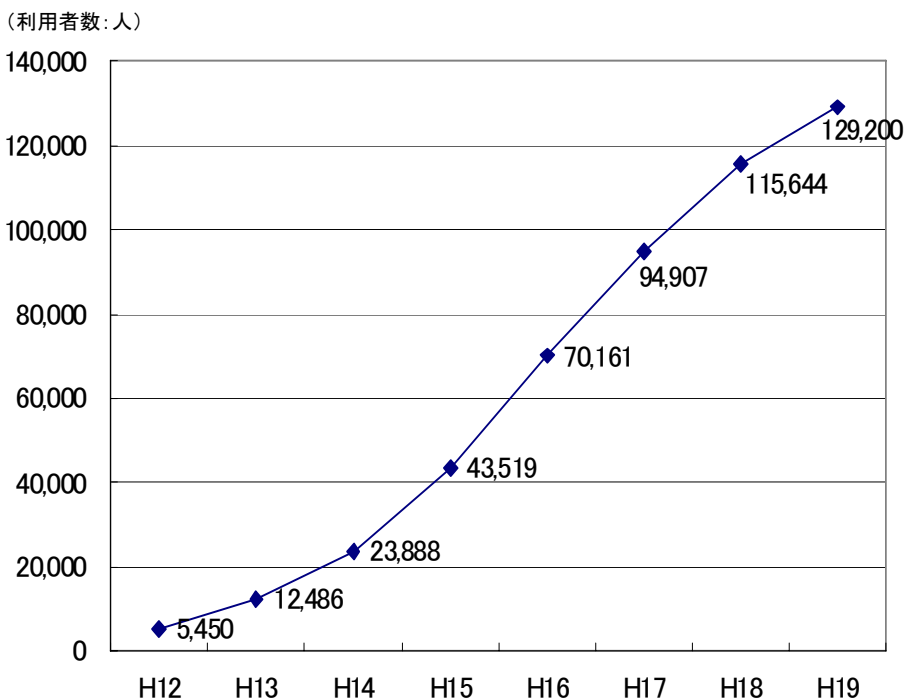


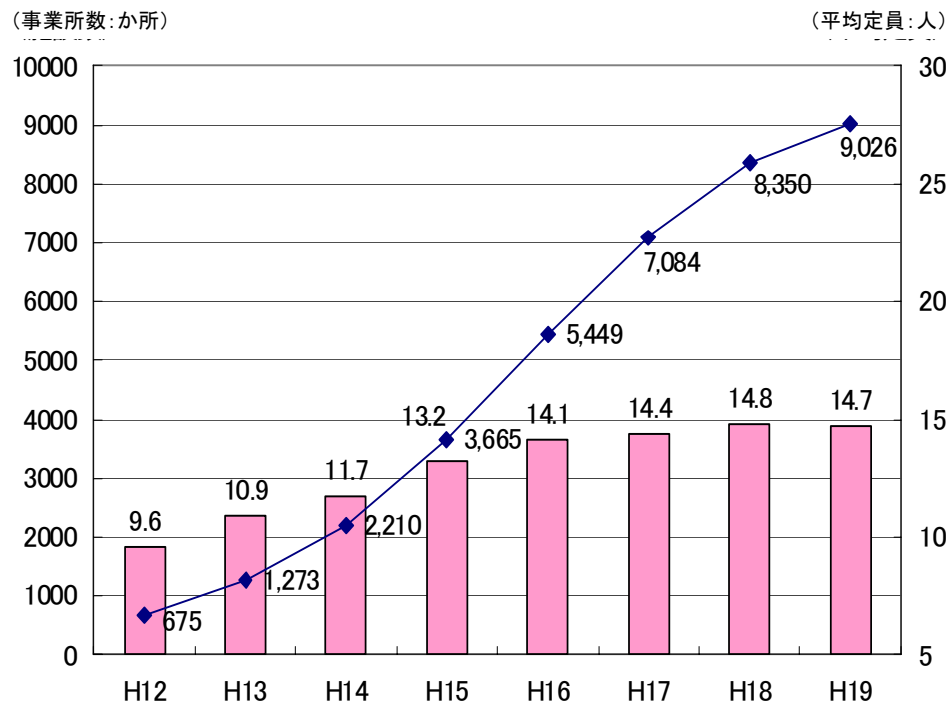
【認知症対応型共同生活介護の利用状況②】

- 事業所数及び利用者数は、介護保険制度の創設以降、増加を続けているが、平成18年度以降、事業所数の増加幅は縮小している。
- 1事業所当たりの平均定員は14.7人(平成19年度)であり、約半数の事業所で共同生活住居(ユニット)数が2となっている。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)利用者数



認知症対応型共同生活介護事業所数及び1事業所当たり平均定員

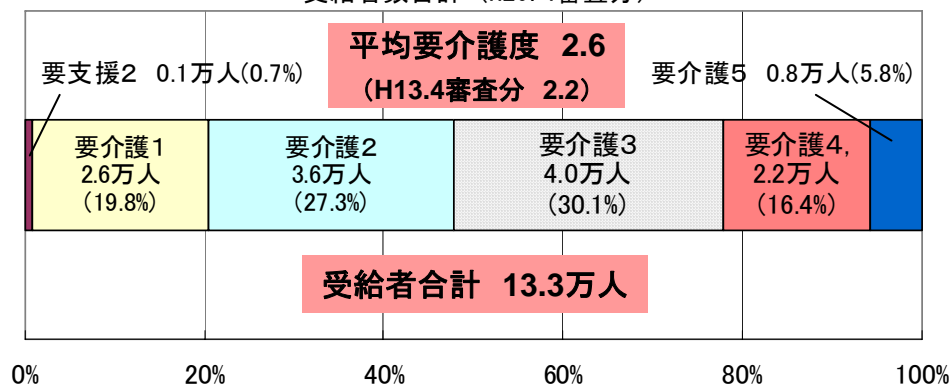


(資料出所)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(H19のみ認知症対策推進室調べ)

【認知症対応型共同生活介護の利用状況③】

- 認知症対応型共同生活介護(予防含む)の受給者数は、13.3万人(平成20年4月審査分)であり、介護サービス全体の受給者の約4%である。
- 要介護1~3の受給者により、受給者数及び費用額の約8割を占め、平均要介護度は2.6である。

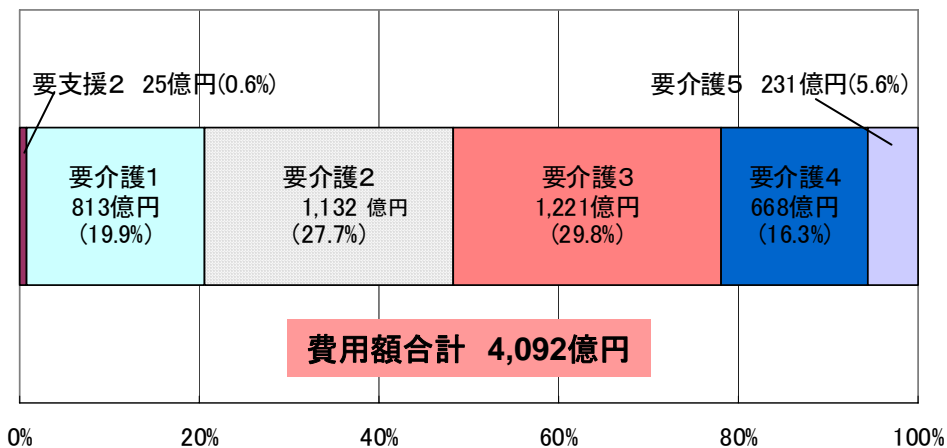
認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護
受給者数合計 (H20.4審査分)



要介護度別受給者1人当たり費用額 (H20.4審査分)

平均費用額	24.4万円
要支援1	-
要支援2	24.5万円
平均費用額	26.8万円
経過的要介護	-
要介護1	25.9万円
要介護2	26.5万円
要介護3	27.0万円
要介護4	27.4万円
要介護5	27.8万円

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護
費用額合計 (平成19年度)



【平成20年度介護事業経営実態調査における状況①】

○収支差率について

- ・ 二極化している。(▲20%未満が20.1%、+25%以上が13.1%)
- ・ 平均収支差率は2ユニットが高い。
- ・ 収支差率の分布について、1ユニットの事業所数は収支差率が高くなるに伴いおおむね減少していくのに対し、2ユニットの事業所数は収支差率が高くなるに伴いおおむね増加していく傾向にあり、25%以上が突出して多い。
- ・ 平均利用定員並びに平均収支差率が増加している。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)における調査結果概要

【ユニット毎の収支状況】

(千円)

