

第7節 精神疾患医療

1 認知症を除く精神疾患

(現状及び課題)

- 県内の精神疾患患者数（平成28年6月30日現在）は、入院患者数が4,786人、通院患者数が32,685人となっています。入院患者数は減少傾向、通院患者数は増加傾向にあります。
- 自立支援医療費(注1)の受給者数（平成29年3月31日現在）は18,814人と増加しており、「気分(感情)障害（うつ病等）」が6,690人（35.6%）と最も多く、次いで「統合失調症」が6,492人（34.5%）となっています。

(注1) 精神疾患のために医療機関に通院する場合に、通院にかかる医療費の一部を公費で負担する制度。

◇精神疾患患者数の推移（各年6月30日現在） (人)

項目 \ 年次	平成14年	平成19年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
入院患者数	5,100	5,037	4,906	4,860	4,804	4,833	4,786
通院患者数	20,825	24,971	30,709	31,043	30,293	32,283	32,685

資料：大分県障害福祉課調べ

◇自立支援医療費の疾患別受給者数・割合（各年3月31日現在）

疾患別	平成26年		平成29年	
	受給者数(人)	割合	受給者数(人)	割合
症状性を含む器質性精神障害	809	4.9%	1,061	5.6%
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	288	1.8%	354	1.9%
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	6,342	38.6%	6,492	34.5%
気分(感情)障害(うつ病等)	5,852	35.6%	6,690	35.6%
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	859	5.2%	1,105	5.9%
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	35	0.2%	42	0.2%
成人の人格及び行動の障害	72	0.4%	68	0.4%
精神遅滞	151	0.9%	187	1.0%
心理的発達の障害	480	2.9%	798	4.2%
小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	219	1.3%	482	2.6%
その他の精神障害	2	0.0%	2	0.0%
てんかん	1,317	8.0%	1,528	8.1%
分類不明	7	0.0%	5	0.0%
合計	16,433		18,814	

資料：大分県障害福祉課調べ（「疾患別」は、ICD10（国際疾病分類第10版）による区分）

(1) 大分県の精神疾患における医療機能と連携体制

- 精神科医療機関（平成29年3月31日現在）は、精神病床を有する病院が28か所、精神病床を有しない病院及び診療所が44か所あります。
- 県内の精神病床を有する病院は偏在しており、例えば二次医療圏域毎で見ると、南部、豊肥圏域はそれぞれ1か所となっています。
- 精神科訪問看護を提供する病院は19か所、診療所は5か所あります。

◇県内の精神病床を有する病院数

二次医療圏名	構成市町村	数
東部	別府市、杵築市、国東市、姫島村、日出町	6
中部	大分市、臼杵市、津久見市、由布市	14
南部	佐伯市	1
豊肥	竹田市、豊後大野市	1
西部	日田市、九重町、玖珠町	3
北部	中津市、豊後高田市、宇佐市	3
計(6圏域)	14市3町1村	28

(2) 長期入院精神障がい者の地域移行

- 入院後3か月、6か月、1年時点での退院率(平成28年6月30日時点)は、それぞれ49.2%、71.9%、83.3%です。入院後1年が社会復帰を促進する重要なポイントですが、本県の退院率は全国平均に比べると低い状況です。
- 1年以上長期入院患者数は、平成25年6月30日現在で3,420人、平成28年6月30日現在で3,308人となっています。
- 平成28年の病院報告では、精神病床における平均在院日数が415.2日となっており、全国平均より100日以上長くなっています。
- 指定一般相談支援事業所(注2)の数(平成29年4月1日現在)は、62事業所となっています。
- 地域移行が進まない理由として、制度の周知不足、支援者の連携不足、退院後の受け皿の不足等様々な課題が挙げられます。

(注2) 病院等を退院して、地域で暮らすための地域移行支援・地域定着支援を提供する事業所。

(3) 多様な精神疾患への対応

精神疾患は、症状の軽いうちに治療を始めるほど回復が早いとされていますが、精神疾患に対する偏見も強いことから、医療機関を受診するまでに期間を要することが多く、治療開始が遅れ重症化することがあります。

① 統合失調症

- 統合失調症は、幻覚や妄想、自分の考えが他人に読み取られると感じる、興奮や昏迷などを主症状とする精神疾患です。
- 統合失調症の治療には、抗精神病薬が有効ですが、症状が軽快したり消退したからといってすぐに服薬を中断すると症状が悪化したり再発することが多いため、規則的に服薬をすることが必要です。また、薬物療法だけでなく、再発予防や日常生活機能の向上等を目的とした作業療法等を併用することで治療効果が上昇し、社会復帰や日常生活の維持が容易となります。

