

(5) 精神疾患

ア 精神疾患(認知症を除く)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

(ア) 施策の現状・課題

精神疾患は誰でもかかる可能性のある疾患です。近年、社会生活環境の変化等もあって、精神医療の対象となる疾患にかかる人は増えており、入院と通院(自立支援医療(精神通院医療)受給者数)の患者を合わせた精神障害のある人の数は、平成28年度では91,770人で、平成24年度の78,629人に比べて13,141人増加しています。

精神保健福祉に関する相談は、健康福祉センター(保健所)や精神保健福祉センター*、市町村のほか、中核地域生活支援センター*、相談支援事業者などでも応じていますが、精神保健福祉に関する相談窓口の周知や相談支援体制(人員)は十分とは言えず、その充実が求められています。

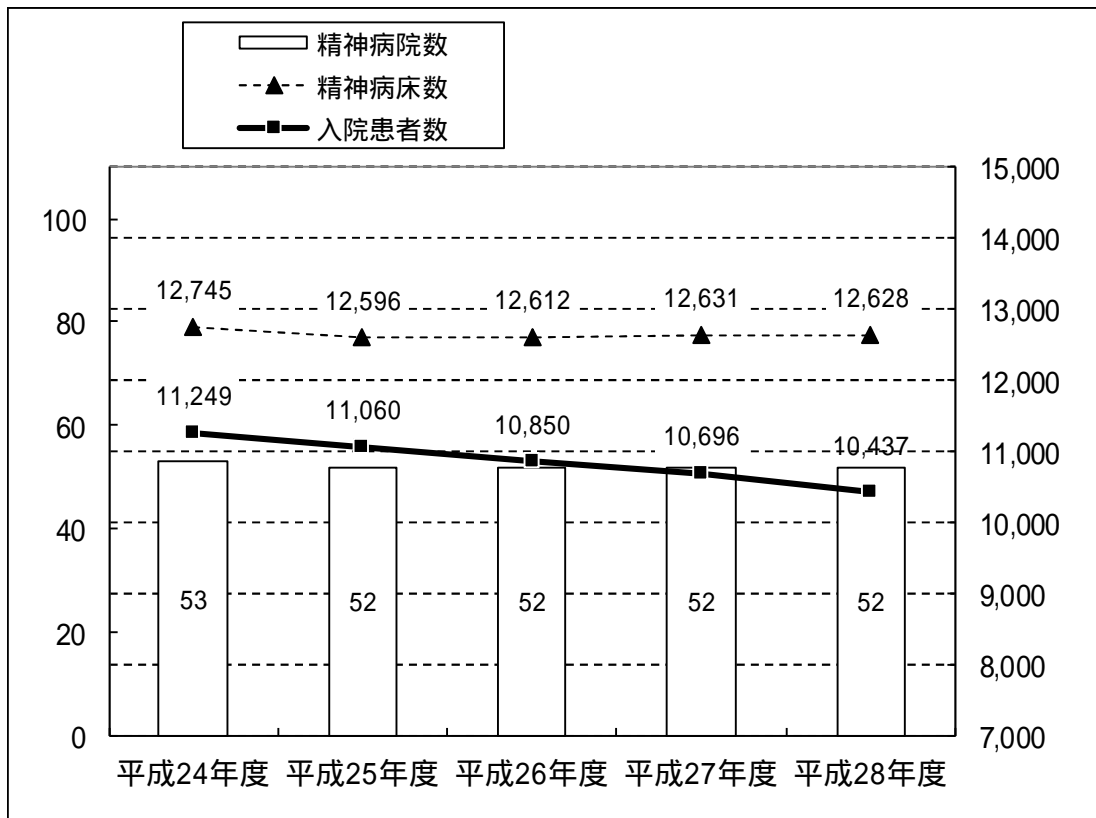
また、精神疾患については、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が重くなって初めて相談や受診に至るという場合が多く見受けられます。近年は、精神科診療所が増え、身近な地域で外来診療を受けやすくなっており、早期に受診しやすい環境となっています。重症化してからでは、回復に時間を要するため、早期に相談や受診ができるような支援体制づくりが必要です。

入院については、発症後間もない患者の多くは短期間で退院していますが、長期入院患者にあっては、高齢化や様々な要因から地域移行に困難を伴う場合が多く、県内精神科病院全体の平均在院日数(認知症含む)は、平成22年度344日、平成27年度325日で、なかなか短縮しない状況にあります。

長期入院患者の退院支援については、従来、病院職員が家族や地域の支援機関と調整して行っていましたが、近年は、障害福祉サービス等が増えたこともあり、相談事業所などの機関や行政が連携して、一人ひとりの患者のニーズに合わせた地域生活を継続していくための支援を行っています。

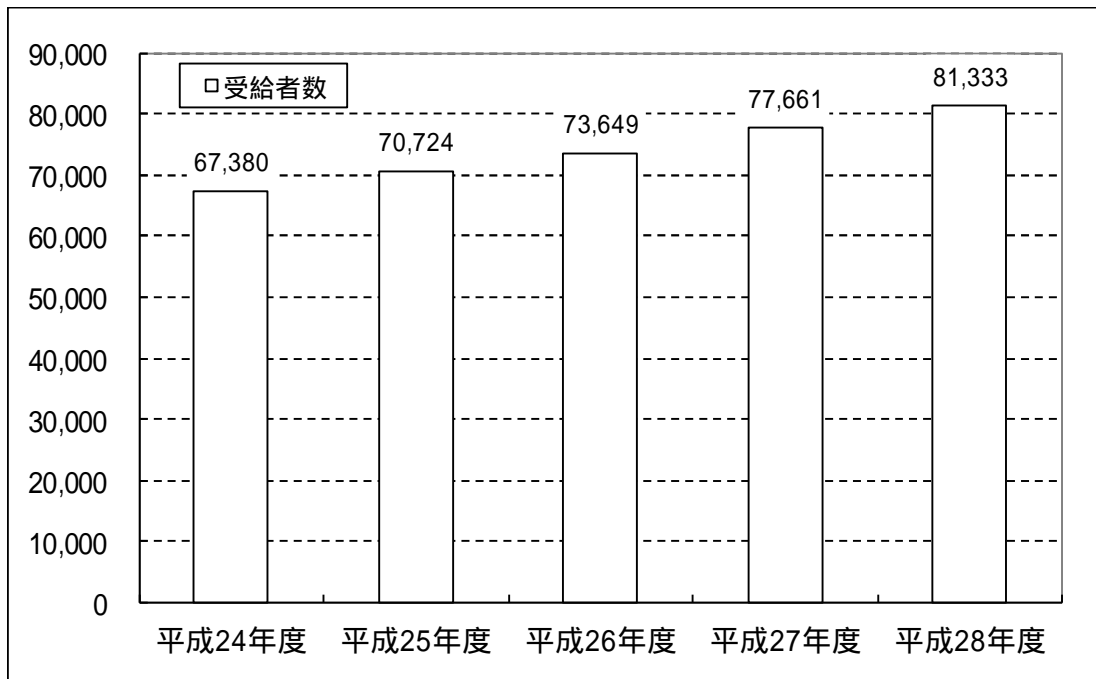
精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、自治体を中心とした地域の関係機関の一体的な取り組みに加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム*」の構築を進める必要があります。

