

認知症への対応について

1. 認知症施策の推進について

平成23年12月 介護給付費分科会 審議報告(抄)

今後の認知症施策の方向性を考える上で、認知症の人への対応について、以下のような流れに沿った基本的枠組みが、全国で構築されることが必要である。

- 在宅の認知症の人やその疑いのある人について、その症状や家族の抱える不安などの状況把握を行うとともに、専門医療機関における確定診断や地域の医療機関(かかりつけ医)からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態等についてのアセスメントを行う。
- 地域包括支援センター等を中心として、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者や対象者が一堂に会する「地域ケア会議」を実施し、アセスメント結果を活用したケア方針(将来的に状態が変化し重症となった場合や緊急時対応等を含む。)を検討・決定する。
このような基本的枠組みを全国で構築していくためには、
 - ①認知症早期診断・治療、ケア体制の確立と認知機能の低下予防、
 - ②認知症にふさわしい介護サービス事業の普及、
 - ③認知症ケアモデルの開発とそれに基づく人材の育成、
 - ④市民後見人の育成など地域全体で支える体制の充実、が必要であり、今後、調査・研究等を進め、次期介護報酬改定に向けて結論が得られるよう議論を行う。

平成25年12月 介護保険部会 意見書(抄)

- 認知症施策については、早期からの適切な診断や対応、そして認知症についての正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援を地域ごとに包括的・継続的に実施する体制を作ることが重要であり、これまでも市町村ごとに取り組まれてきてはいるものの、認知症施策の推進を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が地域包括ケアシステムの構築の一つの手法として取組を進めることが必要である。
- 認知症施策の推進についても、保健医療・福祉に係る専門的な知識及び経験が必要となることにかんがみ、(1)と同様に、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要である。なお、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成30年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。
- 特に、認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域の実情に応じた医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の設置に取り組むことが重要となる。また、認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援など認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で推進することも重要である。
- このほか、認知症施策については、専門医療機関の整備、認知症施策を担う医療・介護人材の対応力向上、予防・診断・治療・ケア技術等の確立に向けた研究の推進、家族に対する支援、認知症高齢者とは異なる特徴がある若年性認知症患者への対応、認知症サポーターの普及、市民後見人の育成と支援体制の整備、認知症の普及・啓発を含む認知症にやさしいまちづくり等に積極的に取り組むことが必要である。
- なお、この点に関し、生活の場に必要な医療が提供されて看取りまでできる体制整備を求める意見があった。

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数及び居場所について

1. 認知症高齢者数

○ 平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。

〔算出方法〕

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
- ②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

〔算出方法〕

- 将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在）

（単位：万人）

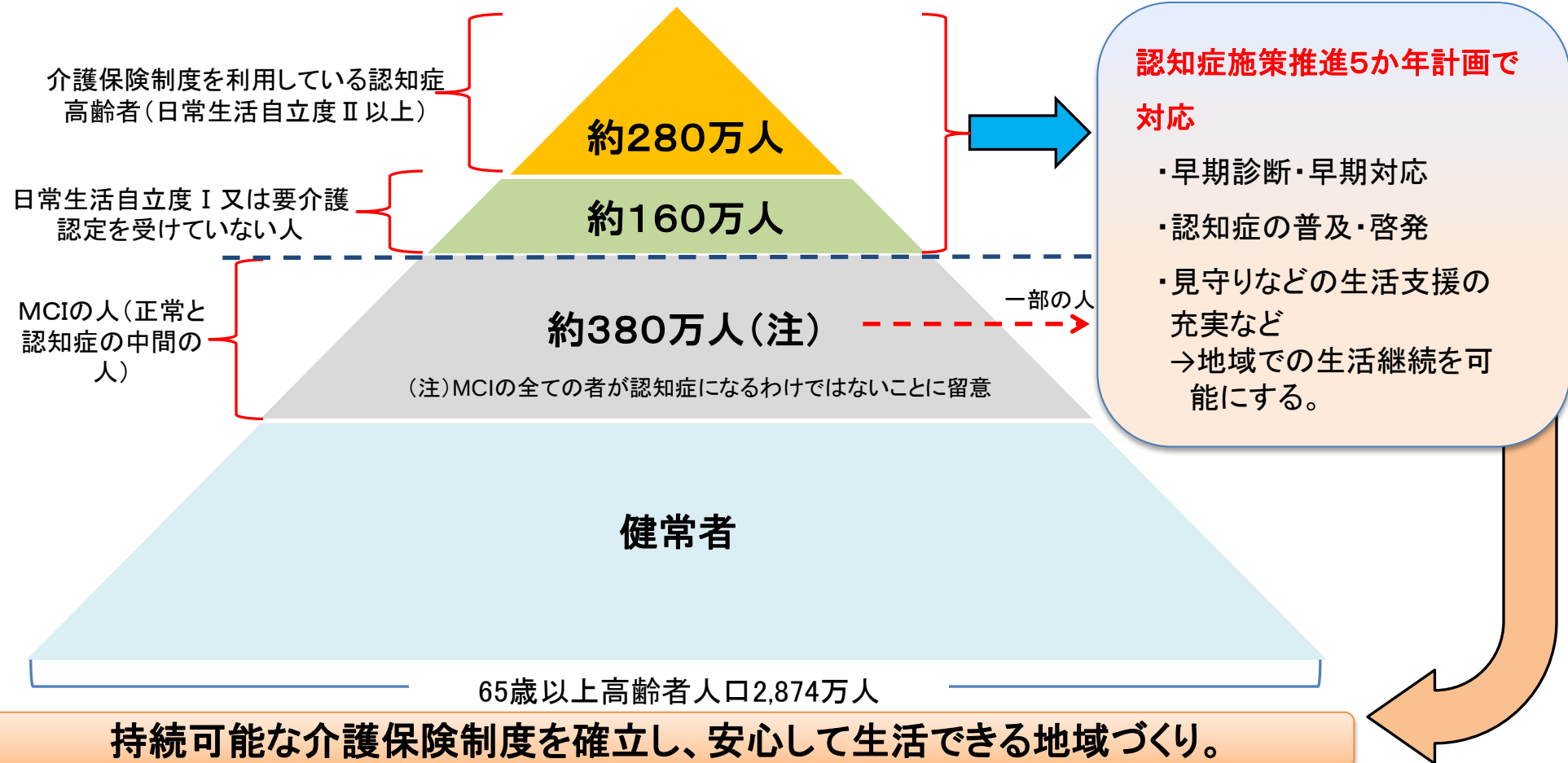
	居宅	特定施設	グループ ホーム	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度 Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。

※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける（「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置など）。

「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月厚生労働省公表）の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してから「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算では、 地域支援事業（任意事業）で 100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算では 300カ所計上
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人	平成24年度末 累計35,131人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人	平成24年度末 累計2,680人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施	
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人	・平成25年度約200カ所 ・平成26年度予算では 地域支援事業（任意事業）で 470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人	平成26年3月末 累計499万人

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

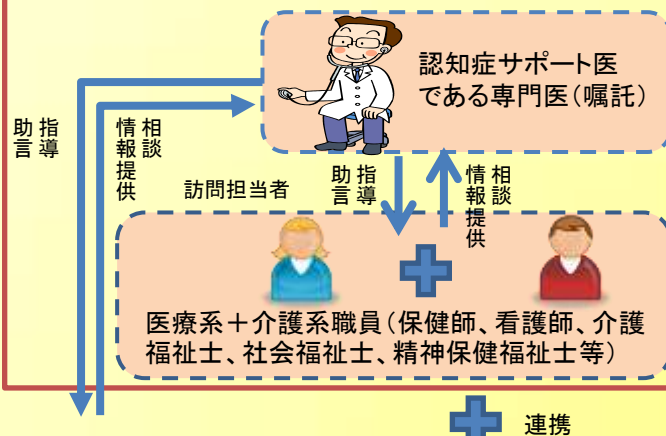
- 認知症初期集中支援チーム** 一複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援) ふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- 認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。(専任の連携支援・相談等)

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置

予算額 33億円(公費ベース)

●認知症初期集中支援チーム

複数の専門職による個別の訪問支援
(受診勧奨や本人・家族へのサポート等)



●認知症地域支援推進員



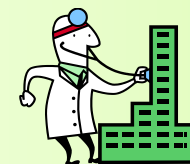
地域の実態に応じた認知症施策の推進
(医療・介護・地域資源と専門相談等)

●専門医療機関(認知症疾患医療センター等)



- 専門的な鑑別診断
- 定期的なアセスメント
- 行動・心理症状外来対応
- 地域連携

●かかりつけ医・歯科医



《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子)のチェック、④初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

認知症疾患医療センター等運営事業

平成26年度 545,713千円

- 認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業（H20年～）
- 実施主体：都道府県・指定都市（鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置）
- 設置数：全国に250か所（平成26年3月末現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）

※平成26年度から新たな類型として「診療所型」を整備することとしている。

基幹型(12か所)		地域型(238か所)
設置医療機関	病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)
設置数(平成26年3月末現在)	12か所	238か所
基本的活動圏域	都道府県圏域	二次医療圏域
鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談	
専門的医療機能	人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)
	BPSD・身体合併症対応	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保
	医療相談室の設置	必須
地域連携機能	・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化 等	

認知症ケアに携わる医療従事者の研修

	認知症サポート医 養成研修	認知症サポート医 フォローアップ研修	かかりつけ医 認知症対応力向上研修	病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修
実施主体	都道府県・指定都市 (国立長寿医療研究センターに委託)	都道府県・指定都市		
補助率	国 1／2, 都道府県・指定都市 1／2			
研修対象者	実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師 ア 地域において認知症の治療(早期発見等)に携わっている医師 イ 認知症サポート医の役割を担える医師	認知症サポート医及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修等の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者	診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務(開業含む)する医師	各都道府県及び指定都市管内の一般病院等で勤務する医師、看護師等の医療従事者 対象者のうち、医師、看護師のような、直接患者に接する機会が多い医療従事者について、優先的に研修を実施することを想定している。 ただし、他の医療従事者の受講を妨げるものではないため、都道府県・指定都市においては、地域の実情に応じて研修を実施すること。
想定される講師	国立長寿医療研究センター	各実施主体において選定	認知症サポート医	認知症サポート医、認知症ケアに精通した看護師 等
研修内容	ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育訓練 イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術などの修得に資するもの	地域における医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築という認知症サポート医の役割を適切に果たすためのもの	かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資するもの	病院勤務の医療従事者として必要な認知症ケアの原則等の知識の修得に資するもの
研修時間	430分 (講義220分＋演習210分)	各実施主体において判断	250分	90分

認知症ケアに携わる介護従事者の研修

	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	認知症対応型サービス事業管理者研修	認知症対応型サービス事業開設者研修	小規模多機能型居宅介護サービス等計画作成担当者研修	認知症ケアに携わる多職種協働研修
実施主体	都道府県・市町村 (認知症介護研究・研修センターに委託)	都道府県・市町村		都道府県・指定都市			市町村
補助率等	自治体 一般財源			1／2 国庫補助			39.5% 国庫補助
研修対象者	認知症介護について10年以上の現場実践を経ている者であって、実践リーダー研修を終了している者	おおむね5年以上の現場経験を有しており、実践者研修受講後1年以上経過した者	おおむね2年程度の現場経験を有している者	認知症対応型サービス事業を管理する者	認知症対応型サービス事業を開設する者	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画作成担当者	認知症ケアに携わる医療介護従事者
想定される講師	認知症介護研究・研修センター	各自治体において選定※認知症介護指導者等	各自治体において選定※認知症介護指導者等	各自治体において選定	各自治体において選定	各自治体において選定	各自治体において選定
研修内容	認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身に付け、施設や事業所の介護の質の改善を指導することができる者となるためのもの	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所において、チームケアを効率的・効果的に機能させる能力を有した指導者となるためのもの	認知症介護の理念、知識及び技術を修得するためのもの	管理者として事業所を管理していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	開設者として事業所を運営していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を修得するためのもの	認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得するためのもの
研修時間	＜標準＞ 講義・演習等200時間 ＋実習4週間	＜標準＞ 講義・演習3420分 ＋実習 (職場実習4週間、他施設3日等)	＜標準＞ 講義・演習2160分 ＋実習 (職場実習4週間、他施設1日等)	講義540分	講義・演習360分 ＋職場体験480分	講義540分	＜標準＞ 講義・演習240分
指定基準の要件、加算等	【加算】 認知症専門ケア加算Ⅱの算定要件 (※認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たした上で、指導者を配置した場合に算定が可能)	【基準】 GHの短期利用の人員基準要件 【加算】 認知症専門ケア加算Ⅰの算定要件	【基準】 ①GH、小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け ②GH、小規模多機能、認知デイの管理者研修受講のための要件となっている。	【基準】 GH、小規模多機能、認知デイの管理者には受講義務付け	【基準】 GH、小規模多機能の開設者には受講義務付け	【基準】 小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け	

