

認知症への対応力強化 （地域包括ケアシステムの深化・推進）

1. 概況
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
4. 現状と課題及び論点



1. 概況

2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

認知症の種類(主なもの)

認知症にはその原因などにより、いくつか種類があります。

■ 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】

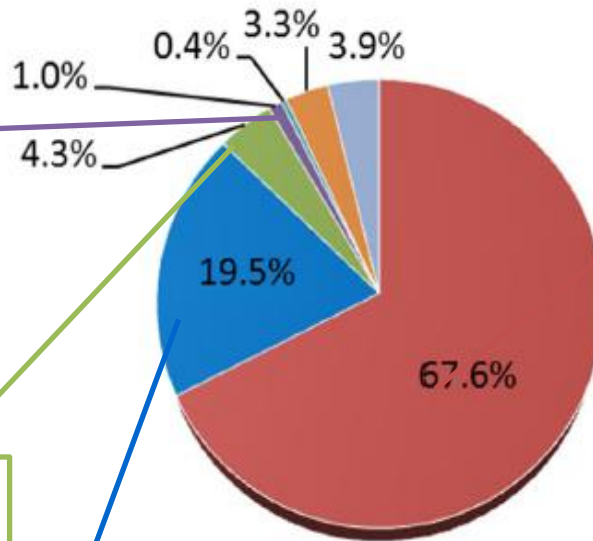
脳血管障害が起こるたびに段階的に進行します。また障害を受けた部位によって症状が異なります。

■ 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、脳に萎縮がおこります。

【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きます。



(その他の凡例)

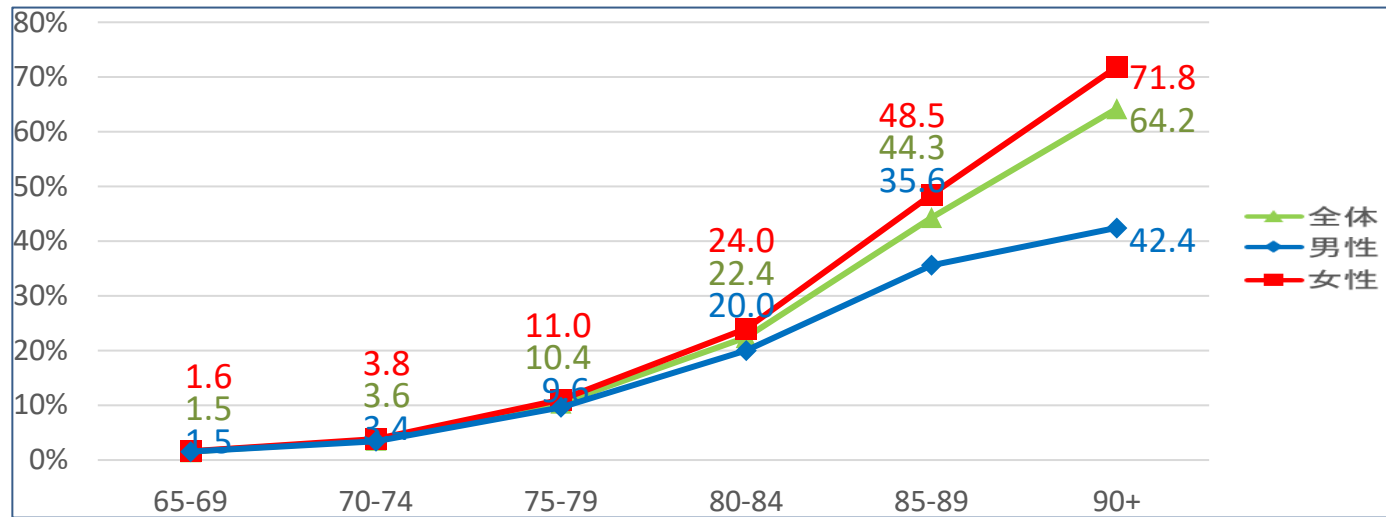
■ アルコール性

■ 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

年齢階級別の有病率について(一万人コホート年齢階級別の認知症有病率)



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 二宮利治(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%

「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。

認知症施策のこれまでの主な取り組み

- ① 平成12年に**介護保険法を施行**。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・介護保険の要介護（要支援）認定者数は、制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。
 - ・要介護となった原因の第1位は認知症。
- ② 平成16年に「痴呆」→「**認知症**」へ用語を変更。
- ③ 平成17年に「**認知症サポーター（※）**」の養成開始。
※90分程度の講習を受けて、市民の認知症への理解を深める。
- ④ 平成26年に**認知症サミット日本後継イベントの開催**。
※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑤ 平成27年に関係12省庁で**新オレンジプランを策定**。（平成29年7月改定）
- ⑥ 平成29年に**介護保険法の改正**。
※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑦ 平成30年12月に**認知症施策推進関係閣僚会議が設置**。
- ⑧ 令和元年6月に**認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定**。
- ⑨ 令和2年に**介護保険法の改正**。
 - ・国・地方公共団体の努力義務を追加（介護保険法第5条の2）
 - ・「認知症」の規定について、最新の医学の診断基準に則し、また、今後の変化に柔軟に対応できる規定に見直す。
- ⑩ 令和4年12月 **認知症施策推進大綱中間評価**
- ⑪ 令和5年6月 「**共生社会の実現を推進するための認知症基本法**」成立。

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

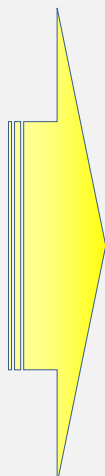
※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※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

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

2. 予防

(2) 予防に関するエビデンスの収集の推進

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

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

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

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

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

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(4) 医療・介護の手法の普及・開発

- BPSDは認知症の進行により必ず生じるものではなく、また、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもある。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則である。

こうした観点から、BPSDの予防やリスク低減、現場におけるケア手法の標準化に向けて、現場で行われているケアの事例収集やケアレジストリ研究、ビッグデータを活用した研究等をはじめとした効果的なケアのあり方に関する研究を推進する。

BPSDに投薬をもって対応するに当たっては、生活能力が低下しやすいことや服薬による副作用が生じやすいことなど高齢者の特性等を考慮した対応がなされる必要があり、「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」等の普及を図る。また、BPSDの予防に関するガイドラインや治療指針を作成し周知する。

- BPSDに対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続きが定められている。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法(平成9年法律第123号)の体系の中で、身体的拘束の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の適正な手続きが定められている。引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について検討する。

- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようすることが重要である。

このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する。

(5) 認知症の人の介護者の負担軽減の推進

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

(参考)共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

令和5年法律第65号
令和5年6月14日成立

1.目的

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

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

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁**となるものを**除去**することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ **認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。**
- ⑤ **認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。**
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果**を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野**における**総合的な取組**として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の実現に**寄与**するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上の措置**その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

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

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

5.基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備等】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6.認知症施策推進本部

