

認知症への対応力強化

1. 概況
2. 令和6年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
4. 現状と課題及び論点



1. 概況

- 2. 令和6年度介護報酬改定の内容
- 3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
- 4. 現状と課題及び論点

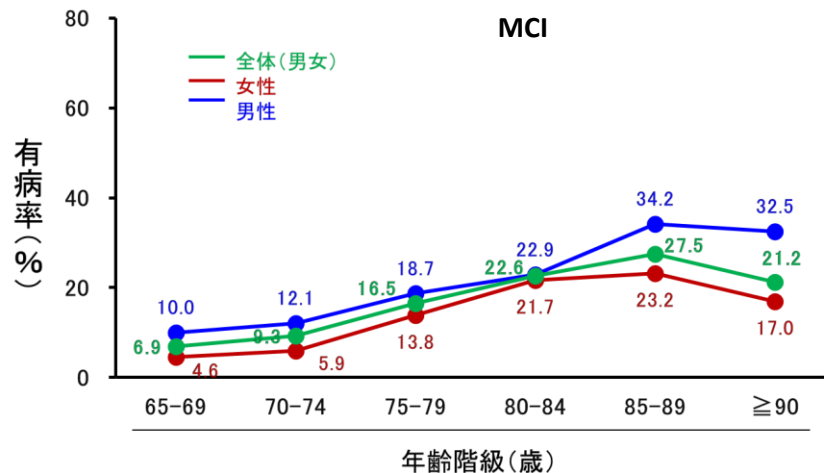
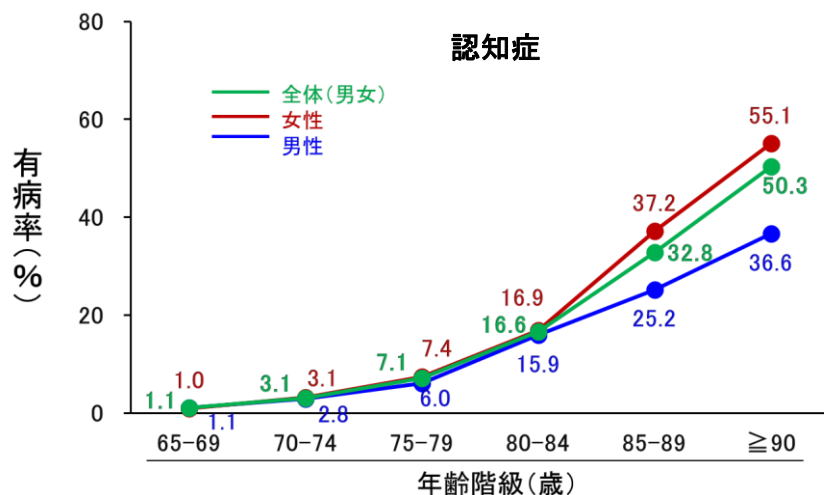
認知症および軽度認知障害（MCI）の高齢者数と有病率の将来推計

- 2022年に認知症の地域悉皆調査（調査率80%以上）を実施した4地域（福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町）において、新たに推計した、2022年の高齢者における認知症有病率（性年齢調整後）は、12.3%であり、また、高齢者におけるMCI有病率（性年齢調整後）は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2040年の認知症者高齢者数は584.2万人、MCI高齢者数は612.8万人と推計された。

※ 軽度認知障害（MCI）：もの忘れなどの軽度認知機能障害が認められるが、日常生活は自立しているため、認知症とは診断されない状態。

認知症とMCIの有病率の合計値は約28%（2022年時点）であり、「誰もが認知症になり得る」という認識のもと、認知症になっても生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、認知症バリアフリーの推進、社会参加機会の確保等、認知症基本法に掲げる理念・施策の推進に取り組んでいくことが重要。

年齢階級別の有病率（2022年時点）



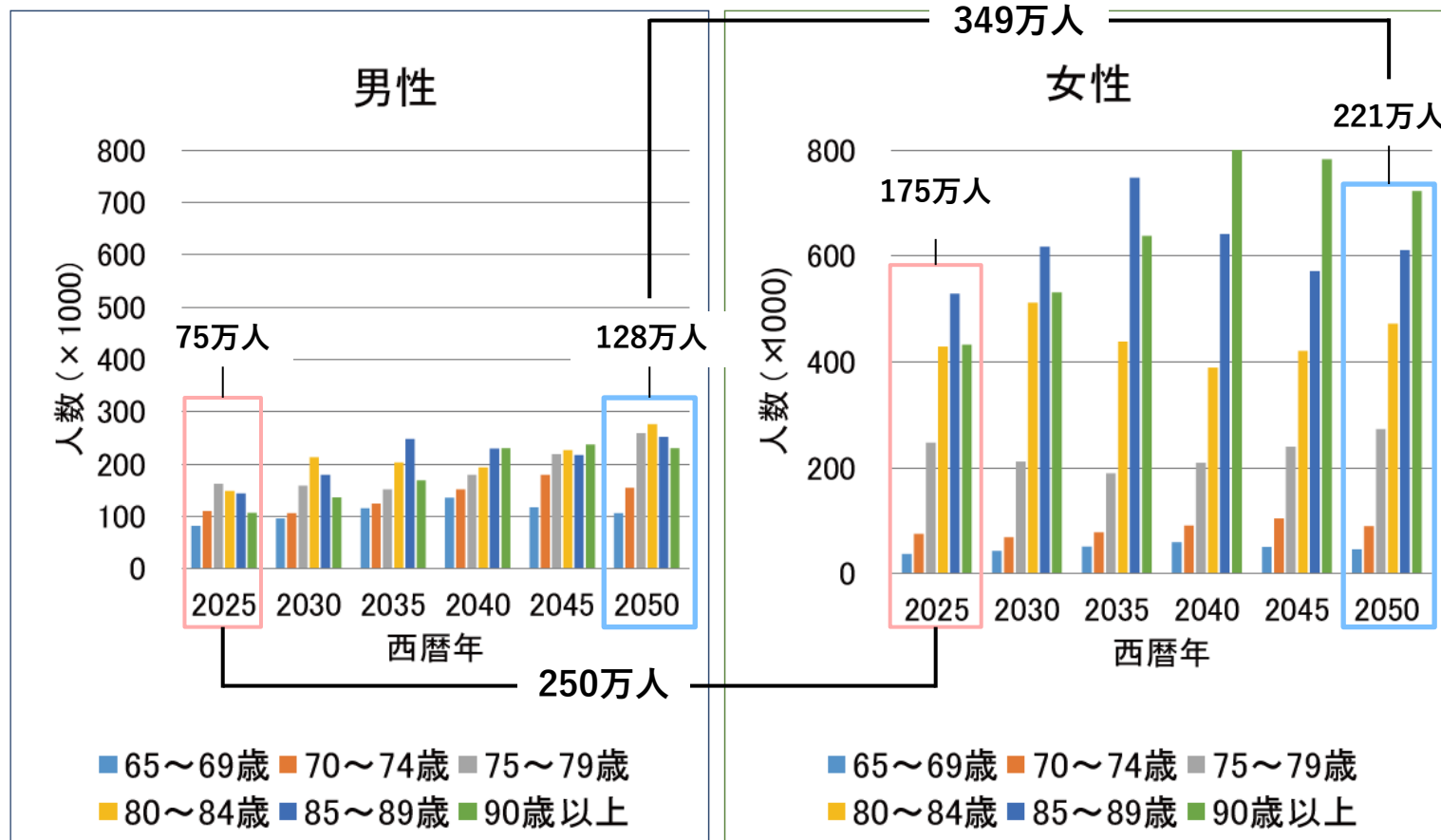
高齢者数と有病率の将来推計

年	令和4年 (2022)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
認知症高齢者数	443.2万人	471.6万人	523.1万人	584.2万人	586.6万人	645.1万人
高齢者における 認知症有病率	12.3%	12.9%	14.2%	14.9%	15.1%	17.7%

年	令和4年 (2022)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
MCI高齢者数	558.5万人	564.3万人	593.1万人	612.8万人	631.2万人	632.2万人
高齢者における MCI有病率	15.5%	15.4%	16.0%	15.6%	16.2%	17.4%

独居認知機能低下高齢者数の将来推計

- 独居認知症高齢者数は、2025年の段階で121万人（男性25万人、女性96万人）、2050年には171万人（男性44万人、女性127万人）になると推計されている。
- 独居認知症高齢者と独居MCI高齢者を合算した**独居認知機能低下高齢者は2025年の段階で250万人（男性75万人、女性175万人）、2050年には349万人（男性128万人、女性221万人）**になると推計されている。



性・年齢階級別「MCIまたは認知症」有病率（二宮ら）と国立社会保障・人口問題研究所の世帯規模別・性・年齢階級別将来推計人口（令和6年推計）を掛け合わせて算出

若年性認知症実態調査の概要

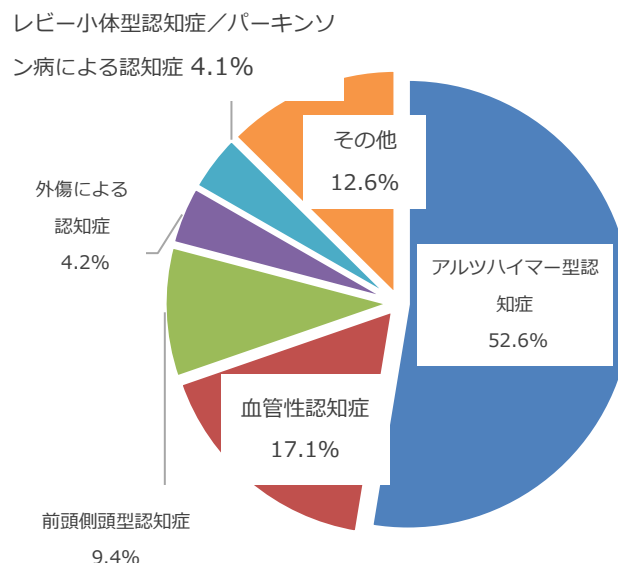
- 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計 (R2調査;前回H21 3.78万人)
- 18-64歳人口における若年性認知症者の有病率は、人口10万人当たり50.9人である (R2調査;前回H21 47.6人)

※前回調査と比較して、有病率は若干増加しているが、有病者数は若干減少している。これは、当該年齢層の人口減少を反映した結果と考えられる。

(表) 年齢階層別若年性認知症有病率 (推計)

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

(図) 若年性認知症 (調査時65歳未満)
の基礎疾患の内訳



主な調査結果

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

調査対象及び方法

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

日本における認知症施策のこれまでの主な取組

- ① **2000年に介護保険法を施行。** 認知症ケアに多大な貢献。
 - ・ 認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・ 介護保険の要介護（要支援）認定者数は、制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。
 - ・ 要介護となった原因の第1位は認知症。
- ② 2004年に「痴呆」→「認知症」へ用語を変更。
- ③ 2005年に「**認知症サポーター**」の養成開始。
※90分程度の講習を受け、認知症への理解を深める。 2026年6月末実績 1,722万人
- ④ **2012年にオレンジプランを策定。**
- ⑤ 2014年に**認知症サミット日本後継イベント**の開催。
※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑥ **2015年に新オレンジプランを策定。**
- ⑦ 2017年に**介護保険法の改正**。
※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・ 認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・ 心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・ 認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑧ 2018年に**認知症施策推進関係閣僚会議が設置**
- ⑨ **2019年に認知症施策推進大綱（2025年まで）を関係閣僚会議にて決定。**
- ⑩ 2020年に**介護保険法の改正**。
 - ・ 国・地方公共団体の努力義務（国及び地方公共団体は、認知症に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない）を追加。
 - ・ 「認知症」の規定は、最新の医学の診断基準に対応しつつ、今後の診断基準の変化にも柔軟に対応できるよう見直された。
- ⑪ 2022年 **認知症施策推進大綱中間評価**
- ⑫ **2023年 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 成立**
- ⑬ **2024年 認知症施策推進基本計画 閣議決定**

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

令和5年6月14日成立
令和6年1月1日施行

1. 目的

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

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

2. 基本理念

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものの除去。地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会を確保する。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等の推進。予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法など科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備する。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3. 国・地方公共団体等の責務等

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

4. 認知症施策推進基本計画等

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

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

5. 基本的施策

①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定・権利擁護、⑤保健医療・福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

6. 認知症施策推進本部

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

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

認知症施策推進基本計画の概要

【計画の位置付け】共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和5年法律第65号。以下「基本法」という。）に基づく国の認知症施策の基本計画。これに基づき、地方自治体は推進計画を策定（努力義務）。

前文／Ⅰ 認知症施策推進基本計画について／Ⅱ 基本的な方向性

- 基本法に明記された共生社会の実現を目指す。
 - 認知症の人本人の声を尊重し、**「新しい認知症観」**※に基づき施策を推進する。
※**①誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解する。②個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間と共に、希望を持って自分らしく暮らすことができる。**
- ⇒ ①「新しい認知症観」に立つ、②自分ごととして考える、③認知症の人等の参画・対話、④多様な主体の連携・協働

Ⅲ 基本的施策

- 施策は、**認知症の人の声を起点とし、認知症の人の視点に立って、認知症の人や家族等と共に推進**する。
- ⇒ 以下の12項目を設定：①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定支援・権利擁護、⑤保健医療・福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

Ⅳ 第1期基本計画中に達成すべき重点目標等

- 次の4つの重点目標に即した評価指標を設定：①「新しい認知症観」の理解、②認知症の人の意思の尊重、③認知症の人・家族等の地域での安心な暮らし、④新たな知見や技術の活用
- 評価指標は、重点目標に即して、**プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標**を設定

Ⅴ 推進体制等

- 地方自治体において、地域の実情や特性に即した取組を創意工夫しながら実施
- 地方自治体の計画策定に際しての柔軟な運用（既存の介護保険事業計画等との一体的な策定など）
- ①行政職員が、認知症カフェ等様々な接点を通じて、認知症の人や家族等と出会い・対話する、②ピアサポート活動や本人ミーティング等の当事者活動を支援する、③認知症の人や家族等の意見を起点として、施策を立案、実施、評価する

認知症施策推進基本計画 基本的施策（抄）の概要

基本的施策（抄）

1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等

- ・ 学校教育、社会教育における「新しい認知症観」に基づく実感的理解の推進
- ・ 認知症の人に関する理解を深めるための、本人発信を含めた運動の展開（認知症希望大使の活動支援）

2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進

- ・ 認知症の人が自立し安心して暮らすための、地域における生活支援体制の整備等（地域の企業や公共機関等での認知症バリアフリーの推進）
- ・ 事業者が認知症の人に適切に対応するために必要な指針の策定

