

(5) 精神疾患

現状と課題

1 概況

精神疾患総患者数の新規入院患者については、平成26年7,089人(平成23年6,248人)、外来患者については、平成26年70,700人(平成23年56,300人)となっており、新規入院・外来患者とも増加しています。疾患別内訳としては、入院では統合失調症と認知症で半数以上を占める一方で、外来ではうつ病患者が約3割を占めています。

平成29年6月において、府内精神病床に入院している患者約5,000人のうち、約3,000人が1年以上の入院期間であり、その内訳として疾患別では統合失調症が約5割と認知症が約3割、年齢別では65歳以上が約8割を占めています。地域の支援体制が整えば退院可能な人が相当程度存在していると考えられることから、支援体制を整備し、退院可能な入院患者の地域移行を進めていく必要があります。

引き続き、精神疾患の発生予防対策、早期相談・早期受診対策を充実するとともに、精神疾患になっても地域社会で生活できるよう、医療機関、訪問看護ステーション、薬局、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、市町村及び京都府精神保健福祉総合センター、京都市こころの健康増進センター、保健所、保健福祉センター等が連携して、患者の状態に応じた適切な保健医療福祉サービスを提供する体制を強化していくことで、一層の状況の改善が必要です。

認知症対策については、「(6) 認知症対策」に記載しています。

2 各疾患別の状況

精神疾患については、どの疾患も精神科病院、診療所、訪問看護ステーション等の連携による治療・支援が必要です。また、精神症状の発症に気づきにくく、医療につながるまでに長い時間がかかる場合があり、普及啓発により府民への正しい理解を促すとともに、早期発見・早期治療に結びつく取組が必要となります。

(1) 統合失調症

- ・統合失調症は10代後半から30代が好発年齢となっていることから、学校における学生・家族・教職員や職場における従業員等への正しい理解を促すための啓発が必要です。
- ・府内の精神病床に入院する全入院患者の4割以上を統合失調症患者が占めており、そのうち地域での支援体制が整えば退院可能な人が相当数存在すると考えられますので、対象者の地域移行を進めていくため、地域における医療・福祉等の連携体制を整備することが必要です。

(2) うつ病・躁うつ病

- ・うつ病・躁うつ病は自殺とも関連の深い精神疾患であることから、正しい理解の啓発、早期相談・早期受診に向けた取組が非常に重要です。
- ・発症の背景に様々な環境要因等が絡んでいる可能性が高いため、幅広い分野(福祉・労働・教育等)との連携による支援が必要です。

自殺対策については、「京都府自殺対策に関する条例」(平成27年)に基づき作成した京都府自殺対策推進計画により、現状と課題、基本的な施策の方向性を明確にし、自殺対策を総合的かつ計画的に推進しています。

(3) 依存症

アルコール依存症

- ・多量の飲酒、未成年・妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害に対し、発生から進行、再発の各段階に応じた予防施策を総合的に推進するために、「京都府アルコール健康障害対策推進計画」を平成 29 年 3 月に策定し、推進会議を設置して取組を実施しています。
- ・アルコール依存症について正しい知識を普及させ、適切な医療を提供することができる専門医療機関の整備を促進するとともに一般医療機関等との連携が必要です。

薬物依存症

- ・平成 26 年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の全国の総患者数は 0.3 万人であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人から増加しています。
- ・平成 28 年 6 月、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律が施行され、薬物依存症者の再犯(再使用)防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との連携体制の構築が不可欠です。

ギャンブル等依存症

- ・特定複合観光施設区分の整備の推進に関する法律(IR 推進法)が平成 28 年に成立し、カジノへの関心が高まる中、ギャンブル等依存症に総合的に対処するための仕組・体制を構築し、強化する必要があります。

なお、上記以外にも多くの依存症がある中、対策を総合的に推進するため、これまでから各種依存症に対応してきた精神保健福祉総合センターを依存症の相談拠点として設置したところであり、今後、各地域で相談・支援体制づくりを推進する必要があります。

(4) 児童・思春期精神疾患

- ・学校教育における学生への正しい理解の啓発が非常に重要です。
- ・児童・思春期の心の問題に対応する専門外来が少なく、入院治療が必要な場合であっても府内に専門の病床がない状況です。

(5) その他の精神疾患

- ・てんかん、外傷後ストレス障害(PTSD)、摂食障害等その他の精神疾患については、府内に専門医、専門医療機関の数が限られているため、それぞれの疾患に対応できる医療体制の整備が必要です。

3 各施策別の状況

(1) 精神科救急

- ・平日日中の相談については、保健所、保健福祉センターが、夜間・休日の相談については、精神科救急情報センターで対応していることから、相談内容によって、保健所、保健福祉センターと精神科救急情報センター(一般社団法人京都精神保健福祉協会が運営)との情報共有が求められます。
- ・夜間・休日の患者受入については、北部は舞鶴医療センター、南部は府立洛南病院を基幹病院とし、北部・南部でそれぞれ複数の精神科病院による輪番制を組み対応しています。