図表 2-1-1-2-5-1-1 精神科病院入院患者数及び病床数等の推移



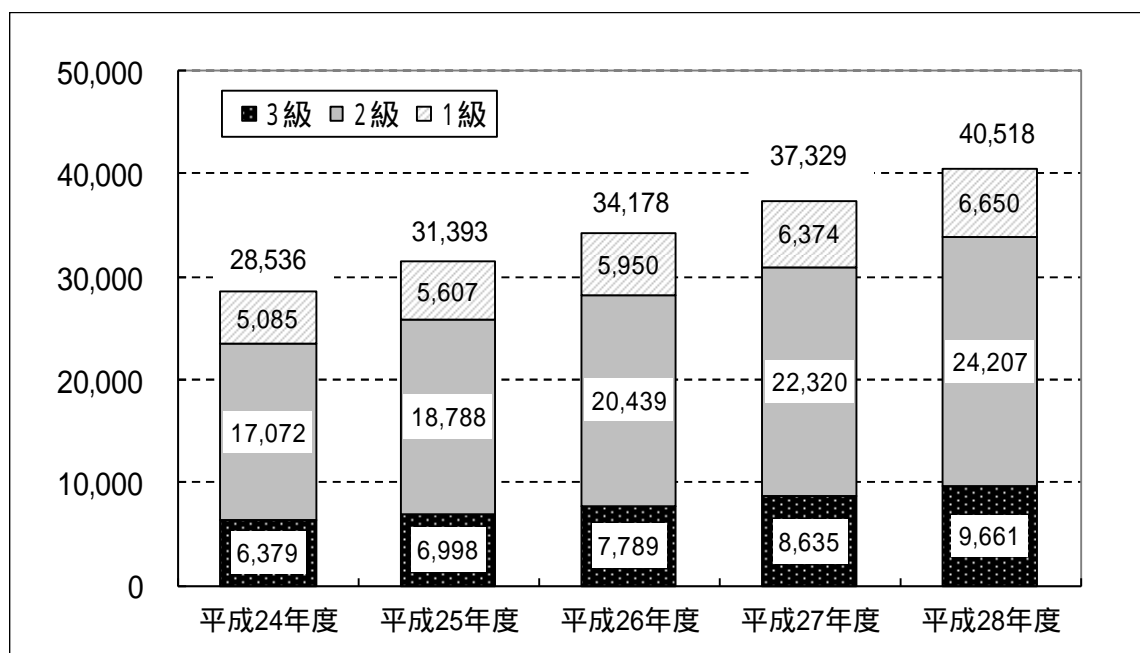
資料：厚生労働省精神・障害保健課調査（6月30日調査） 各年度6月末現在

図表 2-1-1-2-5-1-2 自立支援医療（精神通院医療）受給者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 各年度末現在

図表 2-1-1-2-5-1-3 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 各年度末現在

(イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。

精神障害のある人が地域で生活する上で必要な、障害福祉サービスや身近な生活支援の相談窓口は、主に市町村や基幹相談支援センター、医療や広域的な制度などの相談窓口は、健康福祉センター(保健所)、精神保健福祉センター、中核地域生活支援センターなどがあります。他にも、相談の内容によって、相談支援事業所、就労支援機関などもあります。

医療については、地域の精神科病院、精神科診療所、また、内科等のかかりつけ医*やかかりつけ薬剤師・薬局*、訪問看護ステーション*などの機関が関わります。

かかりつけ医は、日ごろから、健康管理上のアドバイスを行って発病予防に努めたり、患者や家族等からの相談に応じます。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター(保健所)等の保健サービス機関を案内します。保健サービス機関では、身近で適切な精神科を案内したり受診調整を行うなどし、発症から精神科に受診できるまでの期間をできるだけ短縮します。

精神科の医療機関は、早期に診断と治療を開始し、重症化を防ぎます。また、必要に応じて、訪問看護を導入し、日常生活の様子や服薬状況を確認し、医療中断しないよう見守ります。

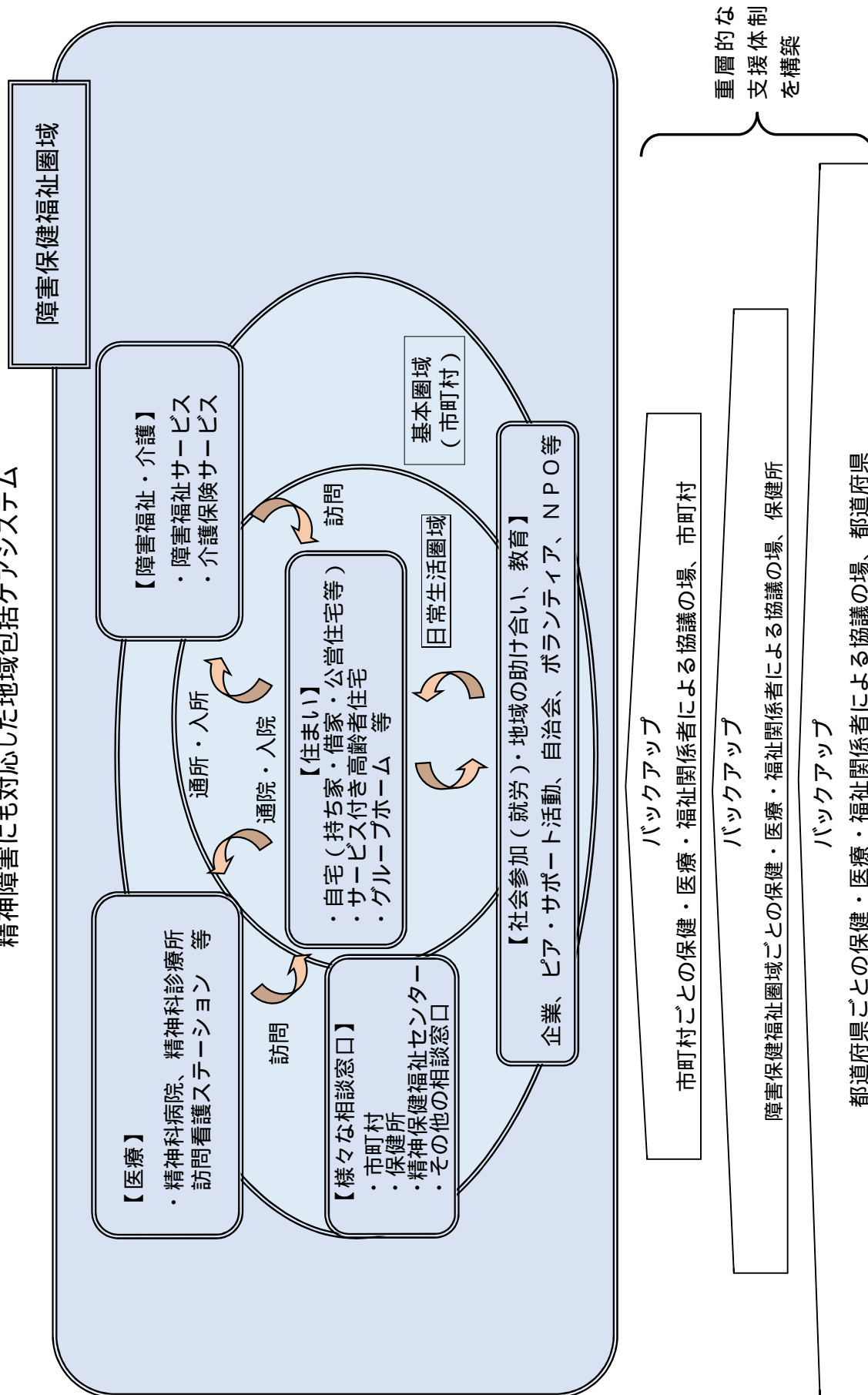
障害福祉サービス等の生活支援については、市町村が窓口になっています。障害支援区分と本人のニーズに沿って、相談支援事業所やケアマネージャー等と必要なサービスの種類や量などの支援計画を立てていきます。

自宅で生活しながら日中活動を行うための支援では、ホームヘルプなどの訪問・生活支援や、生活リズムを整え人と交流するための地域活動(通所)支援、就労支援などがあります。グループホームなどへの入所など居住系のサービスもあります。

その他、制度によらないサービスや支援を行っている機関や、地域・企業などの協力を得るなど、そのような人たちを増やし、精神障害のある人が地域で安心して、その人らしく暮らせるよう、行政や関係機関が連携して、地域生活や社会生活を支えます。

なお、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の「医療」部分を詳細に説明したものが、後述する の「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」になります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム



(ウ) 施策の具体的展開

〔相談支援窓口の周知と機能の充実〕

県民への精神疾患に関する正しい知識の普及に取り組むため、精神保健福祉センター、健康福祉センター(保健所)では、メンタルヘルスの保持・増進について、継続して普及啓発を行います。また、精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します。さらに、相談窓口の一層の周知を図ります。また、市町村における相談支援機能の充実を図るために、相談支援に携わる専門職員に対する研修の拡充を図るとともに、市町村職員とともに相談やアウトリーチを行い、技術指導・支援を推進します。

〔発症から精神科受診までの時間の短縮化〕

日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握している内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局が、患者や家族等からの相談に応じることができるよう、精神疾患に関する研修を開催するなど人材育成を図ります。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター(保健所)等の保健サービス機関の案内ができる連携体制を整備します。

〔早期退院への支援〕

入院患者の地域生活への移行を促進するため、精神科病院と市町村や地域移行支援事業所などの連携の強化を推進します。また、各障害保健福祉圏域*において、精神障害者地域移行協議会を開催し、医療機関及び地域の支援機関等が相互の取り組みや地域移行への理解、地域移行を進める上での課題等について協議し、緊密な連携体制の構築を図ります。

