

一 東京都認知症対策推進会議 一

第14回 認知症医療部会 次第

日 時 平成29年8月10日（木） 午後6時30分から

場 所 都庁第一本庁舎16階 特別会議室S6

1 開 会

2 報告

- (1) 都の認知症施策について
- (2) 認知症と共に暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業について

3 議 事

- (1) 東京都認知症疾患医療センターについて
- (2) その他

4 閉 会

【配布資料】

- (資料1) 認知症医療部会委員名簿
- (資料2) 認知症対策推進事業実施要綱
- (資料3) 認知症医療部会（第13回）の主なご意見
- (資料4) 平成29年度の認知症医療部会について
- (資料5) 都における平成29年度の認知症施策について
- (資料6) 平成29年度の認知症に係る医療従事者等向け研修について
- (資料7) 認知症疾患医療センターの指定について
- (資料8) 認知症と共に暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業（中間報告）
- (資料9) 東京都認知症疾患医療センターに係る検討事項について
- (資料10) 保健医療計画の改定について

- (参考資料1) 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の数値目標の更新等について
- (参考資料2) 東京都高齢者保健福祉計画（平成30～32年）の策定について
- (参考資料3) 東京都における認知症高齢者の状況（データ）
- (参考資料4) 東京都認知症疾患医療センターの活動実績について
- (参考資料5) 平成28年度の認知症に係る医療従事者等向け研修について
- (参考資料6) 区市町村の認知症総合支援事業の実施状況
- (参考資料7) 東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会報告書 概要版
- (参考資料8) 都における今後の認知症疾患医療センターの整備について
- (参考資料9) 認知症アウトリーチチーム及び認知症初期集中支援チームの比較
- (参考資料10) 認知症疾患医療センター運営事業実施状況調査結果概要
- (参考資料11) 認知症各種事業実施状況調査結果概要
- (参考資料12) 二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例（統計）

東京都認知症対策推進会議(認知症医療部会)名簿

区分	氏 名	所属・役職名
学識経験者	新井 平伊	順天堂大学大学院 教授
	栗田 主一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
	繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学 精神医学講座 主任教授
医療関係者	桑田 美代子	公益社団法人東京都看護協会 (医療法人社団慶成会青梅慶友病院看護介護開発室長)
	齋藤 正彦	東京都立松沢病院院長
	高瀬 義昌	医療法人社団至高会たかせクリニック院長
	田邊 英一	一般社団法人東京精神科病院協会副会長
	西田 伸一	公益社団法人東京都医師会理事
	新田 國夫	医療法人社団つくし会理事長
福祉関係者	西本 裕子	中野区江古田地域包括支援センター所長
	山田 理恵子	ウェルビーイング21 居宅介護支援事業所・訪問看護事業所 管理者
	山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長
代表家族	牧野 史子	特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長
行政関係者	小玉 伸一	千代田区保健福祉部在宅支援課長
	横山 桂樹	西東京市健康福祉部高齢者支援課長
	渡部 裕之	西多摩保健所長

※各区分において50音順

同幹事名簿

	氏 名	所属・役職名
幹事長	粉川 貴司	福祉保健局高齢社会対策部長
幹事	成田 友代	福祉保健局医療改革推進担当部長
	石黒 雅浩	福祉保健局障害者医療担当部長
	久村 信昌	福祉保健局医療政策部地域医療担当課長
	西脇 誠一郎	福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療課長
	坂田 早苗	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
	木村 総司	福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
	諸星 岳仁	福祉保健局高齢社会対策部施設計画担当課長
	下川 明美	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長
	上野 睦子	福祉保健局高齢社会対策部認知症対策担当課長

認知症対策推進事業実施要綱

	19 福保高在第 107 号
	平成 19 年 6 月 14 日
一部改正	23 福保高在第 59 号
	平成 23 年 5 月 16 日
一部改正	23 福保高在第 732 号
	平成 24 年 3 月 30 日

第 1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第 2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第 5 に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第 3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 区市町村認知症支援担当者連絡会の開催
- ウ 認知症に関する普及啓発

第 4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する20名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。
- (2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。
- (3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

- (1) 3、7（3）及び（5）に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。
- (2) 6（2）及び9（2）に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 区市町村認知症支援担当者連絡会の開催

推進会議で検討した地域支援体制の構築に係る事例について、区市町村との情報共有を図るとともに、各区市町村における取組の促進を図るため、区市町村認知症支援担当者連絡会を開催する。

第6 認知症に関する普及啓発

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則（平成19年6月14日19福保高在第107号）

- 1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。
- 2 認知症理解普及促進事業実施要綱（平成18年6月12日付18福保高在第161号）は廃止する。

附 則（平成23年5月16日23福保高在第59号）

この要綱は、平成23年5月16日から適用する。

附 則（平成24年3月30日23福保高在第732号）

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

認知症医療部会（第 13 回）の主なご意見

（1）平成29年度の都の認知症施策について

●認知症の普及啓発のところに「とうきょう認知症ナビ」があるが、見づらいのでわかりやすく整備していただけるとありがたい。

（2）認知症疾患医療センターについて

●新たに地域連携型認知症疾患医療センターとして運営を開始したことにより、相談数はあまり変わらなくても看護師の認知症の方への対応が本当に変わったという医療機関もある。二次的な影響が大きく、うれしく思っている。

●地域連携型認知症疾患医療センターができて、行政にとって認知症に関する医療が身近になった。

●各区市町村に 1 つずつ地域連携型認知症疾患医療センターができて、行政の意識が非常に変化した。それぞれの区市町村単位で、どのように認知症の支援体制づくりを行っていくかということが、活発に討議されるようになった。医療面に関しては、かかりつけ医や医療機関がどのように連携していくか、それぞれの区市町村単位で議論していくことがこれからの課題になるのではないかと。

●認知症の方は入院すると認知機能がさらに落ちてしまうことも多いので、認知症の方が入院しないで済むように、認知症疾患医療センターからは認知症だけに特化するのではなく、もう少し生活面あるいは予防の面にも広げて、啓蒙してもらえるとありがたい。

（3）医療従事者等に向けた研修について

●施設の看護師だけではなく、救命救急の看護師も高齢者の対応で疲弊している。急性期病院の看護師を中心に研修を実施しているが、もう少し多領域を見る目等、ほかのところも含めて検討していかなければならないと思う。

●かかりつけ医への研修は、認知症の診断や治療を中心にするよりも、まずは合併症などの薬が飲めているかを確認して、介護保険の意見書を書いてサービスの導入に繋げる等の話をした方が役に立つと思う。かかりつけ医認知症対応力向上研修はどこかで見直してもいいかもしれない。

(4)その他認知症施策について

- 在宅でみていく体制が本当に大切であり、御家族が駆け込めるのは地域の主治医だが、認知症については専門外という場合もあるので、認知症疾患医療センターなど専門医の先生方と連携しながらみていくことが重要。また、クリニックの医師などはなかなか研修に行きにくいということもあるので、地域でうまくいっている事例などの情報が得やすくされるとよい。
- 認知症に関して医療ができることは本当は少なく、福祉がちゃんとしていれば認知症の方は在宅で生活できる。しかし、地域が使える医療以外の支援が少なすぎる。認知症の方で一番困っているのは、単身者と子供のいない老々世帯なので、まずその人たちのための生活の福祉が必要。政策全体、特に福祉の緊急措置みたいなものを考える必要がある。
- 老人保健施設のショートステイは、レスパイトケアのためという使い方が多いが、老人保健施設には医師も看護師、介護職、リハ職もいるのでレスパイトだけではもったいない。たくさん飲んでる薬の整理、認知症の状態の評価などを、すべて病院で行うのではなく老人保健施設で行ってもいいのではないかなと思う。
- 事前に対応しておけば困難化しないケースはたくさんあるが、事前対応が難しい場合もあり、そういう方をフォローしていく認知症初期集中支援チームなどアウトリーチの活動が充実していくとよい。老健や特養も含めて、いろいろなものがうまく回っていくことが望ましい。
- 地域包括支援センターは本当によく活動しているので、そこで対応できないところについて、初期集中支援チームなりアウトリーチチームなり、すでにできているものを充実させていくことが重要。そのポイントは、熱心に対応してくれる施設等との連携だろうと思う。
- 高齢者と医師等が認知症になる前から繋がりをつくれる認知症カフェ等は非常に重要だと思うが、かなりボランティアな活動に依存している。地域で本当に必要な支援がなかなか始まってきていないという危機感を感じる。また、介護者の年齢もどんどん下がってきているが、日常的に相談できる場がないので、このような層にいかにか手を伸ばすかということも都で先駆的にやっていただきたい。

平成 29 年度の認知症医療部会について

1 位置づけ

東京都認知症対策推進会議の専門部会として設置
(設置根拠:「認知症対策推進事業実施要綱」第 4 の 7)

2 設置目的

東京都における認知症疾患医療センターの整備や認知症に係る医療支援体制の充実等について検討する。

3 平成 29 年度における主な検討事項

- (1) 認知症疾患医療センターに関する事項
- (2) 認知症に係る医療・介護連携の推進に関する事項

※ 地域連携型認知症疾患医療センターの面的整備が終了した後の認知症疾患医療センターのあり方を中心に検討を行う。

4 スケジュール (案)

- ・ 第 14 回認知症医療部会 (平成 29 年 8 月 10 日)
認知症疾患医療センターの機能・役割について検討
- ・ 第 15 回認知症医療部会 (平成 30 年 1 月～2 月頃開催予定)
認知症疾患医療センターのあり方の取りまとめ

都における平成 29 年度の認知症施策について

都の施策の方向性

◆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）は平成 37 年には約 56 万人（高齢者人口の 17.2%）に達する見込み。

◎認知症の人とその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を構築

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

厚生労働省が平成 27 年 1 月に策定、平成 29 年 7 月改定

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。

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

認知症の人にやさしいまち 東京を目指して

知って安心
認知症



※平成 28 年度
予算 41 億円
◆は新規事業
●は拡充事業
○は既存事業

認知症対策の総合的な推進（平成 29 年度予算 34 億円）

地域連携の推進と
専門医療の提供

認知症の人と家族を支える
人材の育成

認知症の人と家族を支える地域づくり

●認知症対策推進事業（14 百万円）

東京都認知症対策推進会議及び認知症医療部会において、中長期的な対策を検討

○認知症疾患医療センターの運営（53 か所、663 百万円）

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、地域の支援体制を構築

○認知症支援コーディネーターの配置（175 百万円）

保健師等の医療職を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、認知症の早期発見等を推進

●認知症の普及啓発（認知症対策推進事業に含む）

ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」を改修するなど、都民への情報発信を強化

【認知症疾患医療センター指定状況（H29.8.1）】

類型	指定基準	指定数
地域拠点型	二次保健医療圏域に1か所 （島しょ地域を除く）	12か所
地域連携型	区市町村に1か所 （島しょ・地域拠点型設置地域を除く）	39か所

○認知症介護研修の実施（141 百万円）

認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修等、認知症ケアの質の向上を図るための研修を実施

○東京都健康長寿医療センターへの認知症支援推進センターの設置（62 百万円）

認知症サポート医等、認知症に係る医療専門職に対する研修や、島しょ地域への訪問研修等を実施

●歯科医師・薬剤師・看護職員向けの認知症対応力向上研修の実施（21 百万円）

●認知症初期集中支援チーム員・認知症地域支援推進員向けの研修の実施（22 百万円）

○地域拠点型認知症疾患医療センターにおけるかかりつけ医認知症研修、看護師等向けの研修、多職種協働研修の実施

○キャラバンメイトの養成、区市町村における認知症サポーター養成への支援

○認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業（80 百万円、東京都健康長寿医療センター委託）

生活実態調査及び診断後支援（介入）の実施等により、質の高い在宅生活継続のための「都市型・認知症ケアモデル」を構築

○認知症の人の地域生活を支援するケアプログラム推進事業（80 百万円、東京都医学総合研究所委託）

都内の 3 区市において、行動・心理症状に着目したケアプログラムを作成・活用するとともに、研修を実施して、ケアの質向上を図る

●若年性認知症総合支援センターの運営（2 か所、51 百万円）

新たに開設した多摩若年性認知症総合支援センターを加え、2 か所のセンターにおいて支援を推進

●若年性認知症ハンドブックの改訂・企業向けセミナーの開催（認知症対策推進事業に含む）

○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・先駆的事业）

○認知症予防推進事業（区市町村包括補助・選択事業）

運動、口腔機能の向上、栄養改善、社会交流、趣味活動等の認知機能低下の予防に繋がる可能性のある取組の推進を図る

○認知症地域支援ネットワーク事業（区市町村包括補助・選択事業）

○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・先駆的事业）

○認知症行方不明者等の支援のための情報共有サイトの運営

●高齢者権利擁護推進事業（50 百万円）

事業者向け研修の規模を拡大するとともに、区市町村の虐待防止体制整備のための訪問支援を新たに実施

○認知症高齢者グループホームの整備（2,047 百万円）

○生活支援付きすまい、特別養護老人ホーム等の整備

◆認知症高齢者グループホーム整備に係るマッチング事業（32 百万円）

平成29年度の認知症に係る医療従事者向け研修について

【平成29年度における認知症医療従事者向け研修一覧】

	研修名	研修形態	研修目的	対象者	実施予定	実施機関(委託先)
1	東京都かかりつけ医認知症研修	国研修に準拠	認知症の人を支える体制の構築に向けて、かかりつけ医の認知症の診療に係る知識・技術の向上を図る	医師、歯科医師	2回程度×12か所	地域拠点型認知症疾患医療センター
2	認知症サポート医養成研修	国研修へ派遣	認知症サポート医として必要な知識・技術の習得を図る	認知症の診療を行っている医師等	100人程度	国立長寿医療研究センター
3	東京都認知症サポート医等フォローアップ研修	都独自	認知症サポート医のスキルアップ及び活動の促進を図る	認知症サポート医、認知症疾患医療センター医師等	4回（7月、9月、12月、2月）	認知症支援推進センター
4	東京都歯科医師認知症対応力向上研修	国研修に準拠	認知症の早期発見や医療現場での適切な支援に資するため、歯科医師の認知症対応力の向上を図る	歯科医師	2回（時期未定）	東京都歯科医師会
5	東京都薬剤師認知症対応力向上研修	国研修に準拠	認知症の早期発見や医療現場での適切な支援に資するため、薬剤師の認知症対応力の向上を図る	薬剤師	1回（1月）	東京都（東京都薬剤師会と共催）
6	東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ	国研修に準拠	一般病棟の看護師等の認知症ケアに関する知識・技術の向上を図る	看護師、病院に勤務する医療従事者	2回程度×12か所	地域拠点型認知症疾患医療センター
7	東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ	国研修に準拠	指導的役割の看護師の認知症対応力の向上を図り、病院における認知症患者に対する適切なケアを確保する	病院で指導的役割にある看護師（No.6の研修修了者）	3回（7月、9月、11月）	東京都健康長寿医療センター
8	東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ	国研修に準拠	管理監督的立場の看護師のマネジメント力の向上を図り、病院における認知症患者に対する適切なケアを確保する	病院で管理監督的立場にある看護師（No.7の研修修了者）	1回（2月）	東京都
9	認知症初期集中支援チーム員研修	国研修へ派遣	認知症初期集中支援チーム員として必要な知識・技術の習得を図る	認知症初期集中支援チーム員予定者	360人程度	国立長寿医療研究センター
10	認知症地域支援推進員研修	国研修へ派遣	認知症地域支援推進員の配置促進及び質の確保のため、推進員に必要な知識・技術の習得を図る	認知症地域支援推進員（予定者含む）	200人程度	認知症介護研究・研修センター
11	認知症支援コーディネーター等研修	都独自	認知症支援コーディネーターのスキルアップ及び相互の情報交換、連携の促進を図る	認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等	2回（8月、1月）	認知症支援推進センター
12	東京都認知症疾患医療センター相談員研修	都独自	認知症疾患医療センターの相談員のスキルアップ及び相互の情報交換、連携の促進を図る	認知症疾患医療センター相談員	1回程度（11月）	認知症支援推進センター
13	東京都認知症多職種協働研修	都独自	認知症ケアに携わる専門職や行政関係者の連携等を促進する	認知症ケアに関わる医療職、介護職	1回程度×12か所	地域拠点型認知症疾患医療センター
14	島しょ地域の認知症対応力向上研修	都独自	各島を訪問し、その特性に応じた研修を実施することにより、認知症の人と家族を支える体制づくりを促進する	島しょ地域の医療職、介護職、行政関係者等	利島村、神津島村、御蔵島村、青ヶ島村、小笠原村	認知症支援推進センター

認知症支援推進センター

都内全体の認知症ケアに携わる医療専門職等の認知症対応力の向上を図るため、認知症医療に係る研修の拠点として設置

- ◆事業開始 平成27年度
- ◆実施機関 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
- ◆事業内容
 - ①認知症サポート医等の医療専門職向けの研修会の開催
 - ②地域拠点型認知症疾患医療センターが実施する研修の支援及び評価検証
 - ③認知症疾患医療センター運営事業等の評価検証の実施
 - ④都内の医療専門職等の認知症対応力の向上に必要な取組の実施

東京都看護師認知症対応力向上研修のあり方検討会

新オレンジプランに看護職員向けの研修が位置づけられたことを受けて、平成28年度から、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ～Ⅲ」を実施しているところであるが、各研修の実施状況を踏まえ、より効果的な研修のあり方を検討するための検討会を設置

- ◆委員構成 7名（認知症看護の学識経験者、地域拠点型認知症疾患医療センターの看護師等）
- ◆協議事項
 - ①平成30年度以降の看護師向け研修の体系及び実施体制について
 - ②平成30年度以降の看護師向け研修のカリキュラム及び教材について
 - ③その他看護師の認知症対応力の向上に関する事
- ◆開催回数 3回程度

認知症疾患医療センターの指定について

事業目的

都内の全区市町村（島しょ地域を除く）に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。

センターの種類

類型	指定基準	設置機関	位置づけ
地域拠点型 認知症疾患 医療センター	二次保健医療圏域 ごとに1か所 (島しょ地域を除く)	病院	所在する二次保健医療圏の 認知症に係る医療・介護連携の拠点 ※所在する区市町村における「地域連 携型」を兼ねる
地域連携型 認知症疾患 医療センター	区市町村ごとに1か所 (島しょ・地域拠点型 設置地域を除く)	病院又は 診療所	所在する区市町村における認知症 に係る医療・介護連携の推進役

センターの役割と事業内容

専門医療機関 としての役割	・専従相談員（精神保健福祉士等）による専門医療相談の実施 ・認知症の鑑別診断とそれに基づく初期対応 ・自院又は連携医療機関等における身体合併症、行動・心理症状への対応 <地域拠点型のみ> ・認知症アウトリーチチームを配置し、認知症支援コーディネーター等からの依頼に応じ、受診困難者等を訪問支援
地域連携の 推進役として の役割	・かかりつけ医、医師会等、関係機関とのネットワークづくりを推進 ・区市町村の認知症施策への協力 ・家族介護者の会との連携の推進、支援 <地域拠点型のみ> ・二次保健医療圏域における認知症疾患医療・介護連携協議会の開催、ネットワークづくり
人材育成機関 としての役割	・医療機関内における専門的な知識・経験を有する医師、看護師等の育成 ・区市町村、関係機関が実施する研修への協力 <地域拠点型のみ> ・二次保健医療圏域内の医療従事者等向けの研修会の開催

センターの新規指定等

◆ 4 医療機関を「地域連携型認知症疾患医療センター」として指定

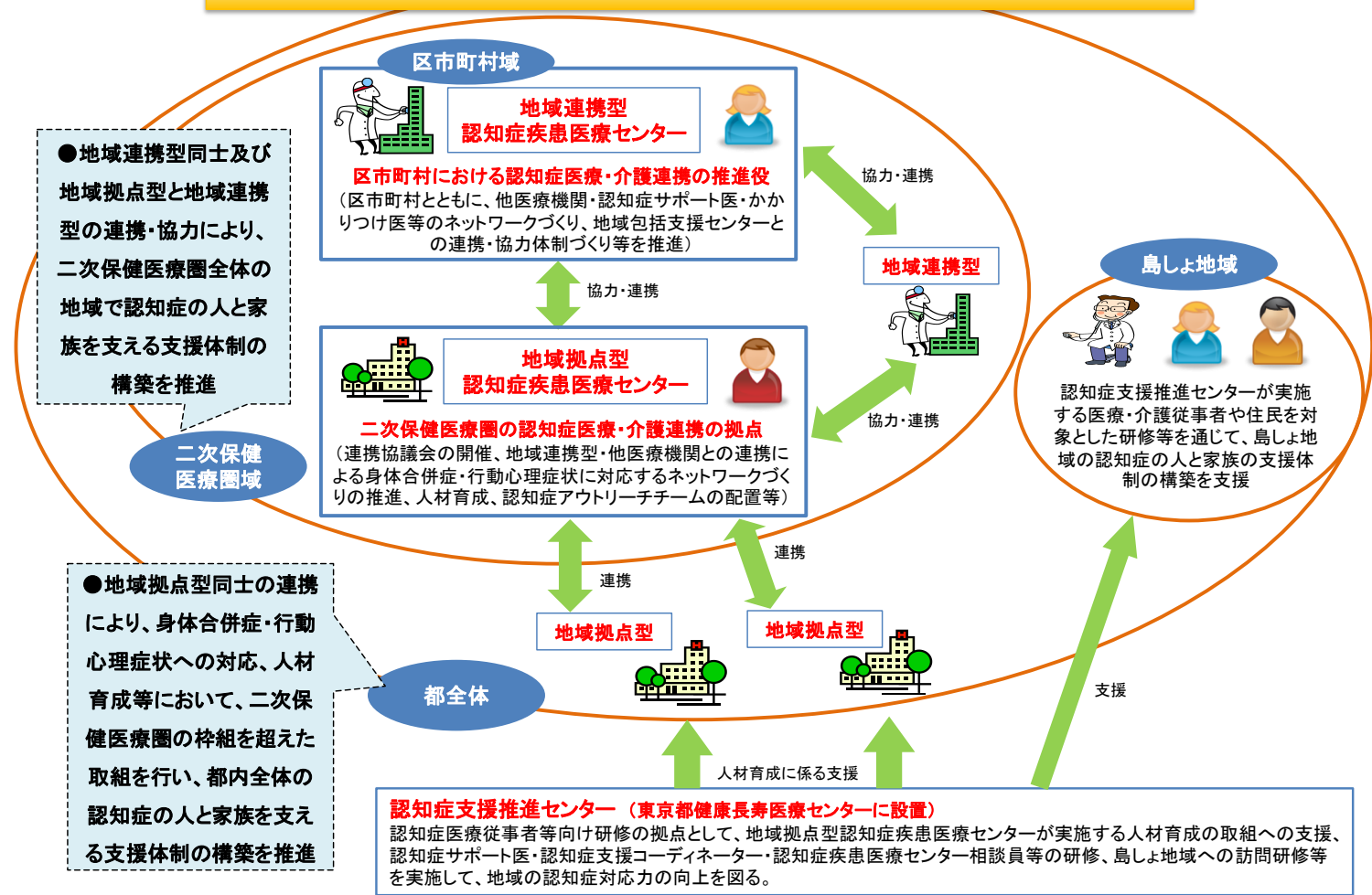
医療機関名	所在地	担当地域	運営開始日
医療法人社団山本・前田記念会 前田病院	東久留米市中央町5-13-34	東久留米市	平成29年6月1日
医療法人財団暁 あきる台病院	あきる野市秋川6-5-1	あきる野市	
医療法人財団利定会 大久野病院	西多摩郡日の出町大久野6416	日の出町	
医療法人社団充会 多摩平の森の病院	日野市多摩平3-1-17	日野市	平成29年8月1日

◆ 東京都認知症疾患医療センターの指定数（平成29年8月1日現在）

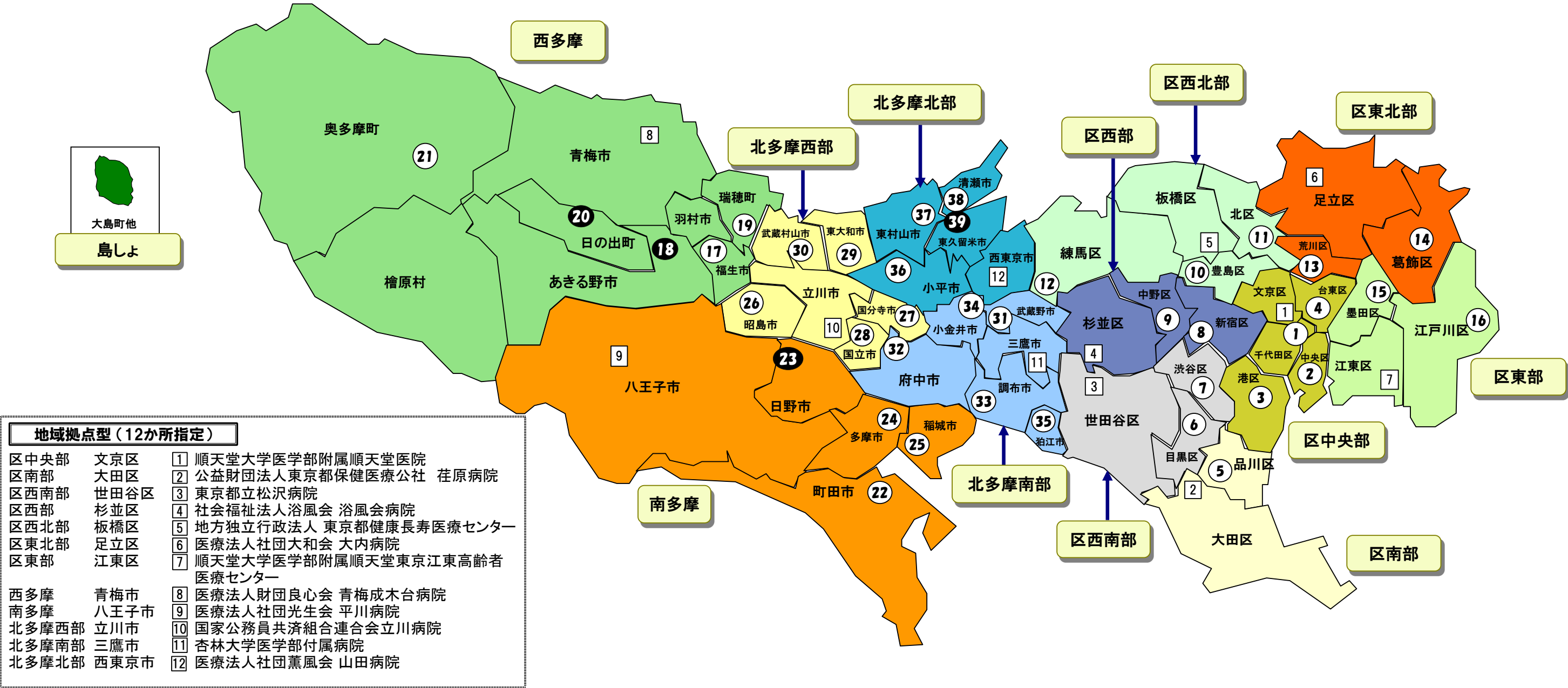
51か所（地域拠点型12か所、地域連携型39か所）

◆ 羽村市及び檜原村においては、平成29年5月26日から、地域連携型認知症疾患医療センターの再募集を実施

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



都における認知症疾患医療センターの指定状況（平成29年8月1日現在）



地域連携型（39か所指定）			※「病院型」25か所、「診療所型」13か所（網掛けの医療機関）			※⑬⑭⑯は平成29年6月1日運営開始、⑳㉑は平成29年8月1日運営開始		
区中央部	千代田区	① 社会福祉法人 三井記念病院	区東北部	荒川区	⑬ 医療法人社団讃友会 あべクリニック	北多摩西部	昭島市	⑫ 医療法人社団東京愛成会 たかつきクリニック
	中央区	② 学校法人聖路加国際大学 聖路加国際病院		葛飾区	⑭ 医療法人社団双泉会 いずみホームケアクリニック		国分寺市	⑪ 社会福祉法人浴光会 国分寺病院
	港区	③ 社会福祉法人恩賜財団済生会支部東京都済生会 東京都済生会中央病院	区東部	墨田区	⑮ 医療法人社団仁寿会 中村病院		国立市	⑩ 医療法人社団つくし会 新田クリニック
区南部	台東区	④ 公益財団法人ライフ・エクステンション研究所附属 永寿総合病院		江戸川区	⑯ 医療法人社団城東桐和会 東京さくら病院	北多摩南部	東大和市	⑨ 社会医療法人財団大和会 東大和病院
	品川区	⑤ 医療法人社団恵泉会 荏原中延クリニック		福生市	⑰ 医療法人社団幹人会 福生クリニック		武蔵村山市	⑧ 社会医療法人財団大和会 武蔵村山病院
	目黒区	⑥ 国家公務員共済組合連合会 三宿病院	西多摩	羽村市	なし		武蔵野市	⑦ 武蔵野赤十字病院
区西南部	渋谷区	⑦ 学校法人東京女子医科大学附属成人医学センター		あきる野市	⑩ 医療法人財団暁 あきる台病院	北多摩北部	府中市	⑥ 医療法人社団 根岸病院
	新宿区	⑧ 学校法人東京医科大学 東京医科大学病院		瑞穂町	⑪ 医療法人社団幹人会 菜の花クリニック		調布市	⑤ 医療法人社団青山会 青木病院
	中野区	⑨ あしかりクリニック	南多摩	日の出町	⑱ 医療法人財団利定会 大久野病院		小金井市	④ 社会福祉法人聖ヨハネ会 桜町病院
区西北部	豊島区	⑩ 医療法人社団健翔会 豊島長崎クリニック		檜原村	なし	北多摩西部	柏江市	③ 学校法人慈恵大学 東京慈恵会医科大学 附属第三病院
	北区	⑪ 東京ふれあい医療生活協同組合 オレンジほっとクリニック		奥多摩町	⑲ 奥多摩町国民健康保険奥多摩病院		小平市	② 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究 センター病院
	練馬区	⑫ 医療法人社団じうんどう 慈雲堂病院	北多摩北部	町田市	⑲ 医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院	北多摩西部	東村山市	① 医療法人社団新新会 多摩あおば病院
区西部	練馬区	⑫ 医療法人社団じうんどう 慈雲堂病院		日野市	⑲ 医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院		清瀬市	⑧ 公益財団法人結核予防会 複十字病院
	練馬区	⑫ 医療法人社団じうんどう 慈雲堂病院		多摩市	⑲ 医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院		東久留米市	⑦ 医療法人社団山本・前田記念会 前田病院
区西北部	豊島区	⑩ 医療法人社団健翔会 豊島長崎クリニック	北多摩西部	稲城市	⑲ 医療法人社団研精会 稲城台病院	北多摩西部	昭島市	⑫ 医療法人社団東京愛成会 たかつきクリニック
	北区	⑪ 東京ふれあい医療生活協同組合 オレンジほっとクリニック		町田市	⑲ 医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院		国分寺市	⑪ 社会福祉法人浴光会 国分寺病院
	練馬区	⑫ 医療法人社団じうんどう 慈雲堂病院		日野市	⑲ 医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院		国立市	⑩ 医療法人社団つくし会 新田クリニック

