

5 精神疾患の医療連携体制

- 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、長期入院を余儀なくされる場合もあります。発症後、できるだけ早期に必要な精神科医療が提供されることで回復し、地域生活を送ることができるように支援体制の整備を進める必要があります。

- 精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。長期入院が必要となっている精神障がい者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要があります。

（1）現 状

- 精神疾患は、近年患者数が急増しており、十勝圏域における精神障がい者数は、令和2年3月末で11,740人です。（表1）
- 病類別では、気分障害、統合失調症、器質性精神障害の順に多くなっています。

【表1 保健所把握精神障害者状況調査表 総数年次推移（平成27～令和1年度）】 （単位：人）

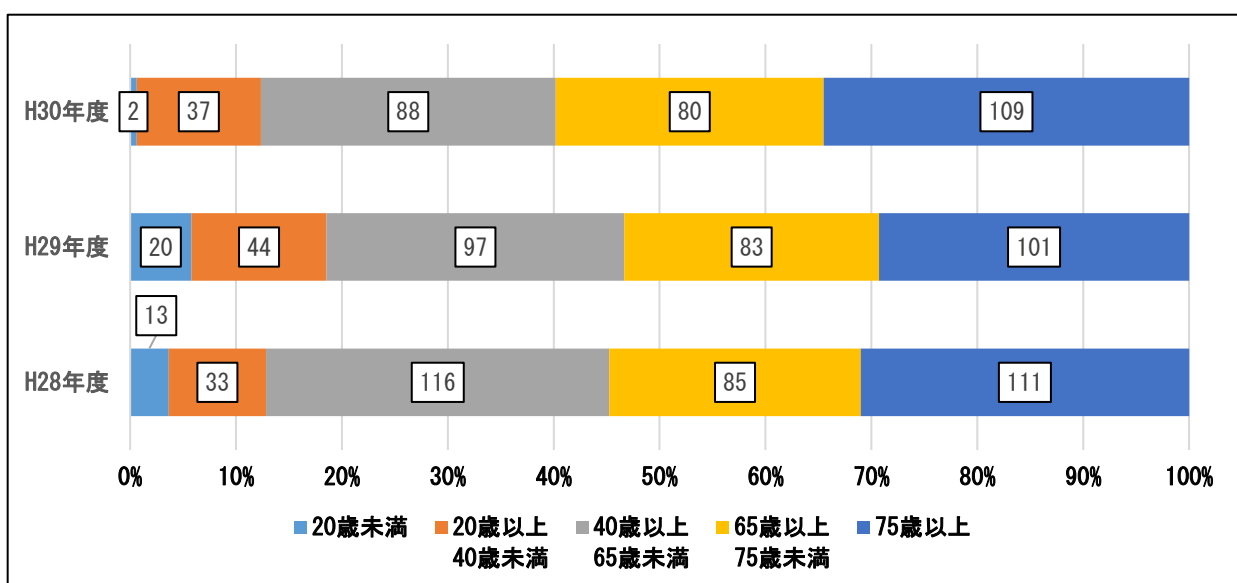
	F 0				F 1				F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7	F 8	F 9	G		合計
	症状性を含む脳器質性精神障害				精神作用物質による精神及び行動の障害				統合失調症	気分（感情）障害	神経症性障害	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	成人の人格及び行動の障害	知的障害	心理的発達の障害	特定不能の精神障害 小児期及び青年期の行動及び情緒障害、	てんかん	その他	
	F00	F01	その他の器質性精神障害	小計	F10	F15	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用のもの	小計											
	アルツハイマー病の認知症	血管性認知症			アルコール使用によるもの	覚せい剤使用によるもの													
H27 年度	692	227	463	1,382	188	43	58	289	2,582	2,678	629	50	51	132	432	94	941	64	9,324
H28 年度	762	243	540	1,545	194	46	60	300	2,623	2,874	679	53	56	130	507	129	989	65	9,950
H29 年度	833	250	578	1,661	209	49	58	316	2,686	3,060	735	55	55	137	573	168	1,023	67	10,536
H30 年度	901	268	628	1,797	223	49	61	333	2,739	3,255	800	61	55	151	641	197	1,063	76	11,168
R1 年度	986	290	676	1,952	240	51	60	351	2,786	3,384	856	66	59	165	696	235	1,104	86	11,740

（保健所把握精神障害者状況調査）

- 十勝圏域の精神疾患患者の高齢化が進んでいます。（図1）精神症状が落ち着いているが身体合併症のある患者や、認知症患者は、国保病院や内科クリニック等身近な精神科の専門以外の医療機関に通院して在宅療養をしている人も少なくありません。

【図1 十勝の入院患者の年齢区分】

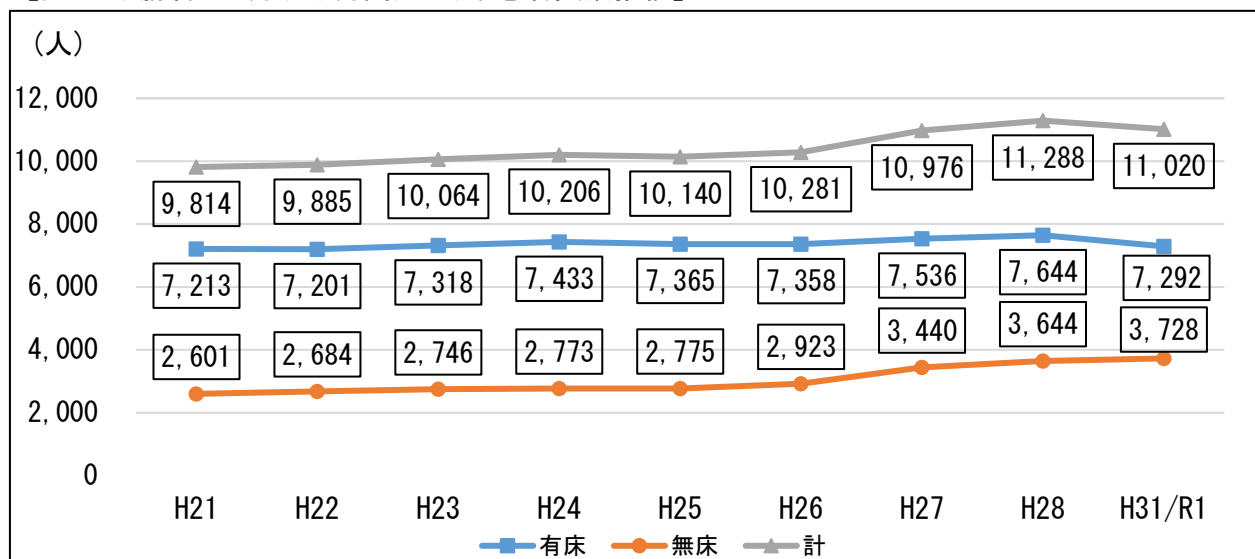
(単位:人)



(精神保健福祉資料)

- 十勝圏域で精神科を標ぼうしている病院は8か所、診療所は6か所となっています。
(帯広保健所医療機関名簿 平成30年5月1日現在)
- ここ6年間の外来患者実数は、無床医療機関、有床医療機関とも増加しています。(図2)