② 気分（感情）障害（うつ病等）

- 気分（感情）障害は、気分及び感情の変動によって特徴づけられる精神疾患で、うつ病、双極性感情障害などがあります。
 - うつ病は、不眠や食欲不振、気分の低下などの症状が2週間以上持続する精神疾患です。
 - うつ病の治療には、抗うつ剤の服薬と十分な休養が中心となり、また、精神療法の中でも特に認知行動療法(注3)の有効性が明らかとなっています。
 - 双極性感情障害は、活動的な躁病症状とうつ病症状を繰り返す精神疾患です。
 - 双極性感情障害の治療には、気分安定剤が有効で、症状の寛解した時期にも服薬を継続することが再発を予防する上で重要です。
- (注3) うつ病になりやすい人のものの考え方の偏りを、面接を通じて修正していく精神療法で、欧米では、うつ病をはじめとする様々な精神疾患に対する有効性が示され、広く用いられている。

③ 認知症

- 認知症に関しては、「2 認知症」を参照

④ 児童・思春期精神疾患

- 児童・思春期は、ホルモンバランスが不安定であることや、自分を取り巻く社会環境の変化、自我の芽生えなどにより、精神的に不安定になりやすく、精神疾患にかかる恐れが強くなります。
- 脳神経の発達段階にあり、身体的にも大きく変化を遂げる時期であることから、治療やリハビリテーションについては、特別な配慮が必要となります。

⑤ 発達障害

- 発達障害は、先天的な様々な要因によって乳幼児期にかけてその特性が現れ始める脳機能の発達に関する障がい、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害などの総称です。
- 発達障害は、早期に発見し、適切な治療教育を行うことで、対人関係障がい、異常なこだわり行動の改善などが可能です。また、親の対応力を高めるペアレント・トレーニング、心理教育的家族療法といった家族支援も重要です。

(※第14節障がい保健対策でも記載しています)

⑥ 依存症

- 依存症は、脳神経に作用する精神作用物質（アルコール、薬物等）の過剰摂取により引き起こされる精神及び行動の障害の総称です。
- 依存症からの回復には、ピアカウンセリングや専門的な治療プログラムを受けることが重要です。また、再発防止のため、関係機関（保健所、精神保健福祉センター、医療機関、自助グループ等）と連携して、治療後も本人及び家族に対する、切れ目のない支援を行うことも大切です。

⑦ 心的外傷後ストレス症候群（PTSD）

- PTSDは、強烈なショック体験、強い精神的ストレスが、心のダメージとなり、時間が経ってからも、その経験に対して強い恐怖を感じるものです。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になると言われています。
- PTSDは、必要に応じて精神療法と薬物療法が用いられます。多くの場合、認知行動療法などの継続的な精神療法が必要であり、症状に合わせて抗うつ剤や抗精神病薬などによる薬物療法も積極的に行われます。また、同じようなトラウマ体験をしたもの同士が集まる自助グループへ参加することが有効な場合もあります。

⑧ 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害は、頭部外傷、脳血管障害等により脳に損傷を受けた結果、記憶などの認知機能に障がいが起こり、日常生活や社会生活への適応が困難となる精神疾患です。
- 高次脳機能障害は、記憶力や注意力の低下、感情や行動のコントロールができなくなる等の症状が出現します。これらの症状は外見からは分かりにくいいため、周囲が環境の配慮をすることなどで、日常生活の困難が軽減され、社会適応が期待できます。

（※第14節障がい保健対策でも記載しています）

⑨ 摂食障害

- 摂食障害には、食事をほとんどとらなくなってしまう拒食症、大量に食べてしまう過食症があります。
- 摂食障害の治療は、体重に対するこだわりなどを改善するための心理療法を中心に、心身の回復を目指す薬物療法や栄養指導などが有効です。

⑩ てんかん

- てんかんは、突然意識を失って反応がなくなるなどの発作を繰り返し起こす神経疾患です。
- てんかんの治療としては、薬物療法が中心で、抗てんかん剤の服薬が有効です。

（4）自殺対策

- 平成21年以降、全国では7年連続で自殺者数が減少しています。本県においても、自殺者数は減少していますが、依然として200人前後で推移しています。
- 人が自殺に追い込まれる要因としては、健康問題、経済問題、家庭問題など多岐にわたっており、その上一人で複数の問題を抱えている場合が多いため、多方面からの支援が必要です。
- 厚生労働省が策定した「自殺総合対策大綱」のなかでも、「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」ことが明記されています。
そのため、精神疾患に関する医療計画の策定は、重要な取組の一つに位置づけられています。

◇自殺者数・自殺死亡率の推移

(人)

