

平成 24 年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に
関する調査研究報告書

2013 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

本報告書は、認知症グループホームにおける利用者の重度化傾向の実態、重度化に対応する事業者側の対応等への影響について、調査研究したものである。

グループホームの利用者の平均要介護度は、年々重度化の傾向にある。また、グループホーム内での看取りは、平成22年度の当協会調査によると、退居者全体の11.4%を占めるまでになっている。このようなデータからも、利用者の重度化への対応がグループホームの喫緊の課題となっている。

こうした状況下、グループホームの理念に沿った看取り介護の実践や、早期対応による重度化予防への取り組みなど、さまざまな事例が報告されている。しかしながら、グループホームの利用者の重度化に関する基礎データの集積は十分とはいえない、国も我々事業者側も、その実態を把握しているとは言い難い。

注目すべきことは、国は現在推し進めている社会保障・税一体改革において、グループホームを医療・介護等サービス改革の重点項目に位置づけているということである。そして、平成24年9月5日に公表された『認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）』では、グループホームについて、認知症に特化したケアを担う地域の拠点として、極めて重要な役割を求めている。

重度化の過程で起こるのは、老齢化に伴う心身の虚弱化であり、認知症の進行であり、医療ニーズの高まりである。だからこそ、介護体制の充実と医療機能の確保・連携が不可欠になる。しかし、当協会が、かねてより、医療との連携のあり方を模索し、また介護職員の慢性的人材不足に苦慮していることも、また、事実である。

グループホームの本来あるべき介護体制の充実と医療機能の確保等を可能とするためには、重度化についての基礎データの収集と適切な分析こそが重要である。グループホームの利用者とそのご家族、さらにはそこで働く職員の明るい明日のため、本報告書をぜひ活用していただきたい。

本委員会は、さらに重度化の実態の把握・分析と対応方法の確立に、継続して取り組んでいきたいと考えている。

認知症グループホームにおける利用者の実態に関する調査研究員会
委員長 河崎 茂子

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 アンケート調査結果	7
1. 調査のあらまし	7
2. 調査結果	10
第3章 事例調査結果	94
1. 調査の目的	94
2. 調査方法	94
3. 調査内容	94
4. 事例	95
5. 各事例からの考察	148
第4章 課題・まとめ	150
1. 重度化の実態	150
2. 本調査からの考察	153
3. 新たな検討の視点	156
資料編	157
1. アンケート調査票	157

第1章 事業概要

1. 調査研究の背景と狙い

認知症グループホームの利用者の平均要介護度は年々重度化の傾向にあり、平成23年8月の平均要介護度は2.75となっている。また、平成22年度の協会調査によると、認知症グループホーム内の看取りも退去者全体の11.4%を占めるまでになっており、利用者の重度化への対応が認知症グループホームの重要な課題の一つとなっている。

制度的には、平成18年度に医療連携体制加算が創設され、その後、看取り介護加算の創設、見直しなどが整備されてきた経緯があり、医療連携体制加算の算定率も7割を超えるまでになってきている。

また、認知症グループホームの理念に沿った看取り介護の実践や、早期対応による重度化予防への取り組みなど、実践においては様々な事例も報告されている。

一方で、認知症グループホームの利用者の重度化に関する基礎的データの集積は十分とはいはず、また、利用者の経年的変化の状況や事業所属性による対応の特徴など、その実態についても十分明らかにされていない。社会保障・税一体改革において、認知症グループホームは医療・介護等分野での改革項目（充実すべき項目）に位置付けられ、2025年には現在の2.3倍にあたる37万人分を整備する見込みが示されており、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。また、かねてから、医療との連携のあり方や看護・介護力不足などの課題も指摘されており、認知症グループホームにおける利用者の重度化についての基礎的データを収集し、その実態について明らかにしていく意義は高いといえる。

そこで、本研究事業においては、認知症グループホームにおける利用者の重度化について概念整理をしたうえで、基礎的データを多角的に収集し、クロス集計などの分析により、その実態について明らかにするとともに、そこから導き出される特徴的な事例について事例調査を行い、その内実についてより深めていくことを目的としている。

2. 課題意識

本調査は、認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態、重度化に対する事業所側の対応等への影響（介護報酬改定の影響も含む）について調査をするものである。

具体的には、グループホームの利用者の重度化の程度や、求められているケア等についての全国的な傾向・分布（どのような事業所（スタッフ体制やケア）・地域に重度の利用者がいるか等）、また重度化に対応したケアとそれに要するコスト、介護報酬（や診療報酬）でどの程度カバーできているか、報酬改定がどう影響しているか（有無や程度）等について実態を把握するものである。

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。

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

(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。

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・アンケート調査票の検討・アンケート調査の集計・分析仕様の検討・集計・分析仕様に基づくアンケート調査結果（速報値）の確認・速報値を踏まえた集計・分析仕様の修正検討
事例調査	<ul style="list-style-type: none">・事例調査の対象・内容等の検討・事例調査結果の検討

3.2. 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踏まえ、認知症グループホームらしいケアの方向性を多角的に分析し、次期報酬改定に向けた政策提言のためのエビデンス資料として活用していくため、協会員事業所・非会員事業所も含めた大規模調査を実施した。

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 「認知症グループホームにおける利用者の重度化に関する調査」アンケート
- 2) 調査目的 認知症グループホームらしいケアの方向性を多角的に分析し、次期制度改正や次期報酬改定に向けた政策提言のための基礎資料として活用する。
- 3) 調査期間 平成24年9月25日（火）～11月6日（火）
- 4) 調査対象 認知症グループホーム4,908事業所
(会員事業所は全2,454箇所、非会員事業所は同数を無作為抽出)

- 5) 調査方法 調査票（事業所単位の調査票Ⅰ、利用者単位の調査票Ⅱの2種類）を郵送により配布・回収
- 6) 調査内容 質問数32問（調査票Ⅰ：28問・61項目、調査票Ⅱ：4問・141項目）
（※詳細な調査項目は資料編の調査票を参照）
- 7) 回答状況 全回答件数 1,816件（会員1,199、非会員617）
回答率 37.0%（会員48.9%、非会員25.1%）

3.3. 事例調査の実施

アンケート調査による統計的な結果の整理のみでは、「重度化」であっても現場感覚にある深刻さよりも数値としては低めに出る（他の介護保険施設に比べ、全体として）ことから、重度化の実態把握として、参考となる事例を集めた。

「重度生活支援型」等の4パターンに分け、各パターンで5～8事例、計25～30事例を収集、報告書の別冊データとして収載。

調査対象は、アンケート調査結果からの抽出ではなく、協会各支部の推薦等を通じ各パターンに相応しい事例を収載対象として抽出、決まった対象事業所に所定のフォーマットに記入・返送頂いた。

フォーマットは、あくまで事例集・事例紹介であることを重視し、事例として参考になる情報を調査対象事業所にコンパクトに記載頂けるよう設計（アンケートのように分析可能な形で細目に分けた（調査対象事業所が記入しづらい）フォーマットは避けた）。

さらに、集まった事例の一部について、詳細・実態を確認するため、訪問ヒアリングを実施した。

対象者の抽出・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24年 8月20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 アンケート調査票の検討
2	平成24年 11月27日	【中間報告】 進捗状況等の確認 アンケート調査の集計・分析仕様の検討 アンケート調査結果（速報値）の確認 事例調査の対象・内容等の検討
3	平成25年 1月22日	【報告書検討】 事例調査結果の確認 報告書の構成・内容等の確認
4	平成25年 3月2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

開催時期によって検討するテーマを分けて（あるいは同時に）開催した。

回	時期	主な内容	
		アンケート調査	事例調査
1	平成24年 8月10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	
		調査票の検討	
2	平成24年 9月24日	集計・分析仕様の検討	対象・内容の検討
3	平成24年 11月20日	集計・分析仕様（案）に基づく調査結果（速報値）の確認 速報値を踏まえた集計・分析仕様の修正等検討	調査の最終確認（調査票等）
4	平成25年 1月15日	アンケート、事例調査結果の検討と分析を実施、方向性を確認	

4.2. アンケート調査の実施

調査票原案を8月下旬までに作成、検討委員会での審議・修正指示を受けワーキング委員会にて修正作業を行い、9月中旬に原稿確定、印刷等準備。

平成24年9月25日（火）に調査票を発送、締め切りを10月15日（月）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最大限延長し11月6日（火）までの回収で集計・分析を行うこととした。

11月末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。

4.3. 事例調査の実施

11月末の検討委員会までに、ワーキング委員会にて調査方法（記述事項等）を整理すると共に、取り上げるべき事例の候補を抽出した。

委員会の承認を受け、12月いっぱい対象者に執筆を依頼、提出された事例を順次内容確認と、分類・整理を実施。

1月、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、1月末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	河崎 茂子	日本認知症グループホーム協会常務理事 社会医療法人慈薰会 河崎病院 理事長
副委員長	村川 浩一	日本認知症グループホーム協会常務理事 日本社会事業大学教授
委員	白石 貴人	日本認知症グループホーム協会理事 社会福祉法人甘樺会 施設長
	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	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 日本社会事業大学教授
委員	内出 幸美	社会福祉法人典人会 専務理事
	高橋 恵子	日本認知症グループホーム協会熊本県支部支部長 有限会社せせらぎ 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 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

本調査は、認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態、重度化に対応する事業所側の運営への影響（介護報酬改定の影響も含む）について調査をするものである。

具体的には、グループホームの利用者の重度化の程度や、求められているケア等についての全国的な傾向・分布（どのような事業所（スタッフ体制やケア）・地域に重度の利用者がいるか等）、また重度化に対応したケアとそれに要するコスト、介護報酬（や診療報酬）でどの程度カバーできているか、報酬改定がどう影響しているか（有無や程度）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 | 「認知症グループホームにおける利用者の重度化に関する調査」アンケート |
| 2) 調査目的 | 認知症グループホームらしいケアの方向性を多角的に分析し、次期制度改正や次期報酬改定に向けた政策提言のための基礎資料として活用する。 |
| 3) 調査期間 | 平成 24 年 9 月 25 日（火）～11 月 6 日（火） |
| 4) 調査対象 | 認知症グループホーム 4,908 事業所
(会員事業所は全 2,454 箇所、非会員事業所は同数を無作為抽出) |
| 5) 調査方法 | 調査票（事業所単位の調査票 I 、利用者単位の調査票 II の 2 種類）を郵送により配布・回収 |
| 6) 調査内容 | 質問数 32 問（調査票 I : 28 問・61 項目、調査票 II : 4 問・141 項目）
(※調査項目の一覧は次表、詳細は資料編の調査票を参照) |
| 7) 回答状況 | 全回答件数 1,816 件（会員 1,199、非会員 617）
回答率 37.0%（会員 48.9%、非会員 25.1%） |

1.3. 集計について

全国でどのような事業所が多いのか（重度化した利用者をケアしている事業所とはどのような事業所なのか）等、全般的な傾向の分布・実態を把握することを主眼としていることから、事業所単位での分布状況の、単純集計を基本とする。

なお、職員や利用者、収支額に関する設問等のように、そのままの集計では事業所単位での分布状況を見るのが困難な設問については、一旦、事業所毎に集計・加工の後に、単純集計により分布をみる。（ここでは「2段階集計」という）

クロス集計は、都道府県別、設置主体別、開設年別、重度化対応の有無といった、重度化の実態に係る重要な組み合わせのみに絞り込んで集計。単純集計や 2 段階集計の結果を踏まえて集計対象を精査。

表 1 調査票 I (事業所単位)

No	分類	問	項目	回答形式	備考	
1	1.貴事業所について	1	①事業所番号	数値回答		
2			②所在地(都道府県)	文字回答		
3			③地域区分(変更前/後)	単一選択		
4			④事業所の設置主体(法人格)			
5			⑤開設年			
6			⑥ユニット数	数値回答		
7			⑦定員			
8			⑧現在の入居者数			
9			⑨併設・隣接での実施サービス	複数選択		
10			⑩グループ法人での実施サービス			
11	2.職員の配置状況	2	常勤職員数(実人数) 職種(管理者/計画作成担当者/介護従事者/その他)別	数値回答		
12			非常勤職員数(実人数) 職種(管理者/計画作成担当者/介護従事者/その他)別			
13			常勤換算数(介護従事者)			
14			保有資格(管理者/計画作成担当者)	複数選択		
15			資格保有者数(介護従事者)		11資格別の実人数(常勤/非常勤)	
16	3.利用者の退居の状況	4	H22・23年度2年間の退居者数	数値回答	利用年数別	
17			退居先別の退居者数		GH内看取り数はここで把握	
18			同一法人の提供するサービスへの移行者数			
19			医療連携加算の算定の有無	单一選択	今後算定予定の有無も選択肢	
20			算定要件の体制		算定事業所のみ回答	
21	4.医療連携体制の状況		看護師の、管理者や他施設との兼務			
22			看護師の夜勤・宿直の回数			
23			看護師の出勤(訪問)状況(週の回数)			
24			加算を取らない理由		非算定事業所のみ回答	
25			①連携している医療機関の数	数値回答		
26			②連携している医療機関の診療科			
27			医療機関との連携の程度	複数選択		
28			往診・診察の有無、頻度			
29			他職種(PT・OT・ST等)との連携の有無	单一選択	同一法人内/他機関との連携	
30	5.重度化・看取りへの対応状況	16	①重度化・看取り等への現在の対応状況 対応意識(積極的/止むを得ず)	单一選択		
31			②重度化・看取り等への今後の対応意向		対応中の事業所のみ回答	
32			重度化・ターミナルケアへの対応のために行ったこと	複数選択		
33			重度化・看取り等への対応に伴う経営への影響		対応中の事業所のみ回答	
34			重度化・看取り等への対応により得られたこと			
35			重度化・ターミナルケアへの対応で困難な点	制限複数選択		
36			医療ニーズへの対応(医療処置)の可否		入院による退居との関係も見る	
37			医療ニーズへの対応(医療処置)状況		利用者数を回答	
38				数値回答		
39	6.収支の状況(H23年度1年間)	22	事業活動収入計 (1)居宅介護料収入(合計、認知症対応型共同生活介護費、夜間ケア加算、初期加算、利用者負担分) (2)保険外利用料収入(認知症対応型共同生活介護に係る利用料収入) (3)その他の事業収入(介護職員処遇改善交付金受入額) (4)国庫補助金等特別積立金取崩額			
40			2事業活動支出計 (1)人件費 (2)経費(事務費+事業費) (1)業務委託費のうち派遣職員等に係る費用			
41			3事業活動収支差額			
42			23算定している加算	複数選択		
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50	7.報酬改定の影響	24	①要介護度別利用者数(昨年4~6月) ②介護給付費請求書の単位数、費用合計(昨年4~6月) ③介護職員処遇改善交付金額(昨年4~6月)	数値回答		
51			①要介護度別利用者数(今年4~6月) ②介護給付費請求書の単位数、費用合計(今年4~6月) ③介護給付費明細書の認知症対応型処遇改善加算(今年4~6月)			
52						
53				数値回答		
54						
55					全利用者の合計、単位で回答	
56			254月の報酬改正による収支差	单一選択		
57			26増収の理由		25で増収と回答した事業所のみ	
58			27減収の理由	複数選択	25で減収と回答した事業所のみ	
59			28自由意見(事業所の運営・経営状況)			
60			自由意見(職員配置・人材確保)			
61			自由意見(重度化・看取りの体制整備)	文字回答		

表2 調査票II（利用者単位）

No	分類	問	項目	回答形式	備考
62	8.利用者の状況 (ユニット1・2各9人分) 9.利用者の実態 (精神・身体と社会的交流等)	29 69 70 71 72 73 74 75 76 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146	① 年齢(現在) ② 利用年数 ③ 入所前の居場所 ④ 要介護度(入居時) ⑤ 要介護度(1年前) ⑥ 要介護度(現在) ⑦ 障害老人日常生活自立度(入居時) ⑧ 障害老人日常生活自立度(現在) ⑨ 認知症日常生活自立度(入居時) ⑩ 認知症日常生活自立度(現在) ⑪ 入居以来の重度化の進行状況 ⑫ 福祉用具の利用状況 ⑬ 1ヶ月当たりの受診頻度 ⑭ 医療ニーズの有無 医療ニーズの内容	数値回答 单一選択 複数選択 数値回答 单一選択 複数選択	生活行動面についての観察事項
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
91		30 -1 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146	① 話しかけられたことを理解しているか(入居時) 話しかけられたことを理解しているか(現在) ② 適切な言葉を使うことができるか(入居時) 適切な言葉を使うことができるか(現在) ③ コミュニケーション上の問題について(入居時) コミュニケーション上の問題について(現在) ④ 自分の生活や人生について語ることができる(入居時) 自分の生活や人生について語ることができる(現在) ⑤ 夜間よく眠れる(入居時) 夜間よく眠れる(現在) ⑥ 夜間の睡眠時、睡眠剤を使用している(入居時) 夜間の睡眠時、睡眠剤を使用している(現在) ⑦ 排泄とその介助について(入居時) 排泄とその介助について(現在) ⑧ 入浴とその介助について(入居時) 入浴とその介助について(現在) ⑨ 行動上の問題について(入居時) 行動上の問題について(現在) ⑩ そわそわしていて興奮することがある(入居時) そわそわしていて興奮することがある(現在) ⑪ やかましくて、他者の邪魔をする(入居時) やかましくて、他者の邪魔をする(現在) ⑫ 暴言がある(入居時) 暴言がある(現在) ⑬ 介護者に知らせずに立ち去ろうとする(入居時) 介護者に知らせずに立ち去ろうとする(現在) ⑭ 介護や援助などへの抵抗がある(入居時) 介護や援助などへの抵抗がある(現在)	单一選択	精神面についての観察事項
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119		30 -2 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146	① 妄想がある(入居時) 妄想がある(現在) ② 幻視がある(入居時) 幻視がある(現在) ③ 幻聴がある(入居時) 幻聴がある(現在) ④ 明らかな理由がないのに微笑したりくすぐす笑う(入居時) 明らかな理由がないのに微笑したりくすぐす笑う(現在) ⑤ せん妄がある(入居時) せん妄がある(現在) ⑥ 不安感や恐怖心があるように見える(入居時) 不安感や恐怖心があるように見える(現在) ⑦ 抑うつがある(入居時) 抑うつがある(現在)	单一選択	精神面についての観察事項
120					
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133		30 -3 144 145 146	① 好意や親しみを示す(入居時) 好意や親しみを示す(現在) ② 読書をしたりテレビを見たりラジオ・音楽を聴く(入居時) 読書をしたりテレビを見たりラジオ・音楽を聴く(現在) ③ グループ活動に参加する(入居時) グループ活動に参加する(現在) ④ 自分の意思で他者(介護者を含む)を手伝う(入居時) 自分の意思で他者(介護者を含む)を手伝う(現在) ⑤ 友人がいる(介護者との交流を含む)(入居時) 友人がいる(介護者との交流を含む)(現在) ⑥ 家族との交流がある(入居時) 家族との交流がある(現在) ⑦ 生活の場以外にアктивティがある(ホーム内外での積極的な行動を評価)(入居時) 生活の場以外にアктивティがある(ホーム内外での積極的な行動を評価)(現在)	单一選択	社会的交流についての観察事項
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					

2. 調査結果

2.1. 調査票Ⅰに関する集計結果

2.1.1. 回答事業所の属性

(1) 所在地（都道府県）

回答事業所数では北海道が最も多く（142 事業所・構成比 7.9%）、次いで青森県（87 事業所・4.8%）、大阪府（79 事業所・4.4%）、愛知県（72 事業所・4.0%）の順となった。

都道府県別でのクロス集計の妥当性を検証するため、回答事業所の都道府県別構成比を実際の都道府県別での事業所の分布と比較すると、「岩手県」「鳥取県」「徳島県」で 2 倍以上の差があった他、「青森県」「石川県」「山梨県」でも 2 倍近い差が見られた。

【問1②】

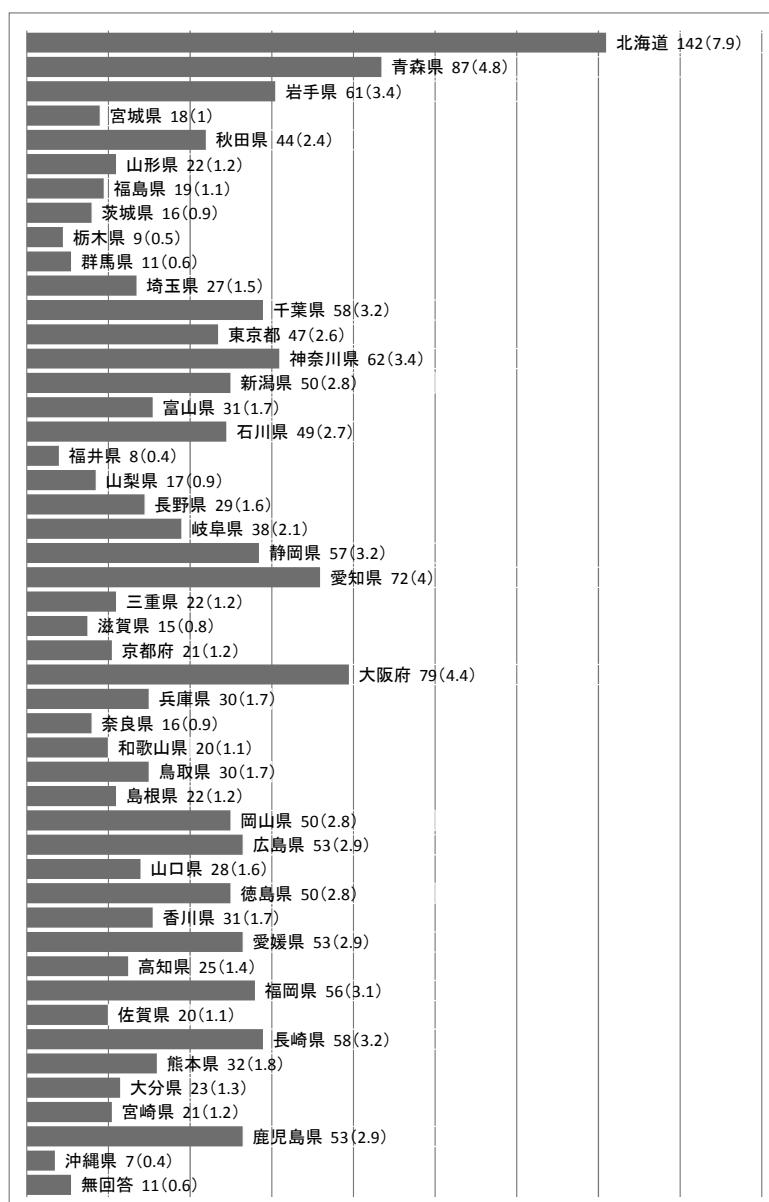


図 1 回答事業所の所在地（カッコ内は全体に対しての構成比）

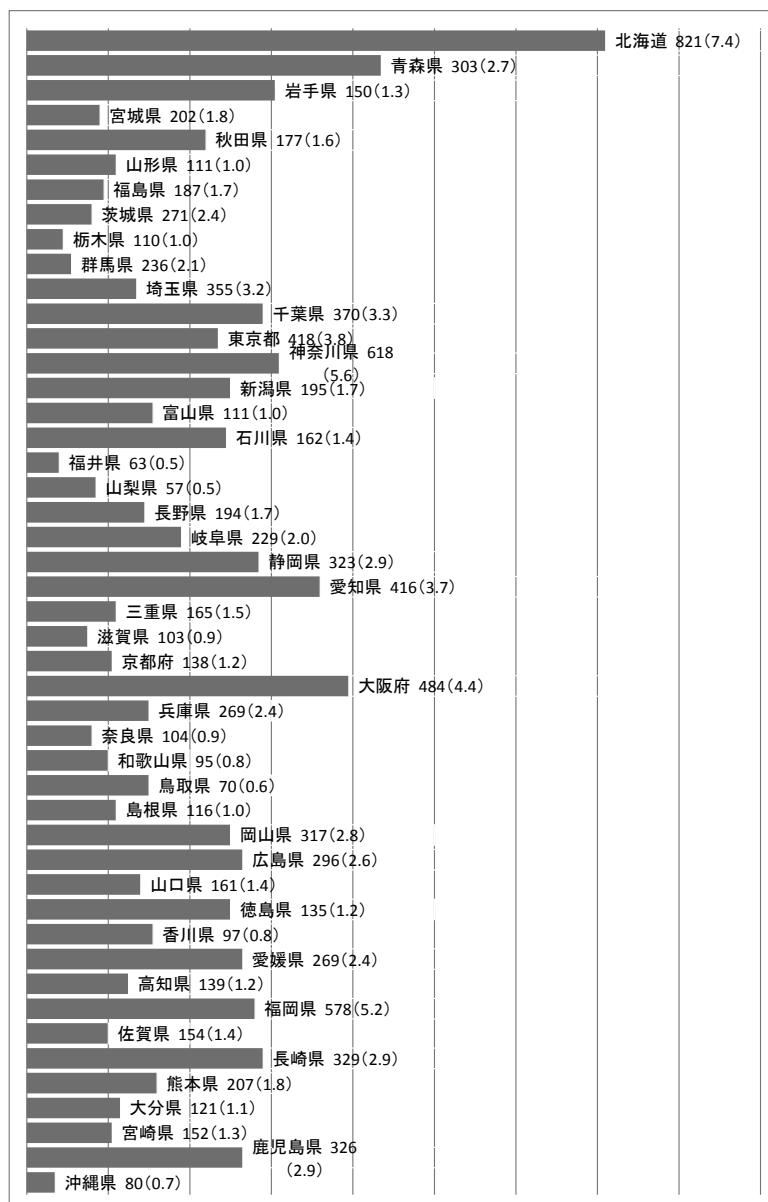


図 2 実際の事業所の所在地（カッコ内は全体に対しての構成比）

(2) 事業所の地域区分

変更前・後いずれも無回答が多く、回答の記入者が、自らの事業所がどの地域区分に属しているのかの認識がない、もしくはあまり知られていないために回答できなかった可能性が高い。

① 変更前

約1/4超(25.9%)が無回答だったものの、回答があった中では「その他」が半数超で最も多く、次いで「乙地」(10.9%)、「特甲地」(7.6%)の順となった。

【問1③1. 2】

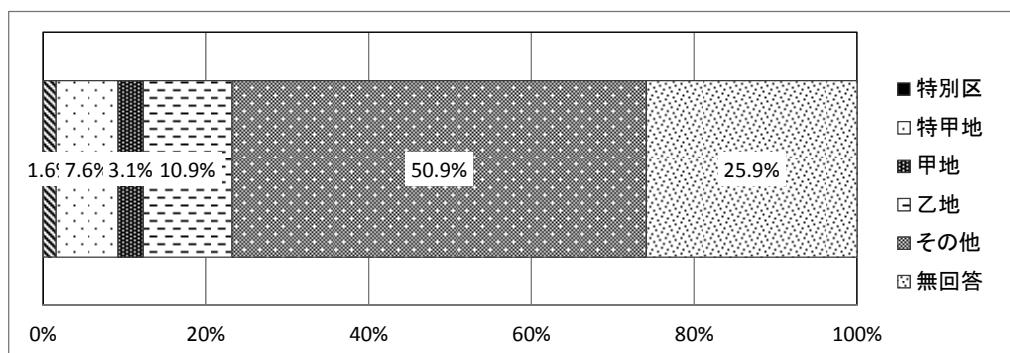


図3 事業所の地域区分（変更前）

② 変更後

約3割が無回答だったものの、回答があった中では「その他」が約4割と最も多く、次いで「6級地」(14.2%)、「5級地」(7.9%)の順となった。

実際の分布では「その他」が全事業所の約75%程度、「6級地」が16%程度を占めることから、無回答を含めると「その他」は実態に近くなると推測される。

【問1③1. 2】

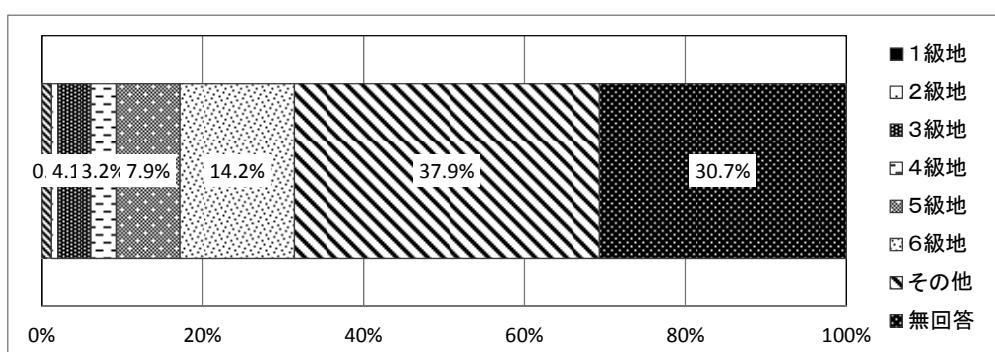


図4 事業所の地域区分（変更後）

(3) 事業所の設置主体（法人格）

「営利法人」が半数弱(47.8%)と最も多く、次いで「社会福祉法人(社協以外)」(23.4%)、「医療法人」(19.0%)、「NPO法人」(6.0%)の順となっており、実際の法人別事業所数の分布と概ね同様の結果となった。

【問1④】

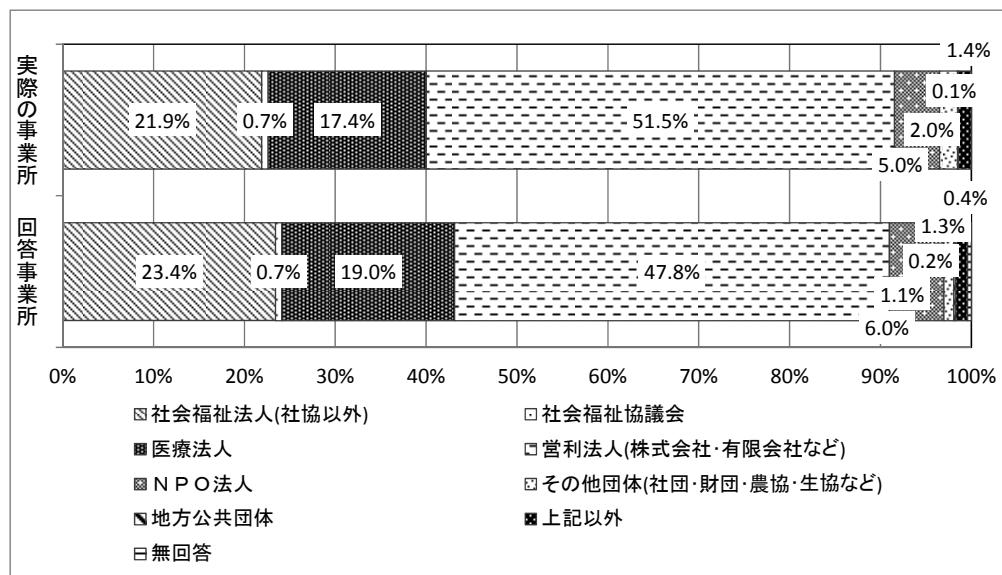


図 5 事業所の設置主体（法人格）

(4) 開設年

回答事業所の中では 2004 年が開設年のピーク (13.9%) になっており、2004 年までにかけて開設事業所数が増加、その後減少し 2007 年以降は毎年 50~90 事業所の範囲でほぼ横ばいとなっている。

【問1⑤】

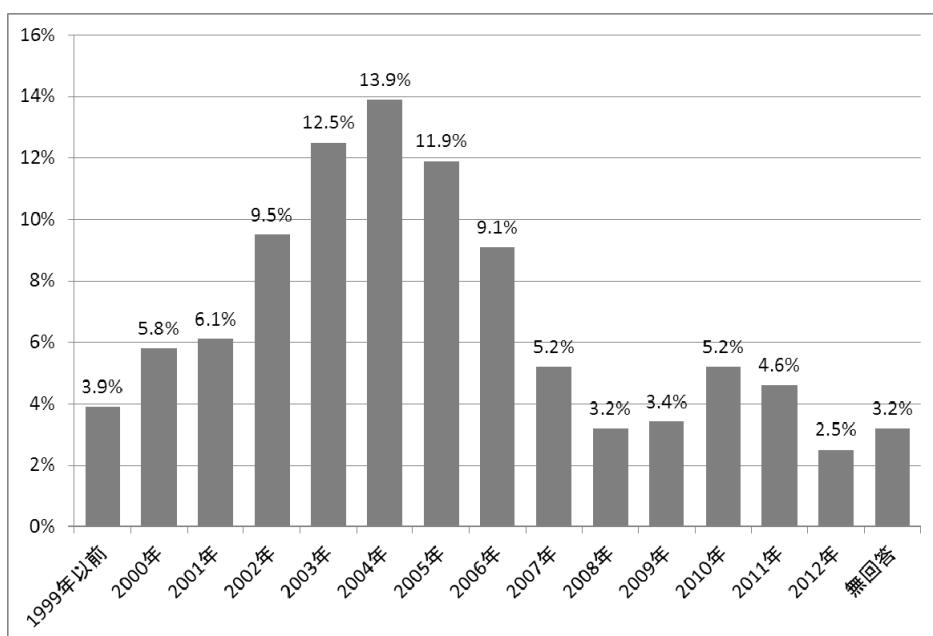


図 6 事業所開設年の推移

(5) 事業所の規模

①ユニット数

半数以上（54.4%）の事業所が2ユニット、約4割の事業所が1ユニットであった。3ユニット以上の事業所は計4.8%で、最多は9ユニットであった。

【問1⑥⑦】

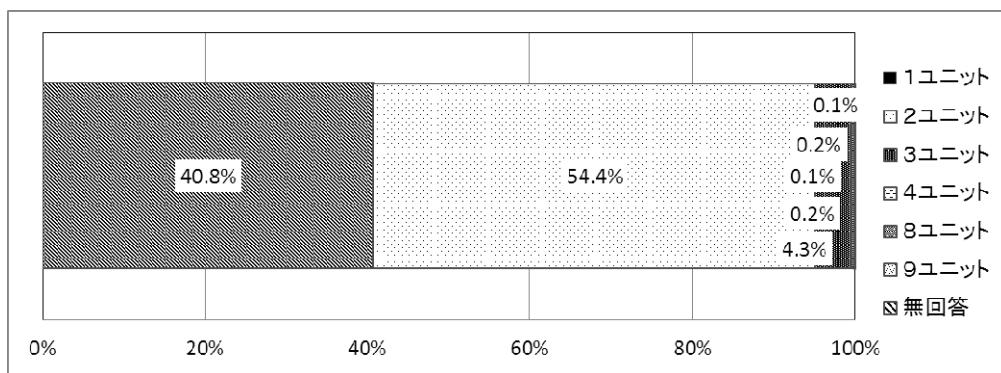


図 7 ユニット数

②定員数

全回答事業所の定員総数は26,222人であった。

ユニット数の傾向を反映し、「16～20人」の事業所が半数超（52.9%）を占めて最も多く、次いで「6～10人」の事業所が約4割となっており、両者で9割以上となった。

【問1⑥⑦】

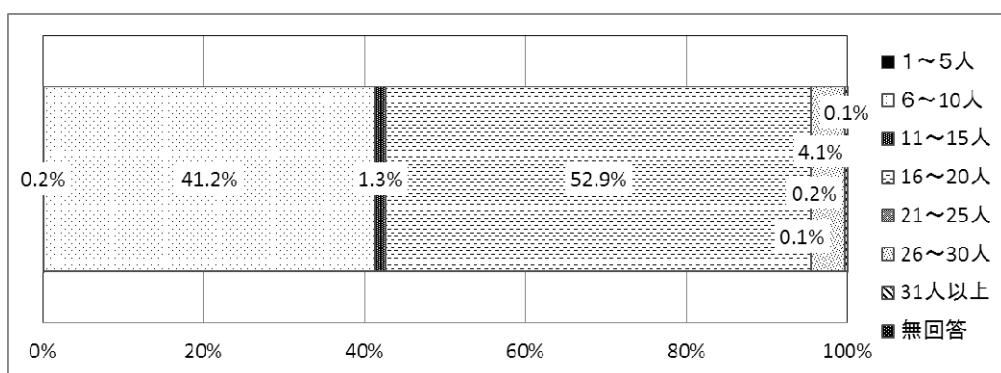


図 8 定員数

(6) 入居者数・定員充足率

①入居者数

全回答事業所の入居者総数は 25,525 人であった。

定員数と同様、「16~20 人」の事業所が約半数を占めて最も多く、次いで「6~10 人」の事業所が約 4 割となっており、両者で 9 割以上となった。

【問1⑧】

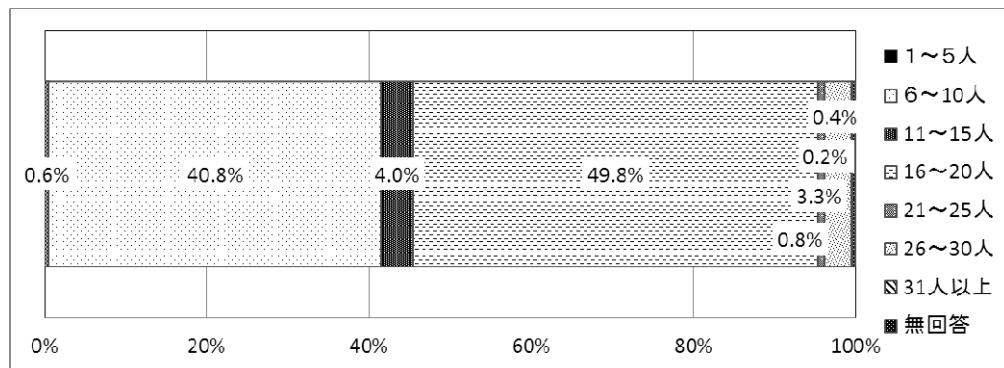


図 9 入居者数

②定員充足率

定員に対する入居者数の割合で示す定員充足率では、8 割以上の事業所が「95% 超過」となっており、「90~95%」(6.8%) を含めると、9 割弱の事業所で充足率が 9 割以上となっている。

一方、充足率が 7 割以下の事業所は 1.2% (22 事業所) であった。

【問1⑨】

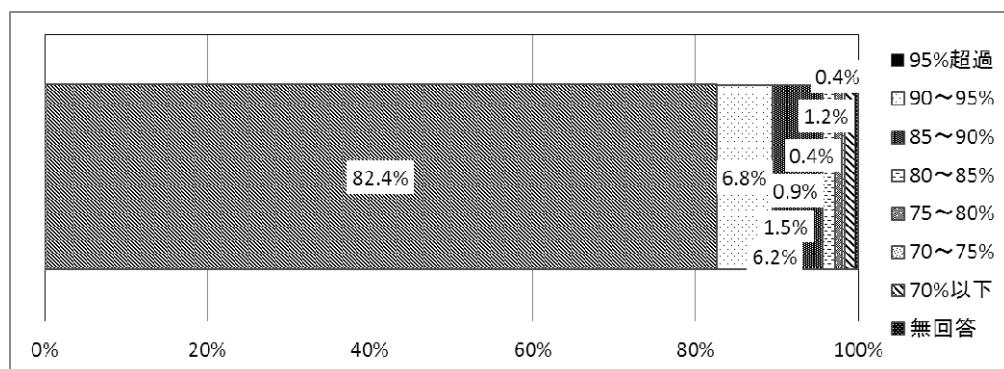


図 10 定員充足率

(7) 同一法人・グループ法人が運営するサービス

①併設・隣接しているサービス

「なし(単独)」の事業所が44.7%と最も多かった。

実施されている中では「通所介護」が約1/4の事業所で、「居宅介護支援」が2割強の事業所で実施されており、比較的多い。

その他、「認知症対応型共同生活介護」「訪問介護」「小規模多機能型居宅介護」「短期入所生活介護」もそれぞれ1割前後あった。

【問1⑨⑩】

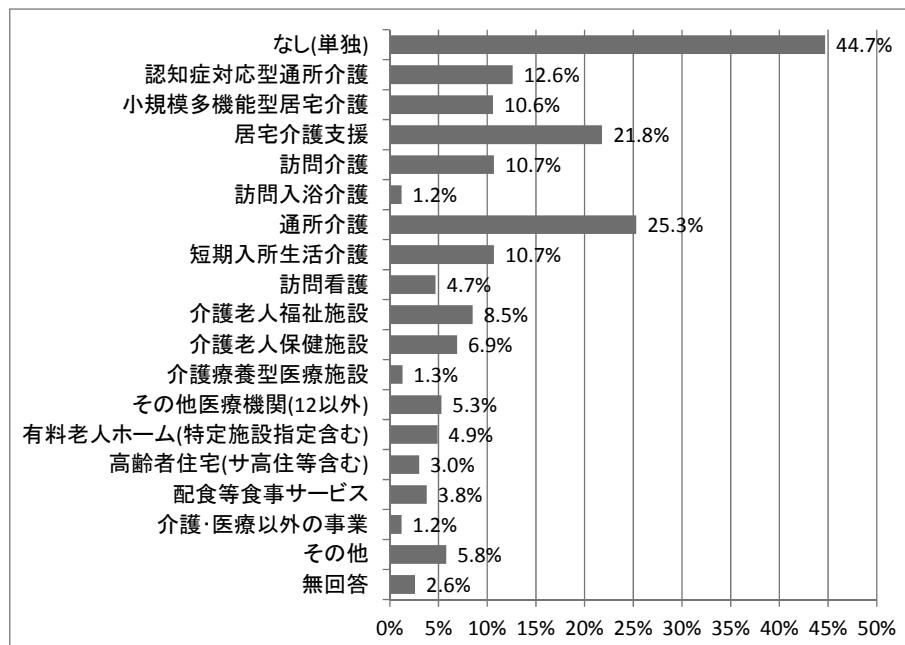


図 11 併設・隣接しているサービス

②併設・隣接に関わらず法人で実施しているサービス

併設・隣接に限定しなければ、グループホーム以外のサービスを実施している法人は比較的多く、「なし（単独）」の事業所は2割強と(1)に比べ半数になった。

実施されているサービスは、「訪問入浴介護」「介護療養型医療施設」「介護・医療以外の事業」以外は少なくとも1割以上の事業所で実施されており、幅広い。

中でも「居宅介護支援」と「通所介護」は5割近くの事業所で実施され、「訪問介護」(32.6%)も比較的多い。また「小規模多機能型居宅介護」「認知症対応型共同生活介護」「短期入所生活介護」もそれぞれ2割以上の事業所で実施されている。

【問1⑨⑩】

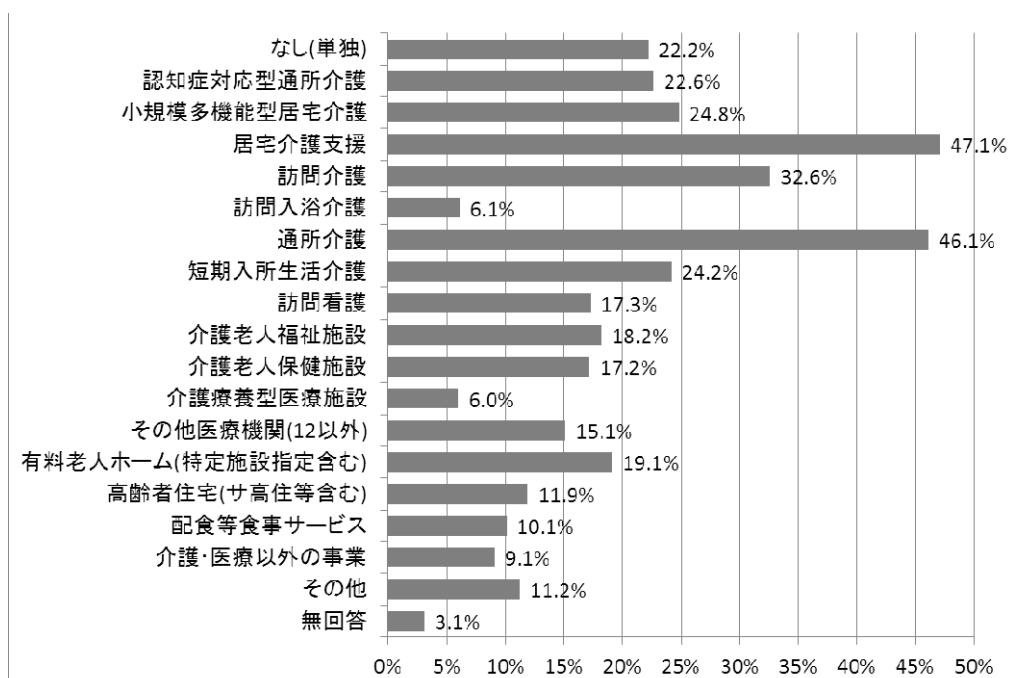


図12 併設・隣接に関わらず法人で実施しているサービス

2.1.2. 職員の配置状況

(1) 職員配置の概況

① 常勤職員比率

「90%超過」が3割弱（28.3%）、「80～90%」（約2割）を含めると半数弱の事業所で常勤職員比率が8割以上であった。

一方、常勤職員比率が50%以下の事業所は約1/6（286事業所）であった。

【問2】

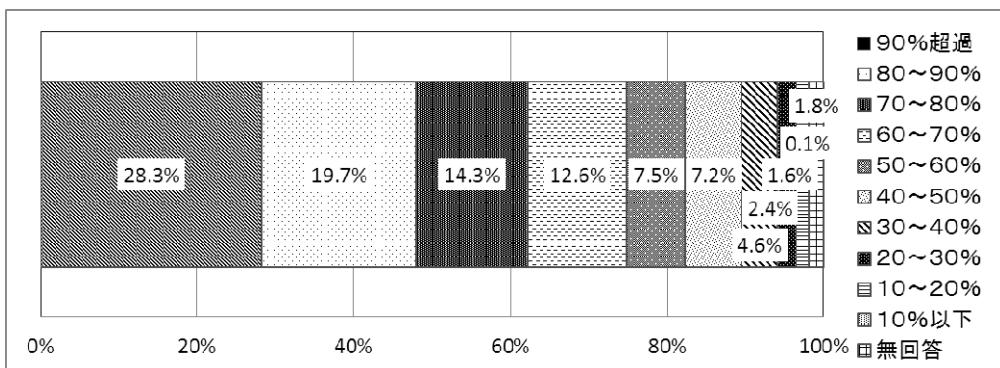


図 13 常勤職員比率

② 入居者一人あたりの介護従事者常勤換算職員数

「0.6～0.8人」が最も多く（33.8%の事業所）、次いで「0.8～1.0人」（28.5%）となっている。

人員基準から鑑みると、1人以上になることは少ない（全体の6.8%）が、これらも含め1/3強の事業所で入居者1人あたりの介護従事者常勤換算職員数が0.8人以上となっており、比較的手厚く職員を配置している。

【問2③】

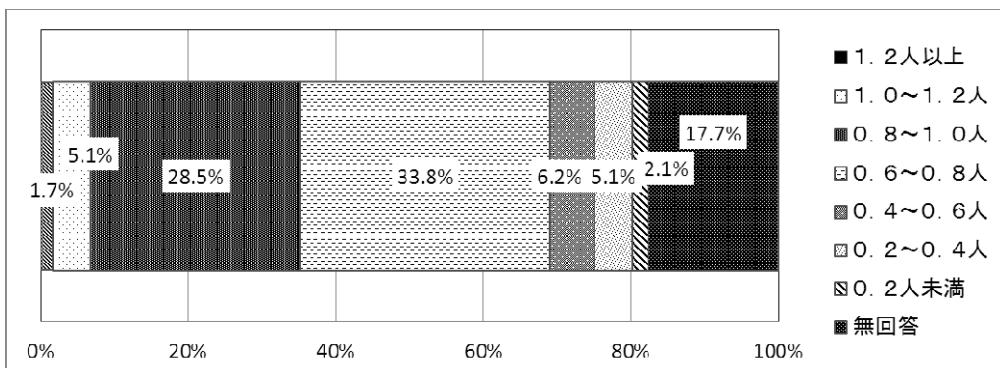


図 14 入居者一人あたりの介護従事者常勤換算職員数

(2) 資格保有状況

① 管理者

6割以上(63.2%)の事業所で「介護福祉士」を、5割以上(51.9%)の事業所で「介護支援専門員」を保有している。

その他「ホームヘルパー2級」(約3割)、「介護職員基礎研修」(13.9%)を保有する管理者のいる事業所は比較的多かったが、これら以外の資格を保有する事業所は1割以下であった。

【問2①】

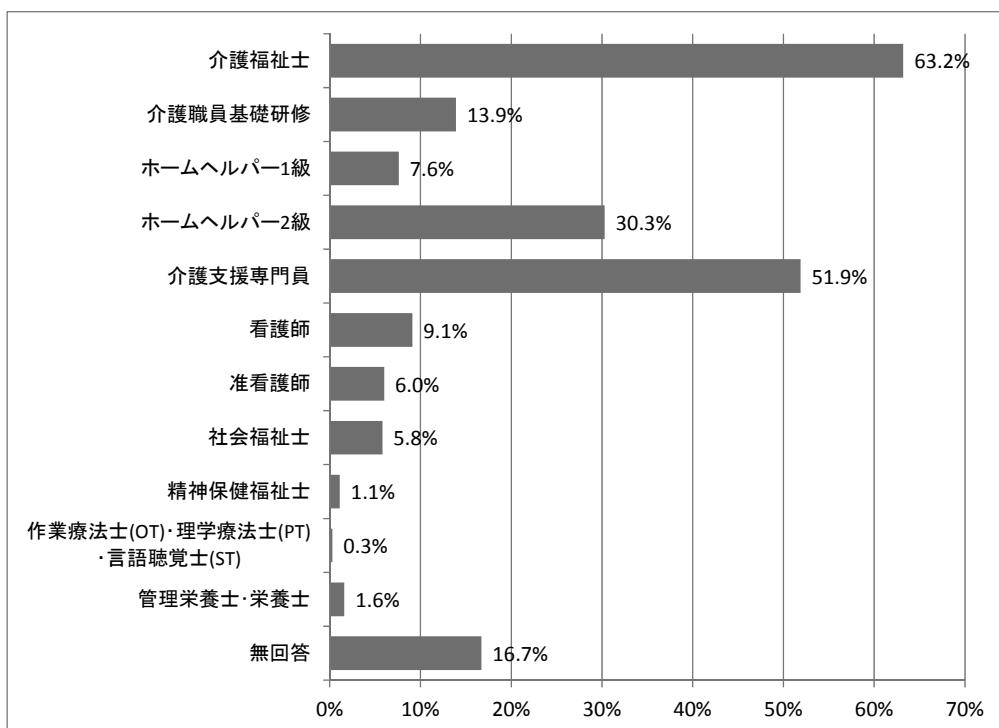


図 15 管理者の資格保有状況（保有者が在籍する事業所の割合）

設置主体別での差異を見ると、社会福祉法人や社会福祉協議会は介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士の保有が、医療法人は看護師・准看護師・PT・OT・ST・管理栄養士等の保有が、當利法人はホームヘルパー1・2級の保有が、NPO法人は看護師の保有が、それぞれ他よりも比較的多い。

【問1×問2①】

表3 設置主体別の管理者の資格保有率

	回答者 数	合計	1. 介護福 祉士	2. 介護職 員基礎 研修	3. ホーム ヘル パー1級	4. ホーム ヘル パー2級	5. 介護支 援専門 員	6. 看護師	7. 准看護 師	8. 社会福 祉士	9. 精神保 健福祉 士	10. 作業療法 士(OT)・理 学療法士 (PT)・言 語聴覚士 (ST)	11. 管理栄 養士・栄 養士	12. 無回答	
全 体	1,800 (100.0)	3,732 (207.3)	1,137 (63.2)	251 (13.9)	137 (7.6)	545 (30.3)	934 (51.9)	163 (9.1)	108 (6.0)	104 (5.8)	19 (1.1)	5 (0.3)	28 (1.6)	301 (16.7)	
設 置 主 体 別	1. 社会福祉法人(社協以外)	422 (100.0)	908 (215.2)	302 (71.6)	61 (14.5)	30 (7.1)	257 (25.1)	30 (60.9)	12 (7.1)	41 (2.8)	4 (9.7)	0 (0.9)	4 (-)	61 (14.5)	
	2. 社会福祉協議会	12 (100.0)	33 (275.0)	9 (75.0)	2 (16.7)	3 (25.0)	4 (33.3)	10 (83.3)	3 (25.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	
	3. 医療法人	342 (100.0)	676 (197.7)	196 (57.3)	47 (13.7)	15 (4.4)	81 (23.7)	186 (54.4)	41 (12.0)	27 (7.9)	17 (5.0)	4 (1.2)	2 (0.6)	3 (0.9)	57 (16.7)
	4. 営利法人(株式会社・有限 会社など)	861 (100.0)	1,805 (209.6)	536 (62.3)	122 (14.2)	78 (9.1)	305 (35.4)	412 (47.9)	76 (8.8)	61 (7.1)	35 (4.1)	11 (1.3)	2 (0.2)	21 (2.4)	146 (17.0)
	5. NPO法人	108 (100.0)	214 (198.1)	58 (53.7)	16 (14.8)	7 (6.5)	36 (33.3)	48 (44.4)	12 (11.1)	6 (5.6)	6 (5.6)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	25 (23.1)
	6. その他団体(社団・財団・農 協・生協など)	20 (100.0)	40 (200.0)	14 (70.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	5 (25.0)	10 (50.0)	0 (-)	0 (-)	3 (15.0)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	4 (20.0)
	7. 地方公共団体	4 (100.0)	7 (175.0)	3 (75.0)	0 (-)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (25.0)
	8. 上記以外	23 (100.0)	38 (165.2)	14 (60.9)	1 (4.3)	1 (4.3)	5 (21.7)	8 (34.8)	1 (4.3)	1 (4.3)	0 (-)	0 (-)	1 (4.3)	0 (-)	6 (26.1)
	9. 無回答	8 (100.0)	11 (137.5)	5 (62.5)	0 (-)	0 (-)	2 (25.0)	2 (25.0)	0 (-)	0 (-)	1 (12.5)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (12.5)

②計画作成担当者

「介護支援専門員」（約 2/3*）と「介護福祉士」（約 6 割）を保有する事業所が突出して多い。これらの他では「ホームヘルパー2 級」（22.1%）が比較的高い以外は、管理者よりも保有する事業所の割合は低い。

【問 2②】

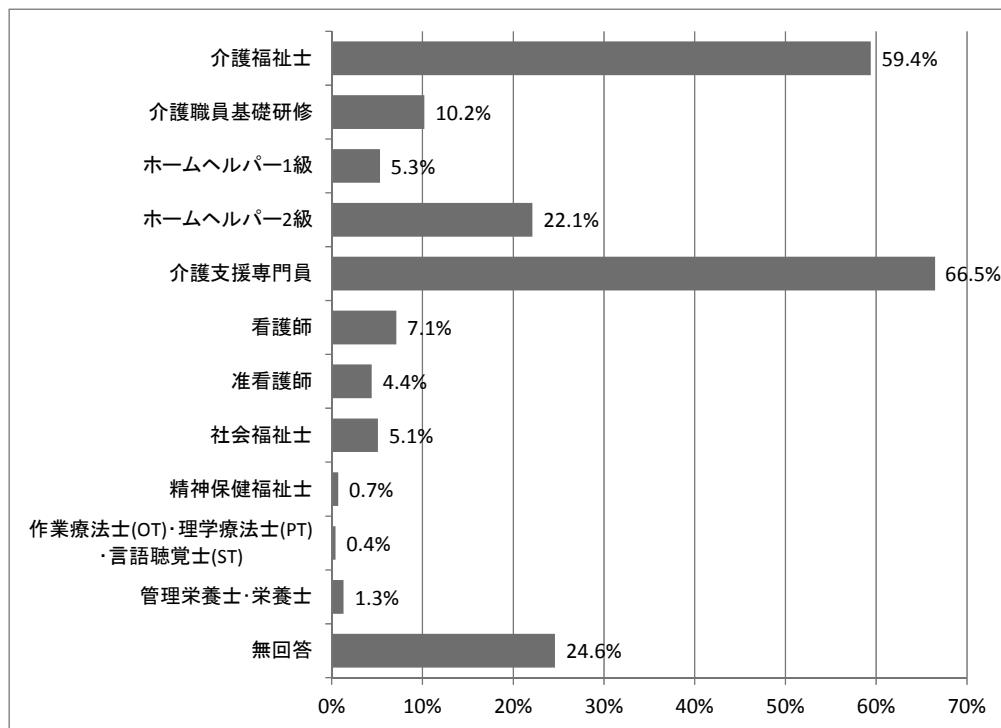


図 16 計画作成担当者の資格保有状況（保有者が在籍する事業所の割合）

* 計画作成担当者は原則、介護支援専門員でユニット毎に配置（2 ユニットの場合はどちらかのみ介護支援専門員でも可）することとなっているが、回答事業所の半数以上が 2 ユニットで、管理者が計画作成担当者を兼ねている事業所も多いことから、事業所ベースでは 2/3 となっている模様。

設置主体別での差異を見ると、社会福祉法人は介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士の保有が、医療法人は介護福祉士・准看護師・PT・OT・ST 等の保有が、営利法人はホームヘルパー1・2級の保有が、NPO 法人は看護師の保有が、それぞれ他よりも比較的多い。

【問 1×問 2②】

表 4 設置主体別の計画作成担当者の資格保有率

	回答者 数	合 計	1. 介護福 祉士	2. 介護職 員基礎 研修	3. ホーム ヘル パー1級	4. ホーム ヘル パー2級	5. 介護支 援専門 員	6. 看護師	7. 准看護 師	8. 社会福 祉士	9. 精神保 健福祉 士	10. 作業療法 士(OT) ・理学療法 士(PT)・言 語聴覚士 (ST)	11. 管理栄 養士・栄 養士	12. 無回答	
全 体	1,800 (100.0)	3,724 (206.9)	1,069 (59.4)	183 (10.2)	95 (5.3)	398 (22.1)	1,197 (66.5)	127 (7.1)	79 (4.4)	91 (5.1)	13 (0.7)	7 (0.4)	23 (1.3)	442 (24.6)	
設 置 主 体 別	1. 社会福祉法人(社協以外)	422 (100.0)	878 (208.1)	277 (65.6)	43 (10.2)	19 (4.5)	77 (18.2)	299 (70.9)	20 (4.7)	15 (3.6)	26 (6.2)	3 (0.7)	1 (0.2)	9 (2.1)	89 (21.1)
	2. 社会福祉協議会	12 (100.0)	24 (200.0)	6 (50.0)	1 (8.3)	2 (16.7)	2 (16.7)	8 (66.7)	1 (8.3)	0 (-)	1 (8.3)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	3 (25.0)
	3. 医療法人	342 (100.0)	706 (206.4)	212 (62.0)	44 (12.9)	16 (4.7)	65 (19.0)	222 (64.9)	23 (6.7)	20 (5.8)	11 (3.2)	2 (0.6)	4 (1.2)	3 (0.9)	84 (24.6)
	4. 営利法人(株式会社・有限 会社など)	861 (100.0)	1,806 (209.8)	496 (57.6)	80 (9.3)	54 (6.3)	219 (25.4)	569 (66.1)	68 (7.9)	38 (4.4)	47 (5.5)	8 (0.9)	1 (0.1)	11 (1.3)	215 (25.0)
	5. NPO法人	108 (100.0)	210 (194.4)	51 (47.2)	12 (11.1)	4 (3.7)	26 (24.1)	62 (57.4)	12 (11.1)	5 (4.6)	3 (2.8)	0 (-)	1 (0.9)	0 (-)	34 (31.5)
	6. その他団体(社団・財団・農 協・生協など)	20 (100.0)	36 (180.0)	10 (50.0)	2 (10.0)	0 (-)	3 (15.0)	13 (65.0)	2 (10.0)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	6 (30.0)
	7. 地方公共団体	4 (100.0)	6 (150.0)	1 (25.0)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (50.0)	1 (25.0)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (50.0)
	8. 上記以外	23 (100.0)	43 (187.0)	11 (47.8)	1 (4.3)	0 (-)	5 (21.7)	16 (69.6)	0 (-)	1 (4.3)	2 (8.7)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	7 (30.4)
	9. 無回答	8 (100.0)	15 (187.5)	5 (62.5)	0 (-)	0 (-)	1 (12.5)	6 (75.0)	0 (-)	0 (-)	1 (12.5)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (25.0)

(3) 介護従事者の資格保有率

①雇用形態による差異

保有率が比較的高い資格は「介護福祉士」「ホームヘルパー2級」であったが、これらを含め多くの資格で常勤職員の保有率が非常勤職員よりも高い。

非常勤職員の方が保有率の高い資格は「ホームヘルパー2級」「看護師」「准看護師」「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」と、ホームヘルパー2級以外は専門性の高い資格のためそもそも保有率が低く、常勤で配置するまではない（あるいは配置したくとも配置できない）ようである。

【問3①～⑪】

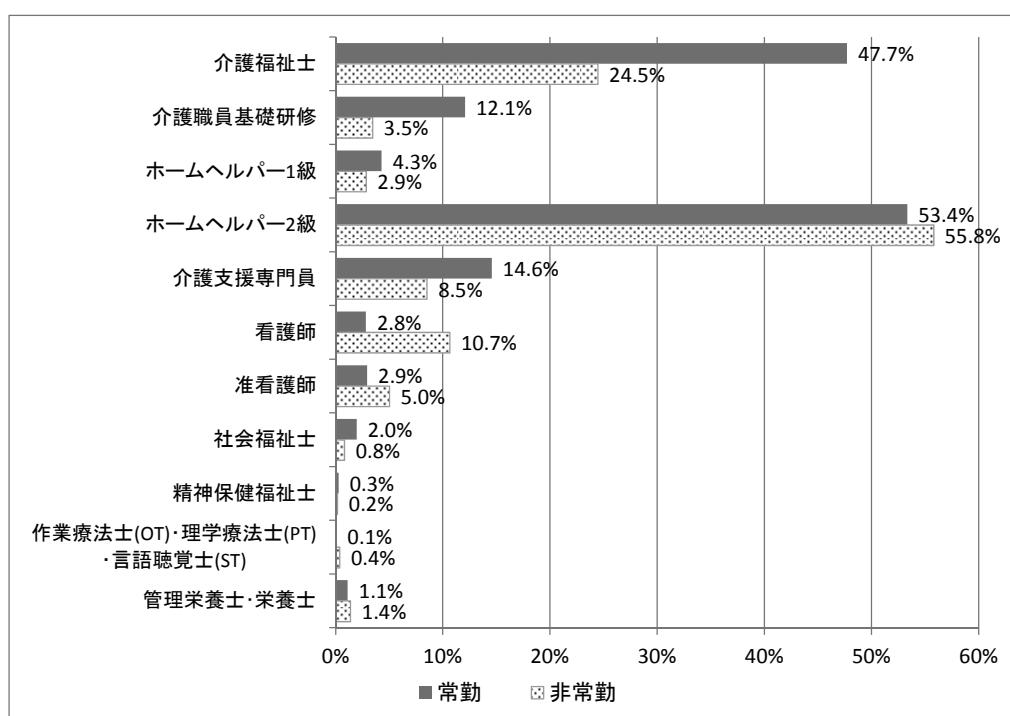


図 17 介護従事者の資格保有状況（事業所単位での有資格者の割合の平均）

②グループ法人での実施サービスとの関係

法人で他のサービスを行っていない単独型の事業所に比べ、訪問看護・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他医療機関(介護療養型医療施設以外)といった医療者を少なからず抱えているサービスを法人で持つ事業所は、看護師・准看護師の資格保有率をゼロとする事業所が多い。他で医療系サービスを持つ事業所はそちらの専門職を活用している場合があることが窺える。

