厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

社保審－介護給付費分科会	資料１
第277回（R８.11.26）	

認知症への対応力強化（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．これまでの分科会における主なご意見

２．現状と課題及び論点

３．参考資料

１．これまでの分科会における主なご意見
２．現状と課題及び論点
３．参考資料

これまでの分科会における主なご意見①

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜認知症への対応力強化＞

（研修受講機会の不足・オンライン化）

○研修修了者の配置が加算要件となっている一方で、受講を希望しても受講できない状況が生じており、全国一律の要件として適切なのか疑問。

○小規模事業所では勤務のやりくりの観点から外部研修への参加が難しい。

○実習が長時間であり、研修時間自体長く、深刻な人手不足にある現場にとって大きな負担。

○要件となる研修の受講機会が限られており、介護分野でもオンライン化や定員拡大など受講機会を広げる工夫が必要。

（研修内容・質の標準化・実践性向上）

○受講機会の均等と負担の均等、内容の均質化を考えると、国において標準的なコンテンツを作成するなど、研修実施方法について検討してはどうか。

○個々の研修を所与のものとするのではなく、認知症ケアに必要な知識・技能を整理した上で、それをどの研修や学習で担保するのか、既習内容や重複も含め、研修体系全体を整理すべき。

○共通の動画教材を作成し、視聴することでクリアする仕組みの創設を要望する。現場職員が幅広く研修を受講することが認知症施策推進基本計画にも合致するものとなる。

○研修を受講することが目的ではなく、介護職員が認知症の人に対応できる力を身につけていただくことが大切。

○本人視点を重視したケアや、新しい認知症観に基づく支援につながる内容になっているかを改めて検証すべき。

これまでの分科会における主なご意見②

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜認知症への対応力強化＞

（加算における研修の位置付け）

○認知症介護指導者養成研修の修了者を配置する要件について強い危機感を持っている。この研修は事業所内での指導というよりは地域の実践リーダー等の養成を本意とするもの。真に現場の認知症ケアを推進するのであれば、研修修了者要件を変更すべき。

（認知症関連加算に関する評価）

○地域の認知症看護認定看護師などとの連携により専門的な助言や指導を受ける、そして継続的な支援を受けることで施設のケア体制の整備を図るなど、地域の専門人材を活用する仕組みについても評価することが重要。

○研修やカンファレンスなど質の高い認知症ケアに必要な取組が現場の負担なく実施できるよう、必要な人員確保や取組に要するコストを踏まえた報酬上の評価を検討すべき。

○算定率が低い加算については、算定率だけで必要性を判断するのではなく、算定が進まない要因を十分に検証した上で、利用者の分かりやすさや事業所の事務負担軽減の観点から、加算の統合・簡素化を検討すべき。

○認知症チームケア推進加算については、この取組をより多くの現場に広げるために何が必要なのかを検討いただきたい。

○認知症チームケア推進加算について、BPSD25Qの評価表の作成やワークシート作成の手間もハードルになっていることが推察される。現場での実践のプロセスについて、エビデンスを踏まえつつも、どうやって負荷を下げながら効果を上げていくのかということを考えて見直す余地もあるのではないか。

○介護サービスや報酬上の対応の見直しに、基本法や基本計画の内容、考え方を反映するには、研究の進捗を待って具体的な検討を行っていくことが望ましいのではないか。

これまでの分科会における主なご意見②

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜認知症への対応力強化＞

（社会参加活動に関する評価）

○認知症施策推進計画の策定にあたり、認知症の方から意見聴取する中で、認知症本人の生きがいややりがい等が重要であると理解。当事者の社会参加や生きがいづくりを促進する効果的な取組について、その実践が広がるよう介護報酬において評価することを検討していただきたい。

○社会参加活動に関しては、ADL改善等の効果が見られる。こうした取組について加算等で評価するのを検討すべき。

○認知症の方が社会活動への参加や、役割を持つ活動など、社会とのつながりを継続できる支援が重要。社会参加活動は、利用者一人一人の興味・関心や状況を丁寧に確認した上で、地域住民や関係者とも十分な調整を必要とするものであり、事業者の取組を評価する必要がある。

○方向性として社会参加の推進ということには賛成。ただし、報酬上どのように対応するのかについては丁寧に検討する必要があるのではないか。

これまでの分科会における主なご意見③

介護給付費分科会における関係団体等意見交換会においては、以下について要望があった。

【日本認知症本人ワーキンググループ】

○本人の声を十分に聴き、納得できるサービス利用となるための介護報酬としてほしい。本人が声を出せる配慮をしながら、その声を十分に聞き、本人が個性と能力を生かして、自分らしく暮らし続けるための個別サービスの提供をお願いする。

○本人が社会参画・参加、社会への発信等をするための支援を行っている場合に相応の評価や報酬が必要。

【日本精神科病院協会】

○認知症チームケア推進加算Ⅰ研修要件が厳しいため、要件の緩和について検討いただきたい。

【日本認知症グループホーム協会】

○加算取得のための事務手続の簡素化、小規模事業所の特性を踏まえた加算要件の見直しや、各種委員会、研修等の簡素化について検討いただきたい。

【全国老人福祉施設協議会】

○認知症専門ケア加算 / 認知症チームケア推進加算の見直し

認知症ケアの質の向上を促進するため、単価の増額とともに両加算の併給を認めるなどそれぞれの加算の趣旨を踏まえた評価体系となるよう見直しを検討いただきたい。

○また研修要件については、認知症介護指導者養成研修を要件から外した上で、認知症介護実践者研修修了者、認知症介護実践リーダー研修の修了者への見直しを検討いただきたい。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．現状と課題及び論点

３．参考資料

認知症への対応力強化　目次

論点①：認知症介護に係る研修の見直し・・・

認知症介護に係る研修について

平成12年　開始

平成21年～令和６年

認知症関連加算の要件として、

◆認知症専門ケア加算⇒実践リーダー研修（加算Ⅰ）、指導者養成研修（加算Ⅱ）

◆認知症加算⇒実践者研修、実践リーダー研修（加算Ⅱ）、指導者養成研修（加算Ⅰ）

※通所系は３研修のいずれか

◆認知症チームケア推進加算⇒実践リーダー研修（加算Ⅱ）、指導者養成研修（加算Ⅰ）、認知症チームケア推進研修（加算Ⅰ・Ⅱ）

を設定

令和６年　令和６年度介護報酬改定に関する審議報告での認知症介護に係る研修へのご指摘

・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

令和７年　当該審議報告指摘を踏まえ改訂カリキュラムを自治体に通知

＜主な改訂内容＞

・研修における講義・演習の時間を、
　－実践者研修：24時間⇒23時間
　－実践リーダー研修：31時間⇒28時間
　－指導者養成研修：133時間⇒128時間
　にそれぞれ短縮

・実践リーダー研修に「推進研修」を追加し、実践リーダー研修の受講により認知症チームケア推進加算（Ⅱ）の研修修了者要件を得ることが可能に

・指導者研修における他施設実習を廃止（すべての研修における他施設実習なしに）

令和９年度　改訂カリキュラムの本格移行（本年度は移行期間中）

認知症介護に係る研修のカリキュラム改訂について（詳細）

○令和７年度末に改訂カリキュラムを自治体に通知。本年度は移行期間中となっており、令和９年度より本格移行。

背景

- 令和６年度介護報酬改定に関する審議報告では、認知症介護に関する研修について、**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、との指摘がされていた。
- この他、令和６年に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念を踏まえた研修内容の見直しや、令和６年度から開始となった「認知症チームケア推進研修（以下、推進研修）」の受講環境の向上が必要となっていた。

目的と実施方法

① 認知症基本法の反映、認知症チームケアに関する学習内容の強化、認知症介護指導者の指導課題の解消を踏まえた研修内容の改定
② 受講アクセシビリティを向上する効果的な研修方法の提案

有識者、研修実施自治体・実施団体担当者、認知症介護指導者、認知症介護研究・研修センター担当者等から構成される検討委員会等で検討

【令和6年度老人保健健康増進等事業「認知症介護実践者等研修の研修内容に関する調査研究事業」】

主な改訂内容

研修目的

- 「認知症の人の理解・家族の尊厳保持・希望を持った暮らしの保障」等を軸とする研修目的に改訂

研修時間

- 指導上の課題を踏まえながら、重複内容の整理と配分の見直しを行い講義・演習時間の短縮
  （実践者研修：24時間⇒ 23時間、実践リーダー研修：31時間⇒ 28時間、指導者養成研修：133時間⇒128時間）
- 職場実習関連科目の時間配分を調整
  （実践者研修：課題設定60分増、実践リーダー研修：課題設定60分減、実習のまとめ240分減）

カリキュラム

- 認知症基本法の目的・概要に関する学習内容へ変更
- **実践リーダー研修に「推進研修」の学習内容を追加**
  ⇒実践リーダー研修を受講することで、認知症チームケア推進加算(Ⅱ)の研修修了者要件を得ることが可能
- オンライン学習の効果を踏まえ、原則オンラインで実施する科目を明確化
  ⇒受講生の利便性や、研修運営のコスト効率向上に寄与
- **指導者研修における他施設実習の廃止（これによりすべての研修において他施設実習はなし）**

