

## 5 精神疾患

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成26（2014）年には全国で390万人を超える水準となっています<sup>(注1)</sup>。国の調査結果では、国民の4人に1人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び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おり、誰もが罹患する可能性のある病気です<sup>(注2)</sup>。

本県における精神疾患の入院患者数は5,898人（平成28（2016）年6月末現在）で、通院患者数は36,130人（平成29（2017）年3月末現在）となっています。入院患者数は減少傾向ですが、通院患者数は年々増加しています。

通院患者数の疾病別の内訳では、統合失調症が13,297人（36.8%）で最も多く、次いでうつ病等の気分障害が12,632人（35.0%）となっていますが、うつ病等の気分障害は急増しており、また、高齢化に伴い認知症も増加しています。

また、全国の自殺者数は平成10（1998）年以降14年連続で3万人を超える水準でしたが、平成24（2012）年に3万人を下回って以降は減少傾向を示しています。しかし、自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にあります。

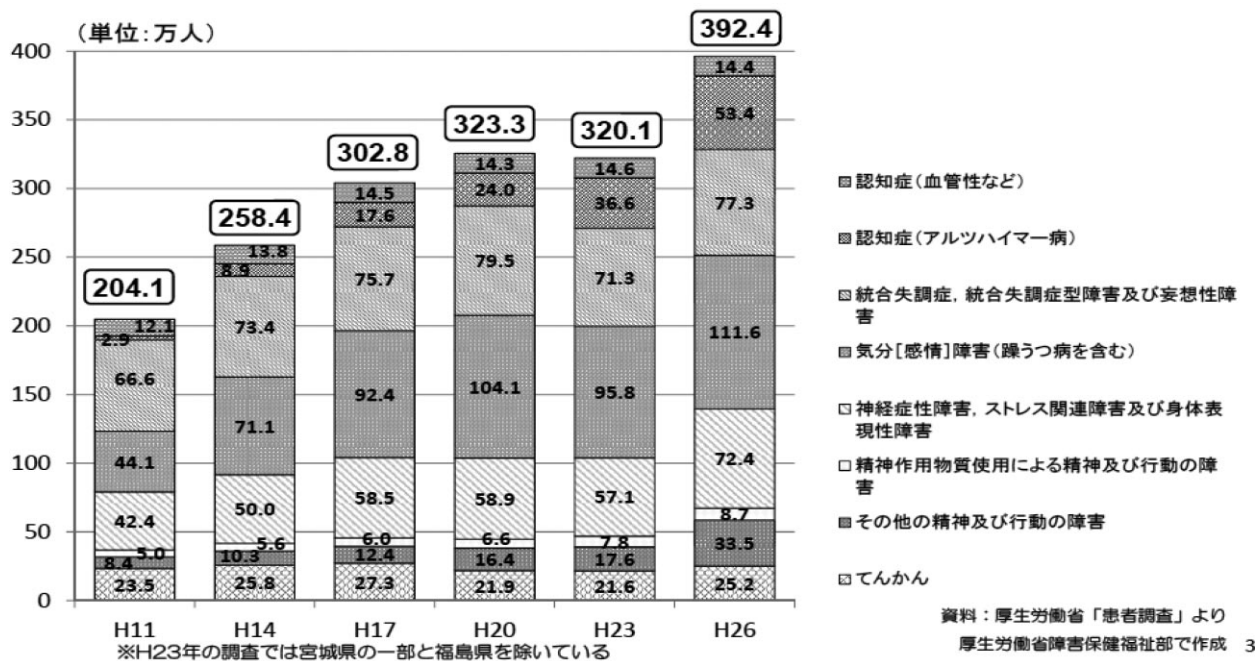
本県における自殺死亡率（人口10万対）は、年々減少傾向にありますが、平成28（2016）年は17.1となっており、全国平均の16.8よりも高い水準で推移しています<sup>(注3)</sup>。

(注1) 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

(注2) 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表 川上憲人）（平成18年度）

(注3) 厚生労働省「人口動態統計」（平成28年）

■全国の精神疾患の患者数（医療機関に受診する患者の疾病別内訳）（図 1）



(注) この統計は、医療機関に受診している（入院・外来を含む）患者数を推計したものです。ここでの精神疾患には、ICD-10で「精神及び行動の障害」に分類されるもののほか、てんかん・アルツハイマー病を含みます。

出典：患者調査

■本県の精神疾患の通院患者数及び精神科病院入院患者数（単位：人）（表 1）

年度	24	25	26	27	28
<b>通院患者数(※1)</b>	29,690	31,606	34,015	34,692	36,130
認知症等器質性精神障害(再掲)	964	1,077	1,231	1,201	1,272
統合失調症(再掲)	12,428	12,838	13,398	13,373	13,297
うつ病等の気分障害(再掲)	9,578	10,463	11,610	11,993	12,632
<b>入院患者数(※2)</b>	6,262	6,268	6,208	6,054	5,898
認知症等器質性精神障害(再掲)	878	859	886	883	877
統合失調症(再掲)	4,376	4,327	4,317	4,132	4,033
うつ病等の気分障害(再掲)	383	441	410	422	420

※1 出典 福祉行政報告例（厚生労働省）（各年度3月末現在）  
 ※2 出典 精神保健福祉資料（厚生労働省）（各年度6月末現在）  
 但し、平成27年度、28年度は暫定値

(1) 精神科医等の人材確保と育成

ア 精神科医の確保

【現状】

本県の医療施設に従事する精神科医師は平成28（2016）年12月末現在241人で、人口10万人あたり8.3人となり、全国平均の12.3を大きく下回り、全国順位は47位となっています<sup>(注1)</sup>。また、平成26（2014）年6月現在精神保健指定医<sup>(注2)</sup>は、常勤の指定医が134人（人口10万人あたり4.6人）で、人口10万人あたりの全国平均（5.8人）より低くなっています<sup>(注3)</sup>。

■圏域ごとの医療機関数（精神科，心療内科を標榜）

精神科医師数，心療内科医師数

（表2）

二次医療圏	管内人口 <sup>※1</sup>	精神科病院数 <sup>※2</sup>	精神科標榜の一般病院 <sup>※2</sup>	診療所 <sup>※2</sup>	精神科医師数 <sup>※3</sup>	心療内科医師数 <sup>※3</sup>
水戸	459,462	4	6	18	54	3
日立	253,905	6	1	9	20	2
常陸太田・ひたちなか	356,738	2	2	7	13	3
鹿行	267,647	1	0	8	7	1
土浦	252,828	5	0	8	28	0
つくば	325,260	3	2	12	46	2
取手・竜ヶ崎	457,169	6	4	11	36	1
筑西・下妻	256,923	3	0	4	14	0
古河・坂東	223,351	3	1	2	23	0
	2,853,283	33	17	79	241	12

（出典：平成28年 ※1人口動態統計，※2精神保健福祉資料，※3医師・歯科医師・薬剤師調査）

■本県の精神科医師，心療内科医師，精神保健指定医数の推移（単位：人）

（表3）

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年
精神科医師数 <sup>(注4)</sup>	232	237	226	241
心療内科医師数 <sup>(注4)</sup>	11	10	10	12
精神保健指定医数 <sup>(注5)</sup>	120	129	134	141

（注1）平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査」

診療科名（主たる）・従業地別 医療施設従事医師数

（注2）精神保健指定医とは、精神保健福祉法第18条に基づく、医療実務経験5年以上、精神科実務経験3年以上を有し、必要な研修を終了した医師で、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者として、厚生労働大臣が指定する制度。

（注3）平成26年度精神保健福祉資料

（注4）平成22，24，26，28年「医師・歯科医師・薬剤師調査」

（注5）平成22，24，26，28年度精神保健福祉資料の33精神科医療機関の精神保健指定医数

### 【課題】

精神科医療においても医師の確保は重要な課題であり、限られた人員で、良質かつ適正な医療を提供することが求められています。

筑波大学、県医師会、県精神科病院協会、県精神神経科診療所協会等と連携協力し、人材の確保及び離職防止・定着促進に努めていくことが必要です。

### 【対策】

「第 1 章第 10 節 保健医療従事者の確保 1 医師」に掲載

## イ かかりつけ医の重要性

### 【現状】

平成 24（2012）年 3 月に厚生労働省から示された「精神科救急医療体制の整備に関する指針」において、「自院のかかりつけ患者」については、①夜間・休日においても対応できる体制②対応が困難な場合は依頼先となる連携医療機関を確保③継続診療している自院患者の照会の際には対応方法、受診の要否等の相談に応じる等の対応強化が求められています。

県内の精神科病院に対しては、精神科病院事務長会議、精神科病院実地指導等を通じ、夜間・休日のかかりつけ患者への相談・診療の協力依頼を行っています。

### 【課題】

夜間・休日は主治医や精神保健指定医の不在等により、かかりつけ患者の相談・診療等に適切に対応できていない医療機関があり、引き続き、対応の強化について、理解と協力を得ていく必要があります。

### 【対策】

精神科病院協会と連携のうえ、各病院に対し、精神科病院事務長会議及び精神科病院実地指導等を通じて、かかりつけ医として必要な対応について理解・協力を求めてまいります。

また、精神神経科診療所協会と連携のうえ、各診療所に対し、精神科救急医療体制の現状及びかかりつけ医として必要な対応等について理解・協力を求めるとともに、精神科一般救急医療相談窓口や精神科病院との連携を強化できるよう、周知等の機会を設けます。

## ウ その他医療従事者（看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士、栄養士等）の確保・育成

### 【現状】

本県の精神科病院に勤務する看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士数は、年々増加しています。

**【課題】**

精神科医療に精通した看護師，精神保健福祉士，臨床心理技術者，作業療法士，栄養士等のコメディカルの確保・育成は重要な課題であり，限られた人員で，良質かつ適正な医療を提供できる体制整備が求められています。

県精神科病院協会，県精神神経科診療所協会，県内医療系大学，県看護協会等団体と連携協力し，人材の確保及び離職防止・定着促進に努めていくことが必要です。

**【対策】**

**(ア) 精神保健福祉士の確保・育成**

精神保健福祉士は，精神障害者に対する各種相談・支援や，退院支援計画の作成など，地域移行・地域定着において重要な役割を担います。

このため，県精神保健福祉士会や県精神科病院協会，県精神神経科診療所協会等と連携し，人材の確保や研修等による人材の育成に努めていくことが必要です。

**(イ) 臨床心理技術者の確保・育成**

臨床心理技術者は，精神障害者等の心理検査・分析や，心理カウンセリング等を行います。

国では公認心理師法が平成29（2017）年9月に施行され，資格試験が実施されるため，臨床心理技術者の育成機関や，県精神科病院協会，県精神神経科診療所協会等と連携し，人材の確保・育成に努めていくことが必要です。

**(ウ) 看護師，薬剤師，栄養士等の確保・育成**

「第1章第10節 保健医療従事者の確保 4 看護職員及び5 その他の医療従事者」に掲載

**(2) 精神疾患等の現状と課題**

**ア 統合失調症**

**【現状】**

精神病床における入院患者6,208人のうち，統合失調症の患者は4,317人<sup>(注1)</sup>で69.5%を占めており，また，入院の長期化や高齢化が進んでいます。