【問2②×問3⑥⑦】

表 5 グループ法人での実施サービス毎の看護師・准看護師資格保有者の状況

全 体	合 計	看護師が いな		准看護師が いな	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
		1,800	1,048	724	1,063
グ ル ー プ 法 人 で の 実 施 サ ー ビ ス	1. なし(単独)	400	233	153	229
	(100.0) (58.2) (40.2)	(58.3) (38.3) (57.3)	(45.8)	(183)	
	2. 認知症対応型通所介護	407	230	162	249
	(100.0) (56.5) (39.8)	(56.5) (39.8) (61.2)	(47.2)	(192)	
	3. 小規模多機能型居宅介護	446	256	178	264
	(100.0) (57.4)	(57.4) (39.9)	(59.2)	(47.5)	212
	4. 居宅介護支援	847	525	365	538
	(100.0) (62.0)	(62.0) (43.1)	(63.5)	(48.8)	413
	5. 訪問介護	586	354	256	365
	(100.0) (60.4)	(60.4) (43.7)	(62.3)	(48.1)	282
	6. 訪問入浴介護	109	65	45	66
	(100.0) (59.6)	(59.6) (41.3)	(60.6)	(45.0)	49
	7. 通所介護	830	511	354	521
	(100.0) (61.6)	(61.6) (42.7)	(62.8)	(48.2)	400
	8. 短期入所生活介護	436	272	183	283
	(100.0) (62.4)	(62.4) (42.0)	(64.9)	(46.3)	202
	9. 訪問看護	311	195	146	208
	(100.0) (62.7)	(62.7) (46.9)	(66.9)	(48.9)	152
	10. 介護老人福祉施設	328	208	140	207
	(100.0) (63.4)	(63.4) (42.7)	(63.1)	(46.6)	153
	11. 介護老人保健施設	309	193	131	191
	(100.0) (62.5)	(62.5) (42.4)	(61.8)	(45.3)	140
	12. 介護療養型医療施設	108	62	49	65
	(100.0) (57.4)	(57.4) (45.4)	(60.2)	(47.2)	51
	13. その他医療機関(12以外)	271	168	125	175
	(100.0) (62.0)	(62.0) (46.1)	(64.6)	(47.2)	128
	14. 有料老人ホーム(特定施設 指定含む)	343	199	143	211
	(100.0) (58.0)	(58.0) (41.7)	(61.5)	(42.0)	144
	15. 高齢者住宅(サ高住等含む)	215	129	93	135
	(100.0) (60.0)	(60.0) (43.3)	(62.8)	(48.8)	105
	16. 配食等食事サービス	181	114	88	129
	(100.0) (63.0)	(63.0) (48.6)	(71.3)	(49.7)	90
	17. 介護・医療以外の事業	164	107	87	103
	(100.0) (65.2)	(65.2) (53.0)	(62.8)	(51.2)	84
	18. その他	202	134	95	133
	(100.0) (66.3)	(66.3) (47.0)	(65.8)	(54.0)	109
	19. 無回答	55	23	15	24
	(100.0) (41.8)	(27.3)	(43.6)	(27.3)	15

2.1.3. 退去者の状況

(1) 退去者の概要

① 退去者数

昨年度・一昨年度 2 年間における全回答事業所の退去者総数は 1,648 事業所で合計 10,877 人、1 事業所あたりの年平均退去者数は 3.4 人であった。

【問 4】

② 利用年数別での退去者数

「1 年以上～3 年未満」が最も多く（全退去者の 31.6%）、次いで「1 年未満」（27.5%）、「3 年以上～5 年未満」（20.0%）、「5 年以上～7 年未満」（13.0%）の順となった。

全退去者の半数弱が 3 年未満の利用で退去している等、比較的短期間の利用で退去される方が多い。

【問 4】

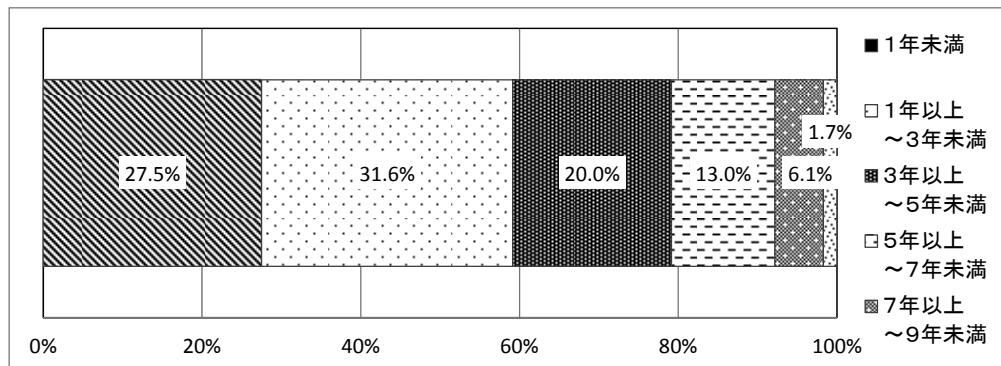


図 18 利用年数別での退去者数

③ 年平均退去率

年平均での退去率（各事業所の入居者数に占める退去者数の割合）は、「10～15%」「15～20%」「20～25%」の事業所が比較的多く（各々 1/6 ずつ）、全体の約半数の事業所では毎年 10～25% の入居者が入れ替わるようである。

一方、50% を超過する（1 年間に入居者の半数が入れ替わる）事業所も僅か（4.1%）だけがあった。

【問 4】

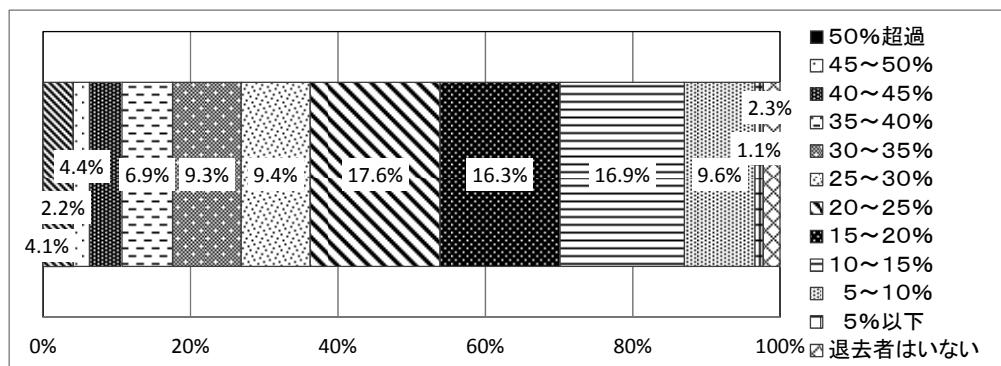


図 19 年平均退去率

(2) 退去先

① 退去先別での退去者数

「医療機関への入院」による退去が最も多く（全退去者の 40.0%）、次いで「死亡による退去」（24.0%）、「特養・老健・介護療養型医療施設の介護保険施設」（22.0%）となつた。また、「死亡による退去」のうち「グループホーム内で看取った方」は約半数（全退去者の 11.9%）であった。

何らかの形で自宅に戻られた方は全退去者の 5.4%に限られている。

【問 4】

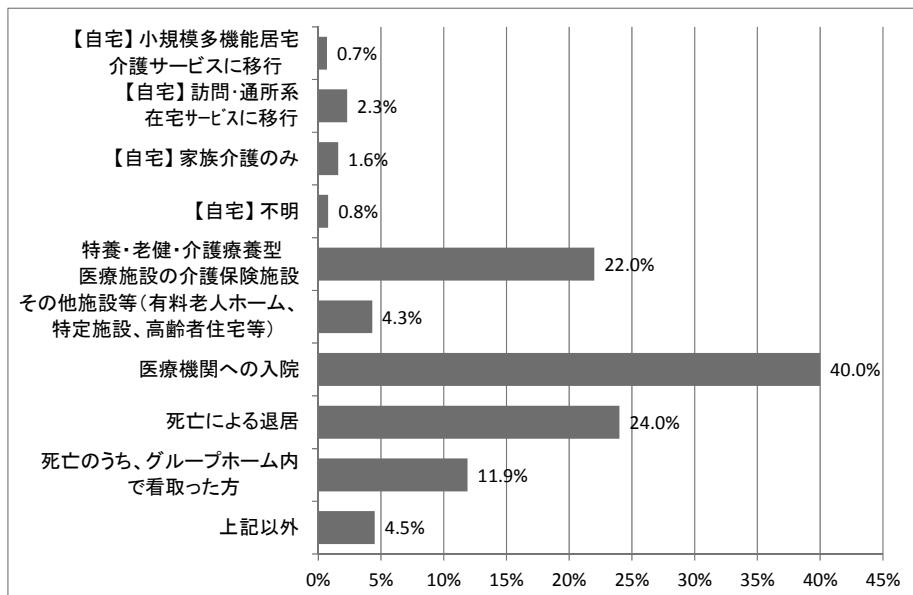


図 20 退去先別退去者の割合

② 退去先別の比率

事業所単位で見た、全退去者に占める「医療機関への入院」者の比率は多様であり、1割台から 9 割台までバランスよく事業所が分布している。

「死亡による退去」「特養・老健・介護療養型医療施設の介護保険施設」「グループホーム内で看取った方」の比率も多様だが、「医療機関への入院」程の幅はなく、1 割台から 4 割台まででバランスよく分布している。

【問 4】

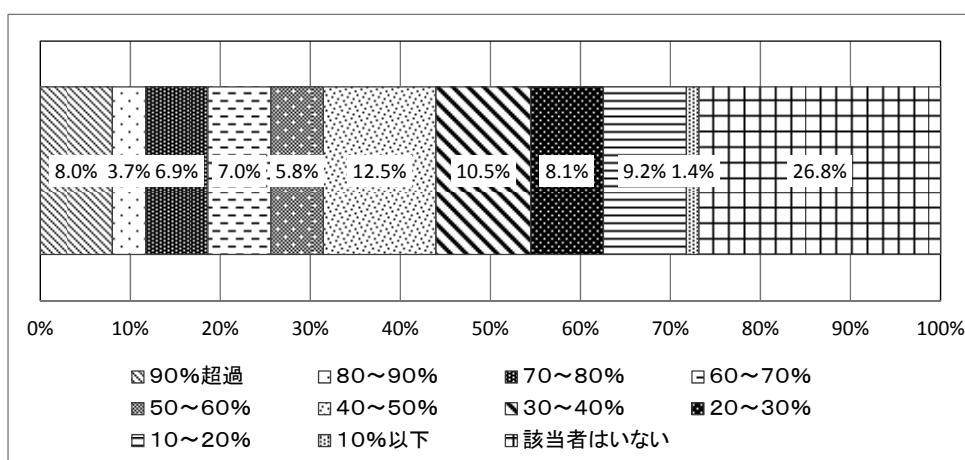


図 21 医療機関へ入院した者の比率

(3) 同一法人のサービスへ移行した退去者

① 移行状況

該当者がいた事業所は、回答事業所の 35% であった。

退去者に占める移行者の割合に際立った偏りはなく（移行者が退去者の大半を占める事業所もあれば、僅かである事業所もある）、その中では「10～20%」とする事業所が比較的多かった（回答事業所の 7.0%、該当者がいた事業所の 20.0%）。

【問 5】

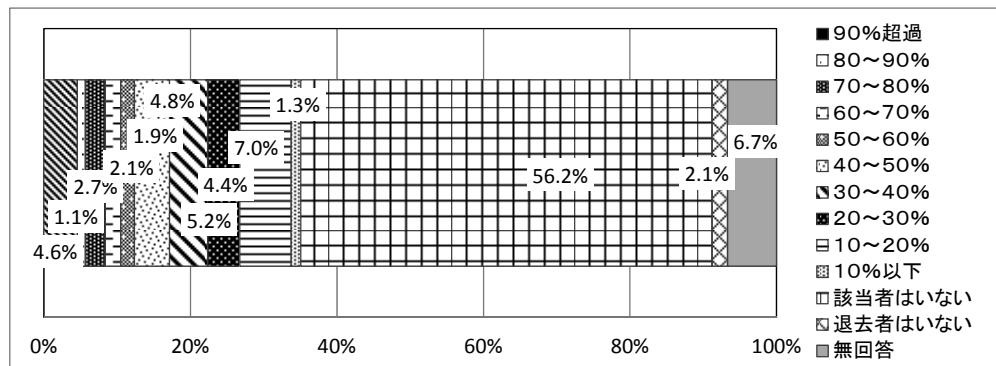


図 22 同一法人のサービスへ移行した退去者の割合

② グループ法人での併設・隣接サービスとの関係

法人で介護老人福祉施設・介護老人保健施設が併設・隣接されている事業所では、退去者に占める移行者の割合の高低にかかわらず、同一法人のサービスへ移行した退去者が多い。これらの施設を併設・隣接している場合は、そちらへの移行が少なくないことが窺える。

また、介護療養型医療施設・その他医療機関（介護療養型医療施設以外）といった医療機関を併設・隣接する事業所は、退去者に占める移行者の割合が比較的高い。医療機関を併設・隣接していると、比較的そちらへ移す傾向があるように見受けられる。

【問 1⑨×問 5】

表 6 グループ法人のサービス毎の移行状況

		合計	1. 90% 超過	2. 80~ 90%	3. 70~ 80%	4. 60~ 70%	5. 50~ 60%	6. 40~ 50%	7. 30~ 40%	8. 20~ 30%	9. 10~ 20%	10. 10% 以下	11. 該当者 はない	12. 退去者 はない	13. 無回答
全体		1,698	78	19	45	35	32	81	89	75	119	22	955	35	113
グループ法人 実務者 による 分析	1. 介護老人福祉施設	(100.0)	(4.6)	(1.1)	(2.7)	(2.1)	(1.9)	(4.8)	(5.2)	(4.4)	(7.0)	(1.3)	(56.2)	(2.1)	(6.7)
	2. 介護老人保健施設	(100.0)	(14.0)	(3.3)	(5.0)	(5.0)	(8.3)	(12.4)	(12.4)	(9.1)	(10.7)	(2.5)	(11.6)	(2.5)	(3.3)
	3. 介護療養型医療施設	(100.0)	(34.8)	(4.3)	(13.0)	(4.3)	(8.7)	(4.3)	(4.3)	(8.7)	(4.3)	(0.0)	(4.3)	(1.1)	(1.1)
	4. その他医療機関(12以外)	(100.0)	(10.9)	(1.1)	(7.6)	(6.5)	(8.7)	(9.8)	(7.6)	(4.3)	(7.6)	(2.2)	(27.2)	(2.2)	(4.3)

2.1.4. 医療連携体制の状況

(1) 医療連携体制加算の算定状況

① 加算の算定有無

73.4%の事業所で既に算定されており、今後算定予定の事業所が 7.1%、現在も今後も算定予定はない事業所は 18.2%であった。

【問6】

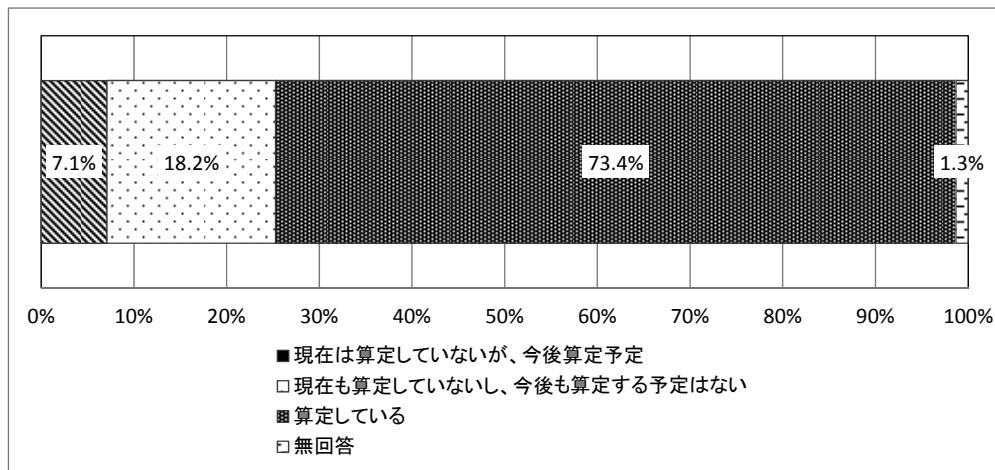


図 23 加算の算定有無

② 地域による算定の差異

(都道府県によってはサンプル数が少ないと参考までの扱いとなるが) 算定事業所の割合は山形県が最高 (90.9%)、最低は三重県 (36.4%) となった。特定の地域に偏つて高い・低いと言う傾向は見られなかった。

【問1②×問6】

③ 設置主体による算定の差異

算定事業所の割合が比較的低いのは社会福祉法人(社協以外)・社会福祉協議会、NPO法人 (5~6割台)、比較的高いのは医療法人 (86.5%) であった。

【問1④×問6】

表 7 設置主体別の加算の算定有無

	合計	1. 現在は算定していないが、今後算定予定	2. 現在も算定していないし、今後も算定する予定はない	3. 算定している	4. 無回答
全 体	1,800 (100.0)	128 (7.1)	327 (18.2)	1,321 (73.4)	24 (1.3)
設 置 主 体 別					
1. 社会福祉法人(社協以外)	422 (100.0)	21 (5.0)	124 (29.4)	269 (63.7)	8 (1.9)
2. 社会福祉協議会	12 (100.0)	0 (-)	6 (50.0)	6 (50.0)	0 (-)
3. 医療法人	342 (100.0)	8 (2.3)	34 (9.9)	296 (86.5)	4 (1.2)
4. 営利法人(株式会社・有限会社など)	861 (100.0)	85 (9.9)	128 (14.9)	639 (74.2)	9 (1.0)
5. NPO法人	108 (100.0)	9 (8.3)	25 (23.1)	72 (66.7)	2 (1.9)
6. その他団体(社団・財団・農協・生協など)	20 (100.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	14 (70.0)	1 (5.0)
7. 地方公共団体	4 (100.0)	0 (-)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (-)
8. 上記以外	23 (100.0)	2 (8.7)	4 (17.4)	17 (73.9)	0 (-)
9. 無回答	8 (100.0)	0 (-)	1 (12.5)	7 (87.5)	0 (-)

④算定要件に係る体制

外部の医療機関等と契約している事業所が半数弱（病院 15.1%、診療所 10.0%、訪問看護ステーション 24.1%）、内部で看護師を雇用している事業所が約 4 割（常勤看護師の雇用 17.9%、非常勤看護師の雇用 21.7%）であった。

【問 7】

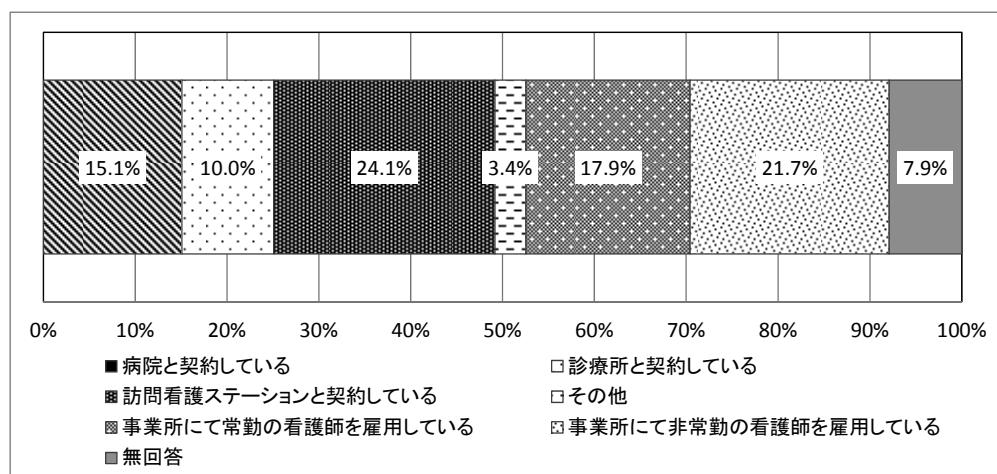


図 24 算定要件に係る体制

⑤設置主体による体制の差異

社会福祉法人(社協以外)や社会福祉協議会、NPO 法人では事業所内での雇用が、医療法人は病院との契約もしくは事業所内での常勤雇用が、それぞれ比較的多い。

【問 1④×問 6】

表 8 設置主体別の算定要件に係る体制

設置主体別	合計	1. 病院と契約している	2. 診療所と契約している	3. 訪問看護ステーションと契約している	4. その他	5. 事業所にて常勤の看護師を雇用している	6. 事業所にて非常勤の看護師を雇用している	7. 無回答
		(100.0)	(15.1)	(10.0)	(24.1)	(3.4)	(17.9)	(7.9)
全 体	1,321	199	132	319	45	236	286	104
1. 社会福祉法人(社協以外)	269	26	20	70	21	53	61	18
2. 社会福祉協議会	6	0	0	0	0	2	3	1
3. 医療法人	296	76	31	65	16	59	29	20
4. 営利法人(株式会社・有限会社など)	639	87	70	152	8	101	167	54
5. NPO 法人	72	4	8	15	0	15	20	10
6. その他団体(社団・財団・農協・生協など)	14	1	1	5	0	3	3	1
7. 地方公共団体	1	0	0	1	0	0	0	0
8. 上記以外	17	4	1	8	0	2	2	0
9. 無回答	7	1	1	3	0	1	1	0

(2) 雇用及び契約等により連携している看護師の状況

① 雇用する看護師の兼務の状況

内部で看護師を雇用する事業所の4割が「兼務はない（ホーム専従）」としている。

「ホーム内での兼務はないが他事業所と兼務」は3割弱（29.3%）、また「ホームの管理者と兼務」は18.2%であった。

【問8】

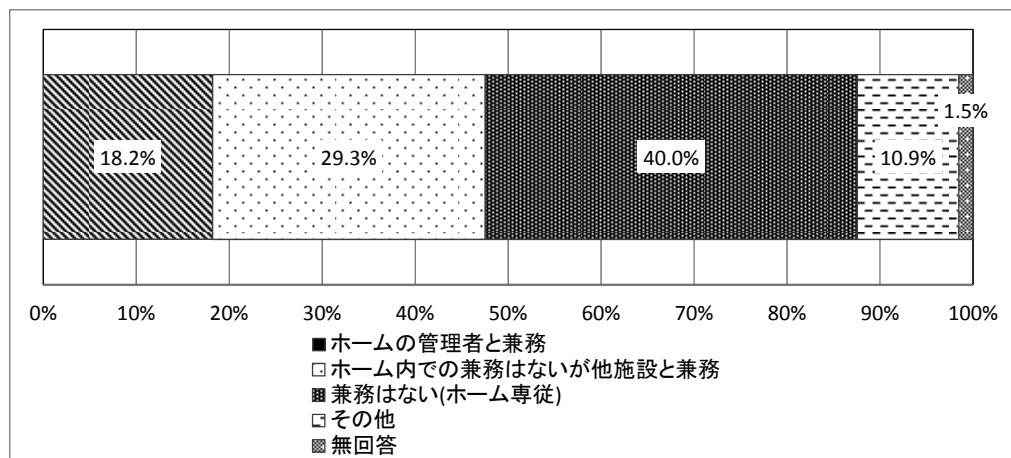


図 25 雇用する看護師の兼務の状況

② 雇用する看護師の夜勤・宿直の体制

「なし」という選択肢がなかったためか、無回答が多い（内部で看護師を雇用する事業所の6割）。

回答事業所の中では「週1回程度」が最も多く（内部で看護師を雇用する事業所の12.8%、回答事業所の約1/3）、次いで「月1・2回程度」（9.4%、23.4%）と、多く（回答事業所半数超）が週1回以下であった。

【問9】

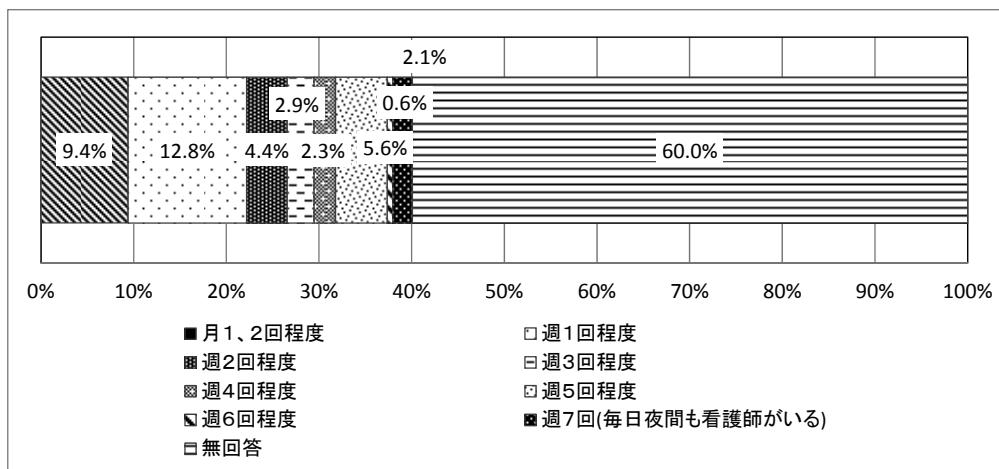


図 26 雇用する看護師の夜勤・宿直の体制

③ 契約先の看護師の出勤体制

「週1回程度」が最も多く（36.7%）、次いで「週3回以上」（32.5%）、「週2回程度」（18.1%）の順となった。

【問10】

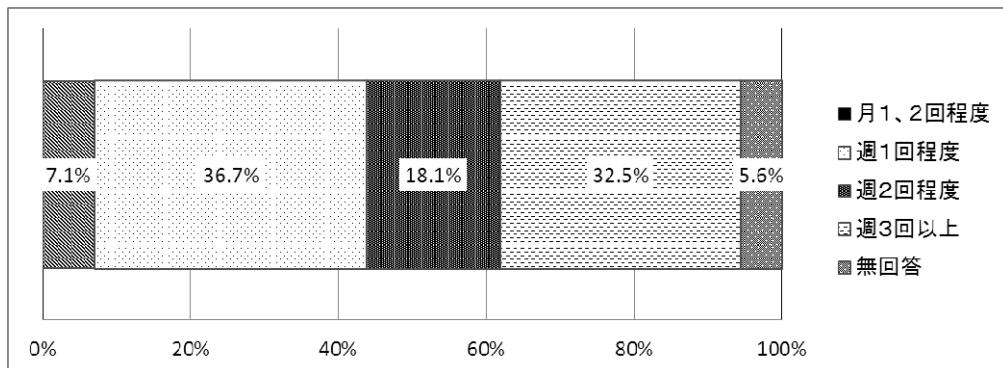


図 27 契約先看護師の出勤体制

(3) 医療連携体制加算の手続きを取らない理由

「加算を取りたいが、看護師を雇えない（人材確保難）」が最も多く（3割強）、次いで「加算を取るための体制を確保するコストに比べ、報酬が見合わない（経営的にバランスしない）」（2割強）となった。必要性を感じてはいるが人材やコスト面で算定できていない事業所が多いようである。

【問11】

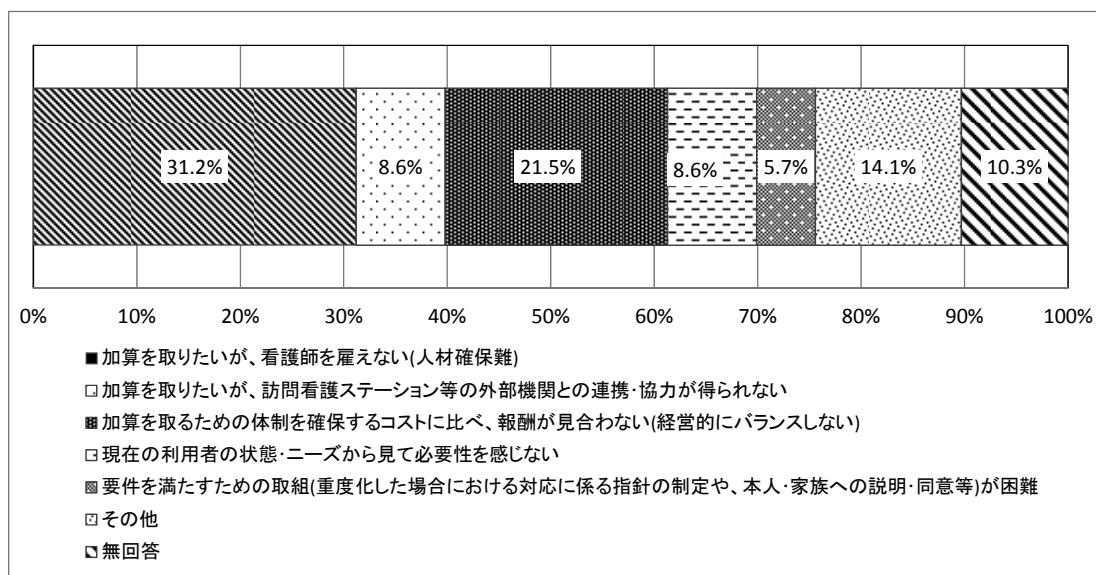


図 28 医療連携体制加算の手続きを取らない理由

(4) 連携先医療機関との関係

① 連携機関数及び診療科

連携機関数は無回答が8割超に上るため参考程度となるが、「2機関」が最も多く（全体で5.4%、回答のあった302事業所の約1/3）、次いで「1機関」（4.4%、26.2%）、「3機関」（4.0%、23.6%）と、多くの機関と連携している訳ではないようである。

診療科では「内科」が9割の事業所で、「歯科・口腔外科」が5割超の事業所で連携している。以下、「外科」・「整形外科」（約3割）、「精神科・神経科」・「循環器科」・「皮膚科」（約2割）の順で多くの事業所が連携している。

【問12】

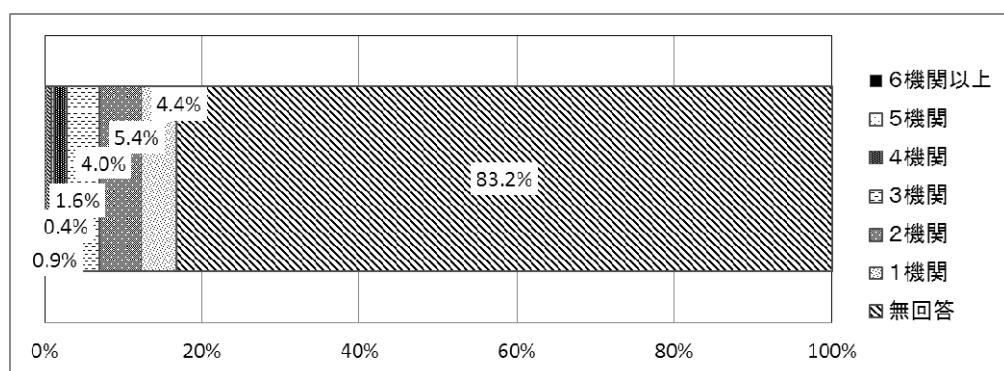


図 29 連携機関数

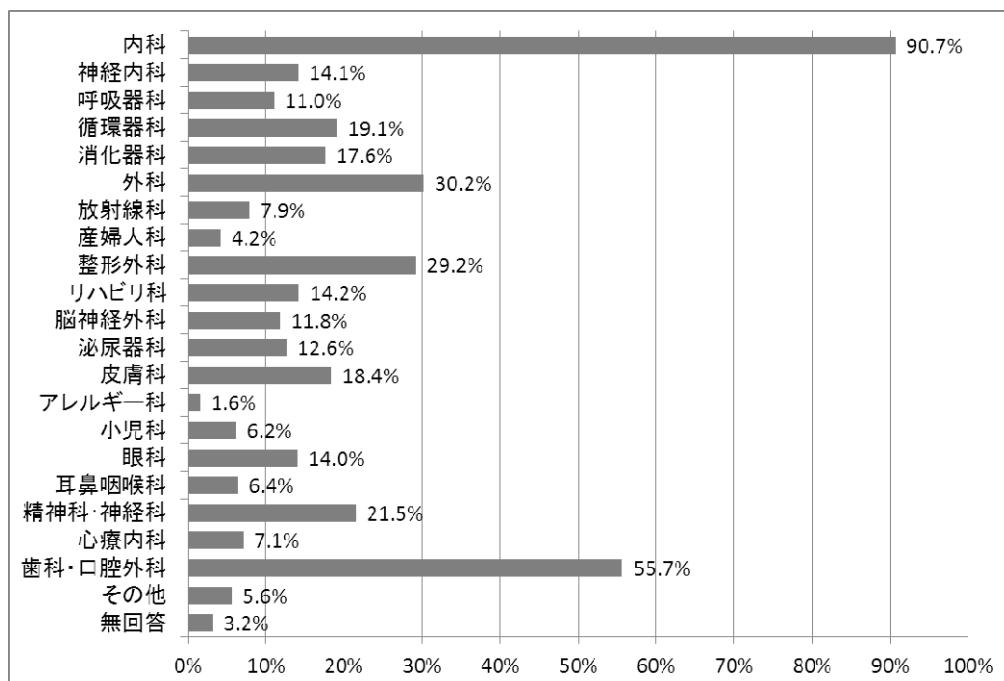


図 30 連携先医療機関の診療科

②連携体制・関係

約3/4の事業所が「日常的に相談している」関係にあり、相談だけでなく「日常的に訪問診療や往診をしてくれている」事業所が6割弱となっている。

訪問診療のみならず「看取りまで協力・対応してくれる」医療機関を持つ事業所も4割強(42.5%)はある。

【問13】

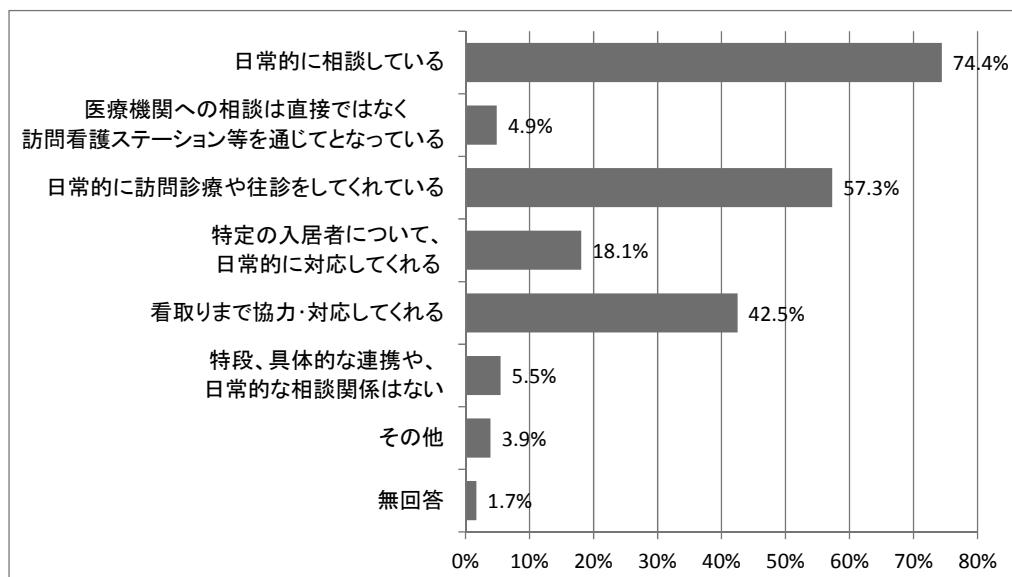


図31 連携体制・関係

③往診・診察の有無・程度

「月に1、2回程度」が最も多く(半数以上)、次いで「週1回程度」(17.1%)、「随時」(14.1%)の順となった。

【問14】

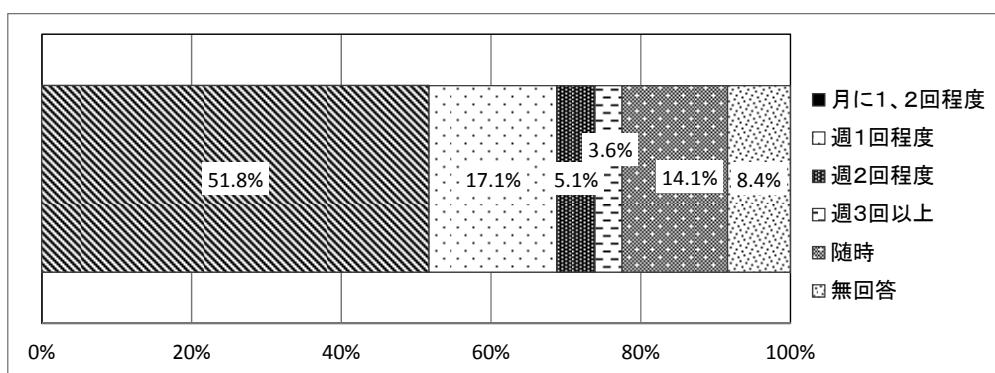


図32 往診・診察の有無・程度

(5) 各種専門職との連携状況

①連携状況

「特段、専門職との連携はない」とした事業所が最も多かった(34.9%)。

何らかの形で連携している事業所の中では、「他機関の歯科衛生士と連携している」が多く(23.4%)、「PT(理学療法士)が同一法人内にいる」「OT(作業療法士)が同一法人内にいる」(各2割前後)も比較的多かった。

【問15】

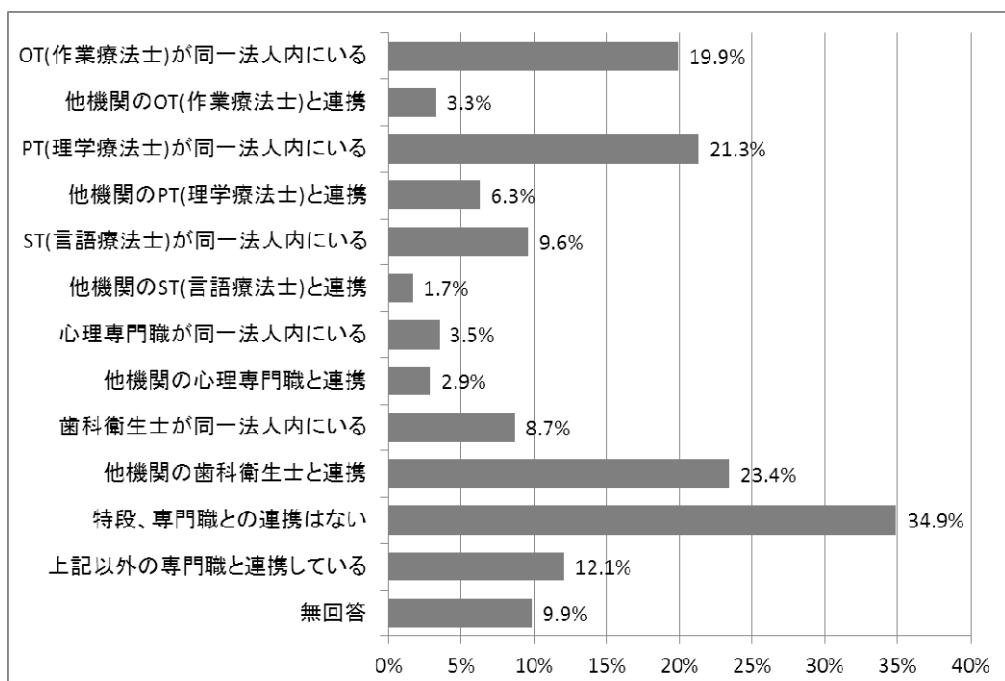


図33 連携状況

②グループ法人での実施サービスとの関係

法人で他のサービスを行っていない単独型の事業所に比べ、訪問看護・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他医療機関(介護療養型医療施設以外)といった医療関係のサービスを法人で持つ事業所は、OT(作業療法士)・PT(理学療法士)・ST(言語療法士)等の各種専門職が同一法人内にいるとする事業所が比較的多く、「特段、専門職との連携はない」とする事業所が比較的少ない。

【問1⑨×問15】

2.1.5. 重度化・看取りへの対応状況

(1) 利用者の重度化（急性期医療ニーズ以外）・看取り等に関する対応

① 現在の対応状況

「全て未対応」の事業所は2割弱（17.7%）で、殆どの事業所が何らかの対応をしているようである。

対応している事業所の対応範囲では「重度化+看取り」が最も多く（38.4%）、「重度化のみ」も3割弱（27.8%）に上り、重度化対応だけを捉えると約2/3の事業所が対応している。一方、グリーフケアまでを行っている事業所はまだ少ない（13.6%）。

対応姿勢は「利用者の希望に応じて積極的に対応」（47.6%）が「希望や必要に応じ、やむを得ない場合のみ対応」（25.9%）を大きく上回り、積極的に対応している事業所が比較的多い。

【問16①】

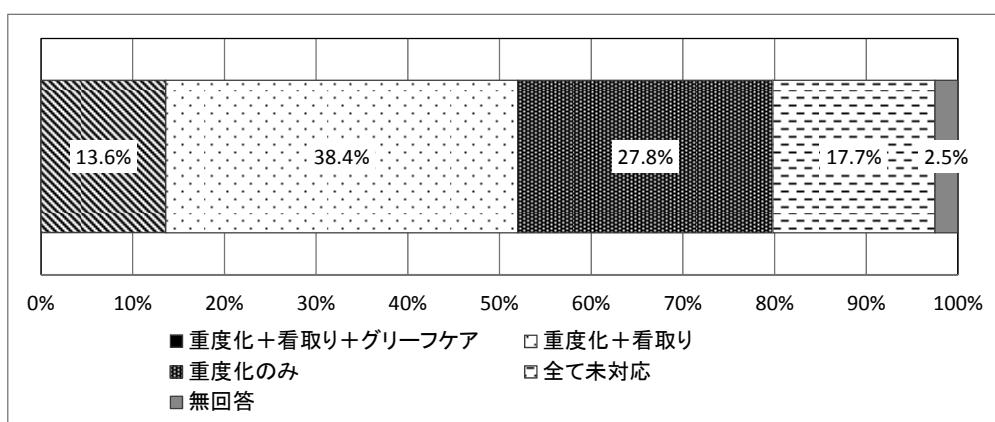


図34 現在の対応状況

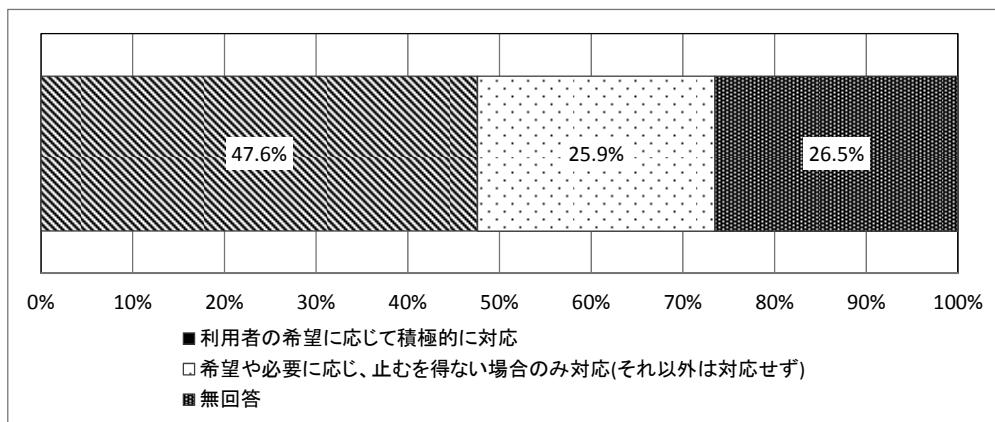


図35 現在の対応の姿勢

② 今後の対応意向

現在の対応状況と異なり、無回答が約3割に上った。今後の方向性までは明確になつていらない事業所が少なくないようである。

「いずれも対応予定なし」は1割と、現在は未対応の事業所（17.7%）よりも減ったことから、今後は何らかの対応が必要と考えている事業所が少くないと推測される。

対応範囲は「重度化+看取り」（30.8%）、「重度化のみ」（13.9%）と、現在の対応状況より事業所数・比率共に低くなつておらず、現在は対応していても今後は不明として無回答が多くなつたことが影響しているものと考えられる。一方、「重度化+看取り+グリーフケア」（15.8%）は現在の対応状況よりも事業所数・比率共に若干高まっており、対応内容の充実化を目指す動きも少なからずあると推察される。

【問16②】

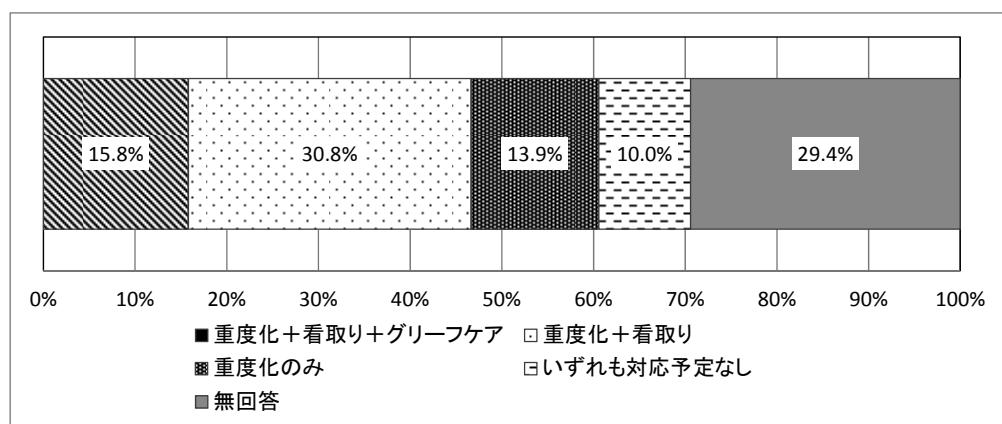


図 36 今後の対応意向

③ 過去の看取り実績との関係

昨年度・一昨年度の退去者のうちグループホームで看取つた方の占める割合が高い事業所ほど、重度化は勿論のこと、看取りに加え、グリーフケアにも対応する事業所が比較的多い。

【問4×問16①】

表 9 総退去者に占めるグループホーム内で看取つた方の割合と
看取りの対応状況（現在）

	合計	1. 90%超 過	2. 80~9 0%	3. 70~8 0%	4. 60~7 0%	5. 50~6 0%	6. 40~5 0%	7. 30~4 0%	8. 20~3 0%	9. 10~2 0%	10. 10% 以下	11. 該当者 はいな い	
全 体	1,607 (100.0)	46 (2.9)	6 (0.4)	21 (1.3)	26 (1.6)	21 (1.3)	91 (5.7)	83 (5.2)	95 (5.9)	122 (7.6)	51 (3.2)	1,045 (65.0)	
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフ ケア	222 (100.0)	18 (8.1)	2 (0.9)	10 (4.5)	9 (4.1)	8 (3.6)	27 (12.2)	15 (6.8)	27 (12.2)	28 (12.6)	7 (3.2)	71 (32.0)
	2. 重度化+看取り	620 (100.0)	23 (3.7)	4 (0.6)	11 (1.8)	17 (2.7)	11 (1.8)	60 (9.7)	61 (9.8)	57 (9.2)	70 (11.3)	31 (5.0)	275 (44.4)
	3. 重度化のみ	456 (100.0)	2 (0.4)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (0.4)	2 (0.4)	8 (1.8)	13 (2.9)	6 (1.3)	423 (92.8)
	4. 全て未対応	277 (100.0)	1 (0.4)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (0.4)	2 (0.7)	1 (0.4)	8 (2.9)	5 (1.8)	259 (93.5)
	5. 無回答	32 (100.0)	2 (6.3)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (6.3)	1 (3.1)	3 (9.4)	2 (6.3)	3 (9.4)	2 (6.3)	17 (53.1)

④ 平均要介護度や平均自立度との関係

利用者の平均要介護度が高い事業所は利用者の重度化に比較的対応している。また、重度化に加え、看取りやグリーフケアにも対応している事業所は、平均要介護度が比較的高い。必要に迫られ対応してきている傾向があると推測される。

同様に、利用者の障害老人日常生活自立度や認知症老人日常生活自立度の平均値が高い事業所は、利用者の重度化に比較的対応している。

【問 16①×問 29⑥⑧⑩】

表 10 平均要介護度別の看取りの対応状況

		合 計	1. 4.5以上	2. 4.0～4.5	3. 3.5～4.0	4. 3.0～3.5	5. 2.5～3.0	6. 2.0～2.5	7. 1.5～2.0	8. 1.5未満	9. 無回答
全 体		1,615 (100.0)	3 (0.2)	23 (1.4)	75 (4.6)	284 (17.6)	453 (28.0)	490 (30.3)	243 (15.0)	42 (2.6)	2 (0.1)
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフ ケア	220 (100.0)	2 (0.9)	8 (3.6)	19 (8.6)	53 (24.1)	66 (30.0)	53 (24.1)	17 (7.7)	2 (0.9)	0 (-)
	2. 重度化+看取り	621 (100.0)	0 (-)	13 (2.1)	36 (5.8)	132 (21.3)	192 (30.9)	168 (27.1)	68 (11.0)	10 (1.6)	2 (0.3)
	3. 重度化のみ	454 (100.0)	1 (0.2)	0 (-)	15 (3.3)	65 (14.3)	121 (26.7)	156 (34.4)	80 (17.6)	16 (3.5)	0 (-)
	4. 全て未対応	283 (100.0)	0 (-)	1 (0.4)	3 (1.1)	29 (10.2)	68 (24.0)	99 (35.0)	69 (24.4)	14 (4.9)	0 (-)
	5. 利用者の希望に応じて積極 的に対応	777 (100.0)	2 (0.3)	15 (1.9)	51 (6.6)	168 (21.6)	234 (30.1)	213 (27.4)	80 (10.3)	12 (1.5)	2 (0.3)
	6. 希望や必要に応じ、止むを 得ない場合のみ対応(それ ぞれ)	417 (100.0)	0 (-)	5 (1.2)	13 (3.1)	66 (15.8)	121 (29.0)	126 (30.2)	71 (17.0)	15 (3.6)	0 (-)
	7. 無回答	37 (100.0)	0 (-)	1 (2.7)	2 (5.4)	5 (13.5)	6 (16.2)	14 (37.8)	9 (24.3)	0 (-)	0 (-)

表 11 障害老人日常生活自立度別の看取りの対応状況

		合 計	1. B1以上 6.0)	2. A2(5.5～ 6.0)	3. A2(5.0～ 5.5)	4. A1(4.5～ 5.0)	5. A1(4.0～ 4.5)	6. J2(3.5～ 4.0)	7. J2(3.0～ 3.5)	8. J1もしくは 自立	9. 無回答
全 体		1,615 (100.0)	119 (7.4)	190 (11.8)	400 (24.8)	392 (24.3)	268 (16.6)	66 (4.1)	29 (1.8)	19 (1.2)	132 (8.2)
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフ ケア	220 (100.0)	36 (16.4)	43 (19.5)	52 (23.6)	49 (22.3)	18 (8.2)	5 (2.3)	4 (1.8)	2 (0.9)	11 (5.0)
	2. 重度化+看取り	621 (100.0)	46 (7.4)	82 (13.2)	189 (30.4)	138 (22.2)	76 (12.2)	22 (3.5)	8 (1.3)	7 (1.1)	53 (8.5)
	3. 重度化のみ	454 (100.0)	26 (5.7)	40 (8.8)	102 (22.5)	124 (27.3)	86 (18.9)	24 (5.3)	10 (2.2)	4 (0.9)	38 (8.4)
	4. 全て未対応	283 (100.0)	9 (3.2)	20 (7.1)	53 (18.7)	72 (25.4)	79 (27.9)	14 (4.9)	7 (2.5)	5 (1.8)	24 (8.5)
	5. 利用者の希望に応じて積極 的に対応	777 (100.0)	75 (9.7)	124 (16.0)	216 (27.8)	169 (21.8)	92 (11.8)	23 (3.0)	14 (1.8)	5 (0.6)	59 (7.6)
	6. 希望や必要に応じ、止むを 得ない場合のみ対応(それ ぞれ)	417 (100.0)	21 (5.0)	33 (7.9)	103 (24.7)	116 (27.8)	69 (16.5)	23 (5.5)	7 (1.7)	7 (1.7)	38 (9.1)
	7. 無回答	37 (100.0)	2 (5.4)	5 (13.5)	4 (10.8)	9 (24.3)	9 (24.3)	1 (2.7)	0 (-)	1 (2.7)	6 (16.2)

表 12 認知症老人日常生活自立度別の看取りの対応状況

		合計	1. Ⅲb以上	2. Ⅲa(5.5~ 6.0)	3. Ⅲa(5.0~ 5.5)	4. Ⅱ b(4.5~ 5.0)	5. Ⅱ b(4.0~ 4.5)	6. Ⅱ a(3.5~ 4.0)	7. Ⅱ a(3.0~ 3.5)	8. Iもしくは 無し	9. 無回答
全 体		1,615 (100.0)	112 (6.9)	203 (12.6)	424 (26.3)	415 (25.7)	250 (15.5)	68 (4.2)	28 (1.7)	16 (1.0)	99 (6.1)
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフ ケア	220 (100.0)	36 (16.4)	35 (15.9)	66 (30.0)	48 (21.8)	18 (8.2)	5 (2.3)	2 (0.9)	3 (1.4)	7 (3.2)
	2. 重度化+看取り	621 (100.0)	51 (8.2)	94 (15.1)	181 (29.1)	151 (24.3)	68 (11.0)	25 (4.0)	9 (1.4)	3 (0.5)	39 (6.3)
	3. 重度化のみ	454 (100.0)	13 (2.9)	51 (11.2)	116 (25.6)	126 (27.8)	93 (20.5)	17 (3.7)	9 (2.0)	1 (0.2)	28 (6.2)
	4. 全て未対応	283 (100.0)	12 (4.2)	18 (6.4)	51 (18.0)	84 (29.7)	64 (22.6)	19 (6.7)	7 (2.5)	8 (2.8)	20 (7.1)
	5. 利用者の希望に応じて積極 的に対応	777 (100.0)	71 (9.1)	112 (14.4)	232 (29.9)	192 (24.7)	89 (11.5)	29 (3.7)	11 (1.4)	3 (0.4)	38 (4.9)
	6. 希望や必要に応じ、止むを 得ない場合のみ対応(それ ぞれ)	417 (100.0)	20 (4.8)	54 (12.9)	104 (24.9)	110 (26.4)	74 (17.7)	10 (2.4)	9 (2.2)	3 (0.7)	33 (7.9)
	7. 無回答	37 (100.0)	0 (-)	5 (13.5)	10 (27.0)	6 (16.2)	7 (18.9)	2 (5.4)	1 (2.7)	1 (2.7)	5 (13.5)

⑤ 観察事項との関係

生活面等4つの側面からの観察事項と比較したところ、利用者の生活面でのスコア（満点に占める獲得点の割合。以下同じ）の平均が高い事業所のみ、平均要介護度と同様の傾向が見られ、利用者の重度化に比較的対応している。また、重度化に加え、看取りやグリーフケアにも対応している事業所は、生活面での平均スコアが比較的高い。

【問16①×問30-1①～⑧】

表 13 生活面での平均スコア別の看取りへの対応状況

		合計	1. 60%以上	2. 50~60%	3. 40~50%	4. 30~40%	5. 20~30%	6. 20%未満	7. 無回答
全 体		1,615 (100.0)	230 (14.2)	528 (32.7)	488 (30.2)	249 (15.4)	46 (2.8)	6 (0.4)	68 (4.2)
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフ ケア	220 (100.0)	54 (24.5)	77 (35.0)	50 (22.7)	22 (10.0)	3 (1.4)	0 (-)	14 (6.4)
	2. 重度化+看取り	621 (100.0)	95 (15.3)	220 (35.4)	185 (29.8)	84 (13.5)	12 (1.9)	0 (-)	25 (4.0)
	3. 重度化のみ	454 (100.0)	49 (10.8)	147 (32.4)	145 (31.9)	79 (17.4)	14 (3.1)	6 (1.3)	14 (3.1)
	4. 全て未対応	283 (100.0)	26 (9.2)	75 (26.5)	93 (32.9)	62 (21.9)	16 (5.7)	0 (-)	11 (3.9)
	5. 利用者の希望に応じて積極 的に対応	777 (100.0)	139 (17.9)	267 (34.4)	219 (28.2)	102 (13.1)	15 (1.9)	0 (-)	35 (4.5)
	6. 希望や必要に応じ、止むを 得ない場合のみ対応(それ ぞれ)	417 (100.0)	42 (10.1)	138 (33.1)	137 (32.9)	71 (17.0)	13 (3.1)	3 (0.7)	13 (3.1)
	7. 無回答	37 (100.0)	6 (16.2)	9 (24.3)	15 (40.5)	2 (5.4)	1 (2.7)	0 (-)	4 (10.8)

表 14 行動面での平均スコア別の看取りへの対応状況

		合計	1. 60%以上	2. 50~60%	3. 40~50%	4. 30~40%	5. 20~30%	6. 20%未満	7. 無回答
全 体		1,615 (100.0)	21 (1.3)	52 (3.2)	178 (11.0)	371 (23.0)	490 (30.3)	457 (28.3)	46 (2.8)
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフケア	220 (100.0)	6 (2.7)	8 (3.6)	30 (13.6)	51 (23.2)	64 (29.1)	56 (25.5)	5 (2.3)
	2. 重度化+看取り	621 (100.0)	6 (1.0)	16 (2.6)	57 (9.2)	157 (25.3)	209 (33.7)	158 (25.4)	18 (2.9)
	3. 重度化のみ	454 (100.0)	4 (0.9)	18 (4.0)	51 (11.2)	105 (23.1)	120 (26.4)	144 (31.7)	12 (2.6)
	4. 全て未対応	283 (100.0)	5 (1.8)	8 (2.8)	36 (12.7)	49 (17.3)	88 (31.1)	89 (31.4)	8 (2.8)
	5. 利用者の希望に応じて積極的に対応	777 (100.0)	10 (1.3)	18 (2.3)	82 (10.6)	193 (24.8)	237 (30.5)	215 (27.7)	22 (2.8)
	6. 希望や必要に応じ、止むを得ない場合のみ対応(それ)	417 (100.0)	5 (1.2)	17 (4.1)	42 (10.1)	101 (24.2)	124 (29.7)	117 (28.1)	11 (2.6)
	7. 無回答	37 (100.0)	0 (-)	2 (5.4)	4 (10.8)	9 (24.3)	9 (24.3)	10 (27.0)	3 (8.1)

表 15 精神面での平均スコア別の看取りへの対応状況

		合計	1. 30%以上	2. 25~30%	3. 20~25%	4. 15~20%	5. 10~15%	6. 5~10%	7. 5%未満	8. 無回答
全 体		1,615 (100.0)	173 (10.7)	93 (5.8)	173 (10.7)	246 (15.2)	348 (21.5)	365 (22.6)	194 (12.0)	23 (1.4)
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフケア	220 (100.0)	36 (16.4)	9 (4.1)	19 (8.6)	32 (14.5)	39 (17.7)	55 (25.0)	23 (10.5)	7 (3.2)
	2. 重度化+看取り	621 (100.0)	60 (9.7)	35 (5.6)	71 (11.4)	97 (15.6)	144 (23.2)	147 (23.7)	61 (9.8)	6 (1.0)
	3. 重度化のみ	454 (100.0)	46 (10.1)	30 (6.6)	51 (11.2)	67 (14.8)	91 (20.0)	97 (21.4)	66 (14.5)	6 (1.3)
	4. 全て未対応	283 (100.0)	25 (8.8)	18 (6.4)	30 (10.6)	43 (15.2)	62 (21.9)	61 (21.6)	41 (14.5)	3 (1.1)
	5. 利用者の希望に応じて積極的に対応	777 (100.0)	76 (9.8)	41 (5.3)	82 (10.6)	125 (16.1)	175 (22.5)	185 (23.8)	79 (10.2)	14 (1.8)
	6. 希望や必要に応じ、止むを得ない場合のみ対応(それ)	417 (100.0)	47 (11.3)	26 (6.2)	50 (12.0)	58 (13.9)	84 (20.1)	91 (21.8)	58 (13.9)	3 (0.7)
	7. 無回答	37 (100.0)	6 (16.2)	1 (2.7)	2 (5.4)	7 (18.9)	12 (32.4)	5 (13.5)	3 (8.1)	1 (2.7)

表 16 社会的交流の平均スコア別の看取りへの対応状況

		合計	1. 60%以上	2. 50~60%	3. 40~50%	4. 30~40%	5. 20~30%	6. 20%未満	7. 無回答
全 体		1,615 (100.0)	230 (14.2)	324 (20.1)	425 (26.3)	375 (23.2)	177 (11.0)	37 (2.3)	47 (2.9)
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフケア	220 (100.0)	32 (14.5)	38 (17.3)	49 (22.3)	56 (25.5)	25 (11.4)	9 (4.1)	11 (5.0)
	2. 重度化+看取り	621 (100.0)	104 (16.7)	140 (22.5)	158 (25.4)	141 (22.7)	53 (8.5)	8 (1.3)	17 (2.7)
	3. 重度化のみ	454 (100.0)	51 (11.2)	94 (20.7)	119 (26.2)	107 (23.6)	56 (12.3)	14 (3.1)	13 (2.9)
	4. 全て未対応	283 (100.0)	39 (13.8)	45 (15.9)	83 (29.3)	65 (23.0)	41 (14.5)	5 (1.8)	5 (1.8)
	5. 利用者の希望に応じて積極的に対応	777 (100.0)	120 (15.4)	159 (20.5)	194 (25.0)	184 (23.7)	78 (10.0)	16 (2.1)	26 (3.3)
	6. 希望や必要に応じ、止むを得ない場合のみ対応(それ)	417 (100.0)	56 (13.4)	93 (22.3)	109 (26.1)	99 (23.7)	43 (10.3)	10 (2.4)	7 (1.7)
	7. 無回答	37 (100.0)	4 (10.8)	7 (18.9)	16 (43.2)	6 (16.2)	2 (5.4)	1 (2.7)	1 (2.7)

表 17 観察事項の合計平均スコア別の看取りへの対応状況

		合 計	1. 50%以上	2. 45~50%	3. 40~45%	4. 35~40%	5. 30~35%	6. 25~30%	7. 20~25%	8. 15~20%	9. 15%未満	10. 無回答
全 体		1,615	81	90	222	327	342	269	128	33	11	112
看 取 り へ の 対 応 状 況 別	1. 重度化+看取り+グリーフケア	220	22	15	32	39	37	30	18	5	2	20
	2. 重度化+看取り	621	24	38	87	144	145	93	34	8	2	46
	3. 重度化のみ	454	19	26	64	83	88	81	47	14	6	26
	4. 全て未対応	283	15	9	34	52	67	56	27	6	1	16
	5. 利用者の希望に応じて積極的に対応	777	43	48	103	162	171	123	56	10	2	59
	6. 希望や必要に応じ、止むを得ない場合のみ対応(それ)	417	18	23	67	81	88	64	39	12	4	21
	7. 無回答	37	1	2	5	9	5	9	2	0	0	4
		(100.0)	(5.0)	(5.6)	(13.7)	(20.2)	(21.2)	(16.7)	(7.9)	(2.0)	(0.7)	(6.9)

