

## 5. 精神疾患

### 「精神疾患」の概要

#### ■ 現状と課題

##### 《現状》

- 県の精神疾患の推計外来患者数は約4万1,000人。
- うつ病をはじめとする気分障害の増加が顕著。
- 精神科病院の入院者数は減少傾向。
- 自殺死亡率が人口10万対で19.6人と全国平均と比べて多い。

##### 《課題》

① 予防対策の推進

② 医師確保及び医師の働き方改革の推進

③ 長期入院者の地域移行の強化

④ 精神科救急医療の充実

⑤ 身体科と精神科の連携強化

⑥ 多様な精神疾患等にも対応した医療連携体制

#### ■ 圏域設定

7圏域：和歌山、那賀、橋本、有田、御坊、田辺、新宮

#### ■ 主な施策の方向

##### ① 予防対策の推進

- 精神疾患の理解促進のための普及啓発
- こころの健康づくり及び自殺予防の推進

##### ④ 精神科救急医療の充実

- 県精神科救急医療体制連絡調整委員会や救急救命協議会等の協議の場における関係機関との連携強化

##### ② 医師確保及び医師の働き方改革の推進

- 精神科医確保支援策の展開
- キャリア形成プログラムの充実等による本県への定着化推進
- アドバイザー派遣等による働き方改革推進

##### ⑤ 身体科と精神科の連携強化

- 身体合併症や自殺未遂者等の対応における身体科と精神科のスムーズな連携体制の構築

##### ③ 長期入院者の地域移行の強化

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の更なる推進
- 治療抵抗性統合失調症治療薬等専門治療が県内で受けられる連携体制づくり

##### ⑥ 多様な精神疾患等にも対応した医療連携体制

- 精神科病院等における医療機能の明確化
- 専門治療を行う医療機関の充実
- 医療観察法における指定通院医療機関の拡充
- D P A T 隊員の養成

#### ■ 主な数値目標（令和11年度）

##### ① 心のサポーターの養成

令和5年 191人 → 6,000人

##### ④ 応急入院指定病院の指定数

令和5年 6か所 → 9か所

##### ② 精神科医師数(精神科病院常勤勤務)

令和4年 68人 → 86人

##### ⑤ 身体科と精神科の連携会議の開催数

令和5年 0回 → 1回

##### ③ 精神科病床における入院後3か月、6か月、

1年時点の退院率(令和8年度目標)

3か月 令和4年 63.5% → 69%

6か月 令和4年 86.5% → 88%

1年 令和4年 91.1% → 92%

##### ⑥ 依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関の選定

アルコール 令和5年 3地域 → 4地域

薬物 令和5年 0地域 → 1地域

ギャンブル等 令和5年 3地域 → 4地域

## 現状と課題

### (1) 精神疾患を取り巻く現状

- 近年の社会構造の複雑化や多様化の流れの中で、ストレスが増大する現代社会において、精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。
- 患者調査（厚生労働省）によれば、精神疾患の推計患者数（医療機関にかかっている患者数）は、平成29年には外来389万1,000人、入院30万2,000人でしたが、令和2年には外来586万1,000人、入院26万8,000人で、和歌山県では外来4万1,000人程度いるとされています。
- 本県では、精神科・心療内科等への通院患者は増加しており、うつ病をはじめとする気分障害の増加が顕著となっていますが、精神科病床を有する医療機関（以下、「精神科病院」という。）の入院患者は減少しています。

### 〔和歌山県における自立支援医療（精神通院医療）の実績について〕(単位：件)

区分	H30	H31/R1	R2	R3	R4
症状性を含む器質性精神障害(アルツハイマー病等)	288	331	377	347	361
精神作用物質による精神及び行動の障害(依存症等)	278	296	358	348	327
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	4,513	4,587	4,774	4,567	4,629
気分(感情)障害(うつ病等)	4,419	4,745	5,345	5,377	5,670
上記以外	3,531	3,873	4,445	4,447	4,538
計	13,029	13,832	15,299	15,086	15,525

各年度の福祉行政報告例より抜粋（例えば、令和4年度の実績については「令和4年3月診療分～令和5年2月診療分」に係る給付決定件数実績より抜粋）

### 〔和歌山県における精神科病院在院患者の状況について〕(単位：件)

区分	H30	H31/R1	R2	R3	R4
症状性を含む器質性精神障害(アルツハイマー病等)	111	110	107	138	157
精神作用物質による精神及び行動の障害(依存症等)	23	22	18	23	25
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1,231	1,198	1,152	1,113	1,086
気分(感情)障害(うつ病等)	122	112	101	108	124
上記以外	104	90	81	73	88
計	1,591	1,532	1,459	1,455	1,480

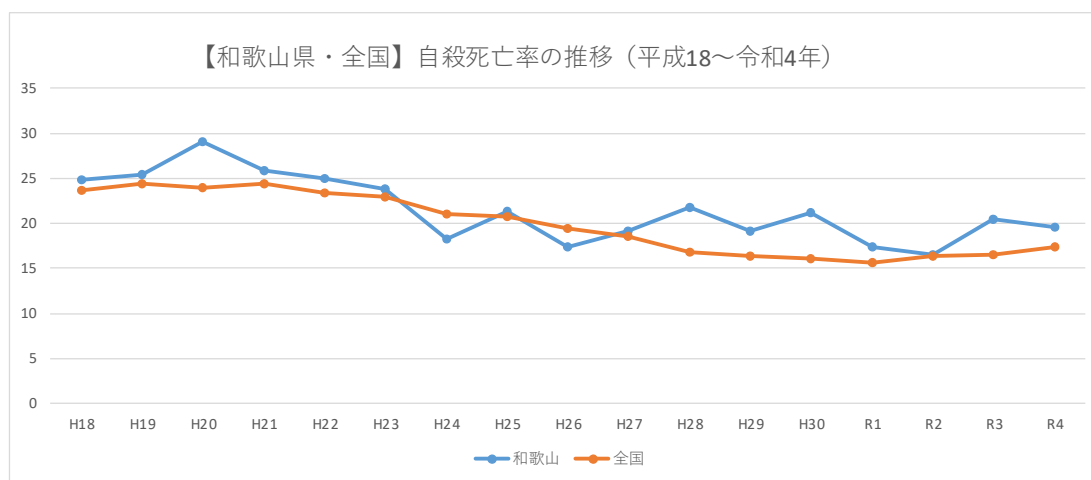
各年度の6月30日時点の入院患者数。厚生労働省「精神保健福祉資料」（通称：630調査）より抜粋

