

4 認知症施策の総合的な推進

高齢化の進展に伴い、本県の認知症高齢者数は、令和 22 (2040) 年には、令和 2 (2020) 年の 1.29 倍となり、65 歳以上の高齢者の 5 人に 1 人になる見込みです。

本県では、「共生」と「予防」を二つの基本軸とした認知症施策の推進を図っていく「認知症施策推進大綱」に沿うとともに、令和 5 (2023) 年 6 月に制定された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念に則り、共生社会の実現の推進という目的に向け、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症の人及びその家族の意見を反映させた認知症施策を総合的かつ計画的に推進します。

(1) 普及啓発・本人発信支援

【現状】

<普及啓発>

- 令和 5 (2023) 年 6 月に、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が制定されました。毎年 9 月 21 日を「認知症の日」、9 月を「認知症月間」と定め、「国及び地方公共団体は、認知症の日においてその趣旨にふさわしい事業を実施するよう努めるものとする」とともに、認知症月間においてその趣旨にふさわしい行事が実施されるよう奨励しなければならない。」と規定されています。
- 本県では、世界アルツハイマーデー (9 月 21 日) を起点とした 1 週間を「オレンジリング週間」(認知症理解促進強化週間) とし、この期間を中心に、認知症の理解促進を目的とした啓発イベントを実施しています。また、市町や企業等と連携し、認知症サポーターを養成しています。
- 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家族を手助けする認知症サポーターは、令和 5 (2023) 年 3 月 31 日現在、県内で、324,980 人養成されています。

<本人発信支援>

- 認知症の人同士が自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのより良い暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う本人ミーティングなどの取組が行われています。
- 本県では、地域で暮らす認知症の人が、希望をもって自分らしく暮らしている姿を発信する「ひろしま認知症希望大使」を設置することとし、令和 5 (2023) 年 3 月に「ひろしま認知症希望大使設置要綱」を制定しました。

【課題】

<普及啓発>

- 認知症の人やその家族が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、誰もが認知症に関する正しい知識を持ち、認知症の人への正しい理解を深め、社会全体で認知症の人やその家族を支える必要があります。

<本人発信支援>

- 認知症に対する誤解・偏見をなくし、認知症について理解してもらうためには、認知症の人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していく取組が必要です。
- 認知症の人が、社会のあらゆる分野における活動に参画する機会を持ち、希望や生きがいを持って暮らしている姿が広く知られることで、認知症の診断を受けた後の生活への不安を軽減させる効果も期待できます。

【今後の取組】

<普及啓発>

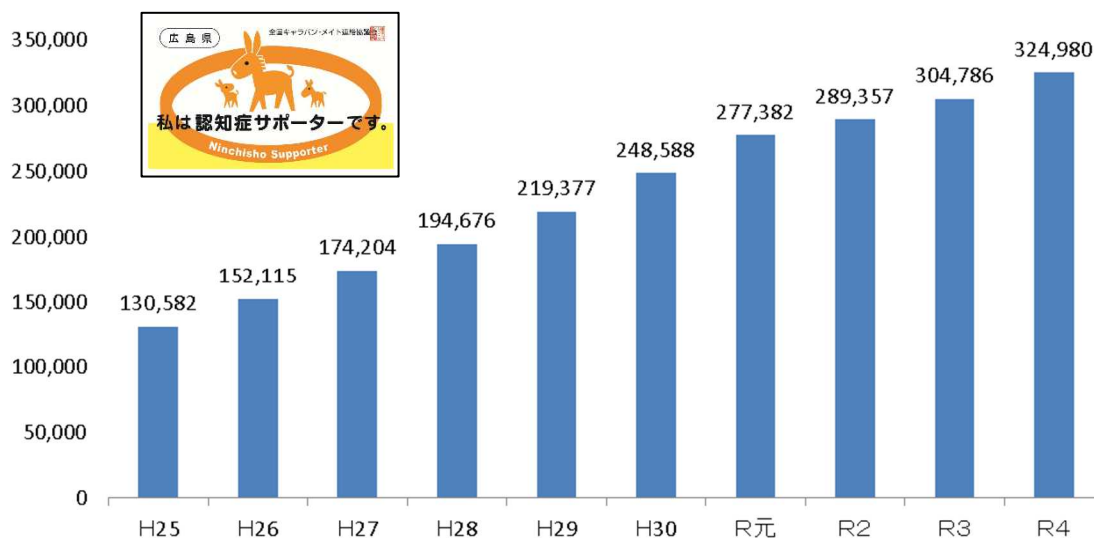
- 認知症に関する正しい理解を深めるため、引き続き啓発イベントを実施するとともに、子供を含む若い世代や県が連携する企業など、地域社会を構成する幅広い主体に対して認知症サポーター養成講座を実施します。

