

東京都の認知症施策及び 新オレンジプランについて

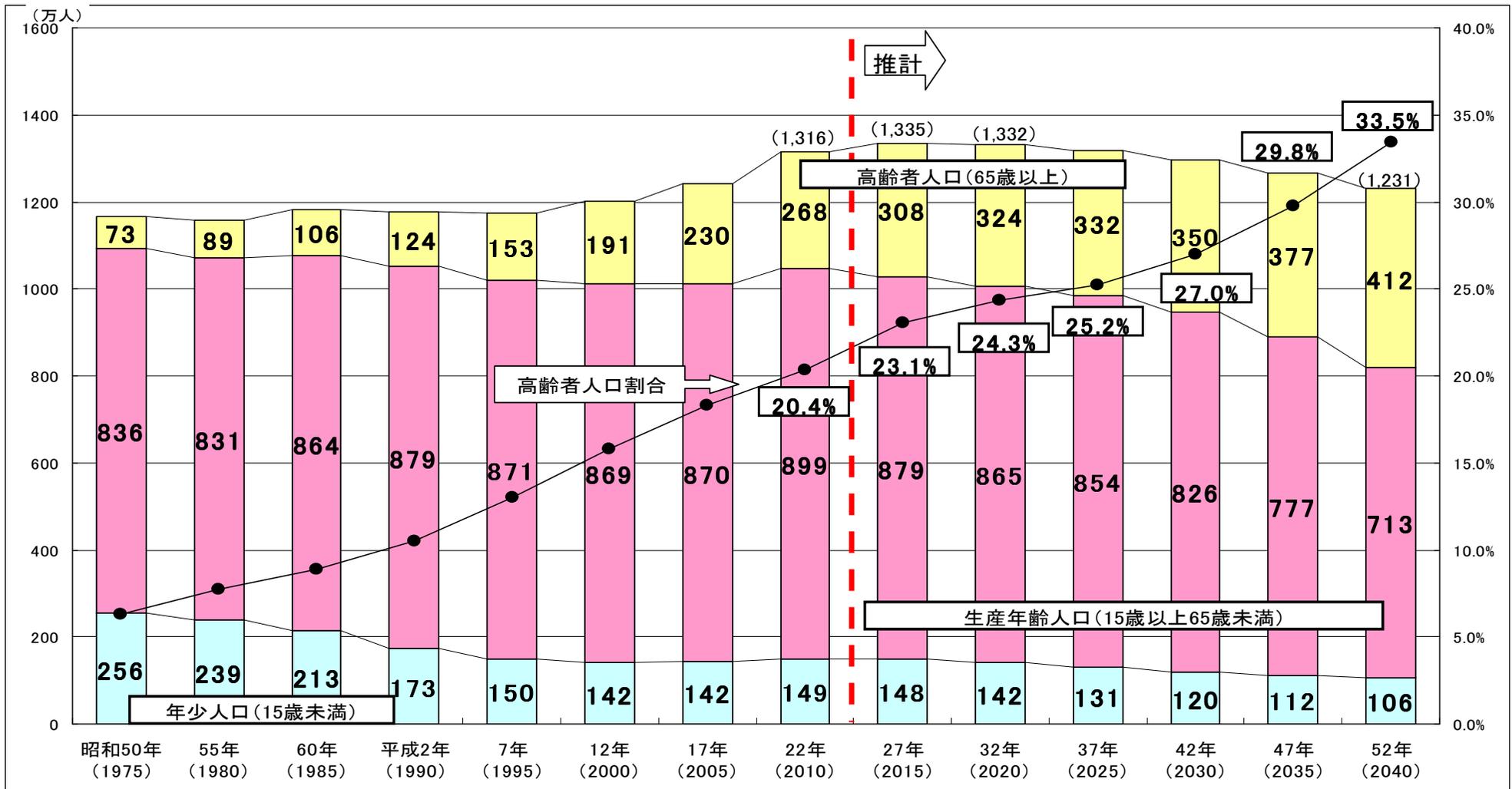




(1) 都内の高齢者を取り巻く状況

超高齢社会の到来

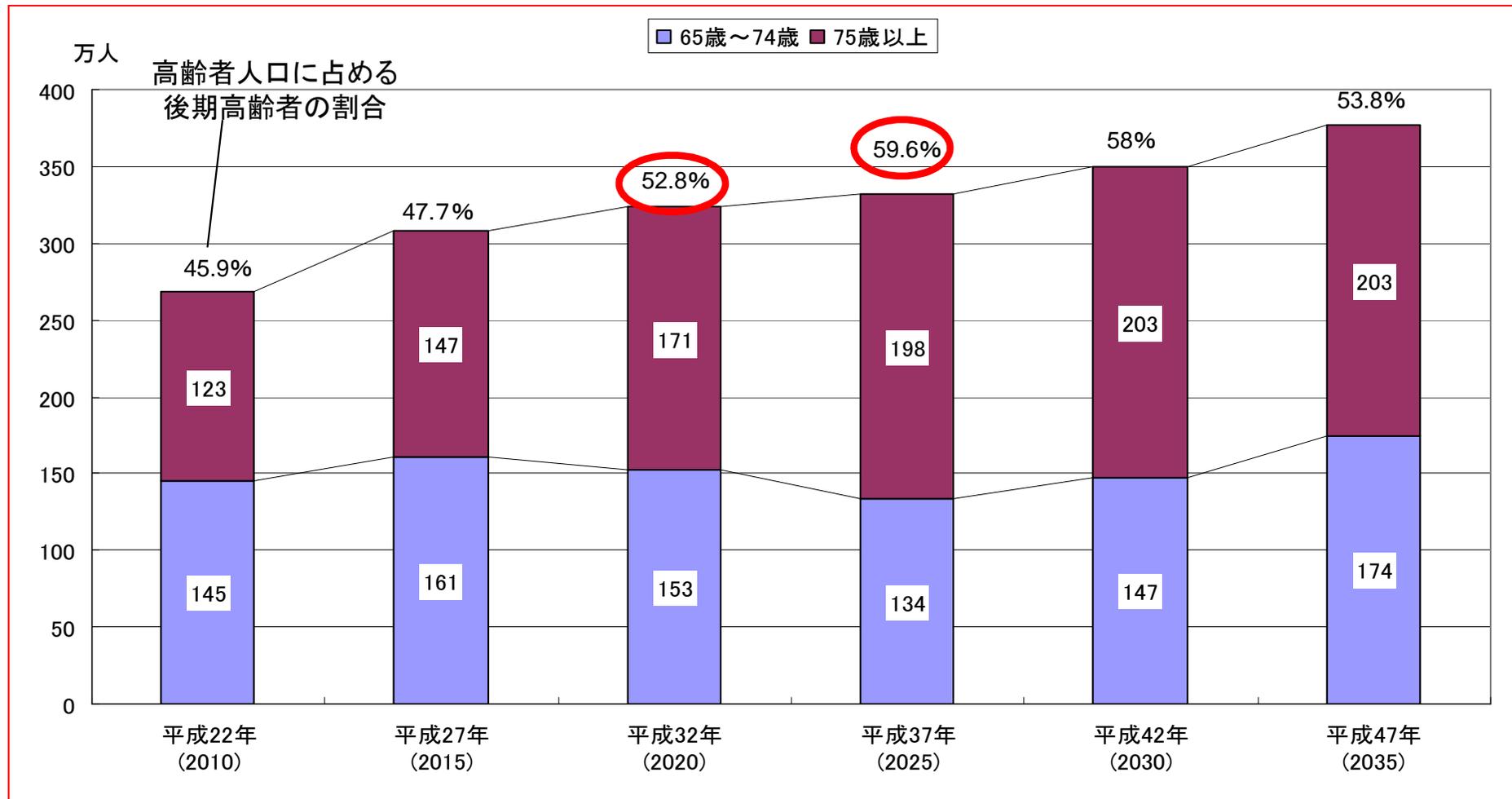
東京都の65歳以上の高齢者は、平成22年1月1日現在約268万人で、総人口に占める割合(高齢化率)は20.4%となっている。東京都の高齢者人口は、平成27年まで急速に増加し、高齢化率は、平成27年には23.1%、平成47年には29.8%に達し、**都民のおよそ30%が65歳以上の高齢者**という社会が到来することが見込まれている。



資料:総務省「国勢調査」[昭和50年～平成22年]
 国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口」(平成25年3月推計)[平成27年～平成47年]

後期高齢者(75歳以上)人口の推計(東京都)

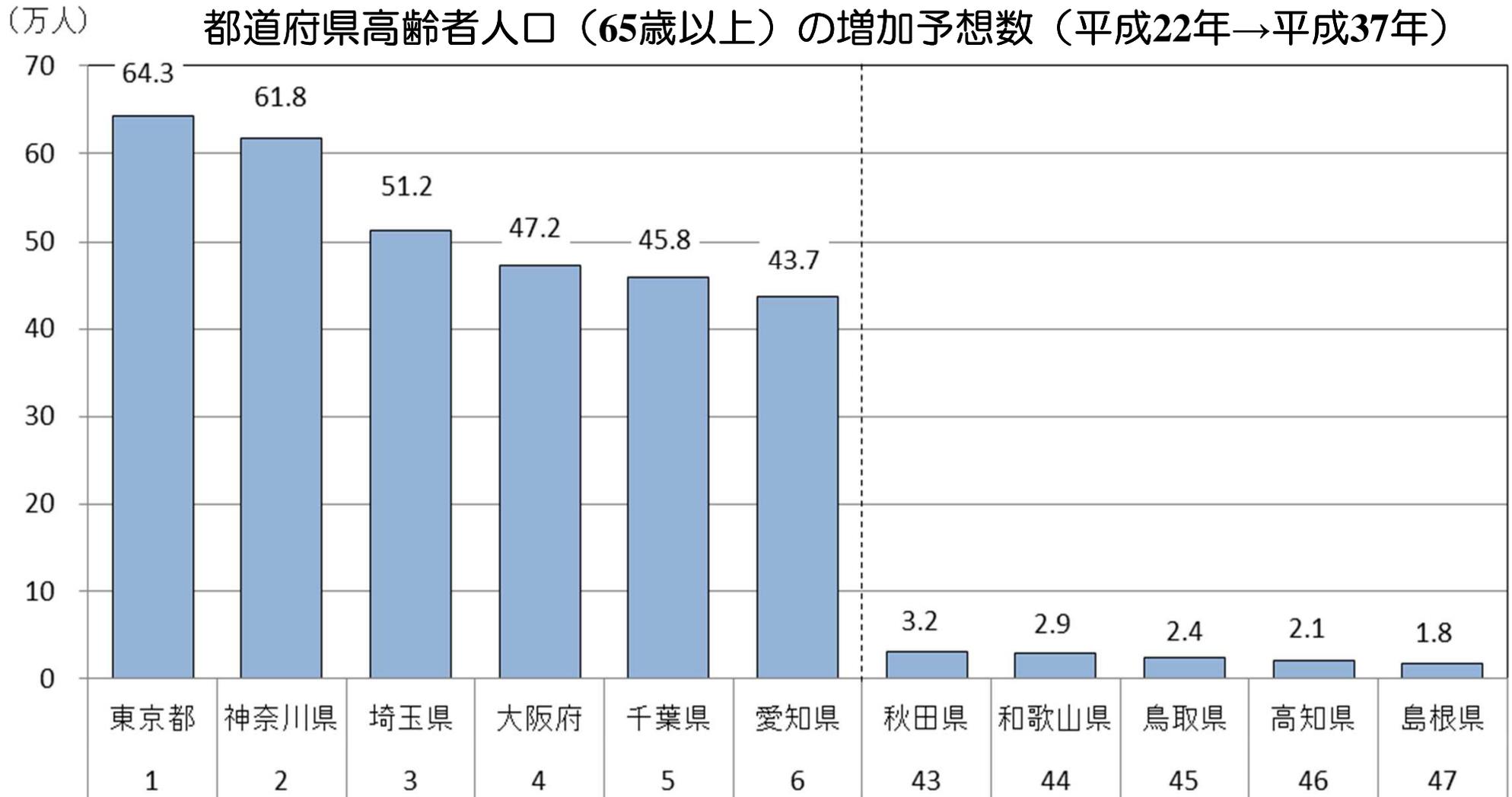
平成32年(2020年)に、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回り、全ての団塊の世代が後期高齢者となる平成37年(2025年)には、都内の高齢者の約6割が後期高齢者となる。



