

京都式地域包括ケア

京都の現状と課題

～ケアマネジャーの視点から～

公益社団法人 京都府介護支援専門員会

井上 基

私は今、医療法人三幸会というところでケアマネジャーの仕事をしているんですが、縁がありまして平成23年から3年間京都地域包括ケア推進機構というところの事務局に出向という形で仕事をしておりました。

京都で動いている京都式地域包括ケアの大きな動きというのを、事務局という立場で裏側から見る事が出来ましたので、少しくいいたところの話を今日はさせていただきたいと思っております。

私はケアマネジャーで、都道府県・市町村の職員でも医師でもありませんので、普段お聞きになっていらっしゃる話とは違うお話が出来たらいいかなと思っております。

宮城県と京都府の比較

	項目	宮城県	京都府
H25年 (2013)	総人口 (千人)	2,328	2,617
	65歳以上人口 (千人)	553	676
	高齢化率 (%)	23.8	25.8
H52年 (2040)	高齢化率 (%)	36.2	36.4
	高齢化率の伸び (ポイント)	12.4	10.6

平成26年度版高齢社会白書-内閣府

宮城県と京都府の比較ですが、数字的にはそんなに大きく変わらないのかなと思います。

公益社団法人 京都府介護支援専門員会

京都府内に住居または勤務先を有する介護支援専門員(ケアマネジャー)が個人加入する職能団体として、2000(平成12)年に京都府ほか関係27団体の支援協力のもと、任意団体「京都府介護支援専門員協議会」として設立。
2007(平成19)年に社団法人化、2013(平成25)年11月に公益社団法人京都府介護支援専門員会として認定を受ける。
平成27年8月1日現在の会員数:1,491名



医療法人 三幸会グループ

- | | |
|--------------|--------------|
| 精神科病院 2 | 介護老人保健施設 1 |
| 精神科診療所 2 | 訪問看護ステーション 1 |
| 訪問看護ステーション 1 | グループホーム 8 |
| グループホーム 1 | 小規模多機能居宅介護 3 |
| 就労移行支援事業所 1 | 居宅介護支援事業所 1 |
| 訪問介護事業所 1 | 地域包括支援センター 1 |
| 相談支援事業所 1 | 訪問介護事業所 1 |

医療法人三幸会

MENTAL HEALTH & LIFE SUPPORT



私が所属しているのは、京都府介護支援専門員会というケアマネジャーの団体です。会員が1500人ぐらい、京都府内で勤務しているケアマネジャーで構成されています。

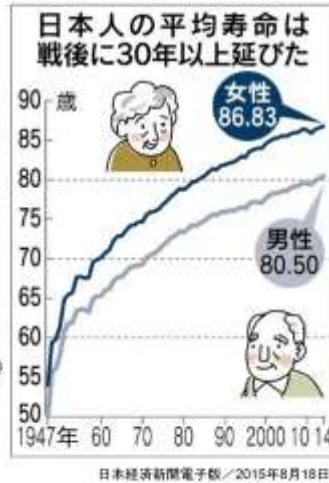
「介都くん」というキャラクターを最近作り、(頭・目で「介」の字を表す。)広報活動に使ったりしている。

勤めているのは、医療法人三幸会という京都市左京区岩倉という地域で精神科の病院が母体で医療・介護の施設を展開しています。

私はいくつかの事業所を統括するような仕事をしております。

日本人の平均寿命

京都と言えば・・・ 木村 次郎右衛門さん
京都府京丹後市
歴代最高齢記録の男性



大変、喜ばしいことです・・・

京都には、木村次郎右衛門さんという方がいらっしゃって京丹後市というところにお住まいになってた方です。

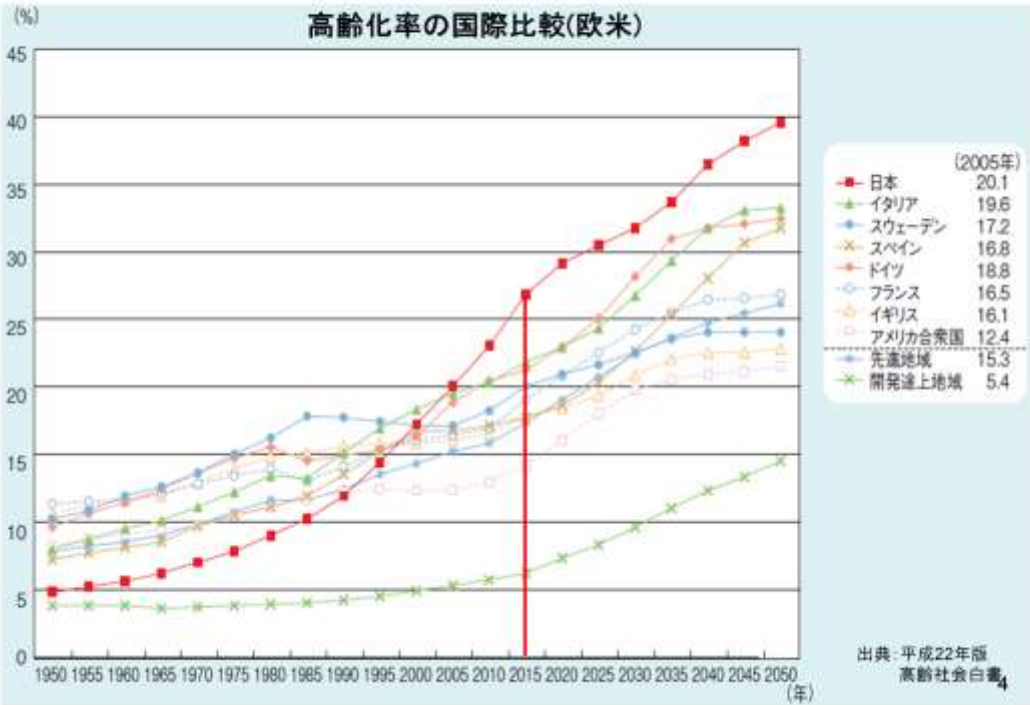
歴代最高齢の満116歳でお亡くなりになりましたが、京丹後市は長寿で有名で、最近「京丹後百寿人生レシピ」をいう本を市が発行したりして「長寿」を売りだそうとしています。

そういうことも含めて、日本人の平均寿命というのは戦後30年以上延びたというようなことが言われています。

皆さんがよく御存知なところだと思いますが、女性ですと86.83、男性ですと80.50というように平均寿命が延びて長生きする時代になった。これは大変喜ばしいことなんですよ。すばらしい事だと思っているんですが、単純にただ喜ばしいということではなかなか済まない世の中になってきたというのも反面あります。

今から少しその話をしたいと思います。

キーワード… 世界の中でもダントツの…

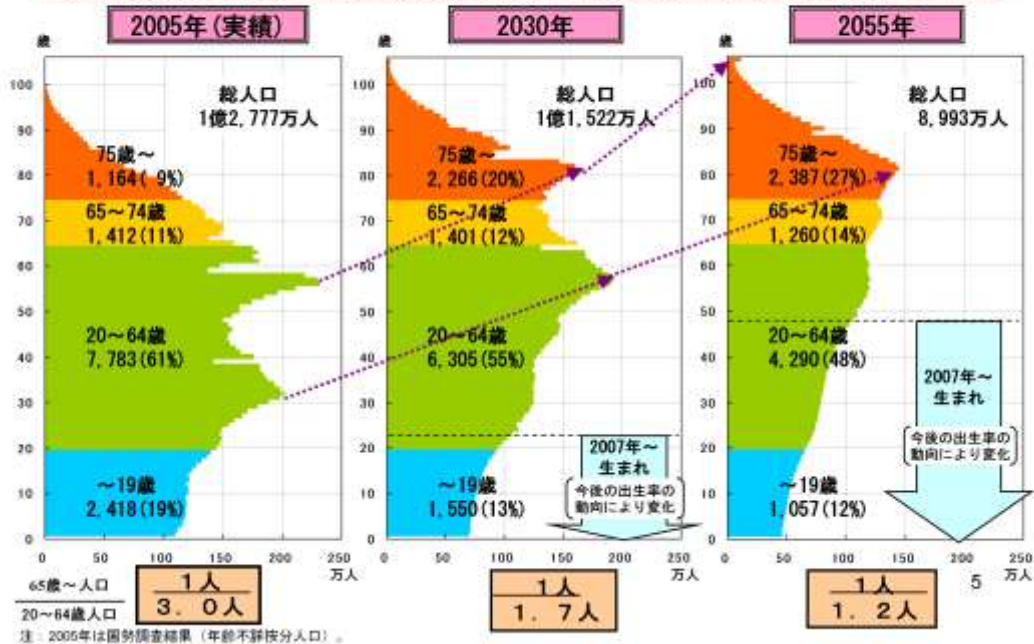


日本は世界の中でもダントツに高齢化が進んでいる。
各国の流れが書いてありますが、その中でも日本というのはダントツである。

キーワード… 2025年、「団塊の世代」が後期高齢者に突入すると

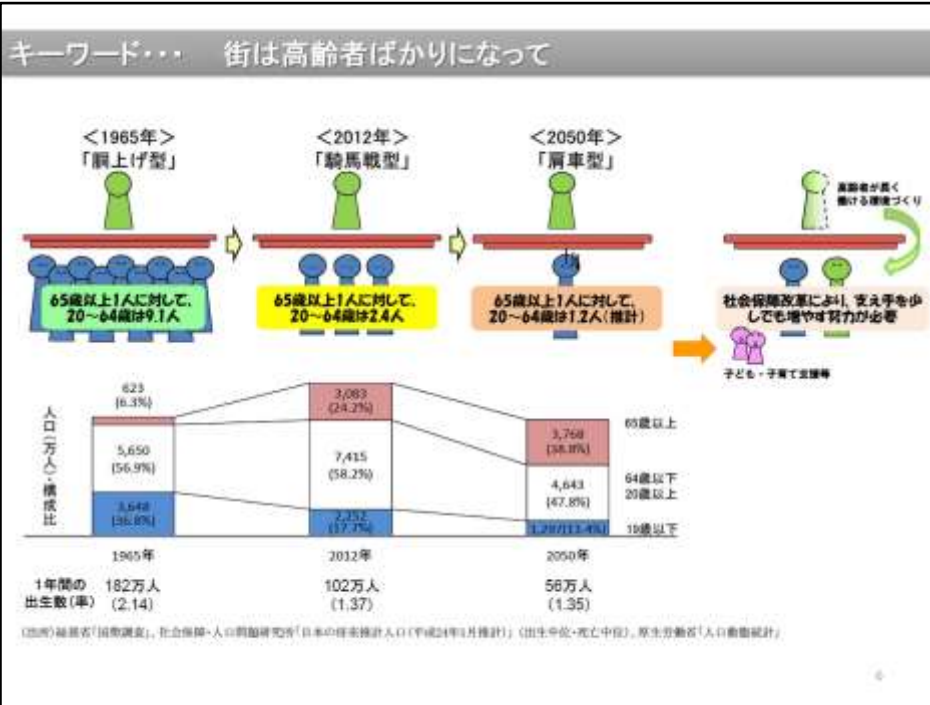
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

高齢者1人を3人で支えている現在の姿は、2055年には高齢者1人を1.2人で支える姿になると想定されている。



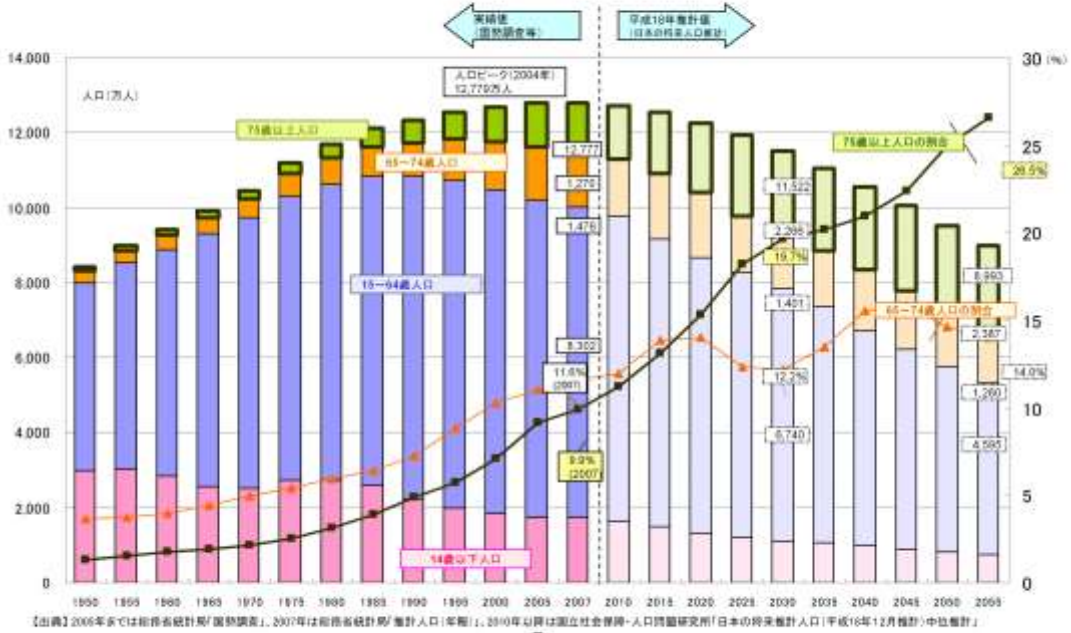
2025年、団塊の世代がついに後期高齢者に突入するというような時代を今、目前に控えているんだということが言われています。

今、2015年ですから10年すると2025年問題のど真ん中のところに当たっている。そうすると高齢者の方が非常に多く、それを支える労働人口、若い人達の世代というのが少なくなっていくということがいわれています。



当然、街はある意味高齢者ばかりになっていくことが言われているわけです。1965年には65歳以上が1人に対して20～64歳の人9.1人ぐらいで支えていたという時代から、2050年になりますと1人を1人が支えていかなければいけない、というような社会というのがこれからやってくる。

