいケア（本人本位の生活支援）を提供し続けていくことが重要である。

(4) グループホームに求められる更なる進化

グループホームにおけるケアと特養におけるケアとの比較において、両者のケアにはどのような差異があるのかとの問いかけが多いことは、前述の通りである。つまり、グループホームならではのケアが薄れて、小規模な特養と化しているのではないかという課題提起について、制度的な整理も含めて、そもそもグループホームと特養との違いは何なのかという認識を新たにしていくことも重要であろう。（グループホームとユニット型地域密着型老人福祉施設の制度上の差異は資料編-13 掲載の表の通り）

グループホームにおけるケアの特徴

| | |
|-------|--|
| 目的・目標 | 安心できて望む生活(独自のライフスタイルの獲得の保障) |
| 主体者 | 不安を抱え混乱をしながら生活している人(生活者、住人) |
| 捉え方 | 認知症のシグナル、サインを重視＝分析的理解・共感的理解 (生活のしづらさを見る) |
| 関係性1 | 掃除、洗濯、買物、釣り、カラオケ等、付き合うことを重視 調理、自由入浴(共に歩む支え手) |
| 関係性2 | 納得できる人と場と雰囲気(選ばれる関係性) |
| 関係性3 | 相互理解による生活構築、シグナルを重視、ホームの機能とニーズ (対等の関係性) |
| 運営 | 理解し合うには時間が必要(一目惚れはない) 否定せず関わり重視(時熟、時の満ちるのを待つ) |
| 意志決定 | 自分で何をしたいかの意志の尊重(自己決定、寛容) |

※その他、評価として専門性思考はエビデンスや統計的評価を重視、生活支援は利用者の満足度を重視(柏木)

(資料) 岩尾貢作成

加えて、グループホームがさらに進化していくべき方向性についても考えていく必要があるだろう。今後予測される、団塊世代による介護サービス・施設の利用、そして、少子高齢化に伴う介護ニーズの増大を考えれば、既存の介護サービスや介護施設だけで高齢者のニーズに対応することは難しい。可能な限り自分らしい暮らしを自宅で続けていくための地域包括ケアシステムの構築が望まれるところであり、団塊世代のニーズを踏まえて、認知症ケアを次のフェーズに移していく視点も重要である。

団塊の世代は、競争世代として学生運動や高度経済成長を経験してきた世代である。個人の思想や要求に基づいて活動することで、自ら望む社会や環境を築いてきたと自負する人も少なくない。また、現代社会の中で経済的に豊かな世代でもあることから、商品やサービスの質に対する要求・こだわりが高い世代であるとも言える。2025年問題は、こうした団塊の世代をいかに支えていくかという課題であり、この世代のニーズに応えていくためには、世話機能や生活支援だけでは対応しきれないとの理解が必要である。

例えば、役割や生きがいに対する「こだわりの強さ」は、これまで取り組んできた「ケア」という側面だけでなく、地域での生活継続や同世代同士の支え合い（セルフヘルプグループ）、働くことの保証、ボランティア、趣味、家事労働等の実に多様な生活ニーズに応えていくことが必要である。また、こうした取組みは、グループホームのみならず、特養も含めて全ての介護サービスが考えていくべき課題である。

その時、グループホームは、認知症ケアのフロントランナーとして実践を、再び他のサービスに示していくことが望まれる。また、その役割意識こそ、特養化しているとの批判を解消し、グループホームの存在価値を高めていくことになるのではないだろうか。

2.5. 今後に向けて

(1) 求められるケアの進化

これからのグループホームは、今まで以上に、ホームにおけるケアの質の確保・向上が求められるとともに、在宅ケアの充足、地域内での認知症への理解の深化、地域内外での医療連携といった多様な課題を抱えながら、「入居者の尊厳ある暮らしを支えていく」という命題に取り組んで行かなければならない。厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによる報告書「今後の認知症施策の方向性について」（平成24年6月）においても、認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくためのサービスとして期待が寄せられており、より一層、地域に根ざした認知症ケア拠点としての機能発揮が望まれている。

これまでの経過を振り返っても、グループホームの多機能化は決して事業経営の多角化を狙って取り組まれたものではない。あくまで地域の認知症高齢者のニーズに対応してきた結果として多機能化し、当初想定されていたグループホームが、進化してきた部分と捉えることができる。今後も、在宅認知症介護における家族支援や、個別ニーズへの柔軟な対応に取り組んでいくことで、グループホームの更なる進化が期待される。

(2) 格差の是正とビジョンの共有

一方で、こうした先駆的取組や、サービスのあり方が進化すればするほど、生じてくる課題も様々ある。例えば、個々のグループホームの特性がより鮮明にケアに反映されるようになれば、ケアの質に格差が生じ、提供すべきサービスの水準が不明瞭になってくる可能性がある。また、事業者毎にグループホームの役割・機能に対する考え方が統一感のないものになっていく可能性も高い。

本来のグループホーム特有のケアのあり方に立ち返り、軽度から重度までの認知症高齢者に対して幅広いケアを実施し、行き場を失う高齢者を極力少なくすることが望まれる。加えて、グループホームの存在意義や、グループホームが目指そうとしている認知症ケアについて、改めて、事業者の共通認識とすべきビジョンを描く必要があるのではないかと。

(3) 介護保険法の目的を开花させやすい仕組み

グループホームは、介護保険法の目的である「尊厳を保持」と「自立した日常生活を営むことができるようにする」を実践的にも展開しやすい仕組みとなっている。自宅での生活が困難になり、介護施設に移り住まざるを得なくなった人たちに対して、「最後まで諦めないで、自立的で社会的な生活を営むことができる望み」を社会のしくみとして保障するサービスであるとも言える。

加えて、高齢者に対する地域社会生活の支援は、地域社会に「人とお金」を呼び戻す。過疎化や超高齢社会にあって、貴重な社会活動や経済活動を地域社会にもたらずという効果を含めて考えれば、グループホームの社会的意義は、認知症という状態になった人への認知症ケアに留まらず、様々な波及効果を及ぼしていく可能性があるのではないかと。

2.6. 提言

本調査研究は、認知症施策の中核的役割を担うための認知症グループホームのあり方、ケアや報酬体系のあり方等を検討していくための出発点として、認知症グループホームの現状を全国規模で把握し、そのあり方を考える論点を整理することを目的とした。

認知症グループホームは、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」の中でも重要な位置づけがなされており、今後認知症施策の中で重要な役割を担うことが期待されている。今後、このような期待を背景として、認知症グループホームのあり方、ケアや報酬体系のあり方を議論していく際には、以下のような視点から取り組みを進めていくことが期待される。

(制度改革に向けたさらなる分析・調査)

- 今回の調査研究は、現状の実態把握を目的として、広く情報を集め分析したものである。逆にいえば、具体的な制度改定の方向性を前提とした情報の収集や、仮説検証的な視点で行われたものではない。
- したがって、今後、具体的な制度改定が議論される段階では、今回の調査の基礎データをさらに分析することや、必要に応じて、個々の利用者の属性や職員の勤務実態等、さらに詳細な調査を実施することが求められよう。

- 特に今回、認知症グループホームの類型化を試みたが、類型化そのものの意義を含め、今後、データをもとに詳細に検討していくことが必要と考える。

(認知症グループホームの発展の可能性の検討や促進)

- 2.1～2.3で述べてきたように、認知症グループホームの機能は、狭い意味の認知症のケアに留まらず、小規模ながら、様々な機能を展開し、介護保険制度の可能性を広げてきたといってもよいだろう。
- 一方で、2.4で述べたように、特別養護老人ホームが、個別ケアを重視し、地域との結びつきを重視する中で、認知症グループホームと重なる役割を果たす施設も生まれてきている。こうした状況は、改めて認知症グループホームは何であるかを考えるための材料を提示しているともいえる。
- 今後、認知症グループホームが、地域包括ケアの拠点としての機能や、就労支援機能といった新たな機能を持つこと等も展望しながら、2.5で述べたように、あるべき方向性の議論を展開していくことが求められよう。同時に、実践を通じて、今後の発展の可能性を広げることを促すような施策が求められる。

(実態把握の継続的实施)

