



社会保障審議会介護給付費分科会事業者団体ヒアリング資料

令和2年8月19日

公益社団法人日本認知症グループホーム協会

会長 河崎 茂子

要望事項

1. 在宅支援機能の強化を図る観点

- ①緊急時短期利用認知症対応型共同生活介護の要件緩和
- ②地域における認知症ケアの拠点として積極的に取り組む事業所の評価

2. 医療ニーズへの対応強化を図る観点

- ①医療連携体制加算の実績要件の拡大
- ②入退院時情報連携加算の創設

3. 介護人材の有効活用や業務の効率化を図る観点

- ①計画作成担当者のユニット間の兼務
- ②夜間ケア体制の要件緩和
- ③管理者交代時の研修の取扱い
- ④ユニット規模の柔軟化
- ⑤サテライト型の創設
- ⑥外部評価と運営推進会議（意見）

4. 政府を挙げて取り組む「介護離職ゼロ」の実現に向けた基盤整備量の拡充の観点

- ④ユニット規模の柔軟化【再掲】
- ⑤サテライト型の創設【再掲】

5. 重度化への対応の充実を図る観点

- ①重度化への対応に積極的に取り組む事業所の評価
- ②認知症専門ケア加算の見直し
- ③BPSDへの対応の評価

1. 在宅支援機能の強化を図る観点

①緊急時短期利用認知症対応型共同生活介護の要件緩和

- 現在の「個室」要件に加え、パーティション等によりプライバシーが確保される場合には「個室以外」も認めていただきたい。
- 受入れ日数の上限を14日までに拡大していただきたい。
- 1ユニットに1人までの受入れを認めていただきたい。

要望理由

○緊急時ショートステイは、病気や入院など介護者の緊急的なニーズや独居の認知症高齢者の体調不良時、在宅で生活する認知症の人の行動・心理症状の悪化時など幅広く利用されている。

○一方で、実施率は16.6%と一部の事業所の実施にとどまっており、普及が進んでいない。

○緊急時ショートステイの未実施の理由としては、「個室がない」が約6割を占めている。

【出典】令和元年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業報告書」(日本GH協)

○グループホームでショートステイを提供することの効果としては、83.8%が「入居前の体験入所として機能する」と回答しており、入居の際にリロケーションダメージが少なく、利用者が不安なく適応することにも役立っている。

【出典】平成27年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」(日本GH協)

○利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合など、緊急時のニーズは7日間とは限らず、短期入所者生活介護(定員を超える場合)や小規模多機能型居宅介護は14日以内とされている。【資料1】(スライド3ページ)

○グループホームの生活単位は「共同生活住居(ユニット)」であるため、人員基準は1ユニット毎に定められている。

緊急時短期利用の比較

- 緊急時の短期利用について見ると、受入部屋については、（看護）小規模多機能型居宅介護では個室以外も認められているが、認知症対応型共同生活介護では個室であることが必要となっている。
- また、短期入所生活介護や（看護）小規模多機能型居宅介護では原則7日でやむを得ない事情がある場合には例外的に14日まで受け入れることができるが、認知症対応型共同生活介護においては例外規定がなく、一律7日以内となっている。
- さらに、認知症対応型共同生活介護では、定員を超えない場合（通常の短期利用）は1ユニット1名までであるが、定員を超える場合は1事業所1名までとなっている。

	短期入所生活介護 (定員を超える場合)	(看護)小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護 (定員を超える場合)	認知症対応型共同生活介護 (定員を超えない場合)
要件	・利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合であること。 ・居宅サービス計画に位置づけられていないこと。 ・当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないこと。	・利用者の状態や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合であること。 ・人員基準違反でないこと。 ・登録者に対するサービス提供に支障がないこと。 ・登録者の数が登録定員未満であること。 ・サービス提供が過少である場合の減算を算定していないこと。	・利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合であること。 ・居宅サービス計画に位置づけられていないこと。 ・人員基準違反でないこと ・当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないこと(※) ・事業を行う者が3年以上介護サービス運営している経験があること。 ・十分な知識を有する従業者が確保されていること (※)短期利用の利用者も含めて、当該利用者の利用期間を通じて人員基準を満たしており、かつ当該利用者が利用できる個室を有している場合に「支障がない」とされる。	・人員基準違反でないこと。 ・事業を行う者が3年以上介護サービス運営している経験があること。 ・十分な知識を有する従業者が確保されていること。 ・定員の範囲内で空いている居室を利用すること。
部屋	居室以外の静養室	個室(7.43㎡/人以上) 個室以外(おおむね7.43㎡/人でパーティションや家具などによりプライバシーが確保されたしつらえ)	個室(最低面積はないが、処遇上十分な広さを有していること)	居室(7.43㎡/人以上)
日数	7日以内 (利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内)	7日以内 (利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内)	7日以内	30日以内
人数	定員40名未満の場合は1名 定員40人以上の場合は2名	宿泊室の数 ×(事業所の登録定員-登録者数) ÷事業所の登録定員 ※必ず定員以内となる	1事業所1名まで	1ユニット1名まで

1. 在宅支援機能の強化を図る観点

②地域における認知症ケアの拠点として積極的に取り組む事業所の評価

○地域における認知症ケアの拠点として、地域の多様な関係者と連携し、複数の認知症地域支援に取り組むなど、認知症の人にやさしいまちづくりに積極的に貢献している事業所に対する認知症ケア拠点加算を要望したい。

要望理由

○グループホームは、運営推進会議など地域住民との交流を通して、入居者が地域住民の一員として暮らしやすいまちづくりに取り組んできた。

○近年は、その対象を在宅で生活する認知症の人やそのご家族、さらには地域住民にまで広げ、地域における認知症ケアの拠点として、認知症の人にやさしいまちづくり(お互い様の関係づくり)に積極的に取り組む段階に入ってきており、そうした取組を推進していくための仕掛けが必要である。

○地域における認知症ケアの拠点(認知症ケア拠点加算の要件)のイメージ

- ・ 日常的に認知症地域支援推進員や地域住民、多様な関係機関等との連携を図っていること。
- ・ 相談支援や認知症カフェなど、複数の認知症地域支援に取り組むなど、入居者や在宅で生活する認知症の人が暮らしやすいまちづくりに積極的に貢献していること。【資料2、3】(スライド5、6ページ)