<本人発信支援>

- 認知症の人がその個性と能力を十分に発揮し、生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、市町や関係団体と連携して、認知症の人からの発信の機会が増えるよう取り組みます。
- 市町や関係団体と連携し、地域で暮らす認知症の人とともに普及啓発を行い、また、本人ミーティング等の取組により、認知症の人及びその家族の意見を把握するよう努めます。
- 診断直後等は認知症の受容ができず今後の見通しにも不安が大きいことから、ピアサポーターによる心理面、生活面に関する相談活動を支援します。

図表 3-4-1 認知症サポーター養成数の推移

(単位：人)



出典：特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構 全国キャラバンメイト連絡協議会
「自治体・地域での認知症サポーターキャラバン実施状況（都道府県別）」

〔達成目標〕

No	区分	年度 指標	R4 (2022) 現状	R8 (2026) 中期目標	R11 (2029) 長期目標
41	S	認知症サポーター養成数	324,980 人	388,000 人	436,000 人

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

〔出典〕

41：特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構 全国キャラバンメイト連絡協議会「自治体・地域での認知症サポーターキャラバン実施状況（都道府県別）」
（令和5（2023）年3月）

(2) 予防

【現状】

- 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で、高齢者が、地域での活動への参加や馴染みの人々とのつながりを維持することで、認知症の発症リスクを低下させる可能性があること、また、適度な運動の継続や閉じこもりを防止することで、認知症の改善や進行を遅らせる可能性もあることなどが注目されています。
- 高齢者人口の1割以上が住民主体の「通いの場」に参加することを目標に地域づくりを進めていますが、県内の高齢者人口に占める「通いの場」への参加者の割合は、令和4（2022）年度が5.0%にとどまっています。

【課題】

- 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）による改正後の介護保険法等に基づき、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する必要があります。

【今後の取組】

- 高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施するため、地域リハビリテーション広域支援センターや市町などと連携して、住民主体の「通いの場」等への多様な専門職の派遣を行います。具体的には、理学療法士や作業療法士による運動機能の維持・向上のための体操や、管理栄養士による栄養指導、歯科衛生士による口腔ケアなどに取り組み、地域活動や趣味による社会参加を通じたフレイル対策を実施します。
- 各市町の実情や多様な住民ニーズを踏まえながら、介護予防・日常生活支援総合事業による多様なサービスの充実を図ります。

図 3-4-2 住民主体の「通いの場」のコンセプト

- 1 市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- 2 前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- 3 住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- 4 後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- 5 体操などは週1回以上の実施を原則とする

〔達成目標〕

No	区分	年度	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
		指標	現状	中期目標	長期目標
42	P	高齢者人口に占める 「通いの場」の参加者の割合	5.0%	6.0%	8.0%

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

〔出典〕

42：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年3月）

(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

【現状】

<医療・介護連携>

- 県では、関係機関と協力し、かかりつけ医への助言や専門医療機関との連携の推進役となる認知症サポート医を養成しています。
- 二次保健医療圏単位で指定している認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断、行動・心理症状（B P S D）や身体合併症への急性期対応、専門医療相談等を実施し、より効率的・効果的にサービスを提供するため、認知症地域包括ケアを実践しています。
- 市町においては、各市町の地域包括支援センター等に、認知症地域支援推進員が配置され、認知症疾患医療センターを含む医療機関、介護サービス施設・事業所、地域の支援機関と連携が図られるとともに、全市町に認知症初期集中支援チームが設置され、認知症の症状がありながら医療・介護に結びついていない人の自宅を訪問してアセスメントし、鑑別診断や適切なサービスへのつなぎを行っています。
- 認知症施策推進大綱に沿い、専門医療による早期診断・早期対応から、急性期など必要時に効率よく入院治療を提供する体制をシームレスにつなぎ、認知症の人及びその家族の在宅生活を支援していく循環型の仕組みの構築（図表 3-4-4 参照）に取り組んでいます。
- 介護サービスには、認知症に特化した地域密着型サービスの「認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）」と「認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）」があります。
- 本県では、市町が第9期介護保険事業計画を策定するにあたり、将来の介護サービスの需給見通しを踏まえ、早急に介護サービス基盤の安定化を図る必要があると認められる市町に対してアドバイザーを派遣し、地域の実情に応じた持続可能な介護サービス提供体制のあり方を検討するためのデータ分析や課題整理などについて、重点的に支援してきました。
- 県医師会が運営するひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）を活用した認知症地域連携パス「ひろしまオレンジパスポート」（以下この項目において「オレンジパスポート」という。）を活用し、認知症に関する地域の医療・介護連携を促進するためのツールとして運用しています。

