厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

社保審－介護給付費分科会	資料4
第269回（R８.10.９）	

認知症対応型共同生活介護（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１. これまでの分科会における主なご意見

２. 論点及び対応案

３. 参考資料

1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案

3. 参考資料

これまでの分科会における主なご意見①

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜認知症対応型共同生活介護＞

（医療連携・重度化対応）

○認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえ、医療ニーズへの対応強化が重要である。

○医療機関との連携体制の強化を進めるべきである。

○利用者の重度化に伴い、医療連携や看取り対応の重要性が高まっている。

○医療ニーズ対応強化よりも医療機関や主治医との連携強化が重要である。

○喀痰吸引や経管栄養に対応できる介護職員を増やすための研修支援が必要である。

○中山間地域では看護職確保が困難なため、一定条件下での看護職の配置基準緩和を検討すべきである。

（人材確保・夜勤体制・運営基準）

○介護福祉士の専門性が十分評価されておらず、人材確保に影響している。

○人材不足が深刻化し、夜勤職員確保が困難である。

○夜間支援体制加算を実効性のある内容へ見直すべきである。

○夜勤職員の休憩確保や追加配置につながる仕組みが必要である。

○人員体制の充実と処遇改善が必要である。

○夜間体制について現場実態を踏まえた対応が必要である。

○手厚い夜間体制（３人夜勤等）を適切に評価すべきである。

○ICT・テクノロジーの活用を前提に３ユニット２人夜勤の効果を検証すべきである。

○管理者兼務など人員基準の柔軟化をさらに進めるべきである。

○ICT・テクノロジーの活用による業務負担軽減が重要である。

これまでの分科会における主なご意見②

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜認知症対応型共同生活介護＞

（報酬・加算）

〇算定率の低い加算は必要性を含めて見直すべきである。

〇算定率の高い加算は基本報酬への組込みを検討すべきである。

〇報酬体系の分かりやすさや事務負担軽減の観点から加算整理が必要である。

〇ICT導入支援に加え、人員基準・運営基準の柔軟化や基本報酬の見直しが必要である。

〇中山間地域では人材確保や利用者減少が課題であり、安定経営の仕組みが必要である。

〇規模別（１ユニット、２ユニット、３ユニット以上）の収支分析が必要である。

〇加算見直しは算定率だけでなく目的や性格を踏まえて検討すべきである。

〇利用者負担軽減策の充実が必要である。

（地域包括ケア・地域支援機能）

〇地域住民の生活継続を支える社会基盤として評価すべきである。

〇人口減少・介護人材不足を踏まえ、地域密着型サービスのあり方そのものを見直すべきである。

〇将来的には広域的な運営や管理の仕組みも検討すべきである。

〇地域とのつながりを支える拠点としての役割が重要である。

〇総合マネジメント体制強化加算のような地域支援機能を評価する加算を検討すべきである。

〇認知症基本法の理念を踏まえた地域共生社会の実現が重要である。

〇地域拠点機能や本人参加の取組を評価する仕組みが必要である。

〇利用者の状態像、家族構成、地域特性に応じたサービス選択の分析が必要である。

これまでの分科会における主なご意見③

介護給付費分科会における関係団体等意見交換会においては、以下について要望があった。

【日本認知症本人ワーキンググループ】

○介護支援専門員が、認知症の本人の「声を十分に聴き納得した利用につながる支援」を行っている場合に、相応の評価報酬が必要となる。

○認知症の人が、認知症基本法の理念にそって、本人発信等をするための支援を支えるための費用について基本報酬に取り入れてほしい。

【公益社団法人日本認知症グループホーム協会】

○基本報酬の適切な引き上げ。

他産業と遜色のない賃金水準の実現と物価高騰への対応

○地域における認知症ケアの拠点化の推進。

認知症基本法を踏まえ、認知症に関する理解促進活動など、認知症に関する多様なサービスを総合的に展開し、社会参加活動の推進や認知症の人が暮らしやすいまちづくりに積極的に貢献している事業所に対する介護報酬上の評価

○事務負担の軽減と各種基準の見直し。

①加算の簡素化、加算要件の見直し

②各種委員会・研修等の簡素化

○夜間の支援体制について。

○施設設備整備等に関する小規模事業所に重点的な助成。

①建物の老朽化対策等に対する助成等の支援の充実

②介護テクノロジー推進のための助成等の支援の充実

○居住費等の低所得者対策の充実。

○離島・中山間地域等におけるサービス確保のための支援。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

認知症対応型共同生活介護　目次

論点①：地域における認知症ケアの拠点化の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

論点②：安定的な事業運営のための柔軟な配置基準と利用者の安全確保・・・・・・・・・・14

共生社会の実現を推進するための認知症基本法　概要

社保審－介護給付費分科会	資料１
第264回（R８.９.３）	

令和５年６月14日成立
令和６年１月１日施行

１.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒　認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

２.基本理念

① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
② 共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
③ 日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものの除去。地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会を確保する。
④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
⑥ 共生社会の実現に資する研究等の推進。予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法など科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備する。
⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

３.国・地方公共団体等の責務等

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

４.認知症施策推進基本計画等

政府は、**認知症施策推進基本計画**を策定（**認知症の人**及び**家族等**により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ**都道府県計画・市町村計画**を策定（**認知症の人**及び**家族等**の意見を聴く。）　（努力義務）

５.基本的施策

①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定・権利擁護、⑤保健医療･福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

６.認知症施策推進本部

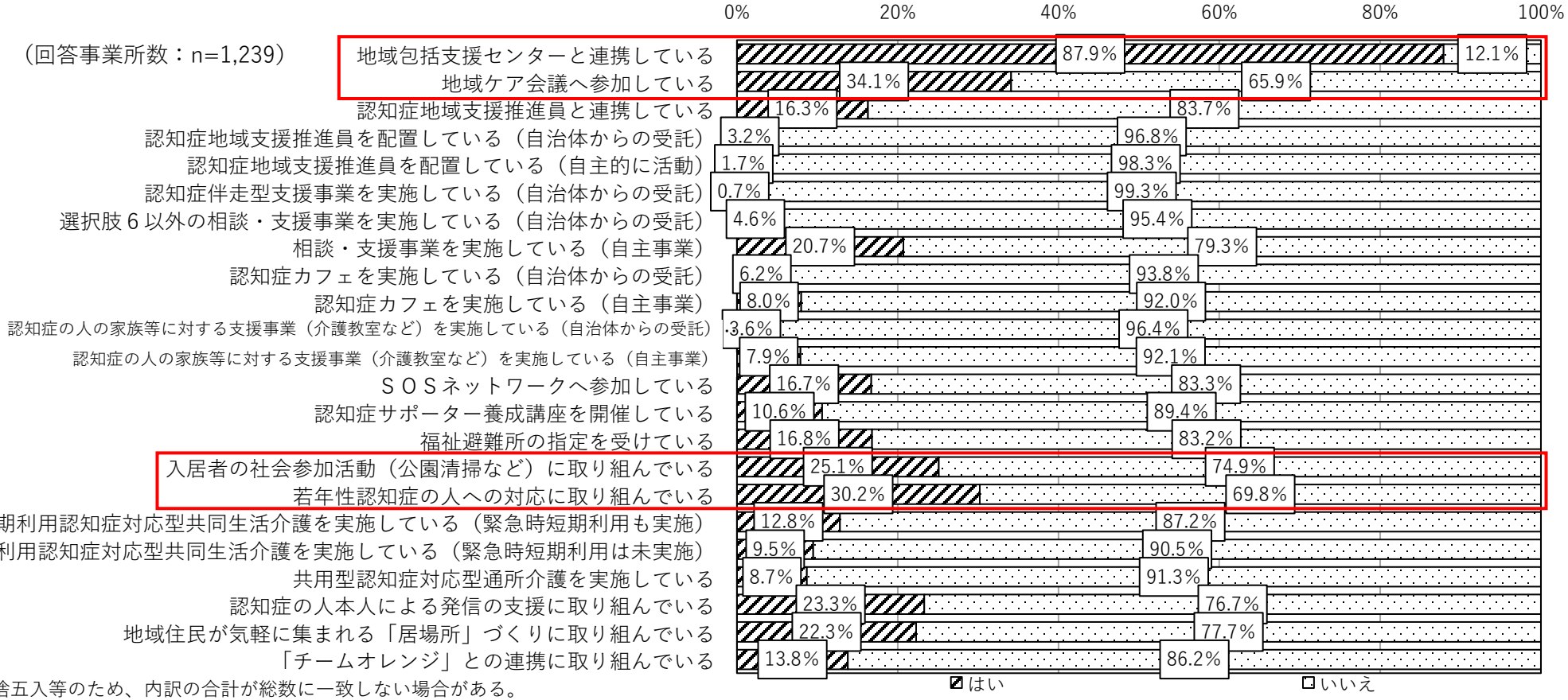
内閣に**内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等により構成される関係者会議**を設置し、意見を聴く。

地域連携・地域支援の具体的な取組状況

○地域連携・地域支援の具体的な取り組み状況について、「はい」と回答した事業所では、「地域包括支援センターと連携している」が87.9％で最も多く、次いで「地域ケア会議へ参加している」(34.1％)、「若年性認知症の人への対応に取り組んでいる」(30.2％)、「入居者の社会参加活動（公園清掃など）に取り組んでいる」(25.1％)であった。