- 今回の調査研究は、本年度に限ったアドホックな調査である。しかし、認知症グループホームに対する期待を鑑みると、今後の検討・議論の基礎資料として、実態把握は、継続的に行われるべきものである。
- 今後、一定期間を置きつつ継続的に、今回と同様の調査を実施することにより、認知症グループホームの変化の方向性や、可能性を探ることが重要である。

資料編

| | |
|--|----|
| 1. アンケート調査票 | 1 |
| 2. ヒアリング調査票 | 11 |
| 3. ユニット型地域密着型老人福祉施設と認知症対応共同生活介護との比較 | 13 |

1. アンケート調査票

| | |
|---------|---|
| 本資料の留意点 | 実際には Web 画面上で実施したことから、画面構成・配色等は実施した画面とは異なるが、設問文及び選択肢については一致 また、薄い字の部分 (Q2) は、回答負荷軽減のため、画面での回答の場合は実査終了後に介護サービス情報公表制度のデータを流し込んで活用したため、実際には紙での回答事業所のみ回答 |
|---------|---|

※留意事項 今回の調査は、介護保険給付対象外の自費での利用者は調査対象から除きます。

Q1: 貴事業所の介護保険事業所番号を、半角数字で入力して下さい。

Q2-1(非表示): 貴事業所の位置する都道府県名

Q2-2(非表示): 貴事業所を設置した法人等の種類を、以下から当てはまるものを1つ選択して下さい。

| | | |
|------------------|-----------|--------------------------|
| 01. 社会福祉法人(社協以外) | 06. NPO | 10. 地方公共団体(都道府県) |
| 02. 社会福祉法人(社協) | 07. 農協 | 11. 地方公共団体(市町村) |
| 03. 医療法人 | 08. 生協 | 12. 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) |
| 04. 社団・財団 | 09. その他団体 | 99. その他 |
| 05. 営利法人 | | |

Q2-3(非表示): 貴事業所の開始年月日を入力して下さい。

| | | | |
|----|---|---|---|
| 平成 | 年 | 月 | 日 |
|----|---|---|---|

Q2-4(非表示): 貴事業所の定員・ユニット数を、半角数字で入力して下さい。

| | |
|------|---|
| ユニット | 人 |
|------|---|

Q2-5(非表示): 貴事業所の法人で、グループホーム以外に別途実施されているサービスがあれば、箇所数を入力して下さい。実施していないサービスには0を入力して下さい。

| サービス名 | 箇所数 | サービス名 | 箇所数 |
|--------------------------|-----|----------------------|-----|
| 1. 訪問介護 | | 20. 介護予防訪問介護 | |
| 2. 訪問入浴介護 | | 21. 介護予防訪問入浴介護 | |
| 3. 訪問看護 | | 22. 介護予防訪問看護 | |
| 4. 訪問リハビリテーション | | 23. 介護予防訪問リハビリテーション | |
| 5. 居宅療養管理指導 | | 24. 介護予防居宅療養管理指導 | |
| 6. 通所介護 | | 25. 介護予防通所介護 | |
| 7. 通所リハビリテーション | | 26. 介護予防通所リハビリテーション | |
| 8. 短期入所生活介護 | | 27. 介護予防短期入所生活介護 | |
| 9. 短期入所療養介護 | | 28. 介護予防短期入所療養介護 | |
| 10. 特定施設入居者生活介護 | | 29. 介護予防特定施設入居者生活介護 | |
| 11. 福祉用具貸与 | | 30. 介護予防福祉用具貸与 | |
| 12. 特定福祉用具販売 | | 31. 特定介護予防福祉用具販売 | |
| 13. 夜間対応型訪問介護 | | 32. 介護予防認知症対応型通所介護 | |
| 14. 認知症対応型通所介護 | | 33. 介護予防小規模多機能型居宅介護 | |
| 15. 小規模多機能型居宅介護 | | 34. 介護予防認知症対応型共同生活介護 | |
| 16. 認知症対応型共同生活介護 | | 35. 介護予防支援 | |
| 17. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | 36. 介護老人福祉施設 | |
| 18. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | 37. 介護老人保健施設 | |
| 19. 居宅介護支援 | | 38. 介護療養型医療施設 | |

Q2-6(非表示):事業所としての指定や介護報酬上の加算があれば1を、なければ0を、それぞれ入力。

| サービス名 | 0.なし/1.あり |
|------------------------|-----------|
| 1. 短期利用共同生活介護 | |
| 2. 共用型指定認知症対応型通所介護 | |
| 3. 夜間ケア加算 | |
| 4. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | |
| 5. 若年性認知症利用者受入加算 | |
| 6. 看取り介護の実施 | |
| 7. 医療連携体制加算 | |
| 8. 退居時相談援助加算 | |
| 9. 認知症専門ケア加算 (I) | |
| 10. 認知症専門ケア加算 (II) | |
| 11. サービス提供体制強化加算 (I) | |
| 12. サービス提供体制強化加算 (II) | |
| 13. サービス提供体制強化加算 (III) | |

Q3: 貴事業所に併設または隣接されているサービス施設があれば、以下から全て選択して下さい。

| | |
|----------------|------------------------------|
| 1. なし (単独型) | |
| 2. 認知症対応型通所介護 | 11. 介護老人保健施設 |
| 3. 小規模多機能型居宅介護 | 12. 介護療養型医療施設 |
| 4. 居宅介護支援 | 13. その他医療機関 (選択肢 12 以外) |
| 5. 訪問介護 | 14. 有料老人ホーム (特定施設指定含む) |
| 6. 訪問入浴介護 | 15. 高齢者住宅 (サービス付き高齢者向け住宅等含む) |
| 7. 通所介護 | 16. 配食等食事サービス |
| 8. 短期入所生活介護 | 17. 介護・医療以外の事業 |
| 9. 訪問看護 | 18. その他 |
| 10. 介護老人福祉施設 | |

Q4: 貴事業所として、今後 1 年以内に取ることを目指している指定や介護報酬上の加算があれば、以下から全て選択して下さい。

| | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. 特に指定や加算の予定はない | |
| 2. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 | 4. 短期利用共同生活介護 |
| 3. 共用型指定認知症対応型通所介護 | |
| 5. 夜間ケア加算 | 11. 認知症専門ケア加算 (I) |
| 6. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 12. 認知症専門ケア加算 (II) |
| 7. 若年性認知症利用者受入加算 | 13. サービス提供体制強化加算 (I) |
| 8. 看取り介護の実施 | 14. サービス提供体制強化加算 (II) |
| 9. 医療連携体制加算 | 15. サービス提供体制強化加算 (III) |
| 10. 退居時相談援助加算 | |

Q5: 以下の欄に該当する職種別の職員数(本年9月1日時点)を、半角数字で入力して下さい。あわせて、本年9月1日から2週間の各職員の総勤務時間数を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0(ゼロ)を入力して下さい。

| (実際の人数) | 常勤職員※ | 非常勤職員※ |
|--------------|-------|--------|
| ①管理者 | 人 | / |
| うち介護福祉士(重複可) | 人 | |
| うち看護師(重複可) | 人 | |
| ②計画作成担当者 | 人 | 人 |
| ③介護従事者 | 人 | 人 |
| うち介護福祉士(重複可) | 人 | 人 |
| うち看護師(重複可) | 人 | 人 |
| うち准看護師(重複可) | 人 | 人 |
| ④その他 | 人 | 人 |

| 9/1～9/14の総勤務時間数(職員の総合計)(小数第1位まで) | | |
|----------------------------------|------------|----|
| ①管理者 | 経営者として | 時間 |
| | 管理者として | 時間 |
| | 計画作成担当者として | 時間 |
| | 介護従事者として | 時間 |
| ②計画作成担当者 | | 時間 |
| ③介護従事者 | | 時間 |
| ④その他 | | 時間 |
| 事業所の定める週の勤務時間数 | | 時間 |

兼務し按分が雑しければ主な所に寄せて下さい

各自の勤務表からの時間数を合算

↑兼務をされている方がいる場合は、上の方の職種の人数を残し、下の方の職種の人数からはその分を引き算し、①②③④の合計人数が実際勤務されている人数に合う(重複の無い)ようにお願いします。

