

認知症

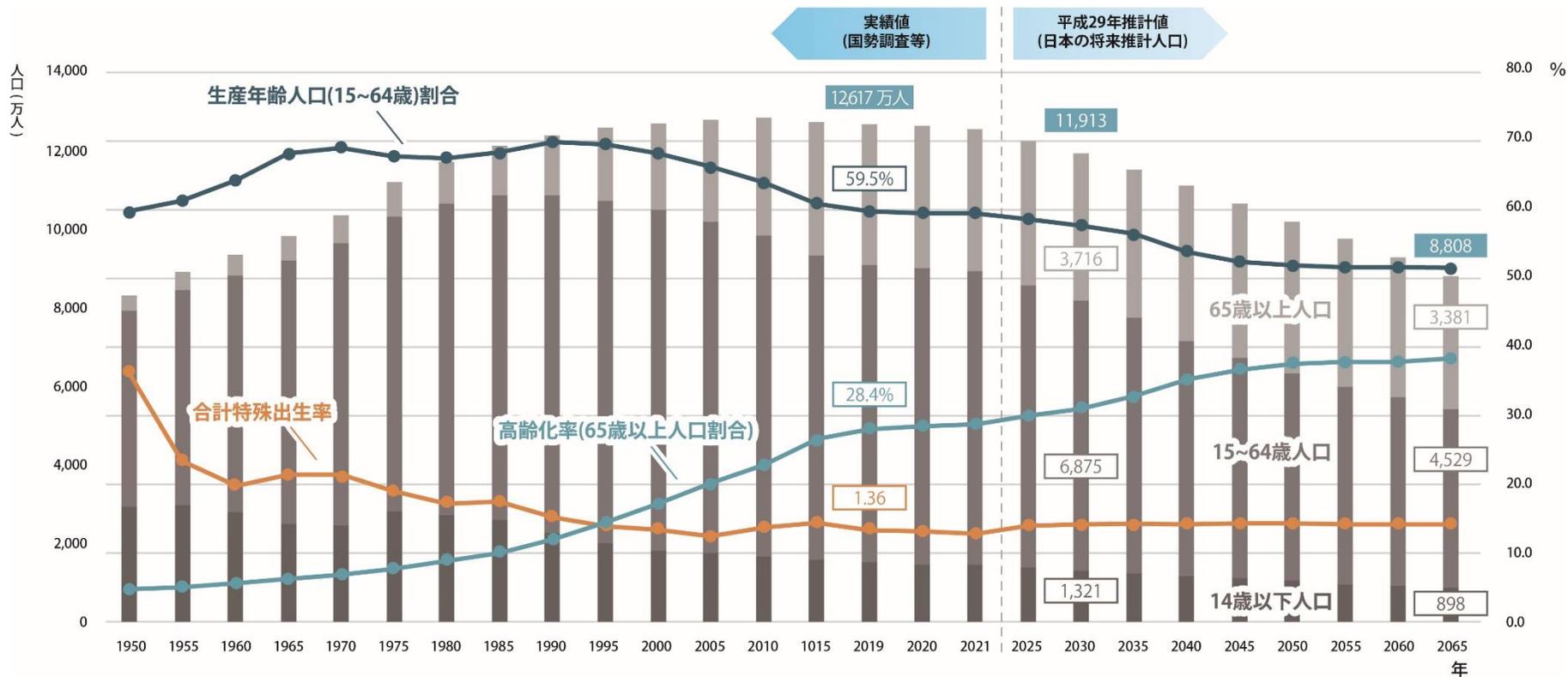
参考資料

1. 総論

2. 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応
3. 居宅等における対応
4. 介護保険施設や認知症GH等における対応
5. 入院医療機関における対応

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

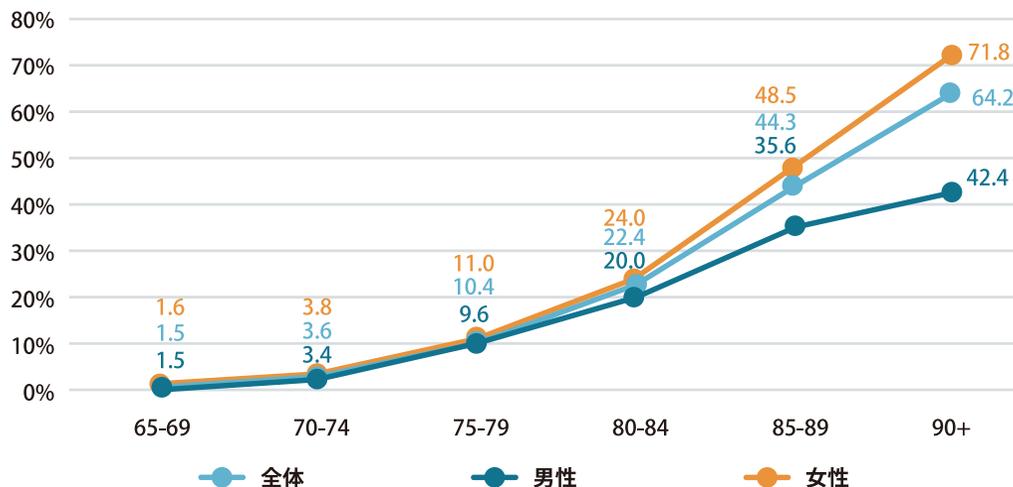


| | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2055年 |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 65歳以上高齢者人口 (割合) | 3,387万人 (26.6%) | 3,603万人 (28.6%) | 3,677万人 (30.0%) | 3,704万人 (38.0%) |
| 75歳以上高齢者人口 (割合) | 1,632万人 (12.8%) | 1,860万人 (14.7%) | 2,180万人 (17.8%) | 2,446万人 (25.1%) |

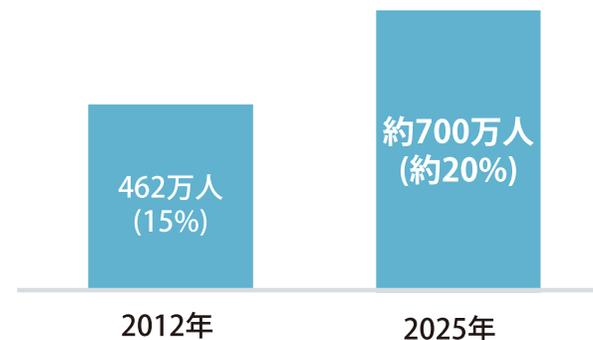
出典

2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2021年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2021年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025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年推計）：出生中位・死亡中位推計」

年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果 (解析対象5,073人)
研究代表者二宮治 (九州大学大学院) 提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

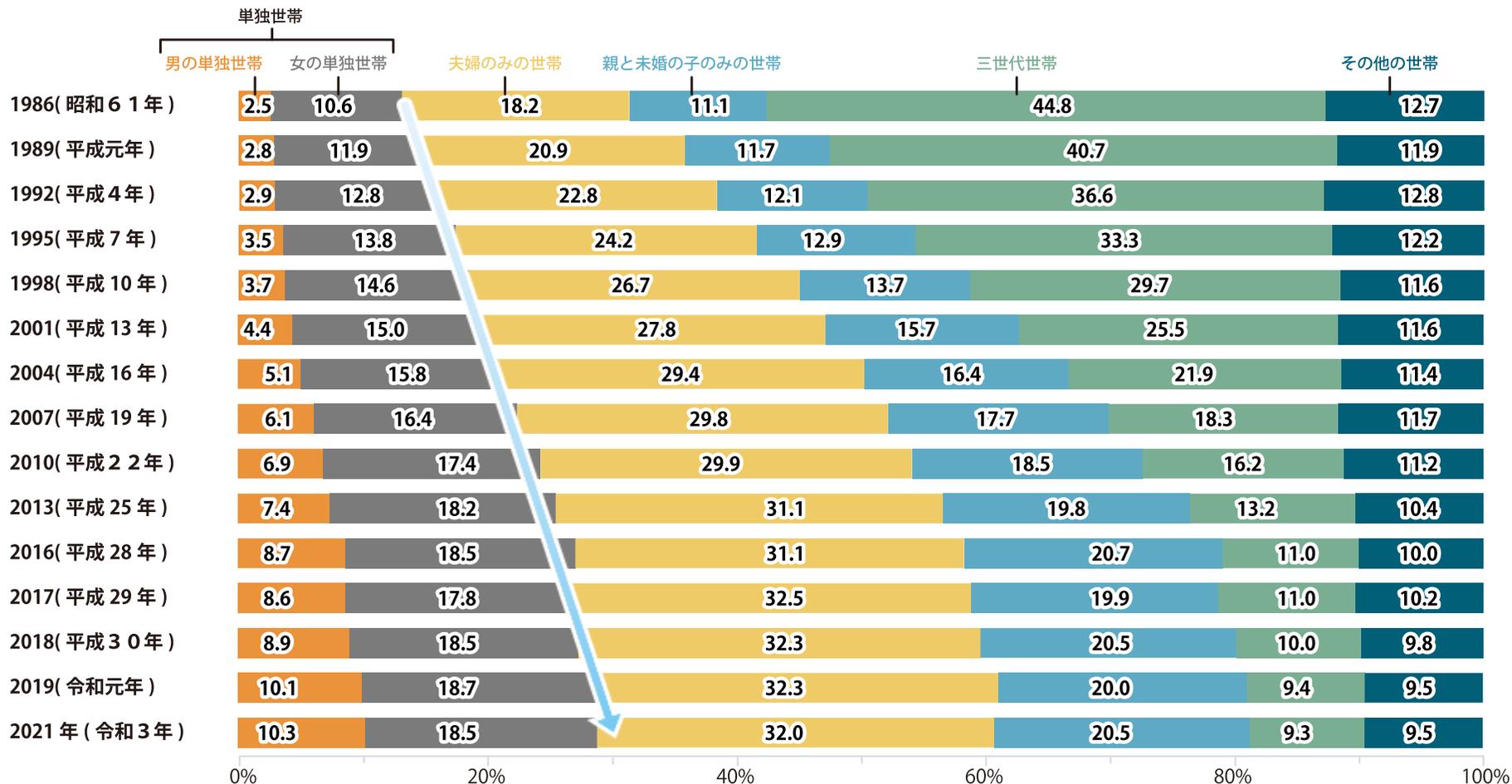
| 年 | 平成24年 (2012) | 平成27年 (2015) | 令和2年 (2020) | 令和7年 (2025) | 令和12年 (2030) | 令和22年 (2040) | 令和32年 (2050) | 令和42年 (2060) |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率 | 462万人 15.0% | 517万人 15.2% | 602万人 16.7% | 675万人 18.5% | 744万人 20.2% | 802万人 20.7% | 797万人 21.1% | 850万人 24.5% |
| 各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/率 | | 525万人 15.5% | 631万人 17.5% | 730万人 20.0% | 830万人 22.5% | 953万人 24.6% | 1016万人 27.0% | 1154万人 33.3% |

出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)
(※) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病 (糖尿病) の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

世代構造別にみた65歳以上の者のいる世帯数の構成割合の年次推移

高齢者独居世帯は年々増加傾向



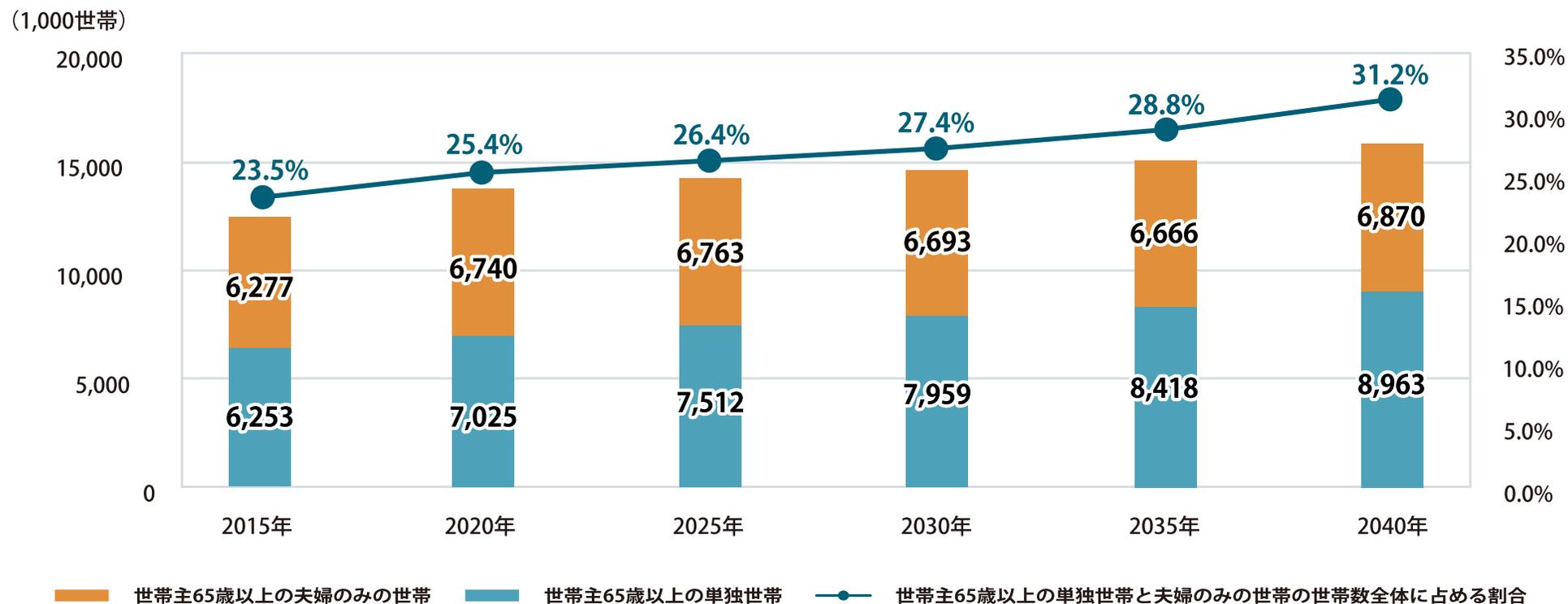
出典

注：1) 1995(平成7年)の数値は、兵庫県を除いたものである。
 2) 2016(平成28年)の数値は、熊本県を除いたものである。
 3) 2020(令和2年)は、調査を実施していない。
 4) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。
 ※参照：令和3年国民生活基礎調査(令和元年)の結果から「グラフでみる世帯の状況」

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の変化

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



単独世帯の認知症高齢者数の推計

- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

| | | 人口(千人) | | | | | | 割合(%) | | | | | | 2015-2040 増加率 |
|---|--------|--------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------------------|
| | | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | |
| 男 | 65~69歳 | 14 | 14 | 13 | 15 | 18 | 20 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 1.41 |
| | 70~74歳 | 20 | 29 | 27 | 26 | 30 | 35 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 1.0 | 1.72 |
| | 75~79歳 | 32 | 40 | 56 | 52 | 50 | 58 | 1.1 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 1.7 | 1.9 | 1.80 |
| | 80~84歳 | 52 | 61 | 75 | 101 | 94 | 91 | 2.6 | 2.7 | 2.9 | 3.2 | 3.5 | 3.8 | 1.73 |
| | 85歳以上 | 96 | 130 | 161 | 196 | 251 | 269 | 6.5 | 6.6 | 6.9 | 7.1 | 7.3 | 7.7 | 2.80 |
| 女 | 65~69歳 | 19 | 16 | 15 | 17 | 20 | 23 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 1.22 |
| | 70~74歳 | 44 | 50 | 43 | 39 | 43 | 50 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.14 |
| | 75~79歳 | 103 | 114 | 133 | 113 | 101 | 110 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 3.0 | 3.1 | 1.07 |
| | 80~84歳 | 225 | 238 | 265 | 312 | 263 | 234 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.4 | 7.4 | 7.5 | 1.04 |
| | 85歳以上 | 453 | 593 | 688 | 785 | 931 | 921 | 13.1 | 14.0 | 14.2 | 14.2 | 14.2 | 13.7 | 2.03 |

※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

認知症の種類（主なもの）

○ 認知症にはその原因などにより、いくつか種類がある。

■ 前頭側頭型認知症

◆ 脳の前頭葉や側頭葉で、神経細胞が減少して脳が萎縮する病気です。

【症状】

感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。

■ レビー小体型認知症

◆ 脳内にたまったレビー小体と呼ばれる構造物が脳などに出現し脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。

【症状】

現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。

■ 血管性認知症

◆ 脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が主な原因です。

【症状】

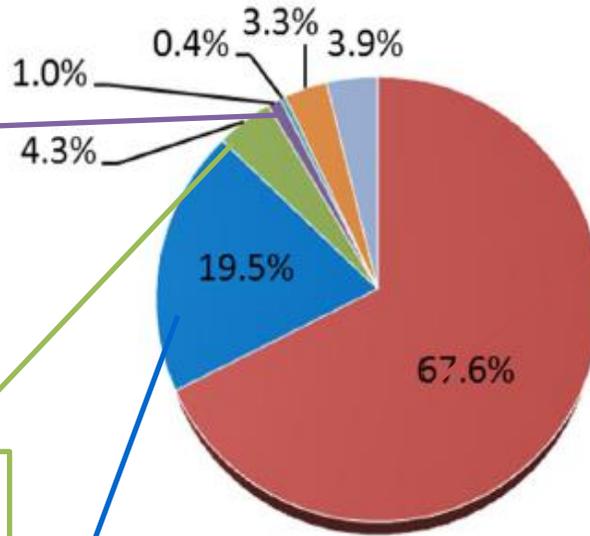
脳血管障害が起こるたびに段階的に進行します。また障害を受けた部位によって症状が異なります。

■ アルツハイマー型認知症

◆ 脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮が起こります。

【症状】

昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていくます。



(その他の凡例)

- アルコール性
- 混合型
- その他

各説明は、全国国民健康保険診療施設協議会「認知症サポーターガイドブック」を元に作成
データは、「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』(H24.8公表)を引用

【認知症高齢者の特徴】

- 高齢者本人
 - ・記憶障害の進行→不安・焦燥感→行動障害(徘徊など)
- 家族
 - ・知識や理解の欠如→発見の遅れ、受容の困難性、虐待



◎認知症ケアの基本＝「**尊厳の保持**」

○「**心のケア**」

- ・生活や行動全般が対象
- ・本人のペースに合わせた対応



「**身体のケア**」

- ・食事、入浴、排泄等が対象
- ・一定の生活リズム

○「**関係性**」の重視

- ・「なじみの人間関係」、「なじみの居住空間」

○「**継続性**」と「**専門性**」の重要性

- ・状態変化に対応した専門的ケア(医療との適時・適切な連携)

○「**権利擁護**」の必要性

- ・高齢者本人の意思の代弁

Person Centered Care (パーソン・センタード・ケア)

- イギリスの社会心理学者であるトム・キットウッドにより提唱
- 認知症の人を1人の人として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケア
- 認知症の人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活的、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉え理解しようとするもの。

スケジュール中心・業務中心のケアではなく、その人の個性や、どんな人生を歩んできたかに焦点をあてたケアをすべき



Personhood
=その人らしさの維持、向上

Aging In Chicago:
Understanding the World of
Elder Care Servicesより

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

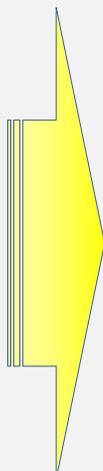


※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※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。



具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

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

② 予防

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

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

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

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

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

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点の重視

1. 総論

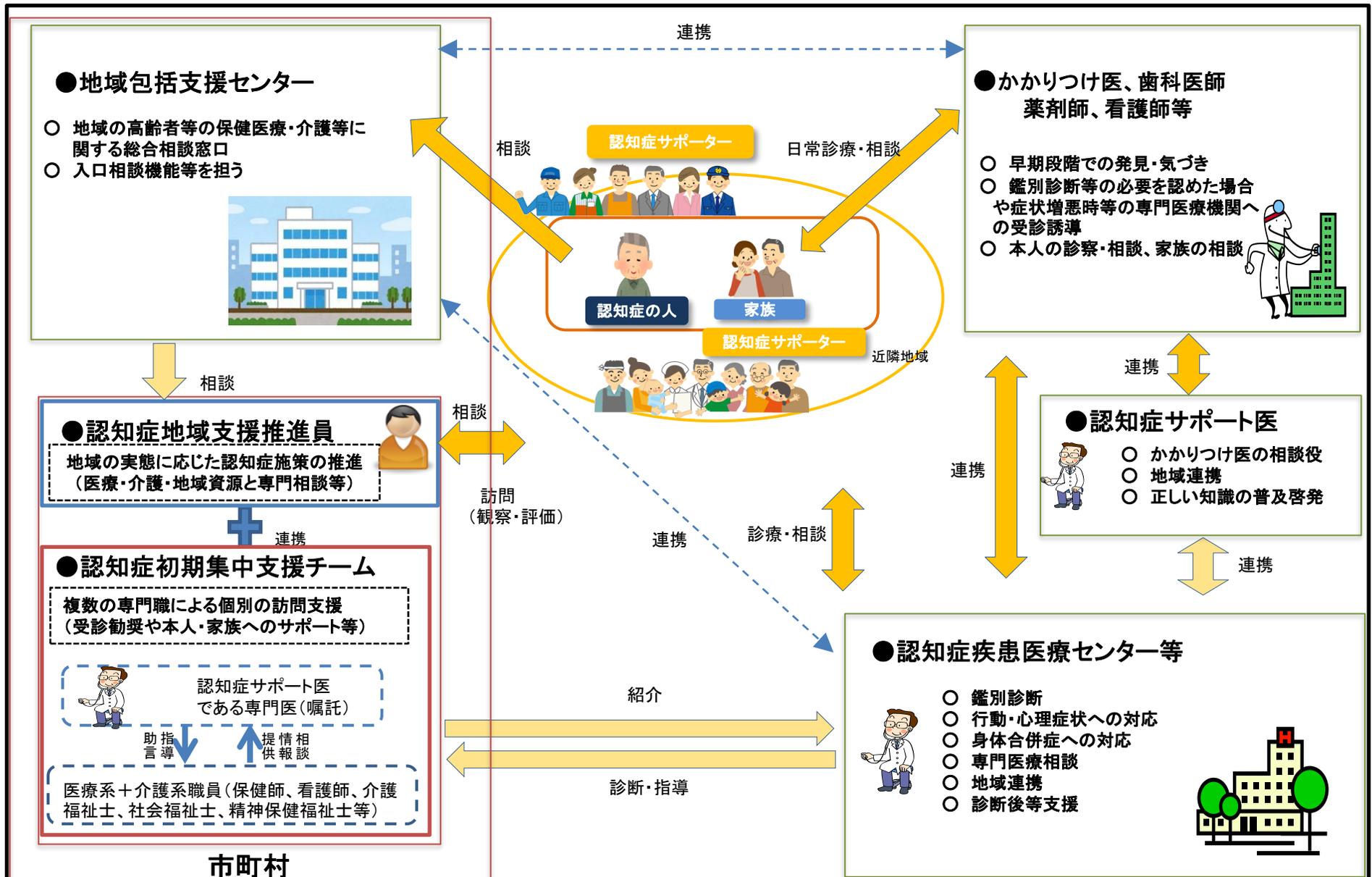
2. 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

3. 居宅等における対応

4. 介護保険施設や認知症GH等における対応

5. 入院医療機関における対応

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供



認知症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示した「認知症ケアパス」を作成し、整理

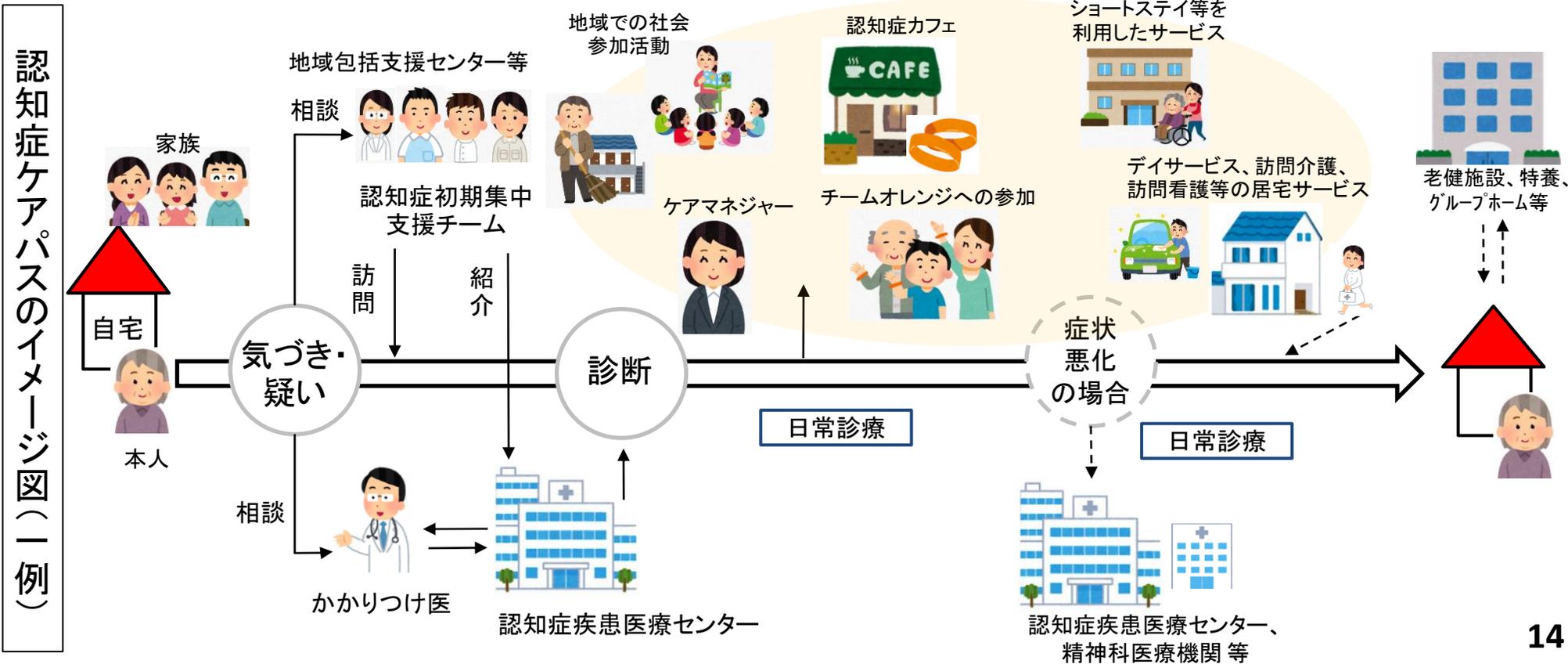
認知症ケアパス

- 認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。
 - 市町村が地域の実情に合わせて作成し、住民や関係機関に広く周知することとしている。
- ※ 平成30年度実績:1,382市町村(実施率79.4%) → 令和3年度実績:1,606市町村(実施率92.2%)

