

## 第5節 - 1 精神科医療

### 1. 精神疾患について

- 精神疾患を有する患者数は、全国で平成20年には約320万人、平成26年には約390万人を超えており、年々増加している状況です。国民の4人に1人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になっており、精神疾患は、全ての人にとって身近な病気となっています。
- ひとくちに「精神疾患」といっても、その状態や疾患の特徴は多様であり、対策も複雑になっています。主な疾患は次の表のとおりです。

【表】主な疾患の種類

種類	特徴
統合失調症	幻覚や妄想、自分の考えが他人に読み取られると感じる、興奮や昏迷などの精神病エピソードを主症状とする精神疾患で、その他、感情の平板化や意欲の低下など多彩な精神機能の障害が見られます。
うつ病・躁うつ病	うつ病は抑うつ気分、意欲の低下、興味喪失、集中力低下などが2週間以上持続するものをうつ病エピソードと呼び、一生に1回しか起こらない場合もあれば、繰り返す場合もあります。躁うつ病は、気分の高揚や活動性が高まる躁病エピソードのみを繰り返すタイプ、躁病エピソードとうつ病エピソードを繰り返すタイプ、軽躁エピソードとうつ病エピソードを繰り返すタイプがあります。
認知症	アルツハイマー型認知症は、脳神経細胞が萎縮する原因不明の進行性の変性疾患で、初期から記憶障害、理解・判断力の低下が目立ち精神症状や問題行動を伴うことが多く、65歳前後頃の若年時に発症する場合があります。そのほか、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症があります。
児童・思春期精神疾患	脳神経の発達段階にあり、心理社会的にも様々な発達課題がある児童・思春期に発症する精神疾患です。
発達障害	先天的な様々な要因によって、乳幼児期にかけてその特性が現れ始める脳機能の発達に関する障害で、広汎性発達障害(PDD)、注意欠陥・多動性障害(ADHD)、学習障害(LD)などの総称です。
依存症	自分の意思や精神力では、その行動をコントロールできなくなる病気です。依存症の種類は、アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症があります
外傷後ストレス障害(PTSD)	災害や事故、犯罪などの並外れた脅威や破局的な出来事が原因となって生じるもので、フラッシュバック症状、回避・麻痺症状、覚醒の亢進といった症状が長期間持続します。
高次脳機能障害	外部外傷、脳血管障害等により脳が部分的に損傷を受けた結果、記憶や注意など認知機能に障害が起き、日常生活や社会生活への適応が困難となる非進行性の器質性精神障害の1つです。
摂食障害	単なる食欲や食行動の異常ではなく、体重に対する過度のこだわりがあること、自己評価への体重、体型の過剰な影響が存在するといった心理的要因に基づく食行動の重篤な障害です。疾患自体が原因で生命の危機に陥る病気で、身体面と精神面を包括的に考えて治療を進める必要があります。
てんかん	大脳の神経細胞が過剰興奮するために、脳の症状(発作)が反応性に起こる。乳幼児、小児から成人、老年に至る年齢層に及ぶ患者数の多い慢性的神経疾患。併発する発達障害や精神障害への対応や、時に外科治療を要します。

- 精神疾患は極めて身近な病気であるにも関わらず、正しい情報や知識が一般の人々に行き渡っていないことや、病気の特徴として判断力が低下することがあるため、受診の遅れから症状が重くなり、入院治療が必要になって初めて精神科医を受診するという方や、治療半ばにして中断してしまう方も少なくありません。
- 近年、早期発見・早期治療と切れ目のない継続的な医療提供体制の整備によって効果的な治療が提供され、成績の向上が期待されるようになってきています。また、入院治療が必要となった場合でも症状の安定後できるだけ早期に退院し、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域で安心して暮らすことができるよう、精神科救急、身体合併症、自殺未遂、災害医療、医療観察法等多様な課題に対応した体制づくりが求められています。
- なお、この節では、認知症以外の精神疾患について記載することとし、認知症については、「第5節-2 精神科医療（認知症医療）」で記載します。

## 2. 本県の現状と課題

### (1) 患者の状況

#### ア) 精神保健福祉手帳の所持状況

- 本県における精神保健福祉手帳の所持者数は、表1に示すとおり、年々増加傾向にあります。3級の所持者が増えており、早期に精神保健福祉手帳を申請し、所持する人が増えています。

【表1】精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移（各年度末時点）（単位：人）

区分	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
1級	1,017	1,071	1,166	1,176	1,217	1,180
2級	5,127	5,403	5,801	6,054	6,360	6,495
3級	1,578	1,771	2,069	2,237	2,476	2,709
計	7,722	8,245	9,036	9,467	10,053	10,384

#### イ) 通院・入院患者の状況

- 本県の自立支援医療（精神通院）受給者数は、表2に示すとおり増加傾向にあり、平成26年患者調査によると、病院又は診療所に外来患者として治療のために通院した推計の精神疾患患者の人口10万人あたりの割合（受療率）は、全国平均203人に対して本県が256人となっています。

【表2】精神科病院入院患者数及び自立支援医療（精神通院）受給者数の推移（単位：人）

区分	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
入院患者数	7,163	7,094	6,990	6,919	6,831
1年以上の入院患者数	4,986 (69.6%)	4,926 (69.4%)	4,911 (70.3%)	4,789 (69.2%)	4,713 (69.0%)
自立支援医療（精神通院） 受給者数	15,586	16,181	15,343	18,324	17,586
計	27,749	23,275	22,333	25,243	24,417

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成23～27年 各年6月30日現在の人数）

- 本県の入院患者数は、年々減少傾向にあります。入院形態別の状況は、任意入院患者が約7割を占めており、年齢構成別では、65歳以上の患者が約6割と高齢化しています。在院期間別では、約7割が1年以上の長期入院患者となっている現状です。

【表3】入院形態別入院患者の状況（単位：人・％）

	措置入院(※1)	医療保護入院(※2)	任意入院(※3)	その他
入院者数	19	1,633	5,164	15
構成比	0.3	23.9	75.6	0.2

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成27年6月30日現在）

※1 措置入院：入院させなければ自傷他害のおそれがある者を、精神保健指定医2名の診断結果が一致した場合に知事が入院措置するもの。

※2 医療保護入院：入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、自らの意思で入院を行う状態にない場合、精神保健指定医1名の診察及び家族等の同意により入院するもの。

※3 任意入院：入院を必要とする精神障害者で、入院について本人が同意のうえで入院するもの。

【表4】年齢構成別入院患者の状況（単位：人・％）

	～19歳	20～39歳	40～64歳	65歳～
入院者数	36	368	2,405	4,022
構成比	0.5	5.4	35.2	58.9

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成27年6月30日現在）

【表5】入院期間別入院患者の状況（単位：人・％）

	6月未満	6月～1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10年以上	
					うち20年以上	
入院者数	1,540	578	2,075	1,016	1,622	752
構成比	22.5	8.5	30.4	14.9	23.7	11.0

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成27年6月30日現在）

- 疾患別の入院患者数を見ると、表6に示すとおり半数以上を統合失調症及びその周辺疾患が占め、次いで認知症等の器質性精神障害が約2割、気分（感情）障害が約1割を占めています。在院期間が1年以上の長期入院患者が約7割を占めており、年齢は、65歳以上の患者が約6割を占めている現状です。
- 表7は、精神科病院入院患者について、全国平均と本県を比較したのですが、人口1万対の病床数は、全国が26.0に対し、本県は57.2、在院患者数も全国22.9人に対し、50.2人と大幅に上回っており、全国2番目に多くなっています。
- さらに、12ヶ月時点での退院率は、全国が90%であるのに対して、本県は88%と下回っており、再入院率も全国が37%であるのに対して、本県は39%と上回っています。

【表 6】疾患別精神科病院入院患者数（単位：人・％）

疾患名／年度	平成 23 年	平成 27 年
統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害	3,982 [55.6%]	3,663 [53.6%]
器質性精神障害 (認知症、高次脳機能障害等)	1,485 [20.7%]	1,479 [21.6%]
気分(感情)障害	672 [9.4%]	689 [10.1%]
精神作用物質の使用による精神および行動の障害 (アルコール、薬物依存症等)	441 [6.1%]	410 [6.1%]
神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害 (不安障害、強迫性障害、PTSD 等)	121 [1.7%]	152 [2.2%]
その他の精神疾患	356 [5.0%]	344 [5.0%]
てんかん	106 [1.5%]	94 [1.4%]
合 計	7,163 [100%]	6,831 [100%]

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成 23・27 年各 6 月 30 日現在）

【表 7】精神科病院入院患者に関する本県と全国平均の比較（単位：人・％）

項目	長崎県	全国平均
病床数（人口 1 万対）（※ 1）	57.2	26.0
在院患者数（人口 1 万対）（※ 1）	50.2	22.9
退院率（※ 2）	3 ヶ月時点	65%
	6 ヶ月時点	81%
	12 ヶ月時点	88%
再入院率（※ 2）	3 ヶ月時点	25%
	6 ヶ月時点	31%
	12 ヶ月時点	39%
新規入院数の平均在院日数（※ 1）	128 日	138 日