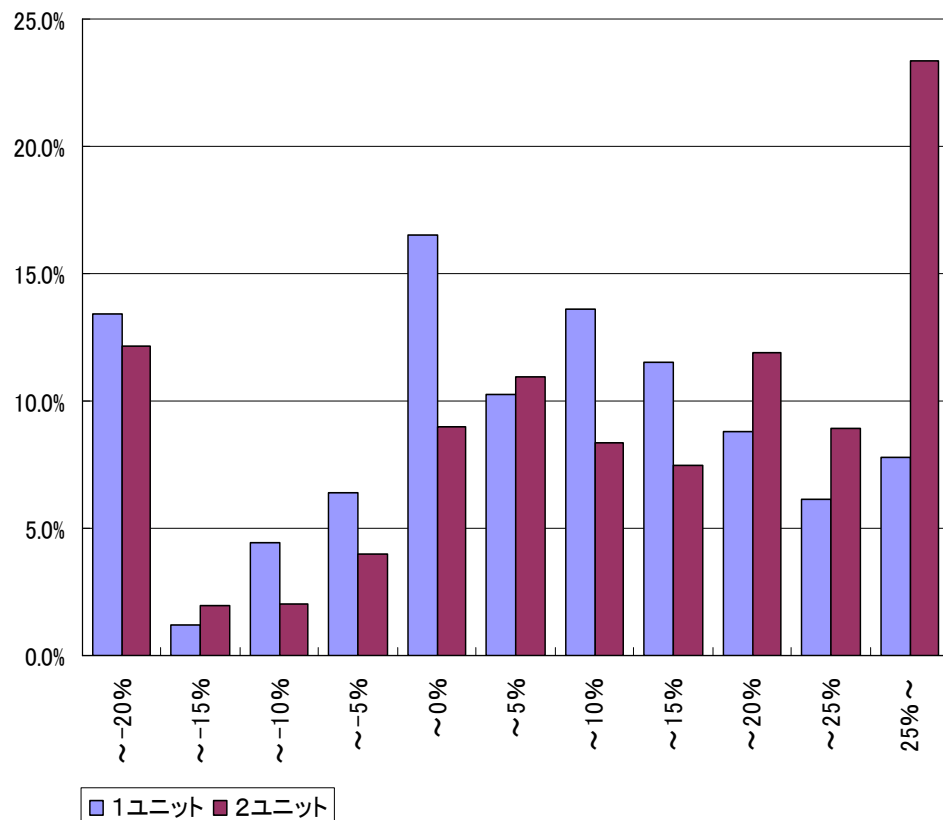
平成20年調査	1ユニット (9人以下) 3,722か所(41.2%)		2ユニット (10人~18人) 4,646か所(51.5%)	
	収入(補助あり)	3,101		6,120
支出	3,038		5,519	
うち給与費	1,922	62.0%	3,531	57.7%
差引	63	2.0%	601	9.8%

※3ユニット以上(経過措置)は658か所(7.3%)
(箇所数の出典は、平成19年10月老健局調べ)

【収支差率、利用定員の推移】

	平成17年調査	平成20年調査	
平均収支差率	7.60%	9.70%	2.1p増
平均利用定員	13.3人	15.5人	16.5p増

認知症対応型共同生活介護(予防含む)における収支差率の分布



【平成20年度介護事業経営実態調査における状況②】

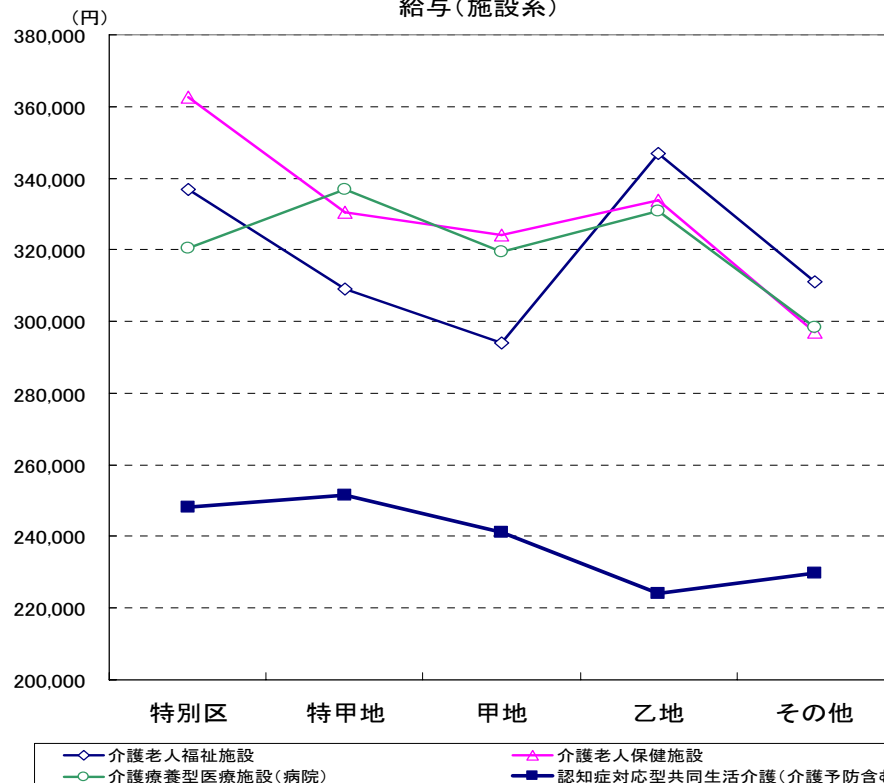
○看護、介護職員1人当たり給与、勤務状況等について

- ・平均給与は増加している。
- ・平均給与における介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設との比較では、全ての地域で4万円～12万円程度低い。
- ・職員一人当たり利用者数は変わっていない。
- ・常勤職員の割合は増加している。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)における調査結果

	平成17年調査		平成20年調査	
	給与	利用者数	給与	利用者数
看護・介護職員1人当たり給与	208,014円		232,370円	11.7%増
職員1人当たり利用者数	1.3人		1.3人	±0%
常勤職員割合	78.5%		79.4%	0.9p増

サービス別地域別の看護・介護職員1人当たり(常勤換算)給与(施設系)



注) 給与は、平成20年3月分及び平成19年度中に支払われた賞与を12で割ったものを含む。

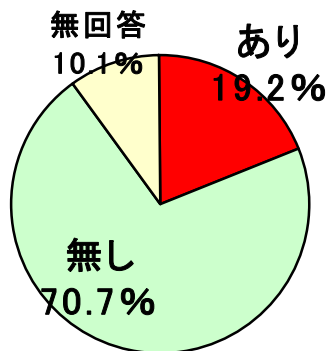
【その他の状況】

- 退居の状況について
 - ・ 認知症対応型共同生活介護(予防含む)1ユニット当たり年間平均3.7人が退居している。
 - ・ 施設入所や入院のための退居が多いが、自宅復帰や死亡による退居も一定割合存在する。
 - ・ 死亡による退居者のうち、約48%が事業所内での看取りによる。
- 看取りについて
 - ・ 約19%の事業所が、看取りケアの経験がある。
- 地域への相談支援について
 - ・ 約23%の事業所が、相談支援を実施した経験がある。

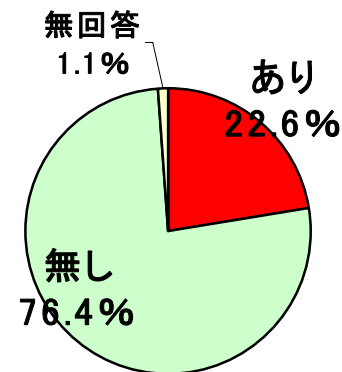
認知症対応型共同生活介護(予防含む)における退居者の状況

退居先及び退居理由	自宅	3施設	3施設以外	入院	死亡	その他		退居者計
						うち看取り		
退居先の割合(%)	8.9	23.8	5.9	41.7	17.8	8.5	2.0	100
1ユニット当たり退居者数	0.3	0.9	0.2	1.5	0.6	0.3	0.1	3.7

認知症対応型共同生活介護(予防含む)における看取りケアの経験の有無



認知症対応型共同生活介護(予防含む)における相談支援の実施経験の有無



II これまでの指摘等の概要

介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(平成19年12月10日)

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

- 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。

Ⅲ 認知症対応型共同生活介護に関する論点

【基本的な考え方】

認知症対応型共同生活介護（予防含む）における報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。

- 1 認知症ケアの質の向上・高度化への評価
- 2 利用者の重度化対応や地域における相談支援に対する取組みの評価
- 3 安定的な運営を可能にすること

【具体的な論点】

1 認知症ケアの質の向上・高度化への評価

- ① 認知症ケアの高度化や職員の加配によるケアの充実を求めつつ、認知症ケアの質の向上を図ることを評価する必要があるのではないか。
- ② 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

