

6 精神疾患

【対策のポイント】

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
- 隔離・身体的拘束の最小化

(1) 現状と課題

ア 精神疾患の現状

- 精神疾患は、近年その患者数が増加しており、2020年の患者調査によると全国で推定患者数は約615万人となっています。そのうち、入院患者数は約29万人、外来患者数は約586万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17万人となっています。国の調査結果では、国民の4人に1人が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及びアルコール、薬物等の精神に作用する物質の有害使用や依存など物質に関連した障害（物質関連障害）のいずれかを経験していることが明らかとなっています。
- 2021年の国の調査では、3割から5割程度の方が様々な不安を感じており、精神保健福祉上のニーズや精神疾患は住民に広く関わっています。精神保健福祉上のニーズを有する者が必要な保健医療サービスや福祉サービスの提供を受け、地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する正しい知識の普及啓発を推進することが重要となっています。
- 高血圧や糖尿病、がん等はエビデンスに基づいた予防方法が確立していますが、精神疾患については、予防の必要性は認識されているもののその効果を実証することが困難であり、具体的な方法は確立されているとはいえません。しかし、適度な「運動」やバランスのとれた「栄養・食生活」は身体だけでなく、こころの健康においても重要な基礎となるものと考えられます。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、こころの健康のための3つの要素とされてきたところです。特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせないものとなっています。
- 精神疾患の診断の基本は、十分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等が診断の補助として行われています。精神疾患は、内科などに比べ客観的な指標が乏しいものの、近年、神経画像・脳機能画像などの画像診断技術が進歩しており、客観的な診断方法として期待されています。診断においては、脳以外の身体の疾患に起因する精神障害（症状性精神障害）なども考慮し、精神症状のみならず全身状態の把握も重要です。また、身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、精神科医に紹介することによって、より正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられます。
- 精神疾患の治療においては、薬物・精神療法が中心となります。薬物療法において、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現し得る全ての有害作用に対する対処法、奏功しなかった場合の代替薬物、長期投与の適応などを考慮した治療計画を患者とその家族等に説明する必要があります。また精神療法においては、認知行動療法等が薬物療法と同等の効果をあげる場合もありますが、作業療法、精神科デイ・ケア

を含めた専門的な精神療法以外にも、生活習慣の改善等も重要です。診断や治療において、生物学的、心理学的、社会文化的側面の視点が必要であり、薬物療法だけに限らない多様な治療法を用いることが重要と考えられています。

- うつ病の診断では、甲状腺疾患、副腎疾患、脾疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、躁うつ病（双極性感情障害）、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要があります。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要です。うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮した詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがあります。治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われています。
- 全国の自殺者数は、人口動態統計調査によると、1998年から2009年まで連続で3万人を超える水準であったものが、2010年以降は3万人を切り、減少傾向にあります。自殺に至る要因のうち、健康問題の中では、うつ病が多くを占めています。
- このほか、精神疾患には、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症や、てんかん、発達障害等もあり、精神疾患は県民に広く関わる疾患です。また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、特に、稼働能力が低下することがあるなど、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を招きます。
- 児童精神科を標榜する医療機関を受診する子どもの数は増加しており、近年では初診までの待機日数の長期化が常態化しています。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どものこころの問題が長引くことを防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期のこころの問題の予防対策にも大きく寄与することになります。

イ 本県の状況

（精神科病院等の状況）

- 2023年4月1日現在、精神病床を有する県内の病院数は39病院、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は31病院で、精神病床数は、6,412床です。また、精神科を主たる診療科目として標榜する診療所の数は、2020年度の医療施設調査では62診療所です。精神科病院の医師数は、2021年度の病院報告では244人です。

（精神科病院の入院患者の状況）

- 県内の精神病床を有する病院に入院している人は、精神科病院月報によると2023年3月末現在5,117人で、6年前（2017年3月末現在）の5,508人と比べ391人、約7.1%減少しています。また、県内の精神病床における入院患者の平均在院日数は、2022年度は215.6日で、6年前（2016年度）の228.5日と比べ12.9日短くなっています。これは、治療技術の向上、抗精神病薬の開発等、精神障害に関する医療環境が改善されていることや障害福祉サービス事業所の整備が進んできたことなどから、早期退院が可能になったためと考えられます。
- 一方で、1年以上の長期入院患者は、2022年6月末現在2,924人と、全体の57.3%を占めています（厚生労働省精神保健福祉資料）。病状が安定し、退院しても家族の受入体制がない、経済的な不安、地域生活の受け皿となる障害福祉サービス事業所や地域生活を支援するサービスが十分ではないなど、家庭や地域の受入体制が整わないために退院できない、いわゆる社会的

入院患者が相当数に上るものと推測されています。

(精神科訪問看護の状況)

○2022年度の県内の精神科訪問看護を提供する病院数は22病院、人口10万人当たり0.6病院(全国平均:0.7病院)、診療所数は10施設、人口10万人当たり0.2施設(全国平均:0.3施設)、訪問看護ステーション数は117施設、人口10万人当たり3.2施設(全国平均:4.6施設)と、いずれも全国平均より低い状況です。

○2022年度の県内の精神科訪問看護の利用者数は3,426人で、人口10万人当たり93.7人、全国平均(163.8人)より少ない状況です。

(精神科救急の状況)

○2023年度の県内の精神科救急医療施設数は10施設で、内訳は常時対応型病院4施設、輪番型病院6施設となっています。2022年度の夜間・休日における精神医療相談窓口での相談件数は7,211件、精神科救急情報センターでの電話相談件数は1,714件です。また、2022年度の夜間・休日の受診件数は1,104件、入院件数は601件であり、受診件数は増減を繰り返していますが、入院件数は減少傾向となっています。

(疾患ごとの患者の状況) ※精神病床以外の患者数を含む。

【統合失調症】

○統合失調症は、幻覚や妄想、意欲の欠如などの症状を伴い、100人に1人弱がかかる頻度の高い疾患ですが、治療によって急性期の症状が治まると、回復期を経て、徐々に長期安定に至るという経過をたどるのが一般的です。

○継続的に治療を受けている統合失調症の外来患者数は50,255人、入院患者数は7,921人です。(2020年)

【うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)】

○うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)は、精神的・身体的ストレス等を要因に、気分の波が主な症状として表れる疾患で、気持ちが強く落ち込むうつ状態のみを認める場合や、うつ状態と躁状態を繰り返す場合があります。

○継続的に治療を受けているうつ病・躁うつ病(双極性感情障害)の外来患者数は86,526人、入院患者数は4,744人です。(2020年)

【依存症】

○依存症は、アルコールや薬物等の特定の物質を摂取することや、ギャンブルやゲーム・インターネット等の特定の行為に過度にのめり込むことにより、「やめたくても、やめられない」状態(コントロール障害)になる疾患です。

○2019年5月にWHO(世界保健機関)において、ゲーム障害が国際疾病分類に新たに認定されました。

○継続的に治療を受けているアルコール依存症の外来患者数は1,759人、入院患者数は589人、薬物依存症の外来患者数は268人、入院患者数は86人、ギャンブル等依存症の外来患者数は61人です。(2020年)

【心的外傷後ストレス障害(PTSD: Post Traumatic Stress Disorder)】

○PTSDは、生死にかかわるような危険を体験したり目撃した記憶が残ってこころの傷となり、何度も思い出して当時と同じような恐怖を感じ続けるという疾患です。

○継続的に治療を受けているPTSDの外来患者数は800人、入院患者数は26人です。(2020年)

【高次脳機能障害】

○高次脳機能障害は、脳卒中等の病気や事故等により脳の一部に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行機能、社会的行動等の認知機能(高次脳機能)が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの外見では分かりにくいという特徴があります。

○厚生労働省(2016年生活のしづらさなどに関する調査)によると、医師から高次脳機能障害と診断された者は全国に32.7万人、本県では約9,800人と推計されています。

【摂食障害】

○摂食障害は、拒食症と過食症が代表的な症状であり、10代から20代の女性に多く、心身の成長・発達、日常の社会生活に深刻な影響を与える疾患で、日本摂食障害協会などの調査では、児童生徒の患者数がコロナ禍で増加しているとの報告があります。

○継続的に治療を受けている摂食障害の外来患者数(精神療法に限定)は1,050人、入院患者数は286人です。(2020年)

【てんかん】

○てんかんは、何らかの原因で、一時的に脳の一部が過剰に興奮することにより発作が起きる疾患であり、多くの患者が適切な抗てんかん薬を服用することで、発作が止まり、通常の社会生活を支障なく送ることができると言われていています。また、てんかん発作以外にも、知的障害など他の障害が併存することもあります。

○厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は、1,000人当たり7.71人と推計されています。

○継続的に治療を受けているてんかんの外来患者数(精神療法に限定)は12,955人、入院患者数は2,009人です。(2020年)

【児童・思春期精神疾患】

○児童・思春期精神疾患は、主に20歳未満のこころの問題が対象であり、児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など深刻化・多様化しています。

○継続的に治療を受けている児童・思春期精神疾患の外来患者数は18,708人、入院患者数は427人です。(2020年)

(身体合併症の状況)

○高齢化の進展に伴い、精神疾患と身体疾患の合併症がある患者の増加が見込まれています。

○精神科病院に入院中の患者が、身体疾患の治療を必要とした場合、各保健医療圏域において、身体合併症治療を担う総合病院等と連携して対応しています。また、専門的入院治療が必要な患者の受入れは聖隷三方原病院に加え、2023年度から県立総合病院が受入を開始しました。

○2020年に精神科入院患者で身体合併症の診療を受けた患者数は648人です。

(自殺者の状況)

○職場や地域では、人と人とのつながりが薄れ、不安や孤独感を抱える人が増加し、さらに、健康・経済問題等のストレスが原因でうつ病等のこころの健康問題を抱え、自殺に至るケースもあります。本県の自殺者数は、1998年以降、16年連続して700人台から800人台の高水準で

推移していましたが、2010年の854人をピークに減少傾向が続いている一方で減少幅は縮小しており、特に、若年層については、おおむね横ばい状態にあります。2022年は自殺者数が前年より増加し、コロナ禍の長期化や物価高騰などの影響が考えられます。