- 身近な地域における相談体制の充実を図るため、統合失調症や気分障害、アルコール依存症、認知症等の精神疾患の発症、再発に対し、保健所において精神保健福祉士や保健師による相談や訪問活動を随時行うとともに、精神科医に

よる「こころの健康相談」を実施しています。また、県精神保健福祉センターにおいては、精神保健福祉士、保健師、臨床心理士による「こころの相談電話」を実施しています。

- 令和4年の自殺死亡率は、人口10万に対し、全国で17.4人、和歌山県で19.6人となっており、令和4年は176人の方が亡くなられています。自殺者数の減少を目指し、保健福祉サービスやかかりつけ医師、救急医療機関、消防、警察等との連携により、できるだけ早期に精神科医療を受けられる機能の充実が必要です。

〔 和歌山県と全国の自殺死亡率の推移 〕 (人口10万対)(人)



年	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
和歌山県	24.8	25.4	29.1	25.8	25	23.8	18.3	21.3	17.4	19.2	21.7	19.1	21.2	17.4	16.5	20.5	19.6
全国	23.7	24.4	24	24.4	23.4	22.9	21	20.7	19.5	18.5	16.8	16.4	16.1	15.7	16.4	16.5	17.4

- 精神疾患の早期発見、早期治療により、早期の回復・寛解につながりやすいことから、内科等身体疾患を担当する科と精神科の連携を推進し、精神疾患が疑われるケースに対し速やかに対応できる体制が必要です。
- 精神疾患の予防を推進するために、県精神保健福祉センターや保健所において、住民を対象とした講演会等を開催していますが、精神疾患の理解の深化のために、今後更なる普及啓発の取組が必要です。

## (2) 治療・回復・社会復帰

- 精神疾患等の状態等に応じ、外来や訪問、入院等の必要な医療を提供し、保健・福祉・介護等と連携して地域生活や社会生活を支援する地域包括ケアシステム体制を構築していく必要があります。

- 県内の精神科病院は12か所（令和5年）あり、人口10万人あたり1.3か所となっています。
- 精神科病床は、全国で人口10万人あたり196.1床となっており、本県においては2,040床、人口10万あたり226.4床となっています（令和5年度医療施設調査）。
- 病院に勤務する精神科医は、人口10万あたり全国9.77人、和歌山県6.67人（令和2年）と全国と比べて少ない現状です。また、今後医師の働き方改革や、増加傾向にある女性医師のライフイベントを考慮したキャリア形成等が求められることを踏まえ、これまで以上に精神科医の確保が重要となります。
- 令和6年度から始まる新たな医師の働き方のルールにより医療が供給できない事態とならないよう、医療機関に対して労務管理や医療経営面での助言を行うとともに、常勤医師の負担を軽減する必要があります。
- 精神科を標榜する医療機関（精神科病院を除く病院及び診療所）は、県内に56か所あります。

〔 二次医療圏ごとの精神科病院及び精神科を標榜する医療機関の数 〕単位：か所

	和歌山	那賀	橋本	有田	御坊	田辺	新宮	県計
精神科病院	5	1	1	1	1	1	2	12
精神科を標榜する病院 (精神科病院を除く)	6	1	1	0	0	2	0	10
精神科を標榜する診療所	25	2	4	1	3	5	6	46

近畿厚生局「保険医療機関指定一覧」（令和5年10月1日現在）

- 精神科病院からの退院患者の平均在院日数は、288.9日（令和2年患者調査「精神及び行動の障害」）となっており、全国の294.1日と比較して短くなっています。また、精神科病院に入院している患者の平均在院日数は253.6日であり、全国276.7日と比較して短くなっています（令和4年病院報告）。
- 精神科地域移行実施加算の届出をしている精神科病院は、県内には2か所（県立こころの医療センター、ひだか病院）あります。長期入院の解消と併せ、相談支援事業所等と連携し、地域移行を更に推進していく必要がありますが、なかなか広まっていないのが現状です。
- 難治性の重症な精神症状を有する患者に対して、治療抵抗性統合失調症治療薬の専門的治療の導入が行える病院は県内に2か所（県立医科大学附属病院、ひだか病院）、導入後の治療連携が可能な病院が4か所（県立こころの医療センター、紀南こころの医療センター、ひだか病院、国保野上厚生総合病

院) あります。県内で広く専門治療が受けられるように地域連携体制をつくっていく必要があります。

- 多様な精神疾患等にも対応できる医療連携体制の構築に向けて、各医療機関における医療機能の明確化が必要です。

### (3) 精神科救急・身体合併症・専門医療

- 精神科救急患者（内科等身体疾患を合併した患者を含む）、専門医療が必要な患者の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能の充実が必要です。
- 夜間休日の急な精神疾患の発症や再発、増悪に対し、精神科救急医療体制を整備しており、精神科医の診察、入院が必要な場合の空床確保に努めているところです。精神科医師の不足により、地域によっては、身近な医療機関で必要な精神科救急医療が受けられず、遠方の精神科救急医療機関を受診せざるを得ない現状があります。
- 電話により受診の必要性、緊急性をトリアージ※<sup>1</sup>する機能を備えた精神科救急情報センターを平成27年度から設置していますが、その利用を促進するため、更なる周知が必要です。
- 直ちに入院させなければ、医療及び保護を図る上で著しく支障のある精神障害者や、医療保護入院の対象となる精神障害者を移送することのできる応急入院指定病院は、県内に7か所と増えてきているものの、ない圏域が複数あり、その場合にはアクセスに時間を要する等の課題があることから、更なる拡充が必要です。
- 内科等身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できる医療機関は、精神科病床を有する和歌山県立医科大学附属病院、国保野上厚生総合病院、ひだか病院の3か所となっており、地域偏在や受け入れの調整に時間を要する等の課題があります。今後、身体科の医療機関との連携の強化等の方策を検討する必要があります。
- 多様な精神疾患等にも対応できる医療連携体制の構築に向け、思春期を含む児童精神医療や、アルコール、薬物、ギャンブル等依存症を専門的に治療する医療機関が少ないため、県内でも治療が受けられる医療体制を整えていく必要があります。
- 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い現状があるため、かかりつけ医等と連携した支援体制を整備する必要があります。

