

## 第5節 精神疾患

### 精神疾患（認知症を除く）

#### 1 現状

##### 【患者数等】

- (1) 本県の精神科病院における入院患者数は減少傾向にあり、平成29年度末の5,509人から令和4年度末は5,058人となっています。一方、通院患者数は増加傾向にあり、平成29年度末の27,745人から令和4年度末は28,618人となっています。（新潟県精神保健福祉年度報告）
- (2) NDBデータベース（レセプト情報・特定健診等情報データベース。以下、「NDB」という。）における本県の患者数の現状は以下のとおりです。
  - ア 令和2年度の統合失調症\*の患者数は14,828人であり、平成29年度の15,661人に比べ減少傾向にあります。
  - イ 令和2年度のうつ病\*・躁うつ病\*の患者数は31,193人であり、平成29年度の33,009人に比べ減少傾向にあります。
  - ウ 難治性治療抵抗性統合失調症治療薬や修正型電気けいれん療法（mECT）\*による治療を受けている患者は増加しています。
  - エ 令和2年度の20歳未満の精神疾患の通院患者数は9,079人であり、令和29年度の7,807に比べ増加しています。
  - オ 令和2年度の発達障害\*の患者数は21,113人であり、平成29年度の16,373人に比べ増加しています。
  - カ 依存症については、アルコール依存症の患者数は大きく変化はありませんが、人口10万人あたりの患者数は令和2年度で164.6人と、全国の患者数143.8人に比べ多い状況です。また、薬物依存症、ギャンブル依存症の患者数はそれぞれ増加しているものの、他の疾患に比べると少ない状況です。
  - キ 令和2年度の外傷後ストレス障害（PTSD）\*の患者数は393人であり、平成29年度の336人に比べ増加しています。
  - ク 令和2年度の摂食障害\*の患者数は3,673人であり、平成29年度の4,608人に比べ減少しています。
  - ケ 令和2年度のでんかん\*の患者数は9,356名であり、平成29年度の9,740人に比べ減少傾向にあります。
- (3) NDBによると、本県の精神病床における新規入院患者の平均在院日数は令和2年で117.5日と、全国値111.1日（中央値）よりも長くなっています。

##### 【医療提供体制等】

- (4) 令和5年における精神病床を有する病院数は29病院となっています。また、令和5年4月1日現在における精神病床数は6,072床であり、平成29年の6,534床に比べ減少傾向にあります。

- (5) 厚生労働省の精神保健福祉資料によると、令和4年における精神科訪問看護を実施している施設数（医療機関・訪問看護ステーション）は80施設となっており、平成29年の50施設から増加しています。
- (6) 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制を構築するため、二次保健医療圏と同じ区域を単位とした精神医療圏を設定しています。
- (7) 精神科救急医療システム\*については、休日昼間は5ブロック体制、夜間は2ブロック体制で稼働しています。
- (8) 24時間体制で精神医療相談を受ける精神医療相談窓口を平成27年（2015）年3月から設置しています。
- (9) 災害急性期から被災地での精神科医療の提供や精神保健活動への専門的支援を行う災害派遣精神医療チーム（DPAT）\*また、大規模災害時において、精神科病院からの患者受入れ等の機能を有する災害拠点精神科病院\*を1病院整備しています。
- (10) 精神科、心療内科を標榜する医療機関の役割分担を明確にするため、各医療機関を以下の3つの機能に整理しています。
- ア 「地域精神科医療提供機能」  
地域精神科医療を提供するとともに、医療連携、情報発信、人材育成へ参画します。
- イ 「地域連携拠点機能」  
圏域ごとの医療連携、情報収集・発信、人材育成の地域拠点であり、地域精神科医療提供機能を担う医療機関を支援します。
- ウ 「県連携拠点機能」  
医療連携、情報収集・発信、人材育成の県拠点であり、地域連携拠点機能を担う医療機関を支援します。
- (11) 比較的患者数の多い疾患（統合失調症やうつ病・躁うつ病等）については、県内に地域精神科医療提供機能を担う医療機関も多く、県民にとっては身近な地域で医療を受けられる体制がありますが、その他の疾患については、身近な地域で医療を受けることができず、隣接圏域等での受療が必要となっている場合もあります。
- (12) 一般医療機関において精神科医療が必要と認められた患者や、身体合併症を有する精神疾患患者への適切な医療の提供が課題となることがあります。
- (13) 全ての障害保健福祉圏域において、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を設置し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向け、精神科医療機関、相談支援事業所\*、地域包括支援センター、市町村等の重層的な連携による支援体制整備に取り組んでいます。

**2 課題****(1) 診療・拠点機能**

- ア 多様な精神疾患等ごとに適切な医療を提供できる体制づくりを促進する必要があります。また、疾患等ごとに医療機関の機能を明確にし、相互の連携を促進する必要があります。
- イ 精神科の専門医療が必要な患者が適切に医療を受けられるよう、一般医療機関と精神科医療機関の連携を促進する必要があります。
- ウ 身体合併症を有する精神疾患患者が適切に医療を受けられるよう、内科・外科等身体疾患を担当する科の医師と精神科医との連携が必要です。
- エ 平時の医療連携に加え、災害時の精神科医療提供の体制整備を推進する必要があります。
- オ 精神疾患患者の人権に配慮された適切な医療が提供されることが必要です。
- カ 精神科訪問看護のニーズが増えていることから、精神科訪問看護事業所の体制整備を促進する必要があります。

**(2) 地域における支援体制**

- ア 市町村を中心に、医療、障害福祉・介護、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を、さらに促進することが必要です。
- イ 身近な市町村において、精神障害者だけでなく、精神保健に課題を有する者の相談にも対応できるような体制整備が必要です。
- ウ 保健・医療・福祉専門職の資質向上とともに、多機関・多職種の重層的な連携による支援体制の整備が必要です。病院と地域の関係機関の連携により、早期退院や長期入院患者の地域移行を促進する必要があります。
- エ 障害福祉計画との連動により、精神病床における入院需要（患者数）及び地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にし、基盤整備を推進する必要があります。（基盤整備量の目標は障害福祉計画に記載）

**(3) 普及啓発**

- ア 地域住民が精神疾患や精神障害について理解を深め、ストレスや精神的な不調を感じたときに自ら対処行動がとれるとともに、早期に相談ができるようになることが必要です。
- イ 精神科医療が必要な場合は、重症化する前に適切に受診できるようになることが必要です。