※常勤職員＝事業所の所定の労働時間を通じて(フルタイムで)勤務する職員

※非常勤職員＝事業所の所定の労働時間の一部を(パートタイムで)勤務する職員

Q6: 職員の夜間配置について、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0(ゼロ)を入力して下さい。複数ユニットの場合は合計人数を入力して下さい。

| | 貴施設のみ専従 | 他施設との兼務者 |
|--------|---------|----------|
| 夜間配置人数 | 人 | 人 |
| うち宿直者数 | 人 | 人 |

Q7: 年齢階層別の職員数(本年9月1日時点)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0(ゼロ)を入力して下さい。

| | 10代 | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60歳以上 |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 常勤職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

Q8: 昨年度(平成23年度)の1年間での職員の異動状況と、今年度の求人状況を、半角数字で入力して下さい。該当する人数がない欄は0(ゼロ)を入力して下さい。

| | 昨年度(平成23年度)の1年間 | | 今年度の求人状況 (現時点までの採用実績+今後の予定。未定の場合はゼロ) |
|---------|-----------------|------|---|
| | 離職者数 | 採用人数 | |
| 介護従事者 | 人 | 人 | 人 |
| 看護職員 | 人 | 人 | 人 |
| 計画作成担当者 | 人 | 人 | 人 |
| その他の職種 | 人 | 人 | 人 |

Q9: 貴事業所における、**本年9月1日時点**での入居者の、入居前の居所別での入居者数(複数ユニットの場合は全ユニットの合計)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| 自宅 | 人 |
| 他のグループホーム | 人 |
| 特別養護老人ホーム | 人 |
| 介護老人保健施設 | 人 |
| 介護療養型医療施設 | 人 |
| 介護療養型医療施設以外の医療機関 | 人 |
| うち精神科病院からの入居 | 人 |
| その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等) | 人 |
| 上記以外 | 人 |
| 不明 | 人 |
| 入居者総数 | ※以上の合計値を自動表示(変更不可) |

Q10: 貴事業所における、**本年9月1日時点**での、出身地(入居前に居られた地域)別の入居者数(複数ユニットの場合は全ユニットの合計)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| 入居者総数 | 入居前に居られた地域 | | | |
|------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|-----------|
| | 近隣(同一・近隣の中学校区等)から | 近隣(左記)ではないが、同一市町村内から | 近隣でも同一市町村でもないその他の地域から | 出身地はわからない |
| ※Q9の値を自動表示(変更不可) | 人 | 人 | 人 | 人 |

Q11: 貴事業所における、**本年9月1日時点**での、入居期間別での入居者数(複数ユニットの場合は全ユニットの合計)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| 入居者総数 | 6か月未満 | 6か月以上1年未満 | 1年以上3年未満 | 3年以上7年未満 | 7年以上10年未満 | 10年以上 |
|------------------|-------|-----------|----------|----------|-----------|-------|
| ※Q9の値を自動表示(変更不可) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

Q12: 貴事業所における、**本年9月1日時点**での、要介護度別での入居者数(複数ユニットの場合は全ユニットの合計)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| 入居者総数 | 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 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|-----|
| ※Q9の値を自動表示(変更不可) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

Q13: 貴事業所における、**本年9月1日時点**での、障害高齢者日常生活自立度別での入居者数(複数ユニットの場合は全ユニットの合計)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| 入居者総数 | 自立 | J | A | B | C | 不明 |
|------------------|----|---|---|---|---|----|
| ※Q9の値を自動表示(変更不可) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

Q14: 貴事業所における、**本年9月1日時点**での、認知症高齢者の日常生活自立度別での入居者数(複数ユニットの場合は全ユニットの合計)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| 入居者総数 | I | II a | II b | III a | III b | IV | M | 不明 |
|------------------|---|------|------|-------|-------|----|---|----|
| ※Q9の値を自動表示(変更不可) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

Q15: 貴事業所の入居者のうち、**本年 9 月 1 日時点**で次に該当する方の数を半角数字で入力して下さい。
1 人の入居者が次の各項の複数に該当する場合は、それぞれの項目で人数に加えて下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| | |
|---|---|
| 身寄りがない・ほとんどない入居者 | 人 |
| 認知症以外の診断で、精神科にて継続的に投薬・治療中の入居者 | 人 |
| 介助なしでは全く移動することができない状態にある入居者 | 人 |
| 職員の見守りがないと、自分の意のままに外へ出て行ってしまうため支援を要する入居者 | 人 |
| 他の入居者との関係で職員の支援を要する入居者 (例: 他者への暴言・暴力、他者の居室に入る、他者の物に触れる・持ち去る、大声や奇声を発する、独り言を言い続ける、所かまわず排尿する・衣服を脱ぐ、食べられない物を食べる、等) | 人 |
| 日中(7 時～21 時)は起きているにもかかわらず、夜間(21 時～7 時)は、眠れない入居者 (例: 夜間の連続睡眠時間が 2 時間未満、総睡眠時間が 4 時間未満等) | 人 |
| 日常生活上の動作(入浴、排泄、服薬、食事)が難しく時間を要する入居者 | 人 |
| 職員等に対して、頻回又は長時間にわたり自分の話を訴える入居者 (例: 「家に帰して」「お金や物を盗まれた」「食べたのに食べていない」「病院へ連れて行って」等、自分の境遇、身体の不調等) | 人 |

Q16: **昨年度(平成 23 年度)の 1 年間で**の、退居先別での退居者数を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| | |
|----------------------|---|
| 平成 23 年度 1 年間の退居者数総数 | 人 |
|----------------------|---|

【 内 訳 】

| | | |
|---------------------------------|-------------------|---|
| 自宅 | 小規模多機能居宅介護サービスに移行 | 人 |
| | 訪問・通所系在宅サービスに移行 | 人 |
| | 家族介護のみ | 人 |
| | 不明 | 人 |
| 特養・老健・介護療養型医療施設の介護保険施設 | | 人 |
| その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等) | | 人 |
| 医療機関への入院(退居後に入院し、死亡した場合はここに含める) | | 人 |
| | うち精神科病院への入院 | 人 |
| 死亡による退居(退居前の入院中に死亡を含む) | | 人 |
| | うちグループホーム内で看取った方 | 人 |
| 上記以外 | | 人 |

Q17: 貴事業所にて医療連携体制加算を算定している場合は、算定要件に係る体制は、次のどれになりますか。当てはまるものを**1つ**選択して下さい。算定していない事業所は「1」を選択して下さい。

| | | |
|---------------------|---|--|
| 1. 医療連携体制加算は算定していない | ⇒ | 2. 診療所と契約している 3. 病院と契約している 4. 訪問看護ステーションと契約している 5. 事業所にて常勤の看護師を雇用している 6. 事業所にて非常勤の看護師を雇用している 7. その他 |
| 医療連携体制加算を算定している | | |

【次の Q18 は、Q17 で選択肢 2～7 のいずれかを選んだ方のみ、お答え下さい】

【Q17 で選択肢 1 を選んだ方は、Q19 へお進み下さい】

【次の Q18 は、Q17 で選択肢 2～7 のいずれかを選んだ方のみ、お答え下さい】

Q18: 貴事業所が雇用(又は連携)する看護師は、週当たりどの程度出勤(あるいは訪問)する体制となっていますか。当てはまるものを1つ選択して下さい。

| | | |
|---------------------|--------------------|------------|
| 1. 週 1 回もない (月数回程度) | 2. 週 1 回程度 | 3. 週 2 回程度 |
| 4. 週 3 回程度 | 5. 週 4 回程度 | 6. 週 5 回程度 |
| 7. 週 6 回程度 | 8. 週 7 回(毎日看護師が居る) | |

【Q19 を飛ばして、Q20 へお進み下さい】

【Q17 で選択肢 1 を選んだ方のみ、お答え下さい】

Q19: 貴事業所が医療連携体制加算の手続を取らない理由は何ですか。最も近いものを1つ選択して下さい。

| |
|---|
| 1. 加算を取りたいが、看護師を雇えない (人材確保難) |
| 2. 加算を取りたいが、訪問看護ステーション等の外部機関との連携・協力が得られない |
| 3. 加算を取るための体制を確保するコストに比べ、報酬が見合わない(経営的にバランスしない) |
| 4. 現在の入居者の状態・ニーズから見て必要性を感じない |
| 5. 要件を満たすための取組 (重度化した場合における対応に係る指針の制定や、本人・家族への説明・同意等) が困難 |
| 6. その他 |

