

第7回 認知症医療介護推進会議

認知症施策等の動向について

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

平成30年8月1日

認知症高齢者等にやさしい地域づくりのための施策の推進

- 現在、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又は予備群と言われ、更に増加することが見込まれる中で、**認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう環境整備を行っていくことが必要**。
- 「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)に基づき、早期診断・早期対応を軸とした、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供が図られる仕組みを構築するなど、**認知症高齢者等にやさしい地域づくり**を推進する。

【①②③の合計額】

平成29年度予算額 約88億円



平成30年度予算額 約97億円

主な認知症施策関連予算

①認知症に係る地域支援事業

- ・認知症初期集中支援チームの設置
- ・認知症地域支援推進員の設置等

②認知症施策等総合支援事業等【14億円 → 15億円】

- ・認知症高齢者見守りの推進(一部新規)
- ・若年性認知症支援体制の拡充(一部新規)
- ・成年後見制度利用促進に関する枠組み構築(一部新規)
- ・認知症疾患医療センターの整備 等

③認知症関係研究費【8.8億円 → 9.0億円】

- ・コホート研究の全国展開と疾患登録に基づくデータ等を活用して、有効な予防法、革新的な診断・治療法等の開発を進めるとともに、臨床研究の実施を支援する体制の整備を推進

④地域医療介護総合確保基金事業(介護分)

- ・介護サービス基盤の整備
- ・介護、権利擁護等に関する人材の確保

⑤医療・介護保険制度等

- ・医療・介護保険制度による医療・介護給付費等

※ 厚生労働省では、上記の医療・介護分野以外でも、介護者の仕事と介護の両立支援、ハローワークによる就労参加支援などにより、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進。

※ さらに、関係省庁においても、生活の支援(ソフト面)、生活しやすい環境(ハード面)の整備、就労・社会参加支援、安全確保等の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりのための施策が行われている。

- 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)については、平成27年1月に関係12府省が共同で策定。
- 平成29年7月に2020年度末までの新たな数値目標を設定する等の一部改訂を行った。

現在までの進捗・取組状況

- 数値目標(2020年度末)は15項目設定(改訂前は11項目設定(平成29年度末))。
平成29年度末現在の進捗状況は別紙の通り。
- 愛知県において「あいちオレンジタウン構想」を策定するなど、新オレンジプランを契機に新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の人とその家族を支援する地域資源は着実に増加。
- 前回連絡会議で共有した事項の達成状況

- ・地域で認知症に関わる事が多い業界への理解推進、認知症サポーターが活躍している取組の普及・推進
⇒ 小売業・金融機関・公共交通機関など職種のサポーターに認知症の理解を深めてもらうため、各業界における認知症サポーター対応力向上のDVDを作成。
- ・認知症の人本人による発信の共有、本人ミーティングの推進
⇒ 認知症当事者の方が中心となって、認知症と診断されて間もない方に向けた冊子「本人にとってのよりよい暮らしガイドー足先に認知症になった私たちからあなたへ」を作成
- ・成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進
⇒「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」を策定(平成30年6月22日付老健局長通知)

第7回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議

- 関係省庁連絡会議において、以下の事項を実施。
 - ・認知症に対する理解を深めるため、**VR認知症を体験。**
 - ・**認知症の人本人の講演と関係省庁との意見交換。**
 - ・プラン記載の**施策の着実・効果的な実行を、関係省庁が一丸となって取り組む旨を確認・共有。**

