

認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査
－早期対応を中心として－

結果報告書

令和 2 年 5 月
総務省行政評価局

目 次

第 1 実態調査の調査対象機関等	1
第 2 調査結果	2
1 認知症施策をめぐる現状等	4
(1) 認知症高齢者数の動向	4
(2) 認知症とは	4
(3) 認知症施策に係る近年の動向	7
2 認知症高齢者への早期対応に係る取組の推進	16
(1) 地域の実情に応じた認知症初期集中支援の推進	16
(2) 医療センター運営事業の目的に即した評価の推進	52
3 認知症高齢者等を支える地域づくりに係る取組の実施状況	67
(1) 推進員の配置・活動状況	68
(2) 認知症高齢者の見守り等地域の支援の実施状況	73
4 資料編	83

第1 実態調査の調査対象機関等

1 対象機関

(1) 調査対象機関

厚生労働省

(2) 関連調査等対象機関

23 都道府県

62 市町村

55 認知症疾患医療センター（医療機関）

民間事業所（認知症対応型共同生活介護）

2 担当部局

行政評価局

管区行政評価局 全局（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国四国、九州）

四国行政評価支局

行政評価事務所 2 事務所（東京、石川）

3 実施時期

平成30年8月～令和2年5月

第 2 調査結果

この調査は、認知症施策推進大綱（令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定）に基づく認知症高齢者への早期対応を中心とした実効ある施策を推進するため、認知症高齢者等への地域の支援に関する多様な実態を把握して課題を明らかにし、関係行政の改善に資することを目的に実施したものである。

この調査の実施に至る考え方は、次のとおりである。

厚生労働省の推計によると、認知症高齢者は、平成 24 年時点で約 462 万人存在し、今後の高齢化の進展に伴い、令和 7 年には、約 700 万人（65 歳以上高齢者の約 5 人に 1 人）に達する見込みとなっている。認知症への対応は、我が国の喫緊の課題である。

厚生労働省は、平成 24 年 9 月策定の「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」（以下「オレンジプラン」という。）及び 27 年 1 月策定の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（以下「新オレンジプラン」という。）により、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現」するための各種施策を実施してきた。

具体的には、新オレンジプランにおいて、

- ・ 認知症が疑われる人の初期の支援を実施する認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）の設置（平成 30 年度から全市町村）、
- ・ 認知症の速やかな鑑別診断等を行う認知症疾患医療センター（以下「医療センター」という。）の整備（令和 2 年度末までに約 500 か所。都道府県内の二次医療圏（注）ごとに少なくとも 1 か所）、
- ・ 地域の医療・介護等の支援ネットワークの構築や認知症高齢者等への相談支援等を行う認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）の配置（平成 30 年度から全市町村）

等の目標が掲げられ、早期診断・早期対応を軸とした「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」等に向けた取組を市町村及び都道府県が中心となって進めるとされた。

この調査では、平成 29 年度において既に支援チームを配置している市町村における取組の実施状況を中心に、次の事項を調査した。

- 認知症高齢者への早期対応に係る取組の実施状況
 - ・ 認知症初期集中支援推進事業の実施状況
 - ・ 医療センター運営事業の評価の実施状況
- 認知症高齢者等を支える地域づくりに係る取組の実施状況
 - ・ 推進員の配置・活動状況
 - ・ 認知症高齢者の見守り等地域の支援の実施状況

この調査の実施の過程においては、令和元年 6 月 18 日に開催された認知症施策推進関係閣僚会議により、新オレンジプランに替わる「認知症施策推進大綱」が新たに取りまとめられた。

認知症施策推進大綱では、これまで新オレンジプランにより「共生」の観点から進められてきた認知症施策に「予防」の観点を加え、更に施策を推進することとされている。

認知症高齢者が、できる限り住み慣れた地域の中で自分らしく暮らし続けるためには、画一的な支援ではなく、地域の実情に応じた支援が求められ、その課題も様々である。今後の認知症施策を実効あるものとするためには、地域の多様な実態を踏まえることが重要と考える。

(注) 二次医療圏とは、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 2 項第 14 号に基づき、主として病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域として、都道府県が設定するものである。

1 認知症施策をめぐる現状等

(1) 認知症高齢者数の動向

厚生労働省を始めとする関係府省庁が共同で策定（平成27年1月27日）した新オレンジプラン（資料1-(1)参照）によれば、我が国の認知症の人の数は、2012年（平成24年）時点で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されており、正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害（MCI: Mild Cognitive Impairment）と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群といわれている。

また、認知症の人の数は高齢化の進展に伴い更に増加すると見込まれており、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年（令和7年）には認知症の人の数は約700万人になり、65歳以上高齢者におけるその割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇すると推計されている。

図表1-(1)-① 認知症の人の将来推計について

【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率（2025年）。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19.0%。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	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)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

(注) 1 厚生労働省の資料による。




2 久山町研究とは、九州大学大学院医学部研究院 衛生・公衆衛生学分野久山町研究室による1961年から福岡県糟屋郡久山町の住民を対象とした脳卒中、心血管疾患などの疫学調査である。

(2) 認知症とは

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったりしたために様々な障害が起こり、生活する上で支障が出ている状態（およそ6か月以上継続）を指すとされている。認知症を引き起こす病気のうち、最も多いのは、脳の神経細胞がゆ

つくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる病気とされ、i)「アルツハイマー型認知症」、ii)「レビー小体型認知症」、iii)「前頭側頭型認知症」などがこの「変性疾患」に当たる。続いて多いのが、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などのために、神経の細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その結果その部分の神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れたりしてしまう「脳血管性認知症」とされている。

図表 1-(2)-① 認知症の代表的な疾患

		
健康な脳	脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する(アルツハイマー型認知症などの変性疾患)	血管が詰まって一部の細胞が死ぬ(脳血管性認知症)

【変性疾患】

i) アルツハイマー型認知症
最も多いパターン。記憶障害（物忘れ）から始まる場合が多く、他の主な症状としては、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない、薬の管理ができないなど。

ii) レビー小体型認知症
幻視や筋肉のこわばり（パーキンソン症状）などを伴う。

iii) 前頭側頭型認知症
会話中に突然立ち去る、万引きをする、同じ行為を繰り返すなど性格変化と社交性の欠如が現れやすい。

【脳血管性認知症】
脳梗塞や脳出血、脳動脈硬化などによって、一部の神経細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、神経細胞が死んだり神経のネットワークが壊れたりする。記憶障害や言語障害などが現れやすく、アルツハイマー型と比べて早いうちから歩行障害も出やすい。

(注) 厚生労働省ホームページ（出典：認知症サポーター養成講座標準教材（特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク 全国キャラバン・メイト連絡協議会作成））及び政府広報オンライン「もし、家族や自分が認知症になったら 知っておきたい認知症のキホン」（令和元年12月4日）に基づき、当省が作成した。

なお、遺伝によるケースはまれであり、働き盛りの世代でも発症するおそれもあることから、認知症は誰にでも起こり得る病気といわれている。

また、認知症には、脳の細胞が壊れることによって直接起こる記憶障害などの中核症状と、中核症状が元になり、本人の性格や素質、周囲の環境や人間関係などが影響して出現するうつ状態や妄想などの行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) の二つの症状がある。

図表 1-(2)-② 中核症状及び行動・心理症状の概要

◆ 中核症状

(1) 記憶障害

新しいことを記憶できず、ついさっき聞いたことさえ思い出せなくなる。さらに、病気が進行すれば、以前覚えていたはずの記憶も失われていく。

(2) 見当識（けんとうしき）障害（注）

まず時間や季節感の感覚が薄れ、その後に迷子になったり遠くに歩いて行こうとしたりするようになる。さらに病気が進行すると、自分の年齢や家族などの生死に関する記憶が無くなる。

（注）見当識とは、現在の年月や時刻、自分がどこにいるかなど基本的な状況を把握することである。

(3) 理解・判断力の障害

思考スピードが低下して、二つ以上のことが重なると話している相手が誰か分からなくなるなど考え分けることができなくなるほか、些細な変化やいつもと違う出来事で混乱を来す、などの症状が起こりやすくなる。例えば、儉約を心掛けながら、必要のない高額商品を購入したり、自動販売機や駅の自動改札・銀行 ATM などの前でまごついたりしてしまうようになる。

(4) 実行機能障害

買い物で同じ物を購入してしまう、料理を並行して進められない、自分で計画を立てられない、予想外の変化に柔軟に対応できないなど、物事をスムーズに進められなくなる。

(5) 感情表現の変化

その場の状況がうまく認識できなくなるため、周りの人が予測しない、思い掛けない感情の反応を示すようになる。

◆ 行動・心理症状

本人が元々持っている性格や環境、人間関係など様々な要因が絡み合って起こる、うつ状態や妄想といった心理面・行動面の症状。

[症状例]

（能力の低下を自覚して）元気が無くなり引っ込み思案に

（今までできたことがうまくできなくなって）自信を失い、全てが面倒に

（自分のしまい忘れから）他人への物盗られ妄想

（嫁が家の財産を狙っているといった）オーバーな訴え・行動がちぐはぐになって徘徊^{はいかい}

（注）政府広報オンライン「もし、家族や自分が認知症になったら 知っておきたい認知症のキホン」（令和元年 12 月 4 日）に基づき、当省が作成した。

認知症の大部分を占めるアルツハイマー型や脳血管性認知症は、生活習慣病（高血圧、糖尿病、高脂血症等）との関連があるとされ、食事や定期的な運動など普段からの生活管理が認知症の予防につながる事が分かってきている。

また、症状が軽い段階のうちに認知症であることに気づき適切な治療が受けられれば薬で認知症の進行を遅らせたり、治療可能とされる認知症の疾患（アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、ビタミン欠乏症等）もあつたりすることから、認知症については、早期診断と早期治療が重要とされている。

(3) 認知症施策に係る近年の動向

ア 認知症施策の推進に向けた戦略等の策定状況

厚生労働省は、認知症の人が医療、介護等の支援を受けながら地域で生活を継続していくための支援の在り方を明確にし、同省としてより実効ある施策を講ずることを目指し、平成 23 年 11 月 29 日に関係部局から構成される認知症施策検討プロジェクトチームを設置した。同チームは、平成 24 年 6 月 18 日に「今後の認知症施策の方向性について」（資料 1-(3)-①参照）を取りまとめた。

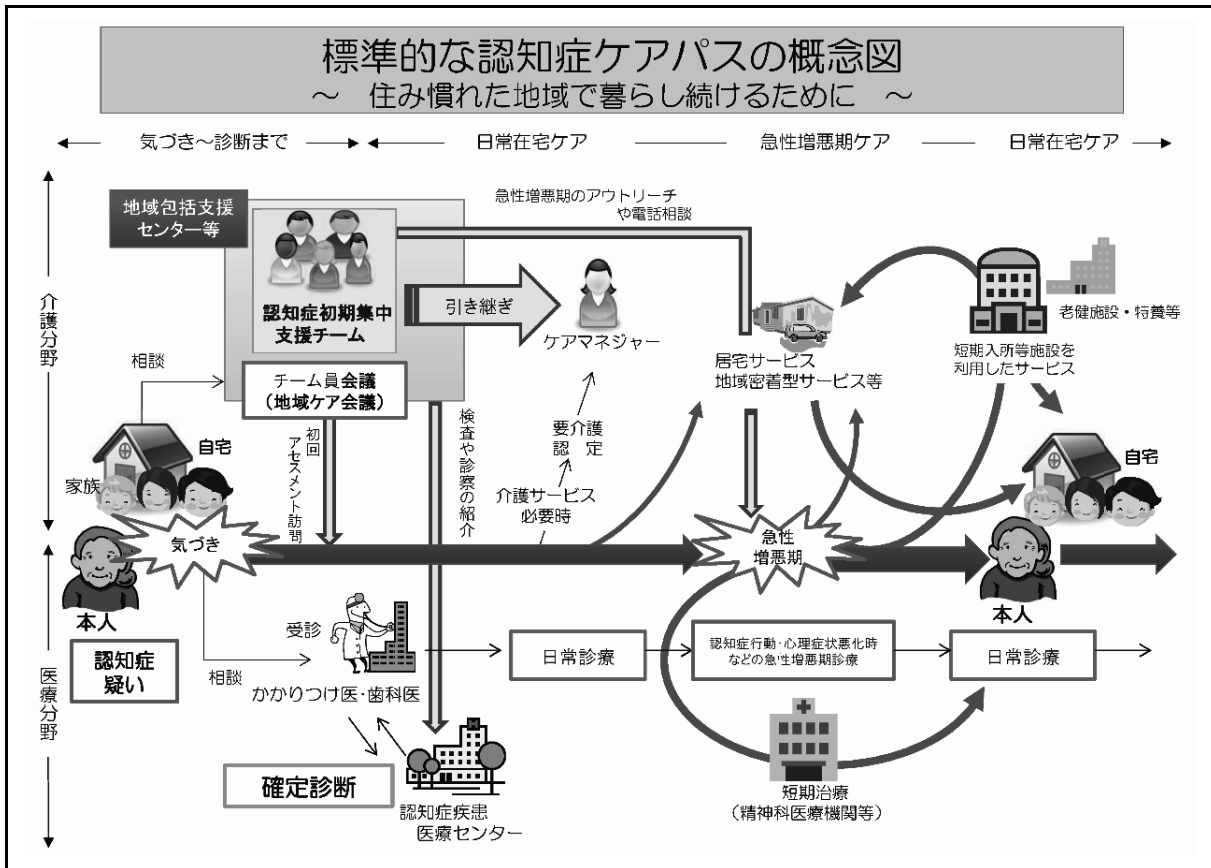
「今後の認知症施策の方向性について」では、過去 10 年間の認知症施策を再検証し、「これまでのケアは、認知症の人が行動・心理症状等により、「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていた」としている。その上で、「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現」を目指すため、次の七つの視点に立って施策を進めていくこととされた。

- ① 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- ② 早期診断・早期対応
- ③ 地域での生活を支える医療サービスの構築
- ④ 地域での生活を支える介護サービスの構築
- ⑤ 地域での日常生活・家族の支援の強化
- ⑥ 若年性認知症施策の強化
- ⑦ 医療・介護サービスを担う人材の育成

特に、今後目指すべきケアについては、「新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く」こととされ、「早期支援機能」として期待されるものとして、支援チームが挙げられている。支援チームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにするための初期集中支援を、発症後できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置付けられている。



図表 1-(3)-① 標準的な認知症ケアパスの概念図



(注) 「今後の認知症施策の方向性について」から抜粋した。

また、「今後の認知症施策の方向性について」では、厚生労働省内関係部局（医政局、社会・援護局障害保健福祉部、老健局、保険局）、関係省庁、地方公共団体、関係団体等と連携して計画的に認知症施策を推進していくこととし、前述の視点に立った施策に関する平成 25 年度からの 5 年間の具体的な計画を策定することとされた。これに基づき、平成 24 年 9 月 5 日に、厚生労働省は、前述の七つの視点に係る取組について具体的な数値目標等を定めたオレンジプラン（資料 1-(3)-②参照）を策定した。

平成 25 年度から、厚生労働省においてオレンジプランに基づく取組が実施されたところ、平成 26 年 11 月 6 日、認知症サミット日本後継イベント（平成 25 年 12 月にロンドンで開催された「G8 認知症サミット」の後継イベント）の開会式において、内閣総理大臣が、「我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします」、「新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします」と表明した。これを受けて、厚生労働省は、平成 27 年 1 月 27 日に、内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省及び国土交通省と共同で新オレンジプランを新たに策定した。

新オレンジプランでは、平成 37 年（令和 7 年）までを対象期間として、認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続ける社会の実現というオレンジプランの趣旨を引き継ぎつつ、次の「7 つの柱」に沿って施策を総合的に推進することとされた。

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

新オレンジプランに基づく施策ごとの数値目標については、介護保険が3年を一つの事業計画期間として運営されていることを踏まえ、平成29年度末等を当面の目標達成年度とされた。また、平成29年7月5日には、第7期介護保険事業計画の策定に合わせて平成32年度末（令和2年度末）までの数値目標の更新や施策を効果的に実行するための内容の一部改訂が行われた。

図表 1-(3)-② 新オレンジプランの数値目標の更新等

数値目標一覧				
項目	新プラン策定時	進捗状況(H28年度末)	(現) 目標	目標案 (H32年度末)
認知症サポーター養成	545万人 (H26.9末)	880万人	800万人 (H29年度末)	1,200万人
かかりつけ医認知症対応力 向上研修	38,053人 (H25年度末)	5.3万人	6万人 (H29年度末)	7.5万人
認知症サポート医養成研修	3,257人 (H25年度末)	0.6万人	5千人 (H29年度末)	1万人
歯科医師認知症対応力 向上研修	-	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
薬剤師認知症対応力 向上研修	-	0.8万人	H28年度より 研修開始	4万人
認知症疾患医療センター	289ヵ所 (H26年度末)	375ヵ所	500ヵ所 (H29年度末)	500ヵ所 ※2次医療圏域に少なくとも 1センター以上設置
認知症初期集中支援チーム 設置市町村	41ヵ所 (H26年度末)	703ヵ所	全市町村 (平成30年度～)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
一般病院勤務の医療従事者 認知症対応力向上研修	3,843人 (H25年度末)	9.3万人	8.7万人 (H29年度末)	22万人
看護職員認知症対応力 向上研修	-	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
認知症介護指導者養成研修	1,814人 (H25年度末)	2.2千人	2.2千人 (H29年度末)	2.8千人
認知症介護実践リーダー研修	2.9万人 (H25年度末)	3.8万人	4万人 (H29年度末)	5万人
認知症介護実践者研修	17.9万人 (H25年度末)	24.4万人	24万人 (H29年度末)	30万人
認知症地域支援推進員の 設置市町村	217ヵ所 (H26年度末)	1.2千ヵ所	全市町村 (平成30年度～)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
若年性認知症に関する事業の 実施都道府県	21ヵ所 (H25年度)	42ヵ所	全都道府県 (平成29年度末)	コーディネーターの資質向上 好事例の横展開の推進
認知症カフェ等の設置	-	H25年度から 国の財政支援実施	-	全市町村

(注) 第6回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議（平成29年7月5日）資料1から抜粋した。

さらに、認知症に係る諸課題について、関係府省庁の緊密な連携の下、政府一体となって総合的な対策を推進するため、平成30年12月25日に、新たに認知症施策推進関係閣僚会議が開催された。認知症施策推進関係閣僚会議は、内閣官房長官を議長、健康・

医療戦略を担当する国務大臣及び厚生労働大臣を副議長とし、関係閣僚を構成員として、これまで新オレンジプラン等により進められてきた認知症の人にやさしい地域づくりを通じた「共生」に加え、新たに認知症の「予防」という観点を柱とした認知症施策の指針となる大綱を策定することとした。認知症施策推進関係閣僚会議の下に設けられた幹事会及び有識者会議の議論を経て、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」（資料1-(3)-③参照）が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱では、「共生」について、「認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味である」とされている。その上で、「引き続き、生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す」とされている。

また、「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である」とされている。その上で、「運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等」により、「認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスの収集・普及とともに、通いの場における活動の推進など、正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への「備え」としての取組に重点を置く」とされている。これらの結果として、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせること」を目指し、「認知症の発症や進行の仕組みの解明、予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める」とされている。

こうした基本的な考え方の下、

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

の五つの柱に沿って施策を推進することとされ、対象期間は、「団塊の世代」が75歳以上となる令和7年までとし、策定後3年を目途に、施策の進捗を確認するものとされている。

イ 主な認知症施策の枠組み

厚生労働省の認知症施策の中心となる①認知症に係る地域支援事業、②認知症施策等総合支援事業等を含めた主な認知症施策関連予算についてみると、平成30年度は97億円、令和元年度は119億円、2年度は125億円となっている。

図表 1-(3)-③ 厚生労働省の主な令和 2 年度認知症施策関連予算の概要

認知症施策推進大綱に基づく施策の推進

(令和元年度予算) 119 億円 → (令和 2 年度予算) 125 億円

認知症施策推進大綱に基づき、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を両輪とした施策を推進する。

【市町村における取組の推進】

○ 認知症に係る地域支援事業の推進 (注 2)

(認知症施策の推進)

支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や推進員による相談対応、認知症カフェの設置、社会参加活動の体制整備のほか、新たに認知症本人・家族の支援ニーズに応える認知症サポーターの活動(チームオレンジ)を推進するなど認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進する。

【都道府県等による広域的な取組の推進】

○ 認知症施策の総合的な取組 20 億円 → 20 億円

ア 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進

認知症施策推進大綱に基づき、認知症本人のピア活動の推進や認知症本人が集う取組の普及、若年性認知症の人への支援、地域での見守り体制の確立など認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進する。

(※) 上記の他、地域支援事業交付金や地域医療介護総合確保基金を活用して認知症施策の充実を図る。

イ 医療センターの整備促進・相談機能強化

認知症の人とその家族に対する早期診断や早期対応を行うため、認知症の専門医療機関である医療センター(基幹型、地域型、連携型)を整備するほか、地域包括支援センター等の関係機関と連携して日常生活支援の相談機能の強化を図る。

【国による普及啓発】

○ 認知症理解のための普及啓発等 10 百万円 → 32 百万円

認知症の人本人がまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」の展開など認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるための広報・啓発を集中的に実施する。また、日本認知症官民協議会の開催・運営を通じて、官民の連携を強化するとともに、認知症の人に対する接遇方法等を業種別にまとめたガイドラインの作成や「認知症バリアフリー」の取組の横展開等を通じて、社会全体の認知症に関する取組の強化を図る。

【成年後見制度の利用促進】

○ 成年後見制度の利用促進のための体制整備(社会・援護局計上分)

3.5 億円 → 8.0 億円

成年後見制度利用促進基本計画及び認知症施策推進大綱を踏まえ、中核機関の整備や市町村計

画の策定を推進するとともに、中核機関における市民後見人・親族後見人の専門的バックアップ体制の強化や適切な後見人候補者の家庭裁判所への推薦の取組を推進する。

また、後見人等の意思決定支援研修を全国的に実施するとともに、任意後見・補助・保佐等の広報・相談体制の強化を図る

○ 成年後見制度の担い手の確保や制度の利用に係る費用の助成

82 億円の内数等 → 82 億円の内数等

市民後見人といった成年後見制度の担い手の育成を推進するとともに、低所得の高齢者に対する成年後見制度の申立費用や報酬の助成等を推進する。

【**認知症研究の推進**】

○ 認知症研究の推進

10 億円 → 12 億円

認知症施策推進大綱に基づき、全国的なコホート・レジストリ研究等を拡充することによって予防のエビデンス収集や病態解明等を進めるとともに、認知症診断に資するバイオマーカー研究やゲノム研究等を推進する。

(注) 1 厚生労働省の「令和 2 年度予算（案）の概要（老健局）」に基づき、当省が作成した。

2 表中の「認知症施策の推進」に加え、「生活支援の充実・強化」、「在宅医療・介護連携の推進」、「地域ケア会議の開催」の 4 事業により構成される「包括的支援事業（社会保障充実分）」（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 115 条の 45 の規定に基づく地域支援事業の一部）の令和 2 年度予算額（地域支援事業交付金）は、267 億円（令和元年度 267 億円）である。

3 厚生労働省では、上記のほか、地域医療介護総合確保基金による介護施設等の整備・介護従事者の確保などにより認知症の人を含む高齢者支援に係る事業を実施している。

(7) **地域支援事業**

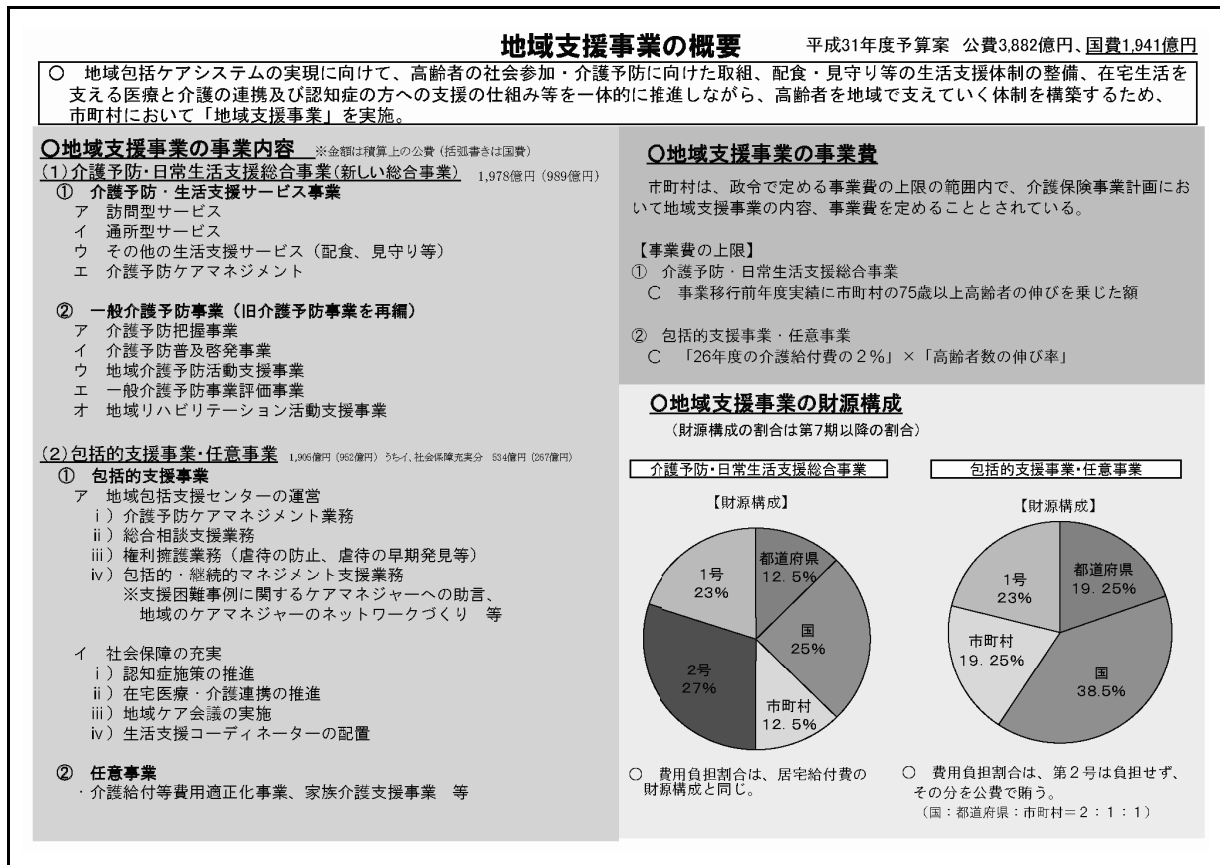
地域支援事業は、介護保険法（以下「法」という。）第 115 条の 45 の規定に基づき、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業である。

同事業は、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進するため、

- i) 介護予防・日常生活支援総合事業（法第 115 条の 45 第 1 項に規定する事業）、
 - ii) 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）（法第 115 条の 46 第 1 項に規定する包括的支援事業のうち法第 115 条の 45 第 2 項第 4 号から第 6 号に掲げる事業を除く。）、
 - iii) 包括的支援事業（社会保障充実分）（包括的支援事業のうち在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業及び地域ケア会議推進事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 4 号から 6 号までに掲げる事業及び同項第 3 号を効果的に実施するために、法第 115 条の 48 第 1 項に基づき設置される会議を開催する事業））、
 - iv) 任意事業（法第 115 条の 45 第 3 項各号に掲げる事業）
- で構成されている。

地域支援事業の実施主体は市町村であり、国は、法第 122 条の 2 の規定に基づき、地域支援事業のうち介護予防・日常生活支援総合事業については事業に要する費用の額の 25.0%を、包括的支援事業及び任意事業については 38.5%（平成 30 年度から令和 2 年度までの場合）を地域支援事業交付金として市町村に交付している。

図表 1-(3)-④ 地域支援事業の概要



(注) 第76回厚生労働省社会保障審議会介護保険部会（平成31年3月20日）参考資料1「介護予防・健康づくりと保険者機能の強化（参考資料）」から抜粋した。

「「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日付け老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）の別紙「地域支援事業実施要綱」（以下「地域支援事業実施要綱」という。）では、「地域支援事業の実施状況及び効果に関する評価は、保険者機能強化推進交付金に関する指標により、毎年度実施する」とされている。

保険者機能強化推進交付金は、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）による改正後の法第122条の3において、国は、市町村及び都道府県に対し、自立支援・重度化防止等に関する取組を支援するため、予算の範囲内において、交付金を交付するとされたことにより、平成30年度から創設されたものである（資料1-(3)-④参照）。

同交付金は、保険者機能の強化に向けて、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する市町村の取組や、こうした市町村を支援する都道府県の取組を推進するため、市町村及び都道府県の様々な取組の達成状況を評価できる指標が設定されており、この

達成状況に応じて交付されるものである。厚生労働省は、毎年、市町村及び都道府県に対し、それぞれの取組を評価する指標を示している。

地域支援事業のうち、包括的支援事業（社会保障充実分）を構成する事業の一つである認知症総合支援事業は、地域支援事業実施要綱において、市町村を実施主体とした認知症初期集中支援推進事業及び認知症地域支援・ケア向上事業により実施することとされている。

認知症初期集中支援推進事業は、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる支援チームを配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としている。

認知症地域支援・ケア向上事業は、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、市町村において医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う推進員を配置し、当該推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的としている。

(4) 認知症施策等総合支援事業等

認知症の人やその家族等にとって最も身近な地方公共団体である市町村が、認知症の早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などを通して地域単位での総合的かつ継続的な支援体制を確立していくための施策を展開するに当たり、都道府県などによる支援を推進することを目的として、厚生労働省は、認知症施策等総合支援事業を実施している。

同事業は、認知症総合戦略推進事業、医療センター運営事業等により構成され、厚生労働省では、都道府県及び指定都市が実施する事業の経費に対し、予算の範囲内で定額又は二分の一の補助率により補助金を交付している。

図表 1-(3)-⑤ 令和元年度における認知症施策等総合支援事業の概要

事業名		主な内容	事業主体
認知症総合戦略推進事業	認知症総合戦略加速化推進事業	<p>ア 認知症の人の見守りに係る市町村（特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。）、都道府県を越えた広域のネットワークの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 各都道府県における認知症高齢者見守り事業実施市町村と未実施市町村との課題等の共有のための会議の開催 市町村を越えた広域での認知症の人の搜索活動を行う模擬訓練の実施 都道府県を越えた広域での普及・啓発の実施や行方不明認知症高齢者が発生した際の共通の搜索のガイドライン・様式の作成を進めるための会議の開催等 <p>イ 認知症の人の地域活動等の推進</p> <p>認知症の本人のニーズを地域で共有する取組（認知症の人が自らの体験などを主体的に語り合うミーティングなど）の実施</p>	都道府県

事業名	主な内容	事業主体
	や、好事例の収集、方法論の研究等 ウ 管内市町村における認知症施策の取組向上・強化 医療・福祉等の専門職による管内市町村への指導・助言、都道府県内の認知症施策に係る取組に関する医療・介護・福祉等の関係者による検討会議の開催など	
認知症施策普及・相談・支援事業	認知症の人や家族が気軽に相談できる体制を構築（コールセンターの設置や相談会の開催など）、地域における認知症の理解の促進支援（認知症サポーター養成講座の企画・立案等）など	都道府県 指定都市
若年性認知症施策総合推進事業	若年性認知症の人やその家族に対する相談支援等に対応する若年性認知症支援コーディネーターの配置、適切な支援を行うための地域ネットワークの構築、若年性認知症の人の社会参画の推進など	都道府県 指定都市
ピアサポート活動支援事業	今後の生活の見通しなどに大きな不安を抱えている認知症の人に対する認知症当事者によるピアサポート活動（相談支援、認知症当事者同士の交流会など）の実施	都道府県 指定都市
認知症サポーター活動促進事業	地域において認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターをつなげる仕組み「チームオレンジ」の構築（市町村に配置されたコーディネーターが把握した支援ニーズを踏まえ、研修を受けた認知症サポーターにより編成されたチームが、外出支援、見守り・声かけ、話し相手、ボランティア訪問などの支援を実施）	都道府県 市町村
医療センター運営事業	管内の医療機関を医療センターに指定し、同センターによる認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、BPSD と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談、地域保健・介護関係者への研修の実施、当事者等によるピアサポート活動や交流会の開催支援など	都道府県 指定都市
認知症介護研究・研修センター運営事業	認知症介護の専門技術に関する実践的な研究、認知症介護の専門技術に関する指導・普及を行う専門職員に対する養成研修、認知症介護の専門技術に関する国内外の人材交流や各種情報の収集・提供など	社会福祉 法人

(注) 「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年 7 月 9 日付け老発 0709 第 3 号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護研究・研修センター運営事業の実施について」（平成 12 年 5 月 8 日付け老発第 477 号厚生省老人保健福祉局長通知）に基づき、本省が作成した。

このほか、厚生労働省では、認知症サポーター等推進事業として、認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバン・メイト及び認知症サポーターを都道府県、市町村、全国的組織を持つ職域団体や企業が養成する際の支援、これらの活動状況の把握や優良活動事例を広く周知する報告会等を行う実施団体（公募により選定）に対して資金を補助している。

これらの認知症施策等総合支援事業等の予算額は、平成 30 年度が 15 億円、令和元年度が 20 億円、2 年度が 20 億円となっている。

〔項目 2 - (1) 報告書のポイント〕

2 認知症高齢者への早期対応に係る取組の推進

(1) 地域の実情に応じた認知症初期集中支援の推進

支援チームの役割は認知症高齢者への初期集中支援とされている中、従来から認知症高齢者等への支援を行ってきた地域包括支援センター等と、新たに配置することとされた支援チームとの役割分担を市町村がどのように捉え、整理しているかにより、次の状況がみられた。

- ① 支援チームの配置場所、支援実績は様々である。
- ② 厚生労働省は、支援チームが訪問支援対象者に初期に関わること（ファーストタッチ）を求めているが、実態は、調査した 62 市町村の約 6 割で、地域包括支援センターで対応困難とされた事案に対応している。

認知症施策推進大綱では、支援チームについて、今後、「先進的な活動事例を収集し全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する」としている。