※出典：※ 1 精神保健福祉資料（厚生労働省 平成 27 年 6 月 30 日現在）

※ 2 国のレセプトデータベース（NDB）（平成 26 年度）

## （2）精神科医療提供体制の現状

- 平成 27 年 6 月 30 日現在、精神科を標榜する外来診療施設は 61 施設、精神科病床を有する病院が 37 施設で、精神科病床数は、7,869 床となっています。病床が長崎、県央医療圏に集中している一方、上五島医療圏は精神科病床が未整備、壱岐医療圏では壱岐病院が休床となっているなど、医療資源に地域格差がみられます。
- 表 9 は、本県において精神科の業務に常勤として携わっている医療技術者の数、表 10 には、常勤の精神科病院職員一人あたりの入院患者数の全国比較を示しています。本県と全国を比較すると、平成 21 年よりも改善していますが、特に精神保健指定医・作業療法士・臨床心理技術者一人あたりの受け持つ入院患者が多い状態にあります。

【表8】精神科医療施設等の状況

医療圏		長崎	佐世保 県北	県央	県南	五島	上五島	杵岐 (※2)	対馬	合計
精神科 病床を 有す る病院 (※1)	病院数	11	8	11	4	1	0	2	1	38
	精神病床数	3,820	1,469	1,843	604	60	0	28	45	7,869
	指定病床数 (再)(※1)	58	62	13	13					146
	精神保健指定 医数(※3)	62	27	39	11	1	0	1	1	142
精神科 標榜外 来診療 施設	施設数	34	8	11	3	1	1	1	2	61
	精神保健指定 医数(※3)	29	8	4	2	0	0	0	0	43

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成27年6月30日現在）

※1 指定病床数：国、県立病院等は、指定病床としての指定は不要のため含まない

※2 杵岐医療圏：杵岐病院については、平成23年7月15日から休床

※3 精神保健指定医数：常勤の医師数を計上

【表9】精神科業務従事者（常勤）の状況（単位：人）

	医師 (精神保健指定医)	看護師	准看護師	精神保健 福祉士	作業 療法士	臨床心理 技術者
病院	197(142)	1,641	958	195	169	30
診療所等	52(43)	41	17	16	9	11
計	249(185)	1,682	975	211	178	41

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成27年6月30日現在）

【表10】精神科病院職員（常勤）一人あたりの入院患者数（単位：人）

区分\職種	年 度	医師 (精神保健指定医)	看護師	准看護師	精神保健 福祉士	作業療法士	臨床心理 技術者
長崎県	21	40.1 (54.2)	4.9	6.3	49.1	51.2	279.5
	27	34.7 (48.1)	4.2	7.1	35.0	40.4	227.7
全 国	21	29.6 (47.2)	4.7	7.1	46.0	45.1	159.0
	27	27.3 (39.2)	4.0	8.2	33.1	32.2	105.2

※出典：精神保健福祉資料（厚生労働省 平成21、27年6月30日現在）

### 3. 精神疾患等ごとの現状と課題

#### (1) 統合失調症

- 平成26年に医療機関を継続的に受療した統合失調症の総患者数は、全国で77.3万人であり、うち入院患者数は16.6万人となっています。また、精神病床における1年以上の長期入院患者数は12.1万人となっています（国の患者調査による）。

- 本県では、平成 26 年度に統合失調症の入院患者数は 6,978 人、1 回以上外来を受診した患者数は 18,116 人であり、精神病床における 1 年以上の長期入院者は、4,789 人となっております。
- 本県の統合失調症患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率は、0.13%となっており、今後は、「重症かつ慢性」の基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、基準を満たす症状とならないように精神科リハビリテーションの充実等入院医療の充実を図る必要があります。
- 長期入院が生じる理由は様々であるが、地域における精神保健、医療、福祉の受け皿を充実することで、入院から地域生活への移行が可能である入院患者が多くいると考えられることから、退院後、再入院することなく、地域で生活しながら治療を継続することができるよう、各医療機関、行政、相談支援事業所等が連携し、長期入院患者の退院に向けた取組みを進めていくことが重要です。

## (2) うつ病・躁うつ病

- 平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は、全国で 112 万人（うち入院患者数は 29 万人）となっています。平成 11 年の総患者数の 44 万人（うち入院患者数 25 万人）と比較すると、総患者数は増加しています。（国の患者調査による）。
- 自殺の原因・動機のうち健康問題が最も多く、中でもうつ病が多くを占めている現状であり、自殺対策上の重要課題の一つになっています。（平成 27 年度版自殺対策白書による）
- 早期受診から、正確な診断、病状や経過に応じた適切な医療を提供できる体制を整備することや、関係機関が連携し、社会復帰（就職、復職、家事への再参加等）に向けた支援を提供できる体制の整備が必要です。
- うつ病に罹患した人が早期に医療機関で適切な医療を受けることができるよう、早期対応の中心的人材であるゲートキーパー<sup>※</sup>を担う職種として、かかりつけ医や薬剤師等の役割が期待されています。  
※ゲートキーパー：平成 19 年に政府が策定した「自殺総合対策要綱」の中で、早期対応の中心的役割を果たす人材を示す用語として用いられているもの。自殺や自殺関連事象に関する正しい知識の普及や、自殺の危険を示すサインに気づき、声かけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなげ、見守ることができる人材。
- 県連携拠点機能を担う医療機関を中心に、うつ病・躁うつ病に対応できる医師、薬剤師を始めとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

### ■ うつ病等に対する施策

- ・長崎県医師会と連携し、「かかりつけ医と精神科医のうつ病連携委員会」を開催。各地域において講演会を開催し、うつ病等に対する精神科医療の質の向上とかかりつけ医等との連携強化を図る取組を行っています。
- ・長崎県薬剤師会と連携し、「うつ病支援体制強化薬剤師会研修」を開催。薬剤師のうつ病に関する基礎知識の修得とゲートキーパーとしての役割について理解促進を図る取組を行っています。

## (3) 児童・思春期精神医療

- 平成 26 年に医療機関を継続的に受療している 20 歳未満の精神疾患を有する総患者総数は、全国で

27万人であり、平成11年の総患者数の11.7万人と比較して増加傾向にあります（国の患者調査による）。

- 脳神経の発達段階にあり、心理社会的にも様々な発達課題がある児童・思春期に発症する精神疾患の治療やリハビリテーションについては、特別の配慮が必要となってきます。
- 児童・思春期に通常発症する行動及び情緒の障害である愛着障害、摂食障害、チック障害、緘黙などの障害や青年期以降に好発する統合失調症や気分（感情）障害など県内の精神科・小児科の医療機関の外来患者数は増加傾向にあり、早期診断・早期治療ができる医療体制を整備するため、対応可能な医師をはじめとする専門職の確保が課題となっています。

### ■ 児童・思春期精神医療対策

- ・ 本県では、児童・思春期精神医療対策の整備のため、「子どもの心のネットワーク事業」に取組、子どもの心の診療拠点病院を定め、教育、児童相談所、保健所、福祉施設等と連携し、平成23～27年度まで医師、コメディカルスタッフの研修会を開催しました。
- ・ 平成27年度から、長崎大学病院に、精神科医等を対象とした地域連携児童精神医学講座を開設し、児童・思春期を診ることができる医師の養成を行っています。

## （4）発達障害

- 平成26年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法に規定する発達障害の総患者数は全国で19.5万人であり、平成11年の総患者数の2.8万人から増加しています（国の患者調査による）。
- 本県では、長崎こども医療福祉センターを発達障害者支援センターに指定し、当事者・家族の相談支援、発達障害に関する知識の普及啓発、他機関への助言・指導、関係者への研修を実施しています。
- 広汎性発達障害（PDD）、注意欠陥・多動性障害（ADHD）などの発達障害に対しては、早期に発見し、適切な治療教育（療育）を行うことで、対人関係障害の改善、年齢に応じた適応行動の獲得、異常なこだわり行動の予防が可能のため、乳幼児期の母子保健指導、保育所・幼稚園での観察指導体制、学校保健と学校医の連携、対応可能な医師への紹介の仕組みまで、幅広い連携体制の構築が必要となります。
- 発達障害者（児）については、対応可能な医師を始め専門職は極めて少なく、対応可能な医療機関において、受診待ち期間も3ヶ月以上を要するなど、十分な診療応需ができていない状況にあり、医療体制を整備するため、対応可能な医師をはじめとする専門職の確保が課題となっています。

## （5）依存症（アルコール、薬物、ギャンブル等）医療

### ア) アルコール依存症

- 平成26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総患者数は、全国で4.9万人であり、平成11年の総患者数の3.7万人から増加しています（国の患者調査による）。医療機関の受療の有無にかかわらず、アルコール依存症者は約58万人<sup>※</sup>いると推計されており、医療機関を受療していない多くのアルコール依存者がいるものと推測されます。

※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研究（研究代研究者樋口進）平成 25 年度」

- 平成 26 年 6 月 1 日に施行された「アルコール健康障害対策基本法」に基づき、平成 28 年 5 月 31 日に「アルコール健康障害対策基本計画」が閣議決定され、本県においては、平成 30 年度に「アルコール健康障害対策推進計画」を策定する予定です。
- 平成 26 年度に県内の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総患者数は、940 人となっています（国の患者調査による）。
- 身体合併症が多いアルコール依存症については、一般医療機関の役割が大きく、身体合併症の治療と同時に大量飲酒者を対象としたアルコール依存症の予防とアルコール依存症者や家族を精神科医につなぐ役割が期待されています。
- 県内では、アルコール依存症を専門的に診療している医療機関は、長崎・県央医療圏に偏っており、アルコール依存症に対応できる医療機関の偏在を解消するため、県連携拠点機能を有する医療機関を中心に、アルコール依存症に対応できる医師を始めとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

