

看取りに係る介護報酬上の評価について①

- 訪問看護については、平成12年より「ターミナルケア加算」が算定可能。
- 平成18年より、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)において「看取り介護加算」を創設。
- 平成21年度より、介護老人保健施設において「ターミナルケア加算」、認知症対応型共同生活介護において「看取り介護加算」を創設。
- 施設の看取りに係る加算は、一定の要件を満たす入所者(利用者)について、看護師の確保や看取り指針の策定等の要件を満たす事業所において算定できる。

◇対象者(共通)

- (1) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- (2) 入所者(利用者)又はその家族等の同意を得て、入所者(利用者)の介護に係る計画が作成されていること。
- (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者(利用者)の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること。

注:介護老人保健施設については、「ターミナルケア」

◇その他(例:介護老人福祉施設の場合)

- (1) 常勤の看護師を1名以上配置し、当該介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。
- (2) 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所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。
- (3) 看取りに関する職員研修を行っていること
- (4) 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

41

看取りに係る介護報酬上の評価について②

- 看取りに係る加算については、サービス類型毎に、算定期間毎の報酬単価や算定要件等が異なる。

		認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】	介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナルケア加算】	(参考)訪問看護 【ターミナルケア加算】
算定期間	死亡日	80単位/日	1,280単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡前日～前々日		680単位/日			
	死亡4日～14日前		80単位/日	200単位/日	200単位/日	
	死亡15日～30日前					
算定単位数(上限)	対象者が、施設内で死亡した場合	2,400単位	4,800単位	7,610単位	7,610単位	2,000単位
	対象者が、死亡前日に、他の医療機関に搬送された場合	2,320単位	3,520単位	7,295単位	—	— ※ ターミナルケア後、24時間を超過して死亡した場合
加算の算定状況 注:()は請求事業所総数に占める割合		115事業所(1.1%) 127件	858事業所(13.8%) 3,346件 ※うち、死亡日の報酬を算定→1162件 【地域密着型を除く】	392事業所(10.5%) 975件		640事業所(8.3%) 800件
備考		医療連携体制加算の算定が必要	—	—	入所している施設又は当該入所者の居宅における死亡に限る	死亡前14日以内に2回以上のターミナルケアの実施した場合

42

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年10月審査分)

看取りに係る介護報酬上の評価について③

- 要介護高齢者等について、看取りに係る加算を算定する場合、当該患者を診療する医師の看取りに係る診療報酬上の評価については、給付調整される。

		認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】		介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナルケア加算】
介護 保険	看取り介護加算 又は ターミナルケア加算	○	○	—	○	○
医療 保険	在宅患者訪問診療料 及び 在宅ターミナルケア加算	○	×	○ 末期悪性腫瘍の患者に限る	×	×

○：算定可能 ×：算定不可 —：算定しない場合

(参考)在宅医療における医師の診療に係るターミナルケア・看取りの評価【診療報酬】

C001 在宅患者訪問診療料 830又は200点/日

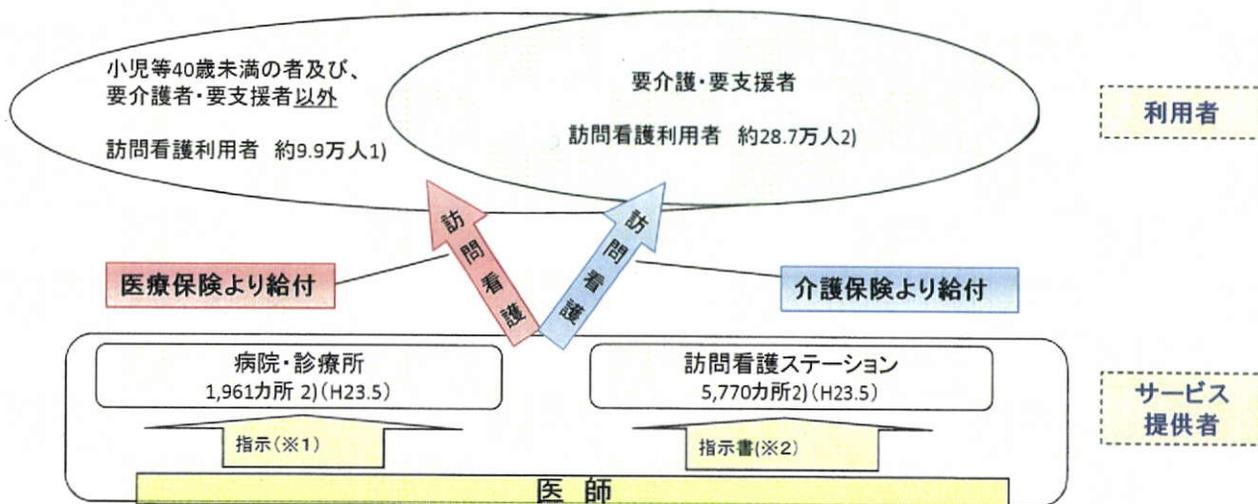
+在宅ターミナルケア加算 2000点* (死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合) 又は 死亡診断を行った場合 200点

*在宅療養支援診療所もしくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合 10,000点

③ 訪問看護に関する評価

訪問看護とは

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



(※1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定
 (※2) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(出典)1)保険局医療課調べ(平成23年)
 2)介護給付費実態調査(平成23年5月審査分)

医療保険・介護保険の訪問看護の対象者のイメージ

【医療保険】

居宅において継続して療養を受け
 る状態にあり通院困難な患者

原則週に3回

(40歳未満の者及び40歳以上の要支援者・要介護者でない者)

【介護保険】

居宅要介護者・要支援者
 特定疾病の居宅要支援者・要介護者
 (40歳以上65歳未満)

末期の悪性腫瘍等

多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、
 筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、
 頸髄損傷、人工呼吸器装着者 等

回数制限のなし
 (週4日以上)

特別訪問看護指示書

14日間を限度とし、月1回まで

・気管カニューレを使用
 ・真皮を越える褥瘡

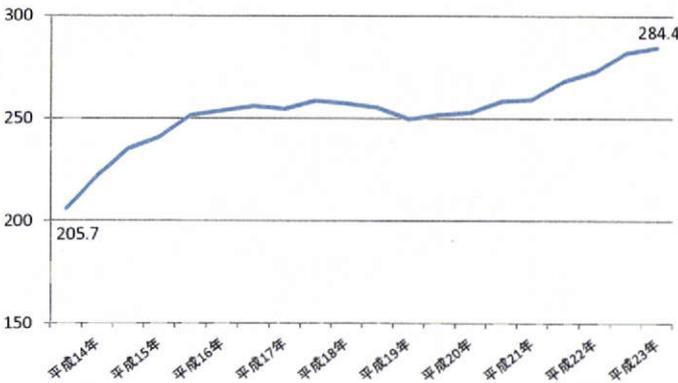
病状の急性増悪等

月に2回まで可能な者

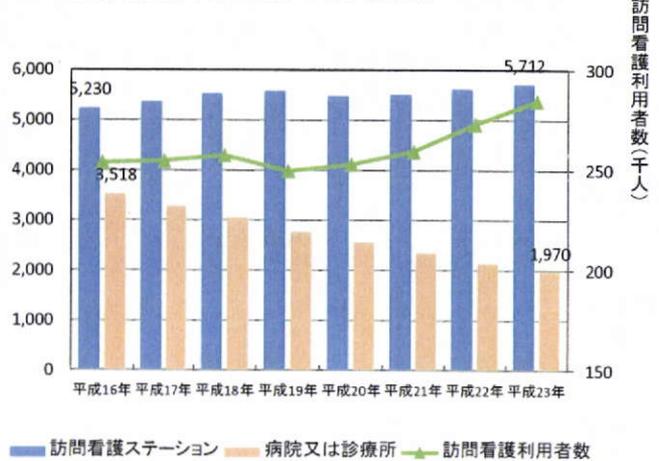
訪問看護の現状

- 訪問看護(予防含む)の利用者数は約28万人(平成23年4月審査分)であり、近年、微増傾向である。また、利用者の約6割は要介護3以上の中重度者である。
- 病院又は診療所の訪問看護事業所は減少傾向であるが、訪問看護ステーション数は微増からほぼ横ばいである。

【訪問看護利用者数の年次推移】
(千人)



【訪問看護事業所数の年次推移】



○ 訪問看護受給者数(千人)

出典:介護保険給付実態調査

出典:介護保険給付実態調査

総数*	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
284.2	8.0	18.3	40.3	56.3	45.6	49.9	65.8
(%)	(2.8%)	(6.4%)	(14.2%)	(19.8%)	(16.0%)	(17.6%)	(23.2%)

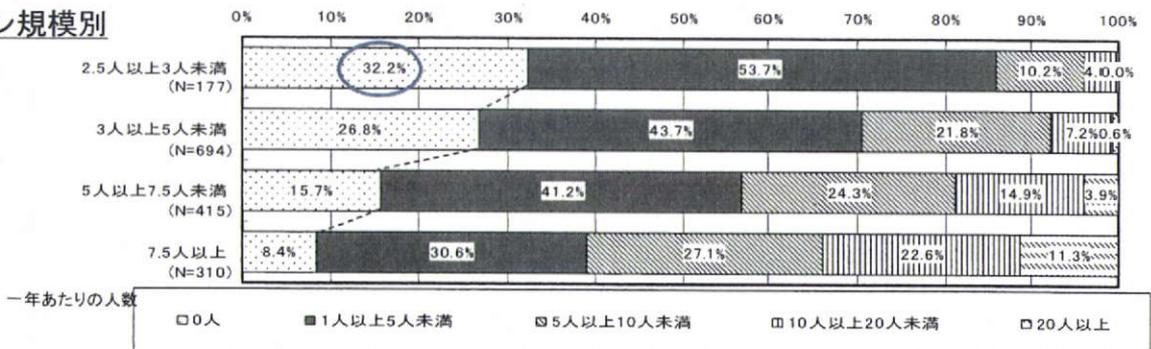
※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典:介護保険給付実態調査 平成23年4月審査分

