

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

共生社会の実現を推進するための
認知症基本法に基づく
認知症施策のあり方に関する調査研究事業
報告書

令和7年3月

株式会社 日本総合研究所

目 次

1. 本調査研究の概要	1
1. 1. 本調査研究の背景・目的	1
1. 2. 本調査研究の進め方・実施事項	1
2. 検討委員会・関連ワーキンググループにおける議論	6
2. 1. 主な意見	6
3. 本調査研究のまとめ	14
3. 1. 本事業の成果	14
3. 2. 今後の展望	14

別添資料 1

都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き

別添資料 2

都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き別添資料（各市町村での認知症地域支援推進員の位置づけ・役割の検討にあたって）

1. 本調査研究の概要

1.1. 本調査研究の背景・目的

令和6年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和5年法律第65号。以下「基本法」という。）においては、都道府県・市町村において認知症施策推進計画を策定することが努力義務として規定された。その後、認知症施策推進関係者会議等での議論も踏まえ、令和6年3月には「認知症施策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が閣議決定されたところである。

本事業では、認知症基本法の施行に先立ち開催された「認知症と向き合う『幸齢社会』実現会議」の取りまとめや認知症施策推進関係者会議での検討状況等を踏まえ、主に以下の施策等について検討を行い、都道府県や市町村で認知症施策推進計画を策定する際に参考となる手引きを作成することを目指したものである。

- ・ 認知症に関する本人発信、認知症に関する正しい知識の普及啓発の促進や、認知症バリアフリーの推進に資する施策
- ・ 主に市町村が実施主体として事業を実施する認知症に関する保健医療・福祉サービスの提供体制の整備等に関する施策
- ・ 主に都道府県が実施主体として事業を実施する認知症に関する保健医療サービスの提供体制の整備等（認知症の専門医療機関や医療従事者等の認知症対応力向上に関すること等）に関する施策

1.2. 本調査研究の進め方・実施事項

本調査研究では、有識者等からなる検討委員会等を設置し、調査の進め方や取りまとめの方針について意見を得ながら進めた。

（1）検討委員会・関連ワーキンググループの設置・運営

本調査研究を効果的に推進するため、有識者等からなる検討委員会および普及啓発・バリアフリー関連ワーキンググループ、ケア体制関連ワーキンググループ、医療提供体制関連ワーキンググループを設置・運営した。それぞれの委員構成は図表1-4に示すとおりである。なお、検討委員会・各ワーキンググループはそれぞれ計3回実施し、各回の主な議題については図表5-8にて示す。

図表 1 検討委員会 委員構成（50 音順・敬称略）

氏名	所属先・役職名等
栗田 主一	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
今村 英仁	公益社団法人日本医師会 常任理事
尾之内 直美	公益社団法人認知症の人と家族の会 理事
鎌田 松代	公益社団法人認知症の人と家族の会 代表理事
木本 和伸	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 課長
○田中 滋	埼玉県立大学 理事長
田母神 裕美	公益社団法人日本看護協会 常任理事
永松 美起	鳥取市福祉部長寿社会課 鳥取市中央包括支援センター
福田 人志	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 理事
藤田 和子	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事
堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
横山 麻衣	静岡県藤枝市健康福祉部地域包括ケア推進課 認知症地域支援推進員
鷺見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター センター長

※ ○印：委員長

図表 2 普及啓発・バリアフリー関連ワーキンググループ 委員構成（50 音順・敬称略）

氏名	所属先・役職名等
芦野 正憲	公益社団法人認知症の人と家族の会 理事
澁澤 一樹	株式会社アイセイ薬局 薬事指導部 部長
戸上 守	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 理事
○堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
矢吹 知之	高知県立大学 社会福祉学部 准教授

※ ○印：座長

図表 3 ケア体制関連ワーキンググループ 委員構成（50 音順・敬称略）

氏名	所属先・役職名等
○栗田 主一	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
井上 由起子	日本社会事業大学大学院 教授
沖田 裕子	NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター 代表理事
長野 敏宏	公益財団法人正公会 御荘診療所 所長
新美 芳樹	東京大学医学部附属病院 早期・探索開発推進室 特任講師

