

社会保障審議会介護給付費分科会(第 139 回)議事次第

日時：平成 29 年 5 月 24 日（水）
15：00 から 17：00 まで
於：ベルサール半蔵門 ホール A（2 階）

議 題

1. 平成 30 年度介護報酬改定に向けて（認知症施策の推進）
2. その他

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

29. 5. 24 現在

氏 名	現 職
安 部 好 弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
井 口 経 明	東北福祉大学客員教授
石 田 路 子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
伊 藤 彰 久	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
稲 葉 雅 之	民間介護事業推進委員会代表委員
井 上 隆	一般社団法人日本経済団体連合会常務理事
及 川 ゆりこ	公益社団法人日本介護福祉士会副会長
大 西 秀 人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）
亀 井 利 克	三重県国民健康保険団体連合会理事長（名張市長）
河 村 文 夫	全国町村会政務調査会行政委員会委員（東京都奥多摩町長）
小 林 剛	全国健康保険協会理事長
齋 藤 訓 子	公益社団法人日本看護協会常任理事
齊 藤 秀 樹	公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事
鈴 木 邦 彦	公益社団法人日本医師会常任理事
鷺 見 よしみ	一般社団法人日本介護支援専門員協会会長
瀬 戸 雅 嗣	公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長
高 野 直 久	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
武 久 洋 三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
◎ ※ 田 中 滋	慶応義塾大学名誉教授
田部井 康 夫	公益社団法人認知症の人と家族の会理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
※ 福 田 富 一	栃木県知事
堀 田 聰 子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
本 多 伸 行	健康保険組合連合会理事
松 田 晋 哉	産業医科大学教授

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

認知症施策の推進

現状・課題

1 認知症施策の推進について

- 新オレンジプランでは、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、7つの柱に基づき施策を推進している。このうち、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の柱に、介護サービス基盤の整備等の認知症の人の生活を支える介護の提供が位置づけられ、必要な施策が進められている。

【参考資料P 2】

2 認知症対応型共同生活介護の現状等について

（認知症対応型共同生活介護の現状）

- 認知症対応型共同生活介護は、認知症の方を対象に、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするサービスである。また、人員配置については、日中は利用者3人に対して1人、夜間はユニットごと1人以上の職員を配置する必要がある。【参考資料P 5】
- 介護給付費等実態調査によると、平成28年4月現在で、事業所数は13,015カ所、利用者数は約19.1万人となっており、要介護度は要介護3が27%、要介護2が25%となっている。また、制度創設以降、利用者の平均要介護は、平成13年の2.18から、平成28年の2.79となっており、制度創設時に比べ重度化が進んでいる。【参考資料P 7、9】

認知症施策の推進

現状・課題

（医療ニーズへの対応）

- 医療ニーズがある利用者については、平成23年に比べると「増えている」「やや増えている」と回答した事業所が全体の約5割となっている。また、医療機関との連携については、利用者の入退院時の情報提供や情報共有は一定程度実施されている一方、認知症対応型共同生活介護から退去の判断に至った背景では、「医療ニーズの増加」が最も多く、入居後の状態像の変化に応じた医療ニーズの対応の可否については、「胃ろう・経管栄養」について対応不可と回答している事業所が多い。【参考資料P13、14、17】

※ 認知症対応型共同生活介護では、看護職員の配置が義務づけられていないが、病院・診療所や訪問看護ステーション等と連携の上、日常的な健康管理や状態悪化時における医療機関との連絡調整等を行った場合は、医療連携体制加算を算定することができる。また、医療保険の訪問看護は一定の要件を満たす場合に利用することができる。

- 認知症がない要介護高齢者に比べ、認知症がある要介護高齢者は、治療を要するう蝕や歯周疾患の罹患率が高く、義歯の使用の必要性についても高い傾向がみられる。【参考資料P19】

（通所介護等の実施）

- 新オレンジプランでは、認知症対応型共同生活介護は、地域の認知症ケアの拠点として、認知症カフェや共用型認知症対応型通所介護の実施等、地域に目を向けた取組についても期待されている。【参考資料P3、23】

（福祉用具等の提供）

- 福祉用具等の提供について、総合特別区域における規制の特例措置に係る国と地方の協議（平成28年春）では、認知症対応型共同生活介護において福祉用具貸与や訪問看護の利用を認めるべき旨やそれらのサービスが提供できる体制を整えた事業所に対して加算を設けるべき旨の提案がされている。【参考資料P24】

一方、福祉用具については、約7割の事業所が現行制度で個々の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供ができている旨回答している。【参考資料P25】

現状・課題

3 認知症対応型通所介護の現状等について

- 認知症対応型通所介護は、認知症の方を対象に、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るサービスである。【参考資料P27】
- 介護給付費等実態調査によると、平成28年4月現在で、事業所数は3,722ヵ所、利用者数は約5.8万人となっており、認知症対応型通所介護の利用者数については近年ほぼ横ばいとなっている。【参考資料P29】
- 要介護度は、要介護3が25%、要介護2が24%となっている。また、日常生活自立度別の割合は、それぞれ地域密着型通所介護ではⅡbが30.6%、認知症対応型通所介護ではⅢaが33.3%で最も高い割合となっているなど、認知症対応型通所介護の利用者の方が日常生活自立度が重度である方の割合が高い。【参考資料P30、31】

4 他のサービスも含めた認知症への対応等について

- 今後、高齢化の進展に伴い、認知症高齢者の増加が見込まれる中、これまで累次の介護報酬改定の中で、認知症に関連した加算が多く創設されており、平成27年度介護報酬改定においては、通所介護や特定施設入居者生活介護等において、認知症高齢者を一定程度受け入れ、必要な体制を確保している事業所への評価（認知症加算・認知症専門ケア加算）を創設した。【参考資料P33、34、35】

論点

- 利用者の状態に応じた医療ニーズへの対応（医療機関との連携、口腔機能の管理等）、福祉用具の提供など、認知症対応型共同生活介護のサービスの在り方について、どのように考えるか。
- 認知症対応型通所介護の利用者の状態を踏まえたサービスの在り方について、地域密着型通所介護との役割分担等を含め、どのように考えるか。
- 認知症高齢者が今後も増加する見込みである中、認知症に関連する加算のあり方についてどのように考えるか。

認知症施策の推進 （参考資料）

認知症施策全般

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

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ **新** 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 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な環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

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す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は 介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ①認知症への理解を深めるための**普及・啓発**の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な**医療・介護等**の提供
- ③**若年性認知症施策**の強化
- ④認知症の人の**介護者への支援**
- ⑤認知症の人を含む高齢者に**やさしい地域づくり**の推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の**研究開発**及びその成果の普及の推進
- ⑦**認知症の人やその家族の視点**の重視

認知症施策に関連する各種意見等

平成27年1月 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

- 新オレンジプランでは、7つの柱に基づき施策を推進しており、このうち、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の柱においては、介護サービスの基盤の整備として、以下の事項等が記載されている。

- ・ 介護保険事業（支援）計画に沿って、認知症対応型グループホーム等の介護サービス基盤の整備を推進する。
- ・ 特に認知症対応型グループホームについては、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、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。
- ・ 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いる。

平成28年12月 介護保険制度の見直しに関する意見(介護保険部会)

- 介護保険制度の見直しに関する意見(介護保険部会)においては、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、社会参加や生きがいづくり」として、以下の事項等が記載されている。

- ・ 認知症の人への支援については、認知症の早期診断・早期対応を軸として、認知症の人がその時の容態に応じて、もっともふさわしい場所で適切なサービスを受けられる、循環型の仕組みを構築していくことが重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護職員等の認知症の人への対応力向上のための人材育成の推進や多職種連携等の医療・介護等の連携をさらに推進していくとともに、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置やその役割の整理・強化を進めていくことが必要である。

認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護の概要

（基本的な考え方）

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

《利用者》

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居（ユニット）を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

《設備》

- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡（和室4.5畳）以上で原則個室
- その他
居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備

《人員配置》

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

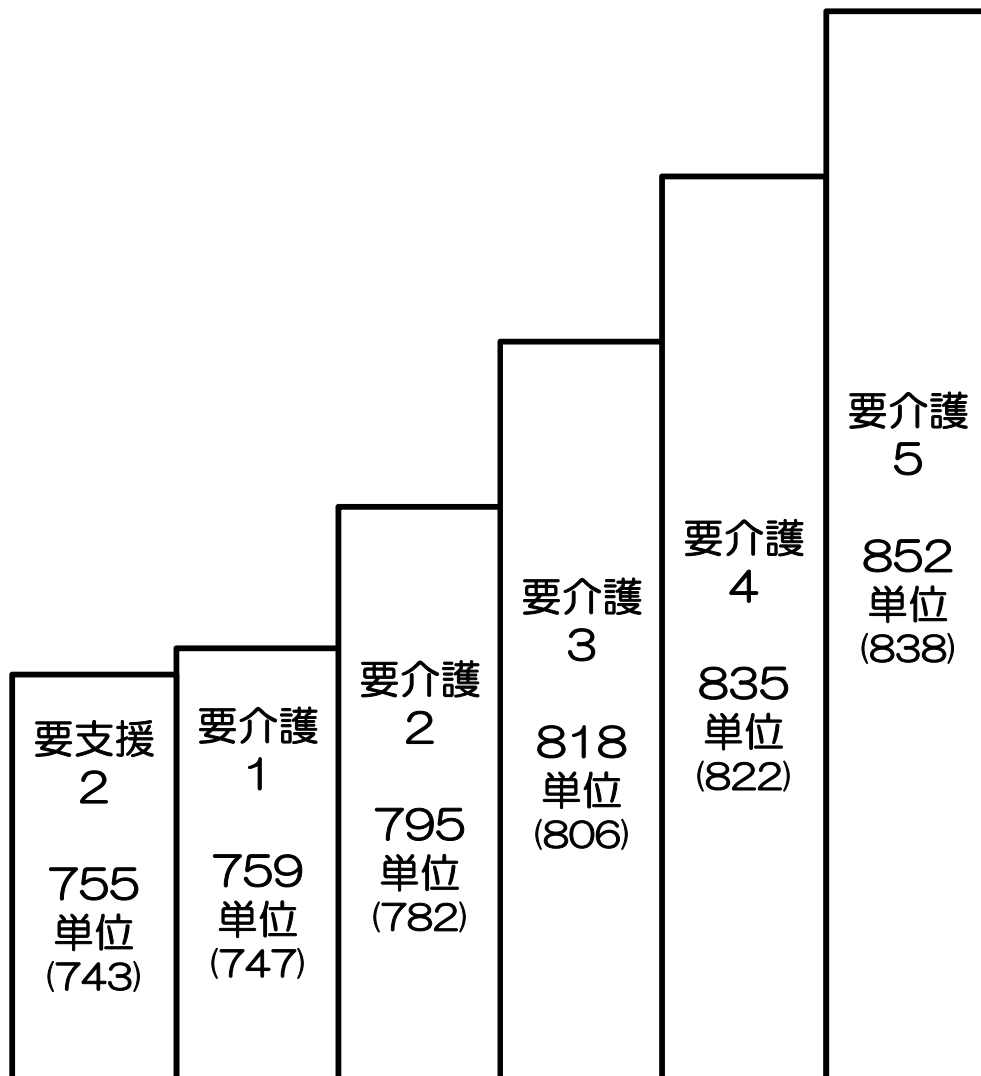
《運営》

- 運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
・外部の視点で運営を評価

認知症対応型共同生活介護の介護報酬について

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

利用者の要介護度に応じた基本サービス費



※ 括弧内は2ユニット以上

利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

夜勤職員又は宿直職員の手厚い配置
(1ユニット 50単位) (2ユニット以上 25単位)

緊急にサービスを利用することが必要な者に対するサービス提供
(200単位) ※1

若年性認知症利用者の受入
(120単位)

看取り介護の実施
〔死亡日前4～30日: 144単位
前日及び前々日: 680単位
当日: 1,280単位〕

医療連携体制の構築
(39単位)

退去時相談援助の実施
(400単位) ※2

専門的な認知症ケアの実施
(3単位、4単位)

介護福祉士、常勤職員又は3年以上勤務者を一定以上配置
(18単位、12 単位、6単位)

※1 入居した日から7日を限度
※2 利用者1人につき1回を限度

定員を超えた利用や人員配置基準に違反
(▲30%)

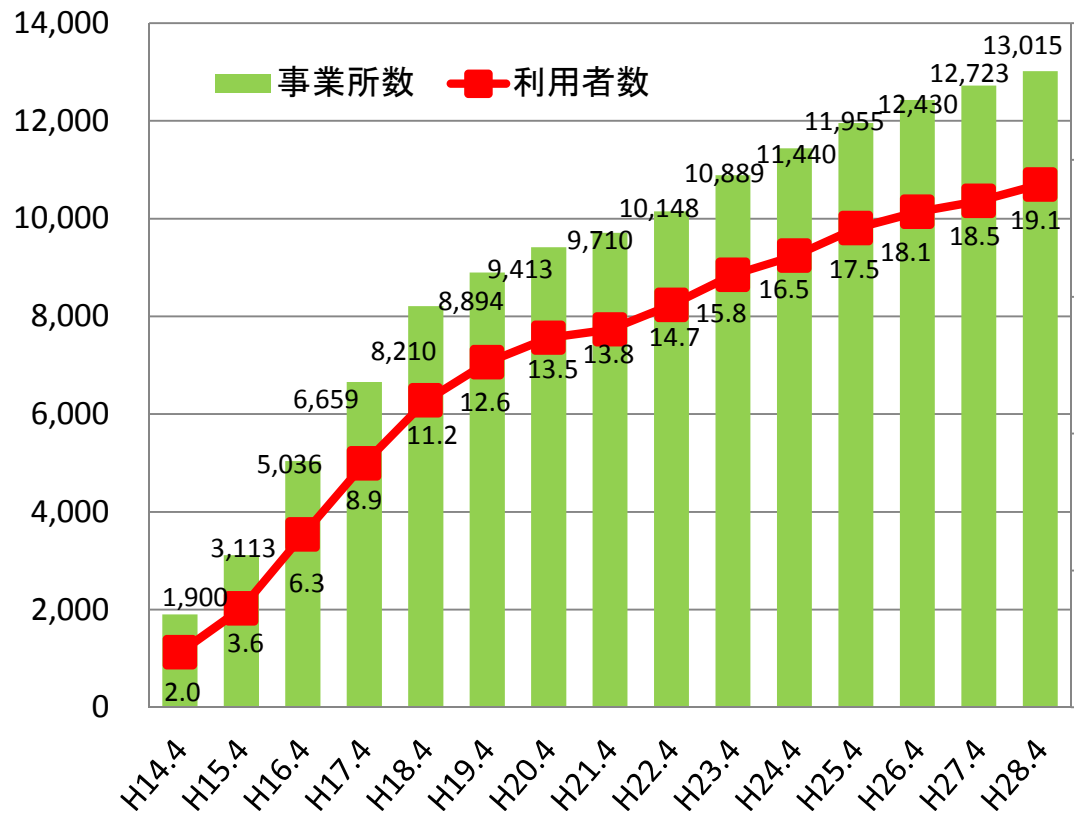
夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合
(▲3%)

