

平成 25 年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と 多様化に関する調査研究事業報告書

平成 26 年 3 月

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

はじめに

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は介護保険の施行に伴い、間もなく15年が経過しようとしており、全国で約1万3千箇所が設置され、17万人超の要介護高齢者等が入居する生活の場として社会的役割を果たしている。北欧のスウェーデンに起源をもつ認知症対応のプロジェクトとして、また介護保険実施に先立つモデル事業等の経過もふまえ、20数年の歴史的経緯の中で、小規模な生活の場・介護環境のもとで、従来のサービスと比較して可能な限り濃密な人間関係・支援方法を内包している。今日、その社会的役割の重要性を再確認すると共に、その多様かつ積極的な運営・経営形態の下で、改めて機能強化の方向付けを見出していくことが要請されている。

近年、グループホーム入居者の重度化傾向が指摘されており、さらに入居者の一部がターミナル段階にあって看取りのケアを必要とする場合も広く見受けられている（当協会による平成24年度老人保健健康増進等事業による調査研究報告書）。また、介護保険の第2号被保険者でもある「若年性」認知症の人・家族・関係者等（手続上未認定の認知症の人・認定されていてもサービスを利用しない人等）への対応が要請されており、グループホームが入居者のケアだけに止まらない、地域に向けた相談・支援機能を開発・普及していくことが求められている。更に、認知症の早期診断・早期対応の必要性・具体化が求められる今日、認知症グループホームがそのような新しい動向と連携しつつ、この間、培ってきた認知症ケアの方法・技術を地域社会に向かって開放していく新たな取り組みの視点と手法の確立が求められている。

そして根本的には、認知症の人一人ひとりへの介護・生活支援等の内容充実を図るサービスの基本となる取り組みを点検しつつ、認知症グループホームの機能強化の方向付けを明らかにし、必要とされるサービス部門・構成要素を検討し、新しい方向性を模索するものである。

なお、この調査研究事業においては、医療・介護・福祉等の専門家であって、当協会役員を中心とする委員会、並びに各都道府県支部の協力を得て、グループホームの機能強化や先駆的に取り組む事業所・法人に対するアンケート調査結果、並びにヒアリング等をふまえて作成され、報告書を刊行するものである。

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する

調査研究委員会 委員長 村川 浩一

目次

第1章 事業概要	1
1. 調査研究の背景と狙い	1
2. 課題意識	1
3. 事業内容	2
4. 実施経過	4
5. 研究体制	6
第2章 事例（アンケート）調査結果	7
1. 調査のあらまし	7
2. 調査結果	12
第3章 ヒアリング調査結果	64
1. 調査の目的	64
2. 調査方法	64
3. 調査内容	67
4. 事例	68
5. 各事例からの考察	94
第4章 今後への課題・展望	98
1. 調査結果からの考察 ～地域包括ケアシステムとグループホーム	98
2. 今後の展望	101
資料編	107

第1章 事業概要

1. 調査研究の背景と狙い

平成24年8月に公表された「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数は、平成37年には470万人となることが推計されており、地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者への対策は喫緊の課題となっている。平成24年9月に公表された「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」において示されているその対策の方向性としては、総合的な認知症対策の確立と共に、地域における認知症ケアを適切な手法により確立することが要請されている。既に全国で1万2千箇所、入居者16万人規模を抱え、将来的には25万人規模の対応が想定されている認知症グループホームの基本運営については、画一的なパターンによらず、多様かつ適切なケアを内在させた地域の基幹的サービス拠点として、その存在と役割を明確にしていくことが重要である。

一方、昨年度当協会が実施した調査研究においては、利用者の重度化の傾向と共に、各グループホームの理念や背景、人員体制や医療的ケア等の濃淡によって、重度化対応の可否や方向性が異なることが明らかになった。このことは、多様な経営主体等の背景を要因にグループホーム運営が多様化しており、近い将来機能分化する可能性も考えられるということを示唆しているが、グループホームに内在する重度化対応を含む多様なケアへの対応状況については十分明らかになっていない。

そこで、本調査研究においては、昨年度の調査研究の結果をふまえつつ、地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの基本的役割を明らかにすると共に、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」推進の観点から、認知症グループホーム運営の多様化の実態把握、及び運営上の課題についての集約を図ることを目的とする。

2. 課題意識

本調査は、地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの基本的役割を明らかにするものである。認知症ケアに対する専門性や、地域密着型施設としてのこれまでの地域貢献の経験・つながり等、認知症グループホームの有する特徴・強みを活かし、今後各地域で整備が進む地域包括ケアシステムにおいて、地域にどのような機能・役割で貢献できるかを整理する。

具体的には、昨年度の調査研究の結果をふまえつつ、今後地域において認知症グループホームが果たし得る役割・機能を検討し、検討した役割・機能を先駆的に実践できている事業所に対し調査することで、その役割がどのように実践できているか実態を把握する。

3. 事業内容

3.1. 検討体制の設置

本研究事業を実施するにあたり、有識者等から成る検討体制を設置し、調査内容等の検討・チェック等を行う。検討体制はレベル別に次の2つとした。

(1) 検討委員会

委員は、協会役員、会員、会員事業所の職員、有識者から構成され、年4回開催し、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・事例（アンケート）調査票の検討、調査対象の選定、アンケート調査結果（速報値）の確認・ヒアリング調査の対象・内容等の検討、調査結果の確認、調査結果からの考察の検討・報告書の構成・内容等の確認、報告書（最終案）の確認 |
|---|

(2) ワーキング委員会

本研究事業においては、検討委員会への原案作成・提示のためのワーキング委員会を設置し、調査の実施、集計、分析等次のような内容の検討等を行った。

事例(アンケート)調査	<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・調査票の検討、調査対象の選定・調査結果（速報値）の確認
ヒアリング調査	<ul style="list-style-type: none">・調査結果の検討・調査結果からの考察の検討

3.2. 事例（アンケート）調査の実施

今後、ますます地域包括ケアシステムにおける認知症に特化したケアサービスとしての重要な役割を担っていくことが期待されている状況をふまえ、認知症グループホームらしい役割の方向性を多角的に分析していくため、今後、整備が進められる地域包括ケアシステムにおいて認知症グループホームが担うべき（果たすべき）と考えられる役割・機能を、既に実際に提供できている先駆的な会員事業所調査を実施した。

なお、調査票の作成や調査結果の集計・分析等は、検討委員会及びワーキング委員会の検討結果を基に進めた。

- 1) 調査名 「地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究」アンケート
- 2) 調査目的 今後、整備が進められる地域包括ケアシステムにおいて、認知症グループホームが担うべき（果たすべき）主な役割・機能について、既に実際に提供できている事業所を多角的に分析することで、他の事業所がこれら機能を有していく際の参考にするための基礎資料として活用する。
- 3) 調査期間 平成25年12月11日（水）～12月20日（金）

- 4) 調査対象 4つの役割・機能を先駆的に提供している会員事業所 97 箇所
(①相談支援機能=27 箇所、②個別ケアの資質向上のための機能強化=33 箇所、③地域との密な連携=26 箇所、④医療機能の確保・強化=31 箇所。複数の機能を有している事業所 (20 箇所) については最大 2 つまで同時に調査票を送付)
- 5) 調査方法 調査票ファイル (事業所単位の共通質問、機能別の個別質問の 2 種類) を電子メール (一部 FAX) により配布・回収
- 6) 調査内容 (共通質問、個別質問: ①相談支援機能、②個別ケアの資質向上のための機能強化、③地域との密な連携、④医療機能の確保・強化)
(※詳細な調査項目は次ページ以降参照)
- 7) 回答状況 全回答件数 88/117 箇所、回答率 75.2%
(①相談支援機能=18/27 箇所 (66.7%)、②個別ケアの資質向上のための機能強化=27/33 箇所 (81.8%)、③地域との密な連携=18/26 箇所 (69.2%)、④医療機能の確保・強化=25/31 箇所 (80.6%))

3.3. ヒアリング調査の実施

事例 (アンケート) 調査は、昨年度の統計処理可能な調査と異なり、主に実践できている内容等を詳細に記述回答頂く調査としたことから、回答された記述のみではその詳細が掴み難い点 (あるいは回答事業所からすると口頭での説明は容易だが記述はし難い内容) もあったことから、現地訪問により詳細を確認。

調査対象事業所は、事例 (アンケート) 調査の回答から理想的な取り組みを実践されていると考えられる先駆的な事業所を抽出し、協力要請を行った。

対象事業所の抽出・記述内容等については検討委員会及びワーキング委員会にて検討し、調査を実施した。

4. 実施経過

4.1. 検討体制の設置・開催

2種類の会議体について、次のような日程・内容で開催した。なお、場所は全て当協会の会議室で開催した。

(1) 検討委員会の開催

回	時期	主な内容
1	平成 25 年 8 月 22 日	【キックオフ会】 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 事例（アンケート）調査の検討
2	平成 26 年 1 月 18 日	【中間報告】 進捗状況等の確認 事例（アンケート）調査結果（速報値）の確認 ヒアリング調査の対象・内容等の検討
3	平成 26 年 2 月 22 日	【報告書検討】 ヒアリング調査結果の確認 調査結果をふまえた報告書の方向性等の検討
4	平成 26 年 3 月 14 日	【最終報告】 報告書（最終案）の確認

(2) ワーキング委員会の開催

回	時期	主な内容
1	平成 25 年 9 月 2 日	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
2	平成 25 年 9 月 13 日	今後、整備が進められる地域包括ケアシステムにおいて、認知症グループホームが担うべき（果たすべき）主な役割・機能（特に個別ケアについて）の検討
3	平成 26 年 2 月 7 日	事例（アンケート）調査結果（速報値）の確認 ヒアリング調査結果の確認 調査結果をふまえた報告書の方向性等の検討
4	平成 26 年 3 月 14 日	報告書（最終案）の確認 （※検討委員会との合同開催）

4.2. 事例（アンケート）調査の実施

検討委員会やワーキング委員会にて、調査の前提（対象・内容）となる今後、整備が進められる地域包括ケアシステムにおいて、認知症グループホームが担うべき（果たすべき）主な役割・機能（特に個別ケアについて）のあり方等を議論・検討の上、調査対象の抽出や調査票の作成を行い、検討委員会・ワーキング委員会の内容確認を経て、12月初旬に実施内容を確定した。

平成 25 年 12 月 11 日（水）に調査票（word ファイル・Excel ファイル）をメール送信、締め切りを 12 月 20 日（金）までとしていたが、回収状況と分析等の作業スケジュールを考慮し、遅れながらも提出頂いた回答は集計・分析に盛り込むこととした。

1 月下旬の検討委員会に向け、回答票の入力、データクリーニングを経て集計を進め、まずは速報として結果を報告、追加分析の意見に基づき、その後、分析内容の追加・修正を実施した。

4.3. ヒアリング調査の実施

1 月下旬の検討委員会にて、調査対象とすべき事業所の候補を抽出した。

委員会の承認を受け、2 月上旬に全ての対象事業所を訪問、現地にて把握した内容の整理を実施した。

2 月上旬、ワーキング委員会にて提出された事例内容と、報告書への収載方法等を検討し、2 月下旬の検討委員会にて確定、その後、報告書への整理を進めた。

5. 研究体制

【検討体制】

(1) 検討委員会

委員長	村川 浩一	日本認知症グループホーム協会常務理事 日本社会事業大学客員教授
委員	内出 幸美	日本認知症グループホーム協会理事 社会福祉法人典人会 専務理事
	河崎 茂子	日本認知症グループホーム協会代表理事 社会医療法人慈薫会 河崎病院 理事長
	武久 一郎	日本認知症グループホーム協会副代表理事 社会福祉法人光風会 理事長
	千葉 正展	独立行政法人福祉医療機構 経営支援室 経営企画課長
	中垣内 吉信	日本認知症グループホーム協会理事 特定非営利活動法人ヒューマン・ワークス 理事長
	矢山 修一	日本認知症グループホーム協会理事 有限会社のどか宅老所 代表取締役

(2) ワーキング委員会

委員長	村川 浩一	日本認知症グループホーム協会常務理事 日本社会事業大学客員教授
委員	井上 義臣	医療法人活人会 高齢者グループホーム横浜ゆうゆう 管理者
	内出 幸美	日本認知症グループホーム協会理事 社会福祉法人典人会 専務理事
	佐々木 薫	社会福祉法人仙台市社会事業協会 仙台楽生園ユニットケア施設群 総括施設長
	高橋 義孝	日本認知症グループホーム協会理事 株式会社ケアクオリティ 代表取締役

【事務局】

公益社団法人日本認知症グループホーム協会

【調査研究事業委託機関】

株式会社富士通総研

第2章 事例（アンケート）調査結果

1. 調査のあらまし

1.1. 調査実施の趣旨

地域において今後整備が進められる地域包括ケアシステムにおいて、認知症グループホームが担うべき（果たすべき）役割として、①相談支援機能、②個別ケアの資質向上のための機能強化、③地域との密な連携、④医療機能の確保・強化、が主に想定される。

本調査は、他の事業所がこれら機能を有していく際の参考となるよう、これらの役割・機能を既に先行して有している先駆的な事業所に対し、その実施と運営の状況等を調査するものである。

具体的には、どのような事業所がそのような機能を担っているのか（その役割・機能を提供するための体制、実際の提供内容、提供に至った背景、法人形態や設立の背景）等について実態を把握するものである。

1.2. 調査の概要

- 1) 調査名 「地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究」アンケート
- 2) 調査目的 今後、整備が進められる地域包括ケアシステムにおいて、認知症グループホームが担うべき（果たすべき）主な役割・機能について、既に実際に提供できている事業所を多角的に分析することで、他の事業所がこれら機能を有していく際の参考にするための基礎資料として活用する。
- 3) 調査期間 平成25年12月11日（水）～12月20日（金）
- 4) 調査対象 4つの役割・機能を先駆的に提供している会員事業所97箇所
（①相談支援機能＝27箇所、②個別ケアの資質向上のための機能強化＝33箇所、③地域との密な連携＝26箇所、④医療機能の確保・強化＝31箇所。複数の機能を有している事業所（20箇所）については最大2つまで同時に調査票を送付）
- 5) 調査方法 調査票ファイル（事業所単位の共通質問、機能別の個別質問の2種類）を電子メール（一部FAX）により配布・回収
- 6) 調査内容 （共通質問、個別質問：①相談支援機能、②個別ケアの資質向上のための機能強化、③地域との密な連携、④医療機能の確保・強化）
（※詳細な調査項目は次ページ以降参照）
- 7) 回答状況 全回答件数88/117箇所、回答率75.2%
（①相談支援機能＝18/27箇所（66.7%）、②個別ケアの資質向上のための機能強化＝27/33箇所（81.8%）、③地域との密な連携＝18/26箇所（69.2%）、④医療機能の確保・強化＝25/31箇所（80.6%））

1.3. 集計について

今後、他の事業所が同様の機能を有するよう準備等を進める上で参考となるよう、各機能が先駆的に提供できている事業所の属性・体制や背景等に共通点があるのか、特徴的な属性・体制等があるのか、全般的な傾向の分布・実態を把握することを主眼とする。

基本的に、定性的な設問が多いことから、記述内容を縦覧し、その特徴や共通性を分析するが、事業所の属性等分布や傾向を把握する上で定型化（選択肢化等）できた設問については、単純集計を実施する。

図表－1 共通質問（事業所単位）

No	問	項目	回答形式	備考	
1	1	① 市町村の人口	数値回答		
2		② 市町村の高齢化率			
3		③ 市町村の面積			
4		④ 自治体内の社会資源の充足状況(充足状況)	自治体内の社会資源の充足状況(法人での実施)	単一選択	関係する社会資源18項目について、それぞれ選択
5			自治体内の社会資源の充足状況(自治体の整備意向)		
6					
7		⑤ 自治体との関係			
8	2	① 事業所の設置主体	数値回答		
9		② 開設年月			
10		③ 開設に至った背景・事情やいきさつ	自由記述		
11		④ 開設後の発展の経緯			
12	3	① ユニット数	数値回答		
13		② 入居定員			
14		③ 入居者数			
15		④ 入居期間別での入居者数			
16		⑤ 要介護度別での入居者数			
17		⑥ 障害高齢者日常生活自立度別での入居者数			
18		⑦ 認知症高齢者日常生活自立度別での入居者数			
19	4	① 職種別の職員数			
20		② 介護従事者の常勤換算職員数			
21		③ 経験年数別での介護従事者数			
22		④ 保有資格別での職員数			
23	5	① 事業活動支出計			
24		② うち人件費			
25		③ うち経費			
26		④ 業務委託費のうち派遣職員等に係る費用			
27	6	介護報酬上算定している加算	複数選択	関係する15項目	
28	7※	① 昨年度一年間の入居者数	数値回答		
29		② 昨年度一年間の退居者数		入院、死亡別	
30	8※	① 認知症の治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療を受けている入居者数		6 疾患別の人数	
31		② 認知症以外で精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療を受けている入居者数		8 疾患別の人数	
32		③ 上記以外の疾患で現在治療を受けている入居者数		15 疾患別の人数	

※問7・8は「④医療機能の確保・強化」に該当する事業所のみ

図表－2 個別質問（機能別）：(1)相談支援機能

No	問	項目	回答形式	備考
1	7	① 相談支援の実施者	自由記述	
2		② 相談支援の対象者		

No	問	項目	回答形式	備考
3		③ 実施日時		
4		④ 相談支援の内容		
5	8	相談支援機能の開発・確立に至った背景・経緯		
6	9-1	① 現状の人員		
7		② 現状の設備		
8	9-2	① 今後充実に必要な人員		
9		② 今後充実に必要な設備		
10	10-1	① 利用者への効果		
11		② 課題・改善・問題点		
12	10-2	① 事業所における効果		
13		② 課題・改善・問題点		
14	10-3	① 職員における効果		
15		② 課題・改善・問題点		
16	10-4	利用及び提供状況・実績		
17	10-5	① 成功か不調か	単一選択	
18		② 上記の要因、ポイント	自由記述	
19	10-6	① 今後も継続・強化していくために残っている課題		

図表-3 個別質問（機能別）：(2)①個別ケアの資質向上のための機能強化

No	問	項目	回答形式	備考
1	7	① 情報の記録について	自由記述	
2		② 情報の蓄積について		
3	8	① 利用者の情報の共有状況	単一選択	
4	8-1	① 事業所内で共有している人	自由記述	問8で「1.情報共有している」と回答した事業所のみ
5		② 理由や工夫点		
6	8-2	① 情報共有の方法		
7		② 情報共有のタイミング		
8		③ 理由や工夫点		
9	9-1	① 利用開始後のアセスメント:実施者		
10		② 理由や工夫点		
11	9-2	① 利用開始後のアセスメント:使用しているツール		
12		② 理由や工夫点		
13	9-3	① 利用開始後のアセスメント:実施のタイミング		
14		② 理由や工夫点		
15		③ ケアカンファレンスの工夫点		
16	10-1	① 個別ケア等の指導担当者		
17		② 理由や工夫点		
18	10-2	① 支援提供プロセスの管理者		
19		② 理由や工夫点		
20	11	① モニタリングの実施者と実施方法		
21		② 内容や結果、スタッフ間の共有の有無		
22	12	利用者の情報の利用者家族との共有の有無	単一選択	
23	12-1	① 情報共有の方法	自由記入	問12で「1.情報共有している」と回答した事業所のみ
24		② 情報共有のタイミング		
25		③ 理由や工夫点		
26	12-2	① 家族の意向を把握している人		
27		② 理由や工夫点		
28	13	利用者の情報の事業所以外の医療機関やスタッフとの共有の有無	単一選択	
29	13-1	① 情報共有をしている事業所以外の医療機関やスタッフ	自由記入	問13で「1.情報共有している」と回答した事業所のみ
30		② 理由や工夫点		
31	13-2	① 情報共有の方法		
32		② 理由や工夫点		
33	13-3	個人情報を取り扱う上での留意点		
34	14	個別ケアを行う仕組みや体制となった背景・経緯		

No	問	項目	回答形式	備考	
35	15-1	① 個別ケア実施:利用者への効果			
36		② 個別ケア実施:利用者への課題			
37	15-2	① 個別ケア実施:事業者における効果			
38		② 個別ケア実施:事業者における課題			
39	15-3	① 個別ケア実施:職員への効果			
40		② 個別ケア実施:職員への課題			
41	15-4	① 個別ケア実施:連携先機関等への効果			
42		② 個別ケア実施:連携先機関等への課題			
43	15-5	① 個別ケア実施:家族への効果			
44		② 個別ケア実施:家族への課題			
45	15-6	① 成功か不調か			単一選択
46		② 上記の要因、ポイント			自由記入
47	15-7	⑦ 個別ケアの提供体制を継続・強化するための課題			

図表-4 個別質問（機能別）：(2)②地域との密な連携

No	問	項目	回答形式	備考	
1	7	① 地域との連携状況:施設に呼ぶ・招く・交流する	自由記述		
2		② 地域との連携状況:地域の行事に参加する			
3		③ 地域との連携状況:地域の一人として一緒に取り組む・役割を果たす			
4		④ 地域との連携状況:地域の認知症専門機能の資源としての役割(相談対応等)			
5		⑤ 地域との連携状況:地域の認知症専門機能の資源としての役割(啓発の視点)			
6		⑥ 地域との連携状況:他の地域資源との連携			
7		⑦ 地域との連携状況:その他			
8	8-1	① 地域への効果			
9		② 地域への課題			
10	8-2	① 利用者に対する効果			
11		② 利用者に対する課題			
12	8-3	① 事業所における効果			
13		② 事業所における課題			
14	8-4	① 職員における効果			
15		② 職員における課題			
16	8-5	① 連携先機関等に対する効果			
17		② 連携先機関等に対する課題			
18	8-6	① 家族に対する効果			
19		② 家族に対する課題			
20	8-7	① 成功か不調か			単一選択
21		② 上記の要因、ポイント			自由記入
22	8-8	今後も連携体制を継続・強化するための課題			
23	9-1	運営推進会議の開催の頻度			
24	9-2	① 参加者及び人数			
25		② 事例			
26	9-3	参加者選定等運営上の工夫			
27	9-4	運営上の工夫			
28	9-5	会議録の公開方法やその反応・効果等			
29	10	現在の運営推進会議を行う仕組みや体制となった背景・経緯			
30	11-1	① 地域に対する効果			
31		② 地域に対する課題			
32	11-2	① 利用者に対する効果			
33		② 利用者に対する課題			
34	11-3	① 事業所に対する効果			
35		② 事業所に対する課題			
36	11-4	① 職員に対する効果			

No	問	項目	回答形式	備考
37		② 職員に対する課題		
38	11-5	① 連携先機関等に対する効果		
39		② 連携先機関等に対する課題		
40	11-6	① 家族に対する効果		
41		② 家族に対する課題		
42	11-7	① 成功か不調か	単一選択	
43		② 上記の要因、ポイント	自由記入	
44	12	今後も運営推進会議を継続・強化するための課題・改善点		

図表－5 個別質問（機能別）：(3)医療機能の確保・強化

No	問	項目	回答形式	備考
1	9-1	事業所内で対応している医療ケア	複数選択	
2	9-2	外部連携先の医療機関で対応している医療ケア		
3	10-1	① 認知症の治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療及び看護の提供回数	自由記述	
4		② 上記の提供形態	複数選択	
5	10-2	① 認知症以外で治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療及び看護の提供回数	自由記述	
6		② 上記の提供形態	複数選択	
7	10-3	① 上記以外の疾患の治療及び看護の提供回数	自由記述	
8		② 上記の提供形態	複数選択	
9	11-1	認知症の治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療及び看護に対する医療提供体制	複数選択 自由記述	確保方法は3項目より複数選択し、その詳細を自由記述
10	11-2	認知症以外で治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療及び看護に対する医療提供体制		
11	11-3	上記以外の疾患の治療及び看護に対する医療提供体制		
12	12-1	連携先医療機関数	自由記述	
13	12-2	連携先医療機関の診療科	複数選択	
14	13	医療提供体制の背景・経緯	自由記述	
15	14-1	① 利用者への効果		
16		② 利用者への課題		
17	14-2	① 事業所における効果		
18		② 事業所における課題		
19	14-3	① 職員に対する効果		
20		② 職員に対する課題		
21	14-4	① 連携先機関に対する効果		
22		② 連携先機関に対する課題		
23	14-5	① 成功か不調か	単一選択	
24		② 上記の要因、ポイント	自由記入	
25	15	今後も医療提供体制を継続・強化していく上で残っている課題		
26	16	認知症初期集中支援チーム作りへの関与	単一選択	
27	16-1	① 主な役割	自由記述	関与している事業所のみ
28		② 構成員		
29		③ 連携状況		
30	16-2	今後検討・準備していく上での問題点		今後検討・準備する事業所のみ

2. 調査結果

2.1. 回答事業所の属性（共通質問）

2.1.1. 立地する地域の環境・社会資源

(1) 人口・高齢化率・面積

①各機能共通

回答事業所に特段共通する特徴はみられず、大小様々となった。

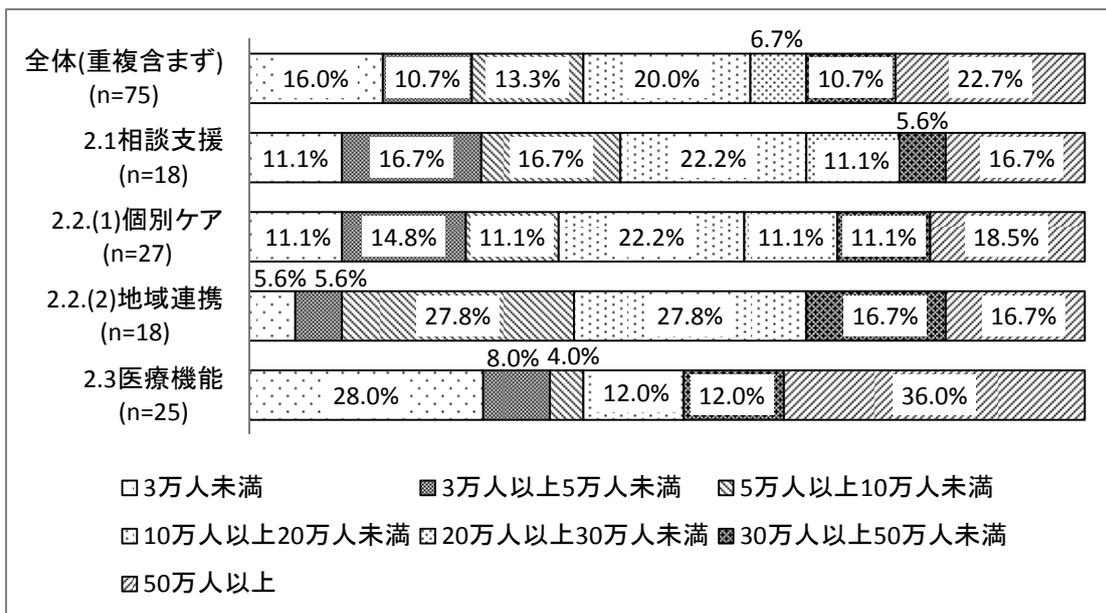
【問1①②③】

②機能による差異

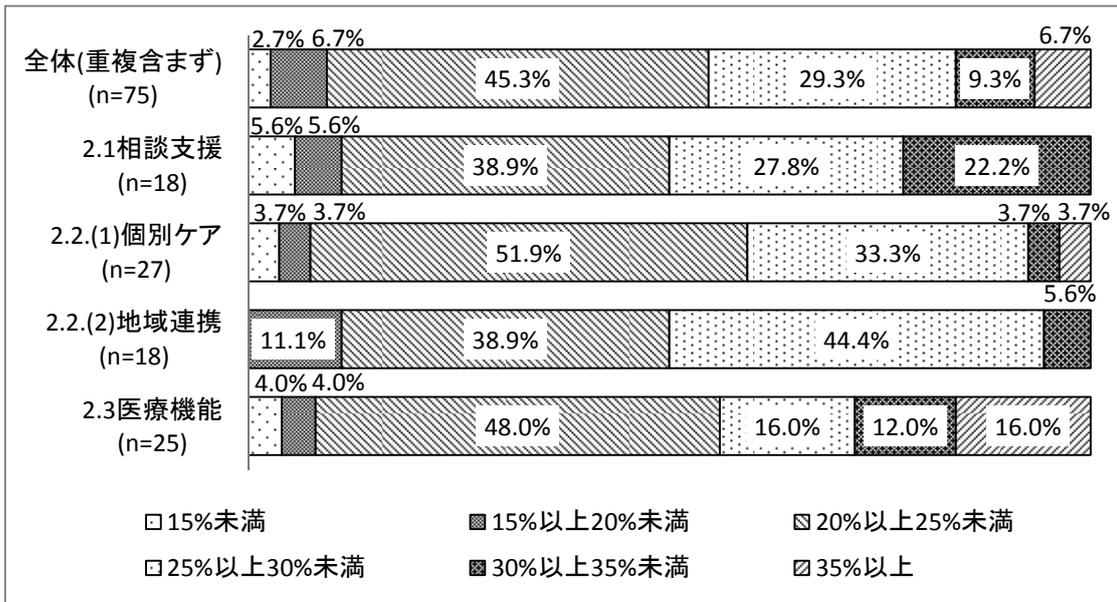
各機能を既に先行して有している事業所は、無作為抽出ではなく関係者からの推薦等による抽出のため、各機能に関連して立地環境や社会資源の特徴が出ることはなかった。

しかしながら、あくまで結果として、医療機能を有する事業所の立地において、高齢化率の高い市町村がやや多い。高齢化に伴う身体機能低下等は医療ニーズの拡大につながることから、そのことが反映されている可能性がある。

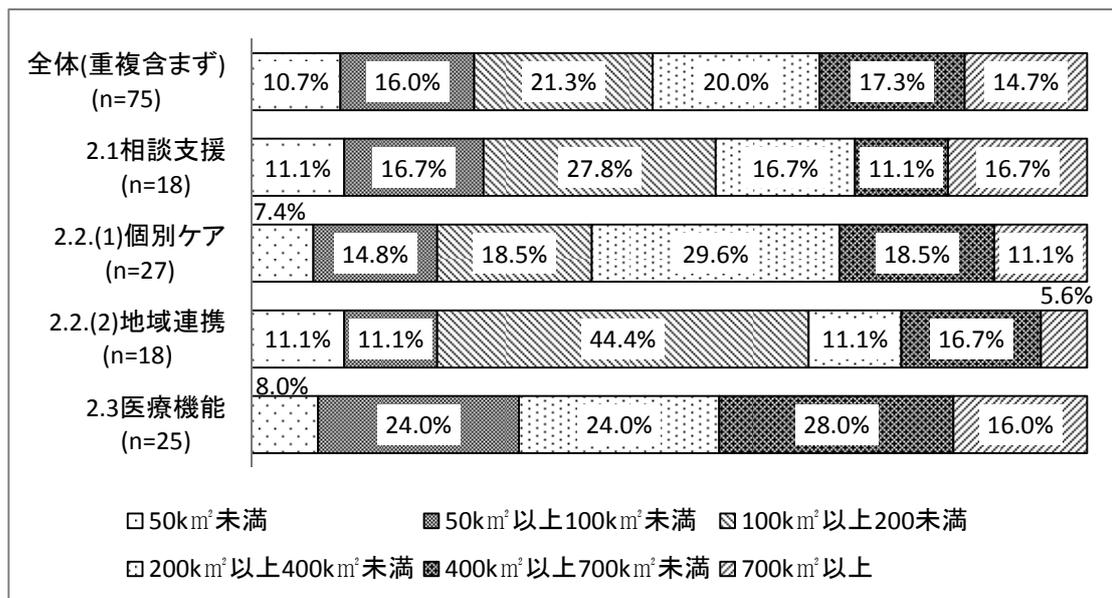
【問1①②③】



図表—6 市町村の人口



図表－7 市町村の高齢化率



図表－8 市町村の面積

(2) 社会資源の充足状況

いずれの社会資源についても、特に大きく不足している（「不足」もしくは「ない」と考える割合が計7割を越す）と回答している状況はみられなかった。

以上の他、機能による差異として、結果としての差異ではあるが次のような特徴がみられた。

【問1④】

① 相談支援機能

「認知症対応型通所介護」、「小規模多機能型居宅介護」、「訪問看護」は不足とする事業所が半数以上となった。これらのうち「認知症対応型通所介護」には対応している回答事業所が散見された。また、以上の他にも、訪問系サービスや在宅介護支援センター等在宅生活を支援するサービスが少ない・選択できないという指摘があった。地域等から相談を受けている事業所として、在宅支援の資源不足には特に気が付くものと推測される。

なお、地域としても不足していると感じ、法人として実施しており、自治体でも拡大意向のある社会資源は特になかった。

② 医療機能の確保・強化

「小規模多機能型居宅介護」、「訪問看護」は不足とする事業所が多かった。在宅系の支援サービスの不足があげられたが、医療機能が強化された事業所群であることから、中でも医療ニーズへの対応に注目していることがうかがえる。これらのうち特に「小規模多機能型居宅介護」は半数弱の事業所が提供しており、また「短期入所生活介護」、「訪問看護」についても1/3の事業所が提供している。

また、「小規模多機能型居宅介護」は、地域として不足感があり自治体として拡大意向があるとする事業所が3～4割であった。

n=18 (上段:事業所数、下段:割合)		地域での充足状況					貴法人での実施			貴事業所からみた 自治体の施設整備の意向				
		過剰	均衡	不足	ない	無効 回答	あり	なし	無効 回答	拡大 意向	現状 維持	抑制 意向	不明	無効 回答
1	認知症対応型共同生活介護	2	9	6	0	1	17	0	1	4	8	2	0	4
		11.1%	50.0%	33.3%	0.0%	5.6%	94.4%	0.0%	5.6%	22.2%	44.4%	11.1%	0.0%	22.2%
2	認知症対応型通所介護	1	4	10	1	2	11	6	1	1	8	0	5	4
		5.6%	22.2%	55.6%	5.6%	11.1%	61.1%	33.3%	5.6%	5.6%	44.4%	0.0%	27.8%	22.2%
3	小規模多機能型居宅介護	1	4	12	0	1	5	12	1	11	3	0	0	4
		5.6%	22.2%	66.7%	0.0%	5.6%	27.8%	66.7%	5.6%	61.1%	16.7%	0.0%	0.0%	22.2%
4	居宅介護支援	3	11	2	0	2	12	5	1					
		16.7%	61.1%	11.1%	0.0%	11.1%	66.7%	27.8%	5.6%					
5	訪問介護	1	11	4	0	2	7	10	1					
		5.6%	61.1%	22.2%	0.0%	11.1%	38.9%	55.6%	5.6%					
6	訪問入浴介護	1	5	6	3	3	1	16	1					
		5.6%	27.8%	33.3%	16.7%	16.7%	5.6%	88.9%	5.6%					
7	通所介護	8	7	1	0	2	11	6	1					
		44.4%	38.9%	5.6%	0.0%	11.1%	61.1%	33.3%	5.6%					
8	短期入所生活介護	3	7	6	0	2	7	10	1					
		16.7%	38.9%	33.3%	0.0%	11.1%	38.9%	55.6%	5.6%					
9	訪問看護	1	4	10	0	3	6	11	1					
		5.6%	22.2%	55.6%	0.0%	16.7%	33.3%	61.1%	5.6%					
10	介護老人福祉施設	1	8	7	0	2	5	12	1	3	9	0	1	5
		5.6%	44.4%	38.9%	0.0%	11.1%	27.8%	66.7%	5.6%	16.7%	50.0%	0.0%	5.6%	27.8%
11	介護老人保健施設	1	13	2	0	2	5	12	1	1	9	1	2	5
		5.6%	72.2%	11.1%	0.0%	11.1%	27.8%	66.7%	5.6%	5.6%	50.0%	5.6%	11.1%	27.8%
12	介護療養型医療施設	1	9	5	1	2	3	14	1	2	4	6	1	5
		5.6%	50.0%	27.8%	5.6%	11.1%	16.7%	77.8%	5.6%	11.1%	22.2%	33.3%	5.6%	27.8%
13	精神科の医療機関	0	10	5	1	2	2	15	1					
		0.0%	55.6%	27.8%	5.6%	11.1%	11.1%	83.3%	5.6%					
14	その他医療機関(12・13以外)	3	9	4	0	2	6	11	1					
		16.7%	50.0%	22.2%	0.0%	11.1%	33.3%	61.1%	5.6%					
15	高齢者住宅(サ高住等含む)	7	6	2	1	2	3	14	1	4	3	1	5	5
		38.9%	33.3%	11.1%	5.6%	11.1%	16.7%	77.8%	5.6%	22.2%	16.7%	5.6%	27.8%	27.8%
16	ケアハウス(特定施設指定含む)	0	11	2	3	2	1	16	1	1	5	1	6	5
		0.0%	61.1%	11.1%	16.7%	11.1%	5.6%	88.9%	5.6%	5.6%	27.8%	5.6%	33.3%	27.8%
17	有料老人ホーム(特定施設指定含む)	3	11	2	0	2	6	11	1	1	7	1	4	5
		16.7%	61.1%	11.1%	0.0%	11.1%	33.3%	61.1%	5.6%	5.6%	38.9%	5.6%	22.2%	27.8%
18	配食等食事サービス	1	10	4	0	3	7	10	1					
		5.6%	55.6%	22.2%	0.0%	16.7%	38.9%	55.6%	5.6%					
19	その他(具体的に)	0	0	4	1	13	4	6	8					
		0.0%	0.0%	22.2%	5.6%	72.2%	22.2%	33.3%	44.4%					

図表-9 社会的資源の充足状況 (1) 相談支援機能

n=25 (上段:事業所数、下段:割合)		地域での充足状況					貴法人での実施			貴事業所からみた自治体の施設整備の意向				
		過剰	均衡	不足	ない	無効回答	あり	なし	無効回答	拡大意向	現状維持	抑制意向	不明	無効回答
1	認知症対応型共同生活介護	3	13	6	0	3	24	0	1	5	13	3	1	3
		12.0%	52.0%	24.0%	0.0%	12.0%	96.0%	0.0%	4.0%	20.0%	52.0%	12.0%	4.0%	12.0%
2	認知症対応型通所介護	5	7	7	1	5	14	8	3	4	7	2	8	4
		20.0%	28.0%	28.0%	4.0%	20.0%	56.0%	32.0%	12.0%	16.0%	28.0%	8.0%	32.0%	16.0%
3	小規模多機能型居宅介護	0	6	11	3	5	11	11	3	7	4	2	7	5
		0.0%	24.0%	44.0%	12.0%	20.0%	44.0%	44.0%	12.0%	28.0%	16.0%	8.0%	28.0%	20.0%
4	居宅介護支援	2	17	1	0	5	16	7	2					
		8.0%	68.0%	4.0%	0.0%	20.0%	64.0%	28.0%	8.0%					
5	訪問介護	3	16	1	0	5	10	12	3					
		12.0%	64.0%	4.0%	0.0%	20.0%	40.0%	48.0%	12.0%					
6	訪問入浴介護	1	8	8	2	6	1	21	3					
		4.0%	32.0%	32.0%	8.0%	24.0%	4.0%	84.0%	12.0%					
7	通所介護	10	7	2	0	6	9	13	3					
		40.0%	28.0%	8.0%	0.0%	24.0%	36.0%	52.0%	12.0%					
8	短期入所生活介護	2	9	8	0	6	8	14	3					
		8.0%	36.0%	32.0%	0.0%	24.0%	32.0%	56.0%	12.0%					
9	訪問看護	0	8	10	1	6	8	14	3					
		0.0%	32.0%	40.0%	4.0%	24.0%	32.0%	56.0%	12.0%					
10	介護老人福祉施設	2	12	5	0	6	3	19	3	6	8	1	4	6
		8.0%	48.0%	20.0%	0.0%	24.0%	12.0%	76.0%	12.0%	24.0%	32.0%	4.0%	16.0%	24.0%
11	介護老人保健施設	1	14	3	1	6	5	18	2	1	11	1	6	6
		4.0%	56.0%	12.0%	4.0%	24.0%	20.0%	72.0%	8.0%	4.0%	44.0%	4.0%	24.0%	24.0%
12	介護療養型医療施設	1	12	5	1	6	4	18	3	1	7	4	7	6
		4.0%	48.0%	20.0%	4.0%	24.0%	16.0%	72.0%	12.0%	4.0%	28.0%	16.0%	28.0%	24.0%
13	精神科の医療機関	0	8	7	4	6	3	19	3					
		0.0%	32.0%	28.0%	16.0%	24.0%	12.0%	76.0%	12.0%					
14	その他医療機関(12・13以外)	0	17	2	0	6	8	14	3					
		0.0%	68.0%	8.0%	0.0%	24.0%	32.0%	56.0%	12.0%					
15	高齢者住宅(サ高住等含む)	6	10	3	0	6	7	15	3	7	2	1	9	6
		24.0%	40.0%	12.0%	0.0%	24.0%	28.0%	60.0%	12.0%	28.0%	8.0%	4.0%	36.0%	24.0%
16	ケアハウス(特定施設指定含む)	0	12	5	2	6	0	22	3	1	8	1	9	6
		0.0%	48.0%	20.0%	8.0%	24.0%	0.0%	88.0%	12.0%	4.0%	32.0%	4.0%	36.0%	24.0%
17	有料老人ホーム(特定施設指定含む)	5	10	3	1	6	5	17	3	1	7	1	10	6
		20.0%	40.0%	12.0%	4.0%	24.0%	20.0%	68.0%	12.0%	4.0%	28.0%	4.0%	40.0%	24.0%
18	配食等食事サービス	0	12	7	0	6	5	17	3					
		0.0%	48.0%	28.0%	0.0%	24.0%	20.0%	68.0%	12.0%					
19	その他(具体的に)	0	1	3	7	14	1	13	11					
		0.0%	4.0%	12.0%	28.0%	56.0%	4.0%	52.0%	44.0%					

図表-10 社会的資源の充足状況 (3)医療機能の確保・強化

(3) 自治体との関係

全般的に「普通」とする事業所が多く、特段自治体とのつながりが強いために各機能を有するようになってきているといった関係性はない事業所が多い。

一方で、結果としての差異ではあるが機能による差異としては、次のような特徴がみられた。

【問1⑤】

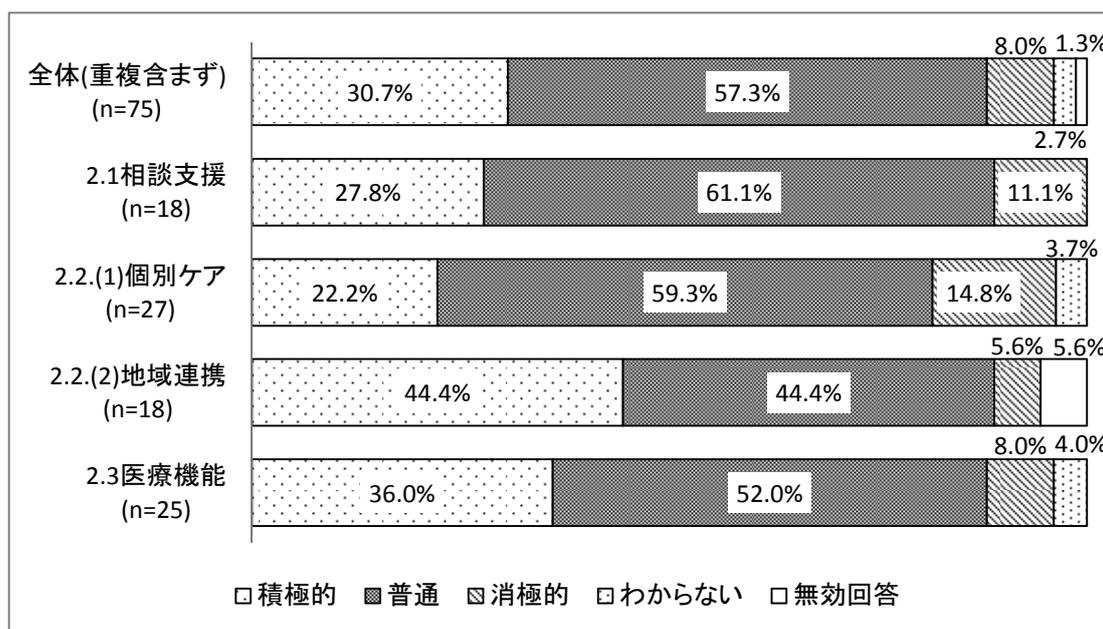
①地域との密な連携

委託、運営への関与については4割、運営推進協議会への関与については5割、第三者評価の支援については3割を超える等、いずれの割合共全体平均を上回る状況がみられ、自治体自体の積極性を評価する事業所が多い。