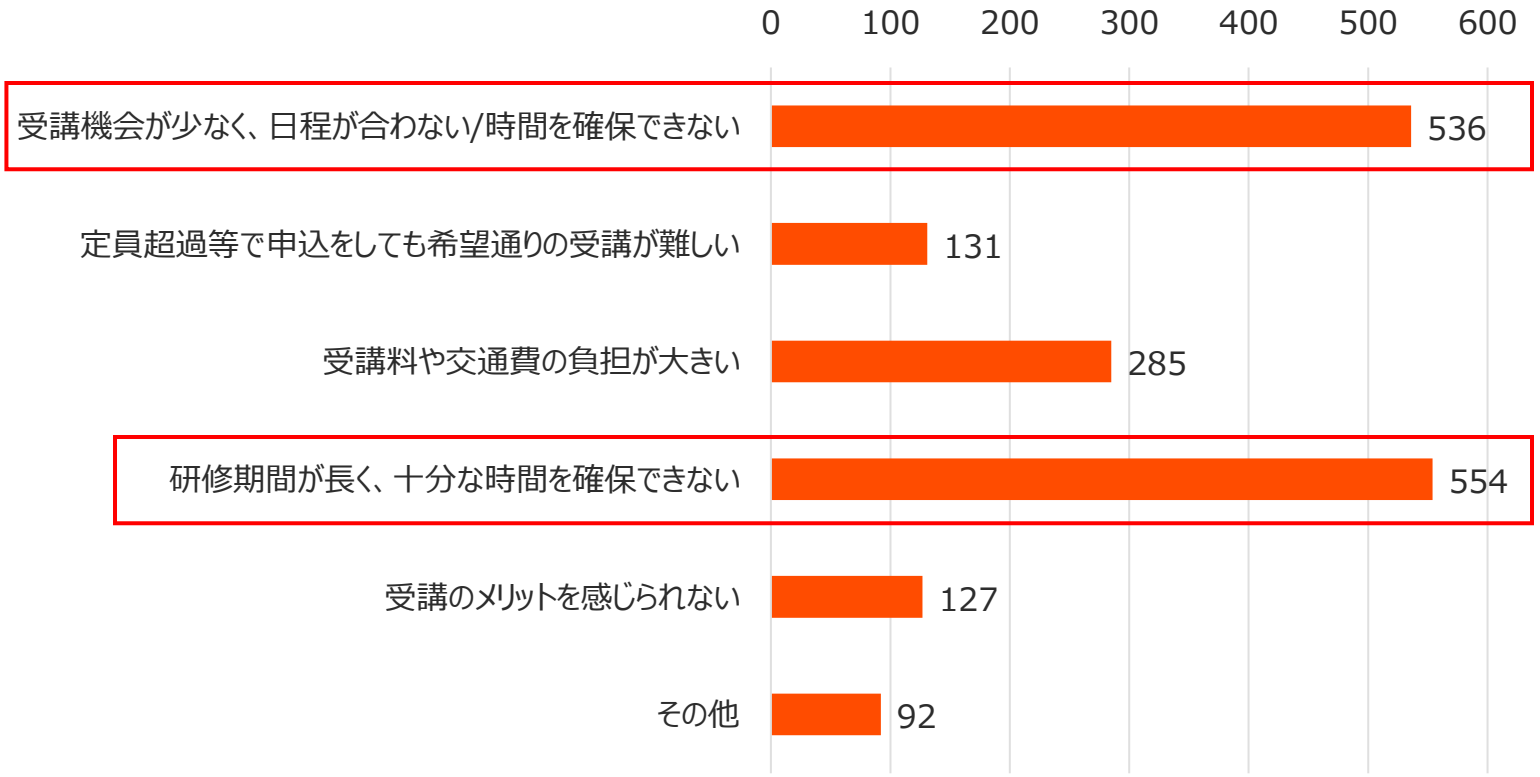
認知症ケアに携わる介護従事者の研修

	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
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
補助率等	自治体・一般財源			
目的	認知症介護研修の企画・立案、講師役、事業所等における指導的役割、地域における認知症施策の推進役を担うことができる人材の育成	認知症介護技術を指導する能力を高め、チームで認知症介護を推進できるリーダーの育成	認知症介護に関する実践的な知識及び技術の修得	BPSDを予防・軽減するケアの基本的考え方を理解し、 チームで実践できる体制を構築
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）
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
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
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)（Ⅱ）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		ＧＨの短期利用の人員基準要件	①ＧＨ、小規模多機能、看護小規模多機能の計画作成担当者には受講義務付け ②ＧＨ、小規模多機能、看護小規模多機能、認デイの管理者研修受講のための要件となっている。	

認知症介護実践者研修を受講するにあたっての課題

○認知症介護実践者研修を受講するにあたっての課題として「研修期間が長く、十分な時間を確保できない」が最も多く、次いで「受講機会が少なく、日程が合わない/時間を確保できない」が挙げられた。

問17.認知症介護実践者研修を受講するにあたっての課題として、当てはまるものを選択してください。【複数回答】

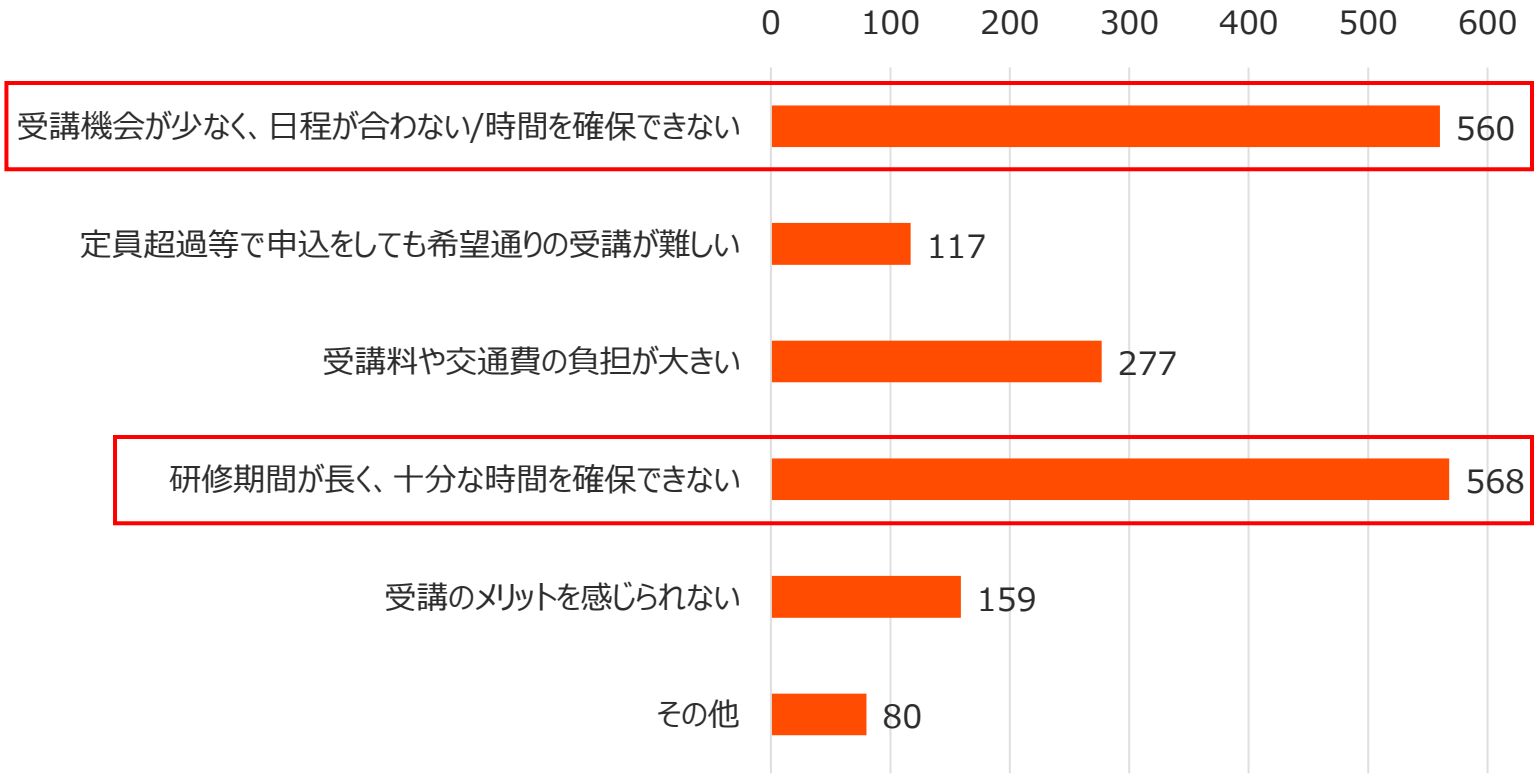


出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

認知症介護実践リーダー研修を受講するにあたっての課題

○認知症介護実践リーダー研修を受講するにあたっての課題として「研修期間が長く、十分な時間を確保できない」が最も多く、次いで「受講機会が少なく、日程が合わない/時間を確保できない」が挙げられた。

問19.認知症介護実践リーダー研修を受講するにあたっての課題として、当てはまるものを選択してください。【複数回答】



出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

研修の受講料

○研修の受講料について、
①実践者研修は、「20,001～40,000円」が51.9%と最も多く、次いで「1～20,000円」（33.3%）、「40,001～60,000円」（11.1%）の順に多かった。
②実践リーダー研修は、「20,001～40,000円」が42.6%と最も多く、次いで「40,001～60,000円」（22.2%）、「1～20,000円」（20.4%）の順に多かった。

問２-11　研修の受講料（研修受講者負担額）について、金額をご記入ください。【数値回答】

	①実践者研修		②実践リーダー研修	
区分	回答数	%	回答数	%
合計	**54**	**100.0%**	**54**	**100.0%**
0円	2	3.7%	3	5.6%
1～20,000円	18	33.3%	11	20.4%
20,001～40,000円	28	51.9%	23	42.6%
40,001～60,000円	6	11.1%	12	22.2%
60,001円以上	0	0.0%	5	9.3%

	①実践者研修	②実践リーダー研修
中央値	24,000.0	31,250.0
平均値	24,242.2	33,383.7
最小値	0	0
最大値	55,000	73,000

出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

受講料の設定根拠

○受講料の設定根拠について、
①実践者研修は、「必要経費・委託金額等をもとに算出した」が61.1%と最も多く、次いで「不明（または従前からの金額を踏襲している）」（31.5%）の順に多かった。
②実践リーダー研修は、「必要経費・委託金額等をもとに算出した」が59.3%と最も多く、次いで「不明（または従前からの金額を踏襲している）」（29.6%）の順に多かった。

問２-12　受講料の設定根拠について、当てはまるものをすべて選択してください。【複数回答】

	①実践者研修		②実践リーダー研修	
選択肢	回答数	%	回答数	%
合計	54	100.0%	54	100.0%
必要経費・委託金額等をもとに算出した	33	61.1%	32	59.3%
他自治体等の金額を参考にした	9	16.7%	7	13.0%
不明（または従前からの金額を踏襲している）	17	31.5%	16	29.6%
その他	4	7.4%	4	7.4%
受講料は徴収していない	1	1.9%	2	3.7%

出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

論点①　認知症介護に係る研修の見直し

論点①

（経緯）

■ 認知症介護に係る研修については、認知症介護に関する専門的知識及び実践的なケア技術を習得し、事業所における認知症ケアの質の向上や人材育成を担う人材を養成することを目的として実施されている。

■ 認知症施策の推進や認知症介護に係る研修体系の整備が進められてきたほか、介護福祉士資格取得者も増加していることから、認知症介護に関する一定の知識・技術を有する介護人材の裾野が広がっていると考えられる。

■ 一方で、研修受講者や事業者からは、座学・実習ともに研修期間が長く、職員が研修に参加しづらいことや、特に小規模事業所や訪問系サービスにおいて職員を送り出すことが難しいとの指摘がある。

■ 認知症介護に係る研修は、主として自治体が実施主体となっているが、受講定員の制約により受講機会が限られていることや、オンラインによる受講環境の整備が十分ではないこと、地域によって受講料に差が生じていることなども課題として指摘されている。

（論点）

■ 認知症介護に係る研修は、人材育成を目的として創設されたものであり、その後、各種加算の要件として活用されてきた。他方で、人材育成のために求められる知識・技術と、加算要件として求められる知識・技術が必ずしも一致しているとは限らないことから、それぞれの目的に応じた研修体系の在り方についてどのように考えるか。

■ また、研修創設から相当期間が経過していることを踏まえ、介護を取り巻く状況も変化していることが想定される。介護福祉士資格を持つ介護職は増加しており、介護福祉士養成課程で学習する内容や、他の認知症関連研修との役割分担、現場で求められる知識・技術、キャリア形成の在り方等を踏まえ、真に必要な研修内容についてどのように考えるか。

■ 認知症介護に係る各種加算の要件として研修修了者の配置が求められていることも踏まえ、認知症介護の質の確保と研修の受講しやすさの両立を図る観点から、研修体系及び研修実施方法の在り方についてどのように考えるか。

