

第 2 節 精神科救急

1 現状・課題

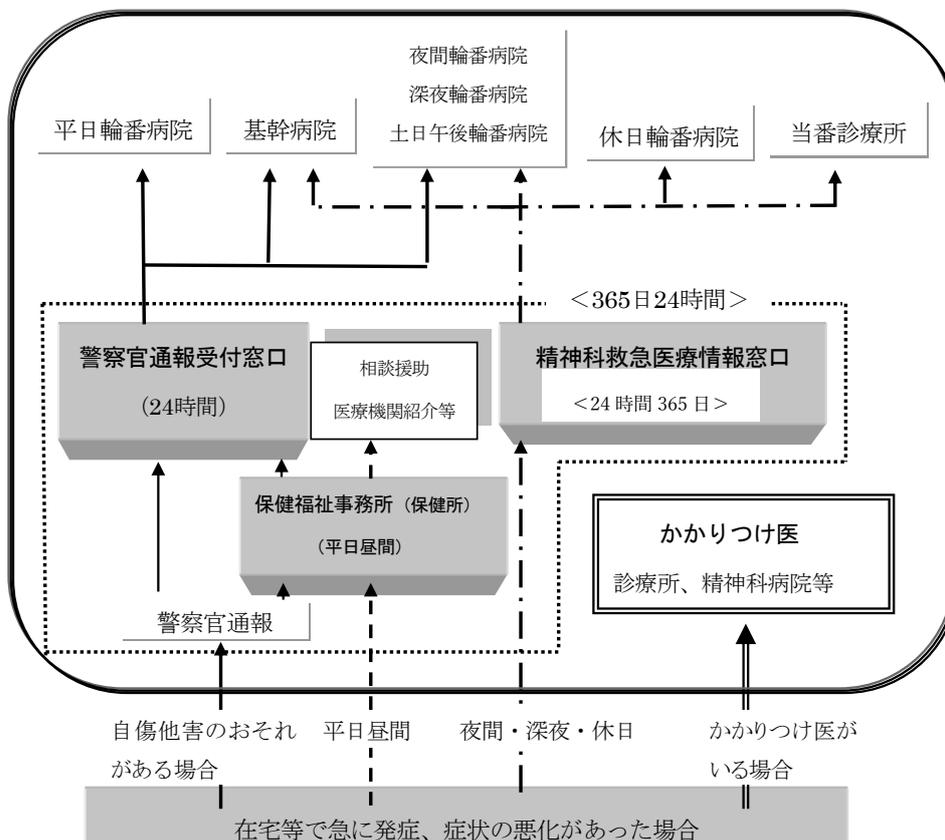
【現状】

- 精神科救急医療体制は、急な発症や症状の悪化により早急に適切な精神科医療が必要な場合に、本人や家族からの相談に対応し医療機関につなげるとともに、精神保健福祉法に基づく診察等を行うものです。
- 県と横浜市、川崎市及び相模原市が協調し、県内の精神科医療機関の協力を得て、精神科救急医療体制を整備しています。

【課題】

- 精神障がい者の人権を尊重し、症状に応じた適切な医療を、いつでも身近なところで安心して受けられるように、精神科救急医療体制のさらなる充実を図る必要があります。

神奈川県精神科救急医療体制



(1) 現状

ア 精神科救急医療体制

- 精神科救急医療体制は、平成 19 年 10 月から、初期救急（※ 1）、二次救急（※ 2）、三次救急（※ 3）について、24 時間 365 日、医療機関が輪番で患者を受入れる体制を整備しています。
- 精神科救急医療に対応できる医療機関が偏在し、身近な地域での受入体制の確保が困難な地域もあることから、精神科救急医療圏を全県 1 圏域として受入体制を整備しています。

○ 初期救急及び二次救急

- 精神科救急医療相談窓口（開設時間：17：00～翌8：30）において、令和4年度は8,471件相談を受付け、そのうち初期救急として102件、二次救急として380件、医療機関へ紹介しました。（図表2-1-2-2）

○ 三次救急

- 精神保健福祉法第22条から第27条の規定に基づく通報件数は、令和4年度は2,160件、そのうち措置診察の結果、881件が措置入院（※4）または緊急措置入院（※5）となりました。（図表2-1-2-3）
- 措置入院患者の入院先の選定については、受入病院以外の2名の精神保健指定医で措置診察するよう国から配慮を求められており、令和元年度から段階的に、緊急措置入院患者の再診察等について、受入病院以外の2名の精神保健指定医による診察を試行し、令和5年7月に本格実施へと移行しました。

図表2-1-2-1 精神科救急医療体制参加医療機関数（令和5年4月現在）

基幹病院（※6）	7病院	平日輪番病院（※7）	37病院
休日輪番病院（※8）	44病院	夜間輪番病院（※9）	29病院
土日午後輪番病院（※10）	44病院	深夜輪番病院（※11）	9病院
身体合併症転院受入病院（※12）	3病院		

（出典）県がん・疾病対策課調べ

図表2-1-2-2 精神科救急医療体制 受付状況 ※平日昼間を除く

年度	受付総件数	
	初期・二次救急 ※	警察官通報等
平成30年	8,921	2,205
令和元年	8,928	2,188
令和2年	8,377	2,185
令和3年	9,009	2,185
令和4年	8,471	2,160

（出典）県がん・疾病対策課調べ

図表2-1-2-3 措置診察件数及び措置入院件数 ※緊急措置入院を含む

年度	措置診察件数	措置入院件数※
平成30年	1,272	991
令和元年	1,195	926
令和2年	1,277	998
令和3年	1,210	947
令和4年	1,071	881

（出典）県がん・疾病対策課調べ

イ 身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制

- 精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合、身体疾患の治療を行うため、平成 19 年度から身体合併症転院事業を実施し、受入体制を整備しています。
- また令和 2 年からは、精神疾患の症状が重く、かつ新型コロナウイルスに感染した方のために、「精神科コロナ重点医療機関」を設置しました。
- 薬物等の依存症に対する専門治療を行う医療機関を、依存症専門医療機関として、次の医療機関を選定しています。(図表 2-1-2-4)

また、依存症専門医療機関の中から、精神医療センター、北里大学病院の 2 医療機関を依存症治療拠点機関として選定し、依存症に関する専門的な相談支援、医療機関、自治体、自助団体等の関係機関、依存症の患者家族との連携推進や研修、普及啓発等を行っています。

図表 2-1-2-4 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関 (令和 5 年 3 月 31 日現在)

医療機関名	所在地	診療対象の依存症		
		アルコール	薬物	ギャンブル等
医療法人社団祐和会 大石クリニック	横浜市 中区	○	○	○
<u>地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立精神医療センター</u>	横浜市 港南区	○	○	○
医療法人 誠心会 神奈川病院	横浜市 旭区	○	○	—
<u>学校法人北里研究所 北里大学病院</u>	相模原市 南区	○	○	○
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター	横須賀市	○	—	○
医療法人財団 青山会 みくるべ病院	秦野市	○	○	—

※下線は依存症治療拠点機関

ウ 精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要です。
- 措置入院患者が退院後により良い地域生活を送るため、保健所と医療機関とが連携し、入院中から積極的に、患者の意思に基づいた退院後支援を実施しています。

(2) 課題

ア 精神科救急医療体制

- 初期救急及び二次救急
 - ・ 初期救急患者の受入に協力している医療機関が少なく、偏在していることから、できる限り身近な地域で受診できるようにしていくことが必要です。

- ・ 初期救急、二次救急ともに、受入病院までは家族等の付き添いにより患者の搬送を行うため、特に遠方からの搬送は家族等への大きな負担となっています。このことから、できる限り身近な地域で医療を受診できるようにしていくことが必要です。
- 三次救急
 - ・ 夜間から深夜にかけて、精神保健福祉法第 23 条の規定に基づく警察官の通報が複数件重なった場合、措置診察の実施が翌日まで持ち越されてしまうことがあり、迅速に受診できないケースも生じています。
 - ・ 措置入院の運用については、より一層人権や安全に配慮することが必要です。
- イ 身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制
 - 身体科治療、薬物依存症等の専門治療を行う医療機関が限られているため、受入れ先の調整が難航することがあります。このため、身体科や依存症専門医療機関等と精神科救急の連携体制を構築していく必要があります。
 - 精神科病院における感染症患者への対応は全ての精神科病院で行えるわけではないことから、新型コロナウイルスを含む感染症への対応ができる医療機関の整備が必要です。
- ウ 精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援
 - 患者が短期間のうちに措置入院を繰り返さず、少しでも長く地域で安定した生活を送るための体制づくりが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

精神科救急患者が、症状に応じた適切な医療を、いつでも身近なところで安心して受けられるような精神科救急医療体制を整備すること

<目標の達成に向けた施策の方向性>

◆精神科救急医療体制の充実

◆身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制の充実

◆精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援の充実

(1) 精神科救急医療体制

- 初期救急及び二次救急
 - ・ 初期救急において、患者が身近な地域で受診できるようにするため、受入医療機関の拡大に向けた取組を進めていきます。
 - ・ 二次救急において、医療機関へ紹介しても、いずれの時間帯も一定数のキャンセルがあることから、適切に受診できていない患者がいます。患者を適切に医療へつなぐため、アクセスの向上に向けた輪番体制の見直しをしていきます。
- 三次救急
 - ・ 時間帯を問わず、できるだけ多くの患者が迅速に受診できるような体制に向けて検討を進めていきます。
 - ・ 措置入院患者について、政令市、医療機関をはじめとした関係機関と密な連携をとり、より人権や安全に配慮した運用に向けて検討します。

(2) 身体合併症・薬物等依存症患者の受入体制

- 精神科救急体制において、身体合併症・薬物等依存症患者が早期治療を受けられるよう、オンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携に向けた取組を進めていきます。
- 新型コロナウイルスを含む感染症の対応について、精神科病院と身体科病院の地域間連携事例の共有などを通じて、地域連携を促進していきます。さらに、連携先の医療機関からコンサルテーションを受けながら治療できるような体制づくりを進めていきます。

(3) 精神科救急医療体制で入院した患者の地域移行支援

- 患者が短期間での措置入院を繰り返すことを少なくするため、今後も継続して患者の意思に基づいた退院後支援を実施していきます。
- 630 調査（※13）や地域ごとの福祉サービス情報などの多様なデータをもとに、地域移行を進めるための課題を把握し、よりきめ細やかな支援を検討していきます。

=====

■用語解説

※1 初期救急

外来診療のみで入院を要しない者に対応する精神科救急。

※2 二次救急

精神症状により自身を傷ついたり、他者に危害を及ぼすおそれはないが、入院が必要と判断される場合に対応する精神科救急。患者の同意による任意入院、家族等の同意による医療保護入院により入院の受入を行う。

※3 三次救急

精神保健福祉法の規定に基づき、精神症状により自身を傷ついたり、他者に危害を及ぼすおそれがある場合に対応する精神科救急。

※4 措置入院

精神症状による自傷他害のおそれがあると認められた者に対して、行政の権限により強制的に入院させる入院形態。

※5 緊急措置入院

通常の場合措置入院の手続きがとれず、しかも急速を要する場合、72 時間に限って入院措置を採ることができる入院形態。

※6 基幹病院

休日・夜間・深夜の二次・三次救急の受入を行う病院。

※7 平日輪番病院

輪番で平日昼間の三次救急の受入を行う精神科病院等。

※8 休日輪番病院

輪番で休日昼間の初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院。

※9 夜間輪番病院

輪番で夜間の初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院。

※10 土日午後輪番病院

輪番で土日の 14 時から 20 時に初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院。

※11 深夜輪番病院

輪番で深夜の初期・二次・三次救急の受入を行う精神科病院。

※12 身体合併症転院受入病院

精神科病院から身体合併症患者の転院を受入れる専用病床を持つ病院。

※13 630 調査

厚生労働省が精神保健福祉施策推進のための資料として、毎年 6 月 30 日時点の精神科病院等を利用する患者の実態を把握する調査。

=====

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.89 回 (R2)	0.89 回 (R9)
	C102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域保健・健康増進事業報告及び衛生行政報告例	2.20 人 (R3)	2.42 人 (R9)
	C103	心のサポーター養成研修の実施回数	県独自調査	36 回 (R5)	126 回 (R11)
	C104	認知症サポート医養成研修修了者数	県独自調査	5.72 人(累計) (R4)	7.65 人(累計) (R11)
	C201	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.03 機関 (R8)
	C202	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設) (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 全国精神科救急医療マップ	0.62 機関 (R4)	0.63 機関 (R8)
	C203	救急救命入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.22 機関 (R2)	0.25 機関 (R8)
	C204	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.08 機関 (R2)	0.09 機関 (R8)
	C205	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	6.79 機関 (R2)	7.78 施設 (R8)
	C206	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	3.02 施設 (R2)	4.55 施設 (R8)
	C301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.74 機関 知的障害 0.62 機関 発達障害 0.66 機関 アルコール依存症 0.71 機関 薬物依存症 0.39 機関 ギャンブル等依存症 0.03 機関 PTSD 0.21 機関	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.76 機関 知的障害 0.68 機関 発達障害 0.68 機関 アルコール依存症 0.75 機関 薬物依存症 0.49 機関 ギャンブル等依存症 0.05 機関 PTSD 0.29 機関