病院職員による退院に向けた取り組みを推進するため、長期入院していた患者が実際に地域で生活している様子などについての研修等を行い、地域移行に関する具体的なイメージと関心を持ってもらうようにします。また、市町村や地域の支援機関に対して、精神障害のある人の特性を理解した地域生活支援ができる人材育成研修を行います。

地域移行に向けた独自の取組、地域との連携、退院に向けた会議への関係者の参加や退院後の訪問等を行うなど、精神障害者地域移行支援に積極的に取り組む精神科病院を「地域移行・定着協力病院」として認定するとともに、認定病院の増加に向けて取り組みます。

居住地から離れた精神科病院に入院している患者を住み慣れた地域に帰すため、入院先精神科病院、入院先の地域の支援機関、退院先の地域の精神科病院、市町村、支援機関の連携体制を整備します。

〔地域生活の継続のための支援〕

地域移行に必要な居住の場を確保するために、障害のある人向けの公共賃貸住宅の供給の推進や、障害のある人に対する優先入居、単身入居を可能とする取り組みを進めます。民間賃貸住宅への入居に関しては、不動産業者等に対して障害に対す

る理解を求め、必要な際に連絡・対応を行いながら信頼関係を築くなどして社会資源の拡充に努めます。共同生活住居については、グループホームの整備やグループホーム支援ワーカーを配置し、円滑な入所ができるよう、引き続き取り組みます。併せて、地域における相談支援関係機関等によるネットワークづくりの促進、当事者会や家族会の活動への支援、ピアサポーター*の養成や活用などに取り組みます。

障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、個別支援に関する協議や事例検討、情報交換等を行いながら、精神障害のある人が地域で安定した生活を送れるよう支援する地域の機関の連携を強化していき、圏域における地域包括ケアシステムの構築を目指します。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(ア) 施策の現状・課題

精神障害のある人の社会参加及び自立を促進し、精神障害のある人が社会貢献できるよう、精神障害のある人の障害特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保することが必要です。

これを踏まえ、入院医療中心の精神医療から精神障害のある人の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向けて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、依存症などの多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担や連携体制の構築が必要です。

〔統合失調症〕

統合失調症は、実際にはないものが感覚として感じられる幻覚(誰もいないのに人の声が聞こえてくる幻聴など)や、明らかに誤ったことを信じてしまい訂正不能な妄想が代表的な症状です。およそ100人に1人がかかる身近な病気ですが、自分では病気を自覚しにくいことも特徴の一つです。

平成26年6月30日時点で、統合失調症の入院患者は、7,038人であり、精神科の全入院患者の約65%を占めています。「精神及び行動の障害」で入院している人の平均在院日数は270日ですが、そのうちの「統合失調症圏」では489日と長くなっています。入院の長期化や入院患者が高齢になると、地域生活への移行や社会活動への参加等の支援に時間を要することから、入院の長期化を防ぐことが課題です。

〔気分(感情)障害〕

うつは、内因性の要因やストレスなどの環境要因から憂うつで無気力な状態が長く続く病気です。双極性障害(躁うつ病)は、気分が異常かつ持続的に高揚し、ほとんど眠らずに動き回ったりしゃべり続けるなどの躁状態とうつ状態を繰り返す病気です。躁・うついずれの症状に対しても薬物療法が有効なため、早期に受診して治療を継続することと、社会復帰のためのプログラムや支援が必要です。

気分(感情)障害の早期発見と早期受診のためには、メンタルヘルスに関する啓発などが必要です。

〔依存症〕

依存症は、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症など、様々な依存症があります。適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、病気に対する本人の否認が強いため、なかなか治療に結びつかない傾向にあります。

依存症の相談や治療を専門的に行っている医療機関は少ないため、依存症に関する相談・支援に対応できる機関を明確にするとともに、周知していくことが必要です。

〔高次脳機能障害〕

高次脳機能障害*は、病気や事故などの後遺症により、注意障害や記憶障害が生じ、

これまでできていた日常生活上のことができない、感情の抑制が効かないなど、生活や社会参加に支障が生じますが、外見ではわかりにくいいため、周囲の人からは理解されにくい障害です。

高次脳機能障害及びその関連障害に関する支援については、3か所の支援拠点機関を設置し、専門的な相談支援、機能回復等のための訓練、関係機関とのネットワークの充実などを行っていますが、高次脳機能障害の診断・治療を行える医療機関は少ないため、高次脳機能障害のある人が身近な地域で必要な治療や支援を受けられるようにすることが必要です。

〔摂食障害〕

摂食障害は、拒食や過食の極端な食行動の異常と、体重に関する過度のこだわりを持つ病気で、若い女性に多い病気です。身体合併症やうつ病などの精神疾患を併発しやすく、致死率も高い疾患です。しかし、患者自身や周囲の者が病気と捉えていなかったり、患者が受診の必要性を感じず、重症化してからようやく受診に至ることがあります。また、身体・精神の両面から専門的な対応ができる医師や医療機関が少ないのが現状です。

摂食障害に関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワークを構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

〔児童・思春期精神疾患〕

児童・思春期は、身体的・心理的成長過程にある不安定な時期です。特に思春期は、統合失調症やうつ病、様々な神経症性障害の好発年齢であり、専門的な判断が重要になりますが、児童・思春期精神疾患に専門的に対応している医療機関は限られています。

〔発達障害〕

発達障害*は、自閉症*、アスペルガー症候群*、多動性障害(ADHD)*、学習障害*、チック障害などがあります。生まれつき脳の一部の機能に障害があるために興味や行動の偏り(こだわり)やコミュニケーションの障害、不注意など、それぞれの症状が現れます。

県では、発達障害者支援センターを2カ所設置して相談等に応じるとともに、平成29年には、発達障害の支援(診療等を含む。)に関する情報の共有や緊密な連携、体制整備等について検討する発達障害者支援地域協議会を設置しています。

増加している相談に対して、支援を行う人材や機関はまだ不足している状態であり、発達障害に関する知識を有する人材の養成と確保等が必要です。また、学習の遅れや行動の異常などから発達障害が疑われる児童などに対して、早期に適切な治療や支援につなげるため、教育機関と医療機関、相談支援機関との連携が必要です。

〔てんかん〕

てんかんは、意識障害やけいれんなどのてんかん発作を繰り返して起こす病気です。

原因や症状は様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発症する可能性があります。

てんかんは、多くの場合、薬の服用などによって発作を抑えることが可能なため、治療を継続することで生活上の支障を除くことができますが、一部発作が抑えられないなどの難治性の患者がいます。

てんかんに関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワークを構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

〔精神科救急〕

県では、精神症状の急激な悪化などの緊急時に適切な精神科医療を受けられるよう、「千葉県精神科救急医療システム^{*}」を実施・運営しており、基幹病院を設置するとともに、輪番体制で空床を確保しています。精神科救急情報センター^{*}では、夜間・休日における精神科医療機関への受診相談を受け、必要に応じて、基幹病院や輪番病院への受診調整を行っています。

〔身体合併症〕

身体と精神の両疾患を有して入院が必要な場合、身体疾患を診る科と精神科のどちらで入院を受け入れるかで入院先がなかなか決まらない場合が少なくありません。精神疾患と身体疾患を併発する患者に対応できる総合病院精神科の重要性は増していることから、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を整備し、協力病院を登録しています。

〔自殺対策〕

全国の自殺者数は、平成10年から3万人超えで推移してきましたが、平成24年に3万人を下回り、平成29年には2万1,321人となりました。本県でも1,300人前後を推移していたものが平成29年には985人と減少したものの、依然として高い水準にあります。

自殺対策は、千葉県自殺対策推進計画に基づき、保健・教育・労働など総合的に取り組む必要があります。

〔災害精神医療〕

災害時精神医療は、東日本大震災以降、発災直後から被災地に入って精神科医療活動を行う災害派遣精神医療チーム^{*}(以下「DPAT」という。)の体制整備が進められ、本県では、DPAT研修を27年度から開催しています。

今後、当県が被災する場合や派遣が長期に渡ることを想定し、DPATを増やすとともに、他の医療救護チームと共に活動できるよう、スキルアップしていく必要があります。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

精神疾患の循環型地域医療連携システム^{*}(多様な精神疾患等に対応できる医療連携システム)は、県民が身近な地域で、質の高い精神科医療を受けることができるよう、かかりつけ医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科、一般の医療機関、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所などによる連携により構築します。また、市町村や健康福祉センター(保健所)、精神保健福祉センター、学校保健、産業保健などによる、精神保健相談の窓口の周知や精神保健福祉に関する知識の普及などの予防対策も含まれます。