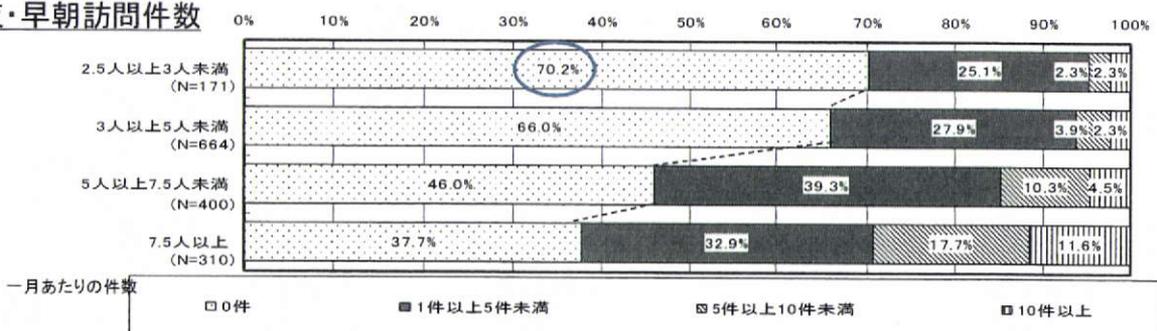
訪問看護ステーションでの看取り数と夜間・深夜・早朝訪問件数

- 事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数が少なく、夜間・深夜・早朝訪問件数も少ない傾向がある。

ステーション規模別
看取り数



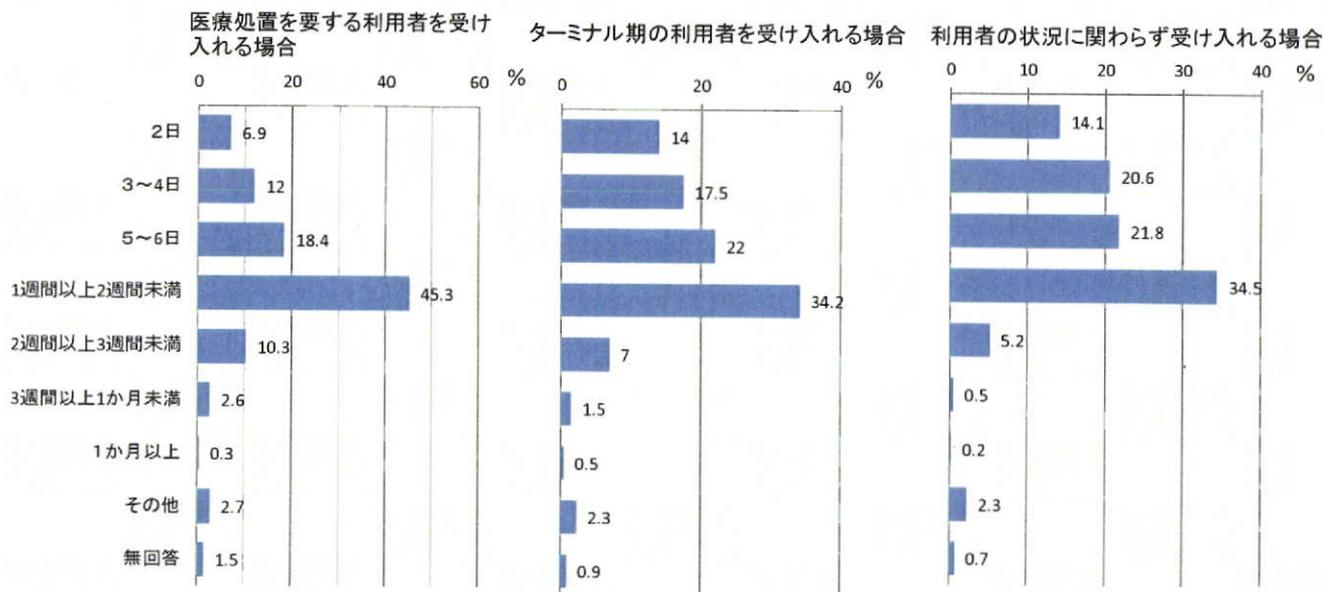
ステーション規模別
夜間・深夜・早朝訪問件数



出典:平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」

在宅への移行に必要な準備期間

医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者、また、利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。



出典：川越博美：早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年社会福祉・医療事業財団（長寿社会福祉基金）助成事業3月

49

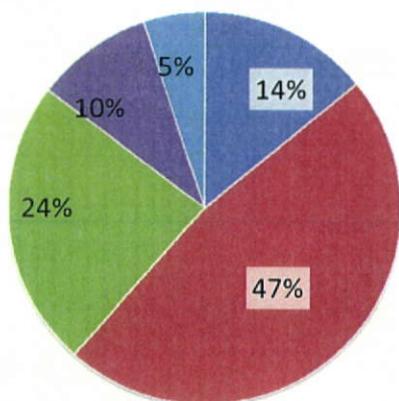
訪問看護ステーションの規模別状況

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%
(参考) 1事業所当たり看護職員数：約4.3人
- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。

職員※数規模別にみた事業所数の構成

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

n=1,713

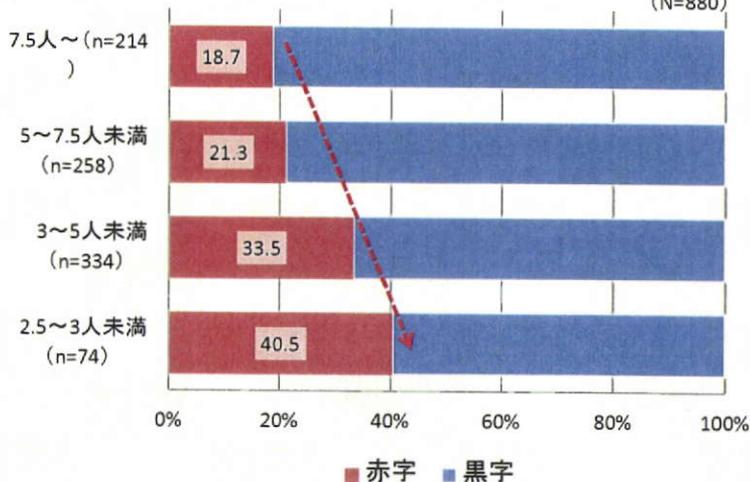


■ 2.5~3人未満 ■ 3~5人未満 ■ 5~7.5人未満
■ 7.5~10人未満 ■ 10人~

職員※数規模別にみた収支の状況

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

(N=880)



■ 赤字 ■ 黒字

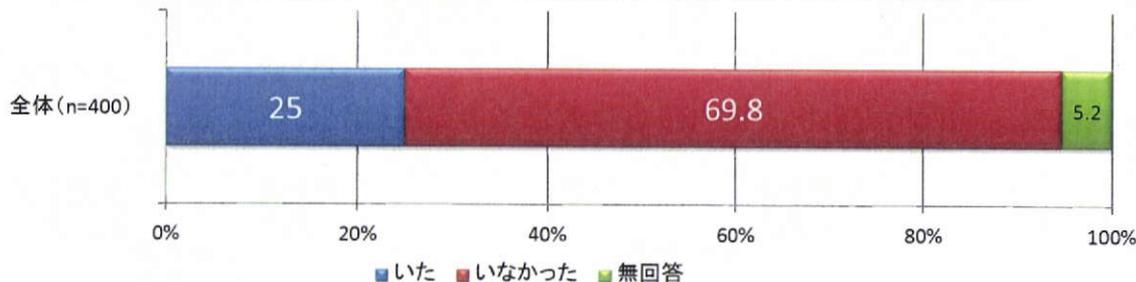
50

出典：(社)日本看護協会「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」

複数名による訪問

- 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者がいたと回答したのは、25%であった。
- また、看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者がいたと回答したのは、17%であった。

