

5 精神疾患

目指す姿

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、本人が望む地域で、望む暮らしを安心して送ることができる

取組の方向性

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築

多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築

(2) 地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムの構築

精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町などの重層的な連携による支援体制の構築

本人の意思を尊重し国際生活機能分類（ICF）*の基本的考え方を踏まえた、多職種協働による支援体制の構築

精神障害者の家族や自助グループなどの悩みや問題を抱えた個人や集団に対する支援

保健所による福祉事務所や相談支援事業所などとの連携、精神疾患に関する啓発や相談、未治療者や治療中断者に対する訪問や受診支援、地域の自助グループに対する協力や家族支援、精神障害者の地域移行や日常生活の支援など

精神保健福祉センター*による啓発や専門相談、保健所・市町保健師、相談支援従事者に対する研修や人材養成、地域の関係機関への技術支援など

現状と課題

(1) 精神疾患

滋賀県の精神疾患の患者数は、平成20年（2008年）には約2万5千人であったものが、平成26年（2014年）には約3万7千人に増加しており、この6年で1万2千人増加しています。

滋賀県の精神障害者保健福祉手帳の交付者数も年々増加しており、平成13年度（2001年度）に1,405人であったものが、平成23年度（2011年度）には6,023人とこの10年で4倍超、平成28年度（2016年度）には9,024人とこの5年で約3,000人増加しています。

精神病床における1年以上の長期入院患者数は1,265人となっています。1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の中には、受入条件が整えば退院可能な入院患者（いわゆる社会的入院患者）も含まれると考えられています。

滋賀県では、医療機関と地域関係機関とが連携し、入院の必要な精神障害者の医療機関の受入れと、退院可能な精神障害者の地域の受入れを円滑にする取組を進めています。退院後3か月時点での再入院率は全国で2番目に少ない状況となっています。

ア 統合失調症

平成26年（2014年）に県内の医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は

約 6 千人であり、うち入院患者数は約 1 千人です。

従来の統合失調症治療薬で改善が認められない治療抵抗性統合失調症の方に対して、治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）という唯一有効な治療薬があります。現在は処方する精神科医が知識や経験が不足しているため使いこなせず、十分普及していません。

イ うつ病・躁うつ病

平成 26 年（2014 年）に医療機関を継続的に受療しているうつ病等の総患者数は 1 万 3 千人であり、平成 11 年（1995 年）の総患者数 5 千人から増加しています。

うつ病を難治化させないためには、早期発見・早期治療が重要であり、医師のうつ病対応力向上やかかりつけ医と精神科医との連携を強化が必要な状況です。精神科医療と地域保健や学校保健、産業保健との協力体制の構築が求められています。

平成 21 年度（2009 年度）から継続的に実施している一般科医に対する「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」は、これまで約 360 人が受講し、地域での円滑な連携につながっています。また、平成 23 年度（2011 年度）から継続的に実施している医療従事者に対する「専門医等うつ病治療向上研修」は、これまで約 500 人が受講し、治療技法の普及に向けて技術向上を図っています。

ウ 児童・思春期精神疾患

児童・思春期の心の問題に関わっている、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等が少ないという現状があります。

早期に発達障害等の診断を受けることができる医療機関が少なく、児童・思春期を専門とする医師の養成や、医師と地域の支援者との連携強化が必要となっています。

児童・思春期の特性を踏まえた療育、教育や福祉関係機関と連携した治療や支援が提供できる医療機関の整備に関する研究を目的に滋賀医科大学精神医学講座に事業委託して実施しています。

ひきこもり支援センターでは、児童・思春期事例を保健・医療・福祉・教育等の支援者が合同で検討する場を設け、その見立てと支援を検討できる人材を育成しています。

エ 発達障害

市町で実施する乳幼児健診や、保育所・幼稚園等に対して発達障害に関する専門知識を有する職員が巡回することにより、発達障害の早期発見に取り組んでいます。市町の福祉型児童発達支援センターや児童発達支援事業所（地域療育教室）、小児保健医療センター（療育部）、発達障害者支援センター等、身近な地域での早期支援を実施しています。

児童・思春期の特性を踏まえた療育、教育や福祉関係機関と連携した治療や支援が提供できる医療機関の整備に関する研究を目的に滋賀医科大学精神医学講座に事業委託して実施しています。（再掲）

発達障害者支援センターは、医療福祉相談モール構成機関と市町や福祉圏域に対するバックアップ、人材育成等を担っています。

乳幼児・学童期から思春期・青年期に向けての支援体制の構築と人材育成を目的に、ひきこもり支援センターが市町発達支援課・センターの連絡会を開催しています。

発達障害者支援法に基づく発達障害者支援地域協議会を設置し、発達障害者支援に関する情報を共有するとともに、支援体制の整備について協議を行っています。

早期に発達障害等の診断を受けることができる医療機関が少なく、児童・思春期を専門とす

る医師の養成や、専門医と地域の支援者との連携強化が必要となっています。(再掲)

診断や支援を受ける機会のないまま成人期に至り、二次的に他の精神障害を発症したり、ひきこもりの状態になったりする発達障害者等に対する支援が課題となっています。成人期の発達障害者に対する医療的な支援や地域生活に向けた具体的な支援サービスの充実が求められています。

オ 依存症* (アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症等)

県内のアルコール依存症者は、平成 25 年(2013 年)の国の調査に基づき県人口で換算すると約 11,900 人ですが、同年の入院患者は 51 人、また自立支援医療受給者は 283 人(薬物依存症者等含む)となっています。

アルコール依存症に対して、精神医療センターではアルコール依存症リハビリテーションプログラムなどの専門入院治療や認知行動療法が行われ、精神保健福祉センターでは家族教室や交流会などの家族支援のほか、自助グループとの連携や活動支援が行われています。

アルコール健康障害対策推進会議において様々な分野の関係者が連携することで、切れ目のない支援体制を確保することが必要です。

依存症は、様々な依存症との重複もあり、本人・家族に認識されにくい特性があることなどから、アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル依存症等依存症対策として総合的に対応する専門医療機関や相談機関が必要です。

カ 外傷後ストレス障害(PTSD)

県内外で事件・事故が発生した場合の精神的な二次被害の拡大を防止するため、「Crisis Intervention team(CIT*)通称こころのケアチーム」の派遣事業を行っていますが、当該事業の安定した運用のため、医療機関や関係機関の人材育成が必要です。

