

認知症対応型共同生活介護、 認知症対応型通所介護等の報酬・基準 について

これまでの議論における主な意見について①

<認知症対応型共同生活介護について>

- 医療ニーズへの対応について、グループホームへの看護職員の配置は、施設規模や役割などから過剰にならないように、外部サービスとの連携を進めることで対応すべきではないか。
- 可能な限りグループホームで暮らし続けることができるよう、医療との連携において、看護師の配置により体制を整備をしている事業所の評価が必要ではないか。
- 入居者が重度化しており、看取りまでできる体制整備が必要ではないか。
- 歯科医療機関と連携して口腔衛生管理に取り組むことは有効であるため、口腔ケアに積極的に取り組めるプロセスを評価することが必要ではないか。
- グループホームでは、入居前からのかかりつけ医が入居後もそのまま診ていることが多いため、利用者の医療機関への通院にかかる対応を評価すべきではないか。
- グループホームは小規模であるために運営は厳しく、経営的にはある程度の規模が必要ではないか。

※ 第147回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、日本認知症グループホーム協会から、「1. ①地域の認知症ケア支援拠点に対する評価」、「1. ②短期利用認知症対応型共同生活介護の要件緩和」、「2. ①入退院支援のための適切な取組みの評価」、「2. ②口腔衛生管理の評価」「3. 人材確保のための職員配置の弾力的な運用」、「4. 低所得者対策の充実」、「5. 経営の安定化」について要望があった。

これまでの議論における主な意見について②

<認知症対応型通所介護について>

- 認知症デイは、認知症の日常生活自立度が重い方やBPSD等の症状が強い方であっても対応できる体制整備を進め、地域密着型デイとの違いを明確にすべきではないか。
- 認知症デイについては、役割分担というより、類型自体を見直して各サービスの役割分担を考え直す必要があるのではないか。
- 共用型認知症デイは、介護報酬が低いため回数多く利用でき、また認知症に詳しい職員が対応するため、事業者が取り組めるような方策があればよい。
- 地域密着型サービスであっても、近隣の市町村からの受入も可能にして、利用者確保できるようにする必要があるのではないか。

<その他>

- 認知症の人は要介護度が高いほど、認知症が重度ということではないので、認知症の程度に応じた報酬設定も検討すべきではないか。
- 認知症の利用者が地域の中で社会的な活動ができるような仕組みづくりが必要ではないか。

認知症対応型共同生活介護について

入居者の医療ニーズへの対応について

論点 1

- 入居者の状態に応じた医療ニーズへの対応ができるように、より医療ニーズに対応したサービス提供体制を確保をしている場合を評価することとしてはどうか。

対応案

- 医療連携体制加算について、現行の医療連携体制加算は維持した上で、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を評価するための区分を新設してはどうか。
- 具体的な算定要件は、以下のとおりとしてはどうか。
 - ① 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること
 - ② たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

※上記に加えて、下記の現行の加算要件と同様の要件を満たす場合に算定を認める。

- ① 事業所の職員である看護師、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- ② 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

医療連携体制加算の算定要件【現行】

【参考1】医療連携体制加算の概要

<算定要件>

- イ 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。
- ロ 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。
- ハ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

<単位数>

39単位/日

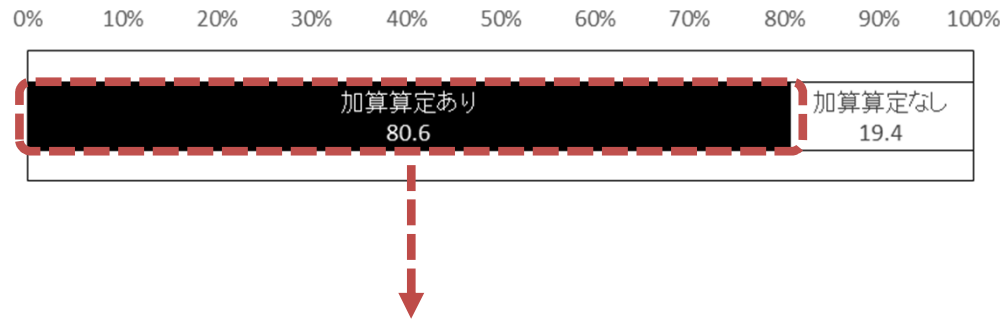
【参考2】医療連携体制加算の算定率

- ・ 80.9% (出典) 介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分

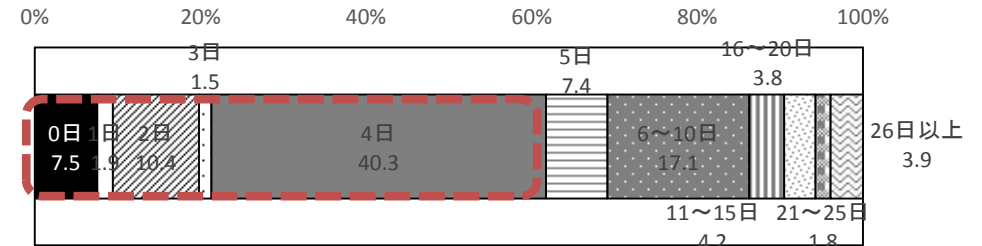
医療連携体制加算の取得状況

- 80.6%の事業所が医療連携体制加算を取得。算定要件である看護師の確保方法は、「事業所で非常勤の看護師を雇用」が30.8%、「同一・関連法人外の訪問看護ステーションと契約」が19.1%。
- 契約している病院・診療所・訪問看護ステーションの看護師による訪問は、60.1%の事業所で月4日以内となっている。

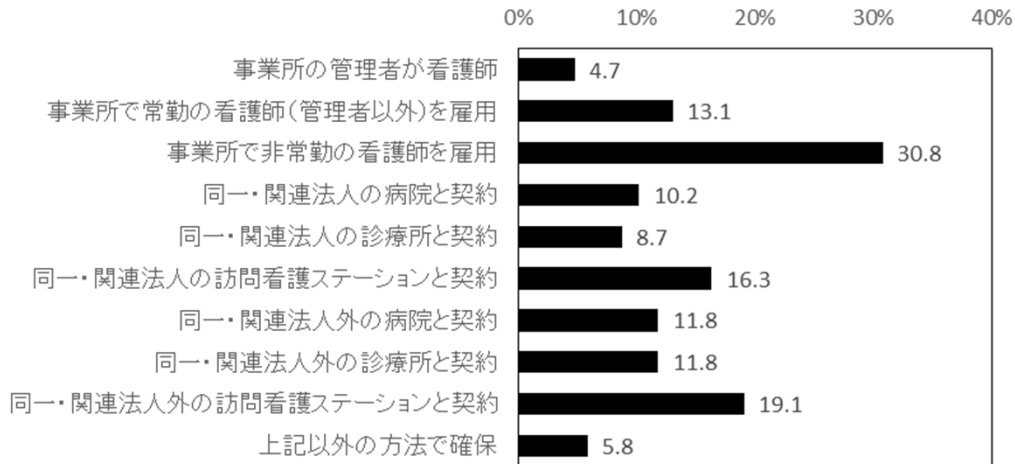
医療連携体制加算の算定状況(N=1863)



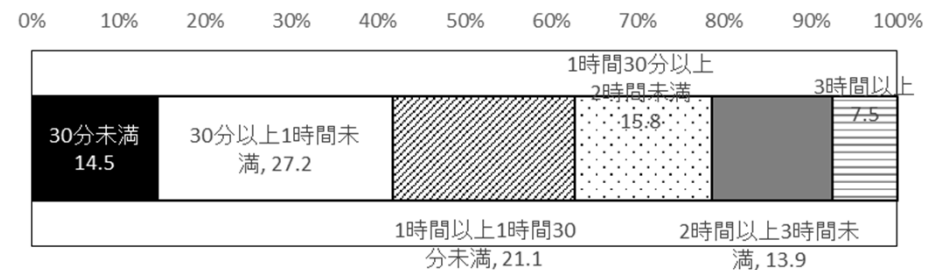
病院・診療所・訪問看護ステーションの看護師による訪問日数(2017年7月)(N=933)



医療連携体制加算の算定要件に係る体制(複数回答、N=1501)



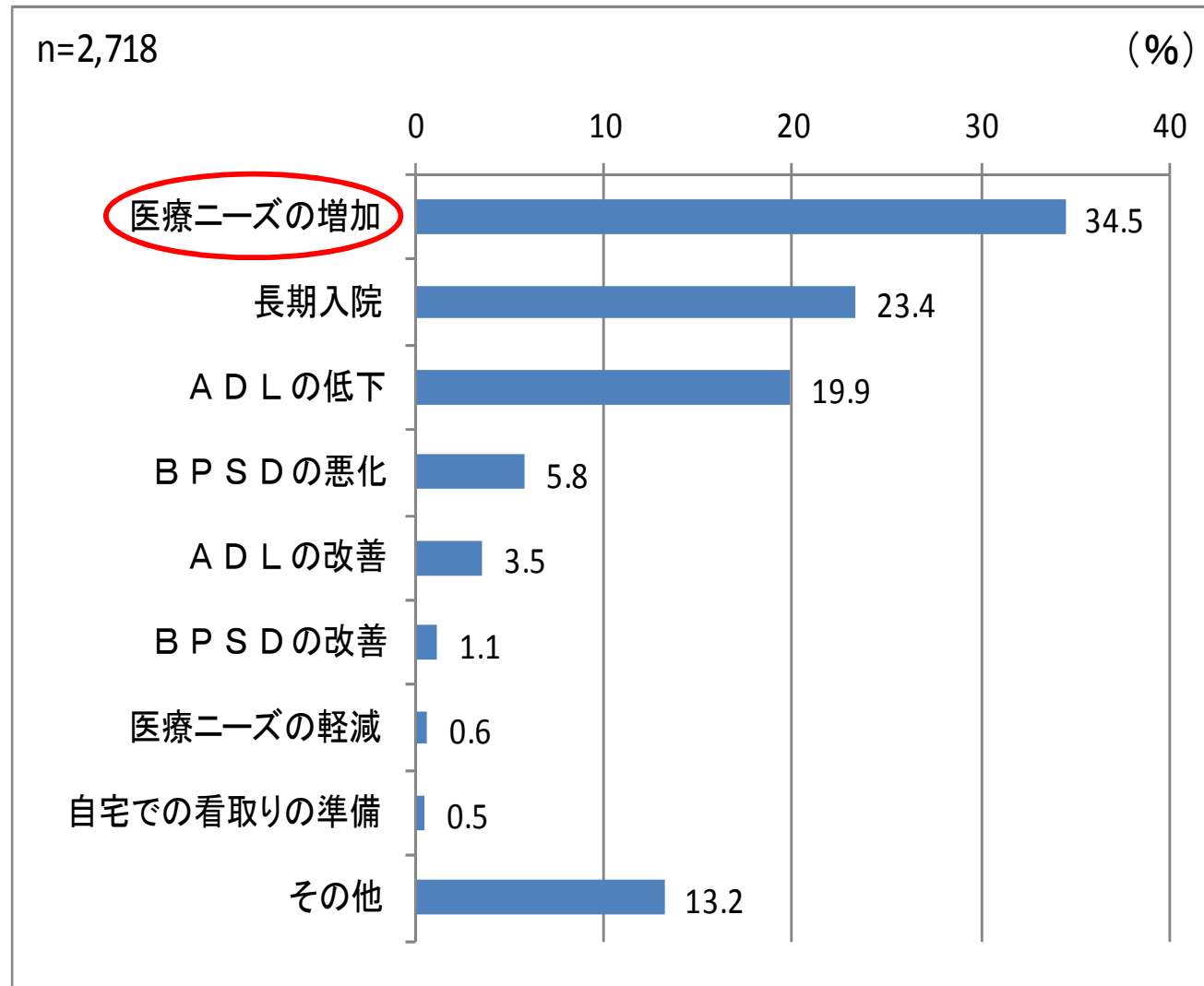
病院・診療所・訪問看護ステーションの看護師による訪問実績・平均滞在時間(N=863)



