

京都式 オレンジプラン

京都認知症総合対策推進計画



認知症総合対策推進プロジェクト

京都地域包括ケア推進機構

認知症の人とその家族が望む

10のアイメッセージを 京都式オレンジプラン かなえるオレンジロード



2 私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。

3 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。

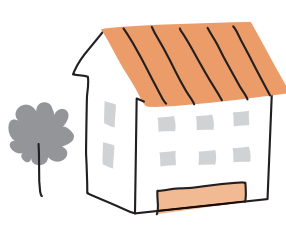
1 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。

4 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいをもってすごしている。

オレンジロード



住み慣れた地域で暮らし続けられる社会



10 私は、私や家族の願いである認知症を治す様々な研究がされているので、期待をもってすごしている。



8 私は、京都のどの地域に住んでいても、適切な情報が得られ、身近になんでも相談できる人がいて、安心して居場所をもってすごしている。



9 私は、若年性の認知症であっても、私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加し、すごしている。



7 私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に至るまで意思や好みを尊重されてすごしている。



6 私は、私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされているので、気兼ねせずすごしている。



5 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんですごしている。



京都認知症総合対策推進計画

京都式オレンジプラン

【プラン策定の趣旨】

京都認知症総合対策推進計画（京都式オレンジプラン）は、医療・介護・福祉等関係機関が連携し、認知症の早期発見・早期対応、認知症ケアの充実や家族（介護者）への支援など、関係機関・団体等の役割の明確化を図るとともに、府民、関係団体、行政、事業所それぞれの行動指針（計画）として作成する。

【目指すべき姿】

認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けられる社会（認知症になっても安心して暮らせる京都を目指して）

【計画期間】

平成25年度～平成29年度

【プラン構成】

京都式オレンジプラン

認知症対策
の方向性

とぎれない医療・介護のために、
「8つの課題」と「課題に対する目標と手段の方向性」を提起



京都
オレンジ
指標

認知症対策の方向性で示した「目標」
に対し、京都で取り組むべき具体的
施策を提起

京都式オレンジプラン

3つの視点

I. すべての人が認知症のことを正しく理解する

…認知症の人の尊厳と暮らしを支える地域づくり…

認知症の人、家族や身近にいる地域住民、医療・介護関係者等すべての人が認知症のことを正しく理解することで、認知症の人の尊厳が保持され、その人らしく暮らし続けることができる地域づくり

II. 「予防・初期～ターミナル期」まで とぎれない認知症の医療・介護の仕組みづくり

…気づき・つながり・支えあう…

“予防施策の推進”“早期発見・診断・対応”“医療と介護の連携”により、認知症の「予防・初期～ターミナル期」「若年～高齢期」まで、途切れずに医療・介護サービスを受けることで、住み慣れた地域で暮らし続けることができる仕組みづくり

III. 認知症の人、家族と地域を支える人材の育成

…みんな（多職種）で、みんな（本人・家族・地域）を支える…

認知症に関わるすべての医療・介護関係者等が、「認知症の人」を中心とした認知症ケアの重要性を理解するとともに、介護している「家族」、暮らしている「地域」を、包括的に支援することができる人材・体制づくり

目次

… 京都認知症総合対策推進計画 … (京都式オレンジプラン)

京都式オレンジプラン（アイメッセージ）をかなえるオレンジロード	2
京都認知症総合対策推進計画（京都式オレンジプラン）	4
京都式オレンジプラン 3 つの視点	5

認知症対策の方向性 ～ 8 つの課題に対する目標と方向性～

京都府の高齢者をめぐる主な現状と課題	8
課題 1 ●すべての人が認知症を正しく理解し適切に対応できる環境づくり	10
課題 2 ●〈早期発見・早期鑑別診断・早期対応〉ができる体制づくり	12
課題 3 ●とぎれない医療体制づくり	15
課題 4 ●とぎれない介護サービス体制づくり	18
課題 5 ●地域での日常生活・家族支援の強化	19
課題 6 ●認知症ターミナルケアにおける対策	20
課題 7 ●医療資源の地域格差是正	21
課題 8 ●若年性認知症への対策	22

京都オレンジ指標

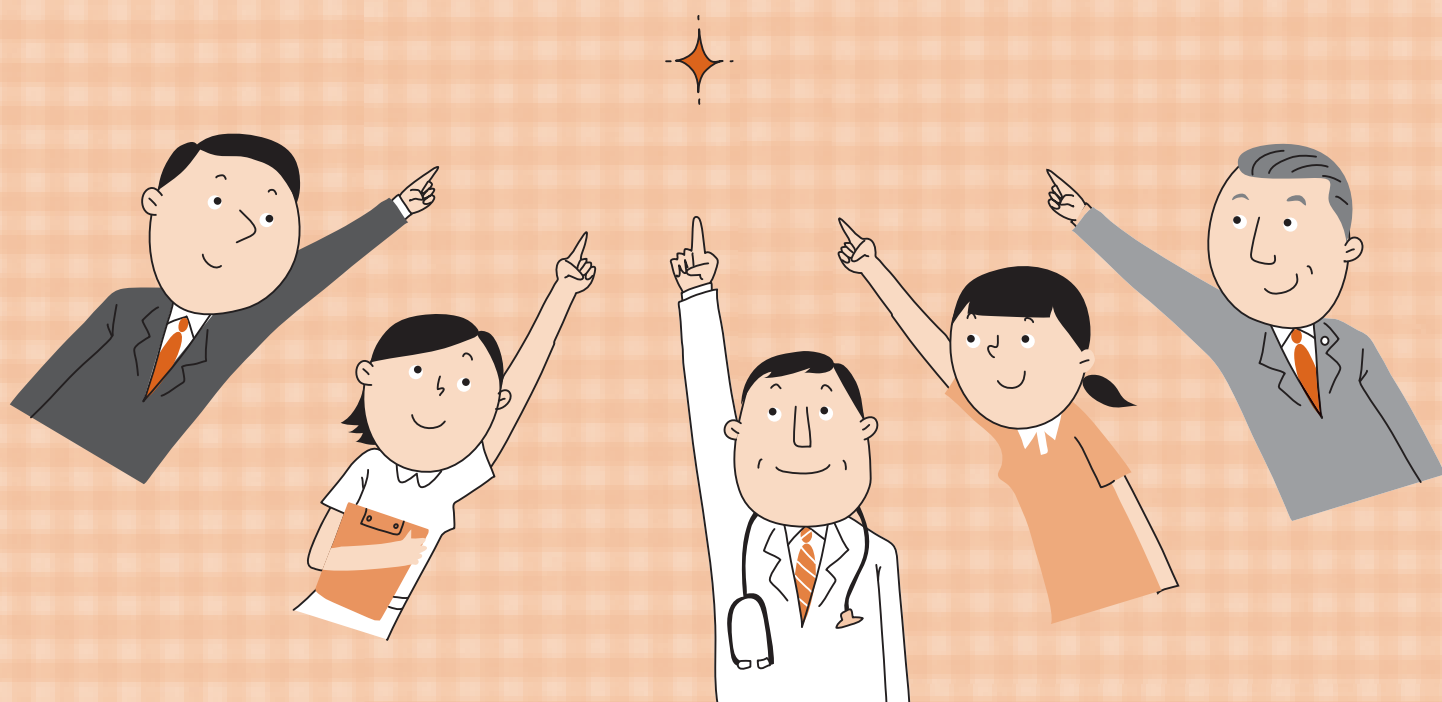
施策の柱立て	24
京都式認知症ケアパスとは？	25
共通方策	26
8 つの個別方策	27
プラン評価の方向性	36

おわりに	38
------	----

認知症総合対策推進プロジェクト委員名簿	39
---------------------	----

認知症対策の 方向性

8つの課題に対する目標と方向性



京都府の高齢者をめぐる主な現状と課題

1. 人口構造・高齢化率・世帯の状況

平成22年の国勢調査によると、京都府の65歳以上の高齢者人口及び高齢化率は約60.6万人、23.0%となっており、全国の高齢化率22.8%を上回っています（図表1）。

●図表1 【京都府における人口構造・高齢化率の推移及び推計値】

（単位：万人）

		合 計	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南
平成12年 (2000年)	総人口	264.4	11.7	21.6	15.7	161.5	44.3	9.6
	65歳以上人口 (17.4%)	45.9 (17.4%)	3.0 (26.0%)	5.0 (23.0%)	3.0 (19.0%)	27.3 (16.9%)	6.1 (13.8%)	1.5 (15.2%)
平成17年 (2005年)	総人口	264.8	11.2	21.2	14.8	162.3	44.5	10.8
	65歳以上人口 (20.0%)	53.0 (20.0%)	3.2 (28.9%)	5.3 (25.1%)	3.1 (21.2%)	31.9 (19.6%)	7.7 (17.3%)	1.8 (16.6%)
平成22年 (2010年)	総人口	263.6	10.5	20.4	14.3	162.3	44.6	11.5
	65歳以上人口 (23.0%)	60.6 (23.0%)	3.3 (31.7%)	5.6 (27.4%)	3.5 (24.4%)	36.3 (22.3%)	9.7 (21.7%)	2.2 (19.3%)
平成27年 (2015年)	総人口	261.5	9.8	19.6	13.9	162.1	44.2	11.9
	65歳以上人口 (27.9%)	73.1 (27.9%)	3.5 (35.7%)	6.1 (31.1%)	4.0 (28.8%)	44.6 (27.5%)	12.1 (27.4%)	2.8 (23.5%)