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

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

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

認知症に関連した加算の概要①

○ 認知症に関連した加算の概要は、次の(1)～(5)のとおり。

(1) 認知症の行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価

- ① 認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）

→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、サービスを行ったことについて評価。

◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

- ② 若年性認知症利用者受入加算（通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護※、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）
若年性認知症入所者受入加算（地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護）
若年性認知症患者受入加算（介護療養型医療施設、介護医療院）

→若年性認知症者を受け入れ、受け入れた利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じた介護サービスを提供することについて評価。

◆ 通所： 60単位/日

◆ 入所等： 120単位/日（※ 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費、特定病院療養病床短期入所療養介護費、特定診療所短期入所療養介護費については60単位/日）

(2) 認知症高齢者へのリハビリテーション等の評価

- ③ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（通所リハビリテーション、介護老人保健施設）

→認知症の利用者及び入所者に対して生活機能の改善を目的に実施される短期集中的な個別リハビリテーションの実施を評価。

◆ 通所リハビリテーション（Ⅰ） 240単位/日（週2日まで）

◆ 通所リハビリテーション（Ⅱ） 1,920単位/月【退院（所）または通所開始日から3月以内】

◆ 介護老人保健施設 240単位/日（週3日まで）【入所（院）の日から3月以内】

認知症に関連した加算の概要②

(3) 医療ニーズ等への対応の評価

④ 精神科を担当する医師に係る加算（介護老人福祉施設、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護）

→認知症である入所者（医師が認知症と診断した者等）が全入所者の3分の1以上を占める場合において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。

◆ 5単位/日

⑤ 認知症情報提供加算（介護老人保健施設）

→認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症のおそれのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価。

◆ 350単位/回（1回を限度）

⑥ 医療連携体制加算（認知症対応型共同生活介護）

→環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

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

⑦ 重度認知症疾患療養体制加算（短期入所療養介護、介護医療院）

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

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

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

認知症に関連した加算の概要③

(4) 専門的なケア提供体制に対する評価

⑧ 認知症専門ケア加算（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、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）

◇ 厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所等について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して介護サービスを提供することについて評価。

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日
（算定要件）

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の2分の1以上
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施
- ・ 当該事業所等の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日
（算定要件）

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

(5) 認知症高齢者への支援の評価

⑨ 認知症ケア加算（短期入所療養介護（介護老人保健施設）、介護老人保健施設）

認知症専門病棟において日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して介護保健施設サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 76単位／日

認知症に関連した加算の概要④

(5) 認知症高齢者への支援の評価

⑩ 認知症加算（通所介護、地域密着型通所介護）

厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して通所介護サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 60単位／日

（加算要件）

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

⑪ 認知症加算（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）

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

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

認知症ケアに携わる介護従事者の研修

	認知症介護指導者養成研修	認知症介護実践リーダー研修	認知症介護実践者研修	認知症対応型サービス事業管理者研修	認知症対応型サービス事業開設者研修	小規模多機能型居宅介護サービス等計画作成担当者研修
実施主体	都道府県・市町村（認知症介護研究・研修センターに委託）	都道府県・市町村		都道府県・指定都市		
補助率等	自治体一般財源			2 / 3 地域医療介護総合確保基金		
研修対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、保健師、看護師等の資格を有する者又はこれに準ずる者 ・認知症介護実践研修修了者又はそれと同等の能力を有する者 ・地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者等 	介護保険施設等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者であり、ケアチームのリーダー（予定含む）であって、認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している者	認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者で、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であり、概ね実務経験2年程度の者	認知症対応型サービス事業の管理者（予定含む）、かつ、認知症介護実践者研修を修了している者	認知症対応型サービス事業の代表者	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画作成担当者（予定含む）、かつ、認知症介護実践者研修を修了している者
研修内容	認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身に付け、施設や事業所の介護の質の改善を指導することができる者となるためのもの	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践リーダーとしてのチームマネジメント能力の習得するためのもの	認知症介護の理念、知識及び技術を修得するためのもの	認知症対応型サービス事業所を管理・運営していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識・技術を修得するためのもの	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を修得するためのもの
研修時間	<標準> 講義・演習：112時間 （うち30時間はオンライン研修） 実習：職場実習5週間 他施設・事業所実習21時間	<標準> 講義・演習：31時間 実習：課題設定240分 職場実習：4週間 実習のまとめ：420分	<標準> 講義・演習：24時間 実習：課題設定240分 職場実習：4週間 実習のまとめ：180分	講義：9時間	講義・演習：6時間 職場体験：8時間	講義：9時間
指定基準の要件、加算等	【加算】 認知症専門ケア加算Ⅱの算定要件 （※認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たした上で、指導者を配置した場合に算定が可能）	【基準】 GHの短期利用の人員基準要件 【加算】 認知症専門ケア加算Ⅰの算定要件 （リーダー研修修了者を対象者の数に応じて配置）	【基準】 ①GH、小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け ②GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認デイの管理者研修受講のための要件となっている。	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能、認デイの管理者には受講義務付け	【基準】 GH、小規模多機能、看護小規模多機能の開設者には受講義務付け	【基準】 小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け