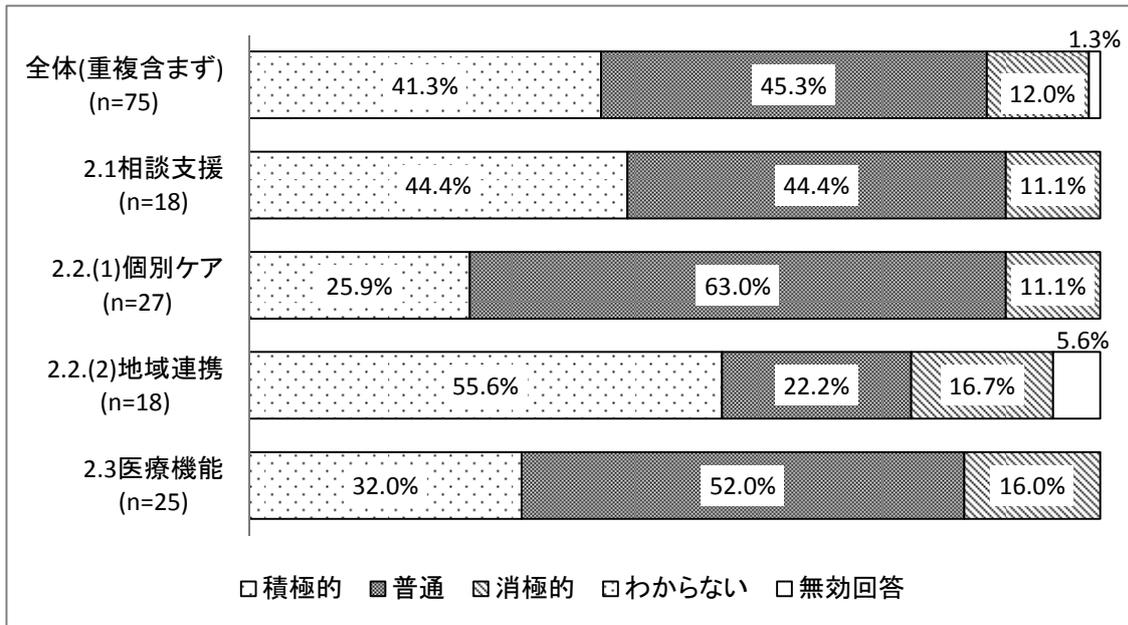
②医療機能の確保・強化

自治体との関係の強弱と医療機能との因果関係は不明だが、結果として、自治体との関係が積極的な事業所が1/3程度はある。

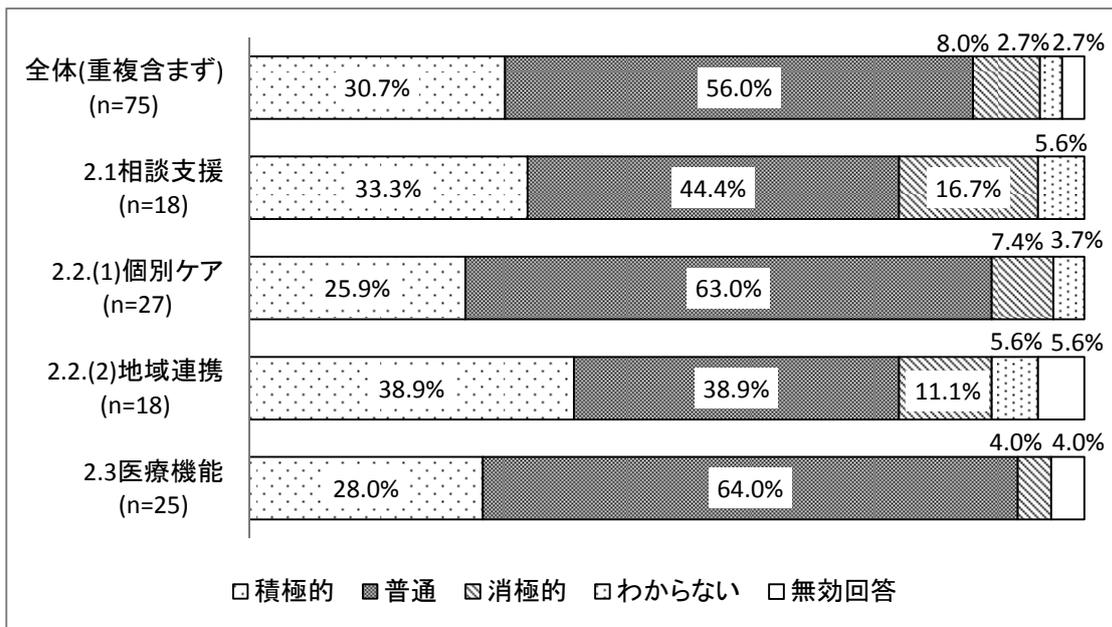
医療機能を有するためか、運営への関与や第三者評価よりも、自治体と委託・連携について積極的な関係を構築している事業所が多い。



図表-11 事業所への委託等、事業所との連携



図表-12 運営推進会議等への参加等、運営への関与



図表-13 質向上のための支援、第三者評価等の実施

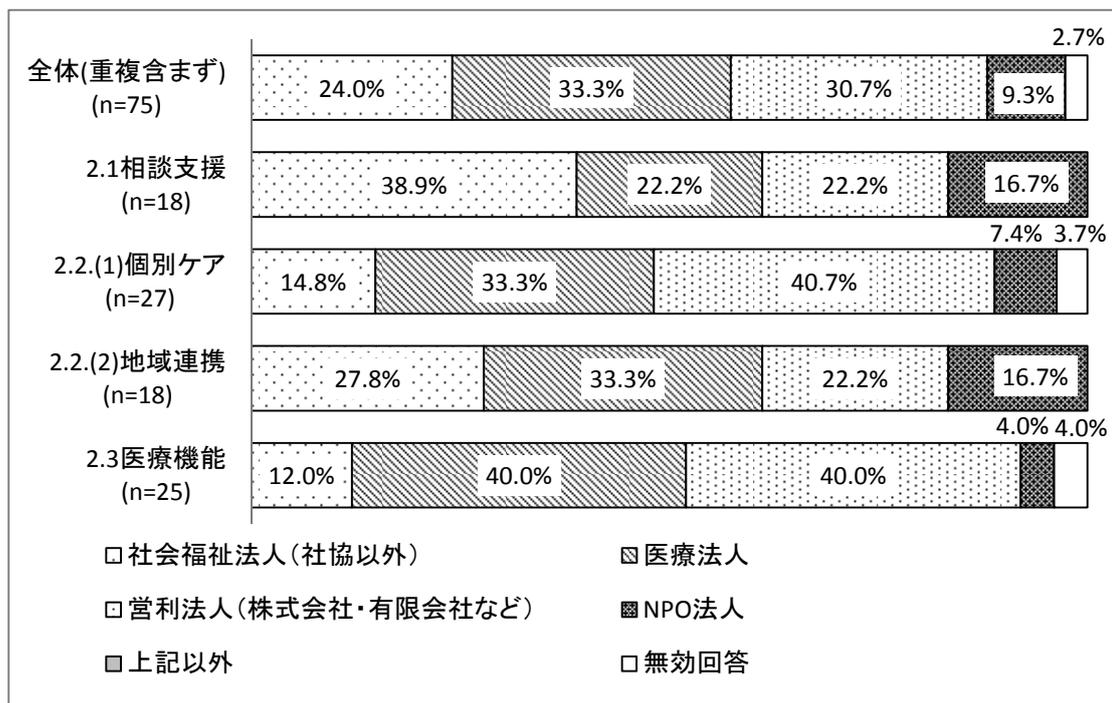
2.1.2. 開設の経緯

(1) 設置主体

機能による差異がみられた。相談支援機能では社会福祉法人（38.9%）が、個別ケアの資質向上のための機能強化では営利法人（40.7%）が、地域との密な連携では医療法人と社会福祉法人が、医療機能の確保・強化では医療法人と営利法人が、それぞれ比較的多かった。

相談支援機能が社会福祉法人、医療機能が医療法人といった親和性のある特徴が表れた一方、営利法人においても様々な機能を有してきていることがわかる。

【問2①】



図表-14 設置主体

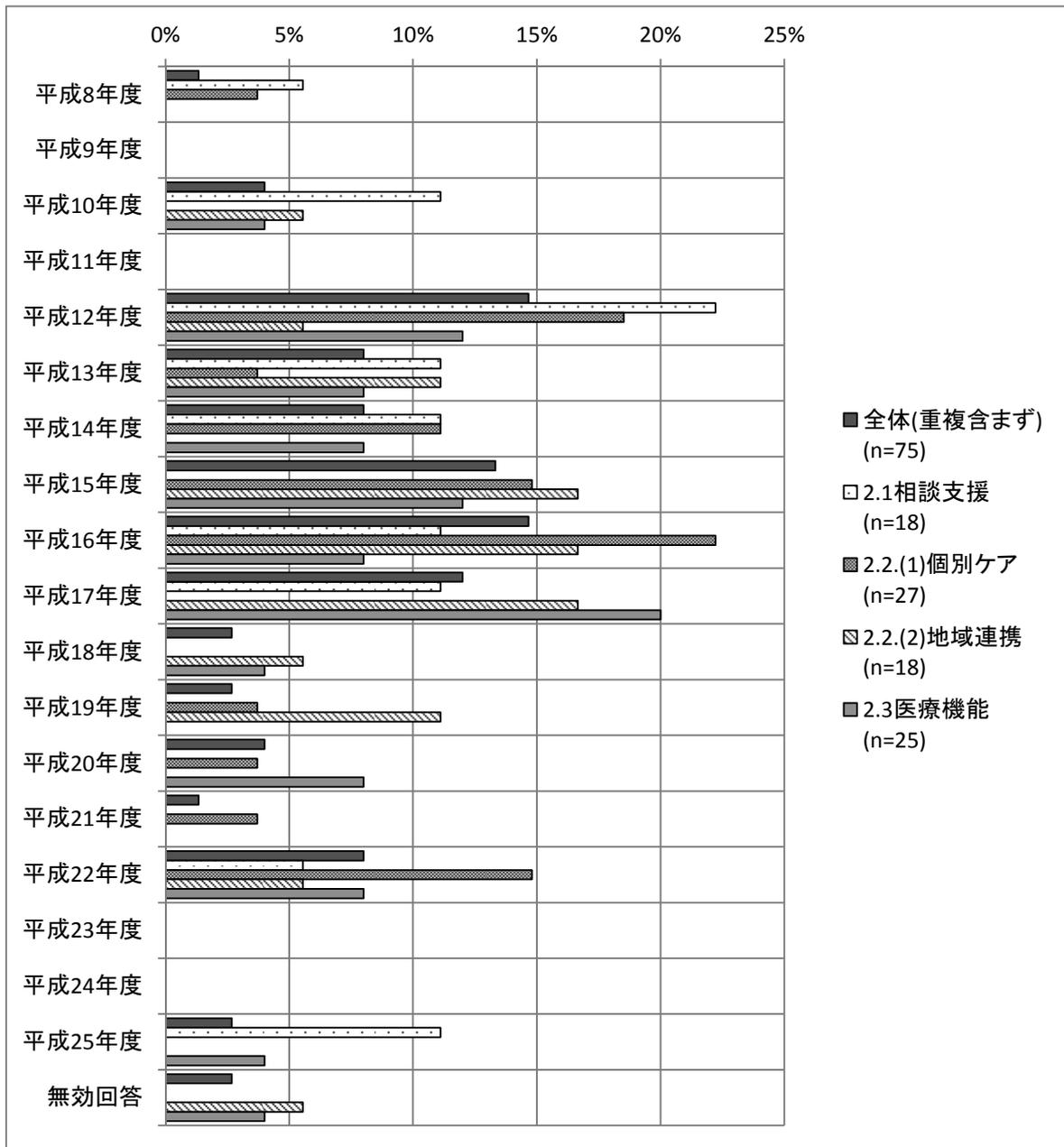
(2) 開設の経緯・状況

① 開設年月

全般的には、介護保険制度の始まった平成12年度から、平成17年度にかけての開設が多く、運営経験が豊富な事業所が多い。

中でも相談支援機能の有する事業所は特に老舗が多い。

【問2②】



図表-15 開設年度

②開設の背景

開設時に母体施設が他にあった上で本グループホームを開設した場合と、本グループホームが法人最初の施設(譲渡等含む)として開設した場合の2パターンに大別される。

前者の場合、母体施設は病院(クリニック含む)、老健、特養、ケアハウス等であり、設置主体は医療法人、社会福祉法人である。

一方、営利法人・NPO法人の場合は、母体施設はなくグループホームが最初の施設として開設している所が殆どで、認知症高齢者への処遇に対する疑問や思い等から取り組んでいるケースがみられる。

いずれの場合も、地域の社会資源不足やニーズ、理事長や管理者等の思い等から開設の検討に入っている。

【問2③】

③その後の発展の経緯

エレベータ、火災報知器、スプリンクラー等の施設面での強化を除くと、地域を意識し、グループホームから派生したサービス(地域の認知症の人々に対する通所介護、短期利用、小規模多機能居宅介護、若年性認知症サポートセンターの設置、地域との交流機能<茶飲み処、研修室>の設置等)に広げている事業所と、グループホームを増設(増床、新規整備)している事業所に大別され、それらに伴い看護職や介護職が増員されている。

また、医療機能の確保・強化の事業所で母体が医療法人の所は、訪問看護等医療系のサービスへの展開も一部にみられた。

ISO9001の取得や有料老人ホームの設置等をしている事業所も一部にみられた。

【問2④】

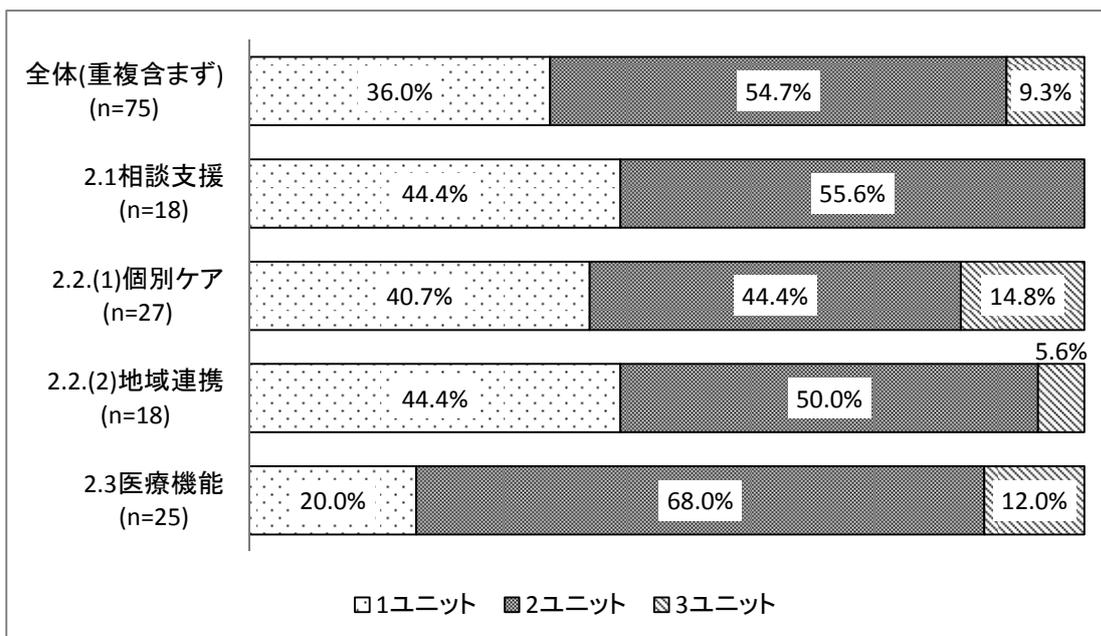
2.1.3. 入居者について

(1) ユニット数・定員・入居者数

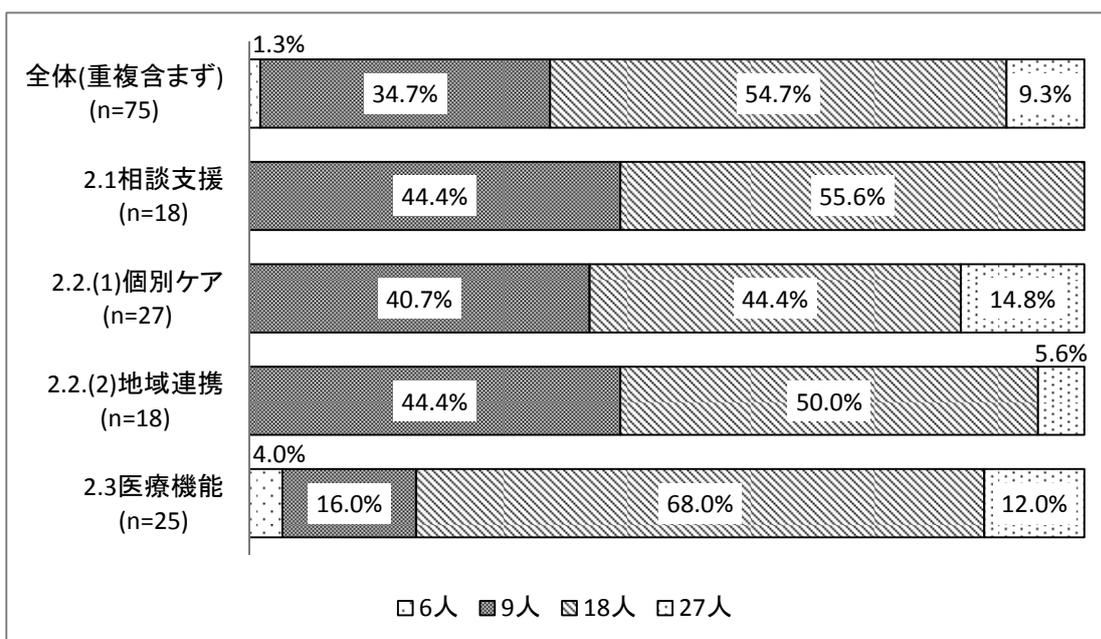
医療機能の確保・強化の事業所の7割は2ユニットだが、その他の機能の事業所では2ユニットがやや多めではあるものの、1ユニットと2ユニットがほぼ半数ずつを占める。

定員は1ユニット9名の事業所ばかりのため、ユニット数に比例した9の倍数の定員となっており、入居状況としてはほぼ満員となっている。

【問3①②③】



図表-16 ユニット数



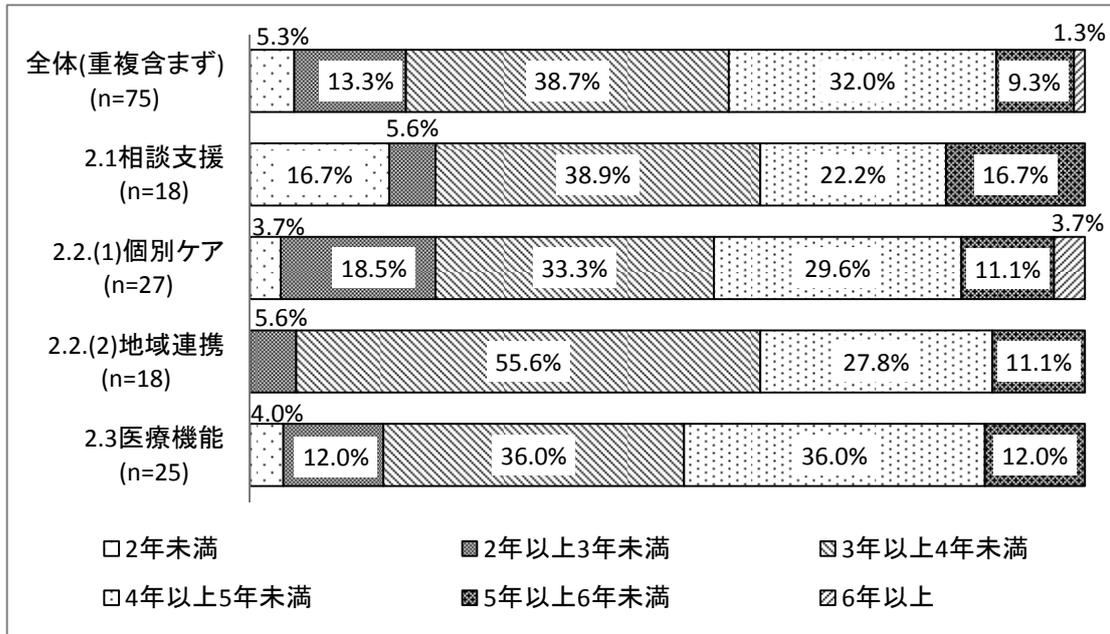
図表-17 入居定員

(2) 入居期間

開設年度の違いもあるが、結果として平均入居期間が3年以上4年未満、4年以上5年未満の事業所がおおよそ1/3ずつを占めている。

地域との密な連携を実践できている事業所のみ、平均入居期間が3年以上4年未満の事業所が半数以上となった。

【問3④】



図表-18 入居期間

(3) 入居者の状態

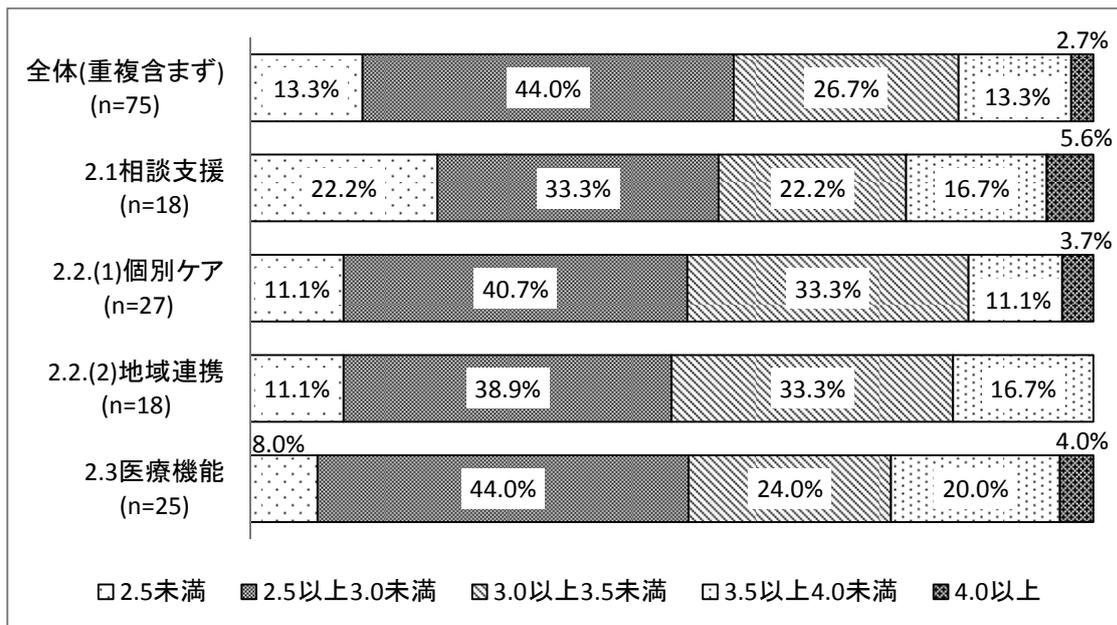
① 平均要介護度

概ね2.5~3の事業所が3~4割と最も多く、中程度の入居者が中心に見えるが、分布・構成としては要介護4の入居者が一定程度は含まれる事業所が少ない。

また、平均要介護度が3に満たない施設は、開設後余り時間が経っていないか、開設後に時間が経っている場合でも平均入居期間が2~3年程度のところである。

医療機能の確保・強化の事業所では、3.5以上の事業所が1/4を占め、医療ニーズの必要な比較的重度の入居者を一定程度抱えていると言える。

【問3⑤】

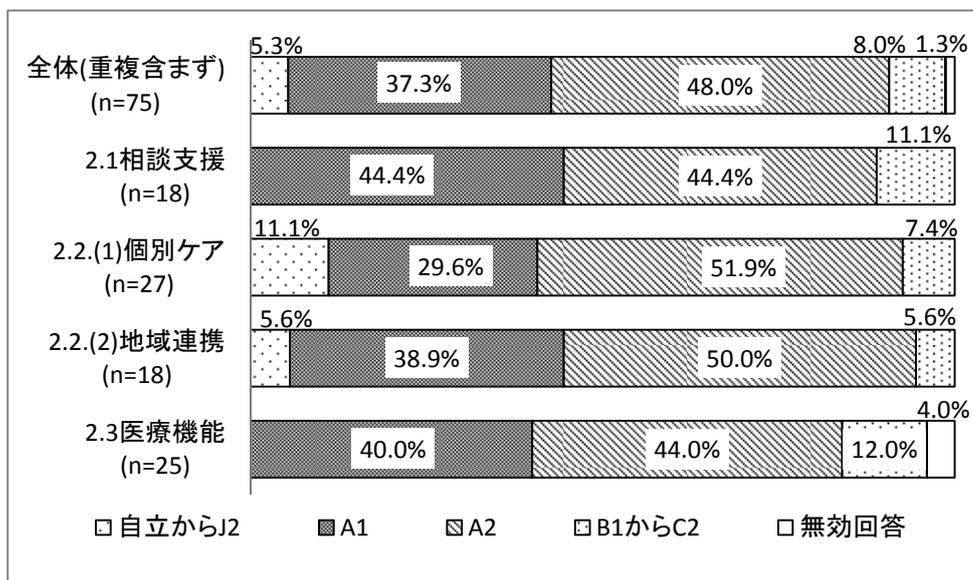


図表-19 要介護度

② 障害高齢者日常生活自立度

平均*すると、個別ケアの資質向上のための機能強化と、地域との密な連携の事業所では概ね A2 程度、相談支援機能と医療機能の確保・強化の事業所（一部の事業所には C2 という非常に重度の事業所もある）では概ね B1 程度となった。

【問 3⑥】



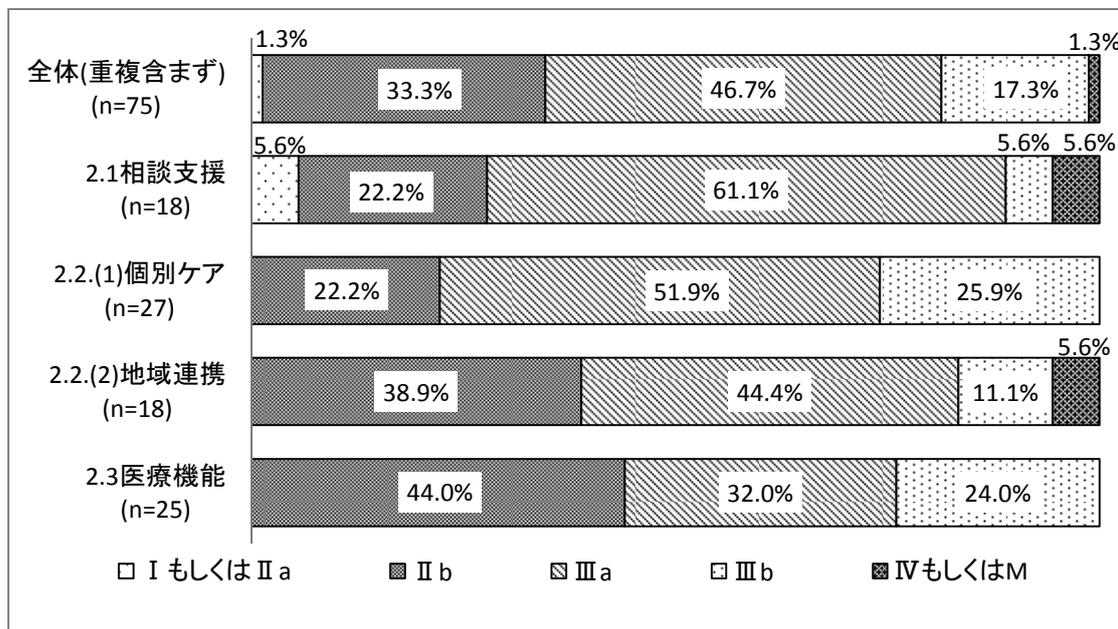
図表-20 障害高齢者日常生活自立度

*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」とは、0=自立 1=J1 2=J2 3=A1 4=A2 5=B1 6=B2 7=C1 8=C2 を係数として活用した平均値をいう。

③ 認知症高齢者の日常生活自立度

どの事業所も差異はなく、平均※すると概ねⅢaからⅢb程度となる。

【問3⑦】



図表-21 認知症高齢者の日常生活自立度

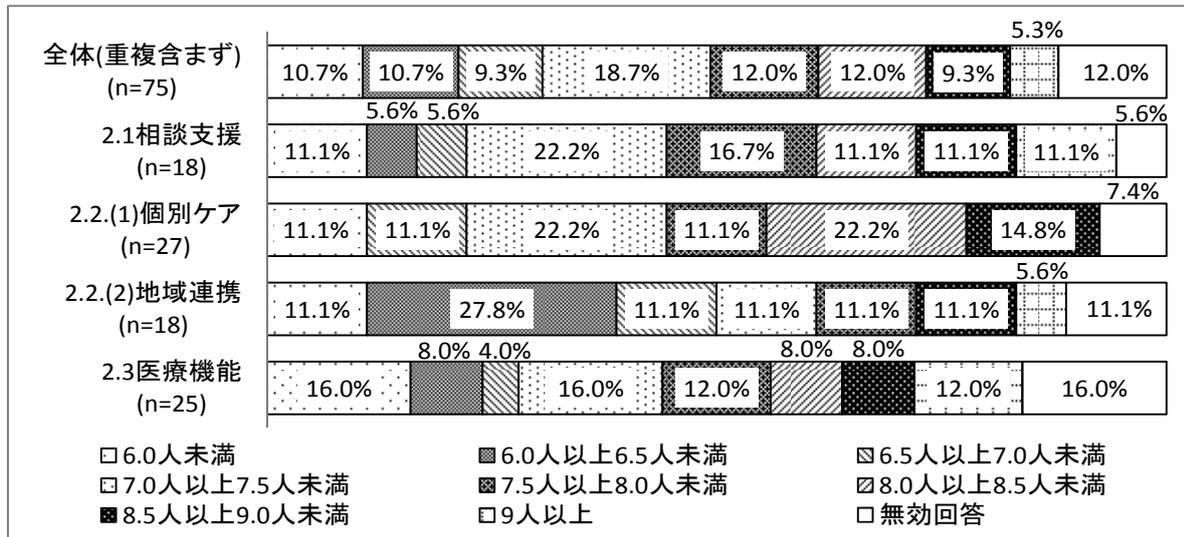
※ 本調査結果での認知症高齢者の日常生活自立度における「平均」とは、1=Ⅰ 2=Ⅱa 3=Ⅱb 4=Ⅲa 5=Ⅲb 6=Ⅳ 7=Mを係数として活用した平均値をいう。

2.1.4. 職員について

(1) 常勤換算職員数

1 ユニット当たりの介護従事者の常勤換算職員数は事業所により様々であったが、地域との密な連携の事業所を除き、7.0人以上7.5人未満の事業所が最多（2割程度）であった（「地域との密な連携」の事業所は3割弱が「6.0人以上6.5人未満」）。

【問4②】



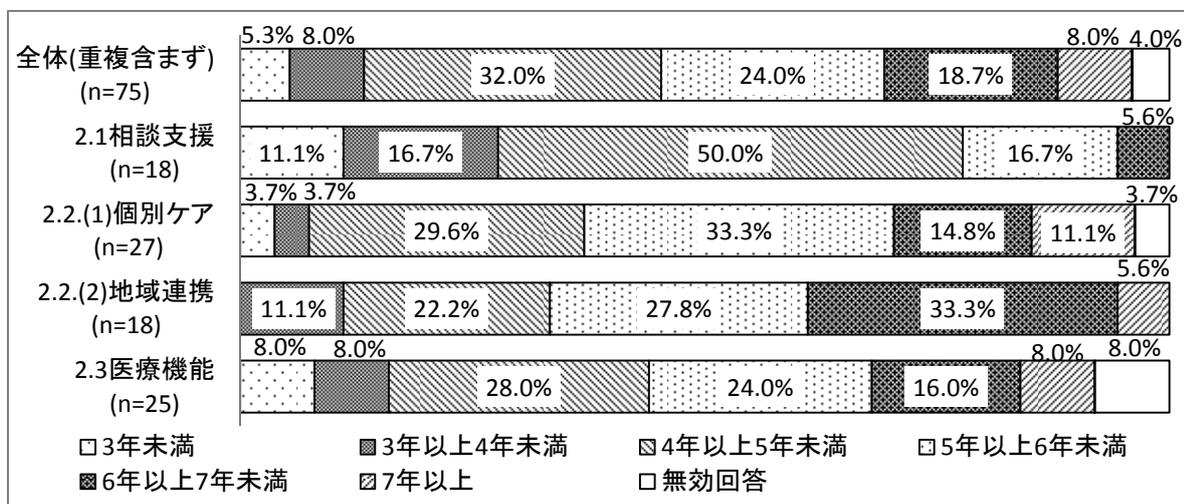
図表-22 1ユニット当たりの常勤換算数

(2) 平均経験年数

事業所当たりでの介護従事者の平均経験年数は、相談支援機能の事業所を除き、「4年以上5年未満」、「5年以上6年未満」の事業所がそれぞれ2~3割を占め最も多い（「相談支援機能」の事業所は半数が平均「4年以上5年未満」の事業所）。

また、相談支援機能の事業所を除き、「5年以上」の職員が一定程度を占めるため、平均6年以上の事業所が3割を占める。

【問4③】



図表-23 平均経験年数（職員全体）

(3) 保有資格

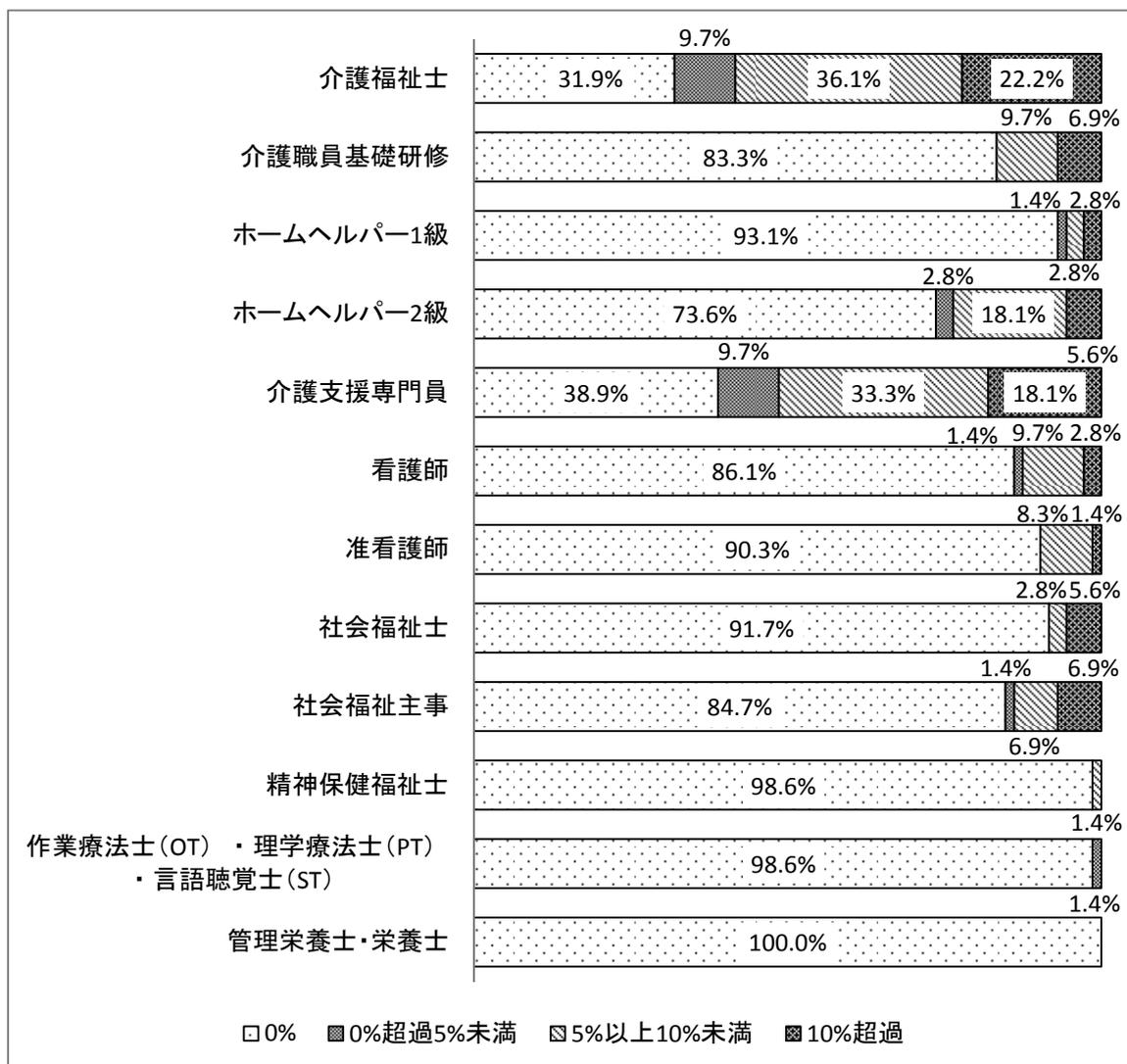
様々な資格のうち多くの職員が保有する資格としては、介護福祉士、ホームヘルパー2級、介護支援専門員に集中している。

法人・開設年等事業所の属性によって、ある資格の保有者の割合（保有率）に特段の差異がみられるといった傾向はなかった。看護師、社会福祉士、社会福祉主事は、取得者の在籍する事業所とそうでない事業所がはっきりと分かれた。

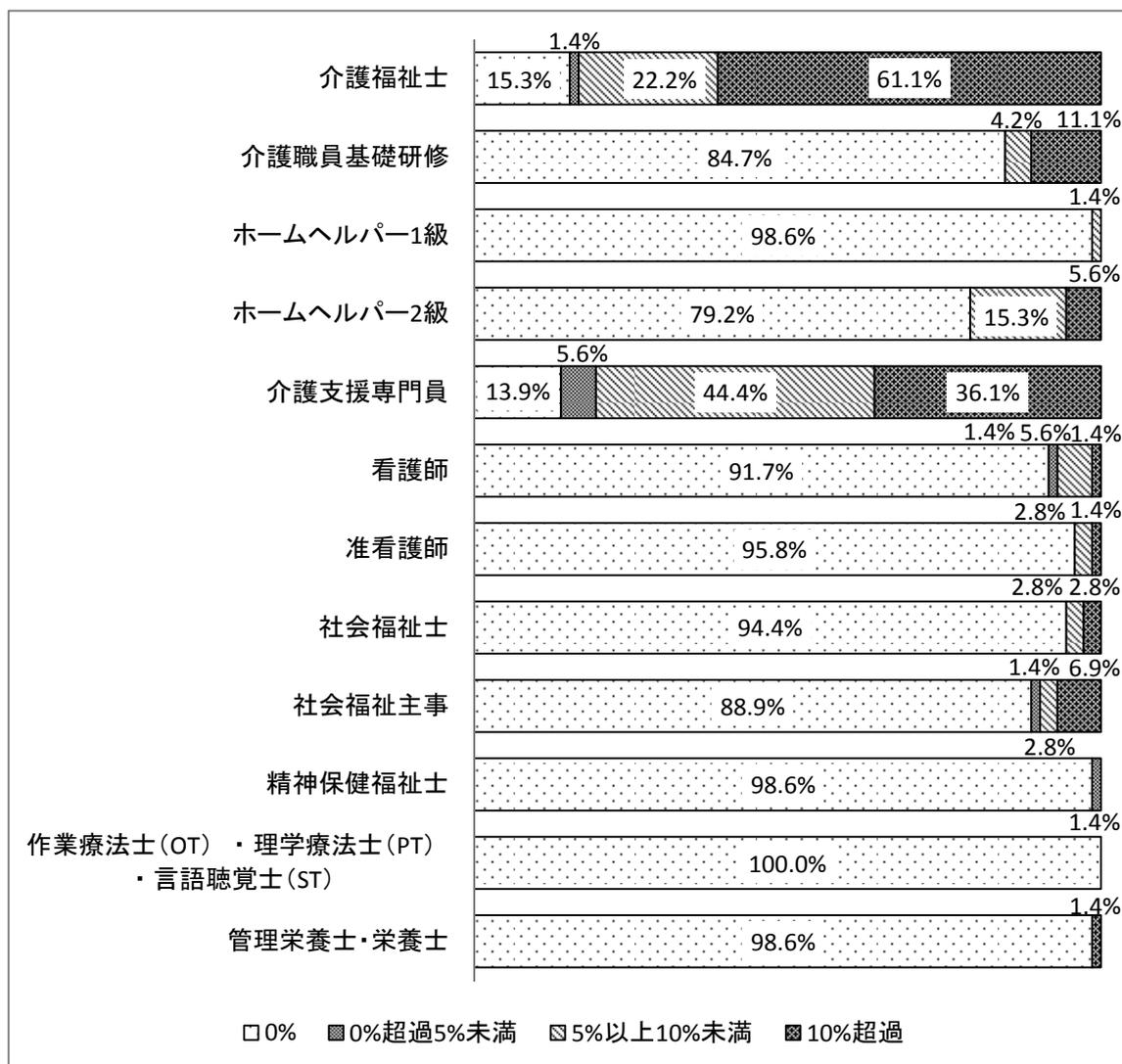
職位との関係では、介護支援専門員については、介護従事者に比べ管理者や計画作成担当者での保有率が高いが、その他の資格の殆どで介護従事者の保有率の方が高い。

医療機能の確保ということで医療系資格（看護師、准看護師、PT・OT・ST）の保有率が特徴的に高い事業所は無く、特段の関連性はみられなかった。

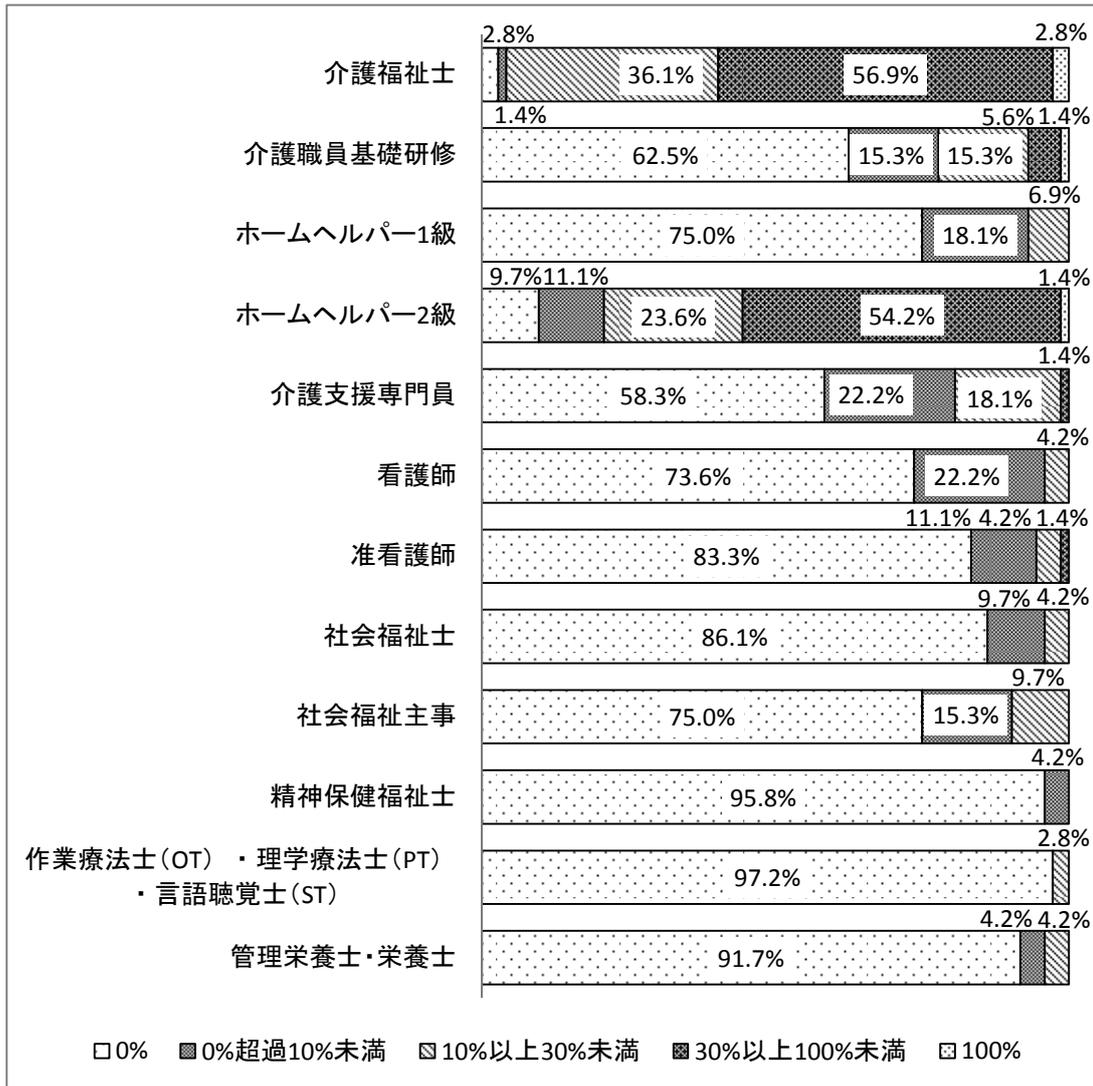
【問4④】



図表-24 管理者の保有資格 全体 (n=72)