⑥ 地域による対応の差異

(都道府県によってはサンプル数が少ないため参考までの扱いとなるが) グリーフケアまで対応している事業所の割合は佐賀県・熊本県が最も高く(25.0%)、看取りまで対応している事業所の割合は長野県(62.1%)が最も高かった。

逆に重度化・看取り等に未対応の事業所の割合は栃木県が最も高く(33.3%)、山梨県が最も低かった(5.9%)。

特定の地域に偏って高い・低いと言う傾向は見られなかった。

【問1②×問16①】

⑦ 設置主体による対応の差異

グリーフケアまで対応している事業所の割合は「その他団体(社団・財団・農協・生協など)」が、看取りまで対応している事業所の割合は地方公共団体が、それぞれ比較的高かった(各 25.0%、50.0%。但しサンプル数が少ないと参考値)。

逆に重度化・看取り等に未対応の事業所の割合は、社会福祉法人(社協以外)や社会福祉協議会が比較的高かった(2割超)。

比較的対応可能ではないかと考えられる医療法人であるが、逆に医療側で対応するケースが少なくなったためか、結果としては全体の傾向とそう差異はなかった。

【問1④×問16①】

表 18 設置主体別の看取りへの対応状況

	回答者 数	1. 重度化+ 看取り+グ リーフケア	2. 重度化+ 看取り	3. 重度化 のみ	4. 全て未 対応	5. 無回答
全 体	1,800 (100.0)	245 (13.6)	691 (38.4)	501 (27.8)	318 (17.7)	45 (2.5)
設 置 主 体 別	1. 社会福祉法人(社協以外)	422 (100.0)	38 (9.0)	134 (31.8)	139 (32.9)	101 (23.9)
	2. 社会福祉協議会	12 (100.0)	1 (8.3)	5 (41.7)	3 (25.0)	3 (25.0)
	3. 医療法人	342 (100.0)	47 (13.7)	133 (38.9)	96 (28.1)	57 (16.7)
	4. 営利法人(株式会社・有限会 社など)	861 (100.0)	130 (15.1)	366 (42.5)	217 (25.2)	125 (14.5)
	5. NPO法人	108 (100.0)	21 (19.4)	32 (29.6)	30 (27.8)	24 (22.2)
	6. その他団体(社団・財団・農 協・生協など)	20 (100.0)	5 (25.0)	4 (20.0)	7 (35.0)	3 (15.0)
	7. 地方公共団体	4 (100.0)	0 (-)	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)
	8. 上記以外	23 (100.0)	3 (13.0)	11 (47.8)	5 (21.7)	4 (17.4)
	9. 無回答	8 (100.0)	0 (-)	4 (50.0)	3 (37.5)	0 (-)

(2) 重度化・看取り等のために行つたこと

約 3/4 の事業所が「医療機関（医師等）との緊密な連携（往診・搬送等）や連絡の体制づくり」「家族へのケア・説明」を、約 2/3 の事業所が「職員への研修やケア、サポート」を行っている。

以上 3 つの取組以外は、「訪問看護ステーションとの緊密な連携」（約 1/4）、「設備面での改善・充実」（14.5%）、「介護職の増員」（12.7%）と、取り組んでいる事業所は比較的小ない。

【問 17】

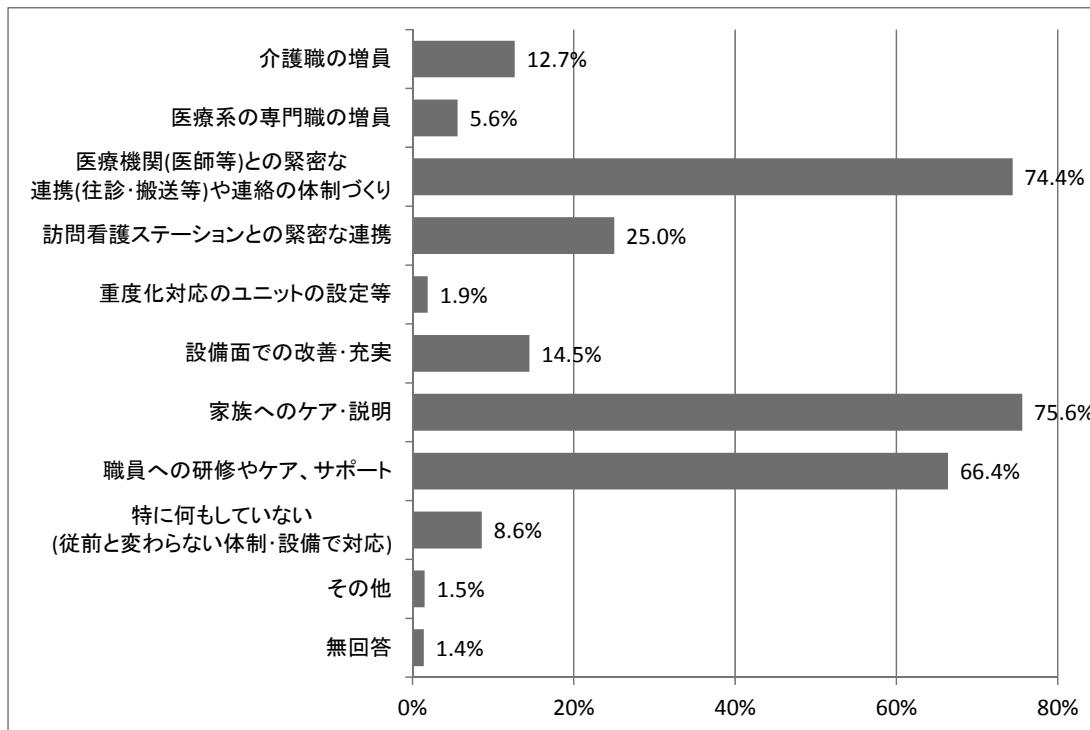


図 37 重度化・看取り等のために行つたこと

(3) 重度化・看取り等に対応することによる経営面での影響

約4割の事業所が「特に影響は無い（従前と変わらない）」としているが、一方で約1/4が「介護職・医療職等の増員による費用増」、約2割が「設備面での改善・充実による費用増」を選択している。

なお、すぐ前の設問で設備面の充実を挙げた事業所（208事業所、14.5%）よりも、この設問で設備面の充実による費用増を挙げた事業所（283事業所、19.7%）の方が多くなっていることから、実際に設備の改善充実を行っていない事業所によるイメージ論での回答が混じっている可能性も考えられる。

【問18】

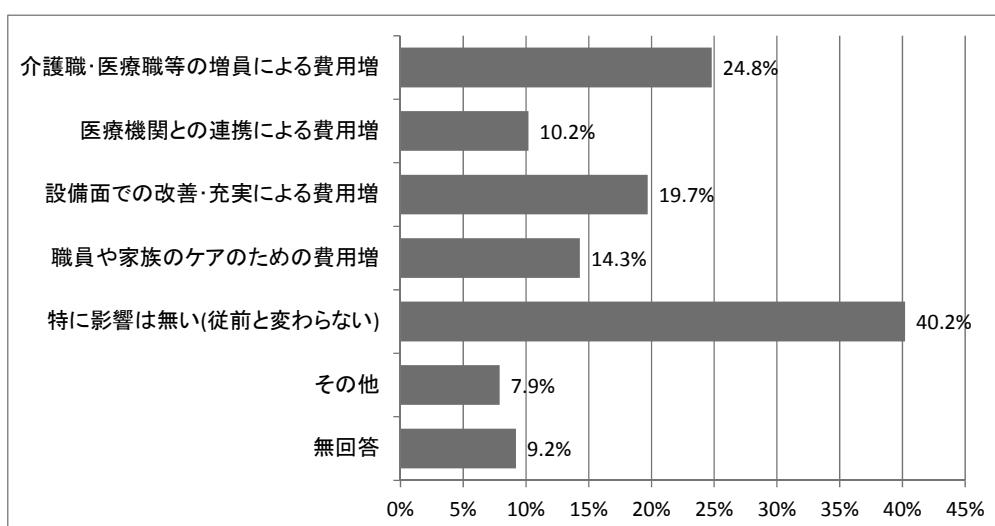


図 38 重度化・看取り等に対応することによる経営面での影響

(4) 重度化・看取り等に対応したことによって得られたこと

「利用者や家族の満足感を得た」が最も多く（約7割）、次いで「職員の意識やスキルが向上した」（66.9%）、「医療との連携体制が強まった」（53.1%）、「職員が自分達のケア等への自信を得た」（44.8%）の順となった。

以上の項目以外は殆ど選択されておらず、以上の項目に回答が集中している。

【問19】

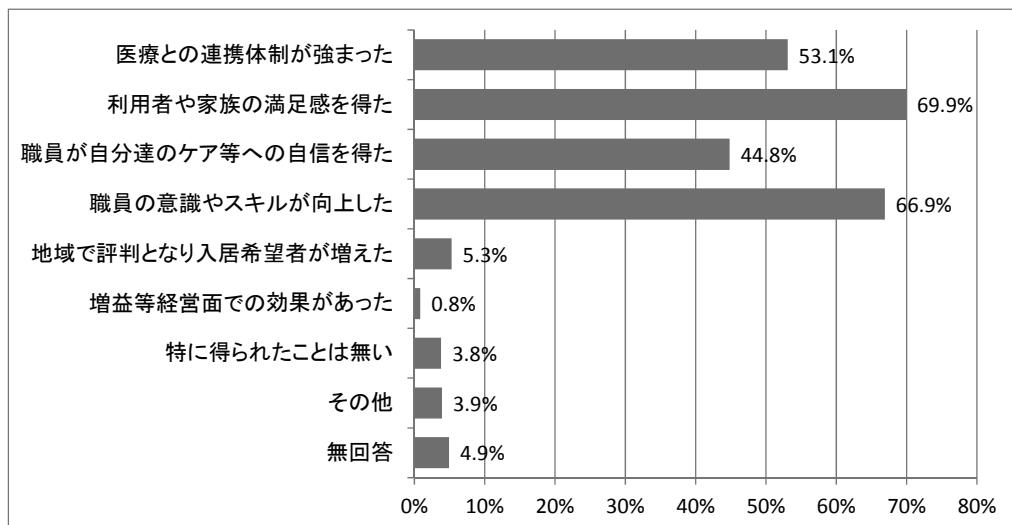


図 39 重度化・看取り等に対応したことによって得られたこと

(5) 重度化・看取り等への対応に際して課題・困難と感じる点

① 課題・困難と感じる点

多くの事業所が「職員の精神的な負担が大きい」(63.8%)、「痰の吸引や胃ろう等に十分な対応ができない」(49.5%)を挙げた。

これら以外では、「介護職員の確保・増員が必要となる」「職員の肉体的な負担が大きい」「重度者のケアに適した事業所環境が整えにくい」「看護師の確保・増員が必要となる」等で、各々2~3割の事業所が挙げた。

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

【問 20】

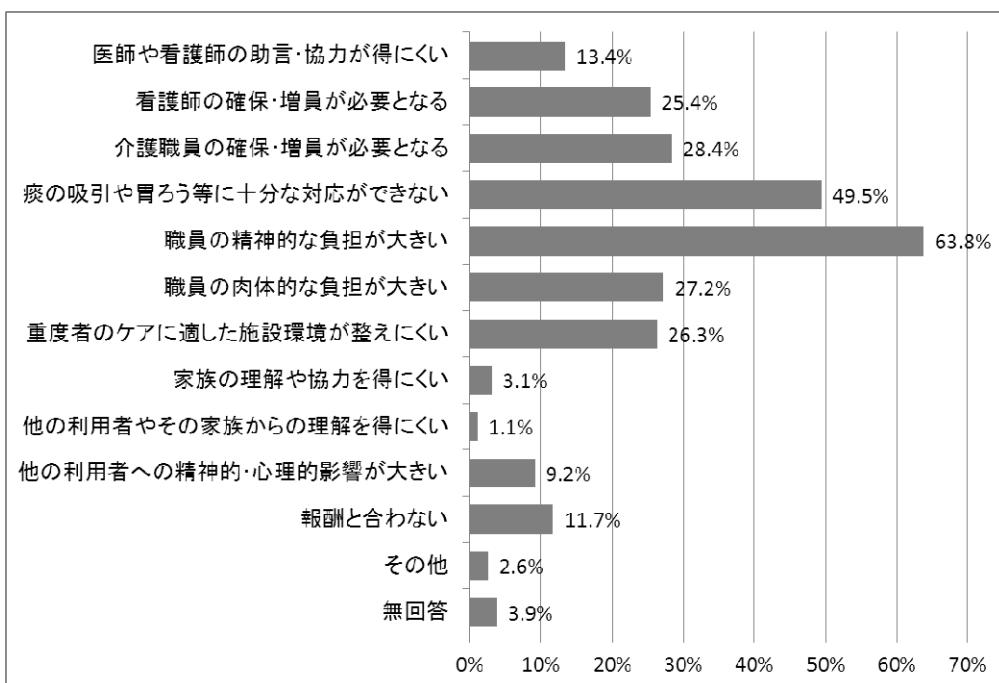


図 40 課題・困難と感じる点

② 得られたこととの関係

どの課題を指摘した事業所も、多くの事業所が挙げている「利用者や家族の満足感を得た」「職員の意識やスキルが向上した」等の傾向とほぼ同様であった。

職員の負担（精神的・肉体的）が大きいと指摘した事業所は、他よりも「職員が自分達のケア等への自信を得た」「職員の意識やスキルが向上した」を挙げており、充実感がある一方で負担感もあることが窺える。

【問 19×問 20】

(6) 医療ニーズへの対応状況

① 対応可能な医療処置

全回答事業所の約 1/4 弱が無回答であった。全回答事業所の約 1/4 強が医療連携体制加算を取得していないことと関係していると考えられる。

回答事業所の 6 割超で「褥瘡の処置」が可能としており、また 3~4 割の事業所で「インシュリン注射（自己注射の見守り）」「膀胱カテーテルの管理」「酸素療法管理」が可能としている。

対応可能な事業所が殆どない処置は「人工呼吸器の管理・気管切開の処置」（3.1%）、対応可能な事業所が比較的少ない処置は「胃ろう・経管栄養」「人工透析」（各 13%程度）となった。

【問 21】

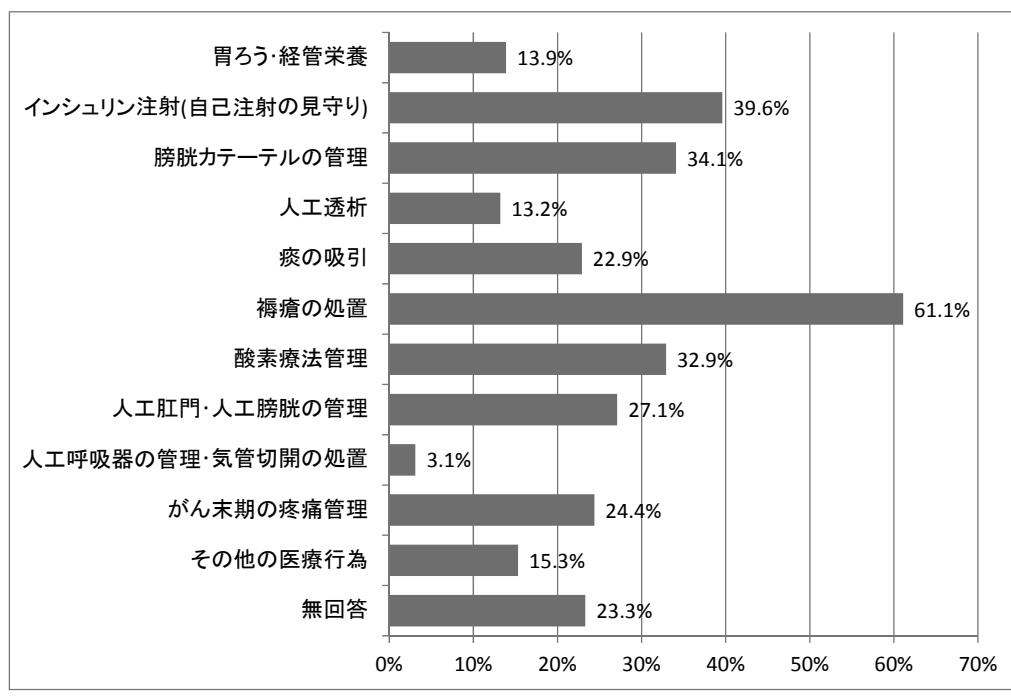


図 41 対応可能な医療処置

② 対応中の利用者数

(1)にて対応可能と回答した事業所のうち、実際に対応中の利用者が居るのは、概ね対応可能と回答した事業所の2~3割であった。

対応可能な事業所において実際の対応が比較的多いのは(1)の結果と同様の処置が殆どであったが、「胃ろう・経管栄養」「痰の吸引」は(1)で対応可能な事業所が少ないものの、対応可能な事業所の中では比較的対応中の利用者が多いようである。

【問21】

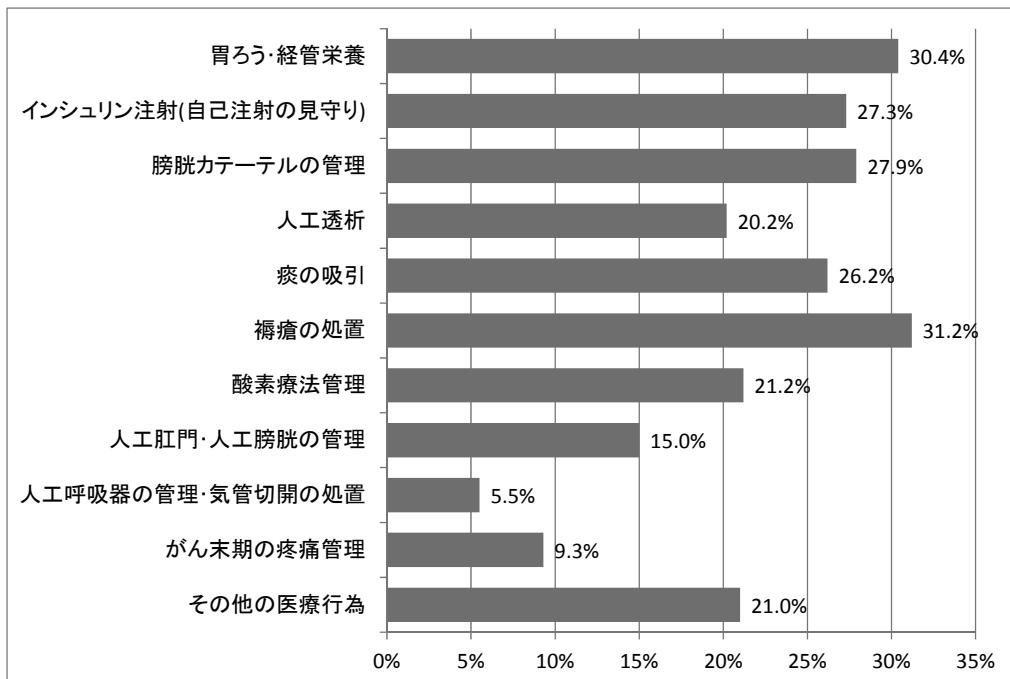


図 42 対応中の利用者数

③ 看護師資格を持つ介護従事者の関係

常勤あるいは非常勤で看護師資格を有する介護従事者がいる事業所は、看護師のいない事業所に比べ、各種の医療処置に比較的対応可能としている。なお、看護師の有無での差異は大きいが、看護師の従事者の多少による差異はあまり見られない。

【問3⑥×問21】

④ 医療連携体制との関係

病院あるいは訪問看護ステーションとの契約により体制を確保している事業所よりも、常勤あるいは非常勤で看護師を雇用している事業所や、診療所との契約により体制を確保している事業所の方が、対応可能とする医療処置が比較的多く、医療連携体制加算の算定要件に係る体制の違いにより、対応可能な医療処置に差異が見られた。

【問7×問21】

表 19 医療連携体制別の対応可能な医療処置

	合計	1. 病院と 契約して いる	2. 診療所 と契約し ている	3. 訪問看護 ステーションと契約し ている	4. その他	5. 事業所に て常勤の 看護師を 雇用して いる	6. 事業所に て非常勤の 看護師を 雇用して いる	7. 無回答	
対応可能な医療ニーズの平均件数	3.3 (30.0)	2.9 (26.4)	3.4 (30.9)	2.8 (25.5)	2.6 (23.6)	4.2 (38.2)	3.2 (29.1)	3.9 (35.5)	
全 体	1,321 (100.0)	199 (100.0)	132 (100.0)	319 (100.0)	45 (100.0)	236 (100.0)	286 (100.0)	104 (100.0)	
医療ニーズへの対応の可否	1. 胃ろう・経管栄養	219 (16.6)	30 (15.1)	19 (14.4)	36 (11.3)	2 (4.4)	61 (25.8)	48 (16.8)	23 (22.1)
	2. インシュリン注射(自己注射 の見守り)	569 (43.1)	81 (40.7)	53 (40.2)	126 (39.5)	21 (46.7)	120 (50.8)	124 (43.4)	44 (42.3)
	3. 膀胱カテーテルの管理	500 (37.9)	67 (33.7)	53 (40.2)	102 (32.0)	11 (24.4)	108 (45.8)	112 (39.2)	47 (45.2)
	4. 人工透析	196 (14.8)	26 (13.1)	17 (12.9)	52 (16.3)	5 (11.1)	43 (18.2)	36 (12.6)	17 (16.3)
	5. 痰の吸引	356 (26.9)	51 (25.6)	35 (26.5)	56 (17.6)	9 (20.0)	92 (39.0)	77 (26.9)	36 (34.6)
	6. 褥瘡の処置	889 (67.3)	132 (66.3)	95 (72.0)	177 (55.5)	26 (57.8)	183 (77.5)	202 (70.6)	74 (71.2)
	7. 酸素療法管理	490 (37.1)	67 (33.7)	55 (41.7)	98 (30.7)	10 (22.2)	112 (47.5)	100 (35.0)	48 (46.2)
	8. 人工肛門・人工膀胱の管理	402 (30.4)	48 (24.1)	42 (31.8)	85 (26.6)	12 (26.7)	92 (39.0)	82 (28.7)	41 (39.4)
	9. 人工呼吸器の管理・気管切 開の処置	51 (3.9)	3 (1.5)	5 (3.8)	9 (2.8)	1 (2.2)	16 (6.8)	12 (4.2)	5 (4.8)
	10. がん末期の疼痛管理	389 (29.4)	41 (20.6)	55 (41.7)	84 (26.3)	11 (24.4)	86 (36.4)	70 (24.5)	42 (40.4)
	11. その他の医療行為	246 (18.6)	24 (12.1)	22 (16.7)	43 (13.5)	7 (15.6)	73 (30.9)	57 (19.9)	20 (19.2)
	12. 無回答	228 (17.3)	32 (16.1)	19 (14.4)	84 (26.3)	13 (28.9)	24 (10.2)	40 (14.0)	16 (15.4)

2.1.6. 収支の状況

回答事業所の3割超が無回答となった。回答の記入対象者は各事業所の管理者が主に想定されているが、経営形態によっては管理者が経営に全く関与しておらず、単なる現場責任者である場合や、管理者が経営者であっても経営的な数値を会計事務所任せにしている場合が少なくなったために回答できなかった可能性が少なくない。

(1) 事業活動収入の状況

全回答事業所の平均として、事業活動収入に占める^{*}居宅介護料収入の割合は事業活動収入の約2/3(67.2%)、利用者等の利用料収入の占める割合は収入の約1/4弱(23.6%)であった。

保険外の利用料による収入は事業活動収入の2~3割を占める事業所が多く(約4割弱)、そのためもあり、介護報酬(自己負担分も含む)は事業活動収入の8割以下である事業所が6割超に上る。

【問22】

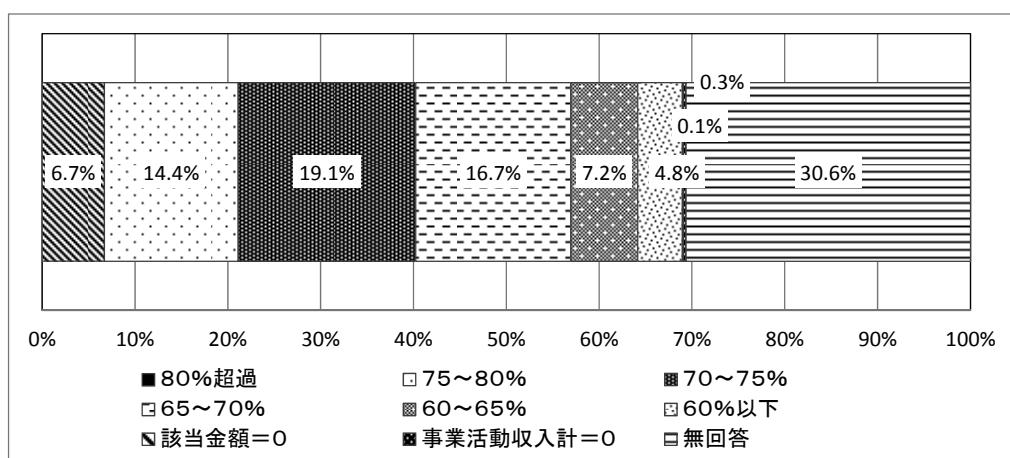


図43 事業活動収入に占める介護報酬収入(保険負担分)及び
利用者負担金収入(本人の1割負担分)の比率

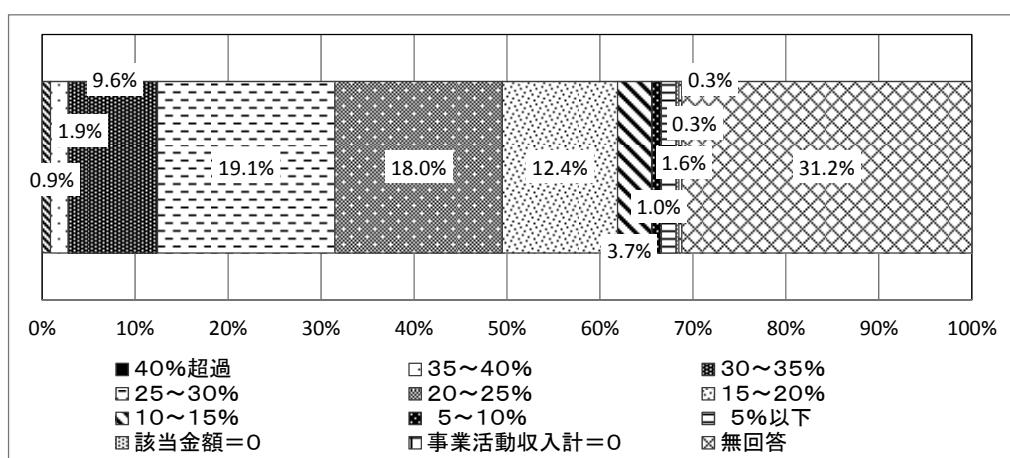


図44 事業活動収入に占める利用者等利用料収入の比率

*正確には「事業活動収入計」から「国庫補助金等特別積立金取扱額」を差し引いた額で比率を計算(以降、事業活動収入を用いた構成比の計算において同様)

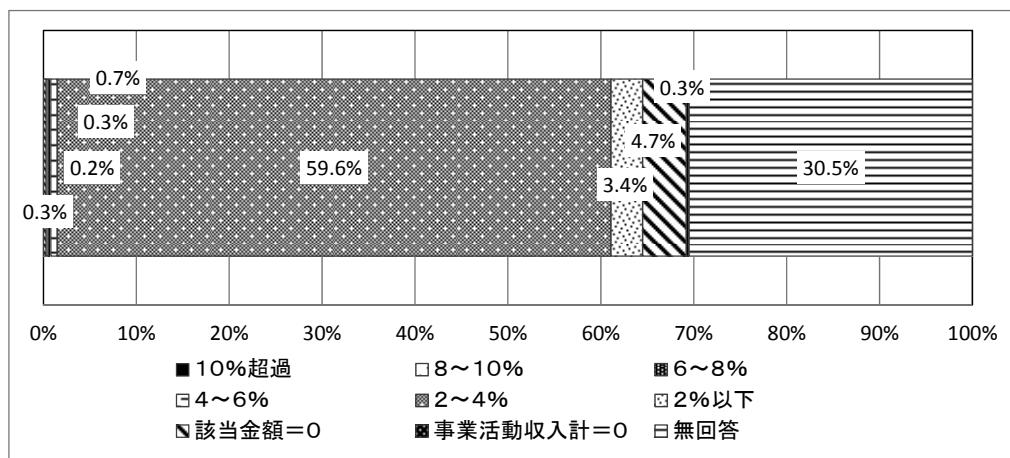


図 45 事業活動収入に占める介護職員処遇改善交付金

(2) 事業活動支出の状況

全回答事業所の平均として、人件費率（事業活動収入に占める人件費の割合）は 58.7%、派遣職員費用を含めた率では 59.4% であった。回答のあった事業所の約 6 割は（派遣職員の費用欄への記載がないことから）、派遣職員を活用していないようである。

人件費率が 6 割台の事業所が約 1/4 弱（23.8%）、7 割台の事業所が 1 割となっており、8 割を超える高率の事業所も 4.5% ある。

【問 22】

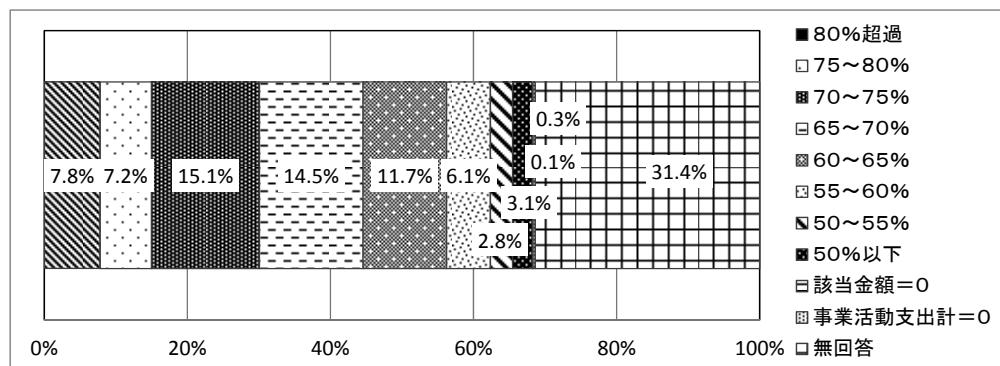


図 46 事業活動収入に占める人件費率

(3) 算定している加算

回答事業所の約 9 割弱が「初期加算」を、次に約 7 割弱が「医療連携体制加算」を算定しており、約 3 割弱が「看取り介護加算」「サービス提供体制強化加算（II）」を算定している。

逆にあまり算定されていない（構成比が数%程度）加算は「夜間ケア加算」「認知症行動・心理症状緊急対応加算」「認知症専門ケア加算（II）」であった。「認知症行動・心理症状緊急対応加算」は緊急で短期利用共同生活介護（ショートステイ）を受け入れた場合のみ算定できるため、低くて当然とも言える（ショートステイの実施率自体が低い）。

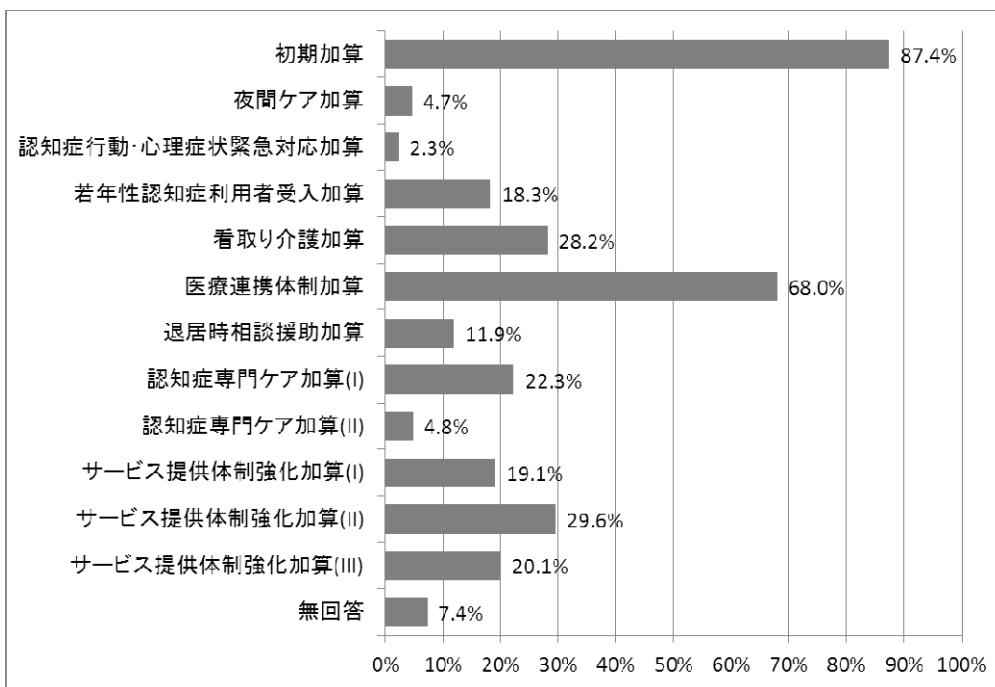


図 47 算定している加算

2.1.7. 平成24年介護報酬改定の影響

(1) 昨年と今年の4~6月の収入の比較

① 全体傾向

利用者の平均要介護度は大差がない（昨年より0.02上がっている程度）ものの、利用者1人の1ヶ月当たりの介護給付費は13,415円（昨年（274,315円：3ヶ月平均、今年260,900円：同）、いずれも昨年より今年は減少している。

昨年は介護職員処遇改善交付金が介護給付費とは別に支給されており、今年は給付費の中に加算として含まれることから、利用者1人の1ヶ月当たりの交付金（11,310円：同）も含めて考慮すると、更に昨年との収入の差が広がることとなる。

なお、処遇改善交付金（昨年）と処遇改善加算（今年）の額だけを比較しても、昨年に比べ今年（9,586円：同）は減少している。

【問24】

表20 昨年と今年の4~6月における利用者月平均要介護度及び収入の比較

指標名	平成23年度	平成24年度
月平均要介護度	2.77	2.79
月平均利用者1人当たりの費用合計 (介護給付費請求書から)	274,315円	260,900円
月平均利用者1人当たりの交付金額 (平成23年度介護職員処遇改善交付金支払額内訳書から)	11,310円	
月平均利用者1人当たりの加算金額 (平成24年度介護給付費明細書から)		9,586円

② 事業所の分布

利用者の平均要介護度は昨年より0.2%程度上がった事業所が1/4弱、0.2%程度下がった事業所が2割弱となっているため、全体の傾向としてごく僅かに増した。

【問24】

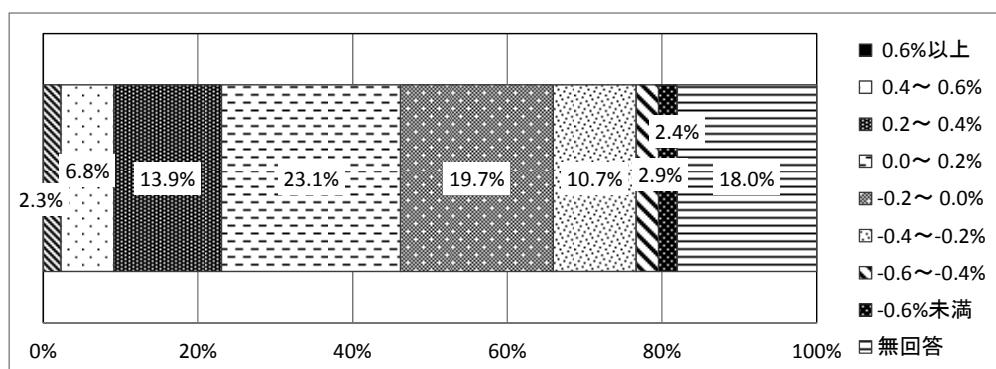


図48 利用者の平均要介護度の増減率

利用者 1 人の 1 ヶ月当たりの介護給付費は、昨年より 1 割程度増している事業所が 2 割弱、1 割程度減少している事業所が 3 割弱となっている。

処遇改善交付金（昨年）・処遇改善加算（今年）は昨年より 1 割程度増している事業所が 1 割強、1 割程度減少している事業所が各 1/4 弱となっている。

【問 24】

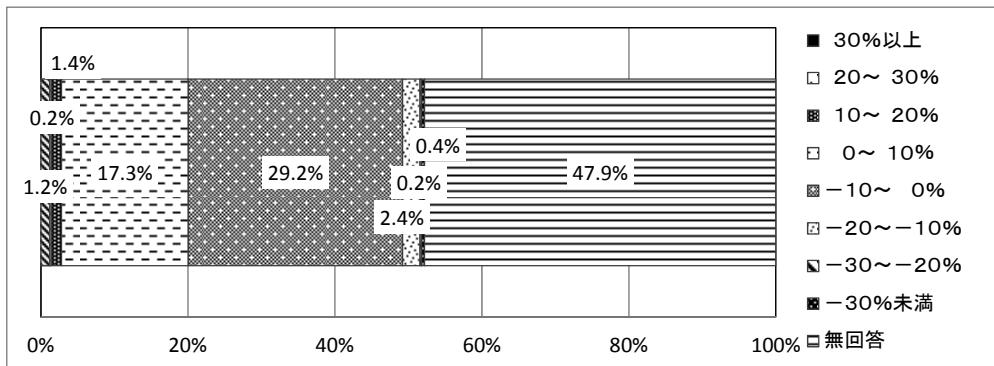


図 49 利用者 1 人の 1 ヶ月当たりの介護給付費の増減率

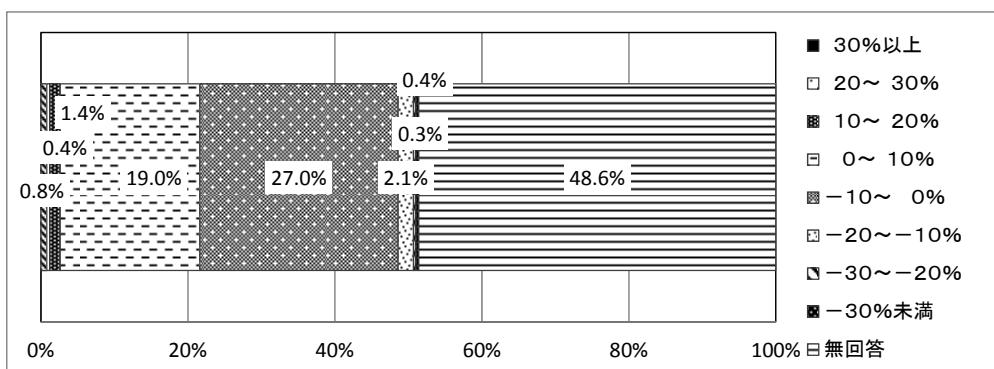


図 50 処遇改善交付金（昨年）・処遇改善加算（今年）の増減率

(2) 介護保険制度改革に伴う収支差の変化

① 全体傾向

約 1/4 弱の事業所は「変わらない」ようだが、増収の事業所は僅かであり、半数強の事業所が減収したとしている（36.0%が「少し減収」、15.9%が「大いに減収」）。

【問 25】

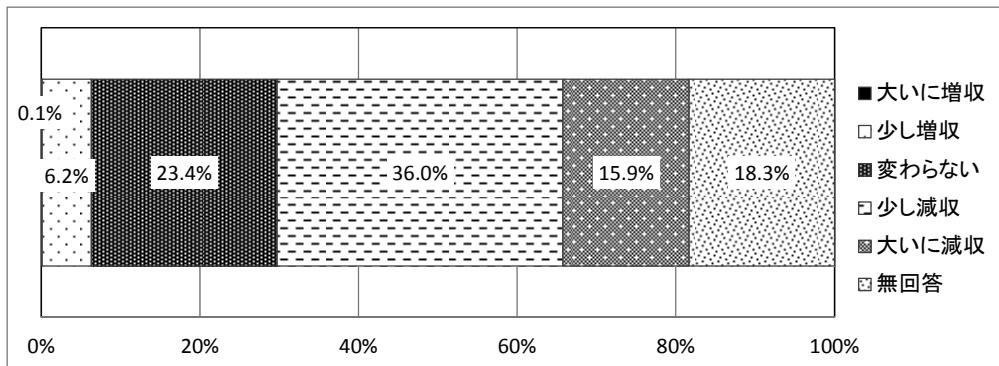


図 51 制度改正に伴う収支差の変化（全体傾向）

② 増収の理由

外部環境の変化によるものよりも、内部でのコスト削減によるとする事業所が多い。コスト削減の中でも人件費を抑制した事業所（増収した事業所の 21.1%）より、人件費以外のコストを削減した事業所（同 28.1%）の方が多い。

外部環境の変化によるものとしては、地域区分による単価の見直しが約 1/4 弱となつた。

【問 26】

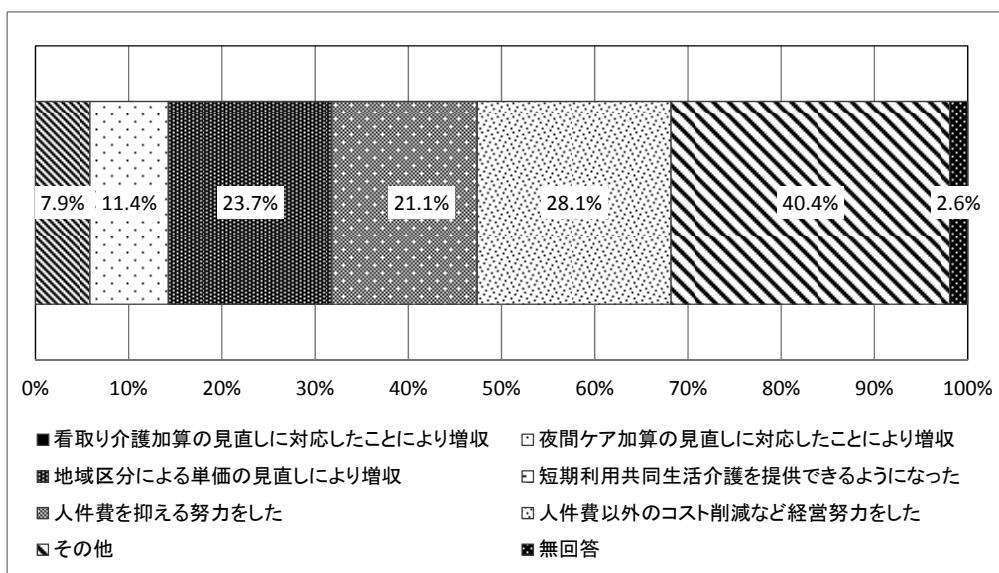


図 52 増収の理由

③ 減収の理由

減収とした8割の事業所が「要介護度別の介護費単位数が変更され、結果的に全体の収益が下がった」を、44.5%の事業所が「複数ユニットを持つために、介護費単位数が変更され、結果的に全体の収益が下がった」を挙げており、制度変更による影響が減収の主要因のようである。

【問27】

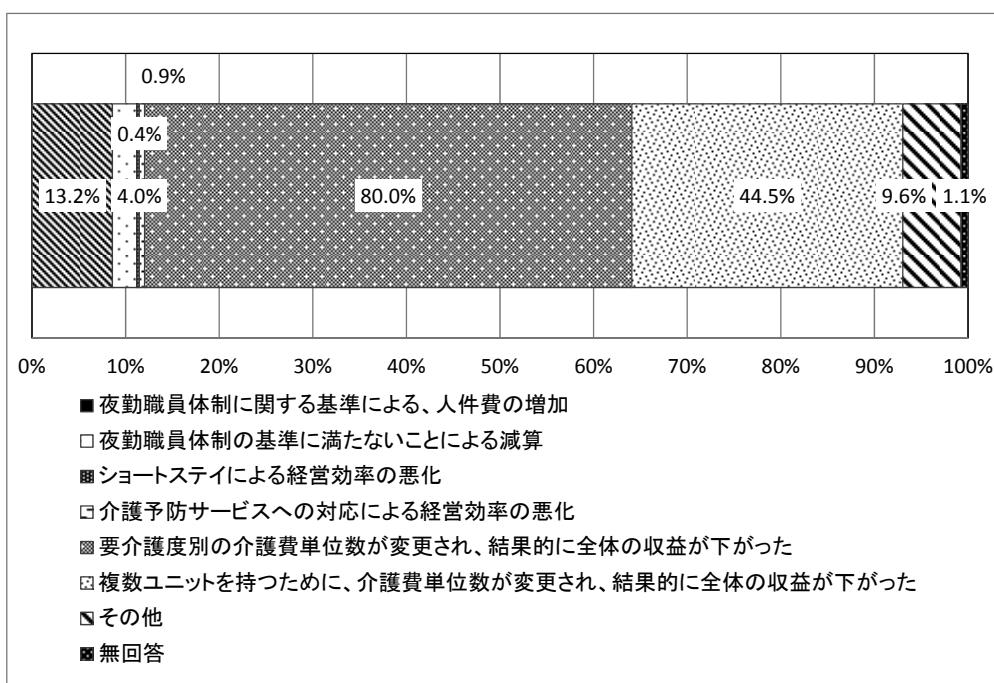


図 53 減収の理由

2.2.1. 利用者の状況

(1) 満年齢

回答のあった事業所の利用者（24,564名）の半数以上が80代、1/4強が90代であり、平均年齢は85.4歳。

事業所による平均年齢の違いはあまりなく、80代半ばの辺りに集中（平均年齢84～86歳、86～88歳の事業所が各3割程度）している。

【問29①】

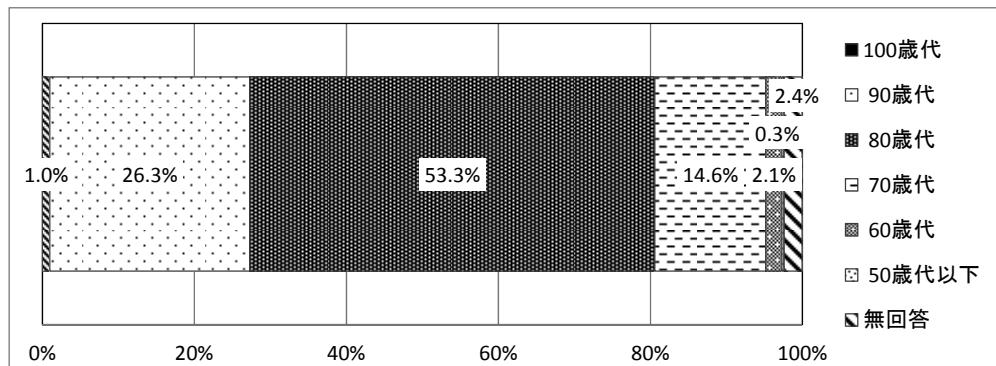


図 54 利用者の年齢

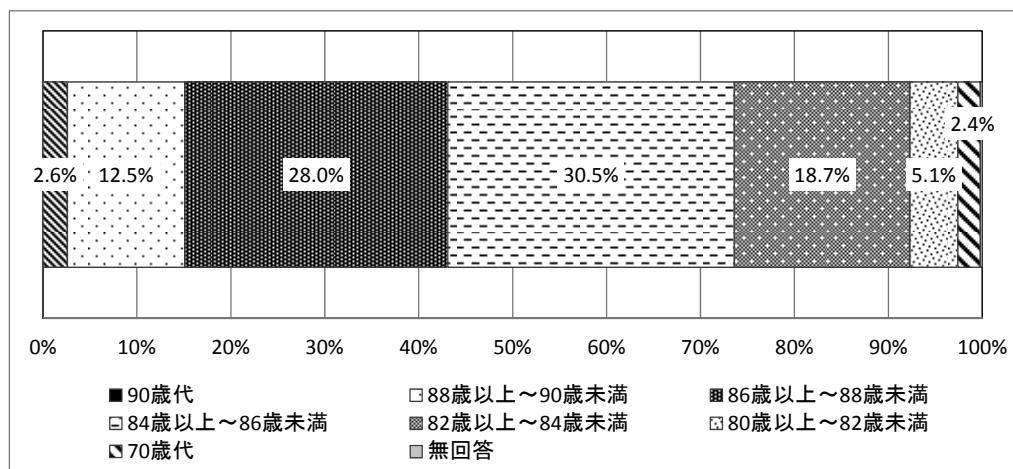


図 55 利用者の平均年齢（事業所分布）

(2) 利用年数

全利用者の3割が1年、2割弱が2年、と年々構成比が小さくなり、平均利用年数は3.4年となっている。

事業所による平均利用年数に大きな差異はなく、全事業所の36%が「3~4年」、23.5%が「2~3年」、20.6%が「4~5年」となっている。

【問29②】

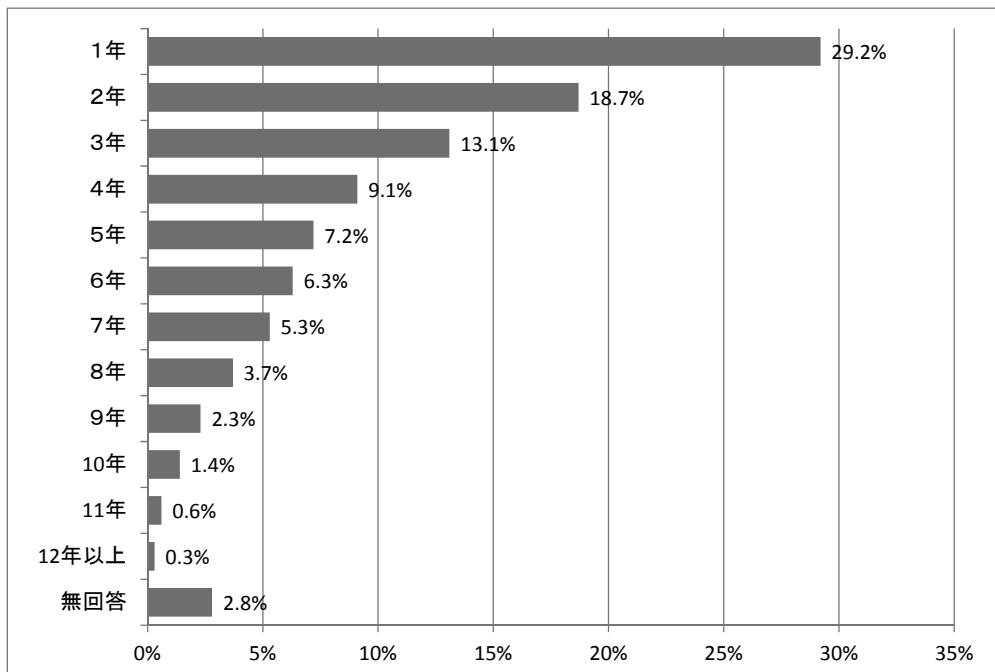


図 56 利用者の利用年数

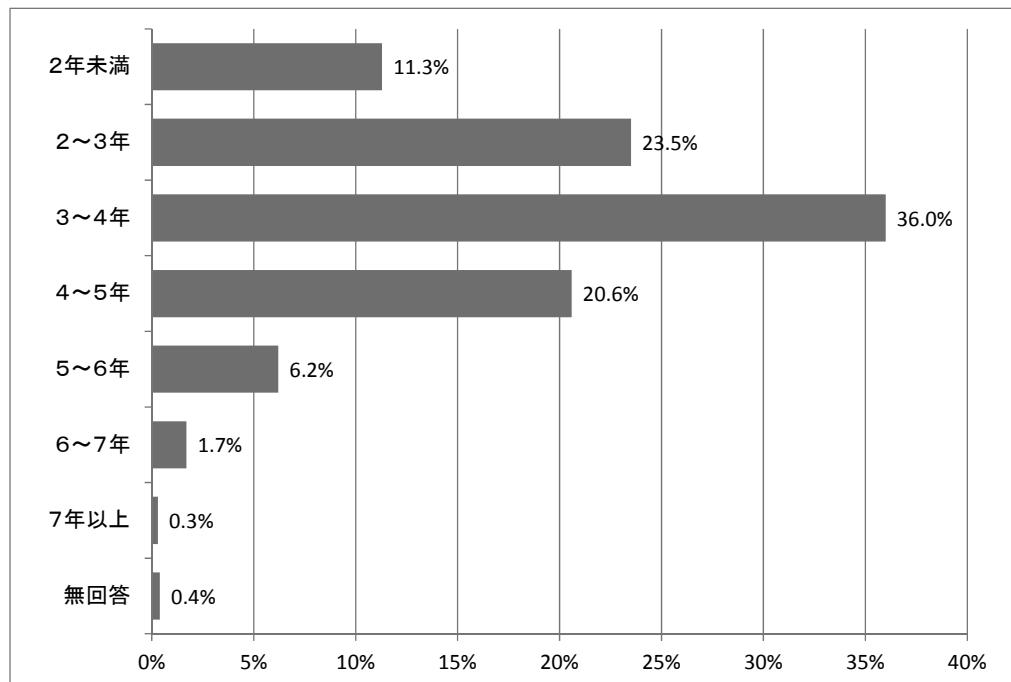


図 57 利用者の平均利用年数（事業所分布）

(3) 入居前の居場所

全利用者の半数以上（55.5%）が自宅からの入居、次いで約2割弱が医療機関からの入居となっている。

【問 29③】

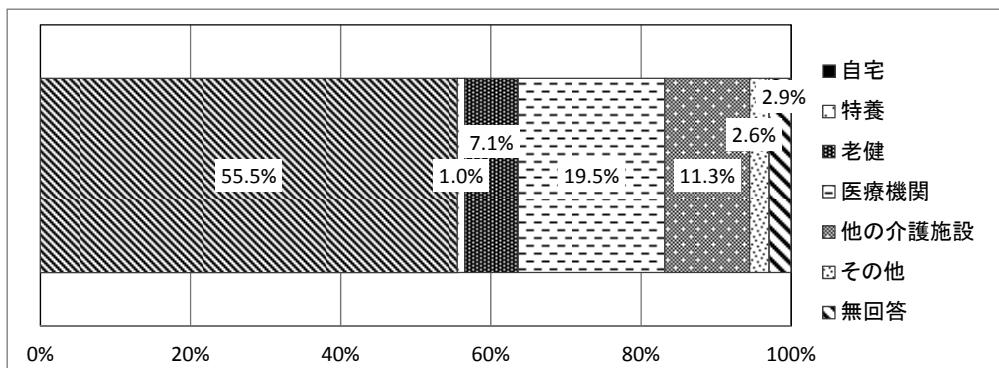


図 58 入居前の居場所

(4) 要介護度

① 入居時

要介護 1 が最も多く（31.8%）、次いで要介護 2（27.7%）となっており、平均要介護度は 1.9。入居時から要介護度の重い方は僅か（要介護 4・5 は 7.4%）。

4 割弱の事業所で入居時の平均要介護度は「1.5～2.0」だが、3 割弱が「2.0～2.5」、1.5 未満の事業所も 2 割超を占める。

【問 29④】

② 1 年前

約 1/4 が要介護 2、各 2 割超が要介護 1 と 3 となっており、平均要介護度は 2.3 に重度化している。

約 1/3 の事業所で 1 年前の平均要介護度は「2.0～2.5」、2 割超の事業所が「2.5～3.0」「1.5～2.0」、3.0 以上の事業所も 15%程度を占めるまでになっている。

【問 29⑤】

③ 現在

1/4 強が要介護 2、1/4 弱が要介護 3、2 割弱が要介護 1 となっており、平均要介護度は 2.5 に重度化している。

入居時からの要介護度の変化は、4 割超の利用者で変わりはないが、2 割強は 1 ランク重度化、2 ランク以上重度化した利用者も 2 割強にのぼる。一方、改善した利用者は 7.4% と少ない。

3 割の事業所が現在の平均要介護度を「2.0～2.5」となっており、次に 3 割弱の事業所が「2.5～3.0」、以降、徐々に少なくなるものの、3.0 以上の事業所も 1/4 弱を占める。

事業所単位での入居時からの平均要介護度の変化は、1/3 の事業所が 0.5 までの上昇、4 割超が 0.5～1.0 までの上昇、2 割弱が 1.0～1.5 までの上昇となっている。

【問 29⑥】

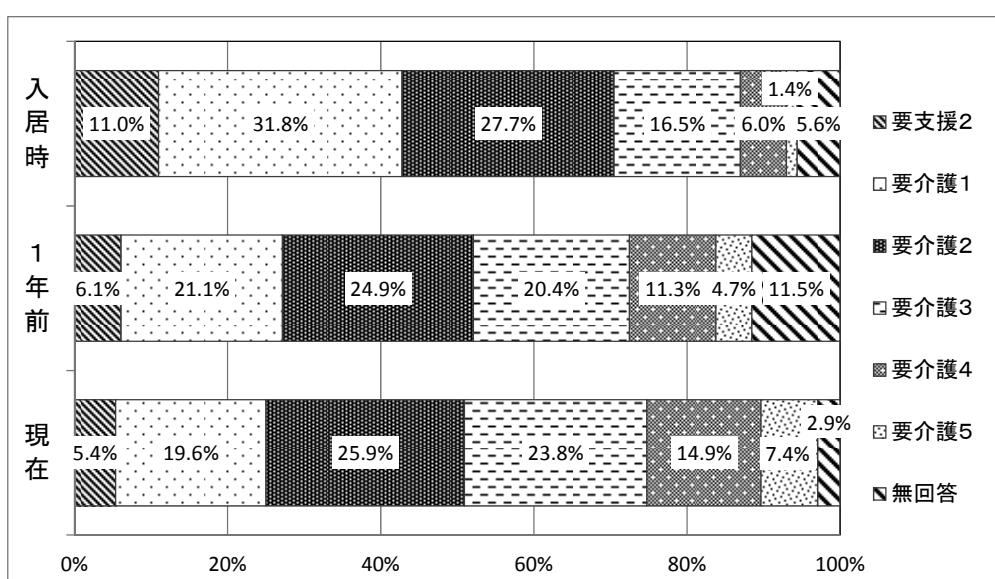


図 59 入居時・1年前・現在における要介護度（利用者分布）

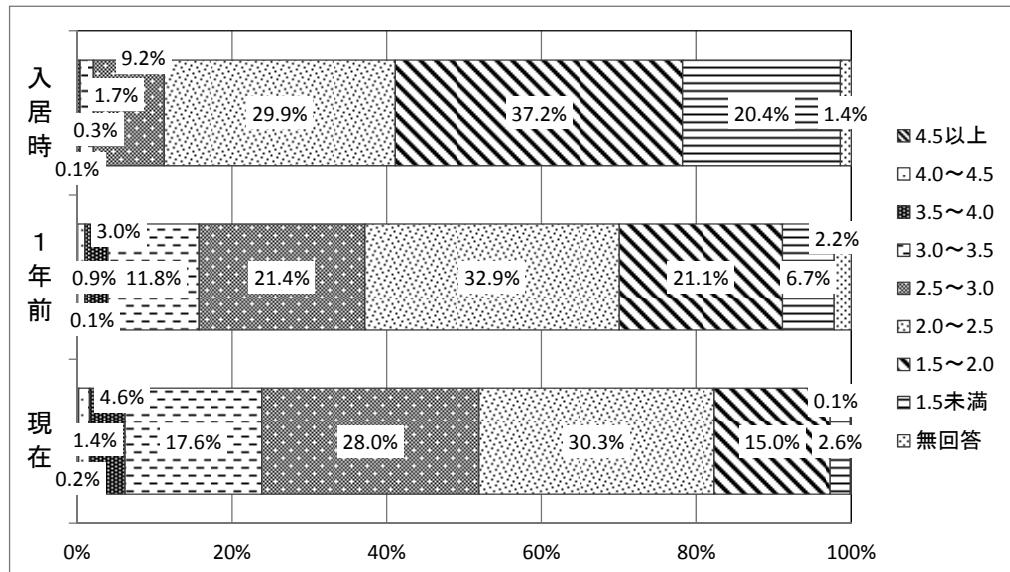


図 60 入居時・1年前・現在における要介護度（事業所分布）

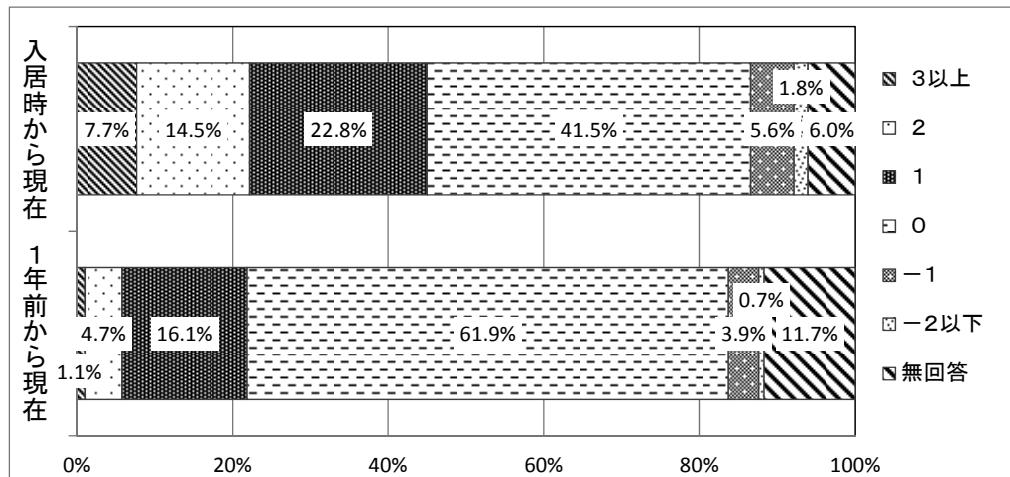


図 61 入居時・1年前・現在の要介護度の増減幅（利用者分布）

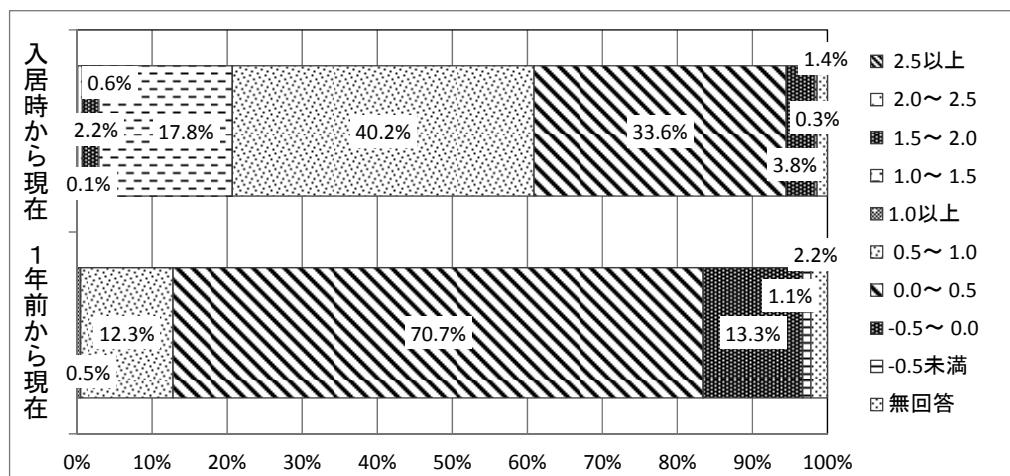


図 62 入居時・1年前・現在の平均要介護度の増減幅（事業所分布）

④ 利用年数との関係

利用者の要介護度の増減幅と利用年数との関係を見てみると、利用年数1~2年では要介護度に変化のない利用者が多いが、2年、3年と経過するに連れ、1ランク、2ランクと重度化している利用者が多く、4ランク以上重度化している利用者は6~8年の利用者が多い等、要介護度の重度化の幅が大きくなるほど、利用年数が長い傾向が見られる。