■複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無



■看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無

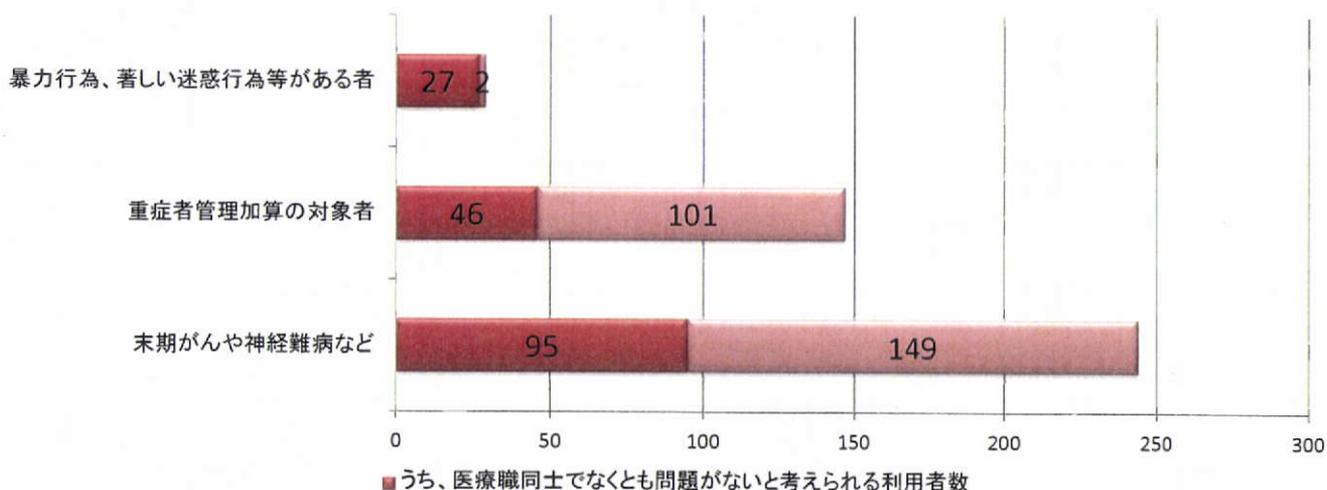


複数名の職員*が同時に訪問を行った利用者の有無

- 末期がんや神経難病、および重症者管理加算の対象となる利用者のうち約7割、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者のうち約半数の利用者は、週1回以上の複数名での訪問が必要であるという回答であった。
- そのうち、末期がんや神経難病、および重症者管理加算の対象となる利用者のうち約3割、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者のうち約9割は、医療者同士の訪問でなくとも問題ないという回答であった。

■医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数

単位：人

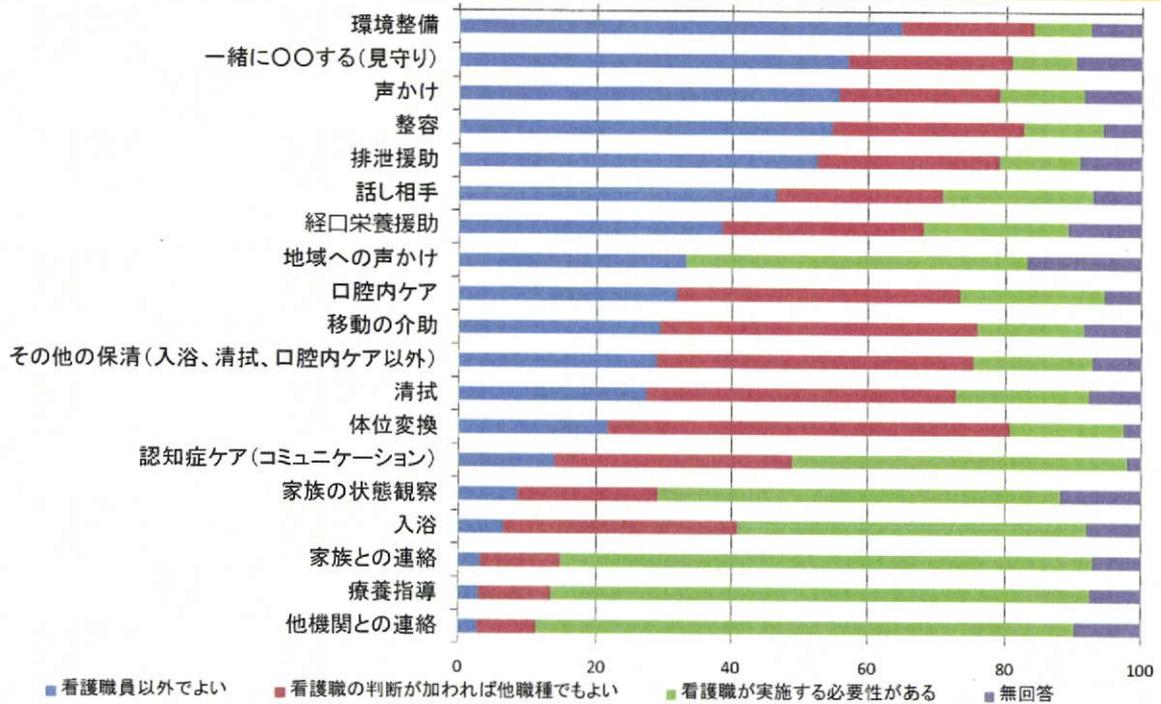


52

平成22年度診療報酬改定 検証調査 (H23年)

ケア内容別看護職員が実施する必要性

○ 利用者(612人)のうち身の周りの世話に関連する行動、コミュニケーション、本人以外の働きかけを実施した利用者について、看護職以外でもよいという割合が高かった行為もあるが、看護職の判断が加われば、他職種でも良いとする行為も一定程度ある。

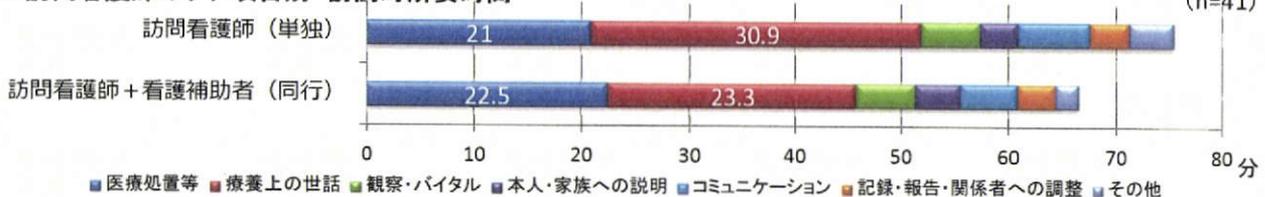


出典:平成14年度 老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書」全国訪問看護事業協会

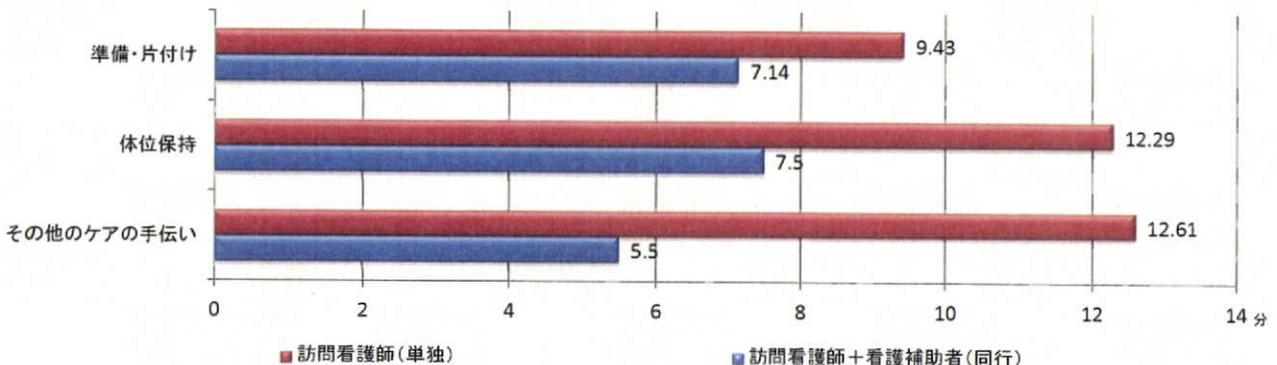
訪問看護ステーションからの複数名での訪問看護

○ 訪問看護師が単独で訪問するよりも、看護補助者と同行したほうが、訪問時間が短縮した。
 ○ 訪問看護師が看護補助者と同行した際には、家族によるケアの実施率が低下した。
 →訪問看護師と看護補助者の同行訪問により、訪問看護師が行う療養上の世話の一部を看護補助者と分担することで、訪問時間の短縮・効率化、家族の負担軽減が可能である。

■訪問看護師のケア項目別 訪問時所要時間



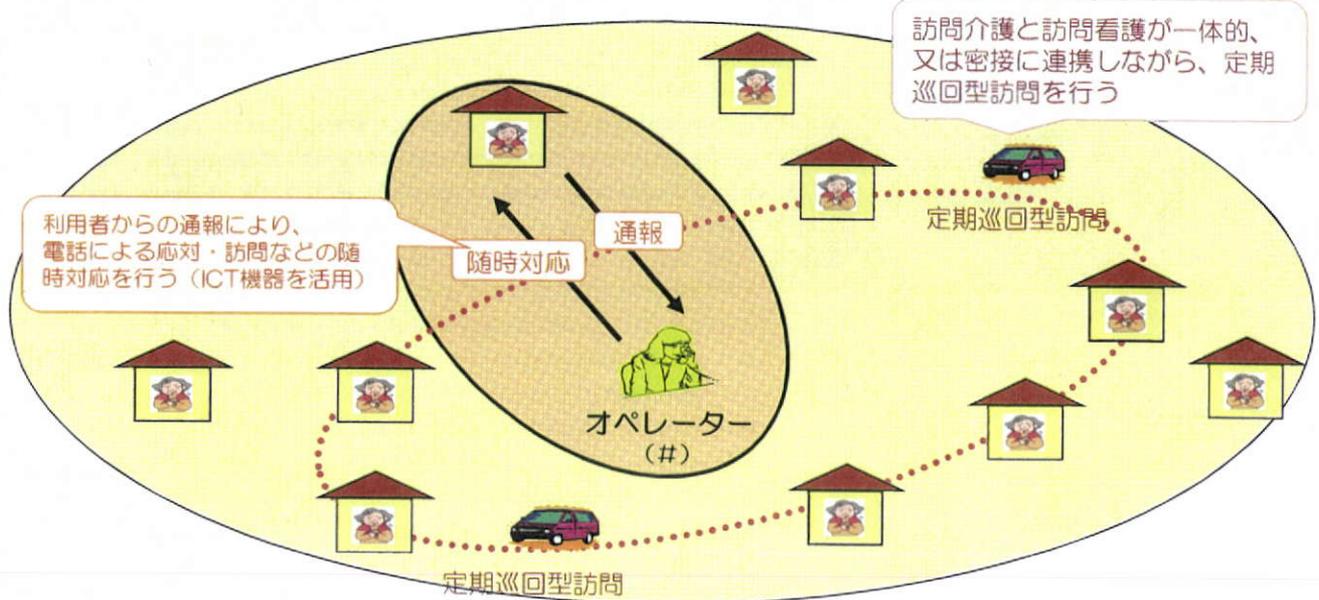
■家族の補助 ケア項目別所要時間(分)