※ ○印：座長

図表 4 医療提供体制関連ワーキンググループ 委員構成（50 音順・敬称略）

氏名	所属先・役職名等
新井 哲明	筑波大学 医学医療系臨床医学域精神医学 教授
今村 英仁	公益社団法人日本医師会 常任理事
中西 亜紀	大阪公立大学大学院生活科学研究科 特任教授
前島 伸一郎	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター長
松本 一生	医療法人圓生会 松本診療所（ものわすれクリニック） （大阪市連携型認知症疾患医療センター） 院長・理事長
○鷺見 幸彦	社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター センター長

※ ○印：座長

図表 5 検討委員会 各回における主な議題

回	実施日	主な議題
第 1 回	令和 6 年 11 月 6 日	・ 本事業の目的・概要 ・ 都道府県・自治体向け計画策定の手引きに関する検討 ・ 基本計画の KPI の整理方法の検討
第 2 回	令和 6 年 12 月 26 日	・ 各 WG 議論報告 ・ 都道府県・自治体向け計画策定の手引きに関する検討（KPI 含む）
第 3 回	令和 7 年 3 月 5 日	・ 各 WG 議論報告 ・ 都道府県・自治体向け計画策定の手引きに関する検討（KPI 含む） ・ 議論取りまとめ

図表 6 普及啓発・バリアフリー関連ワーキンググループ 各回における主な議題

回	実施日	主な議題
第 1 回	令和 6 年 11 月 21 日	・ 本事業の目的・概要および本 WG の位置づけの確認 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討
第 2 回	令和 7 年 1 月 9 日	・ 検討委員会および他 WG 議論の報告 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討
第 3 回	令和 7 年 2 月 20 日	・ 他 WG 議論の報告 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討

図表 7 ケア体制関連ワーキンググループ 各回における主な議題

回	実施日	主な議題
第 1 回	令和 6 年 11 月 27 日	・ 本事業の目的・概要および本 WG の位置づけの確認 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討
第 2 回	令和 7 年 1 月 14 日	・ 検討委員会および他 WG 議論の報告 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引き（別添資

		料)に関する検討
第3回	令和7年2月17日	・ 他 WG 議論の報告 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討 ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引き（別添資料）に関する検討

図表 8 医療提供体制関連ワーキンググループ 各回における主な議題

回	実施日	主な議題
第1回	令和6年11月5日	・ 本事業の目的・概要および本 WG の位置づけの確認 ・ 認知症疾患医療センターのあり方 ・ 認知症サポート医のあり方 ・ 認知症対応力向上に関する研修の今後の取組
第2回	令和7年1月15日	・ 認知症疾患医療センターのあり方 ・ 認知症サポート医のあり方 ・ 認知症対応力向上に関する研修の今後の取組 ・ 認知症初期集中支援チームのあり方 ・ 自治体向け手引き ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討
第3回	令和7年2月26日	・ 認知症疾患医療センターのあり方 ・ 認知症サポート医のあり方 ・ 認知症対応力向上に関する研修の今後の取組 ・ 認知症初期集中支援チームのあり方 ・ 自治体向け手引き ・ 都道府県・市町村向け計画策定の手引きに関する検討

(2) 都道府県・市町村向け手引きの作成

(1)で記載の検討委員会・各ワーキンググループでの議論等を踏まえ、都道府県・市町村の認知症施策担当者を主な対象とする成果物（「都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き」および「都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き 別添資料」）を作成した。

(3) 報告書の作成

一連の調査研究の内容・結果について、本報告書に取りまとめた。

2. 検討委員会・関連ワーキンググループにおける議論

前述のとおり、検討委員会・関連ワーキンググループにおいては主に「都道府県・市町村向け計画策定の手引き」および「都道府県・市町村向け計画策定の手引き 別添資料」の内容について議論を行った。本章では、手引きの作成に関する意見を除き、認知症分野における今後の課題や取組方針等に関する主な意見を掲載する。

