

令和3年度介護報酬改定に向けて (地域包括ケアシステムの推進)

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)①

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

<基本的な考え方>

- 尊厳の保持と自立支援という介護保険の原点に立ち、利用者視点の議論が必要。加算についても、加算算定を目的とするのではなく、本人の自立や尊厳の保持にどのように繋がっているかという視点で検討が必要ではないか。
- 制度設計の視点から、基本報酬部分ではどのようなサービス提供を行っているのか、各種加算については効果検証によるきめ細かい施策の対応が必要ではないか。
- 生産年齢人口が減少する中で、財政面、人材面の両面を担保して、制度の安定性・持続可能性を確保することが地域包括ケアシステムを推進する上でも極めて重要ではないか。議論するに当たっては、評価すべき点と適正化すべき点の両方を見ながらメリハリのある対応を行うことが重要。
- これまで議論されてきた、地域包括ケアシステム等や、ICF（国際生活機能分類）の考え方に則った在宅生活の限界点を高めるための議論に加え、新たな課題である社会参加などをキーワードとして、これまでの審議の経緯も踏まえながら、さらに議論を深化させていけるような論点整理をお願いしたい。
- 老老介護や8050問題、ヤングケアラーなどの問題を乗り越えるためには、役所側の縦割りの解消が必要ではないか。
- 受りたい介護を目指し、多床室におけるポータブルトイレの使用はなくしていくべきであり、また、日中の過ごし方次第で、寝たきりやフレイルなども改善も期待できる。尊厳の保持と自立支援に向けた取組を報酬で評価すべき。

<サービスの整備>

- 介護サービスの整備を進めるにあたっては、2025年や2040年以降の介護需要も見据えつつ、地域医療構想による医療提供体制の改革と一体的な議論が必要。
- 在宅サービスについて、訪問、通所、ショートステイの3本柱をバランスよく、組み合わせて活用することが重要。施設サービスと在宅サービスは密接かつ不可分な関係であり、適時適切に活用する視点を高めていくことが必要。
- 限られた人材や財源の中で、十分な介護サービスを提供するためには、特に地方等で分散しているサービスを集約し、利用者のニーズを十分に踏まえた上で重点的な体制整備を行うなど、具体的な検討が必要な段階に入ってきているのではないか。
- 「地方等で分散しているサービスを集約し」とあるが、「都市や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるように」ということに反するものであってはならない。
- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「夜間対応型訪問介護」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」の4つのサービスをシンプルにすることを検討していくときではないか。

<看取りへの対応>

- 人生の最後まで、どう尊厳が保持され、本人の意思がいかに尊重されるかということが非常に重要。人生の最終段階における意思決定を行う上で、4つの倫理原則に基づく意思決定支援の在り方を重視していくことが必要ではないか。現場で実行可能で、本人の意思を尊重できるよう、具体的かつ丁寧なガイドラインが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)②

- 入所者の7割は要介護4以上であり、重度者への対応は重要であるが、本人が希望しても、夜間に看護師がおらず看取りを行えないケースもあることから、看護師を加配した場合の評価を強化すべきではないか。
- 介護老人福祉施設において、看取りの対応のためには、施設内の看護体制の強化を進めるべきであり、重度者受入れ安定化、看取りの体制整備、外部の医療職との連携強化のためにも、夜間などへの看護職の加配への評価を検討すべき。
- 小規模多機能型居宅介護においては、看取りに係る研修があるが、本人の意思決定支援が重要であり、このような倫理面も含めた研修を各種サービスで充実していくべきではないか。
- 特定施設入居者生活介護において、医療と連携し看取りが積極的に行われ、その実績が一定以上ある事業所については、退所者の看取り率、ACPの取組状況等についての評価が必要ではないか。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく、意思決定支援を進めるためには、この内容を理解している人材が必要であり、一定の研修を受けた者の配置を評価してはどうか。あわせて、研修の仕組みも検討していくことが必要ではないか。さらに、中重度者のケアや看取りに対応できる看護職員の配置を進めるため、看護体制加算のような人員基準以上に看護職員を配置する事業所を評価する加算を設けることを検討すべき。
- 訪問介護において、看取り期には、介護の専門性が必要とされ、かつ、一定期間柔軟な対応が求められることから、柔軟な仕組みと評価が必要ではないか。
- 短期入所生活介護において、看取り期など利用者の状態が変化した場合に、かかりつけ医に、状況の相談やICT等の機器を活用したモニタリングができるような環境整備が必要ではないか。

<各サービス等における対応>

- 在宅での生活を継続するためには、在宅医療の提供が不可欠であり、継続的な訪問診療、訪問看護に加え、訪問介護を必要に応じて導入するとともに、生活機能の維持・向上を図るリハビリテーションを進めていくことが重要。
- 在宅限界を高めるためにはリハビリが重要であり、老健施設がリハビリの機能を高め、在宅限界を高める役割を担うことが重要。また、認知症へのリハビリの実施や、認知症の家族の方のレスパイト的な対応も進めていくことが必要。
- 中重度の医療ニーズや看取り期への対応や認知症の方への支援等における、訪問看護、看多機の重要性は高い。看取りへの対応は看多機の強みであり、人材確保や土地等の確保に制約がある地域でも展開しやすいよう、人員基準やサテライトの設置基準等の見直しが必要ではないか。
- 地域包括ケアシステムを推進するにあたっては、在宅サービスを利用し続けられるような報酬を考えていく必要があるのではないか。
- 高齢者の状態変化にきめ細かく対応するためには、地域密着型サービスのような複合型で、かつ包括報酬で支払われるサービスの拡大について議論すべきではないか。
- 地域密着型サービスが、要介護度の維持や改善等により在宅限界を高めることに寄与していることを適切に評価する仕組みが必要。栄養関係の加算などの各種加算の取得を容易にし、事業者が安定的に運営でき、従業者も安心して働き続けることができるようにすべき。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)③

- 高齢者向け住まいは、多くの要介護者が利用しており、地域との交流を活発にするとともに、地域に開かれた住まいとして地域の中で透明性の高い運営が推奨される。また、ニーズに応じたターミナルケアや看取りの増加も想定されるため、例えば、特定施設入居者生活介護において、介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションの提供ができるよう見直し、人生の最終段階を支えていく体制を強化すべきではないか。
- 在宅か施設かだけでなく、高齢者向けの住まいを活用していくことも考えられるのではないか。
- 前回改定で共生型サービスを入れたが、障害者のニーズを踏まえた検討が必要ではないか。

<認知症への対応>

- 認知症の方が増えている中で、横断的な事項として「認知症」を検討すべきではないか。
- 住民の認知症への理解は不可欠であり、例えば介護事業所等における、住民主体や住民を巻き込んだ取組を積極的に促すことも考えられるのではないか。
- 認知症の対応力向上研修について、内容の充実を図るとともに、研修対象者について歯科診療所のスタッフにも広げるべきではないか。
- 認知症に特化しない形でサービス提供を行うことが理想であり、サービスの質を高めていくことが必要ではないか。
- 認知症ケアとして、ご本人へのケアに加え、認知症の方同士の出会いや、家族同士の出会い、家族への支援を組み合わせた形での支援が世界的にも効果があると言われており、検討の余地があるのではないか。
- 認知症対応型通所介護について、通所介護事業所よりも料金が高いということで利用者から敬遠されないように、その目的や役割が利用者に伝わる仕組みが必要ではないか。また、通所介護事業所で認知症の者を受け入れている場合も多いことから、地域の実情に応じた弾力のある対応を可能としていくことが良いのではないか。

<専門職の関与>

- 認知症ケアの充実や看取りに関し、専門性の高い看護職が取り組む事ができる報酬体系の整備が必要ではないか。
- 施設や在宅における療養生活の限界点を高めるための機能強化が必要であり、そのための多職種連携が重要。例えば組織を超えての専門職活用の仕組みの促進や、ICTを活用した多職種連携の促進が必要。
- 通所介護等も含め口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりを進めていくことが必要ではないか。
- 受診の際に介護支援専門員が同伴し、かかりつけ医とその場で情報のやりとりをすることについて、医療介護連携の一つの形ということで、評価を検討すべきではないか。
- 利用者が退院した場合の受け皿となっていることから、小多機の介護支援専門員にも、居宅介護支援事業所の入院時情報提供加算と同趣旨の加算と仕組みをつくることで、小多機としての役割をより果たせるのではないか。
- 特定施設入居者生活介護の現行の報酬では基準以上の配置は困難であり、施設の看護職員と連携を取りながら、外部から介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションが提供できる仕組みを設けることで、ターミナルケア等の充実が図れるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見(地域包括ケアシステムの推進)④

<地域の特性に応じたサービスの確保>

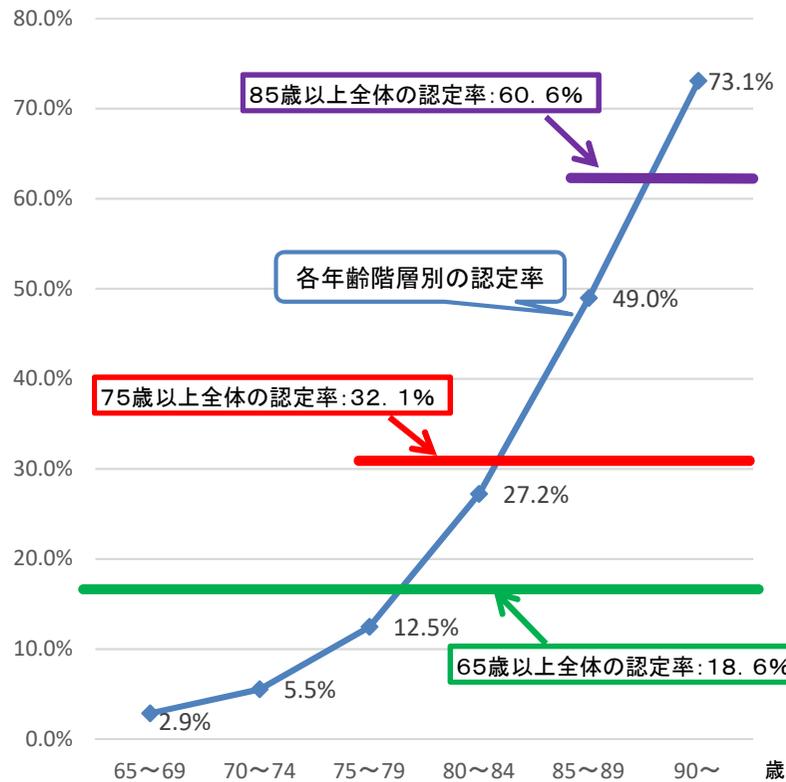
- 条件不利地域などに住む高齢者が置き去りにならないよう、いかなる地域においても、人材確保を含め、必要なサービスを継続的に受けることのできる施策展開が必要で、今回の改定でもしっかり議論すべき。
- 離島や中山間地域においても持続可能なサービス提供と新規参入、介護人材の確保ができるような仕組みの構築が必要ではないか。その際、利用者負担が増加しないよう国が支援すべき。
- 中山間地域を中心に人材確保ができず、ニーズどおりの訪問が困難な地域もあることから、人材不足が、報酬によるものか業務の特異性によるものか、しっかりと考えておく必要があるのではないか。
- 通所介護の送迎について、地域差を考えるべきであり、例えば豪雪地域での送迎は雪かきだけでも相当の負担が発生することから、自治体での支援等の実態も踏まえ検討すべき。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、冬期の積雪や長距離移動が必要な地域等では、事業所が採算がとれず十分なサービス提供ができないという課題があり、地域の実情や利用者の居住状況に応じた報酬単価とする等の見直しを行っていく必要があるのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護について、「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」は、積極的に検討すべき。
- 登録や利用の定員を地域の実情に応じ柔軟に設定できるようにすることで、経営状況が改善する場合もあるのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護について、「過疎地域において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定期間行わない措置」を行っても、介護サービスが不足しているという問題の根本的な解決にはつながらないのではないか。この措置を講ずるのであれば、適正なサービス提供の確保を前提とし、超過人数や期間は最小限にとどめ実施するべきではないか。
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しとして、認知症対応型通所介護における中山間地域等に居住する者へのサービス提供を評価する方向については問題ないのではないか。
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の見直しは、都市部や中山間地域のいかにかわらず、そのサービスを受けることができるようにする観点と利用者のニーズや地域の事業者の実情をよく踏まえた上で対応を検討すべき。
- 生活機能向上連携加算について、離島や中山間地域などでは、リハビリテーション職などの専門職の不足しており、その人材育成・確保を進めない限り、加算算定の促進も難しいのではないか。
- 地方での受入環境を整備するため、人材確保については、一定期間、資格要件を緩和することや、一定の研修期間を設けて、そこをクリアしたら従事できるということも考えていく必要があるのではないか。

1. 医療・介護の連携と看取りへの対応

年齢階級別の要介護認定率と人口1人当たりの介護給付費

年齢階級別の要介護認定率

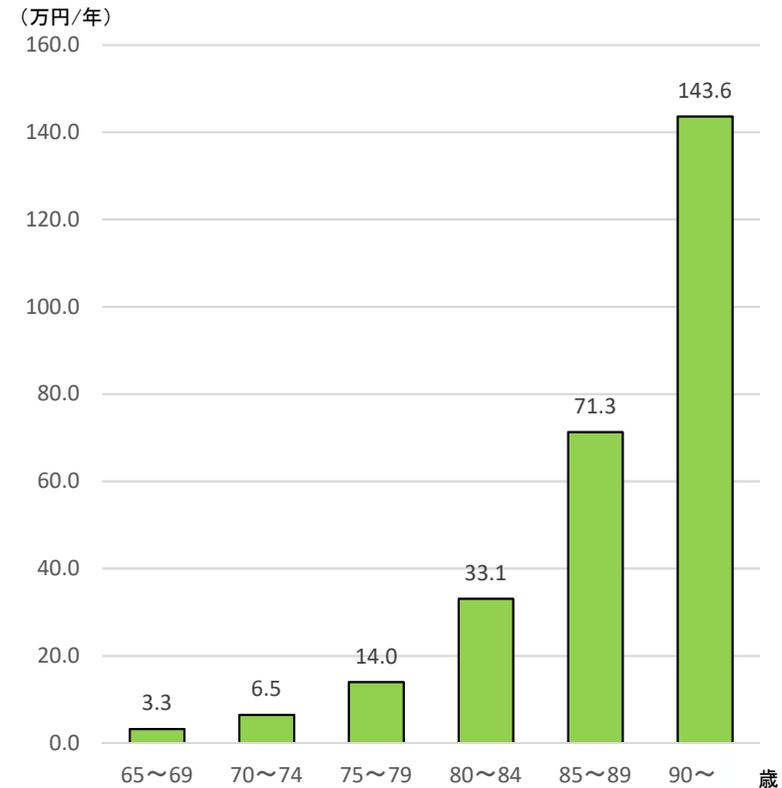
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2019年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2019年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

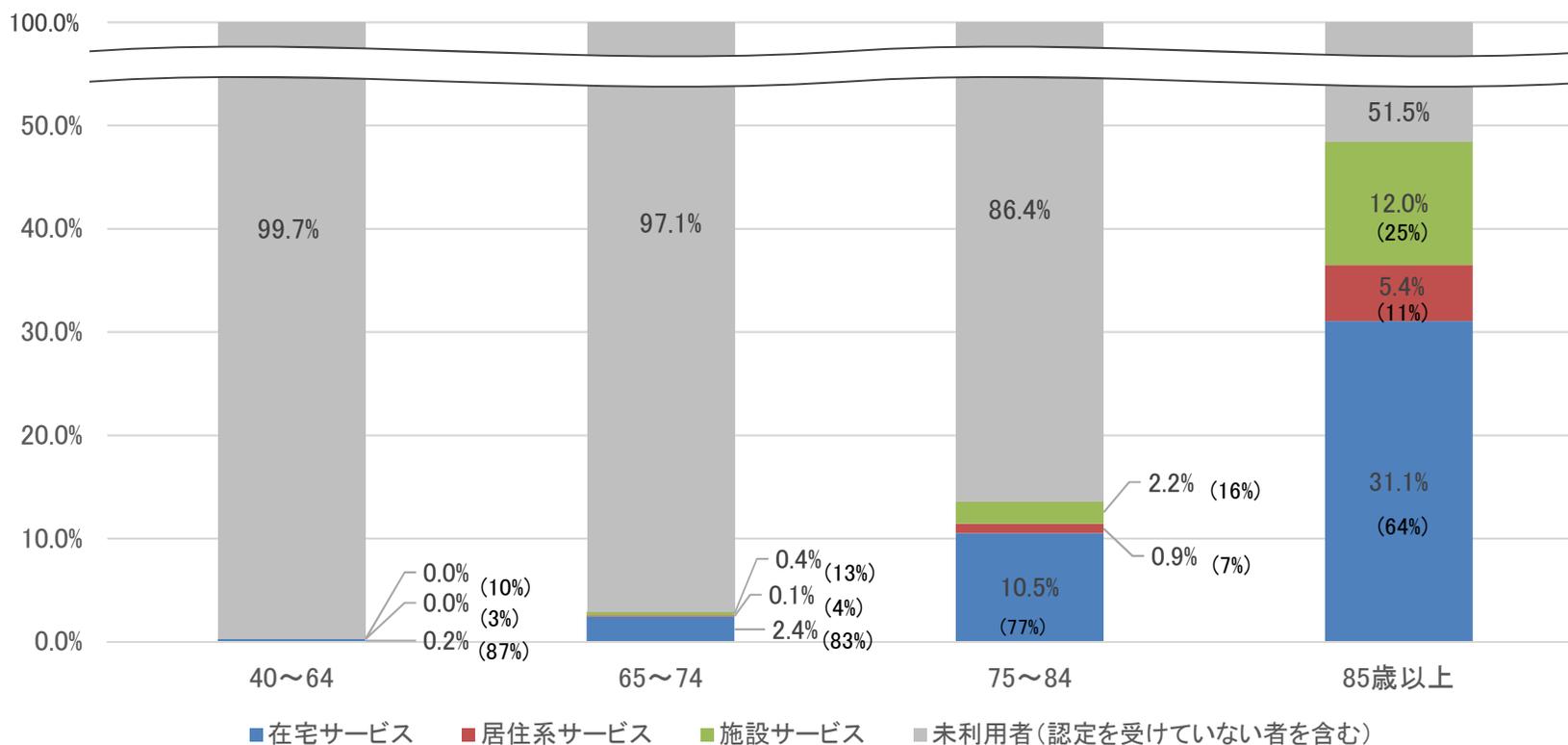


出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注)高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

サービス類型別の利用者割合(年齢階級別)

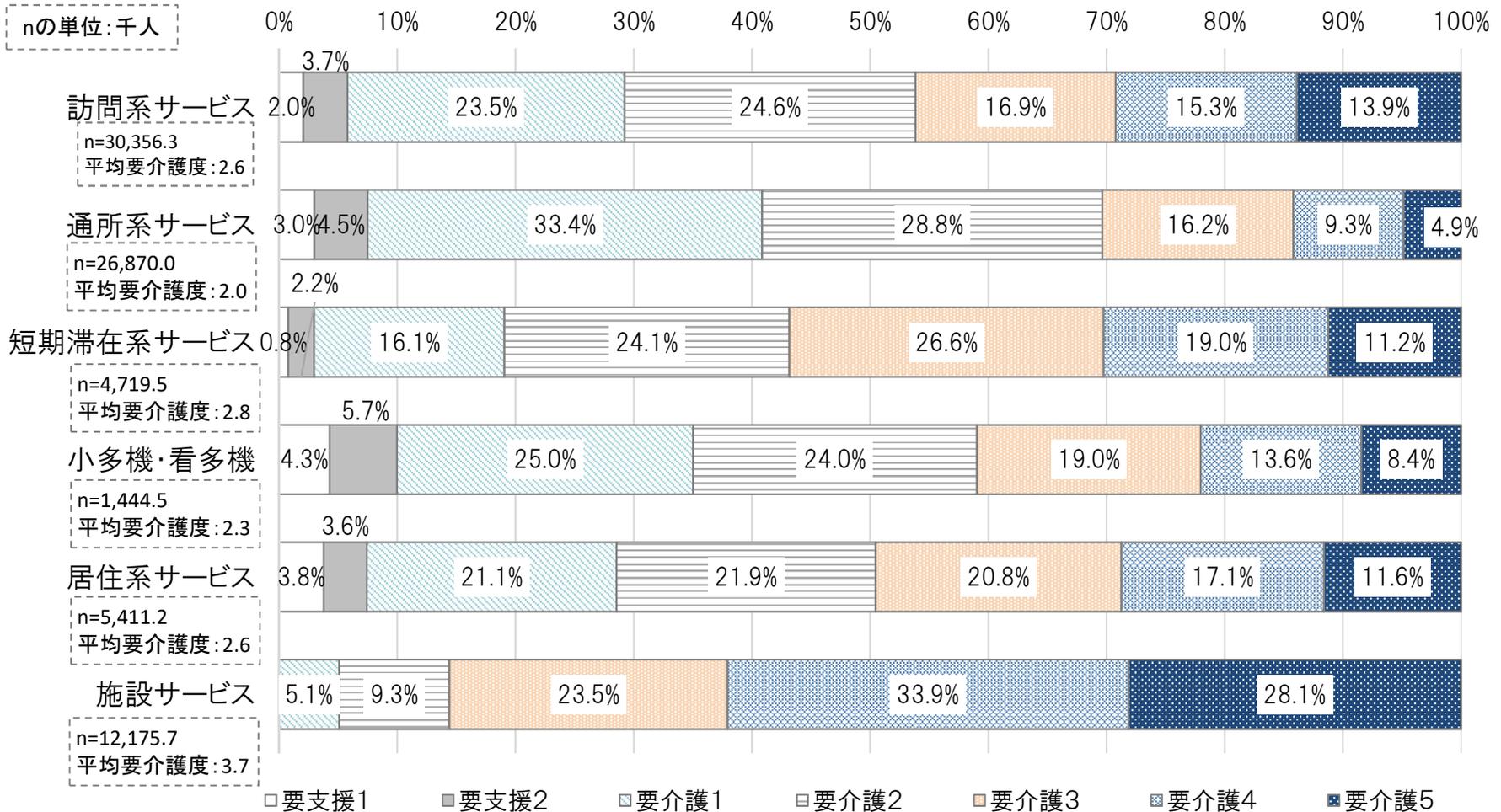
- 全年齢を通して、基本的には在宅サービスの割合が多いものの、年齢が上昇するにつれ、施設サービスの割合が上昇。特に85歳以上の上昇が大きい。
- 75～84歳層になると、居住系サービスの比率が増加。85歳以上の層になると、施設サービスの比率が増加。



(○%): 在宅サービス、居住系サービス、施設サービスの合計を100%とした場合

※ 「介護給付費等実態調査」(厚生労働省政策統括官)の結果(平成29年度)及び「人口推計」(総務省統計局)を元に作成

サービス類型別の要介護度割合



訪問系サービス：訪問介護＋訪問入浴介護＋訪問看護＋訪問リハビリテーション＋居宅療養管理指導＋定期巡回・随時対応型訪問介護看護＋夜間対応型訪問介護

通所系サービス：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

短期滞在系サービス：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)＋小規模多機能型居宅介護(短期利用)＋認知症対応型共同生活介護(短期利用)＋地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)＋看護小規模多機能型居宅介護(短期利用)

小多機・看多機：小規模多機能型居宅介護＋看護小規模多機能型居宅介護

居住系サービス：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

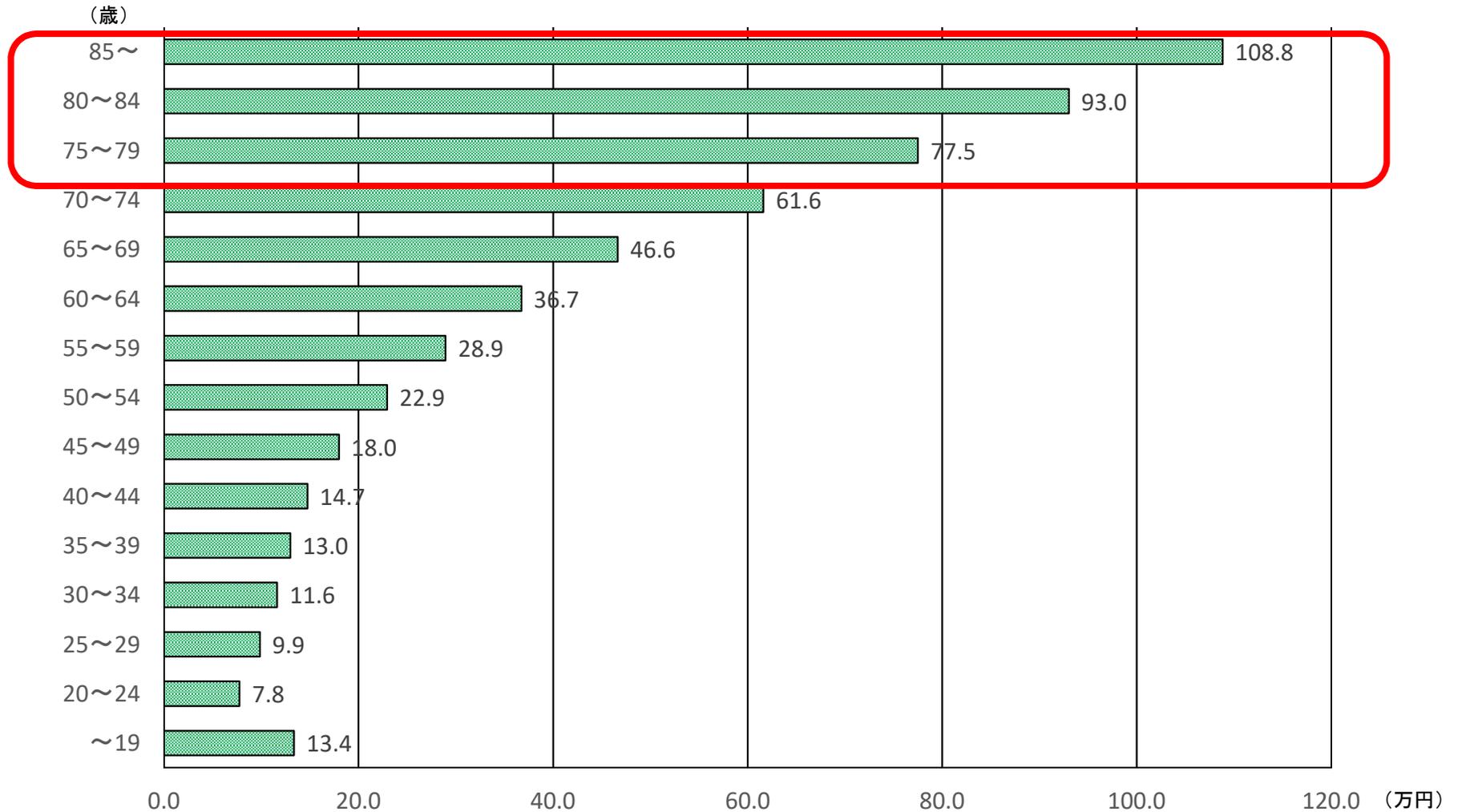
施設サービス：介護福祉施設サービス＋地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護＋介護保健施設サービス＋介護療養施設サービス＋介護医療院サービス