※ 加算・減算は主なものを記載

認知症対応型共同生活介護の事業所数、利用者数

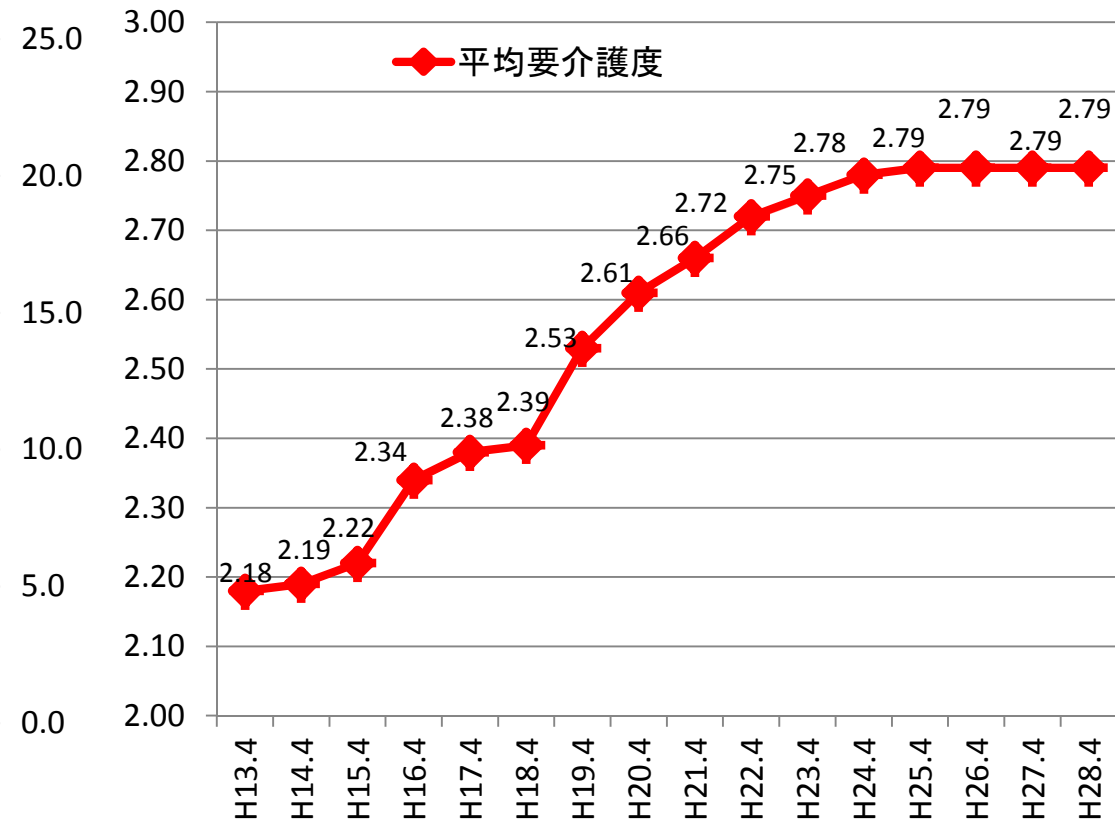
- 事業所数及び利用者数の推移は、増加傾向にある。
- 平均要介護度（要介護度1以上）の推移は、制度創設時に比べ重度化が進んでいる。

認知症高齢者グループホームの
事業所数及び利用者数の推移
(単位: か所) (単位: 万人)



出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査」（各5月審査分）

グループホーム利用者の
平均要介護度(要介護度1以上)の推移

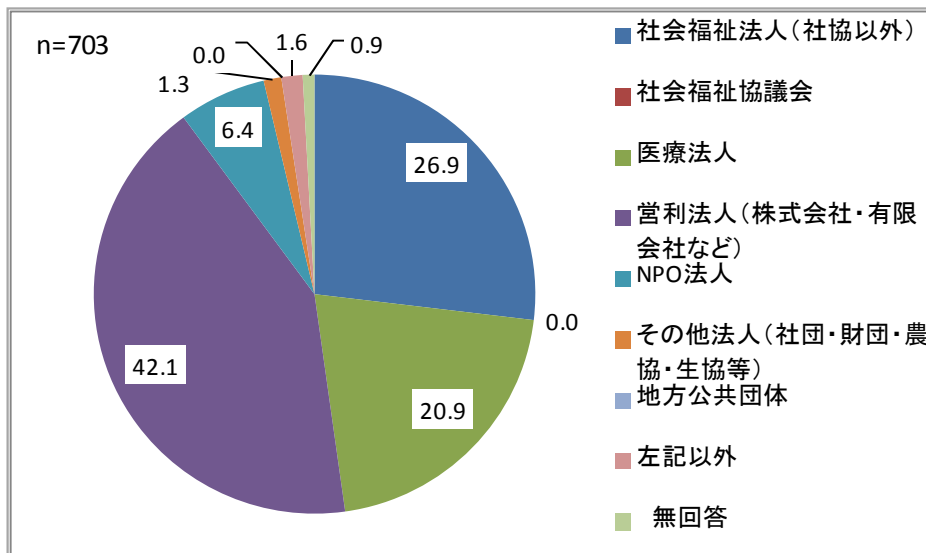


出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査」（各5月審査分）

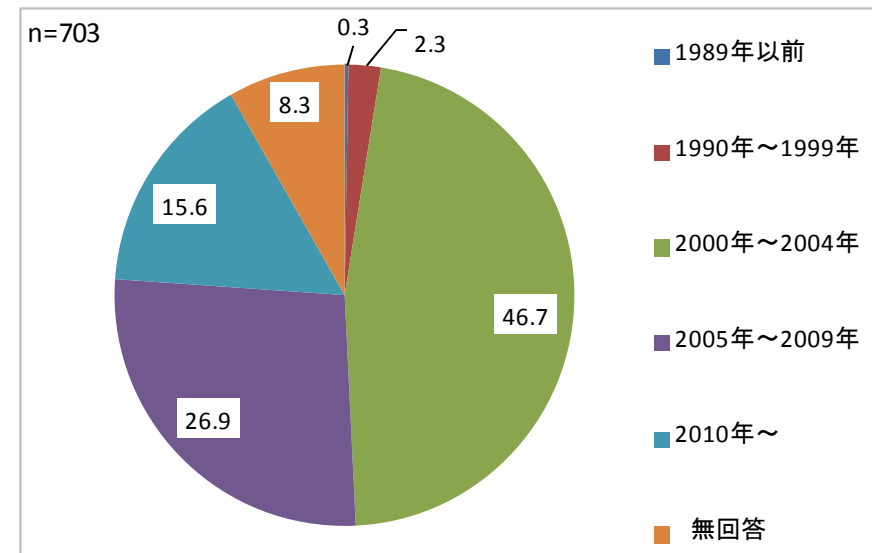
認知症対応型共同生活介護（事業所概況）

- 事業所の開設主体は「営利法人（株式会社・有限会社など）」42.1%が最も多く、次いで社会福祉法人（社協以外）26.9%、「医療法人」20.9%となっていた。
- 事業所の開設年は「2000年～2004年」46.7%が最も多かった。
- 事業所のユニット数は「2ユニット」53.1%が最も多く、次いで「1ユニット」34.0%となっており、平均定員数は15.0人であった。

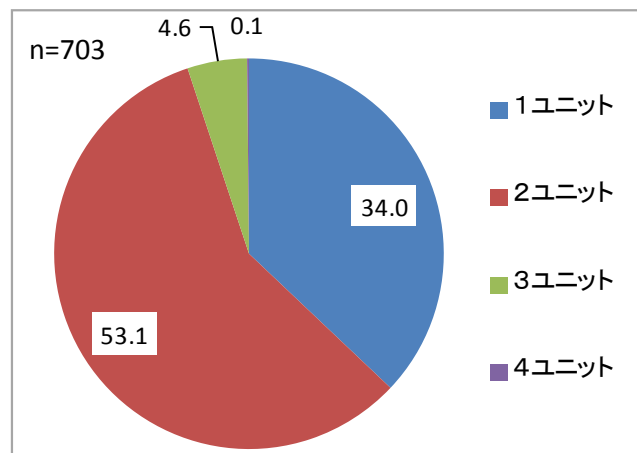
【開設主体】



【開設年】



【ユニット数】



【定員数】

調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
645	15.0	5.1	6.0	27.0

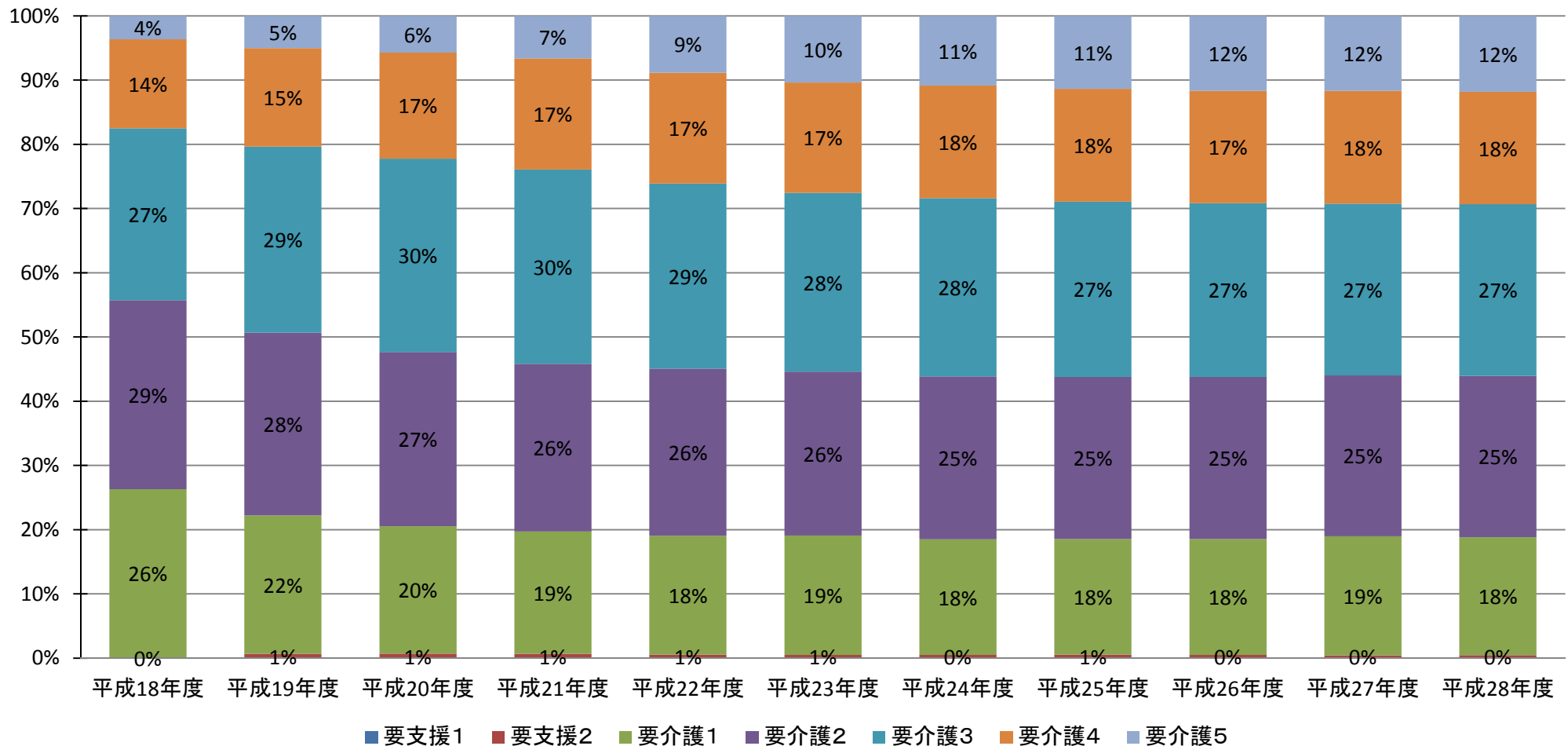
【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

(n:事業所数)