地域連携・地域支援の具体的な取組状況（当てはまる場合ははい、当てはまらない場合はいいえにチェック）



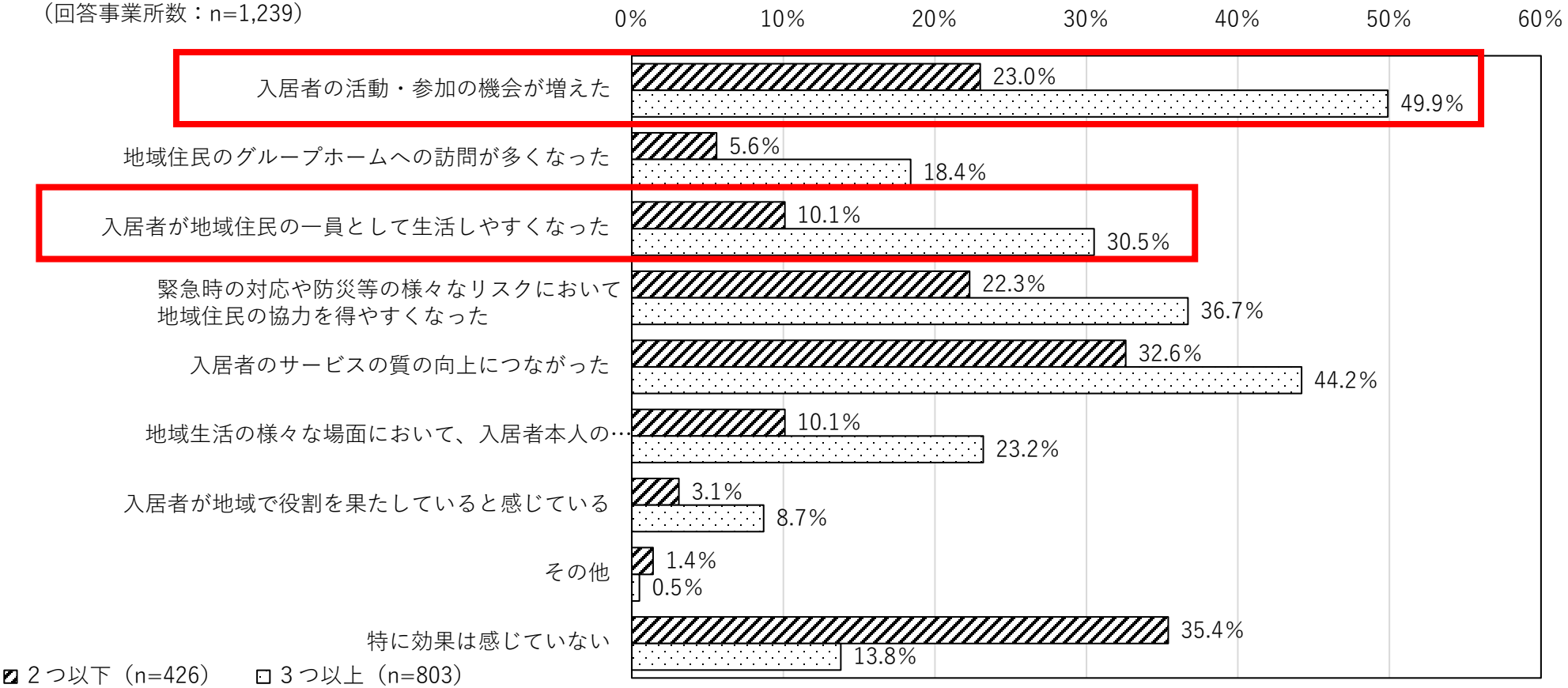
※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

地域連携・地域支援の取組を実施したことによる入居者への効果

○地域連携・地域支援の取組を３つ以上実施しているグループホームでは、「入居者の活動・参加の機会が増えた」「入居者が地域住民の一員として生活しやすくなった」の割合が、取組の実施の数が２つ以下の事業所に比べ、20％以上上回った。

地域連携・地域支援の取組を実施したことによる入居者への効果（複数回答）：地域連携・地域支援の取組数別
（回答事業所数：n=1,239）

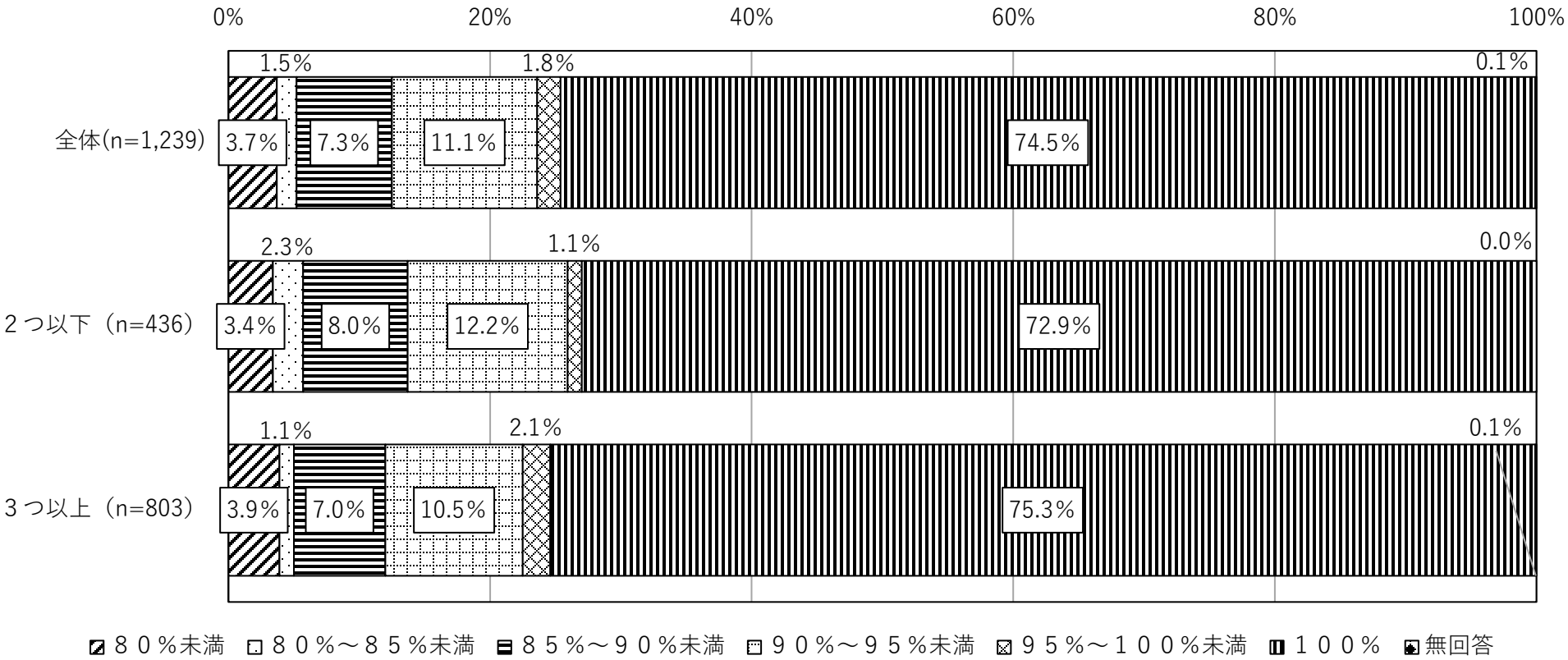


出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

入居率における地域連携・地域支援の取組数別差異

○地域連携・地域支援の取組数３つ以上の事業所では入居率「100％」の割合が２つ以下の事業所に比べやや多かった。
○平均入居率は、２つ以下は約97.0％（最小50％・最大100％）、３つ以上は約97.2％（最小50％・最大100％）であった。

入居率（令和７年８月31 日時点）：地域連携・地域支援の取組数別



※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。
出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

多様な主体との適切な連携

○認知症対応型共同生活介護の多様な主体との連携状況についてみると、「利用者の状態に応じた外出支援」が最多であった。一方で「地域の交流拠点としての機能発揮」は24.3%にとどまっている。

多様な主体との適切な連携状況

	多職種協働による個別サービス計画の定期的な見直し	地域の医療機関や他施設等への自事業所に関する情報提供	利用者の状態に応じた地域資源を活用した支援	利用者の状態に応じた外出支援	地域住民等からの日常的な相談への対応体制の確保	認知症カフェ・家族介護者向けの集いの場の運営・参加	認知症診断後の本人・家族への伴走型支援（本人ミーティング・ピアサポート等）	認知症に関する普及啓発・住民向け講座・出前講座の実施	地域の交流拠点としての機能発揮	地域住民や他事業所と共同した研修会等の開催	自治体が実施する通いの場・地域支援事業・認知症施策への参画	その他	特に評価が必要な取組はない
全体（n=111）	22.5%	36.0%	40.5%	54.1%	28.8%	27.9%	12.6%	20.7%	24.3%	23.4%	18.0%	0.0%	9.9%
1ユニット（n=32）	15.6%	37.5%	31.3%	56.3%	34.4%	18.8%	15.6%	15.6%	21.9%	21.9%	3.1%	0.0%	12.5%
2ユニット（n=73）	26.0%	35.6%	42.5%	52.1%	26.0%	34.2%	12.3%	24.7%	26.0%	24.7%	24.7%	0.0%	9.6%
3ユニット（n=6）	16.7%	33.3%	66.7%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	16.7%	16.7%	0.0%	0.0%

出典：令和８年度老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護における医療・介護連携のあり方等に関する調査研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所）速報値