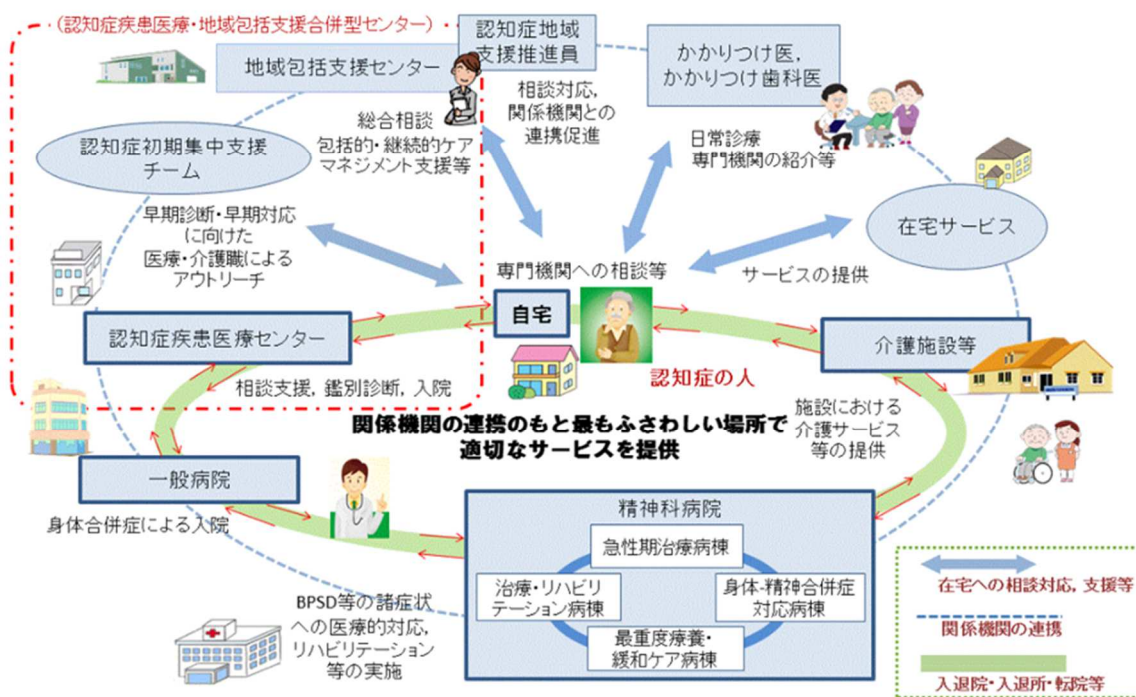
図表 3-4-3 認知症疾患医療センターの指定状況

二次保健医療圏	医療機関名	運営開始年月日	指定
広島	草津病院	H23(2011).10.1	広島市
	瀬野川病院	H26(2014).10.1	広島市
	広島市立北部医療センター安佐市民病院	R5(2023).10.1	広島市
	千代田病院	H25(2013).2.7	広島県
広島西	メープルヒル病院	H22(2010).7.20	広島県
呉	ふたば病院	H25(2013).2.7	広島県
広島中央	宗近病院	H25(2013).2.7	広島県
尾三	三原病院	H22(2010).7.20	広島県
福山・府中	光の丘病院	H25(2013).2.7	広島県
	下永病院	R3(2021).3.23	広島県
備北	三次神経内科クリニック花の里	H27(2015).1.6	広島県

出典：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年10月1日現在）

図表 3-4-4 循環型の仕組みの構築

循環型の仕組み: 早期診断・早期対応を軸とし、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・退所後もその時の容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される仕組み



