社保審－介護給付費分科会	
第187回（R2.10.9）	資料４

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の報酬・基準について（検討の方向性）

これまでの分科会における主なご意見(認知症対応型共同生活介護)①

＜体制、要件、人員・設備基準等＞

○　緊急時短期利用の際に利用する居室について、看多機や小多機と同様にパーテーションでプライバシーが確保されれば認めても良いのではないか。

○　グループホームに看護職員を配置するという考え方もあるが、地域全体で柔軟に支えるという視点で、介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションが利用できるようにしてはどうか。

＜各種加算＞

○　算定率が低い加算について、要件の見直しや緩和、廃止を検討すべきではないか。

＜ICTの活用等による基準の緩和等＞

○　従事者の負担軽減という観点だけではなく、これまで夜勤体制を強化してきた背景や経緯も踏まえつつ、認知症の人が特に多いということを勘案することや、サービスの質や安全性の担保の観点からの検討も必要ではないか。

○　慎重な議論が必要。昨今災害等も多い中で、利用者の安全確保の観点から、ICTに任せられることとそうでないことの議論を十分に行った上で、見直しを行うべきではないか。

○　ICTの普及は進めるべきであるが、職員の負担軽減のために行うものであり、ケアの質の確保が前提。配置基準の引き下げありきの議論には反対であり、夜間の体制の在り方については丁寧な議論が必要ではないか。

○　全てのグループホームにスプリンクラーなどが完備されているのであれば、リスクマネジメントの懸念もあるかもしれないが、緩和も検討に値するのではないか。

○　介護従事者の高齢化により身体的負担のある夜勤等の人手不足が懸念されるため、介護従事者の負担軽減と併せて、夜間勤務職員の確保にも資するような処遇の改善を行い、継続的なサービス提供を支援することが重要ではないか。

○　ICTの活用を積極的に進める観点からも、積極的に進めていくべきではないか。

○　他の介護サービスと比較して夜勤体制を手厚くする必要はないのではないか。

○　夜間における在宅待機宿直者は機能するか懸念がある。

○　２ユニットに夜勤者１人で本当に対応できるのかという不安もあるが、介護分野の人材不足が深刻化する中で、利用者の安全とケアの質が担保されるのであれば、何が何でも反対ということではない。今後のグループホームにおける夜間のケア体制の在り方を含め、誰もが納得できるような丁寧な説明が求められるのではないか。

○　個人個人の本人の生きがい、尊厳の保持、自立支援に資する、本人を尊重するケアというのがユニットケアであり、ケアの観点からいうと、当然、１ユニットに１名夜勤がいるというのが重要なことであり、緩和については慎重に考えていくべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(認知症対応型共同生活介護)②

＜サテライトの創設、ユニット数の弾力化＞
○　ユニット数や運営の弾力化やサテライト型の創設などを行う場合、介護サービスの質、効率的なサービス提供や利用者の安全確保の強化等もあわせて検討すべき。
○　サテライトの創設は、「介護離職ゼロ」の実現に向けた在宅限界点の引き上げに必要と考えるが、規制緩和だけではなく、事業の実態を十分に把握した上で、サービスの質が維持できるような諸条件についても整理し行うべき。

＜外部評価＞
○　第三者の評価制度の導入を更に進めていくことが必要があり、評価の基準や手法、手数料等の費用について、明らかにした上で検討してはどうか。
○　外部評価については、評価事業者により手数料が異なる現状は、今後検討していく課題ではないか。

※　第182回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、公益社団法人日本認知症グループホーム協会から、以下について要望があった。

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
④１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

論点①在宅支援機能の強化（緊急時短期利用）

論点①

■　グループホームについては、短期利用として、利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合などの一定の条件下で、定員を超えて受け入れができる。

■　当該一定の条件とは、①１事業所あたり１人まで、②７日を限度に、③個室で受け入れ可、等であるが、認知症施策推進大綱等を踏まえ、グループホームが地域における認知症ケアの拠点として、在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにするために、どのような対応が考えられるか。

【認知症施策推進大綱（令和元年6月18日　認知症施策推進関係閣僚会議）（抜粋）】

○　特に認知症高齢者グループホーム（グループホーム）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、共用型認デイ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。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組を進める。

【介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）（抜粋）】

1　介護サービス基盤、高齢者向け住まい

【今後の介護サービス基盤の整備】

・「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護施設の整備を進めるとともに、在宅サービスの充実を図り、在宅の限界点を高めていくことが必要である。（看護）小規模多機能などのサービスの整備を進めるとともに、既存の施設等による在宅支援を強化していくことが必要である。

※下線は、事務局において追加。

緊急時短期利用の比較

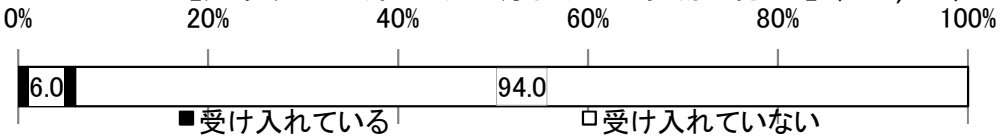
○　緊急時の短期利用について見ると、受入部屋については、（看護）小規模多機能型居宅介護では個室以外も認められているが、認知症対応型共同生活介護では個室であることが必要となっている。
○　また、短期入所生活介護や（看護）小規模多機能型居宅介護では原則７日以内でやむを得ない事情がある場合には例外的に14日まで受け入れることができるが、認知症対応型共同生活介護においては例外規定がなく、一律７日以内となっている。
○　さらに、認知症対応型共同生活介護では、定員を超えない場合（通常の短期利用）は１ユニット１名までであるが、定員を超える場合は１事業所１名までとなっている。

	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㎡/人でパーテー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

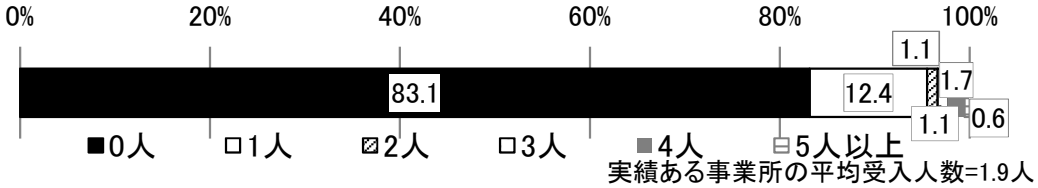
短期利用認知症対応型共同生活介護（緊急時に定員を超えて受け入れる場合）の実施状況

○　１回当たりの平均利用日数は、(保険給付の対象は、７日が限度であるが)7.56日で、8日以上の利用が24.5％で最多。
○　定員外の緊急短期利用の受け入れを実施している事業所が、同時に２名以上の受入希望があったため利用を断ったケースも一部存在。
○　定員外の緊急短期利用を受け入れている効果・変化として、「認知症利用者の短期利用系サービスの選択肢が広がった」事業所が26.4％、「短期利用がきっかけとなり、短期利用後に入居することになった」事業所が23.0％見られる。

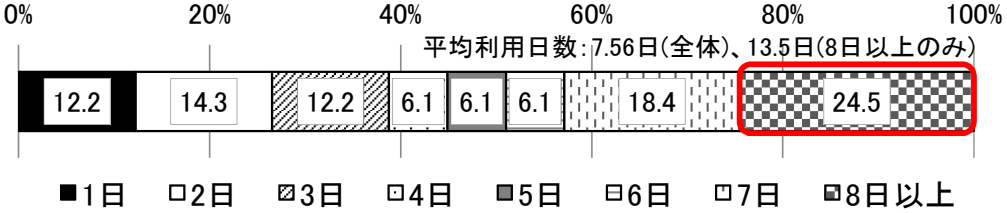
［定員外の緊急短期利用の実施有無］（N=2,984）



［定員外の緊急短期利用の受入実績］（N=178）

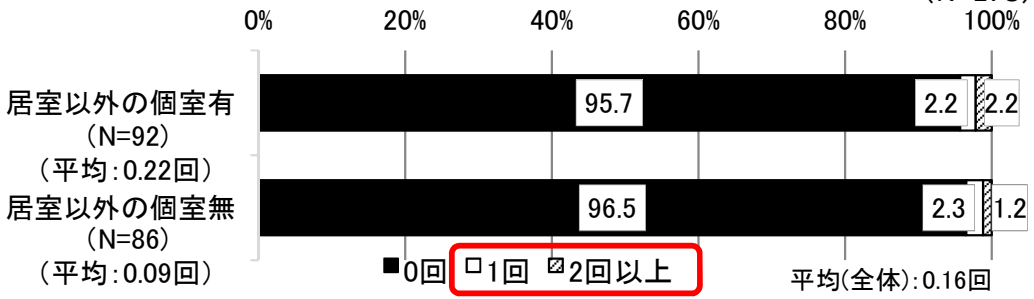


［定員外の緊急短期利用者の1回当たり利用日数］(N=49)

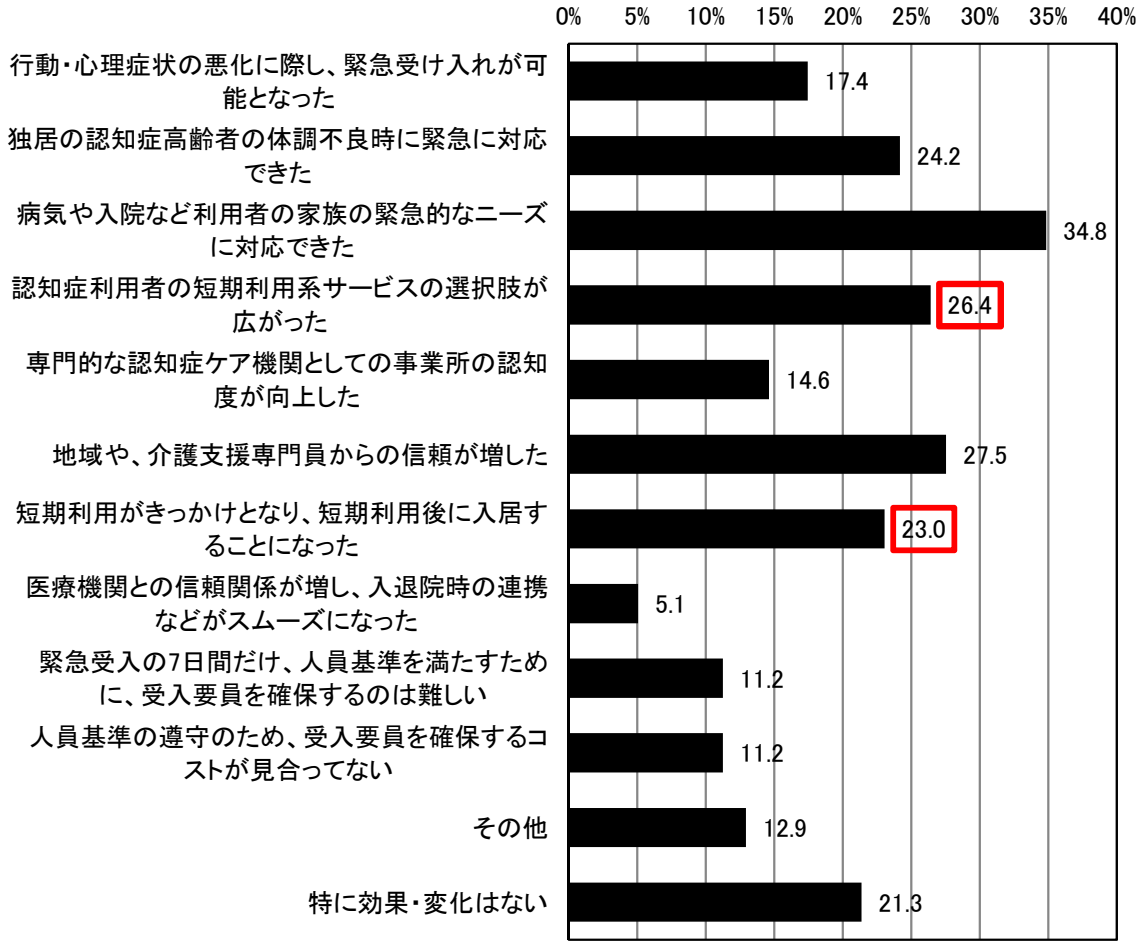


※保険給付の対象は、7日間が限度となっている。

［2名以上の緊急短期利用受入希望により断った回数］（N=178）



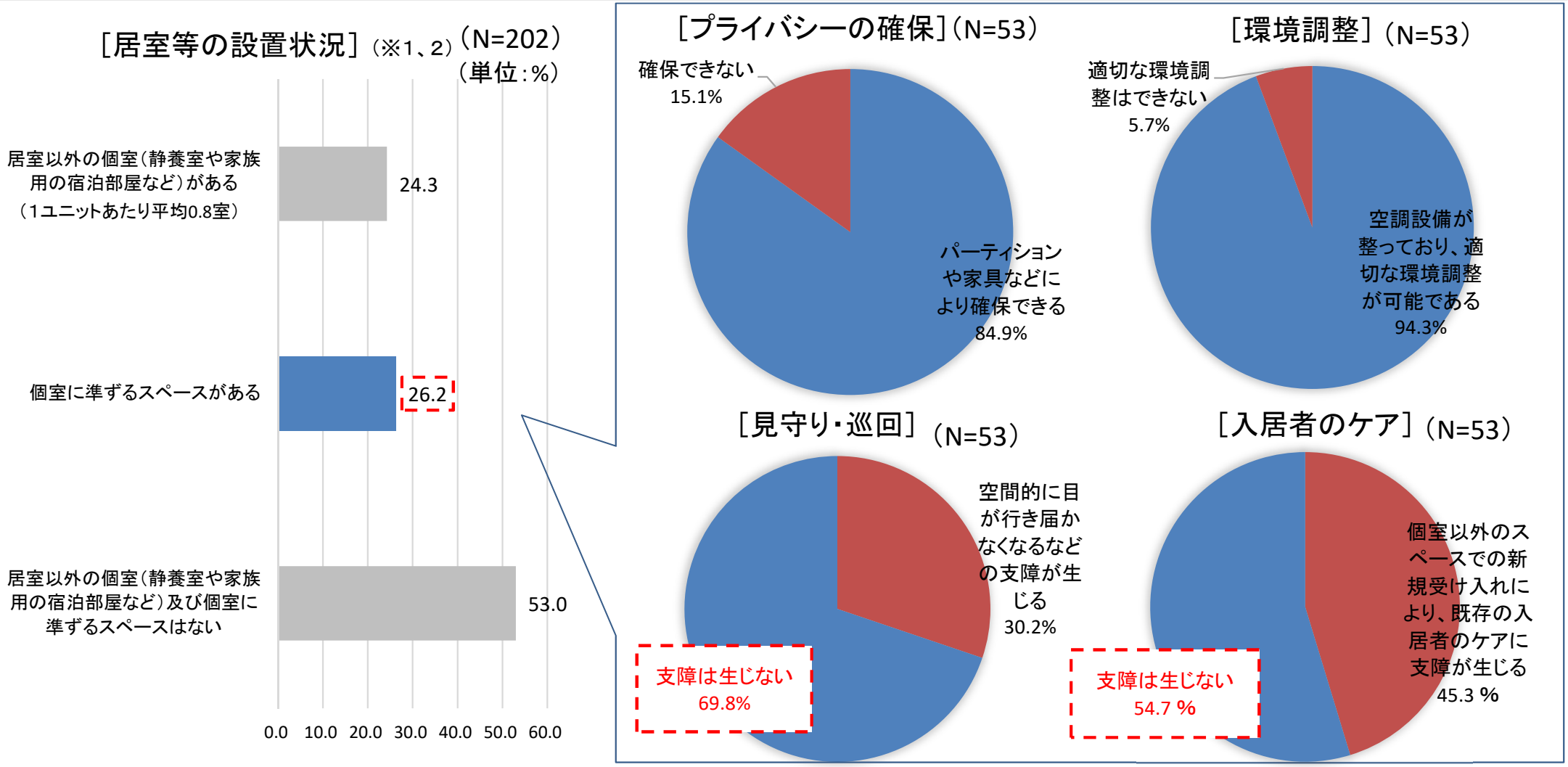
［定員外の緊急短期利用を受け入れている効果・変化］
（複数回答）　（N=178）