都における認知症疾患医療センターの類型とその要件

※下線部分は国の基準にプラスしている要件

東京都の類型		地域拠点型認知症疾患医療センター	地域連携型認知症疾患医療センター	
			病院型	診療所型
国の類型		地域型	地域型	連携型
設置医療機関		病院	病院	診療所 ・ 病院型の要件を満たさない病院
活動圏域		二次保健医療圏域	所在する区市町村	
設置基準	稼働日	◆平日、週5日の稼働を原則とする。		
	人員配置	◆専任の日本老年精神医学会・日本認知症学会の定める専門医又は5年以上の認知症専門医療臨床経験(※1)を有する医師:1名以上 ◆専任の臨床心理技術者:1名以上 ◆精神保健福祉士(PSW)、保健師等(※2)の資格を有する相談員:2名以上(うち1人は常勤専従) ※1 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指す。 ※2 認知症について一定程度の知識及び業務経験を有する看護師、社会福祉士も可。	◆専任の日本老年精神医学会・日本認知症学会の定める専門医又は5年以上の認知症専門医療臨床経験を有する医師:1名以上 ◆ <u>PSW、保健師等の資格を有する相談員:2名以上(うち1人は常勤専従)</u> ◆ <u>専任の臨床心理技術者を配置することが望ましい</u> 【へき地における特例】 対象地域:奥多摩町・檜原村 ・専任の学会専門医又は5年以上の認知症専門医療臨床経験を有する医師:1名以上 ・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習得しているPSW、看護師、保健師、臨床心理技術者等:1名以上	
	検査体制	◆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していること。 ◆神経画像検査の体制として、CT、MRI(※)、SPECT(※)を有していること。 ※他医療機関との連携による確保で可。	◆血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査の実施体制を確保していること。 ◆CT(※)、MRI(※)、SPECT(※)を活用できる体制を確保していること。 ※他医療機関との連携による確保で可。	
	病床	◆身体合併症と認知症疾患の行動・心理症状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すること。 両方の病床の確保が難しい場合は、どちらかの病床を他の医療機関との連携体制による確保で可。	◆身体合併症と認知症疾患の行動・心理症状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、自院で有するか他の医療機関との連携体制により確保すること。	
事業内容	鑑別診断とそれに基づく初期対応	◆アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症(またはピック病)、正常圧水頭症等の認知症原因疾患(若年性認知症を含む)の鑑別診断及びその初期対応を実施する。		
	専門医療相談の実施	◆医療相談室を設置し、専門電話等必要な設備を整備する。 ◆医療相談室に配置した相談員が、本人・家族、地域の医療・介護等関係者からの多様な認知症に関する医療相談に対応する。 相談にあたっては、患者の状況を総合的に把握し、自院での診療も含め、適切な医療機関等の紹介を行う。 ◆病識がない等医療機関の受診を拒否する人について相談を受けた場合、地域包括支援センターやかかりつけ医、区市町村、認知症初期集中支援チーム、認知症アウトリーチチーム等と連携し、早期の診断に結び付けるよう努める。	◆医療相談室の設置は求めないが、 <u>専用電話を設置</u> して番号を公表し、相談員が左記と同様の専門医療相談に対応する。	
	身体合併症・行動心理症状への対応	◆院内研修等により院内の多職種が適切に連携できる体制を構築し、自院または連携病院での受け入れに努め、早期からの退院支援を行う。 ◆地域の関係機関との緊密な連携を図り、地域全体で受け入れを促進していく体制を構築する。		
	認知症疾患医療・介護連携協議会	◆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「認知症疾患医療・介護連携協議会」を二次保健医療圏単位で設置し、地域の認知症に係る支援体制づくりに関する検討等を行う(年2回以上開催)。	◆地域拠点型が開催する連携協議会に協力・出席する。	
	地域の関係機関との連携	◆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。 ◆ <u>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事業に協力する。(初期集中支援チームの設置の受託、チーム員の派遣、チーム員会議へのセンター専門医の派遣等)</u> ◆区市町村、地域包括支援センター、かかりつけ医、医師会、家族介護者の会等、地域の認知症に係る関係機関との連携を推進する。		
	人材育成	◆圏域内の医療従事者等を対象に、研修を実施する。 ※ <u>原則、かかりつけ医向け研修2回、病院勤務者(看護師等)向け研修2回、多職種協働研修1回を含む年6回以上の研修会を主催する。</u>	◆ <u>地域拠点型が実施する研修に協力する。</u>	
	アウトリーチチームの設置	◆ <u>圏域内の区市町村からの依頼に応じて訪問支援等を行う認知症アウトリーチチームを配置する(医師1名以上、PSW・看護師等2名以上で構成)。</u>		
	情報発信	◆地域住民への認知症についての理解促進に向けた普及啓発、認知症の連携体制構築の周知等を行う。		
平成29年度委託料		1か所あたり(上限) : 28,197千円(消費税込)	1か所あたり(上限) : 7,826千円(消費税込)	
診療報酬		認知症専門診断管理料1 イ を算定可		認知症専門診断管理料1 ロ を算定可 (病院が設置する場合は対象外)

東京都認知症対策推進会議医療部会（2017年8月10日）

認知症と共に暮らせる社会に向けた 地域ケアモデル事業 （中間報告）

東京都健康長寿医療センター研究所
粟 田 主 一

1. 研究の背景と目的

大都市に暮らす認知症高齢者

- 単独・夫婦のみ・核家族世帯の増加
- 社会的孤立の傾向
- 家族に代わる日常生活支援の担い手の欠如
- 情報へのアクセシビリティの低下
- 医療・介護等サービスへのアクセシビリティの低下
- 地域社会の中での居場所の喪失
- 経済的困窮
- 「住まい」の喪失
- 精神的・身体的・社会的な生活状況の複雑化



大都市において、「認知症とともに暮らせる地域社会」を創出するためのモデルを考案する。

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

2. 研究の方法

研究の方法

I. 観察研究

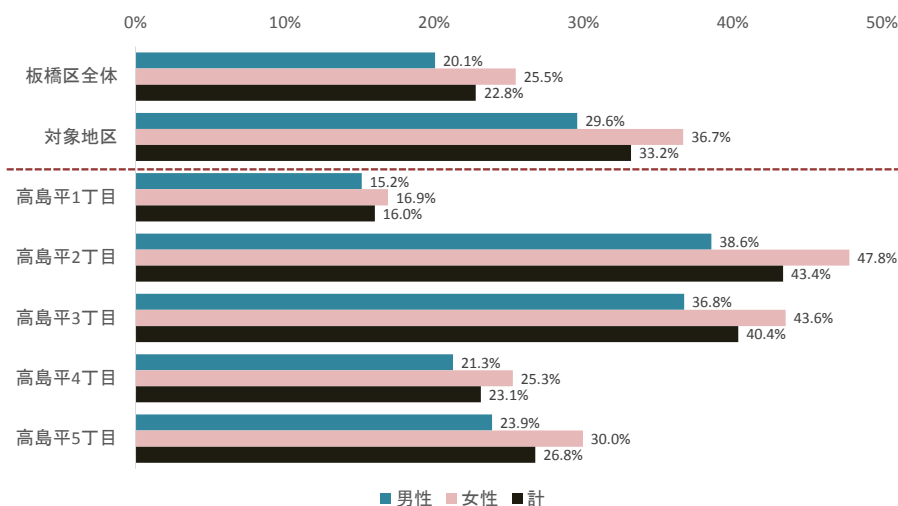
認知症高齢者（認知機能障害と生活障害をもつ高齢者）の出現頻度と生活実態を把握する。

II. 介入研究

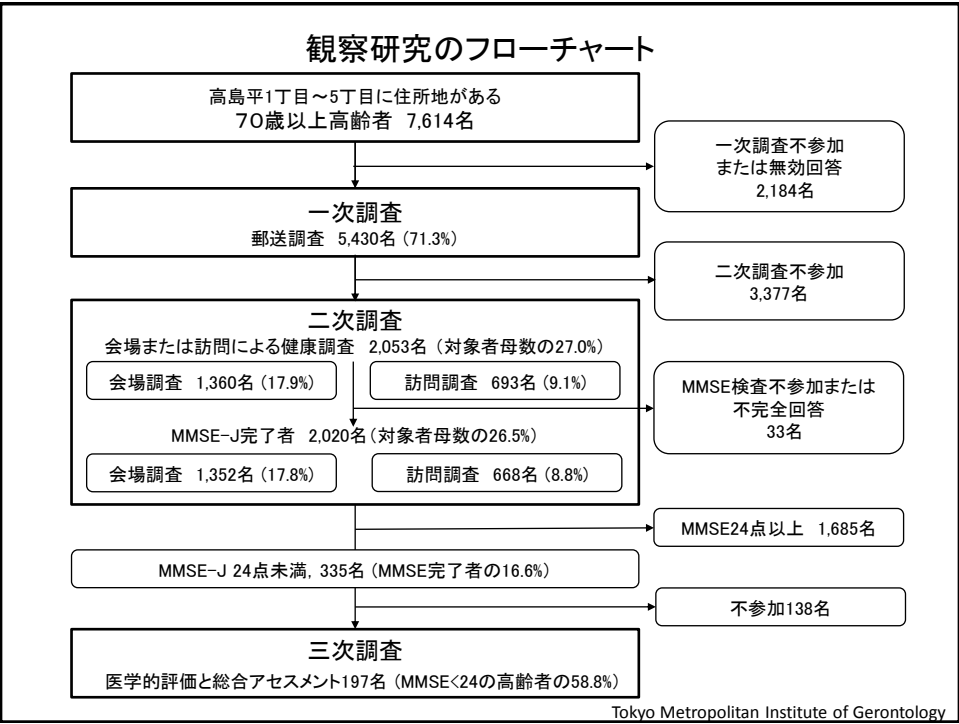
特定地域に暮らす認知症高齢者を対象に，多職種協働チームで「必要な社会支援の調整」(Coordination)を行うとともに，「社会支援ネットワークの構築」(Networking)を進め，それが認知症高齢者の暮らし(Living)に及ぼす効果を検証する。

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

調査対象地区の高齢化率
(板橋区住民基本台帳 平成28年7月1日現在)

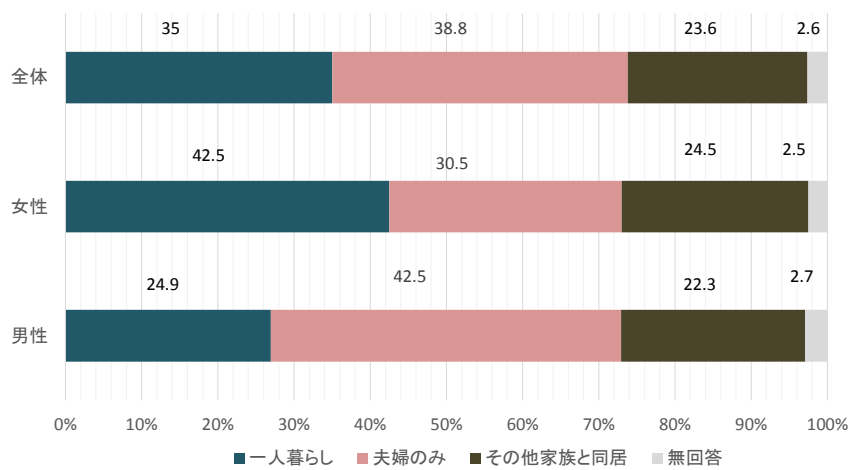


Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology



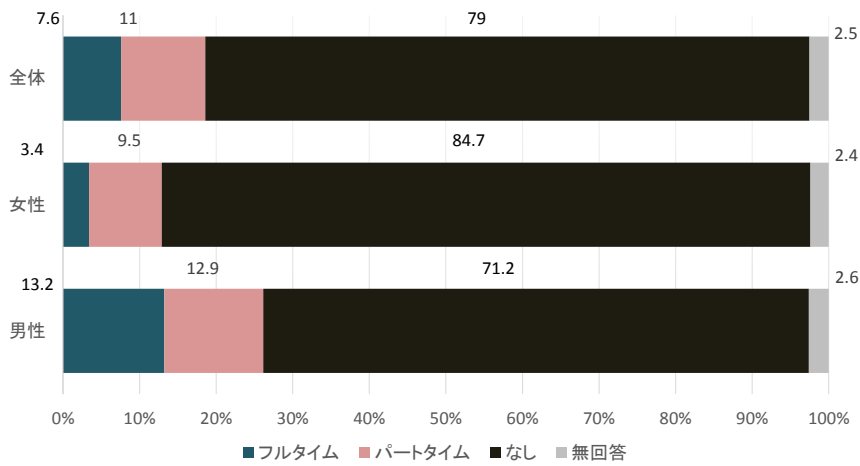
3-1. 研究の結果 観察研究（一次調査） 対象地区に暮らす70歳以上高齢者の生活状況

対象地区に暮らす70歳以上高齢者の世帯類型



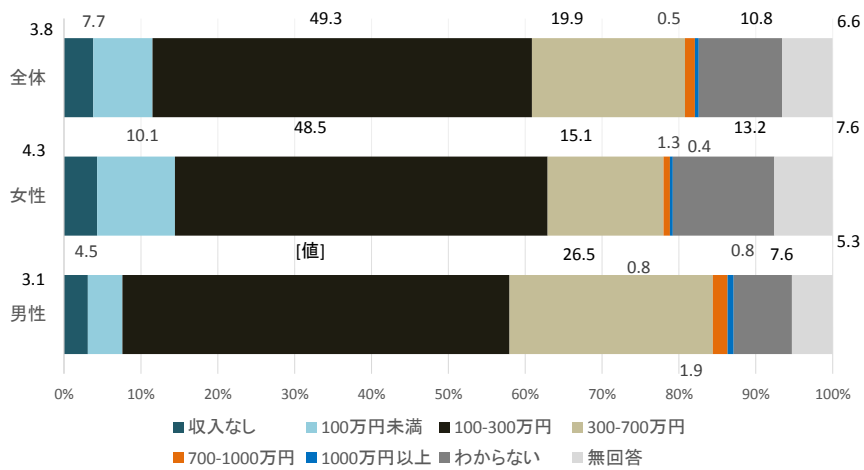
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

対象地区に暮らす70歳以上高齢者の就労状況
(N=5,430)



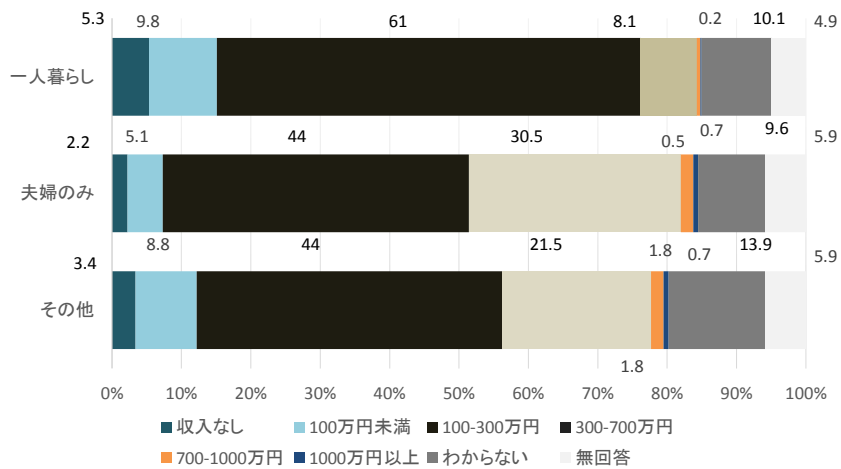
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

対象地区に暮らす70歳以上高齢者の年収 (N=5,430)



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

対象地区に暮らす70歳以上高齢者の世帯類型と年収 (N=5,430)



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

3-2. 研究の結果 観察研究（二次調査） 認知機能低下高齢者の出現率と生活実態

調査実施状況による対象者の分類

調査対象地域の70歳以上高齢者を調査実施状況によって、下記の4群に分類した。

分類	調査実施状況	標本数	構成比
1	一次無効: 一次調査不参加または無効	2,184	28.7%
2	二次無効: 一次有効, 二次調査 (MMSE)不参加または無効	3,410	44.8%
3	会場MMSE: 一次・二次調査有効, 会場でMMSEを実施	1,352	17.8%
第1群および第2群における「認知機能低下高齢者の性別・年齢階級別出現頻度」は、 第4群の「認知機能低下高齢者の性別・年齢階級別出現頻度」と同じと仮定して、対象 地区の70歳以上高齢者における認知機能低下高齢者の出現数・出現率を推計する。	訪問MMSE: 一次・二次調査有効, 訪問でMMSE実施	668	8.8%
全体		7,614	100.0%



対象地区における認知機能低下高齢者の出現数と出現率の推計
(高島平1丁目～5丁目の70歳以上高齢者 N=7,614)
出現数2,050人, 出現率26.9%

調査実施状況別

性別・年齢階級別人口分布

性別	年齢階級		調査状況別分類				合計
			一次無効	二次無効	会場MMSE	訪問MMSE	
男	70-74	度数	359	568	208	66	1201
		年齢階級構成比	39.7%	37.9%	38.2%	25.0%	37.4%
	75-79	度数	256	505	161	90	1012
		年齢階級構成比	28.3%	33.7%	29.5%	34.1%	31.5%
	80-84	度数	175	289	125	70	659
		年齢階級構成比	19.4%	19.3%	22.9%	26.5%	20.5%
	85-89	度数	80	107	40	29	256
		年齢階級構成比	8.8%	7.1%	7.3%	11.0%	8.0%
	90-	度数	34	31	11	9	85
		年齢階級構成比	3.8%	2.1%	2.0%	3.4%	2.6%
女	70-74	度数	904	1500	545	264	3213
		年齢階級構成比	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75-79	度数	430	635	257	96	1418
		年齢階級構成比	33.6%	33.2%	31.8%	23.8%	32.2%
	80-84	度数	313	601	304	113	1331
		年齢階級構成比	24.5%	31.5%	37.7%	28.0%	30.2%
	85-89	度数	262	401	179	101	943
		年齢階級構成比	20.5%	21.0%	22.2%	25.0%	21.4%
	90-	度数	159	204	55	63	481
		年齢階級構成比	12.4%	10.7%	6.8%	15.6%	10.9%
合計	70-74	度数	116	69	12	31	228
		年齢階級構成比	9.1%	3.6%	1.5%	7.7%	5.2%
	75-79	度数	1280	1910	807	404	4401
		年齢階級構成比	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	80-84	度数	789	1203	465	162	2619
		年齢階級構成比	36.1%	35.3%	34.4%	24.3%	34.4%
	85-89	度数	569	1106	465	203	2343
		年齢階級構成比	36.1%	35.3%	34.4%	24.3%	34.4%
	90-	度数	569	1106	465	203	2343
		年齢階級構成比	36.1%	35.3%	34.4%	24.3%	34.4%

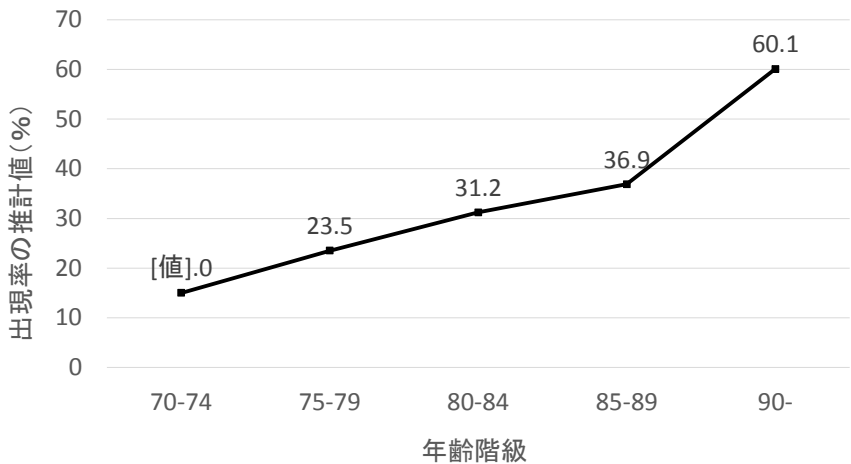
対象地区における性別・年齢階級別

認知機能低下高齢者の出現数と出現率

性別	年齢階級		調査状況別分類				合計
			一次無効	二次無効	会場MMSE	訪問MMSE	
男	70-74	度数	76	120	14	14	224
		年齢階級構成比	21.2%	21.2%	6.7%	21.2%	18.7%
	75-79	度数	74	146	17	26	263
		年齢階級構成比	28.9%	28.9%	10.6%	28.9%	26.0%
	80-84	度数	68	112	20	27	226
		年齢階級構成比	38.6%	38.6%	16.0%	38.6%	34.3%
	85-89	度数	22	30	5	8	65
		年齢階級構成比	27.6%	27.6%	12.5%	27.6%	25.2%
	90-	度数	15	14	5	4	38
		年齢階級構成比	44.4%	44.4%	45.5%	44.4%	44.5%
女	70-74	度数	270	449	61	79	859
		年齢階級構成比	29.9%	29.9%	11.2%	29.9%	26.7%
	75-79	度数	58	86	12	13	169
		年齢階級構成比	13.5%	13.5%	4.7%	13.5%	11.9%
	80-84	度数	80	154	25	29	289
		年齢階級構成比	25.7%	25.7%	8.2%	25.7%	21.7%
	85-89	度数	88	135	17	34	274
		年齢階級構成比	33.7%	33.7%	9.5%	33.7%	29.1%
	90-	度数	73	94	11	29	207
		年齢階級構成比	46.0%	46.0%	20.0%	46.0%	43.0%
合計	70-74	度数	79	47	4	21	150
		年齢階級構成比	67.7%	67.7%	33.3%	67.7%	65.9%
	75-79	度数	399	596	69	126	1191
		年齢階級構成比	31.2%	31.2%	8.6%	31.2%	27.1%
	80-84	度数	184	206	26	27	393
		年齢階級構成比	17.0%	17.1%	5.6%	16.6%	15.0%
	85-89	度数	399	596	69	126	1191
		年齢階級構成比	31.2%	31.2%	8.6%	31.2%	27.1%
	90-	度数	184	206	26	27	393
		年齢階級構成比	17.0%	17.1%	5.6%	16.6%	15.0%

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

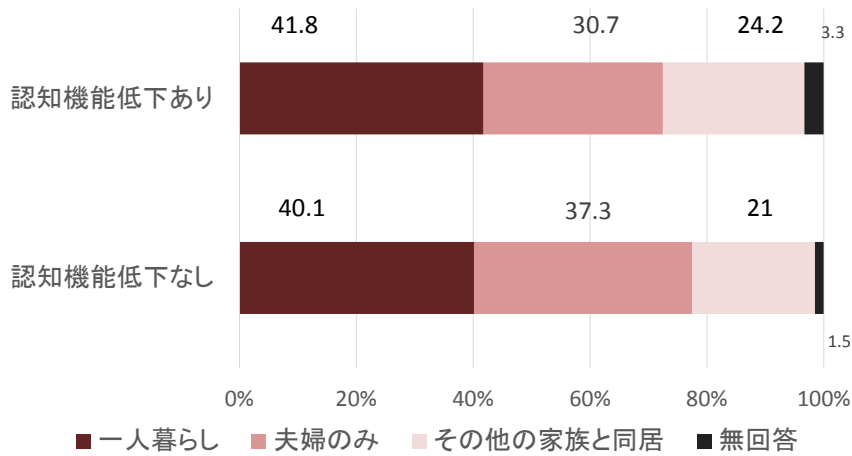
認知機能低下高齢者の年齢階級別出現率
(N=2,020)



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

世帯状況

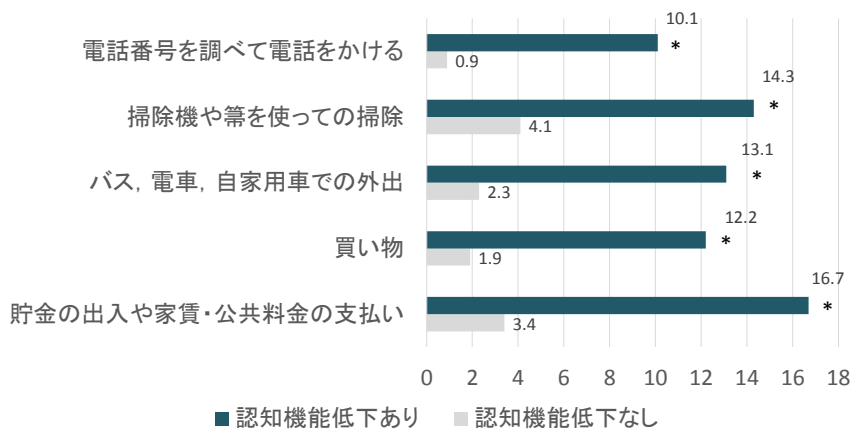
(N=2,020)



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

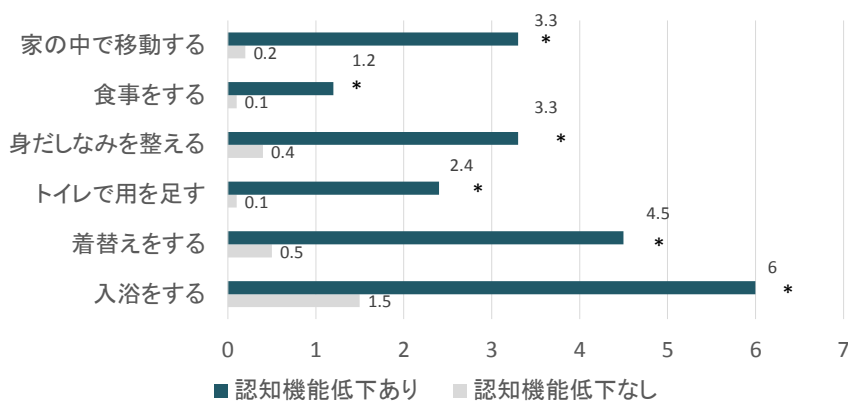
手段的日常生活動作 (IADL)

「できない」と回答した人の割合 (%)



* 性, 年齢, 教育年数, 世帯類型 (独居) を統制したロジスティック回帰分析で有意差を認める ($P < 0.05$)

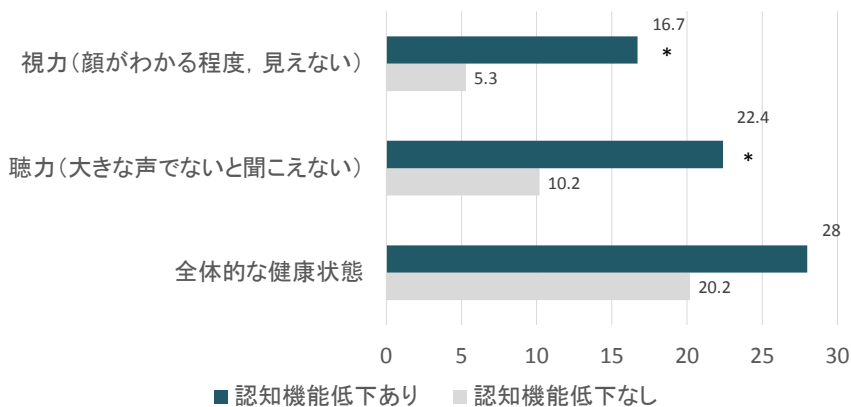
身体的日常生活動作 (BADL) 「できない」と回答した人の割合 (%)



* 性, 年齢, 教育年数, 世帯類型 (独居) を統制したロジスティック回帰分析で有意差を認める ($P < 0.05$)

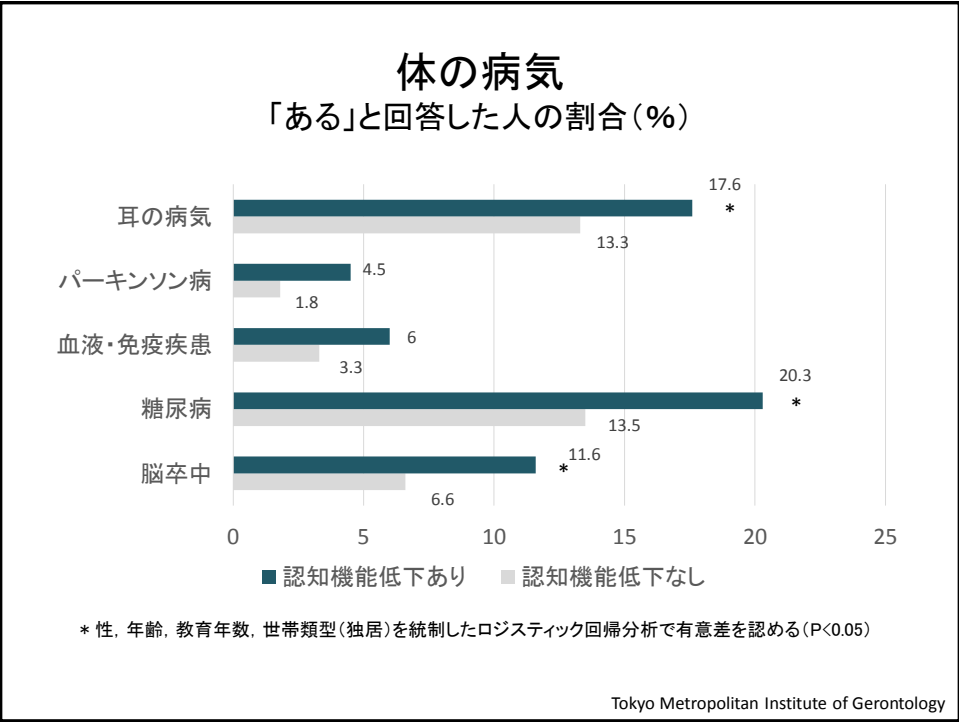
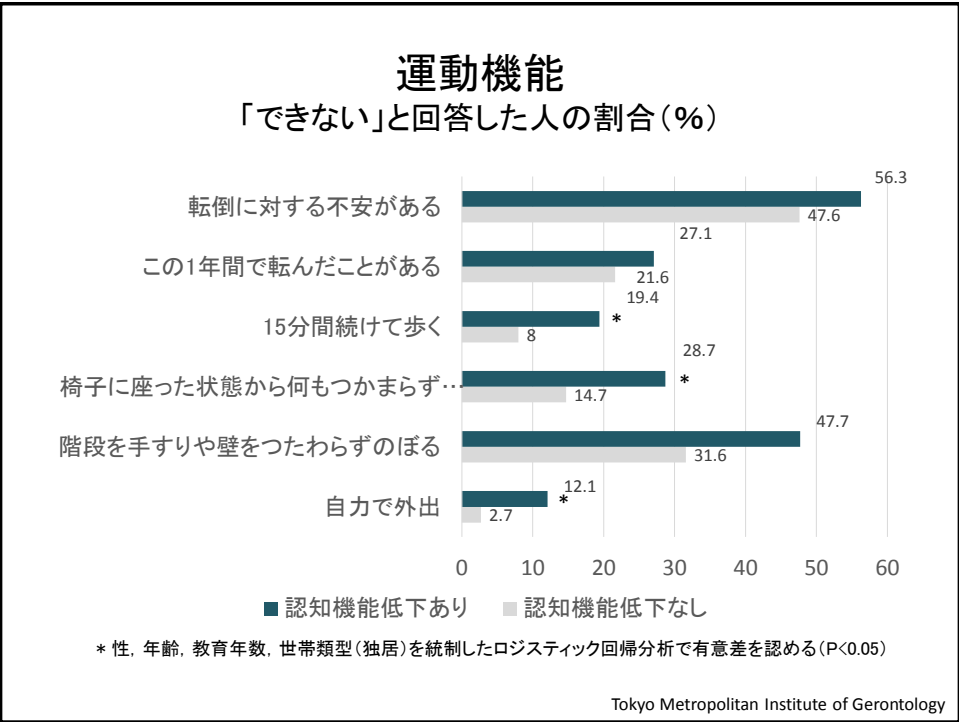
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

主観的な健康感 「健康でない」と回答した人の割合 (%)



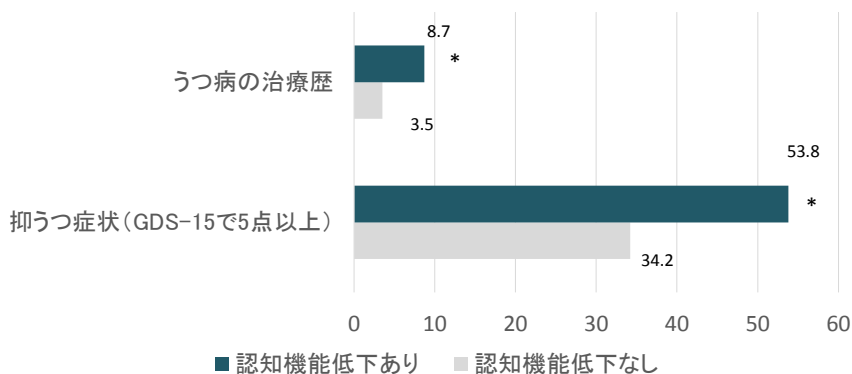
* 性, 年齢, 教育年数, 世帯類型 (独居) を統制したロジスティック回帰分析で有意差を認める ($P < 0.05$)