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口」(平成25年3月推計)[平成27年～平成47年]

今後急速に高齢化が進む都市部

○ 平成22年（2010年）から平成37年（2025年）にかけては、東京、大阪、愛知などの大都市圏において高齢者人口（65歳以上）が大幅に増加すると見込まれている。



「日本の都道府県別将来推計人口（平成25年3月推計）について」（国立社会保障・人口問題研究所）

今後急速に高齢化が進む東京都多摩地域

○ 都内区市町村において、今後急速に高齢化が進むのは、「多摩地域」および「島しょ部」。

区市別の高齢者（65歳以上）人口の推移

	2010年時点の 高齢者人口(人)	2020年時点の 高齢者人口(人)	増加数	増加率	順位
小笠原村	256	432	176	+69%	1
青ヶ島村	21	33	12	+57%	2
御蔵島村	48	72	24	+50%	3
多摩市	30,909	43,165	12,256	+40%	4
練馬区	138,257	192,035	53,778	+39%	5
稲城市	14,721	20,006	5,285	+36%	6
八王子市	120,432	157,653	37,221	+31%	7
羽村市	11,164	14,539	3,375	+30%	8
瑞穂町	7,076	9,197	2,121	+30%	9
中央区	19,505	25,302	5,797	+30%	10
立川市	38,417	49,696	11,279	+29%	11
東京都全体	2,679,266	3,240,999	561,733	+21%	

「日本の都道府県別将来推計人口（平成25年3月推計）について」（国立社会保障・人口問題研究所）

今後急増する高齢者の一人暮らし世帯

○東京都における高齢世帯の一人暮らしの数及び高齢者世帯全体に占める比率は今後急速に高まり、10年の64.7万人、38%から、35年に104.3万人、44%になる。

高齢者世帯に占める一人暮らし世帯の数及び割合

(単位:万人)

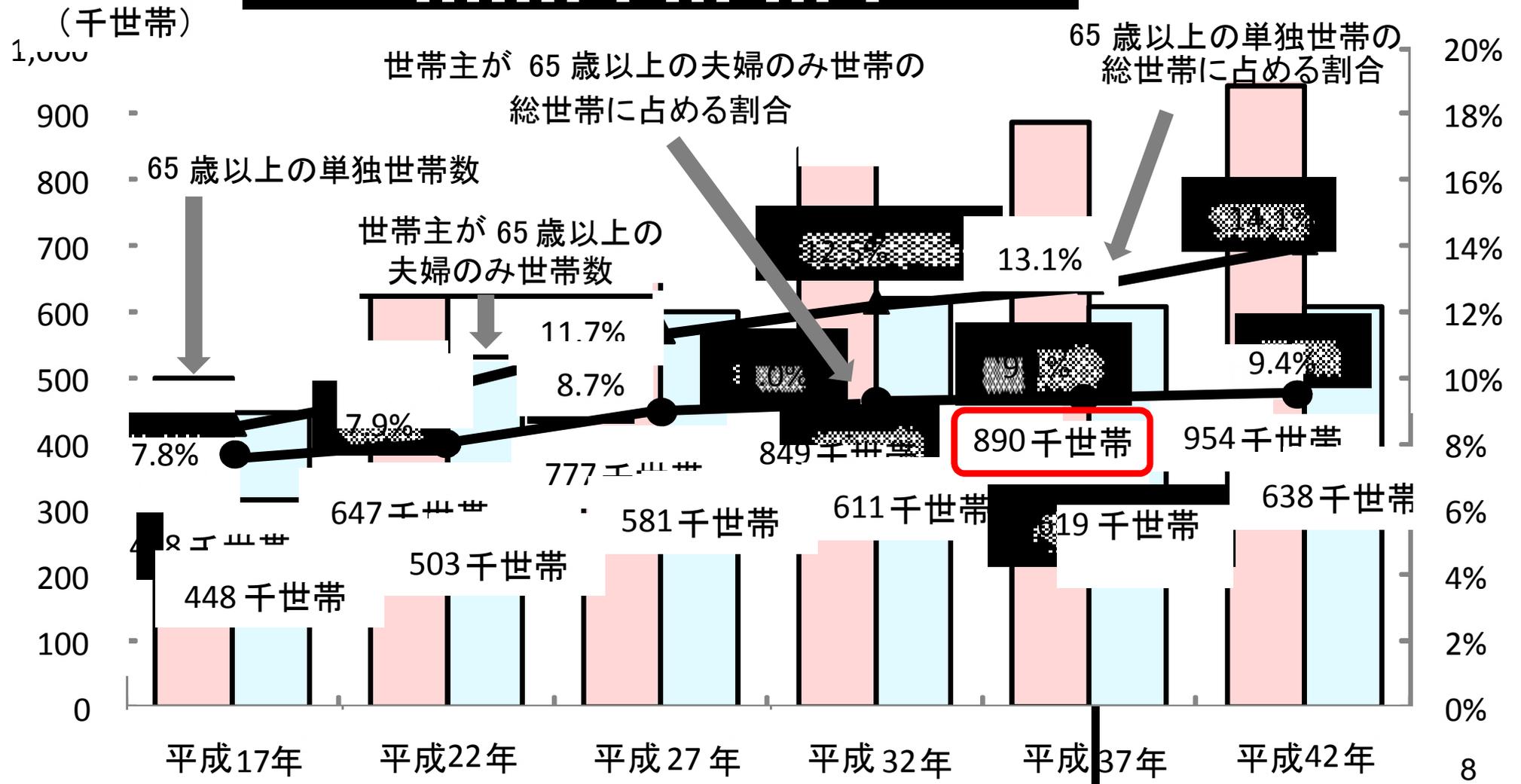
	2010年の高齢者世帯一人暮らし世帯数		2025年の高齢者世帯一人暮らし世帯数		2035年の高齢者世帯一人暮らし世帯数		2035年の高齢者世帯数全体に占める一人暮らし世帯の割合の順位
	高年齢者世帯数	高年齢者世帯数全体に占める割合	高年齢者世帯数	高年齢者世帯数全体に占める割合	高年齢者世帯数	高年齢者世帯数全体に占める割合	
東京都	64.7	38.7%	89.0	41.9%	104.3	44.0%	1位
大阪府	44.6	37.2%	61.3	41.8%	64.5	43.8%	2位
鹿児島県	10.5	38.7%	12.5	40.2%	12.5	43.1%	3位
高知県	4.7	37.9%	5.5	40.0%	5.3	42.7%	4位
北海道	26.4	34.5%	36.7	38.8%	38.0	41.8%	5位
神奈川県	31.6	29.9%	49.1	34.8%	57.4	37.3%	17位
千葉県	20.2	27.2%	31.7	32.4%	35.2	35.4%	25位
埼玉県	20.8	25.5%	33.6	31.2%	38.0	34.3%	29位
全国	498.0	30.7%	700.7	34.8%	762.2	37.7%	

※高齢世帯とは世帯主の年齢が65歳以上の世帯をいう

「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）（平成26年4月推計）について」（国立社会保障・人口問題研究所）

都の高齢者世帯数の推移

都内の65歳以上の単独世帯数が増加傾向にあり、世帯を超えると推計

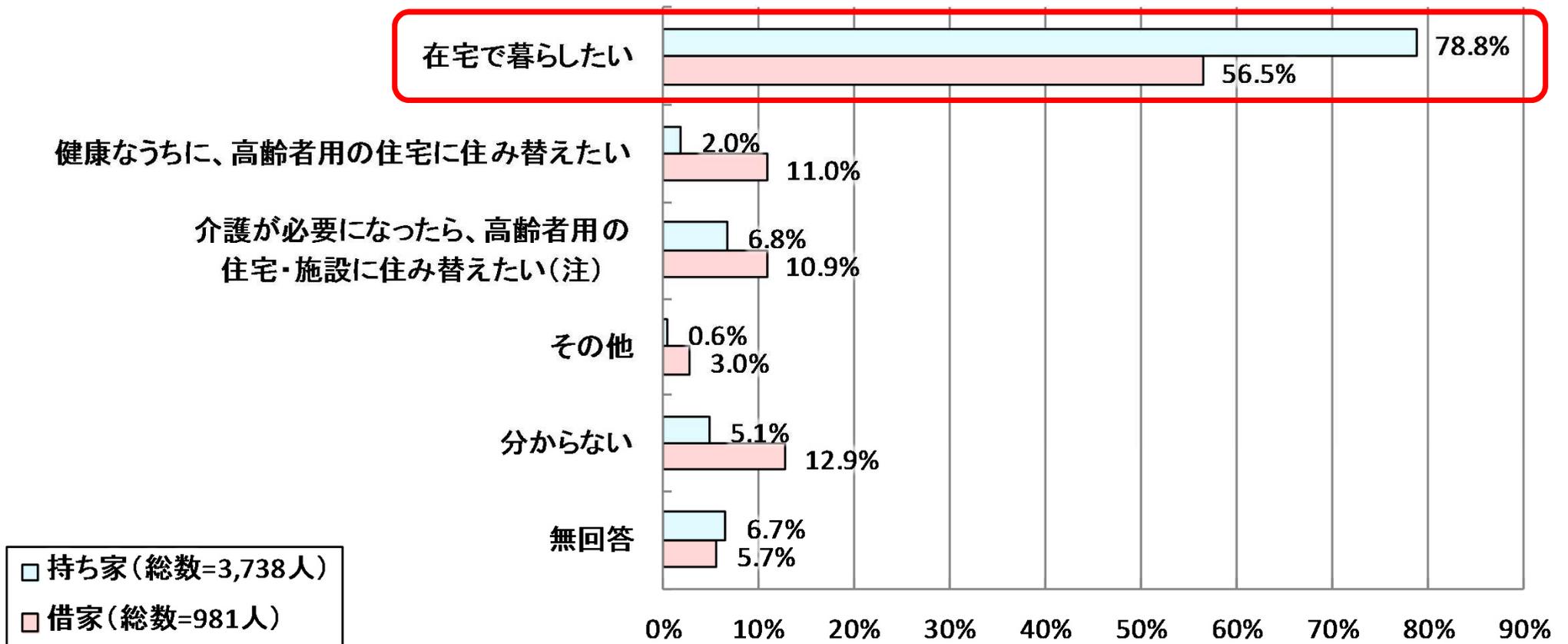


「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）（平成26年4月推計）について」（国立社会保障・人口問題研究所）