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				摂食障害 0.49 機関 てんかん 0.76 機関 (R2)	摂食障害 0.59 機関 てんかん 0.76 機関 (R8)
	C302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 6.47 機関 うつ・躁うつ病 6.50 機関 認知症 5.15 機関 知的障害 3.87 機関 発達障害 5.29 機関 アルコール依存症 4.43 機関 薬物依存症 1.76 機関 ギャンブル等依存症 0.28 機関 PTSD 2.27 機関 摂食障害 3.47 機関 てんかん 6.02 機関 (R2)	統合失調症 7.40 機関 うつ・躁うつ病 7.40 機関 認知症 5.62 機関 知的障害 5.24 機関 発達障害 6.65 機関 アルコール依存症 5.20 機関 薬物依存症 1.98 機関 ギャンブル等依存症 0.40 機関 PTSD 3.17 機関 摂食障害 3.96 機関 てんかん 6.85 機関 (R8)
	C303	精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.51 施設 (R2)	0.58 施設 (R8)
	C304	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	0.27 機関 (R8)
	C305	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	0.20 機関 (R8)
	C306	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.12 機関 (R2)	0.18 機関 (R8)
	C307	認知症ケア加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	2.01 機関 (R2)	3.44 機関 (R8)
	C308	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.05 機関 (R2)	0.08 機関 (R8)
	C401	てんかん支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)
	C402	依存症専門医療機関の数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.07 機関 (R2)	0.11 機関 (R11)
	C403	摂食障害支援拠点病院数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.00 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
	C404	指定通院医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, 「指定通院医療機関 の指定状況」	0.36 機関 (R4)	0.43 機関 (R10)
	C405	高次脳機能障害支援拠点機 関数(人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)
中間	B101	保健所保健福祉サービス調 整推進会議の参加機関・団 体数(人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.46 機関・団体 (R2)	8.49 機関・団体 (R9)
	B102	都道府県及び市町村におけ る精神保健福祉の相談支援 の実施件数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, 地域保 健・健康増進事業報 告	1,192.18 件 (R3)	1,316.13 件 (R9)
	B103	心のサポーター養成研修の 修了者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	21.77 人 (R5)	548.37 人 (R11)
	B104	かかりつけ医うつ病対応力 向上研修の修了者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	42.60 人 (R4)	61.23 人 (R11)
	B105	かかりつけ医認知症対応力 向上研修の修了者数	県独自調査	51.69 人 (累計)(R4)	63.35 人 (累計)(R11)
	B201	精神科救急医療体制整備事 業における入院件数 (人口10万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	14.19 件 ・措置入院 10.15 件 ・医療保護入院 3.93 件 (R3)	14.19 件 ・措置入院 10.19 件 ・医療保護入院 3.81 件 (R9)
	B202	精神科救急医療体制整備事 業における受診件数 (人口10万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	17.67 件 (R3)	17.98 件 (R9)
	B203	救命救急入院料精神疾患診 断治療初回加算を算定した 患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.38 人 (R2)	9.65 人 (R8)
	B204	在宅精神療法又は精神科在 宅患者支援管理料を算定し た患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5,026.18 人 (R2)	5,756.47 人 (R8)
	B205	精神科訪問看護・指導料又 は精神科訪問看護指示料を 算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	78.31 人 (R2)	112.81 人 (R8)
	B206	精神科救急における通報か ら診察までの搬送時間	神奈川県警察官 通報の状況につい て	6時間18分 (R3)	6時間0分 (R9)
	B301	各疾患、領域【統合失調症、 うつ・躁うつ病、認知症、児 童・思春期精神疾患(知的障 害、発達障害含む)、アルコ ール・薬物・ギャンブル等依 存症、PTSD、摂食障害、て んかん】それぞれについての 入院患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 169.04 人 うつ・躁うつ病 103.82 人 認知症 57.90 人 知的障害 6.00 人	統合失調症 169.68 人 うつ・躁うつ病 107.64 人 認知症 65.05 人 知的障害 8.02 人

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				発達障害 8.33 人 アルコール依存 症 14.27 人 薬物依存症 1.84 人 ギャンブル等依 存症 0.45 人 PTSD 0.48 人 摂食障害 3.88 人 てんかん 42.64 人 (R2)	発達障害 12.54 人 アルコール依存 症 16.47 人 薬物依存症 2.13 人 ギャンブル等依 存症 0.75 人 PTSD 0.61 人 摂食障害 4.96 人 てんかん 42.70 人 (R8)
	B302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての外来患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省、NDB オープンデータ	統合失調症 1,300.06 人 うつ・躁うつ病 2,769.80 人 認知症 238.68 人 知的障害 109.14 人 発達障害 519.14 人 アルコール依存 症 79.46 人 薬物依存症 10.49 人 ギャンブル等依 存症 4.08 人 PTSD 11.61 人 摂食障害 23.16 人 てんかん 372.64 人 (R2)	統合失調症 1,530.17 人 うつ・躁うつ病 3,327.82 人 認知症 498.50 人 知的障害 161.45 人 発達障害 790.23 人 アルコール依存 症 102.22 人 薬物依存症 14.03 人 ギャンブル等依 存症 7.19 人 PTSD 18.81 人 摂食障害 27.18 人 てんかん 436.60 人 (R8)
	B303	精神科救急・合併症入院料 又は精神科身体合併症管理 加算を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	17.46 人 (R2)	20.17 人 (R8)
	B304	精神疾患診療体制加算又は 精神科疾患患者等受入加算 を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.56 人 (R2)	8.70 人 (R8)
	B305	精神科リエゾンチーム加算を 算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	28.48 人 (R2)	39.21 人 (R8)
	B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神 科電気痙攣療法を実施した 患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5.09 人 (R2)	6.20 人 (R8)
	B307	認知療法・認知行動療法を 算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	1.47 人 (R2)	3.26 人 (R8)
	B308	隔離指示件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班,	6.34 件 (R4)	8.47 件 (注) (R10)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
			630 調査		
	B309	身体的拘束指示件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	9.77 件 (R4)	7.71 件 (R10)
	B310	児童・思春期精神科入退院 医療管理料を算定した患者 数(人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.15 人 (R2)	5.80 人 (R11)
	B311	統合失調症患者における治 療抵抗性統合失調症治療薬 の使用率	厚生労働省, NDB オープンデータ	0.50% (R2)	0.83% (R11)
	B403	てんかん支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数及び逆紹介患者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	(検討中)	(検討中)
	B404	依存症専門医療機関にお ける紹介患者数及び逆紹介患 者数(人口 10 万人当たり)	県独自調査	(検討中)	(検討中)
	B405	摂食障害支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数 (人口 10 万人当たり)	県独自調査	拠点病院なし	(検討中)
最終	A101	精神病床における入院後 3,6,12 ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	3 ヶ月:60.1% 6 ヶ月:80.2% 12 ヶ月: 89.4% (R4)	3 ヶ月:68.9% 6 ヶ月:84.5% 12 ヶ月: 91.0%(R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床か ら退院後 1 年以内の地域で の平均生活日数(地域平均 生活日数)	厚生労働省, NDB オープンデータ	327.3 日 (R2)	331.5 日 (R9)
	A103	精神病床における急性期・回 復期・慢性期入院患者数 (65 歳以上・65 歳未満別)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	急性期 65 歳未満 1,663 人 65 歳以上 1,266 人 回復期 65 歳未満 864 人 65 歳以上 1,284 人 慢性期 65 歳未満 2,883 人 65 歳以上 3,710 人 (R4)	急性期 65 歳未満 1,688 人 65 歳以上 1,283 人 回復期 65 歳未満 968 人 65 歳以上 1,439 人 慢性期 65 歳未満 2,735 人 65 歳以上 3,362 人 (R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A104	精神病床における新規入院 患者の平均在院日数	厚生労働省, 病院報 告	246.0 日 (R4)	228.3 日 (R11)

(注) 隔離指示件数の目標値が計画策定時より増加している理由

精神保健福祉法においては、一定の条件のもとに入院患者に隔離や身体的拘束といった行動制限

を行うことができるとされている中、本県の現状は、より制限の程度が強い身体的拘束の件数が、隔離の件数を上回っている状況にある。

このため、本計画においては、より制限の程度が強い身体的拘束の減少を目標としたが、行動制限を要する状況は一定数発生することが見込まれ、各医療機関の取組みにより身体的拘束が減少する一方で、隔離は増加する状況が考えられることから、計画策定時を上回る件数を目標値とした。

第5節 精神疾患

1 現状・課題

【現状】

- ・近年、精神疾患患者が増加しています。
- ・本県の人口当たりの入院患者は、全国平均よりも少なく、外来患者は全国平均よりも多くなっています。
- ・本県の精神病床における新規入院患者の平均在院日数は全国平均よりも短くなっています。

【課題】

- ・メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防が必要です。
- ・適切な医療への早期アクセスが必要です。
- ・社会復帰・地域生活支援が必要です。



(1) 精神疾患について

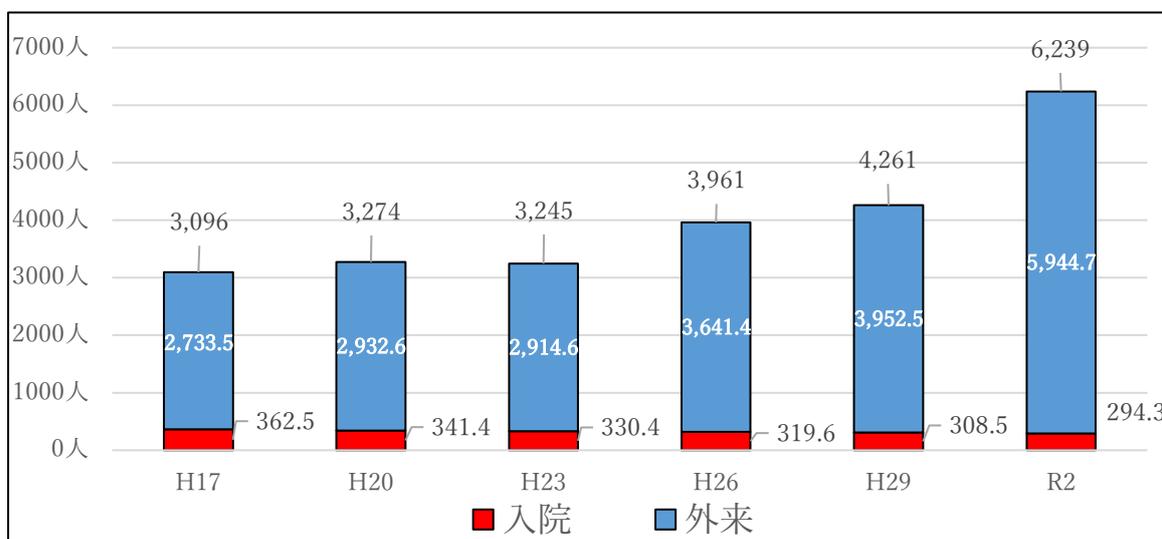
ア 精神疾患の定義と医療体制の現状

(ア) 精神疾患の定義と患者の現状

- 精神疾患は、統合失調症、うつ・躁うつ病、不安障害等の神経症性障害、認知症、知的障害、発達障害、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD（※1）、摂食障害、てんかんなど、多種多様な疾患の総称です。
- 精神疾患は、近年その患者数が急増しており、令和2年患者調査によると、全国の総患者数（※2）は623万9千人で、患者調査における「総患者数」の算出方法の変更があったことから、前回調査時である平成29年の426万1千人から大きく増加しています。（図表2-2-5-1）