キ 高次脳機能障害

県内には高次脳機能障害を診断、評価できる医療機関が少なく、高次脳機能障害に対応したリハビリテーションが可能な医療機関が少ないという課題があります。

当事者・家族が高次脳機能障害の理解や地域生活のイメージがないまま退院し、地域で問題を抱え込み孤立している現状があり、地域支援者また障害特性を理解したアセスメントや地域支援のマネジメントができる人材が少ないという現状があります。

医師やリハビリテーション専門職*への高次脳機能障害の理解のための啓発・研修会を開催し、医療機関での家族教育の強化や地域でのリハビリテーションの充実が必要です。

地域支援者が適切に対応できる技術を身につけられるよう資質の向上が必要です。

医療機関と地域支援機関の連携を強化し、高次脳機能障害と診断され、障害特性を理解した上で、退院後には必要な支援につながる体制の整備が必要です。

高次脳機能障害支援センターにおいて、医療福祉相談モール構成機関と連携しながら、当事者、家族、支援者への相談支援および普及啓発、人材育成、支援体制づくりを実施するとともに、圏域支援体制の充実を図るための取組を進めてきました。平成 27 年度(2015 年度)からは地域支援で中心となりうる「専門相談支援員」の養成を行い、これまでに 38 名を認定しています。

ク 摂食障害

摂食障害患者は、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、女子中学生の 100 人に 1~2 人、男子中学生の 1,000 人に 2~5 人いると推計されており、県内

には、女子中学生では約 200～400 人、男子中学生では約 40～100 人(平成 29 年 6 月「数字で見る滋賀の教育」生徒数より算出)の患者がいるとされます。しかしながら、県内には摂食障害の専門医療機関が少ないことから、県外の医療機関で受療している人もあります。

県内で児童・思春期を含め摂食障害を専門とする医師の養成や、専門医と地域の支援者との連携強化が必要となっています。

ケ てんかん

県内のてんかん患者は、実態調査(平成 27 年 3 月)の結果では、8,519 人となっています。

てんかんの治療については、平成 26 年度(2014 年度)に実施した「てんかん診療に関する調査」によると、調査対象とした県内 58 病院のうち、外来診療を行っているのは 39 病院、入院診療を行っているのは 33 病院となっています。

年齢別の受診状況を見ると、小学生から高校生までの年齢層と 70 歳以上の高齢層にピークがみられ、初診患者は 1 歳未満に次いで 70 歳以上の年齢層が多くなっています。

小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の整備が必要とされています。

(2) 精神保健医療福祉施策

ア 精神科救急

民間精神科病院の輪番制を中心に、精神医療センター、輪番診療所、身体合併症協力病院による精神科救急医療システムにより、24 時間 365 日応需できる体制を整備しています。

精神科救急情報センターを設置し、夜間・休日における緊急対応や精神科救急医療相談を行っています。

精神科診療所では、入院治療までの必要がない程度の精神疾患患者に対して、夜間・休日における精神科救急の一部を輪番制により担うほか、かかりつけ診療所として自院患者が精神科救急に至らないよう、診療時間の延長など外来診療の拡充が図られています。

精神疾患患者の病態が多様化する中で、精神科初期救急、精神科救急医療相談、措置入院後フォローアップ体制整備等の充実が必要です。

県民が適切に精神科救急医療を受けられるようにするために、医師や看護師など対応する人材の養成が必要です。

イ 身体合併症

身体疾患を合併する精神疾患患者の治療は、一般科と精神科を併設する医療機関のほか、精神科を持たない医療機関と精神科医療機関との連携により医療が提供されていますが、身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者については、医療機関の受入れが困難となる場合があります。

自傷・自殺企図者に対する身体処置後の一般科と精神科の連携の充実が必要です。

ウ 自殺対策

自殺の多くは、多様かつ複合的な原因や背景があり、様々な要因が関連する中で起こっています。自殺の原因・動機として「健康問題」が最も多く、自殺の直前には「うつ病」を発症していることが多いといわれています。

自殺未遂者支援体制の充実などにより、未遂歴のある自殺既遂者は減少してきています。

若年の自殺未遂者の中には、背景に虐待や発達障害などの要因を持つものもあり、市町家庭児童相談室や教育との連携が必要です。

警察・消防・救急告示病院*等や精神科医療機関と保健所、市町などとの連携による自殺未遂者支援の更なる強化が必要です。

エ 災害精神医療

精神保健福祉センターでは、保健所と協働して、学校等における事件や事故後の精神的な二次被害の拡大を防止するため、こころのケアチームの派遣事業を実施しています。

東日本大震災では、病院協会、医師会との協定に基づき、精神科医療機関、大学、県の連携による「こころのケアチーム」を派遣しました。また、熊本地震では、こころのケアチームとして精神医療センター・滋賀医科大学の協力を得て5チームが現地に赴き、現地での災害支援活動を行ったところです。

本県にも多くの活断層が存在し、東南海・南海地震の発生も危惧される中、災害発生を想定し、有事の際に、精神科医療および精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム(DPAT)の体制づくりが急務です。

オ 医療観察法における対象者への医療

県と大津保護観察所との共催で滋賀県医療観察制度運営連絡協議会を開催し、近畿厚生局等の関係機関との意見交換を実施しています。

県立精神医療センターは、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)に基づく指定入院医療機関として、医療観察病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開の評価を受ける医療観察法外部評価会議を実施しています。また、医療観察病棟の安全かつ円滑な運営および地元関係者等との密接な連携を図ることを目的とした医療観察法地域連絡会議を実施しています。

(3) 地域精神保健福祉

滋賀県の退院患者の平均在院日数は平成26年(2014年)では216.3日(全国は291.9日)と平成8年(1996年)の246.9日から1割以上短縮されています(患者調査)。一方、5年以上の長期入院患者が全入院患者の4割近くを占めています。これら長期入院患者の中には、受入条件が整えば退院可能な入院患者(いわゆる社会的入院患者)も含まれると考えられています。

精神障害があっても本人の望む場所で、本人が望む暮らしを安定して送るためには、医療や保健福祉による支援、家族や地域の見守り等の公私協働による地域づくりが必要です。

精神障害等を持ちながら地域生活を送っている当事者や、ひきこもり等を体験した当事者などの経験を活かした支援が有効であることから、養成されたピアサポーターとの協働が求められています。