- 厚生労働省の人口動態統計調査（2022年）によると、本県の自殺者数は前年より66人多い605人です。

（災害精神医療の状況）

- 災害拠点精神科病院は、災害時に、精神疾患を有する患者の受入れ、広域搬送のための一時的避難場所としての機能等、精神科医療の対応に当たり、2023年4月現在、4病院（県立こころの医療センター、沼津中央病院、神経科浜松病院、聖隷三方原病院）を指定しています。
- 災害時の円滑な応援体制と受援体制を整えるため、2017年3月に静岡DPAT（災害派遣精神医療チーム）を発足し、2023年4月現在、17病院と「静岡DPATの出動に関する協定」を締結しており、被災地域での活動（県DPAT調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援）に従事しています。

（医療観察法における対象者の状況）

- 「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」（「医療観察法」）により、心神喪失又は心神耗弱の状態で、重大な他害行為を行った場合、医療観察法に基づく審判決定により入院又は通院による医療を受けることとなります。
- 制度開始の2017年7月から2023年3月末までに入院決定を受けた人数は103人、通院決定を受けた人数は18人となっています。

ウ 医療提供体制

（ア）精神疾患に関する普及啓発・相談支援

- 精神疾患に罹患した場合、早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する正しい知識の普及啓発を図るとともに、精神障害のある人が地域の一員として安心して生活できるよう、障害に対する理解を促進する必要があります。
- 精神保健福祉センターや保健所では、こころの健康問題に対応するため、精神保健福祉に関する相談支援を行い、必要に応じて医療機関や相談機関を紹介するなど早期治療や早期介入に向けた取組が必要です。
- 精神保健福祉法の改正により、2023年度から市町が実施する精神保健に関する相談支援については、精神障害のある人のほか精神保健に課題を抱える人も対象となったことから、市町の相談支援に対する技術的な支援を行う必要があります。

（イ）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（地域移行・地域定着の推進）

- 精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で暮らす全ての人が、必要な時に適切な医療や福祉サービスを受けられる体制の整備が必要です。
- 急性増悪時には、入院治療へのアクセスに加えて、アウトリーチによる支援など、患者のニーズに応じた対応が必要です。
- 新規入院患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOLの向上を図りつつ、できる限り1年以内に退院となるよう、多職種・多機関が連携した退院支援が求められています。
- 精神科病院で1年以上の長期在院者数は減少傾向にありますが、1年以上長期在院者数は入院

患者数の 57.3%を占めることから、患者の状態や生活環境を踏まえながら、入院から地域生活への更なる移行を進めていくことが必要です。

○地域で適切な歯科医療や薬剤の服薬指導・管理が受けられるような支援が必要です。

(ウ) 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

○精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。

○統合失調症、うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）、依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん等多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、早期に必要な精神科医療が提供できる医療体制の確保が必要です。

【統合失調症、うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

○統合失調症やうつ病等の精神疾患は治療法が確立されており、早期受診、早期治療をするため、発症してから精神科医に受診するまでの期間を短縮する必要があります。

【依存症】

○「静岡県アルコール健康障害対策推進計画」及び「静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、アルコール及びギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にするとともに、依存症治療拠点機関と連携して、アルコール及びギャンブル等依存症治療に対応できる医療機関を確保する必要があります。

○依存症の理解を深めるための啓発や、患者・家族への相談支援体制の充実のほか、自助グループと連携した回復支援など地域連携体制を構築する必要があります。

○ゲーム障害・ネット依存については、学齢期からの啓発活動を始めとした発症予防の取組が重要であるため、教育機関等との連携が必要です。

○「静岡県薬物乱用対策推進方針」に基づき、薬物依存者の再乱用防止に向け、保護観察所と医療・保健・福祉機関、民間支援団体との緊密な連携体制の構築が必要です。

【心的外傷後ストレス障害（PTSD）】

○身近な事件や事故に遭遇した人の中には、強いストレスのため少なからずところに深い傷を負い、特に、児童・生徒は大きな精神的ショックを受けやすいため、ストレスの長期化によるPTSD（心的外傷後ストレス障害）の発症を未然に防止する必要があります。

【高次脳機能障害】

○高次脳機能障害は、外見からでは分かりにくい障害であり、治療から社会復帰、就労に至るまでの切れ目のないケアや福祉制度の狭間となることから、障害に対する理解や適切な支援が求められています。このため、高次脳機能障害支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行い、医療及び福祉関係者による地域連携体制を構築する必要があります。

【摂食障害】

○摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるよう、摂食障害支援拠点病院において、本人・家族への相談支援、学校関係者への研修、精神科及び小児科を含む他医療機関への研修・技術的支援等を行うとともに、精神科と精神科以外の医療機関との連携を図り、身近な地域で相談

や治療が受けられる医療連携体制を構築する必要があります。

【てんかん】

- てんかんは発作に加え、様々な精神・心理・社会的問題を示すことがあり、包括的な支援が求められています。てんかん患者が早期に適切な支援を受けられるよう、てんかん支援拠点病院において、本人や家族への相談支援、他医療機関や学校関係者等への研修・技術的支援等を行うとともに、医療機関との連携を図り、身近な地域で相談や治療が受けられる医療連携体制を構築する必要があります。

【児童・思春期精神疾患】

- 子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくためには、児童精神科医療体制を充実させることが必要です。さらに、児童精神科医療機関が中核となつて、福祉・教育・保健・司法等を含む関係機関が連携し、包括的な支援を行うことが重要となっています。

(エ) 精神科救急体制・身体合併症

- 在宅の精神障害のある人の精神症状が悪化するなど、急性増悪等に対応できるよう、24時間365日対応できる精神科救急医療体制や精神医療に関する相談窓口の設置等体制を充実する必要があります。
- 精神疾患と身体合併症の専門的入院治療が必要な場合に、精神科医と精神科以外の医師が相互に診療情報や治療計画を共有し、入院治療に対応可能な機能や体制等が求められています。

(オ) 自殺対策

- 自殺は、その多くが「追い込まれた末の死」であり、その要因には、精神保健上の問題だけでなく、経済・生活問題、健康問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤独・孤立などの様々な社会的要因があります。
- これらの社会的要因を減らすとともに、追い込まれる状況に陥らないよう、相談支援体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図り、自殺リスクを減らす必要があります。

(カ) 災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療

- 災害拠点精神科病院は、被災した精神科病院に入院する患者の受入れや精神科診療のほか、災害時の拠点として静岡DPATとの連携が必要です。
- 静岡DPAT（災害派遣精神医療チーム）を中心に、災害時の精神医療に対応できる専門職の養成や多機関・多職種との連携が必要です。
- 精神科病院では、マスク着用や身体的距離の確保など感染予防対策を十分に行うことが困難であり、感染症が発生すると拡大するリスクが高いことから、新興感染症の発生・まん延時においても精神医療が確保できるように、平時から対策を検討する必要があります。

(キ) 医療観察法における対象者の医療提供体制

- 医療観察法により、地域社会における処遇が適正かつ円滑に実施されるよう、静岡保護観察所と地域の精神保健福祉関係機関が連携して取り組む必要があります。

(ク) 隔離・身体的拘束の最小化

- 医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われる隔離・身体的拘束について、人権擁護の観点から、最小化に関する取組が求められています。

(2) 対策

ア 数値目標

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数 | 327日 (2020年度) | 327日以上 (2026年度) | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。 | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針 |
| 精神科病院1年以上の長期在院者数 | 2,924人 (2022.6.30) | 2,772人以下 (2026年度) | 地域移行を推進することにより、1年以上の長期在院者数を引き下げる。 | 厚生労働省精神保健福祉資料より算出 |
| 精神科病院入院後3か月時点退院率 | 63.6% (2020年度) | 68.9%以上 (2026年度) | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。 | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針 |
| 精神科病院入院後6か月時点退院率 | 82.3% (2020年度) | 84.5%以上 (2026年度) | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。 | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針 |
| 精神科病院入院後1年時点退院率 | 89.5% (2020年度) | 91.0%以上 (2026年度) | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。 | 第7期障害福祉計画に係る国の基本方針 |
| 行動制限(隔離・身体的拘束)指示割合 | 10.5% (2022.6.30) | 8.3%以内 (2026年度) | 国平均値(2022年度)に基づき設定する。 | 厚生労働省精神保健福祉資料より算出 |

イ 施策の方向性

(ア) 精神疾患に関する普及啓発・相談支援

- 精神疾患の発生を予防し、早期に適切な医療を受けることができるように、精神保健福祉センター、健康福祉センター、市町、精神保健福祉協会等の関係団体が連携して、乳幼児期から老年期に至るライフステージに応じた、こころの健康の保持・増進や精神疾患について普及啓発を行い、精神疾患が誰もがかかりうる病気であることについての認知度を高めます。
- 精神保健福祉センターや保健所では、精神保健福祉に関する電話相談や対面での相談会を実施しており、精神科医療機関や地域援助事業者、市町などと連携し、必要に応じて医療機関や相談機関を紹介するなど早期治療や早期介入に向けた相談支援の体制づくりを推進します。
- 精神保健福祉法の改正により、2023年度から市町が実施する精神保健に関する相談支援については、精神障害のある人のほか精神保健に課題を抱える人も対象となったことから、市町に対する技術的な支援を行い、市町を含む相談支援体制の充実を図ります。

(イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（地域移行・地域定着の推進）

- 精神障害のある人の人権に配慮し、本人やその家族の意思を尊重した適正な医療及び看護等の提供体制の整備を促進します。
- 精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で安心して生活し続けることができるように、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種チームによる退院支援等の取組を推進します。また、精神科病院、診療所、訪問看護事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、地域包括支援センター等及び市町の協力体制を強化し、段階的・計画的に地域生活へ