		平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
大分県	自殺者数	295	266	251	261	255	205	191	194
	男	223	193	171	176	190	142	127	138
	女	72	73	80	85	65	63	64	56
	自殺死亡率(人口10万人あたり)	24.9	22.4	21.2	22.2	21.8	17.6	16.5	16.9
全国	自殺者数	30,707	29,554	28,896	26,400	26,063	24,417	23,152	21,017
	自殺死亡率(人口10万人あたり)	24.4	23.4	22.9	21.0	20.7	19.5	18.9	16.8
	全国順位(高い順)	22	33	36	16	14	36	41	25

資料：人口動態統計

(5) 精神科救急

- 夜間・休日における緊急な医療を必要とする精神疾患患者のため、措置入院を除く夜間・休日の診療体制の確立が求められています。
- 夜間・休日におけるかかりつけ医の対応が十分ではないことから、時間外のかかりつけ患者に対する診療体制等の充実が求められています。
- 身体合併症患者については、病態に応じた一般医療機関と精神科医療機関との連携が十分ではありません。

(6) 災害精神医療

- 平成23年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成24年度に「災害派遣精神医療チーム(DPAT)」の仕組みが創設され、平成25年度から養成が開始されました。
- 県では、自然災害又は事故災害の被災地域等で、被災者や支援者に対して精神保健医療活動の支援を行う専門的な研修・訓練を受けた大分DPATを平成26年度から整備しています。
- DPATの主な活動は、精神科医療機関の機能の補完、避難所、在宅の精神疾患を持つ被災者への精神医療の提供などです。緊急時においても、専門的な心のケアに関する対応が円滑に実施できるようDPAT隊員の継続的な養成等、体制の充実が必要です。
- 大規模災害時における措置入院患者や医療保護入院患者を始めとする精神科患者の受入や医療を確保するため、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院の整備について議論が進められています。

(※第11節災害医療でも記載しています。)

(今後の施策)

(1) 大分県の精神疾患における医療機能と連携体制

- 精神病床を有する病院が偏在していることから、適切な医療体制を確保するため、県全域を1圏域として設定します。
- 精神疾患患者の心身の状態に応じた医療の提供の実現のため、多様な疾患毎の連携拠点となる医療機関を定めます。(別表参照)

(2) 長期入院精神障がい者の地域移行

- 精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指します。

- 精神障がい者の地域移行を推進するため、家族や地域の精神疾患に対する偏見の解消に努め、精神疾患に対する正しい理解の普及啓発を図ります。
- 精神科デイケア等入院外医療の充実により、入院後1年時点の退院率を上げ、早期の退院を目指します。
- 県内6保健所毎にある精神障がい者地域移行支援協議会等を活用し、県、市町村、精神科医療機関、相談支援事業所など関係機関が連携して、地域生活への移行に向けた支援及び地域生活に定着するための支援を推進します。
- 精神科医療機関、市町村、相談支援事業所の支援者に対し、地域移行に向けた理解を深める研修等を実施し、支援の質の向上を図ります。
- 保健所においても、精神障がい者の入院時点から、関係機関と連携し、地域移行に向けて、積極的に情報交換や支援に携わります。

(3) 多様な精神疾患への対応

- 精神疾患に対する偏見をなくし、相談や治療につながりやすい状況をつくるため、精神疾患に対する正しい理解の普及啓発を図ります。
- 地域保健機関（市町村、保健所、こころとからだの相談支援センター等）やかかりつけ医、精神科医療機関との連携により、早期に受診する環境づくりを進めます。
- 小児科等のかかりつけ医は、発達障がい児・者及びその家族を診療する機会が多く、診療時の適切な助言・対応が重要となっています。本人が診療に抵抗を示す場合や家族の障がい受容の問題等も含め、かかりつけ医等の発達障害への対応力向上を図ります。
- 依存症（アルコール、薬物等）からの回復には、家族や自助グループ等の民間団体が果たす役割が重要であり、行政、医療機関等と密接に連携したネットワークづくりを進めます。
- 高次脳機能障害に対する正しい理解を広めるため、研修会の開催やリーフレットの作成等の啓発を推進します。また、医療機関スタッフ等の人材育成に向けた研修会の開催や連携体制の構築に向けた関係機関との協議を行います。
- 周産期メンタルヘルスケアとして、産科医療機関と行政、精神科医療機関との連携による、妊産婦への支援体制の強化に努めます。

(4) 自殺対策

- 「いのち支える大分県自殺対策計画」を策定し、生きることへの包括的な支援を推進します。
- 「自殺総合対策大綱」のなかに明記されている「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」ため、早期に医療機関への受診を促すことができるゲートキーパーの養成を推進します。
- 警察から保健所に連絡のあった自殺企図者及びその家族に対し、自殺企図の要因に応じた相談先を紹介するなどの支援を行います。