認知症対応型共同生活介護の要介護度別利用者割合

○ 利用者の要介護度は徐々に高くなってきている傾向にある。

要介護度別利用者割合の推移

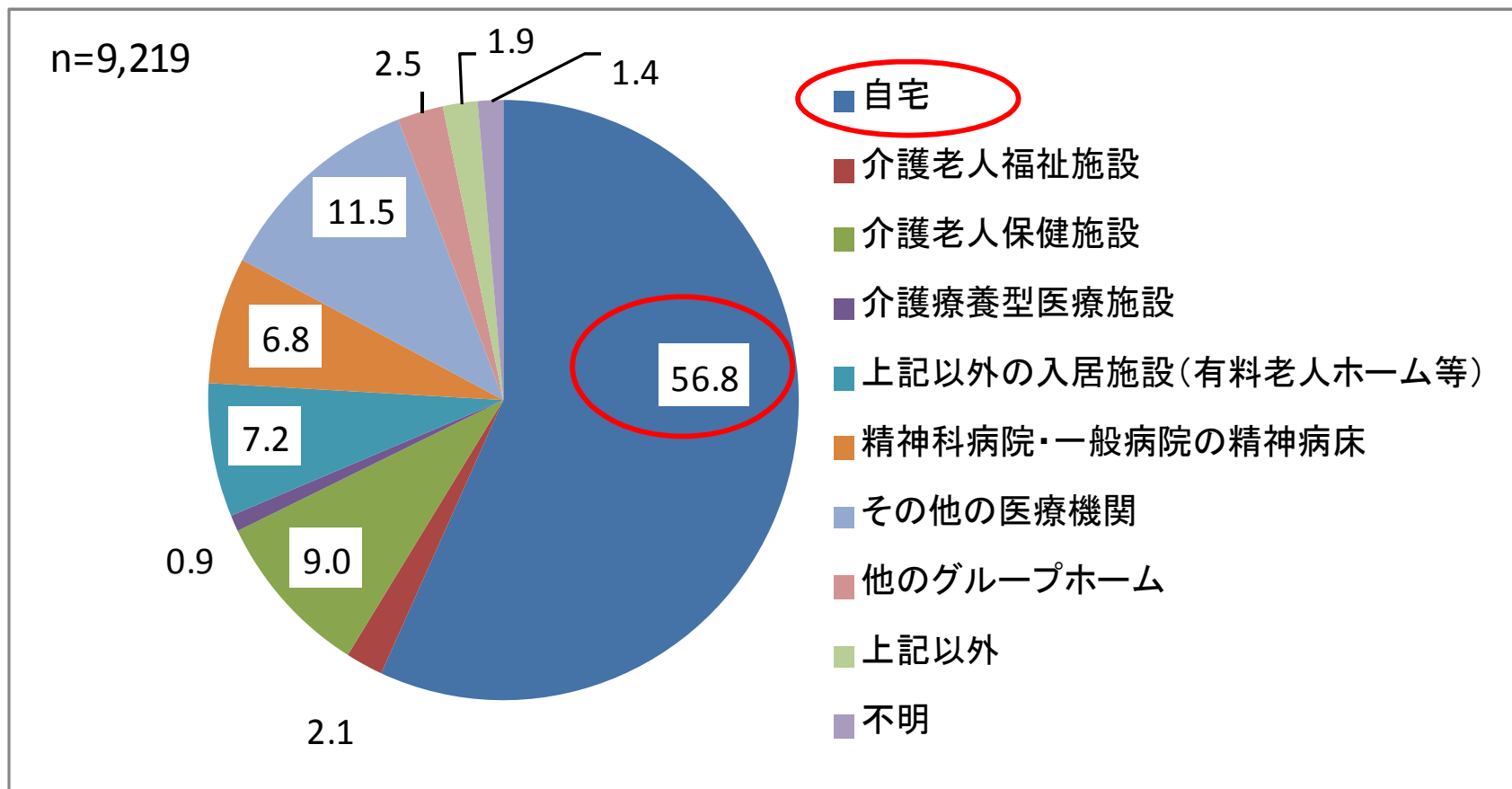


注) 各年度の値は、介護給付費等実態調査を用いて、各年度の4月サービス分(5月審査分)の値としている。

認知症対応型共同生活介護（利用者概況）

○ 利用者の入居前の居所は「自宅」56.8%が最も多く、次いで「その他の医療機関」11.5%、「介護老人保健施設」9.0%の順となっていた。

【入居前の居場所】

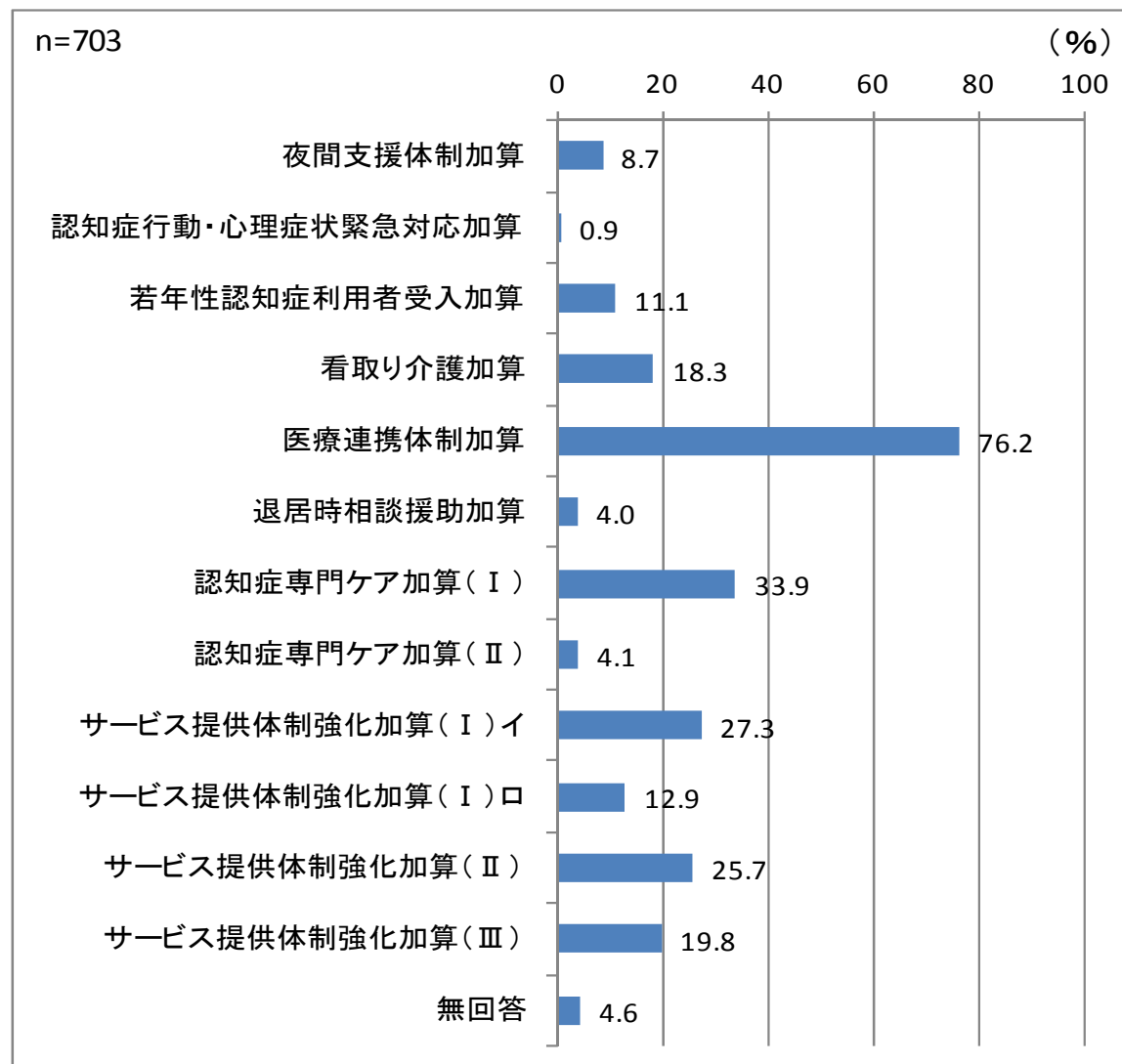


【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（加算取得概況）

○ 加算の取得状況をみると、「医療連携体制加算」を算定している事業所は76.2%と多く、他に「認知症専門ケア加算」33.9%、「看取り介護加算」18.3%などとなっていた。

【加算の算定状況（平成27年11月）（複数回答）】



【出典】 平成27年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」

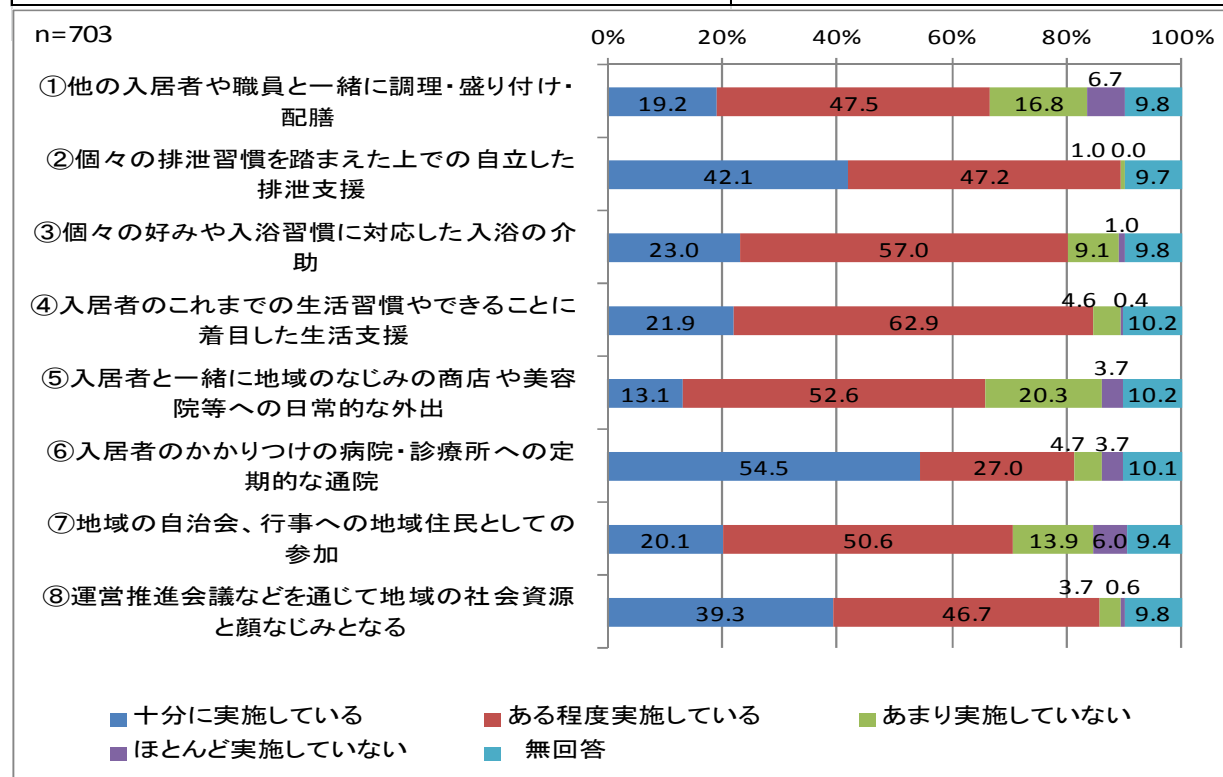
認知症対応型共同生活介護（サービスの取組状況）

- 認知症対応型共同生活介護は、運営基準において「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なければならない」とされている。
- 認知症グループホームにおいて取り組まれているその人らしい生活支援において、回答した全事業所の「十分に実施している」との回答割合が高かった項目は「利用者のかかりつけの病院・診療所への定期的な通院」54.5%、「個々の排泄習慣を踏まえた上での自立した排泄支援」42.1%であった。

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

（指定認知症対応型共同生活介護の取組方針） 第97条（略） 2 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、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。	基準第97条第2項は、利用者が共同生活を送る上で自らの役割を持つことにより、達成感や満足感を得、自信を回復するなどの効果が期待されるとともに、利用者にとって当該共同生活住居が自らの生活の場であると実感できるよう必要な援助を行わなければならないこととしたものである。
--	--