【図2 十勝管内6月(1ヶ月間)の外来患者実数推移】

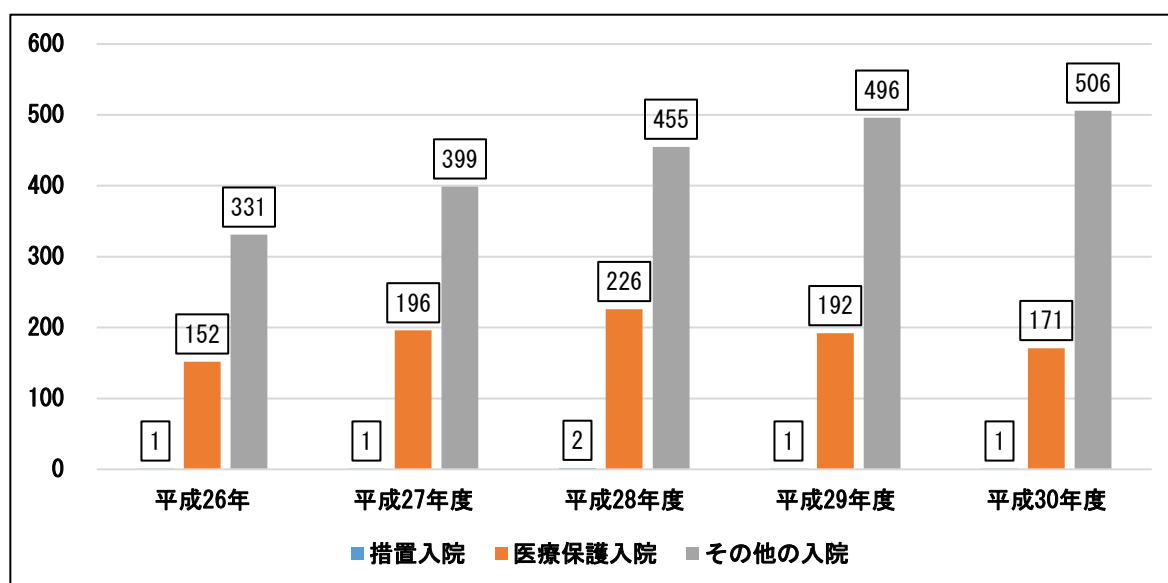


(精神保健福祉資料:630 調査)

- 帯広保健所では3か所の精神科医療機関の協力を得て、本別町、広尾町に精神科医師派遣を行い、精神科サテライトクリニックを開設して地域精神科医療の確保を図っています。
- ここ6年間の入院形態別入院者数では、医療保護入院は200人前後で推移しています。(図3)

【図3 精神障がい者の入院形態別入院者数の年次推移】

(単位:人)



(保健所把握調査)

○ 十勝圏域の精神病床の平均在院日数は96日となっており、全道、全国と比較して短くなっています。

3か月、6か月、12か月時点での退院率も全道、全国と比較して高い割合となっており、早期退院に向けた取組が進んでいます。(表2)

【表2 在院日数、退院率の比較】

	全 国	全 道	十 勝
精神病床平均在院日数 (平成28年)*1	269.9日	260.1日	96日
入院後3ヶ月時点退院率 (平成29年)*2	64%	61%	70%
入院後6ヶ月時点退院率 (平成29年)*2	81%	78%	87%
入院後12ヶ月時点退院率 (平成29年)*2	88%	86%	93%

*1 全国・北海道:厚生労働省「平成29年医療施設(動向調査)・病院報告の概況」

十勝:平成28年精神保健福祉資料(630調査)

*2 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所「平成29年新精神保健福祉資料」

○ 令和元年6月30日現在、十勝圏域における1年以上入院患者は86人でした。そのうち約7割が帯広市、65歳以上と、帯広市に集中し高齢化が進行しています。(表3)

【表3 患者住所地・医療機関所在地ベースでの市区町村別長期入院患者数】

(単位:人)

市区町村	1 年以上入院患者数			
	患者の住所地での 患者数		病院の所在地での 患者数	
	65 歳 未満	65 歳 以上	65 歳 未満	65 歳 以上
帯広市	16	36	20	49
音更町	2	11	3	7
士幌町	1	2	0	0
上士幌町	0	1	0	0
鹿追町	1	0	0	0
新得町	0	0	0	0
清水町	2	3	0	0
芽室町	0	3	0	0
中札内村	1	0	0	0
更別村	0	0	0	0

市区町村	1 年以上入院患者数			
	患者の住所地での 患者数		病院の所在地での 患者数	
	65 歳 未満	65 歳 以上	65 歳 未満	65 歳 以上
大樹町	2	0	0	0
広尾町	1	0	0	0
幕別町	0	0	0	0
池田町	2	0	0	0
豊頃町	0	0	0	0
本別町	0	1	0	0
足寄町	1	0	0	0
陸別町	0	0	0	0
浦幌町	0	0	0	0
合計	29	57	23	56

(平成31/令和元年度精神保健福祉資料 ReMHRAD 公表数)

- 精神科病床は昭和59年に1,006床とピークとなりましたが、病院の精神科病棟の統廃合による病床減、民間病院の閉院などにより現在は492床となり、この34年間に半減しています。(表4)

【表4 各病院の稼働病床数】

医療機関名	病棟数(棟)	病床数(床)	再掲)スーパー救急病棟数(棟)	再掲)スーパー救急病床数(床)
国立病院機構帯広病院	2	100	0	0
帯広厚生病院	1	70	0	0
大江病院	3	154	0	0
緑ヶ丘病院	2	168	1	32
計	8	492	1	32

(令和3年4月1日現在 北海道厚生局 HP)

- 十勝圏域の精神保健指定医は18人、特定医師は1人となっています。(令和3年7月1日現在帯広保健所名簿)
- 在院日数の減少により、在宅療養者を地域で支える精神科訪問看護が重要な役割を担っています。精神科医療機関と訪問看護ステーションにより精神科訪問看護が提供されています。

【表5 精神科訪問看護を提供する施設の状況】

	数(か所)	人口10万対
精神疾患に対応する訪問看護ステーション	9	2.64

(平成31/令和元年度精神保健福祉資料 ReMHRAD 公表数)

- 自立支援医療（精神）受給者数は 6,890 人、精神障害者保健福祉手帳の所持者数は 2,912 人で、年々増加しています。（令和 3 年 7 月 21 日現在 帯広保健所調べ）
- 厚生労働省による市町村障害福祉計画の基本指針では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指した新たな政策理念を踏まえ、自治体ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置が目標として掲げられています。
 帯広保健所では、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムを構築することを目的とする、保健・医療・福祉・介護関係機関や、当事者家族等で構成する「十勝保健医療福祉圏域連携推進会議精神保健医療福祉対策専門部会」を第二次医療圏における協議の場として平成 29 年に設置しています。
 平成 30 年 2 月市町村を対象に北海道で実施した保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況調査では、十勝圏域の 19 市町村のうち、障害者総合支援法に基づく（自立支援）協議会を活用して協議の場を設けているのは 6 か所でした。
- 帯広保健所では、地域の精神医療の提供体制整備を目的として、4 か所の精神科病院の代表医師による「十勝圏域精神科病院代表者懇談会」を開催し、医療機能の分担と連携、医療と介護の連携推進に向けた課題検討を行っています。
- 障害者総合支援法による障がい福祉サービスの利用者は、65 歳になると基本的に介護保険サービスを優先して受けることとなりますが、介護保険サービスにはない障がい福祉サービスを受ける場合は、両制度を併用したマネジメントが必要となります。
 この制度理解、連携推進のために、帯広市では基幹相談支援センター、帯広市介護支援専門員連絡協議会と協力して介護支援専門員、相談支援専門員を対象とした学習の機会を設けています。
 十勝圏域には相談支援事業所が 56 か所、居宅介護支援事業所は 97 か所あります。（平成 30 年 5 月末現在 北海道指定事業所数）