3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等

- ・ 認知症の人自らの経験等の共有機会の確保（ピアサポート活動の推進）
- ・ 認知症の人の社会参加の機会の確保（本人ミーティング、介護事業所における社会参加活動等の推進）
- ・ 多様な関係者の連携・協働の推進による若年性認知症の人等の就労に関する事業主に対する啓発・普及等

4. 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

- ・ 認知症の人の意思決定支援に関する指針の策定、情報提供（「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」の改定）
- ・ 認知症の人に対する分かりやすい形での意思決定支援等に関する情報提供

5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

- ・ 専門的な、又は良質かつ適切な医療提供体制の整備（認知症疾患医療センターの相談機能の充実）
- ・ 保健医療福祉の有機的な連携の確保（認知症初期集中支援チームの見直し、認知症地域支援推進員の適切な配置）
- ・ 人材の確保、養成、資質向上（認知症に関する研修の在り方の見直し）

6. 相談体制の整備等

- ・ 認知症の人の状況等に配慮し総合的に対応できる体制整備（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の相談体制整備）
- ・ 認知症の人又は家族等が互いに支え合うための相談・交流の活動に対する支援等（認知症地域支援推進員の適切な配置、認知症カフェ、ピアサポート活動、認知症希望大使の活動支援）

7. 研究等の推進等

- ・ 予防・診断・治療、リハビリテーション・介護方法等の研究の推進・成果の普及
- ・ 社会参加の在り方、共生のための社会環境整備その他の調査研究、検証、成果の活用（介護ロボット・ICT等の開発・普及の支援）

8. 認知症の予防等

- ・ 科学的知見に基づく知識の普及・地域活動の推進・情報収集
- ・ 地域包括支援センター、医療機関、民間団体等の連携協力体制の整備（早期発見・早期対応・診断後支援まで行うモデルの確立）

9. 認知症施策の策定に必要な調査の実施

- ・ 若年性認知症の人を含む認知症の人の生活実態、社会参加・就労支援を促進する体制や社会実装の方策など共生社会の実現に関わる課題の把握と課題解決に向けた調査研究

10. 多様な主体の連携

- ・ かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症初期集中支援チーム、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センター等の連携及び地域住民を含む多様な主体との協働、分野横断的な取組の推進

11. 地方公共団体に対する支援

- ・ 地方公共団体の参考となるような取組の共有などの支援

12. 国際協力

- ・ 外国政府、国際機関、関係団体等との連携、我が国の高齢化及び認知症施策の経験や技術について世界に向けて情報発信

認知症施策推進基本計画 基本的施策（抄）の概要

基本的施策（抄）

5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

(1) 専門的な、又は良質かつ適切な医療提供体制の整備

- 認知症の人が住み慣れた地域で希望に沿った生活ができ、自らの意向が十分に尊重されるよう、居宅、介護事業所・施設、医療機関において、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進する。

(中略)

- 尊厳あるケアと適切な医療を提供することを目指し、行動・心理症状（B P S D）に対する理解及び対応力向上を図るための研修を実施すること等により、チームケアを推進する。

(略)

(2) 保健医療福祉の有機的な連携の確保

(中略)

- 認知症の人の意向を尊重した生活を目標にした、居宅、介護事業所・施設、医療機関における基本的・手段的日常生活動作の向上と社会参加及びウェルビーイングの向上を目的とした認知症リハビリテーションを推進する。

(略)

各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度

サービスの 種類	サービス名称	利用者数											Ⅲ以上の者の割合 (Ⅲ以上／総数) ※記載なし・ 不詳除く
		総数	認知症高齢者の日常生活自立度										
			自立	Ⅰ	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	記載なし	不詳	
訪問	訪問介護	1,160,974	164,710	220,693	163,377	245,230	183,894	60,439	74,835	18,164	3,346	26,286	29.8%
	訪問入浴介護	61,907	9,657	9,198	5,184	8,377	9,945	4,418	11,279	2,433	127	1,289	46.4%
	夜間対応型訪問介護	6,376	1,180	1,408	841	1,132	847	332	403	68	13	152	26.6%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	49,433	3,360	6,430	6,600	12,635	10,500	3,397	4,309	852	225	1,125	39.6%
通所	通所介護	1,251,376	126,177	222,949	195,515	329,197	209,996	63,195	63,837	14,319	3,867	22,324	28.7%
	地域密着型通所介護	439,823	52,721	84,193	70,365	110,810	68,136	19,501	20,489	4,901	1,036	7,671	26.2%
	認知症対応型通所介護	44,614	512	2,029	4,401	12,173	12,298	4,266	6,619	1,605	92	619	56.5%
多機能	小規模多機能型居宅介護	95,458	4,452	10,660	12,256	25,588	22,225	7,458	9,201	1,892	300	1,426	43.5%
	看護小規模多機能型居宅介護	23,665	1,538	2,832	2,637	5,202	5,174	1,997	3,227	599	106	353	47.4%
施設・居住	短期入所生活介護	286,666	16,759	35,359	34,927	72,298	65,854	23,070	28,395	5,199	968	3,837	43.5%
	短期入所療養介護	35,697	2,944	5,601	4,687	8,691	7,199	2,294	3,101	582	96	502	37.5%
	特定施設入居者生活介護	254,245	10,772	28,198	30,900	66,761	60,967	21,553	24,826	4,322	1,244	4,702	45.0%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	8,523	327	882	934	2,243	2,215	712	889	146	66	109	47.5%
	認知症対応型共同生活介護	213,726	1,266	6,151	15,845	52,167	68,988	25,902	32,107	5,972	1,300	4,028	63.8%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	65,380	1,135	2,973	3,742	9,309	21,021	9,178	14,603	2,207	203	1,009	73.3%
	介護福祉施設	582,356	9,648	26,549	33,914	89,122	200,395	78,425	117,100	17,480	1,255	8,468	72.2%
	介護保健施設	339,950	12,887	32,926	37,688	79,614	96,994	31,723	35,368	5,459	1,699	5,592	51.0%
	介護医療院	52,018	922	2,062	2,346	5,505	11,970	6,808	17,790	3,413	192	1,010	78.7%

【出典】介護保険総合データベースの任意集計（令和8年4月審査分（令和8年3月サービス提供））より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

認知症に関連した加算

加算 サービス		BPSDの予防や緊急対応の評価	若年性認知症の受け入れへの評価			認知症高齢者へのリハビリテーション等の評価	医療ニーズ等への対応の評価			専門的なケア提供体制に対する評価		認知症高齢者への支援の評価	
		認知症行動・心理症状緊急対応加算	若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症入居者受入加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	精神科を担当する医師に係る加算	医療連携体制加算	重度認知症疾患療養体制加算	認知症専門ケア加算	認知症チームケア推進加算(注)	認知症加算	認知症ケア加算
居宅	訪問介護									○			
	(介護予防)訪問入浴介護									○			
	(介護予防)訪問看護												
	(介護予防)訪問リハビリテーション					○※1							
	通所介護		○									○	
	(介護予防)通所リハビリテーション		○※2			○※1							
	(介護予防)短期入所生活介護	○	○							○			
	(介護予防)短期入所療養介護	○	○						○※1、3	○			○※1、4
	(介護予防)特定施設入居者生活介護				○					○			
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護									○			
	夜間対応型訪問介護									○			
	地域密着型通所介護		○									○	
	(介護予防)認知症対応型通所介護		○										
	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	○	○※2									○※1	
	看護小規模多機能型居宅介護	○	○									○	
	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	○	○					○※1		○	○		
	地域密着型特定施設入居者生活介護				○					○			
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○		○			○			○	○		
施設	介護老人福祉施設	○		○			○			○	○		
	介護老人保健施設	○		○		○				○	○		○
	介護医療院	○		○					○	○	○		

注：認知症専門ケア加算を算定している場合は算定不可。※1：介護予防は算定対象外。※2：介護予防では単位数が異なる。※3：介護医療院。※4：介護老人保健施設。

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

認知症行動・心理症状緊急対応加算

→医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行ったことについて評価。

◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

若年性認知症利用者受入加算、若年性認知症入所者受入加算、若年性認知症入居者受入加算

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

◆①60単位/日、②800単位/月（認知症加算を算定する場合には算定しない）、③450単位/月、④120単位/日（認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない）、⑤60単位/日（認知症加算を算定している場合は算定しない）、⑥120単位/日（特定介護医療院・特定診療所・特定病院療養病床短期入所療養介護・特定介護老人保健施設においては60単位/日）、⑦240単位/月、⑧120単位/日（認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない）、⑨120単位/日（在宅・入所相互利用加算を算定する場合には算定しない）、⑩120単位/日

（①通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、②小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、③介護予防小規模多機能型居宅介護、④短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、⑤通所介護、地域密着型通所介護、⑥短期入所療養介護、⑦介護予防通所リハビリテーション、⑧介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、⑨地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、⑩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、介護予防特定施設入居者生活介護）

（２） 認知症高齢者へのリハビリテーション等の評価

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

→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（Ⅰ） 240単位/日
- ◆ 介護老人保健施設（Ⅱ） 120単位/日
- ◆ 訪問リハビリテーション 240単位/日（週2日まで）

認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(認知症行動・心理症状緊急対応加算)						
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (小規模多機能型居宅介護)	1日につき+200単位	4	0.0	0.0%	3	0.1%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (介護予防小規模多機能型居宅介護)	1日につき+200単位	—	—	—	—	—
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (看護小規模多機能型居宅介護)	1日につき+200単位	1	0.0	0.0%	2	1.4%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (短期入所生活介護)	1日につき+200単位	4	0.0	0.0%	2	0.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (介護予防短期入所生活介護)	1日につき+200単位	1	0.0	0.0%	1	0.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (短期入所療養介護)	1日につき+200単位	3	0.0	0.0%	1	0.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (介護予防短期入所療養介護)	1日につき+200単位	1	0.0	0.0%	1	0.2%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (認知症対応型共同生活介護)	1日につき+200単位	18	0.1	0.0%	8	0.1%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (介護予防認知症対応型共同生活介護)	1日につき+200単位	0	0.0	0.0%	0	0.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (介護老人福祉施設)	1日につき+200単位	—	—	—	0	0.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	1日につき+200単位	—	—	—	0	0.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (介護老人保健施設)	1日につき+200単位	1	0.0	0.0%	1	0.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算* (介護医療院)	1日につき+200単位	—	—	—	0	0.0%

(注1) *は日数を算定

(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注3) 「算定率(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。

(注4) 色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

若年性認知症受入加算の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(若年性認知症受入加算)						
若年性認知症利用者受入加算* (通所介護)	1日につき+60単位	102	2.0	0.0%	104	0.4%
若年性認知症利用者受入加算* (地域密着型通所介護)	1日につき+60単位	82	1.0	0.0%	89	0.5%
若年性認知症利用者受入加算 (小規模多機能型居宅介護)	+800単位/月	82	0.1	0.1%	87	1.6%
若年性認知症利用者受入加算 (介護予防小規模多機能型居宅介護)	+450単位/月	3	0.0	0.0%	6	0.2%
若年性認知症利用者受入加算 (看護小規模多機能型居宅介護)	+800単位/月	11	0.0	0.0%	14	1.2%
若年性認知症利用者受入加算* (認知症対応型通所介護)	1日につき+60単位	189	3.0	0.6%	170	6.4%
若年性認知症利用者受入加算* (介護予防認知症対応型通所介護)	1日につき+60単位	1	0.0	0.0%	3	0.7%
若年性認知症利用者受入加算* (短期入所生活介護)	1日につき+120単位	95	1.0	0.0%	62	0.6%
若年性認知症利用者受入加算* (介護予防短期入所生活介護)	1日につき+120単位	—	—	—	0	0.0%
若年性認知症利用者受入加算* (短期入所療養介護)	1日につき+120単位	11	0.1	0.0%	11	0.3%
若年性認知症利用者受入加算* (介護予防短期入所療養介護)	1日につき+120単位	-	-	-	0	0.0%
若年性認知症利用者受入加算* (通所リハビリテーション)	1日につき+60単位	25	0.4	0.0%	39	0.5%
若年性認知症利用者受入加算 (介護予防通所リハビリテーション)	+240単位/月	0	0.0	0.0%	2	0.0%
若年性認知症利用者受入加算* (認知症対応型共同生活介護)	1日につき+120単位	1,837	15.3	0.2%	446	3.1%
若年性認知症利用者受入加算* (介護予防認知症対応型共同生活介護)	1日につき+120単位	7	0.1	0.3%	2	0.2%
若年性認知症入所者受入加算* (介護老人福祉施設)	1日につき+120単位	878	7.3	0.0%	208	2.4%
若年性認知症入所者受入加算* (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	1日につき+120単位	139	1.2	0.1%	31	1.2%
若年性認知症入所者受入加算* (介護老人保健施設)	1日につき+120単位	359	3.0	0.0%	72	1.8%

若年性認知症受入加算の算定状況

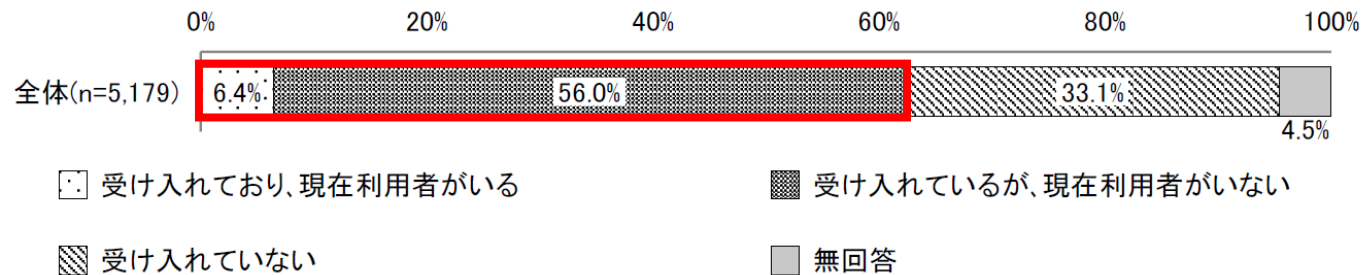
	単位数 (令和 6 年 6 月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(若年性認知症受入加算)						
若年性認知症入所者受入加算* (介護医療院)	1 日につき +120 単位	76	0.6	0.0%	15	1.6%
若年性認知症入居者受入加算* (特定施設入居者生活介護)	1 日につき +120 単位	277	2	0.03%	62	1.02%
若年性認知症入居者受入加算* (地域密着型特定施設入居者生活介護)	1 日につき +120 単位	15	0.1	0.04%	2	0.54%
若年性認知症入居者受入加算* (介護予防特定施設入居者生活介護)	1 日につき +120 単位	-	-		1	0.02%