2.1. 主な意見

(1) 認知症疾患医療センターのあり方

【行政とセンターとの連携、行政によるセンターの評価】については、主に以下の意見があった。

- ・ 認知症疾患医療センター（※以下、「センター」という。）の質の確保に当たっては、行政側が主導し、運営のあり方も含め検討できる体制が整備されるべき。
- ・ センターの実務者が感じている課題は、行政職員からは把握しづらい。連携協議会等も活用しながら、行政職員が現場から意見を拾い上げる仕組みを検討すべき。
- ・ 行政職員の異動のたびに、センターとの関係性を作り直すことが必要な状況。行政職員に異動が生じて、センター側で一定程度の質を担保できるような仕組みを検討すべき。

（この他、以下の意見があった）

- ・ 実施要綱や過去の調査研究報告書では、基幹型のセンターが都道府県と連携し、センターの質の確保に取り組むよう示されているが、実際には両者の意思統一ができていない。この意思統一をいかにして行っていくかが課題である。
- ・ センターへの評価により、モチベーションの低下や指定取消のリスクがあるのは確かだが、センターに指定されたからには、要綱に沿って適切に評価されるべきではないか。

【センター同士の連携、役割分担に関する考え方】については、主に以下の意見があった。

- ・ センター同士の連携が課題である。基幹型のセンターの精神保健福祉士が積極的に働きかけ、ソーシャルワーカーや看護師、心理職などが集まる会議体を設けるなどにより、実務者同士の活発なコミュニケーションを促進する地域もあり、こうした取組を促進すべき。
- ・ 基幹型のセンターでは、鑑別診断、MCI への対応、研修等を主に実施し、地域型のセンターでは BPSD への対応に重きを置くなど、地域内において基幹型と地域型での役割分担を進めていくべき。

（この他、以下の意見があった）

- ・ センターの運営は、キーパーソンとなる精神保健福祉士やセンター長などのパーソナリティや実力によって大きく左右される。属人的な運営はリスクとなるので、研修等で人材の質を底上げしなければならない。

【関係機関との連携にあたっての課題】については、主に以下の意見があった。

- ・ かかりつけ医をはじめとした関係者が、どのような事例であればセンターにつなげられるのか認識できていない場合が多い。センターの活用方法や連携事例等を周知すべき。
(この他、以下の意見があった)
- ・ 特に小規模のセンターでは、多数の患者へ丁寧に対応するには限界がある。必要な対応後はかかりつけ医へいかに戻していけるかが課題である。
- ・ 地域における連携にあたっては、ケアマネジャーをはじめとした介護関係者との連携が課題。介護関係者がセンターへ気楽にアクセスできる環境づくりも必要。

【認知症関連施策全体における、「医療⇄介護」「都道府県⇄市町村」の連携にあたっての課題】
については、主に以下の意見があった。

- ・ 行政における認知症関連施策の担当は「介護・福祉」の部署である一方で、センター事業は「医療」の施策である。また、介護保険関連施策の多くが市町村単位で推進されるなかで、センターの運営事業は都道府県および指定都市が管轄している。各市町村がセンターをどのように活用できるか、反対に、都道府県がセンターを市町村事業にどう結び付けられるのかという視点が求められる。国から何らかの連携モデルを示していくべき。
- ・ 医療と介護は両方とも欠けてはならず、患者のステージやニーズに応じて、それぞれの関係機関が連携していくべき。
(この他、全体を通じて以下の意見があった)
- ・ センターの設置や運営継続が難しい地域においては、各関係機関の連携体制が構築できれば、センターに相当する機能として認める形が作れないか。現在は「二次医療圏につき1か所設置」と推奨されているが、全国一律ではなく、地域に応じた新たな形が認められるようになるとうい。
- ・ 「何でも幅広くセンターで対応する」という方針は、人材不足や認知症患者の多様性の観点から、非現実的なのではないか。
- ・ 大都市圏では医療機関が過密に存在しており、経営面でも競争が激しい。現場が協力的であっても経営陣の協力が得られないようなケースもある。一方地方部において、地域の最後の砦となっているような病院は、認知症領域に限らずさまざまな役割を担っており、その観点での苦勞もあるかと考えられる。特に地方部においてはセンターへ重責を担わせることが望ましくない場合もあり、地域性に配慮した対応が必要だろう。
- ・ センターには認知症初期集中支援チームを支援する役割が求められている。改めてその点は周知していくべき。
- ・ センターには、居宅訪問をはじめとしたアウトリーチ機能が求められることも示していくべき。例えばある県では、センター運営要綱に災害時支援への対応が規定されており、県からセンターへ居宅訪問を要請できる仕組みになっている。