- 高次脳機能障害<sup>※2</sup>を診断、評価できる医療機関やリハビリテーションが可能な医療機関が少ない現状があります。高次脳機能障害支援拠点機関や医療機関等が連携し、必要な支援につなげるための体制整備が必要です。
- 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。）による通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関は徐々に増えてきており、令和5年4月1日現在で16か所（病院・診療所・訪問看護ステーション）あります。ただし、指定通院医療機関がない圏域においては、通院に時間を要する等の課題があります。
- 災害時に県内外で活動する災害派遣精神医療チーム（DPAT）を持つ医療機関は1か所しかなく、拡充が必要です。

### 【課題項目】

- ① 予防対策の推進
- ② 医師確保及び医師の働き方改革の推進
- ③ 長期入院者の地域移行の強化
- ④ 精神科救急医療の充実
- ⑤ 身体科と精神科の連携強化
- ⑥ 多様な精神疾患等にも対応した医療連携体制

### 二次医療圏ごとの課題と取組方向

医療圏	課題	取組方向
和歌山 那賀 橋本	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。</li> <li>・紀北地域で平日の精神科救急医療体制を確保していますが、休日の精神科救急医療については、有田圏域との連携が必要です。ただし、海南・海草地域では、平日の夜間も有田圏域との連携が必要です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層推進します。</li> <li>・引き続き、紀北地域で平日の精神科救急医療体制を維持しつつ、休日の精神科救急医療については有田圏域と連携していきます。</li> </ul>

医療圏	課題	取組方向
有 田	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層推進します。</li> </ul>
御 坊	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。</li> <li>精神科救急医療について、平日日中は圏域内で受け入れ体制をとっていますが、夜間及び休日は有田圏域との連携が必要です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層推進します。</li> <li>圏域内で平日日中の精神科救急医療体制を維持しつつ、夜間及び休日の精神科救急医療については、有田圏域と連携していきます。</li> </ul>
田 辺 新 宮	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。</li> <li>精神科救急医療について、平日日中は圏域内で受け入れ体制をとっていますが、紀南地域では夜間及び休日の精神科救急医療体制が休止しているため、有田圏域に依存している状況です。</li> <li>田辺圏域については圏域内に自殺ハイリスク地である白浜三段壁があるため独自の取組が必要です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層推進します。</li> <li>現在休止している紀南地域の精神科救急医療体制を再整備し、紀南地域で地域医療を支える体制を構築します。</li> <li>自殺対策として、官民協働で白浜三段壁付近のパトロールを実施します。</li> </ul>

### 圏域設定

- 各圏域に入院病床のある精神科病院が1か所以上あり、それぞれの圏域で医療を提供していることから、引き続き7圏域とします。

### 施策の方向

- (1) 予防対策の推進

- 精神疾患の理解の普及啓発を目的に、県精神保健福祉センターや保健所等において、住民を対象として、心のサポーターの養成を推進します。
- 精神疾患の早期発見、早期治療を目指し、内科等身体疾患を担当する科と精神科の連携を推進するとともに、かかりつけ医師等の精神疾患への対応力向上のための研修会等を、県医師会や精神科病院協会等と連携し積極的に開催します。
- 「和歌山県自殺対策計画」に基づき、自殺未遂者の自殺再企図を防止するための取組や電話相談窓口の24時間体制への拡充、若年層向けにSNS相談窓口を開設することにより、自殺予防の取組を充実させていきます。
- 市町村や民間団体と連携し、自殺対策補助金の交付や自殺対策計画の策定支援、ゲートキーパー<sup>※3</sup>の養成等を支援します。

## (2) 医師確保及び医師の働き方改革の推進

- 精神科を専攻した県立医科大学県民医療卒医師への返還免除付き研修資金貸与制度を活用することにより、精神科医の確保を図ります。
- 県外から本県に新たに赴任する精神科医師を対象とした返還免除付き研究資金貸与制度を活用することにより、精神科医の確保を図ります。
- 精神科を専攻した県立医科大学地域医療卒医師や近畿大学医学部和歌山県地域卒医師を対象の公立病院に派遣し、県内の精神医療体制を維持します。
- 指導体制の強化等、県内専門研修プログラムの充実を図るとともに、各専門研修プログラムの魅力を広く県内外にPRすることで、専門研修医（専攻医）を確保します。
- 県内で勤務義務のある地域卒医師を対象に、詳細な専門分野（サブスペシャリティ領域）認定医の早期取得に向け、精神科の専門医を取得後、「地域派遣」若しくは「県外留学」をコース選択できる仕組みを創設し、義務年限明けの県内定着に繋げていきます。
- 県立医科大学に不足する診療科の入学枠を設置することにより、卒業後、県内で勤務する精神科医の養成を行います。
- 医療機関に対し労務管理や医療経営面のアドバイザーを派遣するなど、医師の働き方改革を推進します。

## (3) 長期入院者の地域移行の強化



- 本県の精神科病院の平均在院日数は、全国と比較し短くなりましたが、引き続き長期入院者の地域移行に向けて、各精神科病院に対し、精神科地域移行実施加算の届出がなされるよう働きかけます。また、地域移行を推進するための研修会を開催するなど、精神科病院、診療所、障害福祉サービス事業所や保健所等と連携体制を整備し、更なる退院支援に努めます。
- 退院後の再入院を防止するために、各精神科病院に対し、訪問看護の積極的な活用を働きかけるとともに、各地域において精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士等の多職種で構成されたアウトリーチチーム<sup>※4</sup>を派遣できる体制を推進し、可能な限り入院を未然に防ぎ、地域生活が継続できるよう努めます。
- 患者の状態に応じて、適切な医療が提供できるよう、各地域において、精神科病院と診療所が情報共有や役割分担をしながら対応できる医療連携体制のあり方について、各地の先進事例等も踏まえ、取り組めます。
- 県立医科大学附属病院等と連携しながら、治療抵抗性統合失調症治療薬の効果を検証するとともに、県内で広く専門治療が受けられるように、各精神科病院の協力を得て地域連携体制づくりに努めます。
- 地域で安心して生活を営むことができるよう、本計画に加え、「紀の国障害者プラン」に基づき、計画的に地域の基盤整備を進めていくために、障害保健福祉圏域ごとの自立支援協議会において、医療・保健・福祉・介護等との連携体制の強化を進めます。