出典:全国訪問看護事業協会 平成22年度厚労省老人保健健康増進事業「24時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書」

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。

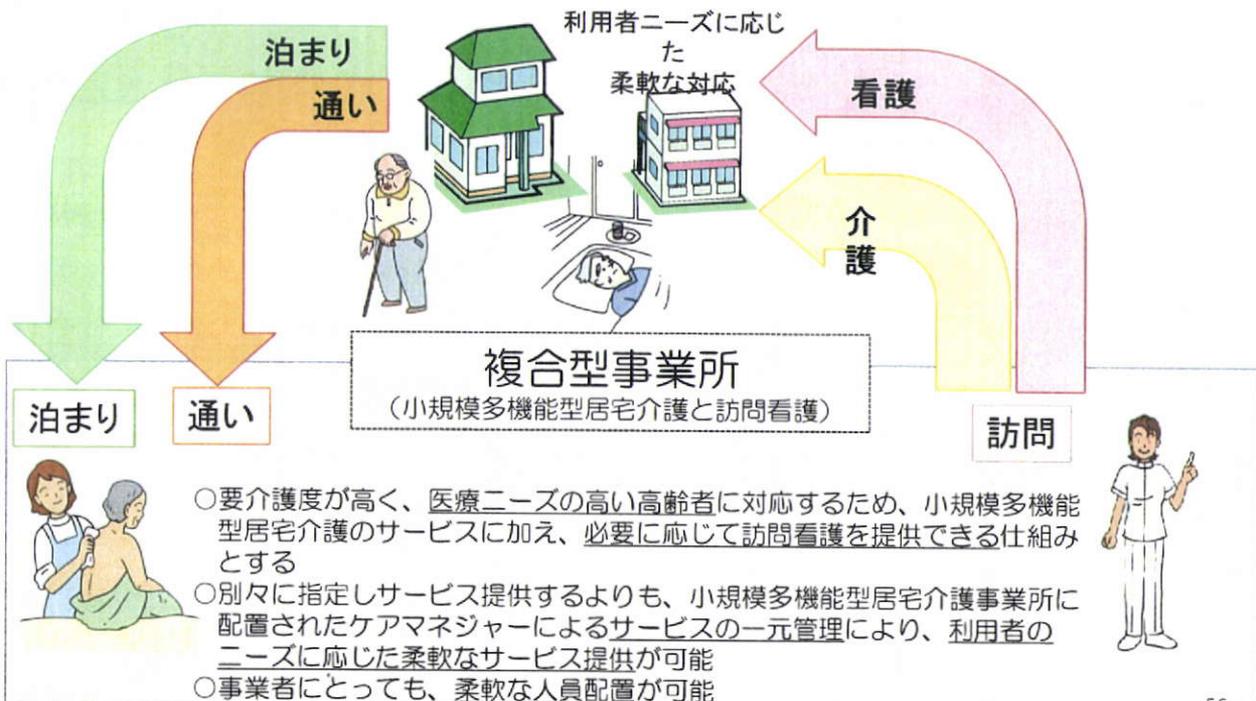


- ※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。
- ※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。
- ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。
- # オペレーターについては、単独事業所に駐在している場合のほか、複数の事業所について一括で対応する場合、24時間体制の既存施設と兼務する場合、単独事業所で携帯電話等を所持した職員が対応する場合等が考えられるが、具体的な配置の在り方については、今後検討。

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

○ 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



④ 在宅歯科医療について

57

在宅における歯科治療

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

歯科治療が必要であるにもかかわらず、歯科治療を受診した者が少ない

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1% 平均現在歯数:7.1本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要があるものは38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- 歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齶蝕治療、歯周治療の順であった。
- 実際に歯科治療を受診した者は26.9%

※ 在宅歯科医療を実施した歯科医療機関の割合は、**18.2%**(H17医療施設調査)



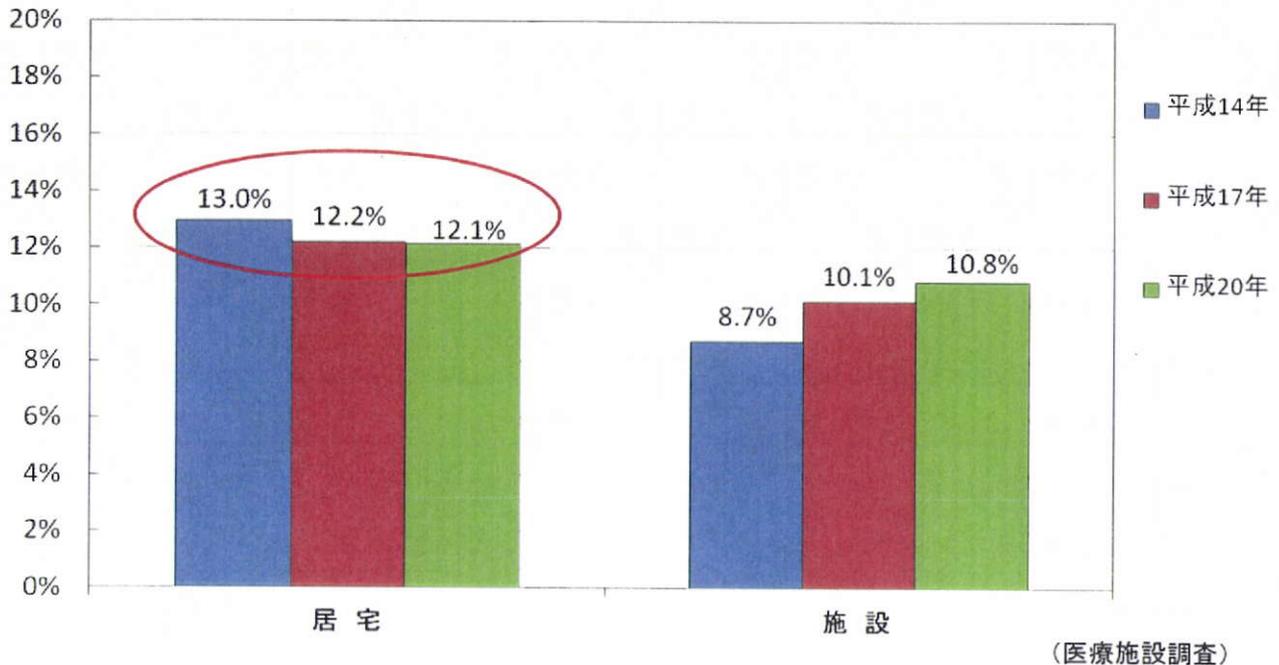
歯科治療の必要性と実際の受診には、おおきな隔たりがある。

出典:情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究(平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)。研究代表者:河野正司 新潟大学教授)

58

訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

訪問先別の訪問歯科診療を実施歯科診療所数のうち、施設を訪問して実施している歯科診療所は増加しているが、居宅を訪問している歯科診療所は増加していない。



59

在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

在宅歯科医療の実施状況別にみた医療職との連携の状況

在宅に限らず、高齢 や基礎疾患のある 患者の主治医との 連携	全 体 (n=3,274)	未実施 (n=2,056)	実 施 (n=1,218)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				~9人 (n=1,031)	10~49人 (n=125)	50人以上 (n=62)
				連携している	1,822 (55.7%)	1,087 (52.9%)
あまり取れてない	775 (23.1%)	440 (21.4%)	335 (27.5%)	290 (28.1%)	27 (21.6%)	18 (29.0%)
連携していない	677 (20.7%)	529 (25.7%)	148 (12.2%)	138 (13.4%)	8 (6.4%)	2 (3.2%)

在宅歯科医療の実施状況別にみた介護職との連携の状況

介護保険を利用し ている患者の、ケア マネジャー等介護 保険関連職種との 連携	全 体 (n = 2,983)	未実施 (n = 1,821)	実 施 (n = 1,162)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				~9人 (n = 977)	10~49人 (n = 126)	50人以上 (n = 59)
				連携している	385 (12.9%)	142 (7.8%)
あまり取れてない	623 (20.9%)	265 (14.6%)	358 (30.8%)	293 (30.0%)	46 (36.5%)	19 (32.2%)
連携していない	1,975 (66.2%)	1,414 (77.6%)	561 (48.3%)	513 (52.5%)	33 (26.2%)	15 (25.4%)

高齢者等の主治医との連携が取れていると回答した在宅歯科医療を実施している歯科医師は約60%、介護保険関係職種との連携が取れていると回答した歯科医師は約21%となっている。

出典：東京都内における在宅歯科医療に関する基礎調査、東京都歯科医師会会員へのアンケート調査より。(老年歯学：23(4)、417-423、2009)