一方、要介護度の改善幅と利用年数の長短とはあまり関係がなく、改善幅の大小に関わらず概ね利用年数1~2年の利用者に比較的多い。入居して時間が経つに連れて改善が進むというよりも、入居により入居前に比べて状態が改善する場合は入居間もなくその変化が見られるようである。

【問 29②×⑥】

表 21 利用年数別の要介護度の増減幅

		合計	1. 12年以上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平均
全 体		22,049	74	122	334	538	862	1,242	1,473	1,713	2,142	3,108	3,997	5,885	559	3.5
要介護度	1. 4以上	457	7	9	33	35	61	64	65	57	43	32	30	20	1	6.1
	2. 3	1,243	12	30	59	99	116	143	134	145	122	154	132	92	5	5.4
	3. 2	3,201	16	26	95	119	201	295	335	381	423	499	467	339	5	4.6
	4. 1	5,038	17	26	64	125	213	343	422	514	621	903	989	794	7	3.9
	5. 0	9,140	12	19	54	93	172	266	354	441	677	1,127	1,862	4,020	43	2.5
	6. -1	1,241	0	5	15	31	33	51	64	98	139	238	296	267	4	3.3
	7. -2以下	400	3	0	1	5	17	22	28	25	44	68	95	91	1	3.3
	8. 無回答	1,329	7	7	13	31	49	58	71	52	73	87	126	262	493	3.7

(5) 障害高齢者日常生活自立度

① 入居時

A1 が最も多く（約 1/3）、次いで A2（2 割弱）となり、平均自立度*は 4.2（A1 と A2 の間）。

3 割超の事業所で入居時の平均自立度は「A1（4.0～4.5）」だが、2 割弱が「A1（4.5～5.0）」「J2（3.5～4.0）」となっている。

【問 29⑦】

② 現在

3 割弱が A1、2 割強が A2 となり、平均自立度は 4.9 と入居時に比べ重度化している。

入居時からの自立度の変化は、半数弱の利用者には変わりはないが、約 15% は 1 ランク重度化しており、2 ランク以上重度化した利用者も 2 割弱にのぼる。

事業所単位での現在の平均自立度は、「A1（4.5～5.0）」「A2（5.0～5.5）」の事業所がそれぞれ約 1/4 ずつを占める。

入居時からの平均自立度の変化は、1/3 の事業所が 0.5 までの重度化、1/4 が 0.5～1.0 までの重度化、2 割弱が 1.0～1.5 までの重度化となっている。

【問 29⑧】

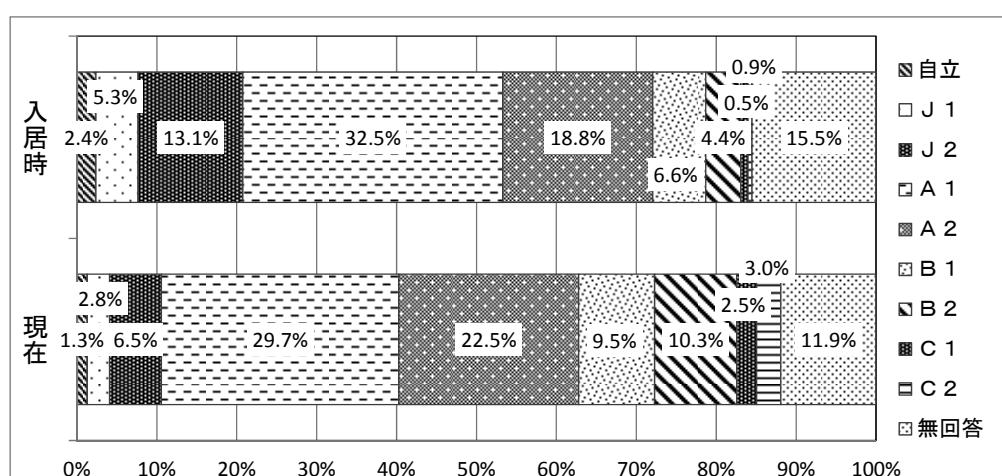


図 63 入居時及び現在における自立度（利用者分布）

* 本調査結果での障害高齢者日常生活自立度における「平均自立度」とは、調査票の選択肢番号（1.自立 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2）を係数として活用した平均値をいう。

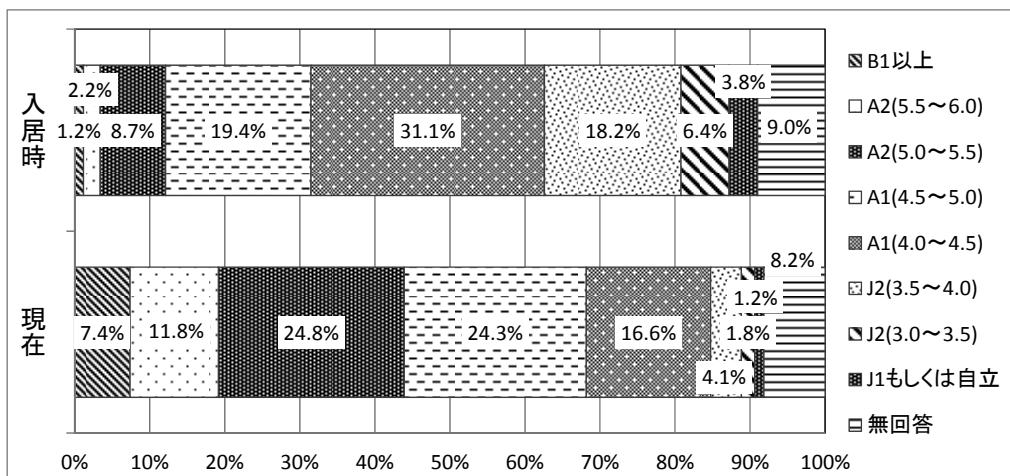


図 64 入居時及び現在における平均自立度（事業所分布）

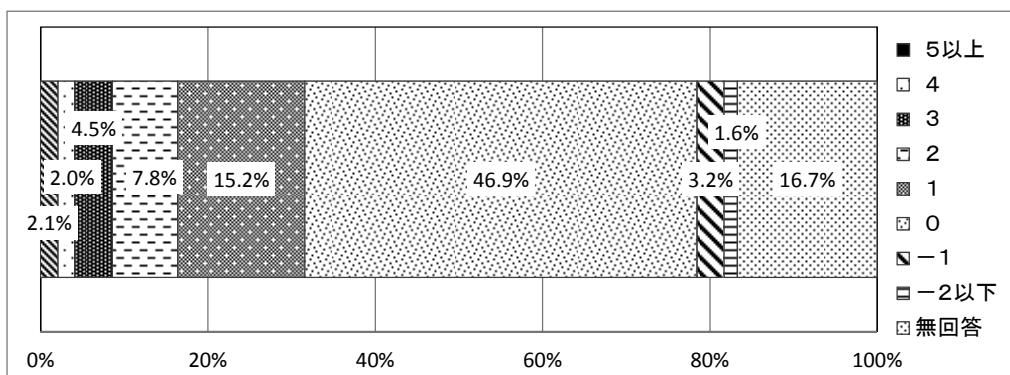


図 65 入居時から現在までの自立度の増減幅（利用者分布）

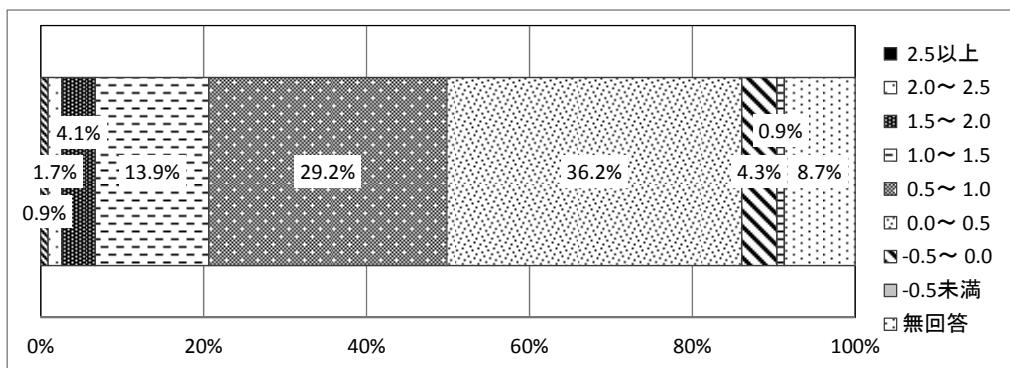


図 66 入居時から現在までの平均自立度の増減幅（事業所分布）

③ 利用年数との関係

利用者の自立度の増減幅と利用年数との関係を見てみると、利用年数1~2年では自立度に変化のない利用者が多いが、2年、3年と経過するに連れ、1ランク、2ランクと重度化している利用者が多く、5ランク以上重度化している利用者は6~7年の利用者が多い等、自立度の重度化の幅が大きくなるほど、利用年数が長い傾向が見られる。

一方、自立度の改善幅と利用年数の長短とはあまり関係がなく、改善幅の大小に関わらず概ね利用年数1~3年の利用者が比較的多い。入居して時間が経つに連れて改善が進むというよりも、入居により入居前に比べて状態が改善する場合は入居間もなくその変化が見られるようである。

【問 29②×⑧】

表 22 利用年数別の自立度の増減幅

	合計	1. 12年以 上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平均	
全 体	22,049	74	122	334	538	862	1,242	1,473	1,713	2,142	3,108	3,997	5,885	559	3.5	
(100.0)	(0.3)	(0.6)	(1.5)	(2.4)	(3.9)	(5.6)	(6.7)	(7.8)	(9.7)	(14.1)	(18.1)	(26.7)	(2.5)			
障害老人日常生活自立度	1. 5以上	486	9	11	42	45	57	70	69	44	43	44	37	15	0	6.2
	(100.0)	(1.9)	(2.3)	(8.6)	(9.3)	(11.7)	(14.4)	(14.2)	(9.1)	(8.8)	(9.1)	(7.6)	(3.1)	(-)		
	2. 4	472	2	7	25	31	41	53	52	72	48	60	53	25	3	5.3
	(100.0)	(0.4)	(1.5)	(5.3)	(6.6)	(8.7)	(11.2)	(11.0)	(15.3)	(10.2)	(12.7)	(11.2)	(5.3)	(0.6)		
	3. 3	1,048	6	19	39	57	70	121	118	120	112	131	143	106	6	4.9
	(100.0)	(0.6)	(1.8)	(3.7)	(5.4)	(6.7)	(11.5)	(11.3)	(11.5)	(10.7)	(12.5)	(13.6)	(10.1)	(0.6)		
	4. 2	1,807	11	20	37	82	116	166	180	200	220	275	287	211	2	4.5
	(100.0)	(0.6)	(1.1)	(2.0)	(4.5)	(6.4)	(9.2)	(10.0)	(11.1)	(12.2)	(15.2)	(15.9)	(11.7)	(0.1)		
	5. 1	3,530	11	27	56	95	167	217	295	357	420	580	726	575	4	3.9
	(100.0)	(0.3)	(0.8)	(1.6)	(2.7)	(4.7)	(6.1)	(8.4)	(10.1)	(11.9)	(16.4)	(20.6)	(16.3)	(0.1)		
	6. 0	10,903	18	27	79	146	239	362	486	620	866	1,412	2,328	4,272	48	2.7
	(100.0)	(0.2)	(0.2)	(0.7)	(1.3)	(2.2)	(3.3)	(4.5)	(5.7)	(7.9)	(13.0)	(21.4)	(39.2)	(0.4)		
	7. -1	739	0	1	2	8	15	33	41	43	89	122	185	195	5	3.0
	(100.0)	(-)	(0.1)	(0.3)	(1.1)	(2.0)	(4.5)	(5.5)	(5.8)	(12.0)	(16.5)	(25.0)	(26.4)	(0.7)		
	8. -2以下	368	2	1	1	9	6	20	21	23	28	62	91	103	1	3.1
	(100.0)	(0.5)	(0.3)	(0.3)	(2.4)	(1.6)	(5.4)	(5.7)	(6.3)	(7.6)	(16.8)	(24.7)	(28.0)	(0.3)		
	9. 無回答	3,871	15	13	53	72	152	204	225	239	323	437	589	988	561	3.5
	(100.0)	(0.4)	(0.3)	(1.4)	(1.9)	(3.9)	(5.3)	(5.8)	(6.2)	(8.3)	(11.3)	(15.2)	(25.5)	(14.5)		

④ 要介護度との関係

自立～A1までは要介護1・2が多く、B1・2で要介護3・4、C1・2で要介護4・5と、利用者の自立度（現在）と、要介護度（現在）との間には、（要介護1・2でも自立に区分される利用者がいるもの）ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑥×⑧】

表 23 要介護度別の自立度

		合計	1. 要支援2	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護5	7. 無回答	平均
全 体		24,564	1,327	4,825	6,373	5,845	3,663	1,827	704	2.5
	(100.0)	(5.4)	(19.6)	(25.9)	(23.8)	(14.9)	(7.4)	(2.9)		
障害老人日常生活自立度	1. 自立	308	39	116	91	50	5	3	4	1.7
	(100.0)	(12.7)	(37.7)	(29.5)	(16.2)	(1.6)	(1.0)	(1.3)		
	2. J1	684	112	259	188	94	25	2	4	1.7
	(100.0)	(16.4)	(37.9)	(27.5)	(13.7)	(3.7)	(0.3)	(0.6)		
	3. J2	1,589	163	567	484	248	98	16	13	1.8
	(100.0)	(10.3)	(35.7)	(30.5)	(15.6)	(6.2)	(1.0)	(0.8)		
	4. A1	7,294	555	1,995	2,408	1,670	500	137	29	2.1
	(100.0)	(7.6)	(27.4)	(33.0)	(22.9)	(6.9)	(1.9)	(0.4)		
	5. A2	5,537	233	1,036	1,742	1,593	708	194	31	2.4
	(100.0)	(4.2)	(18.7)	(31.5)	(28.8)	(12.8)	(3.5)	(0.6)		
	6. B1	2,344	30	224	547	780	567	180	16	2.9
	(100.0)	(1.3)	(9.6)	(23.3)	(33.3)	(24.2)	(7.7)	(0.7)		
	7. B2	2,533	13	83	261	657	945	560	14	3.6
	(100.0)	(0.5)	(3.3)	(10.3)	(25.9)	(37.3)	(22.1)	(0.6)		
	8. C1	626	1	15	43	111	242	212	2	3.9
	(100.0)	(0.2)	(2.4)	(6.9)	(17.7)	(38.7)	(33.9)	(0.3)		
	9. C2	736	1	9	15	56	266	388	1	4.4
	(100.0)	(0.1)	(1.2)	(2.0)	(7.6)	(36.1)	(52.7)	(0.1)		
	10. 無回答	2,913	180	521	594	586	307	135	590	2.4
	(100.0)	(6.2)	(17.9)	(20.4)	(20.1)	(10.5)	(4.6)	(20.3)		

(6) 認知症高齢者日常生活自立度

① 入居時

II b が最も多く (1/4 超)、次いでIII a (2 割強) となっており、平均自立度*は 4.3 (II b と III a の間)。

3 割弱の事業所で入居時の平均自立度が「II b (4.0~4.5)」、2 割強が「II b (4.5~5.0)」となっている。

【問 29⑨】

② 現在

3 割弱が III a、2 割強が II b となり、平均自立度は 4.9 と入居時に比べ重度化する。

入居時からの自立度の変化は、半数弱の利用者に変わりはないが、約 15% は 1 ランク重度化しており、2 ランク以上重度化した利用者も 2 割弱にのぼる。

事業所単位での現在の平均自立度は、「III a (5.0~5.5)」「II b (4.5~5.0)」の事業所がそれぞれ 1/4 超を占める。

入居時からの平均自立度の変化は、1/3 強の事業所が 0.5 までの重度化、3 割弱が 0.5 ~1.0 までの重度化となっている。

【問 29⑩】

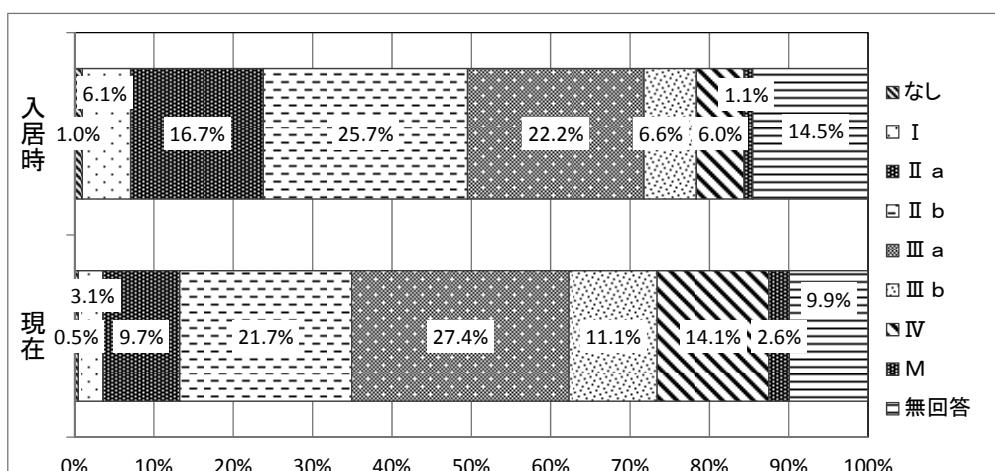


図 67 入居時及び現在における自立度（利用者分布）

* 本調査結果での認知症高齢者日常生活自立度における「平均自立度」とは、調査票の選択肢番号(1.なし 2.I 3.II a 4.II b 5.III a 6.III b 7.IV 8.M)を係数として活用した平均値をいう。

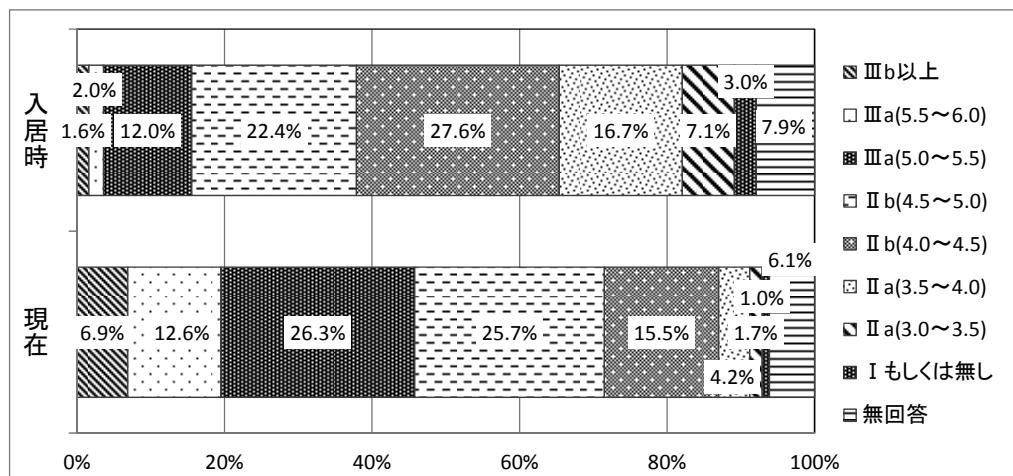


図 68 入居時及び現在における平均自立度（事業所分布）

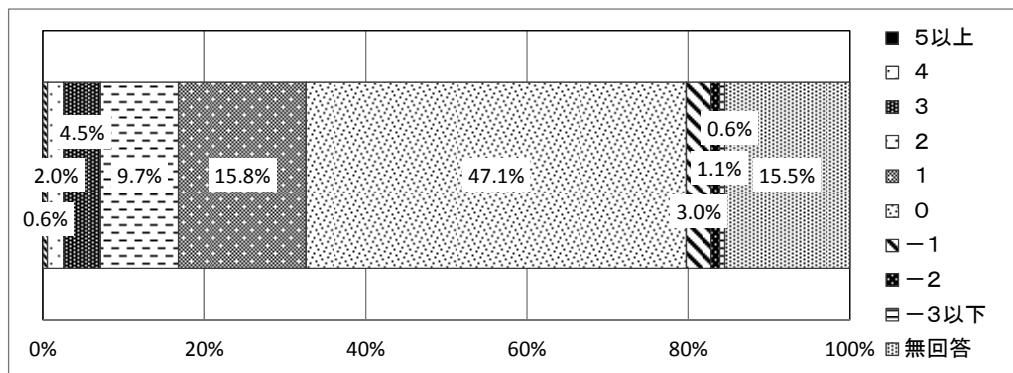


図 69 入居時から現在までの自立度の増減幅（利用者分布）

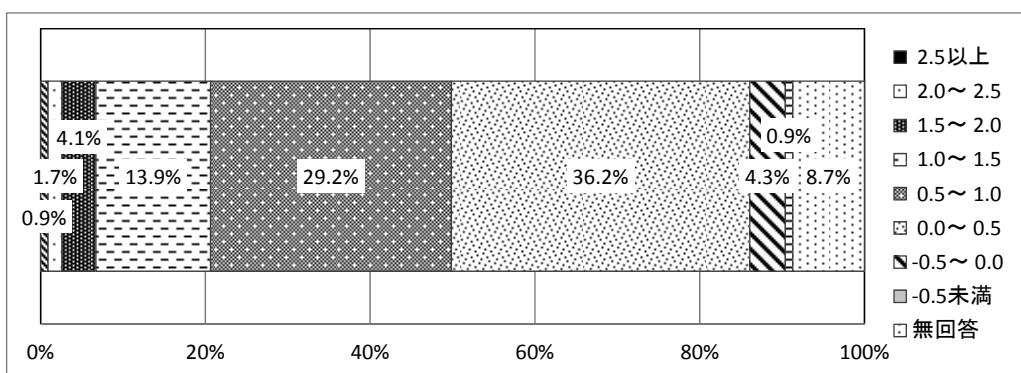


図 70 入居時から現在までの平均自立度の増減幅（事業所分布）

③ 利用年数との関係

利用者の自立度の増減幅と利用年数との関係を見てみると、利用年数1~2年では自立度に変化のない利用者が多いが、2年、3年と経過するに連れ、1ランク、2ランクと重度化している利用者が多く、5ランク以上重度化している利用者は6~7年の利用者が多い等、自立度の重度化の幅が大きくなるほど、利用年数が長い傾向が見られる。

一方、自立度の改善幅と利用年数の長短とはあまり関係がなく、改善幅の大小に関わらず概ね利用年数1~3年の利用者が比較的多い。入居して時間が経つに連れて改善が進むというよりも、入居により入居前に比べて状態が改善する場合は入居間もなくその変化が見られるようである。

【問 29②×⑩】

表 24 利用年数別の自立度増減幅

	合計	1. 12年以 上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平均	
全 体	22,049 (100.0)	74 (0.3)	122 (0.6)	334 (1.5)	538 (2.4)	862 (3.9)	1,242 (5.6)	1,473 (6.7)	1,713 (7.8)	2,142 (9.7)	3,108 (14.1)	3,997 (18.1)	5,885 (26.7)	559 (2.5)	3.5	
認 知 症 日 常 生 活 自 立 度	1. 5以上	137 (100.0)	2 (1.5)	3 (2.2)	9 (6.6)	12 (8.8)	17 (12.4)	16 (11.7)	17 (12.4)	13 (9.5)	13 (9.5)	17 (12.4)	8 (5.8)	9 (6.6)	1 (0.7)	5.9
	2. 4	454 (100.0)	6 (1.3)	9 (2.0)	24 (5.3)	32 (7.0)	35 (7.7)	59 (13.0)	60 (13.2)	53 (11.7)	52 (11.7)	44 (11.5)	52 (9.7)	28 (11.5)	0 (6.2)	5.5
	3. 3	1,048 (100.0)	7 (0.7)	15 (1.4)	53 (5.1)	62 (5.9)	83 (7.9)	104 (9.9)	140 (13.4)	109 (10.4)	125 (11.9)	116 (11.1)	136 (13.0)	95 (9.1)	3 (0.3)	5.1
	4. 2	2,245 (100.0)	15 (0.7)	31 (1.4)	59 (2.6)	107 (4.8)	137 (6.1)	213 (9.5)	225 (10.0)	240 (10.7)	282 (12.6)	282 (15.1)	338 (14.9)	334 (11.6)	4 (0.2)	4.6
	5. 1	3,677 (100.0)	12 (0.3)	27 (0.7)	49 (1.3)	115 (3.1)	176 (4.8)	265 (7.2)	316 (8.6)	380 (10.3)	424 (11.5)	612 (16.6)	724 (19.7)	568 (15.4)	9 (0.2)	4.0
	6. 0	10,940 (100.0)	17 (0.2)	30 (0.3)	83 (0.8)	132 (1.2)	237 (2.2)	352 (3.2)	456 (4.2)	628 (5.7)	860 (7.9)	1,401 (12.8)	2,356 (21.5)	4,344 (39.7)	44 (0.4)	2.7
	7. -1	705 (100.0)	2 (0.3)	0 (-)	5 (0.7)	12 (1.7)	28 (4.0)	39 (5.5)	43 (6.1)	58 (8.2)	61 (8.7)	114 (16.2)	165 (23.4)	174 (24.7)	4 (0.6)	3.3
	8. -2	264 (100.0)	0 (-)	0 (-)	1 (0.4)	3 (1.1)	7 (2.7)	7 (2.7)	16 (6.1)	26 (9.8)	36 (13.6)	44 (16.7)	66 (16.7)	57 (25.0)	1 (21.6)	3.2
	9. -3以下	143 (100.0)	0 (-)	0 (-)	2 (1.4)	5 (3.5)	2 (1.4)	4 (2.8)	13 (9.1)	9 (6.3)	14 (9.8)	23 (16.1)	35 (24.5)	36 (25.2)	0 (-)	3.2
	10. 無回答	3,611 (100.0)	13 (0.4)	11 (0.3)	49 (1.4)	65 (1.8)	141 (3.9)	187 (5.2)	201 (5.6)	202 (5.6)	282 (7.8)	414 (11.5)	563 (15.6)	919 (25.5)	564 (15.6)	3.4

④ 要介護度との関係

なし～Ⅱbあたりまでは要介護1・2が多く、Ⅲa・bで要介護2・3、Ⅳ・Mで要介護4・5と、利用者の自立度（現在）と、要介護度（現在）との間には、ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑥×⑧】

表 25 要介護度別の自立度

	合計	1. 要支援2	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護5	7. 無回答	平均	
認 知 症 日 常 生 活 自 立 度 （現 在）	全 体	24,564 (100.0)	1,327 (5.4)	4,825 (19.6)	6,373 (25.9)	5,845 (23.8)	3,663 (14.9)	1,827 (7.4)	704 (2.9)	2.5
	1. なし	123 (100.0)	24 (19.5)	34 (27.6)	33 (26.8)	21 (17.1)	9 (7.3)	0 (-)	2 (1.6)	1.8
	2. I	763 (100.0)	152 (19.9)	321 (42.1)	160 (21.0)	86 (11.3)	30 (3.9)	4 (0.5)	10 (1.3)	1.6
	3. IIa	2,372 (100.0)	284 (12.0)	884 (37.3)	713 (30.1)	329 (13.9)	125 (5.3)	25 (1.1)	12 (0.5)	1.8
	4. IIb	5,342 (100.0)	479 (9.0)	1,727 (32.3)	1,780 (33.3)	920 (17.2)	350 (6.6)	63 (1.2)	23 (0.4)	1.9
	5. IIIa	6,726 (100.0)	184 (2.7)	991 (14.7)	2,010 (29.9)	2,121 (31.5)	1,040 (15.5)	346 (5.1)	34 (0.5)	2.6
	6. IIIb	2,717 (100.0)	33 (1.2)	278 (10.2)	661 (24.3)	889 (32.7)	607 (22.3)	228 (8.4)	21 (0.8)	2.9
	7. IV	3,461 (100.0)	16 (0.5)	150 (4.3)	450 (13.0)	896 (25.9)	1,080 (31.2)	855 (24.7)	14 (0.4)	3.6
	8. M	637 (100.0)	5 (0.8)	24 (3.8)	84 (13.2)	123 (19.3)	185 (29.0)	212 (33.3)	4 (0.6)	3.7
	9. 無回答	2,423 (100.0)	150 (6.2)	416 (17.2)	482 (19.9)	460 (19.0)	237 (9.8)	94 (3.9)	584 (24.1)	2.4

(7) 入居以来の重度化の進行状況

全利用者の 1/3 強が「認知症の進行」を挙げており、次いで 2 割が「身体的に虚弱化」を挙げている。

事業所単位で見た場合、認知症の進行が顕著な利用者が占める割合は大きく、半数以上の利用者がそうである事業所も 3 割弱に上る。

【問 29⑪】

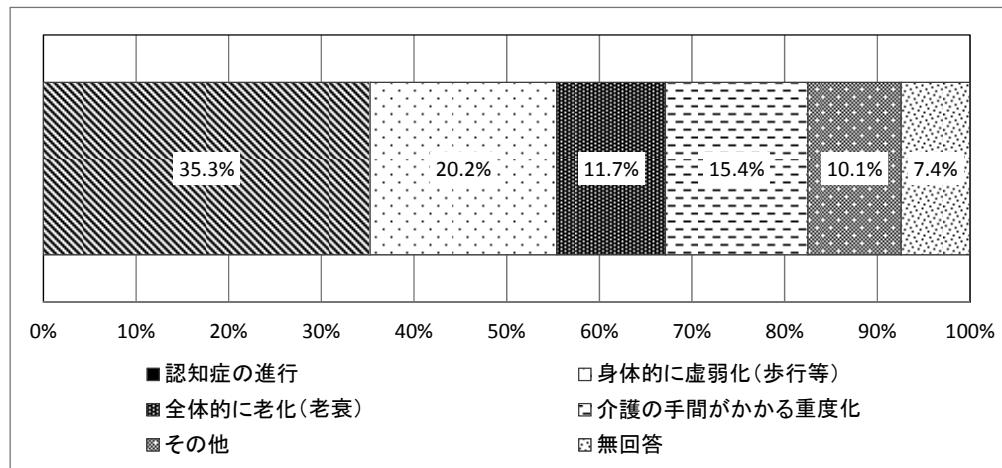


図 71 入居以来の重度化の進行状況

(8) 福祉器具の利用状況

4 割弱（36.8%）の利用者は器具を利用していないようである。利用している中で多かったのは車椅子（30.7%）や特殊寝台（17.4%）である。

【問 29⑫】

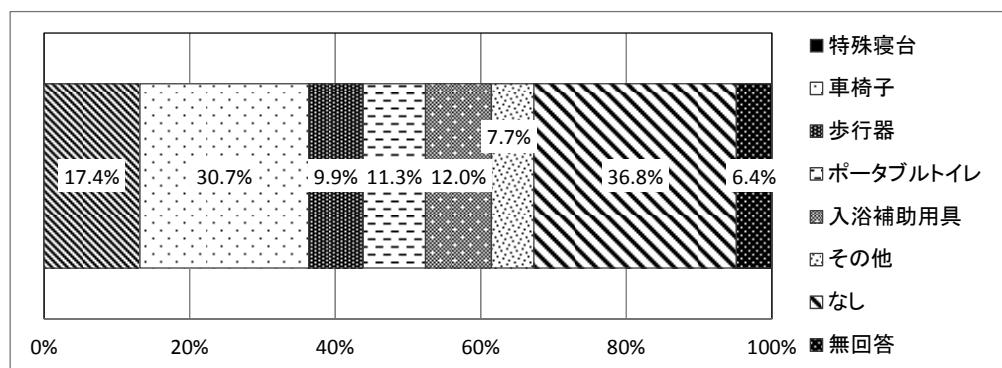


図 72 福祉器具の利用状況

(9) 1ヶ月の受診頻度(通院・往診等合計)

全利用者の4割強が月2日、約1/3が月1日であり、平均2.1日。5日以上はごく僅かである。

約3割の事業所では、利用者の月間平均受診日数は「2.0~2.5日」あるいは「1.0~1.5日」となっている。

【問29⑬】

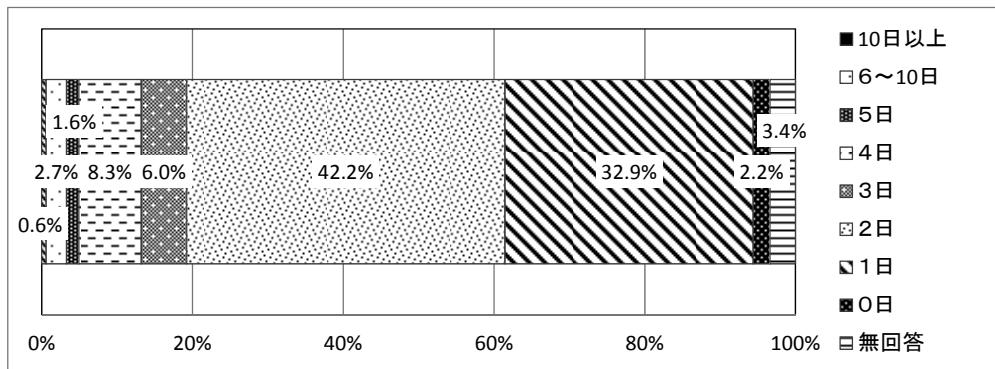


図 73 1ヶ月の受診頻度

(10) 医療ニーズの有無

① 有無

大半（85.9%）の利用者で「なし」と回答された。2.1.5(6)と結果が異なることから本項では、認知症やアルツハイマー病以外での医療ニーズ（調査票Ⅱの選択肢に例示したような）は無いと事業所では認識しているのか、2.1.5(6)（調査票Ⅰ）の回答者と本項（調査票Ⅱ）の回答者が異なるために認識が異なるのか、等の可能性が考えられる。

約半数の事業所では医療ニーズのある利用者の占める割合は5%未満で、利用者の15%以上を占める事業所は2割弱と少ない。

【問 29⑭】

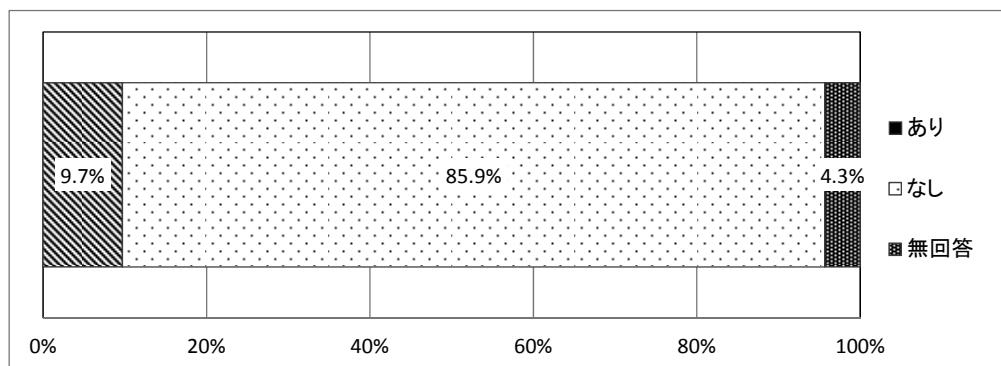


図 74 医療ニーズの有無

② 必要とする医療処置

医療ニーズのある利用者の9割以上が、必要とする医療処置は1種類としている。

必要とする医療処置は、「その他」が最も多く（45.9%）、次いで「褥瘡」（約1/6）となっている。

【問 29⑯】

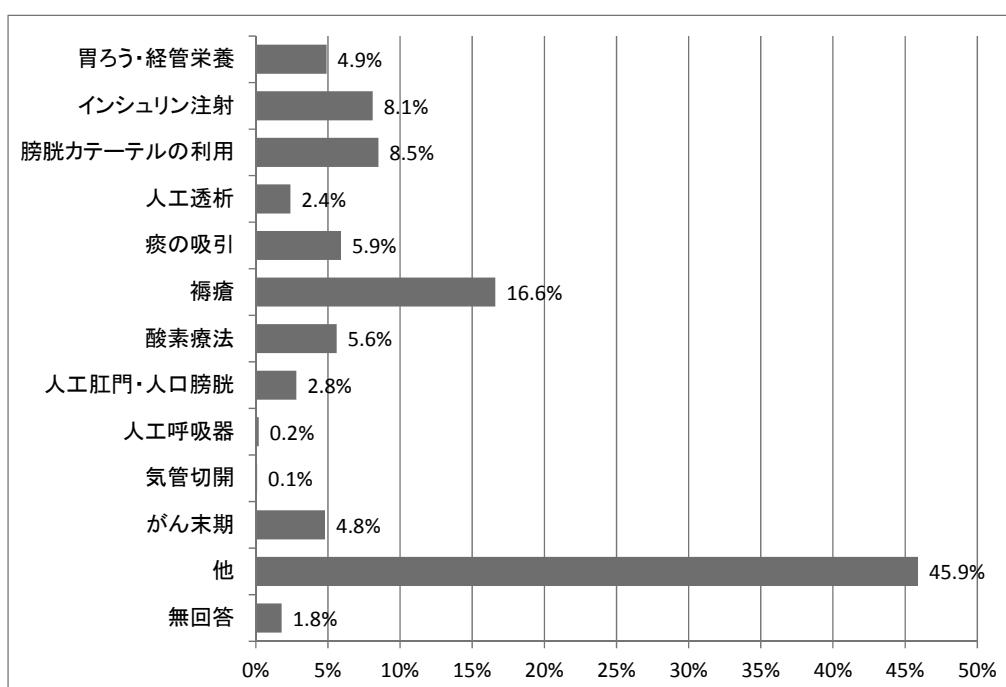


図 75 必要とする医療処置の種類

2.2.2. 利用者の実態（精神・身体・行動面と社会的交流等）

(1) 生活面*での観察事項

① 入居時

8項目×3点=24点満点中のスコアでは20%台の利用者が約2割を占め突出しており、それよりも高い・低いスコアは満遍なく概ね1割ずつの構成比となっている。平均スコアは37.2%となっている。

1/3強の事業所で利用者の入居時の平均スコアは30%台、1/4超の事業所で40%台となっている。

【問30-1①～⑧】

② 現在

1/4弱の利用者が70%以上、20%台から60%台までそれぞれ全利用者の1割前後を占めており、平均スコアは49.0%と入居時に比べ11.8ポイント増え、精神面等他の面に比べ大幅に上昇（重度化）している。

各3割強の事業所で、現在の平均スコアが各40%台、50%台となっており、入居時に比べて10%ずつ上昇（重度化）している。1/4超の事業所で5～10%の重度化、2割強の事業所で10～15%の重度化、これらの前後が各15%程度の事業所が占めている。

【問30-1①～⑧】

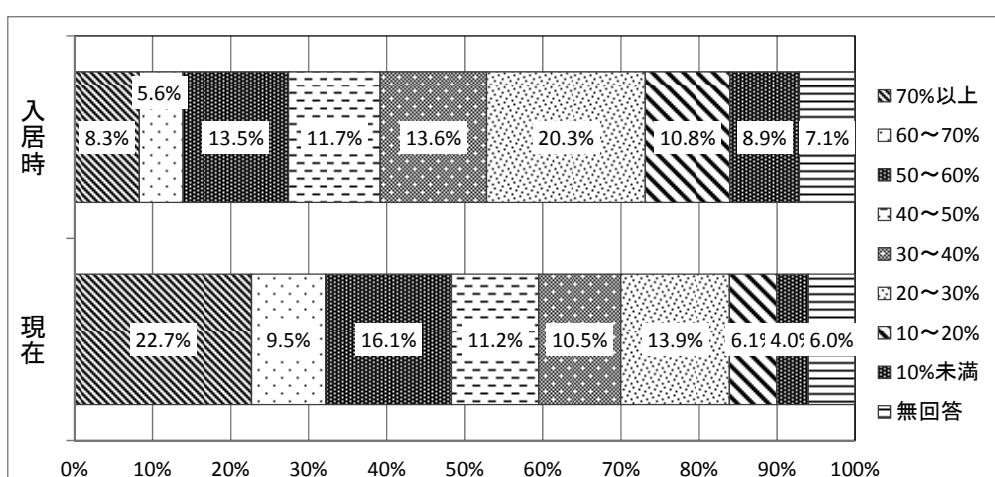


図76 入居時及び現在における生活面での観察事項のスコア（利用者分布）

* 調査票Ⅱでは問30-1-1及び問30-2-1として【A】選択肢①～⑨【B】選択肢⑩～⑭に区切っており、これらをまとめて生活行動面としたが、集計の段階で、生活面（選択肢①～⑧）と行動面（選択肢⑨～⑭）に区切り直した。「生活面」という言葉はやや広がりのある漠然とした言葉とも言えるが、選択肢①～⑧にあるように、コミュニケーション・記憶・自立能力・介護ニーズといった利用者の自立度に着目した設問項目を総称する表現として本報告書では使用。

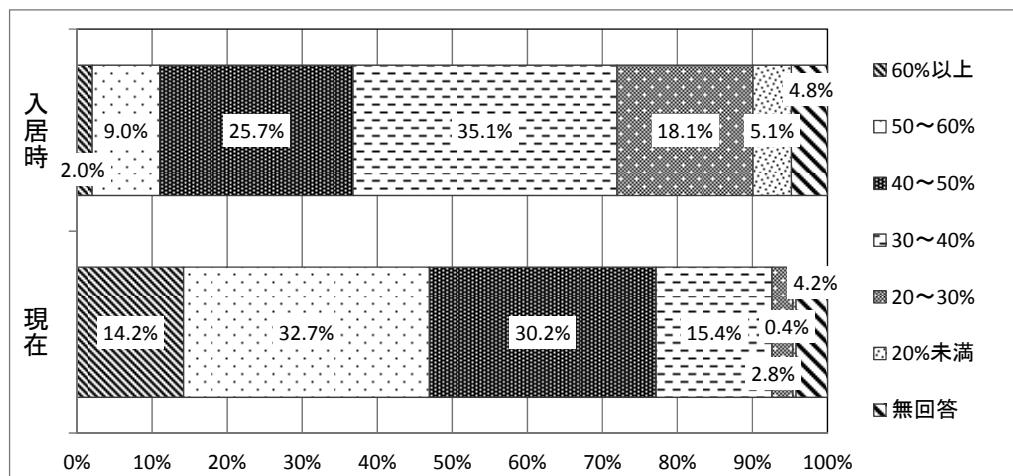


図 77 入居時及び現在における生活面での観察事項のスコア（事業所分布）

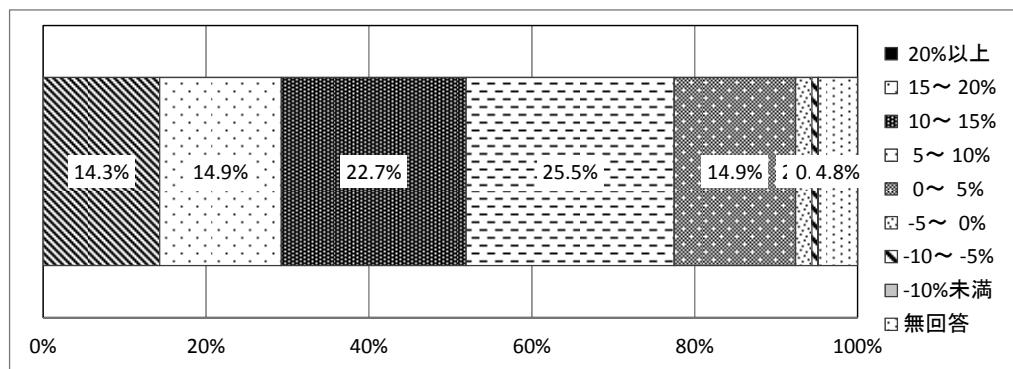


図 78 入居時から現在までの観察事項のスコアの増減幅（事業所分布）

③ 利用年数との関係

個々の利用者の生活面での観察事項におけるスコアの増減幅と、利用年数との関係を見てみると、利用年数1~2年ではスコアにあまり変化のない（重度化していてもその幅は10%未満）利用者が多いが、2年・3年と経過するに連れ、1割台・2割台の幅で重度化している利用者が多く、3割以上重度化している利用者は3~7年の利用者が多い等、スコアの重度化の幅が大きくなるほど、利用年数が長い傾向が見られる。

一方、スコアの改善幅と利用年数の長短とはあまり関係がなく、改善幅の大小に関わらず概ね利用年数1~2年の利用者が比較的多い。入居して時間が経つに連れて改善が進むというよりも、入居により入居前に比べて状態が改善する場合は入居間もなくその変化が見られるようである。

【問29②×問30-1①~⑧】

表 26 利用年数別の観察事項のスコアの増減幅

	合計	1. 12年以 上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平均	
全 体	23,224 (100.0)	74 (0.3)	126 (0.5)	334 (1.4)	545 (2.3)	863 (3.7)	1,246 (5.4)	1,487 (6.4)	1,718 (7.4)	2,149 (9.3)	3,123 (13.4)	4,439 (19.1)	6,490 (27.9)	630 (2.7)	3.4	
生 活 面 に つ い て の 観 察 事 項 増 減 幅	1. 30%以上	2,651 (100.0)	24 (0.9)	36 (1.4)	120 (4.5)	165 (6.2)	246 (9.3)	335 (12.6)	336 (12.7)	325 (12.3)	319 (12.0)	327 (12.3)	263 (9.9)	138 (5.2)	17 (0.6)	5.4
	2. 20~30%	3,140 (100.0)	10 (0.3)	25 (0.8)	73 (2.3)	125 (4.0)	201 (6.4)	256 (8.2)	309 (9.8)	338 (10.8)	408 (13.0)	516 (16.4)	511 (16.3)	354 (11.3)	14 (0.4)	4.4
	3. 10~20%	3,218 (100.0)	10 (0.3)	18 (0.6)	48 (1.5)	86 (2.7)	123 (3.8)	205 (6.4)	237 (7.4)	308 (9.6)	382 (11.9)	539 (16.7)	685 (21.3)	563 (17.5)	14 (0.4)	3.8
	4. 0~10%	10,788 (100.0)	22 (0.2)	35 (0.3)	58 (0.5)	115 (1.1)	213 (2.0)	335 (3.1)	437 (4.1)	545 (5.1)	763 (7.1)	1,372 (12.7)	2,371 (22.0)	4,409 (40.9)	113 (1.0)	2.6
	5. -10~-0%	1,130 (100.0)	4 (0.4)	1 (0.1)	3 (0.3)	14 (1.2)	16 (1.4)	25 (2.2)	47 (4.2)	56 (5.0)	85 (7.5)	130 (11.5)	244 (21.6)	497 (44.0)	8 (0.7)	2.5
	6. -20~-	395 (100.0)	1 (0.3)	2 (0.5)	1 (0.3)	3 (0.8)	11 (2.8)	13 (3.3)	16 (4.1)	18 (4.6)	38 (9.6)	58 (14.7)	102 (25.8)	130 (32.9)	2 (0.5)	2.8
	7. -30~-	131 (100.0)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (1.5)	3 (2.3)	6 (4.6)	10 (7.6)	5 (3.8)	10 (7.6)	23 (17.6)	35 (26.7)	37 (28.2)	0 (-)	2.9
	8. -30%未満	60 (100.0)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	2 (3.3)	2 (3.3)	1 (1.7)	6 (10.0)	3 (5.0)	2 (3.3)	15 (25.0)	12 (20.0)	17 (28.3)	0 (-)	3.1
	9. 無回答	1,711 (100.0)	3 (0.2)	9 (0.5)	31 (1.8)	33 (1.9)	48 (2.8)	70 (4.1)	89 (5.2)	120 (7.0)	142 (8.3)	143 (8.4)	216 (12.6)	345 (20.2)	462 (27.0)	3.6

④ 要介護度との関係

スコア 30%台までは要介護 1・2 が多く、40%台・50%台で要介護 2・3、60%台で要介護 4、70%以上で要介護 4・5 と、利用者の生活面でのスコア（現在）と、要介護度（現在）との間には、（スコア 30%台までは要介護 1・2 でも）ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑥×問 30-1①～⑧】

表 27 要介護度別の観察事項のスコア

		合計	1. 要支援2	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護5	7. 無回答	平均
全 体		23,224 (100.0)	1,239 (5.3)	4,515 (19.4)	5,991 (25.8)	5,564 (24.0)	3,498 (15.1)	1,748 (7.5)	669 (2.9)	2.5
生 活 面 に つ い て の 観 察 事 項 （現 在） ス コ ア	1. 70%以上	5,266 (100.0)	31 (0.6)	150 (2.8)	655 (12.4)	1,483 (28.2)	1,688 (32.1)	1,226 (23.3)	33 (0.6)	3.6
	2. 60～70%	2,205 (100.0)	32 (1.5)	190 (8.6)	486 (22.0)	690 (31.3)	562 (25.5)	228 (10.3)	17 (0.8)	3.0
	3. 50～60%	3,743 (100.0)	94 (2.5)	515 (13.8)	1,141 (30.5)	1,260 (33.7)	557 (14.9)	126 (3.4)	50 (1.3)	2.6
	4. 40～50%	2,594 (100.0)	133 (5.1)	546 (21.0)	881 (34.0)	711 (27.4)	256 (9.9)	33 (1.3)	34 (1.3)	2.3
	5. 30～40%	2,444 (100.0)	177 (7.2)	685 (28.0)	858 (35.1)	536 (21.9)	140 (5.7)	26 (1.1)	22 (0.9)	2.0
	6. 20～30%	3,237 (100.0)	319 (9.9)	1,148 (35.5)	1,117 (34.5)	486 (15.0)	119 (3.7)	23 (0.7)	25 (0.8)	1.8
	7. 10～20%	1,425 (100.0)	224 (15.7)	624 (43.8)	423 (29.7)	115 (8.1)	25 (1.8)	3 (0.2)	11 (0.8)	1.5
	8. 10%未満	926 (100.0)	171 (18.5)	457 (49.4)	216 (23.3)	64 (6.9)	7 (0.8)	2 (0.2)	9 (1.0)	1.4
	9. 無回答	1,384 (100.0)	58 (4.2)	200 (14.5)	214 (15.5)	219 (15.8)	144 (10.4)	81 (10.4)	468 (33.8)	2.5

⑤ 障害高齢者日常生活自立度との関係

全体としてどのスコアでも A1・A2 の構成比が一定以上を占めているものの、スコアが比較的高いカテゴリで B・C の利用者の占める割合が比較的高まっている点では、利用者の生活面でのスコア（現在）と、障害高齢者日常生活自立度（現在）との間に、ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑧×問 30-1①～⑧】

表 28 障害高齢者日常生活自立度別の観察事項のスコア

		合計	1. 自立	2. J1	3. J2	4. A1	5. A2	6. B1	7. B2	8. C1	9. C2	10. 無回答	平均
全 体		23,224 (100.0)	297 (1.3)	639 (2.8)	1,477 (6.4)	6,937 (29.9)	5,218 (22.5)	2,213 (9.5)	2,385 (10.3)	602 (2.6)	704 (3.0)	2,752 (11.8)	4.9
生 活 面 に つ い て の 観 察 事 項 （現 在） ス コ ア	1. 70%以上	5,266 (100.0)	22 (0.4)	45 (0.9)	140 (2.7)	876 (16.6)	1,035 (19.7)	645 (12.2)	1,167 (22.2)	360 (6.8)	506 (9.6)	470 (8.9)	6.0
	2. 60～70%	2,205 (100.0)	17 (0.8)	28 (1.3)	88 (4.0)	520 (23.6)	526 (23.9)	297 (13.5)	358 (16.2)	87 (3.9)	78 (3.5)	206 (9.3)	5.4
	3. 50～60%	3,743 (100.0)	35 (0.9)	76 (2.0)	196 (5.2)	1,134 (30.3)	1,012 (27.0)	448 (12.0)	367 (9.8)	66 (1.8)	40 (1.1)	369 (9.9)	4.9
	4. 40～50%	2,594 (100.0)	24 (0.9)	62 (2.4)	176 (6.8)	903 (34.8)	713 (27.5)	257 (9.9)	182 (7.0)	27 (1.0)	11 (0.4)	239 (9.2)	4.7
	5. 30～40%	2,444 (100.0)	33 (1.4)	96 (3.9)	174 (7.1)	958 (39.2)	617 (25.2)	196 (8.0)	106 (4.3)	18 (0.7)	6 (0.2)	240 (9.8)	4.4
	6. 20～30%	3,237 (100.0)	52 (1.6)	157 (4.9)	306 (9.5)	1,350 (41.7)	745 (23.0)	202 (6.2)	103 (3.2)	10 (0.3)	6 (0.2)	306 (9.5)	4.3
	7. 10～20%	1,425 (100.0)	45 (3.2)	80 (5.6)	198 (13.9)	609 (42.7)	260 (18.2)	53 (3.7)	20 (1.4)	2 (0.1)	0 (-)	158 (11.1)	4.0
	8. 10%未満	926 (100.0)	46 (5.0)	66 (7.1)	147 (15.9)	361 (39.0)	138 (14.9)	26 (2.8)	8 (0.9)	0 (-)	1 (0.1)	133 (14.4)	3.8
	9. 無回答	1,384 (100.0)	23 (1.7)	29 (2.1)	52 (3.8)	226 (16.3)	172 (12.4)	89 (6.4)	74 (5.3)	32 (2.3)	56 (4.0)	631 (45.6)	5.1

⑥ 認知症高齢者日常生活自立度との関係

スコアが比較的低いカテゴリでI・IIaの占める割合が比較的高まっており、比較的高いカテゴリでIIIb・IV・Mの占める割合が比較的高まっている点では、利用者の生活面でのスコア（現在）と、認知症高齢者日常生活自立度（現在）との間に、ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑩×問 30-1①～⑧】

表 29 認知症高齢者日常生活自立度別の観察事項のスコア

	合計	1. なし	2. I	3. IIa	4. IIb	5. IIIa	6. IIIb	7. IV	8. M	9. 無回答	平均
全 体	23,224 (100.0)	117 (0.5)	717 (3.1)	2,229 (9.6)	5,043 (21.7)	6,390 (27.5)	2,571 (11.1)	3,270 (14.1)	600 (2.6)	2,287 (9.8)	4.9
生 活 面 に つ い て の 観 察 事 項 （ 現 在 ） ス コ ア	5,266 (100.0)	12 (0.2)	21 (0.4)	109 (2.1)	308 (5.8)	1,241 (23.6)	872 (16.6)	1,925 (36.6)	404 (7.7)	374 (7.1)	6.1
1. 70%以上	2,205 (100.0)	5 (0.2)	12 (0.5)	91 (4.1)	273 (12.4)	798 (36.2)	389 (17.6)	434 (19.7)	43 (2.0)	160 (7.3)	5.4
2. 60～70%	3,743 (100.0)	10 (0.3)	46 (1.2)	251 (6.7)	774 (20.7)	1,431 (38.2)	495 (13.2)	371 (9.9)	64 (1.7)	301 (8.0)	5.0
3. 50～60%	2,594 (100.0)	13 (0.5)	49 (1.9)	269 (10.4)	737 (28.4)	893 (34.4)	259 (10.0)	174 (6.7)	16 (0.6)	184 (7.1)	4.7
4. 40～50%	2,444 (100.0)	13 (0.5)	93 (3.8)	325 (13.3)	829 (33.9)	706 (28.9)	184 (7.5)	94 (3.8)	17 (0.7)	183 (7.5)	4.4
5. 30～40%	3,237 (100.0)	22 (0.7)	195 (6.0)	604 (18.7)	1,150 (35.5)	744 (23.0)	169 (5.2)	102 (3.2)	17 (0.5)	234 (7.2)	4.1
6. 20～30%	1,425 (100.0)	16 (1.1)	142 (10.0)	287 (20.1)	496 (34.8)	252 (17.7)	75 (5.3)	24 (1.7)	7 (0.5)	126 (8.8)	3.9
7. 10～20%	926 (100.0)	16 (1.7)	129 (13.9)	220 (23.8)	309 (33.4)	115 (12.4)	22 (2.4)	11 (1.2)	8 (0.9)	96 (10.4)	3.6
8. 10%未満	1,384 (100.0)	10 (0.7)	30 (2.2)	73 (5.3)	167 (12.1)	210 (15.2)	106 (7.7)	135 (9.8)	24 (1.7)	629 (45.4)	5.0
9. 無回答											

(2) 行動面での観察事項

① 入居時

6項目×3点=18点満点中のスコアでは10%未満の利用者が最も多く、それ以上のスコアでは、概ね徐々に利用者が少なくなる傾向が見られる。平均スコアは26.2%となっている。

約1/3の事業所で入居時の平均スコアは20%未満、3割弱の事業所で20%台となっており、平均スコアが高くなるに連れ、事業所数は減少している。

【問30-1⑨～⑭】

② 現在

10%未満及び10%台がそれぞれ全利用者の2割強を占めており、平均スコアは27.9%と入居時に比べ1.7ポイントの上昇（重度化）と、生活面や社会的交流に比べ重度化の程度は僅かである（精神面と同程度）。

それぞれ約3割前後の事業所で、現在の平均スコアが20%未満及び20%台となっており、入居時に比べて10%ずつ上昇（重度化）している。3割の事業所で0～5%の重度化、2割弱の事業所で5～10%の重度化となっているが、一方で5～10%改善した事業所も2割弱に上る。

【問30-1⑨～⑭】

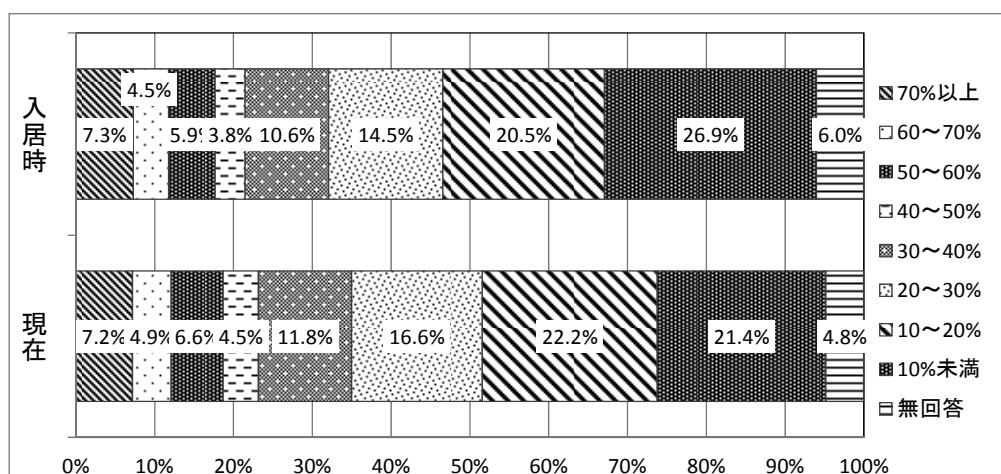


図 79 入居時及び現在における行動面での観察事項のスコア（利用者分布）

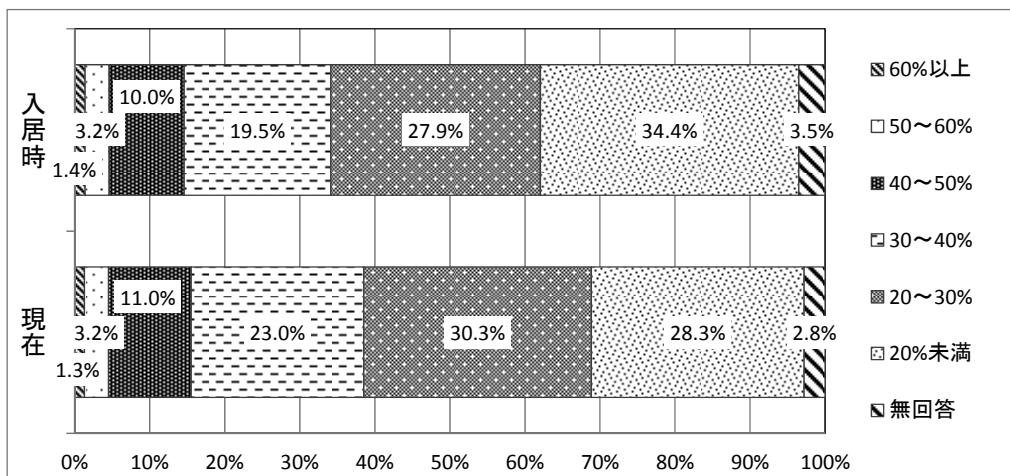


図 80 入居時及び現在における行動面での観察事項のスコア（事業所分布）

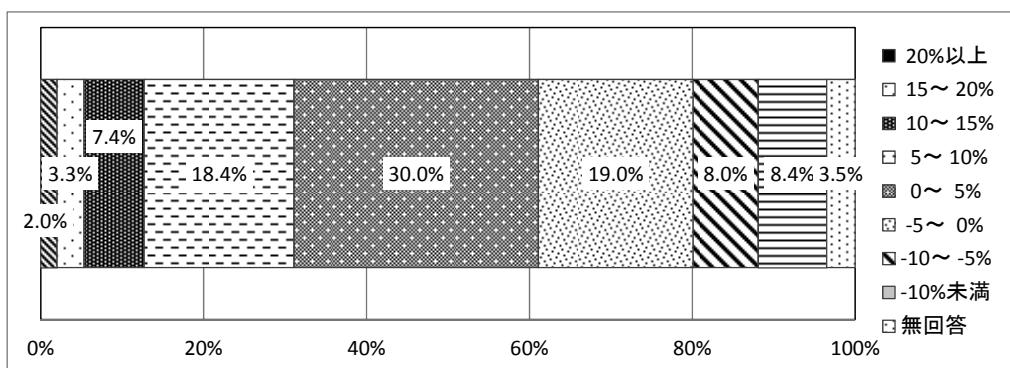


図 81 入居時から現在までの観察事項のスコアの増減幅（事業所分布）

③ 利用年数との関係

個々の利用者の行動面での観察事項におけるスコアの増減幅と、利用年数との関係を見てみると、スコアの増減幅の大小に関わらず概ね利用年数1~2年の利用者が比較的多いことから、スコアの増減幅と利用年数の長短とは、あまり顕著な傾向は見られなかった。