論点①　地域における認知症ケアの拠点化の推進

論点①

（地域の拠点機能を評価）

■ 認知症基本法及び認知症施策推進基本計画においては、認知症の人が地域社会の一員として、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる社会の実現が掲げられており、認知症の高齢者本人による発信や社会参加の取組の推進が進んできている。

■ 認知症対応型共同生活介護においても、入居者が地域活動や交流の場に参加するだけでなく、自らの経験や思いを発信したり、地域の支え手として活動したりするなど、入居者本人が地域における様々な役割を持ちつつ地域とのつながりや社会参加を継続しながら、地域で暮らし続けることのできる環境を整えていく役割が期待されている。

■ また、認知症対応型共同生活介護は、認知症の人本人による発信や社会参加を支えるとともに、地域住民との交流や相談支援等を通じて地域との継続的な関係性を育む拠点としての機能に加え、要配慮者（中山間地域等における通院困難者など）の一時的な受入れや見守り、地域住民との相互支援など、地域共生社会を支える社会資源としての役割も期待されている。

■ こうした状況を踏まえ、認知症対応型共同生活介護が、認知症の人の希望や強みを活かしながら、地域とのつながりの中で主体的に暮らし続けることを支える地域の拠点としての機能を発揮していくことへの評価について、どのように考えるか。

対応案

（地域の拠点機能を評価）

■ 認知症基本法及び認知症施策推進基本計画の理念を踏まえ、地域住民をはじめとした多様な主体と適切に連携しながら、認知症に関する様々なサービスを総合的に展開し、例えば、本人の能力や強みを生かしたボランティア参加等への支援、若年性認知症の人に対する就労支援、入居者の本人発信・社会参加活動の推進など、認知症の人が自らの意思によって主体的に暮らし続けられるまちづくりに資する事業所の取組について、評価することとしてはどうか。

認知症対応型共同生活介護　目次

論点①：地域における認知症ケアの拠点化の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

論点②：安定的な事業運営のための柔軟な配置基準と利用者の安全確保・・・・・・・・・・14

令和３年度改定

4.（２）⑮ 計画作成担当者の配置基準の緩和

社保審－介護給付費分科会	資料１
第199回（R３.１.18）	

概要

【認知症対応型共同生活介護★】

○　認知症グループホームにおいて、人材の有効活用を図る観点から、介護支援専門員である計画作成担当者の配置について、ユニットごとに１名以上の配置から、事業所ごとに１名以上の配置に緩和する。【省令改正】

基準

＜現行＞

ユニットごとに専従で配置。
ただし、業務に支障がない限り、
他の職務に従事することができる。

→

＜改定後＞

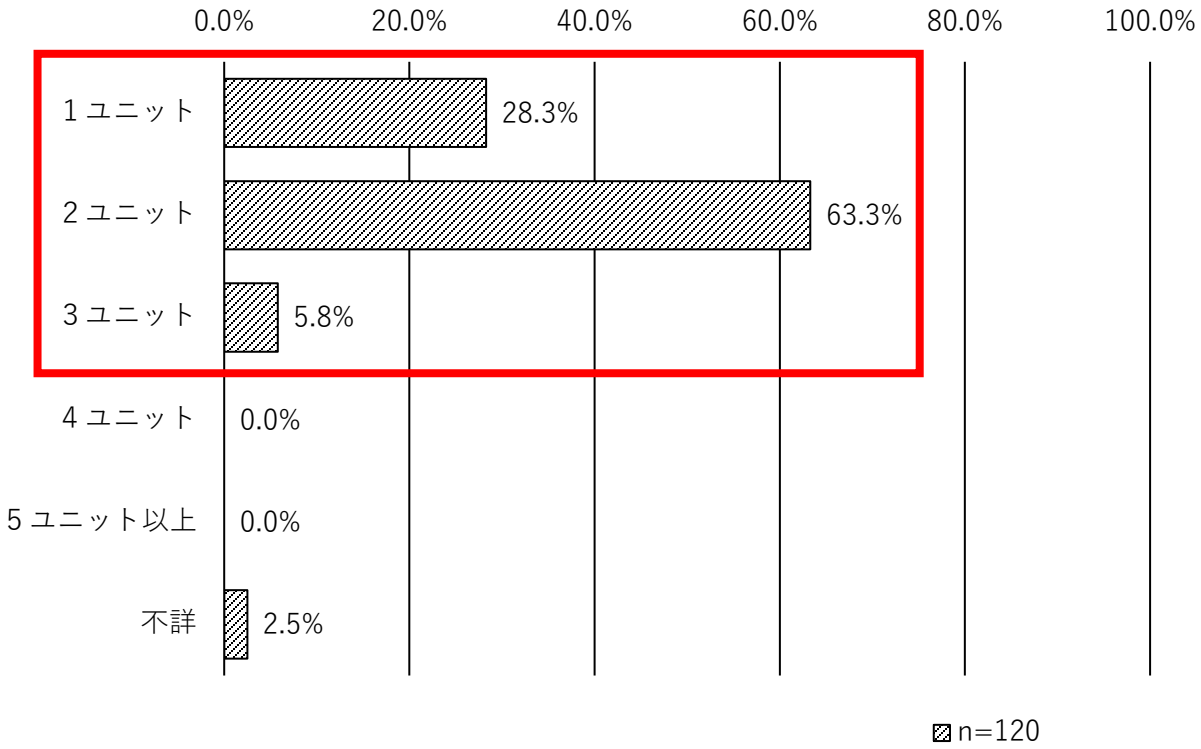
事業所ごとに専従で配置。
ただし、業務に支障がない限り、
他の職務に従事することができる。

		認知症グループホーム	小規模多機能型居宅介護	地域密着型介護老人福祉施設	地域密着型特定施設入居者生活介護
計画作成担当者（介護支援専門員）	配置員数	ユニットごとに１人以上 ⇓ 事業所ごとに１人以上	事業所ごとに１人以上	施設ごとに１人以上	事業所ごとに１人以上
	人員要件	介護支援専門員 かつ 認知症介護実践者研修修了者	介護支援専門員 かつ 認知症介護実践者研修修了者 ＋ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了者	介護支援専門員	介護支援専門員
	その他の要件	２ユニット以上の場合、２人の計画作成担当者が必要となるが、いずれか１人が介護支援専門員の資格を有していれば足りる（２人とも研修修了者であることは必要）。 ⇓ ２人以上の計画作成担当者を配置する場合、いずれか１人が介護支援専門員の資格を有していれば足りる（全員が研修修了者であることは必要）	－	－	－

認知症対応型共同生活介護のユニット数の状況

○認知症対応型共同生活介護のユニット数について令和8年度老健事業調査結果をみると、「２ユニット」が63.3%で最多、次いで「１ユニット」が28.3%、「３ユニット」が5.8%であった。

認知症対応型共同生活介護のユニット数　令和8年度老健事業調査結果



区分	実数	割合
総数	120	100%
１ユニット	34	28.3%
２ユニット	76	63.3%
３ユニット	7	5.8%
４ユニット	0	0.0%
５ユニット以上	0	0.0%
不詳	3	2.5%

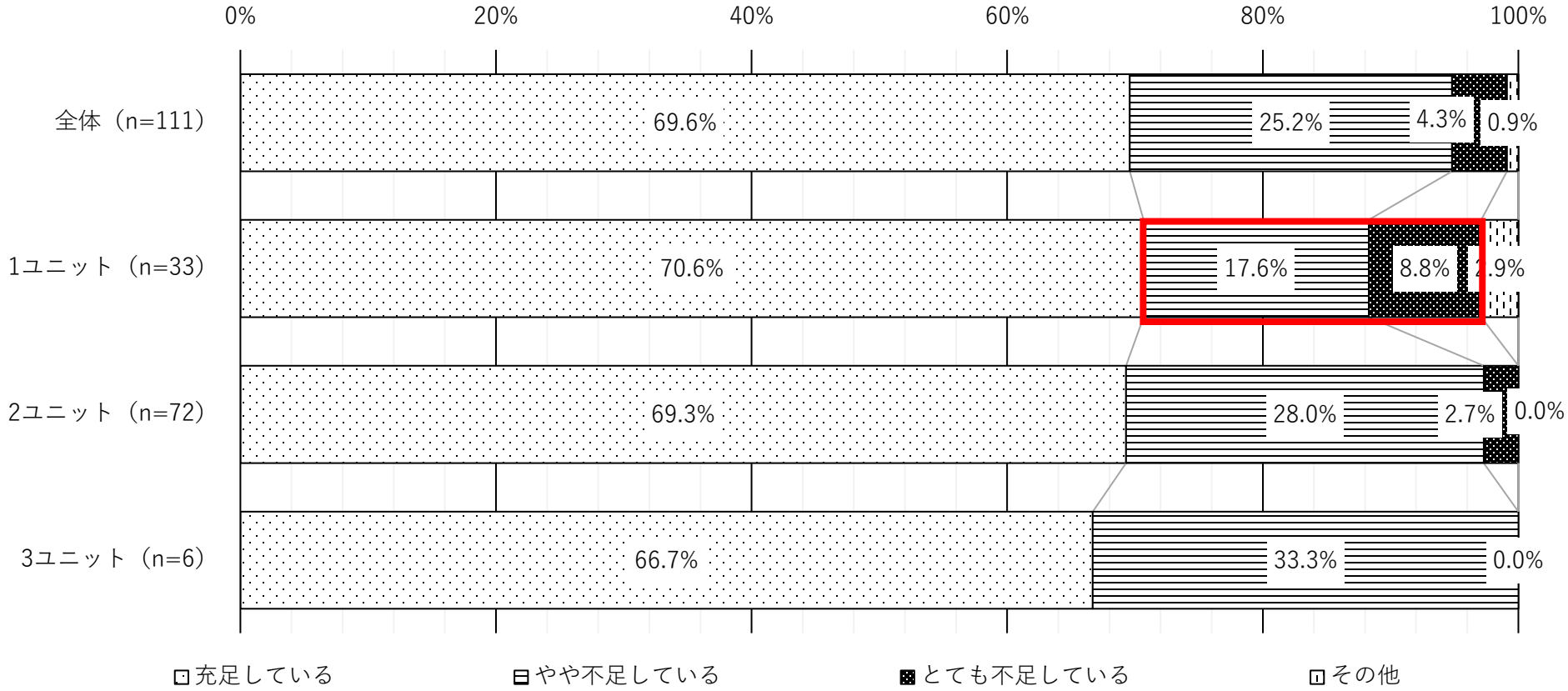
※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。
出典：令和８年度老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護における医療・介護連携のあり方等に関する調査研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所）速報値