<医療・介護従事者研修>

- 医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修等の実施により、かかりつけ医や専門医、歯科医師、薬剤師、看護職員等の資質向上を図るとともに、所定の認知症関係研修を修了した医師をもの忘れ・認知症相談医(オレンジドクター)(以下この項目において「オレンジドクター」という。)に認定し、身近な相談窓口としてホームページ等で情報提供しています。

図表 3-4-5 もの忘れ・認知症相談医(オレンジドクター)認定プレート



図表 3-4-6 オレンジアドバイザー標示



図表 3-4-7 市町別オレンジドクター数

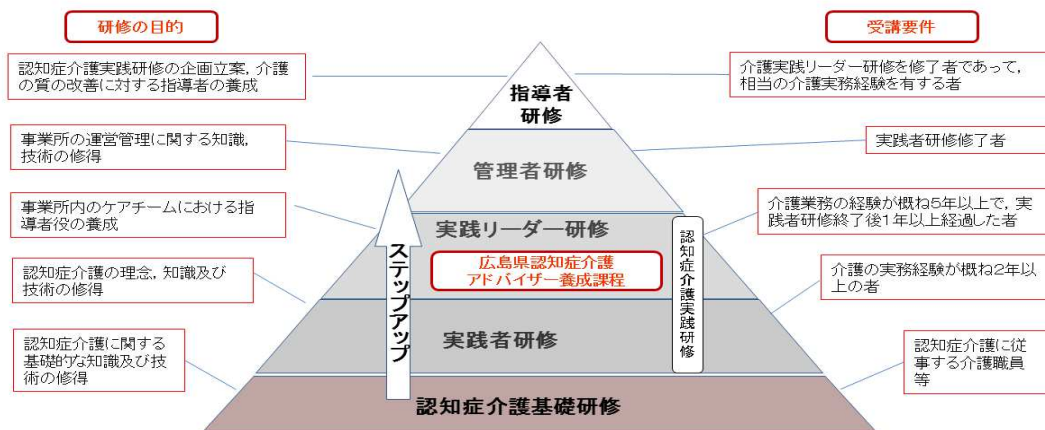
(単位：人)

広島市	呉市	竹原市	三原市	尾道市	福山市
589	123	20	51	73	151
府中市	三次市	庄原市	大竹市	東広島市	廿日市市
18	34	17	24	58	47
安芸高田市	江田島市	府中町	海田町	熊野町	坂町
17	11	15	8	4	6
安芸太田町	北広島町	大崎上島町	世羅町	神石高原町	計
5	10	2	6	6	1,295

※複数の医療機関に勤務するオレンジドクターについては、その医療機関が所在する市町ごとに計上
出典：県集計（令和5（2023）年3月31日現在）

- 認知症介護研修体系（図表 3-4-8 参照）のもと、認知症介護指導者、認知症介護アドバイザー（オレンジアドバイザー）（以下この項目において「オレンジアドバイザー」という。）等の養成に取り組んでいます。
- 認知症介護指導者養成研修の修了者により構成される「広島県認知症介護指導者会」は、認知症介護研修の企画・立案に携わり、研修の講師として活動するとともに、老人福祉圏域ごとに認知症ケアの質の向上や地域包括ケアのネットワークづくり等を目的とした情報交換会や学習会等を開催しています。

図表 3-4-8 認知症介護研修の体系



図表 3-4-9 認知症介護指導者の圏域別の養成状況

(単位：人)

老人福祉圏域	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	計
養成者数	8	4	4	6	9	8	6	45

※広島市養成者、退職者・県外異動者は除く
出典：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年3月31日現在）

<介護者への支援>

- 家族介護者等が、認知症についての適切な知識や、介護負担を軽減する制度、又は地域の人や専門家との接点についての情報が十分でないことにより、家族のみで負担を抱え込み疲弊してしまう懸念があります。

【課題】

＜医療・介護連携＞

- 地域が一体となって連携体制を推進していくには、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の専門医療機関、介護サービス施設・事業所等が緊密な関係を構築するとともに、地域の実情に応じた支援の仕組みづくりが求められています。
- これまで取り組んできた認知症に係る支援制度等がつながりを持ち、切れ目なく運用されるためには、今後、制度や施策間の連携の仕組みの構築を更に推進し、保健・医療・福祉の相互の有機的な連携を確保する必要があります。
- 認知症地域包括ケアの実践の充実を図るためには、先進的な取組等の普及拡大が必要です。
- 認知症に対する医療提供体制の充実・強化を図るため、認知症疾患医療センターの役割が重要となっています。
- 市町が地域の実情に応じた介護サービスの提供体制を維持・確保していくためには、介護サービス基盤の安定化に向けて策定した介護保険事業計画が着実かつ効果的に実行される必要があります。
- オレンジパスポートの更なる運用の拡大に向けて、内容の見直し等の検討が必要です。

