

政策提言

認知症の人をケアする家族等を取り巻く 認知症施策のこれから

2026年4月

2026 年 4 月

日本医療政策機構（HGPI）認知症プロジェクト 2025 年度企画

「認知症の人をケアする家族等を取り巻く認知症施策のこれから」政策提言

目次

はじめに	2
第 1 章 総論	4
柱 1：家族等自身の心身の健康の充実（直接的な家族等への支援）	5
柱 2：情報・知識の提供による家族等の対応力向上	6
柱 3：家族等を支える地域・職場づくり	7
柱 4：専門職への支援	8
柱 5：本人に対する施策の充実を通じた家族等の負担軽減（間接的支援）	10
第 2 章 具体的な提案 ―本プロジェクトを踏まえた 7 つの提言―	12
提言の全体構成と分類	13
提言 1：オンライン・リンクワーカー：診断直後を起点としたナビサイトの構築	14
提言 2：家族支援の「報酬化」：アセスメントに基づく専門的支援の制度的評価	18
提言 3：選べるカフェへ：認知症カフェの機能タグによる可視化と連携基盤の整備	23
提言 4：職域から届く家族等支援：保険者単位での相談機能とゲートキーパーの整備	26
提言 5：家族にもこころの支援を：科学的根拠に基づく心理学的支援の標準化とアクセス経路の確立	31
提言 6：つながるケア DX：医療・介護・家族等間の情報連携基盤の整備	35
提言 7：未来に届く互助システム：地域の相互扶助の持続と拡充に向けた支援スキームの構築	38

2026 年 4 月

はじめに

2023 年に成立した認知症基本法は、認知症の人が希望を持って暮らし続けられる社会の実現を目指す「新しい認知症観」を柱とし、認知症施策を新たな段階へと導くものである。翌 2024 年には認知症施策推進基本計画が策定され、医療・介護・福祉にとどまらない包括的な施策の展開が求められている。

しかし、認知症施策の充実が進むなかであっても、認知症の本人を日々支える家族等への支援は、十分とはいえない状況が続いている。2000 年に介護保険制度が導入され「介護の社会化」が目指されてきたが、サービスの調整や通院の付き添い、日常的な見守りなど、公的制度で賄いきれない役割は、依然として家族等が担わざるを得ない状況にある。加えて、家族等を取り巻く環境は大きく変化している。厚生労働省の国民生活基礎調査（2022 年）によれば、単独世帯は約 15%から約 30%へ、高齢者世帯は約 35%から約 62%と倍増した一方、同期間に要介護者のいる世帯における三世帯世帯の割合は、2001 年の約 33%から 2022 年には約 11%へと大幅に減少した。かつて家族内で分担されていた介護の役割は、今や主たる介護者一人に集中しやすい構造となっている。さらに、働きながら介護を行う人、男性介護者、ヤングケアラー、ダブルケアラー、自身も疾患を抱える介護者など、多様な状況に置かれた家族等が増えており、画一的な支援では対応しきれないニーズが生じている。そして私たちは「ケア」とは制度として捉えるべきものである一方で、私的な側面を持つものであることを自覚し、そこには「ケアをする権利」も「ケアをしない権利」も内在化されていることを踏まえて議論を展開する必要がある。

こうした課題意識のもと、日本医療政策機構（Health and Global Policy

Institute: HGPI）認知症プロジェクトでは、2025 年度の年度テーマとして「認知症の人をケアする家族等を取り巻く認知症施策のこれから」を設定した。本企画では、文献調査および関係者へのヒアリングを実施するとともに、マルチステークホルダーからなるアドバイザリーボードを組成し、複数回の議論や個別のヒアリングを通じて多角的な議論・検討を重ねてきた。その成果として、一年間の調査・議論を通じて浮かび上がった 5 つの課題の柱と、それぞれに対する政策の方向性を本提言として取りまとめた。

なお、本提言は「本人か、家族か」という二項対立で問題を捉えるものではないことを予め述べておきたい。認知症の本人と家族等はともに同じ生活を送り、それぞれの状態が互いに影響し合う関係にある。本人が希望を持って暮らし続けるためには、これまでの人生をお互いに尊重したうえで、家族等も自らの人生を歩むことができる環境が必要であり、両者への支援は車の両輪として推進されなければならない。本提言は、その認識に立ったうえで、とりわけ支援が手薄とされてきた家族等への施策に焦点を当てるものである。

本提言の構成は次のとおりである。第 1 章では、今年度の調査・議論を通じて整理した 5 つの課題の柱とそれぞれの方向性を概観する。第 2 章では、各柱に対応する具体的な施策の提案を示す。本提言が、認知症基本計画の中間見直しをはじめ、診療報酬・介護報酬改定、関連する制度の設計・見直し等に際して幅広い関係者に活用されることを期待する。

最後に、一点の留保を付しておきたい。一般的に福祉サービスは、ニーズへの対応によってサービス供給量が増えれば、それが新たなニーズを喚起するという構造的な課題が生じやすい。また、公的サービスの拡充には当然ながら財源の確保が伴うが、税財源や社会保険料に対

2026 年 4 月

する抑制圧力が高まる中で、追加的な財源確保は容易ではない。本提言は家族等への支援という各論に論点を絞ったものであるが、こうした財源をめぐる議論もまた、今後の制度設計において欠かすことのできない論点であることを付言しておく。

第 1 章 総論

2026 年 4 月

第 1 章 総論

柱 1：家族等自身の心身の健康の充実（直接的な家族等への支援）

背景・課題

2000 年の介護保険制度の創設は「介護の社会化」を掲げたが、日常的な見守りや通院の付き添い、認知症特有の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）への対応といった、制度で賄いきれない役割は、今もなお家族等が大きく担っている。これは介護に限定されず、あらゆる「ケア」を取り巻く今日的課題でもある。また制度的位置づけという観点からも、例えば介護保険制度における家族等への直接支援としては、地域支援事業の任意事業として位置づけられるに留まるなど、制度の成り立ちも起因するものの、必ずしも施策の中心には据えられてこなかった。

こうした構造的問題に加え、本企画のヒアリングやアドバイザリーボードの議論を通じて繰り返し指摘されたのが、家族等が「自分は支援を受けてよい立場だ」と認識しにくいという点である。介護をしながら働く人、男性介護者、ヤングケアラー、自身も疾患を抱える介護者など、多様な状況に置かれた家族等が増えているにもかかわらず、多くは助けを求めることを「迷惑をかけること」と捉え、支援へのアクセスを自ら断ってしまう現状がある。

こうした状況の帰結として、家族等のうつ症状や心身の疲弊は深刻な問題となっている。その背景には、介護の進行や将来の見通しが立たないことによる「分からない不安」が大きく影響しているとの指摘がある。実際に、介護保険に関する相談においても、「現在の状況に対して何をすればよいか分からない」といった内容が多くを占めており、必要な情報や具体的な対応の見通しが得られないことが、精神的負担

を増幅させている。こうした状況においては、傾聴による支援だけでは改善しないケースも少なくなく、疲労の蓄積が BPSD への不適切な対応を招き、本人の状態をさらに悪化させるという負の連鎖が生じることも指摘されている。また、在宅での生活や看取りを希望する本人の意向が尊重される中で、家族等は介護の継続と生活の維持との間で葛藤を抱えやすく、そのジレンマへの理解と支援も重要な課題となっている。また、就労継続や社会活動の維持も家族等の心身の健康に不可欠であるが、例えば介護休業の制度はあくまで「介護のための時間確保」を目的としており、家族等自身の休息や就労継続、社会参加を支えるものとはなっていない。さらに、認知症介護の終結後、介護者は認知症の人を通して得た社会関係や役割の喪失を経験する。この変化は介護者自身の認知機能の低下やメンタルヘルスの悪化を招くリスク要因となる一方、介護期間は個人のキャリアや社会参加における空白として扱われるにとどまっており、介護後の人生の再構築を支える観点にたった支援の枠組みはない。

目指すべき方向性

家族等を、本人のケアを支える存在としてのみ捉えるのではなく、支援を必要とする当事者としても明確に位置づけることが、施策転換の出発点となる。こうした流れは国際的にも広がっており、日本でもその一例としてはケアラー支援条例の制定がある。認知症に限った内容ではないが、ケアにかかわる人を地域全体で支えるべき存在として明確に位置付け、自治体の施策推進を促す枠組みであり、条例のない自治体においては制定を検討する意義はある。あわせて、地域支援事業の任意事業は市町村の裁量が大きく、その取組次第で施策の質が大きく左右されることから、各市町村が事業を効果的に活用できるよう、

2026 年 4 月

厚生局・都道府県・大学等が連携して支援する体制を整えるべきである。

現場レベルの支援においては、まず、家族等の心身の状態を適切に把握するアセスメントの仕組みが必要である。「どこがしんどいのか」を可視化し、その結果に基づいて介入し、効果を再評価するプロセスを制度的に担保することで、善意や属人的な対応に依拠しない継続的な支援が可能となる。

また、就労継続や社会参加の維持を含む、家族等自身の生活全体を守るという視点への転換が求められる。認知症の診断前後から看取り・介護終結後に至るまで、進行段階に応じた切れ目のない支援体制を整えるとともに、「名もなき介護」として見えにくい日常の負担を可視化し、相談窓口の整備やピアサポートを含む多様な支援へつなぐ仕組みを構築していく必要がある。あわせて、公的給付の対象外となる保険外サービスの利用に伴う家族等の経済的負担を軽減するため、当該費用を所得控除あるいは税額控除の対象とすることも検討に値する。こうした保険外諸サービスの普及は経済産業省も重点課題としているほか、介護に限らずあらゆるケアにおいて様々なサービスが既に普及しているのが実態である。公的制度の隙間を家族等が自費で補完してきた実態を経済的に評価し、支援の選択肢を広げる観点から、税制上の措置は有効な手段となりうる。

本提言では家族等の心身の健康維持に対する具体策として、認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy: CBT）をはじめとする科学的根拠に基づく心理学的支援を家族等支援の標準として定着させ、アクセス経路を確立するための方策（提言 5）について次章で論じることとする。

柱 2：情報・知識の提供による家族等の対応力向上

背景・課題

認知症の診断を受けた本人とその家族等が必要な情報に確実にアクセスできる環境は、制度上十分に整備されていると言い難い。アドバイザリーボードでの議論では、過去の調査を踏まえ、診断後に介護保険の使い方やピアサポートに関する情報を受け取った家族等は 1～2 割程度にとどまっていたことや、かかりつけ医から十分な情報提供を受けたと感じている家族等は 3 割未満であること、診断直後に利用可能な相談窓口や支援の情報がわかりやすく手に入ると感じていた家族等も約 4 割にとどまっているなど、診断直後の情報や地域資源へのアクセスに課題があることが多数指摘された。またこうした指摘はアドバイザリーボードメンバー以外へのヒアリングでも数多く確認されており、大きな課題であることが改めて把握された。