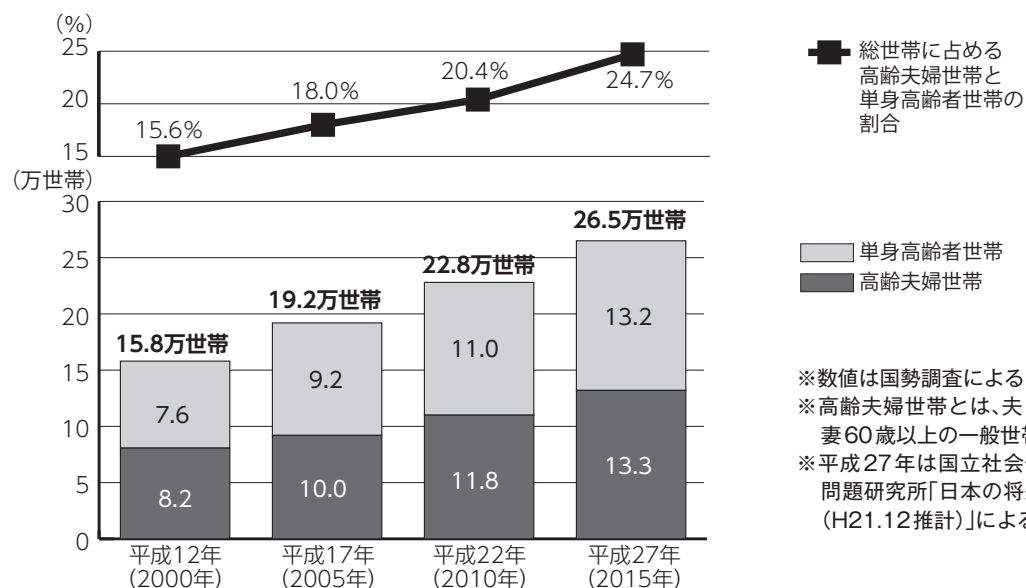
※数値は各年の国勢調査による

※平成27年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(H25.3推計)」による

※()は総人口に対する65歳以上人口の比率

平成22年の国勢調査によると、高齢夫婦世帯や単身高齢者世帯が大きく増加し、22万8千世帯を超え、総世帯の約20%を占める状況にあります。平成27年には、総世帯数は減少傾向にあるもの、高齢夫婦世帯と単身高齢者世帯が約26万5千世帯となり、総世帯の約25%となる見通しです。

●図表2 【京都府における世帯構造の推移及び推計値】



2. 京都府における認知症高齢者の状況

認知症高齢者数及び将来推計

- ▶ 京都府の認知症高齢者（介護保険制度を利用している「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」）は、平成 22 年の国勢調査を基に算出すると、約 5.8 万人と推計されます。

※「認知症高齢者の日常生活自立度」は、以下「日常生活自立度」という

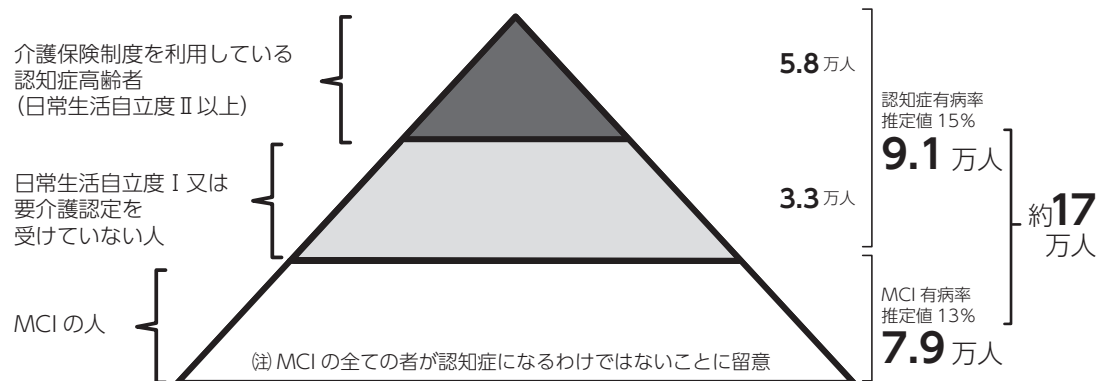
●図表 3 【京都府における認知症高齢者数の推計値】

(単位：万人)

将来推計（年）	平成 22 年 (2010 年)	平成 27 年 (2015 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)
日常生活自立度Ⅱ以上	5.8	7.5	8.7	9.9
下段は 65 歳以上人口に対する比率	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※全国推計の比率（「厚生労働省の推計「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について」(H24.8公表)を引用）に京都府高齢者人口（27年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(H25.3推計)」による）を乗じて推計した数値

- ▶ さらに、厚生労働省研究班の推計によると、上記の認知症高齢者数（介護保険制度を利用している日常生活自立度Ⅱ以上）に、日常生活自立度Ⅰ又は要介護認定を受けていない人及び MCI を加えた、京都府の認知症高齢者（予備軍も含む）の総数は、約 17 万人（平成 22 年度）と推計されます。



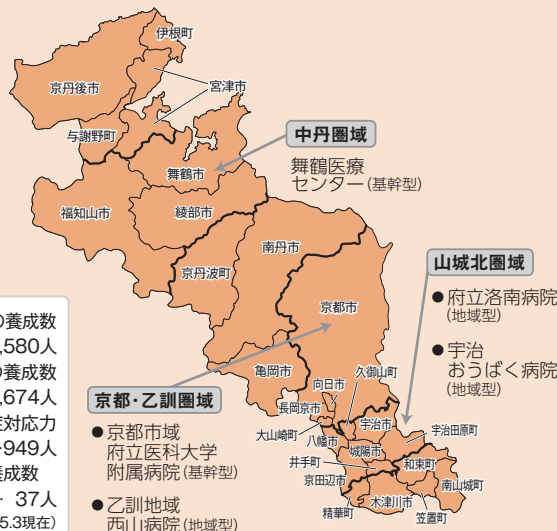
※ MCI: 軽度認知障害。記憶障害はあっても、認知症とは言えない状態。認知症の予備軍、または、前駆状態といわれる

※ 厚生労働省研究班の推計「都市部における認知症有病率と認知症生活機能障害への対応」(H25.5)を引用

【参考】

(1) 京都府の認知症地域資源の状況

- キャラバン・メイトの養成数 … 3,580人
- 認知症サポーターの養成数 … 91,674人
- かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数 … 949人
- 認知症サポート医養成数 … 37人 (H25.3現在)



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

- I : 何らかの認知症は有しているが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- II : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- III : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、介護を必要とする。
- IV : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- M : 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

課題

1

すべての人が認知症を正しく理解し適切に対応できる環境づくり

目標① 本人、家族や身近にいる地域の住民が、認知症を正しく理解し支えるための環境づくり

- 【手段】 (1)本人、家族や身近にいる地域住民（子どもから高齢者まで）に対して、認知症の症状や早期対応の重要性について正しく理解し、誤った偏見等を持たないための啓発を実施
- (2)本人、家族や身近にいる地域住民が、家族等との同居の有無に関わらず認知症に「気づき」、気づいた場合には、「かかりつけ医への受診を勧める」ことが当たり前の対応となるための啓発を実施

目標② 認知症予防につながる取り組みの充実

- 【手段】 (1)生活習慣病の予防につながる適度な運動、バランスのとれた食生活、禁煙等の推進
- (2)市町村における保健事業や介護予防事業、さらに高齢者の健康・生きがいづくり対策等の事業が認知症予防の視点から効果的に実施されるよう取り組みを推進
- (3)市町村事業（特定健診等）と連携した認知症を正しく理解するための啓発活動と認知症予防につなげるスクリーニング※¹の活用

目標③ すべての介護関係者等※²が、早期に気づき、かかりつけ医に相談できる環境づくり

- 【手段】 (1)介護関係者等に対して、認知症の症状や早期対応の重要性について正しく理解し、誤った偏見等を持たないための啓発を実施
- (2)介護関係者等が認知症に早い段階で「気づき」、気づいた場合には、「かかりつけ医への受診を勧める」ことが当たり前の対応となるための啓発と資質向上を実施
- (3)介護関係者等との連携を更に促進するため、認知症に関しての「医療としてのメッセージ（医療と介護は両輪であり、医療は介護なしには立ちゆかない等）」の発信

※本プランにおける「早期」とは、認知機能の低下により日常生活や社会生活に何らかの支障をきたし始める「起点となる時期」を中心とした、その前後の時期（いわゆるMCIを含む）をいう