数値目標一覧

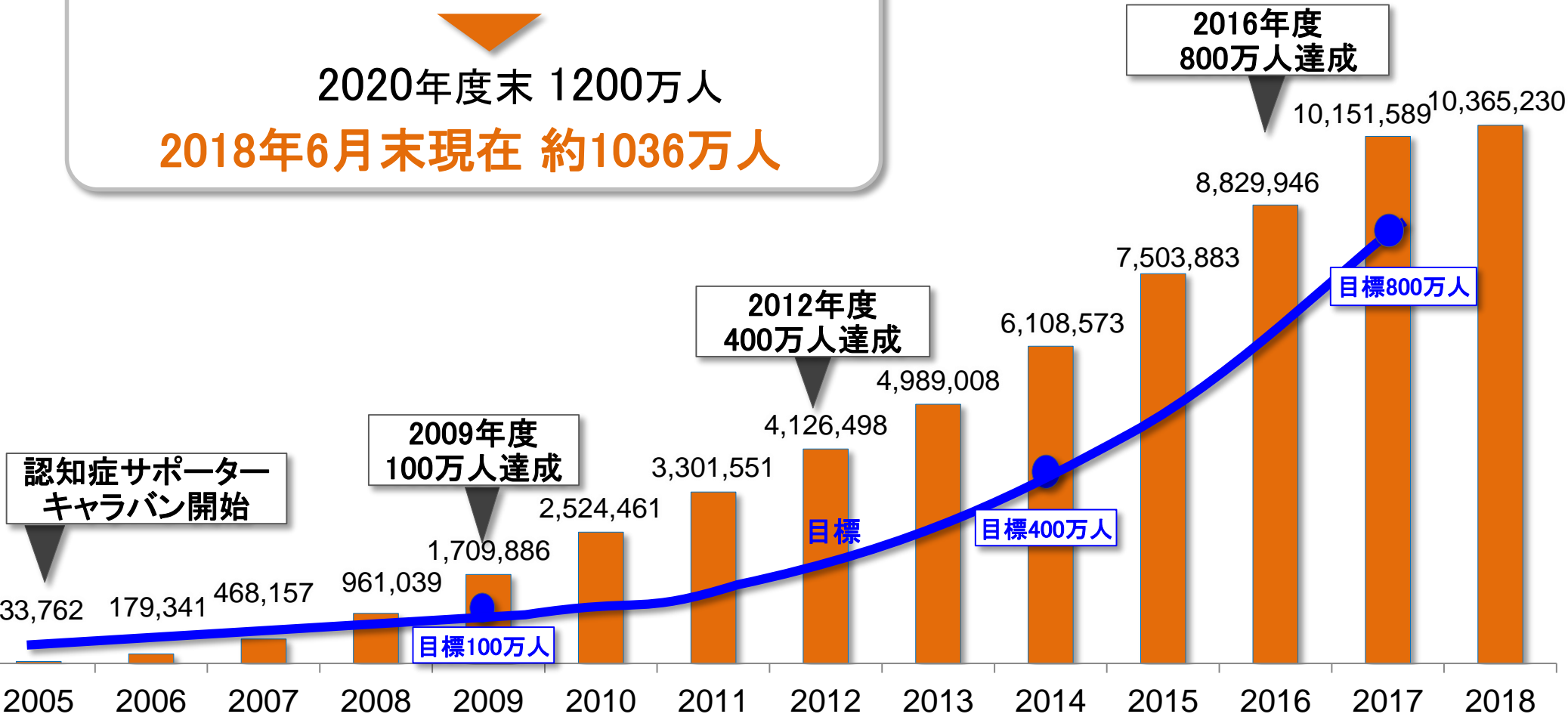
項目	新プラン策定時	進捗状況		目標(2020年度末)	参考:改定前目標
		2016年度末	2017年度末 ※見込み		
認知症サポーター養成	545万人 (2014.9末)	880万人	1,036万人 (2018.6末)	1,200万人	800万人 (2017年度末)
かかりつけ医認知症対応力 向上研修	38,053人 (2013年度末)	5.3万人	5.8万人	7.5万人	6万人 (2017年度末)
認知症サポート医養成研修	3,257人 (2013年度末)	0.6万人	0.8万人	1万人	5千人 (2017年度末)
歯科医師認知症対応力 向上研修	—	0.4万人	0.8万人	2.2万人	2016年度より 研修開始
薬剤師認知症対応力 向上研修	—	0.8万人	1.7万人	4万人	2016年度より 研修開始
認知症疾患医療センター	289カ所 (2014年度末)	375カ所	429カ所 (2018.5内示分)	500カ所 ※2次医療圏域に少なくとも 1センター以上設置	500カ所 (2017年度末)
認知症初期集中支援チーム 設置市町村	41カ所 (2014年度末)	703カ所	1,718カ所 (2018.4.1)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進	全市町村 (2018年度～)
一般病院勤務の医療従事者 認知症対応力向上研修	3,843人 (2013年度末)	9.3万人	12.2万人	22万人	8.7万人 (2017年度末)
看護職員認知症対応力 向上研修	—	0.4万人	1.0万人	2.2万人	2016年度より 研修開始
認知症介護指導者養成研修	1,814人 (2013年度末)	2.2千人	2.3千人	2.8千人	2.2千人 (2017年度末)
認知症介護実践リーダー研修	2.9万人 (2013年度末)	3.8万人	4.1万人	5万人	4万人 (2017年度末)
認知症介護実践者研修	17.9万人 (2013年度末)	24.4万人	26.4万人	30万人	24万人 (2017年度末)
認知症地域支援推進員の 設置市町村	217カ所 (2014年度末)	1.2千カ所	1,728カ所 (2018.4.1)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進	全市町村 (2018年度～)
若年性認知症に関する事業の 実施都道府県	21カ所 (2013年度)	42カ所	47カ所 (コーディネーター設置 43カ所)	コーディネーターの資質向上 好事例の横展開の推進	全都道府県 (2017年度末)
認知症カフェ等の設置市町村	—	1.0千カ所	1.3千カ所	全市町村	—

