

| | |
|------------------|------|
| 社保審一介護給付費分科会 | |
| 第194回 (R2.11.26) | 資料 6 |

地域包括ケアシステムの推進

認知症への対応力強化

これまでの分科会における主なご意見（認知症への対応力強化）①

※ 介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

< 認知症への対応 >

- 認知症専門ケア加算は、訪問系サービスへの適用を進めるべき。Eラーニングの活用も進めるべき。
- 認知症専門ケア加算を訪問系サービスに導入することのだが、訪問系は非常勤が多くて、事務所にも毎日出勤するわけではないので、事務所でも実態が把握しにくい。要件設定に当たってはこうした事情を考慮すべき。
- 認知症専門ケア加算について、訪問サービスに入れるのは賛成だが、分かりやすいマニュアルや、研修の受講機会の増大も必要。Eラーニングを導入するのであれば、研修効果があがるものとなるよう、慎重に検討して欲しい。
- 認知症専門ケア加算の取得状況はGHでも2割。加算要件となっている実践リーダー、指導者研修の修了者は、とても全介護事業者に配置できない数。認知症専門ケア加算をより取得しやすい要件とすべく、Eラーニング化を進めるとともに、研修受講の際のバックアップ体制も検討して欲しい。
- 加算の中などで研修受講について、評価がなされているが、認知症に関する特定の研修を受講していることと、職場で発揮される能力、アウトカムがどのような関係性にあるかといった点から中長期的観点から検討していくべき余地が大きいのではないかと。
- 認知症専門ケア加算の要件となっている、各種研修については取りやすくすることも重要。その際、実務者研修など、あまたの種類がありどれも大切だとは思いますが、似た内容が多いとも思う。現場が業務多忙の中、整理が必要と考える。
- 認知症専門ケア加算の要件緩和は賛成。特に専門性の高い看護師を活用を。
- 認知症専門ケア加算について、専門性の高い看護師を評価するのは当然のこと。

これまでの分科会における主なご意見（認知症への対応力強化）②

※ 介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

< 認知症への対応 >

- BPSDへの対応については、NPIの導入によって、手順に従って対応すれば、かなり軽減できる。その際、協力医療機関との連携が重要であり、背景にある疾患名によって状況が異なるので、鑑別診断を念頭に置いた対応が重要。平成25年度の老健事業、東京都事業、昨年度の老健事業でも実績があり、前向きに検討して欲しい。
- BPSDへの対応について、情報公開して、利用者が情報を把握できるようにすることは重要なので、是非進めて欲しい。
(看護) 小規模多機能におけるBPSDの緊急対応にも賛成したい。
- BPSDケアプログラムは是非、介護現場に入れて欲しい。離職防止にもつながる。さらに、加算については是非、取得率が上がる取組として欲しい。
- 認知症の対策として、BPSDの対応力を向上させることは賛成。その評価尺度については、NPIは妄想、幻覚、精神症状を見ている。一方、DBDは徘徊など行動症状をみている。是非、両者を合併した適切な評価尺度を使って欲しい。一方、BPSDに特化して対応することについては違和感もある。というのは、BPSDはない人が大半で、コミュニケーション障害などがほとんど。残存能力を使ってケアをすることが重要と考える。
- BPSD対応として、看護多機、小規模多機能に緊急対応加算を導入することも賛成。
- BPSDの対応力を高めていくことは重要。BPSD対応に係る各事業所の取組状況（研修の受講状況等）について、利用者が情報公表システム上で確認できる仕組みを設けることについて、サービス選択に資するので賛成。
- よりなじみの環境を作る観点から、ケアの環境に配慮の上、人生歴を紐解きながら、BPSDを防いでいくことが重要。よい事業所ほど、BPSDは穏やかである。BPSDを未然に防いでいる質の高い認知症ケアを評価すべきと考えているので、その辺りの視点を大切にしたい。なお、認知症の重症度とBPSDは無関係で、むしろ認知症が進行すると、BPSD出現頻度は低下することに留意が必要。

これまでの分科会における主なご意見（認知症への対応力強化）③

※ 介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

< 認知症への対応 >

- 認知症介護基礎研修を無資格者に義務づけることは賛成だが、経過措置も必要。
- 認知症介護基礎研修の義務化は否定するものではないが、無資格者は知識より、介護サービスの技術そのものを身につけるべき。認知症介護基礎研修自体を否定するものではないが、技術も身につけさせることも検討して欲しい。
- 認知症介護基礎研修の義務化は、是非進めていただきたい。

認知症への対応力強化 目次

| | | |
|------|-----------------------|----|
| 論点①. | 認知症専門ケア加算 | 6 |
| 論点②. | 行動・心理症状への対応 | 18 |
| 論点③. | 認知症介護基礎研修 | 31 |

論点① 認知症専門ケア加算

論点①

- 認知症専門ケア加算は、平成21年度介護報酬改定において、専門的な認知症ケアを普及する観点から、施設系サービス、グループホームにおいて、認知症介護について一定の経験を有し、自治体を実施する認知症ケアに関する専門研修を修了した者を配置している事業所を評価するものとして創設。
- 平成30年度介護報酬改定において、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、短期入所系サービスにも対象を拡大している。
この点に関して、令和2年度に改定検証調査を行ったところ、
 - ・ 算定するメリットとして「認知症の利用者に対して、より専門的な介護が提供できるようになった」が多く挙げられた。
 - ・ 一方で、算定する際の課題として「認知症ケアに関する専門研修を修了した者の確保が困難である」が多く挙げられた。
- 訪問系サービスにも拡大するよう要望があることや、令和元年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」において「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。」とされていることを踏まえ、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、認知症専門ケア加算について、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 専門的な認知症ケアを普及する観点から創設された認知症専門ケア加算について、
 - ・ 在宅の中重度の要介護者も含めた認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスにおいても、現行の認知症専門ケア加算の要件等を踏まえて、加算の対象とすることとしてはどうか。
 - ・ これまでに加算を算定していない理由として、認知症介護実践リーダー研修及び認知症介護指導者養成研修の修了者の確保が困難との回答が多いことも踏まえつつ、質を確保しながら、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こととしてはどうか。
 - ・ さらに、診療報酬の認知症ケア加算の要件も踏まえ、算定要件である「認知症介護指導者養成研修の修了者の配置」を満たす資格要件に、認知症ケアに関する専門性の高い看護師（認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師及び精神看護専門看護師）を加えることとしてはどうか。

認知症専門ケア加算

○ 平成21年度介護報酬改定において、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえて認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価として、施設サービス、グループホームに創設。

平成30年度改定において、ショート、介護医療院にも適用された。

1) 加算の設定状況

| | ○ 認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員配置などの受入体制 ・ 認知症専門ケア加算 ・ 認知症加算 |
|-------------------|--|
| 訪問介護 | |
| 訪問入浴介護 | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |
| 夜間対応型訪問介護 | |
| 通所介護（地域密着型含む） | ○ |
| 通所リハビリテーション | （注2） |
| 短期入所生活介護・短期入所療養介護 | ○（前改定追加） |
| （看護）小規模多機能型居宅介護 | ○ |
| 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 | ○ |
| 介護老人保健施設 | ○ |
| 介護医療院 | ○（前改定追加） |

（注1） それぞれの加算について、サービスごとの目的により詳細な加算要件は異なる。

（注2） 通所リハビリテーション（、介護老人保健施設）には、認知症関連加算として、上記とは別に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が設けられている。

(2) 加算の要件

| 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 ・ 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に行っていること |
| 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。 |

認知症対応力向上に関する各種意見①

認知症施策推進大綱(令和元年6月18日 認知症施策推進関係閣僚会議) 抜粋

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

(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

- 認知症の人は、その環境に応じて、居宅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。

令和3年度介護報酬改定への意見について(令和2年8月3日 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国ホームヘルパー協議会) 第181回介護給付費分科会における関係団体ヒアリング資料の抜粋

●認知症専門ケア加算や看取り加算を訪問介護でも算定できるようにしてください

介護老人福祉施設等では、平成30年度介護報酬改定によって、認知症介護に一定程度の経験があり、国や自治体等が行う認知症介護指導者研修の修了者がサービス提供をすることへの評価として認知症専門ケア加算が創設されています。訪問介護においても、認知症高齢者のサービス利用も増え、専門的な支援を行っている実態があり、訪問介護においても認知症専門ケア加算が算定できるようにすることが必要です。ただし、研修を受講したくても、人材不足等の理由により受講できない実態もあることから、WEB等でも認知症指導者研修等を受講できるような体制や環境を整備してください。

また、在宅での看取りのケースに関わることも増えていることから、訪問介護においても看取り加算を算定できるようにし、適切に訪問介護の取り組みを評価できるような制度の運用を求めます。

※太字下線については、事務局において加工したものである。

主な認知症関連加算の算定状況

- 各種サービスには、認知症に関連する加算が設けられており、平成30年度介護報酬改定においても、それまで加算が設けられていなかったサービスにも加算が設けられたところ。
- 平成30年度中の加算取得率の平均は以下のとおり。