の移行を促進することにより、精神障害のある人の早期退院を図ります。

- 急性増悪時には、精神科病院や診療所、訪問看護事業所等と連携して、訪問診療や訪問看護など、身近な地域で医療や福祉サービスを受けやすい体制の整備を促進します。
- 新規入院患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図り、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促進するとともに、相談支援事業者やピアサポーター等による訪問支援や、退院後生活環境相談員の選任や地域援助事業者の紹介等の退院に向けた支援を通じて、早期の地域移行・地域定着を進めていきます。
- 精神科病院の長期在院者に対しては、各地域における協議を通じて、居住環境や生活環境の基盤整備を促進するほか、多職種・多機関による地域移行・定着に向けた研修等を通じて、長期在院者の地域移行や地域定着を進めていきます。
- 歯科のない病院の入院患者への歯科訪問診療の提供体制の整備を促進します。
- 薬物療法が適切に進むように、薬局と医療・介護関係機関との連携や「地域連携薬局」を中心とした薬局間の連携体制を整備し、薬局による在宅訪問業務を促進します。

(ウ) 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

- 多様化している精神疾患ごとの県内全域の拠点医療機関を明確にし、情報発信や人材育成を行うほか、2次保健医療圏における地域連携拠点機能を担う医療機関を支援し、地域での連携体制を構築します。

【統合失調症】

- 浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築するほか、国が目指す専門的治療方法の県内全域での普及を図ります。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

- うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）の早期発見・早期治療を目的に、精神科医と一般内科医等かかりつけ医との連携を強化するほか、浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【依存症】

- 依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、県内の依存症治療拠点機関である服部病院、聖明病院に加え、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。
- アルコール、薬物、ギャンブル等の様々な依存症患者については、自助グループにおける取組の促進や多職種・多施設との連携を推進するほか、家族への支援等を行います。
- ゲーム障害・ネット依存については、依存症治療拠点機関や教育機関等と連携し、ワークショップや回復に向けた支援プログラムを実施するなど、発症予防や進行予防に関する取組を推進します。

【心的外傷後ストレス障害（PTSD）】

- 災害及び事件、事故等が発生した場合に、早期に被災者・被害者のこころのケアに対応できる体制を整えるとともに、浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【高次脳機能障害】

- 高次脳機能障害者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、2次保健医療圏域ごとに地

域リハビリテーション関係医療機関、高次脳機能障害支援拠点機関、就労支援関係機関、健康福祉センター等との連携により相談支援体制の充実を図るほか、聖隷三方原病院を県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【摂食障害】

- 摂食障害は、早期の適切な治療と支援によって回復が可能な疾患であることから、摂食障害支援拠点病院である浜松医科大学医学部附属病院を中心に、患者・家族への専門的な相談支援とともに、関係機関に対して摂食障害に関する正しい知識の普及に努めます。
- 浜松医科大学医学部附属病院のほか、県立こども病院、県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、入院医療の体制維持を図るとともに、身近な地域での継続的な治療が可能となるよう外来医療機関の確保に努め、医療連携体制の充実を図ります。

【てんかん】

- てんかんは、適切な診断、手術や服薬等により、症状を抑えて社会で活動しながら生活できることや治癒することも多いため、運転、就労などの生活にかかわる相談支援や、関係機関に対する正しい知識の普及に努めます。
- てんかん支援拠点病院である静岡てんかん・神経医療センターを県内全域拠点機関とし、身近な地域での継続的な治療が可能となるよう外来医療機関の確保に努め、医療連携体制の充実を図ります。

【児童・思春期精神疾患】

- 児童・思春期精神疾患の子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくために、浜松医科大学医学部附属病院、天竜病院、県立こども病院、県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

(エ) 精神科救急体制・身体合併症

- 24時間365日対応できる精神科救急医療システムを整備するほか、精神科医療に関する相談窓口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進します。
- 休日、夜間に対応する常時対応型病院として、沼津中央病院、鷹岡病院、清水駿府病院、聖隷三方原病院を、輪番型病院として溝口病院、県立こころの医療センター、焼津病院、藤枝駿府病院、川口会病院、服部病院を、県全域の後方支援病院として県立こころの医療センターを配置し、精神科救急を推進します。
- 精神疾患のある人が身体合併症の入院治療を必要とした場合に、精神科救急医療圏域ごとに総合病院等において精神科医と精神科以外の医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制（コンサルテーション・リエゾン）を基本に、対応が困難で専門的な入院治療が必要な場合には、24時間体制で身体合併症の入院治療と精神科医療を実施できる聖隷三方原病院及び県立総合病院を全域拠点機関とした連携体制を構築します。

(オ) 自殺対策

- 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、「いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」に基づき、県、市町が一体となり、関係機関との連携のもと地域における相談体制の充実を図り、自殺リスクの軽減を図ります。
- 自殺の危険を示すサイン（不眠等）に気づき、声をかけ、話を聴いて必要な支援につなげるゲートキーパーの養成等を関係機関と連携を図りながら進めます。

- 若年層の自殺予防を図るため、24時間365日の電話対応や、年間を通じたLINE相談を実施するとともに、教育委員会等の関係機関と連携し、SOSの出し方など困難に直面した際の対処方法について周知するほか、職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。
- 自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療が必要であることから、浜松医科大学医学部附属病院、県立こころの医療センター、県立こども病院を県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。
- 若年層・女性・働き盛り世代に対する支援のほか、社会的孤立や生活困窮等に対応した自殺総合対策の取組を推進します。

(カ) 災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療

- 災害時に安定した精神医療を提供できる体制を確保するため、様々な訓練・研修等を通じて、災害拠点精神科病院、DMAT、DPAT及びその他関係機関との連携強化に努めます。
- 災害時には、国DPAT事務局を通じた他都道府県DPATの受入れ、DMATや関係機関との連携等により、精神医療の提供体制の確保に努めます。
- 新興感染症への対応については、ふじのくに感染症管理センターと連携し、平時からの対策を促進するとともに、発生・まん延時においても継続的に精神医療を確保するための体制を検討します。

(キ) 医療観察法における対象者の医療

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰と地域生活の支援を図るため、法令に基づく指定入院及び指定通院医療機関である県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、他の指定通院医療機関や関係機関と協働して地域処遇の実施体制の確立を図ります。

(ク) 隔離・身体的拘束の最小化

- 隔離・身体的拘束などの行動制限を行う際には、特に患者の人権に配慮することが求められるため、法令に基づく実地指導等を通じて行動制限基準（国告示）の遵守徹底を図るほか、精神科病院における実践事例を共有するなど、行動制限の最小化に向けた取組を支援します。

○精神疾患のロジックモデル

<個別施策>

<中間アウトカム>

<分野アウトカム>

| | |
|----------------------------|------------|
| 1:精神疾患に関する普及啓発・相談支援 | |
| 現状データ | 精神保健福祉相談件数 |

| | |
|--|----------------------|
| 2:精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(地域移行・地域定着の推進) | |
| 現状データ | 精神障害者地域移行定着推進研修の修了者数 |

| | |
|----------------------------|-------------------------|
| 3:多様な疾患ごとの医療連携体制の構築 | |
| 現状データ | 依存症相談支援に携わる従事者向け研修の参加人数 |

| | |
|------------------------|------------|
| 4:精神科救急体制・身体合併症 | |
| 現状データ | 精神科救急医療機関数 |

| | |
|---------------|-----------|
| 5:自殺対策 | |
| 現状データ | 自殺による死亡者数 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 6:災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療 | |
| 現状データ | DPAT協力病院数 |

| | |
|---------------------------|-----------------|
| 7:医療観察法における対象者への医療 | |
| 現状データ | 医療観察法の指定通院医療機関数 |

| | |
|-----------------------|-----------------|
| 8:隔離・身体的拘束の最小化 | |
| 現状データ | 隔離指示件数・身体拘束指示件数 |

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1:精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 | |
| 数値目標 | 精神科病院1年以上の長期在院者数 |
| 現状データ | 障害福祉サービス利用者数 地域移行支援人数 |
| 現状データ | 障害福祉サービス利用者数 地域定着支援人数 |

| | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 2:多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 | |
| 数値目標 | 精神科病院入院後各時点の退院率(3ヶ月、6ヶ月、1年) |
| 現状データ | 多様な精神疾患等ごとの拠点医療機関設置数 |

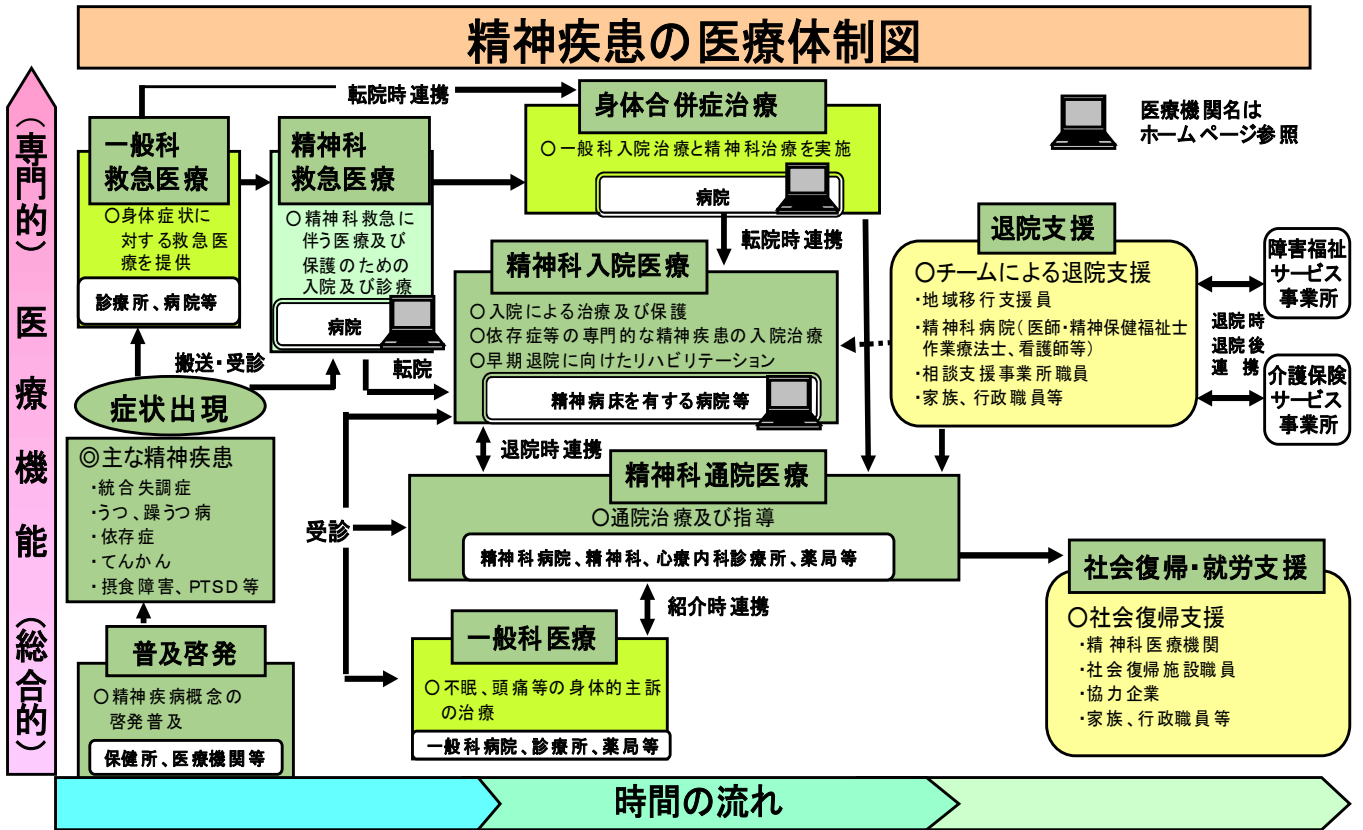
| | |
|-----------------------|---------------------|
| 3:隔離・身体的拘束の最小化 | |
| 数値目標 | 行動制限(隔離・身体的拘束)の指示割合 |

