

平成 28 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

地域の認知症ケアの拠点としての
認知症グループホームのあり方に関する調査研究事業

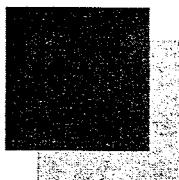
報 告 書

平成 29 (2017) 年 3 月

株式会社 三菱総合研究所

目 次

第1章 事業の概要	3
I. 事業の背景・目的	3
II. 事業概要	4
第2章 認知症グループホームがこれまで果たしてきた機能・役割	11
I. 我が国における認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）の位置づけ	11
II. 認知症グループホームが提供しているケアの特色	15
III. 地域の中での認知症グループホームの役割	17
第3章 認知症グループホームをめぐる環境変化	21
I. 認知症グループホームを取り巻く社会環境変化	21
II. 認知症グループホームサービスをめぐる変化	27
第4章 認知症グループホームの今後のあり方に関する論点整理	39
I. 認知症グループホームの地域マネジメント力の強化	40
II. 多様な地域のケアニーズへの対応力強化	44
III. 生活を継続するための容態に応じた他機関との連携の促進	48
IV. 認知症グループホームサービスの質の向上と担保	51
V. 認知症グループホームにおける人材の確保・定着・育成の加速	55
参考資料：「地域の認知症ケアの拠点としての認知症グループホームのあり方」に関する委員発表資料	63
山口座長 発表資料	63
井上委員 発表資料	66
岩尾委員 発表資料	69
大谷委員 発表資料	79
佐々木委員 発表資料	91
林田委員 発表資料	96
宮崎委員 発表資料	100



第1章 事業の概要

第1章 事業の概要

I. 事業の背景・目的

平成27年1月、団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）が厚生労働省と関係11府省庁の協働により策定された。

この新オレンジプランでは、「認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）」については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待されている。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化する取組みを進める。」とされている。

こうした「新オレンジプラン」において明示された役割をはじめとして、認知症グループホームは地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開していくことが期待されていることを踏まえつつ、その具体的な内容について検討し、今後の認知症グループホームのあり方についての示唆を得ることを目的として本調査研究事業は実施された。

※本報告書における「認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）」の呼称について

本報告書中では特段の断りのない限り、認知症対応型共同生活介護事業所について「認知症グループホーム」として記載した。

II. 事業概要

(1) 事業内容

1) 調査研究課題

本調査研究事業は、大きく以下の二つの観点から検討を実施した。

A 認知症グループホームの課題の整理

既存の先行研究等を用いて、認知症グループホームにおけるケアの現状等について把握、整理し、認知症グループホームにおけるケアの実態等についての論点を整理。

整理した論点等を用いて、有識者会議において、地域における認知症ケアの拠点として期待されている認知症グループホームの実態について①認知症グループホーム「ケア」の特色、②地域の中での認知症グループホーム、③認知症グループホームというサービスの観点から課題の洗い出しを実施。

B 今後の認知症グループホームのあり方の検討、とりまとめ

Aで整理した課題について、有識者会議での議論をもとに、今後の認知症グループホームのあり方及び将来的な介護保険制度における認知症グループホームの位置づけ等について検討・整理を行い、これら課題を解決するための方策等のとりまとめを行い、報告書を作成。

2) 事業実施手法

認知症グループホームの置かれた課題や現状、今後に向けた取組み状況等に関する情報収集するため、有識者会議による意見報告・討議を中心にテーマの検討を行った。

実施手順は以下の通りであった。

- 学識経験者、認知症グループホーム事業者、事業主団体等からの推薦を受けた有識者からなる「有識者会議」を組成。
- 参画有識者からの情報提供、参加者による討議を行い、これまで認知症グループホームが果たしてきた機能・役割とともに、今後の認知症グループホームのあり方について、検討を実施。
- 情報提供いただく内容は大きく以下の三点とした。
 - ①認知症グループホーム「ケア」の特色
 - ②地域の中での認知症グループホーム
 - ③認知症グループホームというサービス
- 上記3つの視点から情報提供をいただくとともに検討を行い、事務局にて課題の整理とその課題に対する論点整理を行う形で調査研究を実施した。

(2) 研究体制

本事業を実施するにあたり、有識者会議を設置して検討を行った。有識者会議委員は以下の通りである。

有識者会議委員 (五十音順)

座長	山口 晴保	認知症介護研究・研修東京センター長
委員	井上 謙一	認定 NPO 法人じゃんけんぽん理事長
	岩尾 貢	社会福祉法人共友会理事長
	大谷 るみ子	社会福祉法人東翔会グループホームふあみりえホーム長
	河崎 茂子	社会医療法人慈薰会河崎病院理事長
	佐々木 薫	社会福祉法人仙台社会事業協会副会長理事
	林田 俊弘	N P O 法人ミニケアホームきみさんち代表
	宮崎 直人	有限会社グッドライフ代表
	宮島 渡	社会福祉法人恵仁福祉協会常務理事
	宮長 定男	社会福祉法人泉湧く家理事長
	村川 浩一	大阪河崎リハビリテーション大学教授

オブザーバ：厚生労働省老健局総務課認知症対策推進室

事務局：株式会社三菱総合研究所ヘルスケア・ウェルネス事業本部

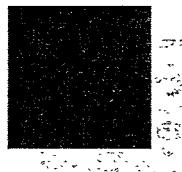
(3) 有識者会議の開催状況

有識者会議の開催回数は以下の通りである。本調査研究を遂行するにあたり、有識者会議を7回実施した。

<有識者会議>

回	日時・場所	内容
第1回	平成28年9月9日(金) 10:00~13:00 三菱総合研究所 CR-E会議室	1.本事業の概要について 2.委員からの発表 テーマ:「地域の認知症ケアの拠点としての認知症グループホームのあり方」 3.意見交換 4.その他
第2回	平成28年10月3日(水) 13:00~15:00 三菱総合研究所 CR-B会議室	1.委員からの発表 テーマ:「地域の認知症ケアの拠点としての認知症グループホームのあり方」 2.意見交換 3.宿題の各テーマについて議論 ①認知症グループホーム「ケア」の特色について ②地域の中での認知症グループホームについて ③認知症グループホームというサービスについて 4.その他
第3回	平成28年10月31日(月) 15:00~17:00 三菱総合研究所 CR-C会議室	1.宿題の各テーマについて議論 ①認知症グループホーム「ケア」の特色について ②地域の中での認知症グループホームについて ③認知症グループホームというサービスについて 2.その他
第4回	平成28年11月30日(水) 10:00~12:00 三菱総合研究所 CR-C会議室	1.認知症グループホームのあり方に関する中間とりまとめについて 2.認知症グループホームの今後のあり方に向けた中間とりまとめ(論点整理) ①認知症 GH がこれまで果たしてきた機能・役割(これまでの議論の整理) ②認知症 GH をめぐる現状と変化 ③認知症 GH をめぐる環境変化に伴う今後のあり方
第5回	平成28年12月26日(月) 15:00~17:00 八重洲俱楽部 第2会議室	1.認知症グループホームの直面する課題と背景 2.認知症グループホームの今後のあり方に向けた検討(課題を受けての論点整理) 3.その他

回	日時・場所	内容
第6回	平成29年1月23日(月) 13:00~15:00 三菱総合研究所 CR-C会議室	1.認知症グループホームの今後のあり方に向けた検討 ①委員からの意見報告 ②論点整理(とりまとめイメージ) 2.その他
第7回	平成29年2月24日(金) 10:00~12:00 三菱総合研究所 CR-B会議室	1. 報告書(案)について 2. 報告書の最終とりまとめについて 3. その他



第2章 認知症グループホームが これまで果たしてきた機能・役割

第2章 認知症グループホームがこれまで果たしてきた機能・役割

認知症グループホームがこれまで地域における認知症ケアにおいて果たしてきた機能・役割について、有識者からの報告及び有識者会議での討議を基に以下のようにとりまとめを行った。

なお、本調査研究において整理した、認知症グループホームがこれまで果たしてきた機能・役割は、今後も認知症グループホームによって担い続けられることが必要な機能・役割であることも有識者会議では確認された。

以下にとりまとめた内容は、いわば日本における認知症グループホーム運営の礎であり、これをたゆまぬ努力の積み重ねにより築いてきた、全国の認知症グループホームの事業所及び職員に敬意を表する。

I. 我が国における認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）の位置づけ

（1）制度上の位置づけ

認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）は平成12（2000）年の介護保険制度の創設に合わせて制度化された。

認知症グループホームは認知症の利用者を対象とした専門的なケアを提供するサービスとされているが、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（以下「基準省令」という）にはその特徴として認知症グループホームが具備すべき機能・役割が示されている（図表1）。

認知症グループホームの機能・位置づけについて、以下のように整理した。

- 利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができること
- 利用者が、家庭的な環境と地域住民との交流の下でサービスを受けられること
- 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、心身の状況を踏まえ、日常生活を送るために適切なケアが提供できる専門性を持つこと
- 利用者にとって家であり、施設ではないこと

認知症グループホームは、これらを実現できる環境を提供し、一つの共同生活住居に5～9名の少人数の利用者が共同生活を送ることで、利用者各自の自己実現を支援するという特徴を持って誕生した。

例えば、自立した日常生活という観点では、日常生活の中で、入居者の力を活用できる場面を工夫し、利用者が介護者と食事や清掃、洗濯、買い物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を共同で行う、出来ることを自分ですることによって、役割や生き

がいを持つ、認知症による生活の支障を減らし、自分で「できること」「わかること」を増やすケアを心がける、個人個人の有する能力を正確に見極め、必要かつ十分な支援を行うといったことが実践されている。

図表 1 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」

より関連する項目（抜粋）

第 89 条 指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護（以下「指定認知症対応型共同生活介護」という。）の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居（法第 8 条第 18 項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。）において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

第 93 条 6 （略）利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中にあるようにしなければならない

第 97 条 （略）利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行われなければならない。

2 （略）利用者 1 人 1 人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。

3 （略）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

第 99 条 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

3 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

第 100 条 （略）利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。

(2) 事業所数の推移

制度創設時に 702 事業所（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）であった認知症グループホームは、「認知症施策推進 5 年計画（旧オレンジプラン；平成 25 年度～29 年度）」の中で、認知症グループホームの利用者を 5 年間で約 1.5 倍（利用者 17 万人から 25 万人へ）とする目標が立てられるなど、認知症施策における認知症グループホームの役割が重視されたこともあり、平成 27（2015）年には 13,003 事業所（利用定員 180,459 人）（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）まで増加している。

(3) 地域に対する役割

平成 27 年 1 月に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（図表 2）においては、認知症グループホームは認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待されている。

また、認知症グループホームは、小規模多機能型居宅介護等と並んで地域密着型サービスとして体系化されているが、それは入居者にとどまらず、認知症の人の地域での生活を支援する役割があることを示している。その具現化の一つとして、運営推進会議がある。運営推進会議は、地域住民や行政等との連携を深め、地域の認知症の困りごとへの相談や地域住民の認知症の理解を広めたり、地域交流の場であると同時に、介護サービスの形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘があることから、介護サービスの質の評価や安全確保を強化する取組みを進めていく必要があり、そういう意味でも、運営推進会議は、地域に開かれた事業運営を行う重要な場である。

地域への展開については、認知症カフェの実践例のみならず、認知症グループホームにおける「お祭り」の実施や地域住民への開放、訪問・見学の受入、子どもの「たまり場」スペースの提供といった実践例が有識者会議で報告されている。また、サービスの質担保の観点では、制度で定められた第三者評価に加えて、認知症グループホーム相互のピアレビューの仕組みを導入する地域なども現れていることも有識者会議において報告された。

図表 2 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（抜粋）

第2. 具体的な施策

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供

（介護サービス基盤の整備）

（略）

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

くことが期待されている。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化する取組みを進める。その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、認知症への対応力を向上することが求められており、これらの機能を発揮できるような仕組みの整備を進めていく。

II. 認知症グループホームが提供しているケアの特色

認知症グループホームで提供されるケアは認知症の利用者を対象とした専門的なケアであるとされ、具体的には以下のような特色を持つと考えられる。

- 認知症の利用者の尊厳・自己決定権が尊重されること
- 共同生活という家庭的な環境で、生活に密着したサービスが提供され、利用者と職員が対等な関係であること
- 利用者一人ひとりのニーズや状態に対応したケアが提供されること
- 利用者が生活を継続し、出来ることを自分ですることによって、役割や生きがいをもち、自立と自信を維持すること

これらは、尊厳・自己決定権の尊重といった観点からは、例えば、個々の持っている価値観や人生観などに裏打ちされた高齢者の「自尊心」を大切にしたケアの提供、パーソン・センタード・ケアを理念とするサービス提供、その人が望む生活の実現を目指し、これまでこだわってきたことや役割を大切にするストレングスやエンパワーメント、表面的な対応ではなく、長い時間を使い人間関係を構築し、人が本来持つ願いや要望、意思を理解した支援を行うといった形での実践例として有識者会議で報告がなされた。

また、家庭的な環境に関しては、利用者が安心して暮らせるように癒しの空間や「なじみ」の環境を整備することなどが行われているほか、一人ひとりのニーズに応えるという観点からは、愛着のある趣味や嗜好を楽しむことができる重視する、認知機能の変化の進行に伴って起こる不適応状態に対するバーバル（言語的）なかかわり方の上にさらにノンバーバル（準言語・非言語的）なかかわり方を必要とする支援、生活と人間関係を再構築できる支援などの実践が行われている。