**3 目指す状態（最終アウトカム）**

精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。

目指す状態を達成するための中間成果（中間アウトカム）	個別施策により直接得られる成果（初期アウトカム）
<p><b>【診療・拠点機能】</b> 多様な精神疾患や状況に応じた適切な医療を受けることができる。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 各医療機関の機能が整理され、相互に連携して医療が提供される。</li> <li>2 身体合併症を有する精神疾患患者が適切な医療を受けられる。</li> <li>3 緊急時や非常時において、精神科医療を必要とする患者が適切な医療を受けられる。</li> <li>4 精神疾患患者の人権に配慮した医療が提供される。</li> <li>5 在宅で医療的な支援を必要とする精神疾患患者が精神科訪問看護を受けられる。</li> </ol>
<p><b>【地域における支援体制】</b> 多機関・多職種の重層的な連携による支援を受けることができる。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 身近な市町村で精神保健福祉に関する相談が受けられる。</li> <li>2 保健・医療・福祉専門職が精神医療保健福祉に関する知識を身につけるとともに、支援技術が向上する。</li> <li>3 市町村や圏域ごとに、多機関・多職種の連携による支援体制が構築される。</li> </ol>
<p><b>【普及啓発】</b> 地域住民が心の健康を維持するために予防行動がとれるとともに、必要時に適切に相談・受診を行うことができる。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 地域住民が精神疾患・精神障害に対し理解を深め、自らの心の健康に関心を持つとともにストレス対処法を知る。</li> <li>2 医療機関や相談窓口に関する情報にアクセスしやすい。</li> </ol>

## 4 個別施策

## (1) 診療・拠点機能

ア 多様な精神疾患ごとに、対応できる医療機関の整備を促進します。

統合失調症	治療抵抗性の統合失調症治療薬や修正型電気けいれん療法（mECT）*等の専門的治療の提供を促進します。
うつ病・躁うつ病	修正型電気けいれん療法（mECT）等の専門的治療の提供を促進します。
児童・思春期精神疾患	児童・思春期精神疾患*に対応できる医療体制を確保し、医療・教育・保健福祉分野との連携体制を構築するため、多職種を対象とした研修会等の取組を推進します。
発達障害	医師等を対象とする発達障害への対応力向上のための研修を実施するなど、発達障害の診療が可能な医療機関の確保に向けた取組を推進します。また、発達障害者支援センターを拠点とし、専門的な相談支援を行うとともに、医療や保健福祉関係機関との連携・調整を図ります。
依存症（アルコール、薬物、ギャンブル等）	各圏域において、依存症に対応できる医療体制を確保できるよう、研修等の実施により専門的プログラムの実施を促進します。 また、早期に専門的な医療につなげることができるよう、医療機関相互の連携や自助グループとの連携を促進します。
外傷後ストレス障害（PTSD）、摂食障害	PTSD、摂食障害に対応できる医療体制が確保できるよう地域精神科医療提供機能と地域連携拠点又は県連携拠点機能の連携を促進します。
高次脳機能障害*	高次脳機能障害相談支援センターを拠点とし、医療関係者を含めた専門職を対象とした研修の開催等により、高次脳機能障害に対する医療体制の確保を推進します。
てんかん	てんかん診療拠点地域医療センターを中心とした専門的な相談支援及び治療へつなげるための地域連携体制を強化します。また、てんかんに対応できる医療体制を推進するための研修を継続して実施します。

イ 圏域ごとに医療機関の機能を明確化し、相互の連携を促進します。

定期的に精神科医療機能調査を実施することにより各医療機関の機能を把握・整理し、公表することにより、医療機関相互の連携を促進します。

発達障害及び高次脳機能障害については、精神科医療機能調査によらず、対応可能な医療機関を把握し、公表します。

ウ 身体科と精神科の連携を促進します。

身体科に受診した方が精神科の専門治療が必要な場合に、適切に医療につながるとともに、身体合併症を有する精神疾患患者が、身体合併症について適切な医療を受けられるよう、地域ごとに身体科と精神科の連携を促進します。

また、重篤な身体合併症に対応できる県連携拠点機能を担う医療機関が有効に活用されるよう、精神科救急医療システムの円滑な運用を促進します。

エ 精神科救急患者の円滑な受け入れ体制を整備します。

精神疾患の急激な発症や精神症状の悪化等に対応できるよう、休日昼間5ブロック、夜間2ブロック体制の精神科救急医療システムの維持を図ります。

オ 精神科医療相談窓口において、緊急な医療を必要とする方の相談を受けます。

救急患者の円滑な受け入れのため、消防機関と医療機関との連携を推進するとともに、精神医療相談窓口の継続により患者や家族からの緊急の精神医療に関する相談に適切な対応を図ります。

カ 災害発生時に被災地における精神科医療の支援を行う体制を整備します。

災害派遣精神医療チーム（DPAT）として活動できる人材を育成し、体制整備を行いながら、災害拠点精神科病院との連携を推進することにより、災害発生時に被災地における精神科医療体制を確保します。

キ 精神科病院の入院患者の孤立を防ぎ、権利を守るための取組を推進します。

市町村長同意による医療保護入院患者等を対象に、外部との面会交流の機会を確保し、権利擁護を図ります。

ク 精神科病院において、精神保健福祉法の適切な運用による精神疾患患者の人権擁護の取組を促進します。

精神科病院において、不適切な処遇や虐待行為等が行われないよう、従事者への研修や患者への相談体制の整備等の虐待防止のための取組を促進します。

ケ 精神科訪問看護事業所の体制整備を促進します。

在宅において医療的な支援を必要とする精神疾患患者が、必要な支援を受けられるよう、精神科訪問看護事業所の体制整備を促進するとともに

に、精神科訪問看護事業所と保健医療福祉関係機関との連携を図ります。

## (2) 地域における支援体制

ア 精神障害者だけでなく、精神保健に課題を有する方が適切に相談できる体制整備を促進します。

精神保健に関する支援ニーズは、精神障害者だけでなく、福祉、母子保健、介護等様々な分野で現れることから、住民に身近な市町村において、精神保健に関する課題を有する方の相談に対応できるよう、体制整備を促進します。

イ 精神保健医療福祉に関する専門研修を実施します。

多様な精神疾患・精神障害に関する知識や支援技術に関する研修会を開催し、保健・医療・福祉に係る専門職の資質向上を図ります。

ウ 市町村や圏域ごとに、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を開催します。

地域の課題を集約し、対応策を検討するとともに、多職種・多機関の専門職の重層的な連携による支援体制を構築するため、市町村や圏域ごとに保健・医療・福祉関係者等による協議の場を開催し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を促進します。