※¹ふるいわけ・選別するという意味。認知症によるもの忘れと健康な人のもの忘れの違い、認知症による生活への支障の有無や程度、認知症が疑われるかどうかを調べる

※²地域包括支援センター（在宅介護支援センター）職員、ケアマネジャーをはじめ介護に関わるすべての関係者

目標4 早期発見し、かかりつけ医等につながるための、すべての医療関係者等^{※3}の資質向上

【手段】 認知症のプロセスや認知症の人の生活状況等を理解したうえで、「入り口」にかかわる医療関係者等に必要な知識、技術を修得するための研修の実施

目標5 身近に相談できる窓口の多様化とネットワーク化

- 【手段】
- (1) 家族等が気づいた時に身近に相談できる、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、地域包括支援センター（在宅介護支援センター）、保健所、市町村、社会福祉協議会、民生児童委員や自治会役員等の窓口の拡大と対応能力の充実
 - (2) 既存の窓口以外で、より身近に相談できる多様な窓口（介護サービス事業所、認知症の人と家族の会、京都高齢者あんしんサポート企業^{※4}等）の拡大と必要に応じて日常生活圏域（概ね中学校区域）を越えて地域の実情に考慮した連携ができる仕組みづくり
 - (3) 認知症ケアを行う介護サービス事業所が、日常的に地域住民と関わることでより認知症の正しい理解が地域に広がるような取り組みへの支援
 - (4) 京都府・京都市等行政や京都地域包括ケア推進機構のホームページを活用し、身近に相談できる場所の掲載等による情報の提供



※3 医師、歯科医師、薬剤師、看護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士、医療機関に勤務する職員等すべての医療関係者

※4 京都地域包括ケア推進機構が行う認知症の基礎知識や接遇のコツとポイントが学べる研修を受講することで登録できる高齢者にやさしいお店・企業。高齢者の声かけや買い物支援、地域における高齢者向けの情報発信等を行う

課題

2

〈早期発見・早期鑑別診断・早期対応〉ができる体制づくり

目標① かかりつけ医の認知症対応力向上

- 【手段】
- (1)本人、家族や身近にいる地域住民、医療・介護関係者等からの訴えを見逃さないかかりつけ医の感度と対応力を向上させるための研修の実施
 - (2)重篤化を予防するため、軽度の行動・心理症状（BPSD）であれば、早期から対応ができるかかりつけ医の養成
 - (3)かかりつけ医がスムーズに専門医療機関と連携（紹介・逆紹介等）ができる体制づくり
 - (4)認知症診療に関するマニュアルの作成とかかりつけ医への周知
 - (5)支援を必要とする認知症の本人と家族介護者等が、地域包括支援センター（在宅介護支援センター）やケアマネジャー等、介護とのつながりが持てるように誘導できるかかりつけ医の養成
 - (6)かかりつけ医（必要に応じて認知症サポート医）や多職種が、地域ケア会議や事例検討会等に参加することにより、お互いに対応力を向上させ、更に連携の密度を高める仕組みづくり

目標② かかりつけ医と連携して支援する地域の認知症医療拠点の整備

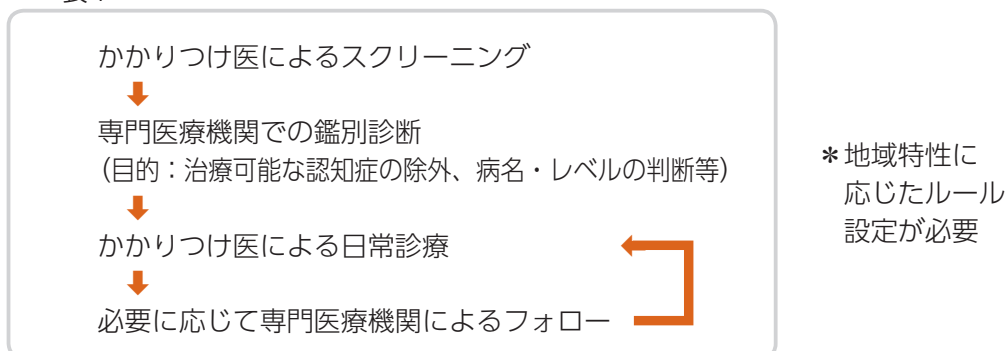
- 【手段】
- (1)認知症疾患医療センターの増設（いわゆる身近型認知症疾患医療センターも検討）
 - (2)認知症鑑別診断が受けられる専門医療機関の周知
 - 第1ステップ：かかりつけ医に対して専門医療機関の情報を周知
 - 第2ステップ：府民に対して適切に専門医療機関の情報を周知
 - (3)認知症サポート医、かかりつけ歯科医やかかりつけ薬剤師、そして、「認知症初期集中支援チーム※¹」におけるかかりつけ医と連携した支援の実施

目標③ かかりつけ医、一般病院、専門医療機関、認知症疾患医療センターのネットワーク強化

- 【手段】
- (1)ネットワークにおける一般病院等関係機関の役割の明確化
 - (2)認知症サポート医連絡会※²と連携した地域の医療資源のかたよりに対応する専門医派遣等の仕組みづくり

(3)「かかりつけ医と専門医療機関」ネットワークにおけるルールづくり

●表1



- (4)個々の医療機関の「病診連携※3」「病病連携※4」だけでなく、医師会等、地域の団体や介護・福祉関係者等を巻き込んだネットワークの充実
- (5)専門医やかかりつけ医をサポートする「検査や評価ができる医療関係者等」の養成
- (6)専門医療機関に受診や入院が集中した場合、当該医療機関の負担を軽減するため、周辺の医療機関によるバックアップ体制の充実



※1 複数の専門職が家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント・家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う
※2 京都府内の認知症サポート医による連絡会。定期的に会議を開催し、情報提供や意見交換等を行う
※3 病院と地域の診療所が役割分担した上で行う連携
※4 機能の異なる病院間が行う連携

目標4 早期発見・早期鑑別診断・早期対応につなぐ「認知症初期集中支援」機能の体制づくり

- 【手段】
- (1)総合的なアセスメントができる専門職による「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - (2)受診拒否等受診行動に結びつかない人などへの「認知症初期集中支援チーム」によるアウトリーチ※⁵機能（家庭訪問、アセスメント、家族支援等）と多職種により支援の方向性を検討する仕組みの確立と普及
 - (3)地域包括支援センター（在宅介護支援センター）が「認知症初期集中支援」の一員として、または、核となる機能を発揮できるような仕組みづくり
 - (4)「認知症初期対応型カフェ※⁶」に、認知症の「初期支援」機能を付加する

目標5 居住環境（在宅、介護保険施設、居住系施設等）や専門医療資源の状況（医療過疎等）によらず、早い時期に、発見・鑑別診断や治療（行動・心理症状（BPSD）対応含む）が受けられる体制の充実

- 【手段】
- (1)市町村が実施する特定健診等、各種の健診事業や基本チェックリスト等を活用したスクリーニングにより、幅広く早期に認知症の人を把握する仕組みづくり
 - (2)医師以外の医療関係者等による検査や評価が受けられるシステムの確立と普及
 - (3)かかりつけ医の対応力をサポートする「スクリーニングツール」の普及（例：宇治市・宇治久世医師会「もの忘れ連絡シート」）
 - (4)認知症サポート医連絡会と連携した地域の医療資源のかたよりに対応する専門医派遣等の仕組みづくり【再掲】
 - (5)施設等に入所していても、専門医の治療が受けられる仕組みづくりと対応できるかかりつけ医、専門医療機関のネットワーク充実

目標6 初期認知症の人の居場所づくり等の体制充実

- 【手段】
- (1)地域のニーズに応じて、医療的な関わり（かかりつけ医、専門医、医療関係者等）や介護・福祉的な関わり（地域のボランティア、介護関係者等）を持つ認知症初期対応型カフェ等の展開・拡大
 - (2)初期認知症の人でも利用できる多様な介護保険サービス等のサービス内容の質的な充実
 - (3)初期認知症の人に適切に対応できる医療・介護関係者等人材の養成や継続的にフォローする仕組みづくり

※5 専門職（チーム）による訪問型の支援

※6 介護保険サービス等の利用には結びつかない初期や軽度の認知症の人や家族に対して、社会参加、ピアサポート、医療によるスクリーニングと継続的なフォロー、家族支援等を目的として提供される場

課題

3

とぎれない医療体制づくり

課題 3-1 ▶ 入り口後の体制の充実

目標 1 環境（在宅、介護保険施設、居系施設、一般病院等）の変化、状態の変化等があっても、とぎれずに認知症治療が受けられる体制の整備

【手段】 医療と介護の相互補完的関係を強化するための取り組みの充実

- 医療関係者等が当たり前のこととして、介護と連携する技術、知識、姿勢の修得
- 介護関係者等が当たり前のこととして、医療と連携する技術、知識、姿勢の修得
- 医療と介護との連携を強化させる研修機会等の拡大
- 様々な医療・介護機関で活動している看護職等医療関係者等を活用した適切な医療への誘導

目標 2 地域の実情に即した認知症ケアパス（ケアの流れ）^{※1}の作成

- 【手段】**
- (1) 「認知症が疑われる症状が発生した時から、生活機能障害が進行し、最終的にターミナル期に至る中で、その人の進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような、医療・介護サービスを受ければよいか（受けることができるか）を、見える化し、理解できる」認知症ケアパス（ケアの流れ）づくり
 - (2) 認知症地域支援推進員^{※2}・認知症サポート医等の多職種により、地域特性に応じた内容の充実を図る仕組みづくり
 - (3) 医療、介護の双方に「認知症ケアパス（ケアの流れ）」を周知し浸透させる仕組みづくり