長期入院患者の中には，複数の抗精神病薬を十分投与しても改善が認められない難治性の重症な統合失調症患者がいます。県内で治療抵抗性統合失調症治療薬<sup>(注2)</sup>を精神病床で使用している病院数は，平成26年度の時点で3か所であり，統合失調症患者に対する使用率は0.10%となっています。

(注1) 平成26年度精神保健福祉資料

(注2) 治療抵抗性統合失調症に唯一有効な抗精神病薬。クロザピン。

### 【課題】

統合失調症患者の入院の長期化及び高齢化が進んでおり、退院に向けた支援体制、地域の受入体制の整備が必要です。

難治性の重症な統合失調症患者に対して、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT<sup>(注1)</sup>等の専門的治療を行う医療機関とその他の医療機関の地域連携体制を整備していく必要があります。

### 【対策】

#### (ア) 求められる医療機能

- ① 外来，入院，訪問診療における，薬物療法，精神療法，作業療法，精神科デイ・ケアなど，適切な精神科医療を，精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の多職種チームの支援体制により提供できること。
- ② 入院医療においては，入院初期からの服薬指導や精神科作業療法等の実施，相談支援事業者等との連携により，早期退院に向けた支援をすること。  
長期入院患者の地域移行を推進するため，精神科病院は地域移行推進窓口を設置し，患者・家族，地域の関係機関との連携を強化すること。  
特に，高齢者の退院支援にあたっては，地域包括支援センター等との連携体制を強化すること。
- ③ 精神科医療機関は，一般（身体科）のかかりつけ医や地域の医療機関，薬局と連携していること。
- ④ 薬局は，抗精神病薬の適正な薬物療法を推進するため，医療機関と連携し服薬指導を行うこと。
- ⑤ 難治性の重症な統合失調症に対応できる医療機関は，その他の精神科医療機関と治療抵抗性統合失調症治療薬やmECTによる治療に関する連携を確保すること。

#### (イ) 推進方策

##### a 精神障害者の地域移行・地域定着の推進

- ① 県，保健所圏域，市町村に，退院可能な精神疾患患者の地域移行及び地域で生活している精神障害者の地域定着の促進のための協議の場を設け，支援体制を整備します。  
併せて，医療・保健・福祉の関係職員の支援の充実を図るための研修を実施します。
- ② 精神疾患患者の退院促進を図るため，施設整備の助成等により退院後の住まいの場（グループホームやケアホーム）の確保，障害者支援施設及び介護保険施設等との連携強化に努めます。
- ③ 精神疾患患者の治療中断等による再入院を防止し，地域生活を継続するため，精神保健福祉センター，保健所，市町村，精神科医療機関，訪問看護ステーション，相談支援事業所，薬局等が連携し，困難事例への対応等を検討する機会を設けます。また，訪問支援（アウトリーチ）の活動を促進します。

(注1) 修正型電気刺激療法。脳に短時間の電氣的刺激を行うことで，脳波上げいれん波が起これり，脳内の化学変化により精神症状を緩和します。気分障害（うつ病，躁うつ病），統合失調症など多くの精神疾患の治療に利用されます。

**b 治療抵抗性統合失調症地域連携体制の整備**

治療抵抗性統合失調症患者に対して、治療抵抗性統合失調症治療薬やm E C T等による専門的治療ができるよう、地域連携体制を整備していきます。

**イ うつ病・躁うつ病**

**【現状】**

うつ病・躁うつ病等の気分障害で通院している患者は、急増しています。

不眠や食欲不振、疲労等の身体症状から、初期には、一般（身体科）のかかりつけ医や産業医を受診することが多く、また、がんや脳卒中、睡眠時無呼吸症候群（S A S）などの睡眠障害等でも、うつ状態となることがあります。

このため、早期に適切な診断・精神科医療につながるよう、かかりつけ医等を対象に、うつ病の知識・診断・治療技術に係る研修を実施しています。

また、平成22（2010）年度から、うつ病等を対象とした認知行動療法が診療報酬上評価されたことから、精神保健福祉センターの専門職向け研修において、普及を図っています。

**【課題】**

うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関の明確化と認知行動療法を行っている医療機関情報を提供していく必要があります。

一般（身体科）のかかりつけ医等に対する研修を継続し、うつ病等の早期診断、専門医療への紹介等連携体制を整備していく必要があります。

また、うつ病と自殺には密接な関係があり、自殺時に向精神薬等の過量服薬を行っていた例が多くみられるとの研究報告があることから、医師と薬剤師間の連携を強化する必要があります。

さらに、治療に加え復職等の社会復帰への取組が必要となります。

**【対策】**

うつ病の正確な診断ができ、患者の状態に応じた医療の提供や就職・復職等に向けた支援の充実が必要です。

**(ア) 求められる医療機能**

**a 一般（身体科）の医療機関**

- ① うつ病等の可能性について判断でき、症状が軽快しない場合等<sup>(注1)</sup>に適切に紹介できる精神科医療機関と連携していること。
- ② 患者の状態に応じ、生活習慣などの環境調整等を助言できること。
- ③ うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加すること。
- ④ 一般（身体科）の医師・救急医・産業医等は、精神科医との連携会議等へ参画すること。

(注1) S S R Iなどの抗うつ薬で4週間経過しても改善が見られない場合、他の精神疾患との鑑別が必要と思われる場合、双極性障害が疑われる場合、自殺念慮が強い場合など。

### b 精神科医療機関

- ① うつ病と躁うつ病等のうつ状態を伴う他の精神疾患の鑑別診断や、うつ病と他の精神障害や身体疾患との合併などを、多面的に評価できること。
- ② 患者の状態に応じ、薬物療法及び精神療法（認知行動療法等）、その他の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること。
- ③ 患者の状態に応じ、生活習慣などの環境調整等を助言できること。
- ④ 一般（身体科）のかかりつけ医や地域の医療機関、薬局と連携していること。
- ⑤ 産業医等を通し事業者との連携や、公共職業安定所（ハローワーク）、茨城障害者職業センター、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を行うこと。

### c 薬局

向精神薬の適正な薬物療法を推進するため、医療機関と連携し服薬指導を行うこと。

### (イ) 推進方策

- ① うつ病診療にあたる医療機関等の医療従事者に対し、薬物療法、認知行動療法等のうつ病治療や精神科との連携方法に関する研修会を開催し、うつ病の診療技術の向上及び一般（身体科）のかかりつけ医と精神科医療機関との連携の強化を図ります。
- ② 向精神薬の過量服薬防止を図るため、一般（身体科）のかかりつけ医、精神科医師と薬剤師の連携の強化並びに「向精神薬の服薬指導マニュアル」の活用を図ります。
- ③ 患者が就職や復職に必要な支援を受けられるよう、公共職業安定所（ハローワーク）や茨城障害者職業センター、地域の障害者就業・生活支援センターなど障害者雇用の支援窓口に関する情報を提供します。

## ウ 認知症

### 【現状】

我が国における認知症の人の数は2025年には約700万人前後に達する見込みで、高齢者の約5人に1人と推計されています。これをもとに本県の認知症高齢者数を算出すると、約16万4千人～17万8千人となり、高齢化の進展に伴いますます増加することが予想されます<sup>(注1)</sup>。

認知症は治療方法が確立されていませんが、初期の段階で診断を受け、適切な治療を早期に開始することで、進行を遅らせることが可能であることから、発症予防・軽度認知障害（MCI）に関する知識の普及啓発を進めることが重要です。そのため、9月を「茨城県認知症を知る月間」とし、啓発活動や認知症フォーラム、認知症サポーターの養成、認知症の気づきチェックシートの配布等を実施しています。

(注1) 厚生労働省「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」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値を基に算出。



また、認知症の早期診断・早期対応のために、平成18（2006）年度からかかりつけ医の認知症対応力向上研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等を担う認知症サポート医を養成しています。

認知症に係る専門医療機関として認知症疾患医療センターを指定し、早期相談・早期診断できる医療連携体制を整備してきたところです。

### 【課題】

認知症は、治療方法は確立されていませんが、初期の段階で診断を受け、適切な治療を早期に開始することで、進行を遅らせることが可能な病気です。

また、認知症は、初期症状が現れていても、症状の現れ方に個人差があり、また、医療機関を受診することへの抵抗感から、症状が進行し重症化してから受診するケースも多く見られます。

このため、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、認知症の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスを提供できる循環型の仕組みを構築することが重要です。

認知症サポート医の養成やかかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員等の医療従事者を対象に認知症対応力向上研修等を行い、早期診断及び地域連携体制を推進していく必要があります。

また、若年性認知症については、企業や医療・看護・介護・福祉の分野でも認識が不足しており、福祉サービスも高齢者向けに設定されているものが多いことから、若年性認知症についての普及啓発を進め早期発見・早期対応へと繋げていく必要があります。

### 【対策】

認知症を早期発見・早期診断し、医療・介護が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じた適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを構築することが必要です。

#### ア) 求められる医療機能

- ① 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害（MCI）に関する知識の普及啓発を行っていること。
- ② かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医師による口腔機能の管理、かかりつけ薬局による服薬指導など、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応していくことができる体制を構築していること。
- ③ かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を行っていること。
- ④ 認知症疾患医療センターの体制を維持するとともに、機能評価を行うことでPDCAサイクルにより機能強化を図っていること。
- ⑤ 認知症の早期診断後の認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善する認知症リハビリテーションを推進していること。

- ⑥ 行動・心理症状（BPSD）については、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、円滑な退院・対処や在宅復帰の支援を行っていること。
- ⑦ 認知症の方の身体合併症等への対応を行う医療機関に対し、認知症対応力向上研修を行うとともに、入院・外来・訪問等に関わる看護職員に認知症への対応に必要な知識・技能を修得する研修を実施していること。
- ⑧ 若年性認知症の人やその家族からの相談窓口を設置し、そこに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を担う者（若年性認知症支援コーディネーター）を配置することで、若年性認知症の人の視点に立った対策を推進していること。

### イ) 推進方策

- ① 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害（MCI）に関する知識の普及啓発を推進します。
- ② かかりつけ医・歯科医・薬剤師に認知症対応力向上研修を実施し、認知症の早期発見の体制整備を図ります。
- ③ 認知症サポート医を養成し、医療連携強化を図ります。
- ④ 認知症疾患医療センターの体制を維持するとともに、PDCAサイクルによる機能強化を図ります。
- ⑤ 認知症の早期診断後の認知症リハビリテーションの推進を図ります。
- ⑥ 行動・心理症状（BPSD）については、容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスができる循環型の仕組みを構築します。
- ⑦ 一般医療機関勤務の医療従事者や看護職員が、認知症への対応に必要な知識・技能を修得することで、身体合併症等への適切な対応を図ります。
- ⑧ 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く、また主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なる複数介護になるなどの特徴があることから、居場所づくりや就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。