## (3) 普及啓発

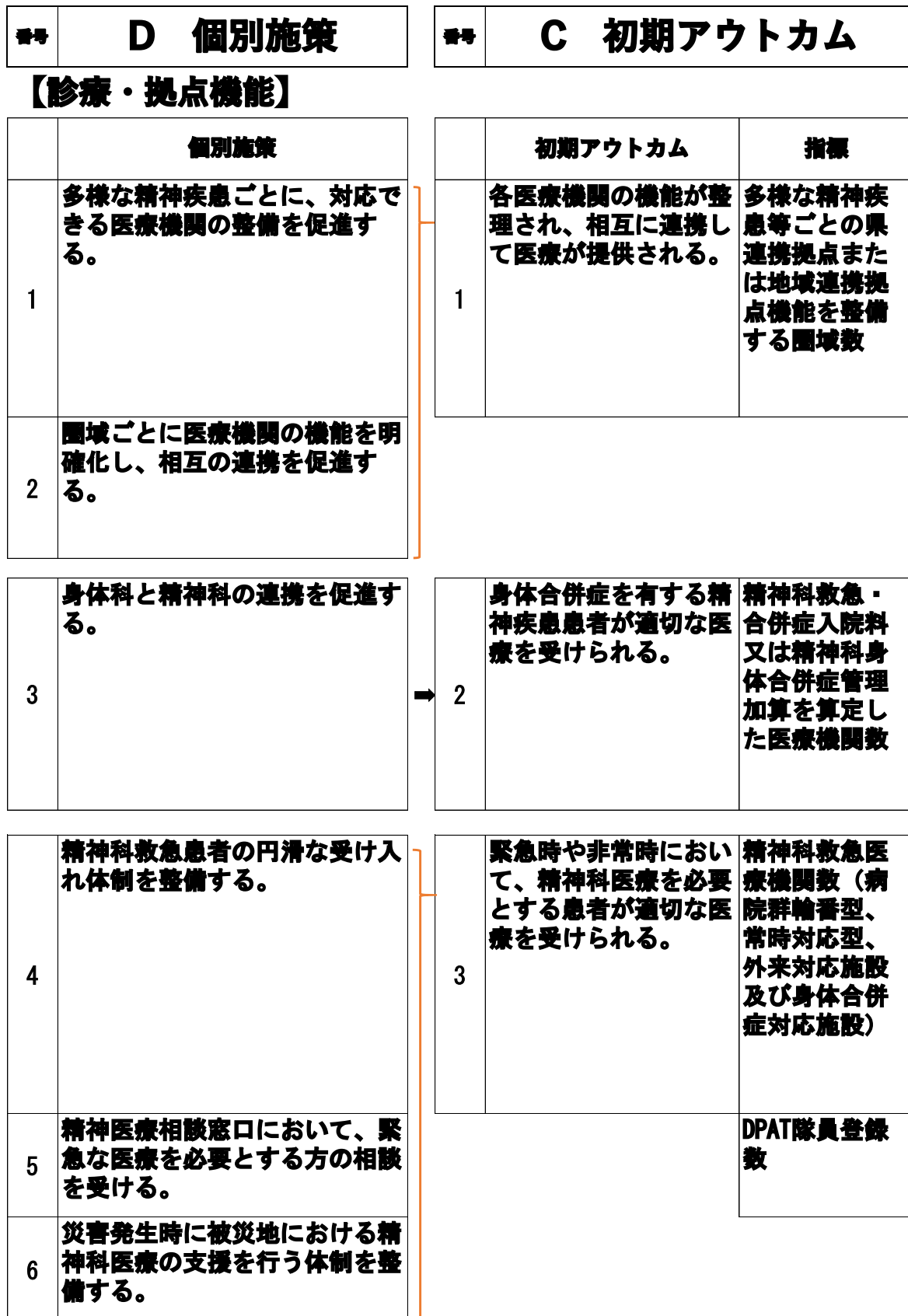
ア 地域住民を対象に精神疾患・精神障害の正しい知識や情報について、普及啓発を促進します。

地域住民が精神疾患・精神障害に関する正しい知識や情報を得ることで、自らの心の健康に関心を持ち、ストレスや心の不調に適切に対応できるよう、講演会の開催やホームページ等を活用した普及啓発を促進します。

イ 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関や、精神保健福祉に関する相談窓口の周知を促進します。

地域住民が心の不調を感じたときに適切に相談でき、医療ニーズがある場合は適切に受診できるよう、相談窓口や医療機関に関する情報の周知を促進します。

## 第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患」ロジックモデル





番号	<b>B 中間アウトカム</b>
----	------------------

番号	<b>A 最終アウトカム</b>
----	------------------

	中間アウトカム	指標
1	多様な精神疾患や状況に応じた適切な医療を受けることができる。	

	最終アウトカム	指標
1	精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）
		こころの健康が保たれている人の割合

## 第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患」ロジックモデル

番号	D 個別施策	番号	C 初期アウトカム
<b>【診療・拠点機能】</b>			
7	入院患者の孤立を防ぎ、権利を守るための取組を推進する。	4	精神疾患患者の人権に配慮した医療が提供される。 人権擁護にかかる独自の取組を行っている精神科病院数及びその取組数
8	精神科病院において、精神保健福祉法の適切な運用による精神疾患患者の人権擁護の取組を促進する。		
9	精神科訪問看護事業者の体制整備を促進する。	5	在宅で医療的な支援を必要とする精神疾患患者が精神科訪問看護を受けられる。 精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届け出を行っている施設数
<b>【地域における支援体制】</b>			
	個別施策		初期アウトカム
10	精神障害者だけでなく、精神保健に課題を有する者の相談に対応できる体制整備を促進する。	6	身近な市町村で精神保健福祉に関する相談が受けられる。 市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数
11	精神保健医療福祉に関する専門研修を実施する。	7	保健・医療・福祉専門職が精神医療保健福祉に関する知識を身につけ、支援技術が向上する。 精神保健医療福祉に関する専門研修の開催回数
12	市町村や圏域ごとに、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を開催する。	8	市町村や圏域ごとに、多機関・多職種連携による支援体制が構築される。 保健・医療・福祉関係者等の協議の場を開催している市町村及び圏域の数

**■ B 中間アウトカム**

**■ A 最終アウトカム**

	中間アウトカム	指標
2	多機関・多職種の重層的な連携による支援を受けることができる。	精神病床における新規入院患者の平均在院日数
		精神病床における入院後3, 6, 12ヶ月時点の退院率
		精神病床における慢性期入院患者数（65歳以上、65歳未満患者数）

	最終アウトカム	指標
1	精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。【再掲】	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）
		こころの健康が保たれている人の割合

## 第8次新潟県地域保健医療計画 「精神疾患」 ロジックモデル

番号	<b>D 個別施策</b>	番号	<b>C 初期アウトカム</b>
----	---------------	----	------------------

### 【普及啓発】

	個別施策		初期アウトカム	指標
13	地域住民を対象に精神疾患・精神障害の正しい知識や情報について普及啓発を促進する。	⇒	9 地域住民が精神疾患・精神障害に対し理解を深め、自らの心の健康に関心を持つとともにストレス対処法を知る。	住民を対象とした普及啓発事業の開催回数
14	多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関や、精神保健福祉に関する相談窓口の周知を促進する。	⇒	10 医療機関や相談窓口に関する情報にアクセスしやすい。	

**番号**      **B 中間アウトカム**

	中間アウトカム	指標
3	地域住民が心の健康を維持するために予防行動がとれるとともに、必要時に適切に相談・受診を行うことができる。	悩みを抱えたと きやストレスを 感じたとき、誰 かに相談をした り、助けを求め たりすることに ためらいを感じ る人の割合

