社保審-介護給付費	分科会
第191回(R2.11.5)	資料1

地域包括ケアシステムの推進(検討の方向性)

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。
- 受けたい介護を目指し、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んにかかわらず、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。

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

<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。
- 本人の意思決定支援に現場で適切に取り組めるよう、4つの医療倫理原則や看取りの振り返り等も含め、介護施設等で実施する看取りに特化した研修の充実を図るべき。また、看取りの数ではなく、質が重要であることを踏まえ検討するべき。
- ACPの取組は着実に推進していくべき。
- 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。

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

<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。
- 医療保険と介護保険のリハビリテーションについて、慢性期の患者の中でリハビリが必要ない人はほとんどいない ため、連続して行えるようにすべき。
- 〇 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。
- 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。
- 中重度者への対応関連の加算について、算定率が非常に高いものから極めて低いものまであり、このような状況に なっている理由を検討する必要がある。
- 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はなく、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。
- 医療と介護の連携について、情報提供や取組を推進するにあたり、連携に対して双方に対価が支払われるようにするなど、双方にメリットのあるシステムが必要ではないか。
- 入退院時の支援や通院時の情報共有や支援が重要であり、小規模多機能においても入退院時の支援が評価される仕組みがあると、地域での継続性が高まることにも寄与するのではないか。
- 感染症対策の観点からも医療と介護の連携が地域で促進されるよう、感染管理認定看護師との連携など医療と介護 の連携を評価することを検討してはどうか。

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

_	≕刃午□	(中へ	\mathcal{A}	++	一	\
_	心刀	症へ	U)	ĽX	N)	-

- 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。
- 本人主体の介護として、軽度の認知症の方の社会参加を進めるためにも、早い段階で支援者や共に生活をつくっていくパートナーと出会えるようにするという視点を、専門職向けの研修の中でも盛り込んでいくことが必要ではないか。
- 認知症ケアの充実のため、認知症介護基礎研修カリキュラムなどは、無資格で入職をしている人への必須研修とす るなど、介護事業所で働く人全てが受講できるようにしてはどうか。
- 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。
- 認知症に関連した加算については、算定率が低い原因をよく分析した上で見直すべき。算定率を上げるために、安 易に緩和するのではなく、本来の目的が達成されるような形での見直しが必要ではないか。
- 認知症に関連した加算について、算定率を上げるために、集合研修の一部を e ラーニングにするなど、より受講しやすい環境設定にしてはどうか。
- コミュニケーション能力等の評価や、意欲の指標である、VIなどの認知症の方が今持っている残存能力をきちんと 評価した上で、的確に認知症への対応を行えるようにすることが必要ではないか。
- 質の高いサービスを評価するためには、アウトカム評価が可能な指標の設定が必要。未病指標は認知機能なども総合的に簡易に評価できる指標であり、質の高い介護を提供する観点からも活用を検討してはどうか。
- 認知症の方の意思決定支援を十分に現場で取り入れる中で、人生の最終段階に関するガイドラインや、認知症の人 のガイドライン、障害福祉サービス等の提供に関するガイドラインについて、根本的な考え方に差異はないため一本 化を検討するべき。

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)⑤

- 認知症の利用者のBPSDを緩和させる介護手法を体系的に確立していくことが必要ではないか。BPSDへの対応や介護サービスの選択、ケア内容の検討は、ケアマネジメントにおいても課題となることが多いことから、効果的なケアや支援方法の確立等が図られることは、ケアマネジメントを含めたケア全体にも影響があるのではないか。
- BPSDケアプログラムについて、科学的で有効性のあるケアの方法があるのであれば、その方法を現場に普及できるようにするべきではないか。
- BPSDケアプログラムの介入の効果が実証されて、介護報酬上、その取組を評価する場合は、BPSDの改善といったアウトカム指標を設定する形での評価を検討すべきではないか。
- 認知症の方に対して、良いケアをすることでBPSDは軽減できるため、良質なアセスメントを適切に実施できるよう、推進、評価していくことが必要ではないか。
- 認知症の方への生活背景を踏まえた関わりや、栄養、排せつケア、減薬等の現場での取組により状況が落ち着くこともある。このような取組を評価していくため、医師との連携や、BPSDケアプログラムを参考にした多職種連携によるストラクチャー・プロセス評価の実施、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等を通じた評価を検討してはどうか。
- BPSDは、認知症が重度になると症状が軽減するが、中重度になると記憶障害等が大きくなり、ADLが低下するため、認知症の中重度者をどのように支えていくのかという視点も重要ではないか。
- ※ 第181回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングでは、社会福祉法人全国社会福祉協議会全国ホームヘルパー協議会及び公益社団法人日本認知症グループホーム協会から以下の要望があった。

(社会福祉法人全国社会福祉協議会全国ホームヘルパー協議会)

・認知症専門ケア加算の訪問介護への拡充

(公益社団法人日本認知症グループホーム協会)

- ・認知症専門ケア加算の見直し
- ・BPSDへの対応の評価

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)⑥

<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。
- 今後、利用者の高齢化等に伴う重度者や看取りへの対応を強化するためには、配置基準以上の看護職の配置が必要であるが、人材の確保が難しいため、基準以上の配置を行う施設の評価や、看護職の配置がある場合でも、訪問看護が活用できるようにすることを検討すべきではないか。
- 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。
- 多職種協働について、組織や機関を越えて専門職の力が有効に発揮できるような仕組みが必要であり、新たな取組 をしている、効果を上げている事例を評価していきながら、体制をつくっていく必要があるのではないか。
- 暮らしの不自由さは、疾患や障害によるものだけではないことから、生活そのものを支援する技術が必要であり、 身体介護に加え生活支援を行う専門職である介護福祉士がこの役割を担うことが期待されるのではないか。
- 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。
- 介護医療院には、医師をはじめ、PT、OT、STといったリハビリ専門職の配置があるが、この配置が求められない 特養において、どのように対応していくかは今後の検討課題ではないか。
- 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)⑦

<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。
- 地域包括ケアシステムでは、住まい、医療、介護、予防、生活支援に加え、災害や感染症対策も、より地域特性に 応じた形で、地域単位で具体的で細やかに準備する必要がある。
- 生産年齢人口の急速な減少への対応が求められるが、地域区分といった報酬設定の引上げだけで対応していくことには限界があり、サービス毎に指定基準を満たすといった仕組みを抜本的に見直すなど、効果的なサービス提供の在り方を検討していくことが必要ではないか。
- 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。また、地域の実情に応じ基準の緩和を行うなど強力な支援が必要。
- 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。
- 訪問介護を含めた居宅系サービスについて、移動時間を含めたサービス提供の在り方について横断的に検討する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。

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)⑧

- 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んにかかわらず、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 討するべき。
- 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が不足しており、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。
- 地域の特性に応じたサービスの確保のための基準の緩和等については、サービスの質の確保を前提として、その地 域の実情や必要性をよく分析した上で検討すべき。
- 住み慣れた地域で質が担保されたサービスを安心して受けてもらうようにすることが肝要であり、居住する地域で サービスの質や内容に差が出ることは適切ではないという観点を踏まえて、検討、議論を進めていくべき。
- 小多機で登録定員を超過した場合に一定の条件下で減算を行わないことや、訪問看護ステーションの看護師等の員数を「参酌すべき基準」にするなどの見直しについては、地域密着型サービスの適切な提供やサービスの質の確保という点で懸念があり、慎重に検討するべき。
- 小多機の人員基準に関する緩和については、過去に定員を増やす見直しを一度しており、サービスの質の担保や他のサービスとの整合性から、慎重に考えていくべきであり、安易に行わない方がよいのではないか。
- 小多機で登録定員を超過した場合に一定の条件下で減算を行わないことについて、こうした対応で良いのか、地域 差が今後更に拡大することが予想されることを前提に、対応策を考えていく必要があるのではないか。
- 小多機で登録定員を超過した場合に一定の条件下で減算を行わないことについて、いずれ利用者が減少し、登録定員の超過も解消することが見込まれる中、この一定期間の利用者増のために新たにサテライト型事業所を整備するのは現実的ではなく、その一定期間のサービス需要に登録定員の超過という形で応えたいというものであるため、前向きな検討をしてはどうか。

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) ⑨

- 訪問看護ステーションを「参酌すべき基準にする」などについて、地域密着サービスの適切な提供や質の確保で心配があり、慎重に検討すべき。
- 訪問看護ステーションは大規模で安定的・継続的にサービスを届けるということで方向転換しており、現に看護職員数は少しずつだが、増えてきている。現行制度で、人員基準を満たさなくてもサービスが提供可能な仕組みがあり、病院や診療所で行える事業でもあり、「参酌すべき基準」にすることは反対する。
- 「参酌すべき基準」にすることは慎重に検討し、他の代替サービスの有無も踏まえて検討すべき。
- サービス提供を行いやすくするためには、地域の実情に応じた基準の緩和も必要。提案の背景を十分に理解して、 課題の解決に真摯に向き合って欲しい。
- 必ずしも一律的な話ではないので、地域の実情等も分析したうえで検討すべき。

1. 認知症への対応力強化

論点① 認知症専門ケア加算

論点①

- 認知症専門ケア加算は、平成21年度介護報酬改定において、専門的な認知症ケアを普及する観点から、施設系サービス、グループホームにおいて、認知症介護について一定の経験を有し、自治体が実施する認知症ケアに関する専門研修を修了した者を配置している事業所を評価するものとして創設。
- 平成30年度介護報酬改定において、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、短期入所系サービスにも対象を拡大している。 この点に関して、令和2年度に改定検証調査を行ったところ、
 - ・ 算定するメリットとして「認知症の利用者に対して、より専門的な介護が提供できるように なった」が多く挙げられた。
 - ・ 一方で、算定する際の課題として「認知症ケアに関する専門研修を修了した者の確保が困難 である」が多く挙げられた。
- 訪問系サービスにも拡大するよう要望があることや、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「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。」とされていることを踏まえ、各介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、認知症専門ケア加算について、どのような対応が考えられるか。

認知症専門ケア加算

要件等 3単位/日 (自立度 以上の利用者にサービス提供した場合に加算) (1)事業所における利用者の総数のうち、日常生活自立度皿以上の者 が占める割合が2分の1以上 (2)認知症介護実践リーダー研修を修了している者の配置 日常生活 自立度Ⅲ以上の者が -20人未満:1以上 20人以上:10で除した数(端数切り捨て) (3)従業者に対して、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していること 4単位/日 (自立度 以上の利用者にサービス提供した場合に加算) (1)加算 I の要件を満たしていること (2)認知症介護指導者養成研修を修了している者を1名以上配置し、事 業所全体の認知症ケアの指導等 ${ m I\hspace{-.1em}I}$ (3) 当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関す る研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定 していること。

認知症対応力向上に関する各種意見①

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
 - <u>(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</u>
 - **認知症の人は、**その環境に応じて、居宅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・<u>訪問系サービス</u>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。

<u>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</u> <u>を向上するための取組を推進する</u>。

令和3年度介護報酬改定への意見について(令和2年8月3日 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国ホームヘルパー協議会) 第181回介護給付費分科会における関係団体ヒアリング資料の抜粋

●認知症専門ケア加算や看取り加算を<u>訪問介護でも算定できるよう</u>にしてください

介護老人福祉施設等では、平成30 年度介護報酬改定によって、認知症介護に一定程度の経験があり、国や自治体等が行う認知症介護 指導者研修の修了者がサービス提供をすることへの評価として認知症専門ケア加算が創設されています。**訪問介護においても、認知症** 高齢者のサービス利用も増え、専門的な支援を行っている実態があり、訪問介護においても認知症専門ケア加算が算定できるようにす ることが必要です。ただし、研修を受講したくても、人材不足等の理由により受講できない実態もあることから、WEB 等でも認知症 指導者研修等を受講できるような体制や環境を整備してください。

また、在宅での看取りのケースに関わることも増えていることから、訪問介護においても看取り加算を算定できるようにし、適切に 訪問介護の取り組みを評価できるような制度の運用を求めます。

認知症専門ケア加算

(1) 加算の設定状況

	○ 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 ・認知症専門ケア加算 ・認知症加算
訪問介護	
訪問入浴介護	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
夜間対応型訪問介護	
通所介護(地域密着型含む)	0
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	〇(前改定追加)
(看護)小規模多機能型居宅介護	0
特定施設入居者生活介護	0
認知症対応型共同生活介護	0
介護老人福祉施設	0
介護老人保健施設	0
介護医療院	○(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。

(2) 導入経緯

○ 平成21年度介護報酬改定において、「認知症の医療と生活 の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえて施設サービ ス、グループホームに創設。

平成21年度介護報酬改定に関する審議報告(抄)

- 2 医療との連携や認知症ケアの充実
- (2)認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・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、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

- 10. 認知症関係サービス
- (5) 認知症に係る専門的なケアの評価(施設系サービス、グループホーム) 専門的な認知症ケアを普及する観点から、グループホームや介護保険施 設において、認知症介護について一定の経験を有し、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。なお、あわせて研修の質の確保のための 検討を行う。

<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>(抄)

- Ⅱ今後の認知症対策の具体的内容 4適切なケアの普及及び本人・家族支援
- (4) 中・長期的対策
- ア 適切なケアの普及
- (ア)認知症ケアの評価等の検討
 - 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する。
 - 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対応等を行う介護老人福祉施設等における緊急 ショートステイの評価のあり方について検討する。

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	草
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)(1)(2)	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))(1)(2)	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))(1)	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(I)	0.04%	短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院))(2)	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)(1)	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)(2)	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%				