#### (4) 精神科救急医療の充実

- 夜間休日に緊急に受診が必要な県民からの相談に応じるとともに、電話により受診の必要性、緊急性をトリアージする機能を備えている精神科救急情報センターの周知を図り、利用を促進します。
- 精神科救急医療について、精神科病院協会及び精神科診療所協会の協力を得て、安定的な救急医療を提供できる体制整備に努めます。
- 夜間休日に、内科等身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、適切な救急医療がスムーズに提供できるように、県立医科大学附属病院等と協力し、その機能強化に努めます。
- 直ちに入院させなければ、医療及び保護を図る上で著しく支障のある精神障害者や、医療保護入院の対象となる精神障害者を移送することのできる応急入院指定病院について、各精神科病院の協力を得て拡充します。

- 救急で受け入れた患者について、状態を踏まえた上で、支援病院<sup>※5</sup>への転院等を円滑に進められるよう、各精神科病院等の協力を得て体制づくりに努めます。
- 継続的に自院に通院している患者からの問い合わせ等に、夜間休日を問わず対応できる体制の整備を、各精神科病院等に対し要請します。

#### (5) 身体科と精神科の連携強化

- 内科等身体疾患を合併する精神疾患患者や自殺未遂者に対して、必要な医療とケアを提供できるよう、県精神科救急医療体制連絡調整委員会や救命救急協議会等の協議の場を用いて、救急医療機関、消防、警察、精神科救急医療機関等との連携を強化します。
- 内科等身体疾患を合併する精神疾患患者に対応できる病院に対し、院内の地域連携室等の活用により、スムーズな受け入れ及び、身体疾患の改善後速やかに地域の精神科病院へ転院可能な体制の整備について協力を要請するとともに、地域の身体科医療機関との連携体制づくりに努めます。

#### (6) 多様な精神疾患等にも対応した医療連携体制

- 精神科病院と診療所が情報共有や役割分担をしながら適切な医療を提供できるよう、多様な精神疾患等にも対応できる医療連携体制の構築に向けて、各医療機関における医療機能の明確化に努めます。
- アルコール、薬物、ギャンブル等依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を選定します。
- 専門治療を行う医療機関の充実に向け、認知行動療法やアルコール、薬物、ギャンブル等依存症、その他の嗜癖関連問題等に対応できるよう、各精神科医療機関に協力を要請します。
- 発達障害の早期発見や医療的支援の充実を図るために、かかりつけ医等を対象とした研修会等を通して、発達障害の診療ができる医師の養成に努めます。
- 高次脳機能障害支援拠点機関が中心となり、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携しながら、当事者、家族を含め、医師やリハビリテーション専門職に対して、障害の理解のための啓発、研修会を開催するなど支援体制の整備に努めます。
- 医療観察法による通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関について、二次医療圏に1か所以上確保に努めます。

- 災害時に県内外で活動する災害派遣精神医療チーム（D P A T）を持つ医療機関について、発災後48時間以内に活動するD P A T先遣隊の他、主に県内で活動するローカルD P A Tを養成します。

### 数値目標の設定と考え方

#### （１）予防対策の推進

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
心のサポーターの養成数	191人 (令和5年度)	6,000人	年間1,000人を養成

#### （２）医師確保及び医師の働き方改革の推進

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
精神科医師数 (精神科病院常勤勤務)	68人 (令和4年度)	86人	過去の専門研修登録者数の医師を毎年確保
精神保健指定医数 (精神科病院常勤勤務)	51人 (令和4年度)	63人	過去の指定医申請者数の医師を毎年確保

#### （３）長期入院者の地域移行の強化

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
精神科病院に入院している患者の平均在院日数	272.3日 (令和4年6月)	225.2日	過去5年間の減少率の平均から推計
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要 (65歳以上患者数)	603人 (令和4年6月)	556人 (令和8年度)	過去5年間の減少率の平均から推計
		524人 (令和11年度)	
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要 (65歳未満患者数)	386人 (令和4年6月)	333人 (令和8年度)	過去5年間の減少率の平均から推計
		298人 (令和11年度)	

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
精神病床における入院需要(患者数)	1,480人 (令和4年6月)	1,366人 (令和8年度)	国の「基準病床算定式」及び減少率から算出
		1,261人 (令和11年度)	
精神病床における入院後3か月時点の退院率	63.5% (令和4年6月)	69% (令和8年度)	国の基本設定値(令和4年における上位10%の都道府県が達成している早期退院率の水準値)
		令和11年度目標値は、第8期障害福祉計画策定時(令和8年度)に検討	
精神病床における入院後6か月時点の退院率	86.5% (令和4年6月)	88% (令和8年度)	過去3年の平均値を設定(参考:国基本設定値84.5%以上)
		令和11年度目標値は、第8期障害福祉計画策定時(令和8年度)に検討	
精神病床における入院後1年時点の退院率	91.6% (令和4年6月)	92% (令和8年度)	国の基本設定値91%以上
		令和11年度目標値は、第8期障害福祉計画策定時(令和8年度)に検討	
精神病床からの退院後1年以内の地域における平均生活日数	321.2日 (令和元年度)	331日 (令和11年度)	令和元年度における上位10位までの都道府県の平均値(参考:国基本設定値325.3日以上)
		令和11年度目標値は、第8期障害福祉計画策定時(令和8年度)に検討	

(4) 精神科救急医療の充実

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
応急入院指定病院の指定数	6か所 (令和5年度)	9か所	指定病院のない圏域(那賀、東牟婁圏域)から、少なくとも1か所を想定

(5) 身体科と精神科の連携強化

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
身体科と精神科の連携会議の開催数	0回 (令和5年度)	1回	1回以上