今回の調査結果を踏まえると、認知症高齢者への初期集中支援の実績や効果を把握・分析するためには、支援チームによる支援状況だけでなく、従来から行われている地域包括支援センター等による認知症高齢者への支援状況を含めた観点から、一体的に捉える必要があると考えられる。

また、厚生労働省は、市町村に対し、「地域支援事業」の実施状況及び効果に関する評価を同省が示す指標により行うことを求めているが、認知症初期集中支援については、推進員との情報連携の体制を評価するにとどまっている。

今後、国及び市町村において認知症高齢者への初期集中支援による効果を検証できるよう方策を講ずることが重要と考えられる。

【所見】

したがって、厚生労働省は、認知症高齢者に対して実効ある初期集中支援がなされるよう、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 市町村の規模や高齢者数、支援チームの配置場所などを踏まえ、支援チームと地域包括支援センターの役割分担を含めた認知症高齢者に対する支援の実例を把握・分析し、その結果を踏まえ、地域の実情に応じて選択可能な支援スキームを市町村に示すこと。
- ② 認知症高齢者への初期集中支援によって上げるべき効果を明確に

するとともに、その効果を評価できる指標を市町村に示すこと。

2 認知症高齢者への早期対応に係る取組の推進

(1) 地域の実情に応じた認知症初期集中支援の推進

【制度等】

市町村は、地域支援事業実施要綱に基づき、認知症初期集中支援推進事業を実施している。地域支援事業実施要綱において、同事業の目的は、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる支援チームを配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築すること」とされている（資料2-(1)-①参照）。

ア 支援チームの配置要件

支援チームは、地域支援事業実施要綱に基づき、「地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置する」とされている。

また、支援チームの構成は、認知症の医療や介護における専門的知識・経験を有する看護師、保健師、社会福祉士、介護福祉士等の専門職2人以上、及び日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は一定の要件を満たした医師のいずれかに該当する認知症サポート医1人の計3人以上とされている（資料2-(1)-②参照）。

新オレンジプランでは、平成30年度から全市町村で支援チームによる支援を実施することが目標とされた。全国の市町村では、平成27年4月1日から順次、支援チームの配置が進められ（一部の市町村では厚生労働省のモデル事業として平成25年度から配置）、令和元年9月末をもって、全市町村に支援チームが配置された（資料2-(1)-③参照）。

イ 支援チームによる初期集中支援の内容等

支援チームの役割は、地域支援事業実施要綱において、「認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うもの」（注）とされている（資料2-(1)-②参照（再掲））。

（注） 地域支援事業実施要綱は、支援チームによる支援の対象となる認知症が疑われる人や認知症の人を「訪問支援対象者」と呼称している。本書においても同様に、以下「訪問支援対象者」という。

（訪問支援対象者の要件）

訪問支援対象者は、地域支援事業実施要綱において、「原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下の a、b のいずれかの基準に該当する者」とされている。また、「訪問支援対象者の選定の際には、b に偏らないよう留意すること」とされている（資料2-(1)-④参照）。

a 医療サービス、介護サービスを受けていない者、又は中断している者で以下のいずれかに該当する者

- ① 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- ② 継続的な医療サービスを受けていない者
- ③ 適切な介護サービスに結び付いていない者

④ 介護サービスが中断している者

b 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(支援チームによる初期集中支援の内容)

支援チームは、地域支援事業実施要綱に基づき、i) 訪問支援対象者の把握、ii) 情報収集及び観察・評価、iii) 初回訪問の実施、iv) 専門医を含めたチーム員会議の開催、v) 初期集中支援の実施、vi) 引継ぎ後のモニタリング、という一連の支援を実施することとされている。

これらの一連の支援について、地域支援事業実施要綱では、図表 2-(1)-①のとおり、

- i) 訪問支援対象者の把握については、「支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること」、
- iii) 初回訪問については、「原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上の計 2 名以上で訪問すること」、
- iv) 専門医を含めたチーム員会議の開催については、「初回訪問後、訪問支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討する」とともに「初期集中支援の終了をチーム員会議で判断」すること、等とされている。

図表 2-(1)-① 地域支援事業実施要綱が定める認知症初期集中支援の内容

区分	内容
i) 訪問支援対象者の把握	<u>必ず地域包括支援センター及び医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮する。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び医療センターと情報共有を図る。</u>
ii) 情報収集及び観察・評価	本人のほか家族などのあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況などを情報収集する。 また、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行う。
iii) 初回訪問の実施	認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明、訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言などを行う。(おおむね 2 時間以内) なお、初回訪問する場合のチーム員数は、 <u>原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 人以上の計 2 人以上で行うこととする。</u>
iv) 専門医を含めたチーム員会議の開催	<u>初回訪問後、訪問支援対象者ごとに、観察・評価内容を総合的に観察し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医を含めたチーム員会議を行う。</u>
v) 初期集中支援の実施	医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境などの改善などの支援を行う。(訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、おおむね最長で 6 か月)
vi) 引継ぎ後のモニタリング	初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引継ぎを行う。 また、チーム員会議において、引継ぎの 2 か月後に、サービスの利用状況などを評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行う。

(注) 1 地域支援事業実施要綱(資料 2-(1)-⑤)に基づき、当省が作成した。

2 下線は当省が付した。

また、支援チームの支援期間について、地域支援事業実施要綱では、「訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね^{おおむね}最長で6か月」とされている。

(地域包括支援センターによる総合相談支援業務)

地域支援事業実施要綱において、支援チームの配置場所及び訪問支援対象者に関する情報の経由機関とされている地域包括支援センターは、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置し、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること」(法第115条の46第1項)を目的として設置されている。

設置主体は、市町村又は市町村から事業委託を受けた者で、市町村は、地域包括支援センターの設置に当たり、人口規模、業務量、専門職の人材確保の状況等との整合性に配慮し、最も効果的・効率的に業務が行えるよう担当圏域を決定することとされている。地域包括支援センターは、平成18年度から設置が進められ、平成20年4月1日に全市町村に設置された(31年4月末日現在、全国5,167か所に設置)。

地域包括支援センターの業務の一つである総合相談支援業務の目的は、地域支援事業実施要綱に基づき、「地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うこと」とされている。

総合相談支援業務は、図表2-(1)-②のとおり、①地域におけるネットワークの構築、②実態把握、③総合相談支援からなり、このうち③の総合相談支援は、高齢者本人、家族、近隣住民、地域のネットワーク等を通じて様々な相談を受けて、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等の対応を行うこととされている。また、専門的・継続的な関与又は緊急な対応が必要と判断される相談については、詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定し、同計画に基づいて適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認することとされている。

図表 2-(1)-② 地域包括支援センターの総合相談支援業務の内容等

総合相談支援業務	<参考> 支援チームの業務
① 地域におけるネットワークの構築 支援を必要とする高齢者を見い出し、保健・医療・福祉サービスを始めとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、 <u>介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者のネットワークを構築。</u> ② 実態把握 ①で構築したネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、	

<p>高齢者世帯への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を実施。</p> <p>③ 総合相談支援</p> <p>i) 初期段階の相談対応 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断。 適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決できると判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を実施。</p> <p>ii) 専門的・継続的な相談支援 i) の対応により、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、より詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定。 <u>支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認。</u></p>	<p>i) 訪問支援対象者の把握</p> <p>ii) 情報収集及び観察・評価</p> <p>iii) 初回訪問時の支援</p> <p>iv) 専門医を含めたチーム員会議の開催（支援方針、支援内容等を検討）</p> <p>v) 初期集中支援の実施</p> <p>vi) 引継ぎ後のモニタリング</p>
---	--

- (注) 1 地域支援事業実施要綱（資料 2-(1)-⑥）に基づき、当省が作成した。
2 下線は当省が付した。

【調査結果】

ア 支援チームの配置状況

今回、平成28年度末時点で先行的に支援チームを配置している703市町村（後述イのとおり、29年度における支援チームによる支援の実施状況を把握するため。）の中から、人口規模や高齢化率等を勘案して62市町村を選定し、平成30年8月1日時点の支援チームの配置状況を調査した。

調査対象62市町村における支援チームの配置場所をみると、①地域包括支援センターに配置しているものが30市町村（48.4%）（④を除く。）、②医療センター等医療機関に配置しているものが21市町村（33.9%）（④を除く。）、③市町村組織に配置しているものが6市町村（9.7%）（④を除く。）、④医療機関と地域包括支援センター、医療センターと市町村組織等、複数の異なる機関に配置しているものが4市町村（6.5%）等となっている。また、これらの中でも、支援チームを1か所に配置しているものや複数か所に配置しているもの等があり、配置形態は様々となっている。なお、支援チーム数を計上できない1市町村（注）を除く調査対象61市町村における1支援チーム当たりの高齢者数についても、約1千人から約19万5千人までと様々となっている。

(注) 医療センターに1チームを配置するとともに、市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成することとしている1市町村については、支援チーム数を計上できないため、1支援チーム当たりの高齢者数を算出できない。

地域包括支援センターに支援チームを配置している30市町村では、配置の理由について、地域包括支援センターが、従来から総合相談支援業務などにより認知症高齢者を含む高齢者への支援を行っており、支援チームによる支援においても、地域包括支援センター職員を支援チーム員と兼務させるなどにより、同センターが有する地域の高齢者に関する情報や支援経験、医療機関や介護事業所等関係機関との連携体制を活用するためとしている。なお、地域包括支援センターに配置している30市町村の人口区分別の内訳をみると、人口5万人未満が17市町村（56.7%）と最も多くなっているが、これらのうち14市町村は、管内に支援チームを配置できる機関（支援チームの配置要件を満たし支援チーム員として

活動可能な専門職が在籍するなど) が他にないという地域事情もあるとしている。

医療センター等医療機関に支援チームを配置している21市町村では、配置の理由について、支援チーム員となる医療分野及び介護分野の専門職並びに専門医が在籍し、支援チームによる支援を実施する上で必要な認知症の鑑別診断等の専門的な医療機能を有しているためとしている。

市町村組織に支援チームを配置している6市町村では、配置の理由について、管内に支援チームを配置できる医療機関がない、地域包括支援センターは業務が多忙である等、他に支援チームの業務を委託できる機関がなかったため等としている。

また、医療機関と地域包括支援センター、医療センターと市町村組織等、複数の異なる機関に支援チームを配置している4市町村では、管内の日常生活圏域や行政区等を考慮し、支援チームによる支援が管内全域をカバーするためには複数の支援チームが必要であるとし、管内の区域をそれぞれの機関に配置された支援チームが分担して支援すること等としている。

他方、調査対象62市町村のうち、支援チーム数を計上できない1市町村を除く61市町村が配置した支援チームの平成29年度における1支援チーム当たりの支援実績について、市町村別にみると、0件から78件までと市町村によって様々となっていた。

また、平成29年度における1支援チーム当たりの支援実績について、支援チームの配置パターン別にみると、

- ① 地域包括支援センターに配置した30市町村における支援実績は0件から46件、
 - ② 医療センター等医療機関に配置した21市町村における支援実績は2件から66件、
 - ③ 市町村組織に配置した6市町村における支援実績は2件から70件、
- 等となっており、支援実績は様々となっていた。

さらに、平成29年度における1支援チーム当たりの支援実績について、訪問支援対象者の多くを占めると考えられる各市町村の高齢者の人数(65歳以上の者)に基づき算出した1支援チーム当たりの高齢者数別にみると、

- i) 1チーム当たり高齢者数が1万人未満の14市町村における支援実績は0件から17件、
- ii) 1チーム当たり高齢者数が1万人以上2万人未満の17市町村における支援実績は1件から33件、
- iii) 1チーム当たり高齢者数が2万人以上3万人未満の7市町村における支援実績は6件から78件、
- iv) 1チーム当たり高齢者数が3万人以上4万人未満の7市町村における支援実績は2件から63件、
- v) 1チーム当たり高齢者数が4万人以上5万人未満の1市町村における支援実績は2件、
- vi) 1チーム当たり高齢者数が5万人以上6万人未満の5市町村における支援実績は4件から25件、
- vii) 1チーム当たり高齢者数が6万人以上10万人未満の5市町村における支援実績は9件から70件、

viii) 1チーム当たり高齢者数が10万人以上の5市町村における支援実績は20件から66件、

等となっており、1支援チーム当たりの高齢者数がほぼ同規模の市町村間や、同高齢者数が相対的に多い市町村と少ない市町村の区分別にみても、支援実績は様々となっていた

これらのとおり、調査対象61市町村（支援チーム数を計上できない1市町村を除く。）における支援チームの配置パターンや1支援チーム当たりの高齢者数と平成29年度の支援実績を比較した結果、特定の配置パターンの市町村では支援実績が相対的に多い又は少ない、1支援チーム当たりの高齢者数が相対的に多い市町村では1支援チーム当たりの高齢者数が相対的に少ない市町村よりも支援実績が多い、といった状況はみられなかった。

支援チームの支援実績については、支援チームの配置状況だけでなく、訪問支援対象者の把握・選定方法が大きく影響していると考えられる。前述のように市町村における支援実績が様々となっている背景としては、後述イ(ア)のとおり、支援チームへ訪問支援対象者の情報を提供している地域包括支援センターが、支援チームに対してどのような訪問支援対象者の情報を提供しているか等の状況が異なっているという事情があることが考えられる。

なお、調査対象62市町村のうち60市町村（96.8%）では、支援チームの支援実績を踏まえ、今後、支援チームの追加配置の具体的な予定はないとしている。

(7) 支援チームの配置場所等

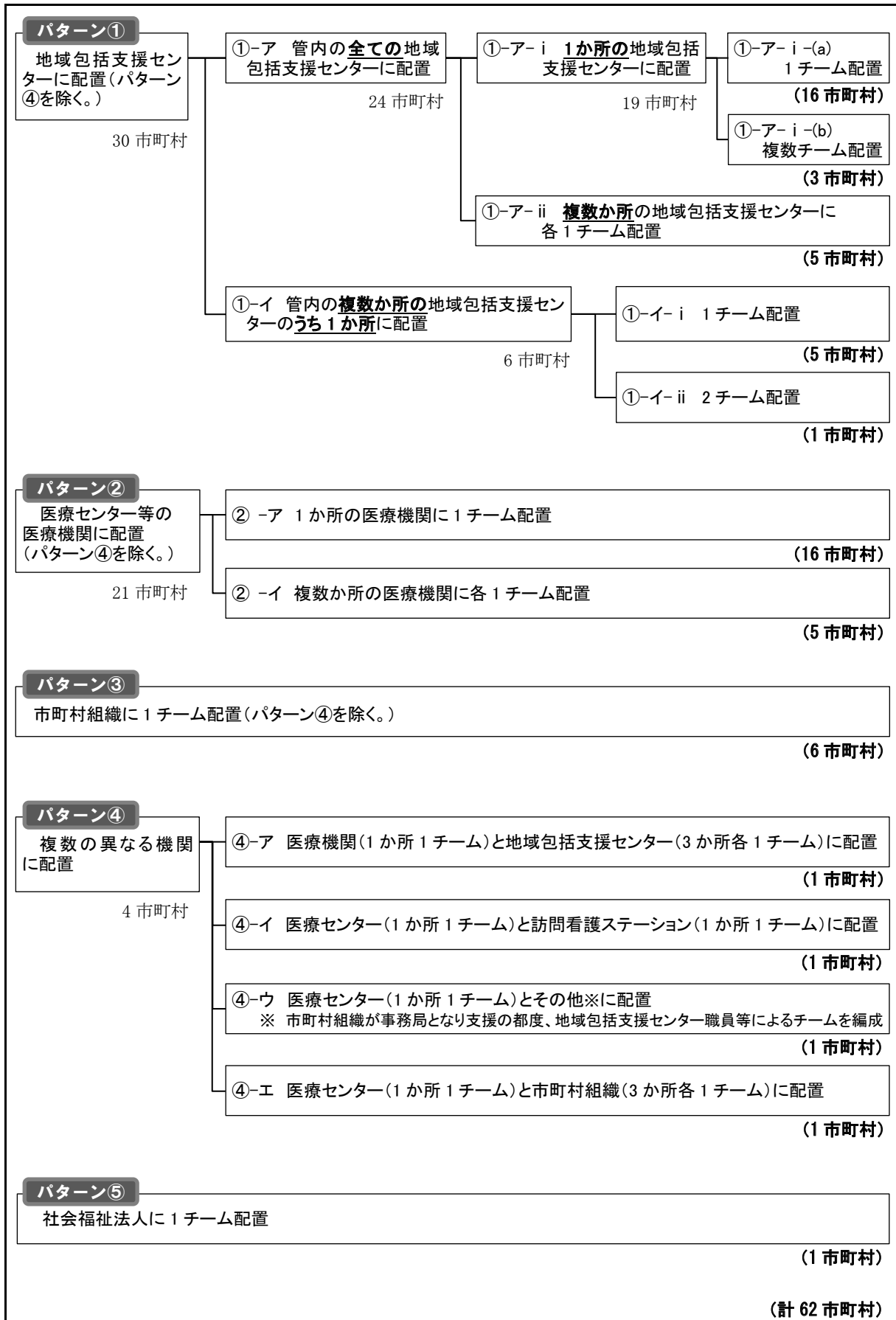
調査対象62市町村における支援チームの平成30年8月1日時点の配置場所をみると、図表2-(1)-③のとおり、

- ① 地域包括支援センターに配置しているもの（後述④を除く。）が30市町村（48.4%）、
 - ② 医療センター等医療機関に配置しているもの（後述④を除く。）が21市町村（33.9%）、
 - ③ 市町村組織に配置しているもの（後述④を除く。）が6市町村（9.7%）、
 - ④ 医療機関と地域包括支援センター、医療センターと市町村組織等、複数の異なる機関に配置しているものが4市町村（6.5%）、
 - ⑤ 社会福祉法人に配置しているものが1市町村（1.6%）、
- となっている。

また、これらの中でも、支援チームを1か所に配置しているものや複数か所に設置しているもの等があり、配置形態は様々となっている。なお、支援チーム数を計上できない1市町村（注）を除く調査対象61市町村における1支援チーム当たりの高齢者数についても、図表2-(1)-④のとおり、約1千人から約19万5千人までと様々となっている。

（注） 医療センターに1チームを配置するとともに、市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成することとしている1市町村については、支援チーム数を計上できないため、1支援チーム当たりの高齢者数を算出できない。

図表2-(1)-③ 調査対象62市町村における支援チームの配置パターン（全体像）



(注) 当省の調査結果による。

図表2-(1)-④ 調査対象62市町村における支援チームの配置状況

支援チーム配置パターン	No.	支援チーム配置状況 (H30. 8. 1 時点)		地域包括 支援セン ター数	人口 (千人)	高齢者数 (千人)	高齢化 率 (%)	平成 29 年度 支援チーム 支援実績		1支援チ ーム当た り高齢者 数 (千人)
		配置場所	配置数 (チーム)					支援 実績 (件)	1 支援チーム 当たり支援 実績 (件)	
①-ア-i-(a) (16 市町村)	1	地域包括支援センター	1	1	110	30	27.4	30	30	30
	2	地域包括支援センター	1	1	39	11	29.6	2	2	11
	3	地域包括支援センター	1	1	36	11	28.9	7	7	11
	4	地域包括支援センター	1	1	34	11	32.3	23	23	11
	5	地域包括支援センター	1	1	33	12	36.6	1	1	12
	6	地域包括支援センター	1	1	28	12	41.1	1	1	12
	7	地域包括支援センター	1	1	25	7	28.9	6	6	7
	8	地域包括支援センター	1	1	23	8	36.3	3	3	8
	9	地域包括支援センター	1	1	22	8	36.8	5	5	8
	10	地域包括支援センター	1	1	15	6	41.3	2	2	6
	11	地域包括支援センター	1	1	5	2	45.1	17	17	2
	12	地域包括支援センター	1	1	5	2	43.5	12	12	2
	13	地域包括支援センター	1	1	4	2	55.9	12	12	2
	14	地域包括支援センター	1	1	4	2	43.0	0	0	2
	15	地域包括支援センター	1	1	3	1	22.8	3	3	1
	16	地域包括支援センター	1	1	2	1	38.8	12	12	1
①-ア-i-(b) (3 市町村)	17	地域包括支援センター	3	1	259	72	27.7	83	28	24
	18	地域包括支援センター	2	1	47	17	35.8	3	2	8
	19	地域包括支援センター	3	1	9	3	33.6	15	5	1
①-ア-ii (5 市町村)	20	地域包括支援センター	29	29	2,296	555	24.2	962	33	19
	21	地域包括支援センター	27	27	1,952	487	24.9	31	1	18
	22	地域包括支援センター	7	7	173	45	25.8	58	8	6
	23	地域包括支援センター	4	4	139	39	27.8	17	4	10
24	地域包括支援センター	3	3	107	34	31.4	12	4	11	
①-イ-i (5 市町村)	25	地域包括支援センター (医療センターの指定を受ける 医療機関を運営する社会医療 法人が設置・運営)	1	7	395	101	25.4	46	46	101
	26	地域包括支援センター (医療センターの指定を受ける 医療機関を運営する公益財団 法人が設置・運営)	1	12	336	93	27.8	32	32	93
	27	地域包括支援センター(直営)	1	6	197	54	27.3	13	13	54
	28	地域包括支援センター (認知症の専門医が在籍する 医療機関を運営する医療法人 が設置・運営)	1	5	84	24	28.5	46	46	24
	29	地域包括支援センター(直営)	1	4	57	19	34.0	9	9	19
①-イ-ii (1 市町村)	30	地域包括支援センター (医療センターの指定を受ける 医療機関を運営する社会福祉 法人が設置・運営)	2	5	118	31	26.3	15	8	16
②-ア (16 市町村)	31	医療センター以外の医療機関	1	27	903	195	21.5	66	66	195
	32	医療センター	1	19	401	102	25.5	20	20	102
	33	医療センター	1	7	381	98	25.7	31	31	98
	34	医療センター以外の医療機関	1	13	360	103	28.7	48	48	103
	35	医療センター	1	8	233	65	28.1	12	12	65
	36	医療センター	1	1	172	50	29.1	7	7	50
	37	医療センター以外の医療機関	1	6	147	39	26.5	3	3	39

支援チーム配置パターン	No.	支援チーム配置状況 (H30. 8. 1 時点)		地域包括 支援セン ター数 (か所)	人口 (千人)	高齢者数 (千人)	高齢化 率 (%)	平成 29 年度 支援チーム 支援実績		1 支援チ ーム当た り高齢者 数 (千人)
		配置場所	配置数 (チーム)					支援 実績 (件)	1 支援チ ーム 当たり支援 実績 (件)	
	38	医療センター以外の医療機関	1	3	115	32	27.9	7	7	32
	39	医療センター	1	4	101	23	22.9	6	6	23
	40	医療センター	1	4	89	30	34.1	63	63	30
	41	医療センター	1	6	62	18	29.1	15	15	18
	42	医療センター以外の医療機関	1	3	55	10	18.6	8	8	10
	43	医療センター	1	1	49	15	30.7	7	7	15
	44	医療センター	1	4	48	17	35.1	8	8	17
	45	医療センター	1	1	39	14	35.7	15	15	14
	46	医療センター	1	1	19	7	37.5	9	9	7
②-イ (5 市町村)	47	医療センター、医療センター以 外の医療機関	5	27	1,264	288	22.8	98	25	58
	48	医療センター	2	28	839	226	27.0	21	21	113
	49	医療センター以外の医療機関	4	22	798	211	26.4	23	6	53
	50	医療センター以外の医療機関	6	1	421	114	27.1	10	2	19
	51	医療センター以外の医療機関	2	15	364	107	29.3	8	4	53
③ (6 市町村)	52	市町村組織	1	9	298	75	25.1	70	70	75
	53	市町村組織	1	4	133	36	27.0	13	13	36
	54	市町村組織	1	6	118	31	25.9	2	2	31
	55	市町村組織	1	1	117	27	23.0	14	14	27
	56	市町村組織	1	10	107	30	27.6	4	4	30
	57	市町村組織	1	6	73	22	30.6	7	7	22
④-ア (1 市町村)	58	医療センター以外の医療機 関、地域包括支援センター	4	5	337	94	27.8	70	35	23
④-イ (1 市町村)	59	医療センター、訪問看護ステー ション	2	1	387	81	20.9	4	2	40
④-ウ (1 市町村)	60	医療センター、その他	-	31	961	282	29.3	14	-	-
④-エ (1 市町村)	61	医療センター、市町村組織	4	52	1,082	244	22.6	34	9	61
⑤(1 市町村)	62	社会福祉法人	1	6	89	24	27.4	78	78	24

(注) 1 当省の調査結果による。

2 人口、高齢者数、高齢化率は、平成 27 年度国勢調査結果による。

3 人口、高齢者数、1 支援チーム当たり高齢者数は、百の位を四捨五入している。

4 複数の支援チームを配置している 18 市町村の 1 支援チーム当たり支援実績は、平成 29 年度における支援チーム数によって算出した 1 支援チーム当たりの平均支援実績（小数第 1 位を四捨五入）である。

5 調査対象 62 市町村の人口区分別の内訳は、1 万人未満：7 市町村（11.3%）、1 万人以上 3 万人未満：6 市町村（9.7%）、3 万人以上 5 万人未満：8 市町村（12.9%）、5 万人以上 10 万人未満：7 市町村（11.3%）、10 万人以上 20 万人未満：14 市町村（22.6%）、20 万人以上 30 万人未満：3 市町村（4.8%）、30 万人以上 50 万人未満：9 市町村（14.5%）、50 万人以上 100 万人未満：4 市町村（6.5%）、100 万人以上：4 市町村（6.5%）である。

6 表中の「④-ウ」については、医療センターに 1 チームを配置するとともに、市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成しており、支援チーム数を計上できないため、「配置数」、「1 支援チーム当たり支援実績」及び「1 支援チーム当たり高齢者数」欄は「-」と記載した。

(パターン①) 地域包括支援センターに支援チームを配置しているもの)

地域包括支援センターに支援チームを配置している30市町村では、配置の理由について、地域包括支援センターが、従来から総合相談支援業務などにより認知症高齢者を含む高齢者への支援を行っており、支援チームによる支援においても、地域包括支援センター職員を支援チーム員と兼務させるなどにより、同センターが有する地域の高齢者に関する情報や支援経験、医療機関や介護事業所等関係機関との連携体制を活用するためとしている。

なお、地域包括支援センターに配置している30市町村の人口区分別の内訳をみると、図表2-(1)-⑤のとおり、人口5万人未満が17市町村(56.7%)と最も多くなっているが、これらのうち14市町村は、管内に支援チームを配置できる機関(支援チームの配置要件を満たし支援チーム員として活動可能な専門職が在籍するなど)が他にないという地域事情もあるとしている。

図表2-(1)-⑤ 地域包括支援センターに支援チームを配置している30市町村の人口区分別の内訳

(単位：市町村、%)

人口区分	市町村数
100万人以上	2 (6.7)
100万人未満50万人以上	0 (0.0)
50万人未満30万人以上	2 (6.7)
30万人未満20万人以上	1 (3.3)
20万人未満10万人以上	6 (20.0)
10万人未満 5万人以上	2 (6.7)
5万人未満	17 (56.7)
うち5万人未満3万人以上	5 (16.7)
うち3万人未満1万人以上	5 (16.7)
うち1万人未満	7 (23.3)
計	30 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 平成27年度国勢調査結果に基づき区分した。

3 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。

また、地域包括支援センターに支援チームを配置している30市町村における支援チームの配置か所数等をみると、図表2-(1)-⑥のとおり、

①-ア 管内の全ての地域包括支援センターに支援チームを配置しているものが24市町村(80.0%)、このうち、

i) 管内に1か所設置している地域包括支援センターに支援チームを配置しているものが19市町村、

ii) 管内に複数か所設置している地域包括支援センター全てに支援チームを配置しているものが5市町村、

①-イ 管内に複数か所設置している地域包括支援センターのうち1か所に支援チームを配置しているものが6市町村(20.0%)、等となっていた。

図表2-(1)-⑥ 地域包括支援センターに配置している30市町村における支援チームの配置か所数等

(単位：市町村、%)

区分	市町村数
①-ア 管内の全ての地域包括支援センターに配置	24 (80.0)
i) うち1か所設置した地域包括支援センターに配置	19 (63.3)
(a) うち1チームを配置	16 (53.3)
(b) うち複数チームを配置	3 (10.0)
ii) うち複数か所設置した地域包括支援センター全てに各1チーム配置	5 (16.7)
①-イ 管内に複数か所設置した地域包括支援センターのうち1か所に配置	6 (20.0)
i) うち1チームを配置	5 (16.7)
ii) うち2チームを配置	1 (3.3)
計	30 (100)

(注) 当省の調査結果による。

管内に1か所設置した地域包括支援センターに支援チームを1チーム配置している16市町村(図表2-(1)-⑥内の①-ア-i-(a))の市町村人口をみると、1市町村を除く15市町村はいずれも4万人未満の比較的小規模な市町村となっていた。

他方、管内に1か所設置した地域包括支援センターに支援チームを複数チーム配置している3市町村(図表2-(1)-⑥内の①-ア-i-(b))の市町村人口及び支援チーム数をみると、人口約9千人の1市町村が3チーム、人口約4万7千人の1市町村が2チーム及び人口約25万9千人の1市町村が3チームとなっていた。これらの3市町村では、1か所の地域包括支援センターに複数の支援チームを配置した理由について、

- ・ 支援チーム員は、配置先の業務等を兼務していることから、複数のチームとすることにより特定の職員に業務が集中することを防ぐため(人口約9千人の1市町村及び人口約4万7千人の1市町村)、
 - ・ 地域包括支援センターに寄せられる認知症に関する相談は年間320件程度あり、今後、増加することが予想されるところ、これらに対応するためには、複数のチームが必要と考えたため(人口約25万9千人の1市町村)、
- としている。

また、管内に複数か所設置した地域包括支援センター全てに支援チームを各1チーム配置している5市町村(図表2-(1)-⑥内の①-ア-ii)の市町村人口をみると、いずれも10万人以上の市町村(2指定都市を含む。)となっており、支援チーム数(地域包括支援センターの設置数)は、3チームから最多で29チームとなっていた。これら5市町村は、地域包括支援センター単位で支援チームを配置した理由について、地域における認知症の総合相談窓口となっている地域包括支援センターごとに支援チームを配置することで両者が効率的に認知症高齢者支援に関する情報共有ができる上、支援チームによる支援が管内全域をカバーできるためとしている。

次に、管内に複数か所設置した地域包括支援センターのうち1か所に支援チームを配置している6市町村(図表2-(1)-⑥内の①-イ)の市町村人口をみると、約5万7千人から約39万5千人までとなっていた。

また、これら6市町村の支援チーム配置先となっている地域包括支援センターをみると、図表2-(1)-⑦のとおり、その設置・運営主体が、医療センターの指定を受ける医療機関等を運営する法人となっているものが4市町村みられた。

図表2-(1)-⑦ 医療機関等を運営する法人が設置・運営する1地域包括支援センターに支援チームを配置している4市町村における同センターの運営主体等

(単位：千人、か所)

No.	支援チームが配置された地域包括支援センターの設置・運営主体	＜参考＞	
		市町村人口	地域包括支援センター数
1	医療センターの指定を受ける医療機関を運営する社会医療法人	395	7
2	医療センターの指定を受ける医療機関を運営する公益財団法人	336	12
3	医療センターの指定を受ける医療機関を運営する社会福祉法人	118	5
4	認知症の専門医が在籍する医療機関を運営する医療法人	84	5

(注) 当省の調査結果による。

医療センターの指定を受ける医療機関等を運営する法人が設置・運営している地域包括支援センターに支援チームを配置した4市町村では、その理由について、同じ法人内で支援チーム員となる医療分野及び介護分野の専門職並びに専門医の確保や連携が容易である上、法人として支援チームによる支援を実施する上で必要な認知症の鑑別診断等の専門的な医療機能を有しているためとしている。また、この理由は、後述の配置パターン②の医療センター等医療機関に支援チームを配置している市町村の配置理由とも同様である。

なお、医療センターの指定を受ける医療機関を運営する社会福祉法人が運営する地域包括支援センターに支援チームを配置した1市町村では、支援チームを2チーム配置しており、その理由について、支援チーム員は、配置先の業務等を兼務していることから、複数のチームとすることにより特定の職員に業務が集中することを防ぐためとしている。

他方、管内に複数か所設置した地域包括支援センターのうち1か所に支援チームを配置している6市町村のうち、医療機関等を運営する法人が設置・運営する1地域包括支援センターに支援チームを配置している4市町村以外の2市町村については、図表2-(1)-⑧のとおり、いずれも市町村が直接設置・運営する1地域包括支援センターに配置していた。

図表2-(1)-⑧ 市町村が直接設置・運営する1地域包括支援センターに支援チームを配置している2市町村における同センターの設置場所等

(単位：千人、か所)

No.	支援チームが配置された地域包括支援センターの設置場所等	＜参考＞	
		市町村人口	地域包括支援センター数
1	市町村本庁（市町村の中央部に位置）内に設置（管内の他の地域包括支援センターの統括・支援等を行う基幹型地域包括支援センター）	197	6
2	市町村介護保険担当課内に設置	57	4

(注) 当省の調査結果による。

市町村が直接設置・運営している地域包括支援センターに支援チームを配置している2

市町村は、その理由について、

- 管内に認知症の専門医が在籍する医療機関は2か所しかなく、複数の支援チームの配置に必要な専門医の確保が困難であり、管内全域を担当する1チームの配置場所として最も適当と考えたため（市町村本庁（市町村の中央部に位置）内に設置し、管内の他の地域包括支援センターの統括・支援等を行う基幹型地域包括支援センターに配置）、
 - 市町村の介護保険担当課内にあると、市町村民からの認知症に係る相談等の情報に加え、保健師による訪問指導など高齢者への自立支援事業等を通じても認知症高齢者に関する情報を把握しやすく、また、従来から担当課の業務を通じて管内の認知症の専門医との連携も図られていたため（市町村介護保険担当課内に設置した地域包括支援センターに配置）、
- としている。

（パターン② 医療センター等の医療機関に支援チームを配置しているもの）

医療センター等の医療機関に支援チームを配置している21市町村では、配置の理由について、支援チーム員となる医療分野及び介護分野の専門職並びに専門医が在籍し、支援チームによる支援を実施する上で必要な認知症の鑑別診断等の専門的な医療機能を有しているためとしている。