図表 3 有識者会議における「認知症グループホーム「ケア」の特色」に関する主な意見

分類	内容（理念及び実践例を含む）
利用者の尊厳・自己決定権を尊重したケア	<ul style="list-style-type: none">・個々の持っている価値観や人生観などに裏打ちされた高齢者の「自尊心」を大切にしたケア・パーソン・センタード・ケアを理念とする・利用者の安全と安心の保障に向けたアドボカシー、権利擁護・表面的な対応ではなく、長い時間を使い人間関係を構築し、人が本来持つ願いや要望、意思を理解した支援を行う
共同生活という家庭的な環境によるケア	<ul style="list-style-type: none">・家庭的な環境の中での生活支援・職員と入居者のコミュニケーションを重視・本人が安心して暮らせるように癒しの空間や馴染の環境を整備

分類	内容（理念及び実践例を含む）
一人ひとりのニーズや状態に対応したケア	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者一人ひとりの個性と生活リズムを尊重 ・認知機能低下に伴って変容するその人の価値観や世界観を共有できる ・小規模ゆえに、画一的なケアではなく、一人ひとりのニーズや状態に応じた適切なケアを提供できる ・認知機能の変化の進行に伴い、起こる不適応な状態に対して、ノンバーバル（準言語・非言語的）なかかわり方を必要とする支援の実践 ・認知症によって引き起こされるさまざまな生活と人間関係のしづらさを減らし、生活と人間関係を再構築できる支援
利用者の生活の継続性と自立と自信	<ul style="list-style-type: none"> ・その人が認知症とともに生きることを支える ・その人が望む生活の実現を目指し、これまでこだわってきたことや役割を大切にするストレングスやエンパワーメント ・共同生活の中で、日常生活に密着し、能力を保持するケア ・愛着のある趣味や嗜好を楽しむことができる

※ 有識者会議に報告された委員からの主な意見について、事務局にて整理を行った。

III. 地域の中での認知症グループホームの役割

認知症グループホームは、認知症対応型共同生活介護という介護保険における地域密着型サービスに含まれるサービスである。地域密着型サービスに関しては、「基準省令」においても地域との結びつきを重視すべきことがうたわれている（図表 4）。

認知症グループホームに関しても同省令では「家庭的な環境と地域住民との交流の下」、「利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る」、「住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中にあるようにしなければならない」といった形で制度上も、サービス創設時から地域社会の一員として活動し、サービスを提供することが位置づけられている（図表 1）。

図表 4 「基準省令」より地域密着型サービス一般原則（抜粋）

第1章 総則 (略) (指定地域密着型サービスの事業の一般原則)
第3条 指定地域密着型サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。
2 指定地域密着型サービス事業者は、指定地域密着型サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。以下同じ。）その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

本事業を通じて、認知症グループホームの地域での役割は、以下のような要素を含むと確認された。

- 入居者が地域の一員として、地域とつながって暮らせる場
- 地域における認知症の相談・支援の拠点としての役割
- 地域のボランティア・認知症サポーター育成、人材交流の拠点としての役割
- 上記を通じた認知症の人が安心して生活できる地域づくりへの参画

例えば、有識者会議では、地域の一員として、認知症グループホームが地域行事への参画を行う、地域住民との交流機会を自らつくるといった取組みがなされていることが報告された。また、認知症の相談・教育・啓発拠点としての役割を担うとの報告もなされ、認知症カフェ等への取組み、認知症グループホームの経験や方法論、ケアの技術を地域社会

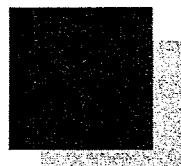
に還元する、利用者に限らず地域の認知症高齢者を介護する家族からの相談に対応しているといった事例が報告された。そのほか、認知症サポーター養成に協力する、認知症サポーター等を結集して、地域の多様な人材の交流の場とするなど、地域・事業所の実情に合わせて様々な役割を担ってきていることが報告された。

併せて、災害時に対する備えをも念頭に置きつつ、入居者のケアに留まらず、積極的に「地域づくり」に協力していく認知症グループホームの姿も報告された。

図表 5 有識者会議における「地域の中での認知症グループホームの役割」に関する主な意見

分類	内容（理念及び実践例を含む）
地域社会の一員としてのグループホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域に根ざす、地域の一員となる ・ 地域行事への参画や地域住民との交流 ・ 入居者が地域の一員として、地域とつながって暮らせる場
地域における認知症の相談・支援の拠点としての役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の相談・教育・啓発拠点としての役割 ・ ワンストップ化（つなぐ支援＝コーディネート機能） ・ グループホームが地域にあることで、地域の認知症への理解が広まり、認知症に関する相談を受けるようになるなど、自然と地域交流が生まれ、認知症になんでも安心して暮らせる地域づくりを推進できる場
地域の人材育成、人材交流の拠点としての役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民が気軽に立ち寄れる場所 ・ 住民ボランティアの受入 ・ 認知症ケアのプロとして地域の認知症ケアのリーダーに（指導者研修修了者などの活用も）
認知症の人が安心できる地域づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケアの中で、認知症の人のケアにおいて中心的な役割を担う。 ・ 入居者の生活の延長線上に地域があり、その地域と双方向の関係性を構築し、それまでと変わらず入居者が地域生活を営めるように支援する ・ 個々の生活史や生活習慣を重視した、なじんだ暮らしの継続 ・ 住み慣れた地域での家族や友人との交流が継続できる ・ 災害時において、利用者に留まらない地域の認知症の人々の避難場所としての役割を担うことができる、あるいは地域の人々に避難中のケアの方法を伝え、避難中のケアを支援することなどを通じて、地域の防災拠点としての役割を果たす

※ 有識者会議に報告された委員からの主な意見について、事務局にて整理を行った。



第3章 認知症グループホームを めぐる環境変化

第3章 認知症グループホームをめぐる環境変化

第2章では、認知症グループホームがこれまで果たし、今後も担っていくべき機能・役割について、有識者会議において報告された意見の整理を行った。

本調査研究事業では、今後の認知症グループホームのあり方に関する検討が目的に含まれることから、第3章では、第2章の整理結果を踏まえつつ、第4章で今後の認知症グループホームのあり方を検討する際に前提となる、認知症グループホームが置かれた社会環境、制度創設時との環境変化、今後起こりうる環境変化などについて整理を行った。

I. 認知症グループホームを取り巻く社会環境変化

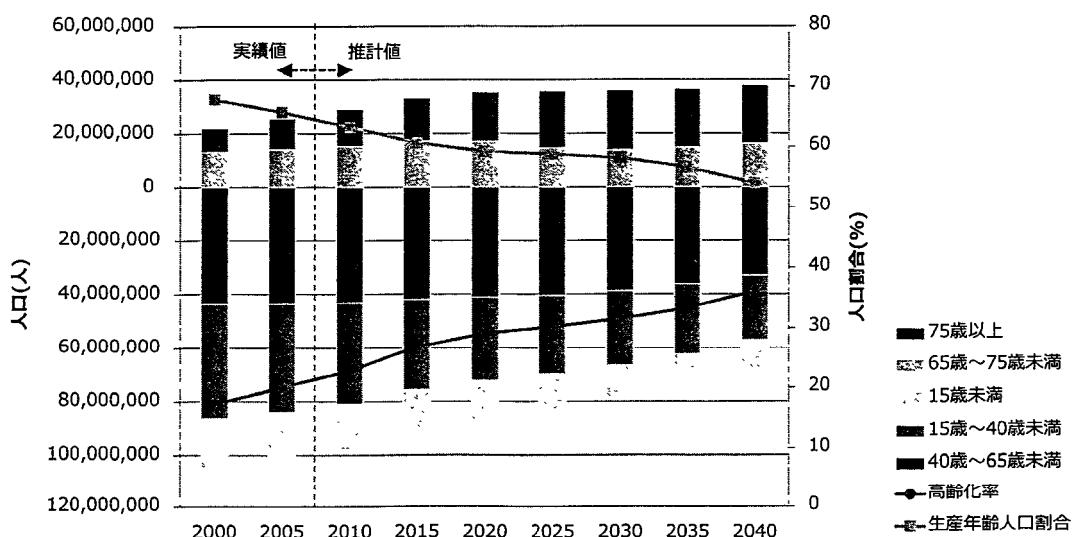
1) 少子高齢化の進展

1990年代以降、日本では少子高齢化が進展し、総人口に占める生産年齢（15歳～65歳未満）人口割合が低下するとともに、高齢化率（65歳以上人口割合）が上昇している。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、高齢化率は、平成12（2000）年の17.3%から平成27（2015）年には26.8%に上昇し、今後も平成32（2020）年29.1%、平成37（2025）年30.2%と上昇を続けることが予測されている（図表6）。

高齢者人口も、平成12（2000）年2,201万人、平成27（2015）年3,340万人と推移し、今後については平成32（2020）年3,552万人、平成37（2025）年3,596万人と増加すると推計されている。その一方で、総人口が平成20（2008）年をピークに減少に入り、今後も減り続けていくことも考慮すべきである。

図表6 高齢化の推移と将来推計



（出典）2000年～2010年まで：総務省「国勢調査」

2015年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」

資料：厚生労働省「地域包括ケア『見える化』システム」

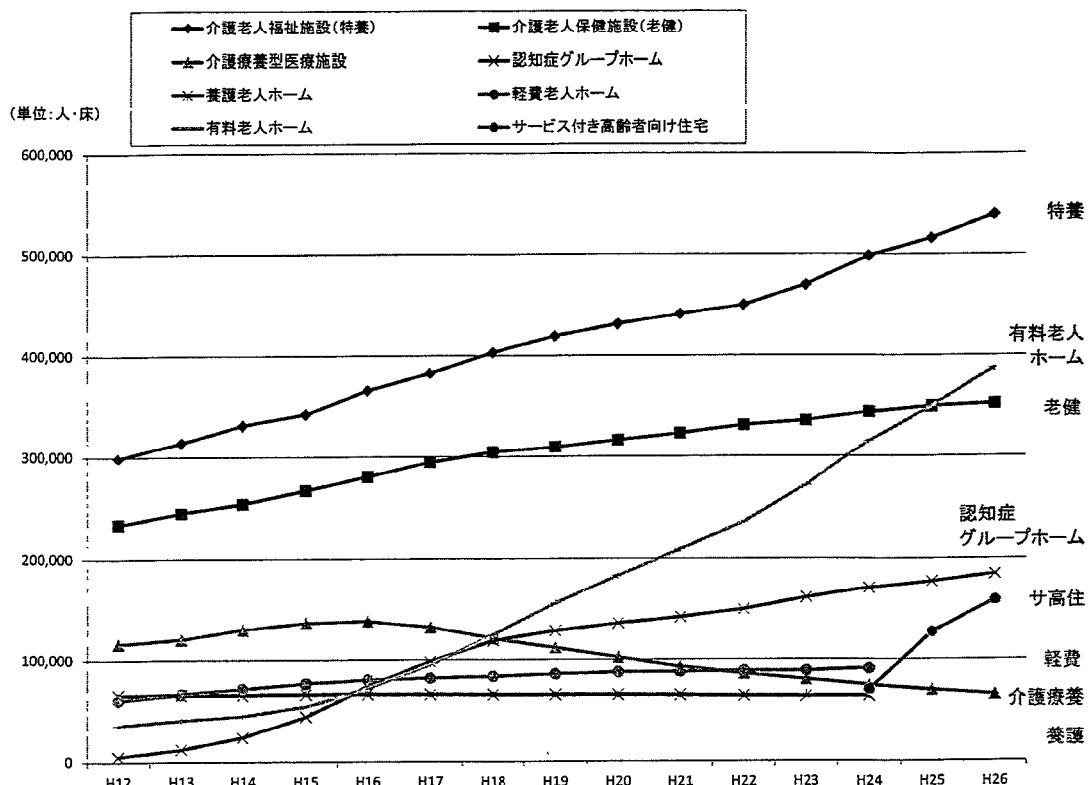
2) 高齢者向け住まい等を取り巻く変化

①高齢者向け住まい等は多様で、近年は他のサービスの定員増が著しい

高齢者向け住まい等は、認知症グループホームの他、介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（図表7のサ高住）など多岐にわたる。

近年は有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の定員の伸びが著しい。

図表7 高齢者向け住まい等の定員数



※1：介護保険3施設及び認知症グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10月1日時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査（10月審査分）【H14～】（定員数ではなく利用者数）」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスの利用者を合算したもの。

※3：認知症グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査（10月1日時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7月1日時点）による。