| | |
|--|----------------------------|
| 1:精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で安心して暮らすことができる | |
| 数値目標 | 精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数 |

(3) 「精神疾患」の医療体制に求められる医療機能

| | 普及啓発 | 一般科医療 | 一般科救急医療 | 精神科救急医療 | 身体合併症治療 | 精神科入院医療 | 精神科通院医療 | 社会復帰・就労支援 |
|-------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|---|
| ポイント | ○精神疾患概念の啓発普及 | ○不眠、頭痛等の身体的主訴の治療 | ○身体症状に対する救急医療を提供 | ○精神科救急に伴う医療及び保護のための入院及び診療 | ○一般科入院治療と精神科治療を実施 | ○入院による治療及び保護 ○早期退院に向けたリハビリテーション | ○通院治療及び指導 | ○社会復帰支援 |
| 機能の説明 | ・精神疾患の理解を推進 ・啓発のための広報活動 | ・プライマリケアにおけるうつ病等の治療 ・身体合併症の治療 ・精神科入院・通院医療を行う医療機関との連携 | ・身体症状に対する救急医療 ・精神科救急医療や身体合併症治療を行う医療機関との連携 | 【精神科救急医療施設】 ・休日・夜間等の精神科急性症状に対する救急医療を実施 ・24時間365日対応できる精神医療相談窓口の機能強化 | ・24時間体制で、身体合併症の入院治療と精神科治療を実施 ・精神科入院医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 | ・精神疾患の専門的な入院治療を実施 ・退院に向けた生活リハビリテーションの実施 | ・退院可能精神障害者の在宅療養に向けた支援を実施 ・専門的な精神疾患の治療 ・精神科入院医療、身体合併症治療、一般科医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 | ・地域で継続した療養生活、社会復帰の支援 ・精神科通院医療を行う医療機関との連携 |

(4) 精神疾患の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

| 指 標 | | 実 績 | 出典元 |
|----------------------------------|-------------|---------|---------------------|
| 指標の項目 | 時点・期間 | 静岡県 | |
| 精神保健福祉相談件数 | 2022 年度 | 4,008 件 | 県調査 |
| 精神障害者地域移行定着推進研修の修了者数 | 2023 年度 | 140 人 | 県実施 |
| 精神障害者の障害福祉サービス利用者数 (地域移行支援人数) | 2022 年度 | 39 人 | 県調査 |
| 精神障害者の障害福祉サービス利用者数 (地域定着支援人数) | 2022 年度 | 125 人 | 県調査 |
| 依存症相談支援に携わる従事者向け研修の 参加人数 | 2023 年度 | 46 人 | 県実施 |
| 精神科救急医療機関数 | 2023. 4 | 10 施設 | 県指定 |
| 自殺による死亡者数 | 2022 年 | 605 人 | 厚生労働省 「人口動態統計」 |
| D P A T 協力病院数 | 2023. 4 | 17 施設 | 県指定 |
| 医療観察法の指定通院医療機関数 | 2023. 4 | 18 施設 | 県指定 |
| 多様な精神疾患等ごとの拠点医療機関設置数 | 2022 年度 | 179 箇所 | 県調査 |
| 隔離指示件数 | 2022. 6. 30 | 474 件 | 厚生労働省「精神 保健福祉資料」 |
| 身体拘束指示件数 | 2022. 6. 30 | 186 件 | 厚生労働省「精神 保健福祉資料」 |

○県内の精神病床における入院患者数

| 区分 | 人数 | 調査年 | 調査名等 |
|---------------|--------|-----------|-------------------|
| 急性期（3か月未満） | 1,237人 | 2022.6.30 | 厚生労働省 精神保健福祉資料 |
| 回復期（3～12か月未満） | 937人 | | |
| 慢性期（12か月以上） | 2,924人 | | |

○県内の精神病床における退院率

| 入院後3か月時点 | 入院後6か月時点 | 入院後12か月時点 | 調査年 | 調査名等 |
|----------|----------|-----------|--------|-------------------|
| 63.6% | 82.3% | 89.5% | 2020年度 | 厚生労働省 精神保健福祉資料 |

○県内の精神病床を有する病院における入院患者数の推移

| | 合計 | 措置入院 | 医療保護入院 | 任意入院 | その他 | 伸び率 |
|---------|--------|------|--------|--------|-----|-------|
| 2016.3末 | 5,560人 | 27人 | 2,289人 | 3,229人 | 15人 | — |
| 2017.3末 | 5,508人 | 35人 | 2,546人 | 2,913人 | 14人 | 0.99% |
| 2018.3末 | 5,454人 | 31人 | 2,375人 | 3,035人 | 13人 | 0.99% |
| 2019.3末 | 5,350人 | 38人 | 2,344人 | 2,957人 | 11人 | 0.98% |
| 2020.3末 | 5,283人 | 32人 | 2,373人 | 2,865人 | 13人 | 0.99% |
| 2021.3末 | 5,269人 | 31人 | 2,404人 | 2,816人 | 18人 | 1.00% |
| 2022.3末 | 5,167人 | 39人 | 2,511人 | 2,600人 | 17人 | 0.98% |
| 2023.3末 | 5,117人 | 32人 | 2,572人 | 2,500人 | 13人 | 0.99% |

（資料：精神科病院月報により県が集計）

○精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数

| | 静岡県 | 全国 |
|--------|------|------|
| 2020年度 | 327日 | 327日 |

（出典：厚生労働省精神保健福祉資料）

○精神科救急医療施設の利用状況

（単位：件）

| 年度 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 外来受診者 | 1,312 | 1,412 | 1,321 | 1,331 | 1,105 | 1,079 | 1,104 |
| うち入院者 | 668 | 694 | 632 | 608 | 598 | 609 | 601 |
| 入院の割合 | 50.9% | 49.2% | 47.8% | 45.6% | 54.1% | 56.4% | 54.4% |

（資料：精神科救急医療月報により県が集計）

○年齢階層別自殺者の状況

| 区 分 | | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
|-----------------------|-------------|------------|-------------|--------------|------------------|----------------|------------------|------------------|
| 死亡総数 | 人 数 (A) | 39,294人 | 41,078人 | 41,972人 | 42,190人 | 42,191人 | 43,195人 | 47,334人 |
| 自 殺 | 人 数 (B) | 602人 | 588人 | 586人 | 564人 | 583人 | 539人 | 605人 |
| | 割合 (B/A) | 1.5% | 1.4% | 1.4% | 1.3% | 1.4% | 1.2% | 1.3% |
| 自 殺 の 年 齢 内 訳 | 19歳以下 | 13人 | 18人 | 23人 | 22人 | 17人 | 20人 | 20人 |
| | 20歳以上 | 65人 | 53人 | 60人 | 59人 | 75人 | 60人 | 56人 |
| | 30歳以上 | 76人 | 70人 | 75人 | 67人 | 79人 | 60人 | 74人 |
| | 40歳以上 | 115人 | 115人 | 89人 | 100人 | 112人 | 93人 | 96人 |
| | 50歳以上 | 105人 | 121人 | 98人 | 98人 | 89人 | 92人 | 136人 |
| | 60歳以上 | 99人 | 89人 | 106人 | 79人 | 76人 | 71人 | 73人 |
| | 70歳以上 | 76人 | 72人 | 86人 | 81人 | 89人 | 85人 | 90人 |
| | 80歳以上 | 53人 | 50人 | 49人 | 58人 | 46人 | 58人 | 60人 |
| | 不 詳 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 人口10万人当たり死亡率 (静岡県) | | 16.6人 | 16.3人 | 16.4人 | 15.9人 | 16.5人 | 15.3人 | 17.4人 |
| 人口10万人当たり死亡率 (全 国) | | 16.8人 | 16.4人 | 16.1人 | 15.7人 | 16.4人 | 16.5人 | 17.4人 |
| 死因順位・静岡県 (全 国) | | 8位 (8位) | 10位 (9位) | 10位 (10位) | 11位以下 (11位以下) | 10位 (11位以下) | 11位以下 (11位以下) | 11位以下 (11位以下) |