- ・救急対応時において、精神科救急情報センター、患者受入対応病院、各保健所の連携が非常に重要となりますので、意見交換会の開催等を通じて、各関係機関間の顔の見える関係作りを継続していく必要があります。
- ・精神科救急情報センターにおける相談件数は、全体として増加傾向にありますので、相談内容を分析し、救急対応以前の予防的な取組に活かしていく必要があります。

(2) 身体合併症

- ・精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患とも入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口 10 万対年間 25 件と推計されています。
- ・現在、府の身体合併症対策としては、山城地域において一般科病院と精神科病院とが連携し、必要に応じて患者に関する電話相談や転院、事例検討会等を実施する「精神科救急医療連携強化事業」を実施しています。

(3) 災害精神医療

- ・平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災及び平成 28 年 4 月に発生した熊本地震において、現地に専門職等の派遣を行った経験を踏まえ、災害時における精神科分野の支援整備を進め、京都府では平成 29 年度、DPAT(災害派遣精神医療チーム)先遣隊を設置しました。
- ・大きな災害が発生すると DPAT の派遣は長期間に及ぶため、先遣隊に続く派遣隊員の養成が必要です。
- ・災害時の精神疾患を有する患者の受入れ、精神科医療を行うための診療等災害時における精神科医療の提供が必要です。

(4) 医療観察法における対象者の医療

- ・平成 17 年 7 月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という)が施行されて以降、京都地方裁判所の審判において入院処遇が決定された患者については指定入院医療機関が府内にないため府外の入院医療機関で入院しています。また、通院処遇が決定された患者については府内 9 箇所の指定通院医療機関でそれぞれ処遇実施されていますが、地域に偏在している状況にあります。

対策の方向

ポイント

1 各疾患別

(1) 統合失調症

- ・統合失調症に対する正しい理解について、講演会の実施等による一般府民への普及啓発活動とともに、教育委員会と連携し、学生・家族・教職員に対する啓発活動を実施
- ・職場における従業員等への正しい理解を促すため、産業保健分野との連携による啓発活動を実施
- ・地域での支援体制が整えば退院可能な人が相当数存在すると考えられることから、福祉サービスの整備とともに、住居支援、家族支援等について包括的に支援を実施し、対象者の地域移行を促進

(2) うつ病・躁うつ病

- ・早期相談・早期受診を促進するため、京都府精神保健福祉総合センター、京都市こころの健康増進センター、保健所、保健福祉センター(以下、「保健所等」という)による心の健康相談、働く人のメンタルヘルス相談、京都府自殺ストップセンターの相談を強化するほか、かかりつけ医のうつ病対応力向上研修、健康診断を活用したうつ病スクリーニング等を引き続き実施
- ・発症の背景に様々な環境要因等が絡んでいる可能性が高いため、圏域自立支援協議会の開催等を通じ、福祉・労働・教育等の幅広い分野との連携を深め、精神的不調と考えられる人を見つけた際には、適切な支援機関への繋ぎを実施

(3) 依存症

アルコール依存症

- ・正しい知識の普及を図り、依存症に対する偏見を解消し、多量飲酒への注意喚起等を記載した冊子等を作成して啓発を実施
- ・学生が多い京都では特に若者を中心に普及啓発を実施
- ・関係機関・団体等の連携を図るため、情報交換や事例検討を行う連絡会議を開催
- ・アルコール依存症に適切な医療を提供することができる専門医療機関の整備促進
- ・アルコール依存症に関する医療・保健・福祉活動の充実、相談支援機能の強化

薬物依存症

- ・薬物依存に係る関係機関の連絡会議を開催
- ・薬物依存症に係る集団プログラムを実施
- ・精神保健福祉総合センターにおいて家族プログラムを実施
- ・京都府こころのケアセンター、京都府精神保健福祉総合センター、京都市こころの健康増進センターにおいて相談体制の充実強化

ギャンブル等依存症

- ・本人・家族がギャンブル依存症についての理解を深められるように普及啓発を実施
- ・依存症相談対応指導者の養成、相談員の配置、また、民間の自助グループ等支援団体や専門の医療機関とのネットワークの構築
- ・多重債務や消費生活に関する相談窓口の相談員の知識の向上を図る取組の実施

(4) 児童・思春期精神疾患

- ・教育現場においても、うつ病をはじめとする精神疾患について正しく理解できるよう啓発を促進
- ・児童・思春期の発達障害やうつ病等の精神疾患患者に対して集中的・多面的な医療を提供するとともに、子どもの心の診療に専門的に携わる医師や関係専門職の育成等を行う拠点機能の整備を検討
- ・児童・思春期特有の行為障害や情緒障害等に対応した専門外来の充実とともに、専門病床の整備を促進

(5) その他の精神疾患

- ・各専門分野についての研修を実施し、医療従事者等の養成・技術力向上を図り、府全体における各専門分野での医療提供体制の整備を促進
- ・各疾患における専門医療機関と各種支援団体との連携により、対象者の治療・支援を促進