なお、医療センター等の医療機関に支援チームを配置している21市町村の人口区分別の内訳をみると、図表2-(1)-⑨のとおり、約8割（81.0%）に当たる17市町村が、人口5万人以上の市町村となっている。また、医療センター等の医療機関に支援チームを配置している21市町村のうち、人口約3万9千人の1市町村及び人口約8万9千人の1市町村では、管内には医療センター等認知症に関する専門的な医療機能・体制を有する医療機関がないことから、隣接する市町村に所在する医療センターに支援チームを配置していた。

図表2-(1)-⑨ 医療センター等の医療機関に支援チームを配置している21市町村の人口区分別の内訳

（単位：市町村、％）

人口区分	市町村数
5万人以上	17 (81.0)
うち100万人以上	1 (4.8)
うち100万人未満50万人以上	3 (14.3)
うち 50万人未満30万人以上	5 (23.8)
うち 30万人未満20万人以上	1 (4.8)
うち 20万人未満10万人以上	4 (19.0)
うち 10万人未満 5万人以上	3 (14.3)
5万人未満	4 (19.0)
うち 5万人未満3万人以上	3 (14.3)
うち 3万人未満1万人以上	1 (4.8)
うち 1万人未満	0 (0.0)
計	21 (100)

- (注) 1 当省の調査結果による。
 2 平成27年度国勢調査結果に基づき区分した。
 3 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。

医療センター等の医療機関に支援チームを配置している21市町村における支援チームの配置か所数をみると、図表2-(1)-⑩のとおり、

- ②-ア 1か所の医療機関に1チームを配置しているものが16市町村（76.2%）、
 - ②-イ 複数か所の医療機関に各1チームを配置しているものが5市町村（23.8%）、
- となっていた。

図表2-(1)-⑩ 医療センター等の医療機関に配置している21市町村における支援チームの配置か所数等

(単位：市町村、%)

区分	市町村数
②-ア 1か所の医療機関に1チームを配置	16 (76.2)
②-イ 複数か所の医療機関に各1チームを配置	5 (23.8)
計	21 (100)

(注) 当省の調査結果による。

1か所の医療機関に支援チームを1チーム配置している16市町村の市町村人口をみると、人口約1万9千人から約90万3千人までとなっていた。当該16市町村では、1か所の医療機関に配置した支援チームが管内全域を担当するとしており、現状の支援実績（平成29年度3件から66件まで）を考慮すれば、1チームで足りるとしている。

他方、複数か所の医療機関に支援チームを各1チーム配置している5市町村の市町村人口をみると、約36万4千人から約126万4千人までとなっており、支援チーム数（支援チームを配置する医療機関の数）は、2チームから6チームまでとなっていた。これら5市町村は、複数か所の医療機関に支援チームを各1チーム配置した理由について、管内の日常生活圏域や行政区等を考慮し、支援チームによる支援が管内全域をカバーするためには複数の支援チームが必要と考えたためとしている。

(パターン③ 市町村組織に支援チームを配置しているもの)

市町村組織に支援チームを1チーム配置している6市町村では、配置の理由について、

- ・ 管内に他に支援チームの業務を委託できる機関がなかったため（支援チームを配置できる医療機関がない、地域包括支援センターは業務が多忙、地域包括支援センターは認知症初期集中支援を実施する上で必要となる訪問支援対象者の要介護認定の状況等を随時確認できるシステムを未導入）（4市町村）、
- ・ 市町村高齢福祉担当課において、従来から認知症の早期発見・対応等を目的とした認知症専門相談事業を実施しており、当該事業の制度を活用することとしたため（1市町村）、
- ・ 従来からの地域包括支援センターによる認知症高齢者への支援とは別に、支援チームによる支援のニーズがどの程度あるのかを市町村認知症施策担当課において把握するため（1市町村）、

としている。

なお、市町村組織に支援チームを1チーム配置している6市町村の市町村人口をみると、人口約7万3千人から約29万8千人までとなっていた。

(パターン④) 複数の異なる機関に支援チームを配置しているもの)

複数の異なる機関に支援チームを配置している4市町村の配置場所をみると、図表2-(1)-⑪のとおり、④-ア医療機関と地域包括支援センター、④-イ医療センターと訪問看護ステーション等の組合せで配置している。なお、複数の異なる機関に支援チームを配置している4市町村の市町村人口をみると、約33万7千人から約108万2千人までとなっている。

図表2-(1)-⑪ 複数の異なる機関に支援チームを配置している4市町村の支援チーム配置場所等

(単位：チーム、千人)

支援チームの設置場所等	支援 チーム数	<参考> 市町村人口
④-ア 医療機関（1か所1チーム）と地域包括支援センター（3か所各1チーム）	4	337
④-イ 医療センター（1か所1チーム）と訪問看護ステーション（1か所1チーム）	2	387
④-ウ 医療センター（1か所1チーム）とその他（市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成）	-	961
④-エ 医療センター（1か所1チーム）と市町村組織（3か所各1チーム）	4	1,082

(注) 1 当省の調査結果による。

2 支援チームの配置場所等欄の「④-ウ 医療センター（1か所1チーム）とその他（市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成）」については、支援チーム数を計上できないため、支援チーム数欄は「-」と記載した。

このうち、④-ア医療機関と地域包括支援センター、④-イ医療センターと訪問看護ステーション、④-ウ医療センターとその他、という組合せで支援チームを配置した3市町村では、管内の日常生活圏域や行政区等を考慮し、支援チームによる支援が管内全域をカバーするためには複数の支援チームが必要であると、管内の区域をそれぞれの機関に配置された支援チームが分担して支援することとしている。

なお、支援チームの配置場所を④-ウ医療センターとその他、とした市町村では、医療センターに配置した支援チームの担当区域外に支援チームを配置するに当たり、チームの配置が可能な医療機関がなかったことから、市町村が事務局となり、24か所の地域包括支援センター職員と認知症の専門医が在籍する管内の協力医療機関が連携し、事案ごとに支援チームを編成することとしている。

また、④-エ医療センターと市町村組織という組合せで支援チームを配置した1市町村では、市町村組織（区役所）に配置した3チーム（直営チーム）は、管内の担当区域の支援をそれぞれ行い、医療センターに配置した1チーム（委託チーム）は、管内全域の支援を担当し、市町村組織に配置した支援チームの支援機能を補完することとしている。

(パターン⑤) 社会福祉法人に1支援チームを配置しているもの)

社会福祉法人に支援チーム1チームを配置している1市町村（人口約8万9千人）では、その理由について、

- 管内6か所の地域包括支援センターは、平成26年度に市町村直営から委託に切り替えて数年しかたっておらず、地域包括支援センターの業務に加えて支援チームの業務を

委託することは困難と考えたこと、

- ・ 特別養護老人ホームや認知症対応型老人共同生活介護等の介護サービス事業により認知症高齢者支援のノウハウがあること、
 - ・ 認知症の専門医が在籍し認知症診断が対応可能なクリニックを運営していること、
 - ・ 支援チームの専門職2人の専従配置が可能で、地域貢献をうたっている社会福祉法人であること、
- から適当と考えたため、としている。

(イ) 平成29年度における支援チームの支援実績

調査対象62市町村のうち、支援チーム数を計上できない1市町村を除く61市町村が配置した支援チームの平成29年度における1支援チーム当たりの支援実績(注)を、市町村別にみると、図表2-(1)-⑫のとおり、0件から78件までと市町村によって様々となっていた。ただし、1支援チーム当たりの支援実績が1件から10件までであった市町村が33市町村(54.1%)と最も多く、これらを含め、82.0%に当たる50市町村の支援実績は30件以下であった。

(注) 複数の支援チームを配置している18市町村の支援実績は、平成29年度における支援チーム数によって算出した1支援チーム当たりの平均支援実績(小数第1位を四捨五入)である。

図表 2-(1)-⑫ 市町村別平成 29 年度の 1 支援チーム当たり支援実績

(単位：市町村、%)

支援実績	区分	市町村	(割合)
31 件以上		11	(18.0)
	うち 78 件	1	(1.6)
	うち 70 件～61 件	3	(4.9)
	うち 60 件～51 件	0	(0.0)
	うち 50 件～41 件	3	(4.9)
	うち 40 件～31 件	4	(6.6)
30 件以下		50	(82.0)
	うち 30 件～21 件	5	(8.2)
	うち 20 件～11 件	11	(18.0)
	うち 10 件～ 1 件	33	(54.1)
	うち 10 件～6 件	15	(24.6)
	うち 5 件～1 件	18	(29.5)
	うち 0 件	1	(1.6)
	計	61	(100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。

また、平成 29 年度における 1 支援チーム当たりの支援実績について、支援チームの配置パターン別にみると、図表 2-(1)-⑬のとおり、

- ① 地域包括支援センターに配置した 30 市町村における支援実績は 0 件から 46 件、
 - ② 医療センター等医療機関に配置した 21 市町村における支援実績は 2 件から 66 件、
 - ③ 市町村組織に配置した 6 市町村における支援実績は 2 件から 70 件、
- 等となっており、支援実績は様々となっていた。

図表 2-(1)-⑬ 支援チームの配置パターン別の平成 29 年度の 1 支援チーム当たり支援実績

(単位：件、市町村、%)

支援チームの配置パターン 支援実績		パターン① 地域包括支援 センター	パターン② 医療センター等 医療機関	パターン③ 市町村組織	パターン④⑤ 複数の異なる機関、 社会福祉法人	計
支援実績の最小値及び最大値		0 件～46 件	2 件～66 件	2 件～70 件	2 件～78 件	
支援 実績 の 区 分 別 市 町 村 数	31 件以上	4 (13.3)	4 (19.0)	1 (16.7)	2 (50.0)	11 (18.0)
	71 件以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (1.6)
	70 件～61 件	0 (0.0)	2 (9.5)	1 (16.7)	0 (0.0)	3 (4.9)
	60 件～51 件	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	50 件～41 件	2 (6.7)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.9)
	40 件～31 件	2 (6.7)	1 (4.8)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (6.6)
	30 件以下	26 (86.7)	17 (81.0)	5 (83.3)	2 (50.0)	50 (82.0)
	30 件～21 件	3 (10.0)	2 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (8.2)
	20 件～11 件	5 (16.7)	4 (19.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	11 (18.0)
	10 件～ 1 件	17 (56.7)	11 (52.4)	3 (50.0)	2 (50.0)	33 (54.1)
	10 件～6 件	5 (16.7)	8 (38.1)	1 (16.7)	1 (25.0)	15 (24.6)
	5 件～1 件	12 (40.0)	3 (14.3)	2 (33.3)	1 (25.0)	18 (29.5)
	0 件	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)
計	30 (100)	21 (100)	6 (100)	4 (100)	61 (100)	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。

3 1チーム当たりの支援実績を算出できない「④-ウ 医療センター (1か所1チーム) とその他 (市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成)」を除く。

さらに、平成 29 年度における 1 支援チーム当たりの支援実績について、訪問支援対象者の多くを占めると考えられる各市町村の高齢者の人数 (65 歳以上の者) に基づき算出した 1 支援チーム当たりの高齢者数別にみると、図表 2-(1)-⑭のとおり、

- i) 1 チーム当たり高齢者数が 1 万人未満の 14 市町村における支援実績は 0 件から 17 件、
- ii) 1 チーム当たり高齢者数が 1 万人以上 2 万人未満の 17 市町村における支援実績は 1 件から 33 件、
- iii) 1 チーム当たり高齢者数が 2 万人以上 3 万人未満の 7 市町村における支援実績は 6 件から 78 件、

- iv) 1チーム当たり高齢者数が3万人以上4万人未満の7市町村における支援実績は2件から63件、
 - v) 1チーム当たり高齢者数が4万人以上5万人未満の1市町村における支援実績は2件、
 - vi) 1チーム当たり高齢者数が5万人以上6万人未満の5市町村における支援実績は4件から25件、
 - vii) 1チーム当たり高齢者数が6万人以上10万人未満の5市町村における支援実績は9件から70件、
 - viii) 1チーム当たり高齢者数が10万人以上の5市町村における支援実績は20件から66件、
- 等となっており、1支援チーム当たりの高齢者数がほぼ同規模の市町村間や、同高齢者数が相対的に多い市町村と少ない市町村の区分別にみても、支援実績は様々となっていた。

図表 2-(1)-⑭ 1支援チーム当たり高齢者数別の平成29年度の1支援チーム当たり支援実績
(単位：件、市町村、%)

1支援チーム当たり高齢者数の区分		1万人未満	2万人未満 1万人以上	3万人未満 2万人以上	4万人未満 3万人以上	5万人未満 4万人以上	6万人未満 5万人以上	10万人未満 6万人以上	10万人以上	計
支援実績の 最小値及び最大値		0件～ 17件	1件～ 33件	6件～ 78件	2件～ 63件	2件	4件～ 25件	9件～ 70件	20件～ 66件	
支援 実績 の 区 分 別 市 町 村 数	31件以上	0 (0.0)	1 (5.9)	3 (42.9)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	3 (60.0)	11 (18.0)
	71件以上	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)
	70件～ 61件	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (4.9)
	60件～ 51件	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	50件～ 41件	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (4.9)
	40件～ 31件	0 (0.0)	1 (5.9)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	4 (6.6)
	30件以下	14 (100)	16 (94.1)	4 (57.1)	6 (85.7)	1 (100)	5 (100)	2 (40.0)	2 (40.0)	50 (82.0)
	30件～ 21件	0 (0.0)	1 (5.9)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	5 (8.2)
	20件～ 11件	4 (28.6)	2 (11.8)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	11 (18.0)
	10件～ 1件	9 (64.3)	13 (76.5)	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (100)	3 (60.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	33 (54.1)
	10～ 6件	3 (21.4)	6 (35.3)	2 (28.6)	1 (14.3)	0 (0.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	15 (24.6)
	5～ 1件	6 (42.9)	7 (41.2)	0 (0.0)	3 (42.9)	1 (100)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (29.5)
	0件	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)
	計	14 (100)	17 (100)	7 (100)	7 (100)	1 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)	61 (100)

- (注) 1 当省の調査結果による。
 2 1支援チーム当たり高齢者数は、平成27年度国勢調査結果に基づき算出した。
 3 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。
 4 1チーム当たりの支援実績を算出できない「④-ウ 医療センター（1か所1チーム）とその他（市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成）」を除く。

これらのおり、支援チーム数を計上できない1市町村を除く調査対象61市町村における支援チームの配置パターンや1支援チーム当たりの高齢者数と平成29年度の支援実績を比較した結果、特定の配置パターンの市町村では支援実績が相対的に多い又は少ない、1支援チーム当たりの高齢者数が相対的に多い市町村では1支援チーム当たりの高齢者数が相対的に少ない市町村よりも支援実績が多い、といった状況はみられなかった。

支援チームの支援実績については、支援チームの配置状況だけでなく、訪問支援対象者の把握・選定方法が大きく影響していると考えられる。前述のように市町村における支援実績が様々となっている背景としては、後述イ(ア)のおり、支援チームへ訪問支援対象者の情報を提供している地域包括支援センターが、支援チームに対してどのような訪問支援対象者の情報を提供しているか等の状況が異なっているという事情があることが考えられる。

なお、調査対象62市町村のうち60市町村(96.8%)では、支援チームの支援実績を踏まえ、今後、支援チームの追加配置の具体的な予定はないとしている。

このほかの2市町村では、

- i) 管内に1か所設置した地域包括支援センターに3チームを配置し、管内全域を担当させているが、地域包括支援センターに寄せられる認知症の相談件数の増加が見込まれることから、今後、5チームとする予定(1市町村)、
 - ii) 医療機関及び地域包括支援センターに4チームを配置し、管内全域を担当させているが、現在、管内5か所の地域包括支援センターを令和2年度までに14か所に再編する予定であることから、これに併せて、各地域包括支援センターに支援チームを配置する予定(1市町村)、
- としている。

イ 支援チームによる支援の状況

今回、調査対象62市町村のうち、平成29年度において支援チームの支援実績がなかった1市町村を除く61市町村の支援チームによる同年度の支援事例を272事例抽出し(注)、その内容等を調査した。

(注) 各市町村で、平成29年4月から順に支援チームによる支援が開始された5事例(平成29年度の支援実績が5件に満たない市町村はその限り。)を抽出した。

その結果、訪問支援対象者は、抽出事例の約9割(87.5%)が地域包括支援センターから情報を得た者となっていた。

地域包括支援センターは、総合相談支援業務において、支援が必要な認知症高齢者を含む地域の高齢者を適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげている。調査対象62市町村において、地域包括支援センターが受け付けた相談事案のうち、どのような事案が支援チームの支援対象として情報提供されるかをみると、

- ① 38市町村(61.3%)は、地域包括支援センターが総合相談支援業務により一旦支援し、同センターでは対応困難とされた事案を情報提供している状況がみられた。このうち、
 - i) 11市町村では、運用方針として、地域支援事業実施要綱に定められた要件に加えて、地域包括支援センターが総合相談支援業務により一旦支援した上で、同センタ

一では対応困難となった事案を支援チームの支援対象としている。

- ii) 27市町村では、地域支援事業実施要綱に定められた要件以外に訪問支援対象者の選定に係る運用方針はなかったが、実態として、地域包括支援センターが総合相談支援業務により一旦支援し、同センターでは対応困難とされた事案が多いとしている。

このほか、

- ② 前述①以外の24市町村（38.7%）では、訪問支援対象者について上記①のような状況はなく、事案ごとに判断されているとしている。

前述①のうち、地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている11市町村では、このような運用とした理由について、

- ・ 多くの認知症高齢者は、従来から実施されている地域包括支援センターの総合相談支援により適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげることが可能であること、
- ・ 支援チームは、チーム員である専門医が主体的に支援に参画することでより専門的な支援が可能であること、

から、地域包括支援センターで一旦支援したものの認知症の症状が進行していたり医療機関の受診を拒否したりするなどの者については、支援チームで対応することが適当と考えたため、としている。

また、地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている11市町村を除く51市町村のうち、31市町村（60.8%）は、支援チームの支援対象とする事案の選定について、多くの認知症高齢者は、従来から実施されている地域包括支援センターの総合相談支援により適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげることが可能と考えられる一方で、

- ・ 訪問支援対象者の把握については、地域支援事業実施要綱に基づき、「支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮する」とされていること、
- ・ 支援チームによる初期集中支援の「初期」とは、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」又は「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」を意味するとされていること、

を前提にすると、選定に苦慮するとしている。

調査対象62市町村のうち1市町村では、どのような者を訪問支援対象者として支援チームへ情報提供すべきか分からなかった等を理由に、平成29年度において、管内6か所に設置された地域包括支援センターから市町村組織に配置された支援チームに訪問支援対象者に関する情報提供がなされず、支援チームによる支援7件は、いずれも支援チームが訪問支援対象者を直接把握したものとどまった例があった。また、平成29年度において支援チームの支援実績がなかった1市町村では、支援チームの専門職を兼ねる地域包括支援センター職員が、支援チームの専門医を兼ねる市町村立病院の医師と連携して、29年度に13人の認知症高齢者への支援を実施したが、支援の過程で、地域支援事業実施要綱に即した支援チームによる初回訪問やチーム員会議の開催の形式をとっていないため、支援チー

ムの支援実績として計上しないとしていた。

他方、地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている11市町村を除く51市町村のうち、2市町村では、支援チームによる「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の支援となる事案を増やすため、平成30年度から、

- ・ 地域包括支援センターからの情報提供を待つだけではなく、管内のかかりつけ医に支援が必要な患者がいる場合は支援チームへ直接支援依頼するよう要請（1市町村）、
- ・ 地域包括支援センターによる訪問支援対象者に関する事前の情報収集活動を省略（1市町村）、

することにより、支援チームが訪問支援対象者に早期に関わることとした例がみられた。その結果、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の訪問支援対象者への支援につながったほか、支援実績が取組開始後半年で前年度一年間に相当する件数に達していた。

これらのことから、支援チームの支援実績は、訪問支援対象者の把握経路とされる地域包括支援センターによる情報提供の在り方、ひいては、従来から認知症高齢者等への支援を行ってきた地域包括支援センター等と、新たに配置することとされた支援チームの役割分担の捉え方に係る市町村の考え方が影響すると考えられる。また、市町村における認知症高齢者に対する初期支援の状況は、必ずしも支援チームの支援実績だけで全体像を把握できるものではなく、地域包括支援センター等による支援状況も併せて、一体的に把握・分析する必要があると考えられる。

このほか、支援チームによる初回訪問の実施状況、チーム員会議の開催状況、支援終了時の訪問支援対象者の状態及び支援期間を調査したところ、抽出調査した事例では、おおむね初回訪問及びチーム員会議は行われていた（初回訪問の実施率：96.7%、初回訪問後のチーム員会議の開催率：98.5%、支援終了時のチーム員会議の開催率：97.9%）。また、初期集中支援を実施し、支援終了に至った事例の約7割（65.8%、160事例）は、支援開始から6か月以内に、訪問支援対象者が医療・介護サービスによる「安定的な支援に移行」していた。なお、支援チームによる支援の結果、安定的な支援に移行しなかったものが39事例みられた。当該事例がみられた28市町村では、この理由として、

- i) 訪問支援対象者に医療、介護によるサービスの利用を勧めたが、本人・家族の拒否が強く、利用開始に至らなかったため（27事例）、
- ii) 訪問支援対象者に認知機能の低下は認められるものの、日常生活を送る上で特に支障はなく、認知症鑑別診断の受診、要介護認定申請等、医療、介護サービスにつなげる必要性が低かったため（9事例）、
- iii) 訪問支援対象者に認知症ではない他の精神疾患があると認められたため（3事例）、としている。

(7) 支援の開始に至るまでの状況

認知症初期集中支援推進事業の目的は、地域支援事業実施要綱において「認知症の人やその家族に早期に関わる」支援チームを配置し、「早期診断・早期対応に向けた支援

体制を構築」することとされている。また、地域支援事業実施要綱に基づく「認知症初期集中支援チーム員研修」を実施する国立研究開発法人国立長寿医療研究センターによると、初期集中支援の「初期」とは、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の意味だけでなく「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の意味を持つ、とされている（資料2-(1)-⑦参照）。

支援チームは、地域支援事業実施要綱に基づき、i) 訪問支援対象者の把握、ii) 情報収集及び観察・評価、iii) 初回訪問の実施、iv) 専門医を含めたチーム員会議の開催、v) 初期集中支援の実施、vi) 引継ぎ後のモニタリング、という一連の支援を実施することとされている。このうち、支援チームによる支援の開始に至る第一段階である i) 訪問支援対象者の把握については、地域支援事業実施要綱において、市町村は「支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること」とされている。

今回、調査対象 62 市町村のうち、平成 29 年度において支援チームの支援実績がなかった 1 市町村を除く 61 市町村において抽出調査した 272 事例について、訪問支援対象者の把握経路をみると、87.5%に当たる 238 事例は地域包括支援センターから把握されていた。このほか、支援チームが、直接、本人や家族等からの相談等により把握したものが 28 事例（10.3%）、医療センターから把握したものが 6 事例（2.2%）みられた。

地域包括支援センターは、総合相談支援業務において、支援が必要な認知症高齢者を含む地域の高齢者を適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげている。調査対象 62 市町村において、地域包括支援センターが受け付けた相談事案のうち、どのような事案が支援チームの支援対象として情報提供されるかをみると、

① 38 市町村（61.3%）は、地域包括支援センターが総合相談支援業務により一旦支援し、同センターでは対応困難とされた事案を情報提供している状況がみられた。このうち、

i) 11 市町村では、運用方針として、地域支援事業実施要綱に定められた要件に加えて、地域包括支援センターが総合相談支援業務により一旦支援した上で、同センターでは対応困難となった事案を支援チームの支援対象としている。

ii) 27 市町村では、地域支援事業実施要綱に定められた要件以外に訪問支援対象者の選定に係る運用方針はなかったが、実態として、地域包括支援センターが総合相談支援業務により一旦支援し、同センターでは対応困難とされた事案が多いとしている。

このほか、

② 前述①以外の 24 市町村（38.7%）では、訪問支援対象者について上記①のような状況はなく、事案ごとに判断されているとしている。

前述①のうち、地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている 11 市町村では、このような運用とした理由について、

- ・ 多くの認知症高齢者は、従来から実施されている地域包括支援センターの総合相談

支援により適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげることは可能であること、

- ・ 支援チームは、チーム員である専門医が主体的に支援に参画することでより専門的な支援が可能であること、

から、地域包括支援センターで一旦支援したものの認知症の症状が進行していたり医療機関の受診を拒否したりするなどの者については、支援チームで対応することが適当と考えたため、としている。

これら 11 市町村における支援チームの配置場所は、図表 2-(1)-⑮のとおり、8 市町村では、

- ・ 医療センター等の医療機関 (5 市町村 (45.5%))、
- ・ 特別養護老人ホームや認知症対応型老人共同生活介護等の介護サービス事業により認知症高齢者支援のノウハウがあること、認知症の専門医が在籍し認知症診断が対応可能なクリニックを運営していることに加え、支援チームの専門職 2 人の専従配置を可能とする社会福祉法人 (1 市町村 (9.1%))、
- ・ 医療機関を運営する法人が設置・運営している地域包括支援センター (2 市町村 (18.2%))、

となっており、地域包括支援センターとは異なる認知症の専門的支援機能を持つ機関又は管内の地域包括支援センターの中でも特に認知症の専門的支援機能を持つ地域包括支援センターに支援チームが配置されていた。

図表 2-(1)-⑮ 対応困難事案に支援チームが対応する 11 市町村における支援チーム配置場所

(単位：市町村、%)

区分	配置パターン	配置場所	市町村
地域包括支援センターと異なる機関	②-ア、イ	・ 医療センター等の医療機関	5 (45.5)
	⑤	・ 社会福祉法人	1 (9.1)
地域包括支援センター (一部が地域包括支援センター)	①-イ-i、ii	管内の複数の地域包括支援センターのうち、 ・ 医療センターの指定を受ける医療機関を運営する社会福祉法人が設置・運営する地域包括支援センター ・ 認知症の専門医が在籍する医療機関を運営する医療法人が設置・運営する地域包括支援センター	2 (18.2)
	④-ウ	・ 医療センターとその他 (市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援センター職員等による支援チームを編成)	1 (9.1)
	①-ア-i	・ 管内に 1 か所設置した地域包括支援センター	2 (18.2)
計			11 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 配置パターン欄は、図表 2-(1)-④内に記載した内容である。

3 表中の割合は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計は 100 にならない。

このほか、

- ・ 医療センターとその他 (市町村組織が事務局となり支援の都度、地域包括支援セン

ター職員等による支援チームを編成)に支援チームを配置している1市町村(9.1%)、

- 管内に1か所の地域包括支援センターに支援チームを配置している2市町村(18.2%)、

においても、地域包括支援センターによる支援を行った認知症高齢者の中で、医療サービスを受けていない、医療サービスを受けているもののかかりつけ医が認知症の専門医ではない、うつ病、アルコール依存症など他の精神疾患の症状もみられるなど、特に医療分野での支援を進める観点から、訪問支援対象者を選定している。

また、前述①-ii)の27市町村における支援チームの配置場所は、図表2-(1)-⑯のとおり、21市町村では、

- 医療センター等の医療機関(11市町村(40.7%))、
- 市町村組織(6市町村(22.2%))、
- 管内の複数の地域包括支援センターのうち、医療センターの指定を受ける医療機関等を運営する法人又は市町村が直接設置・運営している地域包括支援センター(4市町村(14.8%))、

となっており、地域包括支援センターとは異なる機関又は管内の地域包括支援センターの中でも異なる機能や位置付けをもった地域包括支援センターに支援チームが配置されていた。地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている上記11市町村の状況を踏まえると、これらの市町村の地域包括支援センターとしては、支援チームの方がより専門的な支援が可能と判断し、同センターで一旦支援したものの対応困難となった事案を支援チームの支援対象として情報提供しているものと考えられる。

図表 2-(1)-⑯ 実態として対応困難事案に支援チームが対応することが多い27市町村における支援チーム配置場所

(単位：市町村、%)

区分	配置パターン	配置場所	市町村
地域包括支援センターと異なる機関	②-ア、イ	・ 医療センター等医療機関	11 (40.7)
	③	・ 市町村組織	6 (22.2)
地域包括支援センター	①-イ-i	管内の複数の地域包括支援センターのうち1か所	4 (14.8)
		・ 医療センターの指定を受ける医療機関を運営する法人が設置・運営する地域包括支援センター	2 (7.4)
	・ 市町村が直接設置・運営する地域包括支援センター	2 (7.4)	
	①-ア-i、ii	・ 管内に1か所又は複数か所設置した全ての地域包括支援センター	6 (22.2)
計			27 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 配置パターン欄は、図表2-(1)-④内に記載した内容である。

3 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。

なお、前述②の24市町村における支援チームの配置場所は、

- i) 管内に 1 か所又は複数か所設置した全ての地域包括支援センター (16 市町村 (66.7%))、
- ii) 医療センター等の医療機関 (5 市町村 (20.8%))、
- iii) 複数の異なる機関 (注) (3 市町村 (12.5%))、

となっていた。i) の 16 市町村では、地域包括支援センター職員を支援チーム員と兼務させるなど、訪問支援対象者に関する情報の送り手と受け手が同じ組織であるため、地域包括支援センターが、事案を支援チームに引き継ぐこと (支援チームによる支援に切り替えること。) は比較的容易であると考えられる。

(注) 図表 2-(1)-⑪の「④-ア 医療機関と地域包括支援センター」、「④-イ 医療センターと訪問看護ステーション」及び「④-エ 医療センターと市町村組織」の 3 市町村である。

前述のとおり、初期集中支援の「初期」とは、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の意味だけでなく「認知症の人への関わりの初期 (ファーストタッチ)」の意味を持つとされている。一方で、認知症高齢者について、地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている 11 市町村 (前述①-i)) では、多くの認知症高齢者は従来から実施されている地域包括支援センターの総合相談支援により適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげることは可能と考え、地域包括支援センターが、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期 (ファーストタッチ)」の支援を行い、支援チームは、いわゆる「セカンドタッチ」として、その後のより専門的な支援機関として位置付けられていた。

また、実態として、地域包括支援センターが総合相談支援業務により一旦支援し、同センターでは対応困難とされた事案が多いとしている 27 市町村 (前述①-ii)) においても、現場レベルにおいては、地域包括支援センターが「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期 (ファーストタッチ)」の支援を行い、支援チームは、その後のより専門的な支援機関として位置付けられているものと考えられる。

地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている 11 市町村を除く 51 市町村のうち、31 市町村 (60.8%) は、支援チームの支援対象とする事案の選定について、多くの認知症高齢者は、従来から実施されている地域包括支援センターの総合相談支援により適切な保健・医療・福祉サービスや各種制度の利用につなげることが可能と考えられる一方で、

- ・ 訪問支援対象者の把握については、地域支援事業実施要綱に基づき、「支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮する」とされていること、
- ・ 支援チームによる初期集中支援の「初期」とは、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」又は「認知症の人への関わりの初期 (ファーストタッチ)」を意味するとされていること、

を前提にすると、選定に苦慮するとしている。

調査対象 62 市町村のうち 1 市町村では、図表 2-(1)-⑰のとおり、どのような者を訪問支援対象者として支援チームへ情報提供すべきか分からなかった等を理由に、平成 29 年度において、管内 6 か所に設置された地域包括支援センターから市町村組織に配置された支援チームに訪問支援対象者に関する情報提供がなされず、支援チームによる支援 7 件は、いずれも支援チームが訪問支援対象者を直接把握したものにとどまった例があった。

図表 2-(1)-⑰ 地域包括支援センターから訪問支援対象者に関する情報提供がなかった例

市町村人口	高齢者人口	高齢化率
73 千人	22 千人	30.6%
支援チーム配置場所	平成 29 年度支援実績	地域包括支援センター数
③ 市町村組織	7 件	6 か所
<p>平成 29 年度において、当該市町村の管内 6 か所に設置された地域包括支援センターでは、1,451 件の総合相談を受け付け、このうち認知症に係る相談は 75 件あった。</p> <p>しかしながら、これら地域包括支援センターでは、次の理由により、前述の認知症に係る相談 75 件に対する支援を自ら実施し、支援チームへの情報提供は行わなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターにおいて、どのような者を訪問支援対象者として支援チームへ情報提供すべきか分からず、これについて市町村からの指導もなかったこと。 ・ 地域包括支援センターとしては、支援チームに事案をつないでも、支援期間の目安である 6 か月を超えると支援チームによる支援は終了し、その後は再び同センターで対応することになると考えたこと。 <p>なお、当該市町村の支援チームによる平成 29 年度の支援実績 7 件は、いずれも支援チームの配置場所である市町村の介護保険担当課に直接寄せられた相談により把握したものである。</p> <p>また、この状況に対応するため、当該市町村では、市町村組織に支援チームを配置するのではなく、今後、管内の 6 地域包括支援センターのうち 1 か所を基幹型地域包括支援センターとして機能強化を図った上で、当該基幹型地域包括支援センターに支援チームを配置することを検討している。</p>		

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。

また、調査対象 62 市町村のうち 1 市町村は、平成 29 年度において支援チームの支援実績がなかった。当該市町村では、支援実績がなかった理由について、図表 2-(1)-⑱のとおり、支援チームの専門職を兼ねる地域包括支援センター職員が、支援チームの専門医を兼ねる市町村立病院の医師と連携して、平成 29 年度において 13 人の認知症高齢者への支援を実施したが、支援の過程で、地域支援事業実施要綱に即した支援チームによる初回訪問やチーム員会議の開催の形式をとっていないため、支援チームの支援実績として計上しないとしている。



図表 2-(1)-⑩ 支援チーム員による支援について、チーム員会議等の形式をとっていないため実績として計上しない例

市町村人口	高齢者人口	高齢化率
4千人	2千人	43.0%
支援チーム配置場所	平成29年度支援実績	地域包括支援センター数
①-ア-i-(a)地域包括支援センター	0件	1か所
<p>当該市町村の支援チームは、市町村が直営で1か所設置した地域包括支援センター職員及び同センターに隣接する市町村立病院の医師により構成されている。</p> <p>当該市町村では、平成29年度において地域包括支援センターとして13人の認知症高齢者への支援を実施した。当該認知症高齢者に対しては、支援チームの専門職を兼ねる地域包括支援センター職員が、本人やその家族等からの情報収集及び観察・評価を行い、支援チームの専門医を兼ねる市町村立病院の医師と随時情報を共有して助言を得たり、直接、医師から本人へ医療機関の受診を勧奨してもらうなどして支援を実施した。</p> <p>ただし、これらの支援の過程で、地域支援事業実施要綱において、支援チームが実施することとされている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初回訪問の実施（医療系職員と介護系職員それぞれ1人以上の計2人以上で実施） ・ チーム員会議の開催（初回訪問後及び支援終了時に実施） <p>という形式はとっていないため、支援チームの支援実績としては計上しない。</p>		