(2) 認知症サポート医のあり方

【制度全体の見直しの必要性】について、主に以下の意見があった。

- ・ 認知症サポート医（※以下、「サポート医」という。）制度が始まってから 20 年が経とうとしており、抜本的見直しが迫られる時期にある。加算が付与されるようになってからも状況が変化している。サポート医が認知症医療提供体制に貢献する立場にあることを改めて確認し、全体の方向性を再度整理・修正していくべき。
- ・ 以前はサポート医になることに消極的な医師もいたが、最近ではサポート医自身が活躍の場を求める状況になってきた。サポート医とはどのような存在か、このタイミングで改めて検討し、古い認識を刷新していくべき。

【役割分担の可能性】については、主に以下の意見があった。

- ・ サポート医に定められている役割は、時代に応じた見直しが必要である。多くのサポート医は、地域包括支援センターと連携しながら、認知症初期集中支援チームにおける対応をはじめとした社会的支援の調整に従事している。一方で、サポート医とかかりつけ医との連携や、認知症対応力向上研修の企画への関与等も実施できていない場合も散見される。都道府県・市町村・医師会が連携しながら認知症サポート医の活動や役割を明確にし、地域の相談体制・医療提供体制の強化につなげていくことが重要である。

（この他、以下の意見があった）

- ・ サポート医の多様な背景は、むしろ積極的に活用できる。専門医には専門性を発揮してもらう一方で、地域でご活躍の先生には地域連携に貢献してもらう、といった役割分担を進める考え方もある。
- ・ 求められる役割の多様化を踏まえ、研修内容や資格そのものを一律にするのではなく、役割によって差をつけることも一案ではないか。
- ・ サポート医になろうとする医師のバックグラウンドに応じた研修内容の工夫も必要ではないか。例えば認知症専門医としてキャリアを積んできた医師に対して、認知症に関する初歩的な研修は不要である。医師のキャリア等によって受講が免除されるような仕組みも必要ではないか。
- ・ 既にかかりつけ医と専門医が直接連携している場合も多く、むしろ新しい役割として、「介護職・介護関係機関との連携」に関して、何らか役割を担っていただく方向もあるのではないか。

【研修のあり方を含む質の担保】については、主に以下の意見があった。

- ・ 研修受講者に対して、今後の認知症施策に協力するよう明確に依頼している自治体もある。各地域ではこういった工夫も行っていくべき。
- ・ サポート医の質の向上を図るためには、フォローアップ研修の効果的な実施がポイントとなる。例えば、受講の義務化やカリキュラムの中央管理等の実施が理想ではないか。

（この他、以下の意見があった）

- ・ サポート医の質を担保するために、例えば5年に1回程度で資格を更新できるような仕組みも必要ではないか。制度が創設された20年前と比較して医療水準は大幅に変化しており、サポート医には最新の知識を付けてもらう必要がある。
- ・ 資格取得のハードルを上げてしまうと、サポート医の数が減るリスクがある。また、サポート医研修を受けるまで、認知症について学ぶ機会のなかった医師もあり、より多くの医師に認知症のことを知ってもらうという観点で、現行の研修は一定程度機能している。
- ・ 全国統一の水準を設けていくと、それを満たせない地域が出てきてしまう。統一的な基準や目標を設けつつ、一方では地域の状況に合わせた体制作りを目指していく、という両面での対応が求められるだろう。
- ・ サポート医には最新知識や地域の実情に応じた話題など、広範囲の内容が求められるが、多くの自治体は、どのようなカリキュラムにすべきか悩んでいるのが実情。自由度は一定程度担保しつつ、基盤となるコンテンツは、認知症対応力向上研修等と一緒に管理していくのも一案ではないか。
- ・ 最新知識や最新動向については、指導する方も難しい。刻々と変化する認知症の医療やケアのあり方について、適時に理解してもらう仕組みづくりも必要だろう。