(5) 精神科救急

- 精神科救急に携わる関係機関の協力・連携のもと、適切な役割分担等によ

る精神科救急医療体制の更なる充実に努めます。

- 精神科医療機関におけるかかりつけ患者については、診療時間外においても相談等に対応し、必要に応じて診療できる体制の整備・充実に努めます。
- 身体合併症患者への対応を充実させるため、救急医療機関と精神科医療機関の連携強化に努めます。
- 関係機関の協力・連携のもと、夜間・休日を中心とした精神科救急及び身体合併症治療等に対応可能な県立病院精神医療センターを平成32(2020)年度中に開設します。

(6) 災害精神医療

- DPATの出動体制の確保・充実に努めるため、隊員の継続的な養成を推進し、複数チームの編成や交代要員の確保を図ります。
- 本県被災時に即応可能な体制の整備に努めます。
- 災害時における精神科医療を提供する上で中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の整備については、国の動向を踏まえて検討します。
(※第11節災害医療でも記載しています。)

(目標)

項目	現状 (注4)		目標 (平成35(2023)年度) (注5)	
	入院後3ヶ月、6ヶ月、1年時点退院率	3ヶ月	49.2%	3ヶ月
6ヶ月		71.9%	6ヶ月	84.0%
1年		83.3%	1年	90.0%
1年以上長期入院患者数	3,308人		2,901人	
自殺死亡率(人口10万人あたり)	16.9		14.2	

(注4)「現状」欄は、以下のとおりとする。

- 「入院後3か月、6か月、1年時点の退院率」・・・平成28年精神保健福祉資料
- 「自殺死亡率」・・・平成28年人口動態統計

(注5)「目標」欄は、以下のとおりとする。

- 入院後3か月、6か月、1年時点退院率
大分県障がい福祉計画(第5期)で設定した数値目標(平成32(2020)年度末 3か月:69.0%、6か月:84.0%、1年:90.0%)を継続
- 1年以上長期入院患者数
大分県障がい福祉計画(第5期)で設定した数値目標(平成32(2020)年度末2,901人)を継続
- 自殺死亡率
自殺総合対策大綱で、平成38(2026)年度までに自殺死亡者を13.0とするよう定められていることを踏まえ、平成38(2026)年度までの1年あたりの減少率が同じ割合となるよう設定

多様な精神疾患毎の連携拠点医療機関

多様な精神疾患毎の連携拠点医療機関の選定基準等を満たす医療機関を確認するため、県内の医療機関を対象として、平成29年9月にアンケート調査を実施し、その結果をもとに「多様な精神疾患毎の連携拠点医療機関」及び「多様な精神疾患毎の対応可能な医療機関」を選定しました。

No. (※3)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
		統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症(※1)	児童・思春期精神疾患	発達障害	依存症	PTSD	高次脳機能障害(※2)	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺未遂者	災害精神医療	
1	大分市	衛藤病院	○	○									○			
2		大分丘の上病院	○	○	○	○	○	○	○		○		○		○	
3		大分下郡病院	○	○	○		○		○	○		○			○	
4		佐藤病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5		城東病院	○	○	○		○	○				○	○			○
6		タキオ保養院	○	○	○			○								
7		博愛病院	○	○	○	○	○					○				
8		淵野病院	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9		帆秋病院	○	○	○			○								
10		緑ヶ丘保養園	○	○	●			○		○				○		○
11		リバーサイド病院	○	○	○											
12	別府市	鶴見台病院	○	○				○								
13		別府医療センター											○	○		
14		向井病院	○	○	●	○	○	○	○	○	○		○	○		
15		山本病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
16	中津市	大貞病院	○	○	○										○	
17	日田市	上野公園病院		○	●											
18		大分友愛病院		○	○			○								
19		奥村日田病院	○	○												
20	佐伯市	佐伯保養院	○	○	○	○	○	○		○	○					
21	臼杵市	白川病院	○	○	●				○		○				○	
22	竹田市	加藤病院	○	○	●											
23	豊後高田市	千嶋病院	○	○	●											
24	杵築市	杵築オレンジ病院	○	○	○		○	○	○		○	○	○			
25	宇佐市	宇佐病院	○	○												
26	由布市	大分大学医学部附属病院(精神科)	○	○	○								○	○		
27	大分市	諏訪の杜病院							●							
28		河野脳神経外科			●											
29	別府市	農協共済別府リハビリテーションセンター							●							
30	佐伯市	長門記念病院(神経内科)			●											
31	大分市	博愛診療所	○	○	○						○					
32		わかばクリニック			○											
33	別府市	後藤医院		○	○		○									
34		高橋内科医院						○								
計		24	27	26	6	11	14	8	10	6	11	6	9	8	6	