ア 統合失調症

- 十勝圏域の統合失調症患者数は、年々増加しており、患者の高齢化が進んでいます。
- 統合失調症を入院診療している精神病床を有する病院は 4 か所、統合失調症を外来診療している医療機関は 17 か所となっています。（平成 26 年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」）
- 抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導）の実施医療機関は、北海道厚生局における施設基準等届出受理数によると十勝圏域で 4 か所となっています。（令和 3 年 7 月 1 日現在）
- 帯広保健所が実施しているところの健康相談（平成 29 年度～令和 2 年度）件数 1,947 件のうち、統合失調症に関する相談は延 857 件（44.0%）です。
- 「平成 29 年度北海道在院患者調査」では、平成 29 年 6 月 30 日現在の長期入院者のうち、「症状は寛解しているが、社会的要因により入院継続」は 14 名、「症状は改善傾向で、支援により退院可能」は 14 名でした。地域移行・地域定着が進まない要因として、「退院後の住居の確保」「家族の協力が得られない」等があげられています。
- 十勝圏域では、精神疾患を患った経験を活かして患者を支えるピアサポーターが、入院患者の地域移行のために活動しています。また、当事者グループの他に家族会もあり、精神障がい者の家族も支え合って生活しています。
- 患者の地域生活を支えるため、医療機関をはじめとする関係機関でケース会議を実施し、多機関で精神障がい者の地域生活を支援しています。

イ うつ病・躁うつ病

- 帯広保健所が実施しているところの健康相談（平成 29 年度～令和 2 年度）のうち、うつ・躁うつに関するものは延 509 件（26.1%）です。
- 十勝圏域のうつ病、躁うつ病を含む気分（感情）障害の精神障がい者数は増加しています。
- うつ病は身体症状が出て、精神科を受診する前に内科等を受診していることが多くなっています。
- うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を有する病院は 4 か所、うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関は 19 か所となっています。（平成 26 年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」）
- うつ病は早期に治療を開始することが重症化を防ぐために重要となりますが、仕事を休めない・精神科へは行きづらいなど、症状を自覚しても受診行動が取れない状況があります。また、治療に長期間の療養が必要な場合があり、療養と就業継続への支援が必要とされます。

ウ 認知症

- 十勝圏域の 65 歳以上の高齢者人口割合は 31.3%、75 歳以上の後期高齢者人口割合は 16.3% と、全道とほぼ同じですが、十勝圏域の市町村ごとの高齢者人口割合は 26%～40% と幅があります。
- 令和 2 年 3 月末現在で、アルツハイマー病型認知症の患者数は 986 人、脳血管性認知症は 290 人となっており、どちらも毎年徐々に増加傾向となっています。（保健所把握精神障害者状況調査）
- 十勝圏域では、平成 25 年度に認知症疾患医療センターが 1 か所指定され、他の医療機関と連携しながら鑑別診断や専門的治療を行っています。
- 認知症を入院診療している精神病床を有する病院は 4 か所、認知症を外来診療している医療機関は 117 か所、このうち外来診療で精神療法を実施している医療機関は 16 か所となっています。（平成 26 年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」）
- 医療と介護の役割分担や円滑な移行が難しいため、症状が落ち着いた入院患者が地域に戻れず、やむを得ず入院を継続しているために、治療が必要な患者の入院が難しくなっている現状があります。（平成 29 年度保健所調査）
- 十勝圏域の認知症サポート医は 41 人となっており、他科診療とともに認知症の治療を行っています。また、かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者は、全道で 1,005 人（認知症サポート医研修修了者名簿 令和 2 年 7 月 3 日現在）おり、かかりつけ医でも専門医やサポート医と連携して診療を行っています。
- 新オレンジプランに基づき、十勝圏域全市町村で認知症初期集中支援チームが設置され、早期から適切な医療や介護が受けられる体制を構築しています。
- 総人口に占める認知症サポーター（認知症を理解し支援する住民、キャラバンメイトを含む。）の割合は、10.7%と全国（7.2%）より高くなっていますが、市町村によって差があります。
- 行方不明になった高齢者等を速やかに搜索・保護し、その後の支援につなげることを目的とした SOS ネットワークシステムがあり、十勝圏域及び圏域内 17 市町村でネットワークを構築しています。
- 平成 29 年度末における要介護認定者のうち認知症高齢者の日常生活自立度（1 号被保険者及び 2 号被保険者）の割合をみると、ランクⅡ以上は 64.2%となっており、全道（56.4%）よりも高い状況です。

- 帯広保健所が実施しているところの健康相談(平成 29 年度～令和 2 年度)のうち、認知症に関するものは延 6 件で全体相談の 0.3%です。

エ 児童・思春期精神疾患

- 帯広保健所が実施しているところの健康相談(平成 29 年度～令和 2 年度)のうち、思春期に関するものは延 76 件 (3.9%) です。
- 小児期及び青年期の行動及び情緒障害、特定不能の精神障がい者数は平成 27 年 94 人から令和 1 年度 235 人と 4 年前よりも年々増加しています。
- 児童期においては、てんかんや、心理的発達障がいなどがほとんどを占めますが、15 歳以上になると統合失調症や気分感情障害、神経症性障害などの割合が増えはじめます。15 歳～24 歳の区分では、てんかん、心理的発達障がいに次いで、気分感情障害の順となっています。(平成 28 年北海道保健所把握精神障害者状況調査)
- 十勝圏域では、児童・思春期外来が 1 か所となっています。子どもの精神疾患は身体症状を主訴として発現することが多く、初期には一般の小児科・内科で対処されることが多いと推測され、必要時、精神科医と連携し、適切な診断や医療を提供できる体制が必要です。
- 20 歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を有する病院は 4 か所、20 歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関は 14 か所となっています。(平成 26 年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」)
- 適切な時期に精神科医療につなげるためには、保護者や教育関係者が、保健師や精神保健福祉士などの専門職に相談をし、医療の必要性を見定めていく必要があります、教育と保健福祉との連携体制が必要です。

オ 発達障がい

- 成人期に発達障がいと診断された者は、児童・思春期に必要な療育・医療・支援を受けた経験がない可能性があり、対人関係の問題など、日常・社会生活で困難を抱えている場合があります。
- 十勝圏域において「心理的発達の障がい」で医療を受けている患者は 696 人、「小児期及び青年期の行動及び情緒障害、特定不能の精神障害」で医療を受けている患者は 235 人です(令和 1 年度保健所把握精神障害者状況調査)。「心理的発達の障がい」は、平成 27 年度 432 人から令和 1 年度 696 人となっており、診断を受けた患者が増加しています。
- 発達障がいを入院診療している精神病床を有する病院は 4 か所、発達障がいを外来診療している医療機関は 58 か所、このうち外来診療で精神療法を実施している医療機関は 12 か所となっています。(平成 26 年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」)
- 帯広保健所が実施しているところの健康相談(平成 29 年度～令和 2 年度)のうち、発達障がいに関するものは延 129 件 (6.6%) です。
- 各市町村においては、乳幼児健康診査や発達相談などでスクリーニングが行われ、必要な者は経過観察となり、適切な医療や療育の受診勧奨など継続的な支援が行われています。
- 十勝圏域には、発達障がい者支援道東地域センター「きら星」や、各市町村に発達支援センターが設置されています。
- 行政機関以外にも、各関係機関による発達障がいの学習会・講演会、親の会、当事者の会など、地域で発達障がいについての普及啓発の取組が行われています。