(注 1) *は日数を算定
(注 2) 「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
(注 3) 「算定率（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。
(注 4) 色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、3 %以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計（令和 7 年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和 7 年11月審査分（令和 7 年10月サービス提供））より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

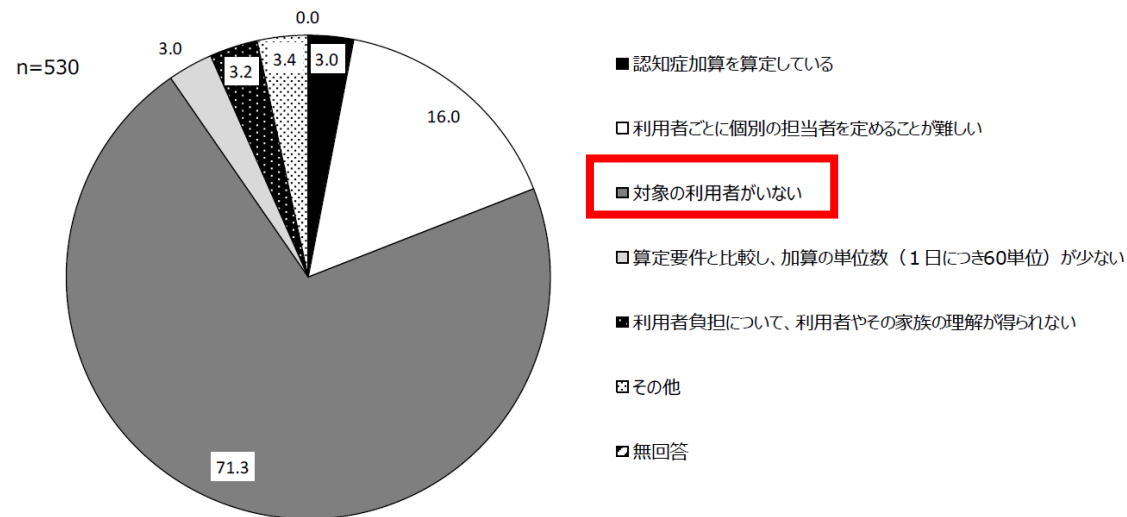
若年性認知症の人の受入について（通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護）

- 「現在利用者がいる」、「受け入れているが、現在利用者がいない」は約 6 割。
- 若年性認知症利用者受入加算を算定していない理由に関して、「対象の利用者がいない」という回答が最も多く、次いで「利用者ごとに個別の担当者を定めることが難しい」という回答が多かった。

図表 185 若年性認知症の利用者の受け入れの有無：単数回答（Q51）



図表 93 若年性認知症利用者受入加算を算定していない理由のうち、最も大きな要因



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

精神科を担当する医師に係る加算

→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

医療連携体制加算

→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）イ：57単位/日、ロ：47単位/日、ハ：37単位/日

◆ 医療連携体制加算（Ⅱ）5単位/日【医療連携体制加算（Ⅰ）のいずれかを算定していることが要件】

重度認知症疾患療養体制加算

→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

認知症専門ケア加算

→厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所等について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者に対して介護サービスを提供することについて評価。

◆ 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) 3 単位/日

(認知症の者の占める割合)

- ①利用者等の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の占める割合が2分の1以上
- ②利用者等の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が2分の1以上

(研修修了者の配置)

- ・ 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合は1以上
- ・ 20人以上である場合にあっては1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置

(会議・研修の実施)

- ・ 従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催
- ・ チームとして専門的な認知症ケアを実施

◆ 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) 4 単位/日

(認知症の者の占める割合)

- ①利用者等の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が100分の20以上
- ②利用者等の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅳ以上の者の占める割合が2分の1以上

(研修修了者の配置)

- ・ 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置

(会議・研修の実施)

- ・ 事業所等における介護職員、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(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定
- ・ 事業所全体の認知症ケアの指導等を実施

認知症専門ケア加算の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件、千回)	算定率 (件数、回数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(認知症専門ケア加算)						
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (短期入所生活介護)	1日につき+3単位	47	16.0	0.4%	86	0.8%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (短期入所生活介護)	1日につき+4単位	19	5.0	0.1%	29	0.3%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護予防短期入所生活介護)	1日につき+3単位	0	0.0	0.0%	1	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (介護予防短期入所生活介護)	1日につき+4単位	—	—	—	0	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (短期入所療養介護)	1日につき+3単位	10	3.4	1.1%	82	2.3%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (短期入所療養介護)	1日につき+4単位	5	1.3	0.4%	26	0.7%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護予防短期入所療養介護)	1日につき+3単位	0	0.0	0.0%	0	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (介護予防短期入所療養介護)	1日につき+4単位	0	0.0	0.0%	1	0.2%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (認知症対応型共同生活介護)	1日につき+3単位	2,954	984.5	15.1%	2,662	18.5%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (認知症対応型共同生活介護)	1日につき+4単位	187	46.8	0.7%	124	0.9%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護予防認知症対応型共同生活介護)	1日につき+3単位	6	2.1	6.1%	59	6.0%
認知症専門ケア加算(Ⅱ) (介護予防認知症対応型共同生活介護)	1日につき+4単位	0	0.1	0.3%	2	0.2%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (訪問介護)	1日につき+3単位	33	10.9	0.0%	37	0.1%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (訪問介護)	1日につき+4単位	5	1.2	0.0%	5	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (訪問入浴介護)	1日につき+3単位	0	0.0	0.0%	2	0.1%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (訪問入浴介護)	1日につき+4単位	—	—	—	0	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護予防訪問入浴介護)	1日につき+3単位	0	0.0	0.0%	0	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (介護予防訪問入浴介護)	1日につき+4単位	0	0.0	0.0%	0	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護老人福祉施設)	1日につき+3単位	1,805	601.5	3.4%	454	5.3%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (介護老人福祉施設)	1日につき+4単位	556	139.1	0.8%	101	1.2%

認知症専門ケア加算の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(認知症専門ケア加算)						
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	1日につき+3単位	414	137.9	7.0%	236	9.2%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	1日につき+4単位	69	17.2	0.9%	29	1.1%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護老人保健施設)	1日につき+3単位	680	226.7	2.3%	163	4.0%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (介護老人保健施設)	1日につき+4単位	260	65.1	0.7%	40	1.0%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護医療院)	1日につき+3単位	147	49.1	3.2%	50	5.4%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (介護医療院)	1日につき+4単位	31	7.7	0.5%	6	0.6%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (特定施設入居者生活介護)	1日につき+3単位	98	33	0.40%	54	0.89%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (特定施設入居者生活介護)	1日につき+4単位	14	4	0.04%	5	0.08%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (地域密着型特定施設入居者生活介護)	1日につき+3単位	30	10	3.99%	20	5.45%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (地域密着型特定施設入居者生活介護)	1日につき+4単位	1	0.4	0.16%	1	0.27%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (介護予防特定施設入居者生活介護)	1日につき+3単位	3	0	0.0%	11	0.23%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (介護予防特定施設入居者生活介護)	1日につき+4単位	1	0	0.0%	2	0.04%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (定期巡回・随時対応型訪問介護看護)	1日につき+3単位	42	0.5	0.96%	26	1.81%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (定期巡回・随時対応型訪問介護看護)	1日につき+4単位	18	0.1	0.19%	8	0.56%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)* (夜間対応訪問介護)	1日につき+3単位	—	—	—	0	0.0%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)* (夜間対応訪問介護)	1日につき+4単位	—	—	—	0	0.0%

(注1) *は日数を算定
(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総件数により求めたもの。
(注3) 「算定率(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。
(注4) 色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

認知症に関連した加算の概要④

(4) 専門的なケア提供体制に対する評価

認知症チームケア推進加算

→厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所等について、認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を行ったことについて評価。

◆ 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150単位／月、認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位／月

（認知症の者の占める割合）

- ・事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者を指す。）の占める割合が2分の1以上であること。

（研修修了者等の配置）

加算（Ⅰ）：「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を1名以上配置

加算（Ⅱ）：「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を1名以上配置

かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

（行動・心理症状の評価）

- ・対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

（定期的な評価）

- ・認知症行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

認知症チームケア推進加算の算定状況

	単位数 (令和 6 年 6 月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(認知症チームケア推進加算)						
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) (認知症対応型共同生活介護)	+ 150単位/月	283	1.9	0.0%	142	1.0%
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) (認知症対応型共同生活介護)	+ 120単位/月	1,412	11.8	0.2%	857	6.0%
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) (介護予防認知症対応型共同生活介護)	+ 150単位/月	0	0.0	0.0%	3	0.3%
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) (介護予防認知症対応型共同生活介護)	+ 120単位/月	4	0.0	0.0%	32	3.3%
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) (介護老人福祉施設)	+ 150単位/月	595	4	0.0%	84	1.0%
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) (介護老人福祉施設)	+ 120単位/月	2206	18.4	0.1%	390	4.6%
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	+ 150単位/月	84	0.6	0.0%	27	1.1%
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	+ 120単位/月	272	2.3	0.1%	108	4.2%
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) (介護老人保健施設)	+ 150単位/月	365	2.4	0.0%	53	1.3%
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) (介護老人保健施設)	+ 120単位/月	1,317	11.0	0.1%	325	7.9%
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) (介護医療院)	+ 150単位/月	10	0.1	0.0%	4	0.4%
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) (介護医療院)	+ 120単位/月	329	2.7	0.2%	48	5.2%

(注 1) 「算定率 (件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
(注 2) 「算定率 (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。
(注 3) 色分けは、「算定率 (事業所ベース)」において、3 % 以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計 (令和 7 年11月審査分) 及び介護保険総合データベースの任意集計 (令和 7 年11月審査分 (令和 7 年10月サービス提供)) より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

認知症に関連した加算の概要⑤

(5) 認知症高齢者への支援の評価

認知症加算

→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15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。
- ・ 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に行っていること。

認知症加算

→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） 920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） 890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（Ⅲ） 760単位／月 （～）
- ◆ 認知症加算（Ⅳ） 460単位／月 （～）

認知症ケア加算

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

◆ 76単位／日

認知症加算・認知症ケア加算の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(認知症加算)						
認知症加算* (通所介護)	1日につき+60単位	19,636	327.0	2.4%	1,839	7.6%
認知症加算* (地域密着型通所介護)	1日につき+60単位	2,828	47.0	1.1%	495	2.8%
認知症加算(Ⅰ) (小規模多機能型居宅介護)	+920単位/月	1,011	1.1	1.1%	122	2.2%
認知症加算(Ⅱ) (小規模多機能型居宅介護)	+890単位/月	9,824	11.0	10.8%	1,230	22.3%
認知症加算(Ⅲ) (小規模多機能型居宅介護)	+760単位/月	20,417	26.9	26.4%	3,518	63.6%
認知症加算(Ⅳ) (小規模多機能型居宅介護)	+460単位/月	4,534	9.9	9.7%	3,769	68.2%
認知症加算(Ⅰ) (看護小規模多機能型居宅介護)	+920単位/月	241	0.3	1.2%	25	2.2%
認知症加算(Ⅱ) (看護小規模多機能型居宅介護)	+890単位/月	2,350	2.6	10.4%	238	20.7%
認知症加算(Ⅲ) (看護小規模多機能型居宅介護)	+760単位/月	5,379	7.1	28.3%	777	67.6%
認知症加算(Ⅳ) (看護小規模多機能型居宅介護)	+460単位/月	713	1.6	6.4%	663	57.7%

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
(認知症ケア加算)						
認知症ケア加算* (短期入所療養介護)	1日につき+76単位	1,527	20.1	6.3%	596	17.4%
認知症ケア加算* (介護老人保健施設)	1日につき+76単位	98,318	1,293.7	13.1%	1,137	27.7%

(注1) *は日数を算定
(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
(注3) 「算定率(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。
(注4) 色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

1. 概況



2. 令和6年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

1. (7) ① 訪問系サービスにおける認知症専門ケア加算の見直し

概要

【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】

- 訪問系サービスにおける認知症専門ケア加算について、認知症高齢者の重症化の緩和や日常生活自立度Ⅱの者に対して適切に認知症の専門的ケアを行うことを評価する観点から、利用者の受入れに関する要件を見直す。

【告示改正】

単位数

<改定前>

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※



<改定後>

変更なし

変更なし

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

算定要件等

<認知症専門ケア加算（Ⅰ）>

ア 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の2分の1以上

イ 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は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

ウ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合

エ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

<認知症専門ケア加算（Ⅱ）>

ア 認知症専門ケア加算（Ⅰ）のイ・エの要件を満たすこと

イ 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

ウ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合

エ 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施

オ 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、研修を実施又は実施を予定

1. (7) ③ 通所介護・地域密着型通所介護における認知症加算の見直し

概要

【通所介護、地域密着型通所介護】

- 通所介護・地域密着型通所介護における認知症加算について、事業所全体で認知症利用者に対応する観点から、従業者に対する認知症ケアに関する個別事例の検討や技術的指導に係る会議等を定期的に行うことを求めることとする。また、利用者に占める認知症の方の割合に係る要件を緩和する。【告示改正】

単位数

<改定前>
認知症加算 60単位/日



<改定後>
変更なし

算定要件等

- 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号・指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。
- 指定通所介護事業所・指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又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者の占める割合が100分の15以上であること。
- 指定通所介護・指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護・指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置していること。
- 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的に行っていること。（新設）

1. (7) ④ (看護) 小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の強化

概要

【小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護】

- (看護) 小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の更なる強化を図る観点から、認知症加算について、新たに認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修等の実施を評価する新たな区分を設ける。その際、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。【告示改正】

単位数

<改定前>

認知症加算 (Ⅰ) 800単位/月

認知症加算 (Ⅱ) 500単位/月



<改定後>

認知症加算 (Ⅰ) 920単位/月 (新設)

認知症加算 (Ⅱ) 890単位/月 (新設)

認知症加算 (Ⅲ) 760単位/月 (変更)

認知症加算 (Ⅳ) 460単位/月 (変更)

算定要件等

<認知症加算 (Ⅰ)> (新設)

- 認知症介護実践リーダー研修等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人未満の場合は1以上、20人以上の場合は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
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行う
- 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定

<認知症加算 (Ⅱ)> (新設)

- 認知症介護実践リーダー研修等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人未満の場合は1以上、20人以上の場合は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
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行う

<認知症加算 (Ⅲ)> (現行のⅠと同じ)

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、(看護) 小規模多機能型居宅介護を行った場合

<認知症加算 (Ⅳ)> (現行のⅠと同じ)

- 要介護状態区分が要介護2である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、(看護) 小規模多機能型居宅介護を行った場合