60

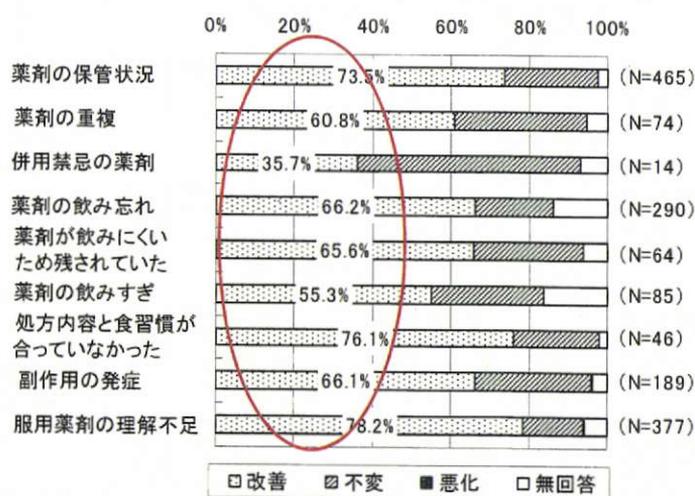
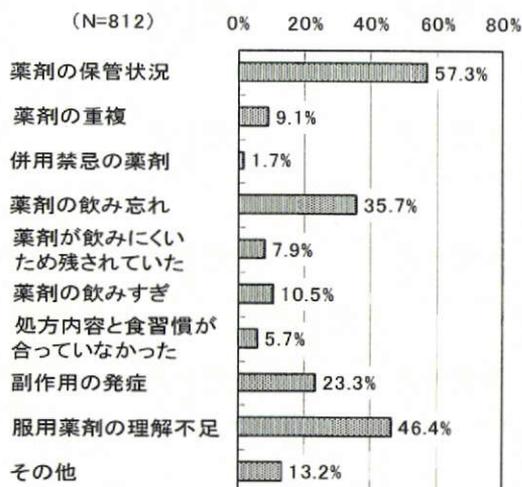
⑤ 在宅における薬剤管理について

61

在宅医療への薬剤師の関与とその意義

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の開始時に
発見された薬剤管理上の問題点

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の取り組みの効果



出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

小規模薬局による在宅薬剤管理指導について

○ 約7割の保険薬局は、常勤換算での薬剤師数が3人未満と規模が小さく、単独で在宅薬剤管理指導業務を実施する際の負担は大きい。



在宅患者訪問薬剤管理指導等の実施体制

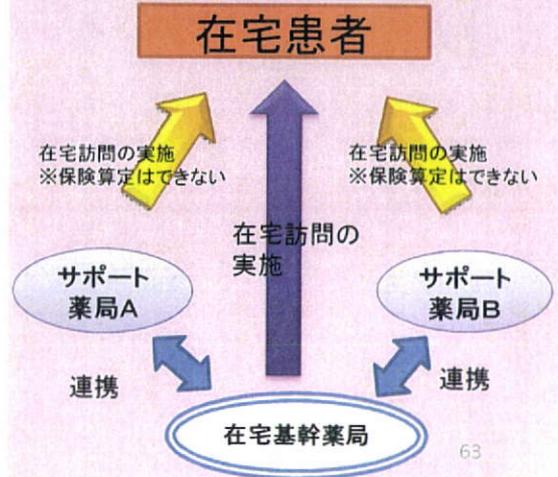
実施体制	件数	割合
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は 定期的に閉局 する	16	5.4%
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は 不定期に閉局 する	23	7.8%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しており、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	66	22.4%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しているが、患者の受持ち制はとっていない	31	10.5%
複数の薬剤師が他業務の空いた時間帯に随時実施し、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	55	18.7%
複数の薬剤師が他業務の空いた時間帯に随時実施しているが、患者の受持ち制はとっていない	43	14.6%
在宅患者訪問薬剤管理指導等を専任とする薬剤師を置いている	45	15.3%
無回答	15	5.1%
合計	294	100.0%

出典) 平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

先進的取組み事例

(沖縄県北部地区薬剤師会における取組み)

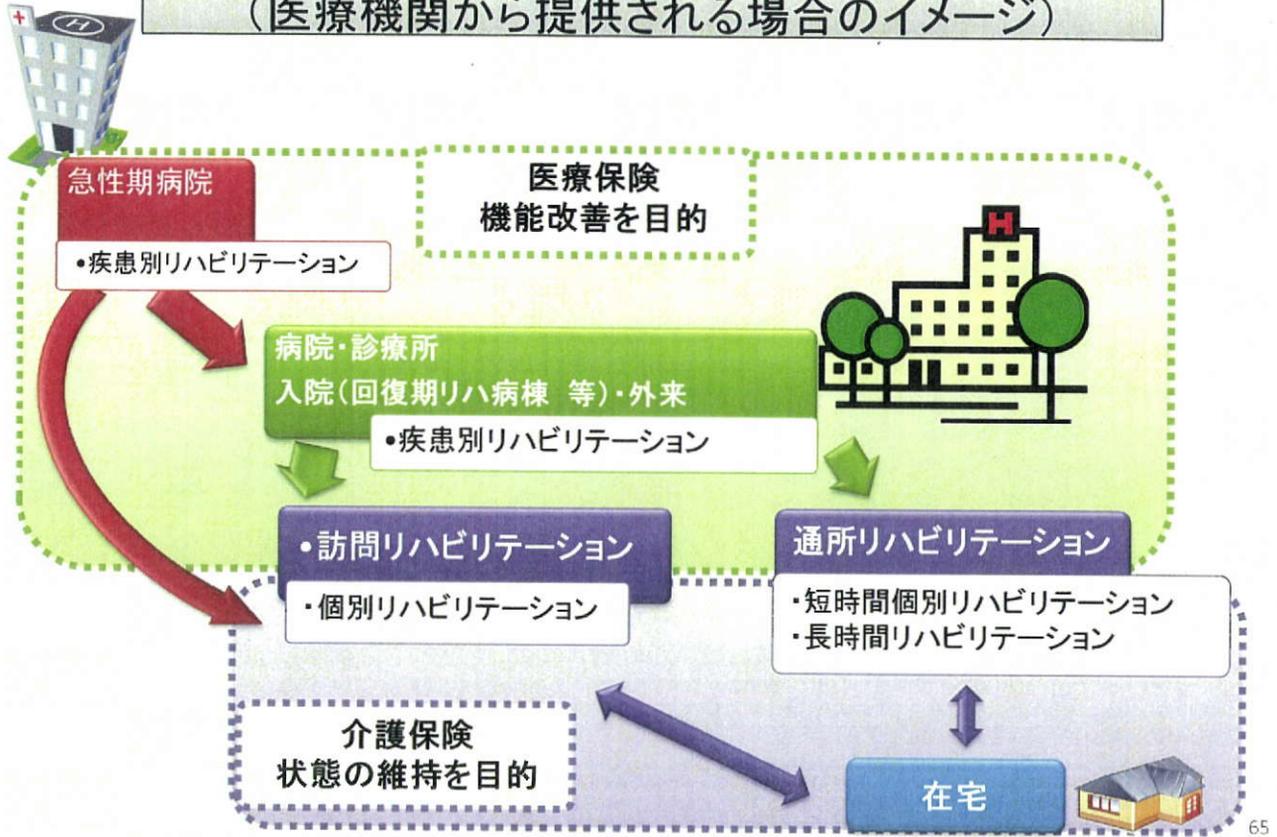
・通常は、在宅基幹薬局が対応するが、在宅基幹薬局が対応できない場合には、患者情報を共有の上、連携するサポート薬局が在宅訪問を実施して対応



⑥ リハビリテーションの評価について

リハビリテーション

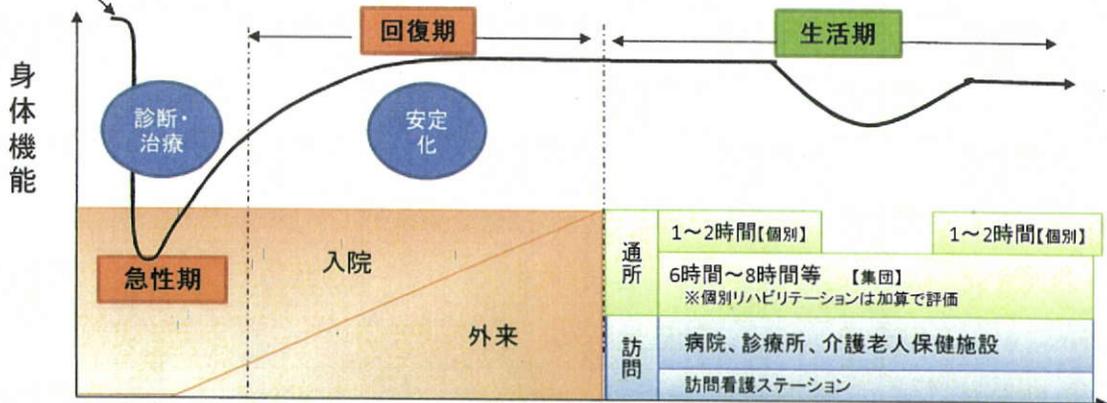
リハビリテーションに関する医療と介護の連携 (医療機関から提供される場合のイメージ)