論点①　認知症介護に係る研修の見直し

対応案

■ 認知症介護の質を確保する観点から、現行の実践者研修、実践リーダー研修、指導者研修については、受講機会が得られるよう必要な見直しを行うよう自治体への依頼を進める。他方で、現行研修において求められる専門性は維持しつつ、受講実態及び介護を取り巻く状況や事業者の負担軽減の観点等も踏まえながら、より適切な人材育成及び研修体系の在り方について、次期報酬改定（令和12年度）までに検討していくことにしてはどうか。

■ 今期介護報酬改定においては、認知症関連加算における研修要件について、それぞれの研修の対象や目的等を踏まえて見直してはどうか（詳細は論点②において議論予定）。

認知症への対応力強化　目次

論点①：認知症介護に係る研修の見直し・・・

認知症チームケア推進加算・認知症専門ケア加算・認知症加算の要件

	認知症チームケア推進加算		認知症専門ケア加算				認知症加算		
サービス	施設系		訪問系		施設系		看多機・小多機		通所系
加算類型	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	－
対象者割合	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		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	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	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		－	－	日常生活自立度Ⅲ以上者の占める割合が100分の15以上
配置①	認知症チームケア推進研修を修了した指導者を１名以上配置し、複数の介護職員からチームを組む	認知症チームケア推進研修を修了したリーダーを１名以上配置し、複数の介護職員からなるチームを組む	リーダーを配置（※）し、チームとして専門的な認知症ケアを実施 ※対象者の数が20人未満である場合にあって１以上、対象者の数が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（看多機、小多機についてはここで自立度Ⅲ以上の者ということを規定）						指導者、リーダー又は実践者等を１名以上配置
配置②	－	－	－	指導者を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	－	指導者を１名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施	指導者を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	－	－
取組内容①	個別にBPSDの評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、BPSDの予防等に資するチームケアを実施		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						認知症ケアに関する事例検討や技術的指導に係る会議を定期的に開催
取組内容②	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、計画の見直し等実施		－	• 職員ごとの認知症ケアに関する研修計画作成 • 計画に従い、研修実施又は実施予定	－	• 職員ごとの認知症ケアに関する研修計画作成 • 計画に従い、研修実施又は実施予定	• 職員ごとの認知症ケアに関する研修計画作成 • 計画に従い、研修実施又は実施予定	－	－

認知症チームケア推進加算・認知症専門ケア加算・認知症加算の対象サービス

○対象サービスは以下のとおり。

サービス ＼ 加算		認知症チームケア推進加算	認知症専門ケア加算	認知症加算
居宅	訪問介護		○	
	（介護予防）訪問入浴介護		○	
	通所介護			○
	（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）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			○
	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	○	○	

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）

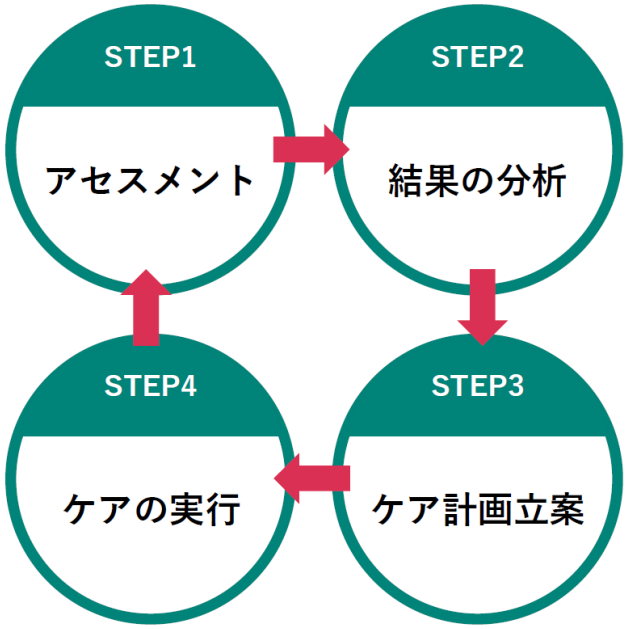
・（Ⅰ）の（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。

・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。

認知症チームケア推進加算について

○認知症チームケア推進研修等の研修修了者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームを組み、アセスメント、結果の分析、計画立案、ケアの実行を継続的に行い、認知症の入所者等に対して適切な介護を提供していく。
○アセスメント等の際には、BPSDの評価やワークシートの入力を行い、客観的に評価を行っている。

＜ケアの流れ＞



＜BPSD25Q＞



BPSD＋Q/BPSD25Q

認知症の行動・心理症状質問票

記入日　年　月　日（　）
ID　評価者　（関係　）
対象者　年齢　歳 性別 男・女

過去１週間について、下記の全質問 27 項目に答えてください。
認められなければ０に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

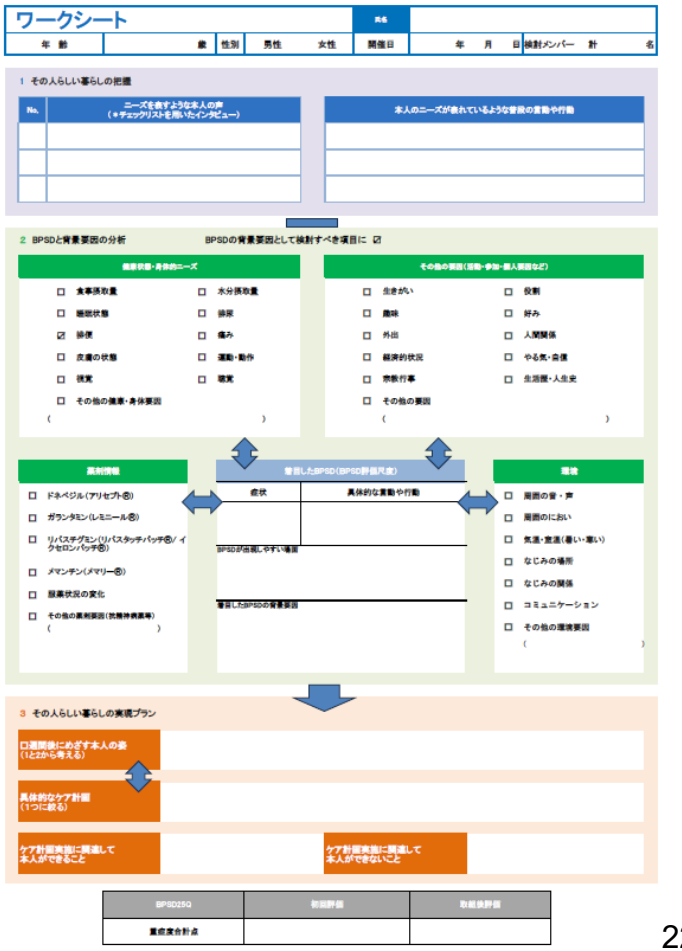
重症度 1:見守りの範囲　2:対応したケアが可能で毎日ではない　3:対応したケアが可能だが毎日ある
4:対応に困難を伴うが毎日ではない
5:対応に困難が伴いかつ毎日継続する
負担度 0:なし　1:僅かな負担　2:軽度の負担　3:中度の負担
4:大きな負担　5:極度の負担

		認められない	認められる 重症度 1～5	認められる 負担度 0～5	網掛けは主治医意見書に関連するもの
1	実際にないものが見えたり、聞こえたりする	0			幻視・幻聴
2	盗られたという、嫉妬する、別人という(選択して○:盗害、嫉妬、誤認、他)	0			妄想
3	他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する	0			暴言
4	他者に乱暴な行いをする	0			暴行
5	うろうろする、不安そうに動き回る	0			徘徊・不穏
6	家/施設から出たがる	0			無断外出
7	他者への性的に不適切な行為	0			性的不適切行動
8	こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0			常同行動
9	我慢ができない、衝動的に行動する	0			脱抑制
10	怒りっぽい	0			易怒性
11	忘れて同じことを何度も尋ねる	0			繰り返し質問
12	ものをためこむ	0			収集
13	大声・場声が続く、さけぶ	0			大声
	過活動スコア（1～13）計				
14	悲観的で気分が落ち込んでいる	0			うつ
15	やる気がない、自分からは動かない	0			アパシー
16	声かけに反応がない、興味を示さない	0			無反応・無関心
17	心配ばかりする	0			不安
18	日中うとうとする	0			傾眠傾向
19	部屋・家から出たがらない	0			閉じこもり
	低活動スコア（14～19）計				
20	夜間寝ないで活動する	0			夜間遅転
21	異食や過食、拒絶	0			食行動異常(異食)
22	介護されることを拒否する(選択して○:更衣、整容、入浴、食事、他)	0			介護への抵抗
23	尿や便で汚す、何日も入浴しない(選択して○:風呂、異所排尿、排便、他)	0			不潔行為
24	タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理	0			火の不始末
25	隠す、別な場所に置く、探し回る	0			物をなくす
	生活関連スコア（20～25）計				
	BPSD25Q（1～25）計				
26	幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没	0			過活動性せん妄
27	ボーッとして覚醒レベル低下が出没	0			低活動性せん妄
	BPSD＋Q（1～27)合計				

自由回答欄：

認知症介護研究・研修東京センター，2021

＜ワークシート＞



ワークシート

1 その人らしい暮らしの把握

No.	ニーズを表すような本人の声（＊チェックリストを用いたインタビュー）	本人のニーズが表れているような普段の言動や行動

2 BPSDと背景要因の分析　BPSDの背景要因として検討すべき項目に ☑

健康状態・身体的ニーズ
- □ 食事摂取量
- □ 水分摂取量
- □ 睡眠状態
- □ 排尿
- ☑ 排便
- □ 痛み
- □ 皮膚の状態
- □ 運動・動作
- □ 視覚
- □ 聴覚
- □ その他の健康・身体要因

その他の要因（活動・参加・個人要因など）
- □ 生きがい
- □ 役割
- □ 趣味
- □ 好み
- □ 外出
- □ 人間関係
- □ 経済的状況
- □ やる気・自信
- □ 宗教行事
- □ 生活歴・人生史
- □ その他の要因

基本情報
- □ ドネペジル(アリセプト®)
- □ ガランタミン(レミニール®)
- □ リバスチグミン(リバスタッチパッチ®)/イクセロンパッチ®)
- □ メマンチン(メマリー®)
- □ 服薬状況の変化
- □ その他の薬剤要因(抗精神病薬等)

看取したBPSD(BPSD評価尺度)
- 症状
- 具体的な言動や行動
- BPSDが出現しやすい場面
- 看取したBPSDの背景要因

環境
- □ 周囲の音・声
- □ 周囲のにおい
- □ 気温・室温(暑い・寒い)
- □ なじみの場所
- □ なじみの関係
- □ コミュニケーション
- □ その他の環境要因

3 その人らしい暮らしの実現プラン
- 口選択肢にめざす本人の姿（1と2から考える）
- 具体的なケア計画（1つに絞る）
- ケア計画実施に関連して本人ができること
- ケア計画実施に関連して本人ができないこと

BPSD25Q	初回評価	取組後評価
重症度合計点		

算定要件（認知症介護指導者）について

○認知症介護指導者に求められる役割としては、以下の３点が挙げられる。研修科目は期待される役割に基づいて設計されている。

- 認知症介護に関する公的研修の企画・立案、講師役、ファシリテーター
- 介護保険施設・事業者等（医療機関も含む）における介護の質の改善に向けた指導的役割（アドバイザー・スーパーバイザー）
- 地域における認知症施策の推進への貢献