認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症カフェの取組の一例

(川越市地域包括支援センターの取組)

○1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)

○通所介護施設や公民館の空き時間を活用

○活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。

○効果

・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所

・家族 → わかり合える人と出会う場所

・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)

・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

認知症サポーターキャラバンの実施状況

(認知症サポーターとは)

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「**認知症サポーター養成講座**」の講師役である「**キャラバンメイト**」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム、等をグループワークで学ぶ。
- メイト数：97, 168人（平成26年3月31日現在）

《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：
 - 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
 - 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
 - 〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等
- サポーター数：4, 891, 885人
（平成26年3月31日現在）



※ メイト・サポーター合計

4, 989, 053人（平成26年3月31日現在）

徘徊する高齢者を早期発見するための取組（山鹿市の事例）

徘徊SOSネットワークと 徘徊模擬訓練

- 行方不明者を早期発見するためのメール登録制度（警察と連携）、市民や事業所が参加
- 徘徊模擬訓練は校区単位で、地域のサポーターや事業所とともに計画、実施



模擬訓練を続けることによって・・

- 地域の中で必要性が理解され、地区行事として「模擬訓練」も位置づけ、主体的に実施されるようになった。（近隣の方の声かけ）
- 行方不明になることを未然に防ぐこともできるようになった（近隣の方の声かけ）
- 行方不明になった時に、発見までの時間が短縮できている。（地域の「探す力」が上がった）



「徘徊」SOSネットワーク メール登録募集

山鹿市では、認知症になっても安心して暮らせるまちをめざしています。認知症の方の徘徊や行方不明の防止には、みなさんの目撃の声かけや見守りが最も有効です。しかし、もしも認知症の方が行方不明になった時は、その情報が正しく迅速に伝わり、一刻も早く捜索することが事故防止につながります。

<情報発信の流れ>

```

    graph LR
      A[行方不明者の発生] --> B[山鹿警察署へ]
      B --> C[地域包括支援センター]
      C --> D[メール登録者]
      D --> E[発見した場合は連絡]
      E --> F[発見メール]
  
```

お申し込み方法

別紙の申し込み用紙にお名前・メールアドレスなどをご記入ください。

※ご記入いただきました個人情報、「徘徊」SOSネットワークの目的以外には一切使用しません。

<ご登録いただける皆様へ>

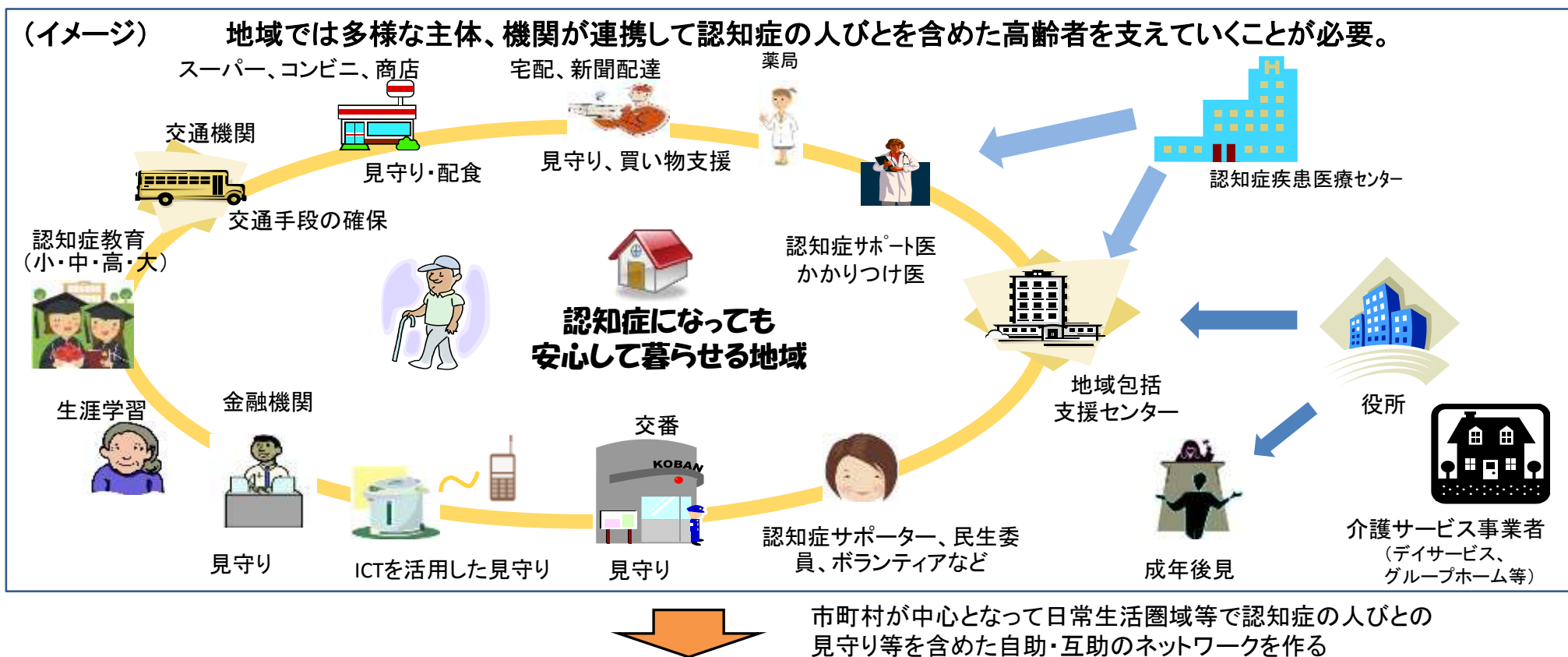
メールが届いたからといって、必ず捜しに行く必要はありません。可能な限り、あなたの周囲を気にかけていただくことが目的です。もし発見された場合は、メールの内容に沿って対応・ご連絡をお願いします。

※お手持ちの携帯電話の設定によって、メールが届かない場合があります。お申し込みいただいた方は、下記の連絡先を携帯電話にご登録ください。

山鹿市地域包括支援センター
0968-43-1077
yamagahoukatu@ec7.technowave.ne.jp

社会全体で認知症の人びとを支える

- 社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



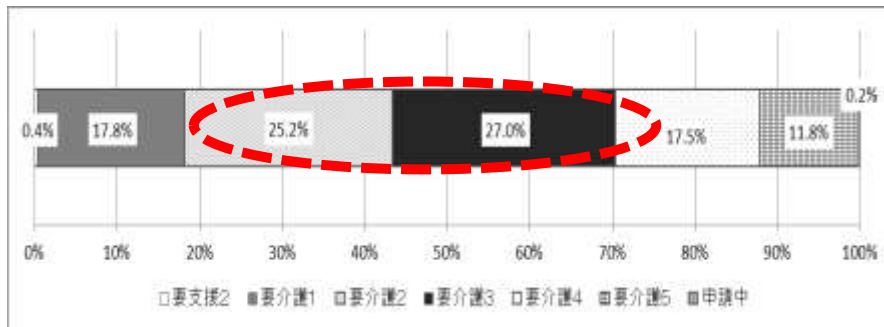
関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開

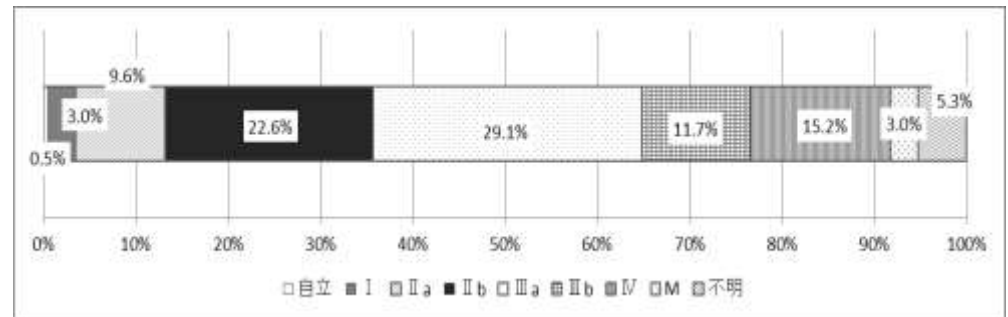
2. 認知症対応型共同生活介護（利用者概況①）

- 認知症対応型共同生活介護における利用者の平均要介護度は2.8であり、要介護3が27.0%、要介護2が25.2%となっている。
- 認知症高齢者の日常生活自立度については、Ⅲaが29.1%、Ⅱbが22.6%と半数超を占めている。次いでⅣ（15.2%）、Ⅲb（11.7%）と続き、これら自立度の重い傾向の入居者で4分の1を占めている。
- 制度創設以降、要介護度別利用者割合について重度化が進んでいる。

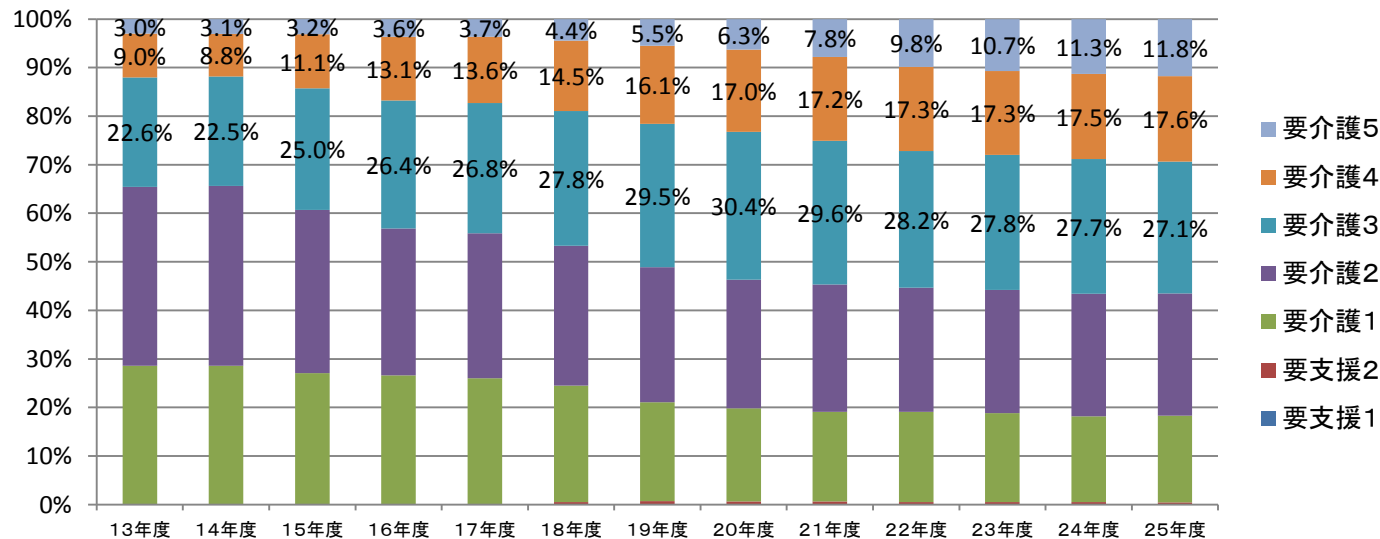
【要介護度(n=76,222)】



【認知症高齢者日常生活自立度(n=76,222)】



【出典】平成24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25年度調査)「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」

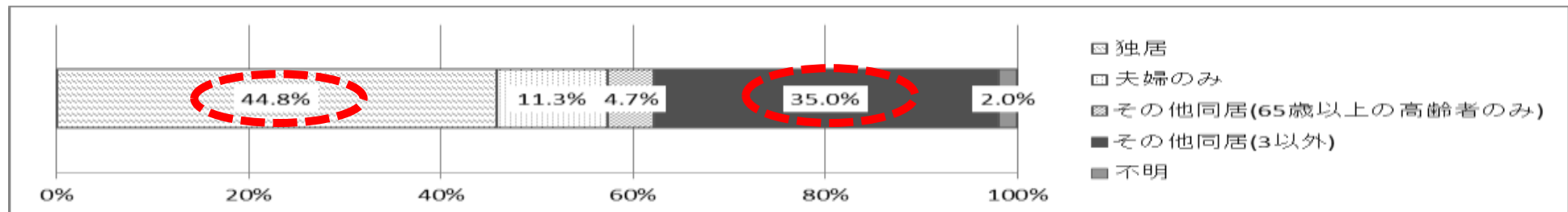


認知症対応型共同生活介護（利用者概況②）

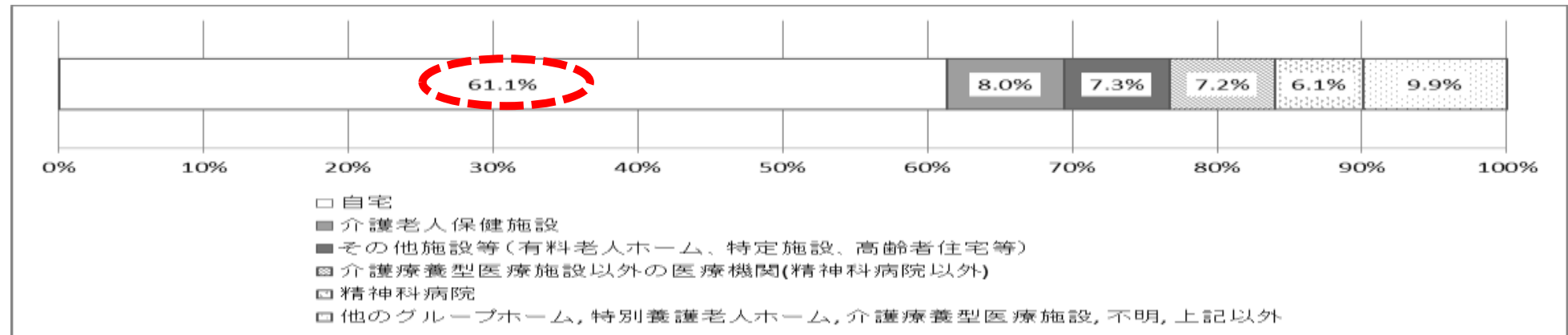
○ 入居前の世帯構成は、独居が44.8%、65歳未満の世代も含む同居が35.0%であった。夫婦のみが11.3%で、65歳以上の高齢者のみの同居が4.7%であり、比較的少なかった。