**番号**      **A 最終アウトカム**

	最終アウトカム	指標
1	精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。【再掲】	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）  こころの健康が保たれている人の割合

第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患」指標

No.	アウトカム	指標名	定義	調査名	調査年	単位	新潟県		(参考) 二次医療圏							(参考) 全国		
							目標値 (R1)	現状値	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡			
A 1	精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)		良質な精神保健福祉の提供体制構築を目標としたモニタリング研究		R元	日	(R8) 325.3以上	316.7									321.3
		こころの健康が保たれている人の割合	健康票 第126表 世帯人員(12歳以上)のうち、直近1か月のこころの状態(点数階級)が5点未満の人の割合	国民生活基礎調査		R4	%	増加させる	70.0									70.9
B 1	多様な精神疾患や状況に応じた適切な医療を受けることができる。																	
B 2	多機関・多職種の間による連携による支援を受けることができる。	精神病床における新規入院患者の平均在院日数		NDB		R2	日	減少させる	117.5									111.1
		精神病床における入院後3,6,12か月時点の退院率		NDB		R2	%	(R8) 3か月: 68.9以上 6か月: 84.5以上 12か月: 91.0以上	3か月: 59.3 6か月: 78.5 12か月: 87.0									3か月: 62.8 6か月: 79.8 12か月: 87.8
		精神病床における慢性期入院患者数(65歳以上、65歳未満)	6月30日時点における1年以上の入院患者数	630調査		R4	人	(R8) 65歳以上: 1,833 65歳未満: 989	65歳以上: 2,026 65歳未満: 1,044									
B 3	地域住民が心の健康を維持するために予防行動がとれ、必要時に適切に相談・受診を行うことができる。	悩みを抱えたときやストレスを感じたとき、誰かに相談をしたり、助けを求めたりすることにためらいを感じる人の割合		県民アンケート		R4	%	減少させる	45.8									
C 1	各医療機関の機能が整理され、相互に連携して医療が提供される。	統合失調症	障害福祉課調べ		R5	圏域	現状維持	7	1	1	1	1	1	1	1			
		うつ・躁うつ病	障害福祉課調べ		R5	圏域	現状維持	7	1	1	1	1	1	1	1			
		児童・思春期精神疾患	障害福祉課調べ		R5	圏域	増加させる	4		1	1	1	1					
		アルコール依存症	障害福祉課調べ		R5	圏域	増加させる	4	1	1		1			1			
		薬物依存症	障害福祉課調べ		R5	圏域	増加させる	3		1			1			1		

第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患」指標

No.	アウトカム	指標名	定義	調査名	調査年	単位	新潟県		(参考) 二次医療圏						(参考) 全国			
							目標値 (R1)	現状値	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越		佐渡		
1	各医療機関の機能が整理され、相互に連携して医療が提供される。	多様な精神疾患等ごとの県連携拠点または地域連携拠点機能を整備する圏域数	ギャンブル等依存症	障害福祉課調べ	R5	圏域	増加させる	3		1		1		1				
			PTSD	障害福祉課調べ	R5	圏域	増加させる	3		1	1	1						
			摂食障害	障害福祉課調べ	R5	圏域	増加させる	2		1				1				
			てんかん	障害福祉課調べ	R5	圏域	増加させる	2		1		1						
			精神科救急	障害福祉課調べ	R5	圏域	現状維持	7	1	1	1	1	1	1	1			
			身体合併症	障害福祉課調べ	R5	圏域	増加させる	5	1	1			1	1	1			
			災害精神医療	障害福祉課調べ	R5	圏域	増加させる	3		1		1		1				
C	身体合併症を有する精神疾患患者が適切な医療を受けられる。	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	(人口10万人あたり医療機関数)	NDB	R2	か所	増加させる	17 (0.76)								1,045 (1.02)		
			緊急時や非常時において、精神科医療を必要とする患者が適切な医療を受けられる。	精神科救急医療機関数	新潟県・新潟市精神科救急医療対策事業契約医療機関数	障害福祉課調べ	R5	か所	現状維持	25	4	8	1	5	2	4	1	
				DPAT隊員登録数	DPATに関する研修を受講し、新潟県DPAT隊員として登録された者の人数	障害福祉課調べ	R4	人	増加させる	70								
4	精神疾患患者の人権に配慮した医療が提供される。	人権擁護にかかる独自の取組を行っている精神科病院数及びその取組数	人権擁護にかかる独自の取組を行っている精神科病院数及びその取組数	障害福祉課調べ		か所 回	増加させる		調査予定									
5	在宅で医療的な支援を必要とする精神疾患患者が精神科訪問看護を受けられる。	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届け出を行っている施設数	(人口10万人あたり医療機関数)	NDB	R2	か所	増加させる	60 (2.68)								4,373 (3.33)		





## 認知症

### 1 現状

- (1) 厚生労働省の推計（新潟県分は国の推計を基に県で算出）によると、全国の認知症高齢者数は平成27（2015）年で345万～525万人、本県では約7万～11万人（高齢者人口の10.2～16.0%）。令和7（2025）年には全国で470万～730万人、本県では約9万2千～15万人（同12.8～20.6%）に増加していくとされています。
- (2) 認知症予備群であるMCI（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）\* 高齢者数は、平成24（2012）年で全国400万人、本県では8万3千人と推計されています。
- (3) 若年性認知症\*の人の数は、平成29（2017）年度から令和元（2019）年度に行われた調査によると、全国35,700人、本県では759人と推計されています。
- (4) 令和4（2022）年国民生活基礎調査によると、要介護認定者の介護が必要となった主な原因として、「認知症」の割合が23.6%で最も多くを占めています。
- (5) 認知症の専門医療相談や診断、地域連携の拠点を担う認知症疾患医療センター\*は、県内13か所（二次保健医療圏域に1か所以上）に整備されています。
- (6) 認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医\*等へ助言等を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医\*は、令和4（2022）年度までに152名養成されています。  
また、県民が身近な地域で気軽に認知症の相談や日常の治療を受けられ、より早い段階から適切なサービスを提供する体制整備を目的とした「新潟県もの忘れ・認知症対応医療機関（にいがたオレンジドクター）」（以下、オレンジドクターという。）\*は、令和4（2022）年までに106機関認定されています。
- (7) 若年性認知症の人やその家族からの相談及びその支援に携わる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\*は、県内10か所に配置されています。
- (8) 令和3（2021）年度の県内の養介護施設等における高齢者虐待の被虐待者は88人で、そのうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上が82人（93.2%）を占めています。また、県内の養護者における高齢者虐待の被虐待者は293人で、そのうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上が240人（81.9%）を占めています。