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

第5節 認知症対策

【対策のポイント】

- 認知症を正しく知る社会の実現（知る）
- 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）
- 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）
- 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--------------------------------------|------------------------|------------------------|---|------------------|
| 認知症サポート医養成者数 | 397人 (2022年度) | 470人 (2026年度) | 大綱目標値(2025年度に1.6万人)の人口割(2.9%)で設定 | 県福祉長寿政策課調査 |
| かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数 | 1,185人 (2022年度) | 1,340人 (2026年度) | 認知症の人の推計増加率の10年間平均(3.15%×4年)を現状値に乗じて算出 | 県福祉長寿政策課調査 |
| 認知症サポーター養成数 | 累計411,701人 (2022年度) | 累計530,000人 (2026年度) | 2040年までに100万人養成を目指す | 県福祉長寿政策課調査 |
| 認知症の対応について不安に感じている介護者の割合 | 36.1% (2022年度) | 33% (2026年度) | 引き続き、認知症や認知症の人に対する理解を促し、不安に感じる介護者の割合の減少を目指す | 静岡県の高齢者の生活と意識 |
| 「通いの場」設置数 | 4,665か所 (2021年度) | 6,100か所 (2025年度) | 県総合計画 | 厚生労働省調査 |
| 「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数 | 28市町 (2022年度) | 全市町 (2026年度) | 引き続き全市町においての実施を目指す | 県健康増進課調査 |
| 認知症サポート医リーダー養成者数 | 181人 (2022年度) | 210人 (2026年度) | 認知症の人の推計増加率の10年間平均(3.15%×4年)を現状値に乗じて算出 | 県福祉長寿政策課調査 |
| 初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合 | 80.6% (2022年度) | 81%以上 (毎年度) | 現状値を超える81%以上を継続して維持 | 認知症総合支援事業等実施状況調べ |

(1) 現状と課題

ア 認知症の医療

- 認知症は、脳卒中、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を言います。(介護保険法第5条の2)。

○認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V¹です。各種の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。

①1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚－運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。

(1) 本人、本人をよく知る情報提供者又は臨床家による有意な認知機能の低下があったという概念

(2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された実質的な認知行為の障害

②毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。

③その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。

④その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）。

○認知症は様々な原因で発症します。最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の6から7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占めます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。

○認知症は、加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が危険因子であり、一方、運動、食事、余暇活動、社会参加、認知訓練、活発な精神活動等が防御因子とされています。

○65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。高齢期の認知症と症状等は同様ですが、年齢が若いほど進行が早いことに加え、男性に多く、初期症状が認知症特有のものでなく診断が難しいなどの特徴があります。また、働き盛りで発症することから、就労、日常生活への影響などの課題が生じ、高齢期の認知症とは異なる対応が必要とされます。

○2024年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「基本法」という。）」が施行され、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、もって認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することが明記されました。県としても、基本法の理念に基づき、認知症の人とその家族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、認知症の人を含めた県民一人ひとりが支え合い共生する社会を目指します。

イ 本県の状況

（認知症高齢者の推計）

○認知症の出現率は、加齢に伴い増加し、75歳から79歳は10.9%、80歳から84歳は24.4%、85歳以上は55.5%と、誰もが認知症になり、認知症の人の介護者となる可能性があります²。

¹ DSM-V：精神障害の診断と診断マニュアル。精神障害の分類のための共通言語と標準的な基準を提示するものであり、アメリカ精神医学会が出版した。最新のDSMは第5版で、2013年5月18日に出版（「DSM-V」と表記される）。その後2023年6月にDSM-V-TRが発行され一部内容が改訂された。認知症に関しては変更なし。

² 出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（2014年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）

○国が2015年1月に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」によると、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症と推計されており、本県に当てはめると、認知症高齢者は、2025年には最大で約22.8万人に、2040年には29.5万人になると推計されます。

図表7-5-1 本県の認知症高齢者（軽度及び要介護認定未認定者を含む）の将来推計（単位：千人）

| 区 分 | 2012年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2040年 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 各年齢の認知症有病率が一定の場合 | 137 | 161 | 187 | 211 | 248 |
| 各年齢の認知症有病率が上昇する場合 | | 164 | 196 | 228 | 295 |

（若年性認知症の人の推計）

○若年性認知症は、2020年7月の厚生労働省の調査では、18歳から64歳人口10万人に対し、50.9人と推計されており、これを本県に当てはめると約1千人の若年性認知症の人がいると推計されます。

（県内の医療機関における認知症診療の状況）

- 2023年8月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人（市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者）は約6.5万人であり、このうち入院が約0.5万人、外来が約6.0万人でした。また、男女の内訳は男性約2.1万人、女性約4.5万人となっています。若年性認知症は537人で、全体の1%となりました。
- 認知症診療を受けた人数は3年前より4千人増えていますが、入院した人数にほぼ変化がなく、外来の人数が増えています。65歳以上の高齢者数が1%増加したこともありますが、認知症の知識や理解促進の効果と考えられます。

図表7-5-2 県内の医療機関における認知症診療の状況（2023年7月分）（単位：人）

| 区分 | 入院 | | | 外来 | | | 合計 | | |
|---------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 男 | 女 | 小計 | 男 | 女 | 小計 | 男 | 女 | 小計 |
| 人 数 | 2,057 | 3,390 | 5,447 | 18,467 | 41,544 | 60,011 | 20,524 | 44,934 | 65,456 |
| （うち若年性） | (65) | (44) | (109) | (219) | (209) | (428) | (284) | (253) | (537) |

（認知症サポート医）

- 認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言やその他の支援を行い、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医師です。
- 今後は、認知症の方も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割も担っていきます。
- 本県では、2005年度から認知症サポート医を養成しており、2016年度で全ての市町に配置されました。

図表7-5-3 認知症サポート医の状況（2023年度末）（単位：人）

| | 2020年度まで | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 累計 |
|----------|----------|--------|--------|--------|-----|
| 認知症サポート医 | 346 | 26 | 25 | 23 | 420 |

(認知症初期集中支援チーム)

- 認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医の指導のもと、医療と介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）が、家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームであり、2023年4月で34市町に設置されています。
- 市町の直営のチームが減少し、地域包括支援センター等への委託をする市町が増えています。

図表7-5-4 認知症初期集中支援チームの状況（2023年4月）（単位：チーム）

| チーム数 | 設置場所 | | | |
|------|-------------------|------------|-------------|------|
| | 市町 (本庁舎及び出先機関) | 地域包括支援センター | 認知症疾患医療センター | 医療機関 |
| 109 | 5 | 98 | 1 | 5 |

(認知症疾患医療センター)

- 認知症疾患医療センターは、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、県及び指定都市が指定した医療機関です。
- 認知症疾患医療センターにおいては、認知症専門医、相談員（精神保健福祉士又は保健師等）等の人員体制、CT、MRI等による検査体制、周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行うことのできる一般病床や精神病床が整備され（検査体制、病床については他の医療機関との連携による場合あり）、鑑別診断や専門医療相談等の専門的医療機能、地域の医療、介護関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。
- 本県では、2010年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017年度に全ての2次保健医療圏に設置されました。
- 認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症の人の状況に応じた適切な対応が行われるよう、かかりつけ医や地域包括支援センター、ケアマネジャー等との連絡・調整を行います。
- 認知症疾患医療センターが、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる事業（認知症の人をみんなで支える地域づくり推進事業）を2018年度から実施しています。2021年度から事業の対象に認知症高齢者グループホームを追加しました。
- 2022年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14日未満が3か所、15日から1か月が8か所、1か月以上が4か所、相談件数は8,967件となっています。

図表 7-5-5 県内の認知症疾患医療センターの状況（2023年9月30日現在）

| 指定 | 圏域 | 医療機関名 | 所在地 | 初回指定日 |
|---|----------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|
| 県 | 賀茂 | 医療法人辰五会 ふれあい南伊豆ホスピタル | 賀茂郡南伊豆町 | 2016.12.1 |
| | 熱海 伊東 | 公益社団法人地域医療振興協会 伊東市民病院 | 伊東市 | 2017.2.1 |
| | 駿東 田方 | NTT東日本伊豆病院 | 田方郡函南町 | 2010.10.1 |
| | | 独立行政法人国立病院機構 静岡医療センター | 駿東郡清水町 | 2017.4.1 |
| | | 医療法人社団静岡康心会 ふれあい沼津ホスピタル | 沼津市 | 2017.10.1 |
| | 富士 | 公益財団法人復康会 鷹岡病院 | 富士市 | 2013.10.1 |
| | | 医療法人社団一就会 東静岡神経センター | 富士宮市 | 2017.11.1 |
| | 志太 榛原 | 焼津市立総合病院 | 焼津市 | 2017.4.1 |
| | | 医療法人社団峻凌会 やきつべの径診療所 | 焼津市 | 2017.6.1 |
| | 中東遠 | 掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター | 掛川市 | 2012.1.1 |
| | | 磐田市立総合病院 | 磐田市 | 2017.2.1 |
| | 政令市 | 静岡 | 独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター | 静岡市葵区 |
| 医療法人社団リラ 溝口病院 | | | 静岡市葵区 | 2015.10.1 |
| 静岡市立清水病院 | | | 静岡市清水区 | 2016.10.1 |
| 西部 | | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院 | 浜松市中央区 | 2013.7.22 |
| 計 15 か所：県指定 11 か所、政令市指定 4 か所（静岡市 3 か所、浜松市 1 か所） | | | | |

（認知症地域支援推進員）

- 認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介護の専門職で、認知症疾患医療センターなどの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、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。全ての市町が、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置しています。
- 認知症地域支援推進員の役割や必要性の理解が少しずつ進んでおり、認知症地域支援推進員の人数は3年前に比べ30人増加しています

図表 7-5-6 認知症地域支援推進員の状況 (2023 年度)

(単位:人)

| 推進員人数 | 配置場所 | | | |
|-------|-------------------|----------------|-----------------|-----|
| | 市町 (本庁舎及び出先機関) | 地域包括支援 センター | 認知症疾患医療 センター | その他 |
| 231 | 36 | 184 | 1 | 10 |

(認知症サポーター等)