○認知症の人にやさしいまちづくりは、

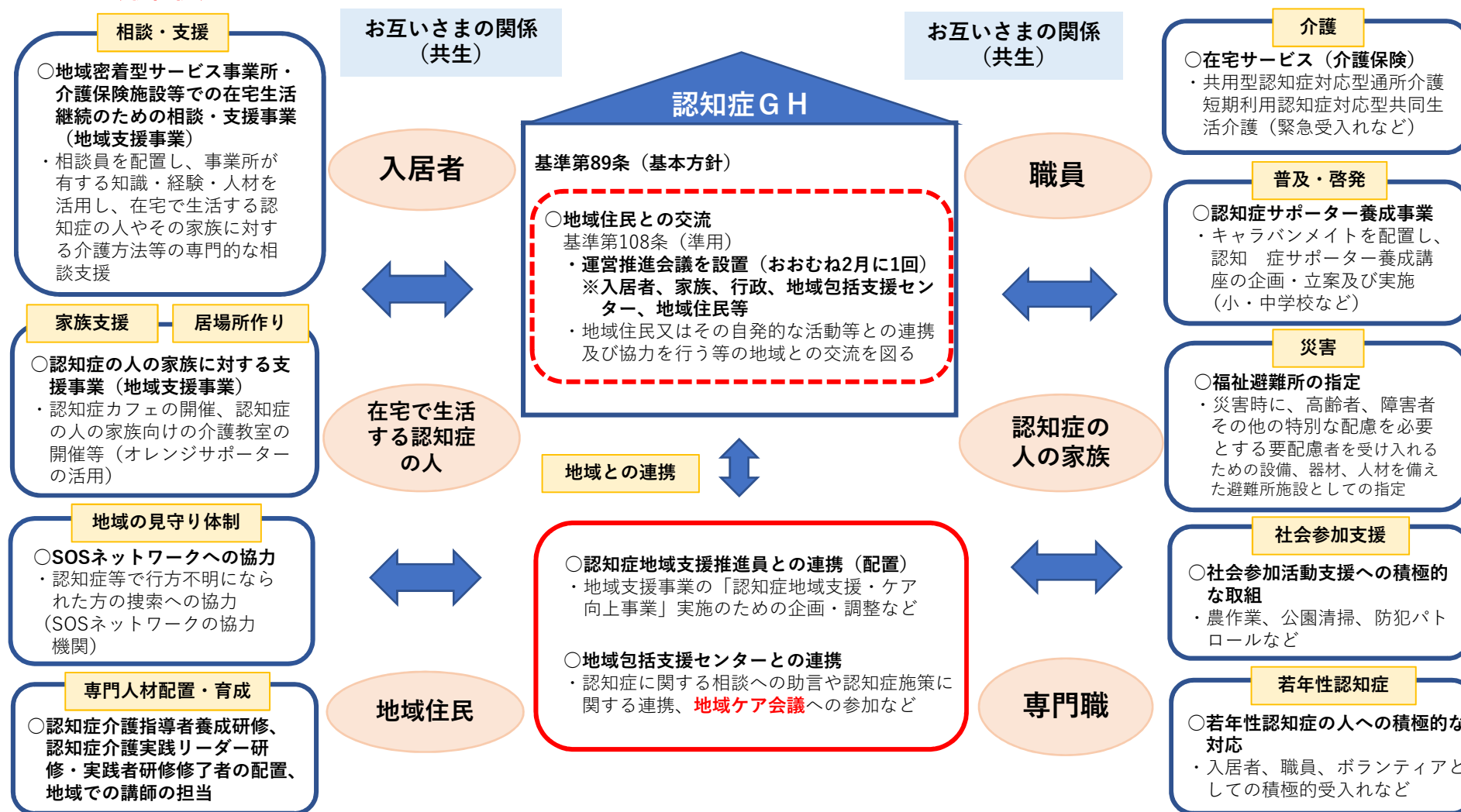
- ・ グループホームへの認知度、理解度を高め、地域の協力者を増やすことができる。
- ・ 緊急時の対応や防災等の様々なりスクにおいて地域の協力が得やすくなる。
- ・ 地域住民との交流の機会が増える、社会参加の機会が増える