治療中断者や自らの意思では受診困難な精神障害者が、新たな入院や再入院をすることなく、地域で生活するための包括的な地域医療体制の構築を行うモデル事業を実施しています。

長期入院患者等の退院を促進するためには、地域生活の受け皿となるグループホームなど退院後の住まいの確保や日中活動の場の一層の確保が必要です。

退院後の地域生活を支えるため医療・保健福祉、介護、就労サービスなど地域の様々な関係機関が連携した支援体制が求められています。

精神障害者は、その障害の特性から、安定した就労が困難な場合も少なくないことから、企業や県民の精神疾患に対する理解の促進や、雇用機会の拡大また就労定着のための体制の強化など

取組の更なる充実が必要です。

精神障害者等に対する正しい理解を促進するため、精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発を行っています。

各保健所では、市町の関係機関や相談支援事業所などと連携し、精神保健福祉に関する啓発や相談、未治療者や治療中断者に対する訪問や受診支援、民間団体との連携や家族支援などを行う「滋賀のみんなでつくる地域精神医療保健福祉チーム」事業を実施しています。

精神保健福祉センターとセンター内の「精神科救急情報センター」「ひきこもり支援センター」「自殺対策推進センター」「知的障害者更生相談所」では、地域精神保健福祉の中核的な機関として、より専門的な相談支援や人材養成、地域の関係機関に対する技術支援などを行っています。

(4) 精神科医療機関

県内の精神科病院および精神科を標榜する一般病院は、18 病院あり、うち精神病床を有する病院は 12 病院です。

精神病床は 2,318 床で、人口あたりの病床の数は 47 都道府県中 45 位（平成 27 年度精神保健福祉資料）と少なく、入院期間の短縮、外来診療の充実を図り、なるべく入院に頼らない精神科医療を提供しています。

県内の精神科を標榜する診療所は、32 診療所（平成 27 年度精神保健福祉資料）ありますが、湖西保健医療圏には診療所がありません。

自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を受けた訪問看護事業所は 141 か所ありますが、全国平均を下回っています。

具体的な施策

《圏域の考え方》

精神疾患にかかる保健医療圏は、二次保健医療圏を基本とします。

精神科救急医療圏は、7つの二次保健医療圏を3ブロック（湖北・湖東、東近江・湖南・甲賀、大津・湖西）に区分した圏域とします。

精神科救急医療圏	二次保健医療圏の範囲
湖北・湖東	湖北保健医療圏、湖東保健医療圏
東近江・湖南・甲賀	東近江保健医療圏、湖南保健医療圏、甲賀保健医療圏
大津・湖西	大津保健医療圏、湖西保健医療圏

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等に対応するための医療機能の明確化に向けて、各二次保健医療圏等において体制構築のための会議を開催し、疾病ごとに地域精神科医療提供機能、医療機関拠点連携機能、都道府県連携拠点機能を有する医療機関を位置づけるための検討を進めます。

< 地域精神科医療提供機能を有する医療機関 >

【役割】

医療連携への参画

情報収集発信への参画

人材育成への参画

地域精神科専門医療の提供

< 医療機関拠点連携機能を有する医療機関 >

【役割】

- 医療連携の地域拠点
- 情報収集発信の地域拠点
- 人材育成の地域拠点
- 地域精神科医療提供機能支援

< 都道府県連携拠点機能を有する医療機関 >

【役割】

- 医療連携の都道府県拠点
- 情報収集発信の都道府県拠点
- 人材育成の都道府県拠点
- 地域連携拠点機能支援

図3 - 3 - 5 - 1 保健医療計画上の多様な精神疾患ごとの医療機能の明確化のイメージ

圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
全域	A病院	☆		☆							☆	☆	☆	☆	☆	☆
	B病院	☆	☆	☆				☆				☆	☆	☆		
	C病院				☆	☆	☆		☆	☆						
〇〇圏域	A病院				◎	◎				◎						
	D病院	◎	◎	◎			◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎
	E病院	◎	○	◎					○			◎	○	○	○	
	F診療所	○		○	○	○				○		○				
	G診療所	○	○	○			○	○	○						○	○
	H訪看ST	○		○					○				○			
△△圏域	B病院	◎		◎	◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎	◎				◎			◎	◎	◎	◎		
	J病院	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	
	K病院	○	○	○			○					○			○	
	L診療所	○		○							○					
	M診療所	○	○							○						
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎	◎			○		○		○	○	○		○	
	O診療所	○		○					○	○						

ア 統合失調症

治療法の普及や精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって更なる入院期間の短縮につなげ、入院から地域生活への移行に努めます。

重度かつ慢性の統合失調症患者に対するクロザピン等による治療のための連携体制の導入を

促進します。

イ うつ病・躁うつ病

うつ病の予防や早期発見・早期支援の強化を図るため、広く県民に対し、自らのこころの健康に関心を持てるよう引き続き知識の普及啓発に努めます。

一般科医に対する「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」による早期発見・早期治療の普及や「専門医等うつ病治療向上研修」による治療技法の普及を今後も引き続き実施するとともに、早期に有効な治療につながるような連携を促進します。

地域で相談に従事する様々な領域の支援者の資質向上に向けた研修等を実施し、うつ病・躁うつ病の対応力の向上に努めます。

二次保健医療圏で自殺未遂者支援体制の整備を図る中で救急告示病院を中心に精神科との連携体制の構築を進めます。

ウ 児童・思春期精神疾患

子どもの心の診療に関する医師の養成に努めます。

入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討します。

精神保健福祉センターが中心となって、保健、医療、福祉、教育、就労等、他分野の機関と包括的な支援を行える体制を目指します。「子ども・若者支援地域連絡協議会」「発達支援課・センター連絡会」等のネットワークを活用して、人材育成や啓発を行います。

精神保健福祉センターと子ども・青少年局が協働し、滋賀県子ども・若者総合相談窓口を設置することで、早期介入とメンタルヘルスの重症化の予防に努めます。

エ 発達障害

発達障害の早期発見や医療的支援の充実を図るために、研修会等を開催し、発達障害の診療ができる医師の養成に努めます。

入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討します。(再掲)

発達障害者支援センターとひきこもり支援センターが協力し、保健、医療、福祉、教育、就労等、他分野の機関と包括的な支援を行える体制作りを目指します。「子ども・若者支援地域協議会」「発達支援課・センター連絡会」等のネットワークを活用して、人材育成や啓発を行います。