【事業所において取り組まれているその人らしい生活の支援及び地域との連携】

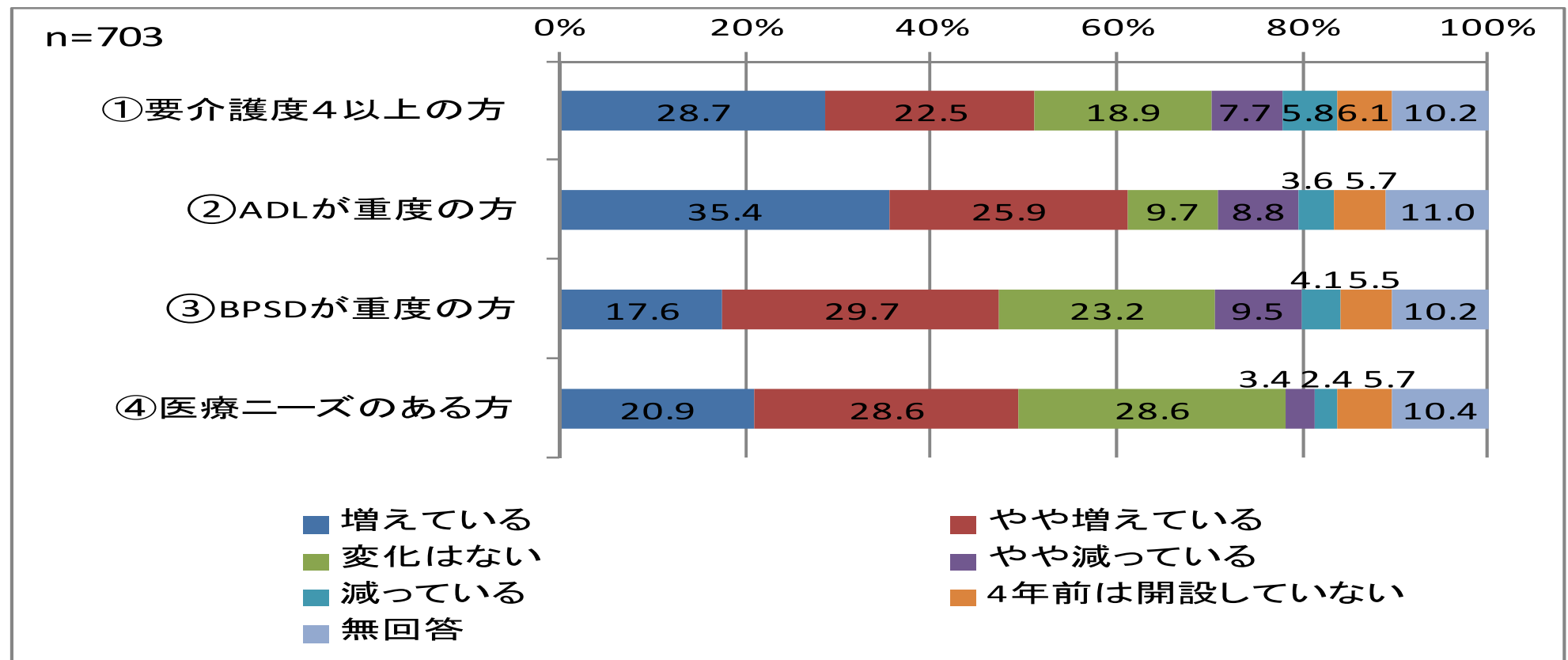


【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（医療との連携①）

○ GHの利用者は医療ニーズは「増えている」「やや増えている」と回答した事業所は約半数を占めている。

【4年前の利用者の状況と現在の利用者と比較した場合の変化 n:事業所数】

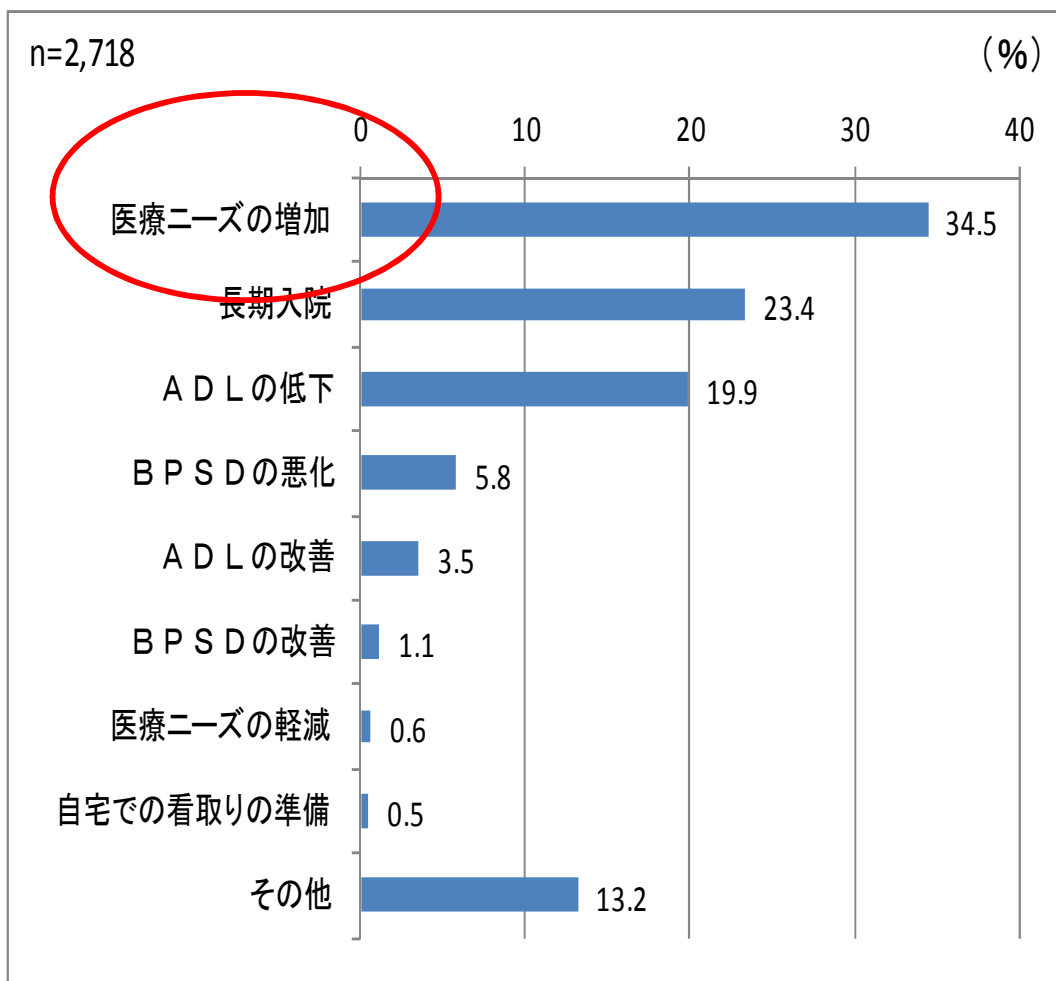


【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
 「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

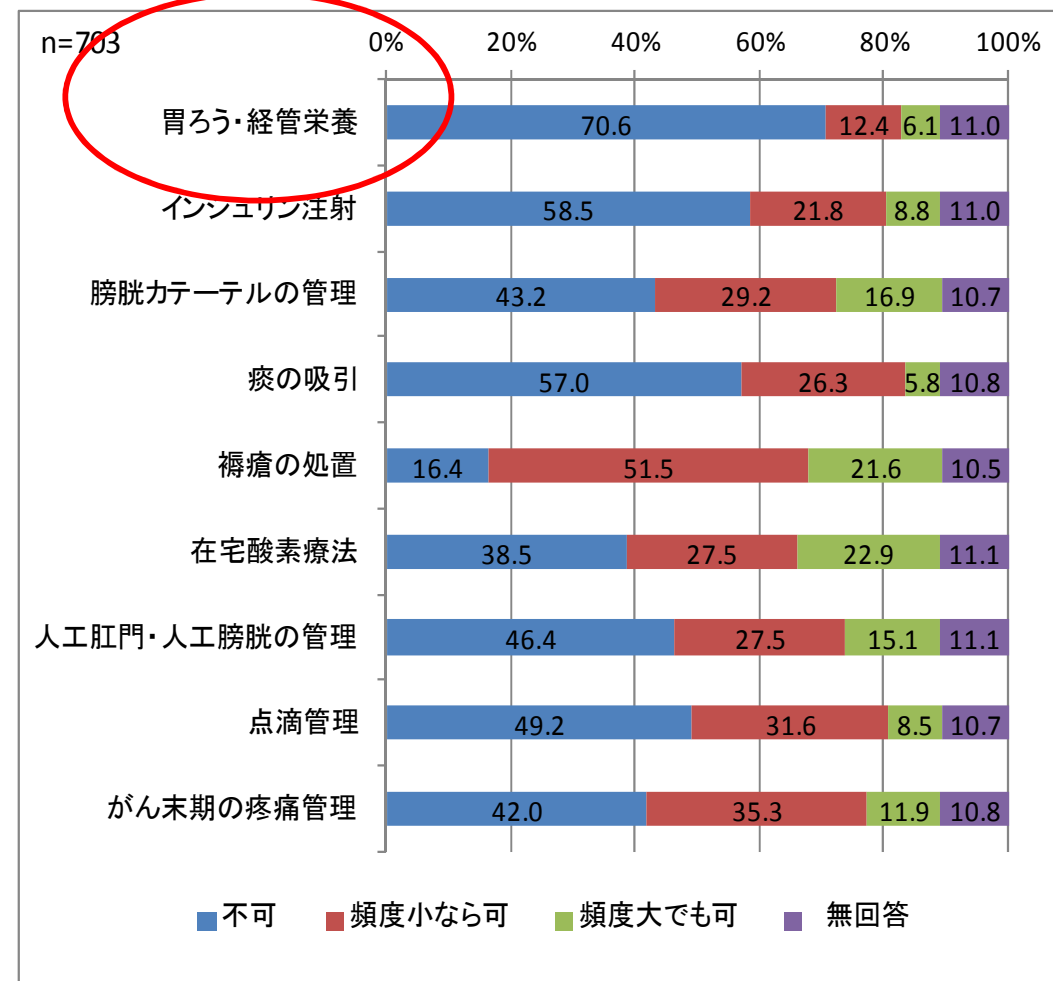
認知症対応型共同生活介護（医療との連携②）

- グループホームから退居の判断に至った背景で「医療ニーズの増加」が最も多く、次いで「長期入院」となっており、医療的ケアの必要性が大きな要因となっている。
- 入居後の状態像の変化に応じた医療ニーズの対応の可否については、「胃ろう・経管栄養」について対応不可と回答している事業所が多い。

【GHから退居の判断に至った背景(n:退去者数)】



【入居後の状態像の変化に応じた医療ニーズの対応可否(n:事業所数)】



【出典】 平成27年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」

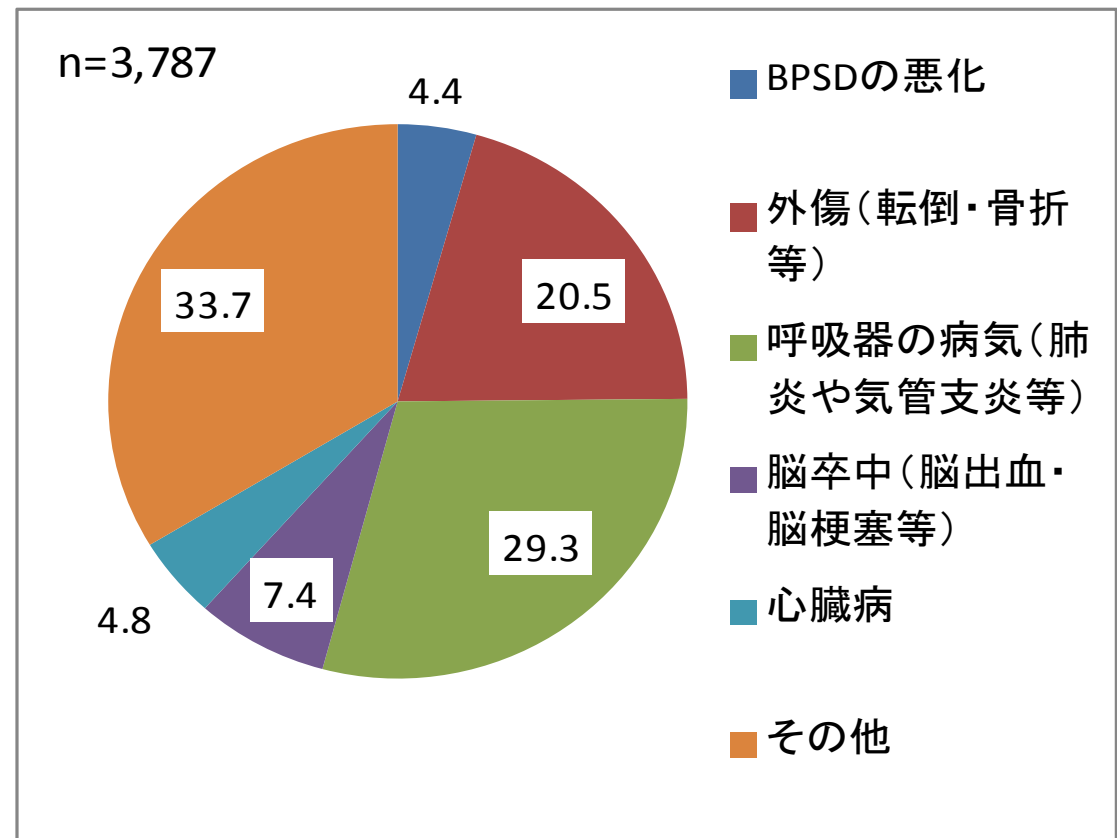
認知症対応型共同生活介護（医療との連携③）

○ 過去2年間における1ユニットあたりの入院者数は平均3.7人であり、入院理由としては「呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）」29.3%、「外傷（転倒・骨折等）」20.5%等が高い割合となっている。