認知症グループホームからの退居要因

- 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。

【GHから退居の判断に至った背景(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」

医療ニーズへの対応状況①

- 医師の指示に基づき看護師が対応等している医療ニーズとして、医療連携体制加算を算定している事業所の中でも、「自事業所で常勤の看護師が対応している」事業所と「外部との連携により看護師が対応」している事業所では対応できる医療ニーズに差異がみられる。

■ 対応している事業所の割合が高い医療ニーズ(複数回答、N=1863)

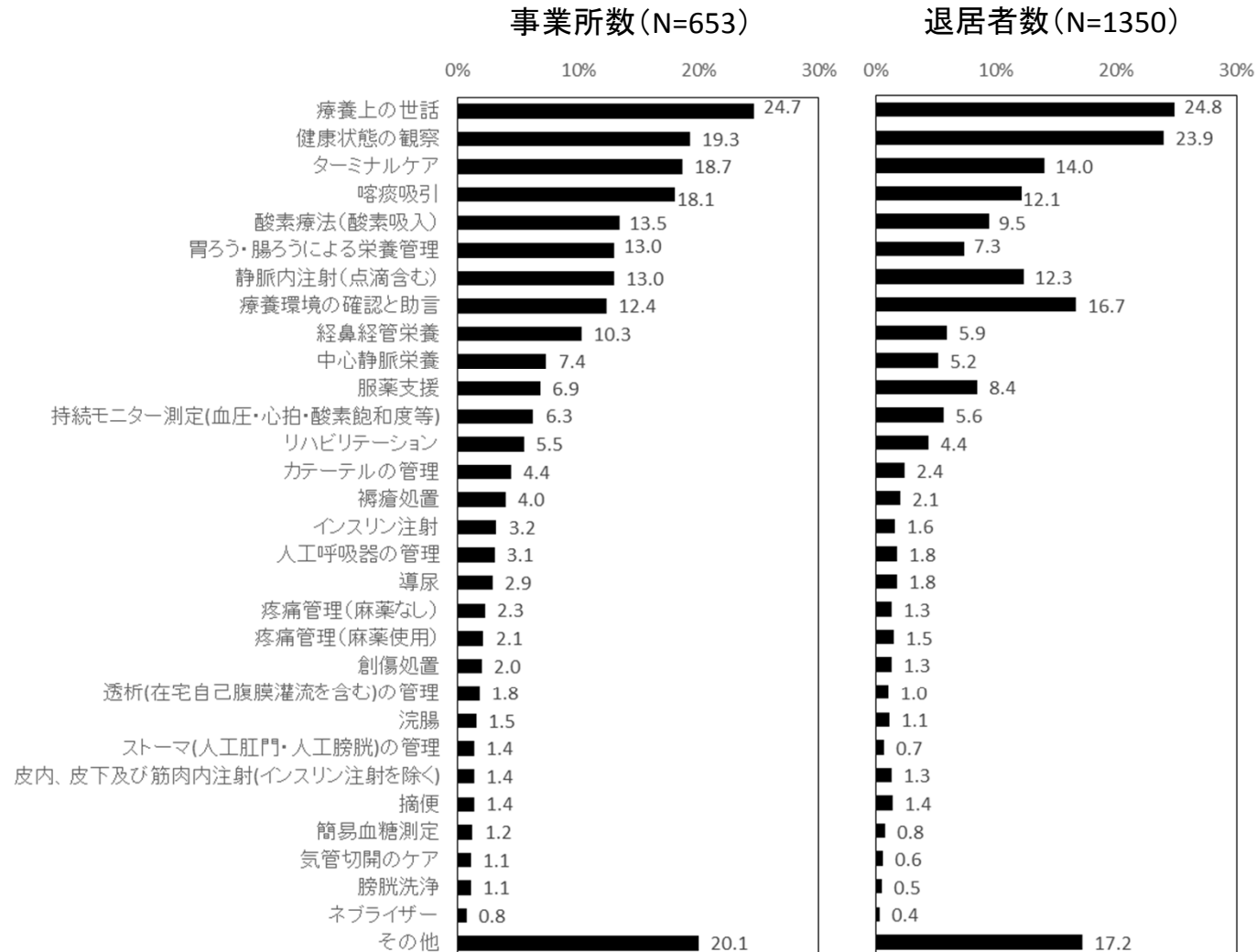
	対応あり(%) N=1863	医療連携体制加算を算定しており、 医療ニーズへの対応あり(%)		平均利用者数 (人)
		事業所で常勤の 看護師(管理者 以外)が対応 N=196	外部との連携で 看護師が対応 N=745	
健康状態の観察	80.6%	93.9%	85.5%	12.7
療養環境の確認と助言	52.5%	58.2%	59.2%	12.4
服薬支援	41.3%	76.0%	28.7%	12.3
排便	32.2%	53.6%	29.7%	2.2
療養上の世話	29.5%	52.0%	21.6%	11.7
じょくそうの処置	25.4%	36.2%	25.0%	1.9
洗腸	25.2%	40.3%	24.0%	2.3
創傷処置	24.2%	38.8%	21.1%	2.3
ターミナルケア	14.0%	20.4%	13.8%	1.9
静脈内注射(点滴含む)	11.0%	19.9%	11.4%	2.0
喀痰吸引	9.7%	26.5%	8.2%	1.3
簡易血糖測定	9.7%	17.9%	7.7%	2.3
リハビリテーション	8.3%	16.3%	6.4%	6.0
カテーテル(尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	7.0%	13.3%	7.5%	1.4
疼痛管理(麻薬なし)	5.8%	10.7%	3.8%	2.2
インスリン注射	5.4%	11.7%	5.2%	1.8
皮下、皮下及び筋肉内注射(インスリン注射を除く)	4.9%	8.2%	5.4%	2.5
酸素療法(酸素吸入)	4.7%	11.7%	4.2%	1.2
持続モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)	4.0%	3.1%	4.8%	12.7
導尿	3.2%	6.1%	3.4%	2.2
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	3.1%	6.6%	3.4%	2.1
膀胱洗浄	2.5%	4.6%	2.4%	1.6
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	1.7%	4.6%	1.7%	1.2
ネブライザー	1.3%	2.0%	0.5%	1.1
透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	1.0%	0.5%	1.5%	1.5
疼痛管理(麻薬使用)	0.9%	1.5%	0.5%	2.7
経鼻経管栄養	0.5%	1.5%	0.7%	1.2
中心静脈栄養	0.5%	1.0%	0.7%	1.0
気管切開のケア	0.1%	0.0%	0.0%	1.0
人工呼吸器の管理	0.1%	0.5%	0.0%	5.3
その他	2.7%	1.5%	3.4%	1.8

出典：平成29年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型グループホームにおける医療の提供等に関する調査研究事業」(速報値)

医療ニーズへの対応状況②

○ 退居の原因となった、事業所が対応できなかった医療ニーズは、療養上の世話が24.7%、健康状態の観察が19.3%、ターミナルケアが18.7%、喀痰吸引が18.1%、酸素療法が13.5%、胃ろう・腸ろうと静脈内注射が13.0%、療養環境の確認と助言が12.4%、経鼻経管栄養が10.3%、中心静脈栄養が7.4%。

■ 直近1年で対応できなかった医療ニーズ(複数回答)



出典：平成29年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型グループホームにおける医療の提供等に関する調査研究事業」（速報値）

入居者の入退院支援の取組について

論点 2

- 認知症の人は入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価することとしてはどうか。

対応案

- 入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、介護老人福祉施設を参考に、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとしてはどうか。
- 現行の初期加算では、過去3カ月以内に当該事業所に入居したことがある者は、算定の対象としていないが、医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとしてはどうか。

【参考1】介護老人福祉施設における入所者が入院等したときの費用の算定

- 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定する。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は、算定できない。

【参考2】初期加算の概要

<算定要件>

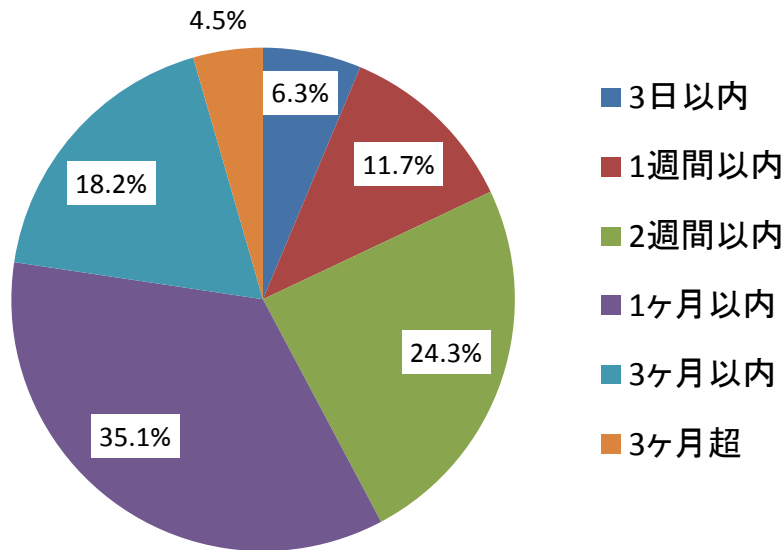
- ① 入居した日から起算して30日以内の期間について加算する。
- ② 当該入居者が過去3月間の間に、当該事業所に入居したことがない場合に限り算定できる。
(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)