成人期の発達障害者に対して、地域での自立生活を支援するための支援プログラムの活用などにより支援スキルの向上を目指し、支援サービスの充実を図ります。

オ 依存症(アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症等)

アルコール依存症については、発症予防から進行予防、再発予防と切れ目なく取り組むために、県立精神医療センターがアルコール健康障害の専門医療機関・依存症治療拠点機関として核となり、地域の医療機関におけるアルコール診療技術の向上や連携体制の構築に取り組みます。

アルコール健康障害対策推進会議の構成団体等が相互に連携・協力を図りながら、分野横断による包括的推進体制の確保をとおして、アルコール健康障害対策の推進に取り組みます。

薬物依存症・ギャンブル依存症に対応する専門医療機関や依存症治療拠点機関、相談拠点についても確保に努めます。

カ 外傷後ストレス障害(PTSD)

精神保健福祉センターを中心に、保健所等と協働して、学校等における事件や事故後のPT

S D等二次的な精神的被害の拡大を防止するため、「Crisis Intervention team (C I T) 通称こころのケアチーム」の派遣事業を引き続き実施します。

県内で事件・事故が発生した場合に、速やかにこころのケアチームを結成し、適切な活動ができるよう、保健福祉、教育、医療の各関係機関間の連携強化や、人材育成を行います。

キ 高次脳機能障害

リハビリテーションセンターや高次脳機能障害支援センターが連携し、医師やリハビリテーション専門職への高次脳機能障害の理解のための啓発・研修会を開催します。

高次脳機能障害について、必要な医療や支援に速やかにつながるよう、医療機関における適切な診断と、退院時にはかかりつけの医療機関や障害福祉サービスに切れ目なくつながる体制の構築を図ります。

医療機関で障害特性や地域生活に関する心理教育を当事者・家族に実施できるように働きかけ、地域でのリハビリテーションを更に充実させます。

相談を受けた支援者が、誰でも適切に対応できる技術を身につけられるよう資質の向上を図ります。

二次保健医療圏において、保健所を中心として連絡調整会議を開催し、保健・医療（リハビリテーションを含む）・介護・福祉・労働等の関係機関による圏域の課題整理や解決に向けた方策の検討、関係者の資質向上等を行います。

ク 摂食障害

不足している子どもの心の診療に関する専門医と併せて、摂食障害に関する医師の養成に努めます。

精神保健福祉センターは、摂食障害に関する相談に対応し、患者・家族への摂食障害に関する心理教育の場を開催します。摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、支援従事者等への研修・技術的支援、他の児童・思春期に好発する疾患等を含め、関係機関との地域連携支援の調整に努めます。

摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進に努めます。

ケ てんかん

小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の整備に努めます。

てんかん患者・家族の支援においては、生活上の留意点への理解に向けた支援や、就労関係者への理解促進、生活支援の充実に努めます。

コ 精神科救急

急性増悪時に迅速かつ適切に精神科医療につながるよう、精神科救急情報センターの充実に努めます。

入院治療の必要がない程度の精神科救急医療（ソフト救急）について、精神科診療所の協力のもと、病診連携の推進、初期救急応需体制の充実に努めます。

身体合併症を併発している精神障害者またはその疑いのある者で措置診察の必要があると認められた者を受け入れる身体合併症協力病院との連携に努めます。

サ 身体合併症

身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者について対応できる体制整備を検討します。

二次保健医療圏域で自殺未遂者への支援体制の整備に向け、一般科・精神科医療機関に対し

自殺未遂者への対応についての研修等を実施します。

精神科救急医療システム調整会議において、滋賀県医師会、滋賀県病院協会の参画により意見交換を行うとともに、県メディカルコントロール協議会*とも連携し、救急事案の対応について検討し、一般科と精神科医療機関の連携に努めます。

シ 自殺対策

自殺対策推進センターを核として、保健所、市町等との協働により、滋賀県自殺対策計画と連動した取組を推進するとともに、自殺対策連絡協議会において様々な分野の関係者による、多角的評価を受けつつ対策の推進を図ります。

学校保健、産業保健等との連携に加え、妊産婦支援施策や生活困窮者自立支援施策、労働施策等との連携を進め、生きる支援につながるよう対策を進めます。

「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を継続的に実施し、一般科と精神科の連携により早期に必要な治療につながるような連携体制の構築を進めます。

自殺未遂者の支援体制においては、救急告示病院等や精神科医療機関と保健所、市町などとの連携に加え、今後、警察や消防との連携強化を図ります。

若年の自殺未遂者の中には、背景に虐待や発達障害などの要因を持つものもあるため、市町家庭児童相談室や教育への技術支援を行います。

ス 災害精神医療

災害発生を想定し、有事の際には、危機管理体制のもと迅速に災害派遣精神医療チーム（DPAT）を組織できるように、また、被災時には円滑な受援体制を確保できるよう、県内の精神科医療機関と検討を進めます。

セ 医療観察法における対象者への医療

医療観察法に基づき、引き続き対象者に対して適切な医療を提供し、社会復帰を促進します。

対象者の円滑な地域移行と地域生活の安定を図るため、滋賀県医療観察制度運営連絡協議会等により、医療観察法処遇終了後の精神保健福祉サービスに至る支援に円滑に引き継がれるように努めます。

（２）地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムの構築

精神科病院、保健所、市町、相談支援事業所、一般科医療機関、社会福祉協議会、家族会、自助グループ、民生委員等のネットワークによる地域の見守り体制の構築に取り組みます。

関係機関と当事者活動との協働に向けた研修会の開催や、自助団体、家族会などの団体活動支援および連携により、地域でのピア活動*の充実を図ります。

各二次保健医療圏において、医療、保健、福祉等の関係機関が連携して、チーム支援を行うことにより、精神障害のある本人および家族が安定した生活を継続するための支援を推進します。

長期入院患者等が身近な地域で安心して生活ができるよう退院後におけるグループホームなど地域の住まいの場や日中活動の場の確保に取り組みます。

市町を中心とした介護保険等高齢者施策との連携や、高齢者の地域移行の促進等により地域生活支援の強化を図ることにより、高齢精神障害者の支援の充実に努めます。

回復途上にある精神障害者に対して、実際の就労の場において必要な集中力、対人能力、仕事に対する持久力、環境適応能力等を高めるための社会適応訓練を行うとともに、地域の働き・暮らし応援センターやハローワークなどとの連携を強化することにより、精神障害者の一般就労・

