

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
(平成25年度調査)

(8) 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
報 告 書

目 次

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. 事業内容	4
3. 実施経過	6
4. 研究体制	8
第2章 アンケート調査結果	9
1. 調査のあらまし	9
2. 調査結果	14
3. 類型別での特徴	88
第3章 実践状況の現地確認結果	96
1. 調査の概要	96
2. 確認結果	98
第4章 まとめ	120
1. 調査結果まとめ	120
2. 今後に向けて	124

【調査検討組織】

認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

(株)富士通総研は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を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、藤井賢一郎を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、(株)富士通総研が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究の調査検討組織 委員等

委員長	藤井 賢一郎（上智大学総合人間科学部社会福祉学科 准教授）
委員	赤澤 俊之（横浜市健康福祉局高齢健康福祉部 介護事業指導課長）
	岩尾 貢（社会福祉法人鶴寿会 専務理事）
	山梨 恵子（株）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）大起エンゼルヘルプ クオリティーマネージャー）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 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
勝又浜子室長
三浦正樹室長補佐
岡本慎係長
市川廣幸係員

【調査概要】

事業番号	(8)
調査名	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
調査目的、趣旨	認知症の人に適したサービスの提供を実現するため、グループホームにおけるケアのあり方に着目したサービス提供実態に関する調査を行い、今後のグループホームにおける報酬体系やグループホーム自体のあり方を検討・整理を行う。
調査内容	<p>平成 24 年度老人保健健康増進等事業で実施したアンケートやヒアリングにより整理・分析された基礎資料を深掘りし、今後のグループホームにおけるケアのあり方等について論点を整理。</p> <p>①入居者の状態（要介護度や ADL）別や施設の類型別での、標準的或いは特徴的なケアの内容等</p> <p>②上記①を実施する際の職員のスキルや経験、スキル向上の取組状況（内部研修の実施内容・時間数、外部研修の受講状況、職員の研修計画の有無、等）</p> <p>調査票は事業所（管理者を想定）が回答する 1 種類。入居者に関する設問部分（上記①に関する質問）と事業所に関する設問部分（上記②に関する質問）で構成。</p>
当該調査の仮説	<p>昨年度調査による類型化の試行結果や、オレンジプラン等におけるグループホームが担うべき役割等を踏まえ、今後のグループホームのあり方として、どの様な機能・類型（実施しているケアの内容、そのために整えている人員体制、職員育成の状況等）のグループホームを評価すべきか、そしてその機能・類型に該当するグループホームが実態としてどの程度の数・割合となるのかを明らかにする。</p> <p>調査前の仮説として、大きくは 2 つの類型（法令及びその精神を守り適切に運営するグループホーム、重症者（看取りや認知症以外の精神科疾患のある者、精神科病院入院者）の受け皿となるグループホーム）を想定し、それら類型の妥当性（構造、活動、成果）、それら類型に該当する事業所の占める割合等を、調査を通じて明らかにする。</p>
集計・分析の視点	<p>事業所の体制、ケアの取組、入居者像（年齢、要介護度、日常生活自立度等）、成果（入居者の状態）から 2 類型を明確化。</p> <p>それら類型に該当する事業所の構成比等の算出と、事業所の属性（地域・法人種別・人員配置等）の違い等がケア内容に影響しているかの整理。</p> <p>各事業所の職員体制、人材育成の状況等から、事業所の属性の違いによる人材開発に対する取組状況の差異の有無・程度を分析・整理。</p>

第1章 調査研究事業の概要

1. 調査研究の背景と狙い

1.1. 背景

(1) 利用者の重度化

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、介護保険制度開始当初は、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。

介護保険制度創設から十数年が経過し、認知症グループホームの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、要介護度等の重度化が進んでいる。

本人の希望により、長年の入居により慣れ親しんだ環境を極力変えることなくケアを行おうとすると、重度化した利用者にも引き続き共同生活を続けて頂けるようなサポートを行うこととなり、通常の日常生活ケアに加え、自ずから医療系のサービス、看取り、場合によっては葬儀までも、入居者等の求めに応じ提供するサービスが広がることとなっている。

(2) サービスの多様化・ホームの多機能化

認知症グループホームの現場では、時代・社会環境の変化や利用者の重度化等に伴うニーズの多様化に応じたサービスの提供・拡充が進んだ結果、地域密着型サービス拠点としての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といったサービス機能の追加、医療連携や看取り、夜間ケアといった介護報酬上で加算されるサービスの追加等、介護保険制度や報酬の面での手当てが為されてきた。

また、地域との共生・関わりの中での自主的なサービス、利用者一人ひとりに適したサービスを提供する中で、結果として多岐に渡るサービスを提供することとなっている積極的な事業所も少なくない。

(3) 事業所によるサービスの質・内容のバラつき

以上のように、認知症グループホームにて提供されるサービスの多様化、認知症グループホームに期待される機能の増加（多機能化）が進んでいるが、全ての事業所で等しく進んでいる訳ではなく、限られたサービスのみ提供する事業所や、制度開設当初の認知症グループホームの定義に照らす等の理由から重度化した入居者には退居頂き比較的軽度の入居者のみとしている事業所等もあると言われている。

また、経営規模の大小や経営者・管理者の考え方、サービスの多様化への職員の対応能力の差異等によってもサービスの質・内容が大きく変わりうる等の指摘もある。

(4) 認知症施策の中核的役割を担うサービス拠点としてのあり方整理の必要性

今後も高齢化の進展に伴い認知症の患者の増加が見込まれる中、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倍とする目標を立てる等、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。

(1)～(3)に示したように、認知症グループホームが多様化・多機能化してきており、一口に「認知症グループホーム」と言っても事業所によって入居者の状態や提供されるサービス・機能が千差万別なために、行って見たり聞いてみないと中身がわからない状況にある。この様な状況下で、認知症グループホームを認知症施策の中核的役割を担うサービス拠点とするには、利用希望者・家族・地域が理解でき、容易にイメージできるよう、ある程度サービスや機能の平準化等が必要になる。

つまり、認知症施策の中核的役割を担うために、今後「認知症グループホーム」とはどういう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。

1.2. 昨年度のあり方調査（老健事業）

以上のような背景を踏まえ、昨年度の老人保健健康増進等事業により、今後の認知症グループホームにおける報酬体系やケアのあり方、ひいては認知症グループ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、各認知症グループ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・分析が行われた。

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、そうでもない認知症グループホームとに機能分化するファクタ（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）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が行われた。

調査では、利用者のニーズの変化に応じてきた結果として、多様化・多機能化する事業所の様子、それに対する課題や期待等が浮き彫りになり、利用者の状態や認知症ケアの状況、医療ニーズへの対応、人材育成等に関し、「認知症グループホームのあり方」を検討する上で、以下のような示唆に富む多くの内容が抽出された。

- 多くの事業所が制度開始当初からの日常生活のケアや個別ケアを行いつつも、利用者の状態の変化等に伴う多様なニーズ（医療ニーズや看取り等）にも、（程度の差はあるものの）できる限り対応していること。
- 対応の程度の差は実施体制に起因することが多く、併設・グループ施設はないがスキル・資格等を持つスタッフにより対応できている事業所（営利法人・NPO等の経営が多い）や、逆に併設施設等との連携により対応する事業所（医療法人経営が多い）が多く見られること。
- 事業所の類型化の試みにより、日常生活ケアや個別ケアに強い事業所や、加えて医

療対応に強い事業所、いずれも平均的で特徴のない事業所等に分類できる兆しが見えたこと。

- 事業所の特徴が表れる背景として、経営者や管理者の経営方針やその徹底の程度、スタッフ育成への注力度（投資）等が大きく影響していること、等

1.3. 本調査研究事業の狙い

昨年度のあり方調査（老健事業）により、今後の認知症グループホームのあり方を検討する上で、どの様な事業所が多いのか、類型化してみるとどの様なグループに分類できるか、等を中心にデータに基づく実態がある程度整理された。

認知症グループホームのあり方とは、すなわち「どの様なサービスを提供する機能を有する事業所を認知症グループホームと定義するか」であることから、提供されているサービス内容ごとに事業所の分布（多くの事業所が提供しているサービスあるいは機能、あるいは少数の事業所のみ提供となっているが今後必須のサービスとなるもの、等）を分析するのが基本であり、その点で重要なデータの蓄積と分類ができた点で一定の成果が得られたと言える。

本調査研究事業は、昨年度調査の成果を踏まえつつ、平成 27 年度介護報酬改定に向け社会保障審議会介護給付費分科会等において認知症対応型共同生活介護のあり方に関する検討を行うための基礎資料を得ることを目的とする。

具体的には、昨年度のあり方調査（老健事業）から更に掘り下げる点として、以下の点を中心に調査を進めることとした。

- ① 事業所単位での調査に加え利用者単位での調査を行うことで、利用者の状態と受けているケア内容を調査する
- ② ケア内容の多様さ・適切さはそれを提供するスタッフの能力や数(配置)等が大きく影響することから、職員のスキル・人材育成の実態について調査する
- ③ 昨年度の調査結果等を踏まえ、今後の認知症グループホームにおける認知症に相応しいサービスとして評価すべき機能・類型、その実践状況を明確化すると共に、各機能に該当する事業所が占める割合を算出する

2. 事業内容

2.1. 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、調査検討組織（後述）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 25 年 10 月 28 日（月）～11 月 30 日（土）
- 3) 調査対象 全国の認知症グループホーム 11,567 事業所
（平成 22・23・24 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、事業所に関する質問へ回答。個々の入居者への質問は事業所アンケートの最後の画面より Microsoft Excel 形式ファイルの質問票をダウンロードし、アンケート画面へのアップロードまたはメールでの返送により回答。（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 事業所及び入居者に対する 2 種類の調査票を使用。事業所票の質問数 12 問（項目数としては 45、うち 8 項目は既存データの流用）、入居者個人票の質問数 26 問（項目数としては 41、うち 2 項目は既存データの流用）
- 6) 回答数 全回答件数 事業所票＝5,195 件（回答率 44.9%）、入居者個人票＝493 事業所 6,757 人分（事業所票に回答した事業所の入居者総数 76,222 人に占める割合 8.9%）

2.2. 実践状況の現地確認

今後の認知症グループホームにおける認知症に相応しいサービスとして評価すべき機能・類型に該当する事業所をアンケート調査回答から抽出し、その様な類型・機能に適合する事業所が実際にあり、アンケート回答内容にある取組が（回答データ上だけでなく）実践できていることを確認しておく必要がある。また、実践できている背景・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。

そのため、類型の特徴となる回答内容の具体的な実践状況等を、現地確認やヒアリングにより把握した。

アンケート調査回答から抽出された事業所群から、現地確認の対象事業所を絞り込むにあたっては調査検討組織にて検討・推薦頂き、調査を実施した。

- 1) 調査期間 平成 26 年 2 月 3 日（月）～3 月 4 日（火）
- 2) 調査対象 全国の認知症グループホーム 6 事業所
（仮説設定した 2 群のうち B 群に該当する事業所群と、試行的に特徴等を分析した認知症かつ認知症以外の精神科疾患のある者や精神科病院からの退院・再入院を支援する事業所群から、調査検討組織の委員の意見等を踏まえ選定）
- 3) 調査方法 事前にお送りした確認したい項目（8 項目）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
（2 群に関する具体的な実践方法や内容、事業所内外の体制、そのような内容・体制となった理由・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）等）

2.3. 調査検討組織での検討

本調査研究事業を実施するにあたり、調査検討組織を設置し、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 4 回の開催を通じて、以下の内容を検討した。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・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・分析仕様の検討、アンケート調査結果（速報値）の確認・現地確認の対象・内容等の検討、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 |
|--|

3. 実施経過

3.1. 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、調査検討組織の第1回会議での審議・修正指示を受け修正作業を行い、9月下旬に調査票確定、案内文等の印刷・発送等準備。10月には画面等アンケートシステムを開発すると共に、問合せ対応のコールセンターを準備。

10月28日に調査依頼状を発送。回収率を極力高めるため、数回に分けて未回答事業所へ適宜督促を行うと共に、回収状況と分析等の作業スケジュールを考慮しつつも最大限回答期間を延長し11月末までの回答（一部、システムクローズ後の12月初旬の回答ファイル送付も受付）で集計・分析を行うこととした。

12月初旬の調査検討組織の第2回会議に向け、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。

2月中旬の調査検討組織の第3回会議にて、12月の会議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、追加分析の意見等に基づき、その後、分析内容の追加・修正を実施。

3.2. 実践状況の現地確認

12月初旬の調査検討組織の第2回会議において議論頂いた類型の定義・抽出条件等に沿って事業所群を抽出、各委員からのご意見・ご提案等を踏まえ、現地確認対象事業所を選定した。

2月～3月にかけて対象事業所と日程を調整、訪問し現地確認及びヒアリングを実施。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月中旬の調査検討組織の第3回会議にて実施済の事業所の結果概要の報告。その後、報告書への整理を進めた。

3月中旬の調査検討組織の第4回会議にて、報告書への収載を確認し、内容を確定。

3.3. 調査検討組織での検討

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25年 8月21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25年 12月2日	アンケート結果速報値の確認 アンケート調査の集計・分析仕様について（確認・検討） 類型（仮設）の定義等の検討 実践状況の現地確認対象の検討

回	開催日時	主な内容
3	平成 26 年 2 月 12 日	アンケート調査結果の確認 現地確認の状況について（確認・検討） 報告書の構成・内容等について（確認・検討）
4	平成 26 年 3 月 17 日	【最終報告】 報告書（最終案）について（確認）

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
介護給付費分科会、介護報酬改定検証・研究委員会		【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	9/4 9/11	• アンケート集計仕様の検討 • 類型の検討(速報値確認) • 実践状況の現地確認対象の検討			1/9 委員長会議		3/26 3/27
調査検討組織		8/21				12/2		2/12	3/17
アンケート調査	調査票・記入要領等の設計	→					• アンケート集計結果の確認 • 実践状況の現地確認状況の確認 • 報告書構成・内容等の検討		• 報告書最終確認
	印刷・発送準備 (回答・返送等)		→		→				
	データ点検・入力(紙回答分)				→	→			
	集計仕様設計			→	→				
現地確認	集計・分析				→	→	→	→	
	結果整理(報告作成)					→	→	→	
	対象の抽出					→	→	→	
	確認対象との事前調整						→	→	
報告書	確認項目の整理					→	→	→	
	訪問確認						→	→	
	結果整理(報告作成)						→	→	
	概要・前段整理						→	→	
	アンケート部分						→	→	
現地確認部分							→	→	
全体整理							→	→	
修正・完成								→	→

4. 研究体制

4.1. 調査検討組織

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。

委員長	藤井 賢一郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科 准教授
委員 (50音順)	赤澤 俊之	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部 介護事業指導課長
	岩尾 貢	社会福祉法人鶴寿会 専務理事
	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
	岡本 慎	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
	市川 廣幸	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

4.2. 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. 調査の目的

入居者の状態やニーズの変化に対応しグループホームの多機能化が進む一方、グループホームにより対応範囲・レベル等に差が生じ多様化した結果、グループホームとは何か、どのようなサービス・機能を持つ事業所がグループホームなのかが千差万別で不明確になってきていることから、グループホームのあり方（グループホームとは何か）の再定義が求められている。

そこで、認知症にふさわしいサービスの明確化として、標準的或いは特徴的なケアの内容等とその実施に必要なスキルや経験等を明らかにすると共に、評価すべき事業所の類型を明らかにすることを目指し、アンケート調査を実施した。

目的	<ul style="list-style-type: none">● 認知症にふさわしいサービスの明確化● そのサービスの提供を実現するため、次期介護報酬改定に向けた結論が得られる議論
調査内容	<ul style="list-style-type: none">①入居者の状態（要介護度や ADL）別や施設の類型別での、標準的或いは特徴的なケアの内容等②前項①を実施する際の職員のスキルや経験、スキル向上の取組状況（内部研修の実施内容・時間数、外部研修の受講状況、職員の研修計画の有無、等）
調査の仮説	<ul style="list-style-type: none">● 今後のグループホームのあり方として評価すべき機能・類型として A と B の 2 群を想定し、その妥当性（構造、活動、成果）を確認・明確化 A 群＝制度創設時からの「個別ケア」の理念を遵守し、適切に運営する事業所群 B 群＝A 群の特徴に加えて、ADL の重度化にも対応し、看取りまで支援する体制と実態がある事業所群● 両群の他に、認知症かつ認知症以外の精神科疾患のある者や精神科病院からの退院・再入院を支援する事業所群について試行的に特徴等を分析● 各群に該当する事業所の占める割合（実態としてどの程度の数・割合となるのか）の明確化

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 25 年 10 月 28 日（月）～11 月 30 日（土）
- 3) 調査対象 全国の認知症グループホーム 11,567 事業所
（平成 22・23・24 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、事業所に関する質問へ回答。個々の入居者への質問は事業所アンケートの最後の画面より Microsoft Excel 形式ファイルの質問票をダウンロードし、アンケート画面へのアップロードまたはメールでの返送により回答。（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

事業所及び入居者に対する2種類の調査票を使用。事業所票の質問数12問(項目数としては45、うち8項目は既存データの流用)、入居者個人票の質問数26問(項目数としては41、うち2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) 回答状況

全回答件数 事業所票=5,195件(回答率44.9%)、入居者個人票=493事業所6,757人分(事業所票に回答した事業所の入居者総数76,222人に占める割合8.9%)

事業所票は(途中保存機能や無回答に対するエラー表示等Web画面上に様々な機能を実装したこともあり)全質問項目で一定の回答率を得られた。入居者個人票は、認知症以外での精神科・神経内科疾患の治療の有無、主治医の専門診療科(Q13-19、13-20、13-21)で、必要回答数に占める無回答の割合が10%を超えるものもあった。

7) 回答群

回答群における設置法人の分布や入居者の要介護度の分布は、母集団(介護サービス情報の公表制度に基づく全公表事業所)や、他の調査(介護給付費実態調査、介護サービス施設・事業所調査)と概ね相違なく、偏りがないことを確認。

表1 母集団との構成比の比較(法人種別)

設置法人等の種類	当アンケート調査		H24 介護サービス施設・事業所調査	母集団(介護サービス情報の全公表事業所)
	回答事業所数	構成比		
営利法人	2,550	49.1%	52.9%	50.6%
社会福祉法人(社協以外)	1,179	22.7%	23.5%	21.6%
医療法人	861	16.6%	17.6%	16.7%
NPO	255	4.9%	4.9%	5.0%
その他	330	6.3%	1.1%	6.2%
無回答	20	0.4%		

表2 母集団との構成比の比較(入居者の要介護度)

要介護度	当アンケート調査				介護給付費実態調査 (H25.4 審査分)
	事業所票		入居者個人票		
	入居者数	構成比	入居者数	構成比	
全体	76,222	100.0%	6,748	100.0%	100.0%
要支援2	323	0.4%	37	0.5%	0.5%
要介護1	13,581	17.8%	1,151	17.1%	17.9%
要介護2	19,181	25.2%	1,698	25.2%	25.2%
要介護3	20,613	27.0%	1,816	26.9%	27.3%
要介護4	13,309	17.5%	1,204	17.8%	17.7%
要介護5	9,025	11.8%	810	12.0%	11.4%
申請中	190	0.2%			
不明			2	0.0%	
無回答			30	0.4%	

表3 調査項目の一覧(事業所票)

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		2	パスワード	文字回答	英数字5文字	
3		2	1	所在地(都道府県)	文字回答	既存データの流し込み
4			2	設置法人等の種類	単一選択	
5			3	開始年月日	数値回答	
6			4	ユニット数		
7			5	定員		
8			6	グループ法人での実施サービス		
9			6	取得している指定・加算		
10		3		併設・隣接での実施サービス	複数選択	
11	2.入居者の分布	4	1	要介護度別での入居者数	数値回答	
12		2	認知症高齢者日常生活自立度別での入居者数			
13		3	障害高齢者日常生活自立度別での入居者数			
14		4	入居期間別での入居者数			
15				平均入居期間		
16		5	精神科病院からの入居者数			
17	6	認知症の機能別入居者数				
18	3.職員の状況	5	保有資格別での介護従事者数(常勤/非常勤)	数値回答		
19		6	介護従事者としての勤務時間数(管理者)			
20			介護従事者としての勤務時間数(計画作成担当者)			
21			介護従事者としての勤務時間数(介護従事者)			
22			事業所の定める週の勤務時間数		既存データの流し込み	
23	4.専門医療機関との連携体制	7	1	認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施状況	単一選択	
24		2	認知症の専門医師とのカンファレンスの実施状況			
25		3	認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況			
26		4	精神科病院への入院の支援状況			
27			精神科病院へ入院中の支援内容	複数選択		
28	5.福祉用具の状況	8	1	身体機能低下時の福祉用具に関する基本的な対応状況	単一選択	
29		2	過去5年以内に購入、または現在レンタルしている福祉用具	複数選択 数値回答	用具を選択し、台数を入力	
30	6.ケアの状況	9	1	食事介助に関する基本的な取組状況	複数選択	
31			2	入浴介助に関する基本的な取組状況		
32			3	排泄介助に関する基本的な取組状況		
33			4	入居者の過ごし方に関する基本的な取組状況	単一選択	
34			5	入居者へのケアを良くするためのツール類の活用状況		
35			6	施錠の状況	複数選択	
36			7	過去1年間で1回以上行った身体拘束	単一選択	
37			8	入居者の継続的な支援に関する基本的な取組状況	複数選択	選択肢3・4選択時
38				支援できる段階		
39			9	入居者の介護計画の作成に関する基本的な取組状況	複数選択	
40			10	入居者の家族との連携における基本的な取組状況		
41	11	入居者の身体機能の低下に伴う介助における指導・助言等に関する基本的な取組状況				
42	7.職員育成の状況	10	研修別修了職員数(常勤/非常勤)	数値回答	GH管理者研修、認知症介護指導者研修、認知症介護実践研修(リーダー研修、実践者研修)	
43		11	外部・内部研修、他法人の事業者との交流の昨年度の実施状況		単位:人回	
44		12	1		事業所全体での年間の研修・教育計画の作成	単一選択
45	2	個人別の研修・教育計画の作成				

(注)ゴシック体の項目は他の調査(介護報酬改定検証・研究に関する調査)との共通設問項目、斜体の項目は昨年度のあり方調査(老健事業)と同じ項目

表4 調査項目の一覧(入居者個人票:最大18人分)

No	分類	Q	項目	回答形式	備考
46	8.入居者 個人の状 況	1	入居者イニシャル	数値回答	誤記防止の識別用(活用せず)
47		2	性別	単一選択	
48		3	満年齢(現在)	数値回答	
49		4	入居年月		
50		5	入居前の世帯構成	単一選択	入居前の状況
51		6	入居前の介護力		
52		7	入居前の居場所		
53		2	住まい		
54		3	現在利用しているサービスの状況	複数選択	認定調査票から項目選定 全員GHであることから、後から回答追加
55		8	要介護度(現在)	単一選択	移動・食事・排泄・入浴・着替について 計画、服の選択、電話、食事準備、服薬
56		9	ADL		
57		10	IADL等		
58		11	障害高齢者日常生活自立度(現在)		
59		12	認知症高齢者日常生活自立度(現在)	単一選択 数値回答	西暦を入力
60		13	初めて周囲が本人の認知症に気付いた時		
61		14	認知症の状態	単一選択	介護DBか認定調査票から項目選定。昨年「介護の手間のかかる入居者数」の項目を使用予定が共通項目化され断念
62		15	認知症・精神科疾患・神経内科疾患以外で現在治療中の病気	複数選択	
63		16	事業所で対応している医療ニーズ		
64		17	過去1年間に入院した場合に医療に付随するケアの状況	単一選択	
65		18	認知症で専門医師の治療の有無	複数選択	
66		19	認知症以外での精神科・神経内科疾患の治療の有無	単一選択	
67		20	主治医の専門診療科(認知症)		
68			主治医の専門診療科(認知症以外で精神科・神経内科疾患)	数値回答	
69		21	入居後の精神科病院への入院歴		
70			入居後の精神科病院への入院回数		
71			入居後の精神科病院への通算入院期間	単一選択	
72	22	認知症以外の精神科・神経内科疾患のための特別な配慮の要否	数値回答		
73	23	1	1ヶ月間に利用した通院(総利用回数/認知症治療/認知症以外の精神科・神経内科疾患)	数値回答	
74		2	1ヶ月間に利用した往診(総利用回数/認知症治療/認知症以外の精神科・神経内科疾患)		
75		3	1ヶ月間に利用した訪問診療(総利用回数/認知症治療/認知症以外の精神科・神経内科疾患)		
76		4	1ヶ月間に利用した医療保険の訪問看護(総利用回数/認知症治療/認知症以外の精神科・神経内科疾患)		
77		5	1ヶ月間に利用した連携先訪問看護ステーション(総利用回数/認知症治療/認知症以外の精神科・神経内科疾患)		
78		6	1ヶ月間に利用した主治医との電話等による相談(総利用回数/認知症治療/認知症以外の精神科・神経内科疾患)		
79		7	専門医を嘱託医等として契約		
80		8	1ヶ月間に利用した医療・看護サービスはない		
81	24	1	介護の手間や頻度(意のままの外出)	単一選択	
82		2	介護の手間や頻度(他の入居者との関係)		
83		3	介護の手間や頻度(夜間不眠)		
84		4	介護の手間や頻度(長時間の訴え)		
85	25	個別ニーズへの支援	複数選択	昨年度の項目の該非	
86	26	過去1年間に1回以上行ったもの			

(注)ゴシック体の項目は他の調査(介護報酬改定検証・研究に関する調査)との共通設問項目、斜体の項目は昨年度のあり方調査(老健事業)と同じ項目

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。

(1) 各調査票の特性を活かした集計

1) 事業所票＝事業所単位の分布

- 事業所票では、全国での事業所の分布・実態（特に、今後評価すべき事業所群の分布・割合）を見るための集計を基本とした。
- 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（2段階集計）。

2) 入居者個人票＝個人単位での傾向と事業所単位での傾向

- 個人単位での集計により、入居者の状態毎での、提供されている医療系サービスの傾向・分布を明確化した。
- 事業所による提供サービスの差異をみるため、個人単位で明らかとなった、入居者の状態像毎での、提供されている医療系サービスの傾向から外れている事業所の数や割合等も集計を試みた。

(2) 単純集計を基本とする

1) 全般的な傾向の分布・把握が基本

- 本調査は、各事業所内のミクロな調査ではなく、次期制度改正に向けた実態把握として全国的な事業所の分布等をマクロ的に把握するものであることから、まずは単純集計による分布を第一とした。特に、1.1を踏まえ、次の点に注力。

- 事業所の体制、ケアの取組、入居者像（年齢、要介護度、日常生活自立度等）、成果（入居者の状態）から、今後評価すべき事業所群を明確化。
- 明確になった事業所群に該当する事業所の構成比等の算出

2) クロス集計は基本的なものに集中

- 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クロス集計ではなく、属性等による差異を基本とし、事業所票では地域や設置主体等主たる属性情報の違いによる結果の差異を（次の枠内参照）、入居者個人票では入居者の状態毎での、医療系サービスの差異を見ることを中心とした。

- 事業所の属性（地域・法人種別・人員配置等）の違い等がケア内容に影響しているかの整理。
- 各事業所の職員体制、人材育成の状況等から、事業所の属性の違いによる人材開発に対する取組状況の差異の有無・程度を分析・整理。

- また、単純集計により評価すべき事業所群が固まった後、各群の人員、設備、運営基準に関する回答傾向の違いや、地域分布の違い、法人種別の違いを見た。

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]

1) 所在地の分布

- 回答事業所数では北海道が最も多く（470 事業所・構成比 9.0%）、次いで神奈川県（284 事業所・同 5.5%）、福岡県（283 事業所・同 5.4%）、大阪府（241 事業所・同 4.6%）の順となった。
- 全体での回答率（44.9%）を大きく上回り 5 割以上となった県が 13、逆に大きく下回り 3 割程度以下となった県が 5 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。構成比の差異が大きい（0.5%以上の差）のは北海道・新潟県の 2 道県で実際より多く、茨城・静岡・広島 of 3 県で実際より少ない。

2) 要介護度等入居者の状態との関係 p.162 [Q2-1×Q4-1]

- 所在地別に入居者の状態を見ると、大阪府・大分県・沖縄県の事業所では入居者の平均要介護度等が比較的高い事業所が多く、要介護度や日常生活自立度（認知症高齢者、障害高齢者）の高い入居者が比較的多いと考えられる。事業所単位での平均値の都道府県平均値を、全国平均値（平均要介護度 2.8、平均認知症高齢者日常生活自立度^{*1}4.0、平均障害高齢者日常生活自立度^{*2}1.98）と比較すると、平均要介護度で 0.3、平均自立度で 0.2 前後高い。
- 一方、福井県や新潟県の事業所の平均値は、平均要介護度で 0.3、平均自立度で 0.2 前後低い。

^{*1} 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、自立=0、I=1、IIa=2、IIb=3、IIIa=4、IIIb=5、IV=6、M=7 を係数として活用して算出した、事業所単位での入居者の平均値をいう。

^{*2} 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、自立=0、J1=0.5、J2=1.0、A1=1.5、A2=2.0、B1=2.5、B2=3.0、C1=3.5、C2=4.0 を係数として活用した、事業所単位での入居者の平均値をいう。

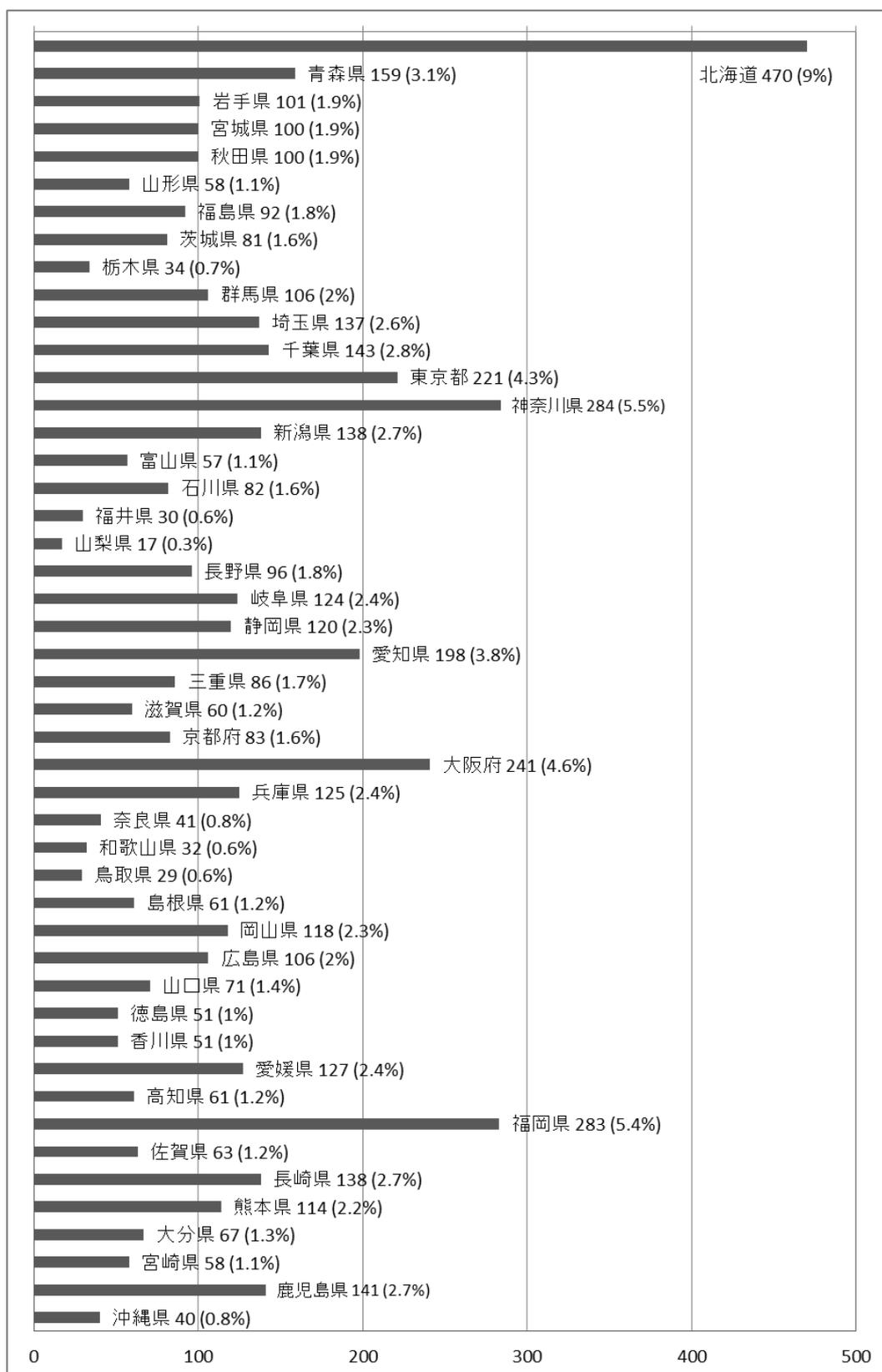


図1 所在地(都道府県)別での回答事業所の分布(n=5,195)

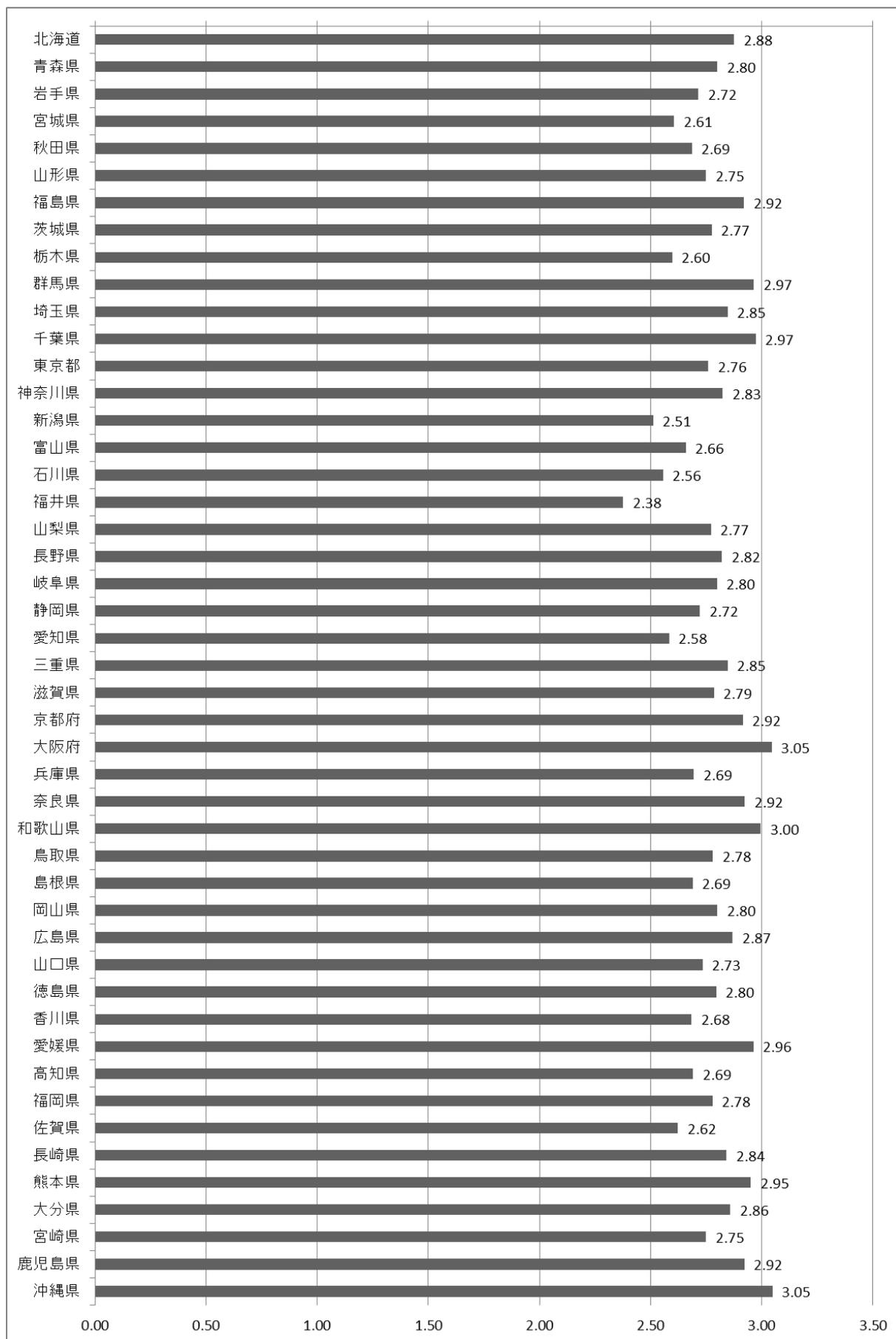


図2 事業所の平均要介護度の都道府県平均

(2) 設置法人等の種類 p.1 [Q2-2]

「営利法人」が約半数（2,550 事業所・構成比 49.1%）と最も多く、次いで「社会福祉法人（社協以外）」（1,179 事業所・22.7%）、「医療法人」（861 事業所・16.6%）、「NPO 法人」（255 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、医療法人（1,933 事業所・16.7%）はほぼ一致したが、社会福祉法人（社協以外）（2,406 事業所・21.9%）は実際より 0.8% 多く、営利法人（5,854 事業所・構成比 50.6%）は 1.5% 少なかった。

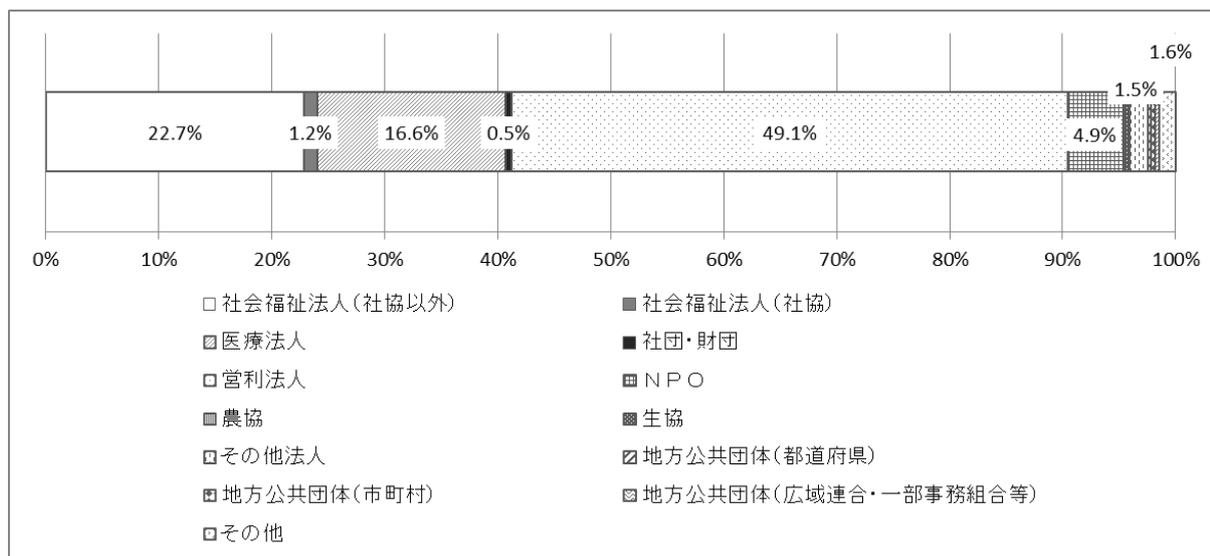


図3 設置法人別での事業所分布(n=5,195)

(3) 開始年度 p.2 [Q2-3]

回答事業所の中では平成 15 年度が開設年のピーク（回答事業所の 13.9%）になっており、平成 17 年度までの 3 年間は毎年 700 前後の事業所が開設。その後平成 20 年度まで減少、平成 21・22 年度がまた増えている。

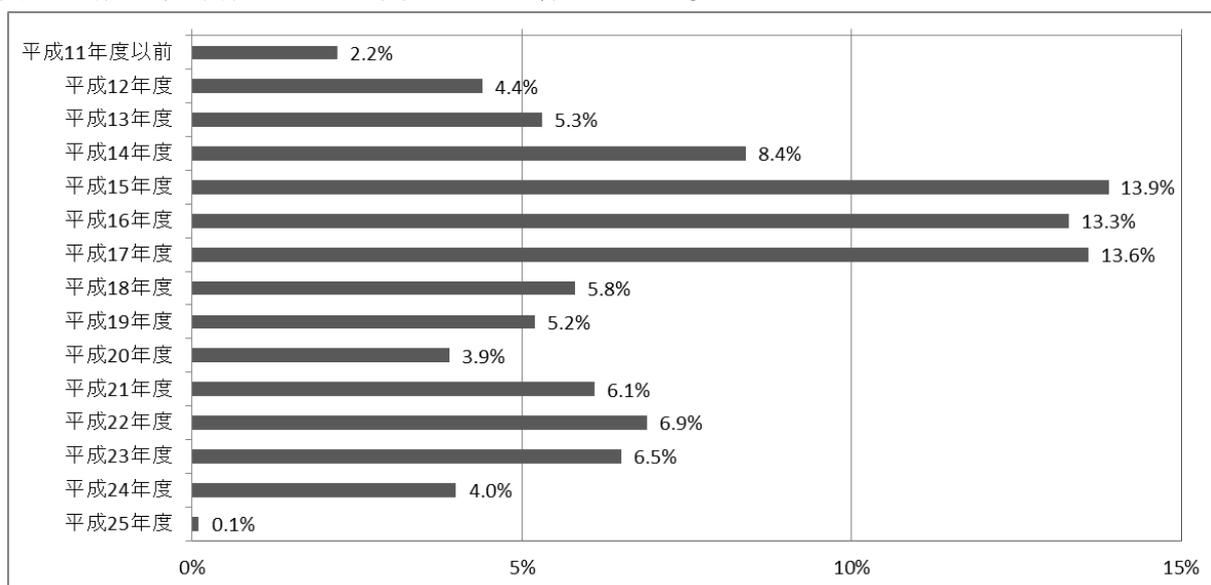


図4 開始年度別での事業所分布(n=5,195)

(4) ユニット数

1) ユニット数の分布 p.2 [Q2-4]

- 6割弱（57.1%）の事業所が2ユニット、4割弱（37.2%）が1ユニットであった。
- 3ユニット以上の事業所は5.4%（281事業所）で、回答事業所の中での最多は6ユニット（1事業所）であった。

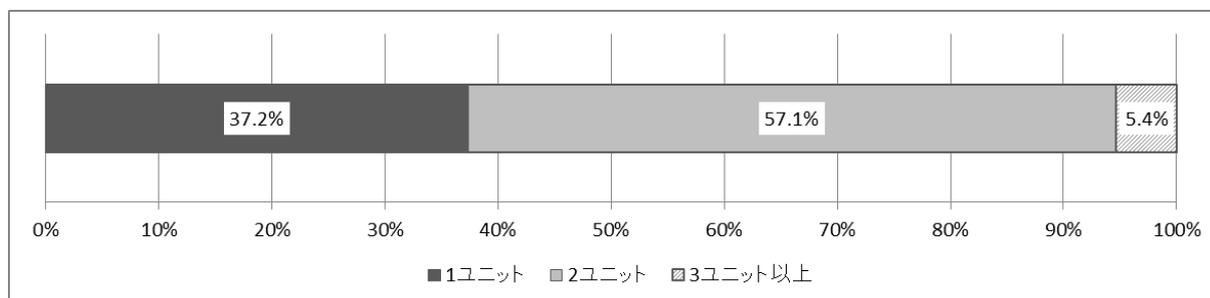


図5 ユニット数別での事業所分布(n=5,195)

2) 設置法人による差異 p.14 [Q2-2×Q2-4]

- 社会福祉法人や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、少数ユニットが多く、1ユニットの事業所の割合は全体（37.2%）に比べて高い。
- 一方、営利法人及び医療法人では採算性を重視しているためか、複数ユニット重視の傾向があり、営利法人は2ユニットの割合が、医療法人では3ユニットの割合が、それぞれ全体に比べて高い。

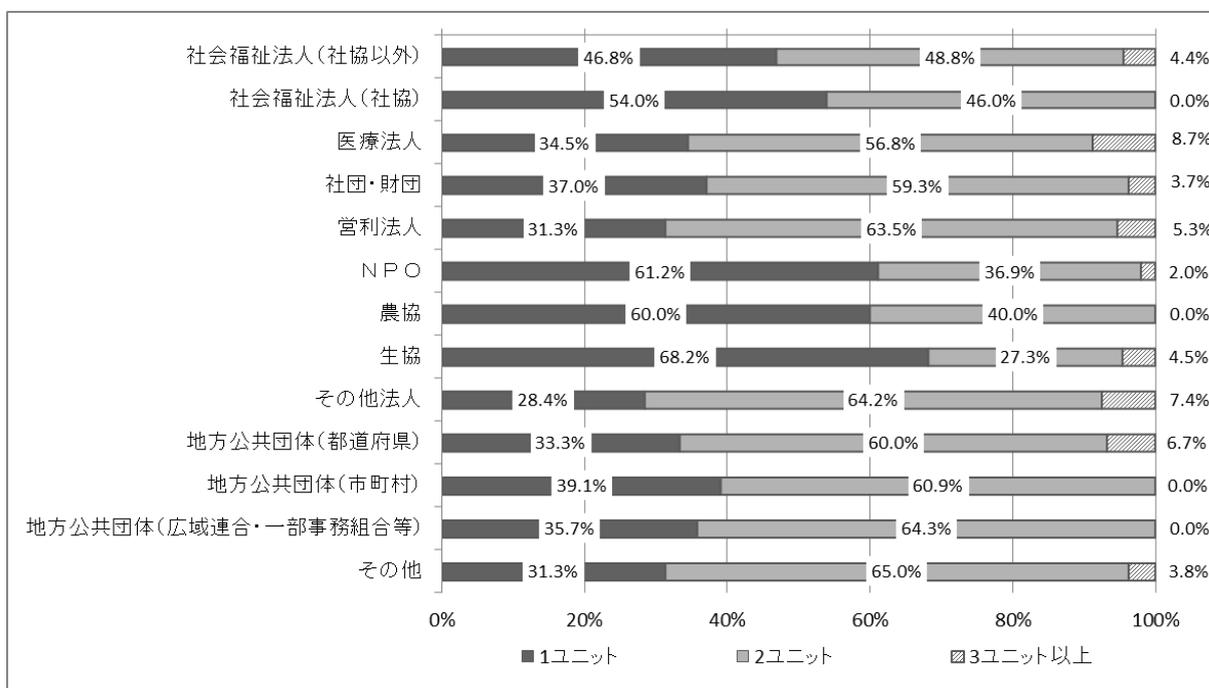


図6 設置法人別でのユニット数の事業所分布(n=5,195)

3) ケア内容との差異 p.115~118 [Q2-4×Q9-1~Q9-11]

- 外食、夜間やマンツーマンでの入浴、排泄、入居者の過ごし方、入居者の家族との

連携、入居者の身体低下に伴う介助における専門家からの指導・助言では、手間がかかるためか職員数が多く体制面で余力のある複数ユニットの事業所の方が注力できている事業所がやや多い。

- 一方、1 ユニットの事業所は複数ユニットよりも小規模で目や手が行き届きやすいのか、「日常的な食事の献立に入居者の意思を反映することを基本としている」「食事に必要な食材料は入居者と共に購入に出かけることを基本としている」事業所が多いこと、また施錠をしないようにしていることが挙げられる。

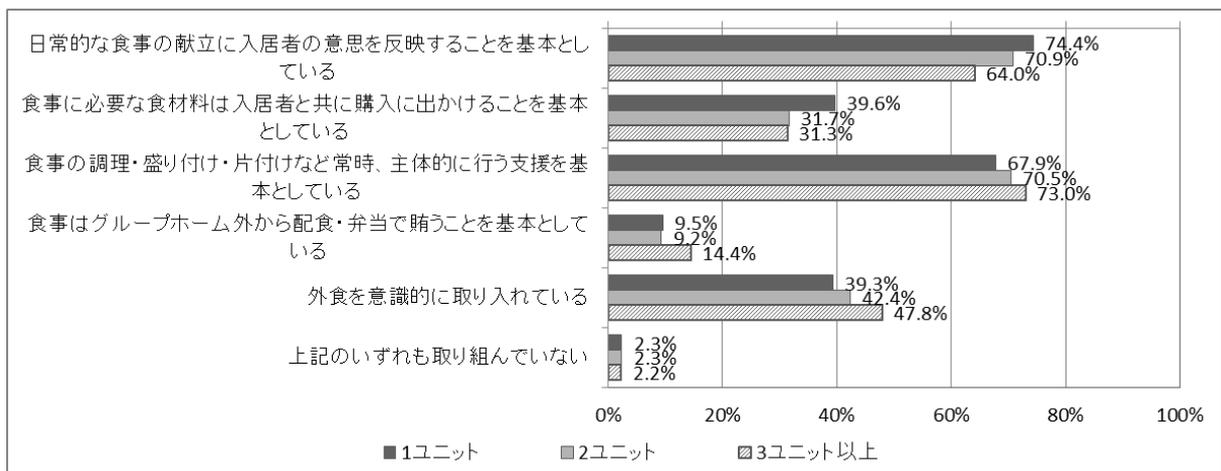


図7 食事介助に関する基本的な取組／ユニット数別

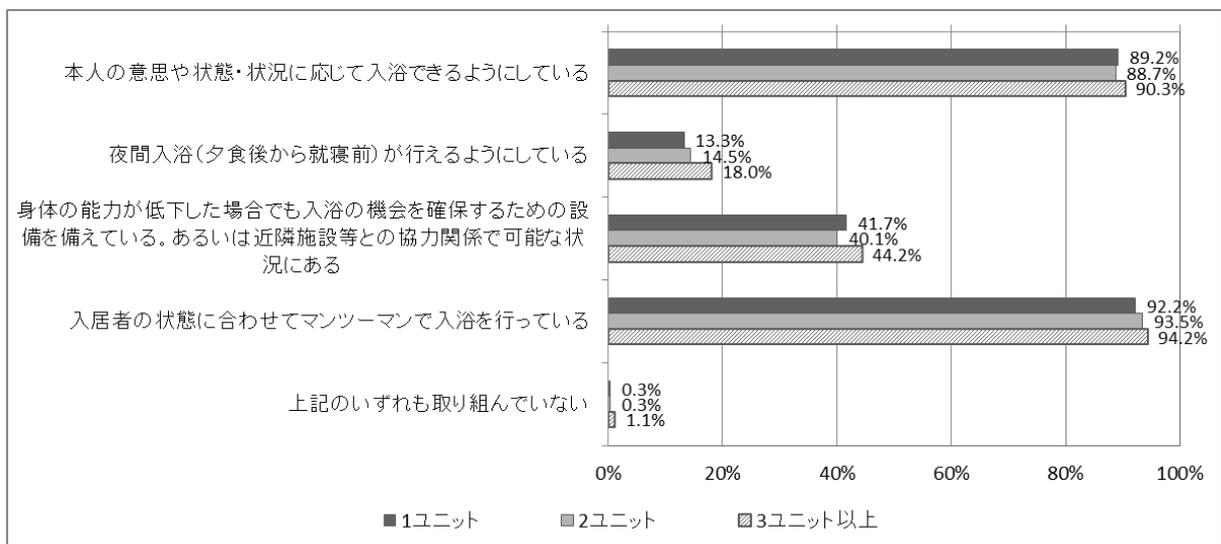


図8 入浴介助に関する基本的な取組／ユニット数別

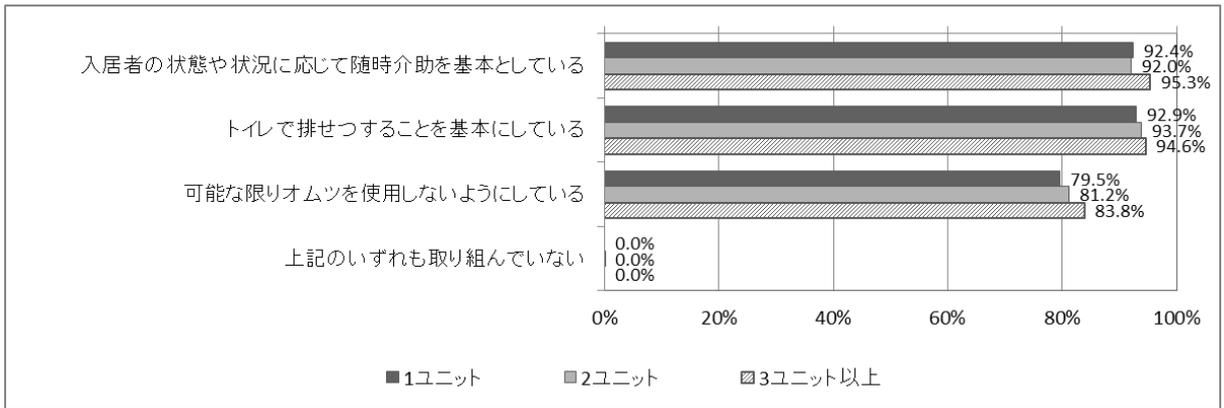


図9 排泄介助に関する基本的な取組/ユニット数別

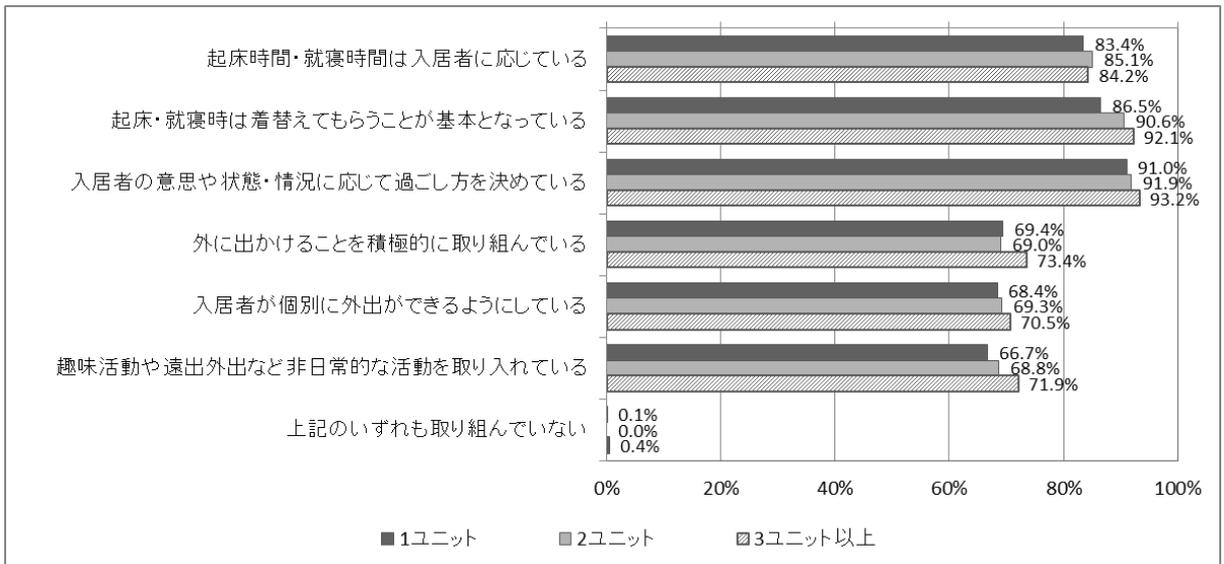


図10 入居者の過ごし方に関する基本的な取組/ユニット数別

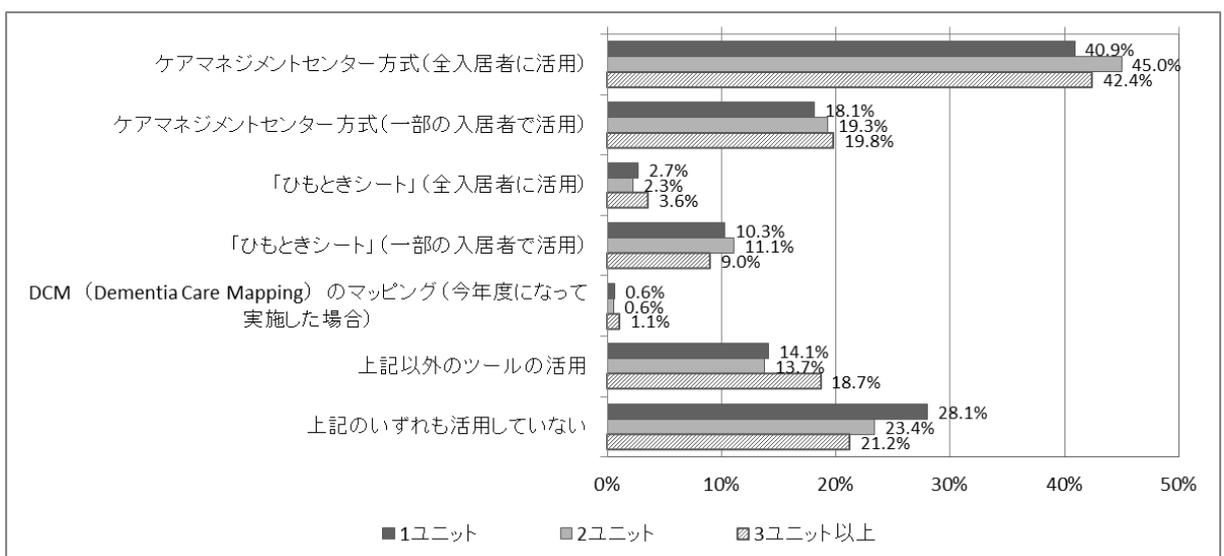


図11 入居者へのケアを良くするためのツール類の活用状況/ユニット数別

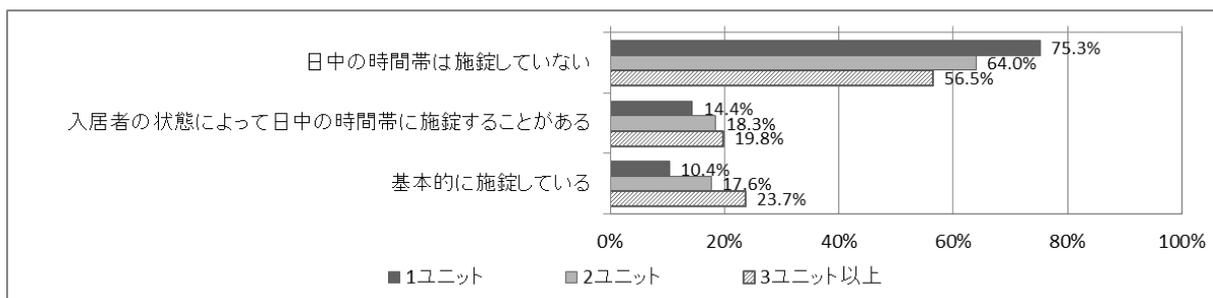


図 12 施錠の状況/ユニット数別

(5) 定員

1) 全体的な傾向 p. 2 [Q2-4]