2 利用者の重度化対応や地域における相談支援に対する取組みの評価

- ① 看取り対応に関する評価のあり方
現在、認知症対応型共同生活介護（予防含む）においては、医療連携体制加算により重度化に対応できる体制を評価しているが、重度化の進行に伴い看取り対応も増加することが考えられることから、看取り対応の評価について検討する必要があるのではないか。

② 退居時の相談支援に関する評価の在り方

現在、一部の事業所が認知症ケアの相談支援等に取り組んでいることや、在宅復帰する利用者が一定割合存在することを踏まえ、今後更に認知症対応型共同生活介護（予防含む）を地域資源として定着させる対策の一環として認知症ケアの相談支援活動を促進するため、本人等の希望により認知症対応型共同生活介護（予防含む）から在宅へ退居する者に対して、退居後のサービス利用に関する相談支援を行う場合に評価することとしてはどうか。

3 安定的な運営を可能にすること

1ユニットの平均収支差率は2.0%と運営が厳しいことなど、安定的な運営を可能にするための報酬の在り方について検討する必要があるのではないか。

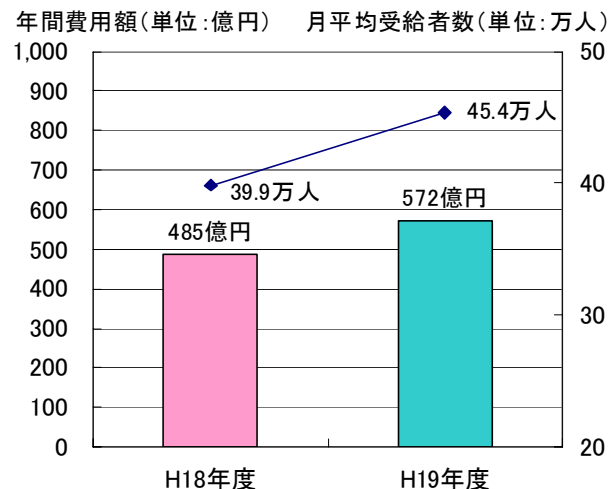
認知症対応型通所介護について

I 認知症対応型通所介護の現状と課題

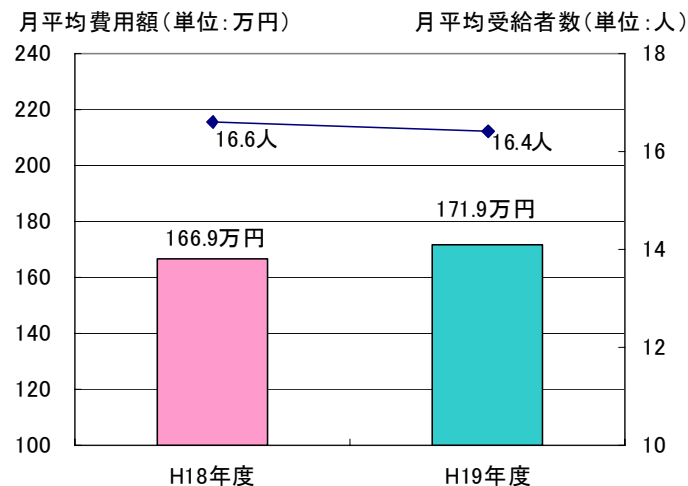
【認知症対応型通所介護の利用状況①】

- 認知症対応型通所介護(予防含む)の費用額(平成19年度)は、572億円であり、介護サービス全体の費用額の1%未満である。
- 費用額及び受給者数(予防含む)は、平成18年度と比較して増加している。
- 1事業所当たりで見ると、平成18年度と比較して、月平均費用額は増加傾向、月平均受給者数は横ばいである。

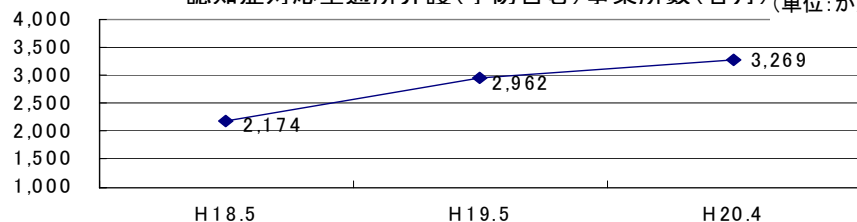
認知症対応型通所介護(予防含む)年間費用額・月平均受給者数



1事業所当たり認知症対応型通所介護(予防含む)月平均費用額・月平均受給者数



認知症対応型通所介護(予防含む)事業所数(各月)(単位:か所)

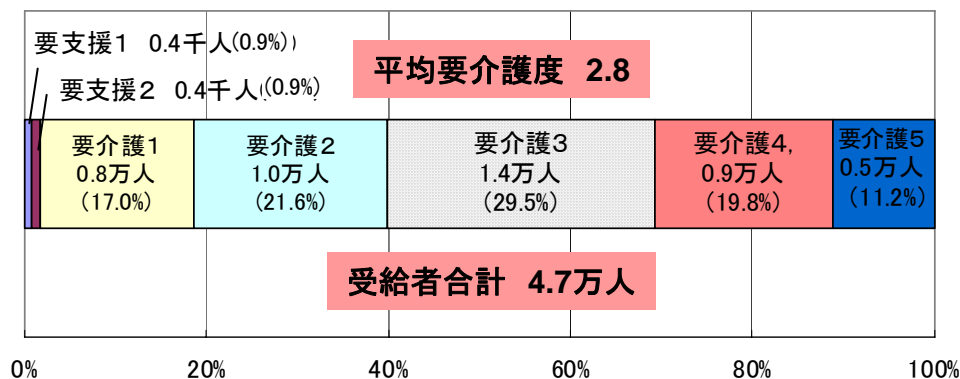


(出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」)

【認知症対応型通所介護の利用状況②】

- 認知症対応型通所介護(予防含む)の受給者数は、4.7万人(平成20年4月審査分)であり、介護サービス全体の受給者の1%未満である。
- 要介護度別に見ると、ほぼ全ての受給者が要介護者であり、平均要介護度は2.8である。

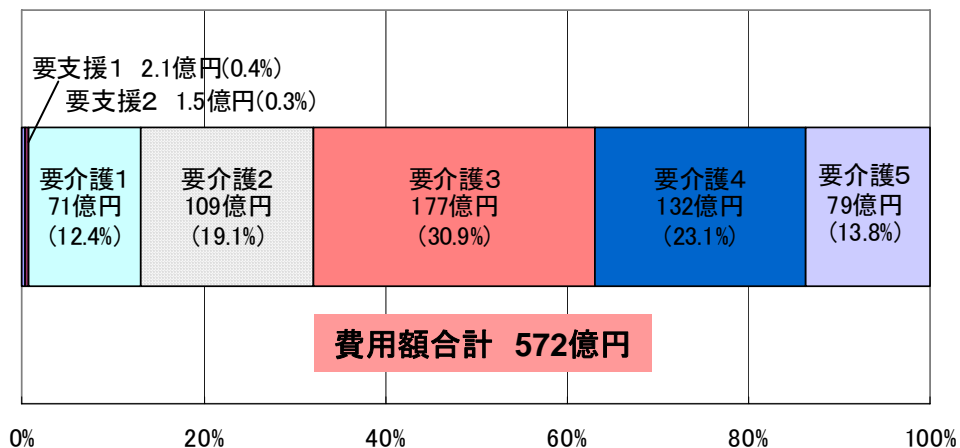
認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護
受給者数合計 (H20.4審査分)



要介護度別受給者1人当たり費用額 (H20.4審査分)

平均費用額	4.2万円
要支援1	3.3万円
要支援2	5.2万円
平均費用額	10.8万円
経過的要介護	5.4万円
要介護1	7.9万円
要介護2	9.5万円
要介護3	11.6万円
要介護4	12.5万円
要介護5	12.8万円

認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護
費用額合計 (平成19年度)