【稼働状況の可視化】については、主に以下の意見があった。

- ・ サポート医としても地域でどのような役割を担えば良いか分からない、また地域のかかりつけ医等としても、どのサポート医に対し何を相談できるか分からないなど、サポート医の仕組みが一部形骸化している問題点も指摘されている。他方では、さまざまな背景や診療科の医師がサポート医となってきたこと、またサポート医にはさまざまな役割があるとされていることも踏まえ、関係機関が連携しながらサポート医の活動や役割を明確にし、地域の相談体制・医療提供体制の強化につなげていくべき。

(この他、以下の意見があった)

- ・ サポート医の活動状況を自治体やかかりつけ医が把握できていない点は大きな問題。当初は医師会の推薦者のみが研修を受講できたが、現在では医師会や自治体以外からの受講者が全体の4割を占めており、これらの実態把握は極めて困難である。
- ・ サポート医によって稼働状況の差が大きい。実際に稼働しているかどうかを情報公開していないと、関係者もどのサポート医と連携していけばよいかわからず、サポート医全体が信頼されない状態になってしまう可能性がある。

(3) 認知症対応力向上に関する研修の今後の取組

【今後の研修内容・カリキュラムの改定方針】については、主に以下の意見があった。

- ・ 今後、どのようなスケジュールでカリキュラムを改定していくのか、という将来ビジョンを描いていくべき。横串を通した大規模な改訂だけでなく、新たな治療や知見、今後

発生する各種ガイドラインの改訂に合わせた小規模な改訂について、どのような体制で対応していくのか、といった方法論も検討すべき。

- ・ 医療介護領域においては、常に最新情報がアップデートされていくため、研修内容の定期的な見直しは必須である。
- ・ 職能によって研修での伝え方や着目してほしいポイントは異なるため、今後の改訂に当たっても十分留意すべき。

【研修への理解促進、研修受講者増加に向けた課題】については、主に以下の意見があった。

- ・ 研修の内容は一定程度充実してきたので、次のステップとして、研修の受講が促進される仕組みやツールを検討する段階にある。指定された日時・場所で受講してもらうにはハードルが高いため、例えばオンライン上でいつでもどこでも受講できる形にすることで、より受講者が増えるのではないかな。
- ・ 医療機関の管理者の理解が進まないことにより、現場職員が疲弊するという問題もある。管理者のリテラシー向上をいかに進めていくかについても検討すべき。

(この他、以下の意見があった)

- ・ 研修講師として対応した際、多忙であり長時間の参加が困難であるという反発があった。理解浸透に向けて時間は要するが、必ず取り組まなければならない課題である。

【多職種連携に関する研修の必要性】については、主に以下の意見があった。

- ・ 今後、特に地域において多職種研修をしていく必要性が高まる。地域における多職種研修のあり方も検討していくべき。
- ・ 初めから多職種連携の研修を実施すると、医師の参加率が低下する懸念もある。まずは職種に応じた研修を実施し、多職種連携の必要性を理解してもらったうえで、多職種連携の研修を実施する、という流れで検討を進めるべき。
- ・ 地域全体で認知症支援の基礎について共通で実施しつつ、さらに細かい内容については職能ごとに実施してみる方法もあるのではないかな。

(この他、以下の意見があった)