1. (7) ⑤ 認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの 認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進

概要

【認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>

認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150単位/月 **（新設）**

認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位/月 **（新設）**

※認知症専門ケア加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合においては、算定不可。

算定要件等

<認知症チームケア推進加算（Ⅰ）> **（新設）**

- （1）事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。
- （2）認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- （3）対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
- （4）認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

<認知症チームケア推進加算（Ⅱ）> **（新設）**

- ・（Ⅰ）の（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。
- ・認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

1. 概況

2. 令和6年度介護報酬改定の内容



3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

認知症への対応力強化に関連する各種意見

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（令和5年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

【認知症の対応力向上】

- 新加算の要件で求めている「認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防に資するケアプログラム」について、現在、受講環境が限られている課題があるところ、より多くの介護職員等の受講を促進する観点から、同プログラムの受講環境の向上を検討していくべきである。
- 認知症の評価尺度について、今後も更なるエビデンス収集を図り、現場における多様な活用やLIFEにおける活用を検討していくべきである。

【認知症介護に係る研修等の受講しやすい環境整備】

- 認知症介護に関する研修（認知症介護指導者養成研修や認知症介護実践リーダー研修等）について、現行の研修方法では実地の講義等が多いことから、研修の質を担保しつつ、研修時間数も含めた研修のスリム化やオンライン化について積極的に検討していくべきである。

社会保障審議会介護給付費分科会における委員意見（令和6年1月22日社会保障審議会介護給付費分科会議事録）（抄）

【認知症研修】

- 認知症の研修は各都道府県で非常に定員も少なく、回数も少ないといった現状がある。せっかく良いチームケアが現場で取り入れて行われようというときに、研修を受けられない、機会が得られないというのは、大きな問題である。

認知症への対応力強化に関連する各種意見

社会保障審議会介護給付費分科会における委員意見（令和5年11月27日社会保障審議会介護給付費分科会議事録）（抄）

【認知症チームケア推進加算】

- BPSDを未然に防ぐ取組を評価いただけることは大変歓迎すべきこと。対象施設が4施設に限定されているが、今後は在宅分野についても広げていただきたい。
- 日本版BPSDケアプログラム研修等については実施施設が限られているので、対象となる職員は全国の非常に多くの職員となるため、その受皿をどうしていくのかは今後の検討課題である。
- 適切な認知症ケアを行っているとはBPSDが発生しないとか、BPSDが出てもすぐに対応できるというものの経験知から出ている部分。新しい様式やアセスメントを使うことが目的化しないように、しっかりとした適切なケアの実践、これが一番主にあるので、それを実践するためのプロセスの評価であればよい。

【認知症研修】

- 認知症介護実践リーダー研修は5万人ほど受講しているが、集合研修5日間は義務づけられている。今の時代においては、オンラインを活用してこういう研修も実施いただきたい。

社会保障審議会介護給付費分科会における委員意見（令和5年9月27日社会保障審議会介護給付費分科会議事録）（抄）

【認知症専門ケア加算】

- 現行の認知症専門ケア加算は、主として体制加算のため、認知症ケアの効果や手間が十分に反映されていない。認知症ケアのプロセス、アウトカムに関する一定の評価など、質の高い認知症ケアを提供している事業所に対する評価をすべき。

認知症への対応力強化に関連する各種意見

社会保障審議会介護給付費分科会における委員意見（令和5年8月30日社会保障審議会介護給付費分科会議事録）（抄）

【認知症関連加算】

- 認知症専門ケア加算、また、認知症行動・心理症状緊急対応加算、いずれも非常に低い水準で算定状況が推移している。認知症自立度の利用者割合が、必ずしもサービス利用者の実態と合致していないケースがある。低水準の要因をよく分析した上で、要件設定における課題の有無を明確にし、認知症関連加算を重点化し、認知症対応力を向上させる方向で再考すべき。
- 従来の加算方式の主流となっている職員体制への加算、利用人数への加算のようなストラクチャー評価のみでは限界がある。サービスの質の向上に向けて実践的な取組の中から、実行上の価値が出せるような新たな仕組みを考えていくべき。

【認知症研修】

- 算定要件になっている認知症ケアに関する研修を希望しても、なかなか研修が受けられない。前回改定でも受講しやすい環境整備が行われているが、さらなる受講環境の整備をお願いしたい。
- 認知症介護指導者養成研修は専門性が高く、今後も継続すべき研修と考えているが、その目的は、認知症介護に関する専門的な知識及び技術並びに高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術の習得とされている。認知症ケア専門加算とは趣旨が異なるように感じている。
- 認知症への対応力強化の関係で、認知症に関する研修を受けた職員をしっかりと配置できるようにするなど、前向きな検討が必要。

認知症への対応力強化に関連する各種意見

社会保障審議会介護給付費分科会における委員意見（令和5年8月30日社会保障審議会介護給付費分科会議事録）（抄）

【社会参加】

- 軽度認知症や前期高齢者の認知症の方々もまだまだ可能性を秘めているので、単にお世話される側に回るのではなく、支援者の見守りや声がけの下で、町の花壇を手入れするとか、空き家の草をむしるなど、まだまだ仕事として対価や、やりがいを持ち、働ける時間を確保することが望ましいと考える。それらが通所系サービス等を利用して支援すると同時に、その方々の残存する認知能力だけではなくて、生活能力を高く評価する尺度が必要。

認知症ケアに携わる介護従事者の研修

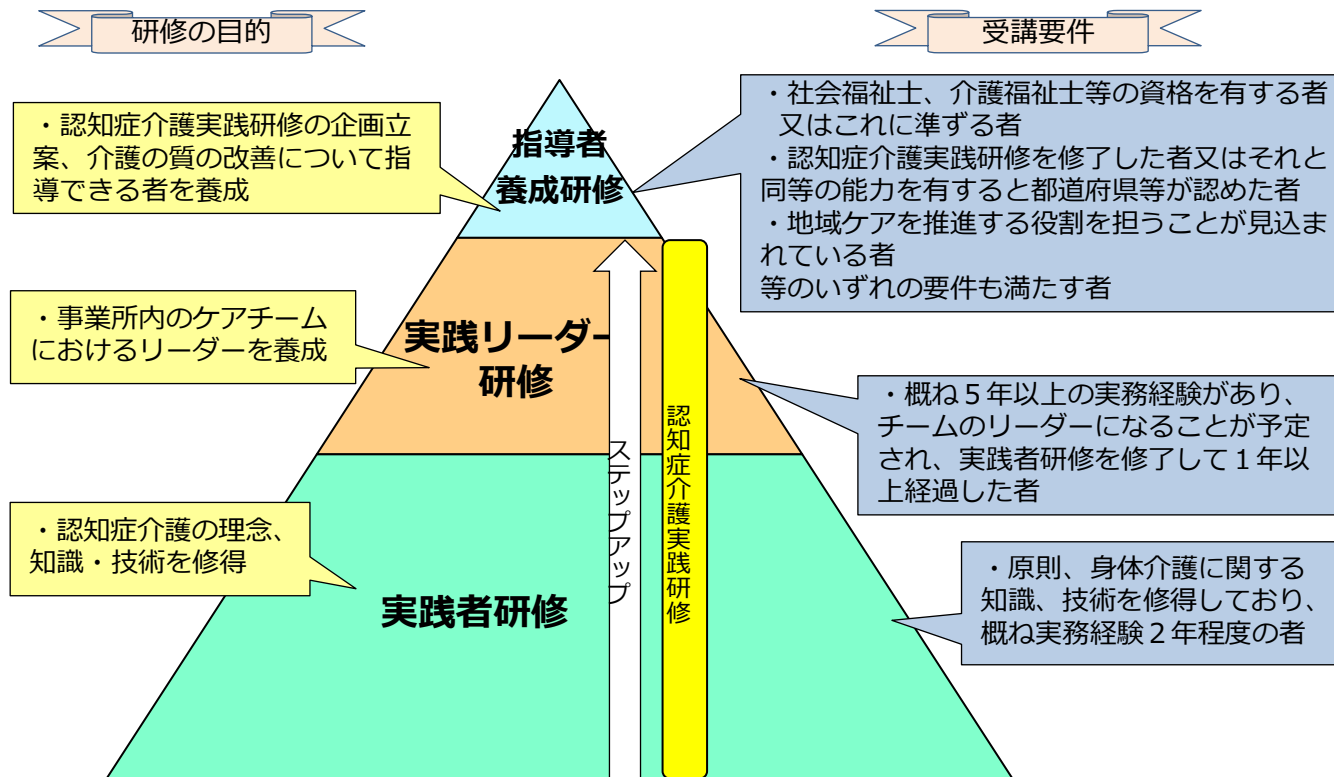
	認知症介護指導者 養成研修	認知症介護実践 リーダー研修	認知症介護実践 者研修	認知症チームケ ア推進研修	認知症対応型 サービス事業管 理者研修	認知症対応型 サービス事業開設 者研修	小規模多機能型居宅 介護サービス等計画 作成担当者研修
実施主体	認知症介護研究・研修セ ンター	都道府県・市町村		認知症介護研究・ 研修センター	都道府県・指定都市		
補助率等	自治体・一般財源				2 / 3 ・ 地域医療介護総合確保基金		
研修対象者	- 医師、保健師、看護師等の資格を有する者又はこれに準ずる者 - 認知症介護実践研修修了者又はそれと同等の能力を有する者 - 地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者 等	介護保険施設等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者であり、ケアチームのリーダー（予定含む）であって、認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している者	認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者で、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であり、概ね実務経験2年程度の者	認知症介護指導者養成研修を修了した者（受講予定の者を含む）、認知症介護実践リーダー研修を修了した者（受講予定の者を含む）	認知症対応型サービス事業の管理者（予定含む）、かつ、認知症介護実践者研修を修了している者	認知症対応型サービス事業の代表者	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画作成担当者（予定含む）、かつ、認知症介護実践者研修を修了している者
研修内容	認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身に付け、施設や事業所の介護の質の改善を指導することができる者となるためのもの	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践リーダーとしてのチームマネジメント能力の習得するためのもの	認知症介護の理念、知識及び技術を修得するためのもの	認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSDの出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践するためのもの	認知症対応型サービス事業所を管理・運営していく上で必要な知識・技術を修得するためのもの	認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識・技術を修得するためのもの	小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を修得するためのもの
研修時間	< 標準 > 講義・演習：128時間 実習：職場実習 5 週間	< 標準 > 講義・演習：28時間 実習：課題設定180分 職場実習：4 週間 実習のまとめ：180分	< 標準 > 講義・演習：23時間 実習：課題設定300分 職場実習：4 週間 実習のまとめ：180分	eラーニング： 70分	講義：9 時間	講義・演習：6 時間 職場体験：8 時間	講義：9 時間
加算要件	- 認知症専門ケア加算(Ⅱ)の算定要件 - 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の算定要件 - 認知症加算(Ⅰ)の算定要件	- 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の算定要件 - 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)の算定要件 - 認知症加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定要件	認知症加算の算定要件（通所介護、地域密着型通所介護のみ）	認知症チームケア推進加算(Ⅰ)(Ⅱ)の算定要件			
指定基準 の要件		G H の短期利用の人員基準要件	① G H、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 ② G H、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。		G H、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	G H、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	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

36

介護従事者等の認知症対応力向上の促進

○実務者及びその指導的立場にある者に対し、認知症高齢者の介護に関する基礎的及び実践的な研修を実施し、認知症介護技術の向上を図り、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図る。

【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】



【認知症チームケア推進研修】

認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護を日頃から提供し、BPSDの予防及び出現時の早期対応に資するチームケア実践に必要な知識・技術を習得

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を修了した者が、認知症チームケア推進研修を修了することが、認知症チームケア推進加算の人員要件となっている。