※ 1 認知症ケアパス（ケアの流れ）の説明は、25 ページに掲載

※ 2 地域において認知症の人を支援する関係者間の連携を図るとともに、地域の実情に応じて、認知症の人やその家族を支援する事業を実施する者。市町村が配置

目標③ 一般病院に入院しても、とぎれず認知症治療が受けられる体制の充実

- 【手段】 (1)一般病院への認知症専門医の派遣
(2)病院に勤務する医療関係者等の認知症対応力向上（例えば、病院内での認知症ケアチームの発足支援）

目標④ 多様な課題を抱えていても、認知症治療が受けられる地域の体制づくり

- 【手段】 独居・社会的孤立・支援拒否・貧困・複合的家族問題等の課題を抱えていても、適切な対応ができる専門職の支援により、継続して認知症治療が受けられる地域の体制構築

課題3-2 ▶ 身体合併症への対応の強化

目標① 急性期治療の対策の充実

- 【手段】 (1)身体合併症急性期に、一般病院と認知症疾患医療センターが連携しながら入院や手術等、必要な治療が受けられる体制の整備
(2)新たな「病診連携」「病病連携」による早期入院・早期退院の仕組みづくりの検討

目標② 亜急性期治療(医学的管理※³が必要な時期)の対策の推進

- 【手段】 (1)身体合併症治療及びターミナルケアが可能な療養病床によるバックアップ体制の充実
(2)介護老人保健施設等介護保険施設による医療機関へのバックアップ体制の充実
(3)在宅医療や介護を担う多職種による支援体制の充実

目標③ 専門医療機関に入院しても、とぎれず身体合併症治療が受けられる体制の整備

- 【手段】 (1)認知症等専門医療機関への身体合併症に対応できる医師の派遣
(2)身体合併症が悪化した場合、一時的に治療を目的とした転院ができる病院間ネットワークの強化
(3)新たな「病診連携」「病病連携」による早期入院・早期退院の仕組みづくりの検討【再掲】

※³ 身体状況の観察や検査等により病状を把握し必要な処置等を行うこと

課題3-3▶行動・心理症状(BPSD)への対応の強化

目標1 行動・心理症状(BPSD)が悪化しても、在宅での生活が継続できる、かかりつけ医、一般病院、専門医療機関、認知症疾患医療センターによるネットワークの整備

【手段】 行動・心理症状(BPSD)が悪化する前の「かかりつけ医と専門医療機関」間のネットワーク(13ページの表1)強化が必要
※悪化した場合も、同様のネットワークで対応

目標2 必要に応じて、専門医療機関で行動・心理症状(BPSD)対応等を目的とした短期集中的な入院治療とできるだけ早期に退院ができる仕組みづくり

【手段】 (1)新たな「病診連携」「病病連携」による早期入院・早期退院の仕組みづくりの検討【再掲】
(2)早期退院を実現するための「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成と逆紹介を受け入れるかかりつけ医側のシステムの確立
(3)退院支援・地域連携クリティカルパスと連動した上で、認知症ケアパス(ケアの流れ)を踏まえた退院後を支えるケアプラン事例の集積やその整理
(4)医療機関から介護関係者等に対し医療情報などの情報提供の実施(疾患別・重症度(ステージ)別等状態像にあった適切なケアを支援)

課題3-4▶認知症の人の口腔ケア・服薬支援の強化

目標1 認知症の人の口腔ケアの充実

【手段】 (1)認知症の人に適切に対応できる歯科医師・歯科衛生士等による口腔ケアの充実
(2)日常的に関わる介護サービス等と連携し、訪問等により一体的に提供される口腔ケアの実施
(3)介護関係者等に口腔機能の維持向上の必要性を啓発するための研修等の実施

目標2 認知症の人の服薬支援の充実

【手段】 (1)認知症の人が安心して服薬できるよう適切に対応できる薬剤師等による服薬支援の充実
(2)日常的に関わる介護サービス等と連携し、訪問等により一体的に提供される服薬支援の実施
(3)介護関係者等に服薬支援の必要性を啓発するための研修等の実施

課題

4

とぎれない介護サービス 体制づくり

目標① 地域の実情に応じた医療・介護サービスの円滑な連携等認知症施策の推進

【手段】 市町村の認知症地域支援推進員の配置を促進するとともに、市町村認知症施策推進者に対する会議等を通じた担当者間のネットワークづくり

目標② 地域の実情に即した認知症ケアパス（ケアの流れ）の作成【再掲】

- 【手段】
- (1)「認知症が疑われる症状が発生した時から、生活機能障害が進行し、最終的にターミナル期に至る中で、その人の進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような、医療・介護サービスを受ければよいか（受けることができるか）を、見える化し、理解できる」認知症ケアパス（ケアの流れ）づくり
 - (2)認知症地域支援推進員・認知症サポート医等の多職種により、地域特性に応じた内容の充実を図る仕組みづくり
 - (3)医療、介護の双方に「認知症ケアパス（ケアの流れ）」を周知し浸透させる仕組みづくり

目標③ 認知症の人の暮らしを支える介護サービスの整備

- 【手段】
- (1)認知症の人が住み慣れた地域で生活をしていくために、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスなどの施設整備を促進
 - (2)行動・心理症状（BPSD）等があったとしても、住み慣れた地域での生活を支えるためのケアマネジャーの対応力（コーディネート力や相談対応力等）の向上及びそれに対応できる介護サービス体制の充実
 - (3)認知症ケアの質の向上を図るため、介護関係者等を対象に認知症の人の介護（特に初期や軽度の利用者に適切に対応できる）に関する実践的な研修の実施

目標④ 行動・心理症状（BPSD）等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応の充実

- 【手段】 (1)行動・心理症状（BPSD）が出現した際に、一時的に介護保険施設等で受け入れを行い、適切なケアを提供することにより、状態の安定化を図ると共に、心身状態の把握、対応方法、再発予防策等を家族や在宅での支援者と共有する仕組み
(2)介護保険施設等に入所していたとしても、状態に応じて、専門医療機関による治療や医療的アドバイスが受けられる体制の整備

目標5 多様な課題を抱えていても、介護サービスが受けられる地域の体制づくり

- 【手段】 独居、社会的孤立、支援拒否、貧困、複合的家族問題等の課題を抱えていても、適切に相談対応ができる専門職の支援により、継続して介護サービスが受けられる地域の体制構築

課題

5

地域での日常生活・家族支援の強化

目標1 認知症の人を支える地域づくり

- 【手段】 (1)「認知症サポーター」や「キャラバン・メイト」の養成、「京都高齢者あんしんサポート企業」の拡大など、地域の見守りを強化
(2)地域の住民や商店などによる買い物、ゴミ出し、通院にかかる送迎等、認知症の人の生活支援の充実
(3)家族等が気づいた時に身近に相談できる、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、地域包括支援センター（在宅介護支援センター）、保健所、市町村、社会福祉協議会、民生児童委員や自治会役員等の窓口の拡大と対応能力の充実【再掲】
(4)既存の相談窓口以外で、より身近に相談できる多様な窓口（介護サービス事業所、認知症の人と家族の会、京都高齢者あんしんサポート企業等）の拡大と、必要に応じて日常生活圏域（概ね中学校区域）を越えて地域の実情に考慮した連携ができる仕組みづくり【再掲】
(5)徘徊時の早期発見や事故の未然防止のため、地域の各関係団体をはじめ、警察等とも調整しながら地域ごとのSOSネットワーク等の体制づくりの推進
(6)認知症ケアを行う介護保険事業所が、日常的に地域住民と関わることにより認知症の正しい理解が地域に広がるような取り組みへの支援【再掲】

目標② 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取り組みの推進

- 【手段】 (1)市町村や地域包括支援センター（在宅介護支援センター）に対して、高齢者虐待を含めた高齢者権利擁護に係る専門相談支援等を行う京都府権利擁護支援センター等による取り組みを推進
- (2)介護保険施設での身体拘束ゼロを目標に、関係団体等への支援や助言の実施
- (3)認知症の人が、介護サービスの利用、金銭管理等が必要となった場合の本人同意に対するあり方の検討（介護・生活に関する長期的な課題）
- (4)認知症の人が、検査、入院、医療行為等が必要となった場合の本人同意に対するあり方の検討（医療に関する長期的な課題）

目標③ 家族介護者の負担軽減等の取り組みを強化

- 【手段】 (1)認知症コールセンターや巡回相談会等を実施し、認知症の人や家族介護者の精神的な負担軽減につながる取り組みを推進
- (2)家族介護者が認知症の状態像に応じた知識を深め、対応方法等を理解するため、家族介護教室等による啓発を実施、家族介護者自身の認知症対応力向上を支援
- (3)キャラバン・メイトを対象とした認知症家族支援対応力向上研修（キャラバン・メイトスキルアップ研修）の実施

課題

6

認知症ターミナルケア における対策

目標① 住み慣れた地域で、認知症の人の意思と尊厳が尊重されながら最期を迎えることができる医療と介護の体制の構築

- 【手段】 (1)認知症ターミナル期における状態像を、本人や家族を含む全ての関係者間で共通理解することや、リビング・ウィル※等事前の意思表示を初期・軽度の段階で把握しておくことの重要性についての啓発
- (2)意思確認が困難な場面での入院、医療行為、介護サービスの利用等に関する課題の整理