こうした情報の届かなさには、構造的な背景がある。国・自治体・医療機関・介護事業者・当事者団体など、情報発信の主体が多岐にわたる一方で、それらを一元的に整理して提供する仕組みが整っていない。この構造は多様なチャネルを通して各人がアクセスできるというポジティブな見方ができる一方で、既存の支援施策の提供は構造上「助けを求めてきた人に対応する」という受動的な構造になりがちで、支援の必要性を自覚していない人や、忙しさ・心理的余裕のなさ・デジタル環境への不慣れなど、様々な理由から能動的に情報へアクセスできない人には届きにくく、最も支援が必要な孤立層ほどこぼれ落ちやすくなっている。本企画のヒアリングでも、「本当に困っている家族等ほど情報から遠い場所にいる」という指摘が複数の立場から繰り返された。

2026 年 4 月

加えて、情報・知識の不足は家族等自身の対応力にも直結する。適切なケアの仕方や制度利用の方法を知らないまま介護を続けることは、不適切なケアや家族等の心身の負担増大、さらには虐待につながるリスクを高める。

目指すべき方向性

まず必要なのは、認知症が疑われる段階から認知症の診断後にわたって、家族等が確実に支援につながることでできる体制の構築である。特に日本では地域包括支援センターが公的な相談窓口として機能しているが、診断直後という時期に確実につながる仕組みとしては十分ではなく、医療機関との連携を含む初期接続の強化が課題である。診断直後は心理的動揺が大きく、制度・サービスを調べる余裕もないことが多い。この時期に、利用可能な相談窓口・介護サービス・ピアサポート・法律・財務相談等を一覧性のある形で提供し、地域の社会資源へと接続する「診断後の初期パッケージ」を標準化し、予算措置を伴う形で普及させることが求められる。諸外国では、英国スコットランドの診断後支援制度（PDS: Post Diagnosis Support）やオーストラリアの「ケアラー・ゲートウェイ（Carer Gateway）」のように、公的な相談窓口が体系的に整備されており、参考とすべき先例をもとに、地域包括ケアシステムや各地のコミュニティをベースとして診断前から診断直後を包括的に支援できる体制を整備することが重要である。

次に、制度を利用できていない・その存在を知らない層や孤立しやすい層への積極的なアウトリーチの仕組みを制度化する必要がある。

「関心を持った人だけが集まる場での情報発信」から脱却し、生活動線の中で自然に情報が届くプッシュ型の発信を取り入れることが重要である。デジタルリテラシーの差による情報格差を是正するため、

対面・電話・オンラインを組み合わせた多様なチャネルを整備することも不可欠である。ただし、情報が届かない要因は情報の提供側の問題のみならず、受け手側にもある。人々は本当に困った状況に直面するまで行動を起こしにくいという特性があるため、それを前提に、情報提供のタイミングや介入の設計を工夫することが求められる。

本提言ではその具体策として、診断直後を起点として家族等が必要な情報・相談窓口・地域資源に確実につながるためのオンラインナビサイトの構築（提言 1）について次章で論じることとする。

柱 3：家族等を支える地域・職場づくり

背景・課題

認知症の家族等が孤立せずに介護を続けるためには、地域と職場という主たる二つの生活基盤において支えられる環境が不可欠である。しかし現状では、どちらの領域においても構造的な課題が積み重なっている。

地域においては、認知症カフェや家族会といった当事者がつながる場が各地に広がりを見せてきた一方、その多くは運営をボランティアの善意に依存しており、継続性の確保や支援の質の担保に課題がある。厚生労働省による調査（2022 年）では全国に 8,000 カ所以上の認知症カフェが存在するとされるが、運営内容や機能にばらつきが大きく、「どのような場に行けばどのような支援を受けられるか」という共通認識が形成されていない。その結果、必要としている人が行き先を見つけれないまま孤立するケースが後を絶たない。本企画のアドバイザリーボードでは、行きたくても行けない人、特に男性介護者や就労中の介護者がカフェや家族会に参加しにくい実態が繰り返し指摘され、「行けば良いとわかっていても最初の一步が踏み出せない」とい

2026 年 4 月

う心理的ハードルの高さも共通した課題として挙がった。

厚生労働省の国民生活基礎調査（2022 年）によれば、介護や支援が必要になった要因のトップは認知症であるにもかかわらず、職場においては子育て支援と比べて企業側の対応が遅れている。日本の就業者のうち大半は企業をはじめとした組織に所属しており、企業などの職域を通じたアプローチは潜在的に非常に多くの人をカバーしうる。しかし現実には、キャリアへの影響を恐れて介護の事実を職場に隠す「隠れ介護」が広く存在することも指摘されており、孤立したまま突然の離職に至るケースも少なくない。企業側に支援の必要性への認識が高まりつつある一方、特に中小企業ではリソース不足から具体的な取り組みに踏み出せていない状況があり、企業規模による支援格差も深刻である。また、企業と地域の介護・福祉資源との接続構造が弱く、職場での相談が地域の支援につながらないまま終わってしまうという構造的問題も指摘されている。

目指すべき方向性

地域においては、認知症カフェや家族会といった地域資源の機能と特徴を可視化し、必要としている人が自分のニーズに合った場を見つけやすくする仕組みの整備が求められる。画一的な基準による評価ではなく、機能や対象属性による緩やかなタグ付けを活用することで、各カフェの自由度を損なわず、利用者にとっての「相場感」を醸成することが有効と考えられる。あわせて、医療機関や地域包括支援センターからカフェへの積極的な紹介・連携を促進し、孤立しやすい層がつながりを持てるための入口を広げることが重要である。

職場においては、企業が「介護のすべてを担う」のではなく、「気づき、つなぐゲートキーパー」としての役割を担うことが現実的かつ有

効な方向性である。介護を「知る機会」を診断前後から段階的に提供し、相談しやすい組織風土を醸成することが出発点となる。中小企業に対しては、外部専門職との契約や健康保険組合・協会けんぽを活用した共通相談窓口の設置など、専任配置を前提としない持続可能なモデルの構築が求められる。さらに、職場での相談が本人の生活基盤がある地域の資源や施策に確実につながる回路を整備することが、職域支援の実効性を高める鍵となる。

本提言ではその具体策として、認知症カフェの機能タグによる可視化と連携基盤の整備（提言 3）、および保険者単位での相談機能の整備を通じた職域からの家族等支援の体制構築（提言 4）について次章で論じることとする。

柱 4：専門職への支援

背景・課題

認知症の家族等への支援においては、多様な専門職が重要な役割を担っている。家族への説明・心理学的支援・介護負担のアセスメント・ピアサポートや家族会、認知症カフェといった地域資源への接続といった業務は、本人へのケアの質を左右する不可欠な要素であるにもかかわらず、こうした行為の多くは現行の診療報酬・介護報酬などにおいて十分に評価されていない。その結果、家族等への支援は個々の専門職の裁量と善意に委ねられる構造が定着しており、提供される支援の質や量は担い手の意識や機関の方針、地域の資源量によって大きく左右されている。

本企画のヒアリングでは、こうした現状に関する切実な声が繰り返し聞かれた。もの忘れ外来では再診料が低い中で家族相談に多くの時間を割くケースが多く、実質的に無料に対応していることとなり病院経

2026 年 4 月

営の観点からは理解が得られにくいという医師の声、ケアマネジャーが家族の意向を最も把握する立場にあるにもかかわらず業務過多で時間的余裕がないという実態、訪問看護師が在宅で最も深い接点を持ちながら家族支援が評価されていないという指摘など、専門職の現場は疲弊している。地域包括支援センターにおいても、総合相談窓口として何でも対応することを求められる中で逼迫感が高まっており、新たな業務の追加を報酬整備と切り離して求めることへの強い懸念も示された。

現場からは、家族等に対するアセスメントの質に関する課題も指摘されている。現行のアセスメントにおいても家族等の状況が位置づけられているものの、その内容は抽象的にとどまり、実際の介護負担や感情の変化、支援に対する認識といった側面を十分に把握できていないとの指摘がある。また、業務過多の中で家族の話を十分に聴取する時間が確保できないことが、結果として支援の質のばらつきにつながっているとの声も聞かれた。

こうした個別の現場の疲弊は、認知症支援の領域全体が抱える構造的な問題とも重なっている。認知症のケアには、医療・介護・福祉・地域という複数の制度圏にわたって、多種多様なプレーヤーが関与している。国は認知症サポート医や認知症初期集中支援チームなどの仕組みも整備してきたが、その活動水準や実際に果たしている役割には、地域間・機関間で大きなばらつきがある。専門資格を有していても認知症特有のケアに関する実践的な訓練が十分でない場合や、役割が制度上定義されていても人員配置や運営体制の実態がそれを担保していない場合も少なくない。こうした質と機能のばらつきは、家族等が受けられる支援の質の地域格差として直接表れる。個々の専門職の熱意や能力に委ねるだけでは、支援の質と公平性は保たれない。

加えて、家族支援を担う専門職への体系的な教育・研修の機会が整備されていないという問題もある。これまで「パーソンセンタードケア」として本人中心の支援が強調されてきた中で、専門職が家族等を支援対象として捉え、そのニーズをアセスメントする視点は十分に醸成されてきたとは言い難い。複数の専門職・複数の制度にまたがるような状況が進みケアの整理が複雑化していることも、有効な支援が届きにくい要因となっている。

目指すべき方向性

目指すべき方向性として、高い難易度があるものの、家族等への支援行為を「周辺的な業務」ではなく「専門的な支援」として制度上の位置づけ、報酬化を進めることである。具体的には、初期の心理教育・介護負担のアセスメント・支援ニーズの評価といった行為を診療報酬・介護報酬の枠組みで算定可能とする仕組みの検討が求められる。その際、アセスメントの実施から介入・再評価に至る一連のプロセスを評価の対象とすることで、形式的な実施にとどまらない質の担保につなげることが重要である。

また、こうした仕組みの整備は、多様な職種がケアへ参画するための重要な起点ともなりうる。なかでも、かかりつけ医機能を担う開業医や中小病院の医師・スタッフは、本人および家族等にとって最も身近な医療資源であり、その関与を促すことが特に重要である。診療報酬上のインセンティブを活用し、かかりつけ医を含む地域の多職種が連携して家族支援に関わる体制を構築し、住み慣れた地域での包括的なケアの充実につなげることが望ましい。

ただし、報酬化は単なる業務の追加となってはならない。専門職の処遇改善と連動させることが不可欠であり、負担増加に見合う報酬設定

2026 年 4 月

と労働環境の整備を制度設計の条件として組み込む必要がある。あわせて、家族等への支援に特化したアセスメント技術と支援技術の習得に向けた体系的な教育・研修体制の整備も、専門職支援の重要な柱となる。