Q20: 貴事業所が、日常的に協力関係がある医療機関はいくつありますか。半角数字で入力して下さい。歯科について協力関係がない場合は 0(ゼロ)を入力して下さい。

| | | |
|--------------|------------|--|
| 協力関係にある医療機関数 | 医科 | |
| | うち精神科(重複可) | |
| | 歯科 | |

Q21: 貴事業所の、協力医療機関との連携体制・関係はどのようになっていますか。当てはまるものを全て選択して下さい。

| |
|---|
| 1. 特段、具体的な連携や、日常的な相談関係はない (近隣に位置するので傷病時に連れて行く程度) |
| 2. 日常的に相談している |
| 3. 医療機関への相談は直接ではなく訪問看護ステーション等を通じてとなっている |
| 4. 日常的に訪問診療や往診をしてくれている |
| 5. 24 時間対応の体制がある |
| 6. (かかりつけ医として関係のある)特定の入居者について、日常的に対応してくれる |
| 7. 入居者が傷病時は、優先的に入居者を受け入れてもらえ、診断・治療・入院等必要な医療が受けられる |
| 8. 入居者の看取りまで協力・対応してくれる |
| 9. 入居者の健康診断・健康管理等を依頼している |
| 10. 入退院・入所時に、自院も含めた地域の医療機関との調整を行ってもらえる |
| 11. 著しい行動・心理症状に対する相談やアドバイスに応じてくれる |
| 12. 著しい行動・心理症状のある入居者について、専門医につないでくれる |
| 13. 家族に対して、本人の症状等に関する説明をしてくれる |
| 14. その他 |

Q22: 入居者の医療ニーズのうち、貴事業所が対応可能なものについて、以下の中から可能なものを**全て**選択して下さい。また、選択した医療処置について、本年9月1日現在の対応中の人数を、半角数字で入力して下さい。対応可能だが9月1日時点で該当者がいない場合は0(ゼロ)を入力して下さい。

| 対応可能な医療処置(全て選択) | | 本年9/1現在で対応中の入居者数 |
|--------------------------------|---|------------------|
| 1. 胃ろう・経管栄養 | ⇒ | 人 |
| 2. インシュリン注射 | ⇒ | 人 |
| 3. 膀胱カテーテルの管理 | ⇒ | 人 |
| 4. 人工透析に関わる管理(シャント管理や腹膜透析の管理等) | ⇒ | 人 |
| 5. 痰の吸引 | ⇒ | 人 |
| 6. 褥瘡の処置 | ⇒ | 人 |
| 7. 在宅酸素療法 | ⇒ | 人 |
| 8. 人工肛門・人工膀胱の管理 | ⇒ | 人 |
| 9. 人工呼吸器の管理・気管切開の処置 | ⇒ | 人 |
| 10. ガン末期の疼痛管理 | ⇒ | 人 |
| 11. 点滴管理 | ⇒ | 人 |
| 12. 中心静脈栄養 | ⇒ | 人 |
| 13. カテーテル | ⇒ | 人 |
| 14. その他の医療行為 | ⇒ | 人 |
| 15. 以上のいずれにも対応できない | | |

Q23: 貴事業所における、入居者の要介護度の悪化への対応、ターミナルケア(※)等に関する運営方針について、以下の中から最も近いものを**1つ**選択して下さい。

| | いずれか 1つ ○ | | 左で1・2を選択した方のみ、いずれか 1つ ○ |
|-----------|--|---|--|
| ① 現在の対応状況 | 1. 要介護度の悪化+ターミナルケア 2. 要介護度の悪化のみ 3. いずれも未対応 | ⇒ | 4. 入居者等の希望に応じ積極的に対応 5. 希望や必要に応じ、止むを得ない場合のみ対応(それ以外は対応せず) |
| ② 今後の対応意向 | 1. 要介護度の悪化+ターミナルケア 2. 要介護度の悪化のみ 3. いずれも対応予定はない | | |

※ターミナルケア=ここでは、医師が回復の見込みがないと診断した入居者に対し、死亡日までの30日間、介護職員等が医師等と共同して、入居者の状態や家族の求めに応じて、随時、看取りまで介護を行うこと

Q24: 貴事業所が、入居者の要介護度の悪化やターミナルケア等に対応するために課題・困難と感じる点について、以下の中から最も近いものを**最大3つまで**選択して下さい。

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. 医師や看護師の助言・協力が得にくい | 2. 看護師の確保・増員ができない(人材確保難) |
| 3. 介護従事者の確保・増員ができない(人材確保難) | 4. 痰の吸引や胃ろう等に十分な対応ができない |
| 5. 要介護度の重い者のケアに適した施設環境が整えにくい | 6. 職員の身体的な負担が大きい |
| 7. 職員の精神的な負担が大きい | 8. 他の入居者やその家族からの理解を得にくい |
| 9. 家族の理解や協力を得にくい | 10. 現在の介護報酬では対応困難 |
| 11. 他の入居者への精神的な影響が大きい | 12. その他 |
| 13. 特に課題と感じる点はない | |

Q25-1: 貴事業所では、入院した入居者への支援や死亡後の支援は行っていますか。以下の中から最も近いものを1つ選択して下さい。あわせて、今年6～8月の3か月間での支援人数(延べ人数ではなく、実際の重複しない人数)を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない場合は0(ゼロ)を入力して下さい。

| 支援実施の有無 (①②それぞれ1つずつ選択) | | 今年6～8月の3か月間において支援した人数 (延べ人数ではなく、実際の重複しない人数) |
|---------------------------|---|--|
| ①入院した入居者への支援 | 1. 本人・家族の要望にかかわらず、積極的に対応 2. 本人・家族の要望により対応 3. 身寄りのない入居者等、止むを得ないケースのみ対応 4. いずれも対応していない | ⇒ <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> 人 |
| ②入居者の死亡後の支援 | 1. 本人・家族の要望にかかわらず、積極的に対応 2. 本人・家族の要望により対応 3. 身寄りのない入居者等、止むを得ないケースのみ対応 4. いずれも対応していない | ⇒ <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> 人 |

【次のQ25-2は、Q25-1で選択肢1～3のいずれかを選んだ方のみ、お答え下さい】

Q25-2: 貴事業所が対応中、対応したことがある(もしくは現時点では未実施だが事業所の方針として対応可能な)支援を全て選択して下さい。

| |
|--|
| 1. 入院中の、洗濯、洗面、身の回りの世話等 2. 入院先医療機関の諸手続 3. 死亡後の、葬儀・納骨 4. 死亡後の、年金受給停止や保険脱退等の行政手続 5. 死亡後の、金融・民事的手続 6. その他 |
|--|

Q26: 入居者の多様なニーズへの対応や、地域資源としての役割や機能が期待されている中で、貴事業所が対応したことがある(もしくは現時点では未実施だが事業所の方針として対応可能な)支援を全て選択して下さい。

| |
|---|
| 1. 入居者の家族に対する支援 2. 入居者の特別な外出(ホームで通常行っている外出以外の、入居者が個別に希望する外出先への外出)の支援 3. 入居者の在宅復帰や在宅看取り、一時帰宅の支援 4. 入居者の医療の活用支援 5. 近隣の住民の協力を得た防災訓練(夜間避難等) 6. 地域からの認知症ケアに関する相談対応 7. 地域への認知症に対する啓発・教育活動(サポーター養成等) 8. 地域行事(祭、清掃活動、当番制の作業等。選択肢5以外)への参加 9. 地域へのサービス(安否確認、配食、雪かき等独居高齢者宅へのサービス等) 10. 地域からのホームへの受け入れ(就業体験、小中学生等の見学、ボランティア等。選択肢11以外) 11. ホーム内行事への招待・開放 12. 入居者が働くことや様々な活動をする事への支援 13. その他 14. 上記のいずれも取り組んでいない |
|---|