- ユニット数の傾向を反映し、「18～20人」の事業所が半数超（54.7%）と最も多く、次いで「9～11人」の事業所が4割弱（35.1%）となっており、両者で9割を占めた。
- ユニット当たりの定員は、最大限の9人としている事業所が殆ど（94.3%）で、8人以下の事業所は僅かであった。

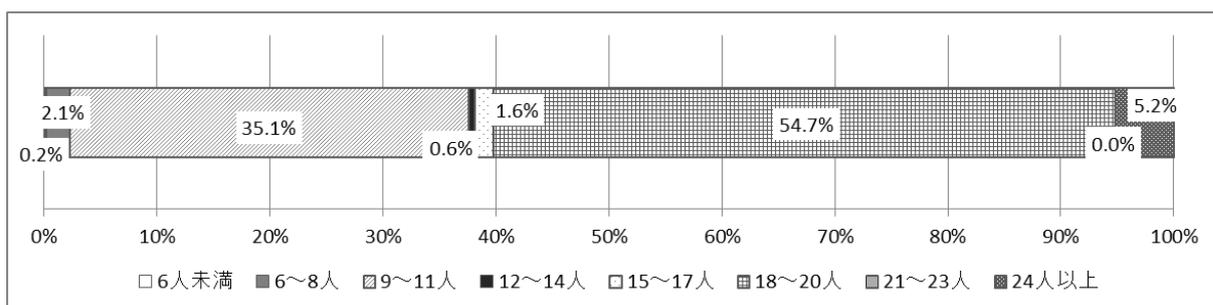


図 13 定員別での事業所分布(n=5,195)

2) 1ユニット当たりの定員の地域差の有無 p. 155 [Q2-1×Q2-4]

- 1ユニット当たりの定員について、都道府県単位で事業所の平均値を比較すると、全国平均（8.9人）との差は高い方で0.1人（栃木・群馬・鳥取・徳島の4県で9.0人）、低い方で0.23人（和歌山県で8.67人）と大きな差はなかった。このことから、特定の地域で定員の少ない事業所が多いということはないと考えられる。

(6) 法人が当該都道府県内で実施するサービス

1) サービスの数 p. 2 [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、少なくとも1～2種類は実施している事業所が1/4弱（22.4%）を占める。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17%前後を占めており、最多は35種類（1事業所）であった。

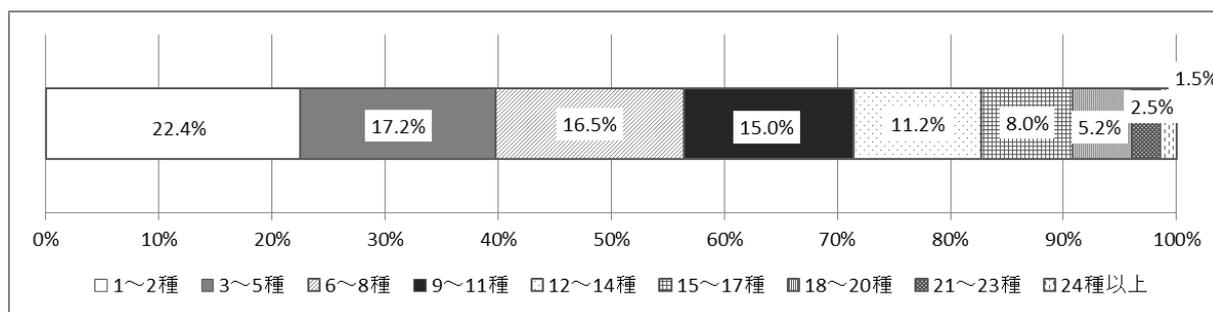


図14 他に提供しているサービスの数(n=5,195)

2) サービスの種類 p.2 [Q2-5]

- 「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」も約4割と比較的多い。
- 「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」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「介護予防支援」もそれぞれ2割以上の事業所で実施されている。
- 一方、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」(97事業所・1.9%)「地域密着型特定施設入居者生活介護」(92事業所・1.8%)「夜間対応型訪問介護」(72事業所・1.4%)「複合型サービス」(34事業所・0.7%)を実施している法人は2%未満となっている。

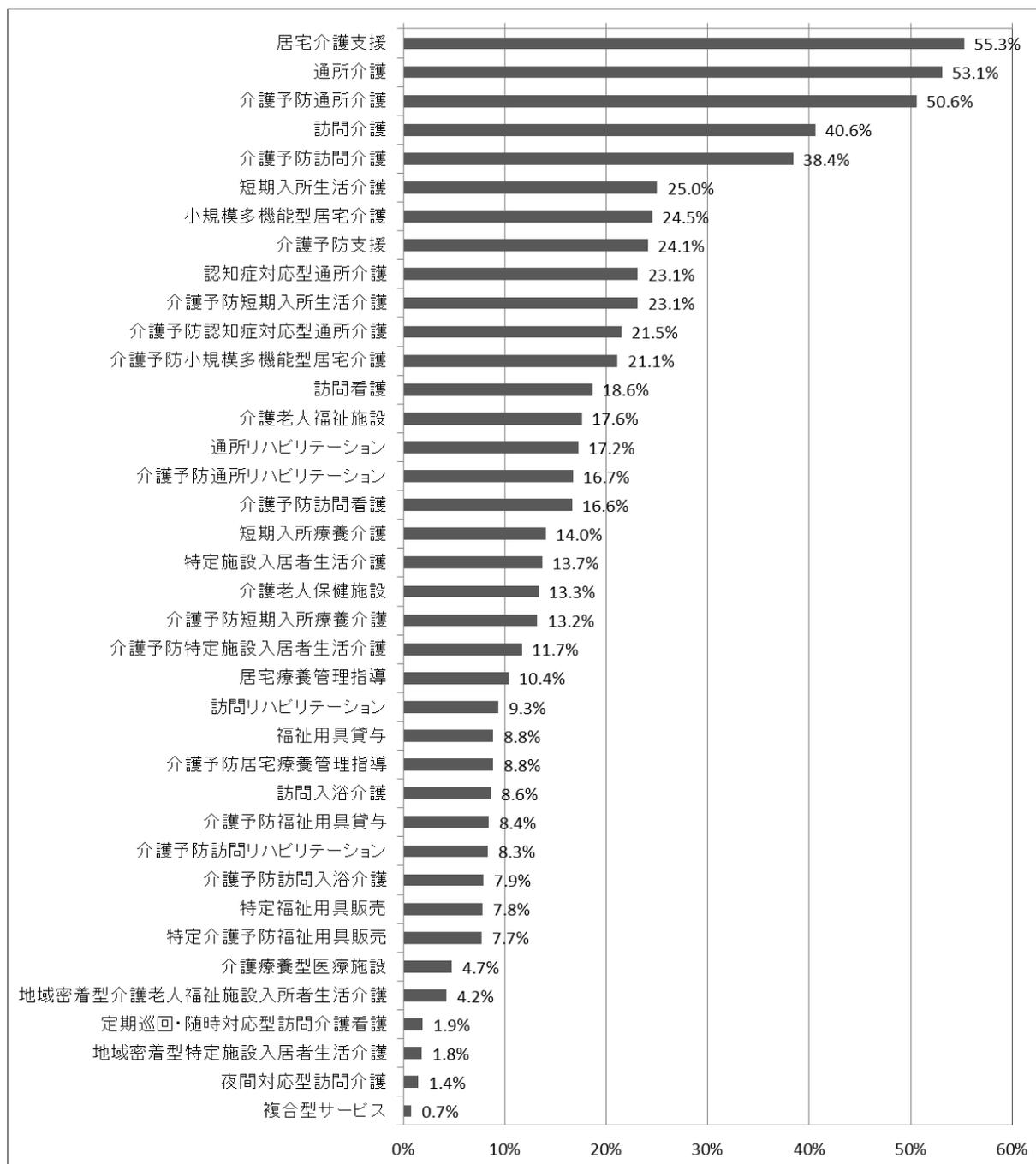


図 15 他に提供するサービスの事業所分布(n=5,195)

3) 法人による差異 p.14~16 [Q2-2×Q2-5]

- 法人により、実施サービス数に若干の差異が見られる。営利法人と NPO では平均 (8.4 種類) より少なく、社会福祉法人や医療法人による実施サービス数は多い。社会福祉法人や医療法人では経営基盤が強固であるためか多角的に経営展開することが可能であるものと推測される。
- 実施法人が偏っているサービスがあり、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」や「介護予防短期入所生活介護」等は主に社会福祉法人 (社協以外) が (それぞれ 93.0%、68.9%)、「介護予防訪問リハビリテーション」や「介護予防居宅療養管理指導」等は主に医療法人が (それぞれ 76.7%、72.2%)、「福祉用具貸与」や「特

定福祉用具販売」等は主に営利法人が（それぞれ 79.2%、83.2%）、それぞれ提供している。

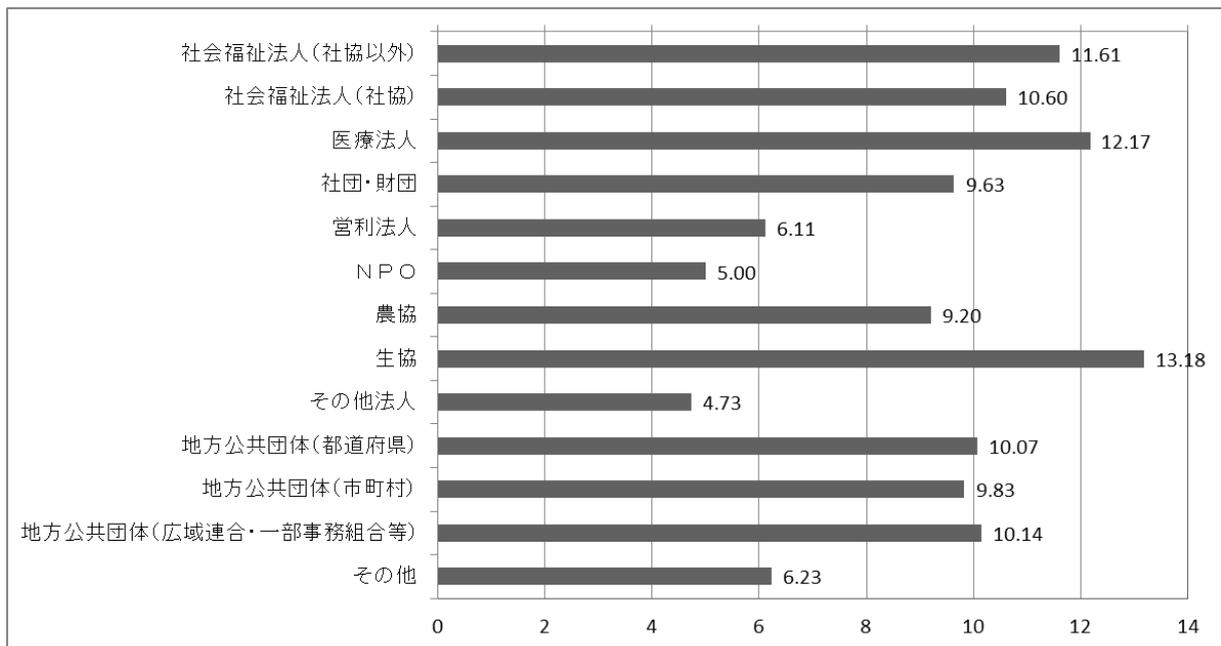


図 16 提供サービス数(設置法人別での平均)

4) 所在地による差異 p. 156~159 [Q2-1×Q2-5]

- 所在地により実施サービス数・サービス内容に差異があり、栃木県・京都府・鳥取県・山口県・徳島県は多角経営の事業所が多く、事業所当たりの平均提供サービス数で全国（8.44 種）に比べ 3 種程度多い。一方、岐阜県・島根県ではサービスを絞った事業所が比較的多く、提供サービス数は全国平均と比べ 2 種程度少ない。
- どの県でも比較的共通して多く提供されているサービスは、「訪問介護」「通所介護」「居宅介護支援」「介護予防通所介護」等であった。

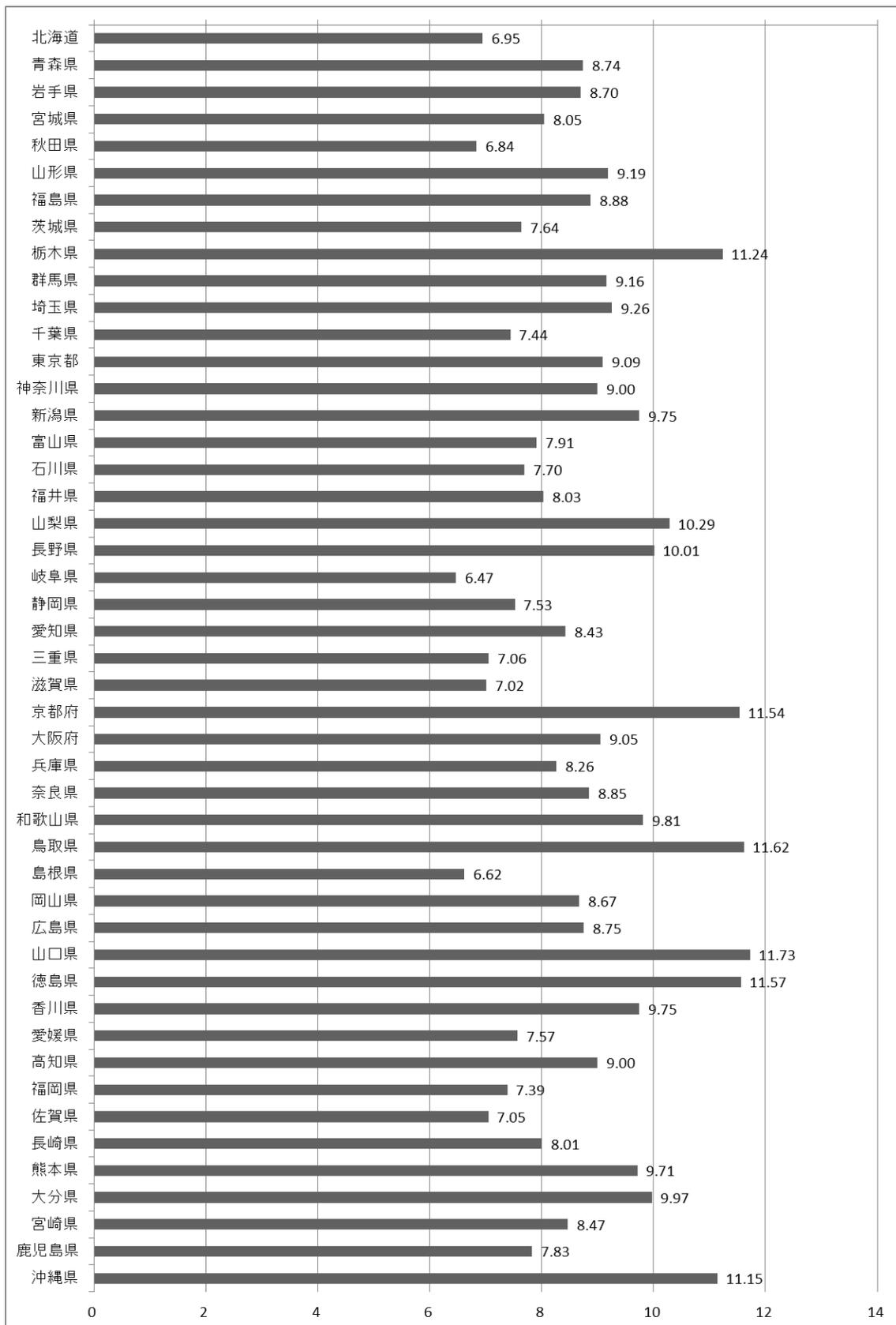


図 17 提供サービス数(所在地別での平均)

5) ユニットによる差異 p.102 [Q2-4×Q2-5]

■ ユニット数（事業所の規模）により、提供に差異があるサービスがあった。1 ユニ

ットの事業所の方が特に提供が多いサービスは「介護予防認知症対応型共同生活介護」(85.7%)「介護予防小規模多機能型居宅介護」(61.9%)であった。

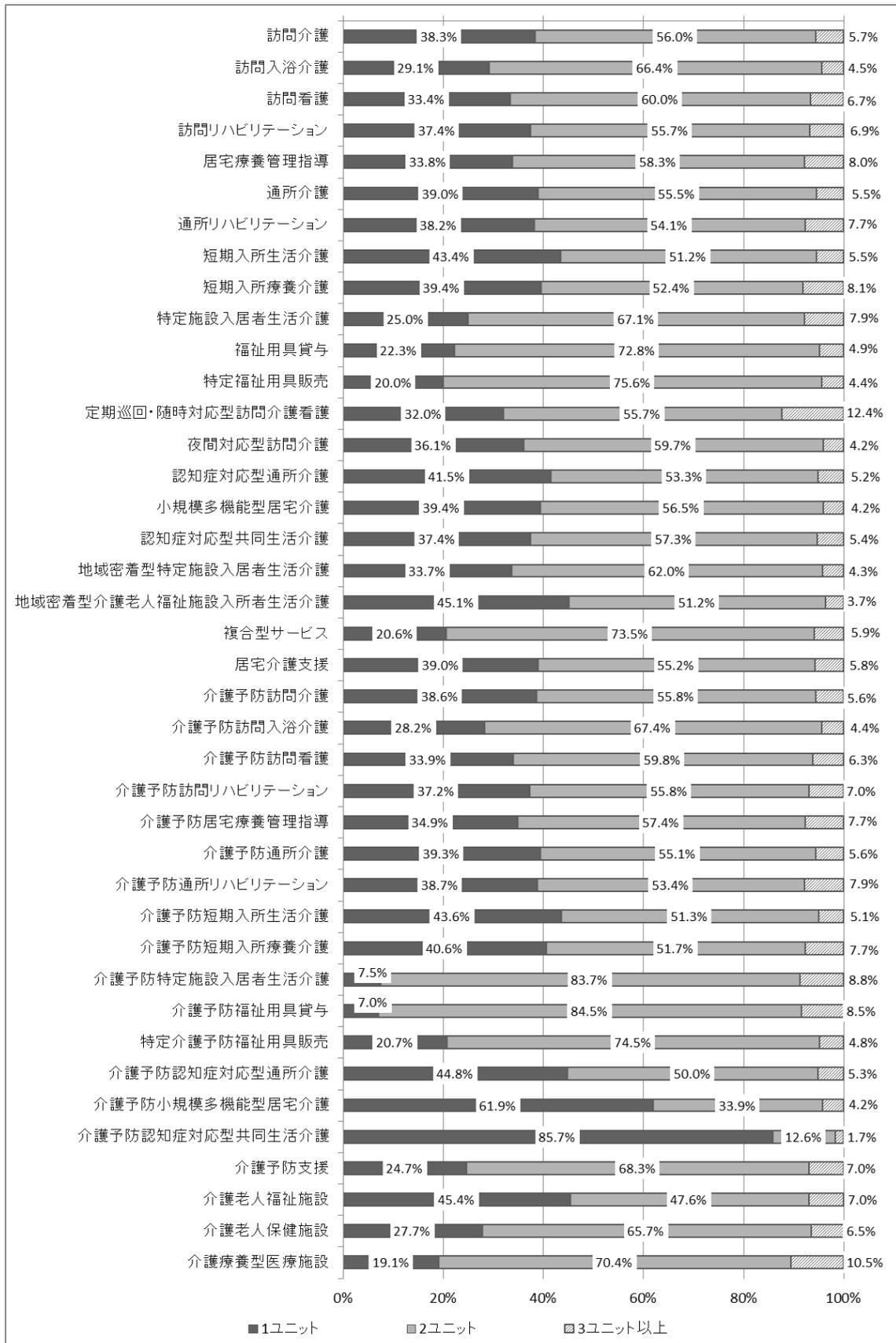


図 18 他に提供するサービスの事業所分布/ユニット数別(n=5,195)

(7) 指定・加算

1) 現在取得している加算 p.2 [Q2-6]

- 回答事業所の7割以上が「医療連携体制加算」(72.1%)と「介護職員処遇改善加算(I)」(76.2%)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。
- 介護職員処遇改善加算はキャリアパスに関する要件等を満たせば取得可能であること、長期的な職員の確保・定着につながりケアの質向上に貢献することを考えると、未取得の事業所が少ない(I~IIIで合計2割弱)ことは懸念される点である。
- あまり算定されていないのは「夜間ケア加算(4.3%)」「認知症行動・心理症状緊急対応加算(2.9%)」「認知症専門ケア加算(II)(2.9%)」であった。
- 「共用型指定認知症対応型通所介護」の指定を受けている事業所は少ない(6.0%)

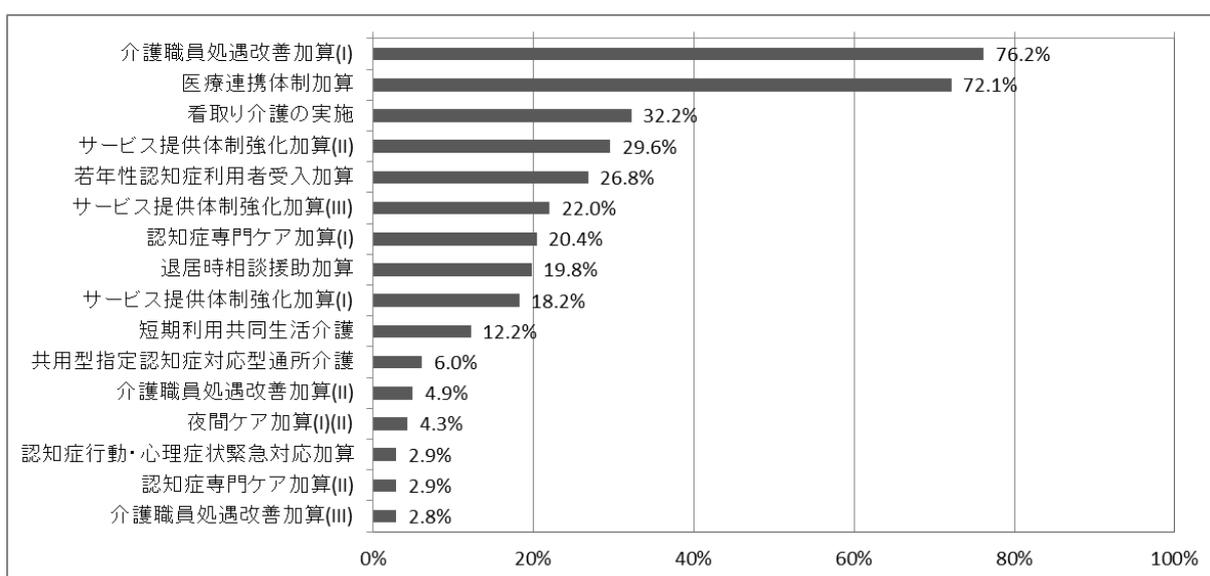


図 19 回答事業所が現在取得している加算(n=5,195)

2) 法人による差異 p.17~18 [Q2-2×Q2-6]

- 医療法人は母体の医療施設があるためか、「医療連携体制加算」を取得する事業所が平均より10ポイント高い。一方、社会福祉法人(社協以外)では10ポイント低く、医療法人の体制やサービス内容は医療に、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、医療法人で加算している割合が平均より約5ポイント高く、医療法人が主にターミナルケアに対応している傾向が窺える。

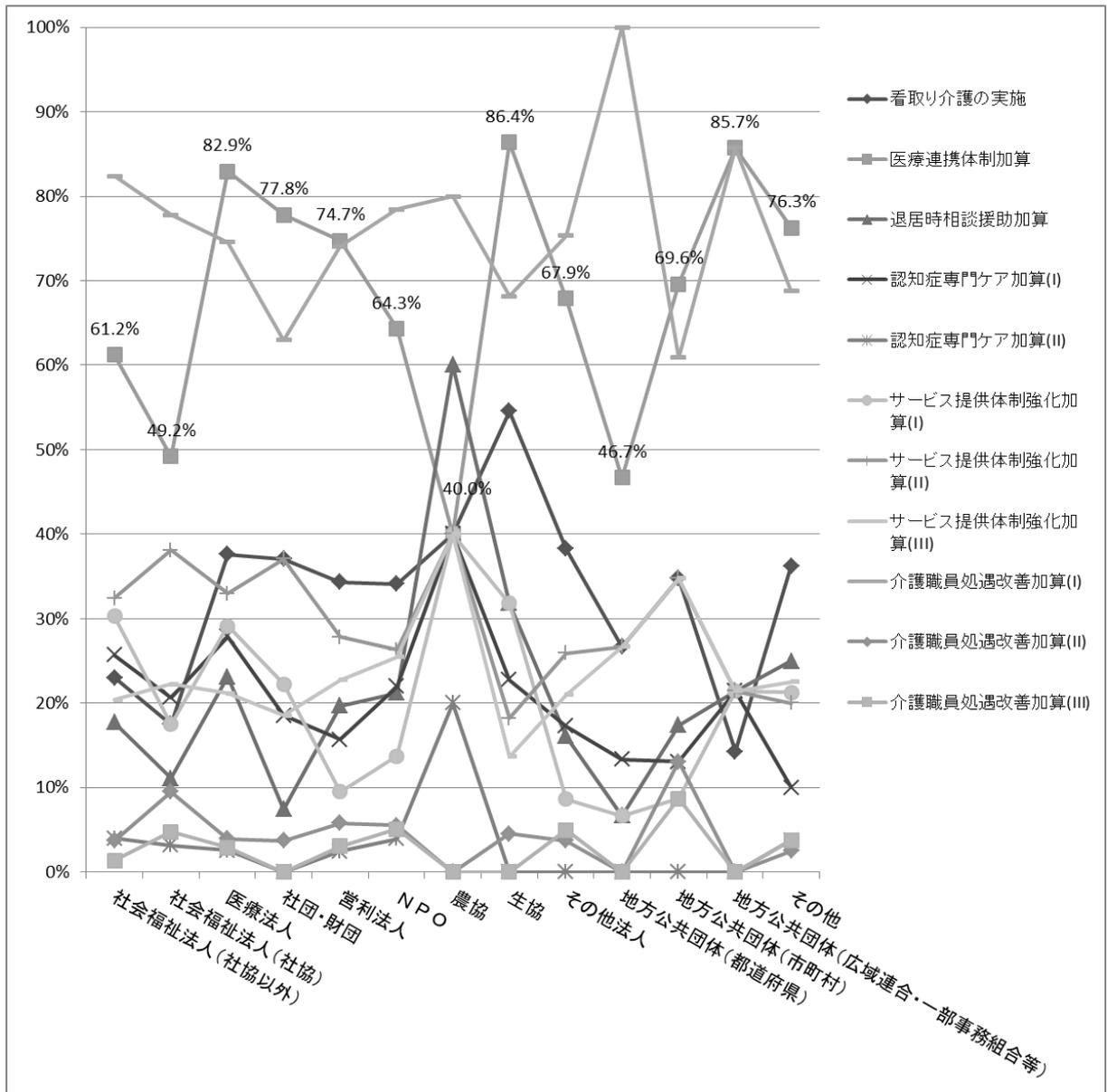


図 20 現在取得している加算/設置法人別(n=5,195)

(8) 併設・隣接されているサービス施設

1) 有無等 p.3 [Q3]

- 半数弱 (43.3%) 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 2,943 事業所で実施しているサービスの種類は、平均で 2.7 種。4 割の事業所が 1 種、2 割弱の事業所が 2 種、1 割強の事業所が 3 種もしくは 4 種と、ここまですべて 8 割超を占める。最多は 12 種 (3 事業所)。

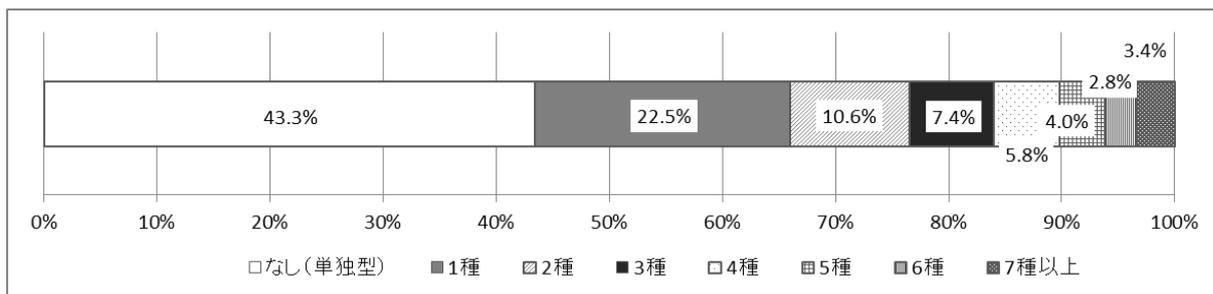


図 21 併設・隣接させているサービス数の事業所分布(n=5,195)

2) 具体的なサービス

- 「通所介護」(26.7%)と「居宅介護支援」(23.8%)が約1/4の事業所でそれぞれ併設・隣接されている。
- 「認知症対応型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」「訪問介護」「介護老人福祉施設」もそれぞれ1割以上の事業所で併設・隣接されている。
- 「訪問入浴介護」(1.3%)や「介護療養型医療施設」(1.7%)「在宅療養支援病院・診療所」(1.7%)「介護・医療以外の事業」(1.3%)を併設・隣接する事業所は僅かであった。

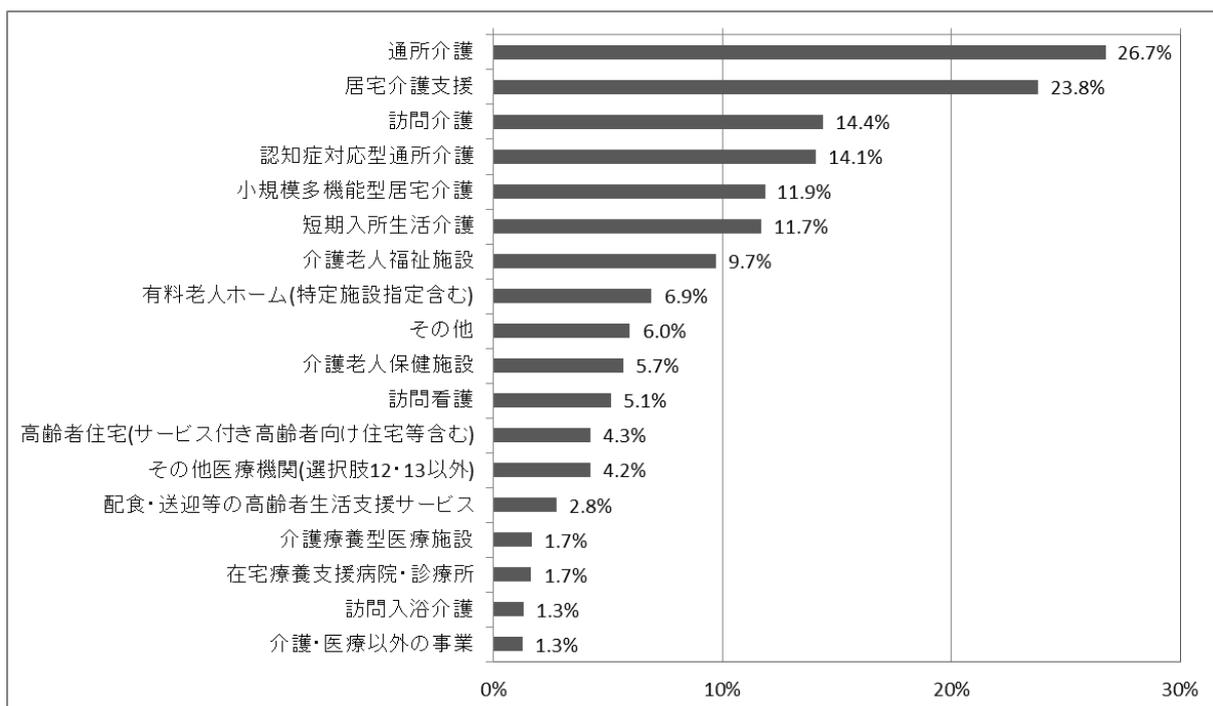


図 22 各サービスを併設・隣接させている事業所の割合(n=5,195)

3) 法人による差異 p. 18~19 [Q2-2×Q3]

- 併設・隣接サービスの数は法人による差異が見られ、営利法人及びNPOでは単独型が多い。社会福祉法人では複合的にサービスを提供する事業所が多く、そのサービス数は全事業所平均と比べて約1種多い。
- 併設・隣接が比較的多い社会福祉法人では「居宅介護支援」「通所介護」「介護老人福祉施設」が併設・隣接されている場合が多く、いずれも半数弱の事業所で併設・隣接されている。

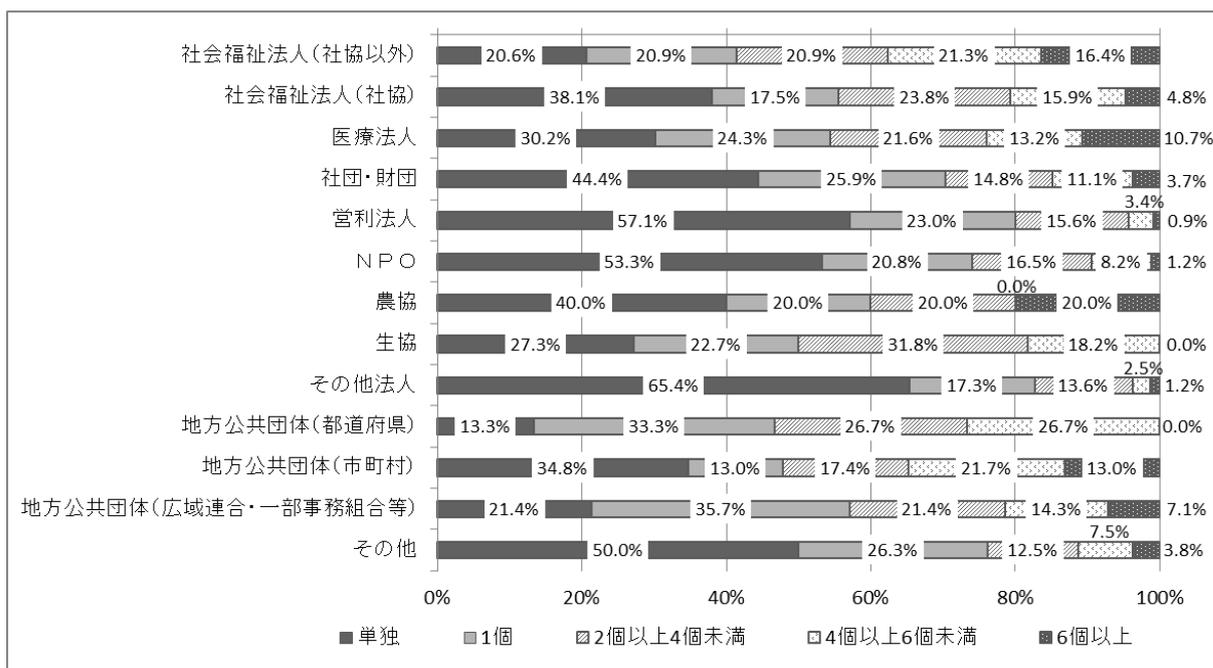


図 23 法人別での、併設・隣接させているサービス数

4) 所在地による差異 p. 155, 160~161 [Q2-1×Q3]

- 神奈川県では比較的単独型が多く（併設・隣接するサービスの数は全事業所平均と比べ約1種少ない）、熊本県・大分県では複合的にサービスを提供する事業所が比較的多い（両県の事業所の平均提供サービス数は全事業所平均と比べ約1.3種多い）。
- 特定のサービスが隣接・併設されている事業所の多い都道府県があった。特に、「居宅介護支援」「通所介護」「有料老人ホーム(特定施設指定含む)」は熊本県の事業所に多く、「居宅介護支援」「訪問介護」「その他医療機関(選択肢12・13以外)」「高齢者住宅(サービス付き高齢者向け住宅等含む)」は大分県の事業所に多い（それぞれ、全事業所平均と比べて10ポイント以上の開き）。

2.2. 入居者の状況

本項は入居者個人票の回答結果ではなく、事業所票における入居者に関する回答部分の結果である。5,195の回答事業所の入居者総数は76,222人、1事業所当たり平均14.7人となった。

(1) 要介護度

1) 全入居者の分布 p.3 [Q4-1]

- 全入居者の3割弱（27%）が要介護3、1/4（25.2%）が要介護2となっている。
- 要介護1と4が各18%弱、要介護5も全入居者の1割超を占めている。
- 全入居者の平均要介護度は2.8であった。

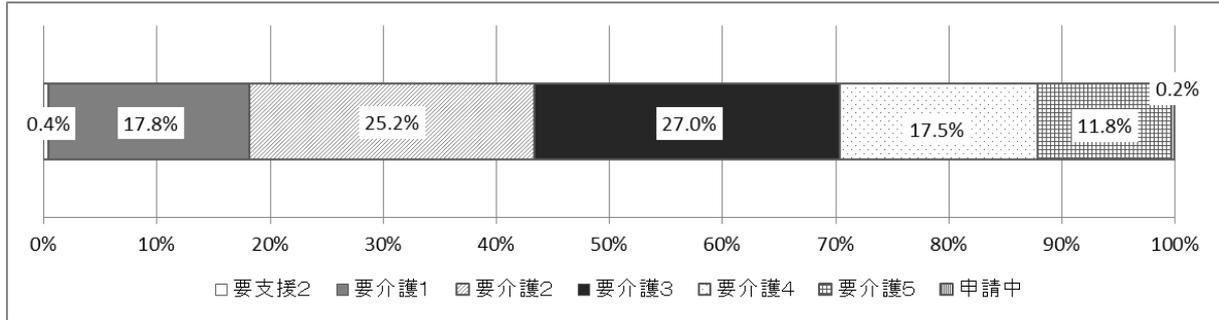


図 24 全入居者の要介護度(n=76,222)

2) 事業所ごとの特徴 p.10[Q4-1], p.19[Q2-2×Q4-1], p.78[Q2-3×Q4-1], p.103[Q2-4×Q4-1]

- 入居者の平均要介護度で事業所の分布を見ると、1/3 強 (34.9%) 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 8.8% ある。
- 入居者の平均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 25 年度開始から平成 11 年度開始までの 14 年間で、平均で 0.36 悪化していた。
- 設置法人による差異は、NPO は全事業所平均 (2.8) 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。
- ユニット数の違いによる平均要介護度の差異は見られなかった。

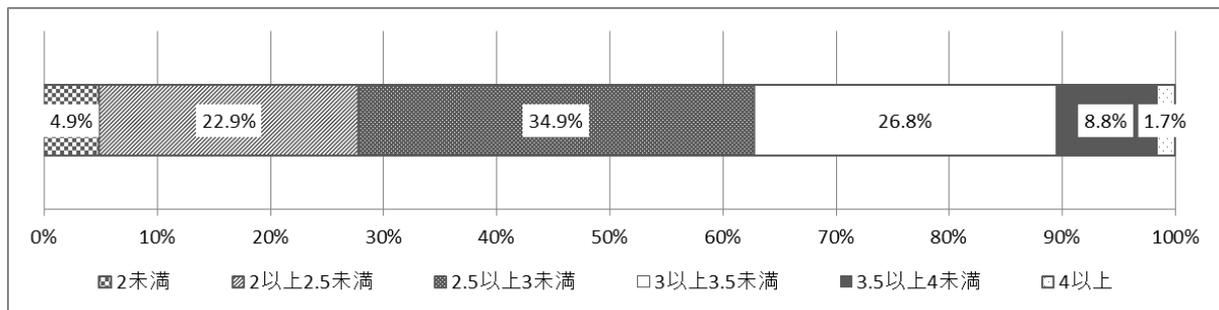


図 25 事業所ごとの平均要介護度(n=5,195)

(2) 認知症高齢者日常生活自立度

1) 全入居者の分布 p.3 [Q4-2]

- 全入居者の 3 割弱 (29.1%) がⅢa、2 割強 (22.6%) がⅡb と、これらで半数超を占めている。次いでⅣ (15.2%)、Ⅲb (11.7%) と続き、これら重めの入居者で 1/4 を占めている。
- 全入居者の自立度の平均は 4.0 (Ⅲa) であった。

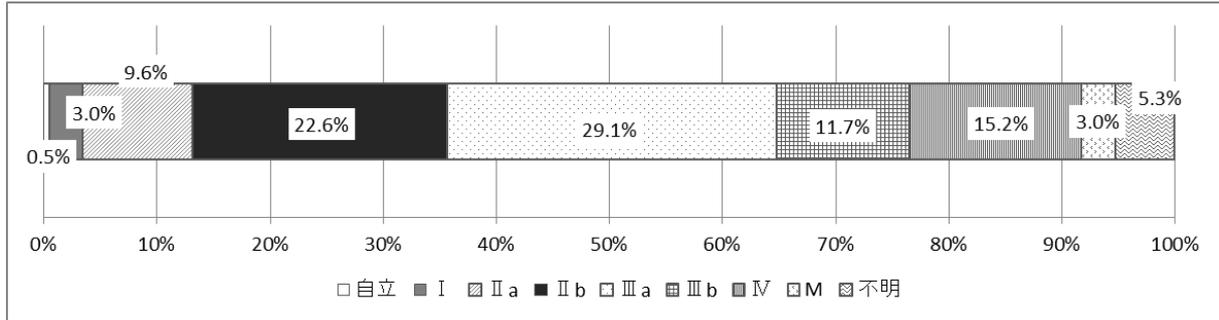


図 26 全入居者の認知症高齢者日常生活自立度(n=76,222)

2) 事業所ごとの特徴 p.10 [Q4-2], p.20 [Q2-2×Q4-2], p.104 [Q2-4×Q4-2]

- 入居者の平均自立度で事業所の分布を見ると、「4 以上 4.5 未満 (Ⅲa とⅢb の間)」と「3.5 以上 4 未満 (Ⅱb とⅢa の間)」がそれぞれ約 3 割弱を占めた。次いでその前後が 1 割強ずつとなっている。
- 自立度が高い (=重い) 入居者は NPO に若干多く、社会福祉法人 (社協) で若干少ない。
- 要介護度同様、入居者の自立度も全体的に若干悪化の傾向にある。平成 24 年度開始から平成 11 年度開始までの 13 年間で、平均で 0.4 悪化していた。
- ユニット数の違いによる入居者の自立度の差異は見られなかった。

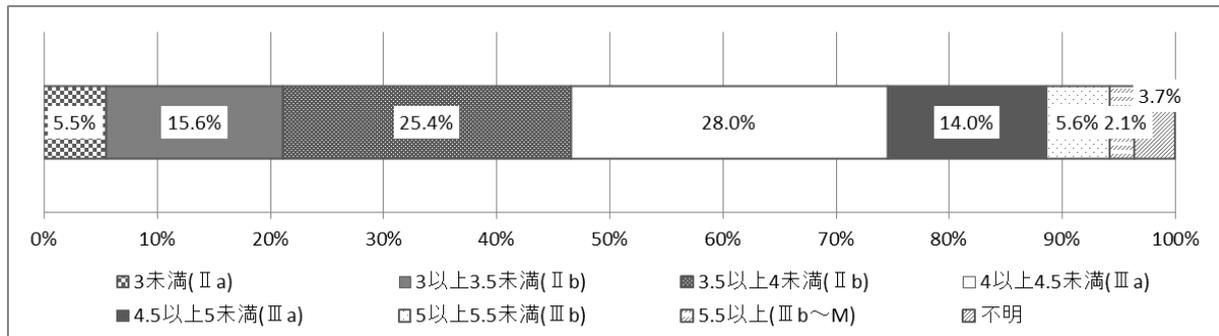


図 27 事業所の平均認知症高齢者日常生活自立度(n=5,195)

(3) 障害高齢者日常生活自立度

1) 全入居者の分布 p.3 [Q4-3]

- 全入居者の 3 割 (30.6%) が A1、2 割強 (22.3%) が A2 と、これらで合わせて半数を占めている。次いで B2 (11.3%)、B1 (10.1%) と続き、これらの入居者が 3/4 を占めている。
- 全入居者の自立度の平均は 2.0 (A2) であった。

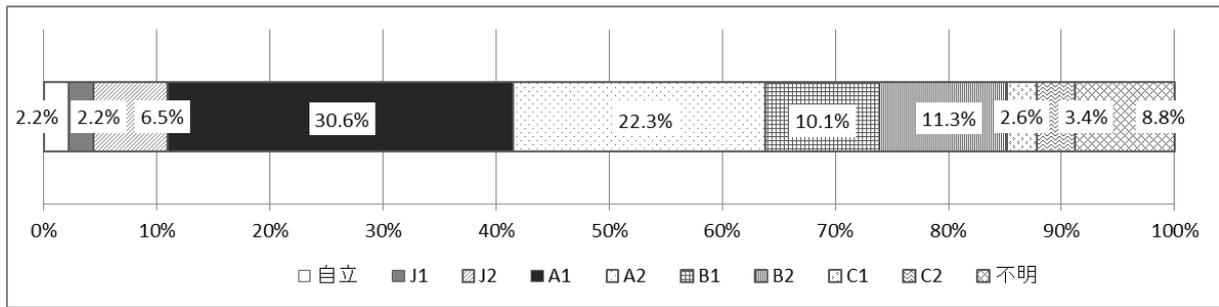


図 28 全入居者の障害高齢者日常生活自立度(n=76,222)

2) 事業所ごとの特徴 p. 10[Q4-3], p. 20[Q2-2×Q4-3], p. 78[Q2-3×Q4-3], p. 104[Q2-4×Q4-3]

- 入居者の平均自立度で事業所の分布を見ると、「1.5 以上 2.0 未満 (A1 と A2 の間)」と「2.5 以上 3.0 未満 (A2 と B1 の間)」がそれぞれ約 4 割弱を占めた。次いでその前後が 1 割弱ずつとなっている。
- 平均自立度が高い (= 重い) 入居者は医療法人に若干多く、社会福祉法人 (社協以外) 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。平成 24 年度開始から平成 11 年度開始までの 13 年間で、平均で 0.4 悪化していた。
- ユニット数の違いによる平均自立度の差異は見られなかった。

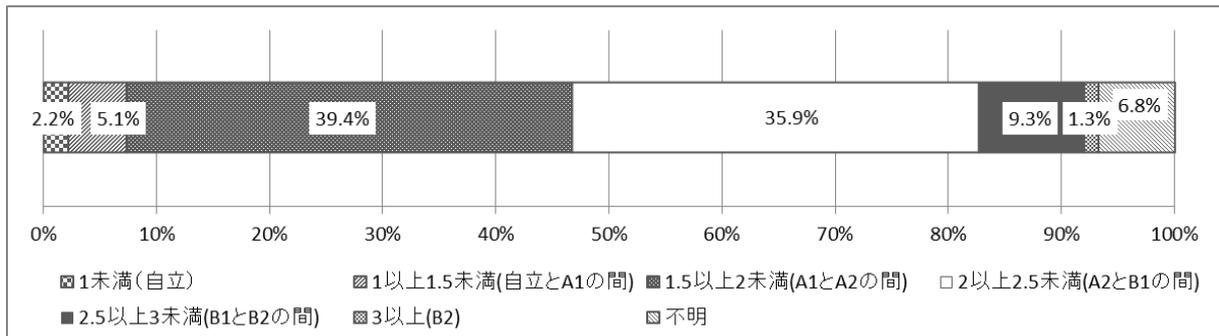


図 29 事業所の平均障害高齢者日常生活自立度(n=5,195)

(4) 入居期間

1) 全入居者の分布 p. 3~4 [Q4-4]

- 全入居者の平均入居期間は 3.2 年。
- 全入居者の 1/3 超 (35.5%) が「1 年以上 3 年未満」、「3 年以上 5 年未満」と「5 年以上 10 年未満」が各 2 割となっている。

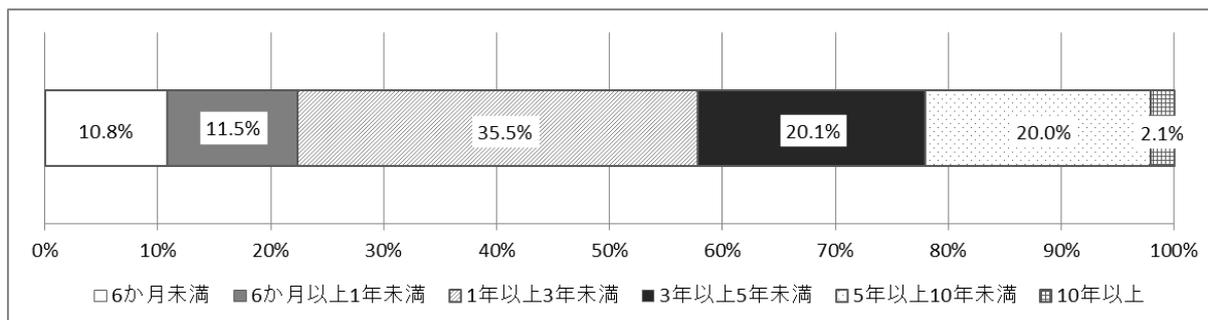


図 30 全入居者の入居期間(n=76,222)

2) 事業所ごとの特徴 p. 78 [Q2-3×Q4-4]

- 開始年度が古く、多ユニットの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。

(5) 精神科病院からの入居者

1) 全入居者の分布 p. 4 [Q4-5]

- 精神科病院からの入居者は 4,821 人（入居者総数 76,222 人の 6.5%）、1 事業所当たり平均 0.95 人であった。

2) 事業所ごとの特徴 p. 10 [Q2-2×Q4-5], p. 78 [Q2-3×Q4-5]

- 事業所単位で精神科病院からの入居者が占める割合での分布を見ると、まず「精神科病院からの入居者はいない」事業所が 5 割強であった。精神科病院からの入居者がいる場合、「入居者の 1 割台」の事業所が 2 割であり、9 割弱の事業所で精神科病院からの入居者は 2 割未満であった。
- 設置主体別に見ると、営利法人は精神科病院からの入居者が全体より若干（0.8%）多く他法人よりも多く受け入れているようであるが、社会福祉法人（社協以外）・医療法人・NPO は若干（0.4~1.1%）少ない。
- 開始年度の違いによる差異は見られなかった。

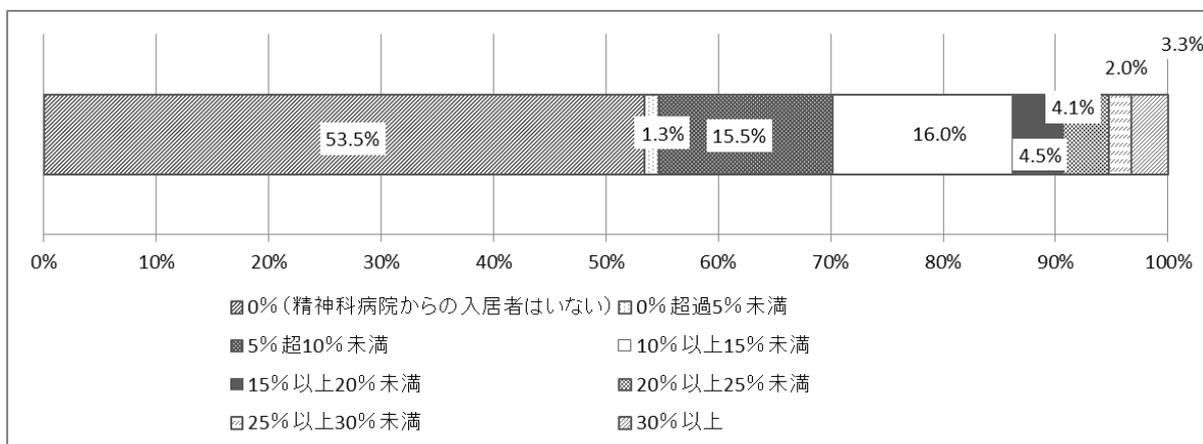


図 31 精神科病院からの入居者の占める割合(事業所ごと) (n=5,195)

(6) 認知症の機能別での入居者数 p.4 [Q4-6]

認知機能に問題がある入居者は比較的多いが、精神・行動障害のある入居者は認知機能に比べるとそう多くはない。

1) 認知機能

- 全入居者の半数前後が「自分の名前を言う (ことができない)」「外出して戻れない」「意思伝達 (が困難)」、1/3 超が「生年月日を言う (ことができない)」状況にある。

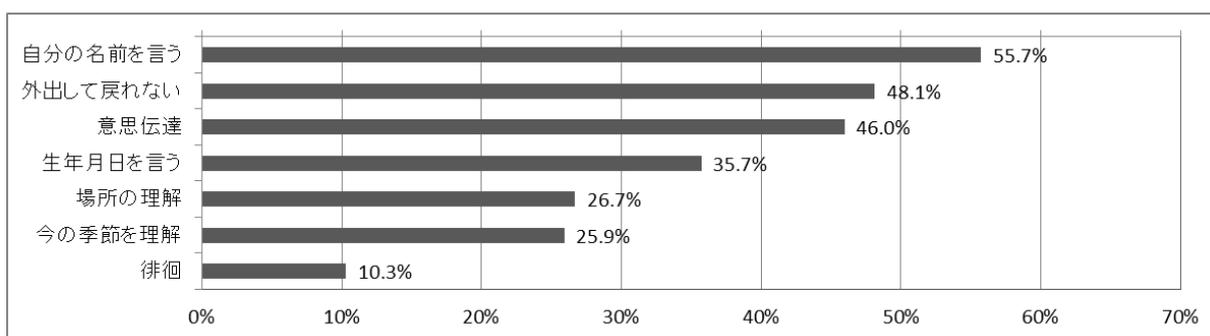


図 32 認知症の機能別での入居者数(認知機能) (n=76,222)