図表-25 計画作成担当者の保有資格 全体 (n=72)



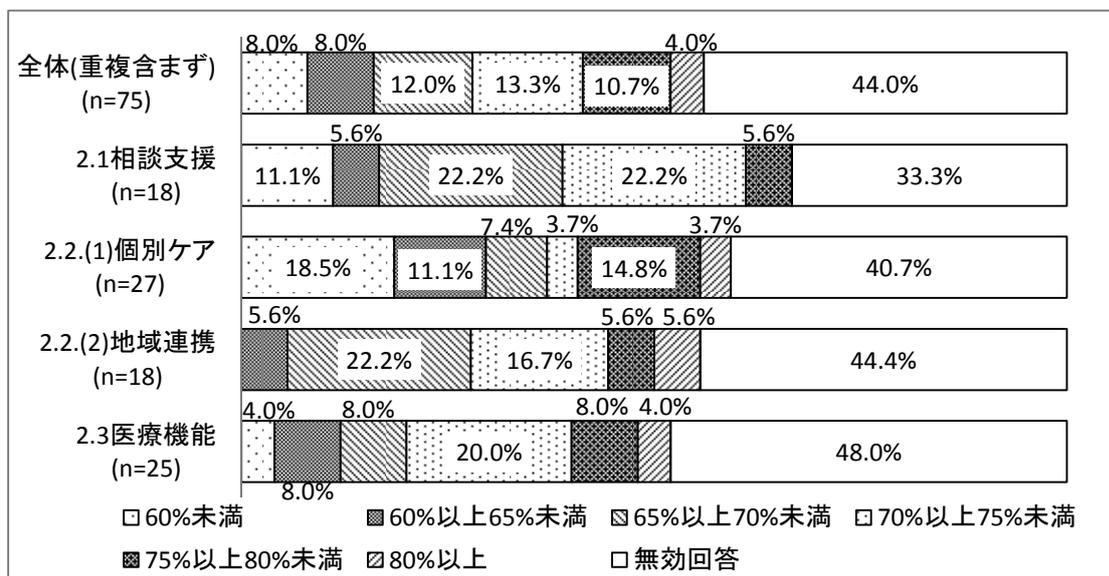
図表-26 介護従事者の保有資格 全体 (n=72)

2.1.5. 費用面

(1) 職員人件費

事業活動支出に占める職員人件費（業務委託費のうち派遣職員にかかる費用も含む）の割合（人件費率）をみると、殆どの事業所が7割前後となっており、大きな差異はない。

【問5】



図表-27 人件費率

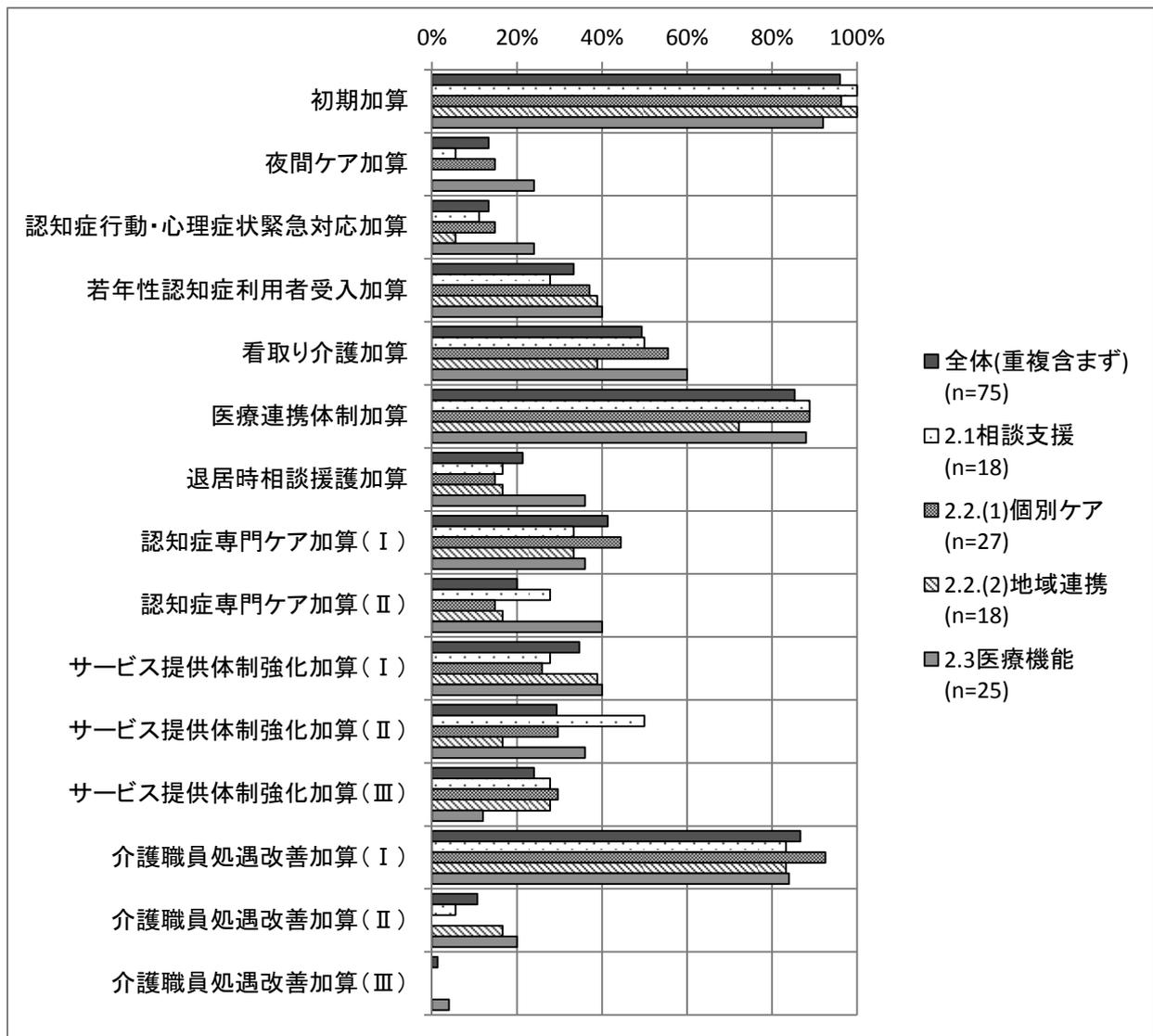
(2) 介護報酬上算定している加算

半数以上の事業所が共通で算定しているのは初期加算・看取り介護加算・医療連携体制加算」となっており、入居機関の長期化に伴う対応がとられていると推測される。

認知症専門ケア加算はⅠ・Ⅱを合わせ「医療機能の確保・強化」の事業所の3/4超が、「地域との密な連携」の事業所は5割が、残る2機能の事業所の6割が算定しており、認知症に対する専門的なケアの提供に取り組んでいるものと推測される。

サービス提供体制強化加算ではⅠ・Ⅱ・Ⅲのいずれかを算定している事業所が8割を超え、有資格者もしくはベテラン職員が一定程度を占める事業所が多いことがわかる。

【問6】



図表-28 算定している加算

2.1.6. 医療機能の確保・強化に関する質問

(1) 昨年度一年間の入退居者

①入居者

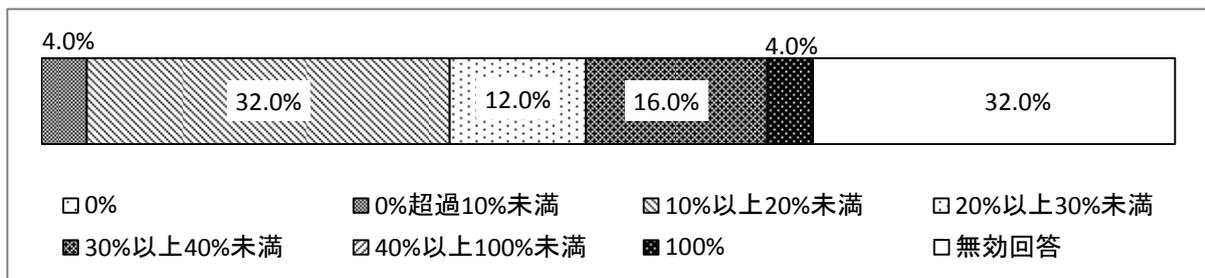
昨年度の入居者は定員の1～2割の事業所が1/3と比較的多い（全員が入れ替わった事業所が1箇所ある他は定員の4割以下の事業所のみ）。

約1/3の事業所は医療機関からの入居があり、2割の事業所は入居者の半分以上が医療機関からであった。

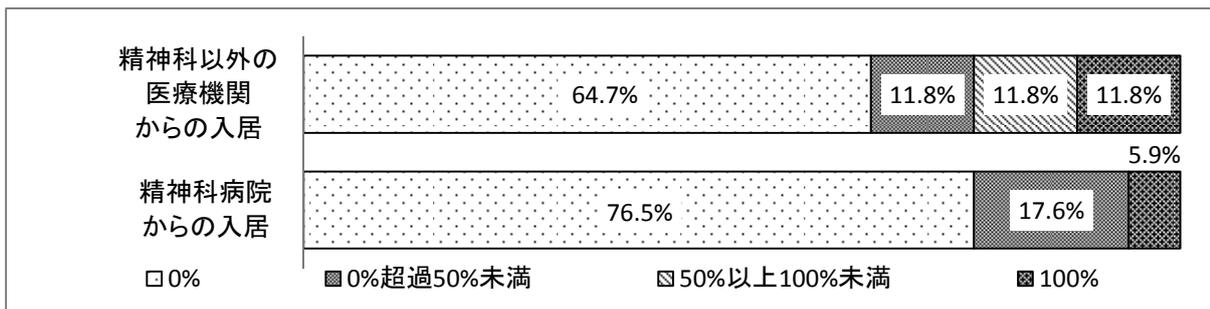
1/4弱の事業所は精神科病院からの入居があるが、入居者の半分以上である事業所が多い。

法人内の施設間で認知症の人が移動しているのではないかという想定は外れ、同一法人の医療機関からの入居は殆どない（そもそも医療機関からの入居は少ない中で、医療機関からの入居のあった事業所の約7割が同一法人からの入居はない(0%)としている）。グループホーム入居者の入居期間は年単位と比較的長いことから、回転率が低く、医療機関からの退居のタイミングと事業所の空きのタイミングが合わないことに起因するものと推測される。

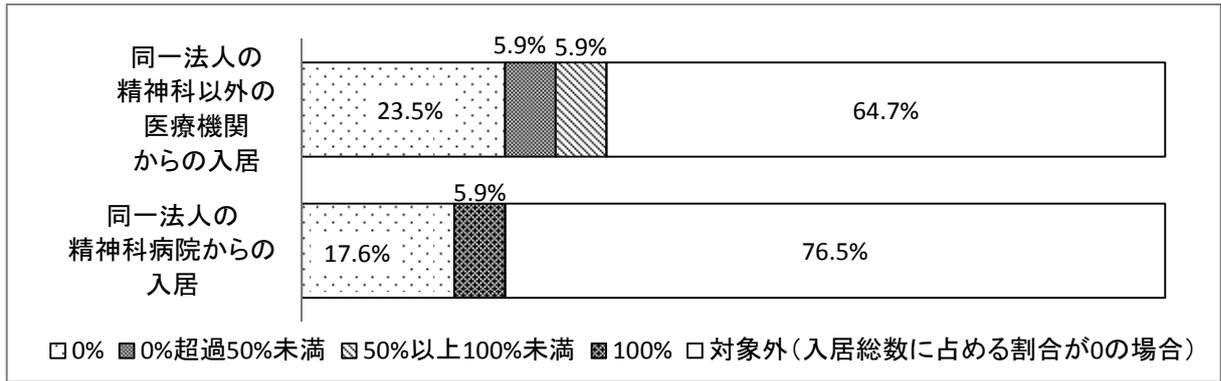
【問7①】



図表-29 入居定員に占める昨年度一年間の入居者総数の割合（事業所の分布） (n=25)



図表-30 入居者総数に占める医療機関からの入居者の割合（事業所の分布） (n=17)



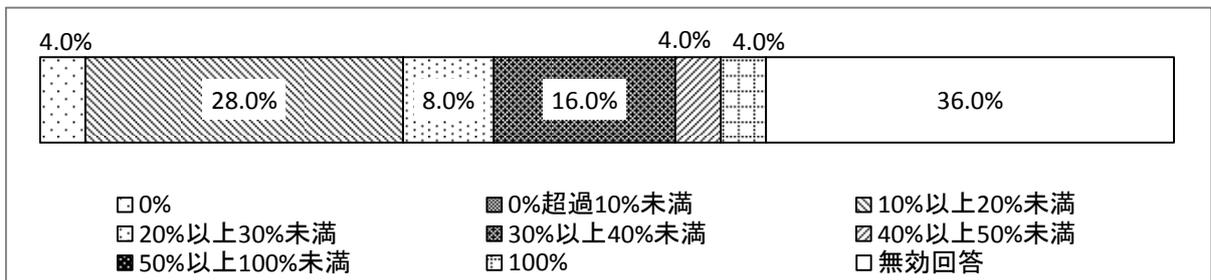
図表-31 医療機関からの入居者に占める同一法人の医療機関からの入居者の割合 (事業所の分布) (n=17)

②退居者

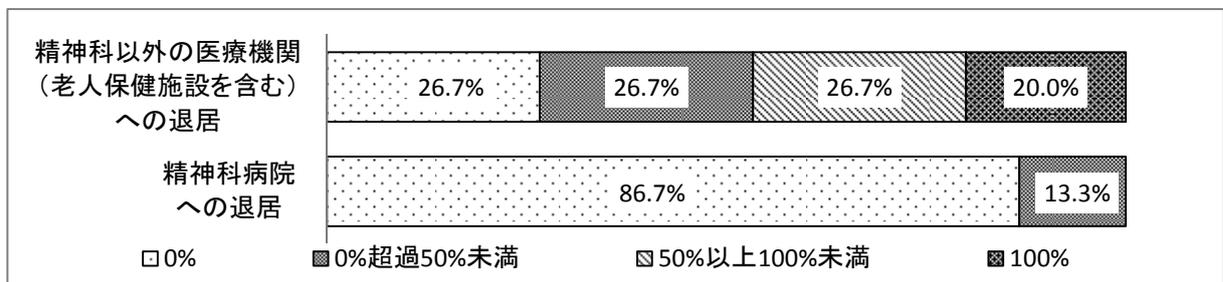
昨年度の退居者は、入居者と同程度で、定員の1~2割の事業所が比較的多い。

退居先は精神科以外の医療機関(事業所の3/4)や死亡退居(半数強の事業所)が多く、また死亡退居の殆どが事業所で看取っており、最期までみる方針と体制ができているとうかがえる。なお、同一法人の医療機関への退居は精神科以外の医療機関で事業所の1/3程度とそう多くはない。

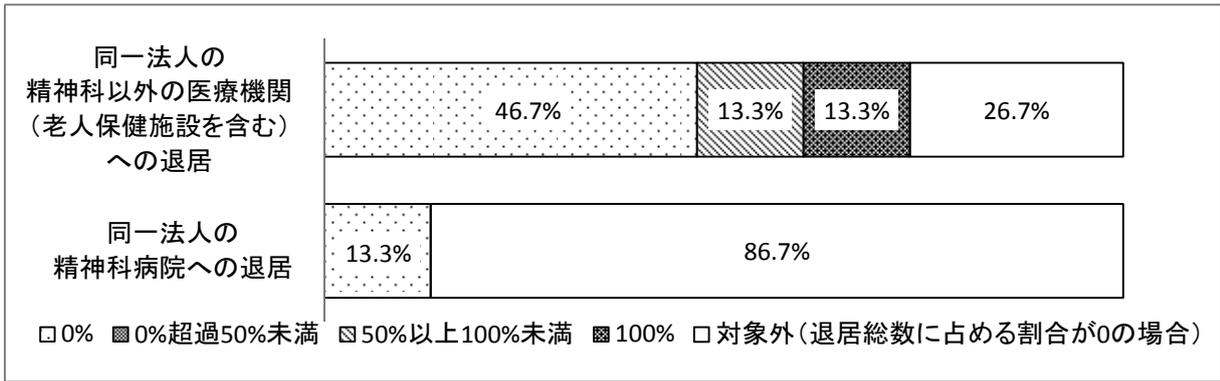
【問7②】



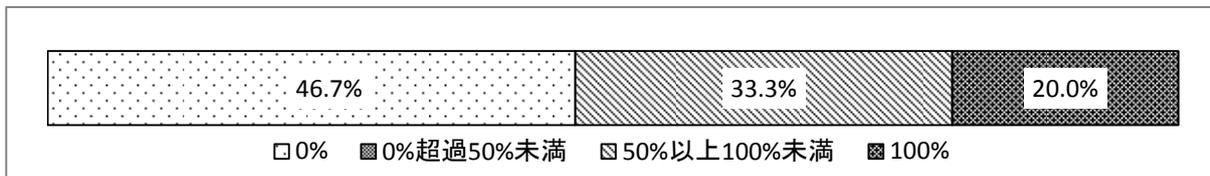
図表-32 入居定員に占める昨年度一年間の退居者総数の割合(事業所の分布) (n=25)



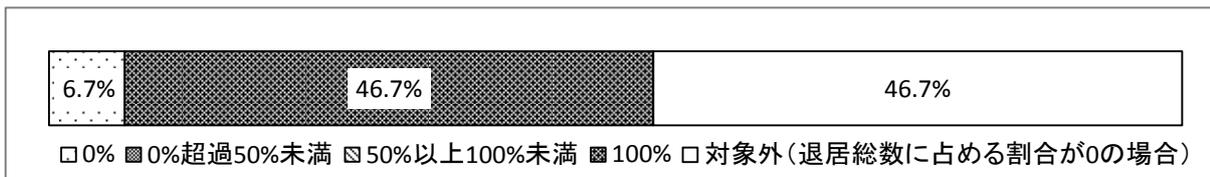
図表-33 退居者総数に占める医療機関への退居者の割合(事業所の分布) (n=15)



図表-34 医療機関への退居者に占める同一法人の医療機関への退居者の割合
(事業所の分布) (n=15)



図表-35 退居者総数に占める死亡退居者の割合(事業所の分布) (n=15)



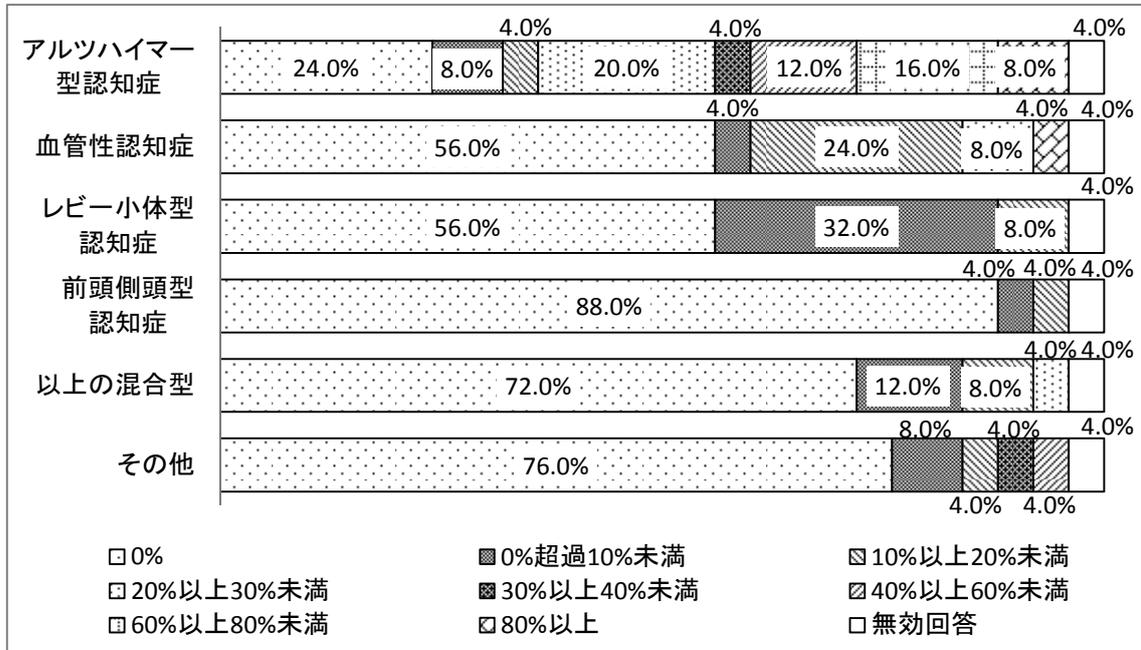
図表-36 死亡退居者に占める事業所内で看取った方の割合(事業所の分布) (n=15)

(2) 治療中の入居者

①認知症の治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療中の入居者

入居者に占める治療中の者の割合は事業所によって 0～80%と様々であるが、治療中の入居者の多くはアルツハイマー型認知症であった。次に多いのは血管性認知症、レビー小体型認知症であるがアルツハイマー型認知症に比べるとその人数は僅かである。

【問 8①】



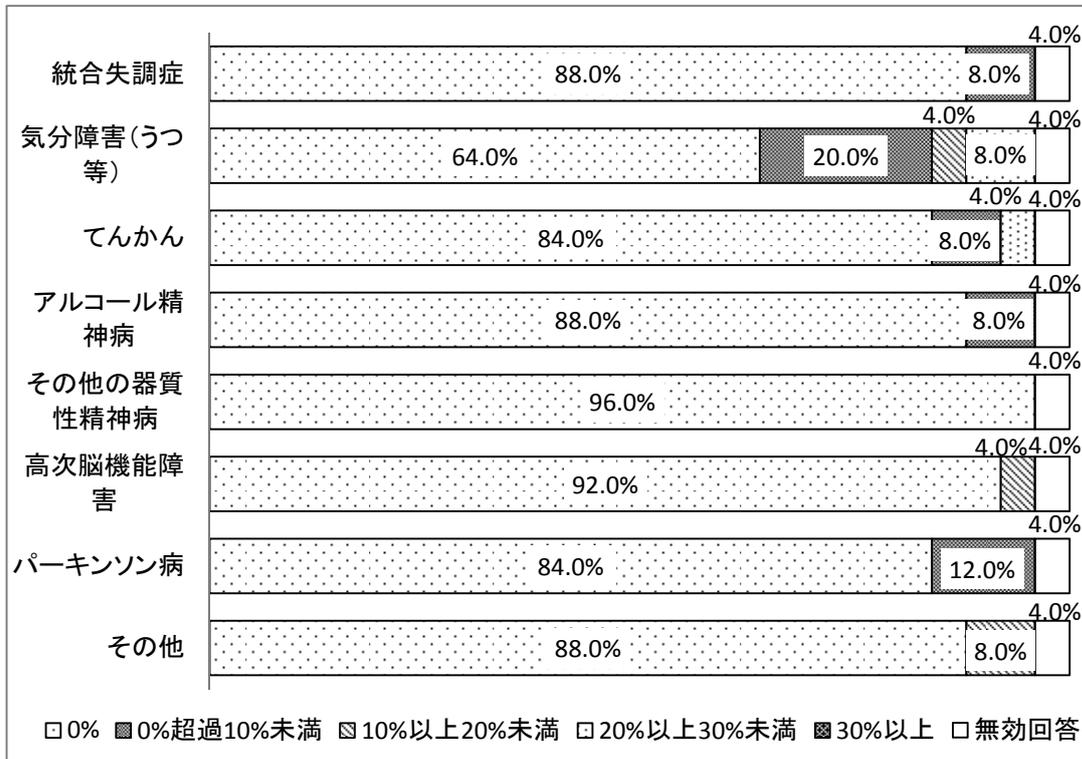
図表-37 認知症の治療を行う精神科、心療内科、神経内科等の専門医の治療を受けている入居者数の占める割合（事業所の分布） (n=25)

②認知症以外で治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療中の入居者

入居者に占める治療中の者の割合は認知症に比べて少なく、0%と該当者がいない事業所が殆ど（気分障害（うつ等）を除き、9割前後の事業所が該当）である。

全般的に治療中の者が少ない中で、まだ比較的該当する入居者がいる疾患としては、「気分障害（うつ等）」が最も多く、次いで「パーキンソン病」、「てんかん」となった。

【問8②】

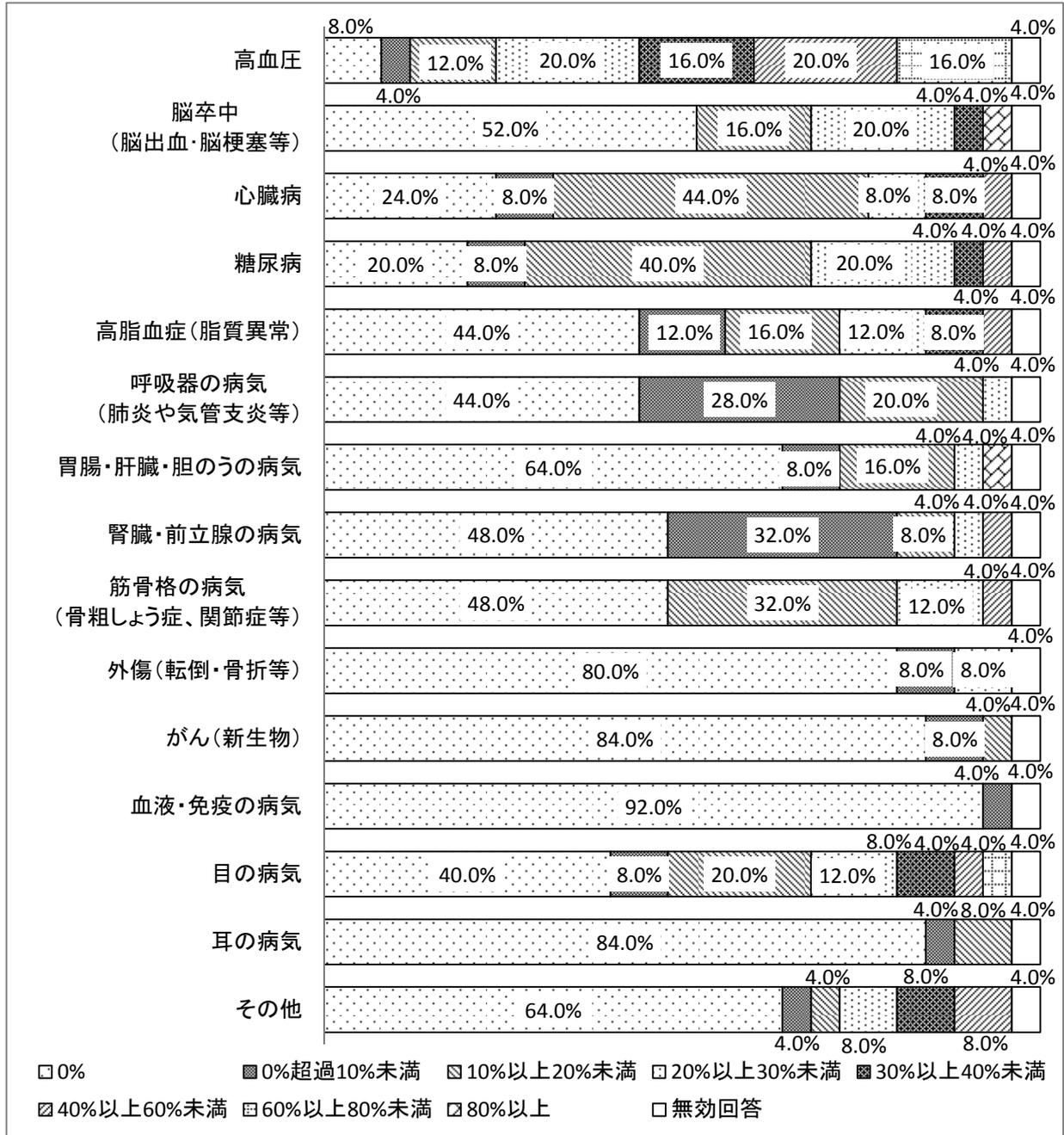


図表-38 認知症以外で精神科、心療内科、神経内科等の治療を受けている入居者数（事業所の分布）（n=25）

③上記以外の疾患で現在治療中の入居者

入居者に占める治療中の者の割合は認知症に比べて多く、該当者の中では高血圧が非常に多く、次に心臓病、糖尿病、目の病気、脳卒中が比較的多い。

【問 8②】



図表-39 精神科、心療内科、神経内科以外で治療を受けている入居者数
(事業所の分布) (n=25)

2.2. 個別質問

2.2.1. 相談支援機能

(1) 相談支援機能の詳細

① 相談支援の実施者

多くの事業所が「管理者」、「責任者」、「理事長」、「主任」等としており、責任ある立場にない一般の職員が担当している事業所は一部であった。

【問7①】

② 相談支援の対象者

入居者家族が最も多く、次いで入居希望者や入居相談者、併設サービス（デイ・訪問等）利用者や家族となっている。

地域に対しては行政・町内会・近隣住民を対象とされている事業所が多く、その他に他の介護サービス事業者、病院（MSW や看護師、地域連携室）、地域包括支援センター（ケアマネジャー）といった個人ではなく事業所・組織等の職員を対象としている事業所も少なくない。

【問7②】

③ 実施日時

随時対応の事業所が半数弱。不定期の事業所も多いが年間の実施件数は事業所によってまちまち（30～100回）となっている。

定期開催の事業所では、認知症カフェとして月1～2回開催日を決めていたり、家族会や認知症予防教室・地域介護教室等の機会に（年1～3回）実施していたりしている。

【問7③】

④ 相談支援の内容

共通しているのは、認知症ケア（症状や対応）、介護保険制度やサービス利用方法、入退転居の方法や行き先（自事業所以外にも他ホームや医療機関、他の介護サービスや相談機関等も）の紹介、在宅介護への助言。

上記の他に、家族の精神的負担の軽減、生活保護や成年後見制度への取次ぎ、若年性認知症の人の地域・人間関係性修復支援等に取り組んでいる事業所もある。

【問7④】

(2) 相談支援機能の開発・確立に至った背景・経緯

開設当初より相談対応している事業所は、家族会等の機会を通じ入居者家族からの相談を受ける、併設サービスの利用の機会に家族から相談を受ける、入居相談の機会を通じ家族支援に広がる等の展開がみられる。

地域（町内会、民生委員、住民、他事業所等）から相談を受けるには、そのような関係性の構築が前提となるが、その方法は様々であった。町内会への加入、地区社会福祉協議会を介し地域の高齢者サロンに参加、何でも相談室を開設しアウトリーチとポスティングを展開、地域からの介護教室の受託による地域や民生委員との連携、地域の医療機関や居

宅介護支援センター等介護サービス事業所への訪問説明による関係構築、地域の事業所交流会への参加、併設サービスの展開を通じた地域との接点拡大等、多様な方法で努力されたようである。

【問 8】

(3) 実施に必要な人員体制・設備やその確保の方法

①現状の人員・設備

多くの事業所が専従の体制を構築しておらず、主に「管理者」、「責任者」、「理事長」等が兼務している。その理由として、認知症の知識と経験、介護保険や医療に対する知識が必要となるため、ケアマネジャー、CSW、看護師等の資格や役割を持つ者が対応する必要がある、結果として「管理者」、「責任者」、「理事長」等が多く（一般の職員の場合でも上記役割を持つグループホーム職員が兼務）なるようである。

設備として特段専用の設備はなく、グループホーム内の相談室や事務室、空きスペースの他、地域に出向く場合は公民館等が開催会場となっている。

【問 9-1】

②今後充実のために必要な人員・設備

現状で人繰りできる範囲内で実施していることから、内容や回数等の充実となると厳しくなる模様。本来は施設内や地域を常に自由に動き回れる専任の相談員を理想とする事業所が少なくなく、人員配置基準外の職員やボランティアが必要（介護報酬での手当が理想だが難しい場合は補助金でも）との指摘がある。その他、家族からの相談については入居者・利用者等を担当する職員が対応することが最適であり、そのような人繰りができることが理想とする事業所もある。

また、それなりの資格・能力が必要としてケアマネジャーや社会福祉士、介護福祉士、生活相談員等の配置があげられた他、多職種協働のチームでの対応をあげる事業所もあった。

設備については、専用の相談室（施設内、公民館の一室等）の確保をあげる事業所が少なくなかった。

【問 9-2】

(4) 実施による効果

①利用者に対する効果・課題

共通してあげられた効果は、施設（自他いずれも）へスムーズに入居やサービス利用、入退院等につなげられ本人・家族が安心する、家族や地域が認知症への理解が深まることであった。

課題は共通するものが少なく事業所により様々な指摘があった。相談員以外あるいは入院中等病院以外相談員も知りえない等関係者間での情報共有不足、専門性の高い相談内容への対応困難（専門機関への取次）、相談頻度が少ないと家族支援等の効果が無いがこれ以上の対応は困難、在宅での介護者からの相談中における本人（被介護者）への対応の空白、グループホームが相談窓口になっているという認知度の低さ、等多岐に渡っている。

【問 10-1】

② 事業所に対する効果・課題

効果は事業所により様々な点があげられたが、多くの事業所が地域や家族との信頼関係が深まったこと（事業所を知ってもらう、地域行事への参加のお誘い等）をあげている。

その他の効果として、職員間でのコミュニケーションの向上、職員同士の自己啓発、地域の関係者との信頼関係の醸成、ひいては入居者や利用者の増加・確保につながるという点があげられた。

【問 10-2】

③ 職員に対する効果・課題

効果も課題も事業所により様々な点があげられているが、入居時に把握できている情報が増え安心して職員が受け入れられる点や、家族の悩みや心配事を把握し学ぶことで介護現場に活かすことができること、等があげられている。

課題としては、担当職員（管理者等）以外は無関心な（必ずしも実際の担当職員以外が理解していない）ため、相談が職員の学び・発展につながっていないことがあがっている。

【問 10-3】

④ 利用・提供状況・実績

年間数回～100回まで事業所により様々であった。相談支援の実施方法によって年間の実績は異なっており、相談会・講習会等という形態で定期的に行っている場合は年数回や月1～2回等、電話相談やアポなし来訪相談等の随時対応の形態では、多い事業所で年100回という所もあった。

【問 10-4】

⑤ 成功/不調の要因

多くの事業所は「成功(順調)」としている一方、限られた人への対応となっていることや頻度的に必要な方に必要回数支援できず不十分とする事業所もあった。

【問 10-5】

⑥ 今後継続あるいは強化していくために残っている課題

専属の職員数の確保等の人員確保、限られた職員のみスキル向上ではなく現場が相談以上の介護ができるスキル向上につなげられること等人員体制やスキル向上における課題があがっている。

地域との関係でも、地域への浸透、地域との連携・交流関係の構築・継続があがっている。

【問 10-6】

2.2.2. 個別ケアの資質向上のための機能強化

(1) 利用者一人ひとりの情報についての記録・蓄積方法

①記録及び情報の蓄積について

記録方法等については、センター方式、SOAP、フォーカスチャートニング等を活用する他、事業所独自のフォーマット等も用いて実施している。記録手段及び蓄積場所は、一部でパソコンやタブレットを利用して情報を蓄積し、共有化している状況がみられるが、紙媒体での手書き・情報蓄積の方法が多くみられる。

【例】

◆ケアプランとの強い関連性

- ・ 個人の記録の前にケアプランを添付し、ケアプランからの記録の展開、モニタリングのしやすさ、ケアプラン作成への展開等への紐付けを行いやすくしている。

◆様式の工夫

- ・ 24時間を通じて記載できるよう、表ベースの記録に書き落とすことで、利用者の暮らしの様子や体調変化、BPSDの発生状況等を把握しやすくし、そこから得られた情報で個別ケアの確認・修正を行いやすくしている。
- ・ 一人ひとりの日々の様子（つぶやいたこと、出来事、表情等）を見逃さないよう、すぐ書き込めるつぶやきチェック表を作成した結果、情報量が増えている。

◆情報の獲得方法

- ・ 利用者の家や行きつけの場所を訪問し、写真や動画等の映像で記録し、全員にイメージや内容が伝わりやすいような工夫を行う。

【問7①②】

②蓄積された利用者一人ひとりの情報についての事業所内スタッフの情報共有状況

殆どの事業所が、ケアのばらつき防止や利用者を理解する人を増やすことによる手厚い支援のため、スタッフ全員で情報を共有している。情報共有のタイミングは、申し送り時及びカンファレンスやミーティング時での口頭説明、出勤時の自身での記録確認等の方法が多い。また、ニュアンスの伝達や細かい点へのフォロー、スタッフ間のコミュニケーションという点からも、スタッフ間の対面・口頭による情報共有を重視している。

【例】

◆情報共有をしている先について

- ・ 個人に係る全ての人、という視点から、事業所スタッフの他、家族、医療連携できている看護師、医師としている。

◆情報共有時の工夫

- ・ 職員が撮ってきた・または家族から提供を受けた写真や動画の映像を利用して他の職員に説明を行い、全員が確認できるようにしている。
- ・ カルテ記入の勉強会を年に2回程度行うことで知識や技術を平準化し、情報の質の向上を目指している。
- ・ 書面での情報共有・口頭の申し送り等の他、メール形式の個別情報共有システムを活用して、各自のメールボックス内の重要伝達事項を漏れなく確認できるようにする等、それぞれの役割に応じた情報レベルについてシステム化を図りながら二重三重の共有策を取り、周知徹底と共有を図っている。

- ・ 情報共有ノート（文書。介護に関する情報を記入及び閲覧できるように各ユニットに設置）、情報共有システム（パソコン利用。介護記録の他、会社の通達、規定、マニュアル等も確認できるようにしている）。

【問 8】

(2) 利用者一人ひとりの情報についての記録・蓄積方法

①利用開始時のアセスメントの実施者

施設長等管理者・計画作成担当者が主である。その理由には、窓口となる者が最初に利用者や家族に接し情報を把握していること、その分野の専門職であることをあげている。

【例】

◆入居者担当職員らによる実施

- ・ 居室担当等の入居者担当職員が加わっての作成、全職員が参加しての作成。その理由として、職員一人ひとりがケアマネジメントの重要性を理解することによる介護の質の向上や、入居者のニーズを理解し解決に責任をもって取り組むことができることへのモチベーション強化、利用者や家族との強い信頼関係の構築への期待がある。

【問 9-1】

②利用開始時のアセスメントツール

センター方式を利用している事業所が多くみられるが、使いやすさ等の点から、それを加工して独自の書式にして利用している事業所も多くみられる。

【例】

◆本人・家族の意向の反映

- ・ アセスメントの時間だけでは本人の生活状況等の聞き取りが難しいため、本人と家族が会話をして考えながら取り組めるような「個人情報提供書」の様式を作成し、本人の大切なものや生活歴、家族の思いを記入して提出してもらうようにしている。

【問 9-2】

③第二回目以降のアセスメント・ケアプランの実施方法

入居前のケアプランは暫定的であるため、利用開始の 1～2 ヶ月後に再度見直しを実施している。それ以降は、特に変化等がみられなければ 3 ヶ月～6 ヶ月後の実施が多くみられる。ケアカンファレンスについては、極力家族の参加も求めながら実施している。

【例】

◆見直しの頻度等

- ・ 10 日 1 回支援経過をまとめ、月に 1 回モニタリングを行い、必要であれば見直す。
- ・ 月に 2 度入居者全員のケアカンファレンスを実施しているため、アセスメントやケアプランに連動させやすくなっている。
- ・ 週 1 回カンファレンスを行い、プランに反映させている。

◆家族の参加

- ・ ケアカンファレンス開催日は家族に文書でお知らせし、葉書にて返信いただいている。開催日に来られない場合は別の日にも対応し、どうしても参加できない場合は

手紙での委任状にサイン・捺印いただいている。

【問 9-3】

(3) 利用者一人ひとりの情報についての記録・蓄積方法

①個別ケア等の指導担当者

施設長等管理者、計画作成担当者が主である。その理由としては、窓口となっている者が最初に利用者や家族に接しており情報を把握していること、その分野の専門職であることをあげている。

【例】

◆入居者担当職員らによる実施

- ・ 居室担当等の入居者担当職員が加わっての作成、全職員が参加しての作成をしている事業所も一部にある。その理由としては、職員一人ひとりがケアマネジメントの重要性を理解することによる介護の質の向上や、入居者のニーズを理解して解決に責任もって取り組むことができることへのモチベーション強化、利用者や家族との強い信頼関係の構築への期待がある。

【問 10-1】

②支援提供プロセスの管理

管理については、管理者及び計画作成担当者や主任・リーダー等が主である。その理由としては、ケアの質確保という点からの責任や管理、専門的・客観的視点の確保等をあげている。

【問 10-2】

(4) 利用者に対する一連の支援のモニタリング実施について

ケア担当者がモニタリングしたものを、サービス担当者会議、カンファレンス等で職員全員に説明して話し合う等の方法をとっている。

【例】

- ・ 各担当職員が毎月ケアプランの介護内容にあわせたモニタリング・サービスチェック表を作成し、3ヶ月ごとに家族に来てもらい、管理者・職員と一緒にモニタリングを実施する。また、全職員が統一したケアができるよう、ミーティングを実施している。

【問 11】

(5) 利用者家族との情報共有

①情報共有の方法とタイミング

面会時等にサービス計画書等の説明を行う他、毎月ケース記録や便りを送付して情報共有、意見交換を行っている。

【例】

◆家族との関係づくり

- ・ 単なる説明ではなく、現在の状態を把握してもらうことで共に利用者を支えていく意識を共有してほしい。
- ・ 当ホームに来て良かったと思ってもらえるよう、関わるようにする。

- ・生活やサービスにおいて十分な情報が提供され、共有することで、利用者・家族との信頼関係を築くことができる。

【問 12-1】

②情報共有した内容やケアプラン・支援に対する家族の意向の把握方法

管理者または計画作成担当者、居室担当者の各々が、利用者家族の意向の把握に関わっており、全員が同様の説明ができるようスタッフ全員が関わっている、とする事業所もある。但し、統一性をもたせるため、あえて窓口を一箇所に行っている場合もある。

【例】

◆会議への出席

- ・サービス担当者会議に参加していただき、意向をうかがっている。欠席の場合は、会議の案内の返信欄に意見・希望を記入していただいたり、面会時に意向を確認したりしている。

◆職員育成の視点

- ・介護職員も家族との連携の大切さを認識してほしいことから、居室担当者が家族の意向把握を行っている。

【問 12-2】

(6) 他関係機関・スタッフ等との情報共有

①情報の共有先と情報共有の理由

回答した事業所の6割程度が他関係機関・スタッフ等と利用者の情報共有を実施している。

【例】

◆共有先と情報共有する理由

- ・グループ内法人の医療機関の医師及び看護師、医療連携契約先の看護師：適切な情報を提供し、適切な医療・スムーズな対応につなげていくため。
- ・在宅時のケアマネジャーや地域包括支援センター：入居後もそれまでの関係性を可能な限り維持すると共に、キーパーソンが家族だけではない場合もあるため、個別に対応。入居によって関係が切れてしまう場合もあるが、入居後の様子を気にしているケアマネジャーもたくさんいるため、連携を図れるようにしている。
- ・運営推進会議・圏域の事業所ネットワーク会議：事業内容を地域に広く知ってもらう、事例の蓄積を地域単位で行い、小規模な事業所が多い地域密着サービスの連携を図っている。
- ・ボランティア：認知症の特性を理解しながら接していただくために注意が必要であることから、注意が必要な内容を伝えている。

【問 13-1、2】

②他関係機関との情報共有において個人情報を取り扱う上での留意点

情報提供があることについては、入居契約の際に説明し、情報提供同意書をいただく等して利用者、家族の同意を取っておく。

連携する医療機関等の場合は、提携時に契約を交わしている。運営推進会議等では、個人が特定されないように配慮している。

【問 13-3】

(7) 現在の個別ケアを行う仕組みや体制となった背景・経緯

利用者それぞれのニーズを丁寧にくみとり、対応した結果、改善がみられた経験や、大規模福祉施設等での高齢者処遇の経験等からグループホームでの個別ケアに取り組みはじめたケースがみられる。

また、個別ケアの質やその確保・向上の方法に着目し、アセスメントツールを開発したケース（使用していたアセスメントでは個別ケアを行うためには不十分として問題提起、施設内でアセスメントツール作成会議を開催し、現在の個別ケアに結びつくツールとして開発）、全職員によるアセスメント～プラン～実行～評価～再プランに取り組んだケース、QC（品質管理）会議の実施、を行って現在に至ったケース等がみられる。

【問 14】

(8) 個別ケアの実施による効果や課題

①利用者に対する効果や課題

多くの事業所において、利用者の行動の変化や体調の安定、精神面でも穏やかさや落ち着きが出てきた等の効果をあげている。また、職員が利用者の言葉の裏を知ることができたことで新たな発見が生まれ、利用者のできることも広がったとするケースもある。

一方で、個別ケアは「個別」対応であることから、万人向けではない。他者の支援との違いに対する利用者間の不満や嫉妬、濃い支援の要求を引き出してしまう場合もある。

【問 15-1】

②事業所における効果や課題

共同生活が営めるだけの落ち着きが出てきて、トラブルも減少した（介護者の負担減）。利用者の症状が緩和されてきたことで、家族からの信頼を得ることができたとしており、そうした効果からか、待機者の発生や好事例として取り上げられるようになったケースもある。また、利用者の症状が改善されてきたことで、職員もやりがい・生きがいが増え、意識も高まり、笑顔も増えたとしているケースがある。