【認知症介護基礎研修】

新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識、技術を修得

介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務付けている。

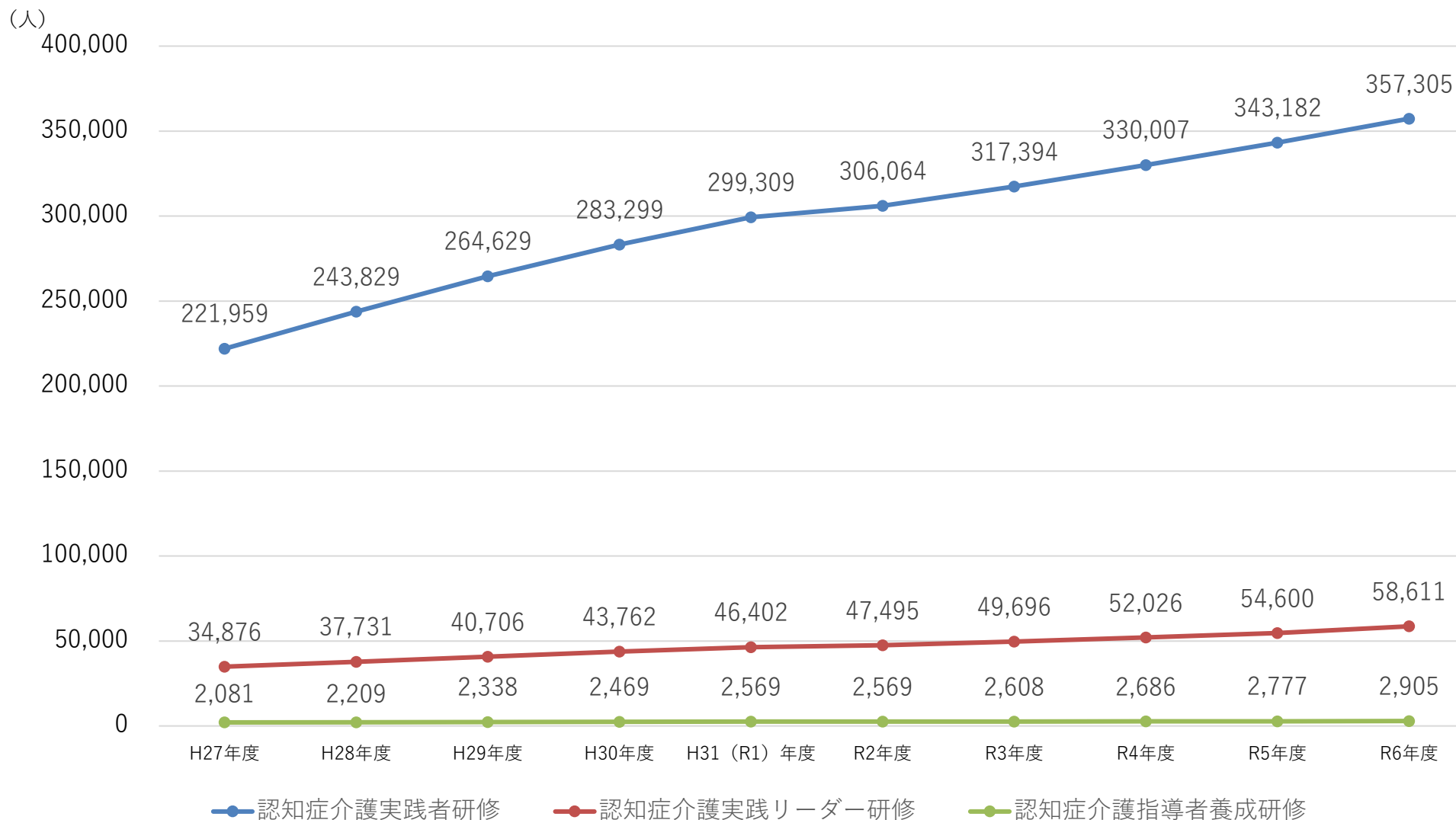
研修は原則 eラーニング

eラーニング導入済み自治体数：67自治体

※令和6年度実績

認知症介護指導者養成研修等の累計修了者数の推移

○各研修の累計修了者数は以下の通り。

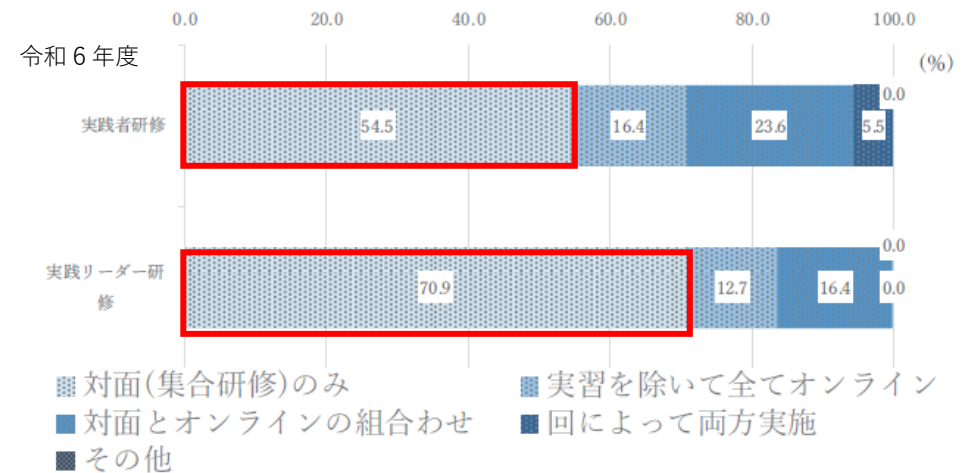
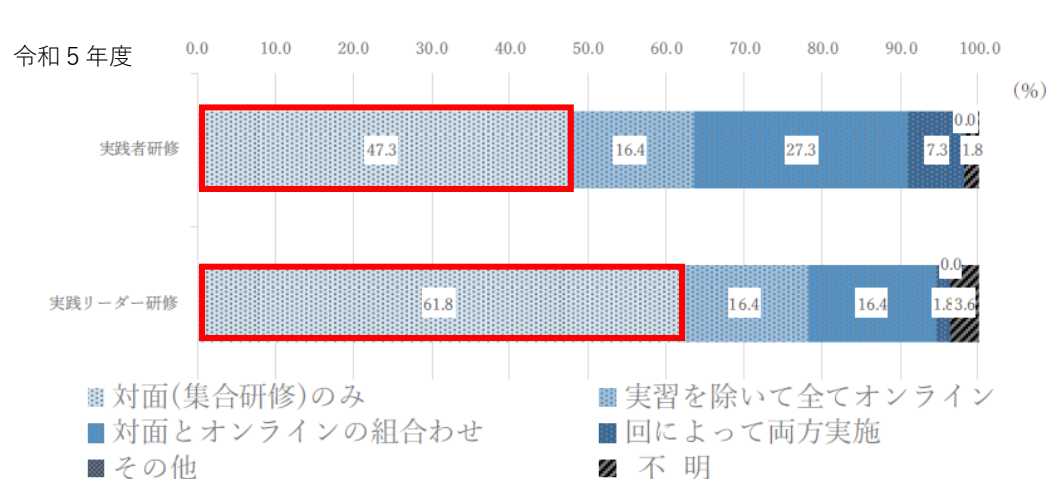


認知症介護実践研修の実施状況に関する調査

認知症介護実践者等研修の実施状況およびオンラインを活用した研修の効果や課題の把握に向けて調査を実施。47 都道府県、20 政令指定都市における認知症介護研修事業を担当する自治体担当者および実施団体担当者67 件を対象。回収率82%（55/67件）。

<研修実施形式>

- 令和 5 年度では、認知症介護実践者研修では約半数の自治体が「対面のみ実施」としており、オンライン研修を行っている自治体とおおよそ同数。一方、認知症介護実践リーダー研修においては、「対面のみ実施」が6割を超えている。
- 令和 6 年度では、認知症介護実践者研修では約半数を超える自治体が「対面のみ実施」、認知症介護実践リーダー研修においては「対面のみ実施」が約 7 割を超えており、令和 5 年度と比較して、「対面のみ実施」の自治体が増加。講師からの集合研修の希望が強いという自治体もある。



認知症介護実践研修の実施状況に関する調査

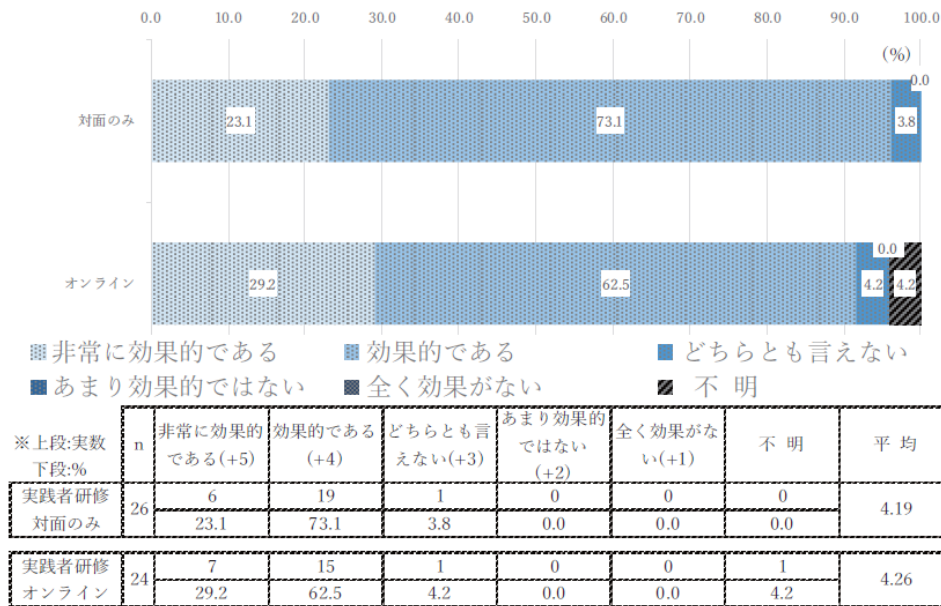
＜オンライン形式実施群と集合形式実施群との学習効果の比較＞

○オンライン形式実施群（実習以外オンラインもしくは一部オンライン）における学習効果に対する回答と、集合形式実施群における学習効果に対する回答を比較した場合、**有意な差は認められなかった。**

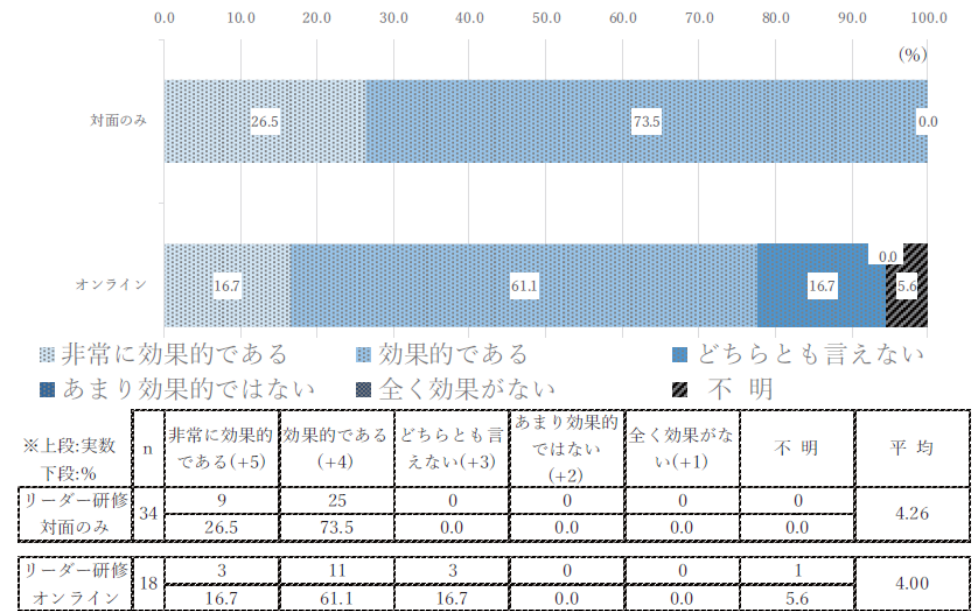
※学習効果は実施主体側の見解

○なお、実施形式によって、研修未修了者数について比較をした場合にも、有意な差は認められなかった。

認知症介護実践者研修の学習効果



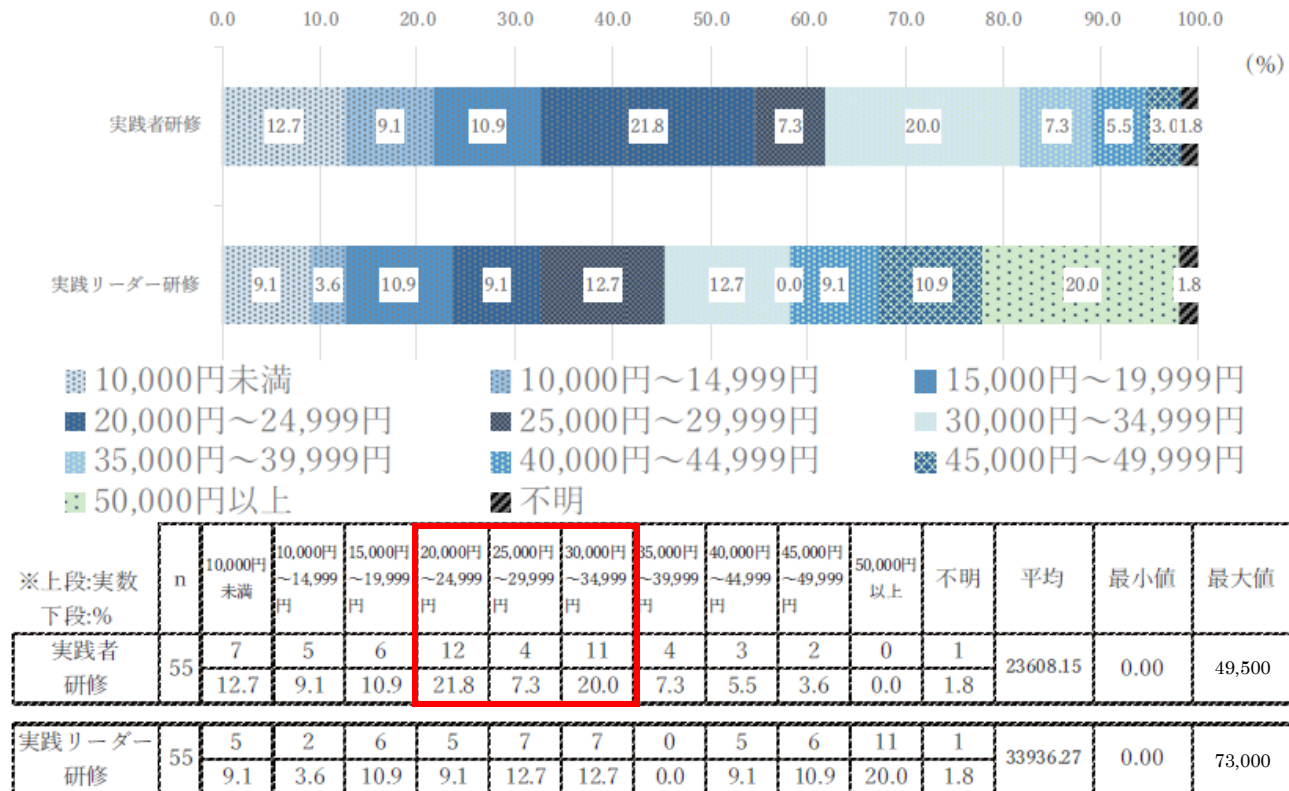
認知症介護実践リーダー研修の学習効果



認知症介護実践研修の実施状況に関する調査

<研修受講料>

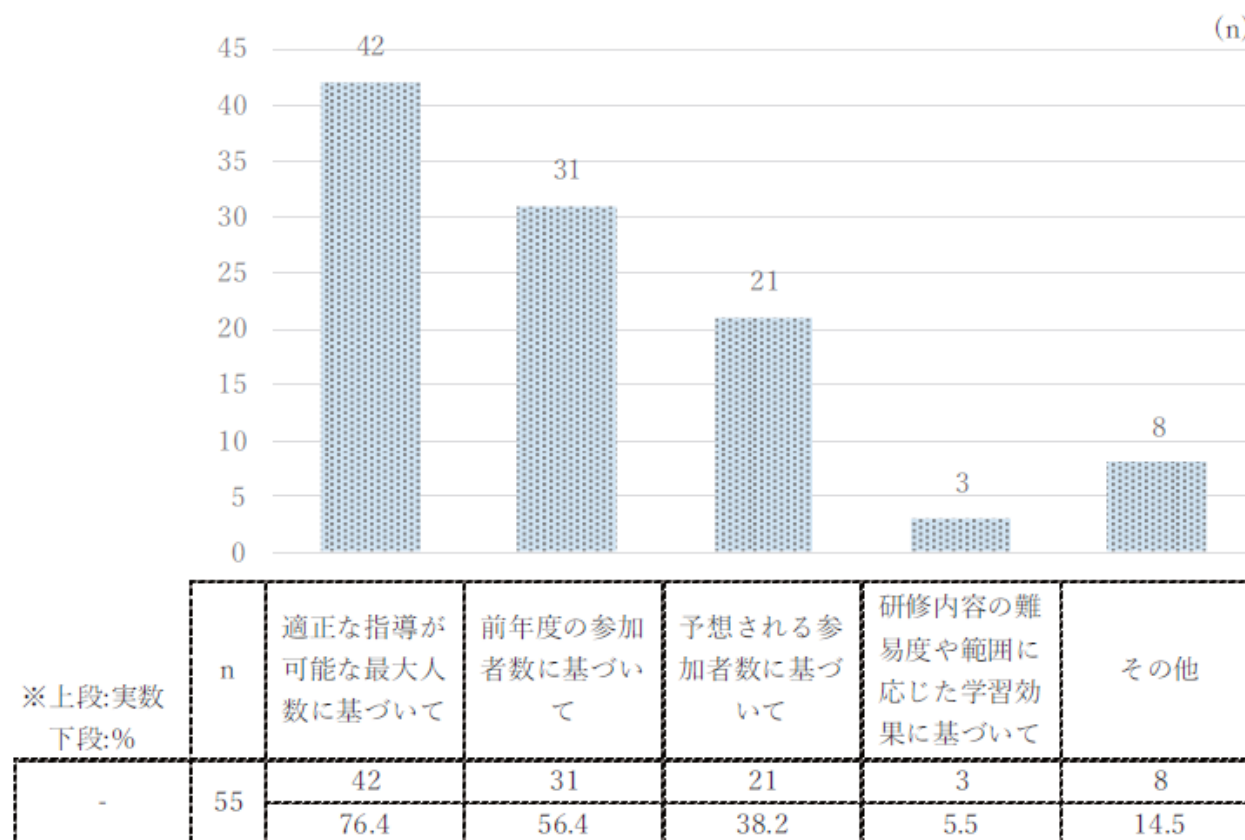
- 研修受講料の平均は、認知症介護実践者研修が23,608円、認知症介護実践リーダー研修が33,936円と、認知症介護実践リーダー研修のほうがやや高い。
- 認知症介護実践者研修は、20,000円以上、35,000円未満が半数近くとなる一方、認知症介護実践リーダー研修では、ばらつきがみられる。