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology



うつ病／抑うつ症状

「ある」と回答した人の割合(%)

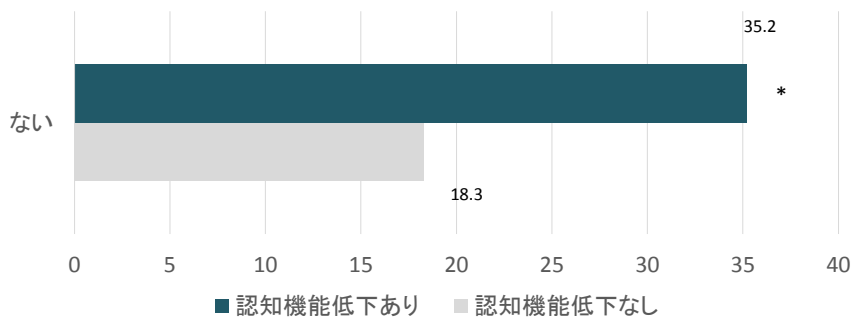


* 性, 年齢, 教育年数, 世帯類型(独居)を統制したロジスティック回帰分析で有意差を認める(P<0.05)

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

何らかの社会活動への参加

「ない」と回答した人の割合(%)



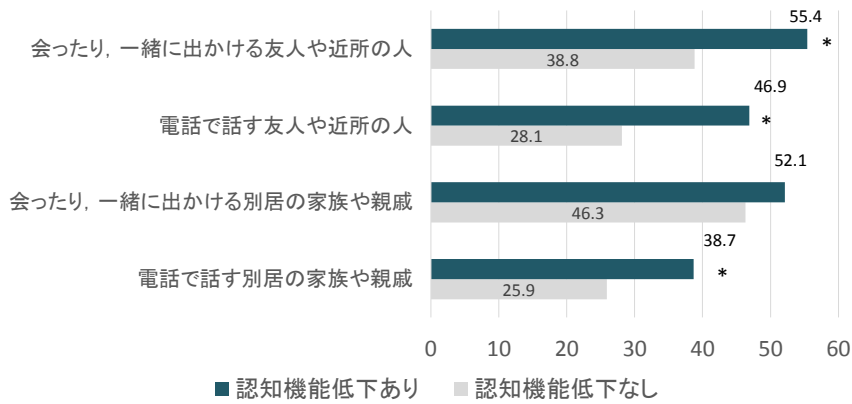
①自治会・町会, ②趣味・学習・教養のグループやサークル, ③スポーツ関係のグループやクラブ, ④ボランティア・市民活動団体・NPO, ⑤老人会・老人(高齢者)クラブ, ⑥同窓会や退職者の会(OB・OG会), ⑦業界・同業者団体, ⑧その他の会・グループ活動, などいずれかの活動への参加の有無

* 性, 年齢, 教育年数, 世帯類型(独居)を統制したロジスティック回帰分析で有意差を認める(P<0.05)

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

社会的交流

「いない」または「月に1回未満」と回答した人の割合(%)

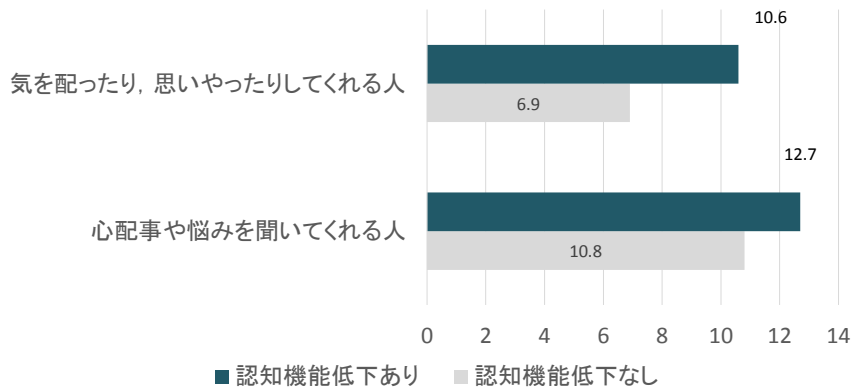


* 性, 年齢, 教育年数, 世帯類型(独居)を統制したロジスティック回帰分析で有意差を認める(P<0.05)

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

社会的なサポート

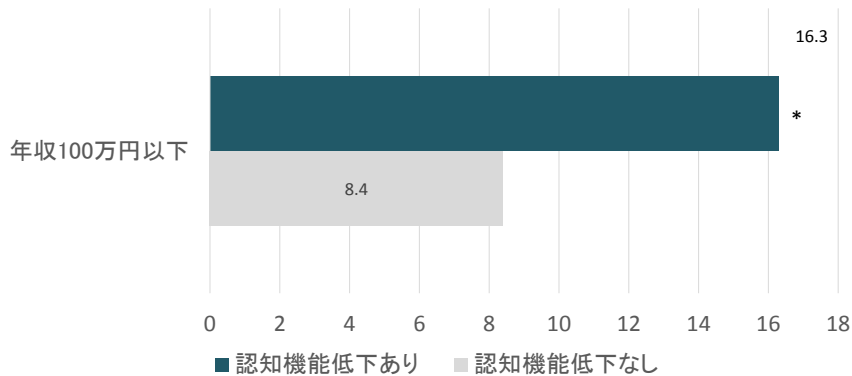
「いない」と回答した人の割合(%)



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

経済問題

「はい」と回答した人の割合(%)



* 性, 年齢, 教育年数, 世帯類型(独居)を統制したロジスティック回帰分析で有意差を認める($P < 0.05$)

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

訪問調査員(看護師)のメモ

- 81歳女性, 独居, 昨春秋に退院して家に帰ってきたがどうやって帰ってきたかわからない, いろいろなことがわからなくなってボーっとしている.
- 78歳女性, 独居, アリセプトを服用しているが薬手帳のシールはバラバラ. 転倒して顔面外傷, 通行人に助けられて帰宅したことがある. 介護保険を申請しているが, 中断している.
- 90歳女性, 独居, アリセプトを服用しているが薬手帳のシールは7月以降貼られていない. カーテンフックが3か所はずれているが, そこから頻繁に泥棒に入られるという.
- 88歳女性, 娘と2人暮らしであるが, MMSEは10点. しかし, 認知症に関する情報はまったく知らない. 本人は「これからどうなるのかしら」と不安がっている.
- 82歳女性, 娘と2人暮らしであるが, 通院頻度と残薬が合わない, 服薬内容と病名も合わない. 介護保険証は期限切れ.

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

訪問調査員(看護師)のメモ

- 79歳男性, 独居. 1~2年前からガスのつけっぱなしで鍋焦がしがある. 本人は「火事を出さないように気をつけている」というが訪問当日も薬缶をかけっぱなしで調査員が気づいた.
- 83歳男性, 独居. 物忘れがひどくなったので娘が近隣に転居して世話をするようになったが, 本人は受診したがない. 介護保険も未申請.
- 90歳男性, 独居. 妻とは死別. 部屋全体がアンモニア臭, 清掃はされておらず汚れがひどい. 食事は息子が運んでくる. サービスも拒否, 受診も拒否, しかし話し相手は欲しいよう.
- 77歳男性, 独居. 物忘れの自覚あり, 体力の衰えも気にしており外出もほとんどしていない. 経済的な不安も大きい.
- 77歳男性, 夫婦同居. 異食があり目が離せない. 介護負担大きい. 経済的理由から医療機関を受診しておらず未診断.

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

3-3. 研究の結果 観察研究(三次調査) 認知症の状態にある高齢者の社会支援ニーズ

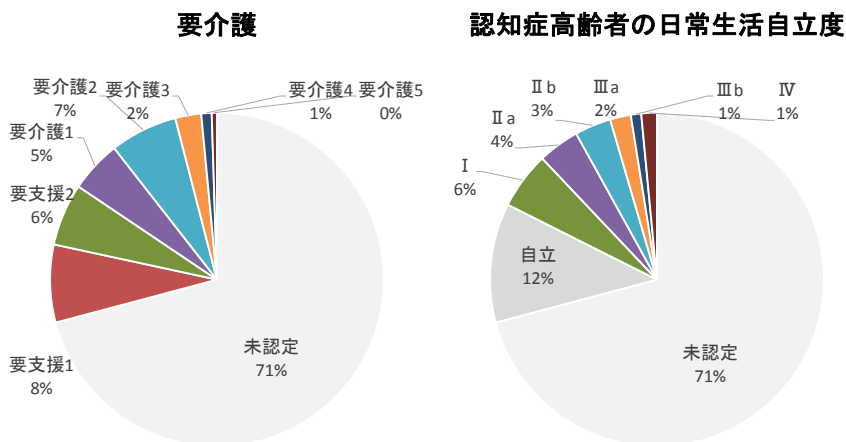
三次調査の分析対象

- 対象者数=197（男80名，女117名）
 - 参加率：197/335=58.8%
- 平均年齢±標準偏差
 - 男性 80.4±5.4歳（70歳～94歳）
 - 女性 81.4±6.3歳（70歳～99歳）
- MMSE平均得点±標準偏差
 - 男性 20.0±3.6点（3点～23点）
 - 女性 20.1±3.6点（4点～23点）

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度

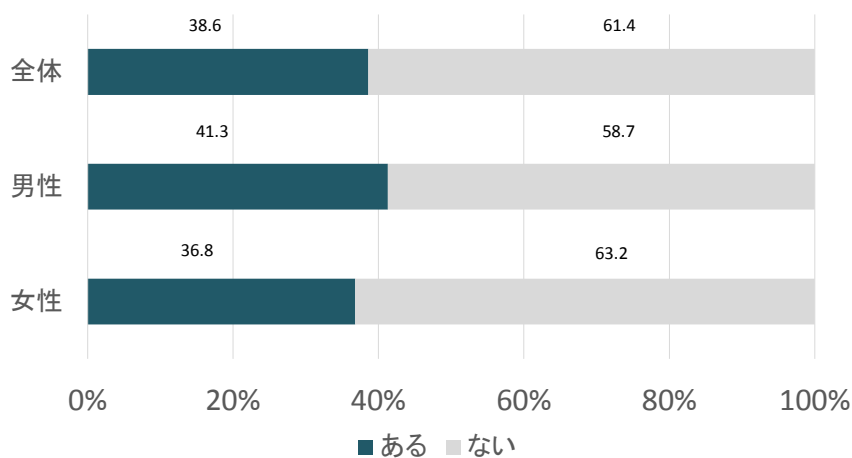
MMSE 24点未満の70歳以上高齢者，N=197



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

認知症の状態にあるか？

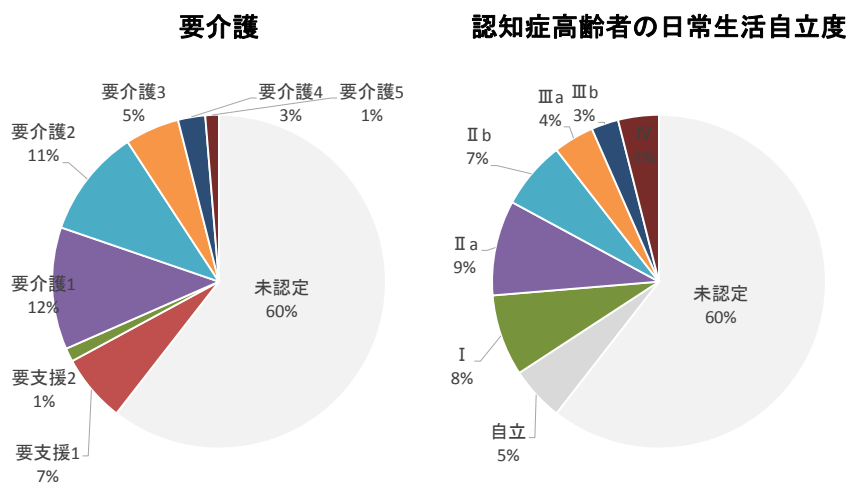
MMSE 24点未満の70歳以上高齢者, N=197



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度

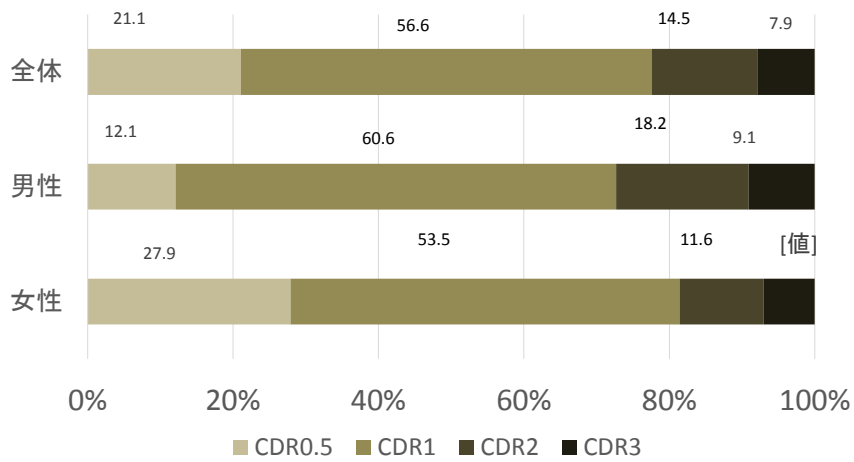
MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者, N=76



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

認知症の程度は？

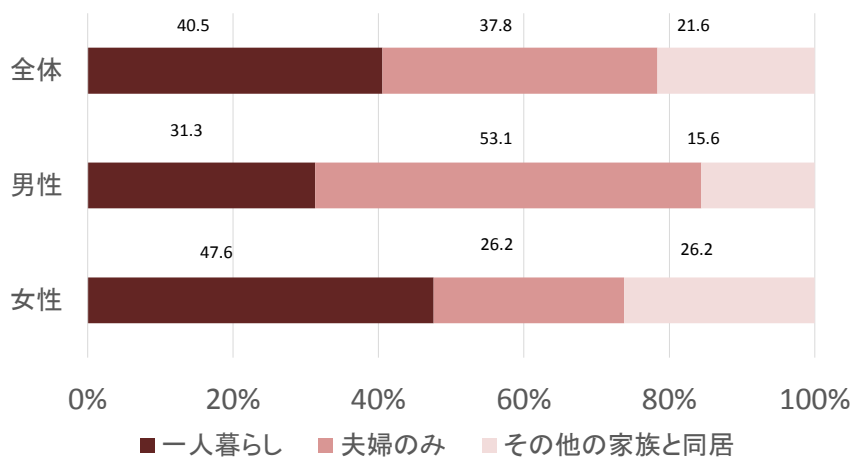
MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者、N=76



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

世帯類型は？

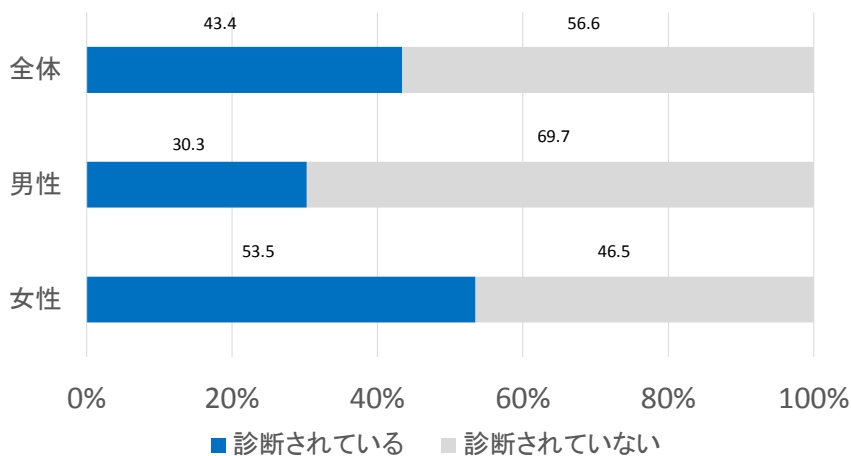
MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者、N=76



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

認知症と診断されているか？

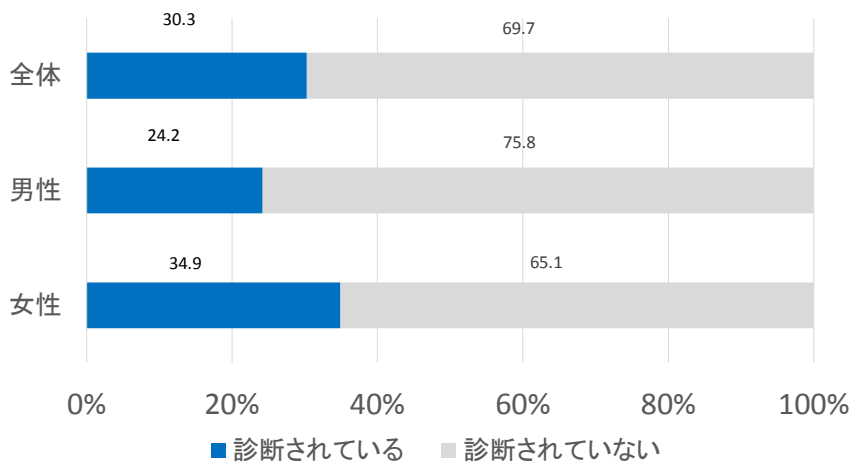
MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者，N=76



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

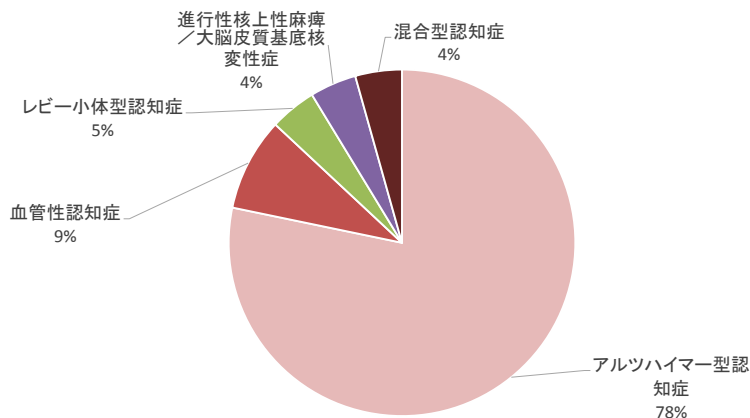
認知症疾患が診断されているか？

MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者，N=76



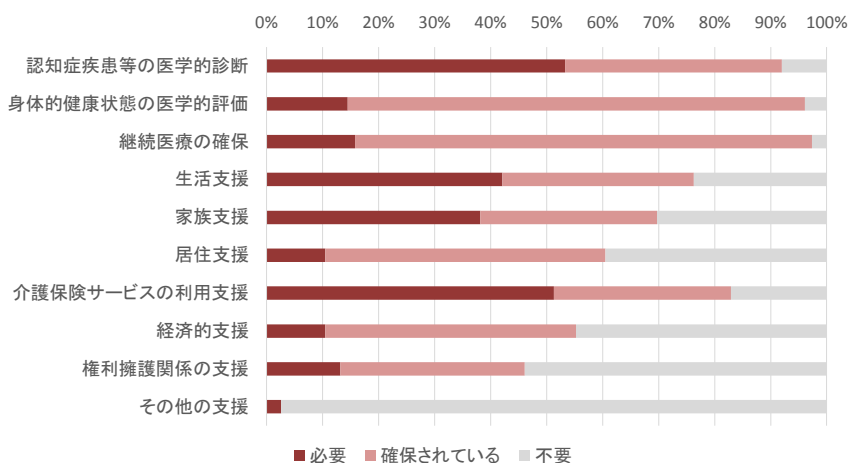
Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

すでに診断されている認知症疾患の内訳 MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者、 認知症疾患がすでに診断されている人 N=23



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

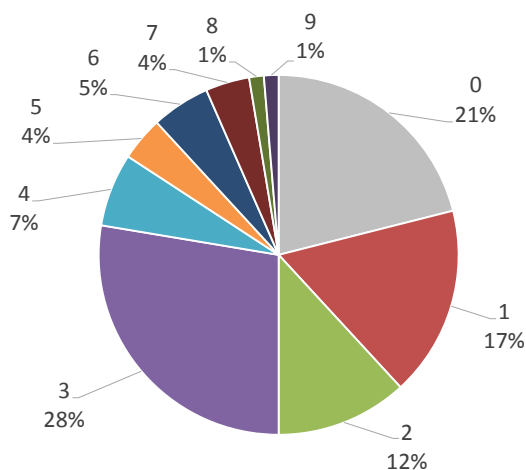
必要とされる社会支援は何か？ MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者、N=76



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

必要とされる社会支援の数は？

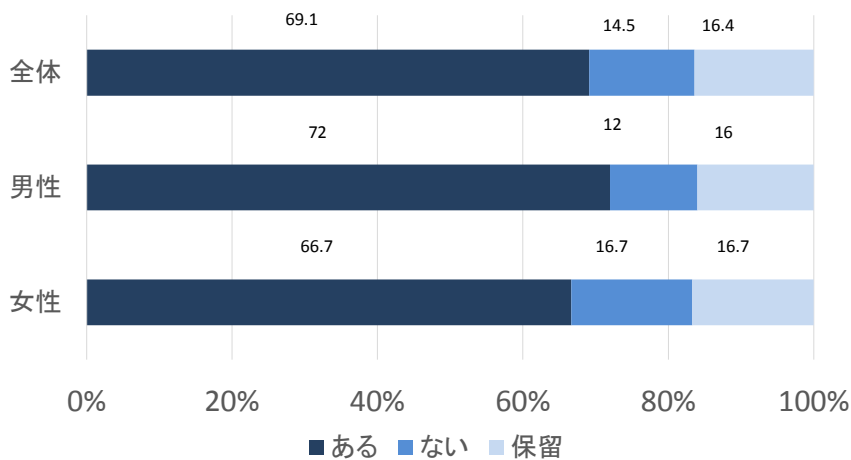
MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者、N=76



Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

介入研究への参加意向があるか？

MMSE24点未満で、何らかの社会支援を必要としている、
認知症の状態にある70歳以上高齢者、N=55

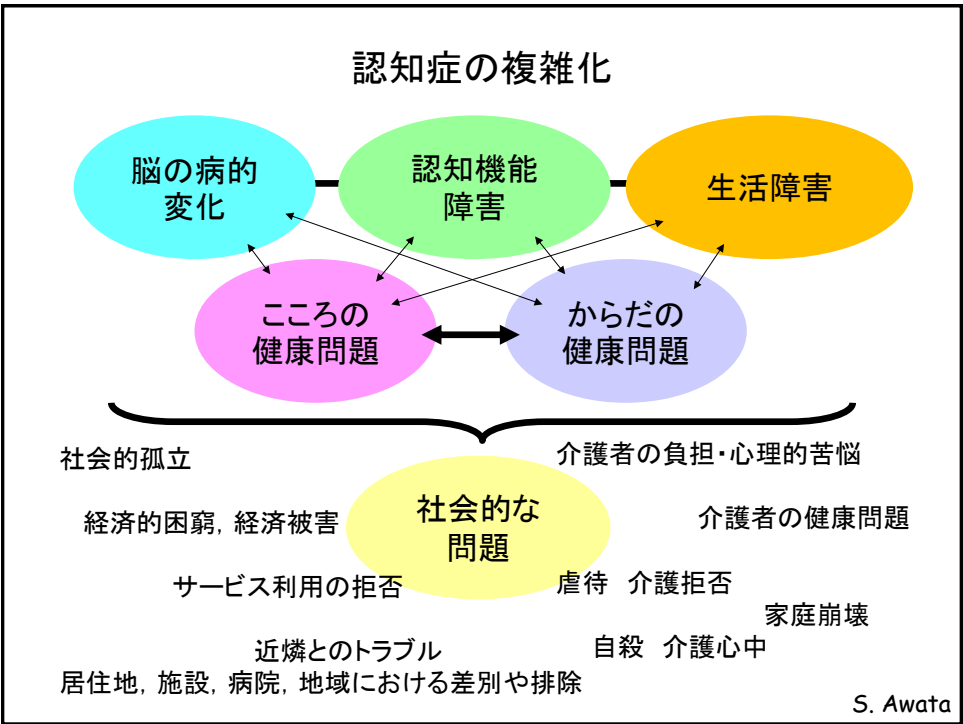


Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

4. 考察

本研究の限界

- 一次調査の参加率 71.6%
- 一次&二次調査の参加率 26.5%
- 三次調査の参加率 58.8%
 - 調査に参加していない高齢者の生活実態を把握することができない.
 - 認知機能が低下し, 社会的に孤立している高齢者の出現頻度はさらに高いものと推測される.
- 調査対象地区は板橋区高島平地区に限定
 - 他地域に暮らす高齢者の生活実態への一般化には注意を要する.
 - しかし, 都内に数多くある大規模住宅地の状況を推測する上では有用な情報かと思われる.



現在進行中の介入研究

社会支援のコーディネーションとネットワーキングための地域の拠点

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

東京都認知症疾患医療センターに係る検討事項について

○検討事項

平成 22 年度に「東京都における認知症疾患医療センターあり方検討部会」で認知症疾患医療センターの機能・役割を検討してから認知症の人をとりまく状況は変化している。

今後、地域連携を進めていくためには、地域拠点型認知症疾患医療センターと地域連携型認知症疾患医療センターは、それぞれどのような役割を担っていくべきと考えるか。

○論点

◆区市町村、認知症サポート医等、地域の関係機関との連携を推進する上で、地域連携型認知症疾患医療センターに期待される機能について

◆各区市町村において認知症初期集中支援チームが稼働していく上で、地域拠点型認知症疾患医療センター（認知症アウトリーチチーム）に求められる役割について

◆地域拠点型認知症疾患医療センターと地域連携型認知症疾患医療センターの連携について

東京都認知症疾患医療センターにおける取組例

◆認知症疾患医療センターにおける地域との連携を推進する取組

- ・区内関係機関等と連携した認知症に係る地域資源マップの作成（練馬区・慈雲堂病院）
- ・自治会の企画に参画して、団地において無料健康相談会を実施し、早期対応の仕組みづくりを実施（杉並区・浴風会病院）
- ・軽度認知症患者を対象とした認知症予防プログラム、区民を対象とした認知症短期集中セミナーの実施（港区・東京都済生会中央病院）

◆認知症アウトリーチチームに関する取組

- ・区の担当者と認知症アウトリーチチームによる関係者会議を定期的に行う（区中央部・順天堂大学医学部附属順天堂医院）

◆地域拠点型認知症疾患医療センターと地域連携型認知症疾患医療センターの連携について

- ・センター相互見学会の開催や圏域の関係機関で利用できるポータルサイトを開設（北多摩西部・立川病院）
- ・各地域連携型センターが、それぞれの地域で実施する「かかりつけ医認知症研修」の企画・運営に参画（区西北部・東京都健康長寿医療センター）
- ・地域拠点型センターが圏域全体を対象に「認知症カフェをふやそう」をテーマに市民講座を開催し、開設された認知症カフェへ参加等の支援（西多摩・青梅成木台病院）

保健医療計画の改定について

計画の性質

医療法に定める「医療計画」を含むものであり、東京都の保健医療に関し、施策の方向を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」

計画期間

平成30年度から平成35年度まで（6年間）

改定の要旨

- 保健医療計画と地域医療構想を一体化させ、構想に掲げたグランドデザインの達成に向けた、疾病・事業ごとの取組の具現化
- 地域医療構想における必要病床数の推計を踏まえた基準病床数の設定
- 都及び区市町村の介護保険事業（支援）計画等との整合性の確保
- 高度急性期から在宅医療までの一体的な医療提供体制の構築
- 5疾病・5事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化

スケジュール

	28年度	29年度											
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療審議会					● 進捗状況報告			● 骨子案報告		3師会・区市町村意見照会 パブリックコメント		諮問・答申	
保健医療計画推進協議会			● 5/11(項目案)					● 骨子案報告 現行計画の進捗状況		● 素案最終報告			
改定部会		● 4/21(項目案)			疾病事業ごとに検討		● 骨子案提示	素案検討					
各疾病・事業の協議会等				課題、骨子案、指標等検討	(各座長等出席)								
その他			地域医療構想調整会議				地域医療構想調整会議・在宅療養WG		地域医療構想調整会議				
							区市町村との協議の場	高齢計画・障害計画と調整 素案へ反映		高齢計画・障害計画と調整 素案へ反映			
高齢者保健福祉計画			策定委員会①(6/28) ●		● 策定委員会②		起草委員会		策定委員会		中間まとめ公表 パブリックコメント	● 策定委員会	
					区市町村ヒアリング		区市町村担当者意見交換会 (圏域別)						
国の動き	● 策定指針通知			● 改正介護保険法等公布		● 在宅医療等対応可能数・新指標提示							

公表

公表

東京都保健医療計画

6か年の計画

- ・ 東京都の保健医療に関し、施策の方向を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」
- ・ 今回の改定で、平成28年7月に策定した「東京都地域医療構想」と一体化。2025年の医療～グランドデザイン～の実現に向けた、疾病・事業等の取組について検討を進める。

東京都地域医療構想

(第6次改定では、第1部第5章に東京の将来の医療として記載予定)

2025年を見据えた計画

1 構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式により算定された

- ① 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
- ② 将来の居宅等における医療の必要量



2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

<4つの基本目標とあるべき医療提供体制の実現に向けた取組>

I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展

<取組の方向性>

- ① 医療提供体制の充実
- ② 情報提供の推進
- ③ 医療機関間の連携強化
- ④ キャリアアップ支援

II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築

<取組の方向性>

- ① 救急医療の充実
- ② 医療連携の強化
- ③ 在宅移行支援の充実
- ④ 災害時医療体制の強化

III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実

<取組の方向性>

- ① 予防・健康づくり
- ② かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及
- ③ 在宅療養生活の支援
- ④ 看取りまでの支援

IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

<取組の方向性>

- ① 高度医療・先進的な医療を担う人材の確保・育成
- ② 地域医療を担う人材の確保・育成
- ③ 在宅療養を支える人材の確保・育成
- ④ ライフステージに応じた勤務環境の実現

大きな取組の
方向性を示す4つの基本目標を達成し、
グランドデザインを実現するため、
具体的な事業計画の推進と
見直しの積み重ねを行っていく

○ 5 疾病・5 事業、在宅療養の取組 等

《東京都保健医療計画(第6次改定)項目一覧(案)より》

第2部 計画の進め方

第1章 健康づくりと保健医療体制の充実

- 第1節 都民の視点に立った医療情報の提供
- 第2節 保健医療を担う人材の確保と資質の向上
- 第3節 生涯を通じた健康づくりの推進
- 第4節 切れ目のない保健医療体制の推進

- 1 がん
- 2 脳卒中
- 3 心血管疾患
- 4 糖尿病
- 5 精神疾患
- 6 認知症
- 7 救急医療
- 8 災害医療
- 9 へき地医療
- 10 周産期医療

※記載内容については、
疾病・事業ごとの協議会、保健医療計
画推進協議会等にて検討。

<例>

- (取組1) 地域包括ケアシステムを支える在宅療養の推進
- (取組2) 地域における在宅療養体制の充実
- (取組3) 在宅療養生活への円滑な移行の推進
- (取組4) 在宅療養に関わる人材育成・確保

13 リハビリテーション医療

14 外国人医療

- 第5節 歯科保健医療
- 第6節 難病患者等支援及び血液・臓器医療対策
- 第7節 医療安全対策の推進

○ その他の記載事項

第2章 高齢者及び障害者施策の充実

・ 保健医療圏

・ 基準病床数

・ 病床に関する情報の提供 など

誰もが質の高い医療を受けられ安心して暮らせる『東京』

現 状(これまでの取組を含む)

<現状>

- 高齢化の進展に伴い、何らかの認知症の症状を有する認知症高齢者数は平成28年の約41万人から、平成37年には約56万人に達する見込み。65歳未満の若年性認知症の人は、約4千人と推計。
- 認知症の症状のある人の約6割は居宅で生活。また、認知症が疑われる人の約半数は、一人暮らし又は夫婦のみ世帯。