カ 依存症

- 本道におけるアルコール健康障害の実情に応じた対策を総合的に推進するため、北海道アルコール健康障害対策推進計画（令和3年～令和7年）が策定されています。
- 平成29年1月に制定された「北海道飲酒運転の根絶に関する条例」では、道は、飲酒運転の予防及び再発防止のため、アルコール健康障害を有する者及びその家族に対する相談支援等を推進するものとしています。また、飲酒運転をした者に対し、アルコール関連問題の状況に応じた指導・助言・支援等を行うものとしています。
- 依存症の症状は、様々な心理的・身体的・社会的な背景が複合して現れるため、多様な問題にアプローチするための相談体制の整備・関係機関の連携が必要です。また、依存症は当事者が治療の必要性を認めにくく、周囲（家族等）が対応に疲弊しやすいことも特徴です。
- アルコール依存症を入院診療している精神病床を有する病院は4か所、アルコール依存症を外来診療している医療機関は9か所となっています。（平成26年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」より）
- 薬物依存症、ギャンブル依存症を入院診療している精神病床を有する病院は3か所、薬物依存症を外来診療している医療機関は5か所となっています。（平成26年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」より）
- 帯広保健所が実施しているところの健康相談（平成29年度～令和2年度）のうち、依存症に関するものは延82件（4.2%）です。
- 十勝圏域において「精神作用物質による精神及び行動の障害」として医療を受けている患者は351人であり、うち、アルコール使用によるものが240人、覚せい剤使用によるものが51人、アルコール・覚せい剤を除く精神作用物質使用のものが60人となっています（令和1年度保健所把握精神障害者状況調査）。
- 十勝圏域には各断酒会やAA（アルコホーリクスアノニマス：アルコール依存症自助グループ）、GA（ギャンブラーズアノニマス：ギャンブル依存症自助グループ）、NA（ナルコティクスアノニマス：薬物依存症自助グループ）、薬物依存症支援施設などが活動しています。また、有床精神科医療機関の一部では、依存症患者に対する集団療法や、依存症の支援者を対象とした学習会を実施しています。
- 現在は、WHOが採択した「アルコールの有害な仕様を低減するための世界戦略」においてブリーフインターベンション（減酒支援）が推奨されています。

ブリーフインターベンションは市町村で実施している特定保健指導等においてAUDITを用いて対象者の飲酒状況を評価し、早期介入することで、アルコール健康障害の予防に効果的です。

キ 高次脳機能障がい

- 十勝圏域で把握されている高次脳機能障がい者は58人です。（平成29年度帯広保健所十勝圏域自立支援医療 診断書まとめ）

受傷原因は頭部外傷による受傷は29人、脳血管疾患による受傷は10人と頭部外傷による受傷が多くなっています。また、受傷後の生活拠点は在宅が38人、施設入所等が20人となっており高次脳機能障がい者の多くが在宅で生活を送っている状況です。精神保健福祉サービスを利用し生活しているものは18人であり、サービス未利用者が多くなっています。
- 平成29年に帯広保健所で実施した高次脳機能障がい者支援に係る実態調査の結果からは、身体症状が軽度で、身体が回復した場合は退院時にサービスにつながらずに自宅へ戻ることが多く、自宅へ戻ってから当事者・家族・周囲が脳損傷後の異変に気付いても、家族内でその

問題を長期間とどめ、生活障がいが深刻化する事例も散見されます。高次脳機能障がいは、外見からは判断がつきにくく、それに加え当事者も認知機能の低下から自身の症状について気付きにくい特性があります。そのため、対人関係が適切にとれない、困りごとが正しく伝わらないこともあり、相談対応者の障がい特性の理解が不十分である場合、支援につながらないといった課題があります。

- 子どもは身体的な特徴や運動機能面、体育の授業や部活動、遊びの中など頭部受傷する危険性が高く、どの年代においても高次脳機能障がいになりうる可能性があります。平成 24 年に帯広保健所で実施した「子どもの頭部受傷・高次脳機能障がい」に関する実態調査の結果からは、支援が必要な子への早期の支援介入、多職種連携の必要性が挙げられています。
- 十勝圏域には高次脳機能障がいに関する社会資源として、地域活動支援センターや当事者と家族の自助グループ等があります。
- 帯広保健所が実施しているところの健康相談（平成 29 年度～令和 2 年度）のうち、高次脳機能障害に関するものは延 182 件（9.3%）です。

ク 摂食障害

- 帯広保健所が実施しているところの健康相談（平成 29 年度～令和 2 年度）のうち、摂食障害に関するものは延 4 件（0.2%）です。
- 摂食障害を入院診療している精神病床を有する病院は 4 か所、摂食障害を外来診療している医療機関は 39 か所、このうち外来診療で精神療法を実施している医療機関は 10 か所となっています。（平成 26 年度実績 厚生労働科学研究「精神科医療体制の構築を推進する政策研究」より）
- 摂食障害の潜在患者は多いと推定されているにも関わらず、専門的な医療につながるまでに長期間が経過し、重症化することも少なくありません。本人及び家族も対応に戸惑いやすく、疾患の理解・関わり方についての支援も重要です。
- 当事者・家族が症状を引き起こす心理・社会的背景に気づき、病気について学ぶ機会として、十勝圏域の自助グループや集団療法の充実が必要です。十勝圏域では、摂食障害者の家族の会が活動しています。

ケ 精神科救急・身体合併症

- 平成 29 年に精神科救急医療体制整備事業により、夜間・休日に診療を受けた患者は 106 人、入院した患者は 46 人となっています。
- 精神科救急医療施設である北海道立緑ヶ丘病院（音更町）と独立行政法人国立病院機構帯広病院（帯広市）の協力のもと、1 か月の当番日を 2（緑ヶ丘病院）対 1（帯広病院）の割合で調整し、夜間・休日等の診療時間外の輪番体制を維持しています。
- このほか、身体合併症に対応可能な受入協力病院（4 機関）、遠隔地域支援病院（1 機関）、後方支援病院（4 機関）による救急医療体制が整備されています。
- 精神科診療所通院中に自殺企図などにより救急輪番病院にかかった患者対応については、医療機関連携により治療が継続できるよう対応が図られています。
- 有床精神科医療機関間では、身体合併症がある場合には帯広厚生病院への紹介が多く、結核合併がある場合には結核病棟を有する独立行政法人国立病院機構帯広病院へ紹介するなど、医療機能分担が図られています。

コ 自殺対策

- 自殺の原因・動機は多様かつ社会的な要因及び背景を有しており、健康問題、経済問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題等様々な要因が積み重なり、連鎖する中で起きています。
- 十勝圏域の自殺者数は平成 25 年の 97 人から、平成 29 年に 51 人へと減少しましたが、令和 2 年度には再び全国・全道より高い数値となっています。（表 6）
自殺死亡率は平成 28 年までは全国・全道よりも高い水準で推移し、平成 29 年を境に全国・全道に近い、もしくは低い水準に推移していましたが、令和 2 年度は再び全国・全道より高い水準となっています。（図 4）自殺の原因・動機では健康問題が最も多くなっています。

【表6 自殺者数の推移(平成 25 年～令和 2 年)】

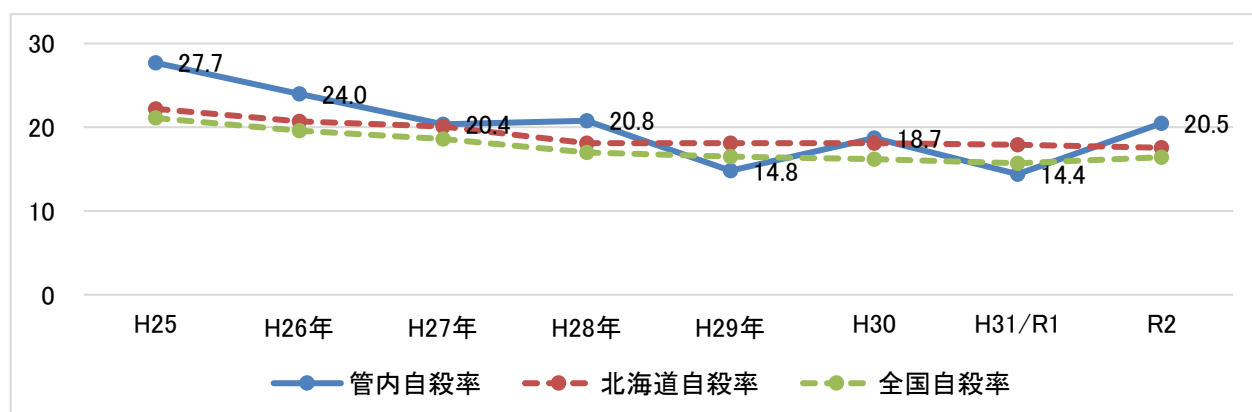
(単位:人)

