

5 精神疾患の医療連携体制

- 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。
- 重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期入院を余儀なくされる場合もあります。発症後、できるだけ早期に必要な精神科医療が提供されることで回復し、地域生活を送ることができるように支援体制の整備を進める必要があります。
- 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ような地域づくりを進める必要があります。長期入院が必要となっている精神障害者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、自治体を中心とした地域精神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（インクルーシブ）な社会を構築していく必要があります。

(1) 現 状

- 精神疾患は、近年患者数が急増しており、十勝圏域における精神障害者数は、令和5年3月末で13,525人です。（表1）
- 病類別では、気分障害が最も多く、次に統合失調症、症状性を含む脳器質性精神障害が多い状況です。

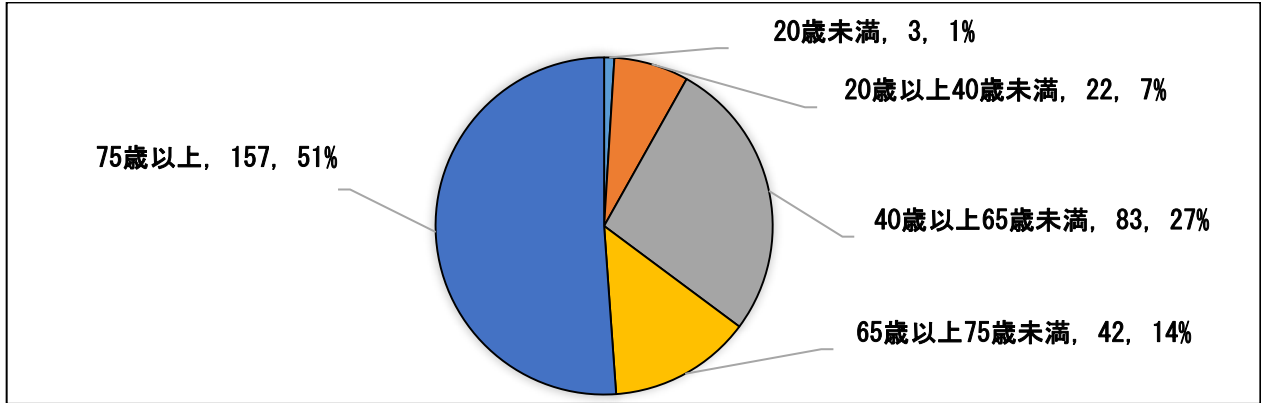
【表1 保健所把握精神障害者状況調査表 総数年次推移】 (単位：人)

	F 0				F 1				F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7	F 8	F 9	G		合計
	症状性を含む脳器質性精神障害				精神作用物質による精神及び行動の障害				統合失調症	気分(感情)障害	神経症性障害	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	成人の人格及び行動の障害	知的障害	心理的発達の障害	特定不能の精神障害 小児期及び青年期の行動及び情緒障害、	てんかん	その他	
	F00	F01	その他の器質性精神障害	小計	F10	F15	アルコール、覚せい剤を除外する精神作用物質使用のもの	小計											
	アルツハイマー病の認知症	血管性認知症			アルコール使用によるもの	覚せい剤使用によるもの													
H30年度	901	268	628	1,797	223	49	61	333	2,736	3,255	798	60	56	150	642	197	1,063	84	11,171
R元年度	986	290	676	1,952	240	51	60	351	2,786	3,384	856	66	59	165	696	235	1,104	86	11,740
R2年度	1,089	312	744	2,145	250	52	61	363	2,806	3,583	925	67	65	168	706	248	1,140	85	12,301
R3年度	1,184	326	795	2,305	262	52	63	377	2,841	3,785	984	67	69	185	738	267	1,168	89	12,875
R4年度	1,286	352	838	2,476	270	53	68	391	2,877	3,986	1,078	69	75	196	793	288	1,202	94	13,525

(北海道保健所把握精神障害者状況調査)

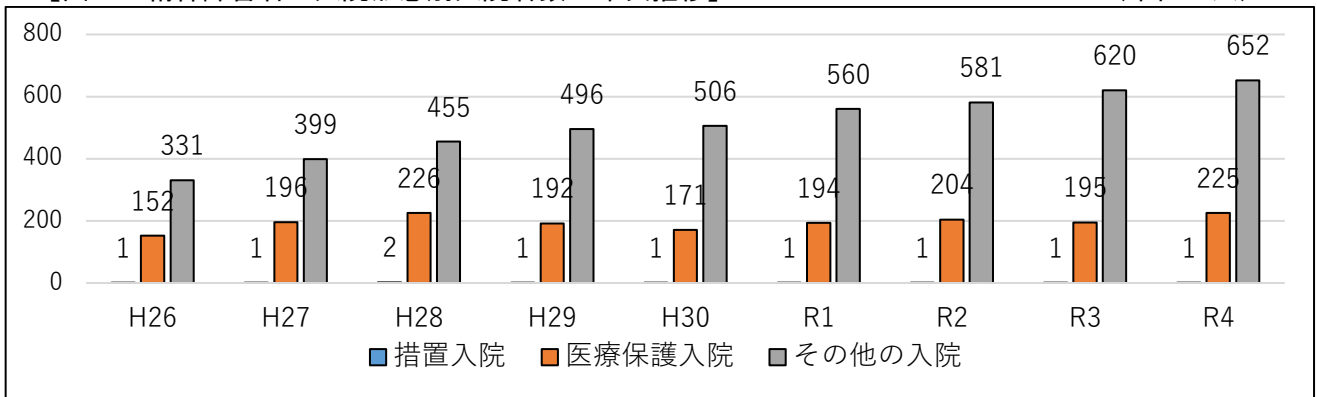
- 十勝圏域の医療保護入院患者は、65歳以上の者が65%を占めています。（図1）
- 入院形態別入院者数では、医療保護入院は200人前後で推移しています。任意入院を含むその他の入院が増加し、全体の入院者数は増加しています。（図2）

【図1 十勝の医療保護入院患者の年齢区分 令和6年5月1日現在】 (単位：人)



(北海道保健所把握精神障害者状況調査)