## エ 児童・思春期精神疾患

### 【現状】

継続的に受療している20歳未満の精神疾患総患者数は全国で27.0万人（平成26（2014）年度）おり、増加傾向にあります。

精神疾患の多くが児童青年期に発症し、中学生までに半数、20代半ばまでに4分の3が発症すると言われており、早期発見・早期治療が望まれます。

また、幼年期の児童虐待、不登校、家庭内暴力など、児童・思春期のこころの問題は多様化しており、医療の支援を必要とする事例も増えています。

10代の自殺死亡率は他年代に比べて十分に改善しておらず、一層の取り組みが求められています。

本県では、診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準の届出をしている医療機関として、県立こころの医療センターがあります。

**【課題】**

児童生徒の心身の健康問題が多様化していることや医療の支援を必要とする事例も増えていることから、こころの健康に関する保健教育や健康相談、普及啓発等の実施のほか、地域の関係機関とも連携して、早期に精神科医療に繋げていく必要があります。

児童・思春期精神科の専門医は限られることから、小児科医等のかかりつけ医や身近な精神科医との役割分担・連携を進める必要があります。

また、教員や保育士等の精神疾患に関する理解を深めるなど、支援体制の充実に努める必要があります。

**【対策】**

**(ア) 求められる医療機能**

- ① 適切な診断・検査・治療等を行える体制を有すること。
- ② 一般（身体科）のかかりつけ医や他の精神科医療機関，学校・幼稚園・保育所，市町村，児童相談所，保健所，精神保健福祉センター等の関係機関，関係団体等と連携していること。
- ③ こころの健康づくりのための普及啓発を行うとともに，学校・市町村・保健所が行う健康教育等に協力すること。
- ④ 児童・思春期精神科医療に係る医療従事者や教育関係者等の知識や対応力の向上を図るための研修等を実施すること。

**(イ) 推進方策**

**a 相談体制等**

児童相談所や精神保健福祉センターにおいて，相談や家族教室等を実施します。また，保健所においても相談等に対応します。

学校において，学校教育活動全体を通して，こころの健康に関する教育等を実施するため，学校における指導計画の改善や指導体制の整備及び教員の資質向上と指導方法の改善・充実に努めます。

また，日常の健康観察及び健康診断等により児童生徒等の健康状態を把握するとともに，学校，家庭，学校三師（学校医，学校歯科医，学校薬剤師）等及び関係機関と連携し，健康相談及び事後指導の徹底等，保健管理の充実に努めます。

**b 普及啓発**

精神科医療機関や関係機関・団体等と連携して児童・思春期のこころの問題や精神疾患についての正しい知識の普及啓発を図ります。

**c 連携体制の構築**

一般（身体科）のかかりつけ医や他の精神科医療機関との役割分担と連携を推進します。

医療機関と学校・幼稚園・保育所，市町村，児童相談所，保健所，精神保健福祉センター等の関係機関・団体等の連携を推進します。

**d 人材育成等**

市町村，保健所，学校関係者等の精神保健の担当者等に対し，児童・思春期のこ

ころの問題や精神疾患等についての理解や支援技術の向上を図るための研修を実施します。

発達障害を含む児童・思春期精神科医療に係る医療従事者の診療技術や対応力の向上を図るための研修の実施等，人材育成を推進します。

### オ 依存症（アルコール，薬物，ギャンブル等）

#### 【現状】

統合失調症との重複などを含めた，アルコール，薬物，ギャンブル等依存症への対応が重要となっております。

アルコール依存症により継続的に受療している総患者数は，全国で4.9万人<sup>(注1)</sup>ですが，アルコール依存症の生涯経験者は100万人を超え，また，アルコール依存症を現在有する者は推計58万人になるとの報告があります<sup>(注2)</sup>。

大麻や麻薬，シンナーなどの薬物を繰り返し使用してしまう薬物依存症により，継続的に受療している総患者数は全国で3千人<sup>(注1)</sup>います。

ギャンブル等依存に関する実態を把握するため，平成29年度全国調査を実施した結果，これまでの生涯でギャンブル依存症が疑われる状態になったことがある人は約320万人（成人の3.6%），最近1年間に依存症が疑われる状態だった人は約70万人（成人の0.8%）と推計されています<sup>(注3)</sup>。

#### 【課題】

依存症患者やその家族等に対して適切な支援ができるよう，相談から治療，回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備する必要があります。

アルコールによる健康リスクや，アルコール，薬物，ギャンブル等の依存症に係る正しい知識の普及啓発等を進める必要があります。

依存症の専門的治療を行う医療機関は限られることから，専門的医療機関と地域の一般（身体科）のかかりつけ医等との連携を確保する必要があります。

#### 【対策】

##### (ア) 求められる医療機能

行政や回復支援施設，一般（身体科）のかかりつけ医等の依存症治療を専門としない医療機関等と適切に連携すること。

各依存症の専門的治療やリハビリテーションに関わる医療従事者を育成するとともに，保健所・市町村の保健指導担当者等の育成に協力すること。

依存症に関する正しい知識の普及啓発に取り組むこと。

(注1) 厚生労働省「患者調査」(平成26年)

(注2) 厚生労働科学研究「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究」(平成25年)

(注3) 障害者対策総合研究開発事業「ギャンブル障害の疫学調査，生物学的評価，医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」(平成29年)

(イ) 推進方策

a 普及啓発・相談等

アルコールについては、特に注意を要する者（未成年者、妊産婦、若い世代）を重点に、学校・市町村・保健所などの関係機関等と連携して、飲酒に伴う健康リスク等に関する教育・啓発を図ります。

また併せて、アルコール、薬物、ギャンブル等依存症に関する正しい知識の普及啓発を図ります。

精神保健福祉センターや保健所において、アルコール、薬物、ギャンブル等に係る当事者や家族等に対する専門相談や家族教室を実施するとともに、相談窓口の周知を図ります。

b 医療の充実

アルコール依存症の専門治療が受けられるよう、国の定める要件を備えた専門医療機関及び治療拠点機関を指定します。

c 相談等から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

依存症の当事者や家族等に対する相談、市町村や職域の健康診断・保健指導によるスクリーニングと医療機関への受診勧奨、依存症の専門的治療を行う医療機関とその他医療機関との連携体制の確保、自助グループや回復施設等の回復・社会復帰支援団体に対する支援と連携体制の確保を図り、相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備を推進します。

d アルコール依存症等の者の治療・支援に関わる人材育成の推進

アルコール依存症等の者の治療に関わる医療従事者や、保健所・市町村の保健指導担当者等の介入・対応力の向上を図ります。

薬物依存症患者に対する回復プログラム（SMARPPなど）の普及を図ります。

カ 発達障害

【現状】

発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥・多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものです。

発達障害の症状は様々ですが、知的障害を伴わない発達障害者に見られる、強いこだわりや一方的な会話等の特性はしばしば周囲から誤解を受け、学校教育や就労等の社会生活で困難に遭う場合が多いと考えられます。

特に、適切な発達支援を受けることなく成長し、社会生活上の困難に遭った方々の中には、二次的障害として「うつ」のような症状や自傷・他害などの行動障害が生じるケースもあります。

【課題】

発達障害については、早期に発見し、適切な医療及び発達支援を早い段階から各ライフステージに応じて継続的に行う必要があります。

発達障害者が生涯を通じて、社会生活等に必要な成長・発達を遂げ、安定した生活が

できるよう、当事者やその家族等を、地域・社会全体で支援する体制の整備が必要です。

### 【対策】

#### (ア) 求められる医療機能

- ① 発達障害について適切な診断・検査・治療等を行えること。
- ② 一般（身体科）のかかりつけ医や他の精神科医療機関，学校・幼稚園・保育所，市町村，県発達障害者支援センター，児童相談所，精神保健福祉センター等の関係機関，関係団体等と連携していること。
- ③ 発達障害に関する正しい知識の普及啓発に努めるとともに，学校・市町村・保健所等が行う発達障害に関する教育や担当職員等の人材育成に協力すること。

#### (イ) 推進方策

##### a 「発達障害の早期発見と支援システム」の構築・強化，人材育成

- ① 発達障害を早期発見・早期支援する体制を整備するため，「発達障害の発見と支援システム」を構築・強化し，市町村，保育所，幼稚園及び学校などにおける早期の気付き及び保健所，母子保健センター，児童相談所，発達障害者支援センターにおける二次スクリーニング機能の充実強化，その後の医療支援及び地域における療育支援体制の充実に努めます。
- ② 県に専門家からなる「発達障害者支援地域協議会」を設置し，発達障害者に対する支援体制の充実や連携体制の強化，人材育成及び発達障害に関する正しい知識の普及啓発を促進します。
- ③ 県内どの地域でも適切な相談を受けられるよう，保健所・市町村の相談窓口機能の強化や県発達障害者支援センターの市町村支援体制等の充実・強化を図ります。

##### b 県発達障害者支援センターによる相談・支援の充実，人材育成

- ① 県発達障害者支援センターにおいて，本人やその家族等からの相談に応じて専門的な指導又は助言を行うとともに，医療機関・市町村等との連携を図り，発達障害者を総合的に支援する体制を確保します。
- ② 市町村の相談支援体制の充実強化のため，巡回指導や職員向けの研修会等を実施し，市町村発達障害者支援員の養成等人材育成を図ります。また，家族支援を行うペアレントメンターの養成等を進めます。
- ③ 福祉，保健，医療，教育，就労等の専門家からなる「発達障害者支援連絡協議会」において，支援方法等について検討するとともに，関係機関等の連携促進，発達障害に関する正しい知識の普及啓発を図ります。

##### c 学校における相談・支援の充実

学校教育活動全体を通して，こころの健康に関する教育等を実施するため，学校における指導計画の改善や指導体制の整備及び教員の資質向上と指導方法の改善・充実に努めます。

また，日常の健康観察及び健康診断等により児童生徒等の健康状態を把握するとともに，学校，家庭，学校三師（学校医，学校歯科医，学校薬剤師）等及び関係機

関と連携し、健康相談及び事後指導等、保健管理の充実に努めます。

#### d 連携体制の構築

- ① 発達障害の専門的治療を行う医療機関とその他の一般科医療機関等との連携のほか、学校・幼稚園・保育所、県発達障害者支援センター、市町村、児童相談所、保健所、精神保健福祉センター等の関係機関・団体等との連携を推進します。
- ② 発達障害について、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害対応力向上研修を実施し、県内どの地域においても一定水準の診療・対応体制の確保を図ります。

### キ 高次脳機能障害

#### 【現状】

交通事故や転倒などによる外傷性脳損傷や脳卒中・脳炎・低酸素脳症などの疾患により脳が損傷を受け、記憶・注意・感情などの「高次な」脳機能に障害が現れることがあります。これらの障害を「高次脳機能障害」といいます。

この障害は外見上は分かりにくく、周囲の理解を得られにくいという特性があり、障害の内容によっては、本人でも気づきにくいこともあることから、生活や仕事に支障が出たり、対人関係に問題が出る場合があります。

高次脳機能障害は、身体障害や知的障害とは異なる種類の障害のため、支援制度の枠組みに収まりにくく、また、一般的によく知られているとは言えないため、支援の手が十分届いているとはいえないのが現状です。