など入居者にとってのやさしいまちづくりになる。

地域における認知症ケアの拠点としてのグループホーム（イメージ）

（取組例）

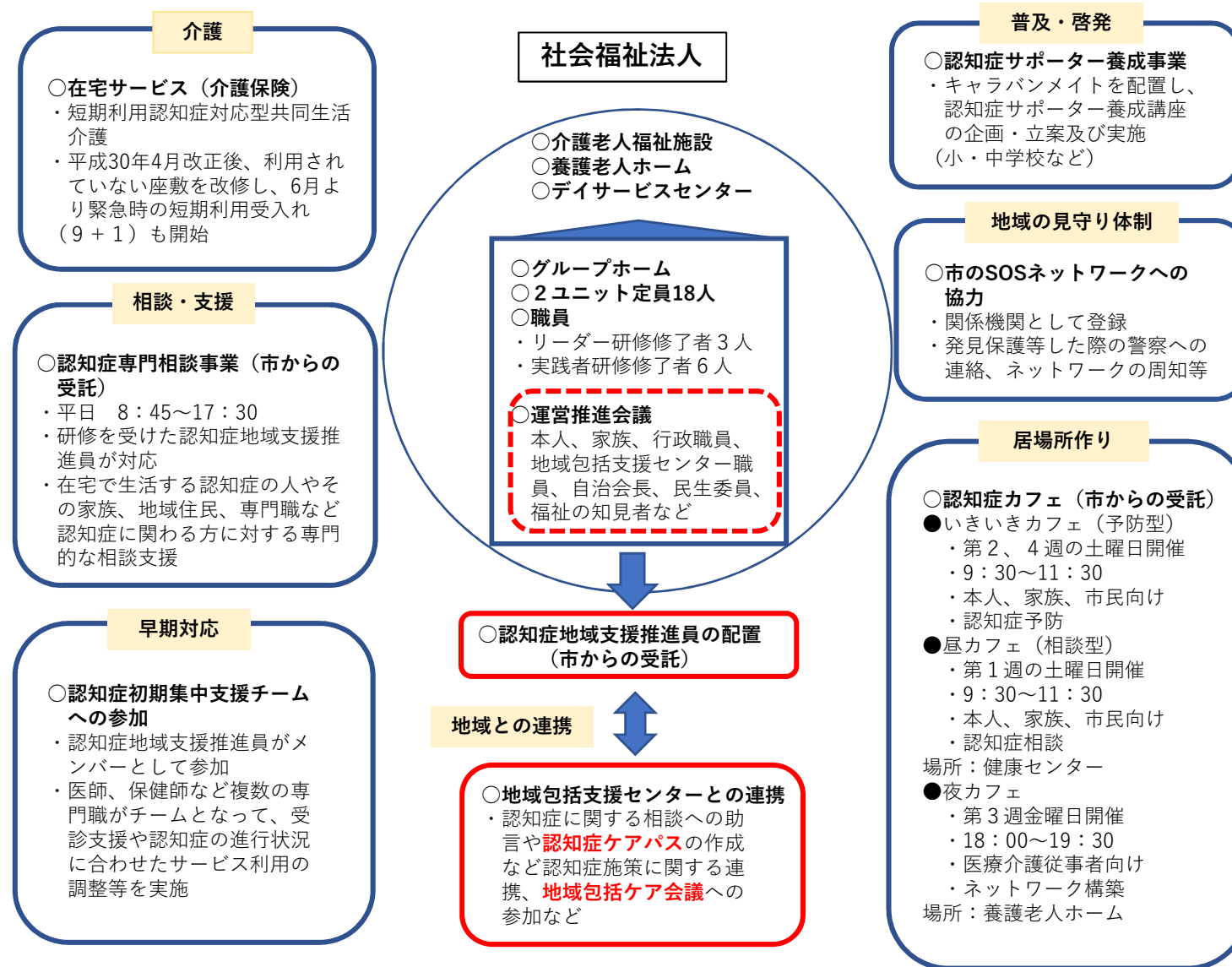
（取組例）



認知症施策推進大綱

認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、**地域における認知症ケアの拠点**として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。

北海道のグループホームの例



いきいきカフェ



昼カフェ



夜カフェ



2. 医療ニーズへの対応強化を図る観点

①医療連携体制加算の実績要件の拡大

○医療連携体制加算の実績要件(喀痰吸引、経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養)を
拡大していただきたい。

要望理由

○平成30年度介護報酬改定で新設された医療連携体制加算(Ⅱ)(Ⅲ)は、それぞれ3.7%の実施にとどまっている。

【出典】令和元年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業報告書」(日本GH協)

○算定しなかった理由としては、「正看護師・准看護師が確保できない」59.1%に次いで、「喀痰吸引、経腸栄養の実績がクリアできない」が27.9%と多くなっている。

○医療ニーズごとに医師の指示に基づき看護師が対応等している事業所の割合は、「喀痰吸引」9.7%、「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」1.7%、「経鼻経管栄養」0.5%と非常に少ない。

【出典】平成29年度介護報酬改定検証・研究事業「認知症グループホームにおける医療の提供等に関する調査研究事業報告書」

○一方、グループホームで看取りの時期に提供したケアとしては、「点滴」が51.0%、「なし」29.8%、「酸素吸入」24.5%、「鎮痛・鎮静剤投与」17.0%が多くなっている。

【出典】平成26年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護で暮らす要医療者の看取り支援に関する調査研究事業報告書」(日本訪問看護財団)

○実際、看取り介護を実践している事業所では、常勤看護師を配置し、医師・看護師・介護職員連携の下、口腔ケアや身体管理を徹底し、喀痰吸引を実施しない、経管栄養に頼らないケアを実践しているところもある。

○グループホームの実態から実績要件として拡大していただきたい医療ニーズ

褥瘡・創傷の処置、インスリン注射、カテーテル(尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)の管理、ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理、酸素療法(酸素吸入)、静脈内注射(点滴含む)、疼痛管理、ターミナルケア など₇

2. 医療ニーズへの対応強化を図る観点

②入退院時情報連携加算の創設

○早期退院を目指す上では、入院時から退院を見越した医療機関との連携を図ることが重要であり、入退院に伴う医療機関との連携の強化について評価していただくことを要望したい。

イ) 入院時情報連携加算の新設 ロ) 退院時情報連携加算の新設

要望理由

○認知症の人は入院による環境の変化に弱く、認知症の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすい。これらを防ぎ、これまでのケアを継続するために、医療との連携や情報提供を通じてスムーズな入退院へ向けての取組みが重要である。

○居宅介護支援には、「入院時情報連携加算」と「退院・退所加算」があり、入退院時の病院との連携強化に対する評価がなされている。

○グループホームにおいても、「入院時に病院を訪問し情報提供」80. 3%、「入院時に利用者の情報を書面で送付し提供」69. 6%、「入院時（入院中）に退院後の生活について医療機関等とカンファレンス」57. 1%と、居宅介護支援同様、入院時の医療機関との連携を緊密に行っている。特にグループホームの場合は、認知症の人の特性に配慮した日常的なケアの方法や、背景要因を踏まえた上での行動・心理症状への適切な対応方法の共有などが重要となるが、病院を訪問して行っている割合が高いことがわかる。【資料4】（スライド9ページ）

○情報提供時期についても、約95%の事業所が、入院後3日以内に速やかに提供している。【資料4】（スライド9ページ）

○また、退院時の受入に係る支援についても、「医療機関からの入居者に関する情報の提供・共有」81. 2%、「退院へ向けた本人への状況確認」79. 9%、「入院中（退院に向けた）のカンファレンスへの参加」46. 1%と、退院後のケアプラン作成に向けて医療機関との連携を緊密に行っている。【資料4】（スライド9ページ）

○一方、入院時の情報提供において困難と感じた点については、「医療機関等の都合に合わせた訪問調整が難しかった」36. 5%となっており、訪問時間の確保とともに、調整に手間を要している。また、退院時の受入における、認知症であることによる支援内容の差異は、グループホームは、多くの項目で、他のサービスと比べて、「内容は変わる（認知症のため特別な配慮が必要）」「内容は変わらないが追加的な支援は必要」と回答している割合が高く、認知症であることに対する特別な配慮、追加的な支援の必要度が高い。

【出典】平成29年度介護報酬改定検証・研究事業「認知症グループホームにおける医療の提供等に関する調査研究事業報告書」

○現場では、医療機関に対する利用者の特性やケアの方法等の速やかな情報提供等の支援が、認知症の悪化を防止したり早期退院に結びつく事例が数多く報告されており、早期退院支援や入院中及び退院後の生活の質の向上に向けた取組みに対し、居宅介護支援同様、「入院時情報連携加算」「退院時情報連携加算」として評価していただきたい。

資料4

介護保険サービスにおける認知症高齢者に対する入退院支援調査

Q2-5 入院時の連携状況(複数回答、N=10197)

	全体	入院時に 利用者の 情報を書 面で送付 し提供	入院時に 病院を訪 問し情報 提供	入院時 (入院中) に経過や 退院時期 について 医療機関 等を確認	入院時(入 院中)に退 院後の生 活につい て医療機 関等とカン ファレン ス	いずれも 実施して いない
全体	10197	6638	7683	8774	5510	345
	100.0%	65.1%	75.3%	86.0%	54.0%	3.4%
認知症対応型共同生活介護	4717	3283	3788	4118	2694	129
	100.0%	69.6%	80.3%	87.3%	57.1%	2.7%
居宅介護支援	2042	787	1435	1728	1169	104
	100.0%	38.5%	70.3%	84.6%	57.2%	5.1%
特定施設入居者生活介護	1073	832	810	927	594	25
	100.0%	77.5%	75.5%	86.4%	55.4%	2.3%
小規模多機能型居宅介護	825	471	573	703	474	66
	100.0%	57.1%	69.5%	85.2%	57.5%	8.0%
介護老人福祉施設	1540	1265	1077	1298	579	21
	100.0%	82.1%	69.9%	84.3%	37.6%	1.4%