キーワード… 特に、75歳以上高齢者が増大する



特にその中でも75歳以上の後期高齢者というふうに呼ばれている層の人が非常に増えていく。

キーワード・・・ 特に大都市で・・・

高齢者人口（65歳以上）増加の特徴

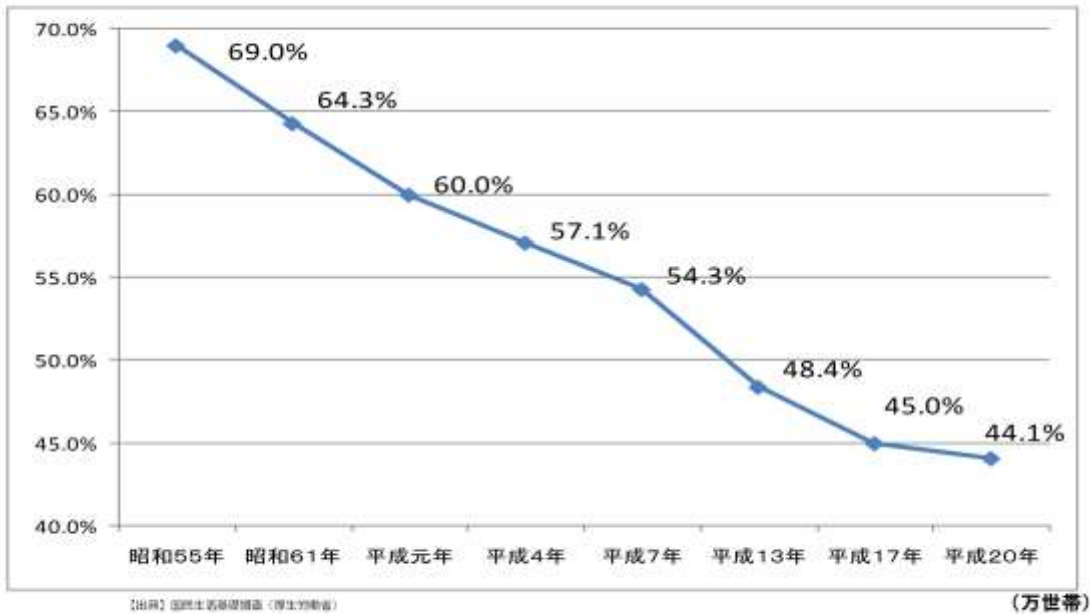
（2005年 → 2025年）



特に大都市で増えていくと言われている。
大都市で全体の60%

キーワード… 少子化と子との同居率低下が進行すると

65歳以上の人とその子との同居率



一方で少子化と子との同居率の低下というのはどんどん進んでいる。
65歳以上の人とその子どもの同居率というのは昭和55年からずっとすごい勢いで下がっている。

キーワード・・・ 高齢者単独・夫婦のみ世帯があふれます

高齢者の世帯形態の将来推計

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,906 万世帯	5,028	5,060	5,044	4,983
世帯主が65歳以上	1,355 万世帯	1,568	1,803	1,899	1,901
単独 (比率)	386万世帯 28.5%	466 29.7%	562 31.2%	631 33.2%	673 35.4%
夫婦のみ (比率)	465万世帯 34.3%	534 34.0%	599 33.2%	614 32.3%	594 31.2%
単身+夫婦のみ	62.8%	63.7%	64.4%	65.5%	66.6%

(万世帯)

(注)比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合 出典 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20年3月推計—」

そうすると街には高齢者だけの世帯が増えていく。そのような街並みになっていくのだらうと思います。

キーワード・・・ 認知症高齢者の推計値の推移

「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

1. 認知症高齢者数

- 平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ^(注)以上の高齢者数は280万人であった。

【算出方法】

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
 ②年間で同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※日常生活自立度とは、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、誰かが注意すれば自立できる状態。（次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照）

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

【算出方法】

- 将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計、死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

（参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書）

（単位：万人）

将来推計（年）	平成14年 （2002）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

11

もう一つのキーワードは、認知症の高齢者の数。非常に多くなっている。それだけ早期発見という事が注目されるようになってきてはいるが、2025年には470万人まで増えるというような事が言われています。



当然、介護にかかる費用も増加する一方である。
 すごい勢いで介護保険にかかる総費用の數位は年々上がっていて、それに伴い保険料に関しても増えていっている。
 これからもどんどん増えていこうという事が言われています。

キーワード・・・ でも、施設には入れない！

特養ホーム：待機者42万人 要介護4、5の6万人が在宅

－厚生省集計

- 厚生労働省は22日、特別養護老人ホーム（特養）の入所待機者数を42万1259人と発表した。前回調査（06年3月集計）の約38万5000人と比べて約3万6000人増えた。前は一部で人数を重複集計していたが、今回は重複を除外するよう調査しており、初めて実態に近い人数が明らかになった。
- 厚生省は「増加は高齢化が進んだことや、施設整備が計画通り進まないなどが要因で、深刻な状況」とみている。

08年4月以降に都道府県が実施した調査を今月集計した。待機者のうち、在宅の人は19万8677人（47%）。他の介護施設などに入所する「在宅でない人」は22万2582人（53%）。在宅の待機者のうち入所が急がれる要介護4、5の人は計6万7339人（16%）に上った。要介護度別では、要介護3が11万372人で最も多く、次いで要介護4が9万9806人、要介護5が7万8719人だった。厚生省によると、前回調査は重複のほか、要介護1に満たない人なども一部含まれていた。こうした人を除外した今回は精度が上がった。同省は「より全体像（実態）に近くなった」としている。

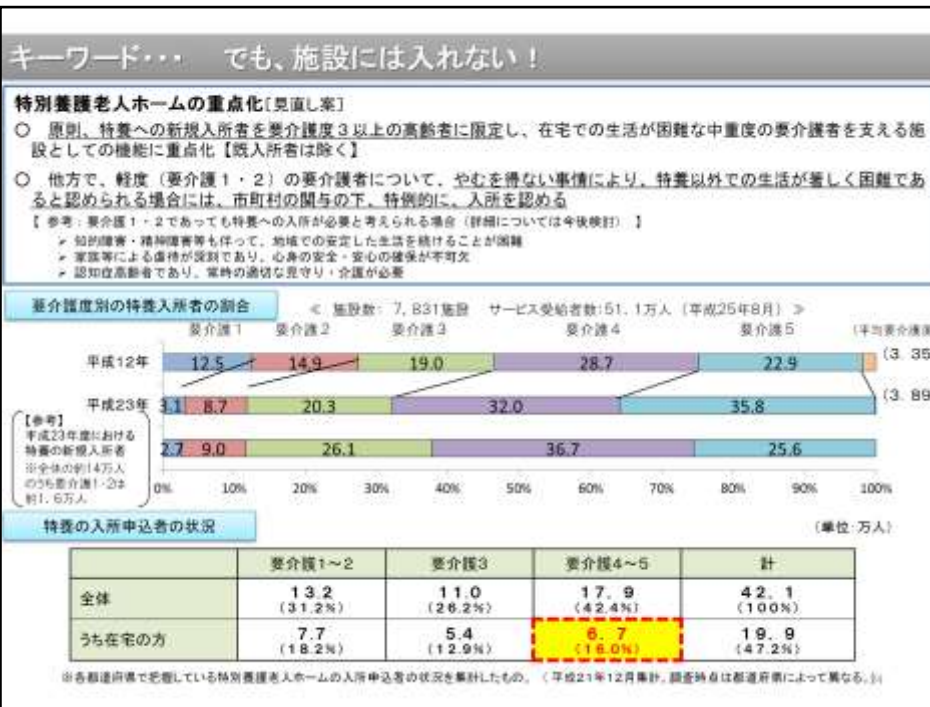
特養の待機者は、地価が高く介護の人材も集めにくいいため施設整備が進まない大都市部で多い傾向がある。しかし、一部の都道府県が在宅者や重度の対象者しか報告していないなど「データがばらつきがある」として、同省は都道府県別の人数は公表を見送った。

【H21/12/2毎日】

13

施設にはなかなか入れない時代になっている。

これは毎日新聞の記事だが、特養の待機者数は42万人いると言われています。



この4月の介護報酬の改定の中でも制度として特別養護老人ホームの入所者は要介護3以上に限定するというような制度が導入されるようになって来ています。

キーワード・・・ 高齢者の住まいの現状

○ 高齢者の**9割以上は在宅**

→ 第1号被保険者 3,072 万人のうち 2,980 万人（97%）が在宅

○ 要介護の高齢者のうち**約8割が在宅**

→ 要介護認定者 539 万人のうち 447 万人（83%）が在宅



高齢者の9割以上は在宅で過ごしている、要介護の高齢者のうち約8割の方は現実に在宅で生活をしていらっしゃる現状。

キーワード・・・ どこで生活していきたいか

介護サービスに対する高齢者の意識

(今後、どこで生活していきたいか)

- 高齢者の7割以上が「住み慣れた自宅での生活」を希望。在宅サービスの充実のため、「家族介護者への支援」「社会環境の整備」「医療・介護の相互連携」を望む声が高い。

◆ 介護保険サービス利用者アンケート(平成22年度 京都府)

今後、どこで生活していきたいか

回答項目	H22
自宅で生活したい	72.0%
ケアハウスや高齢者専用住宅などで生活したい	7.5%
特別養護老人ホームなどの施設で生活したい	16.7%

在宅サービスの充実のために必要と思われること

回答項目(複数回答)	H22
介護保険の在宅サービスの利用料を軽減すること	31.0%
家族介護者への支援を行うこと	41.3%
ボランティアなど地域住民全体で支える体制をつくること	17.9%
在宅医療、介護体制を充実させ相互の連携を深めること	37.2%
介護度が重くなっても自宅で生活できる社会環境を整備すること	39.2%
バリアフリー住宅など、高齢者住宅を充実させること	14.1%
安心して在宅生活が送れるよう見守りを充実させること	33.1%

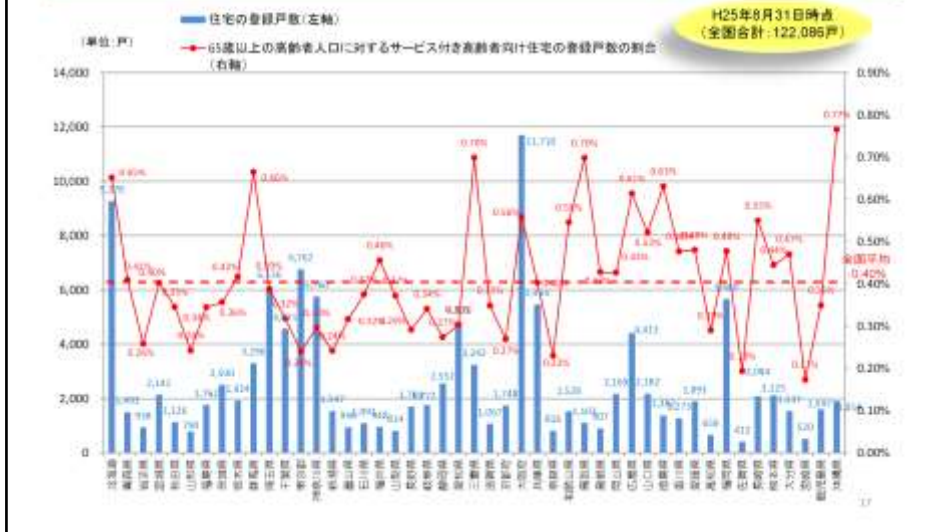
16

これは平成22年度に京都府が行いました介護保険サービス利用者に関するアンケートの一部抜粋になりますが、今後どこで生活をしていきたいか、高齢者の7割以上が住み慣れた自宅での生活を希望している。

在宅サービスの充実のためには家族介護者への支援や社会環境の整備、医療介護の相互連携というものを望む声が多かった、という結果がここで言われています。

キーワード・・・ サービス付き高齢者向け住宅の登録状況(都道府県別)

- 登録戸数が多いのは三大都市圏。それ以外の地域では、北海道・広島県・福岡県において突出している。
- 65歳以上の高齢者人口に対する住宅の供給割合は、東北地方・首都圏において全国平均を下回る傾向が見られる。

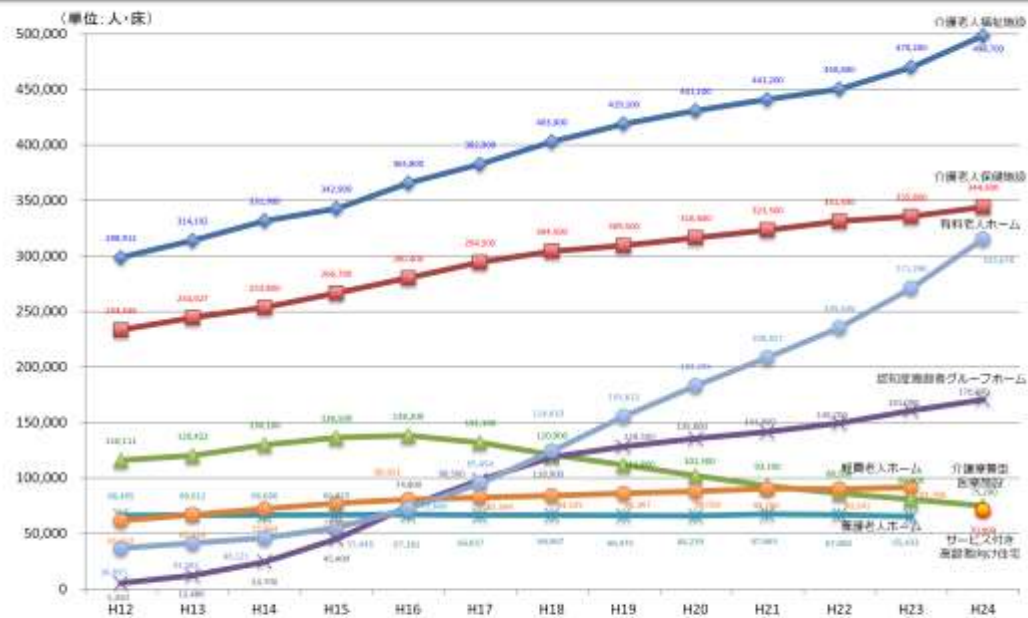


また新しい動きというのが最近出てきております。

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の一覧ですが、非常に大都市を中心に新しい住まいの在り方・住宅というのがものすごい勢いで増えてきてます。

特に、大阪、北海道などはダントツで飛び抜けているという事になりますし、宮城県と京都府というのはだいたい同じような感じの数という事になってますが、こういった新たな住まいの在り方っていうのが出てきますと、そこでのケアの在り方とか医療の在り方というのが今新しい形になっていってる、その対応というのも私達は考えていかなければいけない、ということが言われているところです。

キーワード・・・ 高齢者向け住まい・施設の定員数



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査 (narecs) [H12・H13]」及び「介護給付事業所調査の利用者 (narecs) [H14～]」による。
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域定着型介護福祉施設サービスを合算したものである。
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H18は認知症対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4：介護専用型長寿施設は、H12～H18は介護専用型施設等調査 (narecs) による。ただし、H21以降は調査票の回収率から算出した推計値。
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省高齢者福祉部調査 (senior) による。
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム (senior)」による。

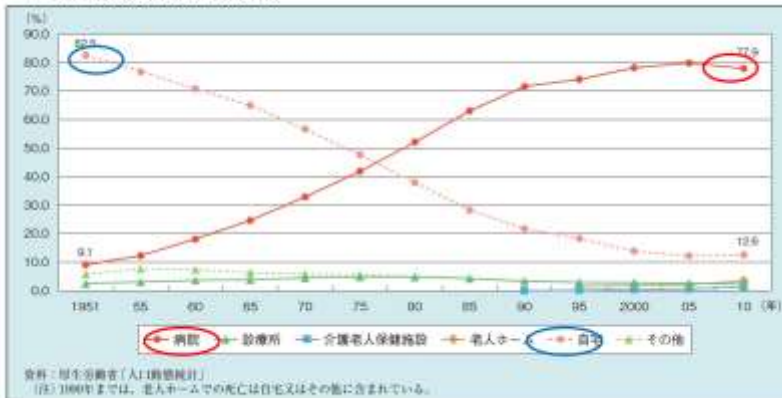
既存の施設と同じような形でこれからこのサービス付き高齢者向け住宅もどんどん増えていくことが考えられますし、また今の施設に限らずもっと新しい形態の施設はこれから出てくるかもしれない。