<これまでの取組状況>

- パンフレット「知って安心認知症」を活用し、都民の認知症に対する理解を深める取組を実施
- 地域の支援体制を構築するため、専門医療相談や医療と介護の連携の推進役を担う「認知症疾患医療センター」の整備を推進(平成29年8月1日現在:51か所)
- 個別ケース支援のバックアップ等を担う医療職の認知症支援コーディネーターを区市町村に配置し、地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームと連携した早期発見・診断・対応を推進
- かかりつけ医・看護師等の医療・介護従事者に対し、認知症対応力向上を目的とした研修を実施するなど人材を養成
- 認知症研究の実績を有する(地独)東京都健康長寿医療センターと(公財)東京都医学総合研究所と協働して、認知症の人の在宅生活継続を支援するケアモデル事業を実施
- ワンストップの相談窓口である若年性認知症総合支援センターを都内2か所に設置し、若年性認知症の人と家族を支援
- 認知症高齢者グループホーム等、住まいを整備

課 題

1 認知症の人に対する適時・適切な支援体制の確保

- ・ 認知症高齢者の増加が見込まれることから、引き続き、認知症が誰にでも身近な病気であることを普及啓発していく必要がある。
- ・ 早期発見・診断・対応に向けた取組の促進を図るとともに、身体合併症や行動・心理症状への対応など、容態に応じて必要な医療や介護が受けられる体制の構築が求められている。

2 認知症の人と家族が安心して暮らせる地域づくり

- ・ 地域における認知症対応力の向上を図るとともに、区市町村や関係機関と連携した地域づくりを推進していく必要がある。

今後の方向性

1 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供体制の整備

2 認知症の人と家族を支える地域づくりを推進

認知症対策

（目標1）認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供体制の整備

- 認知症の人が、容態に応じた適時・適切な医療を受けられるよう、各区市町村（島しょ地域を除く）に「認知症疾患医療センター」を設置し、専門医療の提供、地域連携の推進、人材育成等を実施
- 島しょ地域の医療従事者等に対する相談支援体制を整備するとともに、訪問研修を実施し対応力向上を支援
- かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師など高齢者に身近な医療従事者に対して研修を実施し、早期発見や対応力向上を図る
- 地域の医療・介護機関の連携を促進し、身体合併症や行動・心理症状のある認知症の人の受入体制を構築
- 認知症アウトリーチチームが培った訪問支援のノウハウを提供するなど、区市町村における認知症初期集中支援チームの活動を支援し、認知症の早期発見・早期対応を推進

（目標2）認知症の人と家族を支える地域づくりの推進

- 都における医療専門職等の認知症対応力向上の支援拠点である「認知症支援推進センター」において、認知症サポート医や地域において指導的役割を担う医療・介護従事者等への研修を実施し、医療・介護連携体制の構築や多職種協働を推進
- 認知症介護を担う人材を育成するとともに、地域における人材の活用を推進
- 若年性認知症の人を早期に適切な支援に結び付けられよう、地域包括支援センター職員など支援者向け研修を実施するなど、地域における相談支援体制を充実
- 医療機関と連携した認知症カフェの設置を支援するなど、認知症の人やその家族に対する支援の取組を充実
- 認知症高齢者グループホームなど、介護サービス基盤の整備を促進

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～

平成27年1月27日

平成29年7月5日 改訂

我が国における認知症の人の数は2012（平成24）年で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。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も言われている。

また、この数は高齢化の進展に伴いさらに増加が見込まれており、今般、現在利用可能なデータに基づき新たな推計を行ったところ、2025（平成37）年には認知症の人は約700万人前後になり、65歳以上高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇する見込みとの結果が明らかとなった。認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、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、環境整備を行っていくことが求められている。

一方、高齢化に伴う認知症の人の増加への対応は今や世界共通の課題となっている中、世界でもっとも早いスピードで高齢化が進んできた我が国が、全国的な公的介護保険制度の下、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期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、社会を挙げた取組のモデルを示していかなければならない。

このため、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を目指し、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べく、今般、「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）（2012（平成24）年9月厚生労働省公表）を改め、2015（平成27）年1月に「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）を策定した。

本戦略の策定に当たっては、認知症の人やその家族をはじめとした様々な関係者から幅広く意見を聞き、認知症の人やその家族の視点に立って、施策を整理した。また、本戦略は、厚生労働省が、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して策定したものであり、今後、関係府省庁が連携して認知症高齢者等の日常生活全体を支えるよう取り組んでいく。

第1. 基本的考え方

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、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に応えていくことを旨としつつ、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していく。本戦略の対象期間は2025（平成37）年までであるが、施策ごとに具体的な数値目標を定めるに当たっては、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、その動向と緊密に連携しながら施策を推進していく観点から、2020（平成32）年度末等を当面の目標設定年度としている。

① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

社会全体で認知症の人を支える基盤として、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や認知症サポーターの養成、学校教育における認知症の人を含む高齢者への理解の推進など、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進を図る。

② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

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、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が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ようにする。このため、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっと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する。

③ 若年性認知症施策の強化

若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きい、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なって複数介護になる等の特徴があることから、居場所づくり、就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく。

④ 認知症の人の介護者への支援

高齢化の進展に伴って認知症の人が増えていくことが見込まれる中、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進する。

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

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言われる中、高齢者全体にとって暮らしやすい環境を整備することが、認知症の人が暮らしやすい地域づくりに繋がると考えられ、生活支援（ソフト面）、生活しやすい環境の整備（ハード面）、就労・社会参加支援及び安全確保の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進に取り組む。

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

認知症をきたす疾患それぞれの病態解明や行動・心理症状（BPSD）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の推進を図る。また、研究開発により効果が確認されたものについては、速やかに普及に向けた取組を行う。なお、認知症に係る研究開発及びその成果の普及の推進に当たっては、「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定、平成29年2月17日一部変更）及び「医療分野研究開発推進計画」（平成26年7月22日健康・医療戦略推進本部決定、平成29年2月17日一部変更）に基づき取り組む。

⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

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

りがちであったとの観点から、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（再掲）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く。

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】

誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど、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く。

(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

○ 広告等を通じて、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する。その際、認知症の人が生き生きと活動している姿は、認知症に関する社会の見方を変えるきっかけともなり、また、多くの認知症の人に希望を与えるものでもあると考えられる。特に、初期段階の認知症の人が、できないことを様々な工夫で補いつつ、できることを活かして希望や生きがいを持って暮らしている姿は、認知症の診断を受けた後の生活への安心感を与え、早期に診断を受けることを促す効果もあると考えられる。認知症に対する画一的で否定的なイメージを払拭する観点からも、認知症の人が自らの言葉でそのメッセージを語る姿等を積極的に発信していく。

(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。
- 具体的には、地域や職域などで行われている創意工夫を凝らした様々な先進的な取組事例を全国に紹介していくことで、新たな活動へと繋げていく。また、地方自治体等が認知症サポーター養成講座を修了した者を把握するとともに、認知症サポーター養成講座の際に認知症サポーターが地域でできる活動事例等を紹介することや、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、座学だけでなくサポーター同士の発表・討議も含めたより活動につなげるための講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進していく。
- また、認知症の人と地域で関わることが多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関の職員に認知症の理解を深めてもらうため、認知症サポーターについて、周知し、受講を勧めることにより、認知症に気づき、関係機関への速やかな連絡等、連携できる体制整備を進める。

【認知症サポーター養成講座受講者の地域の実情に応じた活躍を支援する取組の推進】
（修正）

～2017（平成29）年度 認知症サポーター養成講座受講者が復習も兼ねて学習する取組の推進

⇒ 2018（平成30）年度～ 地域の見守り支援等の担い手として、認知症サポーターの活躍の好事例を普及するとともに、広域での見守り支援活動の実施方法を検討

(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に対する理解を深めるような教育を推進する。具体的には、平成29年に改訂した新中学校学習指導要領の技術・家庭科では、「介護など高齢者との関わり方について理解すること」などが新たに明記されたところである。また、小・中学校での認知症サポーター養成講座の開催等を利用した認知症に関する正しい理解の普及を進める。さらに、大学等において、学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる機会を持つことができるよう、自主的な取組を推進する。

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) 本人主体の医療・介護等の徹底

- 認知症の人の状態は、周囲の人々やケアの状態を反映する鏡とも言われる。認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を、各々の価値観や個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できないことではなくでき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、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・介護等の原則は、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、認知症の容態の変化に応じたすべ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。

(2) 発症予防の推進

- 加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が認知症の危険因子、運動、食事、余暇活動、社会的参加、認知訓練、活発な精神活動等が認知症の防御因子とされている。認知症の発症予防については、運動、口腔機能の向上、栄養改善、社会交流、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や体操教室の開催など、地域の実情に応じた取組を推進していく。

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備

(かかりつけ医等の対応力向上や認知症サポート医の養成等)

- 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害（MCI）に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導のほか、地域、職域等の様々な場における、町内会、企業や商店、ボランティアやNPO、警察等による様々なネットワークの中で、認知症の疑いがある人に早期に気付いて適切に対応していくことができるような体制を構築していく。
- このためには、「1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」に掲げた施策のほかに、まず何よりも身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要である。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、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認知症サポート医の養成を進めるほか、認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。

【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）

2016（平成28）年度末実績 5.3万人

⇒ 2020（平成32）年度末 7.5万人

* 高齢者人口約500人に対して1人が受講するという基本的考え方を引き上げ、高齢者人口約470人に対して1人のかかりつけ医が受講する。

【認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）】（目標引上げ）

2016（平成28）年度末実績 0.6万人

⇒ 2020（平成32）年度末 1万人

* 一般診療所（約10万）20か所に対して1人のサポート医を配置という基本的考え方を引き上げ、10か所に対して1人のサポート医を配置する。

- また、かかりつけ機能に加えて地域の医療機関、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局も、認知症の早期発見における役割が期待される。歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門職が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進する。このため、歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。

【歯科医師認知症対応力向上研修の受講者数】（目標新設）

⇒ 2020（平成32）年度末 2.2万人

* 2020（平成32）年度末までに歯科診療所の歯科医師のうち4人に1人以上の受講を目標とする。

【薬剤師認知症対応力向上研修の受講者数】（目標新設）

⇒ 2020（平成32）年度末 4万人

* 2020（平成32）年度末までに薬局の薬剤師のうち4人に1人以上の受講を目標とする。

（認知症疾患医療センター等の整備）

- 認知症の疑いがある人については、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介の上、速やかに鑑別診断が行われる必要がある。
- 認知症疾患医療センターについては、都道府県域全体の拠点機能を担うものや一部地域の拠点機能を担うものなど、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。また、個々の認知症疾患医療センターの機能評価も併せて行うことで、PDCAサイクル

により認知症疾患医療センターの機能を確保していく。

【認知症疾患医療センターの数】

2016（平成28）年度実績 375か所

⇒ 2020（平成32）年度末 約500か所

- * 基幹型、地域型及び連携型のより効果的、効率的な機能や地域での連携の在り方を検討するとともに、設置されていない地域がなくなるよう、2次医療圏域に少なくとも1センター以上の設置を目標とする。

（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。
- また、チームの設置後においても、多職種で構成されたチームの活動等、先進的な取組事例を全国に紹介するなどチームが効果的に機能するよう、国及び都道府県が市町村のチームの体制整備を支援するとともに、市町村において、チームの事例から明らかとなった各地域の課題を地域ケア会議等で検討するなど、地域の実情に応じた取組につなげる。

（早期診断後の適切な対応体制の整備）

- 認知症は早期診断を行った後の対応体制の整備が重要である。早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進する。

（4）行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応

（循環型の仕組みの構築）

- 認知症の人に行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合

にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっと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する。その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組みの一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。

認知症を含む精神疾患は、医療計画に位置づけられていることを踏まえ、都道府県は地域における医療提供体制の整備を進めることとする。

- 介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を拡げるためには、精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護サービス事業者等への後方支援と司令塔機能が重要であり、その質の向上と効率化を図っていく。具体的には、精神科病院等が介護事業所等と連携する、あるいは地域のネットワークに加わり、介護職員や家族、認知症の専門科ではない一般診療科の医師等からの相談に専門的な助言を行ったり、通院や往診（通院困難な場合）等により適切な診断・治療を行ったりすることが必要である。

（行動・心理症状（ＢＰＳＤ）への適切な対応）

- 行動・心理症状（ＢＰＳＤ）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、また、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもある。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状（ＢＰＳＤ）を予防するほか、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）が見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則である。
- 行動・心理症状（ＢＰＳＤ）に投薬をもって対応するに当たっては、生活能力が低下しやすいことや服薬による副作用が生じやすいことなど高齢者の特性等を考慮した対応がなされる必要があり、「かかりつけ医のためのＢＰＳＤに対応する向精神薬使用ガイドライン（第２版）」等の普及を図っていく。また、複数の医療機関からの投薬による内服薬の重複や副作用等が頻回にみられるとの指摘もあり、地域医療における投薬の調整に資する取組みを進める。
- 行動・心理症状（ＢＰＳＤ）に対応するに当たっては、病識を欠くことが

あり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続き等が定められている。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法（平成9年法律第123号）の体系の中で、身体的拘束等の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の適正な手続き等が定められている。引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について、検討を進める。

- 認知症の人の入院においては、行動・心理症状（BPSD）が大きな要因を占め、その際、家族は限界まで疲弊してから認知症の人を入院させることがあるため、入院し、行動・心理症状（BPSD）が緩和されても在宅復帰を尻込みし、結果として入院が長期化すると負の連鎖があることがある。早期診断・早期対応を推進するとともに、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの視点に立って、家族の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援を推進する。
- 精神科病院における認知症の人の入院に関しては、標準化された高度な専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場として、長期的・継続的な生活支援サービスを提供する介護サービス事業所や施設と、適切に役割を分担し、連携を図ることが望まれる。なお、慢性の行動・心理症状（BPSD）及び中等度から重度の身体合併症を伴う場合等においては、長期的に専門的な医療サービスが必要となることもある。
- 認知症の人に精神科病院における医学的な治療が必要かどうかについては、介護力、サービス支援、受け皿等の地域差異が大きく、入院が必要な状態を一律に明確化することは困難であるが、①妄想（被害妄想など）や幻覚（幻視、幻聴など）が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、本人及び介護者等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる。
- また、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退

所後もそのときの容態にもっと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する観点からも、早期退院・退所を阻害する要因を検討した上で、地域における退院支援・地域連携クリティカルパスの作成を進め、医療機関・介護施設等からの円滑な退院・退所や在宅復帰を支援する。

（身体合併症等への適切な対応）

- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が求められているが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、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を進める。

【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）】（目標
引上げ）

2016（平成28）年度末実績 9.3万人

⇒ 2020（平成32）年度末 22万人

* 2020（平成32）年度末に1病棟に受講者10名以上を目標とする。

- 身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状（BPSD）への対応力を高めること、及び精神科病院における身体合併症への対応力を高めることがともに重要であり、身体合併症等に適切に対応できる医療の提供の場の在り方について検討を進める。
- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

【看護職員認知症対応力向上研修の受講者数】（目標新設）

⇒ 2020（平成32）年度末 2.2万人

* 2020（平成32）年度末までに半数の看護師長が受講することを目標とする。

（適切な認知症リハビリテーションの推進）

- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、研究開発を推進する。また、介護老人保健施設や認知症疾患医療センター等で行われている先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションの推進を図る。

（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）

- 認知症の人は、その環境に応じて、居宅で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応サービスなどの訪問・通所系サービスを受けたり、認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）や有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくこととなる。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ていく。
- 特に認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待されている。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化する取組みを進める。その他のサービスにおいても、利用者の中の

認知症の人の割合が増加する中、認知症への対応力を向上することが求められており、これらの機能を発揮できるような仕組みの整備を進めていく。

（良質な介護を担う人材の確保）

- 認知症の人への介護に当たっては、認知症のことをよく理解し、本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）を予防できるような形でサービスを提供することが求められている。このような良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく。
- このため、現場経験おおむね２年以上の者が認知症介護の理念、知識及び技術を修得するための「認知症介護実践者研修」⇒現場経験おおむね５年以上の者が事業所内のケアチームの指導者役となるための「認知症介護実践リーダー研修」⇒現場経験おおむね１０年以上の者が研修の企画立案・講師役等となるための「認知症介護指導者養成研修」というステップアップの研修体系について、医療・介護等の連携に資するよう、eラーニングの部分的活用を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて検討していくこと等により、受講者数の増加を図る。その際、研修ニーズに的確に対応できるよう、一定の質の担保を前提とした上で、都道府県等から関係団体への研修の委託等の取組を推奨していく。また、これらの研修の修了者が介護現場だけでなく、地域の認知症施策の中で様々な役割を担うことができるようにしていく。

【認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）】

２０１６（平成２８）年度末実績 ２．２千人

⇒ ２０２０（平成３２）年度末 ２．８千人

- * これまでの受講者数の動向からの算出。また、研修内容見直し後の認知症介護指導者養成研修等やeラーニングを部分的に導入し新設した認知症介護基礎研修の実施状況や有効性を踏まえ、eラーニングの部分的活用を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて検討していく。

【認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）】

２０１６（平成２８）年度末実績 ３．８万人

⇒ ２０２０（平成３２）年度末 ５万人

- * 認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）と認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）の２０１６（平成２８）年度末実績の比率（約１：１．７）を用

いて、2020（平成32）年度末の認知症指導者養成研修の受講者数（累計）の目標値から算出。また、研修内容見直し後の認知症介護指導者養成研修等やeラーニングを部分的に導入し新設した認知症介護基礎研修の実施状況や有効性を踏まえ、eラーニングの部分的活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて検討していく。

【認知症介護実践者研修の受講者数（累計）】

2016（平成28）年度末実績 24.4万人

⇒ 2020（平成32）年度末 30万人

- * 認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）と認知症介護実践者研修の受講者数（累計）の2016（平成28）年度末実績の比率（約1：6）を用いて、2020（平成32）年度末の認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）の目標値から算出。また、研修内容見直し後の認知症介護指導者養成研修等やeラーニングを部分的に導入し新設した認知症介護基礎研修の実施状況や有効性を踏まえ、eラーニングの部分的活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて検討していく。

- さらに、新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識・技能をeラーニングの活用により修得できる研修として導入した認知症介護基礎研修について、認知症介護に携わる可能性のあるすべての職員がこれを受講することを目指す。

【認知症介護基礎研修の受講者数（累計）】

⇒ 認知症介護に携わる可能性のあるすべての職員の受講を目指す。

- * eラーニングの導入状況や有効性も含めた認知症介護基礎研修の実施状況を踏まえ、受講者がより受講しやすい仕組みについて検討していく。

(6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

- 人生の最終段階にあっ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る。特に認知症の人には意思能力の問題があることから、例えば療養する場所や延命処置など、将来選択を行わなければならない場面が来ることを念頭に、その在り方について検討する。また、多職種協働により、あらかじめ本人の意思決定の支援を行っておく等の取組を推進する。さらに、本人の特性に応じた意思決定支援を行うための指針の策定等に向けた検討や検討の成果の共有・活用を行う。

(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

(認知症ケアパスの確立)

- 地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確保するためには、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ（「認知症ケアパス」）を確立することが必要である。介護保険事業計画の策定に当たっては、地域で作成した「認知症ケアパス」を踏まえて介護サービス量の見込みを定めるよう求めている。また、認知症ケアパスは、地域ごとの医療・介護等の資源を列挙するだけに留まらず、認知症の一人一人ひとりのケアパスに沿って、支援の目標を設定し、これが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、その活用を推進していく。

(医療・介護関係者等の間の情報共有の推進)

- 認知症は今や一般的な病気（Common Disease）であり、診療科を超えて連携して対応していく必要があるほか、介護による生活の支援がないと医療での対応だけでは支援が成り立たないという特徴がある。特に、早期診断・早期対応や行動・心理症状（BPSD）、身体合併症等への対応においては、かかりつけ医・認知症サポート医・認知症専門医、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、急性期対応を主とする病院・リハビリテーション対応を主とする病院・精神科病院、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業者など様々な主体が関わることから、医療・介護関係者等の間の情報共有が重要である。
- 例えば行動・心理症状（BPSD）が生じている原因や背景については、医療・介護等の双方の視点から身体的要因や環境要因のアセスメントについて意見を交わすことが重要である。まずは、介護関係者が医療関係者の診断をしっかりと理解し、それを生活の支援に活かしていく一方で、例えば投薬が認知症の人の生活にどのような変化をもたらしているかについて、医療関係者が介護関係者からフィード・バックを得ることが、適切な診断や投薬に繋がっていくことも考えられる。かかりつけ医等と介護支援専門員等を中心として、医療・介護関係者が顔の見える関係を築き、コミュニケーションを取りながら連携を図っていくことが重要である。

- このため、認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で必要な情報連携ツールの例を提示することなどを通じて、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携の取組を推進する。その際、情報連携ツールそのものも重要であるが、地域ごとに認知症の医療・介護等に携わる関係者が集まり、使いやすい情報連携ツールについて議論を交わすプロセス自体も、顔の見える関係の構築を通じて、医療・介護等の連携に資するものと考えられる。このような取組に併せ、地域ケア会議において、認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進する。
- また、認知症情報連携シートの活用について、先進的な取組事例を全国に紹介し、地域の実情に応じた効果的な活用を推進する。

（認知症地域支援推進員の配置）

- 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・介護等が有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要である。このため、市町村ごとに、地域包括支援センター、市町村、認知症疾患医療センター等に認知症地域支援推進員を配置し、認知症疾患医療センター等医療機関や介護サービス及び地域包括支援センター等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。
- また、認知症地域支援推進員配置後においても、先進的な取組事例を全国に紹介すること等を通じて、地域の実情に応じた効果的な活動を推進する。
- 認知症については、医学的な管理と日々の生活を支える介護の双方が重要であり、両者が同じ方向性を共有しながら一体的に提供される必要がある。このため、医療・介護等の有機的な連携を推進する目的で作成された「認知症ライフサポート研修（認知症ケアに携わる多職種協働研修）テキスト」や「認知症者および家族への対応ガイドライン」等について、認知症地域支援推進員等による積極的な活用を推進する。

（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）

- 認知症の人に対するサービスを効率的・効果的に提供するためには、それぞれのサービスを有機的に連携させて機動的に利用できるようにするための司令塔機能が必要である。このためには、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターが地域の実情に応じて有機的に連携することが不可欠であることから、地域包括支援センターの医療との連携機能の強化や、地域包括支援センターの機能を併せ持つ認知症疾患医療センターについても、先進的な取組事例を全国に紹介して両者の連携を進め、地域における司令塔機能を構築する。

3. 若年性認知症施策の強化

【基本的考え方】

若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きい、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なって複数介護になる等の特徴があることから、居場所づくり、就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく。

- 若年性認知症については、初期症状が認知症特有のものではなく診断しにくい、また、本人や周囲の人が何らかの異常には気付くが受診が遅れることが多いといった特徴があることから、改めて若年性認知症についての普及啓発を進め、若年性認知症の早期診断・早期対応へと繋げていく。
- 若年性認知症の人は、その状態や環境に応じて、今後の生活等に係る相談、雇用の継続や障害福祉サービスである就労継続支援事業の利用、障害者手帳の取得や障害年金の受給など、様々な制度に関わってくる。若年性認知症の人が発症初期の段階から適切な支援を受けられるよう、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、若年性認知症支援のハンドブックを配布する。
- 都道府県ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口を設置し、そこに若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を担う者を配置することで、若年性認知症の人の視点に立った対策を進める。具体的には、①若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握、②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、③産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知、④企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の促進、⑤若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知等の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する。

- このため、若年性認知症支援コーディネーターの資質の向上や認知症地域支援推進員との連携を進めるとともに、先進的な取組事例を全国に紹介すること等を通じて、地域の実情に応じた効果的な取組を推進する。

4. 認知症の人の介護者への支援

【基本的考え方】

認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って、特に在宅においては認知症の人のもっとも身近な伴走者である家族など、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進する。

(認知症の人の介護者の負担軽減)

- 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、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する。

また、認知症の人が集まる場や認知症カフェなど、認知症の人や家族が集う取組を全市町村に普及させ、こうした活動の情報を市町村や地域包括支援センター等から住民に発信する。

【認知症カフェ等の設置・普及】

⇒ 地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組を2020（平成32）年度までに全市町村に普及させる。

- また、認知症の人の介護者負担を軽減する観点から、通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等のサービスの整備を進める。

(介護者たる家族等への支援)

- 認知症の人の介護者たる家族等への支援を行うことで、認知症の人の生活の質を改善することができる。かかりつけ医等も、認知症の人の容態だけでなく、家族等の負担の状況をも適切に評価・配慮することが必要である。また、認知症の人の家族等が正しく認知症の人を理解し、適切に対応できるようにするため、家族等に対する精神面も含めた支援方法に関するガイドラインをまとめ、家族等に関わる医療・介護等の関係者へ広めるほか、家族向けの認知症介護教室等、認知症の人の介護者たる家族等への支援の取組について、引き続き、好事例を収集して全国に紹介し、その普及を進める。

(介護者の負担軽減や仕事と介護の両立)

- 介護者の腰痛などの身体的負担を軽減するため、移乗介助時に用いる介護ロボットや、高齢者自身が介護者の介助なく動くための歩行支援機器の開発を支援する。また、介護現場の具体的なニーズを踏まえた介護ロボットの開発が行われるよう、現場でのモニター調査や実証実験等を推進する。
- また、団塊世代が高齢者となってきた中で、働き盛り世代の家族介護者が今後急増していくものと考えられ、介護者の仕事と介護の両立支援が必要である。こうした観点から、企業及び労働者双方の抱える課題を踏まえた「介護離職を予防するための仕事と介護の両立支援対応モデル」及び「介護支援プラン」モデル普及のためのセミナーの開催や、効果的な介護支援プランの策定支援、多様でかつ柔軟な働き方を労働者が選択できるような取組を推進する企業に対する表彰制度などを総合的に実施することにより、介護離職を防止するための取組に向けた社会的機運の醸成を図っていく。

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】

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の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進する。

(1) 生活の支援

- 一人暮らし高齢者や夫婦二人のみ世帯が増加する中で、例えば、買い物、調理、掃除などの家事支援サービス、配食サービス、外出支援サービス、買物弱者への宅配サービスの提供等を支援する。
- 外出機会の少なくなった高齢者の人が、新たに仲間を作り、地域の方と交流を図る場として、サロン等の設置を推進する。
- 高齢者が利用しやすい商品（例：認知症の人の服薬を支援するための商品、操作しやすいリモコン等）の開発を支援する。

(2) 生活しやすい環境（ハード面）の整備

- 高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを安心して続けるためには住まいの確保は基本であり、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど、多様な高齢者向け住まいの確保を支援するとともに、高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設を促進する。
- 公共交通施設や建築物等のさらなるバリアフリー化を推進するとともに、バリアフリー法の基本構想制度による福祉施設など高齢者等の生活関連施設が所在する地区の面的・一体的なバリアフリー化を推進する。
- 認知症の人を含め、自動車を運転することができない高齢者や自動車の運転を避けたいと考えている高齢者に、自ら運転しなくても、移動できる手段を確保できるよう、「高齢者の移動手段の確保に関する検討会」における検討等を踏まえて、公共交通の充実を図るなど高齢者の移動手段の確保について推進する。

(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への参加など積極的な社会参加を促すとともに、早いうちから学びを通じて地域活動やボランティア活動へ参画しやすくなる仕組みづくりを促進する。

- 特に若年性認知症の人にとっては、就労による収入は生活の糧であり、また、生きがいにもつながると考えられることから、通常の事業所に雇用されている場合には、引き続き可能な限り雇用継続に向けた支援を行うと共に、通常の事業所に雇用されることが困難な場合には、心身の状態に応じて障害福祉サービスである就労継続支援事業による支援、居場所づくりや社会参加支援等を行う。

(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。

(交通安全の確保)

- 高齢者の交通事故死者数は、全交通事故死者数の約半数を占め、その割合は年々増加傾向にある。そのため、「高齢運転者交通事故防止対策に関する有識者会議」における提言を踏まえつつ、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を充実するとともに、認知症の運転者の早期診断・早期対応につなげるためにも、地域の医療・介護機関等と連携した運転適性相談の充実化を図っていく。また、地域の関係機関・団体と連携した効果的な広報啓発活動、高齢の歩行者や個人の運転能力の評価に応じた高齢運転者に対する交通安全教育等を実施する。さらに、幅の広い歩道等やバリアフリー対応型の信号機、交差点における安全運転等に資する信号情報活用運転支援システム（TSPS）及び安全運転支援システム（DSSS）の整備の推進、道路標識・道路標示の高輝度化、標示板の大型化の推進、安全運転サポート車の普及啓発、公共交通の充実等高齢歩行者や高齢運転者の交通安全を確保する。

- 踏切道に取り残された認知症高齢者等の歩行者を救済するため、検知能力の高い障害物検知装置や非常押しボタンの設置を推進する。

(詐欺などの消費者被害の防止)

- 認知症の人、高齢者の消費相談は近年増加し、消費者トラブルに遭遇した場合の被害は多額かつ頻回となっていることから、これらの消費者被害を防止するために、地域の関係者による見守りや相談体制を整備するとともに、引き続き、関係機関等と連携して注意喚起等を行う。

(権利擁護)

- 成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成２８年法律第２９号）に基づき策定された「成年後見制度利用促進基本計画」（平成２９年３月２４日閣議決定）に沿って、成年被後見人の財産管理のみならず意思決定支援・身上保護も重視した適切な支援に繋がるよう、成年後見制度の利用促進に関する施策を総合的・計画的に推進していく。特に全国どの地域においても必要な人が成年後見制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を段階的・計画的に図る。

本人の特性に応じた意思決定支援を行うための指針の策定等に向けた検討や検討の成果の共有・活用を行う。（再掲）

- また、認知症の人や高齢者の権利擁護のため、利用者からの問い合わせ内容に応じて、法制度に関する情報や相談機関・団体等に関する情報を無料で提供する日本司法支援センター（法テラス）の制度周知や利用促進を行う。特に市民後見については、市民後見人養成のための研修の実施、市民後見人の活動を安定的に実施するための組織体制の構築、市民後見人の適正な活動のための支援等を通じて、市民後見人の活動を推進するための体制整備を行う。

- 認知症の人が軽度の違法行為を繰り返し行うようなケースについては、認知症の症状としてそのような行為に至る可能性も指摘されている。違法行為を行った者であって医療・介護等の支援を必要とするものに対する必要な支援について検討を行う。

(虐待防止)

- 高齢者虐待は依然として深刻な状況にあり、高齢者の尊厳保持のためには虐待防止を図ることは重要であることから、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成１７年法律第１２４号）に基づき、養介護施設従事者や医師等高齢者の福祉に関係のある者に早期発見に努めってもらうよう周知を行うとともに、市町村等が高齢者虐待に関する通報や届出があった場合には、関係機関と連携して速やかに高齢者の安全確認や虐待防止、保護を行うなど早期対応に努める。特に身体拘束の原則禁止については、認知症の人をはじめとする高齢者の尊厳が尊重された医療・介護等の提供の観点からも重要であり、その推進を図る。また、虐待を受けた高齢者の保護、心身のケアを行うとともに、虐待を行った養護者等に対する支援も推進する。

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

【基本的考え方】

認知症をきたす疾患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、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する。また、研究開発により効果が確認されたものについては、速やかに普及に向けた取組を行う。なお、認知症に係る研究開発及びその成果の普及の推進に当たっては、「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」に基づき取り組む。

- 認知症は未だその病態解明が不十分であり、根本的治療薬や予防法は十分には確立されていない。大規模遺伝子解析や国際協働も目的とした高品質・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し、認知症の病態等の解明を進め、バイオマーカー等の同定により認知症の早期発見や診断法を確立していく。さらに、発症前の先制治療の可能性についても追求しながら、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く。
- 具体的には、「医療分野研究開発推進計画」における統合プロジェクトの一つである「脳とこころの健康大国実現プロジェクト」によりこれらを推進する。「脳科学研究戦略推進プログラム（脳プロ）」では、認知症等の精神・

神経疾患の発症メカニズムを明らかにし、診断法や治療法の研究開発を進めるとともに、「革新的技術による脳機能ネットワークの全容解明プロジェクト（革新脳）」では、ヒトの精神活動にとって重要な回路の同定等を行うことにより、精神・神経疾患の理解につなげる。また、「認知症研究開発事業」では、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ていく。さらに、これらの研究開発の推進のためにも、認知症の人が研究への参加に際して容易に登録できるような仕組みを構築するなど、臨床研究の推進に寄与する支援体制を強化していく。