出典：令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」（速報値）

仮に定員外の緊急時短期利用を個室に準ずるスペースで実施した場合

○　短期利用を実施しているグループホームのうち、「個室に準ずるスペースがある」と回答した事業所は26.2%。
○　このうち、グループホームの個室に準ずるスペースにおいて、仮に、定員外の緊急時短期利用を実施した場合、見守り・巡回に支障は生じないと回答した事業所は７割、入居者のケアに支障は生じないと回答した事業所は５割強。



※1　個室に準ずるスペースは居間の一角など概ね7.43㎡（居室面積）以上のスペースを想定
※2　短期利用認知症対応型共同生活介護を実施している事業所が回答したもの
出典：令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームにおける介護サービス提供の実態に関する調査研究事業」（速報値）
（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）　※管理者を回答者としたもの

論点①在宅支援機能の強化（短期利用）

検討の方向（案）

■　「７日を限度」の日数要件について、短期入所生活介護との均衡を考慮し、「７日以内を原則として、家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日を限度」に見直すことを検討してはどうか。

■　ユニット数に関わらず、「１事業所１名まで」となっている人数要件について、利用者へのサービスはユニット単位で実施されていることを踏まえ、「１ユニット１名まで」に見直すことを検討してはどうか。

■　「個室」について、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」も認めるべきとの要望があるが、どう考えるか。

論点②医療ニーズへの対応強化

論点②

（医療連携体制加算）

■医師や看護職員の配置が必須となっていないグループホームについては、入居者が可能な限りホームでの生活を継続できるように、医療ニーズのある者に適切な対応ができる看護体制を整えている事業所を、医療連携体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)で評価。

■　このうち(Ⅱ)・(Ⅲ)は、看護体制に加えて、医療的ケアが必要な者の受け入れ実績が要件となっており、喀痰吸引と経腸栄養の状態の者に限られているが、医療ニーズのある入居者への対応によって増加する負担に対する評価や、積極的な受け入れ促進の観点から、どのような対応が考えられるか。

（他事業所との連携による医療ニーズへの対応）

■　一方で、認知症対応型共同生活介護の利用中は、訪問看護や訪問リハビリテーションを併算定できないが、看護・リハビリニーズのある入居者に適切に対応する医療連携をどのように考えるか。

認知症対応型共同生活介護　医療連携体制加算の概要

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>医療連携体制加算(Ⅰ)</th><th>医療連携体制加算(Ⅱ)</th><th>医療連携体制加算(Ⅲ)</th></tr>
<tr><td colspan="2">単位数</td><td>39単位／日</td><td>49単位／日</td><td>59単位／日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">主な
算定要件</td><td>看護体制要件</td><td>・　事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を１名以上確保していること。</td><td>・　事業所の職員として看護職員を常勤換算で１名以上配置していること。
・　事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携体制を確保すること。</td><td>・　事業所の職員として看護師を常勤換算で１名以上配置していること。</td></tr>
<tr><td>医療的ケアが必要な者受入要件</td><td>－</td><td colspan="2">・　算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が１人以上であること。
(１)喀痰(かくたん)吸引を実施している状態
(２)経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態</td></tr>
<tr><td>指針の整備要件</td><td colspan="3">・　重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。</td></tr>
<tr><td colspan="2">創設年度</td><td>平成18年度</td><td colspan="2">平成30年度</td></tr>
</table>

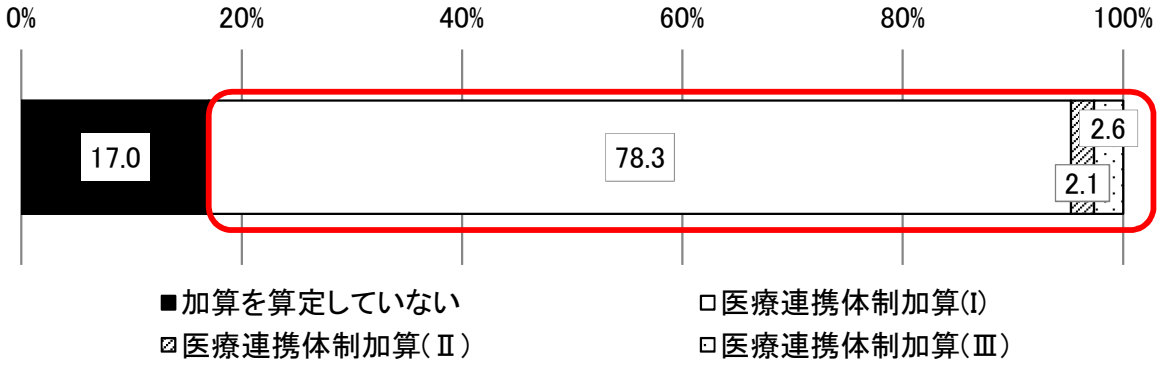
※１　医療連携体制加算は別区分同士の併算定はできない。
※２　介護予防認知症対応型共同生活介護は含まない。

医療連携体制加算の算定状況、（Ⅱ）・（Ⅲ）を取得しない理由・課題

○　医療連携体制加算を取得している割合は（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）でそれぞれ78.3%、2.1%、2.6%。
○　（Ⅱ）、（Ⅲ）を取得しない理由・課題では、「看護師・准看護師を常勤換算で1名以上確保できない」が72.8%で最も多く、次いで「算定月の前12か月間に、喀痰吸引もしくは経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養を実施する入居者がいない」が51.8%。

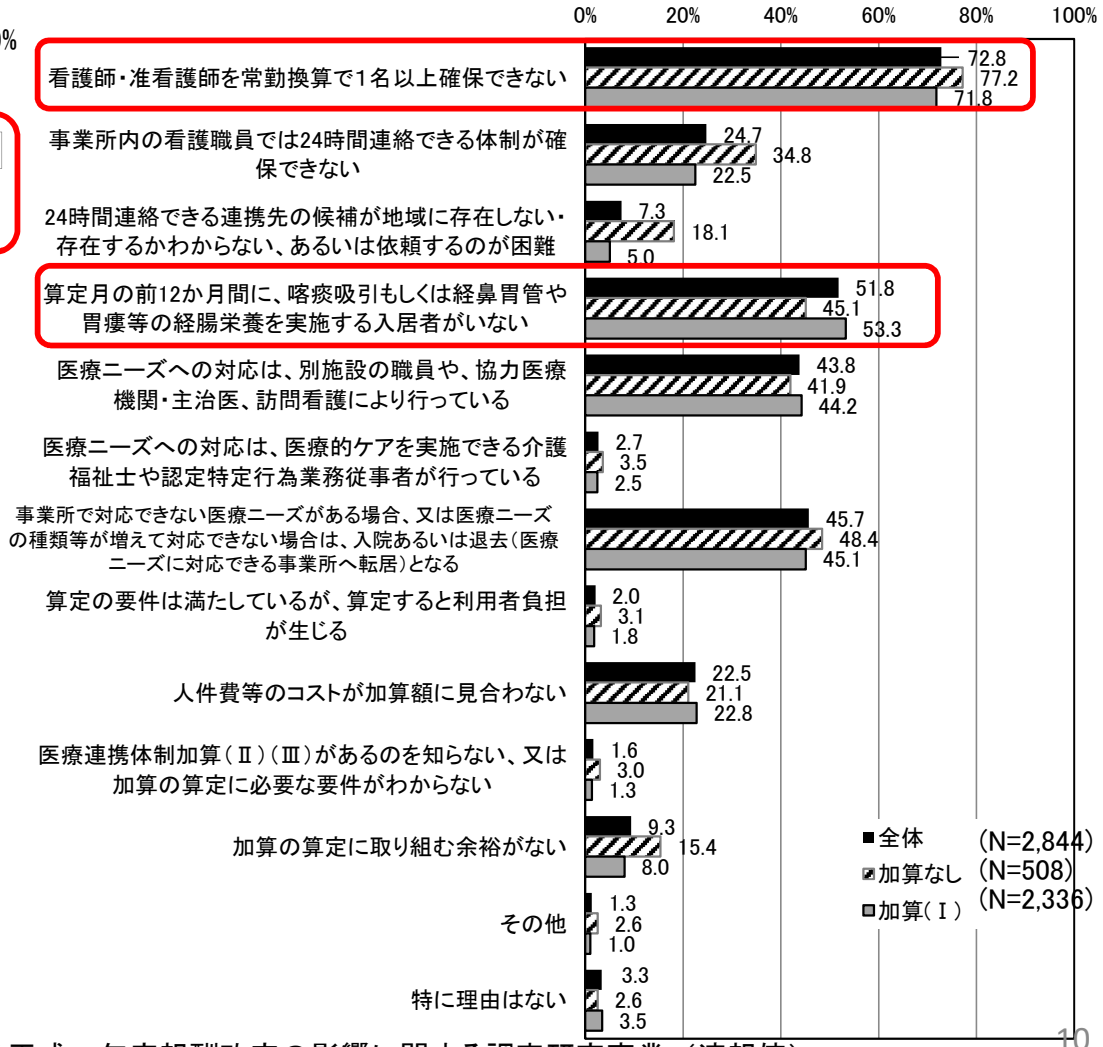
［医療連携体制加算の算定状況］

（N=2,985）



［医療連携体制加算（Ⅱ）（Ⅲ）を取得しない理由・課題］

（複数回答）　（N=2,844）

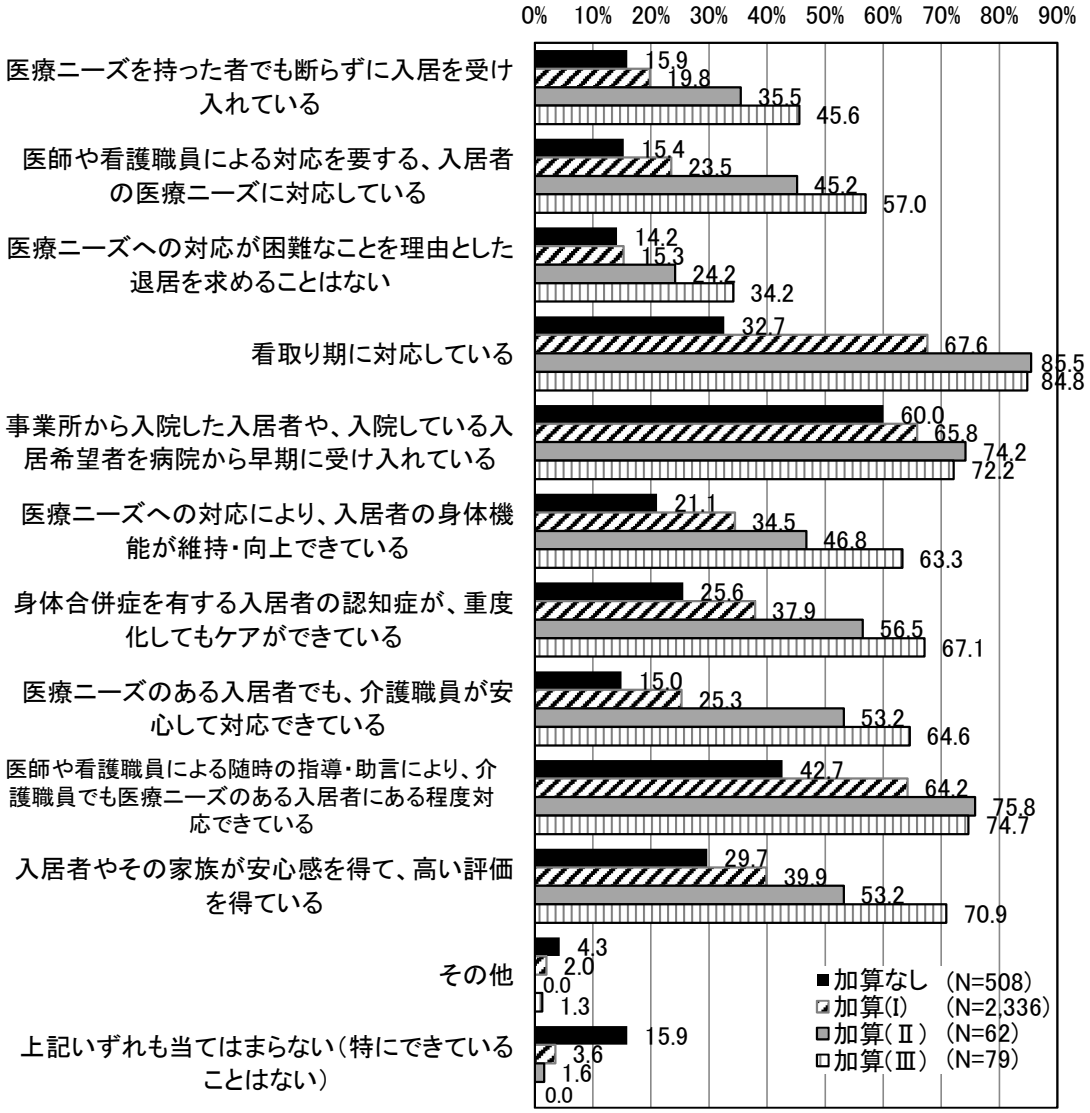


出典：令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」（速報値）

認知症対応型共同生活介護の医療ニーズへの対応状況（医療連携体制加算の算定区分別）

○　全体として、算定なし、医療連携体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）と上位区分になるほど、医療ニーズへ対応できる傾向。