Q27: 入居者への日常生活のケアとして、貴事業所が日常的に行っている取組を全て選択して下さい。

| |
|---|
| 1. 入居者が職員と共に日常的な買い物に行く |
| 2. 入居者が職員と共に調理・盛り付け・配膳を行う |
| 3. 個々の入居者の食の好み・栄養状態に配慮した対応（献立への入居者意向の反映等） |
| 4. 入居者と職員と一緒に食卓を囲む |
| 5. 日常的な外出（散歩等） |
| 6. 入居者の意思に基づき外出に出かけている |
| 7. 入居者が職員と共に運動プログラムに取り組んでいる |
| 8. 農作業、漁業、林業に入居者が職員と共に取り組んでいる |
| 9. 動植物の世話を入居者が職員と共に行っている |
| 10. 音楽活動に取り組んでいる |
| 11. 集団でゲームや手作業に取り組んでいる |
| 12. 入居者同士が互いの居室で談話している |
| 13. 入居者・家族の意思を反映して余暇（娯楽や行楽等）活動を企画・提供している |
| 14. 個々の排泄習慣を把握した、自立した排泄の支援（オムツ・薬剤に依存しない） |
| 15. 個々の好みや入浴習慣に対応した入浴の介助 |
| 16. 利用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 |
| 17. 安全を考慮して1日を通して玄関等出入口を施錠している |
| 18. 安全を考慮してベルト固定・ベッド柵の設置等身体を拘束している |

Q28: 入居者がこれまでの生活習慣を継続するための支援として、以下のそれぞれへの対応状況について、それぞれ最も近いものを1つずつ選択して下さい。

| | 4いつでも 対応可能 | 3ときどき 対応可能 | 2ほとんど 対応でき ない | 1いつも対 応できな い | 0入居者の ニーズが ない |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| 1. 個別に散歩ができる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. 個別の買物に行ける | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. 個別に通院できる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. 個別に新聞や雑誌を購読できる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. 個別の宗教活動ができる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. 個別に美容院・理容院・飲食店等へ出かけられる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. 個別に料理ができる（火の使用含む） | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. 個別に包丁やハサミ等の刃物を使える | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. 個別の趣味に取り組める（園芸等） | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. おしゃれをする（正装する、着物を着る等） | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. 家族や知人宅を訪ねられる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. 家族や知人に電話を掛けられる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13. 家族や知人が居室で過ごせる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 14. ホームで日常적으로お酒が飲める | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 15. ホームでタバコが吸える | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 16. 入居者が自分で自室に鍵をかける | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 17. 入居者の生活スタイルに合わせた時間に寝起きできる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 18. 入居者の生活スタイルに合わせた時間に食事がとれる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 19. 入居者の意思に基づいて毎日のように入浴できる | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Q29-1: 昨年度1年間での、貴事業所の運営推進会議の開催状況を、半角数字で入力して下さい。

【次の Q29-2 は、Q29-1 で 5 以下の数字を入れた方のみ、お答え下さい】

Q29-2: 貴事業所が、運営推進会議を年 6 回(基準で求められている概ね 2 か月に 1 回程度)開催していない理由について、当てはまるものを全て選択して下さい。

- | |
|-------------------------------|
| 1. 具体的な実施方法について理解できていない |
| 2. 開催の準備や手続きが煩雑で、開催できていない |
| 3. 地域住民の理解が得られない |
| 4. 家族の理解が得られない |
| 5. 行政の協力が得られない |
| 6. 行政の方針で、今のところ運営推進会議は実施していない |
| 7. その他 |

Q30: 開所以来、貴事業所が受けた、指定地域密着型サービスの外部評価の回数を、半角数字で入力して下さい。外部評価を受けていない場合は 0(ゼロ)を入力して下さい。

 回

Q31: 平成 23 年度「事業活動収支計算書」や「事業活動計算書」等から、貴事業所に係る、平成 23 年度 1 年間の、以下に該当する金額を半角数字で入力して下さい。該当の金額がない欄には 0(ゼロ)を入力して下さい。

| | | |
|-----------------|--|---|
| ①事業活動収入計 | | 円 |
| ② 居宅介護サービス収入 | 合計 | 円 |
| | うち認知症対応型共同生活介護に係る介護報酬収入(保険負担分+入居者本人の1割負担分) | 円 |
| ③ その他の事業収入 | 介護職員処遇改善交付金受入額 | 円 |
| | 補助金収入(自治体独自の補助等) | 円 |
| ④ 保険外の利用料による収入 | 認知症対応型共同生活介護に係る利用者等利用料収入(家賃、光熱水費、食費など) | 円 |
| ⑤事業活動支出計 | | 円 |
| ⑥ 人件費支出 | 合計(人件費支出計) | 円 |
| | うち正規職員人件費(諸手当、俸給、役員報酬等含む) | 円 |
| | うち非正規職員(パート・アルバイト・契約社員等)給与等 | 円 |
| ⑦ 事務費支出(あるいは経費) | 業務委託費のうち派遣職員等に係る費用 | 円 |

※各欄は、別個に考えて頂き、事業活動収支計算書等から該当の数字を抜き書き等願います(必ずしも各欄の間で合算等を行う関係にはありません)。

※⑥人件費において、もし本部や他施設と兼務している職員がいる場合は、Q5 で入力頂いた勤務時間数を参考に、人件費を按分願います。

質問は以上です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

2. ヒアリング調査票

主にお伺いしたい項目

この度は、業務等でお忙しい中ご協力下さり、ありがとうございます。主に以下の点についてお聞きする予定ですが、もし可能であれば事前に、該当するご説明・ご回答等を各欄にご記入・返送頂ければ、それを踏まえてお話をお聞きすることと致します。

(なお、貴事業所でお持ちの既存の関連資料等でご説明に代えられる部分がありましたら、その資料の御恵与で代替頂ければ幸いです。その場合は回答欄に「別添資料●●参照」と入力願います)