希望する高齢期の住まい

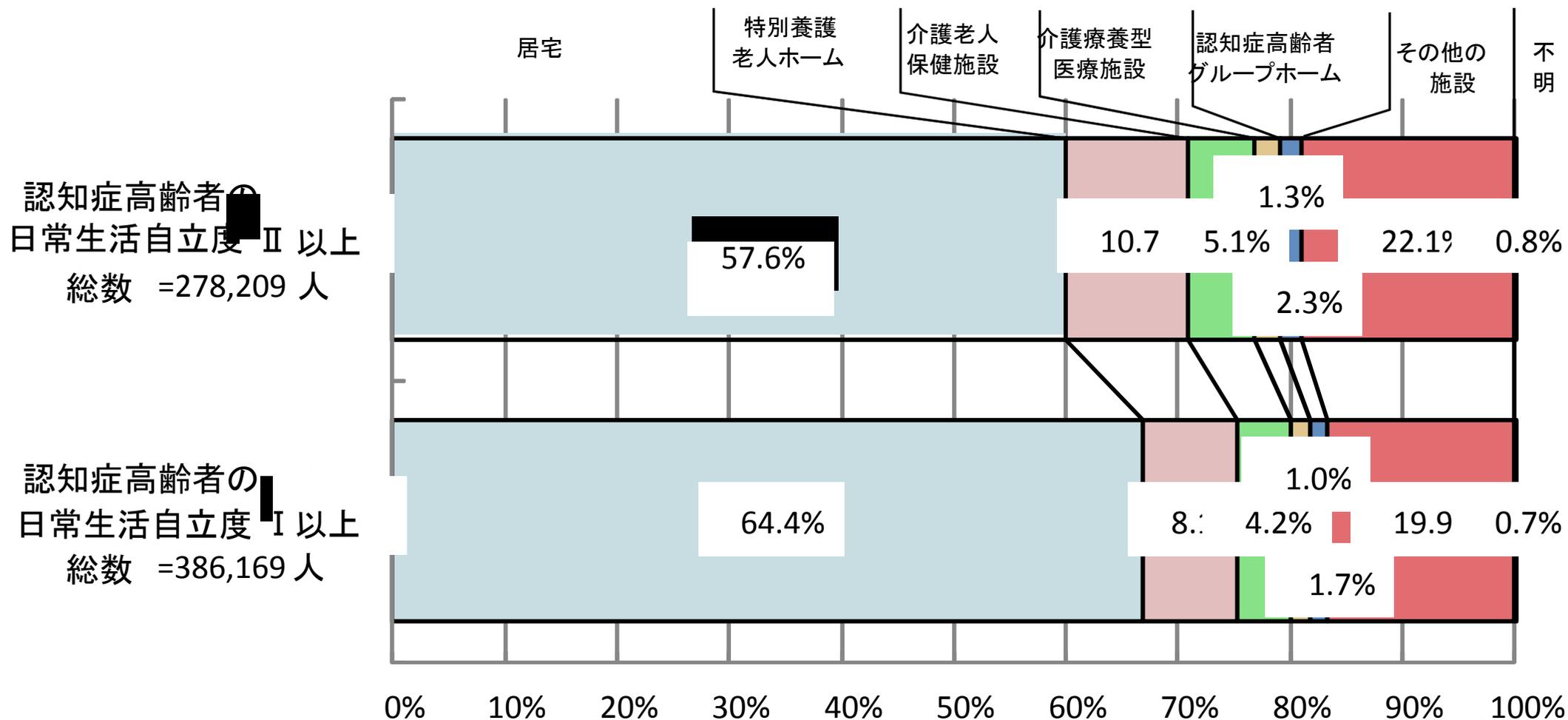
- 「在宅で暮らしたい」と回答した人の割合を住宅の種類別に見ると、持ち家では約8割、借家では6割以下

<希望する高齢期の住まい>



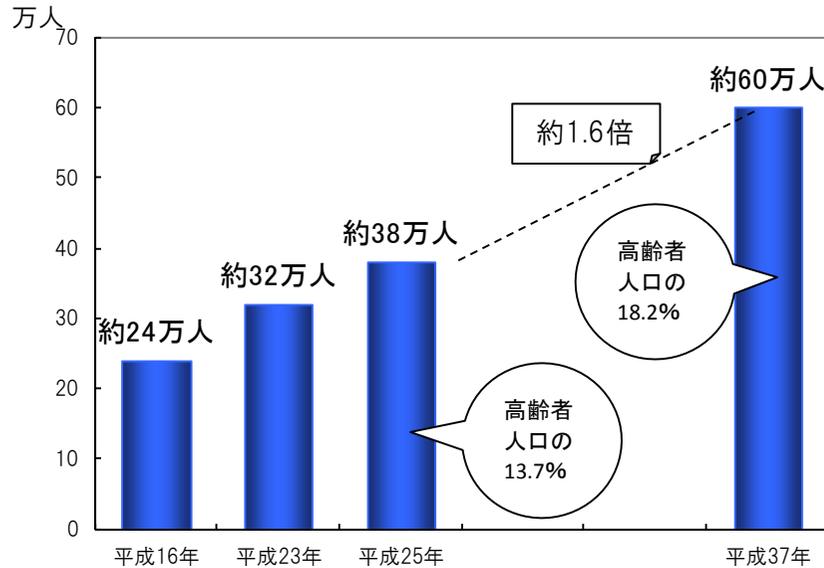
認知症の人が生活している場所

- 何らかの認知症の症状がある人の6割超は在宅（居宅）で生活している。
- また、見守り又は支援の必要な認知症の人でも6割弱が在宅（居宅）で生活している



都における認知症高齢者の将来推計

① 何らかの認知症の症状がある高齢者（認知症高齢者日常生活自立度Ⅰ以上）の増加



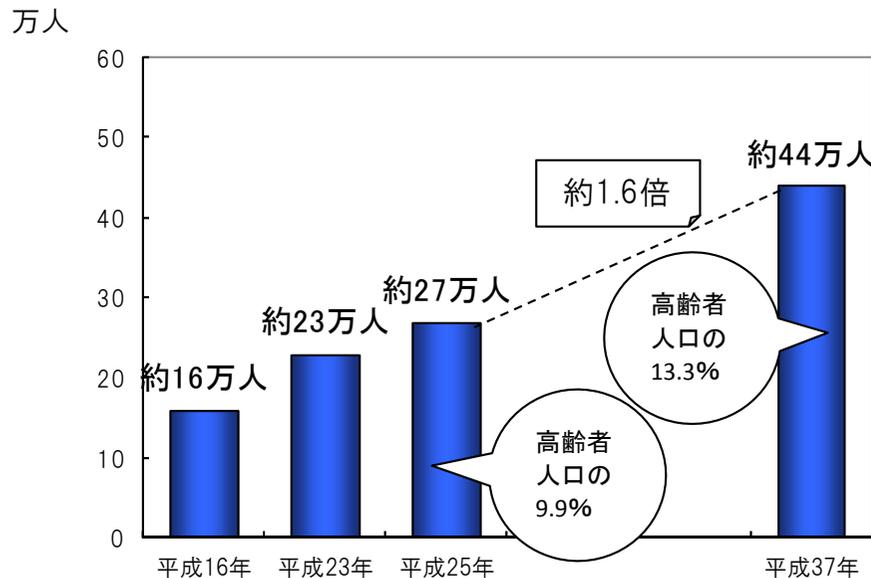
※認知症高齢者生活自立度

認知症高齢者の日常生活に関する自立度の判定基準となるもの（ランクはⅠからⅣまで）

Ⅰ：何らかの認知症の症状を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

Ⅱ：日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立できる

② 見守り又は支援の必要な認知症高齢者（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）の増加



全国の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計人数

平成22年 280万人 (9.5%)



平成37年 470万人 (12.8%)

国資料より（平成24年時点の推計）

資料：東京都「要介護者数・認知症高齢者数等の分布調査」

（平成25年11月）結果より推計



(2) 国の施策の動向

【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%。
- ✓ 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。

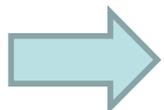
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72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 15.0%	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)		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%

認知症関連施策のあゆみ 概要

(社会保障審議会介護保険部会 平成25年6月6日資料を一部改変)

昭和38年 (1963)	老人福祉法制定 (特別養護老人ホームの創設等)
昭和57年 (1982)	老人保健法制定 (疾病予防や健康作り)
昭和59年 (1984)	認知症ケアに関する研修事業開始
昭和62年 (1987)	「厚生省痴呆性老人対策推進本部」報告書
平成元年 (1989)	老人性痴呆疾患センター開始
平成4年 (1992)	認知症対応型デイサービスセンター開始
平成6年 (1994)	「痴呆性老人対策に関する検討会」報告書
平成9年 (1997)	認知症対応型グループホーム開始
平成12年 (2000)	介護保険法制定
平成15年 (2003)	「高齢者介護研究会」報告書発表
平成16年 (2004)	痴呆→ 認知症へ用語の変更
平成17年 (2005)	認知症サポーター養成研修開始 認知症サポート医養成研修開始
平成18年 (2006)	かかりつけ医認知症対応力向上研修開始
平成20年 (2008)	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書
平成24年 (2012)	「今後の認知症施策の方向性について」発表 「認知症施策推進5ヵ年計画」(オレンジプラン) 策定



平成27年1月27日 「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」策定

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～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ **新** 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

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す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(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)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- 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

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

① 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実施

- 新・ 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
⇒ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

② 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、**認知症サポーターが様々な場面で活躍**してもらうことに重点を置く
- 新・ 認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ)

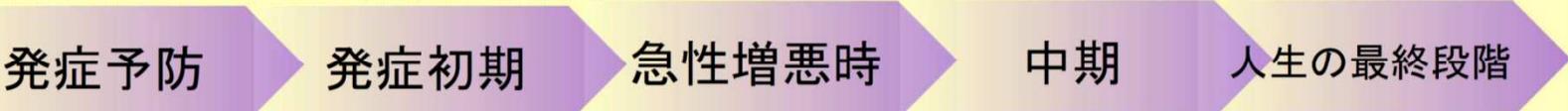
現行プラン:2017(平成29)年度末 600万人 ⇒ 新プラン:800万人

③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

- 学校で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
- 小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催
- 大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取組を推進

Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

- ・ 容態の変化に応じて**医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供**

- ・ **早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み**

① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

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、認知症サポート医の養成等
- 新**・ 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- ・ 認知症疾患医療センター等の整備
- ・ 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)
 現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 ⇒ 新プラン: 60,000人
 【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)
 現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 ⇒ 新プラン: 5,000人
 【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)
 新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、**最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型**の仕組みを構築
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- ・ 看護職員の認知症対応力向上
- ・ 認知症リハビリテーションの推進

新

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- ・ 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修(仮称)の実施

新

⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ **認知症ケアパス**(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ **医療・介護関係者等**の間の**情報共有**の推進
- ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

新

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

Ⅲ 若年性認知症施策の強化

- ・ 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布
- ・ 都道府県の相談窓口支援関係者のネットワークの調整役を配置
- ・ 若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援

Ⅳ 認知症の人の介護者への支援

① 認知症の人の介護者の負担軽減

- ・ 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
- ・ 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置】(目標新設)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施

② 介護者たる家族等への支援

- ・ 家族向けの認知症介護教室等の普及促進

③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- ・ 仕事と介護が両立できる職場環境の整備
(「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等)

新 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

① 生活の支援(ソフト面)

- ・家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
- ・高齢者サロン等の設置の推進
- ・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援
- ・新しい介護食品(スマイルケア食)を高齢者が手軽に活用できる環境整備

② 生活しやすい環境(ハード面)の整備

- ・多様な高齢者向け住まいの確保
- ・高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設の促進
- ・バリアフリー化の推進
- ・高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう公共交通を充実

③ 就労・社会参加支援

- ・就労、地域活動、ボランティア活動等の社会参加の促進
- ・若年性認知症の人が通常の事業所での雇用が困難な場合の就労継続支援(障害福祉サービス)

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・保護を含めた地域での見守り体制の整備
- ・高齢歩行者や運転能力の評価に応じた高齢運転者の交通安全の確保
- ・詐欺などの消費者被害の防止
- ・成年後見制度(特に市民後見人)や法テラスの活用促進
- ・高齢者の虐待防止

新 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

- ・ 高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究等を推進
- ・ 認知症の人が容易に研究に参加登録できるような仕組みを構築
- ・ ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
- ・ ビッグデータを活用して地域全体で認知症予防に取り組むスキームを開発

VII 認知症の人やその家族の視点の重視

新 ① 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実施 (再掲)

