

## 6 精神疾患

### 【対策のポイント】

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

### (1) 現状と課題

#### ア 精神疾患の医療

- 精神疾患は、2014年の患者調査によると全国で390万人を超える水準となっています。我が国での調査結果では、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います。また、WHOによると世界で1,000人に7人（0.7%）が統合失調症に罹患しています。
- 高血圧や糖尿病、がんなどの予防はエビデンスに基づいた方法が確立していますが、精神疾患については、その必要性は認識されているものの予防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です。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、健康のための3つの要素とされてきたところです。さらに、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要素となっています。
- 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、心理検査等の検査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・脳機能画像などの技術が進歩しており、客観的診断方法として期待されています。診断においては、身体疾患に起因する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の知識をもとに、治療計画を患者とその家族等に説明しておく必要があります。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がありますが、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、生活習慣の改善等の重要性があげられます。診断や治療において、生物学的、心理学的、社会文化的側面を考慮できる視点が必要であり、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ます。
- うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、膵疾患、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に入れ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。自殺にいたる要因のうち、健康問題の中では、うつ病が多くをしめています。
- 精神疾患にはこのほか、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、発達障害等も含まれており、精神疾患は住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、また、精神疾患にかかると稼働能力の低下などにより、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。
- 少子化によって一般小児科の受診者数が減少しているのに対し、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、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期の心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)

- 2017年4月1日現在、精神病床を有する県内の病院数は40病院（休棟2病院を含む）、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は32病院で、精神病床数は、6,731床となっています。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、2014年度の医療施設調査では55診療所となっています。精神科病院の医師数は、2014年度の病院報告では235人となっています。

### (精神科病院の入院患者の状況)

- 県内の精神科病院に入院している人は、精神科病院月報によると2017年3月末現在5,509人で、5年前（2012年3月末現在6,014人）と比べ505人、約8.4%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、2016年度は228.5日で、5年前（2011年度270.0日）と比べ41.5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、2016年6月末現在3,518人と、全体の62.5%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少ないなど、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。

### (精神科救急の状況)

- 2017年度の県内の精神科救急医療施設は10施設で、内訳は常時対応の常時対応型病院4施設、輪番型病院6施設となっています。2016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13,227件、精神科救急情報センターへの電話相談件数は3,956件となっています。また、2016年度の夜間・休日の受診件数は1,312件、入院件数は668件であり、受診件数は横ば

いで推移していますが、入院件数は増加しています。

(疾患ごとの患者の状況) ※一般病院の患者数を含む。

#### 【統合失調症】

○2014年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の外来患者数は43,583人、入院患者数は7,747人です。

○統合失調症は、およそ100人に1人弱がかかる頻度の高い病気ですが、新しい薬の開発と心理社会的ケアの進歩により、初発患者のほぼ半数は、治療により寛解後、長期的な回復を期待できるようになりました。

#### 【うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)】

○2014年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病(双極性感情障害)の外来患者数は71,319人、入院患者数は4,068人です。

#### 【依存症】

○2014年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の外来患者数は1,388人、入院患者数は568人、薬物依存症の外来患者数は153人、入院患者数は86人、ギャンブル等依存症者の外来患者数は15人です。

#### 【心的外傷後ストレス障害(PTSD)】

○PTSDとは生死にかかわるような危険を体験したり目撃したりした記憶が残ってこころの傷となり、何度も思い出されて当時と同じような恐怖を感じ続けるという疾患であり、2014年に医療機関を継続的に受療しているPTSDの外来患者数は323人、入院患者数は10人です。

#### 【高次脳機能障害】

○国立障害者リハビリテーションセンターが高次脳機能障害支援モデル事業で行った調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害は全国に27万人、本県では8,000人と推計されています。

#### 【摂食障害】

○2014年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の外来患者数(精神療法に限定)は803人、入院患者数は281人です。

○摂食障害には拒食症と過食症があり、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、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1~2人、男子中学生の1,000人に2~5人と推計されています。

#### 【てんかん】

○2014年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの外来患者数(精神療法に限定)は11,588人、入院患者数は2,485人です。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人あたり7.71人と推計されています。

○てんかんは、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一方で、専門医療が必要な患者が専門医療に必ずしも結びついていないと言われています。

#### (身体合併症の状況)

○2014年に精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数は482人です。

○精神科病院に入院中の患者が、専門的かつ高度な医療（精密検査や外科的治療、放射線治療）を必要とした場合、精神科治療と併せ一般科病院の専門的入院治療が可能な受入病院は聖隷三方原病院のみであり、各医療圏域の中で探すことが困難な状況にあります。

#### （自殺者の状況）

○2016年の厚生労働省の人口動態統計調査によると、本県の自殺者数は前年より80人少ない602人となりました。

○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700人台から800人台の高水準で推移していましたが、2010年をピークに減少傾向にあり、若年層については、おおむね横ばい状態にあります。

#### （医療観察法における対象者への状況）

○「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。通院決定を受けた人数は2014年4月から2017年3月末まで18人となっています。

#### （児童・思春期精神疾患の状況）

○2014年に医療機関を継続的に受療している児童・思春期精神疾患（20歳未満）の外来患者数は8,612人、入院患者数は174人です。

○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、子どもの心の問題は深刻化・多様化しています。

## ウ 医療提供体制

○多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、患者本位の医療を提供できるよう、精神疾患の医療連携体制を構築する必要があります。また、精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害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地域づくりのために、医療、保健、福祉の連携を進める必要があります。

### （ア）適正な医療の確保等

○患者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害のある人に対する適切な医療及び保護の確保の観点から、人権に最大限配慮した医療を提供する必要があります。