※終末期の医療と介護についての意思表示等

- (3)認知症ターミナル期に対応できる在宅医療体制（訪問診療・往診、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤指導等）と医療をバックアップする介護体制の充実
- (4)認知症ターミナル期に対応できる療養病床等入院医療機関と医療をバックアップする介護体制の充実

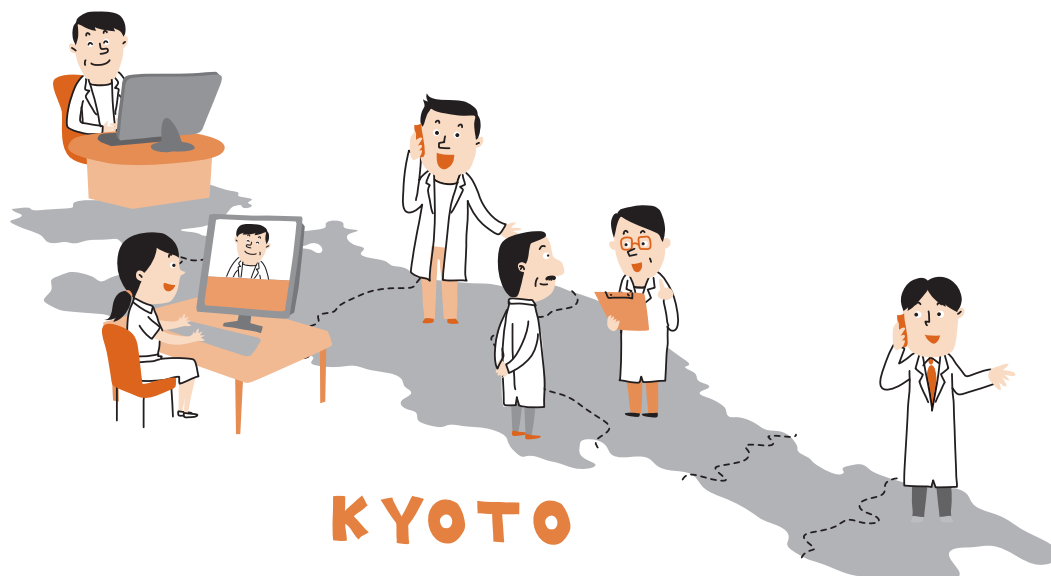
課題

7

医療資源の地域格差是正

目標① 医療資源の地域格差是正、特定の医療機関・医師への負担集中対策の推進

- 【手段】 (1)認知症疾患医療センターの増設（いわゆる身近型認知症疾患医療センターも検討）【再掲】
- (2)TV会議システムの活用等による専門医が不足している地域への対策の取り組み検討
- (3)認知症サポート医連絡会と連携した地域の医療資源のかたよりに対応する専門医派遣等の仕組みづくり【再掲】
- (4)医師以外の医療関係者等による検査や評価が受けられるシステムの確立と普及【再掲】



課題

8

若年性認知症への対策

目標① 若年性認知症の特性に応じた専門的支援ができる体制の構築

- 【手段】
- (1)若年性認知症と介護者に関する実態調査の実施
 - (2)専門医療機関や認知症疾患医療センター等による鑑別診断後に、地域で引き続き認知症治療を行う専門医と日常的な治療を行うかかりつけ医との連携の充実
 - (3)若年性認知症の特性に応じた専門的支援ができる医療（特に産業医など）・介護関係者等の養成

目標② 居場所・生きがいづくり

- 【手段】
- (1)診断後に、認知症初期対応型カフェを紹介し、その場を通じて専門医あるいは専門的ケアによる本人及び家族へのサポートの実施
 - (2)認知症初期対応型カフェと連携した若年性認知症の初期～中期に特化した新たな拠点（サービス）づくりを検討
 - (3)若年性認知症の人の「居場所・生きがいづくり」に対応できる支援体制の充実

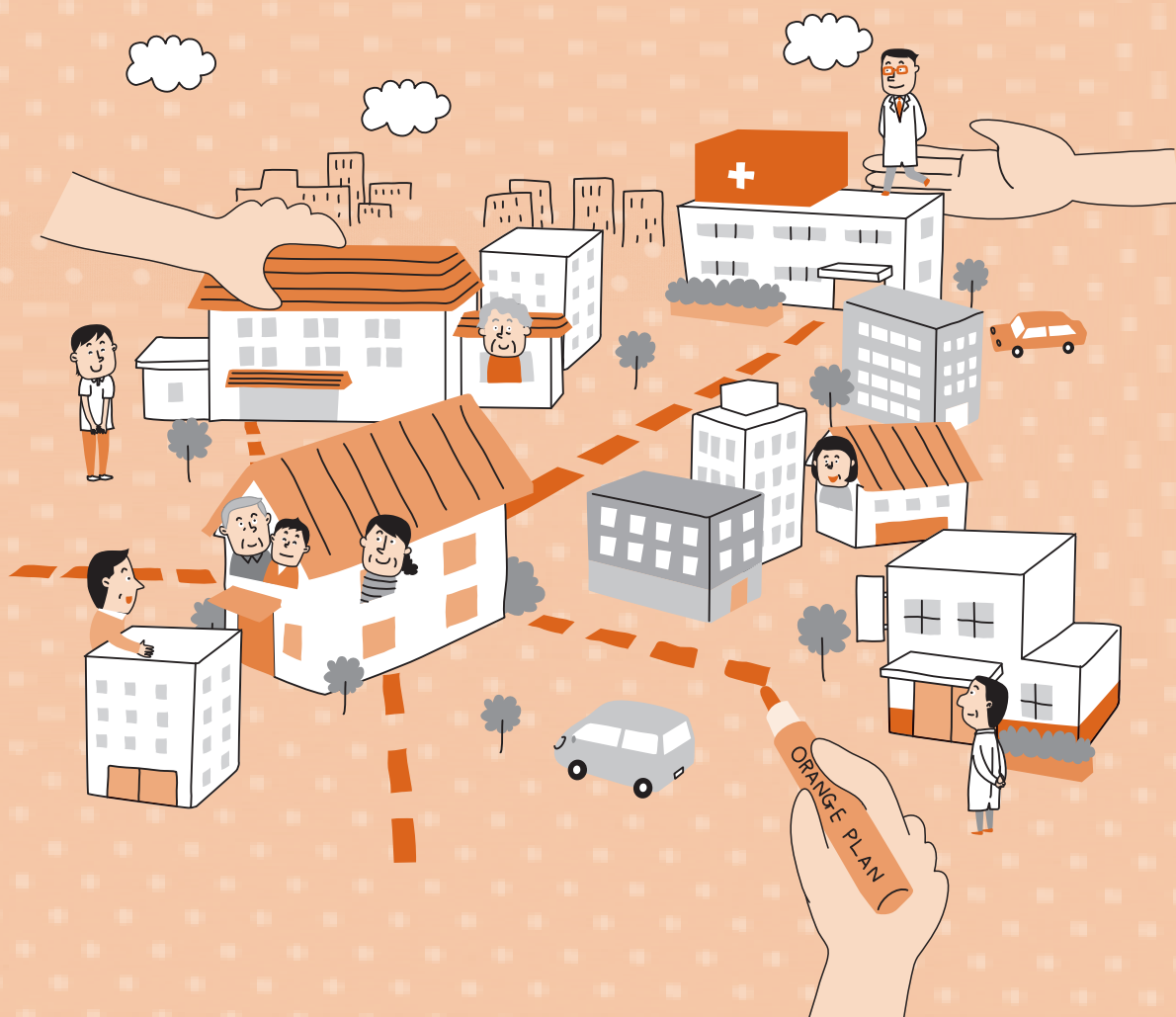
目標③ 若年性認知症ガイドブック（仮称）の作成

- 【手段】
- 利用できる制度やサービスを網羅し、認知症ケアパス等も含むガイドブックの作成と配布

目標④ 就労・経済的問題への対応

- 【手段】
- (1)若年性認知症ガイドブック等を活用した就労や経済的問題の相談に適切に対応できる支援体制の構築
 - (2)雇用継続や就労支援のため、企業や職場等の理解を促進する啓発活動の実施

京都 オレンジ指標





施策の柱立て



本計画で取り組む施策は、すべての施策のベースとなる「共通方策」と、課題別の施策である「8つの個別方策」により構成し策定した。

共通方策

認知症の状態に応じた適切な医療と介護サービス提供の流れ
を見える化(京都式認知症ケアパス)、医療と介護が一体となり、
すべての「認知症の人の生活」を支援する体制の構築 **26ページ**

8つの個別方策

1. すべての人が認知症を正しく理解し
適切に対応できる環境づくり **27ページ**
2. 〈早期発見・早期鑑別診断・早期対応〉
ができる体制づくり **29ページ**
3. とぎれない医療体制づくり **31ページ**
4. とぎれない介護サービス体制づくり **32ページ**
5. 地域での日常生活・家族支援の強化 **33ページ**
6. 認知症ターミナルケアにおける対策 **34ページ**
7. 医療資源の地域格差是正 **34ページ**
8. 若年性認知症への対策 **35ページ**