(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)

年齢階級別の1人当たり医療費

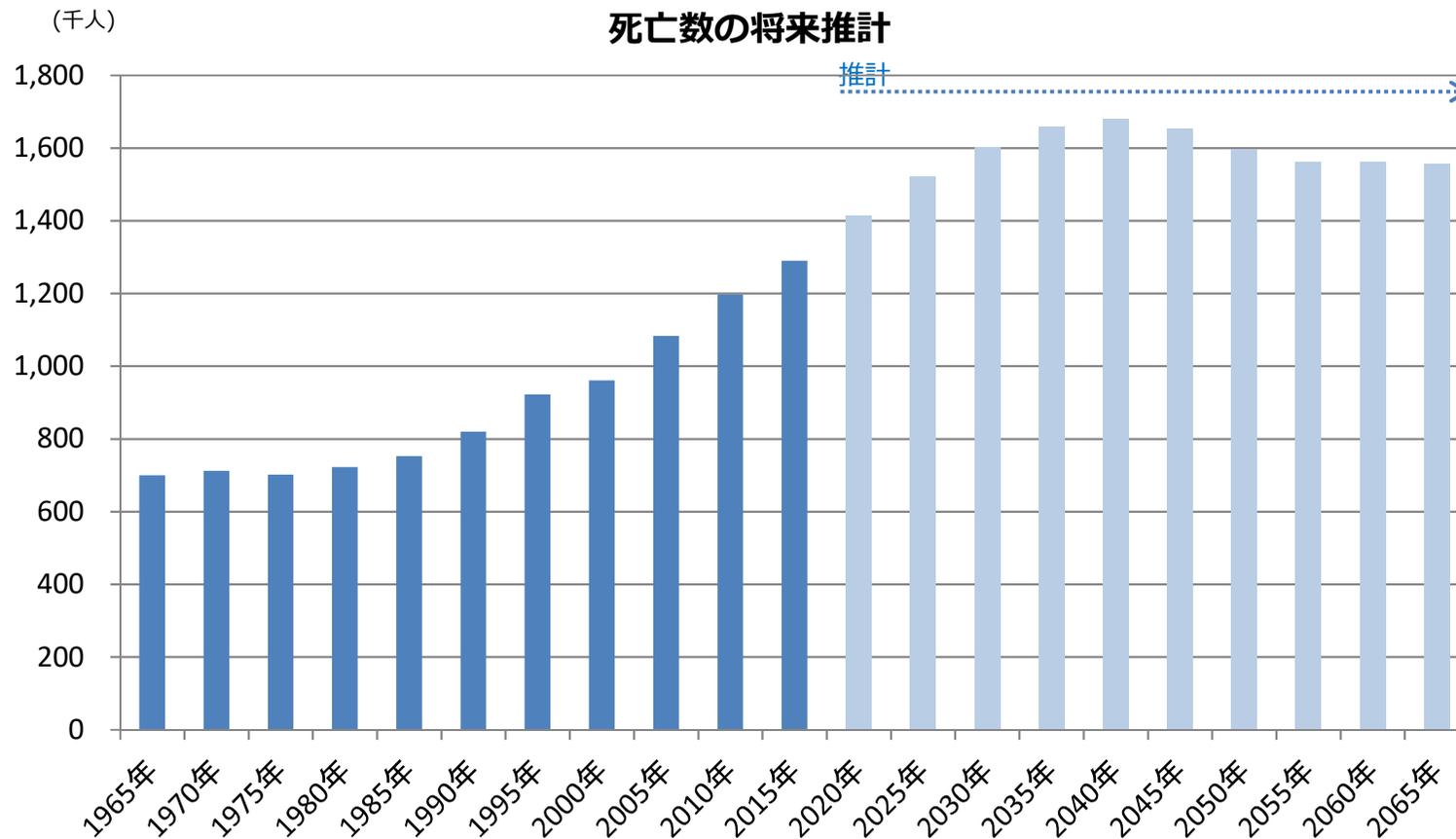
○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

死亡数の将来推計

- 今後も年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。

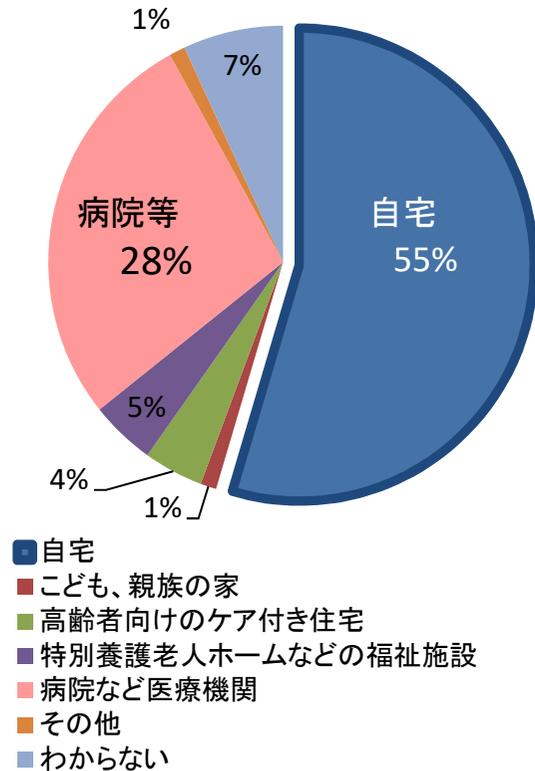


出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

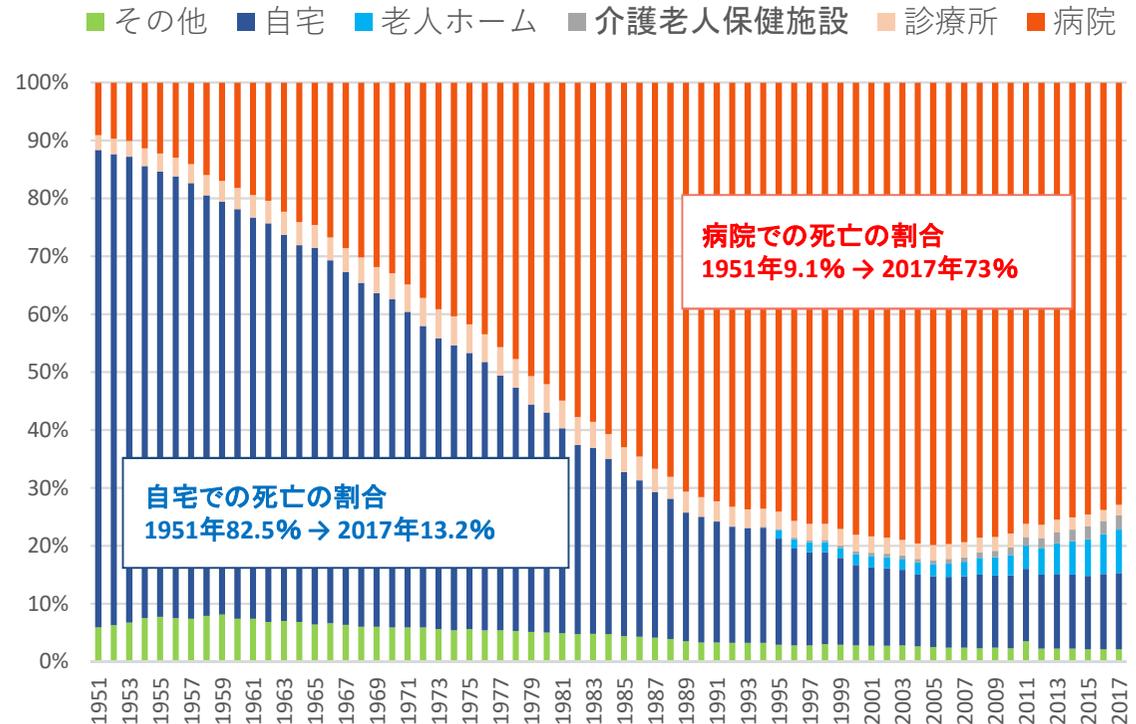
死亡場所の推移

- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



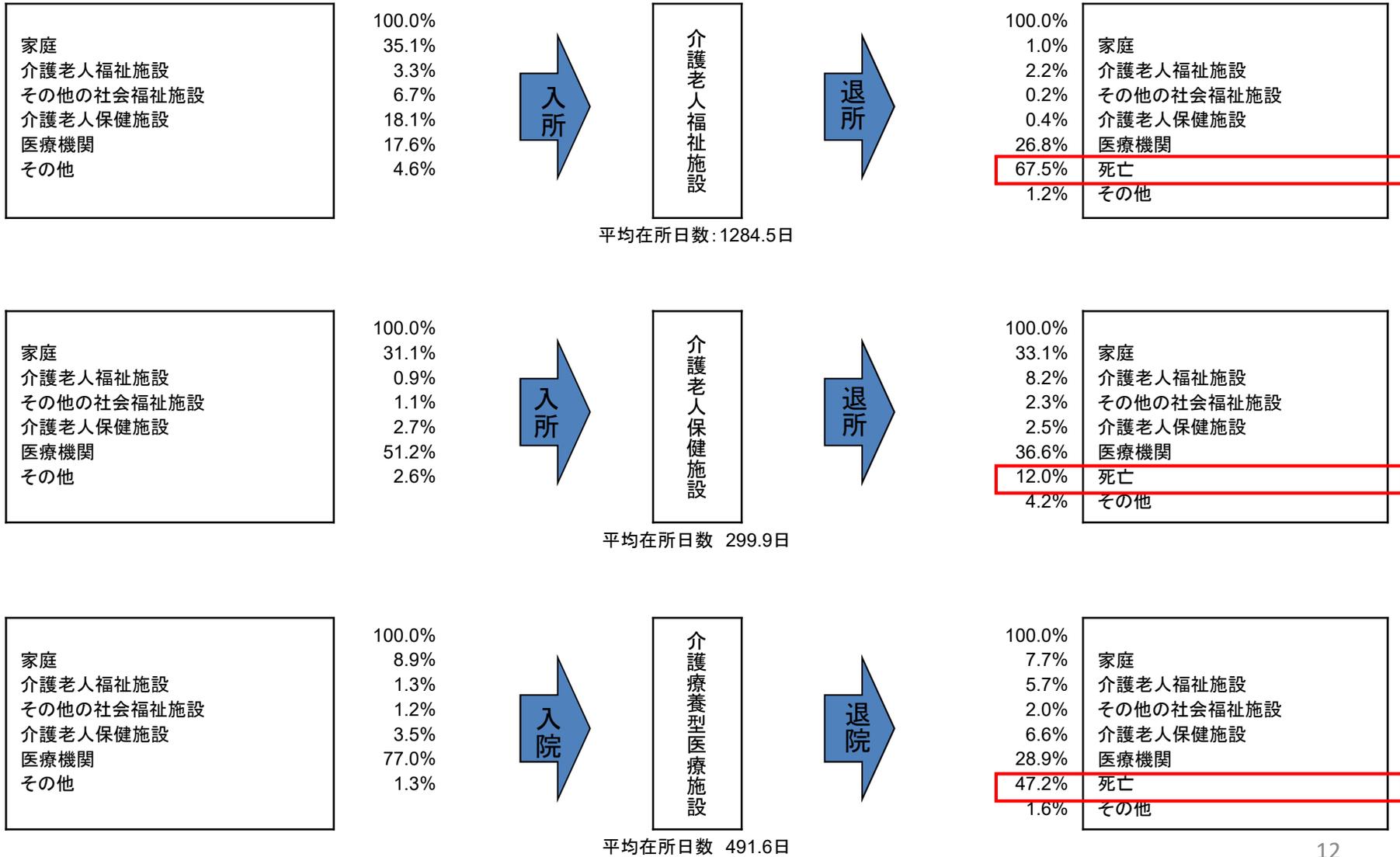
死亡の場所の推移



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

出典：平成29年人口動態調査

介護保険三施設における入所者・退所者の状況



高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

○ 高齢者向け住まいにおける退所理由も、「死亡による契約終了」が最も多い。

(新規入居者数 n=8,786)	100.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設	42.8
自宅	37.5
介護老人保健施設	7.8
介護保険対象の居住系サービス	5.5
介護保険対象外の居住系サービス	3.7
特別養護老人ホーム	1.1
その他（不明を含む）	1.6

入居

介護付有料老人ホーム

退居

(退居者数 n=10,890)	100.0
死亡による契約終了	53.3
病院・診療所・ 介護療養型医療施設	19.9
自宅	6.8
うち状態がよくなったことによる 在宅復帰	2.1
介護保険対象の居住系サービス	6.6
特別養護老人ホーム	5.5
介護老人保健施設	3.5
介護保険対象外の居住系サービス	1.7
その他（不明を含む）	2.6

(新規入居者数 n=9,496)	100.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設	48.0
自宅	30.1
介護老人保健施設	7.6
介護保険対象外の居住系サービス	6.1
介護保険対象の居住系サービス	2.4
特別養護老人ホーム	0.9
その他（不明を含む）	5.0

入居

住宅型有料老人ホーム

退居

(退居者数 n=8,960)	100.0
死亡による契約終了	40.8
病院・診療所・ 介護療養型医療施設	27.5
特別養護老人ホーム	8.8
自宅	6.4
うち状態がよくなったことによる 在宅復帰	2.2
介護保険対象外の居住系サービス	5.4
介護保険対象の居住系サービス	4.9
介護老人保健施設	4.7
その他（不明を含む）	1.5

(新規入居者数 n=6,619)	100.0
自宅	44.3
病院・診療所・ 介護療養型医療施設	35.9
介護老人保健施設	7.0
介護保険対象外の居住系サービス	5.0
介護保険対象の居住系サービス	1.8
特別養護老人ホーム	0.8
その他（不明を含む）	5.0

入居

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

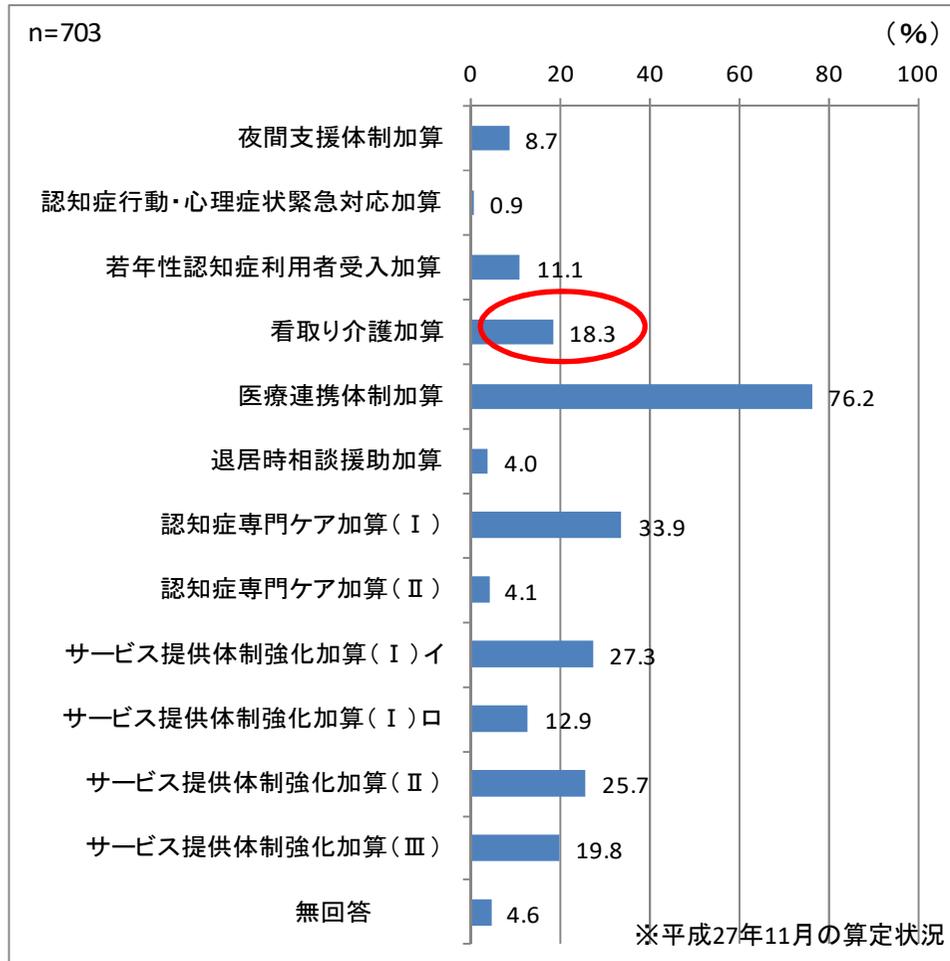
退居

(退居者数 n=6,619)	100.0
死亡による契約終了	33.7
病院・診療所・ 介護療養型医療施設	22.9
自宅	11.1
うち状態がよくなったことによる 在宅復帰	3.2
特別養護老人ホーム	8.5
介護保険対象の居住系サービス	8.4
介護保険対象外の居住系サービス	7.8
介護老人保健施設	5.4
その他（不明を含む）	2.1

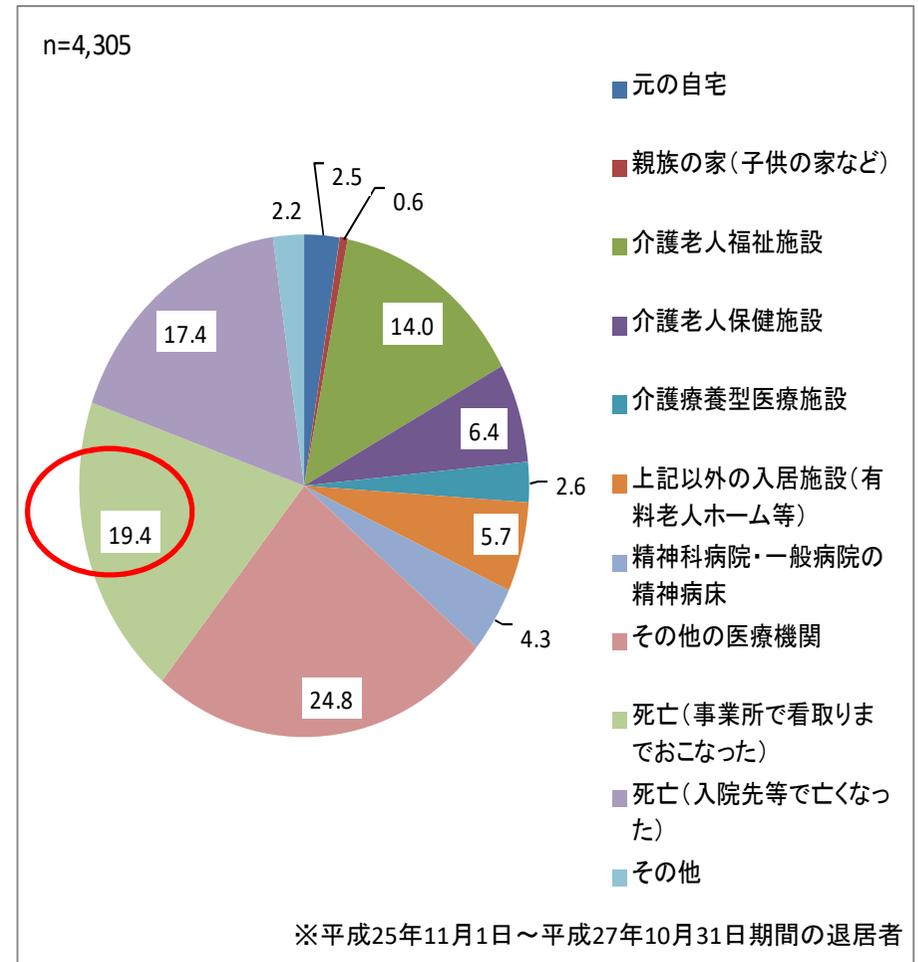
認知症対応型共同生活介護における加算の算定状況と看取りの状況

○ 看取り介護加算を算定している事業所の割合や退居者のうち事業所で看取りを行った割合は約2割

【認知症対応型共同生活介護の加算算定状況 n:事業所数】



【認知症対応型共同生活介護からの退居先 n:退居者数】



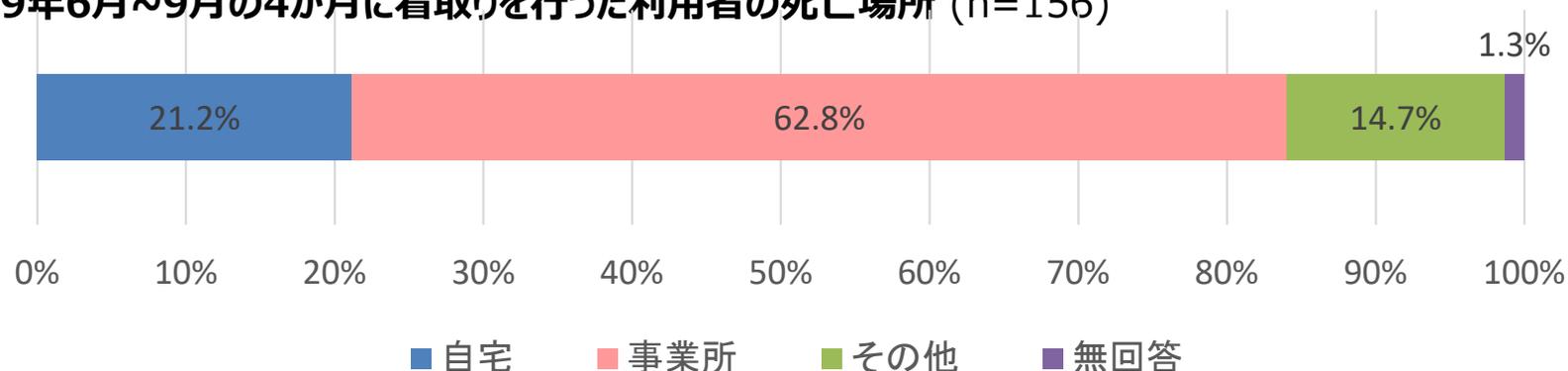
【出典】平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「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」

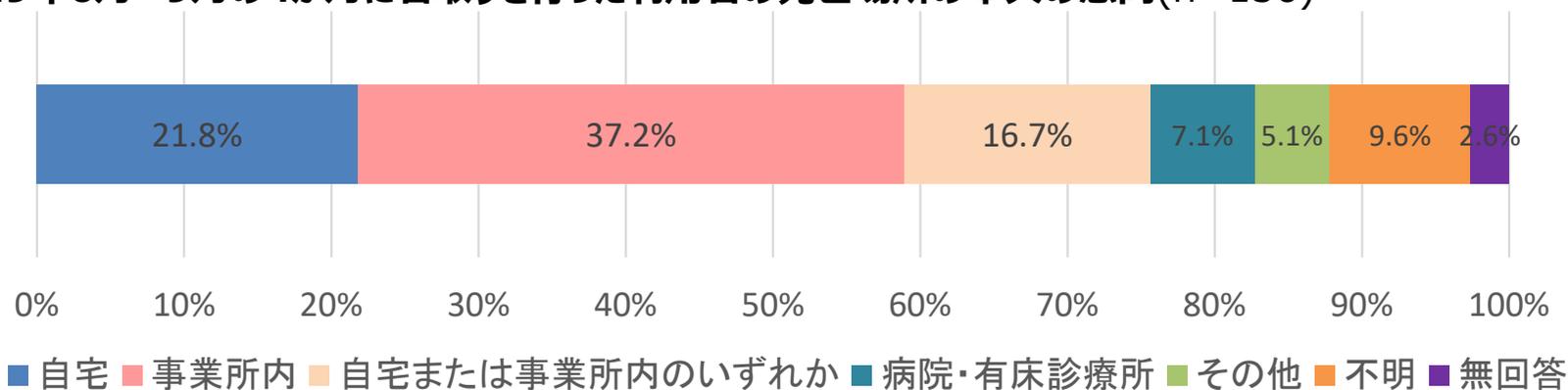
看護小規模多機能型居宅介護の看取りの状況

○ 看多機利用者の死亡場所は、「事業所内」が62.8%、「自宅」が21.2%であり、死亡場所の本人の意向は、「事業所内」が37.2%、「自宅」が21.8%、「自宅または事業所内のいずれか」が16.7%である。

■ 2019年6月～9月の4か月に看取りを行った利用者の死亡場所 (n=156)



■ 2019年6月～9月の4か月に看取りを行った利用者の死亡場所の本人の意向(n=156)