○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、精神疾患に関する普及啓発や精神医療の体制の整備を図るとともに、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精神疾患に対する理解の促進を図る必要があります。

○また、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配慮も必要です。

### （イ）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。

- このため、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、てんかんなど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される医療体制の確保が必要です。
- 富士圏域では、富士市医師会を中心として、一般医と精神科医との連携による、うつ病の早期発見・早期利用を目的とする「紹介システム」の構築に先駆的に取り組んでいますが、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)患者の早期発見・早期治療のためには、より一層、一般かかりつけ医と連携した、医療提供体制を構築する必要があります。
- 2017年度策定した「静岡県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にし、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなど地域連携体制を構築する必要があります。
- 「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が2016年6月1日に施行され、薬物依存症者の再使用防止に向け、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。
- 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。
- 高次脳機能障害は、外見からでは分かりにくい障害であり、治療から就労に至るまでの連続したケアや福祉制度の狭間となり、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相談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。
- 摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センターによる他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。
- てんかんはてんかん発作に加え、様々な精神・心理・社会的問題を示すことがあり、包括的ケアシステムが求められています。てんかん診療拠点機関による他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。

#### **(ウ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築**

- 長期入院している精神障害のある人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、地域における保健・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な(インクルーシブ)な社会を構築する必要があります。このため、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る必要があります。

#### **(エ) 精神科救急体制**

- 在宅の精神障害のある人の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のシステムの整備や精神医療に関する相談窓口の設置等体制を整備する必要があります。

### (オ) 身体合併症

○精神疾患と身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、精神科医師と一般科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。

### (カ) 自殺対策

○自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結び付ける取組に合わせて、精神科医療提供の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図る必要があります。

### (キ) 医療観察法における対象者への医療提供体制

○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) 児童・思春期精神疾患の医療提供体制

○精神障害のある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須の条件です。さらに、児童精神科医療機関が中核となって、福祉・教育・保健・司法等を含む関係領域が連携し、包括的な支援を行うことが重要となってきます。

## (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
精神科病院1年以上の長期 在院者数	3,518人 (2016.6.30) ※暫定値	3,232人 (2020年度)	地域移行や治療の高度化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	57.8% (2016.6.30) ※暫定値	69%以上 (2020年度)	第5期障害福祉計画に係る基本指針に示す国の目標値に合わせる。	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6か月時 点退院率	79.1% (2016.6.30) ※暫定値	84%以上 (2020年度)	第5期障害福祉計画に係る基本指針に示す国の目標値に合わせる。	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1年時点 退院率	88.6% (2016.6.30) ※暫定値	90%以上 (2020年度)	第5期障害福祉計画に係る基本指針に示す国の目標値に合わせる。	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) 適正な医療の確保等

○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、相互に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、継続して普及啓発を行い、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。

○精神障害のある人の人権に配慮し、患者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。

○新規入院患者については、精神病床を急性期、回復期、慢性期に機能分化し、入院中の処遇の

改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内の退院となるよう、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します。

○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、薬局による服薬情報の一元的・継続的把握、薬学的管理・指導を促進します。

#### **(イ) 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に、情報発信や人材育成、2次保健医療圏において地域連携拠点機能を担う医療機関の支援を行う県下全域の拠点病院を明確にし、地域医療連携体制を構築します。

##### **【統合失調症】**

○浜松医科大学附属病院及び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するほか、国が目指す専門的治療方法の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、浜松医科大学附属病院及び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。

##### **【依存症】**

○アルコール、薬物等による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家族への支援等を行うほか、依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、服部病院、聖明病院、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。

##### **【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、浜松医科大学附属病院及び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。

##### **【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、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、聖隷三方原病院リハビリテーション科を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

##### **【摂食障害】**

○摂食障害は、適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関が少ないことから、患者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、浜松医科大学附属病院、県立こども病院、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、医療連携体制の充実等を図ります。

##### **【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ることができる又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活できる場合も多いことから、運転、就労などの生活にかかわる相談支援体制を充実し、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進するとともに、静岡てんかん・神経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。

### **(ウ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築**

- 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するとともに、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や社会復帰の支援体制の整備を促進します。
- 精神障害のある人が地域で安心して生活し続けることができるように、地域における居住環境及び生活環境の一層の整備や精神障害のある人の主体性に応じた社会参加を促進するための支援を行い、地域で生活しながら医療を受けることができるように、精神障害のある人の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供できる体制を確保し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進します。

### **(エ) 精神科救急体制**

- 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、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。

### **(オ) 身体合併症**

- 精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等において一般科医師と精神科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）を圏域ごとに設けており、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を全域拠点機関とし構築します。

### **(カ) 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、2017年度に策定した「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自殺対策を行うとともに、地域における相談体制の充実を図ります。
- 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、教育委員会等関係機関と連携し、SOSの出し方等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の実施が必要であることから、浜松医科大学附属病院、県立こころの医療センター、県立こども病院を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

### **(キ) 医療観察法における対象者への医療**

- 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、指定医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全域拠点機関とし、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) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築**