図表2-2-5-1 全国の精神疾患患者数（総患者数）

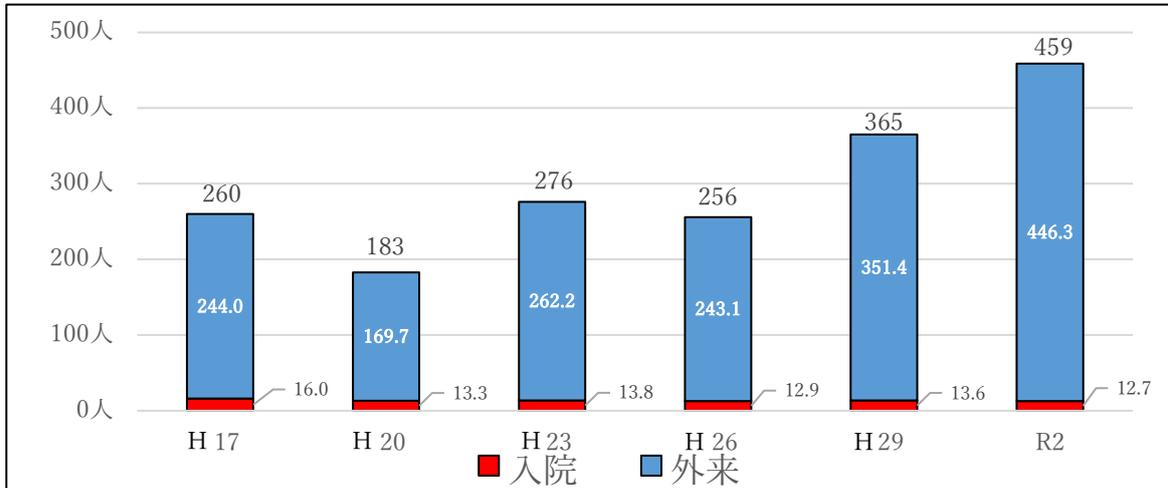
（千人）



（出典）厚生労働省「患者調査」

○ 本県の精神疾患の総患者数は、令和2年患者調査によると45万9千人で、患者調査における「総患者数」の算出方法の変更があったことから、平成29年の36万5千人から増加しています。(図表2-2-5-2)

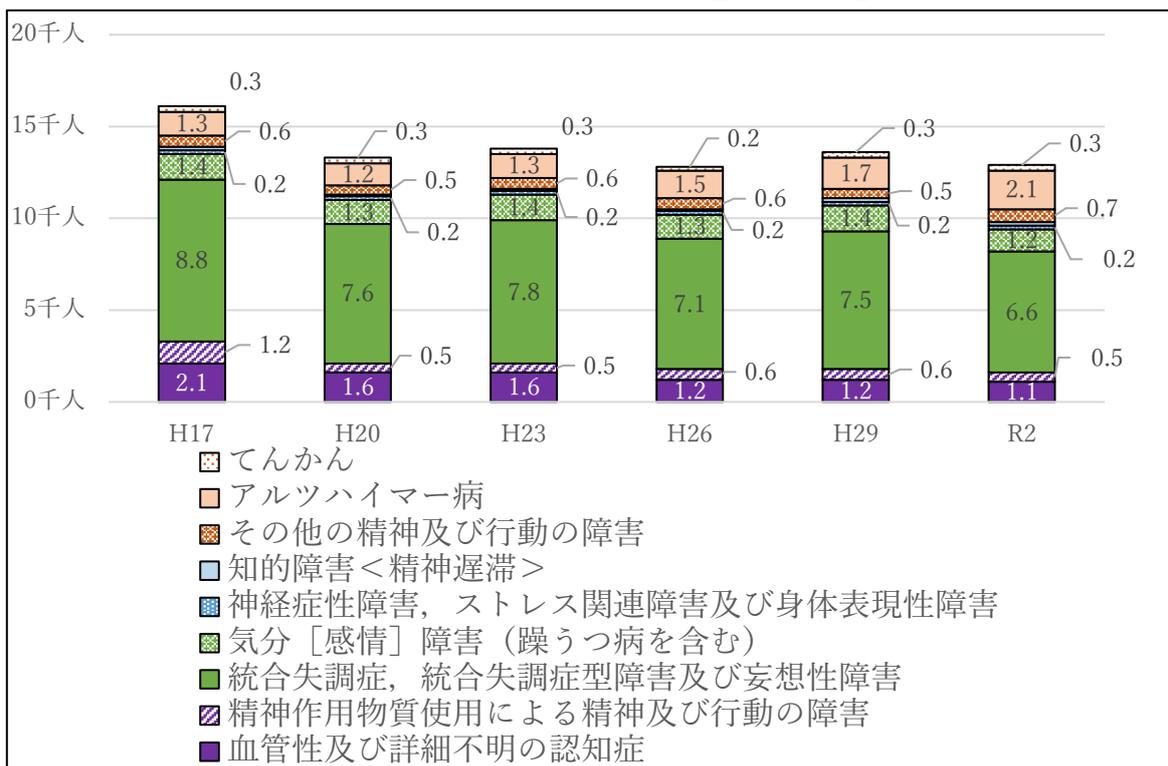
図表2-2-5-2 本県の精神疾患患者数 (千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

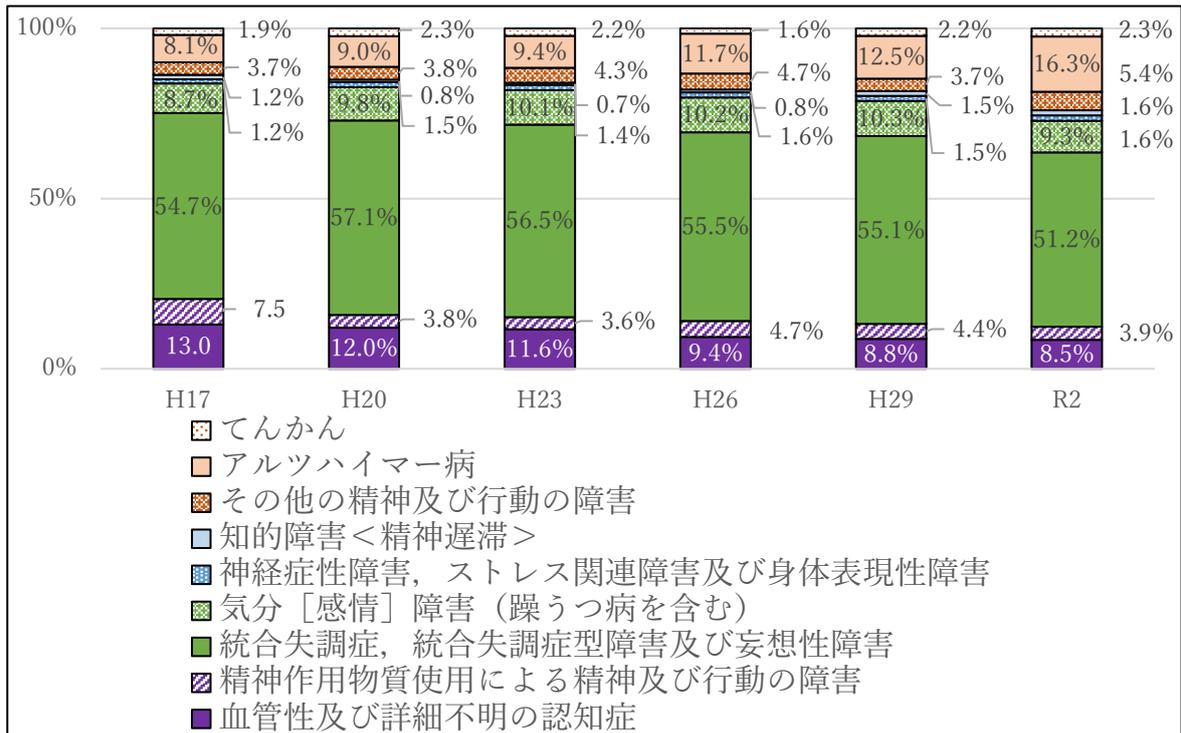
○ 患者調査による本県の入院患者数は1万2千人で、疾患別にみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が51.2%、アルツハイマー病が16.3%、気分障害(うつ病など)が9.3%の順となっています。統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の割合は減りつつありますが、半数を超えている状況にあります。(図表2-2-5-3、図表2-2-5-4)

図表2-2-5-3 本県の精神科入院患者数(疾患別) (千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

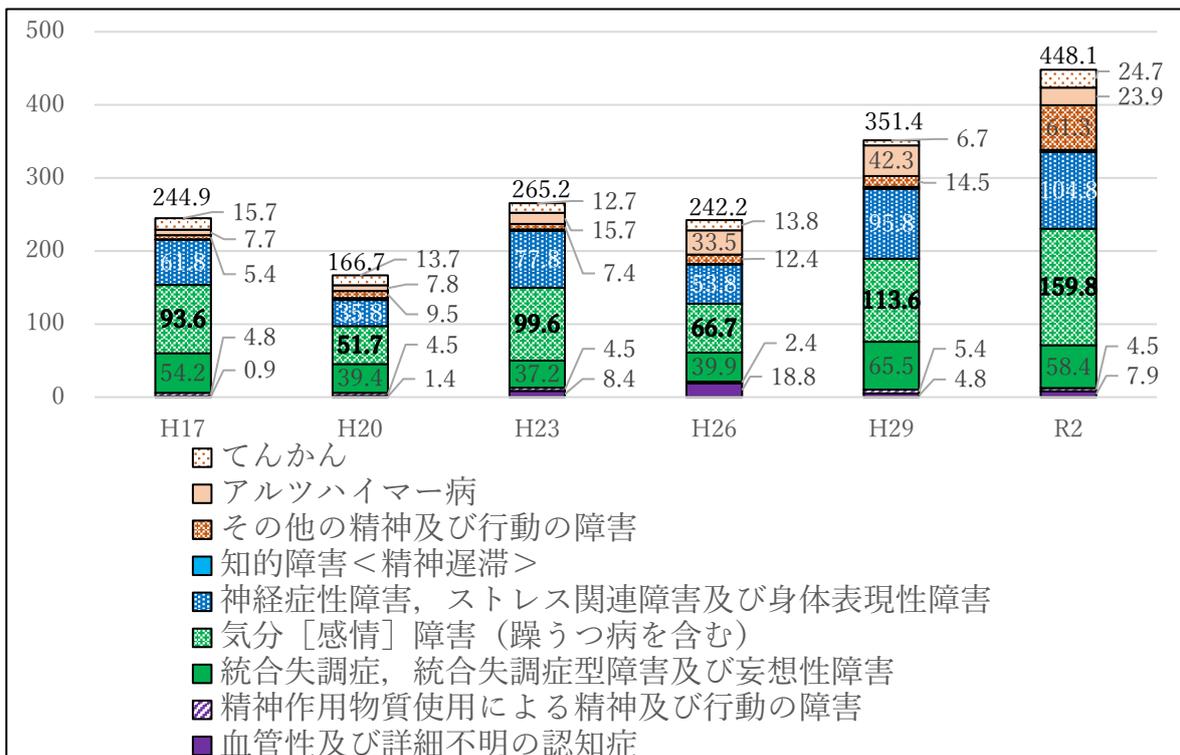
図表 2-2-5-4 本県の精神科入院患者の割合 (疾患別) (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