内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局等は、日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療の他に健康管理上のアドバイスなども行うことから、精神疾患を早期に発見し、精神科医の紹介や、初期治療などを行います。精神科のかかりつけ医は、患者の病状に応じて適切な治療を行います。

精神科救急医療体制においては、休日及び夜間を含めて、精神症状の急変などにより、早急に適切な医療を必要とする患者等の相談に応じ、適切な医療サービスを提供します。なお、精神科救急医療機関は、全て全県(複数圏域)対応型連携拠点病院と位置付けています。

精神科病院等は、精神疾患の状態に応じて、薬物療法を中心として、精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなどのリハビリテーションプログラム・家族教育などを適宜行い、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供します。

社会復帰に向けては、訪問看護ステーションや訪問薬剤管理指導等対応薬局^{*}、精神科医、看護師、作業療法士^{*}、精神保健福祉士等といった多職種チームによるアウトリーチ(訪問支援)^{*}の提供により、地域生活や社会生活を支えます。

また、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所等は、精神科医療機関などとの連携により、精神障害のある人の地域生活持続のための支援や復職・就労支援を行います。

精神科を有する総合病院や、一般の医療機関の内科医等と精神科病院や精神科診療所の精神科医師が連携を図ることにより、生活習慣病などの身体疾患を合併している精神疾患患者についての治療を行います。

救命救急センター^{*}や一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチーム^{*}により、自殺未遂者の診療を行うことを促進します。

地域精神科医療機関(病院・診療所)は、精神科のかかりつけ医として、患者の病状に応じて適切な治療を行うとともに、患者の地域生活を支えるため地域の機関と連携を図ります。

地域連携拠点医療機関は、かかりつけ医の役割に加えて、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保します。

また、二次保健医療圏内の病院・診療所間等の連携を推進し、情報収集発信や人材育成に取組み、地域の拠点としての機能を果たします。さらに、地域精神科医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

都道府県連携拠点医療機関は、県内の病院間等の連携を推進し、情報収集発信や人

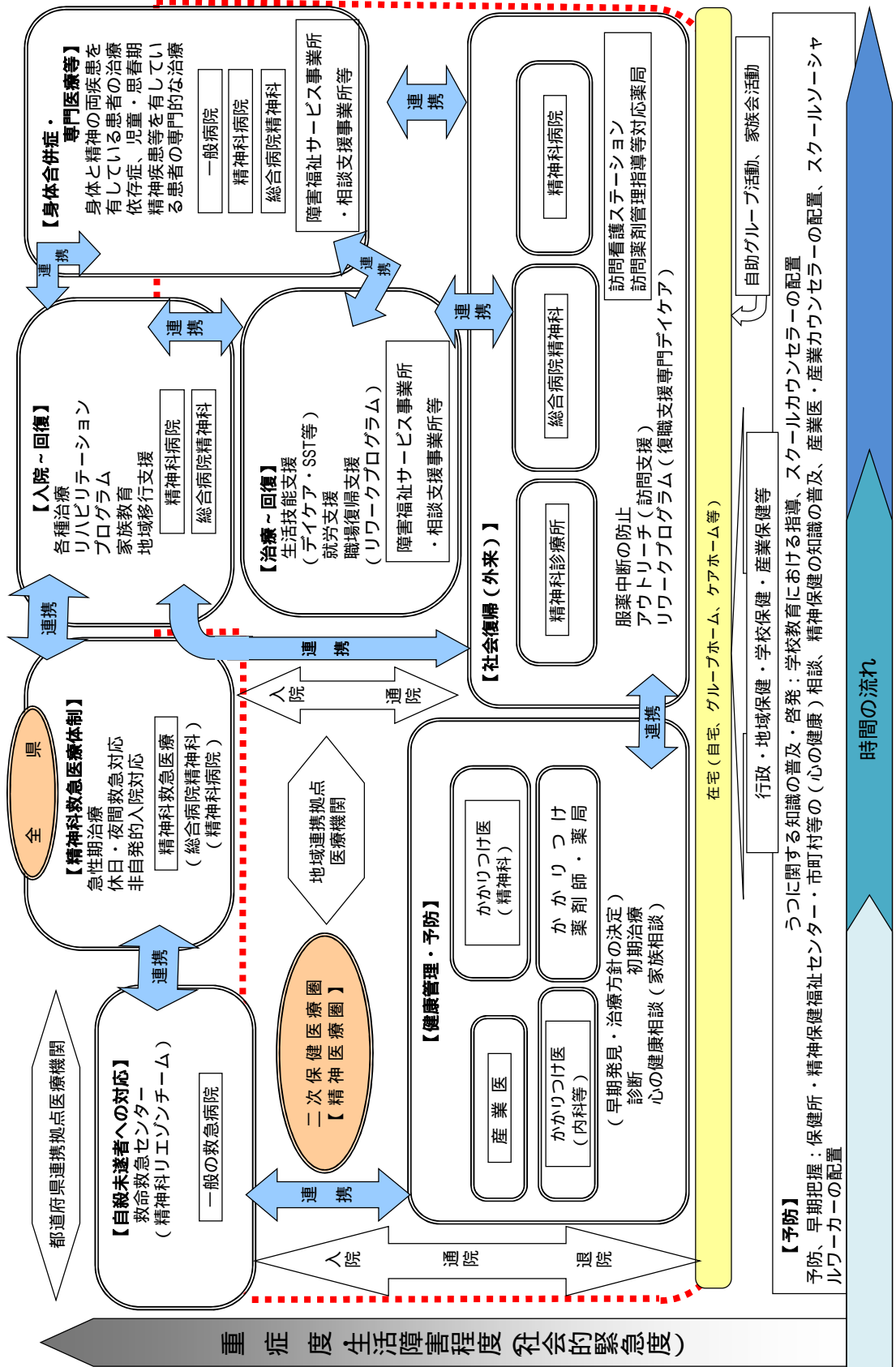
材育成を行うとともに、地域連携拠点医療機関の支援を行い県の拠点としての機能を果たします。さらに、地域連携拠点医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行います。

精神保健福祉センターは、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携を円滑に実施するため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助を行います。

県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めます。また、圏域ごとの医療連携状況や圏域間の連携状況の把握に努めます。

循環型地域医療連携システムのイメージ図(多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制)



(ウ) 施策の具体的展開

統合失調症、気分(感情)障害、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にした上で、精神医療圏域内の医療連携による支援体制の構築を目指します。

精神医療圏は、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担と医療連携を推進するための単位として設定するもので、二次医療圏に一致するように設定します。

〔統合失調症〕

難治性統合失調症を有する患者に対しては、治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン*など)等の専門的治療により地域生活へ移行する患者が増えていることから、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークを構築し、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用の普及を進めます。それにより、長期入院患者の地域移行の進展と平均在院日数の短縮化を図ります。

〔気分(感情)障害〕

本人や周囲の者がうつ症状に早い段階で気づくことができるよう、メンタルヘルスに関する知識の普及啓発を行います。また、気軽に相談できる窓口についても併せて周知します。普及啓発は、広く県民に対して、パンフレット等の配布や講演会を開催します。また、学校や職場などに対しても同様に啓発を行い、教育・労働関係機関とも連携して、不適応やいじめなどによる孤立化防止やワークライフバランスの改善などに取り組みます。

うつ病等からの回復のためには、認知行動療法*やリワーク・プログラム(復職支援専門デイケア)*の実施などにより対応できる医療機関を明確にします。うつ病等による休職者に対しては、円滑な職場復帰等が行われるよう、精神科等のかかりつけ医と産業医*等の産業保健スタッフとの連携の強化に取り組んでいきます。

〔依存症〕

依存症については、精神保健福祉センターにおいて、薬物依存症に関する治療・回復プログラム、ギャンブル依存症に関する専門相談を継続して行います。また、依存症者に対する支援を行う人材を養成するために、市町村や相談機関等の職員を対象とした研修を実施します。そのほか、家族向けの講演会等を開催する等依存症対策を推進していきます。

〔高次脳機能障害〕

高次脳機能障害及びその関連障害に対しては、3カ所の支援拠点機関を中心に、高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につながるよう努めるとともに、地域におけるネットワークの拡大・強化に取り組んでいきます。

〔摂食障害〕

摂食障害については、摂食障害治療支援センターにおいて、専門的な相談支援、適切な治療、他の医療機関の医師等への指導助言・研修を行い、身近な地域の医療機関で摂食障害治療を受けられる体制づくりを目指します。また、教育機関と連携し、摂食障害の予防や早期発見・早期受診につながるよう努めます。