※1 「認知症」：大分県の指定する認知症患者医療センター ●、その他医療機関 ○
 ※2 「高次脳機能障害」：大分県の指定する高次脳機能障害支援拠点機関 ●、その他医療機関 ○
 ※3 No.1～26：精神病床を有する病院、27～30：精神病床を有しない病院、31～34：診療所

2 認知症

(現状及び課題)

1 認知症施策の推進

(1) 早期診断・早期対応の体制整備

- 認知症に対する早期対応ができていないために、認知症の症状が悪化し、B P S D(注1) (徘徊、興奮・暴力、幻覚・妄想等の行動・心理症状) 等が生じてから医療機関を受診しているケースが見られます。
- 早期に認知症の診断を受け、適切に薬物治療や介護サービスを提供する環境を整えることにより、認知症の進行を遅らせ、在宅での生活を長く続けることが可能となります。そのため、認知症の疑いや気付きのあった高齢者が速やかに受診できるよう、地域の支援体制を整備する必要があります。
- 認知症医療に係る地域の拠点として、鑑別診断や急性期、B P S Dへの対応等の専門医療を提供する「認知症疾患医療センター」の整備を進め、現在、県内8か所に設置していますが、今後は地域包括支援センター等との地域での有機的な連携の在り方を考慮し、その機能の強化が必要です。
- 身近な地域のかかりつけ医の認知症対応力を向上させていくとともに、かかりつけ医に対する指導・地域連携の推進役となる「認知症サポート医」のさらなる養成が求められています。
- 認知症であっても、安心して在宅で生活を送ることができるよう、地域において、認知症の人へのデイサービス、デイケアやホームヘルプ、訪問看護等がきめ細かに提供されることが求められています。また、介護保険サービスに該当しない軽度な段階での地域の中での居場所づくり、生きがいづくりが求められています。
- B P S Dや身体合併症等が見られた場合にも、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なくサービスが提供され、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるようにするためには、医療と介護の有機的な連携が重要です。

(注1) (behavioral and psychological symptoms of dementia) 本人がもともと持っている性格、環境、人間関係などさまざまな要因がからみ合って起こる、うつ状態や妄想のような精神症状や、日常生活への適応を困難にする行動上の問題。出典：「キャラバンメイト養成テキスト」(NPO法人地域ケア政策ネットワーク)

(2) 医療・介護人材の対応力の向上

- 認知症高齢者は、記憶障害、判断力低下、失語等によるコミュニケーションの困難さといった中核症状やB P S Dが多く見られるといった特徴があります。
- 認知症高齢者の多くは、身体疾患を有することから、認知症の専門医療機関だけでなく、かかりつけ医や急性期病院などを受診しているとともに、

要介護度に応じて様々な介護サービスを受けています。

- 一般病院等においては、認知症を有する患者に対する適切な対応方法が分からないこと由来する不安等から、手術・緊急処置等の必要な医療が提供されなかったり、行動・心理症状やせん妄(注2)に対応できない、といった状況が生じています。
- 認知症高齢者が、いかなる場面においても、必要な医療及び適切なケアを受けることができるよう、広く一般の医療・介護従事者が、認知症の人や家族を支えるための基本的知識と具体的な対応方法を習得することが求められます。
- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員及び病院職員は、医療における認知症への対応力を高めるキーパーソンとなることが期待されます。このため、認知症に関する専門的な医療や介護サービスを提供する病院等の従事者については、より専門的な研修を受講するなど、さらなる資質向上を図る必要があります。
- 地域の医療機関等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局には、認知症の早期発見における役割が期待されており、歯科医師や薬剤師が高齢者と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気付き、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことが求められます。

(注 2) 意識障害による急性の精神症状で、注意の集中や維持が困難となり、不穏・易刺激性、暴言、幻覚等が出現し、理解や判断が困難となる状態。身体疾患や環境の変化、薬剤による影響等が誘因となることが多い。出典：「認知症疾患治療ガイドライン2010コンパクト版2012」（監修：日本神経学会、医学書院）

(3) 若年性認知症

- 若年性認知症については、本人や家族から「どこに相談したら良いのか分からない」などの意見があり、相談体制の整備等を図っていく必要があります。
- 若年性認知症の人や関係者等が地域で交流できる居場所づくりを進める必要があります。
- 若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きいことから、可能な限り雇用継続が図られるよう、その特性や就労について、産業医や事業主に対する理解促進が重要です。
- 若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を担う若年性認知症支援コーディネーターの資質の向上や認知症地域支援推進員との連携を進めることが必要です。