認知症サポーターの養成状況 ①

目標:2017年度末 800万人

2020年度末 1200万人

2018年6月末現在 約1036万人



平成30年6月末現在

認知症サポーターの養成状況 ②

※平成30年6月30日現在(平成17年度からの累計)

< 内訳 >

認知症サポーター	10,215,464 人
キャラバン・メイト	149,766 人
計	10,365,230 人

< サポーターの内訳 >

自治体・地域において養成(自治体型)	9,641,699 人
全国規模の企業・団体により養成(企業・団体型)	479,519 人
広域参加型のシンポジウム・フォーラムによる養成(啓発型)	94,246 人
計	10,215,464 人

< 自治体型の内訳 >

住民	4,740,588 人
企業・団体	1,664,903 人
学校	2,381,526 人
行政	479,250 人
介護サービス	375,432 人
計	9,641,699 人

< 企業・団体型の内訳 >

マンション管理会社	72,680 人
デパート・小売業	44,796 人
金融機関	131,228 人
その他団体	230,815 人
計	479,519 人

■企業等における認知症サポーターの養成

小売業・金融機関・公共交通機関など職種のサポーターに認知症の理解を深めてもらうため、各業界における認知症サポーター対応力向上のDVDを作成

「認知症サポーター養成講座 DVD」

～スーパーマーケット編、マンション管理者編、金融機関編、交通機関編、訪問業務編～

【事例DVDの構成】

- ① 認知症の人への接し方
- ② 悪い対応事例
- ③ 望ましい対応事例
- ④ 接し方のアドバイス



認知症サポーター養成状況 実施主体別（平成30年3月31日現在）

	サポーター数
自治体・地域において養成されたサポーター	9,574,455 人
企業・団体において養成されたサポーター	482,888 人
金融機関	131,181 人
マンション管理会社	72,280 人
デパート・小売業	45,051 人
その他	234,376 人
広域からの参加者によるシンポジウム・フォーラムによるサポーター	94,246 人
合 計	10,151,589 人



■ 循環型の仕組みの構築に向けて

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

- ✓ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。
- ✓ ひな形を参考に各自治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報共有ツールを作成し、運用。

情報項目

- ✓ 1) 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意)
- ✓ 2) 同意書
- ✓ 3) わたし自身①:ご本人の基本情報
- ✓ 4) わたし自身②:ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目
- ✓ 5) わたしの医療・介護①:医療機関
- ✓ 6) わたしの医療・介護②:支援に関わる者・機関のリスト
- ✓ 7) わたしの医療・介護③:病名と医療機関
- ✓ 8) わたしの医療・介護④:処方内容と処方の目的
- ✓ 9) わたしの医療・介護⑤:血圧、体重
- ✓ 10) わたしの医療・介護⑥:利用しているサービス状況
- ✓ 11) わたしの認知症の状況①:認知機能検査(MMSE又はHDS-R)。
- ✓ 12) わたしの認知症の状況②:日常生活活動の変化
- ✓ 13) わたしの認知症の状況③:最近気になっていること、困っていること
- ✓ 14) わたしのこれからのこと①②:今後の医療・介護への希望
- ✓ 15) 通信欄