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口、高齢者人口及び高齢化率は平成27年度国勢調査結果による。

平成29年度における支援チームの支援実績がなかった1市町村では、当該市町村の事情として、

- ・ 市町村の規模が小さく（人口約4千人）、地域のつながりが強いことから、地域住民や民生委員、郵便局職員や生活協同組合の職員、新聞配達員など様々な人を通じて認知症高齢者に係る情報が行政に入りやすいこと、
- ・ 地域包括支援センターとして地域の高齢者支援に係る各種取組を実施するに当たって、支援チームの専門医が在籍する市町村立病院や近隣の医療機関、市町村社会福祉協議会、市町村内や近隣の介護サービス事業所等の関係機関との日常的な連携体制が構築されていること、

があり、地域包括支援センターとしての認知症高齢者への支援を行う場合でも、支援チームとしての支援と実質的な違いはなく、支援チームとしての支援の形式（初回訪問やチーム員会議）にとらわれる必要はない、としている。

他方、地域包括支援センターの対応困難事案を支援チームの支援対象とする運用をしている11市町村を除く51市町村のうち2市町村では、支援チームによる「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の支援となる事案を増やすため、図表2-(1)-⑨-i、iiのとおり、平成30年度から、

- ・ 地域包括支援センターからの情報提供を待つだけではなく、管内のかかりつけ医に支援が必要な患者がいる場合は支援チームへ直接支援依頼するよう要請（1市町村）、
- ・ 地域包括支援センターによる訪問支援対象者に関する事前の情報収集活動を省略（1市町村）、

することにより、支援チームが訪問支援対象者に早期に関わることとした例がみられた。

その結果、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の訪問支援対象者への支援につながったほか、支援実績が取組開始後半年で前年度一年間に相当する件数に達していた。

図表 2-(1)-⑱-i 直接かかりつけ医から訪問支援対象者を把握することとした例

市町村人口	高齢者人口	高齢化率
336 千人	93 千人	27.8%
支援チーム配置場所	平成 29 年度支援実績	地域包括支援センター数
①-イ-i 地域包括支援センター(医療センターの指定を受ける医療機関を運営する公益財団法人が設置・運営)	32 件	12 か所

当該市町村の支援チームは、従来、訪問支援対象者を管内 12 か所の地域包括支援センターを通じて把握することとしていた。しかしながら、支援チームによる「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の支援となる事案を増やすため、平成 30 年 9 月、医師会を通じて管内のかかりつけ医に対し、患者の中で認知症の診断後、本人やその家族への支援が必要と判断される者がいた場合は、地域包括支援センターではなく、支援チームに直接支援を依頼するよう要請した。

その結果、要請から約 1 か月の間に、かかりつけ医から支援チームへの支援依頼が 3 件あり、支援チームによる「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の支援につながった上、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」に当たる軽度認知障害（MCI）と推定される訪問支援対象者も含まれていた。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。

図表 2-(1)-⑱-ii 直接訪問支援対象者を把握するほか、地域包括支援センターの事前の情報収集活動（引継ぎ資料の作成）を省略した例

市町村人口	高齢者人口	高齢化率
381 千人	98 千人	25.7%
支援チーム配置場所	平成 29 年度支援実績	地域包括支援センター数
②-ア 医療センター	31 件	7 か所

当該市町村の支援チームは、平成 29 年度まで、訪問支援対象者を管内 7 か所の地域包括支援センターから市町村高齢者福祉担当課を通じて把握することとしていた。しかしながら、支援チームによる「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の支援となる事案を増やすため、平成 30 年度から、住民が直接、支援チームに相談できるよう、支援チームの広報用チラシに支援チームの電話番号を記載して相談を促すとともに、市町村ウェブサイトや広報誌等に掲載し周知した。

また、従来、地域包括支援センターが支援チームに訪問支援対象者に関する情報を提供する際には、対象者の要介護認定の情報、居住環境、生活状況等を記載した引継ぎ資料を作成することとしていた。しかしながら、地域包括支援センター職員の中には、当該引継ぎ資料を的確に作成するため、対象者との接触を重ねるうちに本人やその家族との信頼関係が構築されたことを理由に、支援チームに事案を引き継がず、同センターにおいて支援を実施している状況がみられた（支援担当者の交替をきっかけに、その後の対応が困難になる認知症高齢者もいる。）。

このため、平成 30 年度から、当該引継ぎ資料の作成のための地域包括支援センターによる訪問支援対象者に関する事前の情報収集活動を省略することにより、支援チームが訪問支援対象者に早期に関わることとした。

その結果、支援実績は、平成 29 年度が 31 件であったのに対し、30 年度上半期時点で、前年実績とほぼ同数の 30 件に達した。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。

このほか、1市町村では、支援チームによる「認知症の発症後のステージとしての病

気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の支援を早期に行うため、図表2-(1)-㉔のとおり、平成30年度から、試行的に、地域包括支援センターが、支援の必要な認知症高齢者を把握した場合、直ちに支援チームに情報提供することとしていた。

図表 2-(1)-㉔ 地域包括支援センターが支援の必要な認知症高齢者を把握した場合、直ちに支援チームに情報提供することとしている市町村

市町村人口	高齢者人口	高齢化率
401 千人	102 千人	25.5%
支援チーム配置場所	平成 29 年度支援実績	地域包括支援センター数
②-ア 医療センター	20 件	19 か所

当該市町村の支援チームは、従来、訪問支援対象者を管内 19 か所の地域包括支援センターを通じて把握することとしていた。しかしながら、支援チームによる「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の者への支援や「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」の支援を早期に行うため、平成 30 年度から、試行的に、管内の地域包括支援センターの中から 1 センターを選定し、同センターが相談受付等により支援が必要な認知症高齢者を把握した場合、直ちに支援チームに情報提供することとした。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。

これらのことから、支援チームの支援実績は、訪問支援対象者の把握経路とされる地域包括支援センターによる情報提供の在り方、ひいては、従来から認知症高齢者等への支援を行ってきた地域包括支援センター等と、新たに配置することとされた支援チームの役割分担の捉え方に係る市町村の考え方が影響すると考えられる。また、市町村における認知症高齢者に対する初期支援の状況は、必ずしも支援チームの支援実績だけで全体像を把握できるものではなく、地域包括支援センター等による支援状況も併せて、一体的に把握・分析する必要があると考えられる。

(イ) 支援の終了に至るまでの状況

地域包括支援センター等から訪問支援対象者に関する情報が提供されると、支援チームは、地域支援事業実施要綱に基づき、iii) 初回訪問の実施（「ii) 情報収集及び観察・評価」も併せて実施）、iv) 専門医を含めたチーム員会議の開催、v) 初期集中支援の実施、vi) 引継ぎ後のモニタリングを実施することとされている。

また、支援チームの支援期間は、地域支援事業実施要綱において「訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月」とされている。

(初回訪問の実施及び専門医を含めたチーム員会議の開催状況)

訪問支援対象者に対する初回訪問については、地域支援事業実施要綱において、原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 人以上の計 2 人以上で行うこととされている。また、初回訪問後、専門医を含めたチーム員会議を開催し、支援方針、支援内容、支援頻度等を決定し、初期集中支援の終了についても、チーム員会議で判断することとされている。

今回、調査対象 62 市町村のうち、平成 29 年度において支援チームの支援実績がなかった 1 市町村を除く 61 市町村において抽出調査した 272 事例について、初回訪問の実施状況及び専門医を含めたチーム員会議の実施状況を調査した。

その結果、初回訪問については、60市町村263事例（96.7%）で実施しており、4市町村9事例（3.3%）は実施していなかった。

初回訪問を実施しなかった4市町村9事例のうち3市町村4事例は、いずれも訪問支援対象者の訪問拒否の意向が強かったためなど、訪問支援対象者側の事情によるものであった。また、残る1市町村5事例は、いずれも支援チームが配置されている医療センターに訪問支援対象者やその家族が来院した際、情報収集及び観察・評価を実施していた。当該市町村の支援チームでは、訪問支援対象者が医療センターに来院できる場合は、初回訪問により行うこととされている訪問支援対象者等に係る情報収集及び観察・評価を、その際に実施する運用としている。

次に、初回訪問後に開催することとされているチーム員会議の開催状況をみると、訪問支援対象者の入院等により会議開催前に支援チームによる対応を終えた6事例を除く60市町村266事例のうち、60市町村262事例（98.5%）は開催し、1市町村4事例（1.5%）は開催していなかった。初回訪問後のチーム員会議を開催していなかった1市町村では、初回訪問後の支援方針等の検討は、訪問支援対象者が専門医の在籍する医療機関を受診する際に、専門職のチーム員が同行して支援方針等を検討するという対応を採っているためとしている。

また、支援終了時に開催することとされているチーム員会議については、初期集中支援を実施し、平成30年8月1日時点で支援終了に至った60市町村243事例のうち、60市町村238事例（97.9%）は開催していたが、このうち7市町村20事例（8.2%）は、専門医が欠席の状態で開催していた。また、3市町村5事例（2.1%）は支援終了時のチーム員会議を開催していなかった。

支援終了時のチーム員会議について、専門医が欠席の状態で開催した7市町村（20事例）のうち2市町村（10事例）では、専門医は診察等により多忙で会議開催の日程調整が困難なため、専門職のチーム員が専門医に適宜相談をして助言を得ることとし、チーム員会議は専門医を除いたメンバーで開催する運用としていた（当該2市町村の支援チームは、いずれも医療センターに配置され、チーム員は当該医療センターに在籍する専門職及び専門医である。）。

このほか、支援終了時のチーム員会議について、専門医が欠席の状態で開催した7市町村20事例のうち5市町村（10事例）及びチーム員会議を開催しなかった3市町村（5事例）では、その理由について、専門医に緊急の予定が入ったなど、チーム員の日程調整がつかなかったためとしている。

（支援終了時の訪問支援対象者の状態）

支援チームの支援期間は、地域支援事業実施要綱において「訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね^{おおむ}最長で6か月」とされている。

抽出調査 272 事例のうち、支援チームが初期集中支援を実施し、平成 30 年 8 月 1 日時点で支援終了に至っていたものは、図表 2-(1)-㉑のとおり、243 事例となっていた。当該 243 事例について、支援終了時における訪問支援対象者の安定的な支援への移行の有無をみると、204 事例 (84.0%) は、「安定的な支援に移行した」とされていた。また、このうち 160 事例 (65.8%) は、6 か月以内に「安定的な支援に移行した」ものであった。

図表2-(1)-㉑ 抽出調査事例における支援終了時の状況

(単位：事例、%)

終了時の状況	支援期間		計
	6か月以内	6か月超	
安定的な支援に移行した	160 (65.8)	44 (18.1)	204 (84.0)
安定的な支援に移行しなかった	28 (11.5)	11 (4.5)	39 (16.0)
計	188 (77.4)	55 (22.6)	243 (100)

(注) 1 当省の調査による。

2 表中の割合は、小数第2位で四捨五入しているため、合計は100にならない。

6 か月以内に「安定的な支援に移行した」とされる 160 事例の移行先の支援内容は、図表 2-(1)-㉒のとおり、i) 介護保険適用の通所介護の導入等の介護サービス (48 事例)、ii) 医療機関への入院、認知症の専門医による定期的な診察、服薬管理等の医療サービス (39 事例)、iii) 医療及び介護サービスの両方 (67 事例) 等となっていた。

図表 2-(1)-㉒ 「安定的な支援に移行した」事例の移行先の支援内容

(単位：事例、%)

移行した支援の内容	事例数 (割合)
i) 介護サービス	48 (30.0)
ii) 医療サービス	39 (24.4)
iii) 医療及び介護サービスの両方	67 (41.9)
iv) その他	6 (3.8)
計	160 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「その他」は、訪問支援対象者が、支援開始時点で既に医療、介護サービスを利用してはいたものの、安定的な利用ではなかったため、支援チームによる支援によって安定的な支援 (利用) に移行したものである (新たに導入した医療又は介護サービスはないもの)。

3 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。

一方、支援チームによる支援が終了していた 243 事例のうち、安定的な支援に移行しなかったものが、39 事例 (16.0%) みられた。当該 39 事例に対応した支援チームを配置する 28 市町村では、安定的な支援に移行しなかった理由について、図表 2-(1)-㉓のとおり、

- i) 訪問支援対象者に医療、介護によるサービスの利用を勧めたが、本人・家族の拒否が強く、利用開始に至らなかったため (27 事例)、
- ii) 訪問支援対象者に認知機能の低下は認められるものの、日常生活を送る上で特に支障はなく、認知症鑑別診断の受診、要介護認定申請等、医療及び介護サービスに

- つなげる必要性が低かったため（9 事例）、
- iii) 訪問支援対象者に認知症ではない他の精神疾患があると認められたため（3 事例）、
としている。

図表 2-(1)-㉓ 安定的な支援に移行しなかった 39 事例に係る支援終了理由

(単位：件、%)

区 分	事例 (割合)
i) 本人・家族の拒否が強く、利用開始に至らなかったため	27 (69.2)
a うち、本人や家族に病識がなく、サービス利用の必要性を感じていない など、サービス利用に対する拒否が強い	22 (56.4)
b うち、認知症の症状が進行し、妄想や易怒、拒否が強い (注2)	5 (12.8)
ii) 日常生活を送る上で特に支障はなく、認知症鑑別診断の受診、要介護認定申請等、医療、介護サービスにつなげる必要性が低かったため	9 (23.1)
iii) 認知症ではない他の精神疾患があると認められたため	3 (7.7)
計	39 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 5 事例の訪問支援対象者は、いずれも医療機関は受診しているが、支援チームによる支援によって新たなサービスの利用にはつながらなかったため、安定的なサービスに移行しなかった事例とされている。

また、安定的な支援に移行しなかった 39 事例の訪問支援対象者に対する支援終了後の対応をみると、図表 2-(1)-㉓のとおり、地域包括支援センターによる支援に引き継いだものが 29 事例 (74.4%) と最も多くなっている。これら 29 事例については、訪問支援対象者の居住地域を担当する地域包括支援センターが、訪問支援対象者の認知症状の程度や支援拒否の状況に応じて、定期的な見守り、地域における交流会等の参加や健康診断の受診の勧奨などの支援を継続的に行うとしている。

このほか、7 事例 (17.9%) は、支援チームの専門医が在籍する医療機関や訪問支援対象者のかかりつけ医が、引き続き経過観察を行うとしている。

図表 2-(1)-㉔ 安定的な支援に移行しなかった 39 事例に係る支援終了後の対応

(単位：件、%)

区 分	事例数 (割合)
地域包括支援センターによる支援の実施	29 (74.4)
医療機関による経過観察	7 (17.9)
a うち、支援チームの専門医が在籍する医療機関	5 (12.8)
b うち、訪問支援対象者のかかりつけ医	2 (5.1)
その他 (認知症ではない他の疾病等を理由に医療機関へ入院)	3 (7.7)
計	39 (100)

(注) 当省の調査結果による。

(支援チームの支援期間)

抽出調査272事例のうち、支援チームが初期集中支援を実施し、支援終了に至った243事例の支援期間をみると、6か月以内となっていたものが188事例 (77.4%)、6か月を超えていたものが55事例 (22.6%) みられた。

支援期間が 6 か月を超えていた 55 事例に対応した支援チームを配置する 32 市町村

では、支援期間が6か月を超えた理由について、図表2-(1)-㉔のとおり、

- i) 訪問支援対象者側の事情（本人や家族の支援拒否により支援が難航した、本人や家族との日程調整に時間を要し、医療・介護サービスの利用に向けた協議や手続が進まなかった、本人の安定的な支援への移行が確認できるまで支援を継続した。）とするものが延べ47事例（85.5%）、
 - ii) 支援チーム側の事情（チーム員会議の開催に当たりチーム員の日程調整に時間を要した等。）とするものが延べ9事例（16.4%）、
- としている。

図表2-(1)-㉔ 支援期間が6か月を超えた55事例の超過理由

（単位：事例（延べ）、%）

区 分	事例数（割合）
i) 訪問支援対象者側の事情	47 (85.5)
a うち、本人や家族の支援拒否により支援が難航した	31 (56.4)
b うち、日程調整に時間を要し、医療・介護サービスの利用に向けた協議や手続が進まなかった	12 (21.8)
c うち、本人の安定的な支援への移行が確認できるまで支援を継続した	13 (23.6)
ii) 支援チーム側の事情（チーム員会議の開催に当たりチーム員の日程調整に時間を要した等）	9 (16.4)
計	55 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 事例数は延べ数であるため、事例数（割合）の合計は55事例（100）とならない。

3 表中の割合は、小数第2位を四捨五入しているため、合計は100にならない。

ウ まとめ

厚生労働省は、市町村が配置する支援チームの配置場所や配置数などについては、市町村の裁量に委ねていることから、前述アのとおり、

- i) 支援チームの配置場所は、地域包括支援センター、医療センター等の医療機関、複数の異なる機関に配置など市町村の既存体制に係る地域の実情に応じて様々であり、
- ii) 1支援チーム当たり高齢者数が同規模市町村の1支援チーム当たり支援実績は、
 - ・ 1チーム当たり高齢者数が2万人以上3万人未満の7市町村における支援実績は6件から78件、
 - ・ 1チーム当たり高齢者数が3万人以上4万人未満の7市町村における支援実績は2件から63件、

等と開きがあった。

また、厚生労働省は、支援チームによる支援について、支援の必要な認知症高齢者に対し、支援チームが初期に関わること（ファーストタッチ）を求めているものの、実態は、前述イのとおり、調査対象62市町村の約6割で、地域包括支援センターで一旦支援し、同センターでは対応が困難とされた事案に支援チームが対応している状況がみられた。

このような実態となる背景としては、

- ・ 地域包括支援センター（従来から認知症高齢者について「地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援」を実施）等と、

- ・ 支援チーム（新たに認知症高齢者への初期集中支援を行うため配置）

との役割分担を、市町村がどのように捉え、整理しているかによるものと考えられる。

厚生労働省は、支援チームについて、認知症施策推進大綱に基づき、「先進的な活動事例を収集し全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する」としている（資料2-(1)-⑧参照）。

また、「認知症初期集中支援推進事業」（支援チーム）や「包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）」を含めた全体の事業である地域支援事業は、認知症高齢者を含む高齢者への「支援体制の構築等を一体的に推進する」ことを趣旨（注1）としている。

地域支援事業の趣旨及び調査結果を踏まえると、認知症高齢者への初期集中支援の実績や効果を把握・分析するためには、支援チームによる支援状況だけではなく、従来から行われている地域包括支援センター等による認知症高齢者への支援状況を含めた観点から、一体的に捉える必要があると考えられる。

前述（項目1-(3)-イ-(7)）のとおり、厚生労働省は、平成30年度から、地域支援事業実施要綱に基づき、市町村に対し、支援チームや地域包括支援センター等の地域支援事業の実施状況及び効果に関する評価を、同省の保険者機能強化推進交付金に関する指標により行うこと（注2）を求めている。

（注）1 地域支援事業実施要綱では、「1 目的及び趣旨」において、「地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進するものである」と規定されている（下線は当省が付した。）。

2 地域支援事業実施要綱では、「6 評価」において、「地域支援事業の実施状況及び効果に関する評価は、保険者機能強化推進交付金に関する指標により、毎年度実施する」と規定されている。

しかしながら、厚生労働省が示している同指標のうち、支援チームや認知症の早期診断・早期対応につなげる体制の構築に関する評価指標をみると、支援チームの支援事例に関する推進員との情報連携体制の構築やかかりつけ医と医療センター等専門医療機関との連携体制の構築を評価するにとどまっている（資料2-(1)-⑨参照）。

今後、国及び市町村において認知症高齢者への初期集中支援による効果を検証できるよう、方策を講ずることが重要と考えられる。

【所見】

したがって、厚生労働省は、認知症高齢者に対して実効ある初期集中支援がなされるよう、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 市町村の規模や高齢者数、支援チームの配置場所などを踏まえ、支援チームと地域包括支援センターの役割分担を含めた認知症高齢者に対する支援の実例を把握・分析し、その結果を踏まえ、地域の実情に応じて選択可能な支援スキームを市町村に示すこと。
- ② 認知症高齢者への初期集中支援によって上げるべき効果を明確にするとともに、その効果を評価できる指標を市町村に示すこと。

〔項目 2 - (2) 報告書のポイント〕

2 認知症高齢者への早期対応に係る取組の推進

(2) 医療センター運営事業の目的に即した評価の推進

① 各医療センターの事業内容の評価

厚生労働省は、医療センター実施要綱により、都道府県等に対し、各医療センターの事業内容の評価を行うよう求めている。

しかし、調査した 29 都道府県等の少なくとも約 5 割は、具体的な評価方法が分からないなどとして医療センターの事業評価を行っていない。

一方、厚生労働省が都道府県等を通じて医療機関に運営費を補助する類似の事業では、都道府県等に対し各医療機関の事業内容の評価は求めておらず、事業実績の報告において事業実施状況を確認するものとなっている。

これらを踏まえると、現状のままで、引き続き都道府県等に対し、各医療センターの事業内容の評価を行うよう求めるべきか検討する必要がある。

② 圏域ごとや都道府県全体での医療センターの医療提供に関する機能及び体制の評価

医療センター運営事業の目的は、「地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている。

しかし、医療センター実施要綱では、圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価することが明確に位置付けられていない。

一方、厚生労働省が都道府県等を通じて医療機関に運営費を補助する類似の事業では、都道府県等が設置する協議会（専門的知見を有する医療関係者等により構成）が、圏域ごとや都道府県全体の医療提供体制を評価することが位置付けられている。

これらを踏まえると、医療センター運営事業においても、都道府県等が、専門的知見を有する医療関係者等の関与の下、圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制の評価を行うことが重要と考える。

なお、調査した 55 医療センターにおいては、事業実績報告書の鑑別診断件数や専門医療相談件数の計上方法が実数や延べ数など区々となっていた。圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価する場合には、評価の基礎資料となる事業実績報告書の鑑別診断件数等の計上方法が、医療センター

によって区々とならない必要がある。

【所見】

したがって、厚生労働省は、医療センター運営事業の目的が「地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」であることを踏まえ、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 都道府県等による各医療センターの事業内容の評価の要否を検討すること。
- ② 圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価することについて、医療センター実施要綱に明確に位置付けること。

併せて、医療センターにより実績報告書の鑑別診断件数及び専門医療相談件数の計上方法が区々とならないよう改善方策を講ずること。

(2) 医療センター運営事業の目的に即した評価の推進

【制度等】

厚生労働省は、「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成26年7月9日付け老発0709第3号厚生労働省老健局長通知）の別添「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」（以下「医療センター実施要綱」という。）に基づき、「認知症疾患医療センター運営事業」（以下「医療センター運営事業」という。）を実施している。

医療センター実施要綱において、医療センター運営事業の目的は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）が「認知症疾患医療センターを設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行う。また、必要に応じて診断後等の日常生活支援を実施することにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている。

ア 都道府県等による医療センターの指定

都道府県等は、医療センター実施要綱に基づき、地域の病院又は診療所を医療センターとして指定している。医療センターは、総合病院を指定する「基幹型」、単科精神科病院等を指定する「地域型」、診療所又は病院を指定する「連携型」に区分され、これらの類型ごとに専門医等の人員配置、検査体制、急性期入院治療への対応、地域連携機能などの指定要件が定められている（資料2-(2)-①参照）。

新オレンジプラン、新オレンジプランに替わり新たに策定された認知症施策推進大綱では、医療センターを令和2年度までに全国で約500か所、二次医療圏ごと1か所以上指定することが目標とされている。

全国の医療センター指定数は、令和2年2月現在で456か所、二次医療圏当たりの指定率は90.4%（335二次医療圏中303二次医療圏に指定）となっており、医療センターが未指定の二次医療圏（以下「未指定医療圏」という。）がある都道府県は14都道府県となっている（資料2-(2)-②参照）。

厚生労働省は、医療センターの運営に必要な経費（注）の負担軽減を図るため、「介護保険事業費補助金交付要綱」（「介護保険事業費補助金の国庫補助について」（平成14年12月4日付け厚生労働省発老第1204001号厚生労働事務次官通知））に基づき、都道府県等を通じて、医療センターに対し、毎年度予算の範囲内で国庫補助（国と都道府県等が2分の1ずつ補助）を交付している。厚生労働省の医療センター運営事業の予算額は、平成30年度が8.4億円、令和元年度が11.4億円、2年度が12.4億円となっている。

（注） 介護保険事業費補助金交付要綱において、補助の対象となる経費は、医療センター運営事業に必要な賃金、報酬、共済費、報償費、旅費、需用費、役務費、使用料及び賃借料、空床確保に係る経費並びに委託料とされている。

イ 都道府県等による医療センター運営事業の評価の実施

（医療センター及び都道府県等の事業内容）

医療センターは、医療センター実施要綱において、①専門的医療機能として、i）認

知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、ii) 周辺症状と身体合併症への急性期対応、iii) 専門医療相談（初診前の患者家族の相談対応、保健所、地域包括支援センターとの連絡調整等）を実施するとともに、②地域連携拠点機能として、i) 認知症疾患医療連携協議会（保健医療・介護関係者等により組織）の設置及び運営、ii) 研修会（地域の認知症医療従事者、関係機関の職員等を対象）の開催、③日常生活支援機能として、i) 診断後の認知症の人や家族に対する相談支援、ii) 当事者（既に認知症と診断された者）等によるピアサポート活動や交流会の開催を行うこととされている（資料2-(2)-③参照）。

また、都道府県は、指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内の医療センター、保健医療関係者、介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置し、各医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこととされている（資料2-(2)-④参照）。

都道府県等は、医療センター実施要綱に基づき、自ら指定した各医療センターの事業内容について、専門的医療機関としての機能及び地域連携拠点機関としての機能に着目した事業評価を行うこととされている（資料2-(2)-⑤参照）。

（医療センターの事業評価の実施方法）

医療センターの事業評価については、医療センター実施要綱において、都道府県等が自ら指定した各医療センターの事業内容について、①専門的医療機関としての機能（認知症原因疾患別の鑑別診断の実施、治療方針の選定に関すること、記録・データ管理等に関すること、周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること、専門医療相談の実施）、②地域連携拠点としての機能（認知症疾患医療連携協議会の運営状況、研修会の開催状況）に着目して実施することとされている。

厚生労働省は、都道府県等に対し、「認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等の連携等について（依頼）」（平成30年9月4日付け老推発0904第2号厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室長通知。以下「平成30年9月4日付け通知」という。）において、管内の各医療センターの評価について、「認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業報告書」（平成28年度老人保健健康増進等事業。以下「平成28年度調査研究事業報告書」という。）に具体的方法がまとめられているため、この内容を医療センターに周知し自己評価の実施を要請するとともに、管内の関係機関による評価などを必要に応じて実施の上、地域の医療センターの役割・機能の充実を図ることを求めている（後述の図表2-(2)-②参照）。

ウ 医療センターの実績に係る報告

都道府県等は、医療センター実施要綱及び介護保険事業費補助金交付要綱に基づき、毎年度、各医療センターの鑑別診断件数、専門医療相談件数等の前年度の事業実績を事業実績報告書により厚生労働大臣に報告することとされている。

【調査結果】

ア 医療センターの指定状況

今回、調査対象23都道府県における平成30年8月1日現在の医療センター指定状況を調査した結果、10都道府県において未指定医療圏があった。未指定医療圏がある10都道府県では、未指定の理由について、i) 医療機関を公募しているが医療機関からの応募がないため（医療センターとして指定されると患者数の増加や研修等の開催で業務量が増加するが、体制的に対応できないことなどによる。）、ii) 圏域の医師会や関係機関等との合意形成を図りながら順次指定を進めているため、iii) 地域の医療資源が乏しく医療センターの指定要件に該当する医療機関が存在しないため、iv) 隣接する二次医療圏の医療センターが広域的に対応しており、未指定による支障がないためとしている。

また、調査対象23都道府県内の調査対象7指定都市のうち、1指定都市が、医療センターを指定していなかった。

医療センターを指定していない1指定都市は、未指定の理由について、i) 鑑別診断ができる医療機関が市内に多数あり、現在進めている医師会や認知症サポート医等との連携体制の構築により、認知症医療体制を整備できる見込みであること、ii) 高齢者人口6万人当たり1か所指定する方針（注）では、市内で7、8か所しか指定できず、他都市の例をみると、特定の医療機関に患者が集中して受診や診断までの待機期間が長期化する懸念があることを挙げている。

（注） 医療法に基づく「精神疾患の医療体制構築に係る指針」（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号、一部改正平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知））においては、少なくとも二次医療圏に1か所以上、人口の多い二次医療圏ではおおむね65歳以上人口6万人に1か所程度整備することされている。

イ 都道府県等による事業評価の実施状況

今回、調査対象29都道府県等（注1）における医療センターの事業評価の実施状況を調査（注2）した結果、事業評価を未実施とするものが9都道府県等みられた。当該9都道府県等では、未実施の理由として、

- i) 具体的な評価方法、評価基準が分からないため、
 - ii) 各二次医療圏への医療センターの指定を優先してきたなど業務全体における事業評価の優先度が必ずしも高くないと考えたため、
- としている。

当該9都道府県等のうち7都道府県等では、医療センターから報告された事業実績報告書の内容確認は行っており、残る2都道府県では、医療センターから報告された事業実績報告書の内容確認に加えて、都道府県認知症疾患医療連携協議会等で医療センター運営事業の報告や意見交換を実施していた。事業評価を未実施とした都道府県等では、医療センターの事業実績報告書の内容確認では、事業内容の履行確認をしているにすぎず、事業評価とは考えていないなどとしている。

一方、事業評価を実施としている20都道府県等のうち7都道府県等では、医療センターから報告された事業実績報告書の内容確認をもって事業評価としており、都道府

県等によって、事業評価の実施・未実施の認識が区々となっている状況がみられた。

事業実績報告書は、厚生労働省の介護保険事業費補助金交付要綱に定められた様式で、補助事業の実施実績を報告するためのものであり、各医療センターから提出された事業実績報告書の内容確認のみをもって事業評価を実施したとは考え難い。調査対象29都道府県等のうち、少なくとも事業実績報告書の内容確認のみ行っている14都道府県等（48.3%）は、実質的に医療センターの事業評価を未実施と整理できる。

なお、事業評価を実施しているとする20都道府県等のうち17都道府県等（85.0%）が、各医療センターの事業内容を評価する上での課題として、管内の医療センターの立地条件が異なること、医療センター実施要綱で評価するよう規定されている治療方針の選定については専門的知識が必要となることなどから、これらの評価方法に苦慮していることを挙げている。

(注)1 調査対象23都道府県及び同都道府県内の6指定都市（医療センター未指定の1指定都市を除く。）。

2 当省の実地調査（平成30年8月から同年11月まで）時点における調査対象29都道府県等による医療センター実施要綱に基づく事業評価の実施実績の有無を調査した。

（事業評価の実施状況）

調査対象29都道府県等における医療センター実施要綱に基づく各医療センターに係る事業内容の評価の実施状況を調査した結果、事業評価を未実施とするものが9都道府県等みられた。

当該9都道府県等では、事業評価を未実施の理由について、

- i) 具体的な評価方法、評価基準が分からないため、
 - ii) 各二次医療圏への医療センターの指定を優先してきたなど業務全体における事業評価の優先度が必ずしも高くないと考えたため、
- としている。

当該9都道府県等のうち7都道府県等では、医療センターから報告された事業実績報告書の内容確認は行っており、残る2都道府県等では、医療センターから報告された事業実績報告書の内容確認に加えて、都道府県認知症疾患医療連携協議会での医療センター運営事業の報告や意見交換を実施していた。

事業評価を未実施とした都道府県等では、

- i) 医療センターの事業実績報告書の内容確認では、事業内容の履行確認をしていくにすぎない、
 - ii) 都道府県認知症疾患医療連携協議会における事業実績に関する報告や意見交換では、実績の善し悪しを判断することが難しい、
- としている。

一方、事業評価を実施しているとする20都道府県等（69.0%）における事業評価の実施方法をみると、

- i) 医療センターから提出された事業実績報告書の内容確認（7都道府県等）、
- ii) i)に加えて、都道府県認知症疾患医療連携協議会での医療センター運営事業の報告や意見交換（9都道府県等）、
- iii) i)又はii)に加えて、具体的な評価項目（注）を設定した独自の評価シートを

用いて評価（4都道府県等）、
となっている。

（注） 「認知症の原因となる疾患の診断ができているか」（専門的医療機関としての機能）や「かかりつけ医や看護職員等の医療関係者に対する研修を適切に実施しているか」（地域連携拠点としての機能）などの評価項目となっている（資料2-(2)-⑥参照）。

これらのおり、医療センターから報告された事業実績報告書の内容確認並びに都道府県認知症疾患医療連携協議会での医療センター運営事業の報告及び意見交換を医療センター実施要綱に基づく事業評価と捉えるか否かにより、医療センター運営事業の事業評価の実施・未実施の認識が、都道府県等によって区々となっている。

事業実績報告書の様式は、厚生労働省の介護保険事業費補助金交付要綱で定められたもので、補助事業の実施実績を報告するものである。

都道府県等に提出される事業実績報告書は、各医療センターが作成しているが、これを作成したことをもって、各医療センターが「事業評価における自己評価を実施した。」こととはならない。これは、厚生労働省が、平成30年9月4日付け通知により、都道府県等に対し、医療センターに自己評価の実施を要請するよう求めていることから、これまで全ての医療センターが毎年実施している事業実績報告書作成をもって自己評価とみなしていないことは明らかである。

これを踏まえれば、都道府県等が、各医療センターから提出された事業実績報告書の内容を確認したことのみにもって、事業評価を実施したものとは考え難い。

調査対象29都道府県等のうち、少なくとも事業実績報告書の内容確認のみ行っている14都道府県等（48.3%）は、実質的に医療センターの事業評価を未実施と整理できる。