【問 29②×問 30-1⑨～⑭】

表 30 利用年数別の観察事項のスコアの増減幅

		合計	1. 12年以 上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平均
全 体		23,224	74	126	334	545	863	1,246	1,487	1,718	2,149	3,123	4,439	6,490	630	3.4
(100.0)		(0.3)	(0.5)	(1.4)	(2.3)	(3.7)	(5.4)	(6.4)	(7.4)	(9.3)	(13.4)	(19.1)	(27.9)	(2.7)		
行動面に ついての 観察事項	1. 30%以上	1,070	2	9	29	42	71	87	123	115	145	146	161	115	25	4.5
	2. 20%	1,301	5	6	28	48	84	96	96	147	160	184	232	194	21	4.2
	3. 10~ 20%	2,917	13	11	44	85	123	204	252	258	324	461	575	519	48	3.9
	4. 0~ 10%	11,953	25	43	109	182	331	474	565	690	939	1,540	2,466	4,298	291	2.9
	5. -10~ 0%	1,346	3	7	18	33	44	74	82	107	129	183	262	388	16	3.4
	6. -20~ -10%	1,437	6	17	32	45	55	102	113	117	135	214	251	328	22	3.8
	7. -30~ -20%	741	6	7	20	28	39	41	60	65	80	107	125	149	14	4.0
	8. -30%未 満	1,053	9	19	38	48	74	98	106	99	99	150	136	152	25	4.7
	9. 無回答	1,406	5	7	16	34	42	70	90	120	138	138	231	347	168	3.5
(100.0)		(0.4)	(0.5)	(1.1)	(2.4)	(3.0)	(5.0)	(6.4)	(8.5)	(9.8)	(9.8)	(16.4)	(24.7)	(11.9)		

④ 要介護度との関係

行動面でのスコアの大小に関わらず要介護度2~4に利用者が分布していることから、利用者の生活面でのスコア（現在）が高くなっても、利用者の要介護度（現在）の分布に顕著な差異は見られなかった。

【問 29⑥×問 30-1⑨～⑭】

表 31 要介護度別の観察事項のスコア

		合計	1. 要支援	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護5	7. 無回答	平均
全 体		23,224	1,239	4,515	5,991	5,564	3,498	1,748	669	2.5
(100.0)		(5.3)	(19.4)	(25.8)	(24.0)	(15.1)	(7.5)	(2.9)		
行動面に ついての 観察事項 （現在） ～スコア ア	1. 70%以上	1,671	18	129	373	558	411	149	33	3.0
	2. 60~70%	1,144	23	139	249	367	230	108	28	2.9
	3. 50~60%	1,539	42	200	389	487	275	112	34	2.8
	4. 40~50%	1,038	26	124	295	301	199	75	18	2.8
	5. 30~40%	2,739	84	375	742	785	477	215	61	2.7
	6. 20~30%	3,857	168	734	1,072	1,006	518	271	88	2.5
	7. 10~20%	5,147	309	1,114	1,404	1,044	744	400	132	2.5
	8. 10%未満	4,966	501	1,509	1,254	774	490	336	102	2.2
	9. 無回答	1,123	68	191	213	242	154	82	173	2.6
(100.0)		(6.1)	(17.0)	(19.0)	(21.5)	(13.7)	(7.3)	(15.4)		

⑤ 認知症高齢者日常生活自立度との関係

スコアが比較的低いカテゴリでI・IIa・IIbの占める割合が比較的高まっており、比較的高いカテゴリでIV・Mの占める割合が比較的高まっている点では、利用者の行動面でのスコア（現在）と、認知症高齢者日常生活自立度（現在）との間に、ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑩×問 30-1⑨～⑭】

表 32 認知症高齢者日常生活自立度別の観察事項のスコア

		1. なし	2. I	3. IIa	4. IIb	5. IIIa	6. IIIb	7. IV	8. M	9. 無回答	平均	
全 体	合 計	23,224 (100.0)	117 (0.5)	717 (3.1)	2,229 (9.6)	5,043 (21.7)	6,390 (27.5)	2,571 (11.1)	3,270 (14.1)	600 (2.6)	2,287 (9.8)	4.9
行動面についての観察事項（～現在～）	1. 70%以上	1,671 (100.0)	6 (0.4)	9 (0.5)	60 (3.6)	170 (10.2)	431 (25.8)	275 (16.5)	447 (26.8)	124 (7.4)	149 (8.9)	5.8
	2. 60～70%	1,144 (100.0)	4 (0.3)	10 (0.9)	40 (3.5)	143 (12.5)	333 (29.1)	199 (17.4)	261 (22.8)	49 (4.3)	105 (9.2)	5.6
	3. 50～60%	1,539 (100.0)	3 (0.2)	28 (1.8)	85 (5.5)	244 (15.9)	472 (30.7)	245 (15.9)	277 (18.0)	66 (4.3)	119 (7.7)	5.3
	4. 40～50%	1,038 (100.0)	4 (0.4)	16 (1.5)	77 (7.4)	157 (15.1)	342 (32.9)	141 (13.6)	192 (18.5)	31 (3.0)	78 (7.5)	5.3
	5. 30～40%	2,739 (100.0)	2 (0.1)	41 (1.5)	193 (7.0)	556 (20.3)	845 (30.9)	394 (14.4)	443 (16.2)	57 (2.1)	208 (7.6)	5.1
	6. 20～30%	3,857 (100.0)	20 (0.5)	92 (2.4)	343 (8.9)	876 (22.7)	1,178 (30.5)	460 (11.9)	466 (12.1)	63 (1.6)	359 (9.3)	4.9
	7. 10～20%	5,147 (100.0)	29 (0.6)	162 (3.1)	570 (11.1)	1,337 (26.0)	1,449 (28.2)	451 (8.8)	597 (11.6)	117 (2.3)	435 (8.5)	4.8
	8. 10%未満	4,966 (100.0)	39 (0.8)	327 (6.6)	789 (15.9)	1,404 (28.3)	1,124 (22.6)	305 (6.1)	449 (9.0)	70 (1.4)	459 (9.2)	4.4
ア	9. 無回答	1,123 (100.0)	10 (0.9)	32 (2.8)	72 (6.4)	156 (13.9)	216 (19.2)	101 (9.0)	138 (12.3)	23 (2.0)	375 (33.4)	5.0

(3) 精神面での観察事項

① 入居時

7項目×3点=21点満点中のスコアでは10%未満の利用者が最も多く(56.7%)、それよりも%値が高まるに連れ徐々に該当者が減少している。平均スコアは14.4%となっている。

1/4弱の事業所で入居時の平均スコアが5~10%台となっており、その前後(5%未満、10~15%)はそれぞれ2割弱を占めている。

【問30-2】

② 現在

入居時における利用者の分布とほぼ同様の傾向を示しているが、平均スコアは15.8%と入居時に比べ1.4ポイントほど上昇(重度化)している。

事業所の分布に大きな差異は見られないため、4割強の事業所で入居時より現在との上昇(重度化)幅が5%以内、1/4弱の事業所で現在との下降(好転)幅が5%以内となっている。

【問30-2】

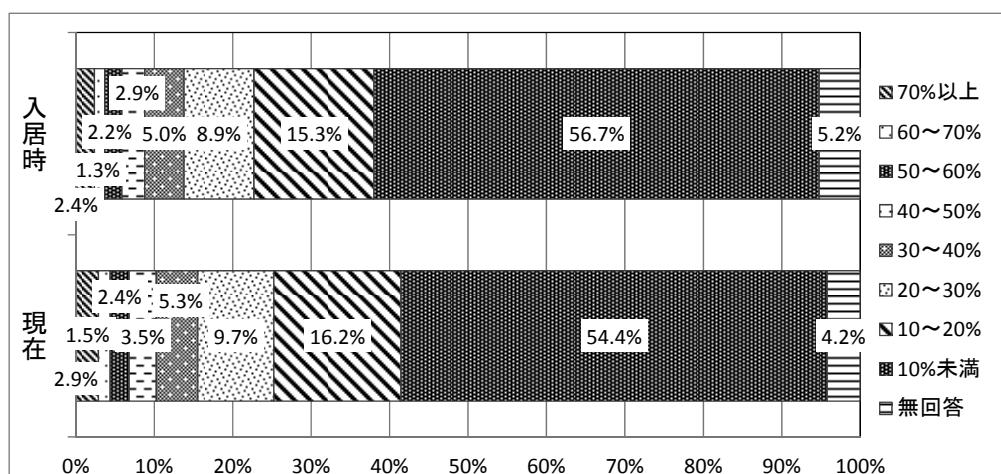


図82 入居時及び現在における精神面での観察事項のスコア(利用者分布)

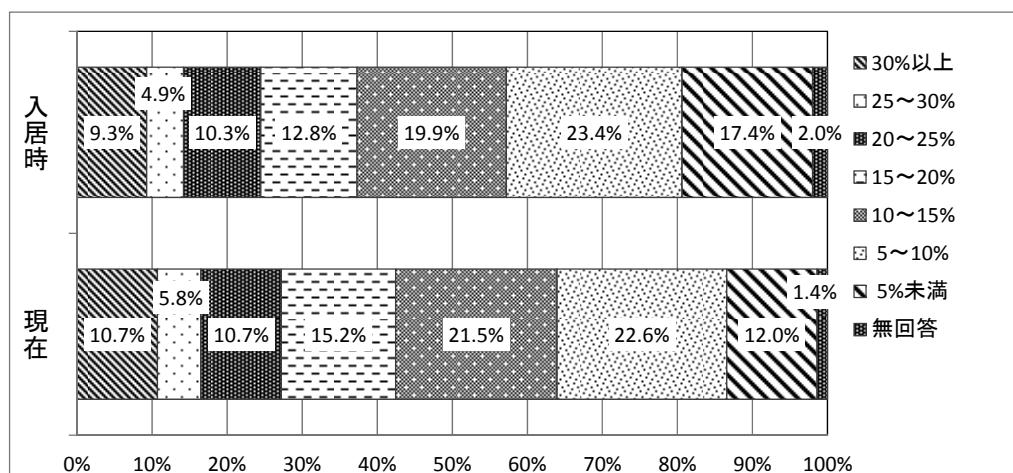


図83 入居時及び現在における精神面での観察事項のスコア(事業所分布)

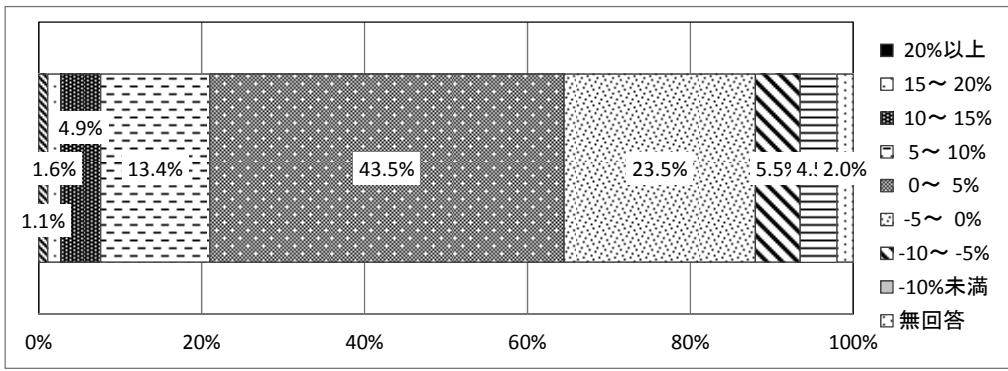


図 84 入居時から現在までの観察事項のスコア増減幅（事業所分布）

③ 利用年数との関係

個々の利用者の精神面での観察事項におけるスコアの増減幅と、利用年数との関係を見てみると、スコアの増減幅の大小に関わらず概ね利用年数1~3年の利用者が比較的多いことから、スコアの増減幅と利用年数の長短とは、あまり顕著な傾向は見られなかつた。

【問29②×問30-2】

表 33 利用年数別の観察事項のスコアの増減幅

		合計	1. 12年以 上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平 均
全 体		23,224	74	126	334	545	863	1,246	1,487	1,718	2,149	3,123	4,439	6,490	630	3.4
精神面に ついての 観察事項	1. 30%以上	577	1	4	12	30	38	58	62	61	73	81	87	62	8	4.6
	2. 20~	563	1	2	7	19	32	45	61	59	65	92	107	69	4	4.2
	3. 10~	1,326	3	3	23	31	66	98	135	142	172	213	223	210	7	4.0
	4. 0~	15,817	46	75	191	291	521	722	863	1,090	1,399	2,129	3,232	5,108	150	3.1
	5. -10~	2,178	9	16	43	79	77	149	154	149	209	304	415	561	13	3.6
	6. -20~-	771	5	4	20	34	38	63	71	74	68	114	138	137	5	4.2
	7. -30~-	346	2	7	15	14	20	22	28	30	32	51	48	72	5	4.3
	8. -40~-	405	6	6	12	21	32	41	48	41	40	46	53	54	5	4.9
	9. 無回答	1,241	1	9	11	26	39	48	65	72	91	93	136	217	433	3.7

④ 要介護度との関係

利用者の精神面でのスコア（現在）が特に高ければ利用者の要介護度（現在）も比較的高いが、それ以外ではスコアが高くても要介護度の分布に顕著な差異は見られなかつた。

【問 29⑥×問 30-2】

表 34 要介護度別の観察事項のスコア

		合計	1. 要支援	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護5	7. 無回答	平均
全 体		23,224 (100.0)	1,239 (5.3)	4,515 (19.4)	5,991 (25.8)	5,564 (24.0)	3,498 (15.1)	1,748 (7.5)	669 (2.9)	2.5
精神面についての観察事項（現在）スコア	1. 70%以上	667 (100.0)	11 (1.6)	40 (6.0)	129 (19.3)	204 (30.6)	178 (26.7)	97 (14.5)	8 (1.2)	3.2
	2. 60～70%	343 (100.0)	7 (2.0)	43 (12.5)	67 (19.5)	109 (31.8)	79 (23.0)	35 (10.2)	3 (0.9)	2.9
	3. 50～60%	564 (100.0)	13 (2.3)	75 (13.3)	125 (22.2)	167 (29.6)	132 (23.4)	50 (8.9)	2 (0.4)	2.9
	4. 40～50%	805 (100.0)	17 (2.1)	106 (13.2)	213 (26.5)	253 (31.4)	139 (17.3)	62 (7.7)	15 (1.9)	2.8
	5. 30～40%	1,227 (100.0)	33 (2.7)	152 (12.4)	349 (28.4)	361 (29.4)	235 (19.2)	90 (7.3)	7 (0.6)	2.8
	6. 20～30%	2,261 (100.0)	71 (3.1)	376 (16.6)	628 (27.8)	633 (28.0)	375 (16.6)	155 (6.9)	23 (1.0)	2.6
	7. 10～20%	3,759 (100.0)	181 (4.8)	690 (18.4)	1,040 (27.7)	999 (26.6)	542 (14.4)	264 (7.0)	43 (1.1)	3.5
	8. 10%未満	12,629 (100.0)	869 (6.9)	2,940 (23.3)	3,321 (26.3)	2,698 (21.4)	1,729 (13.7)	935 (7.4)	137 (1.1)	2.4
	9. 無回答	969 (100.0)	37 (3.8)	93 (9.6)	119 (12.3)	140 (14.4)	89 (9.2)	60 (6.2)	431 (44.5)	2.7

⑤ 認知症高齢者日常生活自立度との関係

スコアが比較的低いカテゴリで I・IIa・IIb の占める割合が比較的高まっており、比較的高いカテゴリでIV・M の占める割合が比較的高まっている点では、利用者の精神面でのスコア（現在）と、認知症高齢者日常生活自立度（現在）との間に、ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑩×問 30-2】

表 35 認知症高齢者日常生活自立度別の観察事項のスコアの増減幅

		合計	1. なし	2. I	3. IIa	4. IIb	5. IIIa	6. IIIb	7. IV	8. M	9. 無回答	平均
全 体		23,224 (100.0)	117 (0.5)	717 (3.1)	2,229 (9.6)	5,043 (21.7)	6,390 (27.5)	2,571 (11.1)	3,270 (14.1)	600 (2.6)	2,287 (9.8)	4.9
精神面についての観察事項（現在）スコア	1. 70%以上	667 (100.0)	1 (0.1)	9 (1.3)	23 (3.4)	42 (6.3)	151 (22.6)	107 (16.0)	202 (30.3)	68 (10.2)	64 (9.6)	6.0
	2. 60～70%	343 (100.0)	2 (0.6)	1 (0.3)	11 (3.2)	39 (11.4)	95 (27.7)	63 (18.4)	95 (27.7)	17 (5.0)	20 (5.8)	5.7
	3. 50～60%	564 (100.0)	2 (0.4)	7 (1.2)	20 (3.5)	66 (11.7)	181 (32.1)	96 (17.0)	122 (21.6)	27 (4.8)	43 (7.6)	5.5
	4. 40～50%	805 (100.0)	0 (-)	11 (1.4)	45 (5.6)	118 (14.7)	229 (28.4)	142 (17.6)	158 (19.6)	34 (4.2)	68 (8.4)	5.4
	5. 30～40%	1,227 (100.0)	3 (0.2)	10 (0.8)	83 (6.8)	201 (16.4)	378 (30.8)	212 (17.3)	233 (19.0)	45 (3.7)	62 (5.1)	5.3
	6. 20～30%	2,261 (100.0)	12 (0.5)	31 (1.4)	190 (8.4)	444 (19.6)	678 (30.0)	346 (15.3)	350 (15.5)	67 (3.0)	143 (6.3)	5.1
	7. 10～20%	3,759 (100.0)	21 (0.6)	78 (2.1)	343 (9.1)	898 (23.9)	1,116 (29.7)	441 (11.7)	500 (13.3)	91 (2.4)	271 (7.2)	4.9
	8. 10%未満	12,629 (100.0)	74 (0.6)	544 (4.3)	1,481 (11.7)	3,181 (25.2)	3,460 (27.4)	1,099 (8.7)	1,522 (12.1)	229 (1.8)	1,039 (8.2)	4.7
	9. 無回答	969 (100.0)	2 (0.2)	26 (2.7)	33 (3.4)	54 (5.6)	102 (10.5)	65 (6.7)	88 (9.1)	22 (2.3)	577 (59.5)	5.3

(4) 社会的交流についての観察事項

① 入居時

7項目×3点=21点満点中のスコアでは20%台の利用者が最も多く（約1/6）、それよりも%値が前後に高低するに連れ徐々に該当者が減少している。平均スコアは41.1%となっている。

それぞれ約1/4前後の事業所で入居時の平均スコアが30%台と40%台、その前後のスコアは徐々に少なくなっている。

【問30-3】

② 現在

入居時における利用者の分布とほぼ同様の傾向を示しているが、平均スコアは45.4%と入居時に比べ4.3ポイントほど上昇（重度化）している。

1/4強の事業所で平均スコアが40%台、各2割強の事業所で30%台・50%台となっており、4割弱の事業所では入居時より現在との上昇（重度化）幅が5%以内、2割弱の事業所ではその幅が5~10%となっている。

【問30-3】

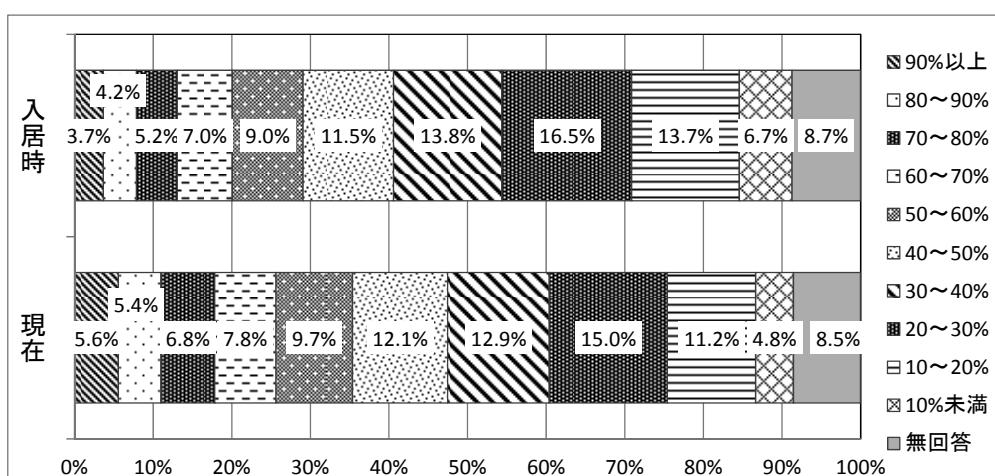


図85 入居時及び現在における社会的交流についての観察事項のスコア（利用者分布）

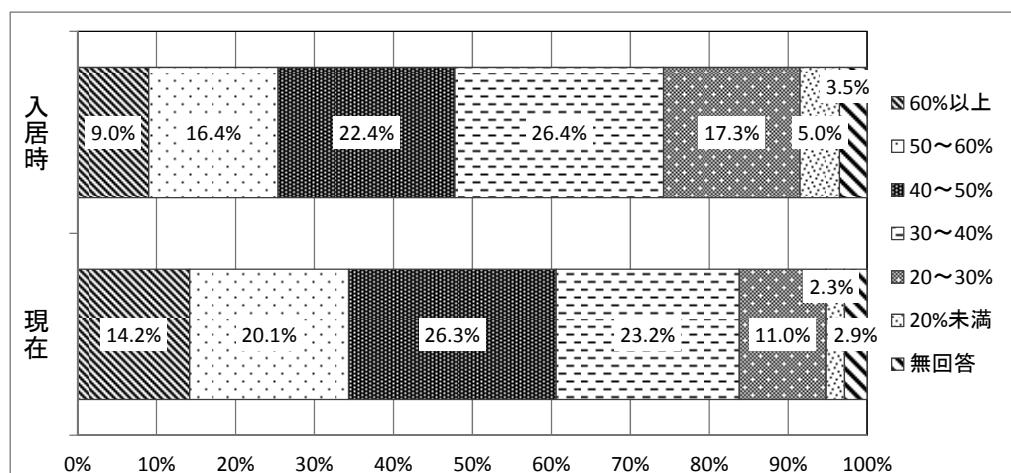


図86 入居時及び現在における社会的交流についての観察事項のスコア（事業所分布）

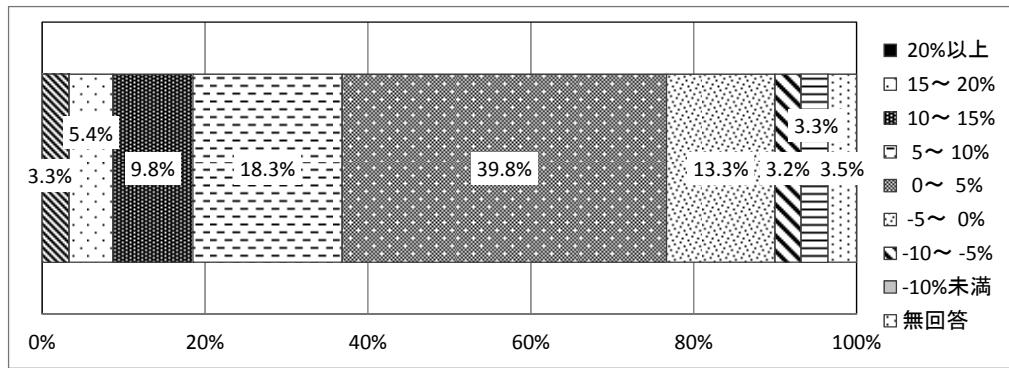


図 87 入居時から現在までの観察事項のスコアの増減幅（事業所分布）

③ 利用年数との関係

個々の利用者の社会的交流についての観察事項におけるスコアの増減幅と、利用年数との関係を見てみると、利用年数1~2年はスコアにあまり変化がない（重度化してもその幅は10%未満）。利用者が多いが、3年・4年と経過するに連れ、1割台・2割台の幅で重度化している利用者が多く、3割以上重度化している利用者は6~7年の利用者が多い等、スコアの重度化の幅が大きくなるほど、利用年数が長い傾向が見られる。

一方、スコアの改善幅と利用年数の長短とはあまり関係がなく、改善幅の大小にあまり関係なく、概ね利用年数1~2年の利用者が比較的多い。入居して時間が経つに連れて改善が進むというよりも、入居により入居前に比べて状態が改善する場合は入居間もなくその変化が見られるようである。

【問29②×問30-3】

表 36 利用年数別の観察事項のスコアの増減幅

		合計	1. 12年以 上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平均
全 体		23,224	74	126	334	545	863	1,246	1,487	1,718	2,149	3,123	4,439	6,490	630	3.4
社会交 流につ いての 観察事 項	1. 30%以上	1,331	13	19	79	95	126	179	168	159	155	131	128	72	7	5.6
	2. 20~30%	928	5	9	32	42	76	97	111	100	121	124	112	92	7	4.9
	3. 10~20%	1,611	7	15	46	62	97	147	170	177	185	258	238	207	2	4.5
	4. 0~10%	13,964	29	52	107	220	392	592	736	915	1,249	1,929	2,981	4,621	141	3.0
	5. -10~0%	1,813	10	7	20	35	44	75	96	107	165	256	370	613	15	3.1
	6. -20~-10%	692	2	0	3	15	19	27	28	53	44	107	147	235	12	2.9
	7. -30~-20%	306	2	3	5	5	10	11	23	20	19	43	68	95	2	3.2
	8. -30%未 満	366	1	1	3	4	12	14	22	27	26	54	84	113	5	3.0
	9. 無回答	2,213	5	20	39	67	87	104	133	160	185	221	311	442	439	3.8

④ 要介護度との関係

スコア 20%台までは要介護 1・2 が多く、30%台～50%台で要介護 2・3、60%台～70%台で要介護 3・4、80%以上で要介護 4・5 と、利用者の社会的交流面でのスコア（現在）と、要介護度（現在）との間には、ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑥×問 30-3】

表 37 要介護度別の観察事項のスコア

	合計	1. 要支援2	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護5	7. 無回答	平均
全 体	23,224 (100.0)	1,239 (5.3)	4,515 (19.4)	5,991 (25.8)	5,564 (24.0)	3,498 (15.1)	1,748 (7.5)	669 (2.9)	2.5
社会的 交流 につい ての 観察事 項へ現 在スコ ア	1. 90%以上	1,308 (100.0)	15 (1.1)	63 (4.8)	165 (12.6)	315 (24.1)	403 (30.8)	338 (25.8)	9 (0.7)
	2. 80～90%	1,259 (100.0)	23 (1.8)	101 (8.0)	200 (15.9)	335 (26.6)	319 (25.3)	269 (21.4)	12 (1.0)
	3. 70～80%	1,573 (100.0)	36 (2.3)	171 (10.9)	318 (20.2)	430 (27.3)	377 (24.0)	226 (14.4)	15 (1.0)
	4. 60～70%	1,821 (100.0)	61 (3.3)	227 (12.5)	393 (21.6)	498 (27.3)	425 (23.3)	198 (10.9)	19 (1.0)
	5. 50～60%	2,257 (100.0)	89 (3.9)	343 (15.2)	580 (25.7)	663 (29.4)	384 (17.0)	182 (8.1)	16 (0.7)
	6. 40～50%	2,810 (100.0)	129 (4.6)	521 (18.5)	769 (27.4)	782 (27.8)	429 (15.3)	152 (5.4)	28 (1.0)
	7. 30～40%	3,003 (100.0)	164 (5.5)	656 (21.8)	934 (31.1)	775 (25.8)	347 (11.6)	90 (3.0)	37 (1.2)
	8. 20～30%	3,493 (100.0)	265 (7.6)	977 (28.0)	1,109 (31.7)	776 (22.2)	283 (8.1)	51 (1.5)	32 (0.9)
	9. 10～20%	2,607 (100.0)	232 (8.9)	877 (33.6)	829 (31.8)	467 (17.9)	155 (5.9)	24 (0.9)	23 (0.9)
	10. 10%未満	1,114 (100.0)	149 (13.4)	361 (32.4)	359 (32.2)	174 (15.6)	49 (4.4)	10 (0.9)	12 (1.1)
	11. 無回答	1,979 (100.0)	76 (3.8)	218 (11.0)	335 (16.9)	349 (17.6)	327 (16.5)	208 (10.5)	466 (23.5)

⑤ 障害高齢者日常生活自立度との関係

全体としてどのスコアでも A1・A2 の構成比が一定以上を占めているものの、スコアが低いカテゴリで J の利用者の占める割合が比較的高まっていること、スコアが比較的高いカテゴリで B・C の利用者の占める割合が比較的高まっていることから、利用者の社会的交流面でのスコア（現在）と、障害高齢者日常生活自立度（現在）との間には、ある程度の相関関係が見られる。

【問 29⑧×問 30-3】

表 38 障害老人日常生活自立度別の観察事項のスコア

	合計	1. 自立	2. J1	3. J2	4. A1	5. A2	6. B1	7. B2	8. C1	9. C2	10. 無回答	平均
全 体	23,224 (100.0)	297 (1.3)	639 (2.8)	1,477 (6.4)	6,937 (29.9)	5,218 (22.5)	2,213 (9.5)	2,385 (10.3)	602 (2.6)	704 (3.0)	2,752 (11.8)	4.9
社会的 交流 につい ての 観察事 項へ現 在スコ ア	1. 90%以上	1,308 (100.0)	4 (0.3)	17 (1.3)	40 (3.1)	175 (13.4)	257 (19.6)	146 (11.2)	271 (20.7)	108 (8.3)	185 (14.1)	105 (8.0)
	2. 80～90%	1,259 (100.0)	4 (0.3)	18 (1.4)	42 (3.3)	231 (18.3)	290 (23.0)	149 (11.8)	232 (18.4)	78 (6.2)	108 (8.6)	107 (8.5)
	3. 70～80%	1,573 (100.0)	9 (0.6)	22 (1.4)	63 (4.0)	304 (19.3)	367 (23.3)	224 (14.2)	260 (16.5)	82 (5.2)	79 (5.0)	163 (10.4)
	4. 60～70%	1,821 (100.0)	13 (0.7)	39 (2.1)	87 (4.8)	415 (22.8)	450 (24.7)	219 (12.0)	288 (15.8)	61 (3.3)	74 (4.1)	175 (9.6)
	5. 50～60%	2,257 (100.0)	19 (0.8)	50 (2.2)	127 (5.6)	620 (27.5)	570 (25.3)	284 (12.6)	258 (11.4)	64 (2.8)	55 (2.4)	210 (9.3)
	6. 40～50%	2,810 (100.0)	23 (0.8)	61 (2.2)	163 (5.8)	891 (31.7)	669 (23.8)	321 (11.4)	319 (11.4)	50 (1.8)	44 (1.6)	269 (9.6)
	7. 30～40%	3,003 (100.0)	39 (1.3)	93 (3.1)	204 (6.8)	1,024 (34.1)	793 (26.4)	270 (9.0)	244 (8.1)	33 (1.1)	32 (1.1)	271 (9.0)
	8. 20～30%	3,493 (100.0)	68 (1.9)	117 (3.3)	289 (8.3)	1,391 (39.8)	808 (23.1)	229 (6.6)	205 (5.9)	25 (0.7)	8 (0.2)	353 (10.1)
	9. 10～20%	2,607 (100.0)	57 (2.2)	122 (4.7)	262 (10.0)	1,125 (43.2)	532 (20.4)	158 (6.1)	92 (3.5)	14 (0.5)	2 (0.1)	243 (9.3)
	10. 10%未満	1,114 (100.0)	46 (4.1)	64 (5.7)	135 (12.1)	453 (40.7)	194 (17.4)	65 (5.8)	38 (3.4)	4 (0.4)	4 (0.4)	111 (10.0)
	11. 無回答	1,979 (100.0)	15 (0.8)	36 (1.8)	65 (3.3)	308 (15.6)	288 (14.6)	148 (7.5)	178 (9.0)	83 (4.2)	113 (5.7)	745 (37.6)

⑥ 認知症高齢者日常生活自立度との関係

スコアが比較的低いカテゴリでI・IIa・IIbの占める割合が比較的高まっており、比較的高いカテゴリでIV・Mの占める割合が比較的高まっている点では、利用者の社会的交流面でのスコア（現在）と、認知症高齢者日常生活自立度（現在）との間に、ある程度の相関関係が見られる。

【問29⑩×問30-2】

表 39 認知症高齢者日常生活自立度別の観察事項のスコアの増減幅

	合計	1. なし	2. I	3. IIa	4. IIb	5. IIIa	6. IIIb	7. IV	8. M	9. 無回答	平均
全 体	23,224 (100.0)	117 (0.5)	717 (3.1)	2,229 (9.6)	5,043 (21.7)	6,390 (27.5)	2,571 (11.1)	3,270 (14.1)	600 (2.6)	2,287 (9.8)	4.9
社会的交流についての観察事項（現在）スコア	1. 90%以上	1,308 (100.0)	15 (1.1)	7 (0.5)	41 (3.1)	115 (8.8)	317 (24.2)	179 (13.7)	442 (33.8)	115 (8.8)	77 (5.9)
	2. 80～90%	1,259 (100.0)	6 (0.5)	12 (1.0)	61 (4.8)	122 (9.7)	312 (24.8)	187 (14.9)	401 (31.9)	82 (6.5)	76 (6.0)
	3. 70～80%	1,573 (100.0)	8 (0.5)	30 (1.9)	87 (5.5)	217 (13.8)	440 (28.0)	245 (15.6)	353 (22.4)	74 (4.7)	119 (7.6)
	4. 60～70%	1,821 (100.0)	8 (0.4)	28 (1.5)	118 (6.5)	334 (18.3)	527 (28.9)	256 (14.1)	365 (20.0)	48 (2.6)	137 (7.5)
	5. 50～60%	2,257 (100.0)	11 (0.5)	66 (2.9)	194 (8.6)	421 (18.7)	698 (30.9)	285 (12.6)	360 (16.0)	59 (2.6)	163 (7.2)
	6. 40～50%	2,810 (100.0)	11 (0.4)	65 (2.3)	259 (9.2)	669 (23.8)	875 (31.1)	321 (11.4)	328 (11.7)	51 (1.8)	231 (8.2)
	7. 30～40%	3,003 (100.0)	15 (0.5)	94 (3.1)	312 (10.4)	803 (26.7)	953 (31.7)	263 (8.8)	300 (10.0)	50 (1.7)	213 (7.1)
	8. 20～30%	3,493 (100.0)	15 (0.4)	127 (3.6)	434 (12.4)	1,057 (30.3)	977 (28.0)	350 (10.0)	220 (6.3)	28 (0.8)	285 (8.2)
	9. 10～20%	2,607 (100.0)	13 (0.5)	138 (5.3)	420 (16.1)	794 (30.5)	692 (26.5)	209 (8.0)	139 (5.3)	21 (0.8)	181 (6.9)
	10. 10%未満	1,114 (100.0)	10 (0.9)	96 (8.6)	192 (17.2)	326 (29.3)	269 (24.1)	85 (7.6)	47 (4.2)	8 (0.7)	81 (7.3)
	11. 無回答	1,979 (100.0)	5 (0.3)	54 (2.7)	111 (5.6)	185 (9.3)	330 (16.7)	191 (9.7)	315 (15.9)	64 (3.2)	724 (36.6)

(5) 観察事項全体

① 入居時

4種類の観察事項を合計した28項目84点満点中のスコアは20%台の利用者が最も多く(約1/4)、それよりも%値が前後に高低するに連れ徐々に該当者が減少している。平均スコアは29.9%となっている。

1/4弱の事業所で平均スコアが25~30%、それよりも%値(スコア)が前後に高低するに連れ徐々に事業所が減少している。

【問30-1から3】

② 現在

入居時における利用者の分布とほぼ同様の傾向を示しているが、平均スコアは35.1%と入居時に比べ5.2ポイントほど上昇(重度化)している。

それぞれ2割強の事業所で、平均スコアが30~35%、35~40%となっており、入居時より現在との上昇(重度化)幅が5%以内の事業所が36.2%、その幅が5~10%の事業所が26.2%となっている。

【問30-1から3】

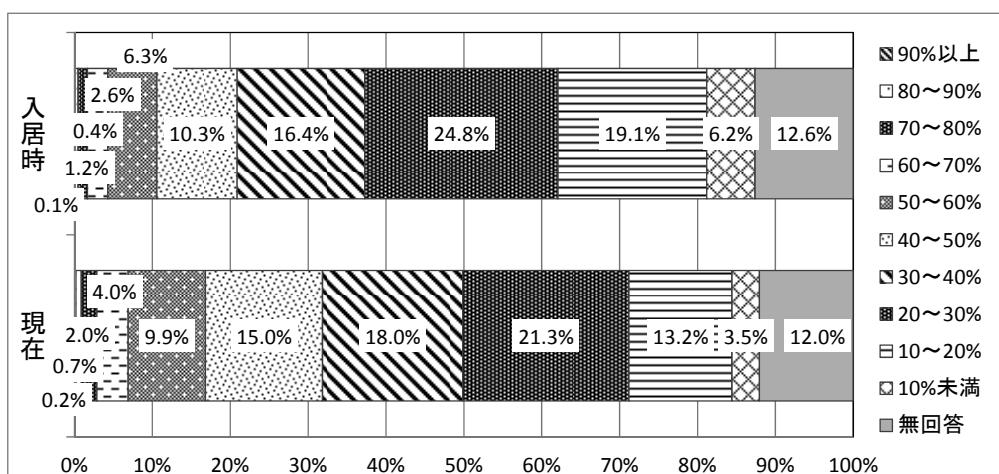


図88 入居時及び現在における観察事項全体のスコア(利用者分布)

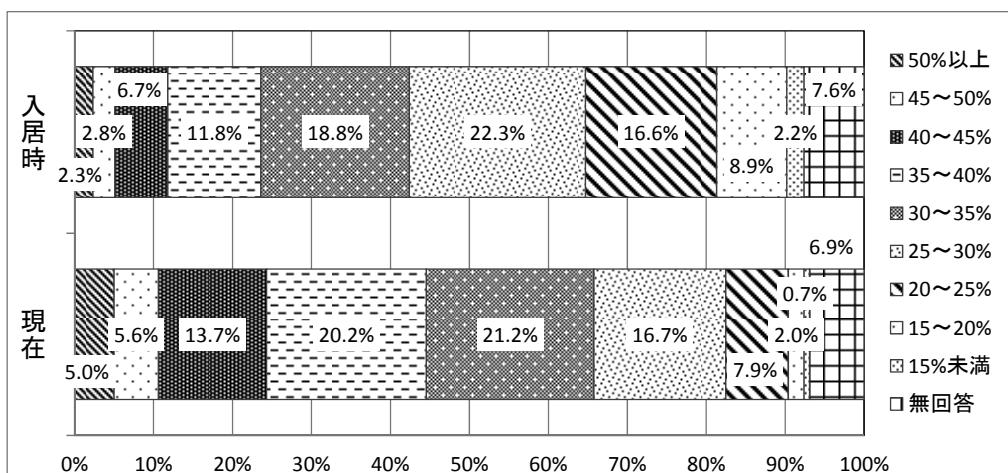


図89 入居時及び現在における観察事項全体のスコア(事業所分布)

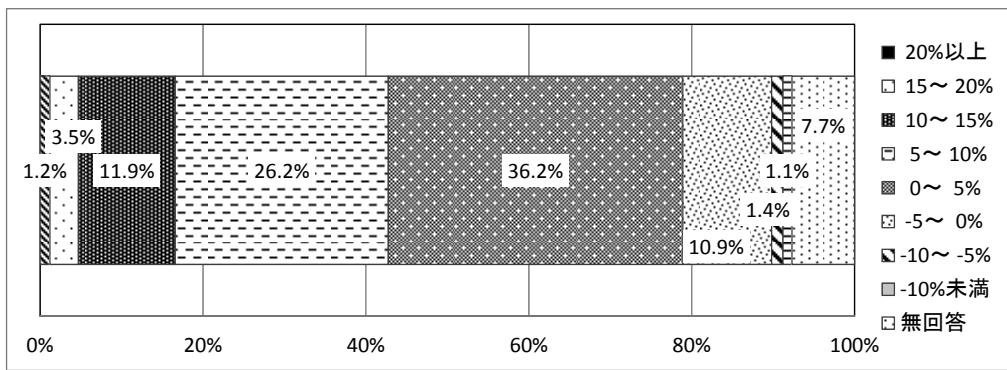


図 90 入居時から現在までの観察事項のスコアの増減幅（事業所分布）

③ 利用年数との関係

個々の利用者の 4 種類の観察事項全体におけるスコアの増減幅と、利用年数との関係を見てみると、行動面・精神面等あまり変化のない側面以外では、重度化の幅と利用年数とのある程度の関係が見られたことから、全体としても同様に、重度化の幅と利用年数との間には若干の関係が見られる。

【問 29②×問 30-3】

表 40 利用年数別の観察事項のスコアの増減幅

		合計	1. 12年以 上	2. 11年	3. 10年	4. 9年	5. 8年	6. 7年	7. 6年	8. 5年	9. 4年	10. 3年	11. 2年	12. 1年	13. 無回答	平均
全 体		23,224	74	126	334	545	863	1,246	1,487	1,718	2,149	3,123	4,439	6,490	630	3.4
観 察 事 項 合 計	1. 30%以上	635	4	7	29	51	67	79	79	75	83	71	53	33	4	5.5
	2. 20~ 30%	1,250	5	14	42	61	90	149	148	152	167	159	172	87	4	5.0
	3. 10~ 20%	2,797	17	22	76	82	189	233	273	318	347	440	459	328	13	4.4
	4. 0~ 10%	11,379	25	36	90	184	298	472	589	693	976	1,585	2,463	3,904	64	3.0
	5. -10~ 0%	3,120	8	17	27	53	72	116	146	170	238	395	652	1,203	23	2.8
	6. -20~ -10%	580	4	5	8	14	21	32	43	40	39	86	105	181	2	3.4
	7. -30~ -20%	215	2	2	3	7	6	9	13	20	19	41	44	48	1	3.6
	8. -30%未 満	79	0	2	0	2	3	4	6	4	4	12	21	21	0	3.3
	9. 無回答	3,169	9	21	59	91	117	152	190	246	276	334	470	685	519	3.7

④ 要介護度との関係

個々の利用者の4種類の観察事項全体におけるスコア（現在）と、要介護度（現在）との間には、生活面・社会的交流面を中心にある程度の相関関係が見られたことから、全体としても同様に、概ねの関係が見られる。

【問29⑥×問30-3】

表 41 要介護度別の観察事項のスコア

	合計	1. 要支援	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護5	7. 無回答	平均
全 体	23,224 (100.0)	1,239 (5.3)	4,515 (19.4)	5,991 (25.8)	5,564 (24.0)	3,498 (15.1)	1,748 (7.5)	669 (2.9)	2.5
観察事項合計 ～現在～ スコア	1. 90%以上 (100.0)	51 (-)	0 (-)	0 (-)	10 (19.6)	15 (29.4)	13 (25.5)	13 (25.5)	0 (-)
	2. 80～90% (100.0)	165 (0.6)	1 (3.6)	6 (9.7)	16 (30.3)	50 (34.5)	57 (20.6)	34 (0.6)	1 (0.6)
	3. 70～80% (100.0)	454 (0.7)	3 (2.9)	13 (15.9)	72 (33.7)	153 (29.1)	132 (17.6)	80 (0.2)	3.4
	4. 60～70% (100.0)	938 (0.6)	6 (5.8)	54 (16.5)	155 (31.6)	296 (30.1)	282 (15.5)	145 (-)	0 (-)
	5. 50～60% (100.0)	2,296 (1.1)	26 (6.7)	153 (17.4)	400 (30.9)	710 (27.2)	624 (16.0)	368 (0.7)	3.3
	6. 40～50% (100.0)	3,491 (1.5)	53 (8.6)	300 (20.6)	719 (29.8)	1,041 (23.6)	824 (15.2)	530 (0.7)	3.1
	7. 30～40% (100.0)	4,191 (3.3)	139 (15.5)	651 (29.6)	1,239 (29.3)	1,228 (16.0)	669 (5.4)	226 (0.9)	2.6
	8. 20～30% (100.0)	4,958 (6.9)	340 (26.7)	1,324 (34.4)	1,706 (22.7)	1,124 (7.1)	350 (1.6)	77 (0.7)	2.1
	9. 10～20% (100.0)	3,074 (12.4)	381 (39.9)	1,225 (39.9)	955 (31.1)	374 (12.2)	94 (3.1)	18 (0.6)	2.7 (0.9)
	10. 10%未満 (100.0)	816 (19.9)	162 (47.1)	384 (47.1)	206 (25.2)	46 (5.6)	10 (1.2)	1 (0.1)	7 (0.9)
	11. 無回答 (100.0)	2,790 (4.6)	128 (14.5)	405 (18.4)	513 (18.9)	527 (18.9)	443 (15.9)	256 (9.2)	518 (18.6)

(6) 入居時と現在との観察事項の変化（まとめ）

(1)～(4)では観察事項の各面を別個に集計した結果を、(5)では(1)～(4)を合算した総和での集計結果をそれぞれ整理した。

本項では、(1)～(4)を並列にみて、その変化の差異等を整理する。

① 全体の特性

入居時と現在との観察事項の変化の程度は、図にあるように面によって異なり、最も重度化しているのが生活面、次いで社会的交流であるが、行動面・精神面での重度化の進行は先の2面に比べ緩慢となっている。

【問 30-1-1～3】

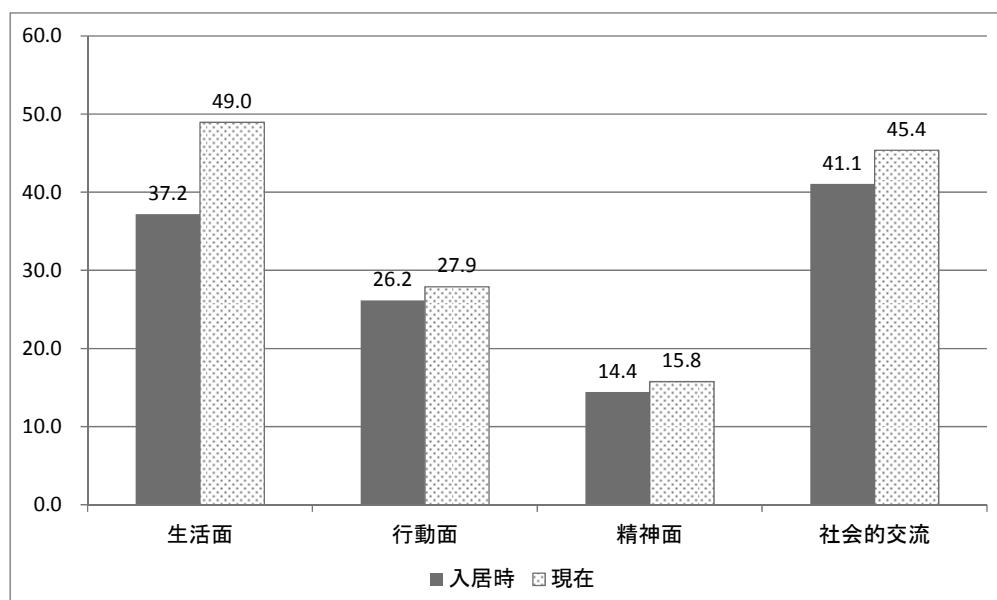


図 91 入居時及び現在の入居者の観察事項（全体）

② 利用年数との関係

利用年数別での観察事項の変化幅を整理し、利用年数との関係性をみてみると、次のグラフのようになった。

重度化の傾向が顕著であった生活面は、利用年数が長くなるに連れ、その傾向が明らかとなっており、利用年数との相関性が非常に高い。

また、生活面に次いで重度化の傾向を示していた社会的交流についても同様に、利用年数との相関性が見られるが、社会的交流に限っては、利用年数が1年未満の場合（つまり入居間もない時期）は重度化の変化の値が僅かにマイナスとなっており、若干改善する入居者も少くないようである。

重度化の進行がそう大きくはない行動面・精神面については、利用年数が3年までは利用年数との関係もある程度は見えるが、4年以上になると3年よりも重度化の進行幅は小さくなっている、利用年数とは僅かながら逆相関の関係になる。

【問 30-1-1～3】

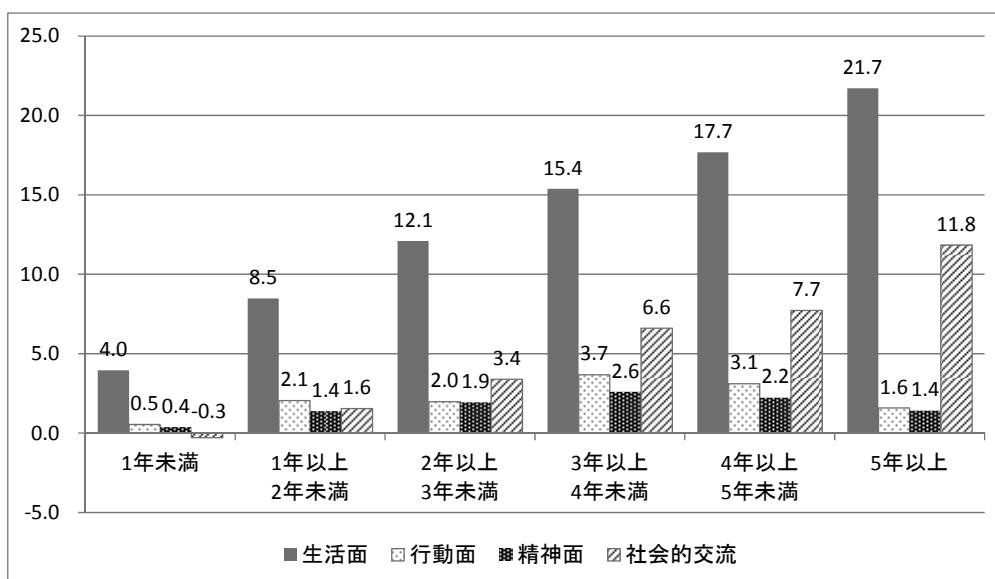


図 92 入居時及び現在の入居者の観察事項（利用年数別）

③ 入居時の要介護度との関係

要介護度との関係を見ると、観察事項とスコアとの相関性があることから、入居時に要介護 1 の入居者と入居時に要介護 4 の入居者を比べると、入居時・現在いずれも、また 4 つの面全てにおいて、入居時に要介護 4 の入居者の方が比較的重度（スコアが高率）であることが窺える。

一方、入居時に要介護 1 の入居者の方が変化の幅（スコアの増加幅）は大きく、要介護度が低い方が重度化の進む余地が大きいようである。

また、入居時に要介護 4 の入居者は、行動面では平均して現在の方がやや改善、精神面では平均して入居時と現在との変化はないという結果が出た。既に入居時から要介護 4 であり、入居後も生活面での（身体的に）重度化が更に進むことから、BPSD が減少した入居者も含まれていると推測される。

【問 30-1-1~3】

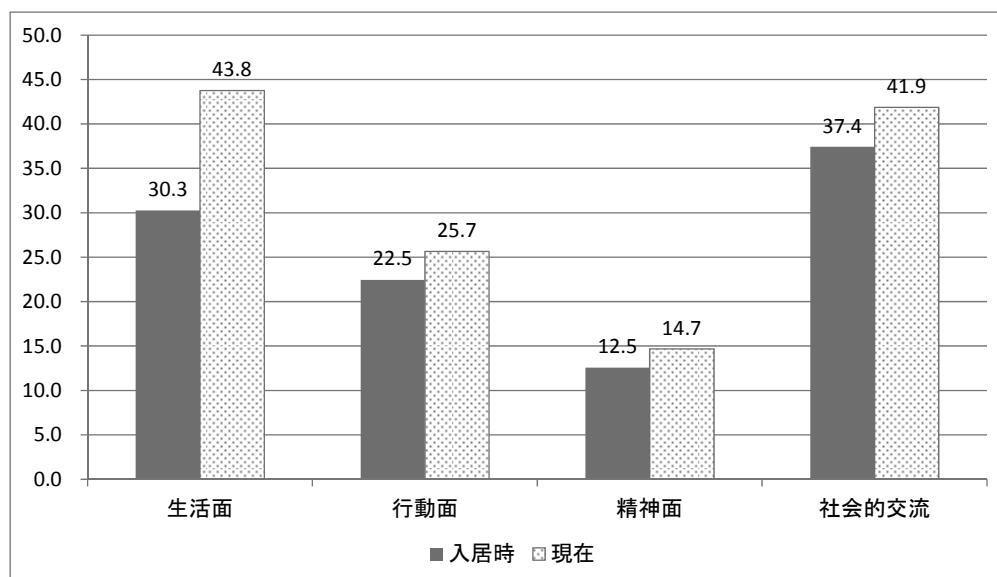


図 93 入居時及び現在の入居者の観察事項（入居時＝要介護 1）

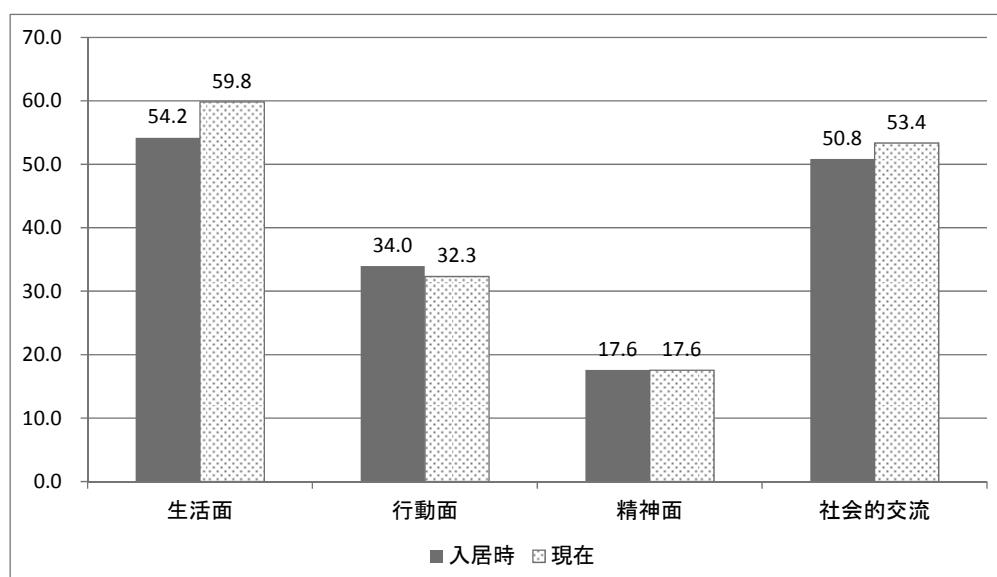


図 94 入居時及び現在の入居者の観察事項（入居時＝要介護 4）

第3章 事例調査結果

1. 調査の目的

アンケート調査による統計的な結果で整理を行った場合、他の介護保険施設の要介護度等と比較すると、認知症グループホームの場合は現場感覚にある深刻さよりも数値としては低めに出る傾向が見られる。よって、本調査では、認知症グループホームの重度化の実態把握として、特に介護の手間のかかる重度化の事例の確認を行った。

事例調査においては、全国のグループホームの参考となるような先進事例の整理、アンケート調査では把握できない複雑あるいは定性的な質問事項について詳細把握という観点も併せ持つこととした。

2. 調査方法

調査は、重度化対応に取組んでいる会員施設に対し、平成24年12月に統一様式を送付し、それを用いて直接記載し、返送して頂く方法をとった。よって、極力その内容や表現を尊重すべく、寄せられた事例の修正は、個人名・施設名等が特定される箇所、体裁の統一、表記方法等を除き、最低限にとどめている。また、所在地についても、北海道・東北地方、関東・甲信越地方、東海・北陸地方、中部・近畿地方、中国・四国地方、九州・沖縄地方として分類した。

その結果、本調査では、重度生活支援型の事例：10件、医療ニーズ対応型の事例：6例、看取り介護型の事例：8例、在宅復帰の事例：1例の計25事例が寄せられた。本調査報告では、そのうち12の事例を掲載するとともに、残り13の事例についても資料集に掲載することとした。

なお、掲載の調査結果については、倫理的配慮として、全て事例提供に際し家族に説明し許可を得ている。

3. 調査内容

本事例調査での調査事項は次のとおり。

- ・施設の概要
- ・事例の概要
- ・地域の特性と社会資源分布
- ・事業所の特徴
- ・利用者の重度化の変遷・本人の状況
- ・重度化した利用者への支援内容
- ・重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

4. 事例

本調査では認知症グループホームにおける「重度化」の実態を個別事例で把握したものである。

しかし、その重度化の内容については、(1)「主に認知症の進行による症状の重度化に伴う重度生活支援型」、(2)「主に身体状況の重度化に伴う医療ニーズ対応型」、(3)「ターミナル期を迎えたことからの看取り介護型」の傾向が見られることから、本事例調査でもそのように整理を行った。但し、実態としては認知症の重度化と身体状況の重度化によって医療ニーズが並行して発生することや、看取り介護では医療ニーズも発生する等、いずれも厳密に分けられるものではなく、結果として全てに対応している事例が多いことにも留意が必要である。また、一部では重度化した利用者の(4)在宅復帰の事例も見られる。

(1) 重度生活支援型

① 事例 1 (重度生活支援型) : 誤った対応が周辺症状を悪化させ、重度化となった例

施設の概要					
運営主体	社会福祉法人 (北海道・東北地方)				
利用定員	2ユニット 18名				
併設施設	指定居宅介護支援事業所・認知症対応型通所介護事業所				
事例執筆者	管理者				

■事例の概要

年齢・性別	80歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	IIa	認知症	M
主な疾病 : アルツハイマー型認知症（平成16年8月）					
主な生活歴 : 裁縫の学校に通う（編み物・縫い物が得意）。結婚前まで裁縫の仕事をしていた。24歳の時に結婚し、25歳で長男を出産。平成13年11月（本人69歳の時）、夫を亡くしてから、一人暮らし。知らない人を怖がるため、外には出かけず、閉じこもりの生活をしていた。長男夫婦が住む近隣県に住所を移し、平成16年9月にある他のグループホームに入居する（約4年間）。介護抵抗が激しくなり1ヶ月精神科に保護入院。その後グループホームに戻るが、異食や不潔行為が激しくなり退去を迫られ、平成21年4月に当グループホームに入居となる。					
経済状況 : 主介護者である長男夫婦の経済的支援あり。					
家族構成 : 長男夫婦と孫。一人暮らししが無理になり市内のグループホーム入居。					

■地域の特性と社会資源分布

本市は、県の中央に位置し、稲作や雑穀、りんごの栽培が盛んであり、温泉も観光資源になっている。空港や新幹線、高速道路が整備され交通の便は良い。平成18年の市町合併により人口は約101,500人となった。現在の高齢化率は27.1%。

■事業所の特徴

市街地ではなく、中山間地の丘の上に立地。四季の感じられる環境にある。認知症専門

のデイサービスと居宅介護支援事業所を併設。敷地内には地域密着型の特別養護老人ホームやショートステイ事業所、障害者の就労支援施設がある。障がい者と共に、田んぼや畠も作っており、農業を基盤にした暮らしがグループホームの日常を構成している。地域の祭りや行事等に積極的に参加するなど、地域になじむ活動も行っている。

また、法人として、オリジナルバンドの活動や、プロによる音楽や演劇、伝統芸能などに親しむライブやコンサートを開催して、文化的な発信にも力を入れている。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【入居前の様子】

○平成 10 年頃から物忘れが出現。

○平成 13 年、夫が他界。

○平成 16 年、アルツハイマー型認知症との診断。

夫を亡くして一人暮らしになった後、家に閉じこもる。ヘルパー派遣や宅配弁当等のサービスで一人暮らしの継続を考えたが、拒否が強く、一人暮らしはあきらめ、平成 16 年 7 月、当法人のグループホーム入居の申請をされる。待機中、同年 9 月に市内の他のグループホームに入居が決まり、当法人の入居申請は却下になった。

○平成 20 年 10 月 7 日(入居先のグループホームで、4 年目が過ぎた頃)

異食や不潔行為、居室での閉じこもりがあり、介護への抵抗が激しく精神病院に保護入院となった。リスピダール・アモバンが処方される。

○平成 20 年 10 月 20 日

本人が入院中に、長男が当グループホームの入居申請をされる。入居中のグループホームでの受け入れ拒否で次の行き先を探していた。

○平成 20 年 11 月

退院し、グループホームにもどるが、退去を迫られる。

○平成 21 年 3 月

転倒 顔面外傷 6 針縫合。

○平成 21 年 4 月 6 日

当グループホームに空きができるので、4 年いたグループホームを退去し、緊急的な状況を鑑み、当グループホームに入居となる。

【入居から現在までの 3 年 8 ヶ月間の変遷】

○平成 21 年 4 月 6 日入居～10 月 4 日までの 6 ヶ月間

- ・激しい異食：便を日常的に口にする（入居後 5 ヶ月までは、週に 2～3 回）。その他、トイレットペーパー、パット、タオル、毛布・シーツ、靴下、ぬいぐるみ、植木の土や茎、ゴミ箱の中の物、石けん、ハンドクリーム等。

- ・介護拒否：入浴・着替え・食事等介護全般に抵抗がある。

- ・閉じこもり：部屋から出ず、食事も部屋で摂る。入所当初、前のめりの姿勢で、顔を見せない感じ。ほとんど発語なし。たまに「ダメなんでしょ」と言う。

○平成 21 年 10 月 4 日入院(1 ヶ月間)

- ・昏睡状態・嘔吐で入院。原因不明。認知症の進行か、てんかん発作ではとのこと。

○平成 21 年 11 月 4 日退院

- ・今までの精神薬の処方を止めて様子を見る。退院以降、時々異食はあるものの、か

なり精神的に安定した生活を送る。

○平成 22 年 4 月以降（入所 1 年経過）

- ・異食はほとんどなくなる。介護への抵抗は時々あるがかなり協力的。リビングに出てきたり、他の人の居室にも入るなど行動と範囲が広がっていく。

○平成 23 年 1 月以降（入所 1 年 10 ヶ月経過）

- ・異食は全くない。介護に対する抵抗はなく、自分の主張がはっきり表現されるようになる。ほぼ毎日リビングで過ごし、食事も 3 食リビングで食べる。行事や外出・食にも参加し、楽しめるようになる。
- ・現在はリビング全体が見渡せる位置のソファに座り、守り神のように存在している。

■重度化した利用者への支援内容

【開始期 痛々しい姿と激しい周辺症状】

入居時、顔を伏せ怯えるようにうずくまっていた。入居当日、顔面外傷の痕が生々しく、紫色の内出血が顔半分に広がっていた。髪の毛は伸び放題で、洗髪もしていなかった。腰を 90 度曲げて歩く異様な姿に職員も息をのむほどだった。

入居時、長男に「何か心配なことは？」と聞くと、「ただただ、便のことです。壁に塗りたくるのが一番困っている」と不安そうだった。入居初日の本人の凄まじい形相と家族の憔悴した表情が痛々しかった。

【激動の日々】

怯えや不安、不信が拒否や暴力に繋がっていると感じた。会話は通じずコミュニケーションはできない状態。本人の気持ちの安定を第 1 に考えた。居室からほとんど出ないので、物音や気配を感じながら、全面受容からのスタート。

○異食：便を口にする

異食を止めると「何なの！」と激しい抵抗にあう。入居当初の 4 月から 6 月の間はほぼ毎日便を食べた。排便感覚の有無、排便のリズム等の把握はしたが、予防に躍起になつて対立的になるより、異食後の対応が本人と関れるチャンスと捉えた。ガムやチョコレートを差し出し、物々交換をお願いした。恭しく便をいただいて交換が成立し、緊張が緩んだところで、お茶を渡し、口をすすぐ。失敗すると指をかまれたり、頭やみぞおちにパンチが飛んできたり、脛に蹴りを入れられる悪戦苦闘があった。そのうち関係ができてくると、「歯見せて下さい」とか「歯医者さんです」という言葉だけで口を開けてくれるようになった。やがて、便をコップやお皿に載せてくれたり、手のひらに載せてスタッフを待ってくれるようになった。次第に「お願いね、きれいにしてね」との言葉も聞かれるようになり、スタッフと本人との関係が深まるのと平行して便の異食は減り、1 年 2 ヶ月で異食はなくなった。