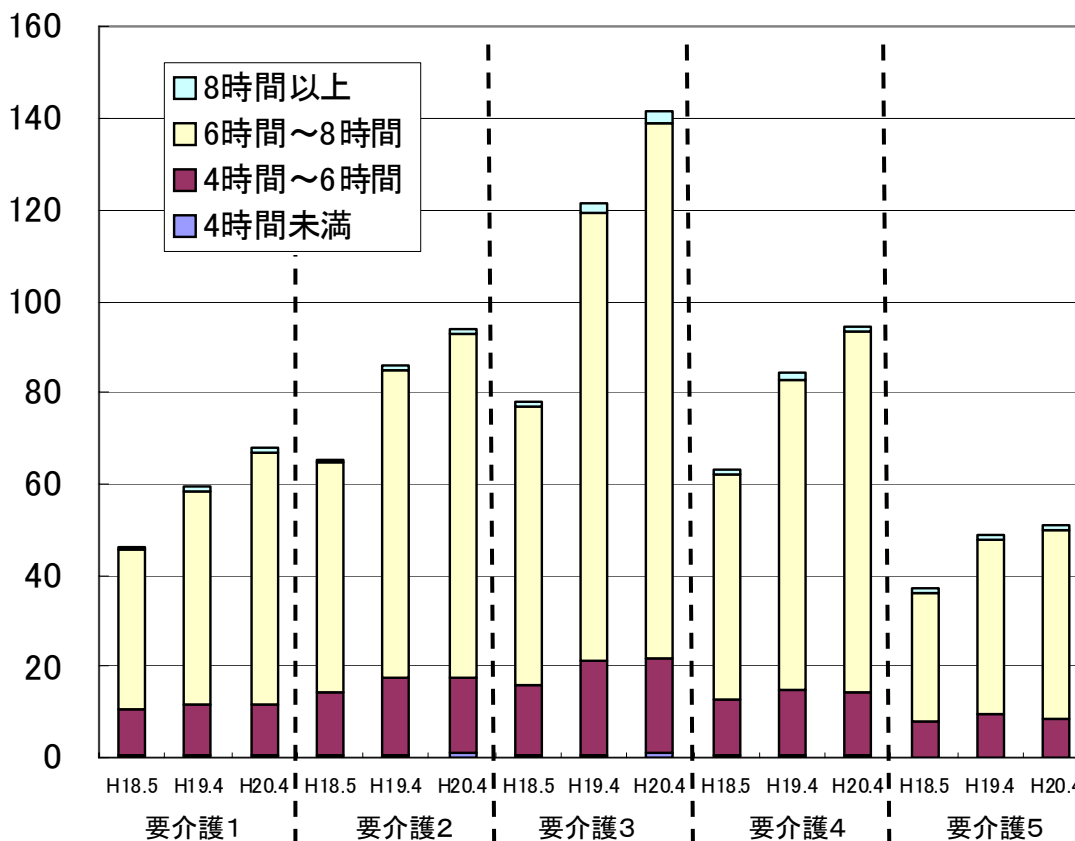


【認知症対応型通所介護の利用状況③】

○ 受給者1人当たりの認知症通所介護(予防含む)の利用回数を、要介護度別・時間区分別に見ると、平成18年度以降、全ての要介護度において、利用回数の増加とサービス提供時間の長時間化の傾向が見られる。

1か月当たり認知症通所介護提供延回数(要介護度;時間別)

(単位:千回)



【平成20年介護事業経営実態調査における状況】

- 収支差率が二極化している。(▲20%未満が26.9%、+25%以上が18.5%)
- 延べ利用回数別収支差率においては、延べ利用回数の増加に伴って収支差率が向上する傾向が明確に現れている。

認知症対応型通所介護の事業所数割合

全事業所	2,884か所
単独型	1,548か所 (53.7%)
併設型	1,115か所 (38.7%)
共用型	221か所 (7.7%)

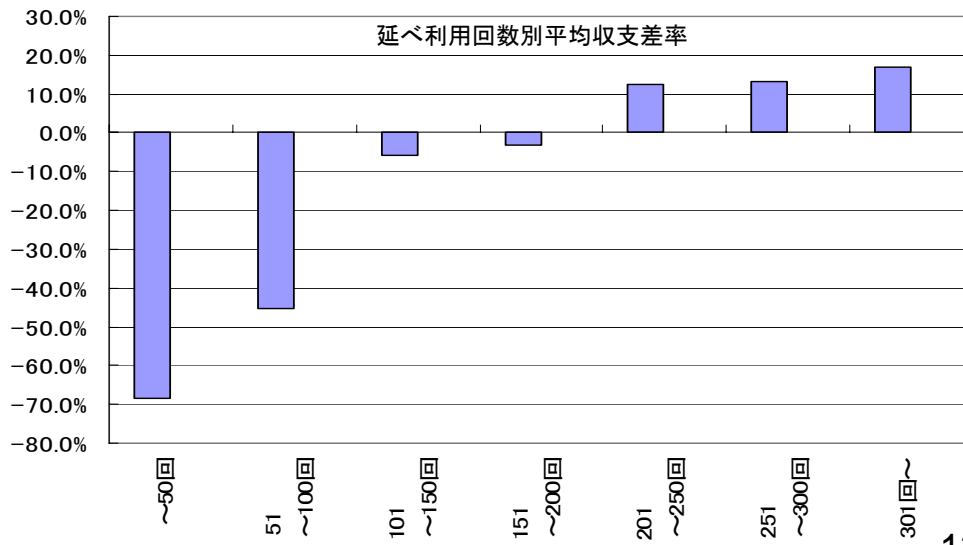
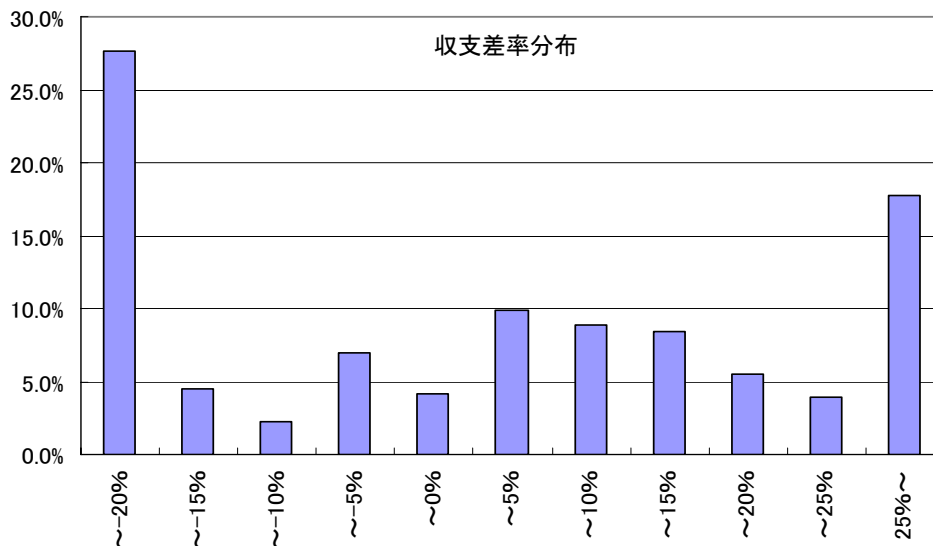
(出典)介護給付費実態調査平成20年4月審査分

認知症対応型通所介護(予防含む)における調査結果

(千円)

	20年調査	
収入(補助あり)	2,228	
支出	2,168	
うち給与費	1,537	70.9%
差引	60	2.7%

延べ利用者数	184.6人
看護・介護職員1人当たり給与	241,562円
看護・介護職員1人当たり延べ利用者数	48.4人
看護・介護職員常勤換算数(常勤率)	64.7%



II これまでの指摘等の概要

介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(平成19年12月10日)

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

- 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。

Ⅲ 認知症対応型通所介護に関する論点

○ 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

【参考：認知症対応型通所介護における基準、報酬等】

【認知症対応型通所介護費（Ⅰ）】

〈認知症対応型通所介護費（ⅰ）〉

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院等に併設されていない事業所において行う認知症対応型通所介護（**単独型**）を行う場合に対象となる。

493単位～1,384単位

〈認知症対応型通所介護費（ⅱ）〉

特別養護老人ホーム等に併設されている事業所において行う認知症対応型通所介護（**併設型**）を行う場合に対象となる。

448単位～1,241単位

【認知症対応型通所介護費（Ⅱ）】

認知症対応型共同生活介護や地域密着型特定施設等の食堂や居間、共同生活室等において、これらの事業所等の入居者とともに行う認知症対応型通所介護（**共用型**）を行う場合に対象となる。

226単位～537単位

認知症短期集中リハビリテーションについて

I 認知症短期集中リハビリテーションの現状と課題

○ 平成18年度の介護報酬改定において、介護老人保健施設の新規入所者のうち、軽度の認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対してリハビリテーションを行った場合の評価が創設された。

(認知症短期集中リハビリテーション実施加算)