<単位数> 30単位/日

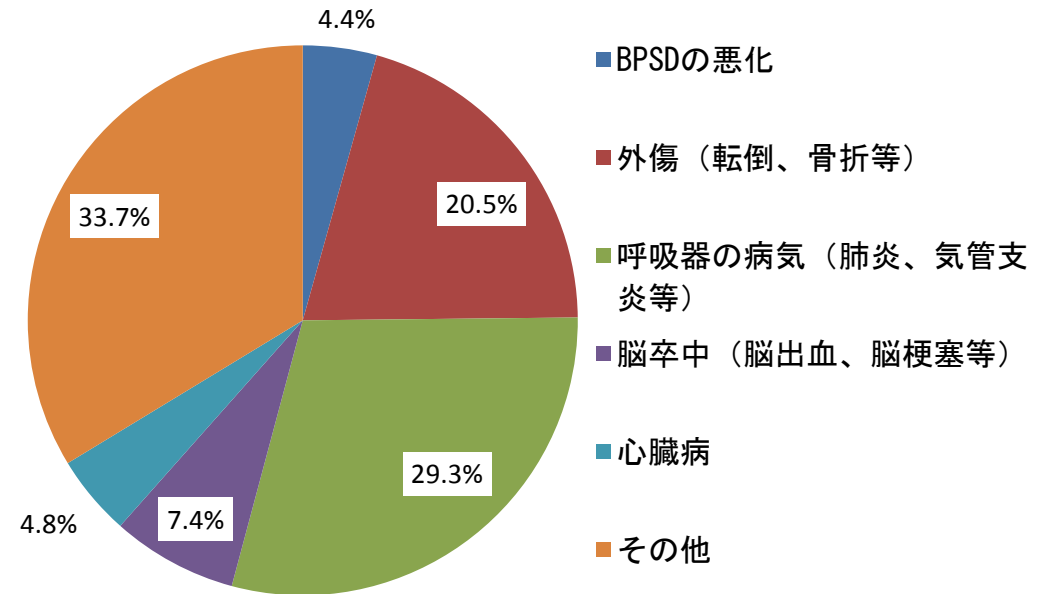
認知症グループホームからの入院

- 過去2年間における一時的に入院した方は、調査対象グループホーム1事業所当たり5.1人（1事業所当たり入居者数は13.5人）。
- 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。

【一時的な入院の内訳】
（入院期間）



（入院理由）



【出展】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

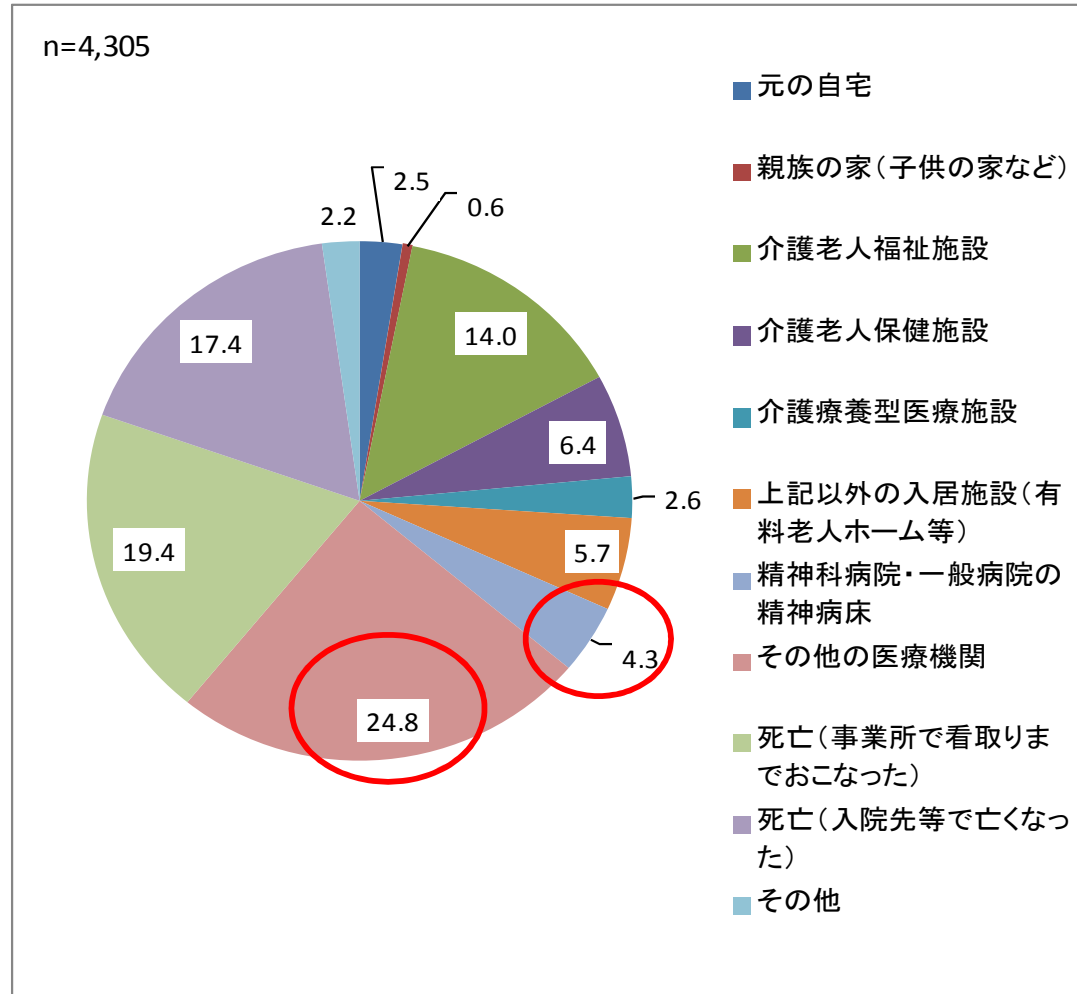
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症グループホームからの退居先

○ 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を合わせると29.1%が退去先は医療機関であった。

※ 認知症グループホームから退居された方の退居先を集計したものであり、再度、認知症グループホームに戻ることは想定されていない。

【GHからの退居先 n:退去者数】

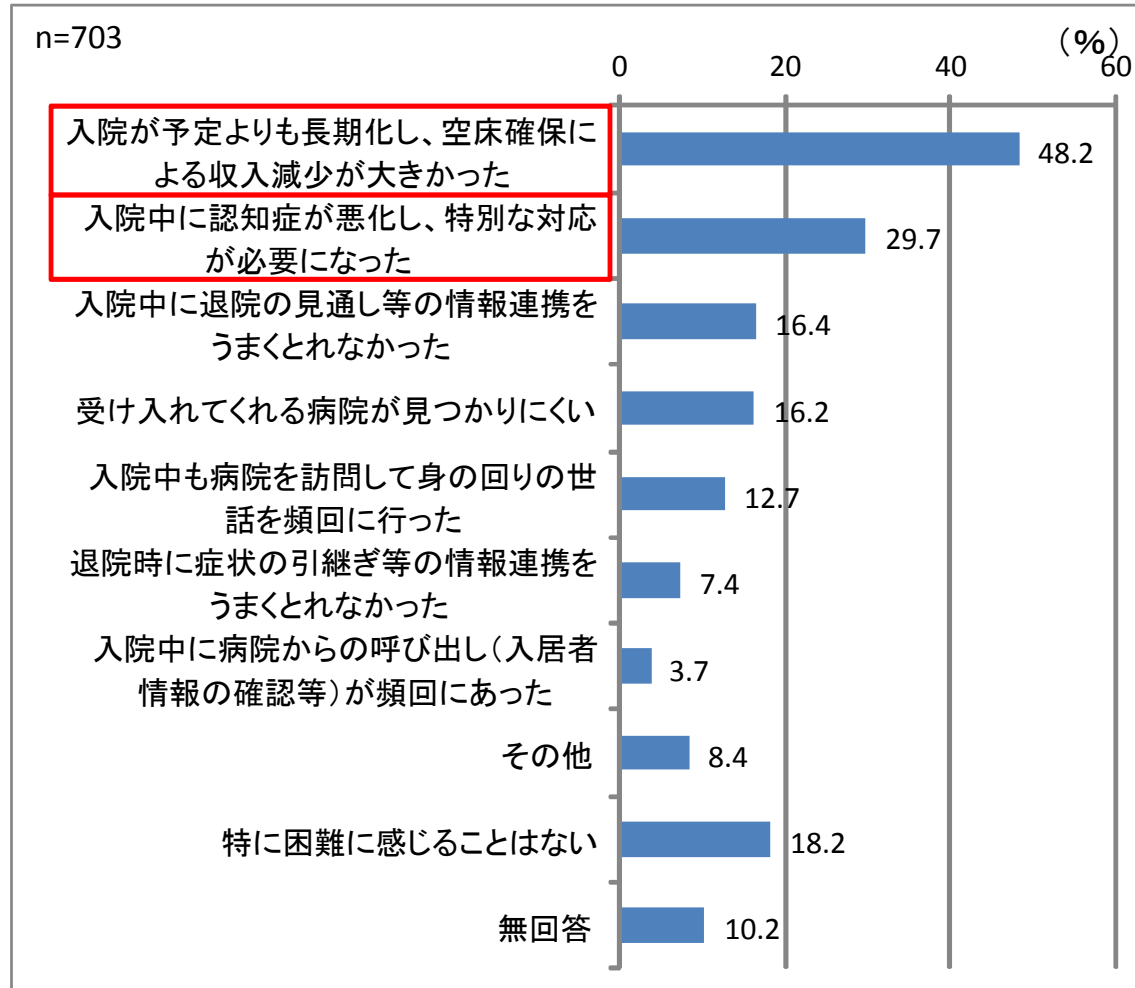


【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（医療機関との連携①）

- 入居者の入院にあたり困難を感じたこととして、「入院が予定より長期化し、空床確保による収入減少」を挙げる事業所が約半数、また「入院中に認知症が悪化し、特別な対応が必要になった」と回答した事業所も約3割あった。