2) 精神・行動障害

- 「被害的」「作話」が入居者の 16%、「落ち着き無」「介護に抵抗」「自分勝手に行動」がそれぞれ 15%前後を占めている。

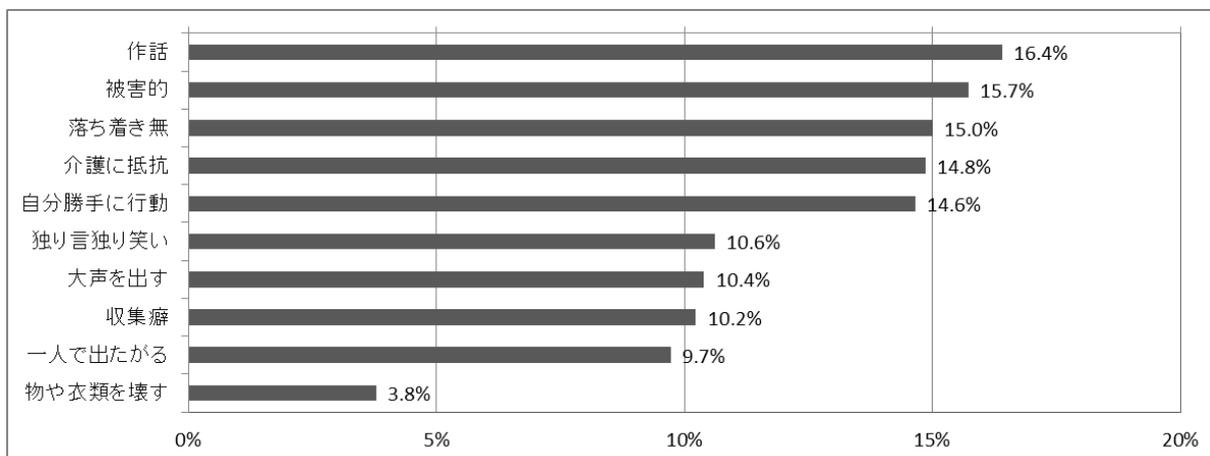


図 33 認知症の機能別での入居者数(精神・行動障害) (n=76,222)

2.3. 職員の状況

5,195 の回答事業所の介護従事者総数は 76,979 人 (常勤 52,364、非常勤 24,615)、常勤職員数の割合は 68.0%となった。

(1) 資格保有状況

1) 全体 p. 4 [Q5]

- 総数 76,979 人のうち 1/3 が介護福祉士 (36.5%) (常勤 44.2%、非常勤 20.1%) を有している。
- 次いで多かったのは介護支援専門員で、総数の 1 割程度 (常勤 12.2%、非常勤 6.2%) が保有している。
- 看護師 (2.9%)・准看護師 (1.9%) は専門性の高い資格のためそもそも保有率が低いですが、他の資格と異なり、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、非常勤の方が多い (看護師で常勤 2.9%・非常勤 5.6%、准看護師で常勤 1.9%・非常勤 2.4%)。
- 「認定特定行為業務従事者」(常勤 1.2%・非常勤 0.9%)、「社会福祉士」(常勤 1.3%・非常勤 0.5%) も非常に少ない。
- 「精神保健福祉士」(総数 104 人、0.1%)、「作業療法士(OT)・理学療法士(PT)・言語聴覚士(ST)」(44 人、0.1%)、「管理栄養士」(総数 158 人、0.2%)「歯科衛生士」(総数 156 人、0.2%) は常勤・非常勤にかかわらず、わずかであった。

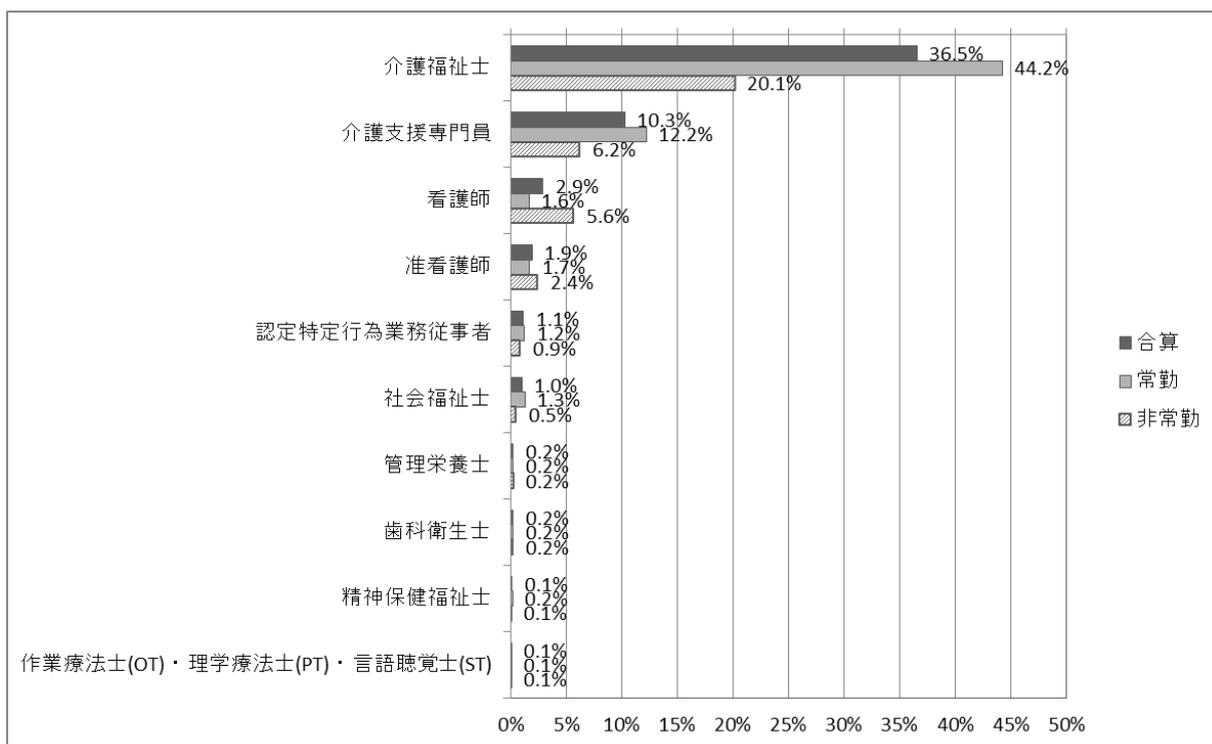


図 34 介護従事者の資格保有状況(n=76,979)

2) 事業所ごとの特徴 p. 11~12 [Q5], p. 30~40 [Q2-2×Q5], p. 107~111 [Q2-4×Q5]

- 常勤職員比率が 100%の事業所が 13.3%、9 割台の事業所が 8.7%、8 割台の事業所が 19.1%となっており、半数弱 (41.1%) 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 19.9% (1,032 事業所) あった。
- 事業所単位での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 21.0%)、次いで 3 割台 (同 18.4%) となった。
- 事業所単位での介護支援専門員の保有率は、介護従事者の「5%以上 10%未満」「10%

以上 15%未満」である事業所がそれぞれ 1/3 ずつを占めており、全体の 2/3*の事業所に 1 人ずつは配置されている。

- 7 割前後の事業所で看護師・准看護師は配置されておらず、配置されている事業所でも従事者の 1 割未満（1 事業所に 1 人程度）の事業所が多い。
- 設置法人別に職員の有資格率を見ると、介護福祉士が多い法人は社会福祉法人（社協以外）及び医療法人（共に平均より 10%高い）で、営利法人と NPO では少なかった。また医療法人は母体の医療施設との関係からか看護師・准看護師が多く、社会福祉法人（社協以外）では若干少ない。
- 1 ユニットの事業所では、10 種全ての資格について資格保有者が多く、専門的な対応ができています。

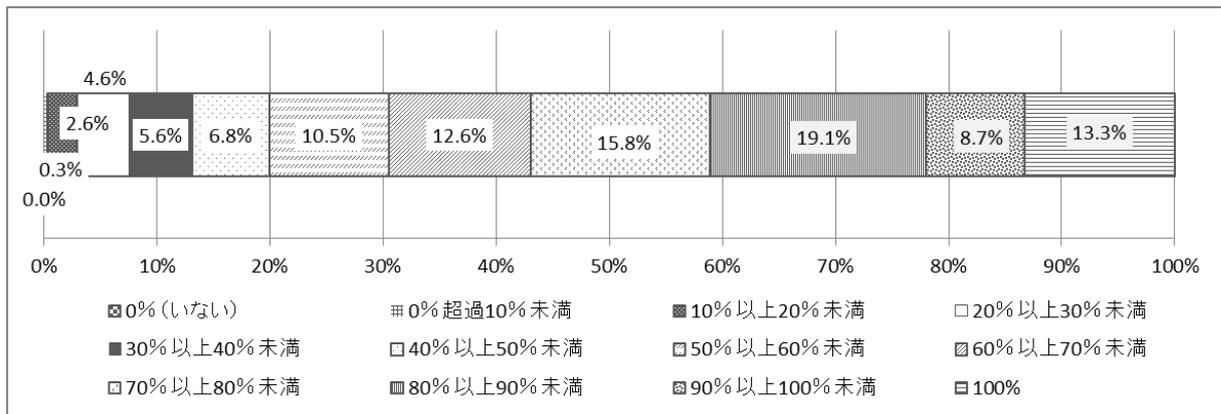


図 35 介護従事者の常勤職員比率の事業所分布(n=5,195)

* 設問が「介護従事者の資格保有者数」を尋ねており、管理者や計画作成担当者は除外されているため、介護支援専門員が配置されているのが 2/3 の事業所となっていると考えられる。

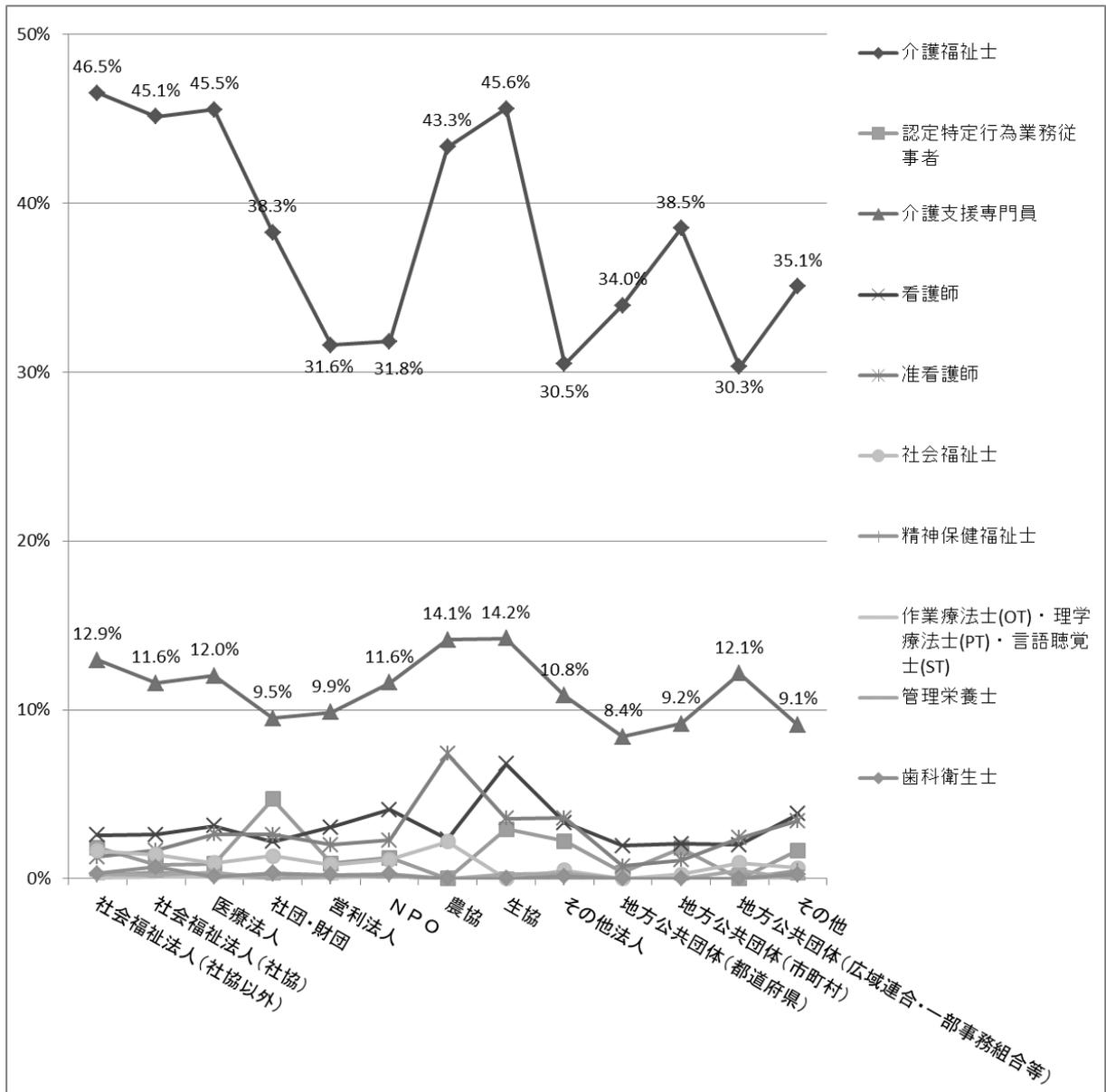


図 36 事業所単位での資格保有率/法人種別

(2) 勤務時間

1) 全体 p.4 [Q6]

- 7 割を越える事業所 (73.0%) で管理者と計画作成担当者が介護に従事している。一方、管理者と計画作成担当者が専従の事業所もそれぞれ 15.3%、5.5% あった。
- 介護従事者の 1 ユニットあたりの常勤換算職員数は平均 6.59 人。「8 人以上」の事業所が最も多く 2 割弱 (18.4%)。次いで「7.0~7.5 人未満」(14.1%)、「6.5~7 人未満」(12.6%)、「7.5~8 人未満」(10.5%) であった。
- 1 日・1 ユニットあたりの介護従事時間数は全国平均で 37.3 時間。3 割の事業所が「30 時間以上 40 時間未満」「40 時間以上 50 時間未満」とし、1 割前後の事業所が「10 時間以上 20 時間未満」「20 時間以上 30 時間未満」であった。

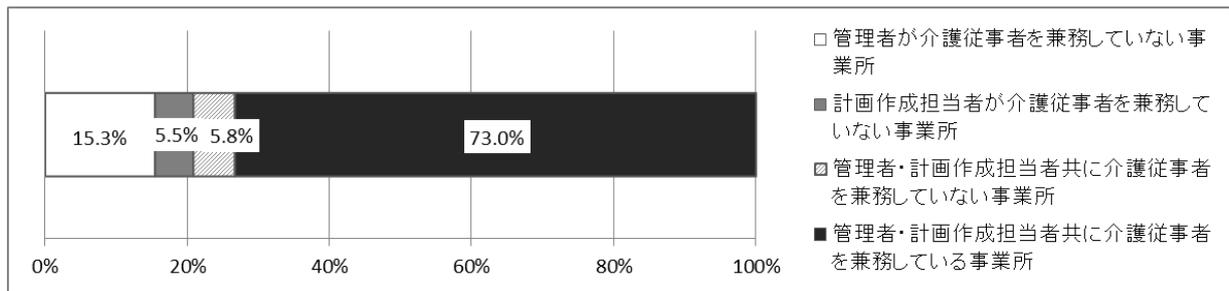


図 37 管理者・計画作成担当者の兼務の状況(n=5,195)

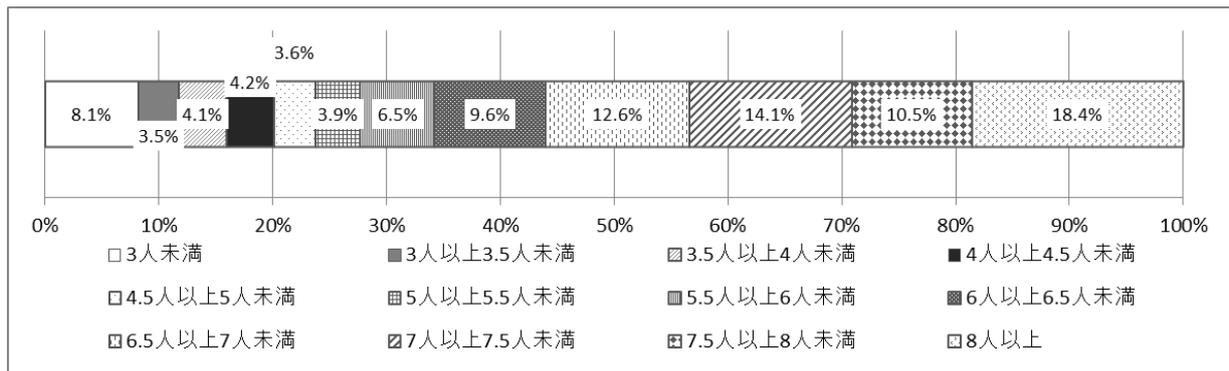


図 38 1ユニットあたりの常勤換算職員数の事業所分布(n=5,195)

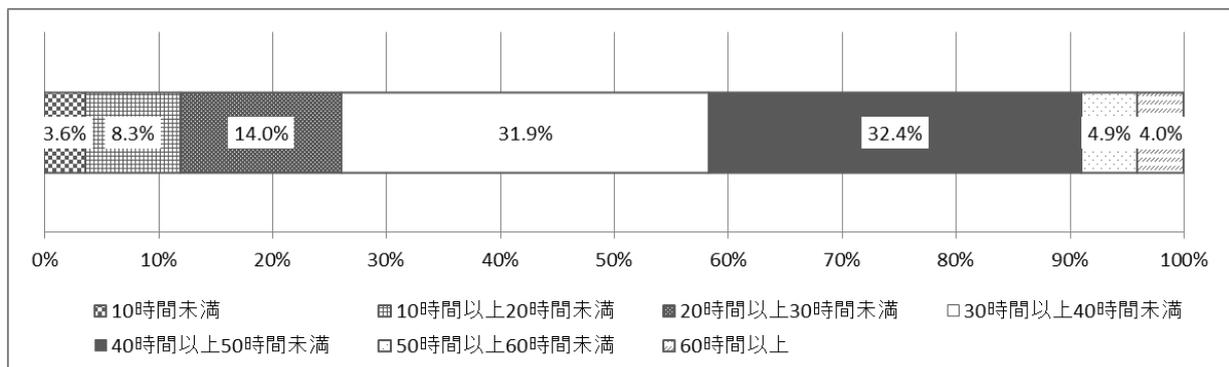


図 39 1日・1ユニットあたりの介護従事時間数の事業所分布(n=5,195)

2) 入居者一人当たり p.12 [Q6]

- 入居者一人当たりの介護従事者数（常勤換算）を見ると、0.7人台と0.8人台が2割を占めており、その前後の0.6人台と0.9人台とする事業所が1割である。
- 1割超の事業所で入居者1人につき1人以上の介護従事者を配置している。
- 平均要介護度が高い事業所ほど入居者一人当たりの常勤換算職員数が多い。

3) 法人による差異 p.41~42 [Q2-2×Q6]

- 1日・1ユニットあたりの介護従事時間数の法人による差異を見ると、NPOでは全事業所平均と比べ3.8時間長く、医療法人は全事業所平均と比べ0.7時間短い。

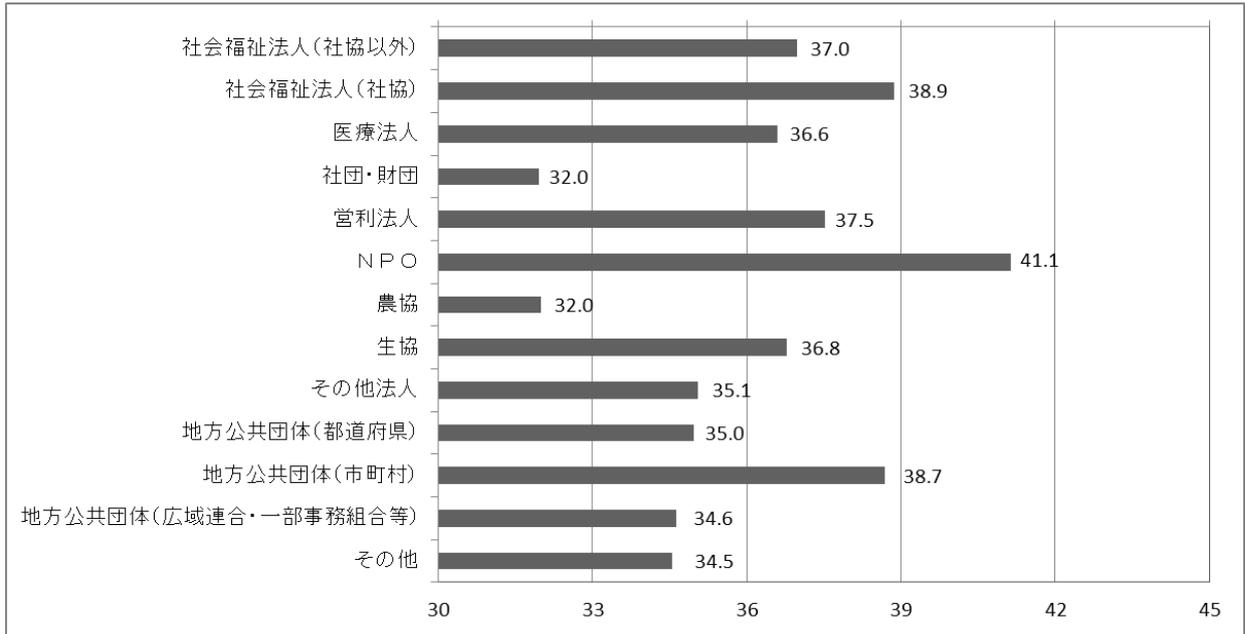


図 40 介護従事時間数(1日・1ユニットあたり)／法人別での事業所平均

2.4. 専門医療機関との連携体制

(1) 認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施状況

1) 全体 p. 4 [Q7-1]

- 約 2/3 の事業所は訪問診療や往診を受けている（半数弱が同一法人・関連法人以外から、2 割が同一法人・関連法人から）が、対応してくれる医療機関がないとする事業所も 2 割弱にのぼる。
- また、そもそも訪問診療や往診を受けるような考えがない事業所も 1 割超ある。

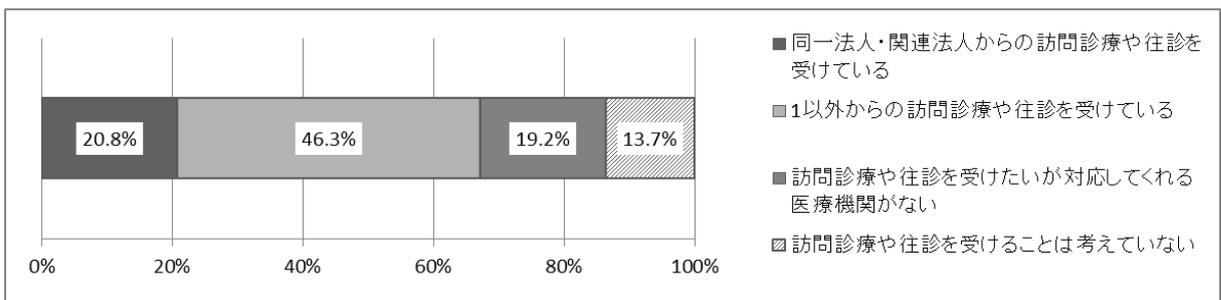


図 41 認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施状況(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 147 [Q2-5×Q7-1], p. 152 [Q3×Q7-1]

- グループ法人との関係を比較すると、「訪問リハビリテーション」「居宅療養管理指導」「介護予防訪問リハビリテーション」「介護療養型医療施設」実施する事業所（多くは医療法人）では、グループ法人との連携のしやすさが影響しているのか、認知症の専門医による問診や往診を受けている割合が半数を超えている（全事業所の受診率は 4 割強）。
- 単独型・併設型の違いを見ると、「介護療養型医療施設」や「在宅療養支援病院・診

療所」等、医療サービスを実施する施設を併設・隣接する事業所は、法人内での訪問診療や往診の実施が比較的多い。



図 42 認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施／法人の実施サービス別

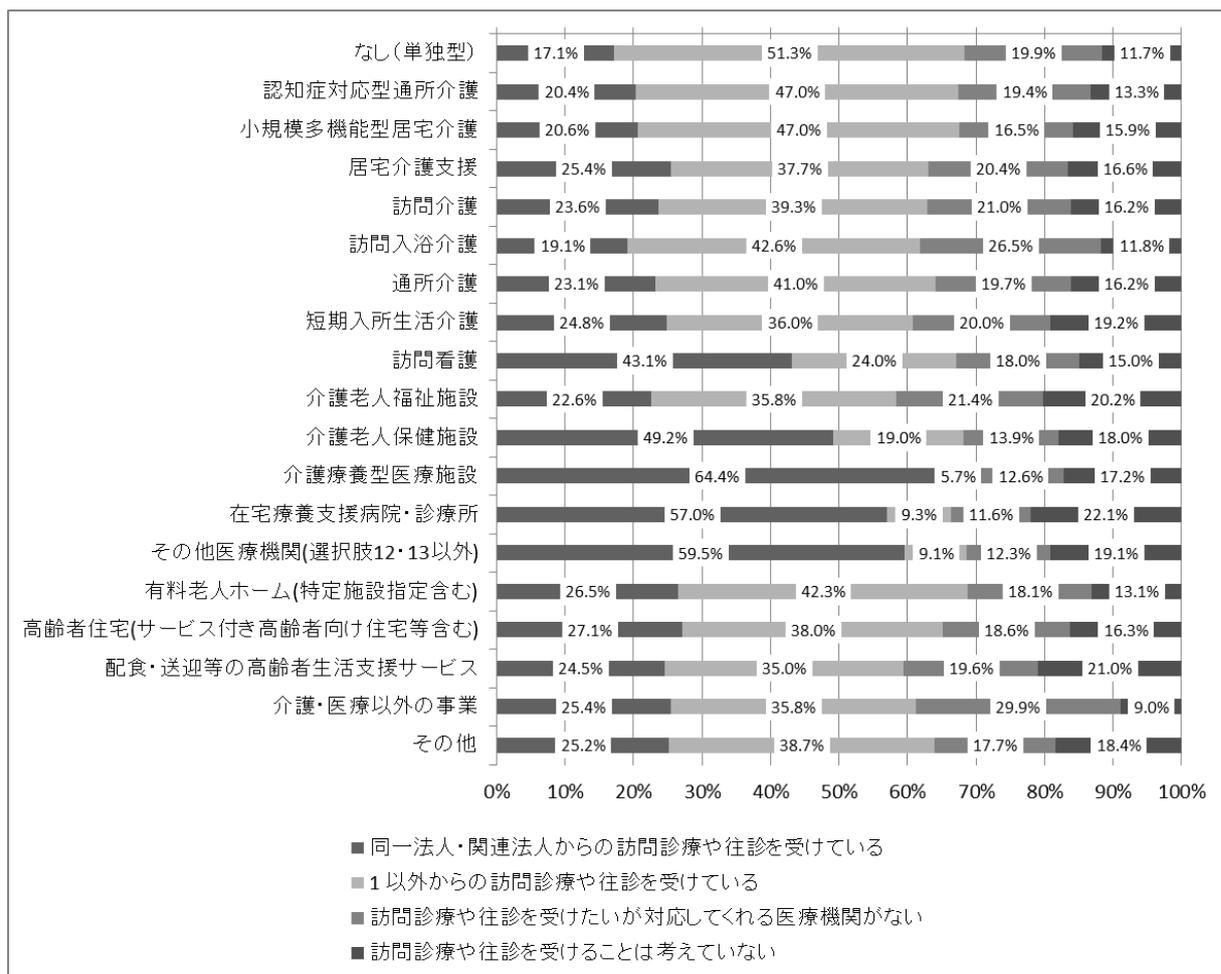


図 43 認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施/単独型・併設型別

3) 事業所の所在地による差異 p. 164 [Q2-1×Q7-1]

- 所在地により認知症・精神科の専門医療機関との連携体制で差異がある。徳島県・香川県では同一あるいは関連の医療法人と連携体制が図られている事業所が多いが、東京都・神奈川県・千葉県・大阪府等都市近郊にある事業所では（専門医療機関の数が比較的多く連携しやすいためか）同一・関連法人ではない医療機関と連携している事業所が多い。
- 一方、専門医療機関の数がそう多くはないと思われる地方でも、島根県・和歌山県の事業所で、同一・関連法人ではない医療機関との連携が多い。
- 認知症の専門医師による「訪問診療や往診を受けたいが対応してくれる医療機関がない」と回答した事業所は、青森県・岩手県・宮城県・栃木県・新潟県・福井県に多い。

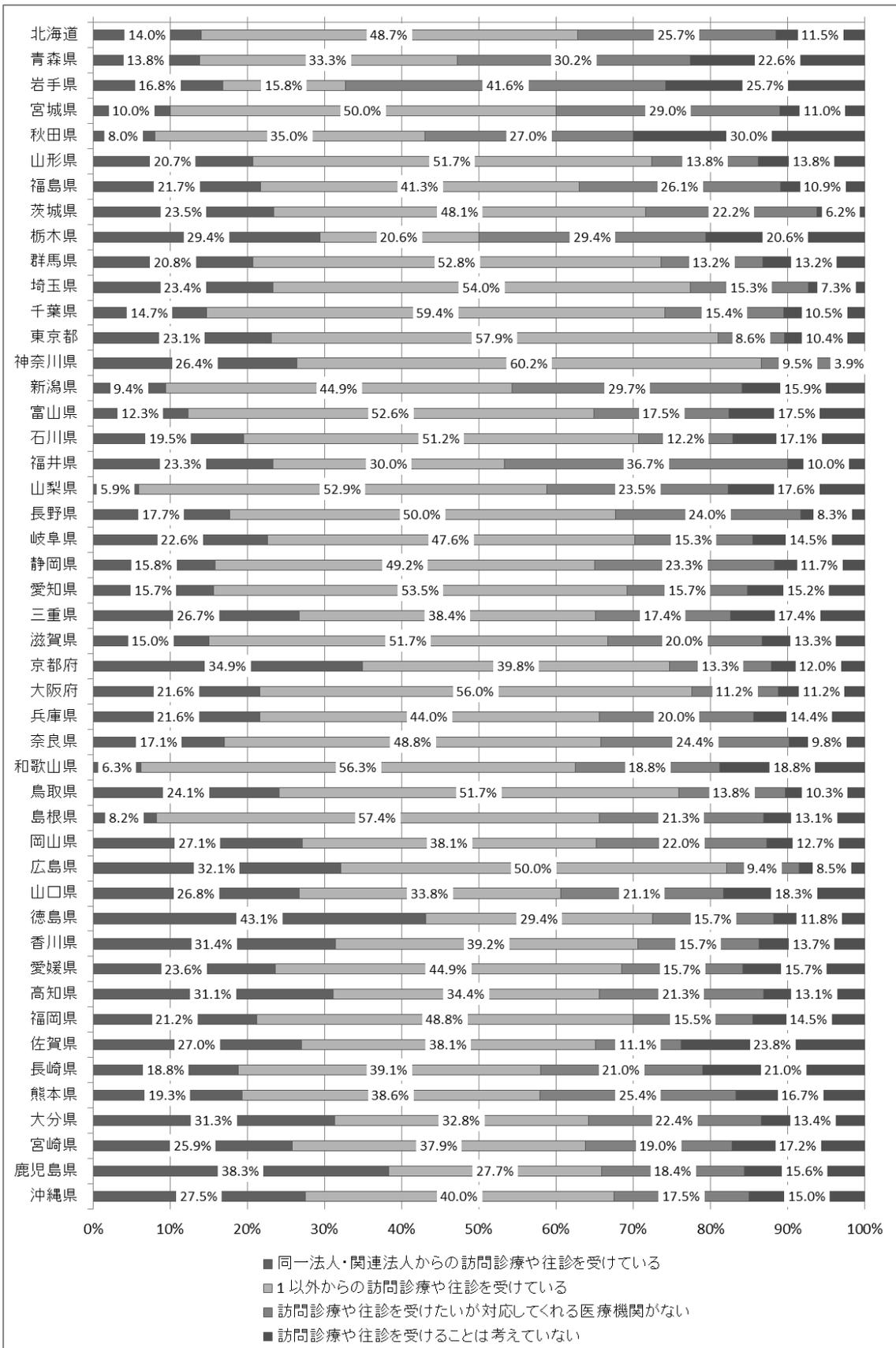


図 44 認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施／所在地別

(2) 認知症の専門医師とのカンファレンスの実施状況

1) 全体 p.5 [Q7-2]

- 約 1/4 超の事業所がカンファレンスを実施しており、また半数弱の事業所でも専門医師からの指示は受けており、合わせて 3/4 の事業所で認知症の専門医師と何らかの関わりを持っている。
- 今後は、残る 1/4 の認知症の専門医師との関係が無い事業所による、専門医師との関係構築が期待される。

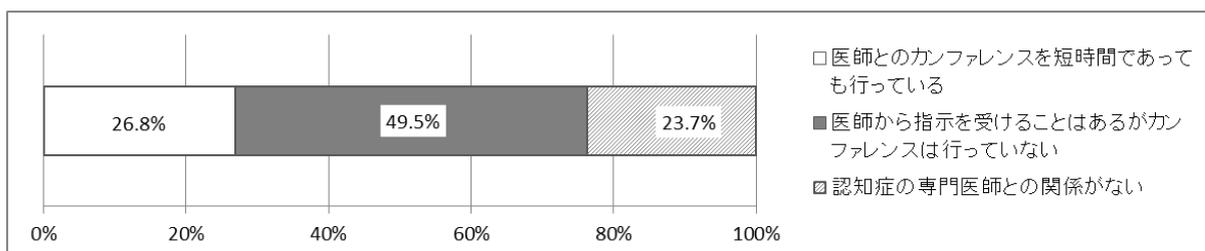


図 45 認知症の専門医師とのカンファレンスの実施(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p.148 [Q2-5×Q7-2], p.152 [Q3×Q7-2]

- 訪問診療や往診の傾向と同様、「介護予防居宅療養管理指導」「介護療養型医療施設」を実施する事業所（多くは医療法人）では、医師とのカンファレンスを行っている事業所が若干（2ポイント）多かった。
- 単独型・併設型の違いを見ると、訪問診療や往診の傾向と同様「介護療養型医療施設」や「在宅療養支援病院・診療所」等、医療サービスを実施する施設の併設・隣接が多い。

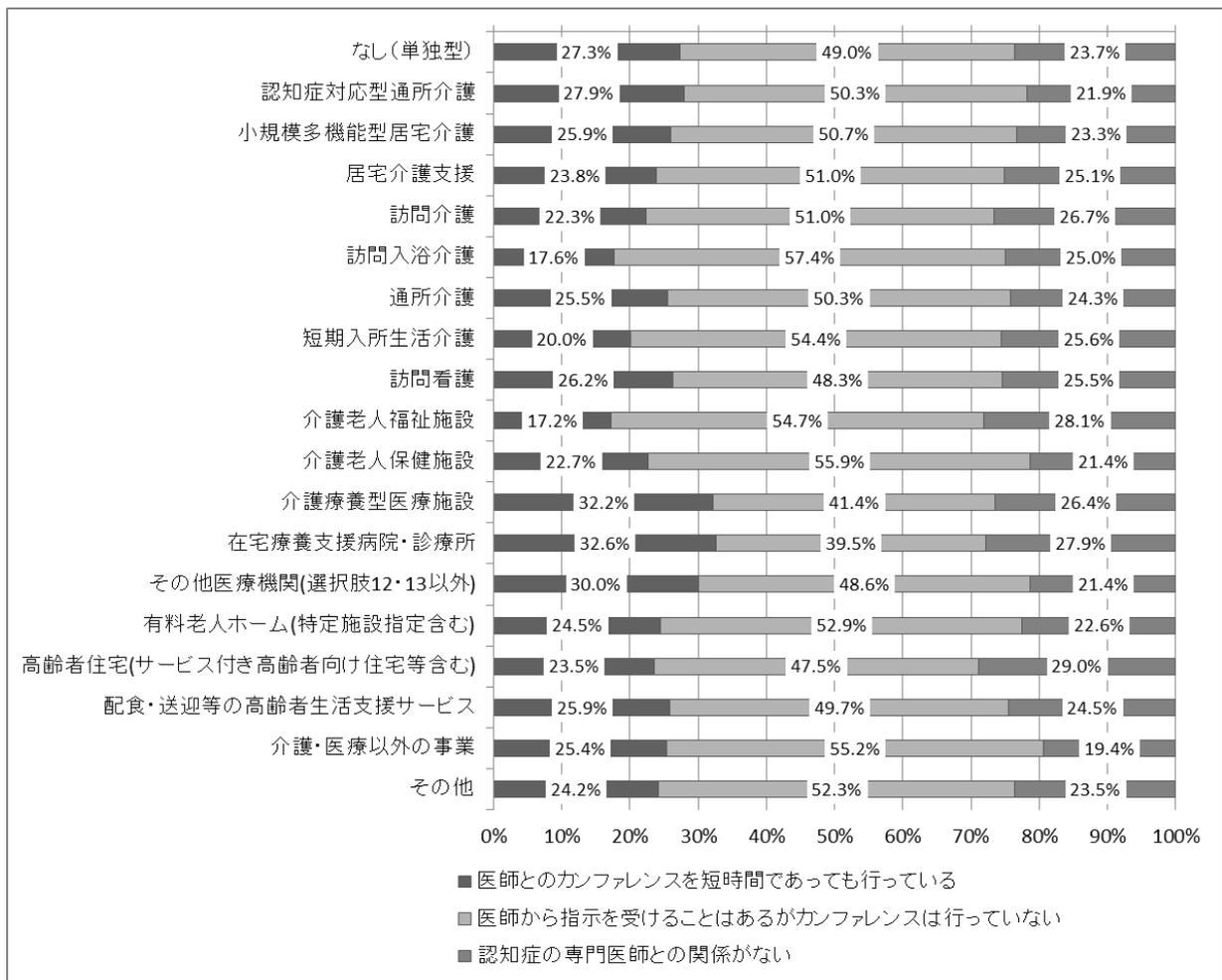


図 46 認知症の専門医師とのカンファレンスの実施/併設・隣接するサービス別

(3) 認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況

1) 全体 p.5 [Q7-3]

- そもそも「認知症以外の精神科疾患のある入居者はいない」とする事業所が約 1/4 を占める。
- 精神科医とカンファレンスを実施しているのは約 14%の事業所のみで、約 4 割の事業所は精神科医から指示を受けるのみとなっている。

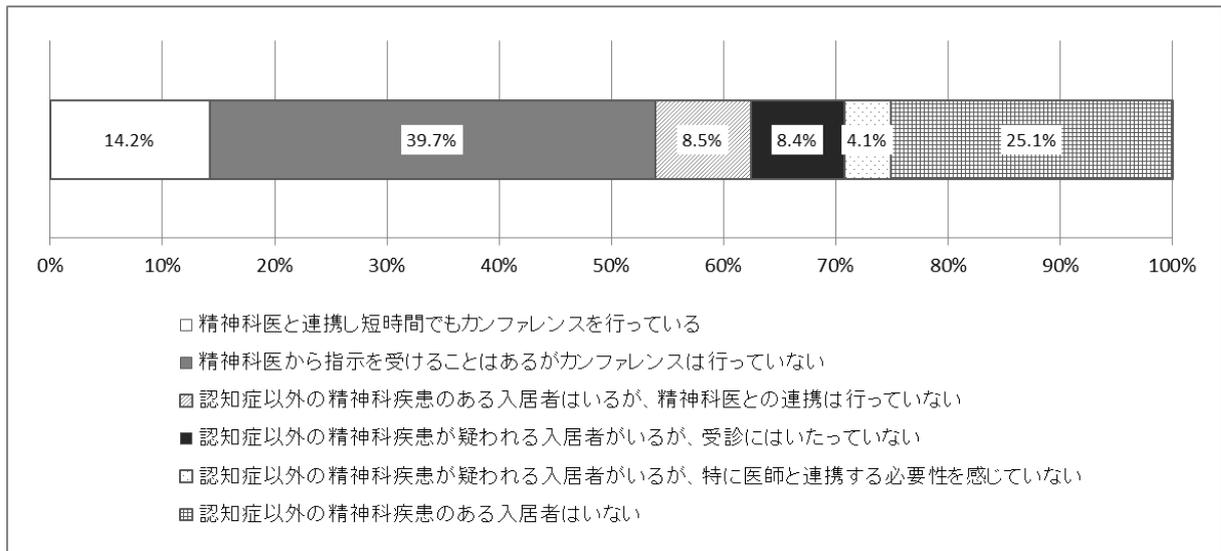


図 47 認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 149 [Q2-5×Q7-3], p. 153 [Q3×Q7-3]

- 「福祉用具貸与」や「特定福祉用具販売」等を行っている事業所（営利法人が多い）と精神科医との連携が若干（3ポイント）多い。
- 単独型・併設型の違いを見ると、単独型事業所での実施もある他「認知症対応型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」を併設・隣接している事業所は他に比べやや精神科医との連携が多い。

(4) 精神科病院への入院の支援状況

1) 支援の有無 p. 4 [Q7-4]

- 約 6 割弱の事業所が「必要に応じて入院してもらい、退院・再入居するよう支援する」一方、「分からない」とする事業所も 15%を占める。
- 1 割弱の事業所は「精神科病院への入院は行わないようにしている」と、事業所の介護力で対処する意志を示している。

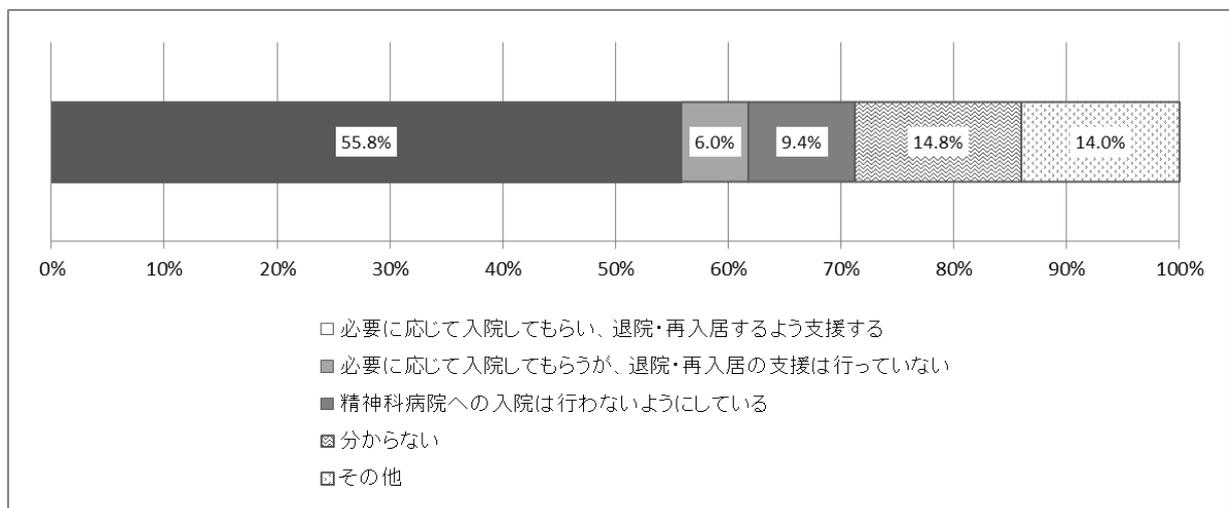


図 48 精神科病院への入院の支援の有無(n=5,195)

2) 支援内容 p.5 [Q7-4]

- 「必要に応じて入院してもらい、退院・再入居するよう支援する」事業所の殆どが、入退院時に情報共有やカンファレンスを実施している等、選択肢の4項目中3項目で選択率が7割を超えている。また、半数弱(49.8%)の事業所が4項目全てを実施している。
- 入院中の情報共有やカンファレンスは、他に比べるとやや実施されていない。

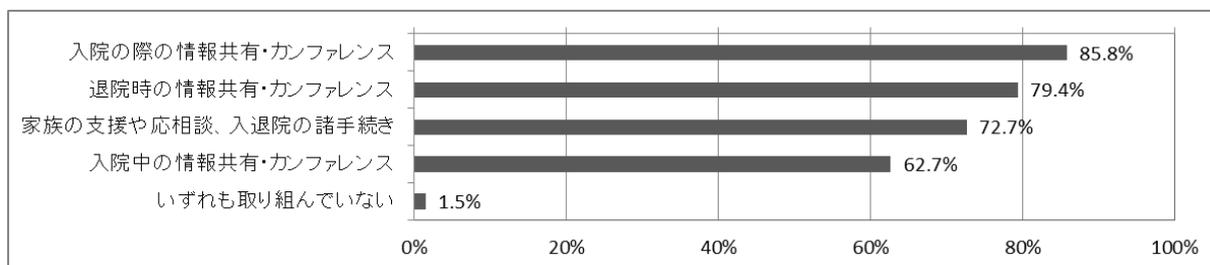


図 49 精神科病院への入院の支援内容(n=2,900)

3) 事業所の属性による差異 p.44 [2-2×Q7-4] , p.153 [Q3×Q7-4]

- 精神科医との連携状況と同様、営利法人での実施が多く、支援の内容では「入院の際の情報共有・カンファレンス」が半数を超えている。
- 単独型及び有料老人ホーム(特定施設指定含む)を併設・隣接する事業所では入退院の支援、特に「入院の際の情報共有・カンファレンス」を行う事業所が多い。
- 一方、介護療養型医療施設や在宅療養支援病院・診療所(医療サービス)を併設・隣接する事業所では、自院で対応する考えからか、精神科への入院を避ける傾向にある。
- 専門医との連携が図られている事業所では入退院の支援を行う一方、精神科病院への入院は行わないようにしている。

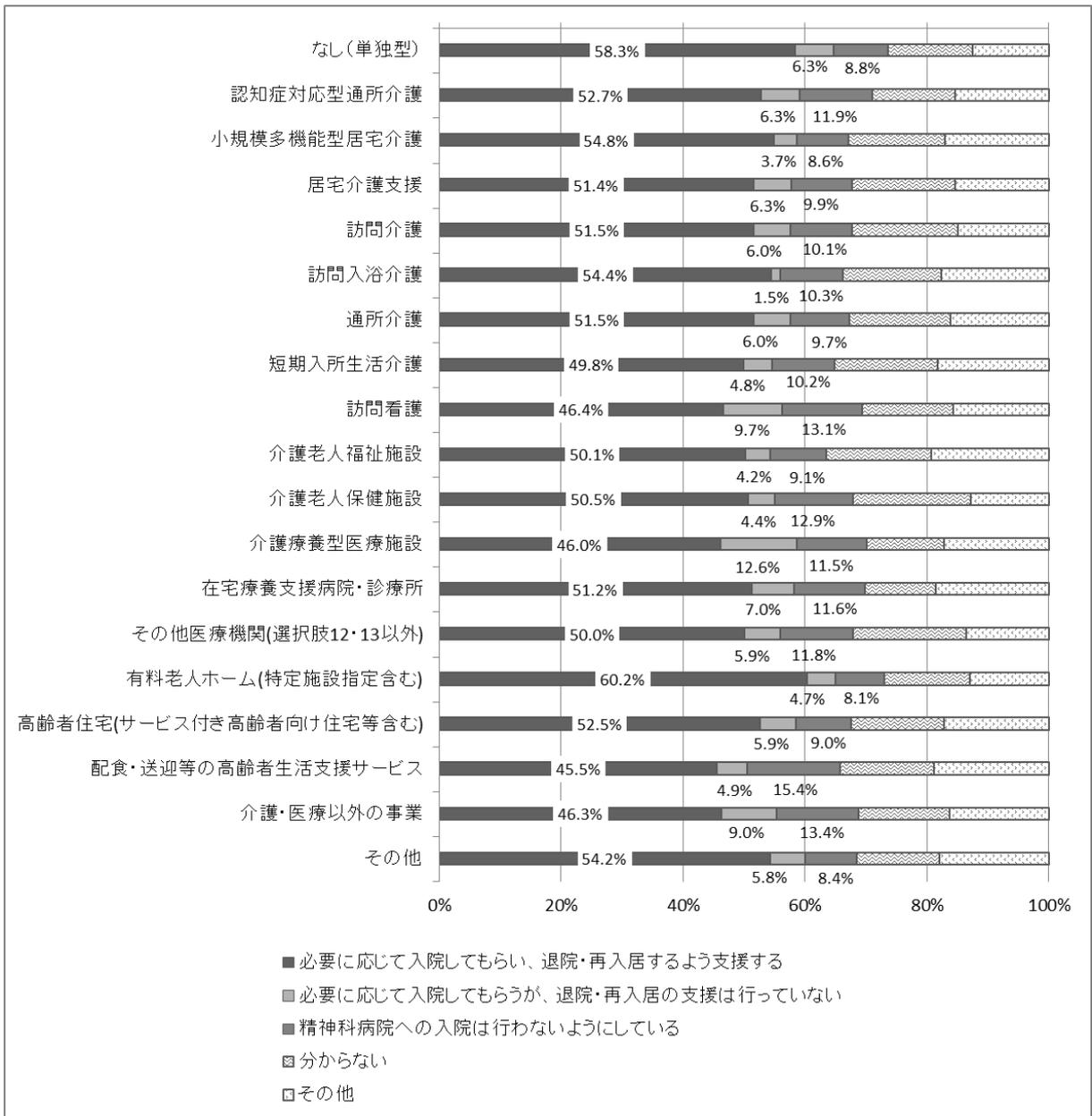


図 50 精神科病院への入院の支援内容／併設・隣接するサービス別

4) 事業所の所在地による差異 p. 167 [Q2-1×Q7-4]

■ 精神科病院との入退院の関係が構築できている事業所が多い（必要に応じ入退院の支援ができる体制のある事業所の割合が全事業所平均よりも 10 ポイント以上高い）地域は北海道、青森県、秋田県、茨城県、鳥取県、佐賀県であった。

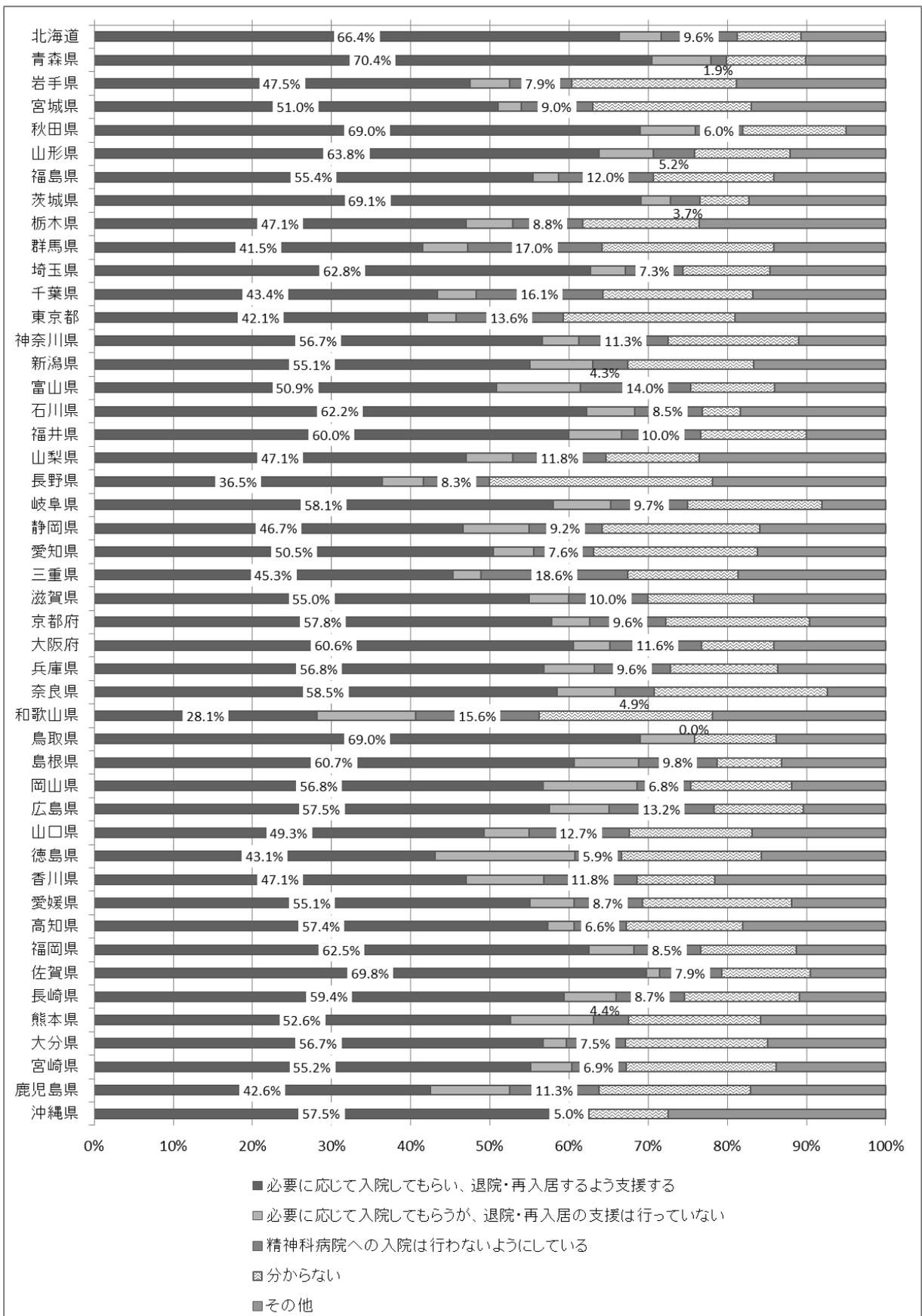


図 51 精神科病院への入院の支援内容/所在地別(n=5,195)

2.5. 福祉用具の状況

(1) 身体機能低下時の福祉用具に関する基本的な対応状況 p.5 [Q8-1]

7割を超える事業所が、入居者の身体状況に応じて、備え付けの福祉用具では対応できない場合は事業所がレンタル又は購入により対応している。

一方、入居者の身体状況に関わらず、全て備え付けの福祉用具で対応している事業所も全体の1/4弱（23.7%）あった。

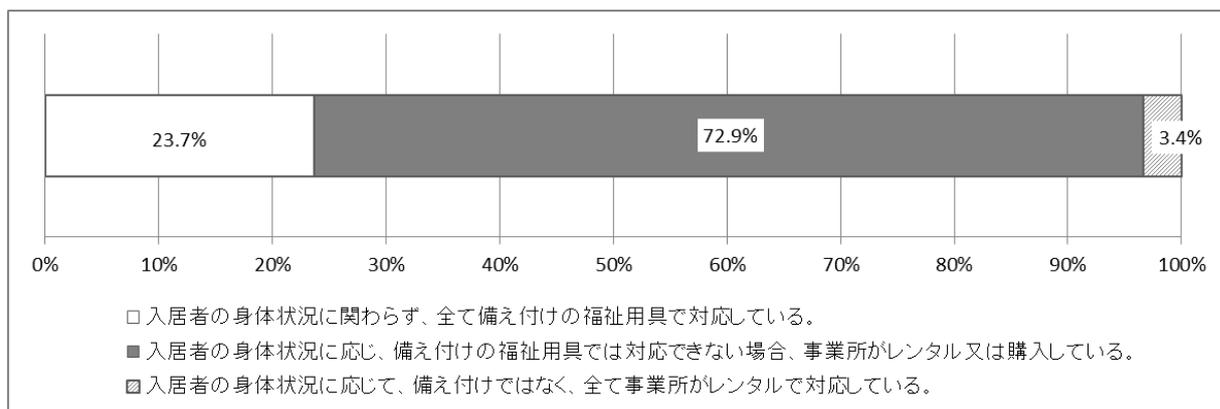


図 52 身体機能低下時の福祉用具に関する基本的な対応(n=5,195)

(2) 過去5年以内に購入、または現在レンタルしている福祉用具

1) 全体の傾向 p.6 [Q8-2]

■ 過去5年以内の購入またはレンタルはないとする事業所は1割強（15.0%）で、殆どの事業所が新たな福祉用具を導入している。半数以上の事業所が1ないし2種類、3種類以上の事業所が3割あった。

■ 中でも、電動ギャジベッド（背上げ・足上げ機能付き特殊寝台）（64.4%）、床ずれ防止のためのマットレス、体位変換クッション等（44.1%）の導入が多く、姿勢変換機能付き車いす（リクライニング車いす）と吸引器も3割前後の事業所が購入・レンタルしている。

■ 入居者一人当たりの台数では、いずれの用具も9割以上の事業所が0.2台未満となっており、入居者の状況に合わせて必要な時に必要な用具を購入・レンタルしているように見受けられる。