| 認知症専門ケア加算 | | 若年性認知症利用者・入所者・入居者・患者受入加算 | | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | |
|------------------------------|--------|--------------------------------|-------|--------------------------|--------|
| 介護医療院(Ⅰ) | 1.99% | 介護医療院 | 2.07% | 介護医療院 | 0.00% |
| 介護医療院(Ⅱ) | 0.12% | 介護療養型医療施設(診療所型) | 0.00% | 介護療養型医療施設(診療所) | 0.00% |
| 介護療養型医療施設(診療所)(Ⅰ) | 0.52% | 介護療養型医療施設(療養型) | 0.75% | 介護療養型医療施設(療養型) | 0.18% |
| 介護療養型医療施設(診療所)(Ⅱ) | 0.00% | 介護老人保健施設(老健) | 2.85% | 介護老人保健施設(老健)(Ⅰ) | 0.00% |
| 介護療養型医療施設(療養型)(Ⅰ) | 1.91% | 介護老人福祉施設(特養) | 3.38% | 介護老人保健施設(老健)(Ⅱ) | 0.04% |
| 介護療養型医療施設(療養型)(Ⅱ) | 0.00% | 看護小規模多機能型居宅介護 | 1.57% | 介護老人福祉施設(特養) | 0.00% |
| 介護老人保健施設(老健)(Ⅰ) | 3.05% | 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型) | 0.00% | 地域密着型介護老人福祉施設 | 0.00% |
| 介護老人保健施設(老健)(Ⅱ) | 0.91% | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 1.33% | 認知症対応型共同生活介護(短期利用型) | 2.69% |
| 介護老人福祉施設(特養)(Ⅰ) | 3.91% | 地域密着型介護老人福祉施設 | 1.97% | 短期入所療養介護(医療院) | 0.00% |
| 介護老人福祉施設(特養)(Ⅱ) | 1.05% | 認知症対応型共同生活介護(短期利用型) | 1.05% | 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(診療所)) | 0.20% |
| 地域密着型介護老人福祉施設(Ⅰ) | 7.66% | 認知症対応型共同生活介護 | 4.83% | 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院)) | 0.00% |
| 地域密着型介護老人福祉施設(Ⅱ) | 1.17% | 小規模多機能型居宅介護 | 1.64% | 短期入所療養介護(老健施設) | 0.11% |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護(Ⅰ) | 3.91% | 認知症対応型通所介護 | 8.63% | 短期入所生活介護 | 0.02% |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護(Ⅱ) | 0.00% | 地域密着型通所介護 | 0.83% | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | |
| 認知症対応型共同生活介護(Ⅰ) | 20.80% | 短期入所療養介護(医療院)(1)(2) | 0.00% | 介護老人保健施設(老健) | 41.11% |
| 認知症対応型共同生活介護(Ⅱ) | 1.31% | 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(診療所))(1)(2) | 0.00% | 通所リハビリテーション(Ⅰ) | 3.35% |
| 特定施設入居者生活介護(Ⅰ) | 0.92% | 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院))(1) | 0.19% | 通所リハビリテーション(Ⅱ) | 0.59% |
| 特定施設入居者生活介護(Ⅱ) | 0.04% | 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院))(2) | 0.00% | 認知症ケア加算 | |
| 短期入所療養介護(医療院)(Ⅰ) | 2.34% | 短期入所療養介護(老健施設)(1) | 0.43% | 介護老人保健施設(老健) | 27.25% |
| 短期入所療養介護(医療院)(Ⅱ) | 0.00% | 短期入所療養介護(老健施設)(2) | 0.00% | 短期入所療養介護(老健施設) | 18.24% |
| 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(診療所))(Ⅰ) | 0.36% | 短期入所生活介護 | 0.93% | 認知症加算 | |
| 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(診療所))(Ⅱ) | 0.00% | 特定入居者生活介護(短期利用型) | 0.00% | 看護小規模多機能型居宅介護(Ⅰ) | 89.08% |
| 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院療養))(Ⅰ) | 0.45% | 特定施設入居者生活介護 | 1.44% | 看護小規模多機能型居宅介護(Ⅱ) | 59.01% |
| 短期入所療養介護(介護療養型医療施設(病院療養))(Ⅱ) | 0.00% | 通所リハビリテーション | 0.76% | 小規模多機能型居宅介護(Ⅰ) | 90.87% |
| 短期入所療養介護(老健施設)(Ⅰ) | 1.80% | 通所介護 | 0.82% | 小規模多機能型居宅介護(Ⅱ) | 69.31% |
| 短期入所療養介護(老健施設)(Ⅱ) | 0.63% | 認知症情報提供加算 | | 地域通所介護認知症加算 | 3.07% |
| 短期入所生活介護(Ⅰ) | 0.74% | 介護老人保健施設(老健) | 0.08% | 通所介護 | 8.11% |
| 短期入所生活介護(Ⅱ) | 0.19% | | | | |

(注) 「加算取得率(事業所ベース)」は各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成30年5月から平成31年4月審査分(平成30年4月から平成31年3月サービス提供分)及び介護保険総合データベースの任意集計(平成30年4月から平成31年3月サービス提供分)

(5) 認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業

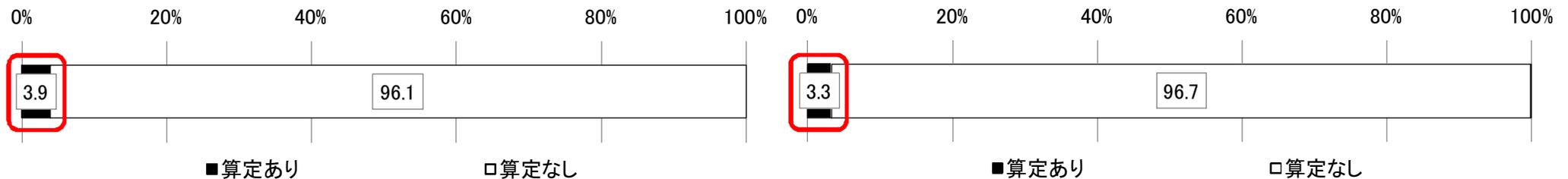
事業所調査(短期入所生活介護・短期入所療養介護)

1. 認知症専門ケア加算

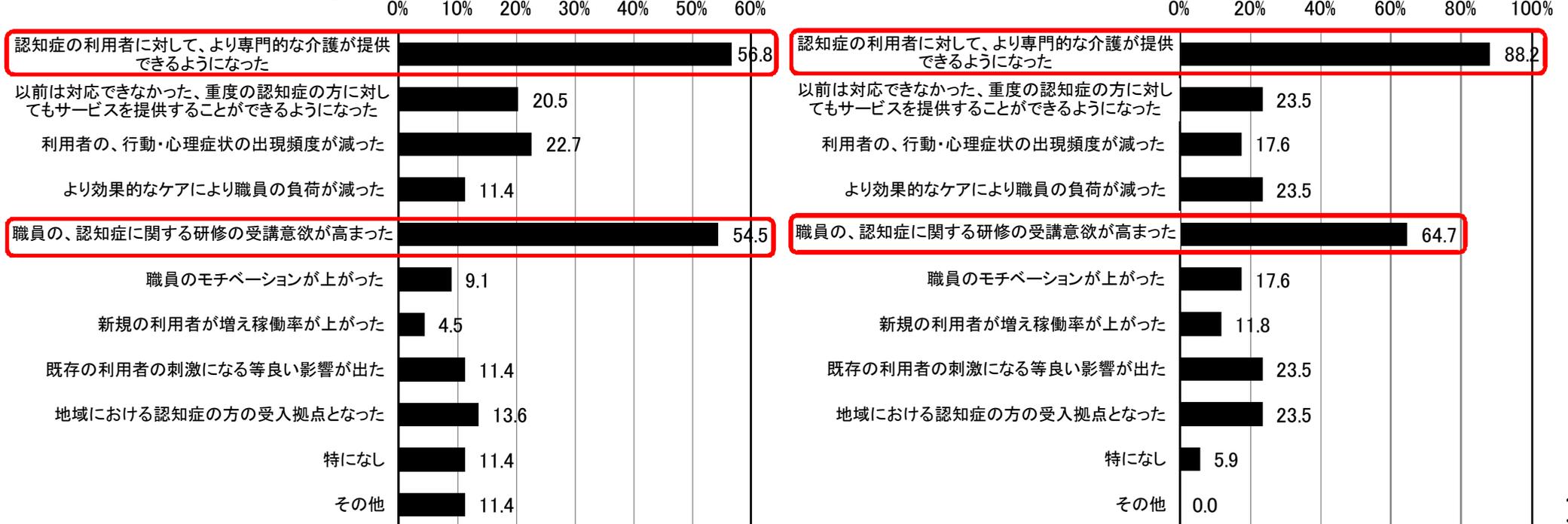
○算定している事業所は、生活ショートで3.9%、療養ショートで3.3%であった。【Q2-4①】

○算定するメリットは、「認知症の利用者に対して、より専門的な介護が提供できるようになった」が最も多く、生活ショートで56.8%、療養ショートで88.2%であった。次いで多かったのは「職員の、認知症に関する研修の受講意欲が高まった」であり、生活ショートで54.5%、療養ショートで64.7%であった。【Q3-1①】

図表37 Q2-4①: 認知症専門ケア加算の算定事業所(左: 生活ショートN=1,128、右: 療養ショートN=552)



図表38 Q3-1①: 認知症専門ケア加算を算定することのメリット(複数回答、左: 生活ショートN=44、右: 療養ショートN=17)



(5).認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業

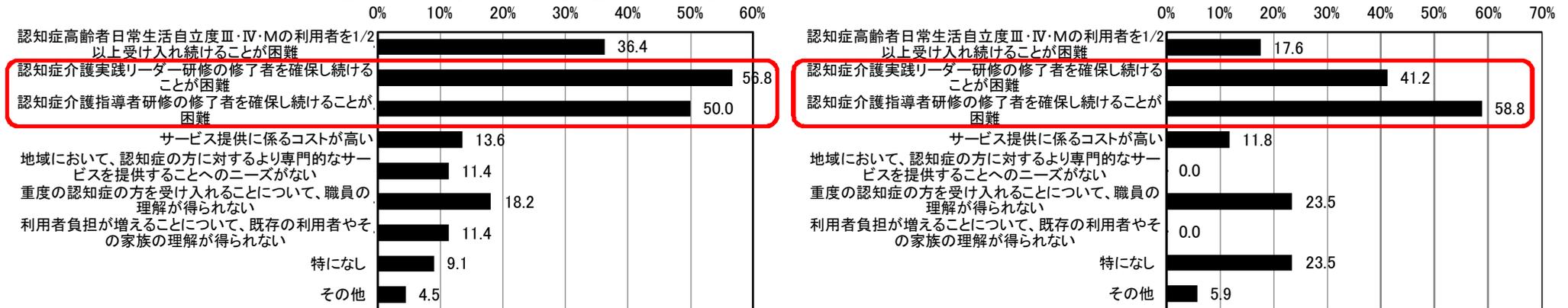
事業所調査(短期入所生活介護・短期入所療養介護)

1.認知症専門ケア加算

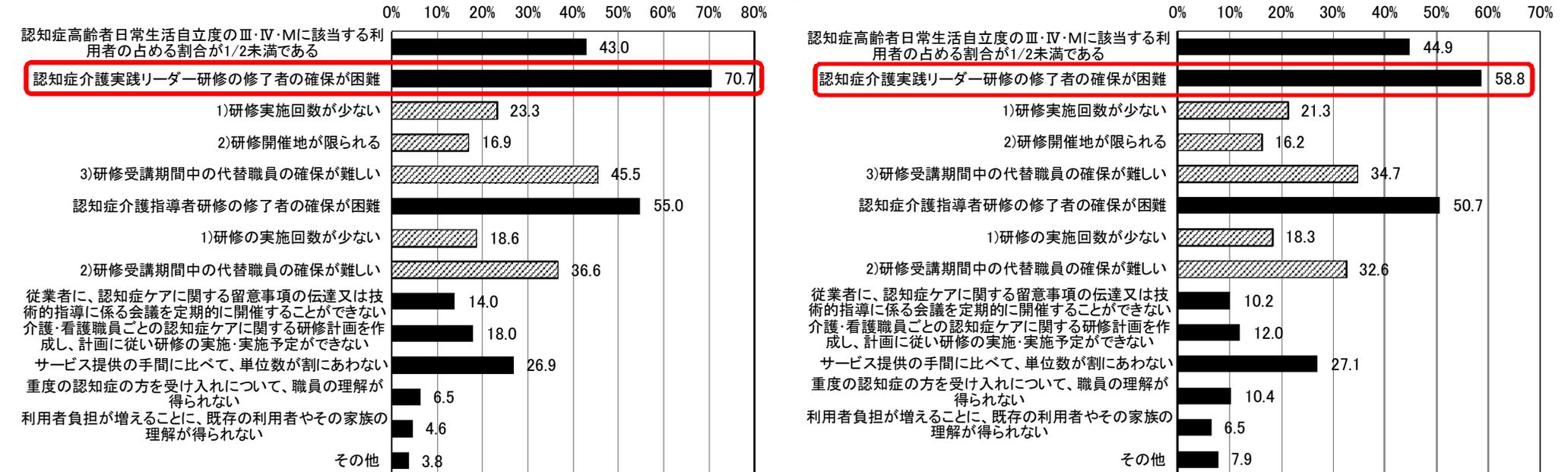
○算定する際の課題の上位について見ると、「認知症介護実践リーダー研修を修了している者を確保し続けることが困難である」が生活ショートで56.8%、療養ショートで41.2%であり、「認知症介護指導者研修を修了している者を確保し続けることが困難である」が生活ショートで50.0%、療養ショートで58.8%であった。【Q3-1②】