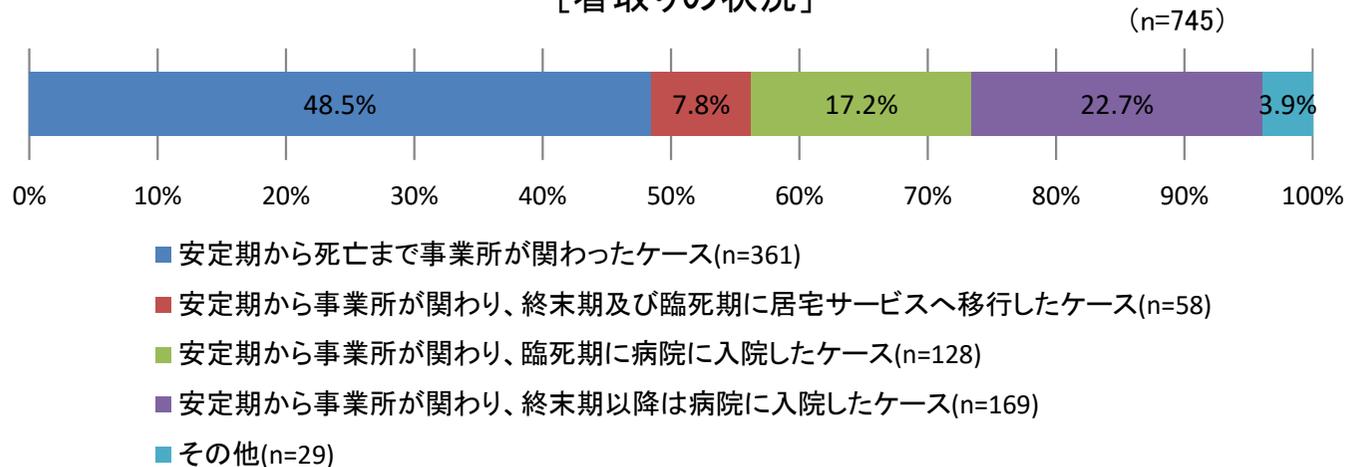


出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業」

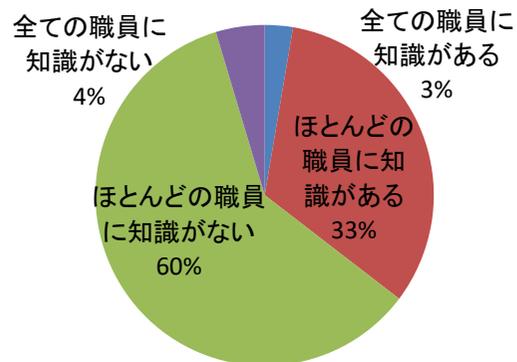
小規模多機能型居宅介護の看取りの状況

- 安定期から死亡まで通じて事業所が関わったケースは約5割であり、終末期から臨死期にかけて居宅サービスへ移行したケースは7.8%ある。
- 全て又はほとんどの職員に看取りの知識があるとする事業所は、約3割である。

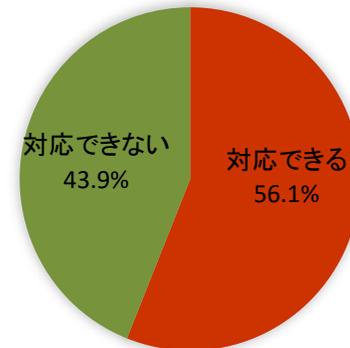
[看取りの状況]



[職員の看取りに対する知識] (n=1,524)



[事業所内の看護師の看取り対応の可否] (n=1,504)



出典：平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会) 16

介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進 (平成30年度介護報酬改定)

改定前	従来型	特段の要件なし	加算型	在宅復帰率 30%超 ベッド回転率 5%以上 等	在宅強化型	在宅復帰率 50%超 ベッド回転率 10%以上 重度者要件 35%以上 等
-----	------------	---------	------------	-----------------------------	--------------	---

改定後	その他型	右記を満たさない	基本型	指標※ 20以上 退所時指導等 リハビリテーションマネジメント	加算型	左記+指標※ 40以上 +地域貢献活動	在宅強化型	左記+指標※ 60以上 + 充実したリハ	超強化型	左記+指標※ 70以上 等
-----	-------------	----------	------------	---------------------------------------	------------	------------------------	--------------	-------------------------	-------------	---------------

※在宅復帰・在宅療養支援等指標			
評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値の和 (最高値: 90)			
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2 0サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	<p>地域に貢献する活動を行っていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等 ・ 平成30年度に限り、平成31年度中に当該活動を実施する場合を含むものとする。
充実したリハ	<p>少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ PT,OT,STによる個別リハ20分程度を週3回以上 ・ 当該個別リハを実施するにあたり、短期集中リハ実施加算、認知症短期集中リハ実施加算の要件を満たす場合には、これらの加算を算定してよい。

中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応① (平成30年度介護報酬改定)

○ ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。

訪問看護

○ 看護体制強化加算について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を新たな区分として評価する。

<p><現行> 看護体制強化加算 300単位/月 (※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)</p>		<p><改定後> 看護体制強化加算(I) 600単位/月 (新設) (※ターミナルケア加算の算定者が年5名以上) 看護体制強化加算(II) 300単位/月 (※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)</p>
---	--	---

認知症対応型共同生活介護

○ 医療連携体制加算について、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新たな区分として評価する。

<p><現行> 医療連携体制加算 39単位/日 (※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により 看護師1名以上確保)</p>		<p><改定後> 医療連携体制加算(I) 39単位/日 (※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により 看護師1名以上確保)</p> <p>医療連携体制加算(II) 49単位/日 (新設) (※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置 ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの 看護師との連携体制が必要 ※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)</p> <p>医療連携体制加算(III) 59単位/日 (新設) (※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置 ※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)</p>
---	--	---

特定施設入居者生活介護

○ たんの吸引などのケアの提供に対する評価を創設する。
○ 医療提供施設を退院・退所して入居する際の医療提供施設との連携等に対する評価を創設する。

入居継続支援加算 36単位/日 (新設)	退院・退所時連携加算 30単位/日 (新設) ※入居から30日以内に限る
-----------------------------	--

中重度者等への対応に関する加算①

	加算名	サービス	重度要件	体制要件	その他
中重度の要介護者の受け入れ	特定事業所加算(Ⅰ)	居宅介護支援	要介護3～5の利用者が40/100以上	・常勤専従の主任介護支援専門員2以上 ・常勤専従の介護支援専門員3以上	・24時間連絡体制確保 ・留意事項伝達のための会議を定期的に開催 ・他の居宅介護支援事業所と共同で研修を実施 等
	特定事業所加算(Ⅰ)(Ⅲ)(Ⅳ)	訪問介護	(Ⅰ)要介護4～5、自立度Ⅲ以上、喀痰吸引対象者が20/100以上 (Ⅲ)同上 (Ⅳ)要介護3～5、自立度Ⅲ以上、喀痰吸引対象者が60/100以上	・常勤のサービス提供責任者を一定数配置	・訪問介護員ごとに研修を実施 ・訪問介護員の技術指導のための会議を定期的に開催 ・健康診断の実施 ・緊急時の対応を明示
	中重度ケア体制加算	通所介護 地密通所 通所リハ	要介護3～5の利用者が30/100以上	・看護職員又は介護職員を基準を超えて常勤換算方法で一定以上配置 ・営業時間を通じて専従の看護職員を1以上配置	・中重度者であっても社会生活の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成
	看護体制加算(Ⅲ)(Ⅳ)	短期生活	要介護3～5の利用者が70/100以上	・常勤看護師1以上配置	・当該施設又は病院等の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保((Ⅳ)のみ)
特別な管理を要する者の受入	看護体制強化加算	訪問看護	(Ⅰ)緊急時訪問看護加算(50/100)又は特別管理加算(30/100)を算定した利用者が一定以上 (Ⅱ)上記に加え、ターミナルケア加算を算定した利用者が1以上	—	・利用者への説明・同意 ・地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取組の実施
	特別管理加算	訪問看護 定期巡回 看多機	訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者(大臣が定める者に限る(※)) (※)在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態、人工肛門を設置している状態等	—	・訪問の際、症状が重篤であった場合は、速やかに主治の医師による診療を受けられるよう支援

中重度者等への対応に関する加算②

	加算名	サービス	重度要件	体制要件	その他
特別な管理を要する者の受け入れ	重度療養管理加算	通所リハ 短期療養	大臣が定める状態にある者(※)であって要介護3～5の者 (※)常時頻回の喀痰吸引を実施、人工呼吸器を使用等	—	・計画的な医学的管理を継続的に行い、当該医学的管理の内容を診療録に記録
	医療連携強化加算	短期生活	大臣が定める状態にある者(※) (※)常時頻回の喀痰吸引を実施、人工呼吸器を使用等	・看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)(※)を算定 (※)看護師確保、看護師による24時間連絡体制確保	・看護職員による定期的な巡視 ・緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決め ・急変時の対応方針の同意
	在宅中重度者受入加算	短期生活	訪問看護の利用者が短期生活介護を利用する場合	・当該訪問看護の看護職員による健康上の管理	・サービス担当者会議等による事前の連携、情報把握
	医療連携体制加算(Ⅱ)	認知症GH	・喀痰吸引、経鼻胃管、胃瘻等の経腸栄養が行われている利用者が1以上	・看護職員を常勤換算1以上配置	・当該施設又は病院等の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保 ・重度化した場合の指針作成、利用者・家族の同意

中重度者等への対応関連加算の主な加算の算定率(算定施設割合)

サービス類型		加算名称		平均算定率(12か月)
訪問系	訪問介護	特定事業所加算	I	3.95%
			II	21.30%
			III	2.23%
			IV	0.05%
訪問系	訪問看護	看護体制強化加算	I	2.64%
		看護体制強化加算	II	5.39%
通所系	通所介護	中重度ケア体制加算	-	18.97%
	通所リハビリテーション	中重度ケア体制加算	-	25.68%
		重度療養管理加算	-	19.75%
短期滞在系	看護小規模多機能型居宅介護	看護体制強化加算	I	6.94%
			II	14.34%
	短期入所生活介護	看護体制加算	IIIイ	5.90%
			IIIロ	1.30%
			IVイ	6.66%
			IVロ	1.28%
			医療連携強化加算	
	短期入所生活介護	在宅中重度者受入加算	1	0.04%
			2	0.04%
			3	0.12%
4			0.18%	
短期入所療養介護(老健施設)	重度療養管理加算	(1)(一)、(2)(一)を算定する場合	23.87%	
		(3)を算定する場合	-	0.16%
居住系	認知症対応型共同生活介護	医療連携体制加算	I	77.57%
			II	1.04%
			III	1.94%
施設サービス	介護老人福祉施設	配置医師緊急時対応加算	1	1.68%
			2	1.49%
居宅介護支援	居宅介護支援	緊急時等居宅カンファレンス加算	-	0.29%

(出典)介護給付費等実態統計(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分)(老健局老人保健課による特別集計)及び
介護保険総合データベースの任意集計(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

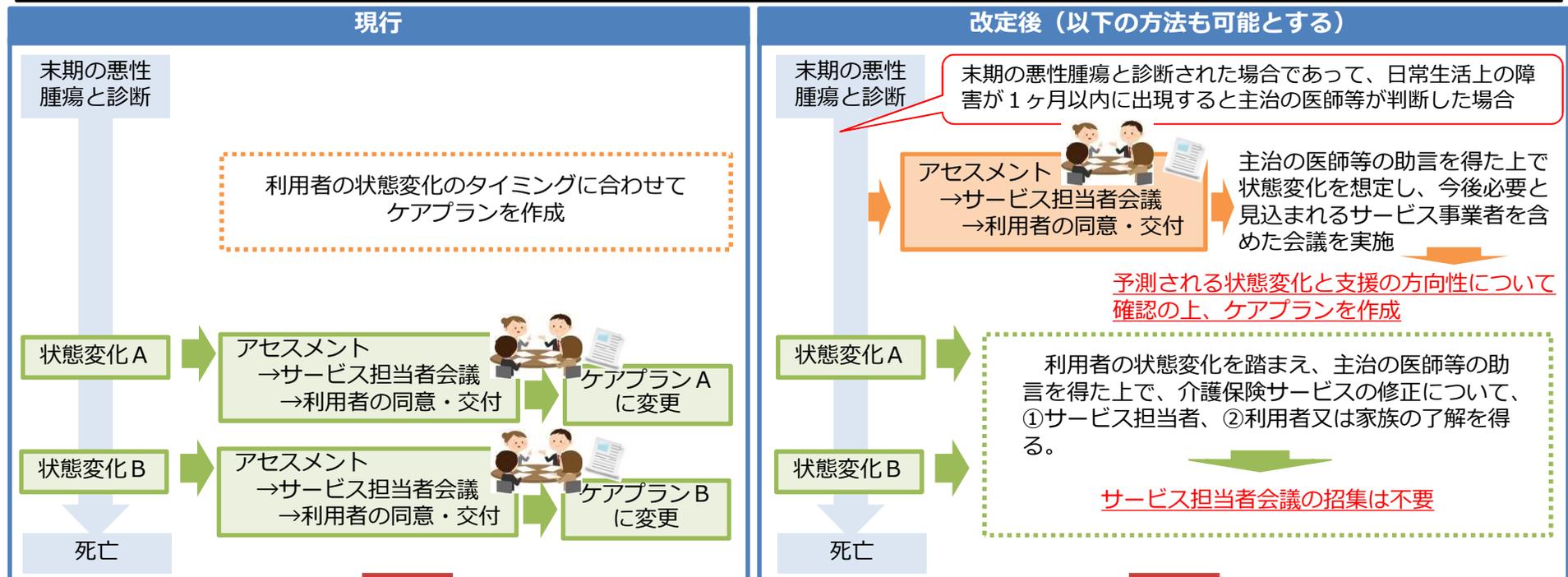
中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応② (平成30年度介護報酬改定)

- ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

居宅介護支援

- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月 (新設)



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

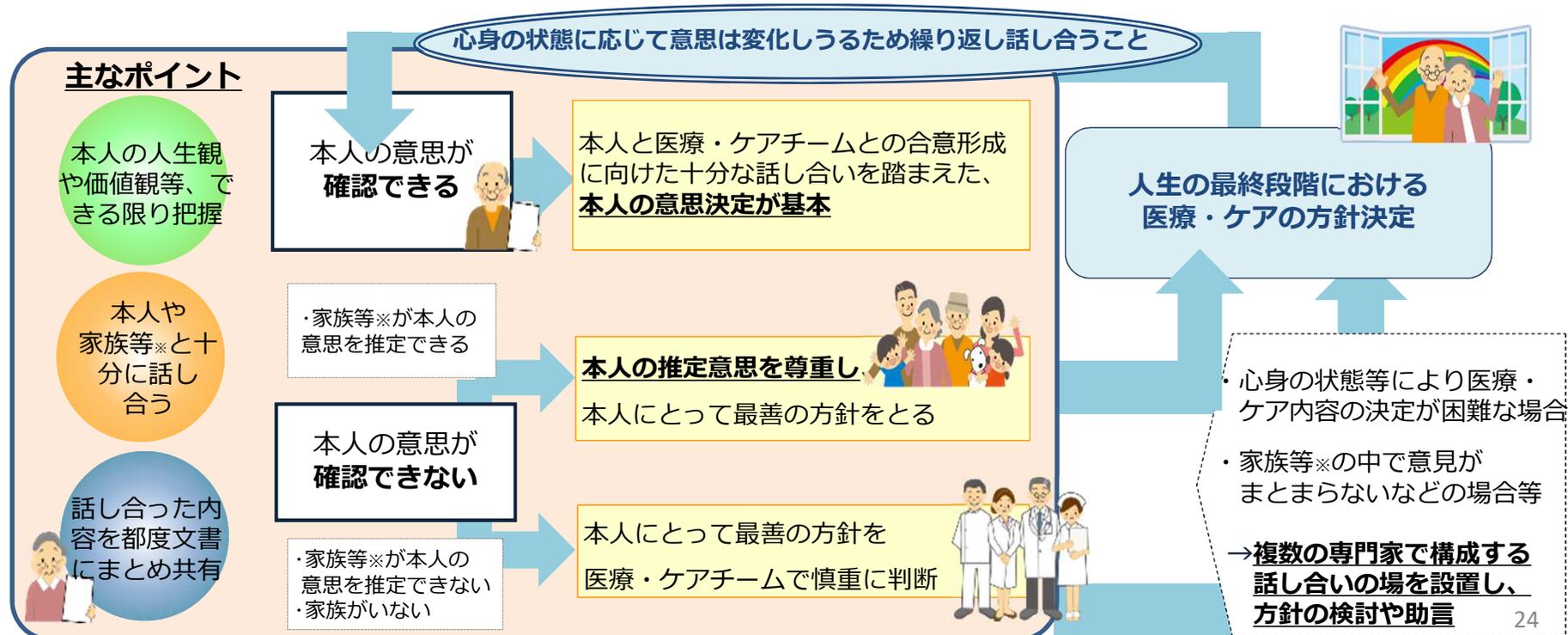
中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応③ (平成30年度介護報酬改定)

訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示。
- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
 - ・「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
 - ・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

看取りに関する加算

		看取り介護加算			ターミナルケア加算		看取り連携体制加算
対象サービス		特養	特定施設	認知症GH	老健	訪看、定期巡回、看多機	小多機
単位数	死亡日以前4日以上30日以下	(Ⅰ)144単位/日 (Ⅱ)144単位/日	144単位/日	144単位/日	160単位/日(療養老健) 160単位/日(上記以外)	「死亡日」、「死亡日 前14日以内」に2日 以上ターミナルケア を行った場合 2000単位/月	死亡日及び死亡日以前30 日以下 64単位/日
	死亡日前日及び前々日	(Ⅰ)680単位/日 (Ⅱ)780単位/日	680単位/日	680単位/日	820単位/日(療養老健) 850単位/日(上記以外)		
	死亡日	(Ⅰ)1280単位/日 (Ⅱ)1580単位/日	1280単位/日	1280単位/日	1650単位/日(療養老 健) 1700単位/日(上記以 外)		
対象者要件		医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した者				末期の悪性腫瘍その他大臣が定める者	医師が一般に認められている医学 的知見に基づき回復の見込みがな いと判断した者
提供体制要件		・常勤の看護師を1名 以上配置 ・当該施設の職員又は 病院等の看護職員と の連携により、24時 間連絡できる体制を 確保 ・配置医師緊急時対応 加算の要件に該当 (Ⅱ)	・夜間看護体制加算を (※)算定 (※)夜間看護体制加算 看護師確保、看護師によ る24時間連絡できる体 制確保、重度化した場 合の指針作成、同意	・医療連携体制加算 (※)を算定 (※)医療連携体制加算 看護師確保、看護師によ る24時間連絡できる体 制確保、重度化した場 合の指針作成、同意	—	・24時間連絡できる体 制を確保 ・必要に応じて、訪問看 護を行うことができる 体制を確保。	・看護師配置加算(Ⅰ)(常 勤専従看護師1以上配 置)を算定 ・24時間連絡できる体制を 確保
利用者への説明・同意		必要	必要	必要	必要	必要	必要
看取り指針の作成		必要	必要	必要	必要	—	—(対応方針)
身体状況の変化等の記録		必要	必要	必要	必要	必要(人生の最終段階にお ける医療の決定プロセスにお けるガイドライン対応)	必要
看取りの研修		必要	必要	必要	必要	—	—

※特養の(Ⅱ)は、入所者が施設内で死亡した場合

※その他の看取りに関する加算として、居宅介護支援の「ターミナルケアマネジメント加算」がある。

看取り関連加算の主な加算の算定率(算定施設割合)

	種類	加算名称	平均算定率(12か月)	
訪問系	訪問看護	ターミナルケア加算	8.2%	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	ターミナルケア加算	1.1%	
短期滞在系	小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	0.3%	
	看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算	5.9%	
居住系	認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算1	2.5%	
		看取り介護加算2	2.6%	
		看取り介護加算3	2.6%	
	特定施設入居者生活介護	看取り介護加算1	8.6%	
		看取り介護加算2	9.1%	
		看取り介護加算3	9.2%	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	看取り介護加算1	4.2%	
		看取り介護加算2	4.6%	
		看取り介護加算3	4.7%	
	施設サービス	介護老人福祉施設	看取り介護加算Ⅰ1	16.7%
			看取り介護加算Ⅰ2	17.8%
			看取り介護加算Ⅰ3	17.9%
看取り介護加算Ⅱ1			5.4%	
看取り介護加算Ⅱ2			5.7%	
看取り介護加算Ⅱ3			5.8%	
地域密着型介護老人福祉施設		看取り介護加算Ⅰ1	6.9%	
		看取り介護加算Ⅰ2	7.5%	
		看取り介護加算Ⅰ3	7.6%	
		看取り介護加算Ⅱ1	1.9%	
		看取り介護加算Ⅱ2	2.0%	
		看取り介護加算Ⅱ3	2.1%	
介護老人保健施設(療養型老健)		ターミナルケア加算1	1.2%	
		ターミナルケア加算2	1.2%	
		ターミナルケア加算3	1.3%	
介護老人保健施設		ターミナルケア加算1	22.9%	
		ターミナルケア加算2	24.1%	
		ターミナルケア加算3	24.4%	
居宅介護支援		居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算	0.9%

(出典)介護保険総合データベースの任意集計結果。(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

医療・介護の役割分担と連携の一層の推進①

(平成30年度介護報酬改定)

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

<現行>

- 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月
 - ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
- 入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月
 - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

<改定後>

- 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月
 - ・入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)
- 入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月
 - ・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価。

<現行>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

<改定後>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

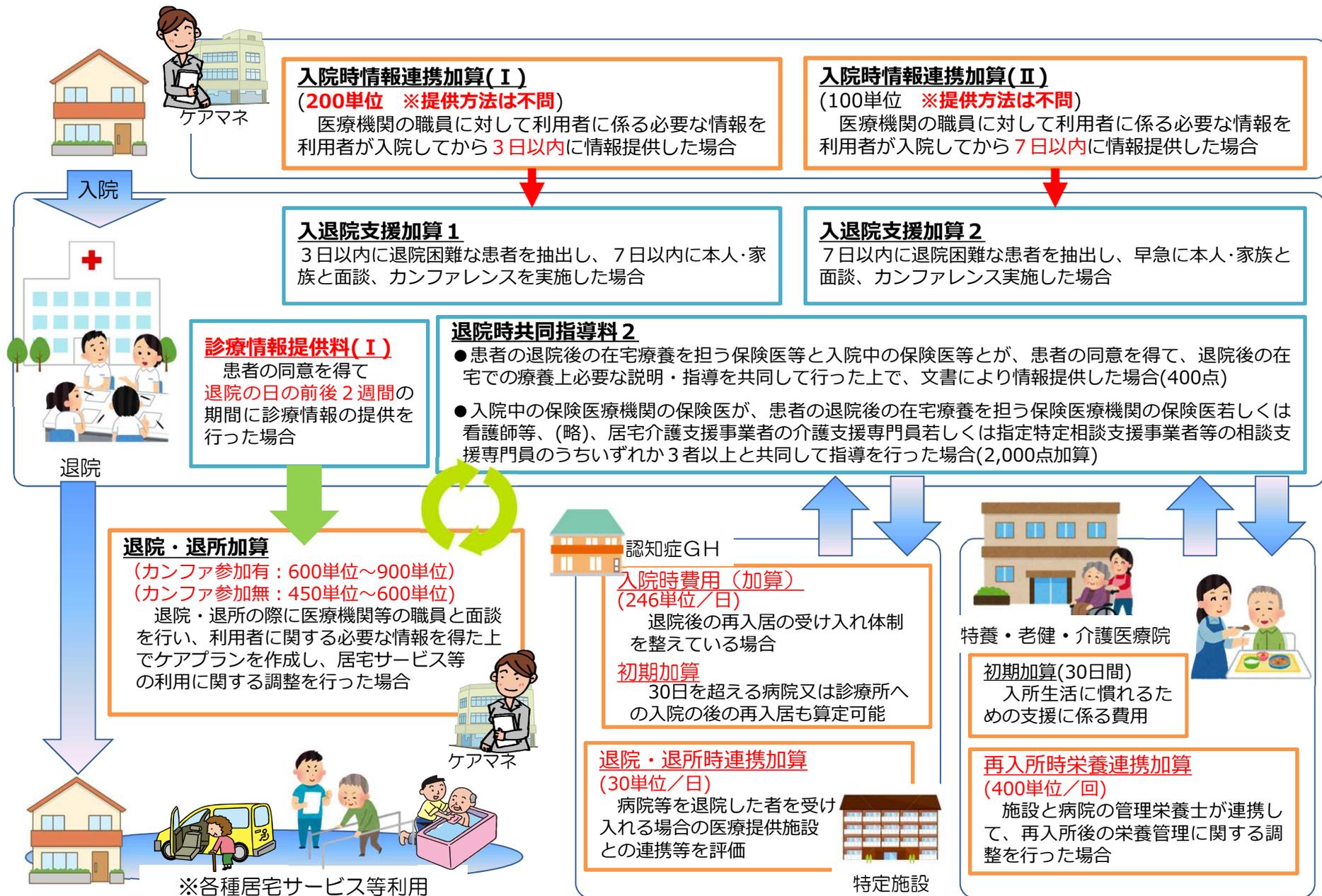
- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所(※)を更に評価する。(平成31年度から施行)

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月 (新設)

※ 特定事業所加算(Ⅰ)~(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

入退院時の医療・介護連携に関する報酬（イメージ）



医療・介護の役割分担と連携の一層の推進③ (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

介護保険 通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

医療・介護の役割分担と連携の一層の推進② (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を見直し、適宜緩和することとする。

	現行	見直しの方向(注1、注2)
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数 × 3㎡ 以上 を満たしていること	常時、介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上 を満たしていること
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共有が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共有が認められる。

注1 最終的な見直し内容は、今後、解釈通知で規定する予定

注2 面積要件・人員要件の見直しは、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションに限る。

施設・居住系サービスにおける訪問看護と訪問リハビリ等の適用状況

			老健	介護医療院	特養	特定施設入居者生活介護	認知症対応型GH	小規模多機能 居宅介護型	看護小規模多機能 型居宅介護
各施設の看護職員の配置			あり	あり	あり	あり	なし	あり (夜間配置なし)	あり (夜間配置なし)
訪問看護	医療保険	提供時間帯	×	×	制限なし	制限なし	制限なし	宿泊サービス時間帯	宿泊サービス時間帯
		対象者	×	×	末期のがん、精神疾患	別表7、特指示、精神疾患	別表7、特指示、精神疾患	別表7、特指示、精神疾患 (利用前30日以内に患家訪問ある場合のみ30日以内)	別表7、特指示、精神疾患 (利用前30日以内に患家訪問ある場合のみ30日以内)
	介護保険	×	×	×	×	×	×	×	×
各施設のリハビリ専門職：◎ 各施設の機能訓練指導員：○			◎	◎	○	○	×	×	×
訪問リハビリ	医療保険※		×	×	算定日数内	算定日数内	算定日数内	算定日数内	算定日数内
	介護保険		×	×	×	×	×	○	○