〔児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかん〕

児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかんといった専門的な治療を行える医療機関が少ない疾患については、専門的に治療を行っている機関を中心とした広域的な医療ネットワークをつくり、専門的機関から助言・指導等を得ることによって、身近な地域の医療機関で治療を受けられる体制づくりを目指します。

〔精神科救急〕

精神科救急医療については、病院の協力を得て、精神科救急基幹病院や精神科救急輪番病院の拡大などにより緊急時に対応できる空床を増やすよう努め、夜間休日に身近な地域で必要な医療を受けられるよう努めます。

〔身体合併症〕

身体合併症を有する精神疾患救急患者については、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」に基づき、引き続き協力病院の増加に努めるとともに、身体疾患に対応できる病院との連携を進めます。

千葉県精神科医療センターと千葉県救急医療センターを統合して(仮称)千葉県総合救急災害医療センターを整備し、身体・精神科合併救急患者への対応を強化します。

〔自殺対策〕

自殺対策については、自殺対策強化月間などにおいて県民の自殺に関する理解を促進するとともに、相談支援機能を強化し、相談窓口の一層の周知を図ります。また、自殺の危険性の高い人やうつ状態にある人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険やうつ症状を示すサインに気付き、適切に対応することができる「ゲートキーパー^{*}」の役割を担う人材の養成を行います。

自殺未遂者について、救命救急センターや一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチームによる診療や精神科医療機関との連携体制を整備します。

自死遺族に対しては、各種支援情報の提供を推進するとともに、自死遺族の心理的影響を和らげるための活動を行う団体を支援するなど、遺族支援に取り組みます。

自殺対策は、保健・医療・福祉・教育・労働・警察・民間団体等の様々な分野の機関や団体による総合的な推進が必要であることから、連携して自殺対策に取り組みます。

〔災害精神医療〕

災害時の精神医療については、DPA Tの複数チームの派遣または中長期の活動が可能となる体制を整備するため、DPA T養成研修を継続的に開催し、チーム数を増やします。また、構成員の資質向上のためフォローアップ研修や、災害時に迅速かつ適切な支援活動が行えるよう、消防や他の医療チームとの合同訓練に参加します。

新たに整備する(仮称)千葉県総合救急災害医療センターでは、DMAT、DPA Tを同一病院内で運用できる機能を生かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。

精神科病院に対しては、災害時に備えた体制等を検討・整備するよう指導していきます。

上記の施策に取り組むとともに、医療圏ごとに各疾患等に対応している医療機関の明確化や、各医療圏及び県全体での協議の場を通じて、多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築を図ります。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤(ストラクチャー)〕

指標名	現状	目標
精神科救急基幹病院数 1	12病院 (平成29年7月)	12病院 (平成32年度) 14病院 (平成36年度)
精神科救急身体合併症に対応できる施設数 2	5病院 (平成29年7月)	5病院 (平成32年度) 6病院 (平成36年度)
救命救急センターで「精神科」を有する施設数	13箇所 (平成28年度)	14箇所 (平成35年度)
治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	7病院 (平成26年度)	13病院 (平成32年度) 18病院 (平成36年度)

- 1 精神科救急入院料算定認可医療施設数として、精神科医療センターを含む
- 2 身体疾患合併症対応協力病院運営要領に基づき登録した医療機関数

指 標 名	現 状	目 標
精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数(認知症を除く)	139 (平成29年6月)	143 (平成32年度) 147 (平成36年度)
グループホーム等の定員(グループホーム、生活ホーム、ふれあいホームの定員)	4,712人 (平成28年度)	5,900人 (平成32年度)

〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数	8人 (平成27年度)	30人 (平成32年度) 50人 (平成36年度)
地域移行・定着協力病院数	11病院 (平成29年7月)	26病院 (平成32年度)
統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.24% (平成26年度)	0.98% (平成32年度) 1.5% (平成36年度)
精神疾患の訪問看護利用者数(認知症を除く)	3,408人 (平成29年6月)	3,437人 (平成32年度) 3,498人 (平成36年度)

〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
退院患者平均在院日数* (精神病床)	325.1日 (平成27年度)	298日 (平成32年度) 274日 (平成36年度)

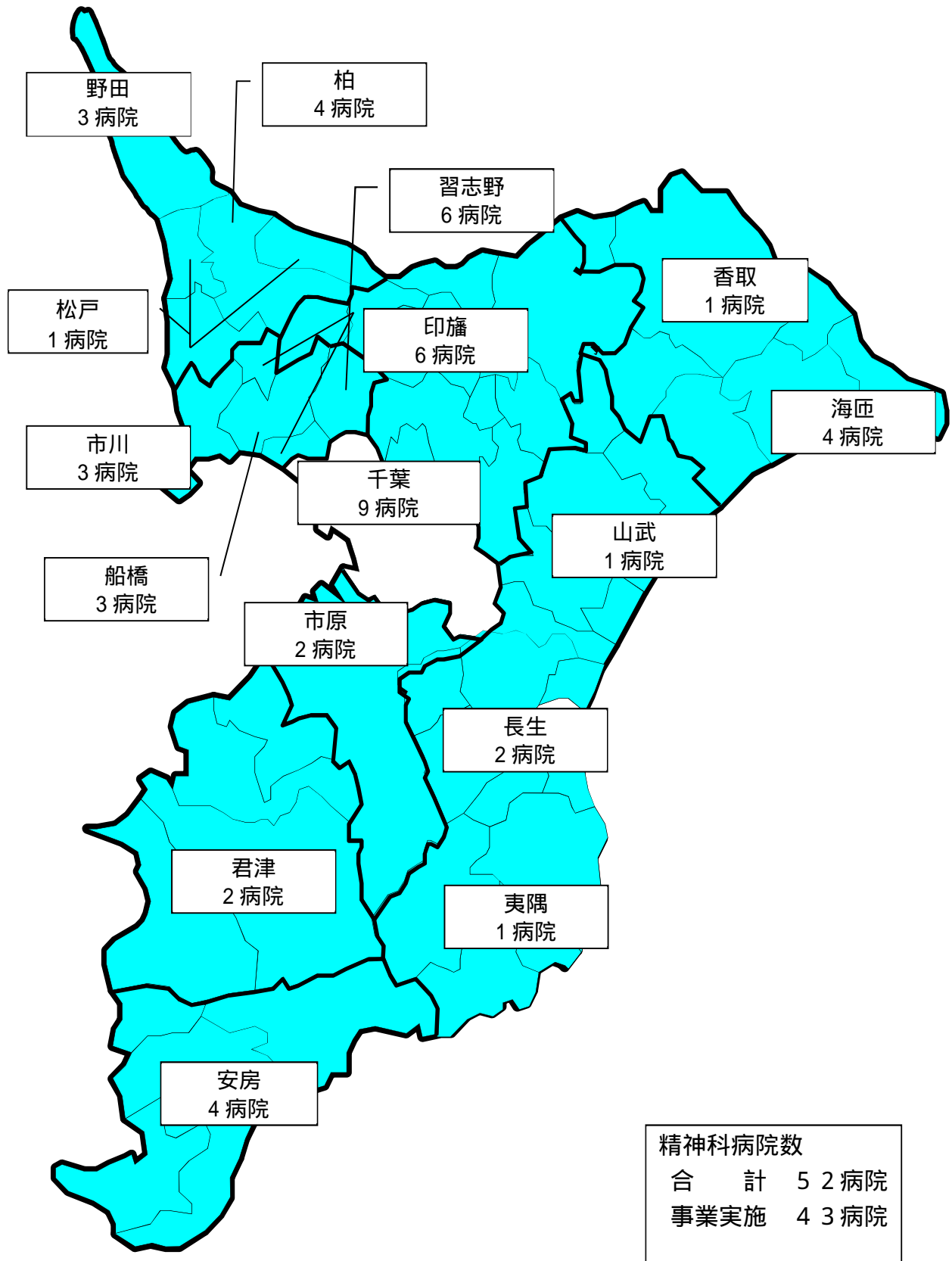
指 標 名	現 状	目 標
在院期間5年以上、かつ65歳以上退院者数	1月あたりの退院者数 20人 (平成28年度)	33人 (平成32年度) 49人 (平成36年度)
精神病床における急性期(3カ月未満)入院需要(患者数)	1,783人 (平成26年度)	1,823人 (平成32年度) 1,821人 (平成36年度)
精神病床における回復期(3カ月以上1年未満)入院需要(患者数)	1,423人 (平成26年度)	1,507人 (平成32年度) 1,555人 (平成36年度)
精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	6,329人 (平成26年度)	5,510人 (平成32年度) 4,017人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者(65歳以上患者数)	3,282人 (平成26年度)	3,058人 (平成32年度) 2,227人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満患者数)	3,046人 (平成26年度)	2,452人 (平成32年度) 1,790人 (平成36年度)
精神病床における入院需要(患者数)	9,535人 (平成26年度)	8,840人 (平成32年度) 7,393人 (平成36年度)