新 ② 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援

- ・ 認知症の人が必要と感じていることについて**実態調査**を実施
※ 認知症の初期の段階では、診断を受けても必ずしもまだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられないとの声もある。
- ・ 認知症の人の**生きがいづくり**を支援する取組を推進

新 ③ 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

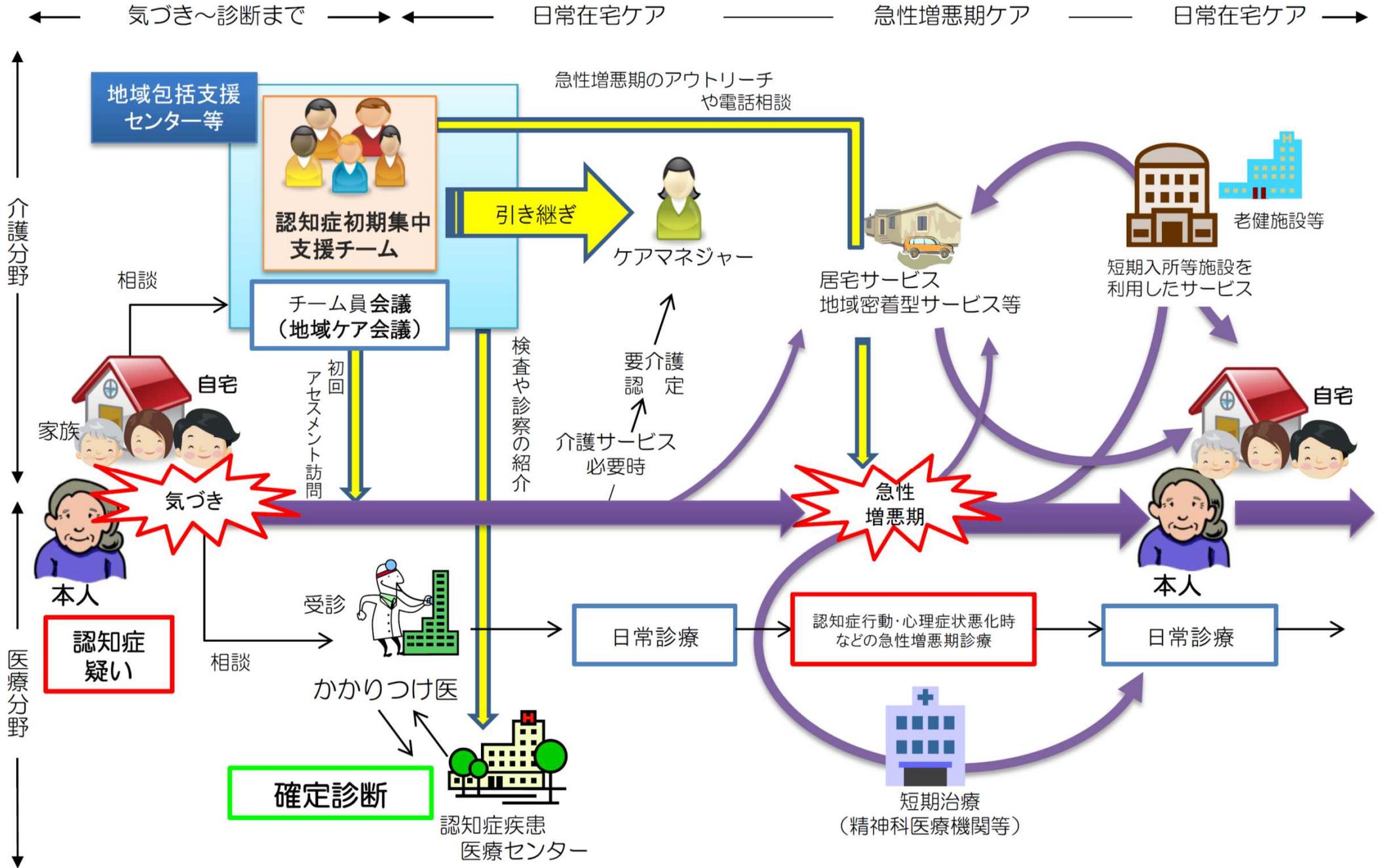
- ・ **認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映**させるための好事例の収集や方法論の研究

終わりに

- 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、国を挙げた取組みが必要。
⇒ 関係省庁の連携はもとより、行政だけでなく民間セクターや地域住民自らなど、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る。
- 認知症への対応に当たっては、常に一步先んじて何らかの手を打つという意識を、社会全体で共有していかなければならない。
- 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ない。
⇒ コミュニティーの繋がりがこそその基盤。認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じ地域を再生するという視点も重要。
- 認知症への対応は今や世界共通の課題。
⇒ 認知症ケアや予防に向けた取組についての好事例の国際発信や国際連携を進めることで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進。
- 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。
○ 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。

標準的な認知症ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～

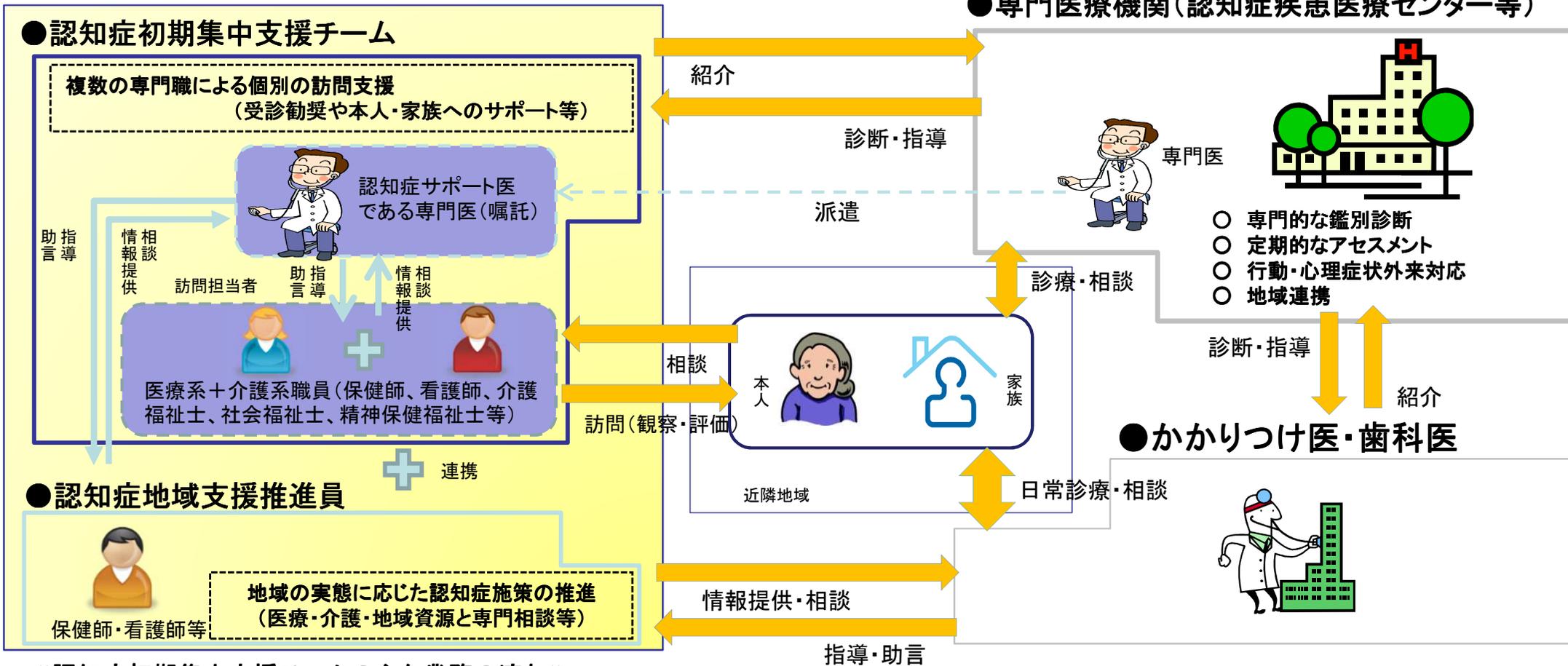


認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- **認知症初期集中支援チーム** ー 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)ふまえて、観察・評価を行い、本人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。
- **認知症地域支援推進員** ー 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の实情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携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。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置

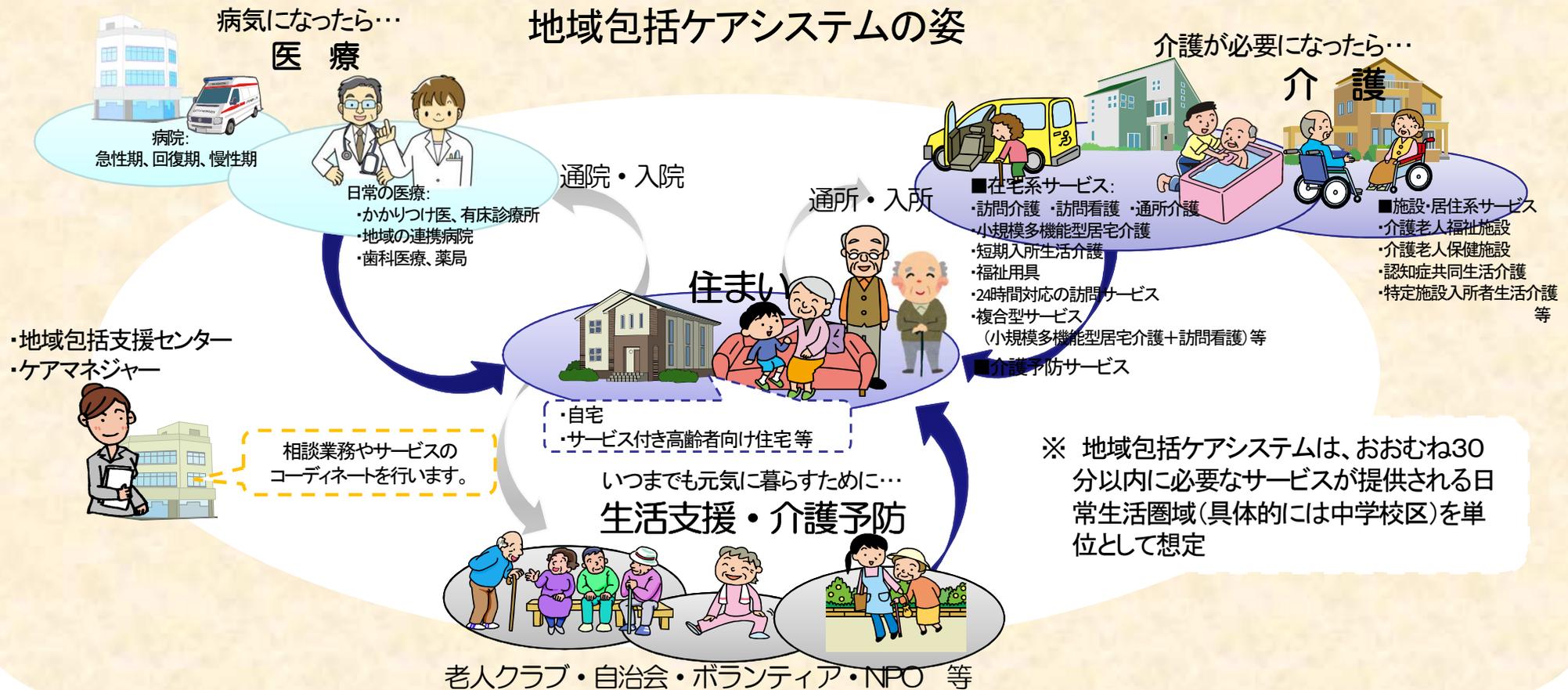


《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

- ① 訪問支援対象者の把握、② 情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③ 初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④ 観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、⑤ 専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥ 初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦ 引き継ぎ後のモニタリング