〇〇手帳



この手帳は、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるようにするための手帳です。

情報共有ツールの運用・作成等において参考となるマニュアル案

情報共有ツール記載マニュアル案

- ✓ 情報共有ツールを活用する認知症のご本人、ご家族、関係機関の方に向けた記載にあたってのマニュアル案

情報共有ツール作成・運用マニュアル案

- ✓ 情報共有ツールのひな形の作成過程で明らかになった知見を元に、地域の実情に合った情報共有ツールを作成し、活用にあたってのマニュアル案

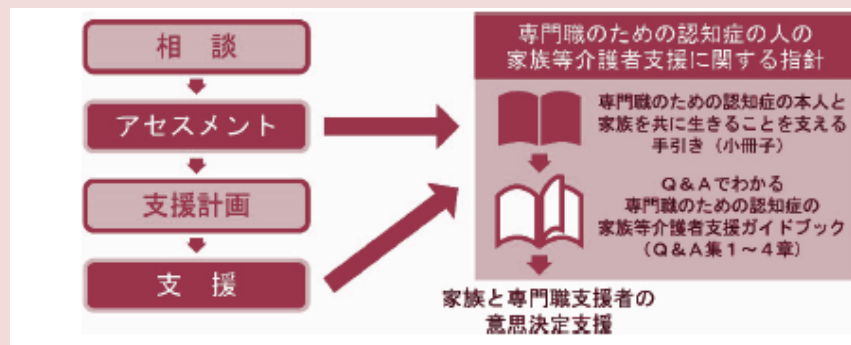
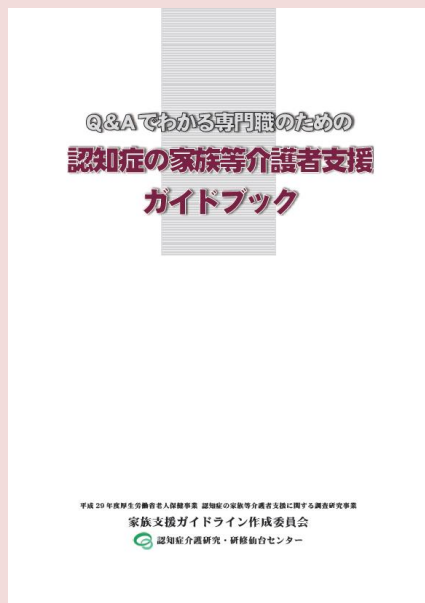
■ 家族等介護者の支援

認知症の人の家族等介護者1人ひとりに、必要なときにいつでも必要な支援が行き届くための、専門職による家族支援の指針となる手引書を作成

「専門職のための認知症の本人と家族がともに生きることを支える手引き」



「Q&Aでわかる専門職のための認知症の家族等介護者支援ガイドブック」



- 家族が相談に来たときに、家族にアセスメントを行う際、または支援計画を立てるときにその支援者が手軽に参照・閲読して活用することを想定
- 「手引き」では家族支援の基本的な姿勢を、「ガイドブック」では57の介護者支援等に関する質問に対し具体的な回答及び解説を記載している

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築

- ・年々、認知症高齢者の行方不明者数は、増加している状況
- ・行方不明を防ぎ、安心して外出できる地域をつくっていくことは、すべての自治体にとって重要な課題
- ・全国各地で様々な取組が行われているが、相互に情報共有ができていない状況

「見守り・SOS体制づくり基本パッケージ・ガイド」を作成
 先行地域の取組事例を交えながら、見守り体制を構築するための指針を自治体向けに作成

※基本パッケージをフロー図で紹介

見守り・SOS体制づくり 基本パッケージ・ガイド

認知症の人等が行方不明にならずに外出を続けられるための
見守り・SOS体制づくりの一步一步



社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター

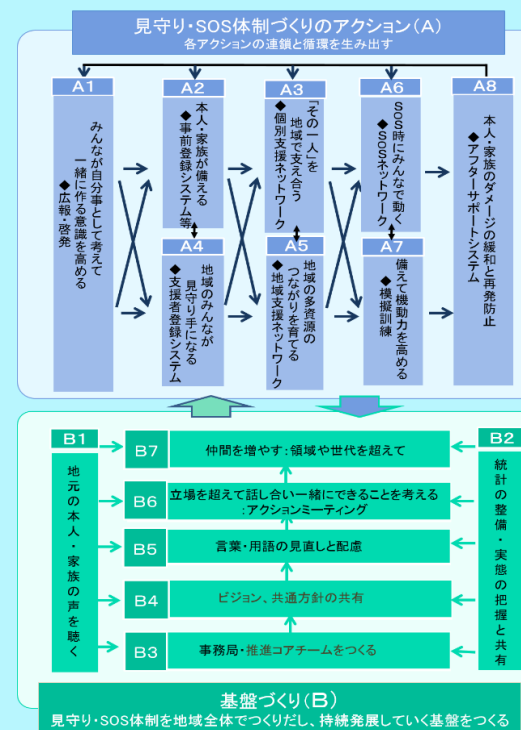
目次

I. 見守り・SOS体制づくり基本パッケージの概要と活かし方

1. 基本パッケージ・ガイドのねらい 1
参考① 認知症高齢者の行方不明者数の推移 2
参考② 行方不明の解消に向けた取組の歩み 2
2. 用語の定義 3
3. 見守り・SOS体制づくりの基本指針と全体構造 4
4. 基本パッケージの構成と活かし方 7