高次脳機能障害がある人の数は、厚生労働省が平成13（2001）年度～平成17（2005）年度に行った高次脳機能障害支援モデル事業において、全国で約27万人と推計されている（国立障害者リハビリテーションセンターより）ことから、茨城県内では約6,200人程度いると考えられます。

高次脳機能障害の診断治療は、脳神経外科、神経内科、精神科等の複数の診療科で行われていることから、各診療科間における連携が必要となります。

本県では、平成19年度から県立リハビリテーションセンターを支援拠点として位置づけ、高次脳機能障害の正しい理解のための普及啓発、専門電話相談、支援技術に関する研修等を実施しています。しかし、県立リハビリテーションセンターが廃止となることから、今後は支援拠点を県立医療大学内に移し、引き続き支援を行っていくこととしています。

なお、家族会である「脳損傷友の会・いばらき」では、家族交流会等を定期的に開催しています。

#### 【課題】

高次脳機能障害に関わる医療、リハビリ、地域生活、就労等の各段階において、障害の特性に合った支援が提供されるよう、早期診断・治療拠点となる医療機関を明確にするとともに、県民の理解を深め、支援拠点を中心とした支援体制を広く整備していくことが必要です。

### 【対策】

#### (ア) 求められる医療機能

高次脳機能障害は「見えない障害」とも言われ、医療従事者にも見落とされやすいことから、以下の医療機能が求められます。

- ① 障害の特性を理解し診断を行うこと。
- ② 学術的研究が発展途上であることから、診断方法を研究し確立することが可能であること。
- ③ 症状の改善を目指すための医学的なりハビリテーションプログラムを提供すること。
- ④ 高次脳機能障害者にみられる社会的行動障害に対応するための精神科医療機能を有すること。

#### (イ) 推進方策

高次脳機能障害に関する早期診断・治療拠点となる医療機関を明確にするとともに、高次脳機能障害のある方及びその家族に対する支援が身近な地域で提供できる体制づくりに向け、支援拠点を中心に関係機関や当事者団体等と連携し推進してまいります。

- ① 当事者、病院や施設の職員及び行政職員等を対象とする研修会を開催します。
- ② パンフレットやホームページ等を活用した県民への普及啓発を推進してまいります。
- ③ 支援コーディネーターを配置し、高次脳機能障害のある方及びその家族等に対する相談支援、地域の関係機関との調整等を実施してまいります。
- ④ 医療、福祉、就労等の関係各分野の支援機関のネットワークを構築してまいります。

### ク てんかん

#### 【現状】

てんかんとは、発作を繰り返し起す脳の慢性疾患で、乳幼児期から老年期まで幅広く発症する病気です。

てんかんの治療は、精神科の他、小児科、神経内科、脳神経外科等の複数の診療科で行われていることから、各診療科間における連携が必要となります。

日本てんかん学会ではてんかんの臨床専門医を認定していますが、本県においては認定を受けた専門医は少ない状況です。また、土浦協同病院は、全国てんかんセンター協議会登録のてんかんセンター（準）として機能しています。その他、てんかんの専門医療情報サイトとして、全国てんかん診療ネットワーク<sup>(注1)</sup>が立ち上がっており、県内の医療機関も登録されています。

---

(注1) てんかん診療ネットワーク (ECN-Japan) は、よりよいてんかん医療の推進を目的として、厚生労働省の研究班\*と日本医師会及び日本てんかん学会の共同調査を基に作成した、全国の主なてんかん診療施設のリストを掲載したサイトです。厚生労働省の研究班が終了したため、全国てんかんセンター協議会 (J E P I C A) が運営しています。



**【課題】**

成人を対象としたてんかんの専門医の数は少なく、また神経内科、脳神経外科、精神科のいずれの診療科がてんかんを担当するのも不明確なため、地域の一般診療医から専門医につながる一貫したてんかん診療モデルが形成されていないのが現状です。

てんかんに関わる種々の課題を解決するには、地域の一般診療医とてんかん専門医が効果的に連携できる「てんかん診療の仕組み」を早急に整備することが求められています。

**【対策】**

**(ア) 求められる医療機能**

てんかんの診療を行う医療機関は、適切な診断・検査・治療を提供すること。

**(イ) 推進方策**

てんかん診療を行う医療機関及び関係団体等と連携し、てんかんに関する知識の普及啓発を推進します。

また、ホームページ等を活用し、てんかん診療を行う医療機関の情報を提供するとともに、てんかん診療拠点機関<sup>(注1)</sup>の指定など、てんかん診療体制の整備等について検討します。

**ケ 摂食障害**

**【現状】**

平成26（2014）年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は約1.0万人います<sup>(注2)</sup>。

摂食障害は現代社会において増加している疾患で、日常生活に支障をきたし、しばしば身体合併症状により生命の危険を伴うこともあります。

筑波大学附属病院では県内で初めて摂食障害の専門外来を実施しています。

**【課題】**

摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

また、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発及び他医療機関への研修・技術的支援等を実施できるよう地域の診療拠点となる医療機関の体制を整備していく必要があります。

**【対策】**

**(ア) 求められる医療機能**

① 摂食障害の診療を行う医療機関は、多職種によるチーム医療のもと、適切な診断・検査・治療を提供すること。

(注1) てんかん診療拠点機関は、てんかんの治療を専門的に行っている医療機関のうち、専門的な相談支援、他の医療機関、自治体等や患者の家族との連携・調整を図る機関として、県が指定するもの。

(注2) 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

- ② 急性期の患者に対しては、身体合併症状に係る救急医療を含めた総合的な対応を行うこと。または他診療科との連携等により、適切な対応を行うこと。
- ③ 患者へのカウンセリングや患者家族に対して支援を行うこと。
- ④ 学校・市町村等や他医療機関と連携を図り、専門的助言・指導等の支援や摂食障害に関する普及啓発等を行うこと。

### (イ) 推進方策

県連携拠点機能を担う医療機関を明確にし、摂食障害に対応できる専門職を養成するとともに、患者の病態や重症度等に応じて適切な医療機関を受診する地域医療ネットワークの整備について検討します。

また、パンフレットやホームページ等を活用し、摂食障害に関する県民への普及啓発を推進します。

### コ 外傷性ストレス障害（PTSD）

#### 【現状】

PTSD（Post Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）は、強烈なショック体験、強い精神的ストレスが、こころのダメージとなって、時間がたってからも、その経験に対して強い恐怖を感じる障害です。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いわれています。

災害・事件・事故等による PTSD への心のケアの重要性が高まっており、精神保健福祉センターでは、災害時のこころのケア研修会を開催しています。

また、犯罪被害者支援のためにいばらき被害者支援センターが研修会や相談対応をしています。

#### 【課題】

PTSD に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

PTSD に対応できる専門職の養成や医療・警察・教育・行政等が連携し、相談体制や継続した支援体制を構築していく必要があります。

#### 【対策】

厚生労働省主催「PTSD 対策専門研修」への受講について、行政機関及び精神科医療機関等への働きかけを強化してまいります。

当事者や家族等に対し、相談窓口の周知を図ってまいります。また、一般県民に対し、パンフレットやホームページ等を活用して普及啓発を推進します。

医療機関や学校、施設の職員及び行政職員等を対象とした研修会を開催します。

サ 精神科救急医療体制

【現状】

(ア) 措置入院等（精神科三次救急医療）体制

入院させなければ、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼす（自傷他害）おそれのある精神障害者に対し、精神保健福祉法第29条に基づく入院措置を行うため、24時間365日対応可能な精神科救急医療体制を整備しています。

	診察方法・受入病院	対応窓口
平日 昼間※1	・措置診察 ・指定病院	保健所
休日※2 昼間	・措置診察 ・県立こころの医療センター	精神科救急コールセンター (精神保健福祉センター)
夜間 (17:15～翌8:30)	・緊急措置診察 ・県立こころの医療センター	

※1 昼間：8:30～17:15

※2 休日は、土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）

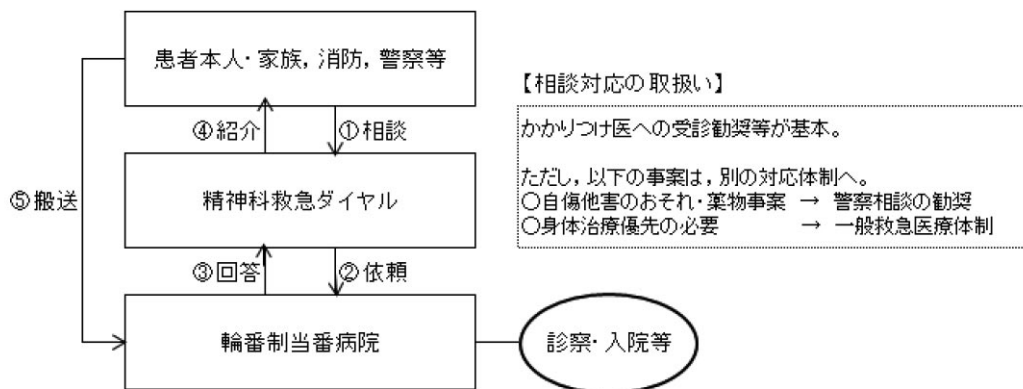
(イ) 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制

自傷他害の恐れはないが、緊急な入院治療を必要とする精神障害者に対し、迅速かつ適正な医療を受けられるようにするため、精神科一般救急医療体制を整備しています。

	受入時間	受入体制	相談窓口
	休日昼間（8:30～17:00）	輪番制・2床	精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）
夜間	毎日（17:00～21:00）※3	輪番制・1床	
	金・休日（22:00～翌8:30）	受入協力病院	

※3 年末年始（12/29～1/3）及びゴールデンウィーク（5/3～5）を除く

■精神科一般救急(精神科二次救急)医療体制フロー図



(ウ) **精神科初期救急医療体制**

現状では、外来診療に対応する精神科救急医療体制は整備されていません。

(エ) **精神科ミクロ救急体制**

継続して診療している自院のかかりつけ患者であっても、時間外の救急時において、相談等に応じるなどの適切な対応がとれていない事例が生じております。

(オ) **精神医療相談体制**

保健所・精神保健福祉センター及び市町村では、平日昼間に精神障害者及びその家族等からの相談に対応するとともに、必要に応じて受診指導や医療機関の紹介を行っています。

**【課題】**

(ア) **精神科三次救急医療（措置入院等）体制**

引き続き、24時間365日対応可能な精神科救急医療体制の整備・充実を図る必要があります。

(イ) **精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制**

対応可能な時間帯が限定されているため、24時間365日対応できるよう、引き続き、精神科一般救急医療体制の整備に努めていく必要があります。

(ウ) **精神科初期救急医療体制**

診療申込みから初診までの間に症状が悪化するなどして、精神科救急の受診等となる例も多く見られることから、早期に初診受診が可能となる体制づくりを含め、できるだけ身近な地域で、外来診療に対応できる精神科救急医療体制の整備について、検討する必要があります。