Q2-6 情報提供時期(N=9213)

	全体	入院後1 日目まで	入院後2 日目	入院後3 日目	入院後4 日目以降
全体	9213	7049	1003	440	721
	100.0%	76.5%	10.9%	4.8%	7.8%
認知症対応型共同生活介護	4429	3814	304	101	210
	100.0%	86.1%	6.9%	2.3%	4.7%
居宅介護支援	1630	551	487	242	350
	100.0%	33.8%	29.9%	14.8%	21.5%
特定施設入居者生活介護	1008	901	40	18	49
	100.0%	89.4%	4.0%	1.8%	4.9%
小規模多機能型居宅介護	663	401	130	63	69
	100.0%	60.5%	19.6%	9.5%	10.4%
介護老人福祉施設	1483	1382	42	16	43
	100.0%	93.2%	2.8%	1.1%	2.9%

Q3-7-① 退院時の受入に係る支援(複数回答、N=10043)

	全体	【退院前(入院中)】					【退院後】		【随時】			いずれも 実施して いない
		退院に向 けた本人 への状況 確認	医療機関 からの入 居者に関 する情報 の提供・ 共有	入院中 (退院に 向けた) のカンファ レンスへの 参加	退院に向 けた在宅 医療機関 や訪問看 護等の手 配、受入 準備・調 整	退院前 の、医療 機関によ る訪問の 受入・立ち 会い(療 養環境の 調整、療 養指導 等)	入院して いた医療 機関によ る訪問指 導への立 ち合い	入院して いた医療 機関への 経過報告	本人や家 族への情 報提供・ 説明等	本人や家 族への精 神的な支 援、相談 対応	その他	
全体	10043	7980	8100	4721	3388	1854	1165	2649	7183	5570	361	874
	100.0%	79.5%	80.7%	47.0%	33.7%	18.5%	11.6%	26.4%	71.5%	55.5%	3.6%	8.7%
認知症対応型共同生活介護	4489	3588	3647	2070	1390	830	613	1351	3265	2438	151	461
	100.0%	79.9%	81.2%	46.1%	31.0%	18.5%	13.7%	30.1%	72.7%	54.3%	3.4%	10.3%
居宅介護支援	2084	1793	1619	1178	1062	469	216	565	1505	1464	102	101
	100.0%	86.0%	77.7%	56.5%	51.0%	22.5%	10.4%	27.1%	72.2%	70.2%	4.9%	4.8%
特定施設入居者生活介護	1088	846	928	516	395	219	120	264	800	559	23	81
	100.0%	77.8%	85.3%	47.4%	36.3%	20.1%	11.0%	24.3%	73.5%	51.4%	2.1%	7.4%
小規模多機能型居宅介護	822	641	604	454	328	185	115	222	562	509	53	99
	100.0%	78.0%	73.5%	55.2%	39.9%	22.5%	14.0%	27.0%	68.4%	61.9%	6.4%	12.0%
介護老人福祉施設	1560	1112	1302	503	213	151	101	247	1051	600	32	132
	100.0%	71.3%	83.5%	32.2%	13.7%	9.7%	6.5%	15.8%	67.4%	38.5%	2.1%	8.5%

3. 介護人材の有効活用や業務の効率化を図る観点

①計画作成担当者のユニット間の兼務

○介護支援専門員である計画作成担当者のユニット間の兼務を可能に
いただきたい。

要望理由

- 介護支援専門員である計画作成担当者は、当該ユニットの他の職務を除き、兼務することはできないとされている。
- 地域密着型サービスの計画作成担当者（介護支援専門員）が計画作成可能な人数についてみると、グループホームは9人までとなっており、他の地域密着型サービスよりも計画作成可能な件数が厳しくなっている。【資料5】（スライド11ページ）
- 実際、介護支援専門員の専門性を考慮すると、2ユニット以上担当してもケアプランの質の低下を招くことはない、との意見や、むしろ、その専門性を事業所全体で有効に活用すべき（地域との連携、入退院時の医療との連携など）、との意見もある。
- グループホームにおいても、小規模多機能型居宅介護と同様の勤務形態（非常勤でも可（兼務可））において、3ユニット（27人）までは、介護支援専門員である計画作成担当者のユニット間の兼務が可能となるようにしていただきたい。
- 介護人材の不足が深刻化する中で、介護支援専門員の採用に大変苦慮する状況も見受けられる。

地域密着型サービスにおける計画作成可能な件数

○認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者(介護支援専門員)は9人までしか計画作成を担当できないこととされている。

	認知症対応型 共同生活介護	小規模多機能型 居宅介護	地域密着型 介護老人福祉施設	地域密着型特定 施設入居者生活介護
定員	<u>5～9人(1ユニット)</u>	<u>29人以下(登録定員)</u>	<u>29人以下</u>	<u>29人以下</u>
配置	<u>1人以上</u>	<u>1人以上</u>	<u>1人以上</u>	<u>1人以上</u>
要件	介護支援専門員 かつ 認知症介護実践者研修修了者 ※2ユニットの場合は介護支 援専門員は1人でも可	介護支援専門員 かつ 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修修了者	介護支援専門員	介護支援専門員
勤務形態	非常勤でも可 (ユニット内に限り兼務可)	非常勤でも可(兼務可)	常勤(兼務可)	常勤(兼務可)

3. 介護人材の有効活用や業務の効率化を図る観点

②夜間ケア体制の要件緩和

- 原則ユニットごとに1人以上配置とし、見守り機器の導入や緊急時対応要員の確保（オンコール対応の在宅宿直体制）などにより、入居者の支障がなく、安全が図られる場合においては、事業所の状況に応じて柔軟に対応できるよう、2ユニットで1人夜勤を認めていた例外規定を復活させていただきたい。
- ユニットごとに1人以上配置し、見守り機器の導入や緊急時対応要員の確保などをした場合には、入居者の更なる安全確保の強化に対する評価をしていただきたい。