2 各施策別

(1) 精神科救急

- ・保健所・保健福祉センター、精神科救急情報センターの窓口機能及び北部・南部における基幹病院を核とした精神科救急医療体制を引き続き維持
- ・精神科救急情報センターと保健所・保健福祉センターや受入病院等の関係機関との継続的な連携体制を維持するため、北部・南部の両地域において精神科救急医療システム連絡調整会議等を開催し、精神科救急情報センターにおける相談内容や受入先病院での患者の傾向等の分析結果を踏まえ、救急対応以前の予防的な取組を検討
- ・全ての精神科医療機関が精神科救急医療を支えるよう、精神科病院について自院患者に関する夜間・休日対応の強化(自院患者からの電話への対応、精神科救急情報センターからの電話への対応、医師のオンコール体制、入院対応、連携医療機関の確保等)を、精神科診療所について夜診の継続、自院患者に関する夜間・休日対応の強化(自院患者からの電話への対応、精神科救急情報センターからの電話への対応、連携医療機関の確保等)を推進
- ・医療保護入院のための移送制度については、緊急に入院を必要とする状態にあるにも関わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説得の努力を尽くしても本人が病院に行くことを同意しないような場合のみを対象とし、精神障害者の人権侵害とならないよう慎重な運用に努めるとともに、移送体制の確保についても検討

(2) 身体合併症

- ・身体疾患が重篤な救急患者について、精神疾患の有無に関わらず、救命救急センターや地域で中核となる二次救急医療機関での受け入れを推進
- ・山城地域における事例検討会と同様、他の地域においても事例検討会等を実施し、情報共有等連携を強化
- ・身体合併症対策と精神科救急における対応には関連するところがあるため、精神科救急医療システム連絡調整会議において現状を分析し、必要な取組について検討
- ・身体疾患・精神疾患ともに入院を要する水準の患者について、大学病院等精神科と内科・外科等の診療科を併せ持つ病院での受け入れを推進
- ・大学病院について、がん・白血病等の高度・専門的な医療を要する身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れを推進
- ・身体疾患・精神疾患ともに入院を要する水準の患者について、一般医療機関(二次救急医療機関等)と精神科医療機関が連携を強化して受け入れる取組を推進
- ・精神疾患患者が結核等の感染症となった場合や、入院を要する精神疾患患者が人工透析を受ける場合の対応体制を検討

(3) 災害精神医療

- ・ DPAT 事務局が実施する研修、近畿地方広域で実施される訓練等に継続的に参加するとともに、DPAT 事務局との協働により府内で研修を開催し DPAT 先遣隊に続く L-DPAT(一般隊)隊員を養成
- ・ 災害精神医療の対応に当たっては、多職種連携を推進する必要があるため、DMAT(災害派遣医療チーム)、DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)等各専門分野と情報共有できる体制を構築
- ・ 災害拠点精神科病院(災害時においても、医療保護入院等の精神科医療を行うための診療機能を有するほか、患者の一時的避難に対応できる場所を有し、災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う病院)の設置を検討

(4) 医療観察法

- ・ 厚生労働省、近畿厚生局と連携し、府内で適切な処遇が受けられるよう社会資源の偏在化の解消など取組を促進

3 地域生活への移行・定着

- ・ 地域移行支援・地域定着支援を担う相談支援従事者の養成、退院後のデイケアや訪問支援(アウトリーチ)、精神科救急医療体制を充実するとともに、障害者自立支援協議会等を通じ、精神科医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、介護福祉サービス事業所、市町村等と連携・協力して、入院患者の地域移行及び退院患者の地域定着を引き続き推進
- ・ 精神科入院患者の退院後の住居について、グループホーム等施設整備、アパート、公営住宅等の有効活用の検討等「住まいの場」確保を図るとともに、生き生きと過ごせるよう、生活訓練、地域活動支援センター、サロン等の「活動の場」を充実
- ・ 生活や就労に複合的な問題を抱える者等に対して、パーソナルサポーターが一对一で相談に乗り必要な制度やサービスにつなげる、個別的・継続的な伴走型支援(パーソナルサポート事業)を実施
- ・ 精神障害者の社会復帰促進のため、相談・企業体験・職業紹介・職場定着等の総合的な就労支援を行うほか、精神科医療機関と障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター等の連携を強化
- ・ 精神障害者の「福祉から雇用へ」の移行を支援するため、就労継続支援事業所において精神障害者が障害のない人と共働する環境を整備し、一般就労に向けた個別伴走型支援を実施
- ・ 依存症相談に対応する指導者の養成とともに、依存症の特性を踏まえた研修の実施
- ・ 精神疾患患者が適切な歯科治療・口腔ケアを受けられるようにするため、歯科医療機関や精神科医療機関、行政の連携を通じて受診を促す施策を推進
- ・ 精神障害者を無償でケアする周囲の家族等をケアラーと位置づけ、本人のケアのために地域で孤立したり、過度な負担を強いられることのないよう、保健所専門職を中心とした多職種チームによる訪問支援を実施
- ・ 府内当事者団体等との連携により精神障害者をサポートするピアサポーターを養成し、保健所職員等とともに支援活動を展開