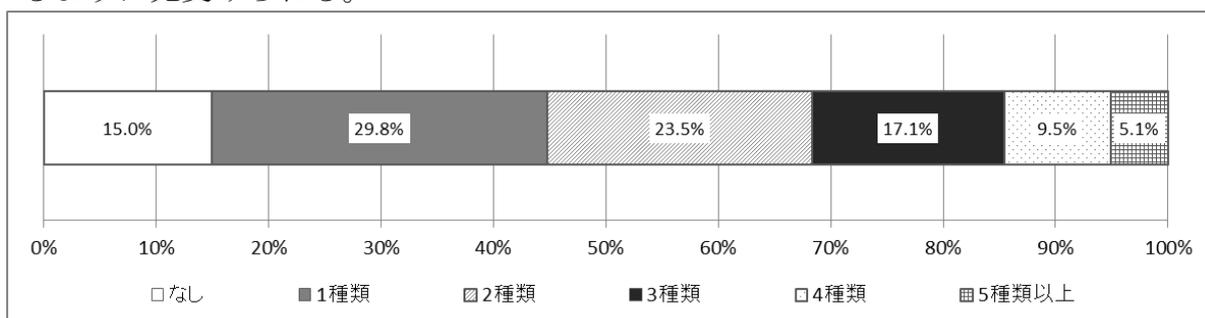


図 53 過去5年以内に購入、または現在レンタルしている福祉用具の数(n=5,195)

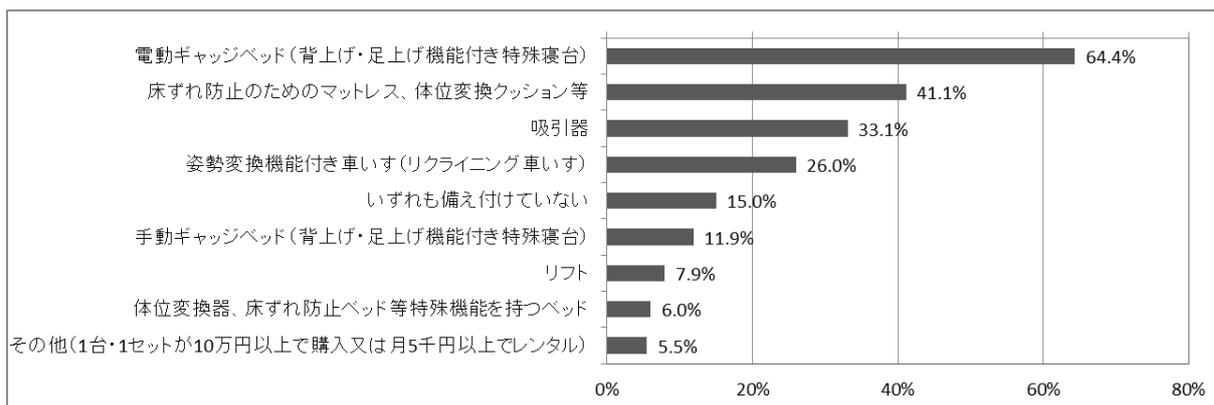


図 54 過去5年以内に購入、または現在レンタルしている福祉用具(n=5,195)

2) 入居者の要介護度・自立度による差異 p.126~127[Q4-1×Q8-2], p.133~134[Q4-2×Q8-2], p.141[Q4-3×Q8-2]

- 事業所の平均要介護度が上がるに連れ、導入する事業所の割合及び入居者一人当たり導入台数が伸びていく。平均要介護度が 3.5 や 4 を超えるとその増加ペースが高まる。
- 平均認知症高齢者日常生活自立度・平均障害高齢者日常生活自立度でも同様に、重度化するに連れ、全般的に利用が増える。

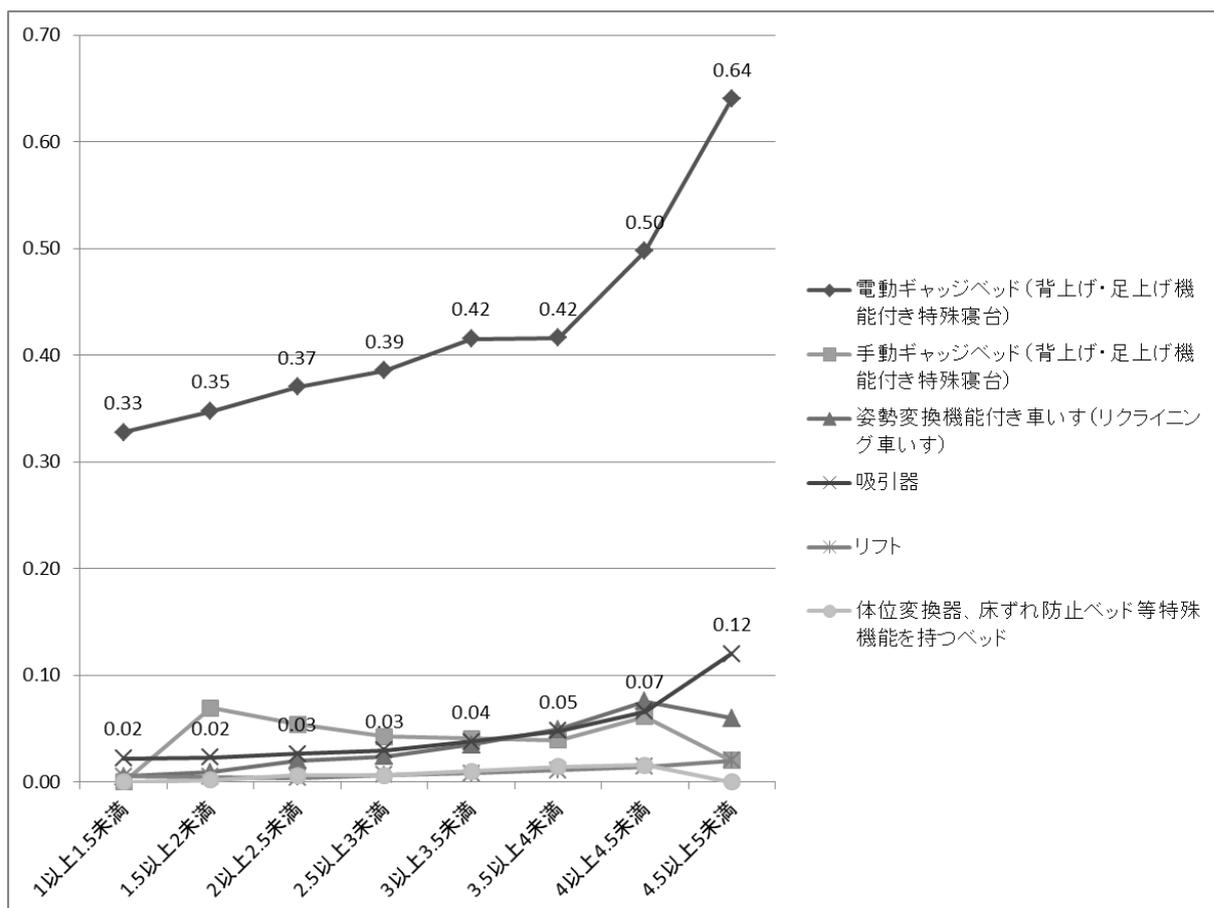


図 55 入居者一人当たりの福祉用具の数/事業所の平均要介護度別

2.6. ケアの状況

(1) 食事介助に関する基本的な取組状況

1) 全体の傾向 p. 6 [Q9-1]

- 7割の事業所は、献立への入居者の意思の反映、準備を主体的に行う支援を基本としており、4割の事業所は外食の取り入れ、1/3の事業所が入居者による食材の買い出しを行っている。配食・弁当による食事を行っている事業所は1割程度であった。

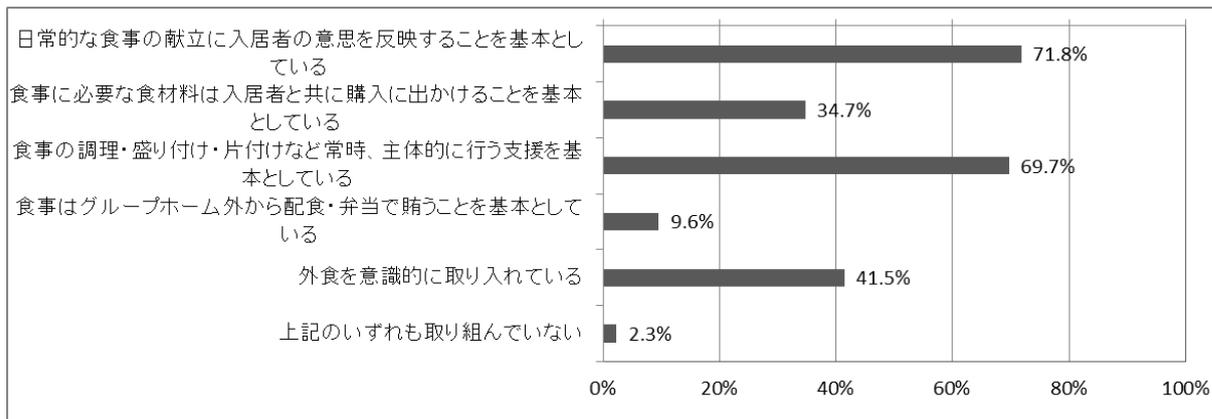


図 56 食事介助に関する基本的な取組(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 115 [Q2-4×Q9-1], p. 127 [Q4-1×Q9-1], p. 134 [Q4-2×Q9-1]

- 1 ユニットの事業所は、入居者と共に買い出しに出かけることに注力している傾向がある（全事業所に比べ実施事業所の割合が5ポイント高い）。
- 平均要介護度や平均認知症日常生活自立度が高くなると、食事の調理・盛り付け・片付けなどの支援が難しくなるようである。特に平均要介護度が3以上、平均認知症日常生活自立度がⅢa以上になると、支援が困難になっているようである。

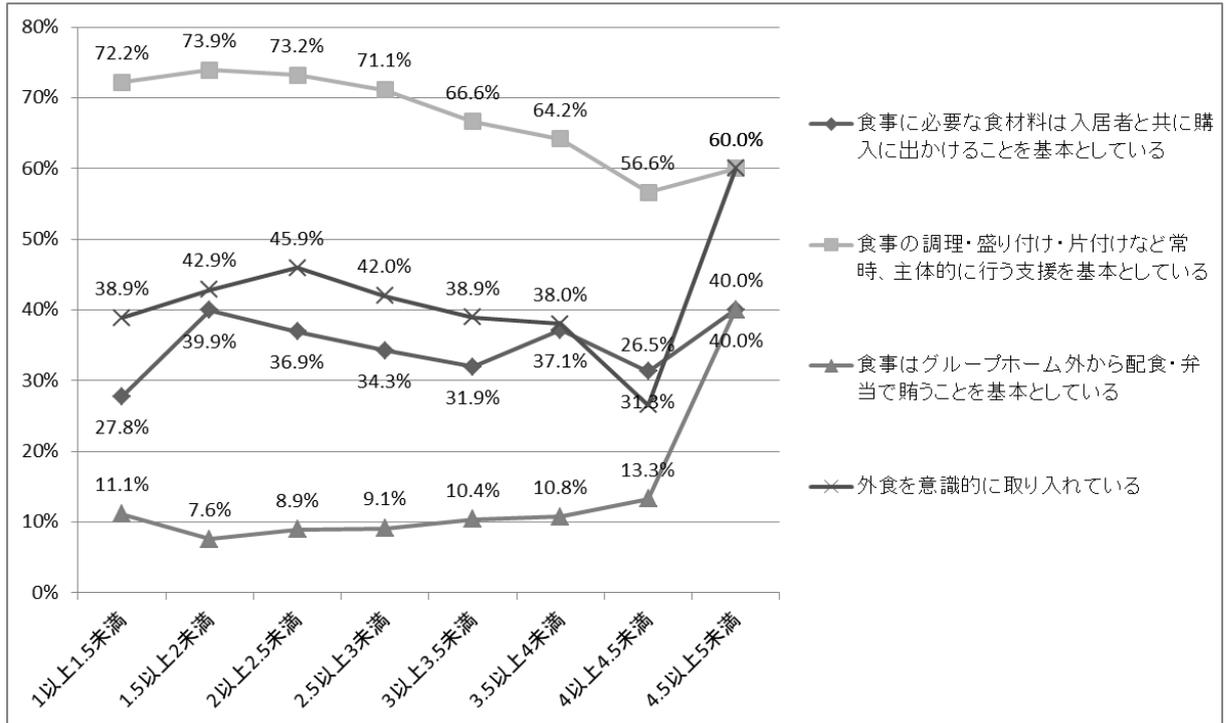


図 57 食事介助に関する基本的な取組(実施事業所率)／平均要介護度別

(2) 入浴介助に関する基本的な取組状況

1) 全体の傾向 p.6 [Q9-2]

- 9 割前後の事業所は、本人の意思や状態・状況に応じ、入居者の状態に合わせてマンツーマンで入浴を行っている。また、4 割超の事業所は身体能力が低下した場合でも入浴の機会を確保している。
- 夜間入浴（夕食後から就寝前）が行える事業所は比較的少ない（14.3%）。

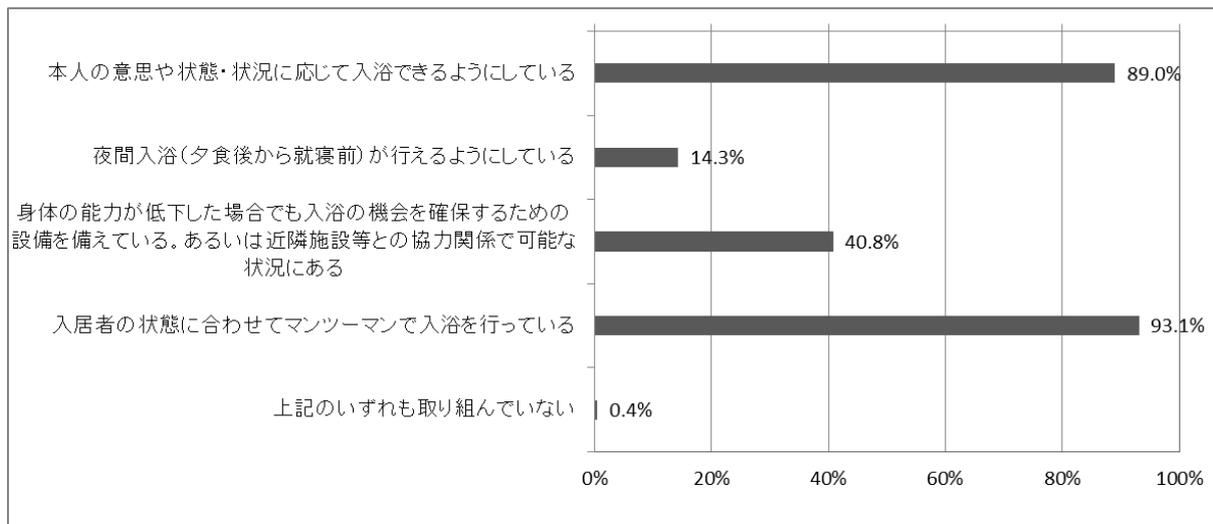


図 58 入浴介助に関する基本的な取組(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 128 [Q4-1×Q9-2], p. 135 [Q4-2×Q9-2]

■ 身体能力が低下した場合でも入浴の機会を確保するための設備を備えている事業所の多くは、平均要介護度 3 以上、平均認知症日常生活自立度Ⅲa 以上となっている。

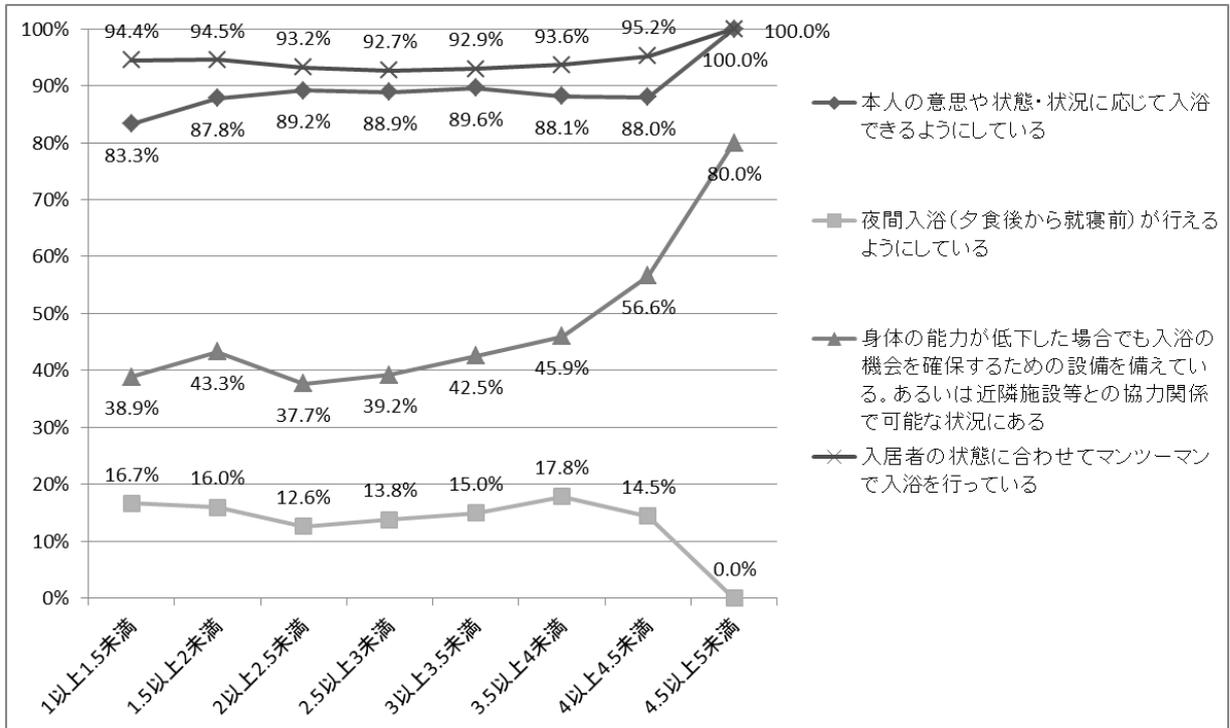


図 59 入浴介助に関する基本的な取組(実施事業所率)／平均要介護度別

(3) 排泄介助に関する基本的な取組状況 p. 6 [Q9-3]

3つの選択肢(随時介助、トイレでの排泄を基本、オムツ極力不使用)の全てが、8割以上の事業所で選択されている。

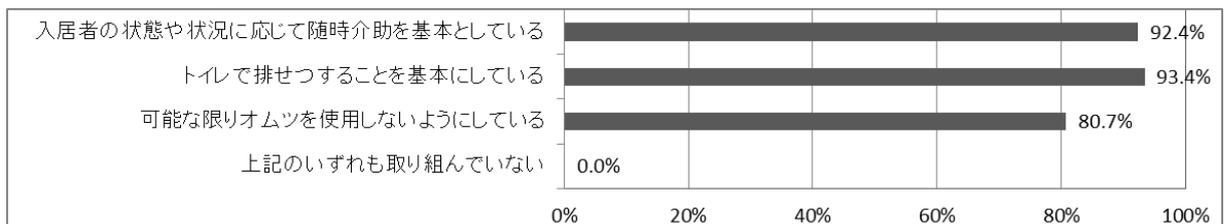


図 60 排泄介助に関する基本的な取組(n=5,195)

(4) 入居者の過ごし方に関する基本的な取組状況

1) 全体の傾向 p. 6 [Q9-4]

- 9割前後の事業所は、入居者に応じた起床・就寝、過ごし方を行っており、また起床・就寝時の着替えを行っている。
- 一方、外出等の活動は7割前後の事業所で行われている。

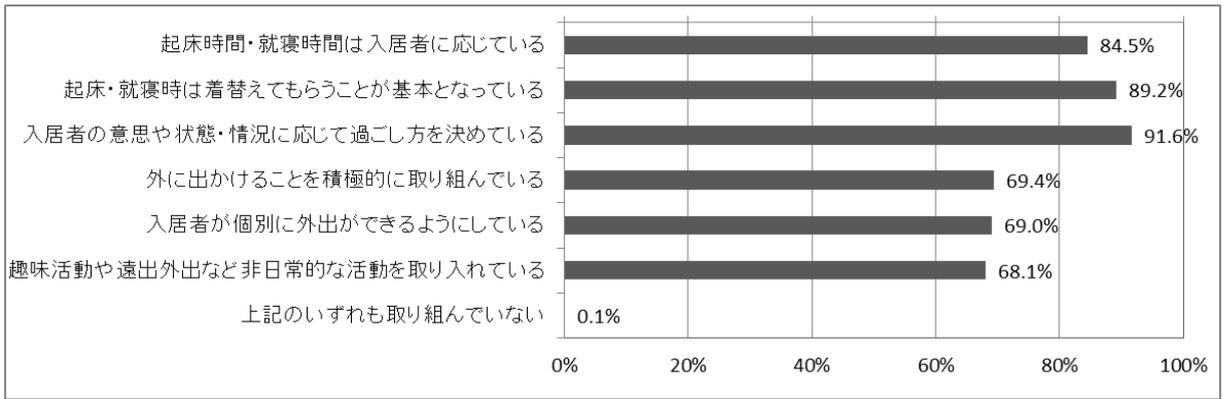


図 61 入居者の過ごし方に関する基本的な取組(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 129 [Q4-1×Q9-4], p. 136 [Q4-2×Q9-4]

■ 外出等の活動に取り組んでいる事業所は、平均要介護度や平均認知症日常生活自立度が低い事業所が多く、手間がかかる入居者が多い事業所では外出の機会が減るようである。

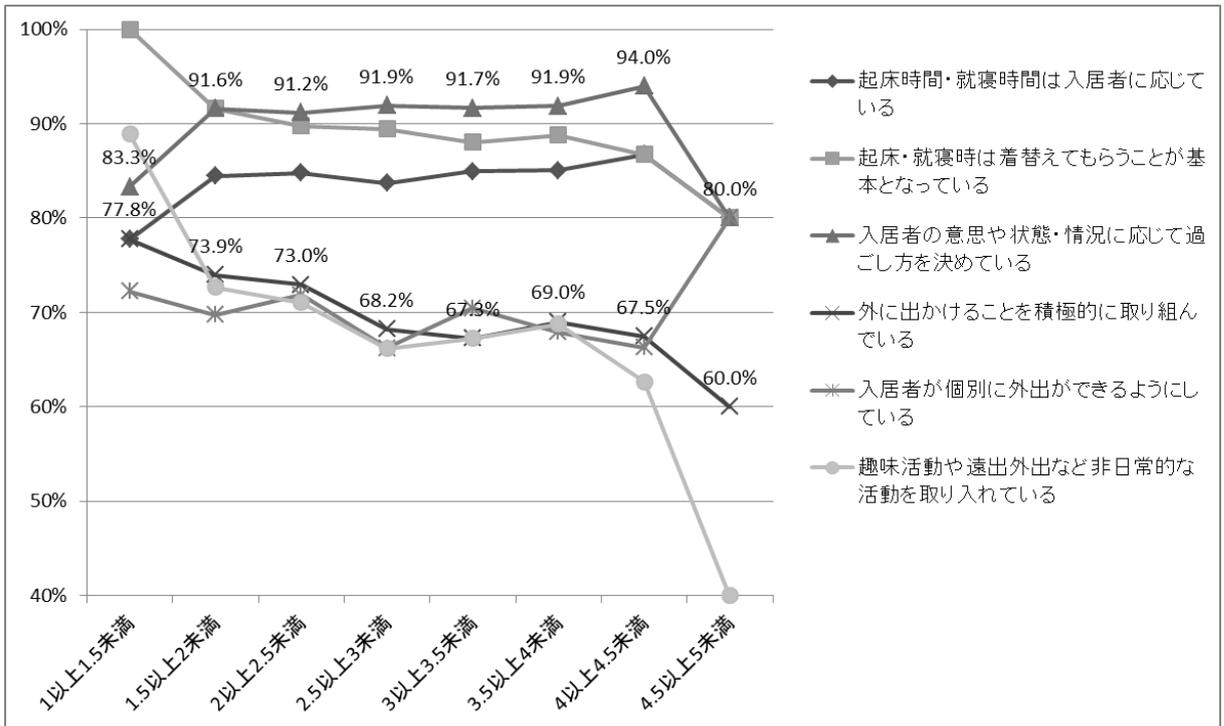


図 62 入居者の過ごし方に関する基本的な取組(実施事業所率)/平均要介護度別

(5) 入居者へのケアを良くするためのツール類の活用状況

1) 全体の傾向 p. 6~7 [Q9-5]

- 約 1/4 の事業所はツールを活用していない。
- 活用している事業所の殆どがケアマネジメントセンター方式のツールを用いており、同ツールを活用している場合は一部の入居者ではなく全入居者に活用している事業所が多い。

- 一方、ひもときシートを活用している事業所は、全入居者ではなく一部の入居者に活用している事業所が多い。
- 「上記以外のツールの活用」を選択した事業所が比較的多く（14.1%）、ひもときシートの利用事業所より多い。具体的には事業所独自のツール（独自開発や、既存のツールの改良・一部活用・組み合わせ等）や、〇〇県方式といった特定の地域で普及するツール、市販の介護ソフトウェアが多く挙げられた。

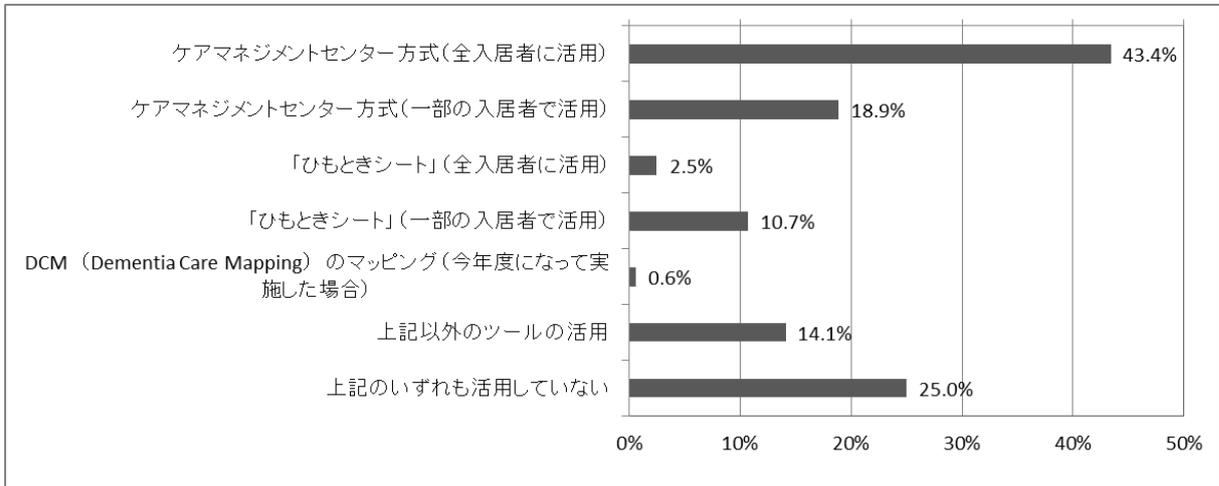


図 63 入居者へのケアを良くするためのツール類の活用(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 52 [Q2-2×Q9-5], p. 116 [Q2-4×Q9-5], p. 188 [Q6×Q9-5]

- 1 ユニットの事業所は独自の手法を主流とする傾向があり、ツール類はあまり活用していない。（ツールの活用割合が平均より 3 ポイント低い）
- 社会福祉法人（社協以外）や医療法人にも若干ではあるが独自の手法とする傾向がある。（ツールの活用割合は平均より 1.5 ポイント低い）
- 介護従事時間数等、従事者数による差異は見られない。

(6) 施錠の状況

1) 全体の傾向 p. 7 [Q9-6]

- 2/3 超（67.8%）の事業所で日中は施錠されていない。残る 1/6 ずつが随時施錠や常時施錠。

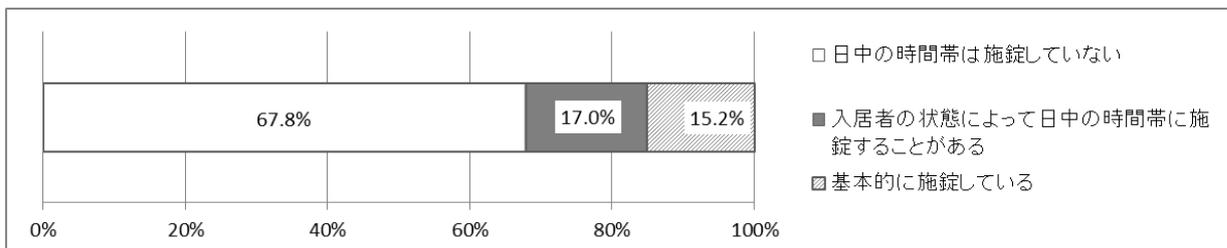


図 64 施錠の状況(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 119 [Q2-4×Q9-6]

- 入居者数が少ないと介護者の目が行き届きやすいためか、1 ユニットの事業所では

施錠しないとする割合が全体（67.8%）と比べて7.5ポイント高い。

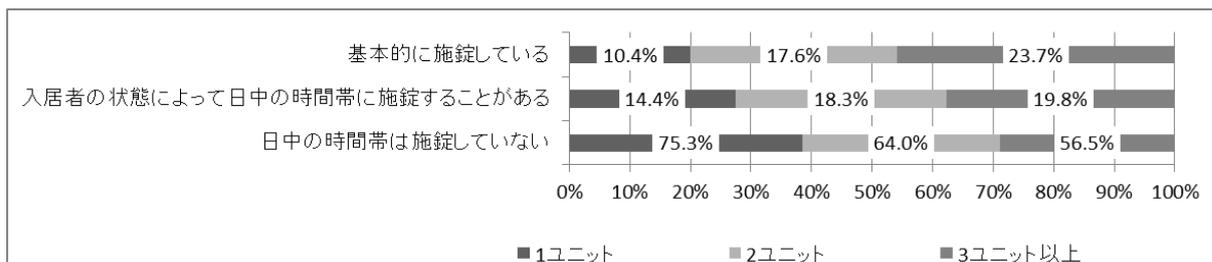


図 65 施錠の状況／ユニット数別事業所分布

(7) 過去1年間で1回以上行った身体拘束

1) 全体の傾向 p.7 [Q9-7]

- 7割の事業所では一切拘束されておらず、施設介護系の事業所に比べ、非常に努力していると言える。
- 残る（何らかの拘束をしている）事業所のうち、比較的多くの事業所で実施されているのは「行動を落ち着かせるために、向精神薬を使っている」（14.6%）、「ベッドの周囲を柵や壁等で囲んだりして自分では降りられないようにする」（11.2%）。

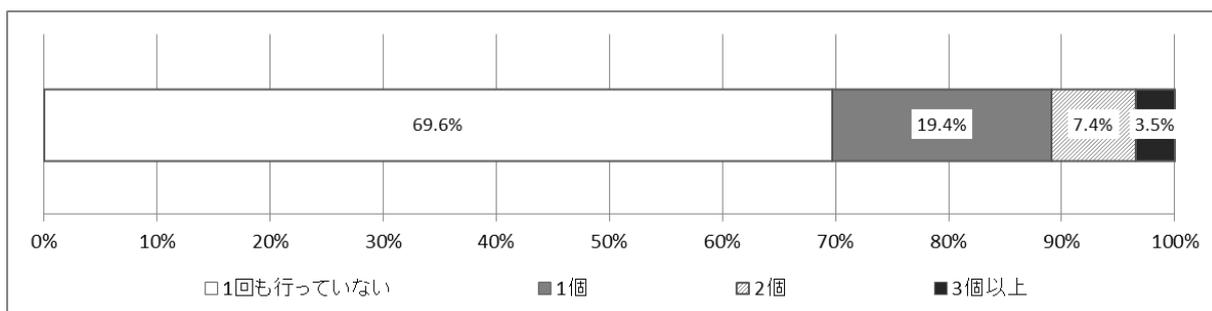


図 66 過去1年間で1回以上行った身体拘束／選択回数別事業所分布(n=5,195)

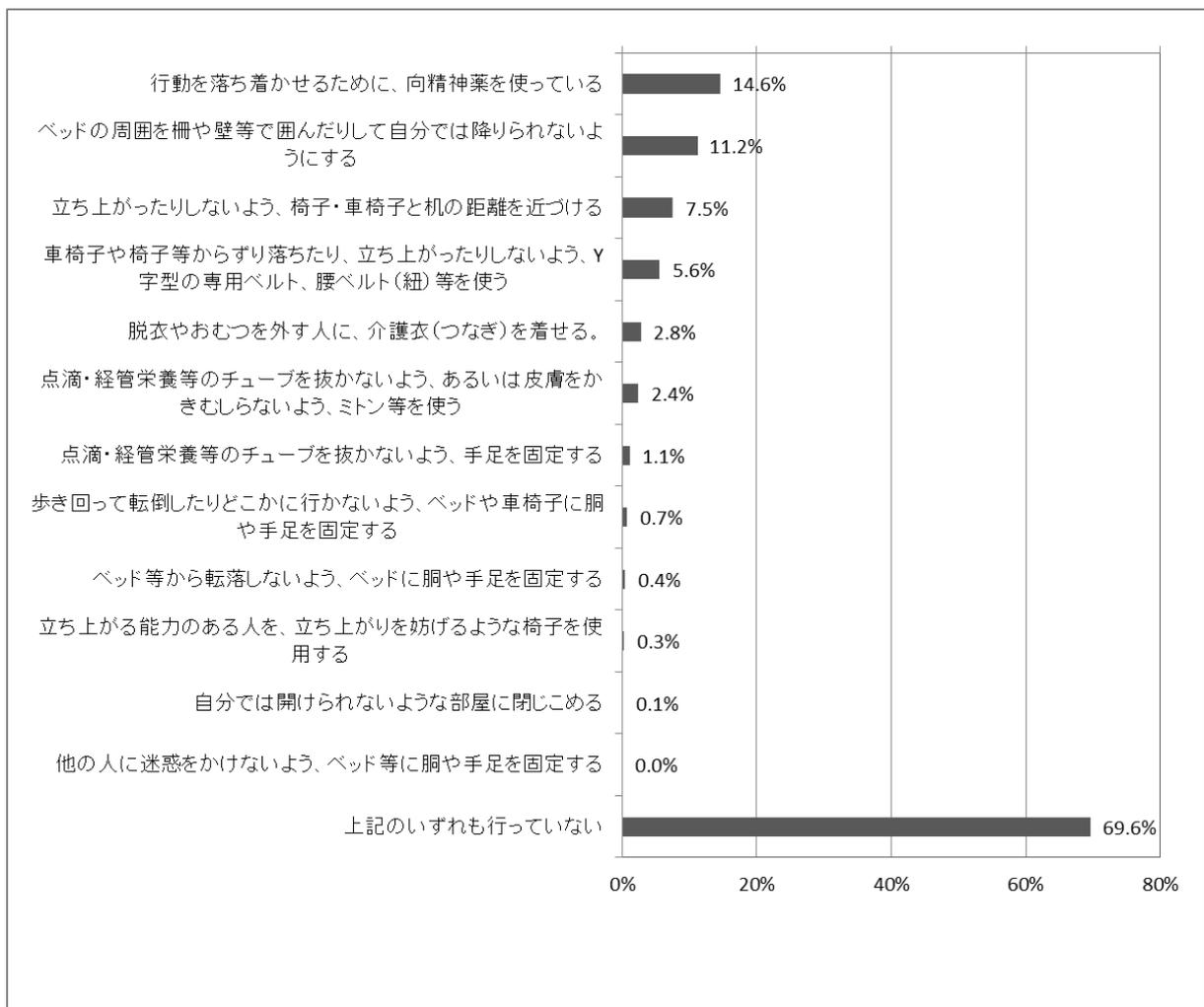


図 67 過去1年間で1回以上行った身体拘束(n=5,195)

- 2) 事業所ごとの特徴 p.53[Q2-2×Q9-7], p.130[Q4-1×Q9-7], p.137[Q4-2×Q9-7], p.184[Q6×Q9-7]
- 事業所の平均要介護度や平均認知症日常生活自立度、平均障害高齢者日常生活自立度による差異は見られなかった。
 - 何らかの拘束を行っている事業所は、医療法人、営利法人、NPO に若干（3ポイント前後）多い。
 - 入居者一人当たりの常勤換算職員数や介護従事時間等による明確な差異はなく、職員配置が薄いために拘束しているといった関連性は薄いようである。

(8) 入居者の継続的な支援に関する基本的な取組状況

- 1) 取組状況 p.7~8 [Q9-8]
- 約84%の事業所は「関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本」としているが、実際には常に取り組めている事業所は2割で、4割超の事業所は常時医療行為が必要になると対応困難としている。

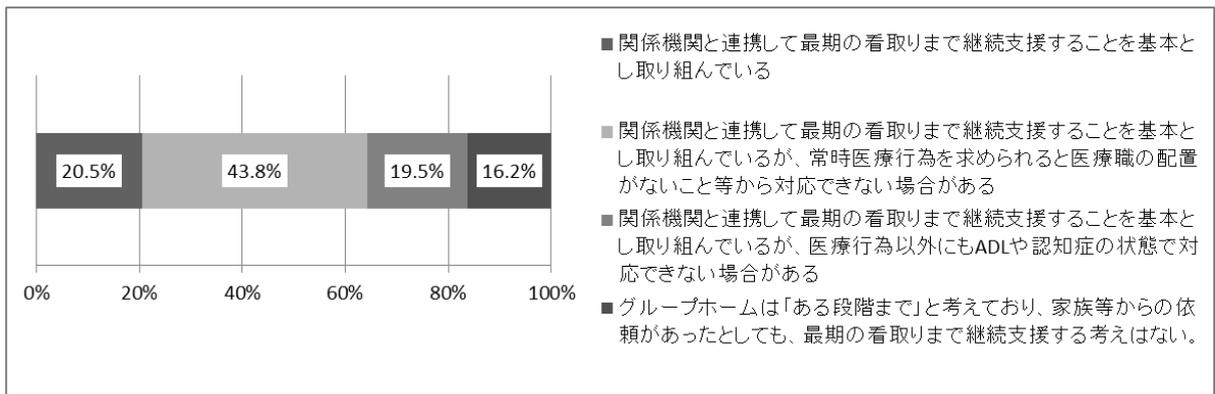


図 68 入居者の継続的な支援に関する事業所の分布(n=5,195)

2) 支援できる段階 p. 7~8 [Q9-8]

- 重度化により対応困難とする事業所や、グループホームを中間施設と位置付ける事業所（合わせて 36%）の 9 割は「継続的な医療的ケアが必要となった段階」を支援困難としている。
- 「認知症の行動・心理症状(BPSD)や精神症状が重度で対応できなくなった段階」や「ADL が一定以上重度になり対応できなくなった段階」も各 46%の事業所が選択している。

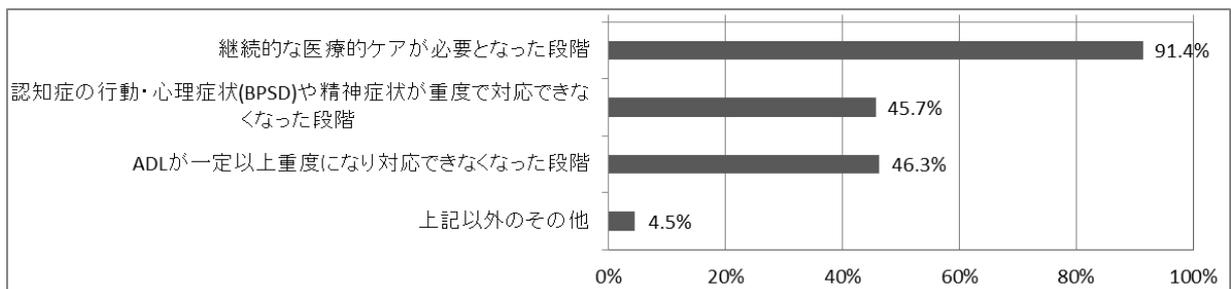


図 69 入居者への継続的な支援が可能な段階(n=1,856)

3) 事業所ごとの特徴 p. 131 [Q4-1×Q9-8], p. 138 [Q4-2×Q9-8]

- 入居者の状態に応じて看取りケアの準備をするためか、平均要介護度や平均認知症日常生活自立度が高い事業所ほど、関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本として取り組んでいる。

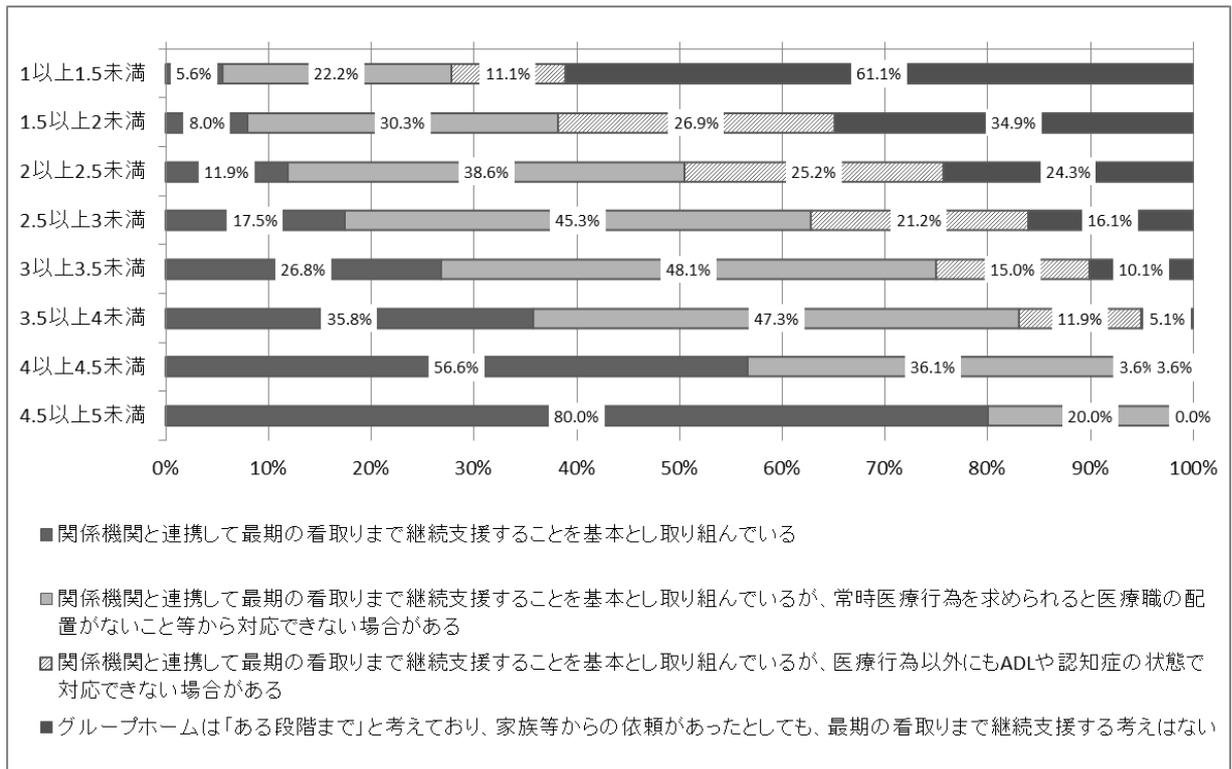


図70 入居者の継続的な支援に関する事業所分布／平均要介護度別

4) 事業所の所在地による差異 p.169~170 [Q2-1×Q9-8]

- 北海道・京都府・香川県・愛媛県・高知県・佐賀県では、「関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本とし取り組んでいるが、常時医療行為を求められると医療職の配置がないこと等から対応できない場合がある」と回答した事業所が半数を超えている。

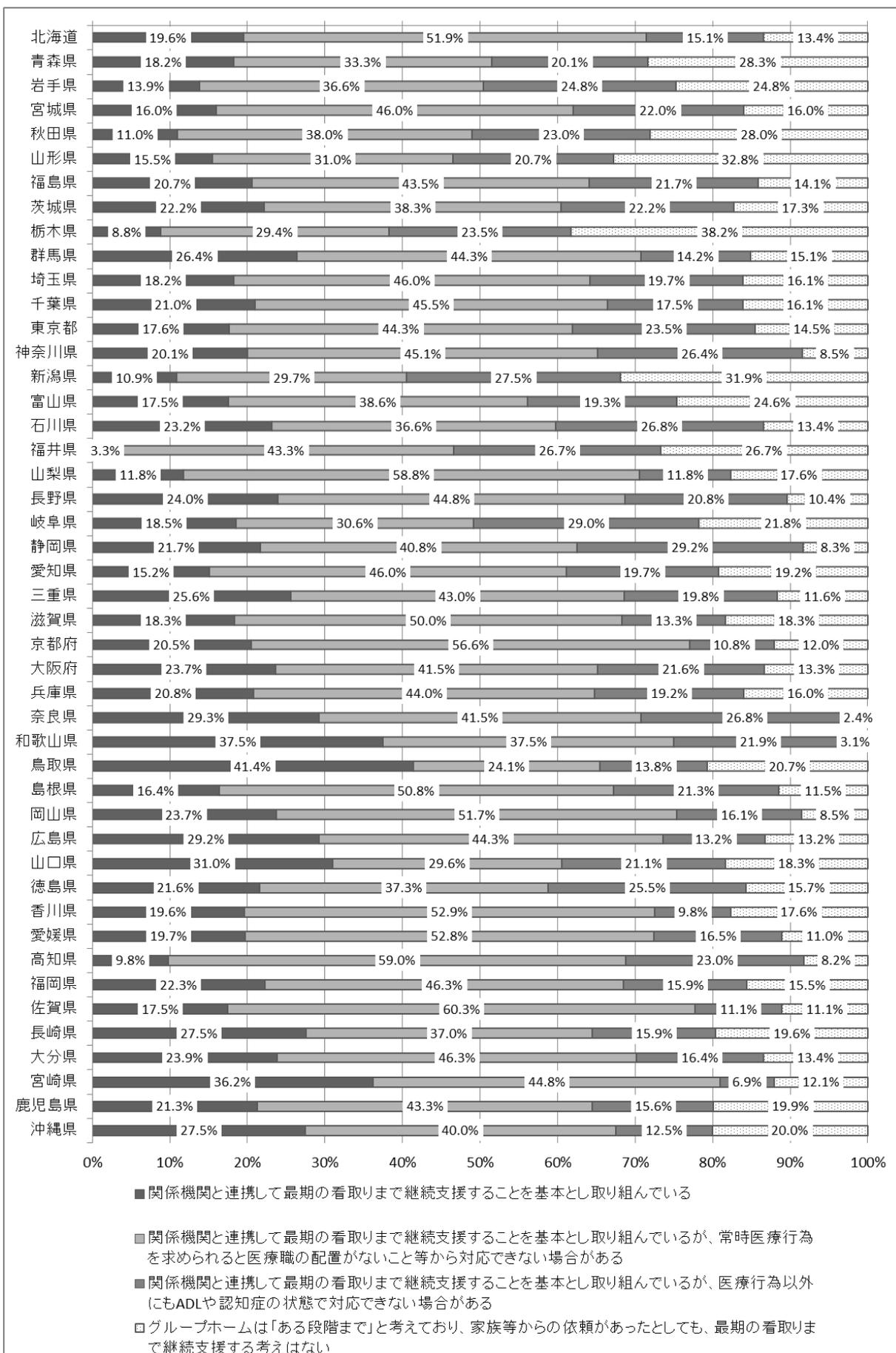


図 71 入居者の継続的な支援に関する基本的な取組/所在地別

(9) 入居者の介護計画の作成に関する基本的な取組状況 p. 8 [Q9-9]

介護計画の見直し頻度としては、9割の事業所が毎月ではない定期的としている。
 計画作成における意見の反映や説明を行っている事業所は4割程度となっているが、
 作成された計画の職員への周知は9割弱の事業所で実施されている。

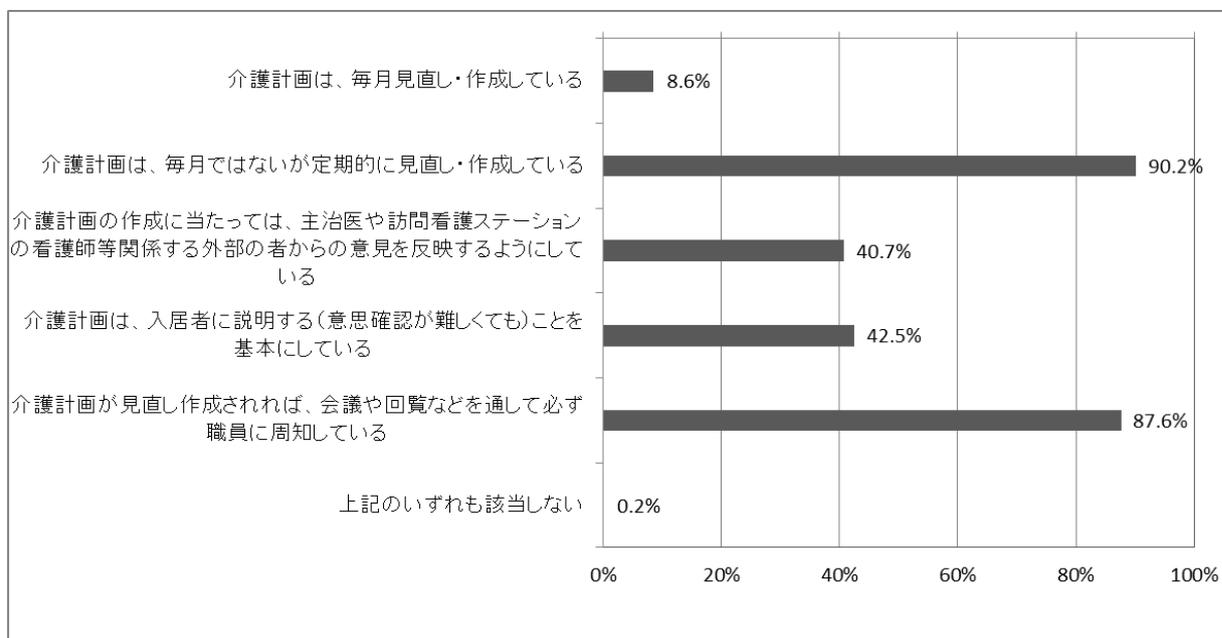


図 72 入居者の介護計画の作成に関する基本的な取組(n=5,195)

(10) 入居者の家族との連携における基本的な取組状況 p. 8 [Q9-10]

「家族も交えたグループホームの行事等を定期的に行っている」は殆どの事業所が行っているが、家族との懇談会は1/3の事業所にとどまる。

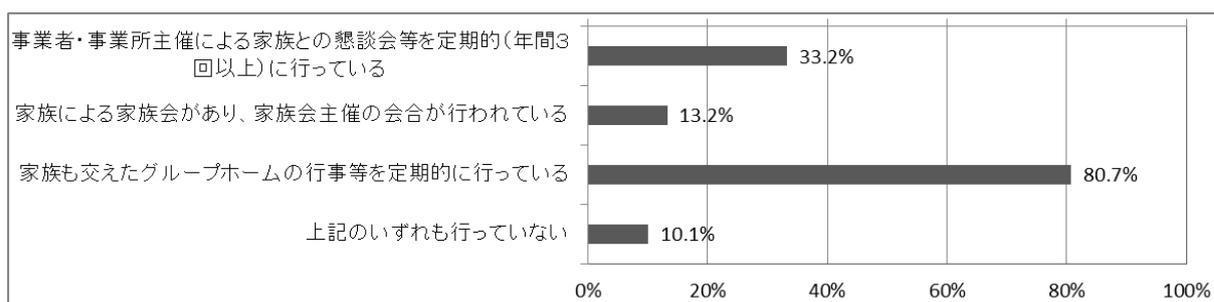


図 73 入居者の家族との連携における基本的な取組(n=5,195)

(11) 入居者の身体機能の低下に伴う介助における指導・助言等に関する基本的な取組状況 p.8 [Q9-11]

1/5の事業所では選択肢のいずれも行われていなかった。
 半数以上の事業所で行っているのは管理栄養士等や歯科の専門家からの指導や助言。

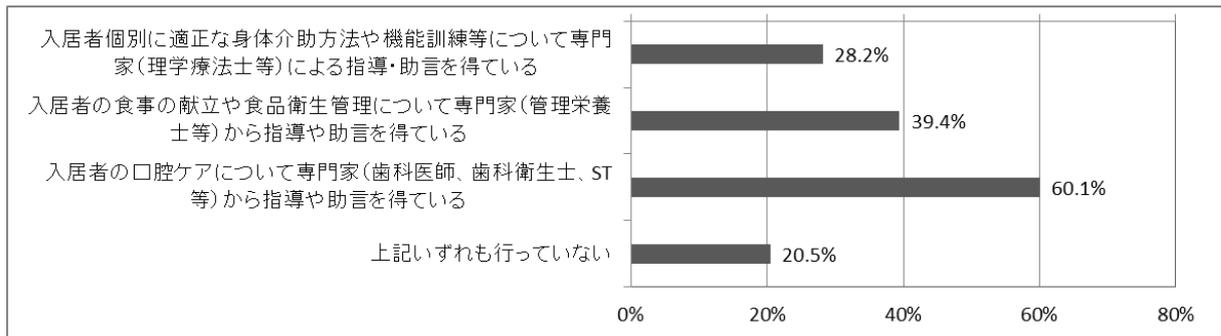


図 74 入居者の身体機能の低下に伴う介助における指導・助言等に関する基本的な取組(n=5,195)

2.7. 職員教育の状況

(1) 研修修了職員数

1) 全般的な傾向 p.8 [Q10]

- 5,195 事業所の介護従事者 76,979 人のうち、合計で 29,700 人が担当職務に係る研修を修了しているが、修了者の 9 割超 (92.5%) が常勤職員であった (修了者は常勤職員の 52.4%、非常勤職員の 9%)。
- 管理者研修の修了者は約 98.8% (総ユニット数からの推計) であった。
- 「認知症介護実践研修 (実践者研修)」の修了者は介護従事者 76,979 人の 21.6% を占めるが、「認知症介護実践研修 (リーダー研修)」の修了者は同 5.1%、「認知症介護指導者研修」の修了者は同 0.7% と少ない。

2) 事業所ごとの特徴 p.13 [Q10], p.171~175 [Q2-1×Q10], p.56~61 [Q2-2×Q10]

- 9 割以上 (96.1%) の事業所に「認知症介護実践研修 (実践者研修)」修了者、約半数 (49.6%) の事業所に「認知症介護実践研修 (リーダー研修)」の修了者が在勤。
- 一方、認知症介護指導者研修の修了者がいる事業所は 424 箇所 (8.2%) しかない。
- 修了職員数が多い事業所は鳥取県・香川県に比較的多く、全 4 種の研修修了者の割合が全国平均 (33.6%) と比べ 10 ポイント以上高い。
- 法人種別により研修終了者の割合に偏りがあり、グループホーム管理者研修の修了者が多い法人は NPO、少ない法人は社会福祉法人 (社協以外) となっている。「認知症介護実践研修 (リーダー研修)」及び「認知症介護実践研修 (実践者研修)」の修了者が多い事業所は、社会福祉法人 (社協以外) と医療法人で若干多く、営利法人では若干少ない。

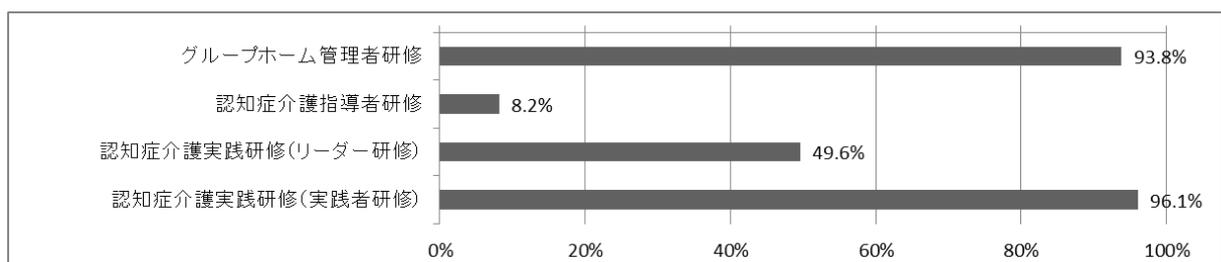


図 75 各研修の修了職員がいる事業所の割合(n=5,195)