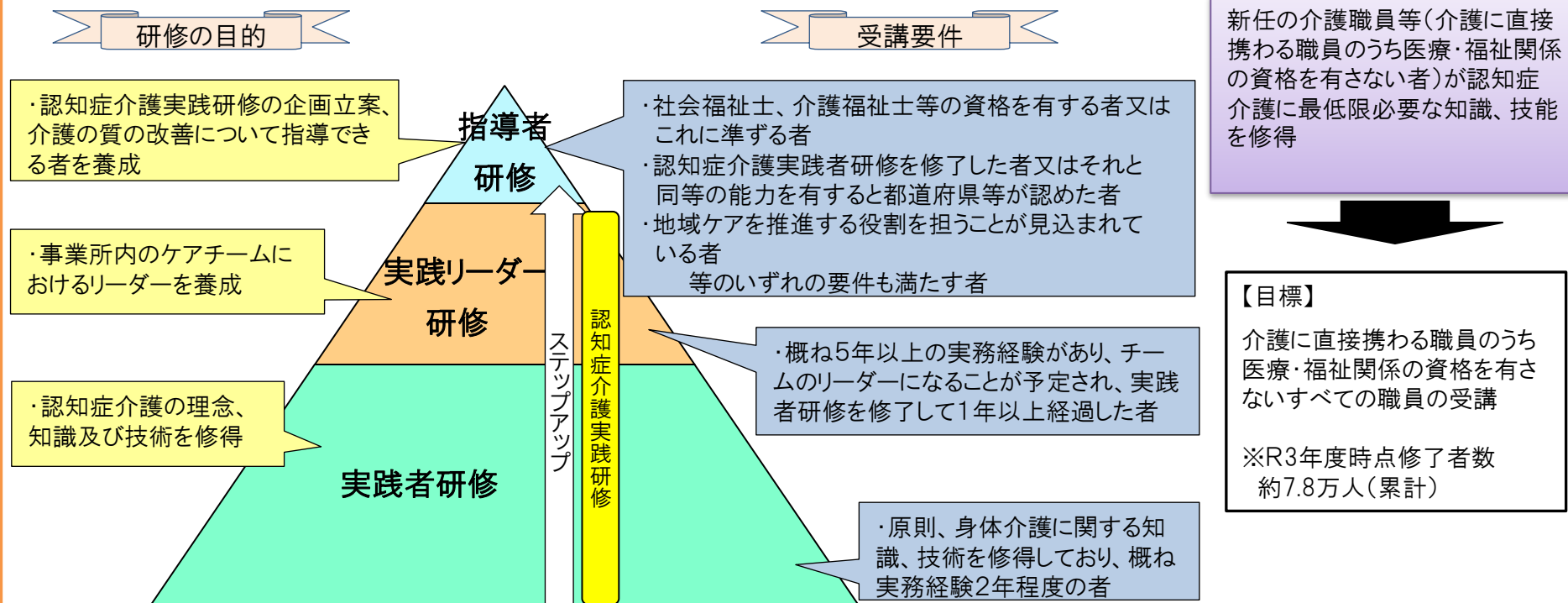
介護従事者等の認知症対応力向上の促進

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

※R5年度改定検証調査において「認知症介護基礎研修受講義務付けの効果に関する調査研究事業」を実施

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

【認知症介護基礎研修】



【大綱：KPI/目標・実績】

指導者養成研修	: 2.8千人 (2.6千人)
実践リーダー研修	: 5.0万人 (4.9万人)
実践者研修	: 32.0万人 (31.7万人)

※()内はR3年度末実績

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

サービスの種類	サービス名称	利用者数										Ⅲ以上の者の割合 (Ⅲ以上/総数) ※不詳除く
		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	1,050,942	77,385	150,464	148,745	261,957	138,594	24,898	27,307	2,526	219,066	23.2%
	訪問入浴介護	66,749	8,203	9,714	4,539	10,189	11,583	2,379	7,476	789	11,877	40.5%
	訪問看護	600,025	53,001	91,763	74,762	141,852	77,501	14,163	21,261	1,697	124,025	24.1%
	訪問リハビリテーション	114,211	16,895	23,756	14,710	22,088	10,519	1,653	2,889	241	21,460	16.5%
	夜間対応型訪問介護	7,048	732	1,314	825	1,341	827	211	227	37	1,534	23.6%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	35,839	1,353	3,781	4,880	10,643	6,275	1,004	1,338	94	6,471	29.7%
通所	通所介護	1,139,374	52,102	139,615	176,563	353,324	160,979	27,573	19,745	1,273	208,200	22.5%
	地域密着型通所介護	410,678	21,082	50,938	64,316	123,408	53,955	9,328	6,507	461	80,683	21.3%
	認知症対応型通所介護	48,453	151	890	3,626	15,023	14,622	3,058	3,435	230	7,418	52.0%
	通所リハビリテーション	412,737	40,056	78,869	69,799	103,842	34,121	5,114	3,536	264	77,136	12.8%
多機能	小規模多機能型居宅介護	99,467	2,257	7,792	13,036	33,867	23,601	4,110	3,808	197	10,799	35.8%
	看護小規模多機能型居宅介護	18,462	806	1,913	1,923	4,933	4,155	790	1,366	98	2,478	40.1%
施設・居住	短期入所生活介護	277,309	7,736	23,634	28,772	82,521	69,525	14,197	11,305	605	39,014	40.1%
	認知症対応型共同生活介護	209,284	446	2,987	13,057	62,749	73,465	15,152	16,189	735	24,504	57.1%
	特定施設入居者生活介護	229,139	6,872	21,668	25,112	65,763	52,039	9,115	12,713	807	35,050	38.5%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	8,093	137	624	940	2,265	1,898	366	396	23	1,444	40.4%
	介護老人福祉施設サービス	565,128	6,511	21,283	23,333	86,126	198,498	43,316	82,559	4,222	99,280	70.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	63,278	737	2,499	2,842	9,761	23,052	5,141	9,559	443	9,244	70.7%
	介護老人保健施設サービス	338,619	9,048	29,028	31,114	83,330	85,661	16,592	23,836	1,285	58,725	45.5%
	介護療養型医療施設サービス	6,827	74	220	219	679	1,715	362	1,928	182	1,448	77.8%
介護医療院サービス	42,105	623	1,868	1,811	5,043	11,044	2,356	10,892	813	7,655	72.9%	

1. 概況



2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

2.(1)認知症への対応力向上に向けた取組の推進 (令和3年度介護報酬改定)

改定事項

- ① 認知症専門ケア加算等の見直し
- ② 認知症に係る取組の情報公表の推進
- ③ 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
- ④ 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ

2. (1)① 認知症専門ケア加算等の見直し(令和3年度介護報酬改定)

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

2.(1)② 認知症に係る取組の情報公表の推進 (令和3年度介護報酬改定)

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	

【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

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

2.(1)③ 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 (令和3年度介護報酬改定)

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)

2.(1)④ 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ (令和3年度介護報酬改定)

概要

【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）★】

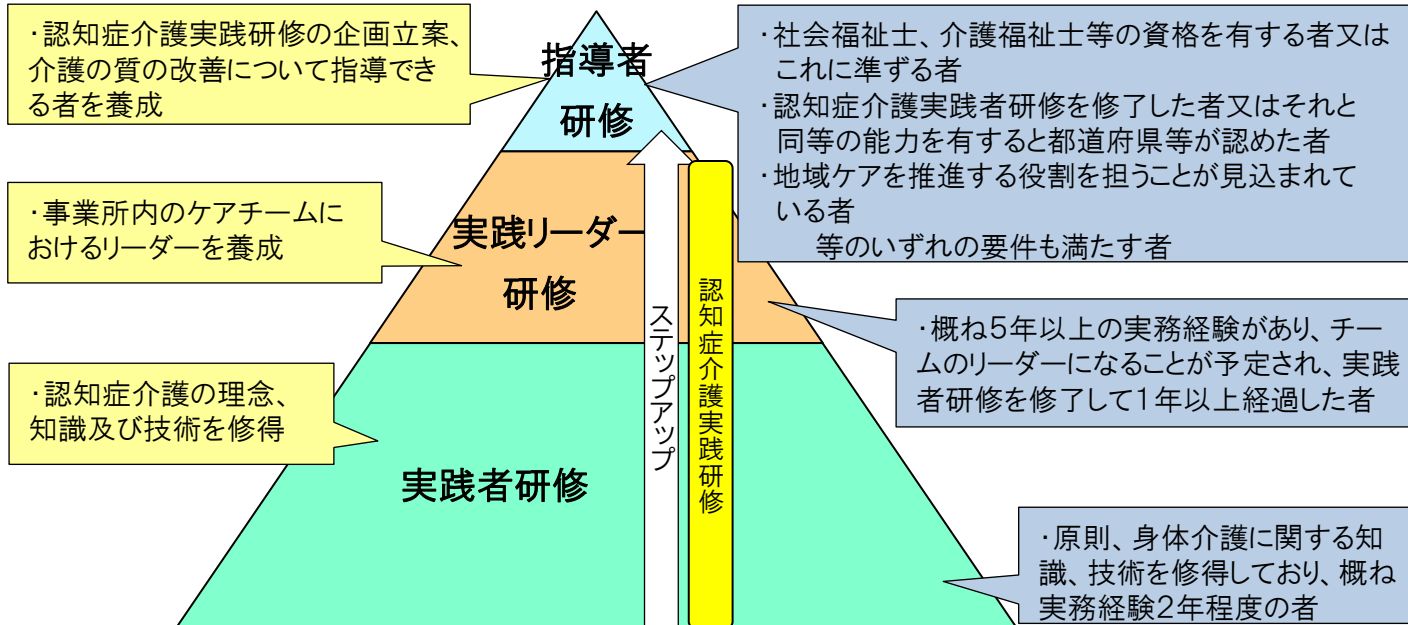
- 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。【省令改正】
 その際、3年の経過措置期間を設けることとともに、新入職員の受講についても1年の猶予期間を設けることとする。