- 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

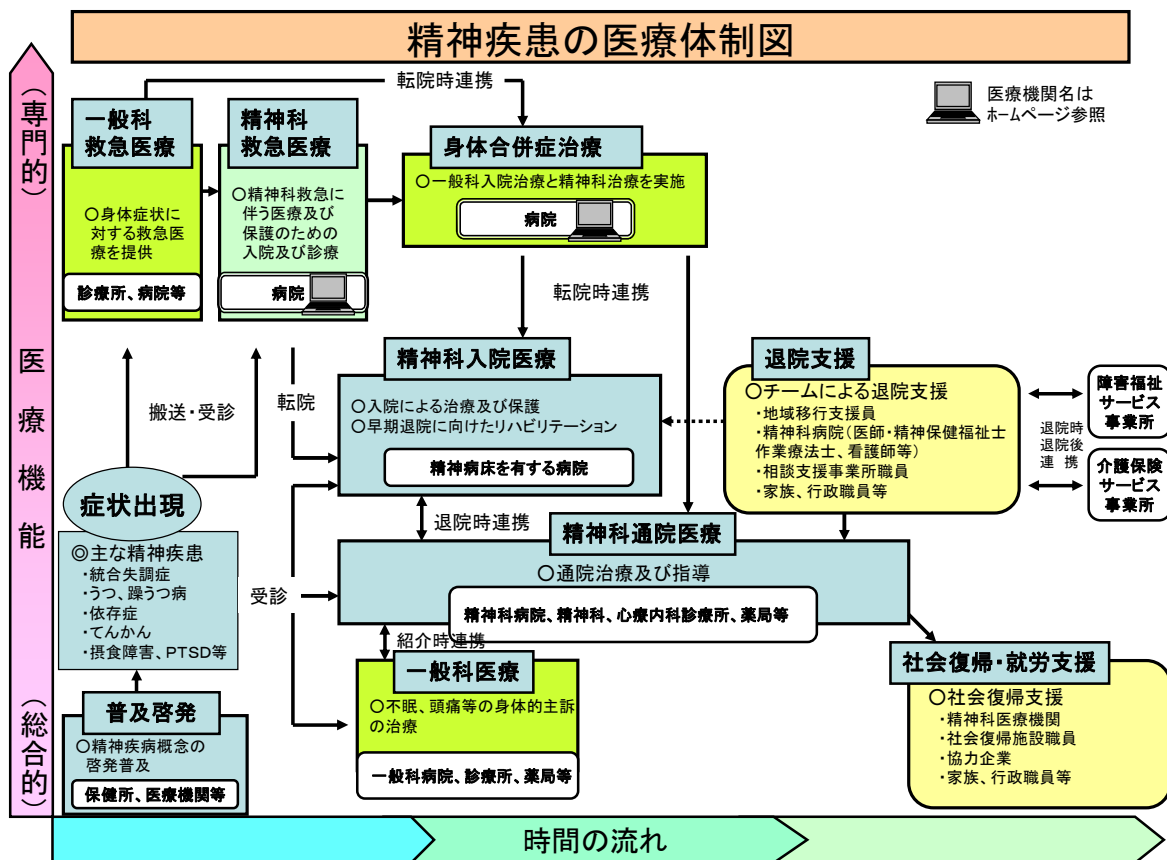


生活していくために、浜松医科大学附属病院、国立病院機構天竜病院、県立こども病院、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

### (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	○チームによる退院支援	○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	<b>【精神科救急医療施設】</b> ・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医療を実施 ・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

#### (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）	1,195人	2016.6.30 ※暫定値	厚生労働省精神保健福祉資料
回復期（3～12か月未満）	917人		
慢性期（12か月以上）	3,518人		

#### (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
57.8%	79.1%	88.6%	2016.6.30 ※暫定値	厚生労働省精神保健福祉資料

### ○ 県内の精神科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
2012.3末	6,014人	22人	2,394人	3,585人	13人	—
2013.3末	5,868人	24人	2,453人	3,376人	15人	0.98%
2014.3末	5,677人	26人	2,405人	3,232人	14人	0.97%
2015.3末	5,660人	30人	2,357人	3,255人	18人	1.00%
2016.3末	5,560人	27人	2,289人	3,229人	15人	0.98%
2017.3末	5,509人	35人	2,547人	2,913人	14人	0.99%

(資料：精神科病院月報により県が集計)

### ○ 精神病床における再入院の状況

	退院後3か月時点		退院後6か月時点		退院後12か月時点	
	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国
全再入院患者	24%	23%	31%	30%	37%	37%
1年未満入院患者	21%	20%	29%	28%	35%	36%
1年以上入院患者	41%	37%	42%	40%	44%	43%

(出典：厚生労働省「平成26年度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	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
外来受診者	1,408	1,369	1,455	1,417	1,538	1,530	1,511	1,312
うち入院者	554	546	551	548	650	643	625	668
入院の割合	39.3%	39.9%	37.9%	38.7%	42.3%	42.0%	41.4%	50.9%

(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		2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
死亡総数	人数(A)	38,194人	38,393人	38,342人	39,518人	39,293人
自殺	人数(B)	751人	759人	674人	682人	602人
	割合(B/A)	2.0%	2.0%	1.8%	1.7%	1.5%
自殺の年齢内	19歳以下	12人	13人	12人	14人	13人
	20歳以上	83人	80人	67人	63人	65人
	30歳以上	97人	103人	93人	87人	76人
	40歳以上	117人	128人	123人	130人	115人
	50歳以上	105人	136人	117人	118人	105人
	60歳以上	147人	122人	119人	130人	99人
	70歳以上	117人	109人	98人	84人	76人
	80歳以上	73人	68人	45人	56人	53人
	不詳	0人	0人	0人	0人	0人
人口10万人当たり死亡率 (静岡県)		20.4人	20.7人	18.5人	18.7人	16.6人
人口10万人当たり死亡率 (全国)		21.0人	20.7人	19.5人	18.5人	16.8人
死因順位・静岡県 (全国)		8位 (7位)	8位 (7位)	8位 (8位)	9位 (8位)	8位 (8位)