指 標 名	現 状	目 標
地域移行に伴う基盤整備量 (利用者数)	-	1,104人 (平成32年度) 2,760人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳以上利用者数)	-	627人 (平成32年度) 1,521人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳未満利用者数)	-	477人 (平成32年度) 1,239人 (平成36年度)
精神病床における入院後3か月 時点の退院率	69% (平成26年度)	72% (平成32年度)
精神病床における入院後6か月 時点の退院率	85% (平成26年度)	88% (平成32年度)
精神病床における入院後1年時 点の退院率	90% (平成26年度)	93% (平成32年度)
自殺死亡率 (人口10万対)	18.6 (平成26~28年平均)	13.0 (平成36~38年平均)

図表 2-1-1-2-5-1-4 千葉県内の精神科救急医療圏域及び救急医療施設



図表 2-1-1-2-5-1-5 精神障害者地域移行支援事業実施状況



平成29年4月現在

イ 認知症

(ア) 施策の現状・課題

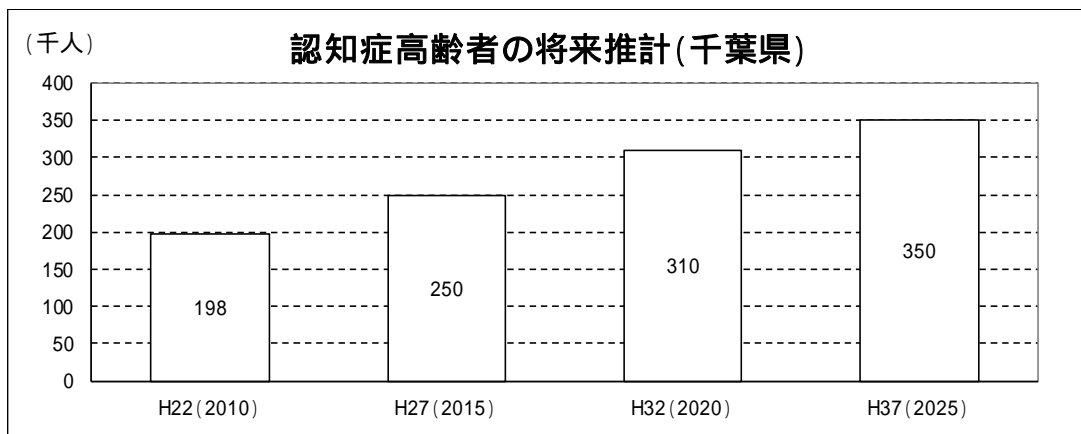
認知症の出現率は、加齢に伴って高まることから、平均寿命の延伸に伴い増加し、認知症高齢者数は平成27年の約25万人から平成37年には約35万人に増加すると見込まれています。また、85歳以上では半数以上に認知症の症状が見られるとの研究報告もあり、誰もが介護者等として認知症にかかわる可能性があるなど、身近な病気であると言えます。

そのため、認知症対策は、単に認知症の人やその家族への支援だけではなく、長寿社会に対する県民自身の意識向上や、認知症予防に向けた日々の取組等、超高齢社会における総合的な対策が必要となります。

また、認知症の初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した適切な相談支援とケアマネジメントが連続的に行なわれることが重要です。

図表2-1-1-2-5-2-1 認知症高齢者の将来推計(千葉県)

新オレンジプランにおける認知症高齢者数平成37年全国値約700万人に対応する将来推計



平成27年以前の人口は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値

平成32年、37年の人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」による推計値

「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年度厚生労働省科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による認知症有病率(「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)厚生労働省老健局平成27年1月より)」に本県の65歳以上の高齢者数を乗じて推計

〔発症予防・早期発見〕

正常と認知症の中間に当たる状態であるMCI(Mild Cognitive Impairment: 軽度認知障害*)は、認知機能(記憶、遂行機能、注意、言語、視空間認知)に低下が生じてはいますが、日常生活は自立している状態です。

MCIに気づき、対策を行うことで認知機能の改善や認知症の発症を抑制できる可能性があります。

現状では、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、原因疾患によっては、介

護予防にもつながる生活習慣病の治療、食生活の見直しなど、定期的な運動や趣味活動による脳の活性化を図ることなどで、認知症の予防、発症や進行を遅らせることも期待されており、県民一人ひとりの生活習慣の改善や健康づくり等の取組をいかに持続させるかが重要となっています。

認知症は、早期に発見し、生活環境の調整や介護の工夫等、適切な対応をすることによって、徘徊、暴力、昼夜逆転等の症状(行動・心理症状(BPSD)*)を抑え、認知症になってもその人らしく生きることができると言われています。

認知症の初期症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けがつきにくいものであるとともに、本人やその家族が受診を躊躇したり、世間体を気にして隠したりすることにより、発見と対応が遅れることがあります。

本人やその家族が認知症を疑ったとき、まずどこに相談すればよいか、どこの医療機関を受診すればよいかという情報を、誰でも容易に得られるようにすることが求められています。

〔若年性認知症〕

若年性認知症は、65歳未満での発症により、就労や生活費等の経済的、精神的負担が大きい一方で社会的理解が乏しく支援体制も十分に整っていない現状にあることから、若年性認知症に対する社会的理解を深め、若年性認知症の人やその家族に対する支援体制を整える必要があります。

さらに、患者や親等の介護が重なり、複数介護になったり、子育て等が重なる可能性があることから、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。

〔入退院時からの地域生活への支援〕

身体合併症を伴う認知症の人が医療機関に入院する際、入院生活に慣れるまでに時間がかかることや、患者が入院の必要性を理解できないことなどにより、入院治療が困難になる場合があります。受診・入院治療の受け入れや、症状に即した治療や看護を行うため、認知症に関する正しい知識に基づく対応ができる人材の育成支援が必要となります。

極めて重篤な行動・心理症状(BPSD)により、一時的に精神科での対応が必要となる場合がありますが、精神科で対応すべきBPSDは、3か月程度で軽快することが多いといわれることから、入院にあたっては入院目的を明確にするとともに、入院時から在宅復帰を念頭において退院後の受け入れ先の確保や家族との調整等を行うことが重要です。

また、認知症の進行に伴い、治療とともに介護が中心となることを考えると、地域の中核的な病院の支援体制のもとで、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション*、居宅介護サービス事業所等、多様な地域資源が連携し、役割分担をしながら、地域での生活を支える仕組みが求められています。

〔認知症の進行と看取り支援〕

認知症対策は、認知症の人やその家族の視点に立ち、各関係機関が連携して取り組

んでいくことが必要です。

認知症の症状が進むと、身体状況や自分の思い等を周囲にうまく伝えられなくなることがあります。そのため、認知症が進行する前に、早期に身体や口腔機能等を確認し、必要に応じた治療や補聴器等の補助器具・義歯等を作成するほか、終末期の過ごし方を家族や身近な人と話し合っておくこと等が重要になります。

終末期における看取り支援では、尊厳を保ちながら最期まで自分らしく生きられるよう、認知症の人やその家族の意思を尊重する必要があります。判断能力の回復が見込めない状況になっても患者の価値観を尊重し、希望する人生の最終段階における医療や介護等を受けることができるように、自らの意思を表明できない状況になる前に、延命を目的とした医療処置の希望について、かかりつけ医^{*}や家族など身近な人と十分に話し合っておくことが必要です。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

認知症の循環型地域医療連携システム^{*}は、県民が、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活し続けられるよう、在宅生活を維持するための医療機関、鑑別診断^{*}や専門医療相談ができる医療機関、行動・心理症状(BPSD)が悪化した場合や身体疾患のある認知症患者の入院対応ができる医療機関等の各機関に加え、地域包括支援センター^{*}や介護サービス事業所等の総合的な連携により構築します。また、行政等による認知症に関する正しい知識の普及・啓発といった日常生活支援対策も含まれます。

かかりつけ医は、認知症の可能性について判断するとともに、認知症疾患医療センター^{*}等の専門医療機関による鑑別診断とその治療計画等に基づき、地域包括支援センターや介護支援専門員^{*}等と連携して日常の診療を行います。また、BPSDや身体疾患により、認知症の人が入院した場合、在宅復帰に向けた退院支援に協力し、退院後は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携をとりながら引き続き療養支援を行います。