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9月30日時点）」による。

資料：厚生労働省老健局高齢者支援課「厚生労働省（老健局）の取組について：高齢者向け住まいの概要」
(平成27年3月19日) をもとに作成

②将来的な介護人材不足の危惧

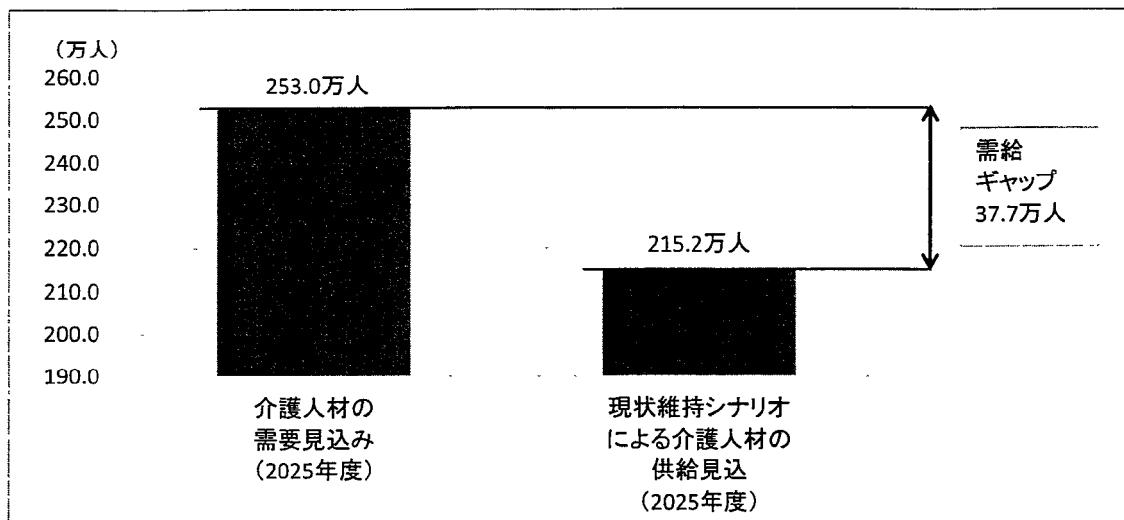
厚生労働省が平成 27 年に実施した介護人材の需給推計によると、平成 37（2025）年度の介護人材の需要 253.0 万人に対し供給 215.2 万人で、37.7 万人の供給不足が見込まれている（図表 8）（需要見込みは、市町村により第 6 期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく。供給見込みは、平成 27 年度以降に取り組む新たな施策の効果を見込まず、近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映した「現状推移シナリオ」に基づく。）

こうした介護人材の供給不足の背景として、一つには生産年齢人口が減少している（図表 6）ことがあげられる。

また、近年、介護職については、採用率は平成 19 年度の 27.4% から平成 26 年度には 20.6% に低下し、離職率は平成 20 年度以降 20% を下回り、ここ数年は 16~17% の間で横ばいに推移している（図表 9）。

介護労働者は、労働条件等に関して「人手が足りない」（48.3%）、「仕事内容の割に賃金が低い」（42.3%）、「有給休暇が取りにくい」（34.9%）、「身体的負担が大きい」（30.4%）などの不満を感じている（図表 10）。

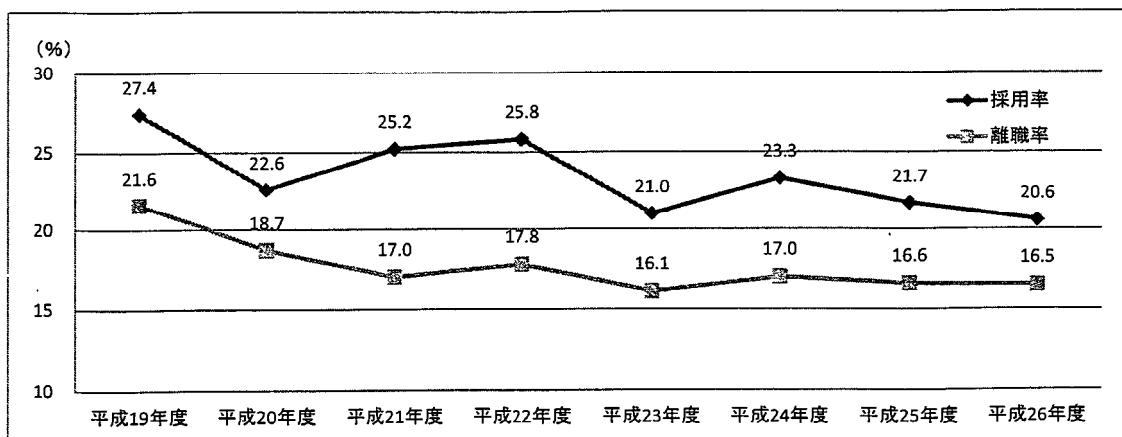
図表 8 2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）



資料：厚生労働省社会・援護局「2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について」平成 27 年 6 月 24 日より三菱総合研究所作成

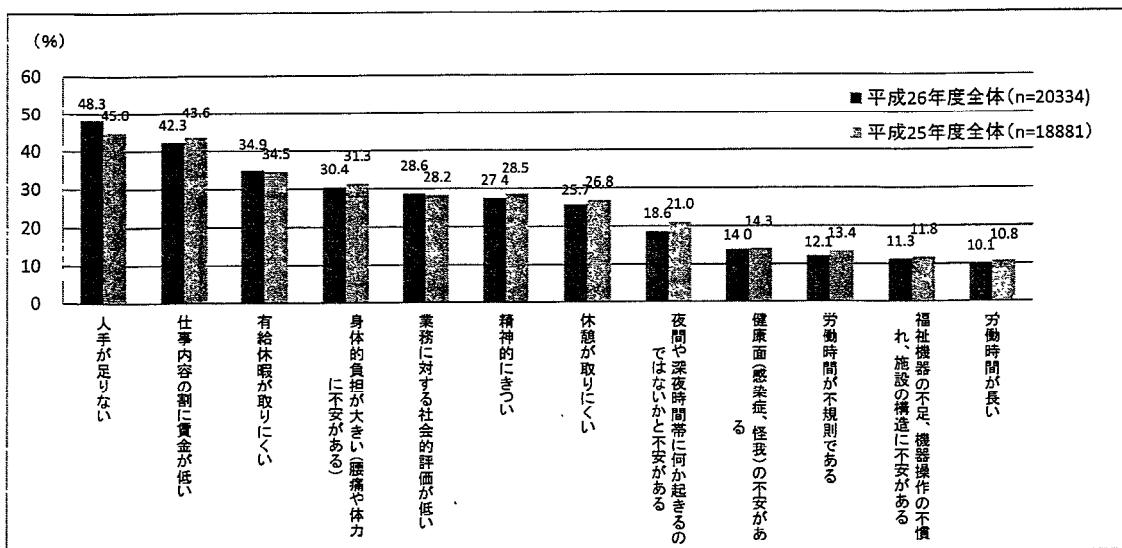
（注）平成 27 年の推計後に賃金上昇が進んでおり、需給バランスはさらに悪化している可能性がある。

図表 9 介護職員・訪問介護員（2 職種計）の採用率・離職率の推移



資料：介護労働安定センター「平成 26 年度介護労働実態調査」

図表 10 介護職員・訪問介護員（2 職種計）の労働条件等の不満



資料：介護労働安定センター「平成 26 年度介護労働実態調査」

3) 高齢者を取り巻く変化

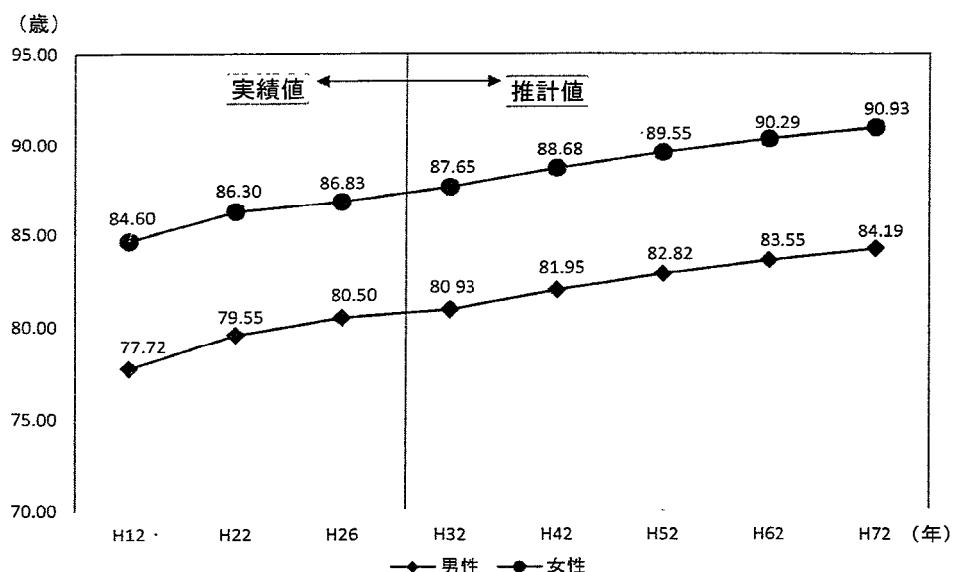
①高齢者の中で後期高齢者人口割合が増加

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、高齢者人口に占める後期高齢者人口は、平成 12 年の 40.9% から平成 27 年には 48.4% と上昇し、今後も平成 32 年 52.0%、平成 37 年 59.6% と上昇を続けることが予想されている。

この背景として平均寿命の伸びがあり、平成 12 年の女性 84.60 歳、男性 77.72 歳に対し、平成 26 年には女性 86.83 歳、男性 80.50 歳と推移し、同研究所の推計によると、さらに平成 32 年には女性 87.65 歳、男性 81.95 歳に達する（図表 11）。

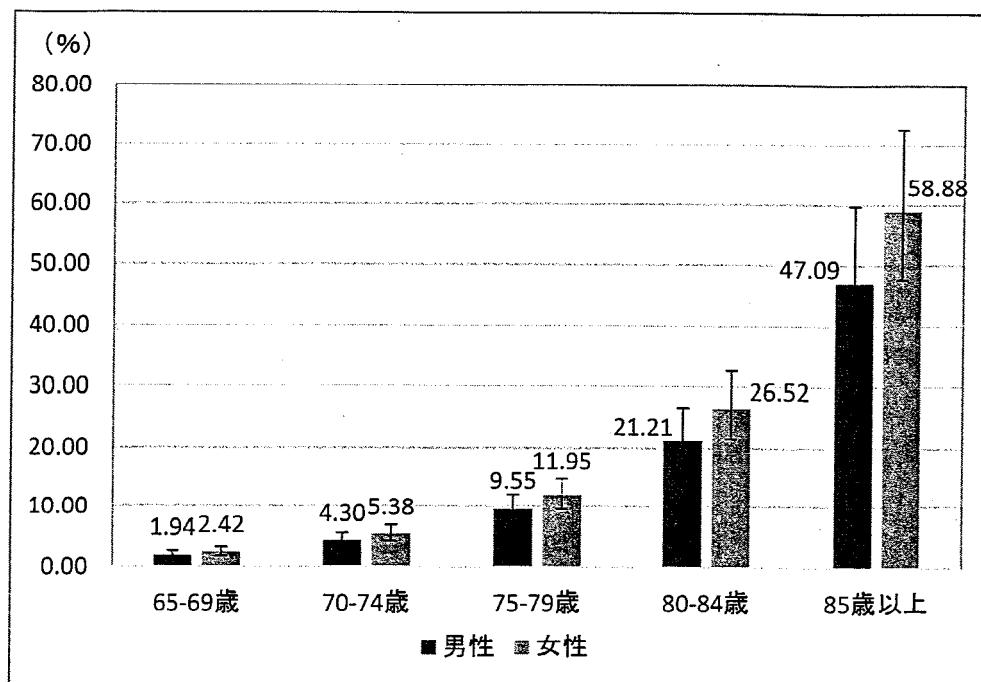
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学特別研究）により、男女ともに年齢階級が上がるほど、認知症有病率は高まるという推計結果が得られている（図表 12）。

図表 11 平均寿命の推移と将来推計



資料：平成 26 年は厚生労働省「簡易生命表」、平成 12 年・平成 22 年は厚生労働省「完全生命表」、平成 32 年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。

図表 12 数学モデルにより算出された 2012 年の性・年齢階級別認知症有病率 (%)



推計に使用した数学モデル：認知症の有病率 = $\exp. (-16.184 + 0.160 \times \text{年齢}[歳] + 0.223 \times \text{性別}[女性=1, 男性=0] + 0.078 \times \text{糖尿病の頻度}[\%])$