### ■ アルコール依存症の治療

・最近では、大量飲酒者を対象としたアルコール依存症の予防と初期治療を目的とした、アルコール関連問題早期介入プログラムも開発されており、一般医療機関や産業保健や地域保健の場面で導入が試行されています。依存症に対する専門治療としては、ARP（アルコール・リハビリテーション・プログラム）、DRP（ドラッグアディクション・リハビリテーション・プログラム）と呼ばれる集団認知行動療法を中心とした治療プログラムが有効で、いくつかの精神科医療機関で実施しています。

また、『断酒会』、『AA』、『NA』などの自助グループの利用、リハビリ施設『DARC（ダルク）』への通所や入所も有効であるため、医療機関とこれらの民間団体との連携を図っていく必要があります。

### イ) 薬物依存症

- 平成 26 年に医療機関に継続的に受療している薬物依存症の総患者数は全国で 0.3 万人であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人から増加しています（国の患者調査による）。
- 平成 28 年には、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする「刑法等の一部を改正する法律及び薬物使用者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」が施行されました。薬物依存症者の再犯（再使用）防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関及び民間団体との連携体制の構築が求められています。
- 県内で薬物依存症を診療している医療機関は少なく、県連携拠点機能を有する医療機関を中心に薬物依存症に対応できる医師を始めとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。



## ウ) ギャンブル等依存症

- 平成 26 年に医療機関に継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は、全国で 500 人未満とされていますが、国では、ギャンブル依存症者の実態把握を進めることとなっています（国の患者調査による）。
- 平成 28 年 12 月 15 日に、「特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律（IR 推進法）」が成立、同年 12 月 26 日に施行され、ギャンブル等依存症対策を抜本的に強化することが求められています。
- 県内でギャンブル依存症を診療している医療機関は少なく、県連携拠点機能を有する医療機関を中心にギャンブル依存症に対応できる医師を始めとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

## (6) 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 平成 26 年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は、全国で 0.3 万人であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人から増加傾向にあります（国の患者調査による）。
- PTSD は、過半数は適切な心理的保護によって半年以内には自然軽快しますが、軽快しない慢性 PTSD については、認知行動療法などの専門家による継続的な精神療法が必要であり、症状に合わせて抗うつ剤や抗精神病薬などによる薬物療法も積極的に行われます。
- 傷ついた自尊心の回復のためには、同じようなトラウマ体験をした者同士が集まる自助グループへ参加することが有効な場合もあります。
- 近年、災害及び事件、事故等が発生した場合、PTSD を始めとした「こころのケア」の重要性が認識されるようになりました。PTSD に対応できる医療機関を明確にし、専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

## (7) 高次脳機能障害

- 平成 13 年から平成 17 年度に行われた高次脳機能障害者支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無に関わらず、高次脳機能障害者は、全国に 27 万人いると推計されています\*。  
※「高次脳機能障害ハンドブック 診断・評価から自立支援まで」（編集 中嶋八十一、寺島彰）医学書院
- 県では、長崎こども・女性・障害者支援センターを長崎県高次脳機能障害支援センターに指定し、当事者・家族の相談支援、高次脳機能障害に関する知識の普及啓発、他機関への助言・指導、関係者への研修、医療・保健・福祉・教育・労働の関係機関のネットワークの推進、高次脳機能障害者のショートケア等を実施しています。
- 県内には、高次脳機能障害の診断・治療・リハビリテーションに対応できる医療機関が少なく、地域的偏在もあるため、県連携拠点機能及び地域連携拠点機能を有する医療機関を中心に、高次脳機能障害に対応できる医師を始めとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

## (8) 摂食障害

- 平成 26 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、全国で 1 万人であり、平成 11 年の総患者数の 1.1 万人からほぼ横ばいとなっています（国の患者調査による）。また、医療機関の受療の有無に関わらず、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 人いるとも推計されています※。

※厚生労働科学研究「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」（研究代表者 小牧元 平成 21 年度）

- 平成 26 年度に県内で精神療法に限定せず、継続的に外来受診をしている患者数は、1,810 人です<sup>1</sup>。
- 摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要性があり、県連携拠点機能を有する医療機関を中心に、摂食障害に対応できる医師を始めとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

## (9) てんかんの医療

- 全国で平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は、25.2 万人であり、平成 11 年の総患者数の 23.5 万人から増加しています（国の患者調査による）。医療機関の受療の有無に関わらず、てんかん患者は 1,000 人に 7.71 人いると推計されます※。

※厚生労働科学研究「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」（研究代表者 大槻泰介 平成 24 年度）

- てんかんは、乳幼児・小児から成人・老年に至る年齢層に及ぶ患者数の多い慢性の神経疾患ですが、併発する発達障害や精神障害への対応や、時に外科治療を要するなど、その診療には診療科の枠を超えた人的・物的医療資源の活用が必要とされます。そのため、地域の一般診療医とてんかん専門診療医との間の診療連携システムの構築が必要です。

## (10) 精神科救急

- 精神科救急医療体制整備事業報告に基づく全国の平成 27 年度の夜間・休日の受診件数は、約 4.5 万件、入院件数は 2 万件となっており、平成 22 年度の約 3.6 万件、約 1.5 万件と比較して増加しています。
- 消防庁「救急救助の現況」（平成 28 年版）によると、平成 27 年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は 43.1 分と長くなっています。
- 精神科救急患者や身体合併症を有する患者の受入可能な医療機関の整備のほか、地域の医療機関が精神科救急医療システムに参加することで、介護・福祉サービス、行政機関等と連携し、患者やその家族、精神科救急情報センターなどからの問い合わせ等に 24 時間 365 日対応できる体制の構築が必要です。
- 精神科の通院患者については、夜間・休日の救急対応が必要な場合に備えて、あらかじめ連携精神科医療機関を確保しておく等の体制強化を検討していく必要があります。

## ■ 本県の精神科救急体制

- ・長崎県精神医療センター内に設置した精神科救急医療センターにおいて、24時間365日、医師等を常時配置するとともに2床以上の空床を確保し、精神科救急患者の受け入れに対応しています。
- ・日曜・祝日・年末年始（9:00～翌9:00）については、精神科救急医療圏域（長崎・西彼圏域、佐世保・県北圏域、県央・県南圏域、五島圏域、壱岐圏域、対馬圏域の6圏域）ごとに、病院群輪番方式による精神科救急医療体制を整備し、相談・診療及び入院に対応しています。
- ・精神科医療相談や必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う常時対応（24時間365日）の精神科救急情報センターを長崎県精神医療センターに設置しています。
- ・急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合において、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために本人の同意に基づく任意入院が行われる状態にないと判定されたときは、国の定める基準に適合するものとして知事が指定した応急入院指定病院であれば、精神保健指定医の診察を経て、72時間まで、本人の同意がなくても入院させることができます的制度があります。応急入院指定病院は、長崎医療圏をはじめ、4圏域で4病院を指定しています。
- ・精神科病床の未整備である上五島医療圏、休床している壱岐医療圏では、医療保護入院にかかる患者の移送体制を整備しています。

- 地域における精神科救急医療体制の整備のためには、精神科救急医療にかかる関係者からなる会議を県単位及び地域において開催し、地域の医療機能や搬送受入の判断基準等について共通認識を図るなど関係者間の相互認識を深める必要があります。
- 精神科病院、精神科診療所及び一般医療機関との連携を推進する手段として、今後、診療情報の連携方策を検討していく必要があります。
- 本県の精神障害者またはその疑いがある者で自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがある者を発見した場合に、行政機関へ申請、通報、届出を行われる件数は、年間約200件です。そのうち約半数が措置入院となっており、迅速に適正な医療を提供できる体制を確保する必要があります。

### (11) 身体合併症

- 全国の救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療が必要となっています\*。
- ※厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（研究代表者 保坂隆 平成18年度）
- 高齢化や生活習慣病の増加などに伴い、身体合併症を有する精神疾患患者に対する医療体制の整備も重要な課題となっています。
- 身体合併症を有する精神疾患患者については、その入院治療の提供、退院支援、そして外来通院の継続のいずれに関しても、身体疾患の専門医やかかりつけ医と精神科医師の診療協力が必要であり、医師同士の連携に留まらず、看護師、精神保健福祉士や医療ソーシャルワーカーといった医療従事者同士が相互理解を深め、お互いの医療分野についての知識を高めることが、より実効的な連携体制の構築につながると考えられます。

- 加えて、複数の医療機関を受診する場合は、お薬手帳などを活用することで医療機関と薬局及び薬局間の連携を強化し、安全な薬物治療に向けた取組の推進や、介護・福祉サービス、行政機関との連携体制を強化することも重要となります。
- しかし、現状では、精神疾患と身体合併症の状態に応じた一般医療機関と精神科医療機関との役割分担と連携が必ずしも円滑に行われていません。各地域において、医師の派遣、身体症状及び精神症状の評価及び治療の優先基準の策定等、一般医療機関と精神科医療機関の連携及び受け入れ体制の構築に向けた協議を行っておりますが、今後も継続していく必要があります。