一方で、個別ケアを追及すればするほど多様なニーズが生じる可能性もあり、それを実現していく上では人員の量（職員数の確保）と質（職員の意識の向上）等の問題が生じている。

【問 15-2】

③職員における効果や課題

職員の質の向上と満足感についての内容が多い。

一人ひとりのニーズを把握するために観察力をもって能動的に行動し、責任感を強く持つようになってきている。個別性に留意し、よく考えることで、内容が豊かなケアプランが出来るようになり、その過程を経験することで個々に対するケアを実行していくことが理解できるようになり、新人でも利用者に合わせた工夫を行う等のケースがみられている。その結果、利用者は良い方向に変化し、その過程を体験することで職員は満足を得ているとの表現もある。

一方で、業務負荷は増加し、職員の体制や能力の確保、職員間の意識の違いや質が均一でないことによる難しさ、燃え尽き症候群等の課題も指摘されている。

④連携先の関係機関等における効果や課題

医療機関等との連携の場合は、安心感の確保等につながっているとしている。地域包括支援センター等からは認知症高齢者介護についての相談を受ける等、頼られる状況も生まれてきている。

一方で、市町村等については、必要最低限以上の連携が取りにくい・グループホームのケアについて深く知ろうとしない等の不満がみられる。

【問 15-4】

⑤家族に対する効果や課題

落ち着き等の症状の改善等がみられることで、家族からの満足度も高まり、事業所との信頼関係が深まるケースがみられる。その結果、家族自身も個別ケアに協力してくれる等、良好な関係作りが進んでいる状況がある。

一方で、個別ケアでは家族の登場も必要となるため、それを負担に感じるケースもみられ、配慮が必要な状況も生じている。

【問 15-5】

⑥成功あるいは不調の要因

3/4 の事業所が「成功（順調）」としている。その要因・ポイントとしては、利用者の生活が普通の生活に近づいてきて介護度が下がっている等の利用者視点のものと、目指しているケアにつながっている等の理念や運営方針の実現、等がみられる。

一方、1割強の事業所が「どちらともいえない」としている。その要因・ポイントとしては、自治体による地域での認知症対策の活動が十分ではないことや地域住民の理解が進まないこと、特養多床室の料金との比較等でケアの質を理解してもらえないこと、等がみられる。

【問 15-6】

⑦個別ケア提供体制を継続・強化する上での課題

全体を通して出てくるのは、職員体制の量と質の充実、職員の意欲の保持、地域の理解、ケアに対する家族や地域の理解、地域との連携体制等である。一方で次のような内容もある。

【例】

- ・ 個別ケアは大切だが、その個別ケアを共同生活の中で生かしていく姿勢こそがもっと重要。個別ケアだけであれば他の施設でも行えるものであり、そこに「グループホームのもつ共同生活の強み」を合わせることが、これからのグループホームに求められるものの一つではないかと思う。
- ・ 認知症介護はこうあるべきとの社会での評価が定まっていない。
- ・ 認知症ケアについての知識・技術・傾聴の向上について、現場に負担がかからない研修制度のあり方。認知症ケア専門誌の国家資格またはケア専門士の筆致の基準、認知症ケアに係る介護職員のモチベーション維持向上のための賃金の改善。

【問 15-7】

2.2.3. 地域との密な連携

(1) 地域との連携の状況について

①施設で交流する/地域行事への参加/地域の一員として取り組む・役割を果たす

「招く、交流する」等では、多くの施設で家族会の開催、施設行事への招待や交流、ボランティア受入等を実施している。「地域行事への参加」については、利用者・職員共地域の祭りや季節の行事、自治体の催し等には積極的に参加している状況がある。また、地域の一員として、利用者・事業者共に自治会の清掃作業等への参加、防災訓練への参加等を積極的に行っている。

【例】

◆施設に呼ぶ・招く

- ・施設イベントが充実してきたため、利用者と家族だけではなく地域にも町内会の回覧板を利用して知らせている。
- ・芋ほり収穫祭に、地域住民や子どもたちに加え、近隣のグループホーム利用者を招いて交流を図っている。

◆地域の行事への参加

- ・老人会定例会への利用者の参加。
- ・職員が祭りの実行委員を実施している。

◆地域の一員としての役割を果たす

- ・火災や津波を想定し、地域との合同防災訓練を実施している。
- ・防災訓練の防災訓練時には車椅子の体験コーナーを担当している。
- ・災害時には事業所を福祉避難所として開設予定である。
- ・事業所内に地域の防災用品を保管している。
- ・事業所にAEDを設置し、その周知に努めており、救命講習も実施している。

【問7①②③】

②地域における認知症の専門の資源としての役割（相談対応・啓発等）を担う

相談窓口、相談会、随時相談等の形態は様々だが、地域からの相談対応を行っている事業所が多い。また、役所や企業等の職場、学生等の体験学習の受入、勉強会の実施や認知症サポーター講座の実施等により、啓発や教育に取り組んでいる事業所も多い。

【例】

◆活動等

- ・地域包括支援センターと認知症啓発イベントの共同開催、家族会や若年認知症支援団体等の研修会の広報活動、若年性認知症サポートセンターの活動受入等、他団体と共同しての取り組みを行っている。
- ・月2回認知症カフェを開催、介護や認知症についての勉強会や相談会を実施。認知症指導者でもある理事長が主体となり、法人内のデイ等の責任者と相談者についてのカンファレンスを実施、認知症の進行におけるそれぞれの役割を明確にした上で情報共有してチームでケアにあたっている。

【問7④⑤】

③他の地域資源と連携する・その他

他事業者とは連絡協議会を通じて情報交換を実施している場合が多い。他機関と相互交換研修を行う等の他、請われて機関での研修会の講師を務めるケースもみられる。

【例】

◆活動等

- ・ 市内に他事業者との情報交換体制がなかったため、市に働きかけて地域密着型サービス事業者連絡会を結成し、市の責任者も同席して情報交換会を実施している。医療機関、訪問介護事業所との連携が取れるようになり、看取りが可能となった。
- ・ 地域との関わりが広がってきたのは、運営推進会議による効果が大きいと考えている。地域の代表者が来所して現場をみてもらい、入居者の前で会議を行っていくことで、とても協力的になっていくという変化がみられ、発展につながる会議だと実感した。

【問7⑥⑦】

(2) 地域との連携の実施による効果や課題

①地域における効果や課題

効果としては、地域との入口ができ、人が人を呼ぶ等して支援が広がったことがあげられる。また、各種啓発活動等、認知症自体に対する理解も深まり、それに応じて早期の段階から相談等も持ちかけられるようになった。

課題としては、顔ぶれ等の対象が限定的になる場合があること、広がりや深さを求めるためには安定的継続的な関わりが必要であること、そのためには職員にも負荷が生じることがあげられている。

【例】

◆効果と課題について

- ・ 地域との連携効果としては①入居者の地域での生活の継続が可能となる、②地域の人と一緒に認知症の人の環境づくりができる、③認知症について地域の人と一緒に考える機会となる、④認知症になっても普通に暮らしていけるまちづくりに取り組めること。課題としては①目的を明確にすること（事業所を知ってもらうことは大切だが、利用者中心に考える）、②地域と接する際には少しずつでも良いので認知症の理解をしてもらうよう努める、③認知症の人が地域貢献をできる取り組みを考える。
- ・ 災害時避難の助け合いができる体制作りができるようになったが、その際の援助の取り決めを行うことが課題となっている。

【問8①】

②利用者に対する効果や課題・問題点

効果としては、昔馴染みの人に会うことができる・顔なじみができる等、利用者自身の社会との接点が生まれている。事業所の外の人々と交流することは刺激や生活の潤いにもなっている。また、出かけたが等の楽しみへの欲求も生じている。

課題としては、もともと地域との付き合いが薄い人は消極的な人もおり、重度者が参加する場合にはその内容の検討や体制が求められる等、細かな対応が生まれ、職員への負荷も生じ、体制確保も必要となる。また、来てもらうためには、気軽に遊びに来て

らえる環境づくりも必要となる。

【例】

◆効果と課題について

- ・ 利用者に対する効果としては、①利用者がこれまでの生活の継続ができる、②ホーム外との関係がもてることによって社会性（普通の暮らし）が保てる、③認知症について理解をしている人が増えることによって認知症の進行の予防ができその人らしい暮らしが可能となる、ことがある。課題としては、①職員全員が目的を知っていること（地域との連携が利用者にとってどういう効果があるのか）、②取り組みを実施することだけに集中していると利用者が蚊帳の外になりがちなので気を付けること、③一過性の取り組みになりがちなので、普段の生活の中に位置づけられるように考えること、があげられる。
- ・ 地域交流の場面で入居者は本来の生命力と喜びを示してくれることがある。重度化しているからとりやめる等ではなく、地域交流に参加してもらうことの重要性を感じる。ホーム内で様々なことを完結させないことが重要だと考える。

【問8-2】

③事業所における効果や課題

効果として、グループホームという施設や認知症高齢者に対する認識や理解が深まり、徐々にグループホームは地域の中の重要な施設であり、利用者も地域の一人であるという対応が生まれている状況がみえる。また、認知症の専門機関であるということが知られ、相談件数も増えてきたところもある。また、災害時の協定締結等、災害時の共助の充実も図られてきたとしている。

課題としては、更なる交流の拡大と深さを求める他、職員に地域交流の必要性や重要性を認識させること、認知症ケアの相談機関であることの周知を更に地域に進める必要があること、災害時の共助についてはその具体的対策を詰めていかねばならないこと等、具体的な項目があげられている。

【例】

◆効果と課題について

- ・ 利用者に対する効果としては、①地域に融合する事で「認知症の人の暮らし」をグループホームという枠にとらわれることなく考え、取り組みができること、②法人の理念や向かう方向を法人内や法人外に示す事ができること、③地域に必要な拠点として少しずつでも貢献していること、等がある。課題としては、①職員全員に「地域との連携」の目的を浸透させる必要があること、②行事的に終わるのではなく、日々のケアに活かす重要性を伝えること、がある。

【問8-3】

④職員における効果や課題

効果として、職員自身が地域交流を通じて近所の人との関係が深まり、地域に支えられているという実感も持つようになってきている。外部との交流があることで、自身たちが地域の中で事業を行っていることへの理解が進み、事業所内で完結せず、地域資源を活用したケアにも目が向くようになってきている。また、地域の一員として、地域を知ろうとする気持ちや地域に役立ちたいという気持ちも生まれている状況がある。日々のケア

に没頭してしまうと視野が狭くなることから、自分達の置かれている役割を地域との関係の中から再認識できることに効果があると考えている。

課題としては、そうした取り組みに関わっている職員と関わっていない職員がいることから生じる温度差や、多くの職員に取り組んでもらうことの難しさをあげている。また、地域交流を進めていくことは体制も必要であり、現状では疲労にもつながりかねないことから、職員がそうしたことに取り組みやすい環境づくりが必要だと考えている。

【例】

◆効果と課題について

- ・ 効果としては、①地域と連携することで、改めて自分の法人の立場や役割を知る事ができ、日々のケアとの関連性に気付くことができること、②「認知症の人の暮らし」を支えるという事が取り組みをもって理解できること、があげられる。課題としては、①職員は日々のケアに没頭してしまうと、視野が狭くなりがちなので自分達の置かれている役割を地域との関係の中から再認識できることに効果があるというのを伝え、日々の生活にそれが活かされることにつとめること、がある。

【問8-4】

⑤連携先機関における効果や課題

効果として、連携先のグループホーム等事業所と互いに学びあう環境が生まれ、先方のレベルアップにも貢献していると考えている。医療機関や訪問看護らの医療機能と連携することで、健康管理やターミナルケアの協力関係が生まれてきており、医療からのアドバイスがほしいときにも得やすい環境が生まれてきている。学校等と連携することで、認知症自体の理解にも貢献している。

課題としては、連携先が今までの関わりのある関係機関に限定されており、拡大させるための工夫が必要なことをあげている。また、認知症専門事業所として地域の困難事例のカンファレンスに参加したいが、職員が出向くことは難しい等の状況がある。

【例】

◆効果と課題について

- ・ 効果としては、①医療機関、訪問看護とターミナルケアの取り組みや利用者の健康管理について協力関係が構築でき、認知症の理解にもつながること、②学校等との関係では高齢社会における次世代の役割を知ってもらえること、③行政には地域密着型事業について理解をしてもらい協力を得られること、がある。課題としては、①医療機関、訪問看護との関係を良好に保持する為の情報の提供や共有について、職員の力量を高める必要があること、②行政側から提示される地域密着型事業の推進会議への参加者（自治会長等）呼びかけ範囲が明確ではなく、それぞれの事業所によりまちまちになっていること、がある。

【問8-5】

⑥家族に対する効果や課題・問題点

効果としては、地域が目があることや事業所だけで孤立していないことへの安心や、交流が保たれていることへの感謝や喜びがみられるとしている。また、災害時の避難等についても自治会と一緒に取り組んでいること等を知ってもらうことの効果もあった。

課題としては、家族にもその交流に取り組んでほしいとは思っているものの、参加家族は限

られ、拡大が難しいとしている。また、認知症の家族を知られたくない、みられたくないと考えている家族や、個人情報に気にする場合もある。

【例】

◆効果と課題について

- ・ 効果については、①家族に地域との取り組みに参加してもらう事により、利用者の様子を知ってもらえること、②家族に利用者が地域で生活が継続できている事を理解してもらえること、③ホーム内だけの人間関係ではなく、広い範囲の地域関係者と連携した上で利用者が暮らしている事で安心してもらうこと、があげられる。課題としては、①地域との連携の取り組みを理解してもらえない場合があるため、全てのご家族にその効果や利用者本人の日頃の様子をできるだけ知らせることにとり、職員にも周知し日常生活に反映できることにとり、②家族と一緒に取り組めるようにとめること、がある。

【問 8-6】

⑦成功あるいは不調の要因

7割程度が「成功」とし、2割程度が「どちらともいえない」としている。

成功としている場合、地域連携は当初からの理念であり、それを実現しようとしていること、運営推進会議が有効に動いている状況があること、地域の人々が訪れやすい環境づくりに取り組んだこと等をあげている。

「どちらともいえない」としている場合、利用者が地域に出て行くことが限られてきていること、活動範囲が限定的になってしまい新しい関係の構築が困難であることをあげている。

【問 8-7】

⑧今後も地域との密な連携体制を継続・強化していくための課題

福祉防災拠点となる等、地域として位置付けること、認知症の人による認知症カフェの運営等の場としての役割、高齢化が進む地域の中での認知症専門機関としての役割等を果たすことを考えている。また、活動が限定的に留まっていることの打破、内向きになりがちな職員の視野を広げることが必要と考えている。

【問 8-8】

(3) 運営推進会議の実施状況

①開催の頻度、参加している団体や実施事例

ほぼ全施設が2ヶ月おきに実施（年6回）している。

参加団体等は、行政、社会福祉協議会、地域包括支援センター、民生委員、自治会、入居者、家族等はほぼ共通するが、加えて商店街、消防団、小学校教頭等が加わっているケースがある。運営推進会議を実施することで、地域との交流が深まり、地域行事等への参加も進んできている。

【問 9-1、9-2】

②参加者の選定や呼びかけ、運営等の工夫、会議録の公開

固定した委員以外にも呼びかけたり、年度ごとに委員を入れ替えたり等、できるだけ

色々な人に参加してもらうように工夫をしている。開催時の内容についても、できるだけわかりやすくしたり、さまざまな勉強会・救命講習等課題を設定したりする等の工夫をして参加を呼びかけている。

利用者や家族共実際に触れ合っほしいと考え、食事会を実施している事業所がみられる。地域や家族にもアンケートをとり、その中で希望の多かった認知症について・介護技術・緊急時の対応・認知症予防等の勉強会を組み入れる等の工夫も行っている。

出席者への配布、市役所に提出等の他、事業所で自由にみられる等の公開方法はとっているが、それ以上の公開等については行っていない。

【問 9-3、9-4、9-5、9-6】

(4) 現在の運営推進会議までの経緯

設置は義務付けであるためか、特筆すべき経緯の記載がない事業所が多い。

- ・平成18年の義務付けに伴い、地域区長に主旨を説明するものの、理解をなかなか得られず、市との相談と地域への説明を重ね、そうした対応のもとでようやく会議開催にこぎつける。まず地域の人々に事業所を知ってもらうべく、事業所の行事への参加等への声かけをしてきたが、その後は協力を得ることができた。

【問 11】

(5) 運営推進会議による効果や課題

①地域に対する効果や課題

効果としては、会議に参加してもらい、委員に認知症に関する理解を深めてもらうことができたことで、地域との連携や交流が図りやすくなってきていることがある。また、出席していない地域住民への周知も図ってくれるため、地域での運営の助けにもなっている。出席する社協、民生委員の依頼で地域の認知症高齢者からの相談も増えている。

課題としては、委員の変化がない、内容がマンネリになる、意見交換のテーマが同じようになって意見が出にくくなっている等、固定化をどう防ぐかと言うことがある。しかし、内容の充実には出席者の拘束時間も伴い、負担感をどう払拭するかという課題もある。

【問 11-1】

②利用者に対する効果や課題・問題点

効果としては、利用者が会議に参加し、外との接点を持つことで、新鮮な受け止め方をしていることがある。また、会議によって人の出入りがあることで施設とまちが馴染むようになり、気楽な地域との交流が生まれてきている。こうした地域との関係が、最終的には利用者が地域で普通に暮らせることにつながる。

課題としては、利用者の重度化に伴い、参加できる利用者が固定化されてしまうことがある。また、既に出席が難しいとする事業所もある。認知症状等、議題によっては利用者の気持ちに配慮する必要もある。また、認知症の利用者をあえて見せたくないと考ええる親族もいる。

【問 11-2】

③事業所における効果や課題

効果としては、事業所が地域との関わりを持つきっかけになることがある。また、委員に認知症を理解してもらおうと同時に、異なる視点からの意見を聞ける場となっており、職員が気づかないことや見過ごしてしまうようなことに気づき、運営に役立てることができる。また、様々な地域の場に職員や利用者が出て行きやすくなった。

課題としては、まだまだ認知症に対する偏見は継続していることから、継続して取り組む必要があると感じている。しかし、事業所からの参加メンバーも固定化され、意見が出にくい場合がある。内容の充実を図るにも、資料づくりが大変である。もっと行政側からの意見をもらい、専門的視点からの話し合いを必要と感じている。

【問 11-3】

④職員における効果や課題

効果としては、職員が参加できている事業所の場合、それを契機として、改めて地域との関係に気づき・見直し・新たな関係づくりに取り組もうとする状況がみられる。また、ともすれば内向きになりがちな思考が、会議に参加することで、適度な緊張感と礼儀等にも気を使うようになってくる。その際に自分・自分達の事業の価値等を実感し、積極的に業務に取り組もうとする者もいる。

課題として、配置・時間帯・体制等の問題職員が参加できていない事業所もあり、そうした仕組みが無い場合もある。

【問 11-4】

⑤連携先機関における効果や課題

効果としては、会議の場で事業所の活動や課題を知ってもらう良い機会となっていることがあると同時に、他機関が参加することで事業所は地域のニーズ自体を確認することができる機会となっている。

課題としては、これまでの延長線上の考えに留まってしまう傾向があることから、随時連携先についての検討を行い、広める・活発に取り組む等の意識をもって構成委員や連携先機関について再構築していく必要があると考えるケースもある。

【問 11-5】

⑥家族に対する効果や課題

効果としては、家族が委員と参加することで、家族としての要望や気づきを伝えられる場となっていることがある。また、他の家族に対しても、会議での内容等を伝えられるようになってきている。

課題としては、参加する家族が限定的とならざるを得ないことがある。また、全ての家族がこうした会を理解しているわけではなく、負担感を感じる人もいる。また、家族に会の趣旨や地域連携の重要性を理解してもらえような周知方法を探ること、事業所の運営状況等をどこまで公開するか等の課題もある。

【問 11-6】

⑦成功あるいは不調の要因

「成功」は6割超、「どちらともいえない」が1割超、「不調」が1割弱あった。

成功としている場合、閉鎖的な施設と思われがちなグループホームにおいて、会議を

通じて知ってもらい、理解が深まるということを評価している。また、会を契機に地域での連携が広がり、事業所自体にも情報交換の場となっている。また、参加者が限られることから家族への効果は限定的とも言えるが、家族の満足自体にはつながっているところもある

「どちらともいえない」としている場合、参加者（特に家族）が限定的になってしまっていることをあげている。

「不調」としている場合、他の事業者とも会が重なることから参加者への負担増が懸念されることから、現状維持レベルでの実施となっていることをあげている（但し、他の活動で地域連携は補完している）。

【問 11-7】

(6) 運営推進会議を継続あるいは強化していくための課題

実施することの意義自体は肯定するものの、マンネリ化、事業所ごとの実施による地域の負担増等から、単独事業所の会議に留まらず、エリア毎や地域密着型サービスを行う事業所による共同実施の提案がある。

【問 12】

2.2.4. 医療機能の確保・強化

(1) 対応中の医療ニーズ

①事業所内での対応

事業所内で看護師を配置することで対応を可能としているところでは、23 項目中、平均 6～7 項目は対応しており、最も多い事業所で 15 項目の処置に対応している。

「服薬管理」、「看取り期のケア」には殆どの事業所で対応しており、「褥創の処置」、「創傷処置」、「浣腸」、「摘便」については半数以上の事業所内で対応している。

設置主体の違いによって対応項目数に差異はない。医療法人設置の事業所が必ず対応項目数が多いわけではなく（医療法人設置の事業所は比較的対応項目数が多いが）、営利法人や社会福祉法人設置の事業所でも対応項目数の多い事業所がある。

【問 9-1】

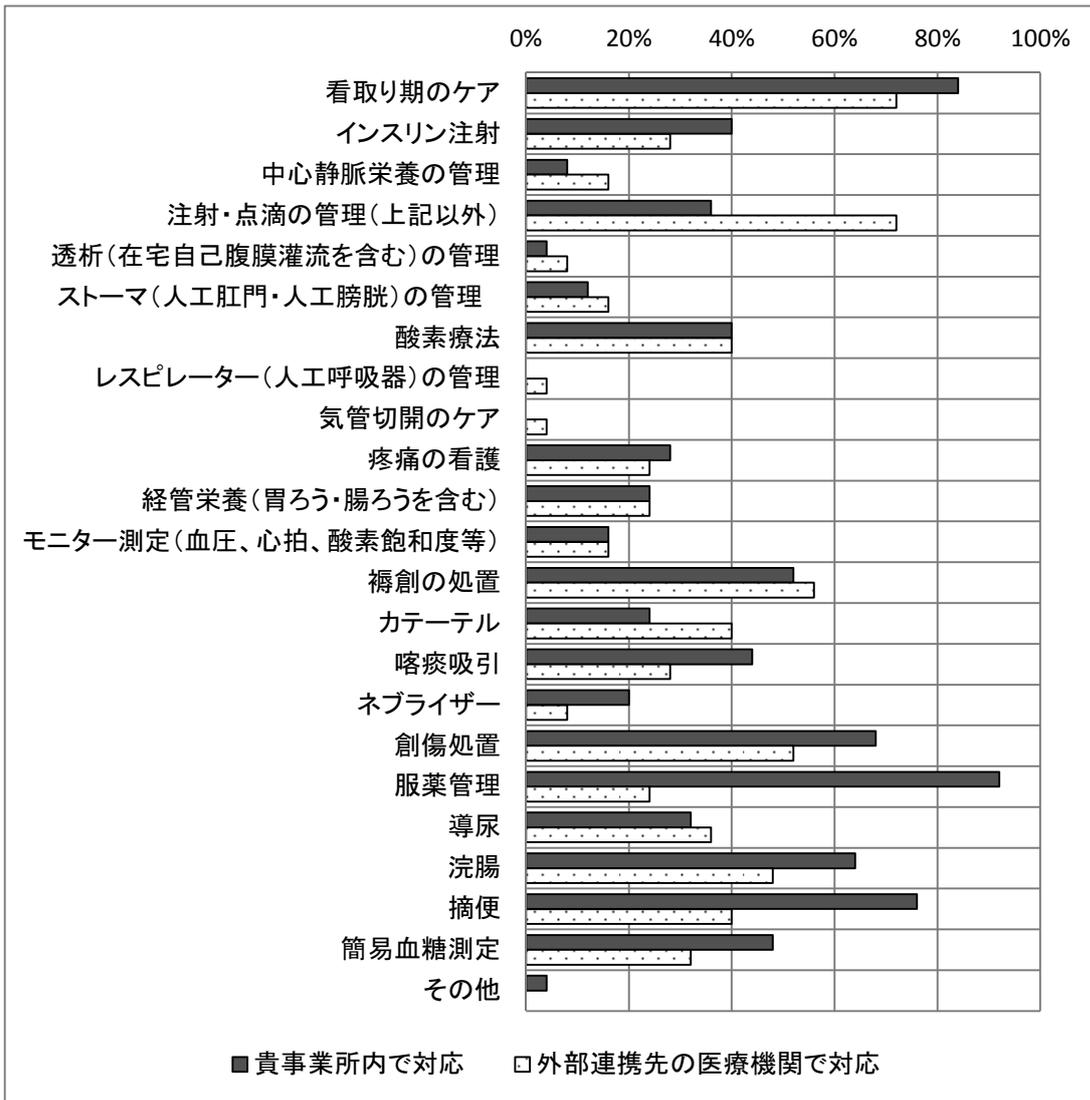
②外部連携先機関による対応

23 項目中、平均 5～6 項目程度は対応しており、最も多い連携先医療機関で 21 項目の処置に対応している。

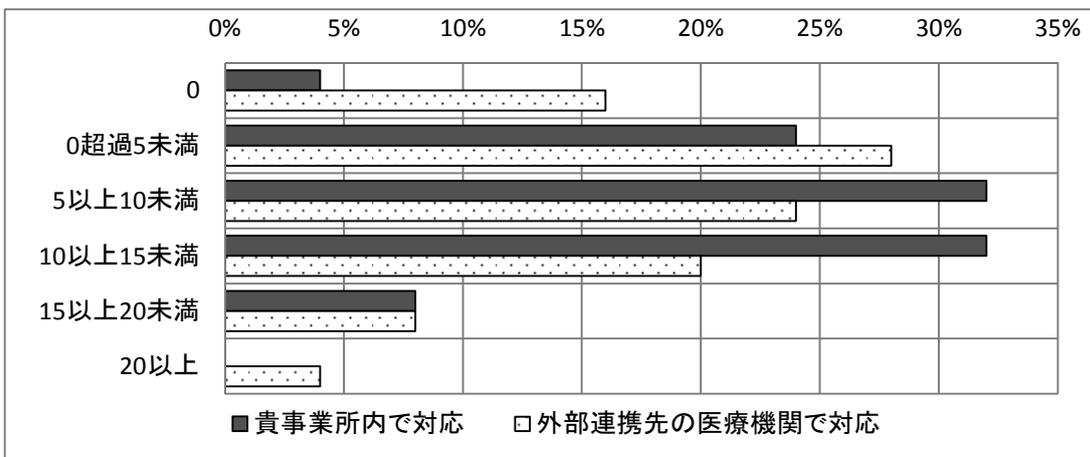
半数以上の事業所の連携先医療機関で対応している処置は「看取り期のケア」、「注射・点滴の管理」、「褥創の処置」、「創傷処置」であった。(1)と比較すると 3 項目で重複しているが、事業所内で対応できない処置を外部連携先に対応してもらおうという補完関係にある事業所もあるが、どちらでも対応している事業所の方が多い。

医療法人設置の事業所では連携先が母体施設になるため、連携先の対応項目数が多い場合もあるが、逆に事業所内で対応するために対応項目数が少ない場合もある。

【問 9-2】



図表-40 対応中の入居者の医療ニーズ（事業所の分布） (n=25)



図表-41 事業所の対応可能ニーズ数（事業所の分布） (n=25)

(2) 医療提供方法の形態

①認知症の治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療及び看護

多くの事業所では専門医を抱えているわけではないため（神経内科医を抱える法人もあるが1事業所のみ）、提供形態としては通院が殆どとなっている。通院以外では事業所で看護師を配置したり、往診・訪問診療・電話相談で補ったりしている事業所が比較的多い。

提供回数は、定期的なもの（通院・訪問診療・訪問看護等）は月1～2回の事業所が多い（一部、週1～2回と高頻度の事業所もある）が、この他に往診等の緊急・随時のものが入居者の状態に応じてあると、回数はまちまちとなる。

【問10-1】

②認知症以外で治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の治療及び看護

①の認知症に比べ、実施していない（あるいは該当者がいない）事業所が少なくない。実施している事業所では、提供形態としては(1)と同様で、通院が殆ど。通院以外では事業所に配置の看護師や、往診・訪問診療・電話相談で補ったりしている。

提供している場合の回数は、定期的なもの（通院・訪問診療・訪問看護等）は月1回程度の事業所が多い。

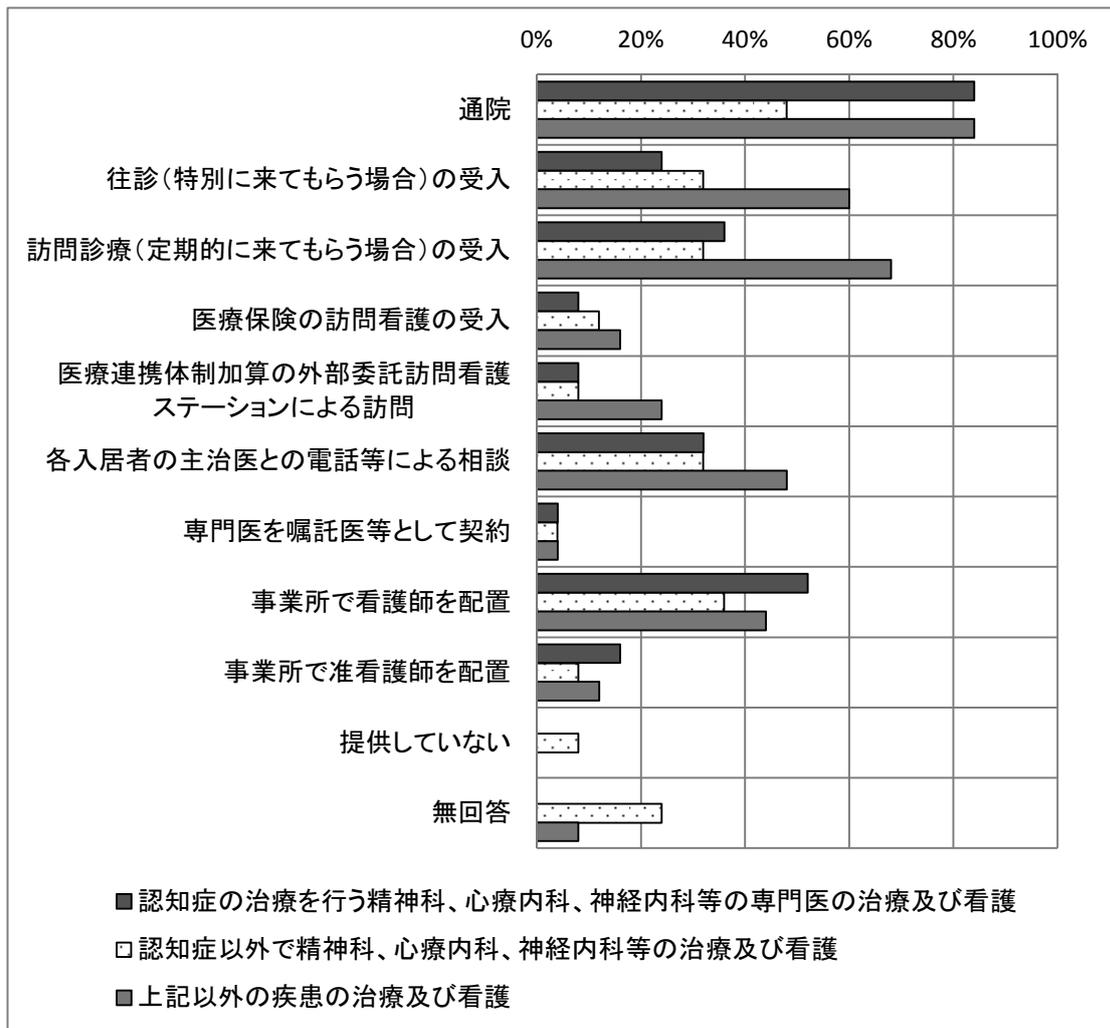
【問10-2】

③上記以外の疾患の治療及び看護

一般の疾患の治療であることから、基本的には全ての事業所で何らかの対応を行っている。提供形態は通院に対応している事業所が殆どで、次に往診や訪問診療（それぞれ事業所の6割程度）となっている。

提供回数は、定期的なもの（通院・訪問診療等）は月2回の事業所が多い。診療科や入居者の状態によって頻度は異なり、週1回から隔月に1回（皮膚科）まで様々である。また、事業所に配置の看護師が週2回病状管理し必要に応じて通院という体制の事業所もあった。

【問10-3】



図表-42 医療提供方法の形態 (n=25)

(3) 医療提供体制の確保の方法

①認知症の治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の専門医の治療及び看護

半数超の事業所が「事業所内で確保（看護師の配置含む）」しているが、事業所内で治療が完結する体制ではなく、配置された看護師が外部の医療機関と連携し通院への付添や日常の状態観察等を行っている。

外部機関（同一法人・グループ内/外）と連携する事業所はそれぞれ4割超であるが、外部に任せている事業所ばかりではなく、事業所内に看護師を配置しつつ外部と連携している事業所や、同一法人・グループ内の機関と同一法人・グループ外の機関の両方と連携する事業所もある。

同一法人・グループ内で対応可能な事業所は母体施設に精神科や神経内科、物忘れ外来等を有している場合か、事業所内で看護師を確保する代わりに併設の訪問看護ステーションからの訪問看護により対応する場合がある。

同一法人・グループ外の機関では近隣の精神科が多い。

【問 11-1】

②認知症以外で治療を行う精神科・心療内科・神経内科等の治療及び看護

問 10-2 にあったように、そもそも実施していない（あるいは該当者がいない）事業所が少なくないことから、実施している事業所での体制は、事業所内で確保（看護師の配置含む）と外部機関（同一法人・グループ内/外）との連携が、それぞれ4割強となっている（複数の形態の併存はごく一部の事業所のみ）。

なお、事業所内での確保は配置された看護師が外部機関と連携する形態、同一法人・グループ内での対応は事業所内で看護師を確保する代わりに併設の訪問看護ステーションからの訪問看護により対応する形態がそれぞれ多く、同一法人・グループ外の機関では近隣の精神科や脳神経科の他、入居前からの医療機関というのものもある。

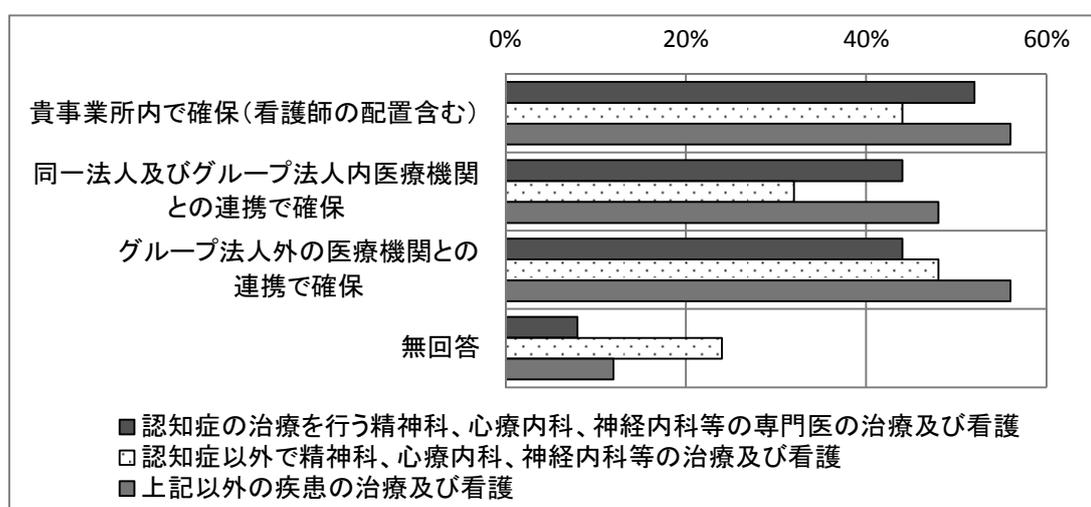
【問 11-2】

③上記以外の疾患の治療及び看護

事業所内で確保（看護師の配置含む）と同一法人・グループ外の機関との連携が、それぞれ半数強となっている（複数形態を併存する事業所も少なくない）。

なお、事業所内での確保は配置された看護師が外部機関と連携する形態、同一法人・グループ内での対応は事業所内にて看護師を確保する代わりに併設の訪問看護ステーションからの訪問看護により対応する形態がそれぞれ多く、同一法人・グループ外の機関では事業所の協力医療機関の他、入居者の入居前からの医療機関というのものもある。

【問 11-3】



図表-43 医療提供体制の確保の方法 (n=25)

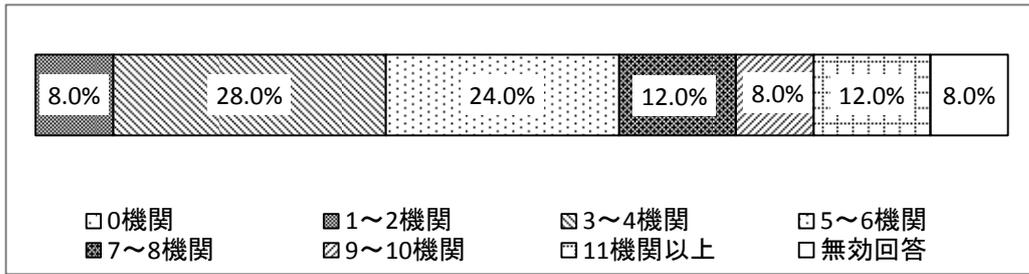
(4) 医療提供体制の確保の方法

①連携機関数

連携機関数は1~35と幅広く、平均すると7機関であった。3~6機関とする事業所が比較的多く、多くの機関と連携している事業所はあまりない。

設置主体の違いによる連携機関数の差異はない。医療法人設置の事業所が連携機関数が多い（あるいは少ない）という特段の傾向はみられず、営利法人や社会福祉法人設置の事業所でも連携機関数の多い事業所がある。

【問 12-1】



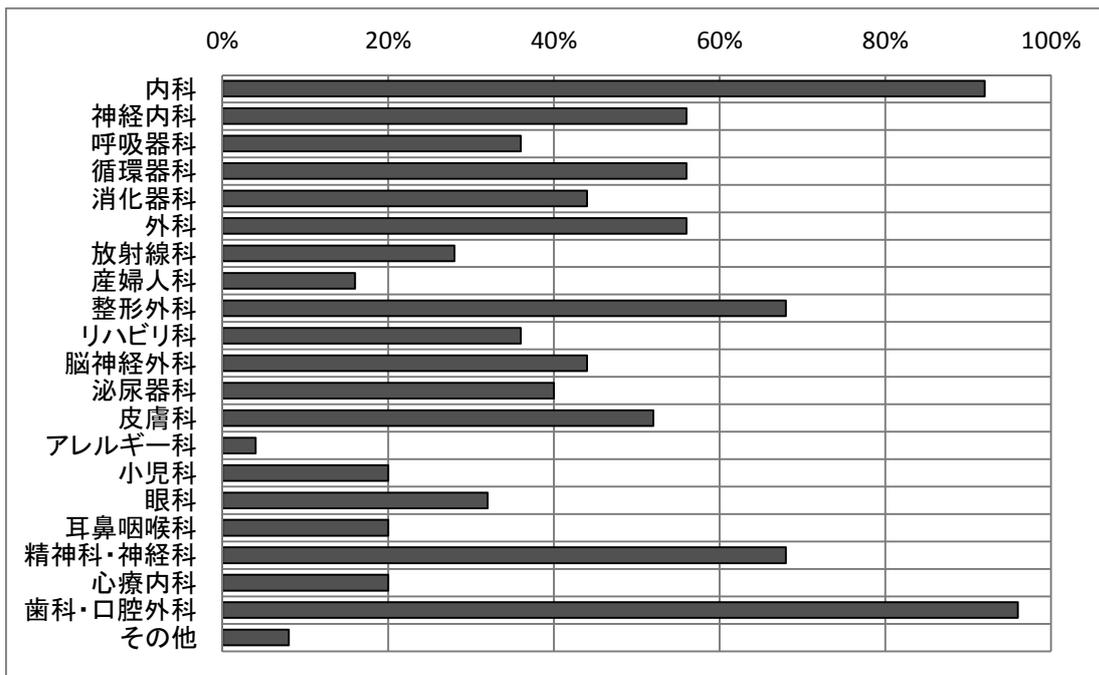
図表-44 連携している医療機関数 (n=25)

②診療科

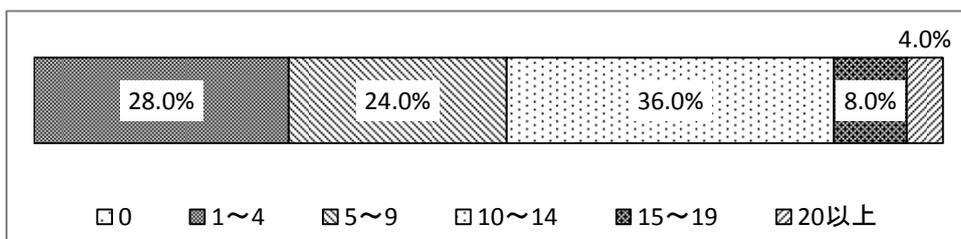
連携先機関の診療科数は2~20（全て）幅広く、平均すると約7診療科であった。

「歯科・口腔外科」（96%の事業所）、「内科」（同 92%）、「整形外科」、「精神科・神経科」（同 68%）、「神経内科」、「循環器科」、「外科」（同 56%）、「皮膚科」（同 52%）の順で多くの事業所が連携している。

【問12-2】



図表-45 連携している医療機関の診療科 (n=25)



図表-46 連携している医療機関の診療科数の平均 (n=25)

(5) 現行の医療提供内容・体制に至った背景・経緯

多くの事業所は、医療の必要性を認識していたため（経営者や管理者が看護師である事業所も少なくないためか）、医療機能が徐々に備わってきたわけではなく、設置主体が医療法人であるか否かに関わらず、開設当初より体制を確保しているようである。

設置主体が医療法人の事業所では、開設時に母体施設の医療機関がまず協力医療機関（連携先）となり、母体施設で不足する診療科（歯科等）について近隣・外部の連携先を確保している。

設置主体が医療法人以外の事業所では、開設以前からの往診の付き合い、訪問歯科診療を依頼して以来の付き合い、開設時の利用者の主治医への協力依頼等、様々なきっかけを通じて開設当初より医療連携体制を確保している。

その後、いずれの事業所も診療科の幅を広げていった。また、認知症の人の受入が難しい医療機関もあるため、より多くの協力病院を確保するべく増やしている事業所もある。

【問 13】

(6) 実施による効果・課題

①利用者に対する効果・課題

医療提供体制があることによる利用者への効果としては、異常の早期発見・早期対応による状態の安定化、急変時の迅速な対応、それによる入院期間の短縮化や入院による退居の減少、その結果として最期まで安心してグループホームでの生活が継続でき家族も負担が減ることであった。その他に医療機関への通院負担の軽減、専門的治療が受けられることへの安心感等もあがっている。

課題は、事業所により様々な指摘がある中で共通してあがったのは、訪問診療による利用者の医療費の負担、通院にかかる交通費や家族の受診付き添いの負担等、経済面を中心とした負担があがった。また、類似の課題としてグループホームにおける医療保険や介護保険の制限もある。その他、医療側の指示や意見が先行し利用者本位のケアが見失われる時があるとする事業所もあった。

【問 14-1】

②事業所における効果・課題

効果は事業所により様々な点があげられたが、連携先の医師や看護師に直接連絡し気軽に相談できる安心感や、医療ニーズのある入居者でも安心して受け入れられることをあげた事業所が少なくない。また、長期間の入居が可能となり対外的な信頼感や期待が得られたとする事業所も複数ある。