認知症介護実践研修の実施状況に関する調査

<研修の定員人数の設定についての考え方>

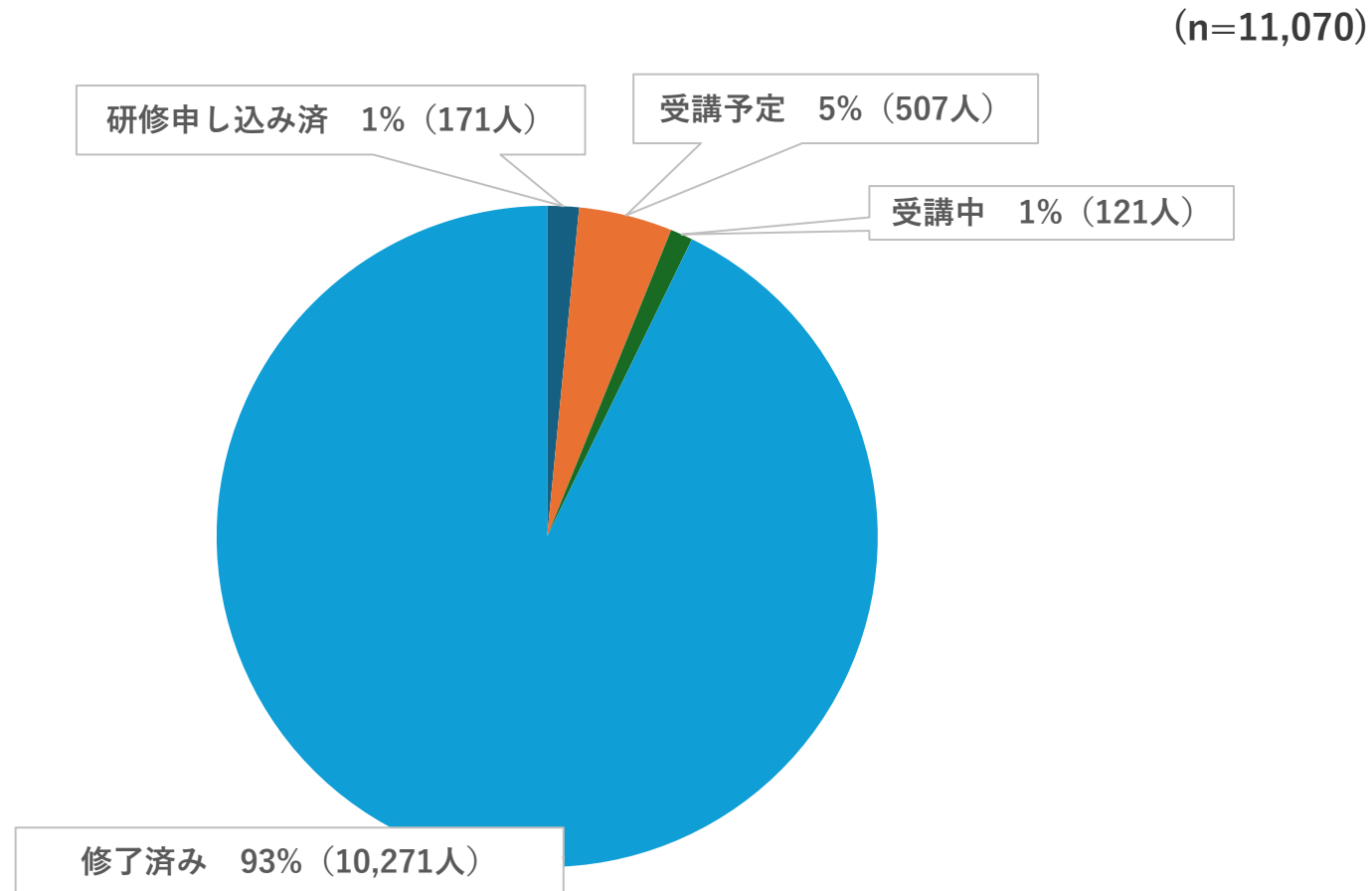
- 適正な指導が可能な最大人数に基づいて設定している自治体が7割を超え、前年参加者数を参考にしている自治体も多い。
- 定員を超過した際には、抽選による決定、選考基準を設け選考、推薦者を優先、法人・事業所あたりの参加可能人数を制限などの方法で選考・制限という方法や、定員枠の増員、前年度落選者を優先するといった方法もとられている。



※その他を除き降順ソート

認知症チームケア推進研修の実施状況

- 認知症チームケア推進加算の要件となっている「認知症チームケア推進研修（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSDの出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修）」については、令和6年4月より、認知症介護研究・研修センターが研修を開始（eラーニング形式）。令和6年4月から、令和8年5月末までに10,271人が研修を修了している。



認知症チームケア推進研修の受講理由

○研修の受講理由は、「認知症ケアの質を高めるため」の割合が70.0%～77.5%であり、「認知症チームケア推進加算を算定するため」の割合が50.0%～74.5%であった。

nの値は、職員数（研修修了者）を示す		GH (n=437)	地密特養 (n=55)	特養 (n=288)	老健 (n=190)	介護医療院 (n=20)	その他 (n=111)
問6: 研修の 受講理由	認知症ケアの質を高めるため	328 (75.1)	41 (74.5)	223 (77.4)	136 (71.6)	14 (70.0)	86 (77.5)
	認知症チームケア推進加算を算定するため	288 (65.9)	41 (74.5)	178 (61.8)	121 (63.7)	10 (50.0)	80 (72.1)
	上司の指示	182 (41.6)	18 (32.7)	106 (36.8)	96 (50.5)	2 (10.0)	42 (37.8)
	その他	11 (2.5)	2 (3.6)	6 (2.1)	3 (1.6)	0 (0.0)	2 (1.8)
	欠損	3 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)

値は、人数(%)を示す。赤は最も割合が高い項目、青は次いで割合が高い項目を示す。

認知症チームケア推進加算を算定する場合の障壁について

○人手不足については共通して高い割合であり、認知症介護実践リーダー研修が受講がしにくいという意見もある。

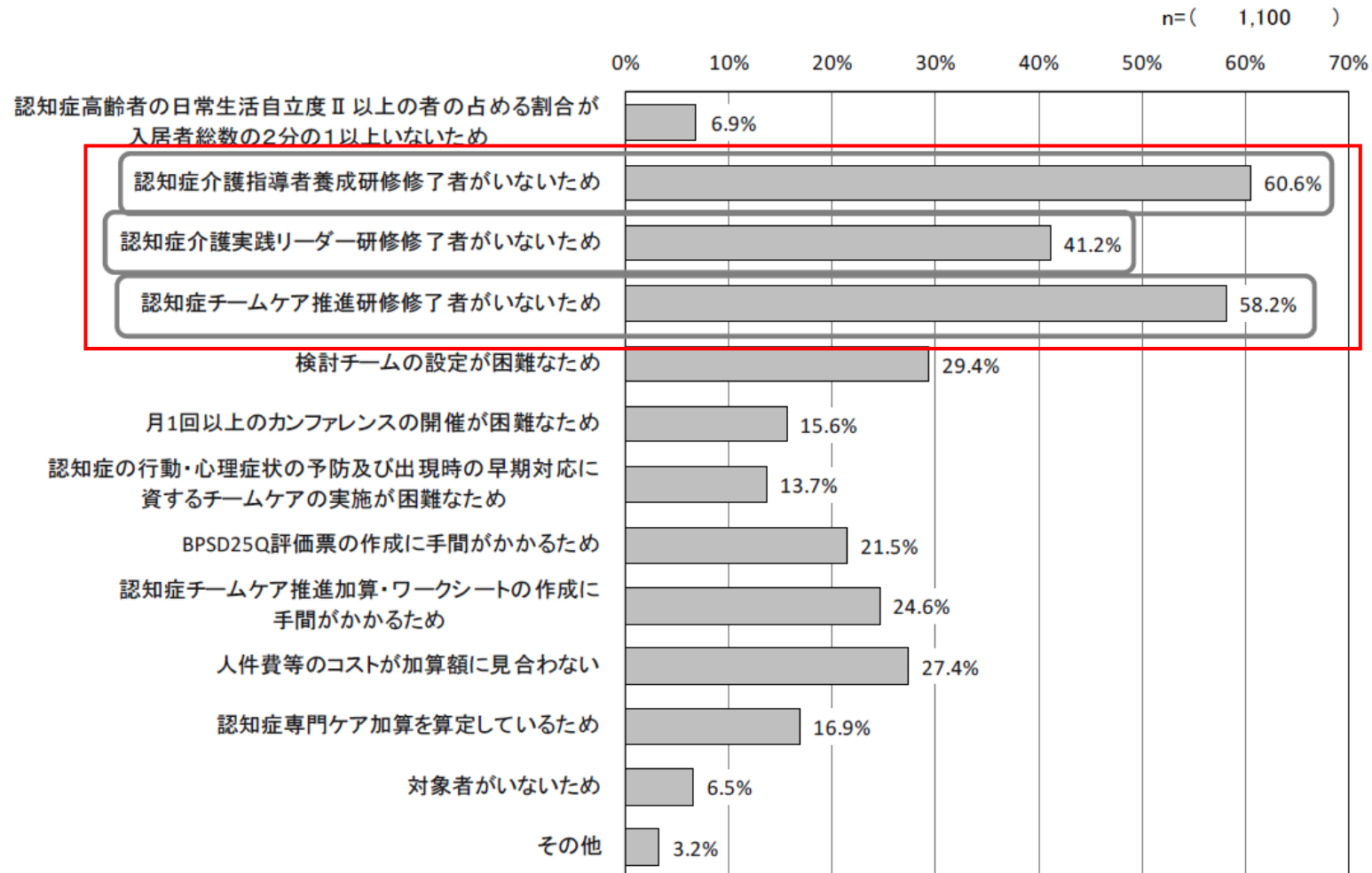
○労力が見合わない、要件となっているカンファレンスを開くことが困難である等の認知症チームケア推進加算そのものに対する意見や、認知症専門ケア加算で対応しているという意見も高い割合であった。

nの値は、事業所数を示す		GH (n=121)	地密特養 (n=22)	特養 (n=90)	老健 (n=52)	介護医療院 (n=6)
問20: 認知症 チームケア推進 加算を算定する 場合の障壁	人手不足であるため	49 (40.5)	5 (22.7)	44 (48.9)	31 (59.6)	3 (50.0)
	認知症介護実践リーダー研修が受講しにくいため	18 (14.9)	3 (13.6)	28 (31.1)	15 (28.8)	0 (0.0)
	「認知症介護指導者」又は「認知症介護実践 リーダー」が管理職であるため	24 (19.8)	0 (0.0)	12 (13.3)	5 (9.6)	0 (0.0)
	認知症チームケア推進加算の算定要件の詳細が わからないため	13 (10.7)	2 (9.1)	15 (16.7)	4 (7.7)	0 (0.0)
	認知症専門ケア加算で対応しているため	27 (22.3)	7 (31.8)	8 (8.9)	1 (1.9)	4 (66.7)
	認知症チームケア推進加算の単位数に対して 労力が見合わないため	32 (26.4)	8 (36.4)	18 (20.0)	12 (23.1)	0 (0.0)
	BPSDの評価方法がわからないため	9 (7.4)	1 (4.5)	7 (7.8)	2 (3.8)	0 (0.0)
	ワークシートの記入方法がわからないため	10 (8.3)	1 (4.5)	8 (8.9)	5 (9.6)	0 (0.0)
	定期的にカンファレンスを開くことが困難で あるため	48 (39.7)	5 (22.7)	42 (46.7)	27 (51.9)	2 (33.3)
	認知症チームケア推進加算を算定したい職員が いないため	4 (3.3)	2 (9.1)	4 (4.4)	4 (7.7)	0 (0.0)
	対象となる利用者がいないため	6 (5.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他	17 (14.0)	4 (18.2)	14 (15.6)	11 (21.2)	2 (33.3)
	特にない	6 (5.0)	0 (0.0)	6 (6.7)	3 (5.8)	0 (0.0)
	欠損	12 (9.9)	3 (13.6)	1 (1.1)	4 (7.7)	0 (0.0)

値は、事業所数(%)を示す。赤は最も割合が高い項目、青は次いで割合が高い項目を示す。

認知症チームケア推進加算の算定が難しい理由（認知症共同生活介護）

○認知症チームケア推進加算（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）を算定していない事業所について、「認知症介護指導者養成研修修了者がいないため」が60.6%で最も多く、次いで「認知症チームケア推進研修修了者がいないため」（58.2%）、「認知症介護実践リーダー研修修了者がいないため」（41.2%）であった。