【入居者の入院にあたって事業所として困難を感じたこと【複数回答】(n:事業所数)】

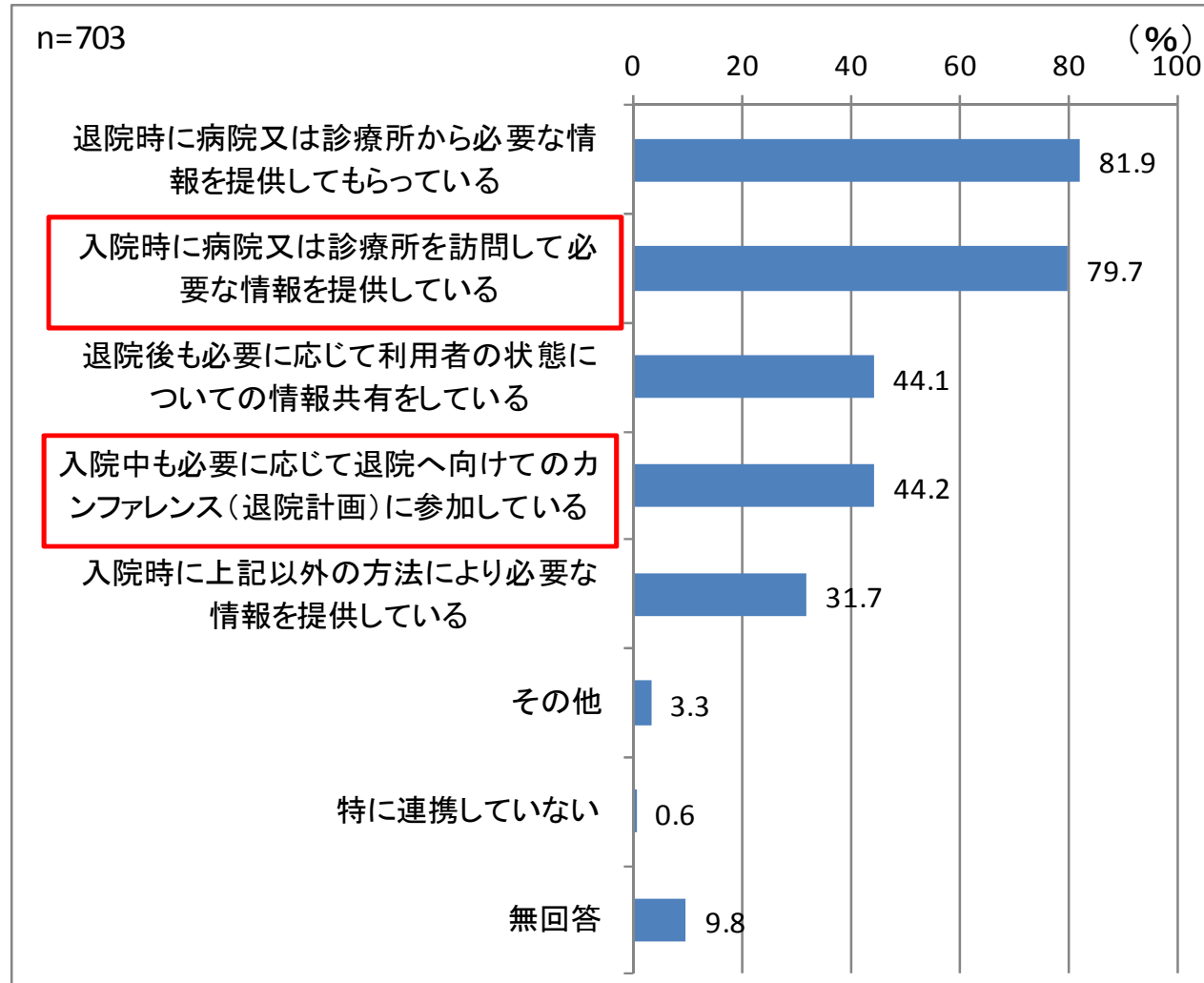


【出典】平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（医療機関との連携②）

- 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)】



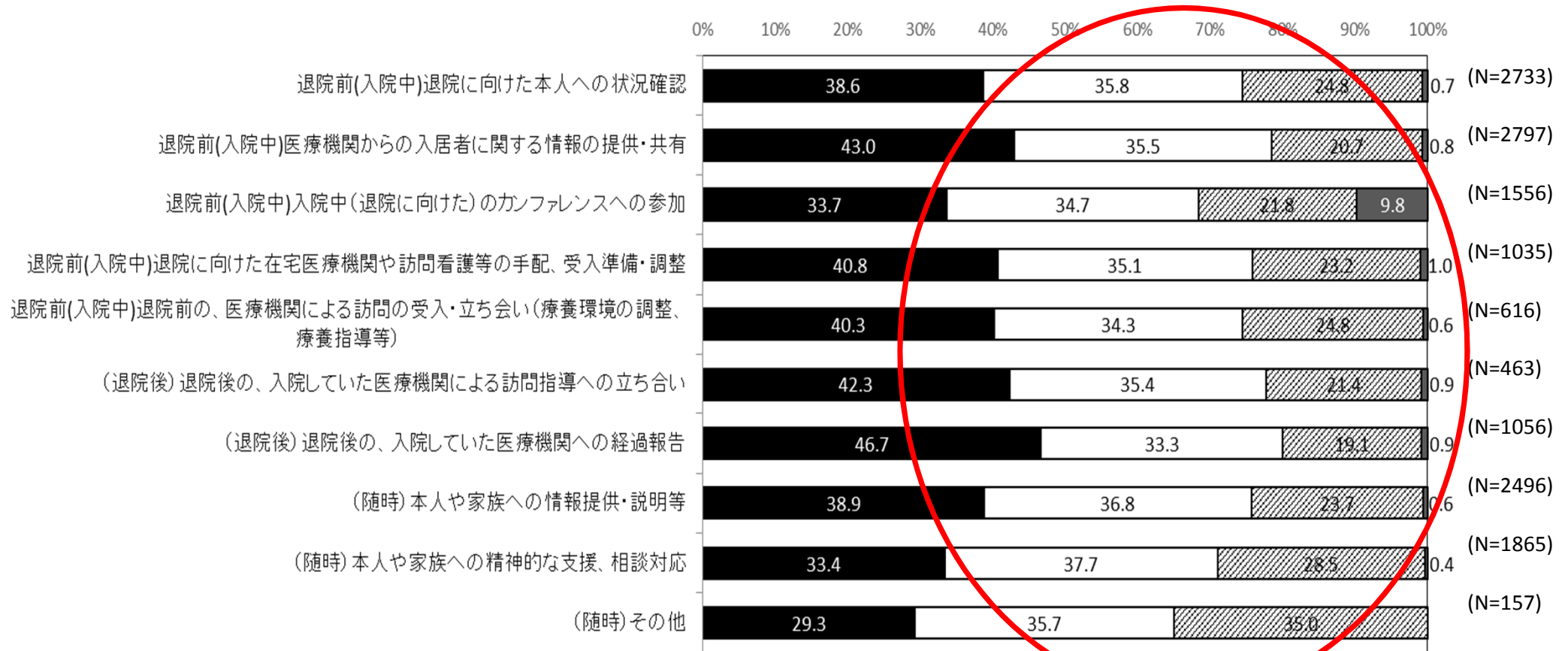
【出典】平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（医療機関との連携③）

○ 退院時支援として「退院前（入院中）退院に向けた本人への状況確認」を実施した利用者のうち、「認知症のため特別な配慮が必要」が24.8%、「内容は変わらないが、認知症による追加的な支援は必要」35.8%。

■ 退院時の受入に係る支援における、認知症であることによる支援内容の差異 （退院時支援を実施した認知症対応型グループホーム利用者）

- 内容は変わらない（認知症でも特別な配慮は不要）
- 内容は変わらないが、認知症による追加的な支援は必要
- ▨ 内容は変わる（認知症のため特別な配慮が必要）
- 無回答



出典：平成29年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型グループホームにおける医療の提供等に関する調査研究事業」（速報値）

短期利用認知症対応型共同生活介護の算定要件の見直しについて

論点3

- 現行の短期利用認知症対応型共同生活介護は、事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室を利用する場合に限って算定可能としている。
- 認知症対応型共同生活介護事業所が地域における認知症ケアの拠点として様々な機能を発揮することを促進する観点から、算定要件を見直しはどうか。

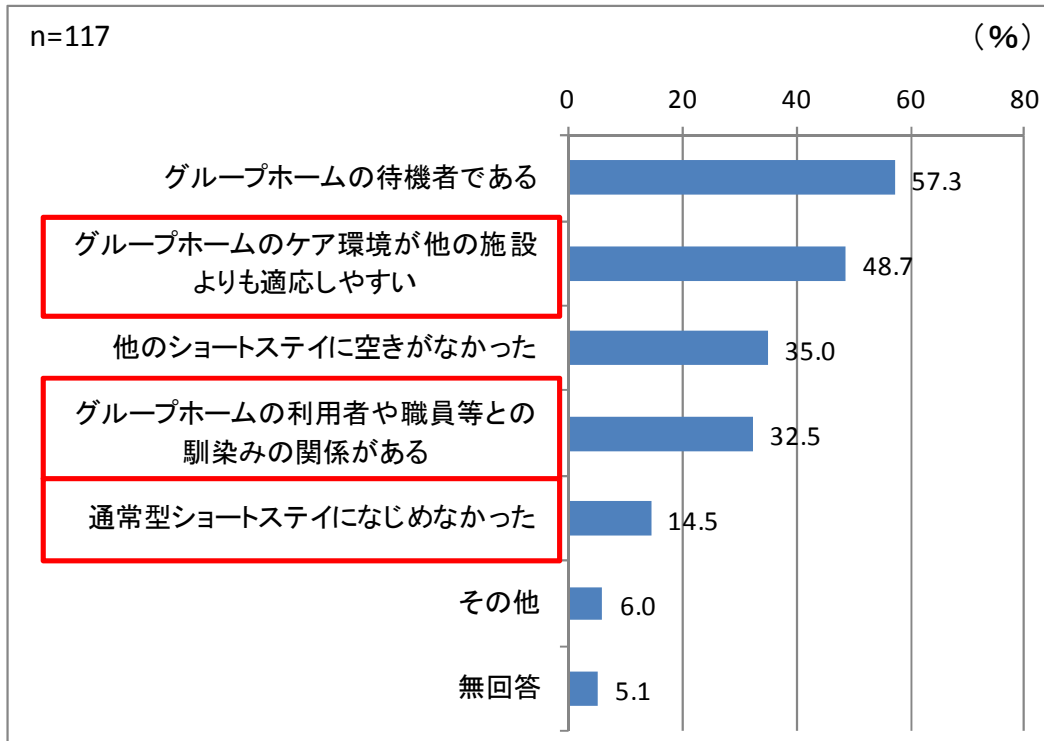
対応案

- 利用者の状況や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護の利用が必要と認めた者である場合には、短期入所生活介護を参考に、定員を超えて受け入れを認めることとしてはどうか。
- また、他の利用者の処遇に支障が生じないように、上記の取扱いにおける要件として、
 - ①入居者の居室は個室であること
 - ②短期利用の利用者も含めて人員基準を満たしていること
 - ③定員を超えて受け入れることができる利用者数は事業所ごとに1人までとすることとしてはどうか。