- 3) 修了者がいない・少ない事業所の特徴 p. 178~180[Q5×Q10], p. 180~182[Q6×Q10],
p. 182~183[Q10×Q7-1~Q7-4], p. 183~185[Q10×Q9-1~Q9-9]
- グループホーム管理者研修の修了者が少ない事業所では、入浴介助、排泄介助、及び入居者の介護計画の作成に関する基本的な取り組みを行っていない事業所が多い。また、基本的に施錠している所が多い。
 - 「認知症介護実践研修（リーダー研修）」の修了者が少ない事業所は介護福祉士が少ない。
 - 医療機関との連携では、研修修了者の数による差異は見られない。

(2) 外部・内部研修、他法人の事業者との交流

1) 全般的な傾向 p. 8~9 [Q11]

- 3種（20.3%）もしくは4種（18.8%）の外部研修や他法人の事業者との交流を実施している事業所が各2割程度と最も多く、次いで2種（16.8%）・5種（12.7%）とした事業所がそれぞれ1割強あり、ここまでで全体の7割を占める。一方、いずれの外部研修・交流も実施しなかった事業所が1割（9.1%）あった。
- 外部研修・交流と比べて内部での実施は少ないが、半数以上が1~2種の内部研修・交流を行っている。
- 研修・交流の内容では、内外ともに現任者向け研修が最も多く、8割を超える事業所で実施している。次いで、新入職員向け研修（65.5%）が多かった。
- 他法人の事業者との相互訪問による研修は比較的少なく、2割の事業所での実施に留まった。

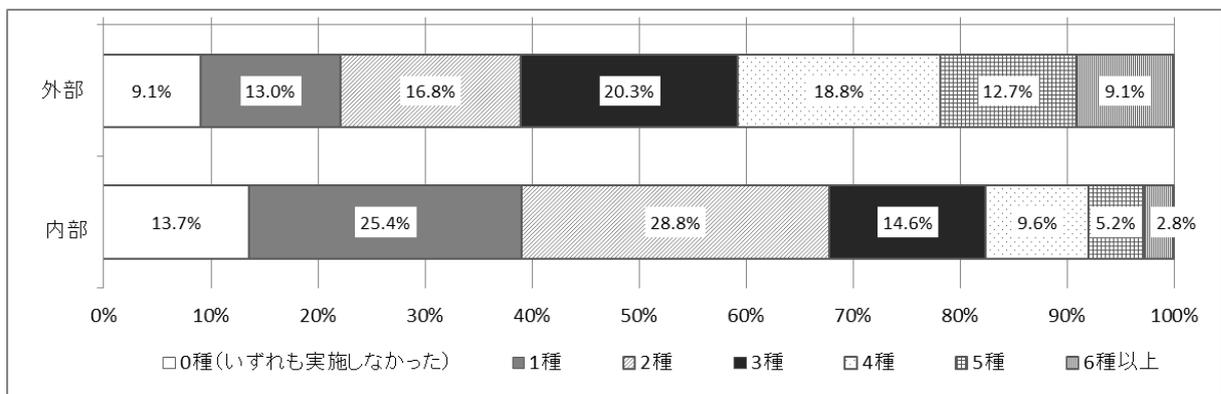


図 76 外部・内部研修、他法人の事業者との交流実施の種類(n=5,195)

2) 事業所ごとの特徴 p. 186 [Q5×Q11], p. 186~187[Q6×Q11]

- 僅かな差ではあるが、常勤職員が多い事業所では現任者向け外部研修の実施回数が多く、常勤職員率が0%（全て非常勤職員）の事業所で0回、100%（全職員が常勤）の事業所で0.6回となっている。
- 事業所の、入居者一人当たりの常勤換算職員数や介護従事時間による、これら研修・交流等の実施に差異は見られない。

2.8. 入居者個人の状況

入居者個人票に協力頂けた 493 事業所の入居者総数は 6,757 人。1 事業所当たり平均 13.7 人となった。

(1) 入居者の属性

1) 性別 p. 213 [Q13-2]

■ 全入居者 6,757 人のうち女性が 8 割 (5,541 人/82.0%)、男性は 1,200 人 (17.8%)、無回答 16 人 (0.2%) であった。

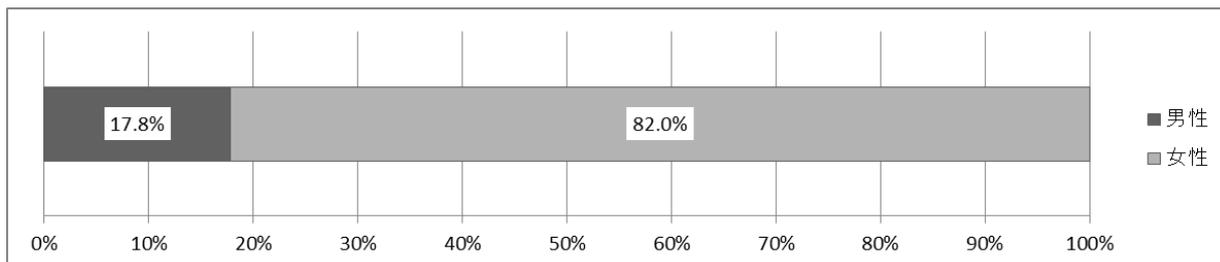


図 77 性別(n=6,757)

2) 満年齢 p. 213 [Q13-3]

■ 半数以上が 80 歳代 (53.7%)、3 割が 90 歳代 (29.0%) で 80 歳以上が全体の 8 割を占める。残る 1 割強は 70 歳代 (13.1%) であった。

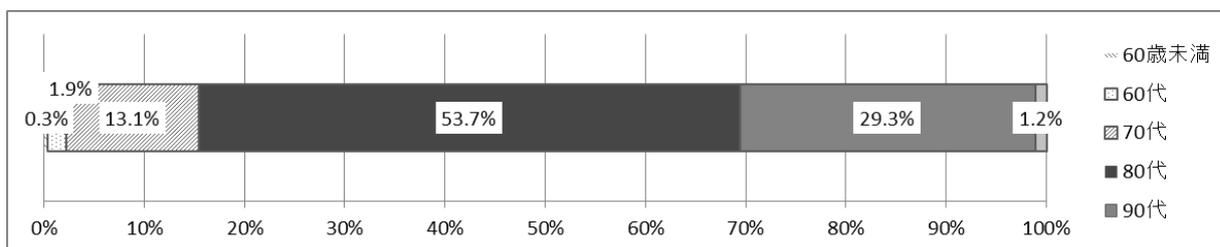


図 78 満年齢(n=6,757)

3) 入居期間 p. 213 [Q13-4]

■ 全入居者の平均入居期間は 3 年 4 ヶ月。事業所票の回答事業所の入居者平均より 2 ヶ月長い結果となった。

■ 全入居者の各 1/3 が「1 年以上 3 年未満」、1/4 弱が「3 年以上 5 年未満」(19.4%)、「5 年以上 10 年未満」(20.6%)、約 2 割が「1 年未満」(19.6%) となっており、事業所票の回答事業所の入居者の分布とほぼ一致 (差異 1%未満) している。

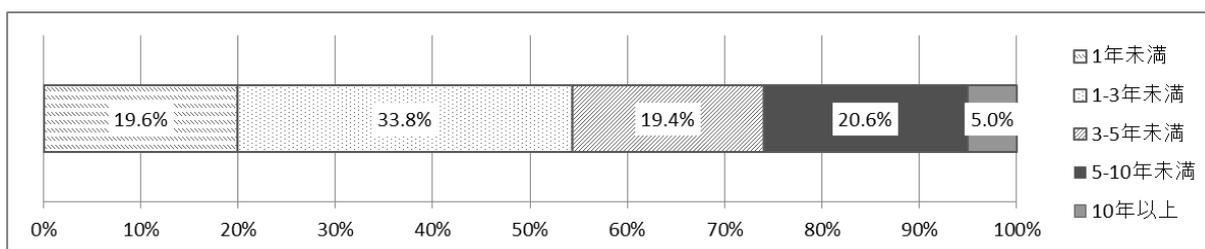


図 79 入居期間(n=6,757)

4) 入居前の世帯構成 p. 213 [Q13-5]

- 約半数（44.8%）が独居、1/3(35.0%)が65歳以下の世代も含む同居であった。夫婦のみ（11.3%）や65歳以上の高齢者のみの同居（4.7%）は、比較的少なかった。

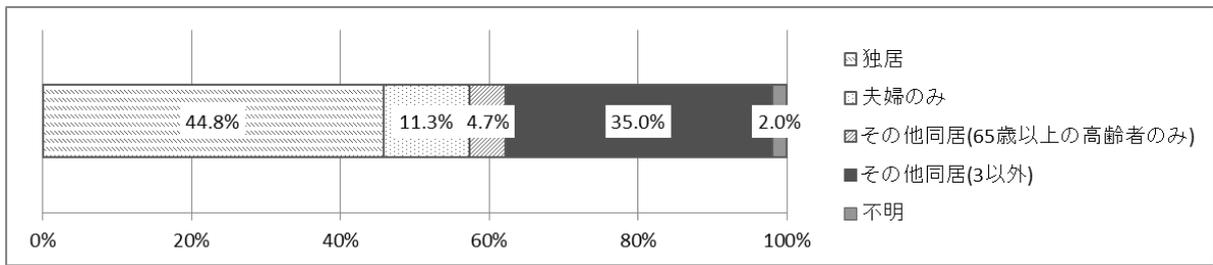


図 80 入居前の世帯構成(n=6,757)

5) 入居前の介護力 p. 213 [Q13-6]

- 「介護できる人間が常時いない」が6割近く（56.3%）、「時間帯によっては介護できる人間がいる」は3割弱（27.9%）で、約9割の入居者の家族が介護に当てる時間の確保が困難であった。
- 一方、「介護できる人間が常時いる」も1割あった。

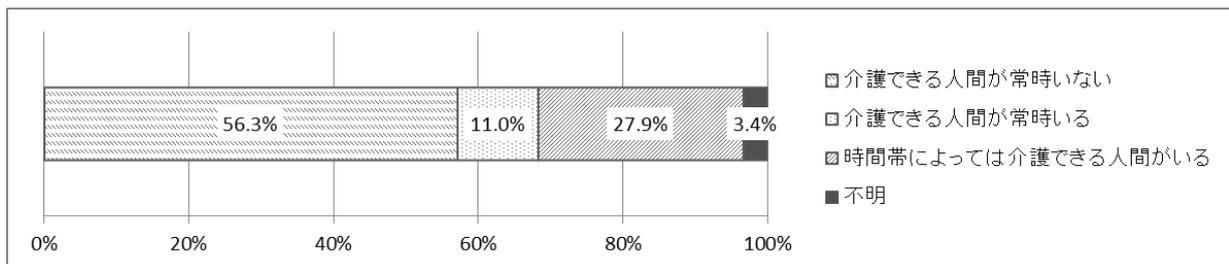


図 81 入居前の介護力(n=6,757)

6) 入居前の居場所 p. 213 [Q13-7-1]

- 6割が自宅からの入居であった。
- 3割弱が施設からの入居で、「介護老人施設」「介護療養型医療施設以外の医療機関(精神科病院以外)」「精神科病院」「その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等)」がそれぞれ7%前後を占めた。

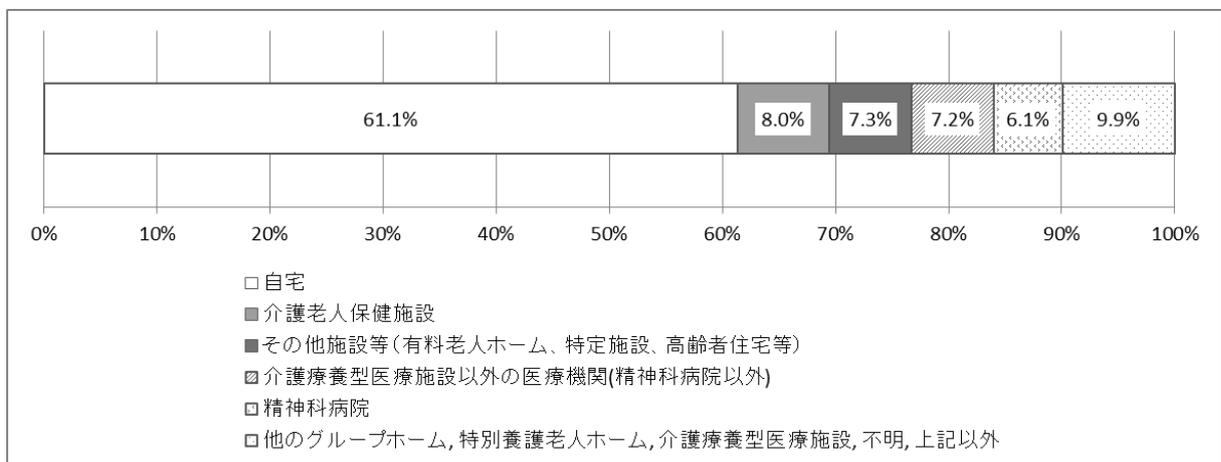


図 82 入居前の居場所(n=6,757)

7) 住まい p.213 [Q13-7-2]

■ (当たり前だが) 全入居者がグループホームを住まいとしている。

8) 現在利用しているサービスの状況 p.214 [Q13-7-3]

■ (当たり前だが) 全入居者がグループホーム(認知症対応型共同生活介護適用施設)を利用している。

9) 要介護度(現在) p.214 [Q13-8]

■ 全入居者 6,757 人の平均要介護度は 2.8。

■ 要介護 2・3 がそれぞれ 1/4 を占め、前後がそれぞれ 2 割を占めている。残り 1 割が要介護 5 であった。

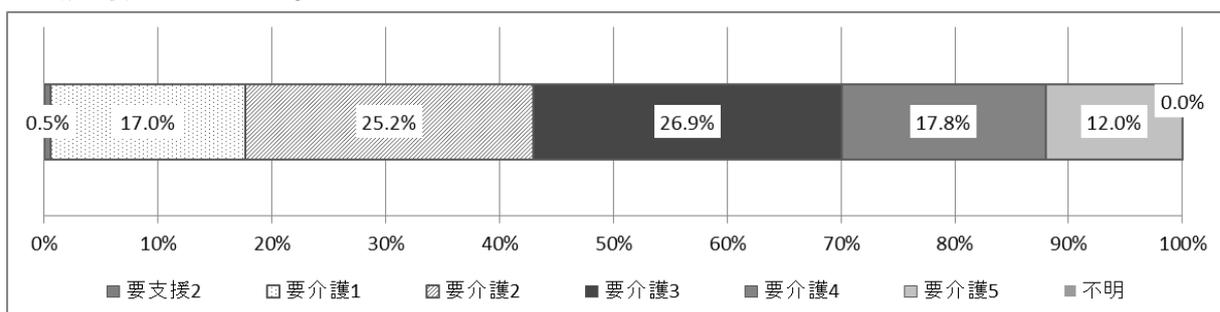


図 83 要介護度(n=6,757)

10) ADL p.214 [Q13-9]

■ 最も介助が求められる動作は入浴で、入居者の半数(49.3%)が一部介助、3割が全介助(32.5%)を必要としている。

■ 次に 1/3 の入居者は排泄と着替いで一部介助、1/4 の入居者は全介助が必要。

■ 移動は約半数の入居者が自立または見守りでできており、半数が一部または全介助を必要としている。

■ 食事で全介助が必要な入居者は 1 割で、比較的自力または見守りの下できている。

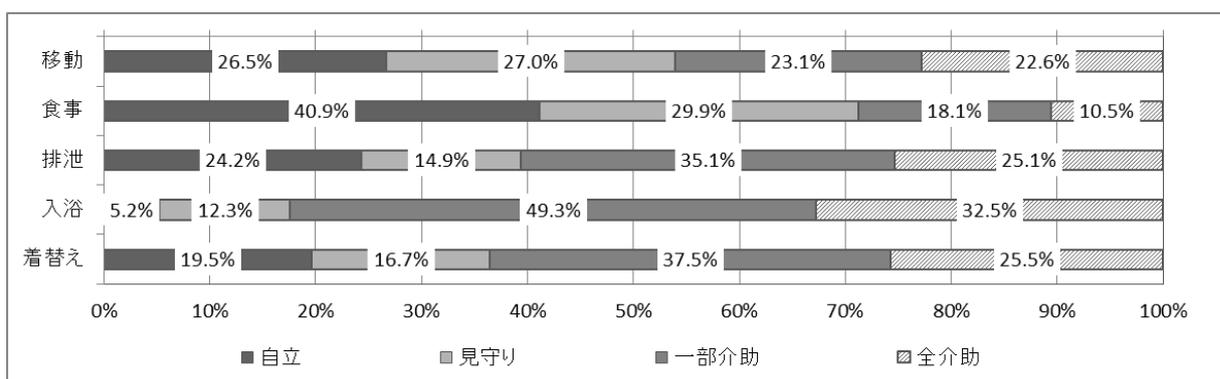


図 84 ADL(n=6,757)

11) IADL 等 p.214 [Q13-10]

■ 約 8 割の入居者が「自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむこと」(78.6%)、「自分で食事の準備」(75.1%)等、細かな判断を伴う動作が全くできない。

■ 電話をかけることも 2/3 (66.2%) の入居者が全くできず、2 割 (20.8%) があまり

できていない。

- 感覚的な判断を伴う「一日の計画を自分で立てること」「季節や状況にあった服を自分で選ぶこと」が問題なくできる入居者も僅か（それぞれ 2.4%・4.9%）で、1/4の入居者があまりできず、約半数の入居者で全くできない。

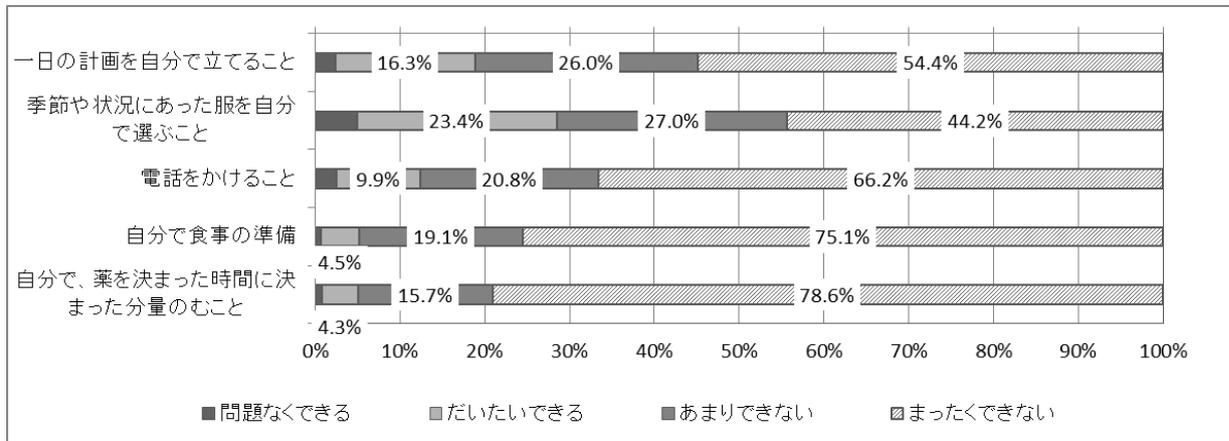


図 85 IADL 等(n=6,757)

12) 障害高齢者日常生活自立度（現在） p.214 [Q13-11]

- 全入居者 6,757 人の平均障害高齢者日常生活自立度は A1 (4.0)。
- 3 割の入居者が自立度 A1 (32.0%)、1/4 が A2 (25.4%) で、B1 及び B2 はそれぞれ 1 割、ここまでで全体の 8 割を占めている。

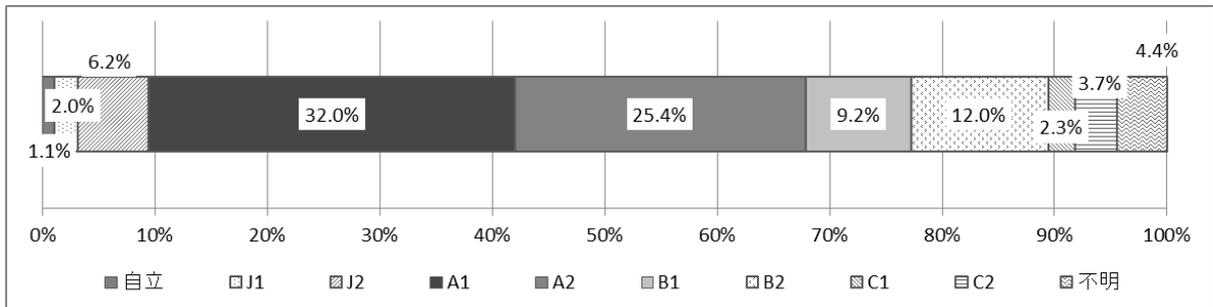


図 86 障害高齢者日常生活自立度(n=6,757)

13) 認知症高齢者日常生活自立度（現在） p.214 [Q13-12]

- 全入居者 6,757 人の平均認知症日常生活自立度は II b (4.0)。
- 3 割の入居者が自立度 III a (30.8%)、II b (23.4%) 及び IV (16.6%) が 2 割前後おり、II a と III b がそれぞれ 1 割であった。

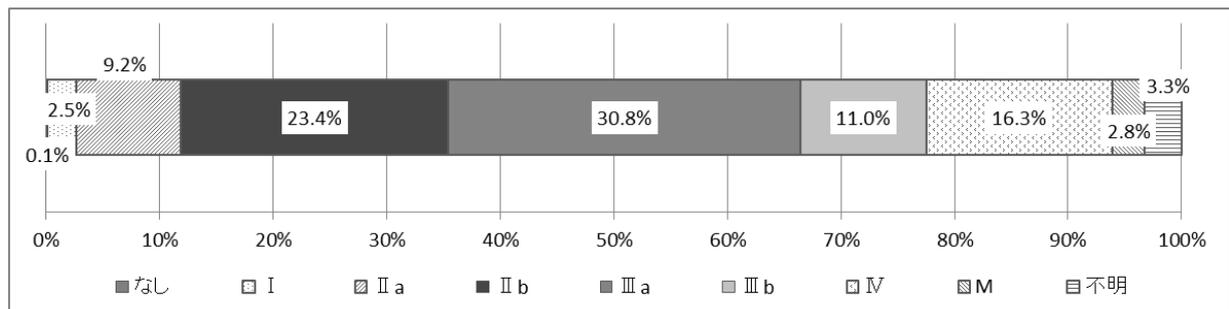


図 87 認知症高齢者日常生活自立度(n=6,757)

(2) 認知症となっている期間 p. 215 [Q13-13]

全入居者 6,757 人のうち発症年がわかった半数弱の入居者の、認知症となっている期間は平均 6.2 年。

身寄りがない、生活保護受給者で行政より急遽受入等で、事業所が入居者の入居前の状況を把握できていないことが少なくないためか、半数以上が不明 (53.6%) であった。

発症年がわかった入居者の内訳では、「2～4 年」「4～6 年」「6～8 年」「10 年以上」がそれぞれ 8～10% 程度とあまり偏りなく分布している。

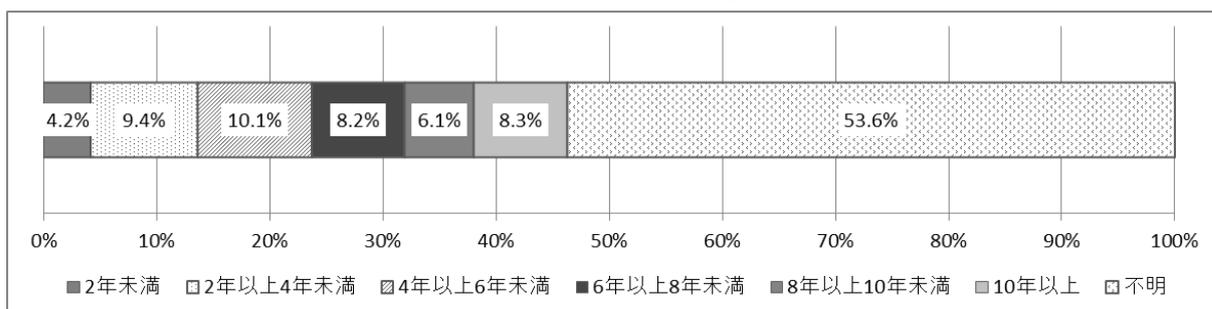


図 88 認知症となっている期間(n=6,757)

(3) 認知症の状態 p. 215 [Q13-14]

1) 意思の伝達

■ 4 割 (43.5%) の入居者は他者に意思の伝達が問題なくできており、3 割 (31.8%) は時々はできている。

■ 殆どできない、或いはできない入居者もそれぞれ 1 割前後いる。

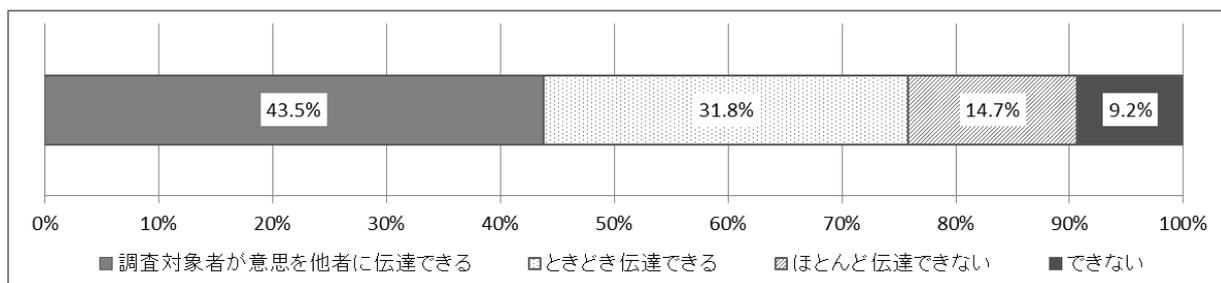


図 89 認知症の症状(意思の伝達)に関する入居者の分布(n=6,757)

2) 認知症の状態 (現状把握)

■ 「今の季節を理解すること」「場所の理解 (自分がいる場所を答える)」ことが難しい入居者は多く、それぞれ 6 割ができない。

■ 次いで「生年月日や年齢を言うこと」はできる入居者とできない入居者で半々に分かれた。

■ 「自分の名前を言うこと」は 9 割弱 (86.5%) の入居者ができている。

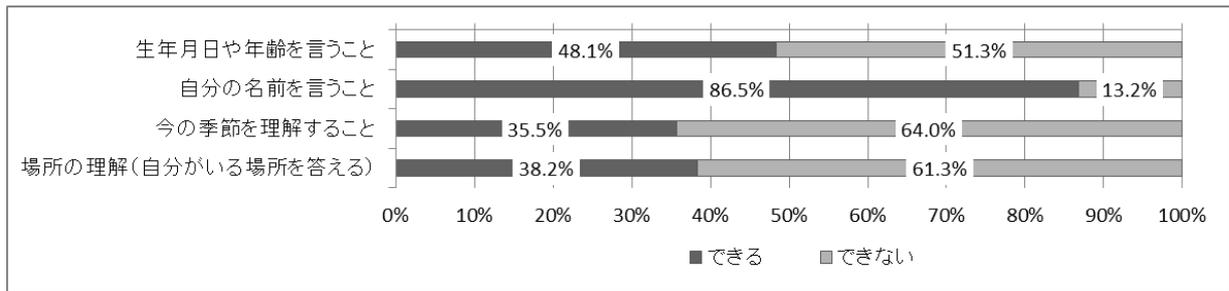


図 90 認知症の状態(現状把握)に関する入居者の分布(n=6,757)

3) 認知症の状態 (行動)

- 4 割の入居者が「外出すると戻れない」とされ、時々戻れない入居者は 1 割、常に戻れる入居者が半数であった。
- 次いで多いのが「介護に抵抗する」「自分勝手に行動する」で、それぞれ 1 割の入居者が該当する。時々までを含めると約 4 割が該当する。
- 一方、「物を壊したり、衣類を破いたりする」入居者はあまりおらず、9 割の入居者はこのような行動をとっていない。

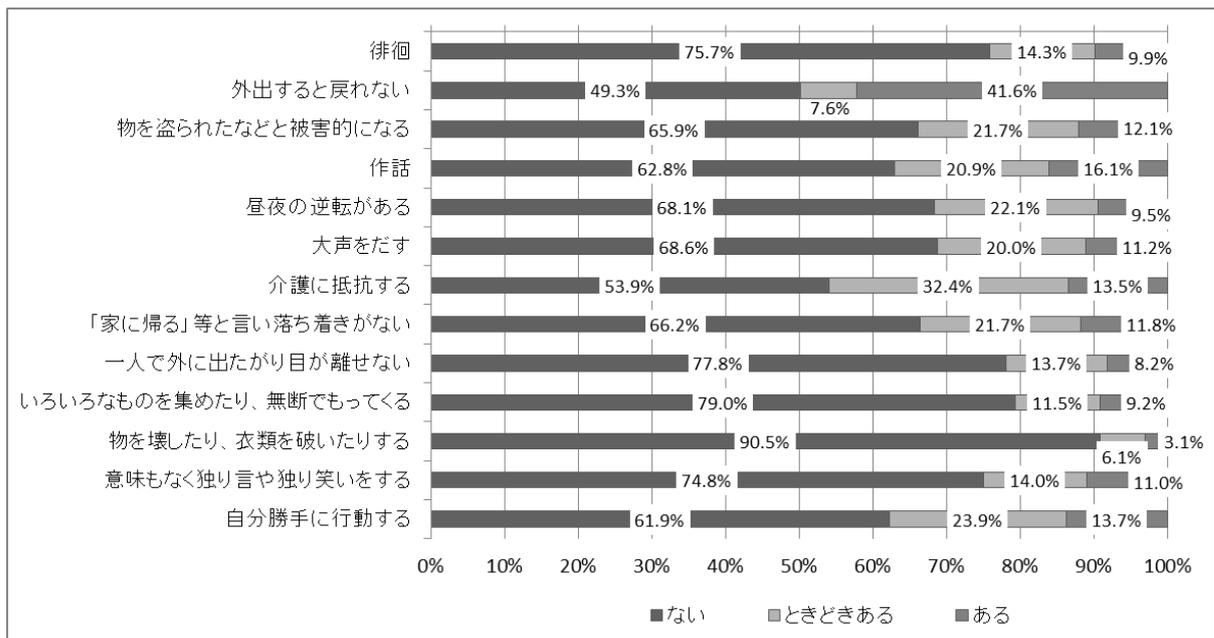


図 91 認知症の状態(行動)に関する入居者の分布(n=6,757)

(4) 認知症・精神科疾患・神経内科疾患以外で現在治療中の病気 p. 215 [Q13-15]

全入居者 6,757 人の現在治療中の病気の平均疾患数は一人につき 2.0 種。

治療中の病気が全くない入居者は僅か 1 割 (11.0%) で、約半数 (51.8%) の入居者が高血圧を患っている。次いで、2 割が筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) (20.8%)、心臓病 (18.1%)、その他 (17.6%) であった。

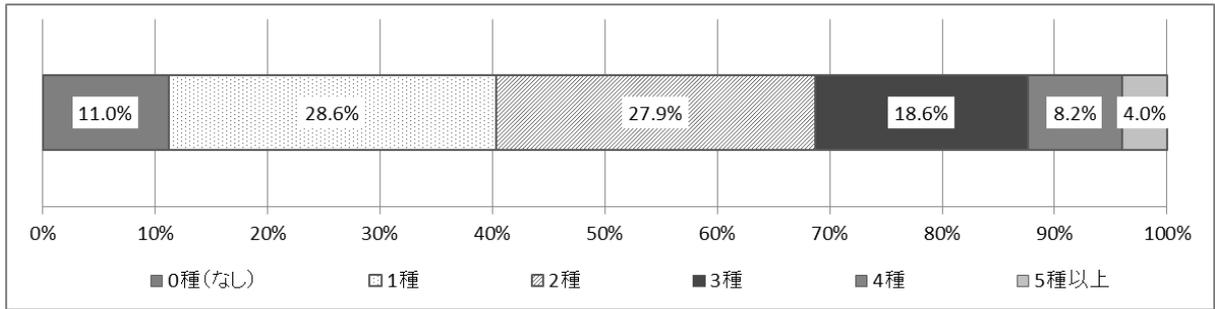


図 92 認知症・精神科疾患・神経内科疾患以外で現在治療中の病気の数(n=6,757)

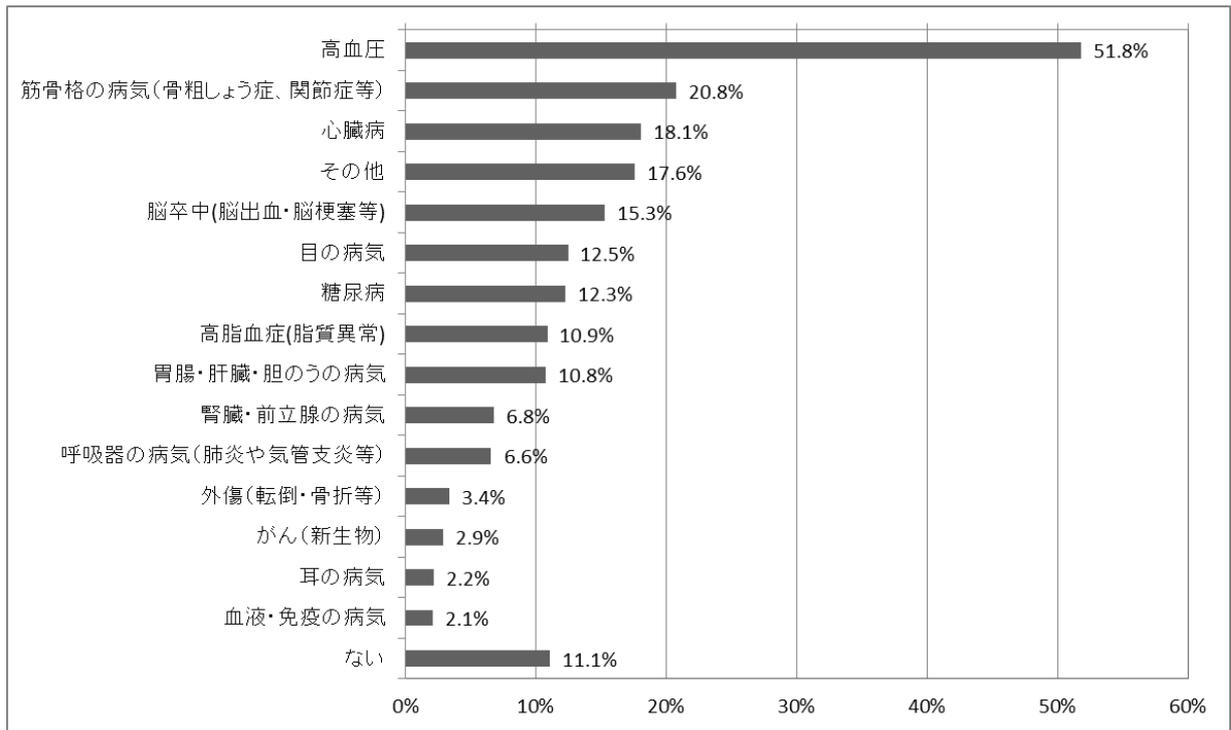


図 93 認知症・精神科疾患・神経内科疾患以外で現在治療中の病気(n=6,757)

(5) 事業所に対応している医療ニーズ

全入居者 6,757 人に対し、事業所では入居者一人につき平均 1.4 種の医療ニーズに対応している。

1) 入居者全体 p.216 [Q13-16]

- 6 割の入居者が 1 種、2 割が 2 種の医療ニーズを抱えている。
- 全入居者の 9 割 (88.5%) が事業所による服薬管理を受けている。約 1 割の入居者がモニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) (10.6%) を受けている他、7%前後が看取り期のケア、創傷処置、浣腸、排便の処置を受けている。

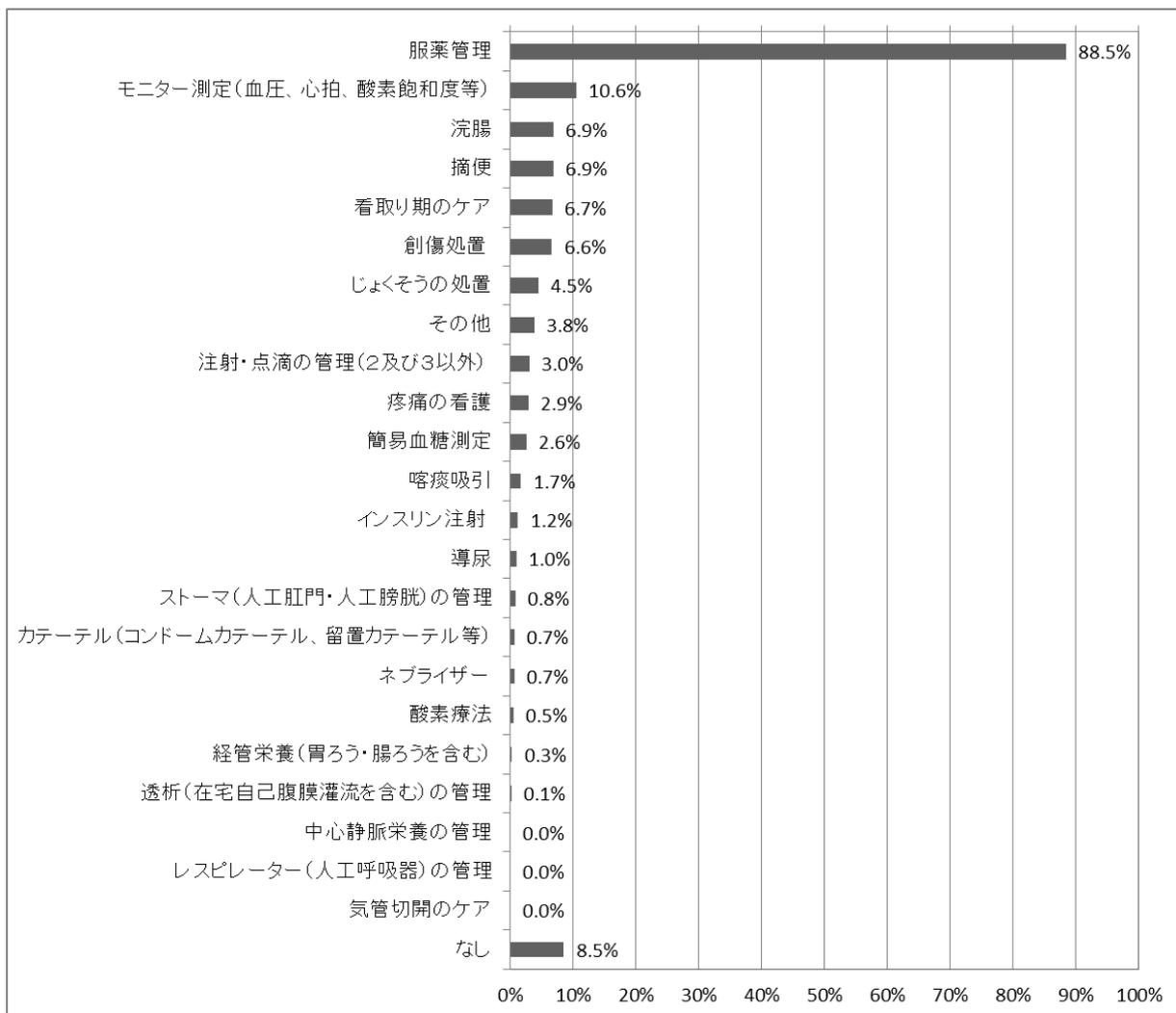


図 94 この入居者に対し事業所に対応している医療ニーズ(n=6,757)

- 2) 要介護度・自立度との関係 p. 224~225 [Q13-8×Q13-16], p. 230~231 [Q13-12×Q13-16]
- 要介護度や自立度の悪化に伴って医療ニーズが高まり、例えば医療処置を要する入居者の数は要支援 2 に比べ要介護 5 の入居者は 4 ポイント多い。
 - 要介護 4 から 5、認証高齢者日常生活自立度がⅢb からⅣに悪化すると「看取り期のケア」「じょくそうの処置」「喀痰吸引」「浣腸」のニーズが急増している。
 - 服薬管理やモニター測定(減圧、心拍、酸素飽和度等)、浣腸等が必要な入居者数では要介護 3・自立度 B2・Ⅳの入居者の割合が最も多く、これら前後では各処置が必要な入居者は減っていく。

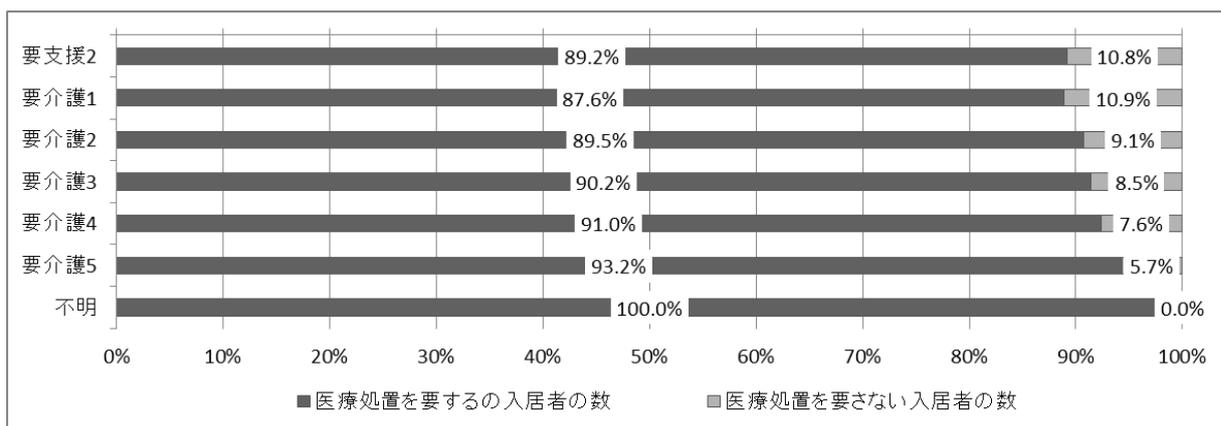


図 95 入居者の医療ニーズの有無／要介護度別(n=6,757)

3) 事業所ごとの対応 p. 221 [Q13-16], p. 242 [Q2-2×Q13-16]

- 事業所単位で見ると、平均 3.5 種の医療ニーズに対応しており、2 割の事業所で 1 ないし 2 種、1 割強の事業所で 3~5 種の処置に対応している。
- 対応処置の内容では、ほぼ全ての事業所 (93.5%) で服薬管理を行っている他、1/4 の事業所が看取り期のケア、浣腸、摘便、じょくそうの処置に対応している。
- 法人による差異があり、医療法人では対応可能な処置の数が事業所平均の 3.4 種より 0.4 種多く、NPO では 0.4 種少ない。

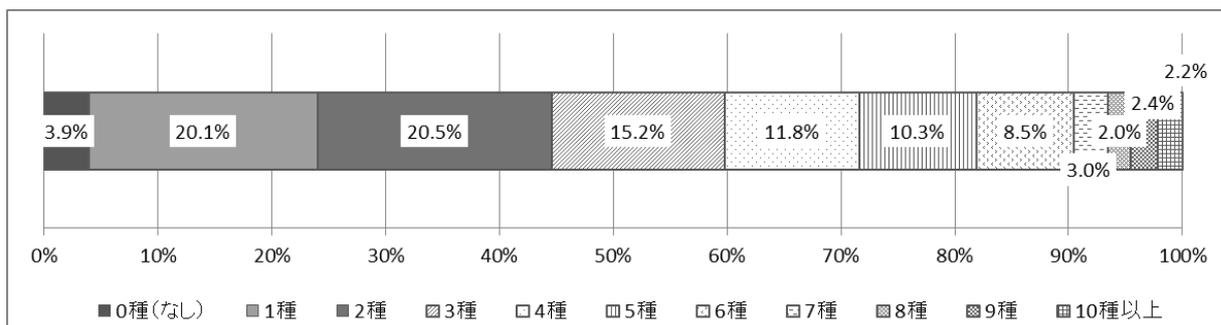


図 96 事業所に対応している医療ニーズの数(n=493)

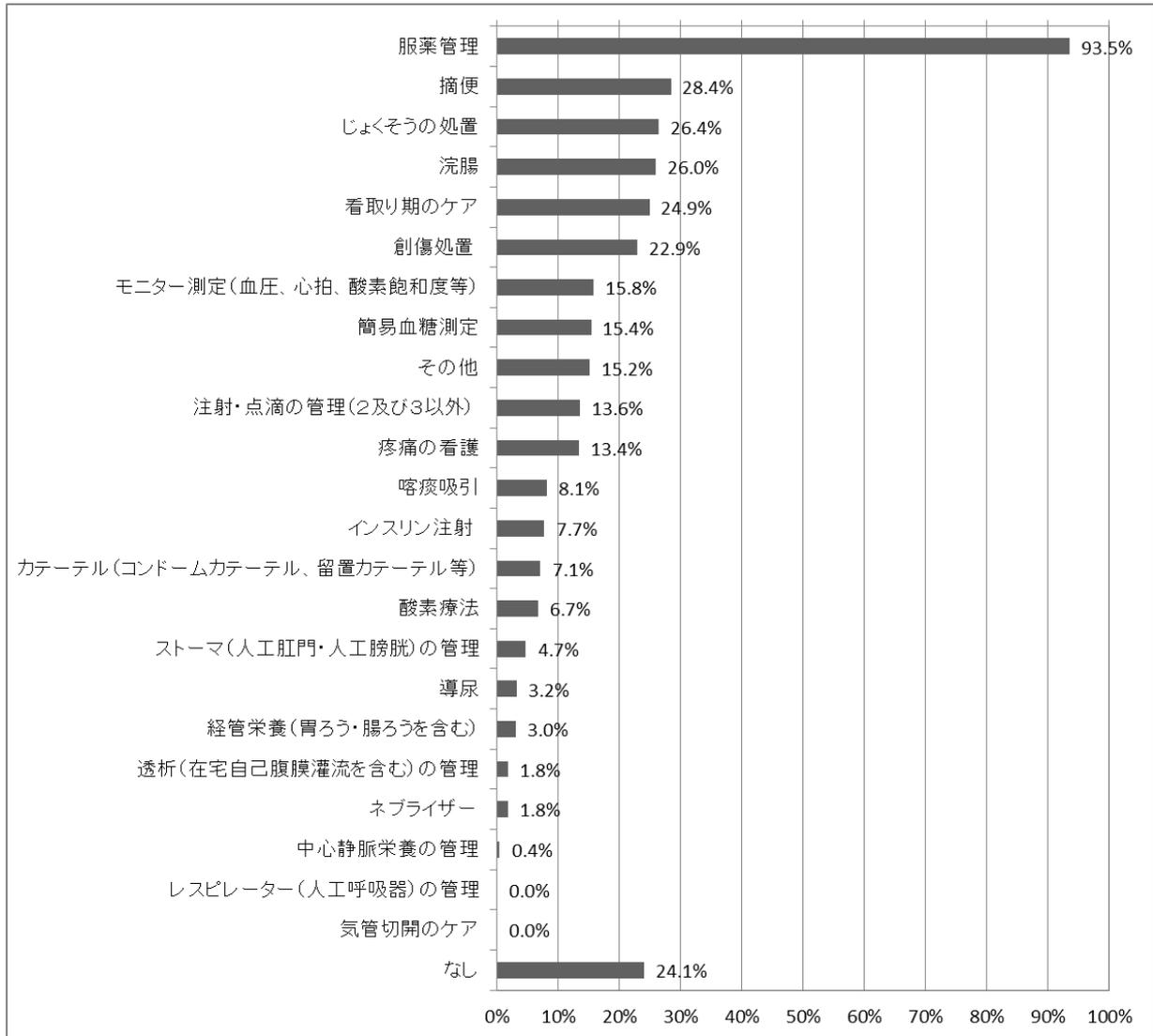


図 97 事業所に対応している医療ニーズ(n=493)

4) 事業所の有資格者との関係 p. 247 [Q5×Q13-16]

- 対応する医療ニーズの数においては、看護師や准看護師資格を持つ介護従事者を抱える事業所とそうでない事業所でありあまり差異はない。
- 看護師や准看護師資格を持つ介護従事者がいる事業所では（事業所外の医師等との連携により）、概ねの全ての医療ニーズに対応している。
- 「疼痛の看護」「創傷処置」「浣腸」「摘便」では看護師或いは准看護師が配置されている事業所での対応が多い。（4～10 ポイントの差がある）

(6) 過去 1 年間に入院した場合に医療に付随するケアの状況

1) 入居者全体 p. 216 [Q13-17]

- 8 割の入居者で過去 1 年間の入院はなかった。
- 入院した入居者（1, 296 人）に実施したケアとして最も多かったのは「医療機関からの入居者に関する情報の提供・共有」（過去 1 年間に入院した入居者の 78.3%）、「入院中の訪問」（同 64.8%）「入院する際の付添」（同 54.1%）、であった。

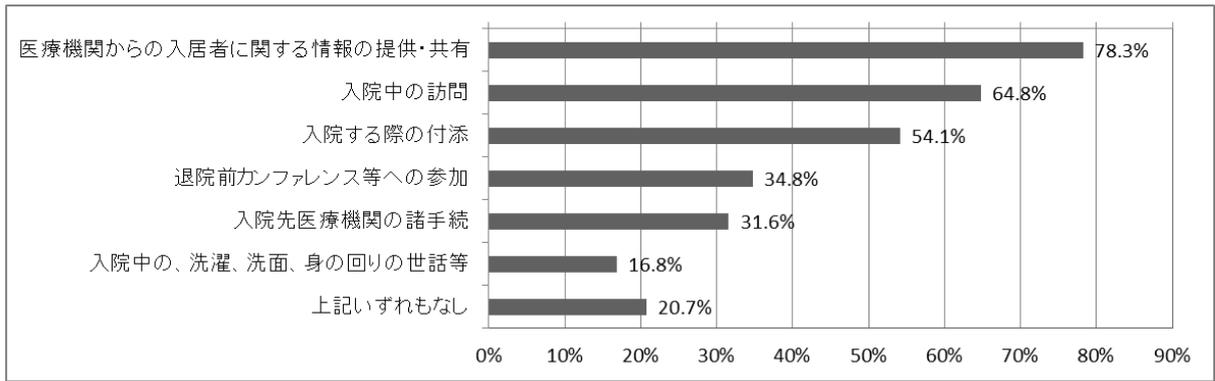


図 98 過去1年間に入院した場合に医療に付随するケアの状況(n=1,296)

2) 要介護度・自立度との関係 p. 225 [Q13-8×Q13-17], p. 237 [Q13-12×Q13-17]

■ 例えば要介護4でケアを受けている入居者の割合が要介護5のそれを上回る等、状態の悪化に伴って事業所によるケアを受ける入居者の数が必ずしも増える訳ではない。

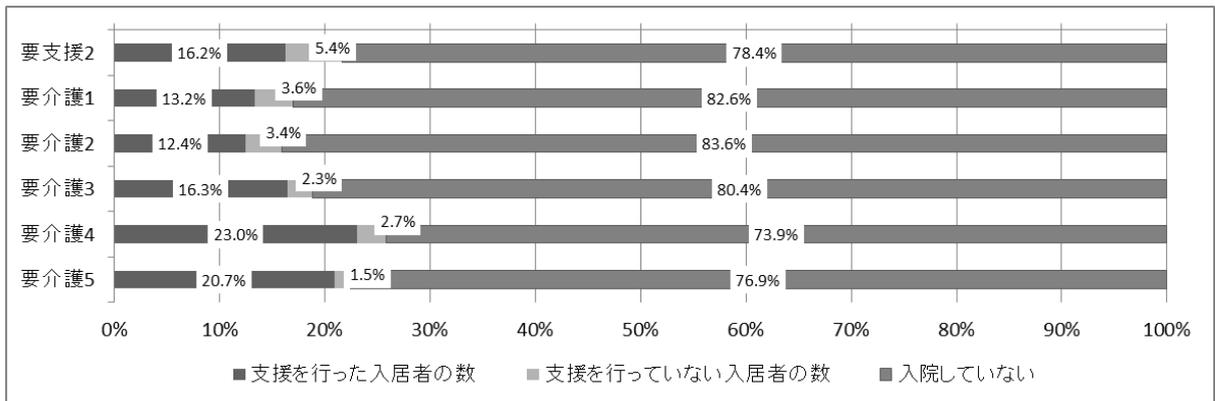


図 99 入居者の要介護度別での入院中の支援の有無(n=6,757)

(7) 認知症で専門医師の治療の有無 p. 216 [Q13-18]

「継続的に治療を受けている」入居者は1/3超、過去に「確定診断等のために診療を受けたことがある」入居者は2割であった。

一方、半数弱(42.3%)の入居者は専門医の治療を受けたことがない。

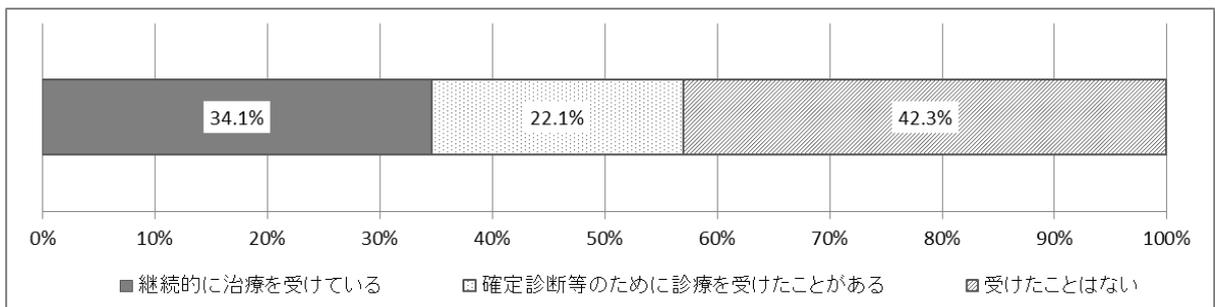


図 100 認知症で専門医師の治療の有無(n=6,757)

(8) 認知症以外での精神科・神経内科疾患の治療の有無

p. 216 [Q13-19], p. 226 [Q13-8×Q13-19], p. 238 [Q13-12×Q13-19]

治療を受けている入居者は殆どいなかった。ごく僅かにいる治療中の入居者の中で最も多い疾患は「気分障害(うつ等)」で340人(5.0%)、次いで「総合失調症」146人(2.2%)、「パーキンソン病」146人(2.4%)等となった。

入居者の状態と治療の関係を見てみると、要介護度や自立度の悪化に伴い、パーキンソン病の治療を受ける入居者の数が増えている。

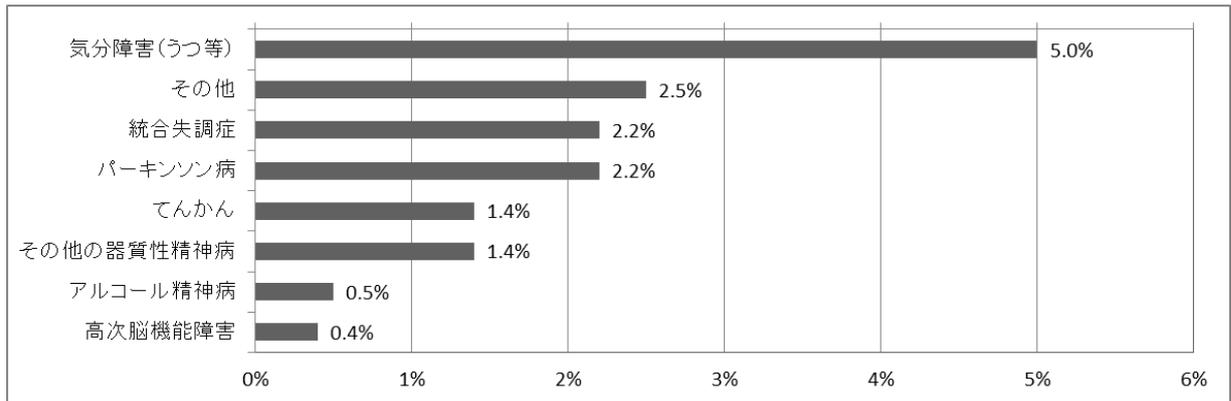


図 101 治療中の、認知症以外での精神科・神経内科疾患(n=6,757)

(9) 主治医の専門診療科

1) 認知症 p. 217 [Q13-20]