○算定していない理由は、「認知症介護実践リーダー研修を修了している者の確保が困難である」が最も多く、生活ショートで70.7%、療養ショートで58.8%となっていた。【Q3-2】

図表39 Q3-1②:認知症専門ケア加算を算定する際の課題(複数回答、左:生活ショートN=44、右:療養ショートN=17)



図表40 Q3-2:認知症専門ケア加算を算定していない理由(複数回答、左:生活ショートN=928、右:療養ショートN=432)



認知症介護実践者等養成研修における受講の仕組みを含む カリキュラムのあり方に関する調査研究事業（令和2年度老健事業）

【事業概要】

（実施団体）社会福祉法人 浴風会 《事業費：6,716千円》

- 認知症介護実践者等養成研修^(※)の受講に関する課題等の実態把握を行い、受講しやすいカリキュラム・受講方法及び最近の認知症介護に関する最新の動向を踏まえた改訂について検討し、必要な提言を行う。
- ※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**

【主な事業内容】

○アンケート調査

【調査対象】

- ・都道府県・指定都市担当者(悉皆)
- ・研修実施機関の担当者(134ヶ所程度)
- ・認知症介護指導者(670人程度)

【調査内容】 研修実施上の課題、eラーニングの導入の可否、研修内容について等

○研修会の実施

【目的】 改定したカリキュラム周知のため

【対象者】都道府県・指定都市担当者、研修実施機関担当者、認知症介護指導者等

【対応策の検討】: 検討委員会の設置

| 団体名(役職等) | 委員名 ^{※敬称略} |
|--|---------------------|
| 認知症介護研究研修東京センター／宮崎県立看護大学大学院(特任センター長補佐兼特任研修部長／特任教授) | 佐藤 信人 ◎ |
| 仙台市社会事業協会高齢者総合福祉施設仙台楽生園ユニットケア施設群(総括施設長) | 佐々木 薫 |
| 日本大学文理学部(教授) | 内藤 佳津雄 |
| 神奈川県社会福祉事業団 総合経営センター(参事) | 中村 克也 |
| 認知症介護研究・研修大府センター(研修部長) | 中村 裕子 |
| 新潟大学 経営戦略本部男女共同参画推進室(特任助教) | 西原 亜矢子 |
| 全国認知症介護指導者ネットワーク(代表) | 宮島 渡 |
| 滋賀県 健康医療福祉部医療福祉推進課(主任保健師) | 村井 晋平 |
| 認知症介護研究・研修仙台センター(研修部長) | 矢吹 知之 |
| 神奈川県 福祉こどもみらい局福祉部高齢福祉課(主査) | 吉田 剛 |
| 宮城県 保健福祉部長寿社会政策課(技師) | 渡部 和馬 |

認知症専門ケア加算に関連する各種意見②

公益社団法人日本看護協会 令和3年度介護報酬改定に関する要望書 抜粋

3) 認知症ケア専門加算における資格要件の見直し

認知症専門ケア加算の算定要件である「認知症介護指導者養成研修の修了者の配置」を満たす資格要件に、認知症ケアに関する専門性の高い看護師を加えること

<趣旨>

介護保険施設・認知症グループホーム等の「認知症専門ケア加算Ⅱ」の算定要件である「認知症介護指導者養成研修※1修了者の配置」を満たす資格要件として、「認知症者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の看護師」※2を加えるよう要望する。

これら認知症ケアに関する専門性の高い看護師は、認知症ケアの教育方法や人材育成、認知症ケアに関する制度・施策など認知症介護指導者研修の内容を含む養成カリキュラムを受講済であることから、当該看護師については、認知症介護指導者養成研修の受講免除についても併せて要望する。

※2 認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師を指す

認定看護師、専門看護師、精神科認定看護師

| | 認定看護師 | 専門看護師 | 精神科認定看護師 |
|----------|---|--|--|
| 概要 | 患者・家族によりよい看護を提供できるよう、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践し、また看護職等に対し指導・相談を行う。 | 患者・家族に対して専門性を基盤とする高度な看護を実践し、看護職者等への教育・相談を行う。また、保健医療福祉チーム内の調整、専門分野における研究活動、倫理的課題の調整を行う。 | 精神科の看護領域におけるすぐれた技術と知識を用いた質の高い看護の実践、精神科看護に関する相談・指導、知識の発展への貢献を行う。 |
| 実施主体 | 日本看護協会 | 日本看護協会 | 日本精神科看護協会 |
| 資格取得の流れ | <ul style="list-style-type: none"> ・日本国の看護師免許を有すること ・通算5年以上（うち認定看護分野3年以上）の実務研修があること ・認定看護師教育を修了していること <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">認定看護師認定審査</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">登録・認定証交付</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">更新（5年毎）</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・日本国の看護師免許を有すること ・通算5年以上（うち専門看護分野3年以上）の実務研修があること ・看護系大学院修士課程において、日本看護系大学協議会が定める所定の単位を取得していること <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">専門看護師認定審査</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">登録・認定証交付</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">更新（5年毎）</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・日本国の看護師免許を有すること ・通算5年以上（うち精神科看護分野3年以上）の実務研修があること ・精神科認定看護師教育課程を修了していること <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">精神科認定看護師認定試験</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">登録・認定証交付</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">更新（5年毎）</p> |
| 分野 | 21分野 | 13分野 | — |
| カリキュラム | 【認知症看護】 共通科目として「臨床病態生理学」「臨床薬理学」等17科目、専門科目として「認知症看護概論」「認知症の病態生理・臨床診断・治療」「認知症の人とのコミュニケーション」等7科目、特定行為区分として「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」等、統合演習、臨地実習 | 【老人看護】 共通科目として「看護教育論」「病態生理学」等、専門科目として「高齢者と家族への看護実践に関する科目」「在宅における老年看護に関する科目」「認知症老年看護に関する科目」等、実習 【精神看護】 共通科目として「看護教育論」「病態生理学」等、専門科目として「歴史・法制度に関する科目」「精神・身体状態の評価に関する科目」「認知症看護」等、実習 | 基礎科目として「看護倫理」「医療安全管理」等、専門基礎科目・専門科目として「精神科診断治療学」「精神薬理学」「精神科看護学」等、演習・実習 |
| 時間 | 共通科目380時間、専門科目252時間（うち特定行為研修57時間）、演習・実習165時間 | 大学院（2年） | 基礎科目195時間、専門基礎科目180時間、専門科目105時間、実習・演習255時間 |
| 登録者数（累計） | 21,048人 （うち認知症看護認定看護師：1,587人） | 2,519人 （うち精神看護専門看護師：346人、老人看護専門看護師：184人） | 833人 |

※認定看護師及び専門看護師は令和元年12月末時点。精神科認定看護師は令和2年10月時点の実績。 14
 ※日本看護協会、日本精神科看護協会各ホームページより作成

認知症専門ケア加算の要件(令和2年度診療報酬改定)

(参考) 認知症ケア加算の主要要件等

| | | 認知症ケア加算 1 | (新) 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 |
| 点数※1 | | イ <u>160点</u> □ 30点 | イ <u>100点</u> □ <u>25点</u> | イ <u>40点</u> □ 10点 |
| 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 |
| 主な施設基準 | 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 ・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言 | 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 | — |
| | 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 <u>3年</u> 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）※2 … <u>原則週16時間以上</u> 、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 | <u>いずれかを配置</u> ・ <u>専任の常勤医師</u> （精神科・神経内科 <u>3年</u> 又は研修修了） ・ <u>専任の常勤看護師</u> （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 | <u>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）</u> | |
| | 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 |

※1 イ：14日以内の期間、□：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）

※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- 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」（認定証が発行されている者に限る）

認知症ケアに携わる介護従事者の研修

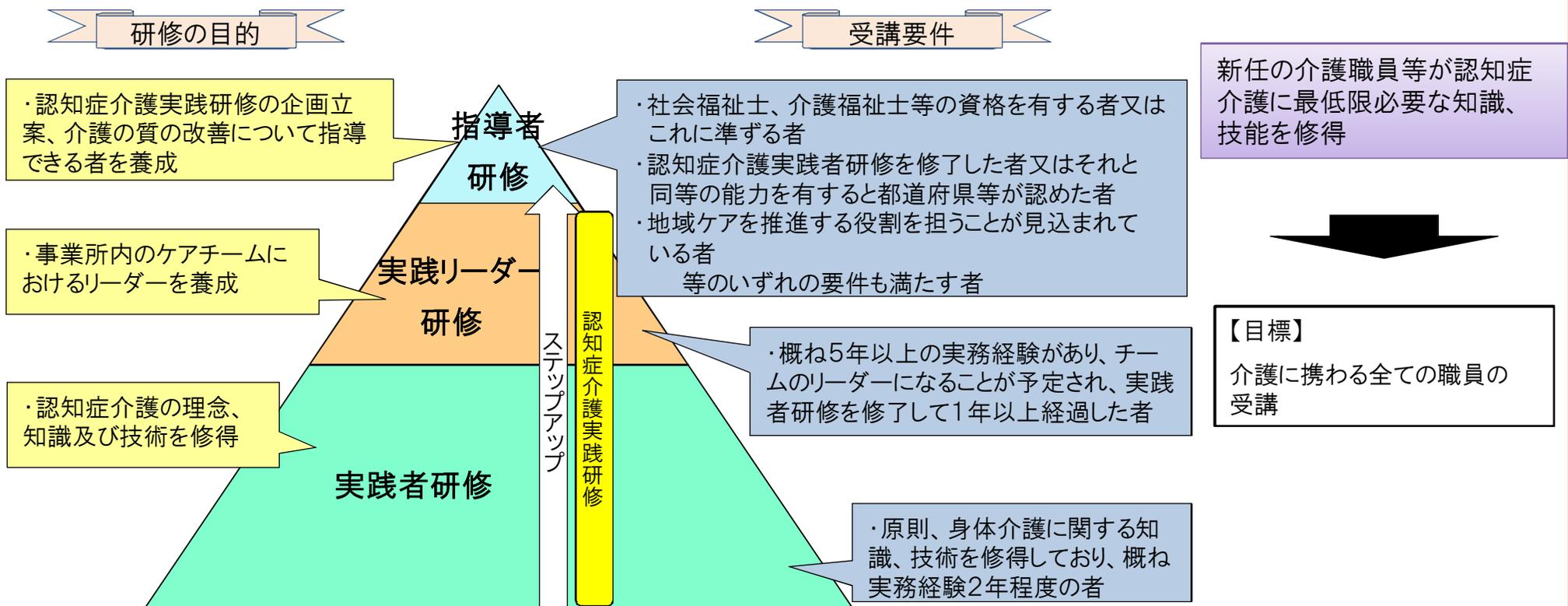
| | 認知症介護指導者養成研修 | 認知症介護実践リーダー研修 | 認知症介護実践者研修 | 認知症対応型サービス事業管理者研修 | 認知症対応型サービス事業開設者研修 | 小規模多機能型居宅介護サービス等計画作成担当者研修 | 認知症ケアに携わる多職種協働研修 |
|-------------|--|--|---|--|--|--|-------------------------------|
| 実施主体 | 都道府県・市町村 (認知症介護研究・研修センターに委託) | 都道府県・市町村 | 都道府県・市町村 | 都道府県・指定都市 | 都道府県・指定都市 | 都道府県・指定都市 | 市町村 |
| 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 | 2/3 地域医療介護総合確保基金 | 2/3 地域医療介護総合確保基金 | 38.5% 国庫補助 |
| 研修対象者 | 認知症介護について10年以上の現場実践を経ている者であって、実践リーダー研修を終了している者 | おおむね5年以上の現場経験を有しており、実践者研修受講後1年以上経過した者 | おおむね2年程度の現場経験を有している者 | 認知症対応型サービス事業を管理する者 | 認知症対応型サービス事業を開設する者 | 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 | 認知症ケアに携わる医療介護従事者 |
| 想定される講師 | 認知症介護研究・研修センター | 各自治体において選定※認知症介護指導者等 | 各自治体において選定※認知症介護指導者等 | 各自治体において選定 | 各自治体において選定 | 各自治体において選定 | 各自治体において選定 |
| 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 | 管理者として事業所を管理していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの | 開設者として事業所を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 | 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 | 認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得するためのもの |
| 研修時間 | <標準> 講義・演習:8100分 +実習 (職場実習4週間、施設実習 3.5日、実習まとめ:840分) | <標準> 講義・演習:3360分 +実習4週間 | <標準> 講義・演習:1890分 演習:4週間+420分 +実習 (職場実習4週間、課題設定240分、実習まとめ180分) | 講義540分 | 講義・演習360分 +職場体験480分 | 講義540分 | <標準> 講義・演習240分 |
| 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 | 【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、認知症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、認知症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討していく。