※ 医療保険の疾患別リハビリテーション料の標準的算定日：心大血管疾患リハビリテーション料→治療開始日から150日以内。脳血管疾患等リハビリテーション料→発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内。廃用症候群リハビリテーション料→廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内。運動器リハビリテーション料→発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日以内。呼吸器リハビリテーション料→治療開始日から90日以内

医療・介護の連携と看取りへの対応

<現状>

- 2025年に向け、住まいや予防、生活支援に加え、医療と介護が一体的に提供され、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築の実現を目指し取組を推進。
- 介護保険制度においては、特養、老健、介護医療院や、訪問介護・通所介護・短期入所をはじめとする在宅サービス、高齢者とサービス事業者をつなぐ居宅介護支援事業所等が、それぞれの役割・機能を果たしながら、高齢者のニーズに対応し、サービスを提供してきている。
- 介護報酬においても、それぞれのサービスの機能・役割に応じ、
 - ・ 医師や看護師、リハビリテーション専門職等の医療専門職、介護職の配置の有無や必要数、配置形態等の人員や運営等の基準を定めるとともに、
 - ・ 基本報酬に加え、政策課題等に応じた加算や減算等を設け対応をしてきている。
- 2025年が近づく中、その先の2040年に向けては、高齢化が一層進展し、特に、医療と介護の両方のニーズを有する者が多い75～84歳、85歳以上の者が増加する見込みであり、医療と介護が連携し、利用者の尊厳を保持しながら、中重度者への対応や看取りへの対応を一層強化していくことが必要である。
- 中重度者等への対応を強化するため、介護報酬において、要介護3以上の者の割合や医学的管理など特別な管理等の実施状況に応じた加算を設け評価を行っている。

平成30年度介護報酬改定においては、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進や、ターミナルケア実施数が多い訪問看護事業所や看護職員を手厚く配置するグループホーム、たんの吸引等を行う特定施設の評価等を行った。
- また、看取りに関しては、それぞれのサービスの特性に応じ、連携も含めた体制や実績等の評価を行っている。

平成30年度介護報酬改定においては、特養内で実際に利用者を看取った場合の評価の充実や、ターミナル期のケアマネ事業所の対応への評価等を行った。また、訪問看護や看多機等において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応を行うこととされた。

医療・介護の連携と看取りへの対応

<現状（続き）>

- さらに、サービスの特性も踏まえつつ、医療と介護の役割分担と連携を推進してきている。平成30年度介護報酬改定においては、ケアマネ事業所の入退院時の情報連携等の評価の充実や、リハビリテーションに関して医療から介護への円滑な移行を図るための対応等を行った。

<論点>

- 今後、医療ニーズが高い高齢者の増加が見込まれる中で、医療と介護の役割分担と連携を進めながら、それぞれのサービスの役割や機能を踏まえつつ、
 - ・各サービスにおける医療ニーズや中重度者への対応の強化や、
 - ・施設・居住系サービスと訪問系サービスの役割分担と連携を推進していく観点から、どのような方策が考えられるか。
- 看取りへの対応として、
 - ・それぞれのサービスの役割や機能も踏まえた対応の充実や、
 - ・人生の最終段階においても、利用者の尊厳を保持し、本人の意思に沿ったケアを進める観点から、どのような方策が考えられるか。

2. 認知症への対応力強化

認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、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出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味



コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

対象期間：2025（令和7）年まで

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等

② 予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 等

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・社会参加活動等の推進 等

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点の重視

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

2. 予防

(2) 予防に関するエビデンスの収集の推進

- 市町村においては、市町村の介護予防の事業や健康増進事業と連携した発症遅延や発症リスク低減(一次予防)のための取組、認知症初期集中支援チームによる訪問活動のほか、かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携した早期発見・早期対応(二次予防)のための取組等を実施している。それらも参考にしながら、認知症の予防に資すると考えられる活動事例を収集し、全国に横展開する。
- 現時点では、認知症予防に関するエビデンスは未だ不十分であることから、予防法の確立に向けたデータの蓄積のため、国内外の認知症予防に関する論文等を収集し、認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きを作成する。
- 認知症の発症遅延や発症リスク低減(一次予防)、早期発見・早期対応(二次予防)とともに、重症化予防、機能維持、BPSDの予防・対応(三次予防)も重要である。三次予防等の効果の向上を図るため、国が保有する介護保険総合データベース(介護レセプト・要介護認定情報等)のデータ活用を促進するとともに、科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、高齢者の状態、ケアの内容等のリアルワールドデータ等の必要なデータを新たに収集するデータベース(CHASE)を構築する。

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護師等は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護師等が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。
- また、病院以外の診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に勤務する医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施についても検討する。

(3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 認知症の人が、それぞれの状況に応じて、適切な介護サービスを利用できるよう、市町村及び都道府県は、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画を適切に策定し、計画に基づいて介護サービス基盤を整備する。
- 介護従事者の処遇改善や就業促進、離職の防止など介護人材の確保については、介護職員の定着促進等を一層進めるため、2018年12月に「介護現場革新会議」を立ち上げ、3月に、「組織マネジメントの確立」「成功体験の共有等による職員のやる気の引き出し」「結婚・出産や子育てをしながら働ける環境づくりや、柔軟な働き方」「定年まで働ける賃金体系の確立」等を主な内容とする基本方針をとりまとめたところであり、今後、都道府県や政令市等におけるパイロット事業で得られた結果を踏まえ、業務仕分け、元気高齢者の活躍、ロボット・センサー・ICTの活用による介護現場の業務改善や介護業界のイメージ改善について、先進的な取組を全国に普及・展開する。
- 認知症の人は、その環境に応じて、居家で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等の通所・訪問系サービスや認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくこととなる。
特に認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組を進める。
その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組を推進する。
- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(4) 医療・介護の手法の普及・開発

- BPSDは認知症の進行により必ず生じるものではなく、また、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもある。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則である。
こうした観点から、BPSDの予防やリスク低減、現場におけるケア手法の標準化に向けて、現場で行われているケアの事例収集やケアレジストリ研究、ビッグデータを活用した研究等をはじめとした効果的なケアのあり方に関する研究を推進する。
BPSDに投薬をもって対応するに当たっては、生活能力が低下しやすいことや服薬による副作用が生じやすいことなど高齢者の特性等を考慮した対応がなされる必要があり、「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」等の普及を図る。また、BPSDの予防に関するガイドラインや治療指針を作成し周知する。
- BPSDに対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続きが定められている。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法（平成9年法律第123号）の体系の中で、身体的拘束の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の適正な手続きが定められている。
引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってはそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について検討する。
- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようにすることが重要である。
このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

(5) 認知症の人の介護者の負担軽減の推進

- 介護者の負担軽減のため、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等のサービスの活用を引き続き進めるとともに、認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し地域の実情に応じた方法により普及する。
- 認知症の人の家族等が正しく認知症の人を理解し適切に対応できるようにすることで、在宅で生活する認知症の人のBPSDの発症を予防したり、重症化を緩和したりすることも可能である。このため、心理的負担の軽減につながる効果も含め、認知症疾患医療センター、認知症初期収集中支援チーム、介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピア活動について、好事例を収集する等の取組を促進する。

認知症の人への対応の強化 (平成30年度介護報酬改定)

- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- 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加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、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新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日
 { ※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
 看護師1名以上確保 }



<改定後>

医療連携体制加算(I) 39単位/日
 { ※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により
 看護師1名以上確保 }

医療連携体制加算(II) 49単位/日 **(新設)**
 { ※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
 ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの
 看護師との連携体制が必要
 ※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 }

医療連携体制加算(III) 59単位/日 **(新設)**
 { ※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
 ※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 }

短期入所生活介護、短期入所療養介護

- 認知症介護について、国や自治体が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を行う。

認知症専門ケア加算(I) 3単位/日 **(新設)** 認知症専門ケア加算(II) 4単位/日 **(新設)**

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

- 若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、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を行う。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護：若年性認知症利用者受入加算 800単位/月 **(新設)**
 特定施設入居者生活介護：若年性認知症入居者受入加算 120単位/日 **(新設)**

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	○ 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の受入体制
	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
訪問介護			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所			
夜間対応型訪問介護			
通所介護（地域密着型含む）		○	○
通所リハビリテーション		○	（注2）
短期入所生活介護・短期入所療養介護	○	○	○（前改定追加）
（看護）小規模多機能型居宅介護		○（前改定追加）	○
特定施設入居者生活介護		○（前改定追加）	○
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	○	○	○
介護医療院	○（前改定追加）	○（前改定追加）	○（前改定追加）

（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。

主な認知症関連加算の算定状況

- 各種サービスには、認知症に関連する加算が設けられており、平成30年度介護報酬改定においても、それまで加算が設けられていなかったサービスにも加算が設けられたところ。
- 平成30年度中の加算取得率（事業所ベース）の平均は以下のとおり。

認知症専門ケア加算		若年性認知症利用者・入所者・入居者・患者受入加算		認知症行動・心理症状緊急対応加算	
介護医療院（Ⅰ）	1.99%	介護医療院	2.07%	介護医療院	0.00%
介護医療院（Ⅱ）	0.12%	介護療養型医療施設（診療所型）	0.00%	介護療養型医療施設（診療所）	0.00%
介護療養型医療施設（診療所）（Ⅰ）	0.52%	介護療養型医療施設（療養型）	0.75%	介護療養型医療施設（療養型）	0.18%
介護療養型医療施設（診療所）（Ⅱ）	0.00%	介護老人保健施設（老健）	2.85%	介護老人保健施設（老健）（Ⅰ）	0.00%
介護療養型医療施設（療養型）（Ⅰ）	1.91%	介護老人福祉施設（特養）	3.38%	介護老人保健施設（老健）（Ⅱ）	0.04%
介護療養型医療施設（療養型）（Ⅱ）	0.00%	看護小規模多機能型居宅介護	1.57%	介護老人福祉施設（特養）	0.00%
介護老人保健施設（老健）（Ⅰ）	3.05%	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型）	0.00%	地域密着型介護老人福祉施設	0.00%
介護老人保健施設（老健）（Ⅱ）	0.91%	地域密着型特定施設入居者生活介護	1.33%	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	2.69%
介護老人福祉施設（特養）（Ⅰ）	3.91%	地域密着型介護老人福祉施設	1.97%	短期入所療養介護（医療院）	0.00%
介護老人福祉施設（特養）（Ⅱ）	1.05%	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	1.05%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））	0.20%
地域密着型介護老人福祉施設（Ⅰ）	7.66%	認知症対応型共同生活介護	4.83%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院））	0.00%
地域密着型介護老人福祉施設（Ⅱ）	1.17%	小規模多機能型居宅介護	1.64%	短期入所療養介護（老健施設）	0.11%
地域密着型特定施設入居者生活介護（Ⅰ）	3.91%	認知症対応型通所介護	8.63%	短期入所生活介護	0.02%
地域密着型特定施設入居者生活介護（Ⅱ）	0.00%	地域密着型通所介護	0.83%	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	
認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）	20.80%	短期入所療養介護（医療院）（Ⅰ）（Ⅱ）	0.00%	介護老人保健施設（老健）	41.11%
認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）	1.31%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））（Ⅰ）（Ⅱ）	0.00%	通所リハビリテーション（Ⅰ）	3.35%
特定施設入居者生活介護（Ⅰ）	0.92%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院））（Ⅰ）	0.19%	通所リハビリテーション（Ⅱ）	0.59%
特定施設入居者生活介護（Ⅱ）	0.04%	短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院））（Ⅱ）	0.00%	認知症ケア加算	
短期入所療養介護（医療院）（Ⅰ）	2.34%	短期入所療養介護（老健施設）（Ⅰ）	0.43%	介護老人保健施設（老健）	27.25%
短期入所療養介護（医療院）（Ⅱ）	0.00%	短期入所療養介護（老健施設）（Ⅱ）	0.00%	短期入所療養介護（老健施設）	18.24%
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））（Ⅰ）	0.36%	短期入所生活介護	0.93%	認知症加算	
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（診療所））（Ⅱ）	0.00%	特定入居者生活介護（短期利用型）	0.00%	看護小規模多機能型居宅介護（Ⅰ）	89.08%
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院療養））（Ⅰ）	0.45%	特定施設入居者生活介護	1.44%	看護小規模多機能型居宅介護（Ⅱ）	59.01%
短期入所療養介護（介護療養型医療施設（病院療養））（Ⅱ）	0.00%	通所リハビリテーション	0.76%	小規模多機能型居宅介護（Ⅰ）	90.87%
短期入所療養介護（老健施設）（Ⅰ）	1.80%	通所介護	0.82%	小規模多機能型居宅介護（Ⅱ）	69.31%
短期入所療養介護（老健施設）（Ⅱ）	0.63%	認知症情報提供加算		地域通所介護認知症加算	3.07%
短期入所生活介護（Ⅰ）	0.74%	介護老人保健施設（老健）	0.08%	通所介護	8.11%
短期入所生活介護（Ⅱ）	0.19%				

（注）「加算取得率（事業所ベース）」は各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成30年5月から平成31年4月審査分（平成30年4月から平成31年3月サービス提供分）及び介護保険総合データベースの任意集計（平成30年4月から平成31年3月サービス提供分）

認知症に関連した加算の概要①

○ 認知症に関連した加算の概要は、次の(1)～(5)のとおり。

(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、介護医療院)

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、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)

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、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護)

若年性認知症患者受入加算 (介護療養型医療施設、介護医療院)

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】

認知症に関連した加算の概要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。

◆ 医療連携体制加算(Ⅰ)39単位/日、医療連携体制加算(Ⅱ)49単位/日、医療連携体制加算(Ⅲ)59単位/日

⑦ 重度認知症疾患療養体制加算(短期入所療養介護、介護医療院)

入所者等が全て認知症の確定診断を受けており、2分の1以上が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲb以上、またはⅣの場合に、近隣の精神科病院と連携し、専門的なサービスを提供することを評価。

◆ 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ) (一)要介護1又は要介護2 140単位/日、(二)要介護3~5 40単位 (自立度Ⅲb以上)

◆ 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ) (一)要介護1又は要介護2 200単位/日、(二)要介護3~5 100単位 (自立度Ⅳ以上)

認知症に関連した加算の概要③

(4) 専門的なケア提供体制に対する評価

- ⑧ 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、短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護医療院)

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、認知症介護指導者養成研修修了者を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

(5) 認知症高齢者への支援の評価

- ⑨ 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MI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

認知症に関連した加算の概要④

⑩ 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MI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

(加算要件)

- ・ 看護職員又は介護職員を人員基準に規定する員数に加え、常勤換算方法で2以上確保していること。
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上
- ・ 認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修の修了者を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置していること。

⑪ 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。

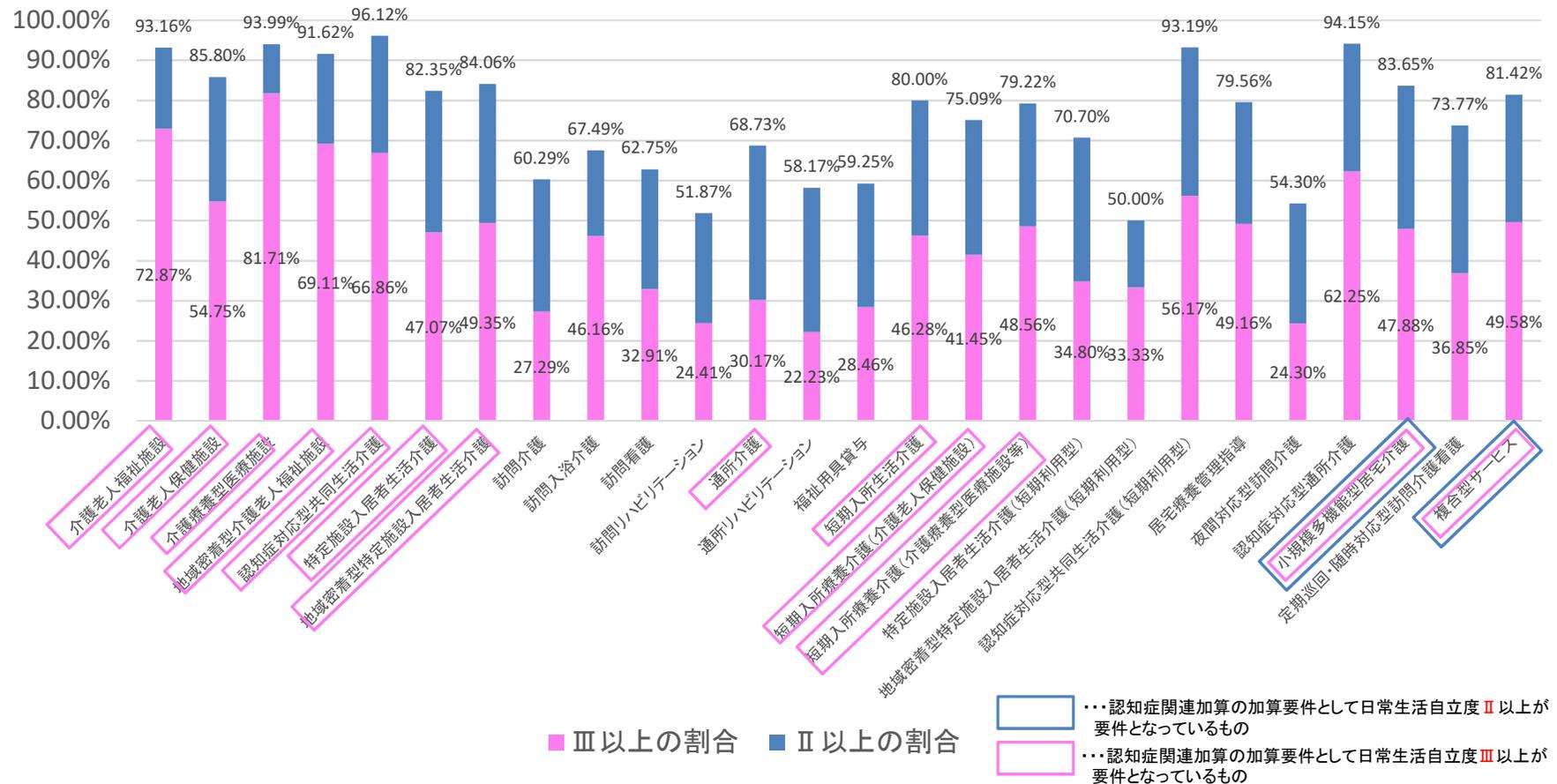
- ◆ 認知症加算(Ⅰ) 800単位/月 (認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)
- ◆ 認知症加算(Ⅱ) 500単位/月 (要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者)

認知症高齢者のサービスの利用割合

○ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の各サービスの利用者の割合をみると、認知症に特化したサービス以外では、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設及び地域密着型介護老人福祉施設が9割を超えている。

※要支援1，2は含まない。また、該当なしを含まない。

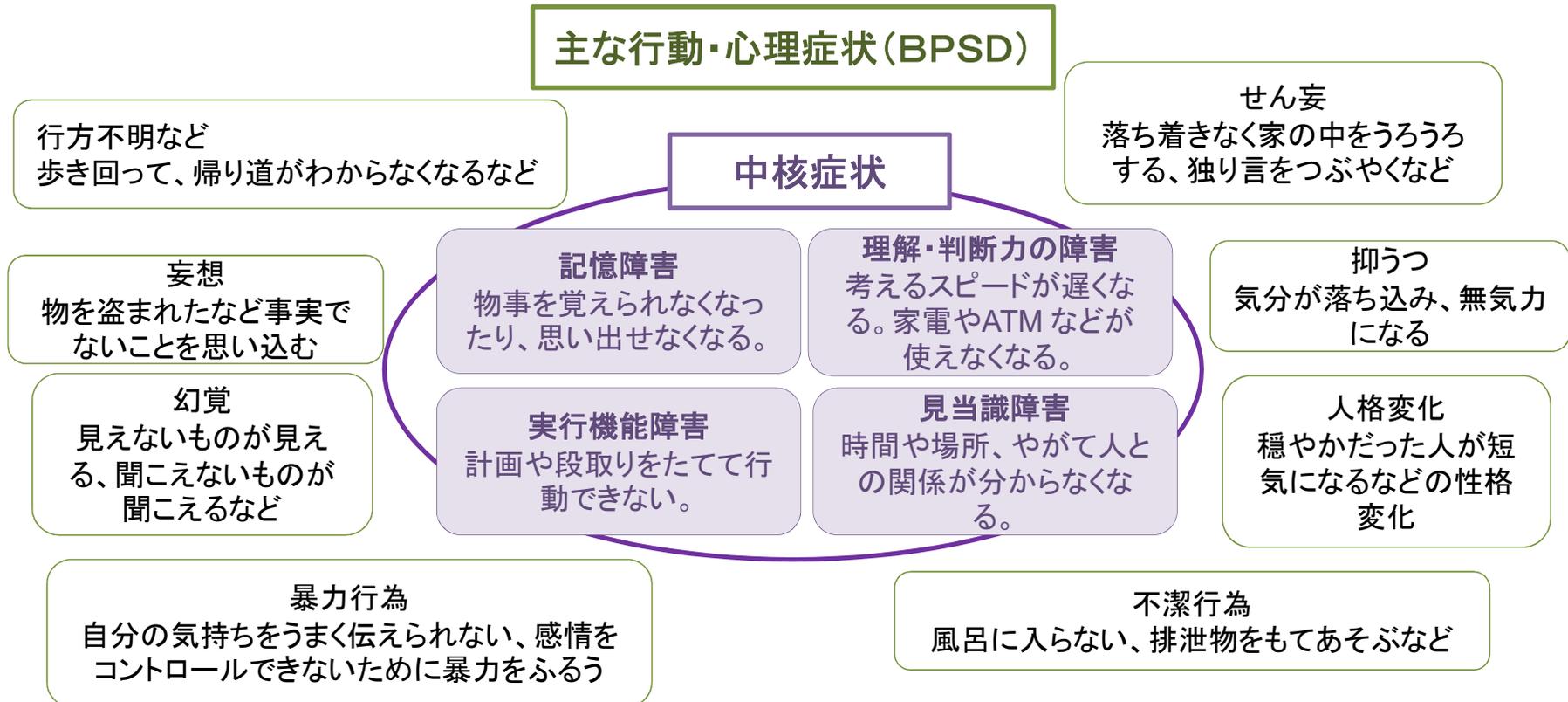
※平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成27年度調査） 「介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業」より



認知症の症状について

○ 認知症の症状として、「中核症状」と「行動・心理症状(BPSD)」がある。

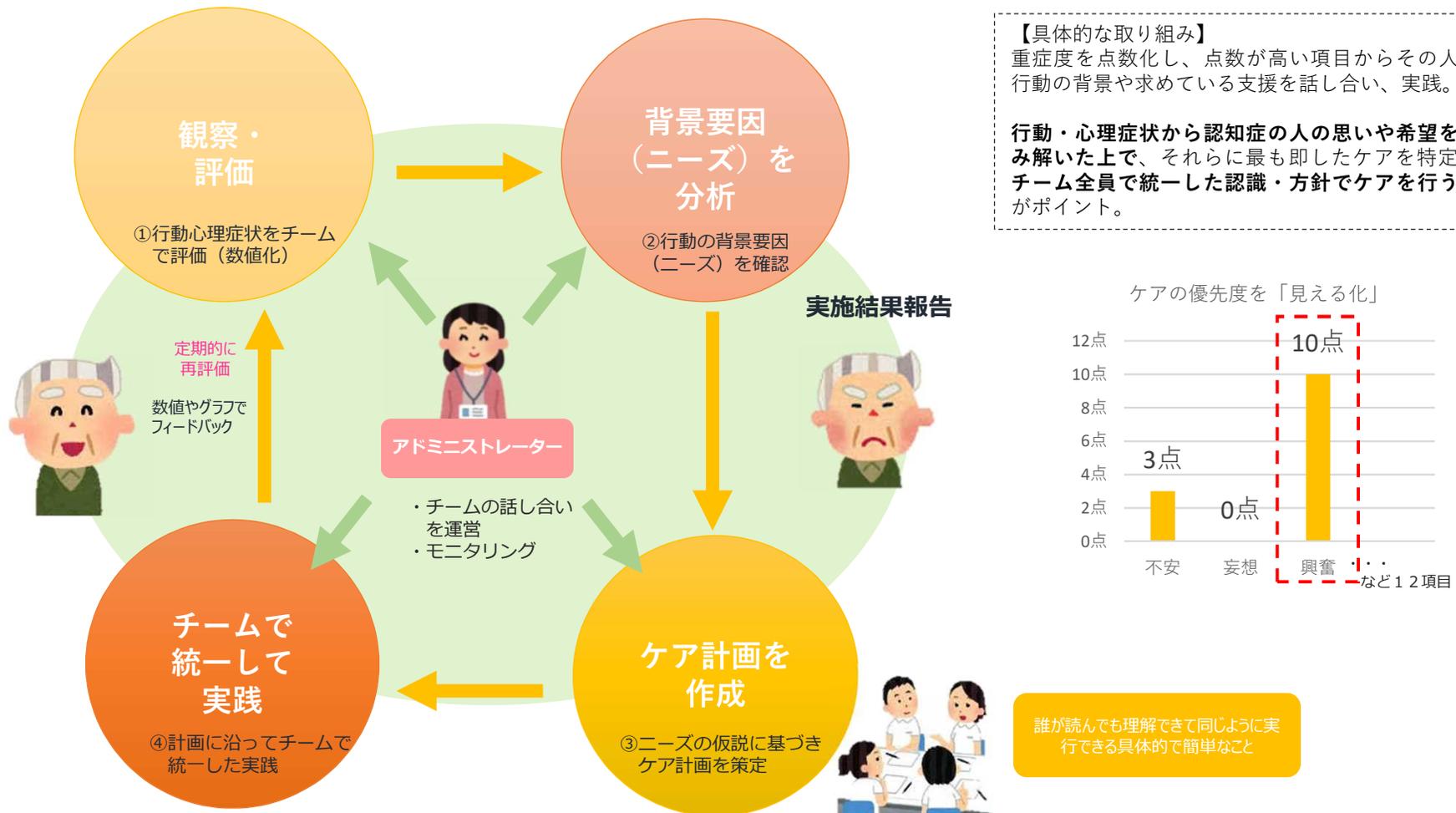
※ B P S D : Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略称