【入院者数の内訳（平成25年11月1日～平成27年10月31日）
＜1ユニットあたり入院者数＞（n:事業所数）】

調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
565	3.7	3.4	0.0	22.0

【入院者数の内訳（平成25年11月1日～平成27年10月31日）
＜入院理由別の内訳＞（n:入院患者数）】

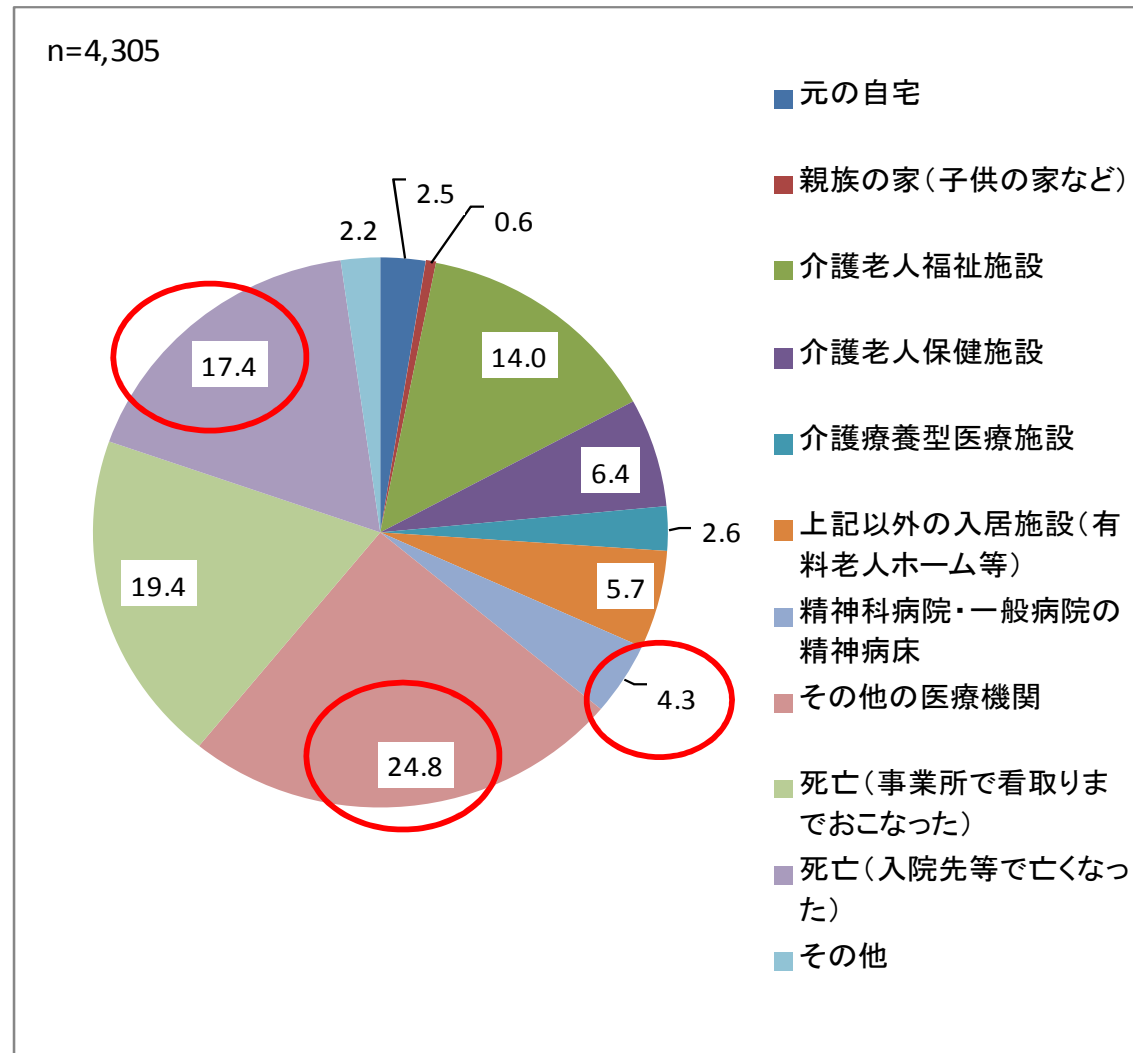


【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（医療との連携④）

○ 退居先としては「その他の医療機関」が最も多く、精神科病院への入院や入院先で亡くなった割合を合わせると46.5%が退去先は医療機関であった。

【GHからの退居先 n:退去者数）】

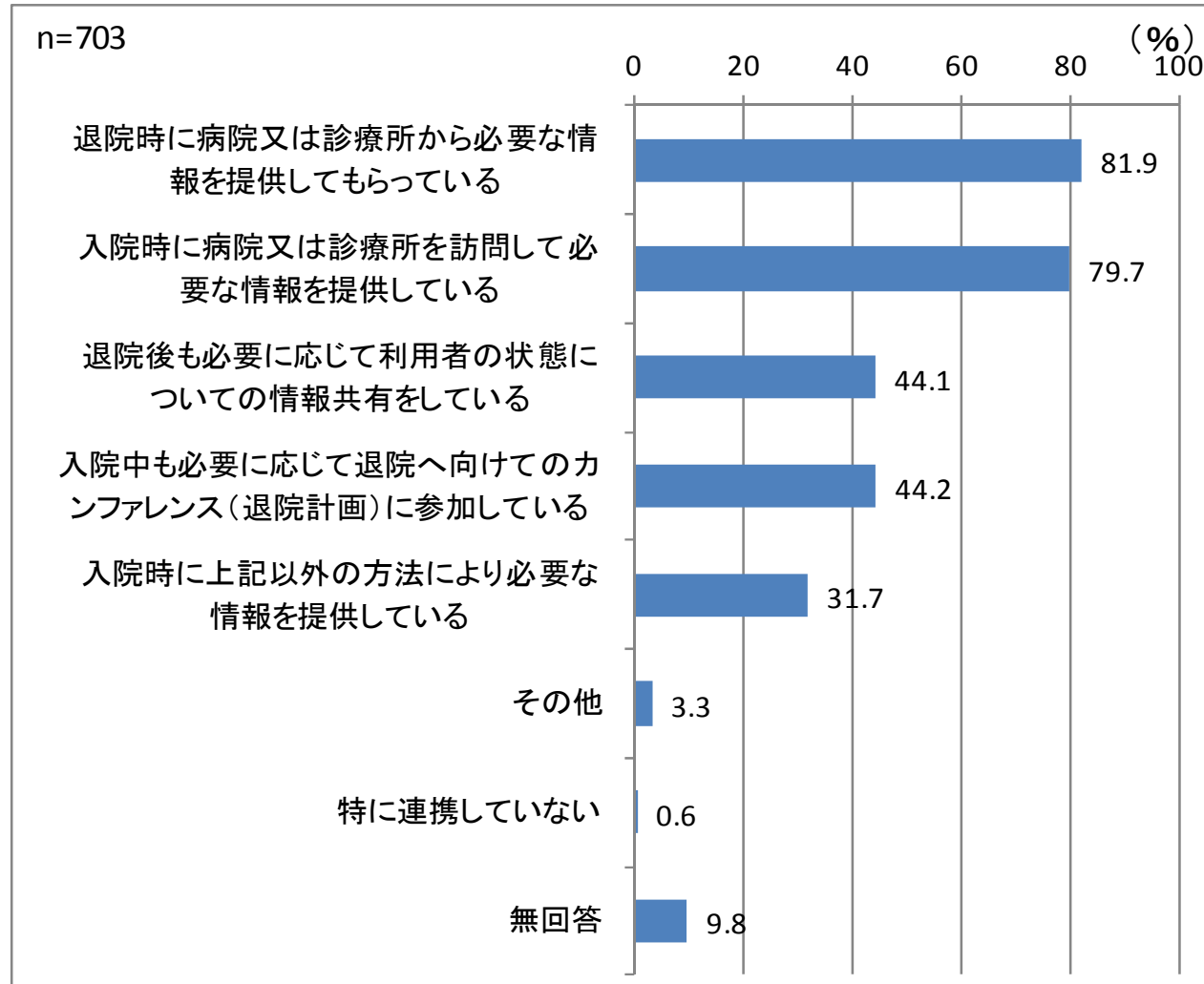


【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（医療機関との連携⑤）

- 入院に伴う病院との連携について、「入院時に病院又は診療所を訪問して必要な情報を提供している」を約8割の事業所が実施しており、「入院中も必要に応じて退院へ向けてのカンファレンス（退院計画）に参加している」事業所も約半数を占めている。

【利用者の入院にあたってとられている病院との連携【複数回答】(n:事業所数)】



【出典】 平成27年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」

認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理①）

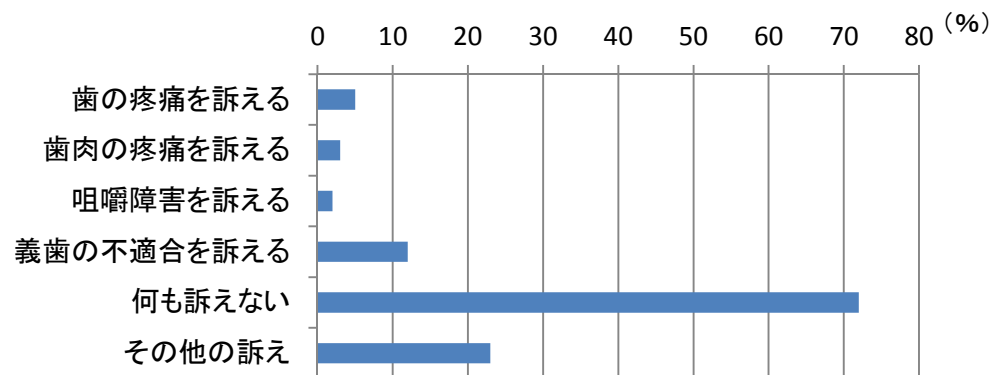
- 認知症高齢者本人による歯や口腔の問題の訴えは少ない一方、歯科専門職のアセスメントでは歯科的問題を抱えている者が多くいる。
- 認知症の重度化等により歯磨きの介助が必要になった利用者や義歯の清掃状態が不十分な利用者は、発熱の既往の割合が高い傾向にある。

対象: 11都道府県の認知症高齢者グループホーム23施設の利用者381名（男性75名、女性274名、平均年齢83.1歳）

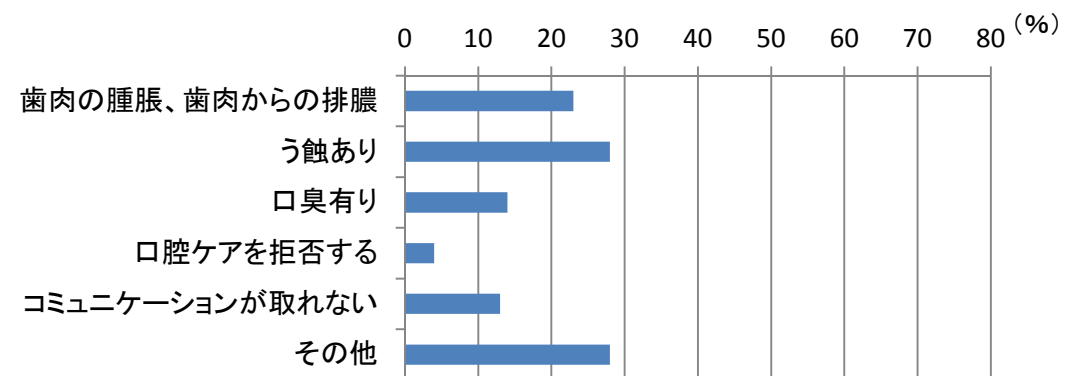
方法: 全身的項目を施設職員が確認、歯科的项目を歯科衛生士が口腔内状況等を確認（調査期間平成16年9月～平成17年2月）

発熱の有無については、調査前6ヶ月間の状況。

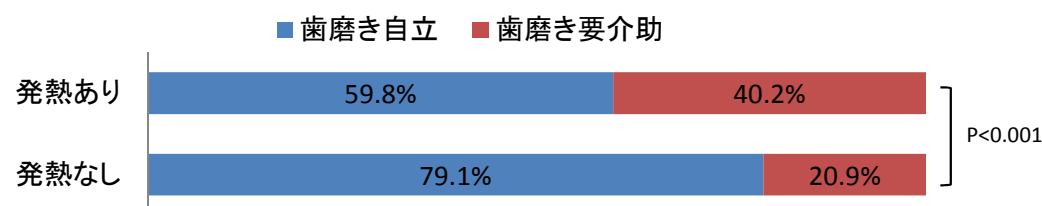
本人による歯や口腔の問題の訴え（複数回答）(n=321)



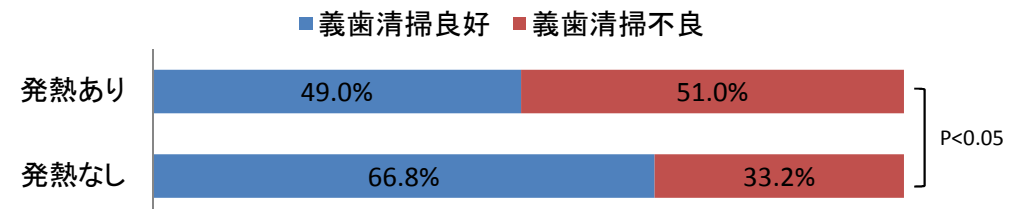
歯科衛生士のアセスメントによる歯や口腔の状態確認（複数回答）(n=329)



歯磨きの自立と発熱の有無



義歯清掃状態と発熱の有無



出典: 日本歯科衛生士会「痴呆性高齢者の口腔ケアに関する調査及びマニュアル作成事業調査報告」平成17年3月

認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理②）

○認知症がない要介護高齢者に比べ、認知症がある要介護高齢者は、治療を要するう蝕や歯周疾患の罹患率が高く、義歯の使用の必要性についても高い傾向がみられる。

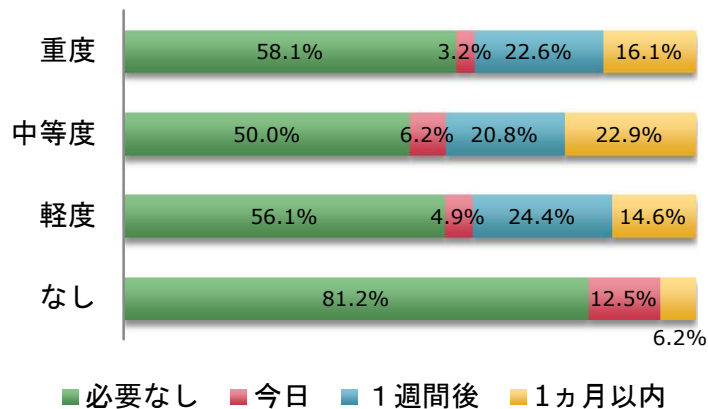
調査対象 A県Y市旧O町圏域在住の要介護高齢者 425名（在宅療養者、介護保険施設入所者）

調査方法 調査対象地域にある全ての医療施設及び介護保険事業所の職員（調査対象者を担当している介護職員もしくは看護職員）に対象者ごとの調査票（年齢、性別、認知症重症度、介護度など）を配布し記入を依頼するとともに、歯科医師による口腔内診査、歯科治療ニーズ調査を実施（平成24年3月13日～17日）した。

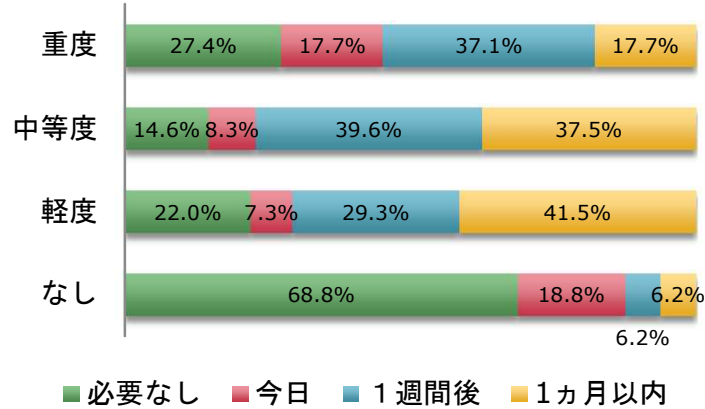
調査項目 認知症重症度： Clinical Dementia Rating (CDR)、口腔内診査（機能歯数・残存歯数・要治療歯数・要治療残根歯数・歯周疾患の状況・義歯の使用状況、歯科治療のニーズ）

歯科治療のニーズについては、歯科医師の判定に基づき、必要なし、今日すぐに治療が必要、1週間以内に治療が必要、1ヶ月以内に治療が必要に分類した。

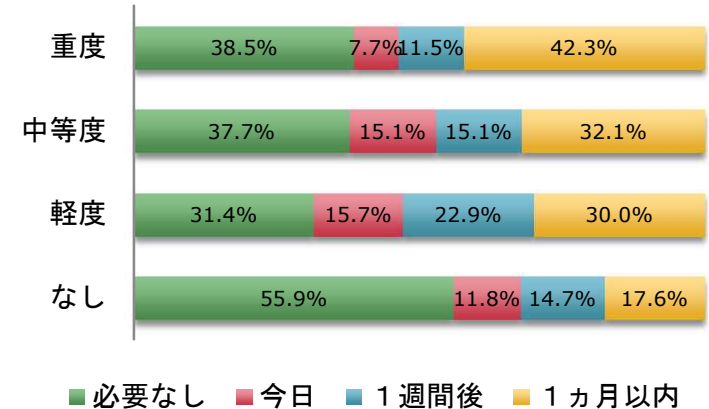
う蝕×認知症重症度



歯周疾患×認知症重症度



義歯×認知症重症度



出典：Morishita S, et al. Factors associated with the need of older adults for oral hygiene management by dental professionals. Geriatr Gerontol Int. 16(8):956-62 2016.