II. 見守り・SOS体制づくりの一步一步

1. まずは基本方針・全体構造をもとに見直そう 9
2. 基盤づくりをしっかりと 11
 - 1) 地元の本人・家族の声を聴く 13
 - 2) 統計の整備・実態の把握と共有 15
 - 3) 事務局と推進コアチームをつくる 17
 - 4) ビジョン、共通方針の共有 19
 - 5) 言葉・用語の見直しと配慮 21
 - 6) アクションミーティング：立場を超えて話し合い一緒にできることを考える 23
 - 7) 仲間を増やす：領域や世代を超えて 25
3. 見守り・SOS体制づくりのアクションの展開 27
 - 1) 広報・啓発：みんなが自分事として考え一緒に考える意識を高める 29
 - 2) 事前登録システム：本人・家族が備える 31
 - 3) 個別支援ネットワーク：「その一人」を地域で支え合う 33
 - 4) 支援者登録システム：地域のみんなが見守り手になる 35
 - 5) 地域支援ネットワーク：地域の多資源のつながりを育てる 37
 - 6) SOSネットワーク：SOS時にみんなで動く・SOSネットワーク 39
 - 7) 模擬訓練：備えて機動力を高める 41
 - 8) アフターサポートシステム：
行方不明発生後の本人・家族のダメージの緩和と再発防止 43



「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」の概要

趣旨

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの。

誰のための誰による意思決定支援か

認知症の人を支援するためのガイドラインであり、また、特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による意思決定を行う際のガイドラインとなっている。

意思決定支援の基本原則

認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。

また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなって必要な支援を行う体制（意思決定支援チーム）が必要である。

日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

- ◎意思決定支援者の態度
(本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解 など)
- ◎意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
(本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配り など)
- ◎意思決定支援と環境
(緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保 など)

意思形成支援：適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

[ポイント、注意点]

- ◎本人の意思形成の基礎となる条件の確認（情報、認識、環境）
- ◎必要に応じた 都度、繰り返しの説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明
- ◎本人の正しい理解、判断となっているかの確認



意思表明支援：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

[ポイント、注意点]

- ◎意思表明場面における環境の確認・配慮
- ◎表明の時期、タイミングの考慮（最初の表明に縛られない適宜の確認）
- ◎表明内容の時間差、また、複数人での確認
- ◎本人の信条、生活歴・価値観等の周辺情報との整合性の確認



意思実現支援：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

[ポイント、注意点]

- ◎意思実現にあたって、本人の能力を最大限に活かすことへの配慮
- ◎チーム(多職種協働)による支援、社会資源の利用等、様々な手段を検討・活用
- ◎形成・表明された意思の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

各プロセスで困難・疑問が生じた場合は、チームでの会議も併用・活用

■ 診断直後の支援

診断直後に認知症の本人が手にし、次の一步を踏み出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイドを作成

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」

～ 一足先に認知症になった私たちからあなたへ ～

このガイドを手にしたあなたへ
新たなスタートを、いっしょに

このガイドは、一足先に認知症の診断を受け日々を暮らしてきている私たちから、あなたが元気になって、これからをよりよく暮らしていくヒントにしてほしい、と願って作ったものです。

わたしたちは、日々、悪戦苦闘しながらも、人生を楽しんでいます。
いろんな可能性があります。

せっかくの自分の人生。
これからあなたが、少しでもいい日々を過ごしていけますように！



もくじ



1. 一日も早く、スタートを切ろう 2
2. これからのよりよい日々のために 4
イメージを変えよう！ 5
町に出て、味方や仲間と出会おう 7
何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう 8
自分にとって「大切なこと」をつたえよう 9
のびのびと、ゆる〜く暮らそう 10
できないことは割り切ろう、できることを大事に 11
やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を 12
3. あなたの応援団がまちの中にある 13
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています) 14

☆わたしが大切にしたいことメモ 22

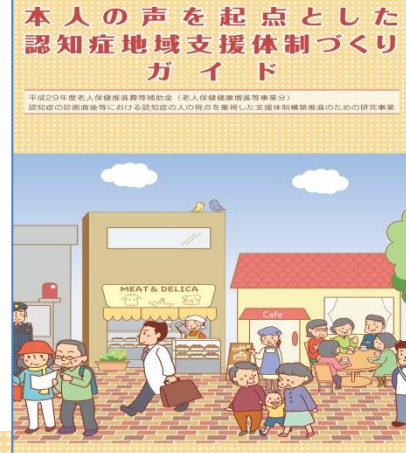
☆わたしのよりよい日々のためのわが町の情報 24



■ 診断直後の支援

都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的に展開していくことを支援するために作成 ※「本人にとってよりよい暮らしガイド」と同時に活用（都道府県・市町村用）