＜医療・介護従事者研修＞

- 認知症を早期に発見し、適切に対応するためには、オレンジドクター等の身近な医療機関に速やかに相談できる体制を充実させるとともに、認知症の人の状況に応じた良質で適切な保健医療サービスを提供することで、身体合併症等があっても、住み慣れた地域での生活が継続できるよう、医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- 高齢者等と接する機会が多い歯科医療機関や薬局においても、認知症の早期発見に向けた対応が期待されています。
- 良質で適切な福祉サービスが提供されるよう、認知症介護に携わる介護従事者全体の資質の向上に加え、認知症のケアマネジメントの向上を図る必要があります。
- 認知症介護指導者については、地域におけるリーダー役としての活動や地域への情報発信が期待されています。
- 認知症の人の意思が地域の中で尊重され、安心して生活できるよう、医療・介護従事者が認知症の人の意思決定の支援を行う取組を推進する必要があります。

＜介護者への支援＞

- 家族介護者等が認知症について理解し、適切に対応できるようにすることで、在宅で生活する認知症の人の行動・心理症状（BPSD）の発症予防や、重症化の緩和につなげる必要があります。
- 認知症の人や家族介護者等が孤立することがないように、認知症の人や家族介護者が地域住民や専門家と相互に情報を共有し、お互いに理解し合う場づくりや取組が必要です。
- 家族介護者の負担軽減のため、レスパイトのために利用できるサービス等についても、広く周知していく必要があります。

【今後の取組】

＜医療・介護連携＞

- 各地域の医療・介護等の支援機関が連携して機能を発揮できるよう、引き続き、認知症サポート医の養成を行うとともに、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム員の研修を通じ、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームの活動の充実に向けた支援を行います。
- 相互の有機的な連携を確保するため、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、オレンジドクター、認知症疾患医療センターなどの専門医療機関、オレンジアドバイザー等の各地域の支援機関や支援者の連携が実効性のあるものとなるよう、市町や関係機関への助言・支援を行います。
- 認知症地域包括ケアの先進的な取組の情報収集や横展開を図ります。
- 認知症疾患医療センターの機能評価を継続的に実施し、認知症疾患医療連携全体協議会での共有及び地域課題を把握することで、事業の質の確保を図ります。
- 介護需要や労働力の縮小などの課題を抱える地域を有し、介護サービス基盤の安定化に取り組む市町に対してアドバイザーを派遣し、介護保険事業計画の実行過程において生じる課題の整理や、課題解決に必要な取組などについて助言を行います。
- オレンジパスポートの内容の見直しなどを行うことにより、専門医療機関と医療・介護関係者が認知症の患者情報を共有し、適切な医療・介護サービスが確実に提供できるよう取り組みます。また、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）に構築した認知症地域連携パスシステムの普及を促進し、ネットワークの構築・拡大を進めることで、情報共有がより効率的にできる仕組みづくりに努めます。

＜医療・介護従事者研修＞

- 引き続き、市町や医療関係団体と連携し、医療従事者に対する認知症対応力向上研修の開催、かかりつけ医の相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成、オレンジドクター制度の継続的な運用などを通じ、地域における医療支援体制の充実に努めます。
- 医療従事者の認知症対応力向上研修に実施にあたっては、市町や医療関係団体と連携し、研修の意義・目的の周知を図るとともに、グループワークを実施するなどの研修内容の充実や、オンラインを活用したハイブリッド形式等の開催方法の検討等により、受講の促進を図ります。
- 歯科医師や薬剤師が、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、かかりつけ医や認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との連携が進むよう、研修に取り組みます。
- オレンジアドバイザー等、県内全域において質の高い認知症ケアが提供できる人材を育成するため、広島県認知症介護指導者会と連携し、適宜、認知症介護研修の研修内容の充実に努めるとともに、認知症のケアマネジメントの向上に向け、関係機関と連携します。
- 認知症介護指導者を圏域バランス等に配慮しながら計画的に養成し、自主的な活動に円滑に取り組めるよう、広島県認知症介護指導者会への支援に努めます。また、認知症介護指導者が地域のネットワークづくりなどの役割を担えるよう、市町及び地域へ周知し、活用を促進します。
- 医療・介護従事者研修において、認知症の人の意思決定支援の理解促進・定着を図ります。