認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理③）

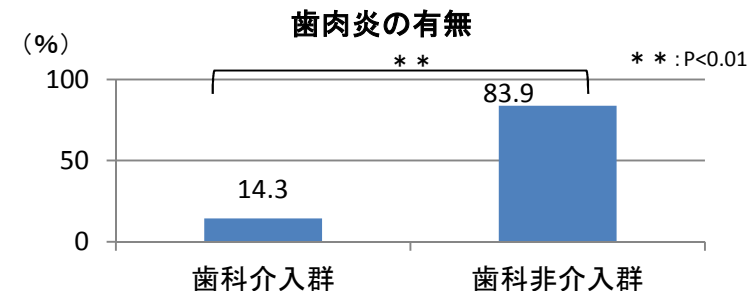
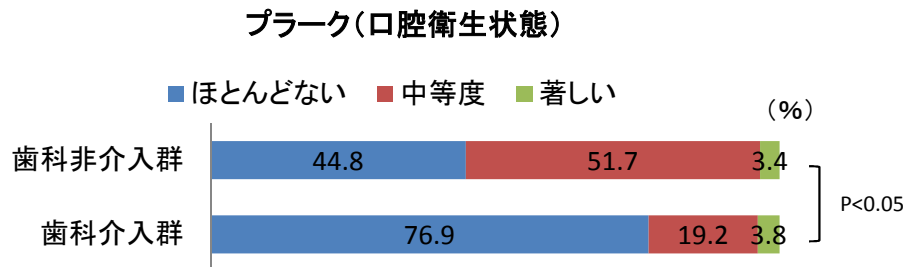
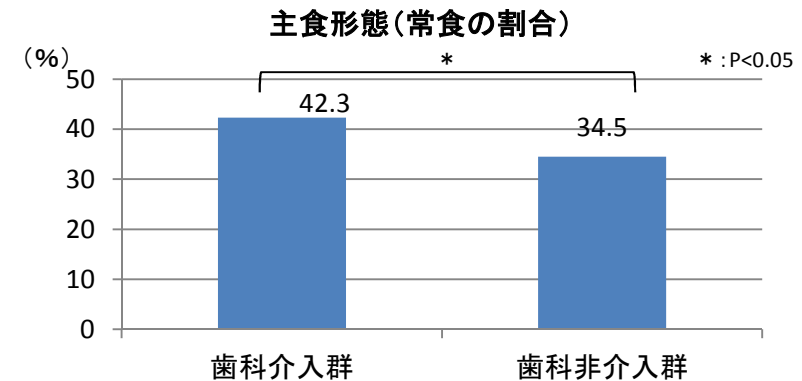
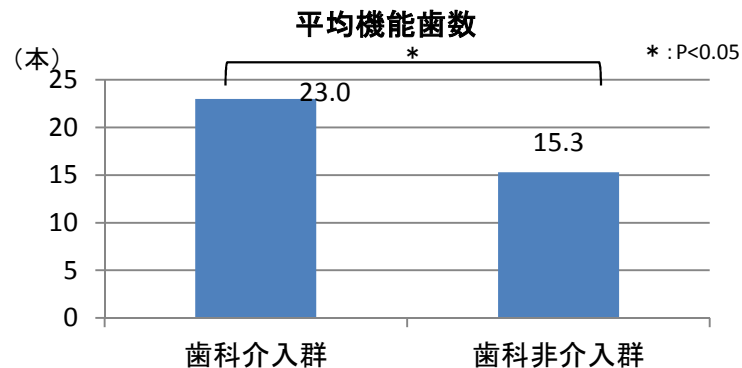
- 協力歯科医療機関と連携した口腔衛生管理に取り組んでいる認知症対応型グループホームの利用者は、平均機能歯数が多く、食事形態についても常食の割合が多かった。
- 協力歯科医療機関の歯科専門職から入所者の口腔内状態に応じた個人単位の口腔ケアの方法について介護職員が助言指導を受けている認知症対応型グループホームの利用者は、口腔衛生状態が良好であり、口腔軟組織の炎症も少なかった。

対象：A県及びB県の認知症高齢者グループホーム15施設の利用者84名（要介護4以上の男性11名、女性73名、平均年齢86.6歳、）

方法：食事情報等の基礎情報については施設職員から取得、口腔関連項目については歯科医師による対面調査（調査時期：平成27年2月）

協力歯科医療機関介入群：歯科医師による定期的な入所者全員の口腔内状況の確認、入所者個人毎の口腔ケアについて職員へ助言指導
その他（定期的な訪問歯科診療等）

協力歯科医療機関非介入群：主訴があった場合の歯科治療対応のみ



出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等における認知症高齢者に対する適切な口腔ケア及び経口維持支援のあり方に関する調査研究事業」

認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理④）

（参考）認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）における口腔機能の管理の位置づけ

- 新オレンジプランにおいて、認知症の人の状況に応じた歯科医師等による口腔管理を明記。
- 平成28年度から各都道府県・指定都市において、関係団体の協力を得て歯科医師を対象とする認知症対応力向上研修を実施。

（新オレンジプランより抜粋）

【早期診断・早期対応のための体制整備】

歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門家が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進する。

歯科医師向け認知症対応力向上研修事業	
実施主体	都道府県・指定都市 （事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託することができる）
研修対象者	各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する歯科医師
標準カリキュラム	1）基礎知識（30分） 2）かかりつけ歯科医師の役割（90分） 3）連携・制度（90分）
その他	・本事業の実施に当たっては、認知症歯科医療に精通した歯科医師等の協力の下行うものとする。 ・研修受講者の募集に当たっては、各都道府県歯科医師会、関係団体等の協力を得て行うものとする。

認知症対応型共同生活介護（夜勤体制）

○ 平成27年度の報酬改定で、夜間支援体制加算の見直しを行っている。

【グループホームにおける夜間体制の推移】

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

【1ユニットあたりの夜間の人数配置】

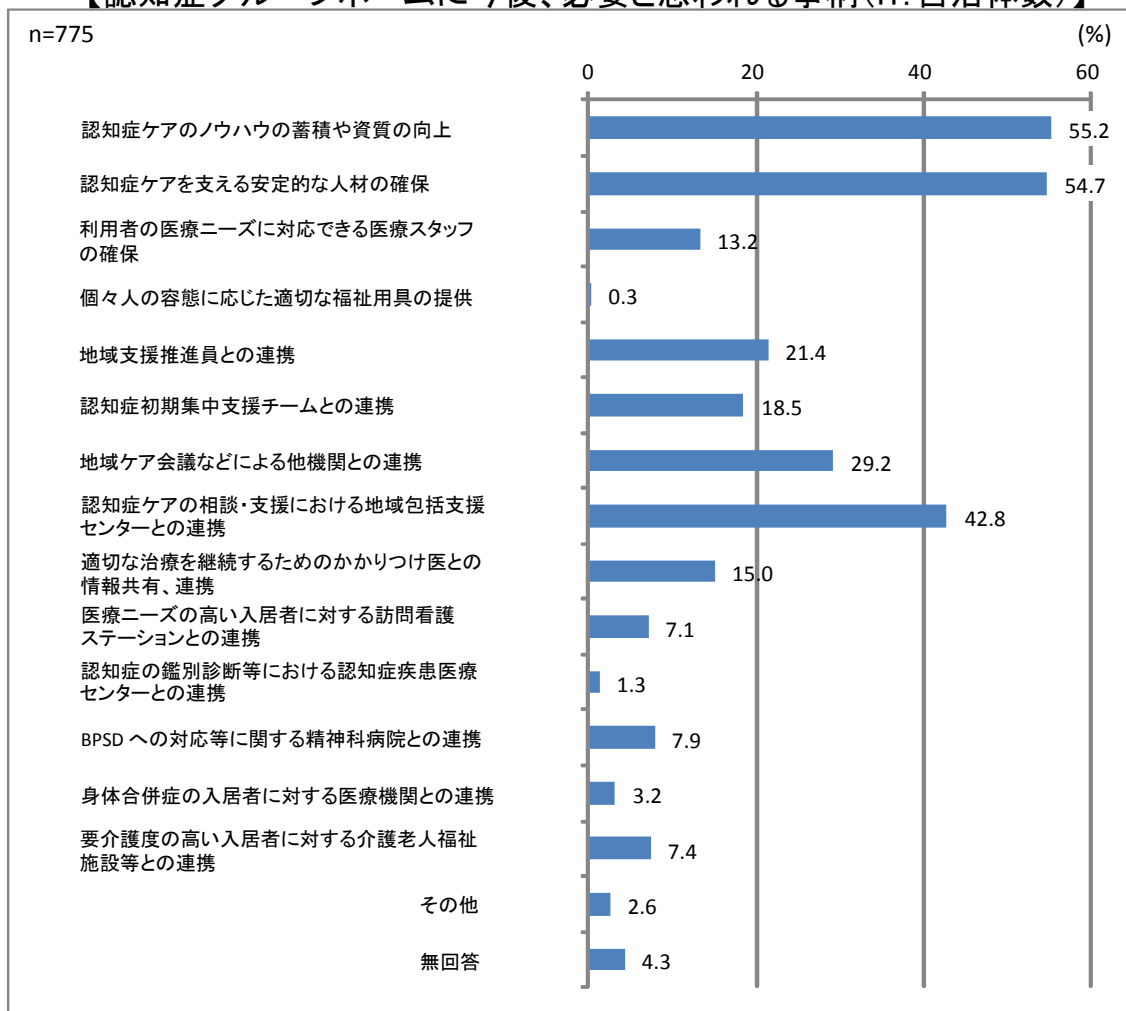
	事業所数	平均(人)
夜勤職員	657	1.1
宿直職員	254	0.1

【出典】平成27年度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」
(日本認知症グループホーム協会)

認知症対応型共同生活介護（市町村が必要と考えている事柄）

- 認知症ケアのノウハウの蓄積や資質の向上などの専門知識に加え、地域ケア会議などによる他機関との連携や認知症ケアの相談・支援における地域包括支援センターとの連携も期待されている。
- 認知症グループホームにおける利用者の容態に応じた福祉用具の提供に対するニーズをみると、認知症グループホームに今後必要と思われるものとしての回答は全体の0.3%と低く、ほとんどの自治体では特に認識されていないことがうかがわれた。

【認知症グループホームに今後、必要と思われる事柄(n:自治体数)】



【出典】 平成27年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」

認知症施策に関連する各種意見等

総合特別区域における規制の特例措置に係る国と地方の協議(平成28年春)

【地方公共団体からの提案】

○ 住み慣れた身近な地域にあるグループホームで高齢者が安心して暮らし続けるため、外部から居宅サービスの提供を受ける必要がある場合に、認知症対応型共同生活介護事業者がその費用を負担しなければならない現行制度を見直し、福祉用具貸与や訪問看護などの利用を認め、介護報酬の対象とすること。

入居者の居宅サービスの利用が難しいのであれば、入居者の状態の変化(重度化、医療的ケアの必要など)に対して、事業所の負担で個別に福祉用具貸与や訪問看護が提供できる新たなサービス体制を整える事業所に対して個別加算する仕組みを構築すること。

これにより、グループホームでのサービスが多様化し、入居者は状態の変化に応じた適切なサービスを受けることができるようになり、ひいては、地域包括ケアの理念にも合致し、総合特区の目的である地域共生型社会の実現に寄与するものとする。

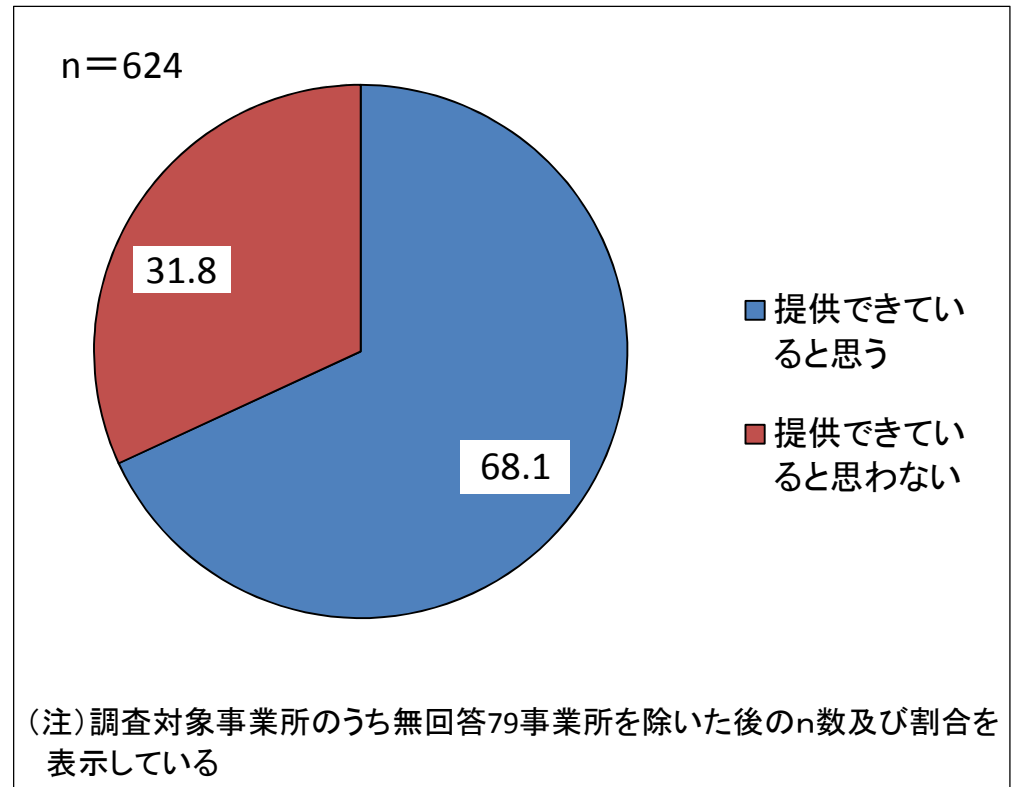
認知症対応型共同生活介護（福祉用具）

- 福祉用具の1ユニットあたりの利用者数は、「特殊寝台」3.4人、「車いす」2.8人、「歩行器」0.8人、「ポータブルトイレ」1.3人、「入浴補助用具」1.5人となっている。
- 現行の介護保険制度の下で個々の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供ができていると思うかを尋ねたところ、68.1%の事業所が「対応できていると思う」と回答している。

【1ユニットあたりの福祉用具の利用者数(n:事業所数)】

	利用者数				
	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
特殊寝台	577	3.4	3.8	0.0	9.0
車いす	577	2.8	2.0	0.0	9.0
歩行器	577	0.8	1.4	0.0	9.0
ポータブルトイレ	577	1.3	1.7	0.0	9.0
入浴補助用具	577	1.5	2.8	0.0	10.5