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」



本人の声の中に、必要な支援や地域とは何か、その手がかりが豊富にある！

◆何が起き、何が必要か、本当のことは認知症になった本人にはわからない。
◆本人の声を通じて、現行の支援や事業・施策の見直しや改善点、改善点や不足している点（新たに必要など）、優先課題が具体的に浮き上がってくる。
→「本人の声を聴く」ことを、行政担当者・関係者の仕事の第一歩にしよう。
※技術職はもちろぬ、事務職の担当者も。
→普段から地域にアンテナをはって、本人の声を知らず、集めよう
※地域の様々な人たちと一緒に。
→本人の声を聴いておしまい、集めておしまいしないで、最大限活かそう。
※まずはその本人のために、そして地域のために。

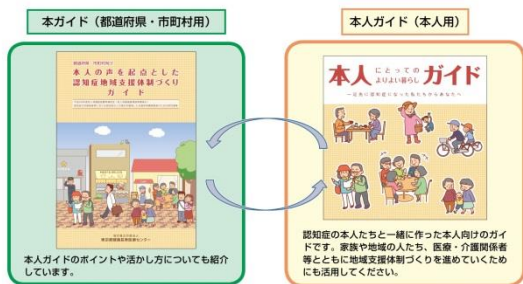
行政がやるべきことの種（根拠）は、地元の本人の声の中にある！

認知症担当になった時、まず最初に言われたことは、「現場に行つて、本人に会い、声を聴け」と。事務職としてその時の体験が非常に生きています。

このガイドのねらいと活かし方

- 大都市でも、小さな町村でも、認知症の人が増え続けていく時代です。
- 「認知症の人たちにやさしい町」新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）がめざす方向に向かって、あなたの自治体でも様々な事業や取組を試行錯誤で進めていると思います。
- このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを
 - ・よりスムーズに（もっと楽に）
 - ・より効率的に（役にたつことを、無駄・無理なく）
 展開していくことを応援するために作られたものです。
- その重要なポイントは、認知症とともに暮らしている「本人の声」。
※新オレンジプランの中でも「本人の意思の尊重」、「本人の視点の重視」がキーワード。
- このガイドでは、それぞれを各自治体で具体的に進めていくためのあり方や方法をわかりやすくお伝えします。

★本ガイドの関連冊子として、「本人にとってのよりよい暮らしガイド（通称：本人ガイド）」があります。その活かし方やポイントについても、本ガイドでご紹介します。



セットでご活用下さい。

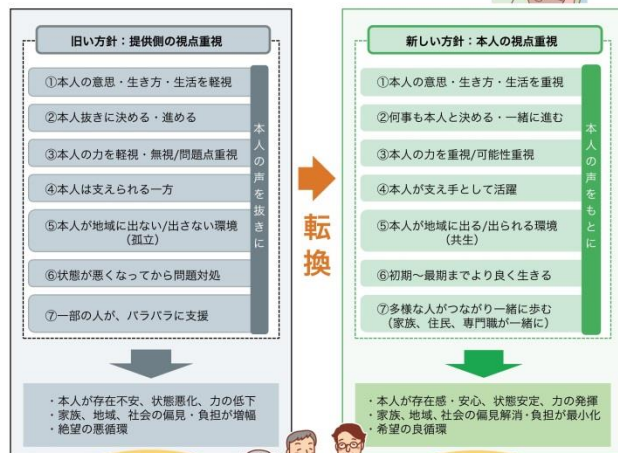
- ・認知症施策のこれからのあり方、計画・実施・見直しの参考に
- ・認知症の本人、家族のよりよい暮らし・支援のための、具体的な道具として
- ・医療・介護・福祉関係者の意識・サービス、連携・協働の道具として
- ・地域の多様な関係者が、連携・協働していくための道具として

1 認知症になってからの日々をより良く暮らせるわが町に

- ◆今、認知症地域支援体制づくりの「方針の転換」が求められています。
- ◆施策や事業、資源の量をいくら増やしても、方針が叫びまわすは、本人や家族、地域の人たちが、共に安心して暮らしている地域にはなりません（行政としての成果が上がりません）。
- ◆限られた人手、時間、コストの中で最大限の成果を出していくためには、「新しい方針」への転換が不可欠です。
- ◆「新しい方針」の根幹になっているのは、「本人の声」です。