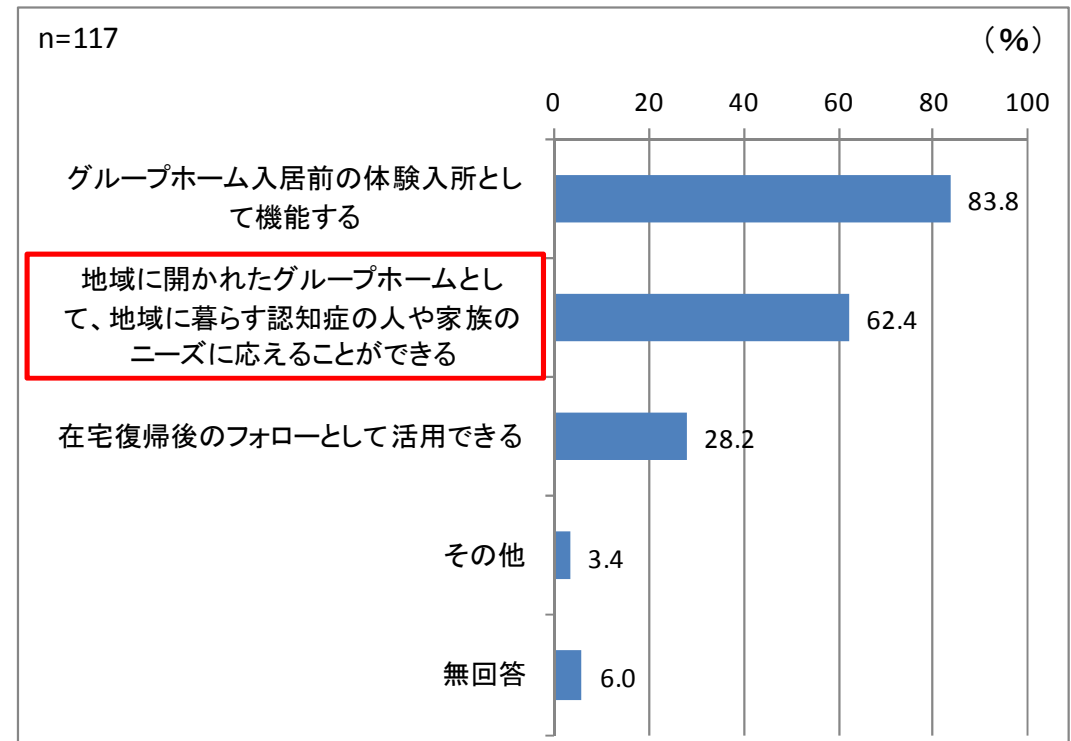
認知症対応型共同生活介護（短期利用①）

- 利用者がグループホームでの「ショートステイ」を選択する理由は、「グループホームのケア環境が他の施設よりも適応しやすい」48.7%、「グループホームの利用者や職員等との馴染みの関係がある」32.5%。
- グループホームでショートステイを提供することの効果は、「地域に開かれたグループホームとして、地域に暮らす認知症の人や家族のニーズに応えることができる」が62.4%と回答。

【利用者がグループホームでの『ショートステイ』を選択する理由【複数回答】(n:事業所数)】



【グループホームでショートステイを提供することの効果【複数回答】(n:事業所数)】

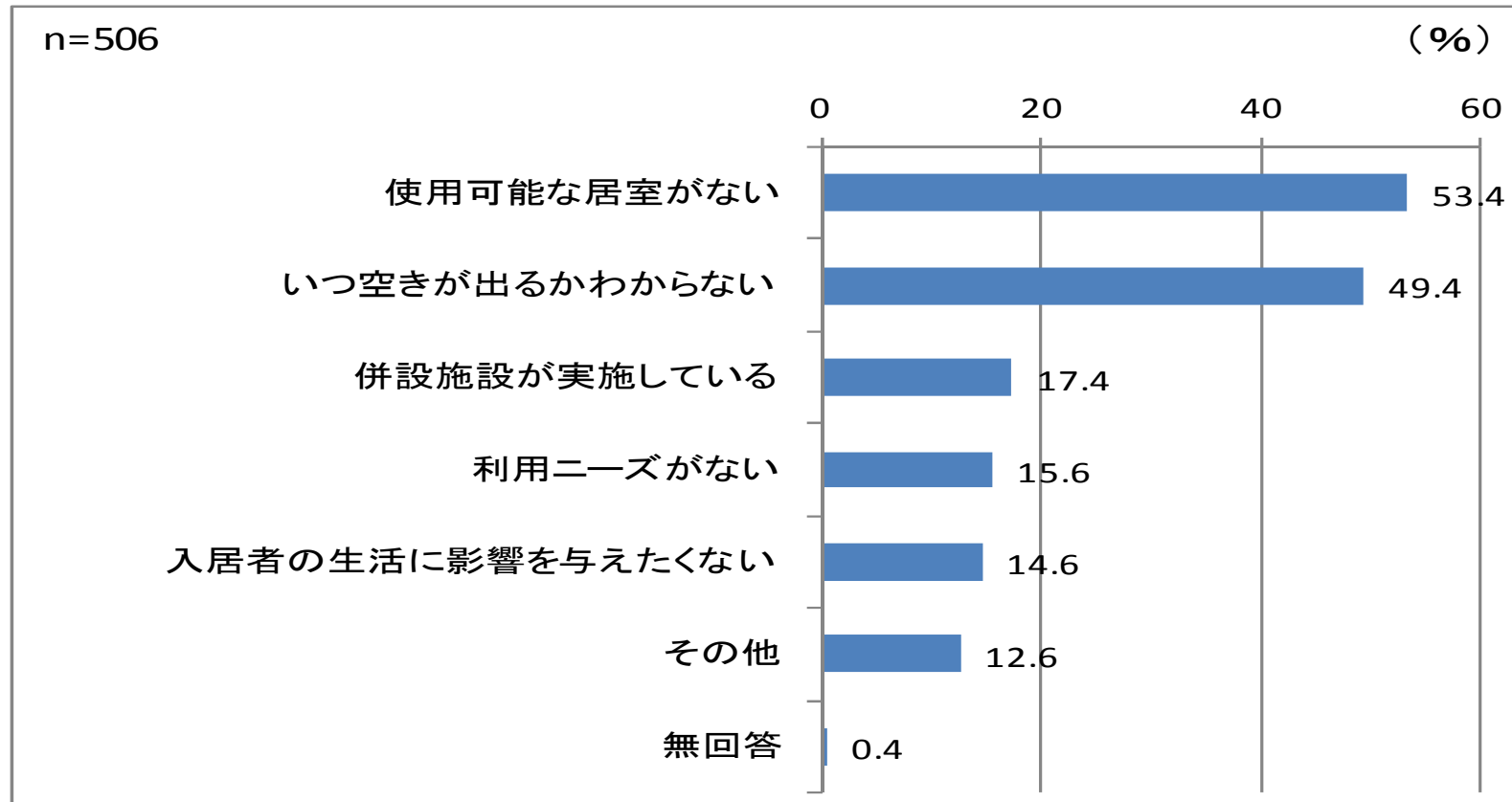


【出典】平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（短期利用②）

- 空床利用のショートステイを実施していない理由として、「使用可能な居室がない」53.4%、「いつ空きが出るかわからない」49.4%。

【空床利用のショートステイを実施していない理由【複数回答】(n:事業所数)】

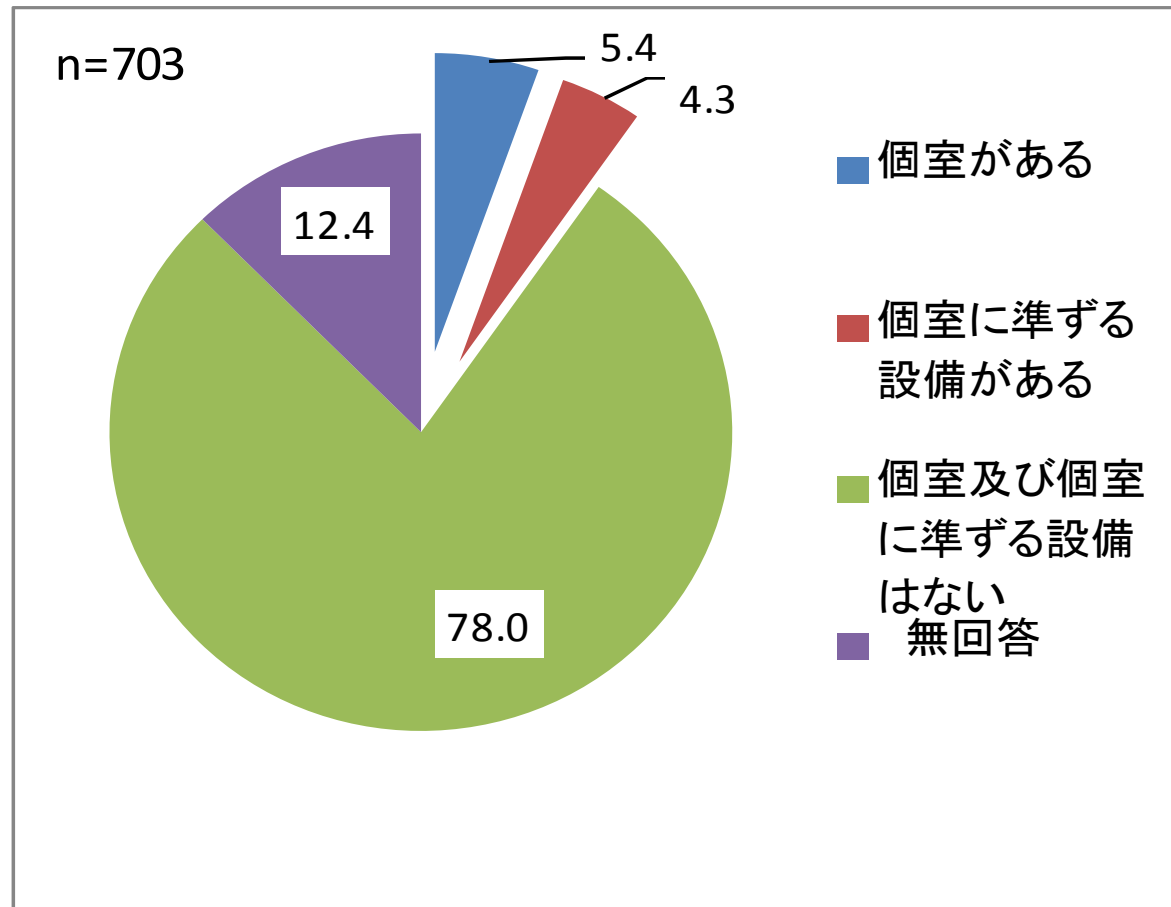


【出典】平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

認知症対応型共同生活介護（短期利用③）

- 介護保険外サービスとして、グループホーム定員以外のショートステイに利用できる「個室がある」もしくは「個室に準ずる設備がある」と回答した事業所は約1割であった。