(エ) **精神科ミクロ救急体制**

継続して診療している自院のかかりつけ患者に対する各精神科医療機関の対応の強化を図る必要があります。

(オ) **精神医療相談体制**

精神科救急の受診希望者においては、適切な相談・助言によって、症状の緩和等が図られるなどして緊急に受診する必要がなくなる例も多く見られるため、精神医療相談は救急医療の一つとして重要な役割があります。

保健所・精神保健福祉センター及び市町村では、休日・夜間は対応できていないため、休日・夜間を含め24時間365日対応できる精神医療相談体制を整備する必要があります。

**【対策】**

精神科救急患者に対し、緊急度に応じた救急医療等が円滑に提供できる体制の整備を目指します。

**(ア) 求められる医療機能**

**a 精神科救急医療機関の機能**

- ① 精神科救急患者の入院に対応可能な保護室，検査・看護体制や退院支援体制等を備えること。
- ② 隔離・身体拘束等の行動制限に係る評価指標の導入や外部評価を通じて，医療の質の向上とその標準化を図ること。
- ③ 初診の精神科救急患者に対しても適切に対応すること。
- ④ 他の精神科救急医療機関の後方支援として，急性期後の精神疾患患者の受入等に協力すること。
- ⑤ 身体合併症に適切に対応するため，一般医療機関との連携等を確保すること。

**b 全ての精神科医療機関の機能**

- ① 県の精神科救急医療体制に参画・協力すること。
- ② 継続して診療している自院のかかりつけ患者やその関係者からの相談等について，時間外においても適切に対応すること。
- ③ 精神科救急コールセンター等からの問合せに対し，時間外においても適切に対応すること。
- ④ 一般医療機関と連携して精神疾患のある救急患者に対応すること。

**(イ) 推進方策**

**a 精神科救急医療体制連絡調整委員会の設置**

精神科救急医療体制の整備並びにその円滑な運営を図るため，県，県医師会，県精神科病院協会，県精神神経科診療所協会，警察・消防機関，一般救急医療機関等の関係者からなる委員会を設置し，必要な協議・評価等を行います。

**b 措置入院等（精神科三次救急医療）体制の整備**

- ① 措置診察・受入体制の充実・強化を図ります。
- ② 精神保健福祉センター・保健所の通報対応や退院支援体制の充実・強化及び円滑な運用の確保を図ります。
- ③ 警察・市町村等の関係機関との連携・協力体制の強化・充実及び円滑化を図ります。

**c 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制の整備**

受入体制や相談・調整体制の充実・強化など，24時間365日対応可能な精神科一般救急医療体制の整備を図ります。

**d 精神科初期救急医療体制の整備**

- ① 保健所の精神医療相談等の結果，入院治療は要しないが速やかに診察につなげる必要があると認める対象者を，身近な地域で診察できる体制の整備について検討を進めます。

② 休日・夜間を含めた24時間365日相談可能な体制を整備します。

### e ミクロ救急体制の確保

県精神科病院協会や県精神神経科診療所協会等の関係団体と連携・協力し、各精神科医療機関に対し、県の精神科救急医療体制への積極的な参画・協力等、求められる医療機能の確保について啓発等を進めます。

### f 精神科救急医療に係る普及啓発・周知等

① 精神障害者やその関係者等においては、通常の診療時間帯のうちから、症状の悪化等を予想している場合も多いことから、診療時間内の相談の勧奨等について、普及啓発を進めます。

② 精神医療相談窓口について、周知・広報します。

③ 精神科救急医療体制の整備状況等について公表・周知します。

## シ 身体合併症対策

### 【現状】

(ア) 近年、うつ病や認知症の増加により、第二次救急医療機関等に搬送された患者で精神科治療が必要な場合や、精神科医療機関の入院患者で身体疾患を合併した場合など、精神疾患と身体疾患を合併する患者の割合が増加しています。

特に救命救急センターでは、入院患者のうち12%に精神科治療の必要性があり、2.2%が身体疾患と精神疾患ともに入院治療が必要であるとの報告があります。

(イ) 本県では、精神科病床を有する病院が33あり、そのうち精神科以外の病床を併設する病院は13ありますが、そのほとんどが内科など一部の診療科に限られることから、精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携強化が不可欠です。

このため、県医師会と協力して、「精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携基盤強化事業」を実施し、相互理解、連携の強化を図っています。

(ウ) 現在、県では、精神科病院に入院中に身体疾患を合併し、治療が必要になった患者について、県立中央病院で治療対応する「精神科患者身体合併症医療事業」を実施し、身体合併症のある精神疾患患者へ対応するとともに、県立こころの医療センターと連携し、県立中央病院の患者に対し、精神科リエゾンチームによる回診を実施しています。

しかし、県立中央病院においては、入院治療を要する精神疾患と重症な身体疾患を合併している患者については、精神科病床がないため、受け入れが難しい状況があります。

### 【課題】

(ア) メディカルコントロール地区ごとに、一般（身体科）医療機関と精神科医療機関との医療連携体制を整備していく必要があります。

(イ) 一般（身体科）医療機関におけるリエゾンチームによる回診体制の普及・促進を図る必要があります。

(ウ) 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU：Medical Psychiatry Unit）の確保について検討していく必要があります。

**【対策】****(ア) 求められる機能****a 病院前救護活動の機能**

消防、警察等に対する精神科救急に係る研修等を通じ連携を図ること。

**b 精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）の機能**

精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）は、救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急に治療を必要とする精神障害者の受入先医療機関の紹介等迅速に対応すること。

**c 身体合併症の救急医療を担う医療機関の機能**

身体疾患を合併した精神疾患患者に対応する救急医療機関は、身体疾患と精神疾患の双方について適切に診断・治療できること。または、他の医療機関との連携により、適切に診断・治療ができること。

**d 他医療機関からの転院を受け入れる機能**

- ① 身体疾患を合併する精神疾患患者を精神科病院で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師または一般（身体科）医療機関の診療協力関係を有すること。
- ② 身体疾患を合併する精神疾患患者を一般（身体科）医療機関で治療する場合は、精神科リエゾンチームまたは精神科医療機関の診療協力関係を有すること。

**(イ) 推進方策**

- ① 一般（身体科）医療機関、警察、消防等関係機関に対する研修を実施し、精神疾患及び精神科救急医療体制等の理解促進・連携を図ります。
- ② 精神障害者及び家族等からの相談に24時間対応する医療相談窓口を整備するとともに緊急に入院治療を必要とする場合の受入先医療機関の調整等を行う精神科一般救急医療相談体制を整備します。
- ③ 県立中央病院は引き続き「精神科患者身体合併症医療事業」により、精神・身体合併症患者の治療を実施します。
- ④ 精神科を標榜する一般（身体科）医療機関の精神疾患患者受入体制の整備と精神科医療機関の身体合併症患者の受入体制の整備に努めます。
- ⑤ 県医師会と協力し、精神科医療機関と身体科医療機関の連携基盤強化事業（連携体制の検討、研修、事例検討等）を実施し、連携強化を図ります。  
また、県立こころの医療センターが実施する「こころとからだの事例検討会」との連携を図ります。
- ⑥ 県立こころの医療センターと県立中央病院は連携して、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾンチームによる回診を実施します。  
また、他の医療機関における精神科リエゾンチームによる回診の促進を図ります。
- ⑦ 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU）の確保について検討していきます。
- ⑧ 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、精神科救急医療体制の整備や精神科救急の円滑な運営を図っていきます。

### ス 周産期メンタルヘルス

#### 【現状】

社会保障審議会の専門委員会の報告によると、子どもの虐待による死亡事例のうち心中以外の虐待死はここ数年、年間40～60例とされているが、そのうち、40～60%は0歳児であり、しかもその半数近くが生後1か月未満の事例です。加害者のほとんどは実母であり、平成21年以降の統計では、心中以外の虐待死の約30%、心中による虐待死（未遂含む）の約半数の母親に精神疾患があると診断されています。

また、妊産婦死亡の原因として産後うつ病をはじめとする精神疾患による自殺が少ないことが、平成27（2016）年に東京都監察医務院と順天堂大学との共同研究で報告されています。

筑波大学附属病院の産科では、精神疾患やメンタルヘルスに課題のある妊産婦の分娩・出産を受け入れており、精神科と連携し対応しています。

#### 【課題】

子どもの発達にも重大な影響を及ぼす可能性がある周産期の母親の精神疾患は、早期にリスクを発見して適切なケアに結びつけることで予防できる可能性があり、周産期管理の中に精神面でのスクリーニングや啓発活動を取り入れることが重要で、産科及び小児科医療機関と精神科医療機関との連携及び母子保健と精神保健福祉との連携体制を充実させていく必要があります。

#### 【対策】

##### ア) 求められる医療機能

- ① 総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターに精神科リエゾン診療体制又は精神科医療機関との連携が整備されていること。  
または、産科医療機関と精神科医療機関の連携体制が整備されていること。
- ② 産科医療機関は、妊産婦の精神疾患既往やうつ病等についてスクリーニングでき、必要時精神科医療機関と連携が取れること。  
小児科医療機関は、子どもの発育を通して、親の精神面に配慮し、必要時精神科医療機関と連携が取れること。  
精神科医療機関は、妊産婦の精神疾患に対応でき、適切な治療ができること。
- ③ 保健所・市町村等と情報共有して個別訪問の依頼や退院後の産後ケア事業につながる地域との連携を図ること。

##### イ) 推進方策

- ① 産科及び小児科医療機関と精神科医療機関が相互理解・協力関係を深めるための研修を実施し、地域における連携体制を促進するための機能が担えるよう、県連携拠点機能としての医療機関を整備してまいります。
- ② 保健所における要支援妊産婦支援体制整備事業を活用し、市町村及び保健所の母子保健と精神保健福祉との連携及び多機関多職種連携が促進できる体制を整備します。



## セ 災害精神医療体制

### 【現状】

災害精神医療体制については平成23（2011）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、指揮命令系統の改善、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（2012）年度に「災害派遣精神医療チーム（D P A T：Disaster Psychiatric Assistance Team）」の仕組みが創られました。

本県においては、平成27（2015）年度から筑波大学や県立こころの医療センター、精神保健福祉センターと設置に向けた検討を進め、平成28（2016）年度に茨城県災害派遣精神医療チーム（以下、「茨城D P A T」という。）を結成しました。

また、茨城D P A T運営検討委員会を設置し、茨城D P A T活動マニュアルの作成や先遣隊チーム登録、茨城D P A T隊員研修等を行い、災害時精神科医療体制の整備を図っています。

### ■D P A T協定医療機関、協力医療機関（平成30（2018）年3月末現在）

#### ○災害派遣精神医療チーム（茨城D P A T）協定医療機関

区分	医療機関名	備考
先遣隊 <sup>(注1)</sup>	県立こころの医療センター	1チーム
	筑波大学附属病院	1チーム
後続隊	県立こころの医療センター	
	筑波大学附属病院	
	一般社団法人茨城県精神科病院協会	県内30精神科病院が加入