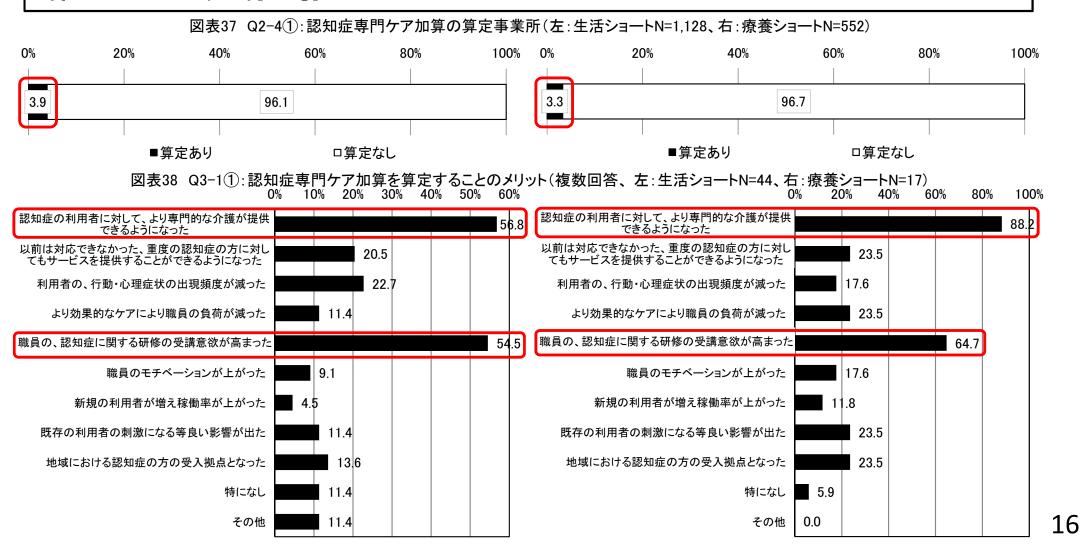
⁽注) 「加算取得率(事業所ベース)」は各加算の請求事業所数:総請求事業所数により求めたもの。

[【]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)

(5).認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業

事業所調查(短期入所生活介護・短期入所療養介護)

- 1.認知症専門ケア加算
- |○算定している事業所は、生活ショートで3.9% 、療養ショートで3.3%であった。【Q2-4①】
- 〇算定するメリットは、「認知症の利用者に対して、より専門的な介護が提供できるようになった」が最も多く、生活ショートで56.8%、療養ショートで88.2%であった。次いで多かったのは「職員の、認知症に関する研修の受講意欲が高まった」であり、生活ショートで54.5%、療養ショートで64.7%であった。【Q3-1①】

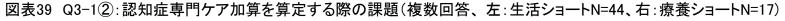


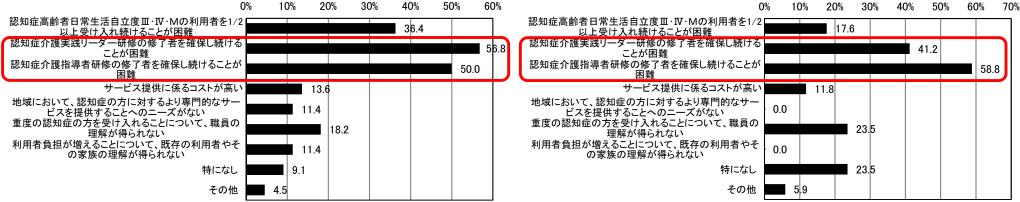
(5).認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業

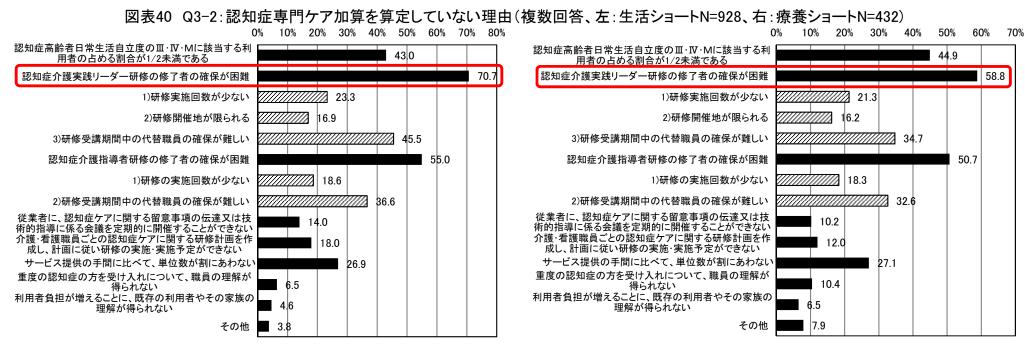
事業所調查(短期入所生活介護・短期入所療養介護)

1.認知症専門ケア加算

- ○算定する際の課題の上位について見ると、「認知症介護実践リーダー研修を修了している者を確保し続けることが困難である」が生活ショートで 56.8%、療養ショートで41.2%であり、「認知症介護指導者研修を修了している者を確保し続けることが困難である」が生活ショートで50.0%、療養ショートで58.8%であった。【Q3-1②】
- ○算定していない理由は、「認知症介護実践リーダー研修を修了している者の確保が困難である」が最も多く、生活ショートで70.7%、療養ショートで58.8%となっていた。【Q3-2】







認知症介護実践者等養成研修における受講の仕組を含む カリキュラムのあり方に関する調査研究事業(令和2年度老健事業)

【事業概要】

(実施団体) 社会福祉法人 浴風会 《事業費:6,716千円》

〇 認知症介護実践者等養成研修(※)の受講に関する課題等の実態把握を行い、受講しやすいカリキュラム・受講方法及び最近の認知症介護に関する最新の動向を踏まえた改訂について検討し、必要な提言を行う。 ※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

【主な事業内容】

〇アンケート調査

【調査対象】

- •都道府県•指定都市担当者(悉皆)
- ・研修実施機関の担当者(134ケ所程度)
- ·認知症介護指導者(670人程度)

【調査内容】研修実施上の課題、eラーニングの

導入の可否、研修内容について等

〇研修会の実施

【目的】 改定したカリキュラム周知のため 【対象者】都道府県・指定都市担当者、研修実施機 関担当者、認知症介護指導者等

【対応策の検討】:検討委員会の設置

団体名(役職等)	委員名※敬称略
認知症介護研究研修東京センター/宮崎県立看護大学大学院(特任センター長補佐兼特任研修部長/特任教授)	佐藤 信人 ◎
仙台市社会事業協会高齢者総合福祉施設仙台楽生園ユニットケア施設群(総括施設長)	佐々木 薫
日本大学文理学部(教授)	内藤 佳津雄
神奈川県社会福祉事業団 総合経営センター(参事)	中村 克也
認知症介護研究・研修大府センター(研修部長)	中村 裕子
新潟大学 経営戦略本部男女共同参画推進室(特任助教)	西原 亜矢子
全国認知症介護指導者ネットワーク(代表)	宮島 渡
滋賀県 健康医療福祉部医療福祉推進課(主任保健師)	村井 晋平
認知症介護研究・研修仙台センター(研修部長)	矢吹 知之
神奈川県 福祉こどもみらい局福祉部高齢福祉課(主査)	吉田 剛
宮城県 保健福祉部長寿社会政策課(技師)	渡部 和馬

認知症専門ケア加算に関連する各種意見②

公益社団法人日本看護協会 令和3年度介護報酬改定に関する要望書 抜粋

3) 認知症ケア専門加算における資格要件の見直し

認知症専門ケア加算の算定要件である「認知症介護指導者養成研修の修了者の配置」を満たす資格要件に、認知症ケアに関する専門性の高い看護師を加えること

<趣旨>

<u>介護保険施設・認知症グループホーム等の「認知症専門ケア加算Ⅱ」の算定要件である「認知症介護指導者養成研修^{※1}修了者の配置」を満たす資格要件として、「認知症者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の看護師」^{※2}を加えるよう要望する。</u>

<u>これら認知症ケアに関する専門性の高い看護師は、認知症ケアの教育方法や人材育成、認知症ケアに関する制度・施策など認知症介護指導者研修の内容を含む養成カリキュラムを受講済であることから、当該看護師については、認知症介護指導者養成研修の受講免除についても併せて要望する。</u>

※2 認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師を指す

認定看護師、専門看護師、精神科認定看護師

	認定看護師	専門看護師	精神科認定看護師
概要	患者・家族によりよい看護を提供できるよう、熟練した看護技術及び知識を用いて水準 の高い看護を実践し、また看護職等に対し指 導・相談を行う。	患者・家族に対して専門性を基盤とする高度な 看護を実践し、看護職者等への教育・相談を行う。 また、保健医療福祉チーム内の調整、専門分野に おける研究活動、倫理的課題の調整を行う。	精神科の看護領域におけるすぐれた技術と 知識を用いた質の高い看護の実践、精神科看 護に関する相談・指導、知識の発展への貢献 を行う。
実施主体	日本看護協会	日本看護協会	日本精神科看護協会
資格取得の流れ	・日本国の看護師免許を有すること ・通算5年以上(うち認定看護分野3年以上)の実務研修があること ・認定看護師教育を修了していること 認定看護師認定審査 登録・認定証交付	・日本国の看護師免許を有すること ・通算5年以上(うち専門看護分野3年以上)の 実務研修があること ・看護系大学院修士課程において、日本看護系大 学協議会が定める所定の単位を取得していること 専門看護師認定審査 登録・認定証交付	・日本国の看護師免許を有すること ・通算5年以上(うち精神科看護分野3年 以上)の実務研修があること ・精神科認定看護師教育課程を修了してい ること 精神科認定看護師認定試験 登録・認定証交付 更新(5年毎)
分野	21分野	13分野	_
カリキュラム	【認知症看護】 共通科目として「臨床病態生理学」「臨床薬 理学」等17科目、専門科目として「認知症看 護概論」「認知症の病態生理・臨床診断・治 療」「認知症の人とのコミュニケーション」 等7科目、特定行為区分として「精神及び神 経症状に係る薬剤投与関連」等、統合演習、 臨地実習	【老人看護】 共通科目として「看護教育論」「病態生理学」等、 専門科目として「高齢者と家族への看護実践に関 する科目」「在宅における老年看護に関する科 目」「認知症老年看護に関する科目」等、実習 【精神看護】 共通科目として「看護教育論」「病態生理学」等、 専門科目として「歴史・法制度に関する科目」 「精神・身体状態の評価に関する科目」「認知症 看護」等、実習	基礎科目として「看護倫理」「医療安全管理」等、専門基礎科目・専門科目として「精神科診断治療学」「精神薬理学」「精神科看護学」等、演習・実習
時間	共通科目380時間、専門科目252時間(うち 特定行為研修57時間)、演習・実習165時間	大学院(2年)	基礎科目195時間、専門基礎科目180時間、 専門科目105時間、実習・演習255時間
登録者数 (累計)	21,048人 (うち認知症看護認定看護師:1,587人)	2,519人 (うち精神看護専門看護師:346人、 老人看護専門看護師:184人)	833人

認知症専門ケア加算の要件(令和2年度診療報酬改定)

(参考)認知症ケア加算の主な要件等

		認知症ケア加算 1	(新) <u>認知症ケア加算 2</u>	認知症ケア加算3		
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師 による取組を評価	研修を受けた病棟看護師 による取組を評価		
点数	点数*1 イ <u>160点</u> ロ 30点		<u>イ 100点</u> <u>ロ 25点</u>	イ 40点 ロ 10点		
算定	対象					
<u>+</u>	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうか	かは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努	める等		
上なり	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施		
主な算定要件	専任の職員の 活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス(週1回程度) ・病棟巡回(週1回以上) ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	-		
主	専任の職員の 配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師(精神科・神経内科 <u>3年</u> 又は研修修了) ・専任の常勤看護師(経験5年かつ600時間以上の研修修了)※2 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	いずれかを配置 ・専任の常勤医師 (精神科・神経内科3年又は研修修了) ・専任の常勤看護師 (経験5年かつ600時間以上の研修修了)	-		
主な施設基準	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、 認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置(うち1名は院内研修で			
準	マニュアルの作 成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成		
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会 等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年 1回は研修や事例検討会等を実施		

- ※1 イ:14日以内の期間、口:15日以上の期間(身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定)
- ※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。
 - ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
 - ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」(認定証が発行されている者に限る)

認知症ケアに携わる介護従事者の研修

	認知症介護指導者 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	認知症対応型 サービス事業管理 者研修	認知症対応型サー ビス事業開設者研 修	小規模多機能型 居宅介護サービス 等計画作成担当 者研修	認知症ケアに携わ る多職種協働研 修
実施主体	都道府県・市町村 (認知症介護研究・研修 センターに委託)	都道府県	-市町村		都道府県・指定都市		市町村
補助率等		自治体 一般財源		地	2/3 域医療介護総合確保基	金	38.5% 国庫補助
研修対象者	認知症介護について 10年以上の現場実践 を経ている者であって、 実践リーダー研修を 終了している者	おおむね5年以上の 現場経験を有しており、 実践者研修受講後1 年以上経過した者	おおむね2年程度の 現場経験を有してい る者	認知症対応型サー ビス事業を管理する 者	認知症対応型サービ ス事業を開設する者	小規模多機能型居 宅介護、複合型サー ビスの計画作成担 当者	認知症ケアに携わる 医療介護従事者
想定される講師	認知症介護研究・研修センター	各自治体において選 定※認知症介護指導 者等	各自治体において選 定※認知症介護指 導者等	各自治体において 選定	各自治体において選 定	各自治体において 選定	各自治体において 選定
研修内容	認知症介護実践研修を 企画・立案し、講義、演 習、実習を担当すること ができる能力を身に付け、 施設や事業所の介護の 質の改善を指導すること ができる者となるための もの	実践者研修で得られた 知識・技術をさらに深め、 指導的立場として実践者 の知識・技術・態度を指 導する能力及び実践 リーダーとしてのチーム マネジメント能力の習得 するためのもの	認知症介護の理念、知 識及び技術を修得する ためのもの	管理者として事業所を 管理していく上で必要 な知識・技術を修得す るためのもの	開設者として事業所を運営していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	小規模多機能型居宅 介護、複合型サービス の計画を適切に作成す る上で必要な知識・技 術を修得するためのも の	認知症ケアにおける多職種協働の重要性等 を修得するためのもの
研修時間	<標準> 講義・演習:8100分 +実習 (職場実習4週間、他施 設実習 3.5日、実習まと め:840分	く標準> 講義・演習∶3360分 +実習4週間	く標準> 講義・演習:1890分 演習:4週間+420分 +実習 (職場実習4週間、課題 設定240分、実習まと め180分)	講義540分	講義·演習360分 +職場体験480分	講義540分	<標準> 講義・演習240分
指定基準の 要件、加算等	【加算】 認知症専門ケア加算 II の算定要件 (※認知症専門ケア加算 I の要件を満たした上で、 指導者を配置した場合 に算定が可能)	【基準】 GHの短期利用の人員 基準要件 【加算】 認知症専門ケア加算 I の算定要件	【基準】 ①GH、小規模多機能、 看護小規模多機能の 計画作成担当者には 受講義務付け ②GH、小規模多機能、 看護小規模多機能、認 デイの管理者研修受講 のための要件となって いる。	【基準】 GH、小規模多機能、 看護小規模多機能、認 デイの管理者には受講 義務付け	【基準】 GH、小規模多機能、看 護小規模多機能の開設 者には受講義務付け	【基準】 小規模多機能、看護小 規模多機能の計画作 成担当者には受講義 務付け	2