○ 入居前の居場所は、自宅からの入居が61.1%であり、施設からの入居で、「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設以外の医療機関(精神科病院以外)」「精神科病院」「その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等)」がそれぞれ7%前後を占めた。

【入居前の世帯構成(n=6,757)】



【入居前の居場所(n=6,757)】



認知症対応型共同生活介護（事業者概況①）

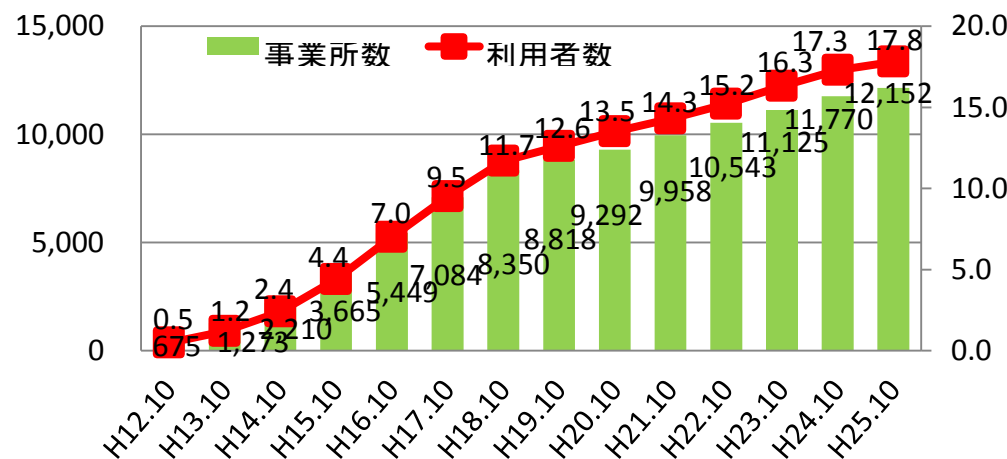
- 設置法人種別では、営利法人が49.1%、社会福祉法人（社協以外）が22.7%、医療法人が16.6%。
- 57.1%の事業所が2ユニット。
- 平成15～17年度に開設した事業所が各年度約13～14%ずつを占めた。
- 事業所数及び利用者数の推移は増加傾向にあるが、ここ数年増加率は鈍化している。

【設置法人の種類（n=5,195）】

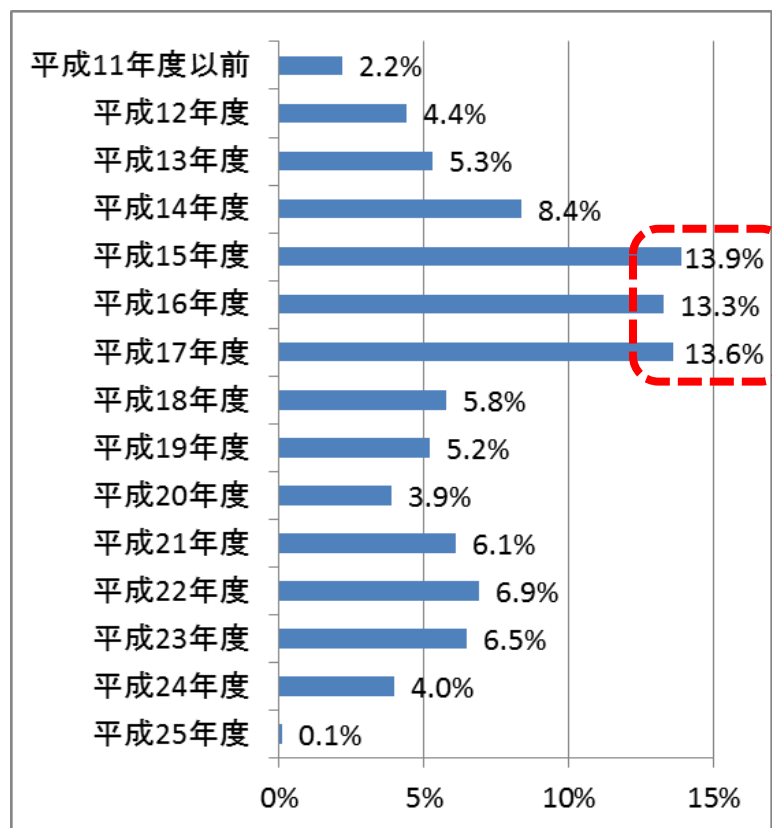
営利法人	社会福祉法人 （社協以外）	医療法人	NPO	その他	無回答
49.1%	22.7%	16.6%	4.9%	6.3%	0.4%

【ユニット数（n=5,195）】

1ユニット	2ユニット	3ユニット以上	無回答
37.2%	57.1%	5.4%	0.4%



開設年度（n=5,195）



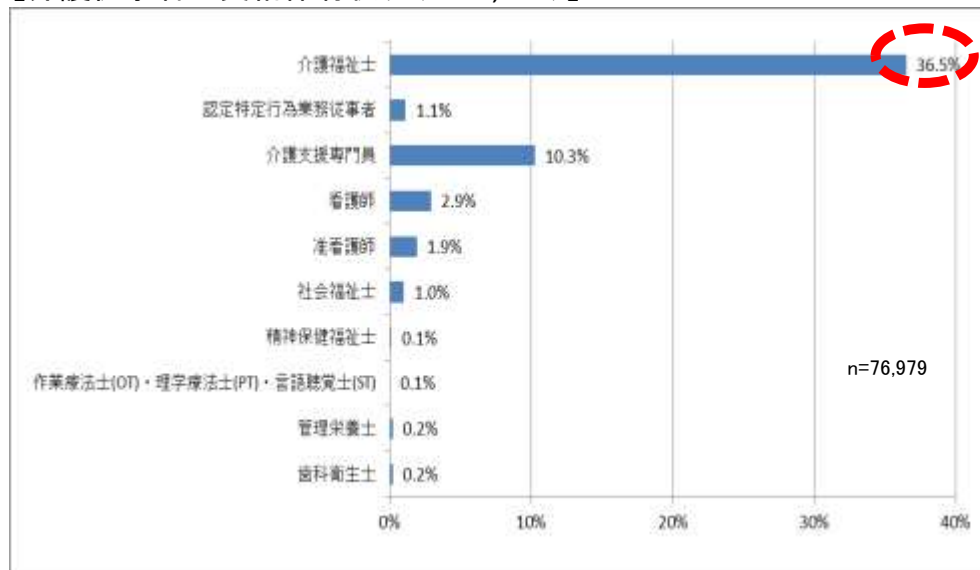
【出典】 H12～H20 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、H21～H24 厚生労働省「介護給付費実態調査」（各11月審査分）

【出典】 平成24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25年度調査）「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」

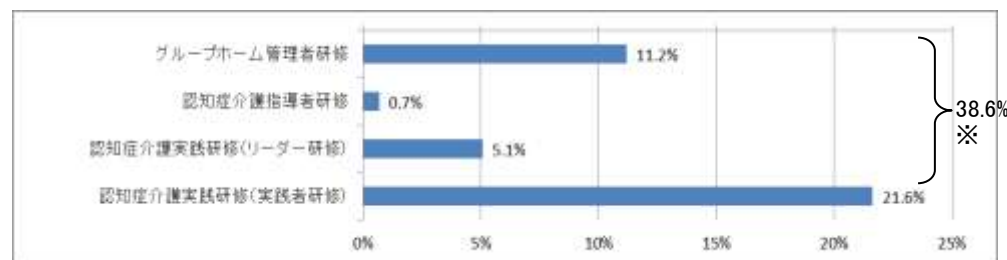
認知症対応型共同生活介護（事業者概況②）

- 介護従事者の36.5%は介護福祉士を保有。医療系資格を有する介護従事者の配置は数%。
- 介護従事者の68%は常勤、常勤職員比率が8割以上の事業所は41.1%。
- 制度化された研修は職員の38.6%が修了。事業所内外での現任者向けの研修は8割超の事業所で実施。

【介護従事者の資格保有状況(n=76,979)】

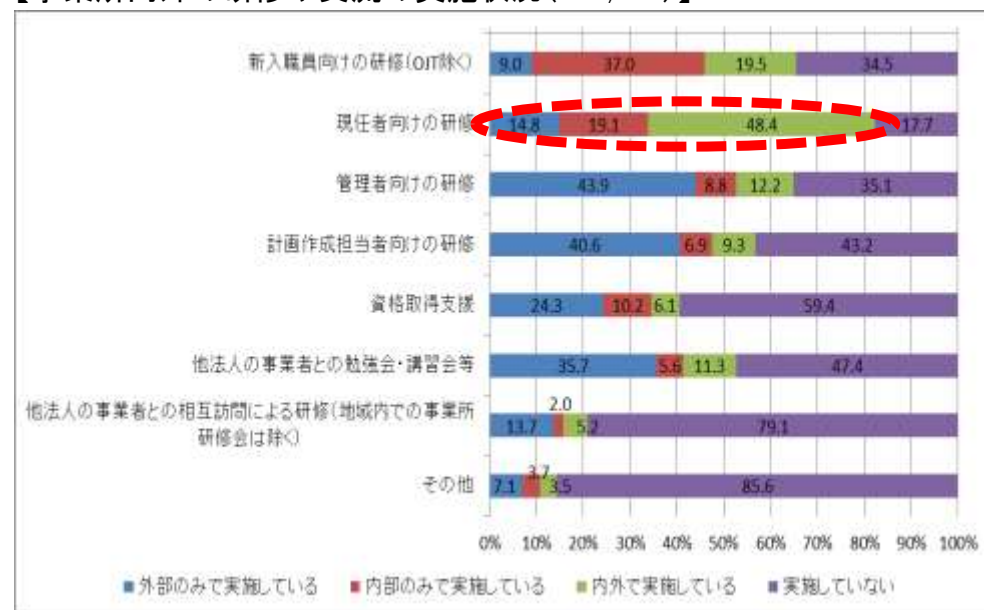


【研修修了職員数の占める割合(n=5,195)】

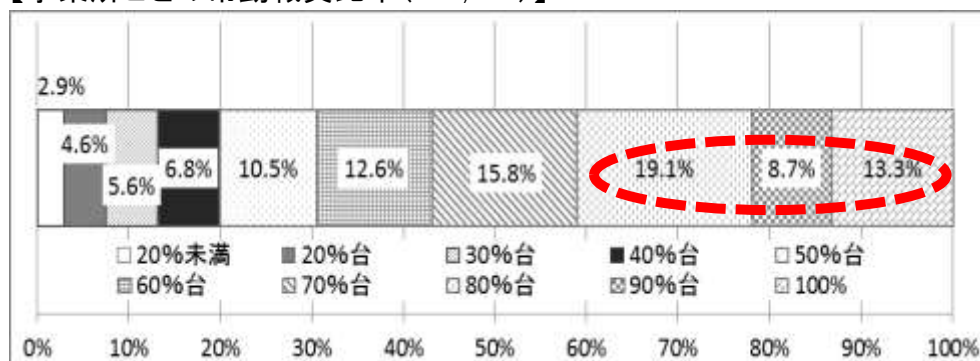


※各研修の受講済職員総数:29,700／総職員数:76,979(人)