- ・保健所等においては、精神疾患ごとの特性に応じて、相談支援や家族教室を行うとともに、当事者・家族会による「交流の場」を支援
- ・各圏域における関係機関ネットワーク会議及び府全域における地域移行会議を実施し、課題抽出、具体的取組についての協議や進捗状況についての評価を実施

4 精神医療圏の設定と各医療機関の医療機能の明確化

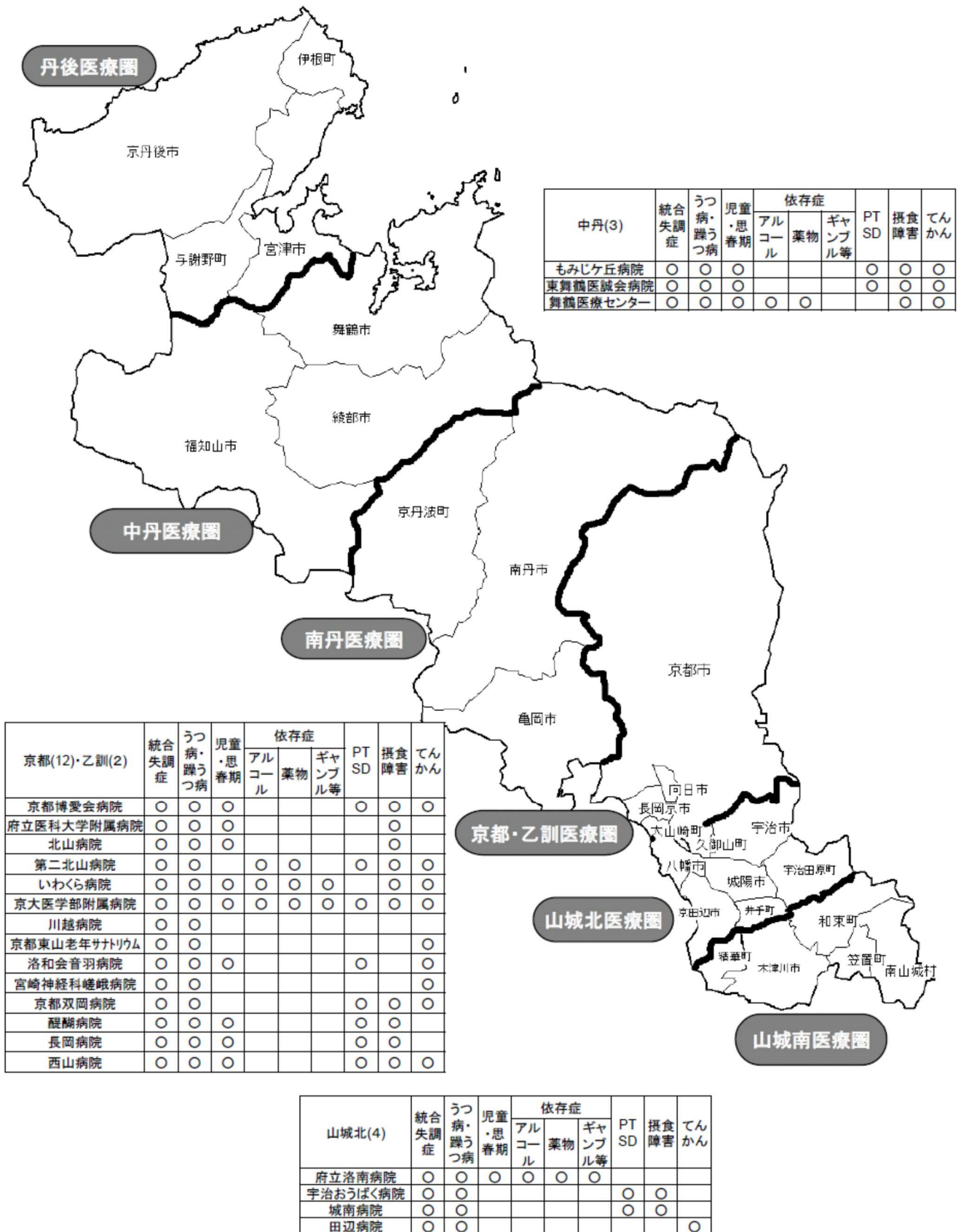
- ・各精神疾患の専門的治療機関や、地域における連携拠点病院及び京都府における連携拠点病院を明確にしておくことは、精神障害者の地域移行を進めていく上でも重要であることから、京都府における各医療機関の医療機能を明確化