■ 認知症である入居者の主治医にもかかわらず、入居者の半数弱(45.3%)の主治医が神経内科、精神科(神経科・精神神経科)、心療内科以外の医師であった。入居者の3割弱(27.3%)の主治医が精神科(神経科・精神神経科)、入居者の約1割(9.7%)の主治医が神経内科であった。

■ 心療内科を主治医とする入居者、特定の主治医はいないとする入居者もそれぞれ約6%ずついる。

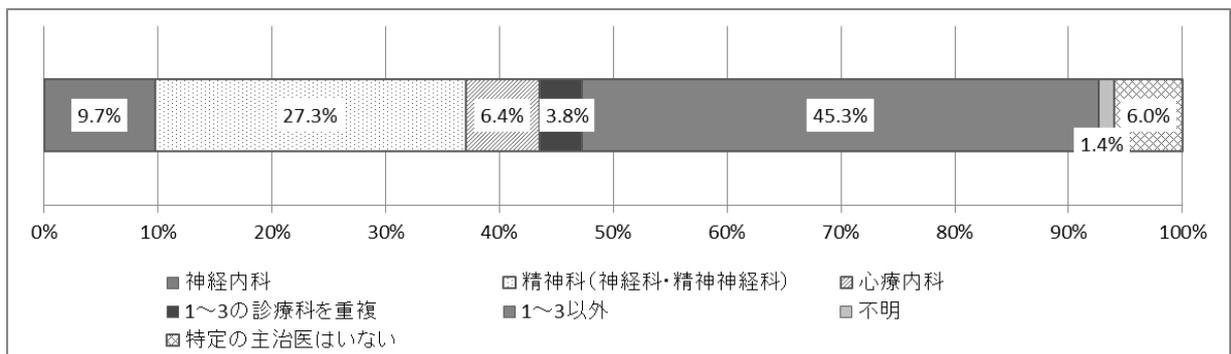


図 102 主治医の専門診療科(認知症) (n=3,670)

2) 認知症以外の精神科・神経内科疾患 p. 217 [Q13-20]

■ 認知症以外の精神科・神経内科疾患を治療中の入居者の4割(39.4%)の主治医は精神科(神経科・精神神経科)、1割(9.7%)が神経内科、6.7%が心療内科であった。約1/4(25.5%)はこれら以外としている。

■ 特定の主治医がない入居者も1割いる。

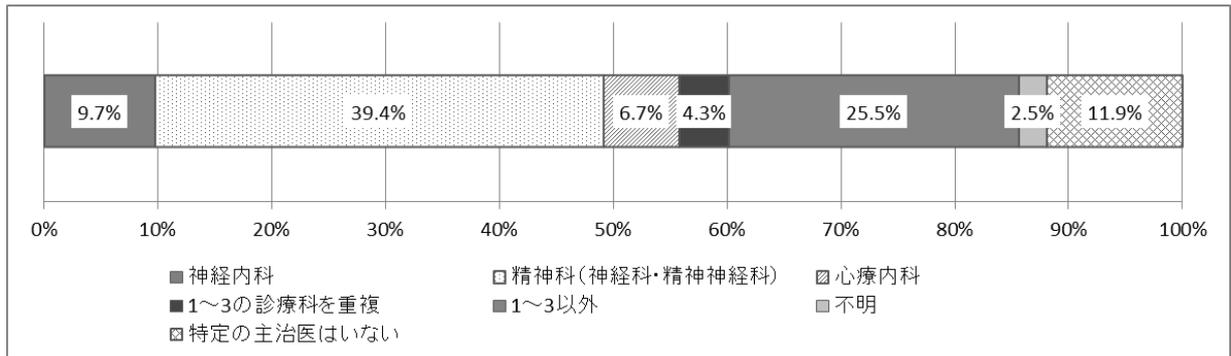


図 103 主治医の専門診療科(認知症以外の精神科・神経内科疾患) (n=936)

(10) 入居後の精神科病院への入院歴 p. 217 [Q13-21]

1) 入院歴

■ 精神科病院への入院歴のある入居者はほとんど居らず (94.7%)、全入居者 6,757 人の中で認知症のために入院したことがある入居者、認知症以外の精神科疾患のために入院したことがある入居者はそれぞれ 45 人 (0.7%) であった。

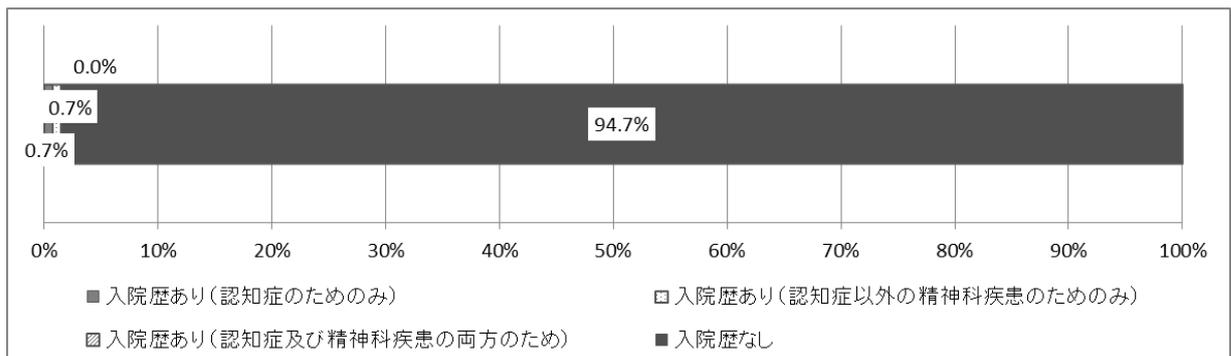


図 104 入居後の精神科病院への入院歴(n=6,757)

2) 入院回数

■ 前述の入院歴がある入居者 (90 人) の入院回数は、7 割 (63 人) が 1 回、1 割強の 13 人 (14.4%) が 2 回であった。(年間入院回数が 4 回以上の) 入退院を繰り返す者も 4 人 (4.4%) いる。

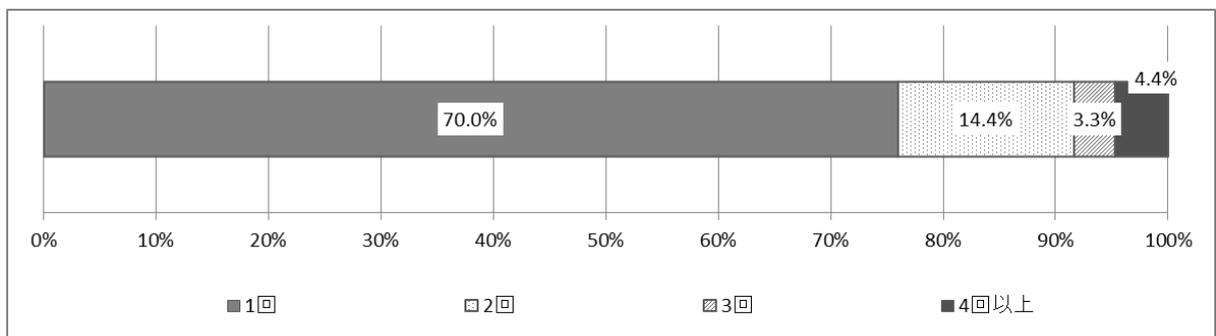


図 105 入居後の精神科病院への入院回数(n=90)

3) 通算入院期間

- 前述の入院歴がある入居者（90人）の平均入院期間は3.5ヶ月であった。
- 半数（47人、52.2%）が3ヶ月未満、1/4（21人、23.3%）が3～6ヶ月としている。一方、1年以上とする入居者が6人（6.7%）いる。

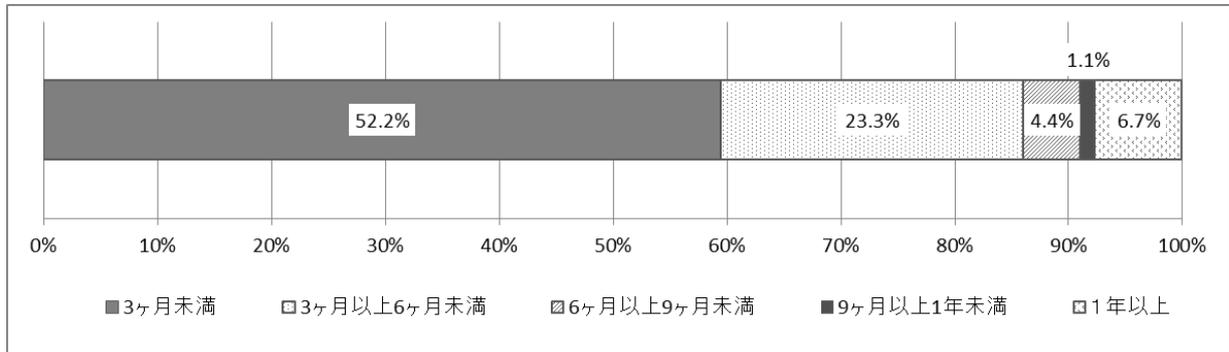


図 106 入居後の精神科病院への通算入院期間(n=90)

4) 入居者の要介護度・自立度との関係 p. 227 [Q13-8×Q13-21], p. 239 [Q13-12×Q13-21]

- 要介護4以上、自立度B2・Mの入居者は短期の入院を繰り返しているようにも見受けられる（入院回数は全入居者平均より0.05回程度多いが、通算の入院期間は1ヶ月程度短い）が、そもそも入院歴のある入居者数が非常に少ないため、明確な入院回数・期間の差異は見られない。

(11) 認知症以外の精神科・神経内科疾患のための特別な配慮の要否 p. 217 [Q13-22]

約4割（41.6%）の入居者に認知症以外の精神科・神経内科疾患は認められておらず、その他3割（30.4%）の入居者に対しても特別な配慮は不要とされている。

一方で、1割前後の入居者で明確な配慮が必要（8.2%）、或いは、恐らく認知症以外の精神科・神経内科疾患による感情・行動があり、そのための支援が必要（12.6%）とされている。

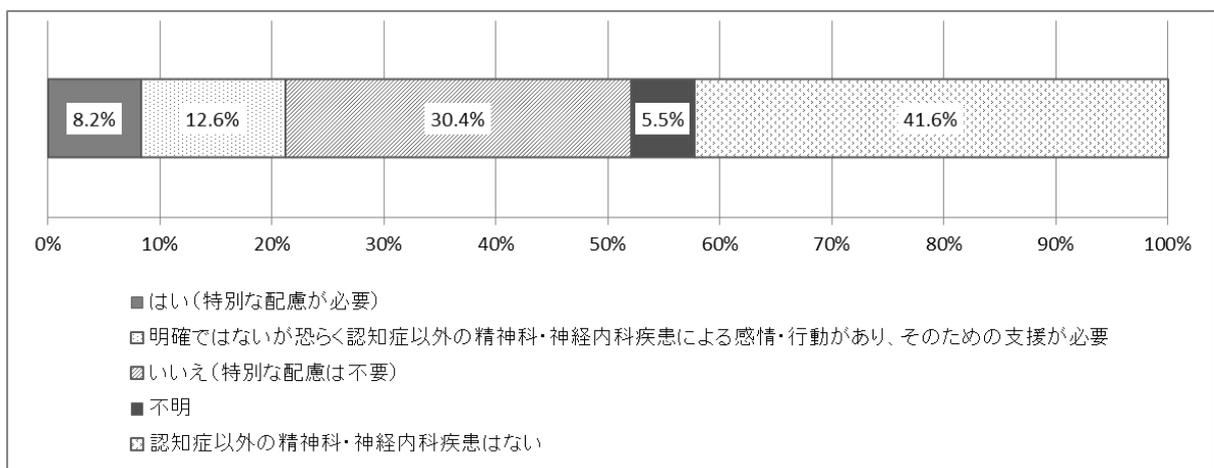


図 107 認知症以外の精神科・神経内科疾患のための特別な配慮の要否(n=6,757)

(12) 1ヶ月間に利用した医療・看護サービス p. 217~218 [Q13-23][Q13-23-1~Q13-23-6]

1) 利用したサービスの種類

- 4割の入居者が通院（43.3%）や訪問診療（39.6%）を受けている。
- 次に利用が多いのは、入居者が医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問（27.2%）。
- 専門医を嘱託医等として契約（1.2%）したり、医療保険の訪問看護（3.2%）を受けたりする入居者は少ない。
- 必要のなかった入居者はわずか358人（5.3%）であった。
- 入居者の状態との関係を見ると、状態が悪化するといずれの医療・看護サービスの利用も増えていく。

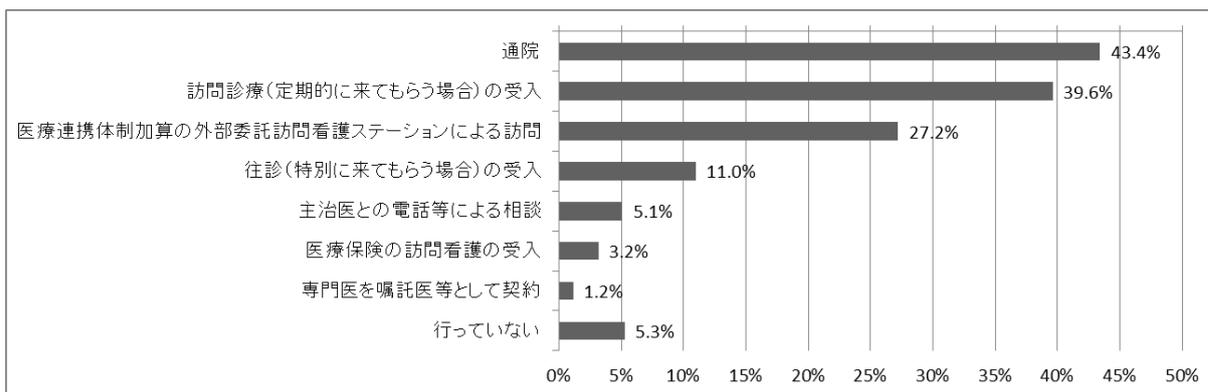


図 108 1ヶ月間に利用した医療・看護サービスの種類(n=6,757)

2) 認知症、認知症以外の精神科・神経内科疾患のための受診回数

- 通院のうち4割弱（42.4%）が認知症の治療、1割（10.6%）が認知症以外の精神科・神経内科疾患のためのものであった。
- 通院回数は7割（71.7%）が1回、1割強（14.7%）が2回であった。
- 訪問診療では6割（59.5%）が2回、2割が（21.5%）が1回としており、これら8割のうち半数（54.0%）は認知症治療、1割弱（8.4%）が認知症以外の精神科・神経内科疾患のためであった。
- 外部委託訪問看護ステーションによる訪問は、7割（68.0%）が4回、2割弱（16.6%）が2回としており、定期的ではないが1週間ないし2週間に1度程度の訪問を受けている入居者が多い。

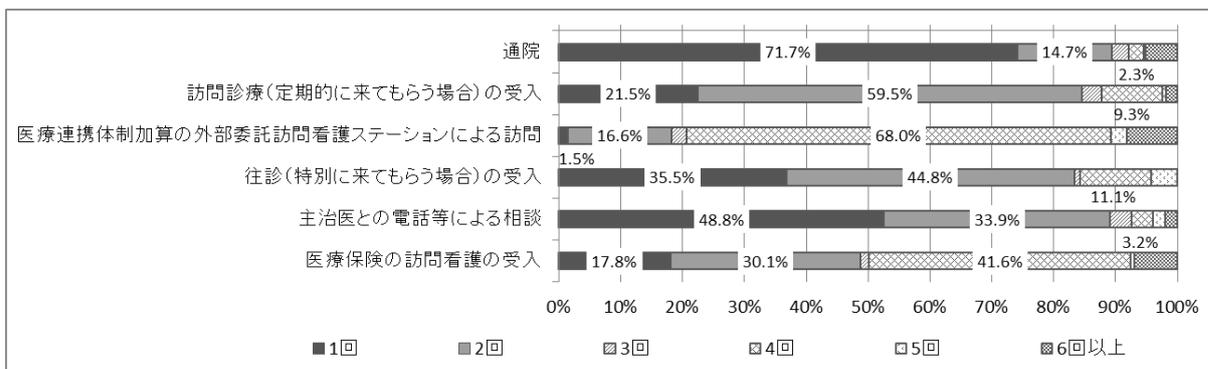


図 109 認知症、認知症以外の精神科・神経内科疾患のための受診回数(n=6,757)

3) 入居者の要介護度・自立度との関係 p. 228 [Q13-8×Q13-23], p. 240 [Q13-12×Q13-23]

- 要介護度や自立度が悪化すると通院が難しくなるようで、訪問診療や主治医との電話等による相談を受ける入居者が増えていく。要支援 2 の入居者は半数以上 (51.4%) が通院をしたが、要介護 5 の入居者では 1/3 (34.4%) まで減っていく。
- 通院が難しくなり、訪問診療や主治医との電話相談が増えるのは要介護 4 以上であった。

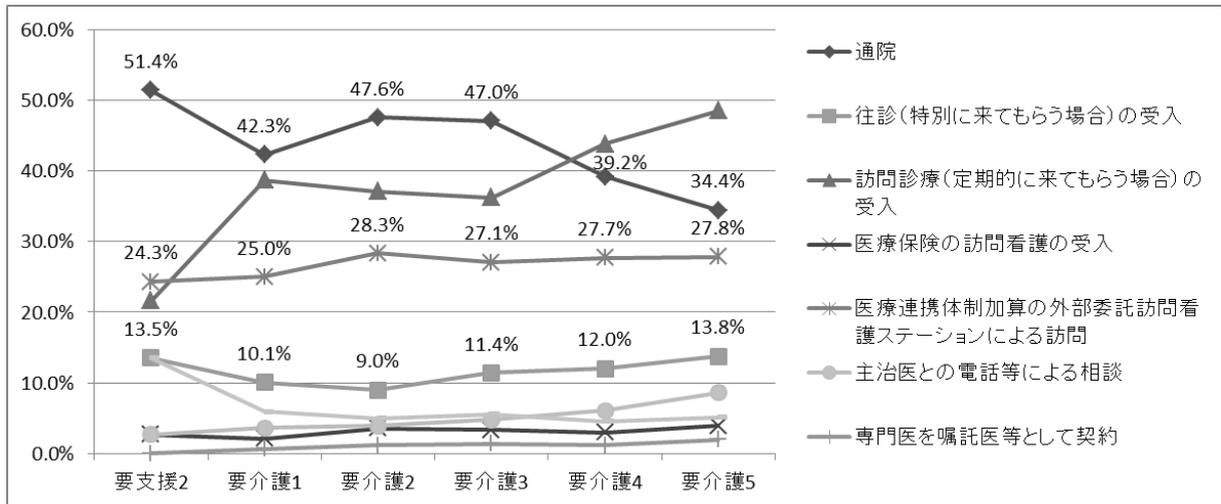


図 110 医療・看護サービスを利用した入居者の割合/要介護度別(n=6,757)

4) 入居者の医療ニーズとの関係 p. 249 [Q13-16×Q13-23]

- 「透析 (在宅自己腹膜灌流を含む) の管理」の医療ニーズのある入居者は、通院の利用が多く、回数も月 17.1 回。次いで酸素療法が月 5.7 回。
- 「医療保険の訪問看護の受入」では「酸素療法」「カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)」を利用する入居者が多く、それぞれ月 8 回以上利用している。
- 「医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問」では、「疼痛の看護」を利用する入居者が最も多く、月に 7.6 回利用している。
- グループホーム内で日常的に対応することが多いためか、「注射・点滴の管理」では主治医との電話等による相談の利用が多く、回数も月 3.1 回。

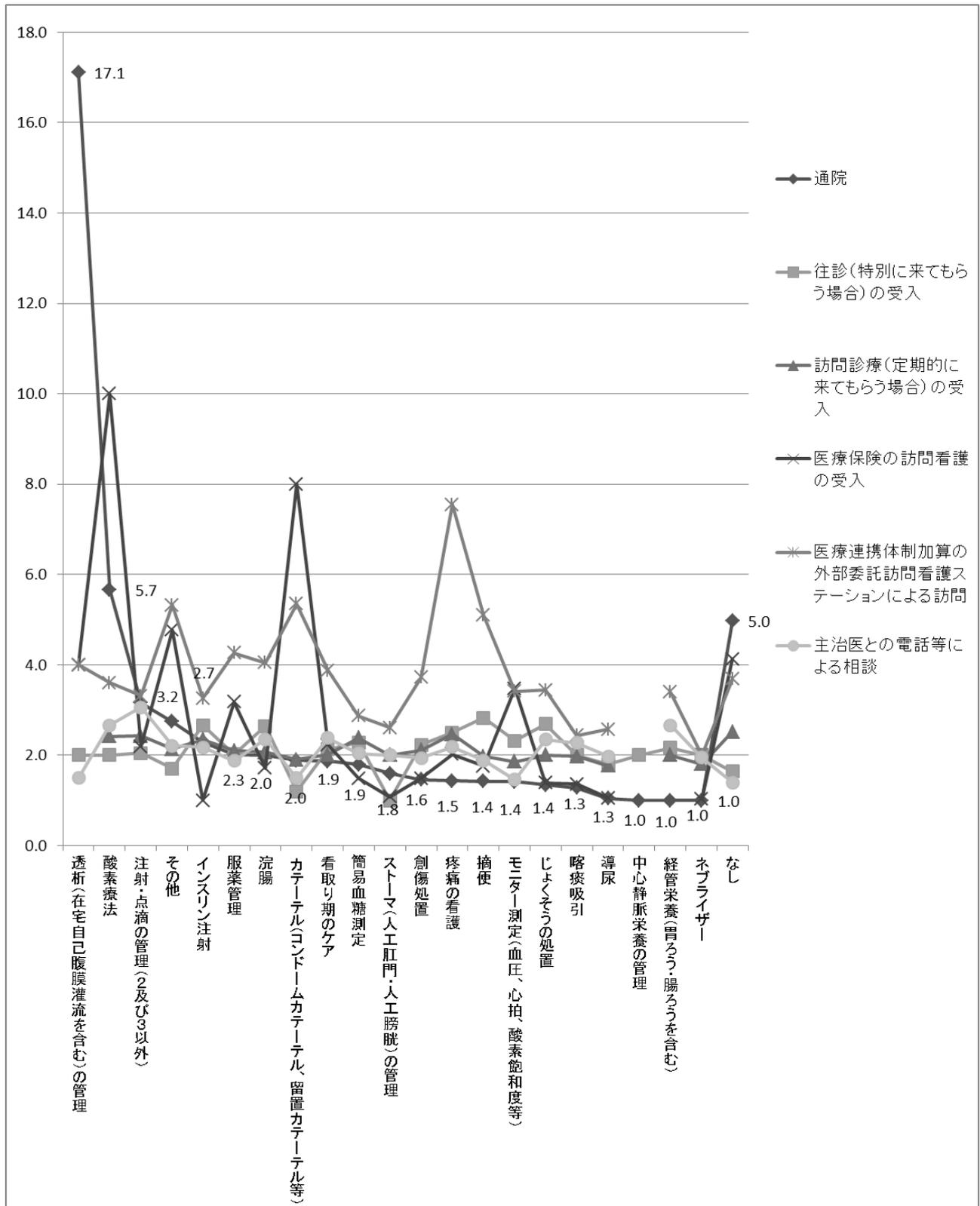


図 111 1ヶ月間に利用した医療・看護サービスの回数/入居者の医療ニーズ別

5) 事業所単位での特徴 p. 222 [Q13-23]

- 8割(79.3%)の事業所が「通院」、半数(52.1%)の事業所が「訪問診療(定期的に来てもらう場合)の受入」を利用している。
- 4割の事業所が「通院」に加え「訪問診療(定期的に来てもらう場合)の受入」を、

3割弱の事業所が「通院」と「往診」を、1/4の事業所が「通院」と「医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問」を、それぞれ組み合わせて利用している。

- 1割前後の事業所では、「通院」「訪問診療（定期的に来てもらう場合）の受入」「医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問」をどの入居者にも共通して利用している。

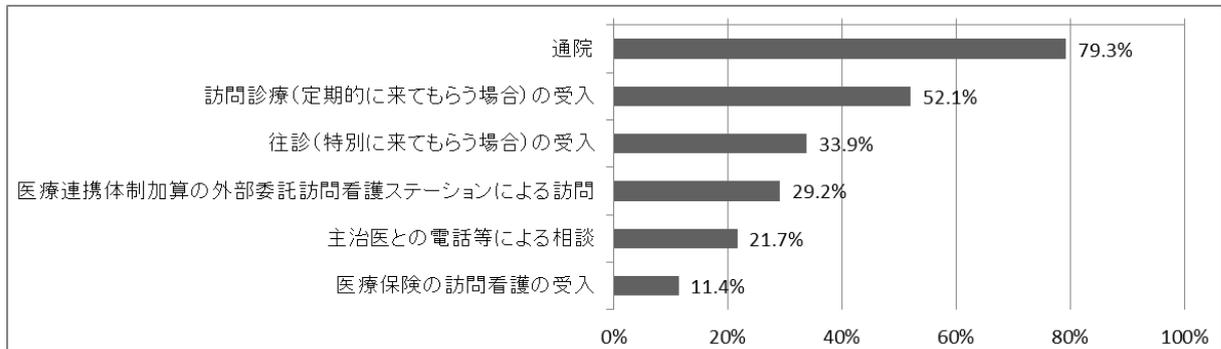


図 112 1ヶ月間に利用した医療・看護サービス/事業所単位(n=493)

6) 事業所の属性との関係 p. 242~244 [Q2-2×Q13-23][Q2-3×Q13-23], p. 245~246[Q5×Q13-23]

- 「医療保険の訪問看護の受入」「医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問」の利用は医療法人で多く（それぞれ6ポイント差）、NPOでは少ない（それぞれ7ポイント差）。
- 経験年数（開始年度）や常勤職員比率による差は見られなかった。
- 事業所における看護師の配置の有無で見ると、看護師資格を有する介護従事者を抱える事業所では「通院」が多く（5ポイント差）、看護師及び准看護師資格を有する介護従事者がいない事業所では「医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問」の利用が多い（4ポイント差）。
- 入居者に共通した医療サービスを提供する事業所の法人を見ると、「通院」では医療法人及びNPO、「訪問診療（定期的に来てもらう場合）の受入」では営利法人、「医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問」では医療法人での利用が多い。（それぞれ3~6ポイント差）

(13) 介護の手間や頻度 p. 218 [Q13-24]

1) 意のままの外出

- 7割（73.1%）の入居者に支援は不要である一方、日に1回以上介護が必要で目が離せない入居者も1割程いる。

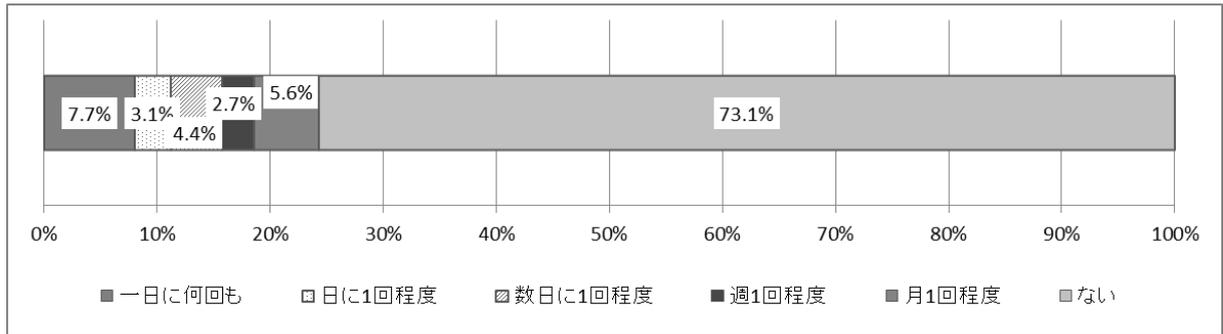


図 113 職員の見守りがないと、自分の意のままに外へ出て行ってしま入居者(n=6,757)

2) 他の入居者との関係

- 半数（53.0%）の入居者で支援は不要であるが、1/4の入居者は1日に1回もしくは何回も支援が必要である。

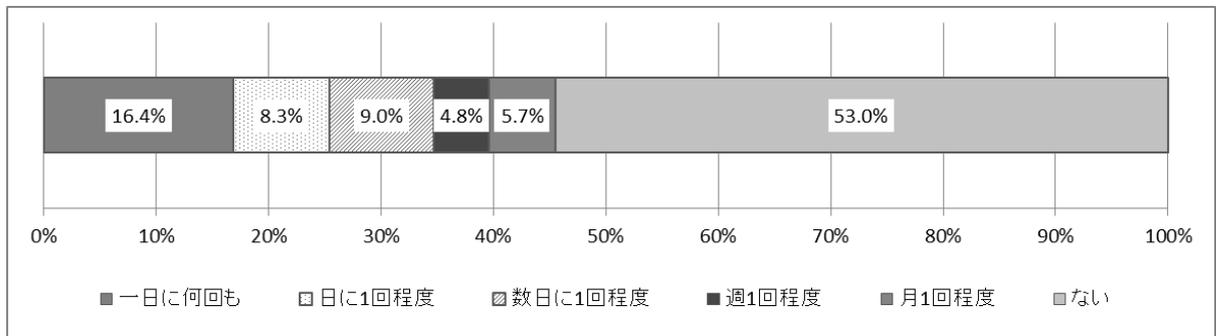


図 114 他の入居者との関係での職員の支援が必要な入居者(n=6,757)

3) 夜間不眠

- 全入居者が介護を必要としており、2/3 超（67.9%）の入居者が月に1回程度は不眠による介護を必要としている。
- 慢性的な不眠状態にあるある入居者も多く、1割が毎日1回、その他、週に1回から数回介護をする入居者もそれぞれ1割弱いる。

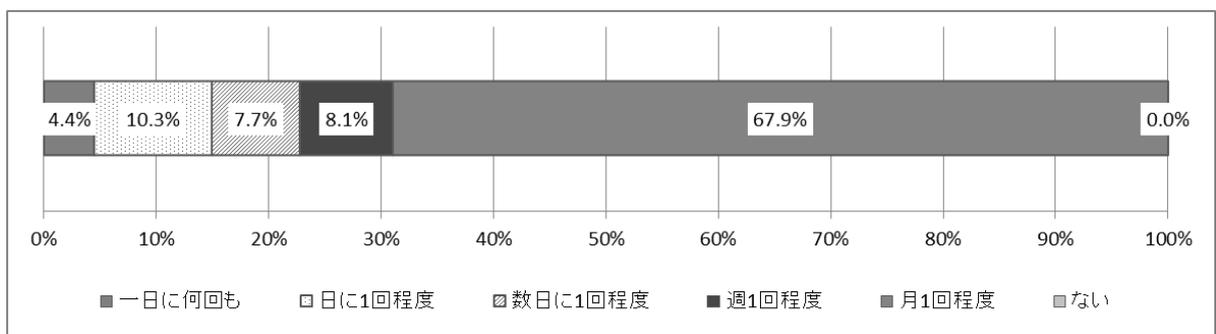


図 115 夜間不眠による職員の支援が必要な入居者(n=6,757)

4) 長時間の訴え

- 6割弱（56.8%）の入居者は支援が不要であるが、2割の入居者で日に1回以上支援が必要である。

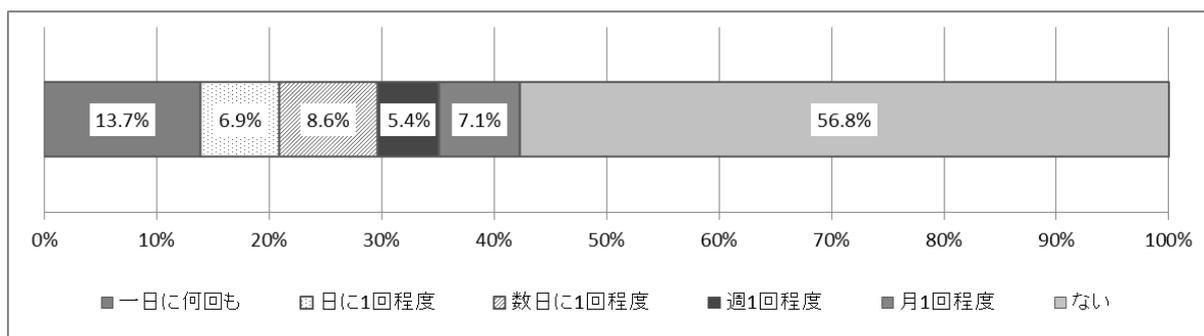


図 116 長時間の訴えに対する職員の支援(n=6,757)

(14) 個別ニーズへの支援 p. 219 [Q13-25]

1) 個別ケアの種類数

- 入居者一人につき平均 3.0 種の個別対応を受けている。
- 1～3 種の支援を受けている入居者はそれぞれ 2 割前後、4～5 種でそれぞれ 1 割前後を占めている。

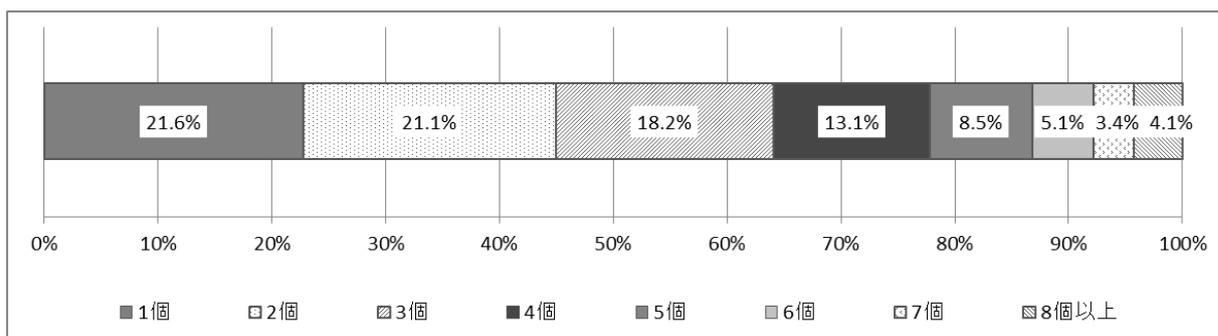


図 117 個別ニーズへの支援の種類(n=6,757)

2) 支援内容

- 半数超の入居者が「家族や知人が居室で過ごす」「本人の好きな趣味活動（演芸、音楽、運動、農作業等）に取り組む」ための支援を受けている。「本人の意志に基づき個別に散歩・買物にでかける」支援も半数弱（45.1%）と多い。
- 一方、「個別の新聞や雑誌の購入・購読に対応」「家族や知人宅を訪ねることを支援」「本人の意思に基づき、個別に料理することを支援（火の使用含む）」は元々希望が少ないのか、支援を受けている入居者は 1 割を切っている。

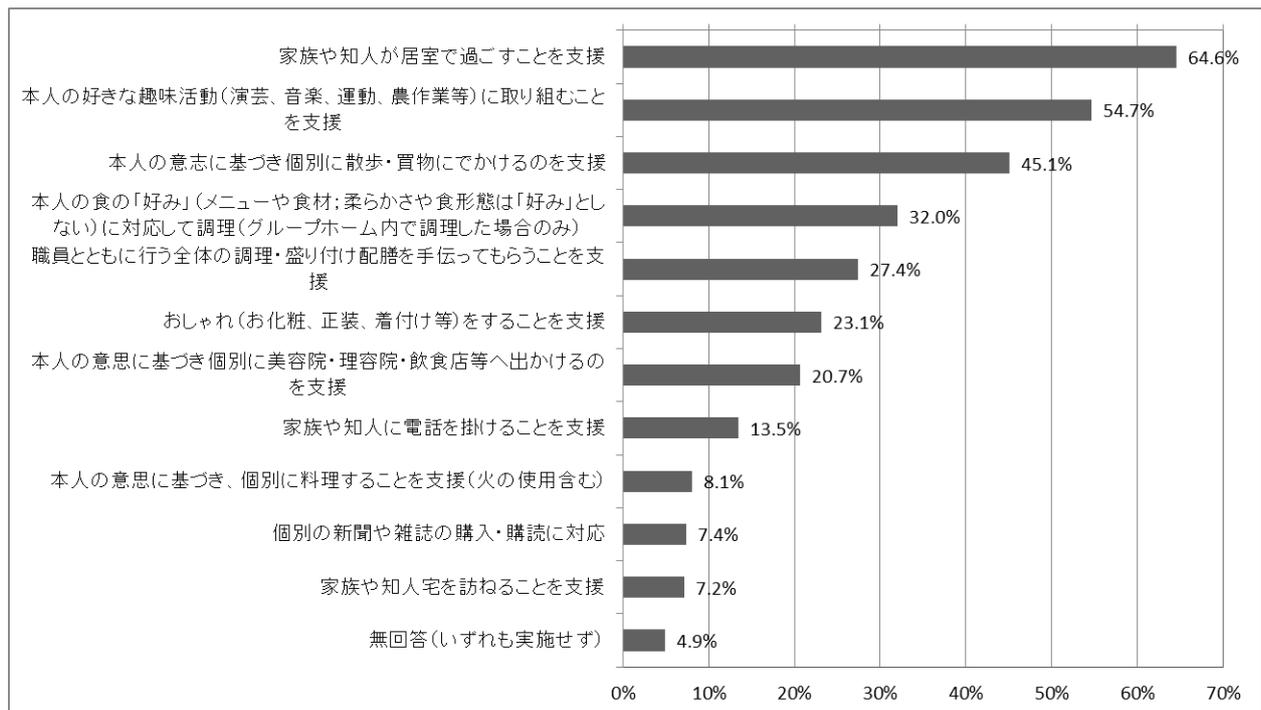


図 118 個別ニーズへの支援の内容(n=6,757)

3) 要介護度・自立度との関係 p. 229 [Q13-8×Q13-25], p. 241 [Q13-12×Q13-25]

- 要介護度や自立度が悪化するといずれの支援も難しくなっている。特に「本人の好きな趣味活動(演芸、音楽、運動、農作業等)に取り組むことを支援」では差が著しく、要支援2では3/4(75.7%)の入居者ができていたが、要介護5では3割(30.8%)まで減っていく。

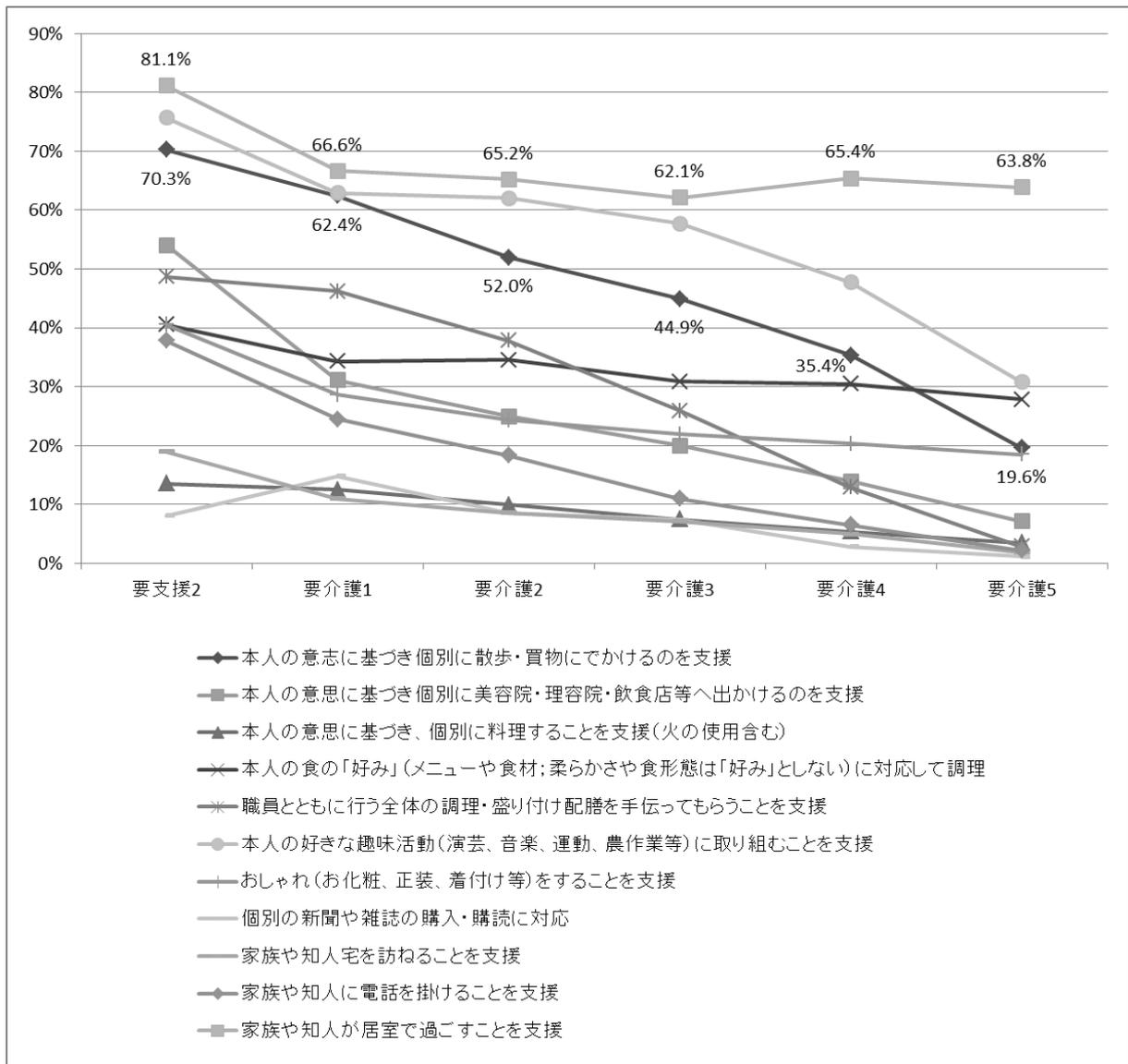


図 119 個別ニーズへの支援/要介護度別(n=6,757)

4) 事業所単位での特徴 p. 219[Q13-25], p. 243~245[Q2-2×Q13-25][Q2-3×Q13-25]

- 事業所単位（ユニットごと）での支援状況を見ると、半数前後の入居者に「本人の意志に基づき個別に散歩・買物にでかけるのを支援」（3.8人）、「本人の好きな趣味活動（演芸、音楽、運動、農作業等）に取り組むことを支援」（4.5人）、「家族や知人が居室で過ごすことを支援」（5.4人）を行っている。
- NPO での実施率が全般的に高く、特に「本人の意志に基づき個別に散歩・買物にでかけるのを支援」「本人の意思に基づき、個別に料理することを支援(火の使用含む)」「本人の食の「好み」（メニューや食材；柔らかさや食形態は「好み」としない）に対応して調理（グループホーム内で調理した場合のみ）」では全体平均と比べ 10 ポイント以上の差がある。
- 事業所の経験年数と共に入居者の高齢化が進み、「本人の意志に基づき個別に散歩・買物にでかけるのを支援」「本人の意思に基づき個別に美容院・理容院・飲食店等へ出かけるのを支援」等、活動的な行動・動作を支援する事業所が少なくなっていく。
- 常勤職員比率による明確な差は見られない。

(15) 過去1年間に1回以上行ったもの p.219 [Q13-26]

拘束等の対応は殆ど（92.4%）されていない。

対応内容では、行動を落ち着かせるために、向精神薬を使っている入居者が 285 人（4.2%）で最も多く、次いで「ベッドの周囲を柵や壁等で囲んだりして自分では降りられないようにする」が 103 人（1.5%）であった。

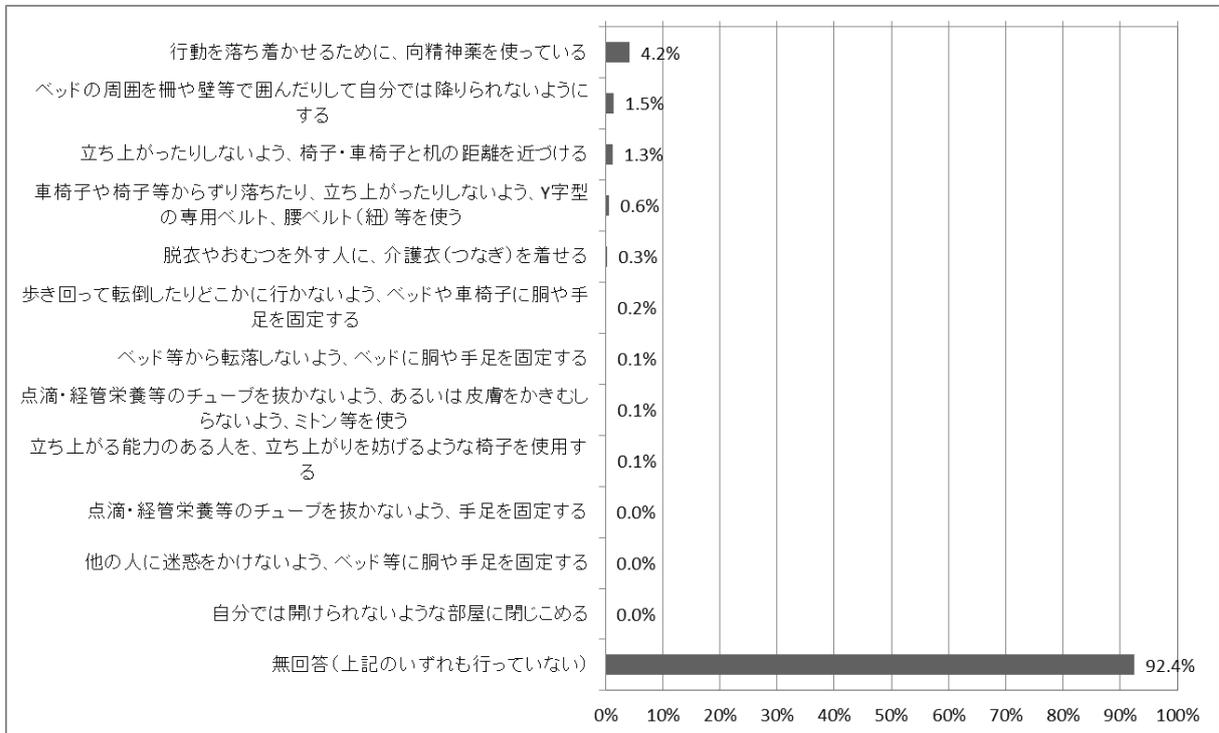


図 120 過去1年間に1回以上行ったもの(n=6,757)

3. 類型別での特徴

3.1. 類型の定義

今後のグループホームのあり方として評価すべき機能・類型として次の2つの事業所群を想定し、その妥当性（構造、活動、成果）を確認・明確化するために、回答事業所の抽出及び回答の集計を行った。

A 群	制度創設時からの「個別ケア」の理念を遵守し、適切に運営するグループホーム
B 群	A 群の特徴に加えて、ADL の重度化にも対応し、看取りまで支援する体制と実態があるグループホーム

また、上記2群の抽出・集計に併せて、認知症かつ認知症以外の精神科疾患のある者や精神科病院からの退院・再入院を支援する事業所群（以下では便宜上「試行群」と言う）についても試行的に特徴等を分析した。

3.2. 各群の抽出条件

前項の定義に基づき、A・Bの各事業所群に該当する事業所を、今回のアンケート調査項目を用いて抽出する場合、様々な質問項目の活用が考えられたが、検討の結果、各事業所群は、以下の様な条件とした。

(1) A 群

基本的なケアに関する条件としてNo.1～5が挙げられた。特にNo.2（入浴介助）及び3（排泄介助）についてはほぼ全ての事業所が実践できている。しかしながらNo.5（家族との連携）では事業所のイベントに家族を招く程度は多数の事業所が実施できているものの、家族会等の設置や開催等までの連携体制を構築できている事業所は現状では1/3程度にとどまる。

そのために全ての条件を満たす事業所となるとNo.5のために少なくなるが、今後のグループホームのあり方として、現状で実践できていない事業所が多い要件でも実践が期待される要件と考え、盛り込んだ。

なお、事業所群の定義としてはNo.1～5のAND条件となるが、次項3.3(1)にてこの群の特徴を整理するに当たり、より明確に整理するため、3.3(1)では、A群に含まれるB群や試行群の要素を排除した群を抽出し特徴を分析した。

表5 抽出条件の質問項目と該当事業所数等(A群)

No	対象設問	条件内容	条件合致事業所数	母数に占める割合
1	Q9-1(食事介助に関する基本的な取組状況)	選択肢 4(配食)・6(未実施)を含まず、 選択肢 3(調理の支援)が選択されていること	3,408	65.6%

No	対象設問	条件内容	条件合致事業所数	母数に占める割合
2	Q9-2(入浴介助に関する基本的な取組状況)	選択肢 5(未実施)を含まず、選択肢 1(本人の意思等に応じた入浴)が選択されていること	4,623	89.0%
3	Q9-3(排泄介助に関する基本的な取組状況)	選択肢 4(未実施)を含まず、選択肢 1(随時介助)が選択されていること	4,798	92.4%
4	Q9-4(入居者の過ごし方に関する基本的な取組状況)	選択肢 7(未実施)を含まず、選択肢 1(入居者に応じた起床・就寝)・3(入居者の意思等に応じた過ごし方)が選択されていること	4,110	79.1%
5	Q9-10(入居者の家族との連携に関する基本的な取組状況)	選択肢 4(未実施)を含まず、選択肢 1(懇談会の定期開催)が選択されていること	1,727	33.2%
抽出条件			条件合致事業所数	母数に占める割合
No.1(食事介助)+No.2(入浴介助)+No.3(排泄介助)+No.4(入居者の過ごし方)+No.5(家族との連携)			1,051	20.2%
上記抽出群から B 群・試行群を除く (群の特徴明確化のため)			67	1.3% (14.9%)

※No.1～5の母数は事業所票なので5,195事業所、B群は入居者個人票と事業所票の両方を記載した451事業所

※母数に占める割合の上段(1.3%)は5,195事業所ベース、下段()内(14.9%)は451事業所ベース

(2) B群

看取りだけ対応する事業所は適切ではないことから、A群の要素を一定程度満たすことを前提とし (No. 1～3)、その上で、看取りや医療等のニーズに対応できている事業所を抽出することとした。

表6 抽出条件の質問項目と該当事業所数等(B群)

No	対象設問	条件内容	条件合致事業所数	母数に占める割合
1	Q9-2(入浴介助に関する基本的な取組状況)	選択肢 5(未実施)を含まず、選択肢 1(本人の意思等に応じた入浴)が選択されていること	4,623	89.0%
2	Q9-3(排泄介助に関する基本的な取組状況)	選択肢 4(未実施)を含まず、選択肢 1(随時介助)が選択されていること	4,798	92.4%
3	Q9-4(入居者の過ごし方に関する基本的な取組状況)	選択肢 7(未実施)を含まず、選択肢 1(入居者に応じた起床・就寝)・3(入居者の意思等に応じた過ごし方)が選択されていること	4,110	79.1%
4	Q9-8(入居者の継続的な支援)	選択肢 1(看取りまで)が選択されていること	1,066	20.5%

No	対象設問	条件内容	条件合致事業所数	母数に占める割合
5	Q13-16(事業所で対応している医療ニーズ)	選択肢 1(看取り期のケア)、2(インスリン注射)、3(中心静脈栄養)、4(注射・点滴)、5(透析)、6(ストーマ)、8(レスピレーター)、9(気管切開)、10(疼痛の看護)、11(経管栄養)、14(カテーテル)、15(喀痰吸引)、19(導尿)、21(排便)のいずれか1つでも選択されている入居者がいる事業所	287	58.2%
抽出条件			条件合致事業所数	母数に占める割合
No.1(入浴介助)+No.2(排泄介助)+No.3(入居者の過ごし方)+No.4(入居者の継続的な支援)+No.5(事業所で対応している医療ニーズ)			59	1.1% (13.1%)

※No.1～3 は前提となる A 群の条件

※No.1～4 の母数は事業所票なので 5,195 事業所、No.5 は入居者個人票のため 493 事業所

※母数に占める割合の上段は 5,195 事業所ベース、下段は 451 事業所(入居者個人票と事業所票の両方に回答)ベース

(3) 試行群

精神科のみ得意とし対応する事業所は適切ではないことから、A 群の要素を一定程度満たすことを前提とし (No. 1～3)、その上で、精神科医療等のニーズに対応できている事業所を試行的に抽出することとした。

表 7 抽出条件の質問項目と該当事業所数等(試行群)

No	対象設問	条件内容	条件合致事業所数	母数に占める割合
1	Q9-2(入浴介助に関する基本的な取組状況)	選択肢 5(未実施)を含まず、選択肢 1(本人の意思等に応じた入浴)が選択されていること	4,623	89.0%
2	Q9-3(排泄介助に関する基本的な取組状況)	選択肢 4(未実施)を含まず、選択肢 1(随時介助)が選択されていること	4,798	92.4%
3	Q9-4(入居者の過ごし方に関する基本的な取組状況)	選択肢 7(未実施)を含まず、選択肢 1(入居者に応じた起床・就寝)・3(入居者の意思等に応じた過ごし方)が選択されていること	4,110	79.1%
4	Q7-3(認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況)	選択肢 1(カンファレンス)が選択されていること	736	14.2%
5	Q7-4(精神科病院への入院や支援の取組状況)	選択肢 1(入退院・再入居の支援)が選択されていること	2,900	55.8%

No	対象設問	条件内容	条件合致事業所数	母数に占める割合
6	Q13-19(認知症以外での精神科・神経内科疾患の治療の有無)	選択肢 9(いいえ)や無回答以外の入居者が1人でもいる事業所	350	71.0%
抽出条件			条件合致事業所数	母数に占める割合
No.4(認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況)+No.5(精神科病院への入院や支援の取組状況)			537	10.3%
No.4(認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況)+No.5(精神科病院への入院や支援の取組状況)+No.6(認知症以外での精神科・神経内科疾患の治療の有無)			26	0.5% (5.8%)
No.1(入浴介助)+No.2(排泄介助)+No.3(入居者の過ごし方)+No.4(認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況)+No.5(精神科病院への入院や支援の取組状況)+No.6(認知症以外での精神科・神経内科疾患の治療の有無)			24	0.5% (5.3%)

※No.1～3 は前提となる A 群の条件

※No.1～5 の母数は事業所票なので 5,195 事業所、No.6 は入居者個人票のため 493 事業所

※母数に占める割合の上段は 5,195 事業所ベース、下段は 451 事業所(入居者個人票と事業所票の両方に回答)ベース

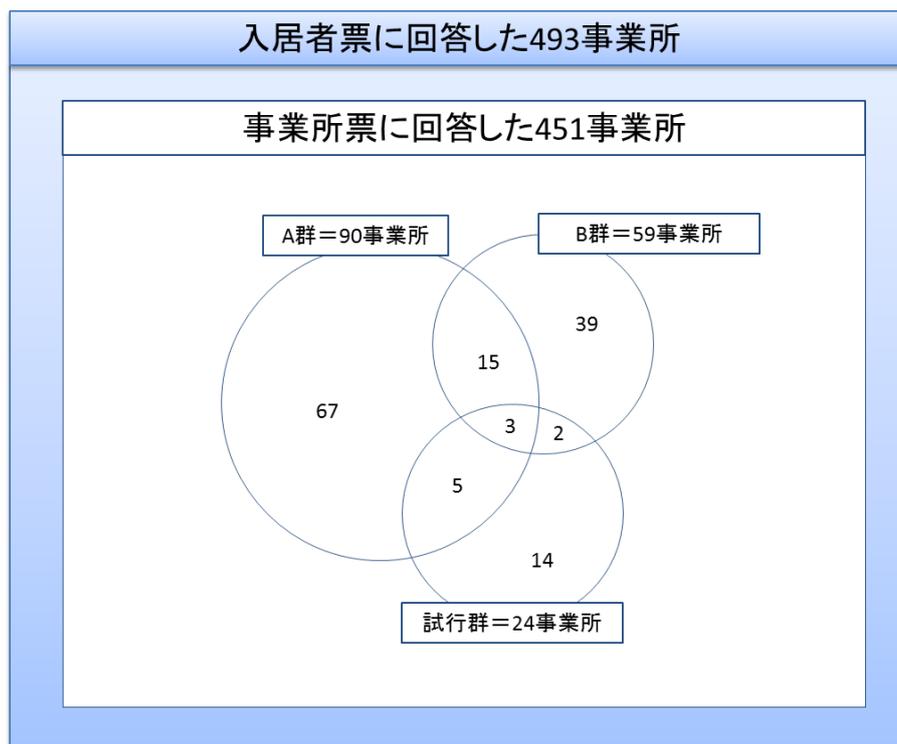


図 121 各群の包含関係

* 各群の抽出条件からわかるように、B 群や試行群の前提とした A 群の条件は、A 群での抽出条件の特に重要な一部分としたため、両群が A 群に内包されない関係となっている。