【事業所内外の研修や交流の実施状況(n=5,195)】



【事業所ごとの常勤職員比率(n=5,195)】



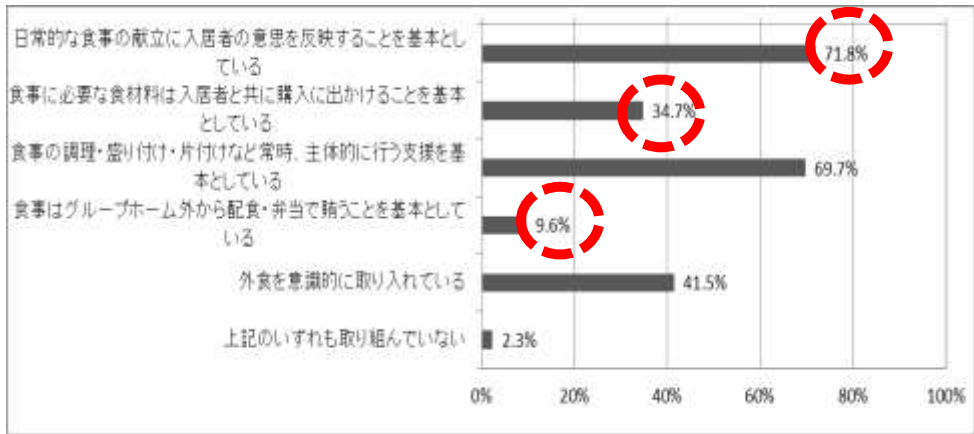
認知症対応型共同生活介護（サービスの取組状況）

- 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。
- そのため、
 - ・ 食事介助については、71.8%の事業所は、献立への入居者の意思の反映を、69.7%の事業所は、準備を主体的に行う支援を基本としており、34.7%の事業所が入居者による食材の買い出しを行っている。
ただし、配食・弁当による食事を行うことを基本としている事業所も9.6%であった。
 - ・ 排泄介助については、3つの選択肢（随時介助、トイレでの排泄を基本、オムツ極力不使用）の全てが、8割以上の事業所で選択されている。

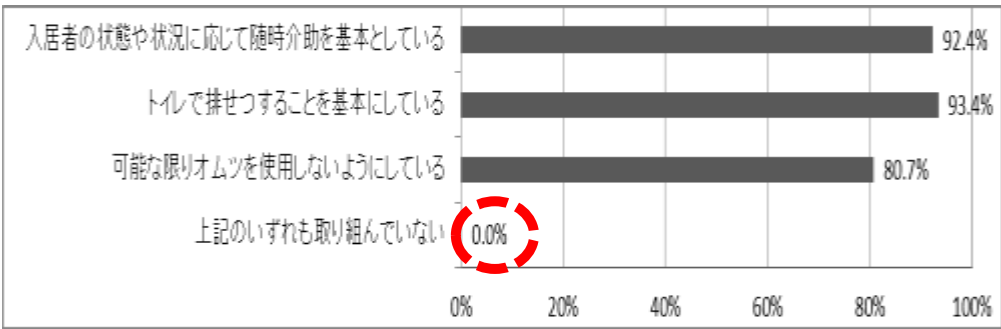
○指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）

指定基準	解釈通知
(指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針) 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。

【食事介助に関する基本的な取組（n=5,195）】



【排泄介助に関する基本的な取組状況（n=5,195）】

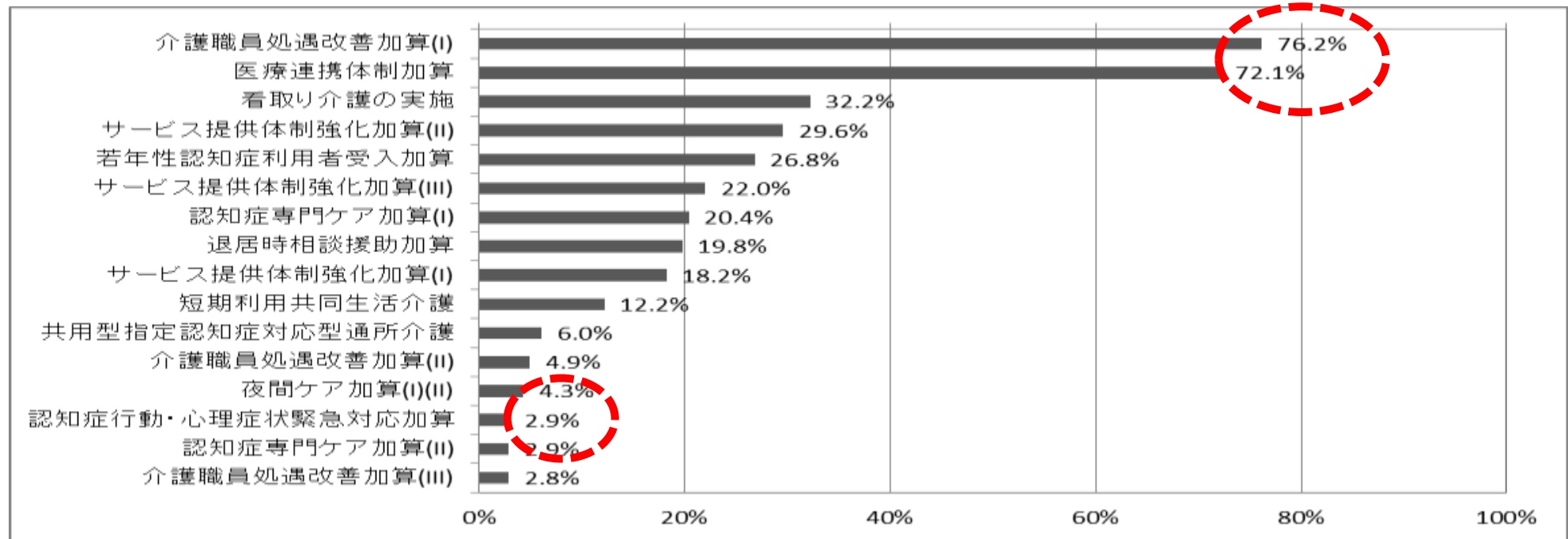


【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」

認知症対応型共同生活介護（加算取得概況）

- ほとんどの認知症対応型共同生活介護が「介護職員処遇改善加算（Ⅰ）」（76.2%と）「医療連携体制加算」（72.1%）を算定している。
- あまり算定されていないのは、「夜間ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）」（4.3%）「認知症行動・心理症状緊急対応加算（2.9%）」「認知症専門ケア加算（Ⅱ）（2.9%）」であった。

【回答事業所が現在取得している加算（n=5,195）】



認知症対応型共同生活介護（医療連携①）

- 認知症対応型共同生活介護については、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認知症対応型共同生活介護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、医療連携体制加算で評価している。
- 通院困難となった利用者に対し訪問看護等に対応する場合において、現行の医療連携体制加算では、頻回訪問が必要となる慢性的な医療ニーズへの対応まで実施することは困難との意見がある。

指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準 （平成18年3月14日厚生労働省告示第126号）	厚生労働大臣が定める施設基準 （平成24年3月13日厚生労働省告示第97号）
二 医療連携体制加算 39単位 注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、医療連携体制加算として、1日につき所定単位数を加算する。	36 指定認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算に係る施設基準 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指定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、入居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。

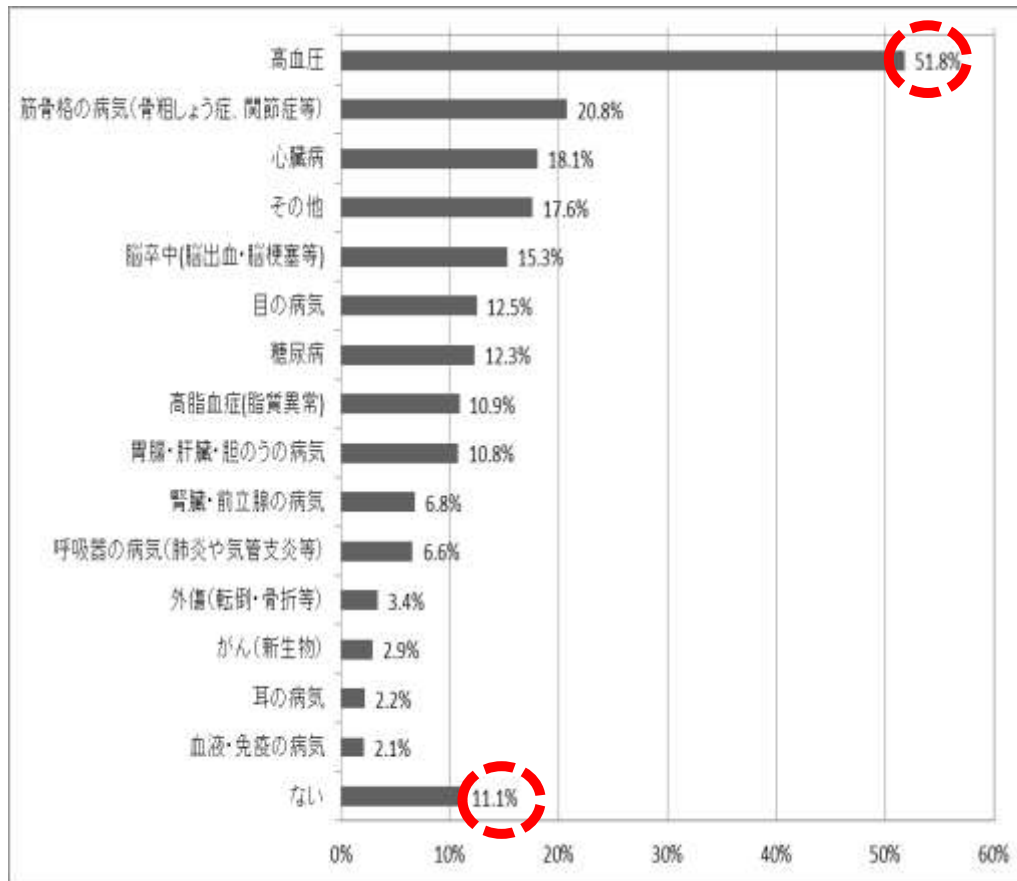
	医師の診察				訪問看護	
	医療保険			介護保険	医療保険 （要介護認定非申請時）	介護保険
	初・再診料	往診料	投薬	居宅療養管理指導		
外来	×	×	×	×	×	×
介護療養	×	×	× （抗癌剤等を除く）	×	×	×
老健	○ （併設医療機関は不可）	○	×*4	×	×	×
特養	○ （配置医師によるものを除く）	○ （同左）	○	×	× （末期の悪性腫瘍のみ）	×
認知症対応型 共同生活介護	○	○	○	○	×（末期の悪性腫瘍 &急性増悪時のみ）	×
小規模多機能/ 複合型サービス （宿泊中）	○	○	○	× （居宅のみ）	× （同上）	×
特定施設	○	○	○	○	× （同上）	○（外部サービス 利用型のみ）
自宅	○	○	○	○	○	○

認知症対応型共同生活介護（医療連携②）

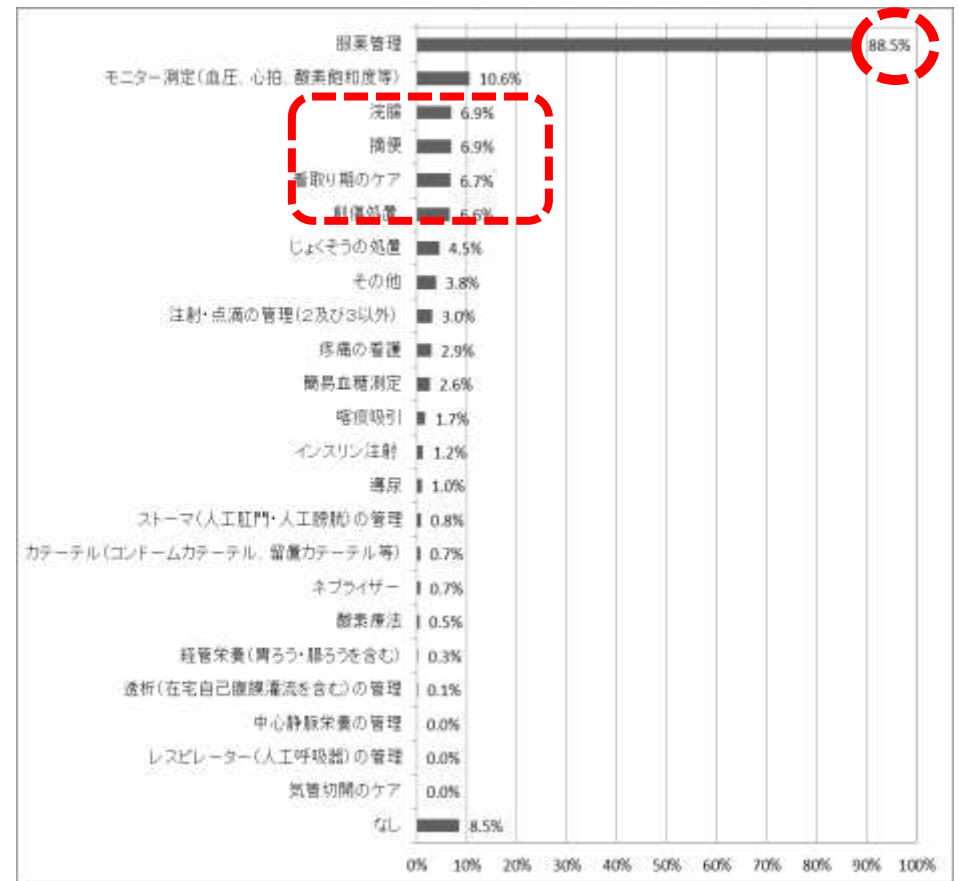
（入居者の医療ニーズと事業所の対応）

- 高血圧を患っている入居者が51.8%。次いで、筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）が20.8%、心臓病が18.1%であった。治療中の病気が全くない入居者は11.1%であった。
- 入居者の88.5%が事業所による服薬管理を受けている。入居者の10.6%がモニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）を受けているほか、入居者の7%弱が浣腸、排便、看取り期のケア、創傷処置を受けている。