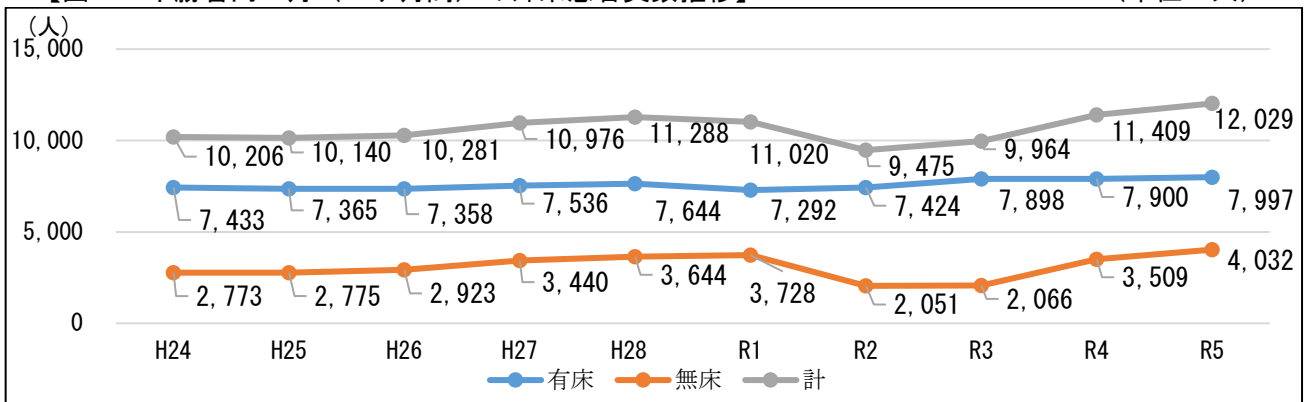
【図2 精神障害者の入院形態別入院者数の年次推移】 (単位：人)



(北海道保健所把握精神障害者状況調査)

- 十勝圏域で精神科を標ぼうしている医療機関は、病院9か所、診療所10か所、計19か所となっています。<sup>\*1</sup>
- 外来患者実数は、無床医療機関、有床医療機関とも増加傾向にありましたが、令和元年以降減少し、令和3年以降再び増加しています。(図3)
- 帯広保健所では3か所の精神科医療機関の協力を得て、本別町、広尾町に精神科医師派遣を行い、精神科サテライトクリニックを開設して地域精神科医療の確保を図っています。

【図3 十勝管内6月(1ヶ月間)の外来患者実数推移】 (単位：人)



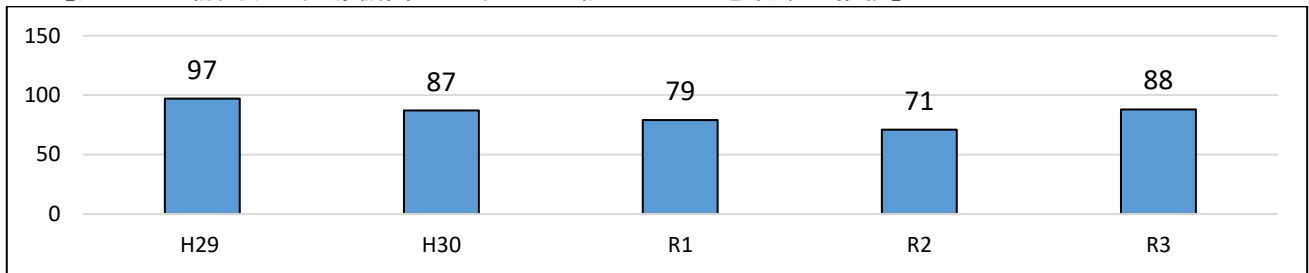
(十勝圏域精神科医療調査)

注) 図3は、平成28年度までは国が実施する630調査、平成29年度および30年度は調査方法変更のためデータなし。令和元年度以降は帯広保健所十勝圏域精神科医療調査。

\*1 帯広保健所調 (令和5年5月1日現在)

- 令和3年6月30日現在、十勝圏域において1年以上入院している患者は88人でした。この数は減少傾向にありましたが、令和3年に増加しています。(図4)

【図4 十勝圏域の医療機関に1年以上入院している患者数の推移】



(ReMHRAD (地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース))

- 十勝圏域に住所があり、圏域内の医療機関に1年以上入院している患者のうち、64%が65歳以上でした。また、患者の住所地別では、12市町村に1年以上の入院者がいました(圏域外医療機関入院を含む)。(表2)

【表2 市町村別長期入院患者数(令和3年6月30日現在)】

(単位:人)

市町村	1年以上入院患者数				市町村	1年以上入院患者数			
	患者の住所地での患者数		病院の所在地での患者数			患者の住所地での患者数		病院の所在地での患者数	
	65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
帯広市	24	49	20	54	大樹町	2	2	0	0
音更町	2	5	12	2	広尾町	0	0	0	0
士幌町	1	1	0	0	幕別町	2	1	0	0
上士幌町	1	1	0	0	池田町	3	0	0	0
鹿追町	1	0	0	0	豊頃町	0	0	0	0
新得町	0	0	0	0	本別町	0	1	0	0
清水町	3	4	0	0	足寄町	1	3	0	0
芽室町	0	0	0	0	陸別町	0	0	0	0
中札内村	0	0	0	0	浦幌町	0	1	0	0
更別村	0	0	0	0	合計	40	68	32	56

(ReMHRAD (地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース))

- 精神科許可病床は昭和59年に1,006床とピークとなりましたが、精神科病棟の統廃合による病床減、民間病院の閉院などにより現在は467床となり、40年間で半減しています。稼働病床数としては、373床です。(表3)

【表3 各病院の稼働病床数】

医療機関名	病棟数(棟)	病床数(床)	再掲 スーパー救急病棟数(棟)	再掲 スーパー救急病床数(床)
国立病院機構帯広病院	2	100	0	0
帯広厚生病院	1	45	0	0
大江病院	3	154	0	0
緑ヶ丘病院	3	77	1	32
計	9	376	1	32

(北海道厚生局HP (令和6年4月1日現在))

- 十勝圏域の精神保健指定医は 28 人、特定医師は 1 人となっています。\*<sup>1</sup>
- 在宅療養者を地域で支える精神科訪問看護が重要な役割を担っています。精神科医療機関や訪問看護事業所により、精神科訪問看護が提供されており、十勝圏域の訪問看護事業所は 9 か所です。(表 4)

【表 4 精神科訪問看護を提供する施設の状況】

	数(か所)	人口 10 万対
精神疾患に対応する訪問看護事業所	9	2.71

(ReMHRAD (地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース))