認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者（介護支援専門員）の充足状況ユニット数別

○認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者の充足状況についてみると、全体では「充足している」が69.6%で最多、次いで「やや不足している」が25.2%、「とても不足している」が4.3%であった。

○ユニット数別にみると、差は小さいものの、ユニット数が少ない事業所ほど「充足している」事業所の割合が大きい一方で、「とても不足している」事業所の割合も大きかった。

計画作成担当者の充足状況　ユニット数別



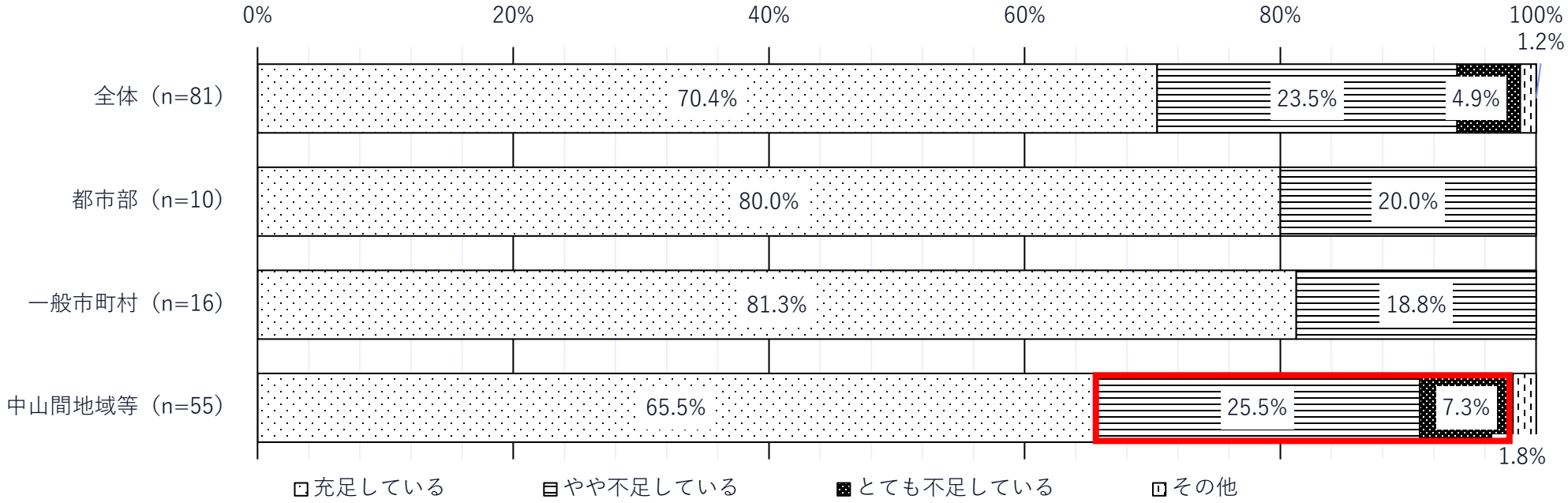
※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。
出典：令和８年度老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護における医療・介護連携のあり方等に関する調査研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所）速報値

認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者（介護支援専門員）の充足状況（地域別）

○認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者（介護支援専門員）の充足状況についてみると、全体では「充足している」が70.4%で最多、次いで「やや不足している」が23.5%、「とても不足している」が4.9%であった。

○地域別にみると、「中山間地域等」では「充足している」が65.5％と他の区分より小さく、他地域と比較して不足感が大きかった。

計画作成担当者（介護支援専門員）の充足状況　地域別



※厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（厚生労働省告示第八十三号）、ならびに厚生労働大臣が定める地域第六号の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域（いわゆる特別地域加算の対象地域）に基づき、「都市部」「一般市町村」「中山間地域等」に分類する。

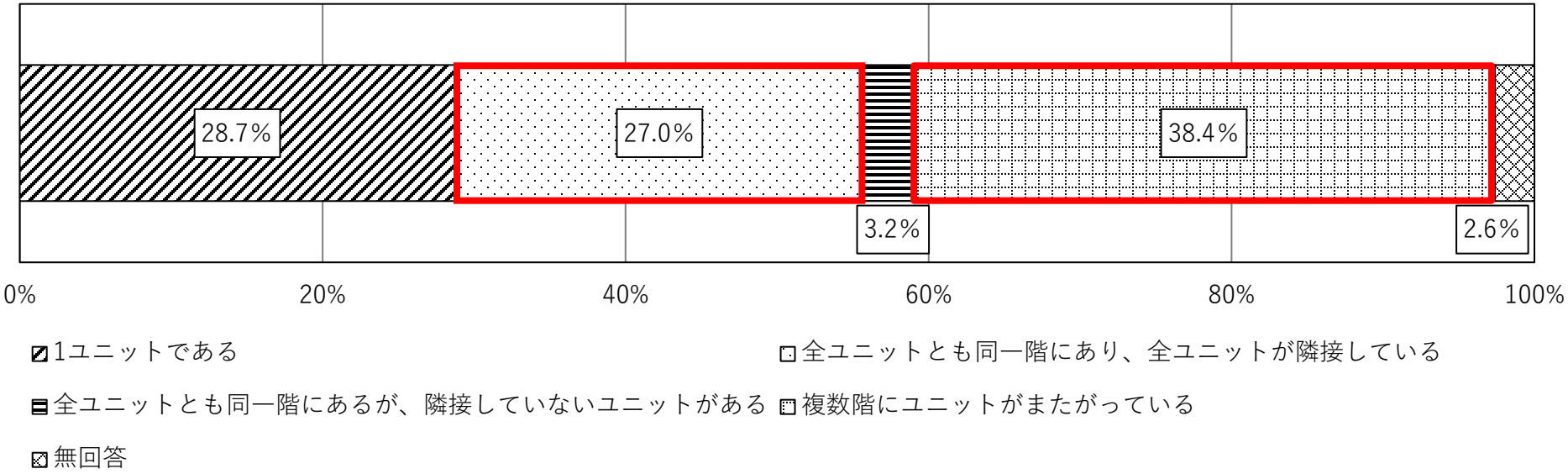
※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

出典：令和８年度老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護における医療・介護連携のあり方等に関する調査研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所）速報値

ユニットの配置状況

○ユニットの配置状況について、「複数階にユニットがまたがっている」が38.4％で最も多く、次いで「１ユニットである」(28.7％)、「全ユニットとも同一階にあり、全ユニットが隣接している」(27.0％)であった。

ユニットの配置状況（回答事業所数： n =1,239）

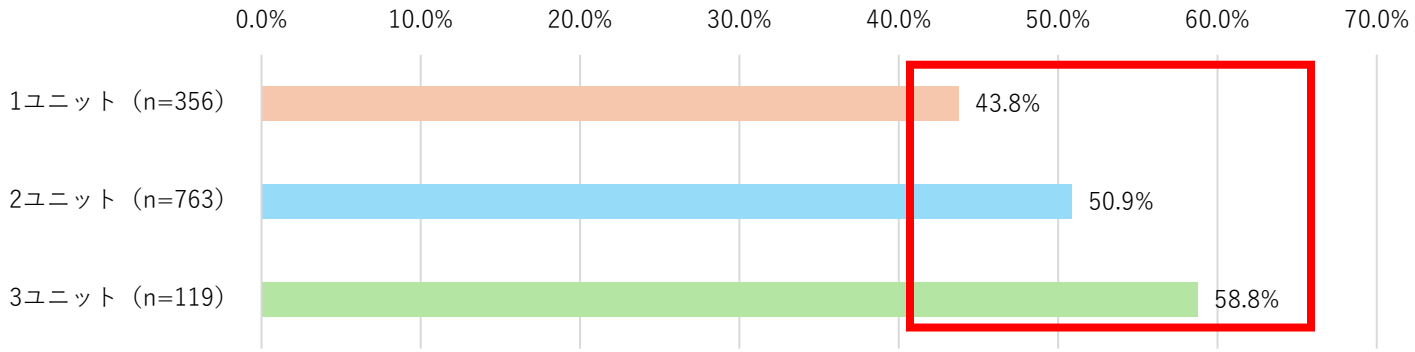


※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。
出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