～認知症施策推進大綱（抜粋）～

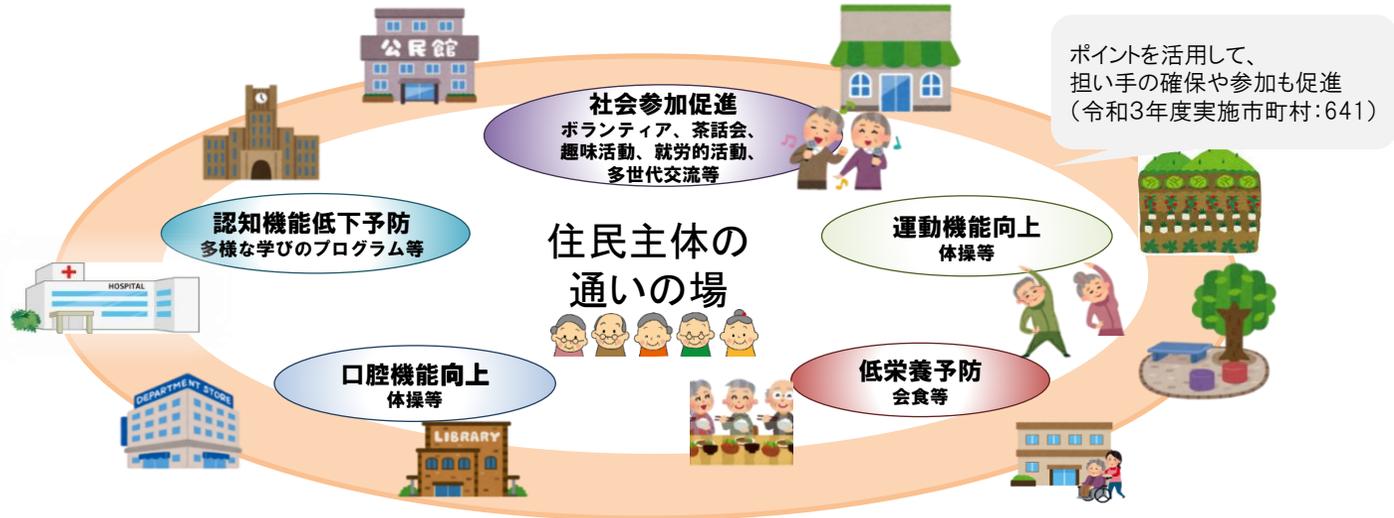
・地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する。また、その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。

【KPI／目標】 市町村における「認知症ケアパス」作成率100%



住民主体の通いの場等(地域介護予防活動支援事業)

- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで増加傾向であった。令和2年度は減少したが、令和3年度再び増加した。
- 主な活動内容は体操(運動)が多い。認知症予防は、主な活動内容としては4.1%であるが、主な活動の上位2つ目を見ると24.3%であり、一定数の通いの場の中で取り組まれている。

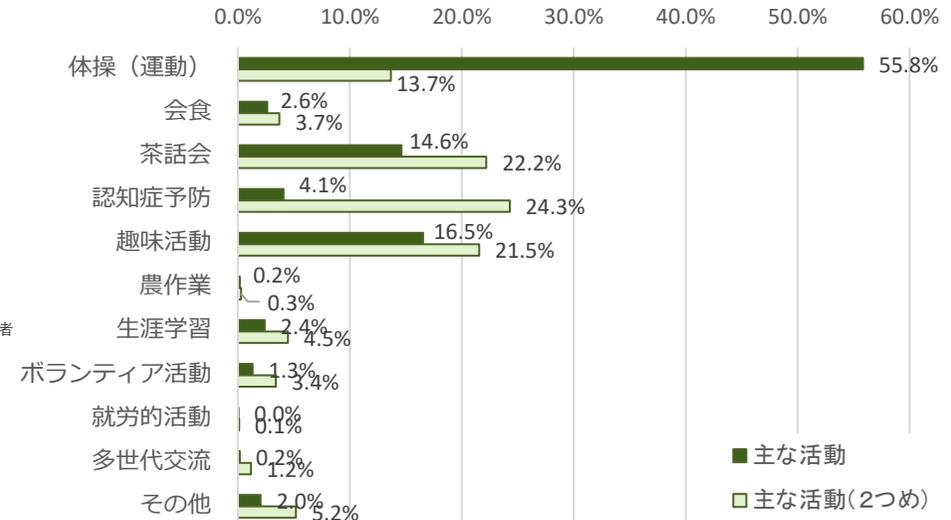


■ 通いの場の数と参加率の推移



※()内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。

■ 通いの場の主な活動内容 (R3年度実施分)



注:主な活動(2つめ)は、通いの場における主な活動内容を2つ選択された場合に、2つめのみの集計した値

<事例> 千葉県長生村

アプリを用いて、効率的に住民の認知機能低下を検知し、予防につなげている事例

◆ 取組み内容

アプリを活用した認知症予防啓発事業

- 長生村では、年々認知症に関する相談が増加しているという課題を抱えており、学習塾を運営する企業の教材を活用した事業や運動を交えた介護予防を施策として提供していたが、ICTを用いた新たな取組として、平成30年度よりアプリを活用した認知症予防啓発事業を開始した。
- 本アプリでは、アプリから発せられる質問への回答内容や声を人工知能（AI）で分析することで、認知機能の低下を判定手することが可能となっている。
- 対象者は65歳～70歳の前期高齢者となっており、事業への参加者は令和3年度時点で27名である。
- 明確な成果指標はまだ設定していないため、数値としての成果は見えていないが、住民の声などから認知症そのものへの関心の高まりや認知症の早期発見・予防につながっていることがわかっている。

◆ 利用ツール

【デバイス】

- 高齢者ご自身のスマートフォン、PC
- 市貸与のタブレット端末

【アプリ】

- 認知機能チェックアプリ「ONSEIプラス」

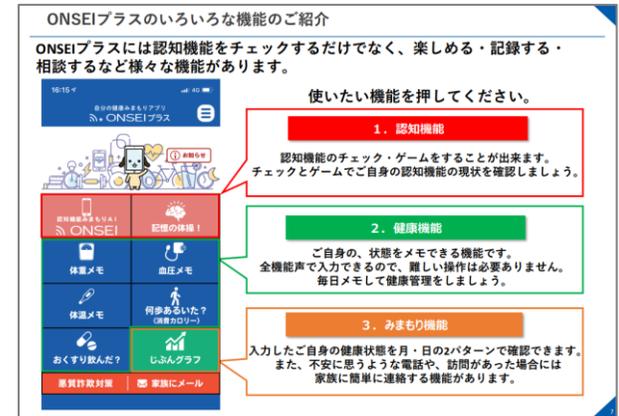
◆ 事業を成功に導いたポイント

行政によるモニタリング

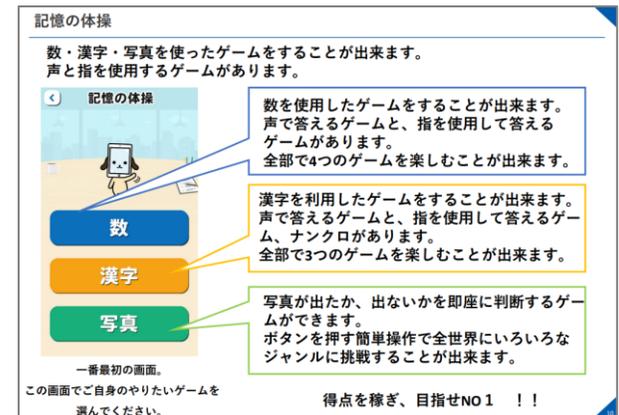
- 管理者機能を用いると、行政でアプリの利用状況や認知機能の状況をモニタリングすることができる。
- 認知機能が低下してきた方を特定して、早期にかかりつけ医へ相談するように声掛けをすることができるため、効果的に認知症の予防につなげることができる。

楽しみながら取り組めるコンテンツ

- 数・漢字・写真を使ったゲームなど、利用者が楽しみながら取り組めるコンテンツが用意されていると、利用継続率が高くなる傾向にある。
- もともと、ある程度ゲームに慣れると飽きが生じてしまい、アプリを使わなくなってしまうため、利用者を飽きさせない工夫が重要である。



▲ 認知機能チェックアプリで利用できる機能
(日本テクトシステムズ株式会社提供資料)



▲ アプリで利用できるゲームコンテンツ
(日本テクトシステムズ株式会社提供資料)

チームオレンジの取組の推進

◆「チームオレンジ」とは

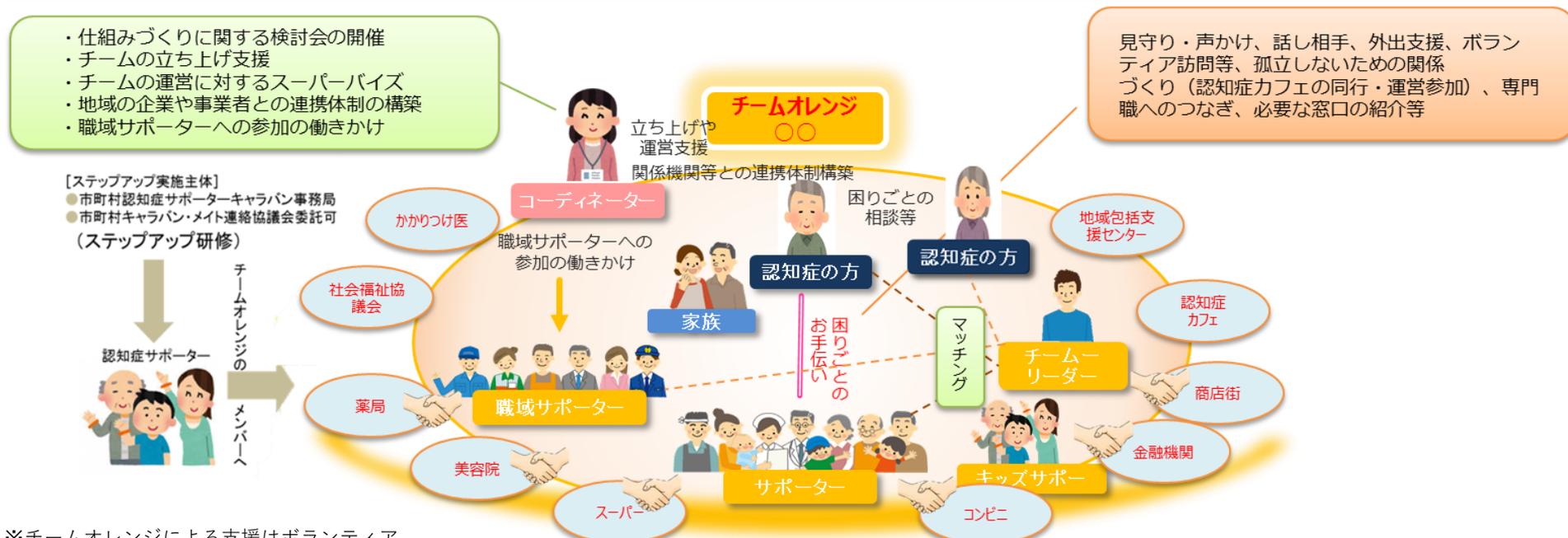
認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーター（※）を配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を受講した者）を中心とした支援者をつなぐ仕組み。

（※）認知症地域支援推進員を活用しても可

【事業名】認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業（地域支援事業交付金）

【認知症施策推進大綱：KPI／目標】2025（令和7）年

・全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）を整備



※チームオレンジによる支援はボランティアで行うことが望ましい。（地域医療介護総合確保基金を活用した介護人材確保のためのボランティアポイントの仕組みの活用も可能）

- ### チームオレンジ三つの基本
- ①ステップアップ講座修了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
 - ②認知症の方もチームの一員として参加している。（認知症の方の社会参加）
 - ③認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる

地域包括支援センターにおける年間相談件数の推移



| 地域包括支援センター数 | 平成26年度 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|
| | | 4,557 | 4,685 | 4,905 | 5,041 | 5,079 | 5,167 | 5,221 |

注) 地域包括支援センター数は各年度の4月末日現在のもの

(資料出所) 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 (総合相談件数:平成26年度~平成28年度、センター数:平成26年度~平成29年度)
地域包括支援センター運営状況調査 (厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ)

認知症初期集中支援チーム

○ 複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

認知症サポート医 である医師 (嘱託)

● 配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

設置状況

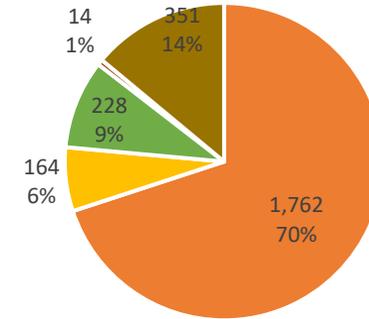
※R4年度認知症施策地域介護推進課実施状況調べによる

| 実施市町村数 | 設置チーム数 | チーム員総数 | 平均チーム員数 |
|----------|----------|---------|---------|
| 1,741市町村 | 2,519チーム | 14,951人 | 5.9人 |

R 1.9月末、全市町村に設置

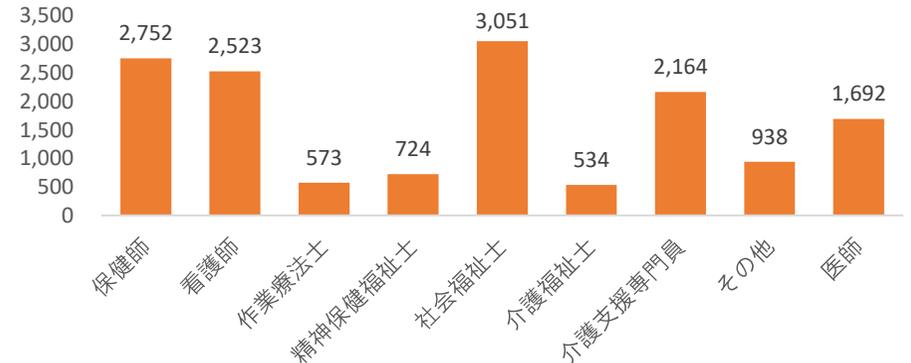
【認知症施策推進大綱：KPI/目標】(2025年度末)
訪問実人数全国で年間 40,000件
医療・介護サービスにつながった者の割合 65%
【実績】
訪問実人数：16,405件
医療サービスにつながった者：84.6%
介護サービスにつながった者：66.1%

設置場所



- 地域包括支援センター
- 認知症疾患医療センター
- 医療機関
- 訪問看護ステーション
- その他

チーム員の職種



認知症疾患医療センター運営事業

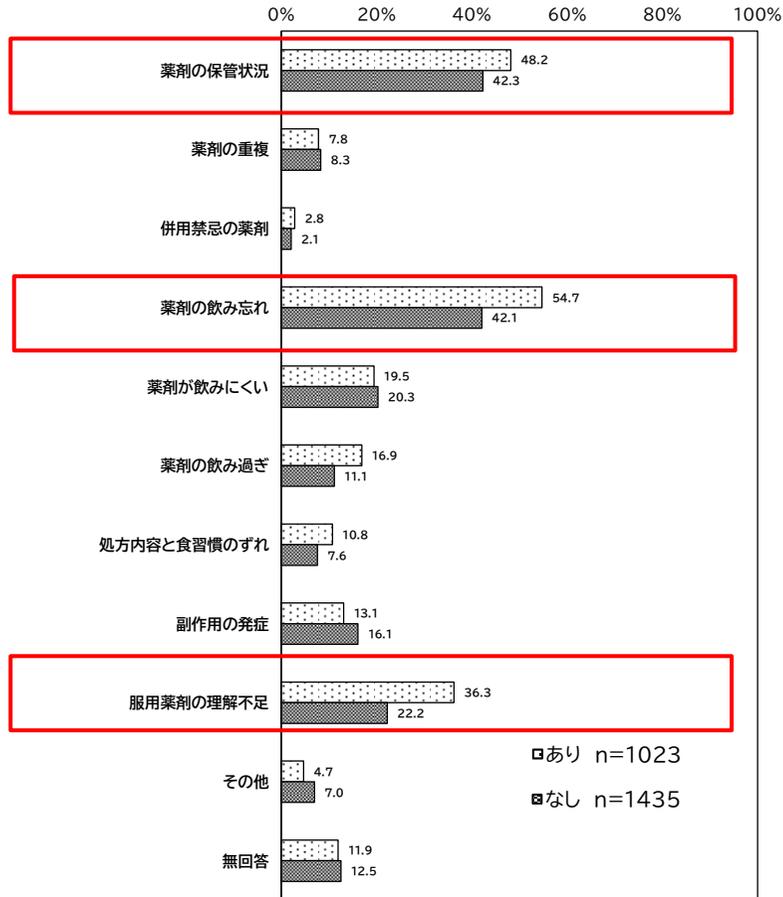
- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に**499か所**（令和4年10月現在）【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

| | | 基幹型Ⅰ | 基幹型Ⅱ | 地域型 | 連携型 |
|-------------------|-------------------------|--|-------------------------|--|---|
| 主な医療機関 | | 総合病院、大学病院等 | | 精神科病院、一般病院 | 診療所、一般病院 |
| 設置数（令和4年10月現在） | | 17カ所 | 4カ所 | 382カ所 | 96カ所 |
| 基本的活動圏域 | | 都道府県圏域 | | 二次医療圏域 | |
| 専門的医療機能 | 鑑別診断等 | 認知症の鑑別診断及び専門医療相談 | | | |
| | 人員配置 | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） | | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上） |
| | 検査体制 （※他の医療機関との連携で可） | <ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT（※） | | <ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI（※） ・SPECT（※） | <ul style="list-style-type: none"> ・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※） |
| | BPSD・身体合併症対応 | 救急医療機関として空床を確保 | 急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可 | | |
| | 医療相談室の設置 | 必須 | | | - |
| 地域連携機能 | | <ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等 | | | |
| 診断後等支援機能 | | <ul style="list-style-type: none"> ・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催 | | | |
| 事業の着実な実施に向けた取組の推進 | | 都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与 | | ※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施 | |

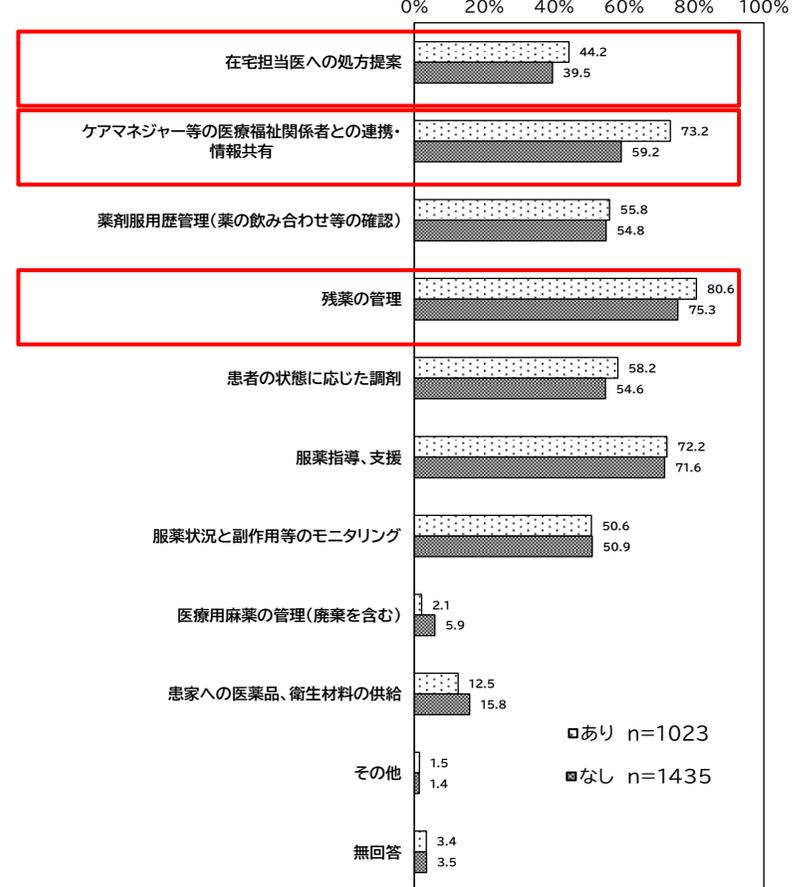
認知症の方の服薬管理の現状

- 認知症患者の薬剤管理上の問題点として、薬剤の保管、飲み忘れ、服用薬剤の理解不足があげられる。
- 認知症患者に行った薬学的管理としては残薬管理だけではなく、ケアマネジャー等との連携、在宅担当医への処方提案が実施されている。

患者の在宅訪問時に発見された薬剤管理上の問題点(複数回答)
(認知症(疑いを含む)の該当有無別)



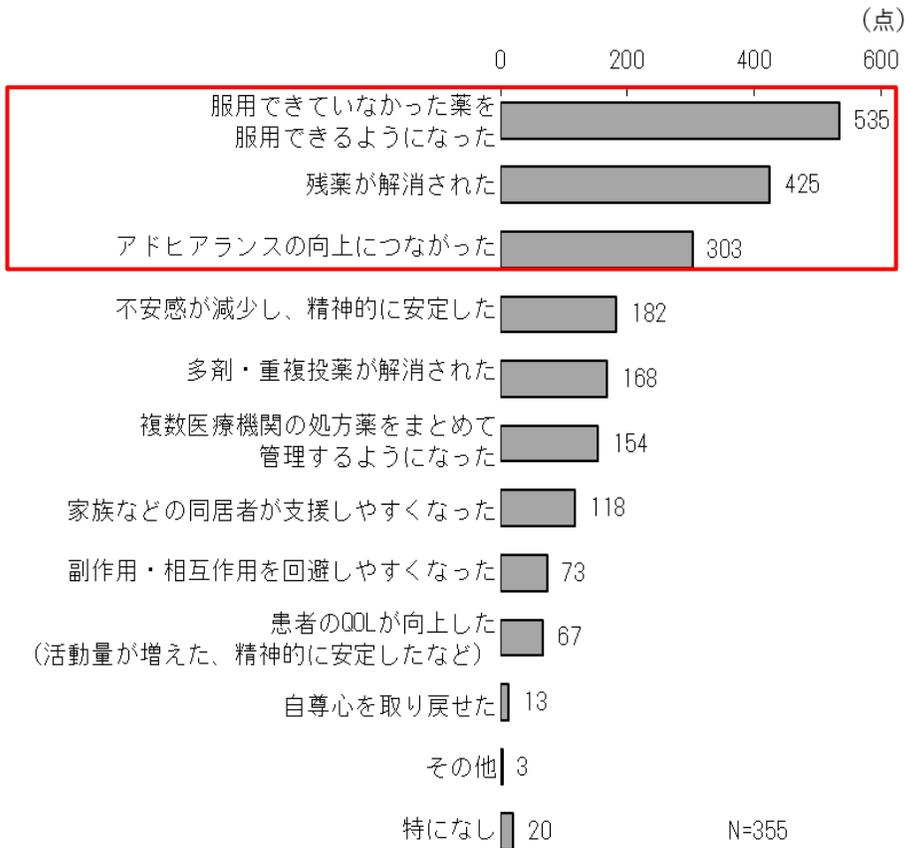
患者に行った薬学的管理(複数回答)
(認知症(疑いを含む)の該当有無別)



認知症の方に対する服薬管理のメリット

○ 服薬管理を実施することで服用できていなかった薬が服用できるようになり、残薬の解消、アドヒアランスの向上など薬物治療の改善につながる。

○服薬管理を実施することで患者が得たとされるメリット



○服薬管理の実例

飲み忘れなどによる大量の残薬



<日めくりカレンダーに一包化した薬を貼付することにより管理>



服薬管理

<服用タイミング毎に色分けのラインを引き管理>



日本薬剤師会提供資料

認知症患者に対する服薬管理の必要性

- 認知症の方は薬の管理を行うことが難しく、一包化して服用時点や服用日を記入することが必須となる。
- また、一包化や服薬指導などの業務だけでなく、服薬状況をより正確に把握するためには、患者の生活環境の把握を行うことの重要性は高い。

認知症当事者に対する服薬管理業務の主な内容と流れ

処方箋確認 ・処方提案

- ・服用しやすい剤形への変更
- ・服用方法の簡易化
(服用回数を減らす、食前・食後の混在を避けるなど)
- ・服用薬剤数の削減
- ・家族や介護提供者が服薬支援可能な用法・タイミングへの変更
- ・認知機能が低下するリスクのある薬剤・服用できていない薬剤・不眠を起こすリスクのある薬剤の処方中止
- ・副作用発現を受けた処方減量・中止
- ・残薬管理を踏まえた処方量調整

調剤

- ・一包化の加工 (ライン引き・日付記入)
- ・嚥下しやすいような調剤の工夫 (粉碎、ゼリー使用など)

服薬指導

- ・当事者個々の状況に合わせた指導
- ・生じうる副作用の伝達
- ・服用忘れ・過剰服用が生じた場合の対処法の事前説明
- ・薬の併用禁忌や相互作用への注意喚起
- ・外用薬の使用法に対する指導
- ・継続服用の必要性 (自己判断での中止や調整を行わないこと) の伝達
- ・服薬困難な場合の対処法 (粉碎、溶解、服薬ゼリー活用など) の伝達
- ・薬物治療に対する理解度の確認

服薬フォロー

医薬品管理

- ・服薬支援ツールを用いた薬の整理
- ・服薬状況の確認
- ・残薬の管理・回収
- ・副作用有無・程度・変化の確認
- ・薬物間相互作用の確認
- ・一般用医薬品や健康食品などの服薬状況の確認