- 自立支援医療(精神)受給者は 6,142 人、精神障害者保健福祉手帳の所持者は 3,307 人で、年々増加しています。\*<sup>2</sup>
- 厚生労働省による市町村障害福祉計画の基本指針では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指した新たな政策理念を踏まえ、自治体ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置が目標として掲げられています。
- 帯広保健所では、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を目的とする、保健・医療・福祉・介護関係機関や、当事者家族等で構成する「十勝保健医療福祉圏域連携推進会議精神保健医療福祉対策専門部会」を第二次医療圏における協議の場として平成 29 年に設置しています。
- 令和 5 年度に市町村を対象に北海道が実施した保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況調査では、十勝圏域の 19 市町村のうち、協議の場を設けている自治体は 8 か所、相談支援体制については、既に整備済みである自治体が 2 か所、準備中の自治体は 6 か所でした。
- 帯広保健所では、地域の精神科救急医療体制整備を目的として、管内医療機関の医師、消防、警察による「精神科救急医療体制十勝ブロック調整会議」を開催し、検討を行っています。
- 障害者総合支援法による障害福祉サービスの利用者は、65 歳になると基本的に介護保険サービスを優先して受けることとなりますが、介護保険サービスにはない障害福祉サービスを受けられる場合は、両制度を併用したマネジメントが必要となります。
- 十勝圏域の相談支援事業所は 57 か所\*<sup>3</sup>、居宅介護支援事業所は 93 か所\*<sup>4</sup>あります。

#### ア 統合失調症

- 十勝圏域の統合失調症患者数は、年々増加しています。
- 抗精神病特定薬剤治療指導管理料(治療抵抗性統合失調症治療指導)の実施医療機関は、北海道厚生局における施設基準等届出受理数によると十勝圏域で 4 か所となっています。(令和 6 年 5 月 1 日現在)
- 十勝圏域では、精神疾患を患った経験を活かして患者を支えるピアサポーターが、入院患者の地域移行のために活動しています。また、当事者グループ、家族会があり、精神障害者の家族も支え合って生活しています。
- 患者の地域生活を支えるため、医療機関をはじめとする関係機関でケース会議を実施し、多機関で精神障害者の地域生活を支援しています。

#### イ うつ病・躁うつ病

- 十勝圏域のうつ病、躁うつ病を含む気分(感情)障害の精神障害者数は増加しています。
- 薬物療法や作業療法と並ぶ治療法の一つである認知行動療法の実施医療機関は、北海道厚生局における施設基準等届出受理数によると、十勝圏域で 3 か所となっています。(令和 6 年 5 月 1 日現在)
- うつ病は早期に治療を開始することが重症化を防ぐために重要となり、治療に長期間の療養が必要な場合があることから、療養と就業継続への支援が必要とされています。

\*<sup>1</sup> 帯広保健所調 (令和 5 年 10 月 4 日現在)

\*<sup>2</sup> 帯広保健所調 (令和 6 年 5 月 1 日現在)

\*<sup>3</sup> 保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課ホームページ 障害福祉サービス事業所等一覧 (令和 6 年 6 月 30 日現在)

\*<sup>4</sup> 保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課ホームページ 介護保険サービス事業所一覧 (令和 6 年 6 月 30 日現在)

## ウ 認知症

- 十勝圏域の65歳以上の高齢者人口割合は32.1%、75歳以上の後期高齢者人口割合は16.9%と、全道とほぼ同じですが、十勝圏域の市町村ごとの高齢者人口割合は29%～43%と幅があります。<sup>\*1</sup>
- 令和5年3月末現在で、アルツハイマー病型認知症の患者数は1,286人、脳血管性認知症の患者数は352人となっており、どちらも増加傾向となっています。<sup>\*2</sup>
- 令和5年6月「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立、公布されました。認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすため、全ての認知症の人が自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすることや、国民の認知症に対する正しい知識や理解を深めること等が基本理念として定められています。これらの基本理念を踏まえ、地域の状況に応じた認知症施策を総合的かつ計画的に実施する必要があります。
- 十勝圏域では、平成25年度に認知症疾患医療センターが1か所指定され、他の医療機関と連携しながら鑑別診断や専門的治療を行っています。
- 十勝圏域の認知症サポート医は46人<sup>\*3</sup>となっており、他科診療とともに認知症の治療を行っています。また、かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者は、全道で578人おり、かかりつけ医でも専門医やサポート医と連携して診療を行っています。
- 新オレンジプランに基づき、十勝圏域全市町村で認知症初期集中支援チームが設置され、早期から適切な医療や介護が受けられる体制を構築しています。
- 認知症サポーター（認知症を理解し支援する住民、キャラバンメイトを含む）は令和6年6月30日現在64,815人、総人口に占める割合は、19.7%と全国（11.6%）より高くなっています。
- 行方不明になった高齢者等を速やかに捜索・保護し、その後の支援につなげることを目的としたSOSネットワークシステムがあり、十勝管内は19市町村が構築しています。

## エ 児童・思春期精神疾患

- 小児期及び青年期の行動及び情緒障害、特定不能の精神障害者数は増加しています。
- 児童期においては、てんかんや、心理的発達障害が多くを占めますが、15歳以上になると統合失調症や気分感情障害、神経症性障害などの割合が増えはじめます。15歳～24歳の区分では、心理的発達障害が最も多く、次いで小児期及び青年期の行動及び情緒障害・特定不能の精神障害、てんかんが多くなっています。<sup>\*4</sup>
- 十勝圏域では、児童・思春期外来が1か所となっています。子どもの精神疾患は身体症状を主訴として発現することが多く、初期には一般の小児科・内科で対処されることが多いと推測され、必要時、精神科医と、教育および保健医療福祉の連携体制が必要です。

## オ 発達障がい

- 成人期に発達障がいと診断された人は、児童・思春期に必要な療育・医療・支援を受けた経験がない可能性があり、対人関係の問題など、日常・社会生活で困難を抱えている場合があります。
- 十勝圏域において、心理的発達の障害、小児期及び青年期の行動及び情緒障害、特定不能の精神障害で医療を受けている患者は増加しています。<sup>\*4</sup>
- 各市町村においては、乳幼児健康診査や発達相談などでスクリーニングが行われ、必要な者は経過観察となり、適切な医療や療育の受診勧奨など継続的な支援が行われています。
- 十勝圏域には、発達障がい者支援道東地域センター「きら星」や、各市町村に発達支援センターが設置されています。
- 行政機関以外にも、各関係機関による発達障がいの学習会・講演会、親の会、当事者の会など、地域で発達障がいについての普及啓発の取組が行われています。