成果指標

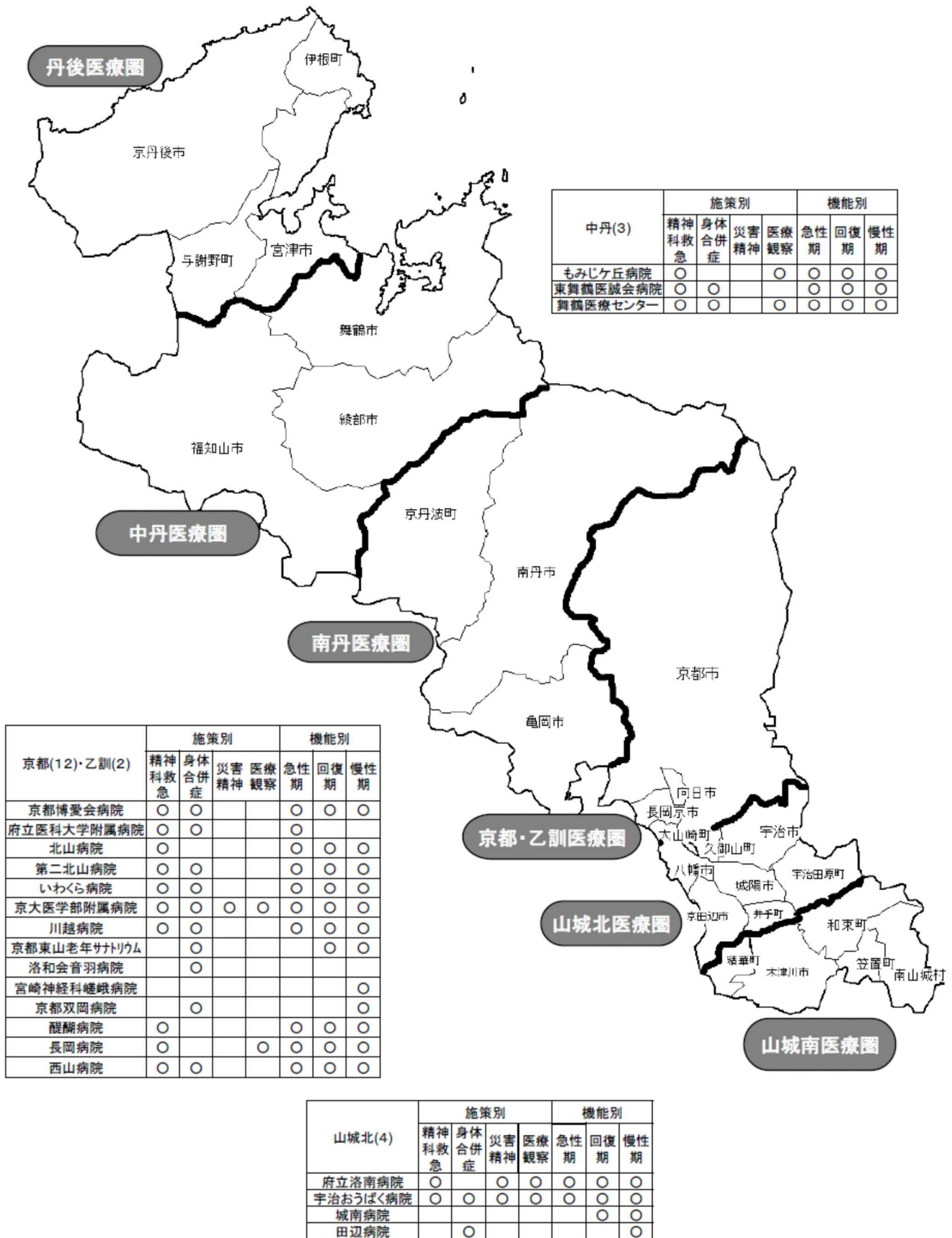
項目		現状値		目標値		出典
精神科病床における入院後3箇月時点、6箇月時点、1年時点の退院率()	3箇月時点	58.9%	H28年度 (2016年度)	69.0%以上	2020年度	京都府障害福祉計画
	6箇月時点	83.0%		84.0%以上		
	1年時点	91.7%		92.3%以上		
1年以上の長期入院の患者数()	2,980人	H29年度 (2017年度)	2,680人	2020年度	精神保健福祉資料「630調査」(厚労省)	
グループホームの整備状況	1,460人分	H28年度 (2016年度)	1,840人分	2020年度	京都府障害福祉計画	
精神科救急の治療後の後方支援医療機関への転院基準、身体疾患が安定した後の精神科医療機関への転院基準の策定	未策定	H28年度 (2016年度)	策定	2023年度	京都府障害者支援課調べ	
DPAT隊員の登録人数	3人	H29年度 (2017年度)	30人	2023年度	DPAT先遣隊機関登録(DPAT事務局)	