## (12) 自殺対策

- 警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、わが国の自殺者数は、平成10年以降、14年連続して3万人を超える状況が続いていましたが、平成24年に15年ぶりに3万人を下回り、平成28年度は2万1,897人と5年連続で3万人を下回っています。しかし、自殺死亡率は、主要国の中では依然高水準にあり、依然として厳しい現状にあり、特に15～34歳の各年代の死因の第1位は自殺となっています（厚生労働省「自殺対策白書」による）。
- 内閣府が策定した『自殺対策白書』によると、人が自殺に追い込まれる要因としては、「健康問題」が最も多く、次に借金・多重債務などの「生活・経済問題」となっており、一人で複数の問題を抱えている場合も多いため、多方面からの複層的な支援が必要となります。
- 自殺の原因・動機として最も多くを占める健康問題の中でも、うつ病やアルコール依存症に代表される精神疾患は極めて重要であり、かかりつけ医等により、うつ病等の精神疾患の理解と対応及び自殺リスクを的確に評価できる技術の向上及び、かかりつけ医等から精神科医につなげる医療連携体制や様々な分野の相談機関につなげる多機関連携体制の整備を推進する必要があります。
- 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐためには、救急医療部門に搬送された自殺未遂者のアセスメントとケアを行い、自治体等と連携して退院後も含め、継続的に支援していく必要があります。
- そのため、精神疾患に関する医療計画の策定は、自殺総合対策上の重要な取組の一つに位置付けられています。

### ■ 本県の自殺対策

- ・自殺対策は、民間団体や各市町等の関係機関が事業を展開しています。各市町においては、自殺対策に関する計画を策定し具体的な取組みを行います。
- ・長崎大学病院と連携し、精神科の併設がない二次救急医療機関に受診搬送となった自殺未遂者とその家族に対し、臨床心理士を派遣し、危機介入、心理社会的評価、心理教育、主治医への情報提供等を行い、再企図防止を図る、長崎県自殺未遂者支援体制強化モデル事業を実施しています。
- ・長崎県医師会において、かかりつけ医と精神科医とのスムーズな連携を促すことにより、うつ病の早期発見、早期治療を図り、支援体制の強化を図る連携事業を実施しています。
- ・若年層への自殺予防対策として、教育庁と連携し、県内の全ての小、中、高校へ自殺予防教育教材を配布しています。

### (13) 災害医療

- 災害は、人々に様々な心理的反応をもたらすとともに、PTSD（心的外傷後ストレス障害）やうつ病などの精神疾患の発症、アルコール関連問題の出現など、精神保健上の重大な問題を数多く引き起こすことが知られており、「こころのケア」が必要とされます。
- 平成24年に「災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）（ディーパーット）（以下、DPAT）」の仕組みが創設され、本県でも平成25年よりその養成が始まりました。DPATは、県が被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームであり、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成されます。
- 災害派遣精神医療チームの整備を進め、県連携拠点機能及を有する医療機関を中心に、災害精神保健医療に対応できる医師を始めとした専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進していく必要があります。

#### ■ 本県のDPAT

- ・平成29年3月時点で、全国29府県においてDPAT先遣隊が整備されており、本県でも、平成28年には先遣隊として長崎県精神医療センターを登録しました。
- ・平成28年4月14日に発生した「平成28年熊本地震」に伴い、厚生労働省を通じた熊本県からの派遣要請に基づき、長崎県精神科病院協会、長崎県病院企業団、民間医療機関等の医師・看護師等の協力による「長崎DPAT」として派遣しました。

#### DPATの主な活動内容

- ・避難所や在宅の精神障害者等に対する被災地での精神科医療の提供
- ・外来、入院等被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。）
- ・災害のストレスによって心的問題を抱える住民への対応
- ・支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援

### (14) 医療観察制度

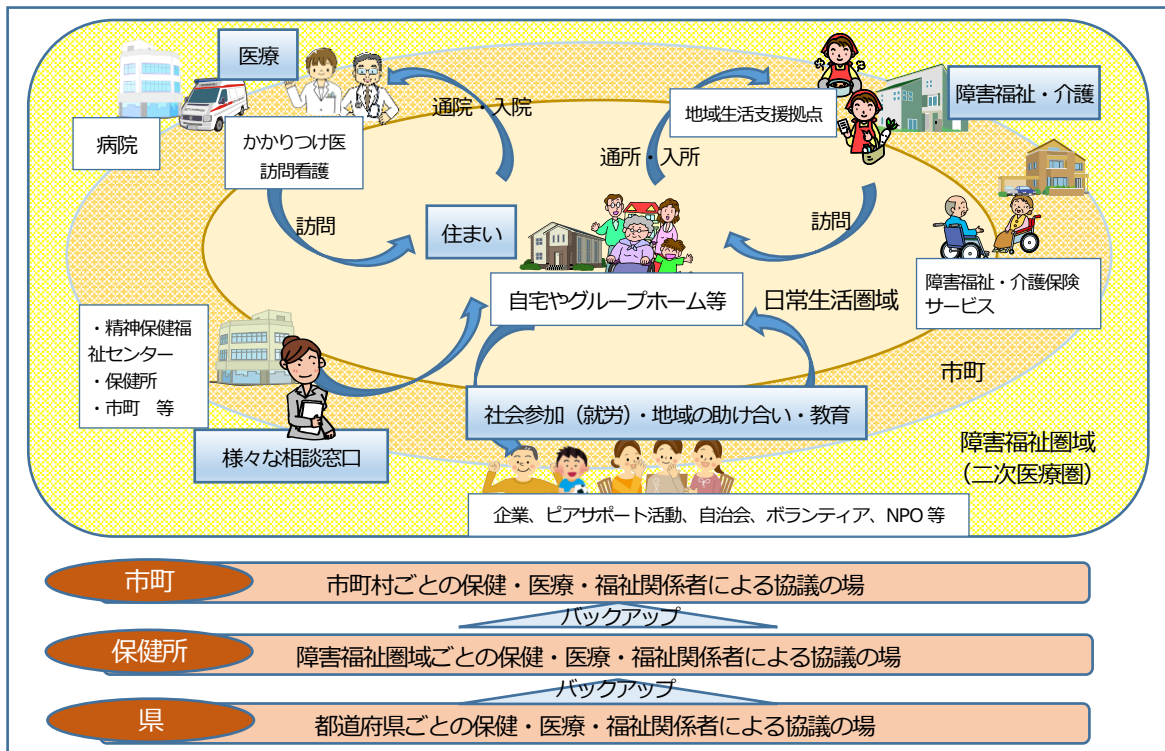
- 「医療観察制度」は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態）で、殺人、放火等の重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することを目的とした処遇制度です。
- 法務省「犯罪白書」によると、平成17年7月の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」という）」施行から、平成27年12月までの間、地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は2,501件、通院処遇決定は528件となっており、平成29年1月1日時点における入院者は729名となっています。疾患内訳をみると、統合失調症が約82.9%、次いで気分障害が約7.4%となっています\*。  
※厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ
- 県内の指定入院医療機関は1ヶ所（17床）、指定通院医療機関は9ヶ所であり、通院医療の対象者の半数は長崎市在住となっています。しかし、長崎市内の指定通院医療機関は2ヶ所と少ない状況であるため、保護観察所と連携し、患者の状況に応じた医療体制の充実を図る必要があります。

- 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一層の確保を図る必要があります。

#### 4. 施策の方向性

##### (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

【図】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ



- 精神障害者が、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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムを構築します。
- 精神疾患に対する偏見をなくし、相談や治療につながりやすい状況を作るため、精神疾患に対する正しい理解の普及啓発を図るとともに、地域保健機関（市町、保健所等）やかかりつけ医と精神科医療機関の連携により、早期に受診する環境づくりを進めます。
- 精神障害者が充実した地域生活を送ることができるよう、自治体を中心とした地域の精神保健、病院、診療所、訪問看護ステーションを中心とした医療、障害福祉、介護保険サービス事業所を中心とした福祉等の関係機関が連携し、「重度かつ慢性」に該当する患者を含む入院患者の入院の長期化を防ぐとともに、地域生活への移行及び地域生活を継続するための基盤整備を計画的に行うため、市町、圏域、県単位で、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を設け、重層的な支援を行います。
- 県は、精神科救急医療体制を整備するため、平日、土曜日の夜間における緊急時の精神科医療を確保するための精神科救急医療システムの充実を図ります。また、精神科救急医療にかかる関係者からなる会議を開催し、関係者間の共通認識を深め連携強化を目指します。

- 県は、身体合併症を有する患者について、精神疾患及び身体合併症の状態に応じた、一般医療機関と精神科医療機関の役割分担の明確化及び連携強化を図り、地域における専門医療体制の整備を目指します。

## (2) 多様な精神疾患等に対応する医療提供体制の構築

- 急性期、回復期、安定期等の病気の経過や、多様な精神疾患等ごとに医療機関、訪問看護ステーションの役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、拠点となる医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関、訪問看護ステーションの医療機能を明確化し、医療圏ごとに連携体制を構築します。
- 精神病床を有する病院、精神科を標榜する外来診療施設の拠点となる施設として、県連携拠点医療機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関を明示したうえ、体制の構築を図ります。

【表 11】 県連携拠点機能を担う医療機関一覧

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
						アルコール	薬物	ギャンブル									
長崎大学病院	○	○	○	○	○				○	○	○	○		○	○	○	
長崎医療センター										○		○		○		○	
県精神医療センター	○	○		○	○				○	○	○		○		○	○	○

※県連携拠点機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関の選定は、今後も関係機関等と協議を行い、充実を図ることとしております。新しい情報は、下記ホームページにおいて公表いたします。(ホームページアドレスを掲載する)