服薬支援

- ・服薬への立ち合い
- ・服薬の介助 (吸入サポートなど)
- ・誤服用への対応

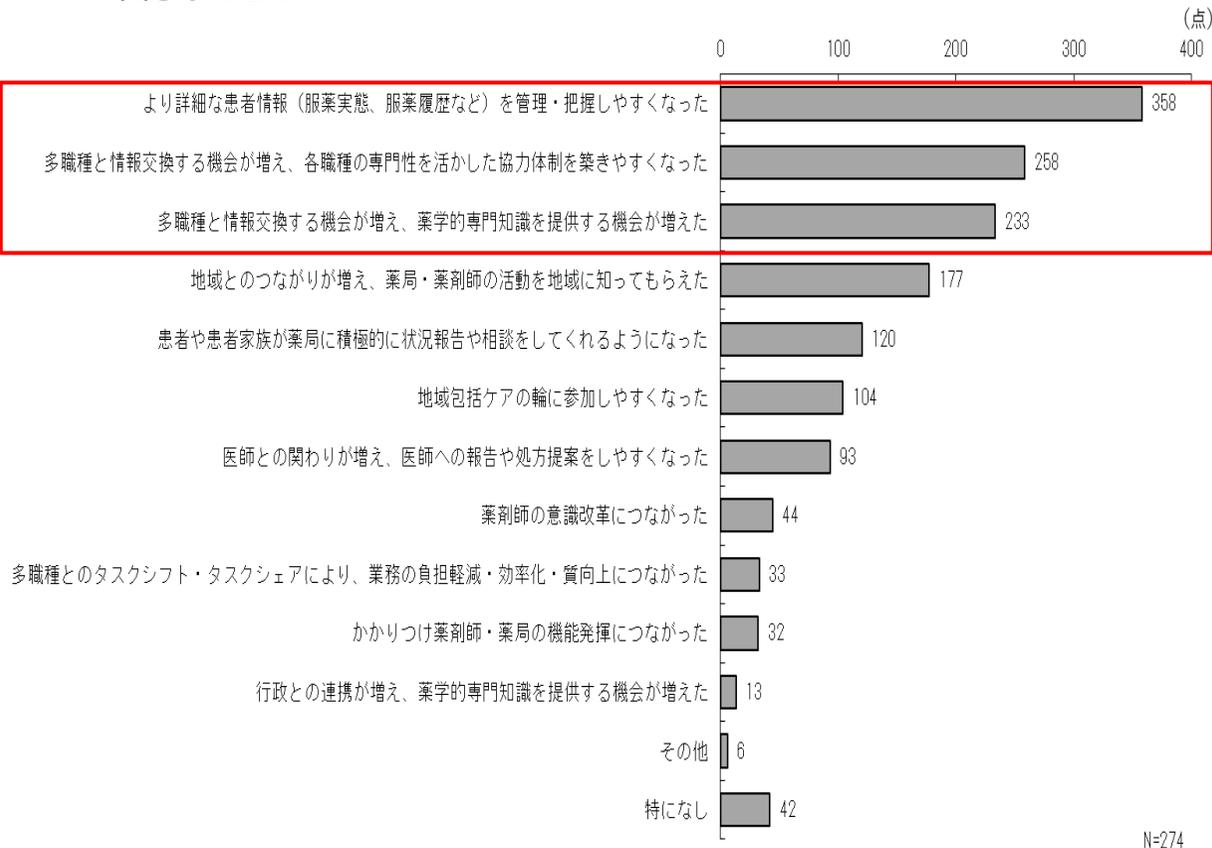
生活全般の管理・支援

- ・生活環境の汚染対策
- ・問題行動への対応
- ・BPSDの治療に関する検討
- ・受診管理 (電話連絡等)
- ・リスク因子 (基礎疾患等)・防御因子
(定期的運動、社会参加等) 把握
- ・生活習慣の確認
- ・当事者の不安事項の聞き取り

多職種連携による服薬管理のメリットと課題

- 多職種連携により患者情報が豊富になり、効率的な実施体制が確保されることで、服薬管理の内容が充実する。
- 一方で、服薬管理経験がありなおかつ多職種連携経験もある薬局は半数にとどまり、多職種との連携は十分とは言えない。

○多職種連携により認知症の方の服薬管理を実施する意義として薬剤師が実感したもの



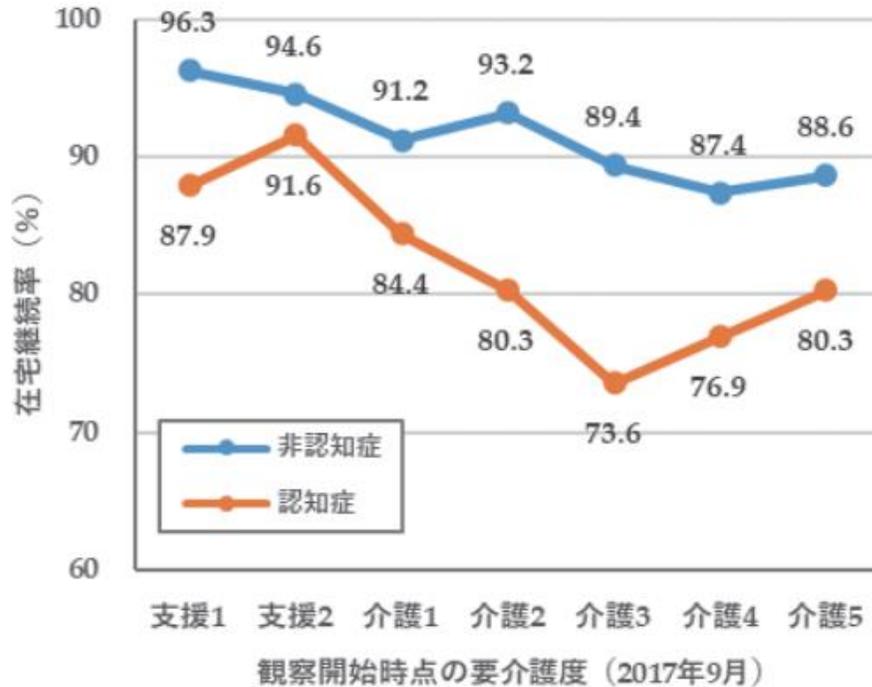
○認知症の方への服薬管理経験の有無と多職種連携の経験の有無

| 全体の薬局数 N = 630 | | 多職種連携経験 | |
|-------------------|----|---------|-------|
| | | あり | なし |
| 認知症の方の服薬管理経験 | あり | 52.9% | 19.7% |
| | なし | 0.5% | 27.0% |

認知症患者がいない薬局：8.6%

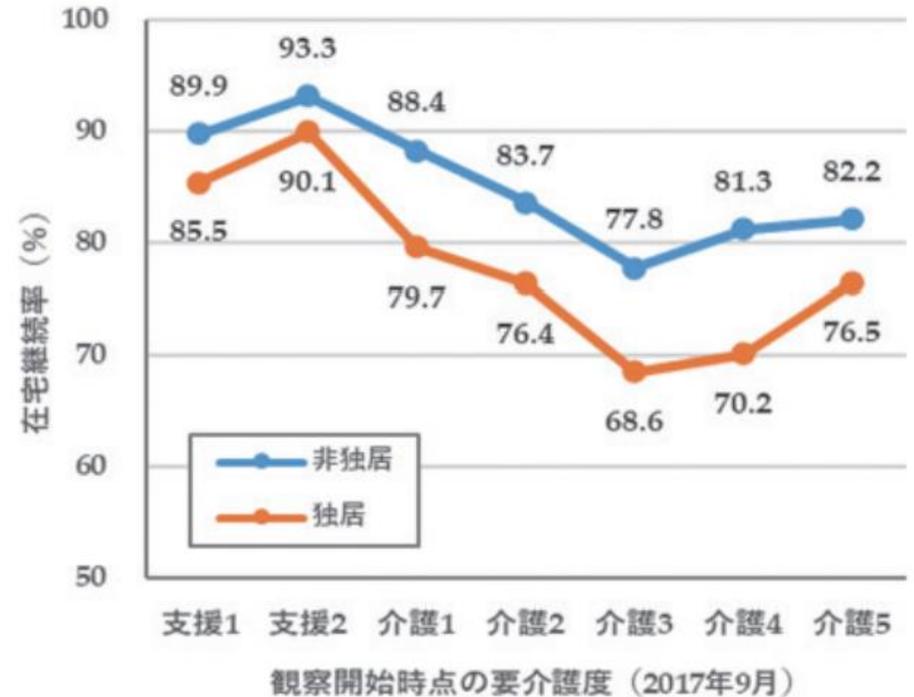
独居・非独居の認知症高齢者の在宅継続率

認知症高齢者の在宅継続率



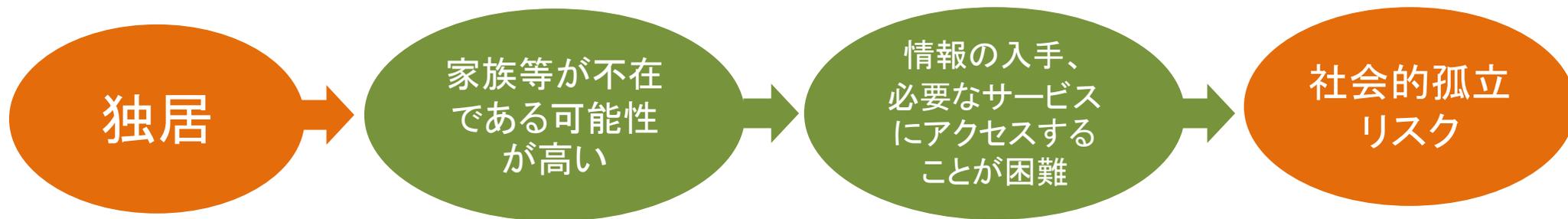
認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。

独居認知症高齢者の在宅継続率



独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。

独居認知症高齢者の社会的孤立リスク



- 独居世帯の高齢者は、生活支援の担い手である家族や親族が不在である可能性が高い
- 生活支援を行う家族や親族の不在は、情報を入手し、援助を希求し、必要なサービスにアクセスすること自体が困難になる可能性が高まる。
- 独居の認知症高齢者が、独居でない認知症高齢者よりも経済的に貧困であり、医療その他のサービス利用頻度が低いこと、ニーズが充足されないこと、社会的孤立が強まるほど適切な保健情報にアクセスできないことが、諸外国の研究で指摘されている。

【抜粋】 「エビデンスブック2021 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」、令和4年3月発行、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

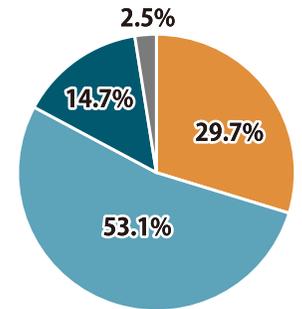
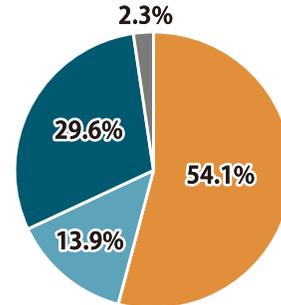
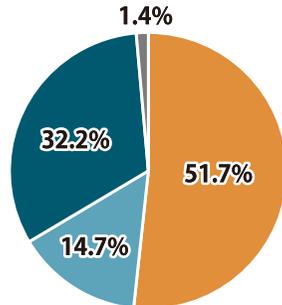
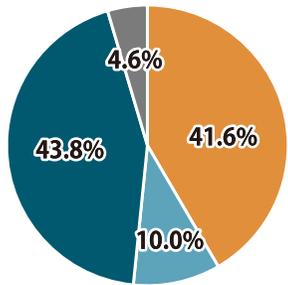
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

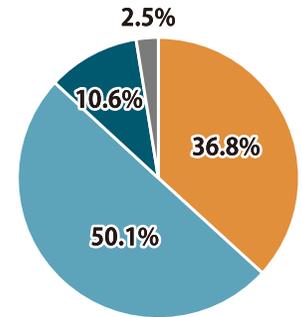
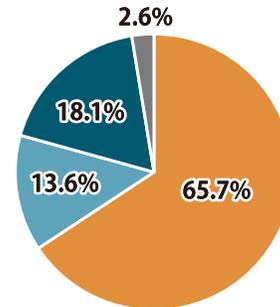
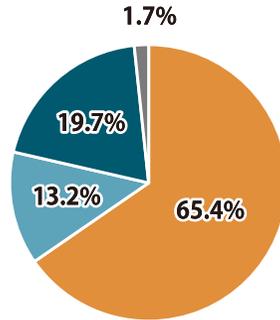
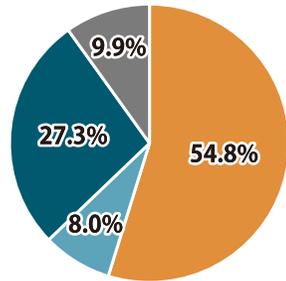
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(速報値)
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

かかりつけ医認知症対応力向上研修

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



医療従事者向け認知症対応力向上等研修

| | かかりつけ医 | 認知症サポート 医養成 | 認知症サポート 医フォローアップ | 歯科医師 | 薬剤師 | 病院勤務の 医療従事者 | 看護職員 | 病院勤務以外の 看護師等 |
|----------------|--|--|---|---|---|--|---|--|
| 開始年度 | 平成18年度 | 平成17年 | 平成23年度 | 平成28年度 | 平成28年度 | 平成25年度 | 平成28年度 | 令和3年度 |
| 受講対象 | 医師 (かかりつけ医) | 地域において認知症の診療に携わっており、役割を担えたと実施主体の長が認めた医師 | 認知症サポート医/実施主体の長が適当と認めた者 | 歯科医師 | 薬剤師 | 病院勤務の医療従事者 | 指導的役割の看護職員 | 病院勤務以外の看護師等の医療従事者 |
| 標準的カリキュラム | <p>講義 210分</p> <p>①かかりつけ医の役割(30)</p> <p>②基本知識(60)</p> <p>③診療における実践(60)</p> <p>④地域・生活における実践(60)</p> <p>演習(任意)</p> | <p>講義 300分</p> <p>①認知症サポート医の役割(60)</p> <p>②新しい診断・治療の知識(60)</p> <p>③事例(症例)検討(90)</p> <p>④マネジメントに必要な知識(90)</p> <p>⑤グループワーク(150分)</p> <p>演習(必修) (上記に含む)</p> | <p>時間は規定なし</p> <p>地域における医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築という認知症サポート医の役割を適切に果たすための研修内容とすること。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の診断、治療、ケア、連携等に関する最新の知識の講義 ・診断、治療等の対応が困難であった症例の検討 ・地域において認知症の人を支援する資源等に関するグループ討議 等 | <p>講義 210分</p> <p>①基本知識(30)</p> <p>②かかりつけ歯科医の役割(90)</p> <p>③連携と制度(90)</p> <p>演習(任意)</p> | <p>講義210分</p> <p>①基本知識(30)</p> <p>②対応力(90) (薬学的管理、気づき・連携)</p> <p>③制度等(90)</p> <p>演習(任意)</p> | <p>講義 90分</p> <p>①目的(15)</p> <p>②対応力(60)</p> <p>③連携等(15)</p> <p>演習(任意)</p> | <p>講義 1,080分</p> <p>①基本知識(180)</p> <p>②対応力向上講義(330)演習(150)</p> <p>③マネジメント講義(180)演習(240)</p> <p>演習(必修) (上記に含む)</p> | <p>講義 100分</p> <p>①基本知識(20)</p> <p>②地域における実践(70)</p> <p>③社会資源等(10)</p> <p>演習(任意)</p> |
| 令和3年度 修了者実績 | 7.2万人 (9万人) | 1.2万人 (1.6万人) | — | 2.1万人 (4万人) | 4.2万人 (6万人) | 18.8万人 (30万人) | 2.5万人 (4万人) | R3年度 新設 |

認知症への対応力向上に向けた取組の推進（R3介護報酬改定）

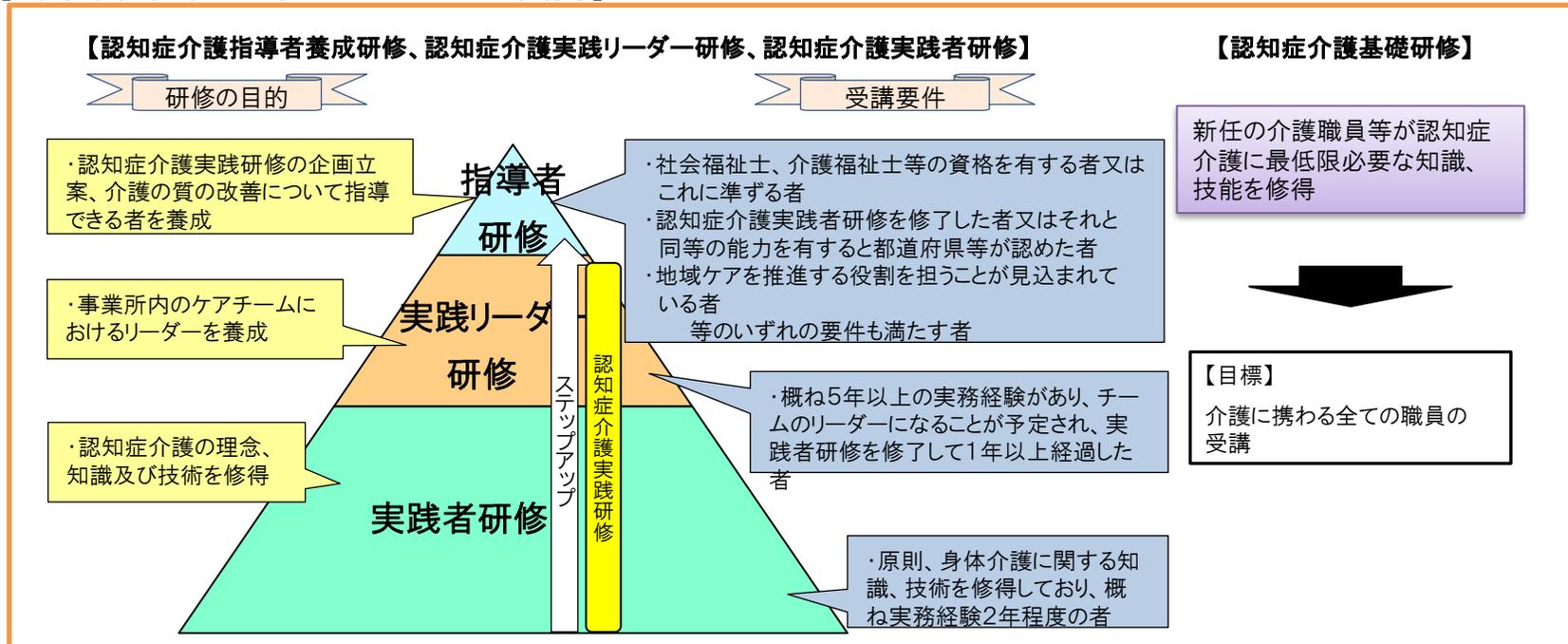
無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

- 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ため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。【省令改正】（※3年の経過措置期間を設ける）

全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）

- 認知症についての理解の下、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ため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。（※3年の経過措置期間を設ける。新入職員の受講について1年の猶予期間を設ける）

【介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系】



※各種研修について、質を確保しつつ、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。

概要

【全サービス（介護サービス情報公表制度の対象とならない居宅療養管理指導を除く）★】

- 介護サービス事業者の認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から、全ての介護サービス事業者(居宅療養管理指導を除く)を対象に、研修の受講状況等、認知症に係る事業者の取組状況について、介護サービス情報公表制度において公表することを求めることとする。【通知改正】
- 具体的には、通知「「介護サービス情報の公表」制度の施行について」（平18老振発0331007）別添1について以下の改正を行う。

【現行】

別添1：基本情報調査票（下の表は、夜間対応型訪問介護の例）

事業所名：

事業所番号：

(枝番)

基本情報調査票：夜間対応型訪問介護

(20XX年XX月XX日現在)

| | | | |
|------|----|-------|--|
| 計画年度 | 年度 | 記入年月日 | |
| 記入者名 | | 所属・職名 | |

3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

従業者の教育訓練のための制度、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

事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況

(その内容)

実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組

| | | | | |
|--------------------------------|-------|-------|------|------------------|
| アセッサー(評価者)の人数 | 人 | | | |
| 段位取得者の人数 | レベル2① | レベル2② | レベル3 | レベル4 |
| | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況 | | | | [] 0. なし・ 1. あり |

【見直し】

認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、その他の研修の欄を設け、受講人数を入力させる

若年性認知症実態調査結果概要（令和2年3月）

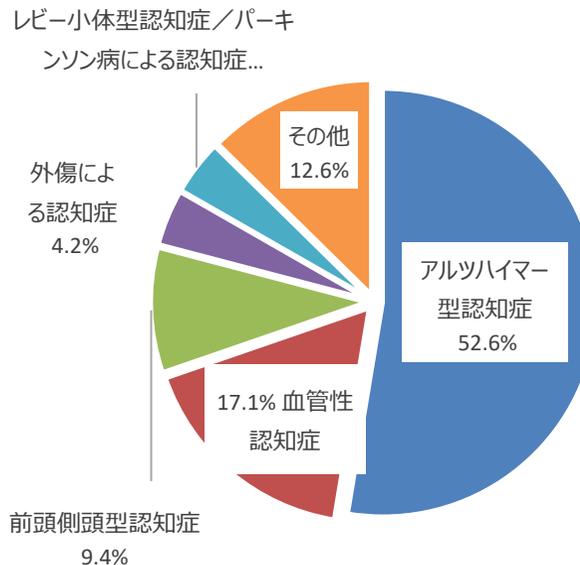
- 全国における若年性認知症者数は、**3.57万人と推計**（前回調査（H21.3）3.78万人）※
- 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数（有病率）は、**50.9人**（前回調査（H21.3）47.6人）

※前回調査と比較して、有病率は若干の増加が見られているが、有病者数は若干減少。有病者数が減少している理由は、当該年代の人口が減少しているため。

（表）年齢階層別若年性認知症有病率（推計）

| 年齢 | 人口10万人当たり 有病率（人） | | |
|-------|---------------------|-------|-------------|
| | 男 | 女 | 総数 |
| 18～29 | 4.8 | 1.9 | 3.4 |
| 30-34 | 5.7 | 1.5 | 3.7 |
| 35-39 | 7.3 | 3.7 | 5.5 |
| 40-44 | 10.9 | 5.7 | 8.3 |
| 45-49 | 17.4 | 17.3 | 17.4 |
| 50-54 | 51.3 | 35.0 | 43.2 |
| 55-59 | 123.9 | 97.0 | 110.3 |
| 60-64 | 325.3 | 226.3 | 274.9 |
| 18-64 | | | 50.9 |

（図）若年性認知症（調査時65歳未満）の基礎疾患の内訳



主な調査結果

- 最初に気づいた症状は「もの忘れ」が最も多く（66.6%）、「職場や家事などでのミス」（38.8%）「怒りっぽくなった」（23.2%）がこれに続いた。
- 若年性認知症の人の約6割が発症時点で就業していたが、そのうち、約7割が退職していた。
- 調査時65歳未満若年性認知症の人の約3割が介護保険を申請しておらず、主な理由は「必要を感じない」（39.2%）「サービスについて知らない」（19.4%）、「利用したいサービスがない」（13.0%）「家族がいるから大丈夫」（12.2%）であった。
- 調査時65歳未満若年性認知症の人の世帯では約6割が収入が減ったと感じており、主な収入源は、約4割が障害年金等、約1割が生活保護であった。

調査対象及び方法

全国12地域（札幌市，秋田県，山形県，福島県，群馬県，茨城県，東京4区，山梨県，新潟県，名古屋市，大阪4市，愛媛県）の医療機関・事業所・施設等を対象に、若年性認知症利用者の有無に関する質問紙票調査を実施（一次調査）。利用がある場合には、担当者・本人・家族を対象に質問紙票調査を実施（二次調査）。二次調査に回答した本人・家族のうち、同意が得られた者を対象に面接調査を実施（三次調査）。

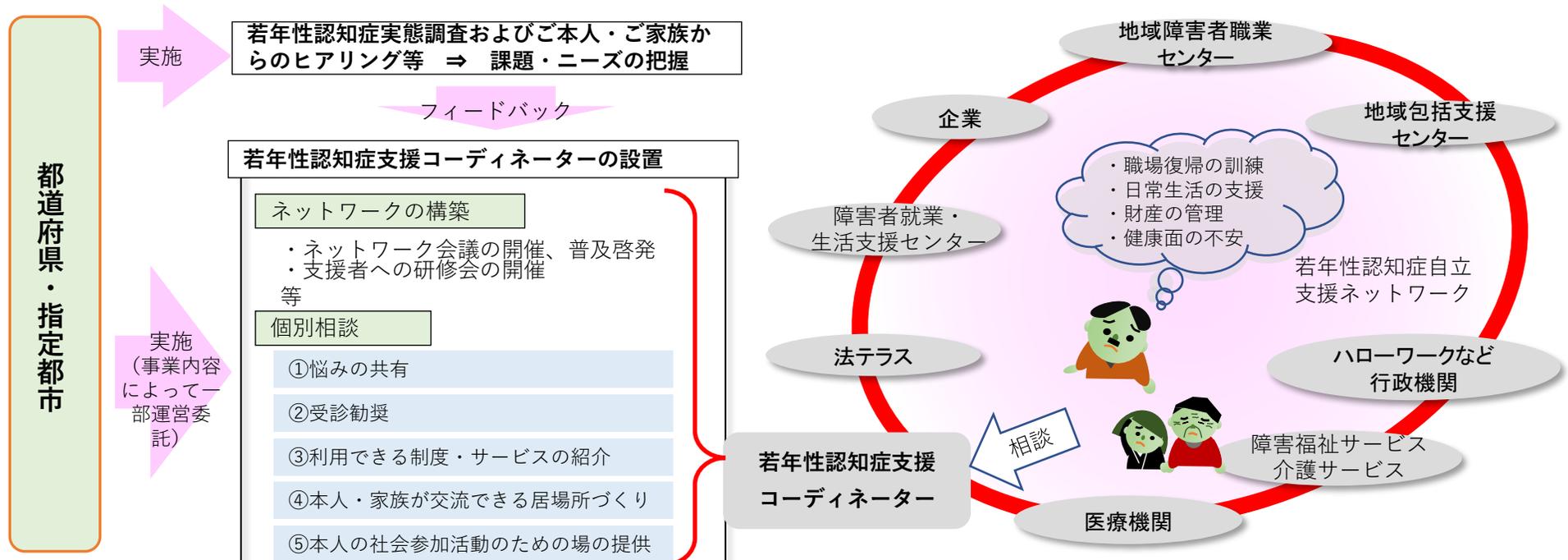
若年性認知症支援コーディネータによる支援

概要

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する理解が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となることなどが指摘されている。このため、若年性認知症に関する相談から医療・福祉・就労の総合的な支援を実施することにより、現役世代である若年性認知症の方への支援に当たり、一人ひとりの状態やその変化に応じた適切な支援方策の構築を図る。

事業内容 (認知症総合戦略推進事業)

- 全国1カ所・・・ (1) 若年性認知症コールセンターの運営、若年性認知症支援コーディネーターに対する研修・相談支援など
 都道府県・指定都市・・・ (2) 若年性認知症実態調査およびご本人・ご家族からのヒアリング等によるニーズ把握
 (3) 若年性認知症支援コーディネーターの設置に伴う個別相談
 (4) 若年性認知症自立支援ネットワークの構築
 (5) 社会参加活動のための居場所づくりの推進