【認知症・精神科疾患・神経内科疾患以外で現在治療中の病気（n=6,757）】



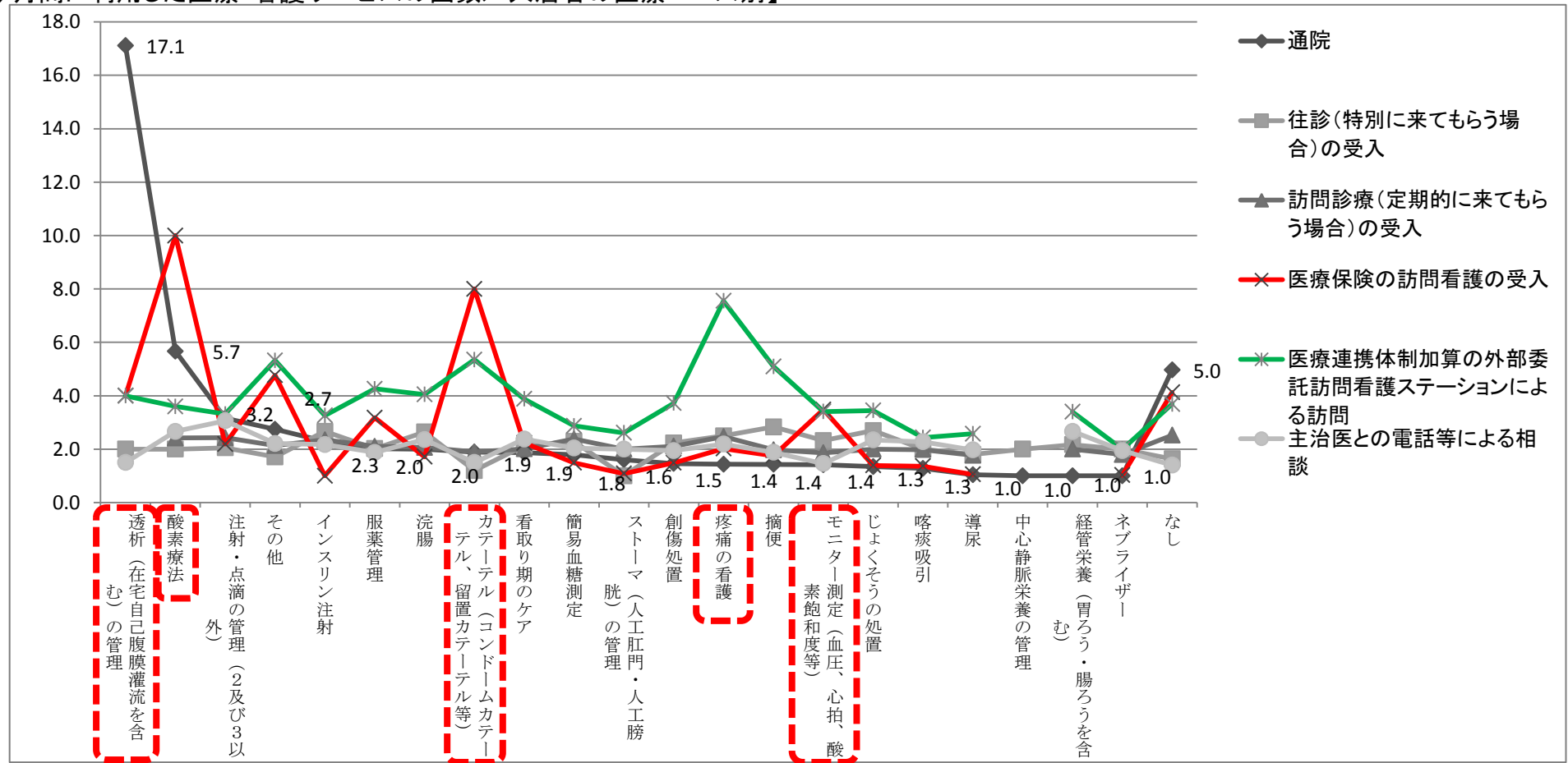
【入居者に対し事業所で対応している医療ニーズ（n=6,757）】



認知症対応型共同生活介護（医療連携③）

- 「透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理」の医療ニーズのある入居者は、月17.1回通院している。次いで酸素療法が月5.7回行われている。
- 「医療保険の訪問看護の受入」では酸素療法を月10回、カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）を月8回、モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）を月3.5回利用している。
- 「医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問」では、疼痛の看護を月7.6回、カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）を月5.4回利用している。

【1ヶ月間に利用した医療・看護サービスの回数／入居者の医療ニーズ別】



認知症対応型共同生活介護（夜間ケア体制）

- 平成24年度介護報酬改定において、夜勤職員の配置基準及び夜間ケア加算の見直しを行った。
- 現行の加算取得要件では、人材確保や人件費の観点から加算取得が困難との意見がある。

【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ユニットで算定】 夜間ケア加算（Ⅱ）25単位／日【2ユニット以上で算定】 事業所ごとに夜勤1人以上加配

【グループホームにおける夜間体制について】

（平成24年9月時点：1ユニットあたりの夜間配置人員n=4,508）

	事業所数	割合（％）
1人未満	143	3.2
1人以上2人未満	3,947	87.6
2人以上3人未満	196	4.3
3人以上	222	4.9

【出典】平成24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のあり方に関する調査研究事業」（富士通総研）

（平成25年2月時点：n=522）※事業所面積が275㎡未満の事業所

<1ユニット>		
	事業所数	割合
1人未満	1	0.2%
1人	474	96.9%
2人	13	2.7%
3人	1	0.2%
合計	489	100.0%

<2ユニット>		
	事業所数	割合
1人未満	0	0.0%
1人	3	9.4%
2人	29	90.6%
3人	0	0.0%
合計	32	100.0%

<3ユニット>		
	事業所数	割合
1人未満	0	0.0%
1人	0	0.0%
2人	1	100.0%
3人	0	0.0%
合計	1	100.0%

【出典】認知症高齢者グループホームにおけるスプリンクラー設置等実態調査（認知症・虐待防止対策推進室）

【参考】夜間ケア加算の概要

○ 平成24年度介護報酬改定において夜間における利用者の安全確保を強化する観点から、夜勤職員の配置基準の見直し（2ユニットに1名の配置を可能としている例外規定の廃止）を行うとともに、1ユニットのグループホームにおいて夜間ケア加算の見直しを行った。

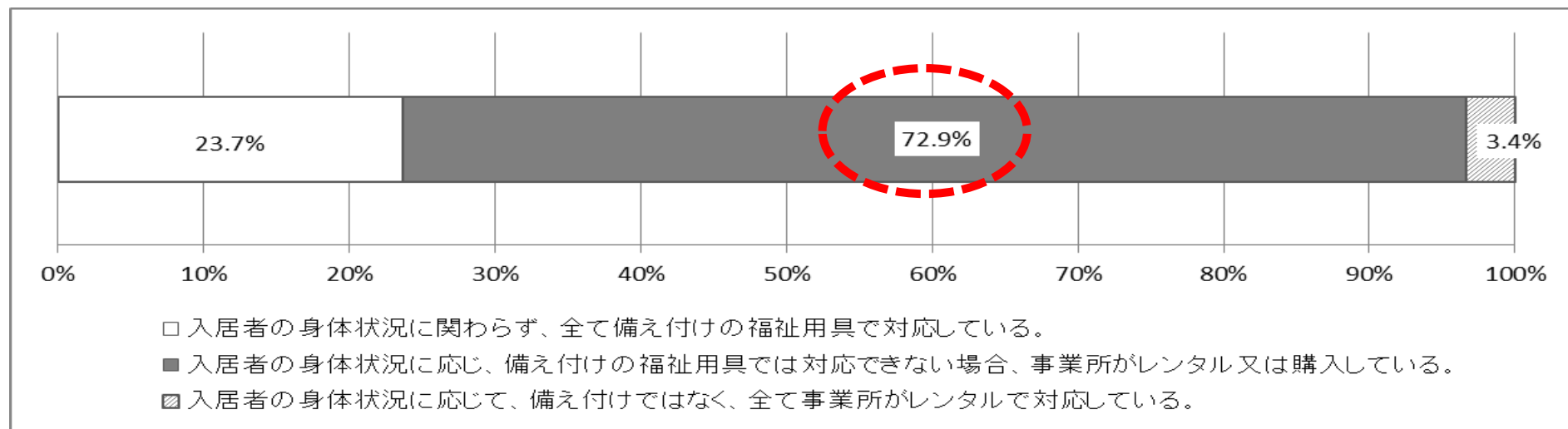
夜間ケア加算 25単位／日 → 夜間ケア加算（Ⅰ）50単位／日【1ユニットで算定】
夜間ケア加算（Ⅱ）25単位／日【2ユニット以上で算定】

（※）算定要件：夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置することに加えて、夜勤を行う介護職員を常勤換算で1名以上配置すること。

認知症対応型共同生活介護（福祉用具の状況）

- 認知症対応型共同生活介護については、他の入居系サービスと同様に入居者に対する福祉用具の提供を含めて介護報酬設定されているため、福祉用具貸与、福祉用具購入は併給されていない。
- 7割を超える事業所が、入居者の身体状況に応じて、備え付けの福祉用具では対応できない場合は、事業所がレンタル又は購入により対応している。
- 「重度化に伴う福祉用具の活用が望まれるが、福祉用具の購入が負担」との意見がある。

【身体機能低下時の福祉用具に関する基本的な対応（n=5,195）】



【出典】平成24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25年度調査）「認知症対応型共同生活介護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（運営推進会議及び外部評価）

○ 認知症対応型共同生活介護については、運営推進会議の設置とは別に、外部評価を受けることが定められているが、当該会議は外部評価の側面を有している。

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）

（地域との連携等）

第85条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定認知症対応型共同生活介護事業所が所在する市町村の職員又は当該指定認知症対応型共同生活介護事業所が所在する区域を管轄する法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。

（※第108条の規定により第85条中「指定小規模多機能型居宅介護」とあるのを「指定認知症対応型共同生活介護」等と読み替えたもの。）

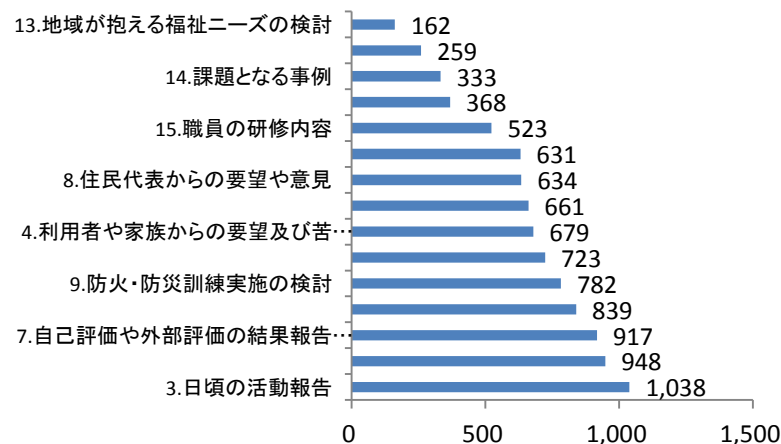
（指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針）

第97条（略）

2～6（略）

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

【運営推進会議の議題・検討内容（n=1,082）】 ※2009年10月1日現在 【運営推進会議において評価を受ける取組事例】



石川県のある認知症対応型共同生活介護事業所の運営推進会議においては、外部評価の評価項目ひとつひとつについて参加者に意見を伺い、事業運営に生かしている。

運営推進会議参加者：

市町村職員、地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員、地域協力者2名、利用者家族2名、介護サービス事業者