先ほど言いましたように、じゃあそこに対してのケアマネジャーのプランの在り方でずとか訪問診療・往診といったものがどんなふうに変化していくのか、非常に注目されているところです。

高齢者の看取りの場所 (8割以上の方が病院で最期を迎えている)

- 多くの高齢者が、自宅で最期まで療養することを希望している一方で、8割近くの方が病院で最期を迎えている。

◆ 死亡場所の構成割合の推移



当然高齢者の方が増えるわけですから、私達は現実問題として多死社会の到来というのをどういふふうに乗越えていくのか、どういふふうに対処していくのかということも考えていかなければいけない。

1950年には約8割の方が在宅でお亡くなりになっていたのが、今現在になりますと完全に逆転して、約8割の方が病院で最後を向かえているというようなデータです。

自宅で療養を続けることが困難な理由

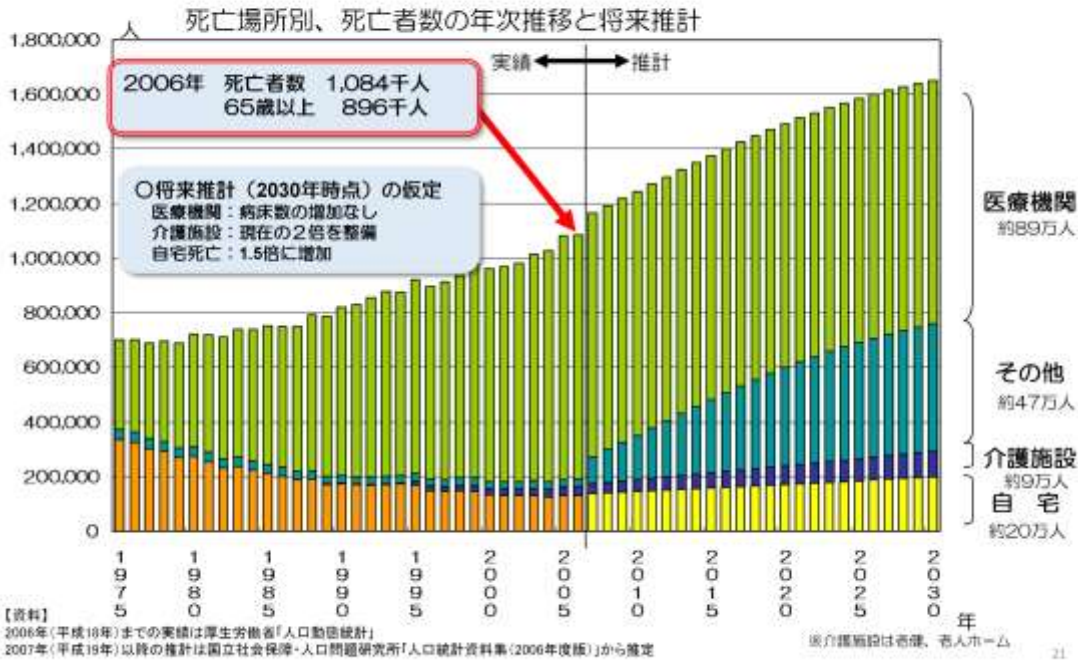
● 多くの人が、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急変したときの対応に不安がある」といった理由により、現実には、最期までの自宅療養が困難と考えている。

● 自宅で最期まで療養することが実現困難な理由(複数回答)



じゃあ、現実なぜそうなったのかということを見ていった時には、在宅で療養を続けるという事が困難な理由として多くの人が「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が急変したときの対応に不安がある」といった理由により、現実には最後まで自宅療養というのは困難になってきていることがでております。

キーワード… 多死社会の到来



まさにどこで亡くなるのか、死に場所をどうやって選んでいくのかということになってくるんだと思うんですが、医療機関で亡くなる、介護施設で亡くなる、自宅で亡くなる、まさに間に入っているその他というところにサービス向け高齢者住宅等が入ってくるんだと思うのですが、じゃあそこでの死の在り方を私達はどのように担保していくのか、考えていくのか。

人類がこれまで経験したことのない超高齢者社会

戦後、我が国は生活水準の向上や医療の発展を通じて、世界トップクラスの長寿国となった。有史以来の長きにわたり、人類は短命であったことを踏まえれば、これは文明の成果と言えるものであり、将来の世代へと受け継ぎ、誇りとすべきことである。一方、少子化とも相まって、**我が国は人類がこれまで経験したことのない超高齢社会に突入している**。これは、労働人口の減少により、社会の活力が失われ、所得水準が低下する懸念があるのに加え、医療や年金といった社会保障の負担が、特に現役世代を中心に重くなり、地域社会を始めとして、コミュニティ意識が希薄化するおそれがある社会である。

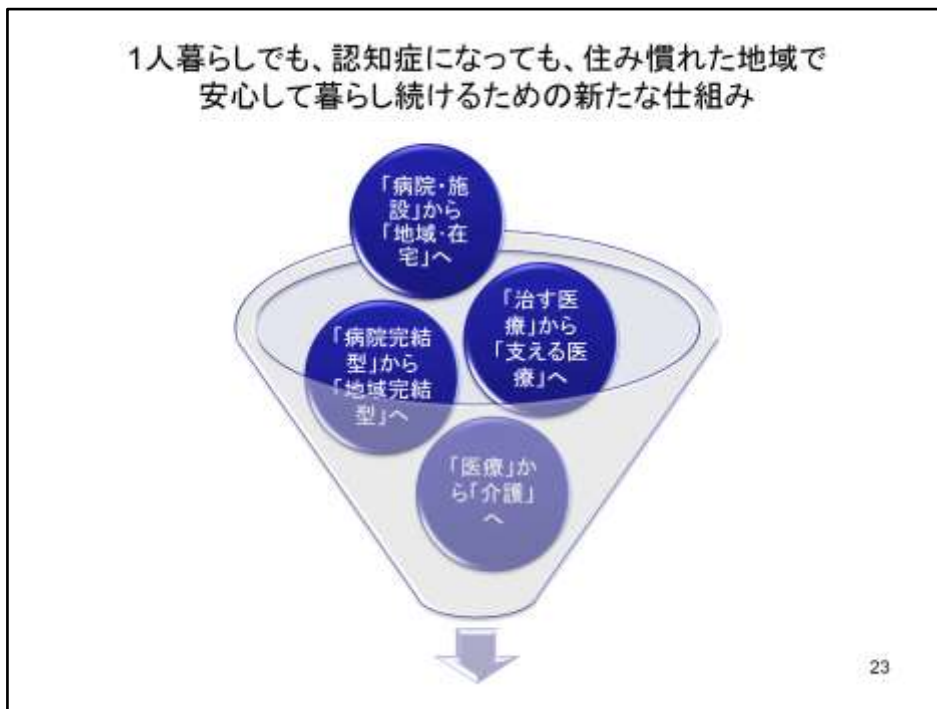
このような超高齢社会に対し、我が国は今、あらゆる政策ツールを総動員して備えねばならない。

22

ICT超高齢社会構想会議報告書 総務省 平成25年5月

いろんな事を申し上げましたが、今まさに私達の社会、私達というのは「人類がこれまで経験したことのない超高齢社会」に向き合っていかなければならないようになっている。これは平成25年の総務省の報告書の中から取っている文章です。

今これから向かっていく社会というのは、本当に私達は経験したことのない、誰もがどう対応していったらいいのかということを私達自身が新たに考えていかなければいけない、という時を向かえているというわけです。



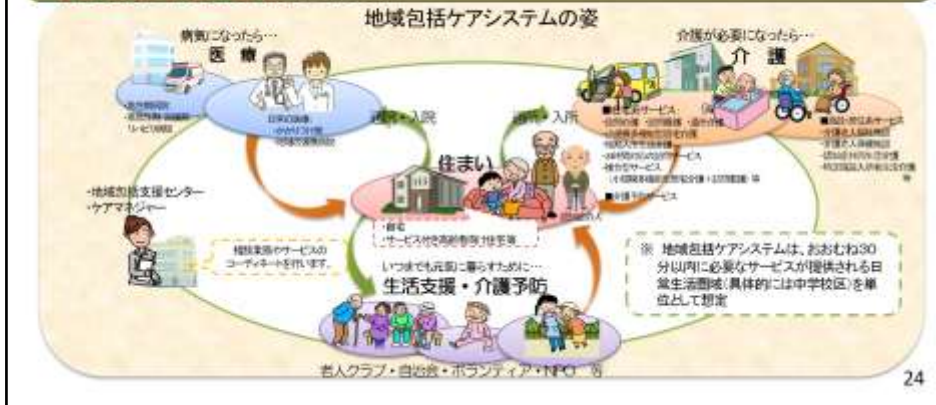
で、その中でここ12～13年ぐらい前から、一人暮らしでも認知症になったとしても住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための新たな仕組みというのが必要であるということが、言われるようになってきています。

じゃあその社会はどんな社会なのか、そのためにはどうしていったらいいのか、いくつか言われていることがあります。

「病院・施設」から「地域・在宅」へ、「病院完結型」から「地域完結型」へ、「治す医療」から「支える医療」へ、大きく「医療」から「介護」へ制度を転換していかなければいけないのではないかなというように12～13年言われていまして、そのための方法、システムというのがここでは地域包括ケアシステムと呼ばれるものになる、とされています。

地域包括ケアシステム

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



24

「地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定」している。

自宅だけではなくサービス付き高齢者向け住宅などそういった新しい住まいも含めた住まいを中心に、医療が必要となればかかりつけ医ですとか地域の病院というところにかかる、介護が必要になれば24時間対応してくれるようなサービスが用意されている、そこには介護保険制度では埋められないような隙間の部分に関してはいろんな生活支援ですとか介護予防のサービスですとか用意されている。

それがだいたい日常生活圏域の中で用意されているようなシステムを作り上げていかなければならない、というようなことが言われている。

地域包括ケアシステムの捉え方

- 地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示したものです。
- 地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。
- 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役割を果たすものと考えられます。



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

25

当然これも地域包括ケアを植木鉢でよく言われておりますが、ただそういった前提となるものとしてそこでサービスが成り立つためにはやはりそれなりの本人、家族の選択と心構え、今までのように単に一方的に受けるというだけではない、それなりの本人、家族、介護者もしくは我々関係者の心構えといったものも必要となってくるということが言われているところです。

ここまでは「本当にそうだなあ」という話。地域包括ケアは必要なんだろうなあ、というふうには理解できるんですが、ではどうやったら実現できるのか、どこが一番やっぱり大事になってくるところなのか、なんですが、

「京都地域包括ケア推進機構」設立の背景

- 在宅医療、認知症、看取り、介護予防、高齢者向けの住まい、地域での高齢者生活支援など地域包括ケアの各要素に関して、未だ方法論が確立していない。
- 国からの事業を地域に適合・浸透させることが重要

行政と関連する多職種が知恵を出し合い、
実効的な施策、事業を計画立案し、共通理解
のもとで協働することが不可欠

26

そこで京都では「京都地域包括ケア推進機構」というのを立ち上げようという話になったんですね。

在宅医療、認知症、看取り、介護予防、高齢者向けの住まい、地域での高齢者生活支援など地域包括ケアの各要素に関して、未だ方法論が確立していない。どうしたらいいかということが具体的に誰も示せていない。

さらに国からの方やいろんな事業が国から下りてくるので、それを地域に適合させたり浸透させるようなことをやっぱりしていかなければいけない、というようなことが言われるようになった。

じゃあどうするか。行政と関連する多職種が知恵を出し合い実効的な施策、事業を計画立案し、共通理解の下で協働するということが不可欠だよ、というような話になったわけです。

京都地域包括ケア推進機構設立趣意書

2025年(平成37年)には「団塊の世代」が75歳を迎え、高齢者が急増することによって、独居、夫婦二人暮らしの高齢者世帯が全世帯の4分の1を占めると推計されます。

一方では、介護保険の利用者からは「医療と介護の連携が必要」との意見や、サービスの現場からは「個人的なネットワークや経験頼みになっている」との声があり、医療、介護、福祉の各分野のコーディネート機能が別立てとなっているなど連携不足が指摘されています。

高齢者の方が介護や療養が必要になっても、地域で関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備を進め、個人の尊厳が尊重される社会を実現し、住み慣れた地域で24時間、365日安心して暮らしていける社会を築くために、医療、介護、福祉のサービスを切れ目なく一体的に提供する、地域包括ケアシステムの実現が不可欠です。

その実現のためには、行政や医療、介護、福祉関係のあらゆる機関・団体が集結し、オール京都体制を進める必要があります。

この度、「京都地域包括ケア推進機構」を設立し、このオール京都体制を確立するとともに、参画団体等が情報を共有しながら連携・協働を進め、京都市域包括ケアシステムの実現を推進することといたしました。

本推進機構では、医療・介護・福祉人材を強化養成するとともに、地域包括ケアシステムの要である地域包括支援センターを積極的に支援するほか、各専門分野が横断的、一体的となって京都市域包括ケアシステムの実現を目指します。

貴団体におかれましてはこの趣意に御賛同いただき、是非御参画いただくよう、お願い申し上げます。

平成23年 6月 1日

京都府知事 山田 啓二
京都市長 門川 大作
社会福祉法人 京都府社会福祉協議会会長 柏原 康夫
社団法人 京都府医師会会長 森 洋一

誰も示してくれない、誰も教えてくれないから、じゃあみんなで知恵を出し合おうというふうになった。

そこで推進機構の立ち上げということが行われました。

これがその時の趣意書ですが、知事、京都市長、都道府県社協の会長、都道府県医師会長の連名で設立の呼びかけを各関係団体などにし、平成23年6月1日に京都地域包括ケア推進機構というのが立ち上がったことになります。

全国初の取組として
超高齢化社会に対応する京都府の提言

その第一歩として 平成23年6月1日

「京都地域包括ケア推進機構」を設置！

**関係団体が一丸となったオール京都体制で
地域包括ケアの実現を目指す**

関係団体が一丸となったオール京都体制で地域包括ケアの実現を目指そうという
考え方の下

京都地域包括ケア推進機構(39団体)

(構成団体)

京都府立医科大学 一般社団法人 京都府医師会 公益社団法人 京都府栄養士会
公益社団法人 京都府介護支援専門員会 一般社団法人 京都府介護福祉士会
一般社団法人 京都府介護老人保健施設協会 公益社団法人 京都府看護協会
京都大学 京都府行政書士会 京都府言語聴覚士会 京都府後期高齢者医療広
域連合 京都府国民健康保険団体連合会 京都府作業療法士会
一般社団法人 京都府歯科医師会 公益社団法人 京都府歯科衛生士会
京都府市長会 京都司法書士会 社会福祉法人 京都府社会福祉協議会
社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 一般社団法人 京都社会福祉士会
一般社団法人 京都私立病院協会 一般社団法人 京都精神科病院協会
京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会
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 京都府町村会
京都府病院協会 京都府立大学 京都弁護士会
京都府訪問看護ステーション協議会 京都府民生児童委員協議会
京都市民生児童委員連盟 一般社団法人 京都府薬剤師会
一般社団法人 京都府理学療法士会 京都療養病床協会
京都府リハビリテーション連絡協議会 一般社団法人 京都府老人福祉施設協議会
一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会 京都府 京都市