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

## 6-2 発達障害

### 【対策のポイント】

- 発達障害の診断機会の確保
- 医療と福祉、教育などとの連携
- 医療の地域偏在の解消

### (1) 現状と課題

#### ア 発達障害の現状

- 発達障害者支援法では、「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」と定義されています。
- 発達障害者支援法の施行から10年が経過し、2016年8月からは改正発達障害者支援法が施行されるなど、発達障害に対する社会的認知の高まりに伴い、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳所持者数は2016年度末で1,499人と、2012年度末の891人と比べて、増加率68%と大幅に増加しています。本県では、療育手帳制度を見直し、2006年11月よりIQ80以上89以下で発達障害と診断されたものに対して、療育手帳を交付しています。
- 発達障害に対する医療の関わりとしては、
  - ①保健・予防的な側面として、健診でのスクリーニング、相談、情報提供、意見書、診断書作成
  - ②狭義の医療として、状態像の把握、検査、診断、合併症や二次的障害の治療、機能訓練
  - ③生活や機能の維持、発達保障として、機能維持、発達支援、療育的対応、二次的障害の予防
  - ④生活の拡大・充実のための支援として、福祉、教育、労働などの他の分野との連携や生活、行動上の適応支援、家族や地域の各機関への支援などが挙げられます。
- 医療機関としては、スクリーニング、一般的な検査、初期相談やガイダンスなどを行う一次医療的な機関、診断、専門的検査、薬物療法などを行う二次医療的な機関、二次的障害の治療など入院も含めた高度な診療を行う三次医療的な機関、加えて療育、リハビリテーション、地域支援なども行う専門機関などの階層に分けることができます。
- さらに、知的障害を伴う自閉症の人などは、発達障害の行動特性のために一般の医療機関での身体疾患の治療や予防接種などが困難な人もおり、すべての医療機関において、発達障害の知識の普及と配慮が必要とされています。

#### イ 本県の状況

- 本県では、2005年4月にこども家庭相談センターに総合支援部（発達障害者支援センター）を設置し、市町や民間の機関で対応困難な事案について専門的な立場から相談を受け付け、発達支援や就労支援を行うほか、市町などの関係機関に対する情報提供や研修などを実施しています。また、より適切な発達支援等を行うため、県立の診療所を付設しているほか、2012年度から沼津市内にサテライト（発達障害者支援センター（東部））を設置しています。
- 健診でのスクリーニングにおいて、地域の医療機関（または医師）の協力を得ていますが、東部地域を中心に診断・検査を行う低年齢を対象とする小児科の医療機関の確保が困難な状況にあります。

- 発達障害者支援センターの相談のうち、40.9%は診断・相談・支援を受けられる機関を知りたいというもので、最多になっています（2016年度）。また、発達障害専門医は全国的に不足していますが、特に地域の拠点となる医療機関がない東部地域では、低年齢の発達障害児の診断、発達検査、知能検査を行う小児科の医療機関が他地域に比較して極端に不足しています。
- 本県では、2010年度に児童・青年期精神医学の診療能力を有する医師の育成、地域の児童精神医療に関する研究の促進、養成された専門医の県内定着などを目的に、浜松医科大学に寄附講座を設置し、人材育成に努めています。寄附講座では、児童精神科を目指す後期臨床研修医を全国より募集して県内の病院で臨床研修を行い、その後県内の医療機関等で勤務を開始しています。2016年度までの7年間に、24名が研修を修了し、うち22名（中部10名、西部12名 2017年4月1日時点）が県内の病院に配置されています。

## ウ 医療提供体制

- 発達障害に係る医療機関の情報が不足しているため、定期的に発達障害に対応した医療機関の調査を実施し、医療機関に係る情報の共有化を図ることが必要です。
- 地域において、発達障害の診断に対応できる医師や心理士を確保するため、発達障害を専門とする小児神経科医や児童精神科医の確保は長期的な視点に立って、地域で継続的に養成・確保するための拠点や体制の整備が必要です。また、看護師等の医療従事者の発達障害への理解促進も求められます。
- 発達障害の診断機会を確保するほか、診断・検査から発達支援に円滑につなぐため、地域の福祉、教育などの支援機関と医療機関の連携強化が求められます。
- 他地域と比較して、東部地域においては、発達障害の診断・検査を行う小児科の医療機関が少ないなど、地域偏在を解消することが必要です。
- 成人期の発達障害についても、診断を受ける際に必要な検査ができる医療機関が少なく、集中する傾向があるため、必要な検査やその後の対応ができる医療機関を確保することが求められます。