○閉じこもり：部屋から出てこない

当初は 3 食を居室で摂り、他の人との接触はなかった。スタッフは食事やおやつを運び、部屋でやりとりをしながら寛ぐ時間を作るよう心がけた。そのうち不安や不信も和らぎ、口癖も「だめでしょ？」から「いいよね！」に変わった。やがて布団やシーツを部屋から運び出したり、トイレからトイレットペーパーを引きずるなど、仕事モードになった。ある日パレードのイメージで皆の注目を浴びながらのリビングデビューをした。次には他の居室にも向かい、時にはベッドに潜り込んだりと行動範囲が広

がった。利用者同士でぶつかり、手が出ることもあったが、閉じこもりは解消された。

本人はある男性利用者と近しい感じになった。言葉でのやりとりはないが、一緒に並んで過ごした。その方も他のグループホームで異食・多飲水・奇声などの周辺症状が激しいとして精神病院に送られ、退院後当グループホームに入居になった経緯がある。その方との親和性により本人の居場所は不動のものになり、お互いの部屋の行き来が始まり、リビングのソファで一緒に並んで座る姿はおきまりの風景になった。

【繋がる・心開く】

本人と声かけによるやりとりができる、身体に触れる・・・そんな基本的なことができるまでの道程は簡単ではなく時間もかかった。怯えや、不安不信に包まれた心が回復していくには相当な時間を要する。しかし深刻な課題の裏には多くの発見があった。

○実は綺麗好きな人

ご飯の食べこぼしで部屋が汚れているのを掃除すると、ニコニコとうれしそうだった(整理整頓好き)。

○お風呂好き

お風呂の前を通りかかったとき「いい湯加減でお風呂が沸いていますよ」と声をかけると、そのまま湯船に向かった。長風呂でなかなか上がらない。(清潔好き)

○おしゃれ

色彩の明るい洋服に目を輝かせる(整容や衣服への関心)。トイレでの排泄ができると嬉しそうだったり、かつての介護拒否の内容のほとんどは、本人が生活の中で大切にしていたことそのものだった。

○繊細さと情の深さ・感情豊か

閉じこもりは、繊細さや深い情があるからこそだったかもしれない。前述の男性利用者との親和性は、言葉ではない繋がりや、心の「痛み」に深い次元で繋がれることでなりたった。反面、気にくわない時は、ぴしゃりと否定に入る。新人スタッフは愛の鞭(ビンタやキック)をもらうことがある。見せかけの社交的な言葉や行動に対して敏感で、媚びることをしない潔さが、格好いいとスタッフにも人気がある。

【癒やしの存在に】

スタッフの誰もが「癒やしの人」と語る。リビングでみんなを見守ってくれている姿に安心し励まされる。笑っても、怒ってもリビングは盛り上がる。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

【間違った対応が周辺症状を悪化させた典型】

管理、命令、指示では認知症者を深く傷つけ周辺症状を悪化させる場合がある。あくまでその人への深い理解と、気持ちに添った対応が大切。スタッフは異食行為そのものに囚われない態度で臨み、むしろそれによって本人と関わるチャンスと捉えた。異食は本人とスタッフが繋がれる数少ない通路だった。異食は1年2ヶ月に及んだが、その間、表情や周囲との関係性は劇的に変わっていた。それに支えられたと思う。当初処方されていた精神薬も必要でなくなり、薬が抜けて会話や活動が豊かになった。

劇的な変化を遂げた今は別人の様に表情も出て、周囲とのやりとりも面白い。新人スタッフを鍛え、グループホームを支える立場にもいる日々の活躍を記録していきたい。

②事例2（重度生活支援型）：ホーム内に複数重度者が生活することによるスタッフの負担増

施設の概要	
運営主体	特定非営利活動法人（中部・近畿地方）
利用定員	2ユニット18名
併設施設	無し（但し、近隣に同法人系列のグループホームがある。）
事例執筆者	法人理事長

■事例の概要

年齢・性別	78歳・男性	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	B1	認知症	IV
主な疾病：脳梗塞 高血圧症 認知症（アルツハイマー型と脳血管性の混合型）					
主な生活歴：					
大手重工業会社の現場中間管理職を定年退職後は悠々自適の生活であったが、隣接地居住の弟と、自身の長男の相次ぐ急死でかなりのショックを受ける。その後の平成18年3月脳梗塞発作で高度医療機関に入院。四肢不全麻痺（+）、仮性球麻痺（+）、認知症（+）の状態で4月10日退院。その後は通所介護サービスを受けるも、本人に病識が無いため受け入れられない事が多く、家庭での介護負担は大きかった。キーパーソンの妻が介護疲れからの急病で急死。いよいよ在宅介護が無理になり、当グループホーム入所となる。					
経済状況：本人の厚生年金並びに預貯金が充分にある					
家族構成：長男と妻が相次いで急死。長女は別の県に居住。隣接地に弟家族が居るが、弟も急死。					

■地域の特性と社会資源分布

本市は、地区の中でも生活、文化、学術、医療などの社会資源にも恵まれた環境であり、人口約13万人の中堅都市である。市中心部は古い集落で、人口構成上高齢化率も全国平均より高い地域がある。半面、市の東部や北部に新興住宅地があり、市全体で見れば高齢化率は21.6%である。本市及び隣接都市は高度医療機関に恵まれ、かかりつけ医として民間医療機関も多数開業されている。在宅訪問診療医も内科系、歯科系共に複数開業されており、地域包括ケアの推進には、この上ない環境といえる。

市内には6つの生活圏域毎に「地域包括支援センター」があるのをはじめ、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム等の介護施設もほぼ地域に見合って配置されている。地域密着型サービスもほぼ充足している。

■事業所の特徴

当グループホームは、本人や家族より依頼があれば、可能な限り看取り介護まで行うことを基本方針として、「認知症高齢者の重度化に対する対応の指針」を設けると共に、入居時において「看取り対応」等についても具体例を示しながら説明を行っている（医療連携体制加算、看取り介護加算の算定あり）。平成15年11月開所以来、平成18年7月に最初

のお看取りを行い、平成 24 年 12 月までに 10 人のお看取りを行った。同法人系列のグループホームも平成 14 年開所以来 10 人のお看取りを行った。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【入居～看取り介護までの経過】

平成 18 年 3 月 22 日脳梗塞発作により高度医療機関に入院治療。

4 月 10 日退院となるが、四肢不全麻痺(+)、仮性球麻痺(+)、認知症(+)が残る。四肢不全麻痺による運動機能障害は殆ど認められない程度である。仮性球麻痺による嚥下障害は軽いものの、大食漢で搔きこむような食べ方が誤嚥を引き起すリスクは大きかった。また認知症は中等度で、退院後は週 3 回の通所介護を受ける。若い上に体格が大きく食欲も旺盛、飲酒等入院前の生活上の習慣の多くが高血圧や脳梗塞の既往歴から制約される。しかし認知症による病識が無い為、その制約が受け入れられない状態であり、大声で怒り出す事も度々あり、妻の介護負担は大きかった。

同年 7 月、キーパーソンの妻が急病にて急死された事に因って、1 年も経たない内に長男と妻、それに何かと手助けしてくれた隣の弟も亡くなった。その結果キーパーソンは長野県在住の長女一人だけとなって在宅介護が困難になった。居宅介護支援のケアマネジャーの勧めによって同年 8 月長女からの相談を受け、9 月 6 日当グループホーム入所となる。

入所当初より近時記憶には著しい障害が認められた。本人に病識が無い為、自宅があるのに何故ホーム入所しなければならないのか説明しても理解できず、一人での外出や自由な行動が出来ない事にいら立ちを示し、それを発端に大声でスタッフに当たる場面が多くあった。特に小遣い銭、食事量、飲酒等への不満が訴えの大半であり、自身の年金・預金等を娘さんが管理している事が理解できず、スタッフが預かっていると思い込んでトラブルになる事が多かった。

また入所から 2 年間程度は性的欲求があり、当初は自室で自慰行為により欲求を処理できていた様であるが、次第にうまく処理できないようになって、逆にいら立つ事が多くなかった。いくつかの BPSD は孤独感からの逃避行動かも知れないと予測を立て、家族カンファレンスを実施して親族の訪問回数や、電話回数を増やして頂いた結果、次第に性的行動は終息していった。同時にストレスが溜まらない様に散歩や魚釣りを企画して実行してきたが、当初は意気込むが、長続きせず、次第に訴えも少なくなってきた。

平成 21 年(入所後 3 年目)以降は、スタッフが散歩に誘っても拒否をしたり、日中リビングでの傾眠や、次第にリビングに出ている事も拒否する事が多くなった。

平成 22 年 3 月頃より、歩行状態が悪化。抗不安薬セディールを減薬するも歩行状態は改善しないままであった(その後セディールは中止)。同時期に顔面神経麻痺が発生した為、医療センターを再診。頭部画像検査の結果、明らかな梗塞や出血は無いとの診断で、服薬治療により 2~3 カ月後にはやや改善したが、認知症は明らかに進行している事が判明した。当初は脳梗塞が原因の脳血管性認知症であったが、当ホーム入所後本人の状態や記憶障害等の症状からアルツハイマー型認知症との混合型を疑っていたので、御家族には確定診断の為に認知症専門医の受診を勧めていたが、本人が病院や検査を嫌がる事から承諾が得られていなかった。

平成 22 年夏ごろより、著しく尿失禁が多くなると共に、発語も極端に減少。夜間入

眠後の覚醒時には、ふらつきが目立ち、起き上れない事も多くなって来た為、就寝スタイルをベッド対応にするも、ベッドからの起き上り方が判らない等、失行状態も徐々に目立つ様になってきた。以後の対応の為にムンテラを実施した結果、親族の総意でホームでの看取りを望む事が確認された。

平成22年11月頃より臥床時間が長くなって体力低下も急激に進行し車イス対応となつた。嚥下状態悪化と食思低下によって、急激に全身状態が悪化していった。12月になって、一日中起き上れなくなり、平成22年12月12日御親族やスタッフに見守られて息を引き取られた。

■重度化した利用者への支援内容

【重度化移行期（入所後2年目～3年目）】

本人の体調並びに精神症状に変化が出来てきた頃である。入所後2年目頃まで比較的頻繁にあった、イライラする事や易怒性に対する対応を協議する家族カンファレンスを実施。孤独感や疎外感の解消を目的に、親族（長女と兄弟3人、亡くなった弟家族）の協力を得て、頻繁な面会、電話によるコンタクト、ホームスタッフによる魚釣りや散歩、スタッフとの奥さんや息子さんの墓参りの外出等が功を奏し、イライラする事や易怒性が次第に治まってきた。

しかしながら、逆にそれまで可能であった活動も次第にできなくなつて來た。特に本人にとってプライドを保つことができない様な企画（脳トレパズル、魚釣り、道具を使う手伝い）は中止して、散歩など簡単な企画に変更し、活動性だけは維持しようとしたが、次第にそれも拒否する様になつてきた。

【重度化進行期（3年目～4年目）】

認知症が、明らかに進行して重度化した頃である。活動性は低下したが、本人は単独行動をしたいのが本音である。体格が男性の中でも大きい方であり、身体介護が多くなると介護スタッフの負担は一気に大きくなつて來た。

歩行状態も悪化していき、ふらつきによる転倒リスクが大きくなつて來たので、介助歩行をするようになるが、180センチ、90キロ近い男性を150センチぐらいの女性スタッフでは転倒の予防にならない等の問題が出てきた。特にエレベーターの無い当ホームは、階段の上り下りが大きな負担になつてきた。エレベーターの設置は構造上無理なので、階段昇降機を設置した。また居住階が2階であったので、同階の風呂の段差の完全解消工事を行って入浴用車イスでそのまま入浴出来る様に改修をした。

歩行状態が不安定になつてきた事から、抗不安薬を中止したが、殆ど改善しなかつた。顔面神経麻痺が同時期に発生した為、医療センターへ再診するも、明らかな梗塞や出血を認められなかつた。眼科検査では白内障に因つて右目の視力はほとんど無いが、左目に若干視力が残つてることから、手術はしないことになる。精神科専門医の診断は無かつたが明らかな認知症の進行の上に、視力の低下が明らかになつたため、生活の全ての範囲で介助をする事になる。

【重度化後（4年目～ターミナル前）】

視力低下、嚥下障害の著明化、歩行不良等の為、食事、口腔ケア、排せつ、入浴、更衣など全てに関してスタッフ2人介助で当たる事になつた。しかし体格はあまり変化無

く、大柄で体重も重いままであった。意思伝達や意味理解が困難となった上に、食事や排泄等の行為で失認・失行が多くなり、立位の保持が出来ない為に女性スタッフには体力的に相当の負担であった。

今後の対応の方針決定の為に、親族（長女と兄弟4人）に対して、主治医と当ホームからインフォームドコンセントを実施した。がんなど苦痛を伴う疾病は幸い無かったが、おそらく誤嚥性肺炎あるいは、摂食不良や多臓器不全を呈した老衰が予測されること。延命を考えるなら、今すぐ医療機関への入院が必要なことが主治医より伝えられた。親族全員の総意として、かねてからの希望通り、当グループホームでの看取りの希望があった。当ホームからは、今後は24時間短時間間隔で様子観察をすること、但し、いつ何時呼吸が停止しているかも知れること等を伝えて同意を頂いた。本人に大きな変化が予測される頃には、同室で親族の付添宿泊を許可した。

【看取り期（平成22年12月）】

意識がある時間帯は、出来る限りリビングで活動性維持に努める職員の努力に御家族からは感謝の言葉が度々あった。12月22日親族に見守られて静かに息を引き取られた。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

【本事例の対応の特徴と、グループホームにおける重度化対応の課題】

この度の研究課題の事例として取り上げた本事例は、当法人の2件のグループホームの中では典型的な重度化事例である。当ホームと同法人の系列グループホームの両ホーム共に、看取りの実績としては、それぞれ10件（両ホーム合わせて20件）を経験している所から、看取り介護は、看取り経験されていないグループホームほど負担には感じていないのが現状である。

ある介護専門雑誌に執筆を依頼されて書いた事があるが、当法人の管理者やスタッフは、入れ替わりが比較的少ないせいか、殆どの職員が看取りの経験を持っている。その職員達は、「看取りは経験を積むと不安はなくなるが、ADL低下に伴う転倒の恐れが高くなった利用者の歩行、嚥下障害が出てきた利用者の食事や飲水、服薬の介助、不眠や昼夜逆転による不穏の伴う認知症の重度化が一番精神的な負担となる」と言うのである。当法人、当ホームのスタッフ研修や勉強会での話題は、むしろその看取りの時点に行くまでの重度化移行期の問題が殆どである。だから本事例の「利用者の重度化の変遷・本人の状況」、「重度化した利用者への支援内容」の内容も、看取り部分は非常に簡単になっている。

同じ要介護4や5でも、寝たきりの方が多い特養の要介護4や5と、認知症がありながら、なるべく活動性を落とさない様に、その人らしい生活を支援しようとするグループホームの要介護4や5では、遙かにグループホーム利用者の方が介護時間や手間も掛かるのである。その様な事例が、たった1件ではなく、2ユニット18人のホームで半数近くになった経験からの問題提起である。

本事例と同年の平成22年の1年間に、ホームでは6月に1件、8月に1件、本事例が12月で、合計3件の看取りを経験した。またその年は、姉妹ホームでも4月に1件、8月に1件、11月に1件の看取りを経験した。しかしながらその時は、介護現場では想像する程の混乱や疲労感はなかったと思う。むしろ運営上、経営上次から次へと空室が

出来て、新入居までに 1 カ月以上費やせば、その間の介護給付費が減収となることが痛手であった。実際現場が大変だったのは、その前年までであった。ターミナルケアに至る過程においての入居者の変化に対応するため、介護計画の変更とカンファレンス会議が続き、御家族とのインフォームドコンセントが続き、重度化の過程で医療機関への受診が続く。その他の入居者の入院や転所も重なり現場が大変疲労感にあふれていった。それでも頑張れたのは御家族、御親族様からの感謝の言葉を聞くたびに、気持ちを新たにして頑張る事が出来たのである。そして現在はその余波の厳しい現実が再び現れて来ている。

前述の通り、平成 22 年には、ターミナルケア ⇒ 看取り ⇒ 空室 ⇒ 新入居の繰り返しがあったことから待機者が無くなり、逆に市内の居宅介護支援事業者に空室案内をしなければ、入居者が見つからない状態であった。その様な背景から、本来なら精神科医療施設対応が相当と考えられる対象者でも入居して頂いた事、またこれだけ重度化された認知症高齢者を介護してきた実績の自負から、いきなり要介護 5 の方でも入居して頂いた事により、一挙に重度介護者比率が高まってしまった。その結果平成 23 年～平成 24 年に掛けて、現場では再び複数の重度者介護に追われる状態になった。職員・スタッフの頑張りだけで、この難関は乗り越えられないかも知れないと、急遽介護スタッフの増員を図って対応する毎日である。しかしながら平成 24 年 4 月の介護保険法改訂に伴い、グループホームの介護給付費が減額された事が、今後の運営・経営に大きな課題として残る事は容易に予測できる状態である。

③事例3（重度生活支援型）：全体的な老化、要介護度の重度化、認知症状の進行

施設の概要	社会医療法人（中部・近畿地方）
運営主体	2ユニット18人
利用定員	介護老人保健施設、通所リハビリテーション、ケアプランセンター、ヘルパーステーション
併設施設	
事例執筆者	計画作成担当者

■事例の概要

年齢・性別	94歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	C1	認知症	IV
主な疾病：糖尿病、脳血管性認知症					
主な生活歴：教師をされていたご主人の間に、1男4女に恵まれる。専業主婦であり、習字を教えたり、手芸も好きで、たくさん作品を作られている。一方老人会の卓球クラブに参加、活発でもあった。認知症発症後、子ども様の顔を全く忘れられているが、当ホーム入所後も年3回ぐらい子ども様と外食されたり、ホームでも家族様の写真を見て頂き、家族とのつながりを大切に援助する。また字には関心強く、本読み、計算ドリルなど取りくまれている。					
経済状況：遺族年金					
家族構成：長男夫婦と同居していた。					

■地域の特性と社会資源分布

本市は当事業所も含めてグループホーム8ヶ所、小規模多機能型居宅介護事業所が5ヶ所、介護保険施設3ヶ所、特別養護老人ホーム5ヶ所が存在する。高齢化率約22%であるが、デイサービスなど福祉サービスが多い。

■事業所の特徴

平成13年1ユニットで開設、平成24年増設し、2ユニット体制である。社会医療法人が運営、介護老人保健施設を併設しており、医療、福祉の連携がご家族に安心されている。恵まれた自然環境の中でホーム全体が穏やかでゆったりとした雰囲気である。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【入居からの本人の状況】
・平成11年(81歳) 認知症出現。デイサービス利用開始する。
・平成21年(91歳) 在宅にて認知症状の進行。昼夜を問わず介護が必要になる。散歩時家の場所が分からなくなり、當時家族が付き添う。本人は散歩に執着があり、家人の制止を振り切り、何度も外へ出て行く。排泄は定時的に介助、夜間は2時間おきに家族が介護しないといけない状態となる。ショートステイ利用を開始する。
・平成22年(92歳) 当グループホーム入所。「実家へ帰ります」と訴えがありながらも、介護拒否なく入居生活は問題なく開始する。かかりつけ医の受診は家族にて実施される。糖尿病、血圧管理、排便コントロール等を実施し、体調安定にて過ごされる中、

認知症状は進行していく。動作の認識できず、介護拒否が出現してくる。

- ・平成 24 年(94 歳) 食事中嘔吐、発熱にて受診する。血圧低下、血糖値低下で入院となる。入院中、熱発繰り返し、嚥下力低下、点滴治療続く。日常生活自立度 C1 と判定される。病院ケースワーカーから、療養型病院転院も可能との話が出たが、家族の意向は「もう一度グループホームで生活させてほしい」とのことであり、38 日入院後に帰所される。

【退院後の本人の状況】

- ・要介護度 3→5 に変更となり、自力による体動は困難となる。ADL は全介助、食事ミキサー食となり、嚥下を確認しながら 1 時間を要す。入浴は併設施設の機械浴が利用可能である。体調がよい時は、声かけに返答し、時には笑顔がある。食事前後はリビングルームで過ごされる。定期的に家族と共に受診する。退院後 3 ヶ月の現在は、食事完食、熱発なく安定した元気な日々を継続中である。

■重度化への支援内容

【入所時】

- ・平成 22 年 3 月 29 日入所。92 歳。要介護度 3、日常生活自立度 J2、認知症老人日常生活自立度 III a、長谷川式スケール 0 点。入所当時、「実家（出身地）に帰ります」と出口を探される。「今日はここで私と過ごしましょう。一緒に休みましょう」という職員の返答に安心されるが、また繰り返しをされる。トイレの場所分からず、他の方の部屋へ行くため、職員が手をつないでトイレへ向かう。「ありがとう」と言われ、トイレ一連の動作は自力、石鹼で手洗いされる。施設の周囲を散歩されたり、ベランダに出て、「うわー、きれいなあ。家ではこんなん見られへん」と喜ばれる。レクに参加し、歌集を持って歌われたり、本もしっかり読まれる。家庭でされていたジグソーパズルを完成するまで取り組まれる。興味のあること、家庭でされていたことを日常生活で継続する。ご自分の手提げかばんは離さず、どこへ行くにも手放さず、トイレ、浴室にも持っていくが、訂正せずに関わる。職員の顔を覚え、大きく名まえを表示した自室を認識、約 1 か月後には、戸惑いなく安心された表情にて過ごされる。

- ・平成 23 年 入所 1 年後。動作の認識出来なくなる。職員の介助に抵抗される。

食事) お箸を持って振り続ける。止めようとする怒る。

入眠時) 長時間手を振り続ける。

異食行為) ティッシュペーパー、消しゴム、水のり

トイレ時) 便座に座らず、職員を払いのける。立ったまま動かない。

入浴) 浴槽から出ることに強い反発。

しかし・・

食事) 職員が「おいしいよ」と献立説明しながら一緒に食事する。食器を持っていただく。食べること認識されるとスムーズに食事摂取可。

トイレ) ペーパーを持っていただくと綺麗に畳まれ、動作思い出され自力にて可。

入浴) お湯をすぐう。顔を洗う。タオル手渡し、洗身していただく。衣服前後を確認していただくと装着は自力で行われる。

習字) 筆を振り続けるが、説明を繰り返し、素晴らしい出来栄え。

音読) 抑揚をつけて読まれる。

このように、認識されるまで、時間をかけて関わり、自力動作開始を待った。

- ・平成 24 年 8 月 食事進まず半介助開始。咀嚼力弱く、刻み食。おかゆに変更。嘔吐 2 回。便秘発症。水分補給に努め、食事無理なき様に、体調観察する。
- ・平成 24 年 8 月 22 日 热発、食欲がなく受診。血压低下、血糖値低下で入院となる。入院中は熱発を繰り返し、食事摂取が困難となり点滴治療が続く。主治医から全体的な老衰と診断される。退院が遅れ、病院ケースワーカーから、療養型病院入院のアドバイスをされるが、家族から「もう一度、グループホームで過ごさせてやりたい」と希望され、9 月 28 日退院となる。

【退院後】

- ・要介護 3~5 へ変更、日常生活自立度 C1、認知症老人の日常生活自立度 IV となる。
- ・食事は車いすにてリビングへ向かう。呼びかけながら、ミキサー食を嚥下確認しながら全介助し、1 時間かけて完食される。声かけに笑顔があるが、返答なし。体操やレクの時は、出来るだけリビングで過ごしていただく。職員は常時顔を見て声かけする。
- ・退院 2 か月後 食事中に食器に手が伸び、自力摂取する時もある。入浴シャワー浴を実施する。職員の手引きに浴室まで歩かれることあり。ベッド移乗時は足の運びをみながら介助する。字には興味があり、音読されることもある。家族面会時、「やっぱり、グループホームへ帰ってよかった」と一安心される。
- ・退院 3 か月後 グループホームでおでんパーティーを行う。おでんを見て、「わー、美味しそう」といわれる。おでん一品ずつミキサーにかけ、小皿を並べると自力で食べられ、表情活き活き。日常生活の音、匂いを感じ、食の喜びを感じる生活を援助しながら、体調安定の日々は継続中である。他利用者さんも一緒になって声をかけ、笑顔があり、利用者同士が家族のような暖かみは職員の喜びにつながっている。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

老衰により、重度生活への展開は、どなたにおいても起こりえる。味噌汁のにおいを感じ、日々の暮らしのたたずまいの中において、過ごされるほど幸せなことはないと考える。それが、グループホームならではのケアではないかと思う。

グループホームの職員は日々の何気ないかかわりのセンス、力量が求められる。当グループホームは事例の方以外、暴言、徘徊、幻覚、妄想は日常見られている。現在ターミナルケア対応の方も入所されている。職員は入所の方の思いを否定せず受け入れ、その人の良さを引き出した生活援助に努めている。他の方の不安をまねくことなく、笑える場面へ展開、共同生活はいつも明るく過ごされている。

BPSD を問題ととらえず、認知症という病気であること、生活歴から知るその方の個性として受け入れ、ごく普通の生活継続援助は介護の力量が必要である。新人職員は「難しい」と、精神的ストレスが伴う。チームリーダーはスタッフに負担なき様に配慮しながら、自信が持てるようアドバイスが必要である。そして、人員的にもゆとりのある介護力も必要であると望んでいる。

④ 事例 4（重度生活支援型）：役割を持って頂くことで暴力がなくなった例

施設の概要	社会福祉法人（九州・沖縄地方）
運営主体	2 ユニット 18 名
利用定員	同一敷地内に 1 ユニットのグループホームと特定施設入居者生活介護
併設施設	
事例執筆者	管理者、計画作成担当者

■事例の概要

年齢・性別	91 歳・男性	日常生活自立度			
要介護度	1	寝たきり度	A1	認知症	IIIa
主な疾病：脳血管性認知症、脳動脈硬化性人格障害、虚血性腸炎					
主な生活歴：郵便局、電話局、家具屋、警備員など様々な仕事を経験されている。趣味として読書、釣りが好きであった。妻とは平成 18 年に死別。					
経済状況：厚生年金、主介護者である長男夫婦の経済的支援もある。					
家族構成：長男夫婦、孫二人					

■地域の特性と社会資源分布

市の総人口は、昭和 50 年代に 5 万 3 千人という時代から、基幹産業である木工業の不振の影響により、今日まで総人口の減少に歯止めがかかっていない。平成 23 年 9 月時点で総人口は 3 万 7 千人と未だ減少傾向で推移している。特に年齢階層別にみると 15 歳未満の年少人口が、平成 18 年から 23 年の 5 年間で 15.5% の減少に対し、65 歳以上の老人人口は 6.0% 増加しており、少子高齢化が進行していることがわかる。高齢化率は平成 23 年度は 28.1% で国より 4~5%、県より 5~6% 高めで上昇している。

市内には特別養護老人ホーム 2 事業所（定員 137 人）、介護老人保健施設 2 か所（定員 164 人）、介護療養型医療施設 2 事業所（定員 16 人）、グループホーム 8 事業所（定員 129 人）、特定施設入居者生活介護（含む・介護予防）2 事業所（定員 48 人）、有料老人ホーム 2 事業所、軽費老人ホーム 1 事業所、高齢者向け住宅 2 事業所、養護老人ホーム 1 事業所、デイサービス 9 事業所、認知症対応デイサービス 1 事業所、デイケア 3 事業所、訪問系サービス等が複数存在している。

■事業所の特徴

当法人の理念は、①利用者の立場に立った経営・運営を行う、②サービスの向上のため職員の知識・技術の向上に努める、③家庭的雰囲気・環境を作る、④地域や家族との結びつきを大切にする、⑤利用者の安心のため元気なお年寄りの健康増進からターミナルケアまで一貫したサービスを行う、としている。

理念の⑤を実現するために、地域のニーズに合わせて基本的に介護サービス事業は総て持つという基本姿勢を取っている。したがって利用者の状態の変化に合わせて法人内での利用場所の変更、住み替えの変更を検討している。

その中にあってグループホームは、認知症高齢者の有する能力を可能な限り尊重し、ケアすることを基本理念としている。介護保険制度が開始される以前の認知症に対する概念

は介護現場での試行錯誤の取り組みと産学官共同の研究の取り組みにより大きく変わった。

当法人のグループホームでは、拒否者以外は全員に“学習療法”を実施している。具体的には、簡単な読み・書き・計算を支援者とのコミュニケーションを通して実践し、前頭葉を活性化させようというものである。前頭葉の活性化は情緒の安定、感情のコントロール、意欲、コミュニケーション能力、ADL、他者への配慮、短期記憶等々を改善、向上させることが12年間の取り組みで実証されてきた。各機能の向上は認知症高齢者の残存機能を引き出すこととなり、引き出された残存機能を活用した“役割探し”“役割作り”という次の展開、つまり個別ケア計画と実践を行う一連の仕組みを構築している。この“役割”は、まず自分の事が自分で出来ることから始まり、他者の為に役に立つ“役割”を生み出すというものである。

グループホームは全て平屋作りということで、生活を五感で感じるよう施設周辺の緑に囲まれた環境作りや季節の花植え、野菜つくり、季節の行事など多くのグループホーム同様の生活プログラムも実施している。

■本人の変遷・本人の状況

【老健入所からグループホーム入所までの経過】

- ・平成元年 急に変な事を言い出す、妻に対して自分の思い通りにならないと、言葉での攻撃が始まる。近隣医療機関を受診し老人性精神病、性格変化との診断を受ける。その為、自宅での介護が困難となり、同年3月～平成12年5月まで通所介護サービスを利用した。状態改善がみられず、再度近隣医療機関を受診するが、結果、老人保健施設を勧められ、平成13年6月7日に当法人の老人保健施設へ入所となる。
- ・平成13年 介護老人保健施設一般棟に入所となる。入所当時、ADLはほぼ自立、要介護1であった。
- ・その頃より、他利用者に対する暴言、暴力、口論といった行為がみられる。別表にもあるように、粗暴な言動は年ごとに顕著に増加していることが分かる。具体的には他利用者が読んでいる新聞を取り上げる、車いすを無理に引き出す、杖で叩く、時には他者に負傷を負わせるまでの行為に及んだ。対処として、本人は家族の面会を心待ちにされていることから、妻子に状態を説明し、面会の協力を依頼する。又、趣味である歌のレクリエーションといった支援的療法をとりいれ、精神の安定を図っていった。さらには協力医と相談し、精神安定剤が投与され、状態に応じ調整がなされた。しかし、執拗な訴えがひどく、平成13年6月から精神安定剤（グラマリール）が增量（毎食後1錠から毎食後2錠）となった。結果、食べこぼしが目立つ様になり、一旦中止となる。その後も執拗な訴えと自己中心的な言動が目立ち、平成14年3月より精神安定剤（朝、夕各1錠）再開となった。
- ・平成16年 平成14、15年と行為に変化はなく、一般棟での対応が困難と判断され、認知症専門棟へ移動となる。ADLはほぼ自立、要介護1であった。精神安定剤も增量（朝、夕各1錠から毎食後1錠）となる。移動となった後も暴力、暴言等に変化はなかった。その都度、職員が仲裁に入りして気分転換を図り、本人が安定できる環境の調整を行った。粗暴さを目の当たりにしている妻は精神的に落胆されていたため、妻子への心理的援助も実施した。
- ・認知症専門棟で6年過ごされたが要介護度1は維持できており、ADLもほぼ自立に近

い状態であった。残存機能を見極め、自宅での暮らし方に似た生活環境を提供することで暴力行為も軽減できないかと判断し、グループホームへの住み替えに至った。

■グループホームでの支援内容

【平成 22 年、5 月 29 日入所】

- ・要介護度 1、ADL は失禁なし、便秘薬服用（ひどい便秘症）失便あり（便意あり）。
- ・入居時、周りを見渡し落ち着きがない為、家族の写真を飾ったり、馴染みの茶碗、箸、湯呑など持参してもらい、居住環境を整えた。しかし、食事の際にエプロン、スプーン、おしほりなどの要求があり、こだわりが決まっている様だ。歌を歌ったり、家族の写真を見せたりと穏やかに過ごされる。また、他入居者の誕生会では、「ハッピーバースディ」を歌い、披露する姿もみられた。BPSD では、暴力はないものの、暴言、大声は時折みられたが、施設入所時と比較すると軽減している。このことにより何らかの役割を持たせ、それまで築き上げてきた生活習慣を可能な限り取り戻すことができないかと考えた為、「学習療法」を開始することとなった。
- ・8 月より学習療法開始する。FAB : 6 点、MMSE : 22 点。音読教材、計算教材を始める。学習への意欲も見られ、問題なく進めていく。時には他者の計算問題を答えたりする。学習療法を生活に活かす意味から、季節の認識、月日、曜日の認識、時間の認識を目的に、毎朝パブリックスペースにあるホワイトボードに日付を記入してもらうことと、自分が入浴した日をカレンダーに記入することを本人の役割とした。

【平成 23 年 1 月】

- ・要介護度 1、ADL は失禁なし、便秘薬服用、失便あり（便意あり）。
- ・入居後 8 か月が経過。BPSD の暴力は全くない。暴言は時折聞かれるが、精神状態としては安定してきた（精神安定剤内服中）。日課としていた日付の記入は毎朝の日課となり、自ら実施できた。この頃より「丸ボーロを買いたい」と自分の要求の訴えができるようになる。スーパーへ買い物に行くと、迷う事なくマルボーロを手にし、支払いする事が可能であった。自身の誕生日が近くなると、心配する様子があった。その裏には、自分は食べないでもいいが、「他の人にケーキをやらないといけない」との言動がある。他者への暴力が耐えなかった方に思いやる気持ちが戻ったと考える。誕生日当日には「盛大な誕生会を開いてもらい、ありがとうございました」と言い、「誕生日カードは部屋に飾りたい」との言葉が聞かれた。

【同年 8 月】

- ・FAB : 7 点、MMSE : 26 点
- ・ホワイトボード記入の役割と、自分が入浴日した日をカレンダーに記入するという自己管理は継続出来ている。
- ・お茶の後のカップを台所へ運ぶ、洗米、トレイ拭きも本人自らの申し出にて役割として取り入れた。

【平成 24 年 1 月】

- ・初詣に行き、翌日には参拝の話と新年の挨拶を出勤する職員にされる。また、自宅へ外出する際には排便を自ら気にし「薬は飲まない。」と訴えがあった。自身の誕生

会では、自らお詠いを挙げ、「北国の春」など数曲を歌う。他にも、他者が見たアルバムを元の位置に戻したり、「テレビを見らんね」と他者に声をかけるという労わる気持ちが表現できるようになっている。

【平成 24 年 11 月】

- ・要介護度 1、ADL は失禁なし、便秘薬服用、失便あり（便意あり）。
- ・入居し、2 年 6 か月が経過。BPSD としていた暴力は全くない。暴言は時折聞かれる。精神状態としては安定している（精神安定剤内服中）。グループホームでの生活により、毎日決まった時間に起床した後は、テレビ、ラジオを聴き、日付、ニュースを次々と話し、日常生活スタイルが確立されてきている。

【同年 8 月】

- ・FAB：9 点、MMSE：22 点、学習療法継続。
- ・役割は前述したものに加えて、自己管理プログラムとして、洗濯衣類をタンスにしまう事を取り入れている。

	介護度	FAB	MMSE	行動（学療、日常生活）
学習開始 平成 22 年 8 月	1	6	22	情景文を読んで昔のことを話す。日常生活では自己管理の意識を持つ
平成 23 年 8 月	1	7	22	他者の学習風景を見て答えを教える。学習するのを待ちきれない。他者を労わる気持ちが出てくる。
平成 24 年 8 月	1	9	22	日付、時間は腕時計を見て答える。自分の日常生活スタイルの確立。

■対応の特徴及び今後の展開

周辺症状の一つである粗暴な言動が、老人保健施設からグループホームに移り住んだことで激減していることが別紙資料からも明らかである。ベッド数 100 の大型施設から 9 人の小規模のグループホームに環境が変わったことが、BPSD の減少の要因であることは容易に理解できる。しかし環境の変化だけが要因だろうかという疑問も残る。BPSD の多かった介護老人保健施設とグループホームの違いはもう一つ、あえて言うなら“学習療法”が加わったことである。学習療法の目的とその活用は前記“事業所の特徴”的欄で記しているとおりである。脳の活性化⇒コミュニケーション⇒残存機能の発見⇒役割探し⇒役割作り⇒自信の取戻し⇒ニーズの訴え（自己表現）⇒自己存在の肯定…等々、これらのサイクルをスタッフとの二人三脚で構築してきたと考える。

具体的にはで本人の几帳面な個性を、毎日の日付の記入、手帳の記録、洗濯物の箪笥への収納等の毎日の習慣化、そこに寄り添い承認のスタッフのサインは自信と精神的安定、他者への暴力・暴言の消失を超えた他者への気遣いへと変化していった。更には「丸ボーロを買いたい」というニーズの訴えが出来るようになる。テレビのニュースを見てそれを話題にして他者に話しかけるなどの社会性をも取り戻せている。

平成 13 年から同法人の老人保健施設で始まった生活だが、グループホームに移ったことで大きな変化があったことと、介護度が 10 年変わっていないことは事実である。ただ一つ残っている課題がある。老人保健施設入居中はまれであった失便が、グループホームでは重症の便秘からくる排便のコントロールが出来ていないという事実である。この課題の解決を急がなければならない。

(別紙資料) 11年間の周辺症状の数値的推移

年度 (平成)	要介 護度	ADL(問題点)	余暇活動	暴言大声 奇声口論 (年間)	暴力(倒す、 叩く、蹴る) ※看介護録 より抜粋 (年間)	精神安定剤 内服状況 ※看介護録 より抜粋
13	1	独歩	節分、もちつき、 外出、外泊	3回	1回	グラマリール毎食後 1錠内服中だったが 毎食後2錠へ食べこぼしが目立ち一旦中止。
14	1	杖歩行	バスハイク、 民謡ショー	5回	3回	グラマリール朝、夕1 錠再開
15	1	〃	バスハイク、運動会、 家族による外出、 外泊	35回	5回	
16	1	〃	家族による外出、 バスハイク	32回	10回	グラマリール毎食後 1錠ご増量
17	1	〃	観音参拝	40回	10回	
18	1	〃	家族による外出、外泊、 バスハイク、お茶会	24回	5回	
19	1	失禁(自覚あり) 3回	外出、外泊、 コスモス見学	20回	11回	
20	1	失禁(自覚あり) 3回 失便 1回	菊花展、観音参拝	25回	5回	
21	1	失禁(自覚あり) 27回 失便1回	舞踊ショー、誕生会で お詫びを挙げる	23回	8回	
22 (老健)	1	失禁13回 失便 2回		2回	6回	
5/29 より グループ ホーム	1	失禁 0 回 失便 21回 ※排便困難ため、便秘 薬服用 便意あるが間に合わず	※学習療法開始 ◎個別ケア 日付け書き(季節、月日、曜日 認識の為)トレイ拭き、洗米	5回	なし	安定剤継続中
23	1	失禁 0 回 失便 17回 ※上と同じ	◎白板ボード書き、トレイ拭 き、洗米	4回	なし	
24	1	失禁0回 失便18回 ※上と同じ	◎白板ボード書き、1人での新 聞講読 畑作業 買い物	4回	なし	

(2) 医療ニーズ対応型

① 事例 5 (医療ニーズ対応型) : 入居から看取りまでの 12 年間～介護保険施行と共に過ごしたグループホーム生活を終えて

施設の概要	
運営主体	医療法人（北海道・東北地方）
利用定員	3 ユニット 27 名
併設施設	介護老人保健施設、通所リハビリ、居宅介護支援事業所
事例執筆者	管理者

■事例の概要

年齢・性別	85 歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	B2	認知症	M
主な疾病：脳血管性認知症、糖尿病、高血圧症、便秘症					
主な生活歴：					
B 市にて、7 人兄弟の長女として誕生し、高等女学校卒業後 B 市の税務署に勤め、他兄弟がそれぞれ実家を離れてからは、1 人暮らしをされていた。57 歳で退職し、その後、茶道や華道・料理教室等の習い事をしながら、趣味である食べ歩きをされていた。					
経済状況：本人の年金					
家族構成：結婚歴無し、自宅にて 1 人暮らし					

■地域の特性と社会資源分布

本市は人口 18 万人の中心都市で、高齢化率は 25.6% となっている。市内には当事業所も含めてグループホームが 45 ヶ所、デイサービスが 46 ヶ所（うち、認知症デイは 9 ヶ所）、デイケアが 16 ヶ所、居宅サービスは福祉系のサービスが多い。介護保険施設は、介護老人福祉施設が 11 ヶ所、介護老人保健施設が 10 ヶ所、介護療養型施設が 3 ヶ所存在する。この他、民間事業者による有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護等の整備が進んだことに伴い、訪問介護等や短期入所等の利用が大幅に伸びている。

■事業所の特徴

当ホームでは、認知症高齢者の重度化ケアに対し、本人や家族より依頼があれば可能な限り看取り介護まで行うことを基本方針とし、入居時に看取りに関する指針を利用者家族に提示している（平成 19 年から医療連携体制加算、看取り介護加算の算定有り）。

同一敷地内に 3 ユニットのグループホームがある他、老人保健施設や通所リハ等がある。市内に系列施設が多く、訪問看護、通所介護、通所リハ、居宅介護支援、サービス付き高齢者向け住宅等の事業所を運営している。学校法人として医療福祉系養成校があり、当ホームにおいても実習生受け入れや地域の中学生等の施設体験学習等の受け入れをしている。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【入居～退去までの経過】

- ・平成 10 年 自宅にて一人暮らしをしていたが、食生活や健康管理等が難しく独居困難となり、近隣市のケアハウスへ入居される。軽度の認知症症状があり、インスリン注射の自己管理が出来ず毎朝・夕、併設病院へ通院していた。
- ・平成 12 年 徐々に食事や服薬、インスリン注射をしたことを忘れ、スタッフや家族への電話で何度も同じ事を聞く等、短期の記憶障害が目立ち、当グループホームへ介護度 1 で入居。入居直後から帰宅欲求が強く、興奮、徘徊等 BPSD への対応も必要だった。血糖のコントロールや便秘症もある為、食生活や下剤等の見直し、毎食後の服薬や毎朝・夕のインスリン注射への対応、全身の保清や臀部のかぶれ等の処置等の対応をした。年 2 回程度は自宅に帰り、兄弟付き添いで病院通院や外食、馴染みの美容院でパーマをかけられていた。
- ・平成 15 年 認知症症状も進行し介護度 3 となる。盗食行為や排泄後の後始末が不十分で、トイレの場所が判らなくなる等場所の失見当が出現、ユニット 3 へ移動となる。
- ・平成 17 年 ADL 全般に介助を要し、介護度 4 となる。手づかみ摂取や、他入居者様のお膳に手を出す盗食行為が頻回に見られるようになる。職員が促さないと歩行せず、活動能力が全般的に低下、便秘症悪化の為、排便のコントロールが必要となる。
- ・平成 17、18 年と同ユニット内で生活されていた他入居者様が転院先の病院にて結核と診断されたことにより、濃厚接触者全員（入居者、職員）が、市内保健所にて年 1 回の結核健診が必要となる。
- ・平成 19 年 下肢筋力が低下され、転倒をきっかけに手引き歩行等で対処してきた。座位バランスも悪くなり、前屈姿勢からの転落等も見られていた。自発的発語も減少し、食事の摂取意欲も低下し全介助となる。体温調節が難しく、更に衣類や環境整備が必要となる。部分入れ歯の損傷もあり歯科受診への付き添いも数回続いた。
- ・平成 22 年 介護度 5 となる。体位変換が必要となり歩行困難な為、車椅子を使用し、長時間の座位保持困難と褥瘡防止の為、自室でのベッド臥床時間を設ける。手足の拘縮も見られマッサージを施行する。浴槽内への出入りも困難となり、シャワー浴にて清潔保持に努めていた。自歯の抜歯も顕著となり、部分入れ歯の使用も中止とする。日中はトイレ誘導にて対応し、毎回腹部マッサージにて排尿を促し、排便も朝・昼の漢方薬処方や宿便 2 日目から下剤等にて対応し、宿便 7 日目で看護師が摘便していた。
- ・平成 24 年 夏頃より食事・水分量の低下が顕著となり発熱が続いた為、病院を受診する。数日間通院し検査や治療を受けた結果、肺炎、腎盂腎炎や腫瘍等複数の病気が見つかる。精密検査には体力的にも難しく治療も困難であり、ご家族様から「最期はグループホームでお願いできないだろうか」との相談を受け、主治医、看護師達の協力の下、37 日間、看取り期の支援を行った。

【看取り期に入ってからの本人の状況】

- ・1 週間程、これまで通り車椅子使用にて共用スペースで食事を摂り、他入居者様やスタッフと共に過ごされていたが、経口摂取が難しくなり、点滴 3 本キープの指示を受けてからは、自室にて安静臥床しエアーマットを使用することになった。週 2 回の全身清拭の他、毎日の陰部洗浄等も開始する。居住環境は、BGM としてラジオや CD を

かけ、好きなぬいぐるみを枕元に置いた。兄弟達はそれぞれ離れた他市におり、頻回には面会に来られない為、スタッフが巡回も兼ね、点滴や本人の状態把握に努め、訪室時は必ず話しかけるよう努めた。

■重度化した利用者への支援内容

【入居前の準備期】

- ・ 1ユニット9名の入居者様に対し介護職員7名（うち管理者兼務）で、開設当初は看護師を配置しておらず、併設の診療所と療養型施設へ毎朝・夕のインシュリン注射施行の為に付き添うスタッフが必要となり、業務の見直しを図った。並行して、摂取カロリーのコントロールを、主治医や併設施設の老健施設の管理栄養士の助言のもと行った。皮膚疾患もあり、入居後の注意事項や処置の方法について、助言を受け、入居に備えた。

【入居後3年間（重度生活支援+医療ニーズ対応）】

- ・ 每朝・夕食後、併設の療養型医療施設へスタッフに付き添われインシュリン注射を施行する。入居直後から帰宅欲求が強く、窓から外に出ようとする、各部屋のドアをこじ開けようとする等興奮状態があり、他者とのトラブルが見られたため、しばらくはスタッフが1人付き添い対応した。
- ・ 整容や清潔に無頓着で、衣類の重ね着、汚れた衣類でも構わず着用する、洗濯物を出さずタンス等に隠す、発汗が多い為に本人より異臭が有り、皮膚疾患が悪化し患部の観察や処置、衣類等の管理対応が1ヶ月ほど続いた。周囲の入居者様の理解もあり、徐々に施設生活にも慣れてからは、自分の時間を過ごし、新聞や本等を読み、共用スペースでは他入居者様と歌を歌われ、自発的に家事作業等の手伝いをするようになる。食事やおやつの摂取量もコントロール出来、臀部の皮膚疾患も治癒傾向にあり、病院の受診も家族が中心に付き添っていた。

【ユニット3への移動後4年間（重度生活支援+医療ニーズ対応）】

- ・ 平成15年4月に2ユニットを増設し、計3ユニット27名に対して18名前後の介護職員が対応、日勤帯は各ユニット3名前後、夜勤帯は3ユニットに対し2名の配置となりケアにあたる。
- ・ 認知症が進行し、服薬したことを忘れ、食事も早食い傾向となる。食べ終わった直後から食事の訴えが頻回になり、他入居者様の食事等に手を出す行為により、周囲との関係がこじれユニットを移動する。毎日確認していた排尿・排便の回数も答えられなくなり、トイレ等の場所が分からなくなる。排泄後の後始末が出来ず、随時・定時トイレ誘導をする事により、排尿・便量の把握と臀部のただれ等の悪化防止に努めた。宿便3日目で下剤等対応、6日目でグリセリン浣腸にて対応した。病院への付き添いもスタッフが行ない、徐々に兄弟と外出する機会も減少した。

【看護師配置後の5年間（複合的重度化への支援）】

- ・ 平成19年4月に常勤看護師1名が配置となり、医療全般の他、受診の付き添い、毎週1回のBS測定等健康管理を充実させた。つまずきや転倒が目立ち、短距離は手引き歩行、長距離は車椅子での移動となる。食事に対する認識の低下により、スタッフ

が付き添い時間をかけ自力摂取を促し、その後介助にて食事・水分量の確保をした。

- ・体温調節も難しく特に夜間の寝汗が頻回で、衣類や温・湿度の調整がより一層必要となる。部分入れ歯の損傷等により、近所の歯医者へ年数回通院する事になるが、看護師1名だけでの付き添いでは困難な為、介護職員と2名での対応となる。高齢に伴い数年後には自歯が抜けると、義歯も使用できなくなり、ご家族様と総入れ歯作成等の検討もしたが、自歯が数本残っており、長期間の通院・治療は困難であると判断し、食事形態の工夫で対応する事にした。内服薬の飲み込みも悪くなり、オブラート使用も困難で、薬にとろみをつけ対応する。立位が困難となってからも看取り期までは、日中のみスタッフ2人でのトイレ誘導を続け、腹部マッサージによりトイレでの排泄を心掛け、臀部のかぶれ防止に努めた。

【最期の37日間（看取り介護）】

- ・平成24年4月、各ユニットに夜勤者1名の配置が義務づけられ、職員を増員する。体調を崩し協力病院へ受診、検査結果後グループホームの主治医と身元引受人である弟夫婦が話し合う機会を設け、更にグループホームで出来る対応を説明し、状況の把握と他兄弟達で話し合う時間を数日間設けた。「本人の苦しみを長引かせるようなことはしたくない為、延命処置はしない。但し、今後本人に痛みが伴うことが有れば、痛みを取り除く処置をして貰いたい。」との家族の意向を確認した。「ここ（グループホーム）には約12年間、その前のケアハウスも含めると約15年間、ここの人達（法人全体）にお世話になってきた為、私達兄弟よりも家族のように思っているだろうから、本人にとっても良いだろう。」との思いを聞かされた。
- ・主治医からは、栄養剤を含む点滴の指示があり、点滴3本を24時間施行する為、グループホームの看護師だけでは困難であり、医療行為等を併設の老人保健施設の看護師と連携を密にした。兄弟の面会も増え、その都度本人の様子や処置・対応等について細かく説明をし、ケアプランにサインを頂いた。一度、状態が急変してからは点滴の効果もあり、BS（血糖値）の変動もなく、定期的に排便もあり、穏やかに過ごしていた。この頃から、エアーマットを使用し、褥瘡予防に努めた。
- ・終末期に入ると、血圧低下が認められ、医師や併設老健の看護師、家族とも連絡を密に取り合った。兄弟の親戚等に不幸等が続き、面会に来られない日が数日間続き、電話にて状態説明が行われた。最期は、呼吸状態が急変し、血中酸素飽和濃度低下が認められ、酸素3リットルを開始する。家族へも連絡を取り、面会に来られ状態報告後、いったん自宅へ帰られる。明け方の巡視時、呼吸停止を確認。医師・家族・グループホームの看護師等に連絡し、死亡確認する。ご遺体は、改めて引き取りに来るとの事で、その後出勤して来たスタッフもお別れをした。これまで施設で撮り溜めた写真と共に、主治医や併設老人保健施設のスタッフ、各ユニットのスタッフらに見送られ死亡退去された。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

【本事例の対応の特徴と医療ニーズ等対応へのグループホームの課題】

- ・本事例は、2000年4月の介護保険施行の年に開設した当グループホームへ入居され、12年間という長期にわたり、重度生活支援・医療ニーズ対応・看取り介護を提供し

てきた事例である。開設当初、看護師は配置しておらず、毎朝・夕のインスリン注射施行や定期的な BS（血糖値）測定が必要な利用者様の受け入れには、スタッフや連携していた併設施設看護師達の中で様々な議論が有った。また、これまで利用者やご家族様のニーズに応えるべくこれまで BPSD の緩和・改善や医療ニーズとの連携を模索し、看取り介護の現状とこれまで沢山の事例と向き合ってきた。

- ・高齢に伴い、身体・運動機能等低下により医療の必要度は益々高くなり、特に認知症の方は、危険予知の低下によりヒヤリハットや事故が多くなり、感染症など罹患したりする割合が高くなる。グループホームで働くスタッフにとってケアの提供者全てが認知症の方であり、一人ひとりの尊厳を守りながら、個々に合わせたケアと暮らしのサポートを日々実践していくなければならない。しかし、認知症ケアの特性により、職員が受け止めなければならない心身の負担感は大きく、グループホームケアの延長線上にあるとはいえ、重度化対応や看取りケアの支援は相当に大きい職務であるといえる。
- ・事業所としても、看護師を配置により医療充実の為、低額とは言えない医療物品購入により経費が増え、それに加え看取りケアに必要な備品購入や環境整備の費用負担が大きい。今後、介護保険における福祉用具の貸与や、介護タクシー等利用の医療提供体制の整備が必要ではないかと今回の事例を通じ痛感したところである。利用者・事業所・介護者の負担が今後少しでも軽減される制度作りを懇願する。

②事例6（医療ニーズ対応型）：最期まで自分の口で食べられるように

施設の概要	医療法人（関東甲信越地方）
運営主体	3ユニット 27名
利用定員	介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護
併設施設	
事例執筆者	計画作成担当（介護支援専門員）

■事例の概要

年齢・性別	女性	日常生活自立度					
		要介護度	5	寝たきり度	C	認知症	IV
主な疾病	：アルツハイマー型認知症、うつ病						
主な生活歴	：24才の時に結婚、医者の妻として主婦業に専念、二人の娘を出産。30代、義母の介護に努める。50代の時に現在の町に移転、二人の娘も嫁ぎ、御主人と二人だけの生活となる。60代、坂道が多く戸締りが面倒な現在の家をいやがり、シニアマンションの転居希望が強くなる。70代、親しかった叔母二人が相次いで他界。以後「うつ」状態となりこの時CT検査でアルツハイマーと診断される。更に認知症が進み、家族介護が困難となり平成15年グループホームに入居。						
経済状況	：年金及び貯蓄						
家族構成	：夫、長女（市内に嫁いでいる）次女（次女は、遠方に嫁いでいる）						

■地域の特性と社会資源分布

周囲は、里山の緑に囲まれ、川のせせらぎには、多くの野鳥が集い近くにある菜園では、土に親しむ事が出来る。そして、隣接する保育園からは、元気な子供達の声が間近に感じられる心休まる環境にあり、すぐ近くにはニュータウンがある。社会資源としては、隣接する場所に介護老人保健施設や医療機関がある為、医療連携が有り支援体制が整っている。

■事業所の特徴

当グループホームは介護老人保健施設を母体に併設型グループホームとして市内ではじめて誕生した。認知症になっても、その方らしい豊かで明るい生活を最期まで送れることなどを理念とし、認知症高齢者の重度ケアに対し、本人や家族より依頼があれば可能な限り看取り介護まで行う事を基本方針とし、利用者家族に提示している。開設11年を迎える現在までに21名の看取りを行っている。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【入居～看取り介護までの経過】

- 平成12年 夫と二人暮らしをしていたが、親しくしていた二人の叔母が相次いで他界した為、うつ状態になり病院に入院する。CT検査の結果アルツハイマー型認知症と診断される。
- 平成15年 ホームヘルパーを入れ、二人暮らしを続けてきたが、夫も高齢の為、家族介護が困難になりグループホームに見学に来られる。本人もグループホームを大変気に入れられ、家族、本人の希望にて、平成15年に入居される。

- ・平成 17 年 認知症が進行しすべてに対し、自発的行動が見られず介助が必要となる。食物を口の中に溜め込む事が見られるようになり、特に水分が飲み込めず、むせてしまう事が出てくるようになる。
- ・平成 18 年 ADL 低下及び、摂食嚥下障害による誤嚥性肺炎の疑いがあった為、病院（口腔外科）を受診する。口腔外科医師より「胃ろうの手術」を考えた方が良いとの指示があったが、夫が外科の医師であった為「自分は、何人もの認知症患者に胃ろう手術をしてきたが、自分の妻は胃ろうにしたくない」との思いが強く「口から最期まで食べて欲しい」との要望があった。グループホーム、医師、ご家族、管理者、責任者と話し合いを持ち、自然な状態にて最期までグループホームの一員として過ごして頂くよう「急変時における対応の同意書」を交わす。医療連携のもと、口腔外科医の月に一回の往診と内科医の二週間に一回の往診を行うようになる。食形態の工夫や補助具を使用することで、平成 22 年まで経口摂取が可能となり、安定される。
- ・平成 22 年 むせ込みが多くなり、口腔からの摂取が難しくなる。現状を話すが、夫の思いは変わらない為、再度「病状変化にともなう確約書」を交わす。
- ・平成 23 年 ゼリーの飲み込みも悪くなり一日水分 100 c.c. がやっと摂れる状態になる。経口からの摂取を中止し、点滴を行う。何かあった場合には、医師、看護師が駆けつけてもらえるよう、在宅療養支援診療所と「24 時間の医療連携体制」を整える。
- ・平成 23 年 4 月 医療、看護と連携を取り誕生日を迎えることができ、誕生ケーキを 2~3 口召し上がる。
- ・平成 23 年 5 月 静かに永眠される。

【本人の状況】

- ・グループホーム入居時は、手引きで歩行出来、大好きな歌も歌う事が出来ていたが、認知症が進行し、すべてに対し、自発的な行動が見られず介助が必要になる。失語がある為、言葉が出ないが「うへん」と感情を表すことが出来ていたが、だんだんと言葉も出なくなり食事も口腔内に溜め込んでしまう事が多くなる。特に水分が飲み込めず、むせてしまう事が多くなる。
- ・微熱が続き、口腔外科専門を受診する。摂食嚥下障害による誤嚥性肺炎の疑いがあり、胃ろうにする事を勧められるが、「胃ろう手術はしたくない」という夫の強い気持ちがあった。そのため、「口から食べて頂くには、どうしたら良いか」各専門分野の意見を取り入れた介護計画を立て、それをもとに取り組み、医療・看護・介護等のチーム連携で最期まで経口摂取でき、5 年 1 ヶ月をグループホームで過ごすことが出来た。

■重度化した利用者への支援内容

【準備期】(2 ヶ月)

- ・外科医であった夫の「自分の妻には胃ろうにしたくない」との思い。グループホームで本人が元気で生活されていた時に「ホームで自然に最期をむかえたい」という思いを尊重した。具体には、介護職は安全に経口摂取して頂くにはどの様な方法が良いのか？を、医療との連携を持ちながら、口腔内の仕組みや摂取嚥下の研修会に参加したり、職員勉強会を開き、食事を本人の舌の動きや、飲み込み方を良く観察し、職員が実際に介助食を補助具で実際に食べてみる事で、食事形態の工夫や食事介助の仕方を

考え、介護計画を立てた。

【開始期】

- ・食形態は副食（ソフト食）、主食（おかゆ）は、酵素を入れる事で喉にべたつきが残らないように作る。水分は、市販のゼリー（介助食）では、軟らかすぎてむせ込んでしまわれる所以、ゼラチンを利用して飲み込みやすい硬さに調整した。ゼリーは、毎日食べられる量だけ作る。
- ・口腔外科の医師の往診時には、飲み込みの状態を実際に聴診して頂き、座位姿勢での介助方法を医師と一緒に考え、実行する。又、二週間に一回の往診時には、内科医に肺の状態等を聞いて頂き、常にチームで取り組んだ。

【安定期】（4年と6ヶ月）

- ・補助具を使用し食形態を工夫することで、安定して食べることが出来るようになる。認知症の進行により、ADLが低下し座位姿勢が取れなくなってきたが、リグライニング車椅子を使用することで、体調の良い時には、フロアで生活するように対応する

【終末期】

- ・ソフト食等、形のあるものの口腔からの摂取が難しくなってきた為、内科医師に相談し、家族に現状を話すが夫や娘の思いは変わらない為、再度「病状変化に伴う確約書」を交わす。
- ・口腔外科の医師と話し合い、職員全体で介護計画の見直しを行い、カロリーの高い栄養補助食品をゼリーにする事で栄養状態が保たれたが、4か月後、ゼリーの飲み込みも悪くなり、一日100ccがやっと摂れるという状態になる。この間、「胃ろうにしたら、まだ元気でいられるのではないか。」と、家族(夫)の思いの変化が見られるようになるが、最終的には、当グループホームで4月の誕生日を迎えさせてほしいとの要望が出された。そのむねを内科医師に報告する。
- ・内科医師から「これ以上の経口摂取をする事は難しい」為、口からの摂取を中止する指示があり、点滴施行となる。本人の状態を観察し、経過観察表を付ける。緊急連絡網を職員全体で確認する。家族と連絡を密に取る。
- ・痰がらみが続いた為、医師、看護師と連携を取り、日中痰が絡んだ時に連絡し、吸引をする。夜間は看護師がいない為、出来るだけ夜勤者が一人になる前に、吸引をしてもらうようにする。職員は、訪室のたびに話かけ、大好きな歌（クラシック）をかけ、寂しくない様に対応した。口腔内を綺麗にし、体位交換のたびに、タッピングを行う。安楽に過ごせる様、室温に気を付けたり、花を飾り、居室環境を整えた。医療、看護と連携をとる事で、誕生日を迎えることが出来、最期に誕生ケーキを2~3口召しあがる事ができる。
- ・点滴が入らなくなり、内科医師からご家族に説明する。点滴を中止する。

【臨終期】

- ・朝方、呼吸が荒くなり脈も取れなくなった為、医師、管理者（看護師）、家族に連絡する。医師が、すぐに駆けつけて下さり、死亡の確認をする。「最期は延命治療をせず、自然に最期を迎えたい」と話されていた本人の思いの通りに、安らかにグループホーム居室にて永眠される。利用者、職員と最期のお別れをする。

- ・医師・看護・介護のチームで取り組んできた事に対し、家族（夫）が感謝の気持ちを手紙にしたため、涙ながらに読んでくださる。職員はチームで行ってきた、看取りケアの大切さを実感した。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・当グループホームは医療法人であり、在宅支援診療所と隣接する母体の老人保健施設には医師、看護師がいる為、随時24時間の医療連携が整っている。そういう点では、恵まれている条件である。
- ・介護職、は医療、看護の事は専門家では無いが、グループホームで常に利用者と接しているのは介護職である。そのためには、認知症の病気の事、特に認知症が進行した病状に対しての知識、技術を持つことが大切である。又、介護職はチームで動くことが必要になってくるので、同じ思いを共有し、一つ一つのことに対し取り組んで行かなければ「良いケア」は出来ないのではないかと考える。
- ・医療依存度の高い利用者の場合、医療との連携はもちろんのこと、(今回、胃ろう手術は行わなかつたが) 介護職による、痰の吸引、経管栄養（胃ろう、腸ろう）などの実施が必要となってきている。その為にも研修や介護職の質、技術の確保が重要であると考える。
- ・自分が医師であり、「胃ろうにしたくない」と言っていた夫でさえも、痩せていく本人を目の当たりにして、「本当にこれで良いのか？」と悩む事があった。それぞれ、専門職の立場で、家族の思いの変化をしっかりととらえ、話し合いを持ちながら、家族の思いを共有し、関係者で意志統一をすることが大切である。また、看取りを行うにあたっては、家族、職員のフォローが必要だと考える。