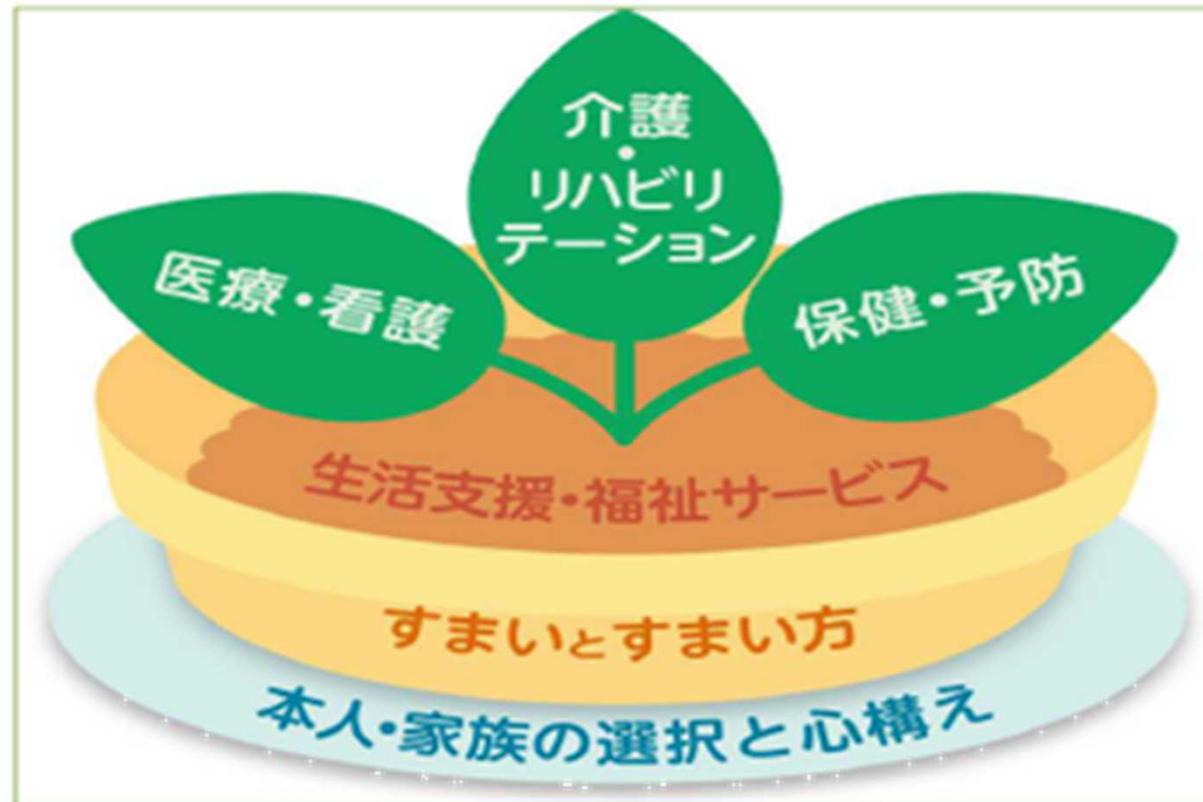
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても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・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域包括ケアシステムの捉え方

- 下図は、地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えて、示したもの。
- 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、プライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となる。その様な養分を含んだ土があって初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役目を果たす。





(3) 都における総合的な 認知症施策の推進

都における総合的な認知症施策の推進

東京都高齢者保健福祉計画（平成27～29年度）

認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、区市町村や関係機関と連携した総合的な認知症施策を推進し、認知症の人が状態に応じて適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けられる体制の構築を推進

◆（目標1）地域連携の推進と専門医療の提供

- ・認知症疾患医療センターの整備
- ・早期発見・診断・対応の推進

◆（目標2）専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成

◆（目標3）地域での生活・家族の支援の強化

(目標1)地域連携の推進と専門医療の提供

1. 認知症疾患医療センターの整備

●東京都認知症疾患医療センターの運営(地域拠点型12か所、地域連携型41か所)

認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等を実施する認知症疾患医療センターを島しょ地域を除く全区市町村に1か所ずつ設置して、地域の支援体制の構築を図る。

地域連携型と地域拠点型の機能比較

※地域拠点型は地域連携型の機能も兼ねる

設置(指定数)	都の類型	設置医療機関	基本的な機能
区市町村ごと (島しょ地域を除く、 41か所)	地域連携型	病院及び 診療所	① 専従相談員による専門医療相談の実施 ② 鑑別診断 ③ 身体合併症、行動・心理症状への対応 ④ 地域における認知症医療・介護連携の推進 ⑤ 区市町村の認知症施策への協力
二次保健医療圏ごと (12か所)	地域拠点型	病院	⑥ 認知症疾患医療・介護連携協議会の開催 ⑦ 身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進 ⑧ 地域の医療・介護関係者向けの研修会開催 ⑨ 認知症アウトリーチチームの設置 等

※地域連携型認知症疾患医療センターの指定に係る今後のスケジュール(予定含む)

平成27年2月19日～4月17日 公募実施

平成27年5月以降 応募のあった医療機関・区市町村のヒアリング、選考委員会等を経て、指定。

2. 早期発見・診断・対応の推進

◆認知症支援コーディネーターの配置

保健師等の医療職を区市町村の地域包括支援センター等に配置し、個別ケース支援のバックアップ等を担い、認知症の疑いのある高齢者の早期発見・診断・対応を進めることにより、地域の認知症対応力向上を図る。

●認知症普及啓発事業(区市町村包括補助・選択事業)

本人や家族が簡便に認知症の疑いを確認できる「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を掲載したパンフレットを配布する等、区市町村と連携して、様々な媒体を活用した普及啓発の充実を図る。

(目標2)専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成

◆認知症支援推進センターの設置

認知症医療従事者等向け研修の拠点と位置付けている東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センターを設置し、医療従事者等に対する研修や島しょ地域への訪問研修等を実施。

◆かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施、認知症サポート医フォローアップ研修の実施

○病院勤務看護師、地域包括支援センター職員等向けの認知症対応力向上研修の実施

○認知症多職種協働研修の実施

○認知症介護研修の実施

(目標3)地域での生活・家族の支援の強化

◆認知症行方不明者等の支援のための情報共有サイトの構築

区市町村が自ら行方不明高齢者等の情報を更新し、いつでも最新情報を閲覧できる、都独自の関係機関向けの情報共有サイトを構築し、認知症の人を地域で見守る取組を推進。

○区市町村における認知症の人を支える地域づくりへの支援(区市町村包括補助)

○東京都若年性認知症総合支援センターの運営(1か所)

○若年性認知症の人と家族を支える体制整備事業(区市町村包括補助・先駆的事業)

●認知症の人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業(区市町村包括補助・先駆的事業)

○高齢者権利擁護推進事業

○認知症の予防・治療法の研究開発の支援

○認知症高齢者グループホームの整備

整備目標数(2025年度末) : 定員2万人分 <2013年度末8,582人分>

地域支援事業に低所得者に対する家賃等の軽減を行う事業者への助成が位置付けられている。

○ケア付きすまい、都市型軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム等の整備

東京都認知症疾患医療センター情報交換会の開催

都では、東京都認知症疾患医療センターの運営に関する情報交換や意見交換等を行うことにより、東京都認知症疾患医療センターの円滑な運営に資することを目的として、「東京都認知症疾患医療センター情報交換会」を開催しています。

各東京都認知症疾患医療センターの専任医師・専従相談員・事務担当者などが一堂に会し、取組状況の報告や意見交換を行っています。

■開催状況

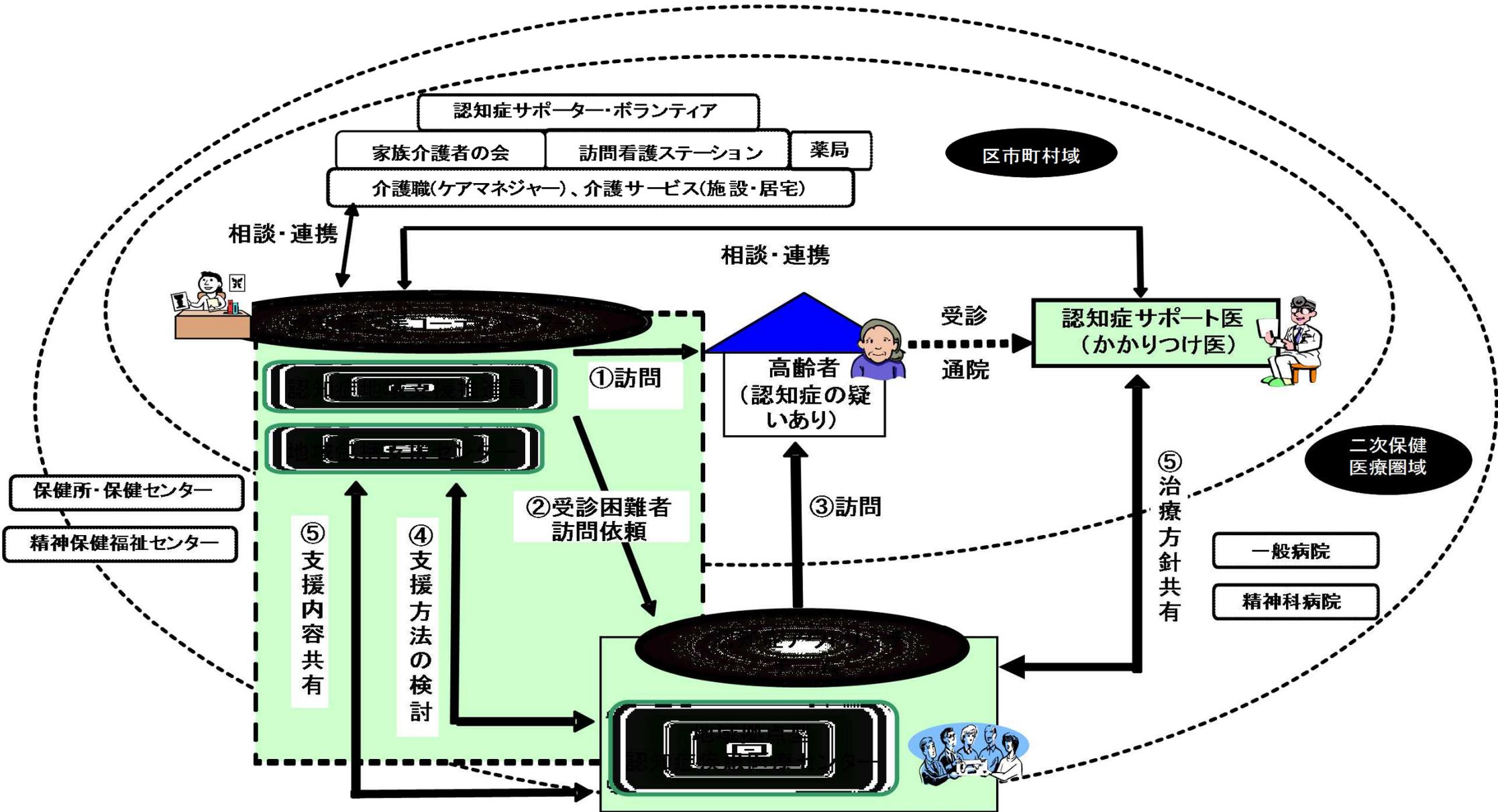
平成24年度からこれまでに
都庁において通算8回開催

■コーディネーター

首都大学東京副学長
繁田 雅弘先生



認知症支援コーディネーターと認知症アウトリーチチームの活動 (東京都 平成25年度～)