「旧い方針」から「新しい方針」へ切りかえよう！

あなたの自治体の方針は？あなた自身の方針は？



早く、方針転換しないとみんなが楽になれないね。

あたりまえのことだけだよ。自分だったら、こうあってほしいし……。

◆方針の転換は、国内外で1990年代から徐々に始まってきている、旧くて新しい課題です。国内では、新オレンジプラン（2015年1月）以降、「本人の視点重視」が施策の重要な柱として位置づけられています。この方針は、自治体がすべての施策や事業を進める上での根幹です。

本人の声の中に、必要な支援や地域とは何か、その手がかりが豊富にある！

- ◆何が起き、何が必要か、本当のことは認知症になった本人にはわからない。
- ◆本人の声を通じて、現行の支援や事業・施策の見直しや改善点、改善点や不足している点（新たに必要など）、優先課題が具体的に浮き上がってくる。
→「本人の声を聴く」ことを、行政担当者・関係者の仕事の第一歩にしよう。
※技術職はもちろぬ、事務職の担当者も。
→普段から地域にアンテナをはって、本人の声を知らず、集めよう
※地域の様々な人たちと一緒に。
→本人の声を聴いておしまい、集めておしまいしないで、最大限活かそう。
※まずはその本人のために、そして地域のために。

見方を変えれば、声を聴くチャンスは様々な部署・事業を超えて、地域とつながり、出向いて聴こう



本人の声を情報化する



「本人の声」をテーマにした話し合いの機会を作ろう

- 担当部署、庁内関係部署間、地域の認知症関連関係者等、多様な立場、メンバーによる話し合いの機会をつくる
- 担当部署内からはじめて、関連部署や関係者に情報発信、「話し合い」への参加者を広げていく。
- 話し合いの機会に、本人が参加を
※一人からでも本人が参加できるようトライしよう

本人の参加が、本人視点、本人参画が進の一歩になる

■認知症の理解を深める普及・啓発キャンペーン

「認知症と共に生きる社会」、誰もが自分らしく暮らすことができる「地域共生社会」の中で、「認知症」をどう考えるか、一人ひとりが自分のことと考えるためのDVDを作成。

※映像内容は、下記のURLからも確認いただけます。

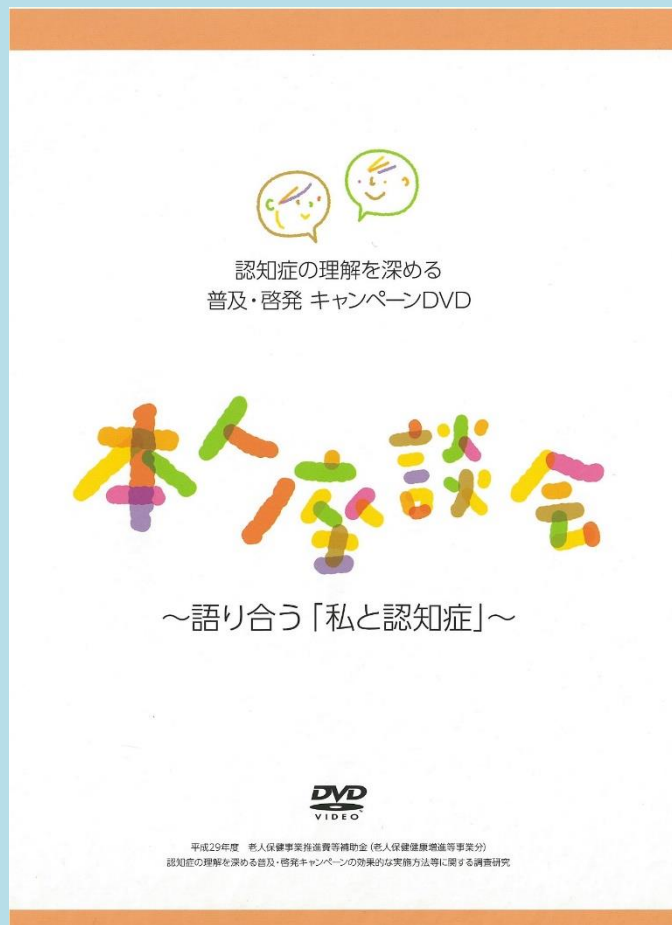
https://www.npwo.or.jp/dementia_campaign/index.html