要望理由

- ユニット型事業所・施設の夜勤体制についてみると、グループホームは1ユニット毎に1人以上とされており、他のユニット型事業所・施設よりも手厚く配置されている。【資料6】（スライド13ページ）
- 火災事故等により、平成24年度の改定において2ユニットで1人夜勤を認めていた例外規定が撤廃され、1ユニットごとに1人以上の配置が義務付けられたが、スプリンクラー設置の促進など防災対策の強化により、その後重大な火災事故は発生していない。また、平成30年度からはスプリンクラーの設置が完全義務化となった。
- 見守り機器については、訪室回数、ヒヤリハットの減少などの介護負担軽減に資する変化、排泄や巡回にかかる時間の減少などの夜勤勤務における効率的な介護に資する変化が認められている。
【出典】厚生労働省「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」事業実施報告書（平成30年3月）
- 見守り機器の性能が高まり、バイタルの把握や離床の検知など、夜勤者の業務の効率化や見守りの質の向上に役立っている。その結果、介護従事者の生産性の向上にも寄与している。
- 介護人材の不足が深刻化する中で、特に夜勤者の確保・シフト調整に大変苦慮する状況が見受けられる。

介護サービス事業所・施設における夜勤体制

- ユニット型事業所・施設の夜勤体制についてみると、介護老人福祉施設等は2ユニット毎に1名であるが、認知症対応型共同生活介護は1ユニット毎に1名とされている。

	(地域密着型) 介護老人 福祉施設 (短期入所生活 介護も同様)	介護老人 保健施設 (短期入所療養 介護も同様)	介護医療院	介護療養型 医療施設	(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護	養護老人ホーム・軽費老人ホーム	小規模多機能 型居宅介護	看護小規模 多機能型 居宅介護
ユニット型の 場合	<u>2ユニット毎に 1以上</u>	<u>2ユニット毎に 1以上</u>	<u>2ユニット毎に 1以上</u>	<u>2ユニット毎に 1以上</u>	<u>1ユニット毎に 1以上</u>	—	—	—
ユニット型 以外の場合	利用者が ①25人以下 →1以上 ②26～60人 →2以上 ③61～80人 →3以上 ④81～100人 →4以上 ⑤101人以上 →4に加え、25 名毎に1以上 ※特養は上記に 加え、宿直勤務に 当たる者を配置	2以上(利用者 数40人以下で、 常時、緊急時 の連絡体制を 整備している 場合、1以上)	施設で2以上、 及び利用者30 名毎に1以上 (うち看護職員 が1以上)	病棟で2以上、 及び利用者30 名毎に1以上 (うち看護職員 が1以上)	—	<u>1以上、又は宿 直勤務に当たる 者を1以上</u>	<u>1以上、及び 宿直勤務に当 たる者を必要 な数以上</u>	<u>1以上、及び 宿直勤務に当 たる者を必要 な数以上</u>

【下線あり】基準省令に規定。

【下線無し】「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準」(平成12年厚生省告示第29号)に規定。

【※部分】「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」(平成12年3月17日老発第214号厚生省老人保健福祉局長通知)に規定。

【出典】第179回社会保障審議会介護給付費分科会

3. 介護人材の有効活用や業務の効率化を図る観点

③管理者交代時の研修の取扱い

○指定権者である市町村ごとの取扱いにばらつきが起きないように、管理者にも研修受講の猶予措置を講じてほしい。※代表者、計画作成担当者には猶予措置が講じられている。

認知症対応型共同生活介護の管理者・代表者・計画作成担当者の交代時の研修の取扱い

- 認知症対応型共同生活介護の管理者については、認知症対応型サービス事業管理者研修の修了者であることが必要であるが、管理者交代時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに管理者に就任できないケースがある。
- 他方、代表者・計画作成担当者についても、一定の研修の修了者であることが必要であるが、交代時の取扱いの定めがあり、弾力化済み。

	管理者	代表者	計画作成担当者
交代時の研修の取扱い	なし	半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに修了すれば良い	市町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申込を行い、当該計画作成担当者等が研修を修了することが確実に見込まれる場合は良い
根拠	—	解釈通知	Q&A
取扱開始時期	—	H30年度～	H18年度～

(参考)各サービスにおいて必要な研修

認知症対応型通所介護	認知症介護実践者研修 ＋ 認知症対応型サービス事業管理者研修	—	—
認知症対応型共同生活介護		認知症対応型サービス事業開設者研修	認知症介護実践者研修
小規模多機能型居宅介護			認知症介護実践者研修 ＋
看護小規模多機能型居宅介護			小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

3. 介護人材の有効活用や業務の効率化を図る観点

④ユニット数の弾力化

○グループホームのユニット数について、原則として、3ユニットまで認めてほしい。

※現在は、「地域の実情により事業所の効率的運用に必要と認められる場合」に限定されている。

要望理由

○グループホームは原則2ユニット、ただし、用地の確保が困難であることその他地域の実情により事業所の効率的運用と認められる場合には3ユニットまでできる、とされている。

○経営の大規模化については、経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)における医療・福祉サービス改革プランの推進において、「経営の大規模化・協働化を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ること」とされているところである。

○また、第180回社会保障審議会介護給付費分科会においても、「これまでの介護報酬の改定を見ましても、大規模のほうが効率性としては高いということ言っている」(井上委員(一般社団法人日本経済団体連合会常務理事)の発言抜粋)、通所リハの大規模減算に関連して、「現在、人材不足、人材確保の観点や経営の効率化の観点から、国は事業所の大規模化を進めている一方で、このような大規模減算が残っていることは大変問題」(東委員(公益社団法人全国老人保健施設協会)の発言抜粋)との発言がなされている。

○また、グループホームについては、「地域の中で更に役割を発揮してもらうため、1ユニット9名までという家庭的な雰囲気の中での運営ということを守りながら、ユニット数や運営規模の弾力化を進めていくべき」との発言がなされている。(第81回社会保障審議会介護保険部会・山際委員(民間介護事業推進委員会代表委員))

○実際、3ユニットのグループホームにおいて、1ユニット9名の家庭的な雰囲気を守りつつ、スケールメリットを生かし、共用デイや緊急ショートステイなど地域への積極的な展開に取り組む事業所の事例もみられる。

3. 介護人材の有効活用や業務の効率化を図る観点

⑤サテライト型事業所の創設

○小規模な事業所の効率的運営を可能とするために、質の確保を前提にグループホームのサテライト型事業所の創設について検討していただきたい

要望理由

○土地、建物の取得や人員の確保が困難な地域があり、全国的にグループホーム整備促進の支障となっている。

○サテライト型事業所のイメージ ※人員基準は【資料7】(スライド17ページ)