【個々人の容態、ニーズに応じた福祉用具の提供(n:事業所数)】



【出典】 平成27年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」

認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護の概要

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることとする。

＜単独型＞特別養護老人ホーム等の社会福祉施設等に併設されていない事業所

＜併設型＞特別養護老人ホーム等の社会福祉施設等に併設されている事業所

＜共用型＞認知症対応型共同生活介護事業所や地域密着型特定施設等の居間又は食堂、共同生活室において認知症対応型通所介護を行う事業所

【利用者】

＜単独型・併設型＞

○単位ごとの利用定員は、12人以下

＜共用型＞

○介護保険の各サービスのいずれかについて3年以上実績を有している事業所・施設であることが要件

○利用定員は、認知症対応型共同生活介護事業所はユニットごとに、地域密着型特定施設等は各施設ごとに、1日当たり3人以下

【設備】

＜単独型・併設型＞

○食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等を備える

○食堂及び機能訓練室
3㎡×利用定員以上の面積

【人員配置】

＜単独型・併設型＞

○生活相談員 1人(事業所のサービス提供時間に応じて1以上配置)

○看護職員又は介護職員
2人(1人+単位のサービス提供時間に応じて1以上配置)

○機能訓練指導員 1人以上

○管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

＜共用型＞

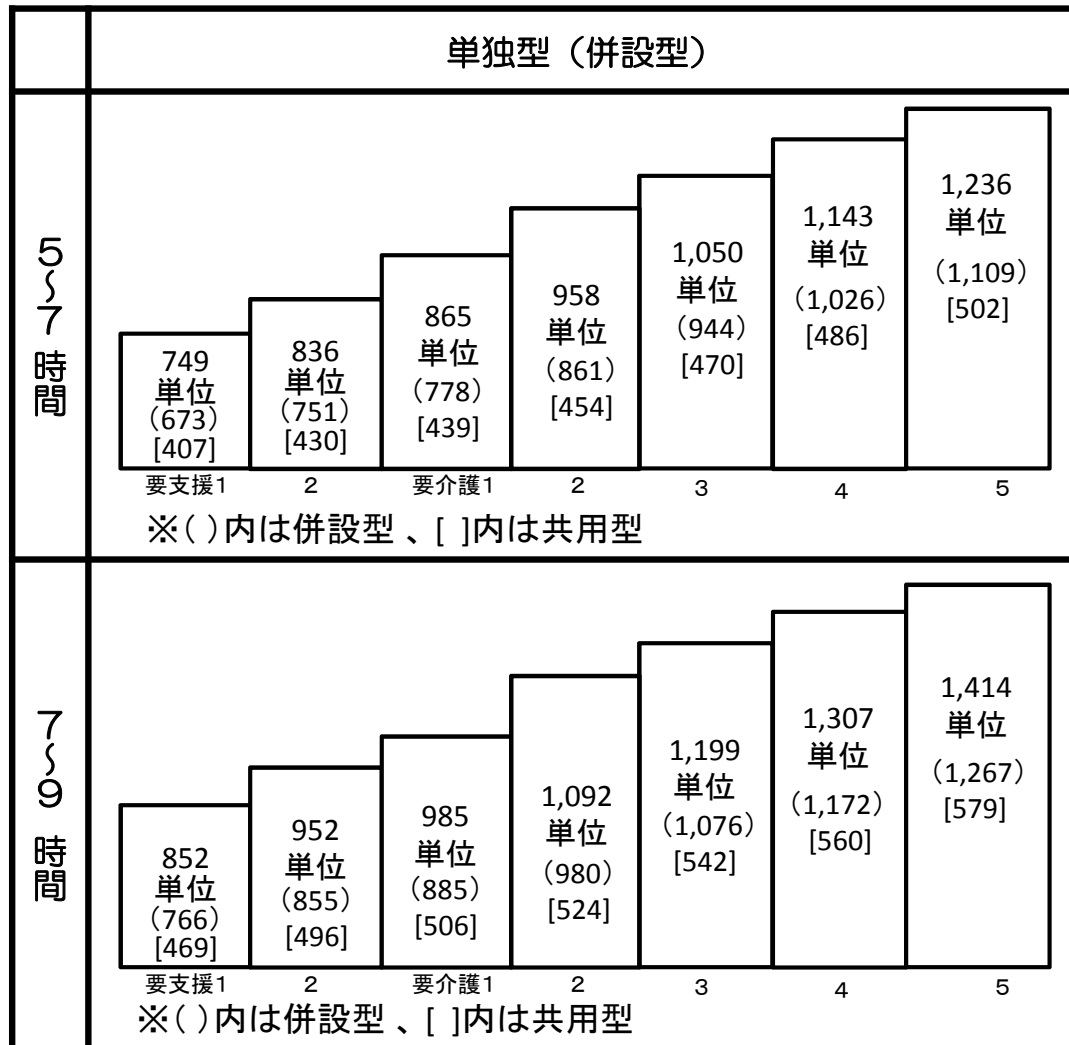
○従業者の員数
(認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業ごとに規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上

○管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

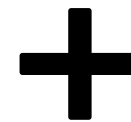
認知症対応型通所介護の介護報酬について

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービス提供時間、利用者の要介護度及び
事業所類型に応じた基本サービス費



利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算



入浴介助の実施
(50単位)

個別機能訓練の実施
(27単位)

若年性認知症利用者の
受け入れ
(60単位)

栄養改善サービスの実
施
(150単位/回)

口腔機能向上サービス
の実施
(150単位/回)

介護福祉士や3年以上
勤務者を一定以上配置
(18単位、12単位、6単位)



定員を超えた利用や人
員配置基準に違反
(▲30%)

送迎を行わない場合
(▲47単位)※

認知症対応型通所介
護と同一の建物に居
住する者へのサービ
ス提供
(▲94単位)

※ その他、2～3時間、3～5時間のサービス提供時間がある。

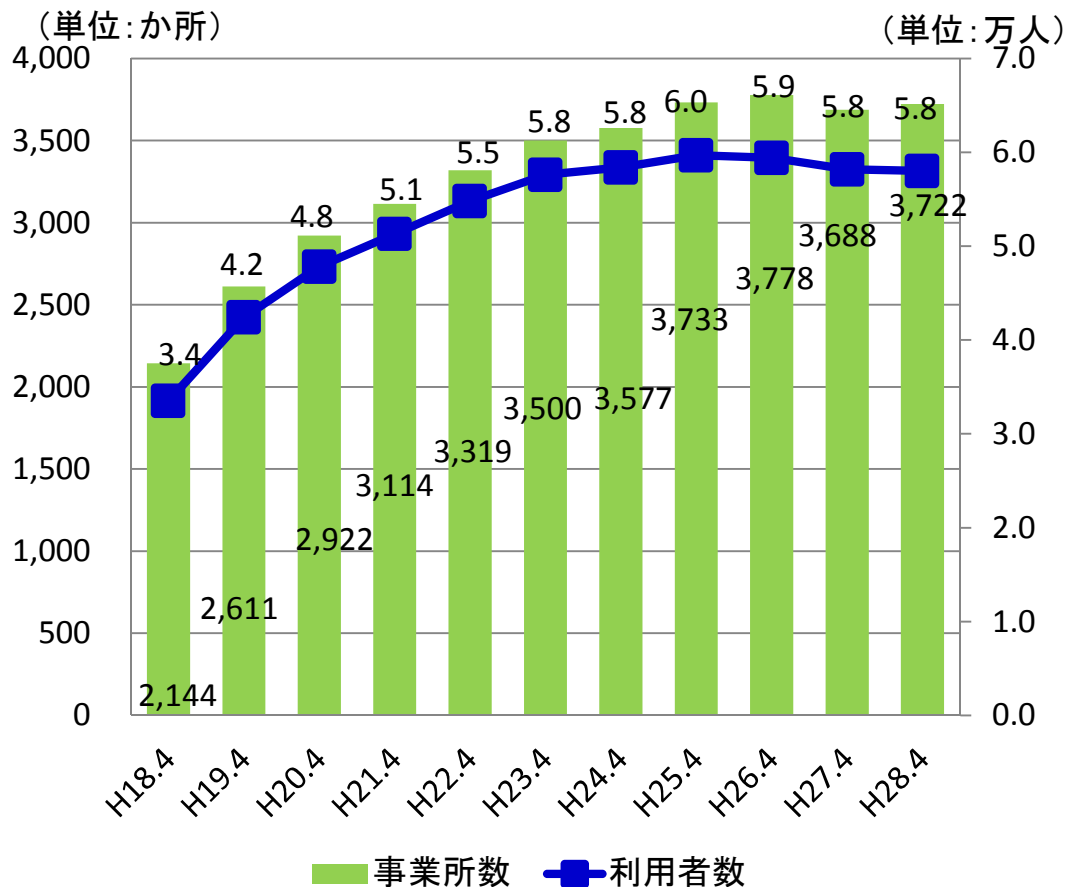
※ 片道につき

※加算・減算は主なものを記載

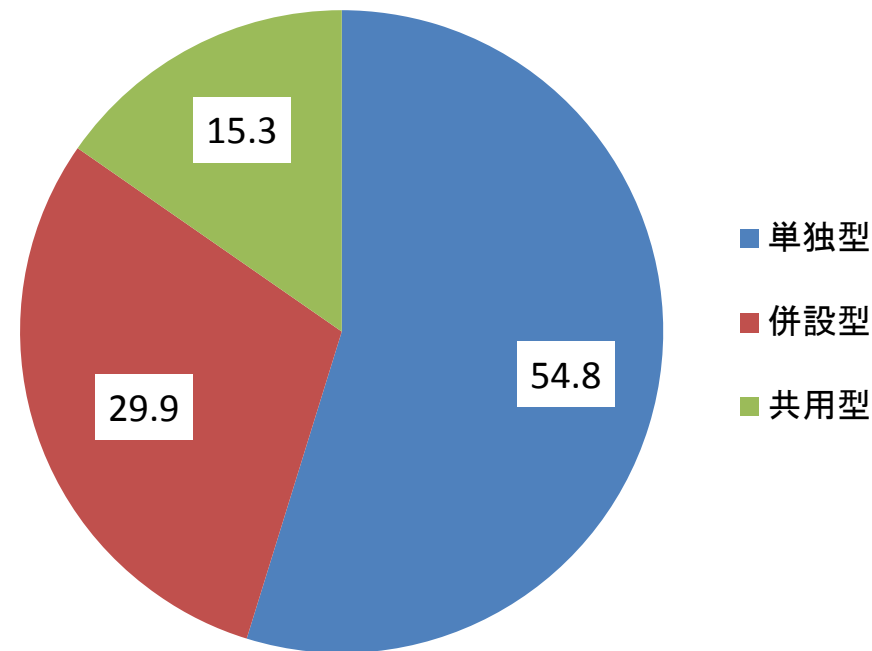
認知症対応型通所介護の事業所数、利用者数

○ 事業所数及び利用者数の推移は、これまで増加傾向にあったが、平成25年度からは横ばい。

認知症対応型通所介護の
事業所数及び利用者数の推移



認知症対応型通所介護
事業所の区分別割合(平成28年4月)

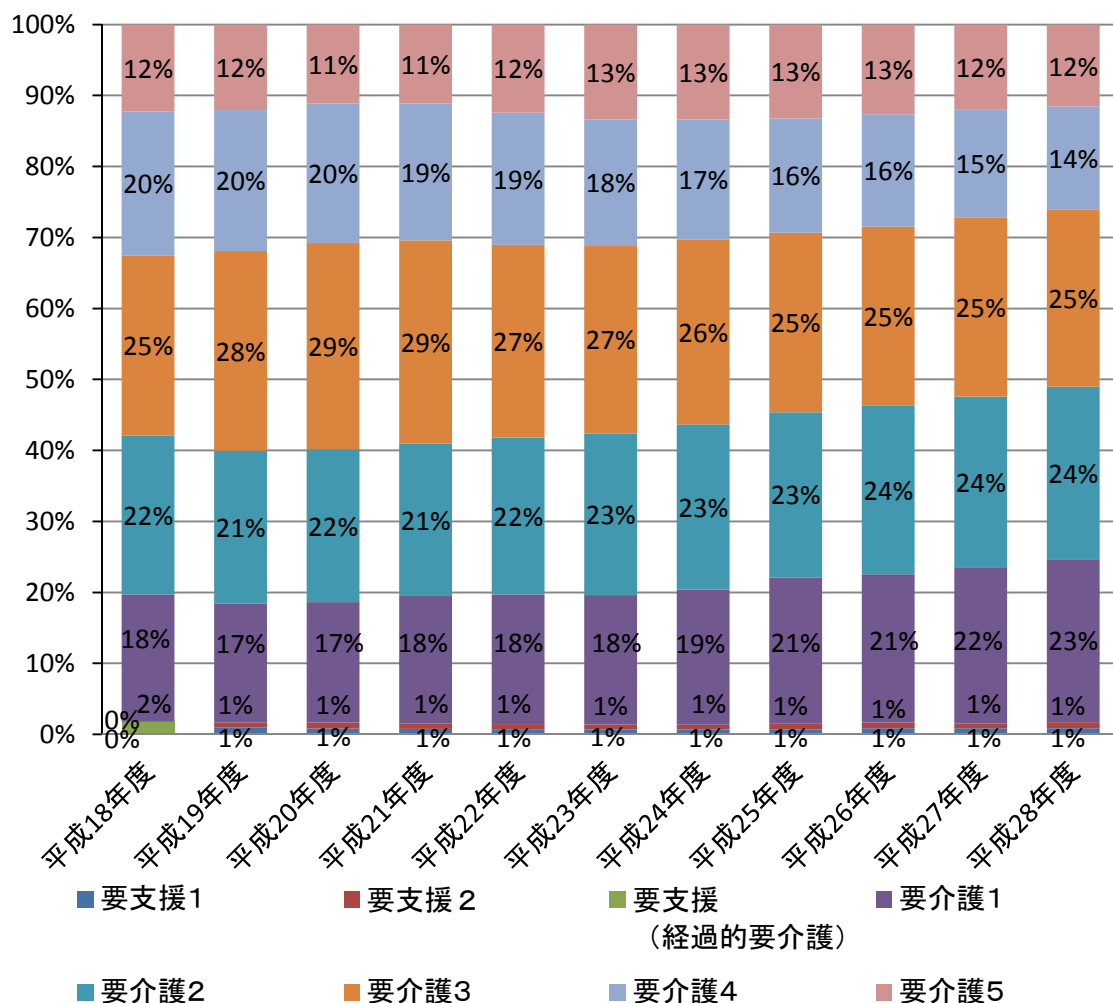


出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査」(各5月審査分) 出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成28年5月審査分)