値は作成された数学モデルを基に推定された有病率（95%信頼区間）を示す。

資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学特別研究）

II. 認知症グループホームサービスをめぐる変化

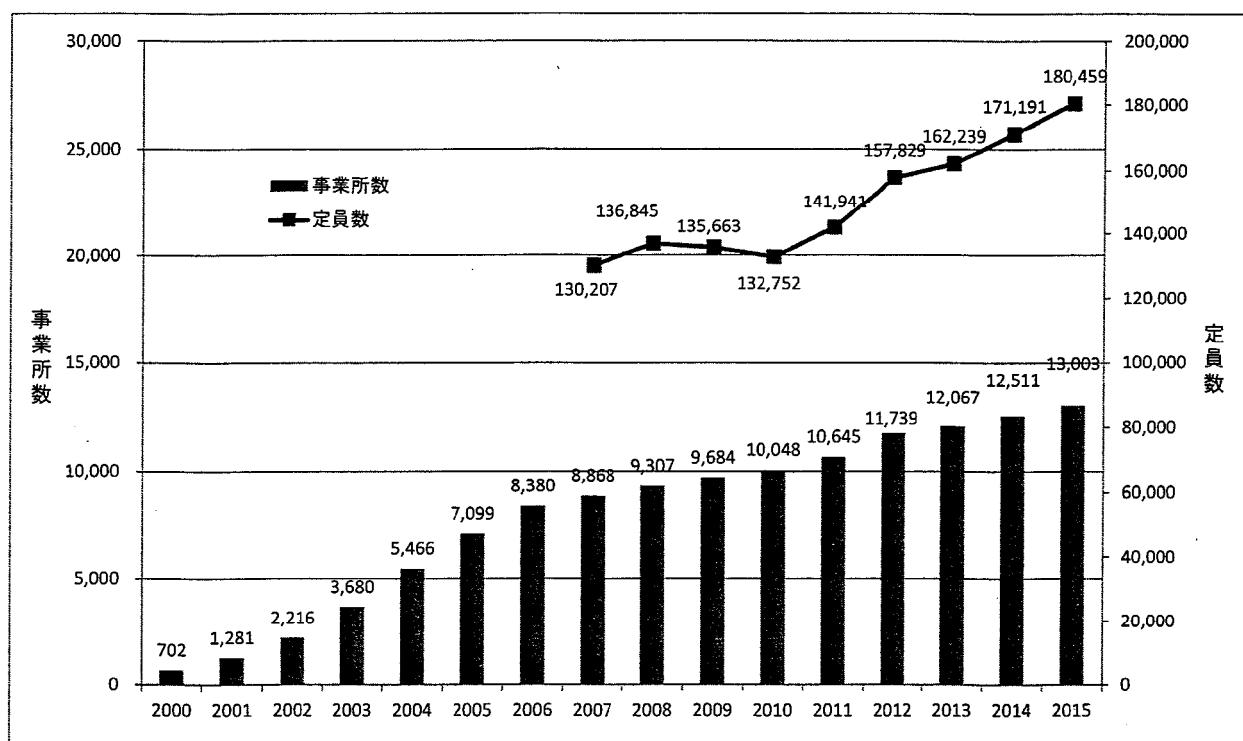
1) 認知症グループホームの整備・運営に関する動向

①認知症グループホーム数は、これまで増加を続けてきた

認知症グループホームは、介護保険制度が施行された平成12（2000）年には702事業所であったが、以後平成17（2005）年7,099事業所、平成22（2010）年10,048事業所と増加を続け、平成27（2015）年には13,003事業所となっている（図表13）。

定員数についても、平成22（2010）年以降は増加を続け、平成22（2010）年132,752人に対し、平成27（2015）年180,459人となっている（図表13）。

図表13 認知症グループホーム数・定員数の推移



※1：当該調査の「認知症対応型共同生活介護」

※2：事業所数は、調査対象となった事業所数（休止中の事業所を含む）（各年10月1日現在）

※3：定員数は、集計対象となった事業所（調査した結果、回収のあった事業所のうち活動中の事業所）の定員数（各年10月1日現在）

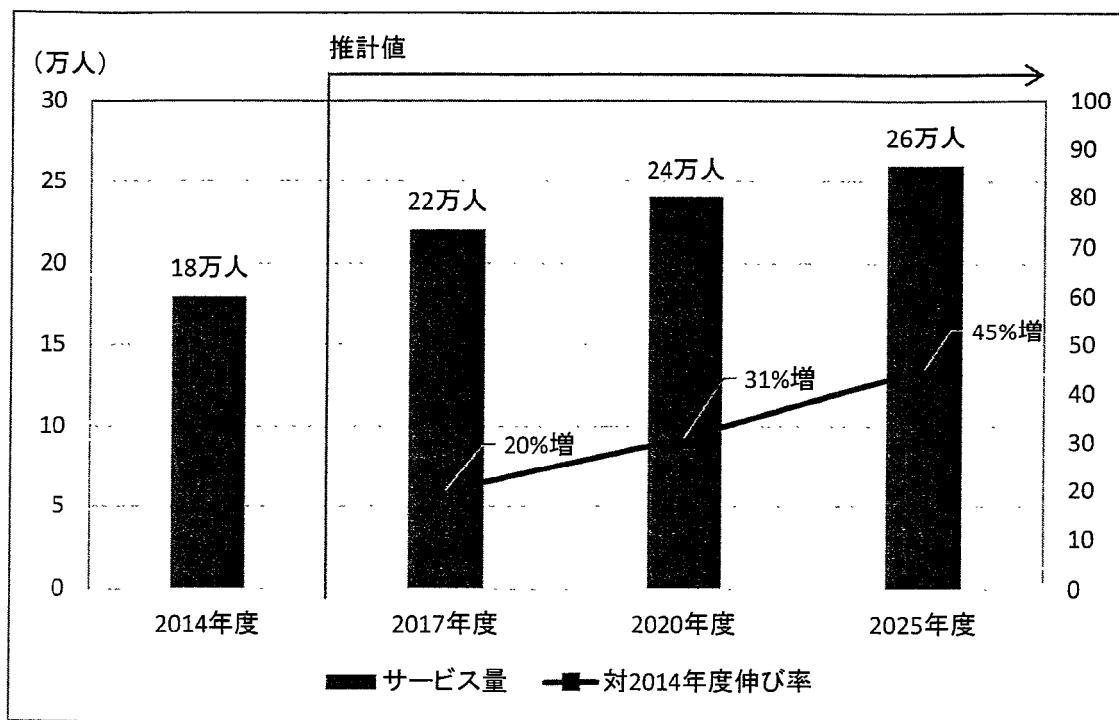
※4：2009年度以降は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省（社会・援護局）にて推計したもの。（2008年まではほぼ100%の回収率→（例）2014年の回収率：訪問介護79.1%、通所介護85.0%、介護老人福祉施設93.3%）

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

②認知症グループホームのサービス量は今後も増加し、平成 37 (2025) 年度 26 万人 (対平成 26 (2014) 年度 45%増) の見込み

厚生労働省「第 6 期介護保険事業計画」によると、認知症グループホームのサービス量は、平成 26 (2014) 年度の実績値 18 万人に対し、平成 29 (2017) 年度 22 万人 (20%増)、平成 32 (2020) 年度 24 万人 (31%増)、平成 37 (2025) 年度 26 万人 (45%増) と見込まれている（図表 14）。

図表 14 第 6 期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み



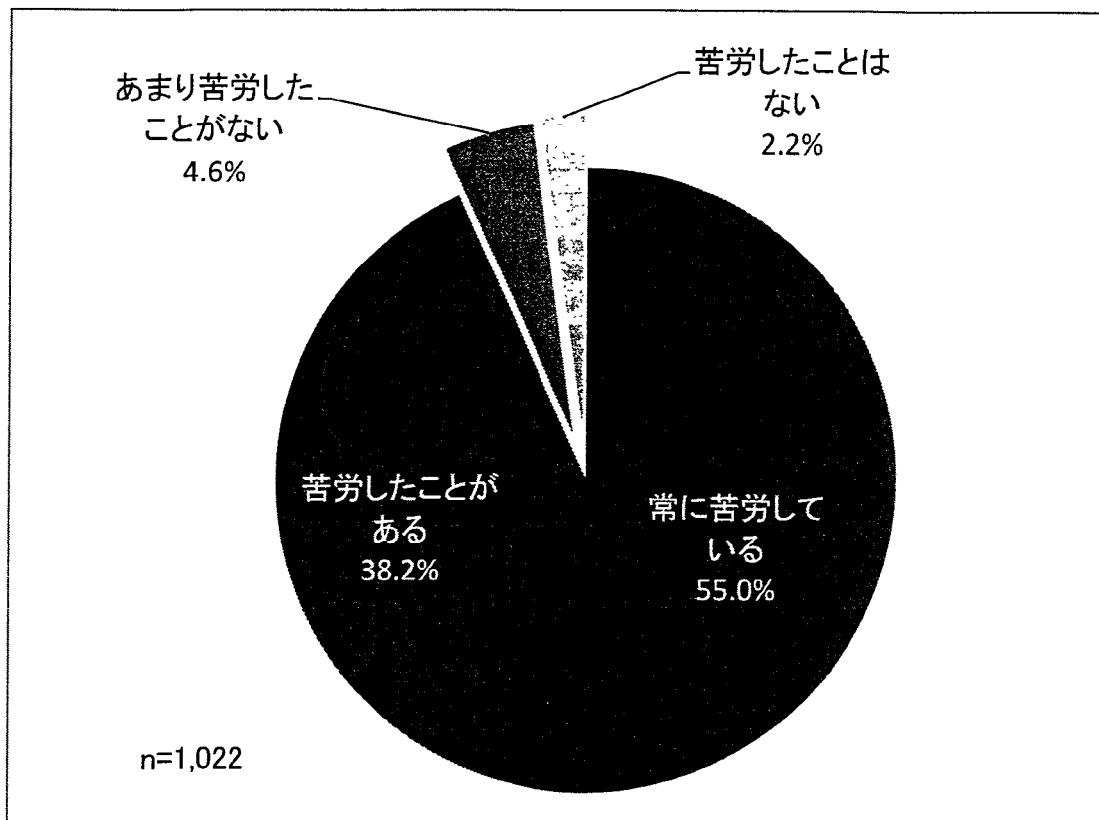
※平成 29 (2017) 年度、平成 32 (2020) 年度及び平成 37 (2025) 年度の数値は、全国の保険者が作成した第 6 期介護保険事業計画における推計値について、平成 27 年 4 月 24 日現在で集計したもの。

資料：厚生労働省「第 6 期介護保険事業計画」

③人材確保に苦労している認知症グループホームが多い

公益社団法人日本認知症グループホーム協会が平成 26 年に会員事業所を対象に実施した調査によると、職員募集について、「常に苦労している」(55.0%)、「苦労したことがある」(38.2%) をあわせて、全体の 9 割超の事業所が苦労していると回答している（図表 15）。

図表 15 認知症グループホームにおける職員募集について



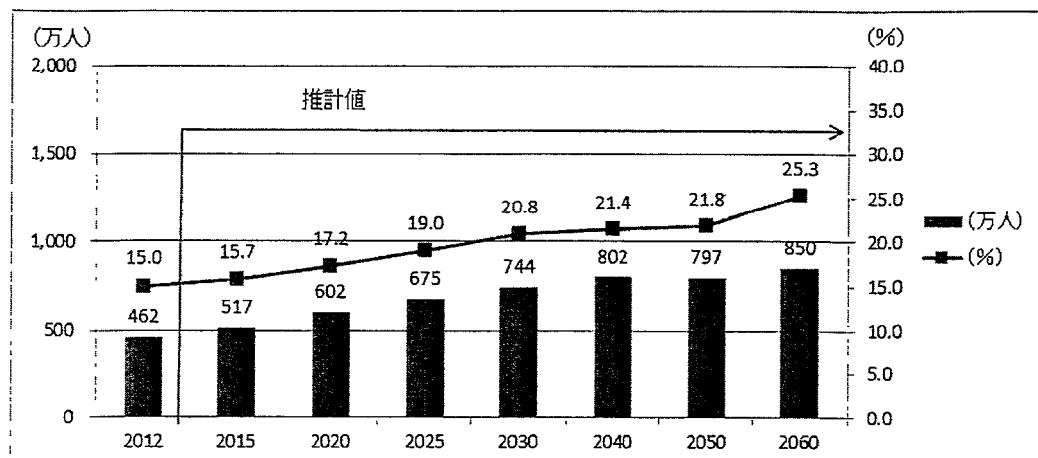
資料：公益社団法人日本認知症グループホーム協会「平成 25 年度 日本認知症グループホーム協会認知症グループホーム経営実態調査」平成 26 年 3 月

2) 認知症グループホーム利用者（認知症高齢者）の動向

①認知症高齢者数は今後増加すると推計

九州大学 二宮教授の研究によると、認知症有病者数は、平成 24（2012）年の 462 万人に対し、今後増加し平成 32（2020）年には約 600 万人、平成 37（2025）年には約 700 万人に達すると推計されている（図表 16、図表 17）。

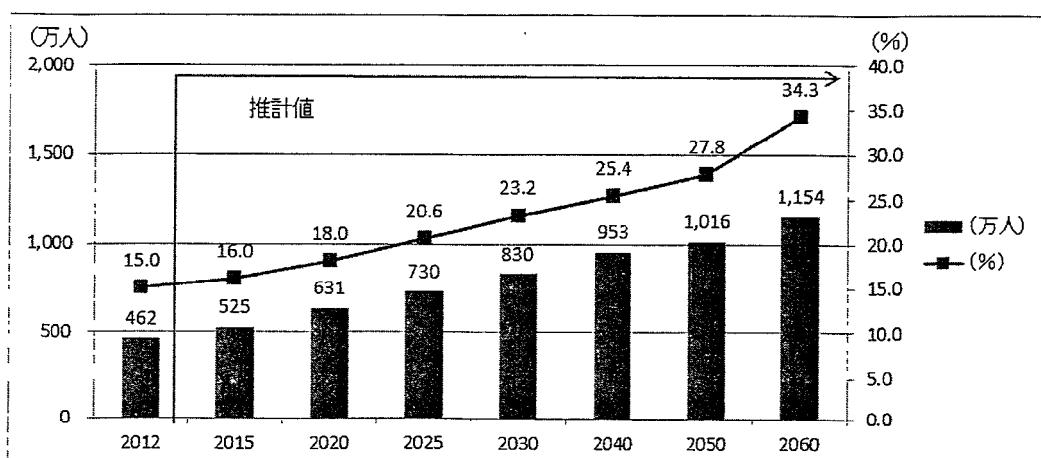
図表 16 認知症高齢者数の推移
各年齢の認知症有病率一定とした場合



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値

資料：厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要」より三菱総合研究所作成

図表 17 認知症高齢者数の推移
各年齢の認知症有病率上昇の場合



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値

資料：厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要」より三菱総合研究所作成

②認知症グループホーム利用者は、近年、医療ニーズが高まっている

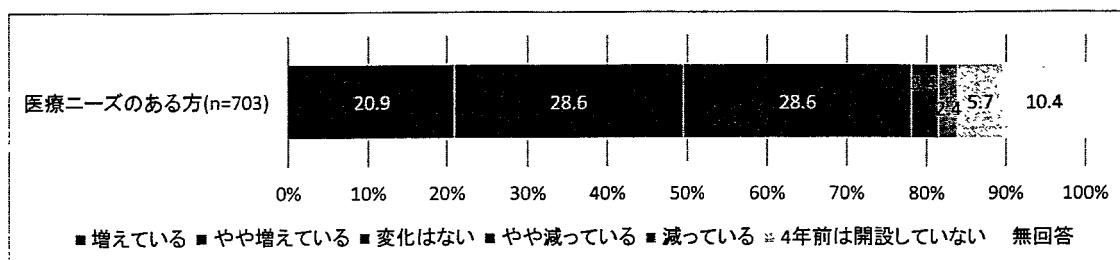
公益社団法人日本認知症グループホーム協会が平成28年に会員事業所を対象に実施した調査によると、認知症グループホームの利用者の状況変化として、近年は医療ニーズのある方が「増えている」（「増えている」+「やや増えている」）が半数を占める（図表18）。