- 認知症の人の自立支援や介護者の負担軽減に資する観点から、日本の高度な水準のロボット技術やＩＣＴ技術を活用した機器、ＡＩ等の研究、開発支援・普及促進を行う。その際、介護現場のニーズに適した実用性の高い機器の開発が促進されるよう、開発の早い段階から現場のニーズの伝達や試作機器についての介護現場での実証等を行う。
- また、認知症予防については、認知機能検査に関する情報、身体活動量や社会参加といった危険因子・保護因子に関する情報、診療報酬・介護報酬等の情報など、多くの情報をビッグデータとして集約・活用し、住民や企業が一体となって地域全体として取組を推進できるようなスキームの開発を進める。

【２０２０（平成３２）年までの達成目標】

- ・ 認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立（臨床ＰＯＣ取得１件以上）
 - ・ 日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始
- ＜語句説明＞疾患修飾薬：疾患の根本（原因）に介入し、その進行を止めたり遅らせたりする治療薬のこと。

７．認知症の人やその家族の視点の重視

【基本的考え方】

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（再掲）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く。

(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

- 広告等を通じて、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する。その際、認知症の人が生き生きと活動している姿は、認知症に関する社会の見方を変えるきっかけともなり、また、多くの認知症の人に希望を与えるものでもあると考えられる。特に、初期段階の認知症の人が、できないことを様々な工夫で補いつつ、できることを活かして希望や生きがいを持って暮らしている姿は、認知症の診断を受けた後の生活への安心感を与え、早期に診断を受けることを促す効果もあると考えられる。認知症に対する画一的で否定的なイメージを払拭する観点からも、認知症の人が自らの言葉でそのメッセージを語る姿等を積極的に発信していく。(再掲)

(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ではなく、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。早期診断・早期対応を実効あるものとするためにも、まずは認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために必要と感じていることについて実態を把握する取組や、認知症の人の視点を重視した支援体制の構築手法等の検討を進める。

具体的には、地域で認知症の人が集い、発信する取組である本人ミーティングの手引きを全国的に広めるとともに、診断直後から本人ミーティングにつながるまでの一連の支援体制の構築手法等について検討する。

- また、初期段階の認知症の人を単に支えられる側と考えるだけでなく、認知症とともによりよく生きていただけるよう環境整備を行っていく観点からは、例えば認知症カフェで認知症の人を単にお客さんとして捉えるだけでなく、希望する人にはその運営に参画してもらい、このような中で認知症の人同士の繋がりを築いて、カフェを超えた地域の中での更なる活動へと繋げていけるような、認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進する。

(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は、本戦略だけでなく、地方自治体レベルで

認知症施策を企画・立案し、また、これを評価するに当たっても尊重されることが望ましい。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を進め、これを発信することで全国的な取組を推進していく。

(4) その他

(早期診断後の適切な対応体制の整備)

- 認知症は早期診断を行った後の対応体制の整備が重要である。早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進する。(再掲)

(若年性認知症施策の強化)

- 都道府県ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口を設置し、そこに若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を担う者を配置することで、若年性認知症の人の視点に立った対策を進める。具体的には、①若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握、②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、③産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知、④企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の促進、⑤若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知等の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する。(再掲)

第3. 終わりに

認知症の人の視点に立てば、認知症高齢者等にやさしい地域は、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ものであることが望まれる。これを実現するためには、国を挙げた取組が必要であり、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ていると言える。

特に、認知症への対応に当たっては、発症を予防する、認知症になっても早期に診断を受けて地域で生活を続けられるようにする、適切なケアによりできる限り認知症の進行を遅らせて行動・心理症状（ＢＰＳＤ）等が起こらないようにする、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）等が起きそうな兆候を察知して素早く適切な対応に結びつけるなど、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。

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ない。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、その基盤となるべきであり、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ある。

冒頭にも述べたように、認知症への対応は今や世界共通の課題である。世界でもっとも速いスピードで高齢化が進んできた我が国には、認知症ケアや予防に向けた取組についての好事例が多くあり、これを国際的に発信していくことや、国際連携を進めることにより、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進していく。

本戦略は、認知症の人やその家族の視点に立って施策を整理したものであり、その進捗状況についても、認知症の人やその家族の意見を聞きながら、随時点検していく。また、本戦略には、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、これらの連携等の様々な観点が盛り込まれていることから、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を行い、できる限り定量的評価を行っていくことを目指す。これらの点検・評価を踏まえ、本戦略の不断の見直しを行っていくこととする。

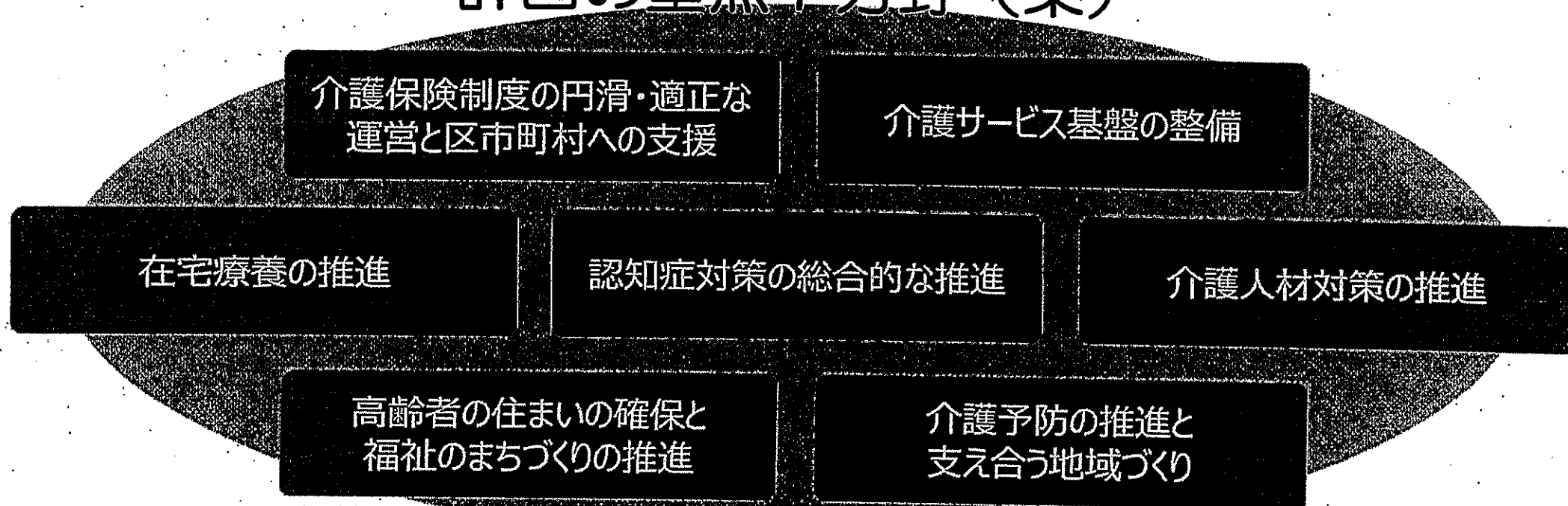
数値目標一覧

項目	新プラン策定時	進捗状況(H28年度末)	(現) 目標	目標 (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

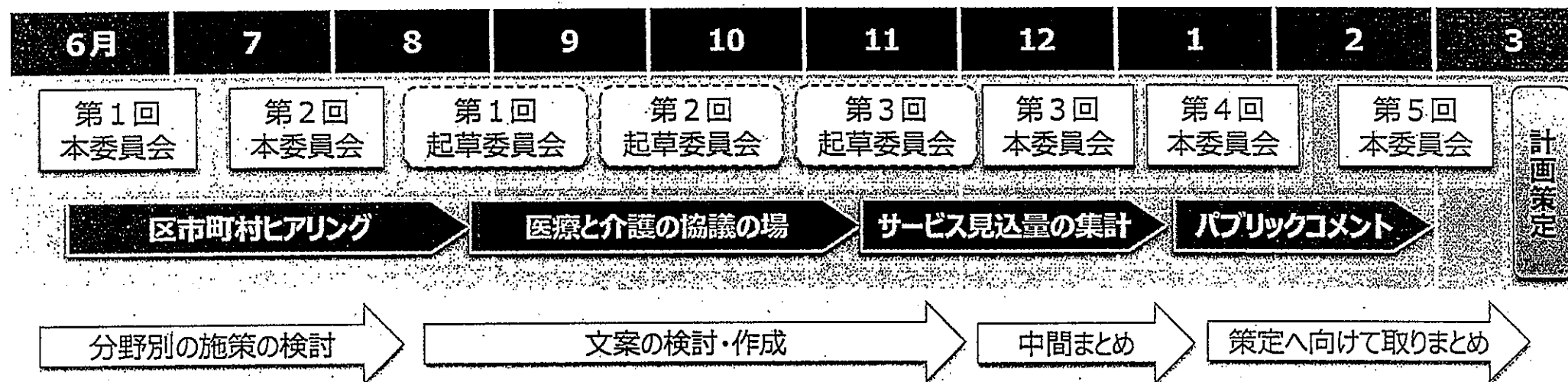
～地域で支え合いながら安心して暮らし続けることができる東京～

高齢者はもとより、全ての都民が、経験や能力を活かして居場所と役割を持ち、地域で支え、支えられながら、自らが望む住まい方、暮らし方、生き方を様々な選択肢の中から主体的に選び、安心して共に暮らし続けることができる東京のまちづくりを推進していく。

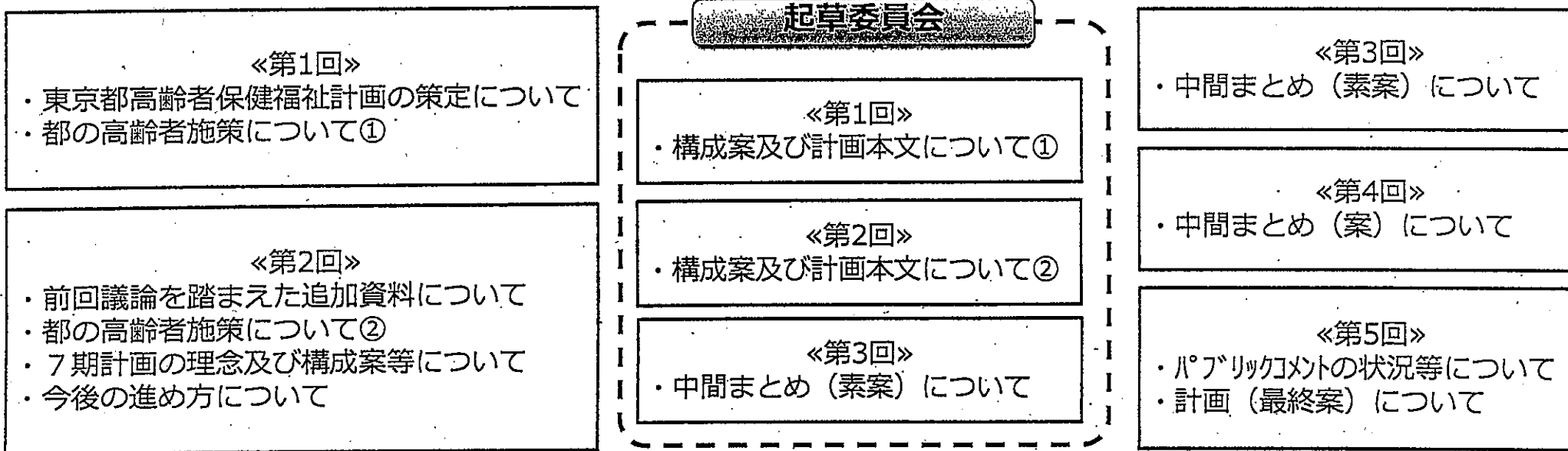
計画の重点7分野（案）



計画策定スケジュール



高齢者保健福祉計画策定委員会 議事内容

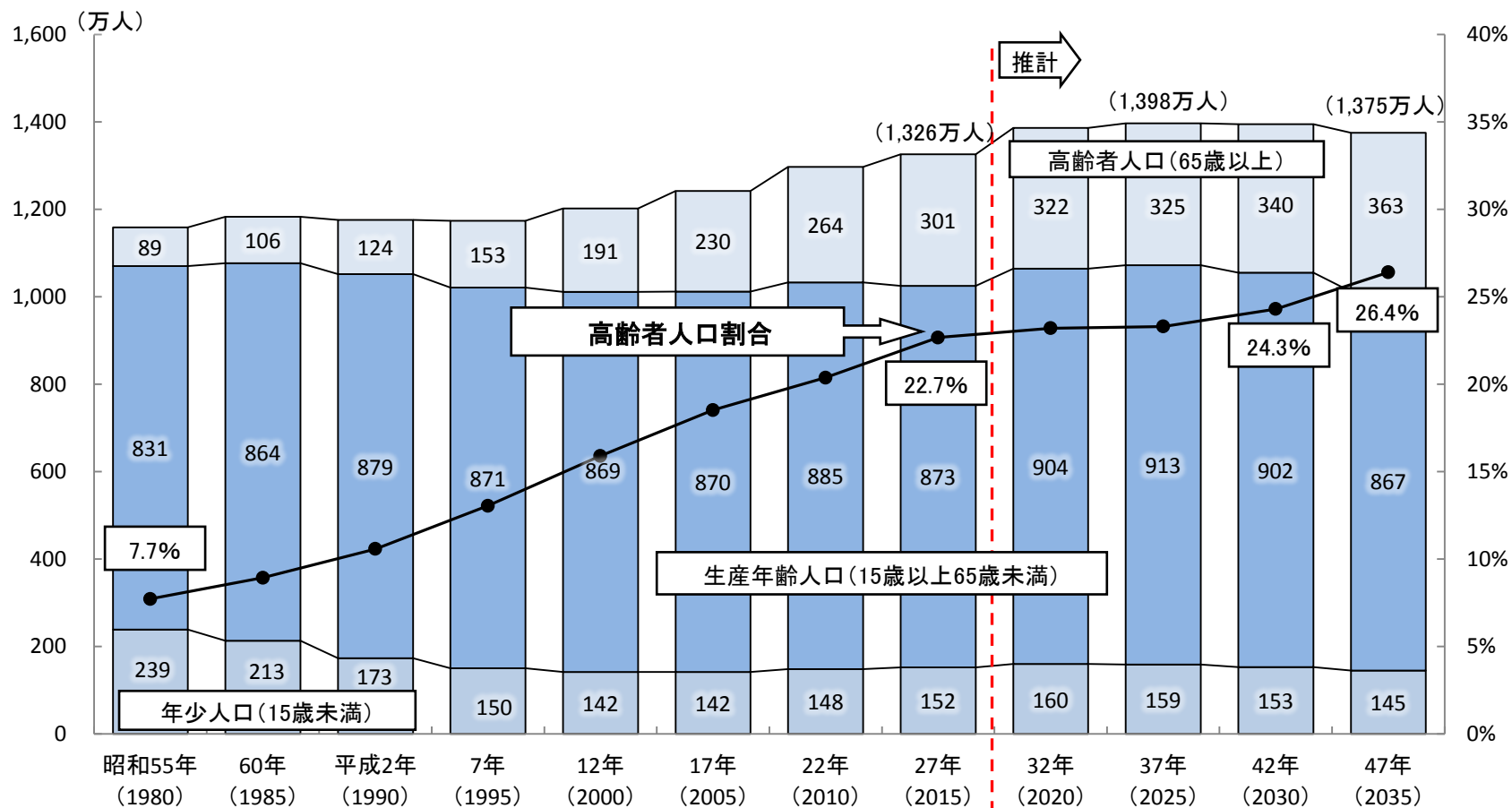


別 冊 資 料

東京都における認知症高齢者の状況(データ)

人口の推移(東京都)

東京都における高齢化率は、総人口がピークを迎える平成37年には23.3%であり、平成42年には24.3%とおおよそ4人に1人が高齢者になると推計されます。

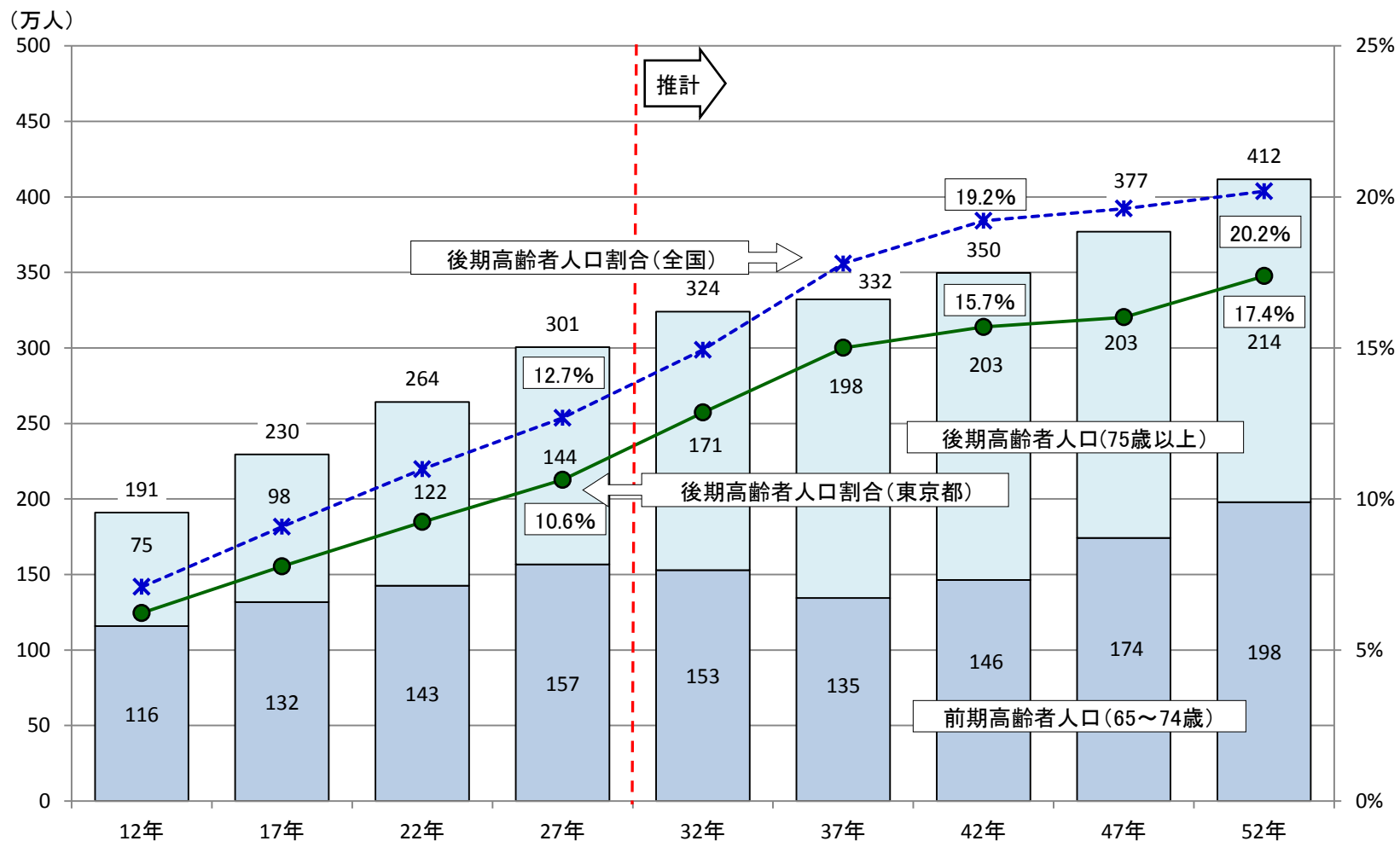


(注) ()内は総人口。1万人未満を四捨五入しているため、内訳の合計値と一致しない場合がある。

出典: 総務省「国勢調査」[昭和55年～平成27年]、東京都政策企画局による推計[平成32年～47年]

高齢者人口の推移(東京都)

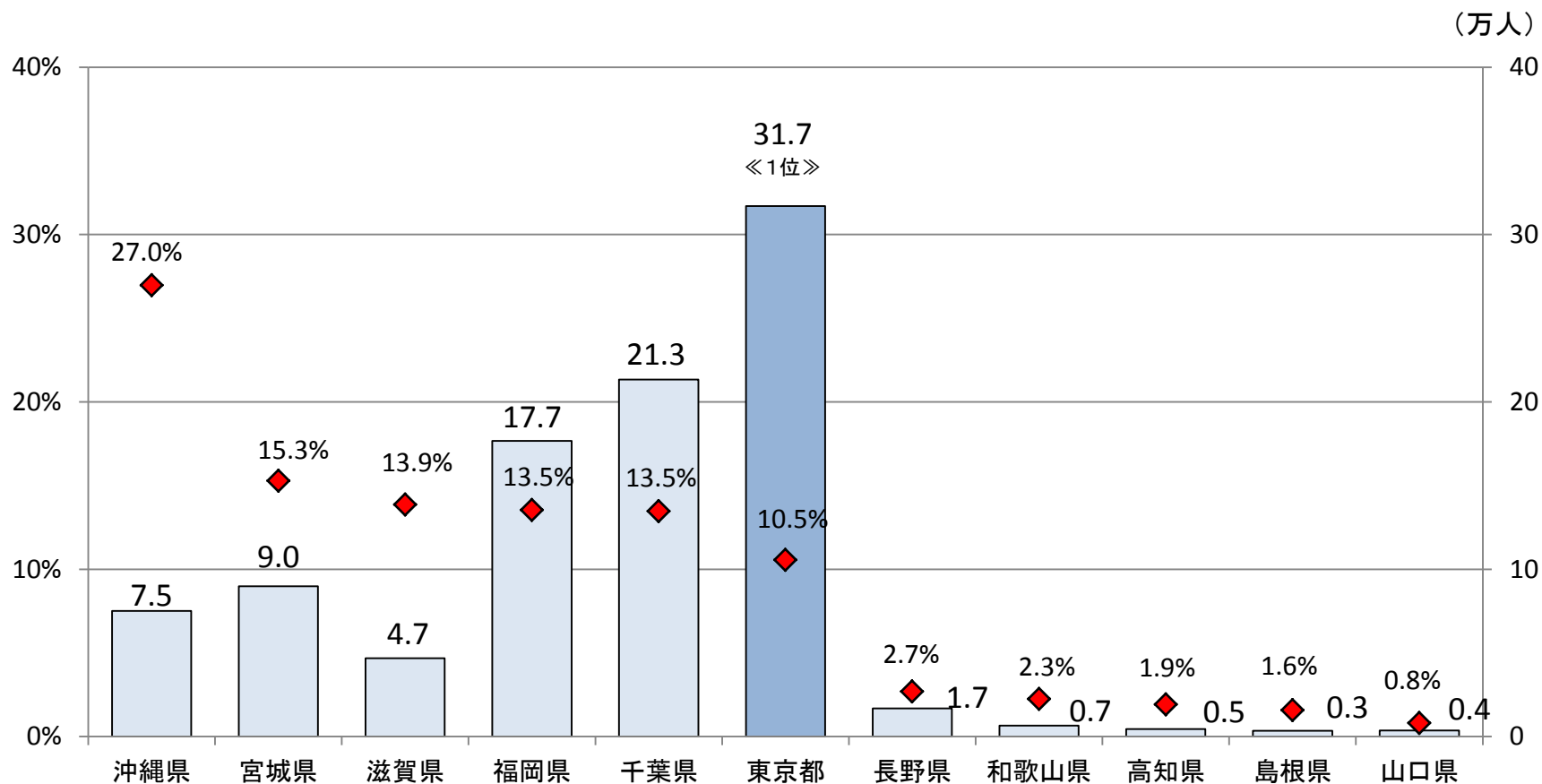
後期高齢者の割合は年々上昇し、平成32年には後期高齢者が前期高齢者人口を上回ります。



出典：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 出生中位(死亡中位)推計(全国)」(平成29年推計)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月)

高齢者人口(65歳以上)の増加率・増加数(都道府県比較)

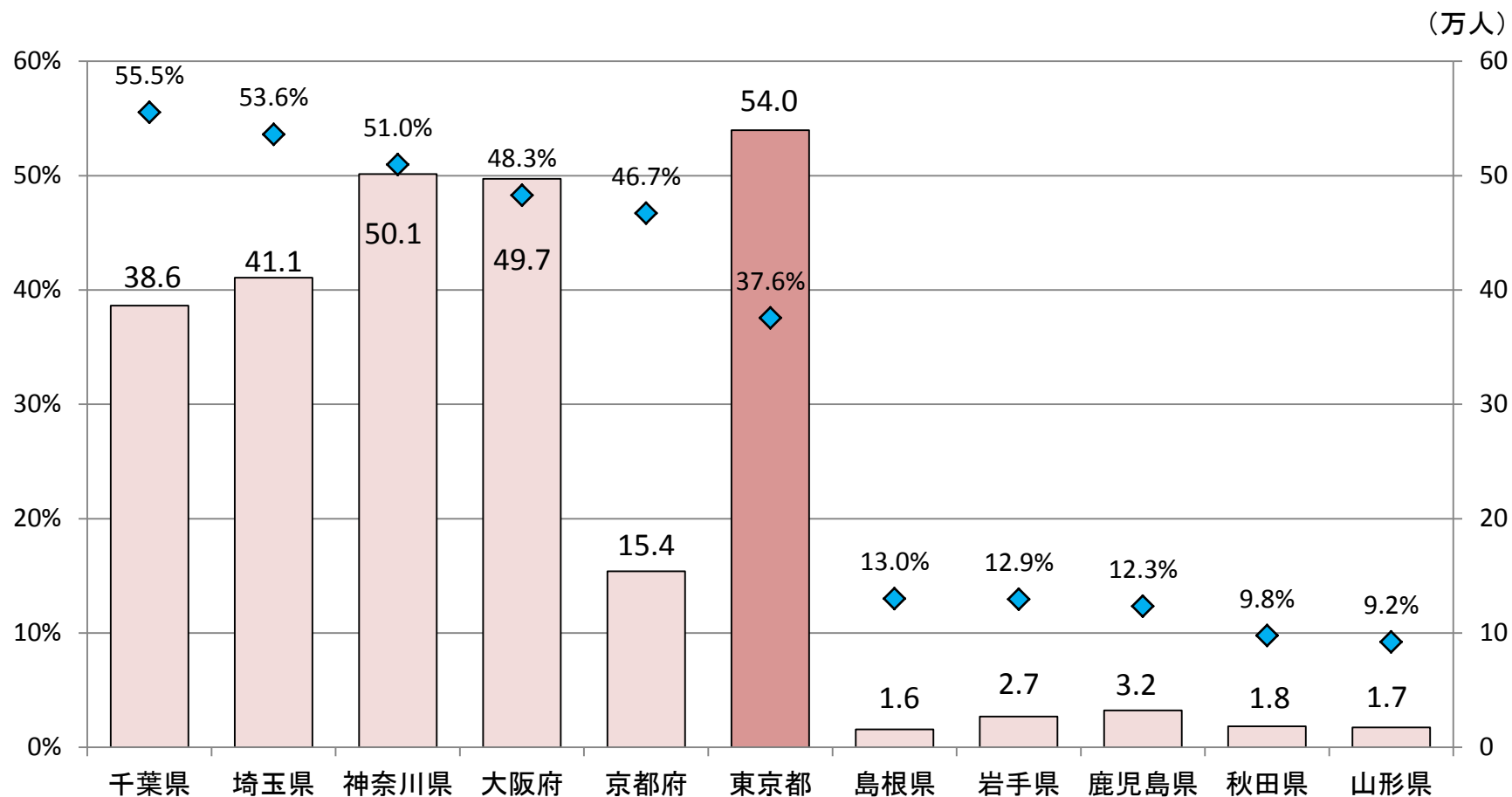
平成27年から平成37年までの10年間で東京都の高齢者人口は31.7万人増加し、増加率10.5%で都道府県中11位となっています。



出典: 総務省「国勢調査」[平成27年]、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月)

高齢者人口（75歳以上）の増加率・増加数（都道府県比較）

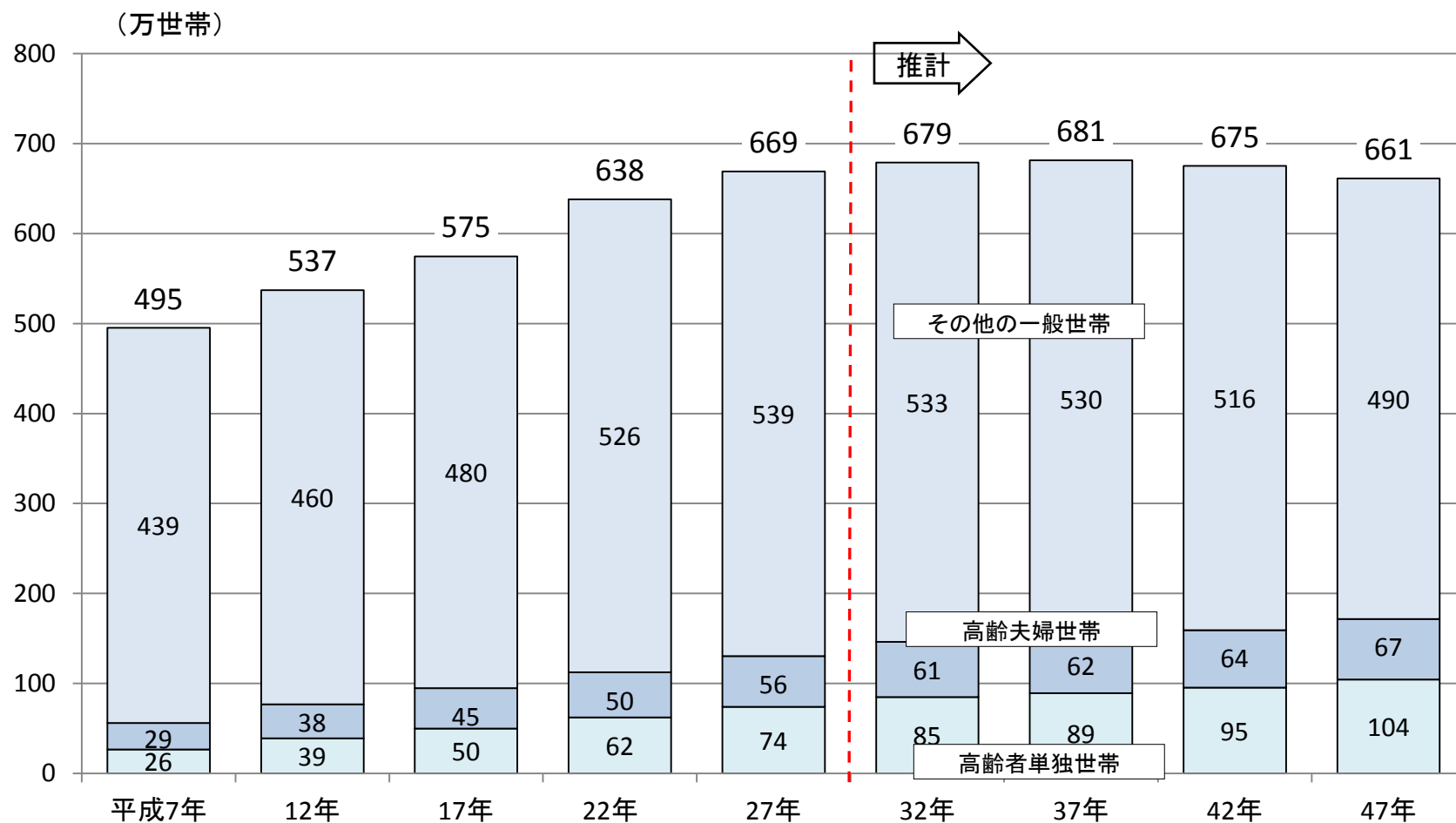
平成27年から平成37年までの10年間で東京都の高齢者人口は54万人増加し、増加率37.6%で都道府県中12位となっています。なお、前期高齢者人口が減少するため、後期高齢者人口の増加数が高齢者人口の増加数を超えています。



出典：総務省「国勢調査」[平成27年]、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月)

世帯数の推移(東京都)