## (2) 対策

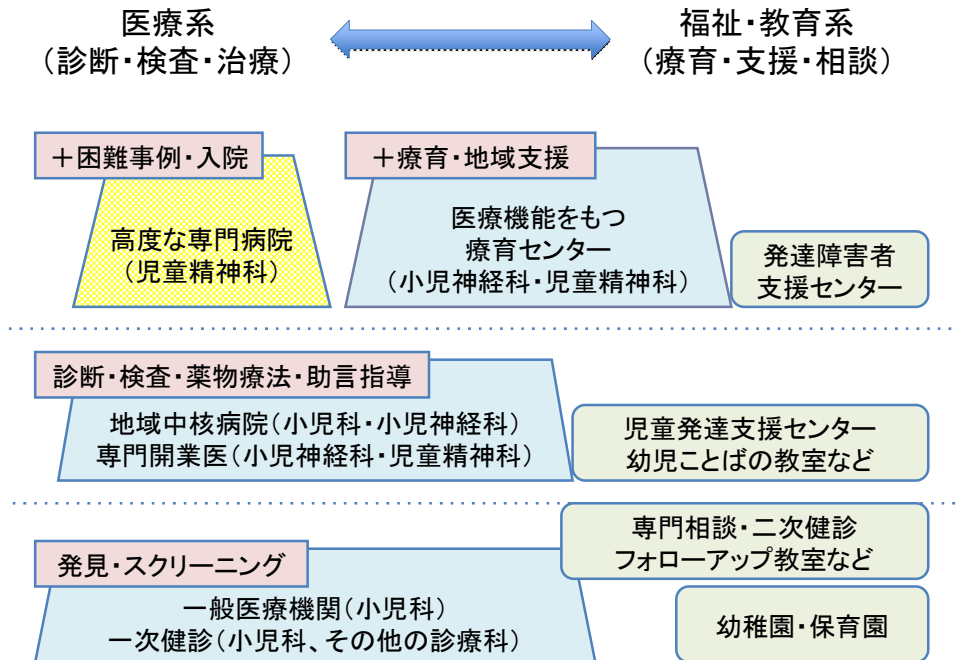
### ア 施策の方向性

- 医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。
- 浜松医科大学への寄附講座による医師の養成をはじめ、小児神経科医や児童精神科医を地域で継続的に養成・確保する仕組みの検討など、専門医・専門的医療機関の確保を図ります。
- 医療から発達支援へつなぐための仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の連携強化を進め、児童発達支援センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を図ります。
- 小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実を努めるなど、地域の小児科医等の対応力の強化を図ります。特に、東部地域の医療の確保のため、短期的対応としての他地域からの専門医派遣の検討や寄附講座等、専門医養成の際の地域バランスを考慮した医師の配置に取り組めます。
- 成人期の発達障害者の困難事例への対応や専門性の確保のため、診断技術に関する研修の実施や心理検査に対するサポートなどを進めます。

### (3) 発達障害の医療体制に求められる医療機能

	早期発見	専門治療	地域と連携
ポイント	○乳幼児健康診査等での発見強化 ○発達障害の診断機会の確保	・専門医・専門医療機関の確保	○保健、福祉、教育等の支援機関との連携
機能の説明	・乳幼児健康診査の精度の安定、向上 ・発達障害に関する医療機関の情報提供 ・小児科医等のかかりつけ医を対象とした研修の実施	・浜松医科大学への寄附講座による医師の養成 ・吉原林間学園に付設される児童精神科診療所の活用	・早期発見から早期発達支援への円滑なつなぎ ・医療、保健、福祉、教育等とのライフステージを通じた身近な地域における支援体制の確立

### (4) 発達障害（小児期）の医療体制図



(5) 関連図表

○発達障害が診療できる医療機関（2017年度）

（病院・診療所別）

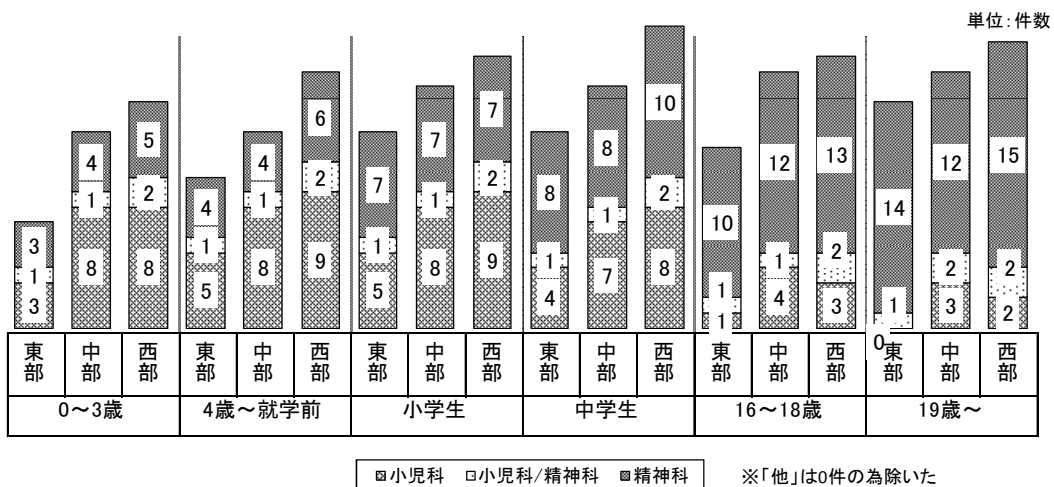
区分	診療できると回答した医療機関	公表に同意した医療機関
病院	40 (55)	38 (51)
診療所	63 (97)	61 (94)
計	103 (152)	99 (145)

※（ ）内は診療科数。

（圏域別）

地域	圏域	医療機関数	地域計
東 部	賀 茂	3	32
	熱海伊東	6	
	駿東田方	12	
	富 士	11	
中 部	静 岡	23	35
	志太榛原	12	
西 部	中東遠	11	32
	西 部	21	
計		99	99