\*1 住民基本台帳（令和4年1月1日）

\*2 北海道保健所把握精神障害者状況調査

\*3 認知症サポート医研修修了者名簿（令和6年3月現在）

\*4 北海道保健所把握精神障害者状況調査

## カ 依存症

- 北海道では、令和3年3月に策定した「第2期北海道アルコール健康障害対策推進計画」や令和5年3月に策定した「第2期北海道ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関を選定する等の取組を進めています。
- 平成29年1月に制定された「北海道飲酒運転の根絶に関する条例」で、北海道は、飲酒運転の予防及び再発防止のため、アルコール健康障害を有する者及びその家族に対する相談支援等を推進するものとしています。また、飲酒運転をした者に対し、アルコール関連問題の状況に応じた指導・助言・支援等を行うものとしています。
- 十勝圏域において「精神作用物質による精神及び行動の障害」として医療を受けている患者は増加しています。<sup>\*1</sup>
- 十勝圏域には各断酒会やAA（アルコホーリクスアノニマス：アルコール依存症自助グループ）、GA（ギャンブラーズアノニマス：ギャンブル依存症自助グループ）、NA（ナルコティクスアノニマス：薬物依存症自助グループ）、薬物依存症支援施設などが活動しています。また、有床精神科医療機関の一部では、依存症患者に対する集団療法や、依存症の支援者を対象とした学習会を実施しています。
- 現在は、WHOが採択した「アルコールの有害な仕様を低減するための世界戦略」においてブリーフインターベンション（減酒支援）が推奨されています。ブリーフインターベンションは市町村で実施している特定保健指導等においてAUDITを用いて対象者の飲酒状況を評価し、早期介入することで、アルコール健康障害の予防に効果的です。

## キ 高次脳機能障がい

- 十勝圏域で把握されている高次脳機能障がい者は85人（F6：58人、F7：27人）です。<sup>\*1</sup>
- 高次脳機能障がいとは、病気や交通事故などによる脳外傷等の要因により脳に損傷をきたしたために生じる記憶障害や注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害を指します。高次脳機能障がいは外見では分かりにくく、当事者や周囲の者が障がいを認識しづらい場合が多いことから、適切な医療や支援を受けにくい場合があります。
- 十勝圏域には高次脳機能障がいに関する社会資源として、当事者と家族の自助グループ等があります。

## ク 摂食障害

- 摂食障害の潜在患者は多いと推定されているにも関わらず、専門的な医療につながるまでに長期間が経過し、重症化することも少なくありません。当事者及び家族も対応に戸惑いやすく、疾患の理解・関わり方についての支援も重要です。
- 十勝圏域では、摂食障害者の家族の会が活動しています。

## ケ 精神科救急・身体合併症

- 精神科救急医療体制整備事業による令和4年度診療件数は、外来139人、入院71人となっています。
- 精神科救急医療施設である北海道立緑ヶ丘病院（音更町）と独立行政法人国立病院機構帯広病院（帯広市）の協力のもと、1か月の当番日を2（緑ヶ丘病院）対1（帯広病院）の割合で調整し、夜間・休日等の診療時間外の輪番体制を維持しています。
- このほか、身体合併症に対応可能な受入協力病院（4機関）、遠隔地域支援病院（1機関）、後方支援病院（4機関）による救急医療体制が整備されています。
- 精神科診療所通院中に自殺企図などにより救急輪番病院にかかった患者対応については、医療機関連携により治療が継続できるよう対応が図られています。
- 有床精神科医療機関間では、身体合併症がある場合には帯広厚生病院や独立行政法人国立病院機構帯広病院へ紹介するなど、医療機能分担が図られています。

\*1 北海道保健所把握精神障害者状況調査

コ 自殺対策

- 自殺はその多くが追い込まれた末の死であり、自殺の背景には、うつ病を始めとする精神疾患が関連することが多いことが知られています。
- 十勝圏域の自殺者数は増減を繰り返しており、令和4年には74人となっています。(表5)
- 十勝圏域の自殺死亡率は、増減を繰り返していますが、全国・全道よりも上回ることが多く推移しています。(図5) 自殺の原因・動機では健康問題が最も多くなっています。

【表5 自殺者数の推移】

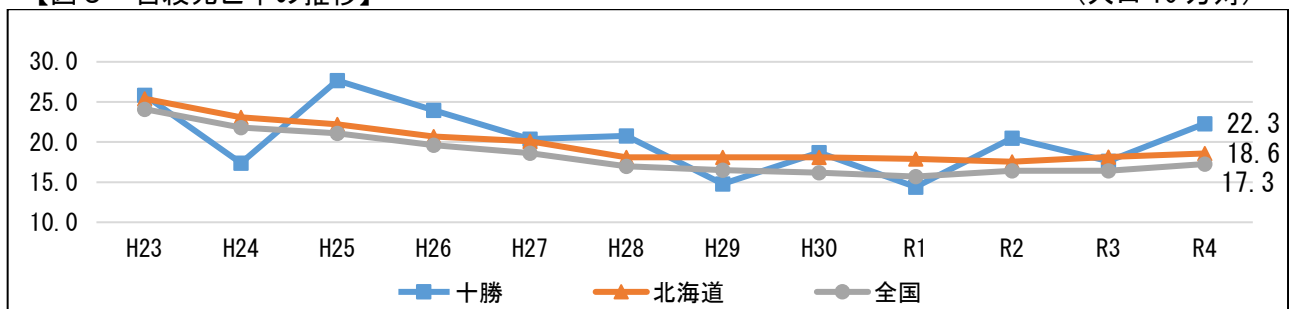
(単位：人)

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
自殺者数	71	72	51	64	49	69	59	74

(警察庁「自殺統計」)

【図5 自殺死亡率の推移】

(人口10万対)



(警察庁「自殺統計」)