［医療ニーズへの対応等に関し、事業所で実施できていること］
（複数回答）　（N=2,985）



［医師の指示に基づき看護職員が対応できる医療ニーズ］
（複数回答）

「対応できる」とする事業所の割合(%)	全体 (N=2,985)	医療連携体制加算なし (N=508)	医療連携体制加算（Ⅰ） (N=2,336)	医療連携体制加算（Ⅱ） (N=62)	医療連携体制加算（Ⅲ） (N=79)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	11.0	7.1	10.4	24.2	41.8
経鼻経管栄養	7.2	4.5	6.6	22.6	30.4
中心静脈栄養	5.8	3.0	5.7	12.9	20.3
輸血	4.3	2.0	4.5	11.3	8.9
透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	10.5	5.9	10.9	12.9	26.6
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	49.0	31.9	51.2	67.7	77.2
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	41.2	27.6	42.6	59.7	70.9
喀痰吸引	28.7	15.9	29.2	59.7	74.7
ネブライザー	25.0	17.5	24.9	48.4	55.7
酸素療法（酸素吸入）	48.0	34.3	49.5	66.1	77.2
気管切開のケア	3.8	2.0	3.6	6.5	17.7
人工呼吸器の管理	2.6	1.6	2.5	4.8	8.9
静脈内注射（点滴含む）	31.8	15.0	33.9	51.6	60.8
皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く）	24.8	13.4	25.7	46.8	53.2
簡易血糖測定	40.9	23.4	43.1	66.1	69.6
インスリン注射	31.7	21.5	32.3	54.8	62.0
疼痛管理（麻薬なし）	41.8	25.6	43.9	53.2	73.4
疼痛管理（麻薬使用）	19.0	10.2	20.1	22.6	41.8
持続モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)	19.3	13.4	19.6	27.4	39.2
服薬指導・管理	86.7	78.3	88.1	90.3	93.7
医師と連携した服薬調整	97.0	91.5	98.1	98.4	97.5
創傷処置	88.8	78.1	90.7	90.3	98.7
褥瘡の処置	86.7	73.4	89.1	93.5	97.5
浣腸	79.6	61.2	82.9	88.7	92.4
摘便	75.1	53.5	79.2	83.9	88.6
排泄の援助（浣腸・摘便を除く）	93.1	87.8	94.1	93.5	97.5
導尿（カテーテル以外）	37.7	19.5	40.0	61.3	67.1

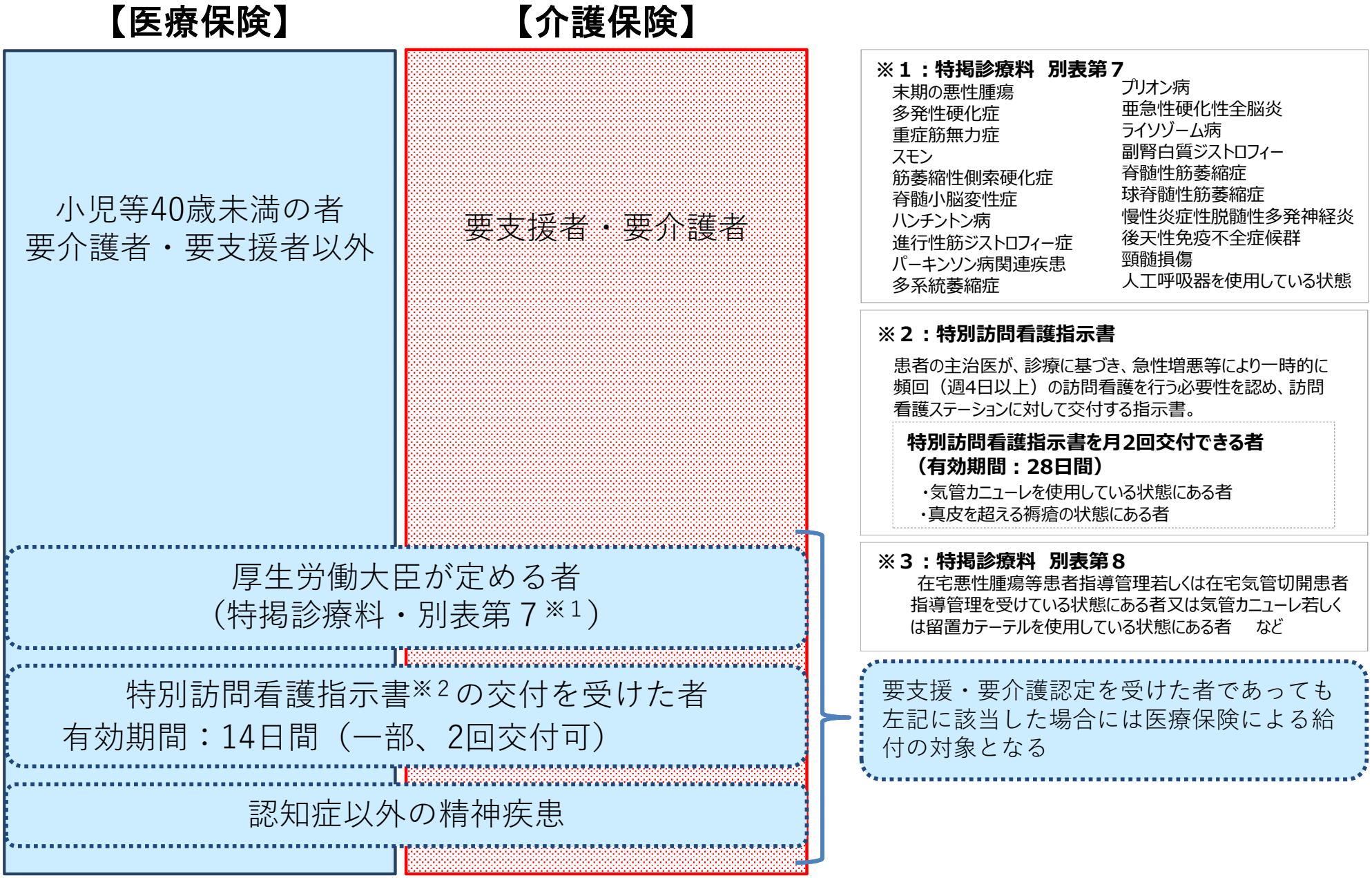
出典：令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」（速報値）

施設・居住系サービスにおける訪問看護と訪問リハビリ等の適用状況

			老健	介護医療院	特養	特定施設入居者生活介護	認知症対応型GH	小規模多機能居宅介護型	看護小規模多機能型居宅介護
各施設の看護職員の配置			あり	あり	あり	あり	なし	あり （夜間配置なし）	あり （夜間配置なし）
訪問看護	医療保険	提供時間帯	×	×	制限なし	制限なし	制限なし	宿泊サービス時間帯	宿泊サービス時間帯
訪問看護	医療保険	対象者	×	×	末期のがん、精神疾患	別表７、特指示、精神疾患	別表７、特指示、精神疾患	別表７、特指示、精神疾患（利用前30日以内に患家訪問ある場合のみ30日以内）	別表７、特指示、精神疾患（利用前30日以内に患家訪問ある場合のみ30日以内）
訪問看護	介護保険		×	×	×	×	×	○ （居宅のみ）	× （包括報酬の中で実施）
各施設のリハビリ専門職：◎ 各施設の機能訓練指導員：○			◎	◎	○	○	×	×	×
訪問リハビリ	医療保険※		×	×	算定日数内	算定日数内	算定日数内	算定日数内	算定日数内
訪問リハビリ	介護保険		×	×	×	×	×	○ （居宅のみ）	○ （居宅のみ）

※　医療保険の疾患別リハビリテーション料の標準的算定日：心大血管疾患リハビリテーション料→治療開始日から150日以内。脳血管疾患等リハビリテーション料→発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内。廃用症候群リハビリテーション料→廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内。運動器リハビリテーション料→発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日以内。呼吸器リハビリテーション料→治療開始日から90日以内

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）



注）医療保険の給付の対象となる訪問看護は、原則週３日を限度として提供が可能であるが、厚生労働大臣が定める者（※１に該当（介護保険においては厚生労働大臣が定める疾病等））、特別訪問看護指示書の交付を受けた者（※２に該当）、厚生労働大臣が定める者（※３に該当（介護保険においては厚生労働大臣が定める状態））については、週３日を超えての提供が可能。

居宅サービス及び地域密着型サービスの内、区分支給限度基準額に含まれない費用、適用されないサービス

限度額(単位：円（注２))	限度額が適用されるサービスの種類（下欄の※については、短期利用に限る）	【限度額に含まれない費用】（青字は平成30年度改定、緑字は令和元年度改定で追加したもの）
要支援１ 50,320	①訪問介護	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
	②訪問入浴介護	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
要支援２ 105,310	③訪問看護	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／緊急時訪問看護加算／特別管理加算／ターミナルケア加算／サービス提供体制強化加算／同一建物減算
	④訪問リハビリテーション	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／同一建物減算
要介護１ 167,650	⑤通所介護	中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑥通所リハビリテーション	
	⑦短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑧短期入所療養介護	介護老人保健施設の緊急時施設療養費（緊急時治療管理・特定治療）と特別療養費／病院・診療所の特定診療費／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
要介護２ 197,050	⑨特定施設入居者生活介護※（注１）	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑩福祉用具貸与	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算
要介護３ 270,480	⑪定期巡回・随時対応サービス	特別地域加算／中山間地域等の小規模事業所加算／中山間地域等提供加算／緊急時訪問看護加算／特別管理加算／ターミナルケア加算／総合マネジメント体制強化加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
	⑫夜間対応型訪問介護	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算／同一建物減算
	⑬地域密着型通所介護	中山間地域等提供加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
要介護４ 309,380	⑬認知症対応型通所介護	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑭小規模多機能型居宅介護	中山間地域等提供加算／訪問体制強化加算／総合マネジメント体制強化加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
要介護５ 362,170	⑮認知症対応型共同生活介護※	サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
	⑯地域密着型特定施設入居者生活介護※	
	⑰看護小規模多機能型居宅介護	中山間地域等提供加算／緊急時訪問看護加算／特別管理加算／ターミナルケア加算／看護体制強化加算／訪問体制強化加算／総合マネジメント体制強化加算／サービス提供体制強化加算／介護職員処遇改善加算／介護職員等特定処遇改善加算
限度額が適用されないサービス	①居宅療養管理指導、②特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く）（短期利用を除く）、**③認知症対応型共同生活介護**（短期利用を除く）、④地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用を除く）、⑤地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	

注１）外部サービス利用型特定施設入居者生活介護については、要介護度に応じた限度単位数を別に設定。　注２）額は介護報酬の１単位を10円として計算。

論点②医療ニーズへの対応強化

検討の方向（案）

（医療連携体制加算）

■　グループホームに関し、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）における医療的ケアが必要な者の受け入れ実績要件について、医療ニーズへの対応状況を踏まえ、その負担を適切に評価する観点から、他の医療的ケアにも拡大することを検討してはどうか。

（他事業所との連携による医療ニーズへの対応）

■　地域における看護職員やリハビリテーション専門職について、その専門性を効果的に活用する観点や、入居者の看護・リハビリニーズに適切な対応ができるようにする観点から、認知症対応型共同生活介護には区分支給限度基準額が適用されないことに留意しつつ、どのような対応が考えられるか。

論点③人材の有効活用・地域の特性に応じたサービス確保（ユニット数、サテライト型事業所）

論点③

■　①今後も高齢化の進展によるグループホームの需要、重度の要介護者、認知症高齢者が増大する一方で、現役世代の減少に伴う担い手不足が見込まれること、②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）において、経営の大規模化を通じた生産性の向上を図るとされていることを踏まえ、介護の受け皿整備量拡充の観点からも、