【認知症短期集中リハビリテーション実施加算】

対象：新規入所者のうち、軽度の認知症（MMSE又はHDS-R*において概ね15～25点に相当する者）であると医師が判断した者

加算単位：60単位/回

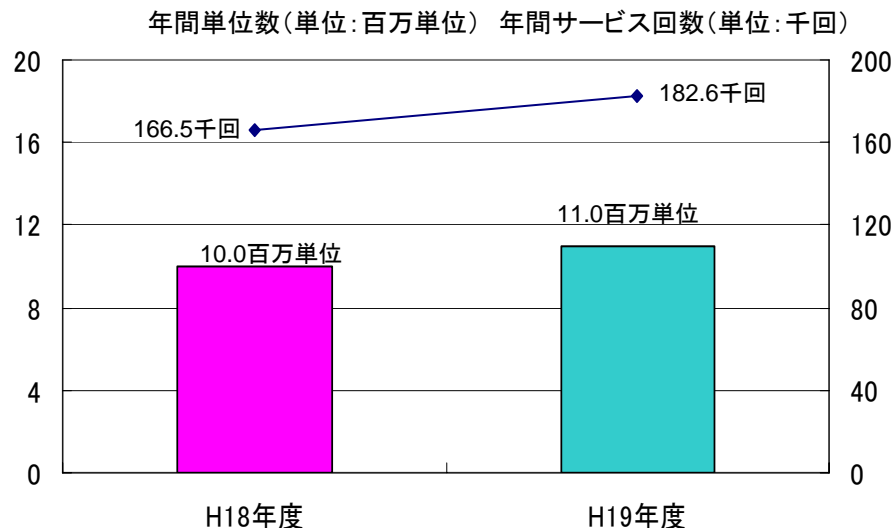
加算要件：①入所から3月以内

②1日20分以上、週3回

③個別リハビリテーション

④リハビリテーションマネジメント加算を算定していること

認知症短期集中リハビリテーション年間単位数
・年間サービス回数



* MMSE(Mini Mental State Examination)及びHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)は認知機能を評価する尺度であり、30点満点で得点が低いほど認知機能が低下しているとされる。

(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

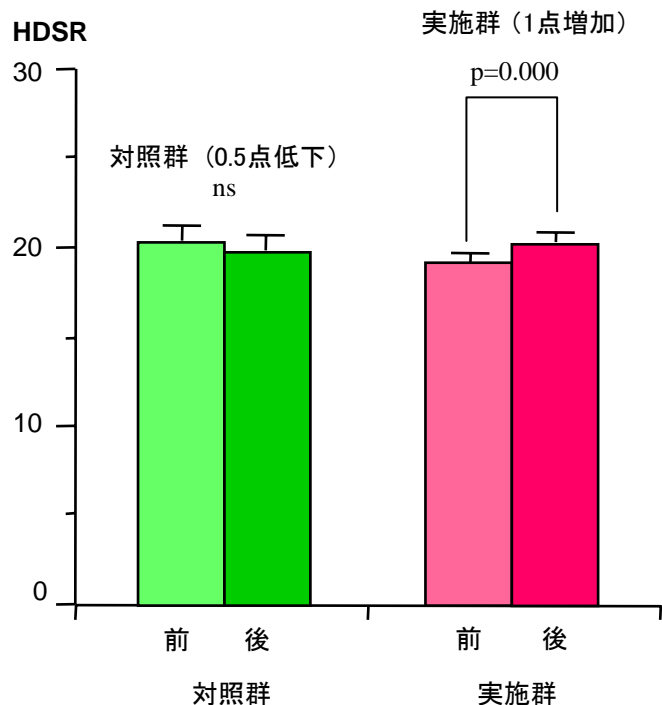
軽度の認知症であるものに対する認知症短期集中リハビリテーションの効果について検証を行ったところ、認知機能障害と行動・心理症状等において有意に改善を認めた。

【対象】介護老人保健施設入所者であって、医師が認知症と診断し、HDS-R又はMMSEにおいて15点以上の者(実施群167名、対照群37名)

【内容】記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを、個別に20分以上、週3回行った。

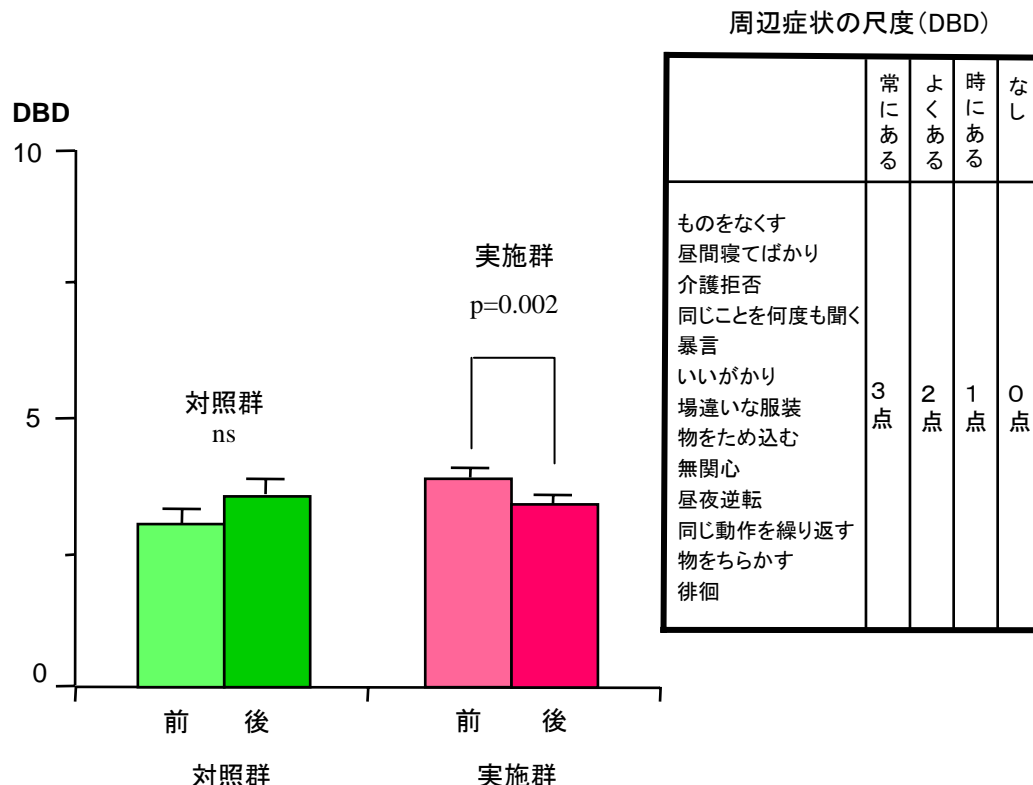
HDS-Rについて

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善



周辺症状について

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善



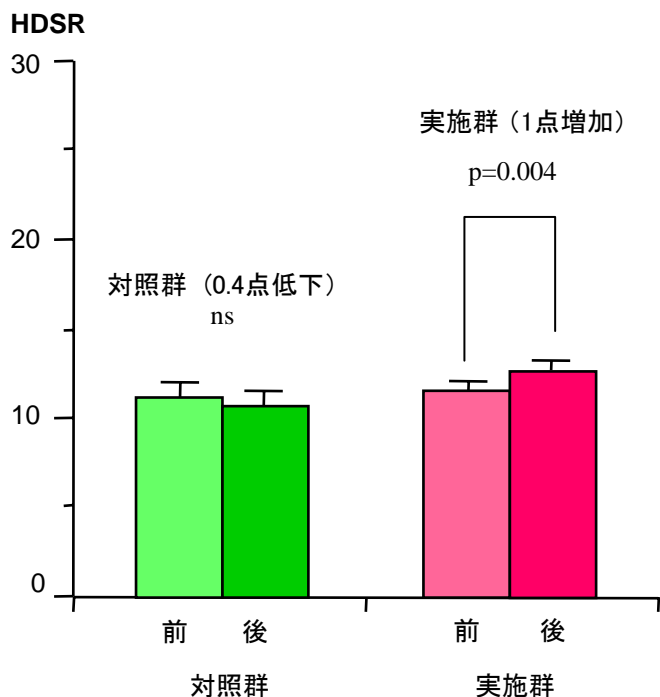
中等度～重度の認知症に対しても認知症短期集中リハビリテーションの効果进行调查・分析したところ認知機能障害と行動・心理症状等において有意に改善を認めた。

【対象】介護老人保健施設入所者であって、医師が認知症と診断し、HDS-R又はMMSEにおいて5点～14点に相当する者(実施群74名、対照群25名)