- 平成30年～令和4年の十勝圏域の性、年代別自殺死亡率は、全道と比較して、男性では20代、50代、70代以上が高く、女性は60歳以上が高い状況です。
- 市町村では、自殺対策基本法に基づき自殺対策計画策定を進め、地域自殺対策強化交付金を活用しながら、メンタルヘルス向上の普及啓発やゲートキーパー養成、こころの相談対応、関係機関連携促進等の取組を実施しています。
- 帯広保健所では、各市町村における自殺対策計画策定を推進するとともに、特にハイリスク者への支援として、自殺未遂者等への個別支援、自死遺族を対象とした「そよ風の会(自死遺族の会)」を実施しています。
- 近年では自殺者数の減少幅が少ない若年層に対し、国ではSOSの出し方教室、北海道教育委員会では自殺予防教室など、取組が強化されております。帯広保健所でも、思春期の健康課題から、教育関係機関、市町村、医療機関と連携し健康教育を推進しています。

サ 医療観察法における対象者への医療

- 北海道では、令和4年4月1日より北海道大学病院附属司法精神医療センター(23床)が、心神喪失者等医療観察法による入院処遇とされた患者の治療を行うための「指定入院医療機関」となっています。また、「指定通院医療機関」は十勝圏域で4か所あり、対象者の通院処遇が図られています。
- 平成30年度～令和4年度の医療観察法における十勝圏域の対象者数は2～4人で推移しています。
- 指定入院医療機関の退院後は、指定通院医療機関に通院し、グループホーム等施設へ入居して生活している者もいます。
- 保護観察所が開催する生活環境調整会議等に、帯広保健所をはじめ、対象者の支援者である施設管理者や障害福祉サービス事業所関係者、医療機関、訪問看護事業所、市町村などが参加し、退院後の支援について多職種で検討を行っています。

## シ ひきこもり

- ひきこもりの定義は「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい。）を指す現象概念である。なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低いことに留意すべきである。」とされています。<sup>\*1</sup>
- 本計画におけるひきこもりの支援対象者は、上記定義を満たす者のうち、「精神疾患や知的障害などが疑われるもの」を対象とします。ひきこもりは、「健康問題・精神障害・経済的問題・家族関係」など様々な要因・背景が複合して存在し、ニーズに応じた多様な支援体制が必要となります。
- いわゆる「8050問題」のように、親の介護問題で地域の関係者の介入時に、世帯内のひきこもり状態の方の把握がされるなど、問題が潜在している状況にあります。
- 帯広市では「子ども・若者支援地域協議会」として、行政、教育、就労支援関係機関等が情報共有・連携する場を設置しています。また、「ひきこもり相談窓口」を設置している自治体もあります。
- 十勝圏域には、ひきこもりの当事者の会、家族の会があり活動しています。

## (2)課 題

- 高齢化の進展により、精神疾患患者の高齢化、認知症を発症する患者が更に増加し、今後は精神科専門医療機関による診療だけでは困難となる可能性があります。症状安定時は一般診療科のかかりつけ医、症状悪化時は精神科専門医療機関など、医療機能分担と連携体制を進めていく必要があります。
- 精神障害者が65歳を迎えると、障害福祉サービスより介護保険サービスが優先となりますが、高齢化の進行により、両制度の併用が必要な期間が長くなることから、マネジメントに関わる専門職が両制度の理解を深め、連携を進めていく必要があります。
- 住み慣れた地域で、当事者・家族が安心して生活を送ることができるよう、医療機関、訪問看護事業所、地域の障害福祉・介護関係事業所等及び市町村が連携した地域移行、地域定着への支援が必要です。
- 日中活動の場や退院後の住まいなど、生活の場の確保、復職・就職への支援など、社会復帰に向けた環境整備、地域住民やピアサポーター、関係者による支援体制や社会資源の充実が必要です。また、ピアサポーターの活動の周知をしていく必要があります。
- 精神科医療を必要とする人とその家族（ケアラー等含む）への相談支援の充実のため、住民にとって身近な市町村や保健所における相談機能の強化に努める必要があります。
- 精神科医療機関の受診を必要とする人が早期に受診できるよう、精神科医療体制の確保の取組が必要です。
- 身近な地域で良好な療養環境の下、外来や訪問、入院医療等の適切な精神科医療が提供される体制づくりが必要です。
- 精神科病床における隔離・身体拘束の最小化に向けた取組や虐待防止に係る取組が求められています。

## ア 統合失調症

- 患者の高齢化に伴い、障害福祉サービスから介護保険サービスへの円滑な移行体制やこれまで活用してきたサービスを安定的に確保する体制が必要です。
- 保健医療福祉の関係者や当事者・家族など多職種、多機関で協議する場を重層的に持ち、治療継続と地域定着を支援する体制の検討が必要です。

\*1 厚生労働科学研究（平成19年～21年思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助的システムの構築に関する研究）「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」

## イ うつ病・躁うつ病

- こころの健康を保つために、地域住民がうつ病などに関する正しい知識を持ちその方法を理解するための取組が必要です。
- 内科等のかかりつけ医と精神科医が、状態に応じて精神科医と連携し、適切な診断や医療を提供できる体制が必要です。
- うつ病を原因とした離職を防ぐため、職場でうつ病を正しく理解し、不調を自覚した際の早期受診ができる体制、療養しながら就労を継続できる職場体制が必要です。
- うつ病は、疾患、障害、生活困窮、経済、労働、人間関係等のあらゆる問題がつながり発症すると言われており、自殺対策として包括的な取組が必要です。

## ウ 認知症

- 認知症の人の意思が尊重され、できる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症に関する正しい知識や理解を深めるための普及・啓発の取組を進める必要があります。
- 認知症患者が、より安定した生活を続けるためには、早期診断・早期治療が重要となることから、認知症初期集中支援チームの活動推進、認知症疾患医療センターと精神科医療機関、認知症サポート医とかかりつけ医が有機的に連携することが必要です。
- 住みたい場所での生活を続けるためには、行動・心理症状や身体合併症への適切な対応、かかりつけ医の認知症対応力の向上や介護支援関係者の資質の向上が必要です。

## エ 児童・思春期精神疾患

- 精神疾患のある子どもが、適切な時期に精神科医療につながるよう、市町村、学校、医療機関などの思春期保健関係職員との思春期保健ネットワークを推進し、普及啓発・相談窓口が周知できる体制が必要です。

## オ 発達障がい

- 発達障がいに伴う対人関係の難しさなどを、当事者・周囲が理解できるよう、普及啓発・相談窓口の周知が必要です。
- 発達障がいに伴う生活障害があっても、生活・就学・就労がしやすくなるような環境・支援体制づくりが必要です。