(6) 多様な精神疾患等にも対応した医療連携体制

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
アルコール依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関の選定	3地域 (和歌山市、紀北、紀中)	4地域 (和歌山市、紀北、紀中、紀南)	1地域1医療機関以上を選定
薬物依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関の選定	—	1地域 (県内全域)	県内1医療機関以上を選定
ギャンブル等依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関の選定	3地域 (和歌山市、紀北、紀中)	4地域 (和歌山市、紀北、紀中、紀南)	1地域1医療機関以上を選定
D P A Tの隊員数 (D P A T先遣隊・ローカルD P A T含む)	31名 (令和5年度)	60名	年間5名以上養成

## 目標設定における第七次計画からの変更点

- 第七次保健医療計画で設定した「精神保健福祉センターや保健所による普及啓発を目的とした講演会等の開催数」については、目標が達成されており、今後も継続していくことから盛り込まないこととし、新たに「心のサポーターの養成数」を盛り込むこととした。
- 第七次保健医療計画で設定した「状態に応じ、合併症を受け入れることができる医療機関数」の数値目標については達成できなかった。したがって、先に身体科と精神科の連携に取り組むこととし、今計画の目標項目に盛り込まないことにした。
- 「精神病床からの退院後一年以内の地域における平均生活日数」について、新たに目標項目に盛り込むこととした。
- アルコール依存症の他、薬物依存症及びギャンブル等依存症についても盛り込むこととした。
- 災害拠点精神科病院が県内に1か所選定され、目標が達成されたため、新たにD P A Tの隊員数向上を盛り込むこととした。

### ■用語の説明

#### ※1 トリアージ

傷病者の緊急度や重症度に応じて、治療の優先順位を決定すること。

#### ※2 高次脳機能障害

交通事故や脳血管疾患等が原因で脳機能が損傷し、後遺症として残る障害。

#### ※3 ゲートキーパー

悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人。

#### ※4 アウトリーチチーム

専門職による訪問型の支援チーム。

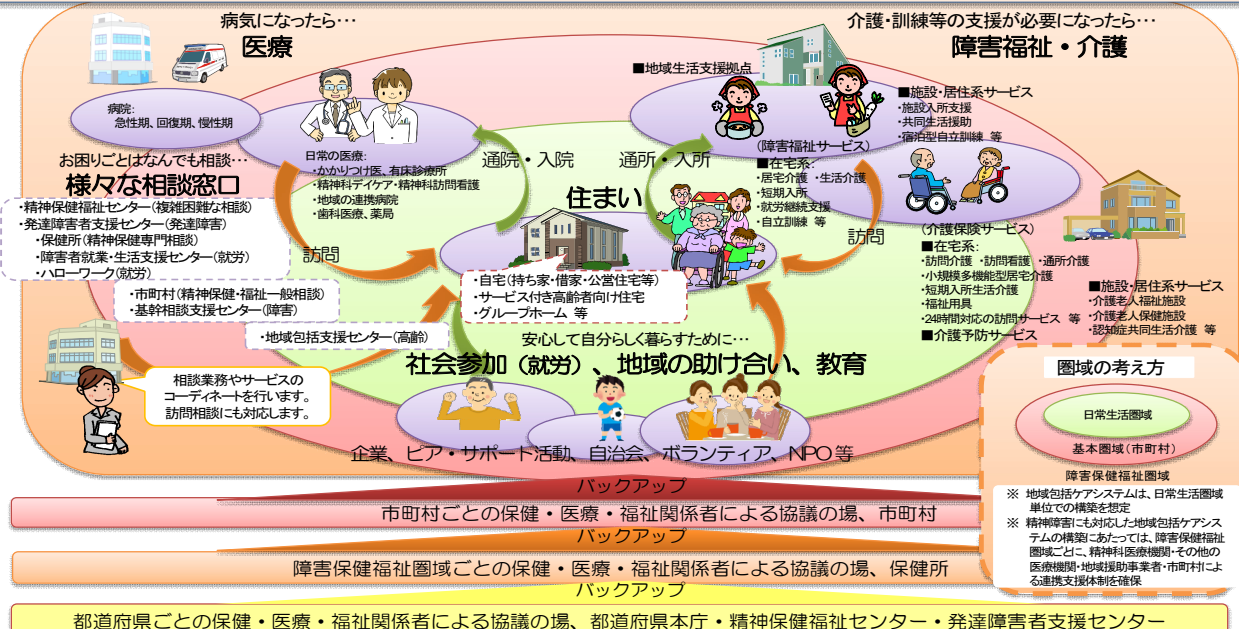
#### ※5 支援病院

夜間休日等に精神科救急医療施設に入院となった患者が、急性期の救急治療がある程度終了した段階で、必要に応じ患者の居住地において転院の受け入れが可能な精神科病院。

〔 めざすべき体制 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて 〕

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一人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)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。