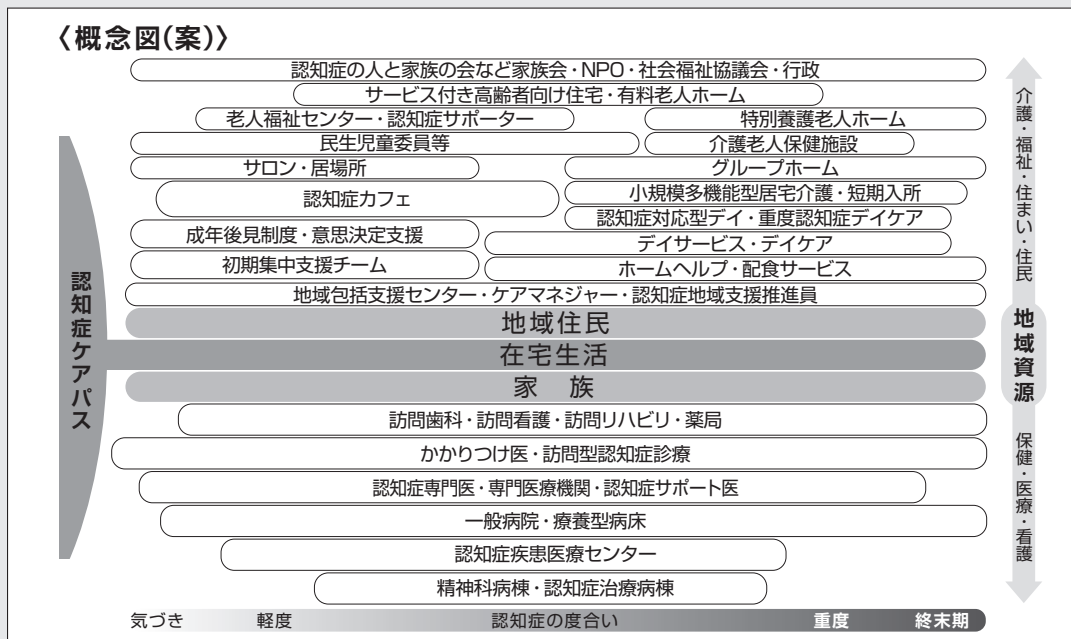
京都市認知症ケアパスとは？

1. 認知症ケアパスの役割(目的)

認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、状態に応じた適切なサービス提供の流れを整理し、認知症の人、家族、地域住民に対して、認知症の人を地域でいかに支えていくかを明示すること。

2. 京都市認知症ケアパスの概念

「認知症が疑われる症状が発生した時から、生活機能障害が進行し、最終的にターミナル期に至る中で、その人の進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような、医療・介護サービスを受ければよいか（受けることができるか）が見える化し、理解できる」ケアの流れを示したもの。



【解説】

京都市認知症ケアパスの概念図は白地図のようなものです。中心に描かれた認知症の人の「地域での生活」を医療と介護が共に支える構成は、認知症ライフサポートモデルそのままの図式化です。ここに、サービス提供などの関係を矢印などで書き込んで使用します。

概念図には、認知症への気づきからの進行過程を示す時間軸があります。中央に本人の軸があり、それを家族と地域住民の軸が挟んでいます。上段には介護関係の、下段には医療関係のそれぞれさまざまな地域資源が、横軸の進行段階に応じて可視化されています。各資源の縦軸配置は、生活との関連や利用頻度を踏まえて、外来や在宅での支援は内側に、入院や入所施設は外側に配置されています。

これらにより、たとえば初期段階での「入り口問題」を担う可能性がある人々や機関、入り口での発見後のシステムの対応の動きも、わかりやすくなることが期待されます。

共通方策

認知症の人の状態や進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいかを見える化し理解できる認知症ケアパスを作成すると共に、医療と介護が一体となり、認知症の人と家族の生活を支援する人材を育成する。

医療と介護による認知症ケアの流れを見える化

【認知症ケアパスの作成・普及・定着】

京都発

関係団体・多職種のノウハウを結集
京都式認知症ケアパス

重点

▶ 認知症初期からターミナル期までの認知症の人や家族を切れ目なく支える標準的な認知症ケアパスの作成 **新規**

- 平成 25 年度 「認知症ケアパス」雛形の検討
- 平成 26 年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
- 平成 27 年度～ 介護保険事業計画（市町村）に反映

重点

▶ 認知症の人やその家族を支えるため、本人の状態に応じて必要なサービスの利用計画を作成する認知症ケアパス作成ツールの開発 **新規**

- 平成 26 年度～ 認知症ケアパスが作成できるツールの開発

▶ 認知症ケアパス情報共有シートの作成及び活用するコーディネーターの育成 **新規**

- 平成 26 年度～

【多職種協働モデル研修の実施】

重点

▶ 標準的な認知症ケアパスを基に、医療・介護関係者等による協働研修カリキュラムの開発と研修の実施 **新規**

- 平成 26 年度～ 多職種協働による認知症ライフサポートモデル普及のための研修会を実施

認知症に関する医療と介護の情報を一体的に集約・発信

重点

▶ 認知症ポータルサイト「きょうと認知症あんしんナビ（仮称）」の公開 **新規**

認知症の基礎知識や相談窓口・医療機関の紹介等、認知症の人と家族向けコンテンツのほか、認知症ケア事例集、研修ツール等、関係者（行政担当者や専門職、事業所等）向けの情報を掲載

- 平成 26 年度～ 順次ホームページ上で情報公開

専門職の対応力向上による若年性認知症の人と家族への支援

重点

▶ 若年性認知症ガイドブックの作成及びガイドブックを活用した医療・介護関係者、認知症地域支援推進員、市町村認知症施策推進者等への研修の実施 **新規**

- 平成 25 年度 若年性認知症ガイドブックの作成
- 平成 26 年度～ 研修カリキュラムの策定・研修の実施

8つの個別方策

個別方策

1. すべての人が認知症を正しく理解し適切に対応できる環境づくり

- (1)「認知症に対する府民の正しい理解の促進」と「地域の社会資源が連携して認知症の人と家族を支える仕組みづくりの検討・促進」を協議し、認知症の人と家族を地域で支える機運の醸成を図る。

【普及啓発の方策】

重点

▶キャラバン・メイト養成（拡充）

高齢者健康福祉圏域毎にキャラバン・メイト養成講座の実施

- 平成 24 年度 3,580 人 → 平成 29 年度 7,000 人

▶これまでに養成したキャラバン・メイトを活用した取り組みの実施

- 平成 25 年度～キャラバン・メイト連携会議の開催

重点

▶認知症サポーター養成講座（拡充）

学校等でのサポーター養成講座の実施や自治体単位での取り組み促進

- 平成 24 年度 9.2 万人 → 平成 29 年度 12 万人

※国オレンジプラン計画数×京都府の人口割合

重点

▶普及・啓発キャンペーン、府民運動等の展開の実施（拡充）

認知症の人と家族が地域で安心して暮らし続けられるよう、府民の認知症に対する理解促進

- 平成 25 年度～29 年度 府民講座・アルツハイマーデー関連のイベント開催等



(2)介護予防事業が、認知症予防の視点から効果的に実施されるよう取り組みを推進する。

【認知症予防事業の充実方策】

- ▶生活習慣病予防（運動・食生活・禁煙等）から始まる介護予防（認知症予防等）事業の充実 **（拡充）**
- ▶介護予防マニュアル（認知機能低下予防・支援マニュアル等）の情報発信 **（拡充）**

(3)すべての医療・介護関係者等が認知症に早期に気づき・発見し、必要な医療サービスや介護サービスにつなげられるよう資質の向上を図る。

【医療関係者等の資質向上策の充実方策】

- ▶かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施（累計） **（拡充）**
 - 平成 24 年度 949 人 → 平成 29 年度 2,000 人
 - ※国オレンジプラン基準：高齢者人口 600 人に 1 人

重点

- ▶認知症サポート医の養成（累計） **（拡充）**
 - 平成 24 年度 37 人 → 平成 29 年度 100 人
 - ※国オレンジプラン基準：一般診療所 25 力所に 1 人

重点

- ▶看護師認知症対応力向上研修の実施（累計） **（新規）**
 - 平成 25 年度～ 29 年度 2,000 人
- ▶認知症サポートナース※制度の創設（累計） **（新規）**
 - 平成 25 年度～ 29 年度 200 人
- ▶医療関係者（医師・看護師を除く）認知症対応力向上研修の実施（累計） **（新規）**
 - 平成 25 年度～ 29 年度 2,000 人

【介護関係者等の資質向上策の充実方策】

- ▶認知症介護実践リーダー研修の実施（累計） **（拡充）**
 - 平成 24 年度 416 人 → 平成 29 年度 900 人
 - ※国オレンジプラン基準：すべての介護保険施設とグループホームの職員 1 人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区で 1 人ずつが受講
- ▶認知症介護指導者養成研修の実施（累計） **（拡充）**
 - 平成 24 年度 18 人 → 平成 29 年度 35 人
 - ※国オレンジプラン基準：5 つの中学校区当たり 1 人配置
- ▶認知症の人とその家族を支えるための
ケアマネジャー育成事業（仮称）の創設（累計） **（新規）**
 - 平成 26 年度～ 29 年度 120 人