若年性認知症の人が困っていること

- 若年性認知症の人が困っていることとして、症状の進行に関することが最も多い。
- その他に多い困りごととして、高齢者が多いデーサービスなどに行きたくない、社会参加の場が少なく、社会とのつながりが薄いことが挙げられている。

調査対象者は、発症が65歳未満の者。調査時点で65歳未満と65歳以上に分類。

| | | 全体 (%) | 65歳未満 (%) | 65歳以上 (%) |
|---|------------------------|--------|-----------|-----------|
| A | 認知症の症状が進行している | 51.1 | 48.4 | 53.5 |
| B | 認知症以外の病気が悪化している | 10.7 | 10.2 | 11.2 |
| C | 気分が不安定、あるいは意味もなく不安になる | 22.0 | 22.9 | 20.6 |
| D | 介護保険サービスを受けたくない | 5.2 | 5.5 | 4.9 |
| E | 高齢者が多いデイサービス等に行きたくない | 20.8 | 24.4 | 16.6 |
| F | 車の運転をやめられない | 6.7 | 7.6 | 5.6 |
| G | 社会参加の場が少なく、社会とのつながりが薄い | 21.6 | 22.7 | 20.1 |
| H | 介護サービスを受けたいが経済的に厳しい | 12.6 | 13.8 | 11.6 |

※数値は調査対象である12地域の割合平均

(12地域全体の有効回答数： A=989,B=968,C=967,D=944,E=942,F=882,G=945,H=946)

療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
 - ・対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症**を追加
 - ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生推進者**を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

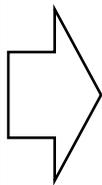
- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。



現行

【療養・就労両立支援指導料】
[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

【療養・就労両立支援指導料】
[算定要件]

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

1. 総論

2. 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

3. 居宅等における対応

4. 介護保険施設や認知症GH等における対応

5. 入院医療機関における対応

地域包括診療料・加算について

| | 地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回) | | 地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき) |
|-------------------|--|--|--|
| | 病院 | 診療所 | 診療所 |
| 包括範囲 | <p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの | | 出来高 |
| 対象疾患 | 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。) | | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | 診療所 | |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 | | |
| 服薬管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする | | |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 | | |
| 介護保険制度 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 | | |
| 在宅医療の提供および24時間の対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 | <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 | <ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 |

認知症地域包括診療料・加算について

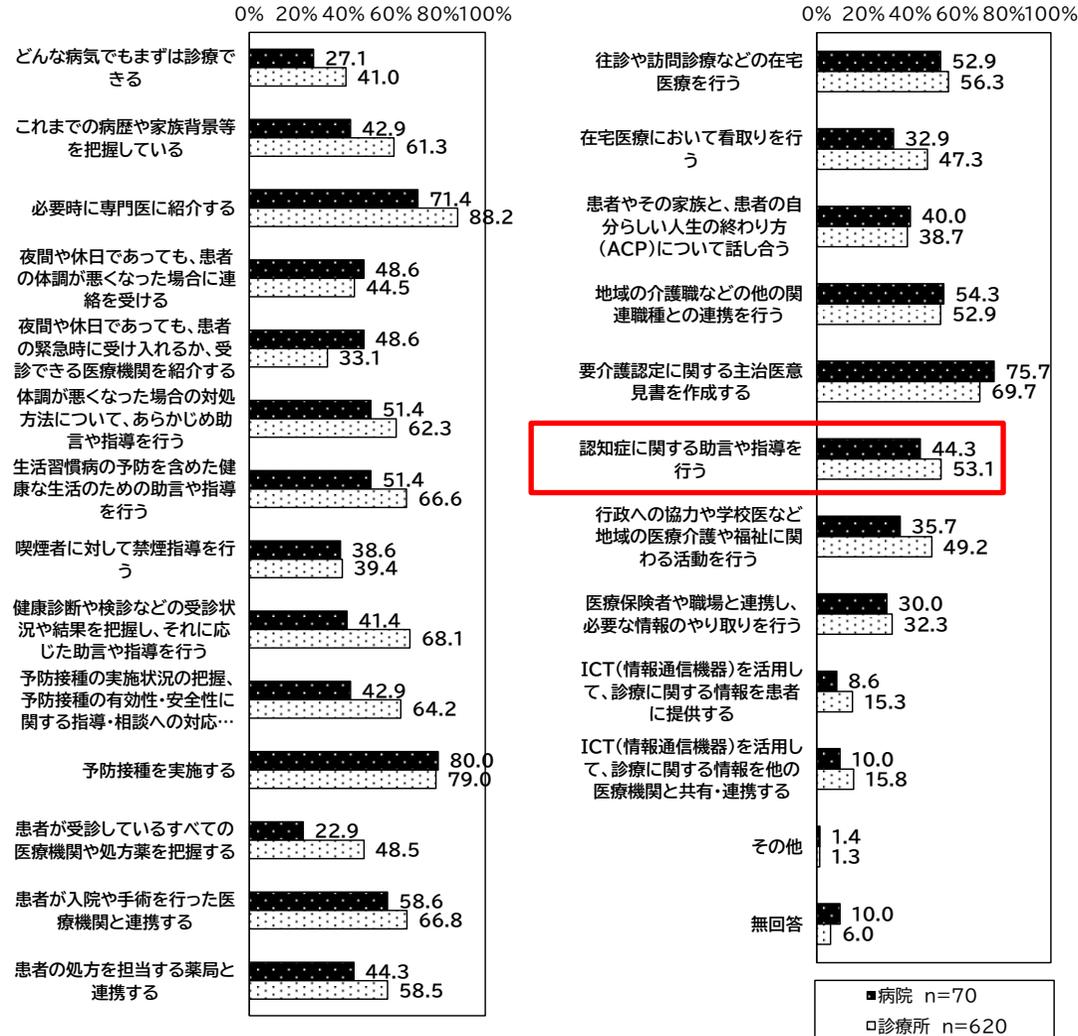
| | 認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回) | | 認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき) |
|---------|---|-----------------------------------|---|
| | 病院 | 診療所 | 診療所 |
| 包括範囲 | 下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの | | 出来高 |
| 対象患者 | 以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 | | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | | 診療所 |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 | | |
| 服薬管理 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 | |
| | ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する | | |
| 健康管理 | ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 | | |
| 介護保険制度 | ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 | | |
| 在宅医療の提供 | ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) | | |
| 施設基準 | それぞれ以下の届出を行っていること 診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2 | | それぞれ以下の届出を行っていること 加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2 |

かかりつけ医調査(施設調査)の結果(25)

中医協 検-2-1改変
3 . 1 2 . 1

施設が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導を行う」の選択割合は病院で44.3%、診療所で53.1%であった。

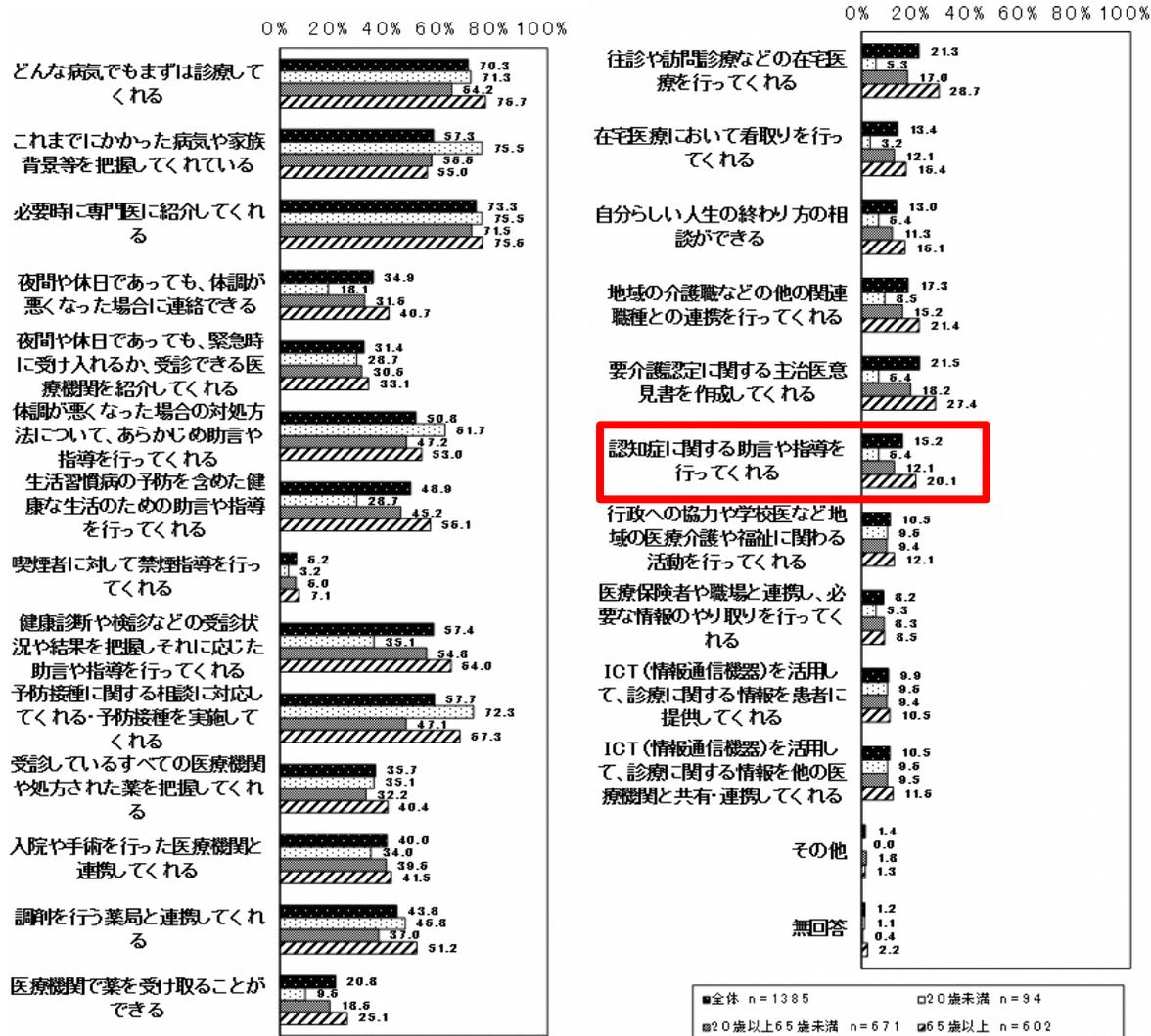
図表 2-252 施設が有しているかかりつけ医機能(複数回答)
(病院・診療所別)



かかりつけ医調査(かかりつけ医患者調査)の結果④

「かかりつけ医に求める役割」を尋ねた結果、「必要な時に専門医を紹介してくれる」が73.3%と最も選択割合が高かった。「認知症に関する助言や指導を行ってくれる」の選択割合は15.2%であった。

図表 3-28 かかりつけ医に求める役割(複数回答)(年代別)



医療機関患者調査の結果①

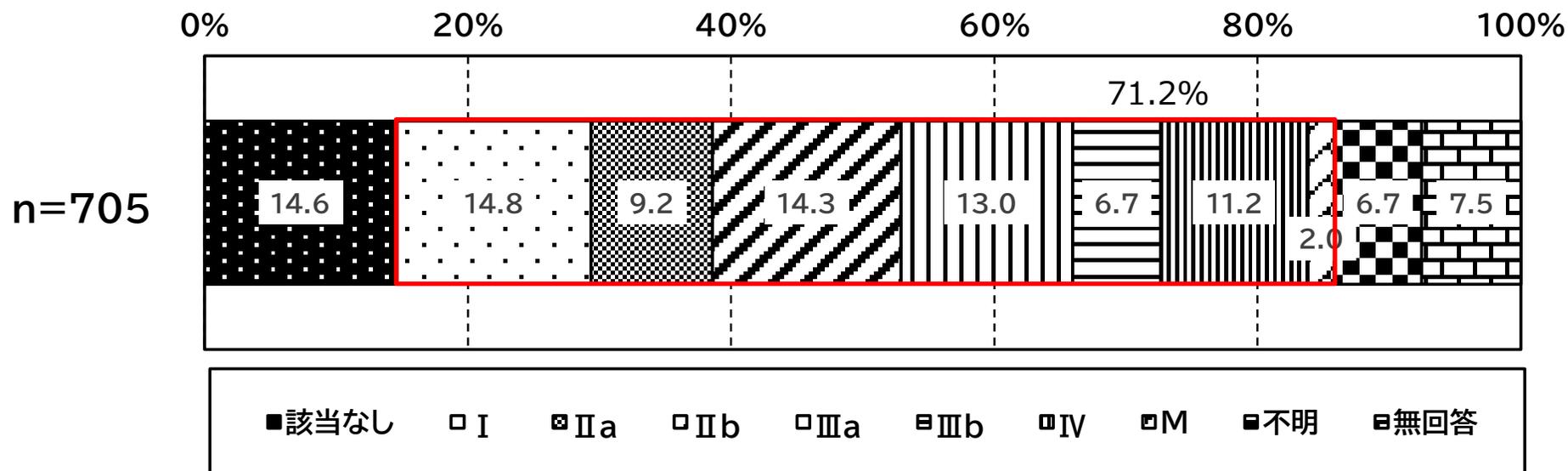
＜訪問先等＞（報告書p.294）

中医協 検-2-1改変

5 . 3 . 2 2

○ 訪問診療を受けている患者について、認知症高齢者の日常生活自立度が I 以上のものは約7割であった。

図表 3-15 認知症高齢者の日常生活自立度



※ 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合

144点(1日につき)

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 包括的支援加算 150点(月1回)

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

概要

【ア：訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★ イ：ア及び、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 認知症専門ケア加算等について、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、以下の見直しを行う。
- ア 訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、他のサービスと同様に、認知症専門ケア加算を新たに創設する。【告示改正】
- イ 認知症専門ケア加算（通所介護、地域密着型通所介護においては認知症加算）の算定の要件の一つである、認知症ケアに関する専門研修（※1）を修了した者の配置について認知症ケアに関する専門性の高い看護師（※2）を、加算の配置要件の対象に加える。【通知改正】
- なお、上記の専門研修については、質を確保しつつ、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。

※1 認知症ケアに関する専門研修

認知症専門ケア加算（Ⅰ）:認知症介護実践リーダー研修
 認知症専門ケア加算（Ⅱ）:認知症介護指導者養成研修
 認知症加算: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

※2 認知症ケアに関する専門性の高い看護師

- 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」

単位数

アについては、以下のとおり。
 イについては、単位数の変更はなし。

<現行>

なし

⇒

<改定後>

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 (新設) ※

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日 (新設) ※

※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護（Ⅱ）については、認知症専門ケア加算（Ⅰ）90単位/月、認知症専門ケア加算（Ⅱ）120単位/月

算定要件等

アについては、以下のとおり。
 イについては、概要欄のとおり。

<認知症専門ケア加算（Ⅰ）>（※既往要件と同）

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50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
- ・ 当該事業所の従業員に対して、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開催

<認知症専門ケア加算（Ⅱ）>（※既往要件と同）

- ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所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、実施又は実施を予定

多機能系サービスにおける 認知症行動・心理症状緊急対応加算の創設

概要

【小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 在宅の認知症高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、多機能系サービスについて、施設系サービス等と同様に、認知症行動・心理症状緊急対応加算を新たに創設する。【告示改正】

単位数

< 現行 >
なし

⇒

< 改定後 >

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日 (新設)

算定要件等

- 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、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行った場合。利用を開始した日から起算して7日間を限度として算定。（※既往要件と同）

認知症対応型通所介護の概要・基準

- 認知症（急性を除く）の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として行う。

類型

| | |
|------------|--|
| 単独型 | 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、社会福祉施設又は特定施設（以下特別養護老人ホーム等という。）に併設されていない事業所において実施 |
| 併設型 | 特別養護老人ホーム等に併設されている事業所において実施 |
| 共用型 | 認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の食堂若しくは共同生活室を使用して実施 |

利用者

| | |
|----------------|--|
| 単独型・併設型 | 単位ごとの利用定員は、12人以下 |
| 共用型 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険の各サービスのいずれかについて3年以上実績を有している事業所・施設であることが要件 ○ 利用定員は、認知症対応型共同生活ユニットごとに以下のとおり定めている。 <ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型介護福祉施設等：各事業所ごとに1日あたり3人以下 ・ユニット型地域密着型介護老人福祉施設：ユニットごとに入居者との合計が12人以下 |

人員配置

| | |
|---|---|
| 生活相談員（社会福祉士等） | 事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上 （生活相談員の勤務時間数としてサービス担当者会議、地域ケア会議等を含めることが可能。） |
| 看護職員（看護師・准看護師） 介護職員 | 単位ごとに専従で1以上＋サービス提供時間に応じて1以上 （看護職員については、必ずしも配置しなければならないものではない。） |
| 機能訓練指導員 | 1以上 |
| 管理者 | 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従 |
| ※ 共用型の場合 従業員数：（認知症対応型共同生活介護事業所等の）各事業ごとに規定する従業員の員数を満たすために必要な数以上 管理者数：単独型・併設型と同様 | |

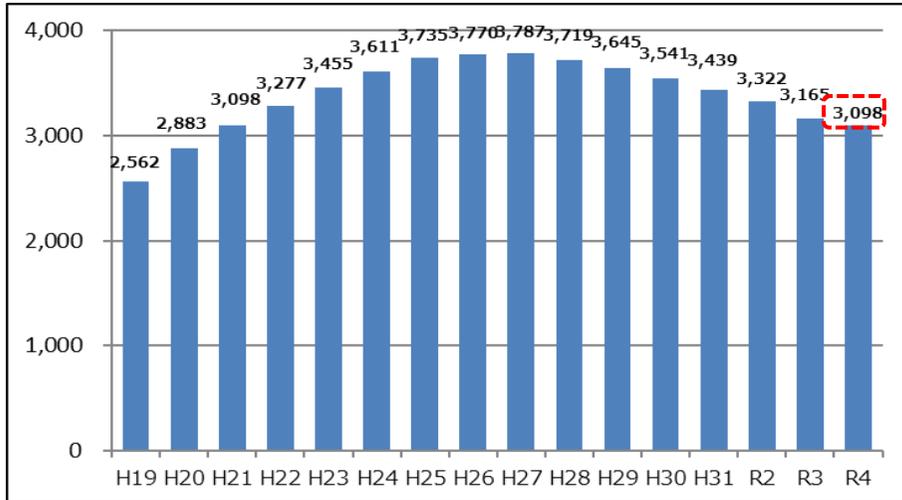
設備

| | |
|----------------|--|
| 単独型・併設型 | ○ 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等を備える。食堂及び機能訓練室は3㎡×利用定員以上の面積とする。 |
|----------------|--|

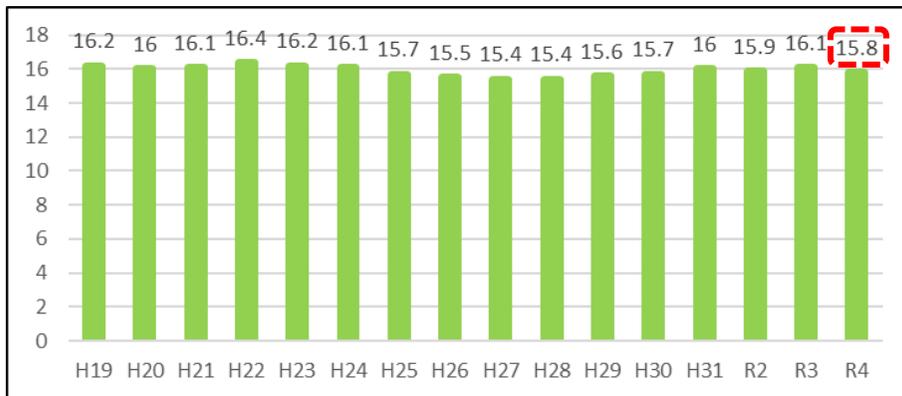
認知症対応型通所介護の事業者数・利用者数等

- 請求事業所数は3,098事業所で平成27年を境に減少しており、1事業所あたりの平均利用者数（介護予防除く）は微増減を繰り返しているものの概ね横ばいで、直近では15.8人となっている。
- 利用者数は約49,800人で、利用者の53%以上が要介護2以下である。

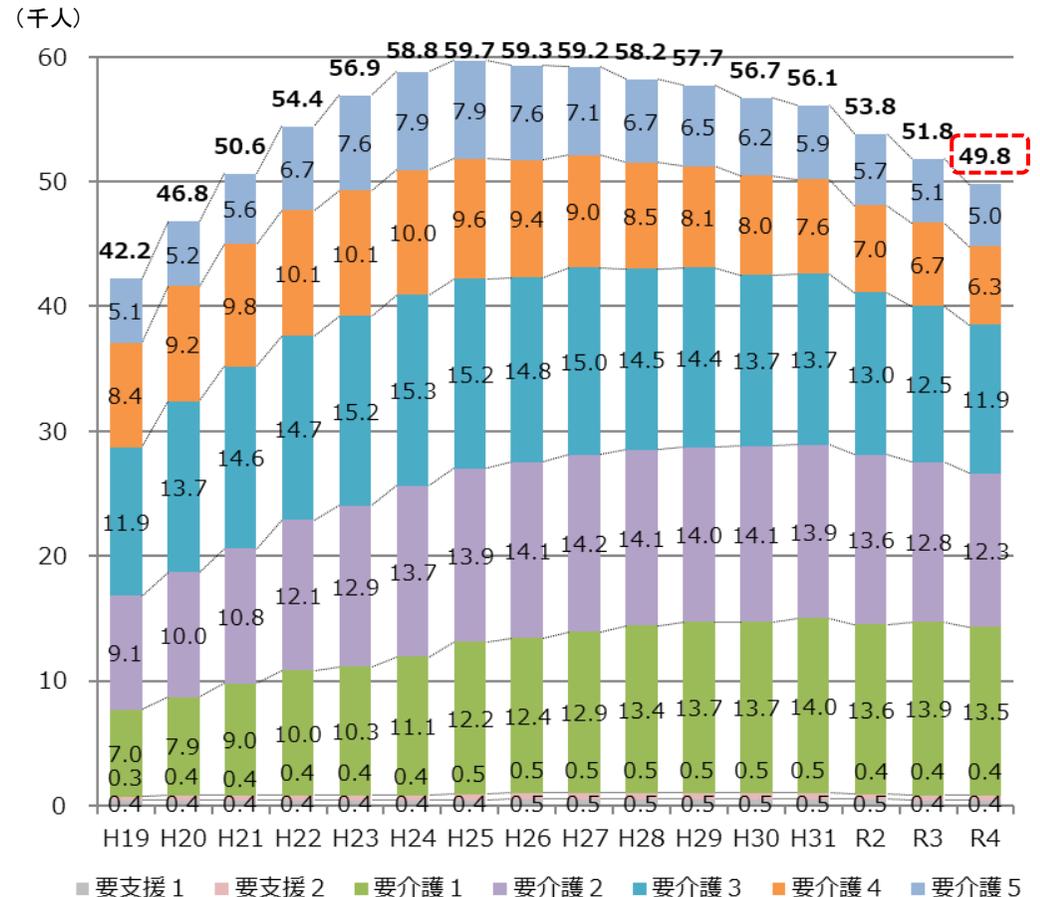
■ 事業者数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移（介護予防除く）



■ 認知症対応型通所介護の受給者数の推移（要介護度別）



介護支援専門員の概要

1 介護支援専門員の定義

- 要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第7条第5項】

2 資格取得・研修体系

<介護支援専門員実務研修受講試験>

- 受験要件【法第69条の2第1項、規則第113条の2】

保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して5年以上

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

<介護支援専門員実務研修>

- 受講要件【法第69条の2第1項、規則第113条の4第1項】

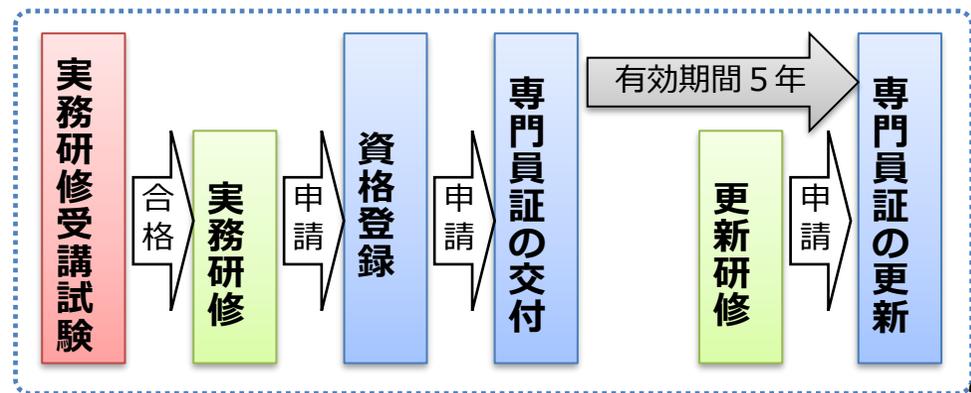
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