65

リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症



役割分担

主に医療保険

主に介護保険

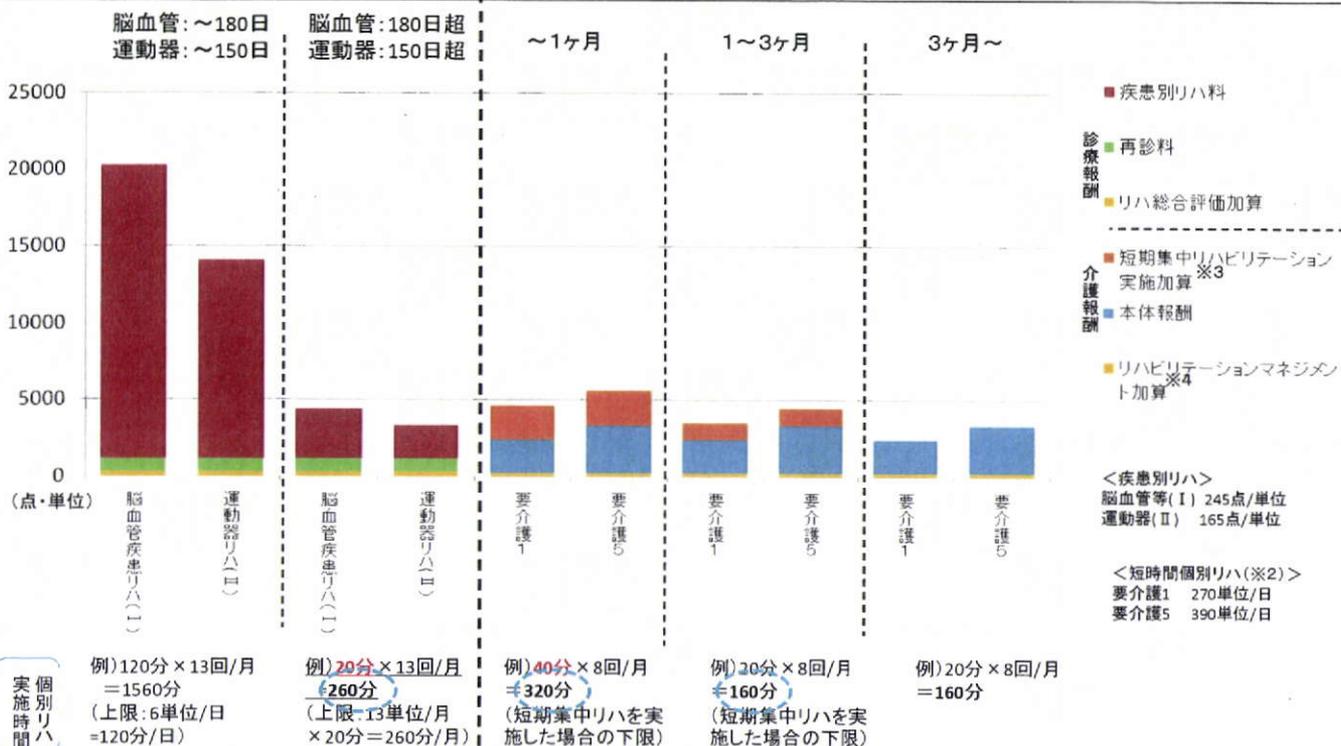
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる 廃用症候群の 予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成される チームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

66

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

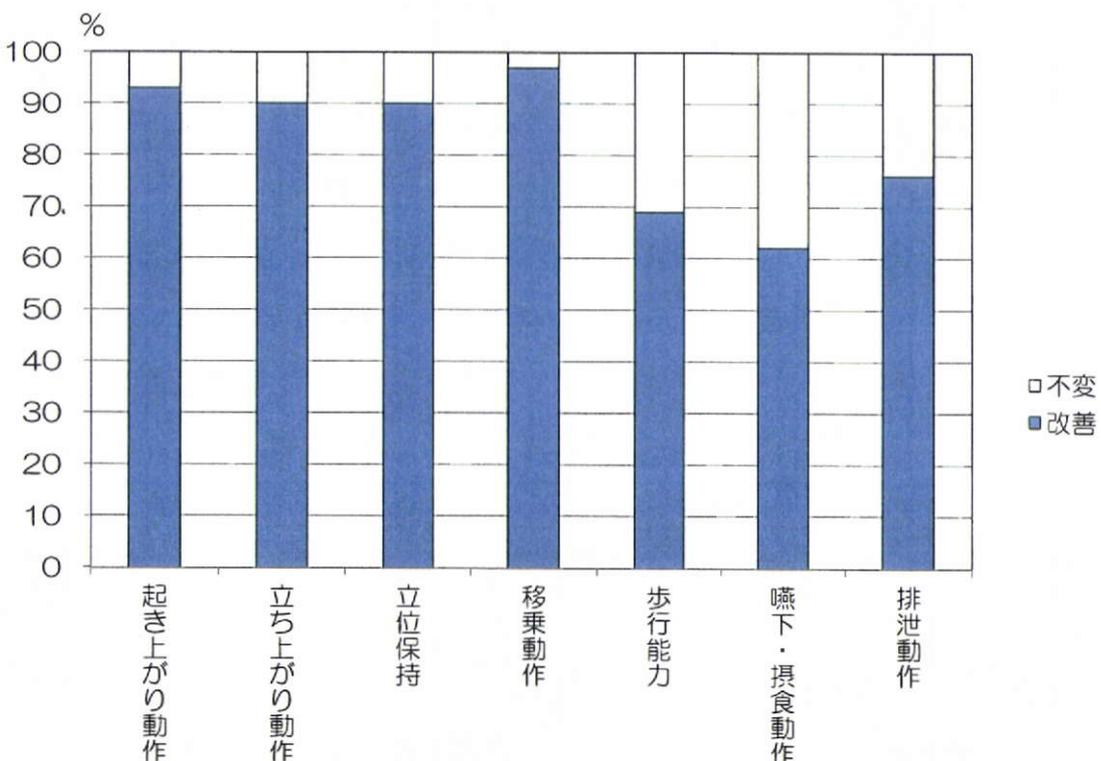
【医療保険※1】（急性期・回復期） → 【医療保険※1】（生活期（維持期）） → 【介護保険（通所リハビリテーション：短時間個別リハ※2の場合）】（生活期（維持期））



※1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。
 ※2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。
 ※3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 ※4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

67

○ 実施前後のADLの改善については、「起き上がり動作、立ち上がり動作、立位保持、移乗動作等の起居動作で改善が顕著であった」



68

⑦ 認知症への対応に向けた評価について

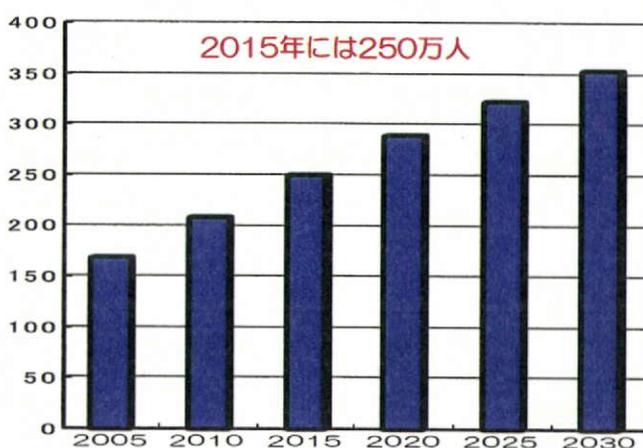
69

高齢者の増加と認知症疾患患者

介護領域からの推計

自立度Ⅱ以上※の認知症患者数の推計

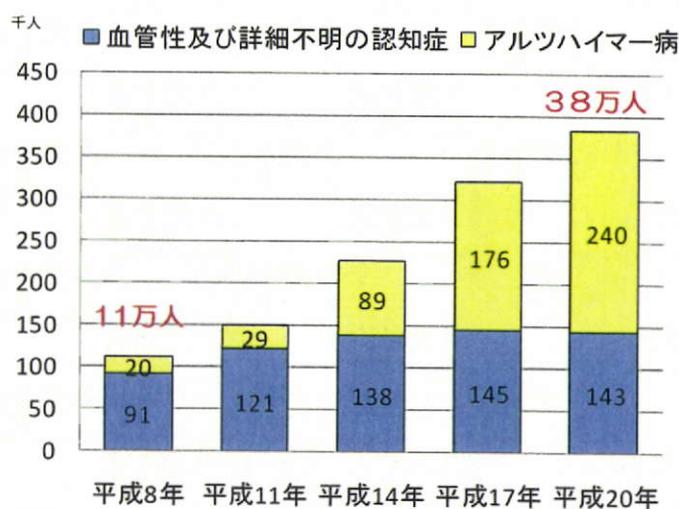
万人 ※認知症高齢者の日常生活自立度



医療領域での推移

認知症疾患患者数の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)



認知症患者数の将来推計：厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」（平成14年9月末についての推計）、認知症患者の年次推移：患者調査⁷⁰

認知症高齢者の日常生活自立度

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・行動や意志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一人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・行動や意志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・奇声をあげる、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・行動や意志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	著しい精神症状や問題行動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

認知症の中核症状と周辺症状

BPSD* (周辺症状)