2 介護に取り組む家族等への支援の充実

(1) 認知症の普及啓発等

- 本県には、平成27年現在、約6万人の認知症高齢者がいると推計され

ており、今後、さらに増加していくことが見込まれています。

- 認知症は早期診断・早期対応につなげることが重要であり、そのためには、地域住民に対して、認知症についての正しい理解を幅広く普及啓発するとともに、相談窓口についても周知することが必要です。
- 認知症になっても、重症化を予防するための取組が必要となっています。

(2) 認知症の人や家族等に対する地域支援

- 認知症の人やその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるよう、地域で見守り支える体制づくりが必要です。
- 認知症による徘徊や行方不明高齢者を迅速に捜し出して保護するための地域の体制（SOSネットワーク）を整備する必要があります。
- 地域包括支援センターやかかりつけ医、介護保険施設など認知症に係る地域資源の発掘や支援ネットワークの拡充が必要です。
- 認知症の人を介護する家族が、メンタルヘルスも含めた認知症の介護に係る相談を行い、支援を受けられる体制づくりが必要です。また、今後は若い世代の介護者（ダブルケアラー・ヤングケアラー）に関する実態を把握し、適切な支援策を検討することが求められます。
- 在宅や施設において認知症の人が安心して介護サービスの提供を受けるためには、訪問介護員や施設の介護職員などの身体的負担に加えて、精神的負担の軽減が必要であることから、これらの者に対する支援の充実が重要となります。

3 権利擁護の推進

- 判断能力がない認知症高齢者などの支援は、成年後見制度(注3)により行うこととしており、弁護士や行政書士、社会福祉士等の専門職や親族による後見が実施されています。
- 「あんしんサポートセンター」(注4)の利用者の中には、判断能力の低下や喪失の判断が困難なケースがあり、現在は県社会福祉協議会で契約締結審査会を開催し、契約の可否を判断していますが、契約できない場合の身寄りのない申込者のフォローが課題となっています。
- 身寄りのない方又は親族による申立てが期待できない方については、市町村長が申立てを行うこととなるため、市町村と連携した成年後見制度の利用促進が必要ですが、本制度の周知が十分とは言えず、申立てが進んでいない実態があります。

特に、認知症高齢者については、高齢者の総合的な相談支援機関である地域包括支援センターにおける権利擁護支援の強化が求められています。

- 今後、判断能力が低下又は喪失される高齢者の一層の増加が見込まれる中、成年後見制度の利用促進に向けて、市民後見人(注5)の養成や法人後見体制(注6)の整備等が求められています。
- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳に重きを置いた医療・介護等が提供されることが重要です。特に、認知症の人には意思能力の問題があるこ

とから、あらかじめ本人の特性に応じた意思決定の対応が求められます。

- 住民に身近な医療機関や介護事業所については、日常的に養護者や家族等と接する機会が多いことから、高齢者の虐待や消費者被害の疑いを早期に発見・把握する役割が求められます。

(注 3) 認知症や精神障がいなどにより判断能力が不十分な方々が不利益を被らないために、家庭裁判所に申立てを行い、家庭裁判所が選任した成年後見人等がその方々を保護・支援する制度。成年後見制度には、判断能力が実際に衰えてから行う「法定後見制度」と、判断能力が衰える前から行うことができる「任意後見制度」の2種類がある。

(注 4) 認知症高齢者など判断能力が低下している人に対し、金銭管理や書類の預かり等、日常生活の支援を行うため、平成11年度から設置しており、県社会福祉協議会が市町村社会福祉協議会に委託して運営。

(注 5) 認知症や精神障がいなどで判断能力が不十分になった人を支援するため、家庭裁判所から選任された地域の一般市民。市民後見人は、市民感覚を生かしたきめ細かい後見活動ができ、地域における支え合い活動に主体的に参画する人材として期待されている。

(注 6) 社会福祉協議会等の法人が弁護士等の専門職と同様に成年後見人となり、法人の職員が後見事務を行うもの。担当している職員が何らかの理由でその事務を行えなくなっても、担当者を変更することにより、後見事務を継続して行うことができるという利点がある。

(今後の施策)

1 認知症施策の推進

(1) 早期診断・早期対応の体制整備

- 認知症についての県民の理解を深め、早期の相談・医療受診等を推進するため、認知症に関する相談窓口や医療提供体制に関する情報等の発信、地域住民への啓発活動を強化します。
- 地域において、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」(注 7)について、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その普及を推進します。
- 地域の医療・介護その他支援機関をつなぐコーディネーター役となる「認知症地域支援推進員」(注 8)の活動を支援し、医療と介護サービスが切れ目なく提供されるための連携体制づくりを推進します。
- 医師や保健師・看護師、社会福祉士・介護福祉士等から構成される「認知症初期集中支援チーム」(注 9)を地域包括支援センター等に設置し、認知症の人の家庭訪問、アセスメントや家族支援、医療へのつなぎなど、早期の介入・支援を推進します。
- かかりつけ医として、認知症の相談に応じ、日常的な診療や専門医への紹介等を行う「大分オレンジドクター(もの忘れ・認知症相談医)」の登録