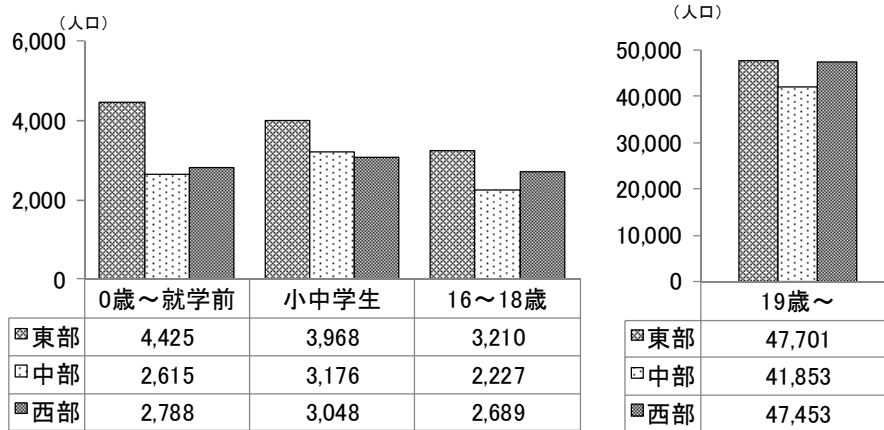
○発達障害の診断・知能検査が可能な医療機関数（大地域・年齢別）



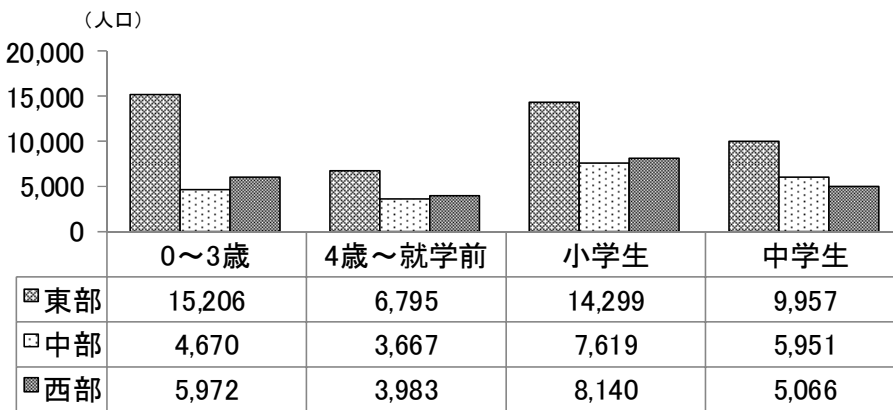
（資料：発達障害に関する診療状況調査報告書（2016年1月））

○診断・知能検査が可能な1医療機関あたりの人口（大地域・年代別）

（全体）

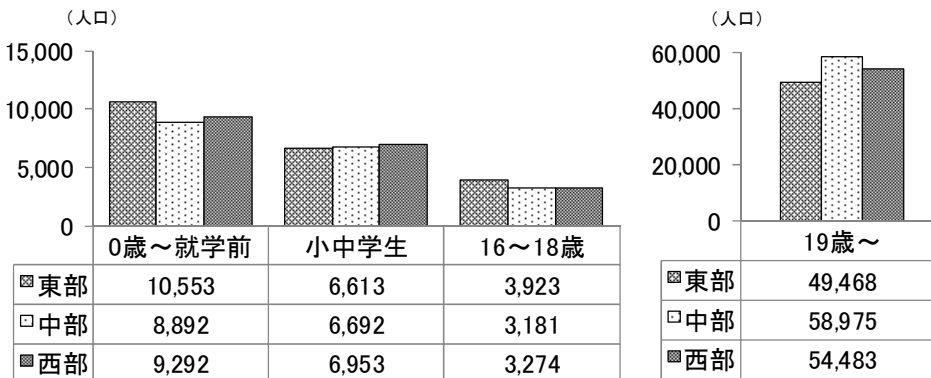


（小児科）



小児科/精神科は集計からはずした  
16歳以上は、小児科に初診となることは例外的であるため、除外して分析した

（精神科）

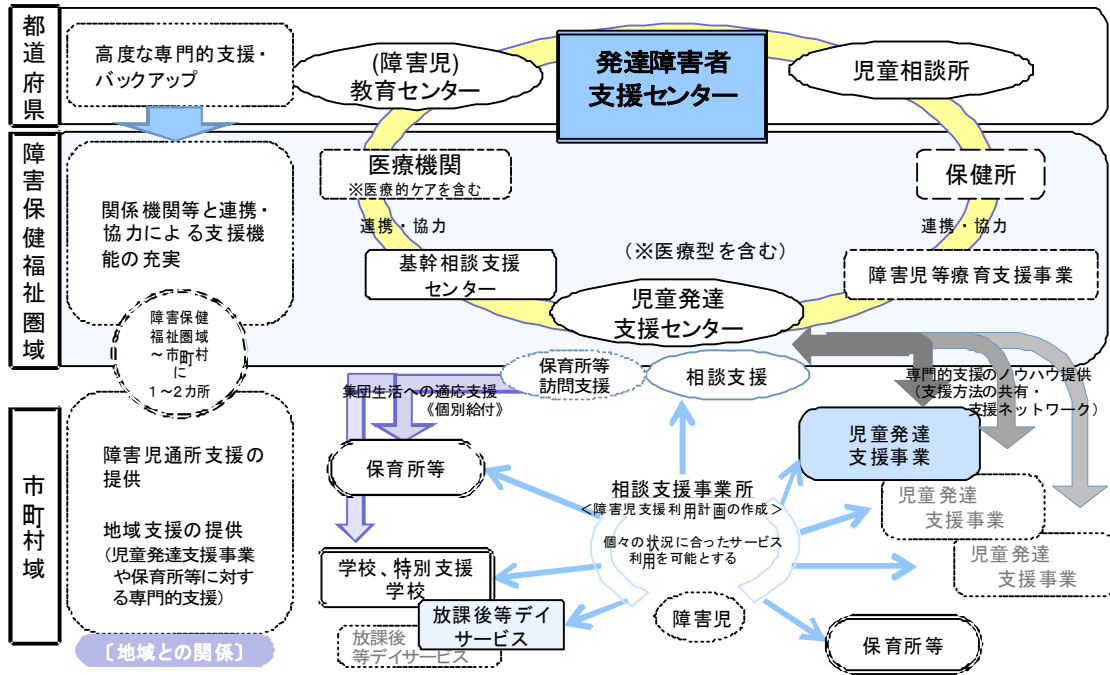


小児科/精神科は集計からはずした

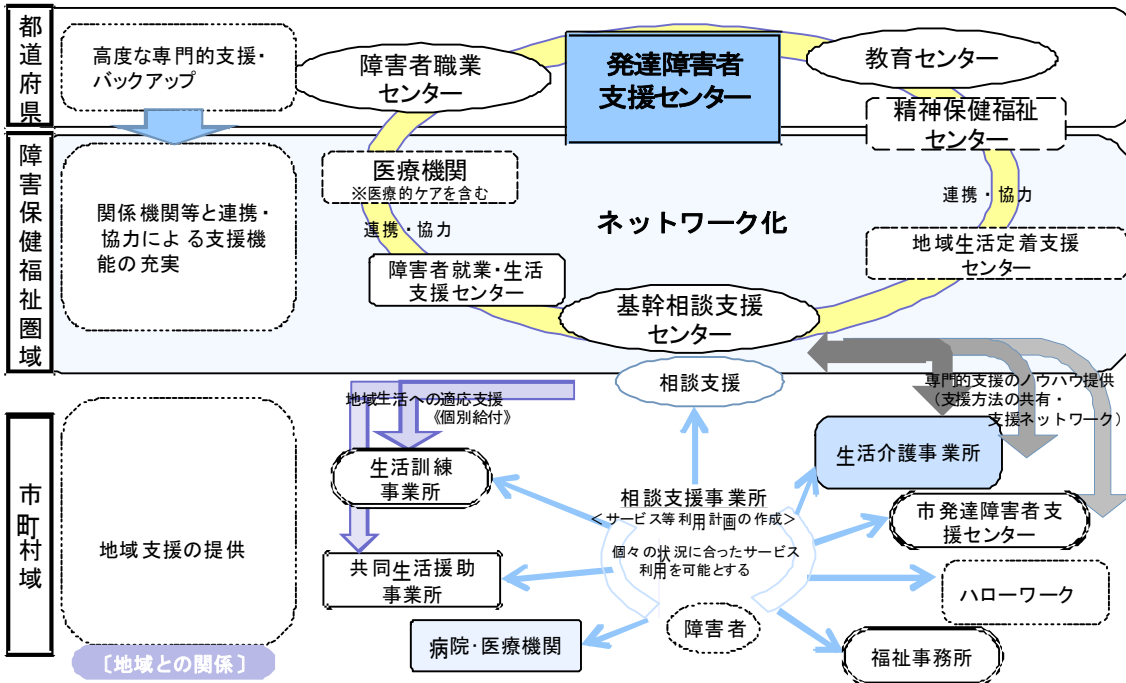
（資料：発達障害に関する診療状況調査報告書（2016年1月））



○発達障害児者支援システム  
(発達障害児)



(発達障害者)



(資料：発達障害者支援センター運営マニュアル)

## 第5節 認知症対策

### 【対策のポイント】

- 認知症の人の状態に応じた適時・適切な支援体制の構築
- 若年性認知症施策の推進
- 認知症の人とその家族への支援

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
認知症サポート医の数	175人 (2016年)	276人 (2020年)	一般診療所 10 か所に対して1人	県長寿政策課調査
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	817人 (2016年)	1,717人 (2020年)	高齢者人口 約 470 人に対して1人	県長寿政策課調査
認知症サポーター養成数	累計 267,612 人 (2016年度まで)	累計 360,000 人 (2020年度)	国の目標 1,200 万人	県長寿政策課調査

## 1 現状と課題

### (1) 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-V<sup>1</sup>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。
  - ① 1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6～7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。

<sup>1</sup> 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。)

○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。

## (2) 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<sup>2</sup>。

○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22.7万人になると推計されます。

(図表7-10)

図表7-10 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 人数：千人