【定員外のショートステイに利用できる個室もしくは個室に準ずる設備の有無(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について

共用型認知症対応型通所介護の利用定員の見直しについて①

論点 1

- 共用型認知症対応型通所介護の利用定員の上限については、現行、認知症対応型共同生活介護事業所のみ「ユニットごと」に1日当たり3人以下としている一方で、地域密着型特定施設などその他の施設については、「施設ごと」に1日当たり3人以下としている。
- 共用型認知症対応型通所介護の普及促進を図る観点から、ユニットケアを行っている地域密着型介護老人福祉施設については、利用定員数を見直してはどうか。

対応案

- 共用型認知症対応型通所介護の利用定員の上限について、ユニット型の施設では利用者へのサービスがユニット単位で実施されていることを踏まえ、下記のとおり見直してはどうか。

【現行】

	入所（入居）定員	共用型認知症対応型通所介護の利用定員
認知症対応型共同生活介護事業所	・ 1ユニット9人以下	1ユニット当たり：3人以下
地域密着型特定施設	・ 29人以下	1施設当たり：3人以下
地域密着型介護老人福祉施設		
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設	・ 1ユニットおおむね10人以下	



【見直し案】

	入所（入居）定員	共用型認知症対応型通所介護の利用定員
認知症対応型共同生活介護事業所	・ 1ユニット9人以下	1ユニット当たり：3人以下
地域密着型特定施設	・ 29人以下	1施設当たり：3人以下
地域密着型介護老人福祉施設		
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設	・ 1ユニットおおむね10人以下	1ユニット当たり：ユニットの入居者と合わせて12人以下

共用型認知症対応型通所介護の利用定員の見直しについて②

【参考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（平成18年厚生労働省令第34号）

（利用定員等）

第46条 共用型指定認知症対応型通所介護事業所の利用定員（当該共用型指定認知症対応型通所介護事業所において同時に共用型指定認知症対応型通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限をいう。）は、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所においては共同生活住居（法第8条第20項又は法第8条の2第15項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。）ごとに、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設においては施設ごとに1日当たり3人以下とする。

【参考2】 共用型認知症対応型通所介護事業所数：584事業所（介護給付費等実態調査（平成29年4月審査分））

【参考3】 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

第40条 ユニット型指定介護老人福祉施設の設備の基準は、次のとおりとする。

一 ユニット

イ 居室

- （1） 1の居室の定員は、1人とすること。ただし、入居者への指定介護福祉施設サービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。
- （2） 居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、1のユニットの入居定員は、おおむね10人以下としなければならない。

※上記の設備基準は、参酌すべき基準。

外部の通所リハ事業所等のリハビリ専門職との連携による 機能訓練の推進（生活機能向上連携加算の創設）について

論点 2

- 現行の個別機能訓練加算は機能訓練指導員を専従で置く必要があるが、新たな職員を雇用することが困難な事業所においても質の高い個別機能訓練を行えるようにするための評価を創設してはどうか。

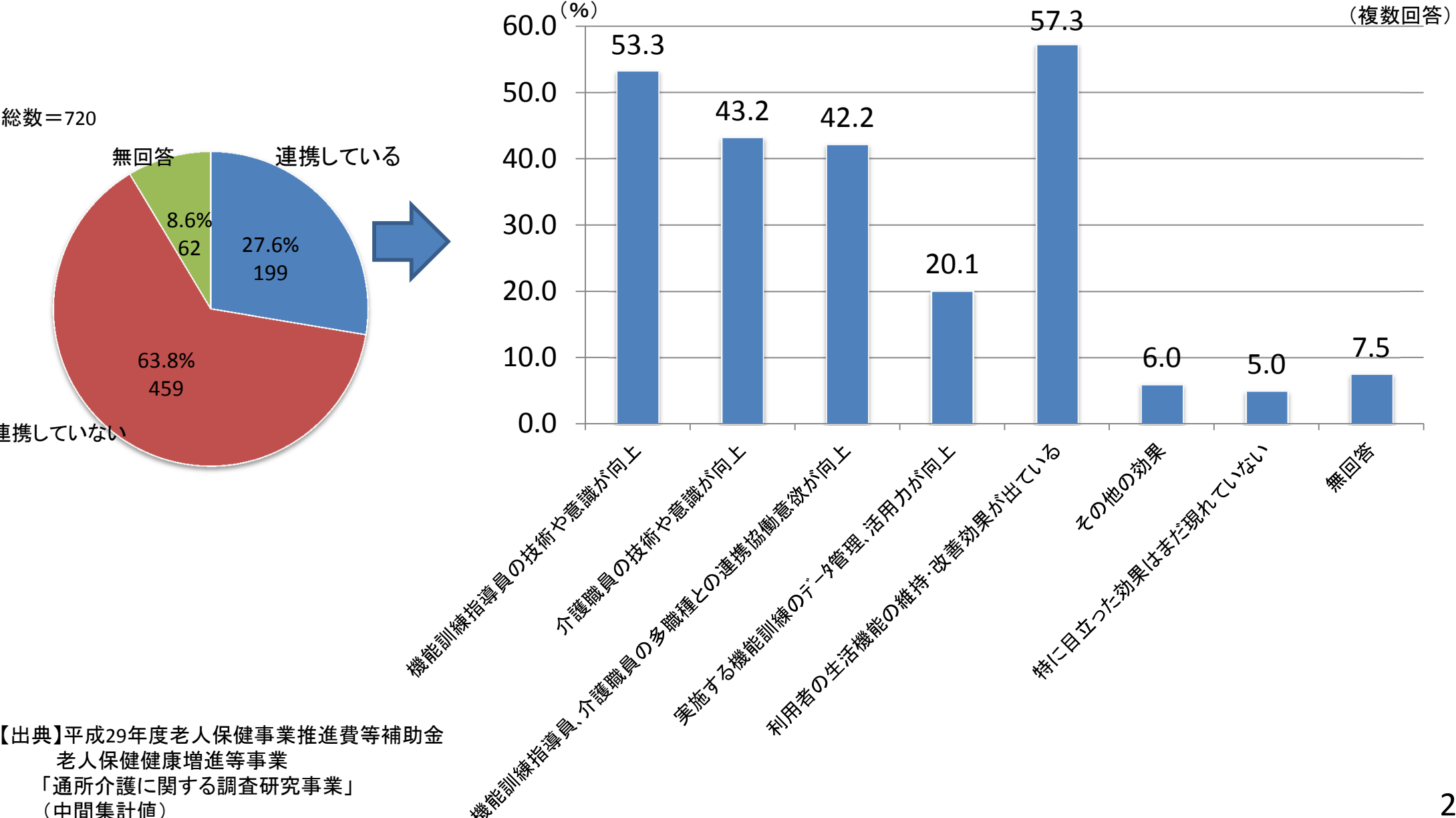
対応案

- 自立支援・重度化防止に資する通所介護を推進するため、認知症対応型通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることについて評価してはどうか。
- 具体的には、
 - 訪問・通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、認知症対応型通所介護事業所を訪問し、認知症対応型通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
 - リハビリテーション専門職と連携して個別機能訓練計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことを評価してはどうか。

※第150回介護給付費分科会における「通所介護の報酬・基準」での論点と同様

通所介護における他事業所等のリハビリ専門職との連携状況

○ 通所介護事業所における他事業所等のリハビリ専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)との連携状況は、「連携している」が27.6%。連携の効果も一定程度認められる。



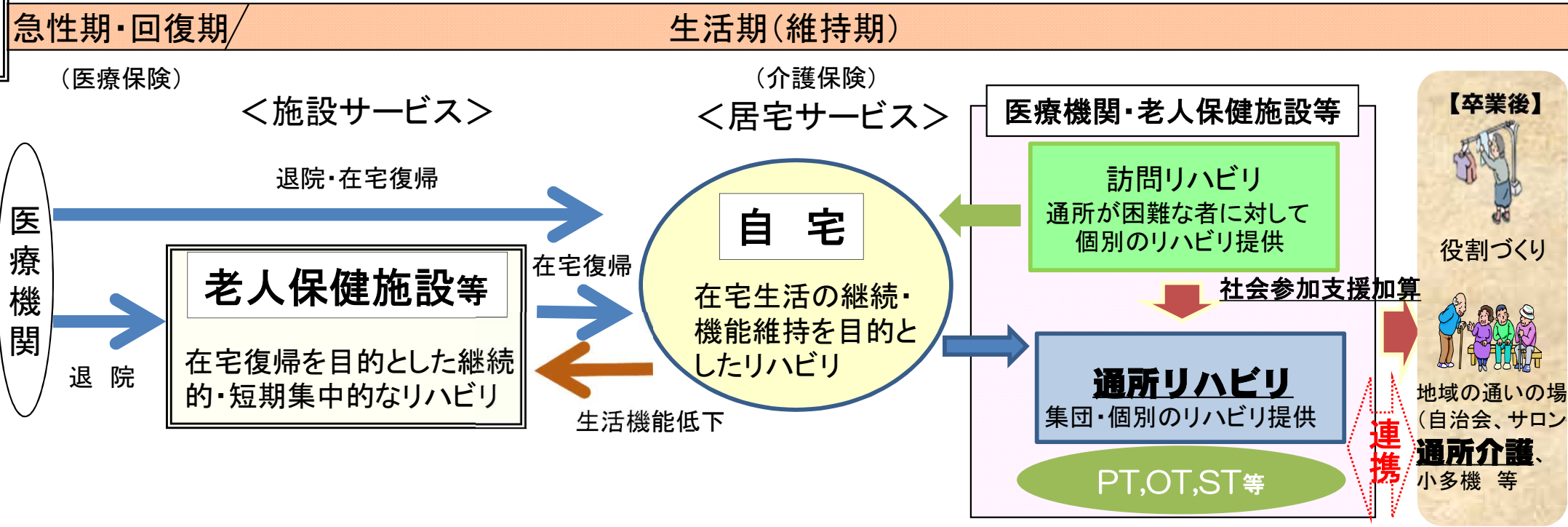
【出典】平成29年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業
「通所介護に関する調査研究事業」
(中間集計値)