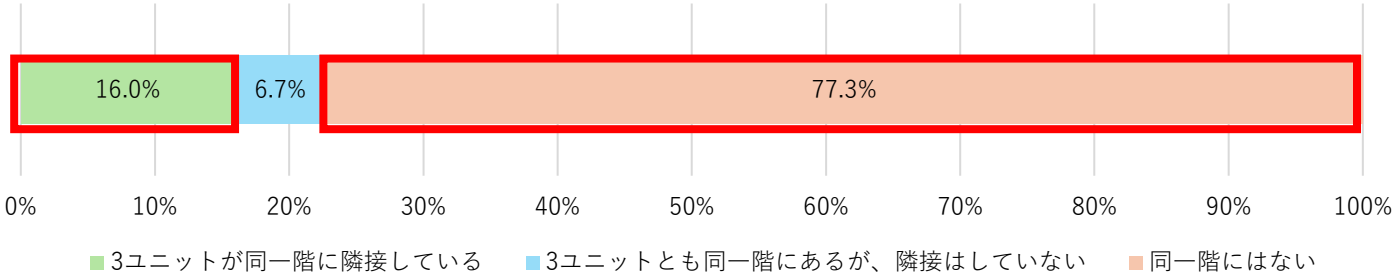
夜勤職員の確保・シフト調整と3ユニットの構造

○夜勤職員の確保・シフト調整に苦慮している（介護従業者の人数に余裕がない）と回答した事業所の割合は、ユニット数が増えるほど高くなる傾向にある。
○また、３ユニットの119事業所について、「同一階にはない」が77.3％で最も多く、次いで「３ユニットが同一階に隣接している」(16.0％)、「３ユニットとも同一階にあるが、隣接はしていない」(6.7％)であった。

ユニットごとの夜勤職員の確保・シフト調整の課題（回答事業所数： n =1,239）
夜勤のシフト調整に苦慮している（介護従業者の人数に余裕がない）と回答したユニット状況



３ユニットの構造（回答事業所数： n =119）



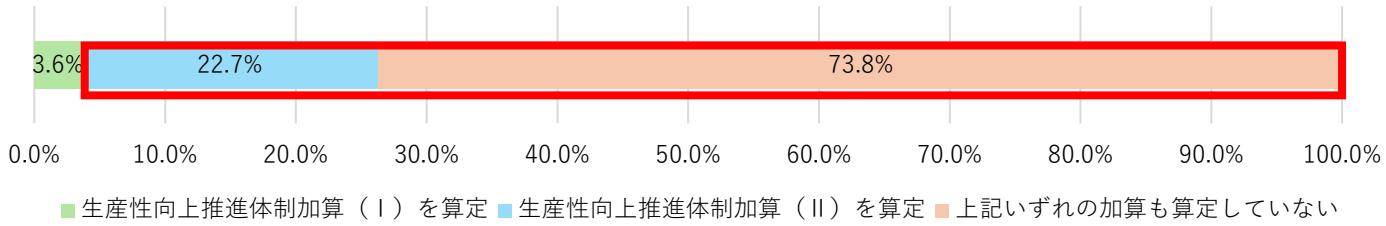
※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

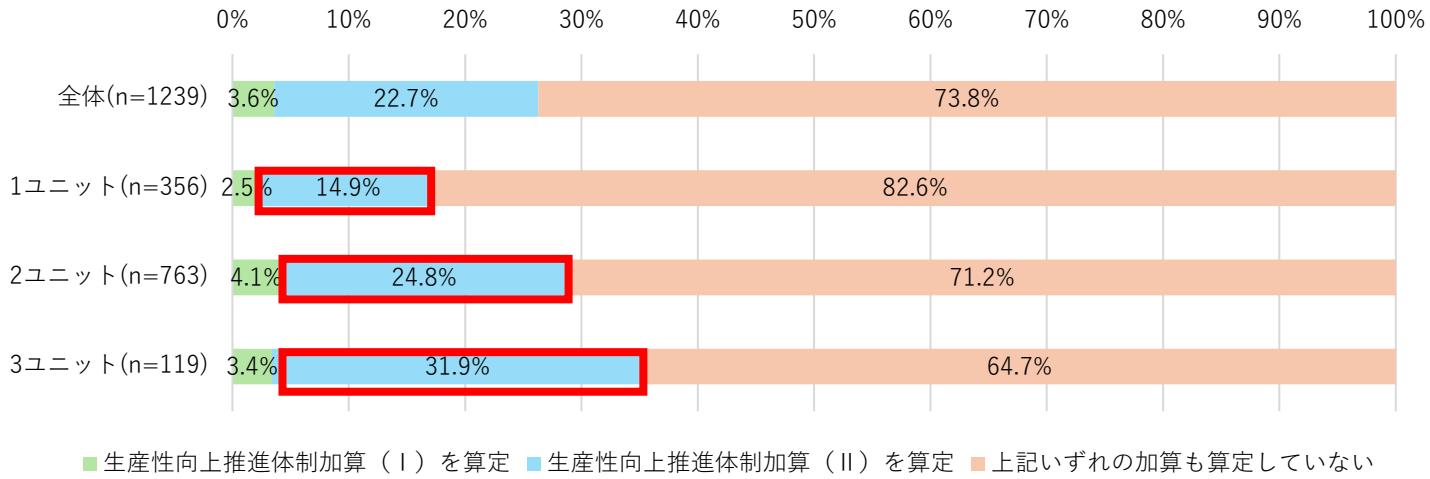
生産性向上推進体制加算の算定状況

○「生産性向上推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれも算定していない」が73.8％で最も多く、次いで「生産性向上推進体制加算（Ⅱ）を算定」(22.7％)であった。
○ユニット数が多くなるにつれ、「生産性向上推進体制加算（Ⅱ）を算定」の割合が多かった。

生産性向上推進体制加算の算定状況（令和7年8月時点）（n=1,239事業所）



生産性向上推進体制加算の算定状況（令和7年8月時点）：ユニット数別

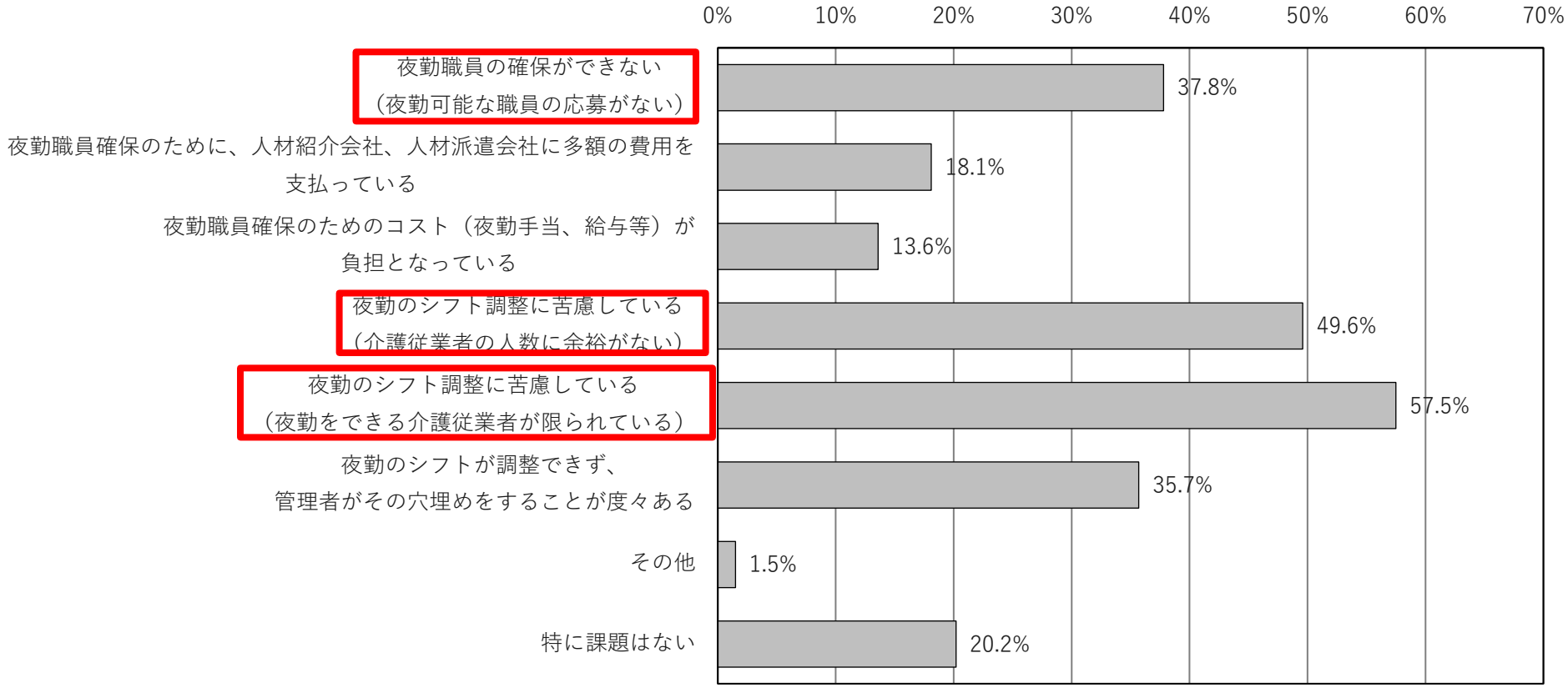


※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。
出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

夜勤職員の確保・シフト調整における課題

○夜勤職員の確保・シフト調整における課題について、「夜勤のシフト調整に苦慮している（夜勤をできる介護従業者が限られている）」が57.5％で最も多く、次いで「夜勤のシフト調整に苦慮している（介護従業者の人数に余裕がない）」(49.6％)、「夜勤職員の確保ができない（夜勤可能な職員の応募がない）」(37.8％) であった。