【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】



【実績と目標値】指導者養成研修：2018(平成30)年度末 2.5千人 ⇒ 2020(令和2)年度末 2.8千人
 実践リーダー研修：2018(平成30)年度末 4.4万人 ⇒ 2020(令和2)年度末 5万人
 実践者研修：2018(平成30)年度末 28.3万人 ⇒ 2020(令和2)年度末 30万人

論点②行動・心理症状への対応力の向上

論点②

- 認知症の人の行動・心理症状（以下、BPSDという。）の発症を予防したり、BPSDの重症化の緩和を図る観点や、介護現場等の負担を軽減する観点から、BPSDの有無やその定期的な測定を行うことなどを含め、どのような対応が考えられるか。
- すべての介護事業者において認知症への対応力の向上が求められている中で、利用者利便の観点から、各事業所による認知症対応力向上に向けた各種の取組状況を利用者が確認できるようにするため、どのような対応が考えられるか。
- BPSDへの緊急対応を含め、在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズへの対応を強化していく観点から、どのような対応が考えられるか。

認知症施策推進大綱(令和元年6月18日 認知症施策推進関係閣僚会議) 抜粋

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

- 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。

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。

論点② 行動・心理症状への対応力の向上

対応案

- 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会とりまとめ（令和元年7月16日）においては、「認知症ケアに活かす項目として、認知症の周辺症状に係る指標であるDBD-13、意欲の指標であるVitality Indexについては、基本的な項目とするべきである。」とされているほか、BPSDの評価尺度としてNPIが用いられているところ。

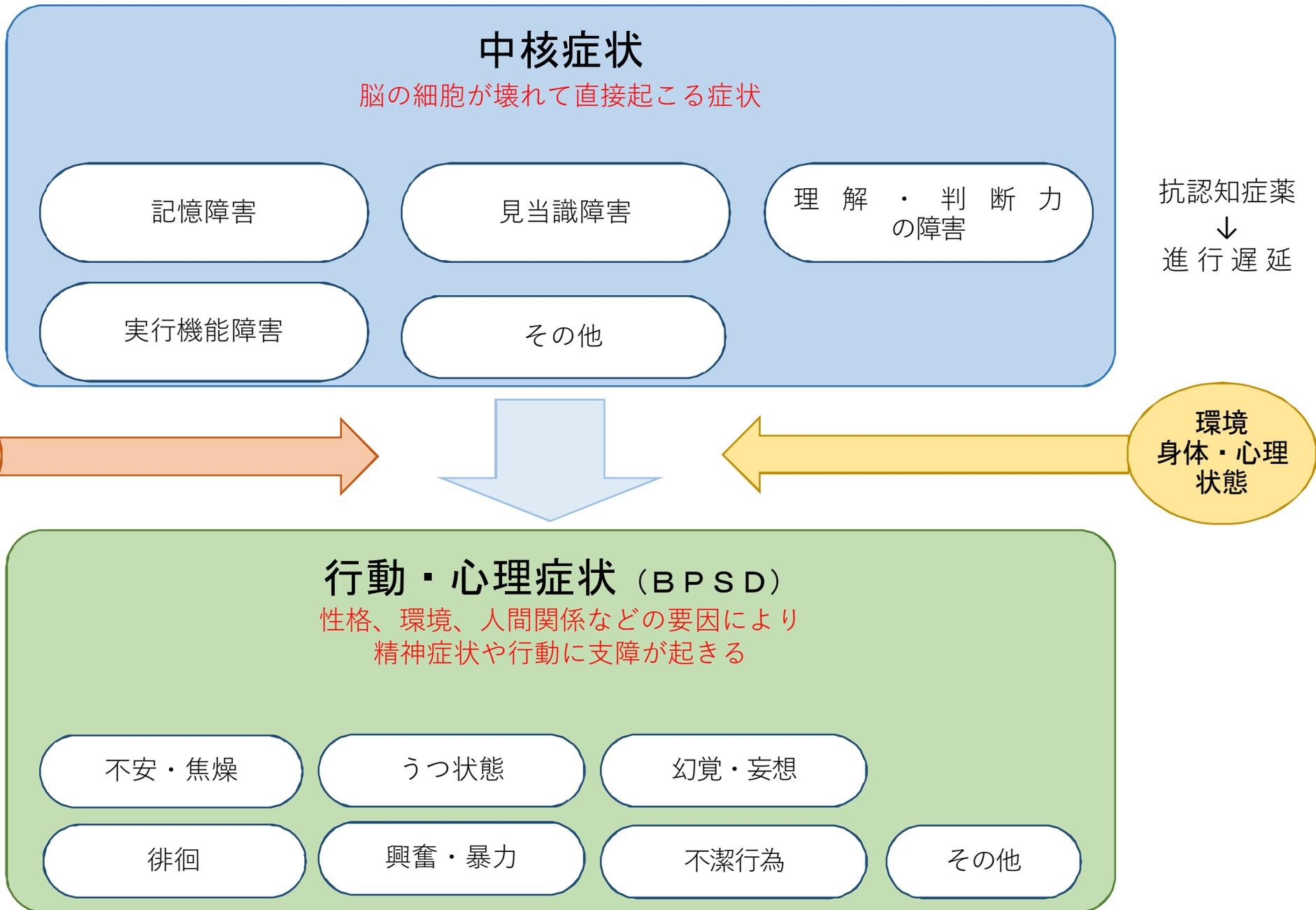
こうしたなか、認知症に関する科学的介護を推進する観点から、施設等の入居者・利用者に対し、定期的に、DBD-13等の評価を実施し、その結果をCHASEへ入力を行うことにより、対応状況の可視化を図るとともに、CHASEからのフィードバックに基づくサービスの改善に努めていく取組を推進することとしてはどうか。

- ・対象サービスとして、施設サービス・グループホーム・多機能系を想定
- ・入力する指標については、上記とりまとめを踏まえ、DBD-13、Vitality Indexとするほか、任意でNPI-NHを想定

- 全ての介護事業者にとって認知症対応力向上が求められることを踏まえ、BPSDへの対応も含めて、認知症に係る各事業所の取組状況（研修の受講状況等）について、利用者が情報公表システム上で確認できる仕組みを設けてはどうか。

- 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境をより一層推進する観点から、短期利用の報酬区分がある（看護）小規模多機能型居宅介護について、施設系等と同様に、認知症行動・心理症状緊急対応加算の対象としてはどうか。

行動・心理症状(BPSD)①



関わり方や環境を調整することで、症状が現れるのを抑えたり、和らげたりすることができる

行動・心理症状(BPSD)②

○ 各サービスにおける利用者の行動・心理症状の頻度によりグルーピングした結果、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設型居宅生活介護、介護老人保健施設、介護老人福祉施設が「高」であった。

利用者の認知機能障害・IADL障害・ADL障害・行動心理症状によるグルーピング及び日常生活自立度(Ⅱa～M)の出現率とDASC-21による認知症高齢者の出現率

| | | 認知機能障害 | IADL障害 | ADL障害 | 行動心理症状 | 日常生活自立度 | | DASC-21 | |
|--------|------------------|--------|--------|-------|--------|---------|-------|---------|--|
| | | | | | | Ⅱa～M | 31点以上 | 平均点 | |
| 居宅系 | 訪問介護 | 低 | 低 | 低 | 中 | 47.2% | 71.7% | 44.38 | |
| | 訪問リハビリテーション | 低 | 低 | 低 | 低 | 45.2% | 83.7% | 48.49 | |
| | 通所介護 | 低 | 低 | 低 | 低 | 53.0% | 79.1% | 47.73 | |
| | 通所リハビリテーション | 低 | 低 | 低 | 低 | 44.5% | 75.9% | 44.25 | |
| | 訪問看護 | 中 | 中 | 中 | 中 | 64.9% | 85.5% | 52.93 | |
| | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 中 | 中 | 中 | 中 | 66.4% | 90.9% | 52.23 | |
| | 認知症対応型通所介護 | 中 | 中 | 中 | 高 | 88.7% | 98.4% | 62.82 | |
| | 小規模多機能居宅介護 | 中 | 中 | 中 | 高 | 80.7% | 93.0% | 56.52 | |
| 施設・居住系 | 特定施設入居者生活介護 | 中 | 中 | 中 | 高 | 76.3% | 93.4% | 58.9 | |
| | 認知症対応型共同生活介護 | 高 | 高 | 高 | 高 | 95.0% | 99.7% | 66.19 | |
| | 介護老人保健施設 | 高 | 高 | 高 | 中 | 89.5% | 99.5% | 67.43 | |
| | 介護老人福祉施設 | 高 | 高 | 高 | 中 | 94.0% | 99.8% | 73.04 | |
| | 介護療養型医療施設 | 高 | 高 | 高 | 低 | 97.0% | 99.9% | 78.66 | |

(上表の高・中・低の判定方法)

利用者の認知機能、IADL、ADL、行動心理症状に関する36項目の回答率に、各レベルに応じた点数(例:まったくない→1点、ときどきある→2点、頻繁にある→3点、いつもそうだ→4点)を乗じ、サービスごとに認知機能、IADL、ADL、行動心理症状の合計点数を算出した。

その後、調査対象13サービス間で合計点数を比較し、点数の高い順に4サービスを「高」、点数の低い順に4サービスを「低」、中間の5サービスを「中」とした。

(注) DASC-21: 認知機能、IADL、ADLを総合的に評価できるアセスメントツールであり、調査に用いた項目のうち「日常の意思決定ができるか(日常の意思決定)」「自分の名前が答えられるか(自分の名前)」以外の項目が含まれている。