学習内容	研修科目	役割分担
認知症介護研修総論	認知症介護実践者等養成事業の実施	研修企画者、講師
	認知症ケアに関する施策と行政との連携	認知症施策への貢献
	研修の目標設定と研修総括	
認知症ケアにおける教育の理論と実践	教育方法論	研修企画者、講師、アドバイザー、スーパーバイザー
	授業設計法	研修企画者、講師
	授業の実施と評価	
	研修企画と評価	
認知症ケア対応力向上のための人材育成	人材育成論	研修企画者、講師、アドバイザー、スーパーバイザー
	成人教育論	
	認知症ケアに関する研究法の概論	アドバイザー、スーパーバイザー
	職場実習企画/実習/振り返り/報告	
地域における認知症対応力向上の推進	共生のために地域で支え合う体制づくり	認知症施策への貢献
	相談援助の理論と方法	認知症施策への貢献、アドバイザー、スーパーバイザー

出典：令和６年度老人保健健康増進等事業「認知症介護実践者等研修の研修内容に関する調査研究事業」

認知症介護実践者のカリキュラムについて

○認知症介護実践者研修は、認知症の人についての正しい理解のもと、本人・家族が尊厳を保持し、希望をもって暮らすことができるよう認知症介護の理念、知識・技術を修得するとともに、共生社会の実現に向け、認知症ケアの質を向上させることをねらいとしている。

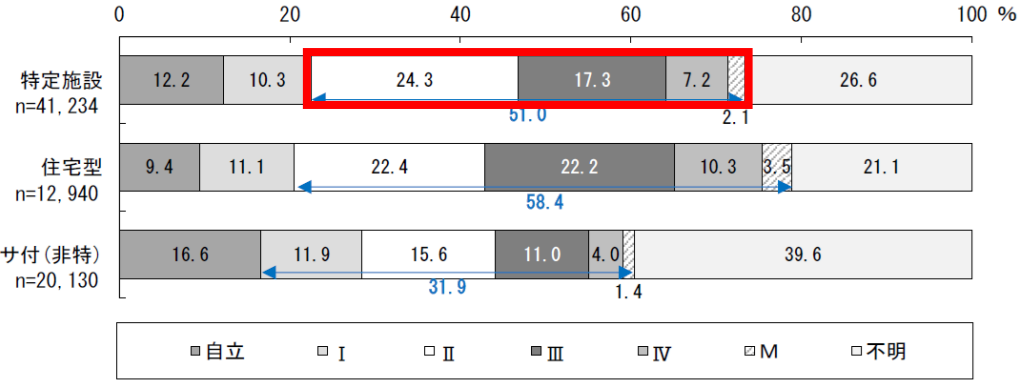
○認知症の人についての理解を深めるとともに、BPSDへの対応を含めた具体的な支援についても学習することとしている。

学習内容	研修科目
認知症ケアの基本	認知症介護実践者研修の理解
	認知症ケアの理念
	生活支援の方法
	権利擁護の視点に基づく支援
	家族介護者の理解と支援方法
	行動・心理症状（BPSD）の理解と支援
認知症の人への具体的支援のための アセスメントとケアの実践	学習成果の実践展開と共有
	共生社会を推進する地域資源の理解と展開
	アセスメントとケアの実践の基本
実習	職場実習の課題設定/実習/評価

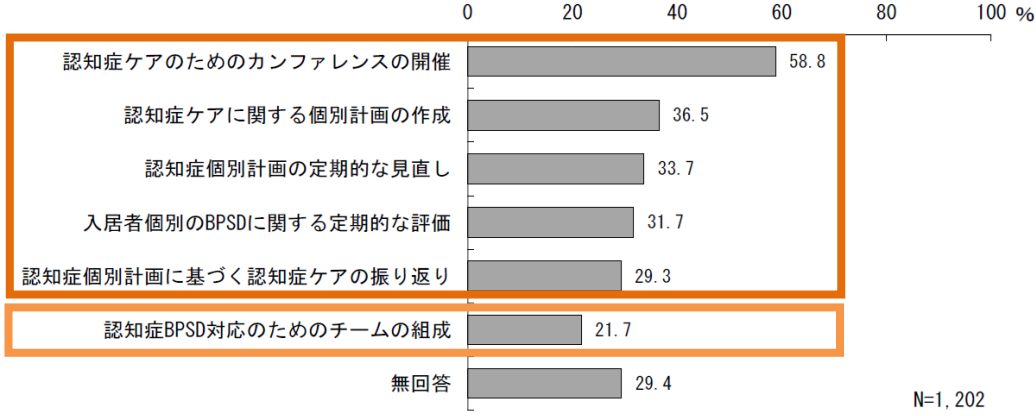
特定施設入居者生活介護における認知症チームケアに向けた支援

○　特定施設の入居者のうち、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（認知症日常生活自立度Ⅱ以上）の者が約５割を占めている。
○　特定施設のうち、約３割～６割の事業所が、認知症ケアのためのカンファレンスの開催や個別計画の作成等の取組*を実施している。　＊介護老人福祉施設における認知症チームケア推進加算の要件の一部
○　一方、認知症介護実践リーダー研修や認知症介護指導者養成研修の修了者を配置している施設は５％以下だった。

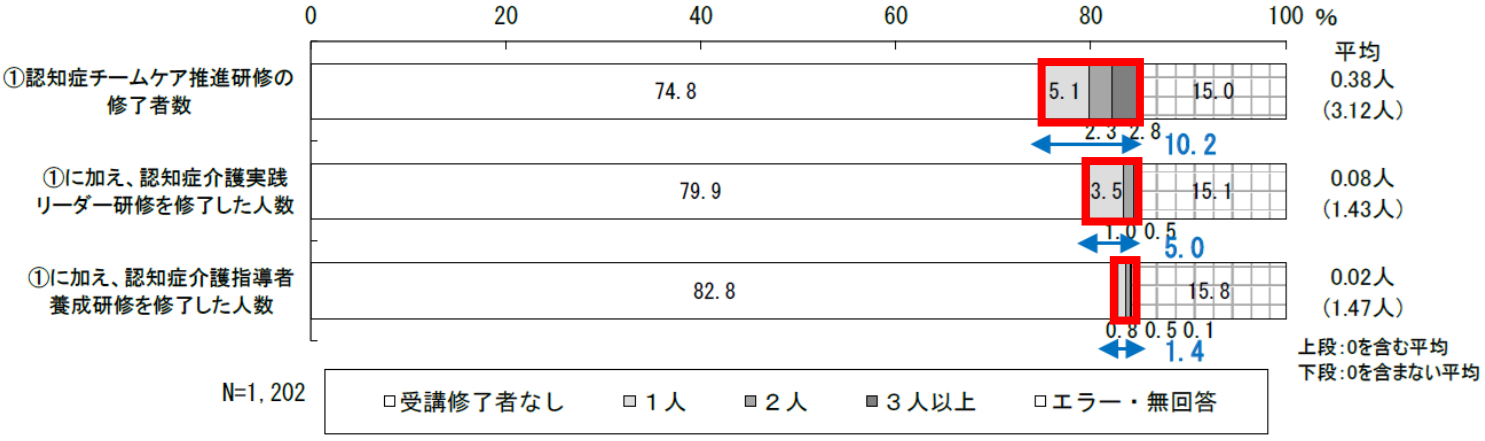
認知症の程度別入居者数



認知症チームケアとして実践している取組



認知症ケアに関する研修を修了した人数



令和６年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」
（出典）令和７年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

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

○令和７年度調査と同様に、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、令和８年度のBPSD25Q得点は、初回評価から最終評価にかけて平均7.23点の低下。両年度の統合解析では、平均9.66点の低下を認めた。

【今年度調査の位置づけ】R7年度調査と同程度の対象者を確保し、同様の得点変化が再現されるかを検討する。さらに、実施条件の同等性を確認した上で、両年度のデータを統合して解析し、BPSD25Q得点の変化をより多くの対象者で検討する。

【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、BPSD25Q及びワークシートを収集する。最終評価後に実践担当者へアンケートを実施し、取り組み前後での対象者の変化等について確認。

【分析方法】①R８年度のBPSD25Q得点の変化、②R7・8年度のデータを統合したBPSD25Q得点の変化、③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について、BPSD25Q及びワークシート、アンケート結果を用いて評価。

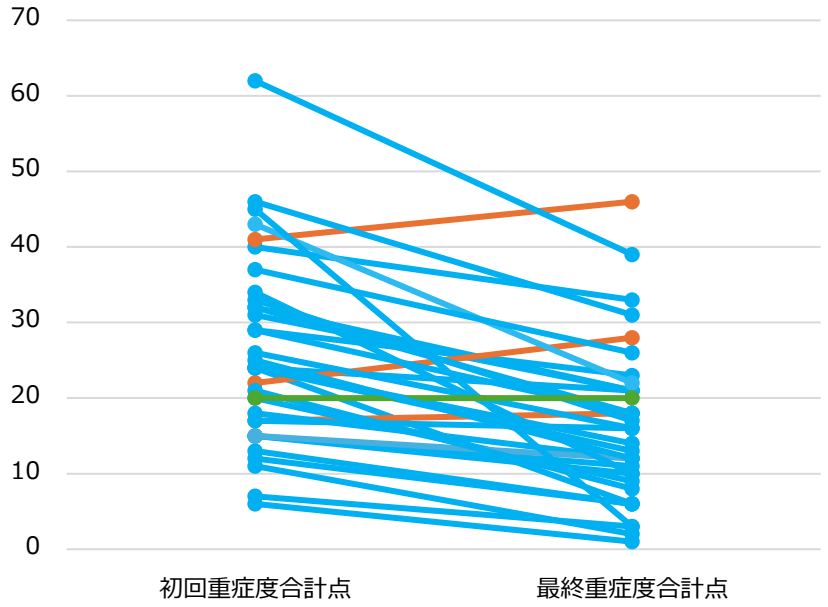
【BPSD25Q 重症度得点の変化】

-R7・R8年度データ統合統計解析の結果-

（n=35）

	初回評価	最終評価	p
平均値	26.00	16.34	＊＊
標準偏差	12.35	10.43	
中央値	24.00	16.00	
最大値	62.00	46.00	
最小値	6.00	1.00	

＊＊：p<0.01 対応ある t 検定



出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減を目的としたチームケア推進に関する調査研究」

科学的介護情報システム（LIFE）の検討について

○令和７年度「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会のとりまとめを踏まえ、科学的介護推進体制加算（１階層目）を算定し、その上で科学的介護推進体制加算以外のLIFE関連加算（２階層目）を算定することを前提とした加算構造とすることが検討されている。