課題としては、看取りケアや治療等のために必要となる設備や物品等の準備に関する事業所の負担をあげる事業所が複数あった。

【問 14-2】

③職員における効果・課題

事業所により様々な効果があげられているが、共通してあがったのは、職員が医療的な知識を高められること、通院同行負担が減りケアに集中できることであった。

課題も様々であるが、連携する医療側への確に報告・相談できない、様々な症例への対応が追いつかない、新人職員への伝授、受診・搬送等の判断基準の曖昧さ等、職員の

スキルアップに関する課題は比較的共通していた。

【問 14-3】

④連携先機関における効果・課題

効果としては、認知症やグループホーム、介護に対する医療側の理解が深まったことを複数の事業所があげている。

一方で、課題においても、医療側に現状の生活上の姿を伝えるのは難しく相談が伝わらない等認知症やグループホームでの看取りに対する医療側の理解不足があがった。

その他に夜勤対応の負担、医師の高齢化等による不足等医療資源・マンパワー的な課題もあがっている。

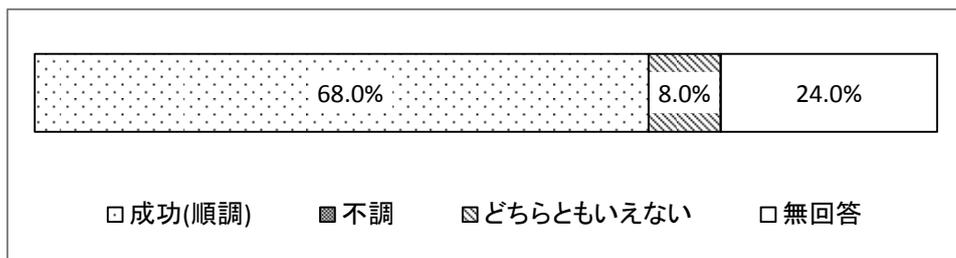
【問 14-4】

⑤成功/不調の要因

7割弱の事業所は「成功(順調)」としている(それ以外では、一部の事業所が「どちらともいえない」を選択)。

その要因・ポイントとして、多くの事業所が医療側との密な連携・協力、情報共有や相互理解をあげている。

【問 14-5】



図表-47 医療提供の評価 (n=25)

(7) 今後継続あるいは強化していくために残っている課題

訪問診療可能な医師・看護師や病院の増加、他科の医師への認知症の知識の浸透等、医療職の増加を期待する事業所が少なくない。

また、医療の分かる介護職の育成・スキル向上、介護の分かる看護職の育成があがっている。

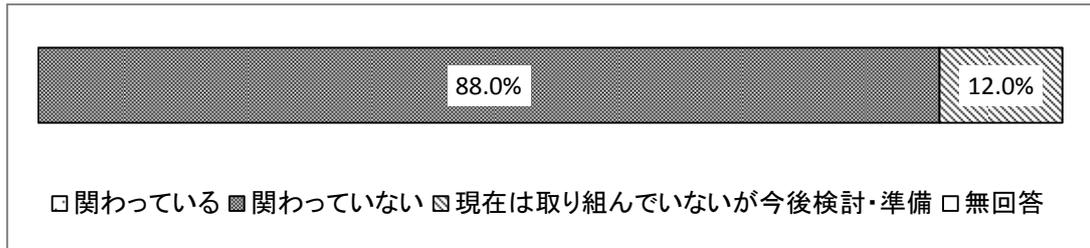
【問 15】

(8) 認知症初期集中支援チームづくりへの関与

①関与の有無、役割等

殆どの事業所が関わっておらず、今後検討・準備すると回答したのは僅か3事業所のみであった。

【問 16-1】



図表-48 認知症初期集中支援チームづくりへの関与 (n=25)

②今後検討・準備していく上での問題点

今後検討・準備していく上では、認知症ケアの勉強が課題になると認識しているようである。また「研修は受けたが、連携の依頼があるようには思えない」という意見もあった。

【問 16-2】

第3章 ヒアリング調査結果

1. 調査の目的

本調査では、先駆的・先進的な取り組みを行っている事業所の実践事例から、他の事業所にも展開しうる、地域包括ケアシステムにおいて今後認知症グループホームが果たすべき役割を明確化すると共に、今後、多くの事業所がそれら果たすべき役割の実現・展開を図っていくために、実践にあたって参考とすべき点を先駆的・先進的な実践事例から明確化する必要がある。

事例（アンケート）調査では、先駆的・先進的な取り組みを行っている複数の事業所の実践事例を集約・集計することにより、地域包括ケアシステムにおいて今後認知症グループホームが果たすべき役割や、役割を果たすための実践上の工夫等の整理が可能となったが、あくまで調査票上での限られた回答内容での整理となることから、今後、他の事業者が参考にするためには、端的な回答の背後にある詳細な事情等、事例（アンケート）調査の回答内容だけではわからない詳細について、ヒアリング調査により詳細な実践状況を掘り下げ、より詳細を把握（現地確認）する必要がある。

以上から、ヒアリング調査は、事例（アンケート）調査における先駆的・先進的な取り組みから、全国の事業所の参考となるよう、事例（アンケート）調査の回答だけでは把握できない定性的な質問事項について詳細を把握するという観点で実施した。

2. 調査方法

2.1. 調査方法

地域包括ケアシステムにおいて今後認知症グループホームが果たすべき役割として考えられる4つの役割・機能（相談支援機能、個別ケアの資質向上のための機能強化、地域との密な連携、医療機能の確保・強化）について、既に他に先んじて取り組んでいる会員事業所への事例（アンケート）調査の回答内容から、全国の事業所の参考となると考えられる事例（事業所）について、現地を訪問しその実践状況を確認すると共に、管理者や職員等にその実践状況等についてより詳細をヒアリングした。

事業者選定及びに際しては、次の点に留意して行った。

(1) 相談支援機能の開発・確立
・ 入居対象・非対象を問わず、高齢者本人や家族からの相談支援（早期からの対応）を実施している
・ 外部他機関からの相談に対しても熱心に取り組んでいる
・ 認知症カフェ等、外部との結節点を設置している 等
(2) 個別ケアの資質向上のための機能強化
・ 個別ニーズを的確に把握し、アセスメント・カンファレンス・計画反映・モニタリング・修正の適切なプロセスを持ち、その情報やノウハウが多職種で共有される等、スタッフの質の平準化や質の高い生活支援の実施で BPSD 等認知症症状の悪化防止に取り組み、改善に成功している 等

(3) 地域との密な連携
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活の継続性を重視した連携体制を構築している ・多様な参加者による運営推進会議の開催や、事業に対する理解促進や情報公開に留まらず、地域全体の啓発も目指しての取り組みを行っている ・認知症専門機関として、また地域の一員として何らかの機能・役割を分担、担っている等
(4) 医療機能の確保・強化
<ul style="list-style-type: none"> ・外部資源との連携、内部での機能確立(看護師の管理者・スタッフを配置)でうまく調達している ・入居者の状態に応じた連携先の医療機関を確保している 等

2.2. 調査対象

事例(アンケート)調査の回答内容から全国の事業所の参考となると考えられる事例(事業所)として、次表に示す合計8事業所を抽出した。

先駆的・先進的な取り組みを実践できている事業所は、何か単一の役割・機能のみが秀でていうよりも多面的に全国の一般的な事業所の先の取り組みを行っていることがうかがわれ、結果として複数の役割・機能を兼ね備えた事業所が多く抽出された。

番号	事業所名・所在地・事業者名	役割・機能	抽出・選定の観点
4-1.	グループホーム加須ひばりの里 (埼玉県加須市) NPO 法人ひばりの里ネットワーク	(1)相談支援機能	<ul style="list-style-type: none"> ●相談対象が一般的な利用者・家族に加え、認知症カフェ参加者や地域包括支援センター職員、居宅サービス事業所職員と多彩である。 ●介護相談を行っていることを地域に広く周知(看板設置)、認知症カフェも開催(月2回隔週土曜)等している。
		(3)地域との密な連携	●認知症カフェの開催、勉強会等への取り組み、敷地内への市民農園の設置等の地域住民らへの働きかけの他、他事業所と連携して連絡会を立ち上げる等、多様な連携策を展開している。
4-2.	高齢者グループホーム横浜ゆうゆう (神奈川県横浜市) 医療法人活人会	(2)個別ケアの資質向上のための機能強化	●ケアプランを意識したシートを作成して活用。より密な関わり・ケアマネジメントの重視から、担当職員らも多く関わることを意識している。
4-3.	古都の家学園前 (奈良県奈良市) 有限会社プランニングフォー	(1)相談支援機能	<ul style="list-style-type: none"> ●相談対象が、一般的な入所相談の家族及び入所希望者に加え、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域住民等幅広い。 ●施設外での相談場所・機会が多様である。地域サロン(月1回)、地域介護教室(1回/3ヶ月)、地域民生委員への認知症講座(月1回)、電話や来所での相談(不定期)平均3回/月等を実施している。
		(3)地域との	●入所希望者への相談・カンファレンス

番号	事業所名・所在地・事業者名	役割・機能	抽出・選定の観点
		密な連携	<p>充実の他、地域ケアマネジャーとの連携、認知症サポーター養成講座開催等を実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●若年性認知症サポートセンターを開設、運営している。
4-4.	グループホームこもれび (奈良県桜井市) 有限会社祥寿会	(3)地域との密な連携	<ul style="list-style-type: none"> ●市内地域密着型サービス管理者の部会を主催、勉強会等を実施している。 ●中学校の体験学習受入、民生委員の勉強会等を開催している。
		(4)医療機能の確保・強化	<ul style="list-style-type: none"> ●設置主体が営利法人でありながらも、専任の看護師を配置する等して積極的に取り組んでいる。
4-5.	グループホームあいむ (大阪府大阪市) アライヴ株式会社	(2)個別ケアの資質向上のための機能強化	<ul style="list-style-type: none"> ●ツールの導入、アセスメントや情報把握シートの作成等に、独自の情報把握や共有の方法を追求し、利用者の生活能力の維持・向上にきめ細かく取り組んでいる。
4-6.	グループホーム年輪 (大阪府堺市) 社会福祉法人朋和会	(3)地域との密な連携	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括の依頼で他グループホームと連携して認知症の啓発活動を実施している。 ●小学校や老人会等で寸劇を行い、啓発や理解促進を実施している。
4-7.	グループホーム仁風荘一番館 (鳥取県米子市) 社会福祉法人養和会	(1)相談支援機能	<ul style="list-style-type: none"> ●若年性認知症のグループホーム待機者に特化した相談も実施している。 ●相談は、月2～3回定期・定時に開催している。
		(2)個別ケアの資質向上のための機能強化	<ul style="list-style-type: none"> ●事業所にてケアチェックシート等のアセスメントの開発に取り組み、利用者の伝えられない「思い」を発見し、家族の喜びにもつなげる等の効果が出てきている。
4-8.	グループホームカムさあ (熊本県熊本市) 社会福祉法人リデルライトホーム	(4)医療機能の確保・強化	<ul style="list-style-type: none"> ●設置主体が社会福祉法人だが、医療機能の確保について積極的に取り組んでいる。 ●看護師を配置しているが、基本的には多数の連携先医療機関を入居者の状態に応じて適宜選択できるようにしている。

3. 調査内容

事例（アンケート）調査の回答内容を基に、記述による回答では表現しきれっていない詳細内容等を中心にヒアリングを行った。

例)

- ・ 役割・機能の実践内容（提供サービス内容）、実施方法（人員体制・設備等）等の詳細や特徴
- ・ 実施に至った背景・理由・事情等（地域特性、社会資源分布、地域ニーズ等）

4. 事例

地域包括ケアシステムにおいて今後認知症グループホームが果たすべき役割として考えられる4つの役割・機能（相談支援機能、個別ケアの資質向上のための機能強化、地域との密な連携、医療機能の確保・強化）について、既に他に先んじて取り組んでおり、全国の事業所の参考となると考えられる8つの会員事業所の事例について、以下にその概要を整理した。

4.1. グループホーム加須ひばりの里（(1)相談支援機能、(2)地域との密な連携）

名称	グループホーム加須ひばりの里		
開設者	NPO 法人ひばりの里ネットワーク		
所在地	埼玉県加須市		
実施事業	グループホーム	2ユニット（計18名）	
	グループホームの併設機能	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問介護ステーションひばりの里 ・訪問介護事業 ・介護予防訪問介護事業 ●デイサービスセンターひばりの里 ・通所介護事業（定員10名） ・介護予防通所介護事業 ●ケアサポートひばりの里 ・居宅介護支援事業 ・介護予防支援事業 ●生活サポートひばりの里 ・生活サポート（※介護保険外） ●宿泊サービスひばりの里 ・宿泊サービス（※介護保険外 定員4名） 	
	その他実施事業	<ul style="list-style-type: none"> ●グループホーム麦倉ひばりの里 ・グループホーム 1ユニット（定員9名） ●デイサービスセンター麦倉ひばりの里 ・認知症対応型通所介護事業（定員12名） ・介護予防認知症対応型通所介護事業 	
所在地特性	所在地	埼玉県加須市	
	人口等	総人口	116,142人（平成25年3月現在）
		高齢者人口	26,185人（平成25年3月現在）
		高齢化率	22.5%
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	7施設（定員：計90名） ※WAM-NET調べ
高齢者人口あたり割合		34.4人/高齢者人口10,000人	

(1) 役割・機能の特徴等

① 相談支援機能

相談支援は、認知症介護指導者である法人理事長、法人内居宅介護事業所管理者及び通所介護事業所管理者、訪問介護事業所管理者、サービス提供責任者で対応している。建物玄関には介護相談の看板を掲げ、住民が直接相談をできるように受け付けている。また、定期的にカフェを開催し（月2回・隔週土曜日）、介護・認知症相談会、地域交流勉強会を開催している。そうしたお知らせはポストに投函する他、ホーム前の掲示板に掲示している。カフェには小学生以上が参加可能である。

例) カフェの内容とスケジュール

各日程共通：午後1時半～午後3時まで	
1回目：9/21（土）	家族が高齢になったとき知っておくといふこと
2回目：10/19（土）	介護保険ってどういうしくみ？
3回目：11/16（土）	年をとっても元気であるために【介護予防について】

また、認知症の人に関する相談が、地域包括支援センター、居宅サービス事業所職員、後見人を務める司法書士らから寄せられる等、認知症を持つ人に係る機関等からの相談が寄せられるようになってきている。

② 地域との密な連携

事業者は、環境や福祉に関する市民活動グループを母体とする。そのため、事業の目線も、地域住民としての生活を重視したものとなっている。

施設の中だけで利用者の生活が完結するのではなく、地域住民としての生活が引き続き送ることができていることを重視し、この施設が地域の結節点となることを意識している。よって、地域住民をはじめとして、他事業者、自治体らとの連携を意識的に図っている。地域住民との交流は頻繁であり、事業所の敷地を活用してのイベント等の他、敷地内を市民農園として貸し出す（年間1,500円）、デイサービスを休館日にレンタルスペースとして貸し出す（100円/時間）等して、意識的に地域住民が入り込む仕掛けを作っている。また、認知症サポーター養成講座や出前講座も行っている。

学校の教師の紹介により、近隣の福祉系のコースを持つ高校との連携も始まり、実習生の受け入れも毎年行っている。この実習を契機に当ホームに就職したスタッフもいる。

他事業者との関係では、市に要望して地域密着型サービス事業者連絡会を結成し、同連絡会には市内全対象事業者とあわせて市も参加している。現状、市は認知症カフェの展開は特に考えていないが、参加者での共催・持ち回り等による開催の可能性もあると考え、現在はその提案や検討も連絡会で行っている。

また、地域の一事業者として、当事業者は商工会にも加入している。

(2) その役割・機能を有する背景・事情・課題等

① 開設等の背景

開設者である法人理事長は、長く環境や福祉等に取り組む市民活動グループの一員として活動してきた。介護保険が開始される頃、グループホームという認知症の人々の住まい方を知って関心を持ち、グループ有志と勉強会を重ねる。その上で、「地域みんな

の交流の家」として交流と通所を兼ねた場所をつくり、事業体としてNPOの立ち上げを行う。その活動の過程において、高齢者から入居希望が生じ、改修してグループホームとしての認可を取得する。

当初より事業者は、もし高齢者がグループホーム等に入居する場合でも、それなりの時間をかけて人間関係や場所に馴染みながら移行していくことが望ましいと考えており、在宅時から支えるためには訪問・通い・泊まり等の多機能であることが必要と考えていた。そのため、その後に移転新築した現在のグループホームは、グループホーム1ユニット（現在は増築して2ユニット）の他にデイサービス、訪問介護を併設し、加えて介護保険外の宿泊サービス、生活サポートも設置している。宿泊サービスを介護保険外としたのは、ショートステイの単独設置の要件が厳しかったこともあるが、フレキシブルに使える等、介護保険外の自由さがあることもあった。現在の小規模多機能事業所の状況をみる限りでは、同事業所が似た機能構成であったとしても運用がしやすく、結果としてよかったのではないかと考えている。

あわせて、別敷地でもグループホーム（1ユニット）を開設しているが、現在は増築工事中で、間もなくもう1ユニットと研修室、ボランティアセンターを設置する予定である。この研修室では、事業者が地域の事業者らと一緒にいる勉強会や研修、地域との交流も行われる予定である。ボランティアセンターでは、地域の方々が気軽に寄れる場所、市民活動の拠点としても利用してもらえる場所づくりとして考えている。

②現在の事業形態となった理由

現在の事業形態となったのは、生活者である高齢者が、地域での在宅生活から住まいの場を緩やかに移していくという取り組みの過程において必要となった機能を求めた結果である。事業者は、高齢者の支援をグループホームのみの「居住」単独の機能で成り立つと考えていない。地域の生活を意識するのであれば、訪問・通い・泊まり等の在宅サービスを行う意義は十分にあると考えており、その移行の過程において地域との連携やその過程で生じる相談支援等は必要なものであると考えている。また、その環境づくりのためには地域全体の意識の底上げが必要であることから、事業者間で質の向上にも力を入れている状況である。

認知症をよくわかっているグループホームであれば、在宅の認知症高齢者の支援にも十分そのノウハウを活かし、認知症に特化した在宅サービスが提供できると考えており、それは在宅の認知症の人を支えていく方法の1つである。よって、グループホームは、その能力を持って果たすべき役割はおおいにあると考えている。また、法人が展開している介護保険外のサービスのよう、多様なニーズをくみあげることも必要であることから、「地域にマッチしたサービス」を開発していくことが必要だと考えている。

当事業所では、入居者の看取りも行っている。しかし、それをあえて強調しない。それは、事業者が、利用者が在宅にいる時から訪問・通い・泊まりの在宅サービス等を通じてホームに徐々に馴染み、緩やかにグループホームの生活に移行していくという時間の経過を重視しているのと同様に、ホームでの生活の延長上に看取りの時期が来るのであり、それを受け入れるには相応の時間がかかると考えることから、本人も家族も「そうしても良い」という気持ちとなるまで時間をかけていくべきだと考えていることによる。そのため、利用開始時には、看取りについての簡単な紹介のみに留まり、その時期が予想される段階になってから契約医、訪問看護、ホームとご家族を含めた話し合いの

場で看取りの医師を確認していく。

一方、看取りを行うための医療機能との連携については、市内の契約医院、訪問看護ステーションと時間をかけて連携体制を構築し、24時間の看取り体制に取り組んでいる。

③人材確保・育成

全体をマネジメントできる指導者が必要と考えることから、その役割を認知症介護指導者である理事長が担っている。事業所内において、当初はグループホームの職員だったスタッフには、その経験を在宅サービスに活かせるよう、相談等地域に向けた機能の責任者として配置し、その経験を活かすと同時に新たな能力の向上を図っている。

④経営について

当初、市の介護保険事業計画でグループホームの増設が認められなかったため、運営する2事業所のうち1事業所は1ユニットで継続してきていたが、市の公募に申請したところ選定され、現在増築中である。その増築と共にボランティアや地域の人が集える茶飲みどころ、研修室も設置予定である。これらは、事業者が考える居宅から看取りまでの体制や、地域の住民の意識啓発や事業者の質の向上に必要なものだと考えている。そして、こうした多機能化がグループホームに対しても必要と考えている。

建物については、加須ひばりの里については、土地所有者にこちらの希望する建物を建設してもらい、それを一定期間借り上げるというオーナー型を採用している。事業者は地域の人が集まることを意識した場作りを重視し、充実したものとなっているが、NPO法人には社会福祉法人や医療法人のように建物関連に補助が行われないことが運営上には影響を与えている。市内他所で展開し、現在1ユニット増築中の事業所については法人所有であり、本件は市の公募で選定されたことから、今回初めて施設整備補助が出されることとなる。

4.2. 高齢者グループホーム横浜ゆうゆう（(2)地域との連携、(3)個別ケアの資質向上のための機能強化）

名称	高齢者グループホーム横浜ゆうゆう			
開設者	医療法人活人会			
所在地	神奈川県横浜市			
実施事業	グループホーム	2ユニット（計18名）		
	グループホームの併設機能	なし		
	その他実施事業	<ul style="list-style-type: none"> ●水野クリニック <ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリテーション事業（利用者総数93人） ・介護予防訪問リハビリテーション事業 ●都筑ハートフルステーション <ul style="list-style-type: none"> （定員100名：一般棟60名、認知症専門棟40名） ・通所リハビリテーション事業（定員34名） ・短期入所療養介護事業（利用者総数21名） ・介護予防通所リハビリテーション事業 ・介護予防短期入所療養介護事業 ・介護老人保健施設事業（利用者総数89名） ●指定居宅介護支援事業所かけはし <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業 		
所在地特性	所在地	神奈川県横浜市		
	人口等	総人口	3,707,843人（平成25年3月現在）	
		高齢者人口	790,099人（平成25年3月現在）	
		高齢化率	21.3%	
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	287施設（定員：計4,840名） ※横浜市HPによる	
		高齢者人口あたり割合	61.2人/高齢者10,000人	

(1) 役割・機能の特徴等

① 地域との連携

従来、地域行事への利用者の参加を行ってきたものの、利用者の重度化と共に徐々に難しい状況となってきた。その中でも地域との連携を図るべく、職員による地域懇談会や地域防災訓練の参加等を積極的に行っている。

横浜市では、地域包括支援センターを含む地域ケアプラザを各区に設置していることから、市民からの相談はケアプラザに集まる傾向がある。よって、市民からの直接の問合せが事業所に入ることは滅多に無い。しかし、必ずしも地域包括支援センター職員が認知症に精通しているわけではないことから、認知症特有の内容を含む市民等からの問い合わせ等に対する考え方等の相談が、当事業所に寄せられる。しかし、相談者である市民からの直接の問合せではなく、あくまで間接的な問合せとなることから、正確な回

答を行うことが困難であり、相談内容を深められないジレンマがある。

ホーム管理者は、市のグループホーム連絡会の会長を務め、年3回程度の研修会を開催・実施している。また、グループホーム間での相互交換研修や横浜市18区を6つのブロックに分け、それぞれに研修会等を行っている。その他、県の補助金を活用した人材育成研修の他、接遇やビジネスマナー等、事業所単体では実施が困難な内容等についても、共同で集合研修を行う等して、地域の事業者全体での質の向上にも取り組んでいる。その際にはローテーション等の点から、各事業者1~2名程度の職員を参加させ、そこで得た内容をその職員が事業所に持ち帰るという方法での展開を行っている。

認知症サポーター養成講座の実施、職場体験学習も受け入れており、地域での認知症に関する情報の普及にも取り組んでいる。

② 個別ケアの資質向上のための機能強化

居室担当制を採用しており、居室担当者を中心に利用者のアセスメント、モニタリング等が実施されている。本事業所では重度の利用者が多いが、個別ケアの実施によってほぼ全員のBPSDが減少し、役割や充足感をもって生活をされている状況がある。

一方、個別ケアを実施するためには、利用者がなぜそういう状況にあるのかを理解することが前提にある。そのため、そうした技術や思考を職員が身につけられるようにすることが必要であり、ひもときシートを使っての研修も行っている。このことにより、主観的情報→客観的情報に転換され、分析・評価が行いやすくなる。また、客観的情報となる過程で、利用者に対する理解や共感が生まれ、利用者の行動についても納得ができるようになることで、職員自身の負担感も減ずるという効果がある。

(2) 役割・機能の特徴等

① 開設等の背景

平成13年に事業者である医療法人が老人保健施設を開設し、その翌年である平成14年には本ホームの開設がなされた。他に居宅介護支援事業所、訪問リハビリ、デイケア等の介護保険サービスが地域で展開されているが、デイケアの定員増、訪問リハビリの充実、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の増員等が行われている。

ホームのある都筑区は、現在は人口の平均年齢が30歳代等と若く、高齢化率が低い状況にあるが、65歳以上の人口増加率は横浜市平均より高い傾向にあり、今後は急速な高齢化が進むことが予想されている。

そうした子世代に呼び寄せられて港北ニュータウンに住むことになった高齢者の存在も指摘されており、居住歴の浅い住民が多いために地域コミュニティが形成途上にあるともされている。

認知症施策としては、都筑区認知症サポート連絡会を中心として、認知症サポーター養成講座や認知症講演会の催しを行っている。特に認知症サポーター養成講座では、毎年横浜市で一番多いサポーターを育成している。

また都筑区認知症高齢者等支援ネットワーク連絡会を介した徘徊高齢者SOSネットワークも行政、民間、自治会、医療・福祉関係等の地域連携によって機能している状況にある。

② 地域との連携について

近隣にグループホームが複数あることから、運営推進会議が頻繁に実施されている状況にあり、参加してくださる地域の方々への負担感はあるものと考えられる。また、2ヶ月に1回開催していくとなると、内容のマンネリ化は否めない。

現状、複数事業所で運営推進会議を共同開催することは認められていないが、地域全体での質の向上、情報共有、連携して取り組むことの効果、という視点からも、合同での運営推進会議の開催も考えてよいのではないだろうかと考えている。

③ 現況・所感

本グループホームの利用者は、全体的に重度化している。開設より年月が経ち、利用者の重度化が進んだ結果、多くの人が重度化している。そのうちの一人が退居し、新しく入ろうとする人が軽い場合、既にいる重度の利用者とのギャップが生まれ、双方にとって余り良い影響が無いと考えられるため、その後に入る人も重度者となるという状況がある。これは、事業者にとってもジレンマでもある。実際に、本ホームの2ユニットのうち、1ユニットはかなり重い状況である。

今回の調査では、地域で暮らすために調達・確保すべき機能として、「個別ケア」、「地域との連携」を中心に据え、加えて相談支援、医療機能の確保をあげている。いずれも必要かもしれないが、事業者の能力やその背景、人員体制等から、全てのグループホームが実現するのは困難だろう。グループホームでも「基幹型」のようなものが出てくるということもあるだろう。

今後は、在宅復帰も視野に入れて取り組む、いわば中間施設型のグループホームがあってもよいのではないかと考えている。

④ 人材確保・育成

地域との連携については、地域が目が入ることで、自分たちだけで介護するのではなく、地域資源を有効に活用したケアが重要であることを認識するという効果が出ている。運営推進会議には必ずしも皆が出席しているわけではないため、様々な職員が参加できる仕組みづくりを目指したいと考えている。

個別ケアについては、一人の人としてとらえたケアマネジメントを展開していることから、内容が豊かなケアプランができてきていると考える。しかし、個別ケアの実践に際しては、どうしても職員数が必要となる。そのため、ボランティア導入の検討等も必要である。

4.3. 古都の家学園前（(1)地域との連携、(3)個別ケアの資質向上のための機能強化）

名称	古都の家学園前			
開設者	有限会社プランニングフォー			
所在地	奈良県奈良市			
実施事業	グループホーム	2ユニット（計18名）		
	グループホームの併設機能	なし		
	その他実施事業	なし		
所在地特性	所在地	奈良県奈良市		
	人口等	総人口	364,836人（平成25年3月現在）	
		高齢者人口	93,134人（平成25年3月現在）	
		高齢化率	25.5%	
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	31施設（定員：計477名） ※奈良市HPによる	
		高齢者人口あたり割合	51.2人/高齢者人口10,000人	

(1) 役割・機能の特徴等

① 相談支援機能

管理者1名、相談員2名（看護師・介護福祉士）の計3名に対応を集約。これら3人以外の一般の職員は相談・問合せ等の内容が自事業所への入居に関するものであれば説明可能だが、内容が自事業所以外も含め多岐に渡ることが多く幅広い経験からの的確な回答が困難であることや、事業所でのケアに忙殺されており対応が困難なことから3名での対応としている。

家族や住民（入居相談、在宅での具体的な介護方法、介護保険制度の概要等）が、地区社協の高齢者サロン（月1回）への参加時、地域介護教室（3ヶ月に1回）や地域民生委員への認知症講座（月1回）での講師時等、あるいは電話・来所により相談があるが、家族や住民からの直接の相談は最近（有料老人ホームやサービス付高齢者住宅等の急増のためか）減少している。その代わりに、在宅介護のケアマネジャーからの空室照会や、医療機関（MSW等）からの各種支援機関との調整や紹介、認知症の人の取扱等、事業者からの相談が増えている。

② 地域との密な連携

開設当初より地区の自治会に加入し、職員が継続して役員を引き受けており、信頼関係の醸成と共に、入れ替わる他の役員よりも詳しいことから様々な相談を受ける立場にまで至っている。自治会活動の一環として定例会、清掃活動、防災訓練等に参加している他、自治会との共催でバーベキュー大会を年1回開催している。

地区割りの関係上、自治会だけでは地域への認知等が進まないことから、自治会以外のつながりとして、地区の社会福祉協議会（地区社協）を通じ、同会主催の各種行事（高齢者サロン、夏祭り、福祉祭り、バザー等）に入居者・職員が参加している。

地区社協や地域包括支援センター（市内に 11 箇所）との関係により、認知症サポーター養成講座や認知症ボランティア養成講座（国の補助金）、地域民生委員への認知症講座（月 1 回）の開催、介護劇の上演を請け負う等啓発活動にも積極的に参画している。

(2) その役割・機能を有する背景・事情・課題等

① 開設等の背景

開設者（法人代表）が認知症の祖父に対する老人病院の処遇に疑問を覚えたことを機に福祉の道を志し、大阪府下の市役所で精神保健福祉士として勤務後、病院での MSW 勤務を経て、グループホーム開設を決意、有限会社を設立し平成 16 年開設された。

開設後、若年性認知症の入居受入を機に若年性認知症の本人や家族を支援する社会資源のないことに対し、若年性認知症家族の会と連携して平成 20 年に若年認知症サポートセンターを開設、本人の活躍の機会（清掃、洗車、庭仕事等）の確保。その後、センターの自活に向けた北海道の昆布販売や、認知症の人が生きていく場所づくりに向け様々な企業の協賛による研究プロジェクトへと展開する。

以上のような活動を通じ、法人代表は特に若年性認知症の分野で全国的に有名となり、大学の非常勤講師、多数の講演依頼等に対応。地元自治体（市より特に県）からも重要な位置を占めており、様々な講師受託等を通じ、管理者等の人材育成（多数の依頼の多くを管理者や相談員等の職員が実施）、グループホームの知名度を高めている。

② 相談支援機能

運営推進協議会の委員である地区社協の会長からのお誘いにより、社協の諸活動に参加するようになり、それら活動の機会に、他の参加者（ボランティア・家族等）から様々な相談を受けるようになった。

同様に運営推進協議会の委員である地域包括支援センターとのつながりの中で、多忙なセンターに代わり、講座・教室等の講師活動を受託するようになり、それらを通じて民生委員とのつながりもでき、地域の認知症高齢者に関する相談等に助言するようになった。

個人による入居相談の減少に伴い、地域の医療機関（精神科、一般病院）、介護保険施設、居宅介護支援センターを回ってグループホームについて説明、気軽に相談してもらえる関係の構築に努力した結果、医療機関や新規のケアマネジャーからの相談が増えてきている。これら関係機関からの入居までにはつながっていないが、現在の入居者の支援に精神科に協力いただける関係が新たにできている。

以上の他、管理者は地元出身者でかつ病院、老健、グループホームの経験を有しているためそれら経験を通じた人脈を介しての相談支援も行われている（管理者は事業所の業務には殆ど関わっておらず、これらの渉外活動が中心である）。また相談員の 1 人（看護師）は事業所の立地する地区の地域包括支援センターに十数年勤務、認知症に特化した支援を志して事業所に移ってきており、前職のネットワークによる相談支援が少なくない。

③ 地域との連携

開設時、入居者はこの地域のメンバーとして地域の皆さんに認識してもらうため、ま

ずは自治会に加入（本来は職員ではなく入居者が役員等の活動を行うのが理想）。しかし地区割りの関係上、自治会が、少し離れた一軒家数戸と大規模マンションとこの事業所で構成されており、仮に入居者が徘徊した場合に動く方向にある隣接の戸建住宅エリアは隣町のため関係性の構築が困難である。

自治会を介した地域との連携では非常に限定的であることから、運営推進協議会の委員である地区社協や地域包括支援センターを介し、様々なイベントや活動への参加を通じ接点を広げてきた。

しかしながら、道路をはさんで幼稚園や小・中学校と隣接しているが、小・中学校に働きかけても「該当する教育プログラムがない」と断られており、幼稚園とのみ交流を行っている。また、高度成長期に造成された高台のニュータウンの一隅に立地するため、地区にスーパーや店舗がなく買物等の外出時に地域住民と接点を持つことが困難。このように必ずしも恵まれた環境ではないが、地域に出て接点を増やしていく必要を認識している。

地域にある「認知症の人への対応は難しい」という誤解を解き、基本的な知識を持ってもらえば自然体で接すればよいことを知らしめていくこと、そのためには認知症関係の講座の受講生を増やし、受講生から事業所へのボランティア（現状は受け入れていないが散歩・遊び・話し相手等が必要である。ボランティアにより職員負荷も減り、新たな取り組みが可能になる）が出てくることを目指している。

④ 人材確保・育成

管理者や相談員は様々な経験を有しているため、相談支援への対応や、地域に出での連携の取り組みを重視し自然と取り組んでいるが、他の職員は認知症介護の専門能力を有しているものの事業所内での入居者への対応のみとなっており、今後、相談支援や地域連携の取り組みを管理者や相談員以外の職員にも広げていく必要がある。しかしながら、このような取り組みに対し、他の職員はどのようにしていいのかわからない不安もあることから、まずは管理者や相談員とペアで活動することでその意義や効果等を実感してもらう必要があり、このような取り組みに割ける時間の確保が必要である（現状は3人で月4日、理想は8日）。

⑤ 経営面

柔軟な働き方ができる非常勤職員が多い（相談員の看護師やケアマネジャーも非常勤）。常勤職員があと1名いるとよいが10年前と異なり求人を出しても応募が無く厳しい。

認知症の人は掘り出すと多数居るはずであり、それに対応する社会資源は不足することから、グループホームができる・また、グループホームならではの在宅介護の支援の一環として、グループホームのノウハウを地域に還元していくことが必要である。

一方、相談支援や地域との連携は、人員不足（若年性認知症にも取り組んでいることもあるが）や人件費の持ち出しが課題であり、特定の意欲ある事業所がボランティアに組み込むには限界がある。保険外サービスとしての有償化、行政からの委託費や補助金（地域包括支援センターや在宅介護支援センターのような認知症に特化した相談業務の受託）、介護保険サービス（例えば「相談加算」等）のいずれかでの充当が望まれる。

4.4. グループホームこもれび (3)地域との密な連携、(4)医療機能の確保・強化

名称	グループホームこもれび		
開設者	有限会社祥寿会		
所在地	奈良県桜井市		
実施事業	グループホーム	2ユニット (計 18名)	
	グループホームの併設機能	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症対応型デイサービス事業こもれび ・認知症対応型通所介護事業 (定員 3名) ・介護予防認知症対応型通所介護事業 	
	その他実施事業	<ul style="list-style-type: none"> ●多機能型介護ホーム芝の里 ・小規模多機能型居宅介護事業 (登録定員 25名) ・介護予防小規模多機能型居宅介護事業 	
所在地特性	所在地	奈良県桜井市	
	人口等	総人口	60,016人 (平成25年3月現在)
		高齢者人口	15,596人 (平成25年3月現在)
		高齢化率	26.0%
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	6施設 (定員: 計 69名) ※WAM-NETによる
高齢者人口あたり割合		44.2人/高齢者人口 10,000人	

(1) 役割・機能の特徴等

① 地域との密な連携

平成17年の開設当初より地区の自治会に加入し職員が役員を1期のみ引き受けている他、秋祭りの運営、御輿巡行(引き手として若い男性が不足する中で職員11名を出す)、清掃活動等に貢献している。

市役所に近く、生活保護部門や介護保険部門からの無理な要請(困難事例)も極力応じる(入居者を断らない方針)ことから、行政とも緊密な関係を構築している。

開設時より地域の多数のボランティア(毎月5団体、年1回2団体等)が事業所に入っており、定期的に様々な活動(体操、お話、手芸、尺八)・イベント(合唱・踊り)等を開催、入居者・家族に加え地域の方も参加している。

② 医療機能の確保・強化

母体・関連施設に医療機関がない有限会社による開設であるが、当初より事業所内で看護師(日勤)を雇用、往診してもらえる医師を確保する等医療機能を確保。事業所内で医師の指示の下での多くの医療的処置の実施を可能としている。

現在は入居者の入居前のかかりつけ医を基本としているが、事業所として往診してもらえる精神科医や歯科医を確保。また、近隣の2基幹病院とも連携する他、連携する精神科医を通じ県内の精神科病院との連携(退院者の受入、入院)も行っている。

入居者のうち通院者は1名のみ(家族が付き添い)、残る17名は往診により対応。往診は概ね月1回(精神科医による薬剤調整。医療保険の費用発生せず)、2名の入居者

のみ月 2 回（内科医等。医療保険で月 5 千円程度）である。

開設当初より事業所にて最期までみることを基本としており、これまで 13 名の看取りを実施。入居者の医療ニーズへの対応は、看護師のみならず、看護師の指導により介護職員も知識やスキルを向上させており、対応できる幅を広げている。

(2) その役割・機能を有する背景・事情・課題等

① 開設等の背景

施設長は公務員（職安）を定年退職後、特養の施設長に招かれ 4 箇所（7 年半）を経営再建する等の実績を買われ、デイサービスの施設長を経て、グループホームの運営を JA とハウスメーカー頼まれ、特養等の経験から「認知症高齢者には大型施設はよくない」と考えていたところもあり引き受けた（土地・建物を 20 年賃借）。

「断らない」、「選ばない」方針のため待機を受け付けておらず、看取り等により退居者がでて初めてケアマネジャー等に案内を行っている。

その後、共用デイ、小規模多機能（車で 10 分程度離れた土地に頼まれて）開設した。

施設長夫人が市の民生委員の副会長で顔が広く、施設長も業界では有名人のため、地域における信頼、地元自治体において重要な位置を占めている。

② 地域との連携

開設時、建設した地主の評判から地域からの信頼・応援は得られなかったが、施設長の息子が御輿を担ぐ等地元貢献に努め、またその息子の高校の先輩が区長であったことから開設翌年からは信頼・応援を得るようになる。

開設時に雇用したケアマネジャーがボランティア活動に注力していた関係で、多くのボランティアを知っており、そのついで事業所への定期訪問が実現した。その他に市社協のボランティアセンターの紹介で年 2 回ほど来てもらっている。

市役所からは、困難事例の引き受けだけでなく、県内事業所との連携により多種多様な情報を持っていることから、照会に応じ提供することにより信頼を獲得した。しかしながら、生活保護受給者の受入（現在 6 名）は家賃の差額（14,300 円）が事業所の持ち出しになっており厳しい。

③ 医療提供体制

施設長の特養での経験や、施設長の父の看取り経験等から、何でもみる、自然に亡くなる大切さ等を重視しており、看護師の配置、医師との連携、看取りの実施は基本方針となっていた。

当初は事業所にて医師を用意していたが、各入居者の主治医の継続が基本となり、その結果、入居者の精神科医を事業所全体に広げ、往診してもらえる精神科医とのつながりができ、精神科病院との連携も実現。訪問歯科医師は、県内の小規模多機能の事業所連絡会のつながりで情報を得て依頼。

また、市医師会で診診連携体制を構築しており、入居者を通じて訪問診療医を多数知っていく中で、それら医師と連携する専門医も知るようになった。

施設長の息子は前職が製薬企業の MR のため医師・医療機関との高いコミュニケーション能力が連携体制構築に奏功。加えて、事業所内で最大限対応し、専門の医師・医療

機関しか対応できない部分について対応を要請する（責任分担の明確化、丸投げ・預け放しにしない）ことで、医師からの信頼を獲得した。

④ 人材確保・育成

営利法人の経営だが、高いレベル設定、責任を持った仕事を求めること、夜間対応等柔軟な対応が可能、スキル向上のための研修に派遣しやすい等の理由から、短時間勤務の希望がない限り原則常勤職員として雇用。職員9名に利用者9名の18名で1チームという体制をとっている。

採用当初は素人が多いが、勤務の過程で自主的に介護福祉士等の資格を取得している。

看取りは、経験がない中でリーダークラスが動揺しないことで職員に安心感を与え、また自然に亡くなるために余計なことをしないことで当初の経験を積んだ。

事業所内の看護師は入居者の医療ニーズに積極的に対応する他、介護職員への知識・スキルの浸透が進んだが、これまでに4-5人代わっており、中には医師の指示を超えた対応を指示する者や、医療の特別職として介護の場面には入らない者もいた。介護職が医療について勉強し経験を積むと共に、看護職も介護の専門性を理解し現場を知ることが必要である。

⑤ 経営面

常勤職員での雇用、看護師の雇用等手厚いケア体制は経営面でコスト高だが、営利法人だが福祉で儲けるつもりはないという施設長方針である。

共用デイは厳しいが小規模多機能が黒字化しており、トータルで成り立っている。

4.5. グループホームあいむ（2）個別ケアの資質向上のための機能強化

名称	アライヴ株式会社グループホームあいむ			
開設者	アライヴ株式会社			
所在地	大阪府大阪市			
実施事業	グループホーム	3ユニット（計27名）		
	グループホームの併設機能	<ul style="list-style-type: none"> ●グループホームあいむ共用短期入所介護 <ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護事業（定員1名※ベッドに空きがある場合のみ） ●グループホームあいむ共用デイサービス <ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型通所介護事業（1日最大3名） ・介護予防認知症対応型通所介護事業 		
	その他実施事業	なし		
所在地特性	所在地	大阪府大阪市		
	人口等	総人口	2,663,467人（平成25年3月現在）	
		高齢者人口	623,805人（平成25年3月現在）	
		高齢化率	23.4%	
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	170施設（定員：計3,082名） ※大阪市HPによる	
		高齢者人口あたり割合	49.4人/高齢者人口10,000人	

(1) 役割・機能の特徴等 ～個別ケアの資質向上のための機能強化

日常生活を本人が主体的に営んでいるということが、認知症の症状緩和や精神的安定を促す。よって、その視点によるアセスメントを徹底的に実施している。

特筆すべきは、利用者一人ひとりの日常生活の可能性の評価である。日常生活の項目を具体的に書き出し、その中での実施可能性をチェックする。次に、その結果を分析し、支援のポイントを導き出す。次に、実際にそれに対する支援体制を、人員体制・作業動線等も検討しながら作る。その際の利用者への支援は、日常生活への支援（＝作業の支援）と、認知症に対する支援（＝介護）である。よって、ホームでは、「介護」という専門的な知見と技術に基づく支援と、「調理」、「生活支援」という、「普通の生活」を営むための行動への支援の双方が並存して大きな比重を占めることとなる。その中には「利用者同士の助け合い」を促す仕掛けも含まれている。

そして、それを担う職員も、介護の専門的な知見と技術を有する者と、いわゆる普通の生活感覚を持つ者の2種類が存在する。

よって、高齢者が「自身の生活」を「普通どおりに送る」ことを「共同生活」の中で行えるようにすることが実現すべき目標となり、その裏には常に職員の密なサポートがある。例えば掃除では、①掃除用具のしまっている場所へ行く、②自分が必要な掃除用具を選んで出す、③掃除機であればコンセントにつなぐ、④掃除機をかける、⑤コンセントをぬく、⑥掃除用具のしまっている場所にしまう、という手順がある。しかし、その手順が混乱してしまうことが認知症高齢者にはみられる。よって、「掃除機の場所がわからなくなる」等の手順の混乱が生じた際の支援や、取り組んだものの掃除がきちん

とできてなかった場合には気づかれないように再度掃除する等の支援が常に行われている。また、利用者の能力に合わせ、同じ機能の掃除用品であっても、掃除機、ハンディクリーナー、モップ、ワイパー等と複数の種類をそろえている。

ここでポイントとなるのが、利用者が「自分が生活者として行っている」という自負である。利用者は、在宅では家事活動等を行っていなかった（行わせてもらえなかった）場合も多い。しかし、利用者同士の共同生活の中で、互いにできないことを補い合いながらも、「生活者」として様々な家事等に取り組み、「自立した」生活を送れているということが、利用者の自信に大きく結びつく。よって、ホームの人々は、自室やリビング、家の周囲の掃除、洗濯、炊事、買い物という家事に対し、可能な範囲ではあっても全員関わっており、主婦のように忙しい。そして、自分達の生活として散歩にも出かける。

本ホームでは利用者のみで買い物や散歩にも出かける。この始まりは利用者の行動が先にある。晩酌の習慣があった男性利用者に対し、当初ホームではビールを買ってきて提供していた。しかし、「自分の飲むものくらい自分で買わなくてはいけない」と考え、その利用者は自分で近くの酒屋に買いに行こうとする、という行動が先にあった。