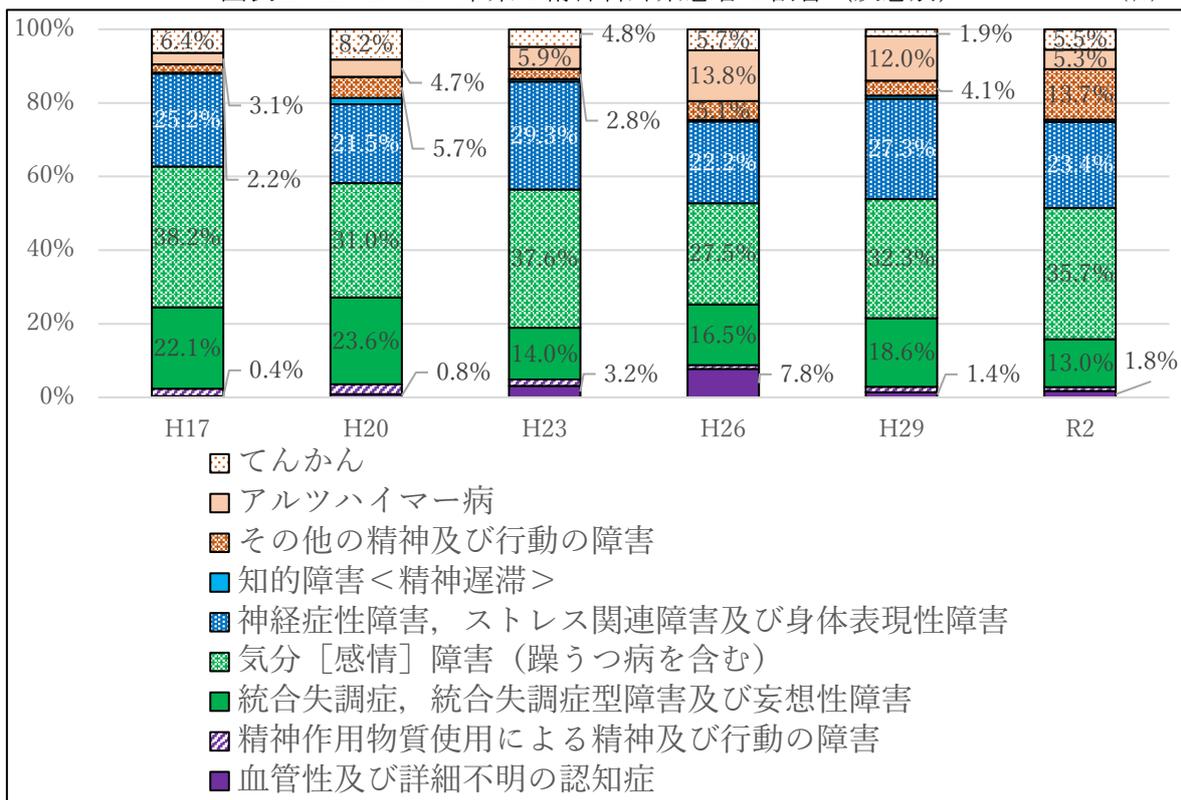
○ 本県の外来患者数 (※3) は、44 万 6 千人で、全国同様に増加傾向にあります。疾患別にみると、気分障害 (うつ病など) が 35.7%、神経症性障害 (不安障害など) が 23.4%、その他の精神及び行動の障害が 13.7%の順となっています。(図表 2-2-5-5、図表 2-2-5-6)

図表 2-2-5-5 本県の精神科外来患者数 (疾患別) (千人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

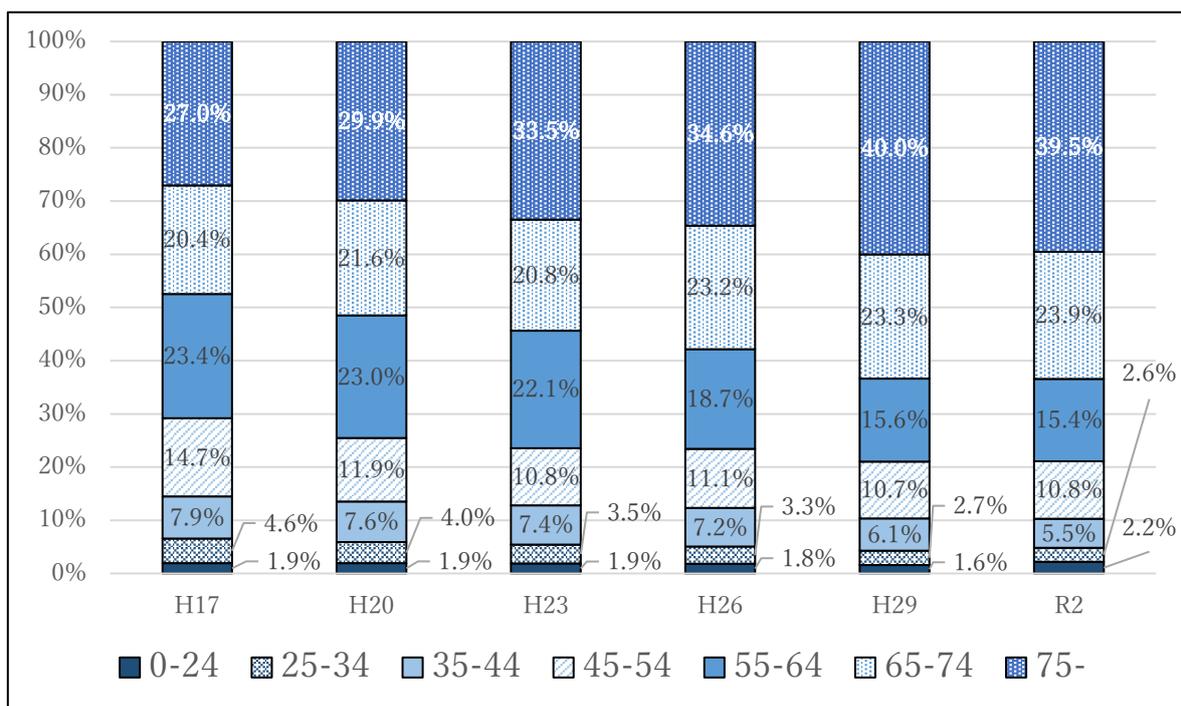
図表 2-2-5-6 本県の精神科外来患者の割合（疾患別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

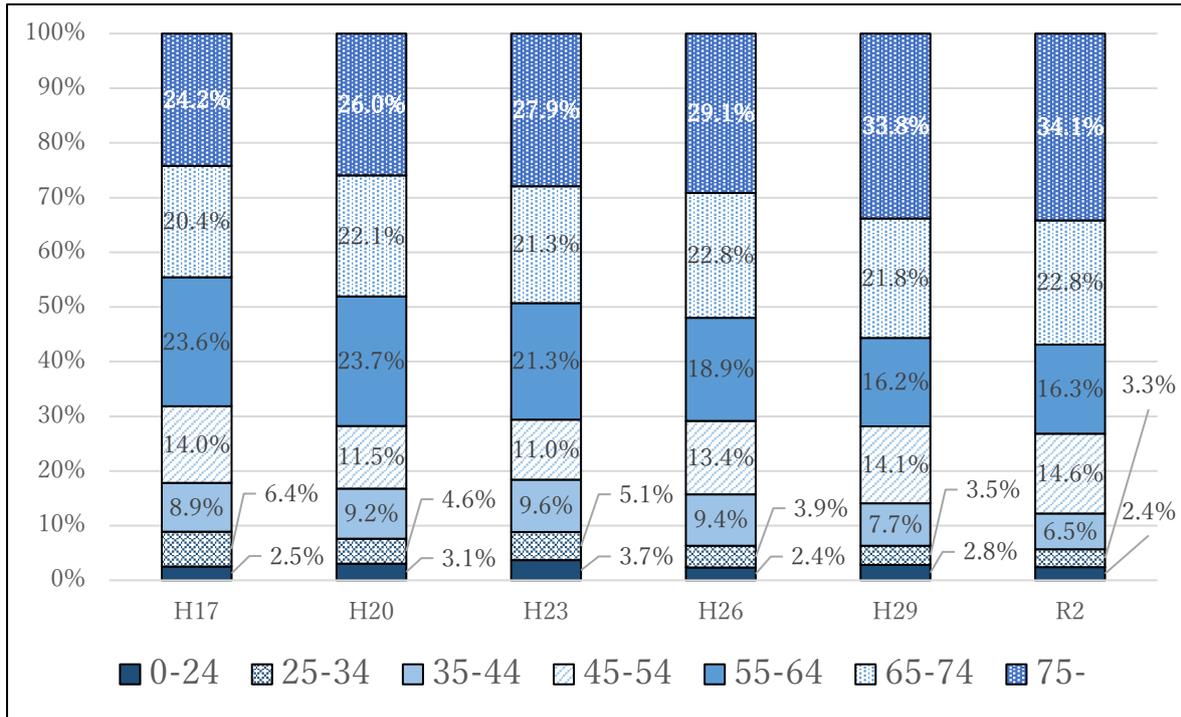
○ 入院患者を年齢階級別で見ると、全国及び本県ともに 75 歳以上の高齢層が増加傾向にあります。また、本県では、25 歳から 54 歳の占める割合が全国の 18.9% に対して 24.4% と高くなっています。(図表 2-2-5-7、図表 2-2-5-8)

図表 2-2-5-7 全国の精神科入院患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

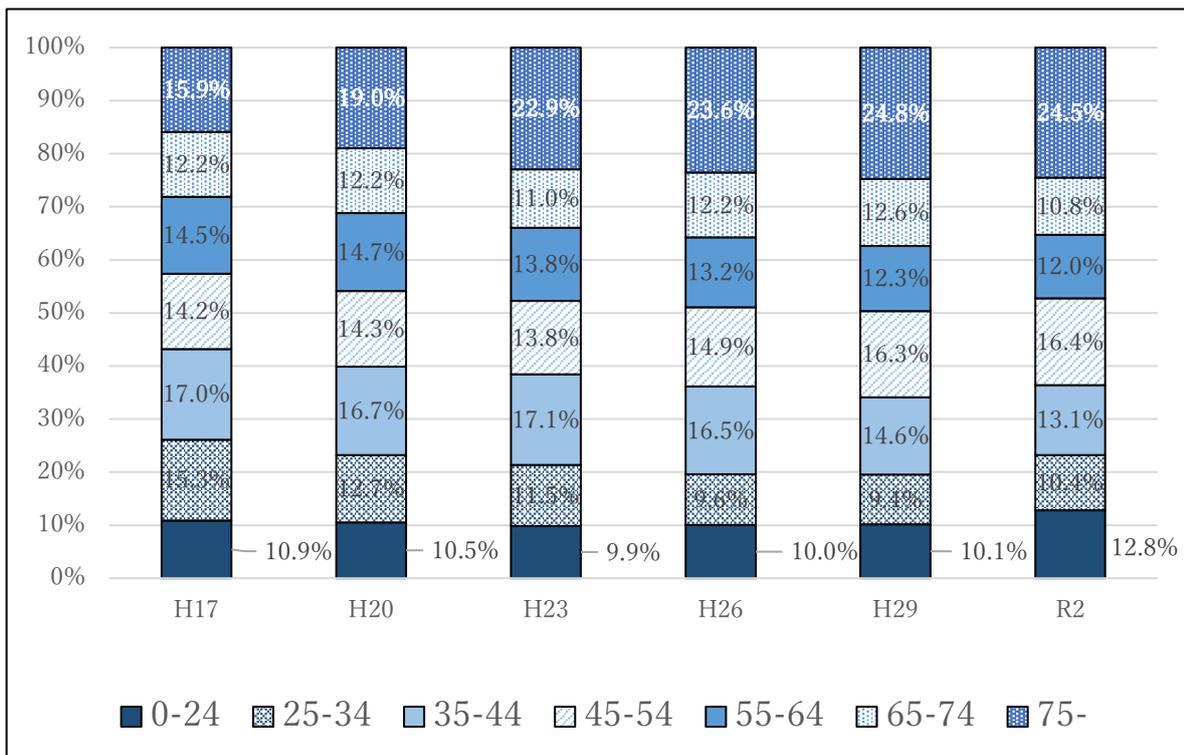
図表 2-2-5-8 本県の精神科入院患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