調査票該当箇所: 利用者票P1、問1(7)認知機能、(8)IADL、(9)ADL、(11)行動・心理症状の現在の状況

BPSDの評価尺度(DBD-13)

| | 質問事項 | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 |
|----|-------------------------------|------|--------|--------|------|------|
| 1 | 同じことを何度も何度も聞く | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 2 | よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 3 | 日常的な物事に関心を示さない | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 4 | 特別な事情がないのに夜中起き出す | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 5 | 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 6 | 昼間、寝てばかりいる | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 7 | やたらに歩き回る | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 8 | 同じ動作をいつまでも繰り返す | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 9 | 口汚くののしる | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 10 | 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 11 | 世話をされるのを拒否する | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 12 | 明らかな理由なしに物を貯め込む | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| 13 | 引き出しやタンスの中身を全部出してしまう | 全くない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |

BPSDの評価尺度 (NPI)

| 症状 | 下位質問：「はい」の番号をチェック 上の□頻度の数字をメモ 下の□重症度の数字をメモ | なし | あり | | 頻度× 重症度 |
|---------------|---|----------------------------|---|--|------------|
| | | | 頻度 | 重症度 | |
| A.妄想 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (※) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| B.幻覚 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| C.興奮 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| D.うつ・不快 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| E.不安 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| F.多幸 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| G.無為・無関心 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| H.脱抑制 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| I.易刺激性・不安定性 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| J.異常な運動行為 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| K.睡眠と夜間行動障害 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| L.食欲あるいは食異常行動 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |

※具体的な評価方法は次頁参照のこと。

(注) 各症状の概要は以下のとおり。

周りから見て事実でないと思われていることを信じている。例えば、財布や通帳を「盗まれた」という物盗られ妄想がある。

実際には存在しない音が聞こえていたり、存在しない物が見えたりしている。

介護に抵抗したり、他の人に対して非協力的だったりする。

悲しそうにしたり、落ち込んでいたりする。

親しい人がいない状況で不安になる。落ち着かない、緊張する。

場の状況にそぐわないほど機嫌が良い。

自分のことや周りのことに関心を持たない。

衝撃的な行動をとる。知らない人になれなれしくしたり、他人の気持ちを傷つけるような言動を取ったりする。

気難しく、怒りっぽい、予定より遅れたり、待たされたりすることに我慢ができない。

同じ行動を何度も繰り返す。歩き回る、服のボタンをずっといじり続けるなど。

夜中に起きて動く、早朝に起きる、昼寝を長くとり過ぎる。

体重が増えたり、減ったりしている。通常は食べないものを食べてしまう。

NPI評価方法について(「A. 妄想」の項目の例)

A. 妄想

【主質問】

その利用者さんは事実でないとわかることを信じこんでいますか？例えば、他の人が自分を傷つけようとしている、自分からものを盗もうとしていると言っていますか？自分の家族やスタッフが身分を偽っていると言ったり、自分の配偶者が不倫をしていると言ったことがありますか？その利用者さんは他に普通ではないことを信じていたことがありますか？

- はい（「はい」の場合、下位項目に進んでください。）
- いいえ（「いいえ」の場合、次の「B. 幻覚」の質問に進んでください。）

【下位質問】

1. その利用者さんは自分が危険な状態にあると信じていますか？つまり、多の人が自分に危害を加えようとしているとか、傷つけていると信じていますか？

…被害妄想

- はい いいえ

2. その利用者さんは、他の人が自分のものを盗んでいると信じていますか？

…物盗られ妄想

- はい いいえ

3. その利用者さんは、自分の配偶者が不倫をしていると信じていますか？

…嫉妬妄想

- はい いいえ

4. その利用者さんは、家族、スタッフ、あるいはその他の人が、身分を偽っていると信じていますか？

…人物誤認妄想

- はい いいえ

5. その利用者さんは、テレビや雑誌に出てくる人物がその部屋に実際にいると信じていますか？
(その人物と話そうとしたり、交流を持とうとしますか？)

…誤認妄想

- はい いいえ

6. 私がまだ質問していないことで、他に何か普通でないことを信じていますか？

…その他の妄想

- はい いいえ

(その他) の内容 _____

下位質問ができたら妄想の頻度と重症度を決定してください。

- 頻度： 1. 時に 週に一回未満 2. しばしば 週に一回程度
 3. 頻回に 週に数回あるが毎日ではない 4. 非常に頻回に 一日一回以上

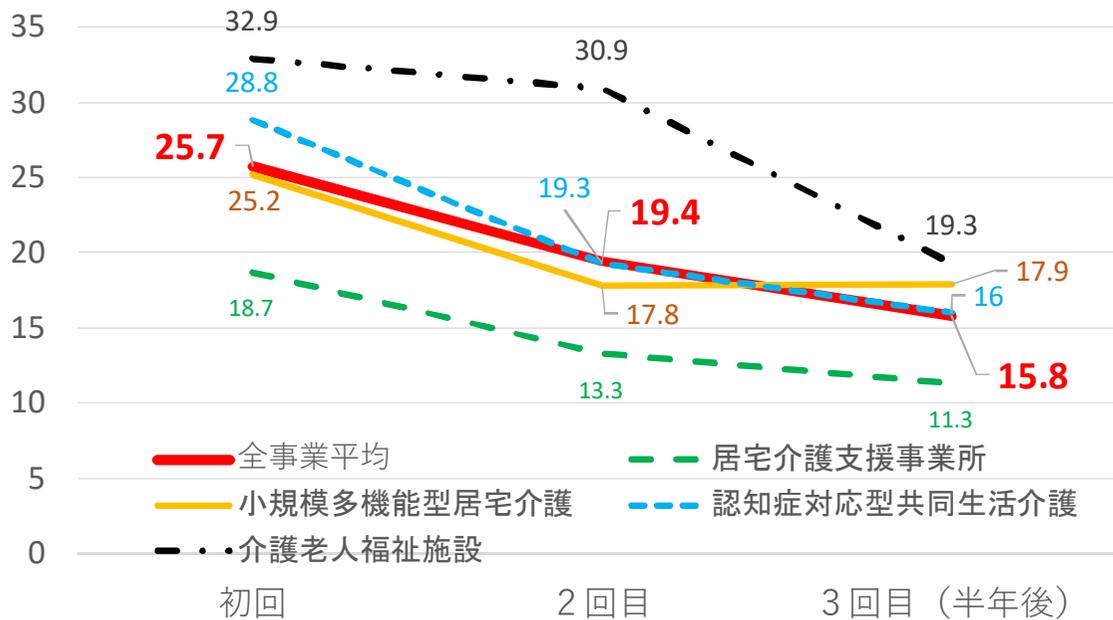
重症度： 1 (軽度)：妄想はあるが、害はないようで、その利用者さんをそれほど動揺させることはない。

2 (中等度)：妄想はその利用者さんにとってストレスとなり動揺させ、普通でない行動や奇妙な行動をとる原因となっている。

3 (重度)：妄想はその利用者さんにとって大きなストレスとなり動揺させ、普通ではない行動や奇妙な行動を頻繁にとる原因となっている。

認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業

- 令和元年度老健事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」により、NPI評価尺度で行動・心理症状の変化を測定した。
- NPI得点は検証事業を行った全体の平均で、**1回目が平均25.7（標準偏差18.2）、2回目が19.4（16.4）、3回目（半年後）15.8（14.9）**となっており、前年度に東京都で行ったランダム化比較試験（半年で7.2）と同等の効果が認められた。
- また、利用者の行動に困ってしまうと思う頻度が「減った」と回答したのは約7割、利用者にとりよらよいかかわらないと思うことの頻度が減ったと回答したのは約7割だった。



施設・事業所種別にみたNPI得点の平均（標準偏差）

| 事業所種類 | 1回目入力 | | 2回目入力 | | 3回目入力 | |
|--------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|
| | 事業所数 | 平均 (SD) | 事業所数 | 平均 (SD) | 事業所数 | 平均 (SD) |
| 居宅介護支援事業所 | 38 | 18.7 (16.1) | 33 | 13.3 (11.2) | 28 | 11.3 (11.9) |
| 小規模多機能型居宅介護 | 28 | 25.2 (17.7) | 28 | 17.8 (14.4) | 24 | 17.9 (17.9) |
| 認知症対応型共同生活介護 | 36 | 28.8 (18.2) | 34 | 19.3 (13.4) | 28 | 16.0 (13.5) |
| 介護老人福祉施設 | 23 | 32.9 (19.2) | 21 | 30.9 (23.3) | 20 | 19.3 (16.3) |

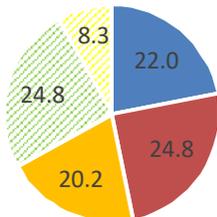
※ サンプルサイズの計算は $\alpha=0.05$, 効果量0.3, 3回測定として利用者132名（種類ごとに33名）として設定。

検証委員会の構成（実施主体：公益財団法人東京都医学総合研究所）

| 団体名（役職） | 委員名※敬称略 |
|---|---------|
| 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局(併) 企画経営部認知症・在宅医療推進課(リサーチコーディネーター) | 進藤 由美◎ |
| 一般社団法人医療経済研究・社会福祉協会（主任研究員） | 服部 真治 |
| 特別養護老人ホーム白寿園(施設長) | 鴻江 圭子 |
| 社会福祉法人仙台市社会事業協会(副会長) | 佐々木 薫 |
| 一般社団法人日本介護支援専門員協会(副会長) | 濱田 和則 |
| 特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業所連絡会(事務局長) | 山越 孝浩 |

利用者の行動に対し、困ってしまうと思う頻度の変化

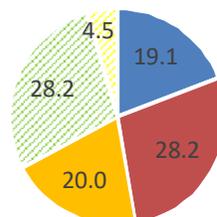
- すごく減った
- まあ減った
- 少し減った
- あまり変わらない
- むしろ増えた



回答事業所・施設数=110

利用者に対し、どうしたらよいかかわらないと思う頻度の変化

- すごく減った
- まあ減った
- 少し減った
- あまり変わらない
- むしろ増えた



BPSDへの対応に関連する各種意見

公益社団法人日本認知症グループホーム協会のご意見（令和2年8月19日事業者団体ヒアリング資料）（抄）

- BPSDへの即時的な対応・早期改善は、利用者のQOLの向上にとっても極めて重要であり、一方で対応時には職員の介護負担度も大きい。現在、ストラクチャー（プロセス）については、認知症専門ケア加算で一定の評価が設けられているが、認知症の人のBPSDへの対応に関するプロセス、アウトカムに関して、一定の評価をいただけるような仕組みについて、今後、検討していただきたい。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会のご意見（令和2年8月27日事業者団体ヒアリング資料）（抄）

- これまでにもこうした認知症ケアの実践は進められてきており、一定程度体系的な充実が可能と考えられることから、次のような要件設計を検討されたい。
 - ・ 精神科医や協力医療機関等の医師による脳疾患の鑑別診断による連携や認知症に関する情報の提供に関する取り組みを評価すること
 - ・ BPSDケアプログラムを参考に、多職種連携による①観察・評価、②背景要因の分析、③ケア計画への反映、④実行というストラクチャー・プロセス評価を勘案すること
 - ・ 長期的には、NPIの導入による状態像の変化や減薬調整によるアウトカム等を考慮すること