- ・ 本来であれば、どの診療科の医師も認知症に関する知識を身につけることが望ましいが、限界もある。例えば病院内で認知症ケアの多職種チームを組成し、必要に応じて医師と患者の間に立って介入していくこととし、医師は自分の専門領域に専念して対応できるような仕組みができればよい。
- ・ 病院勤務医療従事者向けの研修は、まさに病院内の多職種連携を見据えて設置された研修である。職種を越えて病院内がスムーズに取り組めることに重きを置いた内容にしていくことも一案ではないかな。
- ・ 既存カリキュラムに多職種連携のスライドを追加したのみでは、あまり効果が期待できないのではないかな。多職種連携を座学で身につけることには限界があり、実際に顔を合わせてコミュニケーションを取っていく形が望ましい。

- ・ 県と県医師会が連携して、県内の病院に「認知症多職種連携チーム」を組成し、うまく機能している地域もある。こうした取組も参考にすべき。
- ・ センターは、既に協議会や実務者研修等で多職種連携を推進している場合も多い。またセンター主催の研修が多職種連携をテーマに入れている場合もある。センターの研修や取組とも絡めながら検討していくのも一案。
- ・ センターの研修では、地域の医療介護職や地域住民を対象に情報発信をする役割があるとされており、そのあたりをいま一度かみ砕いていくのも一案。介護は基礎研修が必須化されており、整合性を取ることも難しい。センターであれば、広範な地域をカバーでき、専門性も兼ね備えている点で、入れ込める余地があるのではないかな。
- ・ 認知症に関する支援においては医療職と介護職の連携が重要。両者が一堂に会する機会を、一定程度の強制力をもって設けるべきではないかな。
- ・ 多職種連携が重要であることには間違いはないが、内容を増やすことになる自治体の負担が限界に達するのではないかと懸念する。
- ・ 研修だけが増えていくことは望まれない。既存の仕組みのなかに組み込んでいくことが理想である。
- ・ 近年の大学教育プログラムのなかには、すでに多職種連携のカリキュラムが組み込まれており、若い世代は学生時代から勉強してきている。学生時代にどのようなカリキュラムで勉強し、その後どのような研修が用意されているのか、という一連の流れを一度把握しておくべきかもしれない。

(4) 認知症初期集中支援チームのあり方

【役割や名称の見直しの必要性】については、主に以下の意見があった。

- ・ 認知症初期集中支援チームはもともと困難事例対応のために設計されたわけではないため、チーム員が困難事例の対応に苦慮するケースもあるだろう。他方で、現実的には一人暮らしの認知症の人をチームで対応するような事例が増えてきており、そのような事例にもフォーカスしながら今後の方向性を議論していくべき。

(この他、以下の意見があった)

- ・ チーム員の入れ替わりも多いなかで、それぞれの地域で具体的にスーパーバイズを行う機能や、全体を俯瞰して意見を出せるスーパーバイザー役が必要となってくるようにも感じている。
- ・ 認知症初期集中支援チームという名称が、チームの実際の機能をわかりにくくしている側面もある。認知症初期集中支援チームは、医療にも介護にもつながっていない人へのアプローチができることにこそ強みがある。
- ・ 認知症初期集中支援チームの名称の変更の必要性は、さまざまな場で指摘されている。例えば「アウトリーチ」といった文言を入れて、役割が伝わりやすい名前にしていくと

よいのではないか。

- ・ 認知症初期集中支援チームの特長は「多職種」で「アウトリーチ」できることにあり、名称変更を検討するにあたってはこれらのキーワードが一案となるだろう。
- ・ 名称に「認知症」という言葉は外せないのではないか。
- ・ 一部地域では「認知症」という言葉をチーム名に入れないでほしいという意見も聞かれるが、これは自治体が地域住民になじみやすい独自の名称を付けていけばよい。国が推進する事業としてどのような名称が適しているか、今後議論する場が必要だろう。

【チームの効果的な活動促進】については、主に以下の意見があった。

- ・ 認知症初期集中支援チームは、病院等の医療機関に設置する場合と、地域包括支援センター等の介護機関に設置される場合に大別されるが、それぞれ施策づくりのポイントは異なる。介護機関へ設置した場合には、認知症初期集中支援チームにとって医療機関へのアクセスが弱くなるため、そのバックアップの役割をセンターが担っていくべき。一方で、医療機関に設置した場合には、地域包括支援センターや認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター等との連携を強化する体制が必要。これらのポイントを、施策推進のヒントとして国から提示していくべき。