（１）ユニット数の弾力化

（２）サテライト型事業所の創設

について、どのような対応が考えられるか。

【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）（抜粋）】

第３章 経済再生と財政健全化の好循環

２．経済・財政一体改革の推進等

（２）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（ｉ)医療・福祉サービス改革プランの推進

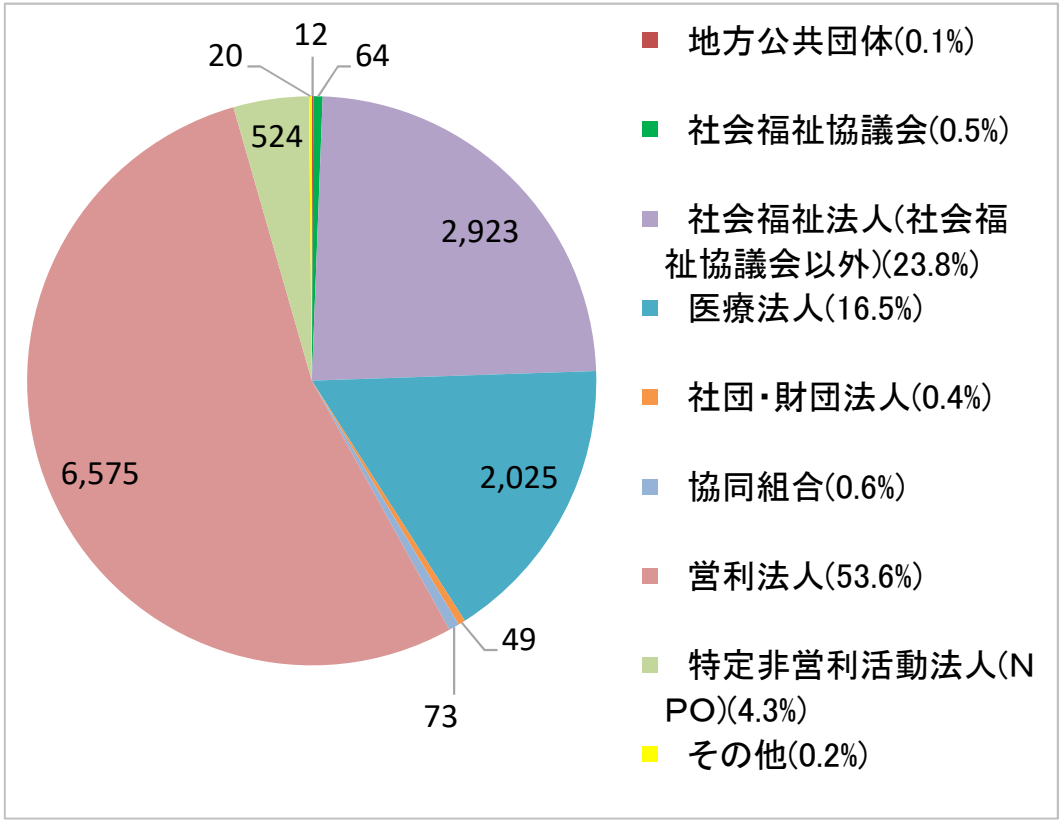
医療・福祉サービス改革プランにより、ロボット・ＡＩ・ＩＣＴ等、データヘルス改革、タスク・シフティング、シニア人材の活用推進、組織マネジメント改革、<u>経営の大規模化</u>・協働化を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ることにより、2040 年における医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について５％以上向上、医師については７％以上向上させる。

※下線は、事務局において追加。

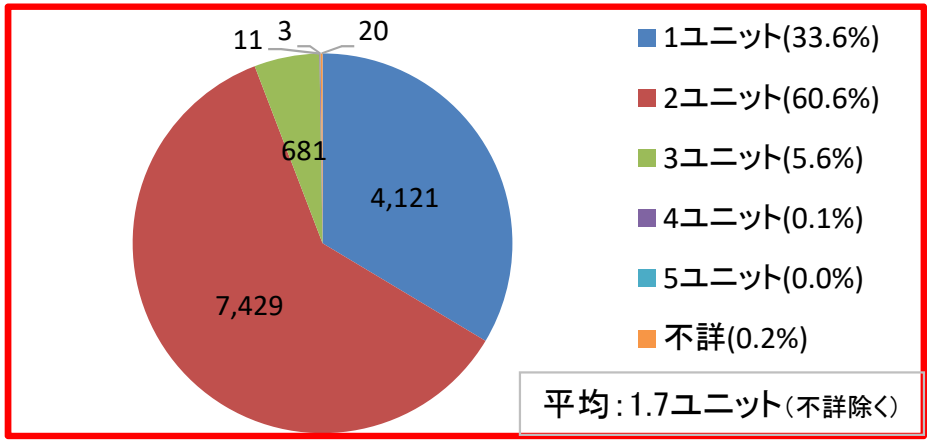
認知症対応型共同生活介護の事業所概況

○　事業所の設置主体は「営利法人」が53.6％で最も多く、次いで「社会福祉法人（社協以外）」が23.8％、「医療法人」が16.5％となっていた。
○　事業所のユニット数は「２ユニット」が60.6％で最も多く、次いで「１ユニット」33.6％となっていた。３ユニット以上の事業所は695事業所（5.6％）であった。
○　事業所の定員数は「15人～19人」が60.2％で最も多く、次いで「５～９人」が33.6％となっていた。

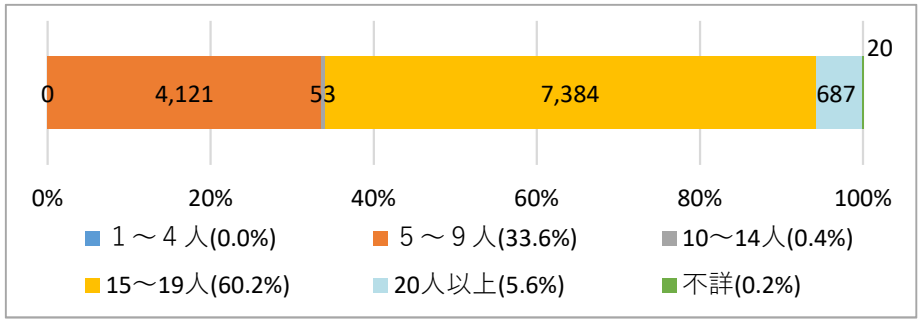
【経営主体 n=12,265】



【ユニット数 n=12,265 】



【定員数 n=12,265】



【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成29年10月１日時点）

【参考】指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）

第93条　指定認知症対応型共同生活介護事業所は、共同生活住居を有するものとし、その数は1又は2とする。ただし、指定認知症対応型共同生活介護事業所に係る用地の確保が困難であることその他地域の実情により指定認知症対応型共同生活介護事業所の効率的運営に必要と認められる場合は、1の事業所における共同生活住居の数を3とすることができる。

※　当該規定は、「標準基準」（通常よるべき基準としつつ、合理的な理由がある範囲内で、地域の実情に応じた「標準」と異なる内容を定めることが許容されるもの）である。

認知症対応型共同生活介護におけるユニット数別の収支差率等

○　ユニット数が多くなるほど、収支差率が高い傾向となっている。

			9人以下		10～18人		19人以上	
			千円		千円		千円	
1	Ⅰ　介護事業収益	(1)介護料収入	2,585		4,846		7,517	
2		(2)保険外の利用料	893		1,871		2,479	
3		(3)補助金収入	6		7		12	
4		(4)介護報酬査定減	−1		−1		−1	
5	Ⅱ　介護事業費用	(1)給与費	2,288	65.6%	4,106	61.0%	5,982	59.7%
6		(2)減価償却費	167	4.8%	242	3.6%	309	3.1%
7		(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	−30		−22		−10	
8		(4)その他	884	25.4%	1,892	28.1%	2,745	27.4%
9		うち委託費	74	2.1%	276	4.1%	306	3.1%
10	Ⅲ　介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	1		10		15	
11	Ⅳ　介護事業外費用	(1)借入金利息	14		24		13	
12	Ⅴ　特別損失	(1)本部費繰入	13		190		289	
13	収入　①＝Ⅰ＋Ⅲ		3,485		6,733		10,023	
14	支出　②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ		3,336		6,431		9,329	
15	差引　③＝①－②		149	4.3%	302	4.5%	694	6.9%
16	法人税等		14	0.4%	20	0.3%	28	0.3%
17	法人税等差引　④＝③－法人税等		135	3.9%	283	4.2%	666	6.6%
18	有効回答数		111		182		45	

※　比率は収入に対する割合である。
※　各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。
※　各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。

19	a 設備資金借入金元金償還金支出		46		155		73	
20	b 長期運営資金借入金元金償還金支出		33		53		149	
21	参考:(④＋Ⅱ(2)＋Ⅱ(3))－(a+b)		193		295		742	
22	定員		8.9人		17.8人		26.7人	
23	延べ利用者数		267.5人		511.6人		785.8人	
24	常勤換算職員数(常勤率)		8.0人	76.0%	13.7人	75.1%	19.9人	80.6%
25	看護・介護職員常勤換算数(常勤率)		7.1人	74.2%	12.5人	74.4%	18.5人	79.7%
	常勤換算1人当たり給与費							
26	常勤	看護師	415,157円		352,546円		359,074円	
27	常勤	准看護師	309,110円		324,724円		306,626円	
28	常勤	介護福祉士	315,881円		317,467円		326,763円	
29	常勤	介護職員	288,483円		294,468円		323,183円	
30	非常勤	看護師	312,506円		335,910円		350,555円	
31	非常勤	准看護師	279,637円		287,011円		206,676円	
32	非常勤	介護福祉士	248,681円		265,306円		278,306円	
33	非常勤	介護職員	226,705円		242,749円		271,390円	
34	利用者1人当たり収入		13,028円		13,162円		12,756円	
35	利用者1人当たり支出		12,470円		12,571円		11,873円	
36	常勤換算職員1人当たり給与費		285,050円		290,489円		318,315円	
37	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり給与費		275,812円		282,729円		312,925円	
38	常勤換算職員1人当たり利用者数		1.1人		1.3人		1.3人	
39	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数		1.3人		1.4人		1.4人	

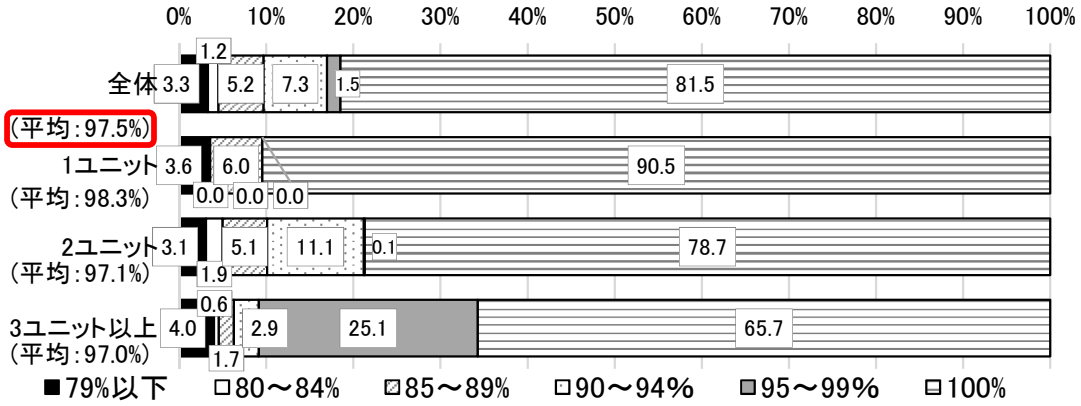
	収支差率
認知症対応型共同生活介護平均	4.7%
認知症対応型共同生活介護(税引後)平均	4.4%

【出典】令和元年度介護事業経営概況調査(平成30年度決算期)

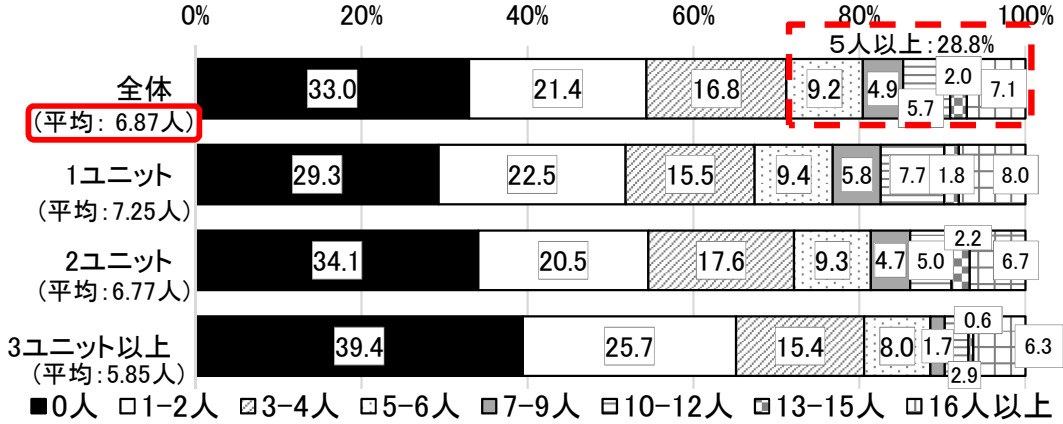
待機者数、ユニット数の弾力化やサテライト型事業所に関する認識

○　グループホームについて、１事業所あたりの平均入居率は97.5%。
○　待機者を抱える事業所について、５人以上の待機者がいるのは全体で約３割。
○　２ユニットの事業所のうち、規模の拡大の必要性を感じている事業所は12.7%。
○　サテライト型事業所が必要と感じている事業所は全体で約２割。

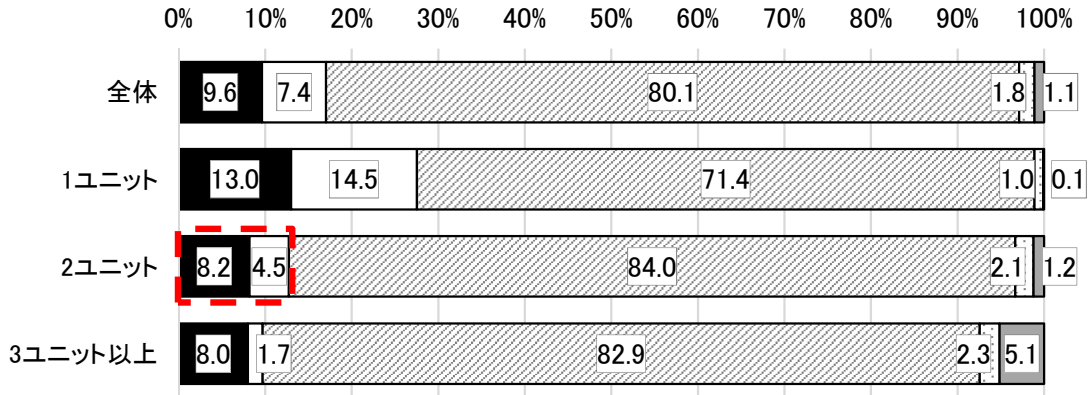
［令和元年11月1日時点の入居率］（N=2,977）



［令和元年11月1日時点で待機者を抱える事業所］（N=2,977）

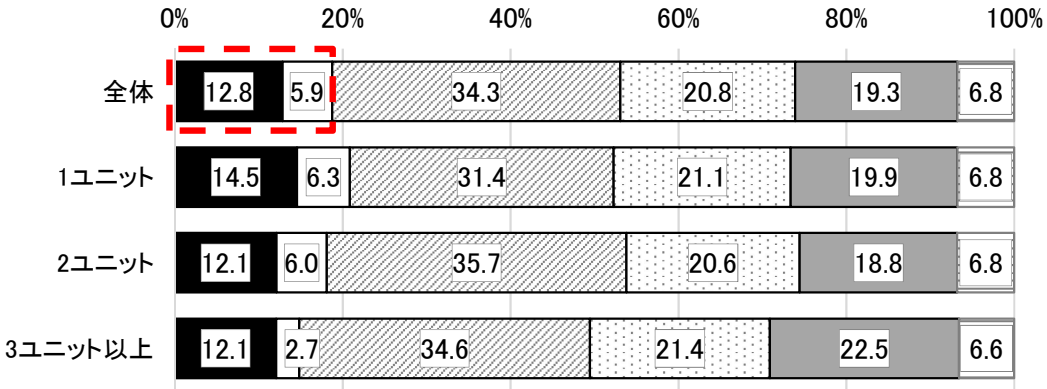


［現在の定員・ユニット数に対する考え］（N=2,977）



■現在の規模では、地域の需要を充足できていないので、規模拡大が必要
□現在の規模では小さく、経営が厳しいので、より規模を拡大したい
▨現在の規模がちょうどよい
□現在の規模では、地域の需要に対し供給過多なので、規模の縮小が必要
■現在の規模では大きく、グループホームの良さが弱まるので、より規模を縮小したい