<介護支援専門員更新研修>

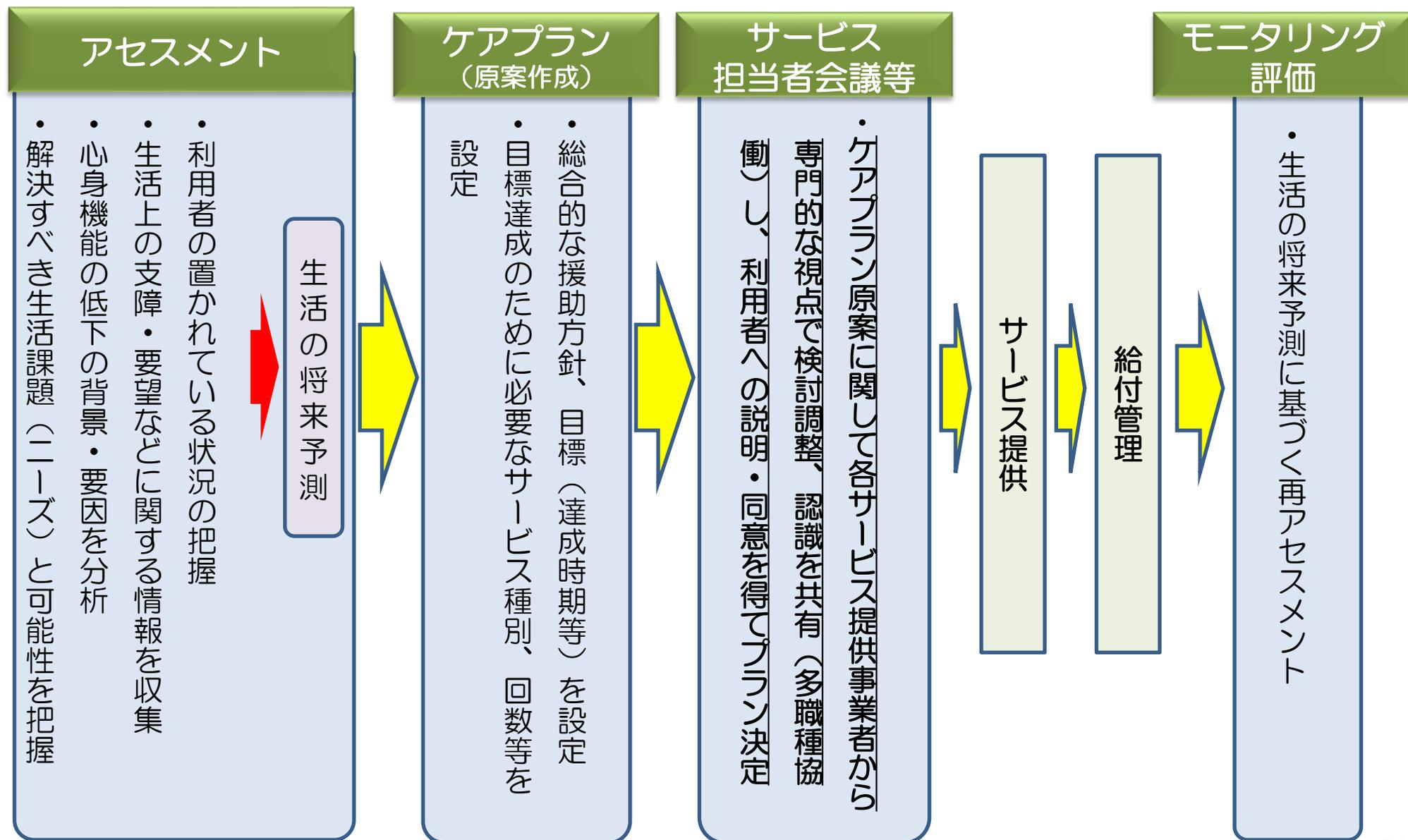
- 受講要件【法第69条の8第2項、規則第113条の18項第1項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

【資格取得・更新の流れ】



ケアマネジメントの流れ



居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の概要

要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士又は歯科衛生士等が、通院が困難な利用者の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るもの。

各職種が行う指導の概要

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

| | |
|----------|---|
| 医師又は歯科医師 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 ○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言 ○ 訪問診療又は往診を行った日に限る |
| 薬剤師 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 |
| 管理栄養士 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う |
| 歯科衛生士等 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内や有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導 |

【令和3年介護報酬改定：医師・歯科医師から介護支援専門員への情報提供の充実】

○ 医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、医師・歯科医師から介護支援専門員に適時に必要な情報が提供され、ケアマネジメントに活用されるようにする観点から、算定要件である介護支援専門員への情報提供に当たっての様式について見直しを行う。【通知改正】

- ・ 医師：主治医意見書の様式を踏まえた新たな様式を設定。
- ・ 歯科医師：歯科疾患在宅療養管理料（医療）の様式を踏まえた新たな様式を設定。

※ 様式には、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう、関連の記載欄を設定。

概要

【居宅介護支援】

- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>

なし

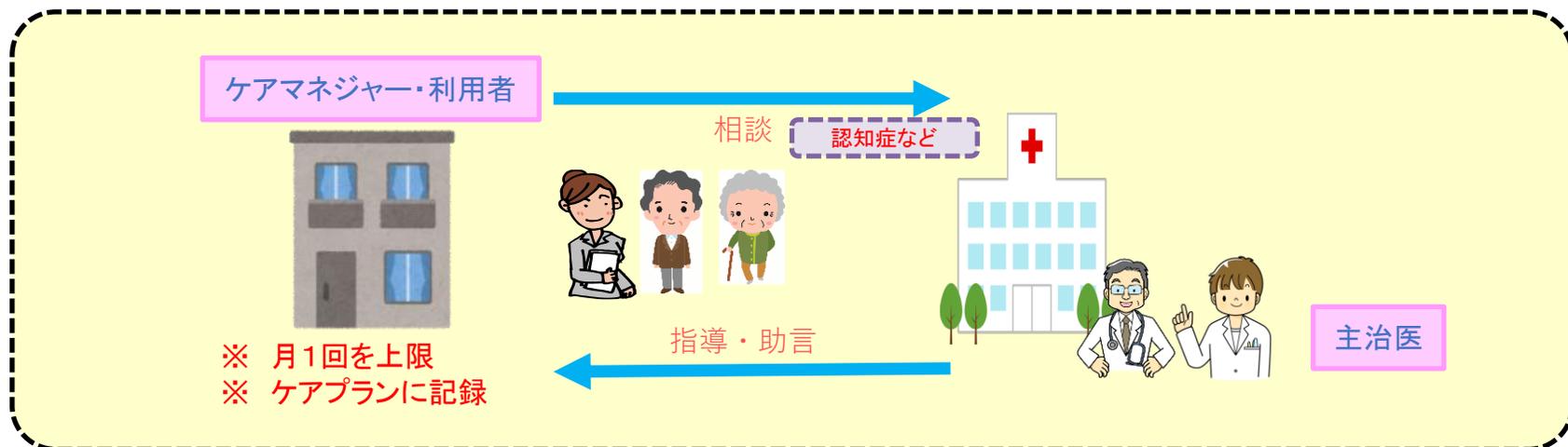
<改定後>

⇒

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

算定要件等

- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合

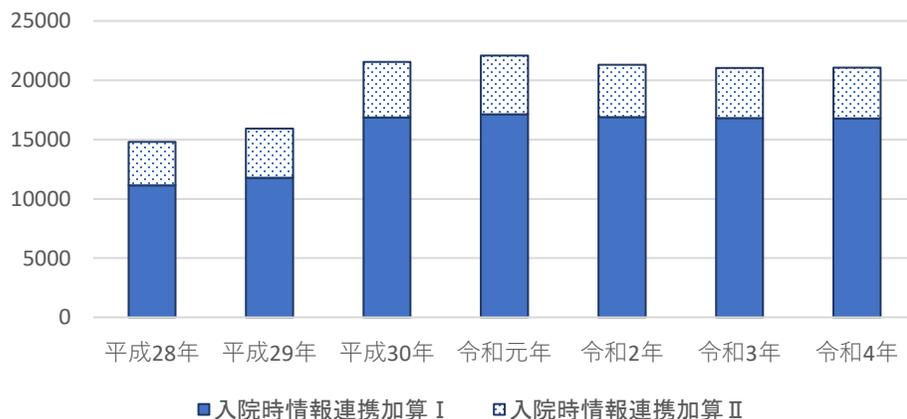


入院時情報連携加算、通院時情報連携加算の算定状況

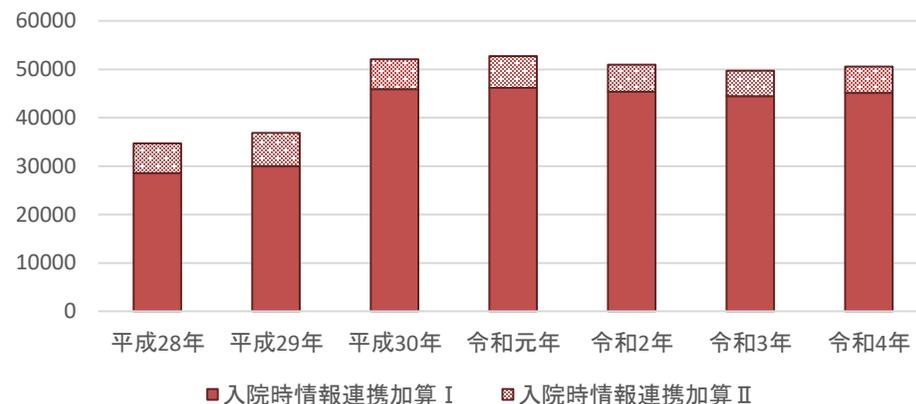
- 入院時情報連携加算について、算定回数は増加傾向であったが、令和2年に減少。
- 通院時情報連携加算について、令和3年度の新設後、令和4年はほぼ横ばい。

■入院時情報連携加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

入院時情報連携加算（算定事業所数）



入院時情報連携加算（算定回数）

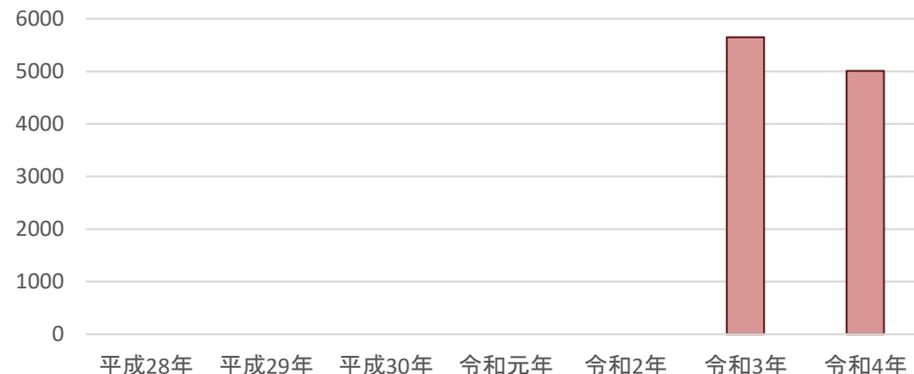


■通院時情報連携加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

通院時情報連携加算（算定事業数）



通院時情報連携加算（算定事業数）



<背景>

- ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、介護の重度化防止と自立支援の推進を目的として、10年間の工程(2016年～2026年)で「適切なケアマネジメント手法の策定」を行うこととされた。
- 本人の尊厳を保持し、将来の生活の予測に基づいた重度化防止や自立支援を実現するためには、**多職種連携**をより円滑化して各職種の専門性を活かし、本人の状態の維持・改善を目指す個別支援が必要とされている。

<課題>



- 制度発足後今日まで、介護支援専門員の経験の差やほかの職種との関係性、所属事業所の環境等によって、**ケアマネジメント(インテーク～モニタリング迄)のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じているとの指摘がある。**
- 将来の生活の予測に基づいた支援を組み立てるには、**根拠に基づいて整理された知見に基づいた実践が求められるが支援内容の体系が整理されていないため、属人的な、経験知だけに基づく実践となっている場合もある。**

<目的>

- ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の**属人的な認識(知識)**を改め「支援内容」の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識(知識)を体系化し共有化することにより「**差異を小さくするための手法の策定と普及**を行う。
- 介護支援専門員に必要な知識(エビデンス等)を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において「**根拠の明確な支援内容**」を示せる事により他職種と**支援内容の共有化**を図る。
- ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や**連携・協働の推進**、**モニタリング手法の明確化**、ひいてはケアマネジメントの**質の向上**、**自立支援の推進**を図る。

<これまでの成果実績(主な内容)>

- | | |
|--|------------------------|
| 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア | 平成29年度:心疾患(心不全)がある方のケア |
| 平成30年度:認知症がある方のケア | 令和元年度:誤嚥性肺炎の予防のためのケア |
| 令和2年度:基本ケアを中心とした手法の再整理等 | |
| 令和3年度:複数疾患がある方のケアの手法や疾患以外の高齢者の特徴に着目した手法の検討 | |

＜アプローチの基本的な方向性＞

ケアマネジャーが取り扱う課題は、本来生活全般が対象であるが、範囲が膨大であることから「一定の条件を定め」、まずは『疾患』に着目してアプローチをした。

1. ケアマネジメントの標準化(共有化)についての概念整理を行う
2. 一定の条件を定めそれを基にエビデンスのある「想定される支援内容」を整理する。
3. それらを理解し分析可能とする為に介護支援専門員が備えておくべき基本知識を整理する。

＜具体的な取り組み＞

ケアマネジメントは広く生活上の課題を取り扱うが、まずは単なる経験知に基づくだけでなくエビデンスが明確なことを一定条件とし、『疾患』に着目し、「想定される支援内容」を検討した。

※ 「疾患選定」の考え方

- 地域連携クリティカルパスが普及していること
- 医療の領域におけるガイドラインがあること
- 要介護認定の原因疾患として占める割合が大きいこと、又は患者数の多い疾患

＜『疾患』に着目したケアマネジメント標準化の検討手順＞

- 実務者を中心に構成されるワーキング・グループでの検討、有識者で構成される委員会での検討を踏まえ、ケアマネジメントの標準化項目の検討案を作成。
- 全国の介護支援専門員を対象に、各自の担当事例を持参してもらい、「検討案」を活用しながら、ケアマネジメントプロセスを振り返る「実証検証」を実施。
- 検証結果をもとに、ワーキング・グループおよび委員会での検討を経て「疾患別のケア」のガイドラインを成案化。

＜本事業で標準化(共有化)されたガイドラインの主な内容＞

- 最低限押さえておくべき知識の共有(確認)
 - ・ 基本ケア(高齢者の生理・心理)
 - ・ 疾患特性に留意したケア
- 自立支援に資する為にエビデンスに基づく最低限検討すべき想定される支援内容
- 想定される支援内容を導き出す(確認)為に必要なケアマネジャー及び他職種が共有すべきアセスメント項目、モニタリング項目

【参考】「基本ケア」項目一覧

| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------|---|----------------------|--|
| I. 尊厳を重視した意思決定の支援 | I-1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え | I-1-1.疾病や心身状態の理解 | 1.疾患管理の理解の支援 2.併存疾患の把握の支援 3.口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 4.転倒・骨折のリスクや経緯の確認 | | |
| | | I-1-2.現在の生活の全体像の把握 | 5.望む生活・暮らしの意向の把握 6.一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7.食事及び栄養の状態の確認 8.水分摂取状況の把握の支援 9.コミュニケーション状況の把握の支援 10.家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援 | | |
| | | I-1-3.目指す生活を踏まえたリスクの予測 | 11.口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 12.転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測 | | |
| | | I-1-4.緊急時の対応のための備え | 13.感染症の早期発見と治療 14.緊急時の対応 | | |
| | I-2.意思決定過程の支援 | I-2-1.本人の意思を捉える支援 | 15.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 | | |
| | | I-2-2.意思の表明の支援と尊重 | 16.日常生活における意向の尊重 17.意思決定支援の必要性の理解 | | |
| | | I-2-3.意思決定支援体制の整備 | 18.意思決定支援体制の整備 | | |
| | | I-2-4.将来の生活の見通しを立てることの支援 | 19.将来の生活の見通しを立てることの支援 | | |
| | | II.これまでの生活の尊重と継続の支援 | II-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | II-1-1.水分と栄養を摂ることの支援 | 20.フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 21.水分の摂取の支援 22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援 |
| | | | | II-1-2.継続的な受診と服薬の支援 | 23.継続的な受診・療養の支援 24.継続的な服薬管理の支援 |
| II-1-3.継続的な自己管理の支援 | 25.体調把握と変化を伝えることの支援 | | | | |
| II-1-4.心身機能の維持・向上の支援 | 26.フレイルを予防するための活動機会の維持 27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施 | | | | |
| II-1-5.感染予防の支援 | 28.感染症の予防と対応の支援体制の構築 | | | | |
| II-2.日常的な生活の継続の支援 | II-2-1.生活リズムを整える支援 | | 29.一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援 30.休養・睡眠の支援 | | |
| | II-2-2.食事の支援 | | 31.口から食事を摂り続けることの支援 32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援 | | |
| | II-2-3.暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援 | | 33.清潔を保つ支援 34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援 | | |
| II-3.家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援 | II-3-1.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 | | 35.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 | | |
| | II-3-2.コミュニケーションの支援 | | 36.コミュニケーションの支援 | | |
| | II-3-3.家庭内での役割を整えることの支援 | 37.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 | | | |
| | II-3-4.コミュニティでの役割を整えることの支援 | 38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備 | | | |
| III.家族等への支援 | III-1.家族等への支援 | III-1-1.支援を必要とする家族等への対応 | 39.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 | | |
| | | III-1-2.家族等の理解者を増やす支援 | 42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 | | |
| | III-2.ケアに参画するひとへの支援 | III-2-1.本人をとりまく支援体制の整備 | 43.本人を取り巻く支援体制の整備 | | |
| | | III-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援 | 44.同意してケアに参画するひとへの支援 | | |

【参考】認知症項目一覧①

| 大項目 | 中項目 | 項目 | 想定される支援内容 |
|--------------------|--------------------------|---|--|
| 0.ここまでの経緯の確認 | 0-1.ここまでの経緯の確認 | 0-1-1.認知症と診断されるに至った経緯の把握 | 1.支援の前提としての認知症と診断されるに至った経緯の把握 |
| | | 0-1-2.これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握 | 2.支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握 |
| 1.本人及び家族・支援者の認識の理解 | 1-1.本人と家族・支援者の認識の理解 | 1-1-1.本人や家族・支援者が抱く感情や想いの理解 | 3.本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援 |
| | | 1-1-2.本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識 | 4.本人に対する受けとめや理解を深める支援 5.疾患に対する家族・支援者の受け止めや理解を深めることの支援 |
| 2.将来の準備としての意思決定の支援 | 2-1.本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援 | 2-1-1.意思決定支援の必要性の理解 | 6.変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施 7.本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握 |
| | | 2-1-2.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 | 8.意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整え ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 9.意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | 2-2.意思決定支援体制の整備 | 2-2-1.意思決定支援体制の整備 | 10.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 11.意思決定支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| 3.必要に応じた連携体制の構築 | 3-1.必要に応じた連携体制の構築 | 3-1-1.かかりつけ医や専門職等との連携 | 12.かかりつけ医との連携 (※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携) 13.かかりつけ医以外の専門職等との連携 |
| | | 3-1-2.その他の関係する人との連携 | 14.サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える |
| 4.基本的な生活の支援 | 4-1.日常生活における本人の意向の尊重 | 4-1-1.日常生活における意向の尊重 | 15.日常生活における意向の表明の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 4-2.一週間の生活リズムを支えることの支援 | 16.本人の生活のリズムの把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | 4-3.日常的に参加する役割を整えることの支援 | 4-2-1.一週間の生活リズムと変化を把握することの支援 | 17.一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 4-2-2.一週間の生活リズムに沿った生活・活動を支えることの支援 | 18.本人がこれまでに担ってきた家庭や地域での役割と現在の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 19.本人が役割を担い続けるためのリハビリテーションや支援の提供体制の整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 4-3-1.家庭や地域での役割を担い続けるためのADL/IADLの支援 | 20.日常生活においてコミュニケーションを取ることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | 4-4.体調管理や服薬管理の支援 | 4-3-2.コミュニケーションを取ることの支援 | 21.清潔に関する状況の変化を把握し保つこと ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 4-3-3.清潔に関する状況の変化を把握し保つこと | 22.体調管理の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 23.日常と異なる状態の把握とそれを表明することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | 4-4-1.体調の変化を把握し伝えることの支援 | 24.薬の管理と服薬を一定の水準で継続できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | |
| | 4-4-2.服薬支援 | | |

【参考】認知症項目一覧②

| 大項目 | 中項目 | 項目 | 想定される支援内容 |
|---------------------|--|---------------------------------|--|
| 4.基本的な生活の支援 | 4-5.基本的なセルフケアを継続することの支援 | 4-5-1.水分の摂取の支援 | 25.必要な水分量の把握と必要な水分量を摂取できるようにする支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 4-5-2.栄養の摂取の支援 | 26.必要な栄養及び日常的な摂取状況（摂取方法を含む）の把握と必要な栄養を摂取することを支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 4-5-3.排泄を続けることの支援 | 27.できるだけ自立した排泄を続けられるようにすることの支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| 5.これまでの生活の尊重と重度化の予防 | 5-1.本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備 | 5-1-1.その人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 | 28.活動と参加を通じた周囲の人びととの日常的な交流環境を実現するための支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 29.その人にとっての快・不快とその変化の状況の把握 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 5-1-2.持っている機能を発揮しやすい環境の整備 | 30.状態に合った活動と参加を実現する環境整備 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 31.新たな役割・機能を獲得することの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | 5-2.合併症や併発しやすい事故の予防 | 5-2-1.転倒の予防の支援 | 32.転倒の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 5-2-2.誤嚥の予防の支援 | 33.誤嚥の予防の支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| 6.行動・心理症状の予防・重度化防止 | 6-1.行動・心理症状の状況と背景要因の把握 | 6-1-1.行動・心理症状の具体的内容を把握する体制の構築 | 34.行動・心理症状の具体的内容を把握する体制を整える |
| | | 6-1-2.本人の不安やストレスの把握 | 35.本人の不安やストレスの把握 |
| | 6-2.背景要因に対する取り組みの支援 | 6-2-1.背景要因に対する取り組みの支援 | 36.背景要因に対する対応策の実施の支援 37.背景要因に対する家族等の理解を深めることの支援 |
| 7.家族等への対応 | 7-1.家族支援に必要なサービスの調整支援 | 7-1-1.家族等に対する支援の体制の整備 | 38.家族等に対し相談支援が提供される体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 39.家族等の仕事と生活のリズムが保たれるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | | 7-1-2.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 | 40.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |
| | 7-2.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 | 7-2-1.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 | 41.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 |

介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

背景

- 介護、医療及び福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、独居の要介護高齢者、認知症や精神疾患を有する要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者、支援を必要とする家族等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している
- 現行の介護支援専門員の法定研修のカリキュラムは平成28年度から施行されているところであるが、介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業」（令和3年度老人保健健康増進等事業）においてカリキュラムの見直しについての検討を進めた

※ 令和6年4月の施行予定

カリキュラム見直しのポイント

- 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、**適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加**
- 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後も進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まることが見込まれるため、**権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化**
- 地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて**、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域包括ケアシステム、認知症施策大綱、仕事と介護の両立、ヤングケアラー、科学的介護（LIFE）、意思決定支援等）を踏まえた見直しを行う
- 法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、**カリキュラム全体の時間数は増やさず、継続研修への接続を意識した幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**

入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



入院

入院時情報連携加算(Ⅰ) (200単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから3日以内に情報提供した場合

入院時情報連携加算(Ⅱ) (100単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合

入退院支援加算 1

3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

入退院支援加算 2

7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施した場合

診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て退院の日の前後2週間の期間に診療情報の提供を行った場合

退院時共同指導料 2

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合(400点)
- 入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点加算)

退院

退院・退所加算

(カンファ参加有：600単位～900単位)
(カンファ参加無：450単位～600単位)

退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合



認知症GH

入院時に基本報酬の一部を算定 (246単位/日)

退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合

初期加算の見直し

30日を超える病院又は診療所への入院の後の再入居も算定可能

退院・退所時連携加算

(30単位/日)

病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携等を評価



特定施設



特養・老健・介護医療院

初期加算(30単位/日)

入所生活に慣れるための支援に係る費用

再入所時栄養連携加算

(200単位/回)

施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養ケア計画を策定した場合



※各種居宅サービス等利用

入院時情報提供書の標準様式

○ 入院時情報提供書の標準様式では、生活歴・趣味、ADL、精神面における療養上の問題等が示されている。

記入日: 年 月 日
入院日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名: _____ 事業所名: _____
ご担当者名: _____ ケアマネジャー氏名: _____
TEL: _____ FAX: _____

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

| | | | | | |
|---------------------|---|---------|--|---------|------------|
| 患者氏名 | (フリガナ) | 年齢 | 才 | 性別 | 男 女 |
| 住所 | 〒 | 生年月日 | 明・大・明 | 年 月 日 生 | |
| 住環境 | 住居の種類(戸建て・集合住宅) _____ 敷建て 居室 _____ 階 エレベーター(有・無) | | | | |
| 特記事項 | _____ | | | | |
| 入院時の要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | | 医師の判断 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | ケアマネジャーの判断 |
| 介護保険の自己負担割合 | <input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明 | | 障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的) | | |
| 年金などの種類 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 世帯構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居 | | | | |
| 主介護者氏名 | (続柄・才) | (同居・別居) | TEL | | |
| キーパーソン | (続柄・才) | 連絡先 | TEL: | TEL | |
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり | | | | |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望() | | | | |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <input type="checkbox"/> 希望あり | | | | |

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

| ADL | 麻痺の状況 | なし | 軽度 | 中度 | 重度 | 褥瘡の有無 | なし | あり() |
|------------------|---|---|--|---|--------------------------|---|---|-------|
| A D L | 移動 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 移動(室内) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 移乗 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 移動(屋外) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 更衣 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 起居動作 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | |
| | 整容 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | |
| | 入浴 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | |
| 食事 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | | |
| 食事内容 | 食事回数 | () 回/日 (朝 昼 夜 時直 時直 時直) | | | | 食事制限 | <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー | | | | UDF等の食形態区分 | | |
| | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 | | 水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | 水分制限 | <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 口腔 | 嚥下機能 | むせない | 時々むせる | 常にむせる | 嚥菌 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総) | | |
| | 口腔清潔 | 良 | 不良 | 著しく不良 | 口臭 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 排泄 | 排尿 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | ポータブルトイレ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 | |
| | 排便 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | オムツ/パッド | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 | |
| 睡眠の状態 | 良 | 不良() | | | 服剤の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 喫煙 | 無 | 有 _____ 本くらい/日 | | | 飲酒 | 無 有 _____ 合らい/日あたり | | |
| コミュニケーション能力 | 視力 | 問題なし | やや難あり | 困難 | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | |
| | 聴力 | 問題なし | やや難あり | 困難 | 補聴器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 言語 | 問題なし | やや難あり | 困難 | コミュニケーションに関する特記事項: _____ | | | |
| 意思疎通 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | | | | |
| 精神面における療養上の問題 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 疾患歴* | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 入院歴* | 最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 入院頻度 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて | | | | | | | |
| 入院前に実施している医療処置* | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 内服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: _____) | | | | | |
| 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(管理者: _____ 管理方法: _____) | | | | | | | |
| 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 処方通りの服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 | | | | | | | |
| お薬に関する特記事項 _____ | | | | | | | | |
| かかりつけ医療機関名 | (フリガナ) | 電話番号 | | | | | | |
| 医師名 | | 診察方法・頻度 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月 | | | | | |

診療情報提供料（Ⅰ）の様式例

- 診療情報提供料(Ⅰ)では、紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付することとしている。

■ 他の保険医療機関

(別紙様式 11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名
患者住所 性別 男・女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