介護保険におけるリハビリテーション・機能訓練の提供イメージ

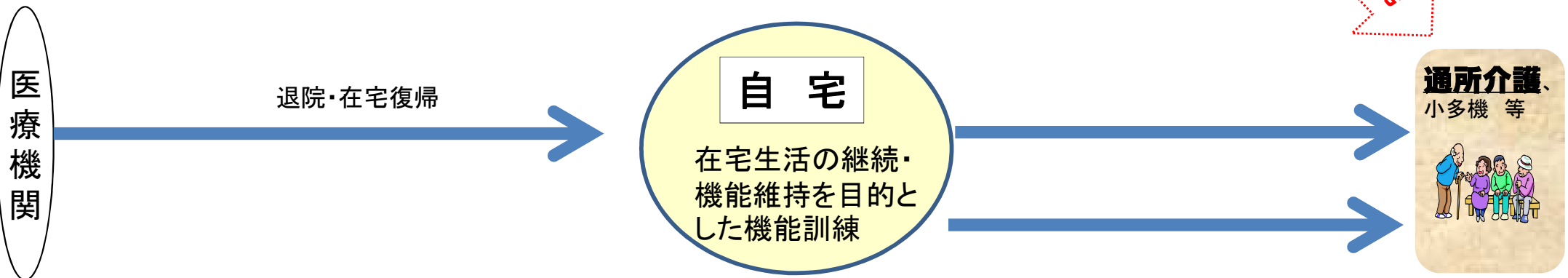
※ 赤字が平成30年度介護報酬改定で対応したい部分

発症

【パターン①】



【パターン②】



〈参考〉 通所系サービスの基本指針等の比較

	通所リハ	通所介護	認知症対応型通所介護
サービスを提供する施設	病院、診療所、介護老人保健施設	(一)	(一)
医師の配置	専任の常勤医師1以上	(一)	(一)
リハビリテーションを実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び機能訓練指導員の配置	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を単位ごとに利用者100人に1名以上 ※所要時間1～2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。	機能訓練指導員 1以上 【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第93条第6項】機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者。この「訓練を行う能力を有する者」とは、 <u>理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師</u> の資格を有する者とする。	機能訓練指導員 1以上 【指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第42条第5項】 同左
基本方針	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第110条】要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、 <u>利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。</u>	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第92条】要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、 <u>①利用者の社会的孤立感の解消及び②心身の機能の維持並びに③利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。</u>	【指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第41条】要介護状態となった場合においても、その <u>認知症である</u> 利用者が可能な限りその居宅において、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、 <u>①利用者の社会的孤立感の解消及び②心身の機能の維持並びに③利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。</u>
事業所数 (H28.3)	7, 511事業所	43, 440事業所	3, 719事業所

基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて

論点 3

- 認知症対応型通所介護の基本報酬は、2時間ごとの設定としている（3時間以上5時間未満、5時間以上7時間未満、7時間以上9時間未満）。
※2時間以上3時間未満もあるが、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難な利用者が算定。
- 通所介護と同様に、現行の基本報酬のサービス提供時間区分を見直してはどうか。

対応案

- サービス提供実態を適切に評価する観点から、時間区分を1時間ごとに見直してはどうか。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
現行の時間区分									
時間区分		評価なし	3~5h	5~7h	7~9h				
新時間区分(案)									
時間区分		評価なし	3~4h	4~5h	5~6h	6~7h	7~8h	8~9h	

※第150回介護給付費分科会における「通所介護の報酬・基準」での論点と同様

基本報酬のサービス提供時間区分の見直しについて【イメージ】

単独型認知症対応型通所介護費	(1) 3時間以上5時間未満	要介護1	564単位
		要介護2	620単位
		要介護3	678単位
		要介護4	735単位
		要介護5	792単位
	(2) 5時間以上7時間未満	要介護1	865単位
		要介護2	958単位
		要介護3	1,050単位
		要介護4	1,143単位
		要介護5	1,236単位
	(3) 7時間以上9時間未満	要介護1	985単位
		要介護2	1,092単位
		要介護3	1,199単位
		要介護4	1,307単位
		要介護5	1,414単位



単独型認知症対応型通所介護費	(1) 3時間以上4時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(2) 4時間以上5時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(3) 5時間以上6時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(4) 6時間以上7時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(5) 7時間以上8時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位
	(6) 8時間以上9時間未満	要介護1	●単位
		要介護2	●単位
		要介護3	●単位
		要介護4	●単位
		要介護5	●単位

※単独型のイメージであるが、併用型、共用型のいずれも考え方は同じ。

設備に係る共用の明確化

論点4

- 省令上、単独型・併設型の設備は認知症対応型通所介護の専用でなければならないものの、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、この限りではないこととしている。一方で、通知上、通所リハビリテーションが併設する場合の共用の取扱いのみ記載されており、訪問介護を併設する場合等の取扱いに疑義が生じていることから、対応が必要ではないか。

対応案

- 認知症対応型通所介護と訪問介護が併設されている場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、
 - ・ 基準上両方のサービスに規定がある事務室については、共用が可能
 - ・ 基準上規定がない玄関、廊下、階段などの設備についても、共用が可能であることを明確にしてはどうか。
- その際、併設サービスが訪問介護である場合に限らず、共用が認められない場合(※)を除き、共用が可能であることを明確にしてはどうか。
 - ※ 例えば、認知症対応型通所介護については、同一時間帯に同一の場所を用いて、一般の通所介護と一体的な形で実施することは認められていない。

※第150回介護給付費分科会における「通所介護の報酬・基準」での論点と同様

認知症対応型通所介護における設備に関する規定

○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11年厚生労働省令第34号）

（設備及び備品等）

第四十四条 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えなければならない。

2 略

3 第一項に掲げる設備は、専ら当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の事業の用に供するものでなければならない。ただし、利用者に対する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の提供に支障がない場合は、この限りでない。

○指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について

（平成18年3月31日 老計発第0331004号, 老振発第0331004号, 老老発第0331017号）

第三 地域密着型サービス

三 認知症対応型通所介護

⑤ 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所における設備に関する基準（第44条）

ハ 食堂及び機能訓練室

（ロ） 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等と、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所と併設の関係にある医療機関や介護老人保健施設における指定通所リハビリテーションを行うためのスペースについては、以下の条件に適合するときは、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

- ・ 当該部屋等において、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。
- ・ 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーションを行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーションの設備基準を満たすこと。

各サービスにおける認知症関連加算 について

認知症関連加算について

論点 1

- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する「認知症専門ケア加算」や、若年性認知症の方の受け入れを評価する「若年性認知症利用者受入加算」について、現在加算制度が設けられていないサービスにも創設してはどうか。

対応案

- 現在、介護老人福祉施設や介護老人保健施設に設けられている認知症専門ケア加算（算定要件：認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上の者の占める割合が50%以上、「認知症介護実践リーダー研修」の修了者を一定数以上配置 等）について、短期入所生活介護、短期入所療養介護にも創設してはどうか。
- 現在、通所介護や認知症対応型共同生活介護に設けられている若年性認知症利用者受入加算（算定要件：若年性認知症利用者ごと個別に担当者を定め、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと）について、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護（地域密着型サービス含む）にも創設してはどうか。
- 新たに創設される介護医療院についても、認知症の方が一定程度生活すると考えられることから、介護療養型医療施設と同様に、認知症の方に対する体制を整備している施設に対する評価を行うこととしてはどうか。

主な認知症関連加算の設定状況

	○BPSDの悪化により在宅生活 が困難となった認知症の方の 緊急入所	○若年性認知症の方の受入	○ 重度の認知症の方の受入や、 認知症介護に係る専門的な研修 を修了した職員配置など
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	・若年性認知症利用者受入加算 ・若年性認知症入所者受入加算 ・若年性認知症患者受入加算	・認知症専門ケア加算 ・認知症加算
通所介護		○	○
通所リハビリテーション		○	
地域密着型通所介護		○	○
認知症対応型通所介護		○	
小規模多機能型居宅介護		(追加案)	○
看護小規模多機能型居宅介護		(追加案)	○
短期入所生活介護	○	○	(追加案)
短期入所療養介護	○	○	(追加案)
特定施設入居者生活介護		(追加案)	○
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		(追加案)	○
地域密着型介護老人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	○	○	○
介護医療院	(追加案)	(追加案)	(追加案)

(注1) それぞれの加算について、サービスごとの目的により詳細な加算要件は異なる。

(注2) 通所リハビリテーション(、介護老人保健施設)には、認知症関連加算として、上記とは別に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が設けられている。

認知症に関連する介護報酬について（加算の概要①）

（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、地域密着型介護老人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。

（加算要件）

- ・ 「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急にサービスの利用が必要であると医師が判断している。
- ・ 介護支援専門員、受け入れ施設・事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設・事業所の利用を開始している。
- ・ 医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始している。
- ・ 次に掲げる者が、直接、サービスの利用を開始した場合には算定できない。
 - a 病院又は診療所に入院中の者
 - b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者
 - c 短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用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及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者
- ・ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設・事業所も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。

◆ 200単位／日【入所日から7日を上限】

認知症に関連する介護報酬について（加算の概要②）

（2）認知症高齢者へのリハビリテーション等の評価

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、地域密着型通所介護、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（地域密着型介護老人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。

（加算要件）

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めている

- ◆ 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）

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】

（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、地域密着型介護老人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

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、地域密着型介護老人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、国や自治体を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、チームとして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、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定