事業者はそれを可能とするための方法を考え出し、「追認」することで、ホームでは徐々に利用者の行動範囲を拡げることの支援を行うこととなる。そして、こうした自立的な活動をホームが「見守る」等の支援を行っていくことで、地域等に理解者を広げた。そして、可能な人々のみが対象ではあるが、徐々に現在のような「利用者だけの買い物」、「利用者だけの散歩」が実現できるようになった。散歩は春～秋で週2回程度、スーパーへの買い物は毎日午後4～5名で出かけている。責任者は、「帰ってくれば“徘徊”ではない」と述べたが、その裏には利用者一人ひとりの能力の把握、それに基づく職員の密な支援、地域への働きかけがあって実現している。

重度化はやむをえないものではあるが、認知症という点で重度者までを一くくりにすれば、どうしても支援レベルは重度の方に引っ張られることになる。それは、支援があれば自立できる可能性を持つ人々の自立を阻むものではないかと考えている。共同生活のレベルを重度者に合わせるのではなく、自立度の高い方に合わせることで、全体も上に引っ張られる場合もある。よって、本ホームでは、その生活が可能となるようにレベルを設定することを意識している。但し、重度者を否定するものではなく、前述の掃除用具の工夫、調理の簡単な一工程への参加等でも「自らが行う」ための仕掛けと支援のための人員を、常勤・非常勤のバランスを考えながら手厚く行っている。そのことが結果として、一人ひとりの能力を把握し、最低限の支援を行うことに困ってその人の能力向上を図ることとなる。

しかし、それを可能とするのは職員による支援ではなく、むしろそれは「リビングにある利用者たちの力」が5割以上、「職員の力」が4割、あとは医療等の諸々によるものではないかと考えている。そうした状況を見て、本ホームを希望する利用者も多い。

利用者には予め生きる力が備わっているはずである。利用者らが自らの生活として共同生活を行うよう支援することが最も重要であり、そのことがグループホームにおける個別ケアではないか、と考えている。

(2) その役割・機能を有する背景・事情・課題等

① 開設等の背景（現在の内容となるまでの経緯）

開設者は、当地においてアパレル関連の企業を営んでおり、その企業の駐車場の有効活用より本ホームの計画検討は始まる。福祉に全くの素人であった開設者は半年程かけてさまざまな施設を見学した中で、「グループホームには生活感があり、自分が利用者になってもいい」と思い、「グループホームならば!」と、「自分が入りたいと思える施設づくり」に取り組むこととなる。この「生活感」が本ホームの理念の原点である。当初は2ユニットで開設し、その後1ユニットの増設を経て3ユニットと徐々に規模を拡大し、現在の利用者は27名である。その過程の中で、現在のスタイルが確立された。

本ホームでは、3ユニット目を開設する頃より、再度「グループホームとしてのケア」をみつめなおすきっかけを持つこととなる。

本ホームの設置自治体には、特別養護老人ホーム、老人保健施設、特に近年はサービス付高齢者住宅等の設置が進んでおり、入居型施設としては徐々に飽和状態になりつつあるのではないかと考えるようになった。また、そうした入居型施設の多くで、重度の介護等を行う等のアピールをしている。本ホームも、重度の利用者への対応も視野に入れてはいたが、そうした状況をみるうちに認知症に特化したグループホームはそれでよいのだろうか、と考えるようになる。本ホームが設置されている地域には、既に重度化対応を行うとする入居型施設が進出しはじめている。大規模の入所型施設との差別化をグループホームが行っていくためには、やはりグループホームならではのものを打ち出すべきではないか。

その検討の結果が、平成23年頃から本格的に取り組みだした「生き抜くための自立支援」の取り組みであった。その裏には、以前の「お世話をする＝介護」という方法が利用者たちの普通の生活や能力を奪っているのではないかという思いがあった。

個別ケアは、グループホームのみが行っている取り組みではない。また、「生かされている」という受動的な人生ではなく、「自分が（自分の意思で、自分らしく）生きている」という能動的な生活への変化は、自身の日常生活を如何に自らの力によって実現させるかである。よって、本ホームでは開設当初の考えに再度立ち戻り、グループホームならではの個別ケアを日常生活の能力を再獲得するための支援とすることに力点を置き、それを「共同生活における生活」で実現する取り組みを行っている。

② 個別ケア資質向上のための機能強化

個別ケアの実現に向け、本ホームでは利用者一人ひとりで異なる支援ニーズを密に把握し、実際の支援に結び付けるべく、本ホームでは利用者の情報取得→分析→共有→実践→修正の手段の工夫をしている。

情報は、全員共有すべきもの、調理、生活支援、介護等の役割別に共有すべきもの、管理職以上で共有すべきもの等の分類がされ、各々が共有している。情報共有の方法には、正しい情報や認識に基づいて統一した働きかけを行うという視点から、工夫を重ねている。本ホームでは口頭での申し送りも実施しているが、その場合も「統一された情報の共有が行われた上で口頭の申し送りは行われるべき」と考えており、「申し送りの場は、予め得た共通の情報に基づいて行われる質問の場」との意識を持っている。

更にその品質を高めるために、QC活動も行っている。QC活動はそうした一連の理念

を職場全員がマスターし、良質な支援を実行できるようにすることが目標であり、常勤職員を中心した活動となっているが、QCメイトとして非常勤職員もその活動に加わる。

③ 人材確保・育成

職員のミッションは「介護」が中心ではない。本ホームには、調理、生活支援、介護と3つの役割がある。うち、日常生活の行為である調理、生活支援は、介護の資格等は不要であり、近所の人々が非常勤職員として担っている。その人々は介護の行為は一切行わず、トイレや風呂の介助、身体の介護が必要な場合には有資格者の介護担当の職員に係る等、明確に役割分担がされている。

調理、生活支援の非常勤職員には、近所の65歳以上の女性が多い。利用者と年齢が近く、話も合うため、あえてそうした人々を取ることもある。結果として、ホーム内は落ち着いた雰囲気となっている。

以上のように、専門職である介護担当の職員が認知症高齢者の専門的なケアを行い、調理・生活支援の担当職員が日常生活を営む上での支援を行う、という、厚さを持ちながらも弾力的な人員体制が、利用者が主体的に生活を営むことを可能としている。

職員の日々の業務についても分析を行い、そのポジションにある職員が何を行うべきかを明確にするようにしている。よって職員には、常にその主旨を理解し、自分の行うべき支援を明確に認識してから支援に臨むことを求めており、出勤時にはタブレット等で利用者の状況、支援内容等の共有すべき情報を確実に確認し、申し送りは基本的に質問する場とするように、等の指導がなされている。よって、若い職員であっても自身の役割についての意識や動機付けは明確となっており、他の事業所に行ってもすぐリーダー層になれる程度のレベルまで育てていると事業者は感じている。

こうした取り組みを見聞きし、別事業者からも取り入れたいとの話がある。しかし、そのためには利用者一人ひとりをきちんと把握し、その能力を分析し、支援を組み立ててそれを共同生活の中で実現していくための手順や、それを可能とする職員育成が重要であり、それを行うことが必要との説明をしている。

④ 経営面

職員数自体は多いものの、専門・非専門等の役割分担、常勤・非常勤を交えた弾力的な運用を実現している。

事業活動支出の計に占める人件費の割合をみても、54.3%程度であり、業務分析、役割分担、人材育成策、事業所アピール策等の企業で培った経営ノウハウが、事業者の理念の実現を支えている。

⑤ その他

地域包括ケアの中で求められるグループホームの役割も色々とあるだろうが、地域差もあり、グループホームにも色々なタイプがあってよいのではないかと思う。

一人ひとりを大切にするための個別ケアは重要だが、その個別ケアを共同生活の中で活かしていく姿勢こそがもっと重要だと考える。

個別ケアだけであれば、他の介護施設等でも行うことができる。そこにグループホームのもつ共同生活の強みを合わせることが、今後のグループホームに求められるものの一つであると考えます。

4.6. グループホーム年輪 (3) 地域との密な連携

名称	グループホーム年輪		
開設者	社会福祉法人朋和会		
所在地	大阪府堺市		
実施事業	グループホーム	1ユニット (計9名)	
	グループホームの併設機能	<ul style="list-style-type: none"> ●年輪訪問看護ステーション ・訪問看護事業 (利用者総数 33 名) ・介護予防訪問看護事業 ●デイサービスセンター年輪 ・通所介護事業 (定員 25 名) ・介護予防通所介護事業 ●特別養護老人ホーム年輪 ・短期入所生活介護事業 (定員 8 名) ・介護予防短期入所生活介護事業 ・介護老人福祉施設事業 (定員 100 名) ●ケアプランセンター年輪 ・居宅介護支援事業 (利用者総数 120 名) ・介護予防支援事業 ●その他 ・年輪診療所 	
	その他実施事業	なし	
所在地特性	所在地	大阪府堺市	
	人口等	総人口	849,348 人 (平成 25 年 3 月現在)
		高齢者人口	204,140 人 (平成 25 年 3 月現在)
		高齢化率	24.0%
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	61 施設 (定員: 計 1,080 名) ※堺市 HP による
高齢者人口あたり割合		52.9 人/高齢者人口 10,000 人	

(1) 役割・機能の特徴等 ～地域との密な連携

堺市北区のグループホーム事業所が集まり、勉強会を行っていたことから、平成 19 年 6 月頃より本ホームのある南区の事業者も集まって勉強会を行おうという話となり、8 事業所 (社会福祉法人 4、医療法人 2、株式会社 2 の計 8 事業所・本ホーム含む) が集まるようになる。当初は互いのホームの見学や情報交換を 2 ヶ月に 1 回程度行う等していたが、平成 21 年末頃よりグループホームとして何かしようではないかという話となる。その際に出たのが、地域の人々に認知症というものを正しく知ってほしい、特に子ども時代のうちに正しい知識を持ってもらいたいということであった。

そうした検討と並行して、ホームの開設者である法人は、ニッセイ財団の「共に生きる地域コミュニティづくり」の補助を受け、在宅介護支援センターや自治会と調査研究

を行っており、そこでも同様の話題が出ていた。そのことから、ホームは在宅介護支援センターと話をし、そこが担当する4学区の小学校に認知症の啓発講座を行いたいとの話を持っていくこととなる。当初、小学校サイドは授業として成立させるためには、単なる単発のイベントではなく、講座の実施前後に説明の授業を設けることが必要である等として、余り乗り気ではなかった。そこで、ニッセイ財団の調査研究に関わっていた自治会長等も加わってお願いを重ね、実現に至ることとなった。

子どもへのわかりやすさという点から、認知症を題材とした劇として実施したところ、子どもたちや教職員の反応も非常に良く、アンケートも「よくわかった」等好評であり、是非続けてほしいという話となった。また、劇をきっかけに子どもたちがホームを訪問する等、交流も始まった。

それぞれの小学校によって観劇する子どもたちの年齢はさまざまであるが、それ以降毎年実施しており、平成21年度には2回、平成22年度は9回、平成23年度は7回、平成24年度は7回、平成25年度は11回（年度内実施予定のものを含む）実施している。また、小学校での上演だけではなく、特別支援学校では白内障ゴーグル着用等の高齢者の体験講座、老人会での演劇上演等、対象に合わせて内容等も変えている。

上演時、8事業者は「にこにこ一座」と称している。劇の登場人物は認知症を持つおじいさん、おばあさん、夫婦、子どもの家族であり、それを8事業所から1~2人の職員が出てきて演じている。

こうした経緯から、南区のグループホーム事業所は更に密に連携をとり、地域の認知症高齢者への取り組みを協働して進めることとなった。また、事業所の入居状況や待機状況も知らせあう等して、互いの事業についても協力しあっている。利用者同士の交流も始まっており、年に1回開催される「にこにこピック」は各事業所の利用者代表5名による風船バレーの大会である。重度化の進む当ホームは例年最下位ではあるものの、利用者は楽しんで参加している。

(2) その役割・機能を有する背景・事情・課題等

① 開設等の背景

当地において40年の歴史を持つ社会福祉法人であり、特別養護老人ホームを契機として事業を開始した。ニュータウン開発が行われて交通が整備されるまでは、陸の孤島だった。そのため、職員用の寮を特別養護老人ホームの隣に建設したが、実際には利用者が少なく、しばらくしたら使われなくなった。その活用としてグループホームの検討がなされ、平成10年に改修が行われてホームの運営が開始された。

② 地域との密な連携

法人が位置する泉北ニュータウンの自治会活動は、かねてより活発な所が多かった。だが、当ニュータウンの高齢化の進行から、こうした一連の活動を契機に、法人と自治会は継続して連携し、地域での取り組みを進めることとなる。

住民らは認知症支援のNPOを3つ立ち上げており（うち、一つは若年性も含む）、そうした住民らの活動についても法人は協力を行うことで、地域における認知症の理解の促進に務めている。

特別養護老人ホームに在宅介護支援センターが併設されていることから、事業所に対し、住民からの直接の相談は無い。しかし、地域の自治会等と連携することによって、地域からの相談は受けている状態にある。

③ 人材確保・育成

グループホームの連絡会はグループホーム職員のみで実施しているが、ここまでの取り組みが可能となるのは、法人が社会福祉法人としてそれなりの数の職員を抱えているから、という背景がある。必ずしも地域との連携の全てについてグループホーム職員が中心となっているわけではないことに留意が必要である。

特養も運営する総合施設長は、グループホームと特養の最大の違いは「職員の関わりが濃密であること」にあると考えている。特に従来型特養ということもあるが、特養の場合は効率を求め、支援が作業となってしまいうようにも感じている。利用者に必ずしも同じスタッフが対応するとも限らない。しかし、グループホームの場合、常に同じスタッフが対応し、その人の思いや行動の速度にも寄り添うことができる。そのため、強い認知症の症状があった場合でも、落ち着きや進行の緩和がなされるようにも感じている。

同じように職員にもグループホーム向きの者とそうではない者がいる。とにかく仕事を早く進めたい、てきぱきと効率性を求めて動きたい等の人には向かないし、グループホームに配属しても特養に戻すことがある。しかし、グループホームのケアの方法を知ると、この方法で取り組みたいと考える職員も多い。

④ 経営面

ニッセイ財団の助成による調査研究をきっかけに、多くの取り組みが生まれた。自治会との活動が評価され、堺市からも継続的に活動助成を受け、活動の原資となっている。

⑤ その他

グループホームの利用者は、比較的重度な方が多い。ホームでは看取りまでを行っているが、それを可能としているのは隣地の特養の診療所の存在である。一応、ホーム退居の検討時期としては「ホームの階段が昇れなくなったら」を一つの目安としているが、現時点で殆どの利用者が昇れず、階段脇の昇降機を利用している。よって、座位が取れない、入浴にかなりの困難を伴う等の状況が生じた場合という状況である。隣の特養に移るケースも多いが、「この利用者はグループホーム向きである」と感じる方については、継続してみているという状態である。

4.7. グループホーム仁風荘1番館（(1)相談支援機能、(3)個別ケアの資質向上のための機能強化）

名称	グループホーム仁風荘1番館		
開設者	社会福祉法人養和会		
所在地	鳥取県米子市		
実施事業	グループホーム	1ユニット（計9名）	
	グループホームの併設機能	なし	
	その他実施事業	●グループホーム仁風荘2番館 ・グループホーム 2ユニット（定員18名）	
所在地特性	所在地	鳥取県米子市	
	人口等	総人口	149,773人（平成25年3月現在）
		高齢者人口	37,661人（平成25年3月現在）
		高齢化率	25.1%
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	17施設（定員：計252名） ※米子市HPによる
高齢者人口あたり割合		66.9人/高齢者人口10,000人	

(1) 役割・機能の特徴等

① 相談支援機能

地域でもひととき大きな法人（医療法人・社会福祉法人）で影響力も大きく、事業所は地域にも十分に溶け込んでおり、総合施設長（認知症介護指導者）は公的な仕事（市認知症地域推進員、県認知症介護研修スタッフ）も多数受けていることから、市、地域包括支援センター、他の介護サービス事業所、地域住民等各方面から様々な相談が寄せられ、対応している。

これら通常が多様な相談支援の他に、若年性認知症を発症したグループホーム待機者への相談支援を試行した。担当職員を決め、当該職員の出勤日にグループホームにボランティアとして受け入れ（月2-3回）、その役割の見出し、家族支援等を実施した。これによりグループホームの機能外で、グループホームのノウハウを活用した新たな支援サービス（介護保険外）がみえてきたと考えている。

② 個別ケアの資質向上のための機能強化

独自のケアチェックシートの活用により、見た事実のみの限られた記述ではなく、気付き・考えまでを文字に落とし込み、細かい気付きを通じお互いを知ることにより関係性が深まることで、人間らしく効果的な支援（ケアの専門性ではなく共同生活を送る疑似家族としての人間性を重視）の実施に反映させている。

入居者のことのみしか記述できない介護カルテの他に、職員間のみ気付きノート（共感ノート）を用意し、各職員が記録を読み自己責任で多角的に想像し自由に書き落とすことで、新たな気付き、他の職員との共感点を見出す等している。

共感レベルを高めないと情報共有は有効にはならないことから、一方通行になりがちな口頭の申し送りは最小限とし、各個人が自己責任で記録、情報収集、共有することが中心である。

(2) その役割・機能を有する背景・事情・課題等

① 開設等の背景

法人の前身は昭和5年開設の精神科病院である。以降、老健、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションへと広がり、平成12年のグループホーム開設につながった。その後平成16年にグループホーム増設。母体の病院は認知症医療疾患センターの指定を受ける。

その他に、精神科デイケア、障害福祉サービス事業所、小規模多機能、シニアマンション、通所リハビリテーション、デイサービス等多様なサービスを運営している。

② 相談支援機能

老人会・婦人会・自治会が当然のように機能し、集まりが豊かな土地柄のため、認知症をテーマに集まると認知症カフェのようになる。当然、グループホームもその中に溶け込んでおり、更に前理事長は県会議員で選挙の地盤としても地域との関係を強化していたことから、行政よりも先に相談を受けることも少なくない。

若年性認知症を発症した人の入居相談・予約を受けた例では、既にいる入居者の平均年齢が高く、たとえ入居しても望ましい生活になりにくいと考えられたことから、ボランティアとして通い、貢献してもらうことで在宅療養を支援する形を整えた。同種の事例は多く発生し得ることから、経験を他に適用できるよう、本人のボランティア活動を支援する担当職員を決め、1事例でも実施可能な形を確立することを重視して取り組みを行った。その取り組みからは、こうした支援方法は本人の自信につながるものの月2～3回の支援では不十分であること、また、認知症の進行スピードが速く、疲れが強くなることから、短時間の頻回実施が重要であること等がわかった。

現有の体制でプラスアルファの取り組みを行ったことにより、若年性認知症の支援対応を行った場合でも残りの体制で十分なケアが可能であったという実績も考慮し、今後は訪問系サービスを確立できる可能性が高まったと考えている。

③ 個別ケアの資質向上のための機能強化

センター方式のシートは認知症のためのシートであり、グループホーム以外の他の施設でも同じシートとなり、焦点がぼやける。そのため、グループホームならではのアセスメントシートを作りたいと総合施設長が考えた。また、職員にとっては、その継続が重要であり続けられるようなシートであることも必要なことから、センター方式を参考にしつつも独自のケアチェックシートの開発に至った。

グループホームは認知症の人と一緒に生活していく「共同生活介護」であり、家族ではないものの、共に喜び・悲しみ・支え合う疑似家族であることがポイントである。

各入居者の興味・価値観等をよく知り、その特性を掴んだケアを行わないとBPSDを引き起こすことから、ケアチェックシートの4つの観点の中でも特に人的な視点を重要視した内容としている。

④ 人材確保

前理事長から雇用を重視しており常勤職員が基本。良質な人材に育てるには手間がかかっており、離職ダメージは大きい。辞めるコストも考慮すると10年単位では常勤のコストもイーブンになると考えている。

大規模法人ではあるが、法人内の多数の事業所は各施設長に経営責任、そのため原則として異動はしていない（OJTに3年はかかるため3年単位での異動なら無意味）。

⑤ 経営面

常勤職員での雇用重視、1ユニット9人の規模は、経営面ではコストアップとなる要素であり厳しい。

これに対し、①多数の事業所を抱える大規模法人でありある程度のバッファが持てること、②総合施設長の公的職務の報酬等を充当すること等により成り立たせている。

4.8. グループホームカムさぁ (4)医療機能の確保・強化

名称	グループホームカムさぁ		
開設者	社会福祉法人リデルライトホーム		
所在地	熊本県熊本市		
実施事業	グループホーム	1ユニット (計9名)	
	グループホームの併設機能	<ul style="list-style-type: none"> ● デイサービスセンターカムさぁ ・ 通所介護事業 (定員 15 名) ・ 介護予防通所介護事業 	
	その他実施事業	<ul style="list-style-type: none"> ● 指定訪問介護リデルホーム ・ 訪問介護事業 (利用者総数 99 名) ・ 介護予防訪問介護事業 ● デイサービスセンターユーカリ苑 ・ 通所介護 (定員 25 名) 事業 ・ 認知症対応型通所介護事業 (定員 12 名) ・ 介護予防通所介護事業 ・ 介護予防認知症対応型通所介護事業 ● 短期入所生活介護リデルホーム ・ 短期入所生活介護事業 (利用者総数 20 名) ・ 介護予防短期入所生活介護事業 ● 小規模型ユニット型介護老人福祉施設リデルホーム黒髪 ・ 介護老人福祉施設事業 (定員 30 名) ● 養護老人ホームライトホーム ・ 特定施設入居者生活介護事業 ・ 介護予防特定施設入居者生活介護事業 ● 小規模多機能型居宅介護事業所ムーネ黒髪 ・ 小規模多機能型居宅介護事業 (登録定員 25 名) ・ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業 ● リデルホーム居宅介護支援事業所 ・ 居宅介護支援事業 (利用者総数 135 名) ・ 介護予防支援事業 	
所在地特性	所在地	熊本県熊本市	
	人口等	総人口	731,815 人 (平成 25 年 3 月現在)
		高齢者人口	161,752 人 (平成 25 年 3 月現在)
		高齢化率	22.1%
	グループホームの整備状況	施設数及び定員	52 施設 (定員 : 計 650 名) ※熊本市 HP による
高齢者人口あたり割合		40.2 人/高齢者人口 10,000 人	

(1) 役割・機能の特徴等

医療法人による経営でなく、母体・関連施設に医療機関がない社会福祉法人であるが、事業所内の看護師が多数の外部医療機関と連携することで、入居期間の長期化による重度化に伴って発生する医療ニーズに対応。希望する入居者（家族・主治医の協力が前提であるが）は最期までみることにしており、平均して年間1名の看取りを実施している。

医療提供体制は、事業所内の看護師（管理者1、従事者1）と准看護師（従事者1）が、各入居者の入居前からの主治医（長年入居者のことを熟知し、入居者との関係が構築されているため）と緊密に連携・調整し、各主治医の指示の下、日常的な医療処置や状態管理、通院への付き添い、往診の受入を行っている。また法人の理事長（精神科医）が必要に応じバックアップする他、定期的に（概ね週1回）往診を行っている。

通院か往診かは、入居者の状態や主治医の考え方により異なるが、入居間もない元気な時期や、鑑別診断（精神科）の場合は通院（概ね1～3ヶ月に1回）、認知症の進行により外来で待てない、あるいは医療機関に受け入れてもらえない場合は往診（概ね2週間に1回）となる。現在の入居者（1ユニット9名）のうち通院は2名、残る7名が往診となっている。

看護師・准看護師共に介護職員として従事しており、入居者の日常的な生活支援にも対応。育児中の看護師は日勤のみだが、他2名（管理者・従事者）は夜勤や看取り期の泊り込み（職員が不安になる病状の変化への対応、家族を呼ぶ判断等）にも対応する。

通院の付き添いは、日常生活の過ごし方や病状の変化を医師に説明する等、医師との情報共有・連携のために看護師が対応する。半日かかることから病院の待合室を活用し家族（家族にも付き添ってもらうこととしている）とのコミュニケーションによる入居者や家族に関する情報収集や、家族の理解・協力を得る機会としているだけでなく、入居者や家族との夕食等のレクリエーションの機会としても活用している。

(2) その役割・機能を有する背景・事情・課題等

① 開設等の背景

法人の前身は、隔離政策とは一線を画したイギリス資本のハンセン病の療養所から始まっており、未感染の家族のための老人ホームの設置へと広がり、キリスト教系の社会福祉法人（経営よりも人権を重視）として時代の変遷に伴い特養や養護老人ホーム等の整備へと広がった。

特養をはじめとする高齢者の住まい（有料法人ホームや高齢者住宅等）の整備の他、待機者増に対応し居宅介護支援、デイサービス、ショートステイの機能の提供に加え、平成17年にグループホームを開設（現在グループホームは3～4年待機）した。

地元自治体において重要な位置を占めており、地域包括支援センター、高齢者支援センターの機能を受託している。

② 医療提供体制

開設時の入居者（夫婦）が終末期となり、自宅に戻って最期を迎えようとした本人に対し、事業所が看取り（看取り加算が設けられる前であったが）を提案し、近所で往診してもらえる医師の支援により1例目、3例目の実績ができた。

2例目で長年の主治医に看取ってもらいたいという入居者の希望に対応し、当該主治

医に要請（時間をかけて説得）を行い、遠いながらも入居者との関係により適時・適切に往診・看取りを行えたことにより、以降、各入居者の主治医への要請による往診・看取り体制が基本となった。

中にはホームでの看取りを認めない医師、主治医が大病院の医師のため往診困難等、協力・支援が得られないケースもある。その場合は本人・家族のホームでの看取り意向によっては近所で往診してもらえる医師に主治医を切り替えることもある。

認知症やグループホームを理解・熟知する医師は限られており、毎回、各入居者の主治医への要請（理解を得る）には苦勞している。事業所の協力医療機関に入居者の主治医を全て切り替える方が効率的であるが、入居者を長年熟知している医師の方が適切であることや、家族が主治医の切り替えをよく思わないことから、このような手間のかかる体制をとっている。このように手間をかけることが可能となっているのは、経営的には厳しいものの1ユニット9人に抑えていることにもある。

事業所内で看護師を雇用しているのは、当初、外部の訪問看護事業所との連携も検討したが、週2日各2時間のみの対応で加算等を全て訪問看護事業所の取り分という条件であったこと、看取り期は何かと医療職を必要とするため内部雇用の方がよいと判断。現在は子育て中のため非常勤となっており介護職としても多大なる貢献をしているがいずれ常勤化するとコストアップになるのは確実と考えている。

③ 人材確保・育成

常勤・正規職員の比率が高い。実習生が減る等人材確保難の中で、良質な人材の確保・定着（離職防止）、職員の質の維持のためには、昇給・休暇・育休・短時間勤務や夜勤免除等福利厚生の実施が不可欠という法人の方針の下、恵まれた勤務環境となっている。

大規模法人で、法人内の多数の事業所に数年間隔で異動する仕組みにより、多様なノウハウの習得と、短時間勤務者の適正配置を可能としている。

看取りについては、職員が疲弊・ギブアップしない体制を腐心。十分な教育と随時相談による不安の除去、看取り前後の無記名のアンケート（感想や反省を自由記入、リーダーがコメント・フィードバック等追記）によるフォローとスキルアップを図っている。

④ 経営面

常勤・正規職員での雇用重視、福利厚生の実施、1ユニット9人の規模は、経営面ではコストアップとなる要素であり厳しい。

これに対し、①多数の事業所を抱える大規模法人でありある程度のバッファが持てること、②給与体系が事業所間で異ならず法人で共通していること（資格や経験年数で号俸を透明化）、③事業所が単独ではなくデイサービスを併設し、職員を兼務としていること、④待機者が多く稼働率が99%と非常に高いこと、等により何とか成り立っている。

5. 各事例からの考察

寄せられた事例からは、いくつかの共通点がみられた。代表的なものとして確認された内容としては、次のようになる。

(1) 相談支援機能について

【事業者からの問合せの増加】

直接に利用者家族や住民からの問合せが来る以上に、最近では高齢者を支援する機関からの問合せが増えているとしている事業所が複数あった。グループホームと同じく高齢者に支援を行う施設の場合でも、必ずしも認知症についての専門的な知識があるわけではない。そのため、自治体からの問合せ、地域包括支援センターの相談部門から地域からの相談への照会等、住民以外からの問合せが目立つようになってきている。

複数あげられたのが地域包括支援センターからの問合せである。地域包括支援センターは、地域の相談機関として認識されているであろうことから認知症を持つ人に関する問合せ等がなされていると考えられるが、実際の処遇等については行っていない。認知症についての専門的な知識、ケア等の経験については、グループホームで豊富であることから、今後さらに高齢化が進み、住民からの相談件数が増加した場合の対応等については、認知症を含む相談等についてはグループホームが分担して引き受ける等の方向性もあるものと考えられる。

(2) 個別ケアの資質向上のための機能強化

【利用者を深く知る】

利用者の背景や状況を探るため、個々の事業者で方法を開発し、利用しているケースがみられた。そのうちの 하나가、横浜ゆうゆうの「ひもときシート」(資料 1. ひもときシート)、グループホーム仁風荘の「ケアチェックシート」(資料 2. ケアチェックシート)のような、利用者の状況や状態をより深く知るための支援者自身の気づきを促す資料を用いてケアの品質向上を図る仕組みである。また、両事業者ともその資料を用いて地域の同業者に対して研修を行う等、地域全体の質の向上にも取り組んでいる。

横浜ゆうゆうのひもときシートの場合、利用者に対する主観的情報を確認した上で分析を行い、それを更に本人の立場や思いに置き換えた上で課題解決に向けて検討を行っていくことで、利用者に対する理解を深め、更にはその人を理解する上での支援者自身の共感を深めていこうとするものである。

グループホーム仁風荘のケアチェックシートは、アセスメント(評価)補助チェックシートとして位置づけられている。この資料の主旨は「その人を知る(知り続ける)支援が、その人の尊厳を守ることの第一歩である」として、知りえた情報(目に見えている)だけではなく、「～かも」と推測(目に見えていない)した情報、すなわち支援者が利用者を気づこう・知ろうとする姿勢を重視し、そこから観察力と向き合う姿勢を深めようとするものである。そのため、本ケアチェックシート以外にも、支援者はノート等で多くの自身の気づき等を書き留めている。

【その人の力を把握し、適切な支援を組み立てる】

もう一つは、利用者自身の可能性を確認した上で個々人の生活上に必要な支援を組み立て、かつその支援者ごとに提供サービスの品質のばらつきを防ぐような情報共有と支援者のスキル向上を図るグループホームあいむのQC（QC:Quality Controle、資料3. QC資料）の仕組みである。

あいむのQCの場合、生活行為を細分化した上で、各利用者の実施可能性と実現策について確認し、利用者の持つ能力の最大化を図る視点で支援を的確に行おうとしている。よって、支援者もその情報を極力正確に把握すると共に、その支援に適した職員が関わることで効率的に支援が行えるよう体制を組んでいる。また、そのためには情報共有が重要であることから、毎日の支援開始に際しての確認プロセス、日々の記録や情報確認のためのツール等の工夫を行っている。

いずれの例についても、利用者個々の状況を正確に、かつ積極的に把握しようとするものであり、そのことはケアの品質を高めると同時に、支援にあたる人材の質が図られているという内容のコメントがあった。

(3) 地域との密な連携

【利用者の生活の連続性】

グループホームの中だけで利用者の生活が完結するのではなく、地域住民としての生活を引き続き送ることができることを重視し、そのための機能を保有することを意識した事業の組み立てがみられた。、事業も、相談や訪問・通い・泊まり在宅サービス等の在宅生活を支える機能からグループホームの入所利用までの段階的な構成を意識している等、生活の連続性に配慮したものとなっている。

加須ひばりの里の場合はグループホーム2ユニットの他、介護保険による訪問介護、通所、居宅介護、介護保険外の生活サポート、宿泊サービスが複合化されている。このことによって、在宅の利用者は症状の変化と共に利用の形態を変化させ、今までの自宅からグループホームと言う新たな住まいに徐々に移行することとなる。

【地域の一員として】

グループホームは、地域の資源として、そして地域の一員として認識されることが必要である。そうしたことから、いずれの事業者も地域住民や地域の事業者との連携には積極的に取り組んでいる。

地域住民らに対しては、理解促進や啓発活動が主となる。しかし、例えば利用者だけの外出や買い物を行っているグループホームあいむの場合、地域に住む高齢者の一人として利用者を緩やかに見守る地域住民らの理解や支援が、その実行に際しても非常に重要なものの一つとなっているものと考えられる。

地域の事業者らとの関係においても、地域全体の支援に関する質をあげていくための努力を積極的に行っており、複数の事業所において他事業所と共同しての連絡会や検討会、勉強会等を実施している状況がみられた。

【地域の啓発・地域活動の支援】

高齢化が進む中、どのようなまちづくりを進めていくかを住民と一緒に検討する事業者

も出てきている。

グループホーム年輪の場合、同じニュータウン周辺のグループホーム事業者らと共同で小学校等に対して認知症の劇を毎年上演している(資料4. 児童による観劇のアンケート)。そうした意識啓発に加え、自治会等と共に高齢になっても住めるまちづくりの検討への参加や、住民による認知症の人たちの支援への取り組みの支援を行う等、認知症や高齢者に対する専門的な知識を持って実際のまちづくりにも関わっている状況があった。

(4) 医療機能の確保・強化

【事業所内の機能確保とその連携】

医療機能が必要になった場合、一定程度の機能を事業所内部に確保し、更にその機能が外部と連携することで高い効果をあげている状況がみられた。

こもれびの場合、有限会社ではあるものの開設当初より看護師(日勤)を雇用し、往診医師の確保を進めることで、事業所内では多くの医療的処置が実施できる環境を作っている。看護師がいることで、介護職員も医療に関する知識等やそれに基づく対応能力を向上させており、より充実した支援が可能となってきている。また、そうした事業所の実施体制やスキルがあることで、医療機関に対して依頼する内容も明確になり、業務に取り組む上での信頼関係も醸成されてきている。

カムさあの場合も介護職員として看護師、准看護師を雇用しており、通院の付き添いは医師との情報共有や連携の点からも看護師が対応している等、入居者の日常的な生活支援にも対応している。カムさあの場合は利用者の看取りも多く実施しているが、ターミナル期はどうしても医療職が必要となる。一方、そうした際にも、常日頃より支援にあたっている医療職の存在は大きいことがうかがわれる。

(5) その他

今回寄せられた事例以外からも、次のような実態の報告があった。

【認知症高齢者の権利擁護～成年後見の問題】

施設の受入や利用、入院の手続きや手術の同意、そして看取りを行うのにも本人以外に家族等の同意が必要とされるが、核家族化や高齢化の進行と共に、家族や身寄りがいない等の高齢者が増えている。そのことはグループホームの利用者も同様であり、認知症高齢者の権利擁護をどのように考えるかと言う問題が出てきている。

グループホーム花こまちの例では、身寄りが無い利用者に成年後見制度の適用を考え、その利用者に代わって利用者の縁の切れた家族を探し出して申し立てを実施し、さらにその成年後見人として当該事業所の理事長が着任するという例があった。しかし、その場合、その利用者と、利用しているグループホームを経営する理事長は利益相反の関係となることから、当該グループホームから他の介護老人保健施設に移動していただくこととなった。今後はこうした人々が増え、グループホームが利用者の成年後見の手続きの支援を行うケースもその対応を求められることが考えられ、市民後見等の活用も視野に入れた対応策を考えられておくことが必要となってきている。

【まちづくりへの取り組み】

事業所が自治会らと一緒にまちづくりに取り組む例も出てきている。

宮城県仙台市青葉区荒巻地区では、町内会連合会や地区社会福祉協議会等と地域の介護事業所が協働して「荒巻安心タウン構築委員会」を結成し、「荒巻安心・安全タウンマップ」づくりに取り組んだ。このマップ帳は、右から開くと4ページの「防災編」、左から開くと10ページの「高齢者見守り編」となるように工夫されており、必要に応じて使い分けことができ、常に目の届く所に吊るしておけるような工夫もされている。防災編には、避難所や公園、井戸、食料品店等の災害時に役立つ地域資源を標記した「防災マップ」、高齢者見守り編には、認知症の人に優しいお店や病院、福祉施設等を標記した「地域資源マップ」と高齢者情報や認知症の知識等を掲載している。作成にあたり、担当の住民らは介護事業者らと街歩きを行うとともに、住みなれた荒巻地域で安心して生活できるようネットワークづくりを行うべく、地域の商店や理美容院等に対して高齢者への配慮や声掛けの依頼を行った。そして、その主旨に賛同した協力施設や店舗に対しては「安心タウンステッカー」を配布し、福祉資源として一目で判るようにして高齢者や住民への周知を促すこととした。

マップ作成には、認知症に対する知識の獲得と理解を深めることが不可欠であることから、荒巻地区にある「グループホーム楽庵」も認知症研修の担当として委員会に参画し、町内会長や地区社協の福祉委員らに啓発活動を行い、地域住民と共にマップづくりに取り組んだ。現在の「荒巻安心タウン構築委員会」は、「荒巻安心タウン推進委員会」として衣替えし、要援護者マップの作成や認知症サポーターの活用、オレンジカフェ等の展開も視野に入れて、さらに安心・安全なまちづくりを進めるべく活動を継続して行っている。



防災編（右開き）

高齢者見守り編（左開き）

「荒巻安心・安全タウンマップ」

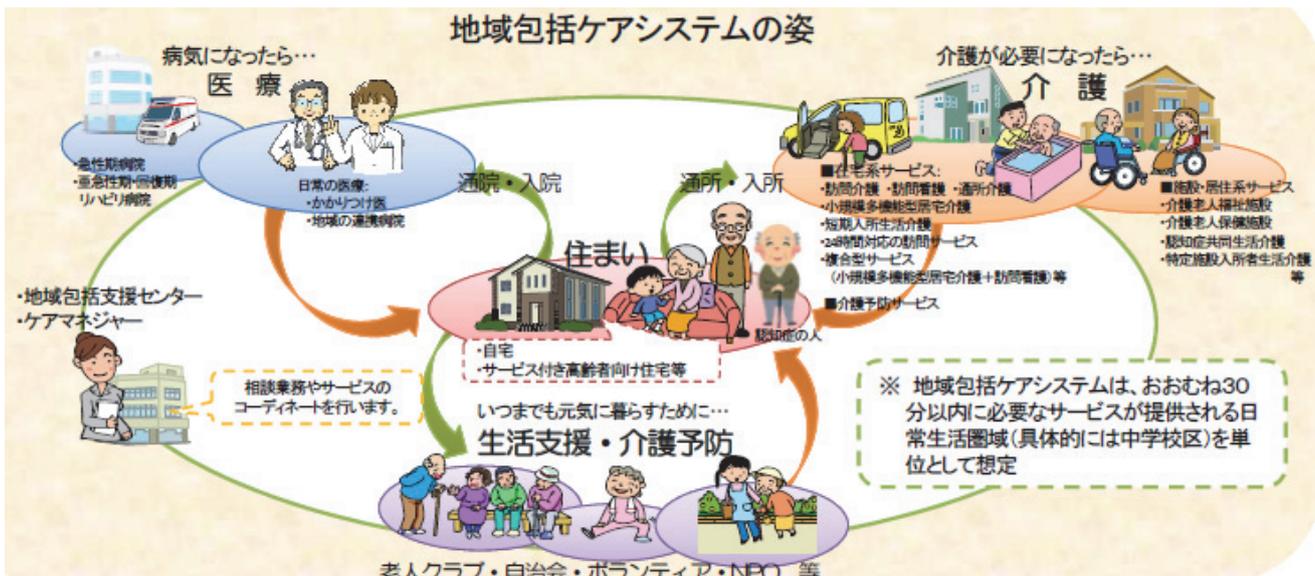
「荒巻安心タウン構築委員会」参画団体

- ・荒巻地区町内会連合会・荒巻地区社会福祉協議会・荒巻地区民生委員児童委員協議会・荒巻小学校
- ・荒巻赤十字奉仕団・仙台北警察署荒巻交番・青葉消防署荒巻出張所・青葉消防団荒巻東分団
- ・荒巻ヘルパーステーション・楽園デイサービスセンター・葉山ケアプランセンター
- ・葉山地域包括支援センター・特別養護老人ホーム仙台楽生園・グループホーム楽庵

第4章 今後への課題・展望

1. 調査結果からの考察 ～地域包括ケアシステムとグループホーム

地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような住まい・介護・予防・生活支援が一体的にて提供される包括的な支援・サービス提供体制である。



出典：「地域包括ケアシステム」厚生労働省

一方で、在宅の高齢者の生活を支えるには、次のようなことが必要となる。

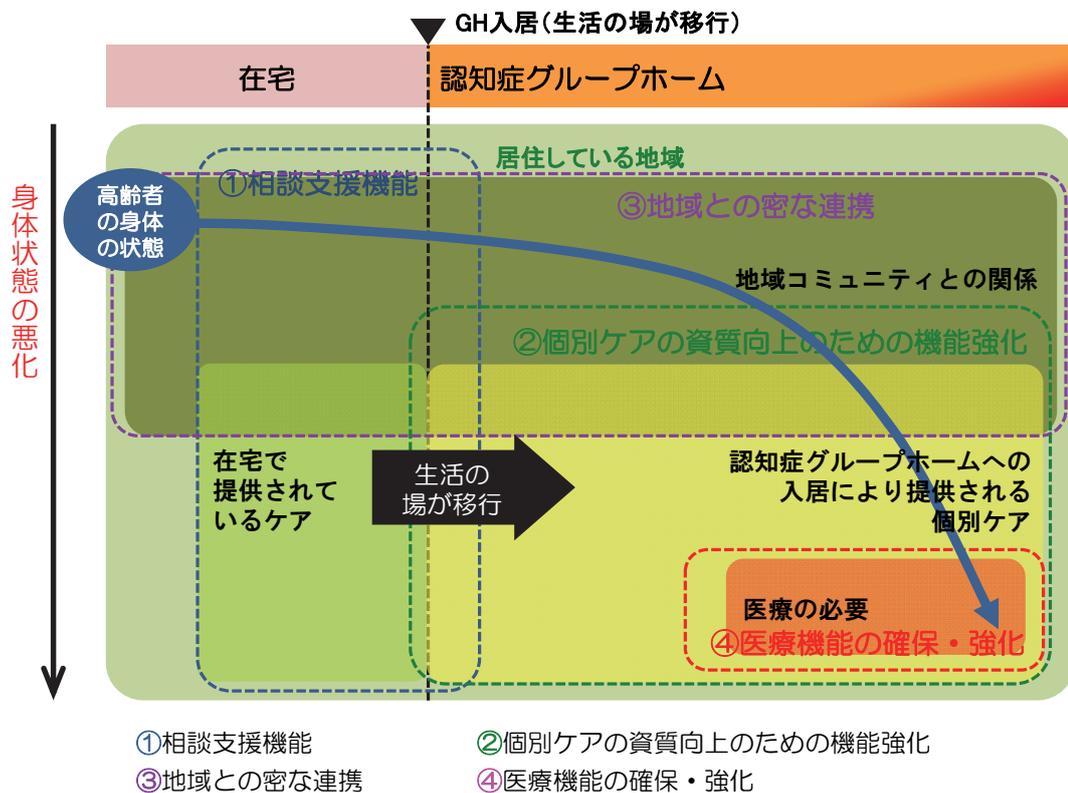
- 高齢化に伴い必要となる支援については、特に生活の視点で個人のニーズに合わせた個別の対応を行う「個別ケア」がその核となる。
 …「②個別ケアの資質向上のための機能強化」
- 従来の自宅から高齢期に適した住まい等に住替えること等があっても、それまでの生活の連続性に配慮した支援が求められる。
 …「①相談支援機能」、「③地域との密な連携」
- 加齢や心身状態の悪化に応じて、医療機能の確保や連携が必要となる。
 …「④医療機能の確保・強化」
- 地域全体の福祉向上や社会への啓発等を行う「支援拠点」が必要である。
 …「①相談支援機能」、「③地域との密な連携」
- 高齢期になっても安心して住み続けられる「住まい」の確保が必要である。

以上のうち、個人の資産にも通ずる「住まい」の確保を除く、「①相談支援機能」、「②個別ケアの資質向上のための機能強化」、「③地域との密な連携」、「④医療機能の確保・強化」は、当然ながら地域包括ケアシステムの中において実現されることが求められる。そして、それは全ての高齢者にとって共通でもあり、認知症である・なしを問うものではない。

よって、高齢者の生活の場であるグループホームが、高齢者の生活を支えるために地域包括ケアシステムの中でこれらの追求を行っていった結果が、今回の調査等でもみられた多様化の実態としてあらわれているのではないかと考える。

グループホームは認知症高齢者の生活の場であることから、これらの確保や調達を行うことを求められ・それに対応しようとしているのはグループホームの運営事業者と考えられる。そうしたことから、本調査では運営事業者が「①相談支援機能」、「②個別ケアの資質向上のための機能強化」、「③地域との密な連携」、「④医療機能の確保・強化」の4つを確保するためにどのように取り組んでいるかを確認したが、以上の4つは高齢期の生活に不可欠な内容であることから、多くの事業所が4つの全て、または複数分野に対して取り組んでいる状況も確認できた。