第5期京都府障害福祉計画目標。2023年度目標は第6期京都府障害福祉計画の策定時に併せて検討

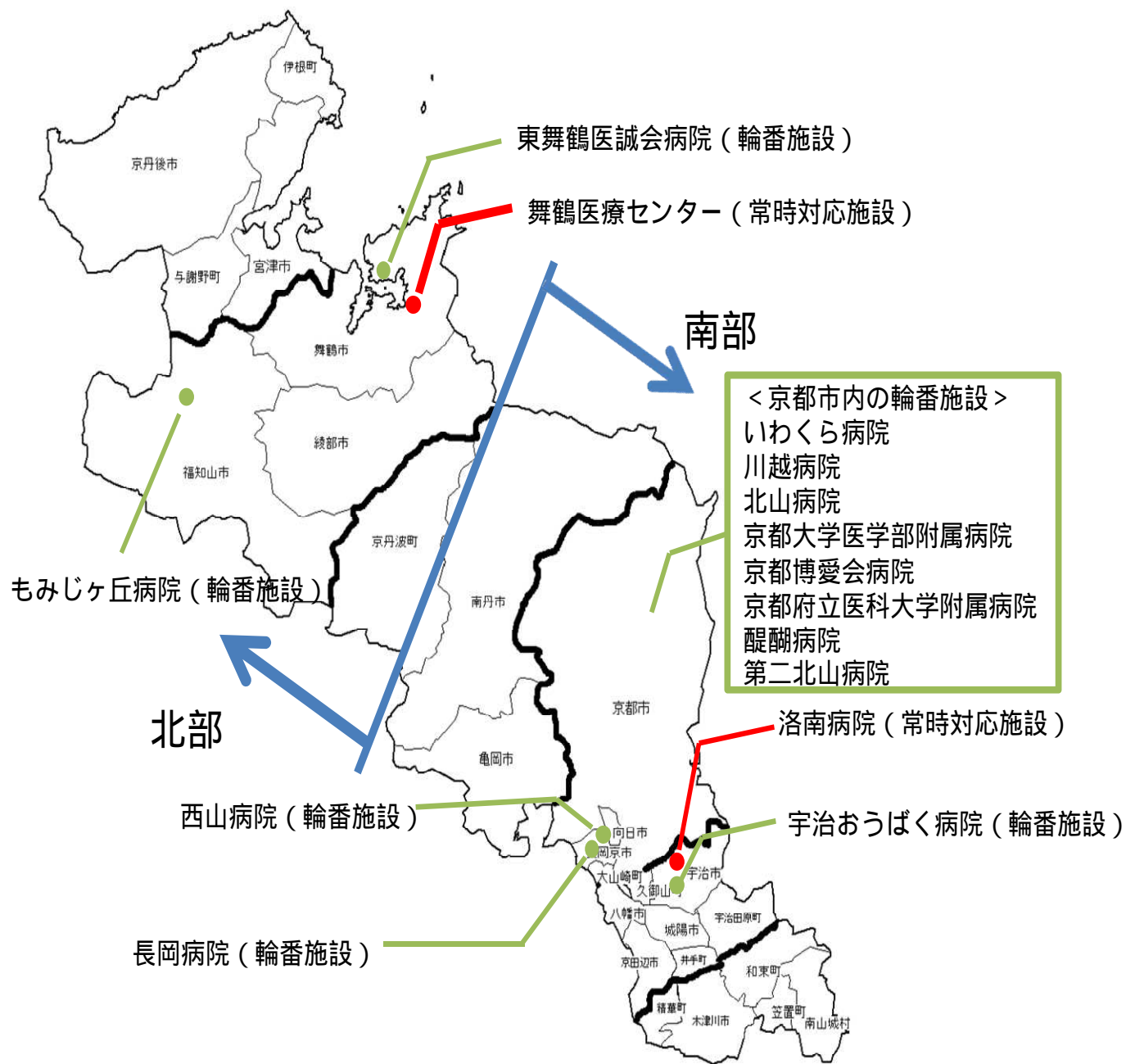
京都府内における精神疾患の医療体制(疾患別)