定着のために取り組みます。

保健所と市町等が協働し、自治会行事等の様々な機会を通して自治会や民生委員児童委員などへの精神障害者等に対する理解の深化に努めます。

精神障害者等に対する正しい理解を促進するため、広く県民に対する精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発に引き続き取り組みます。

保健所や市町の保健師・精神科医療機関関係者・相談支援従事者等の精神保健医療福祉従事者を対象に体系的な研修等を行うことにより、支援の質の向上を図ります。

思春期・青年期の予防を含むメンタルヘルスについて、ひきこもり支援センターが市町関係機関や医療、保健所、各事業所、教育等様々な機関とともに包括的な支援に取り組むために、「子ども・若者支援地域協議会」を通じ、体制整備やネットワークの構築に取り組みます。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H32）	備考
精神障害者地域移行・地域定着推進協議会などの保健、医療、福祉関係者による協議の場を設置	3 圏域(H28)	7 圏域	
精神病床における 65 歳以上の 1 年以上長期入院患者数	813 人(H26)	794 人	患者調査
精神病床における 65 歳未満の 1 年以上長期入院患者数	452 人(H26)	349 人	患者調査
入院後 3 か月時点の退院率	54.2%(H27)	69%以上	精神保健福祉資料
入院後 6 か月時点の退院率	78.1%(H27)	84%以上	精神保健福祉資料
入院後 1 年時点の退院率	82.7%(H27)	90%以上	精神保健福祉資料

1 2 認知症

目指す姿

- 誰もが認知症の有無に関わらず、住みたい・住みやすい、やさしい地域で、意思を尊重され、地域の人々と交わりながら、その人らしく安心して暮らし続けている

取組の方向性

認知症とともに生きる「そなえ」、切れ目ない支援を提供するための「つながり」、認知症の人や家族の意見を反映した実践の「磨き上げ」を推進します。

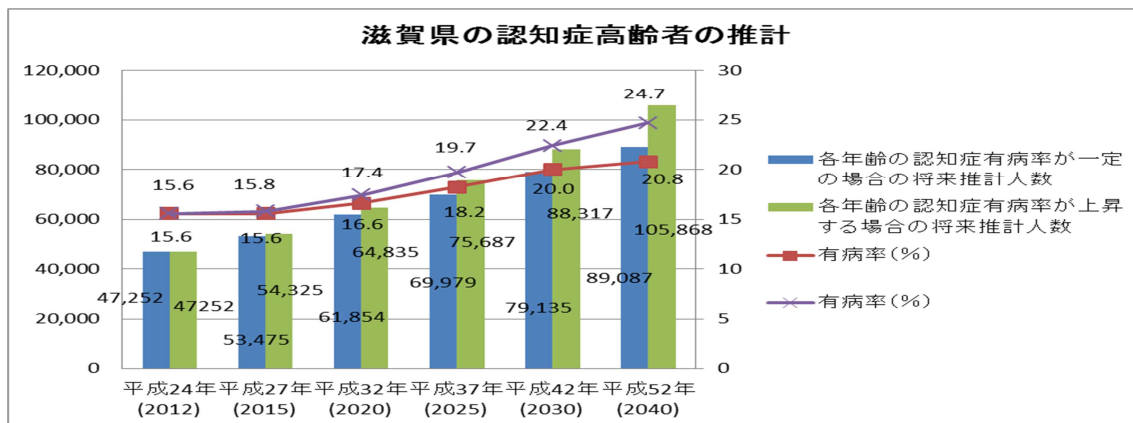
- (1) 認知症とともに生きるためのそなえの推進と医療的支援の充実
- (2) 地域での日常生活支援、家族支援の強化
- (3) 高齢者の権利擁護の推進

現状と課題

(1) 認知症高齢者の増加

認知症高齢者数は、65歳以上人口の増加に伴い増加すると予測され、平成37年(2025年)の県内の認知症高齢者数は、認知症有病率が一定の場合約7万人、高齢者の5人に1人が認知症と見込まれます。

図3-3-12-1 滋賀県の認知症高齢者の推計



「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」(厚生労働省科学特別研究)による性・年齢階級別有病率より計算

平成27年以降の滋賀県推計は国立社会保障・人口問題研究所の平成25年3月推計人口より算出

平成24年の滋賀県推計は滋賀県人口推計年報により算出

平成28年度(2016年度)の市町が把握した行方不明高齢者発生状況は174件で、増加傾向にあり、市町を越えて発見される事例や発見が遅れ死に至った事例もあります。

平成28年(2016年)末の65歳以上の高齢者の運転免許保有者は約20万人で年々増加しています。道路交通法改正により平成29年(2017年)3月12日より75歳以上の運転免許保有者は免許更新時に認知機能検査を受けることとなったため、認知症のおそれがあるとされた高齢者に対し、警察と地域包括支援センター*や市町の担当課が連携し生活支援を始めています。

(2) 認知症の相談体制

認知症に関する相談機関には、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター^{*}、認知症の人と家族の会が実施している「もの忘れ介護相談室」などがあり、相談機関は増加していますが、平成 26 年度(2014 年度)の滋賀県政世論調査によると、相談機関の認知度は「知っている」45.4%、「知らない」50.2%と「知らない」が上回っています。また、知っている相談機関は、病院が最も多くなっています。

平成 28 年度(2016 年度)の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査によると、認知症の医療について、早く受診した方がいいと答えた人は、約 7 割を占めましたが、何科を受診していいかわからないと答えた人が 36.1%と約 3 分の 1 を占めています。

本県では、認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うかかりつけ医を認知症相談医として認定しており、平成 28 年度(2016 年度)末で 367 人となっています。

早期発見・早期対応に向けて相談体制は充実しつつありますが、単身や夫婦のみの高齢者世帯などの増加に伴い、相談につながらない、あるいは認知症の症状が進行してからつながる事例も見られます。

(3) 認知症の人に対する医療と介護

認知症の専門医療相談や鑑別診断などを実施する専門医療機関として「認知症疾患医療センター」が 6 つの二次保健医療圏域に 8 か所ありますが、初診までに 1 週間から 3 か月を要している状況にあります。