- 精神疾患の医療体制に求められる医療機能を表 11 のとおり定め、拠点機能を整備します。
- 精神疾患等ごとに精神科医療機関に求められる医療機能を下記の表 12 のとおり定め、多様な疾患に対応できる医療体制の構築を図ります。

【表 12】 精神疾患の医療体制に求められる医療機能

<p>1) 県連携拠点機能を担う医療機関</p> <p>《役割》</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 患者本位の精神科医療を提供すること</li> <li>② 医師、薬剤師、看護師等多職種協働による支援を提供すること</li> <li>③ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと</li> <li>④ 医療連携の県拠点の役割を果たすこと</li> <li>⑤ 情報収集発信の県拠点の役割を果たすこと</li> <li>⑥ 人材育成の県拠点の役割を果たすこと</li> <li>⑦ 地域連携拠点機能を担う医療機関を支援すること</li> </ol> <p>《医療機関に求められる事項》</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 地域連携会議の運営または県主管課が行う地域連携会議への協力</li> <li>② 県民・患者への積極的な情報発信（予防・治療に関する内容、地域資源に関する情報など）</li> <li>③ 専門職に対する研修プログラムの提供（卒後専門領域研修など）または長崎こども・女性・</li> </ol>
---

<p>障害者支援センターと連携した研修の実施・協力</p> <p>④ 精神疾患等ごとに求められる地域精神科専門医療機能を有していること</p> <p>⑤ 地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ</p> <p>⑥ その他、精神疾患等ごとに具拠点として望ましい要件を備えていること</p>
<p>2) 地域連携拠点機能を担う医療機関</p> <p>《役割》</p> <p>① 患者本位の精神科医療を提供すること</p> <p>② 医師、薬剤師、看護師等多職種協働による支援を提供すること</p> <p>③ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと</p> <p>④ 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと</p> <p>⑤ 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと</p> <p>⑥ 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと</p> <p>⑦ 地域精神科医療提供機能を有する医療機関を支援すること</p> <p>《医療機関に求められる事項》</p> <p>① 地域連携会議の運営または保健所が行う地域連携会議への協力</p> <p>② 地域・患者への積極的な情報発信（予防・治療に関する内容、地域資源に関する情報など）</p> <p>③ 研修の企画運営または保健所と連携した研修の実施・協力</p> <p>④ 精神疾患等ごとに求められる地域精神科専門医療機能を有していること</p> <p>⑤ 地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ</p>
<p>3) 地域精神科医療提供機能を担う医療機関</p> <p>《役割》</p> <p>① 患者本位の精神科医療を提供すること</p> <p>② 医師、薬剤師、看護師等多職種協働による支援を提供すること</p> <p>③ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと</p> <p>《医療機関に求められる事項》</p> <p>① 地域連携拠点病院または保健所が行う地域連携会議への参画</p> <p>② 患者への情報発信、拠点機能を有する医療機関及び行政の情報収集への協力</p> <p>③ 研修への参加</p> <p>④ 精神疾患等ごとに求められる地域精神科専門医療機能を有していること</p>

【表 13】 精神疾患等ごとに精神科医療機関に求められる医療機能

区 分	精神疾患等ごとに求められる医療機能
統合失調症	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <p>i) 統合失調症の病状・状態像に応じて薬物療法及び精神療法・心理教育・生活技能訓練・作業療法を実施し、必要に応じて、他の医療機関と連携できること。</p> <p>ii) 必要に応じて、訪問診療・訪問看護・デイケアを提供できること。（他の医療機関等との連携により、対応することも可）</p> <p>iii) 精神科医師、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からなるチーム医療が実践されていること。</p> <p>iv) 精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制が確保されていること。</p> <p>v) 早期退院に向けて、相談支援事業者等の地域援助事業者と連携し、退院を支援していること。</p> <p>《具拠点として望ましい要件》</p> <p>i) 難治性精神疾患患者に対し、クロザピンやm E C T等の専門的な治療の実施や情報発信等を行うことができる。</p>



うつ病・躁うつ病	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) うつ病と双極性感情障害及びその他うつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること</li> <li>ii) うつ病に並存する他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること</li> <li>iii) 患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む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</li> <li>iv) 患者の状態に応じて、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができること</li> <li>v) かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること（例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力）</li> <li>vi) 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等との連携、障害福祉サービス事業所、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提供すること</li> </ul> <p>《県拠点として望ましい要件》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vii) 認知行動療法や難治性精神疾患患者に対してm E C T等の専門的な治療の実施及び情報発信等を行うことができる。</li> </ul>
児童・思春期	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や学校・児童福祉施設等と連携することができること。</li> <li>ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク（※）を有すること。</li> </ul> <p>《県拠点として望ましい要件》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 児童・思春期病棟が整備されていること</li> </ul>
発達障害	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて発達障害者支援センター、保健・福祉等の行政機関や学校・児童福祉施設・ハローワーク、地域障害者職業センター、職場等と連携することができること。</li> <li>ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク（※）を有すること。</li> </ul>
依存症	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 依存症のリハビリテーション・プログラムを外来または入院治療として提供できること</li> <li>ii) 患者本人及びその家族や関係者に対する情報提供や教育、支援が行えること</li> <li>iii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク（※）を有すること。</li> <li>iv) 産業保健、地域保健福祉等の行政機関及び自助グループやリハビリ施設等との連携ができること</li> </ul> <p>《県拠点として望ましい要件》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 依存症対策総合支援事業実施要綱に定める「依存症専門医療機関」及び「依存症治療拠点機関」の選定基準を満たしている。</li> </ul>
外傷後ストレス障害（PTSD）	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や職場等と連携することができること。</li> <li>ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク（※）を有すること。</li> </ul>
高次脳機能障害	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて高次脳機能障害支援センター・保健・福祉等の行政機関や学校・ハローワーク、地域障害者職業センター、職場等と連携することができること。</li> <li>ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク（※）を有すること。</li> </ul>
摂食障害	<p>《地域精神科専門医療機能地域精神科医療提供機能を担う医療機能》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 専門医療を提供する医療機関は、身体科と連携し、包括的に適切な診断・検査・治療を行う</li> </ul>

	<p>ことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や学校・職場等と連携することができること。</p> <p>ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク（患者の治療・処遇に係る個別相談、患者の紹介、研修会、研究会、事例検討会、連絡会等の取組）を有すること。</p>
てんかん	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <p>i) 専門医療を提供する医療機関は、適切な診断・検査・治療を行うことができる体制有し、必要に応じて保健・福祉等の行政機関や学校・職場等と連携することができること。</p> <p>ii) 県内の精神科医療機関や一般医療機関とのネットワーク（※）を有すること。</p>
精神科救急	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <p>i) 地域の精神科救急医療システムに参画するとともに、地域の一般医療機関と連携すること</p> <p>ii) 精神科救急患者を受け入れる病院では、行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましいこと</p> <p>iii) 継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日も対応できる体制を有すること 《県拠点として望ましい要件》</p> <p>i) 24時間365日精神科救急患者の受け入れが可能な体制を有すること（検査室、保護室、医師・看護体制等）</p>
身体合併症	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <p>i) 身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（単科の精神科病床では一般医療機関と連携できる）こと</p> <p>ii) 身体疾患を合併する患者を精神科病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は一般医療機関の診療協力を有すること</p> <p>iii) 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること 《県拠点として望ましい要件》</p> <p>i) 院内精神科リエゾンチームの配置があること。</p>
自殺対策	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <p>i) 一般医療機関や行政等から紹介を受け、自殺念慮がある者や自殺未遂者のアセスメントとケアを実施していること。</p> <p>ii) うつ病を中心にかかりつけ医とネットワーク（※）を有すること。 《県拠点として望ましい要件》</p> <p>i) 救急医療と連携して、速やかに自殺未遂者のアセスメントとケアを実施していること。</p> <p>ii) 自殺未遂者に対して、保健・福祉等の行政機関や医療機関等と連携し、再企図を防止するため、定期的にフォローアップを行っていること。</p> <p>iii) 自死遺族支援を積極的に行い、行政、医療機関等と連携できること。</p>
災害医療	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <p>i) 災害発生時において、一般医療機関や行政等と連携し、必要な医療提供を行うとともに、被災医療機関からの入院患者の受入等を行うことができること。</p> <p>ii) 災害に伴う精神疾患の発症等精神保健上の重大な問題を引き起こさないよう、心のケアを行う災害派遣精神医療チーム（DPAT）へ積極的な参加、協力を行う施設であること。</p>
医療観察法	<p>《地域精神科専門医療機能》</p> <p>i) 医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること。 《県拠点として望ましい要件》</p> <p>i) 医療観察法に基づく入院施設であること。</p>

※ネットワーク：患者の治療・処遇に係る個別相談、患者の紹介、研修会、研究会、事例検討会、連絡会等の取組を有すること

## 5. 成果と指標

### (1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2023年
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築すること	県全体の地域包括ケアシステム構築に向け、保健・医療・福祉等関係者による協議の場の設置数	-	1
	障害保健福祉圏域毎の地域包括ケアシステム構築に向け、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置数	-	10
	市町毎の地域包括ケアシステム構築に向け、保健・医療・福祉等関係者による協議の場の設置数	-	21
多様な精神疾患等にも対応する医療提供体制を構築すること	県連携拠点機能を担う医療機関が明確化されている多様な精神疾患及び事業（全15項目）の項目数	-	15
	地域連携拠点機能を担う医療機関が明確化されている多様な精神疾患及び事業項目数（全15項目）	-	15