区 分	2012年	2015年	2020年	2025年
各年齢の認知症有病率が一定の場合	137	161	187	209
各年齢の認知症有病率が上昇する場合		164	196	227

### (若年性認知症の人の推計)

○若年性認知症は、2009年3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、47.6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)

○2017年4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5.5万人であり、このうち入院が0.5万人、外来が5.0万人でした。また、男女の内訳は男性1.7万人、女性3.8万人となっています。若年性認知症は613人で、全体の1%となりました。（図表7-11）

<sup>2</sup> 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」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）

図表 7-11 県内の医療機関における認知症診療の状況（2017年4月分） 人数：人

区分	入院			外来			合計		
	男	女	小計	男	女	小計	男	女	小計
人数 (うち若年性)	1,827 (89)	3,173 (58)	5,000 (147)	15,559 (246)	34,527 (220)	50,086 (466)	17,386 (335)	37,700 (278)	55,086 (613)

**(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。
- 本県では、2016年度で全ての市町に配置されたところですが、配置に地域偏在が見られることや、認知症サポート医の役割が不明確、医師の業務が多忙などの理由から、その活動に地域差や個人差があるなどの課題があります。

図表 7-12 認知症サポート医の状況（2017年度末見込）

単位：人

	2014年度 まで	2015年度	2016年度	2017年度	累計
認知症サポート医	82	35	58	60	235

**(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、全ての市町は2018年4月から設置することとなります。認知症初期集中支援チームは、専門職の確保等の理由から、地域包括支援センターが兼務している場合が多く、在宅で暮らす高齢者の増加が見込まれる中で、認知症初期集中支援チームの機能強化が課題となっています。

図表 7-13 認知症初期集中支援チームの状況（2018年度当初見込）

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	その他
80	13	60	3	4	0

**(認知症疾患医療センターの整備状況)**

- 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年度に全ての保健福祉圏域に設置されました。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。（図表7-14）