DVD映像は、4人の認知症当事者が、今、伝えたいことを、考え話し合ったものです。

～以下、『活用の手引き』から抜粋～

- とりわけ、これまであまり「認知症」について考えてこなかった、そのような人にぜひ視聴いただきたいと思っています。
- 自分の抱いていた「認知症」とどこが同じなのか、あるいはどこが違うのか、認知症の人の発言を聞いてどう思ったかなど、改めて「認知症」について考えてみてください。
- 多様な価値観の中で、あなた自身の「認知症観」を考えていただきたいのです。ですので、このDVDは、認知症について何らかの「答え」を提供するものではありません。むしろ、話し合った認知症の当事者からの「問いかけ」とも言えるでしょう。それぞれの答えは、これを見た皆さんの側にあります。



報酬改定関係資料

平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

I 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ・ ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ・ ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- ・ 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- ・ 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・ 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- ・ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- ・ リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- ・ 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- ・ 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・ 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤ 認知症の人への対応の強化

- ・ 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- ・ どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・ 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。16

Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

- ・ リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリのマネジメントに関する加算の要件とした上で、別途評価する。
- ・ 要支援者のリハビリについて、要介護者のリハビリに設けられている、リハビリのマネジメントに関する加算を設ける。

② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充

- ・ 現在、介護予防通所リハに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハにも設ける。
- ・ 現在、通所リハに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算(6月で目標を達成できない場合は減算)を、介護予防通所リハにも設ける。

③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進

- ・ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。
- ・ 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。
- ・ 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行い、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。
※ 「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、10月から施行。

④ 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入

- ・ 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- ・ 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。
- ・ 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

⑥ 身体的拘束等の適正化の推進

- ・ 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。

Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

① 生活援助の担い手の拡大

- ・ 訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。

② 介護ロボットの活用の促進

- ・ 特別養護老人ホーム等の夜勤について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合に関する評価を設ける。

③ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件等の緩和

- ・ 定期巡回型サービスのオペレーターについて、夜間・早朝に認められている以下の事項を、日中についても認めることとする。
 - ア 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認める。
 - イ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認める。

④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- ・ リハビリテーション会議^(※)への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
※ 関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

- ・ 地域密着型サービスの運営推進会議等の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 個人情報・プライバシーの保護等を条件に、現在認められていない複数の事業所での合同開催を認める。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービスに合わせて、年4回から年2回とする。

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

① 福祉用具貸与の価格の上限設定等

- ・ 福祉用具貸与について、商品毎の全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行う(平成30年10月)。
- ・ 福祉用具専門相談員に対して、商品の特徴や貸与価格、当該商品の全国平均貸与価格を説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示することを義務づける。

② 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

- ・ 集合住宅居住者に関する訪問介護等の減算の対象を、有料老人ホーム等以外の建物にも拡大する。
- ・ 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物について、当該建物に居住する利用者の人数が一定以上の場合、減算幅を見直す。
- ・ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。
- ・ 定期巡回サービス事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

③ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し

- ・ 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職の訪問について、看護職員との連携が確保できる仕組みを導入するとともに、基本サービス費を見直す。
- ・ 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、サービスの提供内容が異なることから、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

④ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等

- ・ 2時間ごとの設定としている基本報酬について、サービス提供時間の実態を踏まえて1時間ごとの設定に見直す。
- ・ 基本報酬について、介護事業経営実態調査による収支差率等の実態を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直す。

⑤ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

- ・ 3時間以上の通所リハの基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直す。

平成30年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

歯科

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤

1. 薬局における対人業務の評価の充実

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し

認知症の者に対する適切な医療の評価

地域における 身近な相談役に対する評価

- 認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設



指導・助言

紹介

かかりつけ医による 日常的な医学管理に対する評価

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等の新設



診断等

紹介

専門的な医療機関に対する評価

連携型認知症疾患医療センター

- 新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける



認知症治療病棟

- 認知症夜間対応加算の算定期間を延長、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を要件化
- 認知症患者リハビリテーション料の算定期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長
- 病棟における摂食機能療法の算定を可能に
- 入院中の生活機能訓練・指導について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう見直し

急性期一般病棟等における入院受入体制に対する評価

急性期一般病棟における評価

- 重症度、医療・看護必要度の基準において、処置等を受ける認知症・せん妄状態の患者がより評価されるよう基準を追加

地域包括ケア病棟における看護体制の充実

- 認知症・せん妄状態の患者が一定割合入院する病棟の夜間看護職員配置を評価