本提言ではその具体策として、家族等へのアセスメントに基づく専門的支援を診療報酬・介護報酬において制度的に評価し、専門職が持続可能な形で家族支援に関与できる仕組みの整備（提言 2）について次章で論じることとする。

柱 5：本人に対する施策の充実を通じた家族等の負担軽減 （間接的支援）

背景・課題

認知症の本人への支援と家族等への支援は、切り離して考えることのできない両輪の関係にある。本人のクオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life: QOL）が家族等の QOL にも影響を与えることは複数の研究で指摘されており、本人が穏やかに安心して暮らせる環境が整うことは、家族等の負担軽減に直結する間接的な支援として機能する。2014 年時点の試算によれば、認知症が社会に与えるインパクトを金銭換算すると 2025 年では約 19.4 兆円とされ、そのうち 8.1 兆円は家族等によるインフォーマルケアが担っていると推計されている（慶應義塾大学・佐渡充洋教授らによる「認知症の社会的コスト」推計）。この数字は、いかに現行の制度が家族等によるケアを前提として成り立っているかを端的に示している。

しかし、介護保険をはじめとする現行制度は「制度の空白や支援のつなぎを家族等が埋めることを前提とした制度」という構造が温存され

ている。本企画のヒアリングでは、診断から認定・サービス開始までの空白期間に家族等が孤立する問題、通院付き添いや医療機関との情報共有など介護保険の対象外となる領域を家族等が担わざるを得ない実態、在宅一人暮らしの本人を地域が十分に支えられないために家族等に過度な負荷が集中する状況など、制度の隙間に起因する多様な問題が繰り返し指摘された。

すなわち、現行の制度は、「要介護度」という単一の尺度を用いることで給付の対象・範囲・基準を効率性と画一性の観点から整理することがなされた一方、標準化されたサービスの組み合わせでは埋めきることのできないニーズも残されている。とりわけ認知症のケアは、本人がどのような生活を大切にしてきたか、家族等との関係性はどのようなものかといった個別性に大きく左右される。尊厳の保持や「その人らしい生活の継続」は認知症基本法にも明記された理念であるが、それが給付制度の設計や評価指標に十分に組み込まれているとは言い難い。画一的な基準は制度の安定性に寄与する一方で、本人と家族等が直面する個別具体的なニーズや生活の質に関わる問題を取りこぼしてきた側面がある。本人支援の充実を通じた家族等の負担軽減を実現するためには、こうした発想の見直しが不可欠である。

また、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）が家族等の介護負担を増大させることは広く知られているが、本人の社会的役割の創出や、本人が穏やかに過ごせる日常を支える環境整備は、BPSD の発生を低減する観点からも重要でありながら、施策の中で十分に位置づけられてきたとは言い難い。本人の生活の質が損なわれれば、それは必然的に家族等の疲弊へと連鎖する。仮に同居をしているのであれば、やはり本人と家族等をひとつの生活単位として捉え、本人支援の充実が家族等の生活を守ることにつながるという視座からの制度設計が求めら

2026 年 4 月

れている。

目指すべき方向性

第一に、家族等によるケアを当然の前提としない制度設計への転換が必要である。「本人一人でも安心して暮らせること」を目標とするよう制度の目標設定を見直し、家族等の存在や関与の形が多様であっても、本人が適切な支援を受けられる仕組みを構築することが求められる。キーパーソンが不在であったり、遠方に住んでいたりする場合でも、地域の支援資源が本人と確実につながる体制の整備が急務である。そういった取り組みによって、ケアをサービスで賄いたい、家族が担いたいなど様々な意向に応じた選択ができる環境を整えることにつながる。ただし、家族がサービス利用に抵抗を感じる場合や、本人自身が介護サービスを受けることを望まない場合など、選択を阻む心理的・意向的な要因も存在することから、制度の整備と並行して、そうした気持ちに寄り添い対話を重ねる支援のあり方も必要である。

第二に、医療・介護・福祉・地域の連携を強化し、制度の空白期間に本人と家族等が放置されないようにすることが必要である。診断から介護保険サービス開始までの時期を含め、各段階で本人と家族等がどのような支援につながれるかを明確にし、その接続を担う機能を制度上整備していく必要がある。

第三に、本人の社会参加と社会的役割の確保を積極的に施策に位置づけることが重要である。本人が地域の中で生き生きと過ごせる環境は、**BPSD** の予防・軽減を通じて家族等の介護負担を間接的に軽減するとともに、「認知症になっても安心して暮らせる社会」の実現という認知症基本法の理念にも合致する。本人と家族等がともに尊厳を持って生活できる社会の構築こそが、本企画の最終的に目指す姿である。

本提言ではその具体策として、医療・介護・家族等間の情報連携基盤を整備しデータに基づく継続的支援を実現する取り組み（提言 6）、および地域の相互扶助の持続と拡充に向けた支援スキームの構築（提言 7）について次章で論じることとする。

第 2 章 具体的な提言

即座に実行を推進する具体的提言

実装期間: 1～2年

**【提言1】 オンライン・リンク
ワーカー：診断直後を起点と
したナビサイトの構築**

**【提言2】 家族支援の「報酬化」：
アセスメントに基づく専門的支援の制度的評価**

**【提言3】 選べるカフェへ
：認知症カフェの機能タグによる可視化と連携基盤の整備**

実証を経て制度化を目指す提言

実装期間: 3～5年

**【提言4】 職域から届く家族等
支援：保険者単位での相談機能とゲートキーパーの整備**

**【提言5】 家族にもこころの支援を：
科学的根拠に基づく心理学的支援の標準化とアクセス経路の確立**

将来像を示す提言

実装期間: 5年以上

**【提言6】 つながるケアDX
：医療・介護・家族等間の情報連携基盤の整備**

**【提言7】 未来に届く互助システム：
地域の相互扶助の持続と拡充に向けた支援スキームの構築**

本提言は、各施策の準備状況と実装までに必要なプロセスに応じて、以上の3つのカテゴリーに整理した。これらは時系列的な段階ではなく、それぞれが並行して推進されるものである。

提言1：オンライン・リンクワーカー ～診断直後を起点としたナビサイトの構築～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

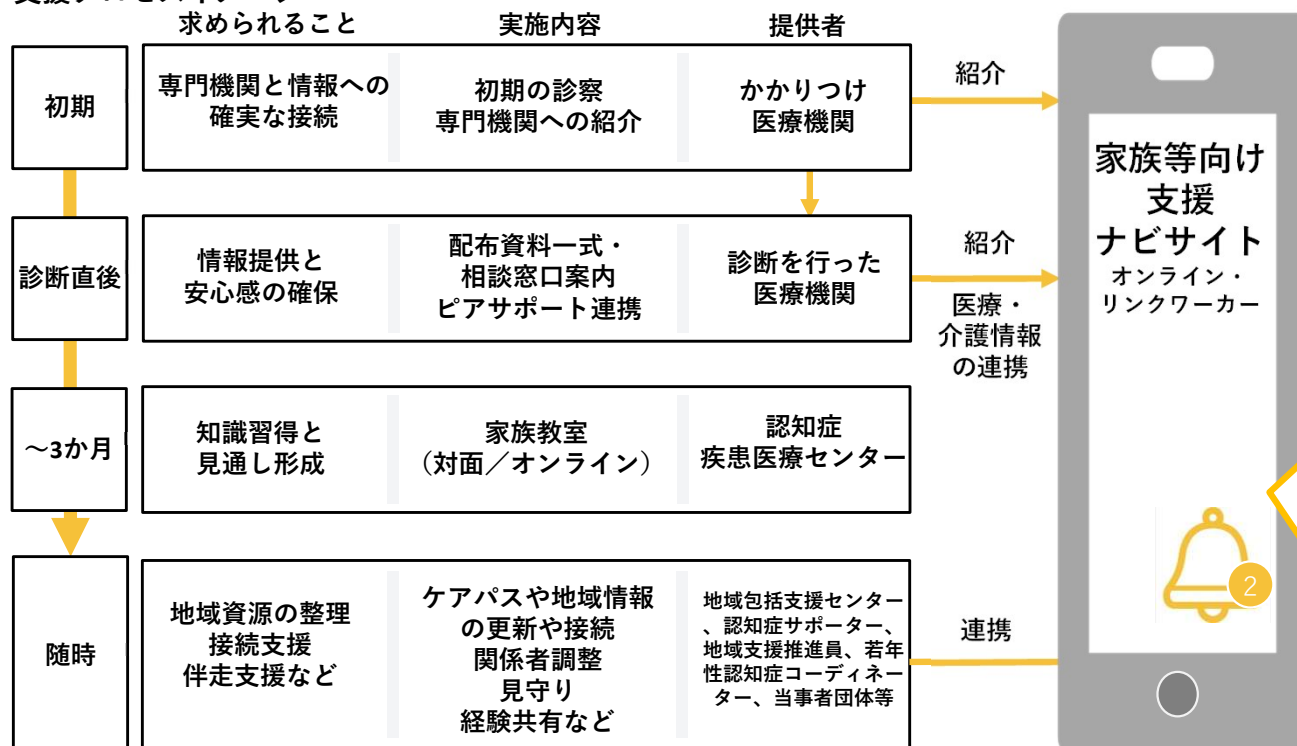
実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

認知症と診断された本人の家族等が、診断直後の見通しが不透明な時期に確実に支援につながるための体制を構築する。スコットランドの診断後支援制度（PDS: Post-Diagnostic Support）のように、診断直後から今後の生活の見通しを立てられるよう伴走する仕組みを参照しつつ、スコットランドでその役割を担うリンクワーカーを日本の現状に即しつつオンラインを通じて整備することを試みる。具体的には、医療機関における家族教室等の対面での支援を基盤としつつ、全国共通のオンラインプラットフォームを構築し、プッシュ型の情報提供を含む多様なチャネルを通じて、家族等の心理的負担を軽減するとともに、必要な知識・情報・相談窓口・地域資源等に容易にアクセスできる環境を整備する。

支援プロセスイメージ



① **オープン情報基盤（診断の有無を問わず利用可能）**：既存の支援サイトやケアパスを含む情報資源を集約し、認知症に関するFAQ、介護保険制度の案内、地域のリソース情報、オンライン学習ツール、ピアサポートへの接続先等を一元的に提供する。診断の有無にかかわらず、誰でもいつでも必要な情報にアクセスできる仕組みとする。

② **診断連動型の個別支援機能（確定診断を起点として利用開始）**：認知症の確定診断時を起点として、登録した家族等に対し、段階に応じた情報をプッシュ通知で届ける。また若年性認知症コーディネーターなどの専門職による相談窓口案内および窓口（オンラインを含む）を設置する。緊急度に応じたトリアージ機能を備え、適切な支援へ速やかにつなぐ。本人の医療・介護情報との連携については、本人の同意等の主体性を前提とし、将来的に提言6で検討する情報連携基盤と一体的に推進することも提案する。