(参考)介護従事者等の認知症対応力向上の促進

【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】

研修の目的

受講要件



【認知症介護基礎研修】

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

【目標】

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全ての職員の受講

※R3年度時点修了者数
約7.8万人(累計)

1. 概況

2. 令和3年度介護報酬改定の内容



3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

認知症対応力向上への対応に関連する各種意見

認知症への対応力向上等に向けた取組の推進（令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋））（抄）

- 今後増加が見込まれる認知症の人に対し、尊厳を重視し、本人主体の生活を支援する観点から、地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進めるとともに、介護サービス事業者における認知症への対応力向上を一層進めるため、CHASEによるデータ収集（DBD13等に加え、任意として提供されるNPI-NH等を含む）・フィードバックの取組も活用しながら、行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべきである。

令和4年度の調査研究事業

【令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）※再掲】 （認知症への対応力向上等に向けた取組の推進）

- 今後増加が見込まれる認知症の人に対し、尊厳を重視し、本人主体の生活を支援する観点から、地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進めるとともに、介護サービス事業者における認知症への対応力向上を一層進めるため、CHASEによるデータ収集（DBD13等に加え、任意として提供されるNPI-NH等を含む）・フィードバックの取組も活用しながら、行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべきである。

審議報告を踏まえた取組み（老人保健健康増進等事業）

「BPSDの予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」

【目的】

令和3年度老健事業における、BPSDを未然防止するケア（尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア）のあり方や、BPSDを軽減し再発を防止するケアのあり方についての検討結果に基づき、BPSDを未然に防止する効果や、BPSDを軽減し再発を防止する効果について検証を行うとともに、QOL（生活の質）への影響を分析する。併せて、BPSDのケアの手順・手続きの検証、ケアを実践するための有効なチェックリスト等の検討を行う。

【実施主体】

認知症介護研修・研究東京センター（（福）浴風会）

※検討委員会座長：山口 晴保（認知症介護研究・研修東京センター センター長）

「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

【目的】

介護現場で活用可能な認知機能、生活機能を総合的に評価する認知症の評価尺度のあり方について検討を行う。

【実施主体】

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社

※検討委員会座長：栗田 主一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 副所長）

「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」

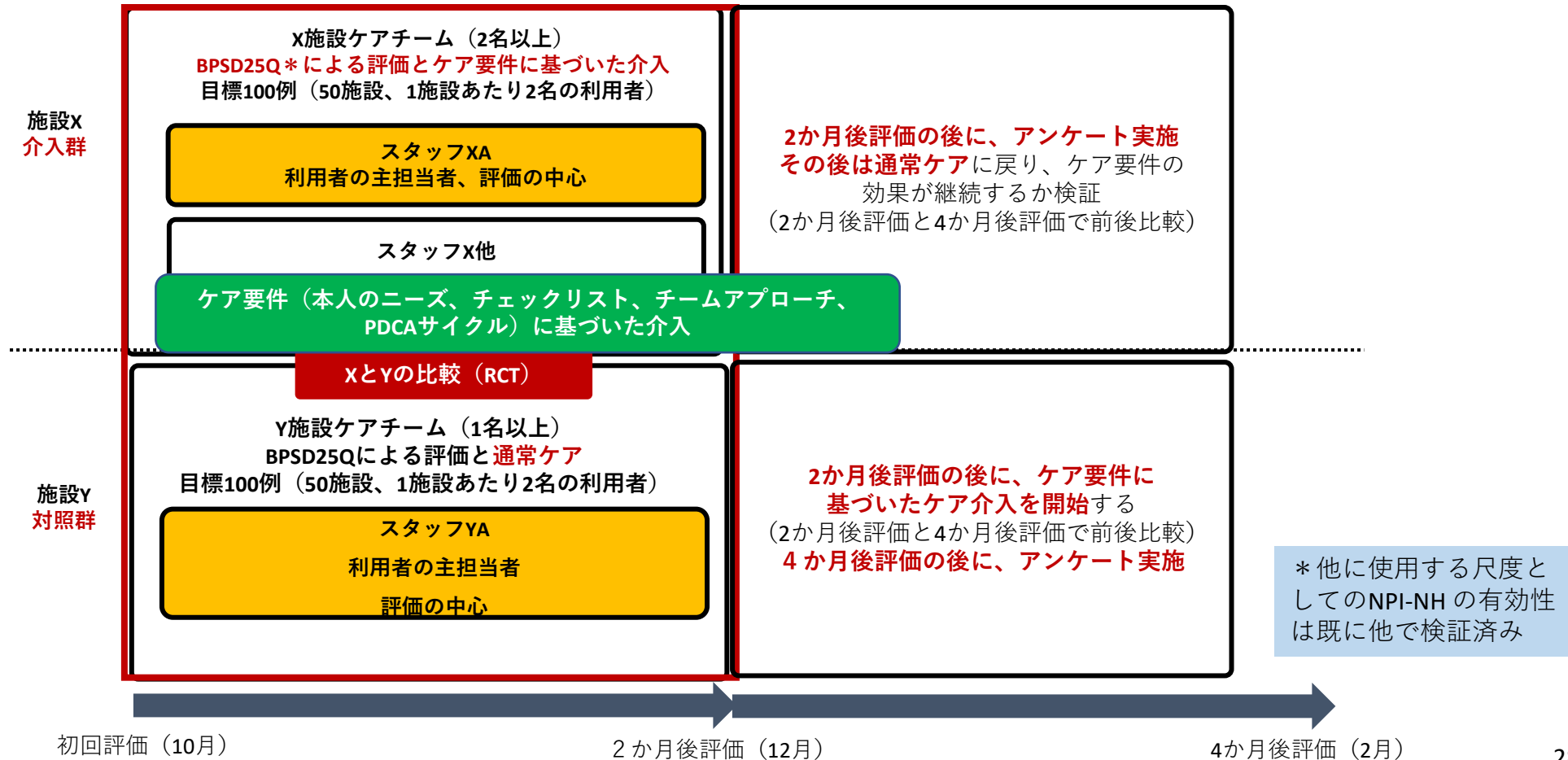
目的

- ①：令和3年度事業で検討されたBPSD予防ケアのチェックリストの実用性を検証
- ②：「BPSDの客観的評価」「全人的アセスメント」「PDCAサイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群を比較し、その効果検証を行う。