認知症支援コーディネーターの概要

区市町村の地域包括支援センター担当部署又は地域包括支援センターに配置

(1) 職種・経験

看護師、保健師等の医療に関する国家資格等を有し、認知症のケアや在宅高齢者の支援に3年以上従事した経験を有する者

(2) 配置人数

原則、常勤又は非常勤の専従職員を1名以上

【主な業務内容】

- ◆ 介護予防事業やニーズ調査等を活用した認知症の疑いのある人の早期把握
- ◆ 地域包括支援センター、介護事業者等から認知症に関する相談の受付
- ◆ 認知症の疑いのある人を訪問し、「認知症アセスメントシート(DASC)」等を用いたアセスメントによる認知症の症状の把握
- ◆ 認知症が疑われる場合は、かかりつけ医や介護事業者と連携しながら、認知症の診断を受けるための医療機関の受診を促進。診断後は、適切な医療・介護サービスの導入を図る
- ◆ 受診を促しても、受診に至らない場合は、認知症アウトリーチチーム等に訪問を依頼して、同行訪問
- ◆ 訪問後の個別ケース会議の開催。適切な医療・介護サービス等の導入による支援

認知症アウトリーチチームの概要

地域拠点型東京都認知症疾患医療センターに配置

(1) 職種・経験

ア 専門医

イ 保健師、看護師、精神保健福祉士等(認知症ケアに3年以上の経験)

(2) 配置人数

医師を1名以上、(1)イに規定する者を2名以上とし、合計で3名以上の職員を専任で配置

【主な業務内容】

- ◆認知症コーディネーター等からの依頼により、同行して対象者を訪問
- ◆アセスメントを実施し、精神的、身体的状況等を確認
- ◆訪問支援対象者にかかりつけ医がいる場合は、情報共有
- ◆認知症の症状を有すると判断される場合は、医療機関の受診を促し、鑑別診断につながるまで支援
- ◆訪問後は、個別ケース会議に出席し、医療的見地から助言
- ◆かかりつけ医がいない場合等に、主治医意見書や、成年後見制度の申立に必要な診断書等を作成

【平成25年8月～平成27年3月末実績】

認知症アウトリーチチームが関与した高齢者数	252人(実人数)
うち認知症アウトリーチチームが訪問した支援者数	209人(実人数)
支援終了	125人(実人数)

東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」

このサイトは、「認知症になっても認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」の推進を目的とする、東京都の公式サイトです。



とうきょう認知症ナビ

品 サイトマップ リンクについて

検索開始



ホーム



認知症の基礎知識



研修・行事・講座



相談窓口・リンク集



東京都の取組



最新の報道発表

PRESS RELEASE

[過去の報道発表](#)

- 2014年5月30日
[発表](#) 「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を作成しました
- 2014年5月12日
[発表](#) 東京都認知症対策推進会議 認知症医療部会(第6回)の開催について
- 2014年3月14日
[発表](#) 第19回東京都認知症対策推進会議の開催について
- 2013年7月29日
[発表](#) 認知症早期発見・早期診断推進事業がスタートします



最新のお知らせ

INFORMATION

[過去のお知らせ](#)

- 2014年6月13日
[更新](#) 平成26年度認知症介護研修受講者募集のお知らせ(リーダー研修)
- 2014年6月10日
[更新](#) 「認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」を作成しました。



知って安心 認知症



パンフレット「知って安心 認知症 ～認知症の人にやさしいまち 東京を目指して～」を作成しました。P.5～6に「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を掲載しています。



認知症について知ってください

原因疾患や症状、支援制度について分かりやすく解説しています。また、若年性認知症に関する取組についても紹介しています。

認知症に対する都民の理解と受診の促進



◆主な内容（A4サイズ 12ページ）

- ・認知症とは？
- ・認知症の予防につながる習慣
- ・認知症に早く気づくことが大事！
- ・「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」をやってみましょう！
- ・認知症になるとどのように感じるの？
- ・認知症の人を支えるために
- ・こんな時はどこに相談したらいいの？

◆主な配布先

区市町村、医療関係団体、関係機関等

- ◆区市町村が地域の相談先等の情報を追加して増刷することを可能としており、区市町村と連携して、認知症に対する正しい知識を深めてもらうための普及啓発を実施。

5 「自分でできる認知症の気づき チェックリスト」をやってみましょう!



「ひょっとして認知症かな？」
気になり始めたら自分でチェックしてみましょう。
※ご家族や身近な方がチェックすることもできます。

自分でできる 認知症の気づきチェックリスト	最もあてはまるところに○をつけてください。			
チェック1 5分前に聞いた話を 思い出せないことが ありますか	まったくない 1点	ときどきある 2点	頻繁にある 3点	いつもそうだ 4点
チェック2 今日が何月何日か わからないときが ありますか	まったくない 1点	ときどきある 2点	頻繁にある 3点	いつもそうだ 4点
チェック3 財布や鍵など、物を 置いた場所がわから なくなるがありますか	まったくない 1点	ときどきある 2点	頻繁にある 3点	いつもそうだ 4点
チェック4 周りの人から「いつも同じ 事を聞く」などのもの忘れ があるとされますか	まったくない 1点	ときどきある 2点	頻繁にある 3点	いつもそうだ 4点
チェック5 言おうとしている 言葉が、すぐに出てこ ないことがありますか	まったくない 1点	ときどきある 2点	頻繁にある 3点	いつもそうだ 4点
チェック6 貯金の出し入れや、 家賃や公共料金の 支払いは一人でできますか	問題なく できる 1点	だいたい できる 2点	あまり できない 3点	できない 4点
チェック7 一人で買い物 に行けますか	問題なく できる 1点	だいたい できる 2点	あまり できない 3点	できない 4点
チェック8 バスや電車、自家用車 などを使って一人で 外出できますか	問題なく できる 1点	だいたい できる 2点	あまり できない 3点	できない 4点
チェック9 自分で掃除機や ほうきを使って 掃除ができますか	問題なく できる 1点	だいたい できる 2点	あまり できない 3点	できない 4点
チェック10 電話番号を調べて、 電話をかけること ができますか	問題なく できる 1点	だいたい できる 2点	あまり できない 3点	できない 4点

※このチェックリストの結果はあくまでもおおよその目安で医学的診断に代わるものではありません。
認知症の診断には医療機関での受診が必要です。
※身体機能が低下している場合は点数が高くなる可能性があります。

チェックしたら、①から⑩の合計を計算▶ 合計点 点

20点以上の場合、認知機能や社会生活に支障が出ている可能性があります。
9ページ以降に紹介しているお近くの医療機関や相談機関に相談してみましょう。

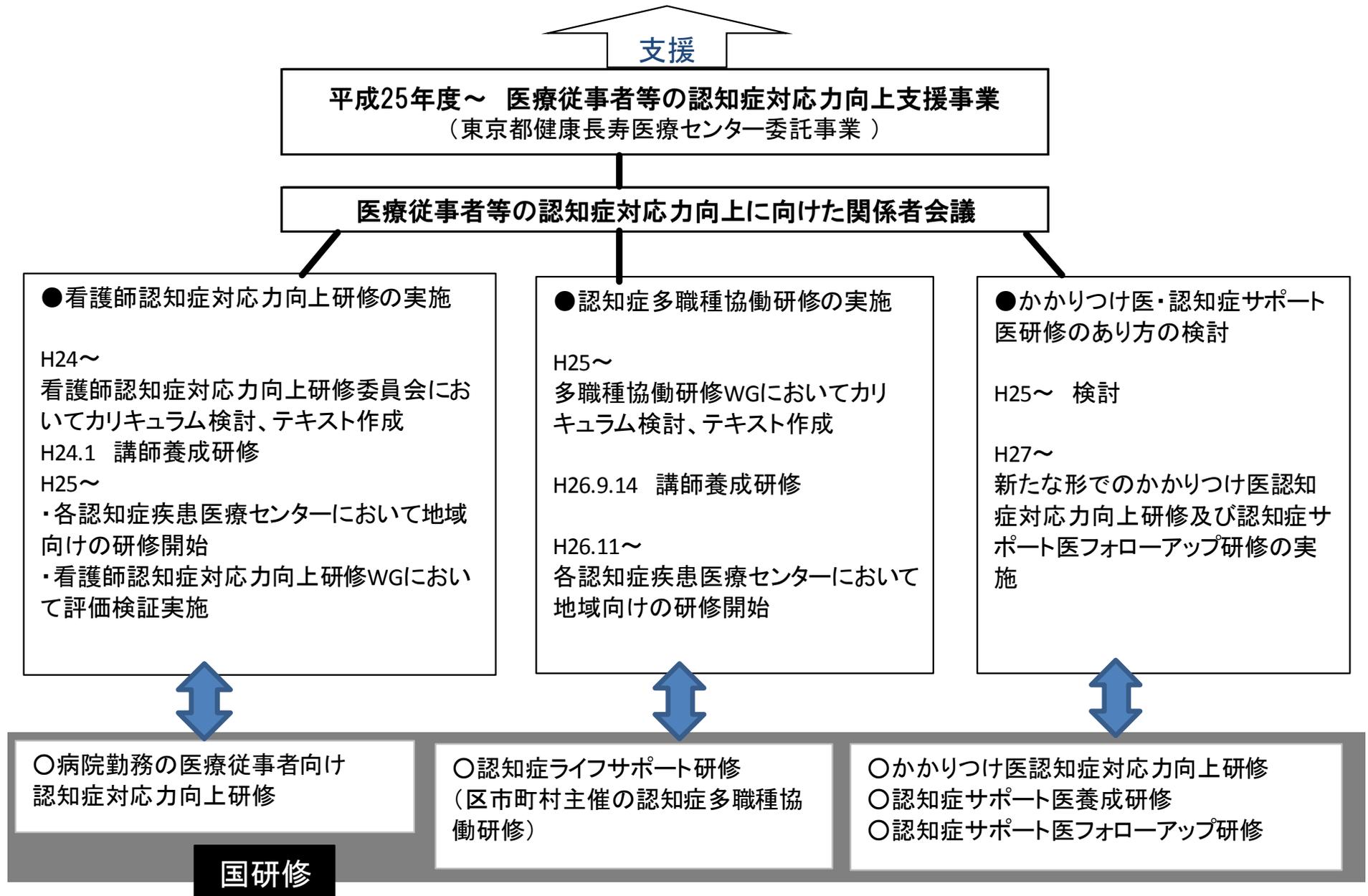
◆監修 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム(代表:栗田主一研究部長)

◆チェックリスト作成の過程

都と東京都健康長寿医療センター研究所が平成25年度に共同で実施した地域在宅高齢者の実態調査結果の分析を通して、本チェックリストの項目を選定しました。

都におけるこれまでの人材育成の取組

平成24年度から12か所の認知症疾患医療センターにおいて、地域の医療・介護従事者向けの多様な研修会を開催



認知症サポート医の機能・役割

(平成27年3月末現在 都内で665人を養成)

かかりつけ医 の機能

- ・日常の医学管理
- ・早期発見・早期対応
- ・本人・家族支援
- ・多職種連携 等

認知症 サポート医

専門医 の機能

- ・鑑別診断
- ・若年性認知症の診断
- ・急激な症状の進行や
重篤な身体合併症の
対応 等

機能・役割

- 1) 認知症の人の医療・介護に関わる **かかりつけ医や介護専門職
に対するサポート**
- 2) **地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り**
- 3) **かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発**

地域における「連携の推進役」を期待されている

東京都看護師認知症対応力向上研修の実施

【目的】

急性期医療に関わる一般病棟の看護師が、入院から退院後の在宅生活まで視野にいった認知症ケアについての知識を学ぶことで、認知症の人が病院で治療を受けることと、退院後にもとの生活に戻ることができることを促進する。

【研修の実施】

- ◆平成24年度に研修テキストを作成し、講師養成研修を実施（68名修了）。
- ◆平成25年度から都内12の認知症疾患医療センターの企画・運営により、地域の病院に勤務する看護師を対象とした研修を実施。（実績：計42回実施、1,104人修了）
- ◆平成26年3月～4月にかけて、東京都・東京都看護協会・東京都健康長寿医療センターの共催により、看護管理者対象の研修を実施。（実績：計3回実施、449人修了）