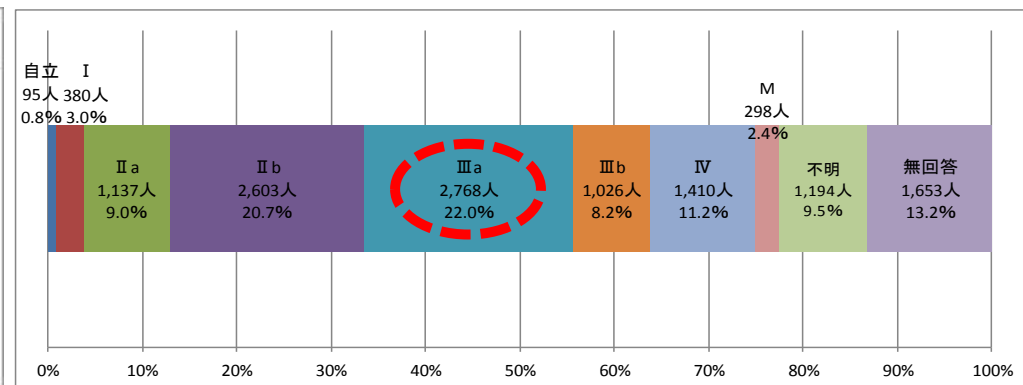
3. 認知症対応型通所介護（利用者概況①）

- 認知症対応型通所介護では、平均要介護度は2.7であり、要介護3が27.0%で、要介護2が22.3%となっている。
- 認知症高齢者の日常生活自立度で最も多かったのは、Ⅲaが22.0%で、次いでⅡbが20.7%であった。
- 制度創設以降、要介護度別利用者割合については、顕著な変化は見られない。

【利用者の要介護度】(n=12,564)

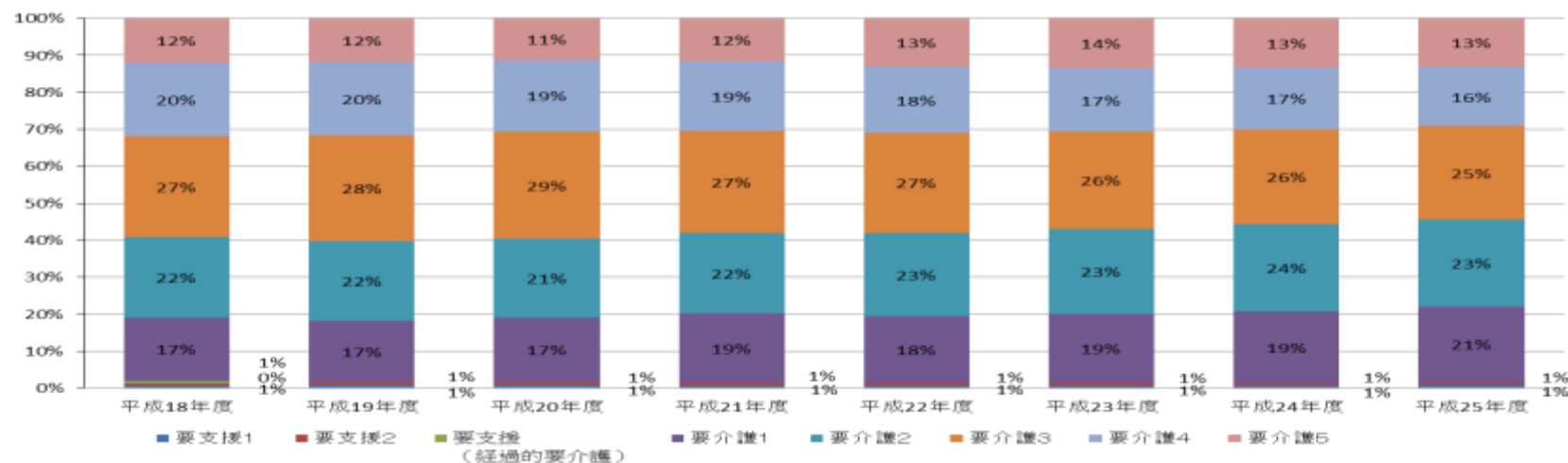


【認知症高齢者日常生活自立度 (n=12,564)】



【出典】平成24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25年度調査)「認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究事業」

要介護度別利用者割合の推移



【出典】介護給付費実態調査より認知症・虐待防止対策推進室が作成

認知症対応型通所介護（利用者概況②）

- 認知症の症状により、他のサービス（介護保険サービス）を断られた経験のある利用者は9.3%であり、他のサービスに断られた経験のある場合の断られた事業所の割合では、通所介護・通所リハビリテーションで59.7%であった。
- 認知症対応型通所介護の利用開始時に見られた認知症行動・心理症状について、調査時点では改善しているケースが、悪化しているケースよりも多く報告された。

【認知症の症状により他のサービスに利用を断られた経験の有無（n=11,954）】

	n	%
はい	1,112	9.3
いいえ	9,559	80.0
無回答	1,283	10.7
全体	11,954	100.0

断られた主な理由（聞き取り調査）

- ・集団での行動ができない
- ・突然大声を出し、他の利用者がびっくりしたり不快になる
- ・失語症のため言いたいことが言えず、大声を出したり、他の利用者を叩いたりする

【認知症の症状により他のサービスに利用を断られた経験がある場合の、断られた事業所（「断られた経験のある人」1,112名中の構成割合）】

	n	%
デイサービス・デイケア（通所介護・通所リハビリテーション）	664	59.7
ホームヘルパー（訪問介護）	35	3.1
ショートステイ（短期入所生活介護）	423	38.0
その他	82	7.4
無回答	31	2.8
非該当*	10,842	-
全体	1,112	100.0

*「非該当」は、断られた経験のない人（9,559名）と無回答（1,283名）の合計

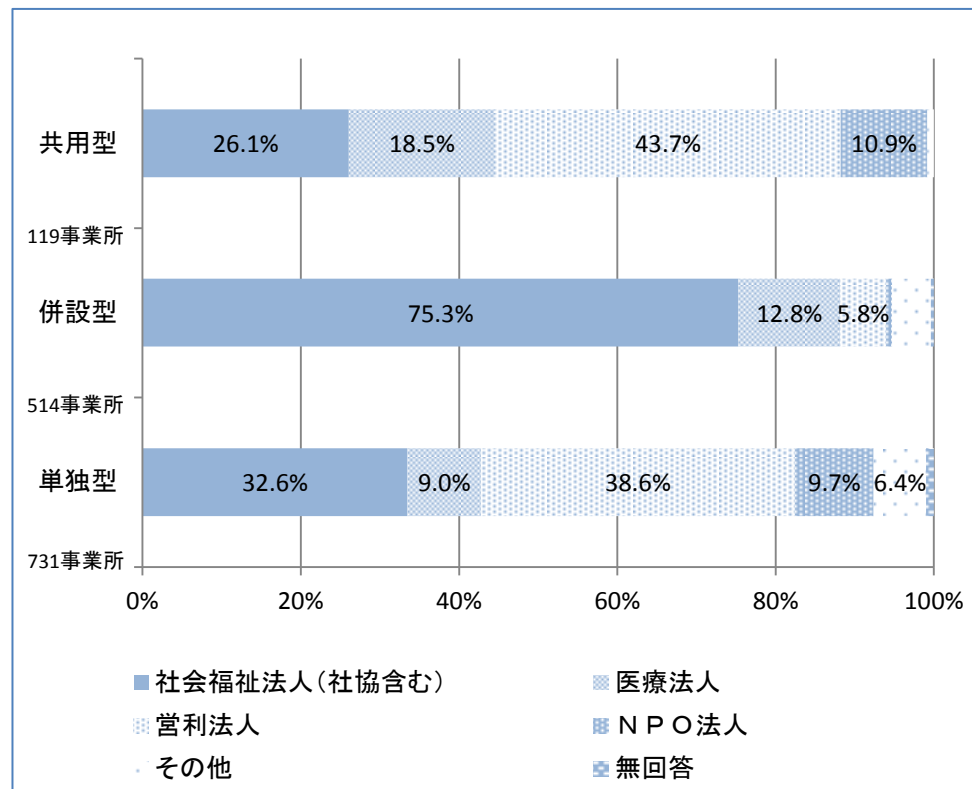
【認知症行動・心理症状の変化（単位：人）*無回答を除く】

	回答数	利用開始時に症状があったが、現在はない者	利用開始時から症状が変化していない者	利用開始時に症状があり、現在悪化した者	利用開始時に症状はなかったが、現在ある者
物を盗られたなどと被害的になる	10,952 100.0%	1,566 14.3%	8,882 81.1%	126 1.2%	378 3.5%
作話	10,857 100.0%	1,099 10.1%	9,025 83.1%	284 2.6%	449 4.1%
大声を出す	11,272 100.0%	1,322 11.7%	9,185 81.5%	158 1.4%	607 5.4%
介護に抵抗する	11,344 100.0%	2,181 19.2%	8,323 73.4%	224 2.0%	616 5.4%
「家に帰る」等と言い落ち着きがない	11,202 100.0%	2,276 20.3%	8,134 72.6%	217 1.9%	575 5.1%
1人で外に出たがり目が離せない	11,201 100.0%	1,890 16.9%	8,804 78.6%	177 1.6%	330 2.9%
いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる	11,140 100.0%	701 6.3%	9,998 89.7%	118 1.1%	323 2.9%
物を壊したり、衣類を破いたりする	11,221 100.0%	424 3.8%	10,616 94.6%	31 0.3%	150 1.3%
意味もなく独り言や一人笑いをする	11,207 100.0%	622 5.6%	9,898 88.3%	225 2.0%	462 4.1%
自分勝手に行動する	11,198 100.0%	1,529 13.7%	8,995 80.3%	210 1.9%	464 4.1%
昼夜の逆転がある	10,773 100.0%	1,264 11.7%	8,718 80.9%	191 1.8%	600 5.6%

認知症対応型通所介護（事業者概況①）

- 事業形態の内訳は、単独型が50.0%、併設型が35.2%、共用型が8.1%であった。
- 法人種別は、単独型と共用型は営利法人が最も多く、次いで社会福祉法人（社協含む）、NPO法人であった。それに対し、併設型は社会福祉法人（社協含む）が最も多く、次いで医療法人であった。
- 利用者について、1事業所当たりの平均登録者数は単独型が20.3人、併設型が21.8人、共用型が4.8人*であった。
*1日当たりの定員は、単独型と併設型がそれぞれ12名、共用型が3名に定められているため、共用型のみ平均登録者数が少ない。
- 平成25年9月における営業日数の平均は25.0日で、休業日なし（30日営業した）の事業所は341事業所（23.3%）であった。
- 職員配置で最も多いのは介護職で、次いで看護職であった。