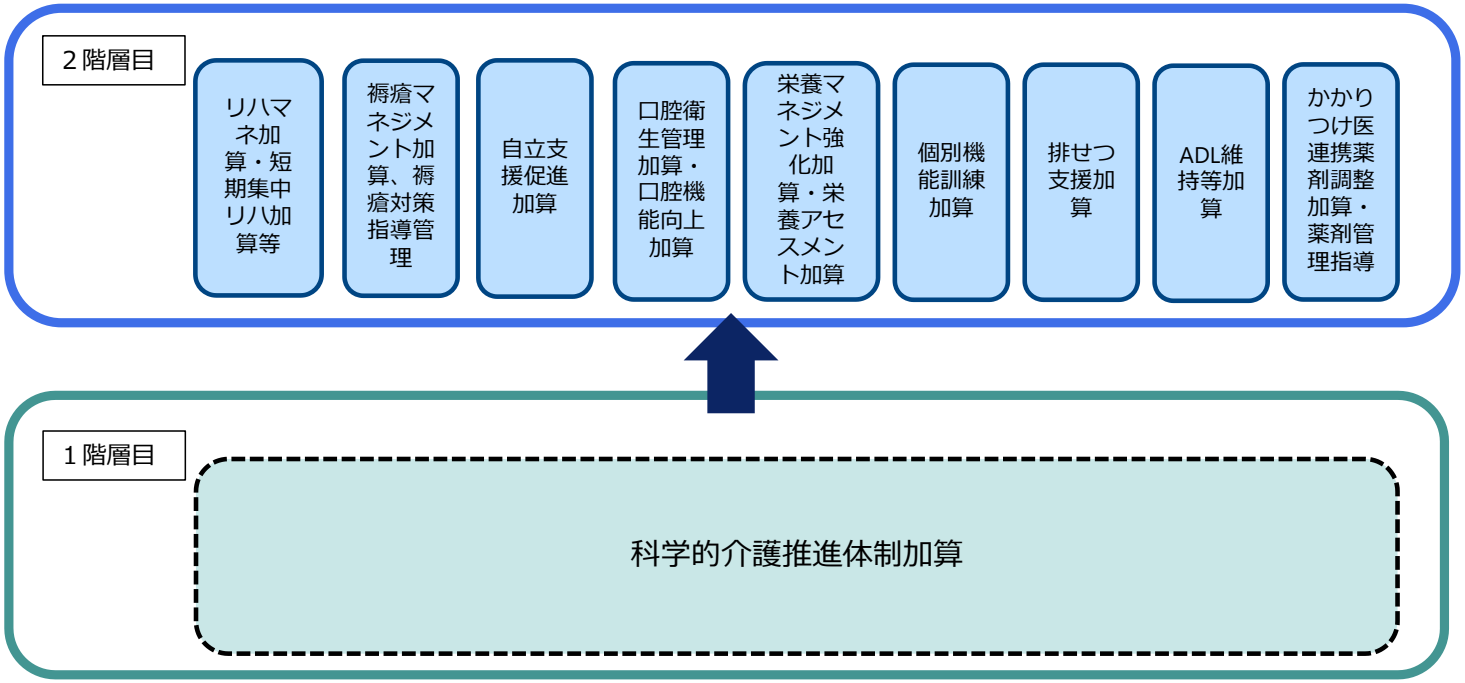
○「LIFEの提出項目等に係る作業部会」では、認知症の周辺症状の対応についても介護現場で行っている評価を入力項目とすることや、２階層目に認知症の詳細なBPSDの把握等の加算を追加することについて検討すべきとの意見があった。

社保審－介護給付費分科会	参考資料
第254回（R8.2.16）	2－2

加算の構造の考え方（案）

・現在の科学的介護推進体制加算を分野横断的に基礎的な情報を収集する加算であると考えてはどうか。

・その上で、２階層目部分の加算の算定を行うにあたり、１階層目部分の算定を前提としてはどうか。

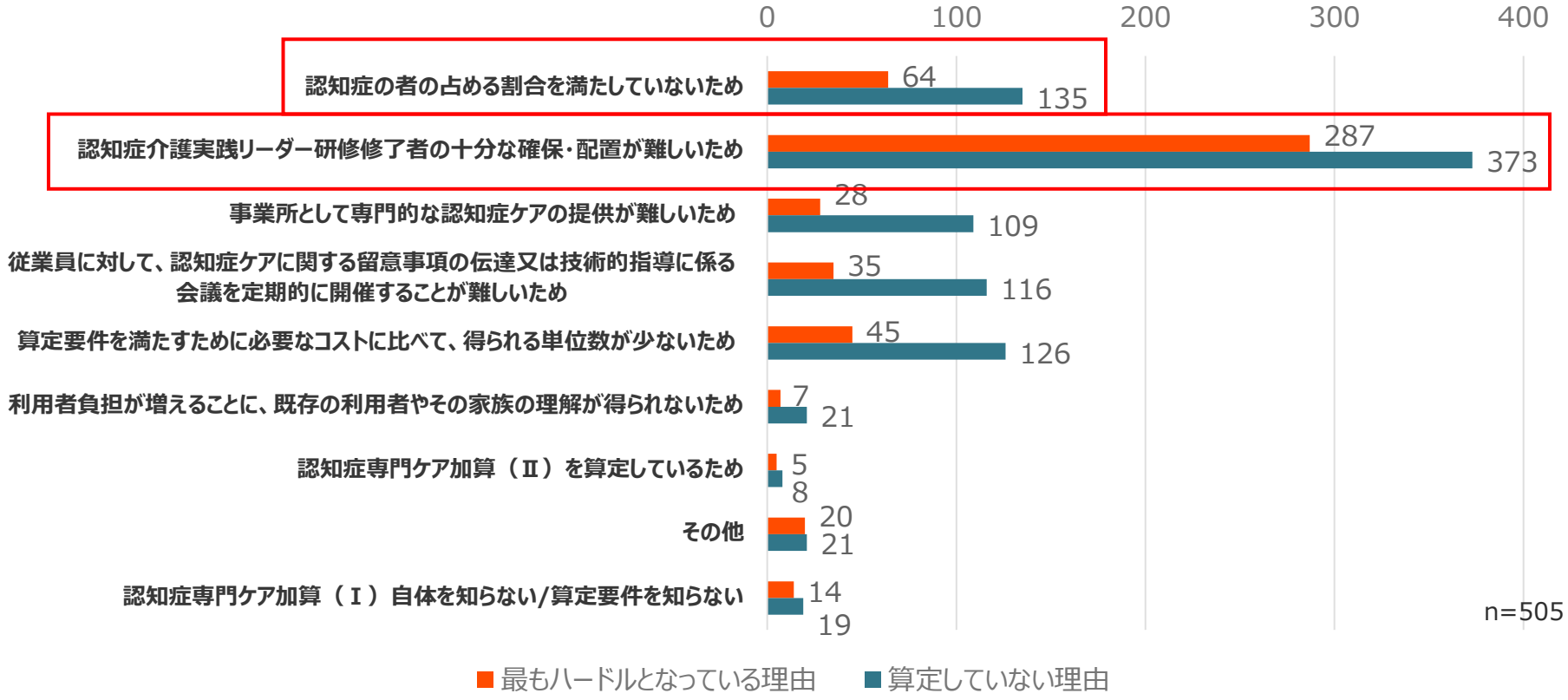


認知症専門ケア加算（Ⅰ）を算定していない理由

○認知症専門ケア加算（Ⅰ）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修了者の十分な確保・配置が難しいため」が最も多く、次いで「認知症の者の占める割合を満たしていないため」が多い。

○最もハードルとなっている理由としては「認知症介護実践リーダー研修修了者の十分な確保・配置が難しいため」が最も多い。

問6-1．認知症専門ケア加算（Ⅰ）を算定していない理由を選択してください。【複数回答】
問6-2．問6-1の中で最もハードルとなっている要件はどれですか。（単一回答）

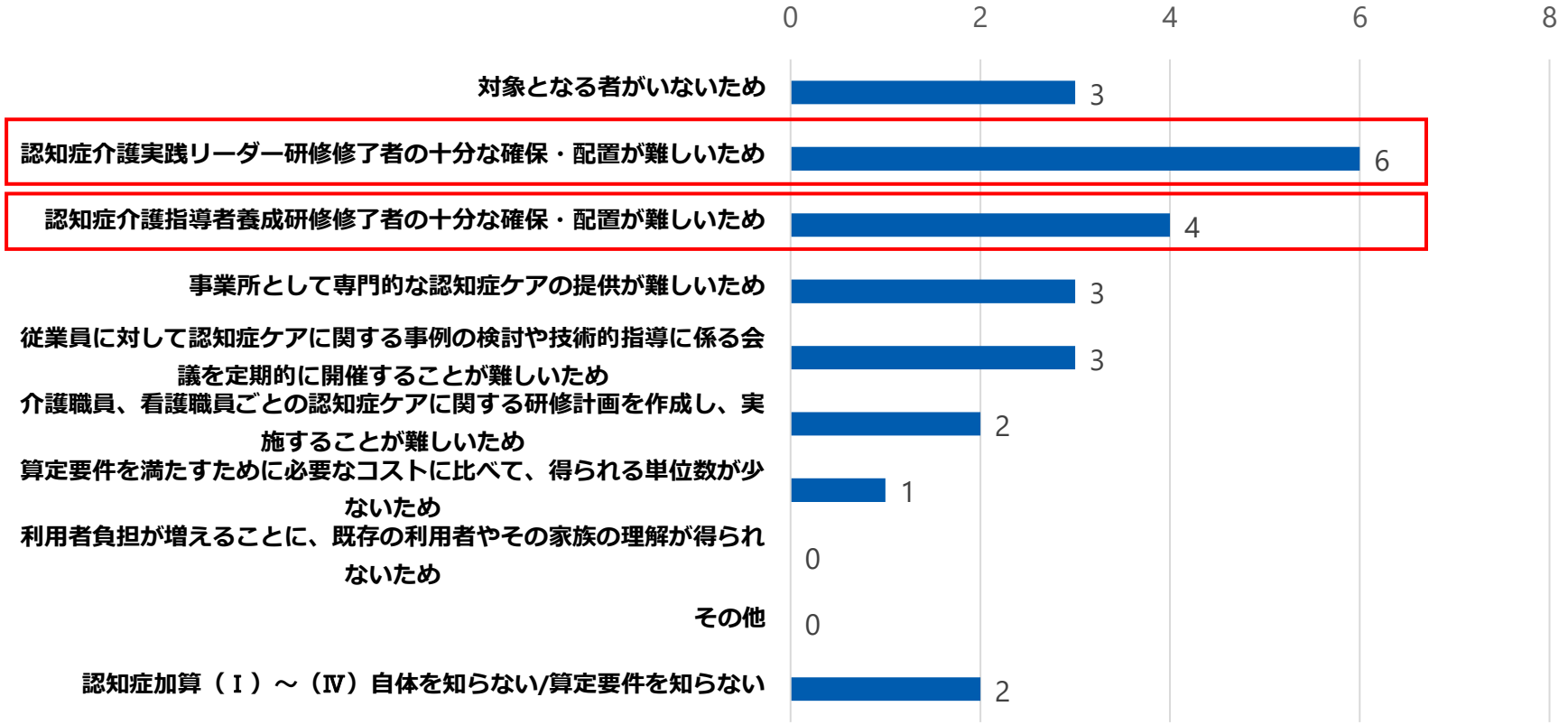


出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

（看護）小規模多機能型居宅介護の認知症加算（Ⅰ）～（Ⅳ）を算定していない理由

○認知症加算（Ⅰ）～（Ⅳ）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修了者の十分な確保・配置が難しいため」が最も多く、次いで「認知症介護指導者養成研修修了者の十分な確保・配置が難しいため」が多い。