- 2023年3月末現在、認知症に関する正しい知識と理解を持って、できる範囲で地域や職域で認知症の人や家族の手助けを行う認知症サポーターが累計411,701人養成されています。このうち、地域の生活関連企業・団体業務等に携わる企業・職域型の認知症サポーターは累計71,587人養成されています。
- 2023年3月末現在、認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトは、累計3,845人養成されています。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げ、認知症の日本人の意向に沿った活動ができるよう、2019年度から、県主催の認知症サポーター・チームオレンジ養成研修（ステップアップ講座）を実施しています。

ウ 医療提供体制

- 認知症は、誰もがなりうるものであるという前提の下、早期診断・早期対応を軸に、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態に最もふさわしい医療・介護等が提供される循環型の仕組みが必要です。

●認知症を正しく知る社会の実現（知る）**(ア) 認知症に関する理解促進**

- 県民の認知症に対する理解が不十分で偏見や受診の遅れが発生しており、「認知症バリアフリー」の取組が必要です。そのため、認知症に関する知識や対応の仕方を認知症の日本人を含む地域住民に向けて周知し、認知症に対する理解を促進する必要があります。

(認知症サポーター等)

- 認知症サポーター、キャラバン・メイトは増加していますが、増加したことによる社会の理解の促進について評価する必要があります。
- 子どもサポーターは増加していますが、認知症に関する理解促進に向け、子どもサポーターの更なる養成が必要です。特に学童期の段階から認知症を理解してもらうことが重要です。
- 企業・職域型の認知症サポーターを養成するために、企業の協力が必要となります。
- 認知症に関する相談窓口として、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等があります。県や市町では、広報誌やホームページ等により相談窓口の周知を行っていますが、一般の県民には十分に知られていません。
- 認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは、県内の全ての市町で作成されていますが、対象が一般の高齢者である場合、自分のこととして捉えにくいいため周知が難しく、地域によっては十分に活用されていないところがあります。

●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

（イ）発症予防

- 2015年1月に発表された厚生労働省研究班報告によると、高齢者の糖尿病患者では合併症として、糖尿病でない人に比べ、アルツハイマー型や血管性認知症の発症リスクが2～4倍に上昇します。そのため、糖尿病予防の取組を推進する必要があります。
- 認知症は、神経変性疾患（アルツハイマー病、ピック病等）や脳血管障害（脳梗塞、脳出血等）の原因疾患を予防することが必要です。
- 糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防や難聴の早期発見などの適切な対応が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、生活習慣病や難聴が認知症の発症の可能性を高める要因であることを若年層を含めた幅広い年代に対し、周知するとともに、特定健診・特定保健指導の受診を促すことが必要です。
- 地域において高齢者が身近に通える場である住民主体の通いの場は、2021年度、県内に4,665か所に設置されており、参加者数は85,518人で、高齢者人口に対する参加率は7.8%となっています。
- また、2022年度、通いの場へ歯科衛生士及び管理栄養士の派遣を行った市町は27市町となっており、年々増加しているものの、全市町への普及にまで至っていません。
- 閉じこもり等の社会参加活動の減少が、認知症の発症につながる可能性があります。多様な社会参加により、認知症の予防を図るためには、これらの活動が認知症予防につながる可能性があることを認識してもらい、参加機会や活動内容の充実を図る必要があります。
- 通いの場の設置数と参加率については地域差が大きく、通いの場に参加するメリットを地域住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。

●地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）

（ウ）早期発見・早期対応

- 偏見や認知症の理解不足により、受診や支援制度の利用が遅れ、重度化したり行動・心理症状（BPSD）が出現する恐れがあり、早期発見、早期対応が必要です。本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による日常診療やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導等の中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応することができる体制を構築する必要があります。
- このため、かかりつけ医が、認知症サポート医や専門医等の支援を受けながら、認知症の早期発見や気づき、認知症の行動・心理症状（BPSD）の対応等、認知症に対する相談への対応等を適切に行うことができるよう認知症対応力の向上を図る必要があります。また、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう、歯科医師及び薬剤師の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- 病院において認知症の人本人の意思を尊重し、適切な医療サービスを提供するために、病院勤務の看護職員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。

（初期集中支援チーム）

- 認知症医療や介護サービスを受けていない一人暮らしの認知症高齢者や医療や介護のサービスを受けているものの行動・心理症状（BPSD）が顕著で対応に苦慮している認知症高齢者

等に対しては、認知症初期集中支援チームが、地域包括支援センターが入手した情報等をもとに対象者を把握し、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期対応を行う必要があります。市町が認知症初期集中支援チームの活動を推進するとともに、認知症初期集中支援チームの存在を様々な手段を用いて地域に周知する必要があります。

(エ) 専門医療

(認知症サポート医)

- かかりつけ医の認知症診断等に関する相談等の役割を担う認知症サポート医が、全ての市町に配置され、相談等の体制は整備されつつありますが、医師の業務が多忙であることなどから、活動に地域差や個人差がみられます。
- そのため、認知症サポート医の中で核となる認知症サポート医リーダー養成など認知症サポート医の活動しやすい環境づくりが必要となります。
- 2023年7月に認知症サポート医リーダー連絡会が、認知症サポート医の役割についての提言を行い、認知症サポート医はこれまでの認知症の人への対応とサポートする役割から、認知症の人も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割にシフトしていくことが求められています。

(認知症疾患医療センター)

- 認知症疾患医療センター受診までの待機日数が長く、早期対応につながらない場合もあります。認知症疾患医療センターや認知症サポート医、かかりつけ医等が連携し、環境の変化、状態の変化等があっても、切れ目なく認知症治療を受けることのできる体制の整備が必要となります。
- 地域に出向いた相談事業については、認知症疾患医療センターの体制によって活動内容に差があります。
- 今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要となります。

(その他)

- 県歯科医師会は、2018年2月に県社会福祉士会と共同で「認知症虐待等チェックシート」を作成し、地域包括支援センターと連携して活用しています。
- 行動・心理症状（BPSD）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、不適切なケアや身体的な不調や不快、ストレスや不安などの心理状態が原因となって現れる症状です。まずは早期に診断を受け、病態に応じて本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で薬物を使用しない治療的なアプローチを対応の第一選択とするのが原則となります。さらに、パーソン・センタード・ケアなどの本人主体の医療・介護の実践が普及するよう、認知症対応力向上研修を引き続き開催します。
- 2023年9月には認知症疾患修飾薬が厚生労働省から薬事承認を受けました。投与を希望する人が適切に治療を受けられるような体制の検討が必要です。
- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが必要です。
- 本人が望む終末期を迎えるために、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての医療・介護従事者の理解、住民への普及啓発が必要です。

(オ) 地域支援

- 認知症の人本人の意見を聴く取組として、本人ミーティングの開催や認知症カフェの運営などを、2022年度は23市町で実施していますが、本人からの意見を聴く機会を更に増やし、施策へつなぐ必要があります。
- 認知症の人本人からの発信の機会を増やし、認知症に関する普及啓発に取り組むため、2020年9月に、全国初となる地域版の認知症本人大使「静岡県希望大使」の委嘱を行いました。さらに、認知症の人本人による普及啓発活動を強化する必要があります。
- 県が作成した「ふじのくに“ささえあい”手帳」を活用している市町や、独自の認知症情報連携シートを作成している市町もあります。
- 認知症高齢者グループホームについては、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点としての機能が期待されています。
- 介護従事者向けの認知症対応力向上研修を国のカリキュラムに基づき実施しており、2022年度までに認知症介護指導者養成研修62人、認知症介護実践者研修7,900人が修了していますが、研修への積極的な参加及び参加者の資質の担保が必要です。
- 認知症の人やその家族が、同じ立場の人や地域の人、専門職と相互に情報を共有し、お互いに理解し合う認知症カフェは、2023年4月現在179か所であり、県のホームページなどを通じて周知していますが、認知症の家族の負担軽減にも活用していく必要があります。
- 認知症カフェの設置状況が市町により差があり、歩いていける範囲での設置を促進するほか、本人やボランティア等が集まる仕組みが必要です。
- 2023年4月現在の認知症家族会は16か所ありますが、家族会同士で連絡を取り合うことは少ない現状であるため、横のつながりを作っていく必要があります。
- 認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で283人（2022年）であり、年々増加傾向にあります。
- 行方不明になるおそれのある人の事前登録の推進と行方不明時の早期発見・保護に向けて、市町及び警察等の協力の下、「見守り・SOS体制の広域連携」の運用を2020年度から開始しています。
- ICTを活用した見守りシステムの導入が市町ごとに進んでおり、2022年度現在、GPSが11市町、二次元コードが14市町、アプリが3市町となっていますが、手法ごとの効果検証が必要です。
- これまでに身元不明者を県ホームページに42人掲載し、2014年から2022年までに25人の身元が判明しましたが、引き続き、身元不明の人の情報を広く発信する必要があります。
- 認知症の人が周囲の理解や支援を求めるときの手段としてヘルプマークがありますが、各市町障害福祉担当課、各保健所、県庁等において配布していますが、必要な人が手に入れられることができるよう今後も周知をしていくことが必要です。
- 認知症の人や家族を支える体制整備として、チームオレンジとピアサポート活動を一体的に推進しており、2022年度現在、20市町で実施されていますが、認知症の人本人がチームの一員として参加している取組は少ない状況にあります。認知症の人や家族の生活面での早期支援を図るためには、多様な職域における認知症サポーターを養成し、チームオレンジを全県的に普及する必要があります。

- 「静岡県若年性認知症相談窓口」に若年性認知症支援コーディネーターを配置して電話相談や個別相談支援を行っており、2022年度の相談件数は192件です。
- 若年性認知症の人の居場所や就労継続への支援が不足しており、本人ミーティングや認知症カフェ等の居場所の設置や、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業等の理解促進が必要です。
- 若年性認知症支援コーディネーターは、企業向け出前講座の実施、本人ミーティングや認知症家族会の会合への出席のほか、ハローワークや認知症疾患医療センター等と連携を図っていますが、企業等も含めた広域的なネットワークづくりが必要です。
- 本人ミーティングや認知症家族会の会合等により把握した若年性認知症の人やその家族の意見を取組に反映していくことが必要です。