［サテライト型事業所の要否］（N=2,977）



■身近な地域へのサービス提供をより進めるためには、サテライト型が必要
□より専門的な人材が活かせるのでサテライト型が必要
▨サテライト型を増やすよりも、通常のグループホームを整備することが必要
□地域での需給バランスがとれており、更なる整備拡大は不要
■利用者に対して適切なケアが出来なくなる恐れがあるため、サテライト型は不要
□その他

出典：令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」（速報値）

（参考） 現行のサテライト型施設・事業所の基準・報酬

○　現在、サテライト型施設・事業所については、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護で定義されており、一部の人員・設備基準が緩和され、小規模な施設・事業所の効率的運営を可能としている。

サテライト種別	地域密着型特養	介護老人保健施設	小規模多機能型 居宅介護	看護小規模多機能型 居宅介護
本体施設等の条件	特養、老健、病院、診療所	老健、病院、診療所	小多機、看多機	看多機
本体1に対する箇所数		原則1箇所（本体より適切な支援が受けられる場合2箇所以上も可）	2箇所まで	
距離等の要件	通常の交通手段を利用して、おおむね20分以内で移動できる距離	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	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	
設備基準	○本体が特養の場合、医務室は不要 ※入所者を診療するために必要な医薬品・　医療機器、臨床検査設備が必要	○機能訓練室 通常　入所定員数×1㎡→ｻﾃﾗｲﾄ　40㎡ ○調理室、洗濯室(場)、汚物室は不要	本体施設と同じ設備が必要	
指定（許可）	本体、サテライトそれぞれが受ける	本体、サテライトそれぞれが受ける	本体、サテライトそれぞれが受ける	
定員	29人以下（通常の地域密着特養と同様）	29人以下	18人以下（通いは12人、宿泊は6人）	
介護報酬	通常の地域密着型特養と同額	通常の介護老人保健施設と同額	通常の小規模多機能型居宅介護と同額	通常の看護小規模多機能型居宅介護と同額
人員基準	○本体は常勤の者でなければならないが、サテライトは常勤換算方法1以上で可(※) →生活相談員（特養・老健）、看護職員 ○本体施設の職員により処遇が適切に行われる場合サテライトに置かないことが可(※) →医師 生活相談員　（老健） 栄養士　（特養・老健・100床以上の病院） 機能訓練指導員（特養・老健） 介護支援専門員（特養・老健・介護療養型医療施設） ※本体が（　）の場合に限る。	○本体施設の職員により処遇が適切に行われる場合サテライトに置かないことが可(※) →医師 支援相談員（老健） 理学療法士・作業療法士（老健） 栄養士（老健・100床以上の病院） 介護支援専門員（老健・介護療養型医療施設である病院） ※本体が（ ）の場合に限る。	○本体事業所の適切な支援を受けられる場合には、 ・訪問従業者は1名で可（常勤換算不要） ・看護職員、宿直職員は不要 ○介護支援専門員に代えて、小多機計画作成担当者は研修修了者の配置で可（専従） ○管理者は本体事業所と兼務可	○本体事業所の適切な支援を受けられる場合には、 ・訪問従業者は2名で可、保健師等は不要 ・看護職員は常勤換算方法で1以上で可、常勤不要 ・宿直職員は不要 ○介護支援専門員に代えて、看多機計画作成担当者は研修修了者の配置で可（専従） ○管理者は本体事業所と兼務可

論点③人材の有効活用・地域の特性に応じたサービス確保（ユニット数、サテライト型事業所）

検討の方向（案）

（１）ユニット数　※１ユニットの定員は５人以上９人以下

■　グループホームは地域密着型サービス（定員29人以下）であること、ユニット数が多くなるほど、収支差率が高い傾向となっており、経営の安定性の観点から、ユニット数を弾力化することを検討してはどうか。

■　あわせて、現在、基本報酬は１ユニットと２ユニット以上に分かれているが、経営実態を踏まえた上で、２ユニット以上をさらに２ユニットと３ユニット以上で細分化することを検討してはどうか。

【現行】

共同生活住居（ユニット）の数を１又は２とする。
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営に必要と認められる場合は、共同生活住居の数を３とすることができる。

（２）サテライト型事業所の創設

■　地域の実情に応じたグループホームの供給量を増やしつつ普及を図る観点や、複数事業所で人材を有効活用しながら、より利用者に身近な地域でサービス提供が可能となるようにする観点から、サービス提供体制を維持できるように配慮しつつ、サテライト型事業所の基準を創設することを検討してはどうか。

■　その際、サテライト型事業所の基準・報酬については、サテライト型小規模多機能型居宅介護と本体小規模多機能型居宅介護事業所の関係を参考に検討してはどうか。

論点④人材の有効活用（夜勤職員体制）

論点④

■　グループホームの夜勤職員の配置について、現在、他のサービス（２ユニット１人夜勤）より手厚い配置（１ユニット１人夜勤）となっているが、どう考えるか。

Ⅲ．認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の夜間における職員体制の強化について

論点３：グループホーム入居者の夜間における安全確保を図るため、２ユニットに１名の夜勤職員の配置を可能としている現行の例外規定を廃止（原則１ユニット１名の夜勤職員の配置）してはどうか。（基準の見直し）

論点４：現行の「夜間ケア加算」を見直し、夜間における職員体制の強化を図ることとしてはどうか。

認知症グループホームの「夜間勤務体制の強化」に関する意見

公益社団法人　日本認知症グループホーム協会

「介護報酬改定等に関する要望書」（H23.8.8）

５．認知症グループホームに関わる現行の加算について

①　夜間ケア加算について

夜間に起こりうる事故や災害の発生などを考慮すれば、１ユニット１人夜勤体制は是非とも位置付けなければならないものと考えられ、夜勤職員一人を雇用するに十分な基礎報酬がぜひ求められるところであります。

その上で、人員基準を超えて職員配置を行う認知症グループホームの「夜間ケア加算」について、職員に支給すべき給与額に見合った単位数となるよう所用の改定とともに現行の「夜間ケア加算」算定事業所が少数に止まっている実態を踏まえ、各事業所の「夜間ケア加算」の算定が促進されるよう所用の措置を講ずるよう要望します。

認知症対応型共同生活介護の夜勤体制

【グループホームにおける夜勤体制の変遷】

年度	夜間・深夜時間帯の人員配置基準	加算要件
平成12年度	ユニットごとに宿直1人以上 （他ユニットとの兼務可）	
平成15年度	ユニットごとに宿直又は夜勤を1人以上 （他ユニットとの兼務可）	夜間ケア加算新設　71単位／日 事業所ごとに夜勤1人以上加配
平成18年度	（宿直勤務を除く）ユニットごとに夜勤1人以上 （他ユニットとの兼務可）	夜間ケア加算廃止
平成21年度	同上	夜間ケア加算新設　25単位／日 事業所ごとに夜勤1人以上加配 ただし、ユニット数が3以上の場合は、2ユニットごとに夜勤1人以上加配
平成24年度	2ユニットで1人夜勤を認めていた例外規定を廃止し、1ユニットごとに夜勤1人以上とした。	夜間ケア加算（Ⅰ）　50単位／日【1ユニットの事業所】 夜間ケア加算（Ⅱ）　25単位／日【2ユニット以上の事業所】 事業所ごとに夜勤1人以上加配
平成27年度	同上	夜間支援体制加算（Ⅰ）　50単位／日【1ユニットの事業所】 夜間支援体制加算（Ⅱ）　25単位／日【2ユニット以上の事業所】 事業所ごとに夜勤又は宿直1人以上加配
平成30年度	同上	同上

【 1事業所あたりの平均夜勤体制】

	夜勤人数（平均）	宿直人数（平均）	事業所数
1ユニット	1.06	0.17	413
2ユニット	2.01	0.23	810
3ユニット	3.05	0.23	73
合計	1.76	0.21	1,296

出典：令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームにおける介護サービス提供の実態に関する調査研究事業」（速報値）（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）

※4ユニット以上の事業所は除く

【参考】夜間支援体制加算の算定要件
- 人員配置基準上必要となる夜勤職員（1ユニット1名）に加えて、事業所ごとに常勤換算方法で1名以上の夜勤職員又は宿直職員を加配することが必要。
- 全ての開所日において夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っていることが必要。

※宿直職員は事業所内での宿直が必要。
※併設事業所と同時並行的に宿直勤務を行う場合には算定対象外（それぞれに宿直職員が必要）。

（参考）消防法令における高齢者施設の防火設備の取扱い

○　グループホームについては、延べ面積に関わらず防火設備の設置が義務化された（平成27年度施行、平成29年度末まで経過措置）。

対象施設	・老人短期入所施設　・養護老人ホーム ・特別養護老人ホーム　・介護老人保健施設 ・認知症高齢者グループホーム ・介護医療院　・有料老人ホーム（※） ・軽費老人ホーム（※） ・小規模多機能型居宅介護事業所（※） ・看護小規模多機能型居宅介護事業所（※） ・いわゆる「お泊まりデイサービス」（※）　など （※避難が困難な要介護者を主として入居させるもの）	・有料老人ホーム（左記以外） ・軽費老人ホーム（左記以外） ・小規模多機能型居宅介護事業所（左記以外） ・看護小規模多機能型居宅介護事業所（左記以外） ・デイサービスセンター　など
消火器	全部	延べ面積150㎡以上
スプリンクラー設備	全部	平屋建以外の建築物で延べ面積6,000㎡以上 地階を除く階数が11以上
自動火災報知設備	全部	全部（利用者を入居させ、又は宿泊させるもの） 延べ面積300㎡以上（上記以外のもの）
消防機関へ通報する火災報知設備	全部	延べ面積500㎡以上
備　　考	※当該施設のうち「避難が困難な要介護者を主として入居させるもの」に該当する場合が対象（有料老人ホーム等の定員のうち、要介護3～5の入居者が半数以上を占める場合又は実態として複数の要介護者を随時若しくは継続的に施設に宿泊させるサービスを提供するなど、宿泊サービスの提供が常態化している場合等） ※介護医療院のスプリンクラー設備については、令和7年6月30日までの経過措置となっている。	

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。

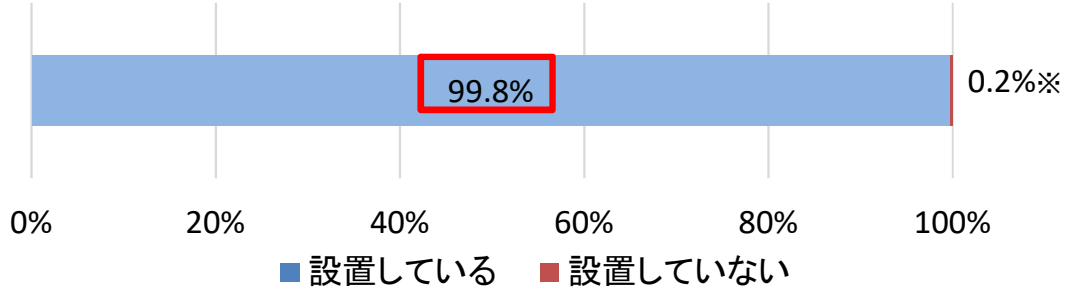
	(地域密着型)介護老人福祉施設（短期入所生活介護も同様）	介護老人保健施設（短期入所療養介護も同様）	介護医療院	介護療養型医療施設	（介護予防）認知症対応型共同生活介護	養護老人ホーム・軽費老人ホーム	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
ユニット型の場合	2ユニット毎に1以上	2ユニット毎に1以上	2ユニット毎に1以上	2ユニット毎に1以上	1ユニット毎に1以上	－	－	－
ユニット型以外の場合	利用者が ①25人以下 →1以上 ②26～60人 →2以上 ③61～80人 →3以上 ④81～100人 →4以上 ⑤101人以上 →4に加え、25名毎に1以上 ※特養は上記に加え、宿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）	－	1以上、又は宿直勤務に当たる者を1以上	1以上、及び宿直勤務に当たる者を必要な数以上	1以上、及び宿直勤務に当たる者を必要な数以上

【下線あり】基準省令に規定。
【下線なし】「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2月10日厚生省告示第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。