情報公表制度の概要

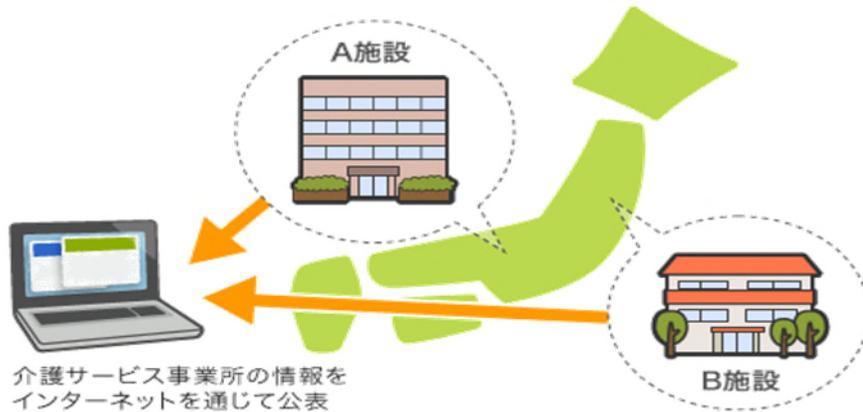
(介護保険の理念である「自己選択」の支援)

介護保険法に基づき、平成18年4月からスタート。

利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県及び指定都市が提供する仕組み。

※「介護サービス情報公表システム」を使って、インターネットでいつでも誰でも情報を入手することが可能。平成30年度末時点で、全国約22万か所の事業所情報が公表されている。

介護サービス情報公表制度のしくみ



公表までのフロー図



情報公表される内容

① 基本情報

- 事業所の名称、所在地等
- 従業者に関するもの
- 提供サービスの内容
- 利用料等
- 法人情報

② 運営情報

- 利用者の権利擁護の取組
- サービスの質の確保への取組
- 相談・苦情等への対応
- 外部機関等との連携
- 事業運営・管理の体制
- 安全・衛生管理等の体制
- その他（従業者の研修の状況等）

※その他、法令上には規定がないが、事業所の積極的な取組を公表できるように「事業所の特色」（事業所の写真・動画、定員に対する空き数、サービスの特色など）についても、情報公表システムにおいて、任意の公表が可能。

情報公表される内容(通所介護の例)

○基本情報

| 事業所又は施設(以下この表において「事業所等」という。)を運営する法人又は法人でない病院、診療所若しくは薬局(以下この号において「法人等」という。)に関する事項 | |
|--|--|
| 1 | 法人等の名称、主たる事務所の所在地、番号利用法第二条第十五項に規定する法人番号(番号利用法第四十二条第四項の規定により公表されたものに限る。)及び電話番号その他の連絡先 |
| 2 | 法人等の代表者の氏名及び職名 |
| 3 | 法人等の設立年月日 |
| 4 | 法人等が介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所等の所在地を管轄する都道府県の区域内において提供する介護サービス |
| 5 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 当該報告に係る介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所等に関する事項 | |
|--|--|
| 1 | 事業所等の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 |
| 2 | 介護保険事業所番号 |
| 3 | 事業所等の管理者の氏名及び職名 |
| 4 | 当該報告に係る事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日) |
| 5 | 事業所等までの主な利用交通手段 |
| 6 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 事業所等において介護サービスに従事する従業者(以下この号において「従業者」という。)に関する事項 | |
|--|--|
| 1 | 職種別の従業者の数 |
| 2 | 従業者の勤務形態、労働時間、従業者一人当たりの利用者、入所者又は入院患者数等 |
| 3 | 従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経過年数等 |
| 4 | 従業者の健康診断の実施状況 |
| 5 | 従業者の教育訓練、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 |
| 6 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 介護サービスの内容に関する事項 | |
|-----------------|---|
| 1 | 事業所等の運営に関する方針 |
| 2 | 当該報告に係る介護サービスの内容等 |
| 3 | 当該報告に係る介護サービスの利用者、入所者又は入院患者への提供実績 |
| 4 | 利用者等(利用者又はその家族をいう。以下同じ。)、入所者等(入所者又はその家族をいう。以下同じ。)又は入院患者等(入院患者又はその家族をいう。以下同じ。)からの苦情に対応する窓口等の状況 |
| 5 | 当該報告に係る介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関する事項 |
| 6 | 事業所等の介護サービスの提供内容に関する特色等 |
| 7 | 利用者等、入所者等又は入院患者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 |
| 8 | その他介護サービスの種類に応じて必要な事項 |

| 当該報告に係る介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項 | |
|------------------------------------|--|
| その他都道府県知事が必要と認める事項 | |

○運営情報

・介護サービスの内容に関する事項

| 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置 | |
|---|---|
| 1 | 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び利用者等、入所者等又は入院患者等の同意の取得の状況 |
| 2 | 利用者等、入所者等又は入院患者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況 |
| 3 | 利用者、入所者又は入院患者の状態に応じた当該介護サービスに係る計画の作成及び利用者等、入所者等又は入院患者等の同意の取得の状況 |
| 4 | 利用者等、入所者等又は入院患者等に対する利用者、入所者又は入院患者が負担する利用料に関する説明の実施の状況 |

| 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置 | |
|------------------------------|---|
| 1 | 認知症の利用者、入所者又は入院患者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況 |
| 2 | 利用者、入所者又は入院患者のプライバシーの保護のための取組の状況 |
| 3 | 身体的拘束等(指定居宅サービス等基準第二百二十八条第四項に規定する身体的拘束等をいう。以下同じ。)の排除のための取組の状況 |
| 4 | 計画的な機能訓練の実施の状況 |
| 5 | 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況 |
| 6 | 入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況 |
| 7 | 健康管理のための取組の状況 |
| 8 | 安全な送迎のための取組の状況 |
| 9 | レクリエーションの実施に関する取組の状況 |
| 10 | 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮の状況 |

| 相談、苦情等の対応のために講じている措置 | |
|----------------------|--------------------|
| 1 | 相談、苦情等の対応のための取組の状況 |

| 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置 | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1 | 介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況 |
| 2 | 介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況 |

| 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携 | |
|--|-------------------|
| 1 | 介護支援専門員等との連携の状況 |
| 2 | 主治の医師等との連携の状況 |
| 3 | 地域包括支援センターとの連携の状況 |
| 4 | 地域との連携、交流等の取組の状況 |

・介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項

| 適切な事業運営の確保のために講じている措置 | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 | 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況 |
| 2 | 計画的な事業運営のための取組の状況 |
| 3 | 事業運営の透明性の確保のための取組の状況 |
| 4 | 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況 |

| 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置 | |
|--|---|
| 1 | 事業所又は施設における役割分担等の明確化のための取組の状況 |
| 2 | 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況 |

| 安全管理及び衛生管理のために講じている措置 | |
|-----------------------|---------------------|
| 1 | 安全管理及び衛生管理のための取組の状況 |

| 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置 | |
|--------------------------|----------------------|
| 1 | 個人情報の保護の確保のための取組の状況 |
| 2 | 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況 |

| 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置 | |
|----------------------------|---|
| 1 | 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況 |
| 2 | 利用者等、入所者等又は入院患者等の意向等も踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況 |
| 3 | 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況 |
| 4 | 介護予防のための取組の状況 |

・都道府県知事が必要と認めた事項

認知症行動・心理症状緊急対応加算

- 平成21年度改定において、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、短期入所系・施設系・グループホームにおいて「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を創設。
- 具体的には、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、緊急入所が必要と判断した者を受け入れた場合について、利用者を受け入れる際の初期の手間を評価。

<平成21年度介護報酬改定に関する審議報告> 抜粋

2. 医療との連携や認知症ケアの充実

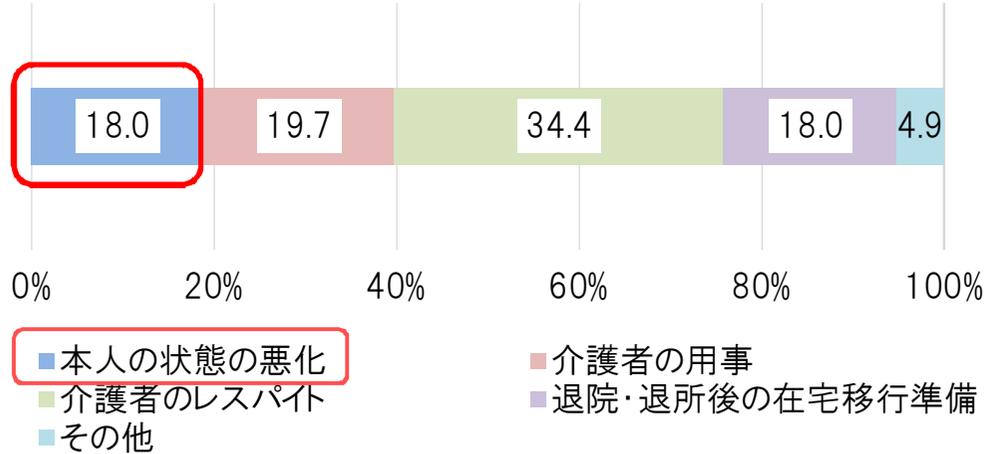
(2)認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・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、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的なケア提供体制に対する評価等を行う。

| サービス 類型 | サービス名 | 認知症行動・心理症状緊急対応加算（200単位／日） |
|------------|---------------|---|
| | | 在宅で療養を行っている利用者にBPSDが認められ、 医師が緊急入所が必要と判断した場合の緊急的対応を評価 （利用した日から起算して7日を限度） |
| 短期入所系 | 短期入所生活介護 | ○ |
| | 短期入所療養介護 | ○ |
| 多機能系 | 小規模多機能型居宅介護 | - |
| | 看護小規模多機能型居宅介護 | - |
| 居住系 | 認知症対応型共同生活介護 | ○ |
| 施設系 | 介護老人福祉施設 | ○ |
| | 地域密着型介護老人福祉施設 | ○ |
| | 介護老人保健施設 | ○ |
| | 介護療養型医療施設 | ○ |
| | 介護医療院 | ○ |

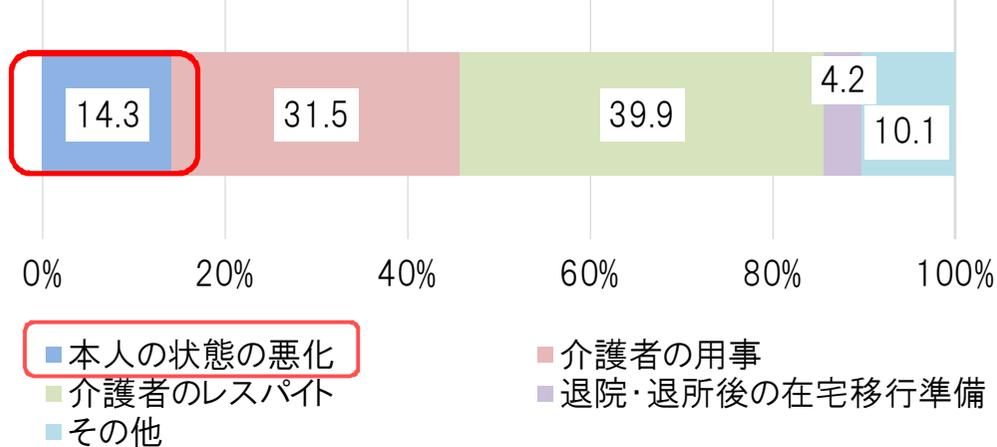
(看護)小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護の利用者の状況