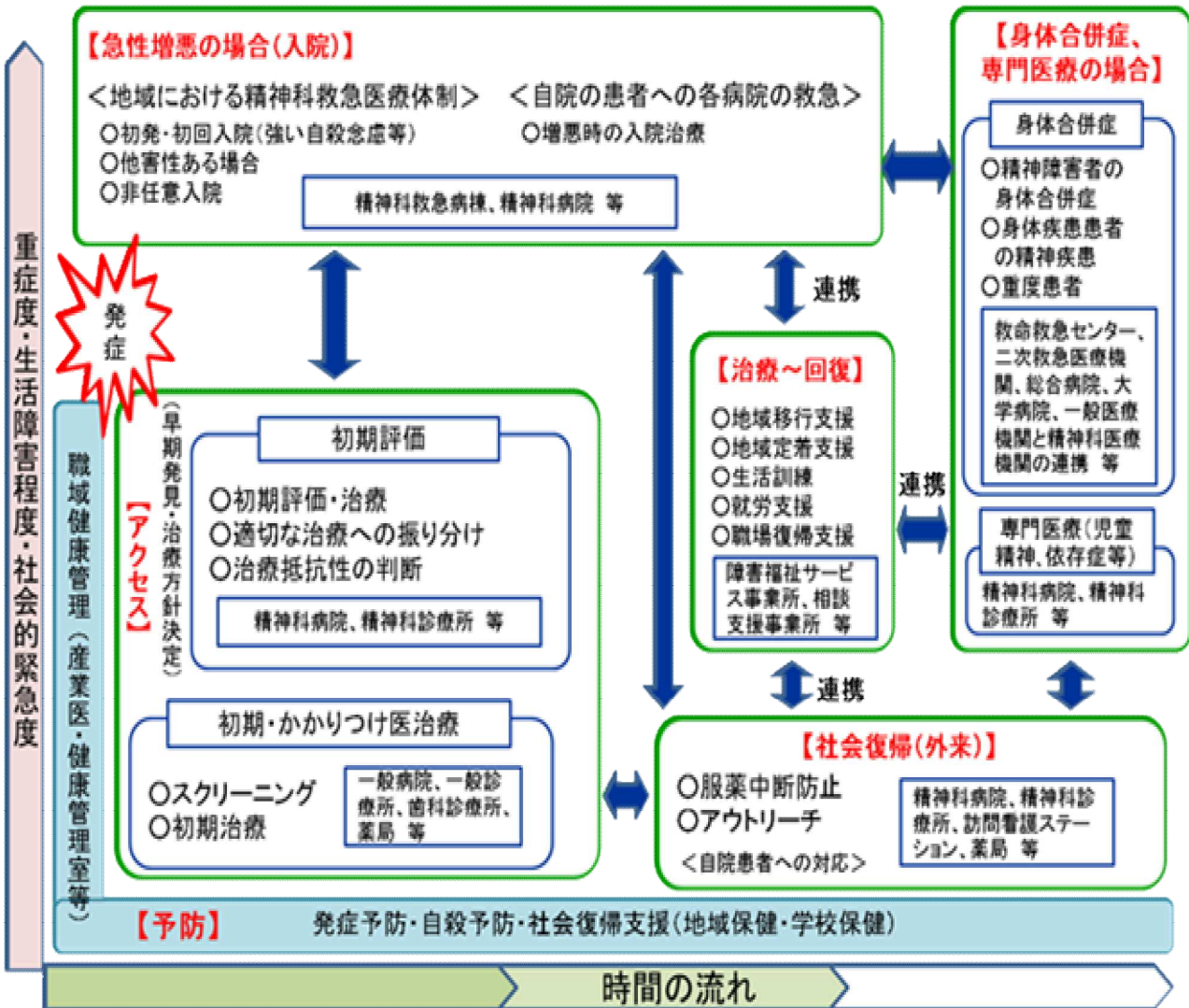
京都府内における精神疾患の医療体制(施策別・機能別)



京都府の精神科救急医療体制図



精神疾患の医療連携体制図



(6) 認知症

現状と課題

厚生労働省研究班の推計によると、全国の認知症高齢者数は500万人を超え、京都府にあてはめると約10万人を超えています。今後も急速に増加し、2025年には全国で約730万人、京都府では約16万人となると推計されます。

認知症は、誰もがかかる可能性のある当たり前の病気であり、認知症となっても本人の意志が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護・福祉の関係機関が連携し、総合的な対策を講じていく必要があります。

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

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地域づくりを進めることが重要です。

また、認知症予防には、普段から生活習慣病の予防を心がけることが非常に重要であり、運動や栄養等の総合的な健康づくりが必要です。

<早期発見・早期鑑別診断・早期対応>ができる体制づくり

認知症の重度化を防ぐためには早期発見が不可欠であり、介護従事者だけでなく、本人、家族や身近にいる地域住民が早期に気づき、かかりつけ医に相談できる環境づくりが必要です。

しかし、認知症の初期症状は見分けが難しいだけでなく、超高齢社会を迎え、独居、夫婦二人暮らしの高齢者世帯が増加し、家族等支援者の有無に関わらず早期発見できる体制が必要です。

また、本人、家族や身近にいる地域住民、介護従事者からの訴えを見逃さないことが重要であり、かかりつけ医が、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族への説明を的確に行うことが必要です。

早期対応には、医療面で診断や診療をするだけにとどまらず、家族介護や療養に対する助言や指導も併せて行っていくことが求められており、医療・介護・福祉の連携が必要となります。

とぎれない医療・介護サービスが受けられる仕組みづくり

医療と介護等が連携し、認知症の初期から重度まで、本人の状態に応じて、適時・適切な認知症治療やケアが途切れずに受けられる体制の整備が必要です。

また、医療資源に格差があることを前提に、地域の実情に即したサービスの提供が必要です。

認知症の人は、口腔ケアが不十分になりやすく、むし歯、歯周疾患による歯の喪失などが懸念されるため、口腔機能管理を行う体制を整備する必要があります。

地域での日常生活や就労、社会参加等の支援の強化

認知症の人が地域で安心して暮らしていくためには、声かけや日常生活での支援を通じた見守り活動、身近な地域での相談等、本人・家族に寄り添った支援の充実が必要です。

初期認知症の人は日常生活における支障が少ないため、既存の介護保険サービスに馴染まず、引きこもりがちとなり、その結果、症状が悪化するなどといったことを防ぐためにも、医療・介護スタッフが対応するような居場所づくりや就労・社会参加等の支援が必要です。

家族への支援の強化

認知症の人を支える家族の精神的・身体的な負担は極めて大きいことから、本人の支援だけでなく、家族の負担を軽減するための相談や支援の仕組みを広げることが重要です。

若年性認知症施策の強化

65歳未満で発症する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課題が大きいことから、病気に対する治療やケアに加え、就労継続や社会参加等の支援をあわせて講じていく必要があります。