認知症サポート医^{*}は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うとともに、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ります。

認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑別診断や専門医療相談を行うとともに、BPSDや身体合併症に対する急性期^{*}治療を実施するほか、地域の保健・医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水準の向上を図ります。

訪問診療^{*}を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。

市町村が設置する認知症初期集中支援チーム^{*}は、複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。

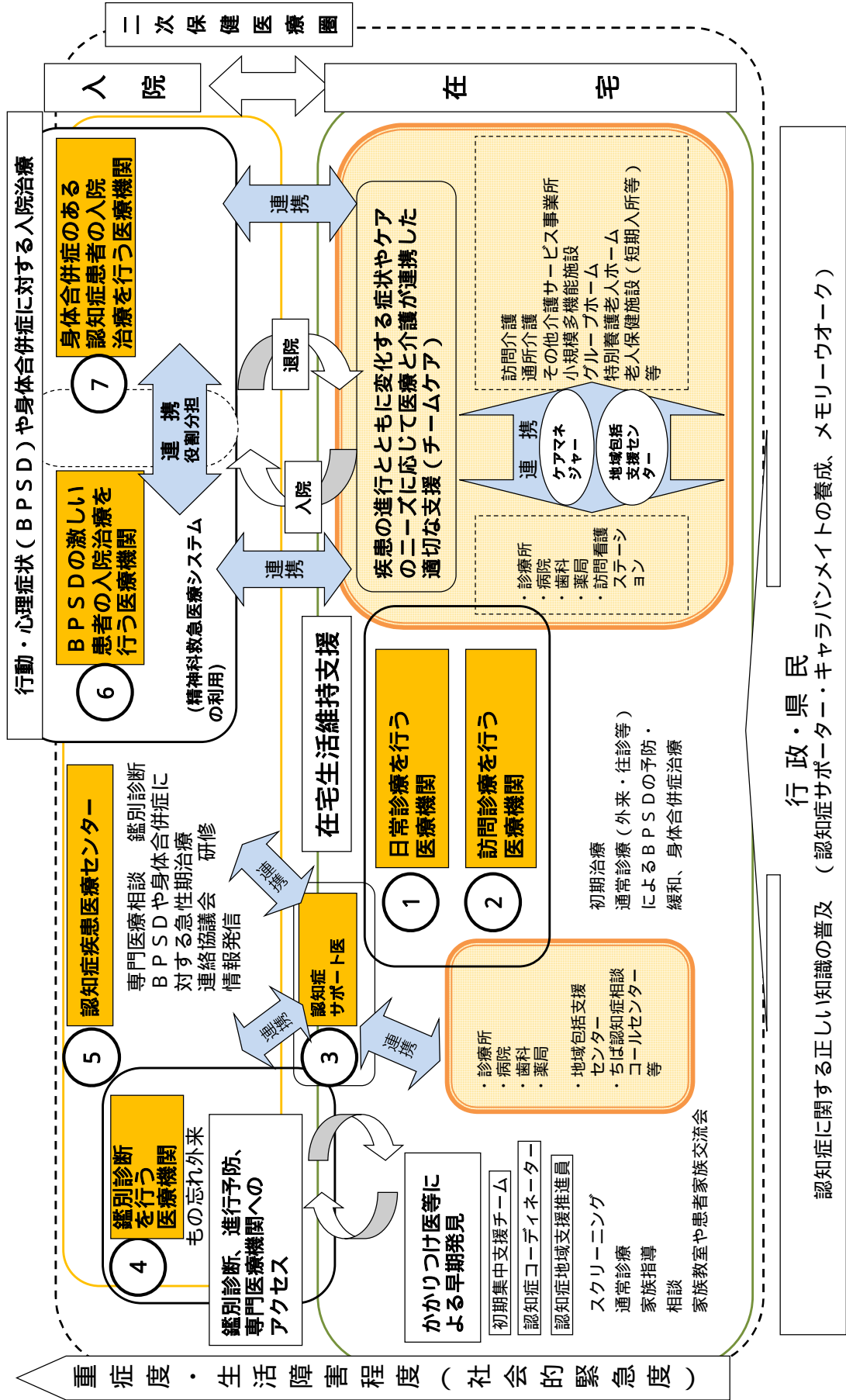
BPSDや、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を行う入院

医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を図り、できる限り短い期間での退院を目指します。

地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「千葉県認知症コーディネーター^{*}」を養成します。千葉県認知症コーディネーターは、国により市町村に必置とされている「認知症地域支援推進員^{*}」として活動することができます。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができるよう、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート^{*}」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。

認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図



(ウ) 施策の具体的展開

a. 認知症に対する正しい理解の普及・啓発とやさしいまちづくりの推進

〔本人、家族、地域住民の理解促進〕

認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーター*の養成や活用、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイト*の養成、さらには認知症メモリーウォーク*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発を進めます。

行政や保険者による健康診断等の自覚症状・セルフチェック項目に、初期症状の把握等、早期発見のための項目を盛り込むことを検討するとともに、早期受診につながるよう、受診可能な医療機関等の情報収集・整理及び情報提供の促進を図ります。

認知症の人や介護者に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会や若年・本人のつどいを開催し、認知症の知識、精神面での支援等を図ります。

b. 認知症予防の推進

〔介護予防、自立支援及び重度化防止の推進〕

市町村が行う介護予防、自立支援及び重度化防止の取組を支援するため、先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。

また、介護予防市町村支援検討会議により予防事業の評価・推進を図ります。

モデル市町村に対し、アドバイザーを派遣し介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げを支援します。

このモデル的な取組で得られた成果をもとに、効果的な介護予防が実施されるよう、市町村支援に努めます。

市町村の一般介護予防事業を総合的に支援できるリハビリテーション職を育成するための研修を行います。

認知症の早期発見・早期対応に向け、本人や家族が認知症に気づくきっかけの一助とするため、認知症チェックリストを作成・配布します。

〔介護予防の推進に資する人材の養成〕

生活習慣病予防対策として重要な特定健診*・特定保健指導*に従事する人材を育成するため、研修会を行います。

第3次食育推進計画に基づき、高齢期の生活習慣病や低栄養*予防、健康づくりのための食育を推進するため、高齢期の食育に携わる専門職及び地域ボランティアの人材育成を行います。

〔健康づくりと認知症予防の普及啓発〕

要介護・要支援にならないよう、早期からの予防につながるロコモティブシンドローム(運動器症候群)*等の予防や、口腔ケア*の大切さと口腔の状態と健康との関係に関する知識等について、ホームページ等を活用した普及啓発を行います。

運動だけではなく認知課題（頭の体操）を加え、認知機能維持向上に役立つ運動「コグニサイズ*」の普及啓発を図ります。

c. 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働の推進

〔かかりつけ医、認知症サポート医の診療体制の整備〕

かかりつけ医に対して認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるよう支援します。

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる認知症サポート医を、県医師会と連携しながら養成し、認知症の早期発見・早期治療等の医療体制の充実を図ります。

〔多職種のネットワークや継続的で一貫した相談支援体制の構築〕

認知症の人の支援も含めた包括的な支援体制を構築するため、地域包括支援センターの機能強化等を図ります。

専門医療相談や、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症や行動・心理症状（BPSD）への急性期対応、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携した生活支援等を行う認知症疾患医療センターについて、二次保健医療圏に1か所以上の配置を図り、相談・支援体制の充実を図ります。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。

地域における認知症支援体制の構築を推進するために、「千葉県認知症コーディネーター」を養成します。また、「千葉県認知症コーディネーター」と「認知症地域支援推進員」が医療・福祉・介護・行政等の関係者と協力しながら、関係者のネットワーク構築や調整、地域資源情報の提供などを行うことができるよう資質の向上を図ります。

複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域ごとに作成される認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れである「認知症ケアパス」等が有効に機能するよう市町村を支援します。

認知症の人とその家族の支援には、様々な専門職による連続的かつ包括的な支援が必要であることから、各専門職の研修の実施を進めます。

〔中核症状、行動・心理症状（BPSD）への対応〕

中核症状の進行抑制やBPSDの出現予防、緩和を図り、適切な医療やケアの提供及び環境調整が行われるよう、医療体制の充実を図るとともに、医療や介護サービス等の効果的な組み合わせによる支援体制づくりを進めます。

アルツハイマー型認知症の場合、中核症状については、適切な薬物療法により、

記憶力低下の進行を遅らせることが可能と言われており、早期発見・早期診断が重要なため適切な診療を早期から受けられるよう、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発を進めます。