<介護者への支援>

- 認知症に対する理解を深めることで、症状の緩和や心理的負担の軽減にもつながるため、市町と連携して、認知症カフェや家族教室、家族同士のピア活動など、家族介護者等の支援に向けた取組を進めます。
- 市町が行う家族介護支援事業を通じ、レスパイトとしての利用が可能なサービスの活用など、介護負担の軽減のための取組を促進します。

〔達成目標〕

No	区分	年度	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
		指標	現状	中期目標	長期目標
43	P	認知症介護アドバイザー（オレンジアドバイザー）養成数	738人	950人	1,100人

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

〔出典〕

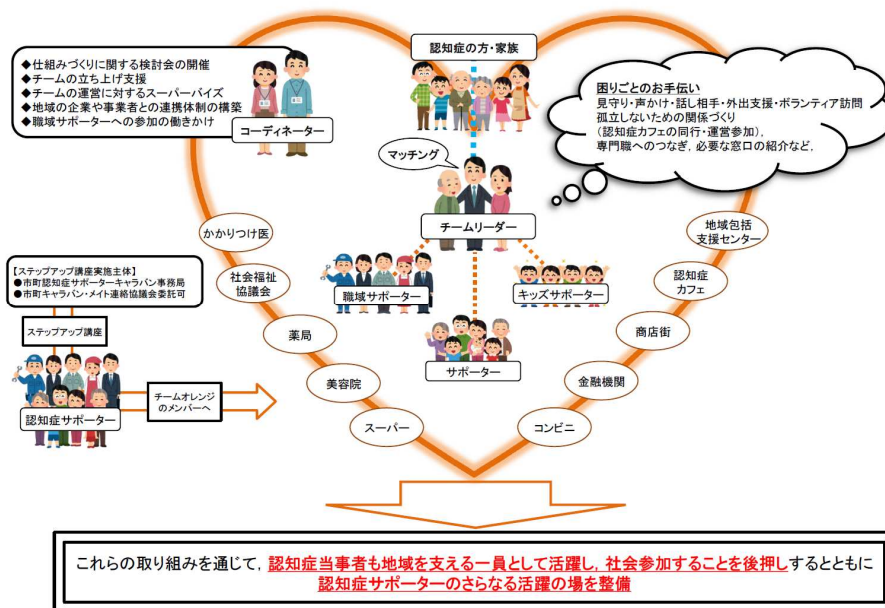
43：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年3月）

(4) 認知症バリアフリーの推進

【現状】

- 認知症の人の多くが、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で障壁があり、外出や交流の機会を減らしている実態があります。
- 認知症サポーターのうち希望者を、認知症の人の見守り、傾聴ボランティアなどの具体的な活動につなげる取組が各地で行われています。
- 認知症サポーター養成講座を修了した人が復習も兼ねて学習する機会を設け、認知症の人や家族の体験・思いへの理解を深めたり、座学だけでなくサポーター同士の発表・討議したりすることで、より実際の活動につながるよう、市町が実施する講座（以下この項目において「ステップアップ講座」という。）の開催機会を拡充するなどの支援をしています。
- ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が地域ごとに支援チームを作り、外出支援、見守り・声かけ、話し相手等の認知症の人やその家族のニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（以下この項目において「チームオレンジ」という。）づくりを市町と連携して進めています。
- 警察に届出された行方不明者のうち、認知症又は認知症の疑いのある人の数は、令和4（2022）年中において、全国18,709人（県内322人）で、全国的に年々増加傾向にあります。

図表 3-4-10 認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（チームオレンジ）



【課題】

- 認知症になってもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく認知症バリアフリーの取組を推進する必要があります。
- 認知症の人や家族が地域において安心して日常生活を営み、社会参加が可能となるよう、地域で認知症の人を支えていく必要があります。
- 感染症の影響など、様々な理由で外出が困難な状況にあっても、認知症の人やその家族と地域とのつながりを保つための取組が必要です。