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2
自殺統計 自殺者数 (自殺日・住居地)	97	84	71	72	51	64	49	69

(警察庁自殺統計)

【図4 自殺率の推移】

(人口 10 万対)



(警察庁自殺統計)

- 平成 25 年～令和 2 年の性、年代別自殺者数でみると、男性では 40～50 歳代の壮年期、女性では 70 歳以上の自殺率が高い状況です。
- 自殺を企図し救急要請をした者は、平成 28～30 年で年間 125～168 件、うち医療機関への搬送が年間 74～110 件となっています。（とちち広域消防局への独自調査）
- 平成 29 年度に帯広保健所が実施した実態調査では、医療機関での自殺未遂者への対応として、自殺意志確認や再企図リスク評価を実施し精神科医療機関への受診勧奨などの対応がとられていますが、中には身体処置のみで帰宅する患者がいることや医療機関から地域の支援機関につながりにくいことなどの課題があります。
- 帯広保健所が実施しているところの健康相談（平成 25 年度～令和 2 年度）のうち、自殺に関連する本人からの相談や、家族・関係者からの関わり方や対応・支援についての相談は延 109 (0.7%) です。
- 市町村では、自殺対策基本法に基づき自殺対策計画策定を進め、地域自殺対策強化交付金を活用しながら、メンタルヘルス向上の普及啓発やゲートキーパー養成、こころの相談対応、機関連携促進等の取組が実施されています。

- 帯広保健所では、各市町村における自殺対策計画策定を推進するとともに、特にハイリスク者（自殺未遂者及び自死遺族）への支援として、自殺未遂者への個別支援、全道自死遺族ネットワークに掲載されている「そよ風の会（自死遺族の会）」や自死遺族支援の取組等を実施しています。
- 近年では自殺者数の減少幅が少ない若年層への取組が強化されており、国ではＳＯＳの出し方教室の推進、北海道教育委員会では自殺予防教室が推進されています。帯広保健所では、思春期の健康課題から、教育関係機関、市町村、医療機関と連携し健康教育を推進しています。

サ 医療観察法における対象者への医療

- 心神喪失者等医療観察法による入院処遇とされた患者の治療を行うための「指定入院医療機関」は、北海道では未整備の状況ですが、「指定通院医療機関」は十勝圏域で４か所あり、対象者の通院処遇が図られています。

【表７ 医療観察法における年次対象者数(平成 28 年度～令和2年度)】 (単位:人)

年 度		H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	R2年度
新規対象者数		1	1	2	0	0
状況 年度末	入院者数(指定入院機関)・地域処遇	4	4	5	3	2
	終了者	0	1	2	1	0
次年度対象者		4	4	3	2	2

(帯広保健所把握数)

- 平成 28 年度～令和 2 年度の医療観察法における対象者数は 2 ～ 4 人で推移しています。(表 7)
- 指定入院医療機関の退院後は、指定通院医療機関への入院若しくは施設へ入居して生活している状況です。
- 保護観察所が開催する生活環境調整会議等に、帯広保健所をはじめ、対象者の支援者である施設管理者や障がい福祉サービス事業所関係者、医療機関、訪問看護ステーション、市町村などが参加し、退院後の支援について多職種で検討を行っています。

シ ひきこもり

- ひきこもりの定義は「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には 6 か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい。）を指す現象概念である。なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである。」とされています。(厚生労働科学研究(平成 19 年～21 年思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助的システムの構築に関する研究)「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」)
- 本計画における、ひきこもりの支援対象者は、上記定義を満たす者のうち、「精神疾患や知的障がいなどが疑われるもの」を対象とします。ひきこもりは、「健康問題・精神障がい・経

済的問題・家族関係」など様々な要因・背景が複合して存在し、ニーズに応じた多様な支援体制が必要となります。

- 帯広保健所が実施しているところの健康相談（平成 29 年度～令和 2 年度）のうち、ひきこもりに関するものは延 66 件（3.4%）です。
- いわゆる「8050 問題」*のように、親の介護問題で地域の関係者の介入時に、世帯内のひきこもり状態の方の把握がされるなど、問題が潜在している状況にあります。
*8050 問題 80 代の親と 50 代の子ども世帯が抱える問題。子どものひきこもりが長期化し、収入が途絶えたり、病気、介護で一家が孤立、困窮する事例が増加している。
- 平成 29 年度から帯広市（青少年課）で「子ども・若者地域支援協議会」が発足し、ひきこもり支援に関して、帯広市や十勝圏域町村、行政、教育、就労支援関係機関等が情報共有・連携する場となっています。
- 十勝圏域には、ひきこもりの家族の会があり活動しています。

（2）課 題

- 高齢化の進展により、精神疾患患者の高齢化、認知症を発症する患者が更に増加し、今後は精神科専門医療機関による診療だけでは困難となる可能性があります。症状安定時は一般診療科のかかりつけ医、症状悪化時は精神科専門医療機関など、医療機能分担と連携体制を進めていく必要があります。
- 精神障がい者が 65 歳を迎えると、障がい福祉サービスより介護保険サービス優先となりますが、高齢化の進行により、両制度の併用が必要な期間が長くなることから、マネジメントに関わる専門職が両制度の理解を深め、連携を進めていく必要があります。
- 在院日数の減少により、医療依存度の高い状態で在宅療養をする患者が増えています。退院後も適切な医療の継続のために、医療機関と連携の上、精神科訪問看護の提供による地域生活支援を強化する必要があります。また、高齢化や身体合併症への対応のために、精神科看護だけでなく在宅における包括した看護の提供のために訪問看護ステーションの利用を推進する必要があります。
- 住み慣れた地域で、当事者・家族が安心して生活を送ることができるよう、医療機関、訪問看護ステーション、地域の障がい福祉・介護関係事業所等及び市町村が連携した地域移行、地域定着への支援が必要です。
- 精神疾患に関する知識の普及や精神科医療を必要としている者とその家族への相談支援の充実のため、住民にとって身近な市町村における相談機能の強化と保健所との連携体制が必要です。
- 日中活動の場や退院後の住まいなど、生活の場の確保、復職・就職への支援など、社会復帰に向けた環境整備が必要です。
- 特に認知症の患者について、適切な医療が提供され、病状が落ち着いた後は生活の場に戻れるように医療と介護の機能分担と連携が必要です。
- ひきこもりや医療中断者、未治療者等の潜在事例を把握し、必要な医療やサービスにつなげる人材育成と仕組みづくりが必要です。

ア 統合失調症

- 患者の高齢化に伴い、障がい福祉サービスから介護保険サービスへの円滑な移行体制やこれまで活用してきたサービスを安定的に確保する体制が必要です。
- 病気の症状は、寛解または改善傾向にあっても、住居や家族の協力、生活支援など十分なサ

ポート体制がないために入院継続となっている患者がいるため、地域住民やピアサポーター、関係者による支援体制や社会資源の充実が必要です。また、ピアサポーターの活動の周知をしていく必要があります。

- 医療機関と地域支援関係者等の連携の仕組みが十分でなく、各機関の役割が退院支援や地域生活支援において十分発揮されていないため、保健医療福祉の関係者や当事者・家族など多職種、多機関で協議する場を重層的に持ち、治療継続と地域定着を支援する体制の検討が必要です。

イ うつ病・躁うつ病

- こころの健康を保つために、地域住民がうつ病などに関する正しい知識を持ちその方法を理解するための取組が必要です。
- 内科等のかかりつけ医が不眠・抑うつなどの相談を最初に受けることが多いため、状態に応じて精神科医と連携し、適切な診断や医療を提供できる体制が必要です。
- うつ病を原因とした離職を防ぐため、職場でうつ病を正しく理解し、不調を自覚した際の早期受診ができる体制、療養しながら就労を継続できる職場体制が必要です。
- うつ病は、疾患、障がい、生活困窮、経済、労働、人間関係等のあらゆる問題がつながり発症すると言われており、自殺対策として包括した取組が必要です。