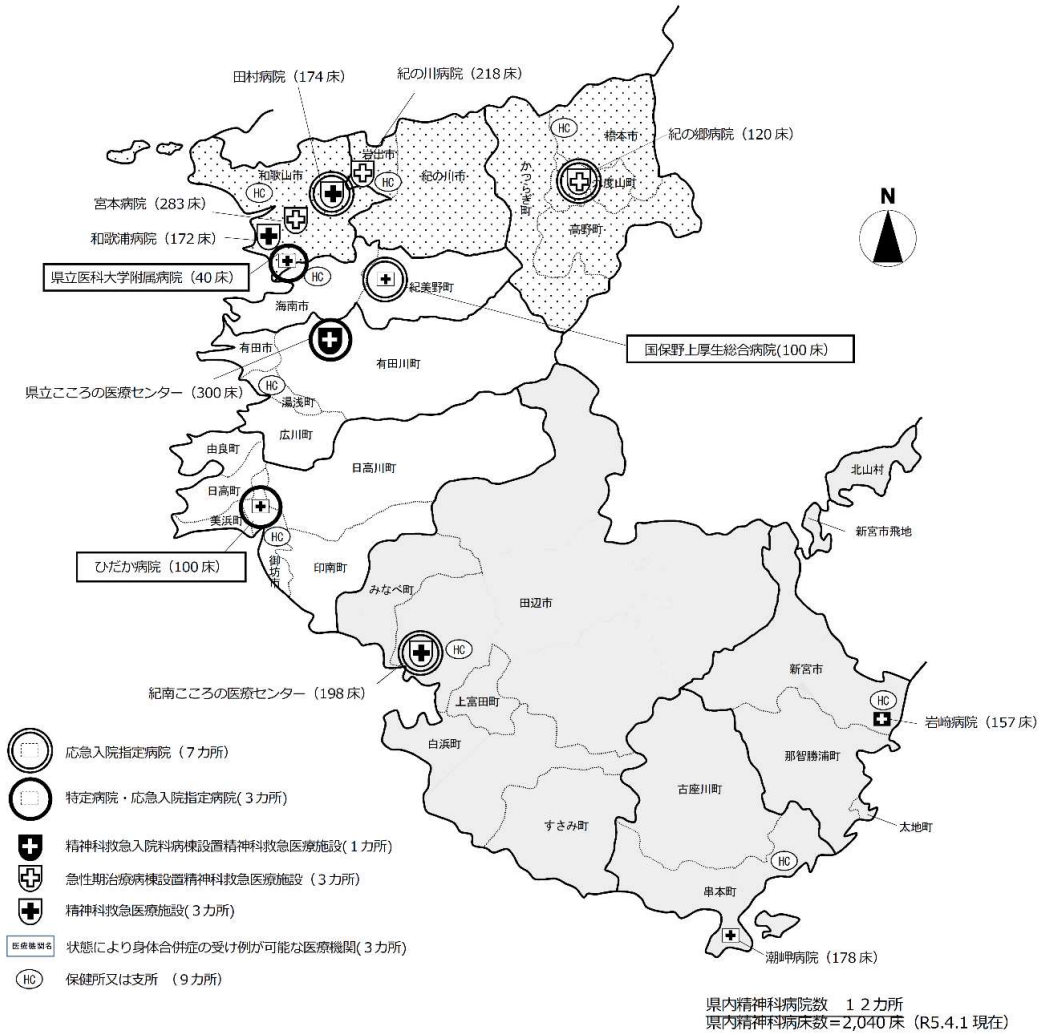


〔 県内精神科病院における専門治療等の状況について 〕

医療機関	宮本病院	田村病院	和歌浦病院	県立医科大学附属病院	国保野上厚生総合病院	紀の川病院	紀の郷病院	医療センター	ひだか病院	紀南センター	湖岬病院	岩崎病院
統合失調症	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎
感情障害	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎
睡眠障害	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎
ストレス	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎
認知症	☆◎◎	◎	◎	☆◎◎	☆◎◎	◎	◎	◎◎	☆◎◎	◎◎	◎◎	◎◎
思春期	◎◎	◎	◎	☆◎◎	◎	◎◎	◎	☆◎◎	◎	◎◎		
児童精神	◎◎	◎	◎	☆◎◎	◎	◎◎	◎	☆◎◎				
発達障害	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎		
アルコール依存症	◎◎	◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	☆◎◎		◎◎	◎◎	◎◎
薬物依存症			◎	◎◎	◎	◎	◎	☆◎◎		◎◎	◎◎	
ギャンブル等依存症	☆◎◎			◎		◎	◎	☆◎◎				
摂食障害	◎	◎		◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎		◎◎	◎◎	◎
PTSD	◎	◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎		◎◎	◎◎	
てんかん	◎	◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎		◎◎	◎◎	◎
高次脳機能障害	◎	◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎		◎◎		
自殺未遂	◎	◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎◎	
身体合併症	◎	◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎		
ひきこもり	◎◎	◎	◎◎	◎◎	◎◎	◎	◎	◎◎		◎◎		
その他(医療観察)	◎	◎	◎	◎◎	◎	◎	◎	◎◎	◎◎	◎	◎	
その他(精神科救急)	◎◎	◎◎	◎◎			◎◎	◎◎	◎◎				
その他(うつ、不安等を認知行動療法で対応)		◎						☆◎◎				
その他(治療抵抗性統合失調症治療薬による治療)				☆◎◎	◎◎			◎◎	◎◎	◎◎		
その他(修正型電気けいれん療法)				◎					◎			
備考欄												

☆・・・専門外来あり    ◎・・・外来対応可    ●・・・入院対応可    【県こころの健康推進課調（令和6年1月9日現在）】

〔 県内の精神科病院等の状況について 〕



〔 精神科病床を有する医療機関 〕

二次医療圏	所在地	医療機関名	精神科	心療内科
和歌山	和歌山市	宮本病院	○	○
		田村病院	○	
		和歌浦病院	○	○
		和歌山県立医科大学附属病院	○	
	紀美野町	国保野上厚生総合病院	○	
那賀	岩出市	紀の川病院	○	○
橋本	九度山町	紀の郷病院	○	
有田	有田川町	県立こころの医療センター	○	
御坊	御坊市	ひだか病院	○	
田辺	田辺市	紀南こころの医療センター	○	
新宮	新宮市	岩崎病院	○	
	串本町	潮岬病院	○	○

近畿厚生局「保険医療機関指定一覧」(令和5年10月1日現在)



## 5 - 2. 精神疾患のうち認知症

### 「精神疾患のうち認知症」の概要

#### ■ 現状と課題

##### 《現状》

- 本県の認知症の人の数は令和7年では6万3,000人、令和22年では7万6,000人になると推計。
- 軽度認知障害（以下「MCI」という。）の人の数は県内において約4万人存在すると推計。認知症発症前のMCI高齢者を中心に、認知症の進行抑制を図る認知症予防の取組が必要。
- 地域において認知症を早期に発見し、診断・治療につなげるための支援体制が必要。
- 65歳未満で発症した若年性認知症の人やその家族には現役世代特有の課題が存在。
- 認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、医療提供体制の確保が必要。
- 中心的な役割を担う基幹型センターである和歌山県立医科大学附属病院に加え、二次医療圏ごとに1か所ずつ設置している認知症疾患医療センターの機能が重要。

##### 《課題》

① 認知症の予防推進・早期発見・早期対応

② 医療提供体制の確保

#### ■ 主な施策の方向

##### ① 認知症の予防推進・早期発見・早期対応

- 電話相談窓口の設置や地域包括支援センター等での相談機能の充実
- 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支援
- 認知症サポート医の養成
- かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等向けの認知症対応力向上研修の実施
- MCIに関する啓発やMCI高齢者の居場所づくり支援
- 若年性認知症を含む認知症の人やその家族に対する支援