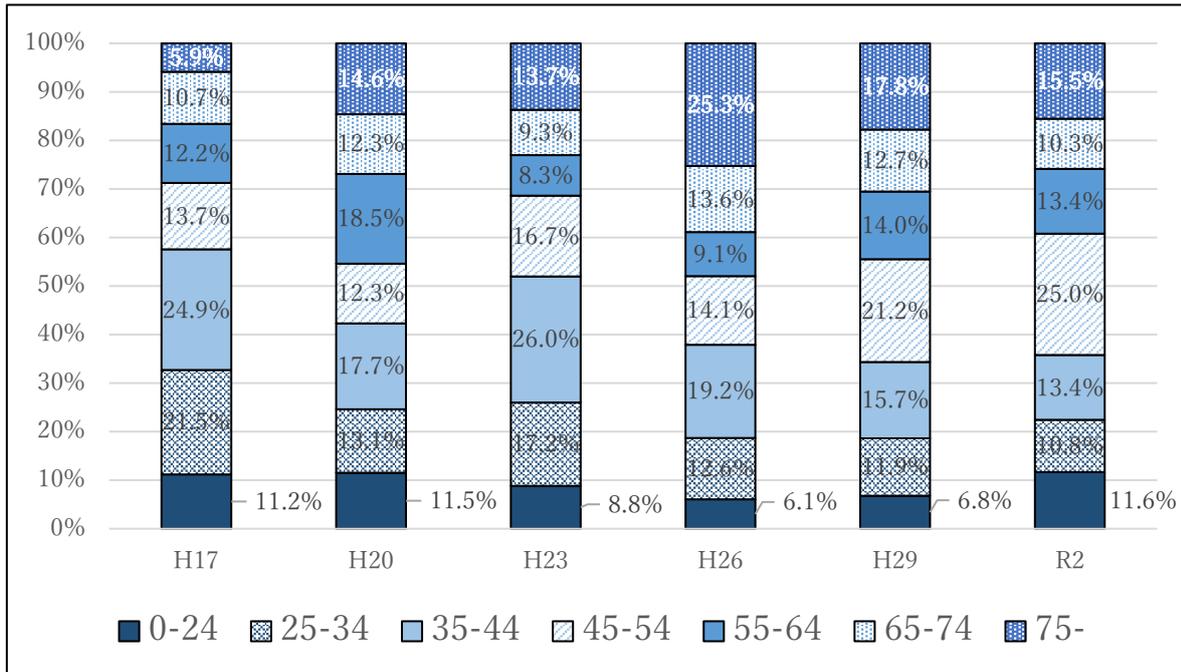
- 外来患者を年齢階級別で見ると、全国では0歳から44歳の若年層が減少傾向にある一方、本県では増加している状況にあります。また、25歳から54歳の患者の占める割合が全国の39.9%に対して、本県は49.2%と高くなっています。(図表2-2-5-9、図表2-2-5-10)

図表 2-2-5-9 全国の精神科外来患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

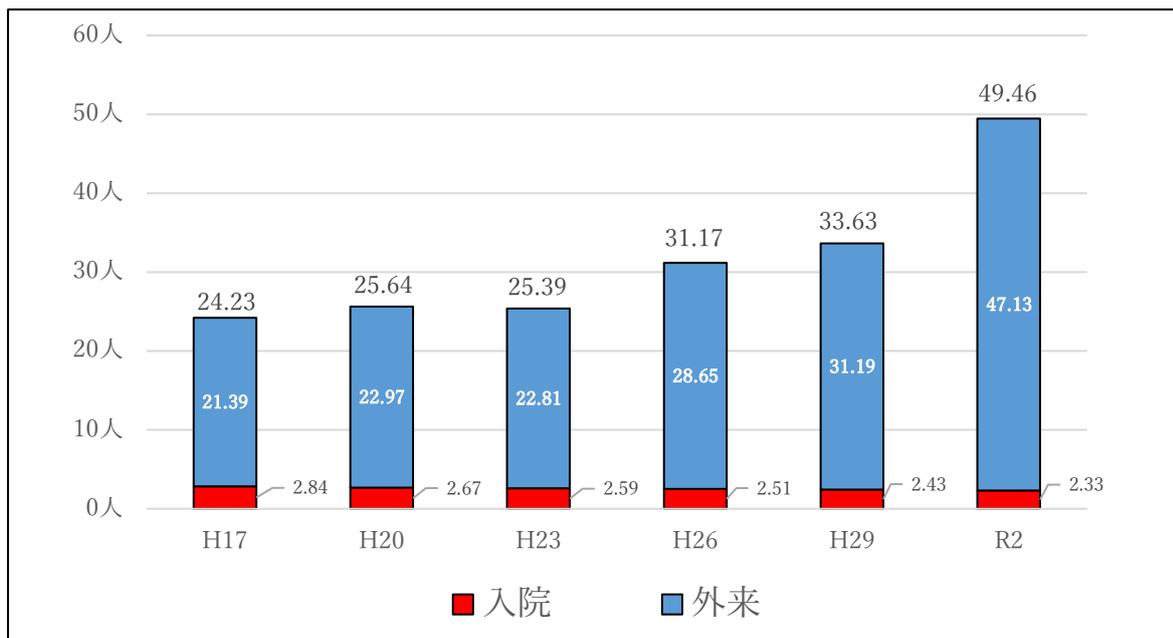
図表 2-2-5-10 本県の精神科外来患者の割合（年齢階級別） (%)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの入院患者数は、全国の2.33人に対して、本県は1.37人で、0.96人少ない状況にあります。(図表2-2-5-11、図表2-2-5-12)
- 令和2年の患者調査における人口千人当たりの外来患者数は、全国の47.13人に対して、本県は48.31人で、1.18人多い状況にあります。(図表2-2-5-11、図表2-2-5-12)

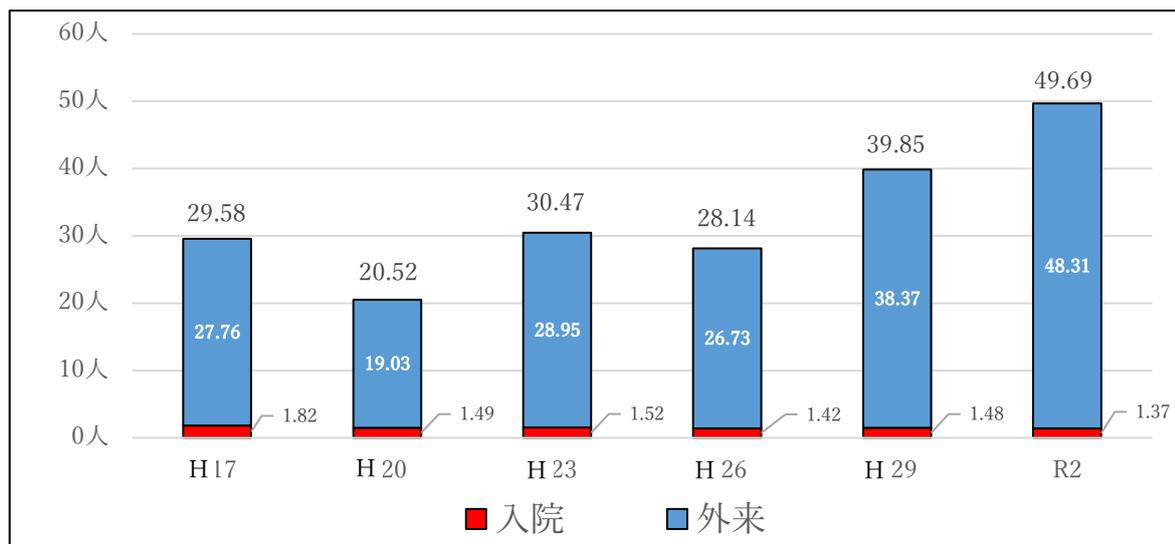
図表 2-2-5-11 全国の人口千人当たり総患者数 (人)



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表 2-2-5-12 本県の人口千人当たり総患者数

(人)

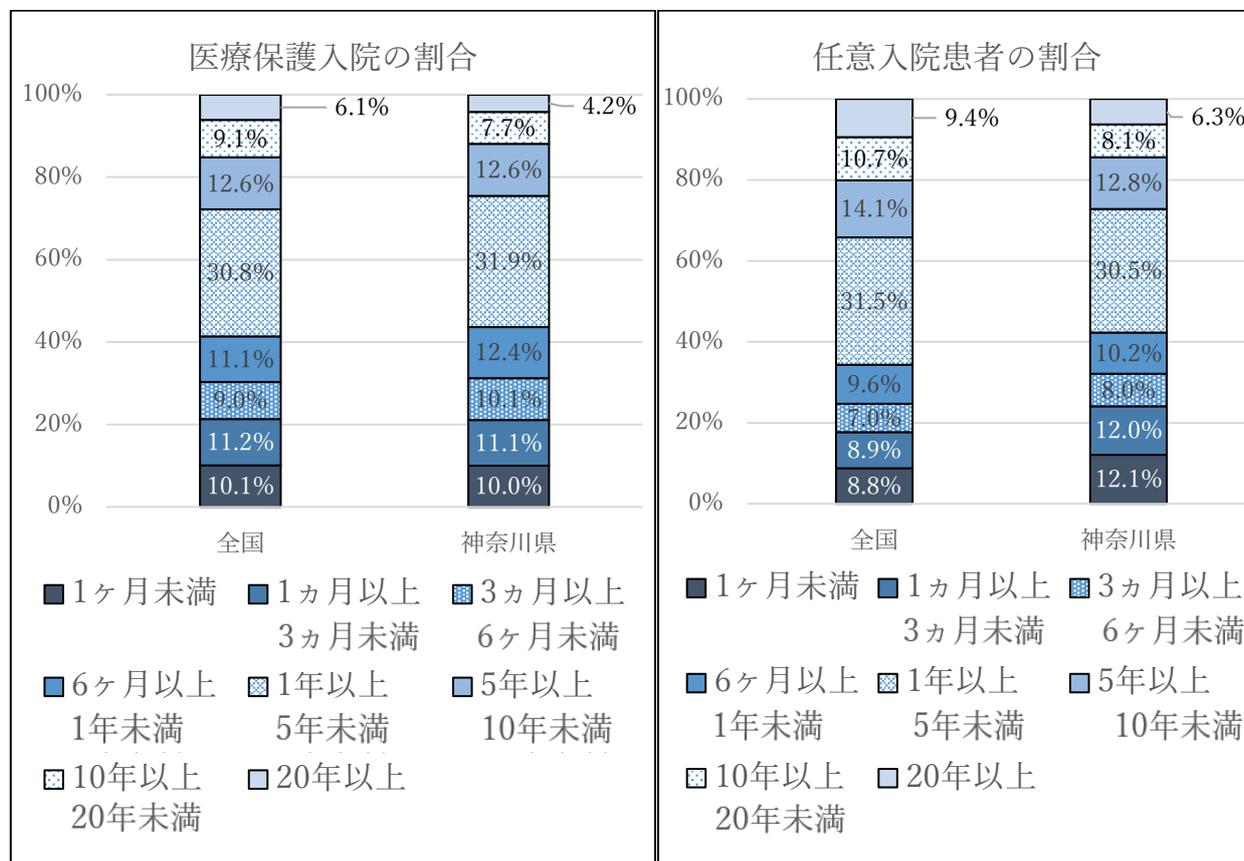


(出典) 厚生労働省「患者調査」

- 令和 2 年度の精神保健福祉資料 630 調査における入院患者を、入院形態別及び在院期間別にみると、医療保護入院、任意入院ともに 1 年未満の入院患者の占める割合は全国に比べて本県の方が高い状況にあります。また、10 年以上の長期入院患者の占める割合は全国と比べて本県は医療保護入院、任意入院（※ 4）ともに少ない状況にあります。（図表 2-2-5-13）

図表 2-2-5-13 医療保護入院・任意入院患者の割合

(%)