(五十音順)

29

39団体が集まりました。

医療, 介護の関係団体, 大学, 法曹界等々いろいろな関係機関が集まっております。

京都地域包括ケア推進機構

(代表幹事)

京都府知事 山田 啓二

京都市長 門川 大作

社会福祉法人 京都府社会福祉協議会会長 増田 正蔵

一般社団法人 京都府医師会会長 森 洋一

(理事長)

京都府特別参与 井端 泰彦

(理事)

京都府立医科大学学長

社団法人 京都府介護支援専門員会会長

公益社団法人 京都府看護協会会長

一般社団法人 京都府歯科医師会会長

一般社団法人 京都私立病院協会会長

社会福祉法人 京都市社会福祉協議会会長

一般社団法人 京都府老人福祉施設協議会会長

一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会会長

一般社団法人 京都府薬剤師会会長

京都府市長会会長

京都府町村会長

京都府健康福祉部長

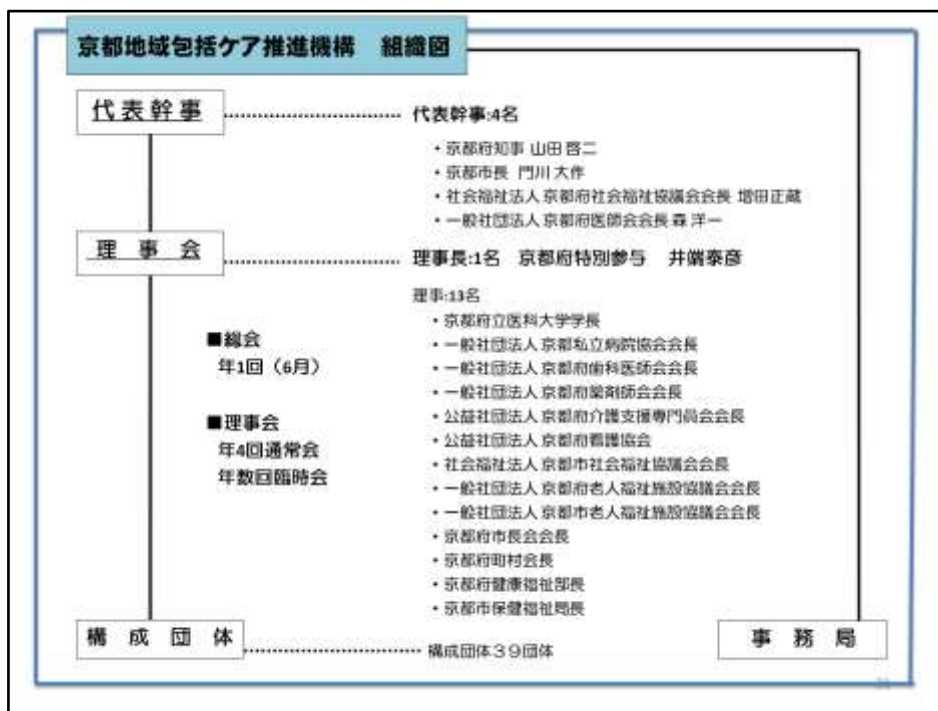
京都市保健福祉局長

(五十音順)

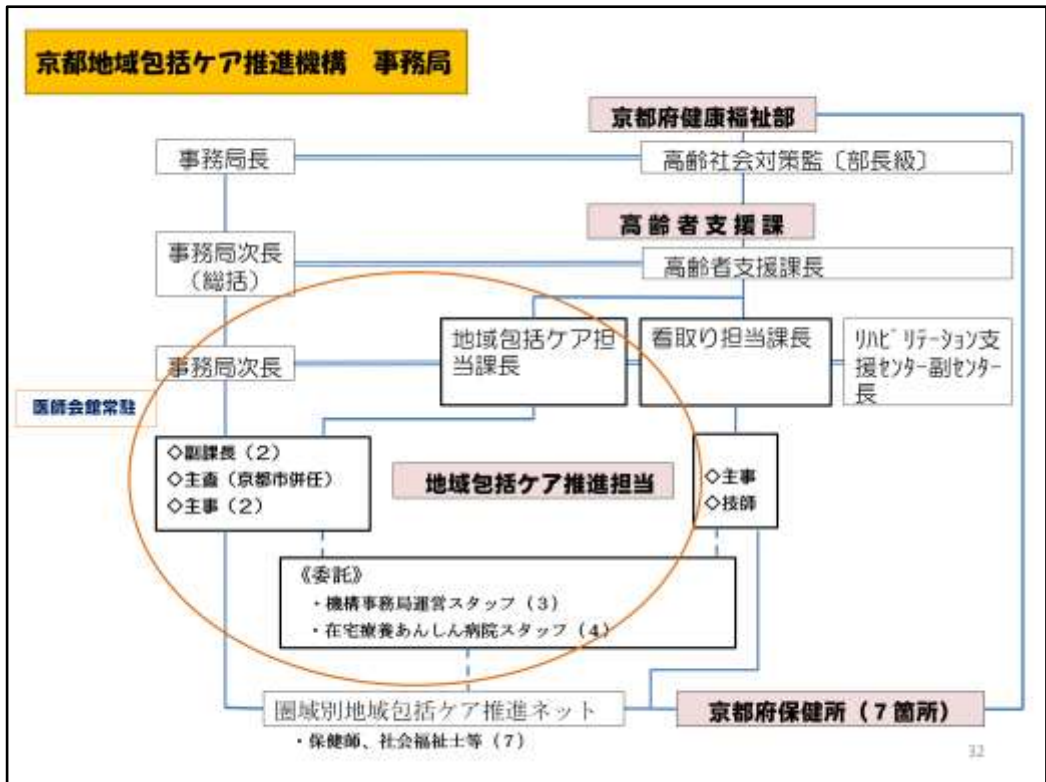
30

代表幹事には知事，京都市長，府社協の会長，府医師会の会長，理事長には京都府立医科大学の元学長で京都府特別参与である井端先生を向かえています。理事がそれぞれの関係団体の会長。

《設立総会の写真》



代表幹事，理事会があつて，構成団体が39団体。そして事務局が紐付いているそういう組織になっています。



事務局の体制です。

推進機構の設立には京都府の健康福祉部の高齢者支援課というところがまるごと事務局の機能を担っておりまして、高齢者支援課の中の地域包括ケア担当課長が、実務を仕切る事務局次長として京都府医師会館の中に常駐をして、この京都地域包括ケア推進機構の事務局を動かしているというような組織体系になっております。

そこに機構の立ち上げ2年目から京都市の職員も一人出向という形で入り、府社協の職員も一名加わり、というような形で今事務局としては動いている。

私が行っておりましたのはここで、出向という形で3年間ここで仕事をしていたということになります。

事務方の担当課長がトップで、専門職としては副課長レベルの保健師が一名と私がケアマネジャー・社会福祉士として一名という感じで、あとは事務方の職員で構成していた。

……そうはいつでも、集まったからといっても集まれば何か出来るかという決してそうではない。集まったことによって逆にもめて物別れになってしまうこともあるかもしれない、やはりだれが音頭をとるのかやっぱりキーパーソンになる人が必要でした。

で、京都では京都府医師会の北川副会長という先生がキーパーソンになってます。

この先生がやはり中心になって音頭をとったということで、京都の二条駅の真ん前にあります京都府医師会館の7階にこの京都地域包括ケア推進機構の事務局が入りまして、常に医師会とのホットラインがそこに出来まして、常にそこで連携を取りながらお互いに協力をしながら推進機構の事務局業務というのが動いていった。

プラスやっぱりキーパーソンの「北川先生が言うなら……」ということが何度も地域を回る度にありました。

「あの先生が言うなら……協力しなくちゃしょうがないよね」というようなキーパーソンがここでは必要になってくるというようなことがあります。

京都式地域包括ケアを巡る国・京都府・京都府医師会の主な動き		
年 月	国・京都府の動き	京都府医師会
平成18年06月	医療制度改革関連法成立 入院期間短縮(療養病床削減) 生活習慣病対策	
平成20年03月	「京都府地域ケア確保推進指針」策定	「地域ケア委員会答申」
平成20年10月	「高齢者ケア体制整備推進プラン」策定	
平成22年03月	「老後も安心して暮らせる地域包括ケア推進プラン」策定 地域包括ケア推進センター(仮称) 在宅医療支援病院(仮称)	「地域ケア委員会答申」
平成22年10月		「京都府医師会」移転
平成23年04月		「京都府医療トレーニングセンター」開設
平成23年06月	「京都地域包括ケア推進機構」設立	
平成24年01月	「在宅療養あんしん病院登録システム」運用開始	
平成24年10月		「京都在宅医療塾」開始
平成25年09月	「京都式オレンジプラン」策定	33

実際この推進機構の立ち上げに関しましてはかなり医師会の動きというのが連動しておりました。

突然号令がかかったからといってやはり突然集められるわけではないので、

京都でいいますと平成18年医療制度の改革で療養病床の削減というのが出てから、何とか京都府で考えていかなければならなんじゃないかというのもあり、20年3月には「京都府地域ケア確保推進指針」が策定され、「高齢者ケア体制整備推進プラン」、22年の3月にでました「老後も安心して暮らせる地域包括ケア推進プラン」の策定の流れの中で初めて「地域包括ケア推進センター」という構想ができたということになるんですが、そこで裏付けとしては、京都府医師会で「地域ケア委員会」という北川先生が多職種でやっている委員会があるんですが、そこでの議論というのが構想のベースになっていった。

私はその「地域ケア委員会」にもケアマネジャーの立場として参加をしておりましたので、既にそこでの議論というのが土壌にはあった。

で、医師会館が移転して新しい建物になった後に「京都地域包括ケア推進機構」設立し事務局もそこに入っていったということになります。

医療の面は北川先生が中心となって動いている、じゃあ介護はどうするんだと言われた時に、私に白羽の矢が立ったというわけです。

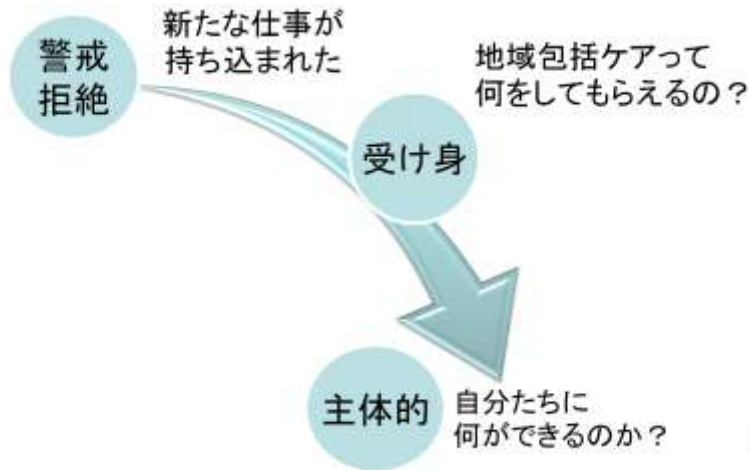
やっぱり現場である程度ケアマネジャーとして介護分野に顔が利く、知っている人がいる、事務局にいて一緒に動くってような体制がなければいけないというようなことで、この北川副会長から説得をされましてうちの法人の理事長にも直接北川副会長が話を持って行き、で私が出向という形で入っていくことになった経過があります。

で、医療は北川副会長、介護は私が動かしていこうということになりました。

これから、京都地域包括ケア推進機構の事業概要を説明しますが、その前提として、必要なのは…

視点の転換をどうやって促すか？

▶地域包括ケア推進機構の事業に協力してください…



35

「地域包括ケア推進機構の事業に協力してください…」

と言われても、現場の市町村の担当ですとか地域包括支援センターのケアマネジャーとかいろんな関係する人達は、やっぱりみんな新たな仕事を持ち込まれたとって警戒されたりとか拒絶をするんですね。

そこを「いや、そうじゃないんですよ」「これは必要なことなんです」っていうふうに意識を変えていかなければならない。

それでも「地域包括ケアって何してもえるの？」と何か形か作ってもらえて出来上がった制度を手渡してもらえるイメージを持ってらっしゃる方もいるんですが、決してそうでもないですよ。

先ほど言った地域包括ケアに、国も都道府県もそんな明確に「こうしてください」なんて形は落としにくい。やっぱりそこで私達が何が出来るのかというふうに、そういう視点の転換というのを促していかなければならないんじゃないか。

視点の転換をどうやって促すか？

▶ 自分たちとは、誰のことか？



36

じゃあ、主体的に取り組むのは誰なのか。

これもやはり行政，都道府県ですとか市町村が自分たちのこととして主体的に取り組まなくてはならないし，いろんな関係団体，県民・市民にも自分たちの問題として考えてもらわないならない。

そういう仕組み作り，働きかけが必要になってくるんじゃないかな，

…ということを前提におきながら事業をお聞きいただきたいと思います。

京都地域包括ケア推進機構の事業

1. 地域包括ケア総合交付金事業

市町村や関連団体が地域包括ケアの構成要素を整備するための事業、また連携・協働を推進するための事業を実施することを支援する。

2. 事業推進プロジェクト

地域包括ケア関連の重要課題に対し、推進機構に参加する京都府、市町村、関連団体等がプロジェクトチームを組んで事業の計画立案、実施を協働する。

37

大きく2つに分けております。ひとつは地域包括ケア総合交付金事業、かなり大きな予算で動かしていたものです。

「市町村や関係団体が域包括ケアの構成要素を整備するための事業また連携・協働を推進するための事業を実施することを支援するという事業」とあとは7つの事業プロジェクト事業が動いておりました。

市町村の取組を支援

(平成27年度当初予算)

新・地域包括ケア総合交付金 **2億円**

市町村

京都地域包括ケア推進機構3大プロジェクト(認知症、リハビリ、看取り)をはじめ、介護予防、日常生活支援、多職種連携、地域包括支援センター強化及び市町村等が先駆的に取り組む事業を支援

<対象事業>

- 1 認知症早期発見・早期対応体制構築事業
- 2 看取り対策事業
- 3 総合リハビリテーション地域包括支援事業
- 4 京都式介護予防プログラム普及促進事業
- 5 高齢者日常生活サポート推進事業
- 6 多職種連携推進事業
- 7 地域包括支援センター強化事業
- 8 先駆的地域包括ケア推進事業

保健所と事業所管課が連携し、市町村の取組を支援

まずは交付金です。

27年度もかなり大きく総額で2億円というふうに金額を確保しておりまして、「新」とついているとおり27年度大きく変わったんですが、枠組みとしては地域包括ケア推進機構のプロジェクトをはじめとした関連事業に取り組む市町村に対して交付金というのを出していくというもので、先立つものがなければ出来ないということがありますので、こういう交付金の事業というのがあります。