対策の方向

ポイント

すべての人が認知症を正しく理解し適時・適切に対応できる環境づくり

認知症に対する正しい知識や理解を深めるため、「認知症サポーター養成講座」等の実施を促進するとともに、小中高等学校の児童・生徒や大学の学生を対象するなど教育機関と連携し、学童期からの実施を積極的に展開

市町村が実施する健康づくりや介護予防など認知症予防につながる事業を支援し、認知症予防の重要性を地域住民に周知

< 早期発見・早期鑑別診断・早期対応 > ができる体制づくり

地域の住民を対象とした啓発活動により、本人、家族や身近にいる地域の住民が早期に気づき、かかりつけ医や地域包括支援センターに相談できる環境を構築

かかりつけ医の認知症診断等に関するアドバイザーとなる認知症サポート医の養成や、かかりつけ医、看護師等医療従事者に対する認知症対応力向上研修の一層の充実

家庭訪問、アセスメント、家族支援等を一定期間集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」の設置によるアウトリーチ機能(家庭訪問、アセスメント、家族支援等)の充実

多職種協働の研修の実施等、かかりつけ医、歯科医師、かかりつけ薬剤師・薬局、看護師、地域包括支援センター職員やケアマネジャー等介護従事者が連携の密度を高める仕組みづくりを推進

とぎれない医療・介護サービスが受けられる仕組みづくり

地域の中核施設として、医療・介護・福祉の社会資源と密接に連携し、認知症の医療やケアに総合的に対応できる「京都認知症総合センター(ケアセンター)」の整備

地域ごとに、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、そ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のかを標準的に決めておく「認知症ケアパス」の普及を促進

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体制を整備し、症状に変化があっても途切れず認知症治療が受けられ、できる限り在宅での生活が継続される体制を構築

身体合併症や行動・心理症状(BPSD)に適切に対応できる体制の構築、一般病院や介護施設等の対応力の向上

認知症の人に対する口腔ケアの充実、研修による人材育成及び口腔機能の維持向上の必要性の啓発等を推進

地域での日常生活や就労・社会参加等の支援の強化

「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

地域の各関係団体や地域住民が参加する徘徊高齢者を想定した捜索・発見・通報・保護などの模擬訓練を、市町村と連携して実施し、地域で見守る基盤を構築

「認知症カフェ」の展開等、認知症の人の居場所づくりや、本人の希望に応じた就労・社会参加等の支援

認知症の人の家族が、認知症の状態像に応じた理解や知識を深める研修などの場を提供することで、家族自身の認知症対応力向上を促進

家族への支援の強化

認知症リンクワーカーの養成・配置を促進し、本人・家族に寄り添った支援を充実

認知症コールセンターや認知症あんしんサポート相談窓口の設置、巡回相談会の実施等、地域での相談体制の充実

認知症デイサービスやショートステイ等、家族のレスパイトの充実や、仕事と介護等の両立支援

若年性認知症施策の強化

若年性認知症コールセンターによる相談やハンドブックによる啓発、産業医を対象とした研修等、若年性認知症の早期発見に向けた取組の推進

若年性認知症コーディネーターと関係機関の連携による、就労継続・社会参加等の支援の充実

成果指標

項目	現状値		目標値		出典
	数値	時期	数値	時期	
認知症サポーター	222,004人	H29年 (2017年)9月	280,000人	2020年度	全国キャラバン・メイト連絡協議会調べ
認知症サポート医	131人	H29年 (2017年)9月	186人	2020年度	京都府高齢者支援課調べ

項目		現状値		目標値		出典
認知症対応力向上研修修了者(延べ)	かかりつけ医	1,736人	H29年 (2017年)12月	2,200人	2020年度	京都府高齢者支援課調べ
	歯科医師	224人		470人		
	薬剤師	624人		900人		
	看護職員	227人		440人		
	一般病院勤務の医療従事者	4,577人		6,300人		
京都高齢者あんしんサポート企業	2,477事業所	H29年(2017年)12月	3,500事業所			
認知症カフェ	138カ所	H29年(2017年)4月	150カ所			
支援者のための若年性認知症研修受講者(延べ)	1,184人	H29年(2017年)12月	1,800人			
京都認知症総合センター・ケアセンター	1カ所	H29年(2017年)12月	各圏域に1カ所整備			
認知症リンクワーカー	132人	H29年(2017年)12月	230人			

認知症疾患医療センター指定の状況



病 院 名	機 能	圏 域	所在地
京都府立医科大学附属北部医療センター	地域型	丹 後	与謝野町
独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター	地域型	中 丹	舞 鶴 市
京都中部総合医療センター	地域型	南 丹	南 丹 市
京都府立医科大学附属病院	基幹型	京都・乙訓	京 都 市
一般財団法人療道協会西山病院	地域型	京都・乙訓	長岡京市
京都府立洛南病院	地域型	山城北	宇 治 市
医療法人栄仁会宇治おうばく病院	地域型	山城北	宇 治 市
京都山城総合医療センター	地域型	山城南	木津川市