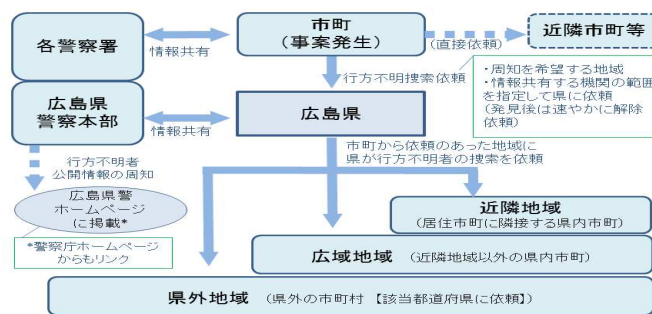
- 認知症サポーターの量的な拡大が図られていますが、今後は、認知症サポーターが自主的に
行っている活動をさらに広げるとともに、チームオレンジの整備を進めて行く必要があります。
- 認知症の人やその疑いのある人が行方不明になったり、外出先において事故に
関与したりするケースが後を絶たないことから、認知症の人が自立して、かつ、安心して暮らすことができるよう、
外出時の安全確保及び認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりが求められます。

【今後の取組】

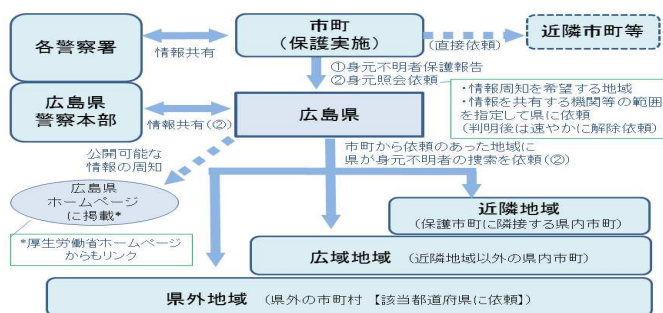
- 市町と連携して、認知症カフェの開催・チームオレンジによる声かけや意見交換などにより、
地域とのつながりを保ち、認知症の人とその家族が孤立しないための関係づくりを図ります。
その際、外出が困難な状況下においては、オンラインツールの活用等も検討します。
- 認知症の人が日常生活で困った際に、周囲の理解や支援を求めるためのヘルプカードが利
用されるよう、市町に対し、利用促進に向けた周知を図ります。
- 認知症サポーターのさらなる活動の推進に向け、市町と連携し、認知症カフェやチームオレ
ンジなど、認知症サポーターが地域において積極的に活動できる場の周知に取り組みます。
- チームオレンジコーディネーター研修などにより、チームオレンジの立ち上げ支援や、好事
例の横展開を行うことで、引き続き、市町におけるチームオレンジの整備に努めます。
- 認知症による徘徊や行方不明者への対応については、国、警察本部等との連携を強化し、ホ
ムページの特設サイト等を活用した早期発見のための仕組みや市町による徘徊・見守りネッ
トワークの充実を推進していきます。

図表 3-4-11 行方不明・身元不明の認知症高齢者等の広域搜索・照会の流れ

行方不明の認知症高齢者等の広域搜索依頼の流れ



身元不明の認知症高齢者等の広域照会依頼の流れ



〔達成目標〕

No	区分	年度 指標	R4 (2022) 現状	R8 (2026) 中期目標	R11 (2029) 長期目標
44	S	チームオレンジ整備市町数	6 市町	23 市町	—
45	S	チームオレンジの設置数	57 チーム	74 チーム	—

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

〔出典〕

44、45：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年3月）

(5) 若年性認知症の人への支援

【現状】

- 県内には約 800 人の若年性認知症の人がいると推計されています。65 歳未満という働き盛りの世代で発症するため、若年性認知症の人だけでなく家族の生活への影響が大きいにもかかわらず、住民や職場の理解が不足し、支援につながりにくい状況にあります。
- 気づきから診断までの期間が平均 1 年 6 か月であるなど、症状が進むまで適切な支援が受けられていないケースが多くあります。
- 若年性認知症支援コーディネーターを設置し、若年性認知症の人や家族への相談支援を行うとともに、支援に携わる関係機関とのネットワークの構築や支援に必要な知識・技術を習得するための研修を行っています。