## カ 依存症

- 地域住民（当事者・家族）や支援関係者が依存症の知識や回復に向かう関わり方を正しく理解するため、知識の普及や相談窓口の周知が必要です。近年身近となったオンラインによるギャンブルなど、社会環境の変化を踏まえた普及啓発が必要です。
- 当事者や家族が病気を理解し、症状への対応を学ぶため、各自助グループや医療の充実が必要です。

## キ 高次脳機能障がい

- 広く一般住民・支援関係者を対象とした高次脳機能障がいに関する知識の普及が必要です。
- 生活障害により当事者や家族の生活困難感が深刻化する前に相談につながり、経過を見守ることができるような仕組みが必要です。
- 多様な職種の人材が当事者や家族の相談に対応することから、相談対応力の向上が必要となります。

## ク 摂食障害

- 広く一般住民を対象とした摂食障害に関する知識の普及が必要です。
- 当事者が自身の生活や健康を見つめ直す機会として、集団療法や自助グループ活動の充実が必要です。

ケ 精神科救急・身体合併症

- 休日や夜間を含め、24 時間 365 日、精神科救急患者や身体疾患を合併した患者等の状態に応じて適切な医療を提供できる体制の継続的な確保が必要です。
- 身体合併症患者の身体疾患への対応については、他の一般医療機関との連携や精神科医療機関間での医療機能分担による効果的な対応の検討が必要です。
- 新興感染症の発生及びまん延に備え、新型コロナウイルス感染症をはじめとした新興感染症への対応の検討が必要です。

コ 自殺対策

- 健康問題、経済問題、勤務問題等、自殺に至る背景には複雑な要因があることから、十勝圏域の中で様々な分野の関係者が連携した「生きることを支える」取組が必要とされています。
- 住民に身近な市町村を中心とし、生きることの促進要因（自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等）を増やし、生きることの阻害要因（過労、生活困窮、育児疲れや介護疲れ、いじめや孤立等）を減らし、圏域全体の自殺リスクを低下させる取組が必要です。
- ハイリスク者（自殺未遂者や自死遺族等）への支援として、自殺未遂者の再企図を防ぐための支援体制や、自死遺族への支援が求められています。

サ 医療観察法における対象者への医療

- 対象者が適切な治療を受けるために、十勝圏域の指定通院医療機関について引き続き確保していくことが必要です。
- 対象者のニーズに応じ指定通院医療機関と関係機関の連携した支援が必要です。

シ ひきこもり

- ひきこもりに関して一般住民に広く相談窓口を周知し、早期に相談につなぐことが必要です。

(3) 必要な医療機能

(地域精神科医療提供機能)

- 患者中心の精神科医療を提供します。
- ICF（国際生活機能分類）の基本的な考えを踏まえながら多職種協働による支援を提供します。
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行います。

(地域連携拠点機能)

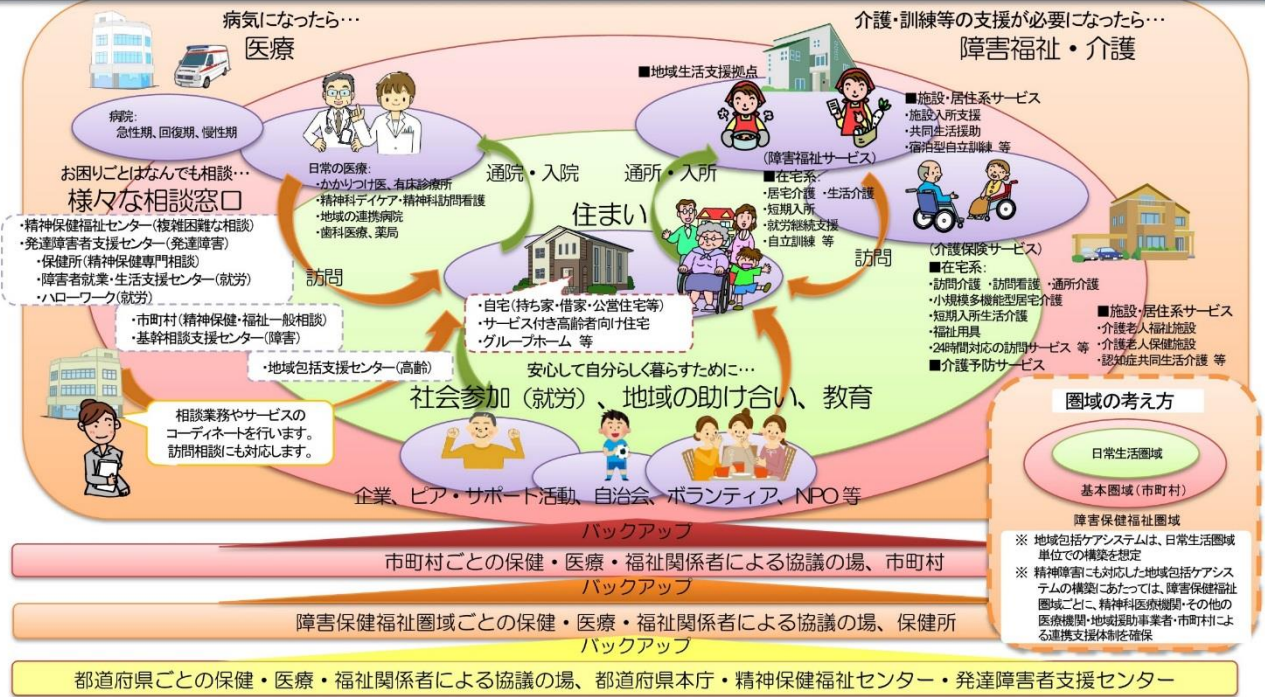
- 患者中心の精神科医療を提供します。
- ICF（国際生活機能分類）の基本的な考えを踏まえながら多職種協働による支援を提供します。
- 地域の保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携・協力を行います。
- 医療連携の地域拠点の役割を果たします。
- 人材育成の地域拠点の役割を果たします。
- 地域精神科提供機能を支援する役割を果たします。