認知症対応型共同生活介護のスプリンクラー設備の設置状況、夜勤職員の状況

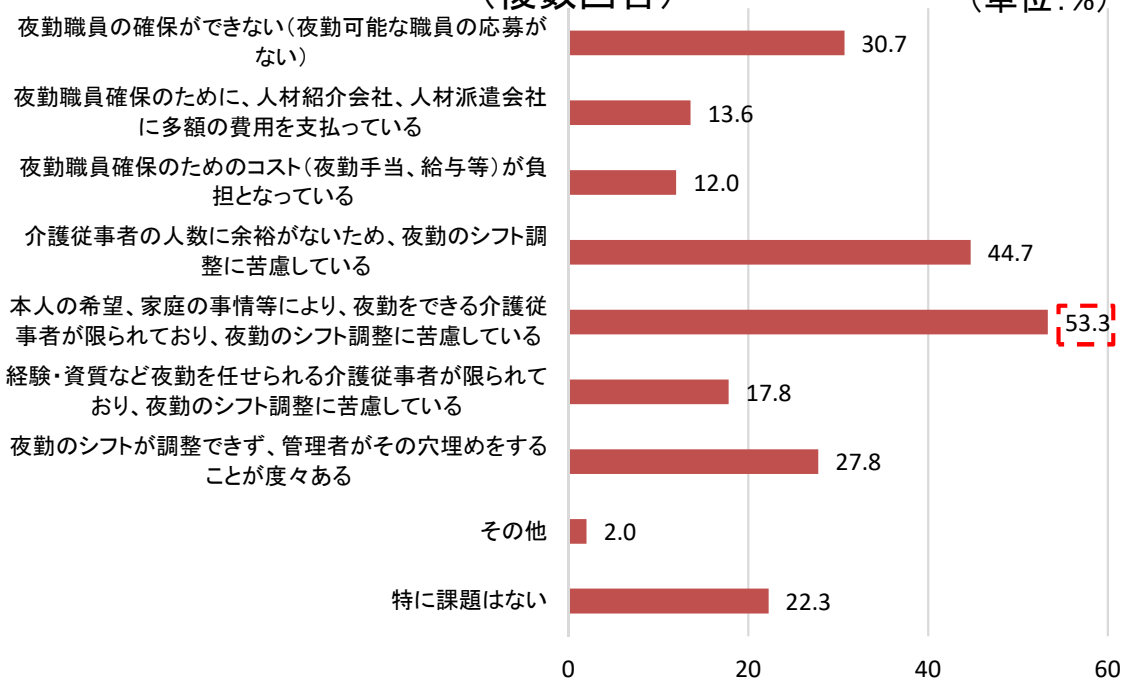
○　スプリンクラー設備を設置している事業所は99.8%。
○　夜勤職員の確保・シフト調整における課題としては、「本人の希望、家庭の事情等により、夜勤をできる介護従事者が限られており、夜勤のシフト調整に苦慮している」が53.3%で最多。
○　夜勤職員の状況としては、複数ユニットの事業所のうち、引き続きユニットごとに１人以上の夜勤配置を求める事業所は７～８割。

［スプリンクラー設備の設置状況］（N=1,303）

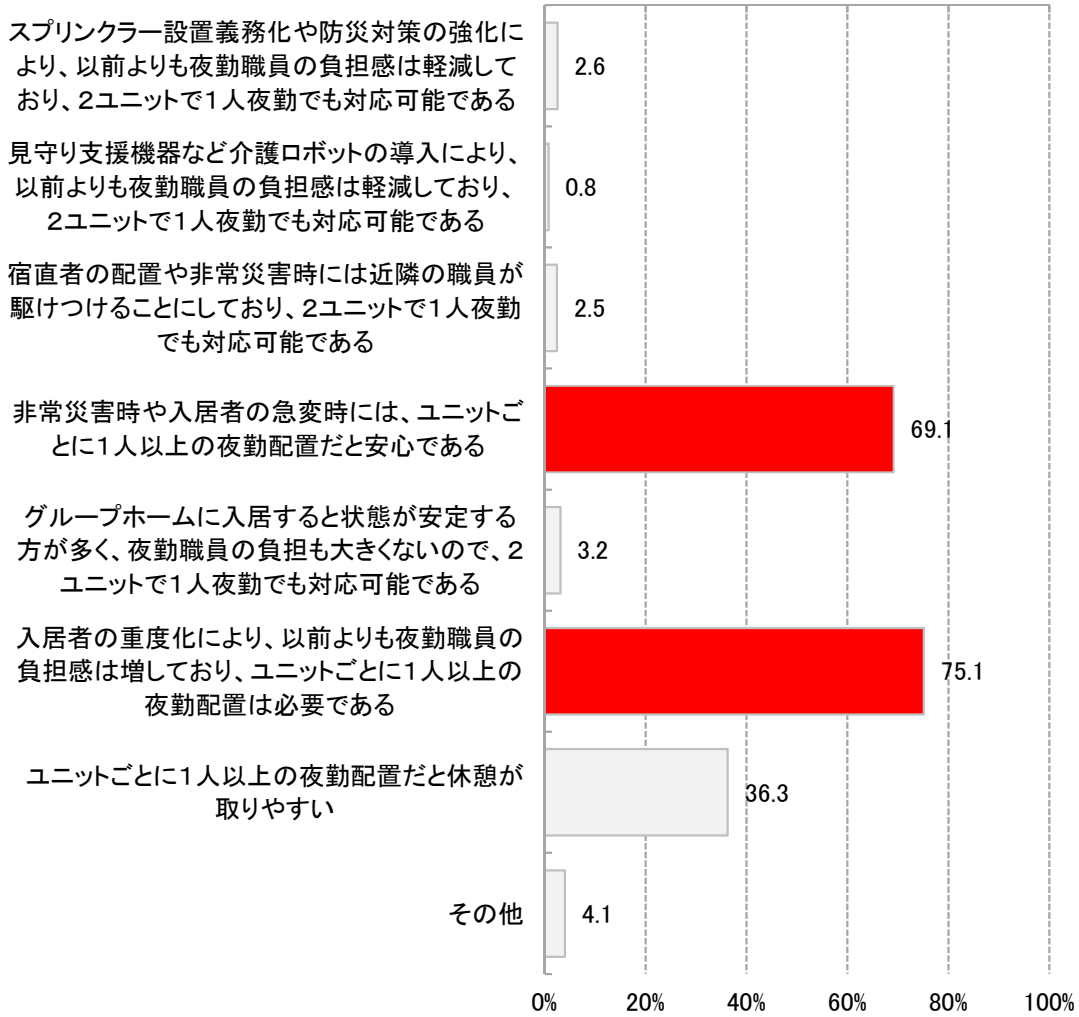


※　火災発生時の延焼を抑制する機能を備える構造の施設は必置でない。

［夜勤職員の確保・シフト調整における課題］（N=1,303）
（複数回答）　（単位：%）



［夜勤職員の状況（複数ユニット事業所）］
（複数回答）　（N=888）



出典：令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームにおける介護サービス提供の実態に関する調査研究事業」（速報値）
（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）　※管理者を回答者としたもの

論点④人材の有効活用（夜勤職員体制）

検討の方向（案）

■　グループホームの夜勤職員の配置については、以下の経緯やユニットケアの理念を踏まえて、どう考えるか。

- 　平成24年度介護報酬改定において、火災事案を踏まえて、夜間における安全確保を図るため、２ユニット１人夜勤を認めていた例外規定を廃止し、１ユニット１人夜勤の配置とした。
- 　平成27年度の消防法令の改正により、原則全てのグループホームでスプリンクラー設備の設置が義務づけられた（平成29年度末まで経過措置）。
- 　そのため、現在、他のサービス（２ユニット１人夜勤）より手厚い配置（１ユニット１人夜勤）となっている。
- 　一方で、ユニットケアの理念は、１人の職員が少数の利用者に関わることによって、その入居者の生い立ちや、経歴、生活の糧としているものや趣味・嗜好に至るまでを把握し、それを前提として個別ケアを行うことであることから、少人数での運用が大前提である。

論点⑤人材の有効活用（計画作成担当者）

論点⑤

■ グループホームに配置される計画作成担当者は、現在、ユニット（定員は５人以上９人以下）ごとに配置することとなっており、他のユニットと兼務はできないが、限られた人材を有効活用する観点から、どのような対応が考えられるか。

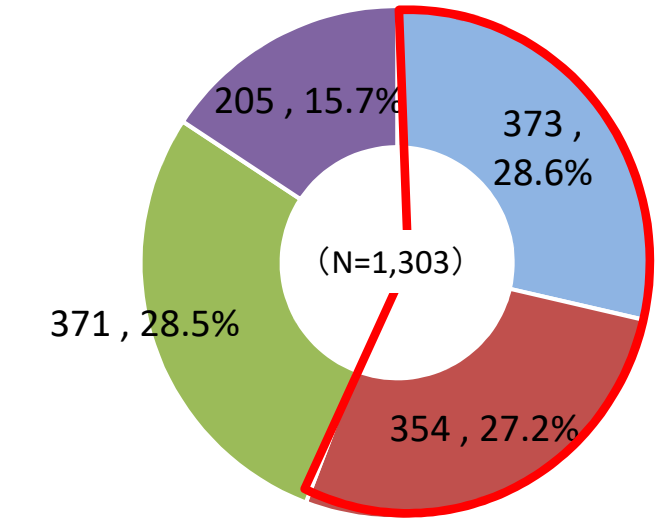
計画作成担当者（介護支援専門員）の人員配置基準

		（介護予防）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	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
計画作成担当者（介護支援専門員）	勤務形態	非常勤でも可 （業務に支障がない限り、 ユニット内の他の職務に従事可）	非常勤でも可（兼務可）	常勤（兼務可）	非常勤でも可（兼務可）
	配置員数	ユニットごとに１人以上	事業所ごとに１人以上	施設ごとに１人以上	施設ごとに１人以上
	担当件数	５～９人（１ユニット）	２９人以下	２９人以下	２９人以下
	人員要件	介護支援専門員 かつ 認知症介護実践者研修修了者 ※　２ユニット以上の場合、２人の計画作成担当者が必要となるが、いずれか１人が介護支援専門員の資格を有していれば足りる（２人とも研修修了者であることは必要）。	介護支援専門員 かつ 認知症介護実践者研修修了者 ＋ 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

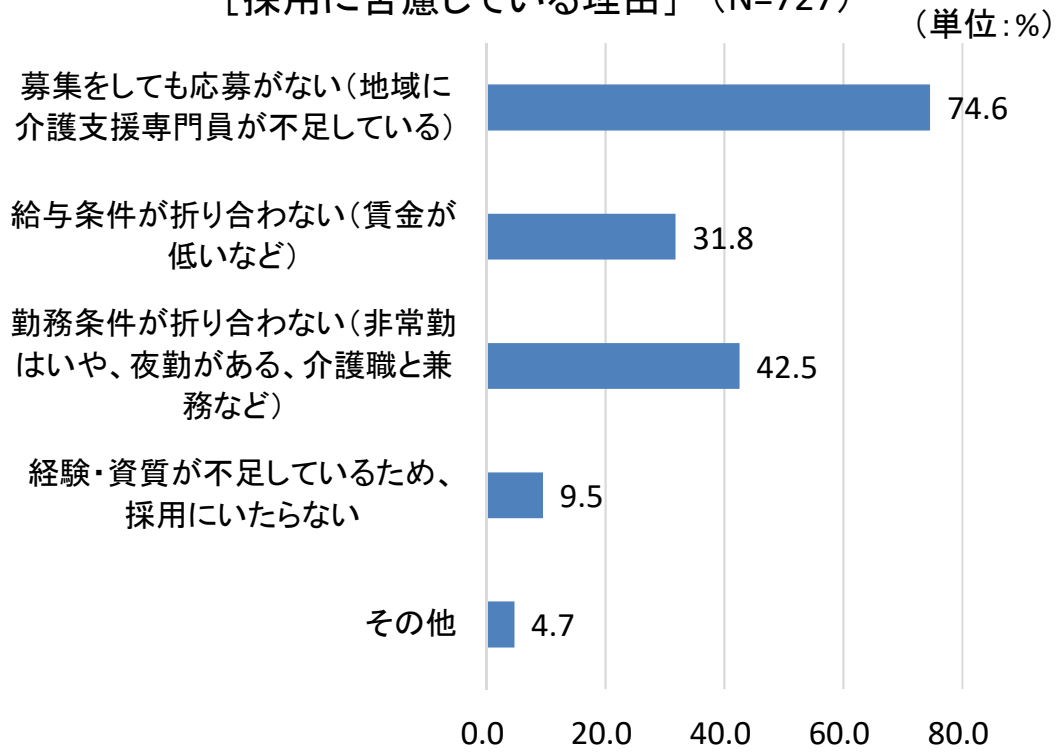
介護支援専門員の採用の現状、計画作成担当者のユニット間兼務への考え

○　グループホームの介護支援専門員の採用の現状として、採用に苦慮している事業所は６割。
○　複数ユニットの事業所のうち、介護支援専門員である計画作成担当者が複数ユニットを兼務する必要性を感じている事業所は６割。

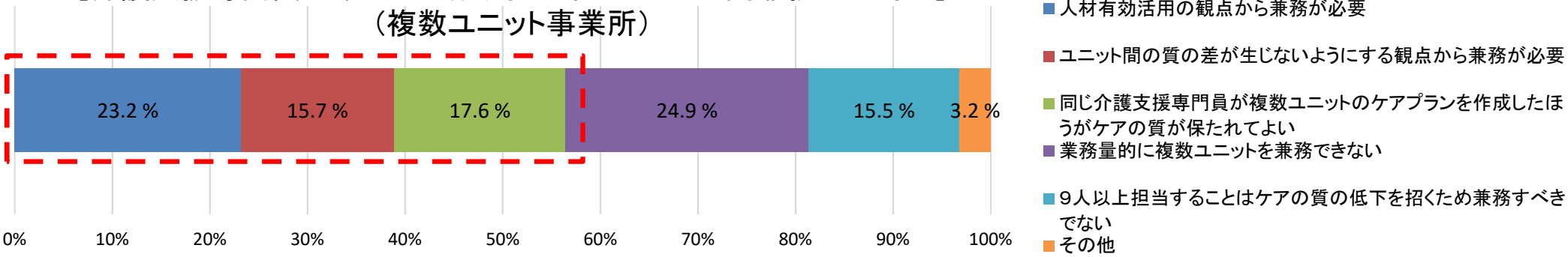
［介護支援専門員の採用の現状］



［採用に苦慮している理由］（N=727）



［介護支援専門員である計画作成担当者のユニット間兼務への考え］(N=888)
（複数ユニット事業所）



出典：令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームにおける介護サービス提供の実態に関する調査研究事業」（速報値）
（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）　※管理者を回答者としたもの

論点⑤人材の有効活用（計画作成担当者）

検討の方向（案）

■　グループホームにおいては介護支援専門員の採用が困難な状況も見受けられる現状や、介護支援専門員の専門性を事業所全体で有効活用する観点から、他の地域密着型サービスの計画作成担当者（介護支援専門員）の担当件数との整合性を踏まえ、介護支援専門員である計画作成担当者は最大３ユニット分まで兼務を可能とすることを検討してはどうか。

論点⑥人材の有効活用（管理者交代時の研修の修了）

論点⑥

■　グループホームの管理者については、認知症介護実践者研修と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、管理者交代時に自治体が実施する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ことを踏まえ、対応を検討してはどうか。