| | |
|-------|--|
| 貴事業所名 | |
|-------|--|

問1 貴グループホームとして、運営における理念や大切にしている考え方は何でしょうか

問2 理念等を具体的に実現するために、運営面等において他のグループホームと比較して特徴的な取組は何でしょうか

問3 その特徴的な取組を行うことにより、利用者・家族等にどのような良い影響が生まれていると考えていますか

問4 その特徴的な取組を行う上で、具体的な職員配置体制や運営面での工夫等、ソフト・ハード両面で行っている対応として、どのようなことを行っていますか

問5 その特徴的な取組を行う上で、具体的な職員配置体制や運営面での課題、支障、あい路として、どのようなものがありますか

問6 今後、その特徴的な取組を、どの様に進めていこうと考えていますか

問7 今後、その特徴的な取組を進めていく上で、報酬や運営基準等での課題、支障、あい路はありますか。あるとすればどのようなことでしょうか

問8 今後、その特徴的な取組を全国のグループホームに広げていくと考えた場合に、課題、支障、あい路となることとして、どのようなことがありますか

ご協力、誠にありがとうございました

3. ユニット型地域密着型老人福祉施設と認知症対応共同生活介護との比較

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|------|---|---|
| 定員 | <ul style="list-style-type: none"> 入所定員を29人以下とする 一のユニットの入居定員は、原則としておおむね10人以下としなければならない。 | <ul style="list-style-type: none"> 1つの事業所に複数の共同生活住居（ユニット）を設ける場合には、2つまでに限られている。 入居定員を5以上9人以下とする。 |
| 設備基準 | <p>居室</p> <ul style="list-style-type: none"> 定員は1人とする。ただし、入所者への指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供上必要と認められる場合は、2人として設けることができる。床面積等は、1人当たり10.65平方メートル以上としなければならない。 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。 ブザー又はこれに代わる設備を設けること。 家族や友人ができる限り気軽に来訪・宿泊することができるよう配慮しなければならない。 <p>共同生活室</p> <ul style="list-style-type: none"> 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。 共同生活室の床面積は、2平方メートルに当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準とすること。 必要な設備及び備品を備えること。 他のユニットの入居者が、当該共同生活室を通過することなく、施設内の他の場所に移動することができるようになっていること。 当該ユニットの入居者全員とその介護等を行う従業者が一度に食事をした後、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、当該共同生活室内を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていること。 要介護者が食事をしたり、談話等を楽しんだりするのに適したテーブル、椅子等の備品を備えなければならない。 入居者が、その心身の状況に応じて家事を行うことができるようにする観点から、簡易な流し・調理設備を設けることが望ましい。 | <p>居室</p> <ul style="list-style-type: none"> 定員は1人とする。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人として設けることができる。床面積は、1人当たり7.43平方メートル以上としなければならない。 居室を2人部屋とすることができる場合は、夫婦で居室を利用する場合などであり、事業者の都合で一方的に2人とするべきではない。 <p>居間及び食堂</p> <ul style="list-style-type: none"> 居間及び食堂は、同一の場所とすることができる。広さについては、原則、利用者及び介護従事者が一堂に介するに十分な広さを確保しなければならない。 1つの事業所に複数のユニットを設ける場合、居間、食堂及び台所についてはそれぞれユニットごとに専用の設備でなければならない。 併設の事業所において行われる他のサービスの利用者が設備を共用することは原則不可。ただし、共用型指定認知症対応型通所介護に関しては可能だが、通所利用者は同一の時間帯において3人を上限とする。 |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|--|--------------|
| <p>医務室</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法に規定する診療所とすることとし、入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けること。本施設が指定介護老人福祉施設であるサテライト型居住施設については医務室を必要とせず、入居者を診察するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けることで足りる <p>静養室</p> <p>浴室</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護者が入浴するのに適したものとすること。 ・居室のある階ごとに設けることが望ましい。 <p>洗面設備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること。 ・要介護者が使用するのに適したものとすること。 <p>便所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室ごとに設けることが望ましい。ただし、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。・面積又は数の定めはない。 <p>廊下幅</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1.5メートル以上とすること、ただし中廊下の幅は1.8メートル以上とすること。(指定地域密着型介護老人福祉施設にあっては入所者や従業者は少数であることから、廊下幅の一律の規制を緩和)。 ・入所者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められるときは、これによらないことができる。 <p>消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること</p> <p>消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しなければならない。消火設備 (自動火災報知機・火災通報装置・スプリンクラー・消火器)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・床面積 275 m²以上はスプリンクラーの設置を義務づける。 | <p>浴室</p> <p>台所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1つの事業所に複数のユニットを設ける場合、居間、食堂及び台所についてはそれぞれユニットごとに専用の設備でなければならない。 <p>消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること</p> <p>消火設備 (自動火災報知機・火災通報装置・スプリンクラー・消火器)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・床面積 275 m²以上はスプリンクラーの設置を義務づける。 <p>立地条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の家族との交流の機会の確保や住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との機会が確保される | |

| 人員配置基準 | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|---|--------------|
| <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数。 ・本体施設の医師によりサテライト型居住施設の入所者の健康管理が適切に行われると認められるときは、これを置かないことができる。 <p>介護職員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員のうち1人以上は常勤の者でなければならない。 ・介護職員又は看護士若しくは准看護士の総数は常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上とする。 ・昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。 ・夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。 ・ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 ・入所者に対する介護の提供に直接影響を及ぼさない業務を除いて、施設内の業務は施設の従業者によって提供しなければならない。 <p>看護職員（看護師・准看護師）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護職員の数は1以上とする。 ・看護職員のうち1人以上は常勤の者でなければならない。 ・サテライト型居住施設にあつては、常勤換算方法で1以上とする。 <p>生活相談員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1以上 | <p>地域にあるようにしなければならない。</p> <p>管理者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ユニットごとに専らその職務に従事する常勤の管理者が必要。 ・管理上支障がない場合は、ユニット内の他の職務に従事し、又は、同一敷地内の他の事業所、施設等若しくは併設する小規模多機能型居宅介護事業書若しくは複合型サービス事業所の職務に従事が可能。 <p>介護従事者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護従業者のうち1以上の常勤の者でなければならない。 ・日中の時間帯は入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上とするほか、夜間帯及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従事者（夜勤職員）が確保されていることが必要。 ・人員基準を満たした上であれば、併設された小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所の人員基準も満たしている場合は職務に従事することができる。 | |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|--|---|
| | <p>・常勤の者でなければならぬ。ただし、サテライト型居住施設（本体施設が指定介護老人福祉施設・介護老人保健福祉施設の場合に限る）の生活相談員は常勤換算方法で1以上の基準を満たしていれば、非常勤の者であっても差し支えない。</p> <p>栄養士 1以上 （常勤1名以上 栄養マネジメント加算）</p> <p>機能訓練指導員 1以上 （常勤専従1名以上 個別機能訓練加算）</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う能力を有すると認められる者でなければならぬ。 他の職務と兼務が可能。 <p>介護支援専門員 1以上</p> <ul style="list-style-type: none"> 専らその職務に従事する常勤の者でなければならぬ。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、他の職務と兼務が可能。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> *生活相談員・栄養士・機能訓練指導員・介護支援専門員について ・本体施設が指定介護老人福祉施設のサテライト型居住施設の場合、本体施設に栄養士・機能訓練指導員・介護支援専門員が配置されており、入所者の処遇が適切に行われている時、サテライト型居住施設には置かないことが出来る。 ・本体施設が介護老人保健施設の場合は、支援相談員・栄養士・理学療法士若しくは作業療法士・介護支援専門員。 ・本体施設が病院の場合は、栄養士（病床数 100 以上のみ）・介護支援専門員（指定介護療養型医療施設のみ） </div> | <p>計画作成担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ユニットごとに置かなければならぬ。 ・1 つのユニットを有する事業所の計画作成担当者は介護支援専門員をもって充てなければならぬ。 ・2 つ以上のユニットを有する事業所の計画作成担当者のうち、少なくとも1人は介護支援専門員をもって充てなければならぬ。 ・利用者の処遇に支障がない場合は、同一ユニットにおける、他の職務と兼務が可能。 <p>介護等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対し介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。（事業者の負担により、通所介護等のサービスの利用を共することは差し支えない） ・利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。 |
| <p>介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行われなければならない。 ・1 週間に2 回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清拭しなければならぬ。 ・入所者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排便の自立について | | |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|--|--------------|
| | <p>必要な援助を行わなければならない。・おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。 ・入所者に対し、前各項に規定するもののほか、離床、着替え、整容等の介護を適切に行わなければならない。 ・常時一人以上の介護職員を介護に従事させなければならない。 ・入所者に対し従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。 <p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養並びに入所者の心身の状況、嗜好を考慮した食事を、入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供しなければならない。 ・施設側の都合で急かしたりすることなく、入居者が自分のペースで食事を摂ることができるよう十分な時間を確保しなければならない。 ・入所者が可能な限り離床して、共同生活室で食事を摂ることを支援しなければならない。 ・調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておくこと。 ・病弱者に対する献立については、必要に応じ、医師の指導を受けること。 ・食事時間は適切なものとし、夕食時間は午後6時以降とするのが望ましいが、早くても午後5時以降とすること。 ・食事提供に関する業務は施設自ら行うことが望ましいが、食事サービスの質が確保されている場合は、施設の最終的責任の下で第三者に委託することができる。 ・食事提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、居室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていることが必要であること。 ・入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があること。 ・食事内容については、施設の医師又は栄養士を含む会議において検討が加えられなければならない。 | |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|------------------------|---|---|
| | <p>相談及び援助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常に入所者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者・家族に対し相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行わなければならない。 <p>社会生活上の便宜の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。 ・入所者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、本人・家族が行うことが困難な場合は、本人の同意を得て代わって行わなければならない。 ・家族が行うことが困難な場合は、本人の同意を得るとともに、代行した（金銭にかかるとともに、事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認する。） ・入所者と家族との交流の機会の確保に努めなければならない ・入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない <p>機能訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、その減退を防止するための訓練を行わなければならない。 <p>健康管理</p> <p>医師又は看護職員は常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。</p> | <p>社会生活上の便宜の提供等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、本人・家族が行うことが困難な場合は、本人の同意を得て代わって行わなければならない。 ・家族が行うことが困難な場合は、本人の同意を得るとともに、代行した（金銭にかかるとともに、事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認する。） ・家族との交流の機会の確保に努めなければならない |
| 対象者 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則として施設を指定している市町村の被保険者 ・65歳以上の要介護1～5の者。 ・40歳以上から64歳までの者でも、特定疾患で介護認定を受けている者は対象となる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則として施設を指定している市町村の被保険者 ・65歳以上の要介護2、要介護1～5で認知症と診断されている者 ・40歳以上から64歳までの者でも、特定疾患で介護認定を受けて要支援2、要介護1～5で認知症である者は対象となる。 |
| 介護報酬 (単位数) 1日につき | <p><u>ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費 (I) * ユニット型個室の場合</u></p> | <p><u>認知症対応型共同生活介護費 (I) * 1ユニットの場合</u></p> |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|---|--------|--------|--------|------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------|------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|---|------|------|------|------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------|------|------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | <table border="1"> <tr> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> </tr> <tr> <td>659 単位</td> <td>729 単位</td> <td>802 単位</td> <td>872 単位</td> <td>941 単位</td> </tr> </table> <p><u>ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費(Ⅱ)*ユニット型準個室の場合</u></p> <table border="1"> <tr> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> </tr> <tr> <td>659 単位</td> <td>729 単位</td> <td>802 単位</td> <td>872 単位</td> <td>941 単位</td> </tr> </table> | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 659 単位 | 729 単位 | 802 単位 | 872 単位 | 941 単位 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 659 単位 | 729 単位 | 802 単位 | 872 単位 | 941 単位 | <table border="1"> <tr> <td>要支援2</td> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> </tr> <tr> <td>798 単位</td> <td>802 単位</td> <td>840 単位</td> <td>865 単位</td> <td>882 単位</td> <td>900 単位</td> </tr> </table> <p><u>認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)*2ユニット以上の場合</u></p> <table border="1"> <tr> <td>要支援2</td> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> </tr> <tr> <td>785 単位</td> <td>789 単位</td> <td>827 単位</td> <td>852 単位</td> <td>869 単位</td> <td>886 単位</td> </tr> </table> | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 798 単位 | 802 単位 | 840 単位 | 865 単位 | 882 単位 | 900 単位 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 785 単位 | 789 単位 | 827 単位 | 852 単位 | 869 単位 | 886 単位 |
| 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 659 単位 | 729 単位 | 802 単位 | 872 単位 | 941 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 659 単位 | 729 単位 | 802 単位 | 872 単位 | 941 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 798 単位 | 802 単位 | 840 単位 | 865 単位 | 882 単位 | 900 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 785 単位 | 789 単位 | 827 単位 | 852 単位 | 869 単位 | 886 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>看護体制加算(Ⅰ)イ 12 単位</p> <p>(1) 地域密着型介護老人福祉施設サービス費又はユニット型地域密着型サービス費を算定していること</p> <p>(2) 常勤の看護師を1名以上配置していること</p> <p>(3) 通所介護費等の算定方法の基準に該当していないこと</p> <p>看護体制加算(Ⅰ)ロ 4 単位</p> <p>(1) 経過的地域密着型介護老人福祉サービス費、ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設サービス費又はユニット旧措置入所者経過的地域密着型旧措置入所者経過的地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。</p> <p>(2) 看護体制加算(Ⅰ)イの(2)及び(3)に該当するものであること。</p> <p>看護体制加算(Ⅱ)イ 23 単位</p> <p>(1) 看護体制加算(Ⅰ)イの(1)に該当するものであること。</p> <p>(2) 看護職員を常勤換算方法で2名以上配置していること。</p> <p>(3) 当該指定地域密着型介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により24時間の連絡体制を確保していること。</p> <p>(4) イ(3)に該当するものであること。</p> <p>看護体制加算(Ⅱ)ロ 8 単位</p> <p>(1) 看護体制加算(Ⅰ)ロの(1)に該当するものであること。</p> | <p>医療連携体制加算 39 単位</p> <p>イ 職員として看護師を1名以上配置すること。(准看護師は不可。)又は、病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上配置すること。</p> <p>ロ 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。</p> <p>ハ 「重度化した場合における対応に係る指針」を整備し、入居の際に入居者又は家族に指針の内容を説明し、同意を得ること。</p> <p>※ 指針には、急性期における医師や医療機関との連携体制、入院期間中における居住費や食費の取扱い、看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針などを盛り込むこと。</p> <p>*介護予防は除く</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|---|---|
| | <p>(2) 看護体制加算 (II) イの (2) から (4) までに該当するものであること。</p> <p>夜勤職員配置加算 夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合に、次の区分に応じて算定</p> <p>夜勤職員配置加算 (I) イ 41 単位 地域密着型介護福祉施設サービスマスを算定していること。</p> <p>夜勤職員配置加算 (I) ロ 13 単位 経過的地域密着型介護老人福祉施設サービスマスを算定していること。</p> <p>夜勤職員配置加算 (II) イ 46 単位 ユニット型地域密着型介護福祉施設サービスマスを算定していること。</p> <p>夜勤職員配置加算 (II) ロ 18 単位 ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設サービスマス又はユニット型旧措置入所者経過的地域密着型介護老人福祉施設サービスマスを算定していること。</p> <p>栄養マネジメント加算 14 単位 イ 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。 ロ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の方が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 ハ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的にご記録していること。 ニ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。 ホ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定地域密着型介護老人福祉施設であること。</p> | <p>夜間ケア加算 (I) *認知症対応型共同生活介護費 (I) の場合 50 単位/日</p> <p>夜間ケア加算 (II) *認知症対応型共同生活介護費 (II) の場合 25 単位/日</p> <p>イ 夜勤職員を1ユニットにつき1以上配置していること。 ロ 事業所毎の夜勤職員がイに1を加えた数以上であること。</p> |