方法

- ①：R3事業で検討されたリスト（「その人らしい暮らし」について本人に聞き取る7項目）に基づいたケアを展開した結果をもとに、BPSD予防に寄与したであろうケアについてインタビューを実施。さらにリストの実用性の検証を行った。
- ②：全国の施設・事業所（介護老人保健施設6施設、特別養護老人ホーム28施設、認知症対応型共同生活介護27施設の計61施設）を利用する認知症の人を対象に、「BPSDの客観的評価」「全人的アセスメント」「Plan-Do-Check-Act (PDCA) サイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群を比較した。

【調査スキーム】



「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」

結果

① 4施設で8事例に対し、リストに基づいた「尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケア」を行った。

・5事例でBPSD重症度総得点が改善し、8事例で予防の標的としたBPSD項目の点数が維持または、改善した。

・予防の標的としたBPSD項目のベースラインが0点で、取り組み後も0点を維持できたのは3事例だった。

・Quality of life (QOL) については、7事例で維持・改善した。

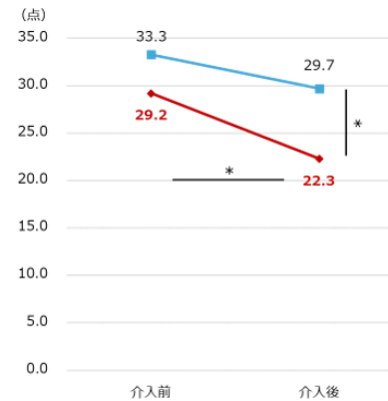
② 介入群は対照群に比較し、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 25 items version (BPSD25Q) 得点の変化量が有意に大きく低下していた。

・介入群は介入前後でBPSD25Q得点が有意に低下し、介入後は対照群に比較し、BPSD25Qの得点が有意に低かった。

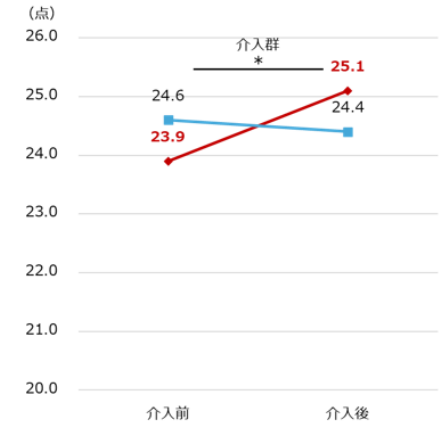
・介入群は対照群に比較し、The short version of QOL questionnaire for Dementia (short QOL-D) 得点の変化量が有意に高かった。介入群は介入前後でshort QOL-D得点が有意に増加した。

・介護職員にとって、BPSD評価やPDCAサイクルによるチームアプローチは日常のケアやBPSDの軽減・再発防止に役立つと思う割合は90%以上であった。

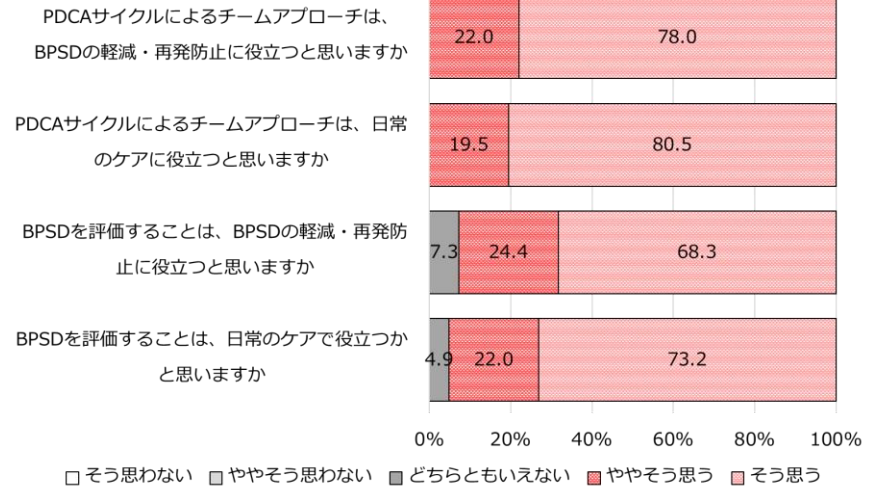
BPSD25Qの介入前後における得点の変化



Short QOL-Dの介入前後における得点の変化



BPSD評価尺度とPDCAサイクルによるチームアプローチの有用性



BPSD評価尺度とワークシートで本人のニーズやBPSDの背景要因を詳細に把握し、チームで情報共有して統一したケアを行いながら、PDCAサイクルでケアを見直すチームアプローチがBPSDの軽減に有効

「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」

リスト① 尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケアの方法

1. 「PDCAサイクル」に基づく、チームケアの実施

- 正しいアセスメントの前提として、個人史や本人の望み等を適切に把握するとともに、その他ケアを考える上で必要となる2. のような事項を把握するとともに、本人の生き方・意向・好みに沿った暮らしを検討するものとする

2. 適切な認知症ケアのためにあらかじめアセスメントすべきこと（継続的にアセスメントすべきこと）

- 基本情報：認知症の病型と重症度と年齢
- BPSDの有無 → 無しの場合、今後、BPSDを発症させる、直接的なきっかけとなりそうなことはあるか
- 薬剤情報：BPSDやせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤
- 本人の望み・ニーズの把握
- 本人情報：性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史
- 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力
- 生活障害：できないこと、できること
- 物理的環境：音、におい、暑さ
- 生活環境：「なじみの場所」 居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会
- 人的環境：「なじみの関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加

※赤文字詳細は
リスト②

3. 介護方針の決定（共有意思決定、実践）

- 本人の望む暮らし方の見極めと必要な支援の検討（仮説）
- BPSDの有無、過去にあった場合には直接要因（きっかけ）、背景要因の排除・対応
- 基本的な対応・接し方：居場所、活動、役割、残存機能活用、生きがい、感謝、運動 等々
- BPSDの再発防止等