サテライト型事業所の 本体となる事業所	1ユニットまたは2ユニットの認知症グループホーム ※事業開始後1年以上の本体事業所としての実績を有すること
本体1に対するサテライト型 事業所の箇所数	2箇所まで(2ユニットの場合は1箇所まで) ※本体と合計で3ユニット(上限)まで
本体事業所とサテライト型 事業所との距離等	・自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離 ・本体事業所と同一建物や同一敷地内は不可
サテライト型事業所の設備基準	本体事業所と同じ設備
指定	本体、サテライト型事業所それぞれが受ける ※医療・介護・福祉サービスについて3年以上の実績を有する事業者であること ※あらかじめ市町村に設置される地域密着型サービス運営委員会等の意見を聴くこと ※更新時は事務負担軽減の為、一本化
定員	5～9人
介護報酬	通常の(介護予防)認知症対応型共同生活介護の介護報酬と同額
その他	共用デイの実施も可能(定員は1ユニット3人まで、人員基準は資料7参照))

サテライト型事業所の人員基準(イメージ)

必要となる人員・設備等

		本体事業所	サテライト型事業所
代表者		認知症の介護従事経験若しくは保健医療・福祉サービスの経営経験があり、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者
管理者		3年以上認知症の介護従事経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した常勤・専従の者	本体の管理者が兼務可能 ※共用デイも同様
介護従業者	日中	常勤換算方法で3:1以上	常勤換算方法で3:1以上 ※共用デイも同様
	夜間及び深夜の時間帯	時間帯を通じてユニットごとに1人以上配置 ※今回の要望では、スライド12で「夜間ケア体制の要件緩和」を要望している。	時間帯を通じて1人以上配置 (サテライト型は必ず1人以上配置)
計画作成担当者		介護支援専門員であって、認知症介護実践者研修を修了した者 1以上	認知症介護実践者研修を修了した者 1以上

※ 代表者・管理者・介護支援専門員は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

3. 介護人材の有効活用や業務の効率化を図る観点

⑥外部評価と運営推進会議(意見)

○グループホームのケアの質確保・向上及び事業所運営の透明化を保証する
といった観点から一定の専門性に基づく外部の目を入れる仕組みは今後も
継続していく必要があると思われる。

○一方で、外部評価に係る手数料は負担と考えており、平成27年度より導入
された、運営推進会議の中で外部評価を行う仕組みについては、同法人内でノ
ウハウが蓄積されたり、外部評価の質が担保される状況であれば、事業所
の実情に応じて、従来の方式と選択できるようにしてもよいと考える。

5. 重度化への対応の充実を図る観点

① 重度化への対応に積極的に取り組む事業所の評価

○ 重度者の割合が一定以上を占め、手厚い介護体制を確保している場合（加配）など、入居者の重度化への対応に積極的に取り組み、住み慣れたグループホームでの生活の継続に資するサービスを提供している事業所に対する評価を要望したい。

要望理由

○ 要介護度別受給者割合をみると、平成19年と比較して、平成31年は全体に占める要介護4、5の割合が8.4%増加し、着実に入居者の重度化が進んでいる。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)(各年4月審査分)」

○ 次期介護報酬改定で加算が望まれる項目を調査した結果、「入居者の重度化により新たに生じている「手間のかかるサービス」への評価」と回答した事業所は49.3%と、約半数の事業所が重度者へのケアに対する加算の創設を望んでいる。入居者の重度化により、身体介護に多くの介助を要する入居者が増加する一方、手厚い介護体制への評価を事業者が強く望んでいることがうかがえる。

【自由回答例】・要介護5の方が半数以上の5名おり、日常より職員1人分加配の手厚い人員配置で対応している。
・重度の方の増加により、入浴・排泄・食事・移乗介助で手厚い人員配置が必要となってきている。
・職員2人体制での介助により、一般浴での入浴やトイレでの排泄が可能となり、重度の方でも尊厳ある快適な生活の維持が図られている。

【出典】令和元年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業報告書」(日本GH協)

○ 実際、退居の理由としては、「医療ニーズの増加」が34.5%と最も多いが、「BPSDの悪化」が5.8%に対し、「ADLの低下」が19.9%と高くなっており、重度化へ対応し、住み慣れたグループホームでの生活を継続するためには、医療機能の確保とともに介護体制の充実が不可欠である。

【出典】平成27年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」(日本GH協)

○ 通所介護においては、中重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを評価する仕組みが設けられている。

○ 介護老人福祉施設においても、重度者の積極的な受け入れを行うことを評価する仕組みが設けられている。

○ グループホームにおいても通所介護や介護老人福祉施設と同様に、重度者へのケアへの対応について加算として評価していただきたい。

中重度者ケア体制加算【通所介護】 45単位/日

<算定要件>

- 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、介護職員又は看護職員を常勤換算方法で2以上確保していること
- 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。
- 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該通所介護の提供に当たる看護職員を1以上確保していること。
- 中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成すること。

日常生活継続支援加算【介護老人福祉施設】

従来型36単位/日 ユニット型46単位/日

<算定要件>

- 介護福祉士の数が、常勤換算方法で入所者6に対して1以上。かつ
- 以下のいずれかを満たす。
 - ① 「新規」入所者のうち、要介護4・5の占める割合が70%以上
 - ② 「新規」入所者のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の占める割合が65%以上
 - ③ たんの吸引等が必要な入所者の占める割合が15%以上

5. 重度化への対応の充実を図る観点

②認知症専門ケア加算の見直し

○認知症に特化したサービスとして、認知症専門ケア人材のさらなる活用促進（認知症専門ケア体制の強化）のため、認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）の単位数の見直しを検討していただきたい。

要望理由

○認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日

- ・ 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入居者の占める割合が1／2以上（以下、「対象者」という）
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を「対象者」が20人未満である場合にあっては、1名以上配置 など

○認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日

- ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること
- ・ 認知症介護指導者養成研修修了者を「対象者」が1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること など

○認知症介護研修の研修時間、受講費用（目安）

	研修時間（標準）	受講費用
認知症介護実践リーダー研修	講義・演習3,360分＋実習4週間	実施主体によって異なる
認知症介護指導者養成研修	講義・演習8,100分＋実習（職場実習4週間、他施設実習3.5日、実習まとめ840分）	23万円

○グループホームの場合、仮に1ユニット全員が認知症日常生活自立度Ⅲ以上の対象者であったとしても、認知症専門ケア加算（Ⅰ）が月額8,100円、認知症専門ケア加算（Ⅱ）が月額10,800円程度と、配置のためのコストと比較して加算額が少ない。

○算定率も認知症専門ケア加算（Ⅰ）20.7%、（Ⅱ）はわずか1.28%と研修修了者配置のインセンティブになっていない。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成31年4月審査（平成31年3月サービス提供）分及び介護保険総合データベースの任意集計（平成31年3月サービス提供分）

○グループホームは相対的に重度の認知症高齢者を受け入れており【資料8】（スライド21ページ）、BPSD低減やQOL向上に有効であることも示されている。【資料9、10】（スライド22、23ページ）