【図 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築】

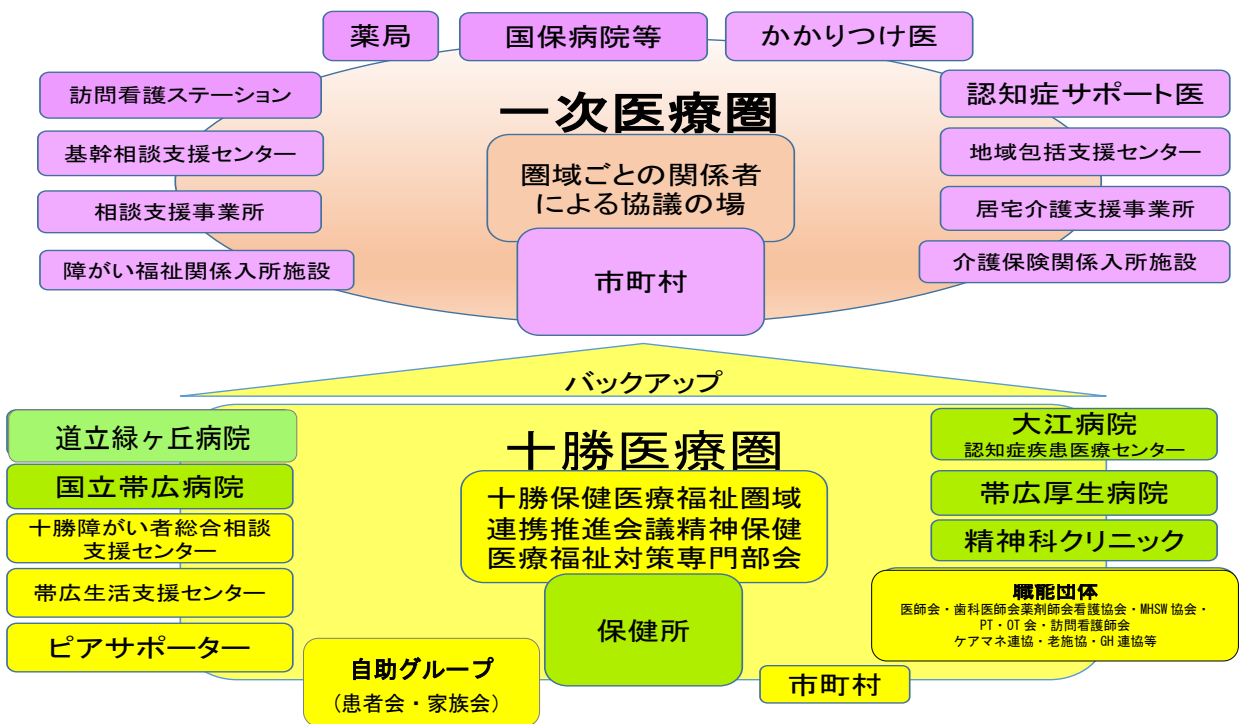
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

○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)、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、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築していく必要がある。



【図 7 連携体制のイメージ】



(4) 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	現状値	目標値	目標数値の考え方	現状値の出典(年次)
体制整備	市町村ごとの協議の場の設置を「あり」としている自治体(か所)	8	19	現状より増加	道独自調査(令和5年)
	市町村ごとの相談支援体制を「整備済みである」としている自治体(か所)	2	19	現状より増加	道独自調査(令和5年)
住民の健康状態等	65歳未満の入院後1年以上入院者数(人)	32	減少	現状より減少	ReMHRAD(令和3年)
	65歳以上の入院後1年以上入院者数(人)	56			
	自殺者数(人)	74	48人以下	減少率35%(道自殺対策行動計画目標)	自殺統計(令和4年)

(5) 数値目標等を達成するために必要な施策

- 行政、関係機関、メディア等で協力し、住民の心の健康づくりを推進して精神疾患の予防に努めます。
- 精神障害のある人が、地域の一員として安心して暮らすことができるように、市町村(第一次医療圏)ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を推進します。協議の場としては、既存の市町村自立支援協議会や、十勝障がい者支援センター、帯広生活支援センターが実施している各会議等を状況に応じて活用します。また、精神保健医療福祉対策専門部会では、第二次医療圏の協議の場として、連携体制構築と地域づくりを行います。
- 一般診療科のかかりつけ医から精神科クリニック、各町国保病院等公的病院、さらに精神科専門病院と必要時適切な精神科医療の提供を行うため、互いの医療機能を理解し、機能分担と連携体制を構築するため、協議や研修等の取組を行います。
- 高齢化に伴い、身体合併症や介護が必要となった精神障害のある人が地域で安心して暮らすことができるように、精神科以外の診療科も包括した医療の提供など、多様なニーズに対応する訪問看護事業所の活動を推進します。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築および地域住民の精神障害者に対する理解促進及び適切な初期支援の実施に向けて、普及・啓発に取り組むほか、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置が推進されるよう、広域での調整に努め、重層的な連携による支援体制を構築します。
- 精神科に入院している人の退院を促進するため、地域の相談支援事業所やピアサポーター、医療機関等と連携し、長期入院患者の地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 長期入院の後に退院した人や治療中断者等の地域生活の支援のために、アウトリーチ支援を実施するなど、地域における支援体制の構築を促進します。
- 関係職の精神障害者の理解や、訪問看護や医療の制度理解、連携の深化のため、多職種間で学び合う学習の機会を、関係機関や職能団体と協力して増やしていきます。
- 市町村や一般相談事業所など、住民に身近な場で相談支援に従事する職員の専門性向上を図るため、事例検討や研修の企画運営と評価、専門機関からの技術支援を行うなどの支援体制整備を行います。

ア 統合失調症

- 患者の高齢化に伴い、障害福祉サービスと介護保険サービスの円滑な移行により、患者が安定した生活を続けられるような体制整備を推進します。

イ うつ病・躁うつ病

- こころの健康に関する知識の普及啓発や、身近なところで気づき・話を聴き・見守るゲートキーパー等の人材育成を市町村や職域、教育機関と連携し取り組みます。
- 内科医等かかりつけ医の対応力向上のための研修会について周知し、十勝圏域の医師の受講を推進します。