ウ 認知症

- 少子高齢化により、認知症患者が増加し、家族の介護負担がますます重くなることが予想され、認知症患者やその家族が安心して生活できるよう、市町村のSOSネットワークシステムの構築や認知症サポーターの養成など地域の見守り体制の充実が必要です。また、地域住民に対する認知症に関する正しい知識の普及や相談窓口の周知が必要です。
- 認知症患者が、より安定した生活を送るためには、早期診断・早期治療が重要となることから、認知症初期集中支援チームの活動推進、認知症疾患医療センターと精神科医療機関、認知症サポート医とかかりつけ医が有機的に連携することが必要です。
- 長期に住みたい場所での生活が続けられるように、行動・心理症状や身体合併症への適切な対応が求められ、かかりつけ医の認知症対応力の向上や介護支援関係者の資質の向上が必要です。
- 周辺症状の悪化で入院治療後、症状が落ち着き、通院治療が可能な状態になっても、介護負担等の問題で自宅や入院前にいた場所に戻ることができない状況となる患者が今後さらに増えていく可能性があります。施設入所の優先順位は、入院患者に比べ、在宅療養者が高くなる傾向にあり、入院患者が介護保険施設への入所を希望しても、施設が常に満床であるため入院したまま待機する期間が長期化しています。

エ 児童・思春期精神疾患

- 精神疾患のある子どもが、適切な時期に精神科医療につながるよう、市町村、学校、医療機関などの思春期保健関係職員との思春期保健ネットワークを推進し、普及啓発・相談窓口が周知できる体制が必要です。

オ 発達障がい

- 発達障がいに伴う対人関係の難しさなどを、本人・周囲が理解できるよう、普及啓発・相談窓口の周知が必要です。

- 発達障がいに伴う生活障がいがあっても、生活・就学・就労がしやすくなるような環境・支援体制づくりが必要です。

カ 依存症

- 地域住民（当事者・家族）や支援関係者が依存症の知識や回復に向かう関わり方を正しく理解するため、知識の普及や相談窓口の周知が必要です。
- 本人や家族が病気を理解し、症状への対応を学ぶため、各自助グループや医療の充実が必要です。
- 市町村や関係機関への依存症支援の普及啓発が必要です。

キ 高次脳機能障がい

- 広く一般住民・支援関係者を対象とした高次脳機能障がいに関する知識の普及が必要です。
- 生活障がいにより本人や家族の生活困難感が深刻化する前に相談につながり、経過を見守ることができるような仕組みが必要です。
- 多様な職種の人材が当事者や家族の相談に対応することから、相談対応力の向上が必要となります。

ク 摂食障害

- 広く一般住民を対象とした摂食障害に関する知識の普及が必要です。
- 当事者が自身の生活や健康を見つめ直す機会として、集団療法や自助グループ活動の充実が必要です。

ケ 精神科救急・身体合併症

- 休日や夜間を含め、24 時間 365 日、精神科救急患者や身体疾患を合併した患者等の状態に応じて適切な医療を提供できる体制の継続的な確保が必要です。
- 身体合併症患者の身体疾患への対応については、他の一般医療機関との連携や精神科医療機関間での医療機能分担による効果的な対応の検討が必要です。

コ 自殺対策

- 健康問題、経済問題、勤務問題等、自殺に至る背景には複雑な要因があることから、十勝圏域の中で様々な分野の関係者が連携した「生きることを支える」取組が必要とされています。
- 住民に身近な市町村を中心とし、生きることの促進要因（自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等）を増やし、生きることの阻害要因（過労、生活困窮、育児疲れや介護疲れ、いじめや孤立等）を減らし、圏域全体の自殺リスクを低下させる取組が必要です。
- 十勝圏域で特に自殺率の高い年代（壮年期男性、高齢者、若年者）に応じた取組を検討することが必要です。
- ハイリスク者（自殺未遂者や自死遺族等）への支援として、自殺未遂者が再企図を防ぐための支援体制や、自死遺族への支援が求められています。

サ 医療観察法における対象者への医療

- 対象者が適切な治療を受けるために、十勝圏域の指定通院医療機関について引き続き確保していくことが必要です。
- 対象者のニーズに応じ指定通院医療機関と関係機関の連携した支援が必要です。

シ ひきこもり

- ひきこもりに関して一般住民に広く相談窓口を周知し、早期に相談につなげる必要があります。
- ひきこもりに関する相談は、現在の制度を活用できないニーズ（意思疎通・意志決定、外出支援、家族関係の調整等）が多く、保健・医療分野にとどまらず、圏域全体で事例を支える環境・支援体制を検討する必要があります。

(3) 必要な医療機能

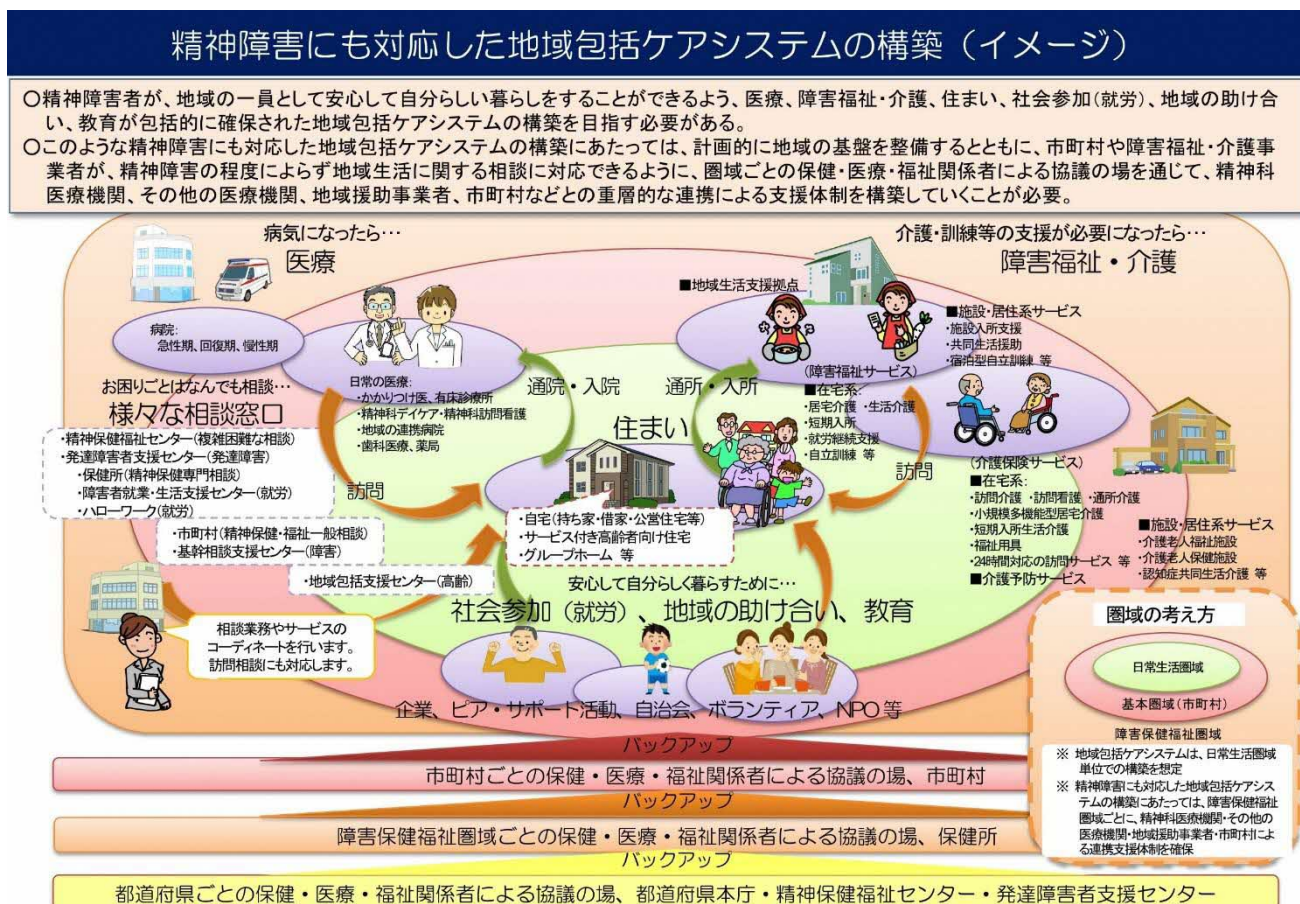
(地域精神科医療提供機能)