【内容】記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを、個別に20分以上、週3回行った。

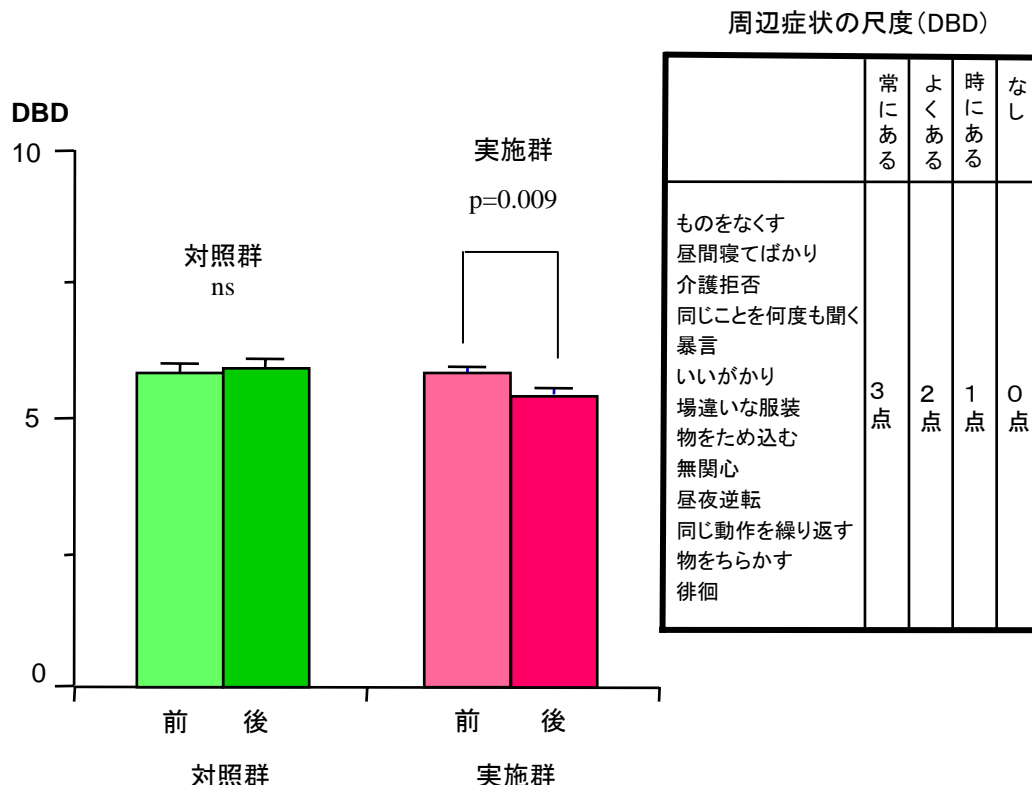
HDS-Rについて

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善

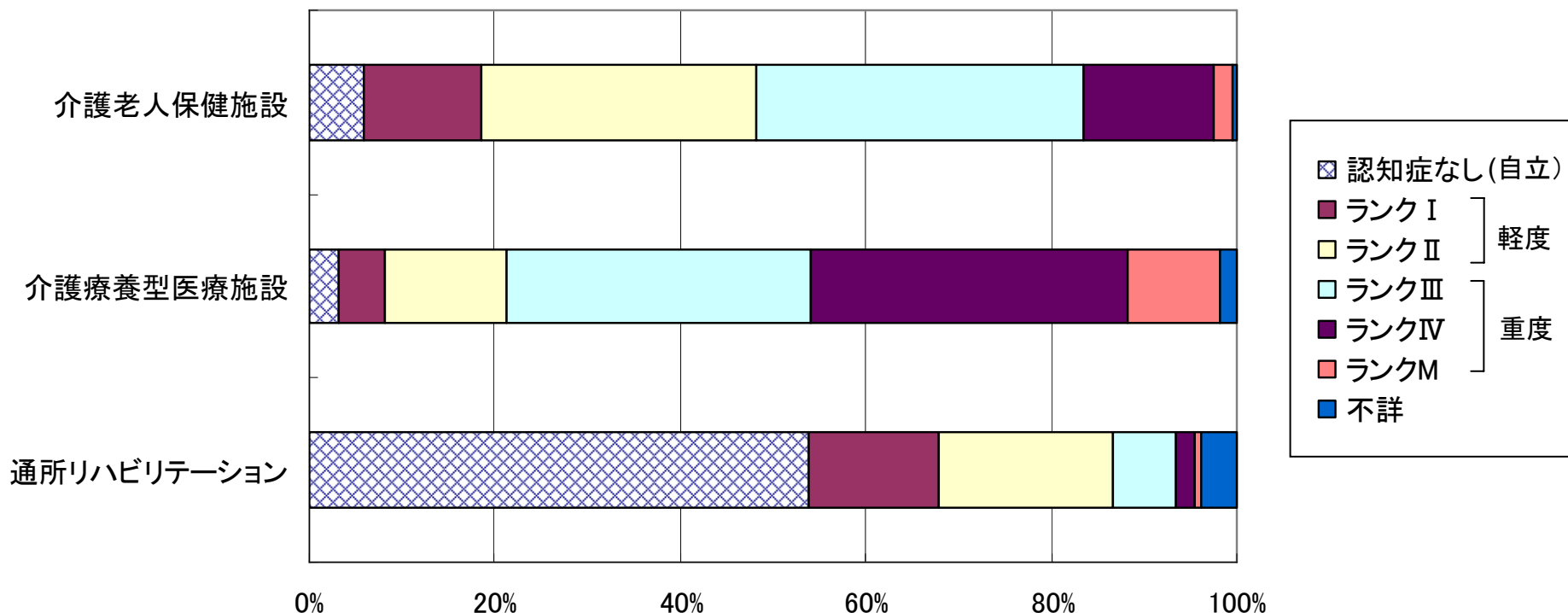


周辺症状について

・認知症短期集中リハを行った群は有意に改善



- 現在、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーションでは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が配置され、リハビリテーションが実施されている。
- それぞれのサービス利用者について「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の分布をみると、介護療養型医療施設では介護老人保健施設に比べ、重度の者が多く、通所リハビリテーションでは認知症があるとされている者の中では特に軽度の者が多い。



介護老人保健施設と介護療養型医療施設については平成18年介護サービス施設・事業所調査から引用、通所リハビリテーションについては平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業」報告書から引用。

- 認知症短期集中リハビリテーションは認知症に対して、短期間、集中的に、個別に行われる
- 運動器・脳血管疾患に対して短期間、集中的に、個別に行われる短期集中リハビリテーションが行われている。

認知症に対するリハビリテーション

	名称	個別リハビリテーションの必要性	実施者	回数・時間	サービス提供期間	介護報酬
	介護老人保健施設サービス 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	1週につき3回を限度とする 20分以上/回	入所日から3月以内	1回につき60単位

運動器や脳血管疾患に対するリハビリテーション

	介護老人保健施設サービス 短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	1週に概ね3日以上 20分以上 /日	入所日から3月以内	1日につき60単位
	介護療養施設サービス(特定診療費) 短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	1週に概ね3日以上 20分以上 /日	入所日から3月以内	1日につき60単位
	通所リハビリテーション 短期集中リハビリテーション実施加算	要	・医師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	3月以内:1週に概ね2日以上 40分以上/日 3月超:20分以上/日	退院・退所から3月以内 3月超も算定可	1月以内:1日につき180単位 1月を超え3月以内:130単位 3月超:80単位

II 認知症短期集中リハビリテーションに関するこれまでの指摘等の概要

『介護保険法の一部改正に伴い、新たに導入された「介護予防サービス」や「地域密着型サービス」、今回の介護報酬改定において基本的な見直しが行われた「居宅介護支援及び介護予防支援」、さらに「療養通所介護」等の新たな取り組みをはじめ、今回の改定後のサービスの利用実態等について、この度の改定の「基本的な視点」も踏まえ、今後、調査・分析を適切に行うこと。』（平成18年1月26日社会保障審議会介護給付費分科会長報告）

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書（平成20年7月10日）

II 今後の認知症対策の具体的内容

2 研究・開発の促進

(4) 発症後の対応（適切なケアの対応）

イ 今後の方向性・具体的対策

中略

また、これまでの個人的な体験に依拠した断片的なケアから、今後は科学的根拠に基づいた総合的かつ認知症の早期から生涯を通じた継続的なケアを目指し、研究を推進するものとする。具体的には、中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究等を推進するものとする。

Ⅲ 認知症短期集中リハビリテーションの報酬・適応に関する論点

【基本的な考え方】

- 介護老人保健施設において軽度の認知症であると医師が判断した者に対して行われてきた「認知症短期集中リハビリテーション」については、認知症の認知機能と行動・心理症状等に対して有効であるとともに、中等度～重度の認知症に対しても効果があることが示されたことから、これを普及する必要があるのではないか。

【具体的な論点】

① 対象者の拡大

中等度～重度の認知症であると医師が判断した者にも認知症短期集中リハビリテーションを受けられるようにしてはどうか。

② 他のサービスへの拡大について

現在の介護老人保健施設のみではなく、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置した介護療養型医療施設や通所リハビリテーション事業所まで実施施設を拡大してはどうか。その場合、これら施設等で行われている運動器・脳血管疾患等に対する「短期集中リハビリテーション」と実施頻度等について整理を行ってはどうか。

認知症の行動・心理症状への対応について

I 認知症の行動・心理症状の現状と課題

- 認知症の行動・心理症状（以下「BPSD」という。）に関する調査は多くないが、認知症のうちBPSDが出現する割合は7～9割といわれている。
- また、BPSDの悪化の原因としては、薬剤や身体合併症等によるものが多いが、家族や介護環境が原因のものも一定割合存在する。
- なお、BPSDの発生頻度が多いほど介護負担が重くなるといった相関関係が認められる分析結果がある。