これに関連して、認知症グループホーム利用者の退去の判断に至った背景については、「医療ニーズの増加」（34.5%）が最も多く、「長期入院」（23.4%）がこれに次ぐ（図表19）。

退去先も、「その他（精神科病院・一般病院の精神病院以外）の医療機関」（24.8%）が最も多くなっている。

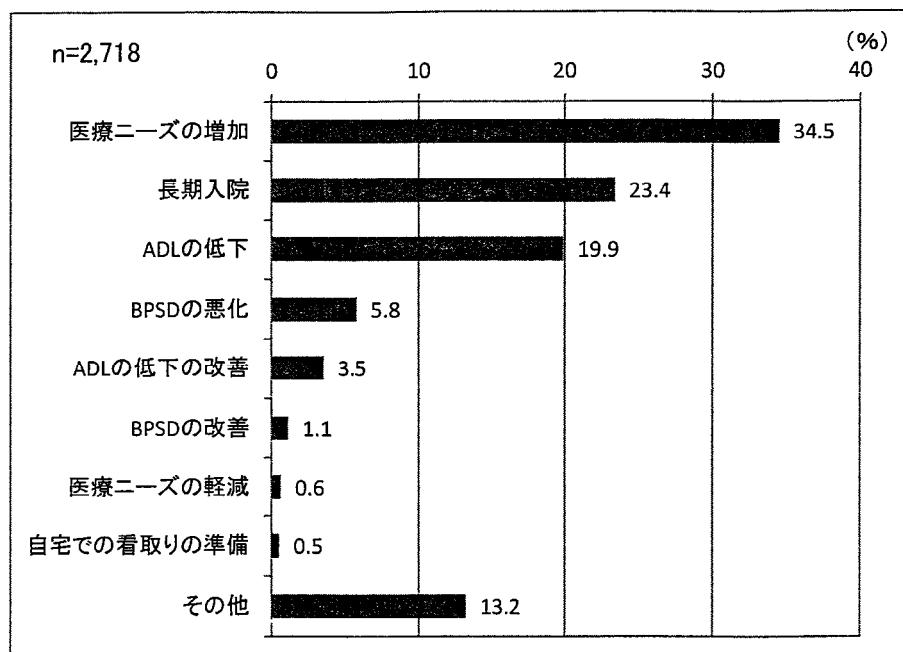
その他、退去先については「死亡（事業所で看取りまで行った）」（19.4%）、「死亡（入院先等で亡くなった）」（17.4%）と「死亡」が全体の約3分の1を占める（図表20）。

図表18 4年前の入居者と現在の入居者の状況変化



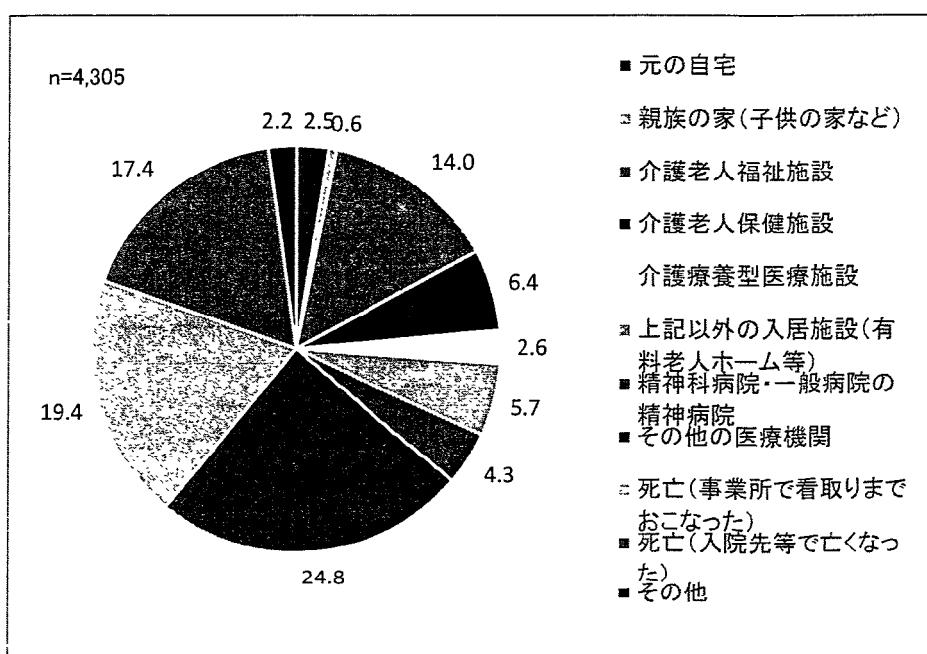
資料：公益社団法人日本認知症グループホーム協会「平成27年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業：認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」平成28年3月

図表 19 退去の判断に至った背景（死亡を除く）



資料：公益社団法人日本認知症グループホーム協会「平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業：認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」平成 28 年 3 月

図表 20 退去先（平成 25 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日）



資料：公益社団法人日本認知症グループホーム協会「平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業：認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」平成 28 年 3 月

③認知症グループホーム利用者は、近年、重度化、重篤化する傾向にある

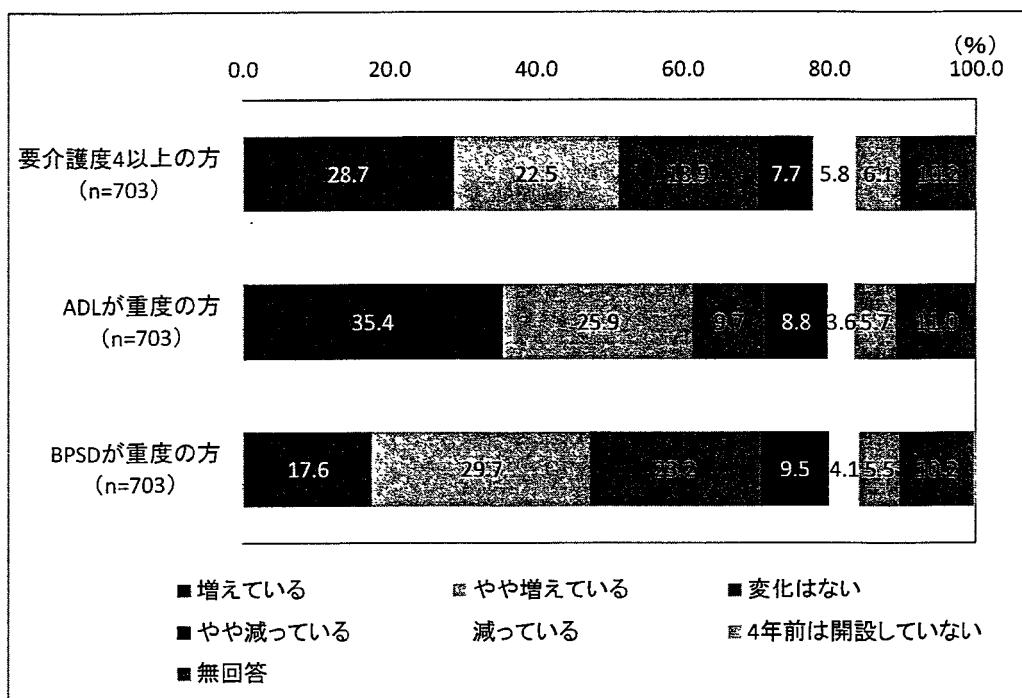
先述の協会実施調査（平成 28 年）において、認知症グループホーム利用者の状態像変化として、「要介護度 4 以上の方」は 51.2%、「ADL が重度の方」は 61.3%、「BPSD が重度の方」は 47.3% が、「増えている」（「増えている」 + 「やや増えている」）と回答している（図表 21）。

居宅系、施設・居住系の 13 サービスについて、各サービス利用者の認知機能障害、IADL 障害、ADL 障害、行動心理症状の出現率を、厚生労働省が高・中・低で判定した結果をみても、認知症対応型共同生活介護は、いずれの障害も「高」と分類される（図表 22）。

各サービスの利用者のうち日常生活自立度 II a～M が占める割合は、多くのサービスで 8 割を超えるが、認知症対応型共同生活介護では 95.0% と、介護療養型医療施設の 97.0% に次ぐ高い割合となっている。

DASC-21¹については、認知症対応型共同生活介護では「31 点以上」が 99.7% を占め、平均点 66.19 点で、「31 点以上」の出現率、平均点とともに、介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設に次ぐ値となっている。

図表 21 4 年前の入居者と現在の入居者の状況変化



資料：公益社団法人日本認知症グループホーム協会「平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業：認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」平成 28 年 3 月

¹ DASC-21 とは、認知症のアセスメントシートで、研修を受講した専門職が、高齢者の「認知機能障害」と「生活障害」を把握し、認知症を検出し、重症度を評価する。導入の A・B 項目と 1～21 項目の評価項目から構成され、31 点以上が認知症の疑いがあると判定される。

図表 22 利用者の認知機能障害・IADL 障害・ADL 障害・行動心理症状によるグルーピング
及び日常生活自立度（IIa～M）の出現率と DASC-21 による認知症高齢者の出現率

		認知機能障害	IADL障害	ADL障害	行動心理症状	日常生活自立度		DASC-21	
						IIa～M	31点以上	平均点	
居宅系	訪問介護	低	低	低	中	47.2%	71.7%	44.38	
	訪問リハビリテーション	低	低	低	低	45.2%	83.7%	48.49	
	通所介護	低	低	低	低	53.0%	79.1%	47.73	
	通所リハビリテーション	低	低	低	低	44.5%	75.9%	44.25	
	訪問看護	中	中	中	中	64.9%	85.5%	52.93	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	中	中	中	中	66.4%	90.9%	52.23	
	認知症対応型通所介護	中	中	中		88.7%	98.4%	62.82	
施設・ 居住系	小規模多機能居宅介護	中	中	中		80.7%	93.0%	56.52	
	特定施設入居者生活介護	中	中	中		76.3%	93.4%	58.9	
	認知症対応型共同生活介護					95.0%	99.7%	66.19	
	介護老人保健施設				中	89.5%	99.5%	67.43	
	介護老人福祉施設				中	94.0%	99.8%	73.04	
	介護療養型医療施設				低	97.0%	99.9%	78.66	

(上表の高・中・低の判定方法)

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

(注) DASC-21:認知機能、IADL、ADLを総合的に評価できるアセスメントツールであり、調査に用いた項目のうち「日常の意思決定ができるか(日常の意思決定)」「自分の名前が答えられるか(自分の名前)」以外の項目が含まれている。

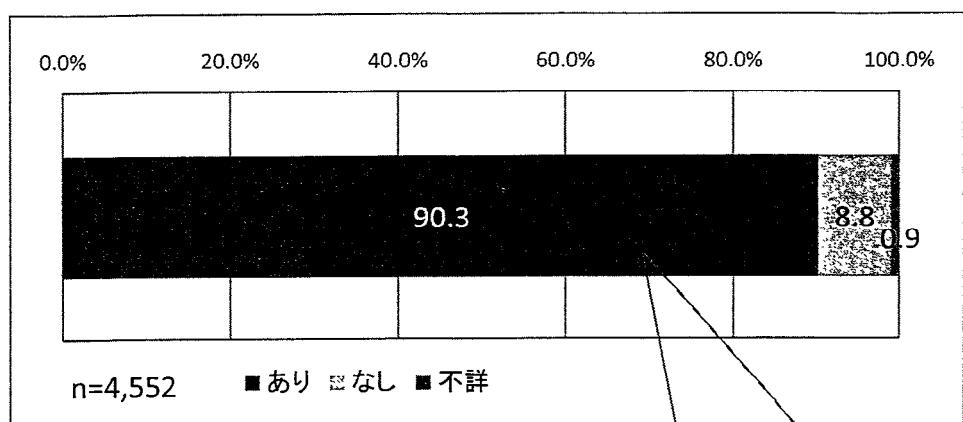
資料：厚生労働省「介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業」