認知症チームケア推進加算の算定が難しい理由（介護老人保健施設）

○認知症チームケア推進加算（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）では、「必要な人員配置が確保できない」52.5%で最も多く、次いで「施設の設備・体制が基準を満たしていない」が22.4%であった。

図表 2-1-126 算定が難しい理由（複数回答）（問 21）

	回答件数	対象疾患・状態に該当する入所者がいない	実施の頻度・内容が要件を満たしていない	必要な人員配置が確保できない	事務手続きや申請業務の負担が大きい	加算の内容や基準が分かりにくい	経済的なメリットが少ない	他の加算を優先している	施設の設備・体制が基準を満たしていない	医師が必要な研修を終えていない	その他	無回答
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ又はⅡ）（n=307）	307 100.0%	29 7.9%	37 12.1%	95 30.9%	13 4.2%	8 2.6%	7 2.3%	46 15.0%	28 9.1%	125 40.7%	7 2.3%	10 3.3%
認知症専門ケア加算（Ⅰ又はⅡ）（n=680）	680 100.0%	29 29	133 19.6%	320 47.1%	58 8.5%	30 4.4%	41 6.0%	61 9.0%	197 29.0%	- -	20 2.9%	13 1.9%
認知症チームケア推進加算（Ⅰ又はⅡ）（n=705）	705 100.0%	56 7.9%	149 21.1%	370 52.5%	84 11.9%	41 5.8%	39 5.5%	53 7.5%	158 22.4%	- -	19 2.7%	15 2.1%
認知症行動・心理症状緊急対応加算（n=667）	667 100.0%	215 32.2%	96 14.4%	219 32.8%	61 9.1%	65 9.7%	28 4.2%	45 6.7%	120 18.0%	- -	15 2.2%	19 2.8%
短期集中リハビリ実施加算Ⅰ（258単位/日）（n=73）	73 100.0%	1 1.4%	15 20.5%	27 37.0%	10 13.7%	3 4.1%	1 1.4%	9 12.3%	13 17.8%	- -	5 6.8%	6 8.2%

認知症チームケア推進研修修了後の効果（利用者の変化）

○研修に沿った取組を実施することで、利用者本人にとってポジティブな変化がみられている。

カテゴリー	具体的な内容
利用者の生活が落ち着いて穏やかに過ごす時間や笑顔で会話することが増えた	- 計画したワークシートをもとに今まで以上に利用者の気持ちを考え対応することで笑顔も増え穏やかに過ごせて頂いているように思い、また、今までに聞くことがなかったお話もしてくださった。 - BPSDの評価尺度を使って今利用者の中で一番困っていることなのかを優先順位的に分かり、利用者へのケアの方法を考えることが出来て少しずつ利用者の生活のしづらさ、不満を減らし、笑顔が増えた。
利用者のBPSDの出現頻度や不安などの症状が軽減した	- BPSDのニーズをとらえることにより、全ての人ではないが、不安や混乱、興奮状態が良くなる人もいて、その人のQOLの向上（不安なく生活出来る穏やかに過ごす等）につなげることができた。 - BPSDの出現頻度が軽減し、介護抵抗や不穏行動が軽減し、1日を通して落ち着いて生活することが増えてきている。
利用者の不穏状態が減った	- ご利用者の想いを推測情報共有し、ケアを統一することで不穏な言動が軽減した。 - 心や耳を傾け、寄り添う時間が出来たことで、不穏は軽減。
利用者が役割や、職員との関わりを持つようになった	- 職員との関わりや、役割ができてチームケア前よりも会話や発声、笑顔などを見ることが増えたように思う。 - 関わりを持つことで落ち着いた時間を増やせてる。役割を持つことで自分に繋がっている様子が見られているように感じる。
利用者の表情がよくなった	- BPSDと捉える行動軽減がニーズとして受け入れられるようになったことで、対応時、対応後の表情、反応が穏やかになった。 - ケア計画実施時において、表情に活力や笑顔を見せて下さる回数が増えた。
職員が統一した対応や声掛け、ケアを行うことで利用者の混乱が減った	- BPSDがあるご利用者への関わり方を見直し、統一したケアを提供する事により、ご利用者の混乱や興奮が徐々に緩和し、BPSD出現時にも早期対応し、重症化を防ぐ事ができた。 - 普段認知症ケアの統一化や平準化されていないまま関わり、混乱させたりしていたが、適切な関わりによって本人のBPSDの軽減へ繋がった。
職員が変化することで利用者の変化を感じるようになった	- 時間は要したものの、職員の意識の変化が伝わったかの様に、利用者の言動行動にも生きがいを感じ、依然と日悪しても発言も増し表情も穏やかにみえた。 - 職員の関わり方の変化もあってか少しずつ笑顔が増えたり落ち着かれている方もいらっしゃるようになってきました。

認知症チームケア推進研修修了後の効果（職員の変化）

○職員についても同様にポジティブな変化がみられている。

カテゴリー	具体的な内容
職員が利用者の変化を見る姿勢が身につき、対応方法を考え行動するようになった	・ BPSDは問題行動ではないことの認識、職員の対応次第で利用者の反応も変わるという事が意識付けされ多くの意見を出し合い支援内容を見直す等の行動が増えたと思います。 ・ 個々でのコミュニケーションが増えたり、ご利用者の変化を見つけようとする姿勢が見られるようになった。
職員の意識が高まり、利用者と職員が関わる機会や時間が増えた利用者のBPSDの出現頻度や不安などの症状が軽減した	・ BPSDの評価方法を知り、実際に評価をしてみたことで、利用者の背景要因の分析ができて、その事をケア計画に入れて実行することで、利用者への関わり方が変わり、職員の意識も高めることができた。 ・ チームで話し合いの場を持つ事で1人1人が意識して利用者様と関わるようになった。空いている時間を利用者様と一緒に「何かをやる時間」にする事が出来て、職員が色々なアイディアを出し合うようになった。
職員が認知症やBPSDの理解が深まり、BPSDの背景を知ろうとするようになった用者の不穏状態が減った	・ BPSDに対しての関心と理解が深まり、利用者の方の行動に対して背景や環境について考察し関わろうとするようになってきていると感じる。 ・ チームの皆がBPSD評価で計画策定に共に関わることで、行動を表面的に捉えるのではなく、背景を探る、考える等、認知症ケアや担当入居者について理解を深めることができた印象である。
職員がアセスメントを行いチームで統一したケアに取り組むようになった	・ 毎月利用者に対するアセスメントやカンファレンスを行う事で、ケア内容の統一やチーム間での情報の共有が行えている。 ・ アセスメントワークシートを用いることでチームで視点をそろえた対応を行い利用者の想いに沿ったケアが行えたと思います。
職員が利用者に関わりを持つようになった	・ コミュニケーションをとる頻度が増え関わりを持つ意識が高まったように感じる。 ・ 利用者がしたいことを汲み取ることで、対応方法を理解した上で関わりを持つことができた。
職員が利用者の様子を観察するようになった	・ 利用者の日々の様子をより観察するようになり、利用者の細かい変化に気づけるようになった。 ・ 普段の何気ないケアや声掛けを意識して行い、入居者の様子観察をしっかりと行えるようになった。
職員から意見が出るようになった	・ 1つの問題に直面しても、色々な角度から分析したり意見を出し合ったりし、職員間で話し合う機会が増えた。 ・ BPSDは問題行動ではないことの認識、職員の対応次第で利用者の反応も変わるという事が意識付けされ多くの意見を出し合い支援内容を見直す等の行動が増えたと思います。
職員がチームで情報を共有するようになった	・ チームで目標を共有して、短期間で情報を共有していく方法で、職員の意識も高まっている。 ・ いろいろな声掛けの方法、どのように対応したら入浴していただけるのか皆で情報共有ができ、ご利用者の意思も尊重しつつ協力体制で行うことが出来たように思う。

特定施設における認知症チームケア推進研修に基づく実践の実行可能性

○特定施設において認知症チームケア推進研修に基づく実践を行ったところ、**BPSD25Q得点は、初回評価から最終評価にかけて12.23点減少。**

○ケアの計画・実践により、職員が認知症の人に対する新たな気づきを得ることにつながるとともに、BPSD軽減にも寄与。

○令和8年度の研究事業においても調査を継続中。

【対象】 認知症介護指導者または、認知症介護実践リーダー研修修了者であり、認知症チームケア推進研修を修了した者が所属する特定施設

【調査方法】 認知症チームケア推進研修に基づく実践を8週間行い、その結果（BPSD25Q及びワークシート）を収集する。併せて、アンケートを行い、それらの結果から特定施設における実行可能性を検討する。

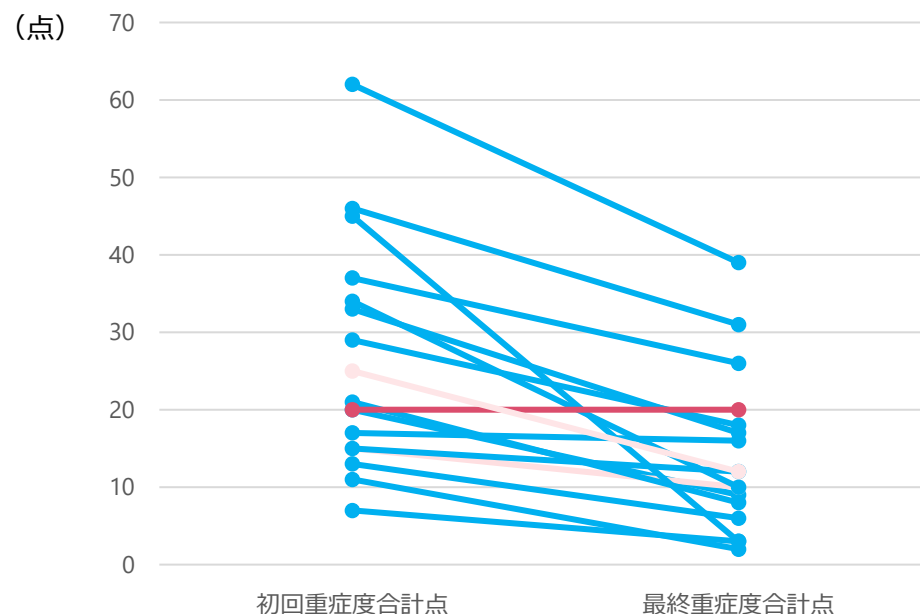
【分析方法】 ①BPSD25Qの得点の変化、②チームケア実践研修テキストに沿った実践ができているか、BPSD25Q及びワークシート、アンケート結果を用いて評価

【BPSD25Q 重症度得点の変化】 (n=17)

	初回評価	最終評価	p
平均値	26.47	14.24	* *
標準偏差	14.73	10.23	
中央値	21.00	12.00	
最大値	62.00	39.00	
最小値	7.00	2.00	

* *: $p < 0.01$ 対応ある t 検定 $d = 1.11$ 効果量大

参考：令和4年度施設・居住系サービスにおける実証検証
初回評価：29.2 最終評価：22.3



通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護における社会参加活動の実施状況

＜活動の実施による効果（利用者及び家族に対する効果）＞

- 活動の実施による利用者に対する効果に関して、「生活における充実感・満足感の向上」、「他者とのコミュニケーションの増加」と回答した割合が全ての活動類型において7-8割程度であった。
- 活動の実施による家族に対する効果に関して、「事業所のサービスに対する家族からの評価の向上」、「利用者とその家族の関係性の良好化」と回答した割合が高い傾向にある。

図表 20 活動の実施による効果（利用者に対する効果）

	単位 (%)			
	活動A (n=174)	活動B (n=87)	活動C (n=30)	活動D (n=29)
生活における充実感・満足感の向上	74.7	71.3	80.0	69.0
自己肯定感・効力感の向上	24.1	34.5	46.7	48.3
生きがい・やりたいことの増加	51.7	56.3	80.0	51.7
機能訓練に対するモチベーションの維持・向上	28.2	39.1	53.3	37.9
家庭・地域での役割の増加	16.7	25.3	50.0	27.6
地域・社会への帰属意識の向上	31.0	47.1	46.7	48.3
身体的な状態の維持・改善	33.9	39.1	60.0	37.9
転倒に対する不安の減少	9.2	21.8	16.7	13.8
外出に対する不安の減少	14.4	35.6	30.0	17.2
認知機能の維持・改善	40.2	41.4	56.7	27.6
他者とのコミュニケーションの増加	83.3	72.4	73.3	69.0
介護サービス提供時間外の活動への参加頻度の増加	12.1	17.2	16.7	6.9
その他	2.3	1.1	0.0	0.0
特に効果はない	0.0	1.1	0.0	0.0

図表 21 活動の実施による効果（家族に対する効果）

	単位 (%)			
	活動A (n=172)	活動B (n=86)	活動C (n=30)	活動D (n=29)
事業所のサービスに対する家族からの評価の向上	70.9	57.0	70.0	62.1
利用者とその家族の関係性の良好化	49.4	54.7	70.0	48.3
家族の生活環境の改善（仕事と介護の両立など）	16.9	14.0	20.0	10.3
地域における家族の役割の増加	9.9	18.6	23.3	10.3
家族の地域・社会への帰属意識の向上	17.4	24.4	20.0	17.2
その他	2.9	1.2	0.0	17.2
特に効果はない	12.2	9.3	6.7	6.9

※活動A～Dについて

- 活動A・・・事業所の中で地域住民や団体・企業等と交流する活動
- 活動B・・・事業所の外で地域住民や団体・企業等と交流する活動
- 活動C・・・地域住民や団体・企業等と連携し、利用者に役割がある形で行う活動（外部の企業等と連携した有償・無償ボランティア）
- 活動D・・・A～C以外の活動

＜調査内容・対象等＞

- ・通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護事業所における社会参加活動の取組内容や利用者への効果等を把握・整理
- ・回収数：679事業所／10,000事業所（6.8%）

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護における社会参加活動の実施状況

<ADLの変化×参加頻度>

○活動類型全体において、週1回未満と比較して週1回以上参加の場合は、利用者のADLが「大幅に改善した/やや改善した」と回答した割合が12.8ポイント高い。

<活動の実施による効果（利用者）×実施頻度>

○活動類型全体において、週1回未満と比較して週1回以上活動実施している場合は、活動の効果として「生きがい・やりたいことの増加」・「機能訓練に対するモチベーションの維持・向上」・「身体的な状態の維持・改善」と回答した割合が有意に高い。