を推進します。

- かかりつけ機能に加えて地域の医療機関等と日常的に連携する歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施します。
- 認知症の人が早期に鑑別診断を受け、BPSDへの対応等、高度・専門的な医療を含む認知症の治療を受けられるよう、地域における医療提供体制の一層の充実を図るため、認知症疾患医療センターがかかりつけ医、認知症サポート医、一般病院、精神科病院、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える司令塔機能を積極的に担うことを推進します。
- 認知症サポート医のさらなる養成を行うとともに、認知症疾患医療センター等の専門医療機関やかかりつけ医等と連携して、認知症の人をケアする地域の医療・介護連携体制の整備を推進します。
- BPSDへの適切な対応等を図るため、医療・介護関係者が連携して、認知症の人に対する適切なアセスメントから、効果的なケアを実施する体制づくりを推進します。
- BPSDや身体合併症等が見られた場合にも、一般病院や精神科病院、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、当該医療機関や介護施設等での対応が固定化しないように、退院・退所後もそのとき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循環型の仕組みの構築を市町村と協力して進めていきます。

(注7) 認知症と疑われる症状が現れたときから認知症の進行状況に合わせて、いつ、どこで、どのような支援・サービスが受けられるのかということ、を、わかりやすく示したものを。

(注8) 市町村ごとに、地域包括支援センター等に配置され、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

(注9) 医療・介護の専門職が、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、病院への受診や介護サービスの利用、家族支援などの初期の支援を集中的に行い、自立生活に向けたサポートを行うチーム。

(2) 医療と介護の連携等

- 認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されるよう推進します。
- 認知症の診断が必要になった場合は、かかりつけ医が認知症疾患医療センター等の専門医療機関へ紹介し、今後の治療計画等が記載された療養計画に基づき、療養支援を行う体制づくりを推進します。また、認知症の人が入院になった場合でも、退院後はかかりつけ医が引き続き療養支援を行う体制づくりについても推進します。
- 市町村で実施する「地域ケア会議」の活用などにより、認知症の人に対する包括的・継続的ケアマネジメントを推進します。
- 「認知症の退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療

計画)」の作成を推進します。

また、退院支援に当たっての入院医療機関と介護サービス事業者等との連携を進めるなど、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進します。

- 認知症のBPSDなどの急性増悪期に、早期に治療できる体制整備を推進します。また、入院した場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すための体制整備を推進します。併せて、退院後に関わる周囲の人々への普及啓発、相談体制の整備をはじめ地域の受け入れ体制の充実を図ります。

(3) 介護サービスの整備

- 認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの適正な整備を促進します。
- 認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護の事業所等が、その知識・経験・人材などを生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談・支援を行うことを推進します。

(4) 医療・介護人材の対応力の向上

- 一般病院の医師や看護師など医療従事者の認知症を有する患者への対応力の向上を図るため、BPSDやせん妄等に関する知識、アセスメント、ケア、院内外の連携等について習得するための研修を実施します。
- 介護サービス従事者の認知症介護の質の向上を図るため、認知症介護実践者研修や介護指導者養成研修などを実施します。
- かかりつけ機能に加えて地域の医療機関等と日常的に連携する歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施します。(再掲)

(5) 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症の人の実態把握に努めます。
- 若年性認知症の人の雇用相談を障害者就業・生活支援センターと連携して進めます。
- 県民の若年性認知症に関する理解を深めるため、普及啓発に努めるとともに、診断直後から集中的に支援が受けられる体制を整備します。
- 「若年性認知症の人と家族の集い」など、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置を促進します。
- 若年性認知症を含む認知症の人が、自ら認知症施策について関与できる体制づくりに努めます。
- 若年性認知症の人への支援に関わる医療、介護、福祉、雇用等の関係機関が連携して、発症初期から高齢期までの本人の状態に合わせた適切な支援が提供されるよう、若年性認知症コーディネーターを中心にネットワーク体制を整備するとともに、相談窓口となる地域包括支援センターや市町村等関係機関を対象とした研修を開催します。