BPSDケアプログラムの概要

- 東京都では、公益財団法人東京都医学総合研究所に委託し、スウェーデンのケアプログラムをもとに、日本版BPSDケアプログラムを開発。
- 本プログラムにおいては、アドミニストレーター研修を受講した者を中心に、症状やニーズを「見える化」（数値化）し、誰でもできる具体的なケア計画を立て、チームで統一したケアを行う。

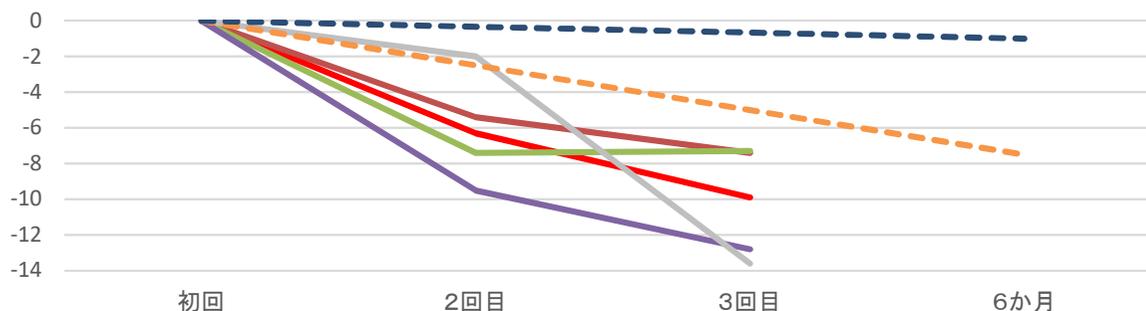
【参考】BPSDケアプログラムのイメージ



認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業①

- 令和元年度老健事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」により、NPI評価尺度で行動・心理症状の変化を測定した。
- 2020年2月27日時点で状態入力がある利用者で集計
- NPI得点は **1回目が平均25.7（標準偏差18.2）、2回目が19.4（16.4）、3回目15.8（14.9）**
- 2回目入力の減少幅6.2（95%信頼区間3.66-8.75）、3回目入力の減少幅9.4（6.75-12.13）で東京都のモデル事業（半年で7.2）と同等の効果が認められた
- ⇒ **BPSDケアプログラムによる介入は、介入しない場合よりもBPSDを軽減する効果があると考えられる。**

NPI得点の初回からの減少幅



- 本事業(全サービス)
- 本事業(小規模多機能型居宅介護)
- 本事業(介護老人福祉施設)
- 本事業(居宅介護支援事業所)
- 本事業(認知症対応型共同生活介護)
- 東京都: 介入
- 東京都: 対照

施設・事業所種別にみたNPI得点の平均（標準偏差）

事業所種類	1回目入力		2回目入力		3回目入力	
	事業所数	平均(SD)	事業所数	平均(SD)	事業所数	平均(SD)
居宅介護支援事業所	38	18.7 (16.1)	33	13.3 (11.2)	28	11.3 (11.9)
小規模多機能型居宅介護	28	25.2 (17.7)	28	17.8 (14.4)	24	17.9 (17.9)
認知症対応型共同生活介護	36	28.8 (18.2)	34	19.3 (13.4)	28	16.0 (13.5)
介護老人福祉施設	23	32.9 (19.2)	21	30.9 (23.3)	20	19.3 (16.3)

NPI評価尺度

○ N P I 指標は12項目からなる。

12の症状の概要

症状	概要
A. 妄想	周りから見て事実でないと分かることを信じている。例えば、財布や通帳を「盗まれた」という物盗られ妄想がある。
B. 幻覚	実際には存在しない音が聞こえていたり、存在しないものが見えたりしている。
C. 興奮	介護に抵抗したり、他の人に対して非協力的だったりする。
D. うつ・不快	悲しそうにしたり、落ち込んでいたりする。
E. 不安	親しい人がいない状況で不安になる、落ち着かない、緊張する。
F. 多幸	場の状況にそぐわないほど機嫌が良い。
G. 無為・無関心	自分のことや周りのことに関心をもたない。
H. 脱抑制	衝動的な行動をとる。知らない人に馴れ馴れしくしたり、他人の気持ちを傷つけるような言動をとったりする。
I. 易刺激性・不安定性	気難しく、怒りっぽい。予定より遅れたり、待たされたりすることに我慢ができない。
J. 異常な運動行動	同じ行動を何度も繰り返す。歩き回る、服のボタンをずっといじり続けるなど。
K. 睡眠と夜間行動障害	夜中に起きて動く、早朝に起きる、昼寝を長くとり過ぎる。
L. 食欲あるいは食異常行動	体重が増えたり、減ったりしている。通常は食べない物を食べてしまう。

認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業②

- 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」において、認知症BPSDケアプログラムを普及する意義について以下のような意見があった。
- 様々な認知症ケアプログラムがある中で、グローバルに活用されている行動心理症状の評価尺度（NPI）を使ってケアの有効性を数値化（見える化）し、PDCAサイクルを現場のチームで循環させていく仕組みが構造化されている点が特に評価できる。
- ランダム化比較試験（RCT）によって有効性が科学的に証明されている認知症ケアプログラムであり、具体的な効果が期待できる。
- 仮説を持ってケアをすることが可能となる。PDCAサイクルによって、場当たりのケア（火消し対応）を減らすことができる。自分たちのやっているケアの意味と効果が分かり、ケアへのモチベーションが高まる。
- 当該ケアプログラムの普及にあたっては、介護報酬上の加算を積極的に検討すべきではないか。
- 通所介護の認知症加算など既存の加算枠に当該ケアプログラムを加えていく方法もあるのではないか。
- 施設系サービスから当該ケアプログラムの介護報酬化を進めていくのも導入に効果的ではないか。
- 当該ケアプログラムの報酬化に際しては、個別加算よりも体制加算の方が適しているのではないか。
- 当該プログラムはすでに東京都の検証事業（RCT）で有効性が科学的に証明されている。それゆえ体制加算より、個別加算で成果を出したところが報酬をもらえるという仕組みを検討していくことが良いのではないか。
- 行動・心理症状BPSDが改善したことが数値として見えるのでそこを評価していく仕組みを具体化することが期待される。

東京都における取組

東京都「2020年に向けた実行プラン」

政策目標	目標年次	目標値
認知症ケアの質の向上を図る日本版BPSD（行動・心理症状）ケアプログラムの普及	2025年度	都内全域
（考え方）認知症高齢者の増加を踏まえ、認知症ケアの質の向上を図るケアプログラムを普及		

取組	2017年度末 （見込み）	2018年度	2019年度	2020年度	4年後の到達点
認知症ケアの質の向上を図る日本版BPSD（行動・心理症状）ケアプログラムの普及	3区市でモデル実施	区市町村、東京都医学総合研究所と協働した取組の推進			2025年度末 都内全域

区市町村、東京都医学総合研究所と協働した取り組みの推進

自治体等での説明会・研修会の開催（計27回以上）

- ◇ 自治体独自の実践者研修を実施した自治体（7自治体）
足立区、世田谷区、八王子市、荒川区、目黒区、青梅市、日の出町
- ◇ 東京都合同実践者研修に参加した自治体（10自治体）
調布市、府中市、清瀬市、羽村市、東大和市、瑞穂町、あきる野市、狛江市、杉並区、港区
- ◇ 説明会参加（26自治体）

2018-2019

ケアプログラム実践者
390名を養成

BPSDへの対応に関連する各種意見

公益社団法人日本認知症グループホーム協会のご意見（令和2年8月19日事業者団体ヒアリング資料）（抄）

- BPSDへの即時的な対応・早期改善は、利用者のQOLの向上にとっても極めて重要であり、一方で対応時には職員の介護負担度も大きい。現在、ストラクチャー（プロセス）については、認知症専門ケア加算で一定の評価が設けられているが、認知症の人のBPSDへの対応に関するプロセス、アウトカムに関して、一定の評価をいただけるような仕組みについて、今後、検討していただきたい。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会のご意見（令和2年8月27日事業者団体ヒアリング資料）（抄）

- これまでにもこうした認知症ケアの実践は進められてきており、一定程度体系的な充実が可能と考えられることから、次のような要件設計を検討されたい。
 - ・ 精神科医や協力医療機関等の医師による脳疾患の鑑別診断による連携や認知症に関する情報の提供に関する取り組みを評価すること
 - ・ BPSDケアプログラムを参考に、多職種連携による①観察・評価、②背景要因の分析、③ケア計画への反映、④実行というストラクチャー・プロセス評価を勘案すること
 - ・ 長期的には、NPIの導入による状態像の変化や減薬調整によるアウトカム等を考慮すること

介護保険法に規定する介護サービス情報公表制度について

- 介護サービス事業者は、サービス事業者の指定、介護老人保健施設、介護医療院の許可を受け、①介護保険サービスを提供しようとするとき ②その他省令で定めるとき に介護サービス情報を都道府県知事に報告しなければならない。（法第115条の35第1項）

- 報告は都道府県知事が毎年定める計画に従い行うものとする。（令第37条の2の3）
- 「省令で定めるとき」は、計画の基準日前の1年間に提供を行った介護サービスの対価として支払いを受けた金額が100万円以下であるもの等以外は、計画で定められたときとする。（法第115条の35第1項、規則第140条の44）

※対象となる介護サービス（規則第140条の43第1項）

- | | | | |
|---------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| ◆ 訪問介護 | ◆ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | ◆ 介護福祉施設サービス | ◆ 特定介護予防福祉用具販売 |
| ◆ 訪問入浴介護 | ◆ 夜間対応型訪問介護 | ◆ 介護保健施設サービス | ◆ 介護予防認知症対応型通所介護 |
| ◆ 訪問看護 | ◆ 地域密着型通所介護 | ◆ 介護医療院サービス | ◆ 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| ◆ 訪問リハビリテーション | ◆ 認知症対応型通所介護 | ◆ 介護予防訪問入浴介護 | ◆ 介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| ◆ 通所介護 | ◆ 小規模多機能型居宅介護 | ◆ 介護予防訪問看護 | |
| ◆ 通所リハビリテーション | ◆ 認知症対応型共同生活介護、 | ◆ 介護予防訪問リハビリテーション | |
| ◆ 短期入所生活介護 | ◆ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | ◆ 介護予防通所リハビリテーション | |
| ◆ 短期入所療養介護 | ◆ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ◆ 介護予防短期入所療養介護 | |
| ◆ 特定施設入居者生活介護 | ◆ 複合型サービス | ◆ 介護予防特定施設入居者生活介護 | |
| ◆ 福祉用具貸与 | ◆ 居宅介護支援 | ◆ 介護予防福祉用具貸与 | |
| ◆ 特定福祉用具販売 | | | |

※ただし、指定があったとみなされた病院等、介護老人保健施設、介護医療院で、指定があったものとみなされた日から1年を経過しない者によって行われる訪問看護等は、対象としない。（規則第140条の43第2項）

※介護サービス情報（規則第140条の45、第140条の47、別表第1、別表第2）

- | | | |
|----------------------|-------------------|----------------------|
| ◆ 事業所または施設に関する事項 | ◆ 介護サービスの内容に関する事項 | ◆ 介護サービスの内容に関する事項 |
| ◆ サービスを提供する事業所に関する事項 | ◆ 利用量に関する事項 | ◆ 事業所又は施設の運営状況に関する事項 |
| ◆ サービスに従事する従業者に関する事項 | ◆ その他 | ◆ 都道府県が必要と認めた事項 |

- 都道府県知事は、報告の内容を公表しなければならない。（法第115条の35第2項）

- 都道府県知事は、指定情報公表センターに介護サービス情報の公表事務を行わせることができる。（法第115条の42）

- 都道府県知事は、必要があると認めるときは、調査を行うことができる。（法第115条の35第3項）

- 都道府県知事は、指定調査機関に調査事務を行わせることができる。（法第115条の36）
 - 指定調査機関は、専門的知識及び技術を有するもの（調査員）に調査事務を実施させなければならない。（法第115条の37）
- ※調査員養成研修は、介護サービスの種類ごとに厚生労働大臣が定める基準を満たす課程により行うこと。（規則第140条の55）

情報公表制度の概要

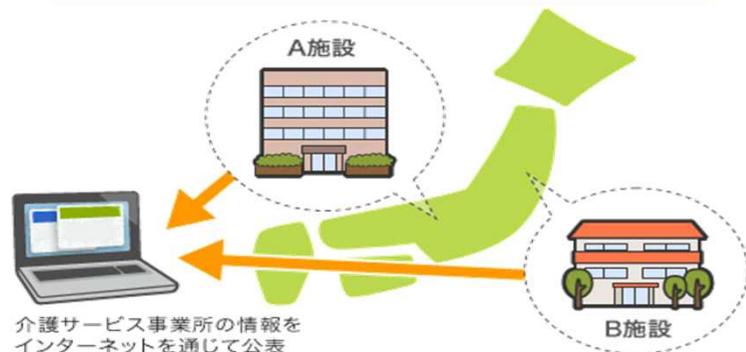
(介護保険の理念である「自己選択」の支援)

介護保険法に基づき、平成18年4月からスタート。

利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県及び指定都市が提供する仕組み。

※「介護サービス情報公表システム」を使って、インターネットでいつでも誰でも情報を入手することが可能。平成30年度末時点で、全国約22万か所の事業所情報が公表されている。

介護サービス情報公表制度のしくみ



公表までのフロー図



情報公表される内容

① 基本情報

- 事業所の名称、所在地等
- 従業者に関するもの
- 提供サービスの内容
- 利用料等
- 法人情報

② 運営情報

- 利用者の権利擁護の取組
- サービスの質の確保への取組
- 相談・苦情等への対応
- 外部機関等との連携
- 事業運営・管理の体制
- 安全・衛生管理等の体制
- その他（従業者の研修の状況等）

※その他、法令上には規定がないが、事業所の積極的な取組を公表できるように「事業所の特色」（事業所の写真・動画、定員に対する空き数、サービスの特色など）についても、情報公表システムにおいて、任意の公表が可能。

認知症ケアに携わる人材育成のための研修

◆ 認知症高齢者に対するより適切なケア・サービス提供のために、

- ・ 介護従事者を対象とする8研修
- ・ 医療従事者を対象とする7研修
- ・ 認知症総合支援事業に携わる者を対象とする2研修

に加えて、令和2年度からは市町村が配置する**チームオレンジのコーディネーターに対する研修**を実施。

◆ このうち介護従事者を対象とする3研修については、都道府県等の一般財源で対応。その他の研修については、地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の助成対象。

地域医療介護総合確保基金・82億円の内数

介護従事者を対象とする研修

- 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
- 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
- 認知症介護指導者フォローアップ研修
- 認知症介護基礎研修

医療従事者を対象とする研修

- 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
- 歯科医師の認知症対応力向上研修
- 薬剤師の認知症対応力向上研修
- 看護職員の認知症対応力向上研修

認知症総合支援事業関係研修

- 認知症初期集中支援チーム員研修
- 認知症地域支援推進員研修

新 チームオレンジコーディネーター研修等

チームオレンジの整備・活動を推進するために市町村が配置するコーディネーターやチームオレンジのメンバー等に対して、必要な知識や技術を習得するための研修その他の必要な支援を実施



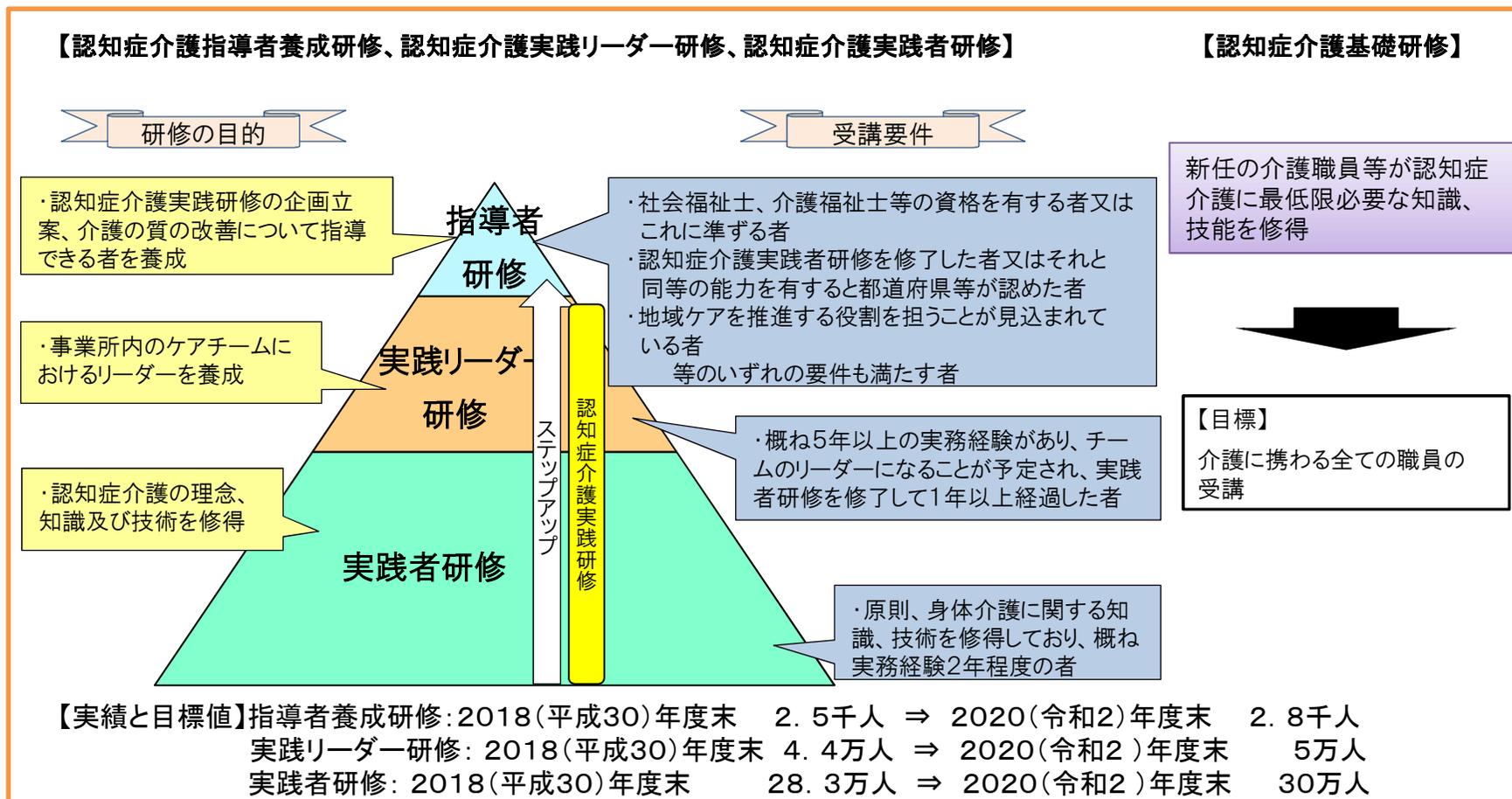
一般財源

介護従事者を対象とする研修

- 認知症介護実践者研修
- 認知症介護実践リーダー研修
- 認知症介護指導者養成研修

介護従事者等の認知症対応力向上の促進

- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。



認知症介護基礎研修

認知症施策推進大綱(令和元年6月18日 認知症施策推進関係閣僚会議) 抜粋

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、B P S Dを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。

K P I / 目標

- 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数 (2020年度末)
 - ・ 認知症介護指導者養成研修 2.8千人
 - ・ 認知症介護実践リーダー研修 5万人
 - ・ 認知症介護実践者研修 30万人
 - ・ 認知症介護基礎研修 介護に関わる全ての者が受講

認知症対応力向上のための研修の概要①

○ 認知症介護実践者等養成事業 カリキュラム (抄)

(1) 認知症介護基礎研修カリキュラム

座学：6時間(360分)

科目	時間数
(1)認知症の人の理解と対応の基本	180分
(2)認知症ケアの実践上の留意点	180分

(2) ア 認知症介護実践者研修カリキュラム

座学：31.5時間(1,890分) 実習：課題設定240分、
職場実習4週間、実習のまとめ180分

科目	時間数
1 認知症ケアの基本的理解	
(1)認知症ケアの基本的視点と理念	180分
(2)認知症ケアの倫理	60分
(3)認知症の人の理解と対応	180分
(4)認知症の人の家族への支援方法	90分
(5)認知症の人の権利擁護	120分
(6)認知症の人の生活環境づくり	120分
(7)地域資源の理解とケアへの活用	120分
2 認知症の人への具体的支援方法と展開	
(1)認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法	120分
(2)認知症の人への非薬物的介入	120分
(3)認知症の人への介護技術Ⅰ(食事・入浴・排泄等)	180分
(4)認知症の人への介護技術Ⅱ(行動・心理症状)	180分
(5)アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ	240分
(6)アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ(事例演習)	180分
3 実習	
(1)自施設における実習の課題設定	240分
(2)自施設実習(アセスメントとケアの実践)	4週間
(3)自施設実習評価	180分

(2) イ 認知症介護実践リーダー研修カリキュラム

座学：56時間(3,360分) 実習：職場実習4週間(課題設定420分、実習のまとめ420分含む)

科目	時間数
1 認知症リーダー研修総論	
(1)認知症介護実践リーダー研修の理解	60分
2 認知症の専門知識	
(1)認知症の専門的理解	120分
(2)認知症ケアに関する施策の動向と地域展開	240分
3 認知症ケアにおけるチームマネジメント	
(1)認知症介護実践リーダーの役割	180分
(2)チームにおけるケア理念の構築方法	240分
(3)実践者へのストレスマネジメントの理論と方法	180分
(4)チームケアのためのケースカンファレンスの技法と実践	240分
(5)認知症ケアにおけるチームアプローチの基本と実践	180分
(6)職場内教育(OJT)の方法の理解と実践Ⅰ(運用法)	240分
(7)職場内教育(OJT)の方法の理解と実践Ⅱ(技法)	420分
4 認知症ケアの指導方法	
(1)認知症ケアの指導の基本的視点	60分
(2)認知症ケアに関する倫理の指導	120分
(3)認知症の人への介護技術指導(食事・入浴・排泄等)	240分
(4)認知症の人の行動・心理症状(BPSD)への介護技術指導	180分
(5)認知症の人の権利擁護の指導	240分
(6)認知症の人の家族支援方法の指導	180分
(7)認知症の人へのアセスメントとケアの実践に関する指導	240分
5 認知症ケア指導実習	
(1)自施設実習の課題設定	420分
(2)自施設実習	18日
(3)結果報告	420分
(4)自施設実習評価	上記に含む

認知症対応力向上のための研修の概要②

○ 認知症介護実践者等養成事業 カリキュラム (抄)

(3) 認知症介護サービス事業開設者研修カリキュラム

座学：6時間(360分) 職場体験：8時間(480分)

科目	時間数
1 認知症高齢者の基本的理解	60分
2 認知症高齢者ケアのあり方	90分
3 家族の理解・高齢者との関係の理解	60分
4 地域密着型サービスの取組み	150分
現場体験	480分

(4) 認知症対応型サービス事業管理者研修カリキュラム

座学：講義9時間(540分)

科目	時間数
1 地域密着型サービス基準	60分
2 地域密着型サービスの取組み	90分
3 介護従事者に対する労務管理	60分
4 適切なサービス提供のあり方	330分

(5) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修カリキュラム

座学：9時間(540分)

科目	時間数
1 総論・小規模多機能ケアの視点	60分
2 ケアマネジメント論	60分
3 地域生活支援	60分
4 チームケア (記録・カンファレンス・アセスメント・プラン)	60分
5 居宅介護支援計画作成の実際	講義 60分 演習 240分

(6) 認知症介護指導者養成研修カリキュラム

座学：19.5日間(135時間) 実習：職場実習4週間、他施設実習3.5日(24時間)、実習のまとめ14時間

科目	時間数
1 認知症介護研修総論	
(1)認知症介護実践者等養成事業の実施	3時間
(2)認知症ケアに関する施策と行政との連携	3時間
(3)研修の目標設定と研修総括	13時間
2 認知症ケアにおける教育の理論と実践	
(1)教育方法論	20時間
(2)授業設計法	28時間
(3)模擬授業	14時間
(4)研修企画と評価	7時間
3 認知症ケア対応力向上のための人材育成	
(1)人材育成論	3時間
(2)成人教育論	4時間
(3)認知症ケアに関する研究法の概論	3時間
(4)職場研修企画	14時間
(5)職場研修	4週間
(6)職場研修報告	14時間
4 地域における認知症対応力向上の推進	
(1)地域における認知症の人への支援体制づくり	4時間
(2)他施設・事業所の指導のあり方	4時間
(3)他施設実習企画	1時間
(4)他施設実習	3.5日(24時間)
(5)他施設実習中間報告	7時間
(6)地域における指導の理論と実践(他施設実習総括)	7時間