図表 33 ADL の変化 × 参加頻度

活動類型	単位 (%)							
	活動類型全体		活動A		活動B		活動C	
	活動頻度							
	週1回以上 (n=266)	週1回未満 (n=516)	週1回以上 (n=201)	週1回未満 (n=387)	週1回以上 (n=44)	週1回未満 (n=92)	週1回以上 (n=21)	週1回未満 (n=37)
大幅に改善した	5.6	2.9	5.5	2.8	6.8	3.3	4.8	2.7
やや改善した	24.8	14.7	23.9	14.2	27.3	13.0	28.6	24.3
維持	59.0	64.3	59.2	65.6	56.8	62.0	61.9	56.8
やや低下した	3.8	6.6	5.0	6.5	0.0	8.7	0.0	2.7
大幅に低下した	2.3	1.0	2.0	1.0	2.3	1.1	4.8	0.0
測定・評価を実施していない	4.5	10.5	4.5	9.8	6.8	12.0	0.0	13.5

図表 35 活動の実施による効果（利用者） × 実施頻度

活動類型	単位 (%)							
	活動類型全体		活動A		活動B		活動C	
	活動頻度							
	週1回以上 (n=41)	週1回未満 (n=242)	週1回以上 (n=28)	週1回未満 (n=141)	週1回以上 (n=8)	週1回未満 (n=76)	週1回以上 (n=5)	週1回未満 (n=25)
生活における充実感・満足感の向上	78.0	73.6	71.4	75.2	100.0	68.4	80.0	80.0
自己肯定感・効力感の向上	31.7	29.8	28.6	23.4	25.0	36.8	60.0	44.0
生きがい・やりたいことの増加	75.6	52.5	64.3	48.9	100.0	51.3	100.0	76.0
機能訓練に対するモチベーションの維持・向上	53.7	31.4	53.6	23.4	50.0	39.5	60.0	52.0
家庭・地域での役割の増加	29.3	20.7	21.4	13.5	50.0	23.7	40.0	52.0
地域・社会への帰属意識の向上	31.7	38.4	21.4	31.9	62.5	47.4	40.0	48.0
身体的な状態の維持・改善	56.1	35.5	53.6	30.5	62.5	36.8	60.0	60.0
転倒に対する不安の減少	19.5	13.2	17.9	7.8	25.0	22.4	20.0	16.0
外出に対する不安の減少	26.8	21.5	17.9	13.5	37.5	35.5	60.0	24.0
認知機能の維持・改善	53.7	41.3	42.9	40.4	75.0	39.5	80.0	52.0
他者とのコミュニケーションの増加	80.5	78.9	85.7	83.0	75.0	72.4	60.0	76.0
介護サービス提供時間外の活動への参加頻度の増加	17.1	13.6	21.4	9.9	0.0	19.7	20.0	16.0
その他	2.4	1.7	3.6	2.1	0.0	1.3	0.0	0.0
特に効果はない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護における社会参加活動の実施状況

ヒアリング調査による事例

■活動A「事業所の中で地域住民や団体・企業等と交流する活動」

生活機能型リニエデイサービス三鷹

法人名：株式会社リニエR 事業所名：生活機能型リニエデイサービス三鷹 事業所種別：通所介護 利用定員：30人

【実施している社会参加活動】

①雑巾の製作及びボランティアセンターへの寄付

- 不定期で利用者が使い古したタオルを材料として雑巾を製作し、ボランティアセンターに寄付することで、小学校等に提供している。
- 要支援1から要介護2の方が参加しており、比較的女性の参加者が多い。

②ポスター製作及び放課後等デイサービス事業所との交換

- 年1回のペースで、模造紙にちぎり絵等で季節の絵柄を描き、壁紙を製作。放課後等デイサービス事業所の子どもたちが製作した壁紙と交換し、事業所に掲示。

【社会参加活動を実施する中での工夫】

- 利用者一人ひとりに対して興味関心を聞き取り、縫物や日曜大工、ボランティア活動等、どのような活動を行ってみたいかを丁寧に確認。
- 新しい活動を始めることについて、利用者・家族にはチラシを作成して周知。作業中の怪我等のリスクも想定されるが、当事業所は生活機能型デイサービスであり、「生活機能を残すために本人のできることは本人が行う」よう心がけ、従前より家族にも日頃のサービス提供にあたっての趣旨を説明。また、日々の活動の様子を写真等により共有していることから、新たな活動にあたって、特に家族から反対の声は受けなかった。

【社会参加活動の実施による効果】

- 利用者への効果について、活動の目的が明確になることでモチベーションが高まっていると感じている。特に、放課後等デイサービス事業所との連携においては、子どもとの触れ合いにより、やりがいを感じている様子が見受けられる。子どもたちにとっても、普段複数の高齢者と関わることはなく、恥ずかしがりながらもコミュニケーションをとっている様子が見られ、良い経験だと感じている。
また、雑巾製作についても、目的を明確とし、地域の方が必要としていることを伝えることで積極的に取り組むことができており、ボランティアセンターの広報誌にデイサービスから寄付があったことが掲載された際には利用者が嬉しそうに報告することもある。さらに、社会参加活動の実施をとおして、これまで会話をしたことのなかった利用者同士がコミュニケーションをとる場面もみられる。
- コロナ禍で外出が難しく、事業所外での活動に制限があったこともあったが、社会参加活動の実施をとおして、「社会と関わり、外に出ていく活動が必要だ」と感じる職員の意識の変化が生じている。

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護における社会参加活動の実施状況

■活動B「事業所の外で地域住民や団体・企業等と交流する活動」

デイサービス よっといでん

法人名：特定非営利活動法人ほっとほーむよっといでん 事業所名：デイサービス よっといでん 事業所種別：地域密着型通所介護 利用定員：18人

【実施している社会参加活動】

①園芸部、手芸部、おやつ部、木工部

- **4種類のクラブを平日ほぼ毎日実施**。クラブ活動において、強みを活かすことができる利用者は参加しているが、強みが活かない、又は希望がない利用者についてはクラブ活動には参加せず、スタッフが個別に支援しているケースもある。

②小学校の登下校の見守り

- 週2回、**小学校の登下校の見守り**を実施。「登下校の見守り人員が少ない」といった内容の回覧板が事業所に届いたとき、歩行能力・コミュニケーション能力が高い利用者に適していると考え、利用者に声をかけた。現在、子ども好きな利用者等、複数名が参加。

③近隣の交流館のフリーマーケットに参加（年2回）

- 「フリーマーケットへの出展」といった内容の回覧板が事業所に届いたことをきっかけに、出展を決めた。**手芸部や木工部等のクラブ活動において製作した作品を無料で出展**している。また、外出活動の一環として、送迎車を活用して利用者をフリーマーケット会場に送り、出展だけではなく、フリーマーケットでのショッピングにも参加できるようにしている。

【社会参加活動を実施する中での工夫】

- 事業所で月1回打ち合わせを設定し、「社会参加活動の意義と運用方法」について**職員に対する説明・同意取得**を行っている。社会参加活動の実施にあたっては、その意義と運用方法を職員が理解する必要があると考えている。
- 屋外での活動にあたっては、転倒に関するリスクアセスメントを事前に行い、マーク対応を行っている。マーク対応が重い利用者には職員がマンツーマン対応を行い、マーク対応が軽い人には利用者2～3名に対して職員1人が対応している。そのため、実態としては、多くて6～7名の利用者、スタッフ2～3名が屋外外出支援活動を行っている状況である。
- なお、社会参加活動に参加していない利用者に対しては、施設内でも本人らしく活動できるものを提案し、個々人の希望に応じた活動の実施を心掛けている。

【社会参加活動の実施による効果】

- 社会参加活動の実施は**利用者のQOL向上、BPSD軽減**につながっている。例えば、BPSDの症状が強い利用者の方は、「使わない浴衣を切り出して工場で使ってもらう雑巾に切り出す作業」を行っており、**活動を通して、日中の時間帯を穏やかに過ごすことができています**。
- 社会参加活動の実施を通して、さらに**地域との連携を深める**ことができています。例えば、フリーマーケットに足を運んでくれた方に対して、「事業所で土曜日にモーニングを実施しているので来てください」といったイベントを案内することで、それをきっかけに地域住民が気軽に事業所へ足を運んでいただくような、**良い循環**が生まれている。

通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護における社会参加活動の実施状況

■活動C「地域住民や団体・企業等と連携し、利用者に役割がある形で行う活動（外部の企業等と連携した有償・無償ボランティア）」

長太の寄合所「くじら」

法人名：有限会社 ホワイト介護 事業所名：長太の寄合所「くじら」 事業所種別：地域密着型通所介護 利用定員：10人

【実施している社会参加活動】

①くじら合唱団

- ピアノとミュージックベルの先生の指導のもと、懐かしい歌とミュージックベル演奏の練習を行い、**市民会館や他の介護施設、遠方の家族に向けての出前・オンライン演奏会、DVD作成、認知症研修会での演奏会**などを実施。

②くじら屋さん

- **縫い物の商品（箱ティッシュカバー、くるみボタン、缶バッジ）を作り、地元企業や収穫祭・学会などで販売。**得た収入で何がしたいかを利用者に確認し、寿司屋での慰労会の開催や、鰻屋で鰻を購入して食べる等、楽しんでいる。

③みまもり隊

- くじらメンバーの「子供たちのために何か役に立ちたい」という思いと、子どもの安全・安心な地域づくりを目指し、**小学校と連携し、見守り活動**を実施。

④季節の行事

- 「遊び・ご馳走・作品展示」について、企画から当日の運営までの過程を楽しみながら活動。元お好み焼き屋の利用者がねぎ焼きを焼き販売したり、事務の仕事をしていた方が受付をしたりと、**くじらメンバーが役割を持ち、地域の人の子供からお年寄り、くじらメンバーの家族におもてなし**をしている。

【社会参加活動を実施する中での工夫】

- **本人のやりたいことの汲み取りについて、興味・関心チェックシート**を用いた「してみたい事」・「興味がある事」の確認、またその作業がその方の人生にとってどのように重要ななどを、懐かしい会話（回想法）やできること探し・工程分析等を通して、時間をかけて丁寧に確認している。
- **家族に対しては社会参加活動の立ち上げのきっかけや活動の意義を伝え、介護支援専門員に対して、ケアプランへの反映のため、利用者のニーズ及び活動内容を説明**している。利用者のためである活動だと明示するため、活動中の写真を用いて様子を伝えることや、演奏会に家族や介護支援専門員を呼び、利用者がやりがいを持って演奏している姿、お客さんから拍手をもらい喜ばれている姿、さまざまな方と交流している姿等を見てもらっている。

【社会参加活動の実施による効果】

- 利用者への効果として、他者とのつながりができ、仲間同士での新たな夢が生まれ、**さらなる生きがいややりがいの向上**につながっている。また、**BPSDなどの症状の軽減や、自分のことをするだけではなく他者へ援助する姿勢**等も見られるようになった。
- 家族への効果として、**家族間での会話が弾み**、日頃はあまり見ることのできないお母さん、おばあちゃんの生き生きした様子を見ることができ、本人だけではなく、家族にとっての**安心感の醸成**にも寄与することができた。
- 職員への効果として、市民会館や認知症研修会での演奏会など、日常では味わえない経験ができるため、**通所する仲間（利用者）と同じように意欲が湧き出ている**。「介護」＝「働く」ということ以上に、**職員の人生を豊かにできる場所**となっていると考えている。

若年性認知症の人への支援

- 若年性認知症者の支援に活用可能な現行の施策を担当する各行政部局、サービス事業者その他の関係団体等が相互に若年性認知症対策に関する理解を深め、有機的な連携の下で、一人ひとりの状態に応じた多様なサービスが総合的に提供されるよう努めることが必要。



＜現行の施策を活用した若年性認知症者に対する積極的な取組の推進＞

若年性認知症者が活用可能な主な支援施策として次のようなものがあり、認知症疾患医療センター、ハローワーク、地域障害者職業センター、障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所等との連携を密にした支援の展開が必要。

- ・医療に関する支援
- ・精神障害者保健福祉手帳の取得による支援
- ・障害年金
- ・障害福祉施策を活用した支援
- ・障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
- ・介護保険サービス

平成21年3月局長通知「若年性認知症対策の推進について」、課長通知「若年性認知症対策の推進に当たっての留意事項について」より

若年性認知症の人の利用が想定される 社会保障制度やサービスの全体像

症状の進行▶▶▶

*イメージ図

医療サービス：認知症専門外来、精神科デイケア等

雇用・労働に関する制度：
一般就労、障害者雇用等

若年性認知症であっても、周囲のサポートや環境調整によって就労を継続できる

障害福祉サービス：福祉的就労等

暮らしやすい環境や自分らしく過ごせる場があり、社会とのつながりを続けられる

介護保険サービス：
デイサービス等

インフォーマルサービス：当事者・家族の会、認知症カフェ等

出典：認知症介護研究・研修大府センター「若年性認知症支援ガイドブック 令和7年度版」より引用

1. 概況
2. 令和6年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況



4. 現状と課題及び論点

現状と課題及び論点

現状と課題

- 認知症高齢者数は、令和4年で約443万人、軽度認知障害（MCI）高齢者数は約559万人と推計され、その合計は1,000万人を超える状況にある。また、令和22年にはその人数が約1,200万人（認知症約584万人、MCI約613万人）となり、高齢者の約3.3人に1人が認知症又はMCIになると見込まれる。
- 独居認知症高齢者と独居MCI高齢者を合算した独居認知機能低下高齢者は、2025年の段階で250万人、2050年には349万人になると推計されている。
- さらに、令和2年調査における若年性認知症の人の数は約3.6万人で、18～64歳人口における有病率は、人口10万人当たり約50.9人と推計されている。
- 令和6年1月には共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「基本法」という。）が成立し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することが明記された。また、同年12月には認知症施策推進基本計画（以下「基本計画」という。）が閣議決定され、認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを切れ目なく提供することとしている。
- 介護報酬においても、認知症高齢者への専門的なケアを評価する「認知症専門ケア加算」等を設け、対応をしてきており、令和6年度介護報酬改定においては、
 - ・ 認知症対応力の更なる強化を図る観点から、（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算について、新たに認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修等の実施を評価する新たな区分を創設
 - ・ 認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算を創設等を行ってきたところ。
- 社会参加活動を実施している事業所においては、利用者に対する「ADLの改善」・「生きがい・やりたいことの増加」・「機能訓練に対するモチベーションの維持・向上」・「身体的な状態の維持・改善」の効果が見受けられる。

論点

- 基本法及び基本計画の内容を踏まえて、認知症の人の意向を尊重した生活を目標とした、各サービスにおける日常生活動作や社会参加の向上につなげるためどのような方策が考えられるか。
- 加算の要件となっている認知症対応力向上のための介護研修についてどのように考えるか。
- 若年性認知症の人への支援についてどのように考えるか。
- 令和6年度改定における審議報告も踏まえ、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算についてどのように考えるか。