平成 28 年 3 月

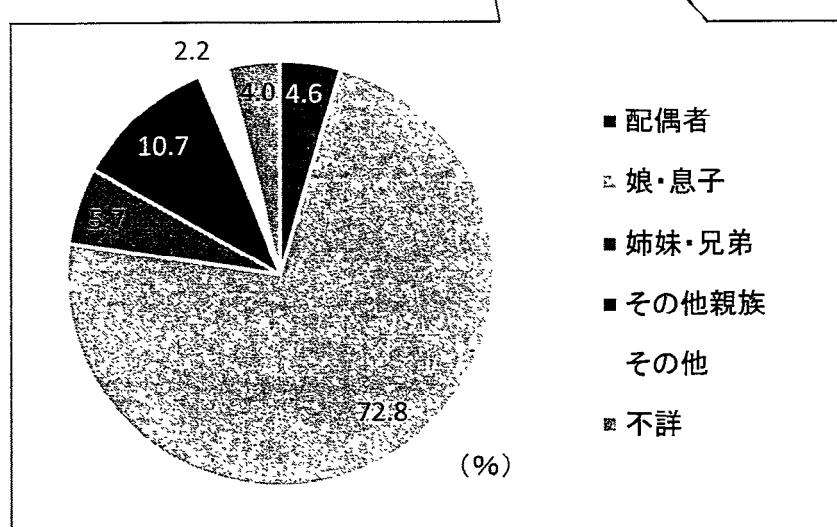
④9割が主な主介護者あり、「娘・息子」が多い

入居中の現在の主介護者については「あり」が約9割を占め、本人との間柄は「娘・息子」(72.8%)が7割を超えて最も多く、「姉妹・兄弟」(5.7%)、「配偶者」(4.6%)は数%となっている(図表23)。

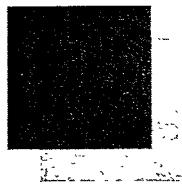
図表23 認知症グループホーム入居者の家族の状況(Ⅱa~Mの利用者)
【主介護者の有無】



【主介護者ありの場合の本人との間柄】



資料：厚生労働省「介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業」
平成28年3月



第4章 認知症グループホームの 今後のあり方に関する論点整理

第4章 認知症グループホームの今後のあり方に関する論点整理

第2章、第3章において整理してきたように、我が国における認知症グループホームの機能・役割は平成12（2000）年の介護保険制度創設以降に限っても社会的な環境変化や制度的な変遷に応じた変化が求められていると考えられる。

以上のような認識に立ち、有識者会議ではその「あり方」、「期待される役割」について議論し、認知症グループホームの今後のあり方について、以下の5つの観点に絞り論点を整理した。

I. 認知症グループホームの地域マネジメント力の強化

地域における認知症ケアの拠点（相談、アウトリーチ等）としての位置づけと人的資源・ノウハウの活用

II. 多様な地域のケアニーズへの対応力強化

地域で暮らす認知症高齢者の緊急時対応、家族介護者からの支援ニーズへの対応力強化（緊急時ショートステイ、共用型デイサービス等による対応可能性）

III. 生活を継続するための容態に応じた他機関との連携の促進

医療機関、訪問看護ステーション、他の介護保険施設・事業所との連携を進めるとともに、入院等による認知症グループホーム外に滞在する利用者を支援

IV. 認知症グループホームサービスの質の向上と担保

地域の認知症ケアの担い手として認知症グループホームのサービスの質の向上に向けた取組みの検討

V. 認知症グループホームにおける人材の確保・定着・育成の加速

認知症グループホームにおける人材の確保・定着を進めるため、長期的な就労が可能となるよう雇用管理の継続的な改善

I. 認知症グループホームの地域マネジメント力の強化

(1) 現状と課題

第2章で整理してきたように、制度創設来、これまで認知症グループホームは、認知症に特化した施設として、地域における認知症ケアの中で重要な役割を担ってきた。しかし、認知症ケアへのニーズが高まり、認知症グループホームの数、入居者が増加するにしたがって、すべての地域で十分な貢献ができているとは必ずしも言えない状況が出てきていることも有識者会議では指摘があった。

「新オレンジプラン」では「認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、環境整備を行っていくことが求められている」としており、認知症グループホームが地域における認知症ケアの拠点として、これまでの機能・役割を果たしつつ、今後に向けてどのような方が望まれるのかが課題となっている。

(2) 今後の地域マネジメント力の強化に関する主な意見

本事業における有識者会議では、今後の認知症高齢者の増加予想から、地域の認知症ケアの拠点の不足が深刻化する懸念があり、認知症グループホームの地域マネジメント力強化に関連して、以下のような意見が表明された。

○認知症グループホームは地域における認知症ケアの拠点たる機能とノウハウを持つが、現状ではその役割を十分に地域住民等に認識されていないことが懸念され、特に軽度者の本人・家族への相談の機会を十分に提供できていない可能性があるのではないか。

○利用者が生活の場所を移りつつ暮らしていく（入院や在宅復帰等を含む）可能性や在宅の認知症の人やその家族・地域住民に対する地域支援活動への地域住民のニーズが高まっていくのではないか。

○一方で、ノウハウやスキル、体制面の制約などから地域での活動を十分に拡大することができない認知症グループホームもあり、新たな機能や役割を一律に付与するのは慎重になるべきではないか。また、そうした従来の方法で運営している認知症グループホームの報酬が下げられないようにするべきではないか。

○地域における認知症ケアの拠点化に際しては以下のようないくつかの機能の整理がありうるのではないか。

- | | |
|--------------------|----------------|
| ・認知症の本人の介護拠点 | ・本人・家族・地域の交流拠点 |
| ・本人・家族・地域の相談拠点 | ・本人・家族・地域の学習拠点 |
| ・認知症に関する啓発拠点 | ・災害等に関する対策拠点 |
| ・認知症の人にやさしいまちづくり拠点 | |

○地域での互助原理の發揮の場として認知症グループホームを位置づけていってはどう

うか。

- 認知症グループホームの利用者のみをケアの対象とするという視点から拡大して、地域の中で相談拠点としての役割の明確化を進めていくはどうか（活動事例として認知症ケアパスへの位置づけ等）。
- 「地域の拠点化」は画一的な定義を設けるのではなく、各地域に合った拠点化のあり方を探ることが必要ではないか。例えば内見会などをきっかけとした地域との関係性の構築、ボランティア受入や子どもの訪問受入などを通じた地域住民の自由な出入、グループホームでの「お祭り」の開催や地域への開放などによる日常的な触れ合いを通じて各地域に合った拠点化のあり方を探ることが必要ではないか。
- 認知症に関する家族の相談、教育、学習機能の強化を認知症グループホームが担っていく必要があるのではないか。
- 認知症グループホームは家族に対する支援も行うことが役割だが、家族からの支援を受けてグループホームにおけるケアが成立している部分もあり、家族とグループホーム相互の連携が重要ではないか。
- 地域交流のあり方は大きく「看取り」、「生活支援」、「防災」、「地域支援と人材育成」、「認知症ケアの専門性と支援の多様性」と整理できると考えられ、これらが認知症グループホームの地域での役割と言えるのではないか。
- 認知症グループホームの果たす役割・機能は多岐に及び、各認知症グループホームもノウハウ、体制等の面で力量に差があるため、認知症グループホームの機能類型化も検討すべきではないか。その中で、地域マネジメント力を持つ認知症グループホームは「地域拠点型」等のあり方を検討すべきではないか。
- 地域での活動についてグッドプラクティスの集積を踏まえ、それらの取組みの成果にポジティブな評価が与えられていくようなプロセスを目指してはどうか。
- 防災の拠点としての機能を果たせるよう、地域との連携を進めていくことも必要ではないか。

(3) 今後の方針に向けた論点整理

①地域における相談拠点としての役割について

地域における相談拠点としての役割について、市町村の認知症ケアパスに認知症グループホームを地域の相談拠点として位置づけていくことについて検討が必要である。現に、市の認知症ケアパスに事業所の認知症相談拠点機能を示した地域があり、この地域では、介護サービス関連の連絡協議会が主体となって、事業所を対象に認知症相談拠点研修会の開催や認知症相談窓口設置の登録制度、連携会議の開催などの活動を実施していることから、こうした事例を参考に検討すべきである。

併せて、市町村等を通じて、地域における認知症ケアの拠点として、認知症グループホームの機能・役割の周知・広報を展開するほか、認知症グループホームは、認知症診断後の受け皿を確保するため、認知症カフェの設置や認知症グループホーム同士の連携に基づく常設の居場所づくりに取り組む必要がある。

また、認知症カフェについては、対象を認知症の人やその家族に限定せず、地域の誰もが利用できるようにすることや、その形態にとらわれることなく、地域のニーズや特性にあわせた多様なタイプから、利用者が選択できることが重要である。

②認知症グループホーム資源の地域展開について

多くの認知症グループホームは、認知症ケアの地域展開に活用可能な資源（認知症ケアに関する高い専門性を有する職員や地域におけるネットワーク等）を持つ。一方、一部の地域活動に消極的な認知症グループホームが存在することから「待ち」の姿勢から「アウトリーチ」機能の充実を促していくことも必要である。

この点について、認知症グループホームの有する資源を活用した今後の地域展開に向け、日中の地域活動等におけるグッドプラクティスを収集・整理し、全国の認知症グループホームに周知・広報等を継続するような取組みを業界団体、行政が連携して展開していくことが有効と考えられる。実践例として、地域と一体化することを目的に、開設前から町内会をいかに巻き込むかに注力した事業所があり、具体的には、地域における高齢者の労働やボランティア活動、地域活動、学習活動、保健活動、相互扶助活動、家事や菜園の無償労働等の活動促進を図っている事例があり、こうした事例を周知することが考えられる。

また、認知症グループホームの蓄積してきた資源（認知症ケアの専門人材等）を利用者のみならず、地域の中で活かしていく方法の一つとして認知症グループホームのケアマネジャーによる居宅支援を可能にするといった方向性も考えられるが、この点については、認知症グループホームの資源を地域の中で活かしていくことには検討の余地があるものの、認知症グループホームのケアマネジャーに期待される役割に対する影響やケアプラン作成能力等について懸念があり、即座に地域に対する居宅介護支援機能を付与するのは困難である。

その他、認知症グループホームが有する資源を地域の中で活かす方法として、ある地域における実践例として、認知症の人とその家族を地域で支えることを目的とした、医療・介護・福祉団体による「認知症支援会」の活動がある。この会では、認知症になつても「おたがい様」で地域で支え合おうという思いのもと、参加団体とその具体的な支援内容・サービス、地域拠点を記載したマップの作成、地域の認知症の人とその家族、支援者の交流会の開催等の活動を実施しており、認知症グループホームも 1 拠点として参画している点が注目される。

II. 多様な地域のケアニーズへの対応力強化

(1) 現状と課題

「新オレンジプラン」では「認知症のことをよく理解し、本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるような形でサービスを提供すること」とされているほか、「認知症の人の入院においては、行動・心理症状（BPSD）が大きな要因を占め、その際、家族は限界まで疲弊してから認知症の人を入院させることがあるため、入院し、行動・心理症状（BPSD）が緩和されても在宅復帰を尻込みし、結果として入院が長期化するとの負の連鎖があることがある。早期診断・早期対応を推進するとともに、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの視点に立って、家族の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援を推進する」とされ、BPSD による介護者（家族）の心身の疲弊を緩和、認知症の人の家族への支援を行うことが求められている。

(2) 今後の多様な地域のケアニーズに関する主な意見

本事業における有識者会議では、認知症グループホームケアの特徴の一つである、認知症高齢者の尊厳に配慮した、本人主体のケアを提供する観点から、BPSD への対応を含めた複雑化する地域の認知症ケアへのニーズへの対応力強化について、以下のような意見が表明された。

- 地域の在宅認知症高齢者の BPSD 混乱期の受入や虐待が疑われる状況等、緊急時の一時受入が可能な施設の不足などから、認知症グループホームがシェルターとしての機能を担えるのではないか、地域住民や認知症グループホームの入居申請者（家族）からは、認知症グループホームに対してショートステイの受入希望が多いとの指摘もあることから、レスパイトのためのショートステイ、ミドルステイへの対応可能性も考えられるのではないか。
- 認知症高齢者家族への支援として、日中の在宅認知症高齢者のケアに向け、デイサービスの利用ニーズが高いのではないか。
- 認知症グループホームにおける「共用型デイサービス」は全国的に利用状況が低調だが、自治体によって実施可否についての対応が異なる場合があるのでないか、また、ケアマネジャーの認知度が低いことが利用状況の背景にあるのではないか。
- 各地域において在宅認知症高齢者の BPSD に対して一定の対応力を持つ認知症グループホームがあり、実際に緊急受入（緊急時ショートステイ）を行っている事例があることから、認知症ケアの専門性を有する主体として、位置づけていくべきではないか。
- BPSD への対応等に用いる緊急受入は、あくまで例外的な措置として、一定の基準を設け、一定の期間に限定して対応できるようにすべきではないか。