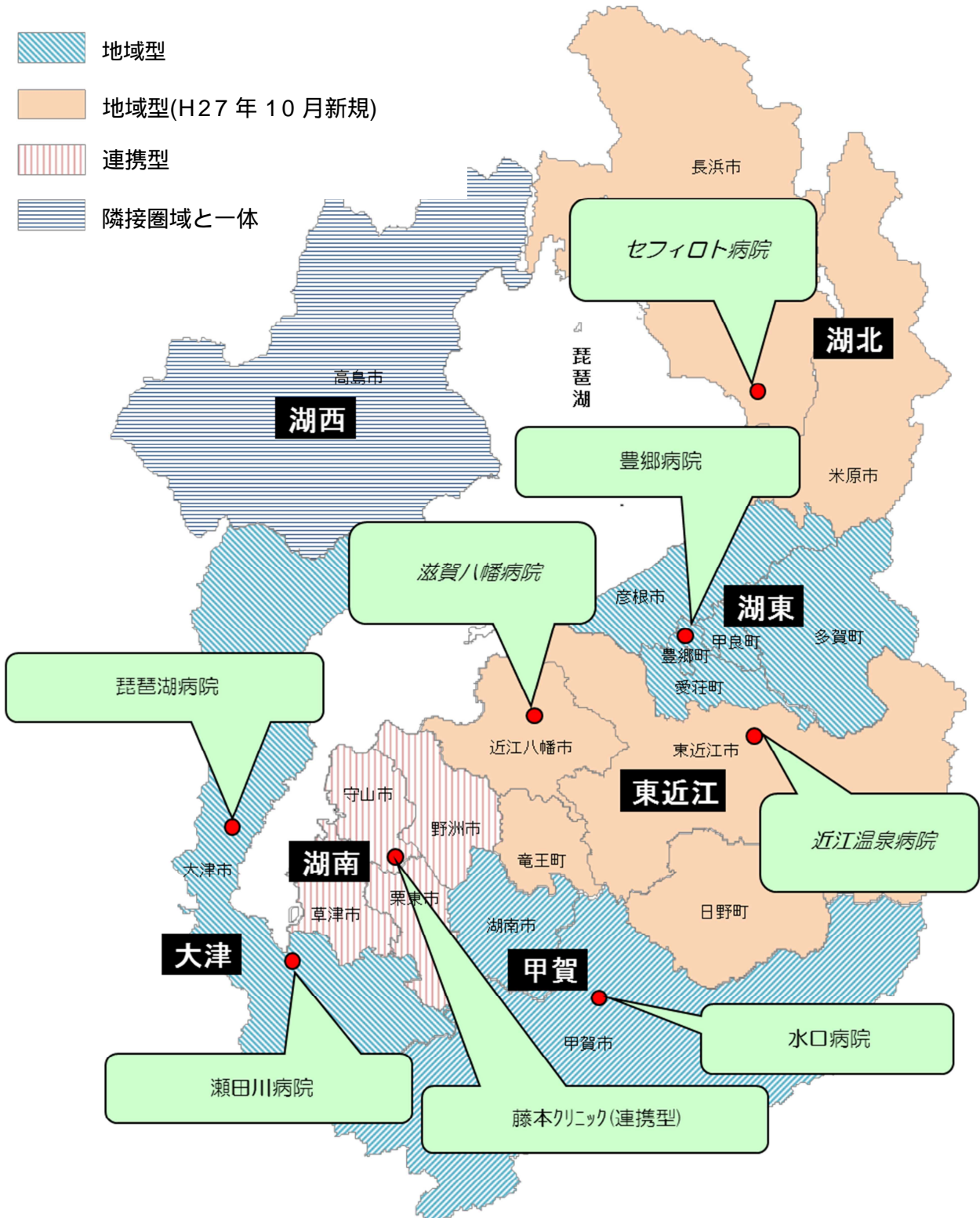
一般病院においては、入院患者に占める高齢患者の割合が増加しており、認知症高齢者への対応が求められています。診療報酬施設基準の認知症加算 1 の算定要件である認知症ケアチーム^{*}の設置や、院内デイケア^{*}など様々な取組が実施されつつありますが、認知症の行動・心理症状^{*}に対応できない急性増悪時には精神科病院との連携が必要です。

認知症の行動・心理症状については、その発現には身体的要因や環境要因が関与することがあり、脱水、便秘、がんなど身体合併症や薬剤により悪化することが多いといわれていることから、適正な薬剤管理や身体管理など、予防的介入が必要です。医療介護の連携により、行動・心理症状の悪化要因に早期に気づき、対応することが求められますが、行動・心理症状が重症化してからの対応になると、在宅、介護施設・事業所での生活が困難となる場合があります。

介護事業所等介護の現場では、認知症介護指導者や認知症介護実践リーダー研修等の受講者を中心に、認知症の人を中心に考える介護の実践が勧められていますが、限られた人材の中では、科学的あるいは個別的な介護を展開するのは難しい状況にあります。

図3 - 3 - 12 - 2 認知症疾患医療センター

◎滋賀県の二次保健医療圏域と認知症疾患医療センターの位置



(4) 若年・軽度認知症の支援体制

65歳未満で発症する若年認知症の人は、全国推計で示された性・年齢別有病率をもとに算出すると、本県では18歳～64歳人口約80万人(平成28年(2016年))のうち、約360人と算出されます。

- 若年認知症は、就労や生活費、子どもの教育費などの経済的問題が大きく、主介護者が配偶者となることが多く、時に本人や配偶者の親などの介護が重なるなどの高齢者とは異なる課題があります。

若年・軽度認知症の相談機関として、若年認知症コールセンター¹、軽度認知症サポートセンター²を指定し、更に、若年認知症コーディネーター³を配置して本人・家族交流会、本人・家族心理教育、職場における就労継続支援などの総合的な支援を実施しています。

若年認知症や軽度認知症の人は、診断後しばらくは介護等を必要としない場合が多いため、介護保険サービスを受けるまでに時間を要することが多い状況です。

平成24年度(2012年度)から若年認知症の人が働く「仕事の間」を県内に1か所、平成27年度(2015年度)からは更に3か所の取組を支援してきましたが、働く以外のニーズにも対応する居場所の創出が求められています。

平成28年度(2016年度)の滋賀県若年認知症実態調査によると、介護事業所等若年認知症の人の受入先は増加していますが、若年認知症に対応したサービスが少ないという意見が多く、居場所や受入先を増やしていくとともに、今ある社会資源の見える化と周知を図っていくことが必要です。

(5) 高齢者の権利擁護

平成27年度(2015年度)に高齢者虐待と判断された件数は、養護者による虐待329件、養介護施設従事者による虐待9件で、これまで養護者による虐待は300件前後、養介護施設従事者による虐待は0～1件で推移していたのが急増しています。