都における高齢者世帯は増加傾向が続く予測となっており、高齢者単独世帯が高齢者夫婦世帯数を上回って推移しています。



注釈: 1万世帯未満を四捨五入しているため、内訳の合計値と一致しない場合がある。

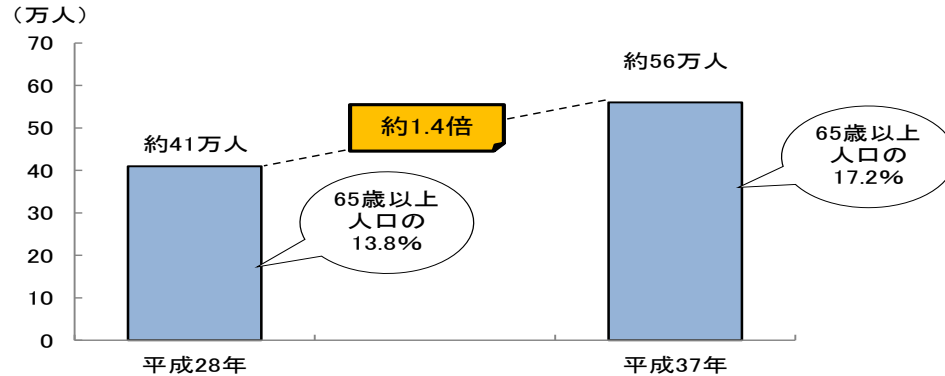
出典: 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(平成26年4月)

認知症高齢者の推計(東京都)

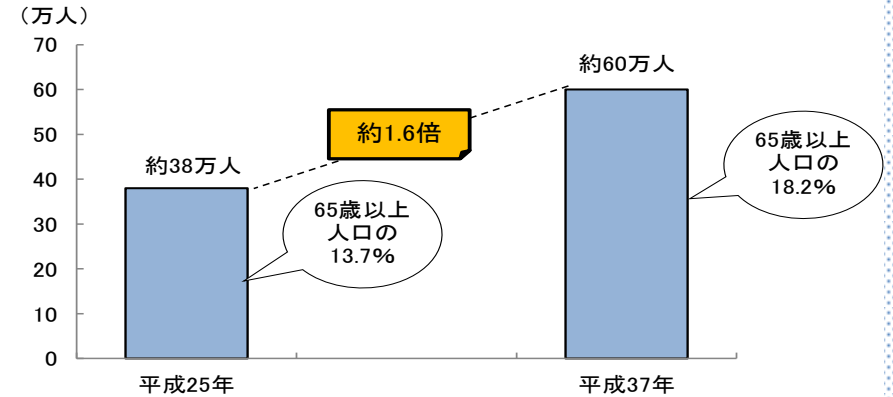
平成37年には、認知症高齢者は約56万人、そのうち見守りや支援が必要な人は約42万人

<推計方法> 平成37年の人口(平成28年12月推計)に、性・年齢別(5歳刻み)の認知症出現率をかけて推計

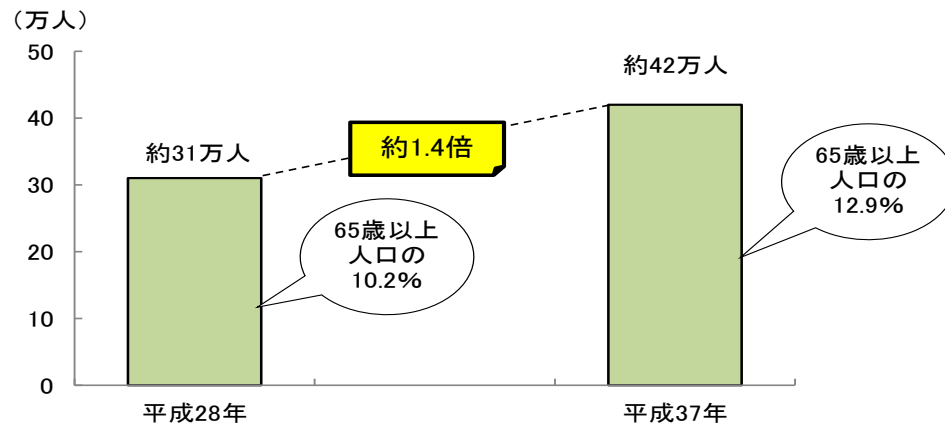
認知症高齢者の推計



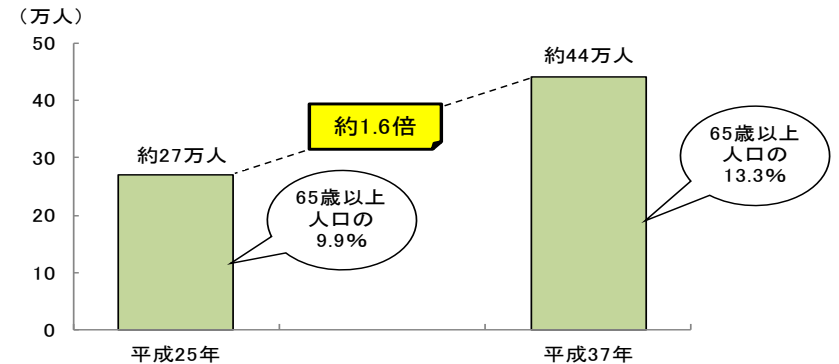
前回調査結果



見守り又は支援が必要な認知症高齢者の推計



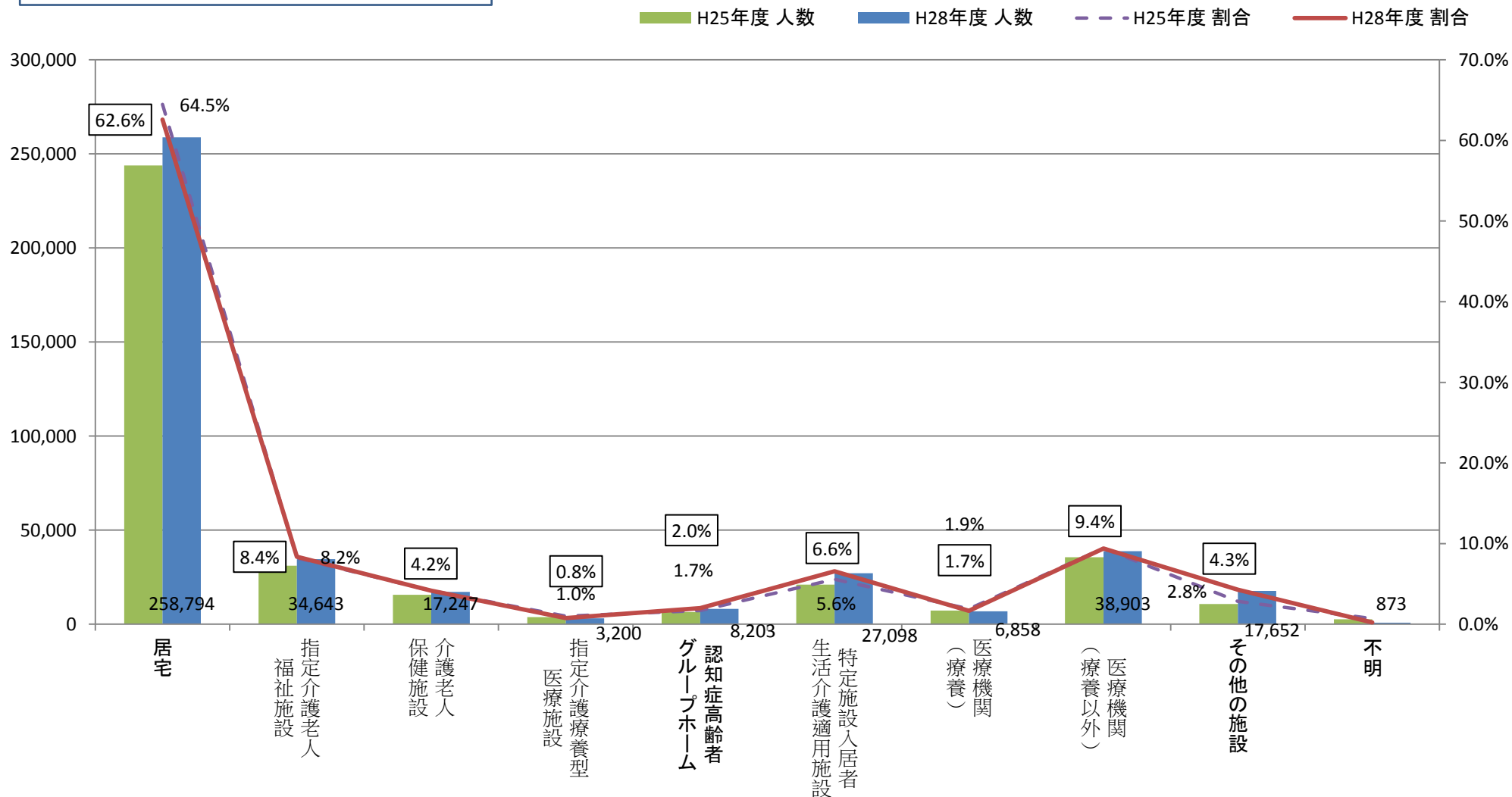
<見守り又は支援が必要な認知症高齢者の推計>



認知症高齢者の居所(東京都)

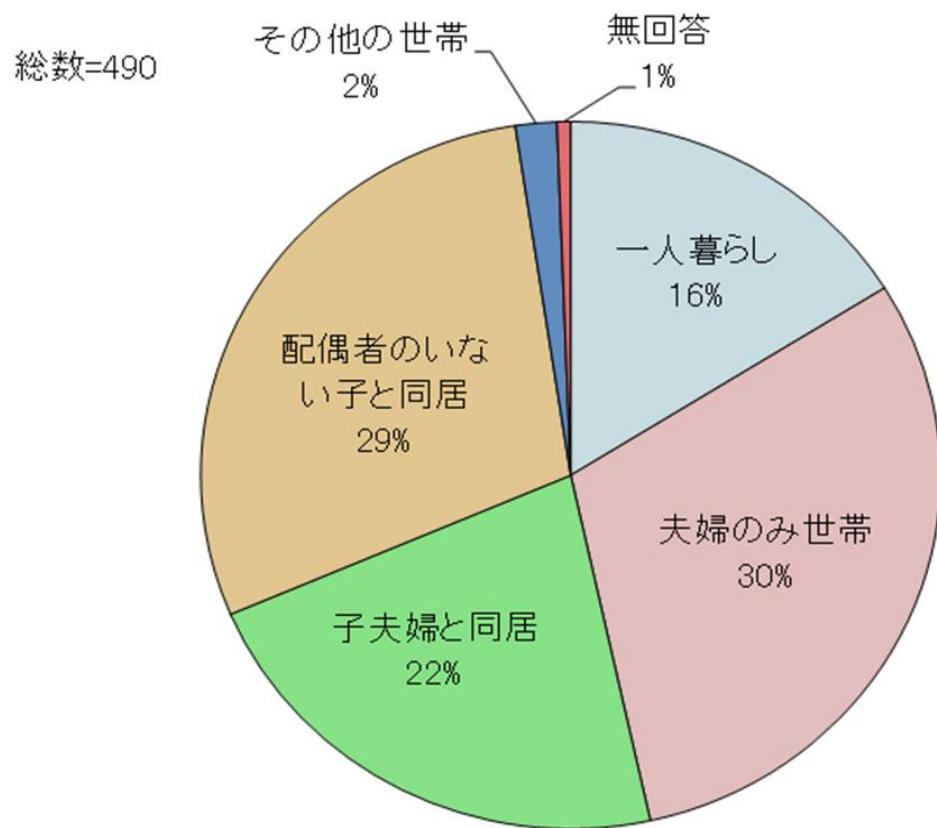
認知症高齢者のうち、約6割が居宅、次に医療機関、指定介護老人福祉施設が多い

認知症高齢者の居所内訳



認知症が疑われる人がいる世帯の状況(東京都)

在宅で生活している認知症が疑われる人がいる世帯の状況をみると、合計46%の世帯が「一人暮らし」(高齢単独世帯)、「夫婦のみ世帯」(高齢夫婦世帯)となっています。



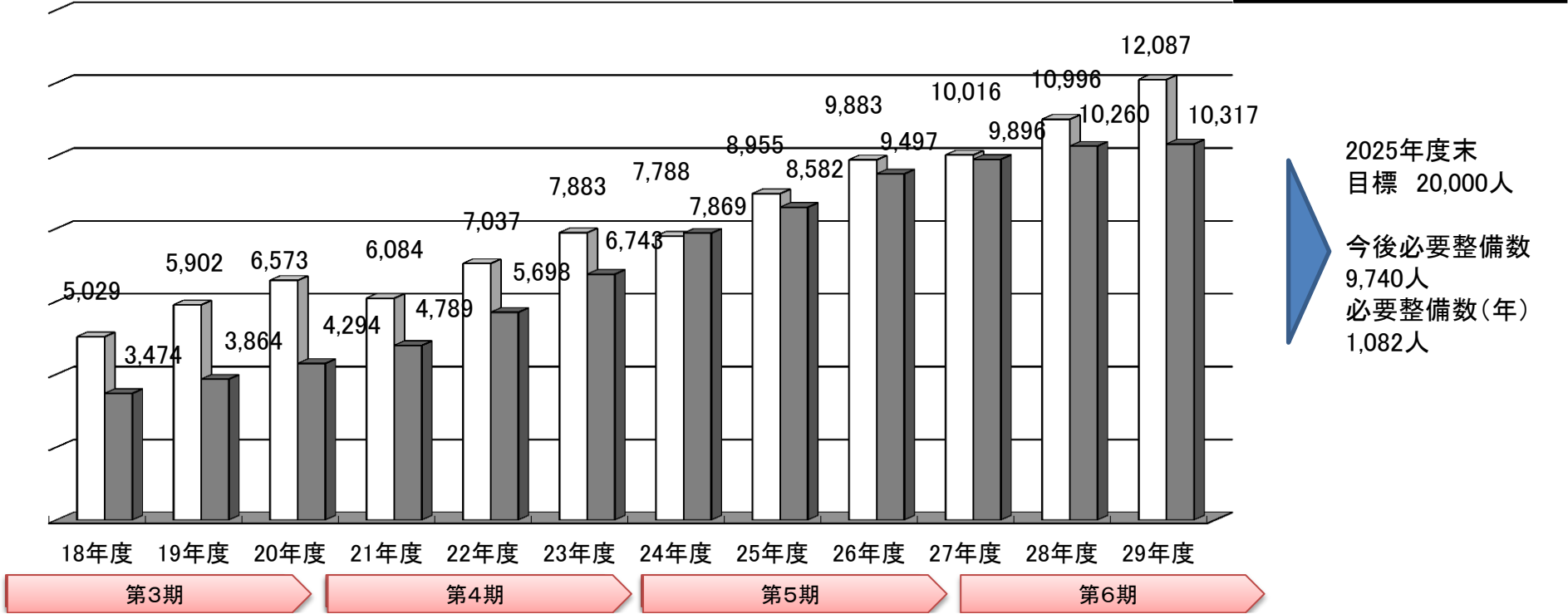
出典: 東京都福祉保健局高齢社会対策部「認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」(平成26年5月)

認知症高齢者グループホームの整備

- 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、認知症高齢者の安定的な生活を支援する施設
- 2025年度末までに定員20,000人分の認知症高齢者グループホームを整備

認知症高齢者グループホームの整備計画と実績(定員(人))

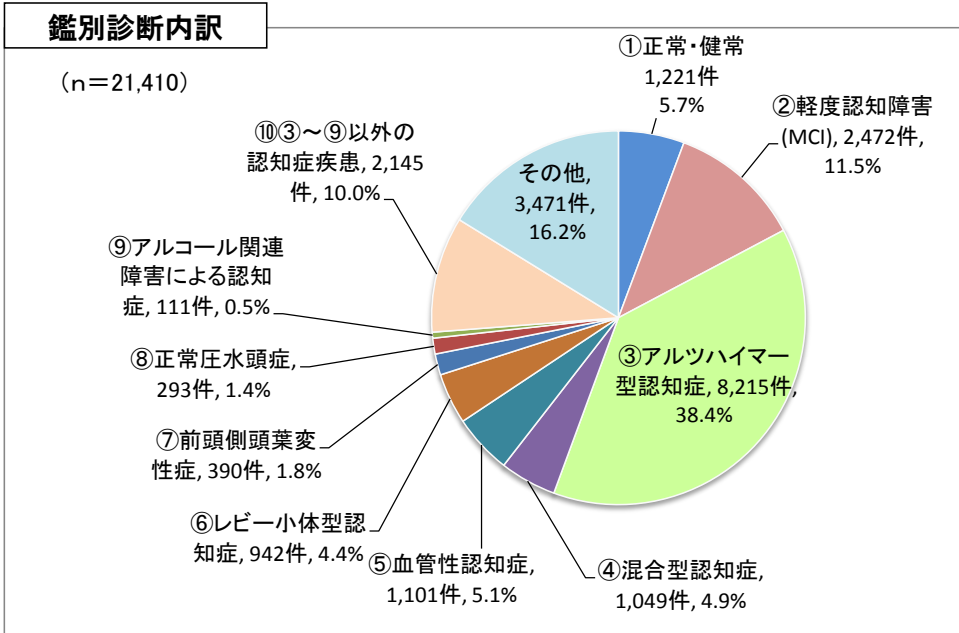
□介護保険事業支援計画
■年度末開設数



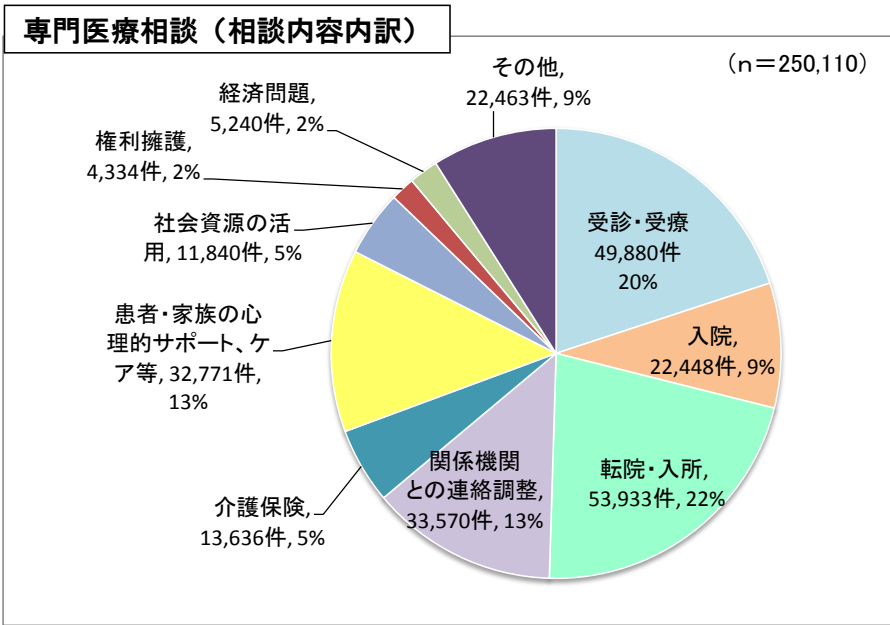
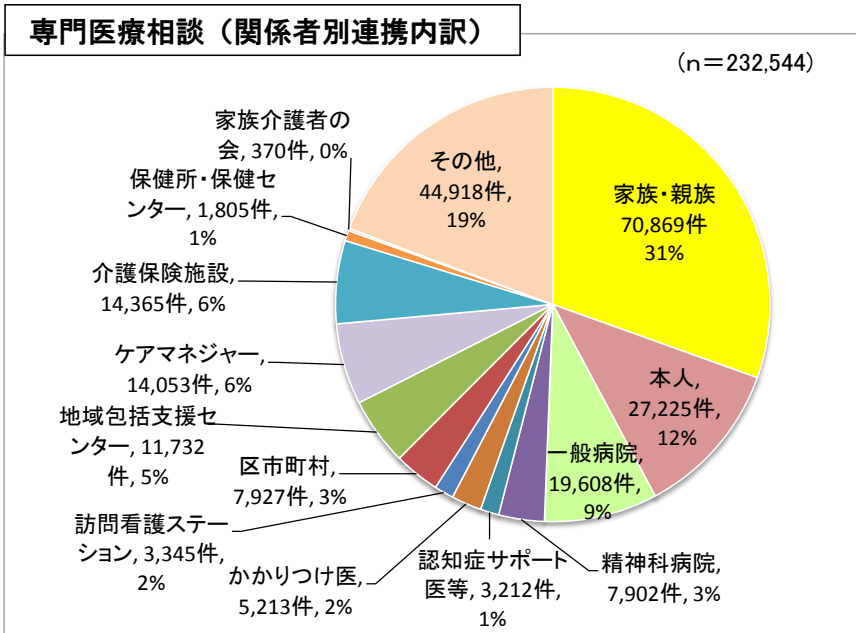
注釈:平成29年度の開設数は5月1日現在
出典:高齢社会対策部調査

平成28年度東京都認知症疾患医療センター活動実績

		平成28年度							平成27年度			
		地域拠点型	1センター あたり平均	地域連携型	1センター あたり平均	合計	1センター あたり平均	対前年増減数	対前年増減率	地域拠点型	地域連携型	合計
センター指定数(年度末現在)		12か所	—	35か所	—	47か所	—	6か所	114.6%	12か所	29か所	41か所
鑑別診断件数		10,839件	903件	10,571件	302件	21,410件	456件	8,372件	164.2%	8,784件	4,254件	13,038件
認知症疾患に係る入院件数		5,692件	474件	6,739件	193件	12,431件	264件	4,497件	156.7%	5,125件	2,809件	7,934件
専門医療相談件数		93,380件	7,782件	121,540件	3,473件	214,920件	4,573件	72,133件	150.5%	92,188件	50,599件	142,787件
研修会の開催回数(講師派遣含む)		497回	41回	699回	20回	1,196回	25回	289回	131.9%	586回	321回	907回
区市町村等が開催する認知症に関する 会議等への出席回数		303回	25回	798回	23回	1,101回	23回	385回	153.8%	291回	425回	716回
連携協議会開催回数		30回	2.5回			30回	0.6回	-3回	90.9%	33回		33回
アウトリーチ チーム	訪問支援延件数	123件	10件			123件	3件	-75件	62.1%	198件		198件
	訪問実人数	80人	7人			80人	2人	-41人	66.1%	121人		121人
	協定締結自治体数	41か所	3か所			41か所	1か所	2か所	105.1%	39か所		39か所
備考		地域連携型認知症疾患医療センターのうち、6か所は平成28年7月運営開始							地域連携型認知症疾患医療センター(29か所)は、 平成27年9月運営開始			



※その他は、①～⑩に該当しない疾患:気分障害、てんかん、統合失調症等(②～⑩との重複は除く)



平成28年度東京都認知症疾患医療センター活動実績（二次保健医療圏域別）

二次保健医療圏		区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部	島しょ	合計	
構成区市町村		千代田区、中央区 港区、文京区 台東区	品川区、大田区	目黒区、世田谷区 渋谷区	新宿区、中野区 杉並区	豊島区、北区 板橋区、練馬区	荒川区、足立区 葛飾区	墨田区、江東区 江戸川区	青梅市、福生市 羽村市 あきる野市 瑞穂町、日の出町 檜原村、奥多摩町	八王子市、町田市 日野市、多摩市 稲城市	立川市、昭島市 国分寺市、国立市 東大和市 武蔵村山市	武蔵野市、三鷹市 府中市、調布市 小金井市、狛江市	小平市、東村山市 清瀬市 東久留米市 西東京市	大島町、利島村 新島村、神津島村 三宅村、御蔵島村 八丈町、青ヶ島村 小笠原村	62区市町村	
認知症疾患医療センター数	地域拠点型	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所	1か所		12か所	
	地域連携型	4か所	1か所	2か所	2か所	3か所	2か所	2か所	3か所	3か所	5か所	5か所	3か所		35か所	
	計	5か所	2か所	3か所	3か所	4か所	3か所	3か所	4か所	4か所	6か所	6か所	4か所		47か所	
	種別	一般病院	5か所	1か所	1か所	2か所	1か所	－	3か所	1か所	－	4か所	4か所	2か所		24か所
		精神科病院	－	－	1か所	－	1か所	1か所	－	1か所	4か所	－	2か所	2か所		12か所
		診療所	－	1か所	1か所	1か所	2か所	2か所	－	2か所	－	2か所	－	－		11か所
鑑別診断件数		6,151件	509件	1,169件	1,621件	1,577件	615件	1,671件	364件	1,171件	1,450件	2,807件	2,305件		21,410件	
	センター1か所あたり平均	1,230件	255件	390件	540件	394件	205件	557件	91件	293件	242件	468件	576件		456件	
認知症疾患に係る入院件数		3,147件	1,169件	768件	517件	1,048件	367件	753件	211件	760件	2,256件	1,150件	285件		12,431件	
	センター1か所あたり平均	629件	585件	256件	172件	262件	122件	251件	53件	190件	376件	192件	71件		264件	
専門医療相談件数		17,559件	8,413件	22,228件	9,013件	28,952件	7,608件	17,886件	6,299件	23,670件	40,608件	25,972件	6,712件		214,920件	
	センター1か所あたり平均	3,512件	4,207件	7,409件	3,004件	7,238件	2,536件	5,962件	1,575件	5,918件	6,768件	4,329件	1,678件		4,573件	
研修会の開催回数（講師派遣含む）		166回	64回	85回	46回	214回	120回	78回	59回	46回	166回	84回	68回		1,196回	
	センター1か所あたり平均	33回	32回	28回	15回	54回	40回	26回	15回	12回	28回	14回	17回		25回	
区市町村等が開催する認知症に関する会議等への出席回数		106回	94回	33回	51回	115回	115回	67回	107回	108回	132回	95回	78回		1,101回	
	センター1か所あたり平均	21回	47回	11回	17回	29回	38回	22回	27回	27回	22回	16回	20回		23回	
連携協議会開催回数		3回	2回	2回	2回	3回	2回	2回	3回	2回	2回	4回	3回		30回	
アウトリーチチーム	訪問支援延件数 （対象者実人数）	6件 （5人）	9件 （4人）	6件 （6人）	8件 （5人）	16件 （13人）	40件 （19人）	0件 （0人）	4件 （1人）	1件 （1人）	14件 （13人）	1件 （1人）	18回 （12人）		123件 （80人）	
	協定締結自治体数	5か所	2か所	2か所	3か所	2か所	3か所	3か所	8か所	3か所	3か所	3か所	4か所		41か所	
人口（平成29年1月現在）		866,461人	1,100,056人	1,388,521人	1,222,898人	1,910,476人	1,351,287人	1,463,263人	390,471人	1,412,771人	648,634人	1,017,117人	731,791人	26,307人	13,530,053人	
65歳以上人口（平成29年1月現在）		165,839人	243,963人	277,094人	252,338人	429,967人	329,953人	313,117人	108,098人	358,202人	155,340人	219,733人	182,241人	8,996人	3,044,881人	
	高齢化率	19.1%	22.2%	20.0%	20.6%	22.5%	24.4%	21.4%	27.7%	25.4%	23.9%	21.6%	24.9%	34.2%	22.5%	
認知症高齢者数（自立度Ⅰ以上） （平成28年11月現在）		23,739人	32,404人	41,981人	37,762人	61,795人	46,593人	38,119人	11,188人	44,370人	19,756人	30,229人	24,110人	1,425人	413,471人	
医療機関数 （H27.10.1現在）	一般病院	51施設	43施設	51施設	42施設	92施設	81施設	53施設	21施設	63施設	25施設	41施設	34施設	1施設	598施設	
	精神科病院	1施設	1施設	－	1施設	4施設	5施設	－	9施設	15施設	－	6施設	8施設	－	50施設	
	診療所	2,188施設	1,010施設	1,683施設	1,403施設	1,636施設	954施設	1,036施設	252施設	968施設	494施設	838施設	461施設	21施設	12,944施設	
病床数 （H27.10.1現在）	一般病床	12,861床	6,326床	7,845床	8,763床	10,176床	6,912床	6,800床	1,773床	6,257床	3,320床	6,086床	4,322床	52床	81,493床	
	人口10万人対	1484.3床	575.1床	565.0床	716.6床	532.6床	511.5床	464.7床	454.1床	442.9床	511.8床	598.4床	590.6床	197.7床	602.3床	
	療養病床	585床	1,716床	1,988床	1,495床	3,795床	2,066床	1,159床	2,297床	4,082床	1,091床	1,457床	1,793床	－	23,524床	
	人口10万人対	67.5床	156.0床	143.2床	122.3床	198.6床	152.9床	79.2床	588.3床	288.9床	168.2床	143.2床	245.0床	－	173.9床	
	精神病床	298床	178床	1,307床	315床	3,243床	1,453床	165床	2,615床	7,227床	63床	3,446床	2,184床	－	22,494床	
	人口10万人対	34.4床	16.2床	94.1床	25.8床	169.7床	107.5床	11.3床	669.7床	511.5床	9.7床	338.8床	298.4床	－	166.3床	
認知症サポート医（H29.3.31現在）		104人	81人	93人	85人	123人	82人	77人	47人	87人	53人	74人	47人	0人	953人	
	認知症高齢者1万人対	43.8人	25.0人	22.2人	22.5人	19.9人	17.6人	20.2人	42.0人	19.6人	26.8人	24.5人	19.5人	－	23.0人	

地域拠点型認知症疾患医療センターの活動実績(平成28年度)

二次保健医療圏		区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
項 目/医療機関名		順天堂大学医学部附属順天堂医院	荏原病院	都立松沢病院	浴風会病院	東京都健康長寿医療センター	大内病院	順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター	青梅成木台病院	平川病院	立川病院	杏林大学医学部付属病院	山田病院
構成区市町村		千代田区 中央区、港区 文京区、台東区	品川区、大田区	目黒区 世田谷区 渋谷区	新宿区、中野区 杉並区	豊島区、北区 板橋区、練馬区	荒川区、足立区 葛飾区	墨田区、江東区 江戸川区	青梅市、福生市 羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町	八王子市 町田市、日野市 多摩市、稲城市	立川市、昭島市 国分寺市 国立市 東大和市 武蔵村山市	武蔵野市 三鷹市、府中市 調布市 小金井市 狛江市	小平市 東村山市 清瀬市 東久留米市 西東京市
65歳人口(人)(平成29年1月現在)		165,839	243,963	277,094	252,338	429,967	329,953	313,117	108,098	358,202	155,340	219,733	182,241
面積(km ²)		63.55	82.18	87.89	67.84	113.93	98.24	103.55	572.71	324.52	90.25	95.82	76.59
鑑別診断件数		4,306件	319件	602件	747件	1,032件	423件	1,250件	264件	228件	447件	605件	616件
予約時から鑑別診断初診までの日数 (各月末平均)		0.0 日	32.5 日	9.2 日	17.3 日	29.4 日	10.5 日	60.3 日	23.3 日	1.3 日	16.5 日	17.1 日	21.9 日
認知症疾患に係る入院件数		1,064件	1,166件	326件	343件	811件	241件	474件	167件	170件	665件	166件	99件
専門医療相談件数		6,889件	6,505件	17,441件	4,471件	16,226件	6,031件	17,166件	3,062件	4,631件	2,185件	5,080件	3,693件
研修会の開催回数		13回	15回	17回	7回	68回	37回	23回	19回	9回	14回	6回	9回
自治体や医師会等主催の研修会等への講師派遣		17回	20回	13回	7回	51回	58回	29回	4回	12回	7回	23回	19回
区市町村等が開催する会議等への出席回数		16回	42回	2回	7回	3回	41回	22回	70回	16回	11回	31回	42回
連携協議会開催回数		3回	2回	2回	2回	3回	2回	2回	3回	2回	2回	4回	3回
アウトリーチチームの実績	カンファレンスへの出席延回数 (対象者実人数)	6回 (5人)	8回 (4人)	6回 (6人)	10回 (7人)	29回 (17人)	14回 (14人)	0回 (0人)	7回 (1人)	2回 (2人)	17回 (12人)	2回 (2人)	19回 (17人)
	カンファレンスのみで支援終結又は 訪問以外の対応(経過観察等)を 選択した対象者実人数	0人	0人	0人	2人	0人	3人	0人	0人	1人	0人	1人	0人
	訪問支援延件数 (対象者実人数)	6件 (5人)	9件 (4人)	6件 (6人)	8件 (5人)	16件 (13人)	40件 (19人)	0件 (0人)	4件 (1人)	1件 (1人)	14件 (13人)	1件 (1人)	18回 (12人)
	協定締結自治体数	5か所	2か所	2か所	3か所	2か所	3か所	3か所	8か所	3か所	3か所	3か所	4か所