●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

（オ）地域支援

- 75歳以上の高齢運転者対策を強化した改正道路交通法が2017年3月に施行されて以降、県では、2020年までに約308,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約7,100人が認知症のおそれがあると判定され、約3,800人が運転免許証を自主返納しています。
- 改正道路交通法に対応して、県警察本部、県医師会と連携して、本県独自の認知症診断の流れを策定するなど、運転免許証を返納しやすい環境づくりを進めているほか、認知症等を理由に運転免許証を返納した場合、必要に応じて警察から地域包括支援センターへ連絡する取組を行っています。
- 住民主体の移動支援は、2022年度までに28市が実施をしており、住民主体の移動サービスの立ち上げや継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザー派遣を実施しています。
- 移動、消費、金融手続き、公共施設の利用など生活のあらゆる場面で、「認知症バリアフリー」の取組を推進するためには、企業等の理解が必要です。

（認知症地域支援推進員）

- 認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があり、活動のための環境整備が必要となっています。
- 認知症地域支援推進員の役割として、社会参加活動のための体制整備の推進が2019年度から位置づけられ、多くの市町で取組が進んでいますが、一部の市町では取組が進んでいない現状があります。

（2）対策

●認知症を正しく知る社会の実現（知る）

（ア）認知症に関する理解促進

- 認知症月間を中心に当事者団体、全市町、医療機関、介護事業所等、多くの関係者と連携し、全県的な普及啓発を実施します。
- 県教育委員会と連携し、子どものための認知症学習用ウェブサイト「認知症こどもサイト」を小学校教員に周知し、総合的な学習や道徳の授業などでの活用を促します。
- 市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成の促進するため、企業や職域へキャラバ

ン・メイトの普及啓発を行います。

- 市町は、地域における認知症の理解促進のため、認知症に関するイベントの開催、普及啓発媒体の配布を実施します。
- 県及び市町は、認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を実施するとともに、その活動を周知していきます。
- 市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進するため、企業や職域への普及啓発を行うとともに、キャラバン・メイトを計画的に養成します。

(相談先の充実周知)

- 県及び市町は、認知症に関する相談窓口（地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等）の認知度が高まるよう相談窓口の周知を行うとともに、住民の認知度を確認します。また、診断直後から相談窓口につながるよう支援します。
- 市町が作成する認知症ケアパスの改善を支援し、活用を促進します。

●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

(イ) 認知症予防に資する可能性のある活動の推進

- 市町等で実施する通いの場等の取組の情報を収集し、生活習慣病の予防や専門職の関与の観点から実施している効果的な事例等の共有化を図ります。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を促進し、市町での通いの場等の充実、活用を支援します。
- 高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性について、特定健診等の機会を通じて県民への周知を図ります。
- 難聴が認知症の発症の可能性を高める要因となりうることから、早期受診の必要性の周知を図ります。
- 市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を育成するとともに、関係機関の協力を得て派遣の仕組みづくりを行います。
- 通いの場等へ専門職（歯科衛生士・管理栄養士等）の関与強化を支援し、高齢者の口腔ケアや低栄養の改善を推進します。
- 通いの場等で、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が連携し、地域リハビリテーションサポート医と協力しながら健康相談を行う活動を促進します。
- 各市町における認知症予防に資する可能性のある各種活動の好事例を収集し、情報共有により他市町への社会参加活動の普及・促進を図ります。

(予防に関する国の研究成果や事例の普及)

- 国の研究成果や認知症予防に関する取組の情報を収集し、効果的な事例等の共有化を図ります。
- 市町における認知症予防の強化を図るため、市町や地域包括支援センターの職員など、認知症予防事業に従事する者を対象にした研修会や講習会等を開催し、国の研修成果や活動事例の普及を図ります。

●地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）

（ウ）早期発見・早期対応

- 早期発見、早期対応や行動・心理症状（BPSD）、身体合併症等への対応においては、医療、介護の関係機関をはじめ様々な主体が関わることから、地域の関係機関との連携強化のための取組を支援します。
- 認知症対応力向上研修の受講者の拡大を図るとともに、研修参加者が、習得した知識、技術等を活かし、さらに、関係職種等との連携を深めるとともに、地域での活動にもつなげるよう、関係団体と協力して研修内容の充実に取り組みます。
- 一般病院の医療従事者、看護職員の研修は、2019年度から認知症本人による講話を取り入れ、各団体と協力し独自の内容を加えて実施しています。引き続き、認知症の人を尊重し尊厳を守ることの重要性の理解を促進します。

（初期集中支援チーム）

- 認知症初期集中支援チームの研修会等を通し、具体的な取組の好事例を紹介し、市町同士が情報交換をしながら、初期集中支援チームの体制づくりを進めるための支援をします。

（エ）専門医療

（認知症サポート医）

- 認知症に係る多職種連携を強化するため、認知症サポート医の養成を進めるとともに、認知症サポート医のリーダーを養成します。また、認知症サポート医リーダー連絡会を開催し、研修会等の企画立案や地域の実態に即した連携づくり等により認知症サポート医の活動を支援します。
- 認知症の方も暮らしやすい地域共生社会の実現のため、各地域において認知症サポート医が、医師会をはじめ、市町、地域包括支援センター、介護事業所等と連携し、連絡会や研修会を行うなど、各地域で必要な取り組みを行えるよう支援します。

（認知症疾患医療センター）

- 認知症疾患医療センターが地域の相談機関との連携を深め、かかりつけ医や認知症サポート医との役割分担の明確化や地域での役割について、各認知症疾患医療連携協議会において協議するよう支援します。
- 認知症疾患医療センターが実施する地域に出向いた相談事業の報告会を行い、他のセンターの取組状況を共有し、その後の活動に取り入れられるよう支援します。
- 各認知症疾患医療センターが主催する連絡協議会等への介護事業所の参加を促進し、地域における関係機関の連携強化の取組を支援します。

（その他）

- 行動・心理症状（BPSD）への対応において、薬物を使用しない治療的なアプローチを第一選択とし、薬物療法を行う際には、高齢者の特性等を考慮した投薬がされるよう「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」を引き続き普及します。
- 法律で身体拘束に関する規定のない医療現場等においても、行動の制限や身体拘束に対して、個人の尊厳を尊重し、人権に配慮した対応が取られるよう働き掛けを行います。
- 認知症疾患修飾薬の投与を希望する人が、適切に治療を受けられるような体制を検討していきます。

- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を医療・介護従事者への研修において活用し、多職種協働による本人の意思決定支援の取組を推進します。
- 認知症サポート医やかかりつけ医や行政、及び地域包括支援センター等と協力し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発、エンディングノート（ACPノート）の作成や活用を促進し、本人が望む生活を考え選択できるよう支援します。

（オ）地域支援

- 認知症カフェの活用方法の好事例について、ホームページ等を通じて広く情報提供を行います。
- 認知症家族会同士、横のつながりが取れるよう働き掛けます。また、家族教室や家族へのピアサポート活動について、活動状況や好事例を収集し、広く情報提供します。
- 2020年4月から運用を開始した「見守り・SOS体制の広域連携」について、市町や警察署をはじめ、関係機関の更なる連携強化に努めます。また、各市町の見守り事例について情報を収集し紹介します。
- 身元不明の人の情報を広く発信するため、認知症の日や認知症月間等の中で、ホームページ等を活用した広報を行います。
- フォーラムや、出前講座により、意味や目的を紹介することで、ヘルプマークの普及を進めます。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、「チームオレンジ」を先行して実施している市町の事例や認知症の本人がチームの一員として参加している事例を紹介し、市町の取組を支援します。また、「チームオレンジ」が未設置となっている市町に対し伴走型支援を行い設置を促進していきます。
- 市町や関係団体と協力して、認知症の人に認知症本人大使を委嘱し、「希望ある暮らしを続けていく姿を発信することを通じて、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる」ことへの理解と普及を図ります。
- より多くの認知症本人大使やピアパートナー（ピアサポーター）等、より多くの本人と協力し、市町や地域の活動を支援します。
- 認知症の本人の声を聞いて施策に反映している好事例を紹介し、市町への普及・展開を図ります。

（若年性認知症の人への支援）

- 若年性認知症の人やその家族の意見を聴きながら、支えられる側だけでなく、支える側としての役割と生きがいを持って暮らすことができる環境整備に取り組みます。
- 若年性認知症に対する理解促進を図るため、認知症サポーター養成研修やホームページなどにより普及啓発を行います。
- 若年性認知症の人とその家族が必要な支援につながるができるよう、「静岡県若年性認知症相談窓口」の更なる周知を図るとともに、若年性認知症支援コーディネーターの相談対応力の向上や、認知症疾患医療センターをはじめとする多機関・多職種との連携を促進します。
- 若年性認知症の人の就労継続を支援するため、若年性認知症支援コーディネーターと連携して、企業・団体等への働き掛けを行います。

（認知症地域支援推進員）

- 地域支援体制の構築を担う地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等を対象に、好事例

の共有化を図ります。

- 市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にし、認知症地域支援推進員が認知症施策の推進役となれるよう、市町と認知症地域支援推進員の円滑なコミュニケーションに基づく活動を支援します。
- 市町が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進し、チームオレンジの取組を通じて企業等の認知症対応力向上を図ります。

●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

（オ）地域支援

（バリアフリーのまちづくりの推進）

- 運転免許を持っていない方や、運転することを望まない高齢者等が生活に必要な移動ができる環境の整備を行います。
- 市町における住民ニーズに応じた移動支援の実施を支援します。
- 住民主体の移動支援として、2019年度に実施したモデル事業3市の取組状況等をまとめた普及事例集を活用し、移動サービスの普及を図ります。

（企業等における認知症に関する取組推進）

- 市町等が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進します。
- チームオレンジ等の取組を通じて地域の店舗の認知症対応力の向上を図ります。
- 認知症になっても小売店や飲食店などを利用しやすい環境を整備するため、移動サービス創出の支援や認知症の人やその家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。
- 企業等に対して、サポーター養成研修等を行い、認知症に関する理解促進を図ります。