- 患者中心の精神科医療を提供すること
- ICF（国際生活機能分類）の基本的な考えを踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと

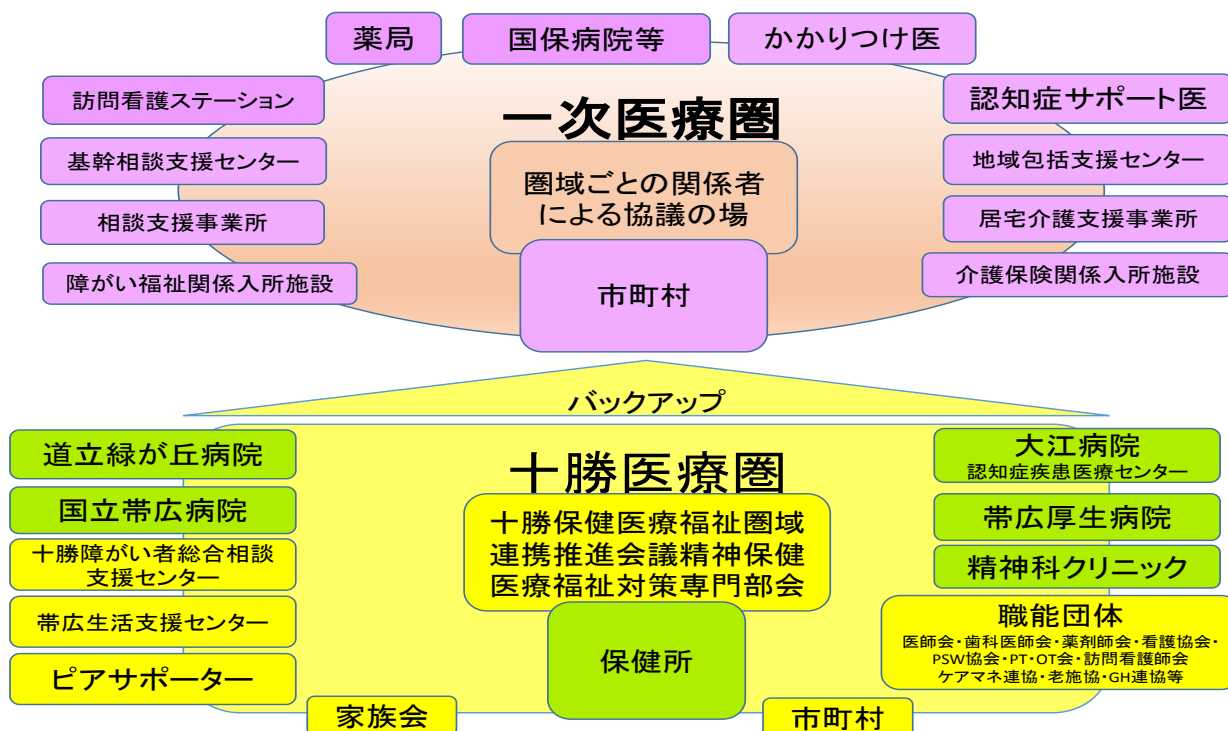
(地域連携拠点機能)

- 患者中心の精神科医療を提供すること
- ICF（国際生活機能分類）の基本的な考えを踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
- 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
- 地域精神科提供機能を支援する役割を果たすこと

【図5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築】



【図6 連携体制のイメージ】



(4) 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	現状値	目標値	目標数値の考え方	現状値の出典(年次)
体制整備	市町村ごとの協議の場の設置(か所)	6	19		道独自調査
住民の健康状態等	入院後3か月時点での退院率(%)	78(H28)	国 69	国の目標値を達成している	H28 精神保健福祉資料
	入院後6か月時点での退院率(%)	94(H28)	84		
	入院後12か月時点での退院率(%)	97(H28)	90		
	65歳未満の入院後1年以上入院者数(人)	49	減少	現状より減少	H29 精神保健福祉資料
	65歳以上の入院後1年以上入院者数(人)	68			
	自殺者数(人)	72(H28)	46人以下	減少率35%(道自殺対策行動計画目標)	自殺統計

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

- 行政、関係機関、メディア等で協力し、住民の心の健康づくりを推進して精神疾患の予防に努めます。
- 精神障がいのある者が、地域の一員として安心して暮らすことができるように市町村（第一次医療圏）ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設けます。この協議の場は、既存の市町村自立支援協議会や、十勝障がい者支援センター、帯広生活支援センターが実施している各会議などを活用し、第二次医療圏の協議の場である精神保健医療福祉対策専門部会を年複数回定期的に開催して、重層的な連携体制構築と地域づくりを行います。
- 一般診療科のかかりつけ医から精神科クリニック、各町国保病院等公的病院、さらに精神科専門病院と必要時適切な精神科医療の提供を行うため、互いの医療機能を理解し、機能分担と連携体制を構築するため、協議や研修等の取組を行います。
- 精神科病院等において、アウトリーチを行うことのできる体制を整備し、受療中断者、長期間入院した後に退院し、病状が不安定である者等が地域で生活するために必要な医療へのアクセスを確保します。
- 精神科訪問看護による地域生活支援を強化するため、病院、診療所及び訪問看護ステーションにおいて、看護職間の看護連携、精神保健福祉士等の多職種による連携を図るとともに、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを担う職種の者との連携体制を構築します。
- 高齢化に伴い、身体合併症や介護が必要となった精神障がいのある者が地域で安心して暮らすことができるように、精神科以外の診療科も包括した医療の提供など、多様なニーズに対応する訪問看護ステーションの活用を推進します。
- 地域移行・地域定着に向けて、医療機関と地域の福祉・介護関係機関等、多職種による連携体制構築を更に進めます。地域の受け皿づくりのあり方や、精神科医療のあり方と行政との連携、医療と介護の機能分担と連携推進に向けた課題把握と必要な社会資源と活動について検討します。
- 関係職の精神障がい者の理解や、介護サービスと福祉サービスの併用と連携、訪問看護や医療の制度理解、連携の深化のため、多職種間で学び合う学習の機会を、関係機関や職能団体と協力して増やしていきます。
- 市町村や一般相談事業所など、住民に身近な場で相談支援に従事する職員の専門性向上を

図るため、事例検討や研修の企画運営と評価、専門機関からの技術支援を行うなどの支援体制整備を行います。

- 病院の精神障がい者への退院支援、在宅療養を継続するための支援を強化するために、できる限り早い段階から地域の相談支援専門員や介護支援専門員、訪問看護ステーション、行政機関と連携し、必要な情報共有及び精神障がい者本人の希望等も踏まえながら、地域で生活するための必要な医療や環境整備を推進するため、ケース検討会議等を含めた「入退院に係る連携ルール」に準じる連携体制を構築します。