地域連携型認知症疾患医療センターの活動実績(平成28年度)

医療機関名の前に＊のついているセンターは平成28年7月1日運営開始のため、平成28年7月～平成29年3月の実績。

二次保健医療圏	区中央部				区南部	区西南部		区西部		区西北部		
医療機関名(担当区市町村)	三井記念病院 (千代田区)	聖路加国際病院 (中央区)	東京都済生会中央病院 (港区)	永寿総合病院 (台東区)	荏原中延クリニック (品川区)	国家公務員共済組合連合会三宿病院 (目黒区)	＊東京女子医科大学附属成人医学センター (渋谷区)	東京医科大学病院 (新宿区)	あしかりクリニック (中野区)	豊島長崎クリニック (豊島区)	オレンジほっとクリニック (北区)	慈雲堂病院 (練馬区)
65歳人口(人)(平成29年1月現在)	10,786	23,715	43,155	45,750	80,836	54,622	42,463	67,020	67,578	57,464	87,761	157,004
鑑別診断件数	137	352	593	763	190	446	121	620	254	85	92	368
予約時から鑑別診断初診までの日数(各月末平均)	5.6	12.7	2.1	6.4	14.4	14.8	0.9	15.9	14.4	6.4	21.8	5.7
認知症疾患に係る入院件数(自院の他連携病院等を含む)	689	152	955	287	3	440	2	147	27	0	13	224
専門医療相談件数	3,387	220	5,780	1,283	1,908	4,424	363	3,176	1,366	5,225	2,872	4,629
研修会の開催(講師派遣含む)	6回	1回	119回	10回	29回	46回	9回	4回	28回	50回	23回	22回
区市町村等が開催する会議等への出席回数	36回	6回	10回	38回	52回	23回	8回	9回	35回	67回	27回	18回

二次保健医療圏	区東北部		区東部		西多摩			南多摩		
医療機関名(担当区市町村)	あべクリニック (荒川区)	いずみホームケアクリニック (葛飾区)	中村病院 (墨田区)	東京さくら病院 (江戸川区)	福生クリニック (福生市)	菜の花クリニック (瑞穂町)	＊奥多摩病院 (奥多摩町)	鶴川サナトリウム病院 (町田市)	桜ヶ丘記念病院 (多摩市)	稲城台病院 (稲城市)
65歳人口(人)(平成29年1月現在)	49,882	111,748	60,298	143,949	14,507	8,973	2,572	110,979	40,101	18,307
鑑別診断件数	162	30	260	161	29	49	22	528	251	164
予約時から鑑別診断初診までの日数(各月末平均)	3.2	6.9	8.9	9.8	2.1	0.8	1.9	1.5	19.3	7.6
認知症疾患に係る入院件数(自院の他連携病院等を含む)	5	121	267	12	1	3	40	329	124	137
専門医療相談件数	480	1,097	389	331	1,405	1,822	10	7,782	2,792	8,465
研修会の開催(講師派遣含む)	13回	12回	17回	9回	15回	20回	1回	12回	8回	5回
区市町村等が開催する会議等への出席回数	56回	18回	21回	24回	13回	22回	2回	47回	22回	23回

二次保健医療圏	北多摩西部					北多摩南部					北多摩北部		
医療機関名(担当区市町村)	たかつきクリニック (昭島市)	国分寺病院 (国分寺市)	新田クリニック (国立市)	東大和病院 (東大和市)	武蔵村山病院 (武蔵村山市)	武蔵野赤十字病院 (武蔵野市)	＊根岸病院 (府中市)	青木病院 (調布市)	＊桜町病院 (小金井市)	東京慈恵会医科大学附属第三病院 (狛江市)	＊国立精神・神経医療研究センター病院 (小平市)	多摩あおば病院 (東村山市)	＊複十字病院 (清瀬市)
65歳人口(人)(平成29年1月現在)	28,322	26,399	16,887	22,222	18,288	31,691	54,835	49,112	24,869	19,449	43,215	39,241	20,601
鑑別診断件数	140	25	65	666	107	285	62	349	101	1,405	1,299	221	169
予約時から鑑別診断初診までの日数(各月末平均)	10.2	12.2	0.0	15.3	18.4	5.9	0.0	0.0	18.3	14.0	20.9	8.8	34.4
認知症疾患に係る入院件数(自院の他連携病院等を含む)	15	633	8	693	242	106	46	416	92	324	66	120	－
専門医療相談件数	542	671	10,283	20,252	6,675	1,540	152	7,971	4,987	6,242	422	2,224	373
研修会の開催(講師派遣含む)	3回	2回	62回	71回	7回	22回	11回	12回	7回	3回	11回	8回	21回
区市町村等が開催する会議等への出席回数	13回	27回	38回	30回	13回	14回	21回	14回	7回	8回	13回	21回	2回

東京都における認知症に係る医療従事者向け研修等の実施状況(平成28年度)

【認知症に係る医療従事者向け研修の実施状況】

	研修名	研修実施機関	対象者	平成28年度実績		平成28年度末 累計修了者数	備考
				研修回数	受講者数		
1	東京都かかりつけ医認知症研修	地域拠点型認知症疾患医療センター	医師、歯科医師	27回	625人	3,816人	累計修了者には重複受講者を含まない
2	認知症サポート医養成研修	国立長寿医療研究センター	医師	国研修へ派遣	173人	953人	
3	東京都認知症サポート医等フォローアップ研修	認知症支援推進センター	認知症サポート医、認知症疾患医療センターの医師等	6回	1,107人	—	
4	認知症サポート医・かかりつけ医認知症対応力向上研修	東京都（東京都医師会と共催）	認知症サポート医、かかりつけ医等の医師、地域包括支援センター職員等	1回	344人	—	
5	東京都歯科医師認知症対応力向上研修	東京都（東京都歯科医師会と共催）	歯科医師、歯科衛生士	1回	141人	115人	平成28年度開始、修了者は歯科医師のみ
6	東京都薬剤師認知症対応力向上研修	東京都（東京都薬剤師会と共催）	薬剤師	1回	905人	905人	平成28年度開始
7	東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ	地域拠点型認知症疾患医療センター	看護師、病院勤務の医療従事者	31回	1,434人	4,073人	
8	東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ	東京都	病院で指導的役割にある看護師（Ⅰ型研修の修了者）	1回	507人	507人	平成28年度開始
9	東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ	東京都	病院で管理監督立場にある看護師（Ⅱ型研修の修了者）	1回	113人	113人	平成28年度開始
10	認知症初期集中支援チーム員研修	国立長寿医療研究センター	認知症初期集中支援チーム員予定者	国研修へ派遣	346人	503人	
11	認知症地域支援推進員研修	認知症介護研究・研修東京センター	認知症地域支援推進員(予定を含む)	国研修へ派遣	285人	433人	
12	認知症支援コーディネーター等研修	認知症支援推進センター	認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等	2回	369人	—	
13	東京都認知症疾患医療センター相談員研修	認知症支援推進センター	認知症疾患医療センター相談員	2回	132人	—	
14	東京都認知症多職種協働研修	地域拠点型認知症疾患医療センター	医療・介護職、行政職員等	16回	869人	2,309人	
15	島しょ地域の認知症対応力向上研修	認知症支援推進センター	医療・介護職、行政職員、住民等	大島町、新島村、三宅村、八丈町で実施		—	

【区市町村における認知症施策の実施状況】

	項目	平成28年度実績	備考
1	認知症支援コーディネーターの配置	31区市	都補助金を活用しているのは25区市
2	認知症初期集中支援チームの配置	19区市	チーム数:94チーム、訪問件数:1,140件(訪問対象者308人)
3	認知症地域支援推進員の配置	34区市町	配置人数:314人
4	認知症カフェの設置	335か所（48区市町村）	民間団体が設置しているものも含め、区市町村が把握しているもの

区市町村の認知症総合支援事業の実施状況(平成28年度)

認知症地域支援推進員活動状況

- 配置区市町村 45区市町
- 認知症地域支援推進員総数 314人
- 認知症地域支援推進員が企画・調整を行う主な事業の実施
 - a) 病院・介護保険施設などでの認知症対応力向上を図るための支援事業 17区市
 - b) 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 18区市
 - c) 認知症の人の家族に対する支援事業 34区市
 - d) 認知症ケアに携わる多職種協働研修の事業 18区市

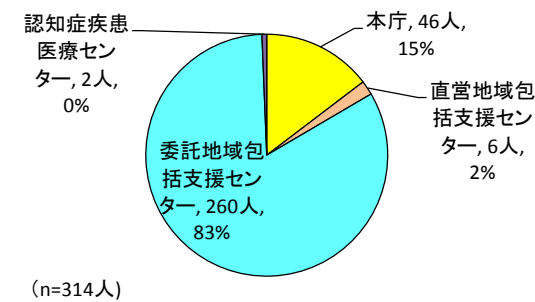
【認知症地域支援推進員研修受講状況】

<研修実施団体(都から委託)>
(福)浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

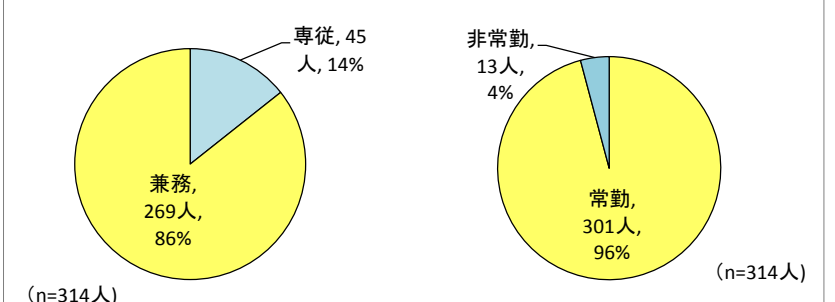
<受講人数>
433名 [50区市町村]
(H28年度:285名、H27年度:148名)

認知症地域支援推進員の配置及び勤務形態

【推進員の配置場所】



【推進員の勤務形態】

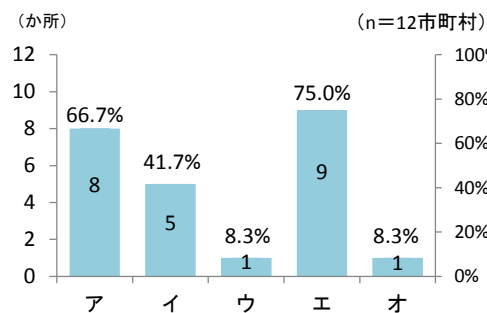


区市町村事業開始予定時期

【実施状況】

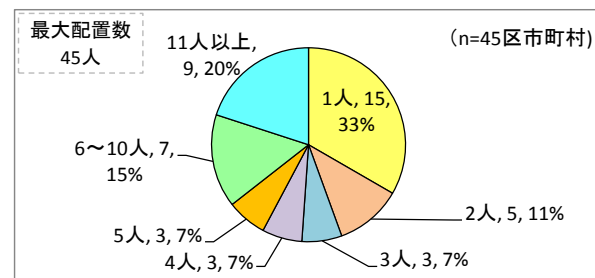
開始時期	実施済	29年度	30年4月1日
区部	21	2	0
市町村部	24	3	3
島しょ部	0	0	9
合計	45	5	12

【29年度に事業開始しない理由(複数回答)】



ア 人員を確保できない
イ 財源が不足している
ウ 条例で事業開始日を「30年4月1日」以降で定めている
エ 事業実施のための体制検討に時間を要している
オ その他

【各区市町村における推進員の配置数】



初期集中支援チーム活動状況

- 実施区市町村 19区市
- 認知症初期集中支援チーム総数 94チーム
- チーム員総数 542人
- 訪問実人数 308人
- 訪問延回数 1,140回
- 専門医を含めたチーム会議実施回数 422回
- チームに関する普及啓発
 - (1)市区町村の広報媒体を用いた普及啓発 14区市
 - (2)地区医師会等の関係団体を通じた広報依頼 9区市
 - (3)民生委員、一般住民等を対象とした説明会等の実施 6区市
 - (4)その他 1区

【初期集中支援チーム員研修受講状況】

<研修実施団体(都から委託)>
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

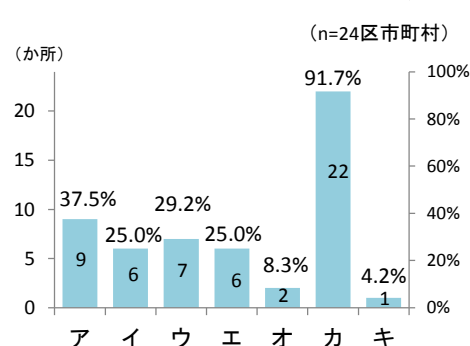
<受講人数>
503名 [43区市町村]
(H28年度:346名、H27年度:157名)

区市町村事業開始予定時期

【実施状況】

開始時期	実施済	29年度	30年4月1日
区部	13	6	4
市町村部	6	13	11
島しょ部	0	0	9
合計	19	19	24

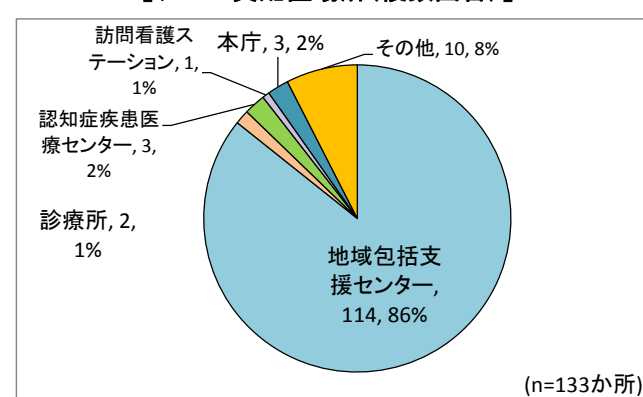
【29年度に事業開始しない理由(複数回答)】



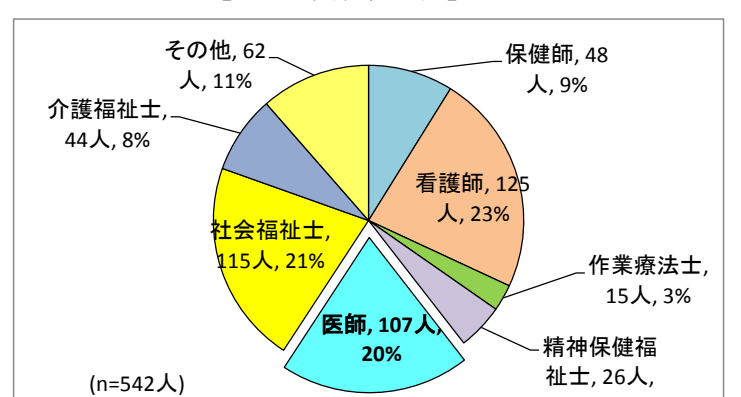
ア 要件を満たす医師が確保できない
イ 要件を満たす医師以外の専門職が確保できない
ウ 事業委託先が確保できない
エ 財源が不足している
オ 条例で事業開始日を「30年4月1日」以降で定めている
カ 事業実施のための体制検討に時間を要している
キ その他

チーム員の配置及び構成状況

【チーム員配置場所(複数回答)】

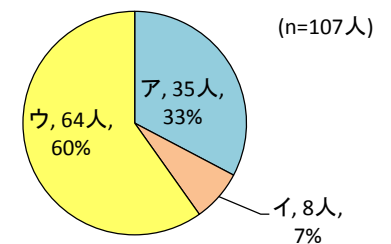


【チーム員職種内訳】



【チーム員医師資格内訳】

- ア 専門医かつ認知症サポート医
- イ 専門医で、今後認知症サポート医研修を受講予定の者
- ウ 認知症疾患の診断・治療の従事経験が5年以上の認知症サポート医



東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会報告書 概要版

認知症の人と家族を取り巻く現状と医療的課題

1 認知症高齢者の状況

- 東京都でも「4人に1人が高齢者」の時代へ
- 認知症の人の急速な増加
- 認知症の人の半数以上は在宅で生活
- 単身・夫婦のみ高齢者世帯の増加

2 これまでの取組

- 東京都認知症対策推進会議のもと、総合的な施策を展開
- 認知症の人と家族を支える医療支援体制のあり方について医療支援部会を設置し検討
- 地域医療における認知症対応力の向上（認知症サポート医の養成、かかりつけ医認知症対応力向上研修等の実施）
- 専門医療の提供（精神保健福祉センターの相談班による訪問、専門病棟への入院調整）

3 現状と課題

- これまでの取組により、東京における地域の医療体制は着実に進んできている
- 都内には、身体合併症・周辺症状に対応可能な専門医療機関が相当数存在している
- しかし、医療支援部会報告書で掲げられた、医療支援体制や連携体制は、十分には構築されておらず、以下のような課題がある

〔認知症の早期診断・早期対応〕

- ・ 専門医療機関に適切につなげる等、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つなげる方策が必要
- ・ 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・周辺症状への対応〕

- ・ 入院に対応できる病院が患者の数と比較して相対的に少なく、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はない
- ・ 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〕

認知疾患医療相談センターの整備

1 整備に向けた考え方

- 課題を解決するため、医療機関同士、さらには、医療と介護の連携の推進役となる認知症疾患医療センターを東京都においても整備し、認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制を構築するとともに、地域における連携体制を構築することが必要
- 国の設置基準を満たすだけでなく、大都市東京において効果的に機能するものとして整備するためには、東京都としてセンターに求める機能・役割の整理が必要
- この整理に基づき、都はセンターの指定を行うことが望ましい

2 指定数

二次保健医療圏に1箇所を基本とし、運営状況等を踏まえ、必要がある場合は数を見直すべき

東京都における認知症疾患医療センターの機能・役割

1 基本的機能

今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると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、東京都における認知症疾患医療センターには、特に以下の機能を担うことが求められる

- ・ 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

2 3つの役割

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、以下の3つの役割を果たすことが必要

- 1 認知症に係る専門医療機関として、認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割
- 2 認知症に係る地域連携の推進機関として、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割
- 3 認知症に係る人材育成機関として、地域における認知症専門医療の充実と、地

【専門医療機関としての役割】

- 専門医療相談の実施
 - ・ 関係機関等からの多様な相談に応じられる医療相談室の設置
 - ・ 受診が困難な人への支援
- 鑑別診断・初期対応時の取組
 - ・ 本人の身体的・社会的側面等を総合的に評価の上、適確に診断
- 身体合併症・周辺症状への対応
 - ・ センター内及び地域での受入体制の整備（院内連携・地域連携）
 - ・ 早期からの退院支援

【地域連携の推進機関としての役割】

- 地域連携の推進
 - ・ 認知症疾患医療・介護連携協議会や研修会等を通じた地域連携体制の構築
 - ・ 地域包括支援センター、家族介護者の会等との連携

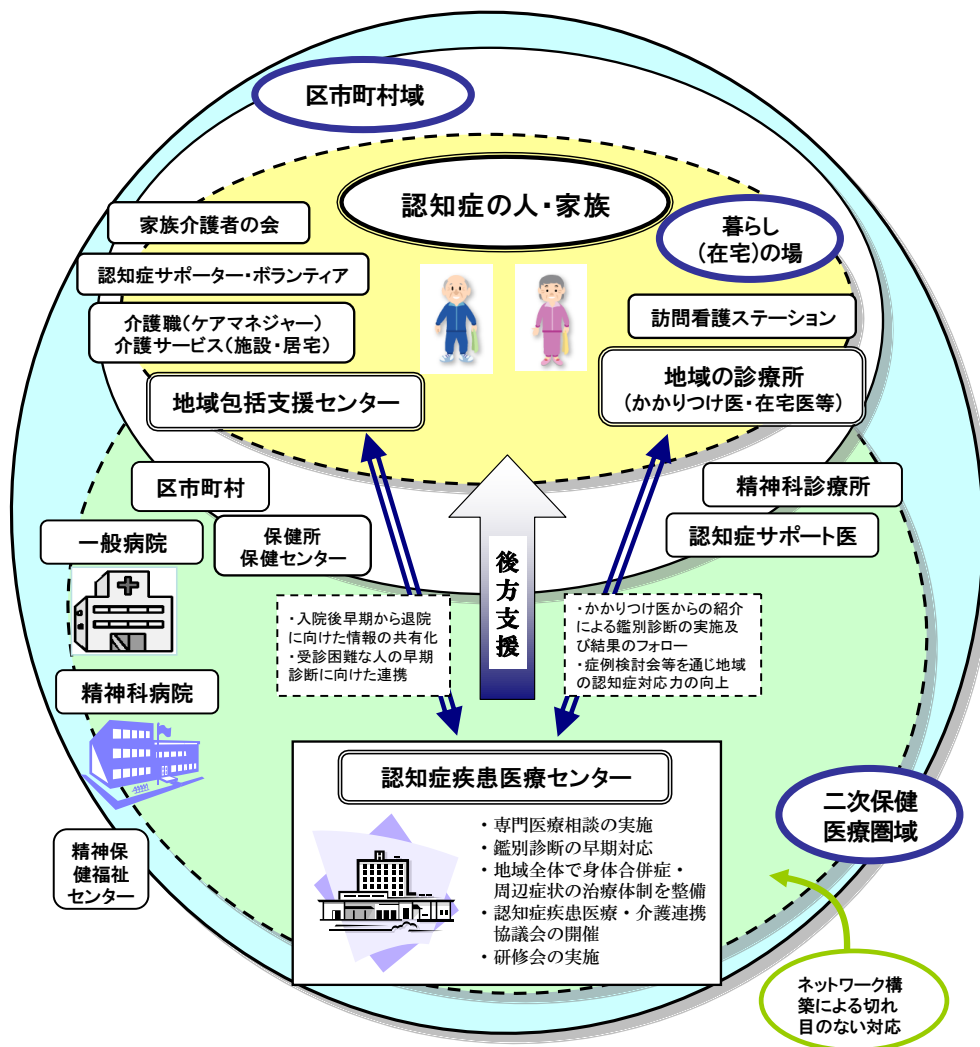
【人材育成機関としての役割】

- 専門医療、地域連携を支える人材の育成

【その他】

- 情報発信
 - ・ 認知症についての理解促進に向けた普及啓発

○ 地域連携のイメージ



医療相談室の役割

「医療相談室」は、「3つの役割」を具体的に推進する役割を担っており、センターが地域連携・院内連携を進めるに当たっては、「医療相談室」の役割が大変重要

1 地域連携における医療相談室の役割

- 地域連携体制の構築
- 個別ケースにおける連携

2 院内連携における医療相談室の役割

- 身体合併症を有する認知症の人の受入れ等において、認知症専門医等と他の診療科の間をつな

関係機関の協力

1 東京都の役割

- センター間の連絡会の開催等、当事業の充実にに向けた積極的な取組が必要
- 東京都における標準的な地域連携パスを作成するなど、各地域の連携体制構築に向けた積極的な支援を行うことが必要

2 区市町村の役割

- 認知症疾患医療・介護連携協議会の開催に協力するなど、地域の連携体制の構築に積極的に取り組むことが求められる

都における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
- 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

東京都認知症疾患医療センター一覧

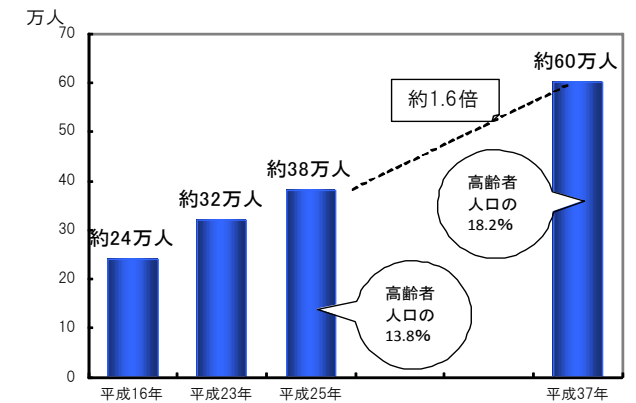
No.	圏域	医療機関名	No.	圏域	医療機関名
1	区中央部	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	7	区東部	順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター
2	区南部	公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院	8	西多摩	医療法人財団良心会 青梅成木台病院
3	区西南部	東京都立松沢病院	9	南多摩	医療法人社団光生会 平川病院
4	区西部	社会福祉法人浴風会 高齢者保健医療総合センター 浴風会病院	10	北多摩西部	国家公務員共済組合連合会 立川病院
5	区西北部	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター	11	北多摩南部	杏林大学医学部付属病院
6	区東北部	医療法人社団大和会 大内病院	12	北多摩北部	医療法人社団薫風会 山田病院

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

- 認知症の人の約6割は居宅において生活

都における認知症高齢者の増加



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)より推計

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
本年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

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ることができる体制を、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。

認知症アウトリーチチーム及び認知症初期集中支援チームの比較

		認知症アウトリーチチーム【東京都事業】	認知症初期集中支援チーム【区市町村・地域支援事業】
事業名		東京都認知症疾患医療センター運営事業	認知症総合支援事業(介護保険法第115条の45第2第6号)の認知症初期集中支援推進事業
実施主体		東京都（地域拠点型認知症疾患医療センターに委託）	区市町村
事業開始時期		平成27年度 ＊平成25～26年度に実施した「認知症早期発見・早期診断推進事業」から移行	平成26年度 ＊平成27年度から包括的支援事業となり、 <u>平成30年度までにすべての区市町村において実施</u> ＊平成25年度に「認知症初期集中支援チーム設置モデル事業」実施(都内では世田谷区が実施)
目的		認知症の人とその家族が地域で安心して生活できるよう、地域拠点型認知症疾患医療センターに「認知症アウトリーチチーム」を配置し、区市町村が配置する認知症支援コーディネーター等からの依頼に応じて、認知症の疑いのある人等を訪問し、アセスメント等を実施することにより、早期の診断につなげ、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつける等の取組を行う。	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」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。
チーム設置場所		地域拠点型認知症疾患医療センター	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
チームの構成	人数	3名以上（医師1名以上、専門職2名以上）	3名以上（医師1名、専門職2名以上）
	医師の要件	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	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(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でも可)である医師 ＊上記医師の確保が困難な場合、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り、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で可。
	専門職の要件	保健師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士などの医療に関する国家資格等を有する者であって、原則、認知症のケアに3年以上従事した経験を有する者	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ずる者であり、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者で、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り、原則として、「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講した者
訪問支援対象者		医療機関の受診が困難である認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のいずれかの基準に該当する者等 ア 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 イ 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	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、以下のいずれかの基準に該当する者 ア 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 イ 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
訪問体制		訪問するチーム員は、原則として認知症支援コーディネーター等又は訪問支援対象者を管轄する地域包括支援センター職員を同伴する。	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。
主な活動内容		①認知症コーディネーター等から依頼のあった対象者に関する情報確認、訪問事前カンファレンスへの出席 ②対象者を訪問し、認知症の症状についてのアセスメントを実施し、精神的、身体的、社会的状況等を確認 ③認知症の症状を有する場合は、医療機関の受診を促し、原則として、鑑別診断につながるまで支援 ④訪問後は、個別ケース会議に出席し、医療的見地から助言 ⑤かかりつけ医等、関係機関との情報共有	①訪問対象者の把握、情報収集及び観察・評価 ②初回訪問において、認知症の包括的観察・評価、医療機関受診や介護サービス利用の説明、対象者や家族の心理的サポートや助言等を実施(概ね2時間以内) ③専門医を含めたチーム員会議を開催し、支援の方針・内容・頻度等を検討 ④医療機関の受診や介護サービス利用の勧奨、認知症の重症度に応じた助言、生活環境等の改善等の支援 ⑤支援終了時に、同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うとともに、チーム員会議で、引き継ぎの2か月後に評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを実施
支援期間		支援の終期は、原則、診断がつき、必要な支援(医療サービス、介護サービス等)を導入し、一定の解決が図られた時	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ヶ月
活動実績		○協定締結区市町村数：【H27】39区市町【H28】41区市町村 ○配置アウトリーチチーム数：【H27】12チーム【H28】12チーム ○訪問支援回数(実対象者数)：【H27】198回（121人）【H28】123回(80人)	○実施区市町村数：【H27】10区市【H28】19区市 ○配置チーム数：【H27】24チーム【H28】94チーム ○訪問支援回数(実対象者数)：【H27】600回（189人）【H28】1140回(308人)

東京都認知症疾患医療センター運営事業実施状況調査 結果概要（平成29年5月実施）

* 平成29年5月までに指定済みの47センターを対象に実施

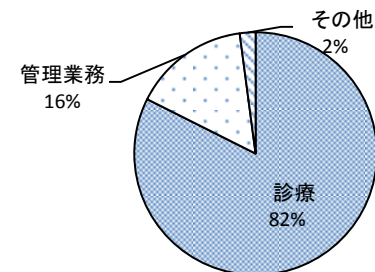
センターの体制

医師の体制

○配置状況

センター種別	常勤換算(人)
地域拠点型センター	5.5
地域連携型センター	3.1
平均	3.7

○業務割合



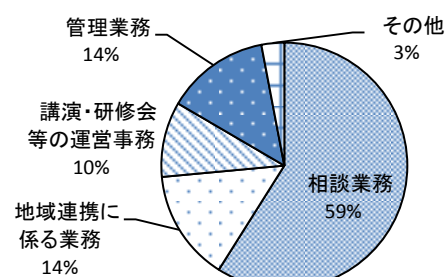
* 管理業務に会議出席、研修講師、アウトリーチチームの活動を含む

相談員の体制

○配置状況

センター種別	常勤換算(人)
地域拠点型センター	2.9
地域連携型センター	2.5
平均	2.6

○業務割合



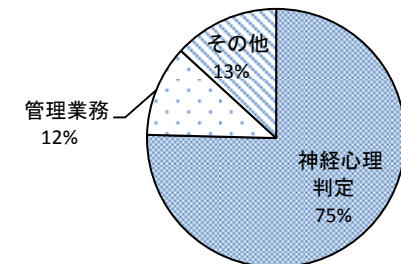
* 地域連携に係る業務には会議出席、研修講師、アウトリーチチームの活動を含む

臨床心理技術者の体制

○配置状況

センター種別	常勤換算(人)
地域拠点型センター	1.9
地域連携型センター	1.1
平均	1.3

○業務割合

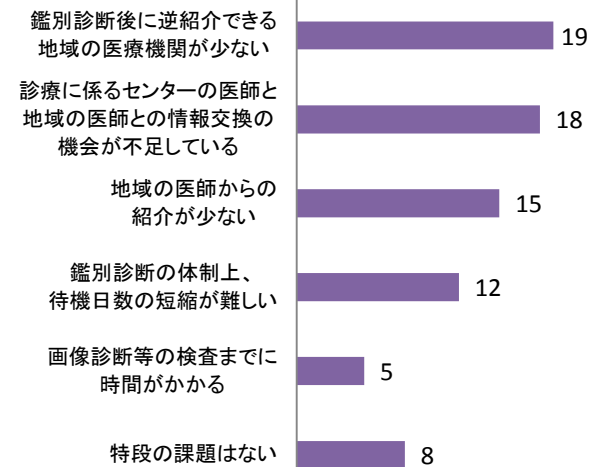


* 管理業務にアウトリーチチームの活動を含む

鑑別診断及び身体合併症、行動・心理症状への対応

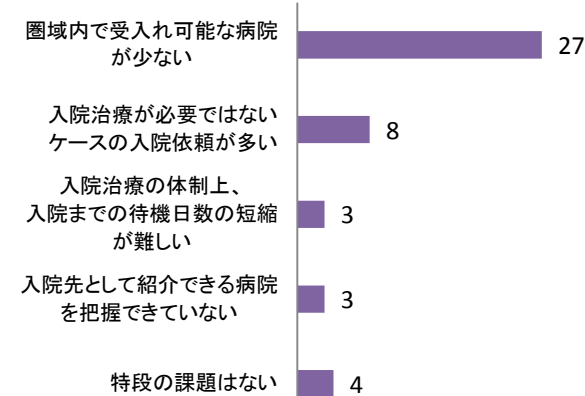
現在の課題

○鑑別診断の課題(複数回答)