【事業形態別、法人種別（n=1,461）】



【事業形態別、平成25年9月の全営業日数、登録者（n=1,461）】

事業形態	全登録者の平均*(再掲)	9月の全営業日数の平均
単独型	20.3人	25.1日
併設型	21.8人	25.0日
共用型	4.8人	24.7日

※ 1日当たりの定員は、単独型と併設型がそれぞれ12名、共用型が3名に定められているため、共用型のみ全登録者数の平均が少ないのは自然である。

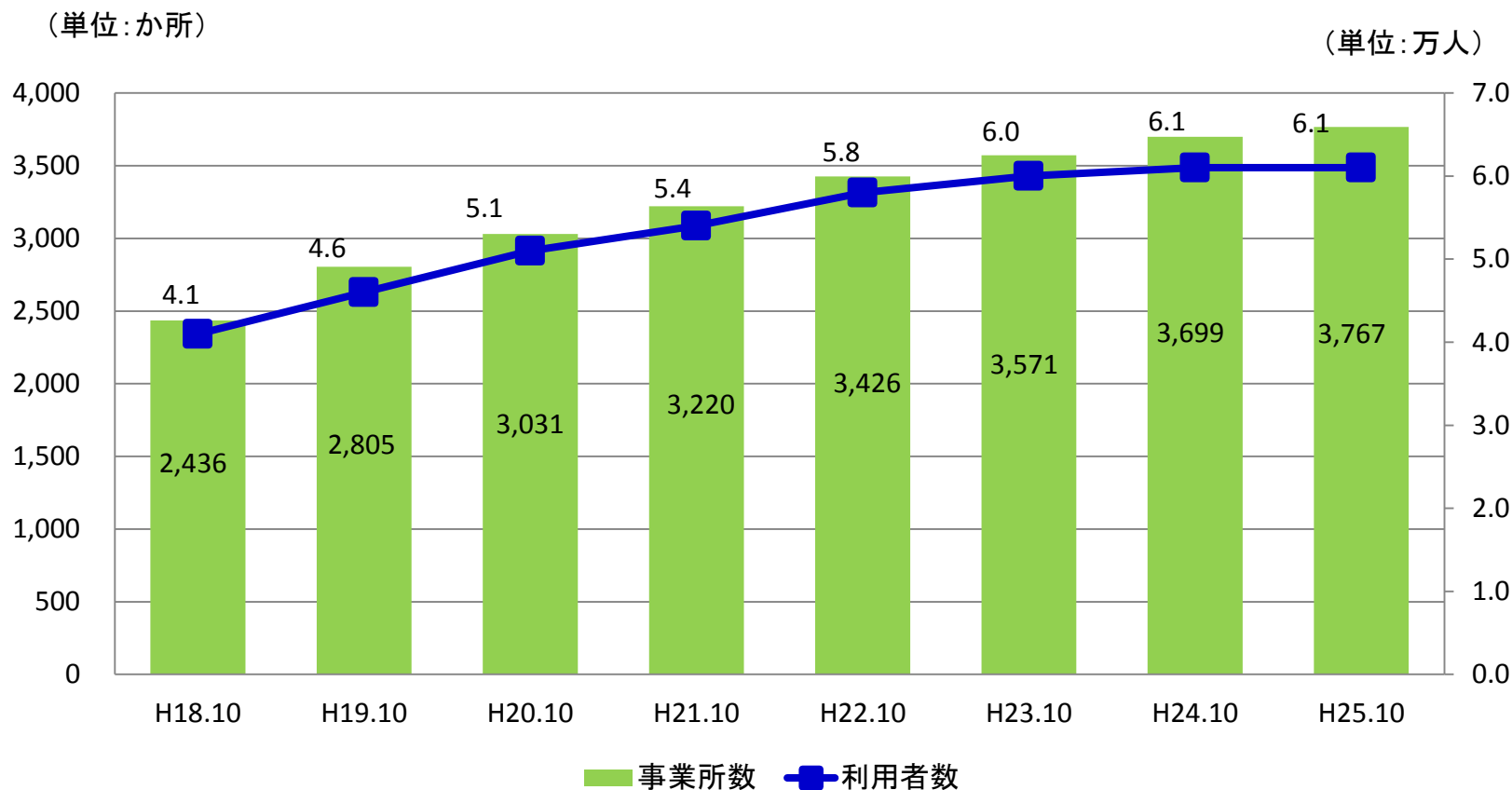
【1事業所当たりの職員数（n=1,461件）】

資格・職種	常勤換算数(人)
介護職	4.86
看護職	1.32
その他	2.91
合計	9.09

認知症対応型通所介護（事業者概況②）

○ 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年度は横ばいである。

【認知症対応型通所介護の事業所数及び利用者数の推移】



【出典】厚生労働省「介護給付費実態調査」（各11月審査分）

認知症対応型通所介護（個別ケアの実践例）

○ 認知症対応型通所介護は、運営基準において「利用者の心身の状況を踏まえ、それぞれの役割を持って日常生活を送ることができるよう配慮して行う」とこととされている。

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）

（指定認知症対応型通所介護の具体的取扱方針）

第51条 指定認知症対応型通所介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定認知症対応型通所介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行うものとする。
- 二 指定認知症対応型通所介護は、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日常生活を送ることができるよう配慮して行うものとする。

【参考】

個々の認知症の人の症状や状態に合わせた個別ケアを提供するために、アセスメントを行い、通所介護計画を作成し、日々の活動を通じた個別ケアを実践している活動例

利用者に期待される効果	活動の目的	代表的な活動例
生きがいや達成感を感じる	利用者の過去の仕事や経験を活かす	調理・おやつ作り、農業・野菜作り・園芸、裁縫・編み物・手芸、書道、生け花、大工仕事 など
	利用者一人一人が役割を持って取り組む	調理・おやつ作り、食器洗い、洗濯物たたみ、テーブル拭き、配膳・掃除、園芸、工作、裁縫 など
楽しみを通じ、意欲がわく	個々の利用者の趣味や興味	調理・おやつ作り、編み物・裁縫・手芸、貼り絵・ちぎり絵・ぬり絵、カラオケ・合唱、ドライブ・散歩、囲碁・将棋、絵画・絵手紙、書道、読書 など
残存機能の維持・向上	脳のトレーニング	カードゲーム・トランプ、オセロ・ボードゲーム、クイズ、パズル、囲碁・将棋、回想法、学習療法、計算・脳トレ、ことわざ・しりとり、ぬり絵 など
	身体機能の維持・向上	ストレッチ、ラジオ体操、リハビリ体操・機能訓練・歩行訓練、軽体操・体操・リズム体操、ゲーム、外出・散歩 など
社会性の保持	地域の人と交流を持つ	ドライブ、外出・散歩、外食、買い物、ボランティアの受け入れ・慰問、音楽会・文化祭、夏祭り、交流会 など
	利用者同士の交流をもつ	調理・おやつ作り、お茶会・誕生会、カラオケ・歌、ゲーム、お花見・散歩、外出・散歩・ドライブ、外食、レクリエーション、運動会 など

認知症対応型通所介護（家族支援等）

- 家族支援の実施状況については、「個別の介護アドバイス（実施率94.2%）」や「個別の相談受付（実施率95.6%）」は実施率が高かったが、「介護者勉強会の開催」は29.8%にとどまった。
- 介護者勉強会を実施している事業所からは、「家族にケアの手法や対応の仕方などを伝えることで、家族が認知症に対する理解を深め、心理的負担が軽減されたり、本人への対応に変化が見られた」など、プラスの効果が数多く報告された（聞き取り調査）。
- 利用者の主な介護者の87.9%が「満足している」と回答した。

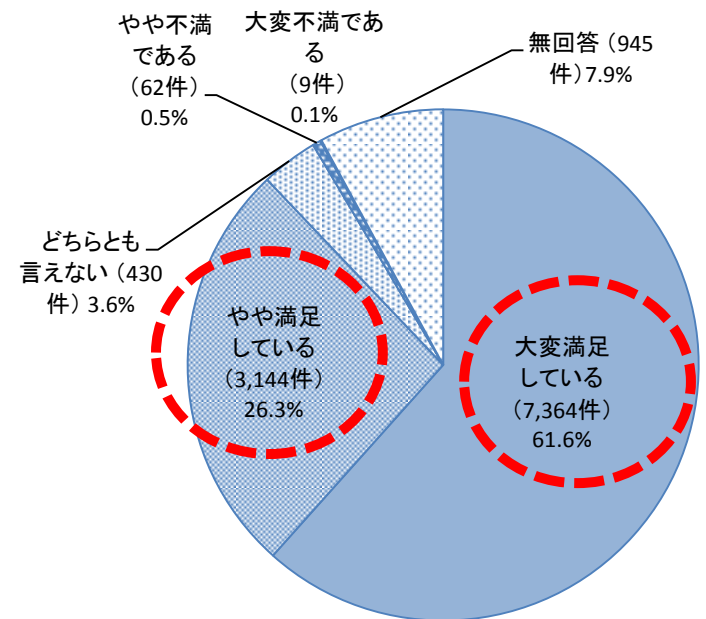
【家族支援の実施状況（n=1,461）】

	はい		いいえ		無回答	
	件	%	件	%	件	%
個別の介護アドバイス	1,376	94.2%	52	3.6%	33	2.3%
介護者勉強会の開催	436	29.8%	942	64.5%	83	5.7%
個別の相談受付	1,397	95.6%	26	1.8%	38	2.6%

【家族支援の効果（複数回答）（n=1,461）】

カテゴリー名	n	%
家族の認知症に対する理解が深まった	815	55.8
家族が在宅での介護に自信を持った	463	31.7
家族との連絡がスムーズになった	1,184	81.0
わからないことや不安等を含め、いろいろなことを話してくれるようになった	1,121	76.7
自宅での利用者の様子がよくわかるようになった	1,159	79.3
家族を介し、他の関係機関との連携がうまくいくようになった	360	24.6
その他	28	1.9
無回答	64	4.4
全体	1,461	100.0

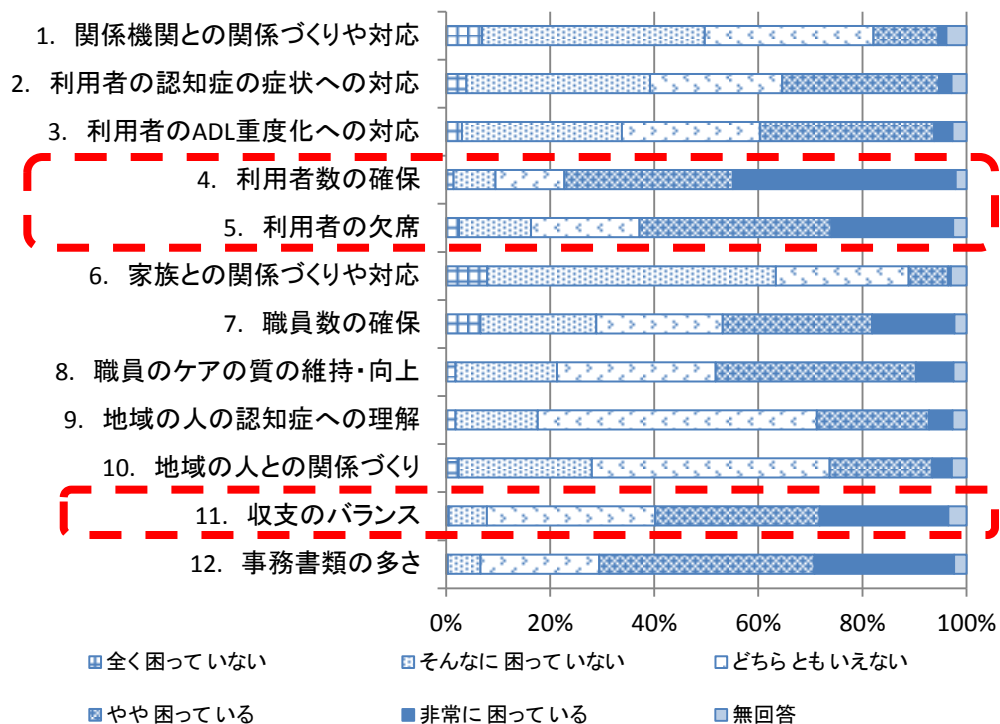
【主な介護者の認知症対応型通所介護事業所の満足度（n=11,954）】



認知症対応型通所介護（事業経営の課題①）

- 「利用者数の確保」や「利用者の欠席」、「収支のバランス」に課題を感じている事業所が6割を超えた。
- 利用者数の確保に困難を感じる理由として、「通所介護やショートステイを希望する家族が多い」、「認デイと通所介護の違いが分かりにくい」、「『認知症の症状が重度になってから利用するところ』というイメージを持たれてる。」等の報告があった（聞き取り調査）。また、欠席の理由は体調不良（69.6%）が最も多く、次いでショートステイの利用（63.2%）、通院（61.1%）が続いた。（割合は平成25年9月に欠席者のいた事業所（n=1,461）における利用者の欠席理由）

【事業所経営の課題（n=1,461）】



* 左から、「全く困っていない」「そんなに困っていない」「どちらともいえない」「やや困っている」「非常に困っている」「無回答」の順

【聞き取り調査において21事業所中19事業所が利用者数の確保が困難であると報告した理由】

- ・ 一般の通所介護に比べて単価が高い。
- ・ 認デイは単価が高いので、通所介護やショートステイを希望する家族が多い。
- ・ 単価が高いことで一か月の利用回数に制限が出てしまうことに加え、家族の負担も大きい。
- ・ 要介護度が低いと利用回数を増やせず、結局通所介護を選ばれる。
- ・ 認デイと通所介護の違いが分かりにくい。
- ・ 「認知症の症状が重度になってから利用するところ」というイメージを持たれてる。
- ・ 介護保険が適用されるショートステイは空きがないので、安い宿泊サービス（自費）があるデイサービスを家族が選ぶ。
- ・ 亡くなる方や入院される方が多く、利用者の回転がはやい。
- ・ 地域密着型であるために、近くに住む隣市の住民に利用してもらえず（歩いて5分の距離であっても）、常に空きがある状態である。