最終の成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2023年
早期に退院できる患者が増加すること	入院後3ヶ月時点の退院率	65% (2014年)	69%
	入院後6ヶ月時点の退院率	81% (2014年)	84%
	入院後12ヶ月時点の退院率	88% (2014年)	90%
長期入院患者が減少すること	入院後1年以上の入院患者数 (65歳未満)	1,930人 (2014年)	減少
	入院後1年以上の入院患者数 (65歳以上)	2,859人 (2014年)	減少
再入院する患者が減少すること	再入院率(1年未満の入院患者)	39% (2014年)	減少
	再入院率(1年以上の入院患者)	35% (2014年)	減少

### (2) 指標の説明

- 指標の出典は、特に記載がない限り、厚生労働省「精神保健福祉資料」です。

指標	説明
県全体の地域包括ケアシステム構築に向け、保健・医療・福祉等関係者による協議の場の設置数	県全体の地域包括ケアシステム構築に向け、保健、医療、福祉関係者により県の課題、対策等に関する協議を行う場を設置すること。 ※出典：県の障害福祉課調べ

障害保健福祉圏域毎の地域包括ケアシステム構築に向け、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置数	障害保健福祉圏域毎（10 圏域）の地域包括ケアシステム構築に向け、保健、医療、福祉関係者により、圏域の課題、対策等に関する協議を行う場を設置すること。 ※出典：県の障害福祉課調べ
市町毎の地域包括ケアシステム構築に向け、保健・医療・福祉等関係者による協議の場の設置数	市町毎（21 市町）の地域包括ケアシステム構築に向け、保健、医療、福祉関係者により、市町の課題、対策等に関する協議を行う場を設置すること。 ※出典：県の障害福祉課調べ
県連携拠点機能を担う医療機関が明確化されている精神疾患及び事業項目数	多様な精神疾患及び事業（統合失調症、うつ病、依存症、自殺対策等の15 項目）について、県連携拠点機能を担う医療機関を県全域に1 ケ所以上選定し明確にすること。 ※出典：県の障害福祉課調べ
地域連携拠点機能を担う医療機関が明確化されている精神疾患及び事業項目数（全 15 項目）	多様な精神疾患及び事業（統合失調症、うつ病、依存症、自殺対策等の15 項目）について、各精神医療圏の地域連携拠点として地域連携拠点機能を担う医療機関を単一又は複数の精神医療圏に1 ケ所以上選定し、明確にすること。 ※出典：県の障害福祉課調べ
入院後 3 ヶ月時点の退院率	基準とする前年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者のうち、6 月から 8 月に退院した患者の割合を増加させること。
入院後 6 ヶ月時点の退院率	基準とする前年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者のうち、6 月から 11 月に退院した患者の割合を増加させること。
入院後 12 ヶ月時点の退院率	基準とする前年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者のうち、6 月から当年 5 月に退院した患者の割合を増加させること。
入院後 1 年以上の入院患者数（65 歳未満）	基準とする日に 1 年以上入院している 65 歳未満の患者数を減少させること。
入院後 1 年以上の入院患者数（65 歳以上）	基準とする日に 1 年以上入院している 65 歳以上の患者数を減少させること。
再入院率(1 年未満の入院患者)	精神科病床における退院後、1 年未満に再入院する患者の割合を減少させること。
再入院率(1 年以上の入院患者)	精神科病床における退院後、1 年以上に再入院する患者の割合を減少させること。

## 第5節 - 2 精神科医療（認知症医療）

### 1. 認知症について

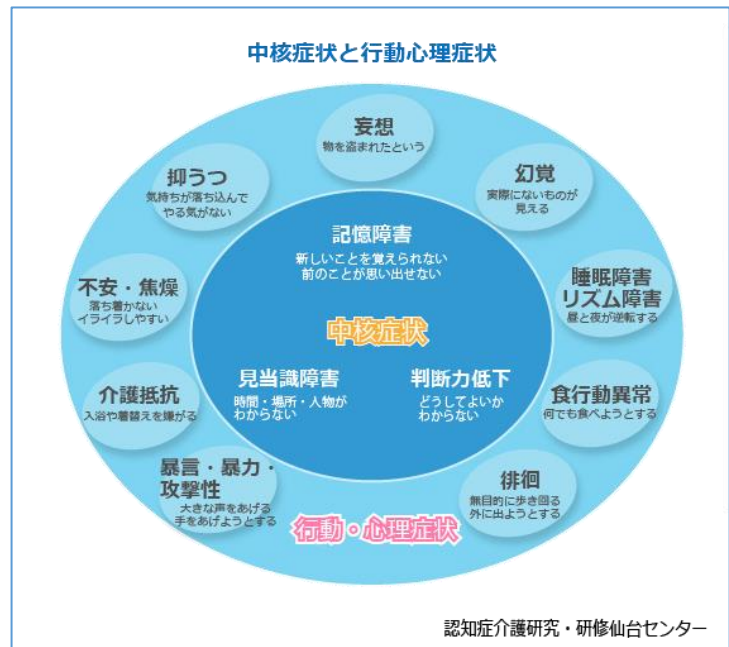
- 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が破壊されたり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヶ月以上継続）をいいます。

【表】 認知症の種類

種類	脳の変化	症状
アルツハイマー型	脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮がおこります。	昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていくます。
脳血管性認知症	脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が、主な原因です。	脳血管障害が起こるたびに、段階的に進行します。また、障害を受けた部位によって症状が異なります。
レビー小体型認知症	脳内にたまったレビー小体という特殊なたんぱく質により、脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。	現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり、筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。
前頭側頭葉型認知症	脳の前頭葉や側頭葉で神経細胞が減少して、脳が萎縮する病気です。	感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。

※出典：厚生労働省資料（全国国民健康保険診療施設協議会「認知症サポーターガイドブック」を基に作成）

- 認知症の症状としては、大きく分けて「中核症状」と「行動・心理症状」（以下、「BPSD」という。）があります。なお、BPSDは、周囲からは「徘徊」や「妄想」に見えますが、本人なりの背景や理由があると言われています。
- 認知症の症状が疑われる場合は、市町が設置している地域包括支援センターにおいて、認知症の診断が可能な地域の医療機関等を紹介しています。地域包括支援センターには、医療や介護の専門職が配置されており、認知症と診断された場合、生活に関する心配ごとや介護保険をはじめとしたサービス利用手続きなど、様々な相談に応じています。

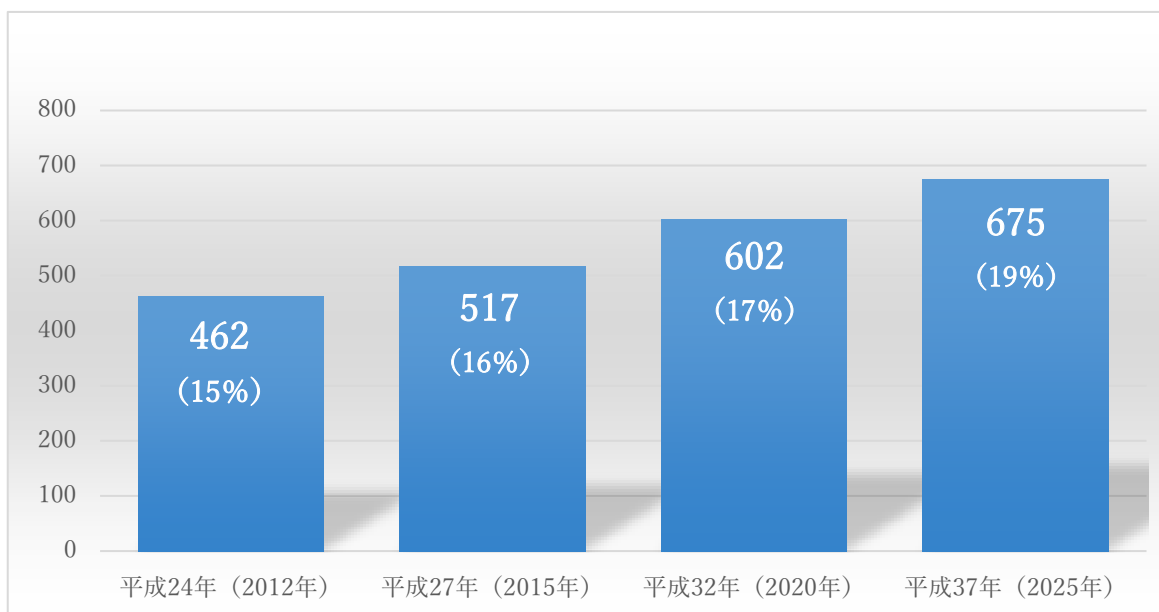


## 2. 本県の現状と課題

### (1) 認知症患者数

- 高齢化の進行に伴い、認知症を発症する高齢者が年々増加しています。平成 27 年時点で、全国に約 517 万人の認知症の高齢者がいると言われており、今後も増加していくと推計されています。認知症の予防、早期発見・早期対応等の取組が求められています。

【図】 認知症の人の将来推計（全国） （単位：万人、％）



※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 九州大学 二宮教授）による速報値

※下段（ ）は65歳以上人口に対する比率

- 平成 27 年の時点で、本県の認知症患者数は、約 6 万 4 千人と推定されており、その後も増え続けていくことが予測されています。

【表】 本県の認知症の人の将来推計

(単位：万人)