○認知症に特化したサービスとして、認知症専門ケア体制を強化することにより、より高レベルのケア効果が期待できる。

認知症グループホームの利用者像

○利用者の認知機能障害、IADL障害、ADL障害、行動・心理症状を、各障害の出現率の観点から「高」「中」「低」と判定し、サービス間で比較したところ、認知症グループホームはいずれも「高」と分類された。

		認知機能障害	IADL障害	ADL障害	行動心理症状	日常生活自立度 Ⅱa～M割合
居宅系	訪問介護	低	低	低	中	47.2%
	訪問リハビリテーション	低	低	低	低	45.2%
	通所介護	低	低	低	低	53.0%
	通所リハビリテーション	低	低	低	低	44.5%
	訪問看護	中	中	中	中	64.9%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	中	中	中	中	66.4%
	認知症対応型通所介護	中	中	中	高	88.7%
	小規模多機能型居宅介護	中	中	中	高	80.7%
施設・ 居住系	特定施設入居者生活介護	中	中	中	高	76.3%
	認知症対応型共同生活介護	高	高	高	高	95.0%
	介護老人保健施設	高	高	高	中	89.5%
	介護老人福祉施設	高	高	高	中	94.0%
	介護療養型医療施設	高	高	高	低	97.0%

（上表の高・中・低の判定方法）

利用者の認知機能、IADL、ADL、行動・心理症状に関する36項目の回答率に、各レベルに応じた点数（例：まったくない→1点、ときどきある→2点、頻繁にある→3点、いつもそう→4点）を乗じ、サービスごとに認知機能、IADL、ADL、行動・心理症状の合計点数を算出。その後、調査対象13サービス間で合計点数を比較し、点数の高い順に4サービスを「高」、点数の低い順に4サービスを「低」、中間の5サービスを「中」とした。

【出典】平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業報告書」

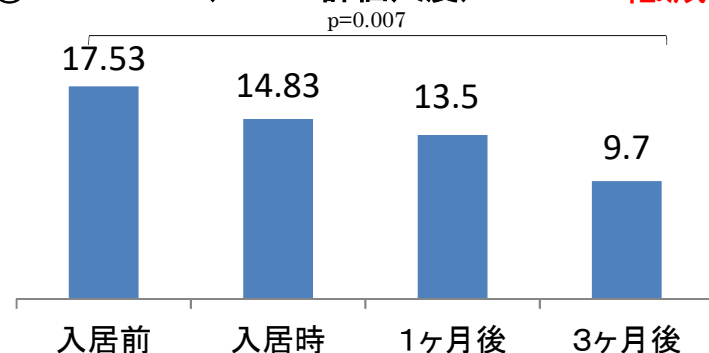
資料9

グループホーム入居者に対するケアの効果(入居前後の変化)

入居後から3カ月後にはBPSDが安定し、QOLも向上し、既存入居者群と変わらないレベルになった。

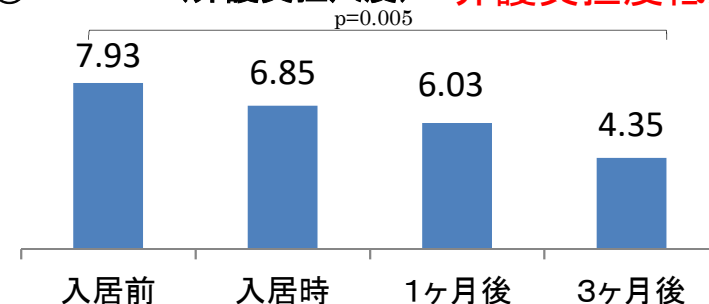
① NPI-NH(BPSD評価尺度) **BPSD低減**

(N=40)



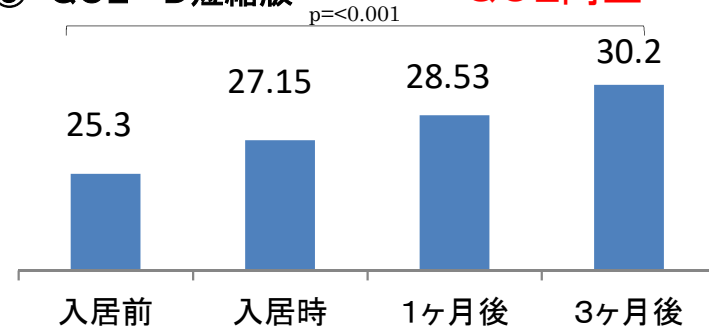
	入居前	入居時	1ヶ月後	3ヶ月後	(参考) 既存入 居者群
NPI-NH (平均点)	17.53	14.83	13.50	9.70	10.56