論点①認知症専門ケア加算

検討の方向 (案)

- 専門的な認知症ケアを普及する観点から創設された認知症専門ケア加算について、
 - 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観点から、訪問系サービスにおいても、現行の認知症専門ケア加算の要件等を踏まえて、加算の対象とすることを検討してはどうか。
 - ・ これまでに加算を算定していない理由として、認知症介護実践リーダー研修及び認知症介護指導者養成研修の修了者の確保が困難との回答が多いことも踏まえつつ、質を確保しながら、e-ラーニングの活用等により、受講しやすい環境整備を行うこととしてはどうか。
 - ・ さらに、診療報酬の認知症ケア加算の要件も踏まえ、算定要件である「認知症介護指導者養成研修の修了者の配置」を満たす資格要件に、認知症ケアに関する専門性の高い看護師(認知症看護認 定看護師、老人看護専門看護師及び精神看護専門看護師)を加えることとしてはどうか。

論点②行動・心理症状への対応力の向上

<u>論点②</u>

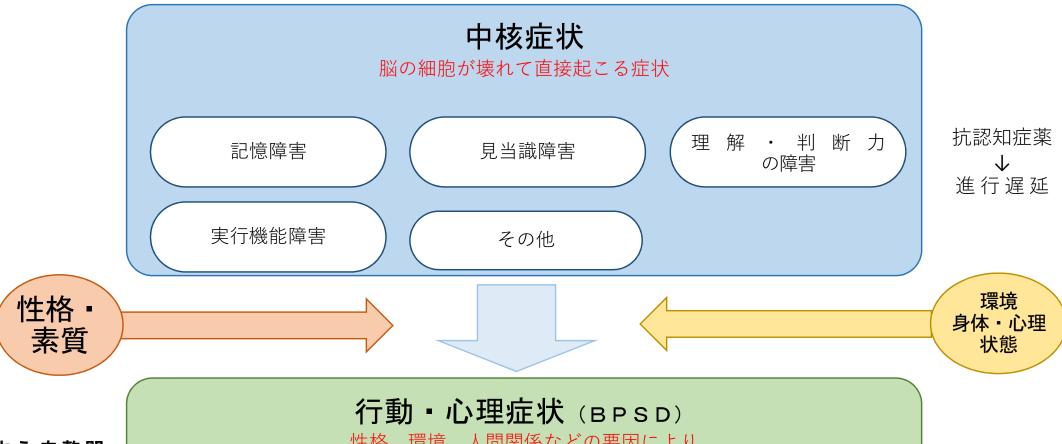
- 認知症の人の行動・心理症状(以下、BPSDという。)の発症を予防したり、重症化の緩和を図る 観点や、介護現場の負担を軽減する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 行動・心理症状への緊急対応を含め、在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズへの対応を強化していく 観点から、どのような対応が考えられるか。

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

- 2. 予防
- (2) 予防に関するエビデンスの収集の推進
- 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。
- 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
- <u>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。</u>
- <u>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</u>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。

行動·心理症状(BPSD)①



することができるえたり、和らげたりを批が現れるのを抑整することで、

行動・心理症状 (BPSD) 性格、環境、人間関係などの要因により 精神症状や行動に支障が起きる 不安・焦燥 うつ状態 幻覚・妄想 (本変) (本変)

行動·心理症状(BPSD)②

○ 各サービスにおける利用者の行動・心理症状の頻度によりグルーピングした結果、認知症対応型通 所介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設型居宅生活介護、介護老人保健施設、介護老人福祉施設が 「高」であった。

利用者の認知機能障害・IADL障害・ADL障害・行動心理症状によるグルーピング及び 日常生活自立度(IIa~M)の出現率とDASC-21による認知症高齢者の出現率

		認知機能障害	IADL障害	ADL障害 行動心理症状		日常生活自立度	DASC	- 21
		認知饿肥焊 音 	IADLIPP 占	ADL牌 古	1] 到心垤延扒	Ⅱa~M	31点以上	平均点
	訪問介護	低	低	低	中	47.2%	71.7%	44.38
	訪問リハビリテーション	低	低	低	低	45.2%	83.7%	48.49
	通所介護	低	低	低	低	53.0%	79.1%	47.73
居宅系	通所リハビリテーション	低	低	低	低	44.5%	75.9%	44.25
冶七尔	訪問看護	中	中	中	中	64.9%	85.5%	52.93
	定期巡回 · 随時対応型訪問介護看護	中	中	中	中	66.4%	90.9%	52.23
	認知症対応型通所介護	中	中	中	高	88.7%	98.4%	62.82
	小規模多機能居宅介護	中	中	中	高	80.7%	93.0%	56.52
	特定施設入居者生活介護	中	中	中	高	76.3%	93.4%	58.9
施設∙	認知症対応型共同生活介護	高	高	高	高	95.0%	99.7%	66.19
│ 施設・ │ 居住系	介護老人保健施設	高	高	高	中	89.5%	99.5%	67.43
店住术	介護老人福祉施設	高	恒	高	中	94.0%	99.8%	73.04
	介護療養型医療施設	高	高	高	低	97.0%	99.9%	78.66

(上表の高・中・低の判定方法)

利用者の認知機能、IADL、ADL、行動心理症状に関する36項目の回答率に、各レベルに応じた点数(例:まったくない→1点、ときどきある→2点、頻繁にある→3点、いつもそうだ→4点)を乗じ、サービスごとに認知機能、IADL、ADL、行動心理症状の合計点数を算出した。

その後、調査対象13サービス間で合計点数を比較し、点数の高い順に4サービスを「高」、点数の低い順に4サービスを「低」、中間の5サービスを「中」とした。

(注) DASC-21: 認知機能、IADL、ADLを総合的に評価できるアセスメントツールであり、調査に用いた項目のうち「日常の意思決定ができるか(日常の意思決定)」「自分の名前が答えられるか(自分の名前)」以外の項目が含まれている。

調査票該当箇所: 利用者票P1、問1(7)認知機能、(8)IADL、(9)ADL、(11)行動・心理症状の現在の状況

BPSDの評価尺度の比較について

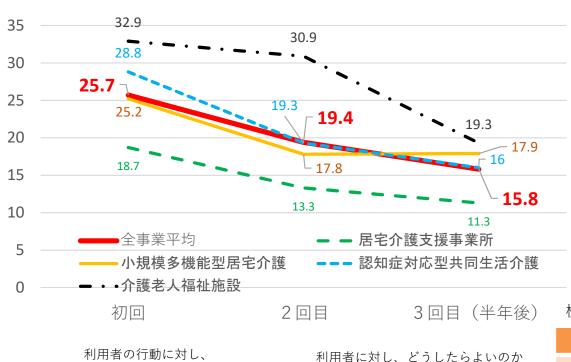
	NPI(認知症BPSDの評価尺度)					
	症状	概要				
1	妄想	周りから見て事実でないと分かることを信じている。例 えば、財布や通帳を「盗まれた」という物盗られ妄想が ある。				
2	幻覚	実際には存在しない音が聞こえていたり、存在しない物 が見えたりしている。				
3	興奮	介護に抵抗したり、他の人に対して非協力的だったりす る。				
4	うつ・不快	悲しそうにしたり、落ち込んでいたりする。				
5	不安	親しい人がいない状況で不安になる。落ち着かない、緊張する。				
6	多幸	場の状況にそぐわないほど機嫌が良い。				
7	無為・無関心	自分のことや周りのことに関心を持たない。				
8	脱抑制	衝撃的な行動をとる。知らない人になれなれしくしたり、 他人の気持ちを傷つけるような言動を取ったりする。				
9	易怒性(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。				
10	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。				
11	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。				
12	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。通常は食べないも のを食べてしまう。				

	DBD13(認知症行動障害尺度)					
	諮問事項					
1	同じことを何度も何度も聞く					
2	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したり している					
3	日常的な物事に関心を示さない					
4	特別な事情がないのに夜中起き出す					
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける					
6	昼間、寝てばかりいる					
7	やたらに歩き回る					
8	同じ動作をいつまでも繰り返す					
9	口汚くののしる					
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする					
11	世話をされるのを拒否する					
12	明らかな理由なしに物を貯め込む					
13	引き出しやタンスの中身を全部出してしまう					

0点 1点		2点	3点	4 点
全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある

認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業

- 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。
- NPI得点は検証事業を行った全体の平均で、**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(半年後) 15.8(14.9)**となっており、前年度に東京都で行ったランダム化比較試験(半年で7.2)と同等の効果が認められた。
- また、利用者の行動に困ってしまうと思う頻度が「減った」と回答したのは約7割、利用者にどうしたらよいのかわからないと思うことの頻度が減ったと回答したのは約7割だった。



施設・事業所種別にみたNPI得点の平均(標準偏差)

	1回目入力		2回目入力		3回目入力	
事業所種類	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)

※ サンプルサイズの計算はα=0.05, 効果量0.3, 3回測定として利用者132名 (種類ごとに33名)として設定。

検証委員会の構成(実施主体:公益財団法人東京都医学総合研究所)

	の行動に対し、 うと思う頻度の変化		こ対し、どうしたらよいのか らないと思う頻度の変化
すごく減ったまあ減った少し減った	24.8 20.2 24.8	すごく減ったまあ減った	28.2 20.0 28.2

回答事業所・施設数=110

団体名(役職)	委員名※敬称略	
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局(併) 企画経営部認知症・在宅医療推進課(リサーチコーディネーター)	進藤 由美◎	
一般社団法人医療経済研究・社会福祉協会 (主任研究員)	服部 真治	
特別養護老人ホーム白寿園(施設長)	鴻江 圭子	
社会福祉法人仙台市社会事業協会(副会長)	佐々木 薫	
一般社団法人日本介護支援専門員協会(副会長)	濱田 和則	
特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業所連絡会(事務局長)	山越 孝浩	

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も、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、<u>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。</u>
 - ・ 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

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。



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
- 〇 提供サービスの内容
- 〇 利用料等

〇 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「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。

情報公表される内容(通所介護の例)

〇基本情報

事業所又は施設(以下この表において「事業所等」という。)を運営する法人又は法人でない病院、診療所若しくは薬局 (以下この号において「法人等」という。)に関する事項

- 1 法人等の名称、主たる事務所の所在地、番号利用法第二条第十五項に規定する法人番号(番号利用法第四十二条第四項の規定に 1 より公表されたものに限る。)及び電話番号その他の連絡先
- 2 法人等の代表者の氏名及び職名
- 3 法人等の設立年月日
- 法人等が介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所等の所在地を管轄する都道府県の区域内において提供する介護サー(
- 5 その他介護サービスの種類に応じて必要な事項

当該報告に係る介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所等に関する事項

- 1 事業所等の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先
- 2 介護保険事業所番号
- 3 事業所等の管理者の氏名及び職名
- 4 当該報告に係る事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)
- 5 事業所等までの主な利用交通手段
- 6 その他介護サービスの種類に応じて必要な事項

事業所等において介護サービスに従事する従業者(以下この号において「従業者」という。)に関する事項

- 1 職種別の従業者の数
- 2 従業者の勤務形態、労働時間、従業者一人当たりの利用者、入所者又は入院患者数等
- 3 従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等
- 4 従業者の健康診断の実施状況
- 5 従業者の教育訓練、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況
- 6 その他介護サービスの種類に応じて必要な事項

介護サービスの内容に関する事項

- 1 事業所等の運営に関する方針
- 2 : 当該報告に係る介護サービスの内容等
- 3 当該報告に係る介護サービスの利用者、入所者又は入院患者への提供実績
- 4 利用者等(利用者又はその家族をいう。以下同じ。)、入所者等(入所者又はその家族をいう。以下同じ。)又は入院患者等(入院患者 又はその家族をいう。以下同じ。)からの苦情に対応する窓口等の状況
- 5 当該報告に係る介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関する事項
- 6 事業所等の介護サービスの提供内容に関する特色等
- 7 利用者等、入所者等又は入院患者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等
- 8 その他介護サービスの種類に応じて必要な事項

当該報告に係る介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

その他都道府県知事が必要と認める事項

〇運営情報

介護サービスの内容に関する事項

介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、 利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置

- 1 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び利用者等、入所者等又は入院患者等の 1 同意の取得の状況
- 2 利用者等、入所者等又は入院患者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況
- 利用者、入所者又は入院患者の状態に応じた当該介護サービスに係る計画の作成及び利用者等、入所者等又は入院患者等の同意 3: A TRA ON A D
- 4 利用者等、入所者等又は入院患者等に対する利用者、入所者又は入院患者が負担する利用料に関する説明の実施の状況

利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置

- 1 認知症の利用者、入所者又は入院患者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況
- 2 利用者、入所者又は入院患者のプライバシーの保護のための取組の状況
- 3 身体的拘束等(指定居宅サービス等基準第百二十八条第四項に規定する身体的拘束等をいう。以下同じ。)の排除のための取組の状
- 4 計画的な機能訓練の実施の状況
- 5 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況
- 6 入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況
- 7 健康管理のための取組の状況
- 8 安全な送迎のための取組の状況
- 9 レクリエーションの実施に関する取組の状況
- 10 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮の状況

相談、苦情等の対応のために講じている措置

1 相談、苦情等の対応のための取組の状況

介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置

- 1 介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況
- 2 :介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況