| | <p>ユニット型地域密着型老人福祉施設</p> | <p>認知症対応型共同生活介護</p> |
|--|--|---|
| | <p>初期加算 30 単位 入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。30日を超える病院又は診療所への入院後に指定地域密着型介護老人福祉施設に再び入所した場合も、同様とする。</p> <p>外泊時加算 246 単位 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居室における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に飼えて1日につき246単位を算定する。ただし、入院又は、外泊の初日及び最終日は算定されない。</p> <p>日常生活継続支援加算 23 単位 イ 入所者の総合のうち、要介護状態区分の要介護4若しくは要介護5の者の占める割合が100分の65以上又は日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の入所者の占める割合が100分の60以上であること。 ロ 介護福祉士の数が常勤換算方法で、入所者の数が6又その端数を増すごとに1以上であること。 ハ 通所介護費等の算定方法の基準に該当していない。</p> <p>認知症専門ケア加算 (I) 3 単位 入所者のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上に被認定者の割合が全体の50%以上を占め、かつ、介護従事者のうち認知症介護実践リダー研修修了者を認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が20人未満の場合は1名以上を配置している場合、かつ、職員間で認知症ケアに関する技術的指導会議等を定期的実施している場合など専門的な認知症ケアを実施した場合。</p> <p>認知症専門ケア加算 (II) 4 単位 (I)の要件の他、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、介護・</p> | <p>初期加算 30 単位 入居した日から起算して30日以内の期間について1日につき所定単位数を加算する。</p> <p>認知症専門ケア加算 (I) 3 単位 入居者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が全体の50%以上を占め、かつ、介護従事者のうち認知症介護実践リダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が20人未満の場合は1人以上を配置し、20人以上の場合は、1に対象者の数が19を超えて、10またはその端数を増すごとに1を加えた数以上を配置している場合、かつ、職員間で認知症ケアに関する技術的指導会議等を定期的実施している場合など専門的な認知症ケアを実施した場合。</p> <p>認知症専門ケア加算 (II) 4 単位 (I)の要件の他、認知症介護指導者研修修了者を1以上配置し、介護・</p> |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|---|--|
| | <p>看護職員ごとの研修計画を作成・実施するなど専門的な認知症ケアを実施した場合。</p> <p>サービス提供体制強化加算 (I) 12 単位 介護従業者のうち介護福祉士を 50%以上配置している場合。</p> <p>サービス提供体制強化加算 (II) 6 単位 介護・看護従業者のうち常勤職員を 75%以上配置している場合。</p> <p>サービス提供体制強化加算 (III) 6 単位 介護従事者等のうち 3 年以上の勤続年数のある者を 30%以上配置している場合。</p> <p>※いずれも定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。</p> <p>個別機能訓練加算 12 単位 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を 1 名以上配置しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、入所者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合。</p> <p>若年性認知症受入加算 120 単位 受け入れた若年性認知症利用者 (65 歳未満の初老期における認知症によって要介護者となった入所者) ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービスをを行うこと。</p> <p>精神科医療指導加算 5 単位 認知症である入所者が全入所者の 3 分の 1 以上を占める指定地域密着型介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的療養指導が月に 2 回以上行われている場合、1 日につき 5 単位を所定単位数に加算する。</p> | <p>看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成・実施するなど専門的な認知症ケアを実施した場合。</p> <p>サービス提供体制強化加算 (I) 12 単位 介護従業者のうち介護福祉士を 50%以上配置している場合。</p> <p>サービス提供体制強化加算 (II) 6 単位 介護・看護従業者のうち常勤職員を 75%以上配置している場合。</p> <p>サービス提供体制強化加算 (III) 6 単位 介護従事者等のうち 3 年以上の勤続年数のある者を 30%以上配置している場合。</p> <p>※いずれも定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。</p> <p>若年性認知症利用者受入加算 120 単位 受け入れた若年性認知症利用者 (65 歳未満の初老期における認知症によって要介護者となった入所者) ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービスをを行うこと。ただし、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。</p> |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|---|--------------|
| | <p>常勤医師配置加算 25 単位 専ら当該指定地域密着型老人福祉施設の職務に従事する常勤医師を 1 名以上配置しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設については、1 日につき 25 単位所定単位数に加算する。</p> <p>経口移行加算 28 単位 経口により食事を摂取される入所者ごとに、「経口移行計画」を作成している場合であって、当該計画に従い医師の指示を受けた管理栄養士や栄養士が経口による食事摂取を進めるための栄養管理を行ったとき、当該計画が作成された日から起算して 180 日以内の期間に限り、1 日につき所定単位数を加算する。</p> <p>経口維持加算 経口で食事摂取できるものの、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる利用者が、経口摂取をすすめるために医師の指示に基づき「経口維持計画」を作成し特別な管理を行った場合 180 日以内の期間に限り 1 日につき所定単位数を加算する。</p> <p>経口維持加算 (I) 28 単位 経口により食事をする者であって、著しい摂食機能障害を有し造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められるものを対象としていること。</p> <p>経口維持加算 (II) 5 単位 経口により食事をする者であって摂食機能障害を有し誤嚥が認められるものを対象としていること。</p> <p>口腔機能維持管理体制加算 30 単位 口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されており、歯科医師・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言・指導を月 1 回以上行っている場合に、1 カ月につき所定単位数を加算する。</p> | |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|--------------|---------|------------|--------|--------------------|-------|---|-------|---------|------------|--------|--------------------|-------|
| | <p>口腔機能維持管理加算 110 単位</p> <p>口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されており、歯科医師・歯科医師の助言を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月 4 回以上行った場合に、1 カ月につき所定単位数を加算する。ただし、口腔機能維持管理体制加算を算定しない場合は算定しない。</p> <p>療養食加算 23 単位</p> <p>厚生労働大臣が定める療養食を提供したときに 1 日につき所定単位数を加算する。この場合において、経口移行加算又は経口維持加算を算定している場合は、算定しない。</p> <p>イ 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること</p> <p>ロ 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。</p> <p>ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定地域密着型介護老人福祉施設において行われていること。</p> <p>看取り介護加算</p> <p>看取りに関する指針を策定し、医師が終末期にあると判断した利用者について看取りに関する計画を作成し、入所者やご家族に説明し同意を得ながら看取り介護を行った場合に下記の期間に応じた看取り介護費が加算される。</p> <table border="1" data-bbox="991 1122 1110 1765"> <tr> <td>死亡した日</td> <td>1280 単位</td> </tr> <tr> <td>死亡日前日及び前々日</td> <td>680 単位</td> </tr> <tr> <td>死亡日以前 4 日以上 30 日以下</td> <td>80 単位</td> </tr> </table> | 死亡した日 | 1280 単位 | 死亡日前日及び前々日 | 680 単位 | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 80 単位 | <p>看取り介護加算</p> <p>イ医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。</p> <p>ロ利用者又はその家族等の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。</p> <p>ハ医師、看護師（当該事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所、訪問看護ステーションの職員に限る）、介護職員等が共同して、利用者の状態又は家族の求め等に応じて随時、本人またはその家族への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること。</p> <table border="1" data-bbox="1142 264 1262 925"> <tr> <td>死亡した日</td> <td>1280 単位</td> </tr> <tr> <td>死亡日前日及び前々日</td> <td>680 単位</td> </tr> <tr> <td>死亡日以前 4 日以上 30 日以下</td> <td>80 単位</td> </tr> </table> <p>ただし、退去した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。また、この場合において医療連携体制加算を算定していない場合は算定しない。</p> | 死亡した日 | 1280 単位 | 死亡日前日及び前々日 | 680 単位 | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 80 単位 |
| 死亡した日 | 1280 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日前日及び前々日 | 680 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 80 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡した日 | 1280 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日前日及び前々日 | 680 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 80 単位 | | | | | | | | | | | | | |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|--|---|
| | <p>退所時相談援助加算</p> <p>退所前後訪問相談援助加算 460 単位</p> <p>入所期間が1ヶ月を超える入所者が、退所後、居宅サービスを利用する場合、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練相談員、医師のたれかが、退所後の居宅を訪問し、本人、及び家族などに対して、相談援助を行った場合に加算できる。入所中1回、退所後1回が限度</p> <p>退所時相談援助加算 400 単位</p> <p>入所期間1ヶ月を超える入所者が退所し居宅サービスなどを利用する場合に、相談援助、退所後の居住地がある市町村、特別区、老人福祉法に基づく、介護支援センターに対して、退居後2週間以内に入所者の介護状況の文書、情報を提供した場合、1人1回に限り、算定できる。本人の同意が必須。</p> <p>退所前連携加算 500 単位</p> <p>入所期間が1ヶ月を超える入所者が退所した後に入居サービスを受け、入所者が利用を希望している指定居宅介護支援事業者に対して、入所者の診療状況がわかる文書を添えて必要な情報を提供し、同時に同事業者と連携して退所後の居宅サービスの調整を行った場合に加算されるもの。利用者の退所に先立って1回を限度として算定される。</p> <p>在宅復帰支援機能加算 10 単位</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護老人福祉施設であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合1日につき所定の算定をされる。</p> <p>イ 入所者の家族との連絡調整を行っていること。</p> <p>ロ 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。</p> <p>在宅・入所相互利用加算 30 単位</p> <p>イ 在宅生活を継続する観点から、複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間を定めて、当該施設の同一の個室を計画的に利用している者</p> <p>ロ 要介護3～要介護5までの者</p> | <p>退居時相談支援加算 400 単位</p> <p>入所期間1ヶ月を超える入所者が退所し居宅サービスなどを利用する場合に、利用者及びその家族に相談援助を行い、かつ、退所後の居住地がある市町村、特別区、老人福祉法に基づく老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、本人の同意を得た上で、退居後2週間以内に入居者の介護状況を示す文書を添えて情報を提供した場合、1人1回に限り、算定できる。</p> |