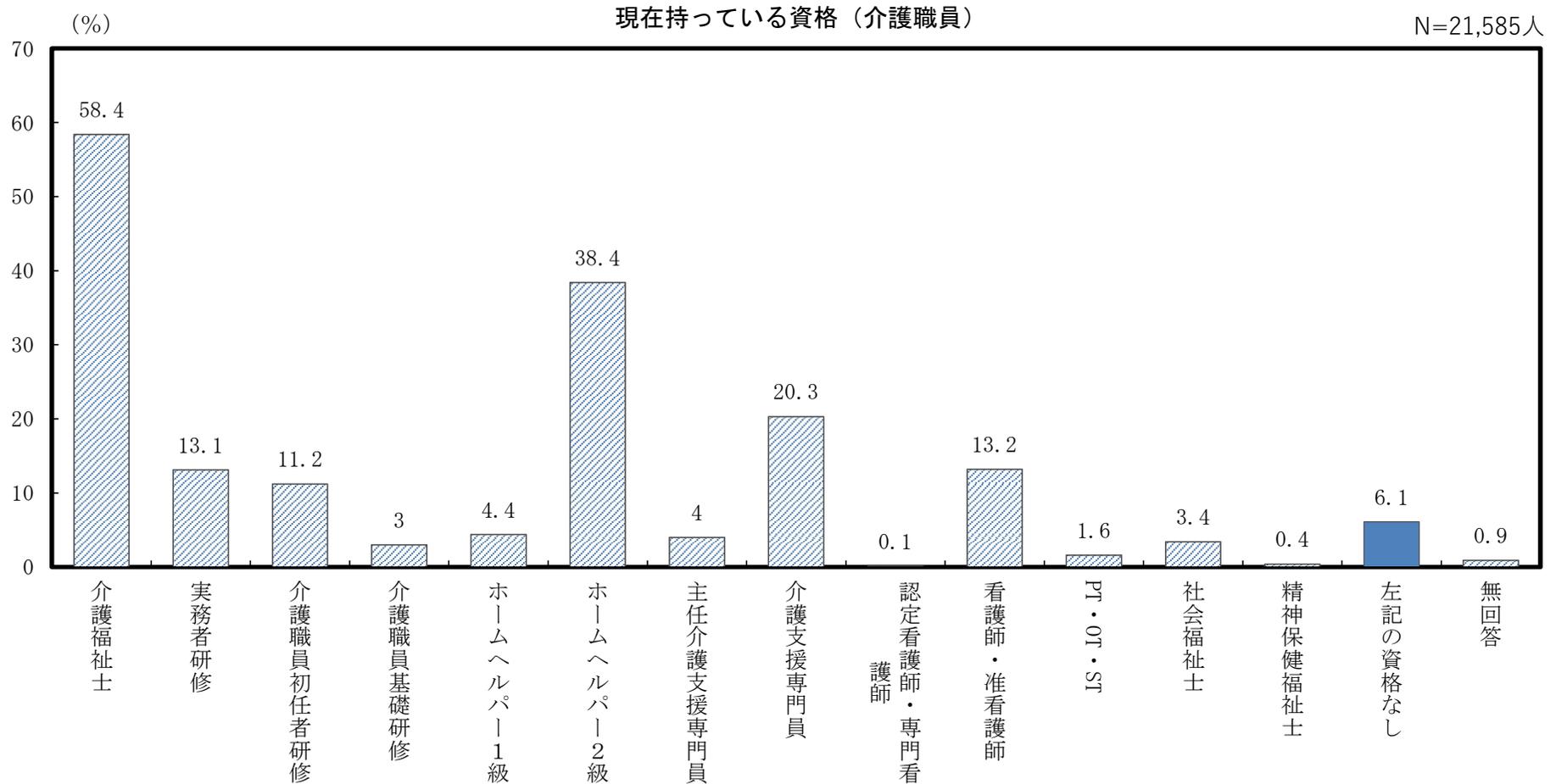
(7) 認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム

座学：28時間、研究授業12時間

科目	時間数
1 最新の認知症介護知識	8時間
2 認知症介護における人材育成方法	8時間
3 認知症介護における課題解決の具体的方法	12時間
4 認知症介護における効果的な授業開発(研究授業)	12時間

介護職員の資格の取得状況

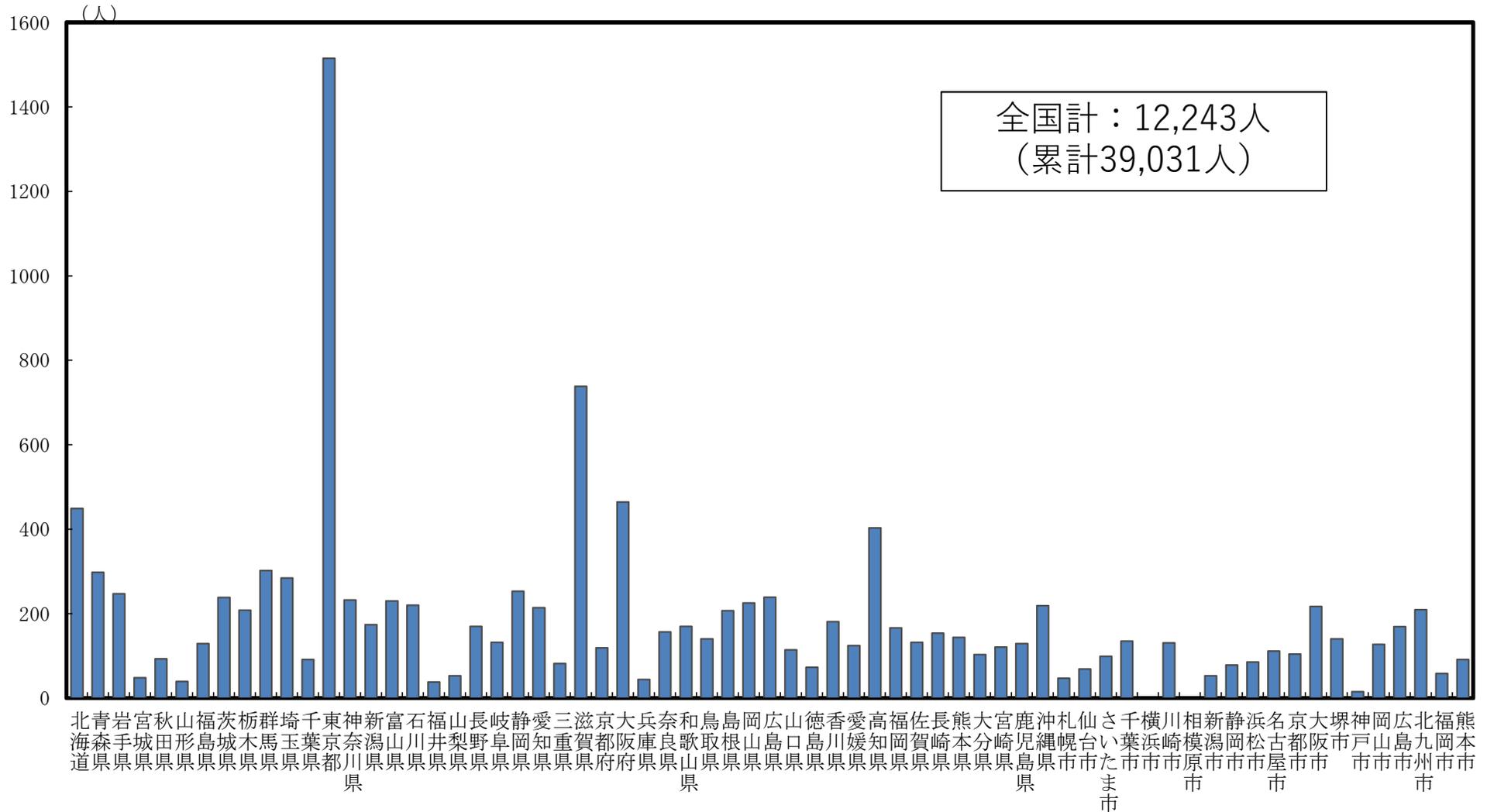
○ 介護職員のうち、無資格者は、6.1%となっている。



(備考) 公益財団法人介護労働安定センター「令和元年度介護労働実態調査 介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書」により作成。

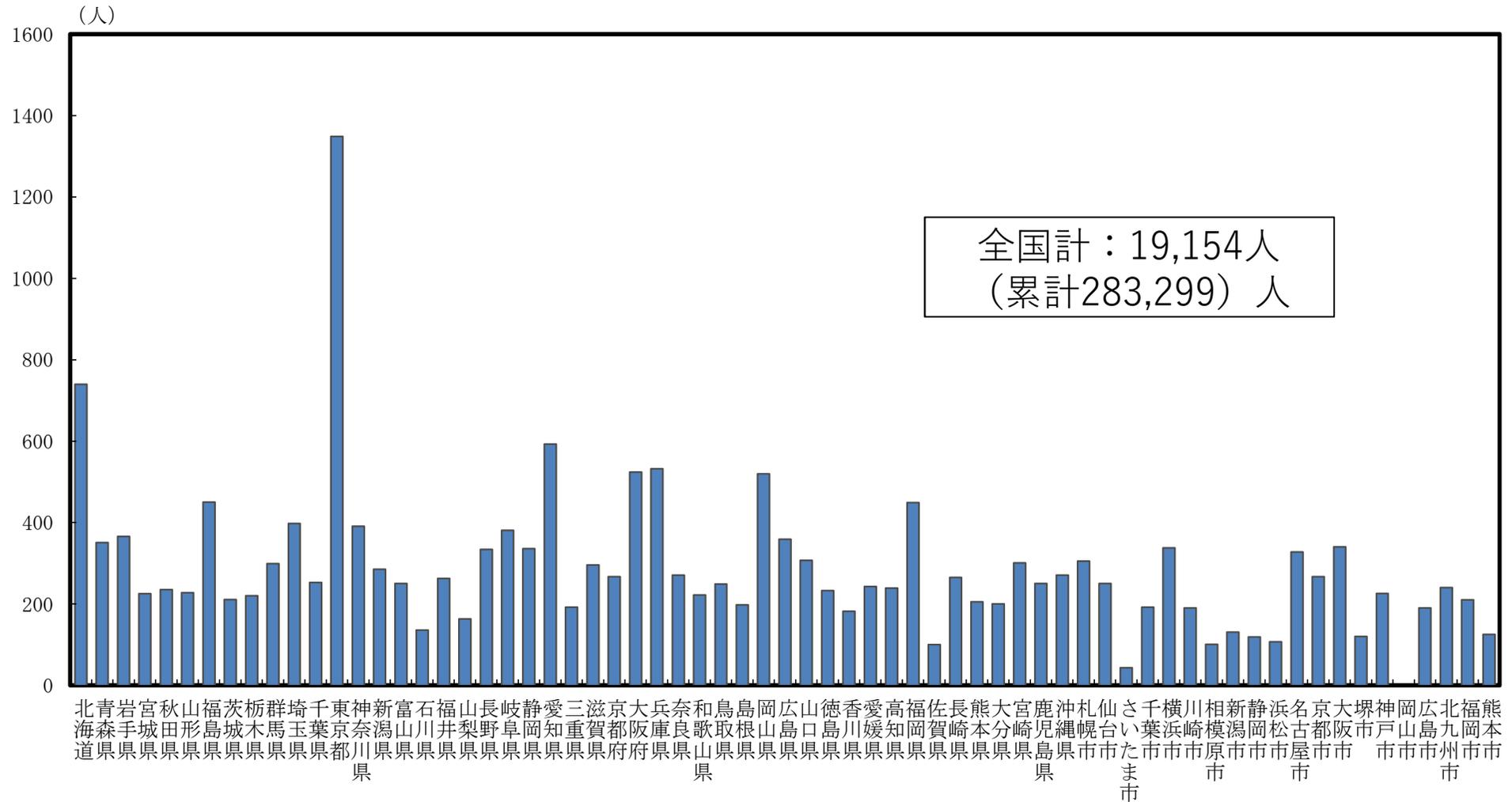
認知症介護基礎研修の修了者数

○ 認知症介護基礎研修の都道府県別の修了者数（平成30年度）は、12,243人となっている。



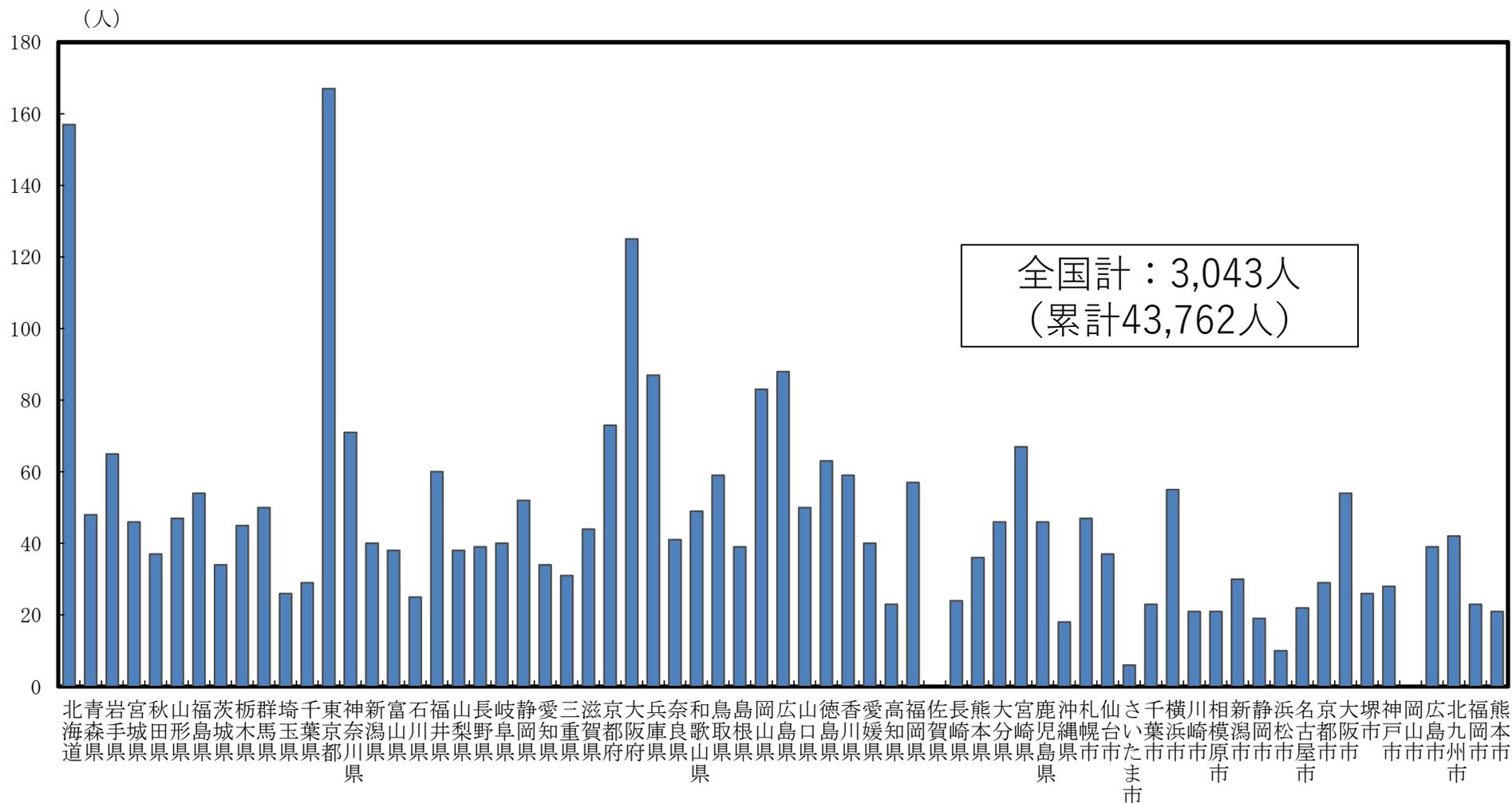
認知症介護実践者研修の修了者数

○ 認知症介護実践者研修の都道府県別の修了者数（平成30年度）は、19,154人となっている。



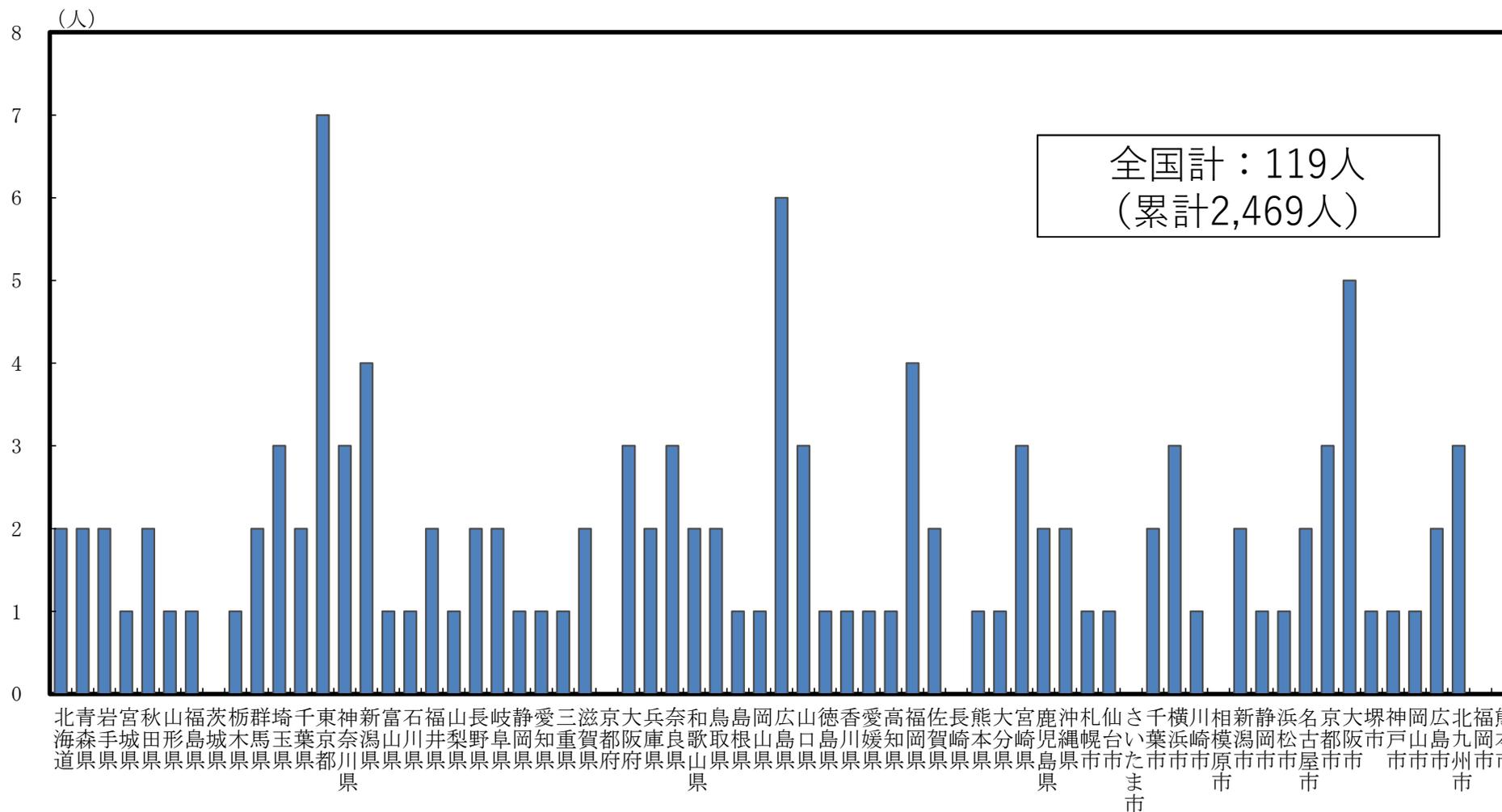
認知症介護実践リーダー研修の修了者数

○ 認知症介護実践リーダー研修の都道府県別の修了者数（平成30年度）は、3,043人となっている。



認知症介護指導者養成研修の修了者数

○ 認知症介護指導者養成研修の都道府県別の修了者数（平成30年度）は、119人となっている。



認知症への対応力を向上するための取組の推進

<現状>

- 認知症の人の数は2012年で約462万人（65歳以上人口対比15%）、2025年には約700万人（同約20%）となることが推計され、高齢者の約5人に1人が認知症になると見込まれている。地域包括ケアシステムの推進を着実に進めていく観点から、認知症の人への対応力向上に向けた取組を進め、認知症の人の尊厳の保障を実現していく必要がある。
- 本人の意思決定を基本として、認知症の人が、それぞれの状況に応じて適時・適切な医療・介護等が提供されるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の体制の質の向上や連携の強化、医療・介護従事者の認知症対応力を向上するための研修等の実施を進めている。
- 介護報酬においても、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入れを評価する「若年性認知症利用者受入加算」等を設け対応をしてきている。
平成30年度介護報酬改定においては、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、「認知症専門ケア加算」や「若年性認知症利用者受入加算」等について、それまで加算が設けられていなかったサービスにも創設したものの、当該加算の取得率は低水準に留まっている。
- 令和元年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」においては、
 - ・ 「利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組を推進する」、
 - ・ 「認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する」等の指摘がされている。
- 令和元年の老健事業において、BPSDケアプログラムにより、場当たりのケアを減らすことができ、自分たちの行っているケアの意味と効果ができることで、ケアのモチベーションが高まることや、BPSDの症状を緩和させる一定の効果がある等の指摘がされている。

認知症への対応力を向上するための取組の推進

<論点>

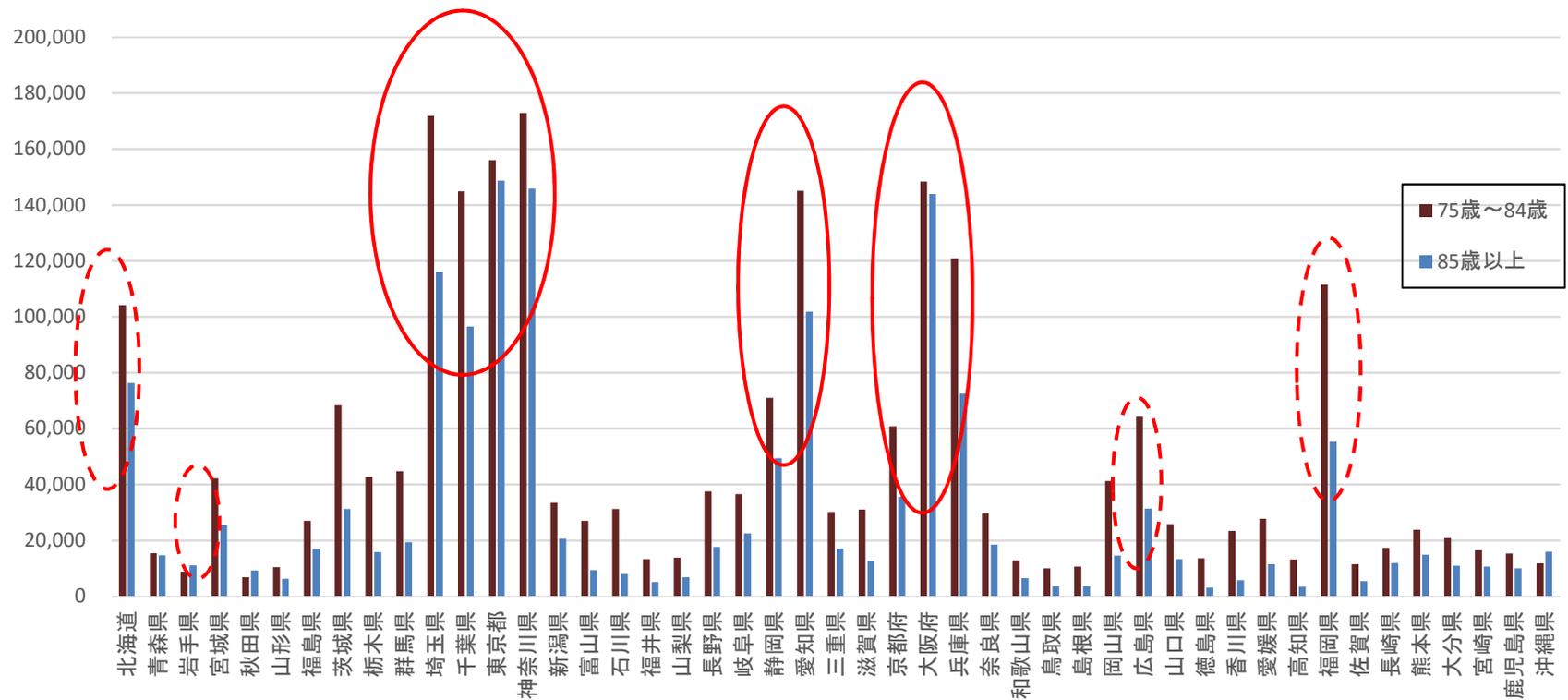
- 今後、認知症の人が増加していくことが見込まれる中、施設においても在宅においても、認知症の人本人の意思決定を基本として、それぞれの状況に応じて適時・適切な医療・介護等が提供されることが求められる。特に、在宅の中重度の要介護者も含めた認知症対応力を向上させていくことが求められるが、こうした観点から、認知症関連加算の算定状況や在り方について、どのような対応が考えられるか。
- また、在宅や施設で生活する認知症の人のBPSDの発症を予防したり、重症化の緩和を図る観点や、介護現場の負担を軽減する観点から、的確なアセスメントや認知症の人本人の視点を重視したケア手法の標準化を図るため、どのような具体的な取組が考えられるか。また、定期的なアセスメントを通じて、科学的に効果が裏付けられた質の高い介護の実現につなげていくことが考えられないか。
- さらに、認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDの予防を進めていくとともに、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させることが求められるが、どのような取組が考えられるか。

3. 地域の特性に応じた サービスの確保

都道府県別の高齢化の状況(高齢者の増加数)

- 75～84歳、85歳以上人口は、2025年にかけて全ての都道府県において増加する。また岩手県、秋田県、沖縄県を除く全ての都道府県において、75～84歳の人口の増加が85歳以上を上回る。
- これらの年齢層の人口の増加は東京、愛知、大阪圏において特に大きく、各地方の中心地域においても大きい。