■ 2018年9月1か月間の看護小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護の利用理由 (25事業所、61人)



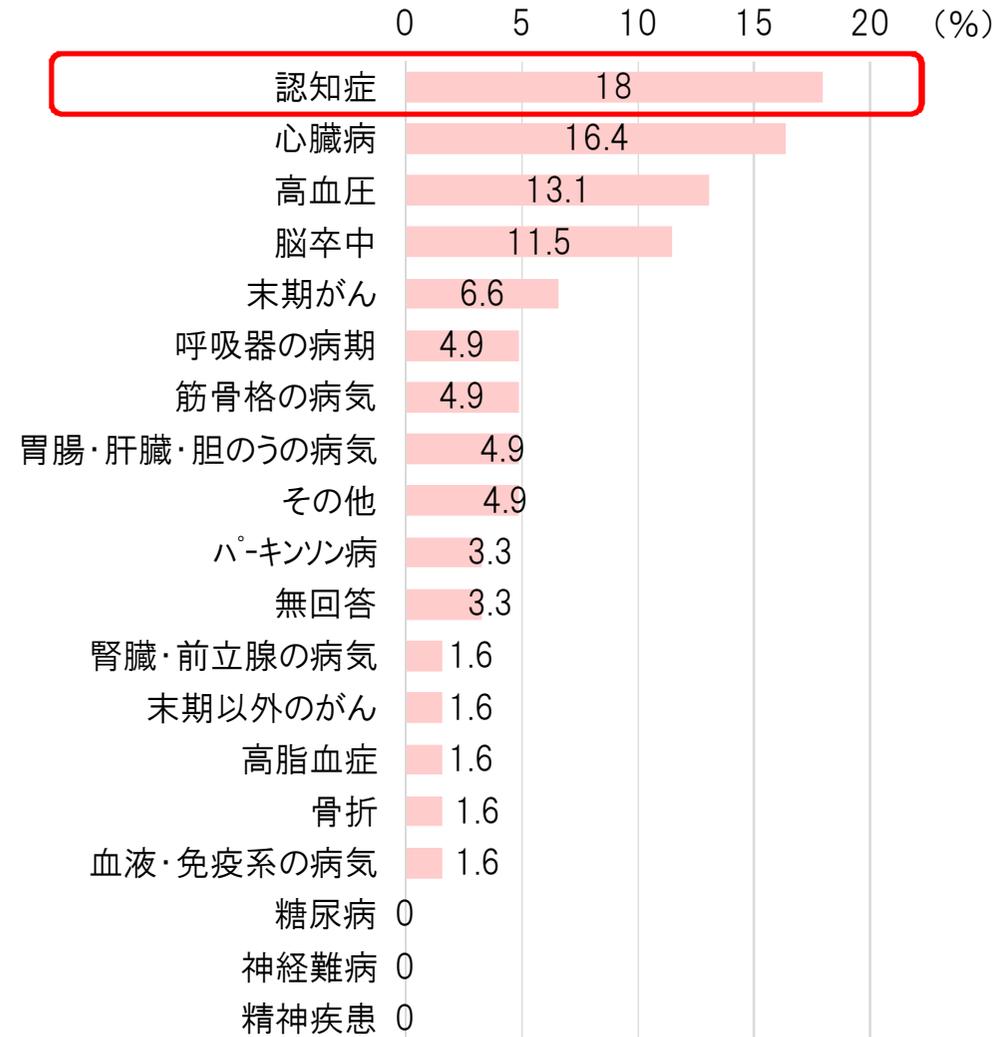
【出典】平成30年度 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

■ 2019年11月1か月間の小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護の利用理由 (n=168人)



【出典】令和2年度介護報酬改定検証・研究調査「認知症対応型共同生活介護等における平成30年度報酬改定の影響に関する調査研究事業」(速報値)

■ 2018年9月1か月間の看護小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護利用者の主傷病(複数回答)(n=61)



【出典】平成30年度 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

論点③認知症介護基礎研修

論点③

- 認知症についての理解のもと、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ことが求められるが、どのような取組が考えられるか。

対応案

- 認知症施策推進大綱も踏まえ、認知症介護基礎研修を全てeラーニング化した上で、介護に直接携わる職員のうち、「無資格者」に対しては、認知症基礎研修の受講を義務付けることとしてはどうか。その際、一定の経過措置や、新入職員に対する猶予期間を設けてはどうか。

認知症施策推進大綱(令和元年6月18日 認知症施策推進関係閣僚会議) 抜粋

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

(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。

KPI/目標

- 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数(2020年度末)
 - ・ 認知症介護指導者養成研修 2.8千人
 - ・ 認知症介護実践リーダー研修 5万人
 - ・ 認知症介護実践者研修 30万人
 - ・ 認知症介護基礎研修 介護に関わる全ての者が受講

介護分野の資格における認知症に係るカリキュラム

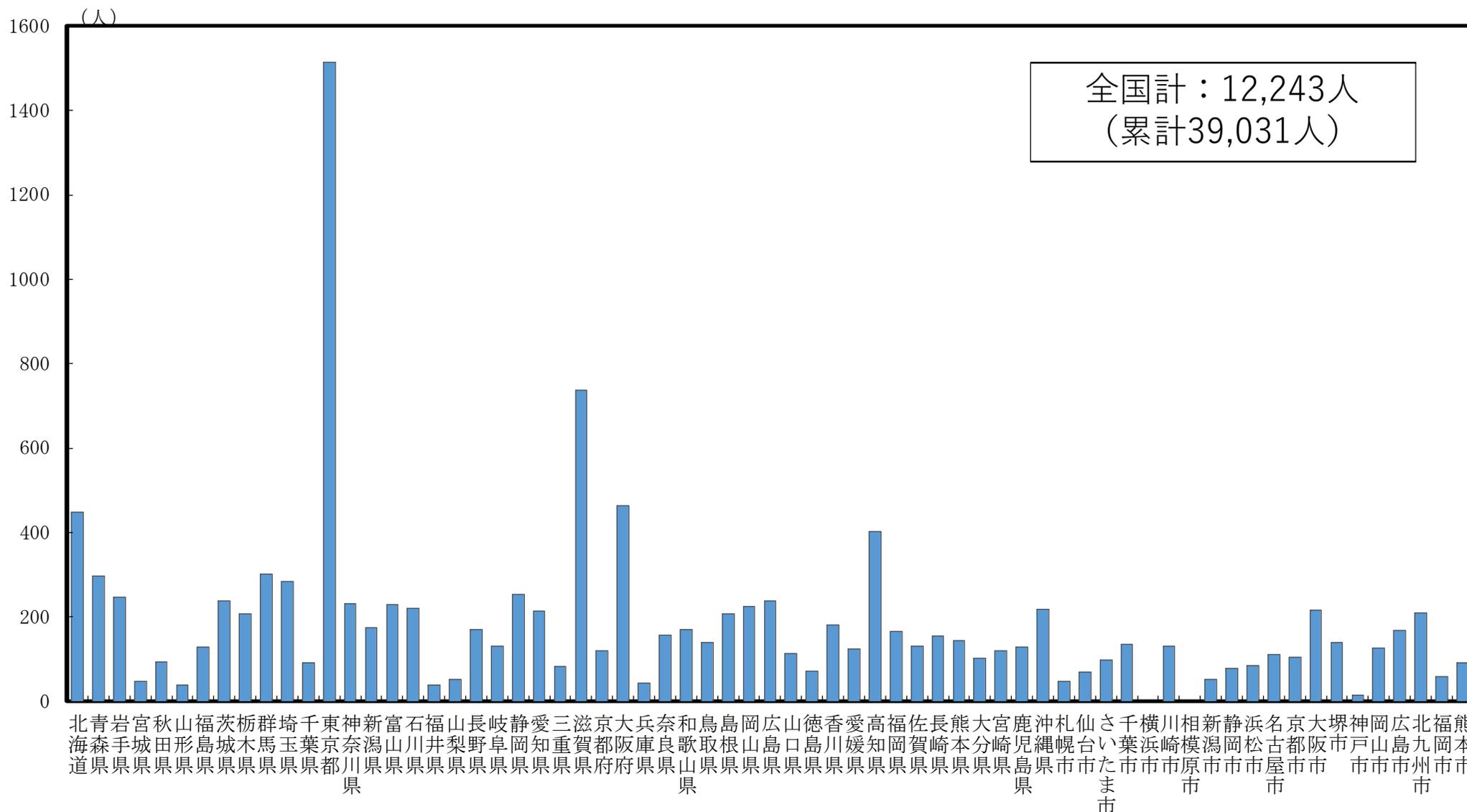
| 資格 | 研修科目・教育内容 ※学習内容に認知症を含むもの | 時間数 | 研修の総時間数 |
|---------------|---|--------------------------|-----------------------------|
| 認知症介護基礎研修 | (1)認知症の人の理解と対応の基本 (2)認知症ケアの実践と留意点 | 6時間 | - |
| 介護福祉士 | i 実務経験ルート：認知症の理解Ⅰ・Ⅱ ii 養成施設ルート：認知症の理解 iii 福祉系高校ルート：こころとからだの理解 | 30時間 60時間 280時間の内数 | 450時間 1,850時間 1,855時間 |
| 実務者研修 | 認知症の理解Ⅰ・Ⅱ | 30時間 | 450時間 |
| 介護職員初任者研修 | 認知症の理解 | 6時間 | 130時間 |
| 生活援助従事者研修 | 老化と認知症の理解 | 6時間 | 59時間 |
| 介護職員基礎研修(※1) | 認知症の理解 | 30時間 | 360時間 |
| ホームヘルパー1級(※1) | ヘルパー2級の取得が要件 | - | - |
| ホームヘルパー2級(※1) | 老人及び障害者の疾病、障害等に関する講義 | 14時間の内数 | 130時間 |
| 主任介護支援専門員 | 主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践(認知症に関する事例) | 6時間 | 70時間 |
| 介護支援専門員 | ケアマネジメントの展開(認知症に関する事例) | 5時間(※2) | 87時間 |
| 社会福祉士 | 医学概論・高齢者福祉・保健医療と福祉・権利擁護を支える法制度 | 各30時間の内数 | 1,200時間 |

(※1) 平成25年4月1日より廃止。

(※2) 保険・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務等に従事した期間が通算して5年以上であることが要件。