（事業評価を実施する上での課題）

事業評価を実施しているとする20都道府県等のうち、3都道府県等（15.0%）では、事業評価を実施する上での課題はないとする一方、17都道府県等（85.0%）では、図表2-(2)-①のおり、各医療センターの事業内容を評価する上での課題として、医療センターによって立地条件が異なること、医療センター実施要綱で評価するよう規定されている治療方針の選定については専門的知識が必要となることなどから、これらの評価方法に苦慮していることを挙げている。

図表2-(2)-① 各医療センターの事業内容の評価を実施する上での課題

- ・ 医療センターごとに、類型や立地条件が異なり、外来や鑑別診断の件数に差があるため、実績報告書の内容を確認するという現在の評価方法を見直す必要性は感じているが、どのような方法であれば、都道府県等内の各医療センターの機能を統一的に測れるのか、評価基準の設定に困っている。
- ・ 医療センター実施要綱で示されている治療方針の選定に関することといった高度に専門的な知識を有する事項については、国が評価基準を示さないと、都道府県等独自で評価基準や指標の設定が困難である。
- ・ 鑑別診断件数、専門医療相談件数の増加のみが必ずしも医療センターの評価指標になるとは考えておらず、例えば入口の支援だけでなく出口の支援（退院支援や地域社会に戻るための取組な

ど)をどの程度行い、どのように貢献したかなども重要な指標であるとは考えているが、定量的な評価になじまない部分もあり、評価基準や指標の設定が困難と考えている。

- ・ 医療センター実施要綱で示された各評価項目の実績件数、実施内容等について、どのようなレベルが求められるのか、評価の基準となる達成水準等の基準がなく、都道府県等独自で評価基準を設定することは困難である。

(注) 当省の調査結果による。

ウ 医療センター実施要綱等における事業評価の内容等

医療センター実施要綱の規定をみると、事業評価の実施主体は都道府県等であり、評価の対象は自ら指定した各医療センターの事業内容とされている。

しかし、前述イのとおり、調査対象29都道府県等のうち、少なくとも14都道府県等(48.3%)は、実質的に医療センターの事業評価を未実施となっている。

一方、医療センター運営事業と同様に、都道府県等が管内の複数の医療機関を指定して事業を行わせ、その運営費の一部を補助する厚生労働省の他の2事業(精神科救急医療体制整備事業及び難病特別対策推進事業)では、都道府県等に対し、各医療機関の事業内容の評価は求めておらず、事業実績の報告において事業実施状況を確認するものとなっている。

医療センター運営事業の目的は、「地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている。

しかし、医療センター実施要綱では、圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価することが明確に位置付けられていない。

一方、医療センター運営事業と同様に、都道府県等が管内の複数の医療機関を指定して事業を行わせ、その運営費の一部を補助する厚生労働省の他の2事業(精神科救急医療体制整備事業及び難病特別対策推進事業)では、都道府県等が設置する協議会(専門的知見を有する医療関係者等により構成)が、圏域ごとや都道府県全体の医療提供体制を評価することが位置付けられている。

医療センター実施要綱の規定をみると、事業評価の実施主体は都道府県等であり、評価の対象は自ら指定した各医療センターの事業内容とされている。

しかし、前述イのとおり、調査対象29都道府県等のうち、少なくとも事業実績報告書の内容確認のみにとどまる14都道府県等(48.3%)は、実質的に医療センターの事業評価を未実施となっている。

なお、厚生労働省は、平成30年9月4日付け通知により、図表2-(2)-②のとおり、都道府県等に対し、新たに都道府県認知症疾患医療連携協議会が事業評価を行うことを前提として、医療センターの計画的な体制整備を都道府県に要請している。

図表2-(2)-② 平成30年9月4日付け通知における事業評価に係る内容<抜粋>

2. 認知症疾患医療センターの事業評価の実施について

認知症疾患医療センターは、地域の連携体制強化のため、医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された「認知症疾患医療連携協議会」を設置し、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等を行うこととしている。また、都道府県は、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し、各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行い、事業評価を行うこととしている。

管内の各認知症疾患医療センターの機能や地域における役割等の評価については、平成28年度の老人保健健康増進等事業において、具体的方法がまとめられているため、各都道府県や指定都市におかれては、これらの内容を管内の認知症疾患医療センターに周知し、自己評価の実施を要請するとともに、さらに管内の関係機関による評価の実施、認知症の人やその家族による意見の聴取など必要に応じて実施の上、地域の認知症疾患医療センターの役割・機能の充実を図りたい。

なお、協議会における議論や検討内容については、管内市町村や関係機関にも情報提供し、関係者が情報を共有しておくこと。

(参考) 認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業

URL https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/86_TOKY0tyouju.pdf

3. 認知症疾患医療センターの計画的な体制整備

医療計画(注1)や新オレンジプランにおいては、各二次医療圏域に少なくとも1以上の認知症疾患医療センターを設置することを目標としている。

各都道府県・指定都市におかれては、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」での事業評価も踏まえ、未だ認知症疾患医療センターが設置されていない圏域への早期整備、及び地域で担うべき機能を考慮した類型ごとの整備について、必要な予算の確保も含めて検討されたい。

(注) 1 平成30年9月4日付け通知では、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号、一部改正平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)を「医療計画」と呼称している。

2 下線は当省が付した。

医療センター実施要綱では、都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割は、「各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援」と規定されるのみで、事業評価における役割は規定されていない。

この点については、厚生労働省の「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書」(平成30年度老人保健健康増進等事業)においても、図表2-(2)-③のとおり、医療センター実施要綱における都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割が漠然としており、医療センターの事業の質の管理(事業評価、PDCAサイクルの稼働等)と明示すべきと提言されている。

図表2-(2)-③ 「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書」における事業評価に係る内容<抜粋>

4. 提言：認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方について

提言1：(略)

提言2： 実施要綱では、都道府県の責務として、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置することを求めている。しかし、その役割は「各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援」とされており漠然としている。「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の役割は、認知症疾患医療センターの事業の質の管理(事業評価、PDCAサイクルの稼働等)と明

示すべきである。

提言 3～6：(略)

(注) 下線は当省が付した。

医療センター運営事業と同様に、都道府県等が管内の複数の医療機関を指定して事業を行わせ、その運営費の一部を補助する厚生労働省の他の2事業（精神科救急医療体制整備事業及び難病特別対策推進事業）(注) について、実施要綱における事業の評価に係る規定内容を確認したところ、図表2-(2)-④のとおり、都道府県等に対し各医療機関の事業評価は求めておらず、事業実績の報告において事業実施状況を確認するものとなっている。

(注) 厚生労働省の補助事業の中から次の条件に基づき選定した。

- ① 都道府県が、医療法第30条の4に基づき、管内の医療提供体制の確保を図るために策定する医療計画において定めることとされている5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、5事業等（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療）に関する事業に係る補助として、厚生労働省が定めた次の交付要綱を選定
 - ・ 感染症予防事業費等国庫負担（補助）金交付要綱
 - ・ 精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱
 - ・ 保健衛生施設等施設・設備整備費国庫補助金交付要綱
 - ・ 医療提供体制推進事業費補助金交付要綱
 - ・ 医療提供体制施設整備交付金交付要綱
 - ・ 医療施設等設備整備費補助金交付要綱
 - ・ 医療施設等施設整備費補助金交付要綱
 - ・ 医療施設運営費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱
 - ・ 地域生活支援事業費等補助金及び障害者総合支援事業費補助金交付要綱
- ② ①の交付要綱に定められた事業のうち、厚生労働省が、都道府県等に対して事業費を補助する139事業を選定
- ③ ②の139事業の中から、都道府県等が、医療機関に対して事業費を補助する98事業を選定
- ④ ③の98事業の中から、都道府県等が医療機関を指定（又は実施を要請）して事業を行わせ、その運営費を補助する（施設・設備の整備費に係る補助を除く。）次の9事業を選定
 - i) 「精神科救急医療体制整備事業」
 - ii) 「てんかん地域診療連携体制整備事業」
 - iii) 難病特別対策推進事業のうち「難病医療提供体制整備事業」
 - iv) 救急医療対策事業のうち「小児初期救急センター運営事業」
 - v) 救急医療対策事業のうち「共同利用型病院運営事業」
 - vi) 救急医療対策事業のうち「救命救急センター運営事業」
 - vii) 救急医療対策事業のうち「小児救命救急センター運営事業」
 - viii) 周産期医療対策等事業のうち「周産期母子医療センター運営事業」
 - ix) へき地保健医療対策事業等のうち「へき地医療拠点病院運営事業」
- ⑤ ④の9事業の実施要綱において、事業の評価について規定されているのは、次の3事業
 - i) 「精神科救急医療体制整備事業」
 - ii) 「てんかん地域診療連携体制整備事業」
 - iii) 難病特別対策推進事業のうち「難病医療提供体制整備事業」
- ⑥ ⑤の3事業のうち、都道府県が管内の医療機関を1か所のみ指定することとされている ii) 「てんかん地域診療連携体制整備事業」を除いた2事業を選定

図表2-(2)-④ 精神科救急医療体制整備事業及び難病特別対策推進事業の実施要綱における
評価の規定内容等

事業名	医療センター 運営事業	精神科救急医療体制整備事業	難病医療提供体制整備事業
所管部局	老健局	社会・援護局	健康局
事業実施 主体	都道府県等	都道府県等	都道府県
事業目的	地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図る。	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県又は指定都市が、 <u>精神科救急医療体制を確保する。</u>	難病の患者に対する難病の医療提供体制の確保を図るとともに、在宅療養支援、難病指定医等の研修及び指定難病審査会の運営等を行うことにより、難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保を図るとともに、難病の患者及びその家族が地域で安心して暮らすことができるよう環境を整える。
医療機関 の位置付 け	都道府県知事又は指定都市市長が指定	都道府県知事又は指定都市市長が、地域の実情に応じて本事業が実施可能な医療機関の中から都道府県が設定した圏域ごとに精神科救急医療施設等として指定	都道府県が、難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院（以下「拠点病院等」という。）を指定
都道府県 等による 評価	都道府県等は、自ら指定した医療センターの事業内容を評価	規定なし	規定なし
協議会等 による評 価	規定なし	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県等は、精神科救急医療体制連絡調整委員会等（都道府県、指定都市、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、消防機関、一般救急医療機関等の関係者によって構成。以下「委員会等」という。）を設置する。 ○ <u>委員会等は、精神科救急医療圏域（以下「圏域」という。）ごとの精神科救急医療体制の状況について、事業の評価・検証を行い、</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域ごとの実態に応じた精神疾患を有しながら身体合併症を有する患者を含む精神科救急医療体制機能の整備を図る。 ・ 圏域ごとの精神科救急医療体制について関係者間の相互理解を深める。 ・ 特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する。 ・ 個別事例の検討やグループワーク等を通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深める。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県は、難病医療連絡協議会（拠点病院等、保健所、関係市区町村等の関係者によって構成）を設置する。 ○ 都道府県は、難病医療連絡協議会における検討に資するため、患者動向や医療資源・連携等の<u>必要な情報の収集・整理及び関係機関との調整を行う。</u> ○ 都道府県は、難病医療連絡協議会における進捗の評価や、体制の更新等の検討に資するよう、定期的に難病の医療提供に係る連携状況等について、<u>実態把握等の調査を行う。</u> ○ 難病医療連絡協議会は、患者動向や医療資源その他の地域の実情を踏まえ、都道府県における拠点病院等や難病の医療提供体制の<u>在り方を検討するとともに、連携の手順・その具体的方策等について関係者間で協議する。</u> ○ 難病医療連絡協議会は、定期的に<u>連携状況等の難病の医療提供体制について評価を行い、必要に応じ見直し等の検討を行う。</u>

事業名	医療センター運営事業	精神科救急医療体制整備事業	難病医療提供体制整備事業
都道府県等への医療機関の実績報告等	規定なし	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科救急医療施設等は、月単位で都道府県等に受診件数、受診者のうち入院した者等を報告する。 ○ 都道府県等は、精神科救急医療施設等からの報告内容を、委員会等に適宜提示する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 拠点病院等は、都道府県が行う難病の医療提供に係る連携状況等に関する情報収集に協力する。

(注) 医療センター実施要綱、精神科救急医療体制整備事業実施要綱(資料2-(2)-⑦参照)及び難病特別対策推進事業実施要綱(資料2-(2)-⑧参照)に基づき、当省が作成した。

また、医療センター運営事業の目的は、「地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている。

しかし、医療センター実施要綱では、圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価することが明確に位置付けられていない(資料2-(2)-⑤参照(再掲))。

一方、医療センター運営事業と同様に、都道府県等が管内の複数の医療機関を指定して事業を行わせ、その運営費の一部を補助する厚生労働省の他の2事業(精神科救急医療体制整備事業及び難病特別対策推進事業)では、前述の図表2-(2)-④のとおり、都道府県等が設置する協議会(専門的知見を有する医療関係者等により構成)が、圏域ごとや都道府県全体の医療提供体制を評価することが位置付けられている。

エ 医療センターにおける事業実績報告書の鑑別診断件数等の計上方法

今回、調査対象55医療センター(注1)に対し、医療センター実施要綱に基づき毎年、厚生労働省に報告することとされ、事業評価の基礎資料となる事業実績報告書の鑑別診断件数及び専門医療相談件数について、平成30年度の事業実績報告書における計上方法を調査した(注2)。その結果、調査対象23都道府県中10都道府県(43.5%)において、医療センターによって鑑別診断件数等の計上方法が区々となっており、現状のままでは都道府県等において、各医療センターの実績を比較検討できない状況がみられた。

(注) 1 調査対象23都道府県内において2又は3医療センターを選定した(調査対象23都道府県内の6指定都市が指定した6医療センターを含む)。

2 医療センター実施要綱において、都道府県等は、認知症疾患に係る i) 外来件数、ii) 鑑別診断件数、iii) 入院件数、iv) 専門医療相談件数の年間実績を翌年度の4月末までに厚生労働大臣に報告することとされているが、平成30年度の事業実績報告書には、外来件数及び入院件数を記載する欄が設けられていないため、鑑別診断件数及び専門医療相談件数について調査した。

(7) 鑑別診断件数の計上方法

鑑別診断件数については、医療センター実施要綱にその具体的な計上方法は示されていないが、平成30年度の事業実績報告書(29年度分の実績報告)には「鑑別診断件数(実数)*過去1年間の新規」、同報告書別紙の記入上の留意事項には「主たる病名を選択し、重複しないようにする」(注1)と示されている(注2)(資料2-(2)-⑨参照)。

(注) 1 「主たる病名」とは、アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症等の病名のことである。

- 2 平成28年度調査研究事業報告書では、事業実績報告書の記入上の留意事項において、鑑別診断件数及び専門医療相談件数の項目について解説しており、これを踏まえ、29年度の事業実績報告書(28年度分の実績報告)から、当該項目解説が事業実績報告書の別紙として添付されている(詳細は資料2-(2)-⑨参照)。

これらを踏まえ、当省において、医療センターに対し、鑑別診断件数の計上方法を「新規・実件数」と「延べ件数」に区分して調査した。その結果、調査対象55医療センターのうち、「新規・実件数」を計上しているとするものが47医療センター(85.5%)、「延べ件数」を計上しているとするものが8医療センター(14.5%)みられた。計上方法を「延べ件数」とした医療センターの中には、鑑別診断についての相談から初診に至るまでの各段階のそれぞれの回数を計上するとしているものや、同一人について初診、再診にかかわらず鑑別診断を実施した延べ件数を計上するとしているものがあった。

また、同一都道府県内の医療センターでの鑑別診断件数の計上方法をみると、調査対象23都道府県のうち、7都道府県(30.4%)において、医療センターによって「新規・実件数」を計上しているとするものと「延べ件数」を計上しているとするものがあり、鑑別診断件数の計上方法が区々となっていた。

さらに、鑑別診断件数について「新規・実件数」を計上しているとする医療センターにおいても、同一人について再計上は行わず実人数を計上するとしているものもあれば、3か月以上経過後に受診した者は新規件数として再計上するとしているものもあった。

(イ) 専門医療相談件数の計上方法

専門医療相談件数については、医療センター実施要綱には「電話による相談及び面接による相談それぞれの件数」と記載されているが、平成30年度の事業実績報告書(29年度分の実績報告)の「相談件数」記載欄には「電話、面接、訪問、その他」とされている。また、同報告書別紙の記入上の留意事項には「ここでの「相談」は診療報酬のないものをいい、延べ回数をカウントする。相談元は患者、家族、介護者、地域包括支援センター職員、かかりつけ医等の区分は問わない」と示されている。

これらを踏まえ、当省において、医療センターに対し、専門医療相談件数の計上方法を「診療報酬のない相談件数(延べ件数)」と「その他」に区分して調査した。その結果、調査対象55医療センターのうち、「診療報酬のない相談件数(延べ件数)」を計上しているとするものが47医療センター(85.5%)、「その他」を計上しているとするものが8医療センター(14.5%)みられた。計上方法を「その他」とした医療センターの中には、実人数で計上するとしているものや、診察時などの診療報酬が発生する際に受けた相談も計上するとしているものがあった。

また、同一都道府県内の医療センターでの専門医療相談件数の計上方法をみると、調査対象23都道府県のうち、5都道府県(21.7%)において、医療センターによって「診療報酬のない相談件数(延べ件数)」を計上しているものと「その他」を計上しているものがあり、専門医療相談件数の計上方法が区々となっていた。

さらに、専門医療相談件数について「診療報酬のない相談件数（延べ件数）」を計上しているとする医療センターにおいても、相談を受けた件数だけでなく、相談元以外の複数の関係機関に照会した件数を全て集計しているものや、認知症に係る専門医療相談に限らず、高齢者からの相談を全て計上しているものがあった。

オ まとめ

① 各医療センターの事業内容の評価

厚生労働省は、医療センター実施要綱により、都道府県等に対し、各医療センターの事業内容の評価を行うよう求めている。

しかし、調査した29都道府県等の少なくとも約5割は、具体的な評価方法が分からないなどとして医療センターの事業評価を行っていない。

一方、厚生労働省が都道府県等を通じて医療機関に運営費を補助する類似の事業では、都道府県等に対し各医療機関の事業内容の評価は求めておらず、事業実績の報告において事業実施状況を確認するものとなっている。

これらを踏まえると、現状のまま、引き続き都道府県等に対し、各医療センターの事業内容の評価を行うよう求めるべきか検討する必要がある。

② 圏域ごとや都道府県全体での医療センターの医療提供に関する機能及び体制の評価

医療センター運営事業の目的は、「地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている。

しかし、医療センター実施要綱では、圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価することが明確に位置付けられていない。

一方、厚生労働省が都道府県等を通じて医療機関に運営費を補助する類似の事業では、都道府県等が設置する協議会（専門的知見を有する医療関係者等により構成）が、圏域ごとや都道府県全体の医療提供体制を評価することが位置付けられている。

これらを踏まえると、医療センター運営事業においても、都道府県等が、専門的知見を有する医療関係者等の関与の下、圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制の評価を行うことが重要と考える。

なお、調査した55医療センターにおいては、事業実績報告書の鑑別診断件数や専門医療相談件数の計上方法が実数や延べ数など区々となっていた。圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価する場合には、評価の基礎資料となる事業実績報告書の鑑別診断件数等の計上方法が、医療センターによって区々とならない必要がある。

【所見】

したがって、厚生労働省は、医療センター運営事業の目的が「地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」であることを踏まえ、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 都道府県等による各医療センターの事業内容の評価の要否を検討すること。
- ② 圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価することについて、医療センター実施要綱に明確に位置付けること。

併せて、医療センターにより実績報告書の鑑別診断件数及び専門医療相談件数の計上方法が区々とならないよう改善方策を講ずること。

〔項目 3 報告書のポイント〕

3 認知症高齢者等を支える地域づくりに係る取組の実施状況

【実態】

(1) 推進員の配置・活動状況

推進員の配置場所は、推進員の業務内容等を考慮し、高齢者に身近な地域包括支援センターが多く（約 8 割）、多くの市町村で同センター職員が推進員を兼務している。

推進員の活動内容は、①医療や介護、その他支援機関の連携体制の構築、②認知症の人とその家族の相談支援、③認知症カフェの開設等が中心となっている。

(2) 認知症高齢者の見守り等地域の支援の実施状況

認知症施策推進大綱では、「地域支援体制の強化」の方策として、「認知症サポーターによる認知症の人の見守り活動、居住支援協議会・居住支援法人、地域運営組織による高齢者等の見守りや生活支援に関する活動の支援等を通じて、地域の見守り体制の構築を支援」するとされている。

調査した 62 市町村中 46 市町村で、特に認知症高齢者を対象とした見守りに係る 73 の取組を実施している。

取組の大半（44 市町村 63 取組）は、認知症高齢者が行方不明となった場合の対応（関係機関等への捜索協力要請、GPS 搭載機器の活用、捜索模擬訓練の実施等）となっている。

このほか、9 市町村の 10 取組において、行方不明時対応以外に、在宅の認知症高齢者への日常的な見守りを実施（カーテンの開け閉め確認、声掛け、外出の同伴等）している。

見守り支援者としては、認知症サポーターが参画（4 市町村）、見守り支援者研修受講者が参画（3 市町村）、民生委員の推薦及び町内会長の同意を得た者が参画（1 市町村）等がみられた。

3 認知症高齢者等を支える地域づくりに係る取組の実施状況

(1) 推進員の配置・活動状況

【制度等】

市町村は、地域支援事業実施要綱に基づき、認知症地域支援・ケア向上事業を実施している。地域支援事業実施要綱において、認知症地域支援・ケア向上事業の目的は、「市町村において認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備等を行う推進員を配置し、当該推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ること」とされている（資料3-(1)-①参照）。

ア 推進員の配置要件

推進員は、地域支援事業実施要綱に基づき、「地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等に、以下のいずれかの要件を満たす者を1人以上配置するもの」とされている（資料3-(1)-②参照）。

- ① 認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士又は介護支援専門員
- ② 上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：認知症介護指導者養成研修修了者等）

なお、新オレンジプランでは、推進員を平成30年度から全市町村に配置することを目標としており、平成31年3月末時点で全市町村に配置されている。

イ 推進員の業務内容

推進員の業務内容は、地域支援事業実施要綱において、①「地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関や、介護サービス事業者や認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組」、②「認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組」のほか、③地域の実情に応じて実施する認知症高齢者等への支援に関する事業の企画及び調整を行うこととされている（資料3-(1)-③参照）。

また、厚生労働省は、推進員が実施する具体的な取組について、自治体の介護等担当者を集めた全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（平成28年3月7日）において、「推進員の具体的な業務内容については、想定される役割の全てを推進員の業務として位置づけるものではなく、各市町村の認知症施策における課題への対応を前提として、社会資源の状況、人員、地域包括支援センター等との業務の棲み分けや配置形態を勘案の上、設定していくことが重要である」旨を周知している（資料3-(1)-④参照）。

【調査結果】

ア 市町村による推進員の配置状況

今回、調査対象62市町村における平成30年4月1日時点の推進員の配置状況を調査した結果、全ての市町村において推進員が配置されていた。

推進員の配置場所についてみると、地域包括支援センターに配置しているものが49市町村（79.0%）と最も多く、次いで市町村組織に配置しているものが21市町村（33.9%）等となっていた。

推進員を地域包括支援センターに配置した市町村では、その理由について、地域包括支援センターは、従来から総合相談支援業務などにより認知症高齢者を含む高齢者への支援を行っており、認知症高齢者への相談支援等を行う推進員の業務内容と重なることから、地域包括支援センターの既存の支援機能の活用や強化につながると考えたためとしている。また、推進員を市町村組織に配置した市町村では、その理由について、推進員が中心となって、市町村全体の認知症施策の企画・立案等を行ってもらうためとしている。

（推進員の配置場所）

調査対象62市町村における平成30年4月1日時点の推進員の配置場所についてみると、図表3-(1)-①のとおり、地域包括支援センターが延べ49市町村（79.0%）と最も多く、次いで市町村組織が延べ21市町村（33.9%）、市町村社会福祉協議会が延べ7市町村（11.3%）等となっていた。

図表3-(1)-① 推進員配置場所別市町村数

（単位：市町村（延べ）、%）

配置場所	市町村（割合）
地域包括支援センター	49（79.0）
市町村組織	21（33.9）
市町村社会福祉協議会	7（11.3）
医療センター	2（3.2）
その他	9（14.5）

（注）1 当省の調査結果による。

2 配置場所欄のその他は、社会福祉法人、社会医療法人、介護サービス事業所、特別養護老人ホーム、在宅介護支援センター、公益社団法人認知症の人と家族の会都道府県支部等である。

3 割合欄は、調査対象62市町村を100とした場合の割合である。

推進員を地域包括支援センターに配置した49市町村では、その理由について、地域包括支援センターは、従来から総合相談支援業務などにより認知症高齢者を含む高齢者への支援を行っており、認知症高齢者への相談支援等を行う推進員の業務内容と重なることから、地域包括支援センターの既存の支援機能の活用や強化につながると考えたためとしている。

地域包括支援センターに推進員を配置している市町村では、

① 推進員の主な役割を各地域包括支援センターでの相談対応、支援ネットワークの

構築等としている等の理由から、管内の地域包括支援センター全てに推進員を配置しているもの(37市町村。管内に地域包括支援センターが1か所の20市町村を含む。)、
② 推進員の主な役割を市町村全体の認知症高齢者支援に係る関係者の連携構築としている等の理由から、管内の複数の地域包括支援センターのうち一部(中央部に位置する地域包括支援センター等)に推進員を配置しているもの(12市町村)、
がみられた。

上記①の37市町村のうち3市町村は、地域包括支援センター職員が多忙であるため、推進員を専従(非常勤職員:2市町村、非常勤職員及び常勤職員:1市町村)で配置していた。

上記②の12市町村のうち7市町村は、地域包括支援センター職員が多忙であるため、推進員を専従(非常勤職員:2市町村、常勤職員:5市町村)で配置していた。

これらを除く39市町村(79.6%)は、全ての推進員を地域包括支援センター職員等との兼務で配置していた。

推進員を市町村組織に配置した21市町村では、その理由について、推進員が中心となって、市町村全体の認知症施策の企画・立案等を行ってもらうためとしている。

このうち、

- ・ 16市町村(76.2%)では、推進員を市町村職員等との兼務で配置、
- ・ 3市町村(14.3%)では、市町村職員が多忙であるため専従(非常勤職員)で配置、
- ・ 1市町村(4.8%)では、市町村職員は異動があり推進員の役割である医療・介護等の支援ネットワークの構築・維持に支障が生じるため専従(常勤職員)で配置、
- ・ 1市町村(4.8%)では、認知症に係る相談対応など個別ケースへの対応等の役割の推進員については兼務で配置、管内の医療・介護等の支援ネットワーク構築等の役割の推進員については専従(非常勤職員)で配置、
としていた。

推進員を市町村社会福祉協議会に配置した7市町村では、その理由について、市町村社会福祉協議会は、従来から社会福祉に関する相談業務を実施することなどにより認知症高齢者を含む地域住民への支援を行っており、認知症高齢者への相談支援等を行う推進員の業務内容と重なることから、市町村社会福祉協議会の既存の支援機能の活用につながると考えたためとしている。

このうち、

- ・ 6市町村(85.7%)では、推進員を社会福祉協議会職員との兼務で配置、
- ・ 1市町村(14.3%)では、従来から推進員の役割に相当する担当者を専従で配置、しており、当該担当者を推進員としたため専従(常勤職員)で配置していた。

推進員を医療センターに配置した2市町村では、その理由について、推進員の配置場所以る地域支援事業実施要綱の規定(「地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等」)に即して配置することとしたためとしている。当該市町村は、

推進員を医療センター職員との兼務で配置していた。

イ 推進員の活動状況

今回、調査対象62市町村における推進員の平成29年度の活動内容を調査した結果、地域支援事業実施要綱で定められた業務内容のうち、①「地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関や、介護サービス事業者や認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組」及び②「認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組」については、約9割の推進員が実施している状況がみられた。

なお、推進員の配置場所別にみて、平成29年度に実施した業務の内容に大きな違いはみられなかった。

（推進員の業務の実施内容）

調査対象62市町村において平成29年度当初時点で既に配置されていた338推進員の同年度における業務の実施内容について、地域支援事業実施要綱に定められた次の①から③の業務別に調査した。

- ① 認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、医療センターを含む医療機関や、介護サービス事業者や認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組
- ② 推進員を中心に地域の実情に応じて、地域における認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組
- ③ 地域の実情に応じて、以下の i) から iv) までの事業実施に関する企画及び調整
 - i) 病院・介護保険施設等で認知症対応力向上を図るための支援事業（病院・介護保険施設等職員に対し、専門医等が処遇困難事例の検討を行い個別支援を実施）
 - ii) 地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援事業（地域密着型サービス事業所・介護保険施設等による在宅で生活する認知症の人や家族への専門的な相談支援等の実施）
 - iii) 認知症の人の家族に対する支援事業（認知症カフェの開設等）
 - iv) 認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業

（注） ①から③の業務の具体例については、資料3-(1)-③参照。なお、地域支援事業実施要綱で定められた推進員の業務内容のうち、③-vに当たる「認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備事業」は、令和元年度から新たに追加された業務であるため、今回の調査の対象としていない。

その結果、図表3-(1)-②のとおり、①の業務については89.1%（301人）、②の業務については94.7%（320人）の推進員が行っていた。このほか、地域の実情に応じて行うこととされている③の業務については、③-iii)は81.1%（274人）の推進員が行っており、③-i)、ii)及びiv)はいずれも20%程度の推進員が行っていた。

なお、推進員の配置場所別にみて、平成29年度に実施した業務の内容に大きな違いは

みられなかった。

図表3-(1)-② 推進員の配置場所別・業務区別の活動状況

(単位：人(延べ)、%)

区分	平成29年度に実施した業務の区分							
	①	②	③-i)	③-ii)	③-iii)	③-iv)	全体数	
推進員数	301 (89.1)	320 (94.7)	62 (18.3)	71 (21.0)	274 (81.1)	66 (19.5)	338 (100)	
配置場所	地域包括支援センター	241 (89.6)	259 (96.3)	50 (18.6)	58 (21.6)	220 (81.8)	46 (17.1)	269 (100)
	市町村組織	30 (88.2)	30 (88.2)	7 (20.6)	6 (17.6)	26 (76.5)	11 (32.4)	34 (100)
	社会福祉協議会	9 (100)	9 (100)	1 (11.1)	1 (11.1)	7 (77.8)	4 (44.4)	9 (100)
	医療センター	3 (100)	3 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100)	1 (33.3)	3 (100)
	その他	18 (78.3)	19 (82.6)	4 (17.4)	6 (26.1)	18 (78.3)	4 (17.4)	23 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 配置場所の「その他」は、社会福祉法人、社会医療法人、介護サービス事業所、特別養護老人ホーム、在宅介護支援センター等である。

(2) 認知症高齢者の見守り等地域の支援の実施状況

【制度等】

ア 認知症高齢者の見守りに係る方針及び事業の内容

(新オレンジプラン等における認知症高齢者の見守りに係る方針)

新オレンジプランでは、認知症高齢者の「安全確保」の方策として、「認知症の人やその家族が安心して暮らすためには、地域によるさりげない見守り体制づくりが重要であることから、独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護に加えて、広域的な連携や地域ネットワークの構築を含め、地域での見守り体制を整備する」とされている(資料3-(2)-①参照)。

令和元年6月18日に新オレンジプランに替わり新たに策定された認知症施策推進大綱では、行方不明者の早期発見・保護といった安全確保の取組を引き続き推進していくこととされている。また、「認知症の人の多くが、認知症になることで、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で、外出や交流の機会を減らしている実態」があり、「生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する」とされている。このための「地域支援体制の強化」の方策として、「認知症サポーターによる認知症の人の見守り活動、居住支援協議会(注1)・居住支援法人(注2)、地域運営組織(注3)による高齢者等の見守りや生活支援に関する活動の支援等を通じて、地域の見守り体制の構築を支援」とされている(資料3-(2)-②参照)。

さらに、認知症施策推進大綱では、「地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進する」とされている。

(注) 1 「居住支援協議会」とは、住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律(平成19年法律第112号。以下「住宅セーフティネット法」という。)に基づき、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が一堂に会し、高齢者の見守り等に関する情報交換等を行う協議会をいう。

2 「居住支援法人」とは、住宅セーフティネット法に基づき、住居確保や入居後の見守り等の居住支援を行う法人として、都道府県が指定するものをいう。

3 「地域運営組織」とは、地域住民が中心となって送迎、声掛け・見守り、買い物支援など地域課題解決に向けた取組を実践する組織をいう。

(地域支援事業における認知症高齢者の見守り等に関する事業)

地域支援事業において、市町村は、任意事業として、認知症高齢者見守り事業を実施できるとされている。認知症高齢者見守り事業は、地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的に、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等を実施するものとされている(資料3-(2)-③参照)。

また、認知症高齢者を見守る事業そのものではないものの、地域支援事業の一つである認知症地域支援・ケア向上事業で市町村が配置した推進員の業務の一つとして、ボランティアが認知症高齢者の居宅を訪問して一緒に過ごす取組に関する企画及び調整がある(資料3-(2)-④参照)。

このほか、認知症高齢者のみを対象とはしていないものの、介護予防や自立した日常生活を支援することを目的に、支援者が高齢者の居宅を訪問する介護予防・生活支援サ

ービス事業の訪問型サービス及び生活支援サービスがある（資料3-(2)-⑤参照）。介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス及び生活支援サービスは、調理やゴミ出し、買物の代行・同行などの生活援助のほか、配食や定期的な安否確認などを行うものであるが、支援者が認知症高齢者を含む高齢者の居宅を訪問することから、見守り支援としての側面もある。

イ 新オレンジプラン等における認知症サポーターの養成に係る方針

新オレンジプランでは、「認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターの養成を進める」とされている。

認知症サポーターは、都道府県、市町村及び民間団体が実施する「認知症サポーター養成講座」を受講・修了した者（注1）である。

新オレンジプランでは、社会全体の認知症についての理解を深めるため、認知症サポーターを令和2年度末までに1,200万人を養成することを目標に掲げ、この目標は認知症施策推進大綱にも引き継がれている。令和元年12月31日時点で、延べ1,234万4,701人が養成されている。