介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携

- 1 介護支援専門員等との連携の状況
- 2 主治の医師等との連携の状況
- 3 地域包括支援センターとの連携の状況
- 4 地域との連携、交流等の取組の状況
- ・介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項

適切な事業運営の確保のために講じている措置

- 1 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況
- 2 計画的な事業運営のための取組の状況
- 3 事業運営の透明性の確保のための取組の状況
- 4 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況

事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置

- 1 事業所又は施設における役割分担等の明確化のための取組の状況
- 2 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況

安全管理及び衛生管理のために講じている措置

1 安全管理及び衛生管理のための取組の状況

情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置

- 1 個人情報の保護の確保のための取組の状況
- 2 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況

介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置

- 1 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況
- 2 利用者等、入所者等又は入院患者等の意向等も踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況
- 3 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況
- 4 介護予防のための取組の状況
- ・都道府県知事が必要と認めた事項

認知症行動・心理症状緊急対応加算

- 平成21年度改定において、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」を踏まえ、認知症高齢者等 やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、短期 入所系・施設系・グループホームにおいて「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を創設。
- 具体的には、医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急入所が必要と 判断した者を受け入れた場合について、利用者を受け入れる際の初期の手間を評価。

<平成21年度介護報酬改定に関する審議報告> 抜粋

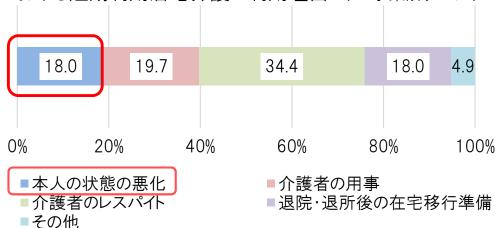
- 2. 医療との連携や認知症ケアの充実
- (2)認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・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、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

サービス 類型	サービス名	認知症行動・心理症状緊急対応加算(200単位/日)		
		在宅で療養を行っている利用者にBPSDが認められ、 医師が緊急入所が必要と判断した場合の緊急的対応を評価 (利用した日から起算して7日を限度)		
短期入所系	短期入所生活介護	0		
	短期入所療養介護			
多機能系	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	認知症対応型共同生活介護			
施設系	介護老人福祉施設			
	地域密着型介護老人福祉施設			
	介護老人保健施設			
	介護療養型医療施設			
	介護医療院			

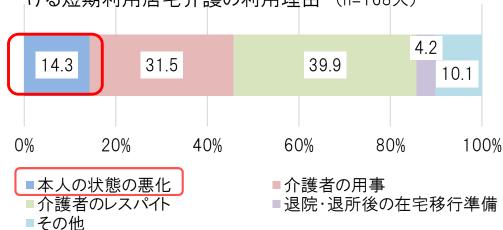
(看護)小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護の利用者の状況

■ 2018年9月1か月間の**看護小規模多機能型居宅介護**に おける短期利用居宅介護の利用理由 (25事業所、61人)



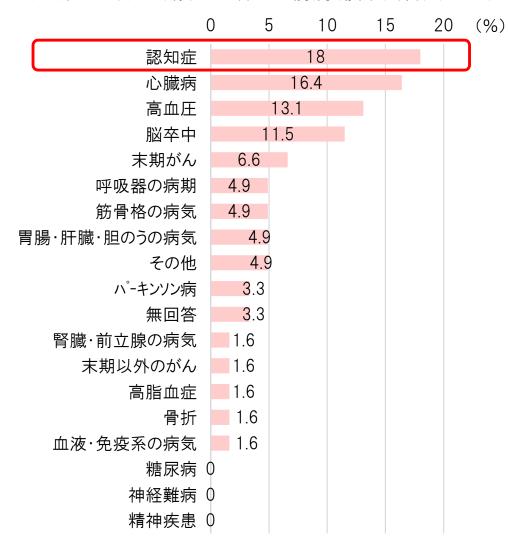
【出典】平成30年度 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護 および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

■ 2019年11月1か月間の**小規模多機能型居宅介護**にお ける短期利用居宅介護の利用理由 (n=168人)



【出典】令和2年度介護報酬改定検証·研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」(速報値)

■ 2018年9月1か月間の**看護小規模多機能型居宅介護**における短期利用居宅介護利用者の主傷病(複数回答)(n=61)



【出典】 平成30年度 老人保健健康増進等事業 「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

論点② 行動・心理症状への対応力の向上

検討の方向 (案)

- 老健事業において、行動・心理症状(以下、BPSDという。)を客観的指標に基づき継続的に測定しながら、背景要因を踏まえてPDCAサイクルに基づくチーム介護を実施する取組が行われているが、このような取組も踏まえ、BPSDへの対応力の向上をどのように図っていくか、引き続き検討してはどうか。
- 居宅サービスも含め、全ての介護事業者にとって BPSDへの対応力向上が求められることから、 BPSD対応に係る各事業所の取組状況(研修の受講状況等)について、利用者が情報公表システム上で 確認できる仕組みを検討してはどうか。
- 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境をより一層推進する観点から、短期利用の報酬 区分がある(看護)小規模多機能型居宅介護について、施設系等と同様に、認知症行動・心理症状緊 急対応加算の対象とすることを検討してはどうか。

論点③認知症介護基礎研修

<u>論点③</u>

■ 認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、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ていくことが求められるが、どのような取組が考えられるか。

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、BPSDを予防できるよう、<u>認知症介護基礎研修</u>、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。

KPI/目標

- <u>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)</u>
 - ・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の介護に関わる全ての者が受講

介護分野の資格における認知症に係るカリキュラム

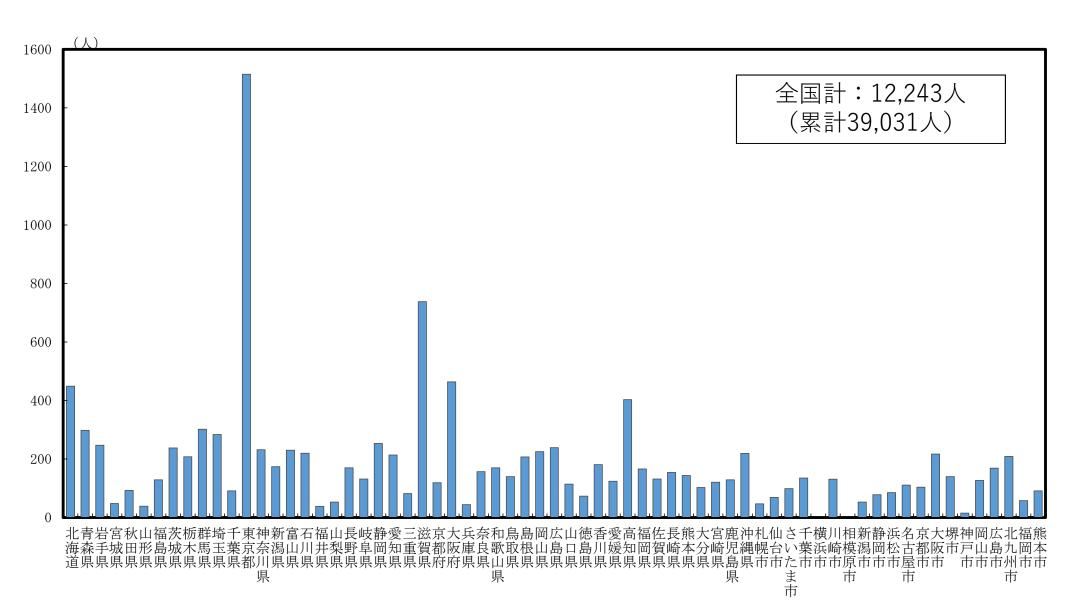
資格 ·	研修科目・教育内容 ※学習内容に認知症を含むもの	時間数	研修の総時間数
認知症介護基礎研修	(1)認知症の人の理解と対応の基本 (2)認知症ケアの実践と留意点	6 時間	-
介護福祉士	i 実務経験ルート:認知症の理解 ・ ii 養成施設ルート:認知症の理解 iii 福祉系高校ルート:こころとからだの理解	30時間 60時間 280時間の内数	450時間 1,850時間 1,855時間
実務者研修	認知症の理解Ⅰ・Ⅱ	30時間	450時間
介護職員初任者研修	認知症の理解	6 時間	130時間
生活援助従事者研修	老化と認知症の理解	6 時間	59時間
介護職員基礎研修 (※1)	認知症の理解	30時間	360時間
ホームヘルパー1級 (※1)	ヘルパー2級の取得が要件	-	-
ホームヘルパー2級 (※1)	老人及び障害者の疾病、障害等に関する講義	14時間の内数	130時間
主任介護支援専門員	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援 の実践(認知症に関する事例)	6 時間	70時間
介護支援専門員	ケアマネジメントの展開(認知症に関する事例)	5 時間 (※2)	87時間
社会福祉士	医学概論・高齢者福祉・保健医療と福祉・権利擁護を支える 法制度	各30時間の内数	1,200時間

^(※1) 平成25年4月1日より廃止。

^(※2)保険・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務等に従事した期間が通算して5年以上であることが要件。

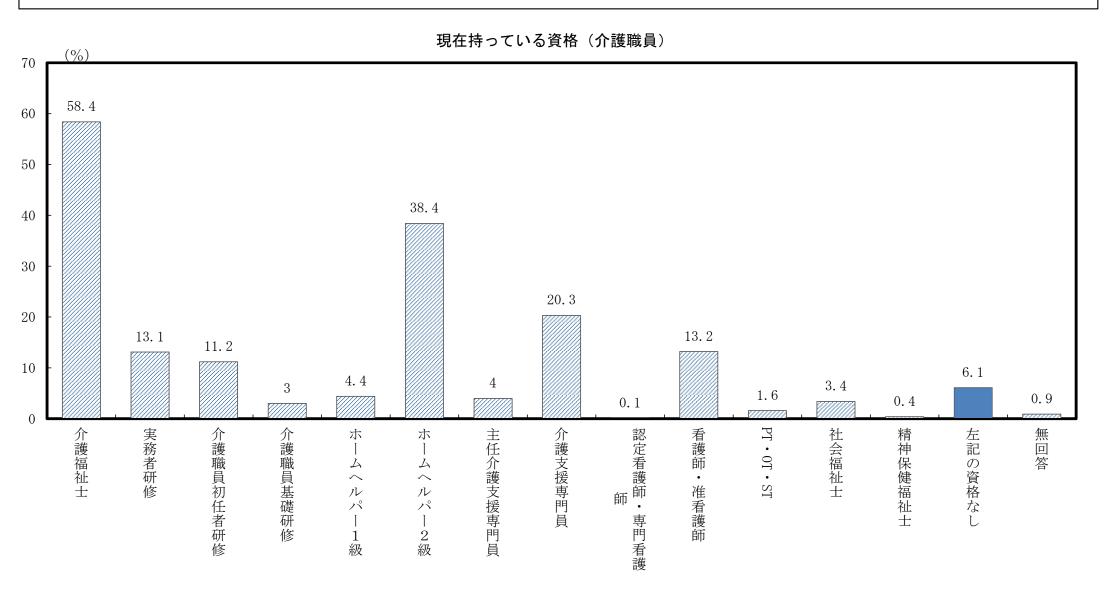
認知症介護基礎研修の修了者数

○ 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。



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効果的な実施方法に関する調査研究事業(令和2年度老健事業)

【事業概要】

(実施団体) 社会福祉法人 東北福祉会 《事業費:14,220千円》

○ 認知症介護基礎研修について、受講しやすく学習効果の高い研修のあり方を検討し、eラーニングによる研修の運用体制の検討及び、最近の認知症介護に関する最新の動向を踏まえた標準的カリキュラムの改訂並びにeラーニング教材の作成を行う。

【主な事業内容】

○研修体制の検討

研修のeラーニング化に向けた、研修運用体制に 関する検討と提言を行う。

○研修カリキュラム・教材の改訂

- ・ 認知症施策推進大綱を踏まえ、本人の意思決定支援、本人視点や当事者理解等の内容を充実させたカリキュラムの検討
- ・ カリキュラムの改訂に準じた、eラーニング教 材の作成

【対応策の検討】:検討委員会の設置

団体名(役職等)	委員名※敬称略
日本大学文理学部(教授)	内藤 佳津雄 ◎
千葉工業大学情報科学部(教授)	仲林 清
東京都福祉保健局高齢社会対策部(課長)	小林 由香子
仙台市健康福祉局高齢部(課長)	千葉 由美子
一般社団法人山形県老人福祉施設協議会	東海林 一好
株式会社福祉の杜いまじん	工藤 美奈子
社会福祉法人仙台市社会事業協会仙台楽生園ユニットケア施設群 (総括施設長)	佐々木 薫
株式会社IDO	井戸 和宏
社会福祉法人新生会総合ケアセンターサンビレッジ	桑原陽
社会福祉法人東北福祉会せんだんの里	船越 正博
認知症介護研究・研修東京センター	中村 考一
認知症介護研究・研修大府センター	中村 裕子
認知症介護研究・研修仙台センター	加藤 伸司
認知症介護研究・研修仙台センター	阿部 哲也
認知症介護研究・研修仙台センター	矢吹 知之
認知症介護研究・研修仙台センター	吉川 悠貴

論点③認知症介護基礎研修

検討の方向(案)

■ 認知症施策推進大綱も踏まえ、認知症介護基礎研修を全てeラーニング化した上で、介護に直接携わる職員のうち、「無資格者」に対しては、認知症基礎研修の受講を義務付けることを検討してはどうか。その際、一定の経過措置を設けてはどうか。