### 2 課題

#### (1) 予防

認知症発症リスクを低減するため、認知症のリスク因子に関する普及啓発とリスクの低減に取り組むための環境を整備することが重要です。

## (2) 早期診断・早期対応

ア MCIから認知症へ移行することや認知症の進行を遅らせるため、認知症の人や家族等が認知症の疑いに早期に気づき、速やかに適切な機関に相談できるよう、認知症の症状や相談窓口の周知等が必要です。

イ かかりつけ医\*や歯科医師、薬剤師、看護職員等が、日常業務の中で認知症の疑いに早期に気づき、早期診断・早期対応につなげられるよう認知症対応力向上を図ることが必要です。

ウ 認知症に対する誤解や偏見により、早期受診につながらない場合もあるため、広く県民に対して、認知症の正しい知識を啓発することが重要です。

エ 若年性認知症特有の課題に対し、きめ細やかな対応を行うため、若年性認知症支援コーディネーターを中心とした地域の関係者とのネットワーク構築を促進することが重要です。

オ 県民が身近な地域で気軽に認知症の相談ができるようオレンジドクターの認定を推進し、県民への周知を図ることが必要です。

## (3) 容態に応じた治療・ケア

ア 認知症の進行に応じた適切な治療等ができるよう、かかりつけ医\*・認知症サポート医\*、認知症疾患医療センター等専門医療機関が連携を強化することが必要です。

イ 認知症の人が、肺炎や骨折等他疾患により入院した場合に、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：行動・心理症状）\*を悪化させることなく安心して治療を行うことができるよう、医療従事者の認知症対応力向上が必要です。

ウ 県内の養護者及び養介護施設従事者による高齢者虐待のうち認知症の人に対するものが多くを占めていることから、養介護施設従事者の認知症対応力向上や養護者の負担軽減、適切な支援が必要です。

エ 認知症の人の意思を尊重した医療や介護サービスの提供が図られるよう、医療・介護従事者の意思決定支援ガイドラインを活用した対応力向上が必要です。

**3 目指す状態（最終アウトカム）**

適時に受診・相談できる体制が整っていて、適切な診断・治療・ケアが受けられることにより、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる。

目指す状態を達成するための中間成果（中間アウトカム）	個別施策により直接得られる成果（初期アウトカム）
<p>【予防】</p> <p>1 認知症のリスク因子とその対策が理解されている。</p>	<p>1 身近な地域に、健康づくりや介護予防*、フレイル*予防などを通じ、健診や社会参加、交流に繋がる活動を行う場が整備されている。</p>
<p>【早期診断・早期対応】</p> <p>1 早期に受診・診断が行われ、相談窓口や必要な支援に繋ぐことができている。</p>	<p>1 医療・介護従事者に正しい認知症の知識が普及している。</p> <p>2 高齢者等と関わる人が、認知症の徴候のある人に気づき、適切な関係者・窓口（家族・かかりつけ医*・専門医療機関・地域包括支援センター・介護支援専門員*・若年性認知症支援コーディネーター等）へつなぐことができる。</p> <p>3 身近な地域において認知症に関する様々な相談ができる場や支援の仕組みがあり、その窓口や取組が広く知られている。</p> <p>4 認知症についての正しい知識が県民に浸透し、偏見がなくなる。</p>
<p>【容態に応じた治療・ケア】</p> <p>1 認知症の人のその時の容態に最もふさわしい場所で、適切な治療・ケアが提供されている。</p>	<p>1 医療・介護従事者に身体合併症やBPSD対応に関する正しい知識が普及し、適切な治療やリハビリ、ケアが提供されている。</p> <p>2 介護従事者の対応力の向上により、養介護施設における虐待を防ぐことができている。</p> <p>3 養護者が認知症の人についての相談ができる窓口があり、適切な支援に繋ぐことができている。</p> <p>4 かかりつけ医*・専門医療機関・介護関係者のネットワークが構築され、適切なサービスが切れ目なく提供されている。</p> <p>5 認知症の人の意思が反映されたサービス提供や日常生活支援が行われている。</p>

#### 4 個別施策

##### (1) 予防

ア 認知症のリスク因子（高血圧、肥満、難聴、喫煙、運動不足、糖尿病等）についての普及啓発を実施します。

認知症発症リスクの低減を図るため、リスク因子やリスク低減のための生活習慣の改善等に関する普及啓発を実施します。

認知症のリスク因子のうち、難聴は予防できる最も大きなリスク因子であると言われていたことから、難聴への気づきを促し、耳鼻科受診や補聴器の適正使用につながるよう、普及啓発を実施します。

イ 市町村が実施する介護予防や通いの場に関する事業の充実に向けた支援を行います。

運動、口腔機能向上、栄養改善、社会交流等の日常生活における取組が、認知症発症リスク低減につながる可能性が高いことをふまえ、市町村が行う介護予防\*や住民主体の通いの場の取組の充実に向けた支援を行います。

##### (2) 早期診断・早期対応

ア 医療・介護従事者の認知症対応力向上を促進します。

かかりつけ医\*や歯科医師、薬剤師、看護職員等の医療従事者に対して認知症対応力を向上させるための研修を行います。

また、認知症の人に適切な介護サービスが提供されるよう、介護職員等に対して認知症介護技術の向上を図るための研修を行います。

イ 鑑別診断や専門的治療を行う認知症疾患医療センターの周知を行い、早期受診・早期診断を促進します。

早期受診・早期診断を促進するため、認知症疾患医療センターの役割・機能等に関して県民及びかかりつけ医\*、地域包括支援センター、介護支援専門員\*等の関係者に対して周知を行います。

ウ 認知症サポート医\*の養成、もの忘れ・認知症対応医療機関（「にいがたオレンジドクター」）の認定及び活動支援を行います。

県民が身近な地域で気軽に認知症の相談や日常の治療が受けられるよう、オレンジドクターの認定を推進するとともに、かかりつけ医\*への助言等の支援を行う認知症サポート医の養成を推進します。また、認知症サポート医及びオレンジドクターの活動状況を把握し、早期診断・早期対応に向けた地域の関係者のネットワークづくり等の活動支援を行います。

エ 地域の実情に即した認知症施策の展開のため、市町村の実施する事業や取組の支援・強化を行います。

認知症初期集中支援チーム\*や認知症地域支援推進員\*の活動、認知症ケアパスの活用が円滑に行われ、医療・介護サービス等が連携し、総合的に提供されるよう市町村を支援します。

認知症の人や家族の生活面の早期からの支援等を行うチームオレンジ\*

の取組を促進します。

オ 認知症に関する相談窓口を周知し、活用を促進します。

認知症の人や家族等が小さな異変を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるよう認知症に関する相談窓口を周知し、活用促進します。

認知症の人や家族が認知症に気づいた段階から診断後に感じる今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、認知症疾患医療センターにおける社会福祉士・精神保健福祉士等の専門職による相談支援体制を整備・周知し、その活用を促進します。

カ 若年性認知症に特有の課題を個別に支援するための体制を整備します。

若年性認知症の人が発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境等の特徴等をふまえた支援を受けられるよう、県民に対して若年性認知症支援コーディネーター等の相談窓口を周知し、活用を促進します。