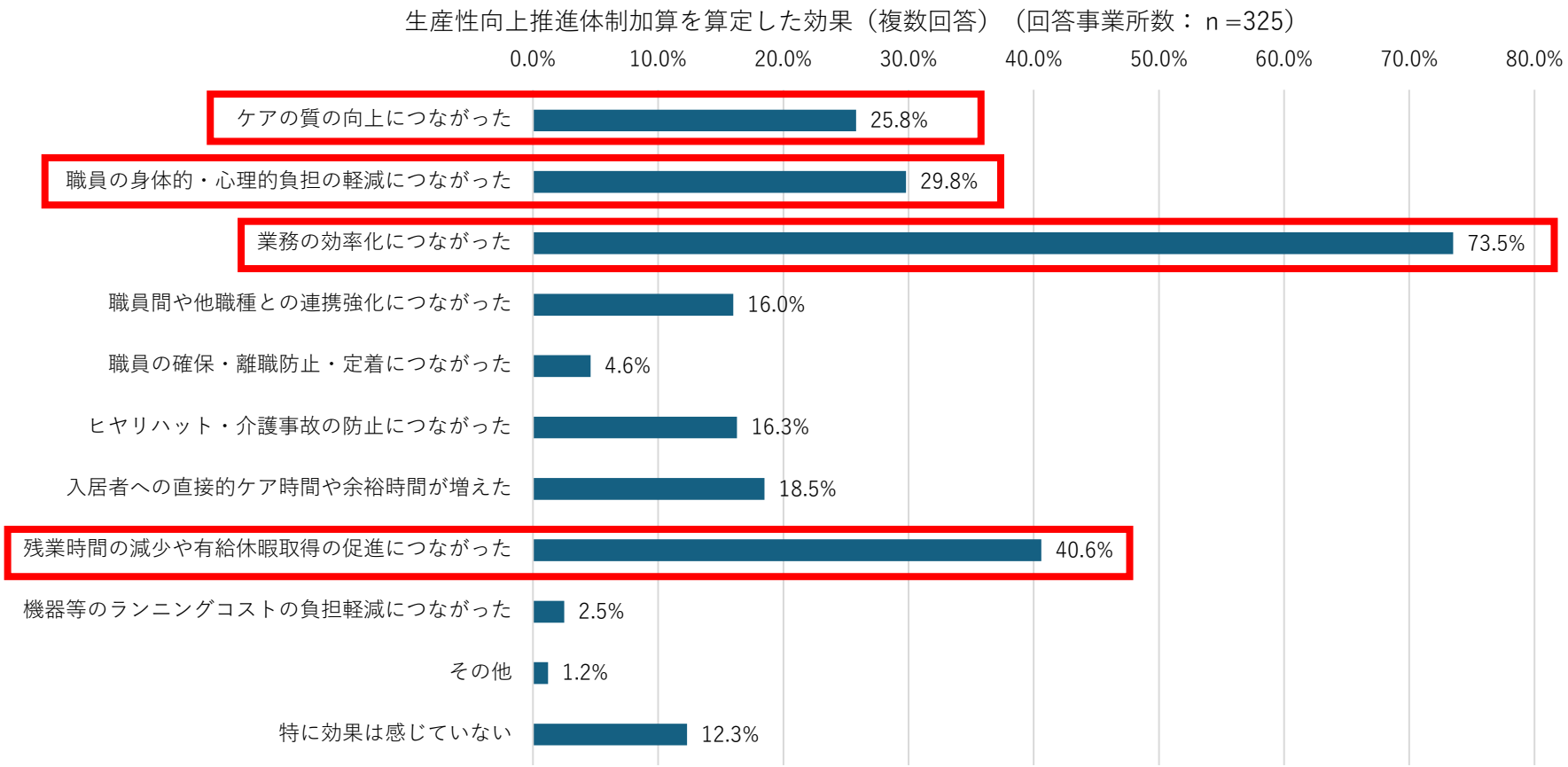
夜勤職員の確保・シフト調整における課題（複数回答）　（回答事業所数： n =1,239）



出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

生産性向上推進体制加算を算定した効果

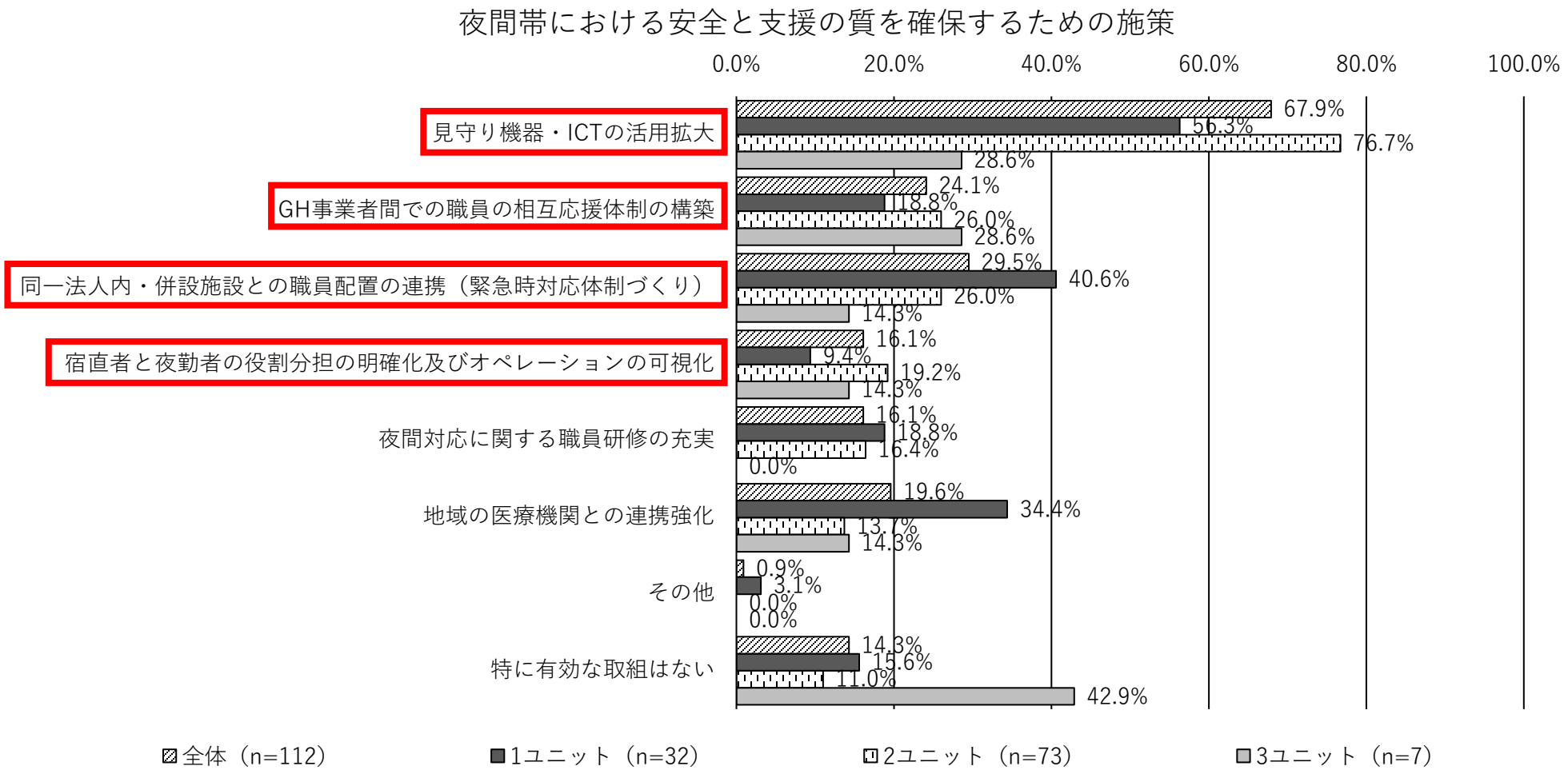
○生産性向上推進体制加算（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）を算定した325事業所について、「業務の効率化につながった」が73.5％で最も多く、次いで「残業時間の減少や有給休暇取得の促進につながった(40.6％)、「職員の身体的・心理的負担の軽減につながった」(29.8％)、「ケアの質の向上につながった」(25.8％)であった。



出典：令和７年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における安定的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」（公益社団法人　日本認知症グループホーム協会）

認知症対応型共同生活介護の夜間帯における安全と支援の質を確保するための施策　ユニット数別

○認知症対応型共同生活介護の夜間帯における安全と支援の質を確保するための施策についてユニット数別にみると、「1ユニット」と「2ユニット」では「見守り機器・ICTの活用拡大」がそれぞれ56.3%と76.7%で最多であった。



出典：令和８年度老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護における医療・介護連携のあり方等に関する調査研究事業」（株式会社NTTデータ経営研究所）速報値

論点②　安定的な事業運営のための柔軟な配置基準と利用者の安全確保

論点②

（計画作成担当者の配置の在り方）

■ 認知症対応型共同生活介護においては、利用者の心身の状況や生活歴、本人の意向等を踏まえた適切なケアマネジメントの実施を確保する観点から、一定の専門性を有する者として介護支援専門員を計画作成担当者として位置付け、利用者の日常生活の状況を踏まえながら介護計画の作成や見直しを行うことが求められている。