### ■災害派遣精神医療チーム（茨城D P A T）協力医療機関<sup>(注2)</sup>：4機関

#### 【課題】

D P A T隊員研修の実施及び防災訓練への参加により、隊員数の確保と隊員の技術向上を図っていく必要があります。特に、チームの円滑な活動に重要な役割を果たす業務調整員（ロジスティックス）の育成が必要です。

災害時派遣体制として、被災地が県外の場合と県内の場合のD P A Tチーム編成及び派遣数・派遣期間等を整備していく必要があります。

災害時における精神科医療で中心的な役割を担う精神科病院を、災害拠点精神科病院に指定する必要があります。

(注1) 都道府県等D P A Tを構成する班のうち、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県等において活動できる班を先遣隊と定義する。

(注2) 後続隊のメンバーとして、茨城D P A T隊員となっている職員の派遣に協力する医療機関。

### 【対策】

#### (ア) 求められる医療機能

- ① 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能を有すること。
- ② 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難所としての機能を有すること。
- ③ DPAT等の派遣機能若しくは活動拠点の機能を有すること。
- ④ 被災時においても、診療機能等を早期に回復できるよう、業務継続計画(BCP)の整備をはじめ、食料や飲料水、医薬品、医療器材等の備蓄や電気等のライフラインの強化を図ること。

#### (イ) 推進方策

- ① 災害拠点精神科病院を指定します。  
また、他の医療機関のDPAT等の医療チームの活動拠点として受入れ体制の構築等を推進します。
- ② 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成を推進します。
- ③ 災害時においても円滑に精神保健医療活動を行えるよう、県精神科病院協会、日本赤十字社こころのケアチーム、保健師チーム、DMAT、JMAT等と連携した定期的な訓練の実施等を推進します。

### ソ 自殺対策

#### 【現状】

全国の自殺者数は、平成10(1998)年の急増以降年間3万人超と高止まっていたが、平成22(2010)年以降7年連続して減少し、平成27(2015)年には平成10(1998)年の急増前以来の水準となっており、本県においてもピーク時の平成19(2007)年と比較すると平成28(2016)年で約6割以下に減少しています。

しかし、全国の年齢階級別死亡率を見ると、自殺は若い世代(15~39歳の各年代)における死因の第1位(平成28年厚生労働省「人口動態統計」)であり、深刻な状況にあります。

本県の自殺者数は488人、自殺死亡率は17.1となっており(平成28年厚生労働省「人口動態統計」)、年々減少しているものの、全国の16.8と比べて高い状況にあります。

警察庁データで見ると、平成28(2016)年の本県の自殺者数は482人(男性347人、女性135人)となっております。

年齢別では、40歳代、30歳代、60歳代の順に多く、職業別では無職者が半数以上の57.5%を占めており、原因・動機別では、多い順に「健康問題」、「家庭問題」、「経済・生活問題」となっています<sup>(注1)</sup>。

(注1) 厚生労働省人口動態統計は、対象者が日本人に限られ、自殺者の住所地で人数を集計。自殺、他殺、事故死のいずれか不明の場合には、自殺以外で集計。

警察庁データは、外国人を含み、発見地で集計。

本県の自殺死亡率について、平成21(2009)年と平成28(2016)年を比較してみると、20歳未満の自殺死亡率だけが増えています。

国では自殺対策基本法(平成18(2006)年)及び自殺総合対策大綱(平成19(2007)年制定、平成29(2017)年見直し)を制定し、国を挙げて自殺対策を推進することとしています。

自殺は、その多くが追い込まれた末の死であるとともに、防ぐことができる社会的な問題であると言われています。また、自殺を考えている人は、何らかのサインを発していることが多いとも言われています。

### 【課題】

個々人が自殺に追い込まれないよう、ハイリスク者に対して自殺企図の要因となる失業・倒産、多重債務、長時間労働や人間関係などの社会的問題等や、身体やうつ病等のこころの健康問題等の諸問題を包括的に解決できるよう、各種相談・支援機関等が連携・協働して総合的に支援する必要があります。

また、地域全体が、「相談支援体制の強化」、「人材の養成」、「普及啓発」を柱に、自殺防止対策を総合的に推進する一方、地域の自殺の実態に応じた実践的な取り組みや、若年層や自殺未遂者等に対する重点的な対策が求められています。

特に若年層に関しては、それぞれの属性に応じて、学校・職域や産科医療機関等と連携・協働して、自殺防止対策を充実・強化する必要があります。

### 【対策】

#### (ア) 求められる医療機能

かかりつけ医等においても、うつ病等の精神障害に係る診療知識・技術の向上を図るとともに、精神科医との連携強化を図ること。必要に応じて、各種相談窓口等への相談を勧奨又は紹介すること。

#### (イ) 推進方策

##### a 自殺対策の普及啓発等

ホームページや広報紙・リーフレット等の様々な手段により、自殺予防やその対策について普及啓発を図るとともに、各種問題に応じた相談窓口の周知に努めます。

##### b 相談体制の充実強化

県民ができるだけ早期に身近なところで気軽に相談ができるよう、学校・職域・地域における相談体制の充実・強化を図ります。

また、精神保健福祉センターが行う面接相談・電話カウンセリング(「いばらきこころのホットライン」)や各保健所が行う「こころの健康相談」の充実・強化を図ります。

##### c 「いのちの電話」の周知・活動支援

精神的危機に直面している人の相談に応じる「いのちの電話」について広く県民に周知を図るとともに、社会福祉法人茨城いのちの電話が行う電話相談活動を支援します。

### d 各種相談窓口・支援機関等の連携強化

県・市町村・民間団体等の各種相談窓口や支援機関等のネットワークを構築・強化し、自殺企図のハイリスク者に対し、複数分野の専門家・相談員等が相互に連携・協働しながら諸問題の包括的な解決を図る支援体制づくりを推進します。

### e ゲートキーパーの養成・普及啓発

県民一人ひとりが、身近な方の自殺企図の危険性に気付き、声掛けや見守りなどの必要な対応を適切に行うことができるよう、ゲートキーパー<sup>(注1)</sup>の養成と普及啓発を図ります。

### f かかりつけ医の精神疾患に係る対応力向上の推進

自殺企図のハイリスク者は、うつ状態や精神疾患の自覚がないまま、頭痛・食欲不振等の症状により一般（身体科）医療機関を受診するところから、かかりつけ医等に対し精神疾患に関する研修会を実施し、うつ病等の精神障害に係る診療知識・技術の向上を図るとともに、精神科医との連携強化を図ります。

### g 自殺対策の推進体制

平成28（2016）年8月に精神保健福祉センターに設置した「地域自殺対策推進センター」を中心に、市町村や関係団体等の自殺対策の取組みを支援・推進します。

「県自殺対策連絡協議会」を通じて、市町村・支援機関・医療機関及び自殺対策関係団体等の連携・協力体制を確保し、自殺企図のハイリスク者に対する包括的な支援体制の構築・強化や、総合的な自殺対策を推進します。

## タ 医療観察法における対象者への医療

### 【現状】

平成17（2005）年7月に「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」（以下「医療観察法」）が施行され、重大な他害行為を行ったが心神喪失又は心神耗弱を理由に不起訴処分、無罪判決又は量刑の減刑を受けた精神疾患患者に対しては、必要な医療を確保し病状の改善を図り社会復帰を促進することとされています。

本県の医療観察法の指定医療機関については、平成23（2011）年10月に入院医療機関として県立こころの医療センターに医療観察病棟を整備し、通院医療機関については、現在、15の精神科病院（平成29（2017）年9月末現在）が指定されています。

### 【課題】

指定通院医療機関は地域に偏在しており、医療観察法制度対象患者の継続的かつ適切な医療の提供や社会復帰の早期実現を図るため、対象患者の居住地に近い精神科病院の確保が必要です。

また、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の確保が必要です。

(注1) ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聴いて、必要な支援につなげ、見守る人

**【対策】**

(ア) 求められる医療機能

- ① 指定入院医療機関は、公共性及び専門性が高く、ノーマライゼーションの観点も踏まえ患者の社会復帰を早期に実現すること。また、多職種によるチーム医療の提供及びプライバシー等人権に配慮しつつ、保護観察所、保健所、市町村、地域援助事業者等と連携すること。
- ② 指定通院医療機関は、個別の治療計画を作成し、各ガイドライン（入院処遇、指定通院医療機関運営、通院処遇）に基づき、必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所、保健所、市町村等と連携すること。

(イ) 推進方策

- ① 厚生局、保護観察所と連携し、指定通院医療機関の確保に努めます。
- ② 保護観察所、指定医療機関と連携し、医療観察法に関する理解を促進するための協議会、研修会等を実施します。患者が地域で安心して生活が送れるよう、医療・保健・福祉が連携して支援する体制を推進します。

(3) 医療体制の構築に必要な事項

ア 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

**【現状】**

本県では、平成29（2017）年4月1日現在、精神科病院（精神病床あり）33施設、精神科を標榜している一般病院（精神病床なし）17施設、精神科・神経科の診療所（精神病床なし）64施設、心療内科を標榜する医療機関（一般病院2施設、診療所16施設）において、精神科医療が提供されています<sup>(注1)</sup>。

また、精神疾患患者については、本人の意思によらない入院や行動の制限が行われる場合もあることから、精神保健福祉法を遵守するとともに、人権への配慮、患者及び家族等の意思を最大限に尊重し適正な医療を提供する必要があります。

県では、精神医療審査会を設置し、入院患者からの退院請求等の審査を行うとともに、精神科病院に対する実地指導等を行い、患者の人権に配慮した適正な医療の提供及び確保に努めています。

**【課題】**

多様な精神疾患等ごとに、患者の状態に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の整備が必要です。

また、病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進する必要があります。

(注1) 厚生総務課調べ。休床中・休診中含む。

### 【対策】

#### (ア) 求められる医療機能

##### a 県連携拠点医療機関

- ① 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（入院・外来医療，訪問診療）を提供するとともに，精神症状悪化時等の緊急時の対応体制やかかりつけ医などの地域の医療機関，薬局等と連携体制を確保すること。
- ② 精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の多職種チームによる支援体制を作ること。
- ③ 医療機関（救急医療，周産期医療含む），障害福祉サービス事業所，相談支援事業所，居宅介護支援事業所，地域包括支援センター等と連携し，生活の場で必要な支援を提供すること。
- ④ 積極的な情報発信及び専門職に対する研修プログラムを提供すること。
- ⑤ 地域連携拠点機能を担う医療機関等からの相談対応や，処遇困難事例の受入対応を行うこと。

##### b 地域連携拠点医療機関

県連携拠点医療機関と密に連携を図り，上記①～④の機能を担うとともに更に，以下の機能を担う。

地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの相談対応や，処遇困難事例の受入対応を行うこと。

##### c 地域精神科医療提供機能を担う医療機関

地域における精神科医療のかかりつけ医としての役割を担い，上記①～③の機能を担う。

##### d 薬局

向精神薬の適正な薬物療法を推進するため，医療機関と連携し服薬指導を行うこと。

#### (イ) 推進方策

- ① 多様な精神疾患等ごとに，県連携拠点機能，地域連携拠点機能，地域精神科医療提供機能を担う精神科医療機関（病院，診療所），一般医療機関（病院，診療所）の機能の明確化及び地域連携体制を整備していきます。
- ② これら医療機能を検討するための協議の場を設け，地域における相談・診療窓口の明確化や早期に受診ができ，病状に応じた適切な治療が受けられる日常診療体制の強化を推進していきます。
- ③ 精神医療審査会における退院請求等の審査や精神科病院に対する指導等により，人権に配慮した適正な医療の提供及び確保に努めます。