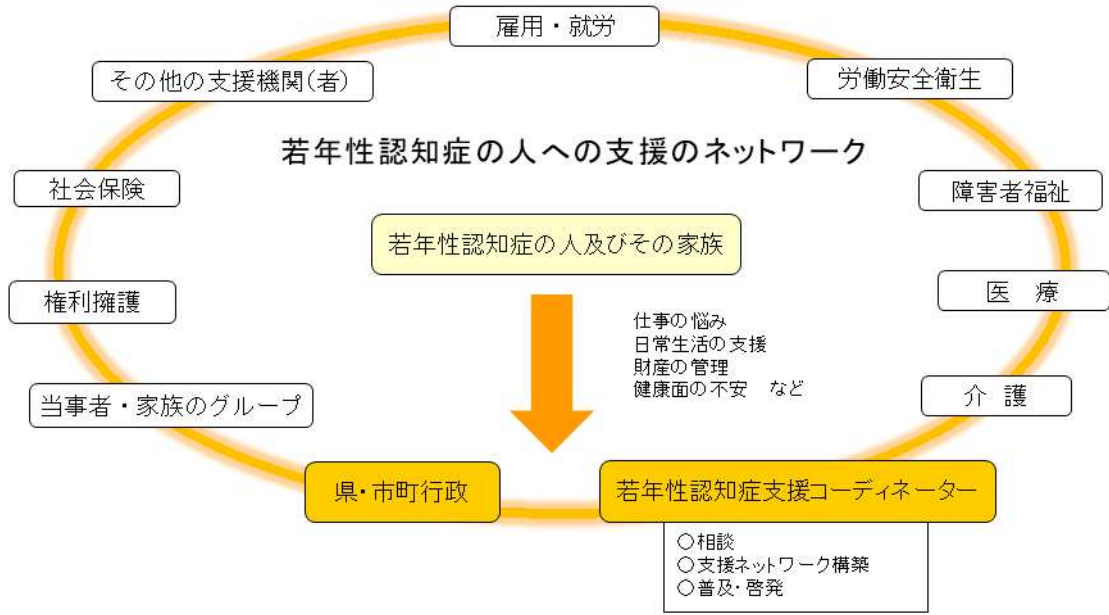
【課題】

- 若年性認知症の人を早期に適切な支援につなぐため、幅広い普及啓発に加え、若年性認知症の人や家族が気軽に相談できる総合的な相談体制の確立が必要です。
- 若年性認知症の人が、発症初期の段階から、認知機能が低下してもできることを、可能な限り継続できるよう、その症状・社会的立場や生活環境等の特徴を踏まえた適切な支援を受けられる環境整備が必要です。
- 若年性認知症の人とその家族が、住み慣れた地域の中で生活していくためには、地域での、より一層の個別性の高い、きめ細やかな支援が必要なことから、市町における若年性認知症施策の取組が求められています。

【今後の取組】

- 若年性認知症支援コーディネーターが、各地域の地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等へ迅速に情報提供を行うなど、若年性認知症の人や家族からの相談ケースを地域の関係機関につなぐことにより、地域を含めた支援の実行体制の構築を図り、オーダーメイド型の支援を行います。
- 若年性認知症支援コーディネーターが、市町や医療・就労・障害・介護等の関係機関、当事者団体等との連携体制を構築します。
また、地域や関係機関に対し、若年性認知症について正しい知識の普及を行います。
- 若年性認知症の人が早期に適切な支援につながるよう、医療機関と支援機関が一体となった早期の支援着手に向け、産業医や医療機関に対し、若年性認知症支援コーディネーターや当事者団体等の支援機関について周知を行います。
- 若年性認知症の人が役割や生きがいを持ち、社会や地域と関わり続けられるよう、就労支援サービスによる意欲及び能力に応じた雇用の継続や円滑な就職、障害福祉サービスや介護保険サービス等による生産活動やボランティア活動、認知症カフェなどの若年性認知症の人や家族が交流できる居場所への参加を支援します。
- 市町が主体となって、若年性認知症の人への早期からの支援が行えるよう、市町に対し、若年性認知症支援コーディネーターの周知を積極的に行うとともに、助言・支援や研修等を実施します。

図表 3-4-12 若年性認知症の人への支援のネットワーク



〔達成目標〕

No	区分	年度 指標	R4 (2022)	R8 (2026)	R11 (2029)
			現状	中期目標	長期目標
46	P	若年性認知症自立支援ネットワーク研修等修了者数(累計)	954人	1,350人	1,650人

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

〔出典〕

46：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年3月）