※急性期病院等において、認知症への対応力向上のための推進役となる看護職

- (4)本人や家族が「認知症かも？」と気づいたときや困り事など、身近に相談できる窓口の多様化を行い、早期発見や本人・家族の不安感、孤独感等の軽減を図る。

【相談窓口の充実方策】

重点

▶ 利用状況に応じたコールセンター機能の拡充 **（拡充）**

▶ 認知症介護経験者による相談対応や介護サービス事業所による相談窓口の設置 **（新規）**

- 平成 25 年度 10 力所
- 平成 29 年度 全日常生活圏域（概ね中学校区域）で実施

▶ 京都高齢者あんしんサポート企業の登録の拡大 **（拡充）**

- 平成 24 年度 700 事業所
- 平成 29 年度 3,500 事業所

個別方策

2. 〈早期発見・早期鑑別診断・早期対応〉ができる体制づくり

- (1)認知症の早期発見・早期鑑別診断とそれに基づく適切な医療・介護サービス等早期対応できる体制を認知症疾患医療センターを中心に地域で構築する。

【医療支援の充実方策】

重点

▶ 認知症疾患医療センターの整備推進（二次医療圏域に 1 力所以上） **（拡充）**

- 平成 24 年度 5 力所
- 平成 25 年度～ 8 力所

▶ 認知症疾患医療センターが開催する地域医療連携協議会を活用した医療機関同士のネットワーク強化 **（拡充）**

▶ 認知症の人の標準的な診療手順や地域での連携フロー例を掲載したマニュアルの作成 **（新規）**

▶ かかりつけ医をサポートする「スクリーニングツール」や「連絡シート」の作成及び普及 **（新規）**

【専門医療や地域連携につなげる仕組みづくり】

重点

▶ 地域ケア会議の開催促進 **（拡充）**

- 平成 27 年度 全市町村（地域包括支援センター）で実施

- ▶市町村が実施する特定健診等を活用し、専門医療機関や相談窓口に「つなげる」
仕組みづくり **（拡充）**

(2)受診拒否等受診に結びつかない人にアウトリーチを行うことで、適切な医療・介護サービスへつなげるとともに、症状の初期の段階に集中的な支援を実施する。

【認知症初期集中支援体制の充実方策】

重点 ▶認知症初期集中支援チームの設置 **（新規）**

- 平成 25 年度 4 市で実施
- 平成 27 年度 全市町村で実施

重点 ▶認知症初期対応型カフェの設置 **（拡充）**

- 平成 25 年度 15 市町で実施
- 平成 27 年度 全市町村で実施



3. とぎれない医療体制づくり

環境の変化、状態の変化等があってもとぎれず治療が受けられる体制を整備する。

【身体合併症対策の充実方策】

- ▶ 「病診連携」「病病連携」による早期入院・早期退院の仕組みづくり **（拡充）**
一般病院と認知症疾患医療センター等が連携する「身体合併症悪化時」の対応策の充実



- ▶ 亜急性期における療養病床等医療機関や介護老人保健施設等による短期の受入体制及び療養病床等医療機関による長期療養が必要となった場合でも、とぎれずに治療が受けられる体制の充実 **（拡充）**

【行動・心理症状（BPSD）への対策の充実方策】

- ▶ 専門医が、一般病院や介護保険施設・事業所に訪問して、専門的な助言・相談対応等により、行動・心理症状（BPSD）の増悪による転院や入院回避の体制の充実 **（新規）**
- ▶ 専門医療機関で行動・心理症状（BPSD）対応等を目的とした短期集中的な入院とできるだけ早期に退院ができる仕組みづくり **（拡充）**



- ▶ 病院からの退院を円滑に進めるための退院支援・地域連携クリティカルパスの普及・啓発 **（新規）**
 - 平成 26 年度～ 医療・介護関係者等向け研修会の実施

【認知症の人の口腔ケア・服薬支援策の充実方策】

- ▶ 認知症の人の口腔ケアの充実（歯科医師・歯科衛生士等の認知症対応力向上） **（新規）**
- ▶ 認知症の人の服薬支援の充実（薬剤師等の認知症対応力向上） **（新規）**



個別方策

4. とぎれない介護サービス体制づくり

環境の変化、状態の変化等があってもとぎれず介護サービスが受けられる体制を整備する。

【認知症地域支援体制構築への支援方策】

▶ **認知症地域支援推進員の養成及びフォロー** **（拡充）**

認知症地域支援推進員の配置

- 平成 24 年度 7 人
- 平成 29 年度 全市町村で実施



▶ **市町村認知症施策推進者研修の充実や相互交流の促進** **（拡充）**

▶ **認知症サポート医と介護関係者等との連携促進** **（拡充）**

認知症サポート医と介護関係者等が定期的に交流・顔の見える関係を作ることができる機会の促進

【行動・心理症状（BPSD）の受け入れ体制とレスパイト機能※¹の拡充】

▶ **積極的に受け入れる施設を専門医療機関がバックアップする体制を整備** **（新規）**

▶ **介護保険施設等における認知症行動・心理症状緊急対応加算※²制度の普及** **（拡充）**

▶ **特別養護老人ホームにおける在宅・入所相互利用加算※³制度の普及** **（拡充）**

▶ **ショートステイ充実策の検討** **（拡充）**

小規模多機能型居宅介護の拡充による「泊まり」機能の充実

【認知症リハビリテーションプログラムの普及】

▶ **介護老人保健施設等における的確なアセスメントに基づく有効な認知症リハビリテーションプログラムの研究・検証及び普及** **（新規）**



▶ **認知症短期集中リハビリテーションや維持期リハビリテーションを実践できる医師や医療関係者等（特にセラピスト）の養成** **（新規）**

【人材育成の支援方策】



▶ **多職種連携のリーダーである在宅療養コーディネーターの認知症対応力向上のための研修会の開催** **（新規）**

▶ **症状が初期の段階のサービス利用者に対する介護関係者等への認知症対応力向上研修の実施** **（新規）**

※ 1 在宅介護をしている家族介護者の心身の疲労をいやすため、一時的に介護を代替する機能

※ 2 認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められるため、医師の判断により、緊急にショートステイや施設サービスを利用した場合に、施設が算定する介護保険上の加算

※ 3 在宅生活を継続する観点から、複数の者で、施設の同一の個室を計画的に相互利用（3 ヶ月を限度）した場合に、施設が算定する介護保険上の加算

【介護サービス基盤の整備】

▶ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の整備促進 **拡充**

▶ あんしんサポートハウス※⁴の整備促進 **拡充**



▶ 小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの整備促進 **拡充**

個別方策

5. 地域での日常生活・家族支援の強化

地域の多様な人的資源・社会資源によるネットワークづくりを進め、認知症の人と家族を支える地域づくりを推進する。

【生活支援の取り組みの充実方策】

▶ 地域において認知症の人と家族を支えるための認知症地域支援ネットワークの充実 **拡充**



▶ 地域支援に取り組む認知症サポーター、キャラバン・メイト、京都高齢者あんしんサポート企業の養成とフォローアップ研修の実施 **拡充**

▶ 認知症介護経験者による相談対応や介護サービス事業所による相談窓口の設置【再掲】 **拡充**

【見守りの支援方策】



▶ 市町村が地域の関係機関等と連携した見守り体制の推進や市町村をまたがる広域での徘徊に対応できる徘徊 SOS ネットワークを構築 **拡充**

▶ 地域の社会福祉協議会、民生児童委員やボランティア等の支援者と地域包括支援センターによる見守りネットワークの構築など地域での取り組みへの支援 **拡充**



▶ 地域ケア会議の開催促進【再掲】 **拡充**

【認知症の人の権利擁護の支援方策】

▶ 京都府権利擁護支援センターによる市町村支援の充実 **拡充**

▶ 成年後見制度、市民後見・法人後見、日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の啓発及び推進 **拡充**

※ 4 自立生活が困難な低所得の高齢者等が、食事提供・24 時間の見守りなどの支援を受けながら、より在宅に近い生活を目指す住まいとして京都府が独自整備するもの（軽費老人ホームの一形態）

【認知症の人とその家族の支援方策】



▶ 利用状況に応じたコールセンター機能の拡充【再掲】 **拡充**



▶ 認知症初期対応型カフェの設置【再掲】 **拡充**

▶ 介護保険施設における認知症行動・心理症状緊急対応加算制度の普及【再掲】 **拡充**

▶ 特別養護老人ホームにおける在宅・入所相互利用加算制度の普及【再掲】 **拡充**

▶ ショートステイ充実策の検討【再掲】 **拡充**

個別方策

6. 認知症ターミナルケアにおける対策

住み慣れた地域で、認知症の人の意思と尊厳が尊重されながら最期を迎えることができるよう、医療・ケアの一体的提供ができる体制を構築する。



▶ 看取り対策プロジェクトを設置し、認知症ターミナル期の対策を推進 **新規**
看取り対策プランの策定による看取り環境の整備



▶ リビング・ウィル等事前の意思表示の重要性についての啓発を実施 **新規**
府民講座等による普及啓発の実施

個別方策

7. 医療資源の地域格差是正

住み慣れた地域で過ごせるよう、地域における医療資源の格差を是正する取り組みを推進する。

▶ 認知症サポート医連絡会と連携した専門医不足地域への対応 **新規**
TV 会議システムの活用



▶ 専門医等サポートチーム派遣による相談・医療支援事業の実施 **新規**

8. 若年性認知症への対策

若年性認知症の人と家族が問題を抱え込まずに安心して相談し、必要な支援が受けられるための施策を充実する。

【若年性認知症に対応できる人材育成の支援方策】

▶ 産業医を対象とした若年性認知症に関する研修の実施 **新規**

● 平成 26 年度～ 研修カリキュラムの策定・研修の実施

重点

▶ 若年性認知症ガイドブックの作成及びガイドブックを活用した医療・介護関係者、認知症地域支援推進員・市町村認知症施策推進者等への研修の実施【再掲】 **新規**

▶ 症状が初期の段階のサービス利用者に対する介護関係者等への認知症対応力向上研修の実施【再掲】 **新規**

【若年性認知症の人とその家族への支援方策】

▶ 若年性認知症の人やその家族を対象とした相談会の実施・拡充 **新規**

● 平成 25 年度～ 市町村域を越える広域での相談会の実施

▶ 地域特性に応じて、サロンや認知症初期対応型カフェ、介護サービス等多様な場を活用した、若年性認知症の人の「居場所・生きがいづくり」等を支援できる人材と体制の充実 **新規**