2 介護に取り組む家族等への支援の充実

(1) 正しい理解の普及と相談体制整備

- 認知症にやさしいまちづくりを目指して、県民の理解促進に向けた、より一層の普及啓発を行うとともに、地域包括支援センター等の相談窓口の周知に努めます。
- 認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守る「認知症サポーター」について、市町村等と連携しながら、さらなる養成を県内各地で積極的に推進します。
また、養成された認知症サポーターが、地域や職域において様々な場面で活躍できるよう、活動の展開を図っていきます。
- 認知症の人にやさしく対応できる企業（店舗・事務所）を「認知症サポーター企業（オレンジカンパニー）」として登録し、高齢者の生活と関連の深い企業等による見守り・支援を推進します。
- 地域の介護予防教室やサロンにおいて、認知機能低下予防の取組を推進します。

(2) 認知症の人や家族等を孤立させない支援ネットワークの充実

- 民生委員や地域住民に加え、民間企業等も協力して、認知症の人とその家族を地域で見守る体制づくりや、地域の医療・介護その他支援機関をつなぐコーディネーター役となる「認知症地域支援推進員」の活動を支援します。
- 認知症による徘徊又は行方不明高齢者が発生した場合に、地域で早期に発見できるよう、関係機関の連携体制（SOSネットワーク）を整備します。
- 認知症の人が地域で暮らしていくことができるための支援ネットワークを整えるとともに、幅広い世代の介護者などが相互に交流を図り、身近な場所で気軽に認知症の相談ができる体制の整備を進めます。
- 地域包括支援センターを中心に、医療、介護、予防、見守りなど、認知症の人の支援に携わる全ての人々の広域的な連携や地域ネットワークの構築を進めます。
- 介護者生活情報誌の発行、介護者の集いや認知症介護教室の開催などにより、認知症介護者の精神的な負担の軽減を含めた様々な支援を行うとともに、認知症介護者同士のネットワークの構築を図ります。
- 認知症の人や家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェの全市町村への普及展開を図ります。

3 権利擁護の推進

- 判断能力が低下した高齢者などを対象として、大分県社会福祉協議会が行う金銭管理等により日常生活を支援する日常生活自立支援事業(注 10)を引き続き推進します。
- 県・市町村社会福祉協議会が行う研修を通じた本事業の周知により、適

正利用とニーズの掘り起こしに努めます。

- 市町村長による成年後見の申立てが円滑に実施されるよう、市町村及び地域包括支援センター等を対象にした研修を実施します。
- 市町村担当課や地域包括支援センター、指定障害者相談支援事業所(注11)、市町村社会福祉協議会等が連携した、細やかな権利擁護体制を整備します。
- 県民に対する情報提供などにより、成年後見制度の普及に努めるとともに、制度を円滑に利用できるよう、市町村と連携し、市民後見人の養成や社会福祉協議会等の法人による法人後見体制の整備を推進します。
- 認知症の人が住み慣れた地域で最期まで安心した生活を継続できるような医療・介護の提供体制の実現には、本人や家族、地域での考え方も重要です。このため、本人の尊厳に重きを置いた人生の最終段階における医療と介護の在り方などについては、本人や家族、地域住民等の視点も踏まえながら検討を進めます。
- 虐待発見者の通報義務、成年後見制度や日常生活自立支援事業等の利用促進について、養介護施設従事者や医師など高齢者の福祉に関係のある者をはじめとする県民への普及啓発に努めます。

(注 10) 認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助や日常的金銭管理サービス等を行うもの

(注 11) 地域の障がいのある人たちに対して、日常生活における相談や様々な支援を行う事業所のこと。具体的には、障がい者の自立した生活を支え、障がい者の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、サービス等利用計画に係る相談対応や作成等により支援を行うもの。

(目標)

項目	現 状	目 標 (平成 35(2023)年度)
大分オレンジドクター登録者数	435 人 (H28 年度末)	500 人
認知症サポート医数	66 人 (H28 年度末)	87 人
認知症カフェ等における認知症サポーターの活動者数	0 人 (H28 年度末)	500 人
認知症対応力向上研修受講者数		
歯科医師	59 人 (H29 年度実績)	180 人
薬剤師	55 人 (H29 年度実績)	450 人
一般病院勤務の医療従事者	1,426 人 (H29 年度実績)	1,500 人
看護職員	64 人 (H29 年度実績)	310 人
認知症介護指導者養成研修受講者数	30 人 (H28 年度実績)	40 人
認知症介護実践リーダー研修受講者数	918 人 (H28 年度実績)	1,300 人
認知症介護実践者研修受講者数	2,728 人 (H28 年度実績)	4,200 人
認知症カフェ等の設置市町村数	16 (H28 年度実績)	18

※認知症サポーターは 94,050 人 (H29(2017)年 3 月) から、140,000 人 (H33(2021)年 3 月) まで養成見込み

※現状値、目標値は、それぞれ当該年度までの累計数値

※各職種の認知症対応力向上研修受講者数は、厚生労働省の「認知症対策等総合支援事業実施要綱」に基づく研修の受講者数