##### ② 医療提供体制の確保

- 病院勤務の医療従事者等向けの認知症対応力向上研修の実施
- 認知症疾患医療センターの設置と運営支援
- 基幹型センターと連携した各認知症疾患医療センターの事業評価や人材育成の実施

#### ■ 主な数値目標（令和11年度）

① かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数  
令和4年度 765人 → 1,020人

認知症サポート医の養成数  
令和4年度 123人 → 200人

① 歯科医師認知症対応力向上研修の受講者数  
令和4年度 337人 → 520人

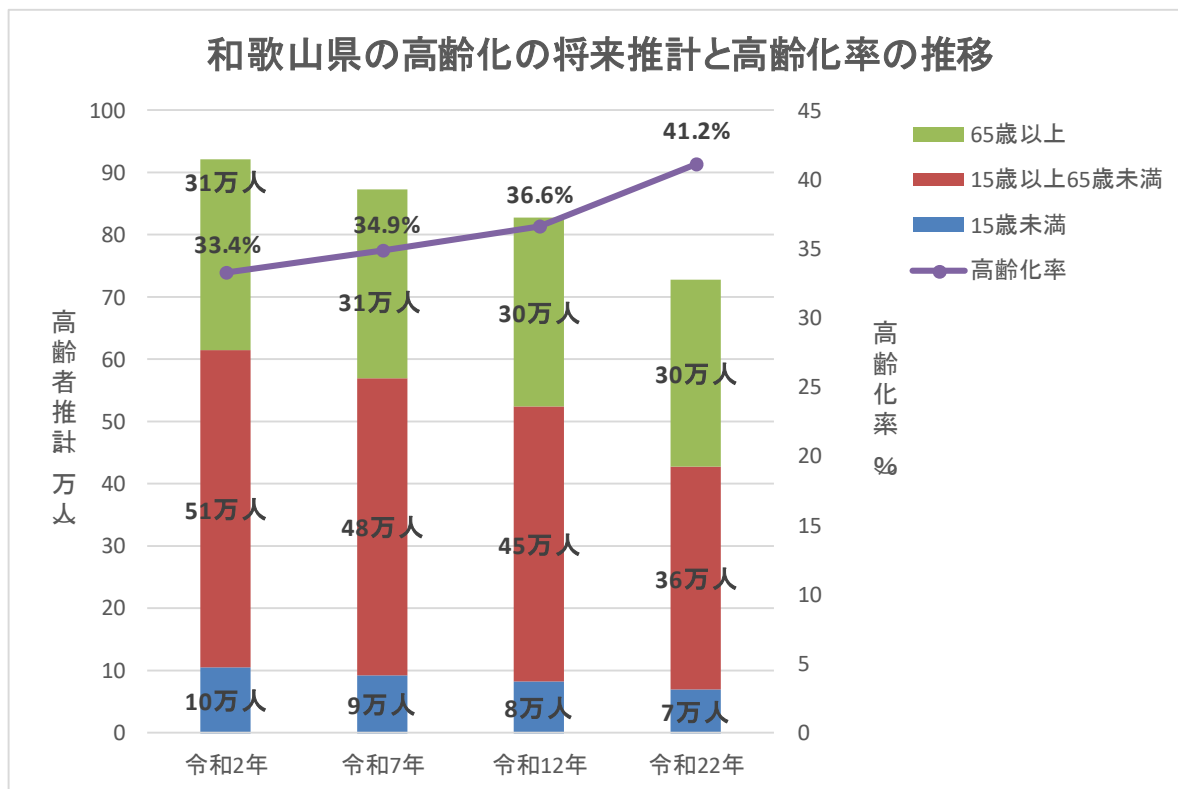
薬剤師認知症対応力向上研修の受講者数  
令和4年度 569人 → 800人

② 一般病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修の受講者数  
令和4年度 2,154人 → 3,800人

② 認知症疾患医療センター整備数  
令和4年度 8か所 → 8か所

## 現状と課題

- 全国における認知症高齢者数は、更に増加が見込まれており、令和7年には約730万人（高齢者の約5人に1人）、令和22年には約953万人（高齢者の約4人に1人）になるものと推計されています。また、本県の認知症高齢者数は、令和7年には6万3,000人、令和22年には7万6,000人になるものと推計されています。



総務省「令和2年国勢調査」

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（令和5年推計）」

### 〔 認知症高齢者数の推計人数 〕

	令和2年	令和7年	令和12年	令和22年
全国	631万人	730万人	830万人	953万人
和歌山県	5.5万人	6.3万人	7.0万人	7.6万人

※平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「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」による速報値を本県の高齢者（推計）人口にはめて算出

- 正常と認知症の間ともいえる軽度認知障害<sup>※1</sup>（以下「MCI」という。）の状態にある高齢者の数は、全国において約400万人、県内において約4万人と推計

されており、認知症発症前のMCI高齢者を中心に、認知症の進行抑制を図る認知症予防の取組が必要となっています。

- 認知症施策については、国において策定された認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）の対象期間である令和7年までの中間年の令和4年に、施策の進捗状況に係る中間評価が行われたところであり、この中間評価の結果を踏まえて、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現をめざすため、地域資源を最大限に活用し、関係機関が一丸となって認知症施策に取り組んでいくことが必要です。
- また、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立したことに伴い、国が今後策定する認知症施策推進基本計画等の内容を踏まえて認知症施策を推進していく必要があります。
- 地域の高齢者等が日頃から受診する診療所等のかかりつけ医をはじめ、地域の関係者の認知症への対応力を向上させる取組等、地域において認知症を早期に発見し、診断・治療につなげるための支援体制が必要です。
- 65歳未満で発症した若年性認知症の人やその家族には、健康面や将来的な不安、退職に伴う収入の減少による経済的な問題等、現役世代特有の負担が大きいことから、医療・福祉・就労等の総合的な支援を実施することが求められます。
- 認知症の人やその家族が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療が受けられ、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、地域の実情に応じた医療提供体制を確保することが必要です。
- 認知症疾患医療センター<sup>※2</sup>は、認知症疾患に関する鑑別診断<sup>※3</sup>とその初期対応、診断後の相談支援、周辺症状及び身体合併症に対する急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、医療関係者・介護関係者との連携や、かかりつけ医等の認知症医療従事者等に対する専門研修を行う、地域における認知症医療の中核機関です。