■ 指定居宅介護支援事業所等

(別紙様式 12 の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

情報提供先事業所 年 月 日
担当 殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師氏名 印

| | | | | |
|------|--------------------|---|---|---------|
| 患者氏名 | (ふりがな) | 男 | 〒 | — |
| | 明・大・昭 年 月 日 生 (歳) | 女 | | 連絡先 () |

患者の病状、経過等

(1) 診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日

1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

(3) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(4) 診療形態

外来 ・ 訪問診療 ・ 入院

入院患者の場合
入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(3) サービスの必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

概要

(居宅介護支援)※ ※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
 - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
 - iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
- また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

<改定後>

退院・退所加算

⇒

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

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

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。
- ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

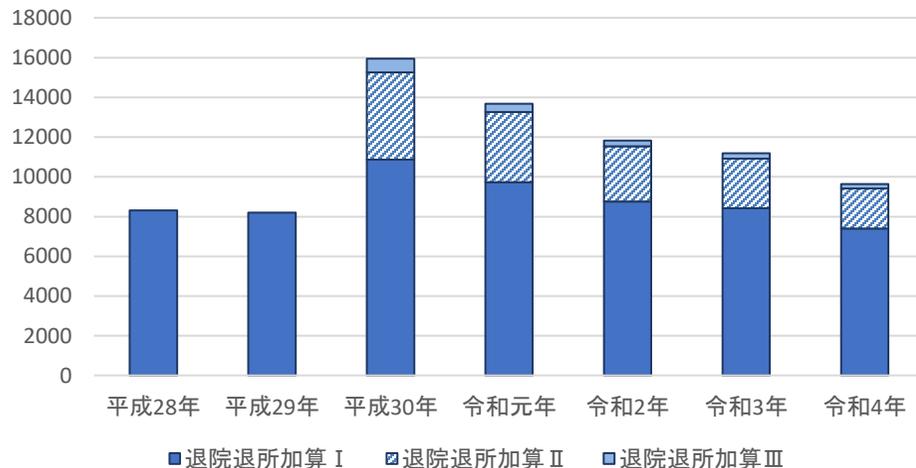
※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

退院・退所加算の算定状況

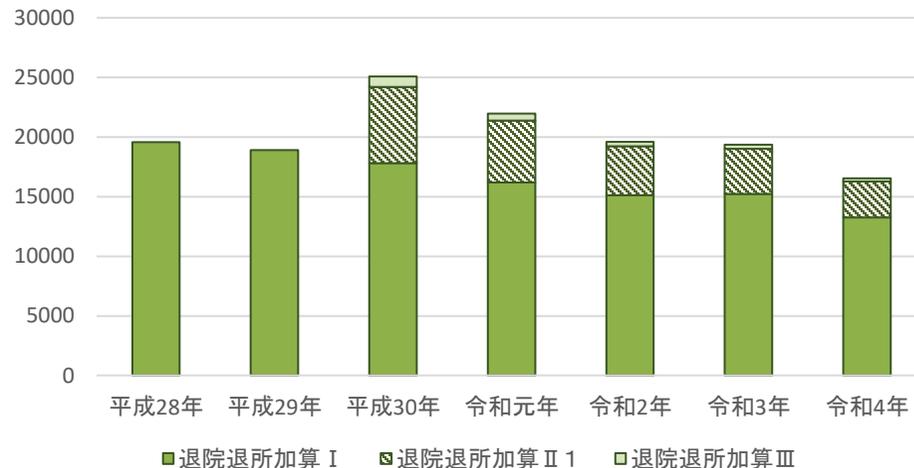
○ 平成30年度改定における評価の引き上げ後、算定回数が増加したが、その後減少傾向。

■ 退院・退所加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

退院・退所加算（算定事業所数）



退院・退所加算（算定回数）



退院・退所情報記録書の標準様式

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態等

記入日： 年 月 日

| | | | | | | |
|----------------|---|---|--|---|---|--|
| 属性 | フリガナ | 性別 | 年齢 | 退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更) | | |
| | 氏名 | 様 男・女 | 歳 | <input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入院(所)概要 | ・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日 | | | | | |
| | 入院原因疾患(入所目的等) | | | | | |
| ① 疾患と入院(所)中の状況 | 入院・入所先 | 施設名 | 棟 | 室 | | |
| | 今後の医学管理 | 医療機関名： | | 方法 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 | |
| | 現在治療中の疾患 | ① | ② | ③ | 疾患の状況 *番号記入 安定() 不安定() | |
| | 移動手段 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 排泄方法 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ () | | | | |
| | 入浴方法 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず | | | | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 () | | UDF等の食形態区分 | | |
| | 嚥下機能(むせ) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に) | | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総) | |
| | 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 | | 入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 口腔ケア | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 () | | 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | |
| 認知・精神 | <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| ② 受け止め/意向 | <本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方 | 本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | <本人> 退院後の生活に関する意向 | | | | | |
| | <家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方 | | | | | |
| | <家族> 退院後の生活に関する意向 | | | | | |

2. 課題認識のための情報

| | | | |
|---|---|--|-------------|
| ③ 退院後に必要な事柄 | 医療処置の内容 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 看護の視点 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | リハビリの視点 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 禁忌事項 | (禁忌の有無) | (禁忌の内容/留意点) |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 症状・病状の予後・予測 | | | |
| 退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等) <small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small> | | | |
| 在宅復帰のために整えなければならない要件 | | | |
| 回目 | 聞き取り日 | 情報提供を受けた職種(氏名) | 会議出席 |
| 1 | 年 月 日 | | 無・有 |
| 2 | 年 月 日 | | 無・有 |
| 3 | 年 月 日 | | 無・有 |

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

概要

【全サービス★】

- 運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、以下の見直しを行う。【省令改正、告示改正、通知改正】
 - ・ 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - ・ 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。

1. 総論
2. 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応
3. 居宅等における対応
- 4. 介護保険施設や認知症GH等における対応**
5. 入院医療機関における対応

各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度

| サービス種類 | サービス名称 | 利用者数 | | | | | | | | | | Ⅲ以上の者の割合 (Ⅲ以上／総数) |
|-----------|------------------|-----------|----------------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|-------|---------|----------------------|
| | | 総数 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | | | | | |
| | | | 自立 | I | Ⅱ a | Ⅱ b | Ⅲ a | Ⅲ b | Ⅳ | M | 不詳 | |
| 訪問 | 訪問介護 | 1,035,621 | 83,420 | 159,283 | 154,388 | 269,545 | 139,399 | 25,571 | 27,615 | 2,913 | 173,487 | 18.9% |
| | 訪問入浴介護 | 66,592 | 8,899 | 10,027 | 4,742 | 10,758 | 11,754 | 2,346 | 7,695 | 878 | 9,493 | 34.0% |
| | 訪問看護 | 566,885 | 54,165 | 91,977 | 73,496 | 138,691 | 74,583 | 14,194 | 21,338 | 1,924 | 96,517 | 19.8% |
| | 訪問リハビリテーション | 110,667 | 17,679 | 24,047 | 14,435 | 22,248 | 10,410 | 1,714 | 2,897 | 305 | 16,932 | 13.8% |
| | 夜間対応型訪問介護 | 7,043 | 829 | 1,373 | 885 | 1,399 | 870 | 208 | 239 | 35 | 1,205 | 19.2% |
| | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 32,774 | 1,420 | 3,761 | 4,756 | 10,351 | 5,820 | 861 | 1,162 | 104 | 4,539 | 24.2% |
| 通所 | 通所介護 | 1,138,542 | 55,582 | 146,535 | 181,764 | 366,151 | 165,048 | 28,735 | 20,373 | 1,640 | 172,714 | 19.0% |
| | 地域密着型通所介護 | 406,268 | 22,418 | 53,821 | 65,208 | 126,775 | 55,377 | 9,567 | 6,813 | 541 | 65,748 | 17.8% |
| | 認知症対応型通所介護 | 50,473 | 154 | 930 | 3,972 | 15,883 | 15,366 | 3,451 | 3,713 | 267 | 6,737 | 45.2% |
| | 通所リハビリテーション | 419,173 | 43,360 | 84,616 | 72,390 | 110,069 | 35,676 | 5,327 | 3,769 | 346 | 63,620 | 10.8% |
| 多機能 | 小規模多機能型居宅介護 | 100,666 | 2,332 | 8,161 | 13,340 | 34,517 | 23,700 | 4,321 | 3,834 | 207 | 10,254 | 31.8% |
| | 看護小規模多機能型居宅介護 | 16,625 | 787 | 1,724 | 1,768 | 4,469 | 3,791 | 740 | 1,243 | 87 | 2,016 | 35.3% |
| 施設・居住 | 短期入所生活介護 | 285,531 | 8,253 | 25,599 | 29,984 | 87,238 | 72,583 | 15,171 | 12,059 | 689 | 33,955 | 35.2% |
| | 認知症対応型共同生活介護 | 209,499 | 442 | 3,216 | 13,774 | 64,236 | 73,626 | 15,123 | 15,669 | 815 | 22,598 | 50.2% |
| | 特定施設入居者生活介護 | 222,270 | 7,012 | 21,935 | 25,353 | 63,699 | 49,600 | 8,935 | 11,999 | 850 | 32,887 | 32.1% |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 8,071 | 156 | 663 | 923 | 2,278 | 2,011 | 368 | 390 | 23 | 1,259 | 34.6% |
| | 介護老人福祉施設サービス | 565,992 | 7,024 | 23,000 | 24,595 | 89,980 | 204,767 | 45,920 | 85,444 | 4,738 | 80,524 | 60.2% |
| | 地域密着型介護老人福祉施設 | 63,105 | 830 | 2,696 | 2,938 | 10,268 | 23,592 | 5,553 | 9,366 | 454 | 7,408 | 61.7% |
| | 介護老人保健施設サービス | 344,494 | 9,825 | 31,075 | 33,049 | 87,784 | 88,974 | 17,161 | 25,025 | 1,549 | 50,052 | 38.5% |
| | 介護療養型医療施設サービス | 10,852 | 159 | 382 | 380 | 1,149 | 2,951 | 577 | 3,185 | 296 | 1,773 | 64.6% |
| 介護医療院サービス | 38,503 | 583 | 1,722 | 1,695 | 4,659 | 10,624 | 2,297 | 10,220 | 791 | 5,912 | 62.2% | |

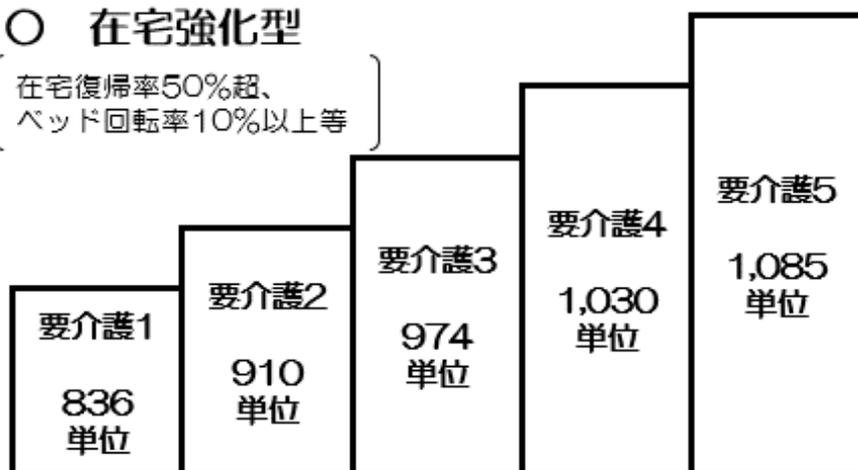
認知症専門ケア加算

| 要件等 | |
|-------|--|
| 加算 I | 3単位/日 (自立度Ⅲ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Ⅲ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 <ul style="list-style-type: none"> ・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を開催していること |
| 加算 II | 4単位/日 (自立度Ⅲ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 |
| | (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。 |

利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた
基本サービス費（多床室の場合）

○ 在宅強化型

在宅復帰率50%超、
ベッド回転率10%以上等



○ 基本型



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

利用開始日から30日以内の期間
(過去3か月間入所経験ない場合)
(30単位/日)

ターミナルケアの実施

死亡日以前31～45日：80単位
死亡日以前4～30日：160単位
前日・前々日：850単位
当日：1,700単位

在宅復帰・在宅療養支援

(I) 34単位(基本型に対する加算)
(II) 46単位(強化型に対する加算)

入所前後に退所後の居宅を訪問
して、施設サービス計画を策定
(I) 450単位/回 (II) 480単位/回

肺炎、尿路感染症、带状疱疹の 治療

(I) 239単位/日
(II) 480単位/日

短期集中的なリハビリテーショ
ンの実施 (240単位/日)

認知症短期集中的なリハビリ
テーションの実施 (240単位/日)
※週に3回を限度

栄養管理の強化

(11単位/日)

夜勤職員の手厚い配置

(24単位)

介護福祉士や常勤職員等を 一定割合以上配置

(サービス提供体制強化加算)

・介護福祉士8割以上等：22単位
・介護福祉士6割以上等：18単位
・介護福祉士5割以上等：6単位

介護職員処遇改善加算

I：3.9%・II：2.9%・III：1.6%

介護職員等特定処遇改善加算

(I) 2.1% (II) 1.7%

定員を超えた利用や人員配置
基準に違反 (▲30%)

身体拘束廃止未実施減算
(▲10%)

特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

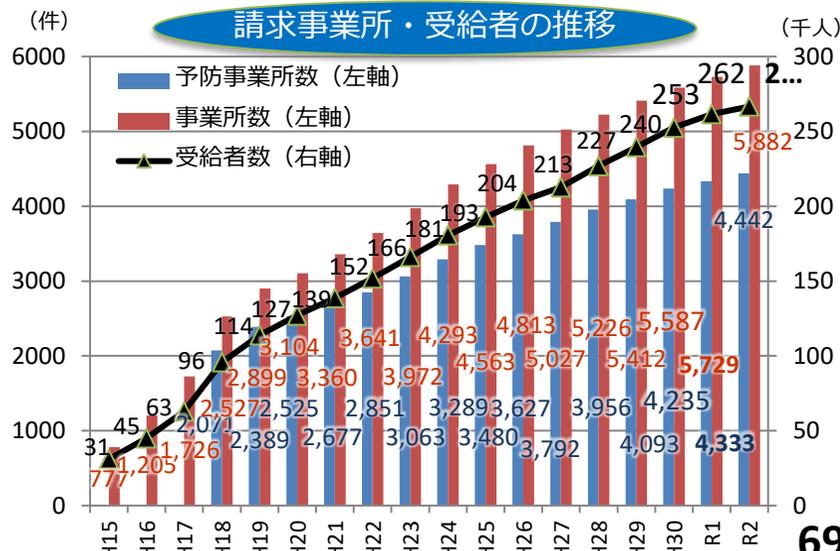
- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム ② 軽費老人ホーム（ケアハウス） ③ 養護老人ホーム
 - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

2. 人員基準

- 管理者— 1人 [兼務可] ○ 生活相談員— 要介護者等：生活相談員 = 100 : 1
- 看護・介護職員— ①要支援者：看護・介護職員 = 10 : 1 ②要介護者：看護・介護職員 = 3 : 1
 - ※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人
 - ※ 夜間帯の職員は1人以上
- 機能訓練指導員— 1人以上 [兼務可] ○ 計画作成担当者— 介護支援専門員 1人以上 [兼務可]
 - ※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室：・原則個室 ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ ・地階に設けない 等
- ② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造



出典：介護給付費等実態調査(各年度3月分(4月審査分)) ※「事業所数」は短期利用を除く。地域密着型を含む。

特別養護老人ホームについて

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 特別養護老人ホームは、要介護高齢者のための生活施設であり、入所者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を提供する。
- 1963年(昭和38年)の老人福祉法制定時に創設され、その後、2000年(平成12年)に介護保険法が制定された際、「介護老人福祉施設」として介護保険制度に組み込まれた。
- 定員29名以下のものは、「地域密着型特別養護老人ホーム(地域密着型介護老人福祉施設)」と呼ばれる。
- 令和3年10月審査分で、施設数は10,791施設、サービス受給者数は63.9万人である(令和3年介護給付費等実態統計)。

☆認可・指定の流れと施設基準

《認可権者》

都道府県・政令指定都市・中核市

《指定権者》

・定員30名以上の特養の場合

都道府県・政令指定都市・中核市

・定員29名以下の特養の場合

市町村

①認可申請



②老人福祉法上の「特別養護老人ホーム」として認可

③指定申請(介護保険サービスの提供を行いたい場合)



④介護保険法上の「介護老人福祉施設」として指定

《設置者》

【自治体関係】

○都道府県

○市町村

○地方独立行政法人

【自治体関係以外】

○社会福祉法人

○日本赤十字社

○厚生連



《人員配置基準》

- ・医師：必要数(従うべき基準)
- ・介護・看護職員：3:1(従うべき基準)
- ・機能訓練指導員：1人以上(従うべき基準)
- ・介護支援専門員：1人以上(従うべき基準)
- 等

《設備基準》

- ・居室定員：原則1人(参酌すべき基準)
- ・居室面積：1人当たり10.65㎡(従うべき基準)
- ・廊下の幅：原則1.8m以上、中廊下の幅は原則2.7m以上(参酌すべき基準)
- ・要介護者が入浴しやすい浴室の設置(参酌すべき基準)
- ・消火設備その他の非常災害時に必要な設備の設置(参酌すべき基準)
- 等

※上記のような運営基準(基準省令)は条例に委任されており、各自治体はその内容を踏まえ、基準条例を定めている。

※基準省令は、条例制定に当たり、「従うべき基準」(必ず適合しなければならない基準)、「参酌すべき基準」(十分参照しなければならない基準)と、拘束力に差異がある。

特別養護老人ホームの重点化

- 平成27年4月より、原則、特養への新規入所者を要介護3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。 【既入所者は継続して入所可能】
- 他方で、要介護1・2の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

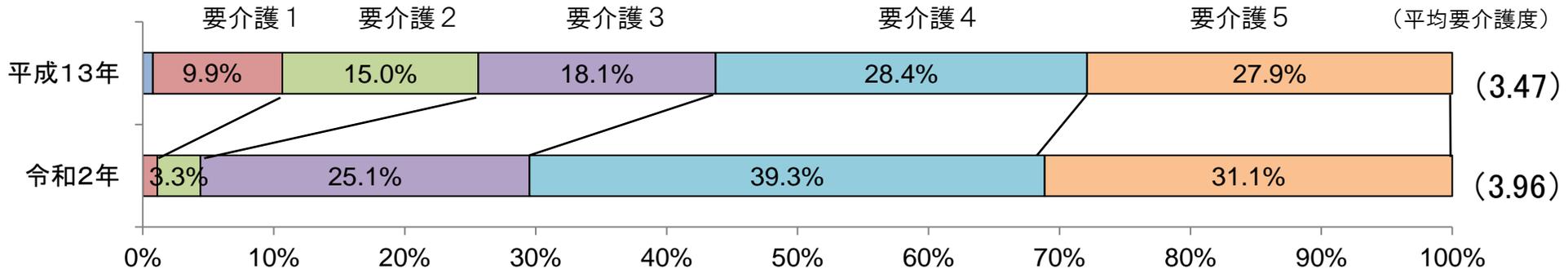
【要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項）】

- 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態。

要介護度別の特養入所者の割合

≪ 施設数：10,791施設 サービス受給者数：63.9万人（令和3年度） ≫

※介護給付費等実態統計(10月審査分)



※介護給付費等実態統計(旧:介護給付費実態調査)年次累計

特養の入所申込者の状況

(単位:万人)

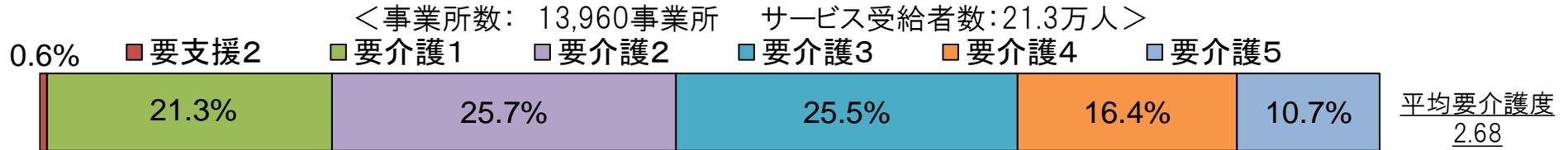
| | 要介護3~5 |
|--------|-----------------|
| 全体 | 25.3 |
| うち在宅の方 | 10.6 (41.9%) |

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(令和4年12月集計)

認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）について

【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。



出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」令和3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
- (※) 3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できることとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とする。

【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

| | 6 期末 | 7 期以降 | |
|---------|--------------------|-----------------|-----------------|
| | 実績値 (2018年3月実績) | 計画値 (2020年度) | 計画値 (2025年度) |
| 全国計 | 199,447 | 224,276 | 250,092 |
| 三大都市圏 | 72,376 | 83,696 | 97,628 |
| 三大都市圏以外 | 127,071 | 140,580 | 152,464 |

※三大都市圏は、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、滋賀

認知症施策推進大綱（抜粋）

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の促進

特に、認知症グループホーム（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みを進める。

認知症対応型共同生活介護の概要

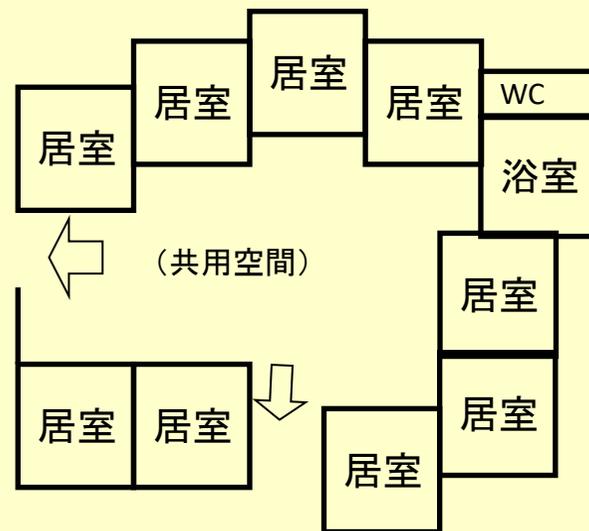
認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。



- 住宅地等に立地
 - 利用者一人一人の人格を尊重し、家庭的な環境の下で日常生活ができるよう、以下の職員を配置してサービスを提供
 - ・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
 - (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
- (※)3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できるとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とする。



共同生活住居(ユニット)のイメージ



- 1事業所あたり、原則として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
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- 居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

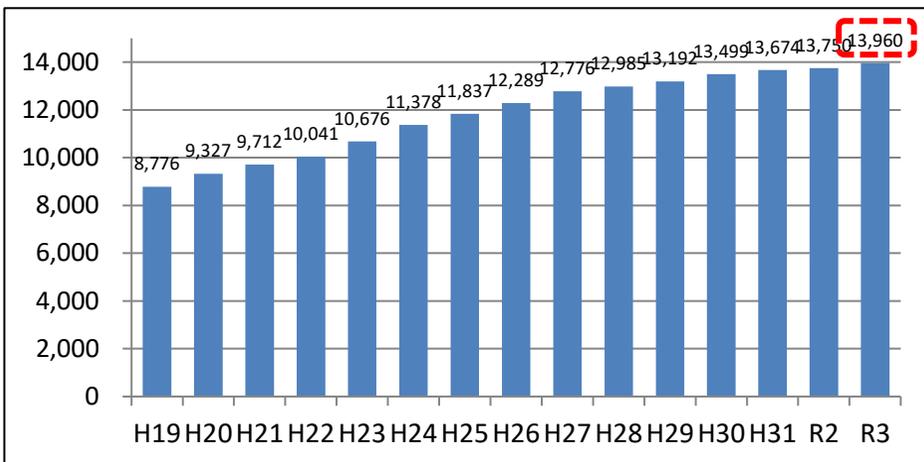
<地域との関わり>

- 利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成される運営推進会議を設置するとともに、外部の視点からも運営を評価する仕組みとなっている。

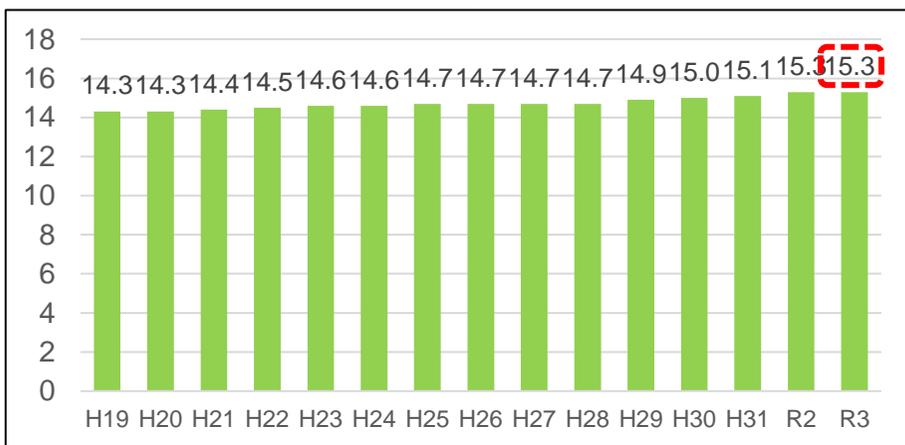
認知症対応型共同生活介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており13,960事業所、1事業所あたりの平均利用者数は横ばい傾向であったが、平成29年から微増しており15.3人となっている。
- 利用者数は約213,500人で、利用者の約53%が要介護3以上の中重度者である。