下は、縦軸：高齢化に伴う身体悪化の状態と、横軸：在宅（今までの自宅）から認知症グループホームに入居することで生活の場が移行した状態において、上の4つ（①相談支援機能、②個別ケアの資質向上のための機能強化、③地域との密な連携、④医療機能の確保・強化）がどのように関係しているかを整理したものである。



図では、高齢者の状態が徐々に悪化していくことを端的に示しているが、その悪化に伴う支援や新たな住まいの場であるグループホームの移行に際しては、①相談支援機能によって、その支援がなされる。その場合、必ずしも相談支援機能はグループホームと高齢者や家族に対して直接提供されるとは限らず、その他の福祉専門職等をグループホームが支援することで間接的に提供がされることも考えられる。

高齢者の支援ニーズに対して提供されるのが、その個々人に合わせた個別ケアの提供であり、②個別ケアの資質向上のための機能強化が求められることとなる。更に、住まいの場が今までの自宅からグループホームに移行した場合、今までの地域との関係を利用者が保ち続けられるよう、そして高齢者の住まいであり、認知症の専門的な知見を持つ拠点と

してグループホームが地域に根ざしたものとなるよう、③地域との密な連携が求められることとなる。そして、グループホームの利用者である高齢者の状態の悪化やターミナル期には、④医療機能の確保・強化が求められることとなる。

認知症を持つ人の生活を支えるべく、グループホームはこうした高齢者のライフステージの変化に合わせた機能を新たに持ちつつあると考えられるのである。

自分の意思や希望をうまく伝えることが難しい認知症の人々には、個々人をしっかりと見つめた個別ケアが不可欠である。それが地域において望ましい状況で実施できるよう、その思想に則り、地域に馴染む程度のスケールの建物において小規模単位の密なサービスが提供されているのが現在の認知症グループホームの基本である。よって、「②個別ケアの資質向上のための機能強化」の追及は、全グループホームが取り組むべき課題として認識し、実践しているものと考えられる。その上で、運営事業者の背景や経緯、地域ニーズや地域資源の状況等を勘案しつつ、「①相談支援機能」、「③地域との密な連携」、「④医療機能の確保・強化」が、現在の地域包括ケアシステムの中でグループホームは取り組んできているものと考えられる。

本調査研究は、地域包括ケアシステムにおけるグループホームの役割を確認し、その多様化の状況について具体的な事例をもとに確認を行ったものである。寄せられた多くの事例からは、認知症を持つ人が、地域の中でどのようにグループホームと関わり、今までの自宅から認知症グループホームと言う新たな住まいに生活を移行させ、その中でも生活者として地域と関係を持ちつづけるようにし、心身状態の悪化に対応するか、そしてそれらを個々人の状態を見つめながら個別ケアの方法によって提供するかということに熱意を持って取り組んでいる状況があり、地域の認知症の専門的な知見を持つ拠点として機能しようとしていることが見えた。

2. 今後の展望

～地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの機能強化と未来志向～

2.1. グループホームをとりまく状況と運営の多様化の実態（重度化傾向を含む）

2013年6月の厚生労働省研究班（代表者・朝田隆筑波大教授）の報告によると、2012年時点で認知症の人は約462万人、その予備軍であるMC I（軽度認知障害）の人は約400万人と推計されている。

また、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」では、2018年までにグループホームに25万人規模の確保が要請されている。

グループホーム（協会）は、認知症の人、及び家族関係者のニーズや期待感を受けとめ、真正面から取り組むべき立場にあることを確認しつつも、当協会による前年度の調査研究報告で明らかとなっており、各グループホームの入居者の重度化傾向は顕著となっており、当面、グループホーム運営における適切なサービス展開、並びに経営の安定化が求められている（今後は、人材養成・確保が求められる）。

具体的には、グループホームにおける介護・支援等サービスの適切化が求められる一方、グループホーム経営の安定的な基盤を確保しつつ、グループホームによるサービス機能の強化が要請されている。

2.2. 認知症ケアの多機能化への社会的要請（グループホームの機能強化）

(1) 相談・支援機能の開発・設定

グループホームが特定の入居者へのサービス提供組織にとどまらず、その培ってきた認知症ケア・サービスを地域に開かれたサービス機能として、第1に、グループホームの入り口機能を明確にすることであり、とりわけ独自の相談・支援機能の開発・設定が重視される。グループホームに入居を希望する当事者・関係者への対応はもとより、認知症が懸念されるも手続き上未認定である人々、早い段階で認知症が診断されたが対応するサービス・社会資源が明らかでない人々など、幅広いニーズを持つ人々への相談・支援の機能をいかに確立していくかが重要である。

提言 I

認知症ケアに特化した相談・支援事業（認知症ケア相談・支援センター（仮称））を、認知症グループホームに併設すること。

次善の策としては、各グループホームの計画作成担当者（介護支援専門員）に着目して、グループホーム内業務に専念するだけでなく、地域の係る相談・支援機能の一翼を担うべく、介護報酬上の評価（または地域支援事業の一つとして運用）されることが求められること。

(2) ベースとなる介護・支援機能の重視

機能強化の第2のポイントは、ベースとなる介護・支援機能を重視し、グループホームに入居する一人ひとりに対する個別ケアの徹底について改めて注意喚起を図るとともに、

こうした力量を高めることが各グループホーム内の介護職員一人ひとりの力量向上を確保するものであり、比較的若く経験年数の短い職員の処遇力量の向上とスタッフとしての自信獲得に繋がるものである（次代のグループホームの担い手養成の視点）。

提言Ⅱ

全ての認知症グループホームは、入居者一人ひとりの生活と安全、人権を尊重する視点から、グループホームごとに入居者処遇において基本的活動・諸能力を点検すること、とりわけ個別ケアを重視する観点から、適切なアセスメント・ケアプラン作成の力量を高めるため、事業所内外の研修を強化すること。

また、都道府県・指定都市等による公的研修の充実が要請されるとともに、当協会主催の各種研修、事例研究の交流等が組織されねばならない。

(3) 入居者の重度化への対応

入居者の重度化傾向とそのことへの具体的かつ直接対応としては、看取りの役割を含め、グループホームがその事業所内外において、医療・看護機能の内包化と連携強化が求められている。

内包化とは、具体的には各事業所において介護職員の研修強化を図るとともに、必要に応じて看護職員の配置を位置づけることである（当面、全てのグループホームではなく、具体的に看護師等を採用・配置したホームに、適切な介護報酬上の評価等を求めるものである。※2006年度から医療連携体制加算が創設されたが、現行の加算では十分な看護師等の配置が行えない）。

連携強化については、地域の医療機関との連携を十分に確保しつつ、具体的には、入居者の通院または往診等の確保であり、また訪問看護事業所との具体的な連携を確保するなど、日常業務上の指針を確立しつつ、また具体的な業務連携を図り、個別事例についての柔軟な対応を行うことを旨としなければならない。

提言Ⅲ

認知症グループホームにおいてターミナルの段階に移行しつつある入居者については、グループホームでの継続処遇を図るのか、あるいは特別養護老人ホームまたは介護老人保健施設等への移行処遇等の方針を採るのかを明確にするるとともに、継続処遇の方針が採られた際には然るべく対応の強化、また、必要に応じた看護職員の採用・配置を図ること等、処遇上のきめ細かな対処が要請されていること。

特に、要介護4～5レベルでターミナル段階にある入居者についての適切処遇を確保するため、適切な介護報酬上の加算等評価が求められること。

なお、認知症の入居者が、がんに罹患した場合、末期がんである場合など、処遇上の多問題ケースについては、グループホーム内で徹底した事例検討を行うことはもとより、医療機関と提携した、きめ細かな対処方法が求められるとともに、かかる深刻な事例については、介護報酬上の適切な評価が行われる必要がある。

2.3. 多機能化＝グループホームの質的・量的発展の道筋

(1) 相談・支援部門（機能）の設定

グループホームは地域の認知症の人を受けとめる存在でありサービスであるが、定員が限定されている。現実の地域社会では、認知症とその隣接領域で多様なニーズを抱えた人々が居り、グループホームは地域に開かれた『窓』あるいは、ケアパスの入口を用意しなければならない。

そうした意味において、地域に認知症専門の相談・窓口機能の開発が求められており、グループホームは自らの事業に隣接して、相談機能の開発に努力していくことが求められている。

グループホームを運営する法人（特に社会福祉法人、医療法人の場合）において、既に地域包括支援センター、または在宅介護支援センターを併設、地元市町村から受託運営している地点も一部あり、改めて、相談・支援機能の開発が喫緊の課題となっている。

(2) 認知症カフェの取り組みとの連動

当協会による平成25年度の別途調査研究「認知症グループホームを拠点とした認知症の人や家族支援のあり方に関する調査研究」によって明らかにされつつあるが、『認知症カフェ』の取り組みが、既に全国数十地点においてグループホームを核として展開されており、今後、各市町村の地域支援事業として広範に展開されていく可能性が高まりつつある。

また、本調査研究では、認知症カフェ以外にも、独自の短期入所サービスを展開している事業体（埼玉県、岡山県など）が明らかとなっており、単体としてのグループホーム事業に留まらない、サービスメニューの多様化を通じた社会貢献といった側面があることも明らかである。

(3) 重度化（看取りを含む）に対応可能な条件整備

当協会による前年度の調査研究報告で明らかとなっているが、グループホーム入居者の重度化傾向は顕著であり、看取りのケアを含む丁寧な対応が求められている。

そこで、2つの対応方法（＝条件整備）が想定される。

第1に、グループホームの職員配置の中に、看護職員の配置を盛り込むことである。医療・看護機能の強化として現場でも評価される対処ではあるが、グループホームの事業体の人件費負担の現況からすれば、適切な介護報酬上の評価（加算対応を含む）が要請される。同時に、看護師の人材確保については、病院・クリニック等はもとより、特別養護老人ホームなどでも看護職員の確保は採用困難となっており、仮に介護報酬改定・加算等が行われてもグループホームにとっては直ちに楽観できる状況にはないということである。

第2に、地域の医療機関や訪問看護ステーションとの連携強化である。個別の事例に対する訪問看護や往診の確保は大切であり、地域の連携会議開催はもとより、日常的に医療機関や訪問看護ステーションとの業務連携を具体的に促進することである。

また、こうした連携のほか、一部の府県では、グループホーム運営に携わる医療法人が他の非医療系法人（社会福祉法人やNPO法人等）でグループホーム運営を行っている事業体（ユニット）に対して、言わば法人間の提携事業を展開することが可能か、検討を始めた地点もある。

2.4. グループホームを中軸とする地域の認知症ケアセンター化を展望

(1) 地域の認知症ケアセンター化を展望する

以上のような、グループホームの多様な展開をふまえた、多機能化を検討してきたが、多機能化の各項目を充足することも大切ではあるが、グループホームの果たす社会的役割を、今後、認知症対応のケアパスや、地域連携等を模索するなかでは、地域包括ケアシステムの一環として、グループホームを中軸に置く、地域の認知症ケアセンター化が展望されるべき段階に入っているように考察される。そして、これらの機能強化は、今日提唱されている『認知症ケアパス』の枠組みを確認し、その取り組みを推進することにおいて効果的と考えられるものである。

(2) (試案) 地域の認知症ケアセンター化の構成・類型化

そこで、各地のグループホームが設置されている地域・環境等は多様であっても、各グループホームの特性を生かした地域での発展方向を図式的に示した試案が以下である。

● S型（スーパー）

認知症疾患医療センター＋地域包括支援センター＋グループホーム(2～3ユニット)＋ α

※ α は小規模多機能型居宅介護・サービス付き高齢者住宅・認知症カフェ等の付帯事業を想定

二次医療圏、または大都市等を背景としながら、認知症ケア・地域包括ケアに関わる基本的サービス機能が同一の事業体にある、または緊密な業務連携を行うことができる医療系法人または社会福祉法人が軸となる運営類型。

● A型（総合型）

グループホーム(2～3ユニット)＋認知症ケア相談・支援センター(仮称)＋認知症カフェ＋ β

※ β は短期入所サービス(3床程度)、共用型デイサービス等を想定

人口規模10万人以上の自治体などを背景としながら、認知症ケア相談・支援センター(仮称)を併設し、グループホーム事業を核としながら、認知症カフェなどの新しい社会資源が設定されるほか、認知症に関わる複数のサービスメニューが用意されている運営類型(運営には、公益性の高い社会福祉法人、またはNPO法人が担当することが想定される)。

● B型（標準型）

グループホーム(2ユニット)＋認知症カフェ＋ β

市町村、または日常生活圏域を背景としながら、認知症ケアの基本的なサービスを展開している運営類型(専任の相談員が配置され、カフェ事業等も行われる。)

● C型（小規模型）

グループホーム(1ユニット)＋ γ

※ γ は短期入所サービス(1～2床程度)、共用型デイサービス等を想定

様々な制約のもとで、小規模な単独型のグループホームではあるが、相談・支援機能の充実を図るなど、地域の認知症者のニーズに対応する運営類型。

(3) 地域の認知症ケアセンター化の留意点

第1に、全体として介護人材戦略（グランドデザイン）の構築が要請される。

具体的には、介護福祉士を含む介護職員の量的確保と資質向上の取り組みである。これは前提というべき戦略的課題である（今回調査では、個別のケアプランニングやアセスメント等の課題を通じて幾つかの課題が明らかとなっている。）。

第2は、介護人材の養成・確保・キャリアアップ戦略については、全国的視点はもとより、地方～地域における（つまり都道府県～市町村における）、より具体的な方策を樹立することが求められている。

第3には、グループホームの機能強化の必須条件として、グループホーム内外における研修体制を強化することであり、各事業体ごとに、及び当協会の教育・研修の役割を高めていくことが重要である。

(4) その他

以上は、グループホームを中心に認知症ケアセンター化した際についての内容であるが、今回調査では、認知症者及び家族からの相談のみならず、地域包括支援センターをはじめとする他の福祉専門職から認知症にまつわる相談をグループホームが受ける等、他資源と連携しながら地域の福祉の充実を図ろうとしている実態が見られている。

今後はさらに地域に認知症者の増加が想定されることから、グループホームは認知症の専門機関として他機関に対する連携・協力や、地域包括支援センター等の他機関において市民への認知症にまつわる相談支援を行う必要もあると考えられる。

資料編

資料 1. ひもときシート

資料 2. ケアチェックシート

資料 3. QC(Quality Control)資料

資料 4. 児童による観劇のアンケート

資料 5. 調査票一式

資料 1 ひもときシート

ひもときシート

A 課題の整理 | あなた(援助者)が感じて
いる課題
事例にあつた課題に対して、あなた自身が困
っていること、真実に感じていることを具体的に
書いてください。

- 1) 日の中で数回「金のプレストレス
が無くなくなった」(こここのヘルパーが
もった)などの運動が聞かれ、聞く方
も苦痛となってくる。
- 2) 他のご利用者の対応があるので、そ
んなに時間をとれない。
- 3) 色々と文句や噂話が多いので、こち
らの気が休まらない。
- 4) 色々対応を考えているが、なかなか
妄想が無くならなくて困っている。

B 課題の整理 | あなた(援助者)が考
える対応方法
① あなたは本人にどんな「姿」や「状態」に
なっていますか。

- 物とられ妄想が無くならず、職員や
他利用者を洗滌と思わないようにし
てほしい。
- 穏やかに日々を過ごし、他の利用
者さんとの交流も増えるようになり
たい。
- 職員や他ご利用者の文句や苦言が
無くなっしてほしい。

② そのために、当面どのようなことに取り組ん
でいこうと考えていますか? あるいは、取り
組んでいますか。

- 「物とられ妄想が出た時は報復して、
今法人として探しています」など
と伝えている。
- できるだけドライイブや散歩、買い物
の機会を作っている。
- ご本人の好きな話題などを提供し、
会話を楽しんでいる。
- 希望を出るときは健の判断を確認し
ている。
- キーソンのご家族とも連携し、い
安心できるような対応を検討してい
きたい。

1) 病気の影響や、眠っている薬の副作用について
考えてみましょう。

- アルツハイマー型認知症
- アリセプト服用中
記憶障害→大きな変化は見られない
被害妄想、季節の変わり目が多い。
- ソラシド錠
錠の量が増える、眠ることが多い、
動作緩慢、尿失禁、ろれつが回らない
などが見られる。
- 多発性関節炎疑い
不定期に腰、足、腕などに痛み
聞かれ、時に腫脹などあり、
消炎剤点滴等で落ち着く。

2) 身体的病状、便秘・不眠・空室などの不調による
影響を教えてください。

- 水分摂取は良好、食事摂取は少ない。
- 精神薬、下前歯ぐらうらつき等が認められ
「寝静まらないうつらさ」が強い。
- うたが、ジプレキサ副作用は腫れ、目
明まで眼圧が残る事もある。また、ジブ
レキサが増量されると1日風呂して
まうこともある。
- 尿失禁が多く見られることが不定期に
あり、その際は自信がないことも多い。
身に腫脹などあり、整形外科受診。
動作緩慢などが見られるようになって
いる。

3) 楽しみ・怒り・寂しなどの精神的苦痛や性格等
の心理的影響による影響を教えてください。

- まだ一人で暮らしていきたくないの
かな。
- 自分のアパートや通車がなくなった
の心配なのかな。
- できれば人の世話にはなりたくない
のかな。
- おしやれをしたのよに出来ていない
のかな。

4) 音・光・味・におい・暑寒等の五感への刺激や、
苦痛を与えているような環境について、考えてみま
しょう。

- 難聴で補聴器を使用している。
- 他者の話を自分の噂話と思ってい
るのかな。
- 徐々に新聞なごさい手字が読めなく
なっている。
- 楽しみが無くなっているのかな。
- 尿失禁などで部屋が汚れても気がづか
ない。
- 生活意欲が低下しているのかな。
- 昼間でも部屋を真っ暗にして寝てい
るのがある。
- 楽しみが無くなっているのかな。

5) 生活歴・習慣・嗜好・楽しみのある暮らし方と、現状と
のズレについて考えてみましょう。

- 「金のプレストレスが無くなった」な
どと口とされるが、実際には持参して
いない。
- 調理の手伝いや買い物もお誘いする
積極的に参加される。
- ドライイブや散歩、買い物もお誘いする
積極的に参加される。
- 「行事等で手話を披露する機会等を設
け、本人も積極的に参加される。
- 「社会的なことだけでなく、もっと
社会的な役割や趣味を發揮したいの
かな。(例、ボランタリー、ダンス...)

6) 住まい、器具・物置等の物的環境により生じる周
心地の悪さや影響について考えてみましょう。

- 団体の生活の不自由さがあるのかな。
- 部屋が狭小で、目隠しの植栽があり、
何となく暗く感じるのがあるのかな。
- しているのかな。

7) 食事・着替・排泄・能力の弱さ、アクティビティ
(活動)とのズレについて考えてみましょう。

- 「金のプレストレスで、このヘルパーは手
が無くならない、こんなところでは安心して
生活できない、安心して眠れない、
早くでまわりたい」

8) 生活歴・習慣・嗜好・楽しみのある暮らし方と、現状と
のズレについて考えてみましょう。

- 比較的自由奔放に暮らしてきたが、現
在は団体生活となっているからかな。
- 責任ある立場で仕事をこなしてきて
いたが、現在は介護されることも多く
なっており、ジレンマがあるのかな。
- マーチャイブやダンスなどを楽しみた
いのかな。

9) 楽しみ・怒り・寂しなどの精神的苦痛や性格等
の心理的影響による影響を教えてください。

- キーソンの家族であるが、物と
られ発言を聞くこと、「そのこと思
われない」と否定してしまうのがストレ
スかな。
- 友人、知人の来訪はないのが寂しいの
かな。
- 重度の利用者が多く、話相手がい
ないのかな。
- 職員も重度の人に手がかかり困る
ことが多いのかな。

10) 生活歴・習慣・嗜好・楽しみのある暮らし方と、現状と
のズレについて考えてみましょう。

- 比較的自由奔放に暮らしてきたが、現
在は団体生活となっているからかな。
- 責任ある立場で仕事をこなしてきて
いたが、現在は介護されることも多く
なっており、ジレンマがあるのかな。
- マーチャイブやダンスなどを楽しみた
いのかな。

STEP1 評価的整理
援助者として感じている課題を、まずはあなたの視点で評価します。

STEP2 分析的整理(思考展開エリア)
根本的な課題解決に向けて、多面的な事実の理解や情報を整理します。

STEP3 共感的整理
本人の病風から課題の解決を考えると、援助者の思考展開を行います。

アセスメント(評価)補助チェックシート

グループホーム仁風荘 ケアチェック表

「その人らしさの支援」とは、「その人を知る支援」だと思います。いや「知り続ける」支援です。「関わる」「寄り添う」そんな支援が必要だ…とされていますが、何の為に「関わり」「寄り添うのか」を考えてみて下さい。ただ横にいるだけでなく、何を「感じ」「思い」「考え」生きて居られるのかを…考えてみてください。その人を知る(知り続ける)支援が、その人の尊厳を守ることの第1歩です。尊厳を守るとは…その人の主体性を守る事。主体性を発揮しづらい(にくい)認知症の人を支えるには「できることの支援」が必要です。いずれにしても「過去」「現在」「これから」を大切に、一瞬一瞬を大切に生活して頂く為に…このシートが活用できると幸いです。 施設長 林原 豊

find & know to doing sheet

「気づき」と「知る」事を続けるシート

～約束～

- 1、知りえた情報(目に見えている)だけではなく、「～かも」と推測(目に見えていない)した情報も記入する事
- 2、推測した情報は、必ずチームで共有する事
- 3、どんな参考書より、目の前にいる認知症の人が答えを持っているので「しっかり向き合う」事
- 4、推測力は観察力を高める事を理解する事
- 5、何よりも「知りたい」と思う事

チェック日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居者氏名 _____

担当者氏名 _____

(社福) グループホーム 仁風荘

アセスメントの視点（～かもしれない）

i 身体的視点(チェック32項目)+(追加4項目)

check	気づきのチェック(アセスメント)	ケアプランに繋がる知りえた情報
1	水分は十分ですか?(1日の正常水分量と実際)	
2	どこか痛いところや痒いところはないですか?(打撲・外傷等)	
3	便秘や下痢はしていませんか?	
4	皮膚の変化(乾燥やあざ)はないですか?	
5	排便や排尿をしたいのではないですか?	
6	失敗(失禁)はしていませんか?	
7	バイタルサインは大丈夫ですか?(血圧・熱・脈拍・呼吸は)	
8	何か体が疲れている様子はないですか?	
9	夜間はよく寝ておられますか?	
10	薬に対する副作用はないですか?	
11	新しい薬や、薬(量・種類)の増減はないですか?	
12	最近、体調の変化はないですか?	
13	空腹感や空腹はないですか?	
14	入れ歯はあっていますか?入れ歯はありますか?	
15	虫歯や口内炎、歯茎の腫れ等はないですか?	
16	歯の間に食べ物等が詰まっていませんか?	
17	口の中が渇いていませんか?	
18	「できないこと」の強制はしていませんか?	
19	日中の活動(運動)量は少なくないですか?	
20	歩行や立つ事に違和感がないですか?	
21	抹消循環不全や冷感等はないですか?	
22	「出来ていた事」が最近「出来なく」なっていませんか?	
23	夜間の排尿回数は何回ですか?	
24	トイレに行かれた時に本当に排尿をされていますか?	
25	目はよく見えていますか?	
26	耳はよく聞こえていますか?	
27	幻覚や幻聴はないですか?	
28	日々の生活リズムは乱れていませんか?	
29	全身の機能(頭の前から足の先)の把握は出来ていますか?	
30	特別な病気や処置はないですか?	
31	食事は美味しく食べておられますか? 食事の量や食事形態は大丈夫ですか?	
33		
34		
35		
36		

グループホーム仁風荘

アセスメントの視点（～かもしれない）

ii .心理・社会的視点(チェック33項目)+(追加3項目)

check	気づきのチェック(アセスメント)	ケアプランに繋がる知りえた情報
1	最近、本人にとってショックな出来事はなかったですか？	
2	過去、本人にとってショックな出来事はなかったですか？	
3	不安や不満はないですか？	
4	役割があり、役割を行うことができますか？	
5	過去に被害的になるようなことはなかったですか？	
6	うつ的になることはないですか？	
7	興奮するようなこと(場面)はなかったですか？	
8	何かの欲求不満はないですか？	
9	何かに思い込んでいる事はないですか？	
10	性格の変化はないですか？	
11	一人になっていることはないですか？	
12	他人(利用者・職員)との信頼関係は保たれていますか？	
13	GHは不快ではない生活の場ですか？	
14	物や道具の使い方が理解出来ないのではないですか？	
15	執着心を感じている場面(人・物)はないですか？	
16	「もったいない」「捨ててはいけない」と 思っておられる事はありますか？	
17	本人がイライラすることはないですか？	
18	失敗に対する羞恥心や不安等はないですか？	
19	寂しいと思っていないですか？	
20	プライドは保たれていますか？	
21	自信を失っていませんか？	
22	できていたことが最近できなくなっている事はないですか？	
23	死に対する恐れはないですか？	
24	悲しみや苦しみはないですか？	
25	何かに恐れていることはないですか？	
26	人生のやり残しに対する気がかりはないですか？	
27	宗教に関わる配慮はなされていますか？	
28	嫌いな食べ物が出されてはいないですか？	
29	一方的に触られてはいないか？	
30	一方的に近づかれていませんか？(適度な距離か?)	
31	一方的に話しかけられてはいませんか？	
	金銭等の管理はどうですか？(現金、通帳、年金、印鑑、証書等)	
33	お金を持っておられますか？	
34		
35		
36		

グループホーム仁風荘

アセスメントの視点(～かもしれない)

iii.環境的視点(チェック28項目)+(追加3項目)

check	気づきのチェック(アセスメント)	ケアプランに繋がる知りえた情報
1	最近、環境の変化はないですか?	
2	物の管理、収納に変化はないですか?	
3	いつも居る場所(部屋・リビング)の物の配置に変化はないですか?	
4	自分の居場所はありますか?	
5	自分の居場所が侵されてはいませんか?	
6	本人が不快と思う音や騒音はないですか?	
7	過去に家族や友人を失っていませんか?	
8	最近、家族や友人を失っていませんか?	
9	部屋やリビングの照明は適切ですか?	
10	寝具類は変わっていないですか?	
11	周囲との交流はどうですか?(少なくない又は多くない)	
12	空気が乾燥してはいませんか?	
13	きっかけとなる人、事柄はないですか?	
14	一人になれる場所がありますか?	
15	皆と過ごせる場所がありますか?	
16	本人にとってスタッフの言動(バタバタ、ザワザワ)どうですか?	
17	人の物と自分の物との区別がつかない事はありますか?	
18	トイレの場所や仕方が分らないのではないですか?	
19	本人が使用していた物が持ち込まれていますか?	
20	仏壇仏具等、本人の宗教的物品はどうですか?	
21	自由に外に出る事ができますか?	
22	自由に過ごすことができますか?	
23	本人の逃げ場がありますか?	
24	買い物に行くことができますか?	
25	慌しい雰囲気ではないですか?	
26	落ち着いて食事が食べられないのではないですか?	
27	その人にとっての癒しの空間や物が用意されていますか?	
28	感情に働きかける物が用意されていますか? または試されていますか?	
29		
30		
31		

グループホーム仁風荘

アセスメントの視点(～かもしれない)

iv. 環境(人)的視点(チェック9項目)

check	気づきのチェック(アセスメント)	ケアプランに繋がる知りえた情報
1	他入居者との関係性は どうですか？ 様々な視点で (例)関わり方 歩くスピード 共通な楽しみ 役割 地域 ……etc	氏 名
		氏 名
		氏 名
		氏 名
		氏 名
		氏 名
		氏 名
		氏 名
2	本人と家族との関係はどうですか？	
3	本人と他の親族との関係はどうですか？	
4	家族同士の関係はどうですか？	
5	家族の面会の頻度やその関わりはどうですか？	
6	他の入居者の家族との関係はどうですか？	
7	見学者等のお客さんとはどうですか？	
8	その他考えられる人間関係はありますか？	
9	自分自身のチェック(評価) 3ヶ月に1回はしてみよう！！	目を合わせてますか？
10		声を掛けてますか？
11		柔和な表情ですか？
12		動き早くないですか？
13		早口じゃないですか？
14		丁寧ですか？
15		触れられる関係ですか？
16		物音をたてていませんか？
17		ユーモアがありますか？
18		柔軟ですか？
19		待てますか？
20		イライラしてませんか？
21		近づき過ぎじゃないですか？
22		一方的じゃないですか？
23		押し付けていませんか？

グループホーム仁風荘

資料3 QC資料

1 月度

グループホームあいむ QC会議

平成26年1月27日

	101	102	103	104	105	106	107	108	109
総合									
年齢	96	86	87	90	82	84	69	82	81
要介護度	3	3	1	2	2	2	3	1	2
日中危険度	②転倒	0	①興奮						
夜間危険度	①転倒	0			②転倒				
感染症		MRSA	梅毒				HCV		HBS
記録欄	一人外出 夜センサー 歯磨き徹底 立ち上がり トイレ 押車徹底	サポバン	杖忘れ カバンへの執着 興奮 周囲の影響	重ね着	歯磨き徹底 便失禁 押車(外出時) 朝5時頃トイレ 誘導	風呂拒否 収集(100% ティッシュ) 外出拒否 執着 攻撃的言動 汚れ下着回収	血液接触 収集 重ね着 体重減少 失行	紐への執着 血圧変動 コンセント (他室) 脈拍注意	血液接触
在室時センサー	2点式	N判断			2点式				
短期記憶目安	.60分	30分	5分	5分	5分	15分	5分	15分	30分
分野適合									
献立作成	△	△	○	×	×	○ 好嫌	○	○	○
調理(雑務)	△	△	○	○	△ 拜リ・見守	○	○	○	○
包丁	×	×	☆ Z時 Z時 シンク 人作業	×	×	○	△ 見守 簡単 指切	○ 1番	○ 血液注意
ビニール袋 (3リットル)		○ ビニール	★ try手袋			○	×	○	○ 手袋
ソノ味付	×	×	×	×	×	○	×	○	○
盛り付け	×	① 飯	茶ラッパ 洗い物	○ 茶ラッパ	×	① 主菜/易	① 小鉢 ★ 主菜	① みそ汁 ② 主菜	② 主菜 ② 小鉢
配膳	×	×	△ テーブル	○	×	○ 汁	○ 汁	○ 汁	○ 汁
片付け (朝は南ツツのみでOK)	★ 西洗 洗時椅子必要	○ 南濯	★ 台拭/拭	△ 床拭 拭	△ 西濯	○ 南洗濯	◎ 床拭 ◎西洗サブ	◎ 床拭 収納	◎ 床拭 収納
お米とぎ	○ 1	○ 3	○	○ 2	○	○	○	○	○
掃除機(中)	×	×	×	×	×	○	×	○	○
スィーパー	×	×	×	△ 見守	×	×	○ J-D以	×	×
クイックルー	×	△ 見守	△ 見守	△ 見守	×	○	○	○	○
棚等拭掃除	×	×	○	○	×	○	○	○	○
脱衣所清掃	×	×	★ try	○	×	◎	△ 見守	◎	◎ J-D以
洗濯干・畳	○	○	○	○	△ 簡単	○	○	○	○
居室整理	×	×	○	×	×	△	×	△	○
外回り散水	×	×	○ BC	○ ABC	×	○ BC	○ ABC	○ ABC	○ ABC
AM買出し (白杉)	×	×	☆ 7時 try	×	×	○	○	● 雨天OK	○
PM買出し	×	×	☆ Z時 try	×	×	○	○	○	◎
自由外出	×	×	×	○ 離脱注意	×	○	○	○	○
塗り紙/股若 心縫	△ 塗	○ 塗/難	◎ 書	○ 塗	△ 平仮名	◎ 塗/書	◎ 書	○ 塗/書	◎ 書
縫い物・編み 物	○ 縫	○ 縫	◎ 縫	○ 縫	×	◎ 縫	○ 縫/編	○ 縫	◎
縫い物・編み 物			◎ 縫	◎		○			◎

◎=優先担当 ○=問題なく適任 △=見守等サポートにて可 ×=困難 ★=try ストップボタン ☆=ZがEボタン

1 月度

グループホームあいむ QC会議

平成26年1月27日

	201	202	203	204	205	206	207	208	209
総合									
年齢	89	87	90	89	82	82	84	86	93
要介護度	4	2	2	3	2	2	1	2	2
口中危険度			①転倒						
夜間危険度			①転倒						
感染症	CBS (+)			結核				HCV (+)	
記録欄	収集(紙) 攻撃的言動 押車忘れ 便・血付衣類 のみ別洗い 赤ざれからの 出血注意 ビニール手袋	杖忘れ ふらつき 収集(紙)	尿失禁 夜寝汗多い 押車忘れ リハビリ 転倒	歩行練習 押車忘れ 夜の不安(検 温、血圧) 調理時声かけ 夜間センサー 時、東トイレ へ声かけ	転倒 ご飯減量 おかずメイで 歯磨き徹底 杖忘れ トイレ頻回時 声かけ	更衣/入浴/口 腔準備付添介 助 収集 (ラッパ拭) バット着用 重ね着 異食	喘息吸入	収集(紙) 歯磨き徹底 杖忘れ	杖忘れ 階段運動 (上)
在室時センサー	1点式		2点式	2点式					
短期記憶目安	15分	30分	-	60分	5分	5分	15分	15分	-
分野適合									
献立作成	○	○	○	○	○	○	○	○	○
調理(雑務)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
包丁	×	- 果物時○	×	○ 座席注意	×	×	① 指切	○ 柔	① ○
ビニール手袋 (3枚分-不可)	×	×	×	○ 手袋着用	○	△ 見守	○ 手袋着用	×	×
ソウ味付	×	×	×	×	×	△ 味噌汁	○	○	◎
盛り付け	① 茶ラッパ	② 小鉢 茶ラッパ	茶ラッパ	茶ラッパ	箸・茶 洗い	① 飯	① 汁	① 小鉢 ② 汁	① 主菜
配膳	×	△ テーブル	×	×	○	○ 汁	○ 汁	○	○ 汁
片付け	台拭/拭	南濯	拭	★ 西洗 台拭・/拭	床拭 収納	床拭	床拭 収納	西濯	南洗
お米とぎ	● 見守衛生	○	◎ 2	◎ 1	○ 2	○	○	○	○
掃除機 (中)	×	×	×	×	○	○	○	○	×
スリパー	×	○	×	×	-	-	×	-	○
クイック ルー	×	○	×	△ 見守	○	○	○	○	○
棚等拭掃除	×	○	×	△ 見守	○	○	○	○	○
脱衣所清掃	×	○ 2	×	×	○ 1	○ 3	○	○	○
洗濯干・畳	○	○	○	○	○	○	○	○	○
居室整理	△	△	△	○	△	△	○	○	○
外回り散水	×	○ BC	×	○ A 押車	○ A 押車	○ ABC	○ ABC	○ BC 杖	×
AM買出し (白衫)	×	×	×	×	×	● 雨天OK	● 雨天OK	×	○ まるとく
PM買出し	×	- 保留	×	×	×	☆ Z時 モニタ	○ 地理OK	○	○ 地理OK
自由外出	★ try	△ 予約	×	☆ Z時モ ニタ	×	○ モニ近い	◎ 地理OK	○	◎ 地理OK
股若心経・ 塗り絵	◎ 塗/書	○ 塗	○ 塗	○ 塗/書	○ 塗	○ 塗	◎ 塗	○ 塗/書	◎ 塗/書
縫い物・編 み物	◎ 縫	○ 縫	○ 縫	○ 縫	○ 縫	○ 縫	◎ 縫	○ 縫	○ 縫
縫い物・編 み物		★ try		★ try			★ try		◎

◎=優先担当 ○=問題なく適任 △=見守等サポートにて可 ×=困難 ★=try スタッフモニタ ☆=Zガモニタ

	301	302	303	304	305	306	307	308	309
総合									
年齢	85	81	73	86	90	84	75	82	80
要介護度	4	3	3	2	3	2	2	2	2
日中危険度	②転倒		①一人外出		③一人外出				
夜間危険度	①転倒	—							
感染症									
記録欄	歩行時押し車付添い	サボパン歩行時付添い △セ歩行機能低下足の運動徹底	帰宅願望収集(食器等)	水分補給肌乾燥大声屋内移動押し車	帰宅願望手押車忘れトイレ見守	収集(紙袋)動作緩慢	難聴気味不安訴え幻聴食事姿勢かきこみ注意	△セ注意指切注意階段下×	エアコン自己管理不可イライラ304過保護
在宅時センサー	2点								
短期記憶目安	30分	—	5分	5分	5分	15分	60分	15分	15分
分野適合									
献立作成	○	○	○	△	△	○	○	○	×
調理(雑務)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
包丁	×	×	● 南ツツ	×	×	○ 指切注意	×	×	×
ビーター/ホミ(2台-不可)	×	×	×	×	×	△ 見守	△ 見守・ホミ	○ ホミ	○ 素手OK
ジョウ味付	×	×	◎ 見守	×	×	○	○	○	×
盛り付け	① 小鉢 茶ツツ	① 飯	① 汁 ② 飯	○ 茶ツツ	△ 茶	○ 茶ツツ	② 小鉢	① 主菜	×
配膳	×	×	○ 汁	△ テーブル上	△ テーブル上	○ 汁	○	○ 汁	×
片付け	△ 台拭/拭	② 西洗/濯	○ 床	① 西濯	① 西洗	△ ホウキ	○ 南濯	○ 南洗	○ 床拭 収納
お米とぎ	○ 2	○ 3	○	○ 3	○	○	○ 1	○	×
掃除機(中)	×	×	○	×	×	○	×	○	○
スパー	×	×	—	×	△ 見守	—	○	—	—
クイックルー	×	×	○	×	△ 見守	○	○	○	○
棚等拭掃除	△ 見守	△ 見守	○	△ 見守	○	○	○	○	○
脱衣所清掃	×	×	○	×	△ 見守	○ 2	○ 2	○	○ 1番手
洗濯干・畳	○	○	○	○	○	○	○	○ 干	○ 干畳
居室整理	×	×	○	×	△	△	×	○	×
外回り散水	×	×	×	×	○ ABC 押車	○ ABC 入居者から誘う	○ ABC 押車	○ ABC 膝折注意	○ 杖忘れ
AM買出し(白衫)	×	×	◎ カート 携帯準備	×	×	×	×	×	×
PM買出し	×	×	○ 白衫	×	×	○ まるとく 1・2階と合同で	○ 白衫	○ 白衫 希望時	×
自由外出	×	×	○ 離脱注意	○ カート 309と	☆ Z時Eカ	○	○ カート	△ カート	カート 304と
股若心経？ 塗り絵	○ 塗	○ 塗/書	◎ 塗/難	○ 塗	○ 塗	○ 塗/書	○ 塗/書	○ 塗	△ 塗
縫い物・編み物	○ 縫	○ 縫	○ 編	○ 縫	△ 縫	○ 縫	○ 縫	◎ 縫	×
縫い物・編み物						◎			

◎=優先担当 ○=問題なく適任 △=見守等サポートにて可 ×=困難 ★=try スタッフ列挙 ☆=ZがE列挙

入居者 外出能力 一覧表

平成26年1月15日更新

自由外出レベル	注意点	移動手段	歩行速度	移動距離	転倒リスク	近隣地理理解	あいむの建物理解	注意力 (自転車・番号・ルール)	同行者への気遣い
	心身の状態で特に注意が必要な事項		高齢者がゆったり歩く速度	あいむ～往復	ふらつきその他、歩行者や車の影響も含む	A=まるとく市場 B=あいむ外周 C=あいむの見える範囲 X=理解困難	◎=問題なし ○=外観理解 △=玄關理解	◎=問題なし ○=認識可能 △=時計見落とし X=認識困難	◎=気遣い常に可 ○=時計気遣い可 △=関心薄 X=基本無関心
1階	ふらつき・段差転倒 一人行動(清水ヶ丘へ)・過信 キョロキョロ・一人行動・転倒	押車 押車 独歩	ゆっくり 早 早	S L L	大 少 少	C A X	○ ○ X	△ △ △	△ △ △
	一人行動(王子・我孫子へ)・過信 過信・注意散漫 信号無視・過信 不安・他者依存	独歩 独歩 独歩 独歩	ふつう 早 早 ふつう	L L L L	少 少 少 少	B C A A-	◎ ○ ◎ ◎	○ △ ○ ○	○ ◎ ○ ◎
	周囲無関心・段差見落とし ふらつき・体調不良	押車 押車	早 ゆっくり	L M	大 少	X A-	△ ○	X ○	△ ○
2階	体調不良訴え・ふらつき・帰宅欲求 転倒・頻尿・足痛 信号無視・頻尿・注意力散漫 喘息	押車 押車 独歩 独歩	ゆっくり 遅 ふつう 早	L S L L	少 中 少 少	C C C A	○ ◎ ◎ ◎	○ △ △ ◎	○ △ △ ◎
	ふらつき・帰宅欲求(海老江)	杖 押車	ゆっくり ふつう	L L	少 少	A- ◎	○ ◎	○ ◎	◎ ◎
3階	一人行動(我孫子へ)、トラブル 下肢筋力低下・難聴 視力低い・ふらつき・一人行動 体調不良訴え・ふらつき ふらつき・足痛 膝折・ふらつき ふらつき・足痛・杖忘れ	独歩 押車 押車 独歩 押車 杖 杖	早 ゆっくり ゆっくり ゆっくり ゆっくり ゆっくり	LL S S L M M	少 中 大 少 少 少	C B X A- B B	○ ◎ △ ◎ ◎ ◎	○ △ △ ○ ○ ○	△ △ X ○ ◎ ○

★レベルとパーセンテージ図★
 A(100%)全く問題なし B(90%)大きな問題なし C(70%)日によってムラがあるもほぼ問題なし
 D(60%)日のムラ強く調子が良ければ大丈夫 E(40%)注意が必要 X(20%以下)要注意・実施困難
 ★移動距離★
 LL→まるとく往復以上の距離 L→まるとく往復程度の距離OK
 M→川沿ロング程度の距離O S→川沿ショート程度の距離OK

入居者のみ外出記録用紙

実施日 平成 25 年 5 月 10 日 時間 16 : 10 ~ 16 : 50

見守りスタッフ 同行・彰から見守・途中まで

参加 入居 者	入居者名		歩行具	

状況記録

スタートは良好。池田工芸角を曲がり直進。出発時、玄関で「二つ目の角」と説明していたが、予想通り1つ目を曲がろうとする。(その際の先頭は、)。後ろから が声をかけ、ルート修正。

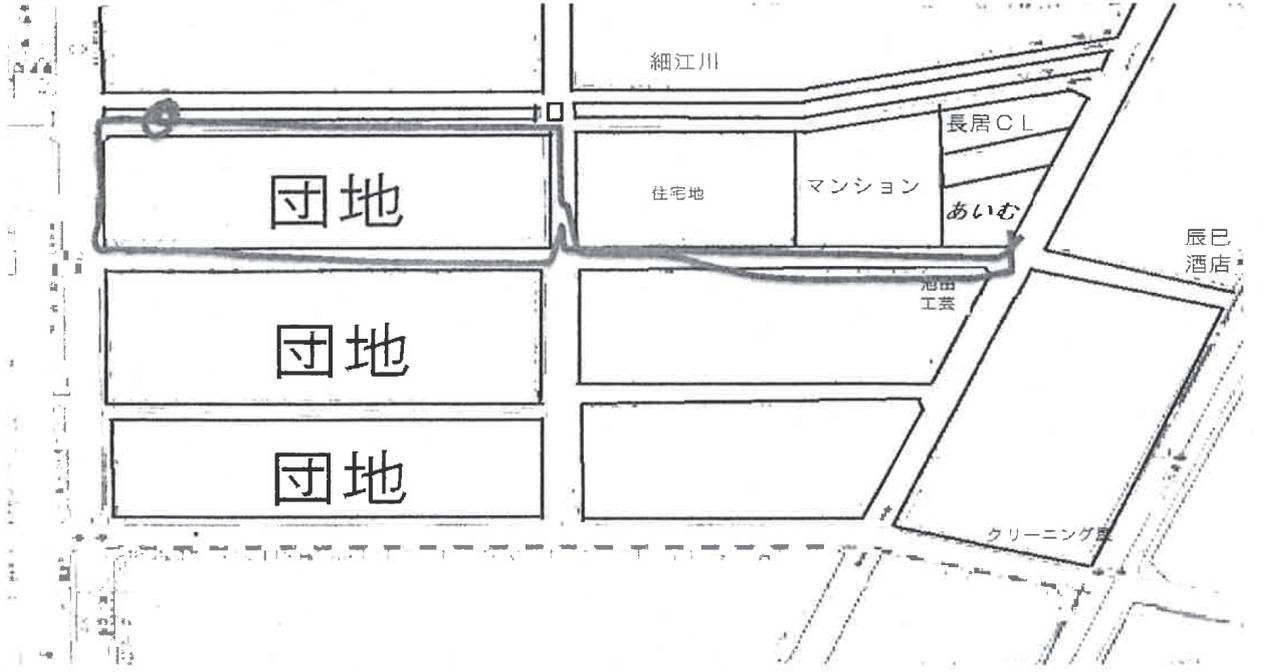
その後は川沿いまで順調。川沿い付近では、 が先頭グループに入り、きちんと川沿いのほうへみんなを誘導している。川沿い入って一つ目のベンチに7人で腰を掛けて休憩。