平成27年度(2015年度)に養介護施設従事者等による高齢者虐待が認められた9件のうち、グループホームとサービス付き高齢者向け住宅での虐待が5件と過半数を占めています。

職員の少ない事業所では研修にも参加しにくく、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅では閉鎖的なサービス提供になりがちな状況です。

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などで判断能力が不十分な者が自立した地域生活を送れるよう福祉サービスの利用援助などを行う滋賀県地域福祉権利擁護事業⁴の実利用者数は、平成28年度(2016年度)には1,430人と年々増加しています。

成年後見制度⁵首長申立てに関する相談件数は、平成27年度(2015年度)で93件ですが、高齢者が71件と76.1%を占めています。

家庭裁判所における平成28年(2016年)12月末日時点の成年後見制度の利用者数は、2,756人で年々増加しているものの、認知症高齢者の増加に比べ、成年後見制度の利用者は少ない状況です。

国の成年後見制度利用促進計画では、中核機関を設置することや、市町計画の策定に努めることが示されています。県内には、各二次保健医療圏域に成年後見支援センターが整備されていますが、各センターの機能や役割には差がある状況です。

具体的な施策

(1) 認知症とともに生きるためのそなえの推進と医療的支援の充実

ア 予防を含む認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

認知症の最大の要因は加齢であり、誰にとっても身近な病気であること、また、認知症の根本的治療薬や予防法は十分に確立されていませんが、認知症の発症に影響する様々な危険因子や防御因子が明らかになっていることから、老化を遅延するための望ましい生活習慣の啓発を推進します。

市町における介護予防や健康寿命延伸に向けた認知機能低下に対する取組についての情報交換の場を設けるなどして、効果的な実践ができるよう支援します。

認知症の正しい知識を普及し、認知症になっても生き生きと活動していけることを発信します。

引き続き、企業や、小・中学校など様々な団体に向けて、認知症サポーター¹養成講座等への受講の働きかけを行い、認知症に対する理解を促進します。

イ 早期発見・早期対応ができる体制の充実

認知症の相談機関や医療機関の周知について、市町とともに取り組みます。

認知症相談医の拡充による早期発見と早期対応を推進します。

歯科医師・薬局薬剤師の認知症対応力向上による早期発見を推進します。

医師や保健師、介護福祉士²などの多職種により市町が設置する認知症に早期に対応できる認知症初期集中支援チーム³について、チーム員である認知症サポート医⁴の確保やチーム員研修・初期集中支援事業に関する市町の情報交換等の支援を実施します。

ウ 本人の状況に応じた医療・介護等の提供

病院における院内デイケア等、認知症高齢者に対する取組への支援を推進します。

医療機関や地域などで認知症ケアのリーダー的存在が期待される認知症看護認定看護師の拡大を図ります。

医療従事者向けの認知症対応力向上研修や、フォローアップ研修を通して、薬剤の使い方や認知症アセスメントの徹底、体調管理など、認知症の行動・心理症状やせん妄等の予防的介入を推進します。

介護従事者への認知症介護研修による介護人材の資質向上を図ります。

認知症の人の意向をくみ取れるよう、医療・介護などの従事者のスキルアップを図ります。

認知症の人の当事者ミーティングなどを通じて、認知症施策に対する当事者の意見を反映するよう努めます。

認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会を実施し、認知症の医療と介護の前向きな取組を発信し、共有します。

エ 若年・軽度認知症施策の推進

医療、介護、産業、障害福祉、行政など、若年認知症の人を支援する関係者が連携するネットワークの機会を提供します。

若年・軽度認知症の特性に配慮した介護プランを立案する介護支援専門員に対する支援を検討します。

若年・軽度認知症の支援機関や支援内容が周知されるよう、若年・軽度認知症支援者の見える化を図ります。

若年認知症と軽度認知症の人に対する相談、支援の場を拡充します。

(2) 地域での日常生活支援、家族支援の強化

ア 認知症の人と家族を支える地域づくり

企業等との見守り協定を通じて、認知症サポーターや認知症キャラバンメイト^{*}の養成を推進します。

認知症カフェ等、仲間づくりや社会的交流、認知症に対する学習や相談ができる機会を確保し、啓発を強化します。

市町が行う利用できる社会資源の周知や情報提供をバックアップします。

地域住民による小地域単位の見守りネットワーク構築を推進します。

地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進役を担う認知症地域支援推進員^{*}の養成と活動への支援を行います。

警察等との連携による行方不明高齢者や認知症により運転免許証を返納した高齢者等への支援の充実を図ります。

イ 地域における専門的支援体制の推進

精神科病院等からの円滑な退院、在宅復帰への支援体制の充実を図ります。

地域の実情に応じた認知症クリティカルパスの作成や医療と介護の連携ツールの活用等、各二次保健医療圏域における医療と介護の連携を推進します。

医療、介護従事者への研修等を通して、認知症対応力の向上を図ります。

認知症相談医およびサポート医、認知症疾患医療センター、認知症専門外来等がそれぞれの役割を認識し、地域で認知症の方および家族を支援することができる取組を推進するとともに、地域における専門的支援体制の情報発信に努めます。

(3) 高齢者の権利擁護

ア 高齢者虐待の防止

相談

高齢者権利擁護支援センターを指定し、市町の保健福祉関係者などに対して、高齢者虐待の困難事例や成年後見制度などへの専門的・技術的助言を行い、地域包括支援センターなどにおける権利擁護相談が充実するよう支援します。

市町における虐待対応ネットワークの構築を支援します。

研修・啓発・指導

市町の保健福祉関係者などに対して、養護者支援の視点を含む高齢者虐待問題研修会や養介護施設従事者による虐待対応研修会などを実施し、高齢者虐待対応にあたる人材を育成します。

県民を対象にした高齢者虐待防止セミナーなどを実施し、高齢者虐待についての問題意識の喚起、成年後見制度の普及啓発を推進します。

小規模介護事業所やサービス付き高齢者向け住宅などの従事者に研修機会が行き届くようその方法などを検討します。

集団指導の機会を通じて、介護保険事業所に対する高齢者虐待防止の意識啓発を強化します。

高齢者権利擁護推進会議

高齢者虐待防止の取組を推進するなど高齢者の権利擁護を推進するため、現状や課題の共有化と今後の支援対策についての意見交換を行う関係機関・団体による推進会議を開催し、権利擁護支援センター等の支援機関、介護・福祉関係機関、市町、警察等との連携を図ります。