- 緊急受入を可能にする際には、従来の1ユニット9人の定員に対して、別途1名程度の受入余地を付加する考え方、1ユニット9名の定員の内数として、余力を確保する考え方など、定員のあり方に関するこれまでの経緯を含め、緊急受入の必要性を認識している事業者の中でも考え方には幅が存在するため、慎重な検討が必要ではないか。
- 緊急時受入が可能となる認知症グループホームは、ノウハウ、体制等の面から一定の水準を上回る事業者である可能性が高く、すべての認知症グループホームで一律に実施できるものではないのではないか。
- 「緊急時」の定義そのものも今後の慎重な検討が必要ではないか。
- 緊急一時的に受け入れる例外措置と捉えるべきという意見とともに、緊急時に限らず、家族のレスパイトなど幅広いニーズに対応すべきという意見もあった。一方で、これに対して、恒久的サービスとは区別し、市町村から緊急対応の依頼があった場合に限り、認知症グループホーム側で受入可能であれば対応すべき、という反対意見が複数の委員から表明された。
- 地域密着型における地域概念が行政区域を前提としているため、地域の生活実態と必ずしも一致していない。また、行政区域ごとに自治体別の対応方針の差異があり、越境等の対応に差が見られる。これらの課題に対しては、地域密着における地域概念を行政区画に限定せず、日常生活圏域に沿った地域概念としていくべきではないか。

(3) 今後のあり方に向けた論点整理

①地域でのシェルター機能を果たすことについて

独居の高齢者が増える傾向にあり、認知症高齢者との関係性が必ずしも構築されていない場合でも受入を検討すべき状況が増えていくなど、認知症グループホームのシェルター機能に対するニーズは増していくことが想定される。

緊急受入が必要となるケースでは、最初に接した時点で既に困難事例となっている場合も多く、BPSD だけでなく、虐待など様々なケースを想定する必要がある。加えて、困難事例の中にはいわゆる「無年金」等、貧困・低所得状態にある認知症高齢者など、認知症グループホームへの入居が経済的に難しい事例も見られることから、経済的な支援のあり方についても地域支援事業（任意事業）の実施状況も踏まえ今後の検討課題とされた。

こうした状況に対して、一部の認知症グループホームでは、緊急時の受入のために指定を受けた定員数のうち常時空室を確保（例えば、9室のうち1室を常に空けておく）して対応している事例について言及があった。この取組みに対し、今後さらなる増加が予想される緊急受入ニーズへの対応策の一つとして、制度上の実現可能性は描くとして、1ユニット9名の定員に対して、緊急的に定員外（指定を受けた定員数のほか）の1名の受入を可能とする、もしくは指定を受けた定員数とユニットの上限数である9名との差がある認知症グループホームを指定するなどの方法をもって緊急時の受入体制の整備を図ることを検討してはどうかとの意見も出された。

一方、こうした意見に対し、実際の運用を検討する際には保険者（自治体）、地域包括支援センター等からの指定・依頼等によって、緊急時ショートステイを受け入れる余力のある認知症グループホームに限り、一定の期間に限定した受入を可能とするなど、現実に即した運用方法の検討が必要であることが確認されたほか、緊急時ショートステイ機能の付加については、既存施設における予備面積、人員体制等の対応余力が認知症グループホームによって異なることなどから、制度化など一律の対応は認知症グループホームの現状になじまないのではないかとの指摘もあった。

例えば、定員の増加による緊急受入対応は、人員配置規定（3：1）に抵触する状況をつくることになるため、慎重な検討が必要となり、少なくとも常態化は避けるべきとの見解が示された。また、施設・設備上の対応余地の有無など、認知症グループホーム毎に対応可否や対応可能性が異なる点について、事業機会の公平性の観点からも検討が必要である。

②デイサービス等による地域の家族介護者支援の役割について

地域住民及び認知症グループホームへの入居待機者やその家族からのニーズが高いとされる共用型デイサービスについては、各認知症グループホームにおいて地域ニーズを把握の上、指定権者である保険者及びケアプランを作成するケアマネジャーに対して必

要性を理解してもらう努力を継続する必要がある。また、業界団体等は、行政との連携のもと、先進的取組みをグッドプラクティスとして収集・整理し、各認知症グループホームページでの取組みの参考とともに、保険者（自治体）等関係機関との調整においても事例情報の共有を図っていくことなどが必要と考えられる。

III. 生活を継続するための容態に応じた他機関との連携の促進

(1) 現状と課題

日本認知症グループホーム協会が会員事業所を対象に実施した調査によると、認知症グループホーム利用者の状況変化として、近年は「医療ニーズのある方」、「要介護度4以上の方」、「ADLが重度の方」、「BPSDが重度の方」が増えているという回答が多くみられ、それぞれ入居者に占める割合は、49.5%、51.2%、61.3%、47.3%となっている。また、同調査によると、認知症グループホームの退去理由として、「死亡（事業所で看取りまでおこなった）」が約2割（19.4%）を占める。このように、認知症グループホームにおける認知症ケアでは、医療・介護の連携が従来以上に求められるようになっている。

なお、「新オレンジプラン」では、「本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようとする。このため、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状（BPSD:Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもつともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する。」こととしている。

(2) 生活を継続するための容態に応じた他機関との連携促進に関する主な意見

本事業における有識者会議では、認知症グループホームにおける、利用者の重度化や看取りへの対応に向けた環境整備、医療的なケア、認知症対応のための医療機関・訪問看護ステーション等との連携の重要性などについて、以下のような意見が表明された。

- 利用者の「重度化」という場合、身体状況の程度と認知症の症状の程度の両面があり、それぞれ「重度化」の意味合いが異なるのではないか。
- 認知症グループホームは、認知症の症状が中程度以上の人人が入居し、入居当初は身体的には自立して生活していることが多いが、入居期間が長くなるにつれて要介護度が高くなってターミナルに至るケースが多い。
- 認知症ケアの場合は、精神科医療との関係は重要であり、激しいBPSDについては、医療と介護のどちらか片方のみではうまく対応できない場合もある。
- 認知症グループホームでは看取りまで行う。看取りに際して自宅に戻った場合も、認知症グループホームにいるのと同様に看取りを支援することもある。看取りは日常の生活の延長にあり、認知症グループホームで担うことが必要な役割ではないか。
- 入居者の通院介助は家族だけではなく、認知症グループホーム職員が行うケースが多いのではないか。また、日常生活を知っている認知症グループホーム職員の方が、家族と比べて医療機関に提供できる情報も多いのではないか。

- 訪問看護ステーションが減少している地域もあり、連携先の確保に苦労している認知症グループホームもあるのではないか。
- 医療と介護が共通の言葉や目標を持てず、役割分担も難しくなっているのではないか。
- 医療の敷居を高く感じ、医師や看護師と十分にコミュニケーションをとれない認知症グループホームもあるのではないか。
- 認知症グループホームから医師に対して、症状や困りごとそのものだけでなく、生活の状況を伝えることが必要ではないか。
- 認知症グループホームの職員は入院中の利用者に対して、入院生活の質の向上や早期退院を期して主治医をはじめとして関係者間調整を行うなど、積極的に支援を行っていくべきではないか。
- 利用者への適切な接し方や習慣などを知っているのは認知症グループホームの職員であり、入院中に認知症グループホームの職員が病院に呼ばれることは多々あり、介護から医療への情報提供ニーズは高いのではないか。
- 認知症グループホームの職員が入院中の利用者に行う支援や医療機関に対して行う情報提供に対し、介護報酬による評価はないが、何らかの方法で一定の評価を行う方法を検討してはどうか。
- 訪問看護ステーションと24時間連携することが困難な理由は、報酬の水準にも問題があるからではないか。
- 外泊中に介護サービスが必要になった場合、認知症グループホームのケアマネジャーがケアプランを作成できるようにすべきではないか。

(3) 今後のあり方に向けた論点整理

重度化、看取り対応を含む医療機関、訪問看護ステーションとの連携にあたっては、生活支援による地域における継続した生活を共通目標とした医療機関、訪問看護ステーションとの連携を促進していく必要がある。例えば、認知症グループホームとかかりつけ医等とが連携関係を築き、本人主体の生活の継続性という共通目標を持ち、認知症ケアに対する共通認識を持つことで、安易な入院や薬剤投与によるダメージを防ぐことができるなど、連携を具体化することが有効であると考えられる。

また、医療職と介護職がコミュニケーションをとる機会を増やすことも重要である。そのための具体策の一つとして医療と介護の連携をテーマとした、両職種を対象とした研修の有効性などについて意見が出された。その他、医療職と介護職がコミュニケーションをとる方法として、有識者会議では、多職種連携を目的とした医療職・介護職専用SNSの活用可能性が提示された。こうしたシステムはすでに一部の認知症グループホームで構築・運営されており、職種間で情報を統一し、かつ迅速に情報共有しながら、サービス利用者やその家族に情報提供できることから、介護の現場で幅広い、専門性の高い医療情報を患者やその家族に提供できるなどの効果をあげている。

医療機関への入院中の支援、利用者宅、外部施設等への外泊時の支援等については、これを既に行っている事業所もあり、特に、入院中の利用者に対する認知症グループホームの医療機関に対する利用者の特性やケアの方法等の情報提供等の支援が早期退院に結び付く例も報告されており、早期退院支援の取組みについて積極的な評価が必要ではないか。

一方、これら医療機関との連携、入院中の支援等に際しては、認知症グループホームの認知症ケアに関する「力量」の維持向上が前提となる点も確認され、入居者が他機関に滞在する状況での認知症グループホームによる支援の内容及びその評価のあり方については今後の検討が必要である。

IV. 認知症グループホームサービスの質の向上と担保

(1) 現状と課題

認知症グループホームは、介護保険制度が施行された平成12（2000）年には702事業所であったが、以後平成17（2005）年に7,099事業所、平成22（2010）年に10,048事業所と増加を続け、平成27（2015）年には13,003事業所と量的拡大を続けてきた。

この間、認知症グループホームでは、「要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居（略）において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」（基準省令89条）という基本方針にもとづき、サービス提供を行ってきた。

(2) 今後の認知症グループホームサービスの質の向上と担保に関する主な意見

有識者会議では、認知症グループホームが従来から保持してきた理念、地域や制度に求められてきた機能などに立ち返り、認知症グループホームが寄って立つ理念・価値観を具体化するサービスの質に関する意見が示された。

- かつて我が国の認知症ケアは、高齢者を拘束することが問題視されない時代もあった。そうした歴史を踏まえて、現在の認知症グループホームのケアが位置づけられていることを忘れてはならないのではないか。
- 認知症グループホームは、時代にともなう入居者の状態や在宅医療との連携による看取り、地域密着型としての認知症グループホームの役目の多様化等、様々な状況変化に柔軟に対応してきた。
- 認知症ケアを理想的な水準で追及できている認知症グループホームばかりではないことは確かである。本人の自立性を無視した施錠や、調理の機会を奪い、自立支援を阻害するような、安い配食サービスの利用を行っているような認知症グループホームもある。こうした認知症グループホームはこれまで大切にしてきた自立的な生活を支援するという理念に反しており、必要なサービスの質を満たしていないのではないか。
- 福岡県で実施されたアンケート調査によると、食事を作っていない、作っている余裕がないという認知症グループホームが増えてきている。食事は食べるだけでなく、買い物に行き、食事の準備をするなど本人の持つ力を活かすことが重要である点は理解されている一方、人材育成が追い付かず、余裕がないというような実態があるのではないか。
- 認知症グループホームにおけるケアの質を支えるための人材を育成するには、多職種の連携を働きかけていくような研修が必要ではないか。開設者が事業所内で実施する研修だけでは不十分ではないか。

- 厚生労働省令で定められた外部評価の評価項目を参考にチェックシートを作成し、自己点検を行っている事業所もある。また、一部の地域では認知症グループホーム同士の相互評価を実施している。
- 相互評価については、認知症グループホーム同士の相互理解や「気づき」を得られる、第三者の目が入ることでの透明性の確保ができるといったメリットがある。
- 相互評価は、制度としては整備されておらず、それぞれの認知症グループホームが自主的に進めているが、全国各地で広がっていく機運が必要である。
- 外部評価に関しては、都道府県指定の評価機関に所属する評価員の力量にはばらつきがあり、外部評価そのものが有効に機能しているか検証が必要ではないか。
- 評価の有効性に関しては相互評価や自己評価についても検証が必要であり、今後どのような形でサービスの質担保を図るべきか、その方法論も含めて検討を続けていく必要があるのではないか。
- 行政の定める外部評価については、質の担保の意味だけではなく、完全に否定されるべきものではないと考えられる。旧来の監査型の仕組みでサービスの質の担保を迫られるのではなく、各認知症グループホームが「自ら高まる」姿勢で評価を活用することが重要ではないか。
- 評価方法の別なく、認知症グループホーム全体の質的な底上げのために評価に臨むことが大切ではないか。
- 閉鎖的で外部の目を避ける認知症グループホームには課題を抱えているケースが多いように思われる。サービスの質の担保には第三者の目が入ることが有効であり、その一つとしてボランティアの受入の積極化などが有効なのではないか。
- ボランティアの活用に関してはメリットも多い一方で、ボランティア参加の動機は多様であり、利用者のためではなく自己実現を優先するようなケースも見られるところから受入には一定の慎重さが求められるのではないか。

(3) 今後のあり方に向けた論点整理

①サービスの質の向上・担保に向けた評価制度の活用について

サービスの質の担保に向けて、現行の第三者評価・外部評価等を各認知症グループホームが「自己成長」に向けて前向きに活用することが求められている。さらに、自主的な取組みとして、独自様式の自己評価や相互評価等の実施を行っていくことで、認知症グループホームが「自ら高まっていく」ことが必要である。