若年性認知症の人や家族の抱える多様な課題に対し、きめ細かな支援を行うため、若年性認知症支援コーディネーターを中心に、地域の実情に応じた関係者とのネットワーク構築や支援者の資質向上を図ります。

キ 広く県民に対して認知症やその支援についての正しい知識を普及するため、認知症に関する普及啓発を行います。認知症に早期に気づき、早期受診・早期対応につながるよう、広く県民に対して認知症やMCIの正しい知識を啓発するとともに、キャラバン・メイト\*の活動を推進し、幅広い世代の認知症サポーター\*の養成を行います。

### (3) 容態に応じた治療・ケア

ア 医療・介護従事者に対し、身体合併症やBPSD対応に関する知識や適切なケアの方法の普及を図ります。

認知症の人にBPSDや身体合併症等がみられた場合にも医療機関等で適切な治療やリハビリテーション、ケアが提供されるよう医療・介護従事者の認知症対応力向上を図ります。

イ 養介護施設従事者による虐待を防ぐための研修や普及啓発を実施します。

養介護施設従事者を対象に、認知症に伴うBPSDへの適切な対応の習得を目的とした研修の実施により、高齢者虐待防止の体制整備の充実や再発防止に向けた取組の強化を促進します。

ウ 養護者による虐待を防ぐため、養護者に対する相談・支援体制の充実を図ります。認知症の人やその家族等が、認知症について悩みごとや困りごとを相談できる体制や認知症カフェ等、安心して集える居場所を整備し、その窓口を周知することにより、認知症に起因する虐待の未然防止を推進します。

エ 認知症疾患医療センターの地域連携拠点機能の強化を図ります。

認知症疾患医療センターの活動の推進を支援し、県内各地域における認知症医療、地域連携の状況を共有する機会の確保等を通じて、認知症疾

患医療センターの地域連携拠点機能の強化を図ります。

オ 切れ目のないサービス提供を実現するため、病診連携や医療・介護の連携促進を支援します。

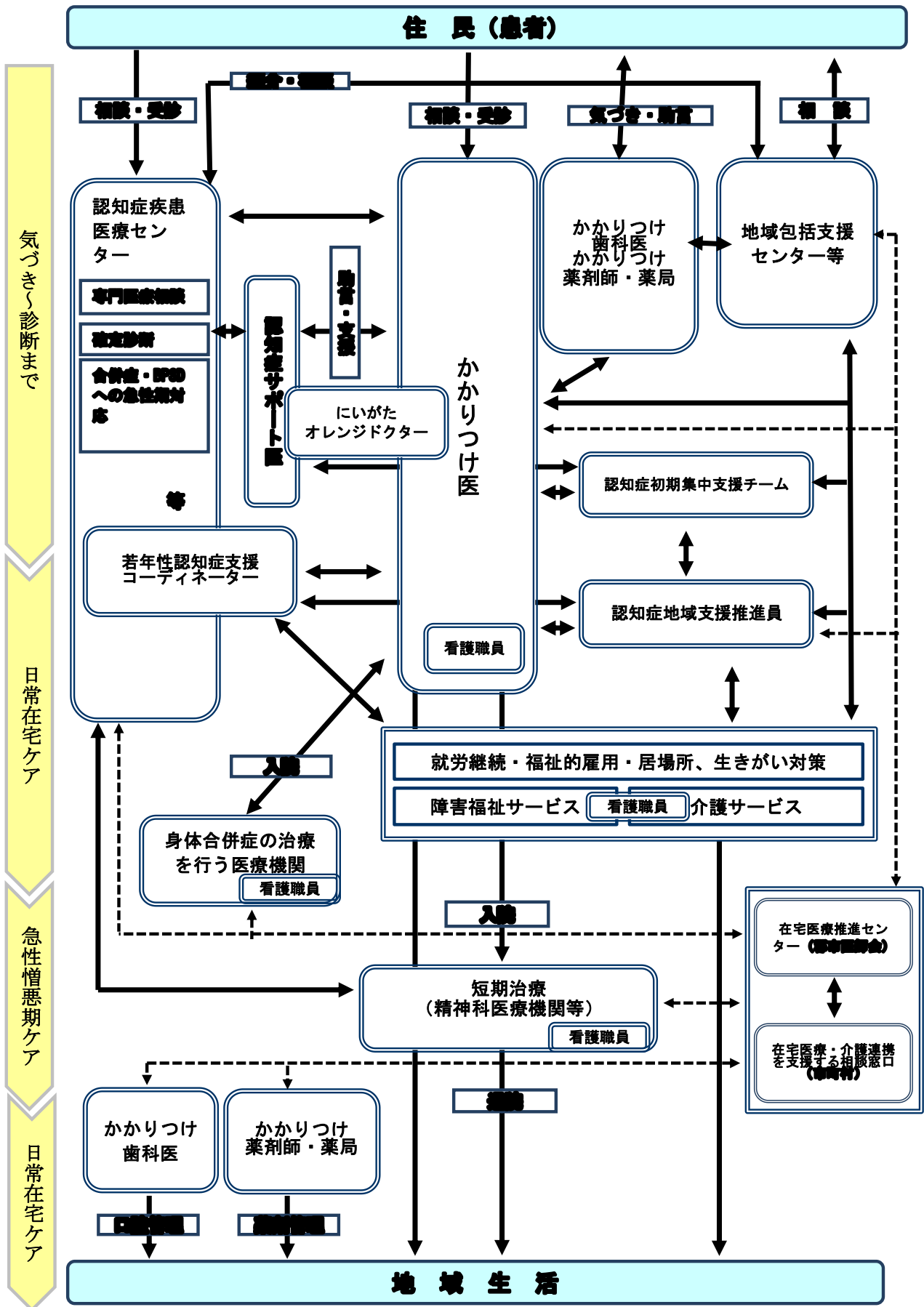
かかりつけ医\*・認知症サポート医・オレンジドクター等に対して、認知症疾患医療センターの機能や取組の周知を行い、地域におけるネットワークづくりを促進します。

地域振興局や認知症疾患医療センターが開催する会議や研修会等を通じて、地域の介護・医療資源を有効に活用するためのネットワークづくりを進めるとともに、診断後の本人・家族のフォロー、症状増悪期への対応、BPSDやせん妄予防等のための継続した医療・ケア体制の整備を図ります。