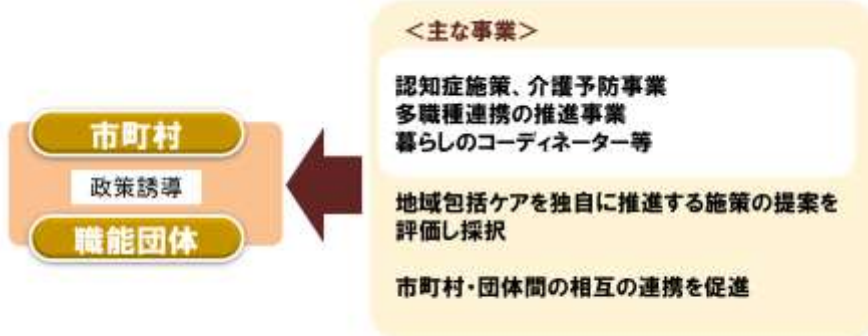
ただ、これは単にお金を出すというだけではない。例えば既存事業の予算の組換えであったり単なる人件費に終わってしまわないような仕組みというのが必要である。

市町村や職能団体の取り組みを支援

(平成23～26年度予算) 12.8億円

(平成26年度当初予算)

地域包括ケア総合交付金 **2.85億円**



市町村・団体の主体的な取り組みを応援

それまでの交付金というのは、職能団体に対しても交付金というのを事業を申請してもらって交付していたという歴史があるんです。

そこでは推進機構の事業を積極的に進めてもらうための政策誘導という意味合いが大きくありました。

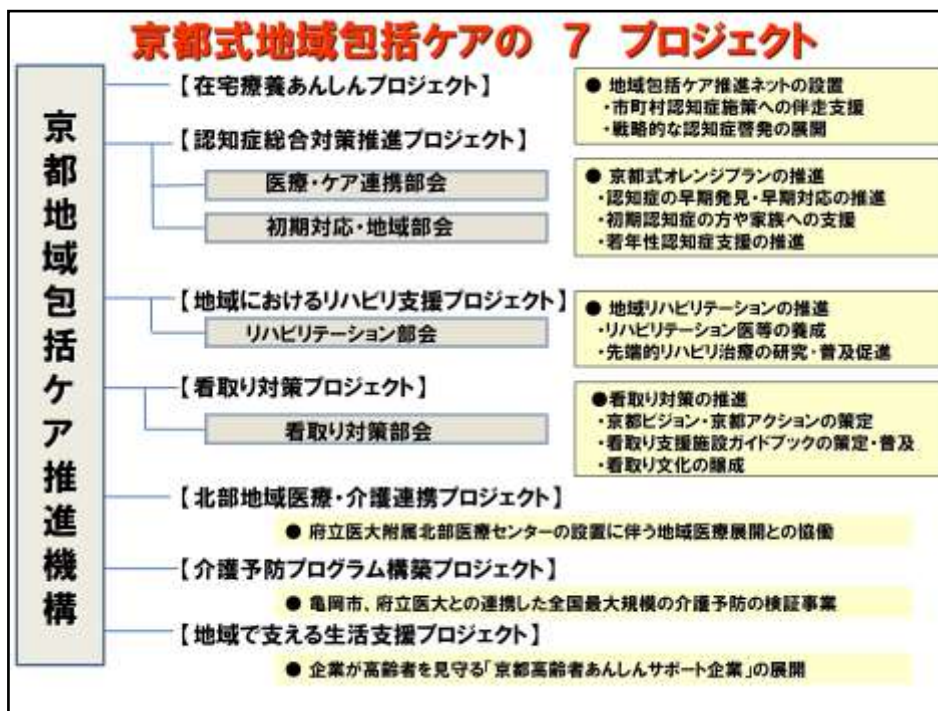
京都地域包括ケア総合交付金発表会

「京都地域包括ケア総合交付金」を活用した団体や市町村等の取り組み結果について効果などを検証し、地域や分野を超えた取り組みが生まれるきっかけづくりの場



40

仕掛けとしては交付金の発表会というのを年度末に開催しておりまして、交付金を受けた事業に関しましては市町村も職能団体もそれぞれ一年間の取組をそこでレポートしてもらったりポスター発表をしてもらったりですとかワールドカフェというワークショップ方式を使って市町村と関係団体など、敢えて入り乱れてディスカッションして関係づくりがとれるようなそういうような仕掛けというのをここでしていた。こういったことがたぶんかなり必要になってきます。これをしなければ、一方的な単なる既存事業になってしまうのではないかな、と。



7つのプロジェクトが動いておりましたが、今日は2つだけを中心にお話をさせていただきます。

在宅療養あんしんプロジェクト
在宅療養あんしん病院登録システム

1 目的
在宅療養中の高齢者が、かかりつけ医の協力によりあんしん病院を事前登録することで、体調不良時にかかりつけ医の判断によりスムーズに病院を受診、必要に応じて入院ができ、結果として早期退院につなげ「在宅療養を維持」することを目的とした「全国初のシステム」

2 利用者(高齢者)
京都府内在住の高齢者(65歳以上)で、在宅で療養(定期的に通院)を行っている方

3 入院の受け入れ
高齢者が在宅療養が困難になった際の比較的短期間の入院をかかりつけ医を通じて受け入れる(想定されるケース) 軽微な異常(肺炎の初期状態、脱水)であっても、今後、病状が重度化し、心身機能に低下を招く恐れがある場合等

4 退院に向けての連携
病院の地域連携室(担当者)を中心にかかりつけ医を含む在宅チームと連携し、退院調整を行い、在宅生活へのスムーズな移行を実現

5 運用開始時期
平成24年1月1日

6 登録実績
在宅療養あんしん病院 138病院、登録者 9,619人(H27.7.31現在)

【参画団体】一般社団法人京都府医師会、一般社団法人京都私立病院協会、一般社団法人京都府歯科医師会、一般社団法人京都府薬剤師会、公益社団法人京都府介護支援専門員会、公益社団法人京都府看護協会、京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会、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、京都府訪問看護ステーション協議会、京都府市長会、京都府町村会、京都府、京都市

その一つは在宅療養あんしんプロジェクトです。

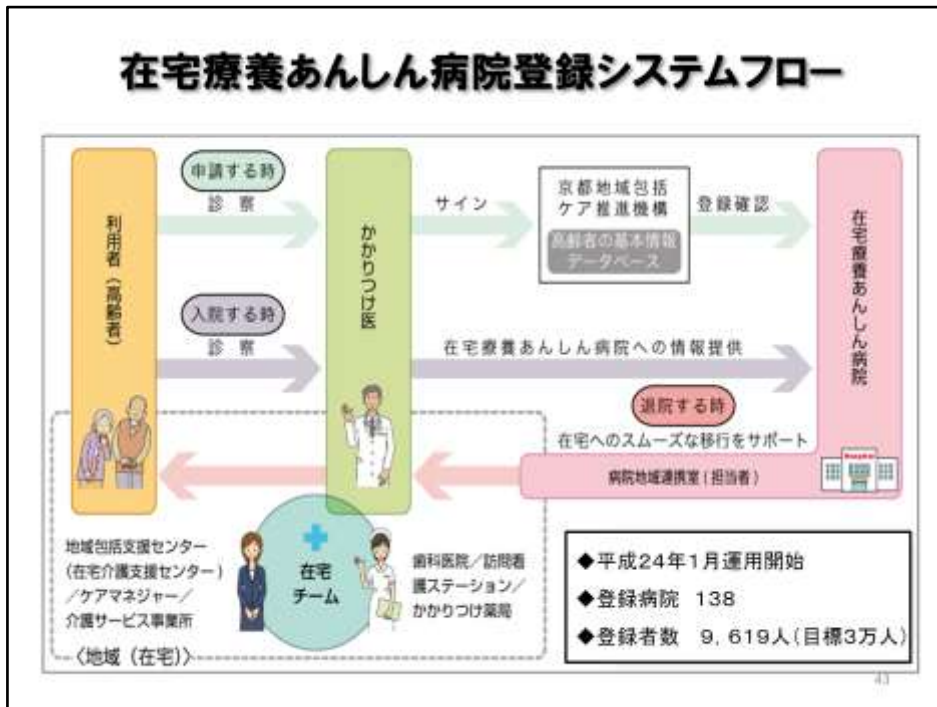
これは「在宅療養あんしん病院登録システム」というシステムを動かすというのが最大のミッションのプロジェクトになっておりまして、在宅の療養者がかかりつけ医の協力により「あんしん病院」を事前登録することで、体調不良時にかかりつけ医の判断によりスムーズに病院を受診、必要に応じて入院ができ、結果として早期退院に繋げ、在宅療養を維持することを目的とした全国初のシステムです。

京都府内在住の高齢者で、在宅で療養を行っている方、入院の受け入れ、高齢者が在宅療養が困難になった際の比較的短期間の入院をかかりつけ医を通じて受け入れる。

これは救急のシステムではありませんので、軽微な状態変化高齢者の方が肺炎になりかけているとか脱水の症状をおこしかけているとかこれまではなかなか入院に結びつかなかったというのを早期に対応することによって早期に退院を促していく、そこに多職種連携というのが被さっていく、というシステムということになっています。

24年1月に始まりまして、今現在H27.7.31現在で9600人の高齢者の方が登録しているということになっています。

在宅療養あんしん病院登録システムフロー



目標としては3万人を掲げたんですが、先ほど言いましたように1万人達成したとそういう実績になっています。

在宅療養あんしん 高齢登録システム 登録申請書

① 氏名・住所等 **必須**

ふりがな
 氏名
 住所

申請者本人 **必須** （任意） （本人以外に代わって申請する場合）
 私は、本申請書で登録する情報も、本システムで情報をお知らせすること、
 他医療従事者と共有することにご
 同意する 同意しない

② 登録希望病院名 **必須** （在宅療養あんしん登録） （一部中から、実際に登録希望者に記入してください） （複数記入可）

③ 介護保険 **必須** （在宅療養あんしん登録）
 介護保険サービスの利用状況 利用している 利用していない

④ 医療・介護関係機関 **必須** （在宅療養あんしん登録） （必ず登録希望者の住所から記入してください）

居宅介護支援事業所/介護福祉サービス提供事業所	名	〒	市	区	町	番	号	代表者氏名
地域包括支援センター	名	〒	市	区	町	番	号	代表者氏名
訪問看護事業所	名	〒	市	区	町	番	号	代表者氏名
かかりつけ歯科医院	名	〒	市	区	町	番	号	代表者氏名
かかりつけ薬局	名	〒	市	区	町	番	号	代表者氏名

かかりつけ医記入欄 **必須** （在宅療養あんしん登録） （必ず登録希望者の住所から記入してください）

かかりつけ医 氏名	氏名	〒	市	区	町	番	号	代表者氏名
住所	住所	〒	市	区	町	番	号	代表者氏名

① 本人情報
 ・氏名、住所、生年月日
 ・本人以外の連絡先

② 登録希望病院

③④ 医療、介護関係機関
 ・居宅介護支援事業所
 ・地域包括支援センター
 ・訪問看護事業所
 ・かかりつけ歯科医院
 ・かかりつけ薬局

かかりつけ医(署名)

44

登録するときには本人の情報、希望する病院、医療、介護の関係機関、そしてかかりつけ医の署名がないと登録できないんですが併せてケアマネジャーがどこか、かかりつけの薬局はどこか、かかりつけの歯科医院はどこかというような情報を登録することによって初めて動き出すというシステムになっています。

京都新聞記事

2011年9月13日 火曜日

在宅療養高齢者の体調不良時 入院先を事前登録



府・京都市・医師会、1月から
在宅療養高齢者の体調不良時、在宅療養中の高齢者には、在宅療養中に体調不良が生じた場合に、事前に登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。

肺炎・脱水など 早期治療へ

京都府や京都市、府医師会などは13日、在宅療養中の高齢者の体調不良時、事前に登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。

府・京都市・医師会、1月から
在宅療養高齢者の体調不良時、在宅療養中に体調不良が生じた場合に、事前に登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。登録した医療機関に入院先を登録する。

平成23年9月13日付
京都新聞記事より引用
©京都新聞

始まる時にはこうして新聞にも取り上げられて動き出したシステムですが、

在宅療養あんしんプロジェクト

- プロジェクト会議(平成23年 22回開催)

- 京都府医師会
- 京都私立病院協会
- 京都府介護支援専門員会
- 京都府看護協会
- 京都府歯科医師会
- 京都府薬剤師会
- 京都市長会、町村会等 11団体



正式なプロジェクト会議
発足までに・・・
半年間・毎週木曜日・
17:30～19:00打ち合わせ
会議を開催

46

プロジェクトは平成23年に22回これだけのメンバーを集めてプロジェクトの会議が行われてこのシステムが出来上がっていったわけですが、実はこのプロジェクト会議が発足する前に既に半年間毎週木曜日5時間半から7時まで打ち合わせ会議というのが医師会、市立病院協会、京都府介護支援専門員会の3者で行われたという経過がありました。

在宅療養あんしんプロジェクト

この『事前打ち合わせ会議』での顔の見える関係が、その後の様々なプロジェクトで生きてくることに…

- 医師会と病院協会
- 開業医と病院医
- ケアマネジャーと開業医
- ケアマネジャーと病院医
- 行政と…



その後、システム普及のための京都府内地域巡業につながっていく。

47

この会議がとても重要であったと思っています。なかなか意見が合わないというところもあったんですが、事前打ち合わせ会議での顔の見える関係が、その後の様々なプロジェクトで生きてくることになったのかなあというふうに思っています。

医師会と市立病院協会との先生達同士の関係、開業医と病院医、ケアマネジャーと開業医、ケアマネジャーと病院医、そして行政、それこそ京都府とか京都市というのが入ってましたので担当とそれぞれの先生達との関係、まさに顔が見えて侃々諤々議論していったものというのがこの「あんしん病院」のまさに中核といったところに繋がっていきまして、その後京都府内全域にこの制度を広げるために巡業して行ったんですが、ここでもそういう先生達が協力をしてくださったという経過がありました。そこがまさに多職種が連携するきっかけのところになっていくのかなあと思ったりしています。

先生方が実際に患者さん、利用者、在宅で生活している人達の見えない姿というのをケアマネジャーは知っている。

ケアマネジャーはその情報を基に「制度を作っていくにはこんなところが問題なんだ」「こういうふうにつけていったらいいんだ」ということをケアマネジャーの立場で先生達に言える。

先生達は医療の専門家・かかりつけ医・主治医として意見を言ってくれる。

たとえ使っている言葉は違ったとしてもそれぞれの立場、職能・専門性を活かして実現することによって、初めて制度が作られていく、というそこが正に多職種連携のところではミソになっていくんじゃないかなあと思ったりしています。

「在宅療養あんしん病院登録システム」の狙い

- 在宅医療の継続・在宅医療の推進
 - 重症化の予防
 - 負担軽減
 - 安心感(事前登録、多職種による支援)
- 病診連携・役割分担の推進
 - 病院機能(在宅療養支援機能、退院支援・調整機能)
 - かかりつけ医機能(情報提供、退院支援、在宅医療)
- 病院と在宅チームの連携、多職種協働の推進
- 病床の有効利用
 - 早期アクセスにより、入院の長期化を防ぐ
 - 退院支援のための連携・退院後の受け皿の確保
 - 高度救急病院の負担軽減