■ これまでの報酬改定（令和３年度）では、人材の有効活用を図る観点から、ユニットごとに１人以上の配置から事業所ごとに１人以上の配置に見直したほか、サテライト型事業所を設置する場合、介護支援専門員ではない認知症介護実践者研修を修了した者を計画作成担当者として配置することを可能としてきた。

■ 一方で、中山間・人口減少地域をはじめとして、介護支援専門員等の確保が困難な地域もみられ、事業所における人材確保や継続的なサービス提供の観点から、計画作成担当者の確保に課題が生じているとの指摘がある。

■ 認知症対応型共同生活介護における計画作成について、利用者の日々の状態変化や暮らしの様子を踏まえた継続的なアセスメント、多職種との情報共有、本人・家族との関係構築等が重要である。

■ こうしたケアの質の確保を前提としつつ、人材確保が困難な地域等における持続的なサービス提供との両立の観点から、計画作成担当者の配置の在り方についてどのように考えるか。

（３ユニット夜勤体制の在り方）

■ 認知症対応型共同生活介護における夜間の人員配置については、３ユニットの事業所において原則３人以上の夜勤職員配置が求められている一方、一定の要件を満たす場合には例外的に２人以上の配置を可能としているが、その活用実績は限定的である。

■ 近年、見守り機器等のテクノロジーの活用により、夜間の利用者の状態把握や職員間の情報共有を効率的に行いながら、安全性を確保しつつ職員負担の軽減とケアの質の向上を図っている事例もみられる。

■ また、人材確保が一層厳しさを増す中、特にユニット数の多い事業所においては夜勤職員の確保やシフト調整が課題となっていることを踏まえ、利用者の安全確保を前提としたうえで、夜間の人員配置のあり方について、どのように考えるか。

論点②　安定的な事業運営のための柔軟な配置基準と利用者の安全確保

対応案

（計画作成担当者の配置の在り方）

■ 人材の確保が困難であり、かつ経営状況が厳しい１ユニットの事業所において、持続的なサービス提供を図る観点から、ケアの質の確保を前提としつつ、１事業所に配置することとされている計画作成担当者（介護支援専門員）の配置要件の見直しを検討してはどうか。

（３ユニット夜勤体制の在り方）

■ 夜間における利用者の安全確保を前提としつつ、見守り機器等を活用した継続的な状態把握や迅速な対応が可能な体制が確保されていることを要件として、２ユニットが同一階で隣接しており、別の階の１ユニットと一体的に運営されている場合や、同一階に隣接していない３ユニットの場合についても、夜間の人員配置を２人体制とすることを可能としてはどうか。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

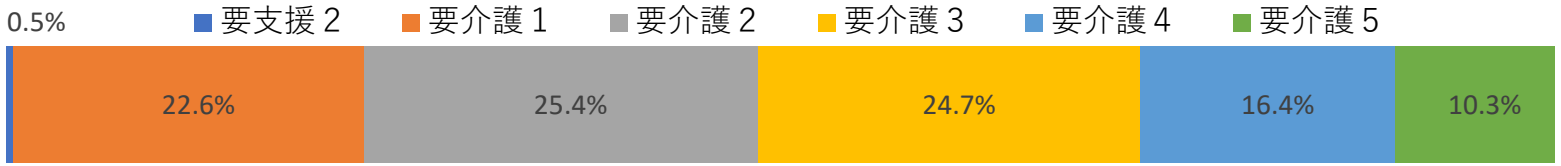
３．参考資料

認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）の概要

【根拠法令：介護保険法第8条第20項及び第8条の2第15項、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第89条等】

○　認知症（急性を除く）の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするもの。

＜事業所数：　14,233事業所　　サービス受給者数：22.0万人＞



平均要介護度
2.64

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」 令和7年4月審査分（事業所数は介護予防を含まない）

【利用者】

○１事業所あたり原則３の共同生活住居（ユニット）を運営（※）
○１ユニットの定員は、5人以上9人以下
（※）代表者や管理者を兼務等により配置しないこと等ができるサテライト事業所を、ユニット数に応じた規模で設置可能

【設備】

○住宅地等に立地
○居室は、７．４３㎡　（和室４．５畳）以上で原則個室
○その他
　居間・食堂・台所・浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備

【人員配置】

○介護従業者
　日中：利用者３人に１人（常勤換算）
　夜間：ユニットごとに１人（※）
○計画作成担当者
　事業所ごとに１人以上（最低１人は介護支援専門員）
○管理者
　３年以上認知症の介護従事経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了した者が常勤専従

【運営】

○運営推進会議の設置
　・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
　・外部の視点で運営を評価
○外部評価の実施
　・外部評価機関 又は 運営推進会議にて実施
○定期的に避難、救出訓練を実施し、これに当たっては地域住民の参加が得られるよう努めること

認知症対応型共同生活介護の報酬

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の介護報酬のイメージ（1日あたり）

利用者の**要介護度に応じた基本サービス費**
※　括弧内は2ユニット以上の場合

要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
761単位（749）	765単位（753）	801単位（788）	824単位（812）	841単位（828）	859単位（845）

【短期利用の場合】

要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
789単位（777）	793単位（781）	829単位（817）	854単位（841）	870単位（858）	887単位（874）

※　利用者が入院した場合、１月に６日を限度として、所定単位数に代えて１日につき246単位を算定可能

＋

利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する**加算・減算**

- **初期加算☆**（30単位）
- **口腔・栄養スクリーニング加算☆**（20単位）※３
- **栄養管理体制加算☆**（30単位）※２
- **看取り介護の実施☆**
  - 死亡日前31～45日: 72単位
  - 死亡日前4～30日: 144単位
  - 前日及び前々日: 680単位
  - 当日: 1,280単位
- **退居時の医療機関への情報提供☆**（250単位）※１
- **若年性認知症利用者の受入**（120単位）
- **口腔衛生管理体制加算☆**（30単位）※２
- **専門的な認知症ケアの実施☆**（3単位、4単位）
- **協力医療機関連携加算**100単位、40単位 ※２
- **夜勤職員又は宿直職員の手厚い配置**（1ユニット　50単位）（２ユニット以上 25単位）
- **高齢者施設等感染対策向上加算**（10単位、5単位）※２
- **生活機能向上連携加算**（200単位、100単位）※２
- **新興感染症等施設療養費用**240単位（月1回連続5日まで）
- **医療連携体制加算（Ⅰ）**（イ　57単位）（ロ　47単位）（ハ　37単位）（Ⅱ）5単位
- **科学的介護推進体制加算☆**（40単位）※２
- **介護福祉士、常勤職員又は７年以上勤務者を一定以上配置等**（22単位、18単位、6単位）
- **介護職員等処遇改善加算**（Ⅰ）イ 21.0%　ロ 22.8%（Ⅱ）イ 20.2%　ロ 22.0%（Ⅲ）17.9%　（Ⅳ）14.9%
- **退居時相談援助の実施☆**（400単位）※１
- **認知症チームケア推進加算☆**（150単位、120単位）※２
- **ICT・テクノロジーの導入**（100単位、10単位）※２

※１　利用者１人につき１回を限度　　※２　月単位で加算を算定　　※３　６月に１回を限度

－

- **定員を超えた利用や人員配置基準に違反**（▲30%）
- **夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合**（▲3%）
- **身体拘束適正化未実施**（▲10%）※短期利用の場合（▲1%）
- **高齢者虐待防止措置未実施**（▲１%）
- **業務継続計画未策定**（▲３%）
- **3ユニットの場合に夜勤職員を２人とする場合**（▲50単位）

※　加算・減算は主なものを記載
※　短期利用の場合にかぎり、点線枠の加算は区分支給限度基準額の算定対象外
※　☆の加算・減算は短期利用の場合には適用されない加算・減算

認知症対応型共同生活介護の算定状況

	単位数（令和６年６月以降）	算定単位数（単位：千単位）	件数（単位：千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
認知症対応型共同生活介護（短期利用含む。）	総数	6,556,117	6,526.0	100.0%	14,382	100.0%
認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）	765～859単位/日	850,827	1,048.8	16.1%	－	－
認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）	753～845単位/日	4,368,728	5,473.3	83.9%	－	－
短期利用認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）	793～887単位/日	644	0.8	0.0%	－	－
短期利用認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）	781～874単位/日	2,381	2.9	0.0%	－	－
３ユニット夜勤職員２人以上の場合	△50単位/日	△648	13.0	0.2%	－	－
夜間支援体制加算（Ⅰ）	＋50単位/日	2,365	47.3	0.7%	192	1.3%
夜間支援体制加算（Ⅱ）	＋25単位/日	4,034	161.4	2.5%	312	2.2%
認知症行動・心理症状緊急対応加算	＋200単位/日	18	0.1	0.0%	8	0.1%
若年性認知症利用者受入加算	＋120単位/日	1,837	15.3	0.2%	446	3.1%
入院時費用	＋246単位/日	6,069	24.7	0.4%	－	－
看取り介護加算（死亡日以前31日以上45日以下）	＋72単位/日	330	4.6	0.1%	282	2.0%
看取り介護加算（死亡日以前４日以上30日以下）	＋144単位/日	1,643	11.4	0.2%	486	3.4%
看取り介護加算（死亡前日・前々日）	＋680単位/日	810	1.2	0.0%	513	3.6%
看取り介護加算（死亡日）	＋1,280単位/日	788	0.6	0.0%	523	3.6%
初期加算	＋30単位/日	5,016	167.2	2.6%	6,597	45.9%
協力医療機関連携加算（１）	＋100単位/月	8,823	88.2	1.4%	5,399	37.5%
協力医療機関連携加算（２）	＋40単位/月	194	4.8	0.1%	314	2.2%
医療連携体制加算（Ⅰ）イ	＋57単位/日	30,648	538.1	8.2%	1,133	7.9%
医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	＋47単位/日	11,325	241.0	3.7%	531	3.7%
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	＋37単位/日	187,285	5,061.6	77.6%	10,862	75.5%
医療連携体制加算（Ⅱ）	＋５単位/日	3,883	776.6	11.9%	1,627	11.3%
退居時情報提供加算	＋250単位/回	124	0.5	0.0%	366	2.5%
退居時相談援助加算	＋400単位/回	8	0.0	0.0%	12	0.1%
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	＋3単位/日	2,954	984.5	15.1%	2,662	18.5%
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	＋4単位/日	187	46.8	0.7%	124	0.9%