また、新オレンジプランでは、「今後は、認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、あくまでもできる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるようにすることに、これまで以上に重点を置く」とされている（資料3-(2)-⑥参照）。

認知症施策推進大綱においても、「認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援（注2）につなげる仕組み（「チームオレンジ」）を地域ごとに構築する」とされている（資料3-(2)-②参照（再掲））。

（注）1 認知症サポーター養成講座は、都道府県、市町村及び民間団体が実施している。認知症サポーター養成講座の内容は、厚生労働省が定めた「認知症サポーター等養成事業実施要綱」において、「認知症の基礎知識（認知症とは何か、認知症の症状とは）、早期診断・治療の重要性、権利擁護等」（60分）、「認知症の人への対応、家族の支援、サポーターとしてできること等」（30分）とされている。

認知症サポーター養成講座の受講者は、地域住民、高齢者と接する機会の多い金融機関やスーパーマーケットなどの従業員のほか、小学校の児童、中学校・高等学校の生徒など様々である。

2 外出支援、見守り・声掛け、話し相手、ボランティア訪問等、孤立しないための関係づくり（認知症カフェの同行・運営参加）等を実施する。

【調査結果】

ア 認知症高齢者の見守りに係る取組の実施状況

今回、調査対象62市町村における平成29年度の特に認知症高齢者を対象（注）とした見守りに係る取組の実施状況について調査した結果、46市町村で73取組が実施されていた。また、これ以外の16市町村においても、認知症高齢者を含めた何らかの支援が必要な高齢者への見守りに係る取組は実施されていた。

特に認知症高齢者を対象とした見守りに係る46市町村73取組の内容をみると、新オ

レンジプランにおいて認知症高齢者の安全確保の方策として取り組むこととされた、認知症高齢者が行方不明となった場合の早期発見・保護に係るものが44市町村63取組（86.3%）となっていた。また、令和元年6月に新たに策定された認知症施策推進大綱において、「認知症バリアフリー」のための地域支援体制の強化の方策として取り組むこととされた、在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係るもの（認知症サポーターやその他の支援者による定期的な居宅への訪問、話し相手、趣味活動の付き合いなどの実施）が9市町村10取組（13.7%）となっていた。

（注） 取組の中には、認知症高齢者に加えて40歳以上の認知症の人等を対象としているものがある。

調査対象62市町村における平成29年度の特に認知症高齢者を対象とした見守りに係る取組の実施状況について調査した結果、図表3-(2)-①のとおり、46市町村で73取組が実施されていた。当該73取組の内容をみると、新オレンジプランにおいて認知症高齢者の安全確保の方策として取り組むこととされた、認知症高齢者が行方不明となった場合の早期発見・保護に係るものが44市町村63取組（86.3%）となっていた。また、令和元年6月に新たに策定された認知症施策推進大綱において、「認知症バリアフリー」のための地域支援体制の強化の方策として取り組むこととされた、在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係るもの（認知症サポーターやその他の支援者による定期的な居宅への訪問、話し相手、趣味活動の付き合いなどの実施）が9市町村10取組（13.7%）となっていた。

図表 3-(2)-① 認知症高齢者を対象とした見守りに係る取組の実施状況

（単位：市町村、取組、%）

区 分	市町村数	取組数
認知症高齢者が行方不明となった場合の早期発見・保護に係るもの	44 (95.7)	63 (86.3)
在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係るもの	9 (19.6)	10 (13.7)
計 (注3)	46 (100)	73 (100)

（注） 1 当省の調査結果による。

2 認知症高齢者が行方不明となった場合の早期発見・保護に係るもの及び在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係るものをいずれも実施している市町村があるため、認知症高齢者を対象とした取組を実施している市町村数（実数）と内訳の合計は一致しない。

(7) 認知症高齢者が行方不明となった場合の早期発見・保護に係る取組の実施状況

認知症高齢者が行方不明となった場合の早期発見・保護に係る取組を実施していた44市町村の取組内容をみると、図表3-(2)-②のとおり、行方不明が発生した場合に、関係機関に捜索協力を要請することとしていたものが38市町村（86.4%）みられた。警察等に捜索の依頼がなされた場合に、行方不明者情報が市町村を通じてあらかじめ捜索協力の協定等を結んだ関係機関に提供されるものであり、関係機関としては、消防署、地域包括支援センター、社会福祉協議会、鉄道会社、バス会社、タクシー会社、介護サービス事業所、郵便局、金融機関、コンビニエンスストア等がみられた。さらに、当該38市町村のうち17市町村では、関係機関への捜索協力要請に

加えて、認知症高齢者本人又は家族の同意の下、認知症サポーターを含む一般の協力者のメールアドレス、検索協力支援アプリ（注）又はFAXに行方不明者情報を発信し、検索協力を依頼する取組を行っているものがみられた。

また、行方不明となった認知症高齢者の検索や身元特定を容易にするため、行方不明となるおそれのある認知症高齢者の情報を事前登録するもの（34市町村）、GPS（全地球無線測位システム）等の位置情報システムを備えた端末の配布又は購入費等を助成するもの（22市町村）等がみられた。

（注） 市町村が、行方不明時の検索のために導入したもので、高齢者の家族等の利用者が検索依頼を送信するとともに、検索協力者は行方不明者情報を受信することができる。

図表 3-(2)-② 認知症高齢者が行方不明となった場合の対応に係る取組の内容

（単位：市町村、％）

区 分	市町村数
① 関係機関への検索協力要請	38 (86.4)
うち、メールアドレス、検索協力支援アプリ、FAX登録者への行方不明者情報の発信	17 (44.7)
うち、検索協力機関との連携を図るための連絡会議の実施	9 (23.7)
うち、ラジオ、防災無線の活用	6 (15.8)
② 事前登録制度	34 (77.3)
うち、キーホルダー、ステッカー、反射材、QRコードの作成・配布	12 (35.3)
③ GPS等位置情報システムを備えた端末の配布又は購入費等の助成	22 (50.0)
④ 検索模擬訓練の実施	8 (18.2)
計（注2）	44 (100)

（注） 1 当省の調査結果による。

2 一つの市町村が複数の取組を実施している場合、複数の区分に該当する取組を実施している場合があるため、認知症高齢者が行方不明となった場合の対応に係る取組を実施している市町村数（実数）と内訳は一致しない。

このほか、認知症高齢者が発見された後、家族と連絡が取れない、介護者が不在である、引取りに時間を要するといった場合に介護施設で一時保護することとしているもの（3市町村）もみられた。

（認知症初期集中支援等につなぐ対応）

認知症高齢者が行方不明となった場合の早期発見・保護に係る取組を実施していた44市町村のうち6市町村では、検索協力の協定等を結んだ関係機関のネットワークにより保護された高齢者について、市町村の保健師や地域包括支援センターの職員が生活状況や介護サービスの利用状況等を確認していた。その結果、医療・介護サービスによる支援につながっていない場合には、支援チームや地域包括支援センターによる支援を実施するとしている。当該6市町村のうち1市町村については、図表3-(2)-③のとおり、実際に平成29年度において4人の高齢者を支援チームで支援した実績が確認された。

図表 3-(2)-③ 保護した認知症高齢者を支援チームで対応した例

市町村人口等	高齢者人口	高齢化率
110 千人	30 千人	27.4%

当該市町村では、警察や協力事業者等による見守りネットワークを構築している。行方不明となった高齢者が、当該ネットワークにより発見された場合、当該高齢者を「見守り対象者」として地域包括支援センター職員が家庭訪問を実施して生活状況や介護サービスの利用状況等を確認する。その結果、医療・介護サービスによる支援につながっていない場合には、支援チームや地域包括支援センターが支援することとしている。

平成 29 年度においては新規に 38 人が「見守り対象者」となり、家庭訪問等による確認の結果、4 人が医療や介護につながっていなかったことから、支援チームで対応している。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口等、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。

このほか、4 市町村では、行方不明となるおそれのある認知症高齢者の事前登録制度の利用を開始する際に、本人の生活状況や介護サービスの利用状況等に応じて地域包括支援センターの総合相談支援や支援チームの支援につなぐとしている。また、GPS 等位置情報を備えた端末の購入費等の助成を実施している 1 市町村は、端末の初期費用助成に際し、事業を利用する高齢者が必要な医療・介護サービスにつながっていないなどの場合には、支援チームと連携して支援するとしている。

(イ) 在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係る取組の実施状況

在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係る取組を実施していた 9 市町村の取組内容は、見守り支援の申請があった認知症高齢者に対して、後述の見守り支援者による生活状況の見守り（カーテンの開け閉めの確認等）、声掛け、認知症高齢者家族の外出時に居宅を訪問しての見守り、認知症高齢者本人の外出支援（散歩、通いの場への同行、趣味活動の付き合い）を行うことなどとなっていた。

また、当該 9 市町村の取組において、見守り支援者として活動できる要件としては、図表 3-(2)-④のとおり、

- i) 認知症サポーターのうち、支援者として協力の意思のある者（4 市町村）
このうち、更に事前に市町村又は市町村が見守りに係る取組を委託する民間団体が実施する養成研修を受講した者（3 市町村）、
- ii) 認知症サポーターに限らず、見守り支援者として協力する意思のある者で、市町村又は市町村が見守りに係る取組を委託した民間団体が実施する養成研修を受講した者（3 市町村）、
- iii) 民生委員の推薦及び町内会長の同意を得た者（1 市町村。当該市町村では、民生委員と見守り支援者がチームを組み、認知症高齢者に対する定期的な訪問、声掛けなどの取組を行うこととしている。）、
等となっていた。

図表 3-(2)-④ 認知症高齢者に対する日常的な見守りの取組における見守り支援者の要件

認知症高齢者に対する日常的な見守りの取組における見守り支援者	市町村数
i) 認知症サポーターで見守り支援者として協力する意思のある者	4
うち、市町村又は市町村が見守りに係る取組を委託した民間団体が実施する養成研修の受講者	3
ii) 見守り支援者として協力する意思のある者で、市町村又は市町村が見守りに係る取組を委託した民間団体が実施する養成研修の受講者	3
iii) 民生委員の推薦及び町内会長の同意を得た者	1
iv) 市町村が見守りに係る取組を委託したシルバー人材センター及び介護サービス事業所の職員	1
計	9

(注) 当省の調査結果による。

在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係る取組を実施していた 9 市町村では、取組を実施した理由として、次のとおり、認知症高齢者本人も自宅で安心して過ごすことができること、見守り支援者と認知症高齢者との地域交流ができること等を挙げている。

- ① 家族の留守中に見守り支援者が話し相手や見守りをするすることで、認知症高齢者本人も自宅で安心して過ごすことができるため (1 市町村)
- ② 見守り支援者が実施する見守り活動が、認知症高齢者が安心して暮らせる地域づくりに役立っているため (1 市町村)
- ③ 要介護 1 までの認知症高齢者は、自身が認知症であることを受け入れられず、介護（予防）サービス等を拒否する傾向がある。また、自身にまだできる能力があるにもかかわらず、閉じこもりがちになり、認知症がますます重度化してしまうこともある。そこで、日常生活の中で支援する者が必要と考えたため (1 市町村)
- ④ 見守り支援者も認知症高齢者と同じくらいの年代であることから、近い立場の人同士で地域交流ができるため。また、訪問や見守りを実施する中で異変があれば、見守り支援者から地域包括支援センターに連絡を取ることで緊急時の早期対応につながるため (1 市町村)
- ⑤ 地域のインフォーマルサービスとしての見守り体制ができるため (1 市町村)
- ⑥ 家族介護者の負担軽減につながるため (4 市町村)

(取組を実施する上での課題)

一方で、在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係る取組を実施していた 9 市町村のうち、5 市町村は、図表 3-(2)-⑤のとおり、見守り支援を利用する認知症高齢者が減少している又は少ないことが課題としている。

図表 3-(2)-⑤ 日常的な見守りに係る取組の課題（利用者が減少又は少ない）

No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率																											
	364 千人	107 千人	29.3%																											
1	<p>利用者数及び利用回数が減少している。これらの明確な理由は不明であるものの、管内で在宅の認知症高齢者が利用できる介護保険サービスが充実してきたことが考えられる。今後は、住民やケアマネジャー等の関係職種への周知・広報を更に図っていく必要があると認識している。</p> <p>表 平成 27 年度から 29 年度までの訪問実績 (単位：人、回)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区分</th> <th colspan="2">平成 27 年度</th> <th colspan="2">28 年度</th> <th colspan="2">29 年度</th> </tr> <tr> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実績</td> <td>706</td> <td>5,167</td> <td>557</td> <td>4,379</td> <td>562</td> <td>3,624</td> </tr> <tr> <td>(指数)</td> <td>(100)</td> <td>(100)</td> <td>(78.9)</td> <td>(84.7)</td> <td>(79.6)</td> <td>(70.1)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) (指数) 欄は、平成 27 年度の実績を 100 とした場合の指数である。</p>			区分	平成 27 年度		28 年度		29 年度		利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	実績	706	5,167	557	4,379	562	3,624	(指数)	(100)	(100)	(78.9)	(84.7)	(79.6)	(70.1)
区分	平成 27 年度		28 年度		29 年度																									
	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数																								
実績	706	5,167	557	4,379	562	3,624																								
(指数)	(100)	(100)	(78.9)	(84.7)	(79.6)	(70.1)																								
No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率																											
	大都市	—	—																											
2	<p>利用者数及び利用回数が減少しているほか、利用者が固定化している。これらの明確な理由は不明であるものの、取組に係る周知・広報が十分でないこと（現在は、地域包括支援センターに相談に訪れた者に対して情報提供）が考えられるため、情報提供の在り方等を見直すことで利用者を増やせないか検討している。</p> <p>表 平成 27 年度から 29 年度までの訪問実績 (単位：人、回)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区分</th> <th colspan="2">平成 27 年度</th> <th colspan="2">28 年度</th> <th colspan="2">29 年度</th> </tr> <tr> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実績</td> <td>16</td> <td>304</td> <td>16</td> <td>176</td> <td>12</td> <td>134</td> </tr> <tr> <td>(指数)</td> <td>(100)</td> <td>(100)</td> <td>(100)</td> <td>(57.9)</td> <td>(75.0)</td> <td>(44.1)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) (指数) 欄は、平成 27 年度の実績を 100 とした場合の指数である。</p>			区分	平成 27 年度		28 年度		29 年度		利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	実績	16	304	16	176	12	134	(指数)	(100)	(100)	(100)	(57.9)	(75.0)	(44.1)
区分	平成 27 年度		28 年度		29 年度																									
	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数																								
実績	16	304	16	176	12	134																								
(指数)	(100)	(100)	(100)	(57.9)	(75.0)	(44.1)																								
No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率																											
	115 千人	32 千人	27.9%																											
3	<p>利用回数が減少している。その明確な理由は不明であるものの、認知症高齢者を抱えている家庭への周知が不足していることが考えられる。</p> <p>表 平成 27 年度から 29 年度までの訪問実績 (単位：人、回)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区分</th> <th colspan="2">平成 27 年度</th> <th colspan="2">28 年度</th> <th colspan="2">29 年度</th> </tr> <tr> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> <th>利用者数</th> <th>延べ利用回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実績</td> <td>—</td> <td>726</td> <td>—</td> <td>719</td> <td>—</td> <td>532</td> </tr> <tr> <td>(指数)</td> <td>(—)</td> <td>(100)</td> <td>(—)</td> <td>(99.0)</td> <td>(—)</td> <td>(73.3)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 1 当該市町村では、利用者数は把握していない。 2 (指数) 欄は、平成 27 年度の実績を 100 とした場合の指数である。</p>			区分	平成 27 年度		28 年度		29 年度		利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	実績	—	726	—	719	—	532	(指数)	(—)	(100)	(—)	(99.0)	(—)	(73.3)
区分	平成 27 年度		28 年度		29 年度																									
	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数	利用者数	延べ利用回数																								
実績	—	726	—	719	—	532																								
(指数)	(—)	(100)	(—)	(99.0)	(—)	(73.3)																								
No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率																											
	48 千人	17 千人	35.1%																											
4	<p>平成 29 年度を含め、近年、見守り支援の利用者がいない。その明確な理由は不明であるものの、見守り支援を利用することにより、知らない人（見守り支援者）が自宅に来ることに抵抗がある認知症高齢者が多い可能性も考えられる。</p>																													
No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率																											
	89 千人	30 千人	34.1%																											
5	<p>平成 20 年度の事業開始以降、利用申込者数は 10 人とどまっている（理由は不明）。</p>																													

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口等、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。なお、指定都市及び東京都特別区部については、市町村人口、高齢者人口、高齢化率を記載することにより市町村名を特定できる可能性があることから、市町村人口等欄に「大都市」（平成 27 年国勢調査の用語の定義を準用）とのみ記載する。

なお、前述の課題を挙げた 5 市町村以外の 4 市町村における見守り支援の利用状況をみると、民生委員と見守り支援者がチームを組み、認知症高齢者に対する定期的な訪問、声掛け等の取組を行っている 1 市町村では、見守り支援の利用回数が、平成 27 年度は延べ 2 万 8,218 回、28 年度は延べ 2 万 9,780 回、29 年度は延べ 4 万 377 回と増加していた（注）。その他の 2 市町村では、見守り支援の利用者数及び利用回数を把握しておらず、1 市町村では、平成 29 年度は取組の試行段階で 30 年度から本格実施であったため、29 年度の利用者数は 1 人で、利用回数は電話による声掛け 3 回、通いの場への同行 3 回となっていた。

（注） 当該市町村では、見守り支援の利用者数は把握していない。

これらとは別に、1 市町村では、図表 3-(2)-⑥のとおり、在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係る取組を実施する上で、市町村内の住民の高齢化や過疎化が進んでいる地域では、見守り支援者の確保が難しいことが課題としている。

図表 3-(2)-⑥ 日常的な見守りに係る取組の課題（見守り支援者の確保が難しい等）

市町村人口等	高齢者人口	高齢化率
115 千人	32 千人	27.9%
見守りを行う支援者数（平成 29 年度 150 人）は、管内の五つの日常生活圏域別にみると、増加傾向である地域がある一方で、住民の高齢化や過疎化が進んでいる地域では支援者数が減少し、その確保が難しくなっている。		

（注） 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口等、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。

また、平成 29 年度に在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係る取組を試行し、30 年度から本格的に取組を開始した 1 市町村では、当省の調査時点（平成 30 年 10 月）では、見守り支援者数が 10 人となっていたが、見守り支援者を将来的には各地域包括支援センター（6 センター及び 1 支所）に数人の支援者を確保していきたいとしている。

このほか、1 市町村では、在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りに係る取組の基盤となる地域のつながりが希薄化していることが課題としている。

イ 市町村による認知症サポーターの「見守り」活動等への参画支援の実施状況

今回、調査した 62 市町村における認知症高齢者の見守りに係る取組等の中で、認知症サポーターが、搜索模擬訓練、見守り支援者としての活動、認知症カフェの運営などに参画している状況がみられた。

認知症高齢者が行方不明となった場合に、関係機関への搜索協力要請に加えて、一般の協力者のメールアドレス、搜索協力支援アプリ又は F A X に行方不明者情報を発信する取組を実施している 17 市町村のうち 9 市町村は、情報を受信できるようメールアドレスの登録を認知症サポーター養成講座の際に要請していた。認知症高齢者が行方不明となった場合を想定した搜索模擬訓練を実施している 8 市町村のうち 2 市町村は、認知

症サポーターに参加を要請していた。

また、前述の図表 3-(2)-④のとおり、在宅の認知症高齢者に対する日常的な見守りを実施している 9 市町村のうち 4 市町村は、認知症サポーターのうち、支援者として協力の意思のある者に見守り支援者としての活動を要請していた。

このうち、3 市町村においては、図表 3-(2)-⑦のとおり、認知症サポーターのうち認知症高齢者の支援に関心のある者に対して、別途、認知症高齢者に対する理解等をより深めるステップアップ研修を実施した上で、認知症カフェ、認知症サポーター養成講座の運営等に参加を要請している例がみられた。

図表 3-(2)-⑦ 市町村が認知症サポーターに認知症カフェ等への参加を要請している例

No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率
	173 千人	45 千人	25.8%
1	認知症サポーターのうち認知症高齢者の支援に関心のある者に対して、市町村がステップアップ研修を実施し、研修修了者のうちその後の活動を希望する者を登録している。登録者に対しては、地域包括支援センターや市町村が実施する搜索模擬訓練、認知症カフェ等へのできる範囲での参加を最寄りの地域包括支援センターから随時要請している。		
No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率
	大都市	—	—
2	認知症サポーターのうち認知症高齢者の支援に関心のある者に対して、市町村がステップアップ研修を実施している。研修修了者には、居住地等それぞれの地域において、認知症カフェ、認知症サポーター養成講座の運営等へのできる範囲での参加を要請している。		
No.	市町村人口等	高齢者人口	高齢化率
	107 千人	30 千人	27.6%
3	認知症サポーターのうち認知症高齢者支援に関心のある者に対して、市町村がステップアップ研修を実施している。研修終了者には、認知症高齢者の支援に関する自主的なボランティア活動や関係機関等の連絡会・研修会への参加等できる範囲での活動を要請している。併せて、市町村が研修修了者の活動状況を把握するため、任意で年に 1 回程度、所定の様式により活動内容を報告するよう要請している。		

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の市町村人口等、高齢者人口及び高齢化率は平成 27 年度国勢調査結果による。なお、指定都市及び東京都特別区部については、市町村人口、高齢者人口、高齢化率を記載することにより市町村名を特定できる可能性があることから、市町村人口等欄に「大都市」（平成 27 年国勢調査の用語の定義を準用）のみ記載する。

このほか、1 市町村では、認知症サポーター養成講座の修了後、認知症高齢者の支援に参加する意欲のある者を募り、ボランティアとして登録し、認知症カフェへの参加を要請していた。当該市町村では、管内の介護保険サービスの指定事業所及び施設が実施する認知症カフェの認証・登録制度を導入しており、前述のボランティアが認知症カフェの参加を希望した場合は受け入れることを認証・登録要件の一つとしている。

[資料編]

資 料 目 次

資料 1-(1)	「新オレンジプラン」(概要)	87
資料 1-(3)-①	「今後の認知症施策の方向性について」(平成 24 年 6 月 18 日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム) <抜粋>	94
資料 1-(3)-②	「オレンジプラン」	95
資料 1-(3)-③	「認知症施策推進大綱」(概要)(令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定)	98
資料 1-(3)-④	保険者機能強化推進交付金の概要	99
資料 2-(1)-①	「地域支援事業実施要綱」<認知症初期集中支援推進事業の目的に係る記載部分の抜粋>	100
資料 2-(1)-②	「地域支援事業実施要綱」<支援チームの実施体制に係る記載部分の抜粋>	100
資料 2-(1)-③	「新オレンジプラン」<支援チームに係る記載部分の抜粋>	101
資料 2-(1)-④	「地域支援事業実施要綱」<訪問支援対象者に係る記載部分の抜粋> ..	102
資料 2-(1)-⑤	「地域支援事業実施要綱」<認知症初期集中支援の実施に係る記載部分の抜粋>	102
資料 2-(1)-⑥	「地域支援事業実施要綱」<地域包括支援センターの総合相談支援業務に係る記載部分の抜粋>	103
資料 2-(1)-⑦	「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」(平成 30 年度版) <抜粋>	104
資料 2-(1)-⑧	「認知症施策推進大綱」(令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定) <支援チームに係る記載部分の抜粋>	104
資料 2-(1)-⑨	保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標の内容	105
資料 2-(2)-①	「医療センター実施要綱」<医療センターの設置基準に係る記載部分の抜粋>	107
資料 2-(2)-②	医療センターの指定状況(令和 2 年 2 月現在)	110
資料 2-(2)-③	「医療センター実施要綱」<医療センターの事業内容に係る記載部分の抜粋>	110
資料 2-(2)-④	「医療センター実施要綱」<医療センターの都道府県の責務に係る記載部分の抜粋>	111
資料 2-(2)-⑤	「医療センター実施要綱」<医療センターの事業評価に係る記載部分の抜粋>	111
資料 2-(2)-⑥	事業評価において都道府県等が設定している独自の評価シートの具体的な評価項目の例	113
資料 2-(2)-⑦	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」<医療体制の評価に係る記載部分等の抜粋>	118
資料 2-(2)-⑧	「難病特別対策推進事業実施要綱」<医療体制の評価に係る記載部分	

等の抜粋>	123
資料 2-(2)-⑨ 「平成 28 年度調査研究事業報告書」<実績報告書の様式及び記入上の留意事項（項目解説）の抜粋>	125
資料 3-(1)-① 「地域支援事業実施要綱」<認知症地域支援・ケア向上事業の目的部分の抜粋>	127
資料 3-(1)-② 「地域支援事業実施要綱」<推進員の配置関係部分の抜粋>	127
資料 3-(1)-③ 「地域支援事業実施要綱」<推進員の業務関係部分の抜粋>	128
資料 3-(1)-④ 「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」（平成 28 年 3 月 7 日）<推進員が実施する具体的な取組関係部分の抜粋>	129
資料 3-(2)-① 「新オレンジプラン」<地域での見守り体制の整備関係部分の抜粋> ..	130
資料 3-(2)-② 「認知症施策推進大綱」（令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定）<地域支援体制の強化関係部分の抜粋>	130
資料 3-(2)-③ 「地域支援事業実施要綱」<認知症高齢者見守り事業関係部分の抜粋>	131
資料 3-(2)-④ 「地域支援事業実施要綱」<認知症地域支援・ケア向上事業におけるボランティアが認知症高齢者の居宅を訪問する取組関係部分の抜粋> ..	132
資料 3-(2)-⑤ 「地域支援事業実施要綱」<介護予防・生活支援サービス事業関係部分の抜粋>	132
資料 3-(2)-⑥ 「新オレンジプラン」<認知症サポーター関係部分の抜粋>	135

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

はじめに

○わが国の認知症高齢者の数は、2012(平成24)年で462万人と推計されており、2025(平成37)年には約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれています。今や認知症は誰もが関わる可能性のある身近な病気です。

○厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を関係府省庁と共同で策定(平成27年1月27日)し、その後、数値目標の更新や施策を効果的に実行するための改訂をしました(平成29年7月5日)。

【関係府省庁
内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、
法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省】



新オレンジプランの7つの柱

○「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していきます。

認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進

I 普及・啓発

II 医療・介護等

III 若年性認知症

IV 介護者支援

V 認知症など高齢者にやさしい地域づくり

VI 研究開発

VII 認知症の人やご家族の視点の重視

「VII 認知症の人やご家族の視点の重視」は、他の6つの柱に共通するプラン全体の理念でもあります。



新オレンジプランの具体的な施策

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

【基本的な考え方】

認知症は皆にとって身近な病気であることを、普及・啓発等を通じて改めて社会全体として確認していきます。



- (1) 広告等を通じ認知症への社会の理解を深めるための全国的なキャンペーンを展開します。その際には、認知症の人が自らの言葉でメッセージを語る姿等を積極的に発信していきます。
- (2) 認知症サポーター^{※1}の養成を進めるとともに、地域や職域など様々な場面で活躍できるような取組を推進していきます。
- (3) 学校において、高齢者との交流活動など、高齢社会の現状や認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進します。

【新オレンジプランにおける目標】

★認知症サポーターの人数（目標引上げ）

2017（平成 29）年度末 2020（平成 32）年度末
800 万人 → 1200 万人



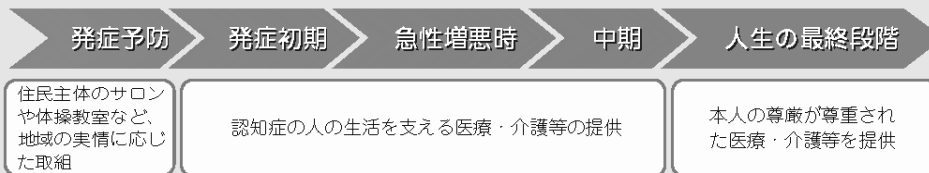
※1 認知症サポーターとは？

認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者です。市町村や職場などで実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講した人が「認知症サポーター」となります。受講したい人は、お住まいの市区町村へお問い合わせ下さい。

II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的な考え方】

早期診断・早期対応を軸に、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態にもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現します。



～容態の変化に応じもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現～

(1) 本人主体の医療・介護等の徹底

認知症の人がもつ力を最大限に活かしながら、地域社会の中でなじみの暮らしや関係が継続できるように支援していくことは、本人主体の医療・介護等の原則、基本理念です。そのことを、改めて認知症の医療・介護等に携わるすべての者が共有し、医療・介護等の質の向上を図っていきます。

(2) 発症予防の推進

運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンなど地域の実情に応じた取組を推進していきます。

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備

- かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修や、**認知症サポート医**^{※2}の養成を、一層推進します。
- 認知症に関する**専門医、認定医等**の養成の拡充に関係学会等と協力して取り組みます。
- 地域の**歯科医師・薬剤師**の認知症対応力向上のための研修を実施します。
- 認知症疾患医療センター**^{※3}の計画的な整備を進めます。
- 市町村ごとに設置される**認知症初期集中支援チーム**^{※4}により、早期診断後のサポート体制を整備します。



※2 認知症サポート医とは？

地域でかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う医師です。

※3 認知症疾患医療センターとは？

認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担います。

※4 認知症初期集中支援チームとは？

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

(4) 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応

- 早期診断と本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状（BPSD）^{※5}の予防を図り、BPSDが見られた場合にも、的確なアセスメントを行い、薬によらない対応を第一選択とすることを原則とします。
- 認知症の人が、その時の心身の状態に応じ、在宅・医療機関・介護施設等の最もふさわしい場所で適切なサービスが受けられる**循環型の仕組みを構築**します。
- 身体合併症への対応を行う一般病院の医療従事者や、看護職員の認知症対応力向上を図るための研修を実施します。



※5 行動・心理症状（BPSD）とは？

認知症の主な症状である記憶障害等の進展と関連しながら、身体的要因や環境要因等が関わって現れる、抑うつ・興奮・徘徊・妄想などの症状のことをいいます。



(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供

- 各自治体の介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画に沿って、介護サービス基盤の整備を進めます。
- 良質な介護を担う人材を質・量ともに確保していくため、「**認知症介護実践者研修**」→「**認知症介護実践リーダー研修**」→「**認知症介護指導者養成研修**」というステップアップ研修や新任の介護職員等向けに導入された「**認知症介護基礎研修**」の充実を図ります。



(6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

人生の最終段階においても、本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが重要であり、認知症の人の意思決定支援の在り方に関する検討等を進めていきます。

(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

- 地域ごとに「**認知症ケアパス**」^{※6}を確立し、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるようにその活用を推進します。
- 医療・介護関係者等間の情報共有の推進を図るため、**情報連携ツール（連携シート等）**を活用するなど、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携を推進します。
- 市町村ごとに**認知症地域支援推進員**を配置し、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携の支援や、認知症の人やその家族等への相談支援を行います。





※6 認知症ケアパスとは？

発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。

Ⅲ

若年性認知症施策の強化

【基本的な考え方】

65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」といい、全国で4万人近くいると言われていています。

若年性認知症の人は、就労や生活費等の経済的問題が大きいことから、居場所づくり等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。



○普及啓発を進め、早期診断・早期対応へ繋がっていきます。そのために、医療機関や市町村窓口等を通じて、若年性認知症と診断された人やその家族に対して「若年性認知症支援ハンドブック」を配布します。

○都道府県の相談窓口に自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を配置し、若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり、若年性認知症の人が働き続けられるよう治療と仕事の両立支援の取組の促進等、若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援等を推進していきます。

Ⅳ

認知症の人の介護者への支援

【基本的な考え方】

認知症の人の介護者への支援を行うことは、認知症の人の生活の質の改善にも繋がるため、家族など介護者の精神的身体的な負担の軽減や、生活と介護の両立を支援する取組を推進します。



○認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進し、認知症の人の介護者の負担軽減を図ります。

○介護者の身体的負担を軽減するため、介護ロボット等の開発を支援します。

V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

【基本的な考え方】

生活の支援（ソフト面）、生活しやすい環境（ハード面）の整備、就労・社会参加支援及び安全確保を行い、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進します。

（１）生活の支援（ソフト面）

一人暮らし高齢者や夫婦二人のみ世帯が増加するため、買い物、掃除などの家事、買物弱者への宅配等のサービス提供の支援、高齢者サロン等の設置を推進します。

（２）生活しやすい環境（ハード面）の整備

サービス付き高齢者向け住宅など、多様な高齢者向け住まいの確保の支援、公共交通施設や建築物等のさらなるバリアフリー化の推進及び公共交通の充実等による高齢者の移動手段の確保の推進を図ります。



（３）就労・社会参加支援

高齢者の方が生きがいを持って生活できるよう、就労、地域活動やボランティア活動等の社会参加を促進します。

（４）安全確保

独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護、詐欺などの消費者被害の防止を目的に、地域での見守り体制を整備します。また、認知症の人や認知機能が低下している人による交通事故を未然に防止するための制度の充実、交通安全の確保を推進します。

さらに、高齢者の尊厳保持のため、高齢者虐待の防止と身体拘束ゼロの推進を図るとともに、認知症の人や高齢者の権利擁護のため、成年後見制度等の周知や利用促進を行います。



VI 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

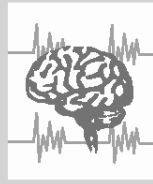
【基本的な考え方】

認知症の原因となる疾患^{*7}それぞれの病態解明や行動・心理症状（BPSD）等を起こすメカニズムの解明を通じて、認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発を推進します。

○認知症の病態解明は未だ不十分であり、根本的治療薬や予防法は十分には確立され

ていません。認知症の病態等の解明を進め、早期発見や診断法の確立、さらに、根本的治療薬や効果的な症状改善法、有効な予防法の開発に繋げていきます。

- 認知症の人の自立支援や介護者の負担軽減を図るため、**ロボット技術やICT技術を活用した機器、AI**等の研究、開発支援・普及促進を行います。



※7 認知症の原因となる疾患とは？

認知症は、様々な原因となる疾患により認知機能（記憶力・判断力・見当識など）が低下し、生活に支障が出ている状態をいいます。認知症の原因となる主な疾患は、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などです。

Ⅶ 認知症の人やその家族の視点の重視

【基本的な考え方】

これまでの認知症施策は、ともすれば認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったという観点から、認知症の人やその家族の視点の重視をプランの柱の一つとして掲げました。これは他の6つの柱のすべてに共通する、プラン全体の理念でもあります。