(この他、以下の意見があった)

- ・ 「対象ケースが見つからない」「地域包括支援センターの業務とのすみ分けが難しい」という課題は、地域包括支援センターがすでに相当な範囲をカバーしていることに等しく、これ自体は否定されるものではない。ただし、地域包括支援センターは医療領域に弱みがあるので、サポート医をはじめとした認知症初期集中支援チームがバックアップしていく必要はある。地域包括支援センターに初期集中支援チームが設置されている場合には、チームの活動以外でも、地域包括支援センターの職員とサポート医が直接コミュニケーションを取れるようになるため、地域包括支援センターの活動全体を医師がバックアップすることができるようになる。

【関係機関との連携】については、主に以下の意見があった。

- ・ 地域によっては、自らアウトリーチ事業をやりたいと希望するセンターや、実際に初診患者へ看護師チームが訪問しているセンターもある。センターにもアウトリーチ機能が求められるということは、示していくべき。

(この他、以下の意見があった)

- ・ 認知症初期集中支援チームが訪問したら、認知症ではなく精神疾患だったというケースが1割以上あるとも言われており、その際に連携できる精神保健機関があるかどうかも重要。
- ・ 認知症疾患医療センター運営事業は、センターに対して何か大きな負担を課す意図があるわけではなく、センターと初期集中支援チームが互いを知ることから始めてほしい意図だということ、そうすることがお互いを生かすことになるということを示していける

とよい。

(5) 基本計画における KPI の考え方

【基本計画における KPI の考え方】については、主に以下の意見があった。

- ・ 基本計画のアウトカム指標の測定方法が判然としていない。例えば、基本計画の重点目標 1 の 1 における「当事者の活動を支援している」、重点目標 2 の 4・5 の「当事者の方の意見を反映している」等はどのように指標が設定されるのか不明である。これらも含め、アウトカム指標については具体的な測定方法が示されるべき。

3. 本調査研究のまとめ

3.1. 本事業の成果

令和6年には基本法が施行され、その後間もなくして基本計画が閣議決定されたなかで、今後は都道府県・市町村において認知症施策推進計画の策定が本格化するものと考えられる。一方、基本法で示される「共生社会」の考え方、そして「認知症の人と家族等と共に推進する」ことの意義、「新しい認知症観」の実感的理解を得る方法等については、都道府県・市町村の認知症施策の担当者として明確な理解が難しいという状況も見受けられた。

こうした状況も踏まえ、本事業においては、都道府県・市町村の認知症施策推進計画の策定に資するため、主に認知症施策の担当者に向けて「認知症施策推進計画策定の手引き」および「認知症施策推進計画策定の手引き別添資料」を作成した。本手引きや本手引き別添資料では、都道府県・市町村の認知症施策担当者として「意識してほしい考え方や心構え」を示すとともに、都道府県・市町村における認知症施策について、各施策の実施時の考え方や施策間の連携、実施するうえでの効果的・効率的な実施方策等につき解説を行っている。特に、基本法の理念や基本計画で示された考え方を踏まえて、認知症施策を推進するうえでのポイント等を具体的に示した点は、都道府県・市町村における認知症施策推進計画の策定に大きく寄与するものであると考えられる。

3.2. 今後の展望

認知症をめぐる社会の状況変化は、個人レベルでは都道府県・市町村における具体的な取組によって実感を得られる場合も多く、それぞれの自治体による施策の推進が極めて重要である。今後は、本事業で整理した手引き等も踏まえて策定される都道府県・市町村の認知症施策推進計画に基づき、積極的な取組が行われることが期待される。また、国としては各自治体の実情に応じた認知症施策推進計画が策定されるよう、一層の普及啓発に取り組む必要がある。

なお、本事業における検討委員会、各ワーキンググループでは、都道府県・市町村に向けた手引きに関する意見の他、今後の国による取組等に関してもさまざまな意見が挙げられた。具体的には、認知症医療提供体制に関する事項、そして基本計画のKPIに関する事項である。