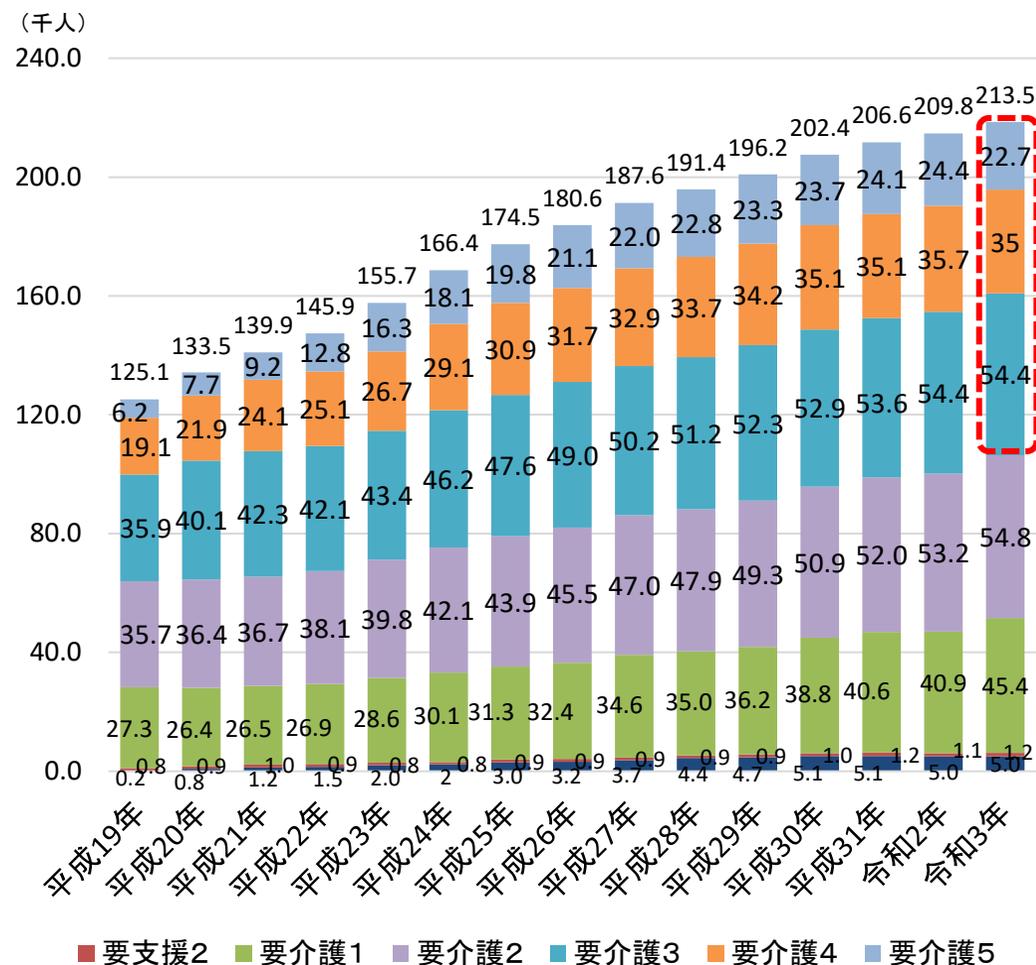
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移



■ 認知症対応型共同生活介護の受給者数（要介護度別）



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分)

緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実①

概要

【認知症対応型共同生活介護★】

令和3年度報酬改定

- 認知症グループホームにおいて、利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合等を要件とする定員を超えての短期利用の受入れ（緊急時短期利用）について、地域における認知症ケアの拠点として在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにする観点から、以下の見直しを行う。
- ・「1事業所1名まで」とされている受入人数の要件について、利用者へのサービスがユニット単位で実施されていることを踏まえ、「1ユニット1名まで」とする。【告示改正】
 - ・「7日以内」とされている受入日数の要件について、「7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」とする。【通知改正】
 - ・「個室」とされている利用可能な部屋の要件について、「おおむね7.43㎡/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」が確保される場合には、個室以外も認めることとする。【通知改正】

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり。括弧内は2ユニット以上の場合。今回改定後の単位数

要支援 2 788 (776) 単位

要介護 1 792 (780) 単位
要介護 2 828 (816) 単位要介護 3 853 (840) 単位
要介護 4 869 (857) 単位
要介護 5 886 (873) 単位

算定要件等

認知症グループホーム（定員を超える場合）（※1）

- 要件**
- ・利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合であること。
 - ・居宅サービス計画に位置づけられていないこと。
 - ・人員基準違反でないこと。
 - ・当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないこと。（※2）
 - ・事業を行う者が3年以上介護サービス運営している経験があること。
 - ・十分な知識を有する従業者が確保されていること。（※3）

部屋 個室（最低面積はないが、処遇上十分な広さを有していること）
（追加）個室以外（おおむね7.43㎡/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ）

日数 7日以内 ⇒ 7日以内（利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内）

人数 1事業所1名まで ⇒ 1ユニット1名まで

- （※1）定員超過利用による減算の対象とはならない
（※2）短期利用の利用者も含めて、当該利用者の利用期間を通じて人員基準を満たしている場合
（※3）認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践研修のうち「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は認知症介護指導者養成研修の修了者

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ついて、地域の特性に応じたサービスの整備・提供を促進する観点から、ユニット数を弾力化するとともに、サテライト型事業所の基準を創設する。【省令改正】
- ア 認知症グループホームは地域密着型サービス（定員29人以下）であることを踏まえ、経営の安定性の観点から、ユニット数について、「原則1又は2、地域の実情により事業所の効率的運営に必要と認められる場合は3」とされているところ、これを「1以上3以下」とする。
- イ 複数事業所で人材を有効活用しながら、より利用者に身近な地域でサービス提供が可能となるようにする観点から、サテライト型事業所の基準を創設する。
同基準は、本体事業所との兼務等により、代表者、管理者を配置しないことや、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ができるようにするなど、サテライト型小規模多機能型居宅介護の基準も参考にしつつ、サービス提供体制を適切に維持できるようにするため、サテライト型事業所のユニット数については、本体事業所のユニット数を上回らず、かつ、本体事業所のユニット数との合計が最大4までとする。

基準（ア）

< 現行 >

共同生活住居（ユニット）の数を1又は2とする。
ただし、用地の確保が困難であることその他地域の実情により事業所の効率的運営に必要と認められる場合は、共同生活住居の数を3とすることができる。

< 改定後 >

共同生活住居（ユニット）の数を1以上3以下とする。

基準（イ）

本体事業所

サテライト型事業所

（新設）

| | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|---|-------------------|-------------------|
| 人員 | 代表者 | 認知症の介護従事経験若しくは保健医療・福祉サービスの経営経験があり、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者 | → 本体の代表者 | |
| | 管理者 | 常勤・専従であって、3年以上認知症の介護の従事経験がある認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者 | → 本体の管理者が兼務可能 | |
| | 介護従業者 | 日中 | 常勤換算方法で3：1以上 | 常勤換算方法で3：1以上 |
| | | 夜間 | 時間帯を通じてユニットごとに1以上 | 時間帯を通じてユニットごとに1以上 |
| 計画作成担当者 介護支援専門員 | 介護支援専門員であって、認知症介護実践者研修を修了した者 1以上 | → 認知症介護実践者研修を修了した者 | 1以上 | |

※ 代表者・管理者・介護支援専門員である計画作成担当者は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

| | | |
|----------|---|----------|
| 立地 | 住宅地等の地域住民との交流の機会が図られる地域 | 本体事業所と同様 |
| 併設事業所の範囲 | 家庭的な環境と地域住民との交流の下にサービスが提供されると認められる場合、広域型特別養護老人ホーム等と同一建物に併設も可能 | |
| 居室 | 7.43㎡（和室4.5畳）以上で原則個室 | |
| その他 | 居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備 | |

※ 以下はサテライト型事業所に係る特有の要件等

| | | | |
|-----|------------------------|--------------|---|
| 設備等 | サテライト型事業所の 本体となる事業所 | - | → 認知症グループホーム ※ 事業開始後1年以上の本体事業所としての実績を有すること、又は、入居者が当該本体事業所において定められた入居定員の100分の70を超えたことがあること |
| | 本体事業所とサテライト型事業所との距離等 | - | 自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離 本体事業所と同一建物や同一敷地内は不可 |
| | 指定 | - | → 本体、サテライト型事業所それぞれが受ける ※ 医療・介護・福祉サービスについて3年以上の実績を有する事業者であること ※ 予め市町村に設置される地域密着型サービス運営委員会等の意見を聴くこと |
| | ユニット数 | 1以上3以下（前頁参照） | → 本体事業所のユニット数を上回らず、かつ、本体事業所のユニット数との合計が最大4まで（次頁参照） |
| | 1ユニットの入居定員 | 5人以上9人以下 | 5人以上9人以下 |
| | 介護報酬 | - | → 通常の（介護予防）認知症対応型共同生活介護の介護報酬と同額 ※ 本体事業所とサテライト事業所はそれぞれのユニット数に応じた介護報酬を算定 |

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、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の医療的ケアが必要な者の受入実績要件（前12月間において喀痰吸引又は経腸栄養が行われている者が1人以上）について、喀痰吸引・経腸栄養に加えて、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、他の医療的ケアを追加する見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

※追加する医療的ケアは下線部

| | | 医療連携体制加算(Ⅰ) | 医療連携体制加算(Ⅱ) | 医療連携体制加算(Ⅲ) |
|------|----------------|--|---|---|
| 単位数 | | 39単位/日 | 49単位/日 | 59単位/日 |
| 算定要件 | 看護体制要件 | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。 | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。 | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。 |
| | 医療的ケアが必要な者受入要件 | — | <ul style="list-style-type: none"> 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。 (1) 喀痰(かくたん)吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態 <u>(3) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</u> <u>(4) 中心静脈注射を実施している状態</u> <u>(5) 人工腎臓を実施している状態</u> <u>(6) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</u> <u>(7) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態</u> <u>(8) 褥瘡に対する治療を実施している状態</u> <u>(9) 気管切開が行われている状態</u> | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること |
| | 指針の整備要件 | <ul style="list-style-type: none"> 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 | | |

※1 別区分同士の併算定は不可。

※2 介護予防は含まない。

行動・心理症状（BPSD）等への適切な対応

- 認知症の人に**行動・心理症状（BPSD）**や**身体合併症等が見られた場合**にも、**医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施**されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応を固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築。その際、認知症の専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。

①行動・心理症状（BPSD）

- 行動・心理症状（BPSD）は**身体的要因や環境要因が関与**することもある。
- 早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状（BPSD）を予防。行動・心理症状（BPSD）が見られた場合も**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**。
- 専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場と長期的・継続的な生活支援サービスを提供する場の**適切な役割分担**が望まれる。
- **入院が必要な状態**を一律に明確化することは困難であるが、①妄想（被害妄想など）や幻覚（幻視、幻聴など）が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、**本人等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる**。

②身体合併症

- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、**身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる**。
- 入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる**看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵**。

- BPSDの予防やリスク低減、現場におけるケア手法の標準化に向けて、現場で行われているケアの事例収集やケアレジストリ研究、ビッグデータを活用した研究など**効果的なケアのあり方に関する研究を推進**。

- 「**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）**」
- 「**認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン**」の普及
- **かかりつけ医、歯科医師、薬剤師などに対する認知症対応力向上研修を推進**

- **病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修を推進**
- **介護老人保健施設等の先進的な取組**を収集し、全国に紹介することで、**認知症リハビリテーションを推進**

病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修に関するKPI/目標

| | 実績（R3） | KPI/目標 |
|-----------------------------|--------|-----------|
| 病院勤務の医療従事者 | 18.8万人 | 30万人 |
| 看護師等（病院） | 2.5万人 | 4万人 |
| 看護師等（診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等） | - | 実態を踏まえて検討 |

身体拘束ゼロへの取組

国

- 身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催(平成12年6月、平成13年3月・12月)
- 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及(平成13年度)

都道府県

- 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催(平成13年度～)^{※1}
- 身体拘束相談窓口の設置(平成13年度～平成17年度)^{※2}
- 相談員養成研修の実施(平成13年度～平成17年度)^{※2}
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成14年度～平成17年度)^{※2}
- 権利擁護推進員養成研修・看護職員研修の実施(平成17年度～)^{※1}
- 身体拘束廃止事例等報告検討会の開催(平成18年度～)^{※1}

※1 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行 ※2 平成18年度以降は介護保険法上の「地域支援事業」に移行

市町村

- 身体拘束相談窓口の設置(平成18年度～)^{※3}
- 相談員養成研修の実施(平成18年度～)^{※3}
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成18年度～)^{※3}

※3 介護保険法上の「地域支援事業」として実施

施設

- 介護保険指定基準上、原則身体拘束禁止を規定(平成12年度)
- 介護報酬上、身体拘束廃止未実施減算を新設(平成18年度)
- 身体的拘束適正化検討委員会の定期的開催・減算率の見直し等(平成30年度)

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

○ 介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者(利用者)の行動を制限する行為」で、具体的には次のような行為を指す。

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要

1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

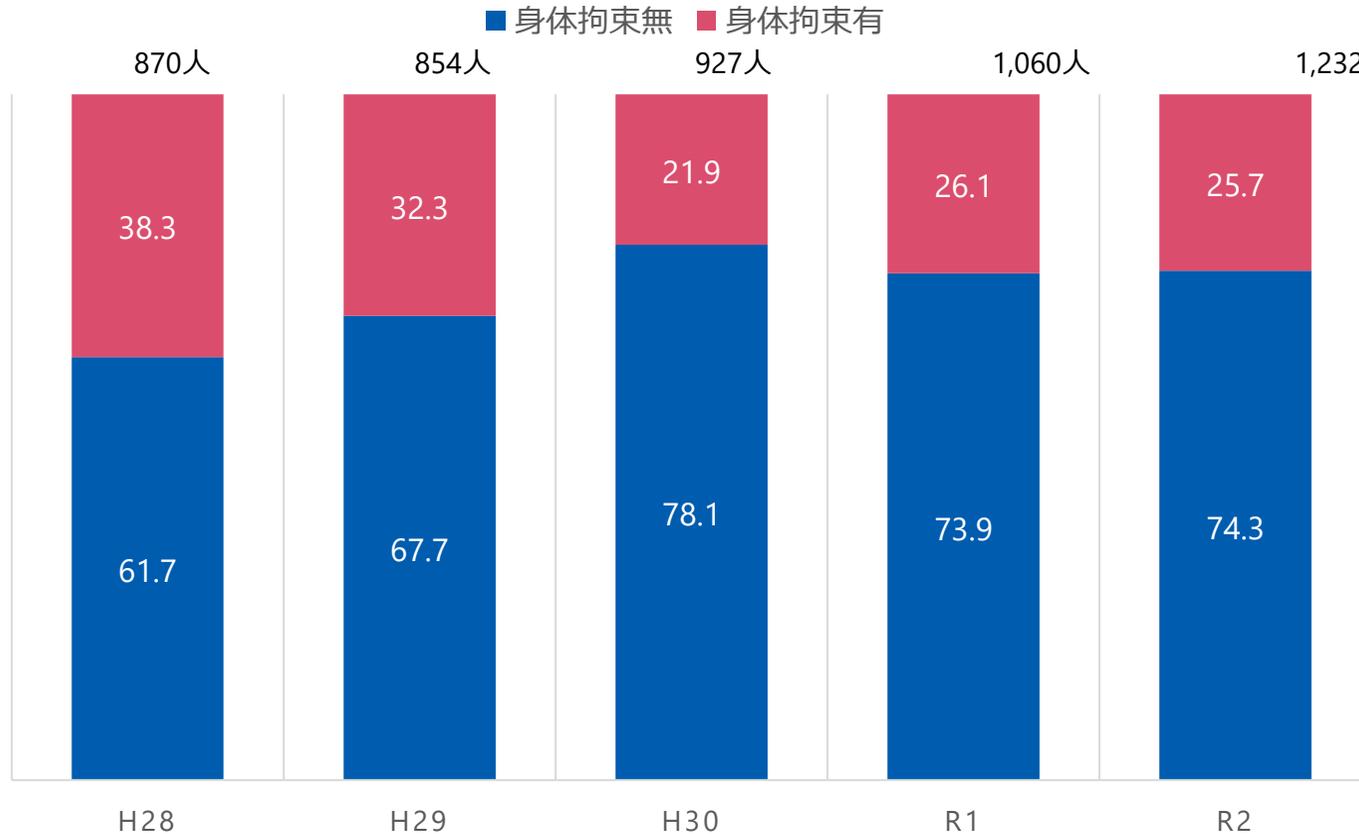
※留意事項

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断することが必要がある。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- ・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている。

養介護施設従事者等による身体拘束

- 養介護施設従事者等による虐待を受けている高齢者のうち、緊急やむを得ない場合に規定されている手続きを経ていない養介護施設従事者等による身体拘束(身体的虐待)が、例年2割から3割発生し続けている。

養介護施設従事者等による身体拘束の有無の割合(%)



※ 養介護施設従事者等：特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、認知症多機能型居宅介護、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、短期入所施設、訪問看護、通所介護、居宅介護支援等の業務に従事する者

身体拘束がもたらす多くの弊害

○身体的弊害

- ・ 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害
- ・ 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害
- ・ 転倒や転落事故、窒息などの大事故を発生させる危険性

○精神的弊害

- ・ 本人は縛られる理由も分からず、生きる意欲を奪われる。
- ・ 不安、怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発
- ・ 家族に与える精神的苦痛、罪悪感や後悔

○社会的弊害

- ・ 看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くこと。また、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすおそれがあること。
- ・ 身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人のQOLを低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも影響をもたらす。

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

- 身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額する。

各種の施設系サービス、居住系サービス

- 身体拘束廃止未実施減算について、平成30年度介護報酬改定において、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等を義務づけ、その未実施の場合の減算率の見直しを行った。

| | | | |
|-------------|---------|---|--------------------------|
| | <改定前> |  | <改定後（現行）>（※居住系サービスは「新設」） |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 5単位／日減算 | | 10%／日減算 |

【見直し後の基準（追加する基準は下線部）】

身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

1. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
2. 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
3. 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
4. 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、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における上記の委員会については、運営推進会議を活用することができる。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第11条 第4項

指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため**緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為**（以下「身体的拘束等」という。）**を行ってはならない。**

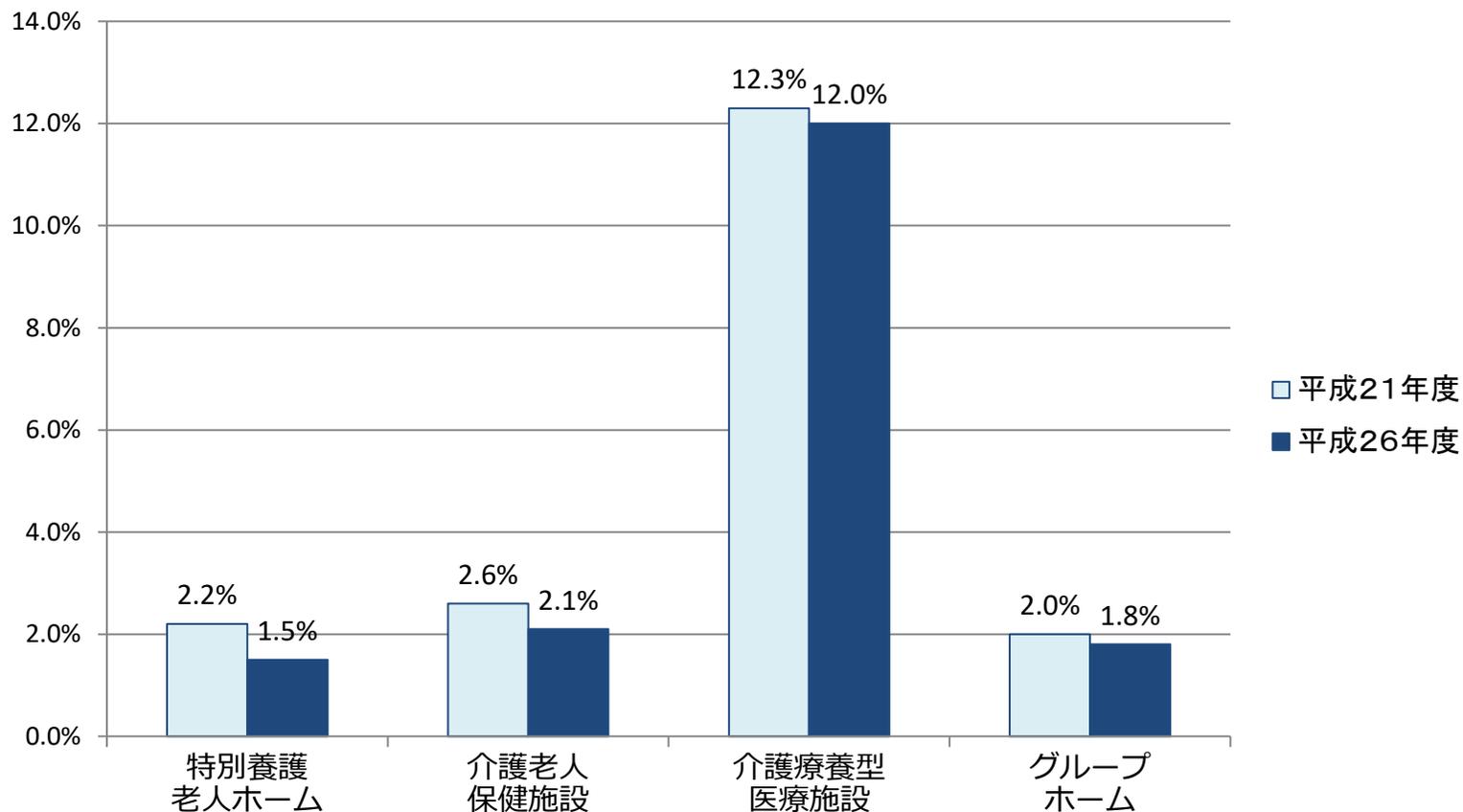
身体的拘束廃止減算の算定状況

- 介護保険施設等の各サービスにおける身体拘束廃止減算の算定状況は以下の通り。
- 同減算の算定率は1%以下となっている。

| サービス種別 | 事業所数 | | 減算請求事業所数 | | 算定率 | |
|----------------------|-------|---------|----------|------|------|--------|
| | R3.7 | R4.7 | R3.7 | R4.7 | R3.7 | R4.7 |
| 特定施設入居者生活介護 | 5581 | 5729 ↑ | 3 | 8 ↑ | 0.1% | 0.1% → |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 4430 | 4481 ↑ | 1 | 7 ↑ | 0.0% | 0.2% ↑ |
| 認知症対応型共同生活介護 | 14035 | 14098 ↑ | 19 | 11 ↓ | 0.1% | 0.1% → |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 983 | 930 ↓ | 8 | 5 ↓ | 0.8% | 0.5% ↓ |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 355 | 357 ↑ | 1 | - | 0.3% | - |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2468 | 2493 ↑ | - | 2 ↑ | - | 0.1% ↑ |
| 介護老人福祉施設サービス | 8309 | 8376 ↑ | 3 | 3 → | 0.0% | 0.0% → |
| 介護老人保健施設サービス | 4234 | 4213 ↓ | - | - | - | - |
| 介護療養型医療施設介護療養施設サービス | 430 | 284 ↓ | - | - | - | - |
| 介護医療院サービス | 600 | 724 ↑ | - | - | - | - |

介護保険関連施設での身体拘束における拘束率

○ 介護保険関連施設での入所者に占める身体拘束されている者の割合は、いずれも減少傾向。

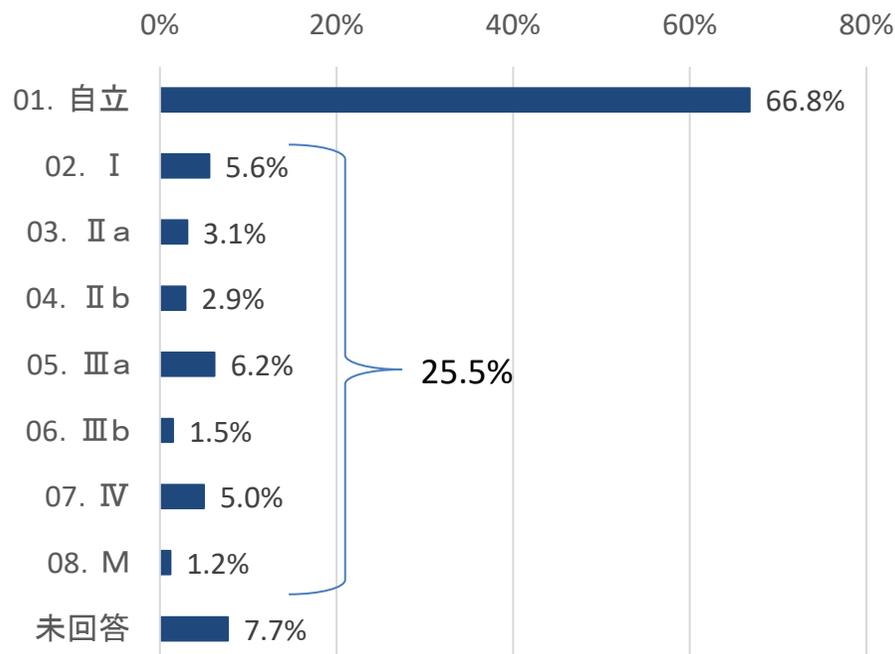


1. 総論
2. 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応
3. 居宅等における対応
4. 介護保険施設や認知症GH等における対応
- 5. 入院医療機関における対応**

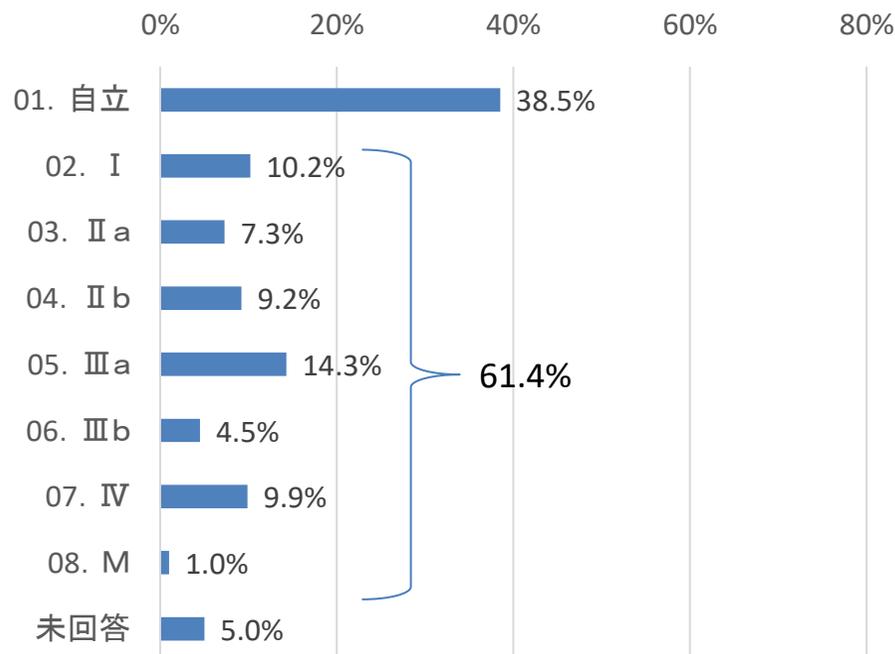
入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度が I 以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■ 急性期一般入院料等