③事例7（医療ニーズ対応型）：「私も食べたい！」に応えるためのチームケア ～グループホームで経口摂取困難といわれた方のケア～

施設の概要					
運営主体	有限会社（九州・沖縄地方）				
利用定員	1ユニット9名				
併設施設	指定居宅介護支援事業所、認知症対応型通所介護（共用型）				
事例執筆者	管理者・計画作成者				

■事例の概要

年齢・性別	79歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	C1	認知症	IIb
主な疾病：左側頭葉皮質下出血（感覚性失語）、脳血管性認知症、大腿骨頸部骨折、胃切除後骨粗鬆症					
主な生活歴：子どもの頃は、父が転勤族で、熊本県内のいろいろな地域で暮らしたことがある。若い頃は、会社員で、タイプライターを打っていた。その後、専業主婦で、家のことや、障害のある弟の世話を頑張ってきた。夫死去後は、姉と2人暮らしだった。自宅では、犬を飼っていた。グループホーム入居前は、病院と小規模多機能ホームを行ったり来たりしていた。					
経済状況：年金暮らし					
家族構成：自宅で姉と2人暮らし					

■地域の特性と社会資源分布

本町は農山村で、住民は豊かな自然と共に暮らし、高齢者が農村を支えている。高齢化率は32%に達している。

社会資源としては、各小学校区に地域密着型サービスや介護保険施設を有する。医療関係については、郡部全体を含む当地域に在宅療養支援診療所は存在しない。そのため、一部の熱心な医師による訪問診療や訪問看護と連携している。地域では、診療所を運営する医師の高齢化があり、徐々に在宅を支援する医療機関の総数が減少してきている。

■事業所の特徴

当グループホームでは、認知症高齢者の重度ケアに対し、本人や家族より依頼があれば可能な限り看取り介護まで行うことを基本方針としている（医療連携体制加算、看取り介護加算の算定あり）。医療との連携では、毎月、内科医、歯科医の訪問診療を受けており、相談先として、隣町の精神科病院がある。

利用者の入居期間は数年～12年となっており、認知症の症状や身体状況が重度でも、利用者のニーズに合わせた対応ができるよう、医療との連携や重度ケアの研修に力を入れている。系列施設は小規模単体が多く、訪問介護、通所介護（小規模型）、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、住宅型有料老人ホームなどの事業所を一市二町で運営している。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【グループホーム入居までの本人の状況】

- ・小規模多機能型居宅介護を受けていたが、転倒骨折し、入院を余儀なくされた。入院中、全介助、自力では体動が少なく、ほぼ寝たきり状態で認知機能の低下もあった。さらに入院中は、偽膜性腸炎があり、食事が入らず、経鼻経管栄養が開始された。入院期間は5ヶ月間に及んだ。退院時から小規模多機能ホームでは、経鼻チューブの自己抜去が続いていた。時折、奇声と共に「何か食べさせて」という食事に対する要望もあった。内科の主治医からは、現状では経口摂取は困難と言われており、看護師が少ない小規模多機能ホームでは対応が難しかった。
- ・その後、家族の希望で、1年前に、グループホームの入居となる。入居時、本人は身長141cm、体重27kgで、車いすを使用していた。車いすの自走などは、難しいようだったが、声は大きく、質問に「はい」「いいえ」で応えていた。自分のいる場所は、分からず、認定調査では、「ひどい物忘れがときどきある」と判断された。入居時は、発熱もなく、流涎等無かった。

【入居後の介護度の変化】

- ・グループホーム入居後、訪問歯科診療と連携を図り、嚥下内視鏡検査を用いた検査や法人内で研修を行いながら、経口摂取を開始した。利用者のニーズとその時々の嚥下状態に合わせた食事内容や暮らし方の工夫を行うことで、1年後には精神、身体機能とも向上が見られ、介護度5から介護度3に改善した。奇声や不穏な体動なども軽減した。最終的には、手引き歩行、食内容は、全粥軟菜刻みとなった。体重は30kgとなり、外出も可能な状態となった。

■重度化した利用者への支援内容

【入居時支援のプロセス】

- ・入居時、内科医の退院療養計画では、経管栄養は医師の指示のもと使用すること、経鼻経管の自己抜去認められるので、誤嚥性肺炎に注意すること、骨折後でありADL低下が心配されるのでリハビリを継続すること、内服治療を継続することなどの指示があった。
- ・ケア担当者会議において、病院に確認したところ、経管栄養になった理由としては、明確な原因は不明。経口摂取が困難となったためということだった。入居後も、本人は「食べたい！」と自己抜去を繰り返していた。家族は、「早く元気になってほしい。できれば口から元気に食べている姿をみたい。」と希望された。本人も徐々に活気を取り戻しており、流涎もなく、発熱もないことから、少量の嚥下は可能ではないかと判断していた。しかし、根拠がなければ、主治医の判断に任されるため、そこで、グループホームとして、本人や家族の気持ちを受け止め、訪問歯科医と連携し嚥下状態の確認を行い、食の支援を考えることとした。

【入居時の食事に関するプラン】

- ・本人のニーズ：おにぎりに梅干が食べたいわー！
長期目標：食事が安全に食べられる。

短期目標：誤嚥や吐き気に注意しながら美味しく食べられる。

- 具体的なケア内容としては、入居時から家族と相談し、口腔訪問歯科開始し、嚥下状態の確認を行う。

【入居～10日目のケア】

- 朝、夕食はエンシュアやカロリーゼリー、アイスやヨーグルトなどカロリーが高いもので対応、昼食はミキサー食。おやつも食事と考え、1日トータルで1000キロカロリーを目標に摂取してもらう。嚥下状態を観察。11日目～全粥、軟菜にて対応する。

【訪問歯科診療との連携】

- 嚥下内視鏡検査を実施してもらう。その結果、ミキサー食でなくても可。徐々に普通食への移行を目指し、お粥に軟菜で対応するよう指示あり。義歯の作成は、本人の拒否が強いため、中止する。このころ、法人内や事業所内の職員研修にて、嚥下訓練や口腔ケアなどの教育研修を行った。

【食事開始後1ヶ月の本人の状況】

- 毎食2/3～全量摂取。おやつ時や、食事の際に他の利用者の分に手が伸びたりする動作が目立ち始める。食欲があり、急いで食べたり、量が多いと、嘔吐がみられた（このころ、入居時より1kg増）。

【内科医との連携】

- 受診時、訪問歯科医より嚥下状態について情報提供。グループホームから、本人の食に対する欲求や嚥下の状態が改善してきていることを報告した。
- 内科医より、食欲がアップしたため、胃腸の働きを助ける内服薬を中止し、胃粘膜を修復する薬に変更。体重の増減の確認するようにとの指示があった。

【入居後2ヶ月目のケア】

- 相性の良い利用者の隣で食事し、配膳の段階で軽くよそい、訴えがあった時におかわりを食べてもらう。眼鏡を着用する。いつでも食べられるように、やわらかいおやつなどを準備する。一緒に台所で食事を準備し、味見、つまみ食いなど食を楽しむ。胃の圧迫を避けるため、背中を伸ばす、座位時の姿勢を注意するなどのケアを行った。
- この頃食欲はあったが、食後の疲労感あつたため、食後10分間程で、横になつてもらい、嘔吐がないか観察した。

【結果】

- 半年後、体重は入居時から3kg増。体力がアップし手引き歩行となり、外出し、自宅でおやつを食べたり、グループホームの仲間と、寿司やソバを食べたりと食を楽しむことができるようになった。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

【グループホーム特有の対応と考察】

本事例は、グループホーム入居前に、骨粗鬆症による骨折などで、身体機能が低下し、嚥下が困難になつても、経管栄養を拒否し、「食べたい！」と訴えていた事例である。入院期間中や、本来、在宅のつなぎである小規模多機能ホーム利用中には、経口摂取困難

という医師や言語療法士の判断があり、経管栄養のために体動も制限されていた。

そこで、グループホームでは、本人や、家族の食に対する強い意志を受け止め、食べる力を見極めようという目的を持ち、口腔歯科などの医療チームを含めたチームケアを行った。

その際、認知症高齢者は、身体状況や周囲の環境の変化に対して過敏であることから、食行動や、食欲の変化が生じやすかった。そのため、グループホームのチームアプローチとして、その時々の状態にあわせて食事内容や環境を整えた。その結果、経口摂取が可能になり、本人自身が活気を取り戻し、自己実現としての食を楽しめるようになった。

【認知症高齢者の食事ケアのポイント】

- ① 本人の表現の有無に関わらず、高齢者の生きる喜びとして、食は大切である。
- ② 高齢者は状態の変化によって、経口摂取が困難となっても、医療とケアが連携し、嚥下状態を科学的に正しく評価することで、経口摂取を再開できる可能性がある。
- ③ 認知症高齢者は、自身の状態の把握が困難であり、本人の状況に合わせた食への支援が必要である。

【国・地方自治体等への要望】

認知症高齢者の食事として、経鼻経管栄養は不向きである。認知症高齢者は、それぞれの医療行為に対する意味が理解しにくく、長期に経管栄養を行うことで、体動を制限され、廃用性の精神機能、身体機能の低下も生じやすくなる。さらに、現在の医療機関では、認知症高齢者が食に対する要望があったとしても、現場のリスク回避の観点から、安易に胃ろうを勧める傾向がある。

まずは、本当に経口摂取が不可能かについては、口腔歯科医療と連携し、検討を進めることが重要であり、全国的にその調査や、経口摂取、経管栄養、胃瘻などの時期の判断については、介護現場においても明確なマニュアル化が急がれる。

また、グループホームなどでは、重度の認知症高齢者や虚弱な認知症高齢者に対して、利用者の観察、時間帯を選ばない食事ケア、柔軟な食事内容などについて、適切で有効なケアが可能である。ただし、現場の教育と医療との連携には、充分時間をかけたい。そこで、現場の教育への資料提供や経済的支援（介護報酬への反映）をお願いしたい。

(3) 看取り介護型

① 事例 8 (看取り介護型) : ゴ本人、家族、私達の絆が繋がった喜び ～その日を自分で選ばれたような看取り

施設の概要					
運営主体	有限会社（北海道・東北地方）				
利用定員	2 ユニット 18 名				
併設施設	なし				
事例執筆者	介護支援専門員				

■事例の概要

年齢・性別	81 歳・男性	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	A1	認知症	IIIa
主な疾病 : 胃がん幽門輪狭窄、十二指腸ステント留置、左腎細胞がん、アルツハイマー型認知症					
主な生活歴 : 北方の島で生まれた。戦後 3 年間捕虜となった後、現在の所へ移住され、基幹産業の漁業を営んでいた。結婚後もご夫婦で自営業として、漁業を行いながら 1 男 1 女に恵まれるが、4 年前に娘を子宮がんで失った。仕事柄、豪快な性格をしており、認知症が発症するまでは、町内の別の場所で妻以外の女性と長く一緒に住んでいたことから、家族関係は良好ではなかった。					
経済状況 : 良好					
家族構成 : 長男ご夫婦、妻、孫 との同居					

■地域の特性と社会資源分布

本町は人口 5,800 人程度の小さな漁村で、高齢化率 23.7%、独居、老夫婦は過疎化に反して急激に増加している。

社会資源としては、当社が参入する平成 19 年 12 月（グループホーム開設）までは、泊まりの施設も無く、民間の訪問介護事業所・デイサービスが 1 カ所、社会福祉協議会の訪問介護・デイサービスが 1 カ所、医療体制としては平日の日中外来だけを行う町営の診療所（医師 1 人体制）が唯一の存在で、平成 24 年 7 月からは他市の医療福祉法人が、診療所を委託されたことで医療面での改善が大きくあるが、現実は 1~3 時間かかる設備の整った所まで行かなければ充分な医療が受けられない現実は継続している。介護現場も同様に、受けたいニーズに応えられる社会資源が不十分である。近況では、当社の参入によりハード面では体制が調いつつあるが、ソフト面での人材が全く不足している。

■事業所の特徴

当社の基本理念である、「家族と支え愛」を、経験のないスタッフが素直に理念に向かいながら、毎日の介護を生活としてとらえた結果、重度化していく利用者様に対しても、自分達が家族様と一緒に最後まで、との思いが自然と社風となり、地域の支えとなっている。

本社と当ホームの距離は、車で 3 時間程度かかる。運営状況、方針、指示の統一が困難な環境であるので、信頼し合う事を大切に地域ケアの拠点として活動している。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【利用～看取りまでの経過】

○1年前

- ・数年前から見られていた徘徊について、近所、友人等の協力があり、事故なく過ごされていた。同年胃がんを発症し、隣町の町立病院にて手術を受けるが、すでに末期のため、ステント留置をし、家族様の希望もあり積極的治療は受けず退院する。
- ・入院後認知症状が進み、徘徊～日常生活の理解が出来ないが ADL 自立の状況であった。家族介護の限界、元々病気になるまでは自宅に寄りつかなかった夫、父親に対し介護をする事の抵抗・・・家族としての愛情と「どうしたらよいのだろう」の葛藤が、突然ホームへ「教えて下さい」と来所されたお嫁様の表情に全て見られていた。
- ・頑張らないで、一緒にやりましょう。と担当者がホームの説明をし、お帰りになった数時間後、利用させてくださいとの電話が有り、契約をさせて頂き、利用開始となる。家族様の希望は特になく、この当時は、自分達の手が離れ、母親の負担も無くなり、良かったと思うような所もみられていた。ご本人は、徘徊、幻覚、金銭的不安行動が常に見られた。病気による痛み等の訴えは全くなかった。

○半年前

- ・食欲の低下、倦怠感が強くなり、本町の診療所、隣町町立病院への受診を繰り返すが、特に治療というものは無く、目に見えて衰弱をして行く様子をただ見ている事しかできなかつた。息子夫婦が、受診のほとんどを対応し、歩けなくなつた父親を背負い、病院へ点滴に通つていた。この時期に要介護認定1から要介護3になる（更新）。

○2カ月前

- ・継続的に衰弱が進み、まったく食べられない状況（1日パンひとつ）になり、やつと隣町町立病院で入院治療が受けられた。入院から10日ほど経過し、家族様から電話が入る。ステントを交換するが、今後は何もする事が無いので退院をしてほしいと言われた。家族としての希望は、自分達は仕事があり休めない、母親には介護は出来ない、このまま見てもらう事は出来ないだろうか？とのことであった。担当のケアマネジャーが、町立病院看護師長等と連携を取りながら、現状の確認、余命、ご本人が穏やかに過ごすために必要な事を検討し、家族様の思いも確認し、看取りへの方針を決めて準備に入る。同時に介護認定変更申請の手続きをする。

【退院】

- ・ご本人の様子：静脈留置針による毎日の点滴が必要な栄養状態、意志疎通は時々出来る。食事形態は、ミキサー食を1日数口食べられる程度。点滴が生命線となり、自力では手を顔に持っていくことがやっとであり、足を動かす事は出来ない。痛み、発熱等は無く安定していた。
- ・住環境は、スタッフが常に変化に気が付きやすい部屋へ移動し、本町らしい海・港・船・その音・・・そして家庭らしく人がいる気配を感じてもらえるように、人として安心出来る環境に重点をおいた。

■重度化した利用者への支援内容

【準備期間（10日程度）】

家族様からの電話から退院までが準備期間として与えられた。

- ① スタッフへの状況説明と覚悟の共有をはかる
- ② 家族との信頼関係の確認と今後のケア方針の一致と確認
- ③ 町の診療所との連携
- ④ 隣町立病院からの情報収集の再確認と引き継ぎを徹底
- ⑤ 本社社長との共通理解の確認とバックアップ体制の確認
- ⑥ 行政への看取り実施の事前情報提供と介護認定の変更申請

以上、①～⑥の作業を短期間で行う必要があり、下記の流れで行った。

①では、利用開始時に病気の内容と今後について、予想される結果を職員が共有しながら1年近く関わり、急激な低下を目にして、入院により関わりが終わるものと全員が思っていた。家族からの依頼と本町に戻りたい・戻したいとの希望を聞き、看護師からの考えられる次の状況説明を介護員が受け止め、ホームの理念・思い出の振り返り…そして初めての看取りへの覚悟・やるしかない！職員間の格闘の末の結論であった。

②では、ケアマネジャーを中心に連携を密にした。入院前からの関わり、入院後退院が無いと予想されていたが、何度も病院へ行き、電話、メモ、共感を繰り返しながら、「連れて帰りたい」が言える関係が出来上がっていた。ケアの方針として延命しない等は一致していたが、本当の「死」に対しての家族の意識が弱いと感じていた。ホームへ家族が泊まり、一緒に最後まで看取りましょうと約束した。

③では、家族の気持ちの整理も含めながら、本町診療所との連携を密にするため、本町診療所医師、看護師長、息子夫婦、当社代表、ケアマネジャー、ホーム看護師・介護員での担当者会議を実施し、隣町立病院からの病院間の連携内容の確認と、今出来る最大の医療連携を模索・決定した。

看護師からご本人の状態を息子夫婦から言葉として聞き取り、予後の説明をもらうことで、看取りの現実を再度共有する。息子様からは本当に死ぬのか？との言葉が出た…。その後、病状について考えられる事に対して等の細かな対応、熱は何度からHPか？嘔吐の時は？気がつかない時に亡くなっていた時の対応、時間帯等を確認する。

④では、ケアマネジャー・現場主任が病棟看護師長と話し合い、ご本人の様子を聞きながら病気について情報収集に努力した。排便の色、終末時予想される状態を話してもらう事でホームへ持ち帰り、介護員の看取りのイメージの色付が出来るようにした。

⑤では、管理者が当社代表へ始めての看取り実施についての連絡をする。代表からの「たのむよ」の一言がホームの安心となった。夜間スタッフの増員をする。

⑥本町にとってもホームでの看取りは初めてであり、必要書類の確認、問題が起きないようリスクの軽減をはかる。小さな町では行政との関わりが非常に重要になる。

【開始】

- ・病院からホームへ、息子様が背負って帰ってこられた。すぐに診療所医師が訪問診療をする。退院時の点滴指示は週3回だったが、診療所医師は毎日の点滴がベストと判断し、即日ケア内容を修正した。点滴の実施については、診療所看護師とホーム看護師が1カ月分の担当をきめた。日々の状況は介護職員等、関わる全ての人、家族様含

め1冊のノートに記録を残す。このことによって、連携が密になり、家族様との関係もスムーズに出来た。

【安定】

- ・短い安定期間、毎日家族様が会いに来た。日々家族としてお部屋にいる時間が長くなっていた。ただ奥様は、来ることがなかった。毎日の点滴が命を支えていた。ホームの中には緊張感があり、特に夜勤者のストレスが高くなり、管理者の判断から夜間帯の勤務者を1名増やすことで、介護職の精神的負担を少なくする。小さな出来事は毎日のように有ったが、経験のある看護師の指示、事前のイメージする作業がこの時点では効果が有った。

【終末】

- ・その日は、突然やってきた。安定していたため、少しの会話と、かすかに笑ったりされるので、まだ大丈夫と安心し、もっと何かしたい！と、ケアマネジャーが奥様へ「会いに来ませんか、迎えに行きます」と電話をする。翌日、奥様を朝から迎えに行き、数か月振りのご夫婦の時間となる。始めは1、2時間の予定が、奥様の希望があり、お昼をお二人で食べ（ご本人は全介助でほとんど食べないが、この時は奥様に任せた）、夕方までいていいですか？と言われたので好きなだけいて下さいと話す。ご本人に「良かったね」と耳元でスタッフが声をかけると、「ありがとう」としっかりと答える。結果、息子様ご夫婦とお孫様が来るまで一緒に過ごした。息子の妻が、馴染みの理髪店に来てもらいたいと話されたので、17時を過ぎていたが、ケアマネジャーが電話をすると、「〇〇のおじいちゃんかい？行くよ！今日行くよ」と来所してもらい、今までのご本人らしい丸ボーズヘアが久しぶりに復活した。ドアを閉め、家族の笑い声がホームの中に響き、穏やかな時間が数時間過ぎ、20時過ぎまで家族で過ごされた。その夜10時50分ケアマネジャーの携帯に急変の連絡あり（呼びかけに反応が無い、呼吸確認が出来ない）、パニックになった夜勤者が救急車を呼ぶ。救急車が到着した時に少し冷静になり、準備されていた書類を救急隊に見せる。確認した救命員が、救命措置はしないが、病院へは搬送するとの事で、息子さんと救急車に乗り診療所へ行く。医師（出張医）も希望に沿い、延命治療はせず、息子様ご夫婦と医師と最期を見取る。
- ・ご遺体として、自宅に戻って来るのをケアマネジャー、介護主任、介護職5名ほどで待ち、自宅で横になられたご遺体にお線香を上げ、息子様等と話をする。「ありがとう、おふくろを待っていたんだべな」、「本当に助けてもらった、ありがとう」と言って頂く。ホームでの1年間の思い出の写真、特に前日に偶然写した笑っている写真を奥様に渡すと、涙を浮かべ、こんな物までありがとうございますと言って頂く。一緒に行った職員が帰宅したのは夜中の2時を過ぎていた。

【別離】

- ・葬儀には、多くの職員と当社社長、ホーム長も参列する。一通りのお参りが終わると、息子様は真っ直ぐに私たちの所へ来て、本当に助かりましたと言って頂く。葬儀委員長の挨拶の中で、最後に当グループホームで介護を受けていたことを紹介して頂き、改めて何とも言えない気持ちがこみ上ってきた（本町では、施設や介護サービスを葬儀で紹介する事はほとんどない）。

- ・今も、時々私たちの会話に出てくるのは、お元気な頃の「お金がないから帰る、歩いて帰る」、割引券を渡して「今日はタダです」と毎日繰り返していた時のことであつたり、「なんまんだぶつ・ありがたや」と手を合わせる姿が目に浮かぶ。
- ・ホームでの別れは寂しく思うが、家族の絆が戻り、穏やかに見送られたことが一番良かったと感じている。そして妻、息子、嫁、孫、馴染みの床屋等、沢山の思い出に自分で納得し、「ありがとう」と話せなかつた方が私たちに残してくれた言葉は、そのまま介護職の1番のほめ言葉である。やっていて良かったと「ありがとう」をご本人、家族様に返したいと思う。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

(本事例の特徴)

事前準備期間、余命想定期間が短期間であったこと。困難と感じた点は、経験不足と社会資源としての医療が無く、介護職員を中心となつたこと。関係者の連携を急速に密にする必要があつたが、前例も無く、すべてが手探りであった。

この事例によって、本町の診療所との連携、看取り介護の小さな道が出来た。少ない社会資源でも、住み慣れた町で、家族や馴染みの関係の中で、穏やかに逝く事が出来る。ホームとしての、はっきりと見えない目標が、自覚と経験と言う形で各々の心に残つた事が、これから大きな展開へ繋がっていく。

最後に、管理者として思うことは、ご本人の居室で一緒に過ごした時に聞こえてくる生活音とスタッフの声が安心に繋がる=1人じゃない、ということ。今、毎日一緒にいる方々が同じようになって行く時に、やはりここで逝ってほしいと強く思う。その為に、自分のやるべき事は、知識・現場力の向上・「支え愛の心」がスタッフから消えないことが大切だと思う。

② 事例 9 (看取り介護型) : 生活の延長線上にある看取り ～普通に過ごすことに“こだわる”意味

施設の概要	
運営主体	社会福祉法人（北海道・東北地方）
利用定員	1ユニット9名（内1名はショートステイ）
併設施設	介護老人福祉施設、認知症対応型通所介護、通所介護、指定居宅介護支援事業所
事例執筆者	管理者・計画作成者

■事例の概要

年齢・性別	92歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	A1	認知症	IIIa
主な疾病：アルツハイマー型認知症 うつ血性心不全					
主な生活歴：大手百貨店で長年勤務をしており、それを誇りに感じていた。30代で結婚後、夫の仕事の都合で転居する。3人の娘をもうける。言葉の端々から自慢の娘達であったことが伺われた。夫と死別後は一人暮らしをしていた。6年前より物忘れ等が顕著になって一人暮らししが困難となり、3女宅（隣町）に同居しながらデイサービスセンターを利用。しかし、本人は自分の家に帰りたいとの意志が強かったため、永年住み続けた自分の家に戻り、市内の小規模多機能型居宅介護事業所を利用しながら再び一人暮らしをする。しかし、道に迷って警察に保護されたことが契機となり、3女の強い要望があって、平成22年2月に当グループホームに入所となる。					
経済状況：生活保護受給者					
家族構成：夫とは死別、3人の娘はそれぞれ嫁ぎ、近隣に頼れる親戚等は殆どいない。					

■地域の特性と社会資源分布

当事業所の所在する地域は、人口39,000人で、高齢化率は32%となっている。当事業所も含めてグループホームが6か所、小規模多機能型生活介護事業所が3か所ある。認知症サポータ養成講座、認知症の人と家族の会が主催する集いの会の開催等を積極的に行っており、認知症の人にやさしい町作りを目指している。

東日本大震災では甚大な被害を受け、人口流失、少子超高齢化が著しい。在宅での看取りを行う訪問診療は極めて少なく、在宅での看取りは進んでいない。看取りの多くは未だ医療機関が担っている。

■事業所の特徴

現在、当ホームの平均要介護度は3.75。要介護度2が1名、要介護度3が3名、要介護度4が1名、要介護度5が3名。平成22年は平均要介護度が3.38、平成23年度が3.50、であったことから、年々要介護度が高くなっている。

当事業所の方針は人生の延長線上に死があるという考え方から、看取りを特別視していない。身体的機能や生理的な機能が衰えることは年を重ねるにつれ、当たり前のことを考えている。だから、看取りの時期にはほとんど医療は介在していない。入居開始の際、本人、家族にこのことを説明し、納得した人のみの入居となっている。あくまでもグループホー

ムは、暮らしの場であることを常に心している。主治医も50年前の医療や生活に戻ることを提唱しており、毎月の end-of-life care の勉強会では自然と往生することの意味を生命倫理の立場から学んでいる。

また、入居者やその家族、職員にとってグループホームは現在住んでいる「第二のイエ(家屋、家庭)」と位置づけている。入居者がその「イエ」で最期を迎えることができるのは、とても自然で幸せであると考えている。そのためには、入居者、その家族、他の入居者仲間、主治医、職員等が普段の生活を大切にして、看取りを行うことが重要である。私たちは看取りだからといって特別なことは行っていない。これまでの生活を当たり前に送れるように共に暮らしているだけである。そこでは、支えたり、支えられたり、感動したり、感動させられたりのお互いさまの暮らしの実践である。

当ホームは平成8年12月開所し、今年で17年目を迎えている。平成23年度、平成24年12月までの過去2年間で4名の方が亡くなり、そのうち3名の方を当ホームで看取った。

■利用者の変遷・本人の状況

【入居前の様子】

- ・平成18年6月 アルツハイマー型認知症の診断を受ける。
- ・平成19年12月 物忘れが激しく、一人暮らしに困難となり、隣町に住んでいる3女宅に同居となる。
- ・平成20年1月 デイサービスセンター利用始める。しかし、「自宅へ帰りたい」との本人の切なる願いが強く、隣町での生活やデイサービスには馴染めない。
- ・平成20年8月 小規模多機能型居宅介護事業所を活用しながら、自宅に戻り一人暮らし再開する。週4回の通いと、通いが休みの時は朝夕の訪問サービスを利用しながら、どうにか一人暮らしを継続していた
- ・平成22年1月 1月1日に仕事に行きますといって、自らタクシーを呼んで、当時利用していた小規模多機能型居宅介護事業所の付近で下車、民家の庭に入り込み、そのまま警察の保護を受ける。また、火の始末もしっかりと出来なくなってしまい、一人暮らしは難しい状況となる。
- ・平成22年2月 小規模多機能型居宅介護事業所からの紹介で、当ホーム入居となる

【入居後の様子】

- ・「仕事に行く」 入所当時から毎朝の言動である。今でも仕事をしていると思っており、黒いハンドバックを手に持ち「仕事に行きます。」「タクシーを呼んでちょうだい」と玄関まで行かれることもあった。亡くなる直前まで仕事をしている気持ちを持ち続けていた。気品が漂う雰囲気を持ち合わせていた。
- ・「何でここにいるの」 夕方になると黒いハンドバックを手に持ち「なんでここにいるの」「家に帰ります」「家で子供たちが待っているから」等、子育ての時代に戻り、主婦の感覚を取り戻している。仕事が終わり、家に帰らなければとの想いが強く、職員はその話を聴くことで、本人のその頃をお互いに垣間見ることを大切にした。よく、3人の子供の自慢話をしてくれた。
- ・「(お風呂は) 家で入るから入りません」 お風呂をお誘いすると、「家で入るから入りません」、「そんなに汚いの」、「夜に入るから」とお風呂に入る際、脱肛と裸を見

られることを極端に嫌がった。家族の様に親しくなることによって、心の窓を開き、嫌がることは無くなかった。むしろお風呂が楽しみのようであった。

- ・「今度家にお酒飲みにいらっしゃいよ」 気に入った職員に笑顔で話しかけていた（特に若い男性）。他にも「今度ラーメンおごってあげるから」「何か食べに行きたいね」と社交的な方だった。
- ・「今日も一日がんばりましょう!!」 朝のお茶の時間の掛け声。本人はグループホームのムードメーカーであった。毎朝、入居者仲間や職員に元気を与えてくれていた。20代の時の職場のコーラス部に所属しており、時折唱歌などを朗朗と歌ってくれた。

■看取り利用者への支援内容

- ・平成24年10月20日頃 食事の食べる量が徐々に減ってきた。ミーティングをし、本人の好きなものを食べてもらおうと、好きな食べ物や飲み物で脱水の予防に努めることとした。
- ・同年10月25日 食べたり、食べなかつたりを繰り返すので、家族と相談し、主治医とも相談することにする。
- ・同年10月30日 主治医へ受診し、看取りの時期であることを告げられる。そこで本人、家族、主治医、職員で今後の方針について話し合った。主治医からは「年齢を考えると食事がとれなくなるのは自然な流れだと思います」、「食事や水分を取らず、枯れるように最期を迎えることは、痛みや苦しみも感じることなく安らかに眠る様に亡くなることができます」、「延命治療で点滴や胃ろうなど医療行為を行うことは本人に痛みや苦しみを与えることになります」と具体的に家族に説明をした。家族は、「私としても苦しい思いさせたくないし、グループホームでの生活を続けてほしいと思います。ただ姉たちにも聞いてみたいと思います」、職員は「私達は、今まで一緒に暮らしてきましたので、本人のためにも家族、先生が良ければこちらで看取りをさせてほしい」と伝えた。主治医からは「何か不安なことがあれば連絡ください」と家族も職員も安心できる言葉があった。主治医の「おばあちゃん、おなかすいていませんか、何処か苦しい所はありませんか」の問いかに、本人は「さっき食べててきたばかりだから減っていません。大丈夫ですよ」と食べてないにもかかわらず平然と答えていた。
- ・同年10月30日 話し合いの結果、これまで通りグループホームで生活の継続となつた。そして、家族同意のもと以下の取り組みを行うこととなった。
 - 基本的に、本人に関わることは、これまで通り生活を継続することを大切にする。いつも皆と一緒にリビングで歌を歌ったり、ホットケーキを焼いたり、花を生けたりすることで、当ホームの中心人物であったことから、入居者仲間や職員にとってもリビングで過ごすことが大切だと感じた。そこで、いつも皆に囲まれてリビングで過ごすこととした。食事の時も今までどおり、皆でテーブルを囲んでワイワイガヤガヤの雰囲気を大切にすることとした。しかし、陰しい表情をしたときは無理をしないようにとの配慮は欠かさないこととした。
 - 食べ物は無理強いをせず、大好きな食べ物と飲み物とした。
 - しかし、状態の変化の観察は重要であることから、朝のミーティングの際の本人の状態の共有、またその日の遅番の職員が夜間看護当番にその日の情報を伝える、など連絡を密にし、職員皆が知らないことはない状態に努めた。

- また、本人の負担を極力少なくすることから、主治医に相談の上、薬を必要最小限にした。どうしても飲まない場合は飲まなくてもいい、と申し合わせた。
- そして、何か変化があれば直ぐに家族に連絡する、など家族との一体感を持つよう心がけた。

この頃は、毎日のように娘さん達から電話がきて、その都度電話口で本人は話をした。「ちゃんと食べた?」と必ず尋ねる娘さんたちの心配を感じ、本人は心配をかけまいと「大丈夫よ」と気丈に対応する姿を見るにつれ、距離は離れてはいるものの、親子のつながりを感じることが出来た。常にお互いが側にいるような雰囲気であった。また、主な食事内容は本人の大好きなぶどうジュース、りんごジュース、ヤクルト、リポビタンD、オロナミンC、アイスクリーム、みかん、まんじゅうである。普段の食事には手をつけず、料理というよりは、大好きな食べ物を少しづつではあるが食べていた。私たち職員も食べさせることに固執することはなかった。

- ・平成 24 年 11 月 4 日 テレビのマラソンを見て「お正月の箱根駅伝だね」と勘違いをし、皆の笑いを誘う。
- ・同年 11 月 5 日 娘さんと一緒にみかんを美味しそうに食べる。
- ・同年 11 月 7 日 グループホームの仲間の前で、娘さんと一緒に「花」「夏の思い出」や「鉄道唱歌」など得意の歌を披露する。相変わらずうまい!!
- ・同年 11 月 13 日 これまでと変わりなく入浴。「一気持ちいい、もう少し湯船に浸かってみたいわ」と少々長湯をする。本人満足げ。
- ・同年 11 月 14 日 娘さんと一緒に昔のお茶のみ友達の家、自宅へドライブに出かけ、これまで住んでいた町並みなど見てきた。車内では、本人と娘さんが歌をうたいながら楽しんでいた。娘さんが帰る時、「もう帰るの?」と寂しそうだった。
- ・同年 11 月 17 日 血圧測定不能となり、いよいよお別れの時が来ると皆が予感する。
- ・同年 11 月 19 日 本人のお部屋でお食事会をする。口癖でもある「今度家にお酒を飲みにいらっしゃいよ」を実現しようと、本人のお部屋でお食事会を開催した。職員が「お招きいただきありがとうございます」とお花を手渡すと「今日は来てくれてありがとうございます」と声を絞り出すような小さな声で答えてくれた。
- ・同年 11 月 21 日 昼から飲み物もまったく口にしなくなった
- ・同年 11 月 22 日 これまで職員介助で歩行していたが、歩行困難になったのでリクリエイティング車いすを使用しながら部屋やトイレなどに通う。
- ・同年 11 月 23 日 午前 4 時 お亡くなりになる。遠方にいるため家族の方は直ぐには駆けつけられなかつたが、グループホームの職員で「ご苦労様でした」と声をかけながら身体をきれいに拭いた。入居者仲間、グループホームの職員、今まで関わった馴染みの職員で最後のお別れをした。当日の夜勤は管理者である私であった。私が側にいる時を選んでくれたことにとても感謝している。3年間共に暮らし、大震災も乗り越えてきた。家族よりも心情的には近しい関係だと感じられた。そこには悲しい気持ちではなく、「次の世界につなげられて良かった」と思い、家族や職員は、自然と微笑が出てきた。

■看取り対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・看取りは、死と闘うのではなく、人生の自然の終焉と捉えることが重要である。それに応えるため、グループホームの職員は、医療を介在させるのではなく、認知症のお年寄りの命の豊かさの追求という、生命倫理にシフトしていくかなければならない、ということである。そのためには、常に本人の生活に焦点をあてることが心地よい生活につながっていくのだと思われる。
- ・本人の生活に焦点を当てる場合、生活を共にしてきた人間でなければわからないこと（好きなこと、嫌なこと、嬉しいこと、さびしいことなど）を前提にしないと、本人の個性にふさわしい関わりはできにくい。だからこそ、長く付き合ってきた家族、職員と共に end-of-life care を創りだしていくことが重要である。お年寄りたちが残していくってくれたものを知っているのは、身近にいる職員や家族である。だからそばにいてこの世から送らないと、一人の人間を旅立たせることはできない、最後の最後まで周りの関係性の中でお年寄りは、自分というものを感じている、ということを自覚すべきであり、そのような誇りをグループホームの職員は抱くべきであると考える。
- ・看取りの時期の職員対応のポイントは、特別なこと、困難なことと思わないことである。困難だと思っても思わずともやることに変わりはない。困難だと思って対応したらそれは困難である。看取りは、苦しく困難なことも多いが、一緒にかかわることで職員は苦しみに勝る喜び、畏敬を味わうことができ、そして何よりも人間の生き方について学ぶことが多い。
- ・看取りの時期に職員配置を手厚くすれば、関わりに専念できると思われるが、人件費が多くなると、事業の継続が難しくなる。看取り加算が算定できるようになったものの、限られた介護保険の財源で介護報酬がこれまで以上に多くなるとは考えられない。家族の負担もこれ以上多くなると、グループホームに入りたくても入れない人も出てくる。よって、看取りの重要性を広く社会に認めてもらう活動が必要であり、その延長線上に人的支援や報酬のアップがあると思われる。
- ・職員のやる気、質の向上（負担感を軽減）のためにも、介護職員の地位の向上が重要である。今、介護職員が置かれている立場を考えると、待遇面、ライフワークバランス、職場環境の整備が脆弱であることから、人材が育成されないという課題がある。介護職員が重度化に対応したり、看取りをする、崇高な命にかかわる仕事であることから、多角的な視点での介護職員の環境整備が急務と考える。
- ・当グループホームは、職員全員がこれまでに何かしら看取りについての研修会や勉強会を受けているが、座学で学んだ看取りはあまり役に立たないと危惧している。看取りに関しては特に頭で考えるのではなく、心で感じるものだと思う。看取りを経験することで、日々のグループホームでの生活の大切さを実感することができた。当グループホームでは看取った後に、これまで撮りためた写真をアルバムにして、ご家族に渡している。これは、家族のためでもあり、職員がその方との生活を振り返りながらこれからのがんばることを想う、看取りに対する想いをつなぐ機会でもある。

③事例 10(看取り介護型)：日常の生活の中での看取り～本人・ご家族の意思を尊重し、延命的な医療を全くしなかった事例

施設の概要	
運営主体	医療法人（中部・近畿地方）
利用定員	18人
併設施設	なし
事例執筆者	管理者

■事例の概要

年齢・性別	84歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	C2	認知症	IV
主な疾病：アルツハイマー型認知症					
主な生活歴：音楽（モーツアルト鑑賞など）を趣味とする利発で勤勉な女性であった。教育熱心な母として2女1男を教育した。1999年にご主人が心筋梗塞で他界した頃から記憶障害、見当識障害等を来し、独居困難となり、2004年4月に転居し、長男家族と同居するようになる。					
経済状況：年金。主介護者である長男夫婦の支援もあり。					
家族構成：市内に長男夫婦と孫が在住。					

■地域の特性と社会資源分布

市の人口は513,460人、うち65歳以上の人口は115,094人、高齢化率22.4%である。市内には当事業所も含めてグループホームが107ヶ所、デイサービスが150ヶ所（うち認知症デイは21ヶ所）、小規模多機能型居宅介護事業所が37ヶ所存在し、居宅サービスは福祉系のサービスが多い。介護保険施設は、特別養護老人ホームが20ヶ所・介護老人保健施設が14ヶ所存在する。

■事業所の特徴

運営法人は医療法人で、診療所・居宅支援事業所・通所介護・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護事業所2ユニットを2か所運営している。診療所は在宅療養支援診療所であり、ホームへの訪問診療を行っている。理事長は物忘れ外来にも取り組み、認知症サポート医として地域への認知症についての講演等も行っている。

本グループホームは平成16年4月1日に開設し、重度認知症高齢者のケア、ターミナルケアに関して本人、家族などにアンケート調査を行い、本人や家族の希望があれば、グループホームで対応可能なケアである場合は看取りまで介護を行っている。建物はB市の郊外に位置し、住宅街の中にある。建物は2ユニットを平屋でとっており、一部2階建、入居者は自由にウッドデッキを使い、広い中庭に降りて散歩、畠仕事、園芸をすることができる。ケアに回想法・タクティールケア・アロマテラピーなどを取り入れ実施している。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【入居】

- ・グループホームに入居。アルツハイマー型認知症。記憶障害は近時記憶、遠隔記憶とともに著明で、見当識障害（時、場所、人）もあり。異食、徘徊、妄想（物取られ妄想、被害妄想）、暴言、介護への抵抗などもみられ、コミュニケーション困難。

【入居1年～4年後】

- ・認知症・ADLの低下は比較的緩やかであった。徐々に車椅子での生活になる。

【入居4年後】

- ・嚥下障害を認め、次第に増強し、流動食及びお茶など摂取するもむせが強く、頻繁に吸引が必要となる。言語でのコミュニケーションはほとんどできず、泣くような声を出すことで、全てのことを表現する。

【入居5年後】

- ・家族と、医師・看護師・管理者・リーダー・担当者の面談をする。「本人が元気な時、延命治療は嫌であると言っていた。」と長男が話し、長男も「本人の意志を尊重して、点滴など積極的治療はせず、自然のままに」と強く望み、そのようなケアを実施する。
- ・介護職員は、本人の体調の良い時は、入居者仲間とフロアで一緒に過ごせるようにし、訪室して話かけ、体をさすり寂しくないように努めた。本人の好きなモーツアルトが聞けるようにCDをかけたり、好きなものが食べられたりするようにした。年度初めころからは、1日にゼリー1パック程度の摂取となる。
- ・約1ヶ月後、血圧低下、脈拍微弱、不正となる。翌日午前、トロミのついた大好きな紅茶を、職員の介助により、50CCだけ飲むことができた。その1時間後、呼吸停止、心停止、ご家族（長男夫婦）、介護職員たちに手を握られ、穏やかに話かけられながら、眠るように息を引き取る。
- ・ご家族・職員により、本人に想い出話を話しかけたりしながら、死後の入浴（湯灌）を行った。湯灌の後、職員がエンゼルメイク（死化粧）をした。その顔は、すべての人の苦を取り去った、本当に平穏で微笑んでいるようであった。好きだったモーツアルトのCDを流しながら、ご家族、入居者仲間、介護職員たちみんなで見送りをした。
- ・ご葬儀にも、医師・看護師・職員が参列をした。

■重度化した利用者への支援内容

【支援のプロセス・経過】

- (1) 入居時、ご家族に認知症の理解・予測される経過などについて、医師より説明する。この入居時面談には、ご家族・医師・看護師・管理者・ユニットリーダー・担当者が参加。ご家族の要望・希望等も聞き、不安の軽減に努めている。
- (2) 体調の変化があれば、病状・治療方針などを医師より説明する。ご家族・医師・看護師・管理者・ユニットリーダー・担当者が参加。家族の要望・希望等も聞き、不安の軽減に努めている。
- (3) ターミナル期に入ったと思われる時は、ご家族・医師・看護師・管理者・ユニットリ

<p>一ダードー・担当者が参加して面談をする。</p> <p>①グループホームで可能なケアを説明する。</p> <p>②点滴、経管栄養、IVHなどを説明する。</p> <p>本人がお元気である時、自身のターミナルケアに関して話をしていたことや、ご家族の希望を聞き、最終的にはご家族の望むターミナルケアをする。</p> <p>(4) ターミナルケアの実践</p> <p>(5) ターミナル</p> <p>(6) 湯灌（ご家族と、看護師・介護職員で）</p> <p>(7) エンゼルケア</p> <p>(8) 日常をともにした、入居者仲間・介護職員とのお別れ（退去）</p> <p>(9) 告別式への参加</p> <p>入居者が亡くなられたら、昼夜を問わず、職員が全員集まり、湯灌・エンゼルメイクを家族と一緒にする。退去のときには、他の入居者も全員フロアに集まり、お別れを言う。本人の好きだった音楽を流したりしてお見送りをする。</p>
<p>【支援の提供頻度、かかった時間等（見守り、付添いなど）】</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ ターミナル期に入ったと思われる時、又は体調が著しく低下した時は、入居者居室は出来るだけ頻繁に様子が見られるように、家族の了解を得てフロアに近い所に移す。 ・ 必要に応じて、頻繁に訪室、もしくは、常時状態が見える位置にベッドを配置する。 ・ 24時間、医師・看護師の携帯電話に連絡を取りながら、ケアをする。必要時、すぐに医師、看護師がかけつける。 ・ 見守り・付添が必要であれば、連携を取り誰かが付添う。家族が付添える時もある。
<p>【支援を行うための人員配置など】</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に特別な人員配置はしていない。
<p>【支援を行うための家族、関係機関との連携体制】</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ ターミナルケアは、本人と家族が過ごす大切な時間と考えており、家族はケアチームの重要なメンバーである。家族が可能であれば、できるだけ一緒に過ごしてもらえるよう話をしている。ホームに家族が宿泊することもある。
<p>【支援を行うための職員研修、あるいはスキルがある職員の確保について】</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本法人では、年間計画のもとで職員研修を行っている。ターミナルケアに関しては、医師からターミナル期の症状、危篤時の症状などの講義がある。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

<p>【グループホームでのターミナルケアの課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者にとって、グループホームは本来自分の家である。入居者本人、家族がグループホームでのターミナルケア、看取りを望むのであれば、グループホームは日常のケアの延長にある当然の支援として、それに応じるべきではないだろうか。入居者が住み慣れた場所で最期まで尊厳ある暮らしを続けることができるよう、看取りまでの継続支援に取り組むことが必要である。 ・ 当ホームでは、全身衰弱が進行した時には家族と頻回に面談して、今後の医療、介護

の方針について話し合う。入居者の状態と予想される今後の経過、急変時の医療処置、予測される結果、問題点を説明し、それぞれの場合にどのような選択をするのかの意向を聞き、本人や家族が望めばターミナルケア、看取りを行っている。

課題としては、

(1) 医療機関との連携

ターミナルケアに情熱を持ち、経験豊かな在宅療養支援診療所の医師との連携が望ましい。

(2) 看護職員の確保

外部の訪問看護ステーションや医療機関との連携等の検討をする。

(3) 介護職員の教育

①認知症の理解

②高齢者の身体的、精神的特徴

③ターミナルケア

人の死が差し迫った時に見られる肉体的、精神的、さらにスピリチュアルのサイン、死にゆく過程でみられる変化および対処法。

④デス・エデュケーション

グループホームには若いスタッフが多く、身近に死を経験していない人も多い。

参考文献：グループホームにおけるターミナルケアのチームづくりと職員教育、ターミナルケアと看取りに関する指針（法人資料）

④事例11（看取り介護型）：グループホームで家族と共に看取るために～最期まで口から食べて本人らしく過ごす～

施設の概要	
運営主体	特定非営利活動法人（九州・沖縄地方）
利用定員	2ユニット18名
併設施設	在宅ホームホスピス
事例執筆者	管理者・計画作成者

■事例の概要

年齢・性別	97歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	4	寝たきり度	C	認知症	IIIa
主な疾病：脳血管性認知症、狭心症、逆流性食道炎、白内障、両膝変形性関節炎					
主な生活歴：北海道にて出生。中国のハルピンに渡りタイピストの勉強をし、事務職に従事。そこでご主人と知り合い結婚。先妻の子供2人とご主人との間に2人の子供をもうける。帰国後は今までとは違う本人にとって初めての田舎暮らしになった。ご主人は出張が多く4人の子供を育てるため精米所を営んでいた。ご主人は、本人66歳の時他界。					
経済状況：国民年金、主介護者である長男夫婦の経済的支援あり					
家族構成：長男夫婦、孫一人と同居していた。					

■地域の特性と社会資源分布

本町は隣町と合併して3年経過する農山村を中心である。住民は豊かな自然と共に暮らすが、産業の無い土地に、この先子ども達が残ってくれるのかが心配される。高齢者同士、一人暮らしが多く、高齢者率は35%を越えている。

社会資源としては、町立病院、地域密着型サービス、介護保険施設を元々有していたが市町村合併後は人口に対し、ベッド数が余るほどになってきている。そんな中、住民は、近隣の病院を利用している。グループホームでは地域医療に少しずつ関心を持ってきていく町立病院の医師に協力してもらい、訪問診療、訪問看護と連携している。しかし、在宅を支援している医療機関もあるが、夜間の対応が出来ないという現状がある。

■事業所の特徴

本グループホームでは、認知症高齢者の重度ケアに対し、本人や家族の依頼があれば可能な限り看取り介護まで行うことを基本方針にしている。入居時には、看取り介護指針を利用者家族に提示している（医療連携体制加算、看取り介護加算の算定あり）。

看取りケアのためのホームホスピスを系列施設に有し、この地域で、住民が不安に思う認知症介護、がん看護をすることで、命について向き合う場所として、地域ケアの拠点として活動している。

■利用者の重度化の変遷・本人の状況

【平成23年4月入居まで】

- 平成17年、脳梗塞発症後より認知症症状が出現。昼間介護者不在にて、通所介護を利用され、介護者負担時にはショートステイや老人保健施設に入所していた。前傾姿勢や、下肢筋力の低下で横になっていることが多かったが、主介護者である長男の嫁（看護師）に被害的言動をされ嫁は精神的に不安定になる。在宅で介護していきたいがどうしても自信がないとの理由で1年間今までの老人保健施設で生活。

【グループホーム入居時】

- 入居時は介護度4、車椅子ではあるが、活気もなく、ウトウトしていることが多かつたが、少しずつ生活に慣れ、トイレでは、声かけ介助で立位が出来た。食事も箸を握り自分で食べることが出来た。車椅子でもウトウトすることなく、歌ったり、ゲームを楽しんだり笑顔が見られた。元々はつきり物を言う性格で、食事も「おいしいー」「味が薄い」スタッフに「あなたは嫌い」等と言いながら、嫁の面会にも、問い合わせに返事だけであった。スタッフの好みも明確だった。

【症状の変化とその対応】

- 平成23年7月20日～7月29日まで右足背蜂窓膿炎で発熱、抗生素の点滴を受けるため入院、平成24年2月22日の定期健診で心不全、胸水、腹水をおこしている。主治医から家族にも説明され、グループホームで過ごしながら状態観察することになる。
- 5月頃より、時折発熱がみられ、主治医と連携し対応。食事は熱が下がっている時に摂取できた。全粥、刻み食だが、おやつが大好きで、それは普通に摂取できた。
- 5月終わり頃より車椅子の生活が体力的に無理になり、自室ベッドで安静の時間が多くのなる。入浴も介助者2人がかりとなり、清拭へと変更する。体位変換等行っていたが、背部の浮腫も出て低栄養状態となり褥創ができる。別ホームに来ていた訪問看護師が見て皮膚保護剤を貼り、浸出液、発赤の観察をする。だんだん食事摂取も少なく発熱しやすくなり、排便も出にくくなり、グループホームの看護師が摘便をしていた。

【家族との連携】

- この頃より、話し合う機会を多くもった。長男の嫁も連携病院の看護師だったこともあり、よく理解してもらうが、長男の心の揺れがあり、姉と相談をされた。その後、本人のホームでの暮らしに納得され、「最期の場所をホームにする」と、同意書にサインをされる。「必要以上の医療をしないで、苦痛のないように逝かせたい、それだけが、子供として望むことです」との気持ちを聞いた。
- グループホームでは、最後の場所として、入居させたことが親孝行になるホームづくりをしなければならないと考え、主治医に相談、訪問診療を開始してもらう。同時に訪問看護に協力を依頼。スタッフには今後最良の環境で看取り介護を行うために何が必要かを話し合い、更にスタッフのストレスマネジメントと体制作りを行った。
- 居住環境は、家族が泊まられてもいいように簡易ベッド、必要時には吸引器の準備をし、本人お気に入りのぬいぐるみの猫のミーちゃんは枕元に置く。家族の写真を飾り、出来るだけ家に居るように整えた。家族のため、隣のコミュニティハウスを自由に使えるように開放した。

■重度化した利用者への支援内容

【準備期（3ヶ月）】

- ・入居2ヶ月前に、心不全、胸水、腹水が溜まる等があるが、グループホームで様子をみることになる。
- ・利尿剤内服が追加になり、血圧、排尿の観察になる。家族も主治医の説明を受け、高齢であり、今後何がおこってもしかたがないと理解を示される。グループホームに看護師が数名いることには安心される。しかし、医療的な処置を必要とする時は、訪問診療、訪問看護を入れることを希望される。本人の意思の確認はとりにくいが、食べることに全力で取り組んでいるようにも見えた。それは、今までの分を取り戻すかの様にも思えるほど、食べることを楽しんでいた。
- ・自分でも「きつい」と言われるようになり、その時々での対応をした。休まれる場所を自室にしたり、皆のいる和室にしたりした。グループホームも家から近く、自由に面会に来ることができた。長男の面会には笑顔で言葉も多くなり、帰られた後も上機嫌だった。孫たちの面会にも喜び、親戚の面会にも会話は少ないながらも反応されていた。この間の時間を家族は大切にされ、状態の報告、医療連携の内容も面会の度にしていた。
- ・緊急時の家族、医療機関、訪問看護、呼び出し看護師の連絡先の再確認をし、連絡網を提示する。

【開始期】

- ・スタッフも訪室する回数がふえた。声かけに何らかの返答なり、反応があり、そのことに安心していた。先妻の娘夫婦も来られたりした。懐かしそうにされる。遠方に嫁いでいる娘さんからは、よく絵手紙が届き、笑顔で見られていた。長男は、この姉に最期の時をグループホームでいいのかを何度も相談されていた。父親が、病院で亡くなった時には、いろいろなチューブ入り、苦しみながら逝ったことを忘れられない。だから、母親には、苦しまないで貰いたいと何度も言われた。長男も、長男の嫁も面会が多くなった。「安心しているが、いつまでこの状態なのか」と不安も見られた。看護師の嫁は、時に食事介助をしたり、今までの様に本人も拒否的な反応はされないため、積極的に介護に関わられた。

【安定期】

- ・一度血圧が上がり、降圧剤を舌下使用、その後は安定する。食事も介助で摂取できた。好きなおやつの時は、にっこりと笑顔を見せ、「おいしー」と言われるなど、穏やかに1ヶ月過ごされた。好きなぬいぐるみのミーちゃんに自分の布団をかけてあげ、介護者に対しても「有難う」の感謝を伝え、そこに生活臨床があった。
- ・背部、両上腕～手先、両下肢に浮腫が出て、背部に褥創2カ所できる。エアーマットを敷き、2時間毎の体位交換、両手、両下肢のオイルマッサージを施行して、2週間で褥創は治癒する。

【終末期（2週間）】

- ・食事の経口摂取が困難となり、言葉もはっきりしなくなった。血圧不安定、呼吸も時々無呼吸が起こるようになった。家族と話し合い、訪問看護を依頼する。再度、家族に

最期の場所の確認をする。

- ・様子を見ながら、エンシュアリキッド、ビタミンゼリーをスポイドで、本人の吸う力に応じて摂取される。浮腫は変化無く、点滴などはよけいに浮腫を悪化させると主治医、家族とで相談され、可能な限り経口摂取だけとした。訪問看護で清拭、ドライシャンプーを行い、お洒落だった本人を最期まで保ちたいとケアしていった。
- ・家族も自由に入り出しができるようにして、夜は夜勤者と看護師の呼び出し体制をする。

【臨終期】

- ・意識もなく、無呼吸が30秒続くことが昼よりあり、夜勤の他に看護師が泊まる。そして看護師の嫁も付き添う。親戚も遅くまで付き添い、長男、孫も傍にいて話しかけていた。隣のコミュニティハウスで家族・親戚は休養・食事された。そこには、お茶セットを準備して自由に気兼ねなく使える様にしており、夜中に親族は帰られた。
- ・まだ、遠方の娘さんが翌日にしか帰ってこない、それまで生きていられるのか不安だった。しかし、夜が明けると、一晩続いた無呼吸も無くなり、規則的な呼吸に回復した。付き添っていた嫁と、娘を待っているのよね、と話した。娘が帰ってきた。前の晩の話を娘にすると、「母さん、待っていたの一」と泣きながら話しかけられる。以前は年に一度は、娘の所に行っていた。娘が猫を飼えなくなったので、連れて帰ったのがミーちゃんだった。ミーちゃんに娘を重ねていたのかもしれないと家族と話した。夕方息子夫婦も付き添っていたが、自宅に帰った後に、娘に看取られながら、静かに息をひきとられた。訪問看護を至急呼び、医師もすぐに来られ、息子夫婦、娘の同席で死亡の確認をしてもらう。スタッフも交代で思いを伝え、別れを告げた。

【死別期】

- ・スタッフは、言葉で利用者や家族に、それぞれの思いを伝えた。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

今もグループホームでの看取り介護については様々議論がある。そんな中で、単独型グループホームでの看取り介護をやってきている。

入居当初は元気でも、数年が過ぎると身体機能が衰えてくる。そして、ほかの疾患にもかかりやすいため、看取りケアについて考えなければならない状況にある。高齢者の死は、老いの、生活の延長線上にある。一日一日の積み重ねであり、だからこそ、日々繰り返されるケアに価値がある。本事例も申し込みから、入居まで1年あった。家族は、本人のグループホームでの生活の様子を見ながら、看取りまでを当たり前のように考えるようになられ、希望された。そこには、家族の様な温かさ、安心した笑顔があり、信頼関係があった。

グループホームの良さとして、褥創が治癒できたのは、諦めず最期まで、口から摂取することもある。一日でも長く食べられるように様々な工夫をしたことである。口からの摂取を大切にした。生活の場所に、必要な医療、看護を持ってくれば、本人・家族も穏やかな気持ちで看取り介護ができる。それをするためには、医療、看護との連携を図ることが重要になってくる。特に、主治医の理解、協力が得られること、訪問看護を受けられることである。訪問看護師の介助があって初めて安定したケアができる。

現在、特別訪問指示書で医療保険を活用することにより、グループホームで訪問看護

を利用することができるが、期間は14日間と決まっている（難病、がん末期を除く）。これらについて、法整備をしてもらいたい。そして、スタッフが、本人・家族の納得のいく生活、看取り介護をしてゆかなければならない。

何度かの看取り介護を体験して、スタッフも、「生きている今が大切」ということを理解している。スタッフ自信の死生観を深め、成長させてもらう。看取り介護後は、スタッフ全員が通夜・葬式に参列する。代表は弔辞を読み、本人の生活の様子沢山の学び、感動、家族愛を伝え、そこ場に居る人と思いを共有する。同時に家族は、死別という大きな出来事に直面している。様々なことがあった事に関係なく、時間と生活を共有した存在である。したがって、死別は、大きな喪失感を伴う。だからこそ、家族ケアが必要になると同時にスタッフの精神的支援をしていく事が大切である。

(4) 在宅復帰型

① 事例 12 (在宅復帰型) : 在宅生活から入居に至り、生活環境の改善により在宅に復帰した事例

施設の概要	
運営主体	社会福祉法人（関東甲信越地方）
利用定員	1 ユニット 9 名
併設施設	共用型 認知症対応型通所介護（予防）
事例執筆者	ホーム長

■事例の概要

年齢・性別	78 歳・女	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	A1	認知症	III a
主な疾病 : アルツハイマー型認知症					
主な生活歴 : 昭和 9 年に生まれる。昭和 20 年に、現在の居住県に嫁がれる。					
昭和 33 年に長女様を出産され、同村で働きながら家族 3 人で暮らしていた。					
昭和 60 年に長女様が他の市へ嫁がれる。平成 10 年に夫が他界され、一人暮らしとなる。					
平成 21 年より、当ホームの共用型デイサービスをご利用される。平成 24 年 2 月に当ホームに入居されるが、同年 4 月 30 日に当ホームを退去され再び、当ホームの共用型デイサービスと他事業所のデイサービスのご利用となる。					
経済状況 : 国民年金受給					
家族構成 : 現在は孫と同居。車で 30 分程の隣市に長女家族が暮らしている。キー・ペーパー・ソンは長女					

■地域の特性と社会資源分布

本村は、明治時代に 3 つの村が合併して 1 つの村となり、以後 100 年余年となる。2005 年の総人口 8,545 人、65 歳以上 1,875 人、高齢者夫婦世帯数 176 世帯、高齢者単身世帯数 138 世帯の自然豊かな村である。村内のグループホームは当事業所のみだが、隣には社会福祉協議会の運営する施設等がある。

■事業所の特徴

平成 14 年 4 月に村営のグループホームとしてスタートし、平成 17 年 7 月に当法人に移管された。

1 ユニット 9 名の入居者と共に型デイサービス登録ご利用者 8 名、常勤職員 7 名、臨時職員 2 名、臨時看護職員 1 名、シルバー人材センターの宿直員 3 名そして 1 匹の犬と過ごしている。

私達は、ご利用者一人ひとりのこだわりや生活習慣を大切にし、ご利用者と地域、ご利用者とご自宅、ご利用者と関わって来た人達との関係が絶えないように本人のこだわりや生活習慣を大切にわっていきたいと考えている。現在、老人会に参加したり、毎月ご主人の仏壇参りにご自宅に出かけられている。

■利用者の在宅～入居～在宅への変遷・本人の状況

- ・平成 20 年 11 月 裸で屋外にて倒れている所を発見されるが、長女様の希望としては、まだ施設入居は考えておらず、在宅での生活を希望される。その為、日中お一人で過ごされる事を長女様が心配し、平成 21 年 6 月より当ホームの共用型のデイサービスのご利用を開始する。他のご利用者に優しく声をかけられたり、面倒見の良い性格で、ご利用当初、ホームの畑で草を取られたり、食材の買い出しにご一緒されたりと、元気よく過ごされていた。
- ・平成 22 年 11 月 長女様より、「冬場の火の元が心配なのでデイサービスのご利用をもう一日、増やして欲しい。」と要望がある。ファンヒーターに水を入れファンヒーターを壊した事が数回あったことや灯油をこぼすなど一人暮らしに不安が出ていることを聞かせて頂く。その為、延期していた入所を希望される。また、デイサービスのお迎えに伺う際に、お一人で出掛けられ所在が不明になられた事や、ご自宅にて骨折を伴うケガをされる事があった。これらの事をきっかけに、担当のケアマネや併用されていた他の事業所（デイサービスの職員）との情報の共有は勿論のこと、さらに日中の体調の変化等の連絡も密に取る事とした。
- ・平成 24 年 2 月 当ホームの部屋が空いた為、長女様に入居について意向の確認をすると、現在の認知症の症状等を考え、この時に入居する事になった。突然の生活の場の変化に戸惑われない為に、長女様とご本人と相談をさせて頂き、2 月 2 日に、1 泊 2 日のお試しで泊まってみることになる。その夜、普段何時頃に休まれておられるのか、何時頃に起きられるのか等のご自身の生活のスタイルを当日の夜勤者に伝えておられた。戸惑われる様子も無くショートのご利用を終えた。
- ・同年 2 月 12 日 当ホームに入居となる。入居当初、長女様より「母さんは大丈夫ですか？帰るとか話していませんか？」と度々お電話をいただくが、お知り合いの方（ご利用者）や職員と顔なじみになっていた為、不安な様子や戸惑われる事は見られなかった。日中、他のご利用者とホームの畑作業をされたり、親切に周りのご利用者に声をかけられたり、ご自分で身の回りの事をされていた。一人暮らしをされていた時よりも一日 3 食、しっかりと召し上がるようになり、栄養状態も良くなられた。
- ・同年 2 月 25 日頃 しかし、トイレから他のご利用者の汚れ物を持って来られ「先生、これ持って来て頂いても私はもう食べられませんよ。」と話されたり、他のご利用者の持ち物を自身のお部屋に片付けることが見られた。「せっかく、旅館に泊まりに来たのに誰もいない（夜間に）」と話されたり、「先生、家に電話したいんですが・・」と、ご自宅（一人暮らしをされていた家）に電話をされ、不在の為、長女様のお宅へ電話をかけなおし、「競輪会館に泊まっている」と伝え、ご自分が勤めておられた会社と思い込まれる事が度々みられたり、帰り支度をされたりと徐々に変化が見られるようになった。
- ・入居という意味を十分に理解できていなかったのか、帰ろうとする姿に家族も心配され、長女様やお孫様がこまめにホームへ様子を見に来られたり、一緒に食事をされたりとご本人が安心出きるように関わりを継続されていた。ご本人のカレンダーにご家族が来られる日に印を付けて、いつご家族が来られるのかを楽しみにされていた。
- ・同年 4 月 15 日 長女様の息子がご本人と一緒に暮らす事が出来るようになり、長女様も「孫の面倒もいらなくなり、母の介護ができるようになつたので退去をお願いし