平成27年3月までに1,621人の病院勤務看護師が研修を受講

平成27年度の都における認知症医療従事者等向け研修体系

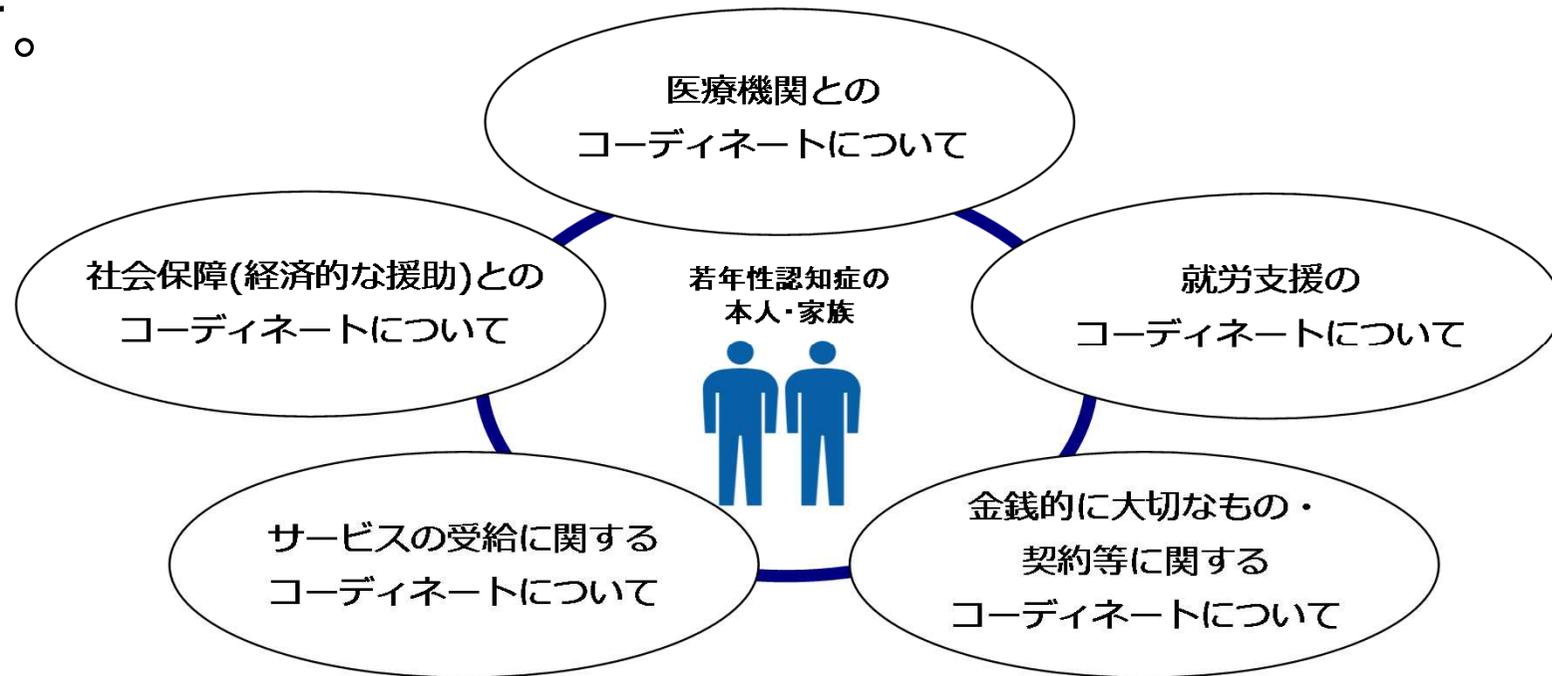
- ◆急増が見込まれる認知症の人と家族を地域で支えるため、認知症ケアに従事する医療・介護専門職のレベルアップを推進するとともに、区市町村で認知症施策に携わる人材の育成を図る。

	研修名	研修主体	規模
1	かかりつけ医認知症対応力向上研修	東京都(地域拠点型認知症疾患医療センターへ委託)	年2回程度×12圏域
2	地域の病院勤務者(看護師等)向けの研修		年2回程度×12圏域
3	認知症多職種協働研修		年1回程度×12圏域
4	認知症サポート医フォローアップ研修(短期研修)	東京都・東京都医師会	年1回
5	認知症サポート医フォローアップ研修(長期研修)	東京都(東京都健康長寿医療センターへ委託)	年1コース
6	認知症疾患医療センター相談員研修		年2回程度
7	認知症支援コーディネーター研修		年2回程度
8	島しょ地域の認知症対応力向上研修		4島で開催
9	認知症総合アセスメント(DASC)研修	区市町村	任意
10	認知症ケアに携わる多職種協働研修		任意
11	認知症サポート医養成研修	東京都(国立長寿医療研究センターへ委託)	100名程度
12	認知症初期集中支援チーム研修		125人
13	認知症地域支援推進員研修	東京都(認知症介護研究・研修センター等へ委託)	150人
14	認知症介護従事者研修	東京都(東京都社会福祉協議会等へ委託)	

東京都若年性認知症総合支援センターについて

〔平成24年5月開設、運営法人：特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンター〕

- 若年性認知症の人に必要な多様な支援（就労継続、介護、年金等）をひとつの窓口でコーディネートします。
- 地域包括支援センターなどの関係機関と連携し、地域での生活を支援します。



場所：東京都目黒区碑文谷5-12-1 TS碑文谷ビル1F・3F
電話番号：03-3713-8205 FAX：03-6808-8576

認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護者支援事業

◆目的

認知症の鑑別診断後、認知症の人と家族が速やかに介護者の会につながり、介護や治療についての必要な情報や、介護者の会のネットワーク支援を得ることで、介護者の孤立を防ぎ、できる限り住み慣れた地域で生活できるように支援を図る。

◆内容

認知症の人と家族が気軽に立ち寄れる拠点を設け、認知症疾患医療センター等の認知症の診断を行っている医療機関の専門職と連携して、講座や交流会を開催する。

◆平成26年度実施区市 港区、墨田区、目黒区、豊島区、板橋区、八王子市



↑ みんなとオレンジカフェ(港区)での語らいの様子



→ Dカフェ・ラミヨ(目黒区)での医師を囲んだ語らいの様子

＼ 認知症サポーターになりましょう! ／

ご近所の人や商店街、郵便局、銀行、交番など地域で働く人たちが、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族が困った時に手助けをしてくれると、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができます。

認知症サポーターとは？

認知症についての正しい知識をもち、認知症の人や家族を温かく見守る応援者のことです。

認知症サポーターになるには？

「認知症サポーター養成講座」を受講してください。

- 1時間～1時間半の講義を受講すれば、どなたでもなることができます。
- 養成講座は、区市町村や企業、各種団体、小中学校などで行われています。

※お申込方法・開催日等は、お住まいの区市町村の認知症担当窓口にお問合せください。

ひとりでも多くの方が認知症の人や家族の応援者になることが、認知症になっても安心して暮らしていけるまちづくりの第一歩です。

受講者には、認知症サポーターの目印である「オレンジリング」が渡されます。





(4) 今後の認知症疾患医療センターの 整備について

東京都認知症疾患医療センターの目的及び基本的機能

事業目的

● 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、身体合併症と行動・心理症状への対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域の保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、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を目的とする。

基本的機能

● 認知症高齢者の急増が見込まれることから、地域の医療機関同士、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要がある。このためセンターは、特に次の機能を担う。

- 地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能
- 地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能

■ 特に重点的な取組が必要な事項

- ◎ 身体合併症・行動心理症状への対応
- ◎ 地域連携の推進

認知症疾患医療センターの整備の検討について

◆東京都認知症疾患医療センターの取組

平成24年度に二次保健医療圏(島しょ地域を除く)に1か所ずつ、計12か所の認知症疾患医療センターを指定して、認知症の専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等の取組を推進するとともに、認知症アウトリーチチームによる支援を実施

◆認知症高齢者の増加

都における認知症高齢者(認知症高齢者日常生活自立度 I 以上)は38万人を超えており、平成37年には約60万人に達する見込み

◆国の方向性

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(平成25～29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
※全国の認知症疾患医療センター数 289か所(平成26年12月現在)

「認知症疾患医療センター診療所型」の創設

平成26年7月の国の実施要綱改正により、従前の「地域型」よりも人員配置、検査機器所有等の要件が緩和された「診療所型」が新設された。

◆区市町村における地域包括ケアシステムの構築

区市町村は2025年度(平成37年度)までに、各地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することを目標として、介護給付等対象サービスの充実を図るとともに、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策や生活支援サービスの充実など、地域包括ケアシステムの構築に向けた方策に取り組むことが求められている。

その際、認知症施策は必須の取組であり、地域包括ケアシステムの構築を図るためには、認知症施策に主眼をおいた街づくりが必要となる。

検討体制

◆東京都認知症対策推進会議認知症医療部会(座長:繁田雅弘先生)※において、今後の整備方針について検討

※学識経験者、関係団体(東京都医師会、東京精神科病院協会等)、行政関係者(区・市・地域包括支援センター・保健所)等により構成

<主な検討内容>

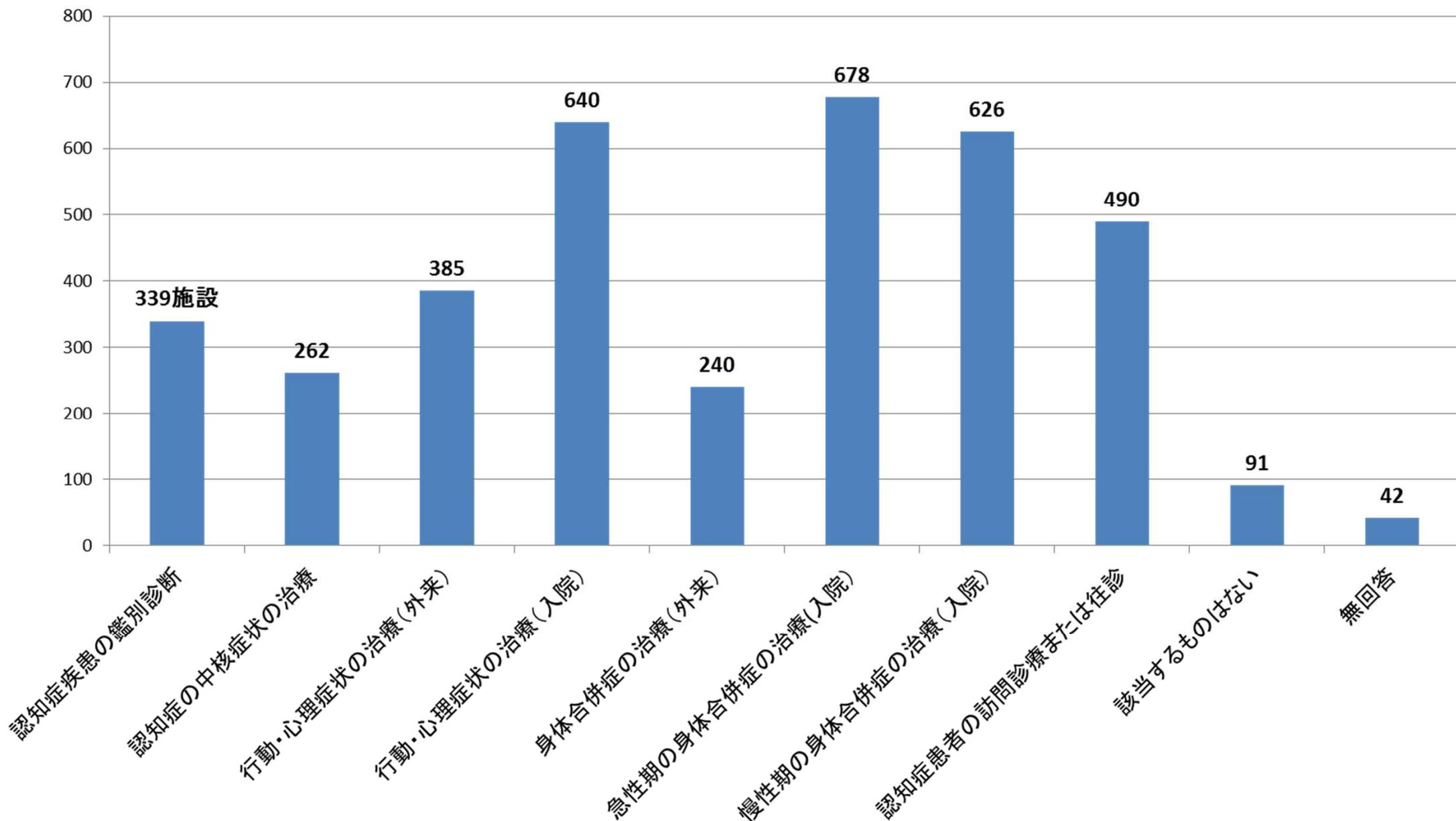
- ・ 都における認知症疾患医療センター(地域型、診療所型)の機能
- ・ 認知症疾患医療センターの担当地域、配置数
- ・ 東京の実情に合った指定の要件等