提言1：オンライン・リンクワーカー ～診断直後を起点としたナビサイトの構築～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

主なプレーヤーとその役割（一例）

厚生労働省	全体設計、診断後支援の標準化の検討、ナビサイト整備
自治体／地域包括支援センター	ナビサイト・地域資源との連携、相談対応
認知症疾患医療センター等の専門医療機関	家族教室の実施（自治体）、ナビサイト（診断連動型の個別支援機能）の登録、病院来院時の継続的な支援
かかりつけ医療機関	診断後の疾患医療センターおよびナビサイトへの初期接続、病院来院時（確定診断後）の継続的支援
ケアマネージャー、地域支援推進員、若年認知症コーディネーター	個別相談対応、関係者調整・コーディネート
当事者団体、認知症サポーターなど	ピアサポート、見守りなど地域での支援・ケアの提供

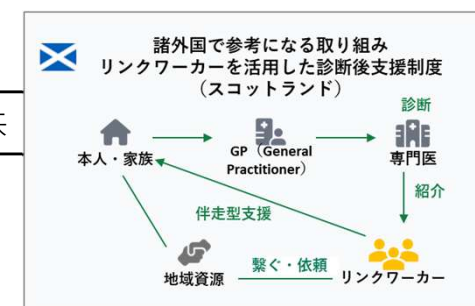
本施策の評価指標案

【アウトプット指標】

- ・ ナビサイト登録者数および診断連動型機能の利用開始率
- ・ ナビサイトおよび家族教室の存在認知率（診断後一定期間内の家族等を対象とした調査）
- ・ 家族教室の実施率（医療機関等における実施割合）※診断後支援の充実度合いを測る参考指標として

【アウトカム指標】

- ・ 診断後一定期間内における支援到達率（相談窓口・地域資源・介護サービス等へ接続した家族等の割合）
- ・ ナビサイト経由での相談・サービス利用件数
- ・ 家族等の支援に関する情報充足感（「必要な情報を得られた」と回答した割合）
- ・ 支援の継続率（初回接続後、一定期間内に継続的な支援を利用している割合）



提言1：オンライン・リンクワーカー ～診断直後を起点としたナビサイトの構築～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ 診断前や支援に接続できていない家族等に対する対応

本提案は診断を起点に家族等への支援を設計しているが、診断前の家族等や、なんらかの理由で孤立化をしている家族等に対する働きかけも併せて重要であることも忘れてはいけない。

・ 医療機関における初期接続の強化

診断後に医療側から社会資源や支援につなげる後押しが弱いことが指摘されている。家族が十分な情報提供を受けたと感じている割合は低く、特に介護保険制度の利用方法やピアサポートに関する情報は届きにくい。ナビサイトへの接続を確実にするためには、医療機関における情報提供の標準化と、かかりつけ医を含む医療従事者への認知症に関する最新の知見の普及が前提となる。

・ 診断時のアセスメントと支援の振り分け

診断時点で家族等の状況を簡易的にでも把握し、必要な支援の方向性（情報提供・心理的支援・社会資源への接続等）を振り分ける仕組みの検討が必要である。この点は提言2（専門職による家族等への支援業務の報酬化）における家族に対するアセスメントとの連動が求められる。

・ 支援を利用しない家族等への対応

「参加しない」「今は使わない」という選択を尊重しつつ、必要時に関係者がリーチできる体制が必要である。特に、ワーキングケアラーなど時間的制約が大きい家族等に対しては、生活動線上で自然に情報が届く仕組みや、時間を問わずアクセスできるオンラインの支援が重要となる。

提言1：オンライン・リンクワーカー ～診断直後を起点としたナビサイトの構築～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

- ・ 既存の取り組みとの整合性

各種ウェブサイトの集約や一本化の検討が必要である。

- ・ 地域の社会資源の格差とデジタルデバйдへの対応

利用可能な社会資源に地域間格差があることを踏まえ、広域連携の推進やオンラインコンテンツの充実を図る必要がある。デジタル機器に不慣れな層への対応も併せて検討する。

提言2：家族支援の「報酬化」 ～アセスメントに基づく専門的支援の制度的評価～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

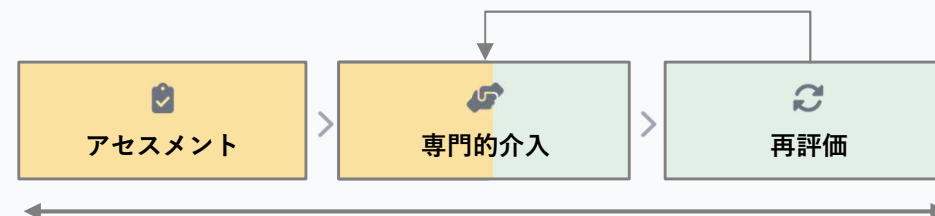
実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

本提言は、以下の3つの要素を一体的に推進することにより、家族等への支援を持続可能な仕組みとして制度に組み込むことを目指す。

- ① **アセスメントとプロセス評価に基づく報酬の導入：** 家族等へのアセスメントから支援・再評価に至る一連のプロセスに対し、診療報酬および介護報酬における加算を新設する。
- ② **従事者の負担軽減とウェルビーイング確保：** 家族等への支援を新たな業務負荷とせず、専門職のウェルビーイングと両立させるため、報酬算定にあたっては、労働環境の整備や処遇改善が同時に実施されていることを要件とする。
- ③ **家族支援に関する体系的教育とアセスメント技術の習得支援：** 家族等を対象としたアセスメントの内容・項目を標準化した上で、それに基づく技術の習得に向けた研修を整備する。報酬算定の施設基準として、当該研修の修了を要件とする。



家族等に対するアセスメントを実施し、その結果に基づいて必要な支援を検討・提供する。単回評価にとどまらず、その後も医療・介護双方の現場において定期的なアセスメントとモニタリングを行い、支援内容の見直しと継続的な支援への接続を図る。これにより、家族等の状態の変化や支援ニーズの変動を適切に捉え、継続的かつ柔軟な支援につなげることが可能となる。

この一連のプロセスに対し、下部の加算を新設する。

診療報酬 認知症初期家族等支援加算（仮）

- 対象職種**
医師、看護師、社会福祉士、心理士等
- 算定要件**
診断時～継続的支援の実施
- 可視化**
診療記録

介護報酬 認知症在宅ケア家族等支援加算（仮）

- 対象職種**
ケアマネージャー、訪問看護師、初期集中支援チーム等
- 算定要件**
在宅での家族負担評価と支援実施
- 可視化**
ケア記録、家族の声

提言2：家族支援の「報酬化」 ～アセスメントに基づく専門的支援の制度的評価～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

診療報酬のイメージ（一案）

- 厚生労働省が定める「家族支援に関する研修」を修了した医師および看護師または心理士、社会福祉士その他の医療従事者を常勤換算1名以上配置していること。
- 次を含む多職種チームを構成していること。医師・看護師・ソーシャルワーカー又は社会福祉士や必要に応じ心理職、リハビリ職等チームは、家族等の心理的負担、介護負担、社会資源利用状況等を包括的に評価し、支援方針を共有する体制を有すること。

区分	多職種連携の前提	主な条件（算定要件）	タイミング	頻度
イ：治療方針説明	・医師＋看護師の共同実施が必須	・治療方針の説明（進行の見通し、生活上の注意点、介護保険、地域資源の説明） ・家族の初回アセスメント、文書提供（説明書） ・記録必須	・診断時	1回
ロ：アセスメント	・医師・看護師・公認心理師・社会福祉士のいずれか	・アセスメント ・アセスメント結果に基づく支援計画・文書提供	・2回目以降かつ診断3か月後以降	Xか月ごとに1回まで
ハ：心理学的支援	・医師・看護師・公認心理師のいずれか	心理アセスメント ・心理面接または不安軽減に関する支援 ・文書提供		必要時 最大X回まで
ニ：地域連携支援加算		地域包括支援センター・ケアマネジャーとの連携 ・アセスメント結果の共有・地域包括支援センターへの情報提供書 ・ケアマネジャーとの連携記録		

提言2：家族支援の「報酬化」 ～アセスメントに基づく専門的支援の制度的評価～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

主なプレイヤーとその役割（一例）

厚生労働省	アセスメントの標準化、診療報酬・介護報酬等の改定、細かな算定基準等の設計・通知
中央社会保険医療協議会（中医協）	診療報酬改定の審議
医療機関・介護事業所等	アセスメントや必要なケアの実施・提供、処遇改善・労働環境の整備
職能団体	医療・介護従事者等の教育事業の実施、基準策定への関与
ケアマネージャーや地域包括支援センターなど	アセスメントに応じた必要なケアの提供や医療機関との連携

本施策の評価指標案

【プロセス指標：算定要件として組み込む評価】

- ・ 算定基準に準じた体制を構築している医療機関・介護事業所数
- ・ 家族等へのアセスメントの実施および記録（標準化された評価項目に基づくもの）
- ・ アセスメント結果に基づく支援計画の策定・文書提供
- ・ 定期的な再評価の実施（支援内容の見直しを含む）

【アウトカム指標：支援の成果を把握するための評価】

- ・ 家族の介護負担感・孤立感の変化（標準化尺度による測定）
- ・ 家族の主観的評価（支援への満足度、安心感、家族本人の社会活動や睡眠に対する影響等）
- ・ アセスメントを経て具体的な支援（地域資源・専門的介入等）に接続した割合

提言2：家族支援の「報酬化」 ～アセスメントに基づく専門的支援の制度的評価～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ 通常業務との切り分けと制度設計

家族支援は既に多くの専門職が通常業務の中で実施しているため、「どこからが加算の対象となる専門的支援か」の線引きが制度設計上の鍵となる。通常の診療・ケアとは区別された、アセスメントに基づく体系的な支援として明確に定義する必要がある。あわせて、加算に伴う利用者負担の発生について、家族等の理解と納得を得るための説明の仕組みも検討が必要である。また、本業務は新たな業務の追加としてではなく、既存のケアマネジメント業務の質の向上として位置づけることが求められる。

・ プロセス評価の視点の導入

アセスメントの実施が形式的な実施にとどまり、家族支援の質向上につながらないリスクがある。家族支援の成果を短期的な数値のみで捉えるのではなく、家族が安心して相談できているか、支援体制として機能しているかを把握するプロセス評価の視点を取り入れる必要がある。

・ 医療機関の経営層の理解と組織的な位置づけ

医療機関の幹部や経営層が、認知症の人の生活を支える上での家族支援の重要性を理解し、組織として取り組む体制を構築することが前提となる。報酬の有無にかかわらず地域と連携する姿勢を基本としつつ、報酬との連動を検討する。