〔 認知症疾患医療センターの指定状況（令和5年8月現在） 〕

圏域	医療機関名	所在地	類型	指定日
和歌山	和歌山県立医科大学附属病院	和歌山市	基幹型	H22.10.1
	国保野上厚生総合病院	紀美野町	連携型	R3.4.1
那賀	公立那賀病院	紀の川市	連携型	H31.4.1
橋本	和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院	かつらぎ町	連携型	H31.4.1
有田	有田市立病院	有田市	連携型	H31.4.1
御坊	ひだか病院	御坊市	地域型	H21.12.1
田辺	国立病院機構南和歌山医療センター	田辺市	地域型	H25.12.1
新宮	新宮市立医療センター	新宮市	連携型	R2.3.1

※和歌山県立医科大学附属病院はR4.4.1から基幹型に指定

- 今後、増加することが見込まれる認知症疾患患者への対応を円滑に進めるため、認知症疾患医療センターの機能が重要になります。

【課題項目】

- ① 認知症の予防推進・早期発見・早期対応
- ② 医療提供体制の確保

**施策の方向**

(1) 認知症の予防推進・早期発見・早期対応

- 認知症の相談について、電話相談窓口の設置や地域包括支援センター等での相談機能の充実等、認知症の人とその家族が地域で気軽に相談できる体制の充実を図ります。
- 市町村が認知症の人を早期に発見・支援するために設置する「認知症初期集中支援チーム」<sup>※4</sup>や地域の支援機関間の連携づくり等のために配置する「認知症地域支援推進員」<sup>※5</sup>について、研修受講の支援を行うとともに、県内市町村における取組の共有等を通じ、より効果的な活動ができるよう支援します。
- 医師会等の関係機関と協力し、かかりつけ医の認知症への対応力を向上する研修を行います。また、かかりつけ医への助言や地域包括支援センター等の介護関係機関との連携を推進する認知症サポート医<sup>※6</sup>の養成に努めます。
- 高齢者が受診する歯科医師や接する機会の多い薬剤師に対し、認知症への

対応力を向上する研修を行い、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医と連携して対応できる体制を整備します。

- M C I は適切な対応をすることで認知機能が回復したり、認知症発症を遅らせたりする可能性があることから、M C I の正しい知識の普及、早期発見、進行抑制の重要性の啓発を目的としたリーフレットを関係機関と連携して配布することで、認知症の早期発見・早期対応を推進します。
- M C I の状態にある高齢者等に対し、創作活動等を通じて認知症の予防を図るための居場所づくりを実施する取組を支援します。
- 65歳未満で発症する若年性認知症の人やその家族に対し、若年性認知症支援コーディネーターによる寄り添った支援や交流会の開催等の取組を推進します。

## (2) 医療提供体制の確保

- 今後、急性期病院等で認知症の人の入院がますます増加することが予測されます。認知症の人が適切な医療をスムーズに受け、生活の場へ復帰できるようにするため、一般病院勤務の医療従事者等の認知症への対応力を向上する研修を実施します。
- 県で指定している認知症疾患医療センターについては、引き続き二次医療圏ごとに設置し、地域における認知症医療の中核機関としての役割を果たすことができるよう、その運営を支援します。
- 中心的な役割を担う基幹型センターである和歌山県立医科大学附属病院と連携して、事業評価や人材育成等を通じて各認知症疾患医療センターの質の確保を図ります。

### 数値目標の設定と考え方

#### (1) 認知症の予防推進・早期発見・早期対応

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	765人 (令和4年度)	1,020人	認知症施策推進大綱を踏まえ設定
認知症サポート医の養成数	123人 (令和4年度)	200人	認知症施策推進大綱を踏まえ設定
歯科医師認知症対応力向上研修の受講者数	337人 (令和4年度)	520人	認知症施策推進大綱を踏まえ設定
薬剤師認知症対応力向上研修の受講者数	569人 (令和4年度)	800人	認知症施策推進大綱を踏まえ設定

#### (2) 医療提供体制の確保

項目	現状	目標(令和11年度)	設定の考え方
一般病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修の受講者数	2,154人 (令和4年度)	3,800人	認知症施策推進大綱を踏まえ設定
認知症疾患医療センター整備数	8か所 (令和4年度)	8か所	認知症施策推進大綱を踏まえ設定

### 目標設定における第七次計画からの変更点

- 第七次保健医療計画で設定した看護職員認知症対応力向上研修の受講者数の数値目標については、直近の受講者数が目標となる数値（令和11年度）を上回るため、今計画の目標項目に盛り込まないこととした。

## ■用語の説明

### ※1 軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）

正常と認知症との中間の段階。認知機能に問題は生じているが、日常生活を送ることはほとんど支障がない状態のこと。早期発見・早期対応を行うことで、認知症に移行することを防いだり、遅らせたりする可能性がある。

### ※2 認知症疾患医療センター

規模等により3つの類型に分かれる。基幹型は、主に総合病院で検査機器・入院設備等が整っており、診断が難しい事例の確定診断や重篤患者の受入、研修会や事例検討会の開催等、高度で専門的な問題に対応する。地域型は、単科精神科病院等で専任の相談員やCT検査機器を備え、CT以外の検査や入院は必要に応じて他の医療機関と連携して対応する。連携型は、病院や診療所で独自の検査機器や入院設備がなく、検査や入院は必要に応じて他の医療機関と連携して対応する。

### ※3 鑑別診断

患者の症状等がどのような疾患に由来するのを見極めるための診断のこと。認知症の鑑別診断では、認知症の有無、原因疾患、重症度等を見極めるための診察を行う。

### ※4 認知症初期集中支援チーム

医療や介護の複数の専門職が、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、アセスメントや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のこと。

### ※5 認知症地域支援推進員

市町村ごとに配置され、医療・介護・福祉等の地域の支援機関間の連携づくりや、認知症カフェを活用した取組の実施等を通じた地域支援体制づくり、認知症の人やその家族への支援・相談業務を行う者のこと。

### ※6 認知症サポート医

認知症サポート医養成研修の修了者で、かかりつけ医の相談・アドバイザー役や、地域の医療機関や医師会、地域包括支援センター等との連携の担い手となる医師のこと。