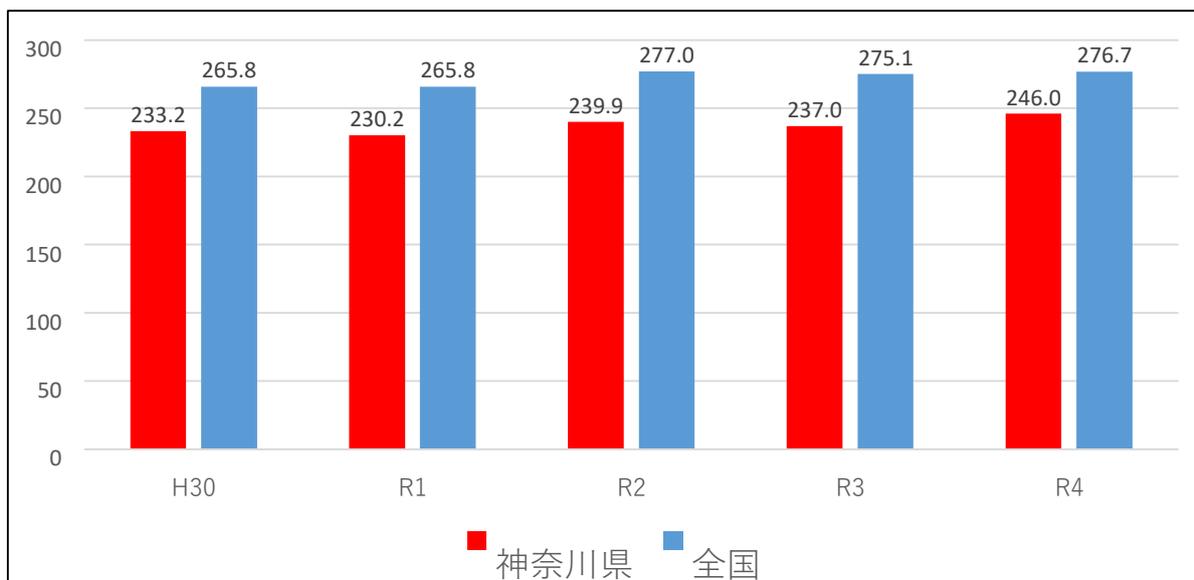


(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630 調査」

(イ) 医療体制

- 令和4年度630調査において、6月30日時点で精神科医療機関に入院している患者のうち、精神症状から医師の判断により隔離が必要とされた患者は584人、身体的拘束が必要と判断された患者は900人となっています。
- 令和4年病院報告によると、精神病床における新規入院患者の平均在院日数は、全国平均が276.7日であるのに対し、本県の平均は246.0日と30.7日短くなっています。(図表2-2-5-14)

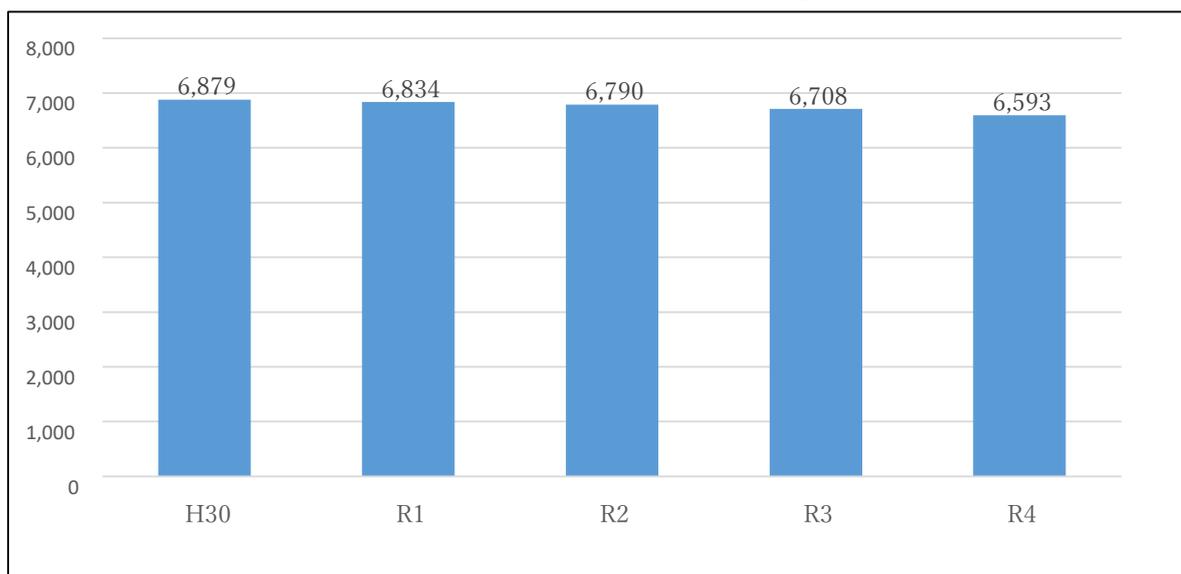
図表2-2-5-14 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 (日)



(出典) 厚生労働省「病院報告」

- 令和4年度精神保健福祉資料によると、県内に住所を有する在院期間1年以上の患者数は、令和4年6月末時点で6,593人となっています。(図表2-2-5-15)

図表2-2-5-15 在院期間1年以上の患者数 (人)



(出典) 厚生労働行政推進調査事業研究班「630調査」

- 県内の精神病床を有する医療機関数は、令和5年4月1日現在、県域に27医療機

関、横浜市に 28 医療機関、川崎市に 9 医療機関、相模原市に 6 医療機関の 70 医療機関となっています。

- 令和 5 年 4 月 1 日現在の本県の精神病床の許可病床数は、13,454 床(県独自調査)となっています。
 - 本県の精神医療体制は、横浜市、川崎市、相模原市を含めた全県域を一圏域としています。
 - 精神病床は、精神科以外の診療科も有する総合病院が開設している病床と、精神科のみを標榜する精神科単科病院が開設している病床があります。令和 2 年の医療施設調査では、県内の精神病床の 83.9%は精神科単科病院が設置をしています。
- (図表 2-2-5-16)

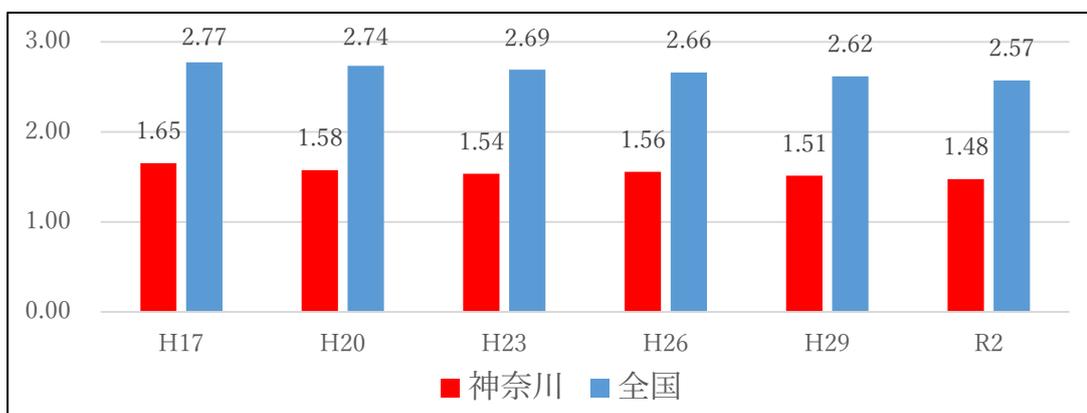
図表 2-2-5-16 本県の精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- 平成 17 年と令和 2 年の精神病床数の増減率を見ると、総合病院における精神病床が 78.7%と減少した一方、精神科単科病院では 97.4%に留まっています。
- 令和 2 年の医療施設調査における人口千人当たりの精神病床数は、全国の 2.57 床に対して、本県は 1.48 床となっており、全国に比べて 1.09 床少なく、全国で最も少ない状況となっています。(図表 2-2-5-17)

図表 2-2-5-17 人口千人当たりの精神病床数 (床)



(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

- アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に対する専門治療を行う医療機関を、「依存症専門医療機関」として、次の医療機関を選定しています。

また、「依存症専門医療機関」の中から、精神医療センター、北里大学病院の2医療機関を「依存症治療拠点機関」として選定し、依存症医療者や支援者、家族向けの研修、医療機関、自治体、自助団体等の関係機関、依存症の患者家族との連携推進や研修、普及啓発等を行っています。

図表 2-2-5-18 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関（令和5年3月31日現在）

医療機関名	所在地	診療対象の依存症		
		アルコール	薬物	ギャンブル等
(医) 祐和会 大石クリニック	横浜市中区	○	○	○
(地独)神奈川県立病院機構 精神医療センター	横浜市港南区	○	○	○
(医) 誠心会 神奈川病院	横浜市旭区	○	○	—
(学) 北里研究所 北里大学病院	相模原市南区	○	○	○
(独法) 国立病院機構 久里浜医療センター	横須賀市	○	—	○
(医) 青山会 みくるべ病院	秦野市	○	○	—

※下線は依存症治療拠点機関

- 摂食障害の治療を行っている精神科、心療内科、小児科いずれかの外来を有し、救急医療体制と連携がとれる医療機関を、「摂食障害支援拠点病院」(※5)として指定することとされていますが、本県では指定されていません。
 - 高次脳機能障害者への支援に関する取組を推進するため、神奈川県総合リハビリテーションセンターを「高次脳機能障害支援拠点機関」として指定し、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との支援ネットワークの充実、高次脳機能障害の正しい理解を促進するための普及・啓発事業、高次脳機能障害者の支援手法等に関する研修等を実施しています。
 - てんかん診療及び普及啓発を目的に、聖マリアンナ医科大学病院を「てんかん支援拠点病院」として指定し、てんかんに関する専門的な相談支援、医療機関、自治体等の関係機関、患者家族等の連携を図るほか、関係機関の医師等に対し、てんかんについての助言・指導や地域における普及啓発等を実施しています。
 - 認知症の人は、令和7年には全国で700万人前後になり、その後も顕著な高齢化に伴い併せて認知症の人数が増加することが見込まれています。また65歳以上の高齢者の約5人に一人が認知症になると言われています。「認知症疾患医療センター」は、鑑別診断や初期対応、急性期治療や診断後の地域の支援など地域での認知症医療提供体制の拠点として重要な役割を担っています。令和5年4月現在、県と政令市で25か所の認知症疾患医療センターを設置しています。
- イ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム体制の構築
- 本県では、精神障がい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、医療、障がい福祉・介護、住まい、就労などの社会参加、地域の助け合い、普及啓発や教育などが包括的に確保された「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築」を推進しています。このシステムは、精神障がい者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障がいを有する方等」という。）や地域住民の地域生活を支えるものです。

ウ 当事者目線の精神保健医療福祉体制の推進

- 本県では、「神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例 ～ともに生きる社会を目指して～」を策定し、障がい者に関係するすべての人が障がい者本人の気持ちになって考え、本人の望みと願いを大事にし、障がい者が自分の気持ちや考えで、必要なサポートを受けながら暮らせる社会を目指しています。
- 精神保健医療福祉体制についても、当事者目線の考え方に基づいて推進をしていく必要があります。

(2) 一次予防、二次予防、三次予防（※6）の視点で見た精神科医療における課題

ア メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 精神疾患を予防するためには、県内の患者の疾患傾向を踏まえ、統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん等について、幅広い普及啓発活動を推進し、県民への情報提供を十分に行う必要があります。
- 県内の患者数の増加傾向を踏まえ、こころの健康の維持や精神疾患の治療に関する相談支援体制を強化し、必要に応じた医療等へのつなぎを行い、精神疾患の予防、重症化予防、再発予防を図ることが重要です。県民にとって身近な市町村で精神保健福祉相談を受けられ、複雑困難な事例には県が実施している専門相談も活用するなどの、重層的な支援体制を構築する必要があります。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、県民一人一人がメンタルヘルスや精神疾患の正しい知識と理解を持ち、支えあうことが重要です。

イ 適切な医療への早期アクセス

- 精神疾患はすべての人にとって身近な疾患であり、その有無や症状の程度にかかわらず、誰もが地域で安心して自分らしく生活できるよう、精神障がいを有する方等や家族に対して適切な精神科医療等が提供できる体制を構築していく必要があります。
- 精神疾患の中には、専門的な治療を要する疾患があります。しかし、児童・思春期精神疾患のように、専門的な治療を行っている医療機関数が少ないものもあり、治療を必要とする精神疾患患者が、どの医療機関に受診すればよいのか明確にし、治療を担える医療機関から精神疾患の普及啓発や、他の医療機関との連携体制の構築を進めていく必要があります。
- うつ病や認知症の初期症状として出現する物忘れ等は、最初に一般内科などのかかりつけ医を受診することも多いため、精神科との連携を推進し、早期に治療につなげていくことが必要です。
- 精神疾患の中には、身体的な不調を訴えて、一般内科などの身体科の医療機関を

受診することがあります。身体的な治療の必要がなく、精神疾患の治療が必要と思われる患者を適切に精神科医療につなげるように、身体科医療と精神科医療の連携を進めていく必要があります。