都における今後の認知症疾患医療センターの整備の方向性

- ◆急増する認知症の人と家族が地域で安心して生活するためには、認知症の人が状態に応じて適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けられる体制を、各区市町村において構築することが必要。
- ◆これまでの都の取組や国の方針を踏まえ、認知症疾患医療センターの整備をさらに推進。
- ◆国実施要綱の「地域型」「診療所型」の機能を都の実情に応じて整理し、二次保健医療圏単位での整備に加え、より身近な区市町村単位での認知症疾患医療センターの整備を行うことにより、区市町村における「認知症対応型の地域包括ケアシステム」の構築を支援。
- ◆現在指定している12か所の認知症疾患医療センターについては、これまでの実績を評価して、二次保健医療圏の拠点となる「地域拠点型」認知症疾患医療センターに移行する。
「地域拠点型」認知症疾患医療センターは、「二次保健医療圏の認知症医療・介護連携の推進役」として、身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催、人材育成、認知症アウトリーチチームの配置等を担う。
- ◆新たに区市町村単位で指定するセンターは「地域連携型」認知症疾患医療センターとし、「区市町村における認知症医療・介護連携の推進役」として、専門医療相談、鑑別診断、身体合併症・行動心理症状への対応、地域連携の推進等を担う。

都内で不足していると思われる認知症の診療分野

(N=1,183施設、複数回答)



出典:「認知症疾患医療センターに関する調査」(東京都福祉保健局、平成26年7月実施)

都内の認知症医療に関する現状と課題

〔認知症の早期診断・早期対応〕

- ・ 専門医療機関に適切に繋げる等、かかりつけ医の更なる理解促進が必要
- ・ 病識がないなど受診を拒否する人を診断に繋げる方策が必要
- ・ 専門医療機関でも診断だけでなく、生活支援の視点が必要

〔身体合併症・行動心理症状への対応〕

- ・ 入院に対応できる病院が相対的に少なく、入院先を探すのが困難
- ・ 退院に向けた事前調整が十分でなく在宅復帰に支障を来たすことがある

〔地域連携の推進〕

- ・ 医療機関と地域包括支援センター双方のコミュニケーションが十分でない
- ・ 家族支援を行っている家族介護者の会の活動が十分に知られていない

〔専門医療、地域連携を支える人材の育成〕

- ・ 専門医療に精通した人材の育成、地域の認知症対応力の向上が急務

地域拠点型・地域連携型認知症疾患医療センターによる地域連携のイメージ

●地域連携型同士及び地域拠点型と地域連携型の連携・協力により、二次保健医療圏全体の地域で認知症の人と家族を支える支援体制の構築を推進

二次保健医療圏域

区市町村域

地域連携型 認知症疾患医療センター

区市町村における認知症医療・介護連携の推進役
 (区市町村とともに、他医療機関・認知症サポート医・かかりつけ医等のネットワークづくり、地域包括支援センターとの連携・協力体制づくり等を推進)

地域拠点型 認知症疾患医療センター

二次保健医療圏の認知症医療・介護連携の推進役
 (連携協議会の開催、地域連携型・他医療機関との連携による身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進、人材育成、認知症アウトリーチチームの配置等)

地域連携型

島しょ地域

認知症支援推進センターが実施する医療・介護従事者や住民を対象とした研修等を通じて、島しょ地域の認知症の人と家族の支援体制の構築を支援

●地域拠点型同士の連携により、身体合併症・行動心理症状への対応、人材育成等において、二次保健医療圏の枠組を超えた取組を行い、都内全体の認知症の人と家族を支える支援体制の構築を推進

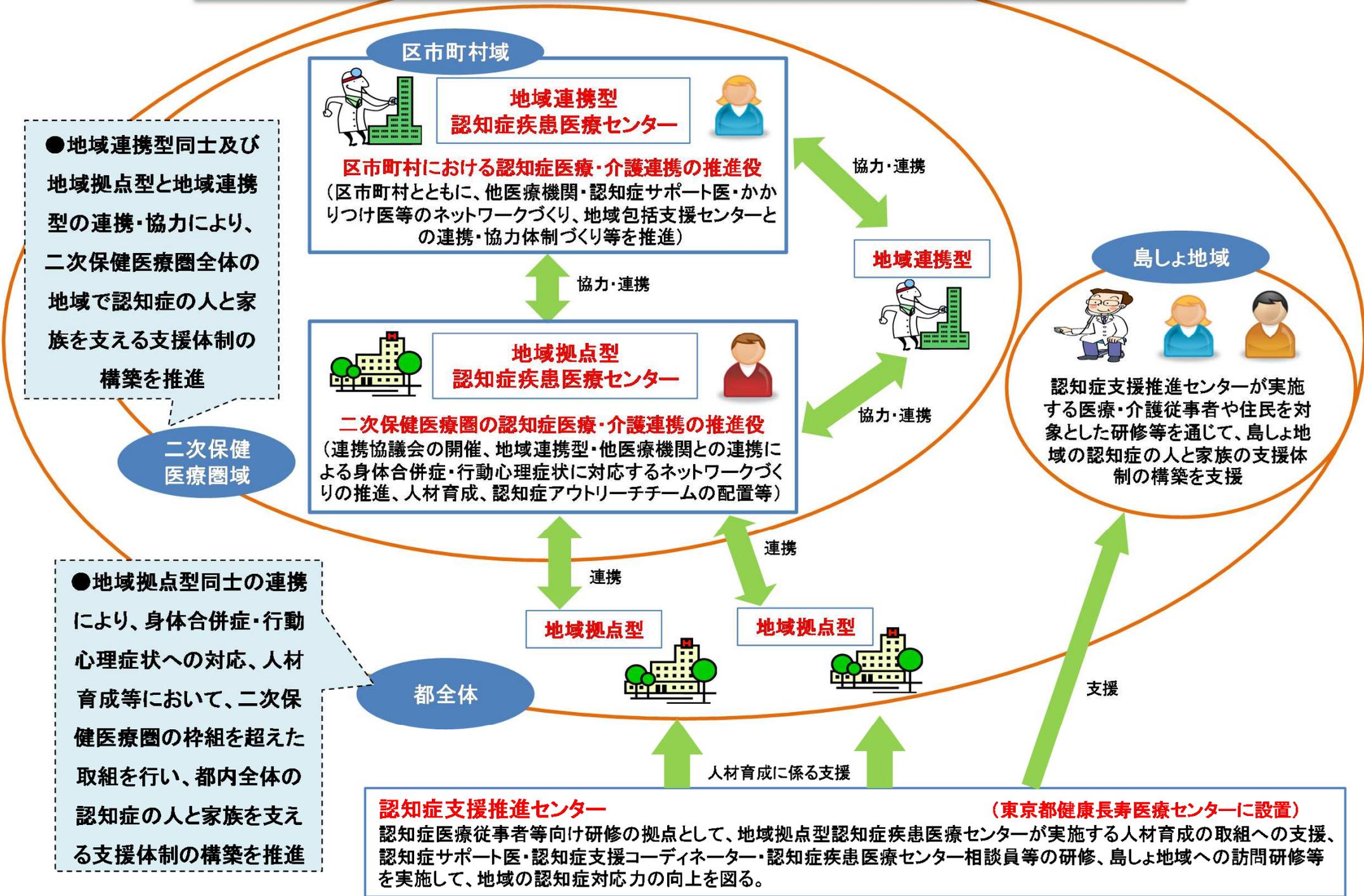
都全体

地域拠点型

地域拠点型

認知症支援推進センター (東京都健康長寿医療センターに設置)

認知症医療従事者等向け研修の拠点として、地域拠点型認知症疾患医療センターが実施する人材育成の取組への支援、認知症サポート医・認知症支援コーディネーター・認知症疾患医療センター相談員等の研修、島しょ地域への訪問研修等を実施して、地域の認知症対応力の向上を図る。



地域連携型認知症疾患医療センターの機能

【専門医療機関としての役割】

専門医療相談の実施	<ul style="list-style-type: none">◆専従の相談員を配置して、本人、家族、関係機関からの相談に応じるとともに、適切な医療機関等の紹介を行う。◆受診が困難な人について相談を受けた場合は、関係機関と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める。
鑑別診断・初期対応時の取組	<ul style="list-style-type: none">◆本人の身体的・社会的側面等を総合的に評価の上、的確に診断し、医療・介護・生活支援等の支援に結びつける。◆かかりつけ医と連携を図り、鑑別診断後の経過観察において、必要な支援を行う。
身体合併症・行動心理症状への対応	<ul style="list-style-type: none">◆センターにおける受入体制の整備を図るとともに、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受け入れる体制を整備する(院内連携・地域連携)。

【地域連携の推進機関としての役割】

地域連携の推進	<ul style="list-style-type: none">◆区市町村等が開催する認知症に関連する会議に協力・出席し、区市町村とともに、地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、医師会、介護保険事業所、家族介護者の会等、認知症の人の支援に携わる関係者のネットワークづくりを推進する。◆所在する区市町村が実施する認知症初期集中支援チーム等の認知症関連事業に協力する。
---------	---

【人材育成機関としての役割】

専門医療、地域連携を支える人材の育成	<ul style="list-style-type: none">◆院内において専門的な知識・経験を有する医師・看護師の育成に努めるとともに、区市町村・医師会等の関係機関が実施する研修に講師を派遣する等して協力する。
--------------------	---

地域拠点型認知症疾患医療センターの機能

- 所在する区市町村における「地域連携型」認知症疾患医療センターの機能を担う。
- 加えて「二次保健医療圏の認知症医療・介護連携の推進役」として以下の役割を担う。

①	<u>認知症疾患医療・介護連携協議会を開催（年2回以上）し、地域において効果的に機能するネットワークの構築に向けた検討を行うとともに、国及び都の認知症施策、各地域における認知症に係る取組の情報共有を図る。</u>
②	<u>認知症疾患医療・介護連携協議会における検討や他の地域拠点型との連携により、二次保健医療圏域における身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進を図る。</u>
③	<u>かかりつけ医、一般病院の医療従事者、地域包括支援センター職員等、地域の医療従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修を実施する。</u>
④	<u>認知症アウトリーチチームを配置して、認知症支援コーディネーター又は認知症地域支援推進員からの依頼に応じて、受診困難者等の認知症疑い高齢者の訪問支援を実施する。</u>

都における認知症の人と家族の生活を支える医療体制のイメージ図

※区市町村はこのイメージ図を参考に、各地域の実情に応じた体制のイメージ図を作成する。