○認知症のうちBPSDが出現する頻度は7～9割

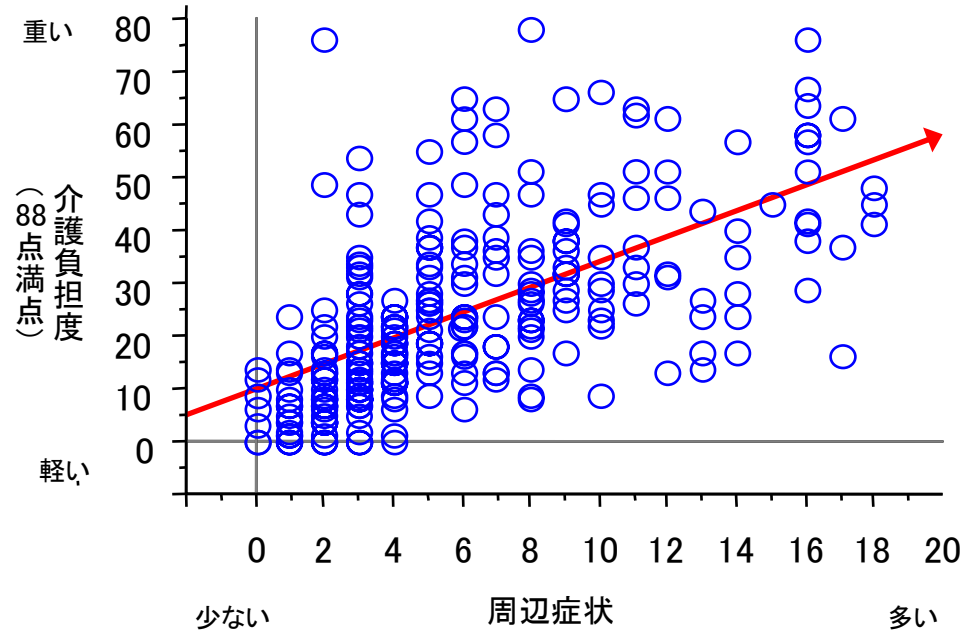
出典: Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP et al.
Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH et al.
老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024. 本間昭 et al.

○ 認知症が悪化する原因

- | | |
|-----------|-------|
| ① 薬剤 | 37.7% |
| ② 身体合併症 | 23.0% |
| ③ 家族・介護環境 | 10.7% |

(出典: 第3回安心と希望の介護ビジョン こだまクリニック
木之下医師提出資料)

介護負担度と周辺症状



(出典: 杏林大学物忘れセンターにおけるデータ)

Ⅱ 認知症の行動・心理症状に関する論点

- B P S Dの発生頻度と介護負担については、発生頻度が多いほど介護負担が重くなるといった相関関係があり、特に在宅の認知症者に対するB P S D対策は、在宅生活の継続のためにも重要であると考えられている。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、在宅におけるB P S D対応の支援、B P S Dに対する適切なケアの提供を図るため、適切なB P S D対応等を行う緊急時の短期入所系サービスの評価のあり方について検討する旨の提言がなされている。
- 現状の介護サービスにおいては、短期入所生活介護、短期入所療養介護における「緊急短期入所ネットワーク加算（1日50単位）（※1）」により緊急時のベッド確保について評価しているものの、これはB P S Dに特化したものではない。
- これらを踏まえ、認知症の在宅生活の継続を支援するため、B P S Dの急性期に短期入所系サービス又は認知症対応型共同生活介護の短期利用（※2）において緊急対応した場合に特化した評価をする必要があるのではないか。

※1 「緊急短期入所ネットワーク加算」

短期入所生活介護と短期入所療養介護の複数の事業所が合計して100床以上のベッドを確保の上ネットワークを組み、緊急対応が必要な利用者を24時間体制で受け入れた場合、原則7日間を限度として、通常報酬に50単位を加算する。

※2 認知症対応型共同生活介護における「短期利用共同生活介護費」

認知症対応型共同生活介護の事業開始から3年以上経過している施設であって、一定の研修を修了した介護従業者が確保されている場合、1ユニットにつき1名を限度として、短期利用共同生活介護費を算定できる。

若年性認知症対策の状況について

I 若年性認知症対策における現状と課題

- 介護サービスにおける若年性認知症に特化した対応としては、通所介護、通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算（※）があるが、利用者数は極めて少ない。
- 若年性認知症者のうち30%が何らかの介護サービスを利用しており、特別養護老人ホームや通所系サービスの利用が多くなっている。

愛知県において介護サービスを利用している 若年性認知症者のサービス内訳

（複数回答、単位・人）

介護サービス利用者数	331人(30.3%) (全数1,092人中)	
デイサービス、デイケア (加算算定の有無は不明)	84	24.5%
訪問介護	11	3.2%
訪問看護	7	2.0%
ショートステイ	40	11.7%
グループホーム	36	10.5%
特別養護老人ホーム	118	34.4%
その他	80	23.3%
無回答	10	2.9%

（出典：三センター共同研究「若年性認知症のケア及び社会的支援に関する研究事業、平成18年度認知症研究・研修大府、東京、仙台センター」）

○ 若年性認知症ケア加算の利用状況

利用者数推計 250人

（通所介護全体837,700人の0.03%）

（出典：介護給付費実態調査月報平成20年4月審査分）

・利用者数の推計方法

$$\frac{\text{若年性認知症ケア加算の算定日数 月間2,200日}}{\text{認知症対応型通所介護の1人あたり平均利用日数 月間8.8日}} = 250人$$

※ 若年性認知症ケア加算（通所介護の場合）

- ① 若年性認知症利用者に適切に対応できる看護職員又は介護職員を配置し、
- ② 若年性認知症利用者の主治の医師等と適切に連携し、
- ③ 若年性認知症利用者のみにより構成される単位に対し指定通所介護が適切に提供されているとともに、
- ④ 利用者又はその家族等に対する相談支援、情報提供等を行っている

指定通所介護事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所介護を行った場合に1日につき60単位を加算する。

Ⅱ 若年性認知症対策における論点

- 若年性認知症については、身体機能が健常な場合が多く、認知症高齢者と比べて介護負担が重いと言われている。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、「若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入のあり方等について検討する。」との提言がなされている。
- 現状の介護サービスにおける若年性認知症者の受け入れに関する評価については、通所系サービスにおいて「若年性認知症のみにより構成されるグループに対し、専用の職員配置や専用の介護が提供される場合に加算される若年性認知症ケア加算（1日60単位）」があるが、本加算の活用は進んでいない。
- 事業者としても、短期入所系サービスないし施設、入居系サービスについては、加算対象となっていないことから若年性認知症を受け入れるインセンティブがなく、また利用者団体からは、若年性認知症者を受け入れる通所介護の加算要件の撤廃などの要望が寄せられている。
- これらを踏まえ、現行の若年性認知症ケア加算を見直し、若年性認知症の人が、現状の対象施設に加え介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、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等のサービスを利用した場合も評価の対象とすることとしてはどうか。

認知症ケアの専門性の普及・向上の状況について

I 認知症介護研修の現状と課題

1 認知症介護指導者研修の現状と課題

- ① 認知症介護指導者養成研修は、医師、看護師、保健師、理学療法士、社会福祉士、介護福祉士等の資格を有する者又はこれに準ずる者に対し、認知症介護研究・研修センター（東京、仙台、大府）において約10週間に亘り、質の高い認知症介護を実践の場に一般化するため、**あらゆる場での認知症介護研修を企画・運営できる指導者を養成**することを目的として実施され、これまでに約1,000人が研修を修了し、認知症介護実践研修の講師などを行っている。
- ② 認知症介護指導者は資格制度ではないことから、研修修了者に対する特別の評価は実施していない。

研修の目的

【認知症介護研修体系】

受講要件

認知症介護指導者研修修了者の勤務先（研修受講時）

認知症介護実践研修の企画立案、介護の質の改善に対する指導者

認知症介護指導者研修

認知症介護について10年以上の現場経験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

事業所の運営管理に関する知識、技術の修得

認知症対応型サービス事業管理者研修

実践研修修了者であって現場経験3年以上の者

事業所内のケアチームにおける指導者役

認知症介護実践リーダー研修

実践研修受講後1年以上経過した者

認知症介護の理念、知識及び技術の修得

認知症介護実践者研修

現場経験1～2年の者

	人数(人)	割合(%)
特別養護老人ホーム	368	33.5
グループホーム	222	20.2
介護老人保健施設	192	17.5
介護療養型医療施設	35	3.2
その他	281	25.6
計	1,098	100.0