狙いはいろいろあります。

在宅医療を推進していく。病診連携とか役割分担を推進していく、病院と在宅チームの連携、病床の有効利用など様々なことがあるんですが、なかなかただ課題も多くあります。

「在宅療養あんしん病院登録システム」の課題

- 京都府独自の取り組みであり、入院を担保するには至っておらず、十分な「あんしん」を提供できない
- 地域によっては、病院がすでに同様の機能を果たしており、本システムの意義が少ない
- 本システムの対象となる病状と救急対応との区別が不明確、高齢者救急との一体的なシステムの構築が望ましい
- 診療報酬の評価、病院機能分化の流れと必ずしも一致しておらず、病院の理解に依存している部分大きい
- 看取り、認知症への対応は困難
- 早期入院の有効性についてのエビデンスは？
- 退院調整をいかに効率的に行うか？
- かかりつけ医が役割を果たせるか？
- 患者・家族に本システムを正しく理解してもらえるか？

49

別に病床を確保している制度ではありませんので、入院出来ない事もあり得る、

・・・などなどいろいろあるんですが、私が今機構から離れているから言えるんだと思うんですが、やっぱり「あんしん病院登録システム」は非常に華々しい感じで動かしてるんですが目標は3万人に対して登録数が1万人というふうに、システムとしてはなかなか普及が難しいというのが今の現状だと思っています。これがやっぱり私が思うに都道府県レベルで作る地域包括ケアのシステムとしてはこの辺が限界なのかなあ、と。京都府全域に同じようなシステムで網の目をかけようとする、どうしてもふわ～とした制度でしか作れないんですね。これをだからこそ使いにくいから普及がしにくいってような現状が出てきている。

じゃあこれをさらにもう一歩進めようと思うと、この「あんしん病院登録システム」をもっとそれぞれの市町村にあったやり方にカスタマイズしていかなければいけない、私はその時期にそろそろ差し掛かってきてるんじゃないのかな、と思ったりもしています。

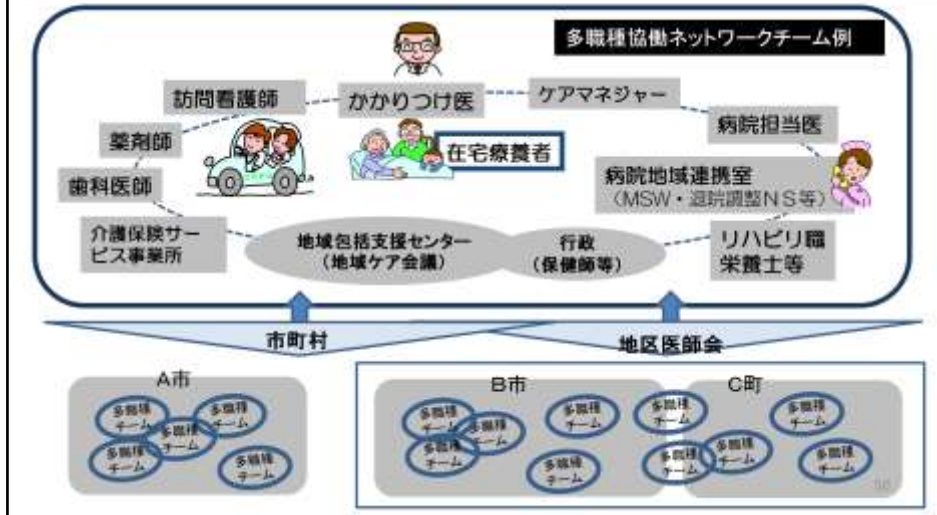
都道府県レベル、市町村レベル、日常生活圏域レベルで出来る事に段階があると思うんですが、地域包括ケアという考え方に関してはどうしても都道府県レベルですとこの辺りが限界になってくるんじゃないのかなあというふうに思ったりもしています。

在宅医療連携推進事業の展開イメージ

(多職種協働による在宅医療連携を担う人材育成事業)

在宅療養コーディネーターの役割

- ・地域における多職種協働連携ネットワーク(顔の見える関係)構築に向けた推進役(コーディネーター)
- ・地区医師会・関係団体・行政(市町村・保健所等)と連携し、多職種協働ネットワークチームが機能する地域づくり



それと関連づけて、いろんな多職種協働の在宅医療連携推進事業などが動いていたというような経過があります。

在宅療養コーディネーター養成数(H24～26)

	医師			歯科医師			薬剤師			訪問看護			ケアマネジャー			市町村職員 (地域包括支援センター職員含む)			保健所職員			合計
	H24	H25	H26	H24	H25	H26	H24	H25	H26	H24	H25	H26	H24	H25	H26	H24	H25	H26	H24	H25	H26	
京都市	17	10	10	12	9	6	12	2	2	13	1	1	13	1	5	2		14				130
向日市																1						
長岡京市	1			1	1					1			1			1	1	1	1		1	16
大山崎町																1	1	1				
宇治市																3	1					
城陽市	1			1	1	1	1	1	1	2	1		1			1						
久御山町																1		1				
八幡市																1	1				2	
京田辺市							1				1		1	1		1		1				
井手町	1	1														1		1				50
宇治田原町																		1				
木津川市				1	0											1		1				
笠原町																		1				
和東町	1	1	1							1			1			1			2	1	1	
精華町																		1				
磨山城村																1						
亀岡市	1									1	1		1			2	1					
南丹市				3	1		2						1	1	1				1			19
京丹波町																1						
舞鶴市				1						1	1	1				2		1	2		1	36
綾部市	2	1					1			1			1			1						
福知山市	4				1		1			1			1			4			5	1	1	
京丹後市	1	1								1	1	1				4	2					
宮津市				1	1		1									2	1	2	2		2	40
伊根町	3		1	1			1			1			1			1	2					
与野野町																3	2	1				
受講者合計	32	14	12	20	14	7	19	3	4	24	2	5	24	1	7	38	14	28	15	2	6	
地域リーダー合計	58			41			26			31			32			80			23			
府下合計													291									

京都での認知症に関する大きな動き

- ◆ 京都式認知症ケアを考えるつどい
- ◆ 京都府認知症総合対策推進プロジェクト

52

京都での認知症に関する大きな動きは、2つの流れがあります。
一つは当然推進機構が動かします「認知症総合対策推進プロジェクト」というもの。
もう一つは関連してるんですが「京都式認知症ケアを考えるつどい」という本当に任意で医療・介護の関係者が集まっている団体があります。

京都式認知症ケアを考えるつどい

2012年より3回のつどいを開催

「京都文書」



「認知症の疾病観を変える」
「大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ」

53

2012年から3回「つどい」という認知症ケアを考える集いというものを開いてる。そこでの大きなテーマというのは、2012年に生まれた「京都文書」の中でも言われてるんですが、「認知症の疾病観を変えていかなければいけない」もしくは「大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけなんだ」これは若年性認知症の人のケアに関する言葉ですが、どうしても若年性認知症の人は大変な人と捉えている。でもそうじゃないんだ、その短い大変な時期がある、その本人も家族も混乱している大変な時期だけをなんとかすれば、でもそこさえ今の医療とケアは対応できていないんじゃないか、そんな問題意識から始まったもの。

認知症総合対策推進プロジェクト

1 認知症疾患医療センターの設置

認知症の専門医や相談員を配置し、認知症疾患における鑑別診断・相談体制や地域の医療ネットワークにより途切れないケア体制を構築

府内8か所

2次医療圏域に
1箇所以上

2 京都式オレンジプランの推進

認知症初期から支援する初期集中支援チームや初期対応型カフェの設置

- ・認知症初期対応カフェの設置 (25 15市町村 → 26 20市町村)
- ・初期集中支援チームの設置を促進 (25 4市町村 → 26 5市町村)



3 認知症啓発の強化

2次医療圏域毎に認知症キャラバンメイト、サポーター等による啓発部隊を創設し、きめ細やかな啓発活動を展開(168名・7チーム)

「オレンジロード
つなげ隊」を創設

4 多様な相談窓口の設置や見守り人材の養成

- ・京都府認知症コールセンター
- ・きょうと認知症あんしんナビの充実
- ・京都高齢者あんしんサポート企業の養成



5 京都認知症総合センターの整備検討

54

京都認知症総合センターの整備検討は今年始まったばかり。

2つの認知症に関する動きに共通しているのは

出合いのポイントを どこまで前倒しにできるか (入り口問題)

55

2つの認知症に関する大きな動きに共通しているのは、「出合いのポイントをどこまで前倒しにできるか」
ここが大きく認知症のケアが京都で動き出したポイントになってるんじゃないかな、
と思います。

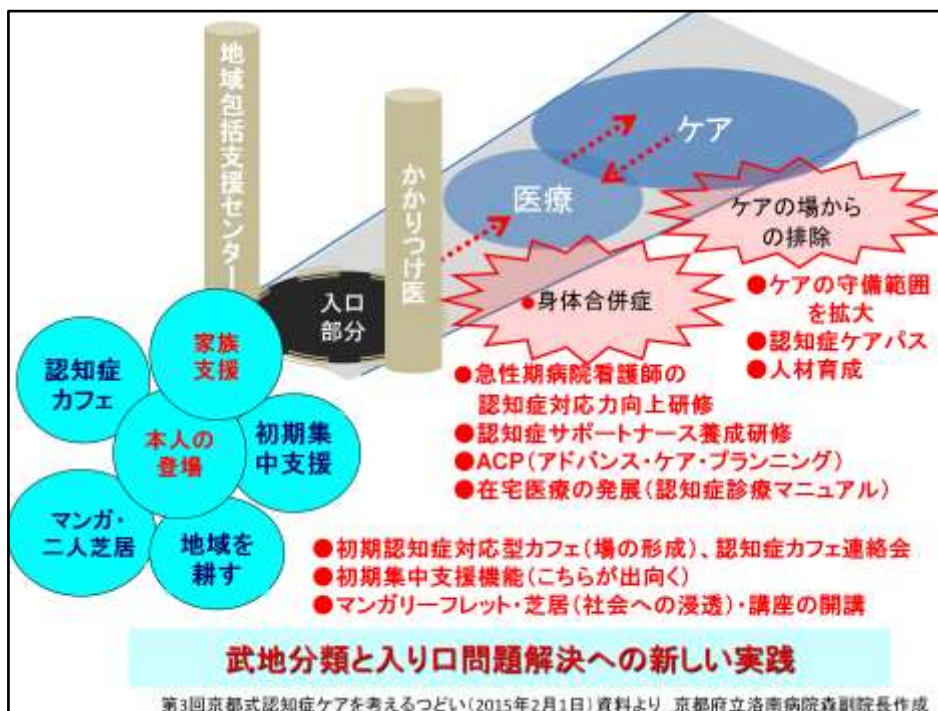


これは京都府立洛南病院の森副院長が作られている図なのですが「認知症の入口問題」といわれるものです。

認知症の入口「地域包括支援センター」ですが、入口に到達する前にいろんな問題、独居、貧困、孤立、支援拒否、複合的家族のせいで入口にすらたどり着けない人がいる。

今度は入口に入ったら入ったで「広義の入口」ということでは、「身体合併症問題」、認知症の人が身体的合併症の時病院から拒否される。地域医療が未成熟」できちんと診断が受けられない。

対応が出来ずにケアから排除される人、若年性認知症の人が多くですけど、そういった人達に対する入口、ここがやっぱり解決されなければ認知症ケアは動かないんじゃないかという問題提起。



で、今京都ではそれに対して認知症カフェとか初期集中支援チームが動き出したりですとか、認知症のサポートナースの養成研修が動き出したりですとか、いろんな動きというのが始まっている。

そういう共通の問題認識、入口問題を何とか解決するためもあり、大きく京都ではプロジェクトというのが動き出した。



一つは「医療・ケア連携部会」「初期対応・地域部会」この二つの部会が合計25回のプロジェクト会議をしながら作り上げていきましたのが「京都式オレンジプラン」というものになります。

認知症疾患医療センターの設置

【京都府のセンター整備の考え方】

- ①各医療圏域に1カ所以上の配置
- ②高齢者人口により、複数配置(概ね6万人程度に1カ所)



京都式オレンジプラン(京都認知症総合対策推進計画)の概要

計画期間
平成25年度～平成29年度

京都式オレンジプランの特徴

1. 府、市町村だけでなく、あらゆる関係団体や市民が当事者の視点で行動するプランとして策定
2. 予防・初期～ターミナル期に至る広範囲な課題やサービスの地域格差是正など認知症の課題全体を網羅
3. プラン評価の方向性として、認知症当事者からの『10のアイメッセージ』を導入し、5年後の目指す姿の実現を評価し検討していく

プラン構成

【認知症対策の方向性】
～とぎれない医療・介護のための「8つの課題（課題に対する目標と手段の方向性）」～

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	課題5 地域での日常生活・家族支援の強化
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	課題6 認知症ターミナルケアにおける対策
課題3 とぎれない医療体制づくり	課題7 医療資源の地域格差是正
課題4 とぎれない介護サービス体制づくり	課題8 若年性認知症への対策

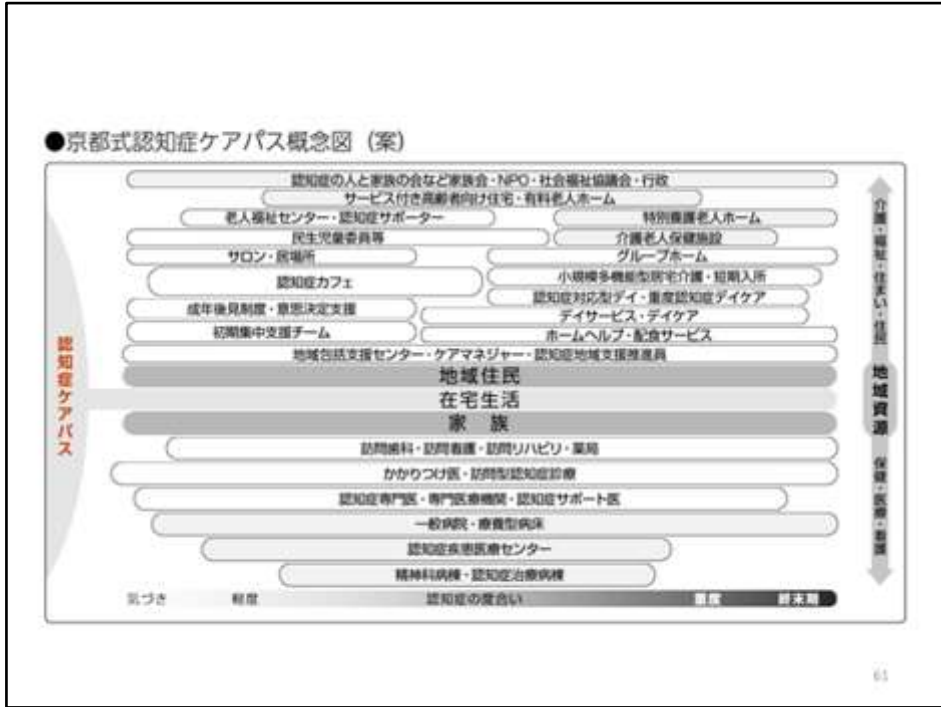
【京都オレンジ指標】
～認知症対策の方向性で示した「目標」に対し、京都で取り組むべき具体的施策～

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」
※京都府、京都市及び市内各市町村などの行政機関をはじめ、関係者・関係機関により具体化する認知症施策

主な重点項目

- 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し、医療と介護が一体となった支援体制の構築（京都式認知症ケアパスの作成・普及・定着）
- 認知症疾患医療センターを中心とした認知症の早期発見・早期鑑別診断・早期ケア体制の構築
- 若年性認知症に対応できる人材育成
- 認知症の人、家族、身近にいる住民、医療・介護関係者等すべてが認知症のことを正しく理解する普及・啓発の強化