・ 処遇改善の具体的な仕組み

加算収入が専門職の処遇改善に確実に反映される設計が必要である。処遇改善加算の職場環境等要件への導入や、加算収入の処遇改善への充当等、具体的な仕組みを検討する。

・ 地域支援事業における家族支援の評価

診療報酬・介護報酬の枠組みでは評価しきれない、制度の狭間や予防的段階における家族支援について、地域支援事業等の枠組みでの評価のあり方を検討する。

提言2：家族支援の「報酬化」 ～アセスメントに基づく専門的支援の制度的評価～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ 家族に対するアセスメント項目の具体化と標準化

現行の家族等に関するアセスメントは抽象度が高く、個人の専門性や経験によっても評価のばらつきが生じやすい。専門職が横断的に関与しアセスメントを実施する観点から、家族の介護負担、心理的状态、生活への影響等をより具体的かつ評価者による影響を少なくして把握するため、標準化された評価項目の整備が求められる。その際、既存の尺度の活用可能性についても検討する必要がある。

・ 医療・介護の専門職に対する教育・研修の強化

家族支援に関するアセスメントおよび支援技術について、ケアマネジャーを含む専門職に対する体系的な研修の整備が必要である。特に、家族の感情や負担を適切に把握し、支援につなげるための実践的なスキルの習得が重要となる。なお、教育・研修の実施は、専門職に対するインセンティブ付与や業務負担の軽減・調整とセットで進めることが必須である。専門性の向上と職場環境の改善を通じて、専門職自身および家族等に還元される形とすることが求められる。

・ かかりつけ機能の強化および活用

認知症の確定診断に至るまでは複数回の通院を要することが大半であり、診断プロセスの質を担保するための継続的なアセスメント、および診断後の経過観察の評価も強化すべき点である。具体的には、診療報酬における「A001再診料」の「地域包括診療加算」の算定要件に、FAS（Functional Assessment Staging）等の指標を用いたチェックリストの実施を新たに追加するといったアイデアが提示されている。客観的な指標に基づく継続評価を要件化することで、かかりつけ医による質の高い認知症診療を促進し、本人および家族への適切な支援・説明に還元される体制の構築が求められる。

提言3：選べるカフェへ

～認知症カフェの機能タグによる可視化と連携基盤の整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

認知症カフェが家族等の支援において担いえる多様な機能を可視化し、家族等や関係者がニーズに応じたカフェを見つけやすい環境を整備する。これにより、参加に伴う心理的・情動的ハードルを低減し、医療・介護・地域の関係者間の連携を促進する。

各カフェの自主性や地域性を尊重しつつ、共通の整理枠組みを提示することで、認知症カフェの「相場感」の醸成と、政策的支援の基盤を構築する。

枠組みの設計

厚生労働省：
機能別タグなどを標準化し提供。（数年後）
データを蓄積し、日本における認知症カフェの政策的方針検討を行う。
認知症カフェ運営組織：
活動の方針やニーズを鑑みて、認知症カフェの主な機能を検討する。

タグ登録と活用

認知症カフェ運営組織：
外部関係者との共通認識構築や紹介・連携促進のため、タグを登録する。
自治体や医療機関など：
地域資源として認知症カフェを位置づけ、カフェのタグをケアパスなどの啓発資材として掲載するなど連携する

PDCAサイクル

改善と更新

認知症カフェ運営組織：
自己評価の結果を踏まえ、活動内容の改善やタグの見直しを行い、次期活動へ生かす。

自己評価

厚生労働省：
登録したタグごとの評価軸を設定。
認知症カフェ運営組織：
登録したタグに対応する評価軸に基づき活動を自己評価する

家族等への支援におけるタグ案

類型① 情報支援型（知る）

類型② 心理・ピア支援型（支える）

類型③ 実践知共有・交流型（集う）

類型④ ナビゲーション型（繋ぐ）

補助的表示（案）

- ・ 想定する主な利用者の立場
- ・ 利用者の特徴（性別など）
- ・ 進行度・病型の属性

提言3：選べるカフェへ ～認知症カフェの機能タグによる可視化と連携基盤の整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

主なプレーヤーとその役割（一例）

厚生労働省	タグや補助的表示項目の設定など方針案の策定
基礎自治体	タグ付けの管理・活用、認知症カフェ運営組織への制度の周知・連携
認知症カフェ運営組織	タグの選定・登録、地域関係者への周知

本施策の評価指標案

【アウトプット指標】

- 機能タグを登録している認知症カフェの割合
- 年1回以上タグ情報の更新が行われたカフェの割合
- タグ情報をケアパス等の啓発資材に掲載している自治体の割合

【アウトカム指標】

- タグを参照してカフェを選択・参加した利用者の割合
- 初参加者における「事前に特徴を理解して参加できた」と回答した割合
- 医療・地域包括支援センター職員の「紹介しやすくなった」との評価
- 参加者の満足度・安心感および継続参加率

ひだまり認知症カフェ

登録No. 123

📍 A市1-2-3 コミュニティセンター内

🕒 毎月第2・4土曜 13:00-16:00

認知症のご本人、ご家族、地域の方が集える場所です。専門職によるミニ講座や個別相談も実施しています。お茶を飲みながらほっと一息つきませんか？

☑ 情報支援型

☑ 実践知共有・交流型

主な利用者

想定ステージ

専門職配置

本人・家族・住民

初期～中期・未診断

あり（相談可）

提言3：選べるカフェへ

～認知症カフェの機能タグによる可視化と連携基盤の整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ ケアパス全体の中での認知症カフェの位置づけ

認知症カフェは地域の支援資源の一つであり、家族の会、デイサービス、地域包括支援センター等と役割が重なる部分がある。タグ付けを契機として、ケアパスの中で認知症カフェが主に担う領域を明確化し、他の支援資源との棲み分けと連携のあり方を整理する必要がある。

・ タグ付けの運用と自由度の両立

認知症カフェは自由度の高さゆえに全国に広がった経緯がある。タグ付けが画一化や過度な管理につながらないよう、あくまで「相場感」の醸成を目的とした緩やかな枠組みとして運用する必要がある。また、タグは固定的なものではなく、活動の変化に応じて柔軟に更新できる仕組みとする。

・ 参加の心理的ハードルへの対応

タグ付けにより情報面でのハードルは低減が期待されるが、初めてカフェに参加する際の心理的ハードルは依然として高い。特に、補助的表示項目の「進行度・病型」については、早期段階では自身の状態をコミュニティに開示することへの抵抗感がある点に留意が必要である。地域の関係者による声かけなど、情報発信以外のアウトリーチの仕組みもあわせて検討する。

・ 本人の視点との統合

本提言は家族等支援の観点からタグ付けを提案するものであるが、認知症カフェは本人の社会参加や活躍の場、地域住民に対する支援としての機能も有している。将来的には本人の視点等を含めたタグ体系への拡張を検討する。

・ 地域特性に応じた展開

都市部と地方部では利用可能なカフェの数や種類に差があるため、タグ付けの運用にあたっては地域の実情に応じた柔軟な対応が必要である。タグ付けの結果、特定領域のカフェが不足していた場合には、カフェの新設と財政的支援の検討とともに、産官学民の協働による多様な認知症カフェの展開モデル創出といったアプローチの検討も一案である。

提言4：職域から届く家族等支援 ～保険者単位での相談機能とゲートキーパーの整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

企業内に介護・ケアに関する相談機能を整備し、働きながら介護を担う従業員が、早期から安心して相談できる環境を構築することで、介護離職の防止と生活の安定を一体的に推進する。企業の役割はすべての支援を抱え込むことではなく、従業員の困りごとに気づき、適切な支援につなぐゲートキーパーとして機能することにある。あわせて、従業員の身体的・精神的健康を守る健康経営の観点から、職域と地域資源が連続した継続的支援モデルを確立する。こうした企業の取り組みを社会全体で促進するため、健康経営における評価指標への反映や税制上の優遇措置など、厚生労働省・経済産業省をはじめとする関係省庁が連携し、仕事と介護の両立支援に取り組む企業を奨励する環境を整備する。

ただし、こういった取り組みを効果的にするためには、認知症の介護は育児と異なり次のような特性を持ちうることを認識する必要がある。例えば、時期的なゴール（終わり）が見えにくいこと、サービス導入などの決定権が本人、配偶者、子どもなど誰が責任者なのかが不明確であること、特に子どもが親の介護を担うケースでは、認知症の本人とは別の生活や家庭を持ちながら介護を担わなければならないことが挙げられる。こういった特性から、介護においては家庭状況や地域資源に応じた調整が必要であり個別性が高い。一時的な休業や制度上の措置だけでは対応しきれず、介護保険サービス、職場制度、地域支援、家族内調整など、あらゆる制度・支援を組み合わせ活用することが求められる。しかし現状では、企業側に相談ニーズがある一方、地域側の支援と接続する機能・構造が弱く、従業員はキャリアへの影響を恐れて介護の事実を職場に開示しない傾向がある。また、要介護・要支援認定前のサービスを受けられない時期や、診断前後の見通しが不透明な時期に相談先がなく、有給休暇を消化しながら手続きに追われるケースも多い。さらに、自営業者は休業が直接収入の喪失や廃業リスクにつながるにもかかわらず、企業を通じた支援の枠組みからこぼれ落ちやすいという固有の課題を抱えている。

提言4：職域から届く家族等支援 ～保険者単位での相談機能とゲートキーパーの整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

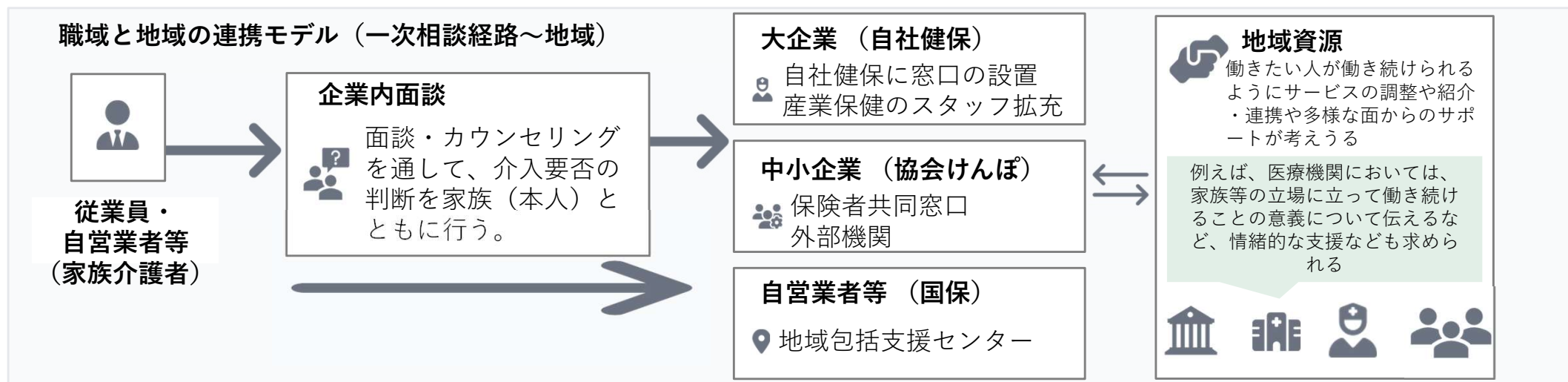
実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