3.3. 各群の特徴等

前項の条件にて抽出した群の特徴を分析したところ、各群について次のような差異等が見られた。

なお、各群とも抽出の精度を高めるために入居者個人票の回答状況により抽出群を精査したため、結果としてサンプル数が厳選されていることから、各群の特徴については他との傾向の違いを参考程度に把握したものと捉える必要がある。

(1) A群 (67事業所)

5,195 の回答事業所全体と比べ、この群は、職員配置や資格、ツールの活用等、良いケアを行うための要素において高い水準の事業所が比較的多い。

全体像	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所票と入居者個人票の両方に回答した 451 事業所のうち 1 割強(14.9%)が該当 ■ ケアをよくするためのツールを活用したり、職員の教育に力を入れたりといった、ケアを向上する努力がなされている ■ 一方で、重度の認知症や精神症状への対応は限定的である
この群の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ■ 開始年度の構成比は、それぞれ全事業所の分布と類似しているが、平成 20 年開設の事業所が特に多い(全事業所に比べ 15 ポイント高)。 ■ ユニット当たりの常勤換算職員数(A 群平均 6.72 人)は、全事業所平均(6.59 人)より若干高い ■ 常勤職員率(A 群平均 71.4%)は、全事業所平均(68.0%)より高い ■ 8 割の事業所で管理者・計画作成担当者が介護従事者を兼務している(全事業所に比べ 6 ポイント高) ■ 1 事業所あたりの各種資格保有率は全事業所平均より若干低く、介護福祉士(36.5%)では 1 ポイントの差がある。 ■ 入居者の平均要介護度(2.7)は全事業所平均(2.8)よりやや低く、平均認知症高齢者日常生活自立度(Ⅱa とⅢa の間(3.92))も全事業所平均(Ⅲa(4.0))よりやや低い ■ 認知症専門医との連携はあまり必要ではないのか、専門医の指示は仰いでいるが、訪問診療や往診を受けることは考えていない事業所が多い ■ 入居者へのケア向上に努めており、8 割以上(83.6%)の事業所が何らかのツールを活用。7 割は「ケアマネジメントセンター方式」、1 割強(13.5%)は「ひもときシート」を採用 ■ 9 割が事業所全体の研修・教育計画を策定(全事業所に比べ 14 ポイント高)、半数以上(52.2%)が個別の研修・教育計画を策定(全事業所と比べ 19 ポイント高) ■ 職員研修では、外部の新人向けの研修(OJT 除く)を 0.3 回以上、現任者、管理者向け研修をそれぞれ 1 回以上行っている。内部では、新入職員向けの研修(OJT 除く)を 1 回以上、現任者向けの研修を 4 回以上、計画作成担当者向け研修を約 1 回実施している ■ 入居者の身体機能の低下に伴う介助では、専門家(理学療法士等)の助言を

	<p>得るのは難しく、4 割弱(35.8%)の実施に留まる(しかし全事業所と比べ 8 ポイント高)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の食事の献立や食品衛生管理では、専門家(管理栄養士等)の指導や助言を比較的得ており、半数以上(62.7%)が実施(全事業所と比べ 23 ポイント高) ■ 福祉用具を適宜活用。過去 5 年以内に購入、または現在レンタルしている福祉用具の 1 事業所当たりの台数(6.6 台)は、全事業所平均(7.2 台)より少ないが、電動・手動キャッジベッド等、種類によっては全事業所より多いものがあり、使い分けている。
この群の基準となりうる要件	<ul style="list-style-type: none"> ■ ユニット当たりの常勤換算職員数(平均 6.72 人) ■ 1 事業所あたりの介護福祉士資格保有率(36.5%、全体平均より低い)が今後の目標として要件設定するかは要検討) ■ 入居者のケアを良くする何らかのツールの活用 ■ 内部・外部問わず、新入職員向けの研修(OJT 除く)を 1 回以上、現任者向けの研修を 4 回以上、管理者向け研修を 1 回以上実施 ■ 事業所全体の研修・教育計画を策定

(2) B 群 (59 事業所)

A 群のような基本的なケアに加え、看取りや医療等のニーズに対応できている事業所群であることから、A 群と比較し、その特徴が明らかとなった。

全体像	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所票と入居者個人票の両方に回答した 451 事業所のうち約 1 割(13.1%)が該当 ■ 管理者・計画作成担当者が積極的にケアに関わり、自ら研修に参加すると同時に職員の教育指導にも当たっている ■ 医療機関との連携体制が整っている
この群の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ■ 設置法人では社会福祉法人(社協以外)・医療法人が各々約 1/4 を占める(A 群の構成比と比べ各 6 ポイント高)が、営利法人の割合は少ない ■ 入居者の平均要介護度(2.84)は A 群平均(2.70)よりやや高く、平均認知症高齢者日常生活自立度(Ⅲa とⅢb の間(4.13))も A 群平均(Ⅲa とⅢb の間(3.92))よりやや高い ■ 平均常勤換算職員数(7.29 人)は、全事業所平均(6.59 人)や A 群平均(6.72 人)より多い ■ 常勤職員率(73.6%)は、A 群平均(71.4%)より 2 ポイント高い ■ 管理者・計画作成担当者が介護に従事(兼務)している事業所が多い ■ 1 事業所あたりの介護福祉士資格保有率(39.3%)は A 群平均(36.5%)より若干高い ■ 介護従事者に占める有資格者の常勤換算職員数の割合が、全ての資格において全事業所平均より高く、比較的専門的なケアができている ■ 医療連携体制加算の取得率(93.2%)が全事業所平均(72.1%)、A 群平均(82.1%)と比べて高い ■ 入居者へのケア向上に努めており、9 割弱(86.4%)の事業所が何らかのツ

	<p>ルを活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 介護計画の作成に当たっては主治医や訪問看護ステーションの看護師等関係する外部の者からの意見を反映している事業所が多く、医療連携体制が整っている ■ 入居者の身体機能の低下に伴う介助における指導・助言等に関する基本的な取組では、4割強(42.4%)が入居者個別に適正な身体介助方法や機能訓練等について専門家(理学療法士等)による指導・助言を得ており、全事業所より14ポイント、A群より5ポイント高い ■ 6割強(64.4%)が、入居者の食事の献立や食品衛生管理について専門家(管理栄養士等)から指導や助言を得ており、全事業所より25ポイント、A群より2ポイント高い ■ 外部の管理者向け・計画作成担当者向けの研修を各1回以上受講。内部では新入職員向けの研修(OJT除く)1回、現任者向けの研修を3回以上実施 ■ 9割が事業所全体の研修・教育計画を策定(全事業所より13ポイント、A群より1ポイント低)、約半数が個別に職員の研修・教育計画を策定(全事業所より15ポイント、A群より3ポイント高)
この群の基準となりうる要件(A群の要件に加え)	<ul style="list-style-type: none"> ■ ユニット当たり平均常勤換算職員数(7.29人) ■ 常勤職員率(73.6%) ■ 1事業所あたりの介護福祉士資格保有率(39.3%) ■ 医療連携体制加算の取得(93.2%) ■ 入居者個別に適正な身体介助方法や機能訓練等についての、専門家(理学療法士等)による指導・助言(42.4%) ■ 現任者向けの研修(3回以上) ■ 個々の職員の研修・教育計画を策定

(3) 試行群 (24 事業所)

B群とは基本的に重なっておらず、別々の群となっている。つまり、看取り・医療ニーズに強い事業所は精神科ニーズにも強い訳ではなく、精神科ニーズに強い事業所はそれだけが強く、必ずしも看取り・医療ニーズに対応できていない。

従って、以下に示すように、この群の要件としては、3.2に示した抽出条件以外、適当なものがないと考えられる。

全体像	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所票と入居者個人票の両方に回答した451事業所のうち5.3%が該当 ■ 比較的少ない人員体制にもかかわらず、福祉用具を活用しながら、専門的知識を持った介護従事者がケアに当たっている ■ 医療機関との連携が少ない中で精神科ニーズに対応できている
この群の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ■ 設置法人では社会福祉法人(社協以外)の割合がA群より14ポイント高く、営利法人は10ポイント低い ■ 医療連携加算を取得している事業所が1/4(25.0%)と少ない ■ 2割弱(16.7%)が3ユニット以上の大型事業所 ■ 入居者の平均要介護度(3.01)は、B群平均(3.07)よりやや低く、A群平均(2.7)より高い

	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入居者の平均認知症高齢者日常生活自立度(ⅢaとⅢbの間(4.16))は、A群平均(3.92)やB群平均(4.13)よりやや高い ■ 全入居者の1割超(13.4%)が精神科病院からの入居(A群と比べ5ポイント、B群と比べ8ポイント高) ■ 平均常勤換算職員数(6.53人)は、全事業所平均(6.59人)・A群平均(6.72人)・B群平均(7.29人)より少ない ■ 常勤職員率(76.8%)はA群平均(71.4%)やB群平均(73.6%)より高い ■ 1事業所あたりの介護福祉士資格保有率(36.3%)はA群(36.5%)と同等(B群(39.3%)よりは3ポイント低い)。その他の資格保有者の割合はA群に比べ低い(看護師0.2%、准看護師0.4%) ■ 1/4で管理者が専任(A群より12ポイント、B群より18ポイント高) ■ 入居者へのケア向上に努めており、9割超(91.7%)の事業所が何らかのツールを活用 ■ 過去5年以内に購入または現在レンタルしている福祉用具の1事業所当たりの台数(8.5台)はA群平均より2.0台、B群平均より1.0台多い ■ いずれの研修も内部・外部共に平均実施回数は1回未満。内部では、新入職員向けの研修(OJT除く)1回、現任者向けの研修を3回以上実施 ■ 3/4(75.0%)が事業所全体での研修・教育計画を策定(B群より15ポイント低)。一方、個人別の研修・教育計画は、4割超(41.7%)の事業所で策定(全事業所より8ポイント高いがA群より10ポイント、B群より7.5ポイント低い)
<p>この群の基準となる要件(A群の要件に加え)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個人別の研修・教育計画の策定(66.7%) <p>※必ずしも精神科ニーズとの関連性はないことから、当初設問の選択肢に合った抽出条件を要件とする以外にめぼしいものはないと考えられる。</p>

第3章 実践状況の現地確認結果

1. 調査の概要

1.1. 趣旨

今後の認知症グループホームにおける認知症に相応しいサービスとして評価すべき機能・類型に該当する事業所をアンケート調査回答から抽出し、その様な類型・機能に適合する事業所が実際にあり、アンケート回答内容にある取組が（回答データ上だけでなく）実践できていることを確認しておく必要がある。また、実践できている背景・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。

そのため、類型の特徴となる回答内容の具体的な実践状況等を、現地確認やヒアリングにより把握した。

1.2. 調査対象

現地確認・ヒアリング対象の事業所は、調査検討組織の議論等に基づき設定された各事業所群の定義（抽出条件）に合致する事業所をアンケート結果データから抽出、抽出された各群の事業所から実際に訪問する事業所を複数件（実践事例の存在確認であることから、多数である必要はない）絞り込んだ上で、電話にて実際に実践されている可能性がある所ということをおある程度確認でき、協力が得られた事業所とした。

B群・試行群はいずれも医療系のニーズへ対応できている事業所であることから、設置法人が医療法人か否かでその実践状況や難易度が異なるのではないかと、また非医療法人の事業所では立地する地域の医療資源の充実度によってその実践状況や難易度が異なるのではないかと考え、医療法人、非医療法人（都市部・非都市部）に分け、下記の6箇所を（事業所名は非公開での調査協力となっている）対象とした。

平成26年2月初旬から順次訪問し、3月初旬までに全て訪問・確認し終えた。

分類	場所	類型	事業所	設置法人	所在地
医療法人	(非都市部)	B群	A	医療法人	中国・四国
	(都市部)	試行群	B	医療法人	北海道・東北
非医療法人	非都市部	B群	C	NPO	中部
			D	有限会社	中部
	試行群	E	社会福祉法人	北海道・東北	
	都市部	B群・試行群	F	株式会社	関東

1.3. 調査内容

事業所で実践されている取組の詳細（内容や実施体制、実施上の悩み等）について、アンケート回答内容に沿って質問・確認した。

加えて、現場での実践内容の背景にある経営方針やホーム開設の経緯、実施上の悩み・課題等も、主たる質問の中で確認が取れる範囲で適宜尋ねた（具体的な質問項目は下表の通り）。

また、一部の事業所では、質問への回答に付随する参考情報として、事業所の背景・経緯（沿革）や、関連施設（事業所内併設施設、連携先医療施設等）の一覧等に関する資料・パンフレット類のご提供や、医療ニーズや看取りニーズへの対応、精神科ニーズへの対応における実践内容がわかる対象の入居者様のケアプランや記録等も拝見させて頂いた。

問1	入居者の医療ニーズや看取りニーズへの対応、あるいは精神科ニーズへの対応に関する、貴事業所での具体的な実践方法や内容
問2	医療ニーズや看取りニーズ、あるいは精神科ニーズへ対応するために整えた、事業所内部の体制（医療職の確保や配置、運営面での工夫、設備設置等ソフト・ハード両面での準備）や、外部の体制 また、その様な体制としている理由（例えば、医療職等人材確保の難しさ、コスト面、母体が医療施設等）
問3	医療ニーズや看取りニーズ、あるいは精神科ニーズへ対応するようになった背景・経緯・事情等（地域の医療・介護資源の充足状況、法人の理念・方針、入居者の要望等）
問4	それらニーズへの対応による、入居者、家族、職員、連携先等にとっての効果
問5	それらニーズに対応する（あるいは継続していく）上での、課題・支障等
問6	それらニーズへの対応に関する、今後の発展・展開の方向（あれば）
問7	今後の発展・展開を進めていく上での、報酬や運営基準等での課題・支障等（あれば）
問8	貴事業所の実践内容・方法等を、今後、全国の事業所が取り組んでいく場合の、注意点や課題

2. 確認結果

各調査対象（6事業所）の確認結果の要旨を以下、順に整理する。

2.1. 事業所 A（医療法人（非都市部）・B 群）

(1) 確認結果の概要

母体施設の診療所から医師が訪問診療、看護師が訪問看護に定期的に入るが、常時看護が必要な医療処置や継続的な処置が必要な場合は隣接の老健に移って対応。
法人代表の方針で開設時から看取りまで対応。これまで 10 例看取り。

(2) 事業所の概要

事業所の類型		B 群（看取りニーズ対応）×医療法人				
事業所の略歴	法人種別	医療法人		開設年	2004 年	
	ユニット数	2 ユニット		定員	18 人	
	<ul style="list-style-type: none"> ・地域性として、福祉サービスを手掛ける医療法人が多く、医療・介護連携の観点から市もそれを望んでいる ・母体のクリニック（内科）が法人化して、グループホームとデイサービス・老健等の複合施設を開設。隣接地に高優賃も整備 ・以降、グループホーム等を順次増設し現在 4 事業所。リハビリのクリニックを新たに開設し 2 クリニック体制として 2 事業所ずつ担当 ・別途、社会福祉法人を設立し特養・ショートステイを開設 					
同一法人が運営するサービス	訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援	介護予防訪問介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防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 介護老人保健施設				
介護報酬上の加算	短期利用共同生活介護 看取り介護の実施 医療連携体制加算	認知症専門ケア加算 (I) サービス提供体制強化加算 (II) 介護職員処遇改善加算 (I)				
併設・隣接サービス	認知症対応型通所介護					
入居者の要介護度	要支援 2 0 人	要介護 1 7 人	要介護 2 1 人	要介護 3 5 人	要介護 4 1 人	要介護 5 4 人
入居者の入居期間	6 か月未満 2 人	6 か月以上 1 年未満 2 人	1 年以上 3 年未満 8 人	3 年以上 5 年未満 0 人	5 年以上 10 年未満 6 人	10 年以上 0 人

入居前に精神科病院に入院していた入居者数			0人		
職種別・勤務形態別の職員数		常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
	管理者	0人	1人	-	-
	計画作成担当者	0人	1人	1人	0人
	介護職員	10人	2人	1人	0人
	看護職員	0人	0人	0人	0人
	その他	0人	0人	0人	0人
専門医療機関との連携体制・実施状況	認知症の専門医師による訪問診療や往診	同一法人・関連法人から			
	認知症の専門医師とのカンファレンス	行っている			
	精神科医との連携状況	連携しカンファレンス実施			
	精神科病院への入院や支援の取組状況	必要に応じ入院、退院・再入居を支援			
	入院時の支援内容	家族支援・相談対応、入退院の諸手続き			

(3) 事業所の具体的な実践方法や内容

医療・看取り・精神科ニーズへの対応方針・実践内容等	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人の有床診療所の医師が週1回(毎週水曜)訪問診療、同診療所(訪問ステーション)の看護師が週1回(カンファレンスのため医師と同日時)訪問看護により介護職員に相談・助言。 ● 看取り期に入った一部の入居者は週1回の訪問診療ではなく月2回の往診(在総診)となっている。 ● 主治医は入居者が選択。入居前の主治医を継続する入居者は現在18人中1人(以前は3人)。母体施設の医師が主治医の方が連携しやすい。 ● 主治医が母体施設の医師か否かにかかわらず、年1回(2~3ヶ月に1回3~4人ずつ)、診療所で定期健診を実施。 ● 入居者の殆どが概ね3~5の疾患を持つが、事業所で介護職員が実際に対応する医療ニーズは、全入居者への服薬管理(服薬状況チェック)。 ● 継続的な処置や常時看護が必要な処置は隣接の老健に移動。 ● 入院が必要な場合は、市立病院や労災病院へ。 ● 一般病院からのパスとしては、退院後、法人の老健やリハビリ診療所を経て、在宅復帰困難な場合はグループホームへ。 ● 月2回、法人の薬局が薬剤管理指導を実施。 ● 歯科医師・歯科衛生士の往診や口腔衛生指導あり。 ● 開設時から看取りを予定しており、これまで10例看取り。 ● 精神科は隣の大きな市に認知症専門医のいるセンターがあり、入居前から定期受診する入居者がいるため、同医師との情報共有により薬剤調整。 ● 精神科の受診が必要と判断された入居者は、入居時の診断意向確認の同意書に基づき、(かかりつけ医がないため、訪問診療医の紹介で)近隣の昔からある個人病院を受診(受診待ちなく、近くのため付き添い容易)。現在3名の入居者が服薬によるBPSD(暴言・暴力・多動・睡眠障害)のコントロールを実施。当事業所はないが法人内他事業所では精神科病院へ入院した入居者あり。
---------------------------	--

<p>その他施設の 基本方針 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 看取りは家族の付添・協力を前提としていないことから、遠く離れているために事業所に任せる家族もあり。 ● 看取り期が近付くと「看取り介護についての同意書」を提出、その後も随時意思確認、同意書も複数回更新提出する中で、家族・職員等が看取りに向けた心の準備を進める ● 入居時から重度の人はいない。法人の居宅介護支援で重度者は法人の老健やグループ法人の特養へ。法人の老健からの入居でも要介護4以上はいない。そのため、入居時は最期まで居るイメージはなく入院希望者が大半。 ● 看取りに関する指針(職員の心得・行動指針のようなもの)を作成 ● 法人の4事業所は全てタイプや家賃が異なる。低所得者でも入居できるタイプからそうでないものまでさまざま。
------------------------------	--

(4) 事業所内部/外部の体制

<p>事業所内部 の体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療職は置かず、母体施設(診療所)からの定期的な派遣となっている ● 看取り期は、通常の夜勤2名(1ユニット1名)に加え、夜勤者が経験の浅い職員の場合は管理者やリーダ(医師や家族を呼ぶべきタイミング、状態かが見極められないため)も待機。 ● 以前、平均要介護度が4.3となり看取りが集中した時は、訪問看護を集中的に実施すると共に介護用ベッド等の重度者用福祉用具を導入し乗り切った。
<p>外部の体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 入居前のかかりつけ医、もしくは法人の有床診療所(内科・リハビリ科)の医師による訪問診療 ● 同診療所(訪看ステーション)の看護師による訪問看護 ● 入院は市立病院や労災病院 ● 精神科は近隣の専門医療機関へ外来受診
<p>その様な体制 とした理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 母体の診療所は何十年と続く駅前診療所で、看取りや往診は普通のこととなっている。 ● 身内を看取られた代表(理事長夫人)の方針で開設時から看取りが前提。 ● 複合施設で医師との連携も近く、スムーズであることから、医療職を事業所内に配置する必要性は低い。
<p>その他グループホーム での体制、 ケアの方針 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 常勤職員が多いのは、夜勤・看取り含めて全て対応できる職員が必要なため。昼間なら非常勤でも良いかと言えばそうでもなく、昼間の非常勤のみの体制が最も厳しい。 ● 多種多様な事業所を抱える比較的大きな法人であるが、法人内での異動はあまりない。育休等で主力が抜ける、新規開設する等によりグループホーム間でのスキルのバランスが悪くなった場合のみ、グループホーム間で異動。 ● 代表の方針で、グループホームらしさを維持するため法人ではなくグループホームで独自に採用。 ● 資格取得の助成や研修受講にポイント付与等法人として後押し。

(5) ニーズに対応するようになった背景・経緯・事情等

地域性として、医療法人（開業医）が福祉サービスを手掛けることが多い。現在は相当整備が進んだが、以前は市内の介護資源の充足度が低かったことから、市の希望もあり、単独型ではなく複合型のサービス施設の整備が進んだ（当事業所もグループホームの他に老健・ショートステイ・通所リハ・居宅介護支援を併設し、高優賃を隣接）。市内のグループホーム 10 か所のうち市内 3 法人で 9 か所を運営している他、デイサービスは開業医が多い。

母体施設の診療所の医師（理事長）は、専門は元々循環器であったが、認知症の専門医として介護予防を重視しており、リハ機能を有する施設を整備。また、代表は認知症の人の居場所作りへの思い入れが強く、スウェーデンまで見学に行き、グループホームを開設

(6) ニーズに対応する（あるいは継続していく）上での、課題・支障等

医療ニーズへの対応上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 痰の吸引は週 1 回の訪問看護だと常に実施できない。特に緊急時の対応に困る。 ● 講習受講者のみ実施可能だが、シフト上不在時に対応困難。受講者が他の職員にも指導し広められるとよい。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 高卒者を積極採用し、働きながら介護福祉士等の資格を取得しているが、今後働きながらの資格取得は不可能になるのは問題。 ● 資格者の配置が加算要件であり、ケアの質・職員の質向上につなげるならば、職員個人のモチベーションを高めるためにも、個人の処遇への反映が必要。

2.2. 事業所 B（医療法人（都市部）・試行群）

(1) 確認結果の概要

医療法人が病院、在支診、訪看ステーションを抱えており、これらがグループホームに訪問診療・訪問看護や緊急時の入院受入に対応。

グループホームの他、特養・老健・高齢者住宅等も設置運営しており、法人の居宅介護支援によりグループホームとの円滑な入退居を実現。

精神科ニーズへの対応では、近隣の精神科病院に確定診断等のために外来受診、その後、ある程度安定し定期的な受診の段階では待ち時間のない母体病院の精神科外来を予約受診。

(2) 事業所の概要

事業所の類型		試行群（精神科ニーズ対応）×医療法人		
事業所の略歴	法人種別	医療法人	開設年	2001 年
	ユニット数	3 ユニット	定員	27 人
	<ul style="list-style-type: none"> ・法人は高齢者医療を専門とする病院として約 50 年、市内でも有名 ・母体病院の退院の受け皿として介護保険制度開始前のモデル事業の時 			

	からグループホームを開設（県内初）。老健や訪問看護事業所も県内で5番以内に開始 ・以降、順次増設し10事業所（社会福祉法人や株式会社といった別法人でも運営）。中にはサ高住併設のホームもある					
同一法人が運営するサービス	訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 認知症対応型通所介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援 介護予防訪問介護 介護予防訪問看護	介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 介護予防支援 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				
介護報酬上の加算	医療連携体制加算 サービス提供体制強化加算(II)	介護職員処遇改善加算(I)				
併設・隣接サービス	なし(単独型)					
入居者の要介護度	要支援2 0人	要介護1 3人	要介護2 7人	要介護3 6人	要介護4 7人	要介護5 3人
入居者の入居期間	6か月未満 2人	6か月以上1年未満 4人	1年以上3年未満 8人	3年以上5年未満 7人	5年以上10年未満 4人	10年以上 1人
入居前に精神科病院に入院していた入居者数	0人					
職種別・勤務形態別の職員数		常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
	管理者	0人	3人	-	-	
	計画作成担当者	0人	3人	1人	0人	
	介護職員	18人	4人	1人	0人	
	看護職員	0人	0人	0人	0人	
その他	0人	0人	0人	0人		
専門医療機関との連携体制・実施状況	認知症の専門医師による訪問診療や往診	同一法人・関連法人以外から				
	認知症の専門医師とのカンファレンス	行っている				
	精神科医との連携状況	連携しカンファレンス実施				
	精神科病院への入院や支援の取組状況	必要に応じ入院、退院・再入居を支援				
入院時の支援内容	入退院時・入院中の情報共有・カンファレンス 家族支援・相談対応、入退院の諸					

	手続き
--	-----

(3) 事業所の具体的な実践方法や内容

医療・看取り・精神科ニーズへの対応方針・実践内容等	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人の在宅療養支援診療所の医師が月 2 回訪問診療。 ● 訪問診療の合間に、週 1 回、法人の訪問看護ステーションが訪問看護の実施と、介護職員への指導。 ● 母体施設から訪問歯科診療・口腔衛生指導も提供。 ● 母体病院にない脳外科等については他院の外来受診 ● 入院が必要な場合は、母体施設である病院が受入。入院中の支援は手厚い。母体施設のため時間外でも容易に様子見、情報共有が可能。 ● 入居者の多くは高血圧、概ね 2,3 の疾患を持つが、事業所で医療職の指導の下、介護職員が実際に対応する医療ニーズは、約半数の入居者への服薬管理(服薬状況チェック)、1 日 2 回の血圧測定。 ● 看取りは、医療面での実施体制があり、介護職員へも十分に研修しており、法人としても昨年から受け入れ可能としているが、現場の不安(新人職員が半分)の他、家族の協力(最期は泊まり込み)を前提としていることもあり現状で未実施(偶然看取った事例はあるが)。 ● 法人に多数の医療資源、介護施設(特養・老健・療養病床)があるため、事業所で最期まで抱える必要はなく入院等で対応。半数以上の家族は大病院がバックにあることを期待して入居。 ● 食べられない・飲めない状態になっても(通常は入院)、職員がお手上げになるまでは訪問診療医・訪問看護師の協力でギリギリまで事業所で生活 ● 精神科との連携は、近隣にある認知症に理解ある専門の精神科病院を重点的に利用するが、人気があり外来の受診待ちが難しいことから、確定診断後、ある程度安定してきた段階での定期的な受診には、母体病院での非常勤の精神科医による月 2 回の外来に予約受診
その他施設の基本方針等	<ul style="list-style-type: none"> ● 「看取るのは家族」という基本の考え方から、事業所内の看取りでは家族の協力を前提としている。 ● 全入居者にケアマネジメントセンター方式のアセスメントツールを活用。 ● 重度者が特定のユニットに偏っている。エレベータがないため 2 階ユニットは階段昇降可能な入居者となり、重度化が進むと 1 階ユニットに移動。結果として活発に活動するユニットとそうでないユニットができています。

(4) 事業所内部/外部の体制

事業所内部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療職は置かず、法人傘下の関係機関からの定期的な派遣となっている
外部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人の在宅療養支援診療所(訪問診療専門・外来なし)の医師が月 2 回訪問診療。系列の 20 事業所を医師 3 名でカバー(担当事業所を決めている)。訪問診療の時間帯以外は母体施設の外来を担当。 ● 訪問診療の合間に、週 1 回、法人の訪問看護ステーション(4ヶ所)が訪問看護の実施と、介護職員への指導。 ● 入院が必要な場合は、母体施設である病院(高齢者医療専門で地域では有名な大病院。一般・回復期リハ・医療療養・介護療養で約 600 床。内科・

	<p>消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・リハビリテーション科・歯科)が受入。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●精神科は近隣の専門医療機関への外来受診の他、母体施設の精神科外来に予約受診
その様な体制とした理由	<ul style="list-style-type: none"> ●看護師は給与が高いため、各グループホームに配置すると高コストとなることや、毎日必要でもないことから分散配置は非効率。 ●母体が医療法人で、時代のニーズに応じさまざまな施設を整備・拡充しており、グループホームで全て対応する必要はない。実際、法人のケアマネにより法人の病院・老健・高齢者住宅からの入居が殆ど、退居先も法人の病院が多い。 ●精神科との連携は、母体病院での精神科ニーズの高まり(入院困難者の増加)と、20のグループホームからの要望により、非常勤の精神科医を月2回確保しているが外来で手いっぱいのため、事業所では近隣にある認知症に理解ある専門の精神科病院を重点的に利用
その他グループホームでの体制、ケアの方針等	<ul style="list-style-type: none"> ●大法人であるが、法人内での異動はあまりない。交換研修による他施設の体験や異動希望を聞く機会はある。ポストが空いたら、そのポストに該当する資格要件を有する職員を充当。

(5) ニーズに対応するようになった背景・経緯・事情等

法人は高齢者医療のパイオニアとして、慢性期、療養、回復期リハ等の療養環境を提供し、退院後の受け皿（自宅に帰れない、家族が受け止められない等）として介護施設を整備する中でグループホームも整備。

県庁所在地で県内各地から親を呼び寄せるため、医療・介護資源が多く必要な地域特性を反映し、他の医療法人も同様の事業展開。

グループホーム開設当初は、医療機関との連携は特段なく、入居時から重度の方は母体施設の病院との入退院で対応していた。その後、事業所数の増加や制度改正への対応から外付け（在支診、訪看ステーション）での医療連携体制となった。

(6) ニーズに対応する（あるいは継続していく）上での、課題・支障等

看取りニーズへの対応上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ●研修を十分に実施している一方で、食事ができなくなり、ベッド上にいるだけの状態になっているのがよいのか、何もしないで見守っているのはどうなのか、といった看取りへの疑義が職員にはある ●他の入居者への影響も考慮すると、看取り期の入居者が生活し家族が付き添う別の部屋が必要ではないかと考えるが、契約上、部屋が変わるのは難しい。
----------------	--

2.3. 事業所 C（非医療法人（非都市部）・B 群）

(1) 確認結果の概要

開設当初より看護師を事業所内で確保、町内で訪問診療医を確保し、受け入れを断らない（行き場のない人を出さない）役割を自負。重度者への対応、看取りの実績を積んでいる。

(2) 事業所の概要

事業所の類型		B 群（看取りニーズ対応）×非医療法人				
事業所の略歴	法人種別	NPO 法人		開設年	2006 年	
	ユニット数	1 ユニット		定員	9 人	
	<ul style="list-style-type: none"> ・開設・運営未経験の理事長（民生委員、社協勤務）がお年寄りの集まる場を作るためにグループホームを開設 ・居宅介護支援、デイサービスへと多機能化 ・昨年 12 月から隣の市に訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を開設 					
同一法人が運営するサービス	通所介護 居宅介護支援 介護予防通所介護		介護予防認知症対応型共同生活介護 介護予防支援			
介護報酬上の加算	短期利用共同生活介護 認知症行動・心理症状緊急対応加算 若年性認知症利用者受入加算 看取り介護の実施 医療連携体制加算		退居時相談援助加算 認知症専門ケア加算(I) サービス提供体制強化加算(II) 介護職員処遇改善加算(I)			
併設・隣接サービス	居宅介護支援 通所介護		短期入所生活介護			
入居者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	0 人	1 人	0 人	1 人	2 人	5 人
入居者の入居期間	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 5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上
	1 人	0 人	1 人	2 人	5 人	0 人
入居前に精神科病院に入院していた入居者数				0 人		
職種別・勤務形態別の職員数		常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
	管理者	0 人	1 人	-	-	
	計画作成担当者	0 人	1 人	0 人	0 人	
	介護職員	6 人	2 人	3 人	0 人	
	看護職員	0 人	1 人	0 人	0 人	
その他	0 人	1 人	0 人	0 人		
専門医療機関との連携体制・実施状況	認知症の専門医師による訪問診療や往診			同一法人・関連法人以外から		
	認知症の専門医師とのカンファレンス			行っている		
	精神科医との連携状況			指示は受けるが、カンファレンス未実施		

	精神科病院への入院や支援の取組状況	必要に応じ入院、退院・再入居を支援
	入院時の支援内容	入退院時・入院中の情報共有・カンファレンス 家族支援・相談対応、入退院の諸手続き

(3) 事業所の具体的な実践方法や内容

医療・看取り・精神科ニーズへの対応方針・実践内容等	<ul style="list-style-type: none"> ● 協力医療機関の院長が月 2 回訪問診療。 ● 訪問診療の合間に、週 1 回、協力医療機関の看護師が院長の代わりに事業所を訪問、検査や問診等を実施。 ● 総合施設長(看護師)が、入居者の状態(1 日 1 回バイタルチェック)を把握、病院へのつなぎや、簡単な処置を実施。総合施設長も多忙なことから、法人内の訪問看護ステーションの看護師が訪問看護業務の合間に事業所へ来て、同様の役割を果たしている。 ● 治療中の病気のある入居者は 9 人中 6 人。高血圧や糖尿病だけでなく高次脳機能障害の入居者も。但し、事業所で実際に対応する医療ニーズは、全入居者への服薬管理(介護職員が服薬状況チェック)、その他は褥瘡の処置や浣腸が数名。 ● 入居期間の長期化に伴い重度化が進行。9 人中 5 人が要介護 5、2 人が要介護 4 で、全介助の入居者が 2 人。 ● この 10 年間で事業所内での看取り 7 人。直近では 2 月、昨年 3 月と、入居期間の長期化に伴い年 1 人ペースになってきている。看取り期は介護職員(特に若手)が夜間 1 人になることへの不安に対し、早番・遅番をずらすことで 2 人体制としている。 ● 看取りは入居当初より同意書を頂いているが、実際の看取り期において途中で家族等の意思が変わることもあるため、入居者の状態変化の都度、意思確認し、病院を希望された場合は入院。 ● 精神科医療との恒常的な連携体制までではない。以前の入居者が精神科にかかっていた関係で当該主治医の指示を受けていたことがあったが、亡くなられたため関係が途絶。 ● BPSD についても行動の目的を突き止め、認知症の種類・症状に応じた対応ができれば、基本的に精神科医が必要となるケースは少ない(強い症状が出現したり、本人がわかっている等の場合に限られ、入院退居となる)。
その他施設の基本方針等	<ul style="list-style-type: none"> ● 職員全員が理解し取り組めるよう、全入居者にケアマネジメントセンター方式のアセスメントツールを活用し、意識の浸透を図っている。 ● 重度者でも重度なりの生活支援(例えばお茶碗を拭く等)があり、個々の入居者との関わりを重視。 ● 死亡退居に伴う新規入居者に要介護 1 の軽度者。自立できれば在宅復帰可能なことから、併設のデイサービスで掃除のアルバイト等自立支援。

(4) 事業所内部/外部の体制

事業所内部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 総合施設長(看護師)と非常勤の看護師(法人内の訪問看護ステーションと兼務)が、入居者の正確な状態把握、医療との的確な情報共有、簡単な処置を担当。看取り期の夜間は訪問看護ステーションから駆け付け ● 介護職員が服薬管理。看取り期の夜間は2人体制
外部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 協力医療機関(事業所から車で30分。内科・外科・歯科。療養病棟、障害者施設あり)の院長(専門は外科だが認知症にも詳しく、自院でもグループホームを経営する他、当事業所を含む7か所の事業所の連携先となっている)が月2回訪問診療。 ● 訪問診療の合間に週1回、協力医療機関の看護師が院長の代わりに事業所を訪問。 ● 法人内の居宅介護支援事業所に配置の歯科衛生士が、日常的に口腔ケアについて指導(治療は連携先機関への外来受診)。
その様な体制とした理由	<ul style="list-style-type: none"> ● 開設時に理事長がスカウト会社を活用して総合施設長(病院勤務から社協でケアマネ)をスカウト。 ● 協力医療機関は、当初は町内の診療所の医師による訪問診療の体制が整っていたが、当該医師の死亡により代替りの医師の確保に苦勞(認知症への理解があり、訪問診療に対応する医師がみつからず、みつかったも定着化しない時期あり)。昨年6月から現在の医療機関となり、ようやく落ち着く。
福祉用具の使用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● ベッド・車椅子・吸引器や、車椅子用体重計、ストレッチャー(全介助者の入浴に使用)等の各種の用具は法人が購入。
その他グループホームでの体制、ケアの方針等	<ul style="list-style-type: none"> ● 看護師資格があっても介護職員として従事。医療職としてのプライドのある看護師も世の中には少なくないが、病院では看護師が介護も行っていることから、介護事業所のトップの方針が重要。

(5) ニーズに対応するようになった背景・経緯・事情等

開設当初より生活保護の人や重度の人も含め、全て受け入れる方針。結果として受け入れを断らない事業所として認知され、初めから重度の方の入居も増えてきている。

そのため、開設当初より医療との連携が前提であり、看護職の確保と、町内での訪問診療医の確保により事業を開始。施設改修(古民家の大規模改修)やNPO法人の運営円滑化も含めNPO法人設立から事業開始まで2年を要した。

(6) 入居者、家族、職員、連携先等にとっての効果

職員は未経験者が多く、入ってから経験し学び資格を取得する職員が多いことから、看取りの大変さを知らないまま、事業所内での研修会(心構え、やるべきこと等)を受け、日常的に他の職員から話を聞き、あまり抵抗感なく経験。

一旦経験すると、人の命の大切さが芽生え、意識が変わる。

(7) ニーズに対応する（あるいは継続していく）上での、課題・支障等

医療ニーズへの対応上の課題	● 看護師等の医療職は事業所内に居ることにこしたことはないが、医療職としての業務はそう多くはない
看取りニーズへの対応上の課題	● 重度者への介助に職員をとられ、手が回らない(以前は全介助が3名)。 ● また、女性や高齢の職員での介助は体力的にも厳しく、男性職員が必要 ● 男性職員は給与の関係上、若者か年配しかおらず、家族を養える給与が出せないため中年男性が必要だが確保できない。
その他	● 建物の構造上、部屋が1階と2階に分かれているため、夜勤1人では死角が発生。目の届かない所で転倒等怪我無いよう注意。

2.4. 事業所D（非医療法人（非都市部）・B群）

(1) 確認結果の概要

集落唯一の診療所（医師1名・看護師2名）による事業所への往診、事業所内の複数の保健師による正確な状態把握と、医療との的確な情報共有・相談、往診要請とが噛み合い、理想的な医療連携体制ができています。

余計な医療を行わず、適切な水分・食事・服薬の管理により、重症化を防ぎ、看取りまでつなげている。

(2) 事業所の概要

事業所の類型		B群（看取りニーズ対応）×非医療法人				
事業所の略歴	法人種別	有限会社		開設年	2006年	
	ユニット数	1ユニット		定員	9人	
	<ul style="list-style-type: none"> 管理者は旧村役場の保健師。社協でグループホームを立ち上げ（保育園改修、定員7）。認知症の人の受け皿が少なく家族の離婚等悪影響が大きいことに一念発起し、市町村合併により旧村が市になるのを機に役場の保健師を辞め、自分の畑に建設 役場保健師の時の人脈等を活用し、看護師等の有資格者が非常勤（曜日・時間帯別）で多数支援 					
同一法人が運営するサービス	介護予防認知症対応型共同生活介護					
介護報酬上の加算	看取り介護の実施 医療連携体制加算			サービス提供体制強化加算（III） 介護職員処遇改善加算（III）		
併設・隣接サービス	なし(単独型)					
入居者の要介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	0人	1人	1人	2人	1人	4人
入居者の入居期間	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5年未満	5年以上10年未満	10年以上
	0人	1人	3人	0人	5人	0人

入居前に精神科病院に入院していた入居者数		0人			
職種別・勤務形態別の職員数		常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
	管理者	0人	1人	-	-
	計画作成担当者	0人	1人	0人	0人
	介護職員	5人	2人	6人	2人
	看護職員	0人	1人	0人	0人
その他	0人	1人	0人	0人	
専門医療機関との連携体制・実施状況	認知症の専門医師による訪問診療や往診	受けたいが対応してくれる医療機関がない(唯一の診療所の医師は認知症の研修未受講だが詳しい)			
	認知症の専門医師とのカンファレンス	専門医師との関係がない(同上)			
	精神科医との連携状況	認知症以外の精神科疾患が疑われる入居者がいるが、特に医師と連携する必要性を感じていない			
	精神科病院への入院や支援の取組状況	わからない			
	入院時の支援内容				

(3) 事業所の具体的な実践方法や内容

医療・看取り・精神科ニーズへの対応方針・実践内容等	<ul style="list-style-type: none"> ● 集落(旧村、人口約1,500人)唯一の無床診療所(国保直診)の、集落に1人だけの医師(地域医療重視)が2ヶ月に1回往診、実際には月何回でも事業所呼び出しに応じ不定期で外来の合間に往診。 ● 2ヶ月の間は診療所の看護師2名が1週交替の当番制で医師の代わりに事業所を訪問。 ● 管理者の他にも看護師やケアマネ資格を有する職員(社協退職者等役場時代の人脈を確保。非常勤)が複数在籍、入居者の状態・変化(薬の効き具合等)を把握、職員間で共有すると共に、的確に医師に報告(最低月1回)、また随時相談。 ● 緊急時は診療所の隣に配備されている救急車で診療所や病院(山間の集落だが県庁まで車で40分)に搬送。 ● 入院は年1回程度発生(集落に入院施設はないので市中心部の大病院)。骨折やけいれん(検査のため)。 ● 高齢者のため入居者全員が何らかの持病あり。高血圧や糖尿病だけでなく前立腺がんや僧帽弁膜症の入居者も。留置カテーテルの交換等は診療所に通院時に行い、注射は医療職の往診時に。これら以外の対応として、殆ど入居者は適切な服薬管理で十分(血糖や痛み等を管理)。 ● グループホームの強みは24時間入居者の状態をみて、食事や水分、薬の管理により重症化を防ぐことができること。このため、詳細な業務日誌を介し職員間で入居者の情報を共有。 ● 90歳前後の高齢者に余計な医療を行わない(例えば、点滴・経鼻・胃ろう等不要な養分・水分供給により体の圧迫・むくみ・床ずれを招く)ことで却って元気に過ごせるが、家族等がそれに理解を示す必要があることから十分に説明すると共に体験者(家族)にも事例発表してもらおう。それでも積極
---------------------------	---

	<p>的な医療を求める人には病院を勧める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● これまで、施設・老健・精神科病院に各 1 名ずつの退居と、入院し死亡した 2 名以外は全て事業所内で看取り(9 人)。昨年は 2 人看取っており、入居期間の長期化に伴い年 2 人ペースになってきている。 ● 家族と共にエンゼルケアも実施。入院時より肌つやよくむくみや出血なくなったことに驚かれる。 ● 精神科医療は市中心部まで通う必要があり、こまめな薬剤調整のための状況報告や相談が困難。以前、診療所の医師の紹介で精神科医にかかったが薬が強くて多かったため、結局診療所の医師に相談、薬の調整で安定化したことから、必ずしも精神科医が最適かは疑問視。
その他施設の基本方針等	<ul style="list-style-type: none"> ● 資格別単価での時給制、賞与(パートにも出す)も出勤時間数見合いとすることで、資格の有無で差はあるものの常勤・非常勤で差がなく働いた時間だけ給与が得られる平等感を確保。 ● 常勤・非常勤は税金・保険料の違いだけなので事業所都合ではなく本人希望(年 1 回意向確認)。本人の都合で 17 日以内に勤務を抑えている職位が多い。 ● 他の職業との兼務者多い(保健師は 1 人が精神障害者施設、1 人が健康相談に従事)。事業所としても情報収集、視野の広がり等の観点から推奨。

(4) 事業所内部/外部の体制

事業所内部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健師・看護師・ケアマネ資格を持つ者が複数名在籍(介護職として)、正確な状態把握と、医療との的確な情報共有・相談、往診要請 ● 職員が入居者の状態をチェックし職員間で共有し、医師・看護師に報告や相談。服薬管理や、診療所への通院付き添いも。 ● 開設時から職員ほぼ変わらず。7 名が開設当時から、中には自宅で家族の看取りを経験している職員も。
外部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 集落唯一の無床診療所(医師 1 名、看護師 2 名) ● 集落唯一の医師は地域医療のベテラン、認知症にも詳しいが、医師会の研修を未受講 ● バックアップ体制として近隣の集落の医師が緊急時(不在時)に対応 ● 隣の集落(旧村)と共同で設置した特養や、隣町にある老健がバックアップ施設
その様な体制とした理由	<ul style="list-style-type: none"> ● 県庁から車で 40 分でも往診してくれる医師はいない。 ● 旧村にあった民間診療所が廃業、一時無医村になり、村が直営の診療所を開設、県を通じ地域医療に理解がある医師を確保。現在で医師は 3 人目(勤続 5 年)、着任当時は驚かれたが非常に協力的・献身的に対応 ● 終末期に入った入居者が事業所にしがみついて入院を強力で拒否したことを機に看取りを行うことに。 ● 隣の集落(旧村)に訪問看護ステーションがあるが、困った時にすぐ連絡・相談できないため、診療所の医師・看護師との連携が最適。
その他グループホームでの体制、	<ul style="list-style-type: none"> ● 業務日誌を重用。入居者の状態等の情報共有に細かく記載 ● 殆どの入居者が 90 歳前後のため、余計な医療を行わない。

ケアの方針等	
--------	--

(5) ニーズに対応するようになった背景・経緯・事情等

集落唯一の診療所・医師が、午前は外来、午後は往診と集落の医療を一手に担う（他がなく断れない）状況下にあるため、事業所との円滑な連携にも快く対応。

管理者はじめ事業所内の保健師が、医師に小まめに状態を報告、意見や相談をすることで、医師も高頻度で診なくても正確に状態を把握でき、安心して管理。

(6) 入居者、家族、職員、連携先等にとっての効果

余計な医療による体への悪影響が回避されることで、比較的状态良く終末期を迎えられ、家族からも感謝。

職員の対応スキル向上、看取りへの不安解消。

(7) ニーズに対応する（あるいは継続していく）上での、課題・支障等

医療ニーズへの対応上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療所の医師の継続的確保(医師の高齢化)。現在 3 人目で、県庁や国保連を通じ、現状では地域医療への意識の高い医師が確保できており、関心ある研修医も受け入れているが、着任時点で比較的年配のため。
看取りニーズへの対応上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 重度化に伴う入浴介助が、職員 2 人かかりでも大変。リフト等も検討したが吊られることでパニックを起こすので断念。 ● 他施設にある特殊浴槽を廉価(介護保険外、1 回 1 万円では厳しい)に利用させてもらえるとよい
事業継続上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 自前で建物を建てているため初期投資負担大。有限会社で税負担もあり、他の一般的な職業に比べ給与を出せない(賞与込で平均 20 数万) ● 他の機能の併設等により経営規模を拡大することも考えられるが、人口約 1,500 人の集落で社協が様々な事業を行っており、参入余地はない ● 以上の事情から、後継者がいないことが問題
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 地元の認知症高齢者のために開設、地域密着のはずが、実際の入居者は 1/3(残りは旧隣村と旧市)。月額 12 万円程度かかるため農業で生計を立ててきた国民年金(月 6 万)の方は入れない。

2.5. 事業所 E（非医療法人（非都市部）・試行群）

(1) 確認結果の概要

協力医療機関の一つが精神科病院（昨年 7 月に認知症疾患医療センターに指定）であることにより精神科ニーズに対応。

設置法人は社会福祉法人であるが、協力医療機関の精神科病院が法人を設立しており、実質的には母体施設と言え、そのため精神科医が月 1 回訪問診療する等手厚い対応が可能となっている。

同病院は、認知症疾患医療センターに指定される以前から、長年に渡りこの地域の精神科医療を担っており、認知症を中心とした介護サービス事業所の他に、精神障がい者支援施設（グループホーム等）も運営。他の介護事業所等とも連携し、精神科医療のニーズに対応。

(2) 事業所の概要

事業所の類型		試行群（精神科ニーズ対応）×非医療法人				
事業所の略歴	法人種別	社会福祉法人		開設年	2008年	
	ユニット数	2ユニット		定員	18人	
	<ul style="list-style-type: none"> 母体の社会福祉法人は、障害児保育等を行う施設が始まり 高齢者施設として昭和62年に特養開設、グループホーム（当事業所以外に1箇所）の他に生活支援ハウスも運営 					
同一法人が運営するサービス	通所介護	介護予防短期入所生活介護				
	短期入所生活介護	介護予防小規模多機能型居宅介護				
介護報酬上の加算	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				
	認知症対応型共同生活介護	介護予防支援				
	居宅介護支援	介護老人福祉施設				
	介護予防通所介護					
	医療連携体制加算	介護職員処遇改善加算(I・II・III)				
併設・隣接サービス	小規模多機能型居宅介護		居宅介護支援			
入居者の要介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	0人	3人	3人	5人	4人	2人
入居者の入居期間	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5年未満	5年以上10年未満	10年以上
	7人	0人	3人	7人	0人	0人
入居前に精神科病院に入院していた入居者数				4人		
職種別・勤務形態別の職員数		常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
	管理者	0人	1人	-	-	
	計画作成担当者	0人	2人	0人	0人	
	介護職員	0人	15人	0人	11人	
	看護職員	0人	0人	0人	1人	
その他	0人	0人	0人	0人		
専門医療機関との連携体制・実施状況	認知症専門医師による訪問診療や往診			同一法人・関連法人から		
	認知症専門医師とのカンファレンス			行っている		
	精神科医との連携状況			連携しカンファレンス実施		
	精神科病院への入院や支援の取組状況			必要に応じ入院、退院・再入居を支援		
入院時の支援内容			入院時の情報共有・カンファレンス			

(3) 事業所の具体的な実践方法や内容

<p>医療・看取り・精神科ニーズへの対応方針・実践内容等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科病院(母体に当たる関連医療法人が運営、認知症疾患医療センターに昨年認定)の精神科医が月 1 回定期的な訪問診療を実施。2 人の医師が交互に対応、グループホームもしくは関連法人が運営する特養、小規模多機能等に週 1 回は訪問。 ● 精神科医による訪問診療では服薬管理及び環境調整が主。必要に応じて入居者に薬を処方。薬が必要ない入居者には訪問時に顔色の確認等を行う。 ● 薬を処方した場合、1 ヶ月後の再訪問時にカンファレンスを開き、介護職員が薬を処方された入居者のその後の様子や効果等を医師に伝え、医師は服薬の継続判断、服薬量の調整、薬の変更等を行う他、介護職員に対しケア上のアドバイス等を行う。次回訪問までの間は、職員が電話をかけ随時相談。 ● 精神科以外の医療については基本的に通院での対応。入居者 18 人全員が月 1 回程度は通院。家族に対応頂ける場合は少なく、殆どの場合職員が付き添う形で通院や入院時の介助を実施。 ● 処方薬は精神科病院の医師による一括管理ではなく、各診療科の専門医に任せている(必要に応じ職員が服薬等の相談)。但し泌尿器系の薬には種類・量等により妄想が発生しやすい等あるため、信頼のおける医師にのみかかるようにしている。 ● 入院中の支援は、早めに再入居頂きたいこともあり、リハビリの状況等を職員が見に行く、退院前カンファレンス等への参加等行っている。最長 1 ヶ月までは部屋を空けて待つ(入院期間が1ヶ月を超える場合は退居扱いとなる)が、肺炎・骨折・精神科(薬剤調整)で 1 ヶ月以上になる場合もある。基本的に医療保険での対応となり、入院支援は別料金としていない。 ● 母体の精神科病院からの入居者や、精神科病院への入院歴のある入居者あり。グループ法人内の特養もバックアップ施設として機能。
<p>その他施設の基本方針等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 入居者には、末期ガンや夜眠れない状態になった場合、食事の経口摂取が困難になった場合には退去頂くこととしている。そのため、退去先は殆どが病院や特養等の施設が多く、まれに小規模多機能への移行もあり。 ● 大声を出されたり暴れ回られたりするとケアに大きな支障が出るため、退去を検討頂く場合もある。 ● 待機者は実質 15 人程度(この他に「とりあえず登録」している方が 10 人程度)で、病院・老健・小規模多機能等に居られる。基本的には登録順に入居。高齢の方が多いため、入居しても重度化により退去せざるを得なくなる場合が少なくなく、結果、平均入居年数は短くなっている。 ● 入居者は、平成 20 年の開設以降、18 人中 8 人が入れ替わり。

(4) 事業所内部/外部の体制

<p>事業所内部の体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 非常勤の介護職にたまたま看護師資格を持つ者がおり(介護職として勤務)、入居者の傷や状態を見たり、服薬管理等も行う他、通院が必要になった場合の対応(病院の選定)等も行っている。
<p>外部の体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 入居前から主治医がいる場合は、なるべく継続頂く(何かあった時に対応頂けるような関係性の維持のため)方針としている。そのため、特養からの

	<p>転居等主治医を持たない入居者の場合は、改めて主治医を探す必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 母体の精神科病院は単科病院のため、内科等精神科以外の診療科については、近隣の医療機関への通院となる ● 診療科毎に信頼の置ける(認知症に理解のある)医療機関にかかることとしているが、肺炎や骨折等緊急を要する場合は救急車で運ばれた先の病院に入院(症状によっては他の入院先から母体の精神科病院に転院する場合もあり)。
その様な体制とした理由	<ul style="list-style-type: none"> ● グループホームと小規模多機能の職員は双方を兼務しており、両者を合わせると職員数は比較的手厚く配置されているために、通院介助が必要な場合も相互に調整することで、通院・入院介助に対応できている。
その他グループホームでの体制、ケアの方針等	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人内に複数の高齢者施設があり、施設間で職員の定期的な異動がある。異なる施設に配置されることで多様な経験を積むことができ(例えば特養には統合失調症の方が多いため、専門的なケアの知見を得る機会となっている等)、ベテランの職員も少なくない。 ● チームケアを基本としつつも、一人の入居者に一人の職員が担当に付く担当者制を採用。担当はその入居者のことをよく理解し、緊密な関係性を構築する(二人きりで外出させる等)ことで、個別的なニーズにも対応。 ● 対応が難しい入居者にはベテラン職員を担当者として配置。 ● 入院・通院等が必要になった場合、書類の作成等は担当者が行うが、通院支援等は複数の職員で対応。

(5) ニーズに対応するようになった背景・経緯・事情等

社会福祉法人は、元々は子供から大人まで精神障害を持つ人への対応が主としており、昭和46年に精神科病院の附属機関として児童養育センターを開設以来、児童保育施設・児童療育施設を展開。また特養の開設から様々な高齢者施設を整備・運営。更に障害者施設も展開。特養開設時は県内各地から入居が集まる等、県内有数の法人となっている。

母体とも言える精神科病院を核としつつ、このように精神障害者や高齢者のための施設を展開しているため、各施設と精神科医療との円滑な連携が実現されている。

(6) 入居者、家族、職員、連携先等にとっての効果

訪問診療の精神科医と介護職員とのカンファレンスは定期的実施しており、医師から専門的な助言等頂くことで、疾患別のケアの在り方について学ぶ等、職員の対応スキルが向上していることに加え、スキル向上による医師との円滑・的確な情報伝達や意思疎通に対し医師から褒められることにより、職員のモチベーションが上がっている。

(7) ニーズに対応する(あるいは継続していく)上での、課題・支障等

医療ニーズへの対応上	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域の一般医療機関は、認知症への理解があまり無い場合が多く、身体拘束をされたり、入院自体を断られたりする場合がある。
------------	--

の課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 一人の入居者が複数の診療科にかかる場合、診療科毎に異なる医療機関に通院するケースもある。 ● 事業所内の医療対応体制の強化も必要。正看護師は人材難で確保が難しい。現在非常勤で勤務する看護師は本人の希望により常勤化は困難。
看取りニーズへの対応上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 重度化については、常時の医療処置が必要な状態、もしくは食事が取れなくなる(脱水症状や意識朦朧となり危険なため)状態までは対応することを基本としている。 ● 管理者は異動前は特養に居たこともあり、できれば看取りまで対応したいと考えており、職員間でも話し合いの機会を持っているが、現状看取りには未対応。 ● 看取りに対応するためには医療側のバックアップ体制が非常に重要であるが、母体の精神科病院は単科であるためバックアップを他の地域医療機関にお願いする必要がある。母体の精神科病院もその他の地域医療機関も忙しいため、看取りへの協力がどこまで得られるか不安も多く、踏み出せてはいない。