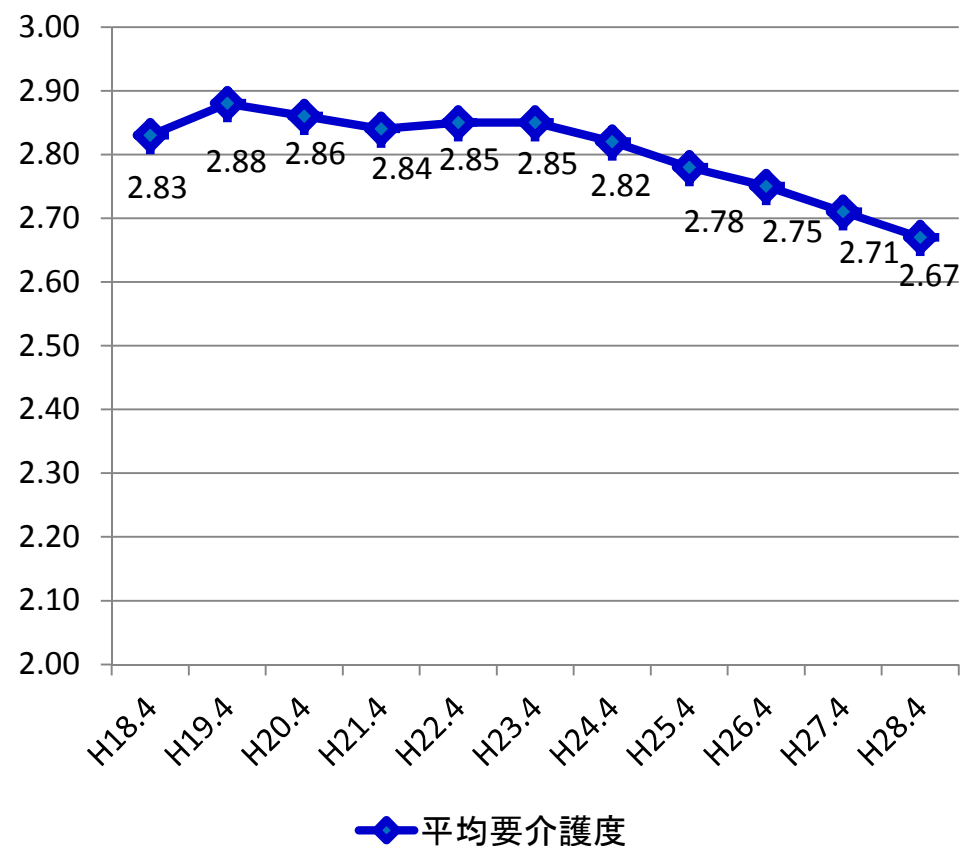
認知症対応型通所介護の要介護度別利用者割合

○ 平成18年改定において、認知症対応型共同生活介護事業所等の共用スペースを活用した共用型を創設するとともに単独型・併設型については定員を10人から12人に拡大した。

要介護度別利用者割合の推移



認知症対応型通所介護利用者の平均要介護度(要介護度1以上)の推移

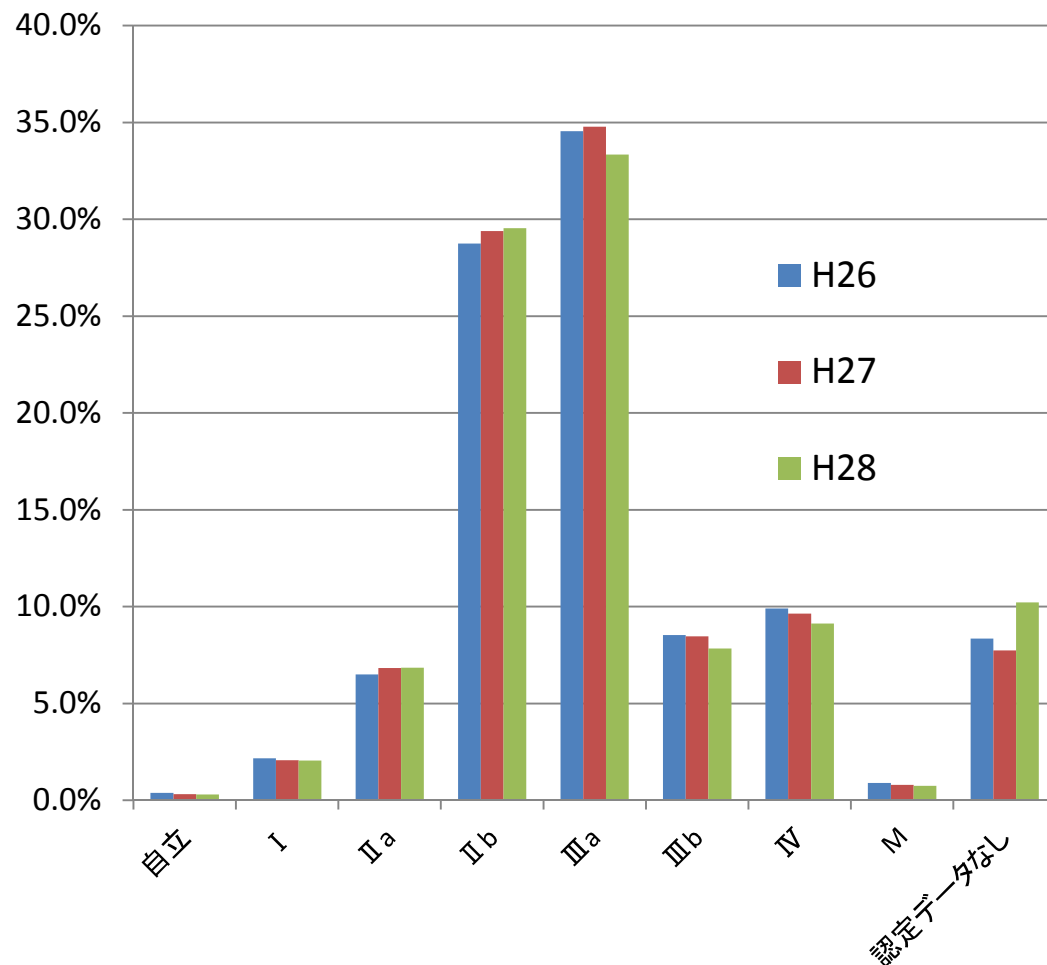


注) 各年度の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の4月サービス分(5月審査分)の値としている。

認知症対応型通所介護の認知症高齢者日常生活自立度別割合

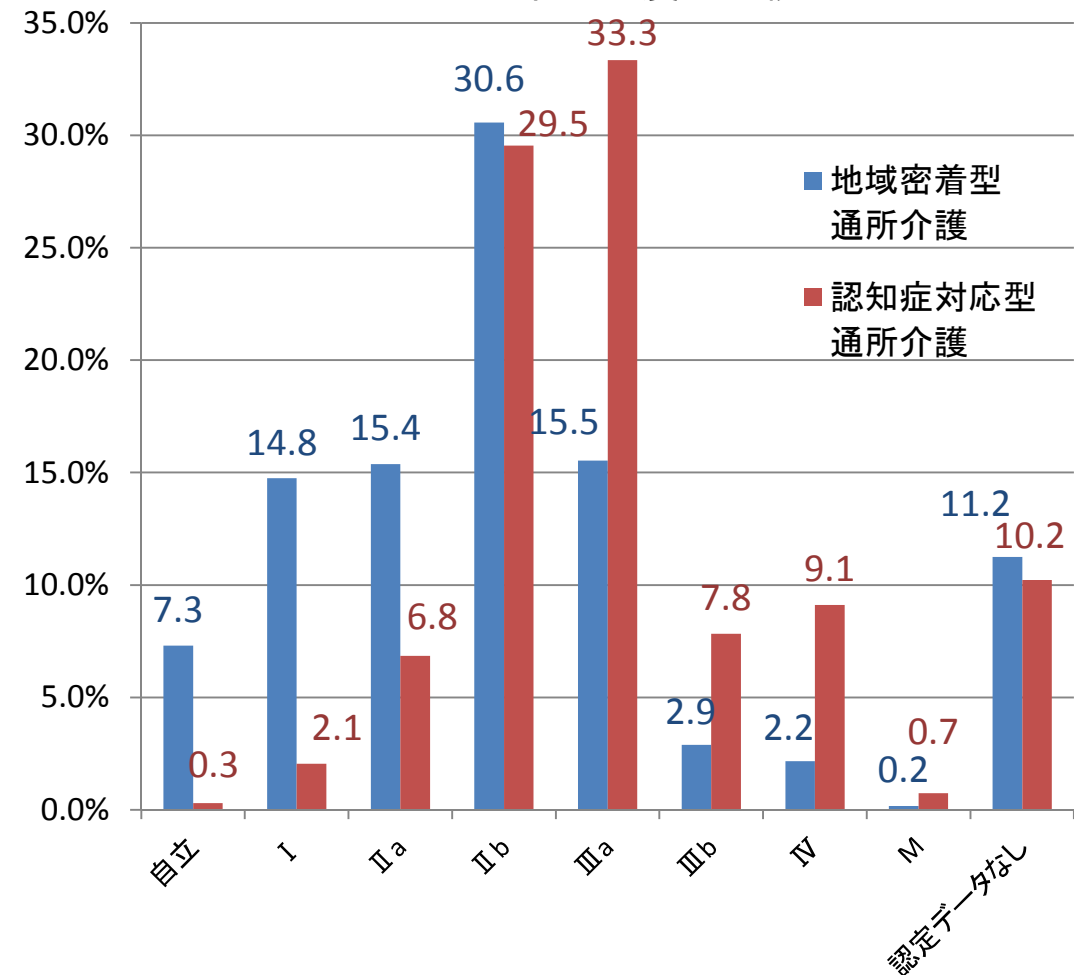
- 利用者の認知症高齢者の日常生活自立度割合について、直近の3年間で顕著な変化は見られない。
- 一方、平成28年度に創設された地域密着型通所介護と比較すると、認知症対応型通所介護の利用者は日常生活自立度が重度である方の割合が高い。

認知症対応型通所介護における日常生活自立度の推移



(出典)介護保険総合データベース 平成29年2月17日集計分
H26.9 H27.9 H28.9 審査分(予防を除く)

地域密着型通所介護と認知症対応型通所介護における日常生活自立度の比較



(出典)介護保険総合データベース 平成29年3月9日集計分
H28.9 審査分(予防を除く)

各介護サービスにおける認知症への対応

認知症に関連する介護報酬について（加算の概要①）

○ これまで累次の介護報酬改定の中で、認知症に関連した加算が多く創設されている。

（１）認知症の行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価

- ① 認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の緊急受入を評価。

◆ 200単位／日【入所日から7日を上限】

- ② 若年性認知症利用者受入加算（通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護※、認知症対応型共同生活介護）

若年性認知症入所者受入加算（地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設）

若年性認知症患者受入加算（介護療養型医療施設）

若年性認知症者やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価。

◆ 通所：60単位／日

◆ 入所等：120単位／日（※ 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費、特定病院療養病床短期入所療養介護費、特定診療所短期入所療養介護費については60単位／日）

（２）認知症高齢者へのリハビリテーション等の評価

- ③ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（通所リハビリテーション、介護老人保健施設）

認知症の利用者及び入所者に対して生活機能の改善を目的に実施される短期集中的な個別リハビリテーションの実施を評価。

◆ 通所リハビリテーション（Ⅰ）240単位／日（週2日まで）

◆ 通所リハビリテーション（Ⅱ）1,920単位／月

【退院（所）または通所開始日から3月以内】

◆ 介護老人保健施設240単位／日（週3日まで）

【入所（院）の日から3月以内】

認知症に関連する介護報酬について（加算の概要②）

（3）医療ニーズ等への対応の評価

④ 精神科を担当する医師に係る加算（介護老人福祉施設、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護）

認知症である入所者（医師が認知症と診断した者等）が全入所者の3分の1以上を占める場合において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。

◆ 5単位／日

⑤ 認知症情報提供加算（介護老人保健施設）

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症のおそれのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価。

◆ 350単位／回（1回を限度）

⑥ 医療連携体制加算（認知症対応型共同生活介護）

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

◆ 39単位／日

（4）専門的なケア提供体制に対する評価

⑦ 認知症専門ケア加算（特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）

認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価。

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日

（加算要件）

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の2分の1以上
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施
- ・ 当該施設の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日

（加算要件）

- ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施
- ・ 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施 等

認知症に関連する介護報酬について（加算の概要③）

（５）認知症高齢者への支援の評価

⑧ 認知症ケア加算（短期入所療養介護（介護老人保健施設）、介護老人保健施設）

認知症専門病棟において日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する者）に対して介護保健施設サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 76単位／日

⑨ 認知症加算（通所介護、地域密着型通所介護）

厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する者）に対して通所介護サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 60単位／日

⑩ 認知症加算（小規模多機能型居宅介護、複合型サービス）

厚生労働大臣が定める登録者に対して小規模多機能型居宅介護サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 認知症加算（Ⅰ） 800単位／月（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当する者）

◆ 認知症加算（Ⅱ） 500単位／月（要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者）

各サービスにおける認知症高齢者の割合

- 日常生活自立度Ⅱa～Mの利用者は、多くのサービスで5割を超えており、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において8割を超えていた。

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	高	88.7%	98.4%	62.82
	小規模多機能居宅介護	中	中	中	高	80.7%	93.0%	56.52
施設・居住系	特定施設入居者生活介護	中	中	中	高	76.3%	93.4%	58.9
	認知症対応型共同生活介護	高	高	高	高	95.0%	99.7%	66.19
	介護老人保健施設	高	高	高	中	89.5%	99.5%	67.43
	介護老人福祉施設	高	高	高	中	94.0%	99.8%	73.04
	介護療養型医療施設	高	高	高	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→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。

【出典】平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)