認知症に関連する介護報酬について（加算の概要④）

（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M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M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。

（加算要件）

- ・ 人員基準に規定する員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保
- ・ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又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者の占める割合が100分の20以上
- ・ サービスを提供する時間帯を通じて、専らサービスの提供に当たる認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修を修了した者を1名以上配置
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者
- ・ 認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成

◆ 60単位／日

⑩ 認知症加算（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）

- 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。

（加算要件）

- ◆ 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M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）

參考資料

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

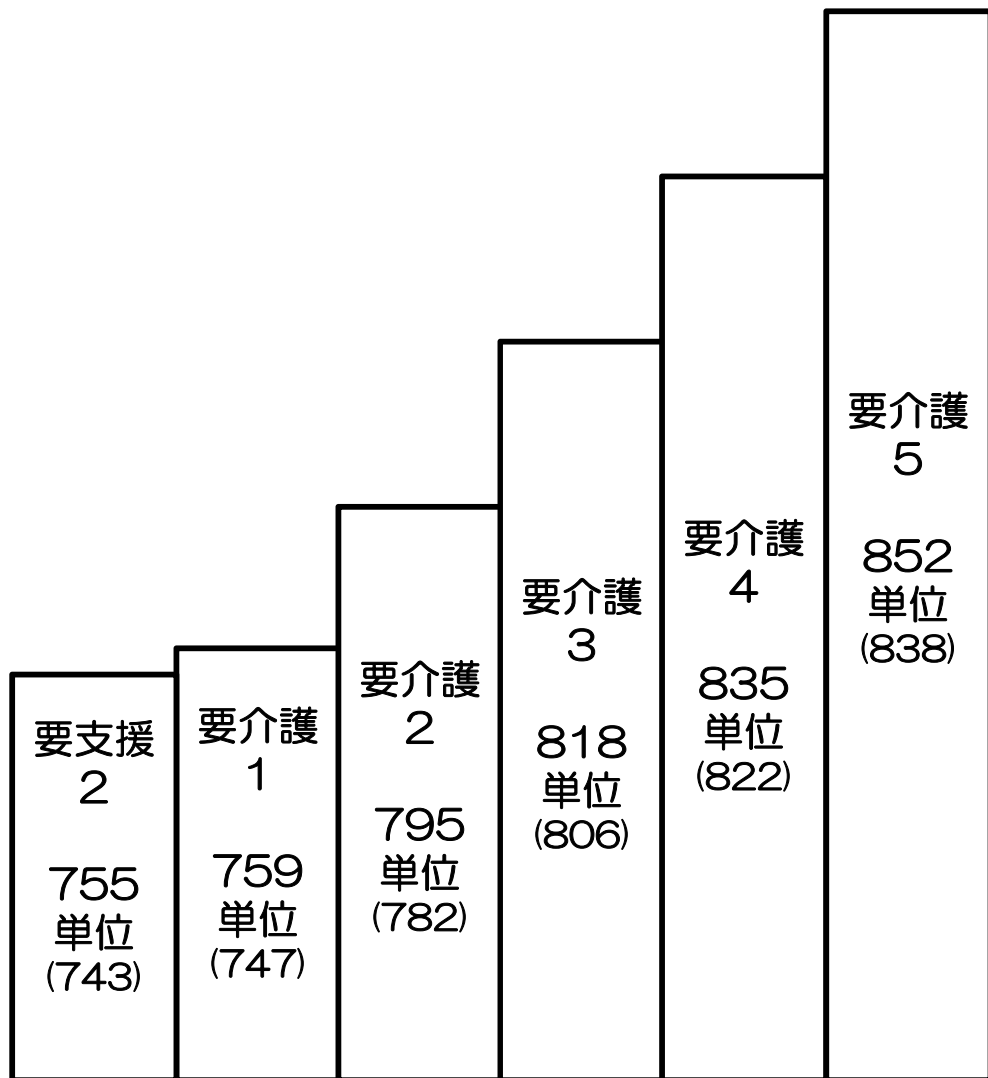
《運営》

- 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、地域密着型特定施設又は地域密着型介護老人福祉施設の居間又は食堂、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

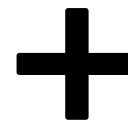
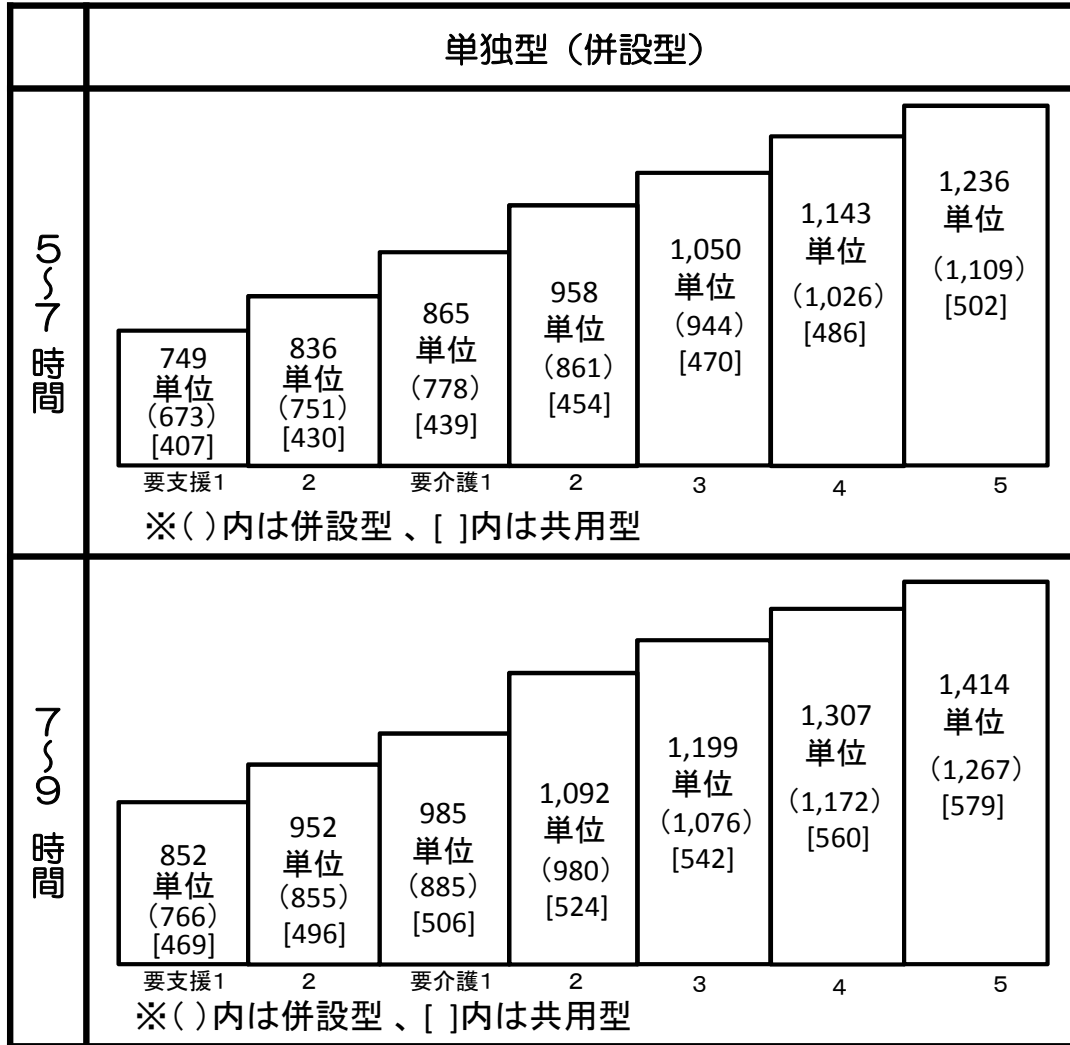
○管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

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

社会保障審議会 介護給付費分科会長

田 中 滋 殿

2017 年 11 月 15 日
一般社団法人 日本経済団体連合会
常務理事 井 上 隆

大変恐縮ながら、所用により参加できませんので、本日の議題につきまして、下記のとおり意見を提出いたします。

記

【総論】

これまでの議論で示された、論点および対応案では、給付の充実（評価の新設や要件の緩和等）の観点が多く、制度の持続可能性の維持に不可欠な適正化の観点が不十分であると感じられる。

今後の検討に当たっては、個別項目の見直しによる給付費・保険料への影響を十分考慮した上で、適正化・重点化・効率化を一層推進し、メリハリのある報酬体系とするべく議論を進めていただきたい。

【介護老人福祉施設の報酬・基準について】

○自立支援・重度化防止に資する介護の推進について

外部のリハビリ専門職との連携による機能訓練のマネジメントを評価する場合、当面は、従来の専従の配置による現行の加算の報酬と差別化し、効果を評価するプロセスが必要と考える。

○小規模介護福祉施設及び旧措置入所者介護福祉施設の基本報酬見直し

報酬体系の簡素化や報酬の均衡の観点から、速やかに通常の介護福祉施設の基本報酬に統合していくべきである。

【特定施設入居者生活介護】

○入居者の医療ニーズへの対応について

医療機関を退院した者の受け入れについて仮に評価を新設する場合、医療機関との連携や調整等の内容について具体的な要件を設定する必要があるのではないか。

【短期入所生活介護】

○外部の通所リハ事業所等のリハビリ専門職との連携による機能訓練の推進について

機能訓練のマネジメントについては、当該事業所に専従する専門職によって行われるケースと、外部の専門職との連携によって行われるケースで効果の違いを把握する必要がある。外部のリハビリ専門職との連携による機能訓練のマネジメントを評価する場合、当面は、従来の専従の配置による現行の機能訓練関連加算の報酬と差別化すべき。

この点、認知症対応型通所介護についても同様の対応を行うべきである。

○多床室の基本報酬の適正化について

従来型個室の基本報酬と統一し、適正化すべき。

【認知症対応型共同生活介護】

○サービス提供時間区分の見直し

サービス提供実態を適切に評価する観点から、基本報酬のサービス提供時間区分を1時間ごととする方向に賛同する。本見直しは、サービスの向上とは直接関係がないため、少なくとも給付が増加しない方向で時間区分あたりの報酬を設定すべき。

○現在加算が設けられていないサービスへの認知症関連加算の創設

どのサービスにおいても、認知症の方に適切なサービスを提供するとの考え方は理解するが、関連する加算の点数設定については、加算の対象範囲拡大による利用者負担や保険財政への影響を踏まえつつ、検討するべきと考える。

以 上