2. 看取りへの対応

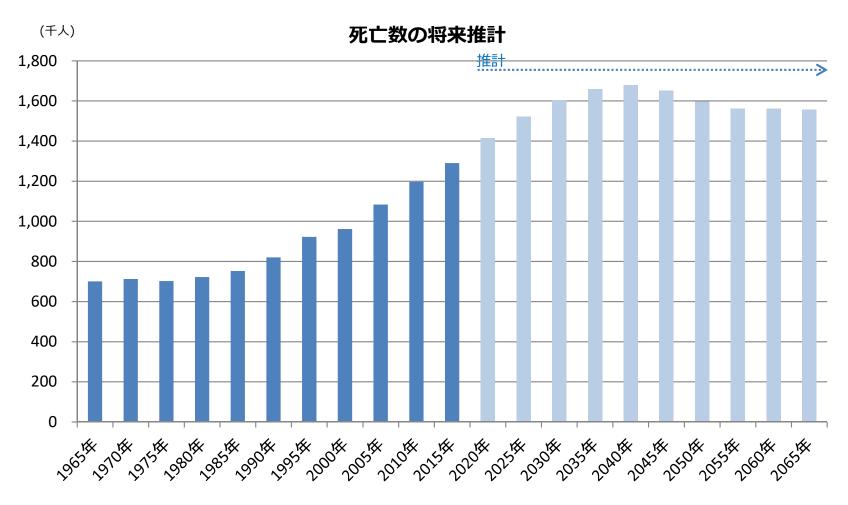
論点④看取りへの対応の充実

論点④

- 「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」等に基づく取組を 促進する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 各サービスにおける看取りへの対応を充実する観点から、看取り、ターミナルケアに係る加算等 の在り方について、どのような対応が考えられるか。

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。



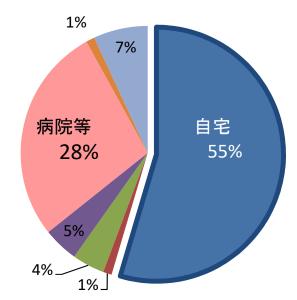
出典:2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数(いずれも日本人)

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

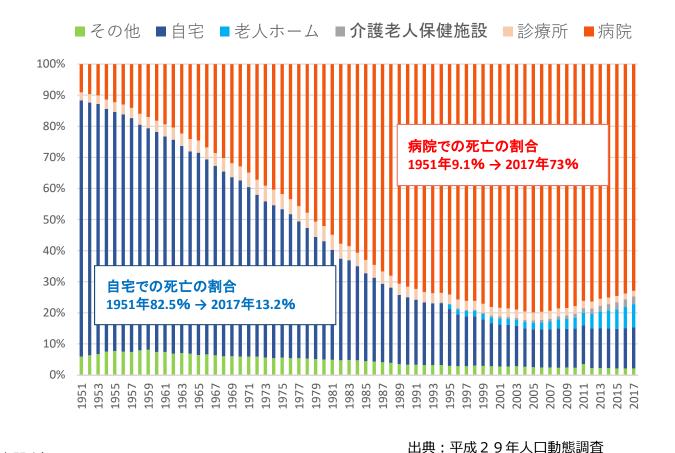
- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



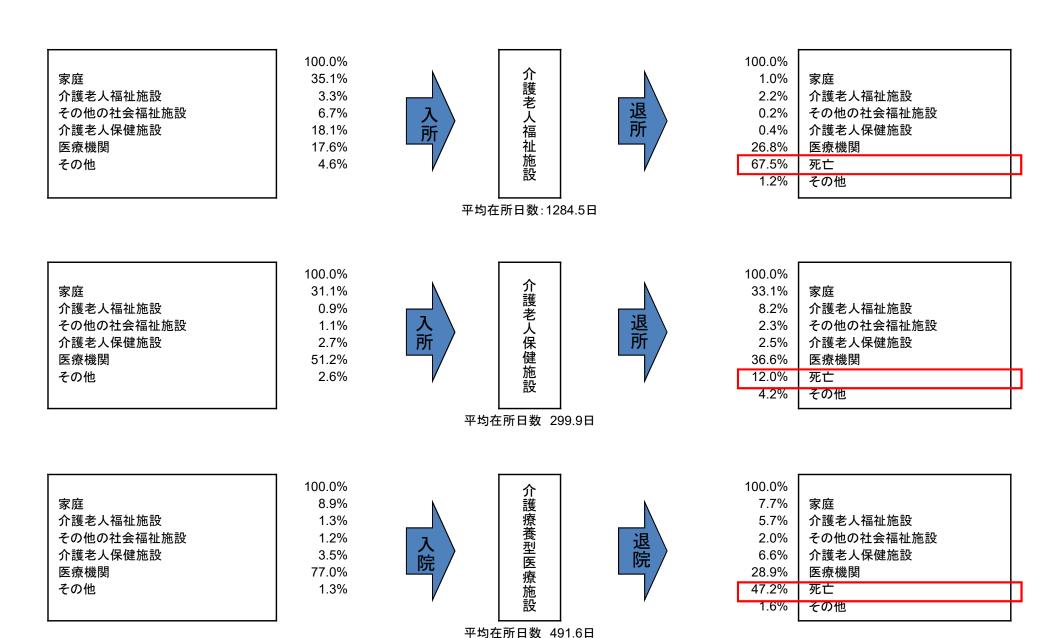
- ■自宅
- ■こども、親族の家
- ■高齢者向けのケア付き住宅
- ■特別養護老人ホームなどの福祉施設
- ■病院など医療機関
- ■その他
- わからない

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)

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



(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

入人

介護付有料老人ホーム

退居

入居

(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

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

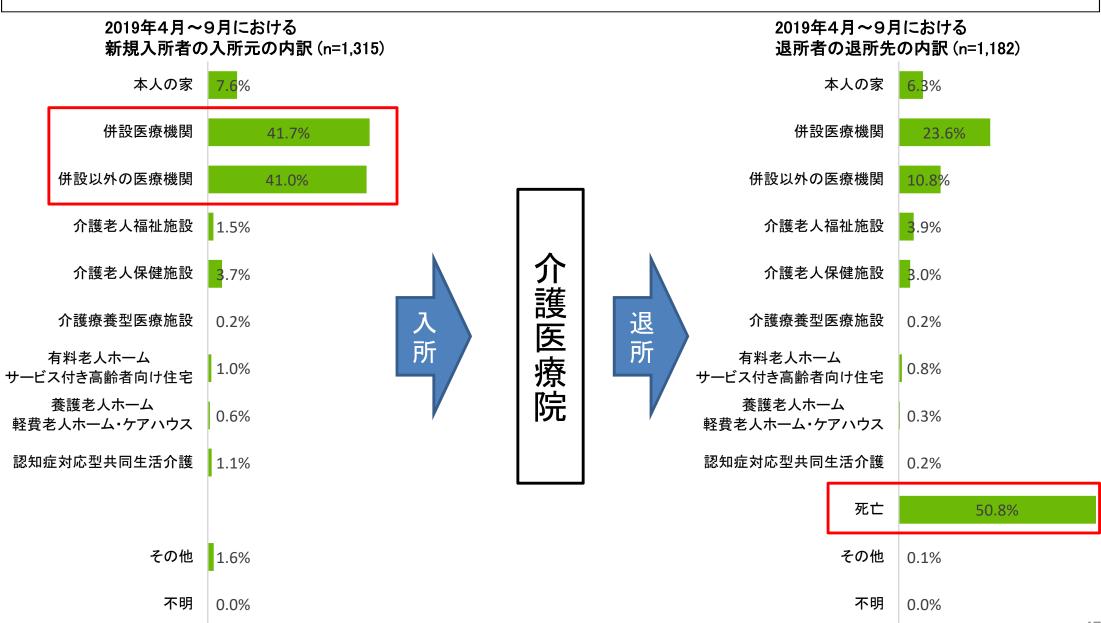
サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

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

介護医療院における入所者・退所者の状況

- 入所者は、医療機関からの入所が最も多く82.7%であった。
 -) 退所者は、死亡による退所が最も多く50.8%であった。



「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

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。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため 繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生 観や価値観 等、できる 限り把握

本人の意思が 確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意 形成に向けた十分な話し合いを踏 まえた、**本人の意思決定が基本** 人生の最終段階における 医療・ケアの方針決定

本人や 家族等_{*}と 十分に話し 合う

話し合った

内容を都度

文書にまと

め共有

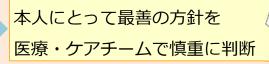
・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない・家族がいない

本人の推定意思を尊重し

本人にとって最善の方針をとる





- ・心身の状態等により医療・ ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等
- →複数の専門家で構成する 話し合いの場を設置し、 方針の検討や助言

- ※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である。
- ※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。

特定施設入居者生活介護における看取りの状況①

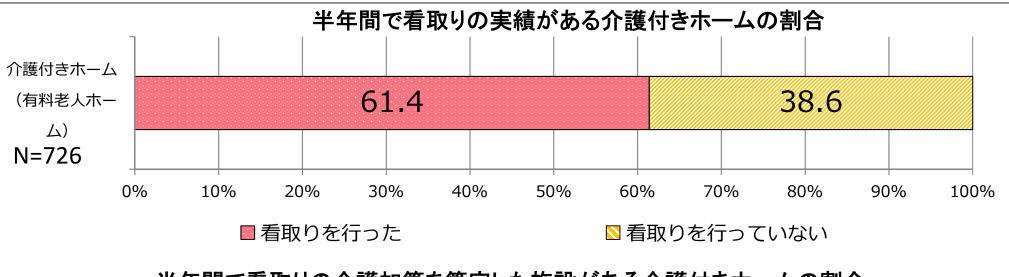
社保審一介護給付費分科会

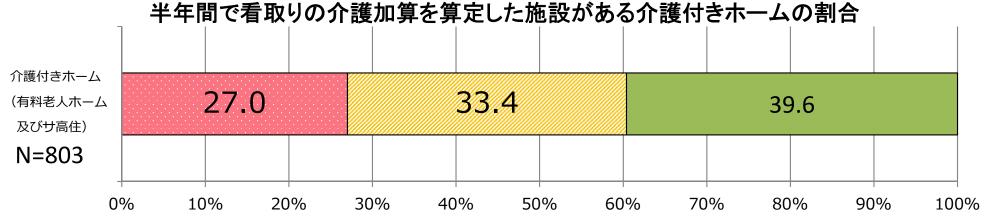
第187回(R2.10.9)

資料7

○ 介護付きホーム(有料老人ホーム)における半年間での看取り実績がある施設の割合は6割以上となっている。

○ また、介護付きホーム(有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅)における半年間で看取り介護加算を算定した実績がある施設の割合は約3割となっている一方、看取りを行ったにもかかわらず加算を算定していない施設も約3割存在する。





■看取りを行った(加算ありが1件以上)

№看取りを行った(加算なし)

■看取りを行っていない

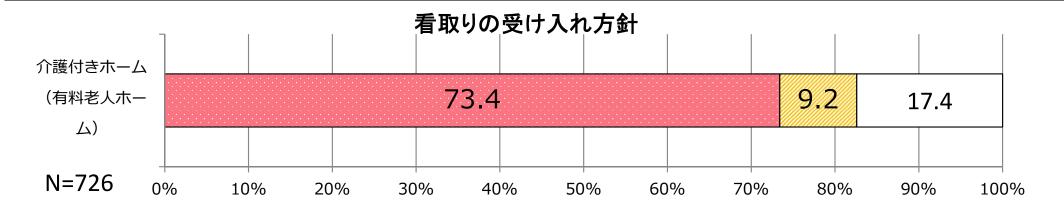
特定施設入居者生活介護における看取りの状況②

社保審一介護給付費分科会

第187回(R2.10.9)

資料7

○ 介護付きホーム(有料老人ホーム)において、看取りの希望があれば受け入れている施設が7割以上占めている。 ○ 一方、「人生の最終段階における医療・ケア」について、本人・家族等への説明、本人の意思を確認・推定の状況 については、「いつも行っている | が約5割となっている。

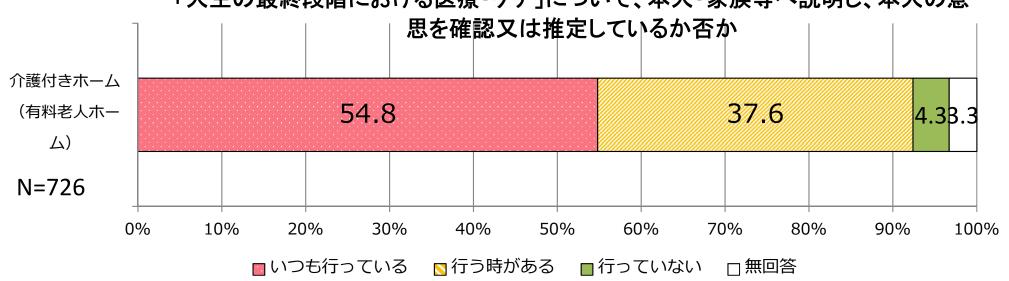


■「ホームでなくなりたい」という希望があれば受け入れる

№原則的に受け入れていない

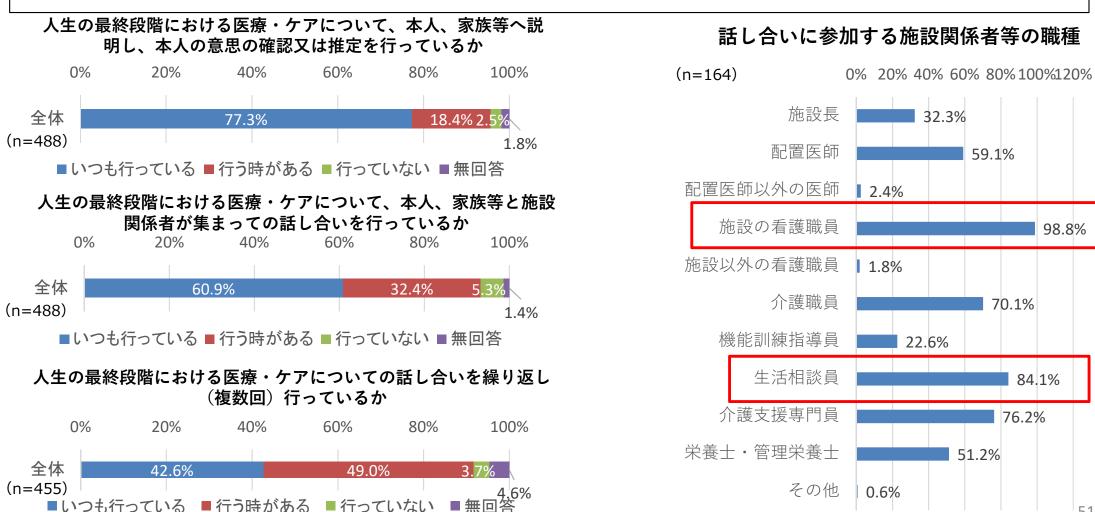
□無回答





人生の最終段階における医療・ケアについての話し合い等 (介護老人福祉施設)