	平成 24 年 (2012 年)	平成 27 年 (2015 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)
65 歳以上人口	37.8	40.9	43.5	44.0
認知症患者人口	5.67	6.42	7.48	8.36

※出典：長崎県福祉保健部による推計

### (2) 認知症の予防と早期診断

- 生活習慣病は、認知症発症の危険因子であると言われており、日頃の生活の中で継続して取り組める生活習慣病予防対策の普及、啓発が重要となります。また、運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことから、高齢者にとって身近な住民主体の運営による通いの場などの取組や、認知症予防に有効とされる運動を中心とした認知症リハビリテーションが重要です。

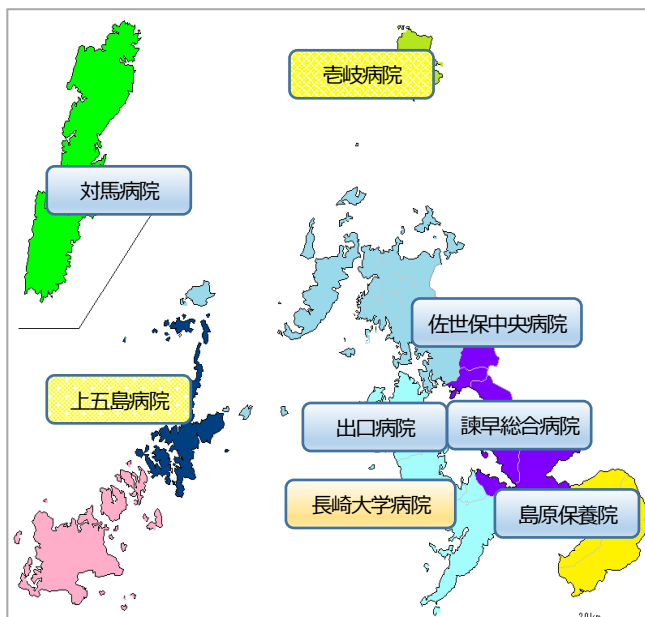
- 認知症の人への日常的な診療や家族への助言において、かかりつけ医が担う役割が大きいため、かかりつけ医の認知症対応力の一層の向上が必要です。
- 口腔機能の管理を行う歯科医師や服薬指導等を行う薬剤師が、高齢者と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気付き、かかりつけ医等と連携して対応するため、歯科医師や薬剤師の認知症対応力の向上が必要です。
- 医療や介護の専門的知識を有する看護師、介護職員等が「認知症地域支援推進員」として、地域包括支援センターなどで、地域での相談支援、関係機関の連携等を行っていますが、さらに医療・介護等のネットワークの充実・強化を図り、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要です。
- 医療機関における認知症への理解は進んでいますが、さらに認知症に関する正しい知識の普及を進め、県民が認知症に対する不安を感じた時に、身近な地域で受診できる医療機関の周知等が必要です。

### (3) 認知症疾患医療センターと連携体制

- 認知症の症状の特定（鑑別診断）をはじめ、医療機関等の紹介など、認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供や家族への相談・支援を行うために、認知症医療の中核となる専門医療機関として、「認知症疾患医療センター」を指定しています。
- 認知症疾患医療センターは、認知症の専門医療相談や早期の鑑別診断とそれに基づく初期対応及び身体合併症、BPSDへの急性期治療への対応のほか、地域の医療機関や地域包括支援センター等との連携を図るため、地域連携協議会や事例検討会を開催するとともに、認知症医療に関する情報発信や県民への普及啓発、医療従事者への研修等を行うなど、地域の認知症医療体制の中で連携拠点機能を有しています。認知症疾患医療センターには、県全域の認知症医療における連携拠点機能を有する「基幹型」と、二次医療圏域における認知症医療の連携拠点機能を有する「地域型」及び「連携型」があります。
- 「基幹型」認知症疾患医療センターでは、各圏域を担当する「地域型」及び「連携型」認知症疾患医療センターとも定期的に情報共有や協議を行うほか、県全体の認知症に関する支援体制づくりに関する検討を行っています。
- 平成29年度から、国は認知症疾患医療センターのさらなる整備を促進するため、これまでの「診療所型」の設置要件に「病院」を追加し、「連携型」を新設したことから、より身近な医療機関への指定が可能となっています。

【表】認知症疾患医療センター（平成 29 年 10 月 31 日現在）

医療圏	種類	医療機関
長崎	基幹型	長崎大学病院
	地域型	出口病院
佐世保県北	地域型	佐世保中央病院
県央	地域型	諫早総合病院
県南	地域型	島原保養院
上五島	連携型	長崎県上五島病院
杵岐	連携型	長崎県杵岐病院
対馬	地域型	長崎県対馬病院



- かかりつけ医の認知症診断等に関して相談役の役割を担う認知症サポート医は、認知症疾患医療センター、各都市医師会及び地域包括支援センターなどとともに、地域での認知症医療支援体制の構築に、重要な役割を果たしています。

#### （４）認知症初期集中支援チーム

- 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体制を構築するため、「認知症初期集中支援チーム」の設置が進められています。
- 認知症初期集中支援チームは、医療・介護の専門職 2 名以上と、専門医 1 名の計 3 名以上の専門職で構成され、特に、初回の観察・評価の訪問は、原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上の計 2 名以上で訪問することとされています。
- 平成 30 年度から全市町に配置しなければならない認知症初期集中支援チームは、平成 29 年 10 月現在、県内ではまだ未設置の市町が多く、地域で認知症の人を支える支援体制は、まだ十分に確立されていない状況です。

#### （５）認知症サポーター

- 介護を要する認知症の人が、住み慣れた地域で安心して生活をするためには、社会全体で認知症の人と家族を支える仕組みづくり、地域づくりを推進する必要があります。
- 認知症を正しく理解したうえで、認知症の人や家族を暖かく見守り、支援する応援者として、「認知症サポーター」の養成が全国的に進められています。
- 本県では、各市町において、県が育成した認知症キャラバンメイトと協働して、地域住民に対して認知症に関する正しい知識と理解を普及するため、認知症サポーターの養成を行っています。
- 認知症サポーターは、見守り活動や認知症カフェへ参加するなど、それぞれの地域で認知症の人や家族を支える活動を行っていますが、認知症に優しい地域づくりを加速するため、さらにサポーターの活躍の場を広げていく取組が重要です。



	全国	長崎県
認知症サポーターの養成数	8,172,837 人	96,123 人
認知症キャラバンメイトの養成数	125,912 人	1,471 人
サポーター及びキャラバンメイト一人あたりの高齢者人口	4.1	4.2

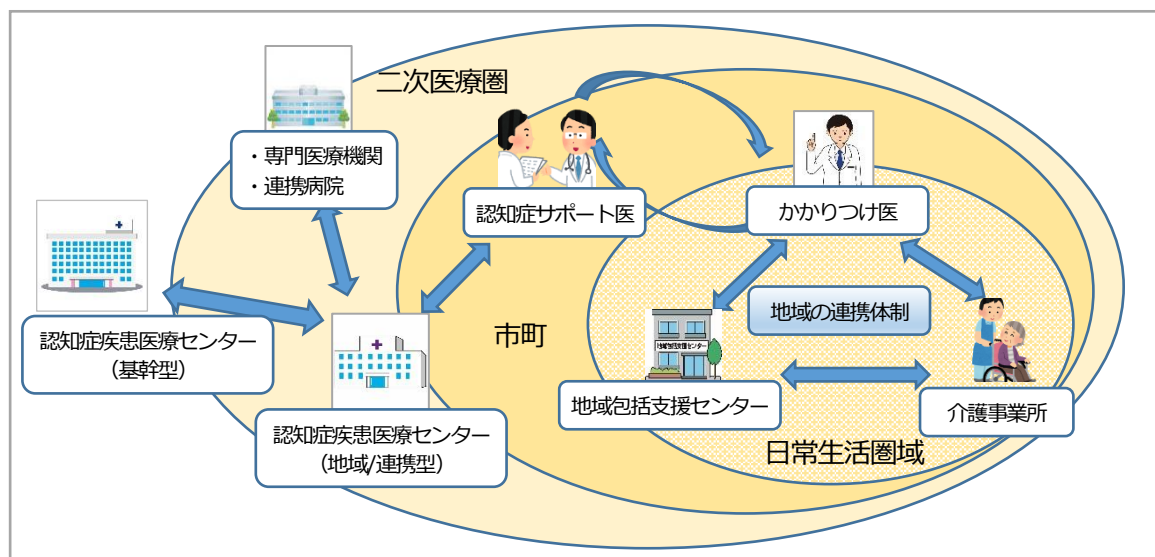
(平成 29 年 3 月 31 日現在)

### 3. 施策の方向性

#### (1) 認知症疾患医療センターを中心とした連携体制の構築

- 基幹型認知症疾患医療センターを中心に、二次医療圏ごとに地域型や連携型の認知症疾患医療センターを設置し、認知症サポート医及びかかりつけ医等からなる 3 層構造の認知症医療体制の構築を目指します。
- さらに、二次医療圏を基本に、認知症疾患医療センター等を中心に、かかりつけ医との連携のもと認知症医療に取り組み、それぞれの地域で早期診断から治療・介護方針の策定を行い、身近な地域で適切な医療や介護サービスを提供するという流れを整備します。
- また、BPSD や身体合併症への適切な対応を図るため、悪化時の入院を含め、認知症の容態に応じた医療提供が可能となるよう、地域の医療機関や専門医療機関との医療機関相互の連携体制を構築するとともに、医療と介護、地域との連携体制の整備を進めることにより、誰もが認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりを進めます。