ア 統合失調症

- 患者の高齢化に伴い、障がい福祉サービスと介護保険サービスの円滑な移行により、患者が安定した生活を続けられるような体制整備を推進します。
- 適切な医療が提供され、退院可能な長期入院患者の退院を促進するために、入院中から地域支援関係者の協力や支援が得られるよう連携体制を推進します。
- 地域における適切な医療の継続のために、市町村など関係機関と連携し訪問型の医療提供体制や、手厚い生活支援を受けることができる支援体制の充実を図ります。
- 精神科医療機関と相談支援事業所・市町村等の地域支援関係者や当事者・家族など多職種で協議する場を重層的にもち、地域移行・地域定着に向けた取組を推進します。
- ピアサポーターの活動について普及啓発を進め、退院促進や地域生活支援において支援者としての役割を拡大できるよう関係機関と共に支援します。

イ うつ病・躁うつ病

- こころの健康に関する知識の普及啓発や、身近なところで気づき・話を聴き・見守るゲートキーパー等の人材育成を市町村や職域、教育機関と連携し取り組みます。
- 道で実施するうつ病の診療知識の普及や精神科専門医との連携を推進するための内科医等かかりつけ医の対応力向上のための研修会について周知し、十勝圏域内における医師の受講を推進します。
- 本人や家族、職場からの療養や対応に関する相談に応じ、職場でうつ病を正しく理解し、就労継続への適切な対応ができるよう職域関係者と共に検討します。

ウ 認知症

- 高齢者が安心して生活できる地域づくりのため、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画との整合性を図りながら、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の取組を推進します。
- 必要な時に入院治療が受けられ、症状安定後は地域に戻れるよう、医療と介護の連携を強化し円滑な移行を推進します。
- 認知症疾患医療センターが認知症治療の中核を担い、認知症サポート医が地域のかかりつけ医をサポートできるような医療提供体制の整備を図ります。
- かかりつけ医の認知症対応力向上や認知症サポーターの養成など、認知症患者の支援に関わる関係者の資質向上や人材育成を関係機関と連携して取り組みます。
- 十勝圏域市町村でのＳＯＳネットワークシステムの構築を進め、認知症高齢者の地域での見守り体制を充実させ、総合的な高齢者施策を推進します。

エ 児童・思春期精神疾患

- 母子・思春期保健関係者会議を開催し、十勝圏域母子・思春期保健に係る地区課題の共有と、課題解決に向けた取組を検討します。
- 十勝思春期ネットワーク「とちちティーンズネット sina(結)」にて、十勝圏域の保健・医療・福祉・教育関係者と連携して、支援関係者の思春期保健の資質向上や普及啓発に取り組めます。

オ 発達障がい

- 発達障がいの特性について理解が得られるような普及啓発・相談窓口の周知を行います。
- 発達障がい者が必要な支援が受けられるよう、学校、医療機関、就労支援機関、自助グループをはじめとする各種関係機関と連携します。

カ 依存症

- 広く一般住民や支援機関を対象とした多様な依存症に関する普及啓発を行います。
- 市町村国民健康保険被保険者を対象とした特定健診・特定保健指導で大量飲酒者への保健指導および早期発見に努めます。
- 十勝圏域の依存症関連の自助グループ、関係機関、精神科医療機関と連携し、依存症の当事者や家族が回復を促進するための取組を行います。

キ 高次脳機能障がい

- 広く一般住民・支援関係者を対象とした高次脳機能障がいに関する普及啓発を行います。
- 相談対応する者が高次脳機能障がいに関する知識を身につけられるような取組を行います。

ク 摂食障害

- 広く一般住民を対象とした摂食障害に関する普及啓発を行います。
- 十勝圏域の摂食関連の自助グループ、学校、関係機関、精神科医療機関と連携し、摂食障害の当事者や家族が回復を促進するための取組を行います。

ケ 精神科救急・身体合併症

- 精神科救急医療体制十勝ブロック調整会議等で関係機関と協議をしながら、現状の精神科救急医療体制の維持を図るとともに、地域の個別課題への対応等について、方策を検討します。
- 身体合併症を有する救急患者への対応として、十勝圏域の実情に応じた精神科医療機関と一般診療科医療機関との円滑な協力体制の充実に努めます。
- 精神科医療機関の協議の場を設ける等により、精神科医療機関間の機能分担を促進していきます。

コ 自殺対策

- 十勝圏域市町村において自殺対策計画を策定し、PDCAサイクルにて取組を評価しながら、十勝圏域住民が「生きることを支える」ためのきめ細かな取組を検討、推進していきます。
- 保健所では、各市町村の自殺対策計画策定や自殺対策の推進を支援するとともに、市町

村・医療機関等と連携したハイリスク者（自殺未遂者や自死遺族等）への支援やその体制について検討します。

- 自殺対策会議の開催などを通じて、様々な分野の関係機関が顔の見える関係をつくることで連携推進を図り、職域や高齢者支援等、特に自殺率の高い年齢層の関係者とその課題の共有や取組を検討します。
- 若年者への健康教育（思春期保健教育、SOS出し方教育等）を、市町村や教育機関で実施できるよう体制整備を推進します。

サ 医療観察法における対象者への医療

指定通院医療機関、保護観察所、市町村相談支援機関等と連携し、医療観察法による通院決定、退院決定を受けた者を対象として実施されている「地域社会における処遇」において生活に必要な支援が円滑に提供されるように取り組みます。

シ ひきこもり

- 広く一般住民に対して、ひきこもりの現状・相談窓口の普及啓発を行います。
- ひきこもりの背景として、統合失調症・発達障がい・知的障がいなどの精神疾患・障がいがある場合は、対象者が早期に必要な医療・支援につながるよう多職種と連携し、相談支援体制の整備を行います。
- 市町村・医療機関・各関係機関と連携して潜在化している事例を把握し、どのような支援方法が効果的か協議を進めます。

(6) 医療機関等の具体的名称

資料編の表2及び表3を参照してください。

(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 認知症のある高齢者等では、口腔内の歯の痛み、歯周病や口内炎等の炎症に伴う痛み、義歯の不具合等の問題により、BPSD（認知症に伴う行動障害・精神症状）を引き起こす可能性があることから、適切な歯科医療や口腔ケアの提供に努めます。
- 精神科治療薬の中に食欲が増進する副作用を持つものがあることや、生活管理の問題から、糖尿病の合併症がある患者が多く、口腔ケアが重要であることから、市町村と連携し、定期的な健診の提供体制と適切な歯科医療の提供に努めます。

(8) 薬局の役割

- かかりつけ医で処方される睡眠導入剤や認知症治療薬、向精神薬等を内服している患者の状況把握を行い、適切な医療が必要と考えられる患者に対し、かかりつけ医と連携した上で受診勧奨を行うほか、専門医療機関や相談機関の紹介に努めます。
- ポリファーマシーによる有害事象を防ぎ、患者の生活の質（QOL）向上のために、薬局において積極的に患者の状況把握、薬剤の相互作用の確認を行い、必要時主治医との連携で処方の適正化に努めます。
- 向精神薬等の過量服用や薬物依存を未然に防ぐためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行う事が重要であることから、薬局において、薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等の薬学的管理を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。

(9)訪問看護ステーションの役割

- 主治医や医療機関の看護師、地域の関係職等と連携して入院中から地域移行に係る困難要因を検討し、在宅療養環境の整備に努めます。
- 在宅療養中の精神疾患及びその治療に伴う諸症状を把握し、服薬等の適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。
- 在宅療養中の病気や障がいの状況に合わせ、生活リズムの安定、社会活動や交流における対人関係の調整を支援するとともに、地域住民及び保健・医療・福祉等関係者の連携に努めます。
- 認知症患者の尊厳に配慮し、行動・心理症状や生活障害に応じた看護を提供するとともに、家族等の支援や在宅療養生活の安定のための環境整備に努め、生活の質（QOL）の向上を目指します。