認知症グループホームの自己点検の具体例として、「生活支援」「防災」「地域支援と人材育成」「認知症ケアの専門性と支援の多様性・多機能性」²の視点から、自己点検シートを作成し、実践している事業所が有識者会議で紹介された。

また、認知症グループホームは、外部の認知症ケアの専門家からも意見を求め、役割や機能を深めていくことが必要であり、認知症ケアの専門家相互のピアレビューという観点からも相互評価の推進が求められている。このためにも地域における認知症グループホーム間の連携が重要であり、その中で相互評価は連携の手法としても有意義であると考えられる。

さらに発展した方法として、運営推進会議と共同で行う住民参加型の評価の実践例などが報告されている。実際に認知症グループホームの中には、運営推進会議の参加メンバーである行政担当者や地域包括支援センター職員、民生委員、近隣住民、利用者の家族などから日々の支援のあり方について点検を受けている事業所がある。この事例では2か月に1回会議を開催することで、認知症グループホーム内で「当たり前」になっている出来事や環境について、タイミングよく意見をもらうことができている。この運営推進会議を活用した評価についても、参加メンバーに常にありのままの状況を報告することとともに、当該事業所の理念やあるべき姿を理解してもらうことが重要である。

上記のように、多くの試みが実践されつつある状況にあって、相互評価の有用性を検証することや多角的な質の評価のあり方を検討していくためにも日本認知症グループホーム協会や全国グループホーム団体連合会等が協働する機会も必要と考えられる。

②評価に関するモデル実証等について

評価制度の具体的な検討に関連して、多様な自主的評価手法について、評価指標の検討及び評価の効用に関してモデル事業等の実施を通じた効果検証の必要性が指摘された。

これらの討議過程では、評価を制度化することによって質の担保を図るだけではなく、

² ここでいう「生活支援」とは、認知症グループホームが利用者に生じている認知症による生活の支障に対応し、地域でなじんだ個々の生活の継続性を支援することを意味し、「防災」とは、日頃からの備えとして、認知症グループホームが地域と連携し防災拠点となることをいう。「地域支援と人材育成」は、地域と協働して認知症支援のための地域づくりを担い、同時に人材育成を図ることをいい、「認知症ケアの専門性と支援の多様性・多機能性」は、認知症に対応できるケアの専門性を蓄積し、多機能あるいは多様な支援ができるることを意味する。

他者の目を入れることで認知症グループホームが自主的にサービスの質的向上を目指すよう、ボランティアや認知症サポートー等の活用等も検討してはどうかとの意見も示された。さらに、認知症グループホームに関する評価と同時に、サービスの質に関する職員相互の職場内での「横の確認」の重要性も確認された。

また、認知症グループホームの相互評価を契機とした地域内での人的交流の活発化と相互の経験や知見の共有や助け合いにつながる関係づくりなど、人材の育成や連携を通じたサービスの質の担保という考え方も示され、認知症グループホームにおけるサービスの質の確保・向上における「人材」の重要性が示された。

V. 認知症グループホームにおける人材の確保・定着・育成の加速

(1) 現状と課題

高齢者人口の増加にともなう介護サービスの需要増に伴い、その担い手としての介護人材の需要増が予想される。厚生労働省が行つ介護人材にかかる需給推計（確定値）によると、平成 37（2025）年度の介護人材の需要 253.0 万人に対し、現状推移シナリオによる介護人材の供給 215.2 万人で、37.7 万人の供給不足が見込まれており、非常に危惧される。

認知症グループホームにおける人材需給の状況について見てみると、平成 21 年度に実施された調査では既に調査対象事業所の 48%が人材不足感を持っており（一般社団法人日本認知症グループホーム協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書」、平成 21 年度老健事業（2010））、平成 25 年度の調査では職員募集について調査対象事業所の 93.2%が人材確保に苦労がある旨回答している（常に苦労している 55.0%、苦労したことがある 38.2%）（公益社団法人日本認知症グループホーム協会「平成 25 年度 日本認知症グループホーム協会認知症グループホーム経営実態調査」平成 26 年 3 月）。

また、人材確保に向けた経済的な負担も増加しつつある。東京都内の 13 事業所（31 ユニット）における平成 28 年 11 月～平成 29 年 1 月の求人実績を見ると、31.4 名の募集に対して採用人数は 9.3 名（いずれも常勤換算人員）であり、採用充足率は 29.6% にとどまった。また、この間投じられた採用経費を基に 1 名あたりの採用コストを算出すると 20 万円を超える水準の投資がなされていた（以上、有識者会議委員提供資料による）。

以上のように、認知症グループホームの多くでは、人手不足もしくは人手不足に近い、人員に余裕のない状況が常態化しており、新規採用においても困難な状況に直面していると言える。

(2) 今後の人材の確保・定着等に関する主な意見

本事業の有識者会議では、認知症グループホームにおいても、他の介護事業所と同様に人手不足を感じている事業所が相当数ある（前述（1）における記載の通り）状況から、認知症グループホームにおける人材に関する課題について、以下のような意見が提起された。

- 就労人口減少、他産業との所得格差拡大等を背景に、夜間帯従事者の減少などが顕著であり、夜間災害時等における対応に不安を抱えるグループホームも存在するのではないか。
- 人材難はサービスの提供体制の脆弱化、新人への指導余力の低下等によるケアの質の格差として顕在化することが危惧される。
- 今は人材が本当に足りない。人材の育成が追いついてないというのは、非常に深刻な実態ではないか。

- 厚生労働省による 2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計も、この推計が行われた当時よりも賃金上昇が進んでいるため、介護報酬が上がらない中では、需給バランスはさらに悪化している可能性がある。
- 人材確保が難しい中で、夜間帯に夜勤者 1 名を配置するのは難しい状況があるのでないか。
- 夜勤は 2 人いた方がよいが、そもそも人材の獲得において夜勤はマイナス要素であり、応募が減る原因ともなっているのではないか。
- グループホームは小規模なサービスであり、事業所あたりの実人員が少数なため、過酷な労働環境になることもある。
- 夜間支援体制加算があるが、算定実績は低調と聞く。背景には夜勤があるという労働条件では人材の確保が難しく、算定に足る職員配置をできていないといったことがあるのではないか。
- 夜勤も含め、認知症グループホームでは、職員を看護師や介護福祉士などの専門職に限定せず、介護業務未経験者などにも活躍してもらってきた背景がある。人材確保が困難な現在のような時代には、無資格者にも積極的に参入してもらうべき環境になってきていると言えるのではないか。
- 増加の著しい認知症サポーターに認知症の人の話し相手を務めてもらうなど、より専門性の必要な領域で活動してもらえるような仕組みを検討する必要があるのではないか。
- 小規模施設では管理者が変わると職場の雰囲気が大きく変わる。昇格や異動の頻度が高すぎるように思われる。
- 管理者研修も不十分ではないか。現場では、認知症介護実践者研修しか受けていない管理者では、認知症介護実践リーダー研修を受講した職員にケアのスキルにおいて見劣りする、そのため、実践者⇒リーダー⇒管理者と積み上げ型研修にしていく必要があるのではないか。
- 認知症グループホームのケアの質向上、人材育成や地域における認知症ケアの役割を果たせるか否かの入り口は開設者研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）とも言える。開設者研修は、認知症グループホームの代表者に受講が義務付けられているが、短時間の座学と現場体験で容易に受けられる研修であることから、現状の研修を見直し、実習を取り入れるなどして、開設者が認知症グループホームのケアの特色やあるべき姿を理解できるようにすることも必要ではないかとの指摘がある。
- これらの取組みは、実施主体である都道府県や指定都市だけでなく、国の施策として実施されることが期待されることに加え、基礎自治体からの事業への参画がどこまで実現できるかも課題と言える。
- 要介護度の高い利用者や看取りの時期、あるいは災害時などに一時的に人を増やす

など、柔軟な対応ができる仕組みも重要である。

○利用者が自分らしく穏やかに暮らすことの支援から、従事者が生きがい・やりがいを感じられることを増やすよう、業務内容を見直すことが必要（無駄な業務を減らし、役立つ業務を増やす）である。

(3) 今後のあり方に向けた論点整理

①人材の確保について

認知症グループホームにおける人材確保にあたっては、無資格者、介護未経験者、高齢者等の認知症介護未経験者へも拡大していく必要がある。併せて、働く場としての認知症グループホームの魅力や仕事のやりがいなど、認知症介護職の魅力を発信していくことが重要である。

人材不足への対応として、一般に高齢者、育児又は家族介護を行う労働者等、一定の制約下での就労が必要となる職員の確保・定着に向けた多様な就業形態・雇用形態の導入（一般化）の必要性が指摘されているが、認知症グループホームの中には小規模事業者であるために、こうした対応策の導入が難しい場合もある。認知症グループホームではこのような状況を踏まえ、一定の制約下での就労が必要となる職員の労働条件整備に関する検討のための基礎資料の整備などから始める必要があると考えられる。

人員規模の小ささは、職員を研修に参加させる場合に代替人員の確保の問題を生むなど、サービスの質の確保も労働力の確保が鍵となっている状況にある。この背景には、日本の介護コストが低いという特殊事情があり、賃金水準等のあり方が、この業界の人材不足に根本的に影響している可能性があり、別途検討が必要である。

また、認知症グループホームにおける人材確保について、介護全般と区別される、認知症グループホーム特有の状況について検討がなされるべきである。

その一つとして、人員規模の小さい認知症グループホームに人材が集まるかという点が課題として挙げられる。一つの方法として、人的資源に関する事業者間の連携・連合や合併等による事業者あたりの人員規模の増加など、業界のあり方に関する検討も今後必要になると考えられる。

人材不足に対するより具体的な対応策には、休職中の看護師 71 万人を活用できないか、貧困状態にある子どもの多くがひとり親家庭であることを踏まえ、ひとり親家庭の親が認知症グループホーム等で働くことを支援するような施策を検討してはどうかといった提案がなされた。さらに、これに関連して認知症グループホームにおいて、職員とその子どもが、利用者や他の職員と共生しても良いのではないかとの意見も出され、従来の入居者と職員という関係から、地域の就労の場、子育てとの連携等の新たな視点での人材確保策の検討も必要となっている。

②人材の定着・育成・キャリアパスについて

現在、認知症介護研修に関して、認知症グループホームの代表者、管理者について、代表者には前述の通り「認知症対応型サービス事業開設者研修」が、管理者には「認知症対応型サービス事業管理者研修」の受講が必要とされており、管理者研修の受講要件として「認知症介護実践者研修」の修了が必要とされている。

これらの研修の枠組みは、平成 18 年に定められた「認知症介護実践者等養成事業実施

要綱」に基づいている。研修カリキュラムは、認知症介護の理念から認知症高齢者の生活支援のあり方等多岐に及ぶが、各認知症グループホームにおいても養成をめざす人材像や事業所としての目標も多様化しつつある中で、認知症グループホームにおける管理者や代表者に対する人材像とその養成に向けた研修のあり方について、洗い直しが必要となっている。

また、認知症対応型サービス事業管理者研修については、実習がない点を見直すべきであること、認知症グループホームにおけるケアについてより深い理解を促す内容を付加していくべきとの意見が示された。管理者は、現場で養成するのは非常に難しく、しかも職員は管理者になることを望まない傾向が見られることから、管理者に関しては、専門的な教育を受けた人材を確保し、認知症ケアに特化した人材を育てることが必要になっていると考えられる。この点について、管理者の知見とスキル向上のため、研修の受講要件を見直し、例えば、認知症対応型サービス事業管理者研修の受講には、受講に先だって、現在受講の要件とされている認知症介護実践者研修だけではなく、認知症介護実践リーダー研修の受講も義務付け、「積み上げ型」の研修体系に移行すべきとの意見も提起された。

認知症グループホームの職員を対象にした研修については、全国グループホーム団体連合会が推進する地域支援相談員養成研修が有識者会議で紹介された。この研修の目的は、認知症グループホームが地域の認知症ケアの拠点としての役割を果たしていくために、①事業所や周辺地域で地域づくりを推進できる人材の育成、②事業所の地域交流、地域支援の力の向上、③身近な事業所や地域住民、行政や地域包括支援センター、医療機関等との連携を深め、地域における認知症支援体制の一翼を担うことができる事業所の育成にある。認知症グループホームの人材育成に関しては、地域づくりや地域交流、地域における認知症支援体制の構築という視点も重要である。

また、特に認知症グループホームケアの未経験者等に対しては、人材育成が表面的なスキルに偏らぬよう、理念レベルでの認知症ケアの体得を支援すべきであること、現在潜在化している人材を再発掘する施策が必要であり、日本認知症グループホーム協会が整備している資格制度やリーダー、管理者クラスの研修制度との連動を探ることも重要なとの意見も出された。なお、人材育成の機会に関しては、研修によるものだけではなく、相互評価の実践がその機会となりうることも示唆された。

人材育成の結果として果たされた専門性の向上やスキルアップに関しては、並行してキャリアパスの整備とキャリアアップに応じた賃金体系の整備が必要である。この点については、介護職員処遇改善加算等の介護報酬上の評価を含め、介護職員の所得水準向上について引き続き検討が必要である。

その他、人材の確保・定着に関しては、前提となる人材の需給状況に都市部と地方部など、地域間での差異が認められることを念頭に、今後の施策展開等が図られる必要がある。