またMCIや、認知症の初期段階におけるリハビリテーションが有効とされていることから、本人の生活情報を重視した多職種協働によるリハビリテーションの普及等の施策を検討します。

BPSDについては、地域のかかりつけ医等による外来診療や往診*による投薬管理を含めた適切な医療を提供することにより、その軽減を図ることができると言われており、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充実を図ります。

また、BPSDは、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えたりすることで症状が大きく改善されると指摘されており、本人を中心にとらえた課題分析とケアが実践され成果を挙げているため、認知症の人に関わる多職種のスタッフがこれらの手法を活用し、BPSDを重症化させない予防的な取組に係る施策を推進します。

〔激しい行動・心理症状（BPSD）を伴う認知症患者への対応〕

激しいBPSDは、3か月程度で軽快することが多いと言われているため、医療機関と介護施設の連携体制の構築を支援するとともに、退院時の一時的な受け入れ先としての施設機能の検討や、施設職員の認知症対応能力の向上を図り、早期在宅復帰を促進します。

d．認知症支援に携わる人材の養成

〔認知症への対応〕

多職種のスタッフが連携してチーム支援を行えるよう、人材の養成や、病院・施設内等において活動しやすい環境づくりを促進します。

早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、認知症サポート医の養成及びかかりつけ医、病院勤務の医療従事者、歯科医師・薬剤師・看護職員向け認知症対応力向上研修を行います。

〔身体合併症（行動・心理症状（BPSD）を伴う場合を含む）への対応〕

精神科リエゾンチーム*による診療協力など、身体合併症の治療を行う医療機関と、BPSDの治療を行う医療機関が連携を図り、役割分担しながら治療にあたることのできる体制の構築を促進します。

e．本人やその家族への支援

〔認知症の人やその家族の視点の重視〕

認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、患者やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

〔認知症の人やその家族への支援〕

在宅においては認知症の人の最も身近な家族など、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進します。

地域の実情に応じて、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人やその家族が集う取組について市町村へ普及を促進します。

「ちば認知症相談コールセンター*（電話番号：043-238-7731）」を設置し、電話相談に加え面接相談を実施します。

〔終末期における看取りの支援〕

認知症の人の痛みや苦痛の感じ方、経管栄養等の医療行為の意味、どこまで医療行為を行うか、その医療行為がその後の経過にどのような影響を及ぼすか等について十分に患者やその家族に情報提供することも含め、患者の意思決定や看取りの支援を行う医療機関と看護・介護従事者等による連携体制の構築を支援します。

f . 若年性認知症施策の推進

〔若年性認知症の人やその家族への支援〕

当事者とともに医療、介護、福祉、雇用の関係者が連携するネットワークの充実を図ります。

また、市町村と連携し、症状の進行に応じて若年性認知症の人やその家族が利用できる制度や地域資源の情報の整理を進めます。

若年性認知症支援コーディネーター*を配置し、若年性認知症に関する相談体制を整えます。

若年性認知症に関する実態調査を実施し、施策の充実を図ります。

(エ) 評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状（平成28年度）	目標（平成32年度）
認知症サポーター数	359,298人(累計) (H29.9.30現在)	49万人(累計) (35年度)61万人(累計)
認知症サポート医の養成人数	387人(累計) (H30.2.28現在)	500人(累計)
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	1,076人(累計)	1,500人(累計)
病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修修了者数	1,564人(累計)	3,700人(累計)

歯科医師認知症対応力向上研修 修了者数	165人(累計) (H30.2.28現在)	1,000人(累計)
薬剤師認知症対応力向上研修 修了者数	437人(累計) (H30.2.28現在)	1,900人(累計)
看護職員認知症対応力向上研修 修了者数	-	755人(累計)
認知症疾患医療センターの指定 箇所数	11箇所 2次保健医療圏域に1か所以上 設置(東葛北部、南部は2か所) (H29.7.1現在)	11箇所
認知症介護実践研修受講者数 (千葉市を除く。)	3,967人(累計)	5,177人(累計)

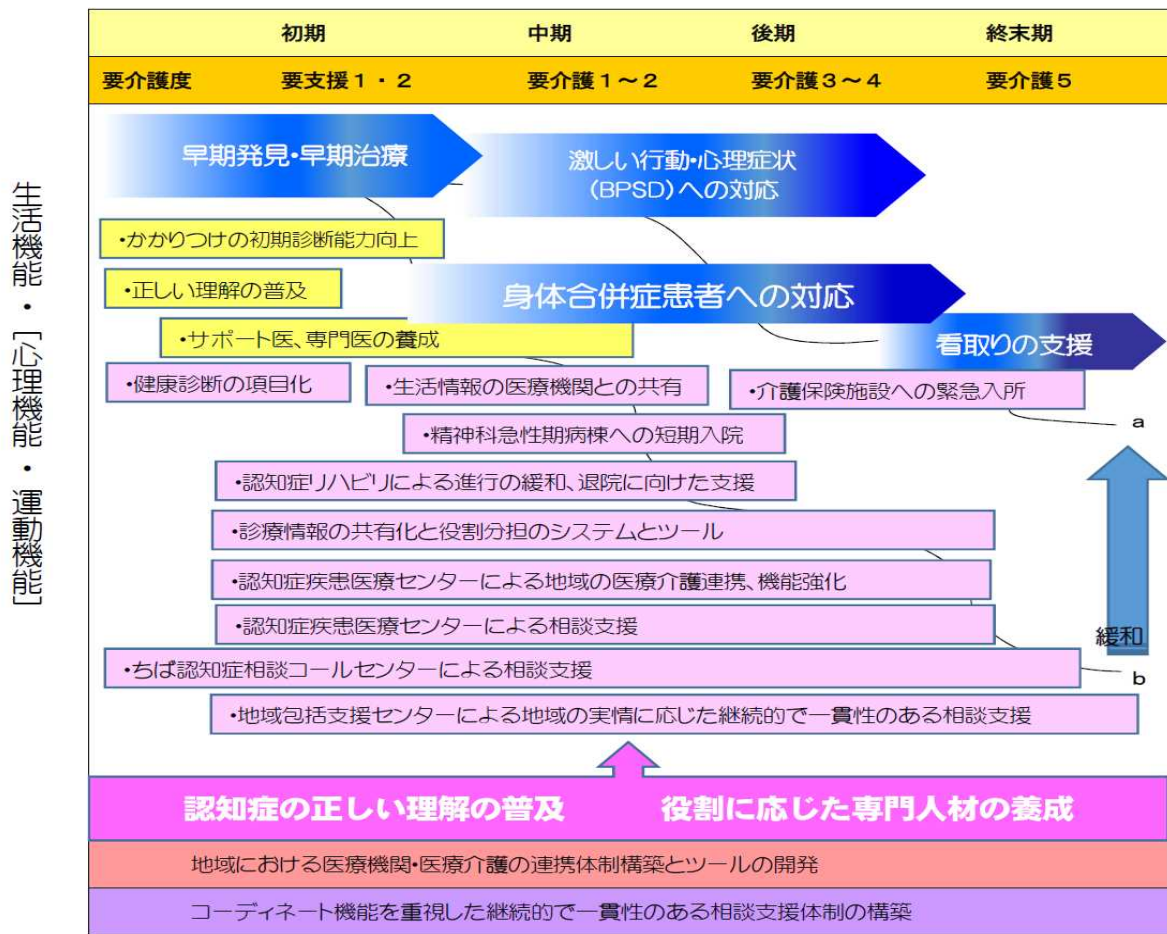
〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現状(平成28年度)	目標(平成32年度)
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数	6,916件	8,500件 (35年度)8,900件
「千葉県オレンジ連携シート」の 使用枚数	660枚	900枚

〔結果(アウトカム)〕

指 標 名	現状	目標(平成32年度)
高齢者人口10万人に対する認知 症の精神病床での入院患者数	191.6人 (平成26年度)	減少
認知症対応型共同生活介護(グル ープホーム)*利用者実績(地域 密着型サービス利用状況)	6,364人/月 (平成28年度)	7,747人/月
特別養護老人ホーム利用者実績 (施設サービス利用状況)	23,224人/月 (平成28年度)	28,485人/月
認知症対応型通所介護利用実績 (地域密着型サービス利用状況)	13,390回/月 (平成28年度)	17,614回/月

図表 2-1-1-2-5-2-2 ステージごとの施策検討の方向性



図表 2-1-1-2-5-2-3 認知症疾患医療センター

H29.10.1 現在