認知症ケアに携わる介護従事者の研修	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	認知症対応型サービス事業開設者研修	小規模多機能型居宅介護サービス等計画作成担当者研修
実施主体	都道府県・市町村		都道府県・指定都市	
補助率等	自治体 一般財源		2／3 地域医療介護総合確保基金	
研修対象者	おおむね2年程度の現場経験を有している者	認知症対応型サービス事業を管理する者	認知症対応型サービス事業を開設する者	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画作成担当者
想定される講師	各自治体において選定※認知症介護指導者等	各自治体において選定	各自治体において選定	各自治体において選定
研修内容	認知症介護の理念、知識及び技術を修得するためのもの	管理者として事業所を管理していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	開設者として事業所を運営していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を修得するためのもの
研修時間	＜標準＞ 講義・演習：1890分 演習：4週間＋420分 ＋実習 （職場実習4週間、課題設定240分、実習まとめ180分）	講義540分	講義・演習360分 ＋職場体験480分	講義540分
指定基準の要件、加算等	【基準】 ①GH、小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け ②GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認デイの管理者研修受講のための要件となっている。	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認デイの管理者には受講義務付け	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能の開設者には受講義務付け	【基準】 小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け

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～

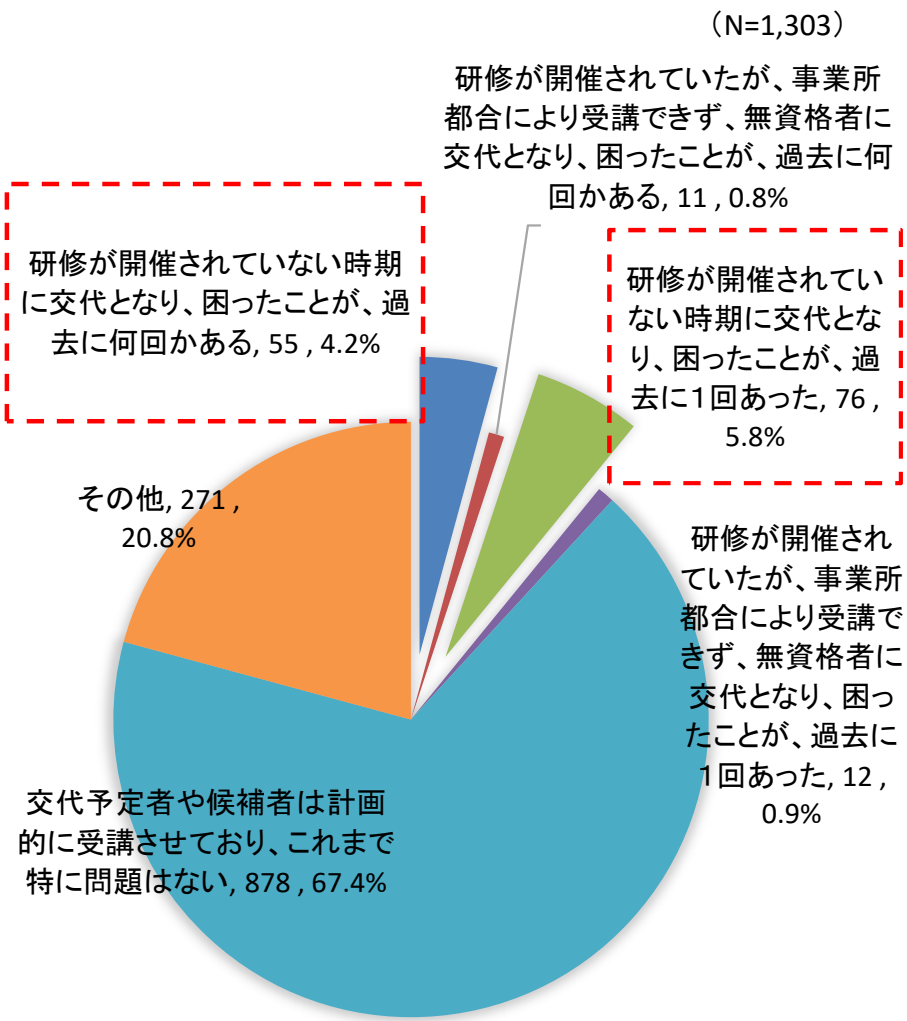
（参考）各サービスにおいて必要な研修

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 ＋ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
看護小規模多機能型居宅介護			

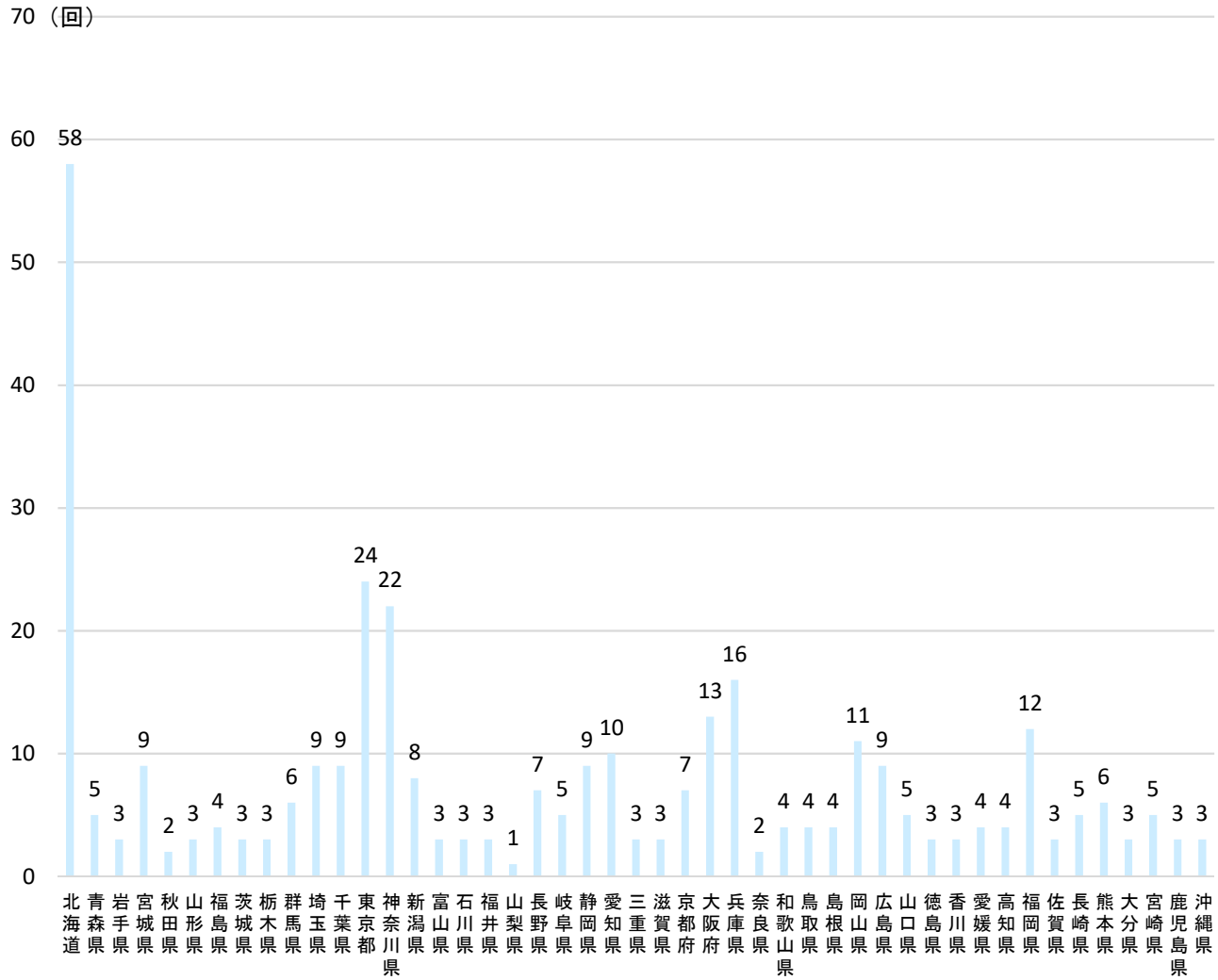
管理者交代時に研修未受講の管理者が生じたケースの有無

○　グループホームにおいて、管理者交代時に研修未受講の管理者が生じたケースの有無について、研修が開催されていない時期に交代となり、困ったことが過去にあった事業所が１割ある。
○　都道府県の認知症介護実践者研修の実施回数には、ばらつきがある。

［管理者交代時に研修未受講の管理者が生じたケースの有無］



［参考：平成30年度認知症介護実践者研修の都道府県別実施回数］



出典：令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームにおける介護サービス提供の実態に関する調査研究事業」（速報値）
（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）　※管理者を回答者としたもの

※　厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課にて集計。
※　実践者研修の実施主体は、都道府県・市町村であるが、市町村分は各都道府県に計上している。
※　認知症対応型サービス事業管理者研修は、集計を行っていない。

論点⑥人材の有効活用（管理者交代時の研修の修了）

検討の方向（案）

■　認知症対応型共同生活介護について、代表者・計画作成担当者も、一定の研修の修了者であることが必要であるが、研修の実施時期は自治体によって他律的に決定されるものであることも踏まえ、交代時の研修の修了猶予措置が講じられている。

■　これを踏まえ、管理者についても、同様の措置を講じることを検討してはどうか。その際、研修時間を考慮して計画作成担当者に倣ってはどうか（注）。

（注）新規に事業者が事業を開始する場合については、事前の準備期間があり、交代時のような支障があるわけではないため、資質を確保する観点から、原則どおり、新規指定時において研修を修了していることが必要。

※　介護予防を含め、認知症対応型通所介護、（看護）小規模多機能型居宅介護も同様にしてはどうか。

論点⑦業務の効率化（運営推進会議及び外部評価）

論点⑦

■　グループホームでは、介護保険サービスの中で唯一、運営推進会議と外部評価の双方で「第三者による評価」が行われているが、共に手間がかかっている。効率化する観点から、どのような対応が考えられるか。

地域密着型サービスの運営推進会議と外部評価

○　認知症対応型共同生活介護では、運営推進会議と外部評価の双方で第三者による評価が行われている。

	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	（介護予防）認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	看護小規模多機能型居宅介護
運営推進会議 ※　定期巡回・随時対応型訪問介護看護は介護・医療連携推進会議	○ ６月に１回以上開催 １年に１回以上は自己評価及び外部評価を実施	○ ６月に１回以上開催	○ ２月に１回以上開催 １年に１回以上は自己評価及び外部評価を実施	○ ２月に１回以上開催	○ ２月に１回以上開催	○ ２月に１回以上開催	○ ２月に１回以上開催 １年に１回以上は自己評価及び外部評価を実施
外部評価	－ ※H27～ 介護･医療連携推進会議に統合	－	－ ※H27～ 運営推進会議に統合	○ 各都道府県が選定した評価機関の実施するサービス評価を受け、結果を公表	－	－	－ ※H27～ 運営推進会議に統合

運営推進会議等の概要

○　各地域密着型サービス事業者が、利用者、市町村職員、地域の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにして、事業者による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質を確保することを目的として、自ら設置すべきもの。

対象サービス （介護予防を含む） （※１）	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	小規模多機能型居宅介護 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** 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型通所介護 療養通所介護（※２） 認知症対応型通所介護
会議の名称	介護・医療連携推進会議	運営推進会議	
構成員	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等）、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、有識者 ※介護・医療連携推進会議では、加えて地域の医療関係者（地方医師会の医師等、地域の医療機関の医師やソーシャルワーカー等） ※有識者は、学識経験者である必要はなく、高齢者福祉や認知症ケアに携わっている者等も含め、そのサービスについて知見を有する者として、客観的、専門的な立場から意見を述べることができる者		
開催頻度	概ね６月に１回以上	概ね２月に１回以上	概ね６月に１回以上（※２）
会議の内容	事業者は、サービスの提供状況等を報告し、会議による評価を受け、必要な要望、助言等を聴く機会を設ける		
記録の作成と公表	報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、記録を公表（事業者の義務）		
合同開催について	複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める。 ⅰ　利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。 ⅱ　同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。 ⅲ　合同して開催する回数が、１年度に開催すべき介護・医療連携推進会議や運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。 ⅳ　外部評価を行う介護・医療連携推進会議や運営推進会議は、単独開催で行うこと。		

※１　夜間対応型訪問介護は、対象サービスではない。※２　療養通所介護の開催頻度は、概ね12月に１回。

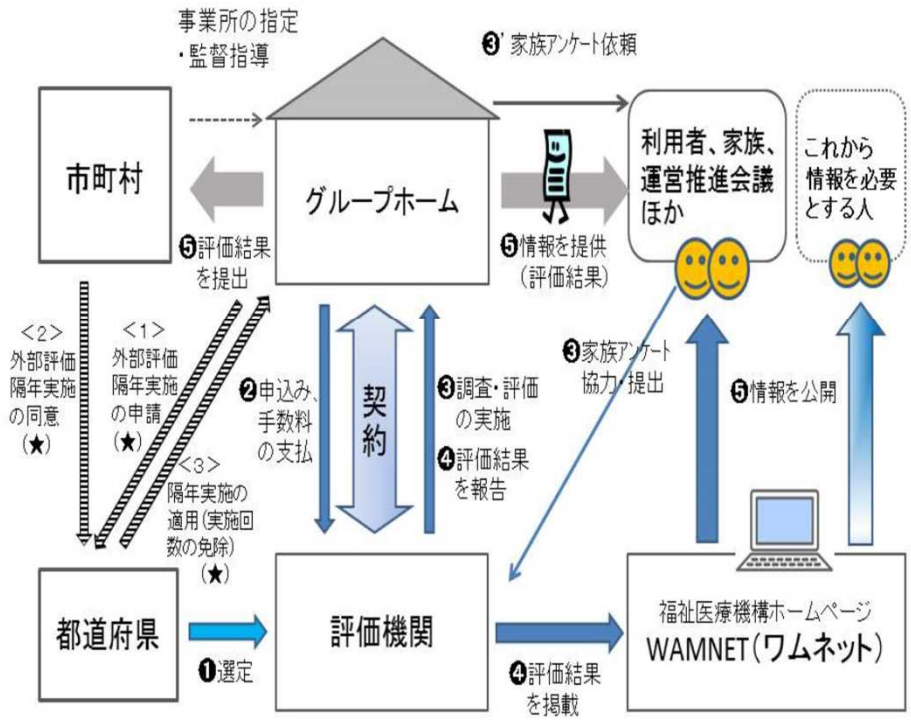
認知症対応型共同生活介護の外部評価

○外部評価とは、グループホームが都道府県が指定する外部評価機関に手数料を支払ってサービス評価を受ける仕組み。

外部評価の概要

根拠法令	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）第97条第８項 **（指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針）** **第97条 （略）** **２～７ （略）** **８ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。**
関係通知	「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第７項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について〔抄〕（平成18年10月17日 老計発第1017001号） **１ 自己評価及び外部評価について** **（略）外部評価は、第三者による外部評価の結果と、当該結果を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うこととし、これによって、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとするものである。** **（略）** **２ 自己評価及び外部評価の実施回数** **（１）（略）** **（２）都道府県は、事業所ごとの自己評価及び外部評価の実施回数を定めるにあたっては、原則として、少なくとも年に１回は自己評価及び外部評価を実施させるものとすること。** **（３）都道府県は、過去に外部評価を5年間継続して実施している事業所であって、かつ、次に掲げる要件（※）を全て満たす場合には、（２）の規定にかかわらず、当該事業者の外部評価の実施回数を2年に1回とすることができる。（以下略）**