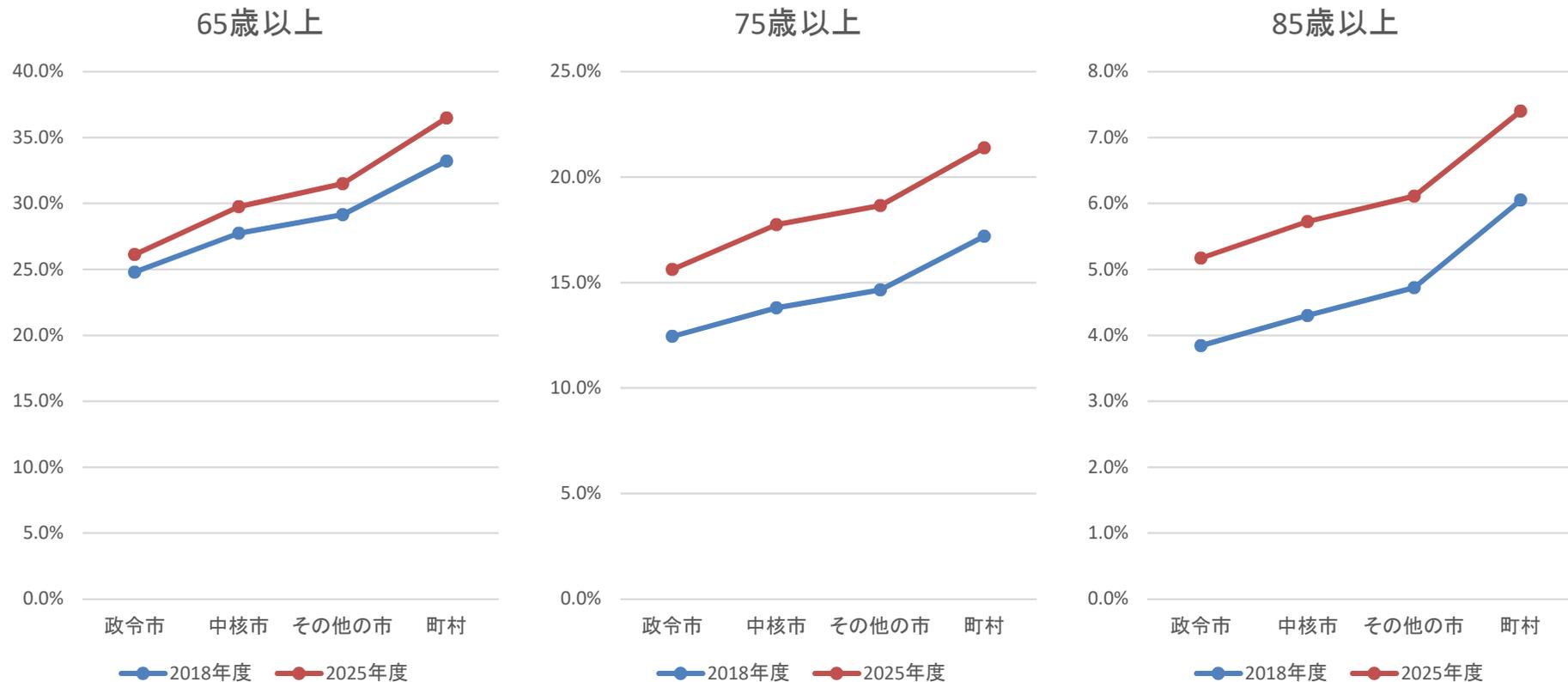
75～84歳、85歳以上人口の2018年から2025年の増加数



※ 「日本の地域別将来推計人口」(社会保障・人口問題研究所)(平成30年推計)及び「人口推計」(総務省統計局)より作成。

保険者の人口規模別の高齢化の状況(総人口に占める高齢者等の割合)

○ 総人口に占める一定の年齢以上の人口割合は、保険者の人口規模に関わらず上昇。規模の小さい自治体においては、大きい自治体に比べてさらに高齢化等の割合が高くなる。

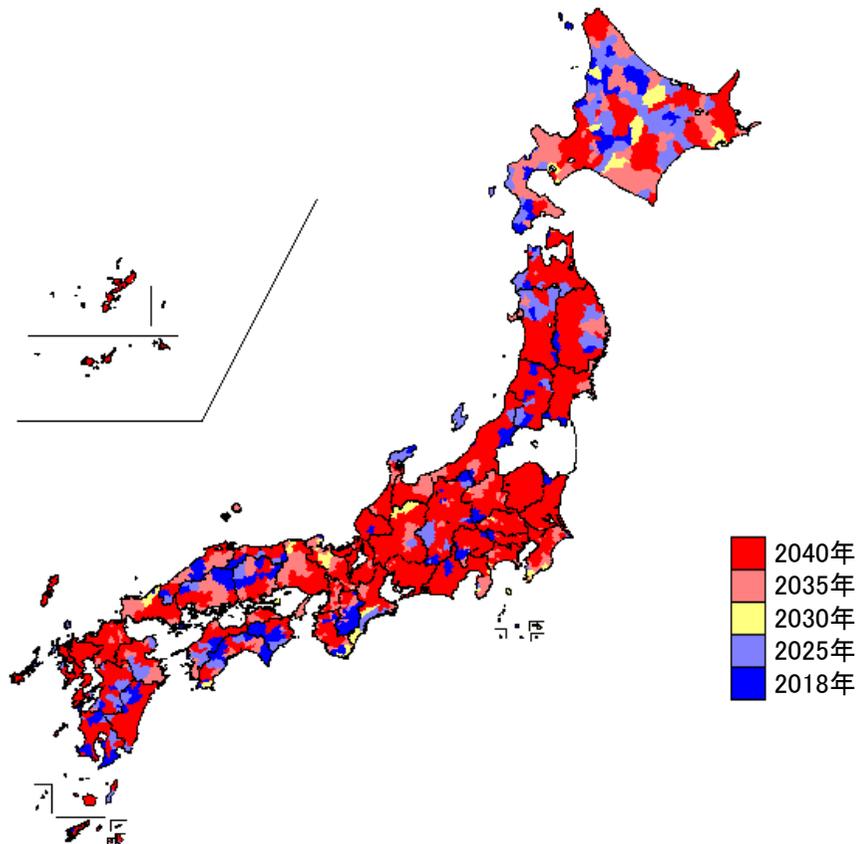


※ 「日本の地域別将来推計人口」(社会保障・人口問題研究所)(平成30年推計)より作成。なお、広域連合及び福島県内の保険者を除いている。

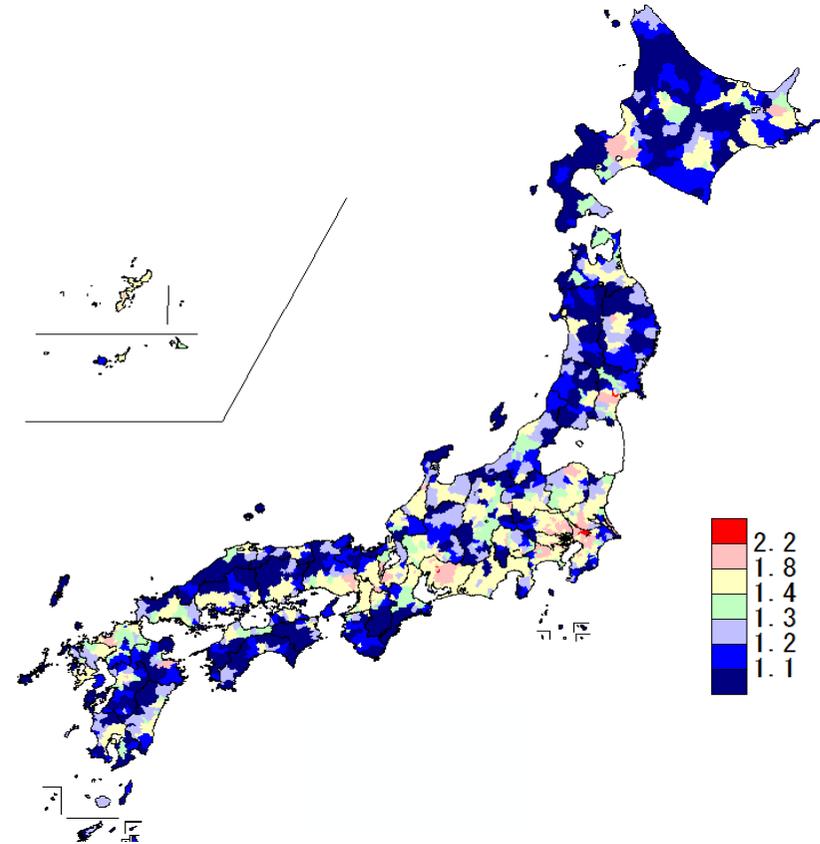
保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者(福島県内の保険者を除く)における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との比(増加率)をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】



【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】

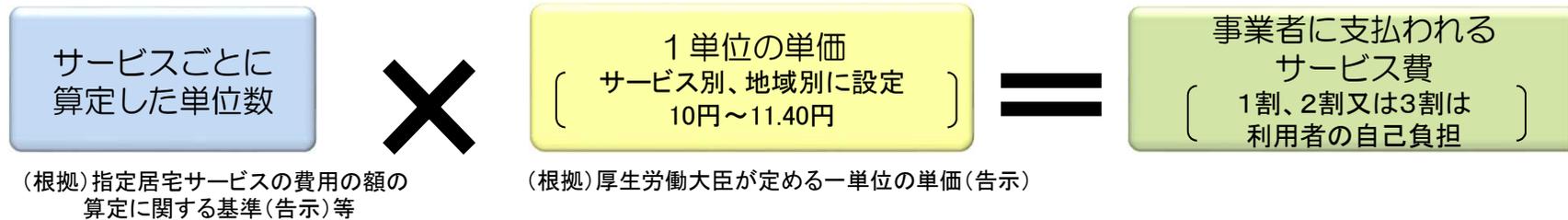


※ 2018年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)、2017年度介護給付費等実態調査(厚生労働省)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2025年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

介護報酬における地域差の反映

- 介護報酬は、法律上、事業所が所在する地域等も考慮した、サービス提供に要する平均的な費用の額を勘案して設定することとされている。(介護保険法第41条第4項等)
- 利用者に直接介護サービスを提供する従業者の賃金は地域によって差があり、この地域差を介護報酬に反映する為に、「単位」制を採用し、サービスごと、地域ごとに1単位の単価を設定している。
- 各市町村に適用される級地(地域区分)は、公平性・客観性を担保する観点から、公務員(国家・地方)の地域手当の設定がある地域は、原則として当該地域手当の区分に準拠しつつ、隣接地域の状況によって、一部特例を設定。

■介護報酬の基本的な算定方法



■1単位の単価(サービス別、地域別に設定)

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	
上乗せ割合	20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%	
自治体数	23か所	6か所	24か所	22か所	52か所	137か所	169か所	1,308か所	
人件費割合	①70%	11.40円	11.12円	11.05円	10.84円	10.70円	10.42円	10.21円	10円
	②55%	11.10円	10.88円	10.83円	10.66円	10.55円	10.33円	10.17円	10円
	③45%	10.90円	10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円

- ①訪問介護／訪問入浴介護／訪問看護／居宅介護支援／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護
- ②訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／看護小規模多機能型居宅介護／短期入所生活介護
- ③通所介護／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／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
介護医療院／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／地域密着型通所介護

中山間地域等における介護サービス関係施策

- サービス確保が困難な離島等の特例などにより、離島等における介護サービスの確保・充実に必要な措置を実施

○サービス確保が困難な離島等の特例

- ・ 指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域で、市町村が必要と認める場合には、これらのサービス以外の居宅サービス・介護予防サービスに相当するサービスを保険給付の対象とすることができる。

○中山間地域等に対する報酬における評価

- ・ 訪問系・多機能系・通所系サービスについて、中山間地域等に事業所が所在する場合や居住している利用者に対してサービス提供をした場合、介護報酬における加算で評価

○離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置

- ・ 離島等地域においては、訪問系の介護サービスを利用した場合、上記のとおり特別地域加算が行われ、利用者負担額も増額されることになる。このため、離島等地域の利用者負担額について、他地域との均衡を図る観点から、低所得者の利用者負担額の1割分を減額（通常10%の利用者負担を9%に）する。

（注）中山間地域等における小規模事業所加算（サービス費用の10%相当の加算）も同様の措置を実施。

○離島等サービス確保対策事業

- ・ 離島等地域の実情を踏まえたサービス確保等のため、離島におけるホームヘルパー養成など、人材の確保対策に重点をおき、具体的な方策・事業の検討や試行的事業を実施し、もって、介護サービスの確保等を図る。

（注）厚生労働大臣が認めた場合には、自治体の実情に応じた介護サービス確保等のための事業が実施可能。

6. 訪問リハビリテーション

⑩離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供 (平成30年度介護報酬改定)

概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- 指定（介護予防）訪問リハビリテーションにおいて、他の訪問系サービスと同様に、「特別地域加算」及び「中山間地域等における小規模事業所加算」を新たに創設することとする。
- その際、他の訪問系サービスの「中山間地域等における小規模事業所加算」においては、小規模事業所について、一月当たりの訪問回数の実績等に基づいて定めているが、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの場合についても同様に定めることとする。
- また、他のサービスと同様、これらの加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

単位数

- 特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算
＜現行＞ なし ⇒ ＜改定後＞ 1回につき所定単位数の100分の15（新設）
- 中山間地域等における小規模事業所加算
＜現行＞ なし ⇒ ＜改定後＞ 1回につき所定単位数の100分の10（新設）

算定要件等

- 特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算
 - ・別に厚生労働大臣が定める地域（※1）に所在する指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合

※1 離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域
- 中山間地域等における小規模事業所加算
 - ・別に厚生労働大臣が定める地域（※2）に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※3）に適合する指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合

※2 豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法の指定地域

※3 訪問リハビリテーションについては、1月当たりの延訪問回数が30回以下であること
介護予防訪問リハビリテーションについては、1月当たり延訪問回数が10回以下であること

15. 看護小規模多機能型居宅介護 ⑥中山間地域等に居住する者へのサービス提供の強化 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 中山間地域等に居住している利用者へのサービス提供を充実させる観点から、小規模多機能型居宅介護等の他の地域密着型サービスに準じて、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を創設する。
また、他のサービスと同様、これらの加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

単位数

<現行> <改定後>
なし ⇒ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数に5/100を乗じた単位数（新設）

算定要件等

- 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める地域（※）に居住している登録者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定
(本加算は、区分支給限度基準額の算定に含めない。)

※別に厚生労働大臣が定める地域

- ①離島振興対策実施地域／②奄美群島／③豪雪地帯及び特別豪雪地帯／④辺地／⑤振興山村／
⑥小笠原諸島／⑦半島振興対策実施地域／⑧特定農山村地域／⑨過疎地域／
⑩沖縄振興特別措置法に規定する離島

7. 居宅療養管理指導 ③ 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供 (平成30年度介護報酬改定)

概要

※介護予防居宅療養管理指導を含む

- 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問介護等の提供を促進する観点から、他の訪問系サービスと同様に、居宅療養管理指導においても、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」及び「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を新たに創設することとする。
- また、現行において居宅療養管理指導については、通常の事業の実施地域を定めることが求められていないが、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を創設するにあたり、他の訪問系サービスと同様に、通常の事業の実施地域を運営基準に基づく運営規程に定めることを求めることとする。

単位数

<現行>	<改定後>	
なし	⇒	
	特別地域加算	所定単位数の100分の15（新設）
	中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の100分の10（新設）
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の100分の5（新設）

算定要件等

- 特別地域加算：離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域（※1）に所在する事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの
 - ※1 離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域
- 中山間地域等における小規模事業所加算：特別地域の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地域等の中山間地域等（※2）における小規模事業所（※3）が居宅サービスを行うことを評価するもの
 - ※2：特別地域加算対象地域以外の地域で、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法に定める地域
 - ※3：1月当たり延訪問回数が50回以下の指定居宅療養管理指導事業所、5回以下の指定介護予防居宅療養管理指導事業所
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：特別地域、中山間地域等（※4）に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて居宅サービスを行うことを評価するもの
 - ※4：特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域

特別地域加算の算定状況

○特別地域加算等の請求事業所数(令和元年12月提供分)

	事業所数(全国)	特別地域加算	小規模事業所加算	居住者へのサービス提供加算
訪問介護	33,322	1,179	119	273
訪問入浴	1,703	93	6	62
訪問看護	12,201	374	116	287
訪問リハビリ	4,792	142	27	176
通所介護	24,097	—	—	298
通所リハビリ	8,185	—	—	217
居宅療養管理指導	40,281	293	1,075	261
定期巡回	994	15	3	2
小規模多機能	5,460	—	—	42
看護小規模多機能	618	—	—	8

サテライト型施設・事業所の基準・報酬

○ サテライト型施設・事業所については、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護で定義されており、一部の人員・設備基準が緩和され、小規模な施設・事業所の効率的運営を可能としている。

サテライト種別	地域密着型特養	介護老人保健施設	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
本体施設等の条件	特養、老健、病院、診療所	老健、病院、診療所	小多機、看多機	看多機
本体1に対する箇所数		原則1箇所(本体より適切な支援が受けられる場合2箇所以上も可)	2箇所まで	
距離等の要件	通常の交通手段を利用して、おおむね20分以内で移動できる距離	自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離	自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離	
設備基準	○本体が特養の場合、医務室は不要 ※入所者を診療するために必要な医薬品・医療機器、臨床検査設備が必要	○機能訓練室 通常 入所定員数×1㎡→サテライト 40㎡ ○調理室、洗濯室(場)、汚物室は不要	本体施設と同じ設備が必要	
指定(許可)	本体、サテライトそれぞれが受ける	本体、サテライトそれぞれが受ける	本体、サテライトそれぞれが受ける	
定員	29人以下(通常地域密着特養と同様)	29人以下	18人以下(通いは12人、宿泊は6人)	
介護報酬	通常地域密着型特養と同額	通常介護老人保健施設と同額	通常小規模多機能型居宅介護と同額	通常看護小規模多機能型居宅介護と同額
人員基準	○本体は常勤の者でなければならないが、サテライトは常勤換算方法1以上で可(※) →生活相談員(特養・老健)、看護職員 ○本体施設の職員により処遇が適切に行われる場合サテライトに置かないことが可(※) →医師 生活相談員(老健) 栄養士(特養・老健・100床以上の病院) 機能訓練指導員(特養・老健) 介護支援専門員(特養・老健・介護療養型医療施設) ※本体が()の場合に限る。	○本体施設の職員により処遇が適切に行われる場合サテライトに置かないことが可(※) →医師 支援相談員(老健) 理学療法士・作業療法士(老健) 栄養士(老健・100床以上の病院) 介護支援専門員(老健・介護療養型医療施設である病院) ※本体が()の場合に限る。	○本体事業所の適切な支援を受けられる場合は、 ・訪問従業者は1名で可(常勤換算不要) ・看護職員、宿直職員は不要 ○介護支援専門員に代えて、小多機計画作成担当者は研修修了者の配置で可(専従) ○管理者は本体事業所と兼務可	○本体事業所の適切な支援を受けられる場合には、 ・訪問従業者は2名で可、保健師等は不要 ・看護職員は常勤換算方法で1以上で可、常勤不要 ・宿直職員は不要 ○介護支援専門員に代えて、看多機計画作成担当者は研修修了者の配置で可(専従) ○管理者は本体事業所と兼務可

15. 看護小規模多機能型居宅介護 ⑧サテライト型事業所の創設(その1) (平成30年度介護報酬改定)

概要

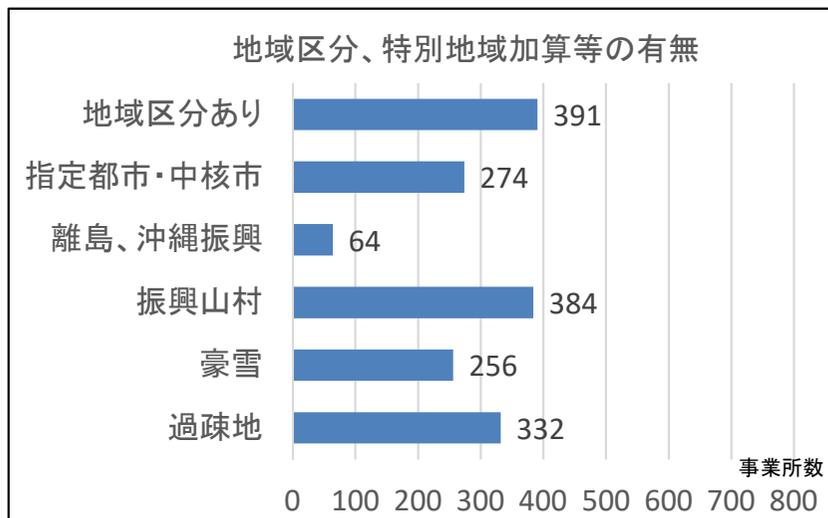
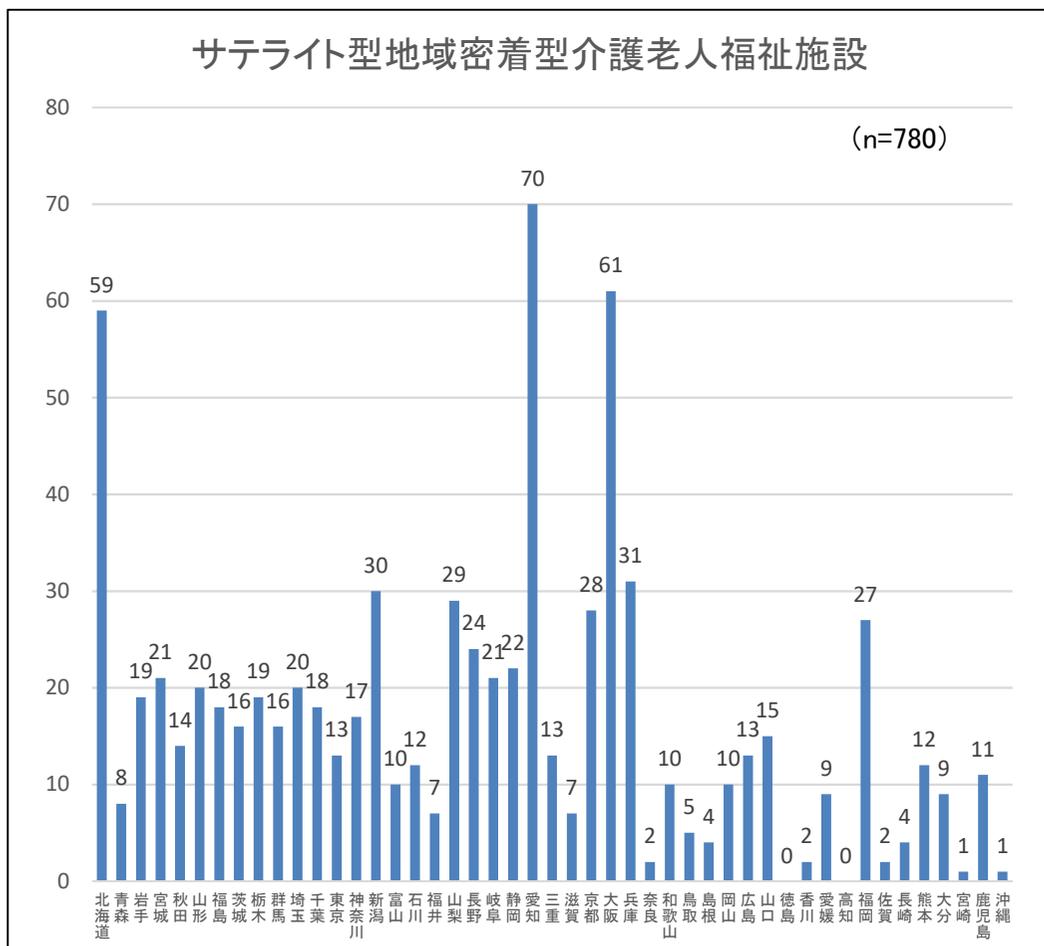
- サービス供給量を増やす観点及び効率化を図る観点から、サービス提供体制を維持できるように配慮しつつ、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所（以下、「サテライト看多機」とする。）の基準を創設する。
サテライト看多機の基準等については、サテライト型小規模多機能型居宅介護（以下、「サテライト小多機」）と本体事業所（小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（以下、「看多機」とする。））の関係に準じるものとする。【省令改正】

改定後の基準

- サテライト小多機の基準に準じ、代表者・管理者・介護支援専門員・夜間の宿直者（緊急時の訪問対応要員）は、本体事業所との兼務等により、サテライト看多機に配置しないことができる。
- 本体事業所はサテライト事業所の支援機能を有する必要があることから、サテライト看多機の本体事業所は看多機事業所とし、24時間の訪問（看護）体制の確保として緊急時訪問看護加算の届出事業所に限定する。
- サテライト看多機においても、医療ニーズに対応するため、看護職員の人数については常勤換算1.0人以上とする。
- 本体事業所及びサテライト看多機においては、適切な看護サービスを提供する体制にあるものとして訪問看護体制減算を届出していないことを要件とし、当該要件を満たせない場合の減算を創設する。
- 訪問看護ステーションについては、一定の要件を満たす場合には、従たる事業所（サテライト）を主たる事業所と含めて指定できることとなっていることから、看多機についても、本体事業所が訪問看護事業所の指定を合わせて受けている場合には、同様の取扱いとする。

サテライト型施設・事業所数(地域密着型介護老人福祉施設)

○ サテライト型の介護老人福祉施設は、愛知県（70）、大阪府（61）、北海道（59）の順に多く、地域区分の設定のある地域が約半数であり、京都市（20）、名古屋市（13）など、約1/3は指定都市・中核市である。