支援モデルの全体像

従業員が最初にアクセスする相談先（一次相談）を、加入保険や企業内資源に応じて明確化し、不足部分を業界・共同枠組みで補完する構造を構築する。一次相談では、面談やカウンセリングを通じて従業員の状況を把握し、支援の方向性を本人とともに検討した上で、必要に応じて地域資源（地域包括支援センター、医療機関、介護サービス等）につなぐ。その際、家族が必ずしも「支援対象」としてのアプローチを望んでいるとは限らない点に留意し、従業員の健康管理やメンタルヘルス支援の延長線上に介護相談を位置づけるなど、相談しやすい入口の設計が重要である。



支援範囲

対象段階を要介護認定後に限定せず、未自覚段階、診断前後、要介護認定前の段階から対応する。また、個別の相談対応に加え、介護が始まる前の段階から、介護に関する基本的な知識や利用可能な制度についての啓発を企業を通じて行い、いざというときに従業員が自ら相談や行動を起こせる素地を形成する。

提言4：職域から届く家族等支援 ～保険者単位での相談機能とゲートキーパーの整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

主なプレイヤーとその役割（一例）

厚生労働省・経済産業省	ガイドラインの策定、モデル事業の実施、健康経営施策との連動
保険者（健康保険組合・協会けんぽ等）	保険者共同窓口の整備、データヘルス計画への反映
企業	相談機能の整備、組織風土の醸成、両立支援プランの策定
自治体・地域包括支援センター	地域資源との接続、自営業者等への対応
業界団体	中小企業向けの共同相談窓口の設置・運営

本施策の評価指標案

以下は、実証事業を通じて検証すべき評価の方向性を示すものである。

【アウトプット指標】

- ・ 一次相談窓口の設置状況（企業内・保険者共同窓口・業界団体単位）
- ・ 相談件数・内容および両立支援プラン策定率
- ・ 介護関連制度の利用率（介護休業・介護休暇・テレワーク・短時間勤務等）
- ・ 両立支援コーディネーターの養成及び配置に関する指標

【アウトカム指標】

- ・ 介護離職率の変化
- ・ 相談の早期化（介護開始前の相談比率）
- ・ 相談を利用した従業員の就業継続率および主観的健康感

提言4：職域から届く家族等支援 ～保険者単位での相談機能とゲートキーパーの整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ 地域包括支援センターへの過重負担の回避とつなぎ機能の検討

地域包括支援センターは既に業務過多の状態にある。職域からの相談接続が新たな負荷とならないよう、職域での一次相談機能と地域資源の間での役割分担を明確化するとともに、適切な相談先の仕分けを行う必要がある。同時に業務を見直し負荷を適正化すると同時に、地域包括支援センターが弁護士・税理士等の専門家も含めた地域の相談資源へのつなぎ役としての機能を担えるよう、連携・接続のあり方を検討する必要がある。

・ 自営業者等への支援のあり方

自営業者は企業を通じた支援の枠組みからこぼれ落ちやすく、休業が直接収入の喪失や廃業リスクにつながる固有の課題を抱える。国保加入者として地域包括支援センターが一次相談先となるが、前項目の通り、地域包括支援センターはすでに業務過多に陥っていることが指摘されており、就業継続と介護の両立を支援する具体的な方策については、さらなる検討が必要である。

・ プライバシーへの配慮と相談への入口設計

従業員がキャリアへの影響を恐れて介護の事実を開示しない傾向がある中で、会社に知られたくないというニーズと、早期介入の必要性を両立する相談設計が求められる。また、家族が必ずしも「支援を受けたい」と感じているとは限らない点にも留意し、健康管理やメンタルヘルス支援の一環として自然に相談できる入口を設計する必要がある。

提言4：職域から届く家族等支援 ～保険者単位での相談機能とゲートキーパーの整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ 本人と家族が同地域内に居住していない場合への対応

同居していない家族の介護が増加する中、遠距離介護など本人の居住地と介護者の居住地にまたがる調整が必要になるケースが多い。職域の相談機能と、本人が暮らす地域の包括支援センターや医療・介護サービスとの間で情報が連携できる導線を構築する必要がある。

・ 職域と地域の「通訳」機能の実装

企業が優先する論理（生産性・業務効率等）と地域の論理（福祉・生活支援等）にはギャップがあり、両者をつなぐ調整・通訳の機能が不可欠である。また一次相談機能を担う人材にこの役割を期待する場合、その専門性をどう担保するかが課題となる。既存の専門職（社労士、産業保健職等）との役割整理を含め、単なる新たな資格の創設に陥らない専門性の確保の方策を検討する必要がある。

提言5：家族等にもこころの支援を ～科学的根拠に基づく心理学的支援の標準化とアクセス経路の確立～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

認知症の本人を支える家族等に対し、認知行動療法（CBT）をはじめとした科学的根拠に基づく心理学的支援を、多要素・多職種・段階的に提供する体制を構築する。家族等の心理的負担を軽減し、ウェルビーイングを守るとともに、本人の心身の安定および自立した生活の継続を支える。あわせて、支援を必要とする家族等が適切なタイミングで心理的支援に到達できるアクセス経路を確立する。

心理学的支援の標準化：家族等の負担感や重症度に応じた層別化（間接的支援・中等度支援・積極的支援）に基づき、以下の3つの要素を組み合わせた標準モデルを開発・実証する。

- ① 認知症に関する正しい知識の提供（心理教育）：病態理解、BPSDへの具体的対処法、介護スキルの習得を通じて見通しを持てるようにする
- ② 介護・コミュニケーションの実践的スキル：環境調整をはじめとするケアのコツについて学ぶ機会を提供する
- ③ 認知の再構成・感情調整の支援：認知症やケアに対する思考の転換、感情の受け止め方の調整を通じて、適応的な対処を支援する

支援のプロセスは、スクリーニング（高リスク群の同定）→アセスメント（負担・ニーズ評価）→介入（心理教育等の実施）→評価（効果測定・見直し）→フォローアップ（継続的サポート）の5段階で構成する

アクセス経路の確立：家族等が心理学的支援に到達するための経路として、以下の2つを整備する。

1. オンラインプログラムの整備：家族がすきま時間で視聴・体験できる短時間のプログラムを提供し、ストレスマネジメント等の強化を図る
2. 専門職に対する心理的ケアの研修整備：認知症疾患医療センター等がハブとなり、各専門職がCBTをはじめとする心理的ケアの考え方・介入方法を学ぶ機会を提供する。各専門職が自身の現場で支援を実施できる体制を構築する

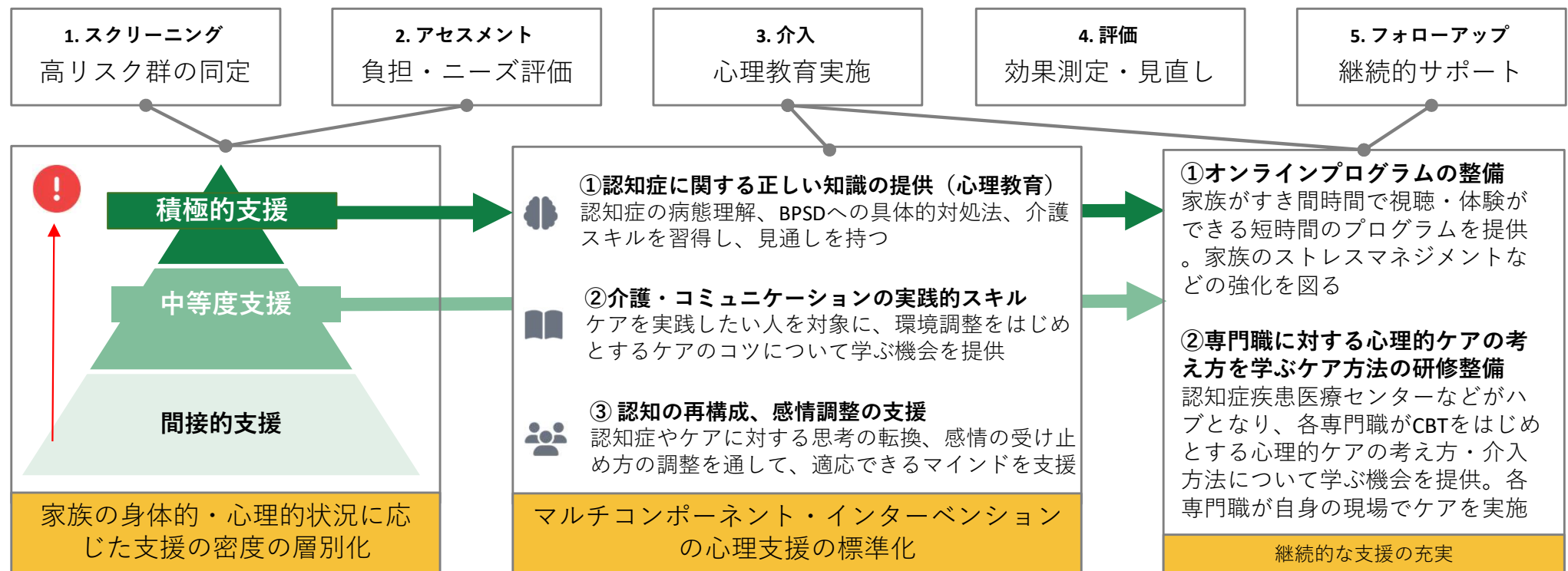
提言5：家族等にもこころの支援を ～科学的根拠に基づく心理学的支援の標準化とアクセス経路の確立～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要



実証から制度化への道筋

本提言は、モデル事業を通じて介入プロトコルの有効性を検証した上で、制度化を目指すものである。提言2（専門職による家族等への支援業務の報酬化）で提案するアセスメントから支援への一連のプロセスと連動させつつ、心理的支援に固有の専門的介入について、将来的な診療報酬上の位置づけを検討する。

提言5：家族等にもこころの支援を ～科学的根拠に基づく心理学的支援の標準化とアクセス経路の確立～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

本施策の評価指標案

以下は、モデル事業を通じて検証すべき評価の方向性を示すものである。

【アウトプット指標】

- ・ 支援を受けた家族の数・実施状況およびプログラム完遂率
- ・ オンラインプログラムの整備状況および利用者数
- ・ 専門職向け研修修了者数（職種別）および修了者による研修内容の現場活用率と支援事例の収集・記述
- ・ スクリーニング・アセスメントの実施件数