- 精神症状を急性発症した場合や、精神症状が悪化をした場合には、速やかに医療につながり、早期治療、早期の社会復帰ができる仕組みづくりが必要です。
- 精神病床の8割以上が精神科単科病院の開設する病床であることから、身体科の治療を要する病気を抱える身体合併症患者への医療提供体制の確保が課題となっています。
- 本県では摂食障害支援拠点病院を指定していないため、拠点病院の指定をする必要があります。
- 精神科医療機関に入院している患者が、身体疾患の治療が必要となった場合は、精神科医療機関と身体科医療機関の地域連携（病病連携）により、治療のコンサルテーション（※7）を受けたり、転院を調整することが必要です。しかし、転院が必要となる場合に受入先の医療機関が見つけれず、調整が難航することがあります。
- そのため、県では、精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合に、身体疾患及び精神疾患両面の治療を行うための受入医療体制として、精神科を有する総合病院において受入を行う精神科救急身体合併症転院事業を実施していますが、地域連携もより強化していく必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、精神科医療機関に入院する患者の中でも感染者が増加しましたが、精神科医療機関の中には、身体症状への対応や感染症防止対策の経験が乏しい医療機関が多いことから、対応できる病院を確保することに苦慮しました。
- 入院期間が長期化している患者の中には、従来の向精神薬による治療では効果が十分でなく、長期の治療を行っても、なお精神症状が顕在化している場合があります。こうした治療が難しい精神疾患の治療についても、疾患の特徴に合わせた効果的な治療を展開していく必要があります。
- 令和6年4月から、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」という。）の改正により、精神科病院の従事者が障がい者虐待を行っていることを発見した場合は、誰もが都道府県に通報することが義務付けられます。近年、精神科医療機関における虐待事件が続いて明らかになっており、入院者の人権に配慮した治療や、当事者目線における医療体制の構築を進めていく必要があります。

ウ 社会復帰・地域生活支援

- 入院者の早期退院を促進し、地域移行を進めていくためには、県、市町村、精神科医療機関、地域援助事業者等の障がい福祉サービス事業者が、連携して取り組む必要があります。また、地域移行を進める際には、入院者が退院後に地域で安定した生活を継続するという視点をもって支援を行う仕組みが必要です。
- 入院治療が必要となった場合も、症状が安定した後に速やかに退院することができるよう、精神科医療機関では家族やかかりつけ医療機関、地域援助事業者等と連携を図り、入院者一人一人に合わせた退院支援に努める必要があります。

- 精神障がい者が地域で生活するに当たっては、精神症状の再発や症状の悪化を予防することが重要です。統合失調症等では、活動性が低下し、ひきこもることあることから、精神障がいの病状を把握し、症状の悪化に早期に気づける支援体制が必要です。
- 県では、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向け、精神保健福祉に関する地域の拠点である保健所の機能を活用して、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、長期入院患者の退院に向けた個別ケースの検討や事例検討会の実施により、課題等の検討、情報共有などを行ってきました。
- 長期入院患者等が地域生活に円滑に移行できるように、精神障がいに対応した障がい福祉サービス等の従事者の養成や、障がい福祉サービス等の実施主体である市町村と連携し、精神障がい者を対象としたグループホームの充実等に取り組んできました。
- 精神障がいの入院患者数は減少傾向にありますが、入院中の精神障がいの地域生活への移行を更に進めるためには、市町村を含めた、保健・医療・福祉の連携支援体制の強化を図り、よりきめ細かい支援の提供に向けて、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築を更に促進していく必要があります。
- 精神病床における入院期間1年以上の患者の人数は、令和3年度から4年度にかけては減少傾向にあるものの、65歳以上の割合が増加していることから、地域移行や地域生活を考える上では、障がい分野と介護分野の連携が重要となります。
- 65歳以上の患者に多くなる認知症は、患者の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されるよう、体制を整備する必要があるだけでなく、その家族等に対する支援が適切に行われることにより、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすることが重要になっています。
- 県では、精神障がいの当事者であるピアサポーターの養成や、ピアサポーターによる長期入院患者への地域生活移行に向けた働きかけ等を実施してきました。しかし、入院患者への退院意欲の喚起が、地域移行支援等の個別給付に直接的にはつながりづらい現状があり、入院患者を地域移行支援等へ結び付けていく積極的な働きかけが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」や「当事者目線の障害福祉推進条例」の理念に基づき、精神障がいを有する方等が地域で自分らしく生活することができる保健医療体制を整備する。

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防
- ◆適切な医療への早期アクセス
- ◆社会復帰・地域生活支援の充実

(1) メンタルヘルスの増進、生活支援の充実による予防

- 県民一人ひとりの「こころの健康づくり」を推進するため、県では精神保健福祉センター、保健福祉事務所（保健所）において、気分障害（うつ病など）、神経症性障害

(不安障害など)、統合失調症、認知症、依存症といった疾患別の普及啓発活動に取り組みます。

- 保健福祉事務所(保健所)の相談・訪問支援活動を強化し、地域の様々な関係機関と連携を図り、精神疾患の予防に取り組みます。
- 令和6年4月施行の「精神保健福祉法」の改正に伴い、市町村が行う精神保健に関する相談支援の対象者が精神障がい者のほか精神保健に課題を抱える者に拡大され、都道府県は市町村が行う相談支援に関して市町村への必要な援助を行うよう努めることとされました。
- 県では、市町村の支援担当者向けの研修実施や、精神症状が重症の場合等の支援が困難なケースに対して市町村と協働して支援を行うなど、協力体制を充実していきます。
- 県では、メンタルヘルスや精神疾患についての知識を有し、地域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対して、傾聴を中心として支える人材として、心のサポーターの養成を進めていきます。
- 未病指標等を活用し、メンタルヘルスや認知機能の見える化を進めるとともに、最先端技術・サービス等の介入により未病改善を進めます。

(2) 適切な医療への早期アクセス

ア 各疾患の治療に対応した医療機関の明確化

- 多種多様な精神疾患に対応するため、県内の患者の動向、医療資源・連携等の現状把握に努め、県民にわかりやすい精神疾患の医療体制を整備します。

イ 精神科医療へ早期につなげる取組

- うつ病の症状により、食欲の減退や不眠等の身体的不調を生じ、かかりつけ医(身近な主治医)を受診した際にうつ病の可能性を鑑別し、精神科医療につなぐことができるよう、かかりつけ医うつ病対応力向上研修を実施します。
- 高齢化の進展に伴い、認知症高齢者の大幅な増加が見込まれており、慢性疾患などの治療のためにかかりつけ医の診断を受ける高齢者の中からも認知症が発症するケースの増加が予測されます。そうしたケースにおける早期発見、早期診断及び早期対応に資するため、かかりつけ医への助言やその他の支援を行う認知症サポート医の養成やかかりつけ医認知症対応力向上研修を行います。
- 認知症の人の心身の状況に応じた良質かつ適切な医療を受けられるようにすることが重要です。

ウ 専門治療医療機関の整備

- 児童・思春期精神疾患、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、てんかんについては、県において専門医療を提供できる医療機関を明確化し、地域の医療機関、相談機関との連携推進に取り組みます。
- 依存症の患者が地域で適切な医療が受けられるよう、「依存症専門医療機関」の選定を更に進めます。また、専門医療機関の取りまとめや情報発信、研修などを担う「依存症治療拠点機関」と連携し、医療提供体制の充実を図ります。
- 「てんかん支援拠点病院」を中心に、てんかんに関する専門的な相談支援、関係機関への助言や連携強化、普及啓発などを行い、てんかん診療における地域連携体制

を整備します。

○ 県では、摂食障害支援拠点病院の指定に向けて、対応可能な医療機関の選定や調整を進めていきます。

○ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービスが切れ目なく提供するため、「認知症疾患医療センター」を地域の認知症医療の拠点として認知症の人に対する必要な支援を提供できる体制の構築を更に推進していきます

エ 精神科救急を含めた精神医療体制による早期治療、早期退院の仕組みづくり

○ うつ病や認知症等の精神疾患について、発症の初期段階にかかりつけ医等を受診した際に、適切に精神科医療につなげられるよう、県では医師会と連携して、かかりつけ医を対象としたうつ病対応力向上研修及び医師会等と連携して、医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修を実施していきます。

○ 精神疾患の症状により、身体の不調を訴えて身体科を受診した場合に、精神科医療につなげられるようにする一方、精神科医療機関に入院している患者が身体治療を要する場合に、近隣の身体科病院と連携した治療が行えるよう、県ではオンライン診療等も活用しながら、精神科と身体科の連携を進めていきます。

○ 精神疾患の急性増悪により早急に精神科医療を要する場合に、必要な医療につながるができるよう、県では引き続き、精神科救急医療体制の充実を図っていきます。

オ 身体合併症患者の治療体制

○ 身体合併症の治療は、地域における精神科医療機関と身体科医療機関の病院間での連携により対応できるようにするため、県では地域での連携を促進する取組を検討します。

○ 県では精神科医療における新型コロナウイルス感染症対策として、精神科医療機関と身体科医療機関が連携して、精神疾患及び新型コロナウイルス感染症の病状に応じて受入先を決定し、連携している医療機関からのコンサルテーションを受けながら治療を行う精神科コロナ医療体制を整えました。この医療連携体制を、他の身体合併症や新興感染症の医療体制に活用することを検討していきます。

カ 治療抵抗性統合失調症治療薬や修正型電気痙攣療法等の効果的な治療の展開

○ 向精神薬による治療の効果が十分に得られない治療抵抗性統合失調症に対する治療薬（クロザピン）や、重度のうつ病、躁うつ病等に高い治療効果があるとされている修正型電気痙攣療法、うつ病や不安症等に治療効果があるとされる認知行動療法等の治療法について、県では既に導入している医療機関の治療方法を紹介するなど、県内の医療機関への展開に努めていきます。

キ 入院者の当事者目線による人権に配慮した治療の促進

○ 市町村長同意により医療保護入院した入院患者等に対して、訪問支援員が精神科病院を訪問し、入院患者の不安や気持ちを傾聴する中で、自尊心の向上や孤立感の低減に努めます。さらに、入院患者の地域生活移行を促進するため、ピアサポーターによる病院訪問等を通じた退院意欲喚起を行うなど、医療と福祉が連携した切れ目のない支援を提供していきます。

○ 精神科医療機関の管理者は、入院者に対する虐待や不適切な隔離・身体的拘束が行われることがないよう、研修の実施等を通じて従事者の意識向上に努める必要が

あります。

- 県及び政令市では、精神科医療機関に赴き、診療録や病棟内の巡視を通じて、適正な医療が提供されているかを確認する精神科病院実地指導・実地審査を実施します。
- また、県及び政令市では、精神科医療機関における虐待の通報窓口を設け、通報のあった事案に対して、精神科医療機関への聞き取りや随時の実地指導を実施し、事実確認と再発防止の指導を行います。
- さらに、県は精神科医療機関に対して、隔離・身体的拘束の最小化や虐待防止について啓発し、医療機関における自主的な取組を推奨していきます。

(3) 社会復帰・地域生活支援の充実

ア 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 令和6年3月策定の「神奈川県障がい福祉計画（第7期：令和6年度から令和8年度）」において、精神障がいを有する方等が地域の一員として安心して自分らしく暮らせるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築について成果目標を掲げ、引き続き取組を推進します。
- 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築に当たって、保健福祉事務所及び同センターは、これまで地域において築いてきたネットワーク等を活かし、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を設置し、精神障がいを有する方等のニーズや長期入院患者の状況把握、地域課題の共有のほか、関係機関を対象とした研修会などを行いながら、市町村（政令市を除く）の障がい福祉主管課等と医療機関との連携支援など、支援体制づくりを図ります。
- また、精神障がいを有する方等の日常生活圏域である市町村において、地域生活に関する相談支援が行われる必要があることから、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を県内全市町村に設置します。市町村が設置する協議の場は、保健福祉事務所及び同センターの設置する協議の場と連携しながら、協議の場や個別支援における協働等を通じて、医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター等との重層的な連携による支援体制の構築を行います。