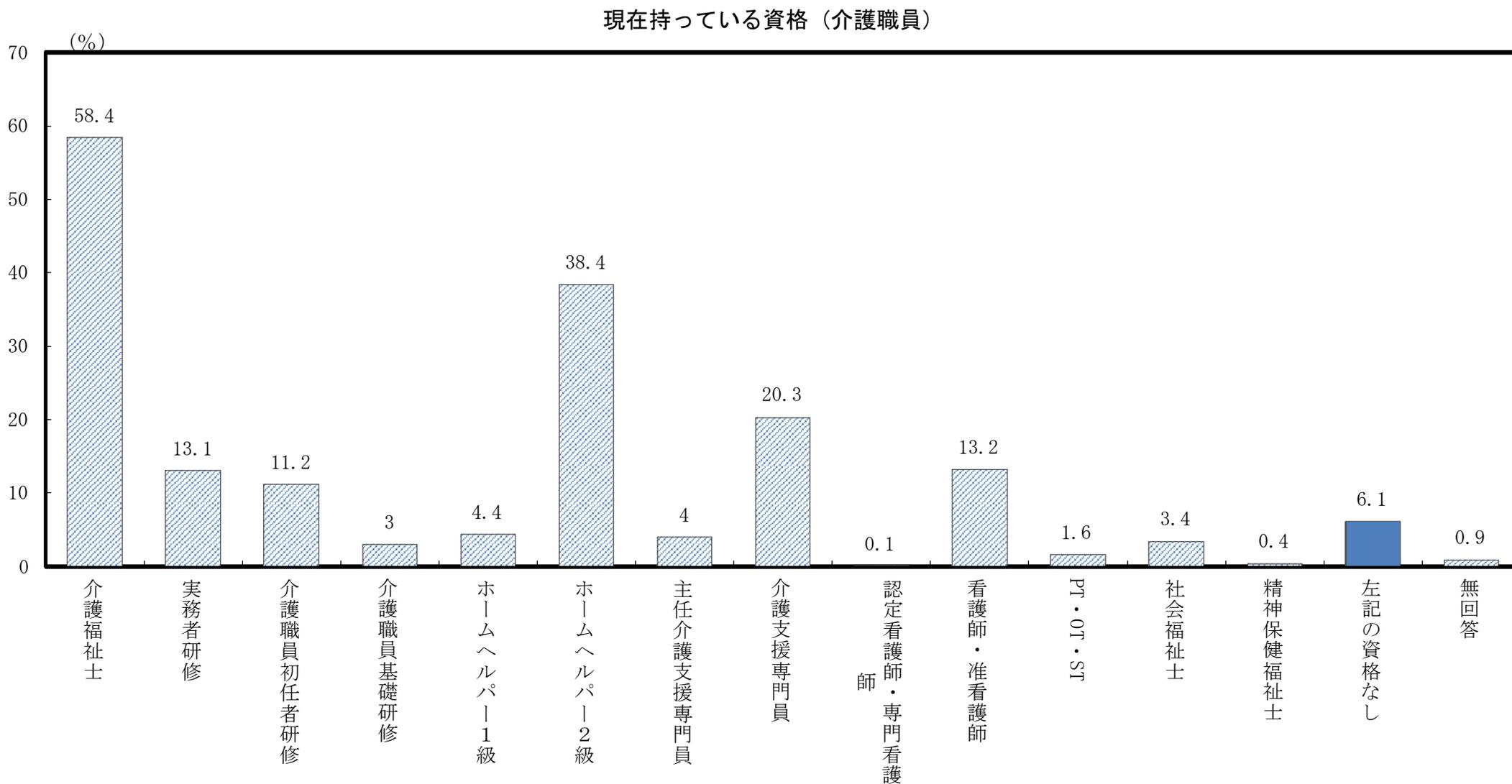
認知症介護基礎研修の修了者数

○ 認知症介護基礎研修の都道府県別の修了者数（平成30年度）は、12,243人となっている。



介護職員の資格の取得状況

○ 介護職員のうち、無資格者は、6.1%となっている。



(備考) 公益財団法人介護労働安定センター「令和元年度介護労働実態調査 介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書」により作成。

【事業概要】

（実施団体）社会福祉法人 東北福祉会 《事業費：14,220千円》

- 認知症介護基礎研修について、受講しやすく学習効果の高い研修のあり方を検討し、eラーニングによる研修の運用体制の検討及び、最近の認知症介護に関する最新の動向を踏まえた標準的カリキュラムの改訂並びにeラーニング教材の作成を行う。

【主な事業内容】

○研修体制の検討

研修のeラーニング化に向けた、研修運用体制に関する検討と提言を行う。

○研修カリキュラム・教材の改訂

- ・ 認知症施策推進大綱を踏まえ、本人の意思決定支援、本人視点や当事者理解等の内容を充実させたカリキュラムの検討
- ・ カリキュラムの改訂に準じた、eラーニング教材の作成

【対応策の検討】: 検討委員会の設置

| 団体名(役職等) | 委員名※敬称略 |
|--------------------------------------|----------|
| 日本大学文理学部(教授) | 内藤 佳津雄 ◎ |
| 千葉工業大学情報科学部(教授) | 仲林 清 |
| 東京都福祉保健局高齢社会対策部(課長) | 小林 由香子 |
| 仙台市健康福祉局高齢部(課長) | 千葉 由美子 |
| 一般社団法人山形県老人福祉施設協議会 | 東海林 一好 |
| 株式会社福祉の杜いまじん | 工藤 美奈子 |
| 社会福祉法人仙台市社会事業協会仙台楽生園ユニットケア施設群(総括施設長) | 佐々木 薫 |
| 株式会社IDO | 井戸 和宏 |
| 社会福祉法人新生会総合ケアセンターサンビレッジ | 桑原 陽 |
| 社会福祉法人東北福祉会せんだんの里 | 船越 正博 |
| 認知症介護研究・研修東京センター | 中村 考一 |
| 認知症介護研究・研修大府センター | 中村 裕子 |
| 認知症介護研究・研修仙台センター | 加藤 伸司 |
| 認知症介護研究・研修仙台センター | 阿部 哲也 |
| 認知症介護研究・研修仙台センター | 矢吹 知之 |
| 認知症介護研究・研修仙台センター | 吉川 悠貴 |

參考資料

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。

対象期間：2025（令和7）年まで

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、居宅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の生活を継続できるように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。

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)

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緊急受入を評価。

◆ 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。

◆ 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(特定施設入居者生活介護、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、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、短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護医療院)

認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の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

(加算要件)

- ・ 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
- ・ 当該施設の従業員に対して、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) 4単位/日

(加算要件)

- ・ 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、施設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 等

(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MI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

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、複合型サービス)

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)

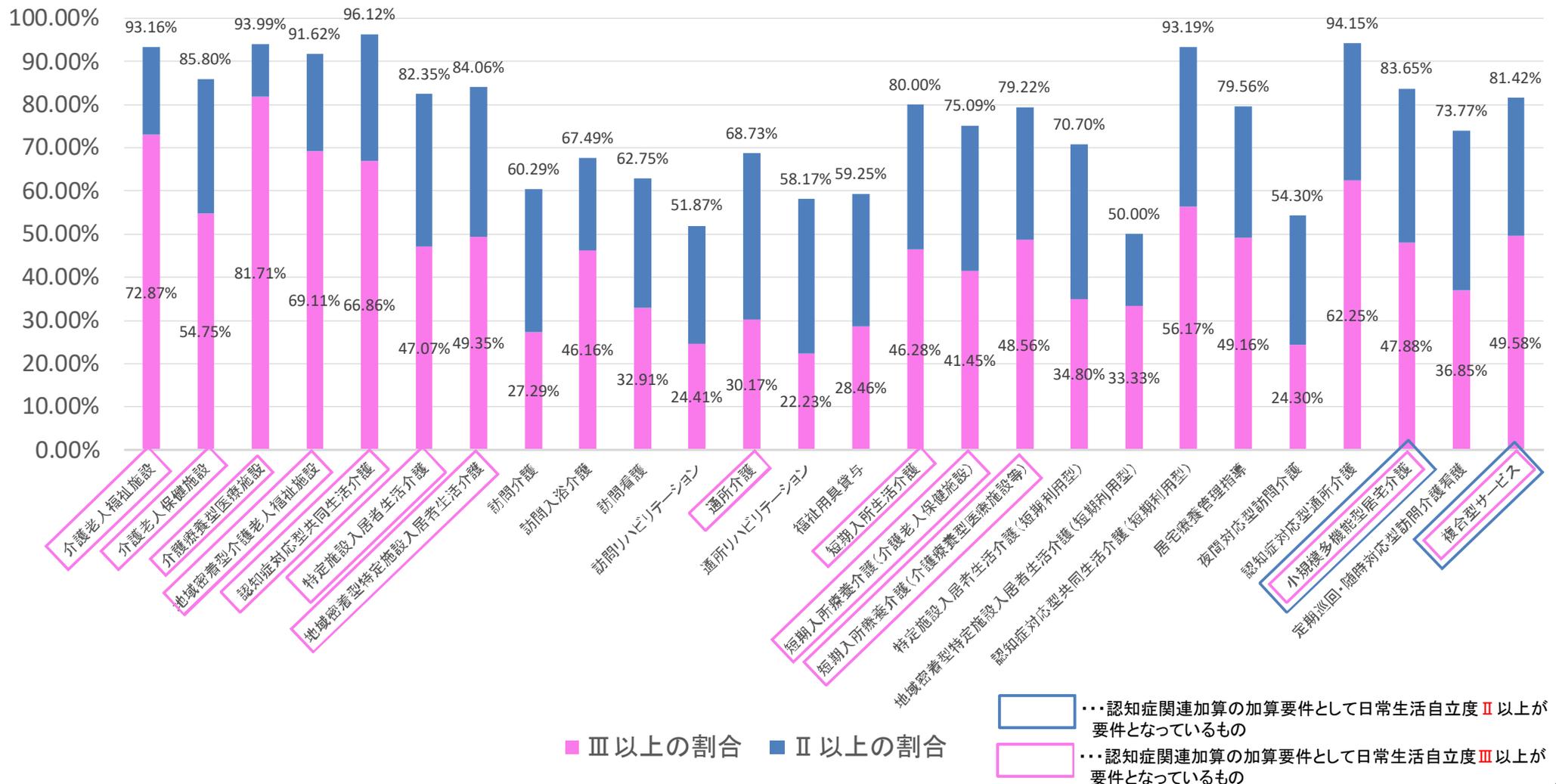
認知症高齢者のサービスの利用割合

○ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の各サービスの利用者の割合をみると、認知症に特化したサービス以外では、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設及び地域密着型介護老人福祉施設が9割を超えている。

※要支援1，2は含まない。また、該当なしを含まない。

※平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成27年度調査）

「介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業」より



認知症ケアに携わる人材育成のための研修

◆ 認知症高齢者に対するより適切なケア・サービス提供のために、

- ・ 介護従事者を対象とする 8 研修
- ・ 医療従事者を対象とする 7 研修
- ・ 認知症総合支援事業に携わる者を対象とする 2 研修

に加えて、令和2年度からは市町村が配置するチームオレンジのコーディネーターに対する研修を実施。

◆ このうち介護従事者を対象とする 3 研修については、都道府県等の一般財源で対応。その他の研修については、地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）の助成対象。

地域医療介護総合確保基金・82億円の内数

介護従事者を対象とする研修

- 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
- 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
- 認知症介護指導者フォローアップ研修
- 認知症介護基礎研修

医療従事者を対象とする研修

- 認知症サポート医養成研修
- 認知症サポート医フォローアップ研修
- かかりつけ医認知症対応力向上研修
- 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
- 歯科医師の認知症対応力向上研修
- 薬剤師の認知症対応力向上研修
- 看護職員の認知症対応力向上研修

認知症総合支援事業関係研修

- 認知症初期集中支援チーム員研修
- 認知症地域支援推進員研修

新 チームオレンジコーディネーター研修等

チームオレンジの整備・活動を推進するために市町村が配置するコーディネーターやチームオレンジのメンバー等に対して、必要な知識や技術を習得するための研修その他の必要な支援を実施



一般財源

介護従事者を対象とする研修

- 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