- 当事者や家族、職場からの療養や対応に関する相談に応じ、職場でうつ病を正しく理解し、就労継続への適切な対応ができるよう職域関係者と共に検討します。

#### ウ 認知症

- 高齢者が安心して生活できる地域づくりのため、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画との整合性を図りながら、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の取組を推進します。
- 必要な時に入院治療が受けられ、症状安定後は地域に戻れるよう、医療と介護の連携を強化し円滑な移行を推進します。
- 認知症疾患医療センターが認知症治療の中核を担い、認知症サポート医が地域のかかりつけ医をサポートできるような医療提供体制の整備を図ります。
- かかりつけ医の認知症対応力向上や認知症サポーターの養成など、認知症患者の支援に関わる関係者の資質向上や人材育成を関係機関と連携して取り組みます。
- 十勝圏域市町村でのSOSネットワークシステムの取組を推進し、認知症高齢者の地域での見守り体制を充実させ、総合的な高齢者施策を推進します。
- 「認知症施策推進基本計画」に基づく施策に応じた取組を推進します。

#### エ 児童・思春期精神疾患

- 母子・思春期保健関係者会議を開催し、十勝圏域母子・思春期保健に係る地区課題の共有と、課題解決に向けた取組を検討します。
- 十勝思春期ネットワーク「とちかちティーンズネット sina(結)」にて、十勝圏域の保健・医療・福祉・教育関係者と連携して、支援関係者の思春期保健の資質向上や普及啓発に取り組みます。

#### オ 発達障がい

- 発達障がいの特性について理解が得られるような普及啓発・相談窓口の周知を行います。
- 発達障がい者が必要な支援が受けられるよう、学校、医療機関、就労支援機関、自助グループをはじめとする各種関係機関と連携します。

#### カ 依存症

- 広く一般住民や支援機関を対象とした多様な依存症に関する普及啓発を行います。
- 十勝圏域の依存症関連の自助グループ、関係機関、精神科医療機関と連携し、依存症の当事者や家族が回復を促進するための取組を行います。
- 「第2期北海道アルコール健康障害対策推進計画」及び「第2期北海道ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、予防及び相談から治療回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備します。

#### キ 高次脳機能障がい

- 広く一般住民・支援関係者を対象とした高次脳機能障がいに関する普及啓発を行います。
- 相談対応する者が高次脳機能障がいに関する知識を身につけられるような取組を行います。

#### ク 摂食障害

- 広く一般住民を対象とした摂食障害に関する普及啓発を行います。
- 十勝圏域の摂食関連の自助グループ、学校、関係機関、精神科医療機関と連携し、摂食障害の当事者や家族が回復を促進するための取組を行います。

#### ケ 精神科救急・身体合併症

- 精神科救急医療体制十勝ブロック調整会議等で関係機関と協議をしながら、現状の精神科救急医療体制の維持を図るとともに、地域の個別課題への対応等について、方策を検討します。
- 身体合併症を有する救急患者への対応として、十勝圏域の実情に応じた精神科医療機関と一般診療科医療機関との円滑な協力体制の充実を図ります。
- 精神科医療機関の協議の場を設ける等により、精神科医療機関間の機能分担を促進していきます。

## コ 自殺対策

- 保健所では、各市町村の自殺対策計画策定や自殺対策の推進を支援するとともに、市町村・医療機関等と連携したハイリスク者（自殺未遂者や自死遺族等）への支援やその体制について検討します。
- 自殺対策会議の開催などを通じて、様々な分野の関係機関が顔の見える関係をつくることで連携推進を図り、職域や高齢者支援等、自殺率の高い年齢層の関係者とその課題の共有や取組を検討します。
- 若年者への健康教育（思春期保健教育、SOS出し方教育等）を、市町村や教育機関で実施できるよう体制整備を推進します。

## サ 医療観察法における対象者への医療

- 指定通院医療機関、保護観察所、市町村相談支援機関等と連携し、医療観察法による通院決定、退院決定を受けた者を対象として実施されている「地域社会における処遇」において生活に必要な支援が円滑に提供されるよう取り組みます。

## シ ひきこもり

- 広く一般住民に対して、ひきこもりの現状・相談窓口の普及啓発を行います。
- ひきこもりの背景として、統合失調症・発達障がい・知的障害などの精神疾患・障害がある場合は、対象者が早期に必要な医療・支援につながるよう多職種と連携し、相談支援体制の整備を行います。
- 市町村・医療機関・各関係機関と連携して潜在化している事例を把握し、どのような支援方法が効果的か協議を進めます。

## (6) 医療機関等の具体的名称

- 資料編表2～3を参照

## (7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 認知症のある高齢者等では、歯の痛み、歯周病や口内炎等の炎症に伴う痛み、義歯の不具合等の問題により、BPSD（認知症に伴う行動障害・精神症状）を引き起こす可能性があることから、適切な歯科医療の提供や、口腔衛生管理、口腔機能管理に努めます。
- 認知症要介護高齢者等に対しては、歯科医療従事者と介護職等が連携して食事の観察やカンファレンスを行うなど、口から食べる楽しみの支援を行います。
- 精神科治療薬の中には副作用として、口腔乾燥による自浄作用の低下や食欲増進により糖尿病の合併症等の要因となる場合もあり口腔健康管理が重要であることから、市町村と連携し、定期的な歯科健診と適切な歯科医療の提供に努めます。

## (8) 薬局の役割

- かかりつけ医で処方される睡眠導入剤や認知症治療薬、向精神薬等を内服している患者の状況把握を行い、適切な医療が必要と考えられる患者に対し、かかりつけ医と連携した上で受診勧奨を行うほか、専門医療機関や相談機関の紹介に努めます。
- ポリファーマシーによる有害事象を防ぎ、患者の生活の質（QOL）向上のために、薬局において積極的に患者の状況把握、薬剤の相互作用の確認を行い、必要時主治医との連携で処方の適正化に努めます。
- 向精神薬等の過量服用や薬物依存を未然に防ぐためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行う事が重要であることから、薬局において、薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等の薬学的管理を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。

## (9) 訪問看護事業所の役割

- 主治医や医療機関の看護師、地域の関係職等と連携して入院中から地域移行に係る困難要因を検討し、在宅療養環境の整備に努めます。

- 在宅療養中の精神疾患及びその治療に伴う諸症状を把握し、服薬等の適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質（QOL）の向上を目指します。
- 在宅療養中の病気や障害の状況に合わせ、生活リズムの安定、社会活動や交流における対人関係の調整を支援するとともに、地域住民及び保健・医療・福祉等関係者の連携に努めます。
- 認知症患者の尊厳に配慮し、行動・心理症状や生活障害に応じた看護を提供するとともに、家族等の支援や在宅療養生活の安定のための環境整備に努め、生活の質（QOL）の向上を目指します。