【アウトカム指標】

- ・ 抑うつ尺度（PHQ-9）の改善率
- ・ 家族の介護負担感・心理的負担の変化（標準化尺度による測定）
- ・ 継続的な支援への接続率

今後検討が必要なポイント

・ 介入プロトコルの標準化

マルチコンポーネント・インターベンションの構成要素、各層（間接的支援・中等度支援・積極的支援）への振り分け基準、介入の頻度・期間等について、モデル事業を通じて標準的なプロトコルを開発する必要がある。その際、特定の手法を算定要件とするのではなく、アセスメント・介入・再評価というプロセスそのものを評価の対象とする設計が求められる。

提言5：家族等にもこころの支援を ～科学的根拠に基づく心理学的支援の標準化とアクセス経路の確立～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント（続き）

・ 支援を担う職種と研修体制の設計

心理学的支援の各要素を誰が担うかの整理が必要である。心理教育や実践的スキルの提供は訪問看護師やケアマネジャー等が生活動線上で担いうる一方、認知の再構成や感情調整など高度な心理的介入は公認心理師等の専門職が中心となる。各職種に求められる研修の内容・水準を明確化するとともに、傾聴だけでは対応が難しいケースに対して、医療的な見立てや心理的アセスメントへ適切につなぐ判断基準の整備も検討する。

・ 家族の主観的体験の評価方法

標準化尺度による量的評価に加え、家族の語りや主観的体験をどのように支援の評価に組み込むかは重要な課題である。家族が「安心できた」「見通しが持てた」といった変化を捉える質的評価の方法論について、モデル事業の中で検討する必要がある。

・ 家族介護を前提・推奨する仕組みと受け取られないための設計

家族は歴史的に「介護力」として位置づけられてきた経緯がある。心理学的支援の充実が「家族が介護を担い続けること」を前提とした施策と受け取られないよう、支援の目的はあくまで家族自身のウェルビーイングの保護にあることを明確にした設計が必要である。また、本人の支援の視点と家族の支援の視点が相反する場合があることを踏まえ、両者を区別した上で統合的に支援できる専門職の育成も課題となる。

・ 報酬化に向けた制度設計

将来的な診療報酬上の位置づけにあたっては、対象者基準（スクリーニングの閾値等）、算定回数、対象職種の範囲等を明確化する必要がある。提言2で提案するアセスメント・支援プロセスの報酬化との重複を避けつつ、心理的支援に固有の専門的介入をどの制度枠組みで評価するかを検討する。

提言6：つながるケアDX ～医療・介護・家族等間の情報連携基盤の整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

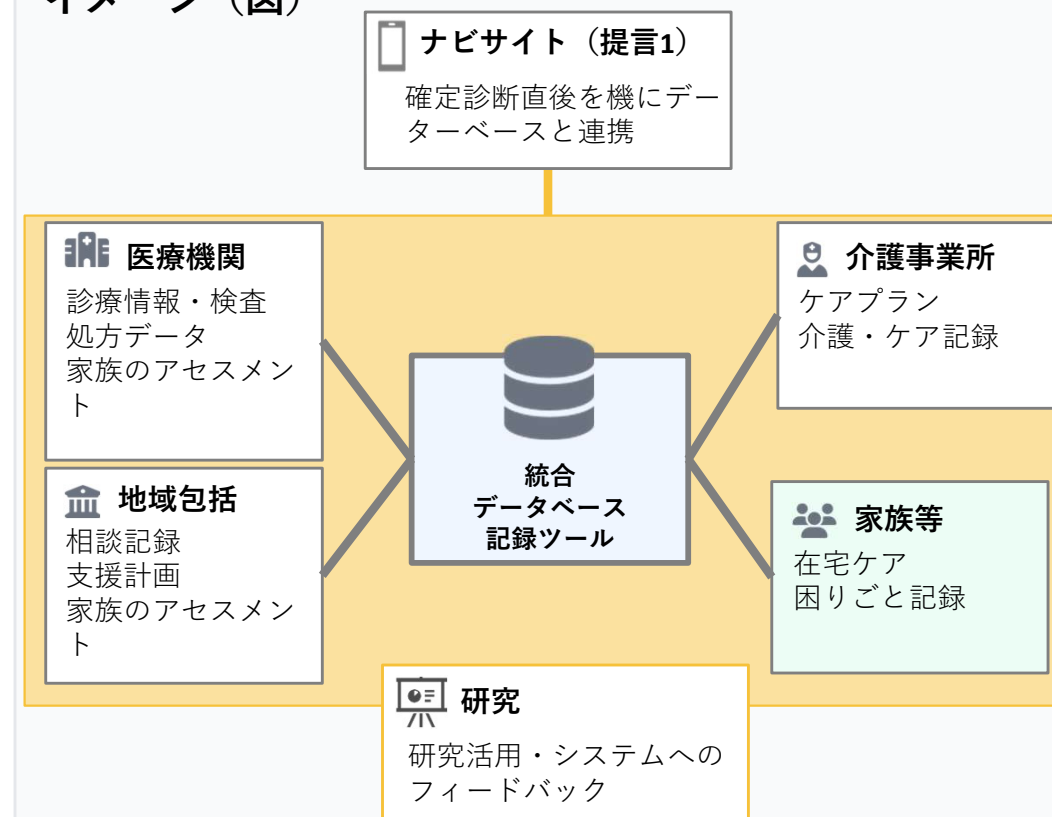
施策の目的と概要

医療・介護・家族等の間で、認知症の人の状態やケアに関する情報を安全かつ継続的に共有できる基盤を整備する。情報の一元化・可視化およびその整理を通じて、異変の早期発見と迅速な対応を可能にし、家族等の負荷軽減と孤立防止を実現する。あわせて、家族等が日常的に行っているケアの実態を記録・共有できる仕組みを構築し、「名もなき介護」の可視化と、データに基づく医療・介護の質向上および研究の発展につなげる。

本提言は、提言1（ナビサイト）で整備する情報提供基盤、提言2（報酬化）で導入する家族アセスメント、提言5（心理学的支援）で実施するスクリーニング等の成果を統合し、長期的に一体的な情報連携基盤として発展させることを構想するものである。

本提言が目指すのは、現在は医療機関・介護事業所・地域包括支援センター・家族等にそれぞれ分散している情報を、本人や家族等の同意を前提として共有・活用できる基盤の構築である。具体的には、診療情報・処方データ、ケアプラン・介護記録、相談記録・支援計画、家族による在宅ケアの記録、家族の健康状態などを、統合的に管理・参照できる仕組みを構想する。

イメージ（図）



期待される効果

- 情報の一元化・可視化
- 異変の早期発見・対応
- 家族の安心・負荷軽減

提言6：つながるケアDX ～医療・介護・家族等間の情報連携基盤の整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

基盤の主な機能

第一に、医療・介護・地域間の情報共有の促進である。かかりつけ医から専門医、医療機関から介護事業所への引き継ぎなど、現在は分断されがちな情報の流れを、広域で連携可能な仕組みとして整備する。同居していない家族が遠隔でも本人の状態を把握し、適切なタイミングで関係者と連携できる体制を構築する。

第二に、家族等によるケアの記録と可視化である。家族等が日常的に行っているケア内容、工夫、困りごとを記録・共有できるツール（デジタル・アナログ併用）を開発する。記録を通じて家族のケアの実態が専門職に伝わり、適切なフィードバックや支援につながる仕組みとする。

第三に、データの活用による支援の高度化である。蓄積されたデータを活用し、**BPSD**の予兆把握や早期介入の促進、ケア方法の改善に向けたフィードバックなど、データに基づく支援の実現を目指す。あわせて、研究機関との連携を通じて、認知症ケアに関するエビデンスの蓄積とシステムの改善に活用する。

他提言との接続

提言1で構築するナビサイトの診断連動型機能は、将来的に本基盤と接続することで、家族への情報提供と専門職による支援を一体的に運用できる可能性がある。提言2で導入する家族アセスメントの結果や、提言5のスクリーニング・心理的支援の記録は、本基盤に蓄積されることで、支援の継続性と質の向上に寄与する。これらの短中期的な取り組みの成果を段階的に統合していくことが、本基盤の実装に向けた現実的な道筋となる。

提言6：つながるケアDX ～医療・介護・家族等間の情報連携基盤の整備～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ 本人の同意と情報の主体性

情報連携基盤の前提として、本人の同意に基づく情報共有の原則を確立する必要がある。認知症の進行に伴い本人の意思表示が困難になる場合を見据え、事前の意思確認や代諾の仕組みも含めた制度設計が求められる。「誰が・何を・どこまで共有するか」について、本人の主体性を尊重した枠組みを検討する。

・ プライバシーの保護とセキュリティ

医療・介護・生活に関わる情報を横断的に共有する仕組みであるため、個人情報保護法をはじめとする法的枠組みとの整合性を確保した上で、情報の管理・アクセス権限・セキュリティ体制を設計する必要がある。家族が記録する生活情報についても、どの範囲まで専門職や研究機関と共有するかの基準を検討する。

・ 既存の情報基盤との整合性

マイナポータル、医療分野の電子カルテ、介護分野のケア記録システム、科学的介護情報システム（LIFE）、介護情報基盤、自治体の相談記録システムなど、既存の情報基盤は分野や用途ごとに個別に整備されている。本基盤を構築するにあたり、これらとの連携・統合の方針を明確化する必要がある。また、提言1で構築するナビサイトとの技術的・運用的な接続のあり方もあわせて検討する。

・ 家族等の記録負担とデジタルデバйдへの対応

ケアの記録・共有が家族等にとって新たな負担とならないよう、簡便な入力手段や自動記録の仕組みを検討する必要がある。また、デジタル機器に不慣れな層への対応として、アナログとの併用やサポート体制の整備も求められる。

・ 広域連携の単位と運用体制

情報共有の地理的な範囲（2次医療圏、自治体単位等）をどう設定するかは、遠距離介護への対応も含めた重要な論点である。また、基盤の運用・保守・更新を誰が担うかについても、持続可能な体制を検討する必要がある。

提言7：未来に届く互助システム ～地域の相互扶助の持続と拡充に向けた支援スキームの構築～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