問13. 認知症加算（Ⅰ）～（Ⅳ）を算定していない理由を選択してください。



n=10

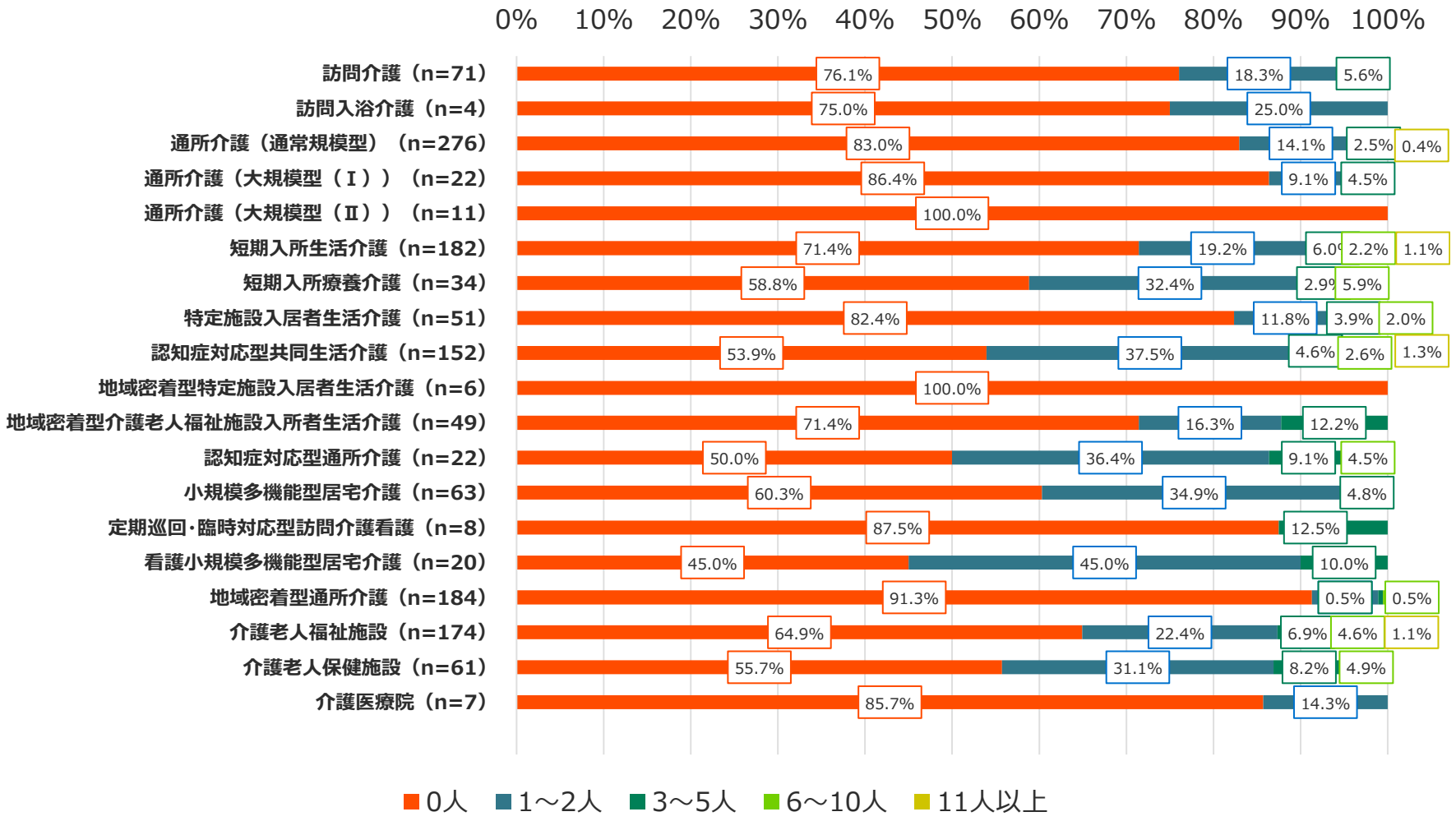
※Ⅰ～Ⅳのいずれも算定していない事業所（n=10と少ないことに注意）

出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

認知症介護実践リーダー研修の受講状況

○認知症介護実践リーダー研修修了者について、主に通所系、訪問系サービスにおいて、１名以上の配置が困難となっている。

○サービス全体では、現在配置可能な修了者が１人以上いる事業所は24.3%であった。



出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

論点②　認知症関連加算の見直し

論 点 ②

（経緯）

■ 平成21年度介護報酬改定において、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、認知症介護について一定の経験を有し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等について評価する加算を創設。

■ その後、各加算の対象サービスを順次拡大し、令和６年度介護報酬改定においては、入所者等の尊厳を保持した適切な介護を提供することが、その目指すべき方向であり、入所者等に日頃から適切な介護が提供されることにより、BPSDの出現を予防し、出現時にも早期対応し重症化を防ぐことが可能となることから、BPSDの予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施していることを評価するため、認知症チームケア推進加算を創設。

（※）認知症施策推進基本計画においては、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（BPSD）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ことが掲げられている。

■ 加えて、認知症高齢者等の増加や認知症施策推進基本計画を踏まえ、介護現場における更なる認知症ケアの質の向上が求められている。

論点②　認知症関連加算の見直し

論点②

（認知症チームケア推進加算について）

■ 加算創設後、本加算の算定率は一定程度増加しているものの、人材不足や研修修了者の確保・配置が困難であること等により、全体として算定は低調な状況にある。特に、認知症介護指導者の配置を要件としている加算Ⅰについては、加算Ⅱと比較して算定率が低くなっている。

■ 他方で、認知症介護実践者は、BPSDへの対応含めた具体的な支援について学習している状況。

■ 特定施設入居者生活介護においては、入居者に占める認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の占める割合は利用者全体の５割以上であり、約３～６割の事業所において、認知症ケアのためのカンファレンスや個別計画の作成等、本加算の要件となっている取組が行われている。

■ BPSD25Qによる評価やワークシートの作成は、利用者の状態把握やケアの見直しに資する重要な要素である一方、事業所における負担が大きく、算定のハードルの一つとなっているとの指摘がある。

■ なお、科学的介護情報システム（LIFE）における評価項目については、介護現場におけるBPSDへの対応等を十分に反映できていないことや、BPSDに係るデータ等の収集・活用を通じて、自立支援の観点から介護の質向上につなげる仕組みを検討すべきとの指摘がある。

■ こうした状況を踏まえ、チームによるケアをさらに推進していく観点から、研修修了者要件や対象サービスの追加等についてどう考えるか。

（認知症関連加算について）

■ 認知症専門ケア加算及び認知症加算については、専門的な認知症ケアの提供体制の確保を目的としているものの、人材不足や研修修了者の確保・配置が困難であることから、算定は低調な状況にある。

■ 職員配置や研修修了者の配置状況といった体制を評価することは、認知症の人に対するケアの質確保・向上を図る上で重要である一方、具体的なケアの実践や継続的な質の向上の取組を適切に評価できているかとの指摘もある。認知症の人に対するケアの実践や質の向上を促進する観点から、認知症チームケア推進加算含め、認知症専門ケア加算、認知症加算の評価の在り方についてどのように考えるか。

論点②　認知症関連加算の見直し

対応案

（認知症チームケア推進加算について）

■ 認知症の人に対する適切なケアの提供を推進するため、現行の算定要件や認知症介護研修のカリキュラム、事業所における認知症介護に係る人材確保の状況等を踏まえつつ、認知症ケアに関する知識・技術をより一層介護現場に浸透を図り、チームケアによるBPSDの発現予防等を進める観点からも、加算要件として求める研修修了者について、加算Ⅰは認知症介護実践リーダーに、加算Ⅱは認知症介護実践者に見直してはどうか。また、加算区分ごとの単位数については、必要に応じて見直しを検討してはどうか。

■ 特定施設については、利用者が入居生活を送る中で、日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を継続的に提供するサービスである。一部の事業所では、施設と同様、利用者の状態変化に応じた日常的な観察やケアが行われていることや検証結果を踏まえ、認知症の人に対する適切なケアの提供及びBPSDの予防・早期対応を推進する観点から、特定施設についても本加算の対象としてはどうか。

■ 在宅サービスにおいては、複数のサービスが組み合わされて提供されることや、独居・家族同居など利用者の生活環境によって支援の在り方が異なり、BPSDの変化のみならず、本人の希望する生活の継続等も重要なアウトカムとなる。多職種・多機関の連携による取組の実態や既存知見を収集・分析し、在宅における認知症チームケアとして評価すべき取組を整理した上で、適切な評価の在り方について引き続き検討してはどうか。

■ BPSD25Qによる評価やワークシートの記載を含む認知症チームケアの実践プロセスについて、認知症チームケアの効果に関するエビデンスや事業所負担の状況等を踏まえるとともに、BPSD等に関するデータの継続的な把握・活用を図る観点から、LIFEの活用も含めた実践プロセスの在り方について今後検討してはどうか。

（認知症関連加算について）

■ 認知症の人に対する適切なケアの提供及び認知症ケアの質向上を推進する観点から、事業所の人材確保の実態を踏まえつつ、各種加算の目的や役割を整理するとともに、必要な人員体制含め、認知症ケアの実践及び質向上を適切に評価できる体系の在り方について引き続き検討してはどうか。

認知症への対応力強化　目次

論点①：認知症介護に係る研修の見直し・・・

認知症の人の意思決定支援

「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」の改訂

○平成30年６月　「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」策定
○令和７年３月　認知症基本法及び基本計画を踏まえ、ガイドライン（第２版）として改訂
　⇒認知症の人の意思を尊重し、誰もが安心して暮らせる 共生社会を実現