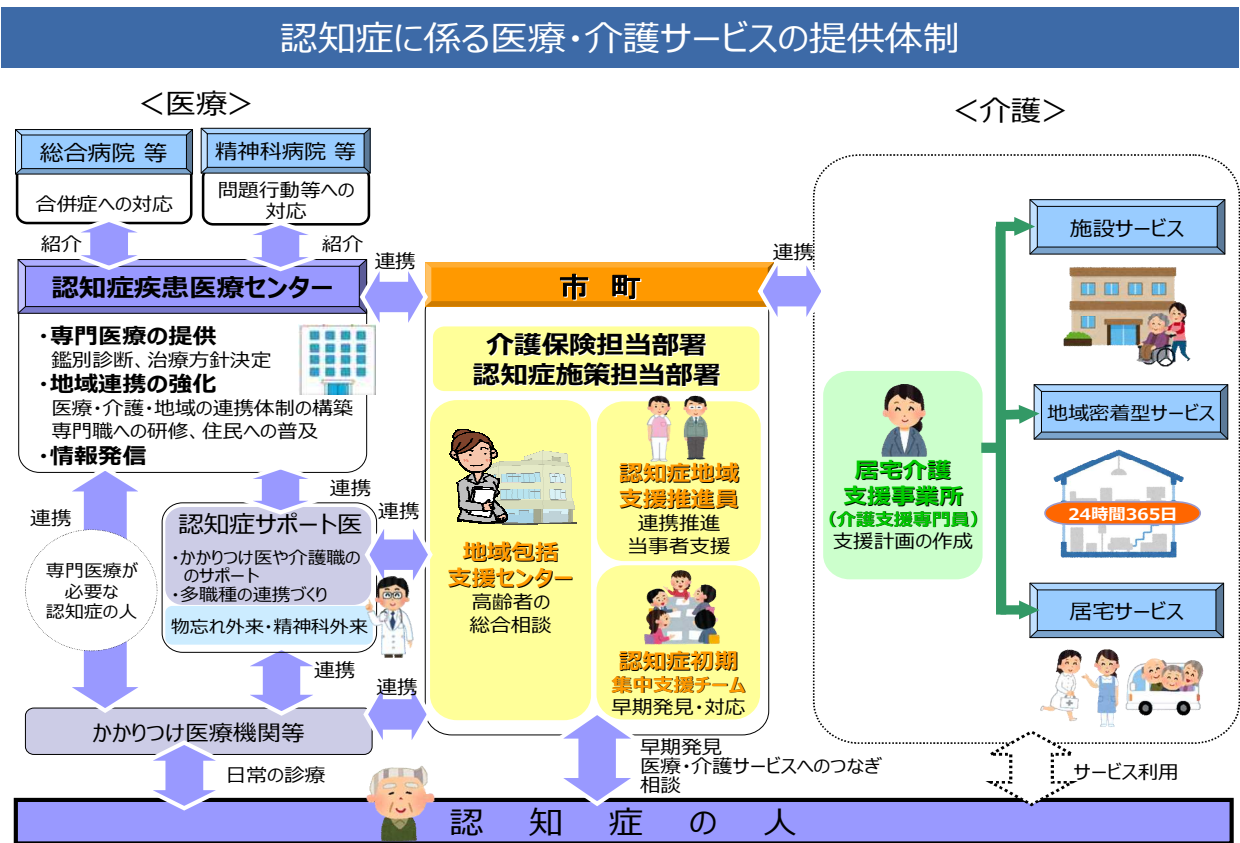
（社会参加支援）

- 地域において「生きがい」を持った生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、社会参加活動や社会貢献の場につなげる取組を促進します。

（3）認知症の医療体制に求められる医療機能

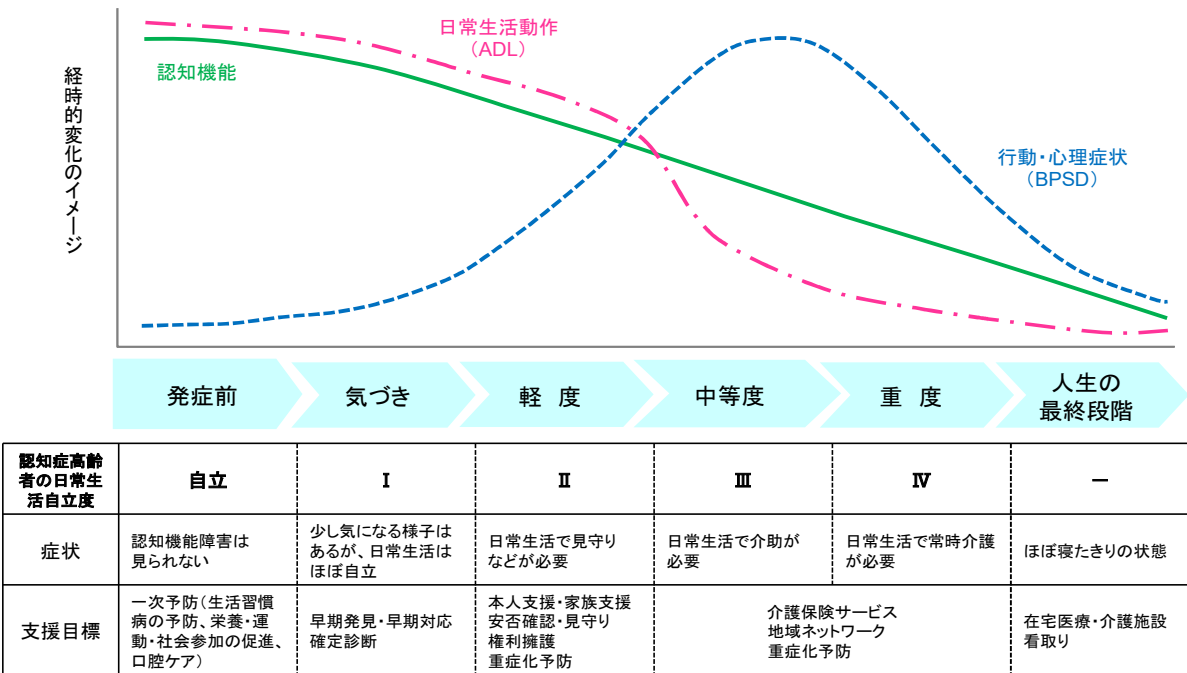
| | 早期発見・早期対応 | 専門医療 | 地域支援 |
|-------|---|---|---|
| ポイント | <ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医による認知症の発見 ○関係機関との適切な連携 | <ul style="list-style-type: none"> ○鑑別診断、急性精神症状(BPSD等)、身体合併症への対応 | <ul style="list-style-type: none"> ○認知症疾患医療センターと認知症サポート医リーダーが中心となり、地域における支援体制の構築 ○多職種によるネットワーク構築 |
| 機能の説明 | <ul style="list-style-type: none"> ・「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施 ・認知症サポート医からの助言 ・かかりつけ医と認知症サポート医、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業者との連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・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との連携 ・認知症疾患医療センターと一般病院、精神科病院との連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護・福祉に従事する人の質の向上を図り、医療と介護・福祉をはじめとする多職種の連携 ・医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員による、認知症の人やその家族への支援 |

(4) 認知症の医療体制図

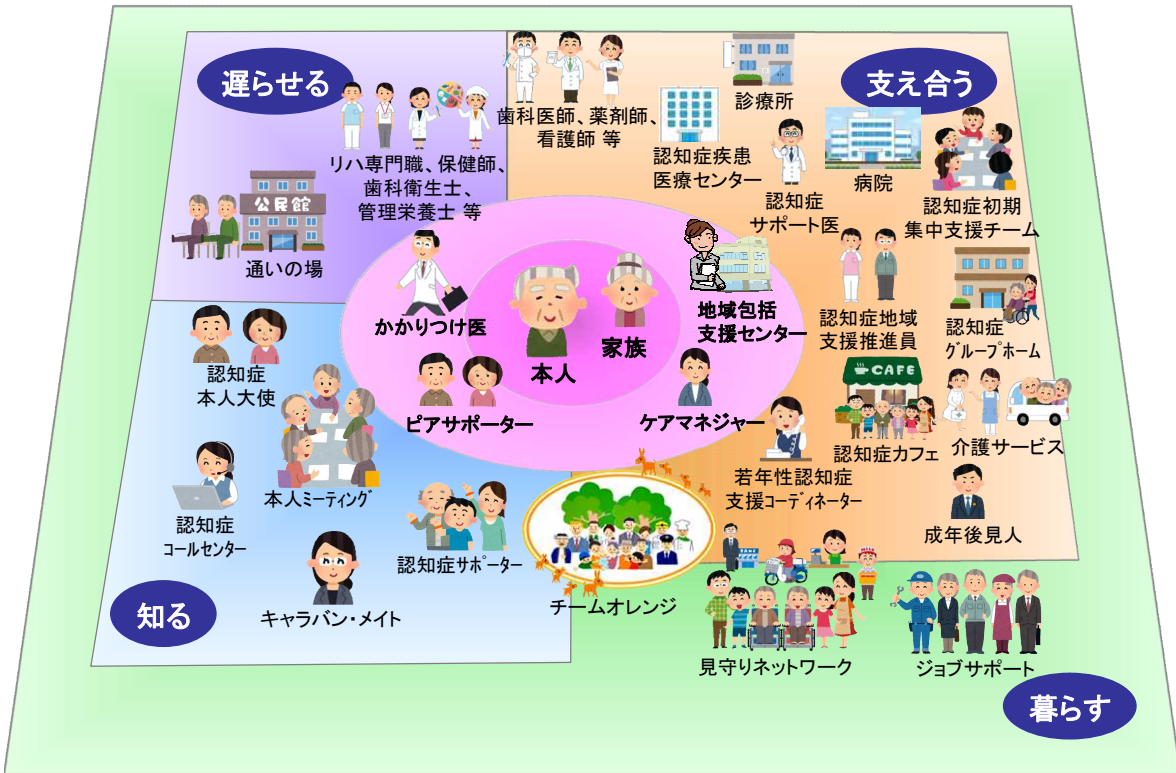


(5) 関連図表

認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)



認知症施策の全体像



< 認知症施策の取組 >