重点

▶ 若年性認知症の人の雇用継続や就労支援、または、家族介護者が介護しながらでも働き続けられるため、企業や職場等の理解を促進する啓発活動の実施

▶ 働く家族介護者のニーズに対応して、利用する時間帯やサービス内容が柔軟に選択できる介護サービスや生活支援等の充実

【若年性認知症の専門的な医療支援方策】

重点

▶ 若年性認知症の人の「診療」と「居場所」づくりの充実 **新規**

● 平成 25 年度～ 若年性認知症に特化した専門外来の設置・拡充

● 平成 25 年度～ 若年性認知症デイケアの設置・拡充

プラン評価の方向性

英国の『国家認知症戦略』では、2009年からの5年間で、認知症ケアに関する政策やサービスの集中改革期間としているが、最終年（2014年）には、どの程度まで、この改革が前進したのかを、9の質問（9つのアウトカム）を使い、本人や家族も参加して確認することが、あらかじめ開始年（2009年）に定められている。

京都では、この考え方を参考として、認知症を生きる人（私）からの『10のアイメッセージ』を発出する。

～英国国家認知症戦略の最終年監査(2014年) における9つのアウトカム～

1. 私は、早期に認知症の診断を受けた。
2. 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
3. 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。
4. 私の周囲の人々、特にケアをしている家族が十分なサポートを受けられている。
5. 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
6. 私は、私自身を助けるすべて周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
7. 私は、人生を楽しんでいる。
8. 私は、コミュニティの一員であると感じる。
9. 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それがかなえられていると感じられている。

～京都式オレンジプラン『10のアイメッセージ』～

- 1** 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。

認知症になっても、できることがたくさんあり、できないことには、どんな支援が必要なのかなど、すべての人がこの病気を正しく理解することで、認知症の人の人権と個性が尊重される社会になります。
- 2** 私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。

早い時期に正しい診断や治療を受け、病気を理解し、支援を受けることで、認知症の人が自分自身の将来を考え決めることができる社会になります。
- 3** 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。

認知症の状態や家族の状況等に応じ、適切に医療や介護・福祉のサービスが連携し提供されることで、認知症の人が住み慣れた地域で必要な時に必要な支援が受けられる社会になります。
- 4** 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいをもってすごしている。

認知症についての偏見をなくすことで、地域の中で孤立せず、できる範囲で働きたい、何か役割を果たしたいという認知症の人の思いが、かなえられる社会になります。
- 5** 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんでいます。

これまで培ってきた仕事や趣味の能力を、可能な限り活かせる場や機会が身近な地域に多くできることで、認知症の人が自分らしく人生を楽しめる社会になります。
- 6** 私は、私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされているので、気兼ねせずにすごしている。

認知症の人を支える家族の介護負担を軽減するため、身近なところに、相談や交流の場を増やすことで、介護者の生活や健康にも十分な支援が届く社会になります。
- 7** 私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に至るまで意思や好みを尊重されてすごしている。

意思表示がうまくできなくても、あたりまえに地域で暮らせることで、人生の終末を迎えても、認知症の人の尊厳が大切にされる社会になります。
- 8** 私は、京都のどの地域に住んでいても、適切な情報が得られ、身近になんでも相談できる人がいて、安心できる居場所をもってすごしている。

京都のどの地域に住んでいても、認知症に関する情報を得ることができ、身近なところで、各種のサービスを利用したり、仲間と出会い・交流ができることで、認知症支援に格差のない社会になります。
- 9** 私は、若年性の認知症であっても、私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加し、すごしている。

若年性の認知症になっても、同世代の人と同じように、家族や地域での役割が果たせることで、若年性認知症の人も生きがいもてる社会になります。
- 10** 私は、私や家族の願いである認知症を治す様々な研究がされているので、期待をもってすごしている。

究極の願いは認知症が治ること。そのために、認知症の原因解明、薬やケアなどの研究に社会全体で取り組む必要があります。

おわりに

国の研究における認知症有病率推計によると、軽度認知機能障害（MCI レベル）の方を含め、京都府内には現在既に、約 17 万人程度の認知症患者とその予備軍の方がおられることになります。

認知症は、多様な原因や病態がある疾病であることから、まだまだ病気そのものの正しい知識や理解が広まっておらず、京都における認知症を取り巻く「今」を見つめたとき、この多くの方々の中には、必要な支援に出会っていない方、十分なサービスを受けられていない方、あるいは、認知症という疾病そのものに気がつかれていない方などが、まだまだ多数おられるであろうことは想像に難くありません。

このような現状にたって、京都地域包括ケア推進機構では、平成 24 年 5 月から事前検討を開始し、同年 11 月から『認知症総合対策推進プロジェクト』を立ち上げ、5 年後の京都において、認知症の方とその御家族が、必要なときに十分な医療や介護のサービスを受受でき、孤立せず個人の尊厳が十分に尊重され、適切な居場所を行き来でき、安心して住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会を実現したい、そうした関係者、関係団体の希いを込めて、この度、京都認知症総合対策推進計画（京都式オレンジプラン）を策定いたしました。

さらに巻頭に、認知症の人とその家族の思いを、アイメッセージとしてオレンジロードに位置付けたのは、オール京都体制で、こうした目標に向かって検証と評価を繰り返しながら、認知症に正面から向き合い、あらゆる困難が克服されるよう、府民一丸となって取り組む決意を示したものであります。

今後、京都府・京都市及び府内各市町村などの行政機関をはじめ、この計画の策定に参画いただいた団体や、多くの御意見等をいただいた関係者・関係機関が、それぞれの責務の中でひとつでも多くの認知症支援策を具体化することにより、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会を、オール京都体制で実現していきたいと考えています。

平成 25 年 9 月

京都地域包括ケア推進機構
認知症総合対策推進プロジェクト

認知症総合対策推進プロジェクト委員名簿

全体会

委員長	京都地域包括ケア推進機構理事長	井端 泰彦
副委員長	京都府医師会理事	關 透
委 員	京都府社会福祉協議会副会長	櫛田 匠
委 員	京都府市長会事務局次長	山下 恭弘
委 員	京都府町村会総務課長	重井 優

医療・ケア連携部会

委 員	京都府立医科大学（認知症疾患医療センター）	成本 迅
委 員	京都府介護支援専門員会常任理事	松本 善則
委 員	京都府介護福祉士会会長	杉原 優子
委 員	京都府介護老人保健施設協会副会長	大川原 徹
委 員	京都府看護協会常任理事	宇都宮宏子
委 員	北山病院（認知症サポート医）院長代行	澤田 親男
委 員	京都府歯科医師会常務理事	木村 明祐 (～25年6月)
	京都府歯科医師会理事	宮本 保幸 (25年7月～)
委 員	京都私立病院協会副会長	武田 隆久
委 員	京都精神科病院協会会長	南部 知幸
委 員	京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会会長（25年4月～副会長）	荻野 修一
委 員	西京医師会理事	塚本 忠司
委 員	認知症のひと家族の会京都府支部代表	荒牧 敦子
委 員	福知山医師会理事	吉河 正人
委 員	京都府理学療法士会会長	並河 茂
委 員	京都府老人福祉施設協議会副会長	藤田 良一
委 員	京都市老人福祉施設協議会副会長	山岸 孝啓

初期対応・地域部会

委 員	乙訓医師会	野々下靖子
委 員	京都府介護支援専門員会	北野 太郎
委 員	京都大学医学部（認知症サポート医）	武地 一
委 員	京都府作業療法士会	加藤 里美
委 員	京都社会福祉士会介護保険委員会委員	大岡 正浩
委 員	京都精神科医会会長	三木 秀樹
委 員	京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会会長	源野 勝敏
委 員	京都地域密着型サービス事業所協議会副会長	三代 修
委 員	認知症のひと家族の会京都府支部副代表	山添 洋子
委 員	京都府訪問看護ステーション協議会副会長	木村 春香
委 員	京都府薬剤師会副会長	渡邊 大記
委 員	京都府立洛南病院（認知症疾患医療センター）副院長	森 俊夫

※団体名 50 音順

京都地域包括ケア推進機構

〒604-8418 京都府京都市中京区西ノ京東柵尾町6番地 京都府医師会館703

TEL 075-822-3562(代表) **FAX** 075-822-3574

E-mail info@kyoto-houkatucare.org

<http://www.kyoto-houkatucare.org/>