カ 認知症の人本人の意思が尊重された日常・社会生活が実現されるよう、意思決定支援の取組を推進します。

認知症の人と関わる医療や介護従事者等が、意思決定支援ガイドラインを活用した対応力向上のための研修等を通じて、認知症の人本人の意思決定支援の取組を推進します。

認知症の医療連携体制



## 第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患（認知症）」ロジックモデル

**	D 個別施策	**	C 初期アウトカム
<b>【 予防 】</b>			
	個別施策	初期アウトカム	指標
1	認知症のリスク因子（高血圧、肥満、難聴、喫煙、運動不足、糖尿病等）についての普及啓発を実施する。	1 身近な地域に、健康づくりや介護予防、フレイル予防などを通じ、健診や社会参加、交流に繋がる活動を行う場が整備されている。	特定健診実施率
2	市町村が実施する介護予防や通いの場に関する事業の充実に向けた支援を行う。		通所型サービスCを実施している市町村の数 介護予防や運動を実施している通いの場の数
<b>【 早期診断・早期対応 】</b>			
	個別施策	初期アウトカム	指標
3	医療・介護従事者の認知症対応力向上を促進する。	2 医療・介護従事者に正しい認知症の知識が普及している。	各認知症対応力向上研修修了者数
			かかりつけ医・サポート医フォローアップ研修受講者数
			認知症介護研修修了者数
4	鑑別診断や専門的治療を行う認知症疾患医療センターの周知を行い、早期受診・早期診断を促進する。	3 高齢者等と関わる人が、認知症の徴候のある人に気づき、適切な関係者・窓口（家族・かかりつけ医・専門医療機関・地域包括支援センター・介護支援専門員・若年性認知症支援コーディネーター等）へ繋ぐことができる。	認知症疾患医療センターにおける鑑別診断件数
5	認知症サポート医の養成、にいがたオレンジドクターの認定及び活動支援を行う。		認知症サポート医・オレンジドクターの実施する鑑別診断件数 他機関からの認知症疾患医療センターへの紹介数 認知症サポート医数 オレンジドクター認定医療機関数 認知症サポート医・オレンジドクターと地域包括支援センター等との情報共有実績



\*\* B 中間アウトカム

	中間アウトカム	指標
1	認知症のリスク因子とその対策が理解されている。【再掲】	認知症のリスク因子に関する知識を持っている人の数

\*\* A 最終アウトカム

	最終アウトカム	指標
1	適時に受診・相談できる体制が整っていて、適切な診断・治療・ケアが受けられることにより、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる。【再掲】	※最終アウトカムの達成状況は、ヒアリングとモニタリング指標を併せて、総合的に評価する。

	中間アウトカム	指標
2	早期に受診・診断が行われ、相談窓口や必要な支援に繋ぐことができている。【再掲】	認知症疾患医療センターにおける鑑別診断に占めるMCIの割合

認知症サポート医・オレンジドクターの実施する鑑別診断に占めるMCIの割合

認知症疾患医療センターにおける、地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数

認知症サポート医・オレンジドクターにおける、地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数

## 第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患（認知症）」ロジックモデル

** D 個別施策		** C 初期アウトカム	
【早期診断・早期対応】			
6	地域の実情に即した認知症施策の展開のため、市町村の実施する事業や取組の支援・強化を行う。	4	身近な地域において認知症に関する様々な相談ができる場や支援の仕組みがあり、その窓口や取組が広く知られている。
7	認知症に関する相談窓口を周知し、活用を促進する。		初期集中支援チームの訪問実人数
8	若年性認知症に特有の課題を個別に支援するための体制を整備する。		認知症コールセンターへの相談実人数 地域包括支援センターにおける認知症に関する相談数 認知症疾患医療センターへの相談数 若年性認知症支援コーディネーターへの相談数
9	広く県民に対して認知症やその支援についての正しい知識を普及するため、認知症に関する普及啓発を行う。	5	認知症についての正しい知識が県民に浸透し、認知症に対する偏見がなくなる。
			認知症に関する正しい知識や相談窓口を知っている人の数 認知症サポーター養成数

** B 中間アウトカム		** A 最終アウトカム	
	中間アウトカム		最終アウトカム
1	認知症のリスク因子とその対策が理解されている。【再掲】	認知症のリスク因子に関する知識を持っている人の数	1 適時に受診・相談できる体制が整っていて、適切な診断・治療・ケアが受けられることにより、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる。【再掲】 ※最終アウトカムの達成状況は、ヒアリングとモニタリング指標を併せて、総合的に評価する。

	中間アウトカム	指標
2	早期に受診・診断が行われ、相談窓口や必要な支援に繋ぐことができている。【再掲】	認知症疾患医療センターにおける鑑別診断に占めるMCIの割合
		認知症サポート医・オレンジドクターの実施する鑑別診断に占めるMCIの割合
		認知症疾患医療センターにおける、地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数
		認知症サポート医・オレンジドクターにおける、地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数

## 第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患（認知症）」ロジックモデル

** D 個別施策		** G 初期アウトカム	
【 容態に応じた治療・ケア 】			
	個別施策	初期アウトカム	指標
10	医療・介護従事者に対し、身体合併症やBPSD対応に関する知識や適切なケアの方法の普及を図る。	6 医療・介護従事者に身体合併症やBPSD対応に関する正しい知識が普及し、適切な治療やリハビリ、ケアが提供されている。	認知症ケア加算算定医療機関数  認知症専門ケア加算を算定している施設数
11	養介護施設従事者による虐待を防ぐための研修や普及啓発を実施する。	7 介護従事者の対応力向上により、養介護施設における虐待を防ぐことができている。	BPSD研修の受講者数  養介護施設における虐待に占める認知症日常生活自立度Ⅱ以上の人数
12	養護者による虐待を防ぐため、養護者に対する相談・支援体制の充実を図る。	8 養護者が認知症の人についての相談ができる窓口があり、適切な支援に繋ぐことができている。	【再掲】地域包括支援センターにおける認知症に関する相談数  認知症コールセンターに相談した家族等の実人数  認知症コールセンターにおける他機関への紹介等の件数  認知症疾患医療センターにおける家族等からの相談件数  認知症カフェの設置数  養護者による虐待に占める認知症日常生活自立度Ⅱ以上の人数
13	認知症疾患医療センターの地域連携拠点機能の強化を図る。	9 かかりつけ医・専門医療機関・介護関係者のネットワークが構築され、適切なサービスが切れ目なく提供されている。	認知症専門診断管理料の算定医療機関数
14	切れ目のないサービス提供を実現するため、病診連携や医療・介護の連携促進を支援する。		認知症サポート医・オレンジドクターにおける、認知症療養指導料の算定医療機関数  認知症疾患医療センターから他機関への逆紹介・情報提供数
15	認知症の人の意思が尊重された日常・社会生活が実現されるよう、意思決定支援の取組を推進する。	10 認知症の人の意思が反映されたサービス提供や日常生活支援が行われている。	認知症の方向けの意志決定支援に関する普及啓発や専門職向け研修を実施する市町村数