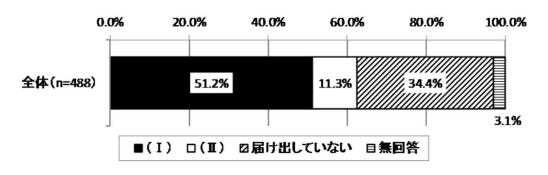
- 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思確認又は推定を行っているかについて、「いつも行っている」が77.3%、「行う時がある」が18.4%。
- 本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いを行っているかについて、「いつも行っている」が60.9%、 「行う時がある」が32.4%。
- 人生の最終段階における医療・ケアについて話し合いを繰り返し行っているかについて、「いつも行っている」 が42.6%、「行う時がある」が49.0%。
- 話し合いに参加する施設関係者等の職種について、「施設の看護職員」は98.8%、「生活相談員」は84.1%。



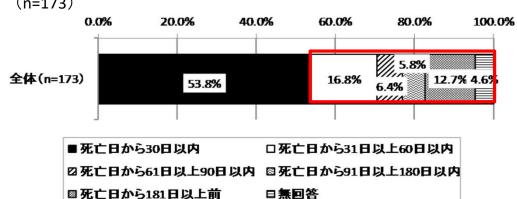
【出典】「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業」(令和元年度老人保健健康増進等事業)

看取り介護加算(介護老人福祉施設)

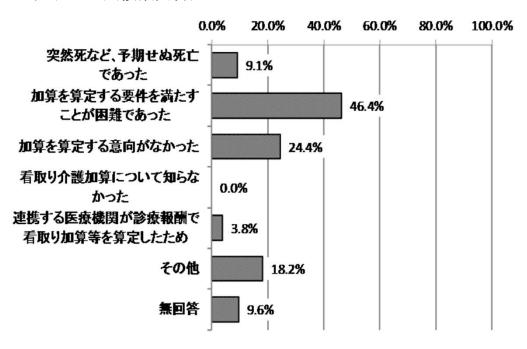
- 看取り介護加算の算定を行っている特養は、約63%(※6ヶ月分の累計)。
- 看取り介護加算の届出をしていない(又は算定 0 件)理由として、「加算を算定する要件を満たす ことが困難であった」と回答した特養が約46%であった。
- 医師等と本人、家族等が協議し、看取りでの対応を行うことを決定した時期は、半数近くが死亡日から31日以上前であり、うち「死亡日から31日以上60日以内」が16.8%であった。
- ●看取り介護加算の算定状況(n=488) (2019年1月~6月の累計)



●医師に医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、医師等と本人、家族等が協議し看取りでの対応を行うことを決定した時期 (n=173)



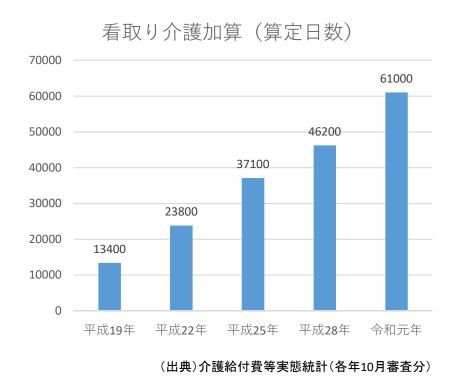
●看取り介護加算を「1届け出していない」または、算定件数が「O件」の理由(n=209)(複数回答)



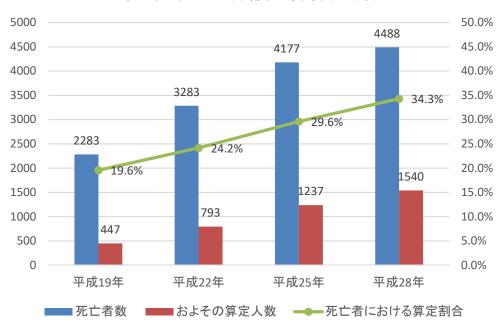
※「その他」の具体的内容は「対象者がいなかった」「調査対象期間中に看取り実績なし」等であった。

看取り介護加算(介護老人福祉施設)

○ 看取り介護加算の算定日数は、増加している。



(参考)看取り介護加算算定割合



(出典)①死亡者数:介護サービス施設・事業所調査 ②およその算定人数:看取り介護加算(算定日数)を30で割ったもの ③死亡者における算定割合:②/①x100

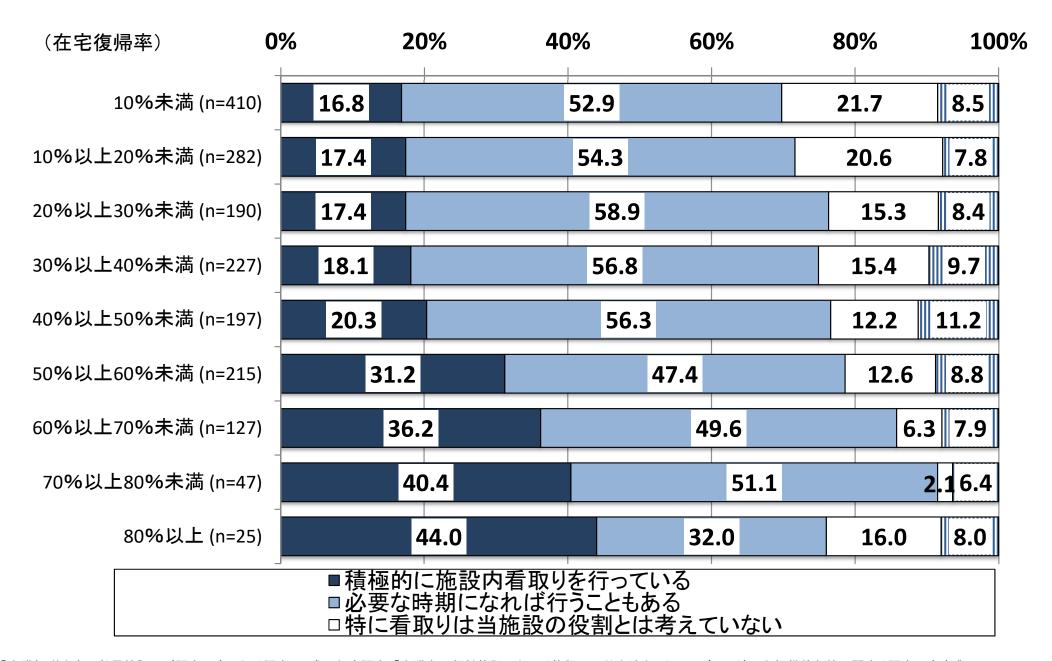
介護老人保健施設における看取りの基本的な方針について

社保審一介護給付費分科会

第183回(R2.8.27)

資料2

○ 在宅復帰率が80%以上の施設では「積極的に施設内看取りを行っている」割合が44.0%であった。



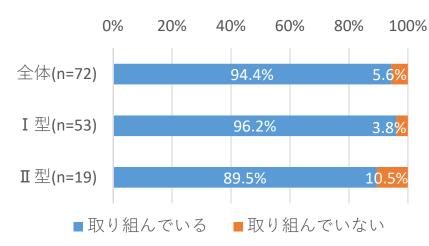
介護医療院の報酬及び算定要件

		I 型介護医療院		Ⅱ型介護医療院			
算定要件	する認知症高齢者(パーキンソン病関連立度IIIb以上)の占さきであるち、喀力を持めるものである。 ・入所者等のうち、喀力を加た者の占める割・入所者等のうち、次のははのでは、以上。 ・(注2)以上。 ・(注2)以上。 ・(立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (立2)以上。 (家族等の同意を得て、が作成されていること。 介護職員等が共同して、 いじ随時、本人又はその さナルケアが行われてい するリハビリテーション	腫瘍と診断された者、 認知症の日常生活自 インスリン注射が実施 るの占める割合が10% こ基づき回復の見込み 入所者等のターミナル 入所者等の状態又は 家族への説明を行い、 ること。	①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が 15%以上 ②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者(認知症の日常生活自立度M)の占める割合が20%以上 ③著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者(認知症の日常生活自立度IV以上)の占める割合が25%以上・ターミナルケアを行う体制があること			
	サービス費(I) (強化型A相当) 看護6:1 介護4:1	サービス費(Ⅱ) (強化型B相当) 看護6:1 介護4:1	サービス費(Ⅲ) (強化型B相当) 看護6:1 介護5:1	サービス費(I) (転換老健相当) 看護6:1 介護4:1	サービス費(Ⅱ) (転換老健相当) 看護6:1 介護5:1	サービス費(II) (転換老健相当) 看護6:1 介護6:1	
要介護1	808	08 796 780		762	746	735	
要介護2	916	903 887		857	841	830	
要介護3	1, 151	151 1, 134 1, 117		1, 062	1, 046	1, 035	
要介護4	1, 250	1, 231 1, 215		1, 150	1, 134	1, 123	
要介護5	1, 340	1, 320	1, 304	1, 228	1, 212	1, 201	

介護医療院におけるターミナルケアへの取組等

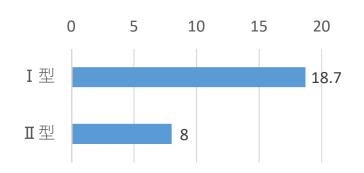
○ 看取り期に入った入所者に対するターミナルケアについて、94.4%が取り組んでいる。

看取り期に入った入所者に対するターミナルケアへの取組



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(令和元年度調査) 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

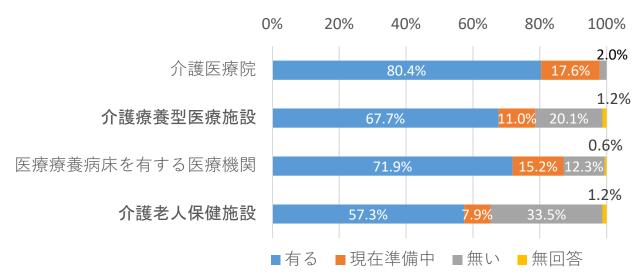
ターミナルケアを提供している人数



- 以下①~③の条件全てに適合した者をターミナルケア提供者としている。(2019年10月1日24時時点)
- ①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診断した者である。
- ②入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。
- ③医師、看護師、介護職員等が協同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

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(令和元年度調査) 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

看取りの指針の作成



介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設における看取りの状況①

○ 看取りを開始した日から死亡日までの日数について、介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保 健施設では32~180日の割合が最も高く、平均値はそれぞれ104.3日、84.3日、51.5日であった。

看取りを開始した日から死亡日までの日数(上段:人数、下段:割合)

	調査数	1~3日	4~14日	15~31 日	32~ 180日	181~ 365日	366日 以上	無回答	平均値 (日数)
全 体	373	43	92	68	128	29	8	5	70.7
(上段:人数、下段:割合)	100.0	11.5	24.7	18.2	34.3	7.8	2.1	1.3	-
介護医療院	52	5	12	5	22	5	2	1	104.3
	100.0	9.6	23.1	9.6	42.3	9.6	3.8	1.9	-
介護療養型医療施設	100	5	26	22	30	12	3	2	84.3
	100.0	5.0	26.0	22.0	30.0	12.0	3.0	2.0	-
医療療養病床を有する医療機関	101	18	19	18	37	6	2	1	63.1
	100.0	17.8	18.8	17.8	36.6	5.9	2.0	1.0	-
介護老人保健施設	120	15	35	23	39	6	1	1	51.5
	100.0	12.5	29.2	19.2	32.5	5.0	0.8	0.8	-

出典:令和元年度老人保健健康増進等事業「医療提供を目的とした介護保険施設における看取りの在り方等に関する調査研究」

介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設における看取りの状況②

- 最近1年間に施設・病院で亡くなられた患者・入所者の有無については、「あり」と回答した施設が 介護医療院では97.3%、介護療養型医療施設では96.4%、介護老人保健施設では77.3%であった。
- 「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」に従って取り組んでい る割合は、介護医療院では64.6%、介護療養型医療施設では60.3%、介護老人保健施設では47.4%で あった。

全体(n=470)

(n=157)

介護医療院 (n=48)

介護老人保健施設(n=114)

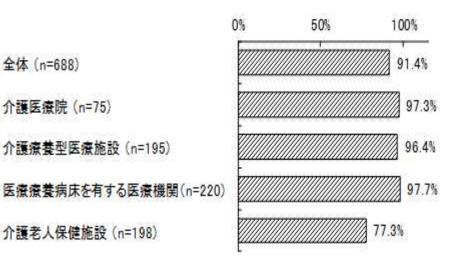
最近1年間に施設・病院で亡くなられた患者・入所者がいた 施設・病院の割合

全体 (n=688)

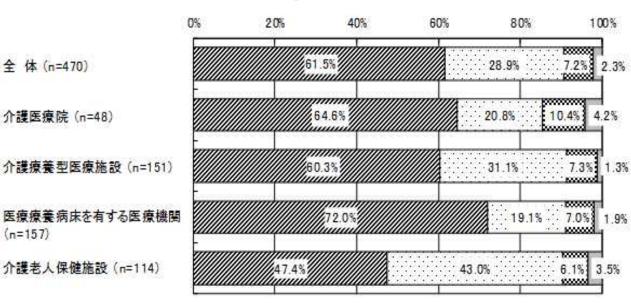
介護医療院 (n=75)

介護療養型医療施設(n=195)

介護老人保健施設(n=198)