4. 「PDCAサイクル」による「チームアプローチ」

- 定期的な評価を実施。その結果に基づき介護方針の見直し
- チーム（担当ケアマネ、介護職員、看護職員 等）での情報共有や方針の作成と見直し、ケアの統一

リスト② 「その人らしい暮らし」について本人に聞き取る7項目

以下のうちの数個、落ち着いた雰囲気の中で本人に尋ねる。

① どのような暮らしをしたいですか、習慣としてしてきたことで、続けたいことは何ですか？

（個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史）

② あなたの好きなことは何ですか？（本人の嗜好）

③ あなたがこだわっていることはありますか？（望む暮らし方、個人史）

④ 今、どのようなことをしたいですか？（本人の望み・ニーズの把握）

⑤ 難しくなってきたこと、手伝ってほしいことはどのようなことですか？

（生活障害：できないこと、できることの把握）

⑥ どのような人間関係を大切にしたいですか？

（人的環境（関係性）：「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加）

⑦ どのような環境で暮らしたいですか？

（生活環境：「なじみの居住空間」居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会）

「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

事業の背景と目的

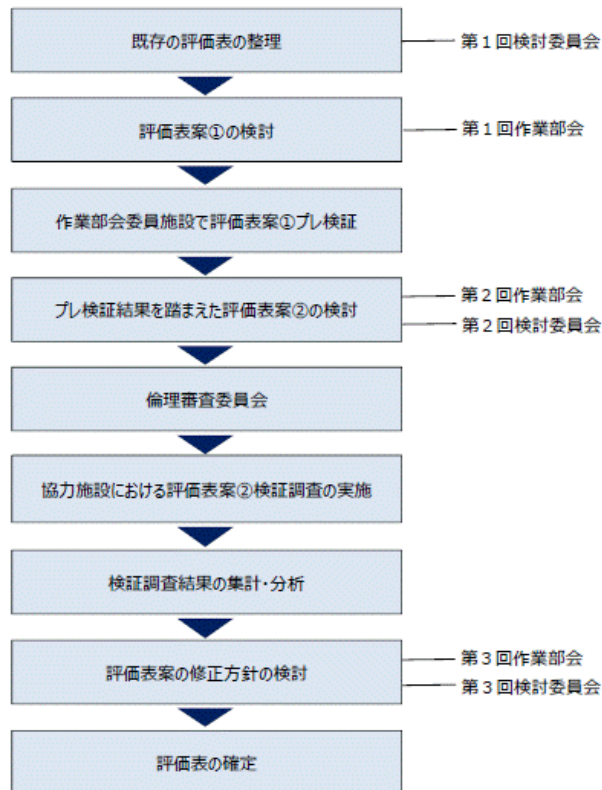
認知症患者が600~700万人いるといわれる中、介護の現場では、認知症の認知機能・生活機能を簡便に、かつ短時間で評価できるような指標は存在しない。そこで、本事業においては、既存の文献等をもとに、介護現場で活用できる認知機能・生活機能の評価指標を検討し、評価表として検証を行うことを目的とした。

事業の概要

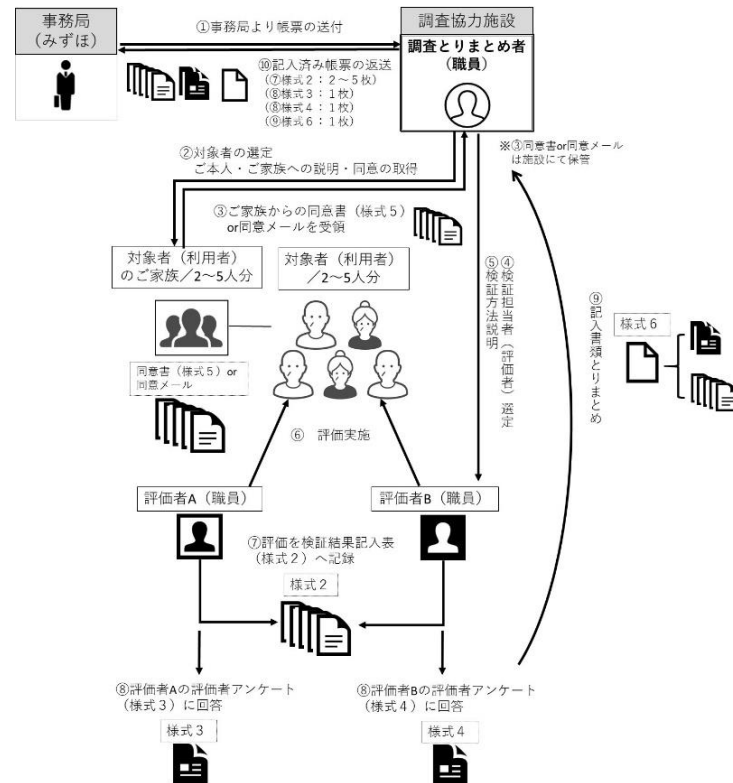
簡便な認知機能・生活機能の評価表案の作成に当たっては、検討委員会並びに作業部会を設置した。既存の各評価表の評価項目ごとの整理、プレ調査を経て、いずれの項目を採用するかについて、作業部会、並びに検討委員会において議論した。

作成された評価表案（事前質問2項目、認知機能を測る5段階評価による6項目）を用いて、令和5年1月に介護老人保健施設（47施設）、介護老人福祉施設（38施設）、認知症グループホーム（22施設）を対象に、検証調査を実施した。現場職員の方々に評価表案を試行的に使用いただき、対象となる認知症高齢者の評価結果や評価した職員の感想をもって、評価表の信頼性・妥当性を検証した。

【評価表案の作成プロセス】



【検証作業フロー図】



検討委員会 構成員 (○: 座長、敬称略、50音順)	
秋下 雅弘	東京大学大学院医学系研究科 生殖・発達・加齢医学専攻加齢医学講座 教授 (日本老年医学会理事長)
○栗田 圭一	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
鴻江 圭子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 参与
櫻井 孝	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 研究所長
繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学精神医学講座 教授 (日本認知症ケア学会理事長)
田中 稔久	三重大学医学部神経・筋病態学講座 教授 (日本老年精神医学会元理事・評議員、日本精神神経学会)
田邊 恒一	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 理事
中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
藤本 直規	医療法人 藤本クリニック 理事長 (日本認知症学会名誉理事)
山口 晴保	認知症介護研究・研修東京センター センター長
山田 正仁	九段坂病院 院長 (日本神経学会認知症セクションチーフ)
和田 健二	川崎医科大学認知症学 教授 (日本神経治療学会評議員)

(令和4年度老健事業) 「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

※令和5年度においても引き続き調査を実施

評価表について

事業結果の概要

検証調査では最終的に**82施設**にご協力いただき、検証対象高齢者数は**358名**、評価者は**216名**であった。認知機能に関する各項目の評価結果は、評価者間の**一致率は69.7%~93.8%**、「**回答しやすかった**」人の割合は**50.8%~88.9%**であった。また、各項目の合計点数については、認知機能が高いほど点数が高くなるように設定したところ、要介護度別、認知症高齢者の日常生活自立度別に重度化するにつれて、点数が低下していた。