サービス評価のしくみ



出典：平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける運営推進会議及び外部評価のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）

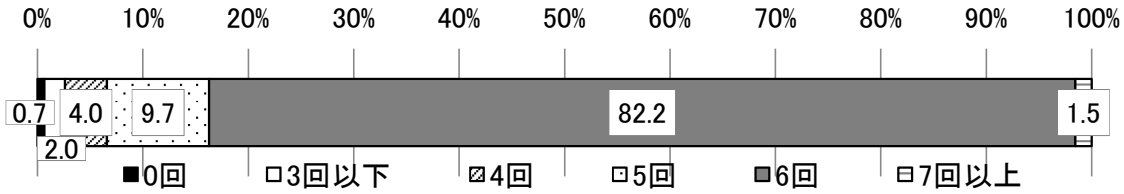
（※）ア 「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を市町村に提出していること。
イ 運営推進会議が、過去１年間に６回以上開催されていること。
ウ 運営推進会議に、事業所の存する市町村の職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること。
エ 「自己評価及び外部評価結果」のうち、一定の項目の実践状況（外部評価）が適切であること。

運営推進会議の議題、メンバー、運営推進会議と外部評価への意見

○　グループホームの運営推進会議には、市区町村の職員が66.8%、地域包括支援センターの職員が85.7%参加。
○　運営推進会議の議題として、「事業所のサービスに係る第三者による評価」をしている事業所が52.8%。
○　運営推進会議と外部評価の統合への意見として、「統合すべき」が46.9%、「統合すべきでない」が50.1%。

［運営推進会議の年間開催回数］（N=2,923）

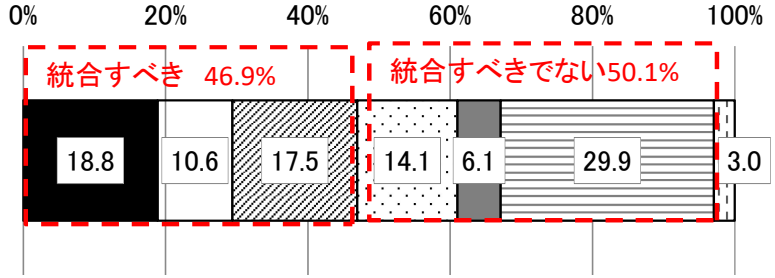
平均回数：5.77回



※令和元年度以降に開設した事業所を除く

［運営推進会議と外部評価の統合への意見］（複数回答）

（N=2,983）



■外部評価の受審や運営推進会議の開催は共に手間がかかるため、運営推進会議のみで外部評価を行えるよう、統合すべきである

□事業所の実態を理解している運営推進会議での評価が効果的であるため、統合すべきである

▨外部評価の受審には時間や費用がかかるとともに、質も評価機関により異なり、運営推進会議の委員により評価してもらいたいため、統合すべきである

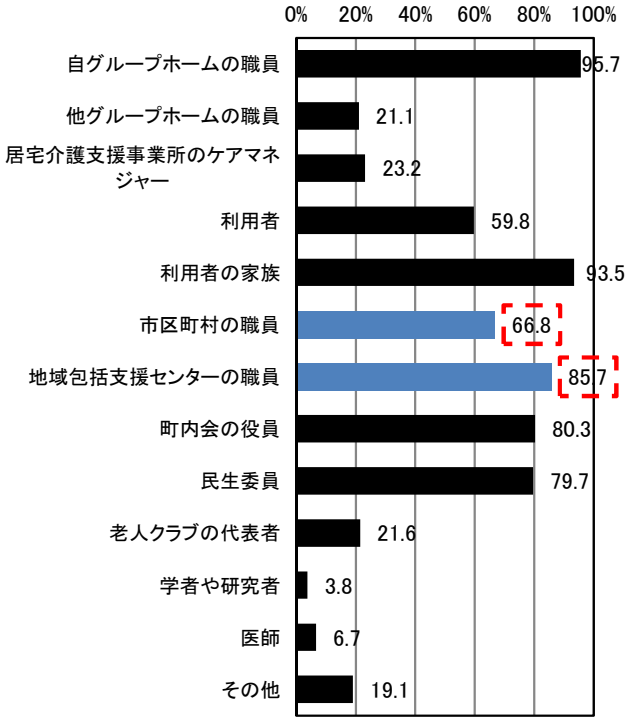
□運営推進会議は、外部評価以外の議題も多いことから、統合すべきではない

■外部の評価機関による評価は、日頃から関わりのある運営推進会議の委員の評価より適正なものとなるため、統合すべきではない

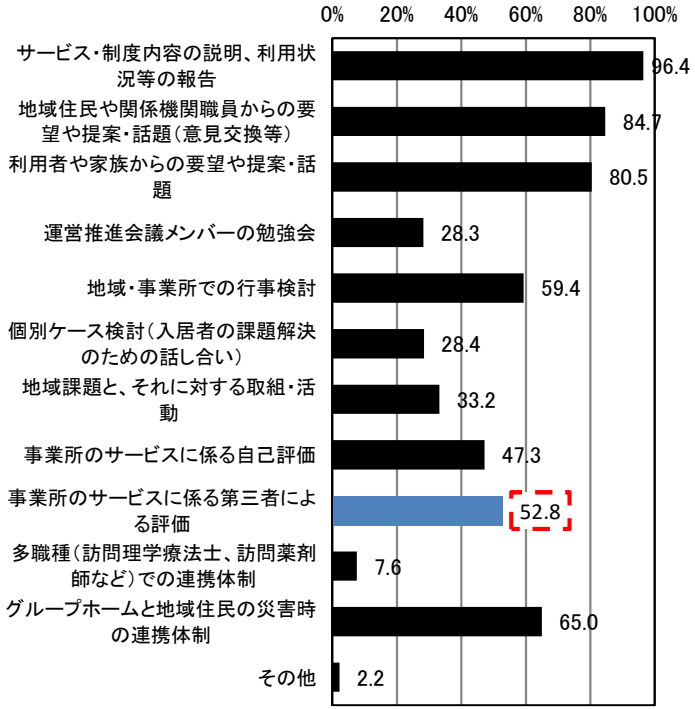
□外部の評価機関に求められる専門性を運営推進会議参加者の中で補うことは困難であるため、統合すべきではない

□その他

［運営推進会議の参加者］（複数回答）（N=2,984）



［運営推進会議の議題］（複数回答）（N=2,984）



出典：令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」（速報値）

論点⑦業務の効率化（運営推進会議及び外部評価）

検討の方向（案）

■　グループホームにおける運営推進会議と外部評価は、共に「第三者による評価」という共通の目的を有しており、

- 外部評価は維持した上で、
- グループホームについても、小規模多機能型居宅介護等と同様に、自らその提供するサービスの質の評価（自己評価）を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告し、評価を受けた上で公表する仕組みを制度的に位置付け、
- 事業所が、運営推進会議と外部評価のいずれかを選択して、評価を受ける仕組みを検討してはどうか。

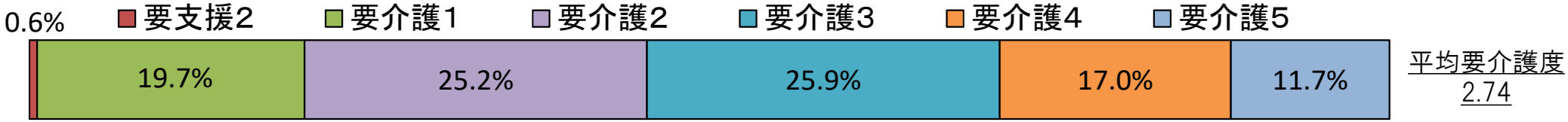
参考資料

認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）について

【根拠法令：介護保険法第8条第20項及び第8条の2第15項、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第89条等】

○　認知症（急性を除く）の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするもの。

＜事業所数：　13,674事業所　　サービス受給者数：20.7万人＞



出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」 平成31年4月審査分（事業所数は介護予防を含まない）

【利用者】

○1事業所あたり1又は2の共同生活住居（ユニット）を運営（※）
○1ユニットの定員は、5人以上9人以下
※地域の実情により効率的運営に必要と認められる場合は、3つの共同生活住居を設けることができる。

【設備】

○住宅地等に立地
○居室は、7．43㎡（和室4．5畳）以上 で原則個室
○その他
居間・食堂・居間・台所・浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備

【人員配置】

○介護従業者
日中：利用者3人に1人（常勤換算）
夜間：ユニットごとに1人
○計画作成担当者
ユニットごとに1人 （最低1人は介護支援専門員）（※ユニット間の兼務はできない。）
○管理者
3年以上認知症の介護従事経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了した者が常勤専従

【運営】

○運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
・外部の視点で運営を評価
○外部評価の実施
○定期的に避難、救出訓練を実施し、これに当たっては地域住民の参加が得られるよう努めること

	6期末	7期以降	
	実績値（2018年3月実績）	計画値（2020年度）	計画値（2025年度）
全国計	199,447	224,276	250,092
三大都市圏	72,376	83,696	97,628
三大都市圏以外	127,071	140,580	152,464

※三大都市圏は、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、滋賀

認知症施策推進大綱（抜粋）

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
（3）介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力の促進
特に、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。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組みを進める。

認知症対応型共同生活介護の基準

必要となる人員・設備等

		基準
人員	代表者	・認知症である者の介護に従事した又は保健医療・福祉サービスの事業の経営に携わった経験を有し、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者であること。
	管理者	・原則、ユニットごとに専従の常勤配置。ただし、業務に支障がない限り、他の職務や同一敷地内、併設する事業所の職務に従事することができる。 ・３年以上、認知症である者の介護に従事した経験を有し、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者であること。
	介護従事者	・日中は、ユニットごとに利用者３人に１人（常勤換算）。 ・夜間・深夜は、ユニットごとに１人。ただし、夜間の職員配置について、一定の要件を満たす場合、併設する小規模多機能型居宅介護と兼務ができる。
	計画作成担当者	・原則、ユニットごとに専従で配置。ただし、業務に支障がない限り、他の職務に従事することができる。 ・最低1人は介護支援専門員。ただし、併設する小規模多機能型居宅介護等と連携により、業務に支障が無い場合は配置しないことも可能。
設備等	ユニット数	・原則、共同生活住居（ユニット）の数を１又は２とする。ただし、用地の確保が困難であるなどその他事業の効率的運営が困難であると認められる場合、３とすることができる。
	入居定員	・５人以上９人以下。
	立地・併設事業所の範囲	・住宅地などの地域住民との交流の機会が図られる地域。 ・家庭的な環境と地域住民との交流の下にサービスが提供されると認められる場合、広域型特別養護老人ホーム等と同一建物に併設することも可能。
	居室	・７．４３㎡（和室４．５畳）以上で原則個室。
	その他	・居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備。
	運営推進会議	・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成。外部の視点で運営を評価。
	外部評価	・自らサービスの質の評価を行うとともに、外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表。

認知症対応型共同生活介護の報酬

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の介護報酬のイメージ（1日あたり）

利用者の要介護度に応じた基本サービス費
※　括弧内は2ユニット以上の場合

要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
757単位(745)	761単位(749)	797単位(784)	820単位(808)	837単位(824)	854単位(840)

【短期利用の場合】

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(773)	789単位(777)	825単位(813)	849単位(837)	865単位(853)	882単位(869)

※　利用者が入院した場合、1月に6日を限度として、所定単位数に代えて1日につき246単位を算定可能

利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

＋

- 初期加算　☆（30単位）
- 栄養スクリーニング加算　☆（5単位）※3
- 口腔衛生管理体制加算　☆（30単位）※2
- 若年性認知症利用者の受入（120単位）
- 専門的な認知症ケアの実施　☆（3単位、4単位）
- 退去時相談援助の実施（400単位）※1
- 夜勤職員又は宿直職員の手厚い配置（1ユニット　50単位）（2ユニット以上　25単位）
- 生活機能向上連携加算（200単位）※2
- 介護福祉士、常勤職員又は3年以上勤務者を一定以上配置（18単位、12 単位、6単位）
- 看取り介護の実施　☆（死亡日前4～30日: 144単位　前日及び前々日: 680単位　当日: 1,280単位）
- 医療連携体制加算（Ⅰ　39単位）（Ⅱ　49単位）（Ⅲ　59単位）
- 【介護職員処遇改善加算】（Ⅰ）11.1%（Ⅱ）8.1%（Ⅲ）4.5%（Ⅳ）加算Ⅲ×90%（Ⅴ）加算Ⅲ×80%
- 【介護職員等特定処遇改善加算】（Ⅰ）3.1%（Ⅱ）2.3%

※1　利用者1人につき1回を限度　※2　月単位で加算を算定　※3　6月に1回を限度

－

- 定員を超えた利用や人員配置基準に違反（▲30%）
- 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合（▲3%）
- 身体拘束適正化未実施　☆（▲10%）

※　加算・減算は主なものを記載
※　点線枠の加算は区分支給限度基準額の算定対象外
※　☆の加算・減算は短期利用の場合には適用されない加算・減算