顔をだし、5分ほど一緒に過ごす。その後、腕時計を持っていた 「16:45になったらみんなで帰ってね」と伝え、一度姿を隠す。予定時間に、 が声をかけ、みんなで帰所。

帰途については、想定ルートのとおり、迷うことなくみんなで戻ってこられる。

今回は も含めた7名での外出だったが、2~3人組みがその都度入れ替わりながらも、まとまって動いておられた。全員がまとまっている状況だと、 も落ち着いて集団から外れようとする行為もなく、終始和やかな雰囲気。また、川沿いで が去年のルートを覚えてくれていたようで、その部分では先導役になりスムーズな流れだった。

※下図に赤ペンで歩行ルートを記載し、特記があった場合出来事を記載する。



桃山台小学校 認知症講座

2010年12月3日

「知ってください認知症のこと」 桃山台小学校5年・6年生 70名 様子



南区グループホーム連絡協議会「にこにこ一座」
による寸劇

食べたことを忘れました。
季節が分かっていないのかな



在宅介護支援センター 年輪

認知症の説明を聞きました。
これからもおじいちゃん、おばあちゃんをたいせつにします。



記念品は「キッズサポーター」と書かれた
タオルです。

これからも認知症講座は続けて行きます。

皆さんも協力をお願いします。

「桃山台キッズサポーター」！！

桃山台小学校 5年生 6年生 アンケート結果 2010年12月3日

問1 認知症の認知度

	はい	いいえ	合計
男	24	6	30
女	29	3	32
合計	53	9	62

問2 認知症が病気であることの理解

	はい	いいえ	分からない	合計
男	27	2	1	30
女	30	2	0	32
合計	57	4	1	62

問3 別紙参照

問4 別紙参照

問5 お年寄りを大切にしたいか

	はい	いいえ	分からない	合計
男	29	0	1	30
女	30	0	2	32
合計	59	0	3	62

問6 別紙参照

問7 お世話体験希望

	はい	いいえ	分からない	合計
男	10	13	7	30
女	19	3	10	32
合計	29	16	17	62

問8 お年寄り体験希望

	はい	いいえ	分からない	合計
男	16	6	8	30
女	17	8	7	32
合計	33	14	15	62

同居の有無

	同居	同居なし	合計
男	4	26	30
女	6	26	32
合計	10	52	62

問3年齢	問4 お年寄りとはどんな人	問6 大切にすることとはどんなこと
1	70 髪の毛が白くて、腰が曲がっている	文化や伝統を大切にすること。昔あった経験等をお年寄りにしか知らないことを今の時代に伝えるから
2	65 たくさん経験をした人	思いやる心を育てること
3	65 孫を可愛がって優しい半面 厳しいところもある人	お年寄りの精神的な支えになること
4	70 良く忘れるけどやさしい	相手のことも考えて優しくする
5	63 腰が曲がってて、杖を付き、階段で 困っているような人	おばあちゃん、おじいちゃんに毎日毎日ありがとうと思って 面倒をみてあげる
6	65 少し不自由な人	人のことを考えやさしくする
7	70	相手のことも考える
8	60 昔より物忘れが激しく、何をすることも ちょっと大変な人	何かをできないからって強く当たらずやさしくいっぱい しゃべってあげる
9	60 腰が曲がってて、シワが多い人	優しくしたり、重いものを持ってあげる
10	60 耳が遠くなったり、目が見えない人 がお年寄り。生活するのがむずかしい 人	どんなことがあっても優しくする
11	60 足腰がよわかったり、物忘れが多い	良いことだと思う、お年寄りも自分も気持ちよい
12	65 すぐに物事を覚えられない 何度も同じことを話す	年寄りが生きるには、生活の面でもたくさんサポートをして 助けてあげる
13	60 白髪が生えていて年齢が60以上	バスなどの席とか電車の席をゆずる
14	65 腰が曲がっていて杖を持っている	
15	60 耳が聞こえにくい	サポートする
16	65 今日教えてもらった通りで、少し覚え るのに時間がかかってしまう人	手を差しのべられること。受けた人はうれしいと思う
17	60 杖を持っている人。腰が悪い人 ふけている人	思いやりがとても必要
18	60 腰が曲がり、身長が低い人	腰が曲がっていて、とどかないものを取ってあげる
19	69 物事をすぐに覚えられない人	困っていたら助けてあげる
20	55 やさしくて、いろいろ教えてくれる人	
21	どこかが不自由な人	
22	60 杖を持っている人。腰が曲がっている 白髪が生えている	取れないものを取ってあげる
23	65 体が弱い	年寄りからはからだ弱いので助けてあげないとだめ
24	70	
25	61	
26	55 記憶力が悪い	
27	60 腰が曲がっている人、白髪の人	とても大切なこと
28	60 60歳以上の、生活するのがしんどい ような人	しんどいと言ったら助ける
29	65 白髪で病院によく通っている	なんでも、うんうんと話を聞いてあげて、やさしく接する
30	60	困っていたら助けてあげる
31	50 若い人のように生活できない人	お年寄りがこけてしまったら助けてあげる。重い荷物をもって いたらその荷物をもってあげる。
32	60 年をとっている人	手助けをする
33	20 大切な人	悪いことを言わないで助け合う
34	60 シワがあつて、猫背で、耳が聞こえ 聞こえにくい人	
35	50 すぐやることを忘れるけど、やさしい	どんな人でも命は一つしかないから、人を大切にすること
36	70 何に関しても働き盛りとは違う	地域の人を大切にすること
37	70 体力がなくなってきた人	気を使う。重いものを持ってあげる。
38	用事をするのが大変になった人	家の用事などで大変なこととかを手伝う。
39	60 生活がむずかしくなる	荷物を持ってあげる
40	60 目が悪く、腰が悪い	助けてあげる
41	58	
42	70 体が弱くて、物忘れがある	年寄りにやさしく。電車で席をゆずる
43	60 杖がないとちゃんと歩かれない人	荷物を持ってあげ、ご飯を食べさせてあげ長生きさせたい

桃山台小学校 5年生・6年生 感想

- ・ 私は認知症という言葉は知っていたけど、どんなものかといわれると、よくわかりませんでした。でも今日の劇や説明を聞いて、認知症がどんなものかよくわかりました。認知症は治すことはできないけれど、私たちにできることはあると思います。認知症をよく理解し、その人たちを責めずやさしく話してあげること。などたくさんあると思います。今日はありがとうございました。
- ・ 認知症という言葉は知っていたけれど、詳しいこととかは知らなかったから、今日の劇を見て、認知症の詳しいことがよくわかりました。あと認知症の人の接し方とかもわかりました。認知症のことを教えてくれてありがとうございました。これからも他に学校の人にも認知症のことを教えていってください。
- ・ ちょっと笑えるところもあったけど、よくわかった。いじいちゃんは朝ごはんを2回も食べたのにまだ分かってないことは、ちょっとかわいそうやし、私やったらムカついておこってしまうと思うから、今ヘルパーさんみたいな所で働いている人や家でがんばって介護している人はすごいな～と思いました。
- ・ 初めはどんな劇かなと思っていけど、けっこうおもしろかったです。その理由は、まずおじいさんです。おじいさんは朝ごはんを忘れてたりして、しかも朝ごはんも3回もしました。この劇は認知症の劇やから、おじいさんは認知症なんかな～って思いました。あと今日は寒いのに暑いとか言っておもしろかったです。あとズボン足からはくのに、上の服みたいに着てたからびっくりしました。出かけるのに忘れて寝たりとか、出かけ先を忘れていました。おもしろい劇やったからまた見たいな～と思いました。僕のおじいさんやおばあちゃんに認知症にはきいつけや～と思います。また見たいです。
- ・ 劇を見て、認知症になったらどうなっているかがよくわかって良かったし、若い頃のことはよく覚えていたなど、ちょっとした所に深い意味があって良く考えていてすごいなと思いました。普通の劇ではない見ている人にしゃべるってのは、あまりなくてびっくりしたけどおもしろかったです。
- ・ 私は、今日認知症のことについて分かったことは、認知症になったら物忘れをすとか、さっきまでやっていたことを忘れてしまうということが、今日の勉強で分かったことです。あと分かったことは、認知症を遅らせるには？薬を飲む、治療する、みんながその人を見守る周りの人のやさしさだということがわかりました。今日は認知症のことを教えていただきありがとうございました。
- ・ いままで僕は認知症のことがよくわからなかったけど、劇を見て認知症の症状や特徴、その対処法などがよくわかりました。とてもスタッフの方々の演技がうまくてとてもおもしろかったです。ありがとうございました。
- ・ 私は認知症という言葉は知っていたけど、どういものかは知らなかったの、知れてよかったと思います。劇でさらに見やすかったです。もし自分の周りに認知症の人がいたら「私はどうするかなー」と思います。精一杯のことをしてあげたいけど、もしそうなった場合しんどいと思うし、大変やと思うし、「できるかなー」と思います。でも自分でできることはしたいと思います。本当に今日はいろんなことが知れて良かったです。劇もすごく良かったです。本当にありがとうございました。
- ・ 認知症ってなってしまうと「うつ病」みたいになると思っていたけど、劇を見てニコニコしているから想像以上にびっくりしました。周りの支えがあるからこそ、おじいちゃんもニコニコしていると思うから、周りの人が大切だと思いました。認知症のことがよくわかって良かったです。
- ・ 認知症って物忘れが激しいって聞いたことがあります。でも家族がやさしく接したら、おじいちゃんも楽しくしていたから、やっぱり思いやりが大切だと思いました。物忘れが激しいからといって、きつく言ったり、怒ったりするのはよくないなと思いました。じいちゃんやおばあちゃんが認知症になったら、やさしく対応してあげようと思った。
- ・ 今日はわざわざ桃山台小学校に来ていただいて、ありがとうございました。私は認知症は聞いたことがありますが、こんな詳しいことまで知らなかったの、これで認知症のくわしいことがわかりました。劇はおじいさん役がとてもおもしろかったです。やすこさん役の人も怒鳴らずやさしくしていたので、それで認知症も悪化するのが遅いんだなと思いました。ありがとうございました。
- ・ 認知症ってという言葉は知っていたけど、そんなに詳しくはしっていなかったから、分かってよかった。もし家族の誰かが認知症になったら少しびっくりすると思うけど、普通にサポートしてあげたいです。今日はありがとうございました。
- ・ 認知症ってだいたいの症状は分かっていたけど、日常の生活でもいろいろなことがあることは知っていたけど、それを劇にするなんて、すごく大変だなと思いました。私はおばあちゃんとおじいちゃんといっしょに住んでいて、まだ認知症の症状は出てないし、1回お年寄りの日常生活を体験したいと思いました。

資料5 調査票

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究 1 貴事業所について

※回答方法について

	欄は、「自由記入」で回答してください。
	欄は、「選択」で回答してください。
	欄は、「チェック」で回答してください。

後日、内容確認の照会をさせていただく場合の連絡先等をお教えてください。

貴事業所番号			
貴事業所名			
連絡先	住所		
	電話		
	電子メール		
ご担当者名・役職	【役職】		【お名前】

問1 貴事業所が立地する地域の環境・社会資源について教えてください。

①市町村の人口

単位：人

--

②市町村の高齢化率

単位：%

	【注】小数第一位まで
--	------------

③市町村の面積

単位：km²

	【注】小数第一位まで
--	------------

④貴事業所が考える自治体内の社会資源（事業所）の充足状況を教えてください。

地域の社会資源（事業所）	地域での充足状況 (1=過剰、2=均衡、3=不足、4=ない)	貴法人での実施 (1=あり、2=なし)	貴事業所からみた自治体の施設整備の意向 (1=拡大意向、2=現状維持、3=抑制意向、4=不明)
1. 認知症対応型共同生活介護			
2. 認知症対応型通所介護			
3. 小規模多機能型居宅介護			
4. 居宅介護支援			
5. 訪問介護			
6. 訪問入浴介護			
7. 通所介護			
8. 短期入所生活介護			
9. 訪問看護			
10. 介護老人福祉施設			
11. 介護老人保健施設			
12. 介護療養型医療施設			
13. 精神科の医療機関			
14. その他医療機関（12・13以外）			
15. 高齢者住宅（サ高住等含む）			
16. ケアハウス（特定施設指定含む）			
17. 有料老人ホーム（特定施設指定含む）			
18. 配食等食事サービス			
19. その他（具体的に）			

※「19. その他（具体的に）」について具体的な内容の回答をお願いします。

--

⑤貴事業所と自治体との関係を教えてください。（下記選択肢より、一つずつ選択）

1=積極的 2=普通 3=消極的 4=わからない

(1) 貴事業所への委託等、事業所との連携	
(2) 運営推進会議等への参加等、運営への関与	
(3) 質向上のための支援、第三者評価等の実施	

問2 開設の経緯について

①事業所の設置主体（下記選択肢より、1つ選択）

1=社会福祉法人（社協以外）	2=社会福祉協議会	
3=医療法人	4=営利法人（株式会社・有限会社など）	
5=NPO法人	6=その他団体（社団・財団・農協・生協等）	
7=地方公共団体	8=上記以外	

②開設年月

西暦	年	月
----	---	---

③開設に至った背景・事情やいきさつ、母体となった施設・事業等があれば記入してください。

西暦（年・月）	開設に至るまでの出来事・事情等 ※各項目200字以内

④開設後の発展の経緯

（サービスメニューやスタッフの増、定員増、施設整備拡充等、開設後に発展・拡充してきた過程があれば、簡潔に記入）

西暦（年・月）	現在に至る発展の経緯（出来事）等 ※各項目200字以内

問3 貴事業所の入居者について教えてください。人数については、いずれも本年10月1日時点の数でお願いし
 ※④～⑦それぞれの合計人数が、③の入居者数と一致するように注意願います。

①貴事業所のユニット数を教えてください。

単位：ユニット

②貴事業所の入居定員を教えてください。

単位：人

 【注】複数ユニットの場合は、全ての合計人数を記入

③貴事業所の入居者数を教えてください。

単位：人

 【注】複数ユニットの場合は、全ての合計人数を記入

④貴事業所の入居者の入居期間を教えてください。（項目に該当する入居者数を記入）

単位：人

6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 7年未満	7年以上 10年未満	10年以上

⑤貴事業所の入居者の要介護度を教えてください。（項目に該当する入居者数を記入）

単位：人

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

⑥貴事業所の入居者の障害高齢者日常生活自立度を教えてください。（項目に該当する入居者数を記入）

単位：人

自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明

⑦貴事業所の入居者の認知症高齢者の日常生活自立度について教えてください。（項目に該当する入居者数を記入）

単位：人

I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	不明

※確認

④合計

0

⑤合計

0

⑥合計

0

⑦合計

0

問4 貴事業所の職員について教えてください。人数については、いずれも本年10月1日時点の数でお願いします。

①貴事業所の職員数を教えてください。人数は実人数とし、一人が複数を経営している場合はそれぞれの欄で別々に計上してください。

※一人が複数の担当を持つ場合、「総数」の人数と各項目の合計人数が合わない場合もあります。

単位：人

常勤職員	職員の総数	管理者	計画作成担当者	介護従事者	その他
非常勤職員	職員の総数	管理者	計画作成担当者	介護従事者	その他

②貴事業所の介護従事者について、常勤換算での職員数を教えてください。

単位：人

※常勤換算とは、常勤と非常勤の従事者合計人数を全て「常勤」に置き換えた人数。各事業所の規定する就労時間を基に、非常勤職員の勤務時間数から適当な常勤換算数を算出します。

③貴事業所の介護従事者の経験年数を教えてください。（項目に該当する人数を記載）

※「合計」の人数と各項目の合計人数が合うように入力してください。

単位：人

常勤職員	合計	1年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10年未満	10年以上
非常勤職員	合計	1年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10年未満	10年以上

④貴事業所の職員が保有する資格を教えてください。人数は実人数とし、一人が複数の資格を保有する場合はそれぞれの欄で別々に計上してください。

単位：人

	管理者	計画作成担当者	介護従事者
介護福祉士			
介護職員基礎研修			
ホームヘルパー1級			
ホームヘルパー2級			
介護支援専門員			
看護師			
准看護師			
社会福祉士			
社会福祉主事			
精神保健福祉士			
作業療法士（OT）・理学療法士（PT）・言語聴覚士（ST）			
管理栄養士・栄養士			

問5 貴事業所の職員人件費について教えてください。回答は、最新の決算の数字を記載してください。

※「事業活動支出」は、減価償却費等も含むため「人件費及び経費の合計」とは異なります。

単位：円

①事業活動支出計	
②うち人件費	
③うち経費（「会計基準」の場合、「事務費支出」と「事業費支出」の合計額）	
④業務委託費のうち派遣職員等に係る費用	

問6 貴事業所が、介護報酬上算定している加算があれば教えてください。（あてはまるもの全てについてチェック）

<input type="checkbox"/> 1. 初期加算	<input type="checkbox"/> 2. 夜間ケア加算
<input type="checkbox"/> 3. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	<input type="checkbox"/> 4. 若年性認知症利用者受入加算
<input type="checkbox"/> 5. 看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 6. 医療連携体制加算
<input type="checkbox"/> 7. 退居時相談支援加算	<input type="checkbox"/> 8. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）
<input type="checkbox"/> 9. 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 10. サービス供給体制加算（Ⅰ）
<input type="checkbox"/> 11. サービス供給体制強化加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 12. サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
<input type="checkbox"/> 13. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/> 14. 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）
<input type="checkbox"/> 15. 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	

※問7及び問8は、「個別質問（ワード）」にて「2.3医療機能の確保・強化について」の対象事業所のみ回答をお願いいたします。

問7 昨年度一年間（平成24年4月1日～平成25年3月31日）における、貴事業所の入・退居者について教えてください。
 ※「2.3医療機能の確保・強化について」の対象事業所のみ回答をお願いいたします。

①昨年度一年間（平成24年4月1日～平成25年3月31日）に貴事業所に入居された方と、その中の「医療機関からの退院先が貴事業所である方たち」について、次の項目に該当する人数を記入してください。

※全ての方が医療機関から退院して入居されている訳ではないと考えられることから、「昨年度一年間での入居者数の総数」と右の内訳の計が一致しない場合もあります。

単位：人

	昨年度一年間の入居者数の総数	うち、医療機関からの退院先が貴事業所である方たち	
		うち、精神科以外の医療機関からの入居	うち、精神科病院からの入居
昨年度一年間の入居者数			
うち、貴事業所と同一法人の医療機関を退院した入居者数			

②昨年度一年間（平成24年4月1日～平成25年3月31日）に貴事業所を退去された方と、その中の「医療機関への入院による退居、もしくは死亡による退居である方たち」についてお聞きます。なお、この場合の「退居」は事業所との利用契約が解除されたことを示します。

※「期間内での退居者数の総数」と右の内訳の計が一致しない場合もあります。

単位：人

	昨年度一年間の退居者数の総数	うち、医療機関への入院による退居		うち、死亡による退居	
		退居先が精神科以外の医療機関（老人保健施設を含む）	退居先が精神科病院	死亡による退居（退居後の入院先の医療機関での死亡は該当しない）	うち、貴事業所内で看取った方
昨年度一年間の退居者数					
うち、貴事業所と同一法人の医療機関への退居者数					

問8 貴事業所の入居者で、治療を受けている方について教えてください。
 ※「2.3医療機能の確保・強化について」の対象事業所のみ回答をお願いいたします。

①認知症の治療を行う精神科、心療内科、神経内科等の専門医の治療を受けている入居者数。

単位：人

1. アルツハイマー型認知症	
2. 血管性認知症	
3. レビー小体型認知症	
4. 前頭側頭型認知症	
5. 以上の混合型	
6. その他	

②認知症以外で精神科、心療内科、神経内科等の治療を受けている入居者数。

単位：人

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	

③ ①、②以外の疾患で現在治療を受けている入居者数。

単位：人

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	

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究
2 相談支援機能の開発・確立について

【事業所名】	50字以内で入力してください。
【役職】	50字以内で入力してください。
【お名前】	50字以内で入力してください。

本項では、貴事業所が実施されている地域やご家族への相談支援の取組についてうかがいます。

問7 グループホームとして、または併設の相談機関で実施している相談支援機能について、詳細を教えてください。

① 相談支援の実施者（誰が実施されていますか）
200字以内で入力してください。

② 相談支援の対象者（誰に対して実施されていますか）
200字以内で入力してください。

③ 実施している日時（定期であれば詳細を、不定期なら年間総実施回数を教えてください）
200字以内で入力してください。

④ 相談支援の内容（どのような相談支援を実施しているのでしょうか）
200字以内で入力してください。

問8 相談支援機能の開発・確立に至った背景・経緯を教えてください。

西暦（年・月）	開設に至るまでの出来事・事情等
50字以内で入力してください。	200字以内で入力してください。

問9 相談支援の実施に必要な人員体制と設備、その確保の方法を教えてください。

問9-1 現状、実施している中での人員・設備を教えてください。

	内容・必要な理由	その確保の方法
①どのような人員・人数ですか	200字以内で入力してください。	200字以内で入力してください。
②どのような設備ですか	200字以内で入力してください。	200字以内で入力してください。

問9-2 今後、充実のために必要と考えられる人員・設備(設備の種類や数等)を教えてください。

	内容詳細・必要な理由	その確保の方法
①どのような人員・人数か	200字以内で入力してください。	200字以内で入力してください。
②どのような設備か	200字以内で入力してください。	200字以内で入力してください。

問10 相談支援の実施による効果や課題(誰に、どのような効果・課題が、どの程度あったか等)を教えてください。

問10-1 相談支援の利用者に対する効果や課題・問題点を教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200字以内で入力してください。

問10-2 貴事業所における効果や課題等を教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200字以内で入力してください。

問10-3 貴事業所の職員における効果や課題・問題点を教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200字以内で入力してください。

問10-4 利用及び提供状況・実績を教えてください。

(例「●●が月10件」等数値を含んだ詳細を記載)

200 字以内で入力してください。

問 10-5 以上の成功（順調）あるいは不調の要因について教えてください。

①成功(順調)・不調のいずれでしょうか	回答を選択
②その要因・ポイントは何でしょうか。	200 字以内で入力してください。

問 10-6 今後も相談支援の提供体制を継続あるいは強化していくために残っている課題とは何だとお考えでしょうか。

① 今後も相談支援の提供体制を継続あるいは強化していくために残っている課題
200 字以内で入力してください。

質問は以上です。ご協力頂き、誠にありがとうございました。

ご記入頂いたこの調査票ファイルを、事務局まで電子メールにて 12月20日（金） までに送信して下さい。

**地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究
2 個別ケアの資質向上のための機能強化について**

【事業所名】	50字以内で入力してください。
【役職】	50字以内で入力してください。
【お名前】	50字以内で入力してください。

本項では、貴事業所が実施されている個別性に配慮した個別ケアの実現のための取組についてうかがいます（例：アセスメントからケアプラン作成、モニタリング等によるPDCAサイクルの向上等）。
いずれについても、認知症の症状緩和の取り組みの視点から回答をお願いします。

問7 貴事業所では、利用者一人ひとりの日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫等の情報について、どのように記録し、蓄積していますか。

① 記録について	
方法	200字以内で入力してください。
その理由や工夫点	200字以内で入力してください。

② 情報の蓄積について	
方法	200字以内で入力してください。
その理由や工夫点	200字以内で入力してください。

問8 蓄積された利用者一人ひとりの情報について、事業所内のスタッフは情報共有をしていますか。
選択肢：1. 情報共有している、2. 情報共有していない

回答を選択	※「1. 情報共有している」の場合、問8-1へ。
-------	--------------------------

※問8-1 から8-3は、問8で「1. 情報共有している」と回答した方のみお答えください。

問8-1 貴事業所内のスタッフで情報共有をしている人について教えてください。

①情報共有をしているのはどのような人ですか	200字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問8-2 貴事業所内のスタッフとの情報共有の方法とタイミングについて教えてください。

①どのように情報を共有していますか	200字以内で入力してください。
-------------------	------------------

【個別質問 2.2.(1)】 個別ケアの資質向上のための機能強化について

②情報共有のタイミングはいつですか	200字以内で入力してください。
③その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問9 利用者のアセスメントについて教えてください。

問9-1 利用開始時のアセスメントを実施している人について教えてください。

①実施しているのはどのような人（担当者・職種）でしょうか	200字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問9-2 利用開始時のアセスメントで使用しているツールがあれば教えてください。

①使用しているツール等	200字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問9-3 第二回目以降のアセスメント・ケアプランの実施方法について教えてください。

①実施のタイミングはいつですか	200字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。
③ケアカンファレンスについて何か工夫をされていますか	200字以内で入力してください。

問10 提供される個別ケア等の指導や支援の提供プロセスの管理について教えてください。

問10-1 個別ケア等の指導担当者について教えてください。

①指導担当者はどのような人でしょうか。	200字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問10-2 支援提供プロセスの管理について教えてください。

【個別質問 2.2.(1)】 個別ケアの資質向上のための機能強化について

①管理しているのはどのような人でしょうか。	200字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問 11 利用者に対する一連の支援についてのモニタリングの実施について教えてください。

①モニタリングの実施者と実施方法を教えてください。	200字以内で入力してください。
②その内容や結果等についてスタッフ間での共有の有無、共有の場合の方法	200字以内で入力してください。

問 12 蓄積された利用者一人ひとりの情報について、利用者家族（及び成年後見人含む）と情報共有をしていますか。

選択肢：1. 情報共有している、2. 情報共有していない

回答を選択	※「1. 情報共有している」の場合、問 12-1 へ。
-------	-----------------------------

※問 12-1～問 12-2 は、問 12 で「1. 情報共有している」と回答した方のみお答えください。

問 12-1 利用者家族（及び成年後見人含む）との情報共有の方法とタイミングについて教えてください。

①どのように情報を共有していますか	200字以内で入力してください。
②情報共有のタイミングはいつですか	200字以内で入力してください。
③その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問 12-2 情報共有した内容やケアプラン・支援等に対する家族の意向についての把握は、どのように行っていますか。

①把握をしているのはどのような人でしょうか	200字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200字以内で入力してください。

問 13 蓄積された利用者一人ひとりの情報について、事業所以外の関係機関・スタッフ等と情報共有をしていますか。

選択肢：1. 情報共有している、2. 情報共有していない

回答を選択	※「1. 情報共有している」の場合、問 13-1 へ。
-------	-----------------------------

※問 13-1 は、問 13「事業所以外の関係機関・スタッフ等」で、「1. 情報共有している」と回答した方のみお答え下さい。

問 13-1 貴事業所以外の関係機関・スタッフ等について教えてください。

①情報を共有しているのはどのような関係機関やスタッフでしょうか	200 字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200 字以内で入力してください。

問 13-2 貴事業所以外の関係機関・スタッフ等との情報共有の方法について教えてください。

①どのように情報を共有していますか	200 字以内で入力してください。
②その理由や工夫点を教えてください	200 字以内で入力してください。

問 13-3 関係機関との情報共有において、個人情報を取り扱う上での留意点について教えてください。

200 字以内で入力してください。

問 14 上記のような個別ケアを行う仕組みや体制となった背景・経緯を教えてください。

西暦（年・月）	開設に至るまでの出来事・事情等
50 字以内で入力してください。	200 字以内で入力してください。

問 15 個別ケアの実施による効果や課題(誰に・どのような効果があったか、課題がどの程度あったか等)を教えてください。

問 15-1 利用者に対する効果や課題・問題点について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200字以内で入力してください。

問 15-2 貴事業所における効果や課題等について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200字以内で入力してください。

問 15-3 貴事業所の職員における効果や課題・問題点について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200字以内で入力してください。

問 15-4 連携先機関等における効果や課題等について教えてください。連携先機関等は、1)市区町村、2)地域包括支援センター、3)医療機関、4)他の介護事業所等、と想定して回答をお願いします。

①実施したことによる効果	400字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	400字以内で入力してください。

問 15-5 家族に対する効果や課題・問題点について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200字以内で入力してください。

問 15-6 以上の成功(順調)あるいは不調の要因について教えてください。

①成功(順調)・不調	回答を選択
------------	-------

【個別質問 2.2.(1)】 個別ケアの資質向上のための機能強化について

のいずれでしょうか	
②その要因・ポイントは何でしょうか。	200字以内で入力してください。

問 15-7 今後も個別ケアの提供体制を継続、あるいは強化していくために必要と考えられる課題とは何だとお考えでしょうか。

200字以内で入力してください。

質問は以上です。ご協力頂き、誠にありがとうございました。

ご記入頂いたこの調査票ファイルを、事務局まで電子メールにて 12月20日(金) までに送信して下さい。

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究
2 地域との連携の状況について

【事業所名】	50字以内で入力してください。
【役職】	50字以内で入力してください。
【お名前】	50字以内で入力してください。

本項では、貴事業所と地域との密な連携やご家族への相談支援の取組について伺います。

問7 地域との連携の状況についてお伺いします。次の視点の中であてはまる内容等があれば教えてください。関連すると思われることであれば、記入例にとらわれず教えてください。

※実施内容、開始時期（開設後何年から/実施年数）、きっかけや理由、実施時の工夫、効果等について回答をお願いします。

① 施設に呼び・招く・交流する。	
（記入例）	施設行事に利用者家族・友人や住民を招く、地域ボランティア受入の工夫 等
200字以内で入力してください。	

② 地域の行事に参加する。	
（記入例）	地域行事や活動への利用者の参加 等
200字以内で入力してください。	

③ 地域の一員として一緒に取り組む・役割を果たす。	
（記入例）	防災訓練への参加、利用者による公園清掃、福祉避難所としての指定 等
200字以内で入力してください。	

④ 地域における認知症専門の資源としての役割（相談対応等）を担う。	
（記入例）	認知症に関する相談窓口の設置、利用者家族の相談支援や心理サポート等の実施 等
200字以内で入力してください。	

⑤ 地域における認知症専門の資源としての役割（啓発の視点等）を担う。	
（記入例）	認知症サポーター講座等啓発活動の実施、学校の体験学習の受入 等
200字以内で入力してください。	

⑥ 他の地域資源と連携する。	
（記入例）	他のグループホーム、行政や地域包括支援センター等と連携して認知症支援に取り組む 等

【個別質問 2.2.(2)】 地域との連携の状況について

200 字以内で入力してください。

⑦ その他

(記入例)	その他
-------	-----

200 字以内で入力してください。

問 8 地域との連携の実施による効果や課題(誰に、どのような効果・課題が、どの程度あったか等)を教えてください。

問 8-1 地域における効果や課題等を教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200 字以内で入力してください。

問 8-2 利用者に対する効果や課題・問題点を教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200 字以内で入力してください。

問 8-3 貴事業所における効果や課題等を教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200 字以内で入力してください。

問 8-4 貴事業所の職員における効果や課題・問題点を教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200 字以内で入力してください。

問 8-5 連携先機関等に対する効果や課題等を教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200 字以内で入力してください。

問 8-6 家族に対する効果や課題・問題点を教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200 字以内で入力してください。

問 8-7 以上の成功（順調）あるいは不調の要因について教えてください。

①成功（順調）・不調のいずれでしょうか	回答を選択
②その要因・ポイントは何か。	200 字以内で入力してください。

問 8-8 今後も地域との密な連携体制を継続あるいは強化していくために残っている課題とは何だとお考えでしょうか。

200 字以内で入力してください。

問 9 運営推進会議の実施状況について教えてください。

問 9-1 開催の頻度を教えてください。

200 字以内で入力してください。

問 9-2 どのような組織団体や関係者が参加していますか。また、運営推進会議を実施したことによって得られた効果や地域との交流等の好事例があれば教えてください。

①参加団体や人数	50 字以内で入力してください。
②事例等	200 字以内で入力してください。

問 9-3 参加者の選定や呼びかけや方法等で工夫されていることがあれば教えてください。

200 字以内で入力してください。

問 9-4 運営をしていく上で工夫されていることがあれば教えてください。（開催場所等の工夫を含む）

200 字以内で入力してください。

問 9-5 作成された会議録については、どのような方法で公開されていますか。また、公開された会議録についての反応や、地域への効果等がありますか。

200 字以内で入力してください。

問 10 上記のような運営推進会議を行う仕組みや体制となった背景や経緯を教えてください。

西暦（年・月）	上記のような運営推進会議となるまでの出来事・事情等
50 字以内で入力してください。	200 字以内で入力してください。

問 11 運営推進会議による効果や課題(誰に、どの様な効果・課題が、どの程度あったか等)について教えてください。

問 11-1 地域に対する効果や課題等について教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200 字以内で入力してください。

問 11-2 利用者に対する効果や課題・問題点について教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200 字以内で入力してください。

問 11-3 貴事業所に対する効果や課題等について教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200 字以内で入力してください。

問 11-4 貴事業所の職員に対する効果や課題・問題点について教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題	200 字以内で入力してください。

題・改善・問題点	
----------	--

問 11-5 連携先機関等に対する効果や課題等について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200字以内で入力してください。

問 11-6 家族に対する効果や課題・問題点について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200字以内で入力してください。

問 11-7 以上の成功（順調）あるいは不調の要因について教えてください。

①成功（順調）・不調のいずれでしょうか	回答を選択
②その要因・ポイントは何か	200字以内で入力してください。

問 12 今後も運営推進会議を継続あるいは強化していくために残っている課題とは何だとお考えでしょうか。

200字以内で入力してください。

質問は以上です。ご協力頂き、誠にありがとうございました。

ご記入頂いたこの調査票ファイルを、事務局まで電子メールにて 12月20日（金） までに送信して下さい。

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究
2 医療機能の確保・強化について

【事業所名】	50字以内で入力してください。
【役職】	50字以内で入力してください。
【お名前】	50字以内で入力してください。

本項では、貴事業所の医療機能の確保・強化の取組について伺います。

問9 貴事業所に対応されている入居者の医療ニーズについて、あてはまるもの全てについてチェックをつけてください。

問9-1 貴事業所内に対応されているものについて、チェックをつけてください。(あてはまるもの全てをチェック)

<input type="checkbox"/> 1. 看取り期のケア	<input type="checkbox"/> 2. インスリン注射
<input type="checkbox"/> 3. 中心静脈栄養の管理	<input type="checkbox"/> 4. 注射・点滴の管理（2及び3以外）
<input type="checkbox"/> 5. 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理	
<input type="checkbox"/> 6. ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	
<input type="checkbox"/> 7. 酸素療法	<input type="checkbox"/> 8. レスピレーター（人工呼吸器）の管理
<input type="checkbox"/> 9. 気管切開のケア	<input type="checkbox"/> 10. 疼痛の看護
<input type="checkbox"/> 11. 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）	
<input type="checkbox"/> 12. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	
<input type="checkbox"/> 13. 褥創の処置	
<input type="checkbox"/> 14. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）	
<input type="checkbox"/> 15. 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 16. ネブライザー
<input type="checkbox"/> 17. 創傷処置	<input type="checkbox"/> 18. 服薬管理
<input type="checkbox"/> 19. 導尿	<input type="checkbox"/> 20. 浣腸
<input type="checkbox"/> 21. 摘便	<input type="checkbox"/> 22. 簡易血糖測定
<input type="checkbox"/> 23. その他 ※	

※「23. その他」にチェックを入れた方のみお答え下さい。

「23. その他」の具体的な内容について
200字以内で入力してください。

問9-2 外部連携先の医療機関によって対応されているものについて、チェックをつけてください。(あてはまるもの全てをチェック)

<input type="checkbox"/> 1. 看取り期のケア	<input type="checkbox"/> 2. インスリン注射
<input type="checkbox"/> 3. 中心静脈栄養の管理	<input type="checkbox"/> 4. 注射・点滴の管理（2及び3以外）
<input type="checkbox"/> 5. 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理	

【個別質問 2.3】 医療機能の確保・強化について

<input type="checkbox"/> 6. ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	
<input type="checkbox"/> 7. 酸素療法	<input type="checkbox"/> 8. レスピレーター（人工呼吸器）の管理
<input type="checkbox"/> 9. 気管切開のケア	<input type="checkbox"/> 10. 疼痛の看護
<input type="checkbox"/> 11. 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）	
<input type="checkbox"/> 12. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	
<input type="checkbox"/> 13. 褥創の処置	
<input type="checkbox"/> 14. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）	
<input type="checkbox"/> 15. 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 16. ネプライザー
<input type="checkbox"/> 17. 創傷処置	<input type="checkbox"/> 18. 服薬管理
<input type="checkbox"/> 19. 導尿	<input type="checkbox"/> 20. 浣腸
<input type="checkbox"/> 21. 摘便	<input type="checkbox"/> 22. 簡易血糖測定
<input type="checkbox"/> 23. その他	

問 10 貴事業所の医療提供方法の形態について教えてください。

問 10-1 認知症の治療を行う精神科、心療内科、神経内科等の専門医の治療及び看護について教えてください。

①認知症の治療を行う精神科、心療内科、神経内科等の専門医の治療及び看護が実施されている場合、月間での提供回数はどの位でしょうか。	50字以内で入力してください。
②その提供形態について教えてください。(あてはまるもの全てをチェック)	
<input type="checkbox"/> 1. 通院	
<input type="checkbox"/> 2. 往診（特別に来てもらう場合）の受入	
<input type="checkbox"/> 3. 訪問診療（定期的に来てもらう場合）の受入	
<input type="checkbox"/> 4. 医療保険の訪問看護の受入	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 6. 各入居者の主治医との電話等による相談	
<input type="checkbox"/> 7. 専門医を嘱託医等として契約	
<input type="checkbox"/> 8. 事業所で看護師を配置	
<input type="checkbox"/> 9. 事業所で准看護師を配置	
<input type="checkbox"/> 10. 提供していない	

問 10-2 認知症以外で精神科、心療内科、神経内科等の治療及び看護について教えてください。

①認知症以外で精神科、心療内科、神経内科等の治療及び看護が実施されている場合、月間での提供回数はどの位でしょうか。	50字以内で入力してください。
②その提供形態について教えてください。(あてはまるもの全てをチェック)	
<input type="checkbox"/> 1. 通院	
<input type="checkbox"/> 2. 往診（特別に来てもらう場合）の受入	

【個別質問 2.3】 医療機能の確保・強化について

<input type="checkbox"/> 3. 訪問診療（定期的に来てもらう場合）の受入
<input type="checkbox"/> 4. 医療保険の訪問看護の受入
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 6. 各入居者の主治医との電話等による相談
<input type="checkbox"/> 7. 専門医を嘱託医等として契約
<input type="checkbox"/> 8. 事業所で看護師を配置
<input type="checkbox"/> 9. 事業所で准看護師を配置
<input type="checkbox"/> 10. 提供していない

問 10-3 問 10-1、問 10-2 以外の疾患の治療及び看護について教えてください。

①問 10-1、問 10-2 以外の疾患の治療及び看護が実施されている場合、月間での提供回数はどの位でしょうか。	50 字以内で入力してください。
②その提供形態を教えてください。（あてはまるもの全てをチェック）	
<input type="checkbox"/> 1. 通院	
<input type="checkbox"/> 2. 往診（特別に来てもらう場合）の受入	
<input type="checkbox"/> 3. 訪問診療（定期的に来てもらう場合）の受入	
<input type="checkbox"/> 4. 医療保険の訪問看護の受入	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 6. 各入居者の主治医との電話等による相談	
<input type="checkbox"/> 7. 専門医を嘱託医等として契約	
<input type="checkbox"/> 8. 事業所で看護師を配置	
<input type="checkbox"/> 9. 事業所で准看護師を配置	
<input type="checkbox"/> 10. 提供していない	

問 11 貴事業所の医療提供体制の確保の方法等について、該当する項目についてチェックをし、詳細を教えてください。確保の方法が複数ある場合は、あてはまるもの項目全てについて回答してください。

問 11-1 認知症の治療を行う精神科、心療内科、神経内科等の専門医の治療及び看護に対する医療提供体制を教えてください。

確保の方法 （あてはまる項目に チェック）	詳細を教えてください。
<input type="checkbox"/> ①貴事業所内で確保（看護師の配置含む）	200 字以内で入力してください。
<input type="checkbox"/> ②同一法人及びグループ法人内医療機関との連携で確保	200 字以内で入力してください。

<input type="checkbox"/> ③グループ法人外の医療機関との連携で確保	200字以内で入力してください。
---	------------------

問 11-2 認知症以外で精神科、心療内科、神経内科等の治療及び看護に対する医療提供体制を教えてください。

確保の方法 (あてはまる項目に チェック)	詳細を教えてください。
<input type="checkbox"/> ①貴事業所内で確保(看護師の配置含む)	200字以内で入力してください。
<input type="checkbox"/> ②同一法人及びグループ法人内医療機関との連携で確保	200字以内で入力してください。
<input type="checkbox"/> ③グループ法人外の医療機関との連携で確保	200字以内で入力してください。

問 11-3 問 11-1、問 11-2 以外の疾患の治療及び看護に対する医療提供体制を教えてください。

確保の方法 (あてはまる項目に チェック)	詳細を教えてください。
<input type="checkbox"/> ①貴事業所内で確保(看護師の配置含む)	200字以内で入力してください。
<input type="checkbox"/> ②同一法人及びグループ法人内医療機関との連携で確保	200字以内で入力してください。
<input type="checkbox"/> ③グループ法人外の医療機関との連携で確保	200字以内で入力してください。

問 12 貴事業所が現在連携している医療機関について教えてください。

問 12-1 連携している医療機関の数を教えてください。

50字以内で入力してください。

問 12-2 連携している医療機関の診療科について教えてください。(あてはまるものを全てチェック)

<input type="checkbox"/> 1. 内科	<input type="checkbox"/> 2. 神経内科
<input type="checkbox"/> 3. 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 4. 循環器科
<input type="checkbox"/> 5. 消化器科	<input type="checkbox"/> 6. 外科

【個別質問 2.3】医療機能の確保・強化について

<input type="checkbox"/> 7. 放射線科	<input type="checkbox"/> 8. 産婦人科
<input type="checkbox"/> 9. 整形外科	<input type="checkbox"/> 10. リハビリ科
<input type="checkbox"/> 11. 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 12. 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 13. 皮膚科	<input type="checkbox"/> 14. アレルギー科
<input type="checkbox"/> 15. 小児科	<input type="checkbox"/> 16. 眼科
<input type="checkbox"/> 17. 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 18. 精神科・神経科
<input type="checkbox"/> 19. 心療内科	<input type="checkbox"/> 20. 歯科・口腔外科
<input type="checkbox"/> 21. その他	

問 13 上記のような医療提供内容、体制となった背景・経緯を教えてください。

西暦（年・月）	上記のような医療提供内容、体制となるまでの出来事・事情等
50 字以内で入力してください。	200 字以内で入力してください。

問 14 医療提供を実施したことによる効果や課題(誰に、どの様な効果・課題が、どの程度あったか等)を教えてください。

問 14-1 利用者に対する効果や課題・問題点を教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200 字以内で入力してください。

問 14-2 貴事業所に対する効果や課題等について教えてください。

①実施したことによる効果	200 字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200 字以内で入力してください。

問 14-3 貴事業所の職員に対する効果や課題・問題点について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善・問題点	200字以内で入力してください。

問 14-4 連携先機関等に対する効果や課題等について教えてください。

①実施したことによる効果	200字以内で入力してください。
②実施に際しての課題・改善点	200字以内で入力してください。

問 14-5 以上の成功（順調）あるいは不調の要因について教えてください。

①成功（順調）・不調のいずれでしょうか	回答を選択
②その要因・ポイントは何でしょうか。	200字以内で入力してください。

問 15 今後も医療提供体制を継続あるいは強化していくために残っている課題とは何だとお考えでしょうか。

200字以内で入力してください。

問 16 貴事業所は認知症初期集中支援チームづくりに関わっていますか。

選択肢：1. 関わっている、2. 関わっていない、3. 現在は取り組んでいないが今後検討・準備

回答を選択	⇒「1. 関わっている」と回答した方は、問 16-1 に進んでください。 ⇒「2. 関わっていない」と回答した方は、終了となります。 ⇒「3. 現在は取り組んでいないが今後検討・準備」と回答した方のみ、問 16-2 に進んでください。
-------	---

問 16-1 問 16 で「1.関わっている」と回答した方にうかがいます。その際の主な役割、チームの構成員、チームの中での連携状況について教えてください。

①主な役割	200字以内で入力してください。
②チームの構成員	200字以内で入力してください。
③チームの中での連携状況	200字以内で入力してください。

問 16-2 問 16 で「3.現在は取り組んでいないが今後検討・準備」と回答した方にうかがいます。今

【個別質問 2.3】 医療機能の確保・強化について

後、検討・準備していく上での問題点を教えてください。

200字以内で入力してください。

質問は以上です。ご協力頂き、誠にありがとうございました。

ご記入頂いたこの調査票ファイルを、事務局まで電子メールにて 12月20日（金） までに送信して下さい。

地域包括ケアシステムにおける認知症グループホームの役割と多様化に関する調査研究事業

平成 26 年 3 月発行

■発行 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
東京都新宿区大京町 23-3 オーキッドビル 8F
TEL 03(5366)2157 FAX 03(5366)2158

禁無断転載