■ 地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



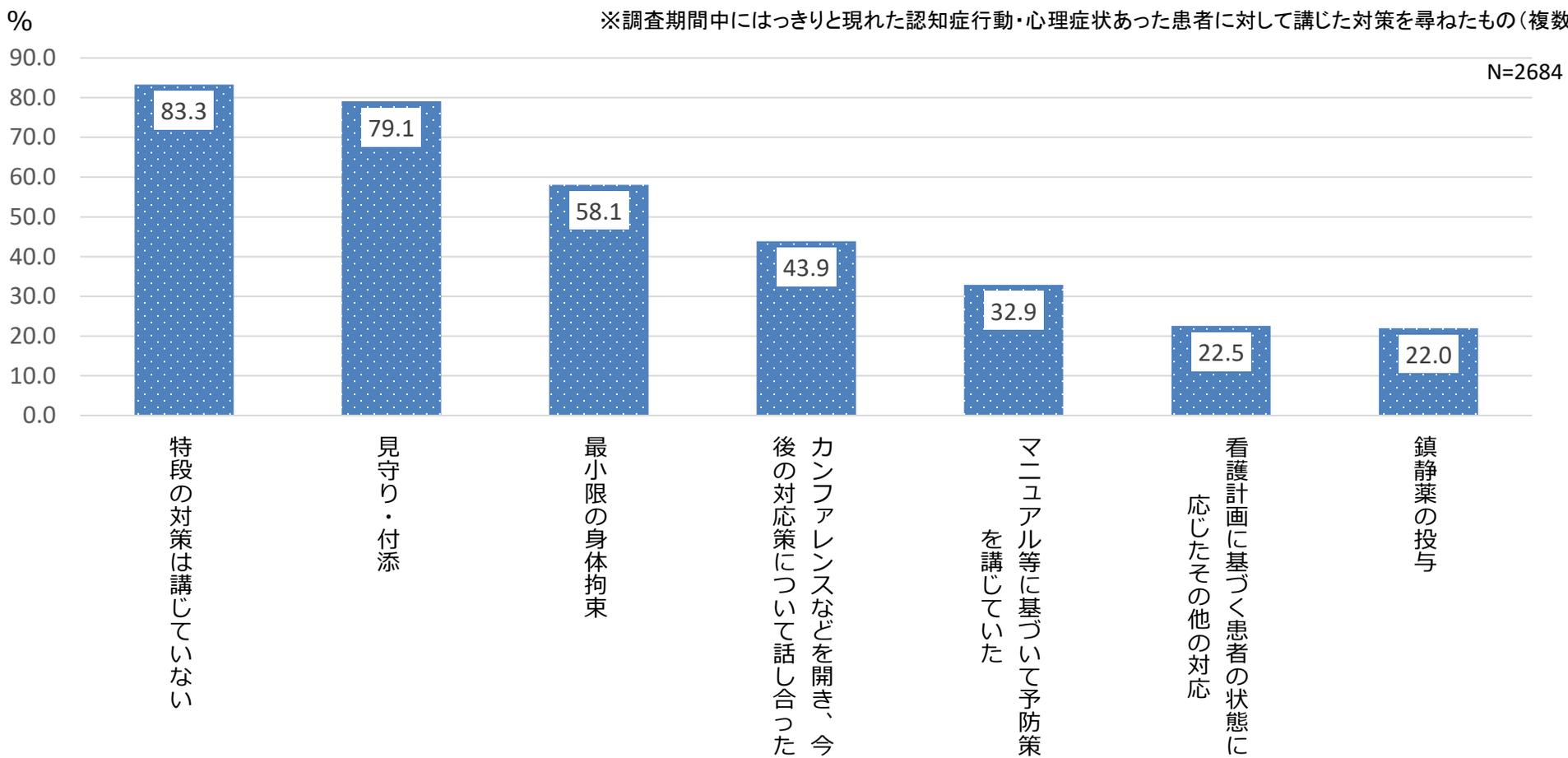
| ランク | 判定基準 | 見られる症状・行動の例 |
|--------------|--|---|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | |
| II | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | |
| II a | 家庭外で上記 II の状態が見られる。 | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等 |
| II b | 家庭内でも上記 II の状態が見られる。 | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等 |
| III | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 | |
| III a | 日中を中心として上記 III の状態が見られる。 | 着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
| III b | 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。 | ランク III a に同じ |
| IV | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランク III に同じ |
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等 |

BPSD(行動・心理症状)に対する看護職員の対応

○ 一般病棟7対1において、BPSD(行動・心理症状)が出現した患者に対しては、「特段の策は講じていない」ことが多く、講じた対策としては、「見守り・付添」「最小限の身体拘束」が多かった。「カンファレンスなどを開き、今後の対応策について話し合った」「マニュアル等に基づいて予防策を講じていた」「看護計画に基づく患者の状態に応じたその他の対応」は、それぞれ5割以下であった。

<BPSD(行動・心理症状)が出現した患者に講じた対策(一般病棟7対1)>

※調査期間中にはっきりと現れた認知症行動・心理症状あった患者に対して講じた対策を尋ねたもの(複数回答)

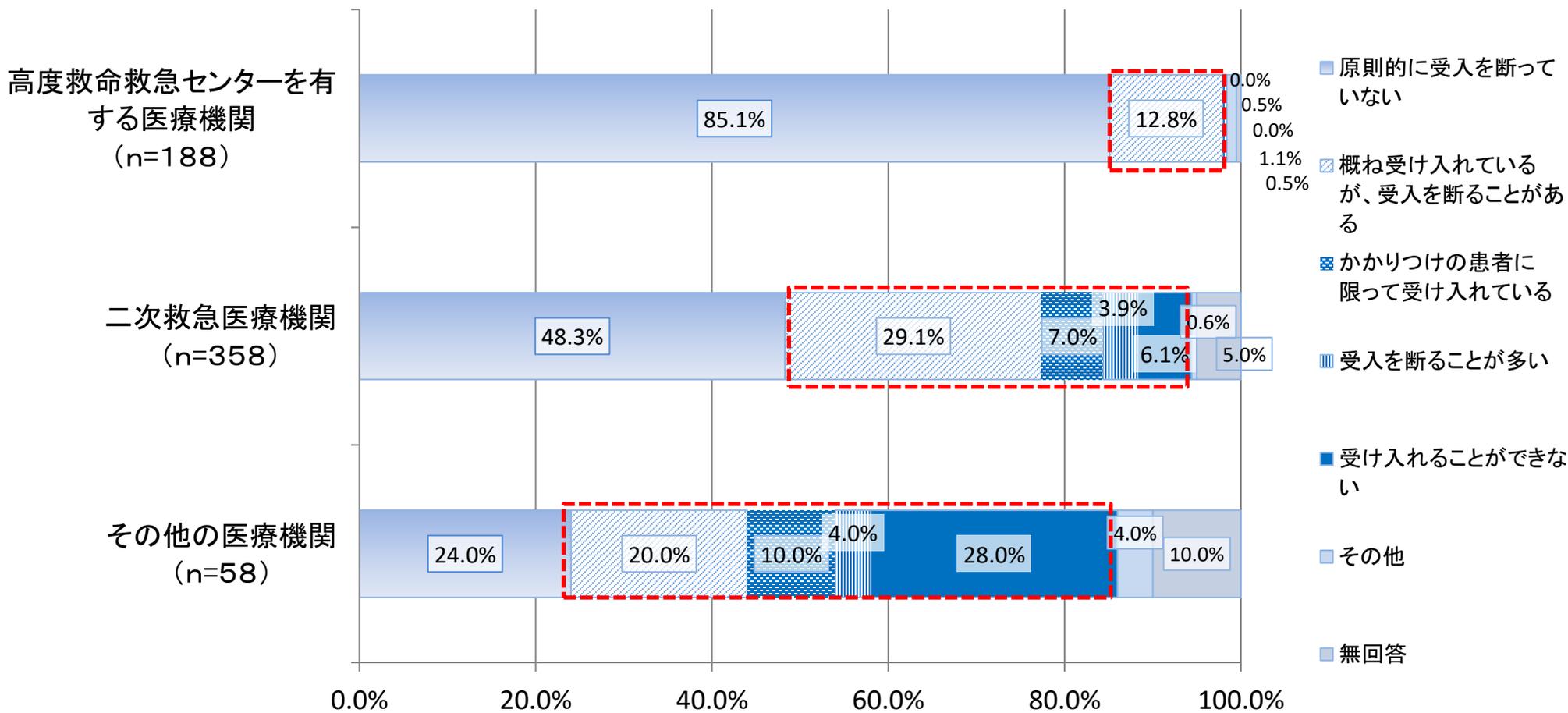


出典：保険局医療課調べ (DPC対象病院)

認知症の合併をもつ救急患者の受入状況

- 認知症を合併した救急患者は、約半数の二次救急医療機関で受け入れられないことがあるとされるなど、急性期医療機関への受け入れが忌避されやすい傾向にあった。

＜受入対応方針（認知症の合併）＞



出典：平成26年度診療報酬改定検証調査（救急医療の実施状況）速報

認知症患者の家族からみた医療機関での認知症患者への対応

- 認知症患者が、身体疾患により医療機関を受診し入院となった際に、「問題があった」と回答した患者の家族は約5割であり、その内容は、「家族の付き添いを求められた」、「身体拘束された」、「身体機能が低下し、介護が大変になった」等であった。

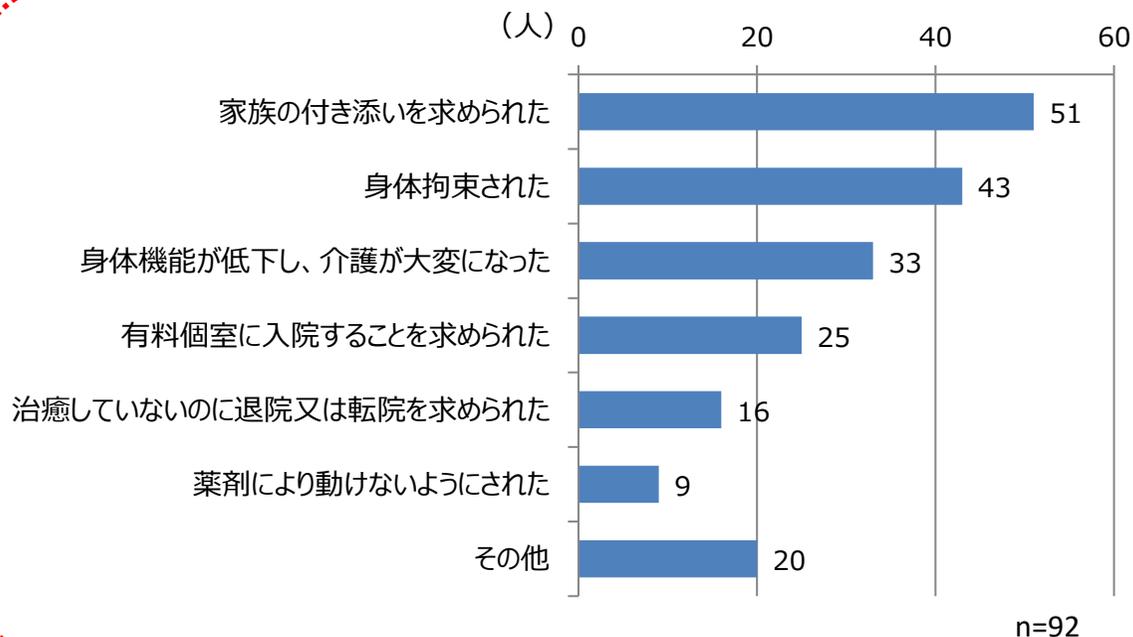
<入院において治療は問題なく受けられたか>

※身体疾患により医療機関受診歴ありと答えのうち、
受診の結果入院となったと回答した人が対象

(n=179人)

| 入院において治療は 問題なく受けられたか | |
|-------------------------|-----|
| 問題なく受けられた | 49% |
| 問題があった | 51% |

<入院において「問題があった」場合、どんな問題だったか(複数回答)>



出典：平成26年度 長寿医療研究開発費「認知症の救急医療の実態に関する研究」分担研究報告を元に作成したもの

分担研究：家族会家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する全国調査の解析. 栗田主一 (東京都健康長寿医療センター)

認知症患者の入院日数と在宅復帰率

○ 「認知症あり」の患者の方が、「認知症なし」の患者よりも入院日数が長く、在宅復帰率が低い傾向にあった。

＜認知症の有無別の入院日数の平均＞

単位：日

| | 7対1 (一般・専門・特定) | 10対1 (一 般・専門・特 定) | 13対1 | 15対1 | 地域包括ケ ア | 回復期 リハ | 療養 1 | 療養 2 |
|--------------|-------------------|-------------------------|------|------|------------|-----------|-------|-------|
| 全体 n=8042 | 17.8 | 20.6 | 34.2 | 39.2 | 43.7 | 67.8 | 203.5 | 284.3 |
| 認知症あり n=1133 | 23.8 | 29.4 | 58.7 | 45.2 | 45.1 | 69.3 | 240.9 | 399.5 |
| 認知症なし n=6909 | 17.1 | 19.0 | 25.2 | 35.4 | 42.8 | 66.9 | 123.3 | 178.2 |

＜認知症の有無別の在宅復帰率＞

| | 7対1 (一般・専門・特定) | 10対1 (一 般・専門・特 定) | 13対1 | 15対1 | 地域包括ケ ア | 回復期 リハ | 療養 1 | 療養 2 |
|--------------|-------------------|-------------------------|-------|-------|------------|-----------|-------|-------|
| 全体 n=7769 | 81.0% | 80.5% | 77.2% | 60.0% | 80.8% | 69.1% | 36.1% | 39.1% |
| 認知症あり n=1087 | 57.3% | 55.2% | 52.0% | 32.6% | 64.1% | 52.9% | 29.7% | 20.6% |
| 認知症なし n=6682 | 83.8% | 85.0% | 86.6% | 77.0% | 91.7% | 78.0% | 50.0% | 57.1% |

認知症ケア加算の概要

認知症ケア加算(1日につき)

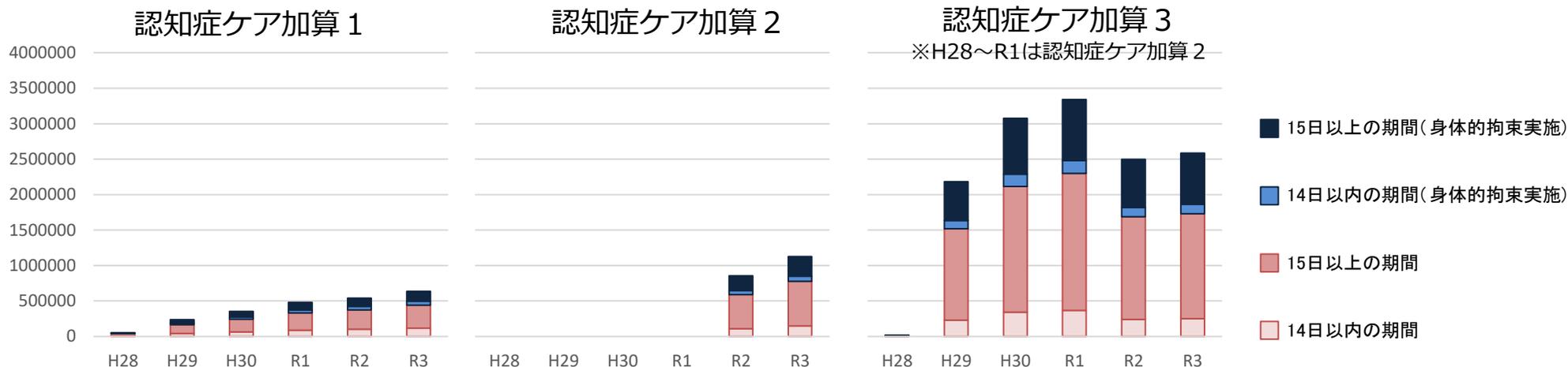
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 150点 □ 15日以上の間 30点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 100点 □ 15日以上の間 25点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 40点 □ 15日以上の間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

| | | 認知症ケア加算 1 | 認知症ケア加算 2 | 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 |
| 算定対象 | | 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く） | | |
| 主な算定要件 | 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 | | |
| | 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 |
| | 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） ・認知症ケアの実施状況把握 | 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 - |
| 主な施設基準 | 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） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士 | 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） | - |
| | 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名は院内研修で可） | |
| | 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 |

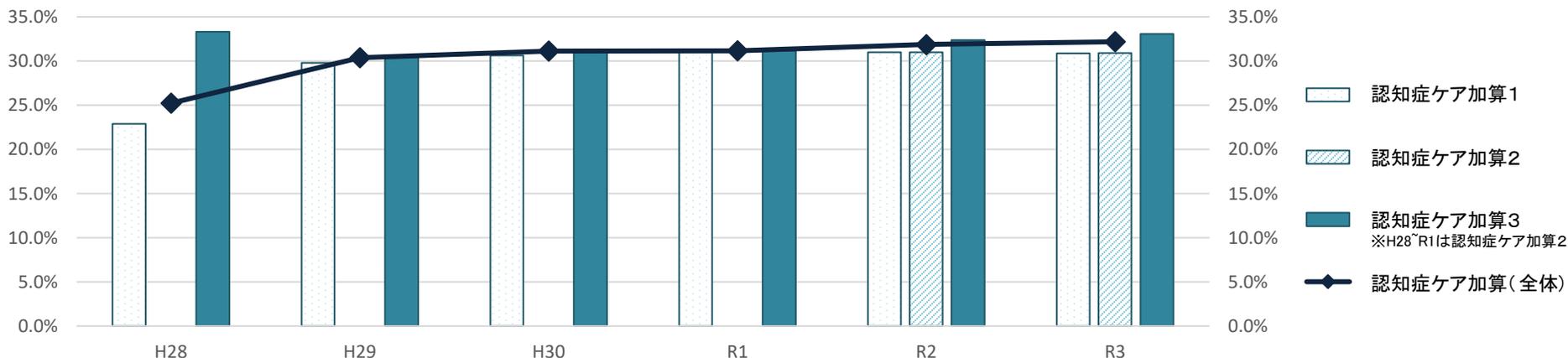
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の算定回数は年々増加している。
- 認知症ケア加算の全算定回数のうち、身体的拘束を実施した日の割合は約3割であり、やや増加傾向である。

■ 認知症ケア加算の算定回数の推移（各年6月審査分）



■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年6月審査分の算定回数）



認知症患者への適切な医療の評価①

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

| | | | | |
|-----|----------|---|----------|-------------|
| (新) | 認知症ケア加算1 | イ | 14日以内の期間 | 150点(1日につき) |
| | | ロ | 15日以上期間 | 30点(1日につき) |
| | 認知症ケア加算2 | イ | 14日以内の期間 | 30点(1日につき) |
| | | ロ | 15日以上期間 | 10点(1日につき) |



- ・身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- ・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

認知症ケア加算1

- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該保険医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

【施設基準】

認知症ケア加算1

- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

認知症ケア加算2

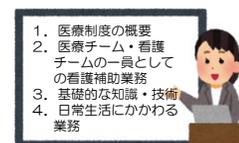
- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置すること。
- ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

➤ 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。

- ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
- ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

➤ 療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。

[施設基準]

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1以上であること。
- ② ADL区分3の患者を5割以上入院させる病棟であること。



認知症対策の充実

認知症ケア加算の見直し

➤ 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

| 現行 | | | |
|----------|---|------|-------|
| 認知症ケア加算1 | イ | 150点 | ロ 30点 |
| 認知症ケア加算2 | イ | 30点 | ロ 10点 |



| 改定後 | | | |
|-----------------|---|-------------|--------------|
| 認知症ケア加算1 | イ | <u>160点</u> | ロ 30点 |
| <u>認知症ケア加算2</u> | イ | <u>100点</u> | ロ <u>25点</u> |
| 認知症ケア加算3 | イ | <u>40点</u> | ロ 10点 |

イ 14日以内の期間
ロ 15日以上期間

※ 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

① 専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合の評価として、認知症ケア加算2を新設する。

改定後

[認知症ケア加算2の施設基準]

- 認知症患者の診療に十分な経験を有する**専任の常勤医師**又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した**専任の常勤看護師**を配置 (※経験や研修の要件は加算1と同様)
- 原則として、全ての病棟に、**研修を受けた看護師を3名以上配置** (※研修の要件は加算3と同様)
- 上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言 等



② 認知症ケア加算3(現・加算2)について、研修を受けた看護師の病棟配置数を3名以上に増やす。

現行

[認知症ケア加算2の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置



改定後

[認知症ケア加算3の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を**3名以上**配置

※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行

[認知症ケア加算1の施設基準]

- 認知症ケアチームを設置
- ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験5年以上)
- イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了)
- ※ 16時間以上チームの業務に従事
- ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士



改定後

[認知症ケア加算1の施設基準]

- 認知症ケアチームを設置
- ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験3年以上)
- イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了)
- ※ 原則16時間以上チームの業務に従事
- ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士

せん妄予防の取組の評価

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【対象となる入院料】

| | |
|-------------------|------------------|
| 急性期一般入院基本料 | 特定集中治療室管理料 |
| 特定機能病院入院基本料(一般病棟) | ハイケアユニット入院医療管理料 |
| 救命救急入院料 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 |

[施設基準]

- (2) せん妄の **リスク因子の確認のためのチェックリスト** 及びハイリスク患者に対する **せん妄対策のためのチェックリスト** を作成していること。

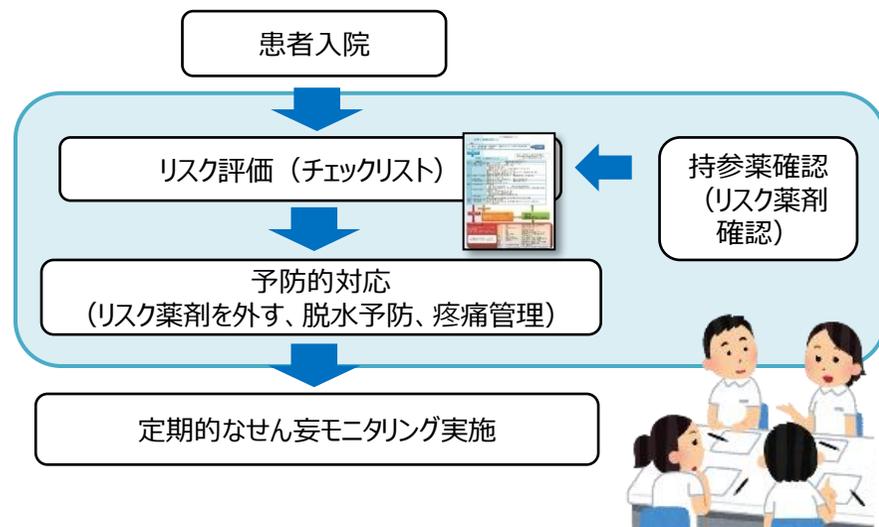
【せん妄のリスク因子の確認】

- 70歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤
- 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

- 認知機能低下に対する介入
- 脱水の治療・予防
- リスクとなる薬剤の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化
- 適切な睡眠管理
- 本人・家族への情報提供

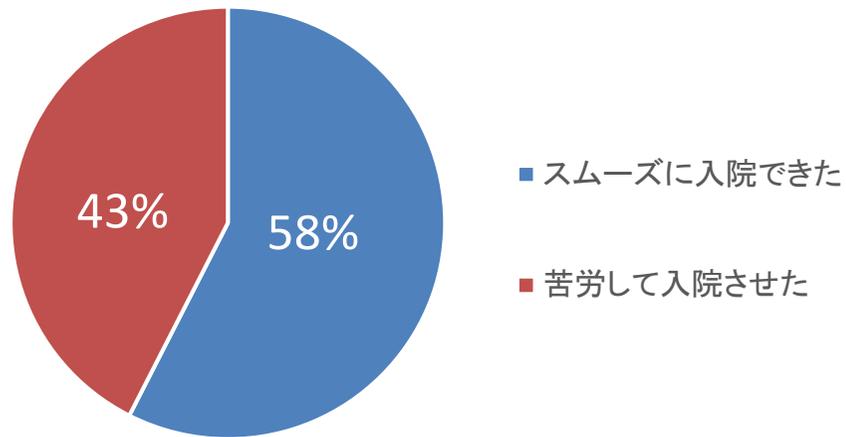
せん妄対策のイメージ



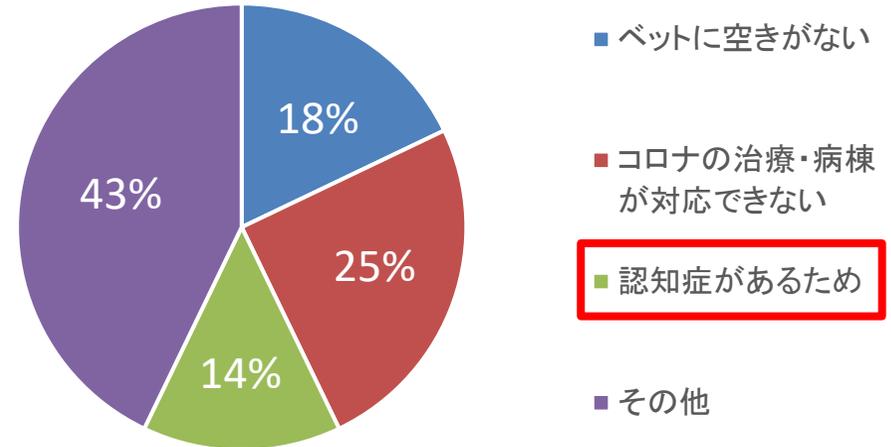
認知症グループホームにおける新型コロナウイルス感染症の影響について

○ 令和3年5～6月における認知症グループホームにおける新型コロナウイルス感染症について、認知症グループホーム協会による調査結果は以下の通り。

○第6波の時点で、入院がスムーズに行われたか (n=40)



○入院できなかった理由について (n=28)



認知症グループホームにおける新型コロナウイルス感染症 第6波の感染状況等調査

【調査対象】GH協会に所属する2,667事務所(管理者層)

【調査期間】2022年5月25日～6月15日

※有効回答数604件、有効回答率22.6%

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 感染症対策特別委員会

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



入退院支援加算の概要

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
入退院支援加算3 1,200点
 ➤ 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

| | 入退院支援加算1 | 入退院支援加算2 | 入退院支援加算3 |
|---|--|--|--|
| 退院困難な要因 | ア. 悪性腫瘍、 <u>認知症</u> 又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. <u>要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること</u> エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. <u>入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）</u> キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと | ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合 | ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態 |
| ①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施 | ①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施 | ①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施 | ①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手 |
| 入退院支援部門の設置 | 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 | | |
| 入退院支援部門の人員配置 | 入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置 | | 5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士 |
| 病棟への入退院支援職員の配置 | 各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上） | - | - |
| 連携機関との面会 | 連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること | - | - |
| 介護保険サービスとの連携 | 相談支援専門員との連携等の実績 | - | - |