2.6. 事業所 F (非医療法人 (都市部)・B 群 & 試行群)

(1) 確認結果の概要

法人のグループホームの医療ニーズに対応するため、法人設立時から診療所(内科、精神科、歯科各 1 ヶ所)を用意し入居者の主治医として訪問診療を実施すると共に、訪問看護事業所(3 ヶ所)により訪問診療の間を埋める体制ができています。

他にも、訪問入浴介護事業所(事業所の浴室での入浴が困難になった重度の入居者への対応)、薬局(診療所の処方した薬の配達)、スーパー(毎日の食材の配達)等多様なサービスを法人で運営しており、そうした豊富な法人内各機関との連携により、様々なニーズに対応できている。

(2) 事業所の概要

事業所の類型		B 群(看取りニーズ対応)×試行群(精神科ニーズ対応) ×非医療法人		
事業所の略歴	法人種別	株式会社	開設年	2006 年
	ユニット数	2 ユニット	定員	18 人
	・法人社長は元々病院の事務長。在宅ヘルパーセンターやグループホームを立ち上げ後、会社を設立し、2 箇所目以降のグループホーム等を開設(現在 20 ヶ所)			
同一法人が運営するサービス	訪問介護 訪問入浴介護 通所介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護	介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防通所介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売 介護予防小規模多機能 介護予防認知症対応型共同生活介護		

	居宅介護支援		介護予防支援			
	介護予防訪問介護					
介護報酬上の加算	介護職員処遇改善加算(I)					
併設・隣接サービス	なし(単独型)					
入居者の要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	0 人	5 人	3 人	4 人	2 人	3 人
入居者の入居期間	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 5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上
	2 人	0 人	3 人	3 人	9 人	0 人
入居前に精神科病院に入院していた入居者数				6 人		
職種別・勤務形態別の職員数			常勤		非常勤	
			専従	非専従	専従	非専従
	管理者		0 人	1 人	-	-
	計画作成担当者		0 人	2 人	0 人	0 人
	介護職員		0 人	8 人	0 人	9 人
	看護職員		0 人	0 人	0 人	0 人
その他		0 人	0 人	0 人	0 人	
専門医療機関との連携体制・実施状況	認知症専門医師による訪問診療や往診			同一法人・関連法人から		
	認知症専門医師とのカンファレンス			行っている		
	精神科医との連携状況			連携しカンファレンス実施		
	精神科病院への入院や支援の取組状況			必要に応じ入院、退院・再入居を支援		
	入院時の支援内容			入退院時・入院中の情報共有・カンファレンス 家族支援・相談対応、入退院の諸手続き		

(3) 事業所の具体的な実践方法や内容

医療・看取り・精神科ニーズへの対応方針・実践内容等	<ul style="list-style-type: none"> ● 内科と精神科の 2 クリニック(医師 1 名ずつ)が、主治医として各グループホームに月 2 回の訪問診療を実施。服薬管理の他、必要に応じ通院・入院先病院を選定(認知症・精神科関連であれば協力医療機関の認知症疾患専門病院へ、その他の診療科は適宜)し紹介状を作成。 ● 薬を処方した場合、職員が入居者の様子・薬の効き具合等を随時医師に伝え、効き過ぎている場合はすぐに相談、処方変更。 ● 法人運営の薬局が夜中でも薬を届ける ● 訪問診療に加え、法人の訪問看護ステーション(計 3 ヶ所)が週 1 回の訪問看護を実施。基本的なバイタルチェックの他、必要に応じて点滴、褥瘡ケア、浣腸、爪切り等も行う(以前末期がんの方には疼痛管理を行った)。またターミナル期に入る前は職員とのカンファレンスや職員への指導も行う。所要時間は 1 ユニット当たり 1 回 1 時間程度。 ● 2 階のユニットは 9 人中 8 人の入居者は精神科医が主治医として対応。1
---------------------------	---

	<p>階は重度でターミナルの入居者が多く、主に内科医が主治医に。ターミナル期になれば主治医を精神科医から内科医に切り替え。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 協力医療機関の認知症疾患専門病院だけではなく、市内各地の精神科病院から入居を受け入れ。入居後も前の精神科病院に通い、落ち着いた段階で法人の精神科医に切り替え。 ● 精神科病院からグループホームへ移り、元の精神科病院へ再入院というケースは無い(法人の精神科医による適切な管理) ● 協力医療機関の認知症疾患専門病院に、症状が悪化した入居者の一時的な入院をお願いした例がある。同病院は認知症疾患専門のため、精神的症状が劇的に重度化した場合は専門病院等へ転院する場合もある。
その他施設の基本方針等	<ul style="list-style-type: none"> ● 開設当初より法人の方針として最期までみることにしている。 ● 待機者は本社で一括管理、利用者の希望や各事業所の条件(所在地が利用希望者・家族等から近い等)をふまえ、適切と思われる事業所を選定・振り分け。施設見学を経てから決定。 ● 入居者の状況(要介護度等)でユニットの棲み分け等はしていない。結果的に現在は1階のユニットに重度の入居者が集中。

(4) 事業所内部/外部の体制

事業所内部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所内に医療職を抱えず、全て法人内の外部機関が事業所内に入り、対応。 ● 緊急時にはホーム長もしくは主任のどちらかに連絡が付くよう、事業所としての職員のバックアップ体制を確保。 ● 「連絡ノート」にて、主治医・訪問看護師・職員間で入居者の状況に関する情報共有。主治医の訪問診察時にはホーム長か主任が必ず同席(シフトも同様)、全ての情報がホーム長か主任に共有されるようにしている。 ● ターミナルケアが必要になるタイミングで医師が直接家族に説明。 ● 毎日の申し送りも小さなカンファレンスとして重視、30～40分程度かけて実施。
外部の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 主治医となっている2クリニックは、法人のグループホームの入居者への巡回訪問診療のため、法人が開設支援。 ● 2クリニック及び3訪問看護ステーションは、同法人の全20のグループホームの入居者(約360人)を担当。
その様な体制とした理由	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療職を事業所に張りつけるのは非効率(居るとありがたいが、常時必要とするまでの医療的業務はないので)、またコストに跳ね返る。 ● 開設当初は事業所内に看護師(法人の役員)が居たが、事業所数の増加に伴って訪問看護ステーションを設置しそこからの対応に切り替え。 ● 看取りを行うためには、会社としてバックアップ体制の確保が非常に重要。 ● 法人内の様々なサービス提供主体が事業所外から支援するため、事業所内では職員がケアに集中し対応できている。
福祉用具の使用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● ベッド等は原則入居者が持ち込み。要望があれば法人(傘下に福祉用具販売業あり)から入居者へ貸与や販売。 ● 現在事業所内にある電動ギャッジベッドは以前の入居者が持ち込んだものが2台、会社から支給されたものが1台。 ● その他、法人のグループホーム間で余っている福祉用具(ベッド等)があ

	<p>れば融通し合うこともある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1階浴室に機械浴(特殊浴槽)を設置。
<p>その他グループホームでの体制、ケアの方針等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 定期的な訪問診療(主治医の設置)や訪問看護サービスの提供等、受けられるサービスレベルの共通性はあるものの、会社の方針として「施設主体主義」を掲げ、各グループホームの特色を出すことを社長が推奨。そのため事業所により建物・家賃・雰囲気等全く異なり、介護職も事業所間の異動は基本的に無い。但し、ホーム長や主任等への昇格時は他の事業所に配置転換することもある。 ● 法人の規定により、常勤職員は各事業所に8人(上限)程度配置。非常勤職員が希望し常勤職員になる場合は、常勤職員が8人に満たない事業所に配置される。 ● 高齢職員の定年退職等が続き、現在は比較的若い職員が多い。 ● 法人にて訪問入浴介護事業所も運営し、各事業所にサービスを提供。また、スーパーも運営(経営難の店舗の経営権取得)、食材の配達等に対応(以前は買物に出かけていたが、配達により効率化された時間を入居者対応等に割けるように)。 ● 地域包括支援センターが隣接しており、適宜相談。

(5) ニーズに対応するようになった背景・経緯・事情等

社長(現在の協力医療機関(精神科(認知症専門外来、もの忘れ外来)・内科)の事務長)の考えを事業所の運営方針としている。

法人の役員(看護師)が、開設当初から看取りを強力的に推進。「グループホームは家であり、最期まで居るべき」「当然看取りまで対応する」との考えを持ち、現在の会社の方針となっている。

同看護師が開設当初から看取りや重度化のケア等に関する職員教育を実施。事業所拡大に伴い法人として訪問看護ステーションの設立(現在では3箇所)し、各ステーションから各事業所へ定期訪問する形態となる。

事業所は、入浴介助用の機器が設置され、建物も広い構造となっている等、他の事業所と比較し重度の入居者が集まりやすい条件あり。

看取りに積極的に対応していることを特にアピールはしていないが、法人が看取りまで対応することは地域で周知されている。

(6) 入居者、家族、職員、連携先等にとっての効果

1 人目を経験する前では、職員に看取りに対する恐怖心があったが、経験してからは、入居者が最期までグループホームで過ごすことの大切さ、職務としての達成感等を感じることができている。

(7) ニーズに対応する(あるいは継続していく)上での、課題・支障等

<p>医療ニーズへの対応上の課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 一般病院にかかる場合も、グループホームの入居者という点について一定の理解を得られている。
----------------------	--

<p>入居者の多様性への対応上の課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人が一括して入居の差配等を担っているため、事業所として入居者の年齢等の括り等は設けていない。看取りが続いたこともあり、現在は 60 代前半の入居者もいる。 ● 入居者の年齢の幅が大きいと、ケアや接し方、共同生活の仕方に一定の配慮が必要。ただ、最初は戸惑い等もあったが、比較的若い入居者が高齢の入居者のサポートを行うなど、時間を経ることで共同生活に慣れが出てくるため、大きな問題とはなっていない。 ● 若年性認知症(53 歳)の入居者は、年齢他の入居者との生活に一部課題があるが、現在は一定程度落ち着いている。家族からの強い希望により入居を受け入れたが、このままずっと同じ所に何十年も居るのも問題と考えており、今後の対応方法について検討中。 ● 重度(ターミナル)の入居者のケアには他の入居者より時間も手間もかかる。特に食事介助には、3 人の入居者に計 1.5~2 時間程度かかる。また、入浴介助も負担が大きい。 ● 入居者の状態等に応じてユニットの棲み分け等を行うと、グループホーム内で入居者の転居を頻繁に行うことになり、入居者の身体的・心理的なダメージが逆に大きくなるため、行っていない。
<p>その他、今後の課題等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 重度者が増加するとその対応に多くの時間を割かれ、重度でない入居者への個別ケアに割ける時間が少なくなることから、今後はより対応していきたい。

第4章 まとめ

1. 調査結果まとめ

1.1. アンケート調査結果

(1) ケアの状況

食事・入浴・排泄といった基本的な介助については、7～9割の事業所が入居者本人の意思や状態等に応じた支援を実施していた。

約2/3の事業所で、認知症の専門医師による訪問診療や往診を実施し、約1/4超の事業所が認知症の専門医師とのカンファレンスを実施していた。

一方、精神科医との連携はそれ程進んでおらず、カンファレンスを実施している事業所は14%。またそれ以前に精神科医を必要とする状態の入居者が居ない事業所が約1/4を占めた。

看取りまでの継続支援を行う意欲のある事業所は84%と多いものの、実際に実践できている事業所は2割にとどまった。

(2) 職員体制やスキル、育成の状況

最も取得率の高い資格は介護福祉士（介護従事者の36.6%が保有）であった。一方、医療的資格を有する介護従事者の配置は数%にとどまる。

介護従事者の68%は常勤しており、常勤職員比率が8割以上の事業所は41.1%となった。

必要とされる研修は職員の38.6%が修了している。また、現任者向けの研修は8割超の事業所で実施（事業所内部での実施あるいは外部研修への参加）していた。

(3) 今後評価すべき機能・類型

今後の認知症グループホームにおける認知症に相応しいサービスとして評価すべき機能・類型としてA（制度創設時からの「個別ケア」の理念を遵守し、適切に運営するグループホーム）とB（A群の特徴に加えて、ADLの重度化にも対応し、看取りまで支援する体制と実態があるグループホーム）の2つの事業所群と、試行的に分析する事業所群（認知症かつ認知症以外の精神科疾患のある者や精神科病院からの退院・再入院を支援するグループホーム）を想定し、それぞれに該当する事業所の抽出も想定して調査票を設計し実施した。

各事業所群の要件を具体的に定義し、アンケート回答データから抽出したところ、それぞれ次の様な傾向が見られた。

1) A群

- 基本的なケアである食事・入浴・排泄介助や生活支援のみを条件とすれば大多数の事業所が該当するが、現状では実践できていない事業所が2/3と多い「家族との連携」についても今後は取り組みが必要（目指すべき姿）として加味すると、該当す

る事業所の割合は13.6%となった。

- この事業所群に該当しない（水準の低い）事業所と比較して、常勤換算職員数や介護福祉士資格保有者が多く、ケアを良くするためのツールの活用、計画的な職員研修・教育への注力等、良いケアを行うために努力されている事業所が多い。

2) B群

- グループホームとして実践されるべき基本的なケアに加え、看取りを行っており、医療ニーズに対応している事業所を抽出すると、該当する事業所の割合は12%となった。
- 医療連携加算をほぼ取得し、比較的重度の入居者を抱え、比較的厚い（常勤職員が多い、常勤換算職員数が多い、介護福祉士を有する従事者が多い）人員体制となっている事業所が多い。

3) 試行群

- 基本的なケアに加え、精神科医療との連携、治療や支援等に対応している事業所を抽出すると、該当する事業所の割合は4.9%となった。
- 認知症高齢者日常生活自立度が比較的重度の者や精神科病院からの退院者を受け入れているものの、必ずしも厚い人員体制とはなっていない等、事業所として精神科医療に対応するための何らかの特徴は見られなかった。
- 同じ医療ニーズではあるものの、B群とは殆ど重ならないことから、一般医療もしくは精神科医療のいずれかのみに対応する（得意とする）法人・事業所が多い。

1.2. 実践状況の現地確認

今後の認知症グループホームにおける認知症に相応しいサービスとして評価すべきと考えられた事業所群のうち、制度創設当初からの基本型であるA群を除く2群については、その様な事業所が実際にあり、アンケート回答内容にある取組が（回答データ上だけでなく）実践できていることを現地訪問により確認すると共に、その背景・要因や実践に伴う課題等も含め、ヒアリングを実施した。

アンケート回答から抽出されたB群あるいは試行群に該当する事業所のいくつかを確認したところ、概ね、次のような実施状況であった。

(1) 各類型の実施状況

1) B群

- 連携先の医療機関の支援を受けながら、事業所にて入居者の看取りを実施。
- 比較的開設時期が古い事業所で、入居期間が長くなり重度化し看取りとなっている場合が多いことから、昨今は年間での看取り件数が増えつつあり（年1～2例のペース）、累計で10例近い実績を蓄積している事業所が多い。
- いずれの事業所も、開設当初から法人理事長や管理者等の考えで最期までみることを前提とした運営を行っていた。

2) 試行群

- 精神科医の支援を受けながら、事業所にて入居者の薬剤調整や環境調整により症状の安定化を実現。
- 事業所に精神科医が往診あるいは定期的に訪問診療し明らかに強固な連携関係が築けている事業所と、定期的な外来受診への付き添い（比較的近くに精神科の医療機関が立地）、あるいは薬剤調整のため電話等での定期的な情報共有や相談（比較的遠くに精神科の医療機関が立地）という関係にとどまる事業所とに分かれた。

(2) 法人による差異

1) 医療法人

- 母体施設（医療機関）や関連施設（特養・老健等介護事業所）と事業所との明確な機能分化（役割分担）を図っている。例えば各事業所に看護師は分散配置せず、法人で訪問看護ステーションを設立しそこへ集約、そこから各事業所を訪問することにより効率化。
- 装置が必要等大掛かりな対応が必要な処置、継続的な処置、常時看護が必要な処置等を中心に、多くの医療処置は事業所内で対応せず、法人内の医療機関や老健等適切な施設に移って対応することとしている場合が多い。

2) 非医療法人

- 非医療法人でも、医療法人が別法人を設立しており、実質的には母体施設（医療機関）や関連施設（特養・老健等介護事業所）のある事業所や、株式会社でも訪問看護ステーション、薬局、診療所等を傘下に設けている事業所があった。
- 純粋に医療法人との関係がない「純・非医療法人」では、上記1に示した医療法人のパターンと同様、事業所内に医療職がおらず、外部の医療職に任せる役割分担となっている事業所と、管理者等が看護職員で、医療とのつなぎ役として入居者の状態をきめ細かくチェックし外部の訪問診療医と情報共有（あるいは相談・調整）することで適切な状態管理を実現している事業所に分かれた。

(3) 医療資源の有無等による差異

1) 都市部

- 比較的医療資源が豊富ではあるが、認知症に詳しく介護に理解のある医療機関や、事業所に往診・訪問診療を行って貰える医療機関は多い訳ではない。
- 精神科についても同様。比較的近くに精神科の医療機関が複数ある中で、認知症に詳しく介護に理解のある医療機関を事業所が選んで連携あるいは利用しているために、外来で混雑・待ちが頻発している医療機関もある模様。

2) 非都市部

- 医療資源が限られ、集落唯一の診療所といった選択の余地がない地域は往診・訪問診療への対応や連携が円滑。選択の余地がないためか、医療職も必然的に認知症に

詳しくなり、介護にも理解がある。

- 地域の唯一の医療機関が精神科病院で、次項に示すような様々な機能の機関・施設を設置運営、母体施設と連携し適切な支援が受けられるケースもある。
- 集落唯一まで窮まっていなくても、医療資源が限られている場合、数少ない医療法人が大規模化し、地域の有力資本として様々な機能の機関・施設を設置運営、事業所への往診・訪問診療等も全て法人内で完結、同一法人ということで連携も容易（但しあまりにも大規模化している場合は風通しが悪い場合あり）。

2. 今後に向けて

調査結果の概要は前項のとおりであるが、本調査研究事業では有識者等で構成された調査検討組織において、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。

これら議論の中から、今後、具体的なグループホームのあり方を検討・定義づけるにあたっては、以下の点に留意する必要があると提言された。

2.1. 今後評価すべき事業所群

調査結果から明らかとなった、認知症に相応しいサービスを提供する、今後評価すべき事業所群については、以下の点に注意する必要がある。

(1) A群

人員配置等との因果関係が見られ、制度創設時からの「個別ケア」の理念を遵守し適切に運営する、本来あるべき姿として、制度上も評価していくべきと言える。

但し、この事業所群の現在の定義では、制度創設当初の軽・中度の入居者を想定した生活支援が基準となっているが、入居期間の長期化や加齢に伴い、徐々に身体機能が低下し重度化が進んでいくことを踏まえ、その様な状況になった場合でも本人の能力に応じた生活支援が継続されるような定義付けも必要である。

(2) B群

入居期間の長期化や加齢に伴い、徐々に身体機能が低下し重度化が進んでも、能力に応じた支援を継続していくことが必要なことから、重度化に対応した医療機能や看取りの機能は必要であり、そのような機能を有する事業所を評価していく必要がある。

医療機能確保の手法としては、事業所外の医師・看護師による入居者への往診や訪問診療、介護職員への相談対応や指導等が一般的な形態として考えられるが、外部の医療職との情報共有や連携を円滑にするために、医療的知識を有する職員が事業所内に居ることが望まれる（必ずしも看護職員でなくとも知識豊富な介護職員でもよい）。

また、このような体制においては、大規模法人が、傘下の多数のグループホームやその他介護施設等に定期的に巡回派遣するための在宅療養支援診療所等の医療施設や訪問看護事業所を傘下に設置しているような、いわばビジネスモデル化した医療連携体制も散見されることから、この事業所群の評価においては慎重を期す必要がある。

(3) 精神科医療との連携

認知症の人が住み慣れた地域で最期まで暮らすためには、必要な精神科医療の支援を受けながら地域で生活できる体制が必要となる。そのためには、精神科医と円滑・緊密に連携し、認知症かつ認知症以外の精神科疾患のある者や精神科病院からの退院・再入所を支援するグループホームが望まれる。

本調査研究事業では、このような事業所群の有無を試行的に確認してみたところ、

少数ではあるが実存が確認され、今後の増加が期待された。但し、試行的に抽出された事業所群からは体制面等の評価すべき因果関係が明らかとならなかった（データ上からは単にその様な入居者が居るため、あるいは受け入れているために対応している以外、見えず）。今後更なる調査分析・検討による特徴の明確化が望まれる。

2.2. 認知症に相応しいサービスの明確化

制度開始当初と異なって多様化・多機能化が進み、ユニット型特養との差異が不明確になってきているという指摘もあることから、「認知症グループホームとはこういうもの」という具体的な定義を整理して示さなければならない時期が来ている。

現状でも全くそのようなものがない訳ではなく、省令・運営基準等に記載されている事項が、グループホームならではのサービスの大体の目安となっている。但し、それらが必ずしも明確になっていないために、事業者側の独自の解釈が為される余地があることから、グループホームにおける認知症に相応しいサービスをより明確化することが急務となっている。その際の留意点としては、「何も書いていないから取組まない」とならないよう、細かく、具体的に示していく必要があり、加えて、以下の点に注意する必要がある。

(1) 重度化時の生活支援

加齢等により身体機能が低下し、これまでできたことができなくなったときの支援では、身体機能の再アセスメントにより支援方法を工夫し、本人の能力に応じ、その時にできることを支援するのがグループホームにおける生活支援である。しかし、中には、安全確保を優先するあまり、利用者の活動を制限したり、座りっぱなしにしてしまう等、利用者の身体機能の低下を益々助長する対応が行われているという現状もある。

この様な背景を理解し、加齢による自然な流れとして動作が少なくなっているのか等を十分に見極めながら、本人の能力に応じた自立支援に取り組んでいくことが求められる。重度化が進んだ事業所では、入居者と共に調理することまでは難しくなる等、軽・中度者を前提とした従前からの活動的な支援が困難になったり、軽度者と重度者が混在することでケアが大変になったりするが、重度者であっても、本人の意思に応じ、傍で見ているという形であっても調理に「参加」といった五感に訴える支援が重要である。

また、入浴においても同様に、毎日が基本であるが、入れなくなった時は無理に入浴を勧めるのではなく清拭等の清潔確保等による、重度化した時の適した生活支援のあり方がある。

認知症に相応しいサービスを明確化する際には、以上の例のように、軽・中度者の場合と重度者の場合を書き分け、それぞれに対応できる仕組み・体制作りのあり方等を示すことが必要である。

(2) 精神科疾患への対応

2.1(3)に示したように、精神科医療との適切な連携が今後望まれることから、グループホームにおける精神科医療との適切な関わり方について、連携のあり方を明確化する必要がある。

調査結果からも、精神科を含む医療資源の多寡により医療連携体制は地域により様々であったが、精神保健指定医や、知識・スキルを持つ一般診療科の医師等、適切な治療が行える医師を慎重に選び、入院より通院や往診等を中心とした支援体制を構築することが望まれる。

また、認知症に伴う行動・言動や、症状等を全てBPSDで一括りにしたり、精神科疾患と認知症の症状を同じ扱いにしたりするきらいがあるが、それぞれの違いを明確化し（非常に難しいが）、それぞれに相応しい対応をとる必要がある。

なお、精神疾患のある認知症の人の受け入れ条件は、調査結果からは必ずしも明確なものとは得られなかったが、精神科や精神科指定医との連携を認可制にすべきとの意見があった。

2.3. 実施段階でのモニタリング

認知症に相応しいサービスがきちんと実施・徹底されるためには、実施されているかの確認・点検の仕組みを設ける必要がある。

例えば、運営推進会議や外部評価で点検する等、地域・外部の目を活用した仕組みが考えられる。現在のグループホームの運営推進会議は、サービスの提供状況に関して地域からの評価を受けることは少ないが、自己評価の結果を運営推進会議の席で報告し、外部評価の機能を運営推進会議に担ってもらうという方法も考えられる。

また、地域の目を使ったモニタリング機能としては、地域のボランティアが介護相談員として事業所に視察に入るような形態も考えられる。

いずれの手法においても共通して重要なのは、そもそも「グループホームとは何か」ということを関係者が理解していることが大前提であり、2.2の認知症に相応しいサービスの明確化を通じて地域全体の共通認識を持つことが不可欠と言える。

2.4. 職員体制の強化

認知症に相応しいサービスを提供する事業所を増やしていくためには、評価、認知症に相応しいサービスの明確化、モニタリングといった事業所を取り巻く環境整備も重要であるが、ケアは職員能力に大きく依拠することから、事業所内の職員体制の強化が最も重要である。

(1) 専門職の活用

入居者が高齢化しADLが低下する中、身体機能に対する評価や、機能低下に適したテクニックやスキルの活用は介護職員には難しく、使い過ぎ、間違えた使い方、姿勢

をとるのがうまくできない等、理学療法士が支援すると改善されるような例もあることから、このような専門職を事業所内で活用できる仕組みや、専門職が事業所のケア支援をする仕組みを作る必要がある。

既に、市町村からの費用支援で作業療法士が活用できる仕組みがあるものの、40市町村しか利用されていないことから、今後は、このような支援の仕組みの周知等活用拡大を推進していくと共に、理学療法士等作業療法士以外の専門職にも広げていく必要がある。

(2) 基礎的ケア能力の徹底

昨今は、待遇面や労働環境等での他職種に比した差等の理由から介護職員の十分な確保が困難となっており、スキルや経験、資格等を持つ職員の獲得はなおさら難しいことから、未経験者の採用が多くなっている。また、事業所の規模が小さめであることから職員の配置基準を守るため、採用後十分な知識・スキルを獲得するための研修を受けさせることが困難な状況にある。

しかしながら、そのような知識も技術もないまま配属される結果、介護職員の基礎介護力が著しく低下しており、認知症ケアの実践力が向上しても、高齢者介護の前提である身体介護を中心とした基礎的ケアができていない職員もいる。

認知症ケアにおいては関わり論や自己決定といった支援への視点は不可欠であるが、それは身体的基礎介護が出来ているという前提であり、研修のあり方も含め全体的に資格制度に頼らない職員の育成方法を考える必要がある。

(3) 医療的知識の獲得

事業所内の介護職員は、入居者の状態等に関し外部連携先機関の医療職（医師・看護師等）と円滑に意思疎通を図ることが重要である。

しかし、例えば「炎症」「ショック」という基本的な言葉でも介護職員は理解できなかったケースがある。十分な意思疎通を図ろうにも、医学的な基礎知識等に欠けているためにコミュニケーションギャップが生じている。

この課題に対しては、どこで知識を獲得するかが重要であるが、事業所内の職員に対しては事業所内での研修会や、外部の医療職の定期的な訪問を機に外部の医療職を講師とした研修会等が考えられる。しかし、現状において現在の職員の配置基準では研修に出ることが困難なため、日中 3:1 の中に短時間の研修であればカウントできるなど緩和措置が求められる。

資 料 編

1. アンケート調査票	1
2. ヒアリング調査票	15

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。

Q1-1: 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。

Q1-2: パスワードを半角数字で入力して下さい。

【事業所の基本情報】

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

Q2-3(非表示): 貴事業所の開始年月日を入力して下さい。

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
01. 訪問介護		21. 居宅介護支援	
02. 訪問入浴介護		22. 介護予防訪問介護	
03. 訪問看護		23. 介護予防訪問入浴介護	
04. 訪問リハビリテーション		24. 介護予防訪問看護	
05. 居宅療養管理指導		25. 介護予防訪問リハビリテーション	
06. 通所介護		26. 介護予防居宅療養管理指導	
07. 通所リハビリテーション		27. 介護予防通所介護	
08. 短期入所生活介護		28. 介護予防通所リハビリテーション	
09. 短期入所療養介護		29. 介護予防短期入所生活介護	
10. 特定施設入居者生活介護		30. 介護予防短期入所療養介護	
11. 福祉用具貸与		31. 介護予防特定施設入居者生活介護	
12. 特定福祉用具販売		32. 介護予防福祉用具貸与	
13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		33. 特定介護予防福祉用具販売	
14. 夜間対応型訪問介護		34. 介護予防認知症対応型通所介護	

15. 認知症対応型通所介護 16. 小規模多機能型居宅介護 17. 認知症対応型共同生活介護 18. 地域密着型特定施設入居者生活介護 19. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 20. 複合型サービス	35. 介護予防小規模多機能型居宅介護 36. 介護予防認知症対応型共同生活介護 37. 介護予防支援 38. 介護老人福祉施設 39. 介護老人保健施設 40. 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。

01. 短期利用共同生活介護	0. なし/1. あり/999. 対象なし
02. 共用型指定認知症対応型通所介護	0. なし/1. あり/999. 対象なし
03. 夜間ケア加算 (I) (II)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
04. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	0. なし/1. あり/999. 対象なし
05. 若年性認知症利用者受入加算	0. なし/1. あり/999. 対象なし
06. 看取り介護の実施	0. なし/1. あり/999. 対象なし
07. 医療連携体制加算	0. なし/1. あり/999. 対象なし
08. 退居時相談援助加算	0. なし/1. あり/999. 対象なし
09. 認知症専門ケア加算 (I)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
10. 認知症専門ケア加算 (II)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
11. サービス提供体制強化加算 (I)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
12. サービス提供体制強化加算 (II)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
13. サービス提供体制強化加算 (III)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
14. 介護職員処遇改善加算 (I)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
15. 介護職員処遇改善加算 (II)	0. なし/1. あり/999. 対象なし
16. 介護職員処遇改善加算 (III)	0. なし/1. あり/999. 対象なし

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. 在宅療養支援病院・診療所
5. 訪問介護	14. その他医療機関(選択肢 12・13 以外)
6. 訪問入浴介護	15. 有料老人ホーム(特定施設指定含む)
7. 通所介護	16. 高齢者住宅(サービス付き高齢者向け住宅等含む)
8. 短期入所生活介護	17. 配食・送迎等の高齢者生活支援サービス
9. 訪問看護	18. 介護・医療以外の事業
10. 介護老人福祉施設	19. その他

【入居者の分布】

Q4-1: 貴事業所における、本年 10 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
人	人	人	人	人	人	人	人

Q4-2: 貴事業所における、本年 10 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	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明
※Q4-1の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人	人	人

Q4-3: 貴事業所における、本年 10 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	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明
※Q4-1の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

Q4-4: 貴事業所における、**本年 10 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)と、平均入居期間を、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 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	平均入居 期間(年)
※Q4-1の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	. 年

Q4-5: 貴事業所における**本年 10 月 1 日時点**での入居者で、入居前は精神科病院に入院されていた入居者数(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。該当者がいない場合は 0(ゼロ)を入力して下さい。

入居者総数	入居前に精神科病院に入院していた入居者数
※Q4-1の値を自動表示(変更不可)	人

Q4-6: 貴事業所における、**本年 10 月 1 日時点**での、認知症の機能について該当する入居者数(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(項目は要介護認定の項目の一部です)。

【この設問は、もし回答が困難な場合は、次の設問に飛んで頂いても構いません】

入居者総数	1. 認知機能						
	意思伝達	生年月日 を言う	自分の名 前を言う	今の季節 を理解	場所の理 解	徘徊	外出して 戻れない
※Q4-1の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人

入居者総数	2. 精神・行動障害									
	被害的	作話	大声を出 す	介護に抵 抗	落ち着き 無	一人で出 たがる	収集癖	物や衣類 を壊す	独り言独 り笑い	自分勝手 に行動
※Q4-1の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

【職員の状況】

Q5: 貴事業所の介護従事者(看護師や計画策定担当者等介護業務に少しでも関わる人は全て含む)が保有する資格等(**本年 10 月 1 日時点**)について、各欄に人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。

1 人の職員が複数の資格を保有する場合はそれぞれの欄で別々にカウントして下さい。

(該当人数記載・重複可)	常勤職員	非常勤職員
介護従事者の総数	人	人
①介護福祉士	人	人
②認定特定行為業務従事者	人	人
③介護支援専門員	人	人
④看護師	人	人
⑤准看護師	人	人

⑥社会福祉士	人	人
⑦精神保健福祉士	人	人
⑧作業療法士(OT)・理学療法士(PT)・言語聴覚士(ST)	人	人
⑨管理栄養士	人	人
⑩歯科衛生士	人	人

Q6: 本年 10 月 1 日から 2 週間の介護従事者の総勤務時間数を、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。

10/1～10/14 の総勤務時間数(職員の総合計) (小数第1位まで)			
介護従事者	管理者の介護従事者としての勤務時間	時間	兼務している場合、按分し、介護従事者としての勤務時間数のみ入力して下さい
	計画作成担当者の介護従事者としての勤務時間	時間	
	介護従事者の勤務時間	時間	
事業所の定める週の勤務時間数		時間	

【専門医療機関との連携体制】

Q7-1: 貴事業所における、認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施状況について、以下の中からいずれか 1 つ選択して下さい。

1. 同一法人・関連法人からの訪問診療や往診を受けている
2. 1 以外からの訪問診療や往診を受けている
3. 訪問診療や往診を受けたいが対応してくれる医療機関がない
4. 訪問診療や往診を受けることは考えていない

Q7-2: 貴事業所における、認知症の専門医師とのカンファレンスの実施状況について、以下のいずれか 1 つ選択して下さい。

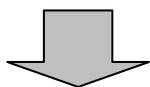
1. 医師とのカンファレンスを短時間であっても行っている
2. 医師から指示を受けることはあるがカンファレンスは行っていない
3. 認知症の専門医師との関係がない

Q7-3: 貴事業所における、認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況について、以下の中からいずれか 1 つ選択して下さい。

1. 精神科医と連携し短時間でもカンファレンスを行っている
2. 精神科医から指示を受けることはあるがカンファレンスは行っていない
3. 認知症以外の精神科疾患のある入居者はいるが、精神科医との連携は行っていない
4. 認知症以外の精神科疾患が疑われる入居者がいるが、受診にはいたっていない
5. 認知症以外の精神科疾患が疑われる入居者がいるが、特に医師と連携する必要性を感じていない
6. 認知症以外の精神科疾患のある入居者はいない

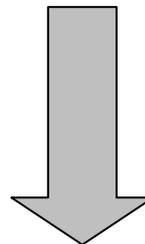
Q7-4: 貴事業所の、精神科病院への入院や支援の取組状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。なお、1を選んだ場合は支援している内容も選択(該当するもの全て)して下さい。

1. 必要に応じて入院してもらい、退院・再入居するよう支援する	2. 必要に応じて入院してもらいが、退院・再入居の支援は行っていない
	3. 精神科病院への入院は行わないようにしている
	4. 分からない
	5. その他 ()



【支援している内容】(全て選択)

1. 入院の際の情報共有・カンファレンス
2. 入院中の情報共有・カンファレンス
3. 退院時の情報共有・カンファレンス
4. 家族の支援や応相談、入退院の諸手続き
5. いずれも取り組んでいない



【福祉用具の状況】

Q8-1: 貴事業所において、利用者の身体機能が低下してきた場合に使用する福祉用具に関する基本的な対応状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。

1. 入居者の身体状況に関わらず、全て備え付けの福祉用具で対応している。
2. 入居者の身体状況に応じ、備え付けの福祉用具では対応できない場合、事業所がレンタル又は購入している。
3. 入居者の身体状況に応じて、備え付けではなく、全て事業所がレンタルで対応している。

Q8-2: 貴事業所の、利用者の身体機能が低下してきた場合に使用する備品として、過去5年以内に購入、または現在レンタルしている福祉用具について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。また、選択肢1~6の用具をお持ちの場合は、保有台数も入力して下さい。

1. 電動ギャッジベッド(背上げ・足上げ機能付き特殊寝台)	()	台
2. 手動ギャッジベッド(背上げ・足上げ機能付き特殊寝台)	()	台
3. 姿勢変換機能付き車いす(リクライニング車いす)	()	台
4. 吸引器	()	台
5. リフト	()	台
6. 体位変換器、床ずれ防止ベッド等特殊機能を持つベッド	()	台
7. 床ずれ防止のためのマットレス、体位変換クッション等		
8. その他(1台・1セットが10万円以上で購入又は月5千円以上でレンタル)	()	
9. いずれも備え付けていない		

【ケアの状況】

Q9-1: 貴事業所の食事介助に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。なお、入居者の状態により現在は実施できていない場合も基本方針として実施することとなっている場合は選択して下さい。

1. 日常的な食事の献立に入居者の意思を反映することを基本としている
2. 食事に必要な食材料は入居者と共に購入に出かけることを基本としている
3. 食事の調理・盛り付け・片付けなど常時、主体的に行う支援を基本としている
4. 食事はグループホーム外から配食・弁当で賄うことを基本としている
5. 外食を意識的に取り入れている
6. 上記のいずれも取り組んでいない

Q9-2: 貴事業所の入浴介助に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思や状態・状況に応じて入浴できるようにしている 2. 夜間入浴（夕食後から就寝前）が行えるようにしている 3. 身体能力が低下した場合でも入浴の機会を確保するための設備を備えている。あるいは近隣施設等との協力関係で可能な状況にある 4. 入居者の状態に合わせてマンツーマンで入浴を行っている 5. 上記のいずれも取り組んでいない |
|---|

Q9-3: 貴事業所の排泄介助に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者の状態や状況に応じて随時介助を基本としている 2. トイレで排せつすることを基本としている 3. 可能な限りオムツを使用しないようにしている 4. 上記のいずれも取り組んでいない |
|--|

Q9-4: 貴事業所の、入居者の過ごし方に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 起床時間・就寝時間は入居者に応じている 2. 起床・就寝時は着替えてもらうことが基本となっている 3. 入居者の意思や状態・状況に応じて過ごし方を決めている 4. 外に出かけることを積極的に取り組んでいる 5. 入居者が個別に外出ができるようにしている 6. 趣味活動や遠出外出など非日常的な活動を取り入れている 7. 上記のいずれも取り組んでいない |
|--|

Q9-5: 貴事業所の、入居者へのケアを良くするためのツール類の活用状況について、以下の中から活用しているものを全て選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ケアマネジメントセンター方式（全入居者に活用） 2. ケアマネジメントセンター方式（一部の入居者で活用） 3. 「ひもときシート」（全入居者に活用） 4. 「ひもときシート」（一部の入居者で活用） 5. DCM（Dementia Care Mapping）のマッピング（今年度になって実施した場合） 6. 上記以外のツールの活用（ ） 7. 上記いずれも活用していない |
|---|

Q9-6: 貴事業所の、施錠の状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 日中の時間帯は施錠していない 2. 入居者の状態によって日中の時間帯に施錠することがある 3. 基本的に施錠している |
|---|

Q9-7: 貴事業所の、過去1年間で1回以上行った身体拘束について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 歩き回って転倒したりどこかに行かないよう、ベッドや車椅子に胴や手足を固定する 2. ベッド等から転落しないよう、ベッドに胴や手足を固定する 3. ベッドの周囲を柵や壁等で囲んだりして自分では降りられないようにする 4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、手足を固定する 5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、あるいは皮膚をかきむしらないよう、ミトン等を使う 6. 車椅子や椅子等からずり落ちたり、立ち上がったりにしないよう、Y字型の専用ベルト、腰ベルト（紐）等を使う |
|--|

7. 立ち上がったりしないよう、椅子・車椅子と机の距離を近づける
8. 立ち上がる能力のある人を、立ち上がりを妨げるような椅子を使用する
9. 脱衣やおむつを外す人に、介護衣（つなぎ）を着せる。
10. 他の人に迷惑をかけないように、ベッド等に胴や手足を固定する
11. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を使っている
12. 自分では開けられないような部屋に閉じこめる
13. 上記いずれも行っていない

Q9-8: 貴事業所の、入居者の継続的な支援に関する基本的な取組状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。

1. 関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本とし取り組んでいる	3. 関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本とし取り組んでいるが、医療行為以外にも ADL や認知症の状態で対応できない場合がある
2. 関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本とし取り組んでいるが、常時医療行為を求められると医療職の配置がないこと等から対応できない場合がある	4. グループホームは「ある段階まで」と考えており、家族等からの依頼があったとしても、最期の看取りまで継続支援する考えはない。

Q9-9 へ

次の Q9-8-1 へ

Q9-8-1: 上で選択肢 3 か 4 を選んだ事業所のみお答え下さい。

「ある段階まで」とはどのような段階でしょうか。以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 継続的な医療的ケアが必要となった段階 2. 認知症の行動・心理症状 (BPSD) や精神症状が重度で対応できなくなった段階 3. ADL が一定以上重度になり対応できなくなった段階 4. 上記以外のその他 |
|--|

Q9-9: 貴事業所の、入居者の介護計画の作成に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護計画は、毎月見直し・作成している 2. 介護計画は、毎月ではないが定期的に見直し・作成している 3. 介護計画の作成に当たっては、主治医や訪問看護ステーションの看護師等関係する外部の者からの意見を反映するようにしている 4. 介護計画は、入居者に説明する（意思確認が難しくても）ことを基本にしている 5. 介護計画が見直し作成されれば、会議や回覧などを通して必ず職員に周知している 6. 上記いずれも該当しない

Q9-10: 貴事業所の、入居者の家族との連携における基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業者・事業所主催による家族との懇談会等を定期的（年間3回以上）に行っている 2. 家族による家族会があり、家族会主催の会合が行われている 3. 家族も交えたグループホームの行事等を定期的に行っている 4. 上記いずれも行っていない
--

Q9-11: 貴事業所の、入居者の身体機能の低下に伴う介助における指導・助言等に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

<ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者個別に適正な身体介助方法や機能訓練等について専門家（理学療法士等）による指導・助言を得ている 2. 入居者の食事の献立や食品衛生管理について専門家（管理栄養士等）から指導や助言を得ている 3. 入居者の口腔ケアについて専門家（歯科医師、歯科衛生士、ST 等）から指導や助言を得ている 4. 上記いずれも行っていない
--

【職員育成の状況】

Q10: 貴事業所の職員の、**本年10月1日時点**での以下の各研修の修了者数を、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。

(該当する修了者数の記載・重複可)	常勤職員	非常勤職員
①グループホーム管理者研修	人	人
②認知症介護指導者研修	人	人
③認知症介護実践研修(リーダー研修)	人	人
④認知症介護実践研修(実践者研修)	人	人

Q11: 貴事業所の職員の、外部研修への派遣、内部研修の実施や、他法人の事業者との交流について、**昨年度の実施状況**を半角数字で入力して下さい。該当する取組を実施・参加していない場合は0(ゼロ)を入力して下さい。

なお、外部主催の研修には職員自ら休暇等を利用して参加した研修や職員が自発的に行く研修に費用の一部を負担する場合を含めません。また、他法人の事業者との交流は実施場所により外部・内部を分けて下さい。

(昨年度1年間)	外部	事業所内部	
新入職員向けの研修(OJT除く)	人・回	人・回	人数と回数をかけた値を入力して下さい。 例①:年間で3人が2回=3×2=6人回 例②:年間で1人が3回と2人が1回=1×3+2×2=7人回
現任者向けの研修	人・回	人・回	
管理者向けの研修	人・回	人・回	
計画作成担当者向けの研修	人・回	人・回	
資格取得支援	人・回	人・回	
他法人の事業者との勉強会・講習会等	人・回	人・回	
他法人の事業者との相互訪問による研修(地域内での事業所研修会は除く)	人・回	人・回	
その他	人・回	人・回	

Q12-1: 貴事業所では、職員のスキル向上のための、事業所全体で年間の研修・教育計画を作成していますか。以下の中から**1つ**選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 事業所全体で、年間の研修・教育計画を決めている 事業所全体で、年間の研修・教育計画を決めていない |
|---|

Q12-2: 貴事業所では、職員のスキル向上のための、個人別の研修・教育計画を作成していますか。以下の中から**1つ**選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 職員全員の年間の研修・教育計画を定めている。 一部の職員(初任者とか、介護職員のみとか)のみの年間研修・教育計画を定めている 個人別の年間研修・教育計画は定めていない |
|---|

【入居者個人の状況】

Q13: 本年10月1日時点での、入居者の状況と実施しているケアについて、入居者毎にお答え下さい。

Q4で回答頂いた入居者の数だけ、この画面が繰り返し表示されますので、人数分、それぞれ回答願います。(3ユニット・18人以上の事業所は、18人まで選んでお答え下さい)

入居者①さんについて(⑩まで回答可能にする)

1.入居者イニシャル	半角英字	さん
2.性別	1つ選択	1. 男性 2. 女性
3.現在の満年齢	整数で入力	歳
4.入居年月	整数で入力	西暦 年 月
5.入居前の世帯構成	1つ選択	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居(65歳以上の高齢者のみ) 4. その他同居(3以外) 5. 不明
6.入居前の介護力	1つ選択	1. 介護できる人間が常時いない 2. 介護できる人間が常時いる 3. 時間帯によっては介護できる人間がいる 4. 不明
7.入居前の居場所	1つ選択	1. 自宅 2. 他のグループホーム 3. 特別養護老人ホーム 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 介護療養型医療施設以外の医療機関(精神科病院以外) 7. 精神科病院 8. その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等) 9. 上記以外 10. 不明
7-2.住まい(非表示)	1つ選択	1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) 4. 借間 ⑤その他 1. 一戸建て 2. 集合住宅 3. 特定高齢者施設 ④グループホーム
7-3.現在利用しているサービスの状況(非表示)	当てはまるものを全て選択	1. (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス) 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. (介護予防)通所介護(デイサービス) 7. (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 8. (介護予防)短期入所生活介護(特養等) 9. (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 10. (介護予防)特定施設入居者生活介護 11. (介護予防)福祉用具貸与 12. 特定(介護予防)福祉用具販売 13. 住宅改修 14. 夜間対応型訪問介護 15. (介護予防)認知症対応型通所介護 16. (介護予防)小規模多機能型居宅介護 17. (介護予防)認知症対応型共同生活介護 18. 地域密着型特定施設入所者生活介護 19. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 20. 市町村特例給付 21. 介護保険給付外の在宅サービス 22. 介護老人福祉施設

		23. 介護老人保健施設 24. 介護療養型医療施設 25. 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） 26. 特定施設入所者生活介護適用施設（ケアハウス等） 27. 医療機関（医療保険適用療養病床） 28. 医療機関（療養病床以外） 29. その他の施設					
8.要介護度	1つ選択	1. 要支援 2 2. 要介護 1 3. 要介護 2 4. 要介護 3 5. 要介護 4 6. 要介護 5 7. 不明					
9.ADL	それぞれ1つずつ選択	移動	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
		食事	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
		排泄	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
		入浴	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
		着替え	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
10.IADL 等	それぞれ1つずつ選択	1. 一日の計画を自分で立てることが出来ますか		1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない			
		2. 季節や状況にあった服を自分で選ぶことが出来ますか		1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない			
		3. 電話をかけることが出来ますか		1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない			
		4. 自分で食事の準備は出来ますか		1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない			
		5. 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことは出来ますか		1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない			
11.障害高齢者日常生活自立度	医師の診断書等を基に、1つ選択	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明					
12.認知症高齢者日常生活自立度		1. なし 2. I 3. II a 4. II b 5. III a 6. III b 7. IV 8. M 9. 不明					
13.初めて周囲が本人の認知症に気付いた時	いずれか選択し、1なら西暦を入力	1. () 年 2. 不明					
14.認知症の状態 (調査時点の状況で記入して下さい。調査時点での状況が不明の場合は、以下の項目は要介護認定の項目ですので、要介護認定時点の評価で記入していただいで構いません)	それぞれ1つずつ選択	意思の伝達			1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない		
		生年月日や年齢を言うこと			1. できる 2. できない		
		自分の名前を言うこと			1. できる 2. できない		
		今の季節を理解すること			1. できる 2. できない		
		場所の理解(自分がいる場所を答える)			1. できる 2. できない		
		徘徊			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		外出すると戻れない			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		物を盗られたなどと被害的になる			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		作話			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		昼夜の逆転がある			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		大声をだす			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		介護に抵抗する			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		「家に帰る」等と言い落ち着きがない			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
		一人で外に出たがり目が離せない			1. ない 2. ときどきある 3. ある		
いろいろなものを集めたり、無断でもってくる			1. ない 2. ときどきある 3. ある				
物を壊したり、衣類を破いたりする			1. ない 2. ときどきある 3. ある				

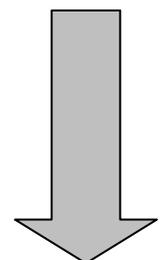
		意味もなく独り言や独り笑いをする	1. ない 2. ときどきある 3. ある
		自分勝手に行動する	1. ない 2. ときどきある 3. ある

15. 認知症・精神科疾患・神経内科疾患以外で現在治療中の病気	当てはまるものを全て選択	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. 目の病気 14. 耳の病気 15. その他 16. ない
16. この入居者に、事業所で対応している医療ニーズ(事業所内の対応のみならず外部連携先による対応も含む)	当てはまるものを全て選択	1. 看取り期のケア 2. インスリン注射 3. 中心静脈栄養の管理 4. 注射・点滴の管理(2及び3以外) 5. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 6. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 7. 酸素療法 8. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 9. 気管切開のケア 10. 疼痛の看護 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 13. じょくそうの処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置 18. 服薬管理 19. 導尿 20. 浣腸 21. 摘便 22. 簡易血糖測定 23. その他 24. なし
17. 過去1年間に入院した場合に医療に付随するケアの状況	当てはまるものを全て選択	1. 入院先医療機関の諸手続 2. 入院する際の付添 3. 入院中の、洗濯、洗面、身の回りの世話等 4. 入院中の訪問 5. 医療機関からの入居者に関する情報の提供・共有 6. 退院前カンファレンス等への参加 7. 上記いずれもなし 0. 過去1年入院がない

18. 認知症で専門医師の治療を受けたことがありますか	いずれかを選択	1. 継続的に治療を受けている 2. 確定診断等のために診療を受けたことがある	3. いいえ
19. 認知症以外で精神科・神経内科疾患の治療を受けていますか	該当する項目を全て選択	1. 統合失調症 2. 気分障害(うつ等) 3. てんかん 4. アルコール精神病 5. その他の器質性精神病 6. 高次脳機能障害 7. パーキンソン病 8. その他	9. いいえ

両方共「いいえ」の場合は 21 へ進む

20. この入居者の主治医の専門診療科	それぞれ1つずつ選択し番号を入力	認知症の主治医	認知症以外で精神科・神経内科疾患の主治医
		1. 神経内科 2. 精神科(神経科・精神神経科) 3. 心療内科 4. 1~3の診療科を重複 5. 1~3以外 6. 不明 7. 特定の主治医はいない	



21.グループホーム入居後の、精神科病院への入院歴	当てはまるものを全て選択	1. 入院歴あり（認知症のため） 2. 入院歴あり（認知症以外の精神科疾患のため）	3. 入院歴なし
	整数で入力	入院回数 通算入院期間	回 約 ヶ月

22. 認知症以外の精神科・神経内科疾患のために特別な配慮(幻覚妄想、感情・行動への支援)が必要ですか	1つ選択	1. はい（特別な配慮が必要） 2. 明確ではないが恐らく認知症以外の精神科・神経内科疾患による感情・行動があり、そのための支援が必要 3. いいえ（特別な配慮は不要） 4. 不明 5. 認知症以外の精神科・神経内科疾患はない
---	------	---

次の23は18で「1. 継続的に治療を受けている」を選択した場合は「うち、認知症の治療のための回数」を、19で「9. いいえ」以外を選択した場合は「うち、認知症以外の精神科・神経内科疾患のための回数」を、お忘れなくお答え下さい。

		1ヵ月間の総利用回数	うち、認知症の治療のための回数	うち、認知症以外の精神科・神経内科疾患のための回数
23.1ヶ月間に利用した医療・看護サービス(9月中)	該当する項目を選択し、回数欄に整数で入力 非該当欄には0を入力	1. 通院	月 回	月 回
		2. 往診（特別に来てもらう場合）の受入	月 回	月 回
		3. 訪問診療（定期的に来てもらう場合）の受入	月 回	月 回
		4. 医療保険の訪問看護の受入	月 回	月 回
		5. 医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問	月 回	月 回
		6. 主治医との電話等による相談	月 回	月 回
		7. 専門医を嘱託医等として契約		
		8. 行っていない		

24.介護の手間や頻度	それぞれ1つずつ選択	1. 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	1. 一日に何回も 2. 日に1回程度 3. 数日に1回程度 4. 週1回程度 5. 月1回程度 6. ない
		2. 他の入居者との関係で職員の支援を要する（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）	1. 一日に何回も 2. 日に1回程度 3. 数日に1回程度 4. 週1回程度 5. 月1回程度 6. ない

		<p>3. 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（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）</p> <p>4. 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（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）</p>	<p>1. ほぼ毎日 2. 数日に1回程度 3. 週1回程度 4. 月1回程度 5. ない</p> <p>1. 一日に何回も 2. 日に1回程度 3. 数日に1回程度 4. 週1回程度 5. 月1回程度 6. ない</p>
25.この入居者に個別ニーズに対して支援していること（9月に1回以上行ったもの）	当てはまるものを全て選択	<p>1. 本人の意志に基づき個別に散歩・買物にでかけるのを支援</p> <p>2. 本人の意思に基づき個別に美容院・理容院・飲食店等へ出かけるのを支援</p> <p>3. 本人の意思に基づき、個別に料理することを支援（火の使用含む）</p> <p>4. 本人の食の「好み」（メニューや食材；柔らかさや食形態は「好み」としない）に対応して調理（グループホーム内で調理した場合のみ）</p> <p>5. 職員とともに全体的調理・盛り付け配膳を手伝ってもらうことを支援</p> <p>6. 本人の好きな趣味活動（演芸、音楽、運動、農作業等）に取り組むことを支援</p> <p>7. おしゃれ（お化粧、正装、着付け等）をすることを支援</p> <p>8. 個別の新聞や雑誌の購入・購読に対応</p> <p>9. 家族や知人宅を訪ねることを支援</p> <p>10. 家族や知人に電話を掛けることを支援</p> <p>11. 家族や知人が居室で過ごすことを支援</p>	
26.この入居者について過去1年間に1回以上行ったもの（行ったかどうかについてのみチェックして下さい）	当てはまるものを全て選択	<p>1. 歩き回って転倒したりどこかに行かないよう、ベッドや車椅子に胴や手足を固定する</p> <p>2. ベッド等から転落しないよう、ベッドに胴や手足を固定する</p> <p>3. ベッドの周囲を柵や壁等で囲んだりして自分では降りられないようにする</p> <p>4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、手足を固定する</p> <p>5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、あるいは皮膚をかきむしらないよう、ミトン等を使う</p> <p>6. 車椅子や椅子等から落ちたり、立ち上がったりしないよう、Y字型の専用ベルト、腰ベルト（紐）等を使う</p> <p>7. 立ち上がったりしないよう、椅子・車椅子と机の距離を近づける</p> <p>8. 立ち上がる能力のある人を、立ち上がりを妨げるような椅子を使用する</p> <p>9. 脱衣やおむつを外す人に、介護衣（つなぎ）を着せる</p> <p>10. 他の人に迷惑をかけないように、ベッド等に胴や手足を固定する</p> <p>11. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を使っている</p> <p>12. 自分では開けられないような部屋に閉じこめる</p>	

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 入居者の医療ニーズや看取りニーズへの対応、あるいは精神科ニーズへの対応に関する、貴事業所での具体的な実践方法や内容

--

問2 医療ニーズや看取りニーズ、あるいは精神科ニーズへ対応するために整えた、事業所内部の体制(医療職の確保や配置、運営面での工夫、設備設置等ソフト・ハード両面での準備)や、外部の体制。

また、その様な体制としている理由(例えば、医療職等人材確保の難しさ、コスト面、母体が医療施設等)

事業所内部の体制	
外部の体制	
その様な体制とした理由	

問3 医療ニーズや看取りニーズ、あるいは精神科ニーズへ対応するようになった背景・経緯・事情等(地域の医療・介護資源の充足状況、法人の理念・方針、入居者の要望等)

--

問4 それらニーズへの対応による、入居者、家族、職員、連携先等にとっての効果

--

問5 それらニーズに対応する(あるいは継続していく)上での、課題・支障等

--

問6 それらニーズへの対応に関する、今後の発展・展開の方向(あれば)

--

問7 今後の発展・展開を進めていく上での、報酬や運営基準等での課題・支障等(あれば)

--

問8 貴事業所の実践内容・方法等を、今後、全国の事業所が取り組んでいく場合の、注意点や課題



ご協力、誠にありがとうございました