#### (ウ) 医療機関名（別冊，ホームページで公表）

精神科病院，精神科・神経科診療所，精神科訪問看護を行う訪問看護ステーション（医療保険における精神科訪問看護基本療養費に係る届出をしている施設）

イ 茨城型地域包括ケアシステムの推進（精神障害者の地域移行・地域定着）

【現状】

ア) 精神科病院の入院患者の状況

入院形態別では、本人の意思による任意入院患者数は平成27（2015）年6月30日現在、3,527人（全入院の58.3%）で、家族等の同意による医療保護入院は2,467人（40.7%）、知事の権限による措置入院は40人（0.7%）で、措置入院は横ばいですが、医療保護入院の割合は微増の傾向です（表4）。

また、平成27（2015）年6月に新規入院した患者のうち、60.1%は入院後3か月未満で、81.9%は6か月未満で、89.8%は1年未満で退院しています。いずれも、全国平均より若干低い状況ですが、入院期間の短縮化が図られてきています。

本県の平成26（2014）年度の長期（1年以上）入院患者の割合は、全入院患者の68.6%を占め、5年以上は43.3%でいずれも全国より多い状況です（表5）。平均在院日数も328.2日と全国より長く推移しています（表6）。

入院患者総数は減少傾向であるものの（表4、図2）、65歳以上の高齢入院患者は増加傾向にあり、そのうち入院5年以上の高齢入院患者が、約半数（図3）となっています。

■入院形態別入院患者数 (表4)

入院形態	24		25		26		27	
	構成割合	入院患者数	構成割合	入院患者数	構成割合	入院患者数	構成割合	入院患者数
措置入院	0.9	54	0.7	47	0.8	47	0.7	40
医療保護入院	39.4	2,466	40.4	2,533	40.6	2,522	40.7	2,467
任意入院	59.5	3,726	58.5	3,671	58.3	3,620	58.3	3,527
その他	0.2	16	0.3	17	0.3	19	0.3	20
計	100.0	6,262	100.0	6,268	100.0	6,208	100.0	6,054

出典 精神保健福祉資料（各年度6月末現在 単位：人，%，厚生労働省）

■精神科病院の入院患者の入院年数状況 (表5)

		1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	総数
入院患者数 (人)	茨城県	1,948	1,568	891	1,801	6,208
	全国	103,441	85,292	39,885	61,019	289,637
割合 (%)	茨城県	31.4	25.3	14.3	29.0	100.0
	全国	35.7	29.4	13.8	21.1	100.0

出典 平成26年度精神保健福祉資料（厚生労働省）（平成26年6月末現在）

■平均在院日数

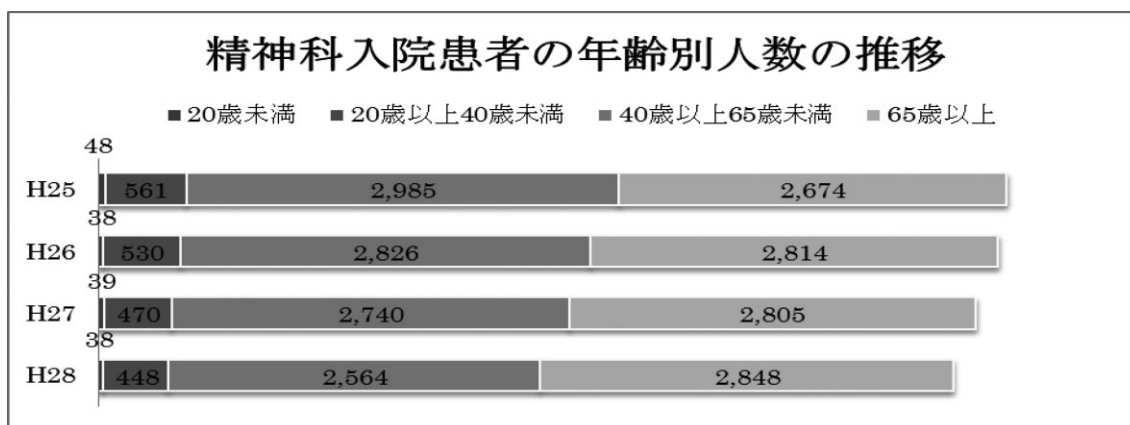
(表 6)

(日)	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
茨城県	343.1	328.6	324.1	328.2
全国	291.9	284.7	281.2	274.7

(出典：病院調査)

■精神科病院入院患者の年齢別人数の推移 (単位：人)

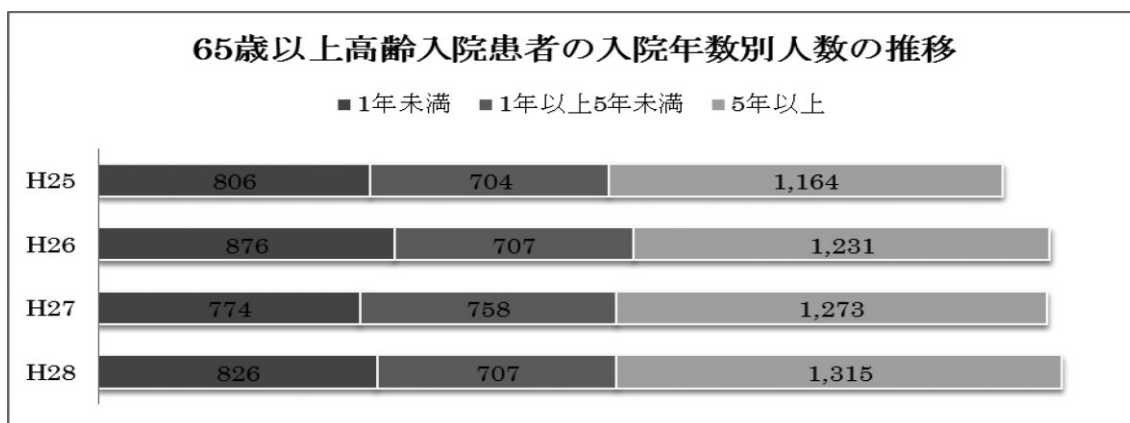
(図 2)



出典：精神保健福祉資料 (厚生労働省)

■高齢入院患者の人数の推移 (単位：人)

(図 3)



出典：精神保健福祉資料 (厚生労働省)

(イ) 精神障害者の地域移行・地域定着

① 県は、平成25 (2013) 年度から精神障害者の地域移行支援を推進するために、保健所圏域毎に県、市町村、精神科病院の職員、福祉サービス事業者、訪問看護ステーション職員等で構成した協議会を設置しています。

また、これら関係者に対し、精神障害者への支援の理解と地域の受け皿を広げる目的で、研修会を開催しています。相談支援者に活用してもらうために「精神医療福祉マップ」及び「精神医療福祉相談支援の手引き」を作成し、活用を促進してい



ます。

その他に、当事者が地域で安心した生活が継続できるよう、当事者と支援者間の連絡ツール「こころの生活支援手帳－地域連携パス－」を作成し、活用を促進しています。

- ② 患者が治療を中断することなく外来通院治療や地域での生活を継続するためには、精神科病院が行う往診，訪問看護等の訪問支援並びに精神科デイ・ケア等による支援が必要であり，本県においては精神科病院の訪問看護や精神科デイ・ケアを実施している機関数，精神科訪問看護を行う訪問看護ステーションの機関数は平成21年度調査と比べて増加しています。

(ウ) 茨城型地域包括ケアシステムの推進（詳細は第2章第1節に掲載）

本県の地域包括ケアシステムは精神障害者も含めた検討ができる体制となっています。

【課題】

- ① 入院患者は高齢化が進んでおり，かつ高齢者の入院期間も長期化の傾向にあるため，退院に向けた支援体制，地域の受入体制の整備が必要です。
- ② 保健所圏域毎に設置している地域移行支援連絡協議会と県自立支援協議会・市町村自立支援協議会との連携強化が必要です。  
また，精神障害者の地域移行を推進していくためには，医療・保健・福祉の関係者が共通の認識を持つ必要があるため，協議の場を確保していく必要があります。
- ③ 地域包括ケアシステムは市町村が主体となり実施していますが，市町村によって開催頻度や対象ケース，検討内容等にばらつきがあるのが現状です。  
また，当事者が生きがいを持って地域で生活するためには，就労等の場や生活訓練の場などの確保が必要ですが，これら社会資源が不足しているのが現状です。

■精神科病院の退院状況

(表7)

区分	茨城県	目標値	備考
入院後3か月時点の退院率 (%)	60.1	62.5	平成28年度精神保健福祉資料
入院後6か月時点の退院率 (%)	81.9	—	平成28年度精神保健福祉資料
入院後1年時点の退院率 (%)	89.8	90.0	平成28年度精神保健福祉資料
1年以上の在院患者数 (人)	4,104	4,164	平成28年度精神保健福祉資料

■在宅精神患者への医療提供状況

(表8)

区分	茨城県	全国	備考
精神科病院のデイ・ケア実施率 (%)	66.7	65.7	平成26年度精神保健福祉資料
精神科病院の訪問看護実施率 (%)	48.5	65.6	平成26年度精神保健福祉資料
訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護実施率 (%)	71.6	—	平成29年度障害福祉課調べ (111/155訪問看護事業所)

### 【対策】

#### (ア) 求められる医療機能

- ① 入院医療においては、入院初期から、服薬指導や精神科作業療法等を実施するほか、相談支援事業者等と連携し、早期の退院を支援すること。  
長期入院患者の地域移行を推進するため、精神科病院は地域移行推進窓口を設置し、患者・家族、地域の関係機関との連携を強化すること。  
特に、高齢者の退院支援にあたっては、地域包括支援センター等との連携体制を強化すること。
- ② 精神科医による往診・訪問診療、看護師等による訪問看護、訪問看護ステーションによる精神科訪問看護など患者のニーズに応じた訪問支援（アウトリーチ）を提供できること。
- ③ 患者が生活の場で必要とする福祉サービスを受けられるよう、市町村や、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、地域包括支援センター等と連携すること。
- ④ 患者が復職や就職等に必要な支援を受けられるよう、精神科医療機関は障害福祉サービス事業所、公共職業安定所（ハローワーク）、茨城障害者職業センター等と連携すること。