【図】 3 層構造の認知症医療体制のイメージ

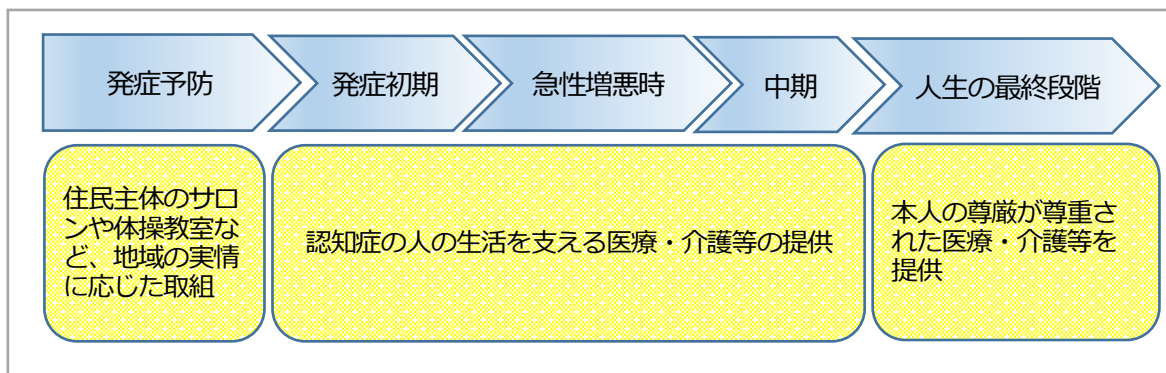


- 認知症疾患医療センターは、「認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に 1 カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね 65 歳以上人口 6 万人に 1 カ所程度（特に 65 歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。）を確保すること」（「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」（平成 24 年 10 月 9 日医政指発 1009 第 1 号、障精発 1009 第 1 号、老高発 1009 第 2 号 3 部局課長連名通知）との指針に基づき、今後

の整備を検討してまいります。

- 県医師会等と連携して、県内全域において、かかりつけ医や認知症サポート医等へのフォローアップ研修を実施し、地域における認知症診療技術等の向上等、医療体制の機能強化を図ります。

## (2) ステージに応じた医療体制の構築



- 発症予防、初期段階での対応から、認知症発症後の日常の療養支援、看取り等、段階に応じた施策を推進します。
- 初期段階においては、地域の歯科医師・薬剤師等とかかりつけ医との連携による早期発見と、地域で早期受診が可能となるよう、医療機関等の紹介など連携体制を構築します。
- 入院・施設入所中にBPSDや身体合併症が見られた場合でも、適切な医療やリハビリテーションが提供され、入院、入所の長期化等につながらないよう、退院・退所後は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」の仕組みの構築を図ります。
- 認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行われるよう、認知症疾患医療センターはもちろんのこと、認知症サポート医、かかりつけ医、認知症地域支援推進員との連携強化を推進します。
- 認知症のBPSDが重症化すると、家族や介護従事者の負担が大きくなり、在宅での生活が困難となるため、認知症の人や家族に対する早期からの多職種連携によるチーム対応など、在宅での自立生活のサポートを行う支援体制の整備を進めます。
- 本人の尊厳が尊重された医療・介護等のサービスを提供するため、多職種が連携することで、あらかじめ本人の意思決定を支援する仕組みづくりを推進します。

## (3) 認知症に関わる人材の育成

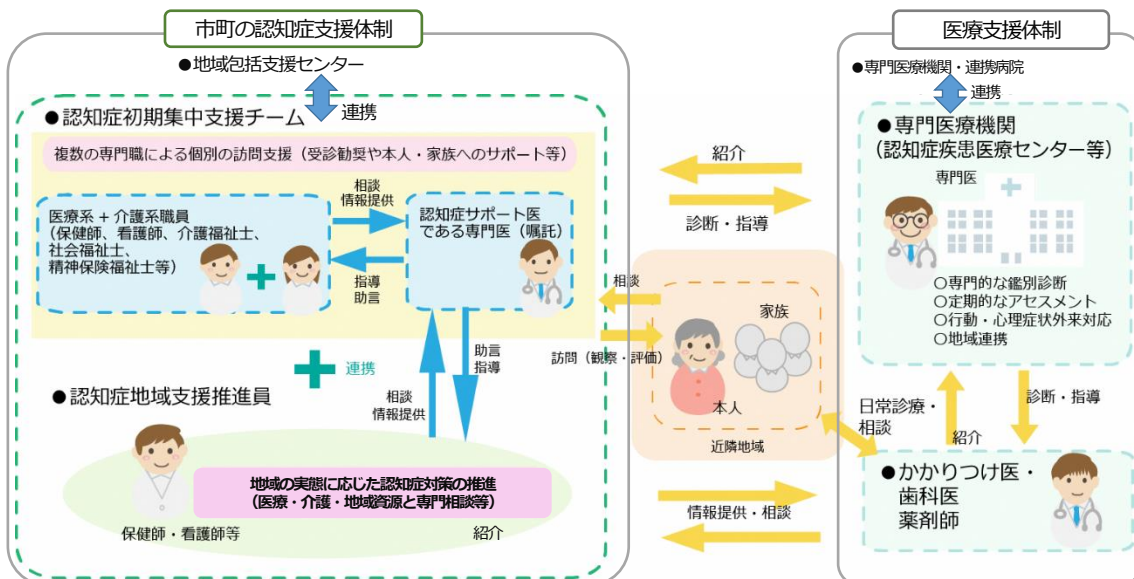
- 認知症に関わる保健・医療・福祉の関係者の認知症に対する理解を深め、またBPSDを早期に発見し、対応できるようにするため、関係者の認知症対応力の向上を図ります。
- 認知症サポート医や、認知症に関する研修を受けたかかりつけ医を養成し、県内各地どこにおいても、標準的な認知症の診療を受けることができる体制づくりを進めます。
- BPSDや身体合併症等を伴う認知症患者への医療的ケアを行う看護師に対する認知症対応力向上研修等により、医療機関の認知症対応力の強化を図ります。

- 高齢者等と接する機会が多い歯科医療機関や薬局においても、認知症を早期発見し、かかりつけ医等と連携した対応を図るため、歯科医師・薬剤師への研修を実施し、認知症の容態に応じた適切な口腔機能の管理や服薬指導など認知症の対応力強化を図ります。
- 介護施設従事者や施設管理者等を対象に、キャリアに応じた各種認知症介護研修を実施し、認知症ケアの質の向上に取り組みます。
- 県内で、キャラバンメイト養成研修等を実施することにより、認知症サポーターの養成を進めるとともに、認知症の人や家族を支える傾聴ボランティアや見守りネットワークへの参加など、認知症サポーターの活躍の場の拡大に取り組みます。

#### (4) 認知症に対応する地域包括ケアシステムの構築

- 認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援等の一体的な提供が可能な地域支援体制の構築を進めます。
- 市町の認知症施策が効果的に機能するよう、認知症地域支援推進員や初期集中支援チームに関する、先進的な取組事例を紹介する研修を実施するとともに、課題解決に向けた地域の実情に応じた取組を支援していきます。
- 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、関係団体との調整や、市町に対する支援を行います。
- 患者が、症状の進行に合わせた具体的なケア方法や、利用できる医療・介護サービスなどをスムーズに理解するための冊子である「認知症ケアパス」の作成を支援し、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有されることで、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。
- 若年性認知症の人とその家族が、地域で安心して暮らしていけるよう医療・介護・福祉・雇用の関係者等が連携した若年性認知症支援ネットワークを構築します。

【図】 認知症医療支援体制図



## 4. 成果と指標

### (1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2023年
地域で認知症に対応できる人材が育成されること	認知症サポート医養成研修修了者数	115人 (2016年)	232人
	歯科医師に占める認知症対応力向上研修修了者の割合	— (2017年から実施)	90%以上
	薬剤師に占める認知症対応力向上研修修了者の割合	— (2017年から実施)	90%以上
	認知症対応力向上研修を修了した看護師がいる病院の割合	— (2017年から実施)	95%以上
地域で認知症医療の中核となる医療機関が整備されること	認知症疾患医療センター数	8箇所 (2016年)	9箇所
地域の認知症医療支援体制が構築されること	認知症サポート医の活用に向けた協議の場の設置数	設置数0 (2016年)	設置数1

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2023年
「第5節-1 精神科医療」と共通	-	-	-

### (2) 指標の説明

- 指標の出典は、県の長寿社会課調べです。

指標	説明
認知症サポート医養成研修修了者数	医療機関 10 箇所あたり、認知症サポート医 1 人の養成を目指します。
歯科医師に占める認知症対応力向上研修修了者の割合	病院・診療所に従事する歯科医師の 90%以上が、認知症対応力向上研修を受講することを目指します。
薬剤師に占める認知症対応力向上研修修了者の割合	薬局・医療施設に従事する薬剤師の 90%以上が、認知症対応力向上研修を受講することを目指します。
認知症対応力向上研修を修了した看護師がいる病院の割合	全病院の 95%以上で、認知症対応力向上研修を受講した看護師がいることを目指します。
認知症疾患医療センター数	すべての二次医療圏域に設置することを目指します。