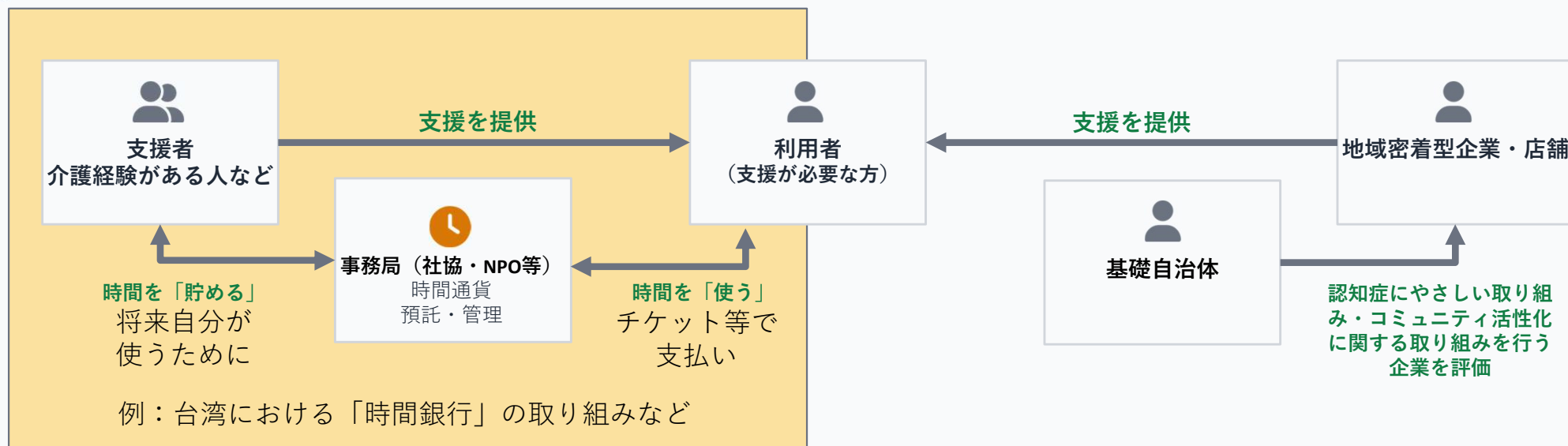
実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

施策の目的と概要

地域における相互扶助の取り組みを、善意のみに依存する形から、持続可能な仕組みとして再構築する。誰かを支援した経験や時間が将来の自分への支援として還元される互恵的な枠組みを整備することで、支援を受けることへの心理的抵抗を軽減し、支え手と受け手の双方が安心して参加できる地域社会を実現する。あわせて、民間組織や企業が地域の認知症の人および家族等のケア・支援として行う取り組みを評価し、地域の活性化と結びつけるスキームを構築する。

仕組み



≡ 具体的活用例	ちょっとした手助け	移動・外出	交流・見守り
	- 電球交換・ゴミ出し - 庭の草むしり	- 買い物の同行 - 通院の付き添い - 散歩の付き添い	- 見守り・安否確認 - コミュニティスペースの提供

☑ 期待される効果	コミュニティ活性化：希薄化した近所付き合いの再生と互助意識の醸成 生きがい・役割創出：過去に介護経験がある方やその時手助けができる人が「支え手」になることで社会参加を促進 心理的負担の軽減：お互いさまの仕組みにより、支援を受けることへの心理的抵抗感の低減を目指す
-----------	--

提言7：未来に届く互助システム

～地域の相互扶助の持続と拡充に向けた支援スキームの構築～

即時に実行を推進する具体的提言
(実装期間：1～2年)

実証を経て制度化を目指す提言
(実装期間：3～5年)

将来像を示す提言
(実装期間：5年以上)

今後検討が必要なポイント

・ 持続可能な運営体制と財源

時間通貨の管理や支援のマッチングといった事務局機能を、誰がどのような体制で担うかが最大の課題である。社会福祉協議会やNPO等が担い手として想定されるが、運営コストの財源確保と人員体制の構築が不可欠である。善意に依存しない仕組みを目指す以上、仕組みの運営自体が善意に依存する設計では矛盾が生じる。

・ 支援の質と安全性の担保

住民による互助的な支援は、専門職によるサービスとは性質が異なる。認知症の人への対応に一定の知識やスキルが求められる場面もあり、支援者に対する基礎的な研修の仕組みや、支援中の事故・トラブルへの対応（保険、責任の所在等）を整備する必要がある。提言3の認知症カフェにおけるボランティアの育成とも連動させることが考えられる。

・ 既存の地域活動・ボランティア制度との関係整理

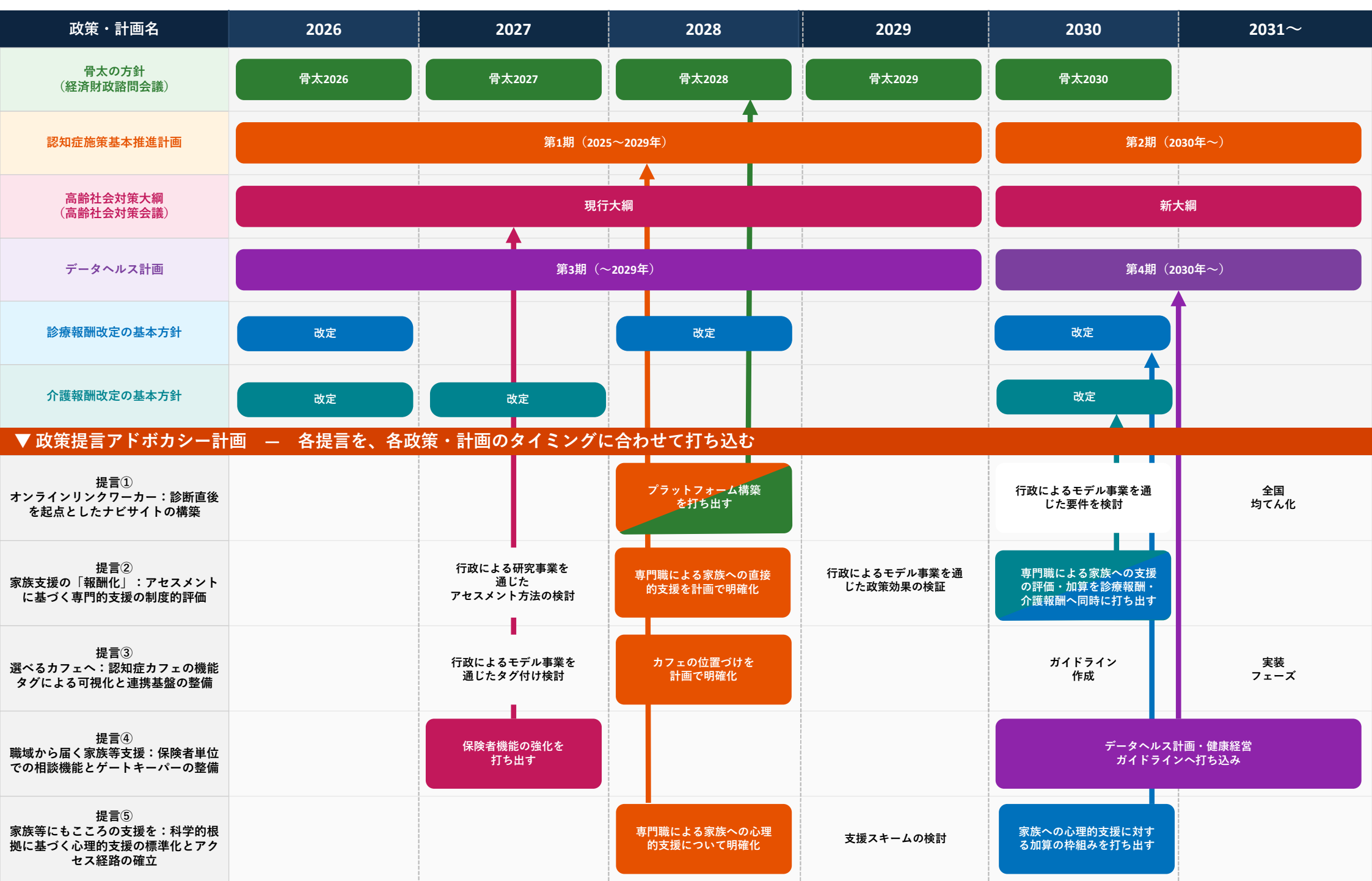
地域にはすでに介護支援ボランティアポイント制度、認知症サポーター活動、民生委員の見守り活動など、さまざまな互助的な取り組みが存在する。新たな仕組みがこれらと重複・競合しないよう、既存の活動との棲み分けと連携のあり方を整理する必要がある。

・ 「支え手」の確保と動機づけ

介護経験者が「支え手」として参加することは、経験の社会還元や生きがいの創出につながる一方、介護を終えた直後の方にとっては心理的負担となる場合もある。参加のタイミングや関わり方に選択肢を持たせるとともに、将来の自分への還元という互惠性を分かりやすく実感できる設計が、参加の動機づけとして重要である。

・ 地域特性に応じたモデルの多様化

都市部と地方部では、住民同士の関係性、移動手段、利用可能な社会資源が大きく異なる。画一的なモデルではなく、地域の実情に応じた複数のスキームを用意し、自治体が選択・組み合わせできる柔軟な設計が求められる。



【凡例】 上段：既存政策・計画のスケジュール（参照ライン） 赤帯以下：各提言のアドボカシーアクション（政策打ち込みタイミング） 色分け：打ち込む政策・施策

2026 年 4 月

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

2026 年 4 月

協賛企業（五十音順）

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

日本イーライリリー株式会社

ノボノルディスクファーマ株式会社

謝辞

本政策提言の作成にあたり、産官学民の多くの方からご意見を頂戴いたしました。本プロジェクトに対して専門的な見地からご助言をくださったアドバイザリーボードメンバーの皆様、ヒアリングにご協力くださった皆様、そして総括シンポジウムにご登壇いただいた皆様方に、深く御礼申し上げます。

アドバイザリーボードメンバー（敬称略・五十音順）

井上 美恵子 （町田市認知症友の会 会長）

大河内 章三 （社会福祉法人四ツ葉会 主任介護支援専門員／ケアクリエイター）

加藤 亮 （ノボノルディスクファーマ株式会社医療政策・渉外本部 本部長）

武地 一 （藤田医科大学医学部 認知症・高齢診療科 教授）

富田 清行 （エーザイ株式会社 グローバル AD オフィス バリュー&アクセス／ペイシェントアドボカシー リード）

中山 陽輔 （日本イーライリリー株式会社 コーポレートアフェアーズ本部 企画・医療政策部 部長）

松浦 祐子 （朝日新聞社 編集局 デジタル企画報道部 記者／元なかまある編集長）

三橋 良博 （認知症の人と家族の会 理事／神奈川県支部副代表世話人）

森 直紀 （大塚製薬株式会社メディカル・アフェアーズ部）

山川 みやえ （大阪大学大学院医学系研究科 老年看護学研究室 准教授）

涌井 智子 （東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 准主任研究員）

※ご所属・お肩書は、2025 年度時点

2026 年 4 月

提言の独立性について

本提言書は、各会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、専門家や登壇者等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004 年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供しています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。

日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動をしていきます。

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

執筆者 ※所属・肩書は、2025年度時点
栗田 駿一郎（日本医療政策機構 シニアマネージャー）
平家 穂乃佳（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
岩倉 日南子（日本医療政策機構 インターン）
小林 武尊（日本医療政策機構 インターン）
仲里 尚子（日本医療政策機構 インターン）

特定非営利活動法人 日本医療政策機構
〒106-0032 東京都港区六本木5-11-16 国際文化会館内
Tel: 03-4241-5020 Fax: 03-6859-9291
E-mail: info@hgpi.org