② NPI-D(介護負担尺度) **介護負担度低減**



	入居前	入居時	1ヶ月後	3ヶ月後	(参考) 既存入 居者群
NPI-D (平均点)	7.93	6.85	6.03	4.35	4.46

③ QOL-D短縮版 **QOL向上**



	入居前	入居時	1ヶ月後	3ヶ月後	(参考) 既存入 居者群
QOL-D短縮版 (平均点)	25.30	27.15	28.53	30.20	28.37

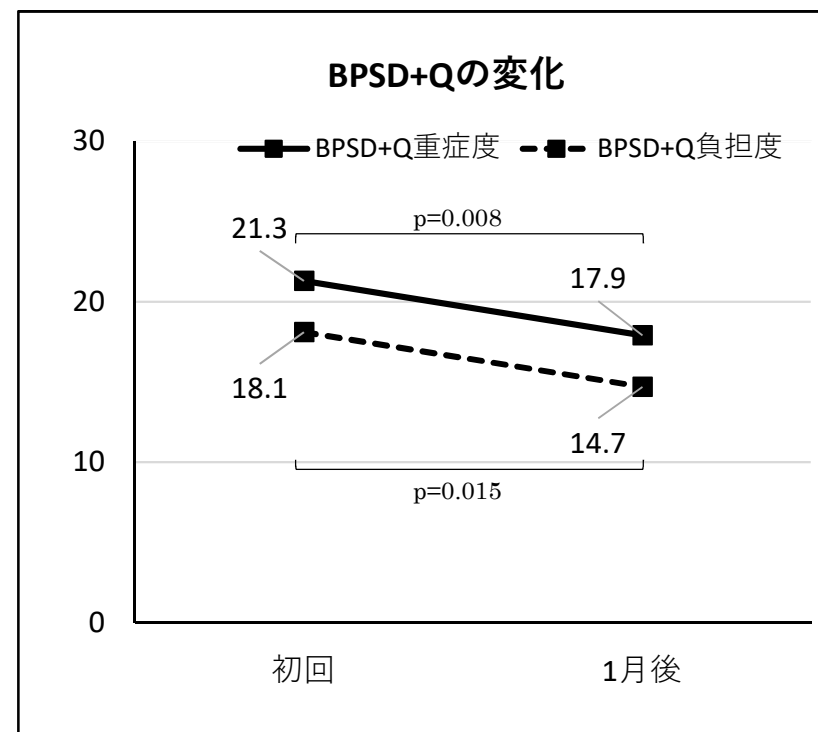
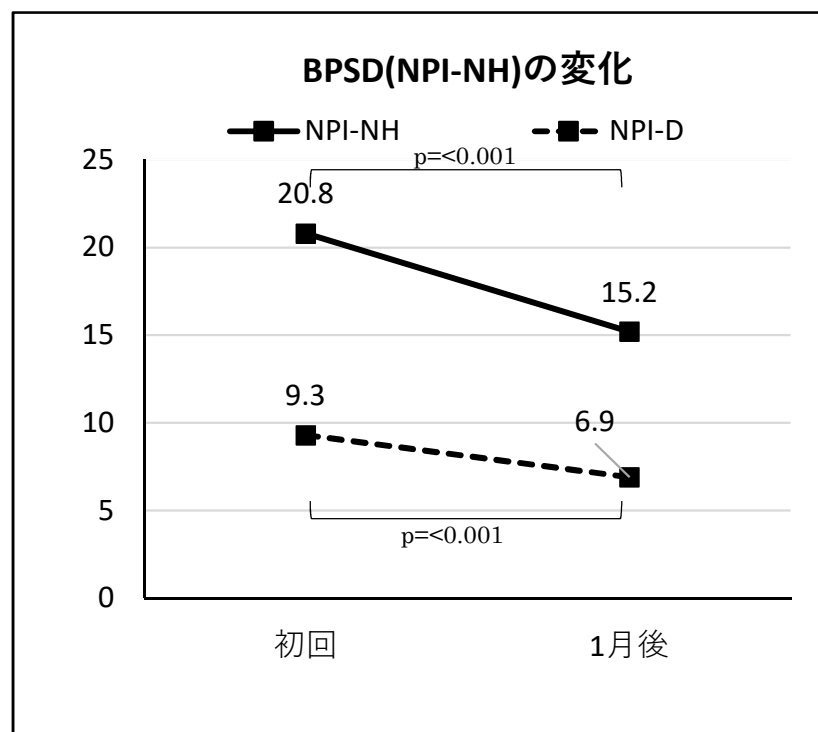
【出典】平成29年度老人保健健康増進等事業

「認知症グループホームにおけるグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業報告書」

グループホーム入居者に対するケアの効果(BPSDを新たに発症、重症化した入居者)

BPSDを新たに発症した、もしくは重症化した入居者も、1カ月後にはBPSDが低減し、おおむね安定したレベルになった。

BPSDの重症度、介護負担度のスコアが高い方(①新規入居者でBPSDを発症している方、②既存入居者で、新たにBPSDを発症した、BPSDが重症化した、別の種類のBPSDが加わった方(合計87名)、NPI-NH の問1～問12において、頻度×重症度得点4点以上の項目が1項目以上ある場合、BPSDが発症した、としてエントリー基準を設定)について調査した結果、NPI-NH、BPSD+Qの両指標において、初回スコアと比較して、BPSDの重症度、介護負担度のスコアともに1カ月後には有意に低減した。



【出典】 令和元年度老人保健健康増進等事業

「認知症グループホームにおける効果的な従事者の負担軽減の方策とグループホームケアの効果・評価に関する調査研究事業報告書」

5. 重度化への対応の充実を図る観点

③BPSDへの対応の評価

○公益財団法人東京都医学総合研究所が実施した、令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」に当協会も協力し、認知症グループホーム20事業所が参加した。

○東京都医学総合研究所が開発した認知症BPSDケアプログラムは、BPSDの改善に向けての4つのステップ（PDCAサイクル）やアドミニストレーターの養成、オンラインシステムの活用、NPI（評価スケール）の活用などに特徴があり、認知症BPSDケアプログラムを普及する意義については以下のようにまとめられている。（報告書より一部抜粋）

- ・ 様々な認知症ケアプログラムがある中で、グローバルに活用されている行動・心理症状の評価尺度（NPI）を使ってケアの有効性を数値化し、PDCAサイクルを現場のチームで循環させていく仕組みが構造化されている点が評価ができる。
- ・ 仮説を持ってケアすることが可能となる。PDCAサイクルによって、場当たりのケア（火消し対応）を減らすことができる。自分たちのやっているケアの意味と効果が分かり、ケアへのモチベーションにつながる。

○昨年度までの協会老健事業（資料9、資料10）とも関連してくるが、BPSDへの即時的な対応・早期改善は、利用者のQOLの向上にとっても極めて重要であり、一方で対応時には職員の介護負担度も大きい。現在、ストラクチャー（プロセス）については、認知症専門ケア加算で一定の評価が設けられているが、認知症の人のBPSDへの対応に関するプロセス、アウトカムに関しても、一定の評価をいただけるような仕組みについて、今後、検討していただきたい。

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会の概要

■目 的

公益社団法人日本認知症グループホーム協会(略称:日本GH協)は、認知症の人の尊厳の保持のもとに、住み慣れた地域で安心できる長寿社会の実現に向けて、グループホーム事業の健全な発展と国民の福祉の増進に寄与することを目的としております。

■沿 革

- 平成10年5月 「全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会」結成。
- 平成12年10月 NPO法人(特定非営利活動法人)取得。
「全国痴呆性高齢者グループホーム協会」となる。
- 平成17年10月 「全国認知症グループホーム協会」と改称。
- 平成21年3月 「一般社団法人日本認知症グループホーム協会(日本GH協)」を設立
- 平成22年4月1日 「公益社団法人日本認知症グループホーム協会」となる。

■組織構成(令和2年7月31日現在)

会員数： 正会員 1, 702法人 (2, 676事業所、4, 572ユニット)

準会員 35法人 (団体・個人)

賛助会員 38法人 (団体・個人)

組織率： 19. 4%(事業所数)

役 員： 理事： 22名 監事： 2名

■事業内容

- グループホームにおけるケアサービスの質の確保、向上に関する調査研究 及び指導
- 地域住民との協働による認知症ケアの相談及び普及啓発活動
- 認知症の予防から終末期ケアまでの幅広い領域での啓発活動
- グループホームに関する研修、全国大会、学会、講演会等、指導及び支援
- グループホームの全国ネットワークづくりと情報収集及びその提供
- 機関誌その他グループホームに関する刊行物の発行
- 行政その他関係機関との連携、連絡、調整に関する事業 他