「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」に従った取組の有無



2 国のガイドラインに従って取り組んでいる

ロ国のガイドラインに従った取り組みはしていない

₿その他

口無回答

出典: 令和元年度老人保健健康増進等事業「医療提供を目的とした介護保険施設における看取りの在り方等に関する調査研究」

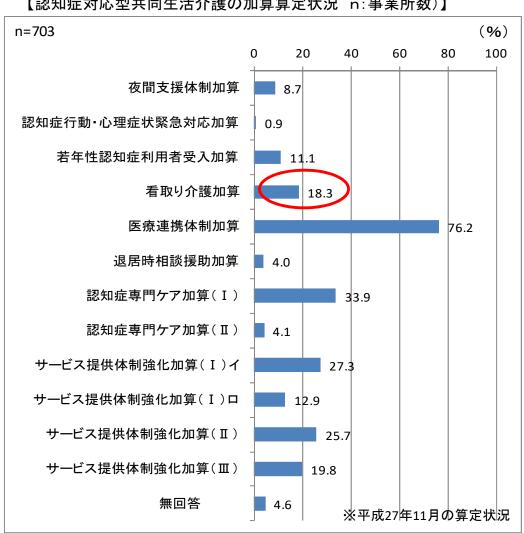
認知症対応型共同生活介護における加算の算定状況と看取りの状

第184回 (R2.9.4)

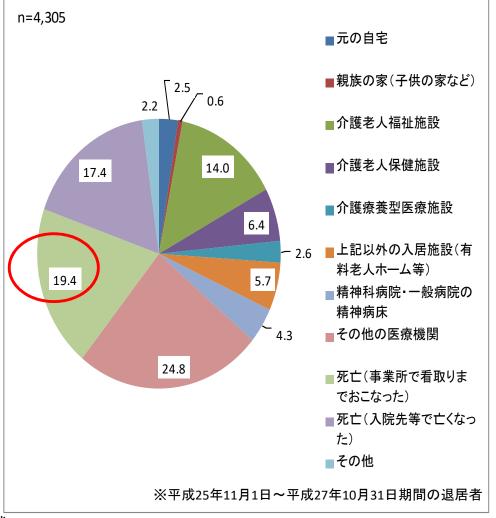
資料4

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 老人保健健康增進等事業 「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」

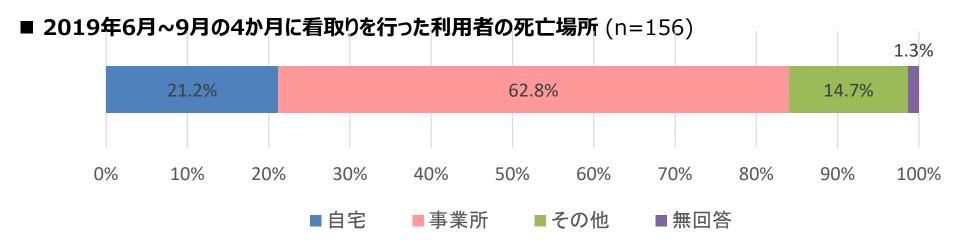
看護小規模多機能型居宅介護の看取りの状況

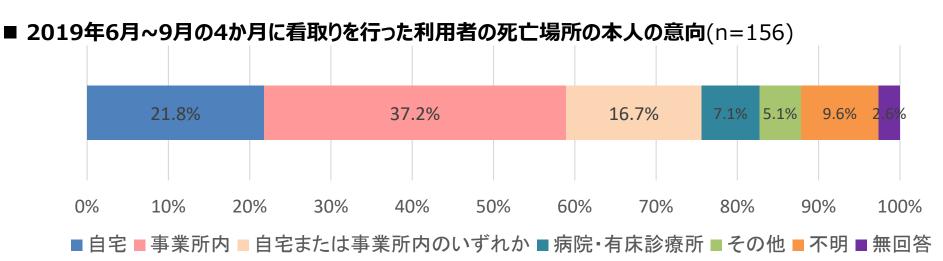
社保審一介護給付費分科会

第184回(R2.9.4)

資料4

○ 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。





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事業」

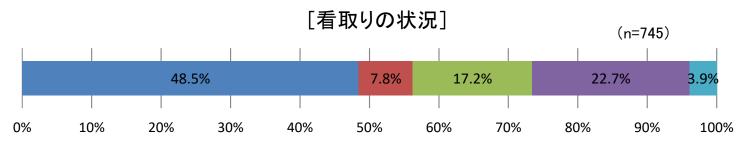
小規模多機能型居宅介護の看取りの状況

社保審一介護給付費分科会

第184回 (R2.9.4)

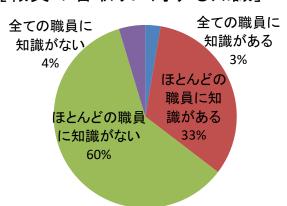
資料4

- 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。
- 〇 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。

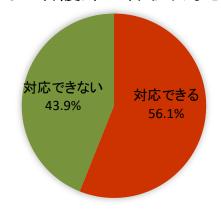


- ■安定期から死亡まで事業所が関わったケース(n=361)
- ■安定期から事業所が関わり、終末期及び臨死期に居宅サービスへ移行したケース(n=58)
- ■安定期から事業所が関わり、臨死期に病院に入院したケース(n=128)
- ■安定期から事業所が関わり、終末期以降は病院に入院したケース(n=169)
- その他(n=29)

「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) 61

看取りに関する加算

		:	看取り介護加算		ターミナル	レケア加算		看取り連携体制加算	ターミナルケア マネジメント加算					
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		訪看、定期巡回、看多機		訪看、定期巡回、看多機		訪看、定期巡回、看多機		訪看、定期巡回、看多機		小多機	居宅介護支援
	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	400単位/月					
単位数	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	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 臣が定める者		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	末期の悪性腫瘍である者							
提	供体制要件	・常勤の 1名該に ・当該は で表現で を での では では では では では では では では では では	・夜制を次に、	・医制を浴りでは、		・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。		・看護職員配置加算 (I)(常勤専従看護 師1以上配置)を算 定 ・看護師により24時間 連絡ができる体制を 確保	・24時間連絡がとれる体制を確保・必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備					
利。同	用者への説明・ 意	必要	必要	必要	必要	必要		必要	必要					
看成	取り指針の作	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	必要(訪問により把握した 利用者の心身の状況等の 情報を記録し、主治の医 師等及びケアプランに位 置付けた居宅サービス事 業者へ提供)					
看	取りの研修	めの研修 必要 必要 必要 一		_		_	_							

※ 特養の(Ⅱ)は、入所者が施設内で死亡した場合

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%
初问术	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%
たままれる	小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	0.3%
短期滞在系	看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算	5.9%
		看取り介護加算1	2.5%
	認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算2	2.6%
		看取り介護加算3	2.6%
		看取り介護加算1	8.6%
居住系	特定施設入居者生活介護	看取り介護加算2	9.1%
		看取り介護加算3	9.2%
		看取り介護加算1	4.2%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	看取り介護加算2	4.6%
		看取り介護加算3	4.7%
		看取り介護加算 I 1	16.7%
		看取り介護加算 I 2	17.8%
	介護老人福祉施設	看取り介護加算 I 3	17.9%
	7. 读名人怕征旭故	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%
		看取り介護加算 I 1	6.9%
		看取り介護加算 I 2	7.5%
施設サービス	地域密着型介護老人福祉施設	看取り介護加算 I 3	7.6%
他設サーロ人	地域省有空介護名人倫性施設	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%
		ターミナルケア加算1	1.2%
	介護老人保健施設(療養型老健)	ターミナルケア加算2	1.2%
		ターミナルケア加算3	1.3%
		ターミナルケア加算1	22.9%
	介護老人保健施設	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%

論点4看取りへの対応の充実

検討の方向 (案)

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや、「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」等に基づく取組を促進する観点から、看取り、ターミナルケアに関する加算要件又は基本報酬等において、「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してはどうか。
- 各サービスにおける看取りへの対応を充実する観点から、看取り、ターミナルケアに係る加算等 の在り方について検討してはどうか。

3. 地域の特性に応じたサービスの確保

地方からの過疎地域等の取扱に関する提案

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。

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。

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。

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。

論点⑤地方分権提案(訪問看護ステーションの人員基準)

<u>論点</u>5

■ 看護職員の配置が常勤換算で2.5人以上とされている訪問看護ステーションについて、令和2年度地方分権改革提案において、この人員基準を「従うべき基準」から「参酌すべき基準」に見直すことが提案されたが、どう考えるか。

地方からの過疎地域等の取扱に関する提案②

社保審-介護給付費分科会第184回 (R2.9.4) 資料4より

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。

条例委任する場合の基準設定の類型

	「参酌すべき基準」型	「標準」型	「従うべき基準」型
法的効果	〇「参酌すべき基準」とは、十分参照し	〇「標準」とは、通常よるべき基準	〇「従うべき基準」とは、必ず適合しな
	なければならない基準		ければならない基準
	○条例の制定に当たっては、法令の「参	○条例の内容は、法令の「標準」を標準	〇条例の内容は、法令の「従うべき基準」
	酌すべき基準」を十分参照した上で判	とする範囲内でなければならない	に従わなければならない
e e	断しなければならない	×	
異なるものを定める	法令の「参酌すべき基準」を十分参照し	法令の「標準」を標準としつつ、合理的	法令の「従うべき基準」と異なる内容を
ことの許容の程度	た結果としてであれば、地域の実情に応	な理由がある範囲内で、地域の実情に応	定めることは許容されないが、当該基準
	じて、異なる内容を定めることは許容	じた「標準」と異なる内容を定めること	に従う範囲内で、地域の実情に応じた内
		は許容	容を定めることは許容
備考	参酌する行為を行ったかどうかについ	「標準」と異なる内容について説明責任	「従うべき基準」の範囲内であることに
	て説明責任(行為規範)	⇒合理的な理由がない場合は違法	ついて説明責任
	⇒参酌する行為を行わなかった場合は		⇒基準の範囲を超える場合は違法
	違法		
	「参考とすべき基準」「斟酌すべき基準」	「準則」も同じ	「定めるべき基準」「遵守すべき基準」
	「勘案すべき基準」「考慮すべき基準」		「適合すべき基準」「よるべき基準」も
	も同じ		同じ

従うべき基準とされた基準(諮問事項)

社保審一介護給付費分科会

第77回(H23.7.28)

資料3-1(抄)

1. 人員配置基準

- 従業者及びその員数:全サービス
- 介護(介護職員一人以上常勤)
 - :指定介護老人福祉施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護、予防短期入所 生活介護
- 管理者:全サービス
- 代表者:指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ユニット型施設・事業所における従業者の勤務体制
 - :介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- 具体的取扱方針(サービス提供時の介護職員及び看護職員の配置)
 - :指定訪問入浴介護、指定介護予防訪問入浴介護、基準該当訪問入浴介護、基準該当介護予防訪問入浴介護

2. 居室面積基準

- 居室・病室・療養室の利用者・入所者(入院者)1人当たり面積基準
 - :指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設、指定療養通所介護、指定通所リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション、 指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、指定小規模多機能型居宅介 護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活 介護、基準該当介護予防短期入所生活介護、

3. 適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連する基準

- 内容及び手続きの説明及び同意:全サービス
- サービス提供拒否の禁止:全サービス
- 身体的拘束等に係る規定:介護保険施設、指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防小規模多機能型宅介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護、基準該当短期入所生活介護、基準該当介護予防短期入所生活介護
- 秘密保持等:全サービス
- 事故発生の防止及び発生時の対応:全サービス
- 診療の方針:介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、指定短期入所療養介護、指定介護予防短期入所療養介護
- 主治の医師との関係:指定訪問看護、指定介護予防訪問看護
- 同居家族に対するサービス提供の禁止・制限
 - :指定訪問介護、指定介護予防訪問介護、指定訪問看護、指定介護予防訪問看護、指定夜間対応型訪問介護、基準該当訪問介護、 基準該当介護予防訪問介護

4. 利用定員及び登録定員に関する基準

指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護

第184回介護給付費分科会(令和2年9月4日)におけるご意見

<地方分権提案>

- 訪問看護ステーションを「参酌すべき基準にする」などについて、地域密着サービスの適切な提供や質の確保で心配があり、慎重に検討すべき。
- 訪問看護ステーションは大規模で安定的・継続的にサービスを届けるということで方向転換しており、現に看護職員数は少しずつだが、増えてきている。現行制度で、人員基準を満たさなくてもサービスが提供可能な仕組みがあり、病院や診療所で行える事業でもあり、「参酌すべき基準」にすることは反対する。
- 「参酌すべき基準」にすることは慎重に検討し、他の代替サービスの有無も踏まえて検討すべき。
- サービス提供を行いやすくするためには、地域の実情に応じた基準の緩和も必要。提案の背景を十分に理解して、 課題の解決に真摯に向き合って欲しい。
- 必ずしも一律的な話ではないので、地域の実情等も分析したうえで検討すべき。

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。

【対象地域】

①離島振興対策実施地域 ②奄美群島 ③振興山村 ④小笠原諸島 ⑤沖縄の離島 ⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、過疎地域等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域【123市町村を指定】

○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

① 特別地域加算 15 / 100 【対象地域】 ①離島振興対策実施地域 ②奄美群島 ③振興山村 ④小笠原諸島 ⑤沖縄の離島 ⑥豪雪地帯、 持別豪雪地帯、辺地、過疎地域等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域【123市町村を指定】 ② 中山間地域等の小規模事業所加算 10 / 100 「厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定。【対象地域】 ①豪雪地帯及び特別豪雪地帯 ②辺地 ③半島振興対策実施地域 ④特定農山村 ⑤過疎地域 「厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合に算定。【対象地域】 (資象地域】 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		単位数	要件		
模事業所加算	① 特別地域加算	15/100	①離島振興対策実施地域 ②奄美群島 ③振興山村 ④小笠原諸島 ⑤沖縄の離島 ⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、過疎地域等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービ		
③ 中山間地域等に居住 域を越えて、サービス提供を行った場合に算定。 する者へのサービス提 5 /100 【対象地域】 供加算 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		10/100	【対象地域】		
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沖縄の離島	する者へのサービス提	5 /100	域を越えて、サービス提供を行った場合に算定。 【対象地域】		

特例居宅介護サービス費と特別地域加算の対象指定の現状と相互の関係(関係規定)

特例居宅介護サービス費

○介護保険法(平成9年法律第123号)(抄)

(特例居宅介護サービス費の支給)

- 第四十二条 市町村は、次に掲げる場合には、居宅要介護被保険者に対し、 特例居宅介護サービス費を支給する。
 - -・二 (略)
 - 三 指定居宅サービス及び基準該当居宅サービスの確保が著しく困難である離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要介護被保険者が、指定居宅サービス及び基準該当居宅サービス以外の居宅サービス又はこれに相当するサービスを受けた場合において、必要があると認めるとき。