◆その他: 7か所
 ・医療機関、地域包括支援センターによって、認知症の人への対応の意識に差がある。
 ・受診について、家族の中で意向が異なる場合がある。

○身体合併症、行動・心理症状への対応の課題(複数回答)

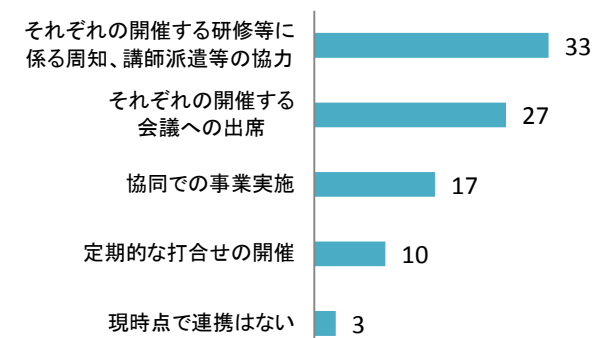


◆その他: 11か所
 ・連携病院との連携が不足している。
 ・連携病院以外で紹介可能な病院の把握が不十分である。
 ・本人が独居や老々介護の場合、介護する家族のBPSDへの対応力が十分でない場合の対応。

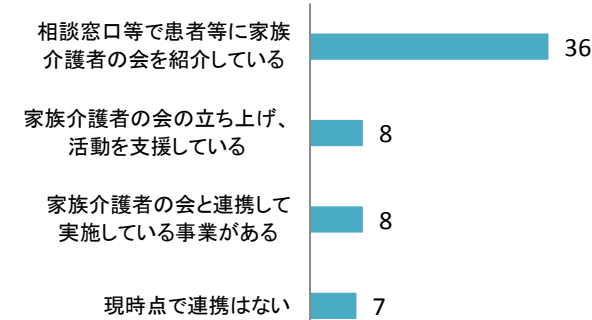
地域連携の推進、人材の育成

現在の取組

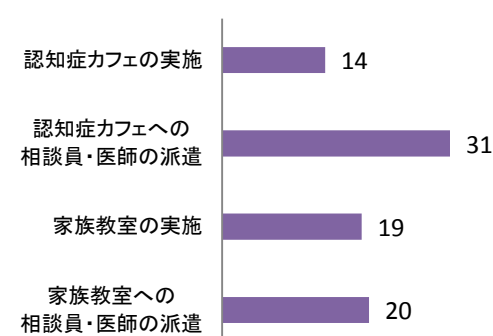
○地区医師会との連携(複数回答)



○認知症家族介護者の会との連携(複数回答)



○本人・家族支援に関する取組(複数回答)



◆その他: 9か所
 ・無料健康相談会、多職種によるカウンセリング等の実施。
 ・家族介護者を対象としたグループ療法への協力。

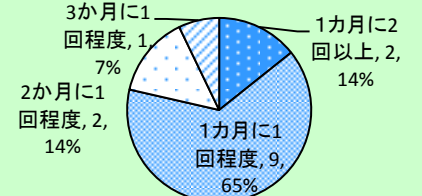
○実施方法

その他関係機関と共催で実施, 1, 7%
 区市町村・地域包括支援センターと共催で実施, 4, 29%

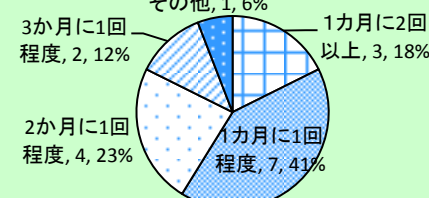
○実施方法

区市町村・地域包括支援センターと共催で実施, 2, 11%

○開催頻度

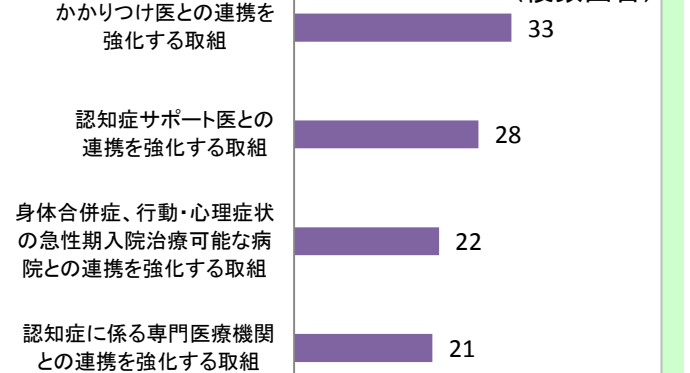


○開催頻度



今後必要な取組

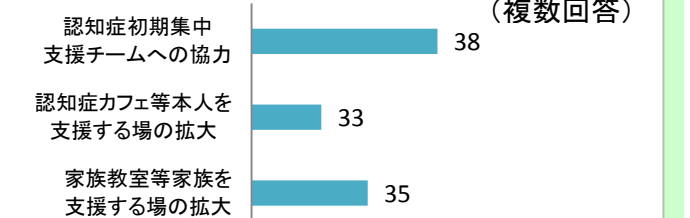
○地域の医療機関との連携を強化するための取組(複数回答)



◆その他: 7か所
 ・認知症疾患医療・介護連携協議会をさらに活性化させる。
 ・日常的な患者紹介や診療、研修会を通して連携を図る。
 ・訪問診療等在宅介護を支援しているかかりつけ医との連携を深める。
 ・自治体・地区医師会等の会議を通じて連携を強化していく。

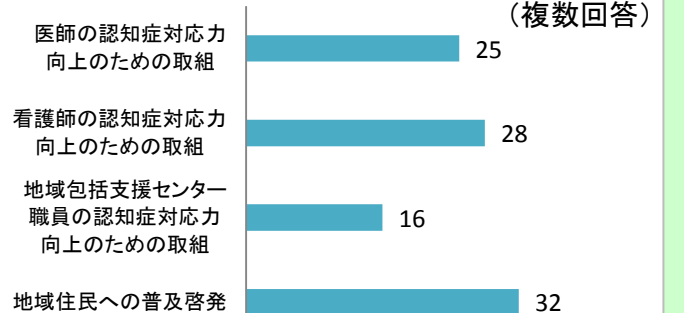
今後必要な取組

○地域の認知症に係る支援体制の強化のための取組(複数回答)



◆その他: 6か所
 ・地域の認知症患者の把握が必要。
 ・地域内にあるコミュニティの発掘と活用。
 ・地域で実施されている活動を必要な人に周知するシステムづくり。

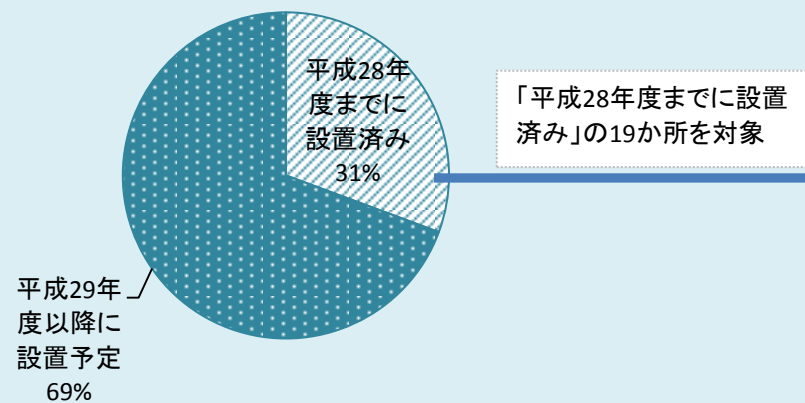
○地域の認知症支援体制構築に必要な人材育成の取組(複数回答)



◆その他: 10か所
 ・多職種との交流を意図した研修。
 ・地域の民生委員との協働研修。
 ・ケアマネジャーや介護職員向けの研修。
 ・育成された人材を現場で活かすためのインセンティブ施策が必要。

認知症初期集中支援チームについて

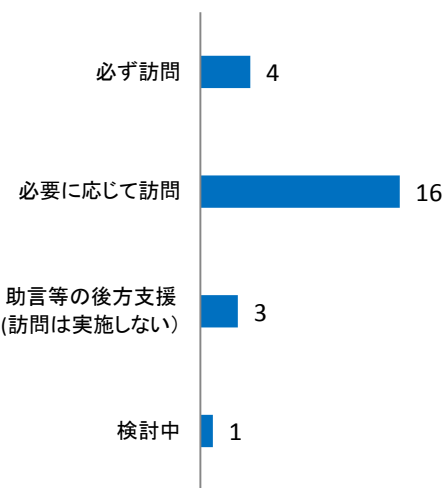
○認知症初期集中支援チームの設置状況



項目	区市町村数	割合
平成28年度までに設置済み	19	30.6%
平成29年度以降に設置予定	43	69.4%
合計	62	100.0%

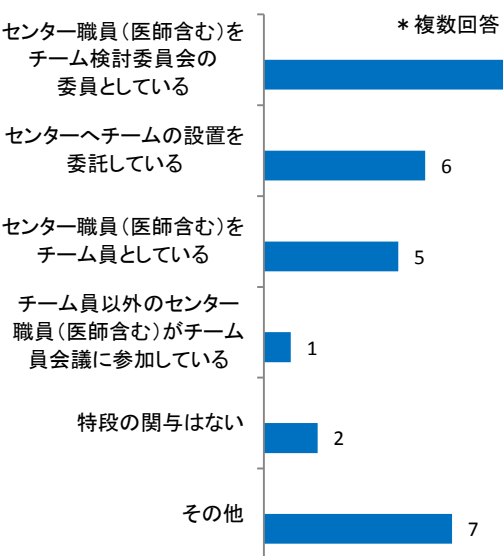
「平成28年度までに設置済み」19か所、「平成29年度以降に設置予定」のうちチーム体制決定済み5か所の計24か所を対象

○医師の関与状況



項目	区市町村数	割合
必ず訪問	4	16.7%
必要に応じて訪問	16	66.7%
助言等の後方支援（訪問は実施しない）	3	12.5%
検討中	1	4.2%
合計	24	100.0%

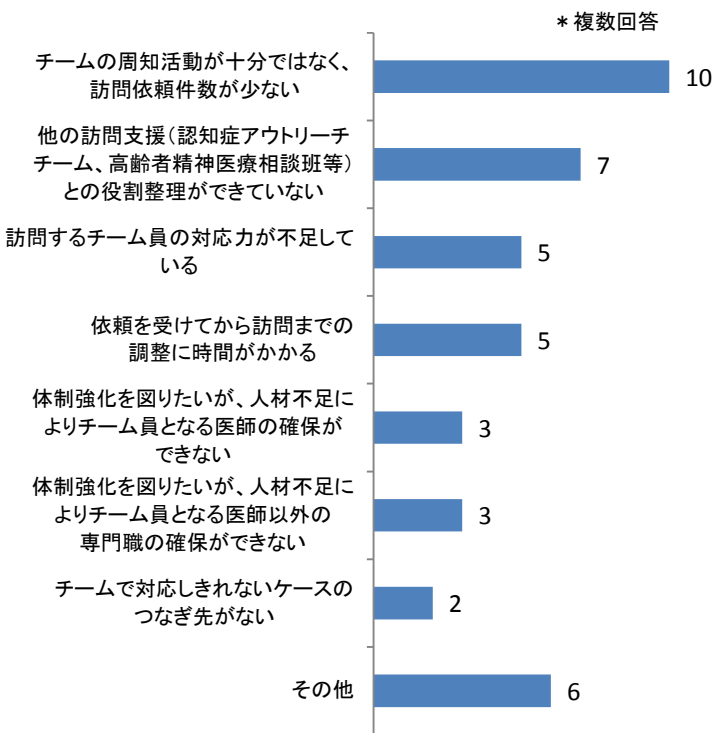
○認知症疾患医療センターの関与状況



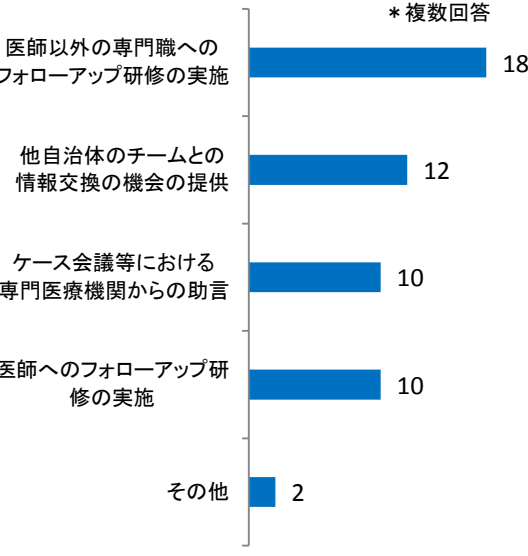
<その他の内容>

- ・診断等に関わる受診の協力
- ・困難ケース等の相談
- ・入院ベッドの提供や助言等の実施
- ・認知症疾患医療センター未設置

○チームを運営するにあたっての課題



○チームの活動に必要な支援

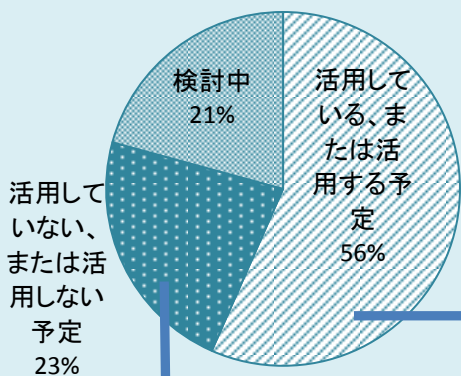


<その他の内容>

- ・初期集中支援チームに関する周知
- ・チーム員として協力する医師の確保（医師会の理解など）

認知症アウトリーチチームについて

○認知症初期集中支援チーム立ち上げ後の、認知症アウトリーチチーム活用状況



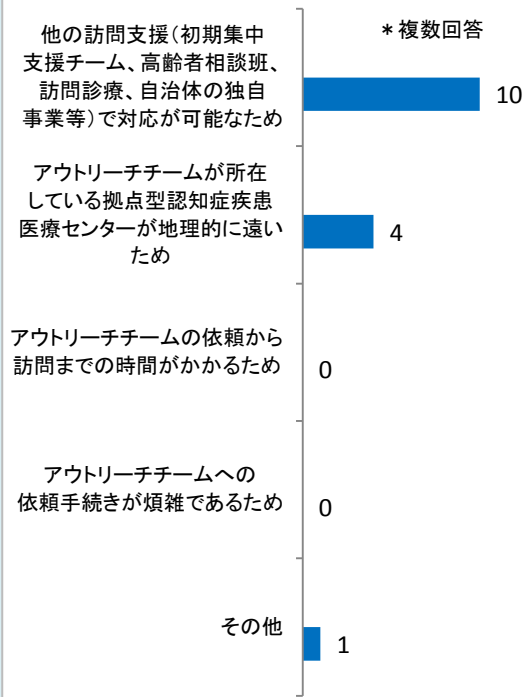
項目	区市町村数
活用している、または活用する予定	30
活用していない、または活用しない予定	12
検討中	11
合計	53

* 認知症疾患医療センターが所在しない島しょ部は除く

「活用していない、または活用しない予定」の12か所を対象

「活用している、または活用する予定」の30か所を対象

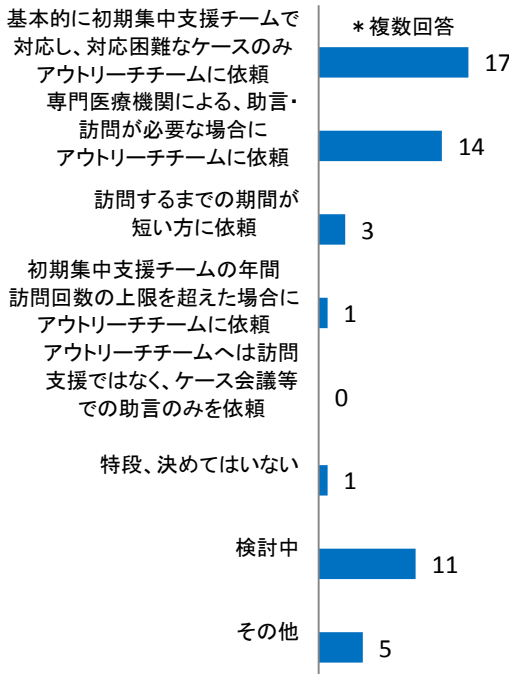
○認知症アウトリーチチームを活用しない（予定を含む）理由



<その他の内容>

- ・アウトリーチの協定未締結のため

○初期集中支援チームと認知症アウトリーチチームの使い分け



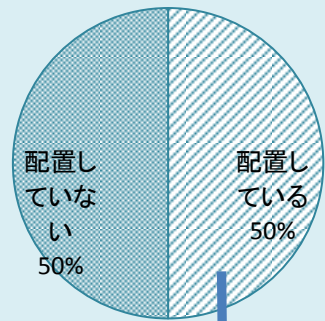
<その他の内容>

- ・初期集中支援チームでは対応できない65歳未満のケース対応
- ・初期集中支援チームでは困難な事例はアウトリーチチームへ依頼
- ・6か月以内に終結しない場合はアウトリーチチームへ依頼

都内区市町村における認知症各種事業の実施状況調査 結果概要②（平成29年3月実施）

認知症支援コーディネーターについて

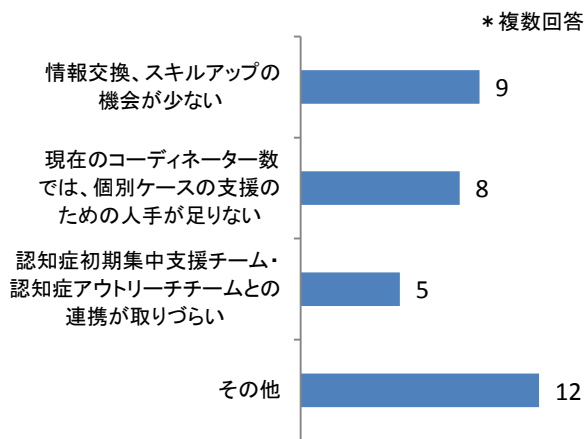
○平成28年度の区市町村における認知症支援コーディネーターの配置状況



項目	区市町村数	割合
配置している	31	50.0%
配置していない	31	50.0%
合計	62	100.0%

「配置している」の31か所を対象

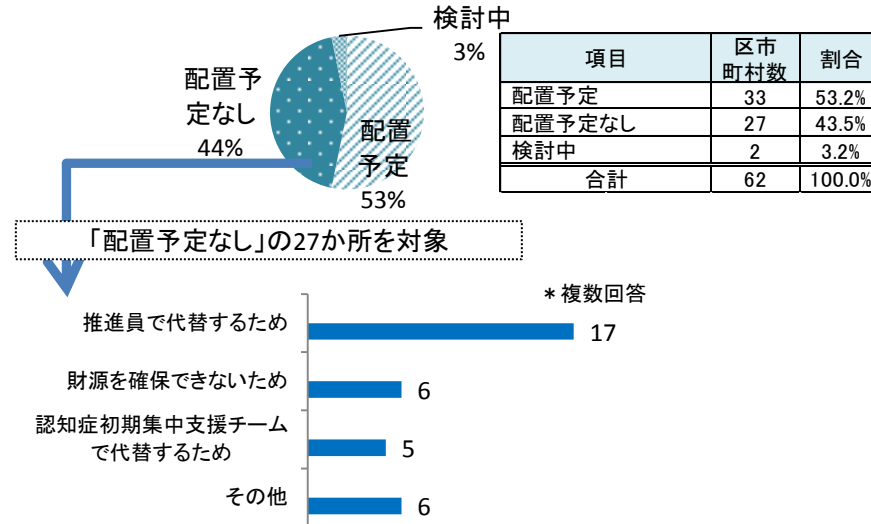
○認知症支援コーディネーターとして活動するうえでの課題



<その他の内容>

- ・他事業と兼務のため多忙。
- ・コーディネーターの募集に対する応募がない。
- ・人事異動が頻繁なこともあり、相談対応力の底上げができない。
- ・推進員や初期集中支援チームとの連携や役割分担の明確化が必要。
- ・コーディネーターによる支援終了後、継続的な医療受診やサービス利用につながらない。
- ・精神と内科疾患の合併している場合に受け入れ可能な医療機関や施設が少ない。
- ・マンパワーが足りず、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの橋渡し役、後方支援のみとなっている。
- ・推進員やコーディネーターだけの検討では煮詰まってしまうことも多い。
- ・課題は特にない

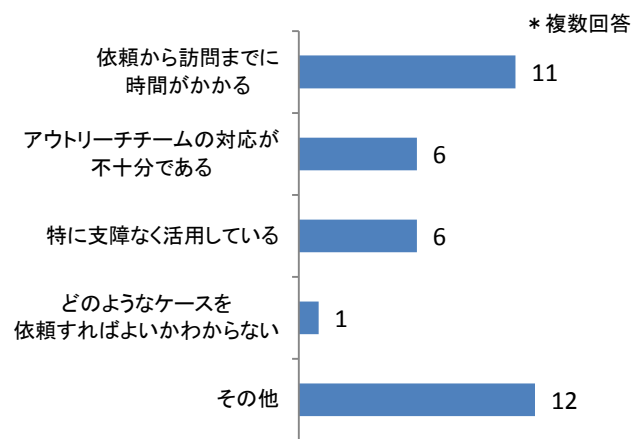
○平成29年度の区市町村における認知症支援コーディネーターの配置予定



<その他の内容>

- ・人材不足。
- ・推進員の確保を優先。
- ・職種が限定されている。
- ・任意事業である。
- ・コーディネーターでなくてもアウトリーチチームを活用できる。

○認知症支援コーディネーターが認知症アウトリーチチームを活用するうえでの課題

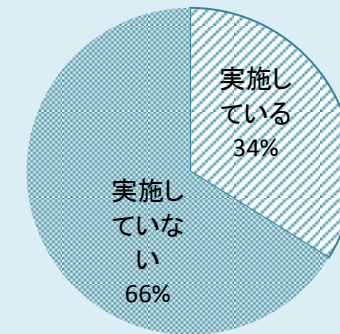


<その他の内容>

- ・自治体の他の事業等で対応できる場合が多く、アウトリーチチームの利用まで至らない。
- ・まずは初期集中支援チームが対応するため、アウトリーチチームが活用しづらい。
- ・初期集中支援事業との整理や、包括支援センター職員の事業理解とスキルアップが必要。
- ・病院から離れた地域では利用しにくい。
- ・終結が見えない事例も多く、どこまで関わってもらうかの線引きが困難。
- ・アウトリーチチームからの要望が多く、調整に時間を要する場合もある。
- ・依頼しても訪問に至らないケースが多かった（一部改善済）。

認知症ケアに係る多職種協働研修について

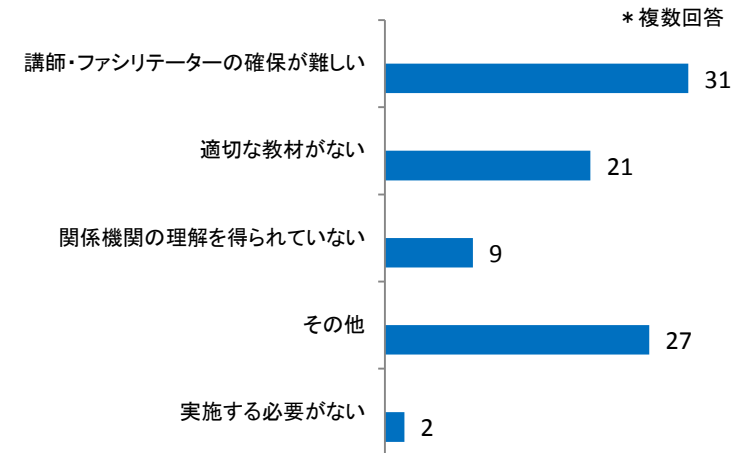
○平成28年度の区市町村における認知症多職種協働研修の実施状況



項目	区市町村数	割合
実施している	21	33.9%
実施していない	41	66.1%
合計	62	100.0%

全区市町村62か所を対象

○認知症多職種協働研修を実施するうえでの課題



<その他の内容>

- ・業務量が多く、研修実施まで至らない。
- ・医師会等関係機関との調整に時間がかかる。
- ・関係者が多く、意見の集約が難しい。
- ・他機関で類似の研修が企画されており、参加者が集まりにくい。
- ・医療職（特に医師、歯科医師）の参加が少ない。
- ・研修参加者はリピーターではなく出来るだけ新規とする工夫が必要。
- ・医師を含めた関係職種全ての参加とバランスのとれたグループワークの配置が難しい。
- ・認知症ライフサポート研修の講師役を養成したが、複数回講座を実施する講師役がいる一方、講座未開催の講師もいる。

二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例（統計）

二次保健 医療圏	構成区市町村	人 口	65歳以上 （高齢化率）	何らかの認知症 の症状がある人 （対高齢者人口 割合）	2025年65歳 以上人口 （推計）	一般 病院数 （対人口10 万人対）	精神科 病院数 （対人口10 万人対）	診療所数 （対人口10 万人対）	病床数			「物忘れ外 来」または 「認知症専 門外来」を 設置してい る医療機関	認知症の診 断を行って いる医療機 関	急性期の身 体合併症治 療（入院） が可能な医 療機関	慢性期の身 体合併症治 療（入院） が可能な医 療機関	周辺症状の 治療（入 院）が可能 な医療機関	学会認定 専門医 （認知症人口 万人対）	認知症 サポート医 （認知症人口 1万人対）
									一般病床 （対人口10 万人対）	療養病床 （対人口10 万人対）	精神病床 （対人口10万 人対）							
区中央部	千代田区、中央区、港区、 文京区、台東区	866, 461人	165, 839人 （ 19. 1）	23, 739人 （ 14. 3）	175, 335人	51施設 （5. 9）	1施設 （0. 1）	2, 188施設 （252. 5）	12, 861床 （1, 484. 3）	585床 （67. 5）	298床 （34. 4）	45施設	257施設	15施設	15施設	9施設	59人 （24. 9）	104人 （43. 8）
区南部	品川区、大田区	1, 100, 056	243, 963 （ 22. 2）	32, 404 （ 13. 3）	257, 518	43 （3. 9）	1 （0. 1）	1, 010 （91. 8）	6, 326 （575. 1）	1, 716 （156. 0）	178 （16. 2）	30	227	13	13	8	24 （7. 4）	81 （25. 0）
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	1, 388, 521	277, 094 （ 20. 0）	41, 981 （ 15. 2）	313, 972	51 （3. 7）	0 （0. 0）	1, 683 （121. 2）	7, 845 （565. 0）	1, 988 （143. 2）	1, 307 （94. 1）	59	308	12	8	9	38 （9. 1）	93 （22. 2）
区西部	新宿区、中野区、杉並区	1, 222, 898	252, 338 （ 20. 6）	37, 762 （ 15. 0）	305, 291	42 （3. 4）	1 （0. 1）	1, 403 （114. 7）	8, 763 （716. 6）	1, 495 （122. 3）	315 （25. 8）	38	237	10	8	6	35 （9. 3）	85 （22. 5）
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練 馬区	1, 910, 476	429, 967 （ 22. 5）	61, 795 （ 14. 4）	506, 287	92 （4. 8）	4 （0. 2）	1, 636 （85. 6）	10, 176 （532. 6）	3, 795 （198. 6）	3, 243 （169. 7）	67	355	14	19	13	29 （4. 7）	123 （19. 9）
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	1, 351, 287	329, 953 （ 24. 4）	46, 593 （ 14. 1）	329, 439	81 （6. 0）	5 （0. 4）	954 （70. 6）	6, 912 （511. 5）	2, 066 （152. 9）	1, 453 （107. 5）	40	208	13	15	11	10 （2. 1）	82 （17. 6）
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	1, 463, 263	313, 117 （ 21. 4）	38, 119 （ 12. 2）	304, 877	53 （3. 6）	0 （0. 0）	1, 036 （70. 8）	6, 800 （464. 7）	1, 159 （79. 2）	165 （11. 3）	18	192	8	9	5	14 （3. 7）	77 （20. 2）
区 計		9, 302, 962	2, 012, 271 （ 21. 6）	282, 393 （ 14. 0）	2, 192, 719	413 （4. 4）	12 （0. 1）	9, 910 （106. 5）	59, 683 （641. 5）	12, 804 （137. 6）	6, 959 （74. 8）	297	1, 784	85	87	61	209 （7. 4）	645 （22. 8）
西多摩	青梅市、福生市、羽村市、あ きる野市、瑞穂町、日の出 町、檜原村、奥多摩町	390, 471	108, 098 （ 27. 7）	11, 188 （ 10. 3）	111, 621	21 （5. 4）	9 （2. 3）	252 （64. 5）	1, 773 （454. 1）	2, 297 （588. 3）	2, 615 （669. 7）	8	61	4	11	7	5 （4. 5）	47 （42. 0）
南多摩	八王子市、町田市、日野 市、多摩市、稲城市	1, 412, 771	358, 202 （ 25. 4）	44, 370 （ 12. 4）	394, 817	63 （4. 5）	15 （1. 1）	968 （68. 5）	6, 257 （442. 9）	4, 082 （288. 9）	7, 227 （511. 5）	29	174	15	24	20	19 （4. 3）	87 （19. 6）
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺 市、国立市、東大和市、武 蔵村山市	648, 634	155, 340 （ 23. 9）	19, 756 （ 12. 7）	170, 607	25 （3. 9）	0 （0. 0）	494 （76. 2）	3, 320 （511. 8）	1, 091 （168. 2）	63 （9. 7）	12	76	6	6	3	4 （2. 0）	53 （26. 8）
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中 市、調布市、小金井市、狛 江市	1, 017, 117	219, 733 （ 21. 6）	30, 229 （ 13. 8）	249, 271	41 （4. 0）	6 （0. 6）	838 （82. 4）	6, 086 （598. 4）	1, 457 （143. 2）	3, 446 （338. 8）	24	137	5	9	8	28 （9. 3）	74 （24. 5）
北多摩北部	小平市、東村山市、清瀬 市、東久留米市、西東京市	731, 791	182, 241 （ 24. 9）	24, 110 （ 13. 2）	194, 724	34 （4. 6）	8 （1. 1）	461 （63. 0）	4, 322 （590. 6）	1, 793 （245. 0）	2, 184 （298. 4）	14	68	5	11	8	9 （3. 7）	47 （19. 5）
多 摩 計		4, 200, 784	1, 023, 614 （ 24. 4）	129, 653 （ 12. 7）	1, 121, 040	184 （4. 4）	38 （0. 9）	3, 013 （71. 7）	21, 758 （518. 0）	10, 720 （255. 2）	15, 535 （369. 8）	87	516	35	61	46	65 （5. 0）	308 （23. 8）
島しょ	大島町、利島村、新島村、神津 島村、三宅村、御蔵島村、八丈 町、青ヶ島村、小笠原村	26, 307	8, 996 （ 34. 2）	1, 425 （ 15. 8）	8, 720	1 （3. 8）	0 （0. 0）	21 （79. 8）	52 （197. 7）	0 （0. 0）	0 （0. 0）	0	4	0	0	0	1 （7. 0）	0 （0. 0）
都 計		13, 530, 053	3, 044, 881 （ 22. 5）	413, 471 （ 13. 6）	3, 322, 479	598 （4. 4）	50 （0. 4）	12, 944 （95. 7）	81, 493 （602. 3）	23, 524 （173. 9）	22, 494 （166. 3）	384	2, 304	120	148	107	275 （6. 7）	953 （23. 0）

出 典	住民基本台帳による東京都 の世帯と人口（平成29年1月 1日時点）	「要介護者数・認 知症高齢者数等 の分布調査」集 計結果（平成28 年11月時点）	「日本の地域 別将来推計 人口」（平成 25年3月推 計、国立社 会保障・人口 問題研究所）	平成27年度医療施設調査（平成27年10月1日現在）	東京都医療機関案内サービス「ひまわり」登録データ （平成29年7月現在）	日本老年精神 医学会HP、日 本認知症学会 HP（平成29年7 月時点）（公表 に同意してい る者のみ。地 域で重複あ り。）	東京都福祉 保健局高齢 社会対策部 調べ（平成 28年度末現 在）
-----	---	---	--	----------------------------	---	---	--