図表7-14 県内の認知症疾患医療センターの状況（2017年7月1日現在）

指定	圏域	類型	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀茂	地域型	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	地域型	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	地域型	NTT東日本伊豆病院	田方郡函南町	2010.10.1
		地域型	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
		地域型	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	地域型	公益財団法人復康会 鷹岡病院	富士市	2013.10.1
		連携型	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
	志太原	地域型	焼津市立総合病院	焼津市	2017.4.1
		連携型	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	地域型	中東遠総合医療センター	掛川市	2012.1.1
		地域型	磐田市立総合病院	磐田市	2017.2.1
政令市	静岡	地域型	静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区	2014.2.1
		地域型	溝口病院	静岡市葵区	2015.10.1
		地域型	静岡市立清水病院	静岡市清水区	2016.10.1
	西部	基幹型	総合病院 聖隷三方原病院	浜松市北区	2013.7.22
計 15 箇所：県指定 11 箇所、政令市指定 4 箇所（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。

全ての市町は、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置することとなります。

○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。(図表7-15)

図表7-15 認知症地域支援推進員の状況 (2018年度当初見込)

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
194	36	152	1	5

### (3) 医療提供体制

○認知症は、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求められます。

#### ア 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)の原因疾患を予防し、原因疾患にならないことが重要です。

○また、運動、口腔に係る機能の向上、栄養改善、社会参加、趣味活動など日常生活における取組は、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、地域の実情に応じた認知症予防の取組を推進する必要があります。

#### イ 早期発見・早期対応

○認知症は、発症後しばらく放置されてしまうと治療による改善を望めないケースが多いことから、早期発見、早期対応が重要です。

○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付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、認知症に対する相談への対応等が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。

- 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が、全ての市町に配置され、体制は整備されつつありますが、認知症サポート医の役割が不明確であることや、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るため、認知症サポート医の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。
- 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。
- 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。このためには、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。

## ウ 専門医療

- 認知症の疑いのある場合は、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、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し、速やかに鑑別診断が行われる必要があります。
- 2次医療圏の認知症専門医療の拠点として、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施する認知症疾患医療センターが、全ての2次医療圏に設置されています。
- 認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受け入れ、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、認知症疾患医療センターは、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、介護支援専門員等との連絡・調整を行います。認知症疾患医療センターや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。
- 病院において認知症の人の手術や処置等の適切な実施を確保するためには、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。

## エ 地域支援

- 早期診断、早期対応や行動・心理症状（B P S D）、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、医療、介護関係者等の情報共有が重要となります。

## 2 対策

### (1) 状態に応じた適時・適切な支援体制の構築

#### ア 早期発見、早期対応の体制づくり

- かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修を県医師会及び郡市医師会等の協力を得ながら実施し、県民にとって身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備します。

- 認知症サポート医を養成し、かかりつけ医や介護専門職に対するサポートや、専門医療機関、地域包括支援センター等との連携を強化します。また、認知症サポート医のリーダー養成や、認知症サポート医相互のネットワークの構築を促進し、認知症サポート医の活動の活性化を図ります。
- 病院等で勤務する指導的役割の看護職員に対して認知症対応力向上研修を実施し、医療機関内での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を支援します。
- 病院勤務の看護師、リハビリテーション専門職、検査技師等に対して認知症対応力向上研修を実施し、病院での認知症の人の手術や処置等の適切な実施を促進します。
- 認知症疾患医療センターの運営を支援するとともに、認知症疾患医療センター相互のネットワーク構築を促進し、地域における認知症疾患の専門医療水準の向上と医療、介護、福祉等の連携体制の強化を図ります。
- 住民に身近な歯科医師、薬剤師に対する認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いのある人に早期に気付き、かかりつけ医等と連携して対応できる体制の整備を促進します。
- 県が作成した、認知症連携パス「ふじのくに“ささえあい”手帳」の全県普及を図り、医療や介護の専門職等との間の情報共有を推進します。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動が効果的に取り組まれている事例の共有や相互の情報交換の場を設けるとともに、医師会をはじめ医療関係団体との調整を図るなど市町の取組を支援します。

## イ 継続的な支援

- 地域において、認知症の状態に応じて医療・介護等のサービスが適時・適切に切れ目なく提供するため、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、地域が一体となって認知症の人や家族の生活を支える体制の構築を推進します。
- 市町の地域包括支援センターと医療機関との連携等、認知症の人と家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進します。
- 地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人や家族、医療・介護関係者等の中で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進します。

## ウ 認知症の予防

- 市町において、認知症の予防事業が効果的に実施されるよう、市町職員や地域包括支援センター職員等の資質の向上を図ります。
- 認知症予防につながる「高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性」を県民に周知します。

## (2) 若年性認知症施策の推進

- 若年性認知症相談窓口の若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人や家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進します。



### **(3) 認知症の人とその家族への支援**

- 認知症の人や家族、医療や介護等の関係機関・団体、学識経験者等で構成する分野横断的な会議を開催し、当事者の視点に立った施策の総合的な展開を図ります。
- 県民の認知症に対する理解促進を図るため、地域住民、医療や介護等の関係者、企業、団体等が一体となった普及啓発を行います。
- 認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図るなど、市町の取組を支援します。

### 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"> <li>○かかりつけ医による認知症の発見</li> <li>○関係機関との適切な連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○鑑別診断、急性精神症状(BPSD等)、身体合併症への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○多職種によるネットワーク構築</li> </ul>
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施</li> <li>・認知症サポート医からの助言</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>

### 4 認知症の医療体制図