行動障害
徘徊
失禁
自傷・他害

精神症状
幻覚
妄想
作話

感情障害
うつ
不安
焦燥

意欲の障害
意欲低下
意欲亢進

中核症状

記憶障害
見当識障害
判断の障害
実行機能の障害

特徴

- 一部の患者に、経過中にみられることがある
- 出現する症状やその重症度は様々

対応

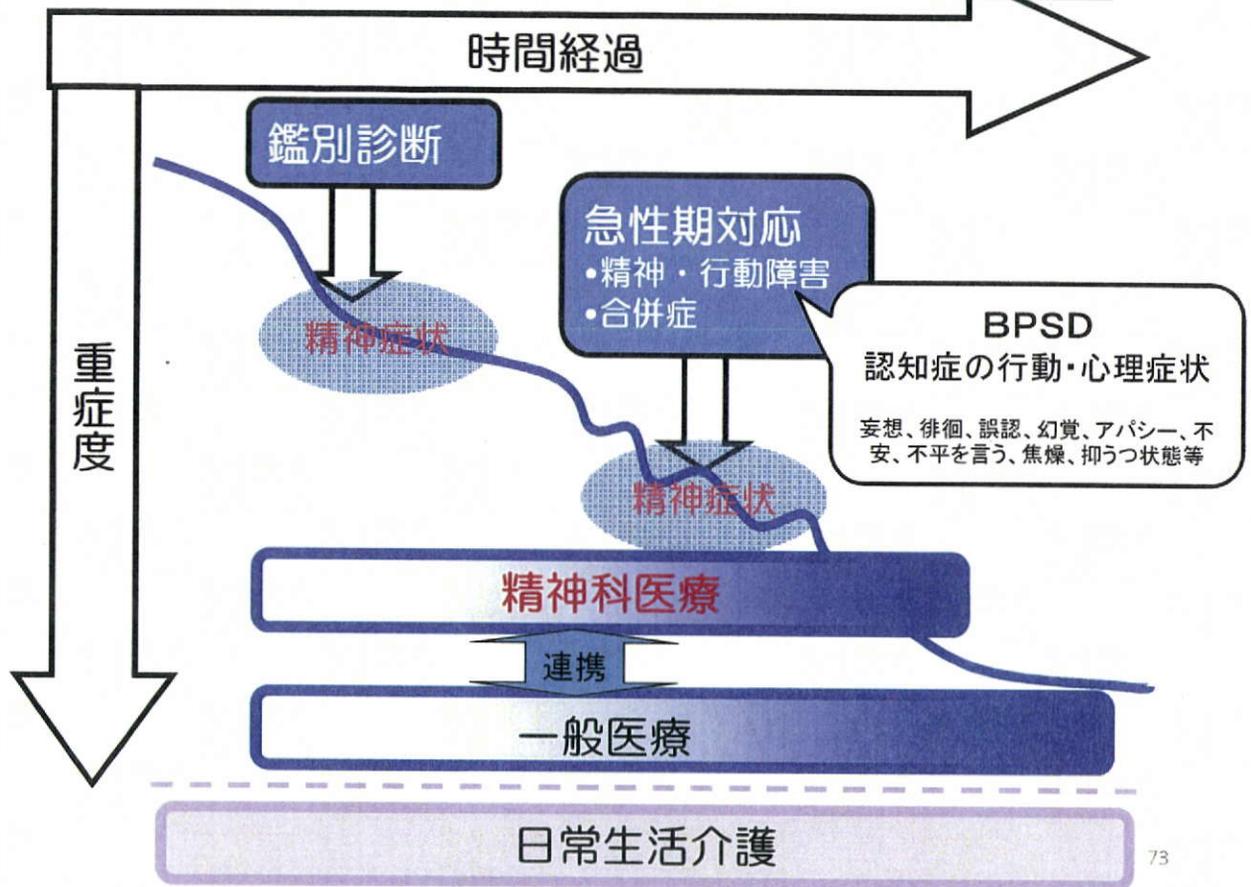
- 薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する
- 適切な治療により、多くは1~3ヶ月で改善可能

*BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動・心理症状)

- すべての患者で病期を通じてみられる
- 徐々に進行し、改善は見込めない

- ドネペジル(アリセプト)投与により、進行の遅延が図られる

認知症の経過と医療の必要性

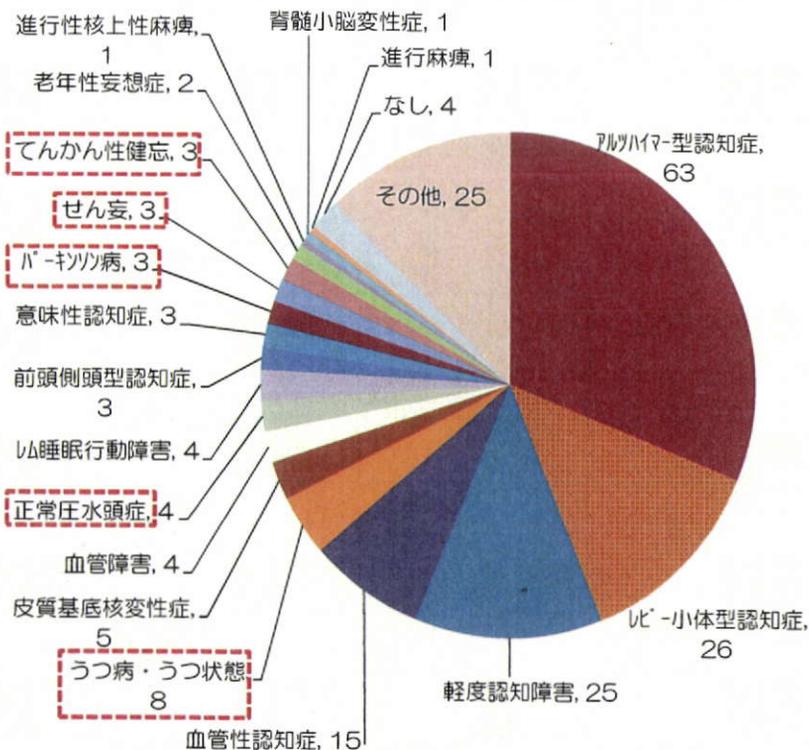


73

認知症の早期鑑別の重要性について

紹介患者の認知症専門外来での診断

認知症専門外来を受診した患者(275人)のうち、前医での診断結果が明らかな患者(204人)についての診断



74

平成21年度 厚生労働科学研究「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」(主任研究者 池田学)

認知症対策事業について

認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額 577,671千円

認知症疾患医療センター

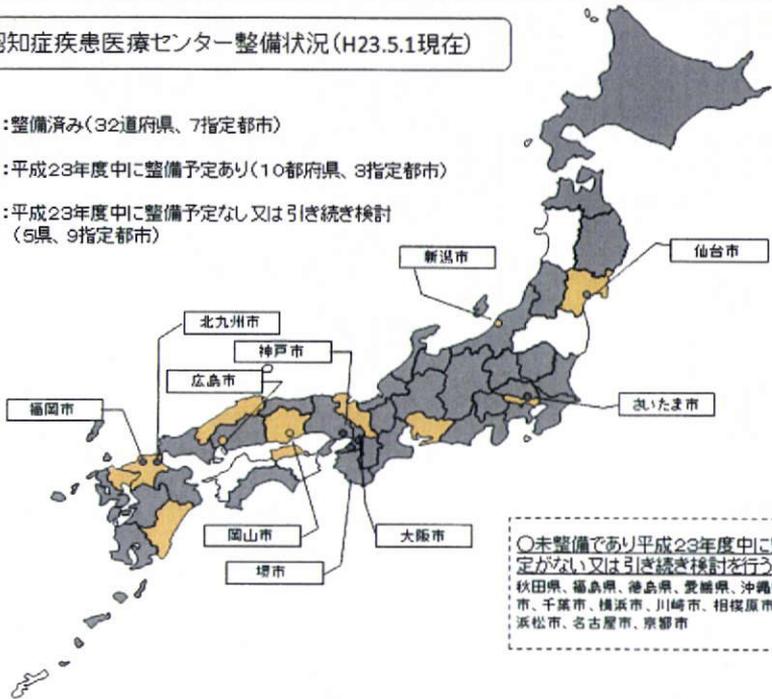
設置場所：身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数：全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員：専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

認知症疾患医療センター整備状況(H23.5.1現在)

- : 整備済み(32道府県、7指定都市)
- : 平成23年度中に整備予定あり(10道府県、3指定都市)
- : 平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討(5県、9指定都市)



○未整備であり平成23年度中に整備予定がない又は引き続き検討を行う自治体
秋田県、福島県、徳島県、愛媛県、沖縄県、札幌市、千葉市、横浜市の、川崎市、相模原市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市