| | ユニット型地域密着型老人福祉施設 | 認知症対応型共同生活介護 |
|--|--|---|
| | <p>小規模拠点集成型施設加算 50 単位 同一施設内に複数の居住単位を設けている指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行っている施設において、5 人以下の居住単位に入所している入所者については 1 日につき所定単位数を加算する。</p> <p>認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位 医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅の生活が困難であり、緊急に認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、入居を開始した日から換算して 7 日を限度として、1 日につき 200 単位を所定単位数に加算する。</p> <p>介護職員処遇改善加算 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設が、入所者に対し、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者介護を行った場合。</p> <p>介護職員処遇改善加算 (I) 他の加算により算定した単位数の 1000 分の 25 に相当する単位数</p> <p>介護職員処遇改善加算 (II) (I) により算定した単位数の 100 分の 90 に相当する単位数</p> <p>介護職員処遇改善加算 (III) (I) により算定した単位数の 100 分の 80 に相当する単位数</p> | <p>認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位 医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅の生活が困難であり、緊急に認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、入居を開始した日から換算して 7 日を限度として、1 日につき 200 単位を所定単位数に加算する。</p> <p>介護職員処遇改善加算 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所が、利用者に対し、指定認知症対応型共同介護を行った場合。</p> <p>介護職員処遇改善加算 (I) 他の加算により算定した単位数の 1000 分の 39 に相当する単位数</p> <p>介護職員処遇改善加算 (II) (I) により算定した単位数の 100 分の 90 に相当する単位数</p> <p>介護職員処遇改善加算 (III) (I) により算定した単位数の 100 分の 80 に相当する単位数</p> |