四 (略)

2~5 (略)

○厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他 の地域の基準(平成11年厚生省告示第99号)(抄)

介護保険法(平成九年法律第百二十三号。以下「法」という。)第四十二条第一項第三号【中略】に規定する厚生労働大臣が定める基準は、当該離島 その他の地域が次のいずれかに該当することとする。

- ー 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定によ り指定された離島振興対策実施地域
- 二 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)第一 条に規定する奄美群島
- 三 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により 指定された<u>振興山村</u>
- 四 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第四 条第一項に規定する小笠原諸島
- 五 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定 する離島
- 六 豪雪地帯対策特別措置法(昭和三十七年法律第七十三号)第二条第一項の規定により指定された<u>豪雪地帯</u>及び同条第二項の規定により指定された<u>特別豪雪地帯</u>、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(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する<u>辺地</u>、過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する<u>過疎地域その他の地域のうち、</u>人口密度が希薄であること、交通が不便であること等の理由により、法第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス【中略】法第五十九条第一項第一号に規定する基準該当介護予防支援の確保が著しく困難であると認められる地域であって、厚生労働大臣が別に定めるもの

特別地域加算

- ○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生 省告示第19号)(抄)
- 注12 <u>別に厚生労働大臣が定める地域</u>に所在する指定訪問介護事業所(その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。)又はその一部として使用される事務所の訪問介護員等が指定訪問介護を行った場合は、特別地域訪問介護加算として、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。
- ○**厚生労働大臣が定める地域(平成24年厚生労働省告示第120号)(抄)** 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十二年厚 生省告示第十九号)別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護 費の注12 【中略】の厚生労働大臣が別に定める地域
 - 一 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された<u>離島振興対策実施地域</u>
 - 二 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)第 一条に規定する<u>奄美群島</u>
 - 三 山村振興法 (昭和四十年法律第六十四号) 第七条第一項の規定により指定された振興山村
 - 四 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第 四条第一項に規定する<u>小笠原諸島</u>
 - 五 沖縄振興特別措置法 (平成十四年法律第十四号) 第三条第三号に規 定する離島
 - 六 豪雪地帯対策特別措置法(昭和三十七年法律第七十三号)第二条第一項の規定により指定された<u>豪雪地帯</u>及び同条第二項の規定により指定された<u>特別豪雪地帯</u>、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(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する<u>辺地</u>、過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する<u>過疎地域その他の地域のうち、</u>人口密度が希薄であること、交通が不便であること等の理由により、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス【中略】及び同法第五十四条第一項第二号に規定する基準該当介護予防サービスの確保が著しく困難であると認められる地域であって、厚生労働大臣が別に定めるもの

別告示で同じ地域を指定

論点⑤地方分権提案(訪問看護ステーションの人員基準)

検討の方向(案)

- 訪問看護の人員基準を「従うべき基準」から「参酌すべき基準」に見直すことについて、従うべき 基準とされた当時の議論や第184回介護給付費分科会(令和2年9月4日)におけるご意見を踏まえて、 どう考えるか。
- また、本要望は、サービス利用者の確保が難しい中山間地域での事例を踏まえたものであるが、介護保険においては、指定サービス等の確保が著しく困難な中山間地域等の地域で、市町村が必要と認める場合には、特例居宅介護サービス費が給付されるところ。
- この対象地域については、自治体の申請を踏まえて特別地域加算の対象地域とあわせて指定されているが、中山間地域等において、地域の実情に応じた柔軟なサービス提供をより可能とする観点から、特例居宅介護サービス費の対象地域と特別地域加算の対象地域について、それぞれ申請を可能とし、指定を分けて行うこと等を検討してはどうか。

論点⑥地方分権提案(特別養護老人ホームの報酬の設定)

<u>論点⑥</u>

■ 令和2年の地方分権改革に関する提案募集において、特別養護老人ホームの基本報酬について、 定員規模別(30人、31~50人、51~80人)の報酬を設定することが提案されたが、どう考えるか。

令和2年の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**

提案団体:相模原市、高松市

〈求める措置の具体的内容〉

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。

〈制度改正による効果(提案の実現による住民の利便性の向上、行政の効率化等)〉

超高齢社会において、安心して質の高い介護サービスを利用できる環境を整えていく必要がある中で、在宅での生活が困難な高齢者を支える特別養護老人ホームの安定的な運営を確保することができる。

令和2年の地方分権改革に関する提案募集(抜粋)

〈追加共同提案団体及び当該団体等から示された支障事例(主なもの)〉

追加共同提案団体:北海道、苫小牧市、高崎市、千葉県、八王子市、川崎市、名古屋市、滋賀県、京都市、徳島県、 宮崎県

- 特別養護老人ホームの整備にあたっては、通常、公募により事業者を募集しているが、比較的小規模な施設を整備する場合、応募者がなかなか見つからない場合がある。応募者が見つからない理由について、市町の担当者等に確認すると、定員の少ない施設ではスケールメリットが得られず、運営が困難との見解が得られた。定員規模別の報酬となれば、上記のような事態を防ぐことが可能となり、一定、計画的な施設整備に繋がることが期待できるとともに、既存施設を含め、重要な役割を担う特別養護老人ホームの安定的な経営にも繋がるものと考える。
- 当市の定員80人以下の特別養護老人ホーム(広域型)は、7施設あり、そのうち複数の施設が赤字である。老朽化している施設や大規模改修を行った施設があり、施設運営経費は改善が見込めない状況にある。また、地域密着型特別養護老人ホーム(定員29人以下)については、小規模の施設ほど、人件費率が高くなること、1床の空きが収益に与える影響が大きいことなど、構造上の問題が大きい。例えば人員配置においては、入所者100:1で配置が必要とされる生活相談員や介護支援専門員、各施設に1名必要な機能訓練指導員や栄養士(兼任などの例外はあるが)は、定員100人規模の施設であっても小規模な施設であっても必要となる。このような状況の下、サービスの向上が望めないばかりか、施設の安定的運営も危ぶまれている。

特別養護老人ホームの定員規模別収支差率

29名以下 (地域密着型)	30名 (小規模)	31~50名	51~80名	81~100名	101名以上	広域型平均
1.3%	0.4%	1.1%	1.1%	2.3%	2.6%	1.6%

(出典) 令和 2 年度介護事業経営実態調査(有効回答数:~29名:718、30名:135、31~50名:440、51~80:501、81~100名:228、101名以上:138、広域型全体:1,442)

経済財政運営と改革の基本方針2019(抜粋)

経済財政運営と改革の基本方針2019 (令和元年6月21日閣議決定)

- (2) 主要分野ごとの改革の取組
- ① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(i)医療・福祉サービス改革プランの推進

医療・福祉サービス改革プランにより、ロボット・A I・ICT等、データヘルス改革、タスク・シフティング、シニア人材の活用推進、組織マネジメント改革、<u>経営の大規模化・協働化</u>を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図ることにより、2040年における医療・福祉分野の単位時間サービス提供量について5%以上向上、医師については7%以上向上させる。

論点⑥地方分権提案(特別養護老人ホームの報酬の設定)

検討の方向 (案)

- 特別養護老人ホームの基本報酬について、定員規模別の報酬を設定することが提案されており、 令和2年度介護事業経営実態調査によると、定員80名以下の規模における収支差率は低い傾向にあ るが、一方で、
 - ・ 仮に定員規模別の報酬設定とした場合、施設の規模によって利用者の自己負担額が変わること
 - ・ 安定的経営を図る観点から、「経済財政運営と改革の基本方針2019」等において「介護の経営の大規模化・協働化」が目標に掲げられているが、当該提案は政策目標と逆のインセンティブとなること

から、どのように考えるか。

参考資料

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

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

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

の視点の重視

認知

症

の

人や家族

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。
- 〇 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。
- 〇 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。
- 〇 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、居宅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、<u>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</u>。

〇 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
- 〇 <u>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。</u>

<u>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</u>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。

- 〇 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も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。
- 〇 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の生活を継続できるよう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、分離、介護、介護を人福祉施設、介護者人保健施設、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・ 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(I)49単位/日、医療連携体制加算(II)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。

- ◆ 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、<mark>認知症介護指導者養成研修</mark>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Mに該当する者)に対して介護保健施設サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 76単位/日

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Mに該当する者)に対して通所介護サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 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 II 以上の者が利用者の100分の20以上
- ・ <mark>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</mark>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。
- ① 認知症加算(小規模多機能型居宅介護、複合型サービス)

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

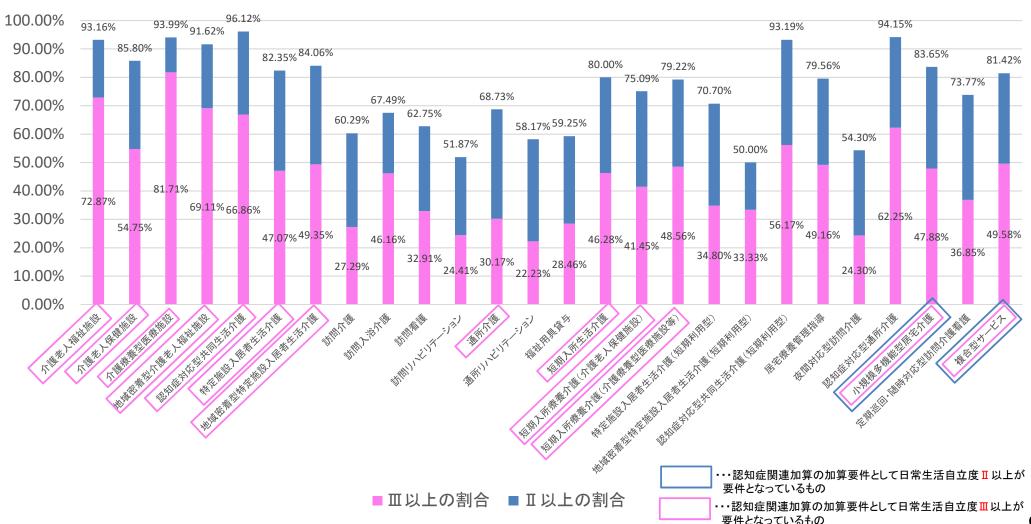
- ◆ 認知症加算(I) 800単位/月(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、IV又はMに該当する者)
- ◆ 認知症加算(Ⅱ) 500単位/月 (要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者)

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 チームオレンジ

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

特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応(平成30年度介護報酬改定)

- 〇特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。 〇特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。
 - 介護老人福祉施設
- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問 し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算

650単位/回(早朝・夜間の場合) (新設)

1300単位/回(深夜の場合) (新設)

〇 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、 より手厚く評価する。

<改定前>

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日 死亡日の前日又は前々日 680単位/日

死亡日

1280単位/日



<改定後>

看取り介護加算(I)

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日

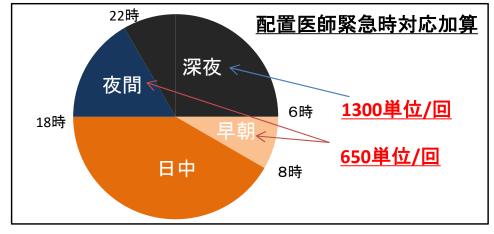
死亡日の前日又は前々日 680単位/日 死亡日 1280単位/日

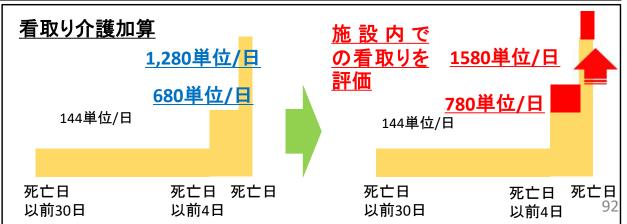
看取り介護加算(Ⅱ)(新設)

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日

死亡日の前日又は前々日 780単位/日

死亡日 1580単位/日





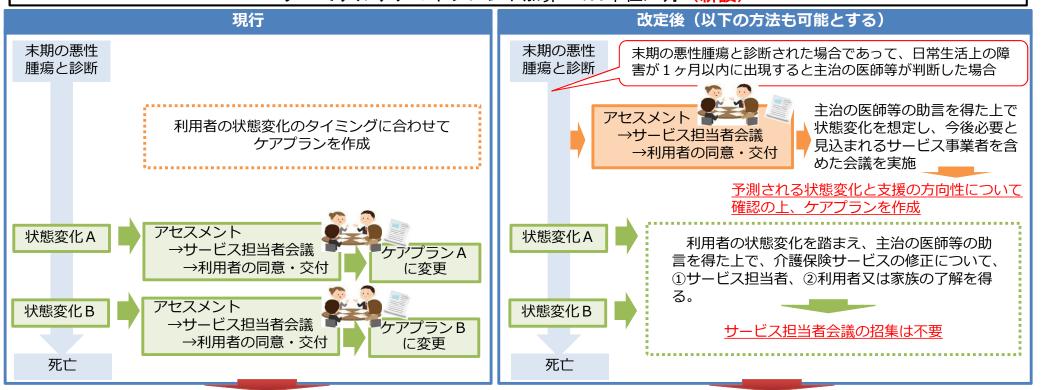
中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応② (平成30年度介護報酬改定)

○ 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)



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。

主なポイント

本人の人生観 や価値観等、で きる限り把握

本人や 家族等※と十 分に話し 合う

話し合った内 容を都度文書 にまとめ共有

本人の意思が 確認できる

・家族等※が本人の 意思を推定できる

本人の意思が 確認できない

・家族等※が本人の 意思を推定できない ・家族がいない

本人と医療・ケアチームとの合意形成 に向けた十分な話し合いを踏まえた、 本人の意思決定が基本

心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと



本人にとって最善の方針をとる

本人にとって最善の方針を 医療・ケアチームで慎重に判断 人生の最終段階における 医療・ケアの方針決定

- - 心身の状態等により医療・ ケア内容の決定が困難な場合
 - 家族等※の中で意見が まとまらないなどの場合等
 - →複数の専門家で構成する 話し合いの場を設置し、 方針の検討や助言





※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。