※ 「現場経験」とは、認知症高齢者の介護に従事した経験をいう。

2 認知症介護実践研修の現状と課題

- ① 認知症介護実践研修は、以下の研修のことをいう。
 - a 実践者研修…概ね実務経験2年程度の者を対象とし、認知症介護の理念、知識及び技術を習得させることをねらいとした研修（全国に約90,000人）
 - b 実践リーダー研修…実践者研修を修了して1年以上経過した者を対象とし、実践者研修で得られた知識をさらに深め、事業所等においてケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有したリーダーを養成することをねらいとした研修（全国に約14,000人）
- ② これらの研修のうち、実践者研修においては、認知症対応型共同生活介護の人員基準において、計画作成担当者に受講義務を課しているが、実践リーダー研修においては、研修修了者に対する特別の評価は実施していない。

II 専門的な認知症ケアの普及について

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、「介護の現場に対する専門的な認知症ケアの普及を促進するため、認知症介護指導者等介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討する。」との提言がなされているが、どう考えるか。

認知症診断の促進について

I 認知症診断の促進における論点

- 介護保険施設の入所者の中には、認知症の疑いがあっても認知症の確定診断を受けていない者がいるものと思われ、確定診断を促進し、より適切なケアを提供する必要がある。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、認知症の早期発見、適切な確定診断、早期対応が課題となっており、今後、認知症疾患医療センターの活用を積極的に進めていく必要がある。
- このため、老人保健施設入所者のうち、認知症の疑いのある者については、認知症疾患医療センターに紹介し、認知症の鑑別診断を行えるよう促す制度上の仕組みを構築することが重要であることから、老人保健施設の配置医師が、認知症の疑いのある者について、鑑別診断を目的として認知症疾患医療センター等に診療情報と共に紹介した場合、報酬上の評価をすることとしてはどうか。

※ 「認知症疾患医療センター」（平成20年度創設）

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、担当者の配置による介護との連携や認知症を専門としない一般開業医等への研修を行う。

身体的一般検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な総合病院等に設置され、認知症疾患の鑑別診断のための人員、検査体制を有する医療保険の施設。

參考資料

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

今後の認知症対策の全体像（認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告 H20.7.10）

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケア標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及 認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの評価のあり方の検討 認知症サポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 国民に対する広報啓発 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症対応の介護サービスの評価 就労継続に関する研究

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」の対応方針

認知症PTにおける実施事項		今後の対応方針
実態把握	認知症の有病率に関する調査の実施	厚生労働科学研究費特別研究において実施中 老人保健健康増進等事業において実施中
	認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施	
	より客観的で科学的根拠に基づく認知症日常生活自立度の検討	
研究開発	アルツハイマー病の促進因子・予防因子の解明(5年以内)	厚生労働科学研究費長寿科学総合研究事業にて実施中
	アルツハイマー病の早期診断技術の実用化(5年以内)	
	アルツハイマー病の根本的治療薬の実用化(10年以内)	
	中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの推進	認知症短期集中リハビリテーション実施加算の対象拡大等
医療対策	認知症診療ガイドラインの開発・普及支援	ガイドラインの改訂中（平成21年5月に公表予定）
	認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置	・認知症疾患医療センター運営事業にて実施中 ・認知症疾患医療センターに介護との連携担当者の配置等について概算要求
	認知症専門医療機能の充実や、地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修の充実	
	(中・長期的対策:認知症にかかる精神医療等の在り方の検討)	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
適切なケアの普及 本人・家族支援	認知症ケアの標準化・高度化	認知症ケア高度化推進事業により実施中
	海外における認知症ケアの先進技術の導入	認知症対策総合研究経費を概算要求
	認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備	・認知症対策連携強化事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、事前調査を実施中
	専門職同士による認知症やその医療・介護に関する研修の実施	・認知症地域ケア多職種共同研修事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、事前調査を実施中
	都道府県・指定都市にコールセンターを設置	・認知症対策普及・相談・支援事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、コールセンターマニュアル作成事業を実施中
	「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進	平成17(2005)年から実施中。終期は平成26(2014)年
	(中・長期的対策①:認知症ケアの評価のあり方の検討)	認知症介護指導者研修等の専門研修を修了した者による専門的なケアを評価
	(中・長期的対策②:在宅におけるBPSD対応の支援等)	BPSD対応のための緊急ショートステイの評価
	(中・長期的対策③:認知症サポーター増員)	10か年構想の1事業として展開中。平成20(2008)年8月現在580,885人(目標100万人)
	(中・長期的対策④:小・中学校における認知症教育の推進)	小・中学生向けのパンフレット作成・配布について文部科学省と検討中
若年性認知症対策	若年性認知症相談コールセンターの設置	・若年性認知症対策総合推進事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、若年性認知症に対する効果的な支援に関する調査研究事業を実施中
	認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成	
	若年性認知症就労支援ネットワークの構築	
	若年性認知症ケアモデル事業の実施	
	国民に対する広報啓発	
	(中・長期的対策①:若年性認知症対応の介護サービスの評価)	介護サービス事業者が、若年性認知症者を受け入れた場合の評価
(中・長期的対策②:就労継続に関する研究)	高齢・障害者雇用支援機構が研究中	

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」概要①

今般、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、報告書が取りまとめられた。その概要は以下のとおりである。(平成20年7月10日公表)

〈概 要〉

- 本プロジェクトは、今後の認知症対策をさらに効果的に推進し、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ことが必要との認識の下、厚生労働大臣の指示の下に設置された。
- 本プロジェクトの検討においては、医療、介護等の有識者に参画いただいたとともに、認知症の人の家族や認知症対応型サービスの代表者からのヒアリング等を実施した。
今般、その結果を以下のとおり取りまとめたところである。

I これからの認知症対策の基本方針

- 今後の認知症対策の基本方針は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進
- 具体的には、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進するため、財源の確保も含め、必要な措置を講じていく必要がある。

II 今後の認知症対策の具体的内容

1 実態の把握

- 認知症患者数を正確に把握するため、医学的に診断された認知症の有病率調査を実施
- 認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用の実態や、地域における認知症に対する医療・介護サービス資源の実態等について調査を実施
- 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」は、より客観的で科学的根拠に基づくものへの見直しを検討

2 研究・開発の促進

- 今後5年以内に、アルツハイマー病の促進因子・予防因子を解明し、有効な予防方法を見いだすことを目標とした研究を促進
- 今後5年以内に、アルツハイマー病について早期に、確実に、身体に負担をかけない診断が可能となるよう、アミロイドイメージングによる画像診断、血液中のバイオマーカー等の早期診断技術の実用化を目標とした研究推進
- 資源を集中し、今後10年以内にアルツハイマー病の根本的治療薬の実用化を目標とした研究を推進
- 中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究を推進

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

- 認知症診療ガイドラインの開発・普及、専門医療機関の整備等により、早期診断の促進とBPSDの急性期や身体合併症への適切な対応を促進
- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150か所整備し、地域包括支援センターとの連携担当者を配置
- 認知症の専門医療を提供する医師の育成や研修体系の構築

4 適切なケアの普及及び本人・家族支援

- 認知症ケアの標準化・高度化に向けた取組みの推進
- 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターを認知症疾患医療センターに対応して新たに全国に整備し、医療から介護への切れ目のないサービスを提供
- 身近な地域の認知症介護の専門家等が対応するコールセンターを設置

- 市町村等による定期的な訪問相談活動等きめ細やかな支援の取組みを推進
- 「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進
- 認知症介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討
- 在宅におけるBPSD対応の支援、BPSDに対する適切なケアの提供を図るため、適切なBPSD対応等を行う緊急時の短期入所系サービスの評価のあり方について検討

5 若年性認知症対策

- ① 気軽に相談できる全国1か所の若年性認知症コールセンターを設置し、
 - ② 認知症連携担当者が新たに診断された若年性認知症の人を把握し、本人の状態に合わせて雇用・就労サービスや障害者福祉、介護サービスにつなぐとともに、
 - ③ 医療・福祉と雇用・就労の関係者からなる若年性認知症就労支援ネットワークの創設、
 - ④ 若年性認知症ケアのモデル事業の実施による研究・普及、
 - ⑤ 国民、企業等への広報啓発
- 若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入のあり方等について検討

〈基本方針〉

認知症共同生活介護とは、認知症であるものについて、共同生活住居において、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。

〈人員基準〉

(1) 介護職員

ア 日中 共同生活住居ごとに利用者3人に対し1以上

イ 夜間及び深夜 共同生活住居ごとに夜勤1人以上。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、他の共同生活住居との兼務も可。

(2) 計画作成担当者

共同生活住居ごとに1人。うち1人以上は介護支援専門員であること。

※ 認知症介護に関する研修を修了していることを要する。

(3) 管理者

共同生活住居ごとに1人。

※ 認知症介護に関する研修を修了していることを要する。

〈設備基準〉

○ 共同生活住居の数 1又は2

○ 共同生活住居の入居定員 5人以上9人以下

○ 居室の床面積 7.43㎡以上