認知症疾患医療センター運営事業実施状況

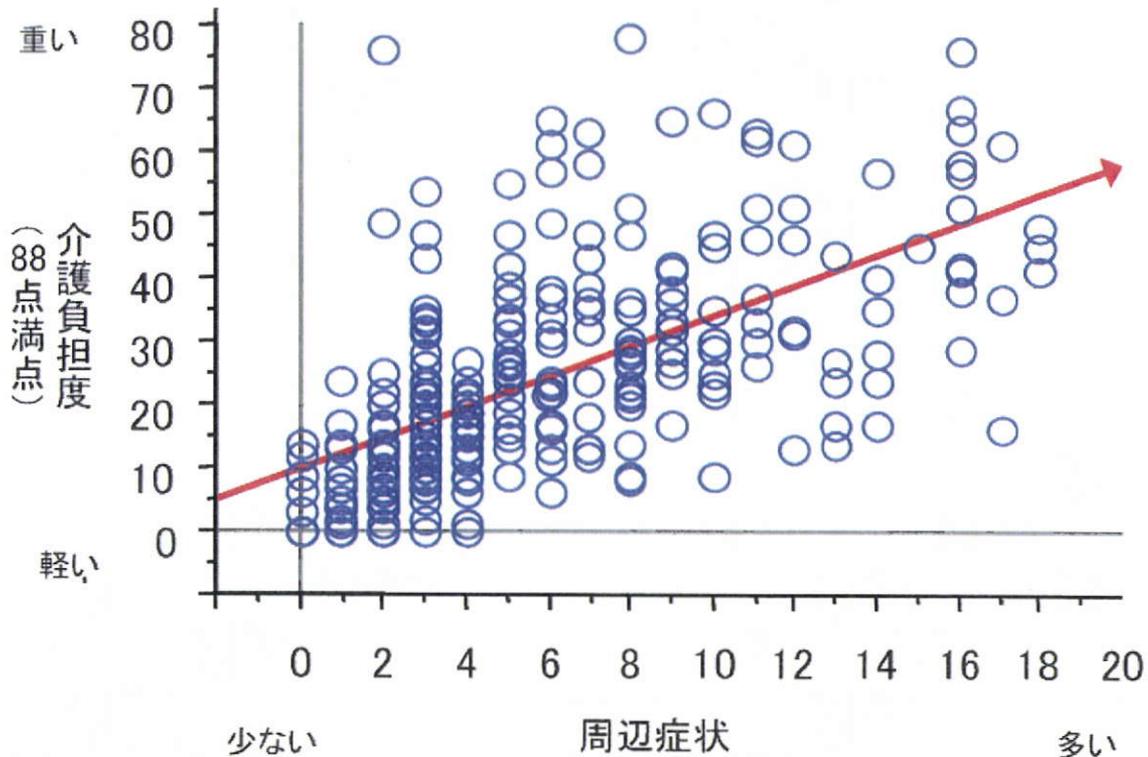
平成23年5月1日現在
112ヶ所
(32道府県 7指定都市)

(参考)
平成21年度：66ヶ所
平成20年度：14ヶ所

75

認知症のBPSD(行動・心理症状)と介護負担度について

介護負担度と周辺症状



出典：杏林大学物忘れセンターにおけるデータ

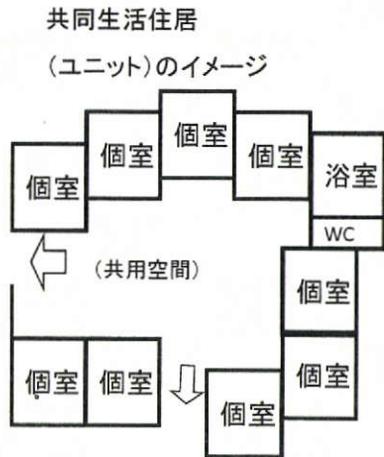
76

認知症対応型共同生活介護の概要

(基本的な考え方)

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。

《利用者》	《人員配置》	《設備》	《運営》
<ul style="list-style-type: none"> ○1事業所あたり1又は2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 	<ul style="list-style-type: none"> ○介護従業者 日中:利用者3人に1人(常勤換算) 夜間:夜勤1人 ○計画作成担当者 ユニットごとに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のある者が常勤専従 	<ul style="list-style-type: none"> ○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・浴室等日常生活に必要な設備 	<ul style="list-style-type: none"> ○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



要介護度別介護報酬

介護報酬		(1日につき)
基本部分	要介護1	831単位
	要介護2	848単位
	要介護3	865単位
	要介護4	882単位
	要介護5	900単位

77

認知症対応型通所介護の概要

基本方針

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とする。

【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>
 - 事業開始・施設開設から3年以上経過している事業所・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介護事業所等の)各事業所ごとに、1日当たり3人以下

【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
3㎡×利用定員以上の面積

【人員配置】

- <単独型・併設型>
 - 生活相談員 1人以上
 - 看護職員又は介護職員 2人以上
 - 機能訓練指導員 1人以上
 - 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>
 - 従業者の員数(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者の員数を満たすために必要な数以上
 - 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

要介護度別介護報酬

単独型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	526単位
	要介護2	578単位
	要介護3	630単位
	要介護4	682単位
	要介護5	735単位

併設型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	477単位
	要介護2	523単位
	要介護3	570単位
	要介護4	617単位
	要介護5	663単位

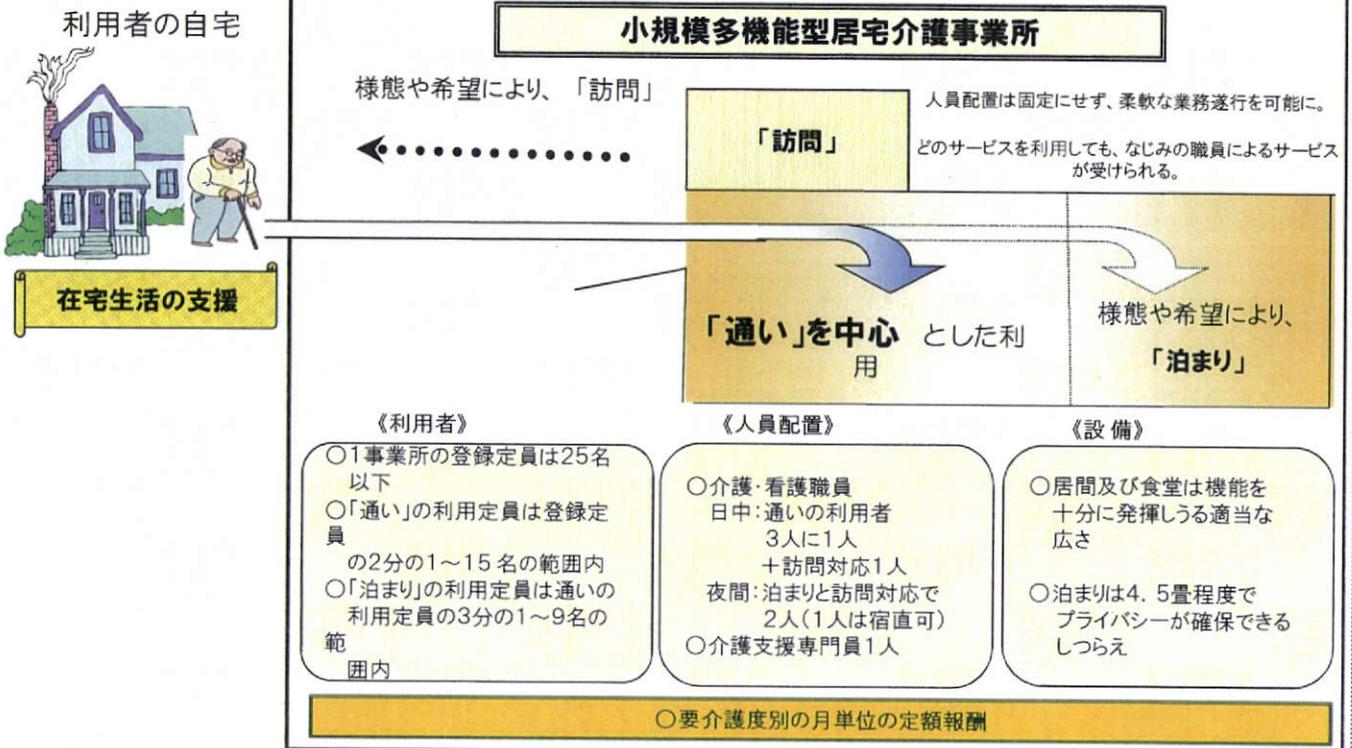
共用型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	235単位
	要介護2	243単位
	要介護3	252単位
	要介護4	260単位
	要介護5	269単位

78

小規模多機能型居宅介護の概要

「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」**や「**泊まり**」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



79

(参考) 認知症に関わる現行の加算について (1)

退去時相談援助加算(グループホーム)

グループホームを退去する利用者に対し、退去後の居宅サービスの利用等に関する相談援助を評価。
◆ 400単位/回(1回を限度)

看取り介護加算(グループホーム)

医師が回復の見込みがないと診断した利用者に対し、利用者又は家族の同意の下で行う看取り介護を評価。
◆ 利用者の死亡日前30日を上限として 80単位/日

夜間ケア加算(グループホーム)

夜勤職員の配置基準(1ユニット1名)を超えて、1事業所当たり常勤換算で1以上の夜勤職員の配置を評価。
◆ 1人あたり 25単位/日

医療連携体制加算(グループホーム)

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。
◆ 39単位/日

認知症行動・心理症状緊急対応加算(短期入所系サービス、グループホームのショートステイ)

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入について評価を行う。
◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

若年性認知症利用者受入加算(グループホーム、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス)

若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価。
◆ 宿泊 : 120単位/日 ◆ 通所 : 60単位/日

認知症専門ケア加算(グループホーム、施設系サービス)

認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体が実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価。
◆ 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日 ◆ 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日

80

(参考) 認知症に関わる現行の加算について (2)

認知症ケア加算(介護老人保健施設)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)に対して介護保健施設サービスを行うことについて評価。

◆ 76単位/日

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、認知症の疑い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)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション)

軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価。

◆ 介護老人保健施設・介護療養型医療施設 240単位/日(週3日まで)【入所(院)の日から3月以内】

◆ 通所リハビリテーション 240単位/日(週2日まで)【退院(所)または通所開始日から3月以内】

認知症加算(小規模多機能居宅介護)

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の提供を評価。

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

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

認知症加算(居宅介護支援)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)に対して居宅介護支援を行うことを評価。

◆ 150単位/月

精神科を担当する医師に係る加算(介護老人福祉施設)

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以上を占める介護老人福祉施設において、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

81