#### (イ) 推進方策

- ① 県自立支援協議会、保健所精神障害者地域移行支援連絡協議会、市町村自立支援協議会の連携を確保し、退院可能な精神疾患患者に対して退院及び地域生活の継続のための支援体制を整備します。  
併せて、医療・保健・福祉の関係職員の対応力の向上を図るための研修を実施します。
- ② 精神障害者の退院促進を図るため、施設整備の助成等により退院後の住まいの場（グループホームやケアホーム）の確保、障害者施設及び介護保険施設等との連携強化に努めます。
- ③ 精神疾患患者の治療中断等による再入院を防止し、地域生活を継続するため、精神保健福祉センター、保健所、市町村、精神科医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、薬局等が連携し、困難事例への対応等を検討する機会を設けます。また、訪問支援（アウトリーチ）の活動を促進します。

## 目標

番号	目標項目	現状 (平成29 (2017) 年度)	目標
1	入院後3か月時点の退院率	60.1% (平成28 (2016) 年度)	69.0% (2020年度)
2	入院後6か月時点の退院率	81.9% (平成28 (2016) 年度)	84.0% (2020年度)
3	入院後1年時点の退院率	89.8% (平成28 (2016) 年度)	91.0% (2020年度)
4	慢性期入院患者数(1年以上)	4,009人	3,177人 (2020年度)
5	地域移行に伴う基盤整備量 (地域サービス等利用者数)	—	778人 (2020年度)
6	精神科一般救急(入院)対応時間 (輪番制当番病院)	夜間:17:00~21:00 休日昼間:8:30~17:00	24時間365日入院可能な体制整備を目指す (2023年度)
7	自殺死亡率(人口10万あたり)	17.1 (平成28 (2016) 年)	16.2 (2020年)
8	かかりつけ医等対応力向上研修受講者数 (うつ病)	422人 (平成28 (2016) 年度)	450人 (2020年度)
9	発達障害について専門相談窓口を設置している市町村数	12か所	32か所 (2023年度)
10	高次脳機能障害の知識と支援についての研修受講者数	1,071人	1,800人 (2023年度)
11	高次脳機能障害支援機関数	1か所	3か所 (2023年度)
12	医療観察法指定通院医療機関数	15施設	17施設 (2023年度)

# 各論

## 第1章

### 目標

番号	目標項目	現状 (平成29 (2017) 年度)	目標
13	認知症疾患医療センターの整備	13か所	13か所 (2020年度)
14	認知症サポート医養成人数 (累計)	64人 (平成28 (2016) 年度)	176人 (2020年度)
15	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	804人 (平成28 (2016) 年度)	1,000人 (2020年度)
16	歯科医師認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	－ ※H29(2017)年度から実施	500人 (2020年度)
17	薬剤師認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	－ ※H29(2017)年度から実施	900人 (2020年度)
18	看護職員認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	186人 (平成28 (2016) 年度)	990人 (2020年度)
19	一般病院勤務の医療従事者認知症対応力向上 研修受講者数 (累計)	947人 (平成28 (2016) 年度)	3,600人 (2020年度)
20	妊娠届出時にアンケートを実施する等して妊 婦の身体的・精神的・社会的状況について把 握している市町村数	43か所	44か所 (2023年度)
21	妊娠中の保健指導において、産後のメンタル ヘルスについて妊婦とその家族に伝える機会 を設けている市町村数	28か所	44か所 (2023年度)
22	産後1か月でEPDSが9点以上を示した人 へのフォロー体制がある市町村数	15か所	40か所 (2023年度)

## 2 認知症高齢者への支援(認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供)

### 【現状】

平成25(2013)年6月に公表された厚生労働科学研究報告書によれば、全国の高齢者の認知症有病率は15%と推計され、平成24(2012)年時点では高齢者の約7人に1人に当たる約462万人、さらに認知症を発症する前段階である「軽度認知障害」の人は約400万人とされています。

また、平成27(2015)年1月の厚生労働省研究班の推計では、団塊の世代が75歳以上になる2025年には、認知症の人は、高齢者の約5人に1人に当たる約700万人前後に達する見込みとの結果が明らかになっています。

本県について平成25(2013)年6月の厚生労働省の推計をもとに算出すると、平成29(2017)年10月1日現在、県内の認知症高齢者数は約12万2千人(高齢者の15.0%)、さらに軽度認知障害の人(約10万5千人)を加えると約22万7千人となります。

また、平成27(2015)年1月に明らかにされた厚生労働省の新たな推計から算出すると、団塊の世代が75歳以上になる2025年には、県内の認知症高齢者数が、約16万4千人~17万8千人(高齢者の約19.0~20.6%)に達すると推計されます。

### 【課題】

認知症の早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供できるよう循環型の仕組みを構築することが重要となっています。併せて、医療提供体制の充実を図り、認知症疾患医療センターの機能強化を図るとともに、地域における医療連携強化を図る必要があります。

### 【対策】

#### (1) かかりつけ医等の認知症対応力向上や認知症サポート医の養成と活用等

2025年を目指して、早期診断・早期対応を軸とする巡回型の仕組みを構築することで、本人主体の医療・介護等を基本に捉えて医療・介護等が有機的に連携し、発症予防段階→発症初期→急性増悪時→中期→人生の最終段階という認知症の容態の変化に応じた適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを実現してまいります

- ① 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害(MCI)に関する知識の普及啓発の推進
- ② かかりつけ医による早期発見体制の充実
- ③ 認知症サポート医の養成と活用による医療連携の推進
- ④ 歯科医師・薬剤師による認知症の早期発見と適切な対応
- ⑤ 地域包括支援センターにおける早期発見と適切な対応

#### (2) 認知症疾患医療センター等の充実・強化

地域における認知症患者の医療・福祉の充実を図るため、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援を受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介の上、速やかに鑑別診断が行われる必要があります。

認知症疾患医療センターについては、これまでの地域の拠点機能を担う「地域型センター」と県域全体の拠点機能を担う「基幹型センター」の二層構造を基本に、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断が可能となる医療機関との地域バランスを考慮しながら指定してまいります。

また、個々の認知症疾患医療センターの機能評価も併せて行うことで、P D C A サイクルにより認知症疾患医療センターの機能を充実・強化してまいります。

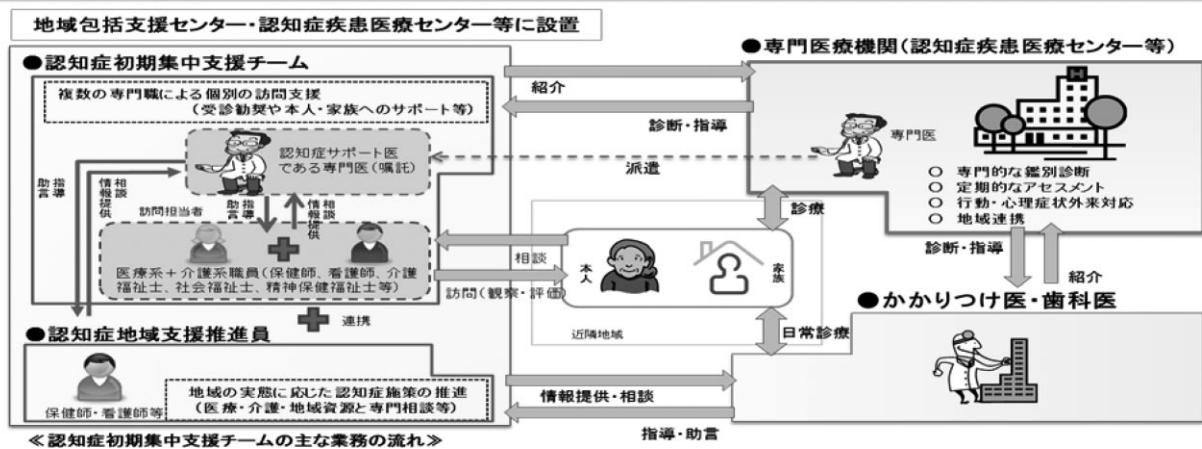
(3) 認知症初期集中支援チームの設置等

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた個別訪問支援体制を構築します。

- ① 市町村における認知症初期集中支援チームの設置
- ② 認知症初期集中支援体制の強化
- ③ 早期診断後の適切な対応体制の整備

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備  
 ○認知症初期集中支援チーム— 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援など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。  
 ○認知症地域支援推進員— 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携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。



(4) 行動・心理症状 ( B P S D ) や身体合併症等への適切な対応

認知症の人に行動・心理症状 ( B P S D ) や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・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・介護施設等で対応を固定化するのではなく、退院・退所後もそのときの容態にもっと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を構築します。

また、認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が求められています。このため、身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進めます。

- ① 地域における循環型の仕組みの構築（地域における退院支援・地域連携クリティカルパスの作成）
  - ② 身体合併症等への適切な対応
    - ア 一般病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の開催
    - イ 看護職員の認知症対応力向上研修の開催
  - ③ 適切な認知症リハビリテーションの推進
- (5) **認知症の人の生活を支える良質な介護を担う人材の確保**
- 認知症の人への介護に当たっては、認知症のことをよく理解し、本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるような形でサービスを提供するといった、良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していきます。
- ① 認知症介護等研修の実施
  - ② 指導者の養成とスキルアップ
- (6) **医療・介護等の有機的な連携の推進**
- 地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確保するため、市町村において認知症ケアパスの作成・見直し等が積極的に取り組めるよう県が会議・研修会等を開催し、支援を行います。
- また、市町村において医療機関・介護保険サービス事業所や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を配置し、当該推進員を中心として、医療と介護の連携強化や地域における相談支援体制の構築を図ります。
- ① 認知症ケアパス作成支援に係る会議・研修会等の開催
  - ② 認知症ケアパスの活用及び普及啓発
  - ③ 医療・介護関係者等との間の情報共有の推進
  - ④ 認知症地域支援推進員の配置
  - ⑤ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進
  - ⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携
- (7) **認知症予防の推進**
- 認知症は未だその病態解明が不十分であり、根本的治療薬や予防法は十分に確立されていませんが、認知症の約2割を占める脳血管性認知症の予防には、高血圧や高脂血症、肥満などの対策（生活習慣病対策）が有効とされています。
- このため、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、生活習慣（運動や食事）に気を配ることで、発症や進行を遅らせることが期待されています。
- 本県においては、国立大学病院で全国初の取組である軽度認知障害を対象にした筑波大学附属病院の認知力アップデイケアのノウハウを、認知症の人と接する機会の多い医療・介護従事者等が学ぶ研修の開催や、プログラム教材作成、評価事業を実施しています。
- ① 認知力アップ事業の推進
  - ② 生活習慣病予防対策の推進

# 各論

## 第2章

- ③ 生きがいづくり活動の推進
- ④ 認知症予防等に係る情報提供

### 【目標】

目標項目	現状（H28（2016）年度）	目標（2020年度）
認知症サポート医養成人数（累計） ※再掲	64人	176人
かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数（累計） ※再掲	804人	1,000人
歯科医師認知症対応力向上研修受講者数（累計） ※再掲	－ ※H29（2017）年度から実施	500人
薬剤師認知症対応力向上研修受講者数（累計） ※再掲	－ ※H29（2017）年度から実施	900人
看護職員認知症対応力向上研修受講者数（累計） ※再掲	186人	990人
一般病院勤務の医療従事者認知症対応力向上研修受講者数（累計） ※再掲	947人	3,600人