ガイドラインの主な改訂点

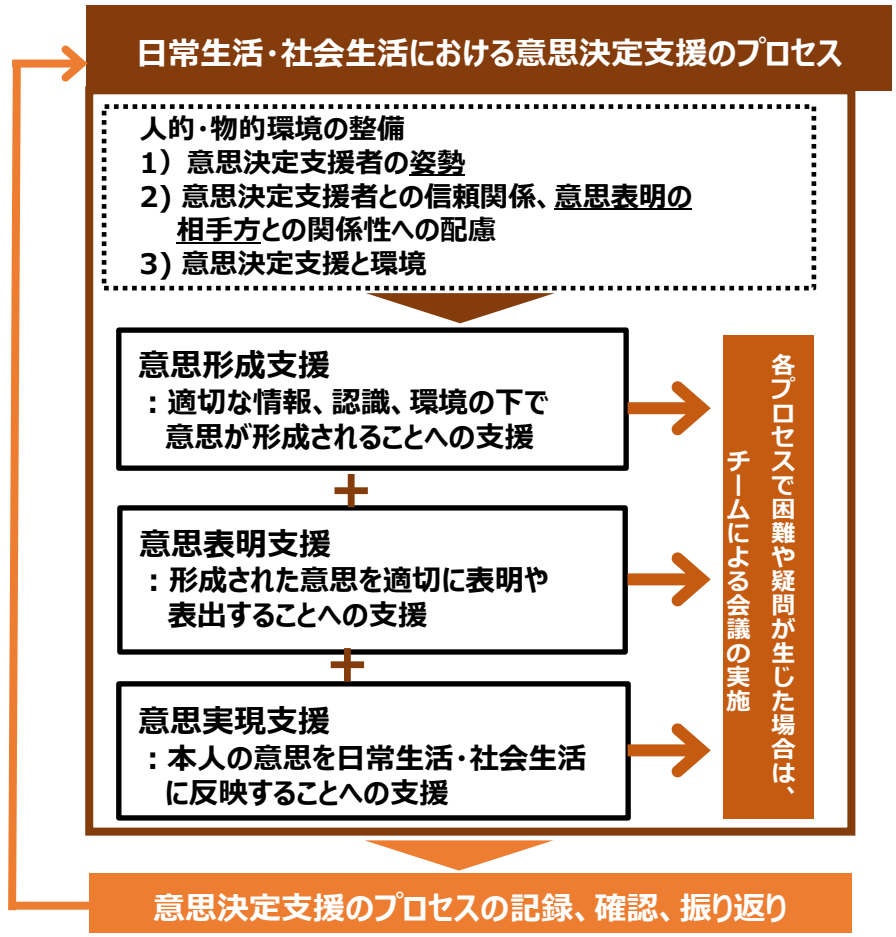
◎ 認知症の人の意思の尊重を含めた人権の尊重や、「新しい認知症観」の考え方を反映
◎ ガイドラインの読み手である意思決定支援者が多様であることを踏まえ、わかりやすい表現を使用

・第二期成年後見制度利用促進基本計画や認知症基本法、認知症基本計画に係る内容を追記
・過剰な意思決定支援を行わないことや、認知症の症状の度合いによって、意思決定支援を行わないことがないようにすることを追記
・社会参加機会に係る内容（認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがある）を追記
・「認知症の人」という表現について、説明文を追記
・「本人の意思の表出」に係る内容を追記
・新規事例を追加した上で、別冊として事例集を作成

意思決定支援のポイント

・「認知症の人には意思があり、意思決定能力を有する」という理念が、意思決定支援の基盤であることを理解する。
・認知症の症状にかかわらず、一人の人として、本人の尊厳を尊重する姿勢をもって意思決定支援を行う。

日常生活・社会生活における意思決定支援のプロセス



論点③　認知症の人の意思決定支援について

論点③

■ 認知症の人の意思決定支援については、医療・介護従事者向けの研修において標準カリキュラムの中に組み込んでいるほか、平成30年６月に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定して、その考え方の普及に努めてきたところ。

■ その後、認知症基本法及び認知症施策推進基本計画で、「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護」が基本的施策として掲げられたことから、その理念及び内容を反映させるため、令和７年３月にガイドラインの改訂（第２版）を行った。

■ さらに、社会福祉法等の一部を改正する法律（令和８年法律第51号）においても、福祉サービス利用者の意思決定の支援に配慮することや、その意向の尊重に努めなければならないことが定められるなど、本人の意思や選好を尊重することの重要性が様々な場面で指摘されているが、認知症の本人からは、本人の声を十分に聴いてほしい、本人が声を出せる配慮をしてほしいという指摘がある。

■ こうした状況を踏まえ、認知症の人の生活においてその意思等が尊重され、自らの意思に基づいた日常生活や社会生活を送ることができるようにするためには、ガイドライン第２版で整理された意思決定の支援を理念として掲げるだけではなく、その実践につなげる取組と併せて実施する必要があるが、どのような対応が考えられるか。

対応案

■ ガイドライン第２版の内容について、調査研究事業を活用して、認知症の人の意見も反映しながら、わかりやすい研修資材や動画コンテンツの作成を進めるとともに、利用者の意思決定の支援や、従業員に対する研修の実施等を各事業の運営基準に位置付けるなど、その実践が図られるような取組について、次期報酬改定（令和12年度）までに検討してはどうか。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．現状と課題及び論点

３．参考資料

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（ＢＰＳＤ）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
			認知症高齢者の日常生活自立度										
		総数	自立	Ⅰ	Ⅱａ	Ⅱｂ	Ⅲａ	Ⅲｂ	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

サービス ＼ 加算		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

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。

【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に該当する入所者等を指す。）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開催していること。

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%	1137	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

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。

現状と課題及び論点

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。

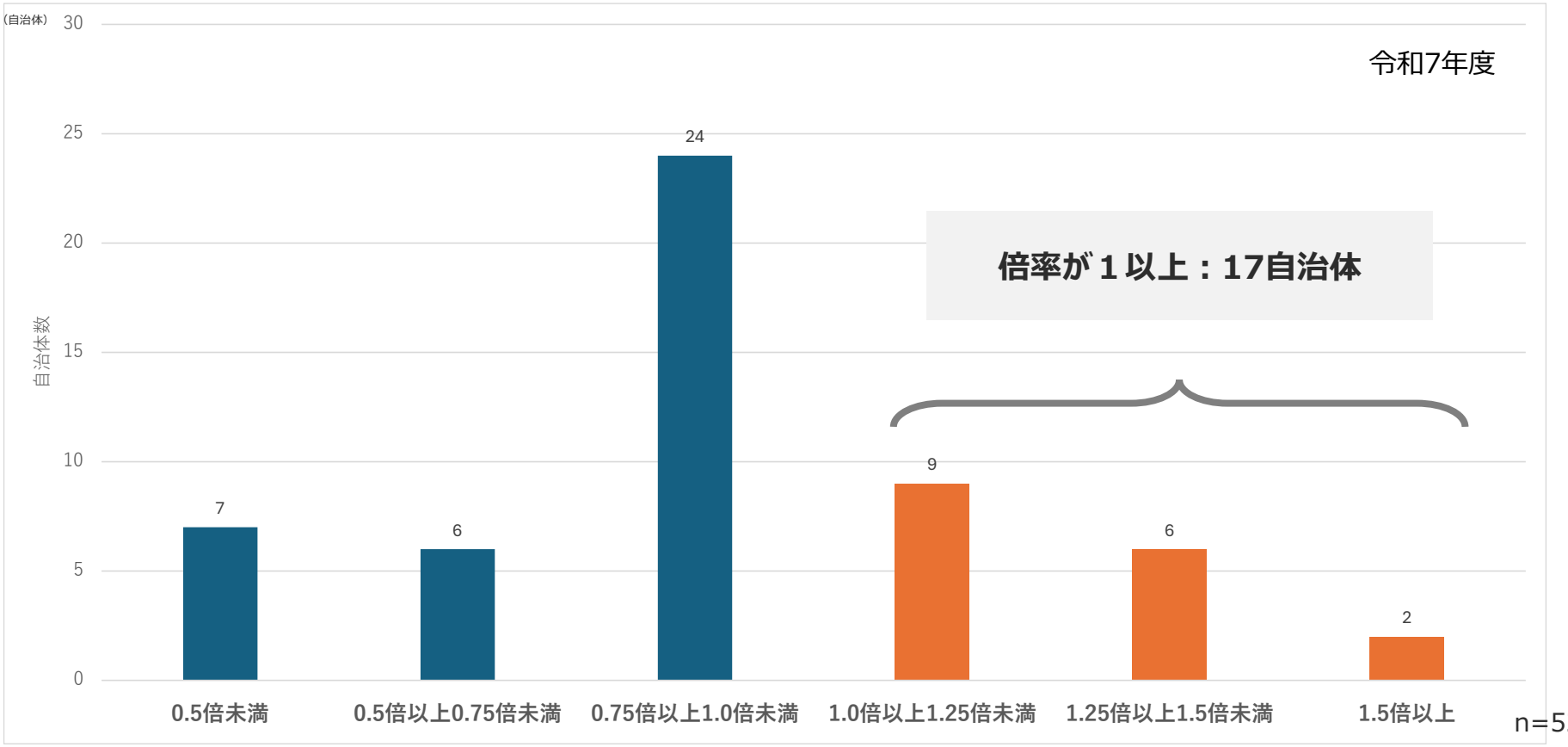
認知症介護実践者研修の申込時倍率

○実践者研修の申込時倍率について、倍率が１以上であった自治体は52自治体中17自治体であった。

申込時倍率（実践者研修）

【算出式】

- 申込時倍率＝　年間申込者数　÷　(研修実施回数　×　研修１回あたりの定員数　)