京都認知症総合対策推進計画という平成25年から平成29年までかけての計画の中では、



「京都市認知症ケアパス概念図」というものと京都市オレンジプラン評価指標としての「10のアイメッセージ」というのが2つの大きな特徴として挙げられると思います。

「京都市認知症ケアパス概念図」というのはこういったケアパスの図です。真ん中に本人の在宅生活があり、気づきから終末期まで認知症の人がどんなふうに生活を送ってきてどんなサービスを使ってきたのかということが追っていきけるようなもしくはその時期に地域にどんなサービスがあるんだろうかといったことが地域で検討出来るような概念図がオレンジプランの中で固まっていた。



評価はどうしていくのか。

京都式オレンジプラン、5年間の計画です。5年が経ったときにどこまで達成出来たかをどう評価していくか。

一つのヒントとなったのは、平成25年4月にでた世界認知症宣言「私は認知症でも幸せに生きていける」というメッセージであったリイギリスの「認知症国家戦略の9つのアウトカム」がベースになりまして、京都では認知症の人とその家族が自らの言葉でその成果指標を示す「10のアイメッセージ」。

なかなかすんなりとここまで進んだわけではなく、かなりここでも侃々諤々、委員の先生の中には席を立てて帰っていった方もいますし、委員をやめるって言った方などもありながら本当に激しい議論をしながら最終「10のアイメッセージ」ができた。

私達は5年後に、じゃあ本当にこの「アイメッセージ」を、認知症の人とその家族がこの言葉を言えるかどうか、京都で言えるかどうかということを目標にどういった尺度でそれを評価していくのかということがプロジェクトの中で今、検討が始まっているところです。

オレンジロードつなげ隊

地域で認知症の支援を行っている人を組織化した認知症の普及啓発の企画・実働部隊

構成メンバー

キャラバンメイト、介護事業所職員、地域で活動する人等
168名を養成



活動内容

●地域イベントを活用した啓発

(ex. 地域イベントやスポーツ大会、健康福祉関係のイベント等)

●人が集まる場所での啓発

(ex. スーパーやショッピングモール、図書館等の公共機関)

●地域団体・地域資源と連携した啓発

(ex. 老人会、自治会、学校、サポート企業等と連携した取組)

●府民講座等の開催による啓発

●その他地域特性に応じた啓発

様々な角度から戦略的に
認知症への正しい理解の普及啓発を展開

認知症が誰もが発症する可能性のある「一般的な病気」という疾病観の普及

セルフチェックシートを活用した早期発見の普及

コールセンターや疾患医療センター等の相談窓口に関する情報提供

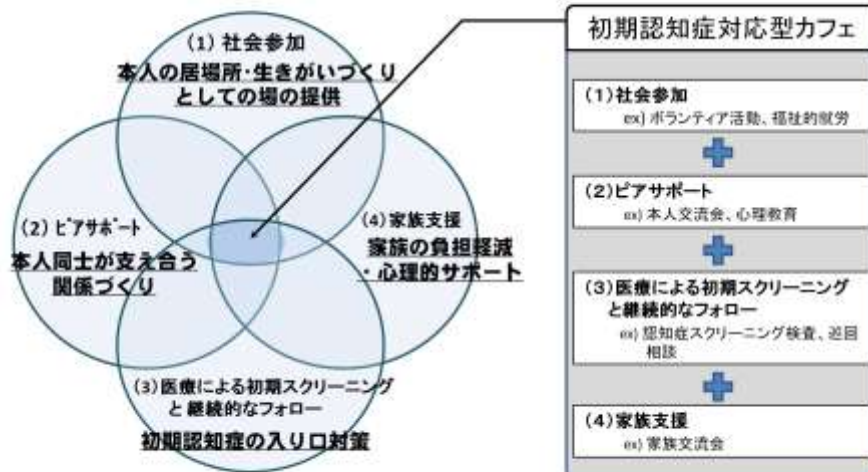
その他認知症に関する情報発信

63

あとは、「オレンジロードつなげ隊」という普及啓発するための動きがあったりとか

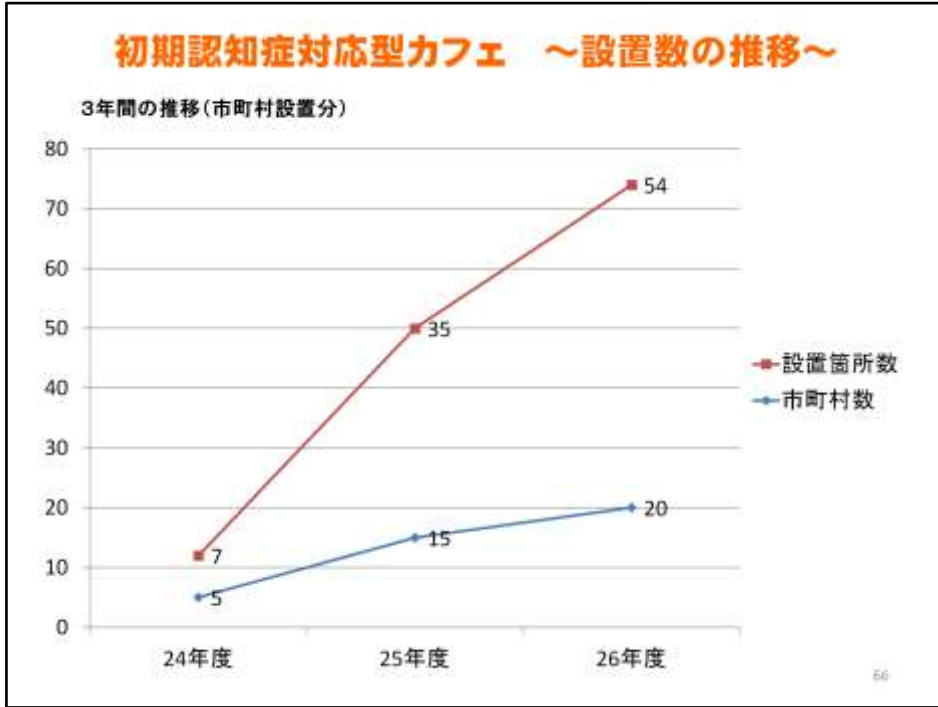
初期認知症対応型カフェ ～目指す4つの機能～

～地域特性に応じて選択的に機能を組み合わせる～

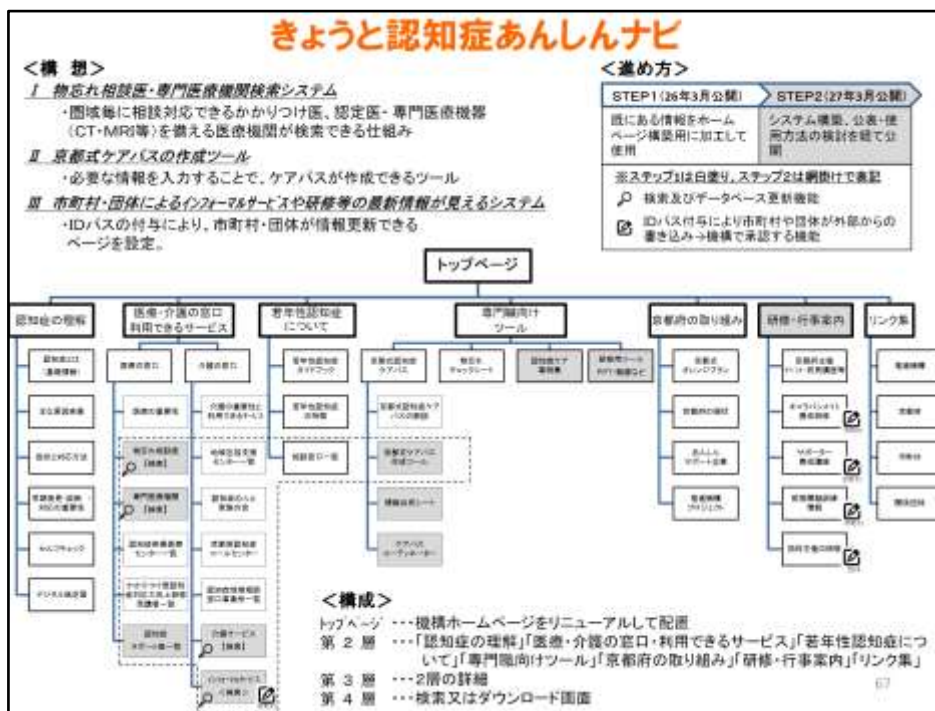


初期認知症対応型カフェ ～類型～

番号	名 称	モデル	場 所	内 容
①	医療機関中心型 カフェ	医療機関 モデル	精神科の医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医療機関内又は地域の古民家等を活用して、当該医療機関通院中等の初期認知症又は若年性認知症の本人及び通院に同行してきた介護者が対象。 ・当該医療機関の医師等の専門職が、本人支援・介護者支援を実施。
		地域展開 モデル	地域の古民家や交流スペース(公民館等)	
②	介護施設活用型 カフェ	既存 スペース 活用 モデル	通所事業所 その他の介護事業所(小規模多機能、グループホーム等)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス(認知症対応型通所介護、グループホーム等)の休業日時・空スペース、又は地域内の交流スペース等を活用。 ・地域の初期認知症又は若年性認知症の本人及び介護者に広く参加を呼びかけ参加を募る。 ・当該介護事業所の職員に加えて、医師等の専門職を派遣し、本人支援・介護者支援を実施。
		地域展開 モデル	地域の古民家や交流スペース(公民館等)	
③	サロン活用型カフェ		既存又は新規の サロン	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業(1次・2次予防)におけるサロンで認知症予防教室、認知症スクリーニング、本人、介護者交流を実施。
④	出前型カフェ		依頼のあった場所 (自治会館等)	<ul style="list-style-type: none"> ・依頼のあった場所に、専門職等が出向き、認知症予防のためのプログラム等を実施。



認知症カフェは京都では最初24年度は7箇所だけだったのが26年度には54箇所まで、本当に初期の方達が集まれるようなコミュニティの場を広げてますし、京都府内約30箇所のカフェが集まりまして運営の方法ですとかプログラムの内容を検討する認知症カフェ連絡会というのも今動いています。



「認知症安心ナビ」というホームページの立ち上げというのもプロジェクトの中で検討された結果動き出したところです。この中でも特徴的なのは、若年性認知症向けのページというのを設けることが出来た、ということで非常に大きな成果だったかなと思います。

「支援者のための若年性認知症京都オレンジガイドブック」の概要


【背景】
65歳未満で発症する若年性認知症は、府内で約800人と症例が少なく、支援する側のケアの経験不足や企業・地域社会での理解不足が課題

【掲載情報】

- 認知症に関する知識
主な原因疾患と特徴的な症状
早期の発見、診断、対応の重要性と問題点
若年性認知症支援のポイント など
- 窓口・制度等
休職・退職の際などに利用できる制度等
働いたり社会参加をしたい時に利用できる制度等
家計を支援する制度等 など
- 連携の仕組み
- 支援事例

【特徴】
認知症の進行状況に応じた医療や介護の総合的な支援の流れを視覚的に理解できるようにした「**認知症ケアパス**」についても紹介 →

【発行日】
平成26年3月



The image shows the cover of the 'Supporter's Guidebook for Young-Onset Dementia in Kyoto' and an internal page. The cover is white with orange text and a logo. The internal page is a flowchart titled '認知症ケアパス' (Dementia Care Path) with various boxes and arrows indicating a process flow.

そこに繋がるように「支援者のための若年性認知症京都オレンジガイドブック」という若年性認知症に特化した支援者向けガイドブックが発刊されています。その中では先ほど言いました京都式認知症ケアパスを事例事に紹介してありまして、それに基づいて事例が分析できるということもあり、ホームページで公開してありますので是非見ていただければと思います。

京都高齢者あんしんサポート企業

京都高齢者あんしんサポート企業とは・・・

高齢者が安心して暮らし続けられる地域づくりを実現するため、高齢者への声かけ、買い物支援、情報提供を通じて、高齢者の孤立や不安の解消、認知症の方への対応に取り組む、**高齢者にやさしい企業**のことです。

実績(27年3月末現在) 1,328事業所 サポーター9,738名

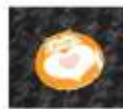
【サポート企業の例】 銀行、農協、商店街・スーパー、薬局、タクシー 等

サポーターグッズ

登録企業には、

- ・店頭用ステッカー
- ・窓口プレート
- ・サポーター用ピンバッジ
- ・活動に役立つハンドブックを配布。

【サポーター用ピンバッジ】



【窓口プレート】



【店頭用ステッカー】



認知症のサポーター講座、キャラバンメイトとなるとこういうキャンペーンというのも動いております。

認知症コールセンターと若年性認知症コールセンター

	認知症コールセンター	若年性認知症 コールセンター
設置方式	委託	直営
委託先	(公社)認知症の人と家族の会 京都府支部	—
設置場所	同上	京都府立洛南病院
委託費	2,750千円	—
体制	相談員常時1名以上	看護師1名(兼務)
開設日	週5日(月～金) 午前10時から午後3時まで (祝日、お盆、年末年始除く)	週5日(月～金) 午前10時から午後3時まで (祝日、年末年始除く)
設置時期	平成25年度	平成27年7月
相談実績	561件(26年度)	—

70

コールセンターは認知症コールセンターと若年性認知症コールセンターというのが27年度7月から動きだしました。

というのが大きく2つのプロジェクトということになります。

地域におけるリハビリ支援プロジェクト

①平成26年度から平成30年度に行う施策の具体的方向を定めた「総合リハビリテーション推進プラン」に基づいて事業を推進

②市民が住み慣れた地域で安心して、いきいきと暮らせるよう、急性期から回復期、維持・生活期まで継続した総合的なリハビリテーション提供体制を実現するため、「連携体制構築」、「施設拡充」、「人材確保・育成」、の3つの柱で施策を実施

【1本目の柱】

【地域における連携体制の構築について】

- ・ 府内の医療圏域（6圏域+京都市域）に、地域リハビリテーション支援センターとしてセンター長（医師）およびコーディネーター（リハ専門職等）を配置
- ・ 地域包括支援センターや保健所などと連携したリハビリサービス提供に係る連絡調整や情報共有、リハビリ従事者に対する訪問指導等を実施

【2本目の柱】

【施設の拡充について】

- ・ 回復期リハビリテーション病棟の整備に対し助成を行う回復期リハビリテーション病棟整備促進事業を実施
＜知事公約＞
2017年までに1600床確保（2014年の1.5倍に！）
- ・ 訪問リハビリテーション事業所の開設、事業拡張に対し助成を行う訪問リハビリテーション事業所整備促進事業を実施