信頼性・妥当性について検証したところ、各検証項目について信頼性・妥当性があることを確認できた。

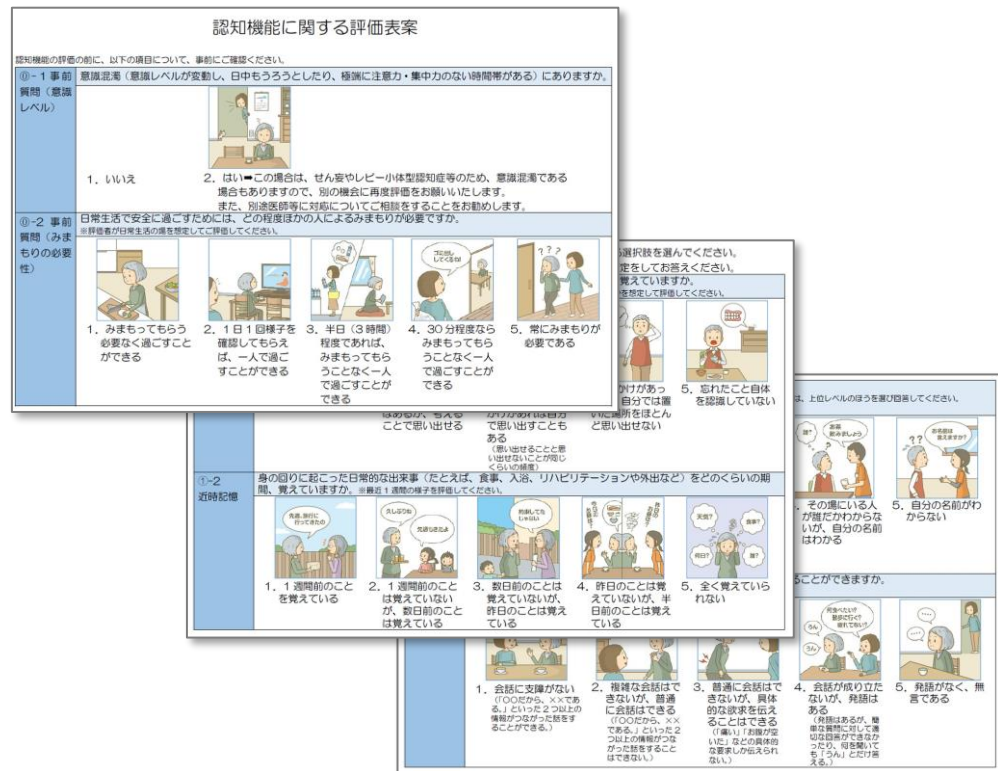
評価表案による評価についての検証結果では、**評価に要した時間は平均7.2分**であり、簡便に評価できるものとなっていた。また「今回の評価表案による評価結果が、今後ケア方針や内容を見直すにあたって役立つと思うか」については、「**2. ある程度そう思う**」が44.7%であった。

今年度の事業では、施設入所者を対象に信頼性・妥当性の検証を行い、事前設問2項目（意識混濁の有無、みまもりの必要性）、認知機能を測る項目6項目（近時記憶（場所）、近時記憶（出来事）、見当識、コミュニケーション、服薬、更衣）の評価表の開発を行った。

【施設種類別検証調査対象者数】

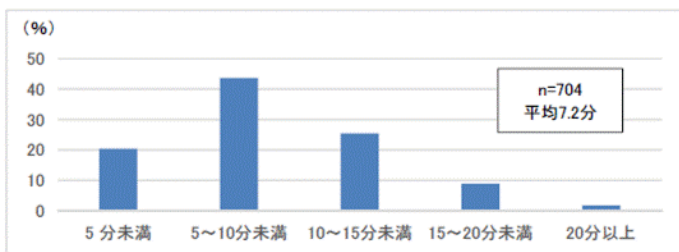
		計	老人保健施設	特別養護老人ホーム	グループホーム
信頼時点	協力施設	107施設	47施設	38施設	22施設
	施設当たりの協力利用者数	—	5人	5人	2~5人
	検証対象高齢者数	500人	200人	200人	100人
回収時点	協力施設	82施設	34施設	29施設	19施設
		76.6%	72.3%	76.3%	86.4%
	検証対象高齢者数	358/500人	154/200人	132/200人	72/100人
		71.6%	77.0%	66.0%	72.0%

【評価表案（一部抜粋）】



※施設数の構成比は、依頼施設数に対する割合、検証対象高齢者数は、目標に対する割合

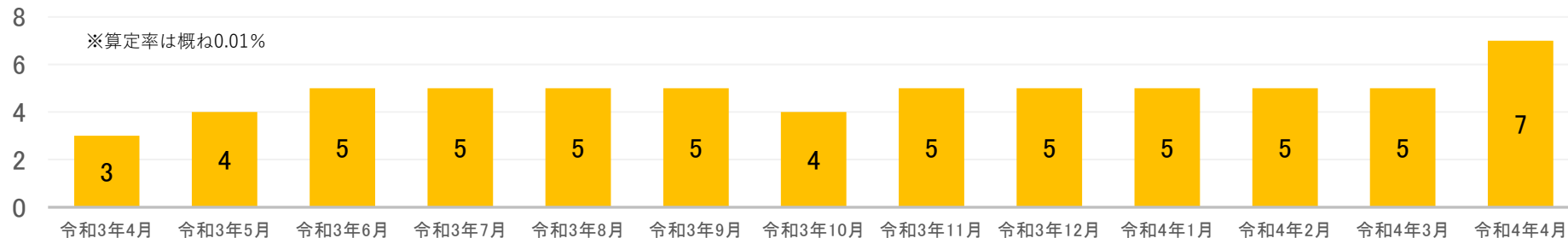
【評価に要した時間】



認知症専門ケア加算の算定状況

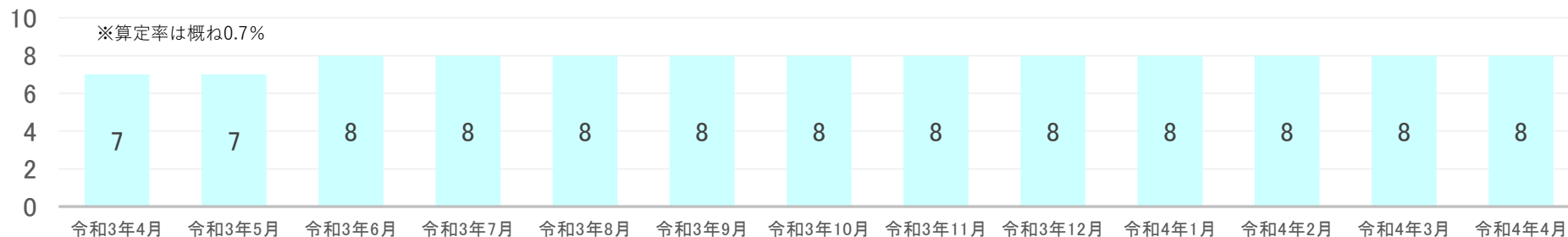
- 令和3年4月からの1年間における認知症専門ケア加算の算定状況は非常に低い水準で推移しており、訪問介護は加算（Ⅰ）が概ね0.01%の算定率で推移しており、加算（Ⅱ）は算定実績なし、定期巡回は加算（Ⅰ）は概ね0.7%、（Ⅱ）は概ね0.3%～0.4%で推移している。
- また、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護は算定実績がない状況。