- 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンのほか、**初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援、認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画**など、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

おわりに

- この総合戦略は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「**地域包括ケアシステム**」の実現を目指す中で、認知症について社会を挙げた取組のモデルを示していくものです。
- 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、**行政、民間、地域住民など様々な主体がそれぞれの役割を果たしていくことが**求められています。また、認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではありません。困っている人がいれば、その人の尊厳を尊重しつつ手助けをするという**コミュニティの繋がりこそが**、その基盤であり、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じて**地域を再生するという視点も**重要です。
- 本戦略の進捗状況は、**認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検**します。また、医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの**施策のアウトカム指標の在り方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指します**。これらの点検・評価を踏まえ、本戦略の**不断の見直しを実施**します。

(注) 厚生労働省の資料による。

資料 1-(3)-① 「今後の認知症施策の方向性について」(平成 24 年 6 月 18 日厚生労働省認知症
施策検討プロジェクトチーム) <抜粋>

I これからの認知症施策の基本的な考え方

【これまでの認知症施策を再検証する】

(略)

【今後目指すべき基本目標－「ケアの流れ」を変える－】

- このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。

この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とするものである。

【7つの視点からの取組】

- 上記の基本目標(「ケアの流れ」を変える)の実現のために、現在行われている施策について、多くの意見や批判を踏まえて、見直しやバージョンアップを図ることにした。新規施策と合わせて、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指し、具体的には、以下の7つの視点に立って、今後の施策を進めていくことにする。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ① 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

2. 早期診断・早期対応

- ① かかりつけ医の認知症対応力の向上
- ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置
- ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
- ④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
- ⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
- ③ 一般病院での認知症対応力の向上
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
- ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
- ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備
- ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
- ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
- ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- ① 認知症に関する介護予防の推進
- ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進
- ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
- ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
- ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進

- ⑥ 市民後見人の育成と活動支援
- ⑦ 家族に対する支援

6. 若年性認知症施策の強化

- ① 若年性認知症支援のハンドブック作成
- ② 若年性認知症の人の居場所づくり
- ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
- ④ 若年性認知症の人の就労等の支援

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
- ③ 介護従事者への研修の実施
- ④ 医療従事者への研修の実施

【新たな「ケアの流れ」】

- これまでのケアは、認知症の人が認知症行動・心理症状（以下、「行動・心理症状」という。）等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたと言える。
 - これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くものである。
 - 「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにするための初期集中支援を、発症後できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。
- (略)

【今後の取組】

- 今後、この報告書に基づき、省内関係部局（医政局、社会・援護局障害保健福祉部、老健局、保険局）、関係省庁、地方公共団体、関係団体等と連携して、計画的に認知症施策を推進していくことにする。
- (略)

資料 1-(3)-② 「オレンジプラン」

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
 - ・平成 24～25 年度 調査・研究を実施
 - ・平成 25～26 年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成 24 年度末見込 35,000 人 → 平成 29 年度末 50,000 人
【考え方】高齢者人口約 600 人（認知症高齢者約 60 人）に対して、1 人のかかりつけ医が受講。
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成 24 年度末見込 2,500 人 → 平成 29 年度末 4,000 人
【考え方】一般診療所（約 10 万）25 か所に対して、1 人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置

- ・平成 24 年度 モデル事業のスキームを検討
- ・平成 25 年度 全国 10 か所程度でモデル事業を実施
- ・平成 26 年度 全国 20 か所程度でモデル事業を実施
- ・平成 27 年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
- ※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成 24～29 年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約 500 か所整備する。
 - 【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に 1 か所以上。
 - ※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成 25 年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成 24 年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
 - ・平成 27 年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成 24 年度 ガイドラインの策定
 - ・平成 25 年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成 24 年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
 - ・平成 24 年度 クリティカルパスの作成
 - ・平成 25～26 年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
 - 平成 24 年度末見込 175 人 → 平成 29 年度末 700 人
 - 【考え方】5 つの中学校区当たり 1 人配置（合計約 2,200 人）、当面 5 年間で 700 人配置。
 - ※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）
 - 平成 24 年度末見込 350 万人 → 平成 29 年度末 600 万人
- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
 - 平成 24 年度見込 40 市町村
 - 将来的に、すべての市町村（約 1,700）での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
 - ・平成 24 年度 調査・研究を実施
 - ・平成 25 年度以降 「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - ・平成 24 年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成 24 年度見込 17 都道府県 → 平成 29 年度 47 都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル) の策定
 - ・平成 24 年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
 - ・平成 25 年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数 (累計)
平成 24 年度末見込 2.6 万人 → 平成 29 年度末 4 万人
【考え方】すべての介護保険施設 (約 15,000) とグループホーム (約 14,000) の職員 1 人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区 (約 11,000) 内で 1 人ずつが受講
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数 (累計)
平成 24 年度末見込 1,600 人 → 平成 29 年度末 2,200 人
【考え方】5 つの中学校区当たり 1 人が受講。
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数 (累計)
新規 → 平成 29 年度末 87,000 人
【考え方】病院 (約 8,700) 1 か所当たり 10 人 (医師 2 人、看護師 8 人) の医療従事者が受講。

(別紙)

認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度 (2012)	平成29年度 (2017)
	認知症高齢者数	305
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居住系サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等 (介護療養型医療施設を含む。)	41	46
医療機関	38	38

※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

【推計の考え方】

- 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口 (国立社会保障・人口問題研究所: H24.1推計。死亡中位出生中位) に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計。
- 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について (平成24年3月)」 (以下、「一体改革試算」という。) における各サービスごとの利用者増加率等 (※) を乘じて推計した。
(※) 増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。
[平成24年度] 介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。
[平成29年度] 認知症高齢者数の増加 (平成22年度: 208万人→280万人) 及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。
① 認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。
② 特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。
③ 在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。
- 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

(注) 医療機関の内訳 (一般病院、精神科病院等) の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人 (患者調査) となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでいるので、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。

資料 1-(3)-③ 「認知症施策推進大綱」(概要) (令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

認知症施策推進大綱(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定) (概要)

社会保険審議会
介護保険部会 (第78回)
令和元年6月20日
参考資料
2-2

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※1を車の両輪として施策を推進

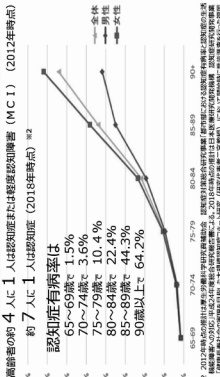
※1 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても生活を穏やかにする」という意味

世界の認知症戦略

世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展

英国	米国	フランス	オーストラリア
○国家認知症戦略 ・2009年に国家認知症を5年計画として発表。2015年に国家認知症計画を公表され、2020年までの新たな戦略を発表。	○国家認知症計画 ・2012年に国家認知症を5年計画として発表。2015年に国家認知症計画を公表され、2020年までの新たな戦略を発表。	○神経認知症に関する国家戦略 ・2009年に神経認知症に関する国家戦略を策定。2014年からは神経認知症に関する新たな戦略として策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。	○認知症に関する国家構想 ・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。

我が国の認知症有病率等について



コンセプト

○認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。

○生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前向きに、力を減らさず、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。

○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていること。また、認知症に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

具体的な施策

認知機能の低下のない人、フレグニカル期

認知機能の低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む)

早期発見・早期対応(二次予防)、発症後の進行を遅らせる取組(一次予防※3)の推進

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

④ 認知症ハリアリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

目指すべき社会

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会

主要KPI/目標

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

④ 認知症ハリアリーの推進・若年性認知症の人への支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

具体的な施策

認知機能の低下のない人、フレグニカル期

認知機能の低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む)

早期発見・早期対応(二次予防)、発症後の進行を遅らせる取組(一次予防※3)の推進

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

④ 認知症ハリアリーの推進・若年性認知症の人への支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

具体的な施策

認知機能の低下のない人、フレグニカル期

認知機能の低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む)

早期発見・早期対応(二次予防)、発症後の進行を遅らせる取組(一次予防※3)の推進

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

④ 認知症ハリアリーの推進・若年性認知症の人への支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

期間：2025年まで

赤字：新設・拡充施策

※3 認知症の発症遅延や発症リスク低減 ※4 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応

(注) 第78回厚生労働省社会保険審議会介護保険部会(令和元年6月20日)の資料による。

保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

平成31年度予算案 200億円

趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるような客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

概要

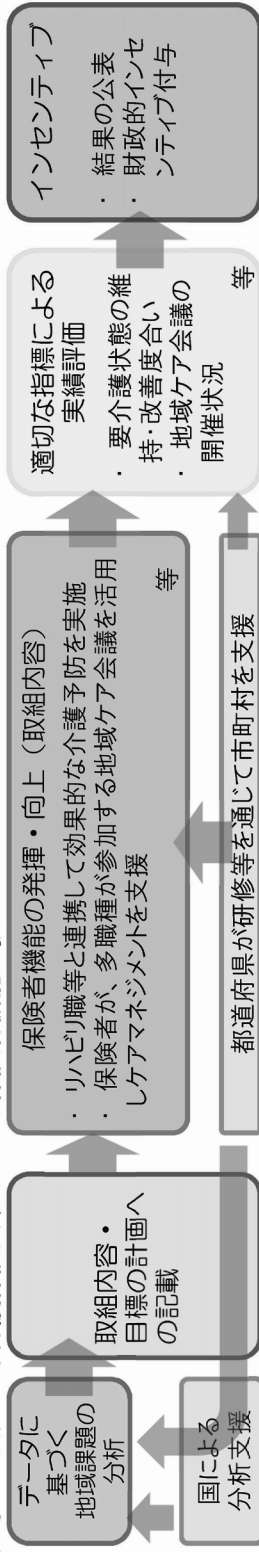
＜市町村分(200億円のうち190億円程度)＞

- 1 交付対象 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 2 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれましては、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要

＜都道府県分(200億円のうち10億円程度)＞

- 1 交付対象 都道府県
- 2 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当

＜参考1＞平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



＜参考2＞市町村 評価指標 ※主な評価指標

- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
 - 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等
 - ケアマネジメントの質の向上
 - 保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等
 - ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
 - 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
 - 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

- ④ 介護予防の推進
 - 介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
 - 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数などの程度か 等
 - ⑤ 介護給付適正化事業の推進
 - ケアプラン点検をどの程度実施しているか
 - 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等
 - ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い
 - 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

(注) 第4回厚生労働省一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会(令和元年8月7日)資料2「PDCAサイクルに沿った推進方策について」から抜粋した。

資料 2-(1)-① 「地域支援事業実施要綱」＜認知症初期集中支援推進事業の目的に係る記載部分の抜粋＞

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(1) 認知症初期集中支援推進事業

ア 目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」（以下「支援チーム」という。）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

（以下略）

資料 2-(1)-② 「地域支援事業実施要綱」＜支援チームの実施体制に係る記載部分の抜粋＞

(ア) 実施体制

a 支援チームの配置と役割

支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置することとし、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うものとする。また、地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること。

b 認知症初期集中支援チーム員の構成

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の①を満たす専門職2名以上、②を満たす専門医（(ウ)b④において単に「専門医」という。）1名の計3名以上の専門職にて編成する。

① 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

- ・ 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準じる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの
- ・ 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者

また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

② 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

- ・ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの
- ・ 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

c チーム員の役割

bの①を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に

基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

bの②を満たす専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上の計2名以上で訪問することとする。また、観察・評価票の記入は、チーム員である保健師又は看護師の行うことが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の保健師又は看護師が訪問した上で行っても差し支えない。

d 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置等
(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-③ 「新オレンジプラン」〈支援チームに係る記載部分の抜粋〉

第 2. 具体的な施策

1. (略)

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

2025（平成37）年を目指して、早期診断・早期対応を軸とする循環型の仕組みを構築することで、本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、発症予防⇒発症初期⇒急性増悪時⇒中期⇒人生の最終段階という認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを実現する。

(1)～(2) (略)

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備

(認知症初期集中支援チームの設置)

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進する。市町村が地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等にチームを置き、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる人又は認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立生活のサポートを行う。

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】（目標引上げ）

2014（平成26）年度見込み 41市町村

⇒ 2018（平成30）年度～ すべての市町村で実施

- * 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）を踏まえ、新たに目標を設定。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-④ 「地域支援事業実施要綱」＜訪問支援対象者に係る記載部分の抜粋＞

(イ) 訪問支援対象者

訪問支援対象者は、原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のa、bのいずれかの基準に該当する者とする。なお、訪問支援対象者の選定の際には、bに偏らないよう留意すること。

- a 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者
- ① 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - ② 継続的な医療サービスを受けていない者
 - ③ 適切な介護サービスに結び付いていない者
 - ④ 介護サービスが中断している者
- b 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-⑤ 「地域支援事業実施要綱」＜認知症初期集中支援の実施に係る記載部分の抜粋＞

(ウ) 事業の実施内容

以下のaからcについていずれも実施するものとする。なお、cについては市町村が自ら実施すること。

- a 支援チームに関する普及啓発
(略)

b 認知症初期集中支援の実施

① 訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者の把握については、支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図ること。

② 情報収集及び観察・評価

本人のほか家族等のあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集すること。

また、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。

③ 初回訪問時の支援

初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言等を行う。(おおむね2時間以内)

④ 専門医を含めたチーム員会議の開催

初回訪問後、訪問支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加も依頼する。

⑤ 初期集中支援の実施

医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行う。(訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月)

⑥ 引き継ぎ後のモニタリング

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこと。

また、チーム員会議において、引き継ぎの2か月後に、サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うこと。

なお、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は5年間保管しておくこと。

⑦ 支援実施中の情報の共有について

訪問支援対象者の情報を地域包括支援センター等の関係機関が把握した場合には、認知症初期集中支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等して情報共有を図り、事業実施すること。

c 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置
(略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-⑥ 「地域支援事業実施要綱」<地域包括支援センターの総合相談支援業務に係る記載部分の抜粋>

別記 2 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の内容

(1) (略)

(2) 総合相談支援業務（法第 115 条の 45 第 2 項第 1 号）

ア 目的

総合相談支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者のネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うことを目的とする。

イ 事業内容

(ア) 地域におけるネットワークの構築

地域包括支援センターは、支援を必要とする高齢者を見い出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。

(イ) 実態把握

(ア) で構築したネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への個別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行うものとする。特に、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげることができるように留意するものとする。

(ウ) 総合相談支援

① 初期段階の相談対応

本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断する。

適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決することができると判断した場合には、相談内容に則したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

①の対応により、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、より詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定する。

支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

(エ) 家族を介護するものに対する相談支援の留意点

地域における高齢者の在宅生活を支えるに当たっては、介護を行う家族に対する支援も重要である。家族を介護する者が求めている支援としては、相談援助・支援、介護に関する情報や知識・技術の提供、家族介護者同士の支え合いの場の確保、家族介護者に関する周囲の理解の促進などがあり、地域包括支援センターにおいて、家族を介護する者に対する総合支援を実施する場合には、これらのニーズを踏まえ、育児と介護を同時期に担う方にも配慮しつつ、別記4の任意事業における家族介護支援事業と連携して支援を行う。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-⑦ 「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」(平成 30 年度版) <抜粋>

Ⅲ章 認知症初期集中支援チーム員の役割

1 認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの

(1) 定義

認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉の意味は、①認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階の意味だけでなく、②認知症の人への関わりの初期(ファーストタッチ)という意味を持つ。すなわち、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がこれまでなかった人も含まれる。

また、「集中的」の意味は概ね6ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味している。

活動開始時については②が中心となるが、将来的に早期対応、早期支援機能が充実するなど、地域のケアパスが定着すれば①の対象者が中心となってくることが予想される。

資料 2-(1)-⑧ 「認知症施策推進大綱」(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定) <支援チームに係る記載部分の抜粋>

第1. 基本的な考え方 (略)

第2. 具体的な施策

1. ~2. (略)

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

【基本的考え方】

認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要である。

このような本人主体の医療・介護の原則は、その提供に携わるすべての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の種類や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていく。

また、一人暮らしの高齢者の増加に伴い、今後一人暮らしの認知症高齢者も増加することが予想される。一人暮らしの認知症高齢者においては、介護者や身元保証人の不在のために医療・ケアの提供が困難になること、消費者被害や孤独死の危険性など含めて多くの課題が指摘されていることから、その実態を把握し、課題を整理し対応を検討するとともに、先進的な取組について事例を収集し横展開を図る。

認知機能低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む。以下同じ。)や、認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、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、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。その際、本人のなじみの人や地域の関係者等との連携も考慮しながら取組を進める。

医療・介護従事者の認知症対応力を向上するため研修を実施する。ICT化、作成文書の見直し

等による介護事業所における生産性の向上や「介護現場革新会議」の基本方針に基づく取組等により、介護現場の業務効率化や環境改善等を進め、介護人材の確保・定着を図る。

BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。

認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

(1) 早期発見・早期対応、医療体制の整備

- 認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域包括支援センター、かかりつけ医等の地域機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気付いて本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等に対する支援につなげるよう努める。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行う視点も重要である。各機関においては、以下の事項に取り組む。

(認知症初期集中支援チーム)

- 複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームは、ほぼ全ての市町村に設置された。今後は、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、先進的な活動事例を収集し全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する。

(以下略)

KPI／目標

- 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成
- 初期集中支援チームにおける訪問実人数全国で年間 40,000 件
医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-⑨ 保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標の内容

指標	趣旨・考え方	留意点
<u>支援チームは、推進員に支援事例について情報提供し、具体的な支援方法の検討を行う等、定期的に情報連携する体制を構築しているか。</u>	・認知症支援に係る適切な体制を評価するもの	—
地区医師会等の医療関係団体と調整し、認知症のおそれがある人に対して、 <u>かかりつけ医と医療センター等専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げる体制を構築しているか。</u>	・認知症支援に係る医療との連携の重要性に鑑み、医療関係者との連携を評価するもの	・支援チームの設置だけでは該当しない。 ・体制を構築するにあたり、地区医師会等の医療関係団体に協力依頼していること。ただし、都道府県と連携して協力依頼している場合も対象（都道府県が行っている事業との連携により実施している場合も対象） ・保険者として取り組んでいないものは該当しない。ただし、情報連携ツールなど他団体等が作成したが、市町村内での活用を団体と調整し、

指標	趣旨・考え方	留意点
		活用している場合など、関係団体と調整している場合は対象 ・体制の構築は具体的には例えば以下のものを想定 ・関係者間の連携ルールの策定・活用（情報連携ツールや認知症ケアパスの使用ルールの共有等） ・認知症に対応できるかかりつけ医や医療センターを把握しリストを公表 ・物忘れ相談会などの実施によるスクリーニング

(注) 「平成 30 年度における保険者機能強化推進交付金（市町村分）について」（平成 30 年 2 月 28 日付け厚生労働省老健局介護保険計画課事務連絡）の別紙「平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標」に基づき、当省が作成した。なお、令和元年度の評価指標も同内容である。

資料 2-(2)-① 「医療センター実施要綱」〈医療センターの設置基準に係る記載部分の抜粋〉

3 設置基準

センターは、次のいずれかの（診療所については、(3)の）基準を満たすものとする。

(1) 基幹型

基幹型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとするが、イに係る稼働についてはこの限りではない。

ア 専門医療機関としての要件

(ア) 専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

(イ) 人員配置について、以下のaからcを満たしていること。

a 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

b 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

c 医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、院内における精神科及び一般身体科の連携の確保、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の1名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

(ウ) 検査体制について、以下を満たしていること。

a 鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置(CT)及び磁気共鳴画像装置(MRI)を有していること。

b 脳血流シンチグラフィ(SPECT)を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

(エ) 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

イ 身体合併症に対する救急医療機関としての要件

(ア) 身体合併症に対する救急・急性期医療に対応することが可能な体制が確保されていること。具体的には、救命救急センターを有するなど、身体合併症に係る三次救急医療又は二次救急医療について地域の中核としての機能を有すると都道府県知事又は指定都市市長が認めるものとする。

(イ) ア(ア)に定める医療相談室が中核となって、認知症患者に対する救急医療の支援、リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症高齢者への精神科的ケースワークの実施、院内における研修会の開催等を通じて、精神科と一般身体科との院内連携が確保されていること。

(ウ) 上記の体制が確保されていることを前提として、休日、夜間における身体合併症や徘徊、妄想等の重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するため、空床（当該病院の実状に応じ精神病床、一般病床のいずれも可とする）を確保すること。

ウ 地域連携推進機関としての要件

(ア) 地域の連携体制強化のため、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会（都道府県又は指定都市において、同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、当該会議の活用で可）を組織し、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等を行うほか、地域への認知症医療に関する情報発信や、認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行うほか、地域住民からの

認知症に関する一般相談対応等を行うこと。

- (イ) 都道府県又は指定都市が実施する認知症サポート医養成研修や、かかりつけ医等に対する研修の実施状況等を踏まえつつ、こうした認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。

(2) 地域型

地域型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

ア 専門医療機関としての要件

- (ア) 医療相談室を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その体制が確保されていること。

- (イ) 人員配置について、以下の a から c を満たしていること。

- a 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。
- b 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- c 医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の1名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

- (ウ) 検査体制について、以下を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置(CT)及び磁気共鳴画像装置(MRI)を有していること。

ただし、磁気共鳴画像装置(MRI)を有していない場合は、それを活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

なお、コンピュータ断層撮影装置(CT)については、原則として、同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合は、当該センターがコンピュータ断層撮影装置(CT)を有しているとみなすこととする。

また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ(SPECT)を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

- (エ) 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の a 又は b のいずれかを満たしていること。

- a 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

- b 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる

他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

イ 地域連携推進機関としての要件

(1)ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合には、この限りではない。

(3) 連携型

連携型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

ア 専門医療機関としての要件

(ア) 専門医療相談が実施できる体制が確保されていること。

(イ) 人員配置について、以下の要件を満たしていること。

a 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

b 認知症の専門医療相談や神経心理検査等について一定程度の知識及び技術を修得している看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が1名以上配置されていること。

(ウ) 検査体制について、以下の要件を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制としてのコンピュータ断層撮影装置(CT)、磁気共鳴画像装置(MRI)及び脳血流シンチグラフィ(SPECT)を他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）により活用できる体制が整備されていること。

(エ) 連携体制について、以下の要件を満たしていること。

認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病院又は精神科病院との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を確保していること。

イ 地域連携拠点としての要件

(1)ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型又は地域型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合には、この限りではない。

資料 2-(2)-② 医療センターの指定状況（令和 2 年 2 月現在）

都道府 県名	二次医 療圏数 (a)	医療セ ンター 設置医 療圏数 (b)	設置率 (b/a)	医療セ ンター 数
北海道	21	10	47.6	19
青森県	6	6	100	6
岩手県	9	5	55.6	5
宮城県	4	4	100	11
秋田県	8	8	100	9
山形県	4	4	100	5
福島県	6	6	100	10
茨城県	9	9	100	13
栃木県	6	6	100	10
群馬県	10	9	90.0	13
埼玉県	10	10	100	10
千葉県	9	9	100	11
東京都	13	12	92.3	52
神奈川県	9	9	100	12
新潟県	7	7	100	9
富山県	4	4	100	4
石川県	4	3	75.0	3
福井県	4	2	50.0	2
山梨県	4	4	100	4
長野県	10	7	70.0	7
岐阜県	5	5	100	8
静岡県	8	8	100	15
愛知県	11	10	90.9	12
三重県	4	4	100	9
滋賀県	7	6	85.7	8

都道府 県名	二次医 療圏数 (a)	医療セ ンター 設置医 療圏数 (b)	設置率 (b/a)	医療セ ンター 数
京都府	6	6	100	9
大阪府	8	8	100	14
兵庫県	8	8	100	24
奈良県	5	3	60.0	4
和歌山県	7	6	85.7	6
鳥取県	3	3	100	5
島根県	7	7	100	8
岡山県	5	5	100	9
広島県	7	7	100	9
山口県	8	8	100	8
徳島県	3	3	100	3
香川県	3	3	100	6
愛媛県	6	6	100	7
高知県	4	4	100	5
福岡県	13	13	100	17
佐賀県	5	4	80.0	4
長崎県	8	8	100	9
熊本県	10	10	100	12
大分県	6	6	100	8
宮崎県	7	5	71.4	5
鹿児島県	9	9	100	11
沖縄県	5	4	80.0	6
計	335	303	90.4	456

(注) 厚生労働省の資料による。

資料 2-(2)-③ 「医療センター実施要綱」＜医療センターの事業内容に係る記載部分の抜粋＞

<p>4 事業内容</p> <p>(1) 専門的医療機能</p> <p>ア 鑑別診断とそれに基づく初期対応</p> <p>(ア) 初期診断</p> <p>(イ) 鑑別診断</p> <p>(ウ) 治療方針の選定</p> <p>(エ) 入院先紹介</p> <p>イ 周辺症状と身体合併症への急性期対応</p> <p>(ア) 周辺症状・身体合併症の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）</p> <p>(イ) 周辺症状及び身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握（基幹型においては、空床の確保による休日、夜間の対応を含む。）</p> <p>ウ 専門医療相談</p> <p>(ア) 初診前医療相談</p>

<ul style="list-style-type: none"> a 患者家族等の電話・面談照会 b 医療機関等紹介 <p>(1) 情報収集・提供</p> <ul style="list-style-type: none"> a 保健所、福祉事務所等との連絡調整 b 地域包括支援センターとの連絡調整 c 認知症初期集中支援チームとの連絡調整 <p>(2) 地域連携拠点機能</p> <p>ア 認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営</p> <p>都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会など地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された協議会の設置及び運営</p> <p>イ 研修会の開催</p> <p>地域の認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修の開催及び他の主体の実施する認知症医療に関する研修への協力等</p> <p>(3) 日常生活支援機能</p> <p>(1)及び(2)を実施するほか、認知症の人や家族が、診断後に円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上、認知症疾患医療センターは必要に応じて、以下のような取組を行う。</p> <p>ア 診断後の認知症の人や家族に対する相談支援</p> <p>診断後等、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、日常生活を円滑に送るための相談支援を実施</p> <p>イ 当事者等によるピア活動や交流会の開催</p> <p>既に認知症と診断された当事者による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施</p>
--

資料 2-(2)-④ 「医療センター実施要綱」＜医療センターの都道府県の責務に係る記載部分の抜粋＞

<p>5 都道府県の責務等</p> <p>(1) 連携体制の構築</p> <p>都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内の認知症疾患医療センターについて、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された「<u>都道府県認知症疾患医療連携協議会</u>」を設置し、各認知症疾患医療センターにおける<u>地域連携体制の支援を行うこと</u>。</p> <p>なお、既に同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。</p>

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑤ 「医療センター実施要綱」＜医療センターの事業評価に係る記載部分の抜粋＞

<p>5 都道府県の責務等</p> <p>(2) 事業評価の実施</p> <p>都道府県及び指定都市は、自ら指定した認知症疾患医療センターに対し、4の事業内容について、以下の点に着目し、事業評価を行うこと。</p> <p>(事業評価上の留意点)</p> <p>a 専門的医療機関としての機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施
--

- 治療方針の選定に関すること（投薬、他医療機関への紹介等を含む）
- 記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む）
- 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること（基幹型の場合は、空床確保及びその利用状況を含む）
- 専門医療相談の実施
 - ・ 相談方法（電話、面接、訪問別相談の実施等）
 - ・ 相談件数
 - ・ 相談応需マニュアルの整備等
- b 地域連携拠点としての機能
 - 認知症疾患医療連携協議会の運営状況
 - 研修会の開催状況

資料 2-(2)-⑥ 事業評価において都道府県等が設定している独自の評価シートの具体的な評価項目の例

別紙

認知症疾患医療センター運営事業評価シート（案）

<病院名: >

1 自己評価

○平成 27～29 年度の状況について、自己評価を行ってください。

評価は◎、○、△、×を記入することにより行うものとし、達成できていれば◎、概ね達成できていれば○、不十分な場合は△、達成できていない場合は×としてください。

大項目	中項目	小項目	評価区分 (◎・○・△・×)
a 専門的医療機関としての機能	1 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施	認知症の原因となる疾患の診断ができているか	
		認知症以外の疾患との鑑別ができているか	
		鑑別診断の実施までの待機期間が長期間になっていないか	
	2 治療方針の選定に関すること	認知症確定診断者に対して認知症について十分に説明を行っているか	
		認知症確定診断者の家族に対して認知症について十分に説明を行っているか	
		治療方針を決定した後、安定期の医療ケアについて、適切にかかりつけ医に対応を依頼しているか	
		介護サービス等が必要な場合には、 センター等につなげているか	
	3 記録・データ管理等に関すること	記録・データ管理について、院内で決まりがあり、遵守しているか	
		個人情報の取り扱いについて法令等を遵守しているか	
	4 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること	周辺症状に対する急性期治療を適切に行っているか、又は、他の対応可能な医療機関との連携が確保され、責任を持って対応できているか	
		身体合併症に対する急性期治療を適切に行っているか、又は、他の対応可能な医療機関との連携が確保され、責任を持って対応できているか	
		満床時など入院対応ができない場合に備えて、日頃から他の専門医療機関との連携に努めているか	
	5 専門医療相談の実施	専門医療相談が実施できる体制が確保され、電話、面談等により相談が適切に実施されているか	
		本人や家族等からの相談に対し、医療の提供が必要な場合には医療機関を、介護サービスや福祉サービスの提供が必要な場合には 課 保健所、 等を紹介しているか	
		平日の昼間に相談できない方にも対応するため、必要に応じて土曜日等にも相談窓口を開設しているか	
		相談応需マニュアルを整備しているか	
		 課 保健所、 等との連絡調整が円滑に行われているか	

大項目	中項目	小項目	評価区分 (◎・○・△・×)
b 地域連携拠点としての機能	1 認知症疾患医療連携協議会の運営状況 (〇〇〇〇 懇談会への参画)	〇〇〇〇 懇談会に、適切な頻度で参画しているか	
		〇〇〇〇 懇談会へ参画することで、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等ができていますか	
	2 研修会の開催状況	かかりつけ医や看護職員等の医療関係者に対する研修を適切に実施しているか	
		医療関係者に対する研修の内容は、認知症対応力の向上や地域連携能力に優れた医療関係者の養成等、市域全体の認知症疾患医療の質の向上に資するものとなっているか	
		〇〇〇〇等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修を開催しているか	
		他の主体の実施する認知症医療に関する研修へ協力しているか	
	3 普及啓発	認知症に関する最新情報や、認知症に関するイベントの情報等を積極的に収集・発信できているか	
		認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行っているか	
	4 社会資源との連携	〇〇〇〇センターやその他の医療機関との連携に努めているか	
		〇〇〇〇医師会が運営する「〇〇〇〇プロジェクト」との連携に努めているか	
〇〇〇〇救急医療システムとの連携に努めているか			
〇〇〇〇等の介護保険関係者との連携に努めているか			
〇〇〇〇課 〇〇〇〇保健所等の福祉関係者との連携に努めているか			
c その他	1 実績報告	実績報告を毎月期日までにできているか	
		実績報告を正確にできているか	
	2 事故発生時及び苦情への対応	事故発生時に迅速・適切な対応ができていますか	
		苦情に対し、適切に処理できていますか	

2 実施状況

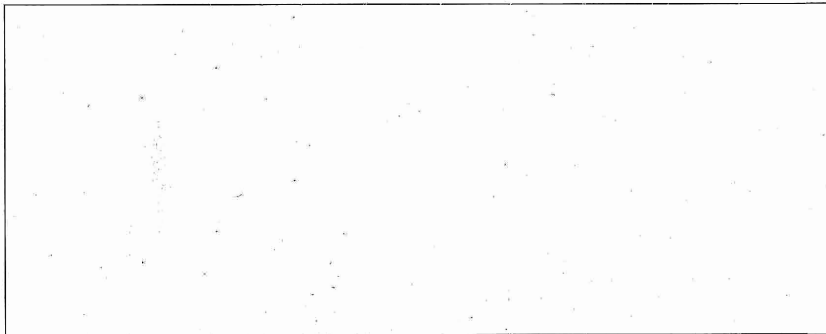
○以下の項目について、1の小項目の内容を踏まえ、実施状況をできるだけ具体的に記入してください。

また、記入内容に関する参考資料等があれば、提出時に適宜添付してください。

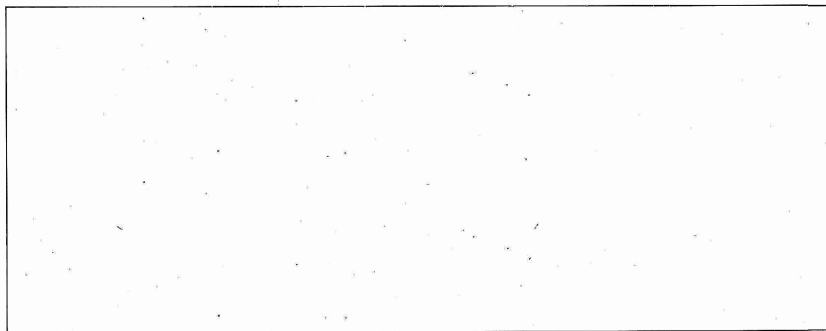
なお、別添資料により記入内容の代わりとしていただいても差し支えありません。

a 専門的医療機関としての機能

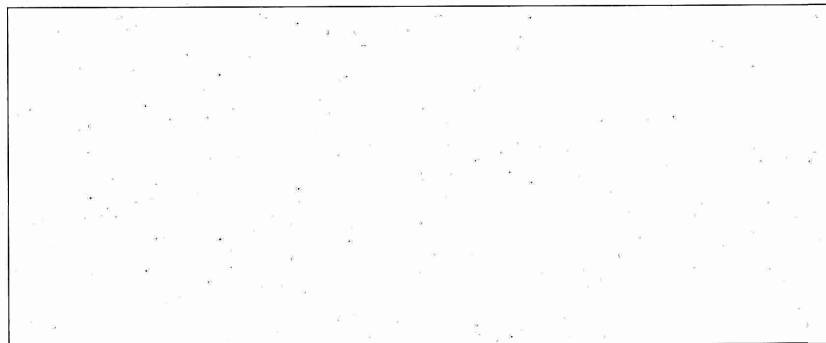
1 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施



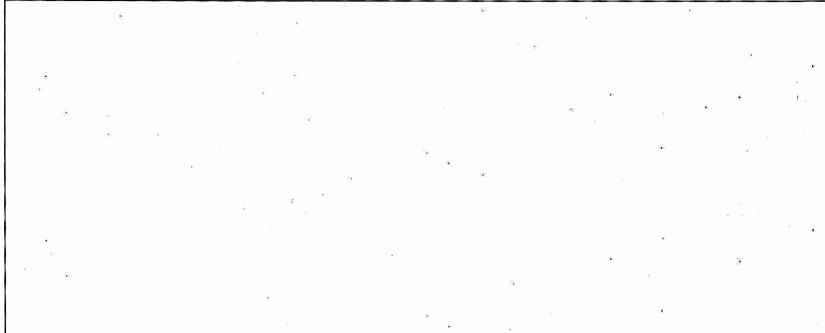
2 治療方針の選定に関すること



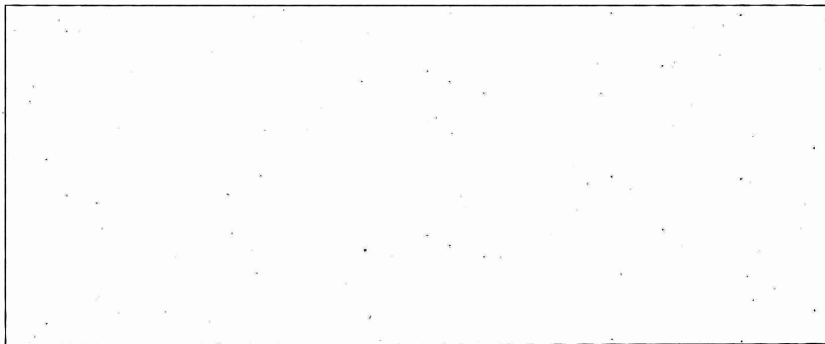
3 記録・データ管理等に関すること



4 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること

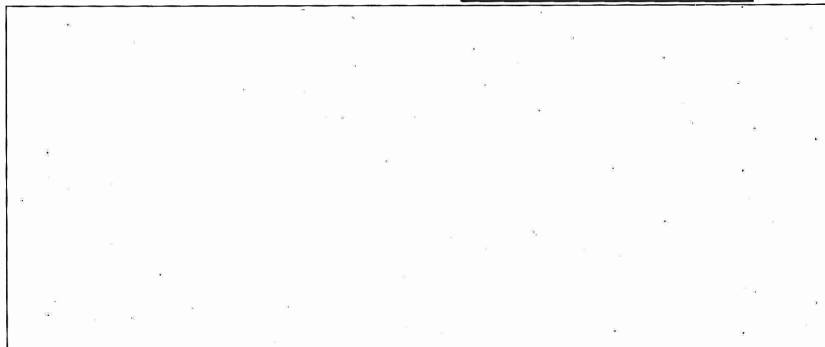


5 専門医療相談の実施



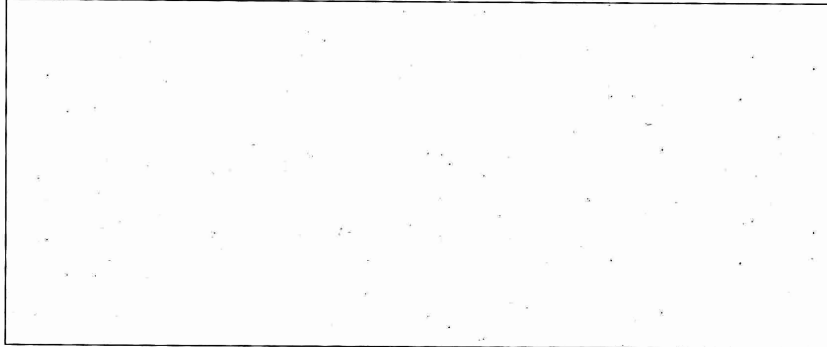
b 地域連携拠点としての機能

1 認知症疾患医療連携協議会の運営状況 ( 懇談会への参画)

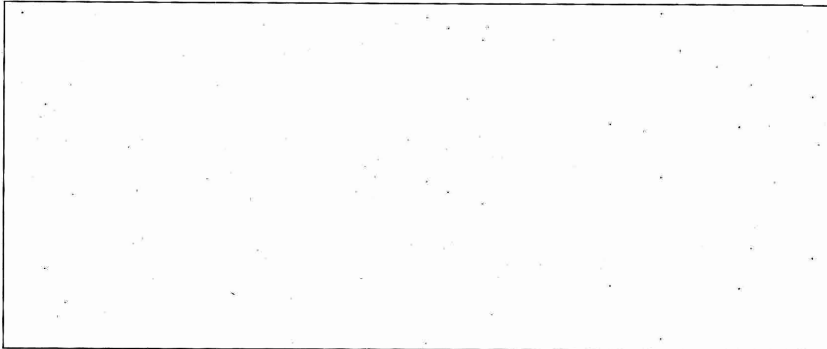


c その他

1 実績報告

A large rectangular box with a black border, completely empty, indicating that the content has been redacted.