（注１）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注２）「算定率（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。
（注３）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70％以上の加算を緑色、３％以下の加算を赤色と機械的にしている。
（注４）「-」は、集計中。
【出典】介護給付費等実態統計（令和７年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和７年11月審査分（令和７年10月サービス提供））より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

認知症対応型共同生活介護の算定状況

	単位数（令和６年６月以降）	算定単位数（単位：千単位）	件数（単位：千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
認知症対応型共同生活介護（短期利用含む。）	総数	6,556,117	6,526.0	100.0%	14,382	100.0%
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	＋150単位/月	283	1.9	0.0%	142	1.0%
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	＋120単位/月	1,412	11.8	0.2%	857	6.0%
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	＋100単位/月	31	0.3	0.0%	56	0.4%
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	＋200単位/月	4,625	23.1	0.4%	1,497	10.4%
栄養管理体制加算	＋30単位/月	976	32.5	0.5%	1,969	13.7%
口腔衛生管理体制加算	＋30単位/月	2,285	76.2	1.2%	4,612	32.1%
口腔・栄養スクリーニング加算	＋20単位/回	191	9.6	0.1%	1,227	8.5%
科学的介護推進体制加算	＋40単位/月	4,523	113.1	1.7%	6,965	48.4%
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	＋10単位/月	240	24.0	0.4%	1,528	10.6%
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	＋5単位/月	70	13.9	0.2%	904	6.3%
新興感染症等施設療養費	＋240単位/日	－	－	－	－	－
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	＋100単位/月	200	2.0	0.0%	125	0.9%
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	＋10単位/月	414	41.4	0.6%	2,515	17.5%
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	＋22単位/日	41,276	1,876.2	28.7%	4,335	30.1%
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	＋18単位/日	11,636	646.4	9.9%	1,397	9.7%
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	＋6単位/日	13,677	2,279.4	34.9%	4,891	34.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	＋186/1000	347,326	72.2	1.1%	4,863	33.8%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	＋178/1000	555,642	123.2	1.9%	7,810	54.3%
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	＋155/1000	68,840	17.6	0.3%	1,262	8.8%
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	＋125/1000	13,264	4.2	0.1%	338	2.4%

（注１）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注２）「算定率（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。
（注３）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70％以上の加算を緑色、３％以下の加算を赤色と機械的にしている。
（注４）「-」は、集計中。
【出典】介護給付費等実態統計（令和７年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和７年11月審査分（令和７年10月サービス提供））より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

介護予防認知症対応型共同生活介護の算定状況

	単位数（令和６年６月以降）	算定単位数（単位：千単位）	件数（単位：千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用含む。）	総数	31,098	34.6	100.0%	980	100.0%
介護予防認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）	765～859単位/日	5,577	7.3	21.1%	－	－
介護予防認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）	753～845単位/日	20,431	27.3	78.9%	－	－
介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）	793～887単位/日	6	0.0	0.0%	－	－
介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）	781～874単位/日	11	0.0	0.0%	－	－
３ユニット夜勤職員２人以上の場合	△50単位/日	△11	0.2	0.6%	－	－
夜間支援体制加算（Ⅰ）	＋50単位/日	20	0.4	1.2%	8	0.8%
夜間支援体制加算（Ⅱ）	＋25単位/日	16	0.6	1.7%	21	2.1%
認知症行動・心理症状緊急対応加算	＋200単位/日	0	0.0	0.0%	0	0.0%
若年性認知症利用者受入加算	＋120単位/日	7	0.1	0.3%	2	0.2%
入院時費用	＋246単位/日	18	0.1	0.3%	0	0.0%
初期加算	＋30単位/日	65	2.2	6.4%	123	12.6%
退居時情報提供加算	＋250単位/回	0	0.0	0.0%	－	－
退居時相談援助加算	＋400単位/回	0	0.0	0.0%	－	－
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	＋3単位/日	6	2.1	6.1%	59	6.0%
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	＋4単位/日	0	0.1	0.3%	2	0.2%
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	＋150単位/月	0	0.0	0.0%	3	0.3%
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	＋120単位/月	4	0.0	0.0%	32	3.3%

（注１）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注２）「算定率（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。
（注３）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70％以上の加算を緑色、３％以下の加算を赤色と機械的にしている。
（注４）「-」は、集計中。
【出典】介護給付費等実態統計（令和７年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和７年11月審査分（令和７年10月サービス提供））より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

介護予防認知症対応型共同生活介護の算定状況

	単位数（令和６年６月以降）	算定単位数（単位：千単位）	件数（単位：千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用含む。）	総数	31,098	34.6	100.0%	980	100.0%
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	＋100単位/月	0	0.0	0.0%	2	0.2%
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	＋200単位/月	19	0.1	0.3%	85	8.7%
栄養管理体制加算	＋30単位/月	4	0.1	0.3%	125	12.8%
口腔衛生管理体制加算	＋30単位/月	9	0.3	0.9%	259	26.4%
口腔・栄養スクリーニング加算	＋20単位/回	1	0.0	0.0%	35	3.6%
科学的介護推進体制加算	＋40単位/月	19	0.5	1.4%	431	44.0%
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	＋10単位/月	1	0.1	0.3%	97	9.9%
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	＋5単位/月	0	0.1	0.3%	68	6.9%
新興感染症等施設療養費	＋240単位/日	－	－	－	－	－
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	＋100単位/月	1	0.0	0.0%	10	1.0%
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	＋10単位/月	2	0.2	0.6%	160	16.3%
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	＋22単位/日	202	9.2	26.6%	268	27.3%
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	＋18単位/日	55	3.1	9.0%	94	9.6%
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	＋6単位/日	75	12.5	36.1%	351	35.8%
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	＋186/1000	1,408	0.3	0.9%	297	30.3%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	＋178/1000	2,456	0.6	1.7%	521	53.2%
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	＋155/1000	575	0.2	0.6%	111	11.3%
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	＋125/1000	121	0.0	0.0%	31	3.2%

（注１）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注２）「算定率（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。
（注３）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、３%以下の加算を赤色と機械的にしている。
（注４）「-」は、集計中。
【出典】介護給付費等実態統計（令和７年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和７年11月審査分（令和７年10月サービス提供））より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

認知症対応型共同生活介護の現状と課題

現状と課題

■ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、認知症の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするもの。

■ １事業所当たりの共同生活住居は３ユニットまで。１ユニットの定員は５人以上９人以下。

■ 基本報酬は、利用者の要介護度に応じて、①事業所規模（１ユニットと２ユニット以上）、②利用形態（入居と短期利用）に応じたものとなっている。

■ 請求事業所数、受給者数、費用額は年々増加。

■ 収支差率は、令和４年度が3.5%、令和５年度が4.5%、令和６年度が4.9%と推移している。

■ 認知症グループホームは、「介護離職ゼロ」に向けた基盤整備の対象サービスであり、第９期介護保険事業計画では、令和５年度（2023年度）実績値21万人から、令和８年（2026）年度にかけて23万人（９％増）の見込み量。

■ 医療ニーズへの対応は、医療ニーズを持った利用者の入居を受け入れながら、入居者の急変時等において医療機関との連携をスムーズに行えている事業所は多く、介護職員でも医療ニーズのある入居者に対して対応できている状況も一定の割合で見られる。

■ 前回の令和６年度介護報酬改定において、協力医療機関の要件として努力義務化された２要件について、概ね確保されつつあるが、未確保の２割の事業所ではその半数以上が対応に未着手という状況。

■ 地域連携・地域支援の取組状況については、地域の実情に応じて多様に取り組まれており、積極的に取り組む事業所ほど、地域での認知度・信頼度を得て、入居者の社会参加や生活の質の向上に効果をあげている傾向が見られる。

■ 介護報酬は、累次の改定により、加算の種類が増加するとともに、加算の取得要件が複雑化しており、令和６年度改定における審議報告においても、「利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべき」とされている。

認知症対応型共同生活介護の現状と課題

論点

■ 今後も高齢化の進展による重度の要介護者、独居・認知症高齢者が増大する一方で、現役世代の減少に伴う担い手不足が見込まれている中、グループホームにおいて、

・　医療ニーズへの対応の更なる強化を図る観点

・　介護人材の有効活用を図る観点

などから、どのような方策が考えられるか。

■ 認知症基本法及び認知症施策推進基本計画の内容を踏まえて、認知症の人が地域のつながりの中で、安心して自分らしく暮らし続けることができるよう、地域連携の取組の推進を始めとして、グループホームが地域に開かれた拠点としての役割を更に発揮できるようにするため、どのような方策が考えられるか。

■ 令和６年度改定における審議報告も踏まえ、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算や算定率の高い加算についてどのように考えるか。