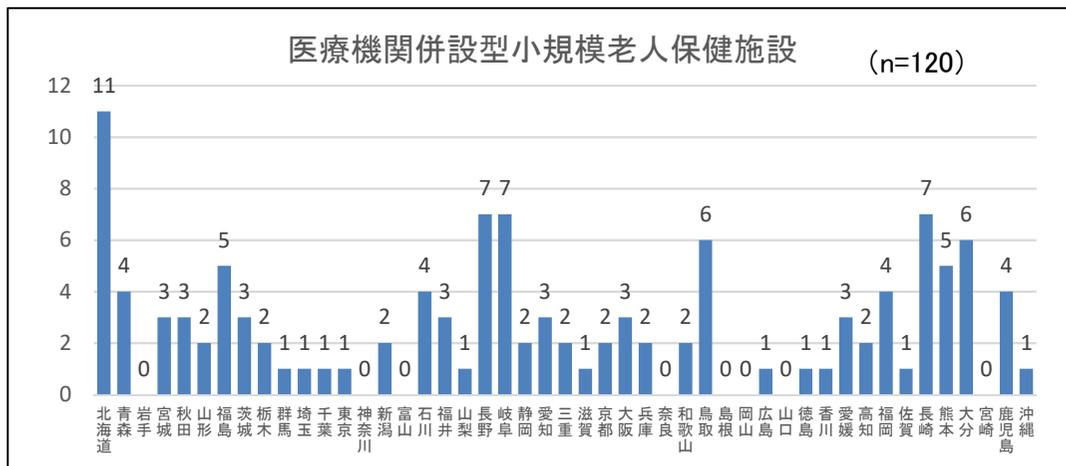
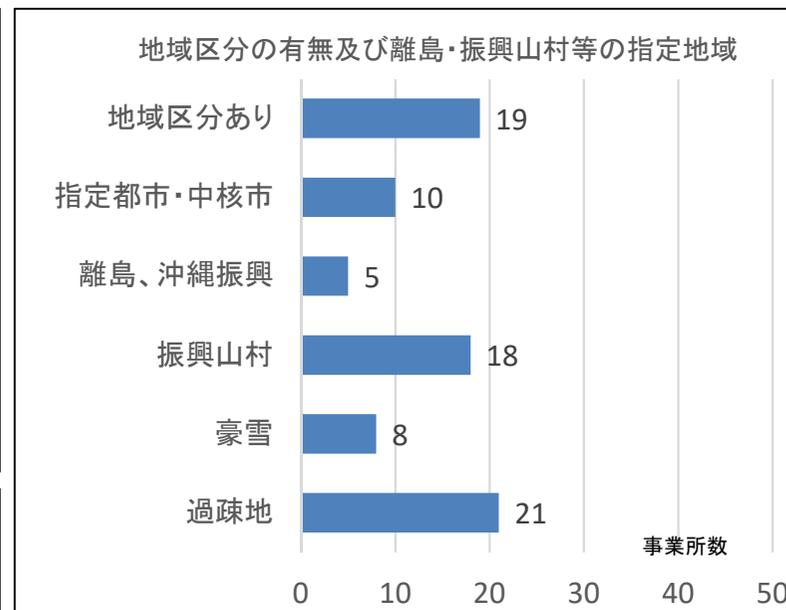
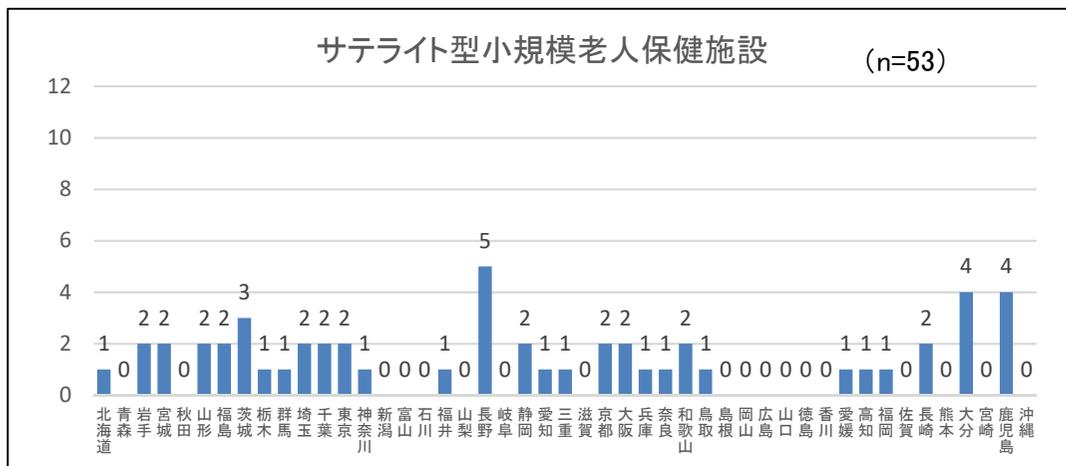
(市内施設数上位)

京都市	20か所
東三河広域連合 (豊橋市、豊川市、蒲郡市他)	19か所 (豊橋10、豊川3、蒲郡3)
名古屋市、高崎市	13か所
神戸市	12か所
仙台市、浜松市	10か所

(注1) 介護DBから抽出した令和2年2月サービス提供分のデータを老健局において集計したもの。介護予防・短期利用は除く。
 (注2) 離島・振興山村等については地区別に指定地域が定められている地域があるため、表中の事業所数は、当該事業所が所在する市町村が当該指定地域である趣旨であり、必ずしも当該事業所が指定地域に所在するものではない。

サテライト型施設・事業所数(老人保健施設)

○ 小規模老人保健施設のうちサテライト型は、長野県(5)、大分県、鹿児島県(4)において多く、医療機関併設型は北海道(11)、山梨県、長野県、佐賀県(7)において多い。

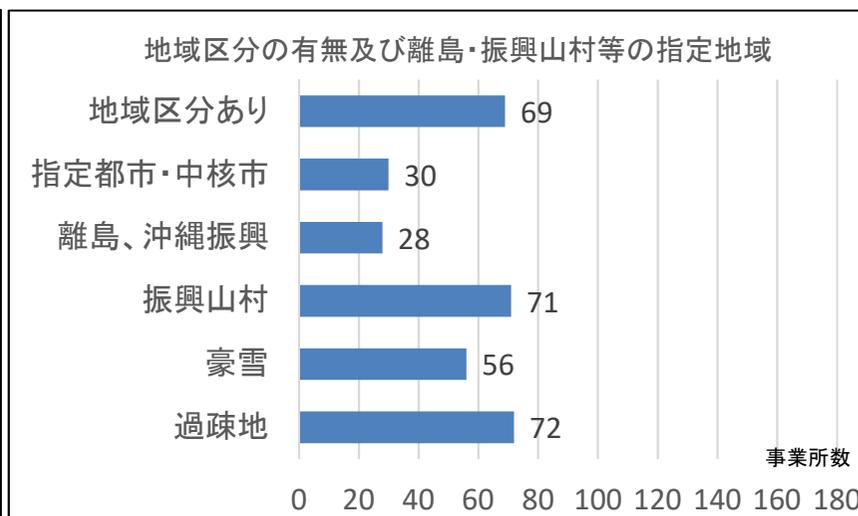
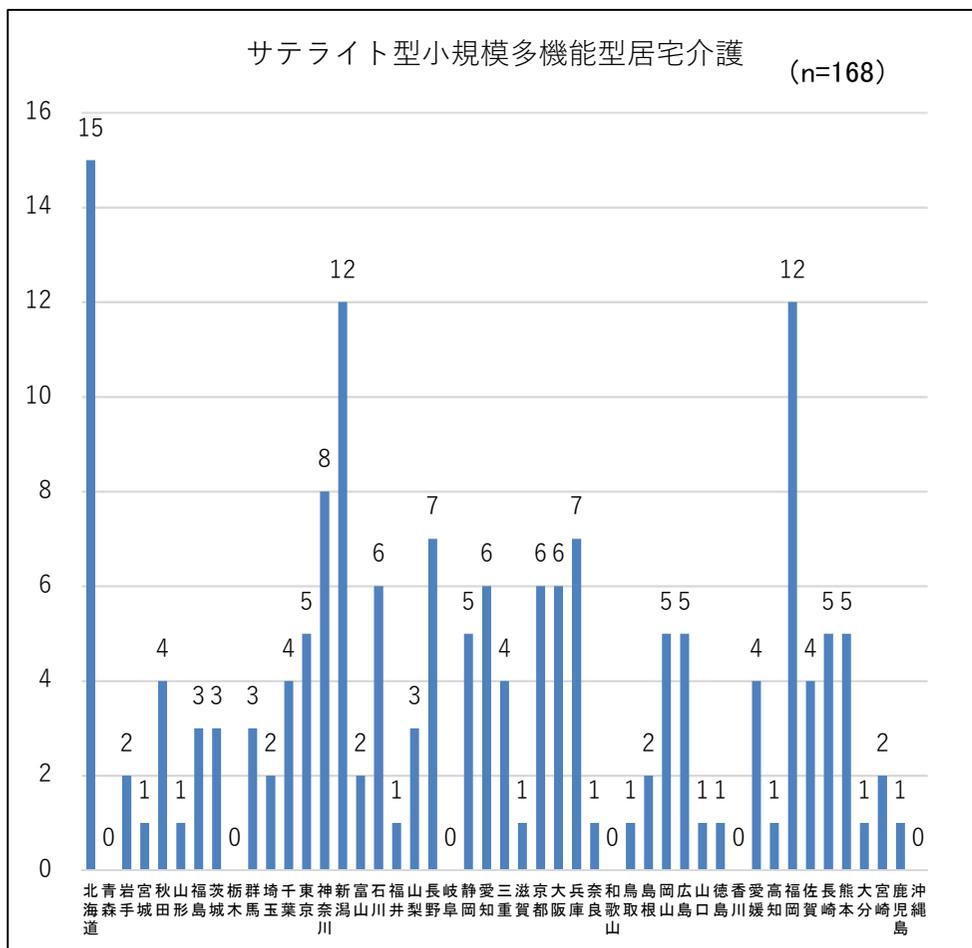


(注1) 介護サービスの情報公表制度に登録されているデータ(令和2年8月時点)を老健局において集計したもの。

(注2) 離島・振興山村等については地区別に指定地域が定められている地域があるため、表中の事業所数は、当該事業所が所在する市町村が当該指定地域である趣旨であり、必ずしも当該事業所が指定地域に所在するものではない。

サテライト型施設・事業所数(小規模多機能型居宅介護)

○ サテライト型の小規模多機能型居宅介護事業所は、北海道（15）、神奈川県、福岡県（12）の順に多く、地域区分の設定のない地域の事業所が約6割である。



(市内施設数上位)

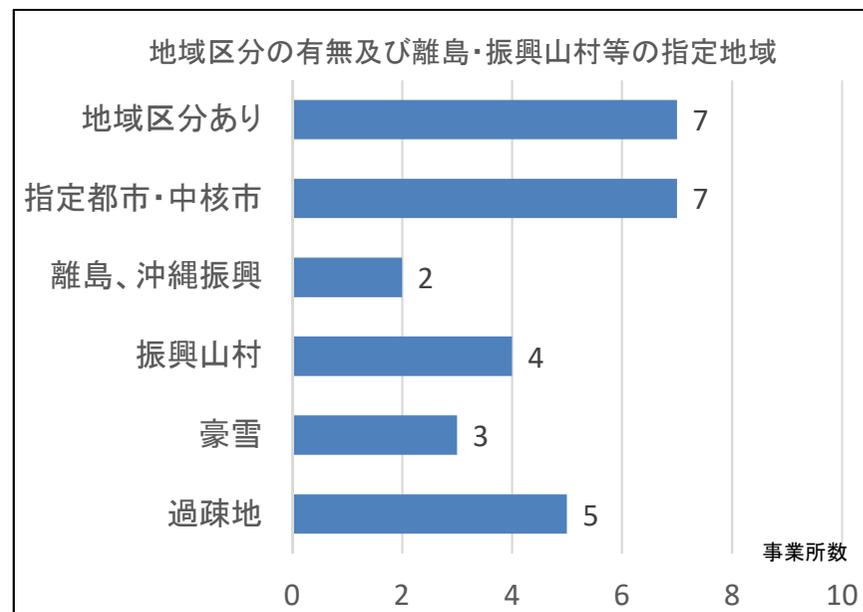
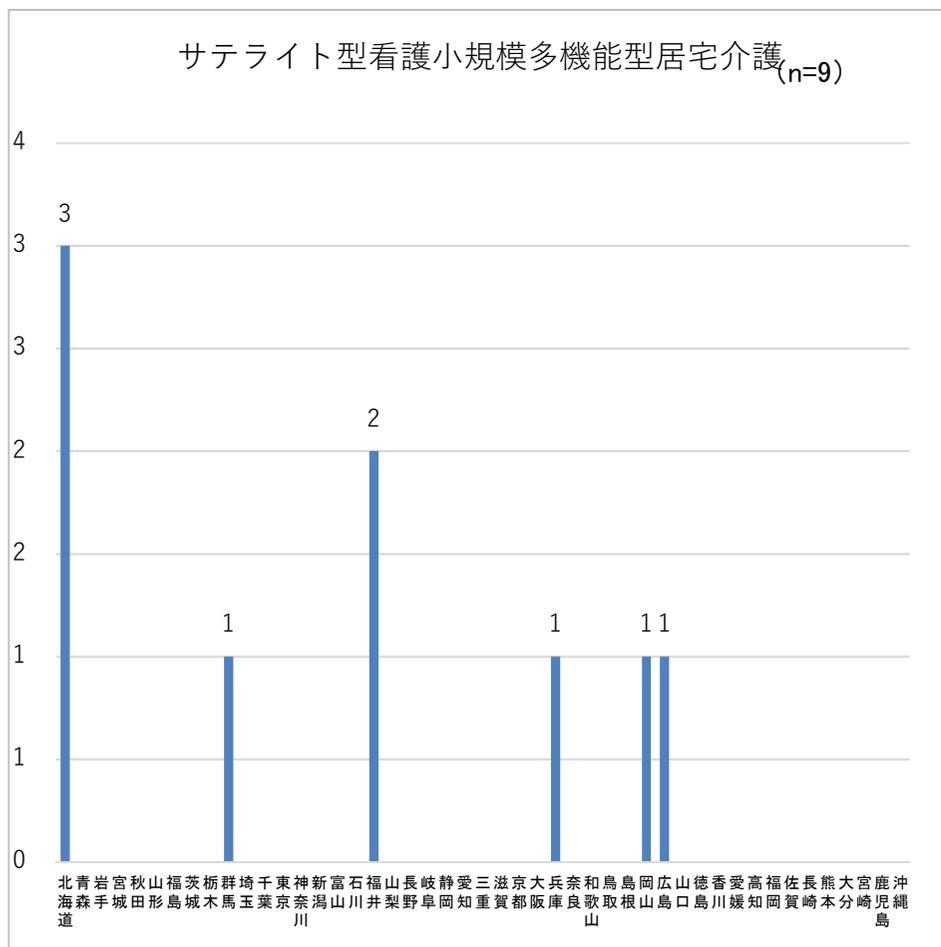
札幌市	8か所
福山市	4か所
横須賀市、名古屋市、京都市 大阪市、たつの市、松山市、北九州市	3か所

(注1) 介護DBから抽出した令和2年2月サービス提供分のデータを老健局において集計したもの。介護予防・短期利用は除く。

(注2) 離島・振興山村等については地区別に指定地域が定められている地域があるため、表中の事業所数は、当該事業所が所在する市町村が当該指定地域である趣旨であり、必ずしも当該事業所が指定地域に所在するものではない。

サテライト型施設・事業所数(看護小規模多機能型居宅介護)

○ サテライト型の看護小規模多機能型居宅介護事業所は、北海道（3）、福井県（2）の順に多く、地方の指定都市・中核市の事業所が約8割である。



(サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の所在地)
 北海道札幌市(2)、紋別市(1)、群馬県伊勢崎市(1)
 福井県福井市(2)、兵庫県神戸市(1)、岡山県岡山市(1)
 広島県福山市(1)

(注1) 介護DBから抽出した令和2年2月サービス提供分のデータを老健局において集計したもの。介護予防・短期利用は除く。
 (注2) 離島・振興山村等については地区別に指定地域が定められている地域があるため、表中の事業所数は、当該事業所が所在する市町村が当該指定地域である趣旨であり、必ずしも当該事業所が指定地域に所在するものではない。

地域の特性に応じたサービスの確保に関する主な意見①

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日社会保障審議会介護給付費分科会) 抜粋

- 地域包括ケアシステムの推進については、今回の介護報酬改定で様々な対応を図ったところであるが、その実施状況をしっかりと把握するとともに、医療と介護の役割分担と連携、住宅施策など他の関連施策との連携、高齢者の居場所の確保や引きこもり予防なども含めた健康寿命延伸のための取組、今後増えていくことが見込まれる認知症の人への対応のあり方を含め、都市部や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるようにする観点から、どのような対応を図ることが適当なのか、引き続き検討していくべきである。

介護保険制度の見直しに関する意見(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会) 抜粋

- 2025年に向けて、更にはその先の2040年を見据えて、介護保険制度について、介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)、保険者機能の強化(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)、地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)、認知症施策の総合的な推進及び持続可能な制度の構築・介護現場の革新の観点から、見直しを進めることが必要である。
- 地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)にて、介護サービス基盤、高齢者向け住まいでの今後の介護サービス基盤の整備として、以下の事項が記載されている。

・「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護施設の整備を進めるとともに、在宅サービスの充実を図り、在宅の限界点を高めていくことが必要である。(看護)小規模多機能などのサービスの整備を進めるとともに、既存の施設等による在宅支援を強化していくことが必要である。また、「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護サービス基盤として介護付きホーム(特定施設入居者生活介護)も含めて、その整備を促進していくことが適当である。なお、働きながら介護を行う人について、その実態も踏まえながら一層支援していくことが重要であり、地域支援事業の任意事業である家族介護援事業なども活用しながら、家族介護者の相談支援や健康の確保を図っていくことが重要である。

※下線については、事務局において追加したものである。

地域の特性に応じたサービスの確保に関する主な意見②

地域包括ケア研究会報告書(抜粋)

2040年:多面的社会における地域包括ケアシステム-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会-

3.生活全体を支えるためのサービスと地域デザイン

(3) 事業者の参入を促進するための方策

■大都市部での事業者の参入促進策

- サービス資源及び人材は、地域によって大きな格差が生じている。すでに、若年層の流出が激しい地方の中山間地においては、訪問介護における若い職員の採用が極めて限られており、登録型ヘルパーの高齢化とともに撤退する事業所もみられる。こうした地域では、比較的経営規模の大きい法人であっても新規サービスへの参入に慎重な場合があり、サービス整備が進んでいない場合が多い。
- また、一定の利用者の確保が可能と思われる都市部でも、参入に躊躇するケースが少なくない。例えば、小規模多機能型居宅介護については、経営効率の観点から、地域密着型特別養護老人ホームやグループホーム等との合築を検討する機会があるが、一定規模のまとまった土地の確保が難しいため整備を断念するケースも少なくない。こうした制約から、より土地の確保に余裕がある郊外などにその代替として広域型の施設の建設が計画される場合もある。その結果、利用者が住み慣れた地域を離れて入所するという問題も生じてしまう。
- また、郊外に建設された施設は、仮に当該地域においては供給過多であっても、住所地特例により都市部の利用者を受け入れ、満床を目指すのが経営の面からも合理的な選択となってしまう。その結果、ただでさえ人材確保が難しい状況の中、都市部からの施設入所者を支えるために、郊外の在宅サービスの介護人材が、施設サービスに流出するとともに、郊外の在宅介護サービス資源が弱体化し、郊外の利用者も住み慣れた地域を離れるといったことも懸念される。
- こうした悪循環を断ち切るためには、中心市街地など土地の確保に制約がある地域においても効果的に事業を展開できるよう、設備基準の緩和や上述した多機能化による経営の安定策を積極的に検討していくべきであろう。また、こうした基準や機能の具体的な内容については、それぞれの地域によって事情が多様であることから、一定の範囲で、都道府県または保険者の裁量が認められるべきである。特に中心市街地において、小規模多機能型居宅介護を中心として、各種の地域密着型サービス併設や多機能化といったタイプの地域拠点を実現できるようなモデルを模索すべきである。

※下線については、事務局において追加したものである。

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)

地方からの過疎地域等の取扱いに関する提案①

令和元年の地方からの提案等に関する対応方針（令和元年12月23日閣議決定）

5 義務付け・枠付けの見直し等【厚生労働省】

(30) 介護保険法（平9法123）

- (ii) 指定小規模多機能型居宅介護については、過疎地域等において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間に限り行わない措置を講ずることについて検討し、令和3年度の報酬改定に向けて結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

地方からの過疎地域等の取扱いに関する提案②

令和2年 地方分権改革に関する提案募集（抜粋）

提案事項：訪問看護ステーションの看護師等の人員に関する基準の見直し

- 訪問看護ステーションごとに置くべき看護師等の員数を「従うべき基準」から「参酌すべき基準」とする。

〈具体的な支障事例〉

人口が少なく、サービス利用者の確保が難しい中山間地域では、新たな訪問看護ステーションの設置が進まず、訪問看護の希望者があれば、市部の訪問看護ステーションが対応しているが、移動に時間がかかり、その間の報酬が見込めないため、効率的なサービス提供が行えず、経営面で赤字となっている。「地域包括ケアシステム」を地域の実情に応じて深化・推進していく必要があることから、地域の実情に合わせた訪問看護事業への参入促進を図り、看護師離職による休止・廃止を抑制する必要がある。

令和2年 地方分権改革に関する提案募集（抜粋）

提案事項：小規模多機能型居宅介護の定員に関する基準の見直し

- 小規模多機能型居宅介護については、厚生労働省令により、登録定員と1日当たりの利用定員に上限が設けられているが、小規模多機能型居宅介護の普及に向け、登録定員、利用定員を「従うべき基準」から「参酌すべき基準」とする。

〈具体的な支障事例〉

小規模多機能型居宅介護は、介護保険制度において、在宅生活を支える中核的なサービス形態の一つであり、平成18年の創設以来、利用ニーズが拡大している。

本県としては、要介護者が増加する2040年に向け、地域包括ケアを推進するために、更に拡大していくべきサービスと認識している。

ただ、登録定員の上限（29名）があるために、事業規模が小さくならざるを得ず、特に要介護度の低い利用者を抱える事業所において厳しい経営状況にある。

また、施設の規模、職員数等によっては、通いと泊まりの1日当たりの利用定員を超えても適切にサービスを提供できる事業所があるにも関わらず、当該定員の上限が設けられているために利用者のニーズに応えられないケースも生じている。

地方からの過疎地域等の取扱いに関する提案③

令和2年 地方分権改革に関する提案募集（抜粋）

提案事項：ICT等の活用による介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の人員に関する基準の緩和

- 介護老人福祉施設及び介護老人保健施設について、ICTを活用した業務の効率化など、業務改善で効果が認められた事業所については、人員基準を緩和（看護・介護職員の人員基準3：1（入所者三人に対して職員一人）を、施設の実情により、例えば、常勤換算で0.3を減じた人員基準3.3：1とする）することを可能とする。

〈具体的な支障事例〉

急速に増加する介護需要に対し、介護人材確保が困難になる中、介護サービス産業の生産性向上に関し、ICT等の活用による業務効率化は、非常に重要な課題である。

現在は、人による介護という視点から、一律に人員基準が定められ、ICT導入等による効率化や、業務内容の改善が基準に考慮される余地が無く、現在の人員基準が、単に介護者の人数を定めているという点は、昨今の社会状況を踏まえると、介護人材不足と事業評価の精査という点で、不十分であると言わざるを得ない。

現状では、ICT導入等による業務効率化後も人員確保が必要な状況で、基準を満たすための介護人材確保の負担が増え、施設運営法人の資金が人件費に多く費やされる結果、企画や施設整備に資金を回すことが困難といったことがある。

地方からの過疎地域等の取扱いに関する提案④

令和2年 地方分権改革に関する提案募集（抜粋）

提案事項：特別養護老人ホームの定員規模別の報酬の設定

- 特別養護老人ホームの基本報酬について、「介護事業経営実態調査」の結果を踏まえて、定員80人以下の施設については、定員規模別（30人、31人～50人、51人～80人）の報酬を設定すること。

〈具体的な支障事例〉

特別養護老人ホームの基本報酬については、地域密着型施設の単価は導入されているものの、通所介護と異なり、定員規模別による仕組みとなっておらず、介護事業経営実態調査では、特に定員80人以下の施設における収支差率が低く、安定的な施設の運営に苦慮している。

【支障事例】

特別養護老人ホームなどの高齢者福祉施設を運営する社会福祉法人が会員となっている団体からは、収益が伸びず、人件費の高騰等により施設運営状況が悪化しており、支援を求める要望がある。

なお、同団体による「2018年度特別養護老人ホーム実態調査報告書」によると、従来型施設においては約6割に当たる13施設が赤字となっており、平均の収支差率も-1.57%という厳しい経営状況が明らかとなっている。

こうした状況が続くことは、本市の安定的な介護サービスの提供に支障が生じる恐れがある。

人員、設備、運営基準を満たさない状態に対する減算

- 介護サービス施設・事業所の指定申請にあたって都道府県等に提出する運営規程の中に、利用定員や従業者の員数などを定める。
- 一定の場合を除き、当該施設・事業所の利用定員を超えた場合(定員超過)や看護・介護職員等が人員基準上満たすべき員数を下回っている場合(人員欠如)等、人員・設備・運営基準を満たさない場合には、介護報酬が減算となる。

(人員、設備、運営基準を満たさないために減算となるもの)

	人員欠如 (70/100)	定員超過 (70/100)	夜勤職員 (97/100)	ユニットリーダー (97/100)	身体拘束 (△80単位等)	過少サービス (70/100)
通所介護、通所リハ、地域通所、認知症通所	○	○				
短期入所、短期療養	○	○	○	○		
特定施設	○	○			○	
小多機、看多機	○	○				○
認知症GH	○	○	○		○	
特養、老健、療養型、医療院	○	○	○	○	○	

地域の特性に応じたサービスの確保

<現状>

- 75～84歳、85歳以上の人口は、2025年にかけて全ての都道府県において増加する見込みであり、特に東京、愛知、大阪圏において増加が大きい。また、高齢化率は、規模の小さい自治体の方が大きい自治体に比べて高い。
- 2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、都市部を中心に、2倍超となる保険者も存在する。
- このような中、都市部、中山間地域等も含めた各地域で、地域の特性に応じながら、必要なサービスが確保されるようにしていくことが必要である。
- 介護報酬は、サービス提供に要する平均的な費用を勘案して設定することとされており、介護従事者の賃金の地域差を介護報酬に反映するため、地域区分を設定している。
- また、加算において、訪問系や通所系サービスについて、中山間地域等に事業所が所在する場合や中山間地域等に居住している利用者にサービス提供する場合、訪問や送迎等に多くの時間を要することから、評価を行っており、平成30年度介護報酬改定においては、訪問リハビリテーション等を対象にするなどの充実を行ったところ。
- 人員や運営基準等においては、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等の一部のサービスについて、人員や設備基準を緩和したサテライト型施設・事業所の設置を認め、都市部や中山間地域等も含め、効率的な運営を可能としており、平成30年度介護報酬改定においては、看護小規模多機能型居宅介護を対象にしたところ。
- また、中山間地域等においては、市町村が必要と認める場合、人員や設備基準等を緩和した居宅サービスに相当するサービスを保険給付の対象とすることが可能とされている。

地域の特性に応じたサービスの確保

- こうした中で、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告では、「都市部や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるようにする観点から、どのような対応を図ることが適当なのか、引き続き検討していくべきである。」との指摘がされている。
- また、地方からは、小規模多機能型居宅介護について、「過疎地域等において一定の条件を満たす場合に、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の期間に限り行わない措置を講ずる」ことや、「登録定員、利用定員を「従うべき基準」から「参酌すべき基準」とする」こと、訪問看護について、「訪問看護ステーションごとに置くべき看護師等の員数を「従うべき基準」から「参酌すべき基準」とする」こと等について提案がある。

<論点>

- 地域の特性に応じながら、都市部や中山間地域等のいかににかかわらず、各地域で質の確保された必要なサービスを確保していく観点から、地方からの提案も踏まえつつ、どのような対応が考えられるか。