出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

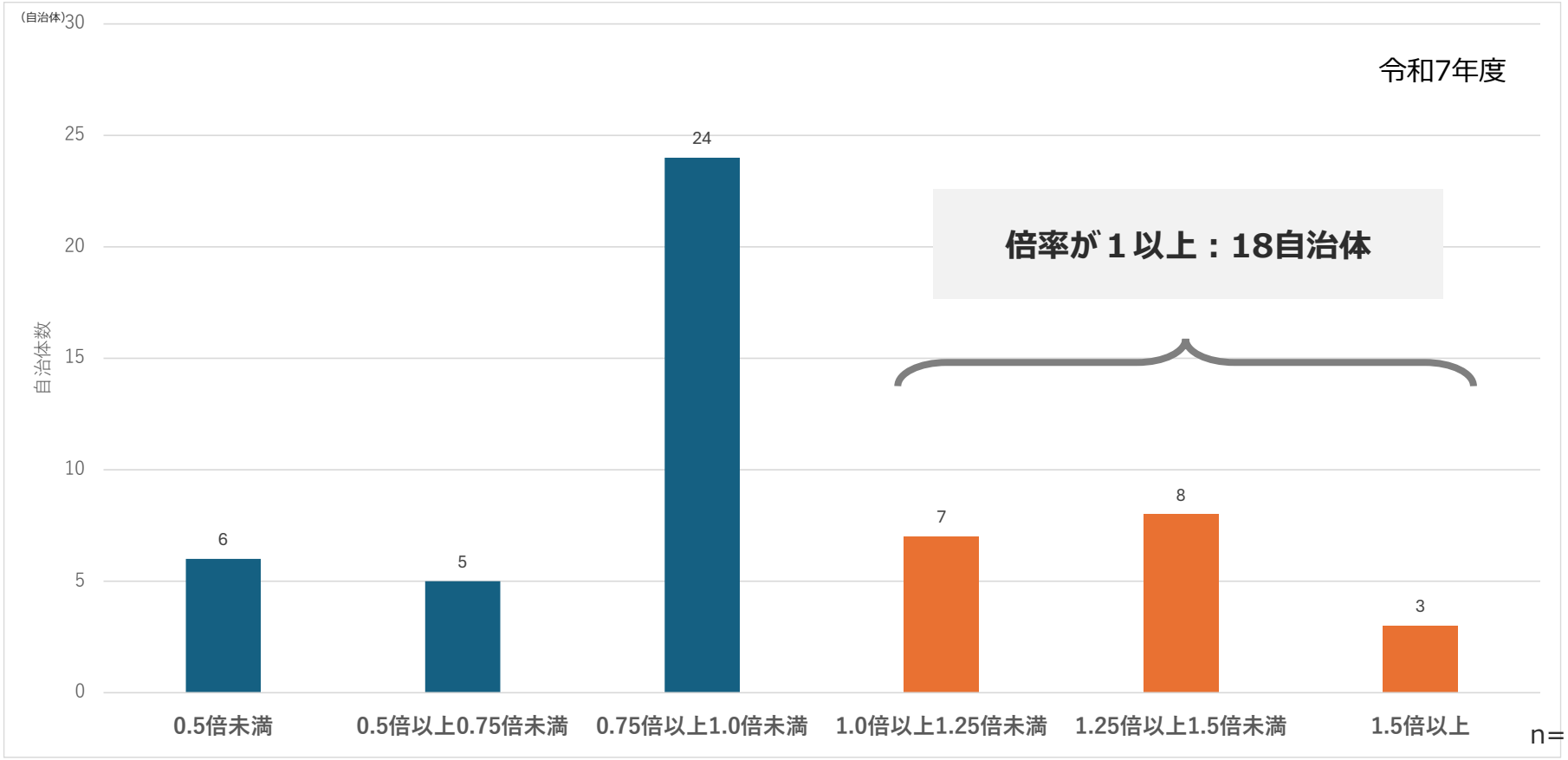
認知症介護実践リーダー研修の申込時倍率

○実践リーダー研修の申込時倍率について、倍率が１以上であった自治体は51自治体中18自治体であった。

申込時倍率（実践リーダー研修）

【算出式】

- 申込時倍率 ＝ 年間申込者数 ÷ （ 研修実施回数 × 研修１回あたりの定員数 ）



出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

定員超過した場合の対応

○実践者研修は、「定員が超過することはなかった」が42.6%と最も多く、次いで「市町村からの推薦のある者を優先した」（29.6%）が多かった。

○実践リーダー研修は、「定員が超過することはなかった」が57.4%と最も多く、次いで「１つの法人・事業所で参加できる人数を制限した」（24.1%）が多かった。

問２-６　申込者数が定員を超過した場合の対応について、当てはまるものをすべて選択してください。【複数回答】

	①実践者研修		②実践リーダー研修	
選択肢	回答数	%	回答数	%
合計	**54**	**100.0%**	**54**	**100.0%**
抽選によって受講者を決定した	11	20.4%	8	14.8%
市町村からの推薦のある者を優先した	16	29.6%	10	18.5%
１つの法人・事業所で参加できる人数を制限した	13	24.1%	13	24.1%
切迫度の高い事業所を優先した（指定基準に満たしていない、人員配置が義務付けられている等）	12	22.2%	8	14.8%
前年度以前の落選者を優先した	13	24.1%	10	18.5%
法人内・事業所内での優先順位に基づいて決定した	8	14.8%	7	13.0%
受講希望理由やレポートの内容をもとに選考を行った	0	0.0%	0	0.0%
経験年数の長い人を優先した	4	7.4%	4	7.4%
市内事業所を優先した	2	3.7%	1	1.9%
修了者のいない事業所を優先した	4	7.4%	4	7.4%
先着順で決定した	2	3.7%	1	1.9%
その他独自の選考基準を定めて決定した	5	9.3%	4	7.4%
定員を増員し、可能な限り受け入れた	11	20.4%	8	14.8%
定員が超過することはなかった	23	42.6%	31	57.4%

出典：令和８年度老人保健健康増進等事業「共生社会の実現に資する認知症の保健医療福祉サービス・人材育成のあり方に関する調査研究事業」

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の概要

１．制度の概要

○ 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。

○ 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
① 有料老人ホーム　② 軽費老人ホーム（ケアハウス）　③ 養護老人ホーム
※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。

○ 特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホームを「介護付き有料老人ホーム」という。

２．人員基準

○管　理　者― １人［兼務可］　○生 活 相 談 員― 要介護者等：生活相談員＝100：1

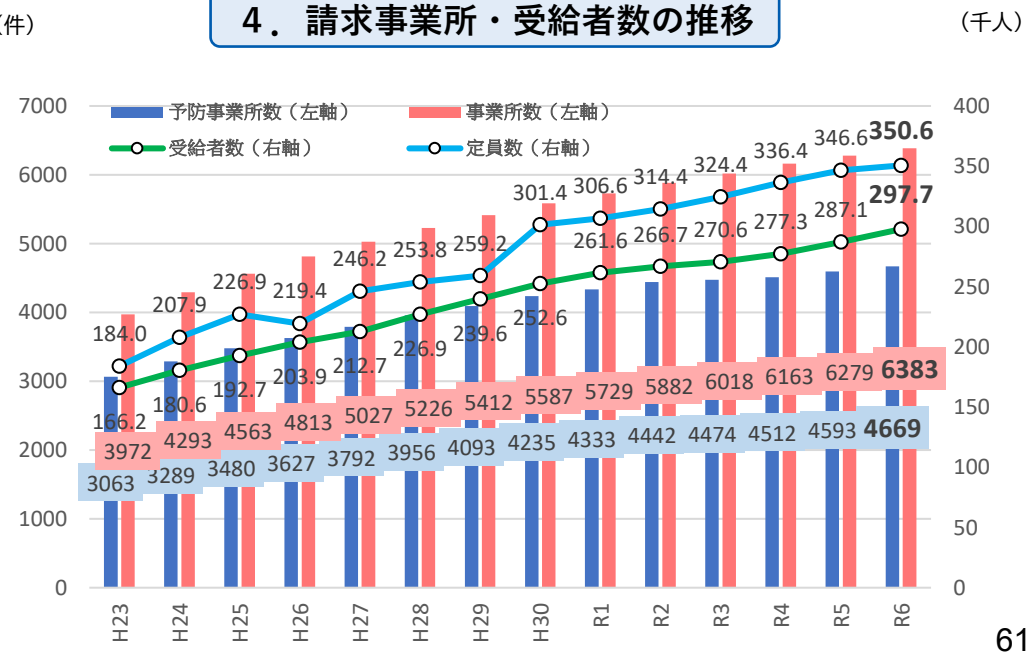
○看護・介護職員― ①要支援者：看護・介護職員＝10：1　②要介護者：看護・介護職員＝3：1
※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人　※ 夜間帯の職員は１人以上

○機能訓練指導員― １人以上［兼務可］　○計画作成担当者― 介護支援専門員１人以上［兼務可］※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

３．設備基準

① 介護居室：・原則個室
・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ
・地階に設けない 等
② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

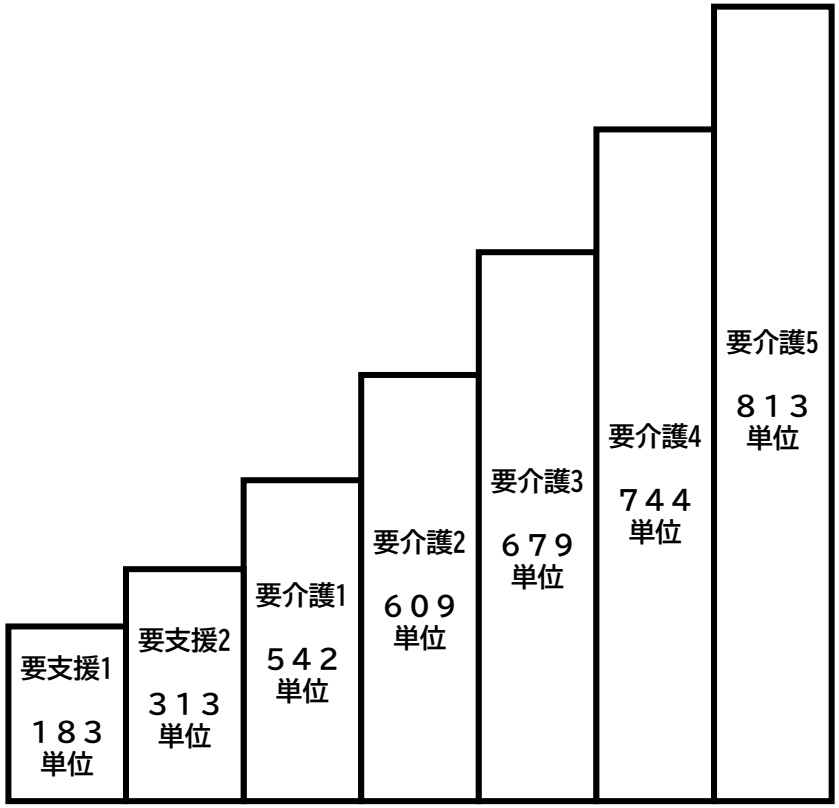
４．請求事業所・受給者数の推移



※地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。
出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分（4月審査分））

特定施設入居者生活介護の報酬

利用者の要介護度に応じた基本サービス費（１日当たり）



＋

利用者の状態に応じたサービス提供や特定施設入居者生活介護の体制に対する**加算・減算**

【口腔・栄養スクリーニング加算】
・利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、その情報を担当する介護支援専門員に提供すること：20単位/回

【生活機能向上連携加算】
・外部の理学療法士等と共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施
Ⅰ：100単位/月　Ⅱ：200単位/月

【個別機能訓練加算】
・機能訓練指導員等が共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施
Ⅰ：12単位/日　Ⅱ：20単位/月

【ADL維持等加算】
・利用者のADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定水準を超えた場合に算定
Ⅰ：30単位/月　Ⅱ：60単位/月

【科学的介護推進体制加算】
・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等の基本的な情報をLIFEへ提出し、サービス提供に当たって必要な情報を活用している場合に算定　：40単位/月

【サービス提供体制強化加算】
Ⅰ介護福祉士 70% or 勤続10年～25%　：22単位/日
Ⅱ介護福祉士 60%　：18単位/日
Ⅲ介護福祉士50%or常勤75%or勤続7年～30%　：6単位/日

【看取り介護加算Ⅰ】
・死亡日以前31～45日　：　72単位
・死亡日以前4～30日　：　144単位
・前日・前々日　：　680単位
・当日　：1,280単位

【看取り介護加算Ⅱ】
・夜勤等による看護職員配置：＋500単位

【入居継続支援加算】
・入居者のうち喀痰吸引等を必要とする者が占める割合が一定（※）以上、介護福祉士の数が入居者６に対して１以上配置されていること
※Ⅰ：15%～　：36単位/日
Ⅱ：５%以上15%未満：22単位/日

【夜間看護体制加算】
・常勤の看護師を配置し、24時間の連絡体制や健康上の管理を行う体制の確保等
Ⅰ 夜勤又は宿直の看護職員：18単位/日
Ⅱ 24時間の連絡体制　：９単位/日

【認知症専門ケア加算】
・認知症介護に係る研修の修了者を一定数配置　等　：３単位
・認知症介護の指導に係る研修の修了者を一定数配置　等　：４単位

【退院・退所時連携加算】
・医療提供施設から退院・退所した者を受け入れること　：30単位/日

【介護職員等処遇改善加算】
（Ⅰ）イ 14.8%　ロ 15.9%
（Ⅱ）イ 14.2%　ロ 15.3%
（Ⅲ）13.0%　（Ⅳ）10.8%

－

定員を超えた利用や人員配置基準に違反　（▲30%）

業務継続計画未策定減算（▲３%）

※　加算・減算は主なものを記載