たい」と相談を受ける。孫息子がご本人と同居し、土日には長女様家族が会いにくるなどの環境が整ったという事であった。

- 同年4月30日 当ホームを退去される。退去後の担当者会議にて、長女様の希望として、①退去後は、当ホームのデイサービスと以前に利用していた他事業所のデイサービスを併用したい、②土曜、日曜は家族で過ごす、③母の体調が悪くなても入居ではなく私の自宅で見ます、の3点を話される。退去後、当ホームのデイサービスと他事業所のデイサービスをご利用される。その後のデイサービスご利用時、お変わりはないように思われたが、デイサービスご利用時にイラつきが見られる事が度々、見られた。長女様にご自宅での様子を伺うと、母の為に家中を少し変えたら気に入らなかつたようで、イラつきはそれが原因かもしれません。と教えて頂いた。また、ご本人に家での生活の様子を伺うと、「娘、孫が良くしてくれているから心配もありません。健康にも恵まれています」と話される。現在では、イラつき等の変化は見られず、お迎えに伺うと「先生！待っていました～」と、元気よくデイサービスをご利用されておられる。

■生活環境の変化に伴う利用者への支援内容

【デイサービスご利用時】

- 長女様の想い（入居を考えず、ご自宅で見て行く）と、ご本人の想い（孫と住みたい）により、デイサービスのご利用となる。冬場のみ、ヒーター等の火の取り扱いに不安がある為、デイサービスのご利用を2回から、3回へと変更となる。デイサービスのお迎えとお送りの際にご本人と職員と火の元等の戸締りを実施する。
- デイサービスでの過ごし方は、ご本人のやりたい事（畑作業や掃除などの家事）をして頂く。時折、作業中に転倒をされる事や包丁を持って歩かれる事がある為、ご本人のストレスにならないように見守りを行い、危険が考えられる際には、言葉かけをさせて頂いている。
- ご自宅にて所在が不明になられる事が2回程あった為、当ホームにてご本人をモデルに行方不明になってしまった事を想定し、訓練を実施した。他、事業所の情報の共有も行った。

【グループホーム入居時】

- 長女様が在宅生活を見る事が困難となり、当ホームへ入居される。
- 入居をされ、ご自宅へ帰られてしまう事が考えられたが、顔なじみの方が大勢おられた事や、入居時に不安にならない為に職員と1対1で多く関わらせて頂いた。
- 長女様より当ホームへ足を運んで頂き、一緒に食事を摂られたり、孫やひ孫と遊んだりと楽しそうに過ごされる。
- 入居後2週間経過し、混乱される事もあったが、ご本人のやりたい事をして頂く等の今までの関わりを継続する。

【退去後のデイサービスのご利用時】

- 顔なじみの方と過ごして欲しいという事から、新たな事業所を利用せずに、以前ご利用されていた事業所と当ホームのデイサービスのご利用となる。
- 孫が同居し、週末（土、日）は長女様家族と過ごす事になる。平日にデイサービスを

ご利用し、ご本人と戸締りを行ったり、やりたい事をして頂く等、入居される前のデイサービスのご利用時と同様の支援をさせて頂いている。

- ・短期間で生活の場が変化した為、ご自宅での様子や当ホームでの様子の情報をご家族と共有させて頂いている。

■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

当ホームではご利用者の高齢化が進み、90代のご利用者が5名（最高齢99歳）、80代のご利用者が2名、70代のご利用者が2名と、90代のご利用者が多い。

私達はご家族に可能な限り生活の様子を伝え、ご家族との情報の共有を大切にしている。その結果、ご家族の協力があり、現時点では特に問題はみられていない。

今後の支援として、いちばん大切な事は、

- ①ご自宅での様子やホームでの様子をご家族と情報の共有を行う。
- ②馴染みの人達と地域との関係の継続を行う。

の2点であり、当ホームでは、入居をされてもご自宅へ帰る（通う）事のできる支援をさせて頂いているが、今回の事例のように退去をされる事も考え、日頃のお手伝いの方法もご自宅で生活が出きるような関わり（支援の方法）が必要だと考える。

5. 各事例からの考察

寄せられた事例からは、幾つかの共通点が見られた。代表的なものとして確認されたのは、次のようなことがある。

(1) 認知症が重度化した場合の困難性

ターミナル期の看取り介護についての困難さや課題は多々あるものの、事例からは「きちんと送り出すことができた」という達成感も垣間見え、その際には施設・従事する職員・家族が利用者を中心とした家族のように連携している状況が見られる。

一方、事例の中ではそうしたターミナル期の看取り介護以上に、そこに至るまでの認知症状の重度化に伴う重度生活介護の対応の方が難しいとの発言もあった。それは、同じ要介護度4、5の高齢者であっても、「寝たきり高齢者が多い特別養護老人ホーム」と比べて、「全員が認知症高齢者である認知症グループホーム」の場合、活動性を落とさずにその人らしい生活を支援しようとすると、はるかに介護時間や手間がかかるという実感による。

(2) 正しい症状の把握に基づくきめ細かなケアで更なる症状の悪化防止・軽減

認知症グループホームの入所に際しては、利用者は医療機関、医療施設の認知症専門棟、老人保健施設を経由してくる場合も多々見られる。その場合、認知症グループホームでの専門的・個別のケアや日常生活を重視したアプローチから、特に認知症状に伴うBPSDやADLの重度化防止や軽減が見られており、結果として重度化の抑制・改善につながっている状況がある。

(3) 重度化した際の日常生活の継続の努力

事例では、食形態の工夫や医療職との連携等により、最期まで食物の経口摂取が可能となったケースや、それに伴う栄養改善や体力向上等でじょく創が治癒したケース等も確認されている。

重度化した状態にありつつも、こうした日常生活を継続することの努力が、利用者のQOLを高めるだけではなく、結果として症状の緩和や軽減にもつながる。

(4) 職員の力

認知症グループホームのケアの特徴である、日常生活への深い関わり、個別ケアの実施には、職員の関わりのセンスや力量が不可欠である。これに加え、認知症状の重度化やターミナル期の対応が求められる場合、職員には更に力が求められることになる。例えばそれは、①認知症高齢者の特性に対応できる介護力、②グループホーム内外のスタッフ・関係者との連携力、③人と人との関係において発揮される人間力、等と言えるであろう。こうした力を職員の専門能力として育成・発揮していくためには、現場での経験のみならず、得られた経験をきちんと知識化していくことや、学ぶための環境整備が求められる。

特に看取りでは近しい利用者が亡くなる看取り期は、職員にとっても大きなストレスを感じる時期である。こうした経験の中で、職員が「きちんと見送ることができたという達成感」、「亡くなったことの喪失感や後悔」のどちらを強く捉えるかが、提供するケアの質や利用者への対応、ひいては職員自身がこうした業務に今後も携わることの意識に大きく影響すると考えられる。そのためには、体制や環境の整備とあわせ、職員自身の人間力を

向上させていくことが不可欠である。また、リスクを常時伴う仕事の中で、あせらずに職員が考え・成長できるような環境づくりや精神的な支援も必要である。

(5) 医療機能の確保

重度化の多くの場面で医療機能の必要性が生じており、多くの事例に医療機能の連携について記載されている。

特に医療ニーズが高い場合やターミナル期が視野に入ってきた場合には、利用者の状態変化時における対応についての確認書を結んでいるが、その際には医療対応をどのようにするかの裏付けが必要となる。今回寄せられた殆どの施設では、医療機関との連携体制や看護師の雇用等を行い、医療機能の確保を図っているが、その調達量は利用者なりの日常生活を営む上で最小限程度となっている状況が見られる。昨今では、死を高齢者の日常生活の延長上にある自然なものとしてとらえ、昔のように家で死を迎えることが見直されているが、利用者の「家」であるグループホームもそうした在宅死の場であることから、最小限の医療機能の確保を行っているとも考えられる。また、いつ医療ニーズが発生するか判らない利用者に対応する職員にとっても、医療機能の確保は重要である。

(6) 新たな気づき

看取り介護の事例では、地域にその他の医療資源等も乏しく、今まで看取り介護の経験が無かったが、今回寄せられた初めての看取りの経験において診療所との連携等がはじまり、少ない社会資源であっても、穏やかに送り出すことができるという気づきや自信を得たとの報告が寄せられた。

また、家族環境の変化から在宅復帰が果たされた事例では、デイサービスで継続してその利用者とかかわることで家族と情報を密に共有し、地域の認知症高齢者の専門施設・拠点として認知症高齢者を引き続き支えていることを紹介している。

第4章 課題・まとめ

1. 重度化の実態

本調査では、認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態、及び重度化に対応する事業所側の運営への影響（介護報酬改定の影響も含む）についてアンケートや事例から調査した。

アンケート調査からは、多くの事業所において利用者の重度化が進んでいる傾向が見られ、重度化が進む利用者のニーズを踏まえ、多くの事業所が医療処置や看取り等にも対応できるよう人員体制の整備等に努めている傾向が明らかとなった。

また、事例調査からは、全国各地の事業所で、様々なタイプの重度な利用者に対し、その人に合ったケアに献身的に取り組まれていることも明らかとなった。

1.1. 利用者の重度化の状況

事業所への利用者一人一人の状態に関する詳細アンケート（調査票Ⅱ）から、利用者は、特に身体面等において、また主に利用年数の長期化に関係して、重度化（要介護度や自立度の重度化、行動面や社会的生活での観察事項の重度化）が明らかとなった。

(1) 要介護度

利用者の多くは要介護1・2で入居する（平均要介護度1.9）が、2～3年経過すると1～2ランク重度化するケースが多く、2割強の利用者で入居時から1ランク、2割強は2ランク以上、それぞれ重度化している。

結果、現在では要介護1が減り要介護3が増えて（同2.5）いるため、全体的な利用者の分布でも重度化している。また、事業所単位で見ても、入居時からの平均要介護度の変化は、4割超の事業所で0.5～1.0、2割弱の事業所で1.0～1.5、それぞれ重度化している。

(2) 日常生活自立度（ADL）

要介護度に比べると重度化の程度は若干マイルドであるものの、2～3年経過すると1～2ランク重度化する利用者が多い等、要介護度の重度化と同様の傾向が見られることから、自立度（現在）と要介護度（現在）との間にはある程度の相関関係が見られる。

① 障害高齢者日常生活自立度

多くはA1かA2で入居する（平均自立度4.2=A1に近いA1とA2の間）が、2～3年経過すると1～2ランク重度化する利用者が多く、15%の利用者で入居時から1ランク、2割弱は2ランク以上、それぞれ重度化している。

結果、現在ではA1がやや減りA2がやや増えた（同4.9=ほぼA2、A1とA2の間）ことでわずかに重度化しており、事業所単位で見ても、入居時からの平均自立度の変化は、1/3の事業所が0.5未満、1/4が0.5～1.0の重度化となっている。

② 認知症高齢者日常生活自立度

多くはIIbかIIIaで入居する（平均自立度4.3=IIbに近いIIbとIIIaの間）が、2～3年経過すると1～2ランク重度化する利用者が多く、15%の利用者で入居時から1ランク重

度化、また 2 ランク以上重度化した利用者も 2 割弱に上る。

結果、現在では II b がやや減り III a がやや増えた（同 4.9=ほぼ III a、II b と III a の間）ことでわずかに重度化しており、事業所単位で見ても、入居時からの平均自立度の変化は、1/3 強の事業所が 0.5 未満、3 割弱が 0.5~1.0 の重度化となっている。

(3) 入居以来の重度化の進行状況

全利用者の 1/3 強が「認知症の進行」を挙げており、次いで 2 割が「身体的に虚弱化」を挙げている。

事業所単位で見た場合、認知症の進行が顕著な利用者が占める割合は大きく、半数以上の利用者がそうである事業所も 3 割弱に上る。

(4) 観察事項（生活面・行動面・精神面と社会的交流等）

重度化の程度はカテゴリによって大きな差があり、生活面や社会的交流では利用年数の経過に伴い重度化する利用者が多い等、要介護度の重度化と同様の傾向が見られるが、行動面・精神面ではそもそも重度化の程度がごく僅かであり利用年数との関係も見られない。

このため、生活面や社会的交流では要介護度・日常生活自立度（障害・認知症）との間にある程度の相関関係が見られるが、行動面・精神面では要介護度との関係性は見られない（但し、認知症高齢者日常生活自立度とはある程度の相関関係が見られた）。

① 生活面

多くはスコア 20% 台で入居する（平均スコア 37.2%）が、2~3 年経過すると 10~20% 重度化する利用者が多く、現在では 1/4 弱が 70% 以上と大幅に重度化（同 49.0%）している。

事業所単位で見ても、入居時からの平均スコアの変化は、1/4 超の事業所で 5~10%、2 割強の事業所で 10~15%、それぞれ重度化している。

② 行動面・精神面

多くはスコア 10% 未満で入居（平均スコア：行動面 26.2%・精神面 14.4%）し、その後も大きな変化はなく、現在でも平均スコアの重度化の程度は 2% を下回る。

③ 社会的交流

多くはスコア 20% 台で入居する（平均スコア 41.1%）が、3~4 年経過すると 10~20% 重度化する利用者が多く、現在では平均スコアの重度化の程度は 4.3% とそう大きくはない。

事業所単位で見ても、入居時からの平均スコアの変化は、4 割弱の事業所で 5% 以内、2 割弱で 5~10%、それぞれ重度化している。

1.2. 重度化等への事業所の対応状況

事業所へのアンケート（調査票Ⅰ）から、多くの事業所では、入居期間中に進行した利用者の重度化に対応し、医療機関との緊密な連携や職員研修等の対応体制を整え、医療処置への対応や看取り等を行っていることが明らかとなった。

(1) 退去先の状況（昨年度・一昨年度）

多くの場合、ホーム内での医療的な対応に限界がある場合（重度・急性期等と見込まれる）に退去しており、最多は「医療機関への入院」（全退去者の40.0%）、次いで「死亡による退去」（同24.0%）、「特養・老健・介護療養型医療施設の介護保険施設」（同22.0%）となっている。

「グループホーム内で看取った方」は退去者の1割強（同11.9%）で、「死亡による退去」者の約半数を占めた。

(2) 医療連携体制加算

73.4%の事業所で算定済、今後算定予定の事業所が7.1%となっている。

① 設置主体

社会福祉法人やNPO法人の経営する算定事業所は比較的少なく（同5～6割台）、医療法人経営の事業所は比較的算定事業所が多い。

② 算定要件の体制

外部の医療機関等と契約している事業所が5割弱、内部で看護師を雇用している事業所が4割弱。内部雇用は常勤より非常勤が多い。

(3) 医療ニーズへの対応

3/4の事業所で何らかの対応を可能とし、6割超の事業所が「褥瘡の処置」を、3～4割の事業所で「インシュリン注射（自己注射の見守り）」「膀胱カテーテルの管理」「酸素療法管理」を、それぞれ可能としている。

病院・訪問看護ステーションとの契約により医療連携体制を確保している事業所より、看護師を雇用している事業所や、診療所との契約により体制を確保している事業所の方が、対応可能とする医療処置が比較的多い。

(4) 重度化・看取りへの対応

約2/3の事業所が重度化に対応（4割弱が「重度化+看取り」、3割弱が「重度化のみ」）しているが、グリーフケアまで行っている事業所はまだ少ない（13.6%）。

重度化等への対応に向け、約3/4の事業所が「医療機関（医師等）との緊密な連携（往診・搬送等）や連絡の体制づくり」や「家族へのケア・説明」を、約2/3の事業所が「職員への研修やケア、サポート」を行っている。

課題と効果の双方が職員に関すること（職員の負担が大きい一方で、職員の意識やスキルが向上）となっており、職員が重要なポイントとなっている。

2. 本調査からの考察

利用者の重度化の傾向としては、①老化にともなう心身の虚弱化のほか、②認知症の中核及び周辺症状の進行、③医療ニーズの高まり等によって、重度化が進行し、最終的にはターミナル期の対応が求められている。一方、これら重度化の諸要因は、並行して展開されることも多く、特に支援課題がどの側面に因っているのか等、対応のポイントが異なり、具体的かつ適切な対応方法は多様である。

例えば、認知症の進行による重度化した事例への対応としては、その支援において介護体制の充実が要請されるが、実際には人員配置などのスタッフの量的充実が求められている。また、医療ニーズの高まりつつある事例については、グループホームの内外に医療的機能をどのように確保するのか、医療機関との連携をいかに推進するかが問われている。

そして、ターミナル期については、グループホームで最終的な対応を確保する場合、あるいは連携先の医療機関や関係施設へ対人処遇が移行する場合など対応が分かれる過程を含めて、グループホームとしての医療的ケアの体制確保（看護師等）についての課題が認められる。つまり、グループホームにおける看取りのケアを推進する場合には、人員体制や医療機能の確保に加えて、認知症グループホームのケアの一環としての看取りのケアを行うことを可能とするサービスの質的向上が不可欠である。

(1) 人員体制の充実：入居者の重度化に対応する重度生活支援システム構築

① データの示す傾向

アンケートの回答に見られるように、グループホーム・ケアが認知症の症状進行速度を抑えていると考えられる場合も少なくないが、グループホーム入居者の認知症の中核症状・周辺症状に係る進行や問題点が課題となっている事業所が多い。重度化に密接に関連してくる BPSD については、ケアの投入量を含めて、適切な対応をいかに確保していくのかが問われており、また、他の入居者への心理面・生活面での影響も無視できないものがある。

② 考察

認知症の進行に対応する重度生活支援においては、こうした BPSD をよく観察し、正しい診断・アセスメントを確保するとともに、適切な対応を通じて症状の緩和や軽減をすすめることが求められる。しかし、適切な個別ケアを推進する際、他の入居者への支援と並行して行われることから、従来に増した人的充実が必要となる。また、ホーム内に重点的な対応を必要とする入居者が複数いる場合には、支援における困難が倍加することもあり、適切な職員の加配（加算）も考慮されるべきである。

すなわち、認知症の進行に対応する重度生活支援においては、小規模な事業所としてのグループホームについて 3:1 程度の人員配置では根本的に困難や不安が認められるこことから、早急の人的体制の検討が要請される。

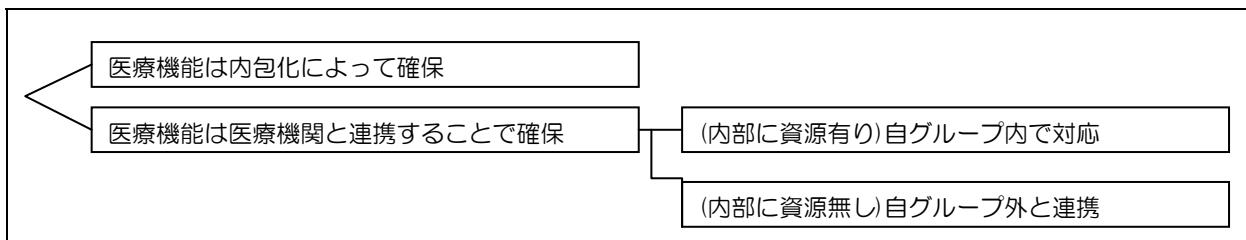
(2) 医療機能の確保：医療ニーズの高まり・重度化への対応方法の構築

① データの示す傾向

身体状態の重度化や加齢に伴い、利用者には介護と医療の双方が求められるようになる。その場合、利用対象者の状態像の変化に対応した医療機能の確保が求められることとなる。こうしたことから、医療機能については、7割を超える事業所が医療連携加算を算定する等、確保が進みつつあり、看護師等を確保している事業所もある。

② 考察

認知症グループホームが医療機能を確保しようとした場合の対応方法としては、一般的に次のような方法が考えられる。



認知症グループホームの運営者は、社会福祉法人、医療法人、株式会社、NPO等と多岐にわたり、その設置も認知症グループホーム1ユニットの単体設置のものから、介護保険施設や医療施設等が同グループ内にあるものまでさまざまである。よって、各々の考え方や背景で重度化対応の可否や方向性は異なることから、医療機能を医療機関と連携することで確保しようとする場合も、①医療機能の調達によって充実を図る事業所、②重度化した際のパス構築によって充実を図る事業所、等が考えられる。

よって、医療機能の確保策についてはさまざまであり、法人（または事業所）独自で強化することの限界から、他の医療機関等の社会資源との連携もしくは一体経営が行われている状況があると考えられる。特に医療法人以外が運営する事業所では、協力医療機関等との連携体制を緊密にすることが求められるものと考える。

(3) 看取りのケアへの着手：ターミナル期のグループホームの対応

① データの示す傾向

利用者の重度化・重症化、及び後期高齢者の増加にともない、認知症グループホームにおいてもターミナル期の対応が求められており、看取り介護が日々の業務の中に含まれてきているホームも出てきており、その最後の日々においても極力普段の生活を送って頂こうと丁寧に利用者や家族に関わろうとしている状況がある。一方で、身近な利用者の死に向き合わねばならないのはスタッフも同様であり、それをケアの一環として行っていくことへのストレス、取組み方への苦労が見られる。

② 考察

看取り介護においては、人員体制や医療機能の確保に加え、それを認知症グループホームのケアの一環として提供可能とするだけの質の充実が期待されることとなる。そのためには、それに携わる人員体制・医療機能の確保・職員の質の確保が求められること

となる。事例調査の項でも述べたように、看取り介護においては、認知症グループホームのケアの特徴である、日常生活への深い関わり、個別ケアの実施には、職員の関わりのセンスや力量が不可欠である。これに加え、認知症状の重度化やターミナル期の対応が求められる場合、職員には更に力が求められることになる。その力を職員の専門能力として育成・発揮していくためには、現場での経験のみならず、得られた経験をきちんと知識化していくことの対応や、学ぶための環境整備が求められている。

看取り期は職員にとっては大きなストレスを感じる時期であり、その経験が、提供するケアの質や利用者への対応、ひいては職員自身がこうした業務に今後も携わることの意識に大きく影響すると考えられることから、体制や環境の整備とあわせ、職員自身の人間力を向上させていくことが不可欠である。また、リスクを常時伴う仕事の中で、あせらずに職員が考え・成長できるような環境づくりや精神的な支援も必要である。

3. 新たな検討の視点

(1) 多様化する認知症グループホーム

認知症グループホームにおける重度化の傾向は、①認知症の進行によるもの、②身体的な状態悪化等の医療的ケアを必要とする重度化、それらが進行した③ターミナル期の重度化等によるものと考えられ、こうした状態に対して適切な方法にもとづき、具体的な取り組みが求められている。

一方、各事業所においては、その経営主体と成立の背景は多様である。同一法人ないし、グループホーム内にどのような種類のサービスや社会資源があるのか否か、また連絡先として有力な医療機関等を確保しているのか否か、といった諸要因によって、各グループホームの重度化への取り組み・方法の確立は異なってくる。このことは、グループホームが多様な経営主体によって運営され、医療的ケア等の濃淡・社会的背景の相違にもとづくものであり、グループホームの運営が多様化して、将来機能分化する可能性が十分考えられるということである。しかし、グループホームの運営類型が多様化していくとしても、認知症の専門的ケアを担うサービス機関として、各グループホームに共通するサービスの質的向上は不可欠である。

(2) 増加する認知症高齢者の基幹的サービス拠点としてのグループホーム

わが国の人口高齢化は顕著なものがあり、とりわけ首都圏（東京・神奈川・千葉・埼玉）や大都市における後期高齢者の爆発的とも言える増加に対応した認知症施策は不可避の課題である。2012年9月公表された、『オレンジプラン』により方向づけられているが、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1万か所・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グループホームの基本運営については、画一的な運営パターンによらず、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。

今回の事例調査等でも明らかであるが、全体的には重度化に対応した適切かつキメ細かなケアを確保すると共に、通所介護・通所リハビリなどのサービスと連携して在宅・地域社会への復帰を図る役割も大切であり、制度創設当初の理念を全て捨て去る訳にはいかない。また、従来から指摘されている認知症者家族への支援の強化や、若年性認知症の人々への対応等新たに整備すべき課題に積極・果敢に取り組むことも大切である。

(3) 地域の認知症ケア・サービス拠点として質的向上の持続的取り組み

そこで、地域包括ケアシステムにおいて、認知症ケアの基幹的サービス拠点として、グループホームを位置づける実践方法と理論的根拠に継続して取り組むことが重要である。とりわけ、ケア・サービスの質的向上のために、全ての事業所の従業者の有資格化を図り、専門的技能取得のためのスタッフに対するプラクティカルな継続研修を確保すること、並びに、グループホーム現場に対するサポート体制の構築が不可欠である。

最後に、最近長崎市で発生したグループホーム火災からの教訓をふまえ、安全・安心の認知症ケア拠点の構築が今こそ求められている。

資料編

1. アンケート調査票

平成 24 年 9 月 25 日

認知症グループホーム事業所 各位

公益社団法人
日本認知症グループホーム協会
代表理事 木川田典彌
(公印省略)

「認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。
また、本会事業の推進につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、当協会では、今年度、厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金を受け、
認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査を行うこととなりました。
平成 24 年度介護報酬改定は、国の厳しい財政事情の中、認知症グループホーム事業所にとっては大変厳しいものとなりましたが、「社会保障・税一体改革」において、2025 年には現在の 2.3 倍にあたる 37 万人分の認知症グループホームを整備する事が示されており、今後、ますます地域包括ケアシステムにおける認印定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ます。
今回の調査の目的は、この様な状況を踏まえ、会員・非会員も含めた大規模調査を実施し、認知症グループホームらしいケアの方向性を多角的に分析し、次期報酬改定に向けた政策提言のためのエビデンス資料として活用していくことを目的としております。

本調査は、現場の実態を制度構築に反映させるための重要な調査であり、次期制度改革や次期報酬改定に向けた政策提言の基礎資料となるものです。つきましては、お忙しい中、誠に恐縮ですが、本調査の趣旨にご理解を賜り、何卒ご協力いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

ご記入に際して

この調査は、全国の認知症グループホーム事業所のうち、約半数の事業所に対し、ご協力をお願いするものです。
ご回答は無記名でお願いし、調査結果は全て統計的な数値として取りまとめますので、プライバシーに関する内容が公表されることとは、一切ございません。ぜひ、率直な実態等をお知らせ下さい。
お忙しい中、大変恐縮ですが、本アンケート調査の趣旨をご理解頂き、ご協力下さいまますようお願い申し上げます。

1 アンケート調査票の記入方法

- ◆原則として、平成 24 年 9 月 1 日現在の状況をご記入下さい。
- ◆調査票Ⅰについては、専門の先に記載させて貰いたいグループホームの管理者様がご記入下さい。但し、事情により、管理者様のご記入が難しい場合には、代理の方がご記入頂いても構いません。
- ◆調査票Ⅱについては、グループホームの管理者、もしくはご利用者の状態をよくご存知のご担当者様にご記入下さい。
- ◆「貴事業所」とは、本調査票の先の「事業所」を指すものであり、法人等を指すものではありませんのでご注意下さい。
- ◆ご回答は、質問ごとの説明に従い、アンケート調査票に直接ご記入下さい。選択肢の中からあなたご自身のお考えに最も近い番号を選び、質問文に示された数の範囲で番号に○印をつけて下さい。

2 アンケート調査票の返送方法

- ◆返送頂く際には、調査票Ⅰと調査票Ⅱをかチキスでまとめて下さい。
- ◆誠に勝手なお願いですが、ご記入頂いた調査票（ⅠとⅡ）は、同封の返信用封筒に入れて、10 月 15 日（月）までに、郵便ポストに投函して下さい。
- ◆返信用封筒に印字は不要です。また、お名前・ご住所を記入頂く必要はありません。

3 本調査に関するお問い合わせ

- ◆担当者不在のこともありますので、できるだけ電子メールにてお尋ね頂けますと助かります。
- ◆担当者不在の場合は、日本認知症グループホーム協会
担当：堀 電話：03-5366-2157 電子メール：hori@jikyoo.or.jp

謹白

調査票 I

1 貴事業所について

問1 貴事業所について、お伺いします。

(1)介護保険事業所番号

(2)事業所の所在地
(都道府県名のみ記入)(3)事業所の
地域区分
(いずれも)
-1.変更前
1. 特別区
2. 特甲地
3. 甲地
4. 乙地
5. その他
-2.変更後
1. 1. 級地
2. 2. 級地
3. 3. 級地
4. 4. 級地
5. 5. 級地
6. 6. 級地
7. その他(4)事業所の設置主体
(番号に120)(5)開設年
(番号に120)(6)ユニット数
(数値を記入)(7)定員
(数値を記入)(8)現在の入居者数
(数値を記入)

(9)同じ建物に併設または隣接されており、貴事業所を運営する法人またはグループ法人が運営するサービス(当てはまる全ての番号に○)

(10)貴事業所を運営する法人またはグループ法人内で実施しているサービス(当てはまる全ての番号に○)

(11)貴事業所について、お伺いします。

2 職員の配置状況

問2 貴事業所の職員の配置状況について、各欄に人数を記入願います。該当者がいない欄には「0(ゼロ)」を記入願います。

	常勤職員 (実人數)	非常勤職員 (実人數)	常勤換算数 (※)	保有資格
①管理者	人	人	⇒	
②計画作成担当者	人	人	⇒	
③介護従事者	人	人	⇒	次の問3から該当する資格の丸番号を全て選び、記入
④その他	人	人	⇒	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」に置き換えた人数です。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週当たりの常勤換算数を算出願います。
【算出例】週間40時間勤務の事業所で、常勤3名、非常勤5名(1週間で合計140時間勤務)週=284時間/週=常勤換算6.6人

問3 上記「問2.③介護従事者」が保有する資格等について、各欄に人数を記入願います。1人複数の資格を保有する場合はそれぞれの欄で別々にカウントして下さい。該当者がいない欄には「0(ゼロ)」を記入願います。

	(該当人数記載・重複可)	常勤職員	非常勤職員
①介護福祉士		人	人
②介護職員基礎研修		人	人
③ホームヘルパー1級		人	人
④ホームヘルパー2級		人	人
⑤介護支援専門員		人	人
⑥看護師		人	人
⑦准看護師		人	人
⑧社会福祉士		人	人
⑨精神保健福祉士		人	人
⑩作業療法士(OT)・理学療法士(PT) 言語聴覚士(ST)		人	人
⑪管理栄養士・栄養士		人	人

調査票 I

3 利用者の退居の状況

問4 昨年度と一昨年度の2年間（平成22年4月1日～平成24年3月31日）に、**貴事業所から退居した利用者の人數について、それぞれ各種に記入願います。**

H22/4/1～H24/3/31の退居者数	
合計人數	人
利用年数1年未満	人
利用年数1年以上～3年未満	人
利用年数3年以上～5年未満	人
利用年数5年以上～7年未満	人
利用年数7年以上～9年未満	人
利用年数9年以上	人

① 小規模多機能居宅介護サービス
訪問・通所系在宅サービス
に移行

② 特養・老健・介護療養型医療施設の介護保険施設

③ その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等)

④ 医療機関への入院
(退居後に入院し、死亡した場合はここに含める)

⑤ 死亡による退居
(退居前の入院中に死亡を含む)
⑥ うちグループホーム内で看取った方

⑦ 上記以外

問5 **問4と同様に、昨年度と一昨年度の2年間（平成22年4月1日～平成24年3月31日）に、**貴事業所から退居した利用者のうち、貴事業所の属する同一法人のサービス（居宅系・施設系介護サービスや医療機関等）へ移行した人數について、記入願います。****

_____人

4 医療連携体制の状況

問6 **貴事業所は、医療連携体制加算を算定していますか。**

1. 現在は算定していないが、今後算定予定
2. 現在も算定していないし、今後も算定する予定はない

問7 **貴事業所の、医療連携体制加算の算定期間に係る体制は、次のどれになりますか。**

1. 現在は算定していないものに1つ〇
2. 病院と契約している
3. 診療所と契約している
4. その他の
5. 事業所にて常勤の看護師を雇用している
6. 事業所にて非常勤の看護師を雇用している
7. 訪問看護ステーションと契約している
8. その他

問8 **貴事業所が雇用している看護師は専従ですか、兼務ですか。（当てはまるものに1つ〇）**

1. 病院と契約している
2. 診療所と契約している
3. 訪問看護ステーションと契約している
4. その他

問9 **貴事業所が雇用している看護師は、週あたりどの程度夜勤（あるいは宿直）をする体制となっていますか。（当てはまるものに1つ〇）**

1. ホームの管理者と兼務
2. ホーム内での兼務はないが他施設と兼務
3. 兼務はない、（ホーム専従）
4. その他

問10 **貴事業所が雇用している看護師は、週あたりどの程度出勤（あるいは訪問）する体制となっていますか。（当てはまるものに1つ〇）**

1. 月1、2回程度
2. 週1回程度
3. 週2回程度
4. 週3回程度
5. 週4回程度
6. 週5回程度
7. 週6回程度
8. 週7回（毎日夜間も看護師がいる）



次ページの問11へ

調査票 I -4

調査票 I

問11 業事業所が医療連携体制の手続を取らない理由は何か。
最も近いものを1つ選択して下さい。(当てはまるものに12〇)

1. 加算を取りたいが、看護師を雇えない（人材確保困難）
2. 加算を取りたいが、訪問看護ステーション等の外部機関との連携・協力が得られない
3. 加算を取るために体験を確保するコストに比べ、報酬が見合はない、経営的にバランスしない）
4. 現在の利用者の状態・ニーズで適切化した場合における対応を感じない、
5. 要件を満たすための取組（適切化した場合における説明・同意等）が困難
6. その他

問12 業事業所が現在連携している医療機関についてお答え下さい。

(2) 診療科 (当てはまるもの全てに○)

①機関数	1. 内科 6. 外科	2. 神経内科 7. 放射線科	3. 呼吸器科 8. 産婦人科	4. 健康器科 12. 泌尿器科	5. 消化器科 13. 皮膚科	9. 整形外科 14. アレルギー科	10. リハビリ科 15. 小児科	11. 脳神経外科 16. 眼科	17. 耳鼻咽喉科 21. その他	18. 精神科・精神科 20. 歯科・口腔科
------	----------------	--------------------	--------------------	---------------------	--------------------	-----------------------	----------------------	---------------------	----------------------	---------------------------

問13 業事業所の、協力医療機関との連携体制・関係はどのようになっていますか。(当てはまるもの全てに○)

1. 日常的に相談している
2. 医療機関への相談は直接受けではなく訪問看護ステーション等を通じてとなっている
3. 日常的に訪問診療や往診をしてくれている
4. 特定の入居者について、日常的に対応してくれる
5. 看取りまで協力・対応してくれる
6. 特段、具体的な連携や、日常的な相談関係はない
7. その他

問14 業事業所の、1週間での、往診・診察の有無や程度はどのようになっていますか。(当てはまるものに12〇)

1. 月に1、2回程度
2. 週1回程度
3. 週2回程度
4. 週3回以上
5. 随時

問15 業事業所の、各種専門職との連携状況についてお答え下さい。(当てはまるもの全てに○)

1. OT (作業療法士) が同一法人内にいる
2. 他機関のOT (作業療法士) と連携
3. PT (理学療法士) が同一法人内にいる
4. 他機関のPT (理学療法士) と連携
5. ST (言語聴覚士) が同一法人内にいる
6. 他機関のST (言語聴覚士) と連携
7. 心理専門職が同一法人内にいる
8. 他機関の心理専門職と連携
9. 歯科衛生士が同一法人内にいる
10. 他機関の歯科衛生士と連携
11. 特段、専門職との連携はない、
12. 上記以外の専門職と連携している

調査票 I

5 重度化・看取りへの対応状況

本調査では、利用者の重複化の進行等に伴う対応に問し、次のような定義・分類で、皆様に質問します。

時間の至過(→)
→ 看取り
→ 重複化対応
→ 家族ケア

問16 業事業所における、利用者の重度化（急性期医療ニーズ以外）への対応、看取り等に関する対応をお答え下さい。(最も近い番号に12〇)

左で1~3を選択した方のみ、いずれか12〇
5. 利用者の希望に応じて種別的に対応
⇒ 6. 希望や必要に応じ、止むを得ない場合の
み対応（それ以外は対応せず）

- | | |
|------------|--|
| ① 現在の対応状況 | 1. 重度化+看取り+グリーフケア
2. 重度化+看取り
3. 重度化のみ
4. 全て未対応 |
| ② 今後の対応の意向 | 1. 重度化+看取り+グリーフケア
2. 重度化+看取り
3. 重度化のみ
4. いずれも対応予定なし |

問17 業事業所が、利用者の重度化や看取り等に対応するために行ったことをお答え願います。(当てはまる番号全てに○)

1. 介護職の増員
2. 医療系の専門職の増員
3. 医療機関（医師等）との緊密な連携（往診・搬送等）や連絡の体制づくり
4. 訪問看護ステーションとの緊密な連携
5. 重度化対応のユニットの設定等
6. 設備面での改善・充実
7. 家族へのケア・説明
8. 職員への研修やケア、サポート
9. 特に何もしていない（從前と変わらない体制・設備で対応）
10. その他

問18 業事業所の、利用者の重度化や看取り等に対応することによる経営面での影響をお答え願います。（特に影響のあつた番号全てに○）

1. 介護職・医療職等の増員による費用増
2. 医療機関との連携による費用増
3. 設備面での改善・充実による費用増
5. 特に影響はない、（從前と変わらない）
6. その他

調査票 I

6 収支の状況（平成 23 年度 1 年間）

問 19 対応可能な医療行為が、利用者の重症化や看取り等に対応したことによって得られたことをお答え願います。（特に影響のあった番号全てに○）

1. 医療との連携体制が強まった
3. 職員が自分達のケア等への自信を得た
5. 地域で評判となり入居希望者が増えた
7. 特に得られることは無く、
8. その他

問 20 対応可能な医療行為が、利用者の重症化や看取り等に対応するために課題・困難と感じる点についてお答え願います。（最も該当するものから順に3つまで○）

1. 医師や看護師の明確な説明・協力が得にくい
3. 介護職員の確保・増員が必要となる
5. 職員の精神的な負担が大きい
7. 重度者のケアに適した施設環境が整えてほしい
9. 他の利用者やその家族からの理解を得にくい
11. 報酬と合わない
12. その他
4. 痰の吸引や胃ろう等に十分な対応ができない
6. 職員の肉体的な負担が大きい
8. 家族の理解や協力を得にくい
10. 他の利用者への精神的・心理的影響が大きい

問 21 対応可能な医療行為が、利用者の重症化や看取り等に対応するために課題・困難と感じる点についてお答え願います。

対応可能な場合、現在対応している利用者数
(現在は該当者ゼロの場合には0人と回答)

- | | | | |
|-------------------------|----------|---------|---|
| ①胃ろう・経管栄養 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ②インシユルン注射
(自己注射の見守り) | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ③膀胱カテーテルの管理 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ④人工透析 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ⑤痰の吸引 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ⑥褥瘡の処置 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ⑦酸素療法管理 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ⑧人工肛門・人工膀胱の管理 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ⑨人工呼吸器の管理・
気管切開の処置 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ⑩がん末期の疼痛管理 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |
| ⑪その他の医療行為 | 1. 対応不可能 | 2. 対応可能 | 人 |

調査票 I-7

調査票 I-8

問 22 当該グループホームに係るセグメント（指導指針）若しくは経理区分（会計基準）から以下に該当する金額をご記入ください。なお社会福祉法人以外の場合は、これらに対応する科目の金額をご記入ください。（対象は平成 23 年度 1 年間。該当欄に金額を記入）

1. 事業活動収入計	円
(1) 居宅介護料収入のうち 認知症対応型共同生活介護に係る 介護報酬収入（保険負担分）及び 利用者負担金収入（本人の1割負担分）	円
(2) 保険外の利用料による収入のうち 認知症対応型共同生活介護に係る 利用者等利用料収入（光熱水費、食費など）	円
(3) その他の事業収入のうち 介護職員処遇改善交付金受入額	円
(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	円
2. 事業活動支出計	円
(1) 人件費	円
(2) 経費（「会計基準」の場合、「事務費支出」と「事業費支出」の合計額） ① 業務委託費のうち 派遣職員等に係る費用	円
3. 事業活動収支差額	円

問 23 上記「事業活動収入」において、事業所が、介護報酬上算定している加算がありましたら、選択して下さい。（当てはまるもの全てに○）	
1. 初期加算	2. 夜間ケア加算
3. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	4. 若年性認知症利用者受入加算
5. 看取り介護加算	6. 医療連携体制加算
7. 退居時相談援助加算	8. 認知症専門ケア加算(1)
9. 認知症専門ケア加算(11)	10. サービス提供体制強化加算(1)
11. サービス提供体制強化加算(11)	12. サービス提供体制強化加算(11)

調査票 I

7 平成 24 年介護報酬改定の影響

問 24 昨年（平成 23 年）の 4~6 月の「介護給付費請求書」、「介護職員処遇改善交付金 支払額内訳表
総括」を確認頂き、及び、今年（平成 24 年）の 4~6 月の「介護給付費請求書」、「介護給付費明
細書」を確認頂き、下記の各項目に該当する数値等を記入願います。

昨年（平成 23 年）	4 月		5 月		6 月	
	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①要介護度 別利用者数	人	人	人	人	人	人
②介護給付 費請求書	単位数・点数	単位	単位	単位	単位	単位
費用合計	円	円	円	円	円	円
③介護職員処 遇改善交付 金支払額内 訳書 ※②の翌月見 期分	円	円	円	円	円	円

今年（平成 24 年）

今年（平成 24 年）	4 月		5 月		6 月	
	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①要介護度 別利用者数	人	人	人	人	人	人
②介護給付 費請求書	単位数・点数	単位	単位	単位	単位	単位
費用合計	円	円	円	円	円	円
③介護職員処 遇改善交付 金支払額内 訳書 ※②の翌月見 期分	円	円	円	円	円	円

問 25 今年 4 月の介護保険制度改革により、事業所の收支差はどう変わりましたか。いずれか 1 つに○

1. 大いに増収 2. 少し増収 3. 変わらない 4. 少し減収 5. 大いに減収

問 26 事業所の、增收の理由は何でしょうか。（特に影響のあった番号全てに○）

1. 看取り介護加算の見直しに対応したことにより増収
2. 夜間ケア加算の見直しにより増収
3. 地域区分による単価の見直しにより増収
4. 短期利用共同生活介護を提供できるようになった
5. 人件費を抑える努力をした
6. 人件費以外のコスト削減など経営努力をした
7. その他

問 27 事業所の、減収の理由は何でしょうか。（特に影響のあった番号の全てに○）

1. 岐阜職員体制に関する基準による、人件費の増加
2. 岐阜職員体制の基準に満たないことによる減算
3. ショートステイによる経営効率の悪化
4. 介護予防サービスへの対応による経営効率の悪化
5. 要介護度別の介護費単位数が変更され、結果的に全体会員の収益が下がった
6. 複数ユニットを持つために、介護費単位数が変更され、結果的に全体会員の収益が下がった
7. その他

問 28 最後に、利用者の重度化の進展に伴う、事業所の運営・経営状況等に関する実感、課題、提
言等のご意見がございましたら、ご自由にお書き下さい。

事業所の運営・ 経営状況について	職員配置及び 人材確保について	重度化・看取りの 体制整備について (特殊浴槽・外浴 の導入等も含む)

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。
ご記入頂いたアンケート調査票は、調査票Ⅱと一緒にボックスで返信用封筒(切手不要)に入れ、
10月15日(月)までに郵便ボストンに投函して下さい。

8 利用者の状況

貴事業所の 介護保険事業所番号	
--------------------	--

問 29 営業所の利用者か一人お一人の状況について各欄に回答願います。複数のユニットがある事業所は、順不同に並べず、各回答欄にユニットごとの利用者を並べて記入願います。

3 ユニット以上の事業所の場合は、2 ユニットまで記載して下さい。

ユニット1 回答表

(最大9人)	(例)●さん	ユニット1-①Aさん	ユニット1-②Bさん	ユニット1-③Cさん	ユニット1-④Dさん	ユニット1-⑤Eさん	ユニット1-⑥Fさん	ユニット1-⑦Gさん	ユニット1-⑧Hさん	ユニット1-⑨Iさん
①現在の満年齢 【整数記入】	80 歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
②利用年数 【切り上げで整数記入】	3 年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
③入所前の居場所 【番号を1つ記入】	1									
要介護度 【各欄に番号 を1つ記入】										
④入居特 ⑤年齢	1									
⑥現在	2									
障害老人 日常生活 自立度 【各欄に番号 を1つ記入】	3									
認知症老人 日常生活 自立度 【各欄に番号 を1つ記入】	5									
⑦入居特 ⑧現在	6									
障害老人 日常生活 自立度 【各欄に番号 を1つ記入】	7									
認知症老人 日常生活 自立度 【各欄に番号 を1つ記入】	8									
⑨入居特 ⑩現在	9									
⑪現在	10									
⑫現在	11									
⑬現在	12									
⑭現在	13									
⑮現在	14									
⑯現在	15									
⑰現在	16									
⑱現在	17									
⑲現在	18									
⑳現在	19									
⑳現在	20									
⑳現在	21									
⑳現在	22									
⑳現在	23									
⑳現在	24									
⑳現在	25									
⑳現在	26									
⑳現在	27									
⑳現在	28									
⑳現在	29									
⑳現在	30									
⑳現在	31									
⑳現在	32									
⑳現在	33									
⑳現在	34									
⑳現在	35									
⑳現在	36									
⑳現在	37									
⑳現在	38									
⑳現在	39									
⑳現在	40									
⑳現在	41									
⑳現在	42									
⑳現在	43									
⑳現在	44									
⑳現在	45									
⑳現在	46									
⑳現在	47									
⑳現在	48									
⑳現在	49									
⑳現在	50									
⑳現在	51									
⑳現在	52									
⑳現在	53									
⑳現在	54									
⑳現在	55									
⑳現在	56									
⑳現在	57									
⑳現在	58									
⑳現在	59									
⑳現在	60									
⑳現在	61									
⑳現在	62									
⑳現在	63									
⑳現在	64									
⑳現在	65									
⑳現在	66									
⑳現在	67									
⑳現在	68									
⑳現在	69									
⑳現在	70									
⑳現在	71									
⑳現在	72									
⑳現在	73									
⑳現在	74									
⑳現在	75									
⑳現在	76									
⑳現在	77									
⑳現在	78									
⑳現在	79									
⑳現在	80									
⑳現在	81									
⑳現在	82									
⑳現在	83									
⑳現在	84									
⑳現在	85									
⑳現在	86									
⑳現在	87									
⑳現在	88									
⑳現在	89									
⑳現在	90									
⑳現在	91									
⑳現在	92									
⑳現在	93									
⑳現在	94									
⑳現在	95									
⑳現在	96									
⑳現在	97									
⑳現在	98									
⑳現在	99									
⑳現在	100									
⑳現在	101									
⑳現在	102									
⑳現在	103									
⑳現在	104									
⑳現在	105									
⑳現在	106									
⑳現在	107									
⑳現在	108									
⑳現在	109									
⑳現在	110									
⑳現在	111									
⑳現在	112									
⑳現在	113									
⑳現在	114									
⑳現在	115									
⑳現在	116									
⑳現在	117									
⑳現在	118									
⑳現在	119									
⑳現在	120									

調査票Ⅱ

ユニット2 回答表

平成24年9月1日現在の状況で回答願います

(最大9人) ①現在の満年齢 [整数記入]	●さん 78 歳	ユニット2-1いさん ユニット2-2Kさん	ユニット2-3いさん ユニット2-4Mさん	ユニット2-5Nさん ユニット2-6Oさん	ユニット2-7Pさん ユニット2-8Qさん	ユニット2-9Rさん ユニット2-9Rさん
②利用年数 [切り上げて整数記入]	3 年	年	年	年	年	年
③入所前の居場所 [番号を1~2記入]	1					
要介護度 [各欄ご番号 を1つ記入]						
④入居時 ⑤1年前 ⑥現在	1 2 3					
障害老人 日常生活 自立度 [各欄ご番号 を1つ記入]	4					
⑦入居時 ⑧現在	5					
認知症老人 日常生活 自立度 [各欄ご番号 を1つ記入]	1 3					
⑨入居時 ⑩現在	1 3					
⑪1居以来の重複化の進行状況も 記著なもの1つを記入	4					
⑫福祉用具の利用 [利用中の番号を全て 記入]	7					
⑬1ヶ月の受診頻度 [通院・往診等合計] [数値記入]	2 回					回
⑭医療ニーズの有無 [番号に120]	1. あり(1 2) 2. なし	1. あり(1 2) 2. なし	1. あり(1 2) 2. なし	1. あり(1 2) 2. なし	1. あり(1 2) 2. なし	1. あり(1 2) 2. なし

1つ選択し、番号を記入
〔1.要支援 2.要介護 3.要介護 4.要介護 5.要介護 6.要介護〕

1つ選択し、番号を記入
〔1.要支援 2.要介護 1.要支援 2.要介護 3.要介護 4.要介護 5.要介護 6.要介護〕

医師の診断書等を基に、1つ選択し、番号を記入
〔1.自立 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2〕

医師の診断書等を基に、1つ選択し、番号を記入
〔1.なし 2.I 3.II a 4.II b 5.III a 6.III b 7.IV 8.M〕

最も顕著なもの1つを選択し、番号を記入
〔1.認知症の進行 2.身体的に虚弱歩行等 3.全体的に老化(老衰) 4.介護の手間がかかる重複化 5.その他〕

利用中のものを全て選択し、番号を記入
〔1.特殊寝台 2.車椅子 3.歩行器 4.ボルトライル 5.入浴補助用具 6.その他 7.なし〕

あり・なしを選択した上で、該当するものを全て選択し、番号を記入
〔1.胃ろう・経管栄養、2.インシュリン注射、3.膀胱カテーテルの利用、4.人工透析、5.痰の吸引、6.褥瘡、7.酸素整流法、8.人工肛門・人工膀胱、9.人工呼吸器、10.気管切開、11.がん末期 12.他〕

9 利用者の実態（精神・身体・行動面と社会的交流等）

問30 業事務所の利用者お一人の、精神・身体・行動面と社会的交流等の状況について、各欄に回答願います。本設問の「Aさん」と問29の「Aさん」は一致するようになります。
また、問29と同様に、3ユニット以上の事業所の場合、2ユニットまで記載して下さい。（用紙はユニットごとに分けています）

ユニット1 回答表

問30-1-1 ユニット1 生活行動面についての観察事項（現在については、平成24年9月1日現在の状況で回答願います）

(A) 各選択肢は数箇内のものを選択して回答して下さい。		(例)●さん		ユニット1-①Aさん	ユニット1-②Bさん	ユニット1-③Cさん	ユニット1-④Dさん	ユニット1-⑤Eさん	ユニット1-⑥Fさん	ユニット1-⑦Gさん	ユニット1-⑧Hさん	ユニット1-⑨Iさん
(最大9人)		入居時	1									
① 朝がやかわいたいことを理解しているから、問題ない、	現状	2										
1.大部分話の半分以上上りかかる												
2ある程度[~2割程]度かかる												
3理解できない、												
②過敏な言葉を使つて、ことかできるか、ほとんど問題ない、1.おもに適切な言葉が使える、	入居時	1										
2適切な言葉が使えるな、3常に適切な言葉が使えない、	現状	2										
③コミュニケーション上の問題について、0援助を必要しない、1.一部のみの援助が必要(1日15分まで)2中等度の援助が必要(1日15~60分)3全般的な援助が必要(1日60分以上)	入居時	1										
④自分の生活や人生について語ることが、確にできる、0おまかれてくる(詳しきれない)3音の配話を全く語ることうができない、	入居時	1										
⑤頻繁に眠れる(ほとんど毎日)1.毎晩ではないが、よく眠れる(睡眠が必要)2たまによく眠れる(睡眠が必要)3めづれしく眠れる(見守り、睡眠が必要)	入居時	1										
	現在	2										

注:問30-1-1は【A】【B】をまとめて生活行動面としたが、集計段階で生活面(選択肢①～⑧)と行動面(選択肢⑨～⑯)に区切り直した

調査票Ⅱ

(例)●さん	ユニット1-①Aさん	ユニット1-②Bさん	ユニット1-③Cさん	ユニット1-④Dさん	ユニット1-⑤Eさん	ユニット1-⑥Fさん	ユニット1-⑦Gさん	ユニット1-⑧Hさん	ユニット1-⑨Iさん
(6)次の睡眠・起床 行為を何用している 0全くない 1あるがまだに何用する 2ある必要に応じて何用する 3ある毎日～ほぼ毎日 使用している	0 入居時 あるがまだに何用する								
(7)排泄(その)財に ついて 0自立(自分で排尿・排 便)が未未できる 1言葉かけと見守りが 必要 2部分的に排泄介助が 必要 3全面的な排泄介助が 必要	2 入居時 自立(自分で排尿・排便) が未未できる								
(8)入浴(その)財に ついて 0自立(自分で入浴) 1言葉かけと見守りが 必要 2部分的に入浴介助が 必要 3全面的な入浴介助が 必要	2 入居時 自立(自分で入浴) が未未できる								
(9)行動上の問題(例 えば下の①～④等) について 0介助・見守りを必要と しない 1一部分の介助が必要 2中等度の介助が必要 3全面的介助が必要 (1日60分以上)	1 入居時 介助・見守りを必要と しない 1一部分の介助が必要 2中等度の介助が必要 3全面的介助が必要 (1日60分以上)								

【B】各選択肢は以下の四角内のものを選択して回答して下さい。

選択肢	0. 全くない	1. ある(生活にやや支障あり : 軽度)	2. ある(生活に中程度支障あり)	3. ある(生活にかなり支障あり : 重度)
(例)●さん	ユニット1-①Aさん	ユニット1-②Bさん	ユニット1-③Cさん	ユニット1-④Dさん
(1)それについて 興味がある	0 入居時 あるがまだ興味がある			
(1)やかましくて、他人 の財を監視する	1 入居時 やかましくて、他人の財を監視する			
(1)暴言がある	0 入居時 暴言がある			
(1)寝言を吐く に立ち去るうとする	1 入居時 寝言を吐くに立ち去るうとする			
(1)介護や援助などへ の抵抗力がある	0 入居時 介護や援助などへの抵抗力がある			

調査票Ⅱ

問30-1-2 ユニット1 権利についての懸念事項 (現在については、平成24年9月1日現在の状況で回答願います)

		各選択肢は下の四角内のものを選択して下さい。									
		0. 全くない 1. ある (生活にやや支障あり : 軽度) 2. ある (生活に中程度支障あり) 3. ある (生活にかなり支障あり : 重度)									
(最大9人)		(例)●さん	ユニット1-①Aさん	ユニット1-②Bさん	ユニット1-③Cさん	ユニット1-④Dさん	ユニット1-⑤Eさん	ユニット1-⑥Fさん	ユニット1-⑦Gさん	ユニット1-⑧Hさん	ユニット1-⑨Iさん
①妄想がある	現在	0									
②幻視がある	入居時	0									
③幻聴がある	現在	0									
④明らかな理由がないのに微笑したりくすぐり笑う	入居時	0									
⑤せん妄がある	現在	1									
⑥不安感や恐怖心があるように見える	入居時	0									
⑦抑うつがある	入居時	0									
	現在	1									

問30-1-3 ユニット1 社会的交流についての懸念事項 (現在については、平成24年9月1日現在の状況で回答願います)

		各選択肢は下の四角内のものを選択して下さい。									
		0. 每日 1. 週に2日以上 2. 2週に1回以上 3. まれに									
(最大9人)		(例)●さん	ユニット1-①Aさん	ユニット1-②Bさん	ユニット1-③Cさん	ユニット1-④Dさん	ユニット1-⑤Eさん	ユニット1-⑥Fさん	ユニット1-⑦Gさん	ユニット1-⑧Hさん	ユニット1-⑨Iさん
①好意や親しみを示す	入居時	0									
②講書をじたりテレビを見たりラジオ・音楽を聴く	入居時	0									
③グループ活動に参加する	入居時	0									
④自分の意思で他者(介護者を含む)との交流を含む)	入居時	1									
⑤友人がいる(介護者との交流を含む)	入居時	1									
⑥家族との交流がある	入居時	2									
⑦生活の場以外にアパートがある(ホーム内外での積極的な行動を評価)	入居時	1									
	現在	3									

調査票Ⅱ

ユニット2 回答表

問30-2-1 ユニット2 生活性動面についての観察事項（現在については、平成24年9月1日現在の状況で回答願います）

【A】各選択肢は該当内の中のものを選択して回答して下さい。

(最大9人)		(例)●さん	ユニット2-①さん	ユニット2-②Kさん	ユニット2-③Lさん	ユニット2-④Mさん	ユニット2-⑤Nさん	ユニット2-⑥Oさん	ユニット2-⑦Pさん	ユニット2-⑧Qさん	ユニット2-⑨Rさん
① 読みかたわからないこと を理解しているか、 理解することができない 1.大部分(約半分) 上づかる	入居時	1									
2.ある程度(～2割) 理解する	現在	2									
3.理解できない											
② 漢字が読めない 2.読めない 3.読み切れない	入居時	1									
4.読めない 0.ほとんど問題ない 1.またに適切な言葉が 使えない、 2適切な言葉が使えない 3常に適切な言葉を使 えない、	現在	2									
③ コミュニケーション 上の問題について 0.問題を理解しない 1.一部分の援助が必要 2中等度の援助が必要 3全面的援助が必要 (1日60分以上)	入居時	1									
④ 自分の生活や人生 について語ることが できる 0.正解でできる 1.特定の出来事のみ正 確にできる 2.おもかげてできる(詳 細にはない) 3.皆の記憶を全く説 くことができない、	入居時	1									
⑤ 眠りよく眠れる(ほとんど 毎日) 1.毎夜ではないが、よく 眠れる(必要ない) 2.またよく眠れる(必要 1.日程度義務的必要 3.めづらに眠れず(頻繁 見付)、睡眠が必要	入居時	0									
⑥ 着脱の睡眠時、睡眠 機能(併存)する 0.全くない、 1.あるが主に使用する 2ある必要に応じて、 3ある毎日～ほぼ毎日 使用している	入居時	2									
		2									

調査票Ⅱ-6

注:問30-2-1は【A】【B】をまとめて生活行動面としたが、集計段階で生活面(選択肢①～⑧)と行動面(選択肢⑨～⑯)に区切り直した

調査票Ⅱ

(最大9人)		(例)●さん	ユニット2-①.さん	ユニット2-②Kさん	ユニット2-③Lさん	ユニット2-④Mさん	ユニット2-⑤Nさん	ユニット2-⑥Oさん	ユニット2-⑦Pさん	ユニット2-⑧Qさん	ユニット2-⑨Rさん
⑦排泄とその介助について 0.自立自分で排尿・排便(始末できる) 1.言葉かけと見守りが 2.部分的に排泄の助が 必要 3.全面的な排泄の助が 必要	入居時 現在	0 2									
⑧入浴とその介助について 0.自立自分で入浴(浴びき) 1.言葉かけと見守りが 2.部分的に入浴の助が 必要 3.全面的な入浴の助が 必要	入居時 現在	1 2									
⑨行動上の問題(例元 ば下の⑩～⑪等) について 0介助、見守りを必要と しない、 1.一部分の介助が必要 2.中等度の介助が必要 3.全面的な介助が必要 (1日15～60分) (1日60分以上)	入居時 現在	1 2									

【B】各選択肢は以下の四角内のものを選択して回答して下さい。

選択肢	0.全くない	1.ある(生活にやや支障あり:軽度)	2.ある(生活に中程度支障あり)	3.ある(生活にかなり支障あり:重度)
(例)●さん	ユニット2-①.さん	ユニット2-②Kさん	ユニット2-③Lさん	ユニット2-④Mさん
⑩そわそわしている 腰痛するところがある	入居時 現在	0 1		
⑪やかましくて、他人 の用意をする	入居時 現在	0 1		
⑫暴言がある	入居時 現在	0 1		
⑬介護者に叱らせざ に立つがうとする	入居時 現在	0 1		
⑭介護や援助などへ の相談がある	入居時 現在	0 1		

調査票Ⅱ

問30-2-2 ユニット2 精神面についての経験事項 (現在については、平成24年9月1日現在の状況で回答願います)

各選択肢は下の四角内のものを選択して下さい。

選択肢	(最大9人)	(例)●さん	ユニット2-①さん	ユニット2-②Kさん	ユニット2-③Lさん	ユニット2-④Mさん	ユニット2-⑤Nさん	ユニット2-⑥Oさん	ユニット2-⑦Pさん	ユニット2-⑧Qさん	ユニット2-⑨Rさん
① 妄想がある	入居時 現在	0 1									
② 幻視がある	入居時 現在	0 0									
③ 幻聴がある	入居時 現在	0 0									
④ 明らかな理由がないのに微笑したりすくす笑う	入居時 現在	0 0									
⑤せん妄がある	入居時 現在	0 1									
⑥不安感や恐怖心があるように見える	入居時 現在	0 1									
⑦抑うつがある	入居時 現在	0 1									

問30-2-3 ユニット2 社会的交流についての経験事項 (現在については、平成24年9月1日現在の状況で回答願います)

各選択肢は下の四角内のものを選択して下さい。

選択肢	(最大9人)	(例)●さん	ユニット2-①さん	ユニット2-②Kさん	ユニット2-③Lさん	ユニット2-④Mさん	ユニット2-⑤Nさん	ユニット2-⑥Oさん	ユニット2-⑦Pさん	ユニット2-⑧Qさん	ユニット2-⑨Rさん
①好意や親しみを示す	入居時 現在	0 1									
②読書をしたり	入居時 現在	0 1									
③テレビ・音楽を聴く	入居時 現在	0 1									
④グループ活動に参加する	入居時 現在	0 1									
⑤友人がいる(介護者を含む)	入居時 現在	0 3									
⑥家族との交流がある	入居時 現在	0 3									
⑦生活の場以外にアパート内外での積極的な活動を評価	入居時 現在	1 3									

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。
ご記入頂いたアンケート調査票は、調査票Ⅰと一緒にホチキスでとめた後に返信用封筒(切手不要)に入れ、10月15日(月)までに郵便ボストに投函して下さい。

認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書

2013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