まず、認知症医療提供体制については、特に①認知症疾患医療センターのあり方、②認知症サポート医のあり方、③認知症対応力向上研修のあり方、④認知症初期集中支援チームのあり方に関して、改めて現状の課題や今後必要とされる取組にかかる言及があった。

①認知症疾患医療センターのあり方については、行政が主体的に課題把握や評価、関係機関連携の促進等を行うべきといった意見があり、引き続き都道府県・指定都市による認知症疾患医療センターへの積極的な関与が求められるが、その際には国としても都道府県・市町村による取組が促進されるような支援等が必要となる。

②認知症サポート医のあり方については、認知症サポート医が創設されてから現在に至るまでの間、認知症サポート医をめぐる状況が大きく変化してきたという背景を前提に、改めて認

知症サポート医の役割を検討し、そのうえで質の担保や活躍促進を行うべきといった趣旨の意見に集約された。今後は認知症サポート医がどのようにして地域の認知症医療提供体制の構築に貢献できるのか、そしてそのためにはどのような取組が求められるのか、改めて検討を進めていく必要がある。

③認知症対応力向上研修のあり方については、特に今後の研修内容・カリキュラムの改定方針に関する意見が多く挙げられた。認知症対応力向上研修は令和5年度に全ての職種で同時改訂が行われたところだが、今後の改訂時期や方針は未定とされている。ワーキンググループでは、「今後、どのようなスケジュールでカリキュラムを改定していくのか、という将来ビジョンを描いていくべき」「横串を通した大規模な改訂だけでなく、新たな治療や知見、今後発生する各種ガイドラインの改訂に合わせた小規模な改訂について、どのような体制で対応していくのか、といった方法論も検討すべき」「医療介護領域においては、常に最新情報がアップデートされていくため、研修内容の定期的な見直しは必要」「職能によって研修での伝え方や着目してほしいポイントは異なるため、今後の改訂に当たっても十分留意すべき」といった意見があったように、認知症対応力向上研修の改訂に向けた対応の方向性、特に今後職種ごとに改訂が求められる背景となりうる事項、改訂の方法、改訂のタイミング等については速やかな検討の開始が求められる。またこの他、多職種連携に関する研修の必要性についても言及されており、地域における多職種研修の方策を示していくことが期待される。

④認知症初期集中支援チームについては、基本計画においても「認知症初期集中支援チームは、認知症の人の意向に基づいた地域生活を続けるための相談・支援をする多職種チームであり、地域の実情に応じてその在り方を見直し、独居や身寄りのない認知症の人や複合的な課題を抱えたケースの支援など、役割を検討する。」旨が示されたところであり、「都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き」でも認知症初期集中支援チームによる効果的な支援の必要性等を示したところである。一方、ワーキンググループでは認知症初期集中支援チームのアウトリーチ機能にも着目し、活用のあり方や名称の再検討が求められる趣旨の意見も多く挙げられた。こうした観点も踏まえつつ、今後も継続的な議論を行う必要があると考えられる。

基本計画の KPI に関しては、「都道府県・市町村向け認知症施策推進計画策定の手引き」において主にプロセス指標、アウトプット指標の考え方を示している。ただし、アウトカム指標については現時点では測定方法が明確に定まっておらず、その考え方を示すことが困難であったため、検討委員会では、「基本計画のアウトカム指標の測定方法が判然としていない。(中略)アウトカム指標については具体的な測定方法が示されるべき。」といった意見が挙げられた。こうした意見も踏まえ、手引きではアウトカム指標に関しては「さまざまな測定方法が存在するため、国際的にも学術的に確立された考え方・手法等を基礎として、引き続き国において検討を行ったうえで」示していくこととしており、今後速やかな検討が必要である。

※本調査研究は、令和6年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施したものです。

令和6年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づく
認知症施策のあり方に関する調査研究事業
報告書

令和7年3月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング

TEL : 080-1203-5178 FAX : 03-6833-9480