2 事故発生時及び苦情への対応

A large rectangular box with a black border, completely empty, indicating that the content has been redacted.

(注) 都道府県等名が特定される部分については、黒塗りにしている。

資料 2-(2)-⑦ 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」〈医療体制の評価に係る記載部分等の抜粋〉

1 目的

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」という。）は、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）が、精神科救急医療体制を確保することを目的とする。

精神科救急医療体制については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 26 年法律第 123 号。以下「法」という。）が一部改正され、精神保健指定医の精神科救急医療体制の確保に対する協力義務が規定されるとともに、都道府県に対しては精神科救急医療体制整備の努力義務が規定され、平成 24 年 4 月 1 日から施行されたところである。

そのため、都道府県等は、精神医療相談、精神科救急情報センター、搬送体制、精神科救急医療、身体合併症救急医療等を地域で確保できるように本事業を用いて整備を行うものとする。

なお、体制整備に当たっては、精神科救急医療体制連絡調整委員会等の意見を聴くこと等により、地域の実情に十分配慮するものとする。

2 事業の実施主体

本事業の実施主体は、都道府県等とする。ただし、事業の内容に応じて、その一部を都道府県等が適当と認める団体に委託できるものとする。

なお、管内に指定都市のある道府県においては、当該市と有機的連携をもって本事業の実施に努めるものとする。

3 事業の内容

本事業は、一般の救急医療体制の中で実施することを原則とするが、精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとし、概ね以下の内容を有する精神科救急医療体制を構築するものとする。

また、医療計画等における救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制として、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図るものとする。

(1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

精神科救急医療体制の円滑な運営を図るための精神科救急医療体制連絡調整委員会等を必ず設けること。この委員会等は、都道府県、指定都市、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、消防機関、一般救急医療機関等の関係者によって構成されるものであり、委員会等は、医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、次の取組を通じて精神科救急医療圏域（以下「圏域」という。）毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証を行い、圏域毎の実態に応じた精神疾患を有しながら身体合併症を有する患者（以下「身体合併症患者」という。）を含む精神科救急医療体制機能の整備を図るとともに、圏域毎の精神科救急医療体制について関係者間の相互理解を深めること。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討すること。

ア 都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会

都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するとともに、圏域毎において確保した精神科救急医療体制を総合的に評価することとし、圏域毎の救急医療提供体制の検討につなげること。

イ 圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会

アで設定した圏域毎に、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、精神科病院協会及び都道府県等内における身体合併症患者に関する地域資源や夜間・休日の対応を行っている精神科を標榜する診療所を十分把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うこと。

ウ 精神科救急医療体制研修事業

関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対して、本委員会等で検討し取り決めた精神科救急医療体制の運用上のルールの周知徹底を図ること。

また、個別事例の検討やグループワーク等を通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深めること。

(2)～(6) (省略)

4 報告

都道府県等により指定された精神科救急医療施設等は、月単位で都道府県等に別紙様式 1 により報告することとする。また、都道府県等は、報告内容に基づき各医療機関の稼働状況を把握するとともに、別紙様式 2 及び 3 を用いて、精神科救急医療体制連絡調整委員会などに対して適宜提示すること。なお、各都道府県等は、翌年度 4 月末までに、都道府県等における精神科救急医療体制の年報を別紙様式 4～7 を用いて状況を厚生労働省に報告すること。



(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業圏域別月報 (年 月)

圏域(地区)名		受診件数		受診者のうち入院した者(通院中の患者か否かを問わず)															
病院名	当番日数 (当番日の合計)	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	入院形式							入院形式						
						うち 夜間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他	うち 休日の 昼間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他
<輪番型>																			
1	〇〇病院																		
2																			
	小計																		
<常時対応型>																			
3	〇〇病院																		
4																			
	小計																		
<身体合併症対応>																			
5	〇〇病院																		
	小計																		
<輪番+身体合併症>																			
6	〇〇病院																		
	小計																		
<常時+身体合併症>																			
7	〇〇病院																		
	小計																		
	合計																		

* 別紙様式 1-1 の施設月報 (圏域内の精神科救急医療施設からの月報) を集計した圏域別の月報です。
 * 精神科救急医療圏域の圏域数分をコピー (もしくはエクセル上でワークシートをコピーして増設) のうえ、1 圏域 1 シートで記入してください。
 * 常時救急を受け入れる常時対応施設の場合、当番日数 (他の病院との重複もあります。) は当月の全日数を記入して下さい。
 (当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、当番日数、受診件数等に含める。)
 * 施設の類型ごと (精神科救急医療施設 (輪番型、常時対応型)、外来対応施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設等) に分けて記入してください。同一病院において、複数の類型を指定している場合は、その類型により記載してください。(例: 精神科救急医療施設の輪番型であり、身体合併症対応施設でもある場合→「輪番+身体合併症」等。)
 * 圏域内の精神科救急医療施設数が10を超える場合は、本紙をコピー (もしくはエクセル上に行を追加) して記入願います。
 * 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業圏域別月報 (年 月)

※様式 2-1 で集計されたケースのうち、既に同院で通院加療中であったケースに限定して集計して下さい。

圏域(地区)名		受診件数		受診者のうち入院した者(通院中の患者のみ)															
病院名	当番日数 (当番日の合計)	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	入院形式							入院形式						
						うち 夜間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他	うち 休日の 昼間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他
<輪番型>																			
1	〇〇病院																		
2																			
	小計																		
<常時対応型>																			
3	〇〇病院																		
4																			
	小計																		
<身体合併症対応>																			
5	〇〇病院																		
	小計																		
<輪番+身体合併症>																			
6	〇〇病院																		
	小計																		
<常時+身体合併症>																			
7	〇〇病院																		
	小計																		
	合計																		

* 別紙様式 1-2 の施設月報 (圏域内の精神科救急医療施設からの月報) を集計した圏域別の月報です。
 * 精神科救急医療圏域の圏域数分をコピー (もしくはエクセル上でワークシートをコピーして増設) のうえ、1 圏域 1 シートで記入してください。
 * 常時救急を受け入れる常時対応施設の場合、当番日数 (他の病院との重複もあります。) は当月の全日数を記入して下さい。
 (当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、当番日数、受診件数等に含める。)
 * 施設の類型ごと (精神科救急医療施設 (輪番型、常時対応型)、外来対応施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設等) に分けて記入してください。同一病院において、複数の類型を指定している場合は、その類型により記載してください。(例: 精神科救急医療施設の輪番型であり、身体合併症対応施設でもある場合→「輪番+身体合併症」等。)
 * 圏域内の精神科救急医療施設数が10を超える場合は、本紙をコピー (もしくはエクセル上に行を追加) して記入願います。
 * 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

において同様の組織がある場合には、これを活用して差し支えない。

(イ) 情報収集・調整

難病医療連絡協議会における検討に資するため、患者動向や医療資源・連携等の必要な情報の収集・整理及び関係機関との調整を行う。

(ウ) 拠点病院等の指定

難病医療連絡協議会における検討を踏まえ、拠点病院等を指定する。

(エ) 周知・広報・報告

都道府県における難病の医療提供体制について、管内の医療機関等の関係機関及び患者等への周知・広報を行うとともに、難病医療支援ネットワークを通じて、全国の都道府県と共有する。

(オ) 進捗状況・実態の把握・報告

難病医療連絡協議会における進捗の評価や、体制の更新等の検討に資するよう、定期的に難病の医療提供に係る連携状況等について、実態把握等の調査を行う。また、別に定める方法により難病医療支援ネットワークへ進捗状況の報告を行う。

② 難病医療連絡協議会の役割

(ア) 検討・協議

手引き「第3 難病の医療提供体制における各医療機能と連携の在り方（モデルケース）」を参考に、患者動向や医療資源その他の地域の実情を踏まえ、都道府県における拠点病院等や難病の医療提供体制の在り方を検討するとともに、連携の手順・その具体的方策等について関係者間で協議する。必要に応じ、連携を円滑に進めるための具体的な調整・周知等のための実務者による連絡会議を開催する。

(イ) 進捗状況の評価

難病医療連絡協議会は、定期的に連携状況等の難病の医療提供体制について評価を行い、必要に応じ見直し等の検討を行う。

イ 難病の医療提供体制の推進

アにより構築された難病の医療提供体制を推進するため、拠点病院等はアに掲げる役割を担うものとし、それに従事する者として、イ及びウに掲げる難病診療連携コーディネーター及び難病診療カウンセラーを配置する。なお、難病診療連携コーディネーターと難病診療カウンセラーは兼任しても差し支えない。また、①の(エ)については、④に定めるところによることとする。

① 拠点病院等の役割

(ア) 都道府県の行う難病の医療提供に係る連携状況等に関する情報収集への協力
(以下省略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑨ 「平成 28 年度調査研究事業報告書」 <実績報告書の様式及び記入上の留意事項 (項目解説) の抜粋>

<実績報告書の様式 (専門的医療機能及び地域連携拠点機能部分抜粋) >

【専門的医療機関としての要件と機能】												
稼働日数	週	日	年間	日								
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医										名	
	上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師										名	
医師以外の 人員配置	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名							
	保健師	専従	名	兼務	名							
	臨床心理技術者	専従	名	兼務	名							
	連携推進補助員	専従	名	兼務	名							
	その他	(職種)		専従	名	兼務	名					
	(職種)		専従	名	兼務	名						
検査体制	血液検査	自施設		連携先		尿一般検査	自施設		連携先			
	心電図検査	自施設		連携先		神経心理検査	自施設		連携先			
	CT検査	自施設		連携先		MRI検査	自施設		連携先			
	SPECT検査	自施設		連携先								
保有機器	CT	台	MRI	台	SPECT	台						
相談件数 (注3)	電話	件	面接	件	訪問	件						
	その他	(方法)		件	(方法)		件					
鑑別診断件数(実数) * 過去1年間の新規 (注4, 5)										全数	内、65歳未満	
1. 正常または健常										件	件	
2. 軽度認知障害(MCI)										件	件	
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)										件	件	
4. 血管性認知症(F01)										件	件	
5. レビー小体型認知症(G31,F02)										件	件	
6. 前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)										件	件	
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)										件	件	
8. 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)										件	件	
9. HIV感染による認知症(B20,F02)										件	件	
10. プリオン病による認知症(A81,F02)										件	件	
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)										件	件	
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)										件	件	
13. 正常圧水頭症(G91)										件	件	
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)										件	件	
15. 複数の病因による認知症(F02)										件	件	
16. 詳細不明の認知症(F03)(上記3~15に該当しないもの)										件	件	
17. 上記2~16以外の症状性を含む器質性精神障害										件	件	
18. 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)										件	件	
19. 気分(感情)障害(F3)										件	件	
20. てんかん(G47)										件	件	
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)										件	件	
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患										件	件	
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患										件	件	
24. 上記のいずれにも含まれない疾患										件	件	
25. 診断保留										件	件	
										合計	0 件	0 件
紹介・逆紹介(注6)	紹介	件	逆紹介	件								
初診までの待機日数(注7)												
診療報酬	認知症専門診断管理料1	算定の有無		算定件数(年間)		件						
	認知症専門診断管理料2	算定の有無		算定件数(年間)		件						
	認知症ケア加算1	算定の有無		算定件数(年間)		件						
	認知症ケア加算2	算定の有無		算定件数(年間)		件						

【地域連携推進機関としての要件と機能】

認知症疾患医療連携協議会の開催 (注12)	開催の形態		開催回数	年間	回	
研修会の開催 (注13)	医療従事者対象	開催の有無	開催回数	年間	回	
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無	開催回数	年間	回	
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無	開催回数	年間	回	
	家族・地域住民等対象	開催の有無	開催回数	年間	回	
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無(注14)						
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無(注15)						
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無(注16)			実施回数	年間	回	
初期集中支援チームへの関与 (注17)	センター内にチームを設置(受託)		チーム員として参加		後方支援	

<実績報告書の記入上の留意事項(項目解説)>
(略)

【専門的医療機関としての要件と機能(抜粋)】

注3	相談件数	ここでの「相談」は診療報酬のないものをいい、延べ回数をカウントする。相談元は患者、家族、介護者、地域包括支援センター職員、かかりつけ医等の区別は問わない。	
		面接	院内他科からの相談、自院開催による認知症カフェ等も含めてよい。
		訪問	認知症初期集中支援や物忘れ相談会、他施設で行う認知症カフェ等、院外に出向いて実施した相談も含めてよい。
		その他	メールやFAXによる相談が想定される。
注4	鑑別診断件数	<ul style="list-style-type: none"> ・継続・更新予定センターは28年度実績、新規指定予定センターは29年度実施見込みを記入する(※)。 ・主たる病名を選択し、重複しないようにする。 	

(注) 下線は当省が付した。

資料 3-(1)-① 「地域支援事業実施要綱」 <認知症地域支援・ケア向上事業の目的部分の抜粋>

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

ア 目的

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進することが重要である。

このため、市町村において認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備等を行う認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）を配置し、当該推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とする。

イ～エ （略）

資料 3-(1)-② 「地域支援事業実施要綱」 <推進員の配置関係部分の抜粋>

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

ア・イ （略）

ウ 事業内容

(ア) 実施体制

a 推進員の配置

推進員は、地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等に配置することとし、以下のいずれかの要件を満たす者を 1 人以上配置するものとする。

① 認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士又は介護支援専門員

② 上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：認知症介護指導者養成研修修了者等）

また、市町村は、必要に応じて都道府県と連携しながら、研修会や関係者によるネットワーク会議等の機会を通じて、推進員の活動を行う上で有すべき知識の確認と資質の向上に取り組むものとする。

b （略）

(イ) （略）

エ （略）

資料 3-(1)-③ 「地域支援事業実施要綱」＜推進員の業務関係部分の抜粋＞

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

ア・イ (略)

ウ 事業内容

(ア) (略)

(イ) 推進員の業務内容

以下のa及びbを実施するとともに、地域の実情に応じて、cも実施するものとする。

a 認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関や、介護サービス事業者や認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組

(具体例)

- ・ 認知症の人やその家族が状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるような関係機関との連携体制を構築する。
- ・ 地元医師会や認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等とのネットワークを形成する。
- ・ 認知症ケアパス(状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れ)の作成・普及における主導的役割を担う。
- ・ 推進員が配置されていない他の地域包括支援センターに対する認知症対応力向上のための支援を行う。

b 認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて、地域における認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組

(具体例)

- ・ 認知症の人やその家族等から相談があった際、その知識・経験を活かした相談支援を実施する。
- ・ 認知症の本人のニーズを地域で共有する取組の実施や、好事例の収集、方法論を研究する。
- ・ 「認知症初期集中支援推進事業」で設置する「認知症初期集中支援チーム」と連携を図る等により、状況に応じた必要なサービスが提供されるよう調整する。

c 以下の①から⑤までの事業実施に関する企画及び調整

① 病院・介護保険施設等で認知症対応力向上を図るための支援事業

病院や介護保険施設等の職員の認知症への理解を深め、対応力を高めるために、認知症疾患医療センター等の専門医等が処遇困難事例に対しては事例検討を行い個別支援を実施する。

② 地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援事業

認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム等が、相談員を配置し、当該事業所等が有する知識・経験・人材を活用し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して効果的な介護方法等の専門的な相談支援等を行う。

③ 認知症の人の家族に対する支援事業

市町村又は市町村が適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減等を図るため、

- ・ 認知症の人とその家族、地域住民、専門職がカフェ等の形態で集う取組（以下「認知症カフェ」という。）等の開催

- ・ 認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが「認とも」として、認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組の実施
- ・ 認知症の人の家族向けの介護教室の開催等を行う。
- ④ 認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業
医療も介護も生活支援の一部であることを十分に意識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得する認知症多職種協働研修を実施する。
- ⑤ 認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備事業
認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人が、地域において役割を担い、「生きがい」をもった生活を送れるよう、高齢者等の希望に応じ、これまでの経験や残された能力を活かして、農作業や商品の製造・販売、食堂の運営、その他の軽作業、地域活動等、社会参加活動を行うための体制を整備する。

エ (略)

資料 3-(1)-④ 「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」(平成 28 年 3 月 7 日)
<推進員が実施する具体的な取組関係部分の抜粋>

1. 地域支援事業(認知症総合支援事業)の推進について

- (1) 略
- (2) 認知症の人やその家族に対する支援体制の充実等について
 - ① 略
 - ② 略
 - ③ 推進員が実施する具体的な取組について

推進員の具体的な業務内容については、想定される役割の全てを推進員の業務として位置づけるものではなく、各市町村の認知症施策における課題への対応を前提として、社会資源の状況、人員、地域包括支援センター等との業務の棲み分けや配置形態を勘案の上、設定していくことが重要である。昨年5月に発出した「認知症地域支援推進員活動の手引き」では、各地域の推進員の活動内容の事例を紹介しており、各都道府県におかれては、管内市町村が手引きの取組を参考にしつつ、推進員と関係機関との役割を明確にするとともに、推進員の配置、役割、業務内容を関係機関に周知し、認知症高齢者やその家族に対して重層的な支援体制が構築されるよう助言されたい。

また、推進員が行う業務として、介護保険など公的なサービスだけでは対応できないようなものも含め、特に初期段階の認知症の人やその家族のニーズを把握し、これにきめ細かく対応していくことは特に重要なものである。そのためには、認知症カフェに限らず、広く認知症の人やその家族が集う場づくりを支援していくことが重要である。具体的には、例えば当事者が集い話し合いながら、地域の一員として主体的な活動を行っていくための場を設けることや、既存の認知症カフェに特定のテーマを話し合う機会を設けることなどが考えられる。推進員として、既存の社会資源やニーズを把握の上、個人情報の取扱に配慮しつつ地域包括支援センターと情報を共有しながら、このような場づくりを支援していただき、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて具体的な悩みやニーズを捉えるための工夫を関係機関と協働の上、検討されたい。

(注) 下線は当省が付した。

資料 3-(2)-① 「新オレンジプラン」＜地域での見守り体制の整備関係部分の抜粋＞

第 2. 具体的な施策

1. ～4. (略)

5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

【基本的考え方】 (略)

(1)～(3) (略)

(4) 安全確保

(地域での見守り体制の整備)

- 全国どこの地域においても、認知症の人やその家族が安心して暮らすためには、地域によるさりげない見守り体制づくりが重要であることから、独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護に加えて、広域的な連携や地域ネットワークの構築を含め、地域での見守り体制を整備する。

また、行方不明となってしまった認知症高齢者等については、厚生労働省ホームページ上の特設サイトの活用等により、家族等が地方自治体に保護されている身元不明の認知症高齢者等の情報にアクセスできるようにしていく。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 3-(2)-② 「認知症施策推進大綱」(令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定) ＜地域支援体制の強化関係部分の抜粋＞

第 1. 基本的な考え方 (略)

第 2. 具体的な施策

1. ～3. (略)

4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

【基本的考え方】

認知症の人も含め、様々な生きづらさを抱えていても、一人ひとりが尊重され、その本人に合った形での社会参加が可能となる「地域共生社会」に向けた取組を進めることが重要である。認知症の人の多くが、認知症になることで、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で、外出や交流の機会を減らしている実態がある。このため、移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する。また、認知症に関する取組を実施している企業等に対する認証や表彰制度の創設を検討するとともに、認知症バリアフリーな商品・サービスの開発を促す。このほか、交通安全、地域支援の強化、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止、虐待防止等の施策を推進する。なお、この際、官民あがての取組として、経済団体、産業団体、地方団体、専門職団体、関係学会と当事者組織等との協働による取組を促進するとともに、各地域における地域の实情に応じた「地域共生社会」に向けた産学官民連携の先進的な取組事例についても支援するための方策について検討する。

若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を行う。

介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進する。

(1) 「認知症バリアフリー」の推進

①～④ (略)

⑤ 地域支援体制の強化

- 認知症地域支援推進員等が中心となって地域資源をつなぎ、「認知症ケアパス」の作成・活用の促進、認知症カフェを活用した取組の実施、社会参加活動促進等を通じた地域支援体制の構築を行う。また、認知症サポーターによる認知症の人の見守り活動、居住支援協議会・居住支援法人(注2)、地域運営組織(注3)による高齢者等の見守りや生活支援に関する活動の支援等を通じて、地域の見守り体制の構築を支援する。

- 認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりとともに、行方不明者になった際に、早期発見・保護ができるよう、既存の検索システムを把握し、広域検索時の連携体制を構築するとともに、検索ネットワークづくりやICTを活用した検索システムの普及を図る。
行方不明者については、引き続き厚生労働省ホームページ上の特設サイトの活用により、家族等が地方自治体に保護されている身元不明の認知症高齢者等の情報にアクセスできるようにする。
- 地域共生社会の実現に向けて、地域共生に資する多様な地域活動の普及・促進を図るとともに、断らない相談支援、伴走型支援を行う包括的な支援体制等について検討する。
- 自治体による介護予防、日常生活支援の事例等をまとめた「これからの地域づくり戦略」の冊子を活用し、自治体との意見交換を行いつつ地域づくりを推進する。
- 緊急連絡先や必要な支援内容などが記載され、日常生活で困った際に、周囲の理解や支援を求めるためのヘルプカードを自治体に対し周知し、利用を促進する。
- 認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（「チームオレンジ」）を地域ごとに構築する。

(以下略)

KPI／目標

- 全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）を整備

(注) 1 下線は当省が付した。

- 2 「居住支援協議会」とは、住宅セーフティネット法に基づき、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が一堂に会し、高齢者の見守り等に関する情報交換等を行う協議会をいう。
- 3 「居住支援法人」とは、住宅セーフティネット法に基づき、住居確保や入居後の見守り等の居住支援を行う法人として、都道府県が指定するものをいう。
- 4 「地域運営組織」とは、地域住民が中心となって送迎、声掛け・見守り、買い物支援など地域課題解決に向けた取組を実践する組織をいう。

資料3-(2)-③ 「地域支援事業実施要綱」<認知症高齢者見守り事業関係部分の抜粋>

別記4 任意事業

1・2 (略)

3 事業内容

(1) 介護給付等費用適正化事業 (略)

(2) 家族介護支援事業

ア (略)

イ 認知症高齢者見守り事業

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等を行う。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 3-(2)-④ 「地域支援事業実施要綱」 <認知症地域支援・ケア向上事業におけるボランティアが認知症高齢者の居宅を訪問する取組関係部分の抜粋>

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分） 1・2 （略） 3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号） （1） 認知症初期集中支援推進事業 （略） （2） 認知症地域支援・ケア向上事業 ア・イ （略） ウ 事業内容 （ア） 実施体制 （略） （イ） 推進員の業務内容 a・b （略） c 以下の①から④までの <u>事業実施に関する企画及び調整</u> ①・② （略） ③ 認知症の人の家族に対する支援事業 市町村又は市町村が適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減等を図るため、 ・ 認知症の人とその家族、地域住民、専門職がカフェ等の形態で集う取組（以下「認知症カフェ」という。）等の開催 ・ <u>認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが「認とも」として、認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組の実施</u> ・ 認知症の人の家族向けの介護教室の開催等を行う。 (以下略)
--

(注) 下線は当省が付した。

資料 3-(2)-⑤ 「地域支援事業実施要綱」 <介護予防・生活支援サービス事業関係部分の抜粋>

別記 1 総合事業 （1） 介護予防・生活支援サービス事業（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に基づく事業） ア 総則 （ア） 目的 介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することを目的として実施する。また、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、旧介護予防訪問介護等により提供されていた専門的なサービスに加え住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とし、地域の支え合いの体制づくりを推進することを目的とする。 その目的を達成するため、事業の実施に際しては、法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号ニに規定する第 1 号介護予防支援事業（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）により、個々の要支援者等の心身の状況、その置かれている環境その他の状況（以下「心身の状況等」という。）に応じて、要支援者等の選択に基づき、適切な事業を包括的かつ効率的に実施するものとする。 介護予防・生活支援サービス事業については、介護サービス事業者、ボランティア、地縁組織、NPO 法人、民生委員、シルバー人材センター等、地域における多様な主体を積極的に活用するとともに、公民館、自治会館、保健センター等、地域の多様な社会資源を積極的に活用しながら実施するものとする。 （イ） 介護予防・生活支援サービス事業の構成

介護予防・生活支援サービス事業は、法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イに規定する第 1 号訪問事業（以下「訪問型サービス」という。）、同号ロに規定する第 1 号通所事業（以下「通所型サービス」という。）、同号ハに規定する第 1 号生活支援事業（以下「その他生活支援サービス」という。）及び介護予防ケアマネジメントから構成される。

(ウ) 対象者

法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する居宅要支援被保険者等（居宅要支援被保険者及び介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 4 第 2 号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 197 号）に掲げる様式第 1（以下「基本チェックリスト」という。）の記入内容が同基準様式第 2 に掲げるいずれかの基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）を対象に実施する。

(エ)～(ス) (略)

イ 各論

(ア) 訪問型サービス

主に①から⑤までのようなサービス類型が想定される。

① 旧介護予防訪問介護に相当するサービス（以下「訪問介護員等によるサービス」という。）

(a) 定義

以下の 3 つのサービスをいう。

- a 省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号イに規定するサービス（旧介護予防訪問介護に相当するサービス）
- b 省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号ロに規定するサービス（旧介護予防訪問介護における基準該当サービスに相当するサービス）
- c 省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号ハに規定するサービス（旧介護予防訪問介護における離島等におけるサービスに相当するサービス）

(b) サービス内容

要支援者等の居宅において、介護予防を目的として、訪問介護員等により行われる入浴、排せつ、食事等の身体介護や生活援助を行うものである。また、短時間の身体介護といったサービス内容も含まれる。

(c)～(e) (略)

② 主に雇用されている労働者により提供される、旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（以下「訪問型サービス A」という。）

(a) 定義

省令第 140 条の 63 の 6 第 2 号に規定する基準又は市町村の定める基準に基づき、実施指針第 2 の 4(1)に規定する主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス

(b) サービス内容

要支援者等の居宅において、介護予防を目的として、主に雇用される労働者（訪問介護員又は一定の研修受講者）が行う生活援助等のサービス。「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成 12 年 3 月 17 日老計第 10 号）等旧介護予防訪問介護等のサービス内容の範囲内で、利用者の状態や地域の実情等に応じて柔軟にサービスを提供することが可能であり、サービスの具体例としては、以下のようものが考えられる。

(例)

- ・ 調理、掃除等やその一部介助
- ・ ゴミの分別やゴミ出し
- ・ 重い物の買い物代行や同行

(c)～(e) (略)

③ 有償・無償のボランティア等により提供される住民主体による支援（以下「訪問型サービス B」という。）

(a) 定義

市町村の定める基準に基づき、実施指針第2の4(1)に規定する有償・無償のボランティア等により提供される住民主体による支援

(b) 支援内容

要支援者等の居宅において、介護予防を目的として、主に住民ボランティア等、住民主体の自主活動として行う生活援助等の多様な支援。例えば以下のような支援等が考えられる。

(例)

- ・ 買い物代行、調理、ゴミ出し、電球の交換
- ・ 布団干し、階段の掃除

なお、訪問型サービスBの実施に当たっては、多様な高齢者の生活上の困りごとへの支援を柔軟に行うことが重要である。

また、住民相互による支え合いの支援を基本とする観点及び高齢者の社会参加を促進していく観点から、積極的に地域の高齢者自身が支援の担い手として参加できるような取組を行うことが望ましい。

(c)～(e) (略)

④ 保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「訪問型サービスC」という。）

(a) 定義

市町村の定める基準に基づき、実施指針第2の4(1)に規定する保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるサービス

(b) サービス内容

特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取り組みが必要と認められる者を対象に、保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する短期集中予防サービスである。その際、サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場や通所型サービス等社会参加に資する取組に結びつくよう配慮すること。また、当該サービスは、効果的な取り組みができると判断される場合には、通所型サービスCと組み合わせて実施することができる。

なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

(c)～(f) (略)

⑤ 介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援（以下「訪問型サービスD」という。）

(a) 定義

市町村の定める基準に基づき、実施指針第2の4(1)に規定する介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援

(b) サービス内容

- a 通院等をする場合における送迎前後の付き添い支援
- b (イ)に定める通所型サービスや(2)に定める一般介護予防事業における送迎を別主体が実施する場合の送迎

(c)～(e) (略)

(イ) 通所型サービス (略)

(ウ) その他生活支援サービス

① 定義

法第115条の45第1号ハに規定するサービス。

② サービス内容

要支援者等の地域における自立した日常生活の支援のための事業であって、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められるものとし、具体的には、以下のサービスとする。

- (a) 栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者に対する見守りとともに行う配食等
- (b) 定期的な安否確認及び緊急時の対応、住民ボランティア等が行う訪問による見守り
- (c) その他、訪問型サービス及び通所型サービスの一体的提供等地域における自立した日常生活の支援に資するサービスとして市町村が定める生活支援

③～⑤ (略)

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 3-(2)-⑥ 「新オレンジプラン」＜認知症サポーター関係部分の抜粋＞

第 2. 具体的な施策

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

【基本的考え方】 (略)

(1) (略)

(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 認知症サポーターの養成システムは、我が国が世界に誇る普及・啓発の取組であり、引き続き、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターの養成を進める。

【認知症サポーターの人数（累計）】（目標引上げ）

2016（平成 28）年度末実績 880 万人 ⇒ 2020（平成 32）年度末 1200 万人

* 近年の養成動向を踏まえ、2020（平成 32）年度末の目標を 1200 万人に設定。

- また、今後は、認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、あくまでもできる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるようにすることに、これまで以上に重点を置く。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。