【3本目の柱】

【リハビリ人材の確保・育成対策について】

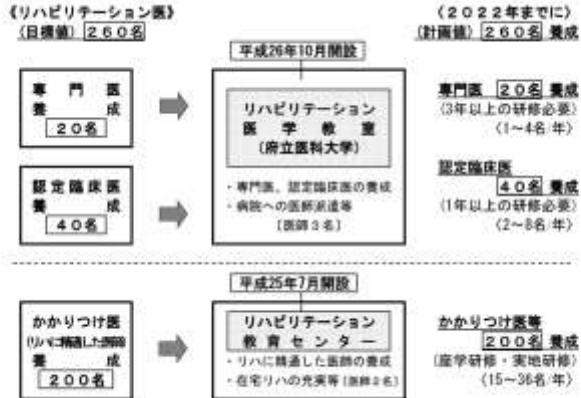
- 卒業後府内での就職を希望する者に修学資金を貸与する理学療法士等修学資金貸与事業の実施、リハビリテーション専門職に特化した就業フェアの開催
- リハビリ従事者に対する在宅リハビリ等に係る研修の実施
- リハビリテーション教育センター(H25.7開設)による、リハビリに精通したかかりつけ医を養成するための座学研修や実地研修の実施
- 府立医大に開設したリハビリテーション医学教室(H26.10開設)による、専門医や認定臨床医の養成への取組を開始

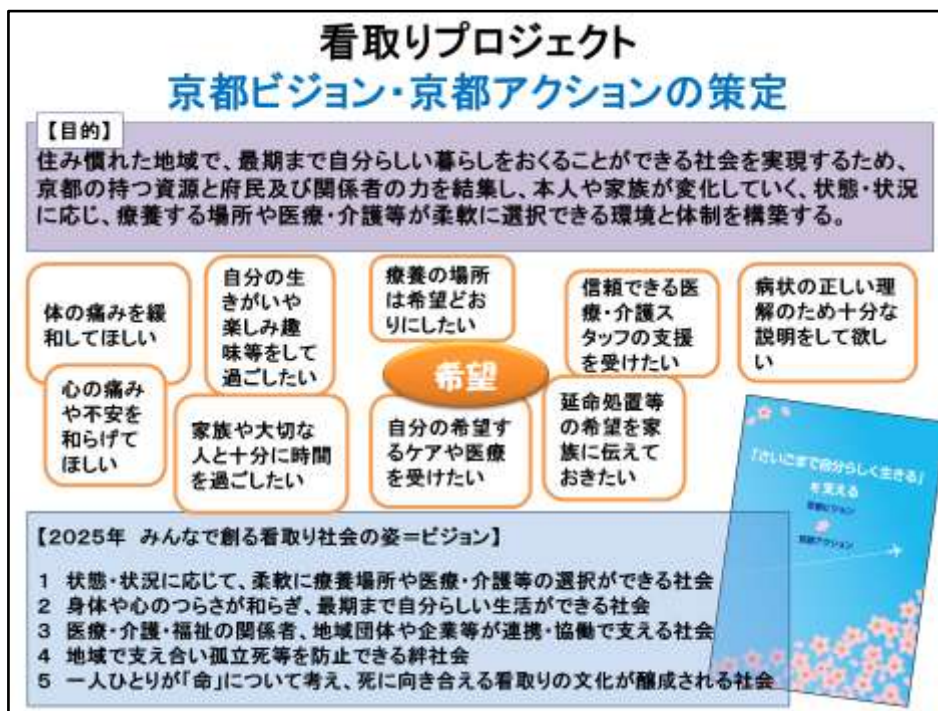
【京都府のリハビリテーション医養成システム】

(知事マニフェスト)

目標〈2025年(H37)〉
リハビリテーションに精通した医師を200人増！！

※ 200人：2025年までに回復期リハ病院、老人保健施設、訪問リハ実施施設等で必要となるリハビリテーションに関わる医師の数





昨年度大きく動きまして、看取り支援施設ガイドブックというのが発行できるところまでいきましたし、今年からは27年度はケアマネ協会と京都府看護協会が協働で認知症の人達の支援者、専門職の養成研究というのを始めるというのも動いております。

京都アクションの柱

1 状態や状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる体制づくり

- (1) 在宅における看取りを支える医療・介護サービス体制等の充実
- (2) 施設(多様な住まい)における看取りケアの支援
- (3) 病院による看取りの支援
- (4) 最期まで自分らしい生活を送ることができる緩和ケアの充実
- (5) 看取りをサポートする専門的人材の養成及び多職種による協働の推進

2 地域で支え合う孤立させない環境づくり

3 「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成

【検討プロセス】

- ・平成25年6月 看取り対策事前準備会を設置
→大規模実態調査の実施(対象1,660機関)、府民意識調査の実施(509名)
- ・平成26年1月 看取り対策プロジェクト部会を設置
→大規模実態調査結果の検討・とりまとめ、京都ビジョン・京都アクションの素案を検討
- ・平成26年8月 2025年を見据えた看取り対策協議会を設置
→京都ビジョン・京都アクションを策定

看取り支援・施設ガイドブックの作成

(1)趣 旨

生活の延長線上の「住まい」である介護老人福祉施設においても、医療、介護等の様々な職種が連携し、本人・家族の意思を尊重した看取り介護計画の作成【看取り介護加算の申請要件】など施設の看取りを支援

(2)対 象

介護老人福祉施設に勤務する職員（施設長、生活相談員、ケアマネジャー、介護職員、看護職員等）



【看取り支援・施設ガイドブックの特徴】

- 「急変時の対応等医療との連携が不安」、「職員の経験や知識不足で看取りをどのように支援していけばいいのかわからない」など、心配や不安を払拭し、施設における看取り支援の手引き書となるよう、誰もが読んでもわかりやすい内容に
- 「入居前のアプローチ」から看取り後の「振り返り」まで、プロセスごとに留意点を記載。
また、イメージが持てるよう、実際に施設で工夫されている事例などをコラムで紹介

京都精華大学と連携した府民啓発用マンガ冊子

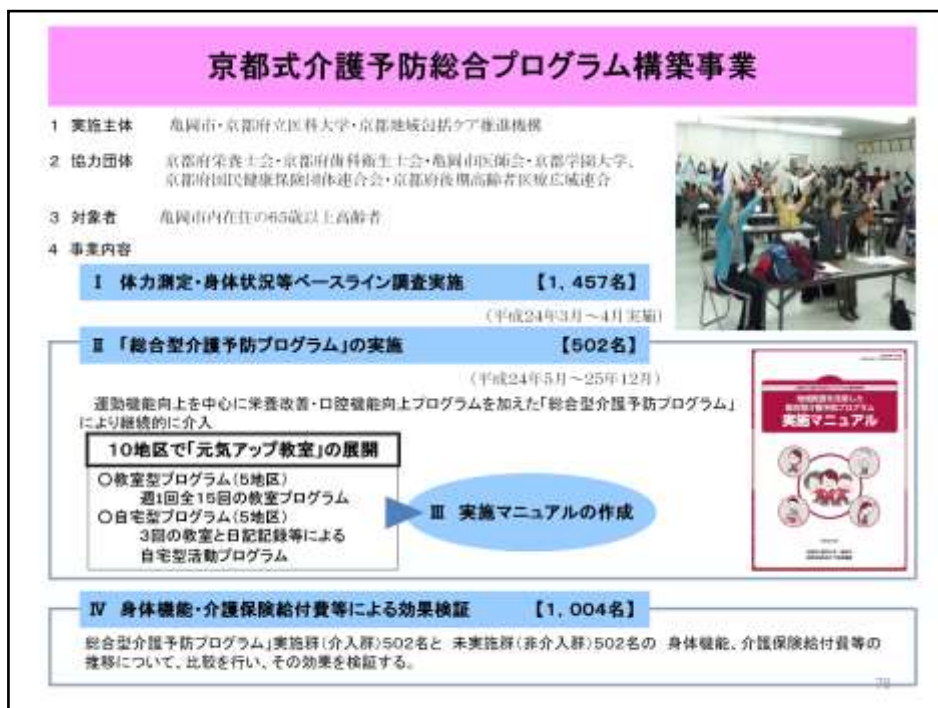
いつかはすべての人に訪れる「死(看取り)」を府民一人ひとりが自分自身の身近な問題として考えることの重要性を啓発するため、精華大学と連携して、看取り事例をわかりやすいマンガ形式として作成しました。健康なうちから看取り期の医療や介護などについて考え、事前意思表示の大切さを理解し、家族などと意思を共有しておくことの重要性の理解促進を図る



麻薬等在宅供給支援システムの構築

在宅における緩和ケアを充実するため、土・日、夜間でも薬局の麻薬等が円滑に供給できるよう、麻薬等の在庫管理と譲渡ができるようシステムを乙訓地域で構築

精華大学と関連した認知症府民啓発用の漫画の冊子も出来てきております。



京都式介護予防総合プログラム構築事業は、先ほどの交付金を使いまして亀岡市でいろんな関係団体ですとか大学が入りまして予防プログラム、総合プログラムを実施と効果検証というのが行われておりました。

地域包括ケア推進ネットの設置 H26. 6月～

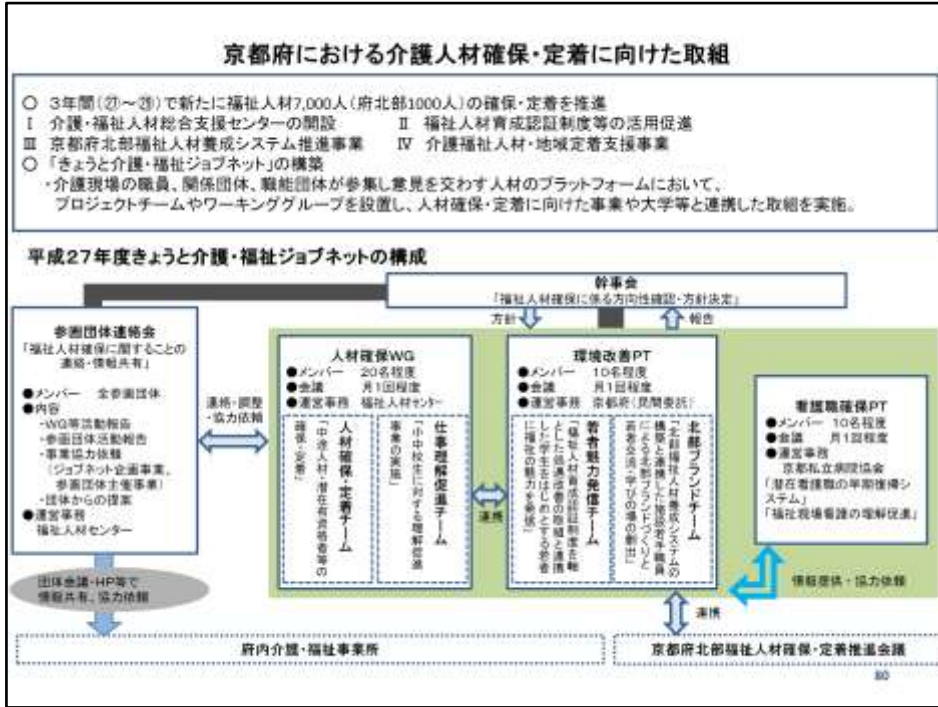
地域包括ケアに係る市町村や地域の課題について、保健所のネットワークと推進機構の専門性をもって市町村を伴走支援する機関を府内全7保健所に設置

役割

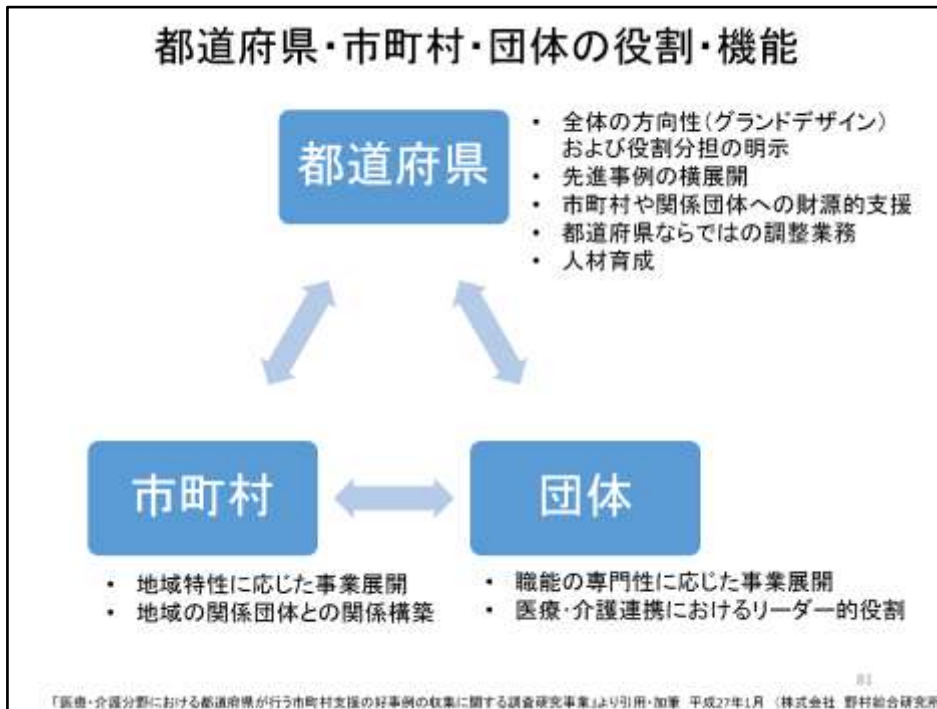
圏域における医療・介護・福祉・行政の各ネットワークを連携・強化させることにより、市町村の地域包括ケアの推進を支援
市町村における地域包括ケアの推進を支援

圏域	名称	26年度の重点テーマ
京都・乙訓	乙訓地域包括ケア推進ネット	認知症対策
山城北	山城北地域包括ケア推進ネット	地域支援事業移行支援
山城南	山城南地域包括ケア推進ネット	認知症対策
南丹	南丹地域包括ケア推進ネット	認知症対策
中丹	中丹西地域包括ケア推進ネット	認知症対策、 あんしん病院登録システム普及
	中丹東地域包括ケア推進ネット	認知症対策、 医療介護連携調整実証事業
丹後	丹後地域包括ケア推進ネット	認知症対策、医療・介護連携、 在宅看取り体制構築、地域圏連携体制構築

地域包括ケア推進ネットで医師会館の中に1箇所事務局の中だけでは動かし切れないということで、26年6月からそれぞれの保健所に推進機構の出張所、サテライトみたいなものを設けるといふ少し新しい展開というのが動いています。



このプロジェクトには入っていませんが、介護人材確保・定着に向けた取組というのも、これは京都府の事業としてきょうと介護・福祉ジョブネットという形で動き出しているところです。



都道府県・市町村・団体の役割・機能というのを、やはり地域包括ケアシステムを進めて行くうえでは、そこは明確にしておくことが必要ではないか。

都道府県レベルでは全体の方向性を明示することだったり、先進事例の横展開それぞれの市町村団体がやっているものを吸い上げてそれを水平方向に発信していくような仕組みですとか市町村や関係団体への財源的支援、都道府県ならではの調整業務ですとか人材育成というあたりが都道府県の仕事になってくる。

対して市町村は地域特性に応じた都道府県レベルが理念的に発進していることを自らの市町村ではどうしていったらいいのかということを具体的に事業展開していったり地域の関係団体との関係の構築。

団体は団体で職能の専門性に応じた事業展開ですとか医療・介護連携におけるリーダー的役割というのがここでは果たしていかなければいけないのではないかなあ、というふうに思っております。