イ 身体拘束廃止

介護保険施設・事業所における身体拘束の実態を把握し、その結果を介護保険施設・事業所へ還元することで、身体拘束廃止に向けた取組を推進します。

介護現場において高齢者の尊厳を守るケアを実現するために、権利擁護推進員の養成研修を実施し、身体拘束廃止の取組等を事業所内で推進できる人材を育成します。

身体拘束についての問題意識を喚起するために、県民を対象とした身体拘束ゼロセミナーを実施します。

医療機関における身体拘束について、各種の医療従事者向けの認知症対応力向上研修の中で、高齢者の権利擁護や倫理的配慮等を含む教育を強化します。

ウ 成年後見制度の利用促進

国の成年後見制度利用促進基本計画に示された、地域連携ネットワークの整備や市町計画の策定に向けた市町の取組を支援します。

成年後見制度と、市町社会福祉協議会が実施する地域福祉権利擁護支援事業について、個々の事情を検討して適切な活用を進めます。

成年後見制度利用促進に向けた、市町や介護保険事業所に対する高齢者権利擁護支援センターからの助言や支援を推進します。

市民後見人養成を目指した市町権利擁護人材育成事業の実施による市町支援と、実施成果について全県で共有し県内市町への横展開を図ります。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H35）	備考
認知症疾患医療センター指定数	8 か所（H29）	各二次保健医療圏域に 1 か所以上	
認知症相談医数	367 人（H28）	430 人	
認知症サポート医数	105 人（H28）	195 人	
若年・軽度認知症支援者の見える化に取り組む事業所数	4 か所（H28）	19 か所	

病期	指標名	全国	滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	備考
合併症・予防を含む専門治療	低血糖患者数(医療機関数)		134	31	26	16	28	10	18	5	平成27年度 NDB
合併症治療	糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数		15	4	2	2	2	1	3	1	H28年度 診療報酬施設基準
合併症治療	糖尿病網膜症手術数(医療機関数)		56	15	11	4	10	6	7	3	平成27年度 NDB
合併症治療	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)	5.5	4.4								H27年 人口動態特殊報告
合併症治療	糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)	2.5	2								H27年 人口動態特殊報告
精神疾患											
治療回復社会復帰	精神科を標榜する病院数 (人口10万対)	58.5 2.1	24 1.7	7 2	7 2.2	2 1.3	3 1.3	1 0.6	3 1.8	1 1.9	平成26年 医療施設調査
治療回復社会復帰	精神科を標榜する一般診療所数 (人口10万対)	67.2 2.5	25 1.8	8 2.3	9 2.8	2 1.3	- -	4 2.6	2 1.2	-	平成26年 医療施設調査
治療回復社会復帰	精神科病院数 (人口10万対)		7 0.5	2 0.6	2 0.6	1 0.7	1 0.4	- -	1 0.6	-	平成26年 医療施設調査
治療回復社会復帰	精神科訪問看護を提供する病院数 (人口10万対)		7 0.5	2 0.6	2 0.6	1 0.7	- -	- -	2 1.2	-	平成26年 医療施設調査
治療回復社会復帰	精神科訪問看護を提供する一般診療所数 (人口10万対)		3 0.2	1 0.3	1 0.3	- -	- -	1 0.6	-	-	平成26年 医療施設調査
治療回復社会復帰	精神科地域移行実施加算		3	0	2	0	0	0	1	0	平成28年3月31日 診療報酬施設基準
治療回復社会復帰	精神及び行動障害退院患者平均在院日数	291.9	216.3	179.4	83.1	857.4	375.5	187.4	83.6	22.6	平成26年患者調査
精神救急	精神科救急入院料1の届出施設数 (人口10万対)		0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	平成28年3月31日 診療報酬施設基準
精神救急	精神科急性期治療病棟入院料1届出施設数 (人口10万対)		7 0.5	2 0.6	2 0.6	1 0.7	1 0.4	0 0	1 0.6	0 0	平成28年3月31日 診療報酬施設基準
精神救急	精神科救急医療体制を有する一般診療所数 (人口10万対)		16 1.1	6 1.8	7 2.2	- -	- -	2 1.3	1 0.6	-	平成26年医療施設調査
専門治療	重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数 (人口10万対)		2 0.1	0 0	1 0.3	1 0.7	0 0	0 0	0 0	0 0	平成28年3月31日 診療報酬施設基準
精神救急	類型別認知症疾患医療センター数(1:基幹型) (人口10万対)	0.3 0	0 0								平成28年9月14日現在 新オレンジプラン
精神救急	類型別認知症疾患医療センター数(2:地域型) (人口10万対)	7 0.3	7 0.5								平成28年9月14日現在 新オレンジプラン
精神救急	類型別認知症疾患医療センター数(3:診療所型) (人口10万対)	1 0	1 0								平成28年9月14日現在 新オレンジプラン
予防アクセス	かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数 (人口10万対)	47,819 37.3	470 33.1								平成28年(平成27年度末) 新オレンジプラン
予防アクセス	認知症サポート医養成研修修了者数 (人口10万対)	5,068 4	88 6.2								平成28年(平成27年度末) 新オレンジプラン
救急医療(小児救急を除く)											
救護	救急救命士の数 (人口10万対)	26,015 20.3	286 20.1	45	69	33	58	21	39	21	平成27年4月1日現在 救急救助の現況 消防年報
救護	住民の救急蘇生法講習の人口1万人当たり受講者数	114	149								平成26年 救急救助の現況
救護	救急車の稼働台数 (人口10万対)	6,184 4.8	66 4.6	12	11	9	11	6	12	5	平成27年4月1日現在 救急救助の現況 消防年報
救護	救命士が同乗している救急車の割合	98.4	100								平成28年4月1日現在 救急救助の現況
救護	救急患者搬送数 (人口10万対)	5,405,917 4,209	55973 3936.8	14802	11976	5339	9676	5054	6877	2249	平成26年 救急救助の現況 消防年報
救命医療	救命救急センターを有する病院数 (人口10万対)	284 0.2	4 0.3	1 0.3	1 0.3	- -	1 0.4	- -	1 0.6	-	平成26年 医療施設調査
救命医療	都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合	99.3	100	A	A		A		A		平成27年 救命救急センターの評価結果