■訪問介護 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定事業所数 ※認知症専門ケア加算（Ⅱ）は算定実績なし。



■定期巡回・随時対応型訪問介護看護

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定事業所数



認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定事業所数



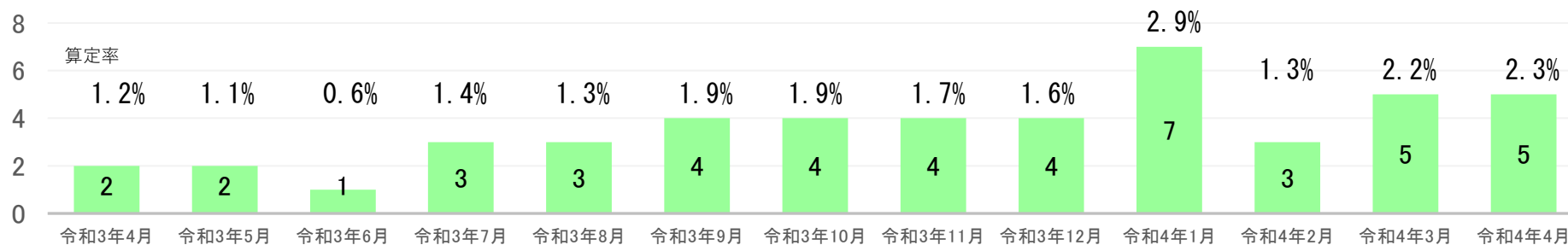
※訪問入浴介護及び夜間対応型訪問介護は認知症専門ケア加算（Ⅰ）、（Ⅱ）とも算定なし。

※介護給付費等実態統計（サービス提供月）より作成

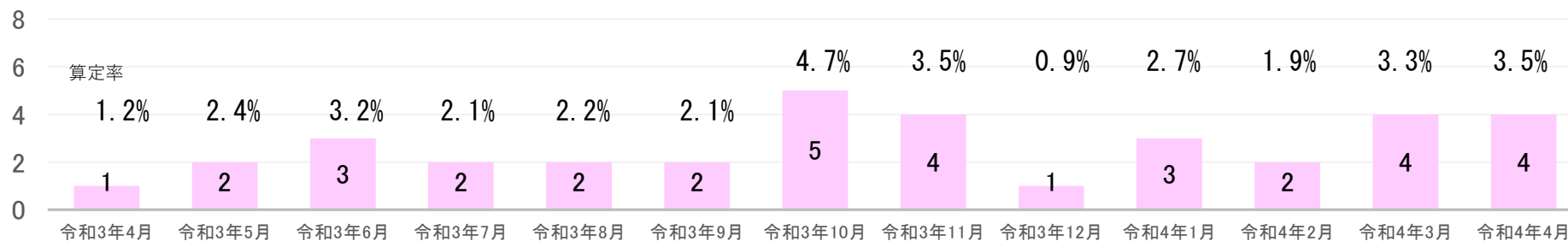
認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況

- 令和3年4月からの1年間における認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況は非常に低い水準で推移しており、小規模多機能型居宅介護は令和4年1月の2.9%が最も高く、算定事業所は7事業所。
- 看護小規模多機能型居宅介護は令和3年10月が4.7%と最も高く、算定事業所は5事業所となっている。

■小規模多機能型居宅介護 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定事業所数



■看護小規模多機能型居宅介護 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定事業所数



※算定率は小規模多機能型居宅介護（短期利用）の請求事業所数を母数として集計している

※介護給付費等実態統計（サービス提供月）より作成

1. 概況

2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. サービス提供等の状況・関連する各種意見



4. 現状と課題及び論点

現状と課題

<現状及び課題>

- 認知症高齢者数は、2012年で462万人と推計されており、2025年には約700万人（65歳以上の高齢者の約5人に1人）、2040年には約800～950万人（65歳以上の高齢者の約4～5人に1人）に達することが見込まれている。
- 2019年6月には、「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、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すべく、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進してきたほか、2023年6月には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、我が国としての認知症施策のあるべき姿が基本法に示されたところ。
- 介護報酬においても、認知症高齢者への専門的なケアを評価する「認知症専門ケア加算」等を設け、対応をしてきており、
令和3年度介護報酬改定においては、
 - ・ 認知症対応力向上の観点から、訪問系サービスに「認知症専門ケア加算」を創設
 - ・ 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推進する観点から、認知症行動・心理症状緊急対応加算を多機能系サービスに創設
 - ・ 認知症高齢者の尊厳の保証を実現していく観点から、介護職員のうち、医療・福祉関係の無資格者に対して、認知症介護基礎研修の受講を義務付け 等を行ったところ。
- 一方で、認知症専門ケア加算の算定状況は、訪問系サービスを中心に算定率は低いほか、算定要件の一つである認知症自立度の利用者割合が、必ずしも各サービスの利用者実態と合致していないケースもある。
- また、令和3年度及び4年度実施の調査研究事業において、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症GHを対象にBPSDの予防・軽減に資する認知症ケアモデルの普及促進を目的に検証を行い、有効性が示されたところ。
- さらに、令和4年度実施の調査研究事業において、介護現場のスタッフが簡便に評価できる認知症の認知機能・生活機能に関する評価表の開発を行い、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症GHといった施設入所者を対象に評価表の妥当性等に関する検証調査を実施したところ。

論点

<論点>

- 今後、増加が見込まれる認知症の人に対し、認知症になっても、本人の意思が尊重され、尊厳をもって暮らし続けることができるように、在宅の要介護者も含めた認知症対応力を向上させていくことが求められるが、こうした観点から、認知症関連加算の算定状況や在り方について、どのような対応が考えられるか。
- また、在宅や施設で生活する認知症の人のBPSDの予防を進め、重症化の緩和を図る観点から、BPSDの更なる理解促進や対応力向上が求められるが、事業所・施設等における体制構築強化に向けて、どのような方策が考えられるか。
- さらに、現在調査研究においてその有用性を検証・分析している認知症の認知機能・生活機能に関する評価尺度について、今後、介護現場においてどのような活用が考えられるか。