** B 中間アウトカム		** A 最終アウトカム	
	中間アウトカム	最終アウトカム	指標
3	認知症の人のその時の容態に最もふさわしい場所で、適切な治療・ケアが提供されている。	1	<p>適時に受診・相談できる体制が整っていて、適切な診断・治療・ケアが受けられることにより、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる。【再掲】</p> <p>※最終アウトカムの達成状況は、ヒアリングとモニタリング指標を併せて、総合的に評価する。</p>
			<p>認知症ケア加算算定回数</p> <p>認知症専門診断管理料算定回数</p> <p>認知症療養指導料算定回数</p> <p>認知症介護実践者研修・リーダー研修の研修終了時評価において、研修前評価よりケアの知識技術の習得状況の自己評価が向上した人の割合</p>











## 医療機能の要件

		認知症
医療機能	役割要件	
県連携拠点機能 ☆	役割要件 (右の内容を全て満たす)	<p>①医療連携の県拠点 ②情報収集・発信の県拠点 ③人材育成の県拠点 ④地域連携拠点機能の支援</p> <p>①判断が困難な患者の鑑別診断を行い、患者の状態に応じて適切な医療を提供するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保すること ②医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による支援体制をつくること（他機関との連携も可） ③医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所*、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所*等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ④地域連携会議の運営や多職種連携のための研修の企画、実施により地域とのネットワーク構築を図ること ⑤専門職に対する研修プログラムを提供すること ⑥全県に対して認知症に関する情報発信を積極的に行うこと ⑦地域精神科医療提供機能を担う医療機関及び地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行うこと</p>
地域連携拠点機能 ◎	役割要件 (右の内容を全て満たす)	<p>①医療連携の地域拠点 ②情報収集・発信の地域拠点 ③人材育成の地域拠点 ④地域精神科医療提供機能の支援</p> <p>①判断が困難な患者の鑑別診断を行い、患者の状態に応じて適切な医療を提供するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保すること ②医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による支援体制をつくること（他機関との連携も可） ③医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ④地域連携会議の運営支援や多職種連携のための研修の企画、実施すること ⑤地域（二次医療圏）に対して認知症に関する情報発信を積極的に行うこと ⑥他の医療機関（地域精神科医療提供機能を担う医療機関）からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行うこと（他医療機関との連携も可）</p>
地域精神科医療提供機能 ○	役割要件 (右の内容を全て満たす)	<p>①医療連携への参画 ②情報発信への参画 ③人材育成への参画 ④地域精神科専門医療の提供</p> <p>①日常的に認知症の診療（外来または入院）を実施するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保すること ②医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による支援体制をつくること（他機関との連携も可） ③医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること</p>

# 第8次新潟県保健医療計画（精神疾患（認知症以外））ロジックモデル（概要版）

個別施策

初期アウトカム

中間アウトカム

最終アウトカム

## 【診療・拠点機能】

- ・多様な精神疾患に対応できる医療機関の整備
- ・機能の明確化と相互連携
- ・身体科と精神科の連携
- ・精神科救急患者の円滑受入れ
- ・精神医療相談窓口での相談
- ・被災地における精神医療支援
- ・精神入院患者の孤立防止
- ・精神疾患患者の人権擁護
- ・精神科訪問看護体制整備

各医療機関の機能が整理され、相互に連携して医療が提供される。

身体合併症を有する精神疾患患者が適切な医療を受けられる。

緊急時や非常時において、精神科医療を必要とする患者が適切な医療を受けられる。

精神疾患患者の人権に配慮した医療が提供される。

在宅で医療的な支援を必要とする精神疾患患者が精神科訪問看護を受けられる。

多様な精神疾患や状況に応じた適切な医療を受けることができる。

精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。

## 【地域における支援体制】

- ・精神保健者への相談体制整備
- ・精神保健医療福祉に関する専門研修を実施する。
- ・保健・医療・福祉関係者等による協議の場の設置

身近な市町村で精神保健福祉に関する相談が受けられる。

保健・医療・福祉専門職が精神医療保健福祉に関する知識を身につけ、支援技術が向上する。

市町村や圏域ごとに、多機関・多職種の連携による支援体制が構築される。

多機関・多職種の重層的な連携による支援を受けることができる。

## 【普及啓発】

- ・地域住民に対し精神疾患についての普及啓発を実施する。
- ・精神疾患の相談窓口の周知を図る。

地域住民が精神疾患・精神障害に対し理解を深め、自らの心の健康に関心を持つとともにストレス対処法を知る。

医療機関や相談窓口に関する情報にアクセスしやすい。

地域住民が心の健康を維持するために予防行動がとれるとともに、必要時に適切に相談・受診を行うことができる。

# 第8次新潟県保健医療計画（精神疾患（認知症））ロジックモデル（概要版）

個別施策

初期アウトカム

中間アウトカム

最終アウトカム

## 【予防】

- ・認知症のリスク因子（高血圧・肥満等）の普及啓発
- ・市町村が実施する介護予防等の事業支援



身近な地域に、健康づくりや介護予防、フレイル予防などを通じ、健診や社会参加、交流に繋がる活動を行う場が整備されている。

認知症のリスク因子とその対策が理解されている。

適時に受診・相談できる体制が整っていて、適切な診断・治療・ケアが受けられることにより、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる。

## 【早期診断・早期対応】

- ・医療・介護従事者の認知症対応力向上
- ・認知症疾患医療センターの周知、早期受診・早期診断を促進
- ・認知症サポート医等の養成
- ・市町村事業の支援
- ・認知症の相談窓口の周知・活用
- ・若年性認知症の支援体制整備
- ・認知症の普及啓発



医療・介護従事者に正しい認知症の知識が普及している。

高齢者等と関わる人が、認知症の徴候のある人に気づき、適切な関係者・窓口（家族・かかりつけ医・専門医療機関・地域包括支援センター・介護支援専門員・若年性認知症支援コーディネーター等）へ繋ぐことができる。

身近な地域において認知症に関する様々な相談ができる場や支援の仕組みがあり、その窓口や取組が広く知られている。

認知症についての正しい知識が県民に浸透し、認知症に対する偏見がなくなる。

早期に受診・診断が行われ、相談窓口や必要な支援に繋ぐことができている。

## 【容態に応じた治療・ケア】

- ・医療・介護従事者に対し、身体合併症やBPSD対応に関する知識の普及
- ・介護従事者による虐待防止研修の実施
- ・養護者への相談支援体制の充実
- ・認知症疾患医療センターの地域連携拠点機能の強化
- ・病診連携、医療介護連携促進
- ・認知症の人が尊重された生活のため、意思決定支援の取組を推進



医療・介護従事者に身体合併症やBPSD対応に関する正しい知識が普及し、適切な治療やリハビリ、ケアが提供されている。

介護従事者の対応力向上により、養介護施設における虐待を防ぐことができている。

養護者が認知症の人についての相談ができる窓口があり、適切な支援に繋ぐことができている。

かかりつけ医・専門医療機関（にいがたオレンジドクター）・介護関係者のネットワークが構築され、適切なサービスが切れ目なく提供されている。

認知症の人の意思が反映されたサービス提供や日常生活支援が行われている。

認知症の人のその時の容態に最もふさわしい場所で、適切な治療・ケアが提供されている。