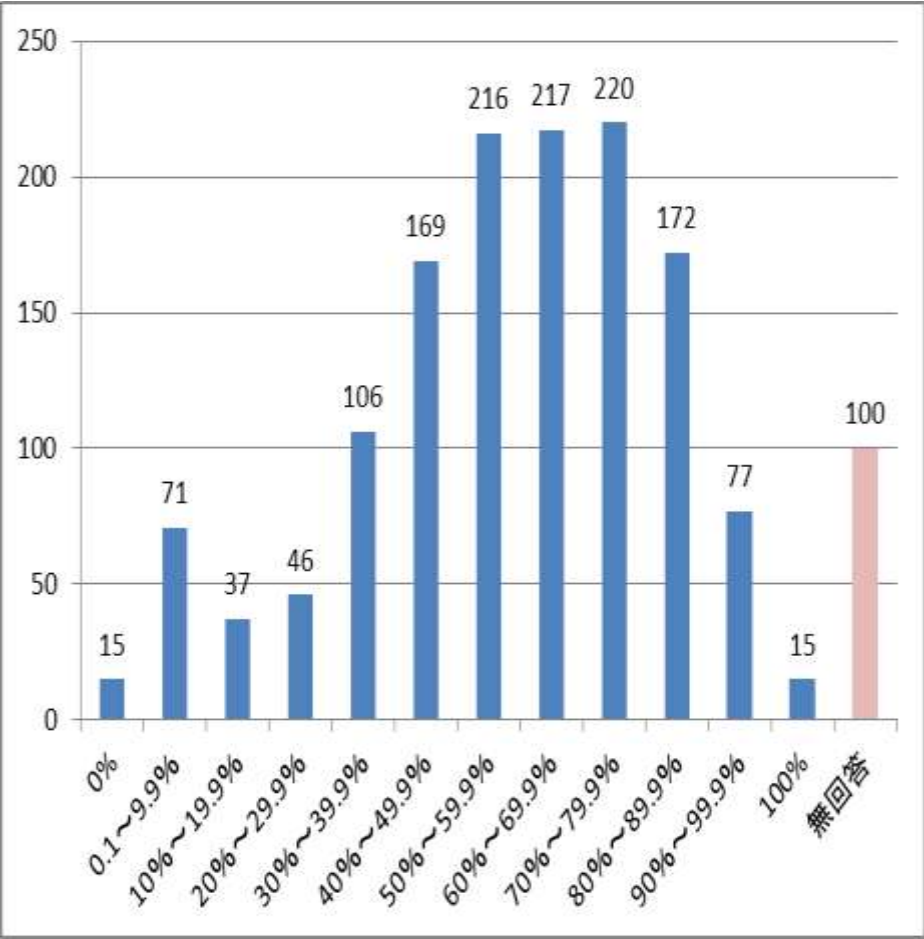
平成25年9月の欠席理由【事業所調査】（n=1,461）

	n	%
体調不良	913	69.6
短期入所生活介護(ショートステイ)利用	828	63.2
通院	801	61.1
家族の都合(冠婚葬祭含む)	639	48.7
入院	543	41.4
本人の拒否	399	30.4
その他	338	25.8
無回答	20	1.5
非該当	150	-
全体	1,311	100.0

認知症対応型通所介護（事業経営の課題②）

○ 稼働率の全体平均は58.0%で、回答者（管理者）の主観としての収支の状況は、「黒字」と回答した事業所は単独型45.0%、併設型46.6%、共用型38.9%、「赤字」と回答した事業所は単独型40.3%、併設型39.5%、共用型26.8%であった。

【稼働率別の事業所数(n=1,461)】



【事業形態別稼働率の平均(n=1,461)】

事業形態	平成25年9月の稼働率*の平均
単独型	57.6%
併設型	59.3%
共用型	55.3%

* 稼働率=2013年9月の利用者数(延べ)÷(9月の営業日×1日当たりの定員)

【事業形態別、経営状況 (n=1,252)】

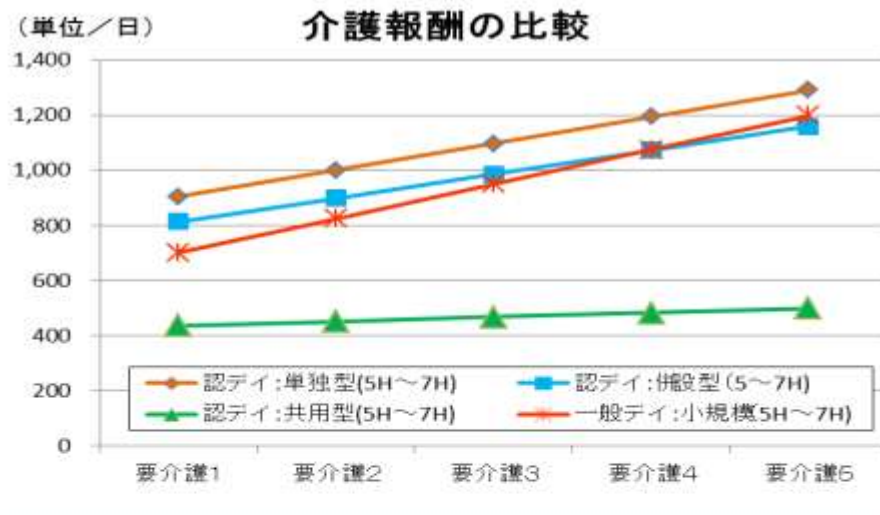
		単独型	併設型	共用型
余裕のある黒字であった	回答数	36	24	2
	割合(事業形態)	5.3%	5.2%	1.9%
	平均稼働率	74.7%	78.9%	81.6%
かろうじて黒字であった	回答数	269	193	40
	割合(事業形態)	39.7%	41.4%	37.0%
	平均稼働率	63.6%	66.6%	58.2%
わずかに赤字であった	回答数	101	61	12
	割合(事業形態)	14.9%	13.1%	11.1%
	平均稼働率	59.9%	60.7%	68.3%
大幅に赤字であった	回答数	172	123	17
	割合(事業形態)	25.4%	26.4%	15.7%
	平均稼働率	42.9%	47.7%	38.4%
わからない	回答数	100	65	37
	割合(事業形態)	14.7%	13.9%	34.3%
	平均稼働率	60.9%	54.1%	51.4%
合計回答数		678	466	108

認知症対応型通所介護（通所介護との比較）

○ 事業規模に関わらず、共用型デイサービスの現行の定員の基準は「事業所ごとに3人以下」となっている。

「通所介護」との比較

認知症対応型通所介護 (地域密着型サービス)	通所介護
(利用者) ○要介護・要支援認定を受けた認知症の者	(利用者) ○要介護・要支援認定を受けた者
(定員) ○単位ごとの利用定員12人以下	(定員) ○規定無し
(人員基準) ○管理者:常勤専従 ○生活相談員:専従で1人以上 ○看護職員(看護師又は准看護師)又は介護職員:専従で2人以上 (※生活指導員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は常勤) ※生活相談員、看護職員又は介護職員(1人分)はサービス提供時間数に応じて配置 ○機能訓練指導員:1人以上	(人員基準) ○管理者:常勤専従 ○生活相談員:専従で1人以上 ○看護職員(看護師又は准看護師)又は介護職員:専従で1人以上 ○介護職員:専従で利用者が15人までは1人以上、それ以上は5人増すごとに1を加えた数以上) (※利用定員が10人以下の場合は看護職員又は介護職員が専従で1人以上で可) (※生活指導員又は看護職員のうち1人以上は常勤) ※生活相談員、介護職員はサービス提供時間数に応じて配置 ○機能訓練指導員:1人以上
(報酬体系) ○単独型 (社会福祉施設等に併設されていない事業所) ○併設型 (社会福祉施設等の併設事業所) ○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、地域密着型老人福祉施設の食堂等でこれらの利用者とともにサービスを提供する場合)	(報酬体系) ①小規模型 (1月当たりの平均延人員が300人以内) ②通常規模型 (1月当たりの平均延人員が750人以内で①に該当しない事業所) ③大規模型(Ⅰ) (1月当たりの平均延人員が900人以内で①及び②に該当しない事業所) ④大規模型(Ⅱ) (①、②及び③に該当しない事業所)

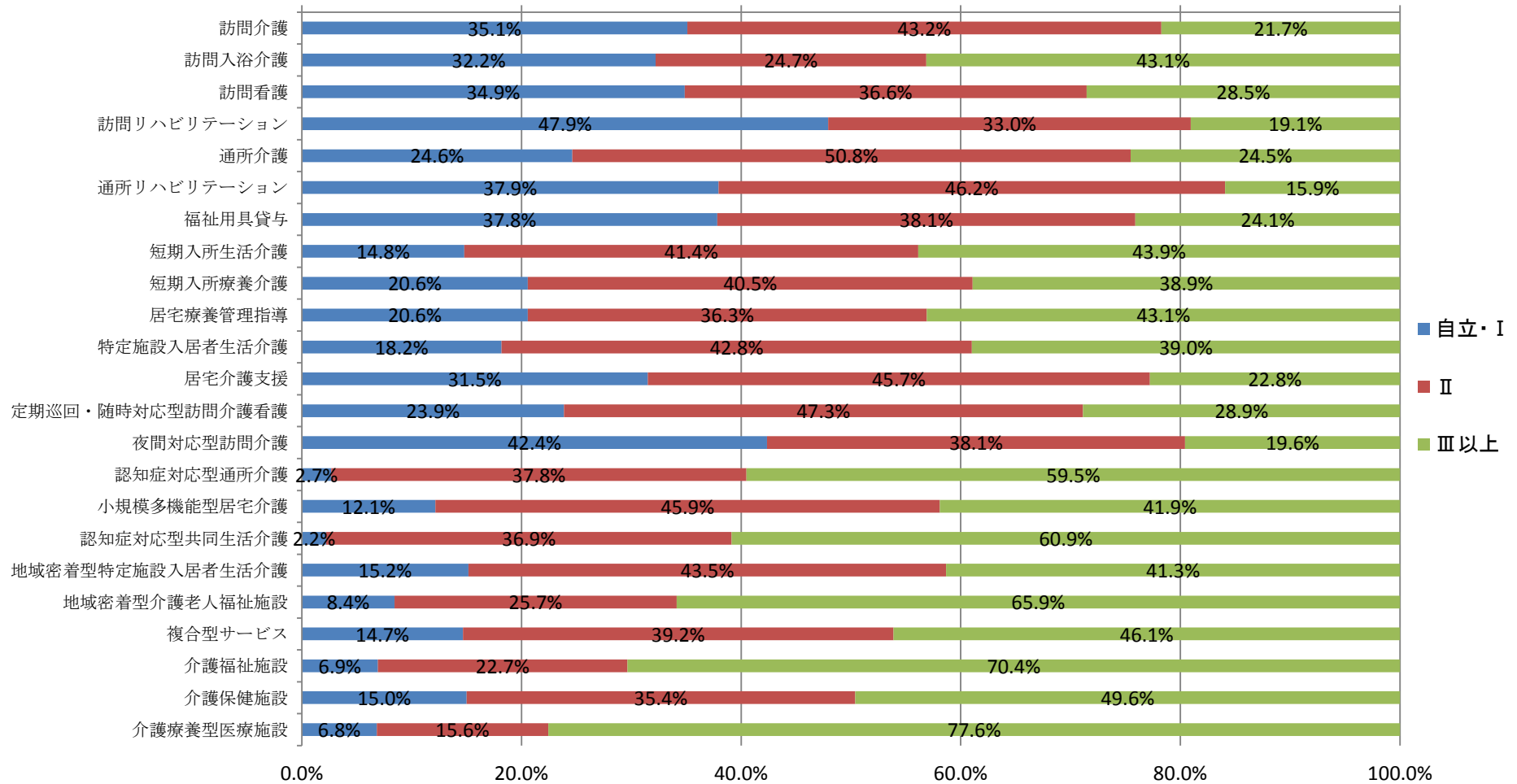


認知症対応型通所介護(共用型)

- (利用者)
○要介護・要支援認定を受けた認知症の者
※介護保険サービスのいずれかについて3年以上の実績を有する事業者
- (定員)
○事業所ごとに3人以下
- (人員基準)
○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

4. 認知症に関連する介護報酬について（介護サービス利用する認知症高齢者の割合）

○ 各介護サービスを利用する要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度のⅡ以上の割合は、各サービスにおいて多く占めている。



※介護サービスについては平成25年12月の利用実績について集計

※介護認定結果データについては平成26年4月15日時点で集計

※認定結果データを保険者から受信している被保険者を対象に集計しているため、認定結果を受信していない場合は、サービスを利用しても集計に反映されない

※認知症高齢者の日常生活自立度は、認定結果データにおける審査時点の状態

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 240単位／日（週2日まで）

【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（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、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護）

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（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）

⑩ 認知症加算（居宅介護支援）

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）に対して居宅介護支援を行うことを評価。

◆ 150単位／月

主な論点

（認知症対応型共同生活介護について）

- 認知症対応型共同生活介護の特性（運営基準で「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う」と規定。）である利用者の役割を生かすケアを推進するための方策をどのように考えるか。
- 酸素療法、カテーテル、疼痛の看護など重度化した医療ニーズのある入居者に対応する医療連携をどのように考えるか。
- 夜間ケア加算について現行要件では取得が困難であるとの意見があったが、ユニット毎に1名夜勤を配置する現行の人員配置基準を踏まえ、夜間・深夜時間帯における加算による人員の加配についてどのように考えるか。
- 制度創設当初と比較して入居者の要介護度の重度化により、備え付けの福祉用具では対応が困難となっている実態を踏まえ、どのように考えるのか。
- 運営推進会議のあり方及び外部評価の仕組みについてどのように考えるか。

（認知症対応型通所介護について）

- 利用者がそれぞれの役割をもって日常生活が送ることができるよう配慮して行われてきた認知症対応型通所介護であるが、今後、通所介護における機能に着目した事業内容の類型化に関する議論を踏まえ、その位置づけをどのように図っていくか。
- 事業規模にも関わらず、「3人以下」とされている共用型デイサービスにおける現行の定員基準についてどのように考えるか。

（認知症に関連した介護報酬について）

- 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きたが、認知症要介護高齢者は今後も増加する見込みであり、認知症への対応を更に進めるためには、これらの加算についてどのように考えるか。