イ 早期退院及び地域定着に向けた退院支援

- 県、政令市及び保健所設置市では、措置入院者や支援が必要と認めた入院者に対して、入院中から入院者の同意を得て、希望する生活を聴きとりながら、退院後支援計画を策定し、退院後に速やかに支援を実施する措置入院者退院後支援を実施します。
- 患者や家族が安心して地域でくらすことができるよう、精神保健福祉センターの技術支援の機能を活用するなど、医療機関と地域精神保健福祉関係機関との連携強化を図り、相談支援に取り組みます。

ウ 地域生活を支える精神科訪問診療、訪問看護、訪問支援、精神科デイケア等の充実

- 県は、訪問診療や訪問看護を行っている医療機関及び事業者の把握に努めるとともに、訪問診療や訪問看護の好事例を医療機関及び事業者に発信するなど、訪問診療、訪問看護の充実の取組を検討します。
- 精神科医療機関を退院した精神障がい者が通う外来精神科作業療法や精神科デイ

ケアも作業や余暇プログラムを通じて社会復帰に向けた支援を担っています。訪問看護や訪問看護と同様に開設している医療機関及び事業者の把握に努め、充実の取組を検討します。

- 県では、保健福祉事務所において、精神科の専門医による訪問指導及び福祉職や保健師による訪問支援を実施し、精神障がい者を有する方等の地域生活を支援します。

エ 長期入院者の地域移行の取組

- 県は、長期入院患者の地域生活移行を促進するため、ピアサポーターによる病院訪問等を実施し、退院意欲の喚起、退院に向けた個別支援、退院後の地域定着に向けた支援などを行います。併せて、病院職員や支援関係者、地域住民等に対する普及啓発を充実させます。
- 市町村と県は、長期入院患者の地域生活移行に向けた有効な支援策となる「地域相談支援」や「計画相談支援」の提供体制を計画的に整備していきます。
- 市町村は、サービス実施主体として、精神障がい者がライフステージに応じて多様な住まいの場を選択し、地域にある様々なサービスを組み合わせて利用できるよう、グループホーム等の充実や、訪問系サービス、日中活動系サービスを含めた障がい福祉サービスの基盤整備を図り、地域移行支援・地域定着支援などと合わせて、長期入院患者の地域生活への移行を支援します。
- また、長期入院患者の半数以上が65歳以上の高齢者であることから、高齢者施策の主管課や関係機関との連携を図りながら、地域生活への移行を支援します。

=====

■用語解説

※1 PTSD

PostTraumatic Stress Disorder の略で心的外傷後ストレス障害のことをいう。生死に関わるような体験をし、強い精神的な衝撃を受けた後に生じるストレス症候群を指す。

※2 総患者数

令和2年患者調査では、10月の3日間のうち医療施設ごとに定める1日の入院、外来、受療等の状況を調査している。調査日に受診をしていない患者も含めて、継続的に医療を受けている患者を次の計算方法により推計している。

総患者数＝推計入院患者数＋推計初診外来患者数＋（推計再来外来患者数×平均診療間隔）×調整係数（6/7）

この節における精神疾患の総患者数には、傷病中分類「5 精神及び行動の障害」に「6 神経系の疾患（アルツハイマー病）」及び「6 神経系の疾患（てんかん）」を加えている。

※3 外来患者数

外来患者数は、※2に記載した総患者数から推計入院患者数を除いた数で推計している。

※4 医療保護入院、任意入院

精神科医療機関に入院する場合には、精神保健福祉法により定められている次の入院形態により入院することとなっている。

医療保護入院は、精神科医療機関に入院をさせる判断ができる精神保健指定医が診察を行った結果、入院が必要と判定された者で、本人の入院の同意が得られない場合に、家族等の同意が得られたときに、本人の同意がなくとも入院させることができる入院形態。

任意入院は、精神科病院に入院しようとしている精神障がい者本人の同意に基づいて行われる入院です。精神科病院に入院をする場合には、任意入院による入院が行われるよう努めることとされている。

※5 摂食障害支援拠点病院

摂食障害に関する専門的相談や治療及び回復支援、医療従事者や摂食障害患者及び家族等に対する研修の実施、普及啓発の実施等を役割とした専門治療機関

※6 一次予防、二次予防、三次予防

病気の発症を防いだり、発症した場合も治療が長引かないようにしたり、再発を防ぐ予防医学において用いられる考え方。

一次予防は、病気に罹らないことを目的としている。生活習慣の改善、健康教育等により健康増進を図る。

二次予防は、病気に罹った場合に、早期発見、早期治療を行うことで、重症化しないようにするもの。

三次予防は、治療過程においてリハビリテーション等を行うことにより、社会復帰を促したり、再発を防止する取組を指す。

※7 コンサルテーション

医療は、脳外科、呼吸器内科、循環器科、精神科のように専門性が分かれている。医療におけるコンサルテーションは、治療を要する患者が複数の疾患を合併している場合に、異なる専門の医療従事者が助言や相談をしながら、より適した治療を進めるために行われる。

=====

3 ロジックモデル 【再掲】

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧【再掲】

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
初期	C101	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.89 回 (R2)	0.89 回 (R9)
	C102	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, 地域保健・健康増進事業報告及び衛生行政報告例	2.20 人 (R3)	2.42 人 (R9)
	C103	心のサポーター養成研修の実施回数	県独自調査	36 回 (R5)	126 回 (R11)
	C104	認知症サポート医養成研修修了者数	県独自調査	5.72 人(累計) (R4)	7.65 人(累計) (R11)
	C201	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.03 機関 (R8)
	C202	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設) (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, 全国精神科救急医療マップ	0.62 機関 (R4)	0.63 機関 (R8)
	C203	救急救命入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.22 機関 (R2)	0.25 機関 (R8)
	C204	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.08 機関 (R2)	0.09 機関 (R8)
	C205	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	6.79 機関 (R2)	7.78 施設 (R8)
	C206	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	3.02 施設 (R2)	4.55 施設 (R8)
	C301	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.74 機関 知的障害 0.62 機関 発達障害 0.66 機関 アルコール依存症 0.71 機関 薬物依存症 0.39 機関 ギャンブル等依存症 0.03 機関 PTSD 0.21 機関	統合失調症 0.76 機関 うつ・躁うつ病 0.76 機関 認知症 0.76 機関 知的障害 0.68 機関 発達障害 0.68 機関 アルコール依存症 0.75 機関 薬物依存症 0.49 機関 ギャンブル等依存症 0.05 機関 PTSD 0.29 機関

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
				摂食障害 0.49 機関 てんかん 0.76 機関 (R2)	摂食障害 0.59 機関 てんかん 0.76 機関 (R8)
	C302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 6.47 機関 うつ・躁うつ病 6.50 機関 認知症 5.15 機関 知的障害 3.87 機関 発達障害 5.29 機関 アルコール依存症 4.43 機関 薬物依存症 1.76 機関 ギャンブル等依存症 0.28 機関 PTSD 2.27 機関 摂食障害 3.47 機関 てんかん 6.02 機関 (R2)	統合失調症 7.40 機関 うつ・躁うつ病 7.40 機関 認知症 5.62 機関 知的障害 5.24 機関 発達障害 6.65 機関 アルコール依存症 5.20 機関 薬物依存症 1.98 機関 ギャンブル等依存症 0.40 機関 PTSD 3.17 機関 摂食障害 3.96 機関 てんかん 6.85 機関 (R8)
	C303	精神科救急、合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.51 施設 (R2)	0.58 施設 (R8)
	C304	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	0.27 機関 (R8)
	C305	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.17 機関 (R2)	0.20 機関 (R8)
	C306	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.12 機関 (R2)	0.18 機関 (R8)
	C307	認知症ケア加算を算定した医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	2.01 機関 (R2)	3.44 機関 (R8)
	C308	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数(人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.05 機関 (R2)	0.08 機関 (R8)
	C401	てんかん支援拠点病院数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)
	C402	依存症専門医療機関の数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.07 機関 (R2)	0.11 機関 (R11)
	C403	摂食障害支援拠点病院数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進調査事業研究班, ReMHRAD	0.00 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
	C404	指定通院医療機関数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, 「指定通院医療機関 の指定状況」	0.36 機関 (R4)	0.43 機関 (R10)
	C405	高次脳機能障害支援拠点機 関数(人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	0.01 機関 (R2)	0.01 機関 (R11)
中間	B101	保健所保健福祉サービス調 整推進会議の参加機関・団 体数(人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.46 機関・団体 (R2)	8.49 機関・団体 (R9)
	B102	都道府県及び市町村におけ る精神保健福祉の相談支援 の実施件数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, 地域保 健・健康増進事業報 告	1,192.18 件 (R3)	1,316.13 件 (R9)
	B103	心のサポーター養成研修の 修了者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	21.77 人 (R5)	548.37 人 (R11)
	B104	かかりつけ医うつ病対応力 向上研修の修了者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	42.60 人 (R4)	61.23 人 (R11)
	B105	かかりつけ医認知症対応力 向上研修の修了者数	県独自調査	51.69 人 (累計)(R4)	63.35 人 (累計)(R11)
	B201	精神科救急医療体制整備事 業における入院件数 (人口10万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	14.19 件 ・措置入院 10.15 件 ・医療保護入院 3.93 件 (R3)	14.19 件 ・措置入院 10.19 件 ・医療保護入院 3.81 件 (R9)
	B202	精神科救急医療体制整備事 業における受診件数 (人口10万人当たり)	神奈川県精神科救 急ハード・ソフト月報 厚生労働行政推進 調査事業研究班, 全国精神科救急医 療マップ	17.67 件 (R3)	17.98 件 (R9)
	B203	救命救急入院料精神疾患診 断治療初回加算を算定した 患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	8.38 人 (R2)	9.65 人 (R8)
	B204	在宅精神療法又は精神科在 宅患者支援管理料を算定し た患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5,026.18 人 (R2)	5,756.47 人 (R8)
	B205	精神科訪問看護・指導料又 は精神科訪問看護指示料を 算定した患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	78.31 人 (R2)	112.81 人 (R8)
	B206	精神科救急における通報か ら診察までの搬送時間	神奈川県警の警察官 通報の状況につい て	6時間18分 (R3)	6時間0分 (R9)
	B301	各疾患、領域【統合失調症、 うつ・躁うつ病、認知症、児 童・思春期精神疾患(知的障 害、発達障害含む)、アルコ ール・薬物・ギャンブル等依 存症、PTSD、摂食障害、て んかん】それぞれについての 入院患者数 (人口10万人当たり)	厚生労働省, NDB オープンデータ	統合失調症 169.04 人 うつ・躁うつ病 103.82 人 認知症 57.90 人 知的障害 6.00 人	統合失調症 169.68 人 うつ・躁うつ病 107.64 人 認知症 65.05 人 知的障害 8.02 人

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和 11 年度)
				発達障害 8.33 人 アルコール依存 症 14.27 人 薬物依存症 1.84 人 ギャンブル等依 存症 0.45 人 PTSD 0.48 人 摂食障害 3.88 人 てんかん 42.64 人 (R2)	発達障害 12.54 人 アルコール依存 症 16.47 人 薬物依存症 2.13 人 ギャンブル等依 存症 0.75 人 PTSD 0.61 人 摂食障害 4.96 人 てんかん 42.70 人 (R8)
	B302	各疾患、領域【統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん】それぞれについての外来患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省、NDB オープンデータ	統合失調症 1,300.06 人 うつ・躁うつ病 2,769.80 人 認知症 238.68 人 知的障害 109.14 人 発達障害 519.14 人 アルコール依存 症 79.46 人 薬物依存症 10.49 人 ギャンブル等依 存症 4.08 人 PTSD 11.61 人 摂食障害 23.16 人 てんかん 372.64 人 (R2)	統合失調症 1,530.17 人 うつ・躁うつ病 3,327.82 人 認知症 498.50 人 知的障害 161.45 人 発達障害 790.23 人 アルコール依存 症 102.22 人 薬物依存症 14.03 人 ギャンブル等依 存症 7.19 人 PTSD 18.81 人 摂食障害 27.18 人 てんかん 436.60 人 (R8)
	B303	精神科救急・合併症入院料 又は精神科身体合併症管理 加算を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	17.46 人 (R2)	20.17 人 (R8)
	B304	精神疾患診療体制加算又は 精神科疾患患者等受入加算 を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.56 人 (R2)	8.70 人 (R8)
	B305	精神科リエゾンチーム加算を 算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	28.48 人 (R2)	39.21 人 (R8)
	B306	閉鎖循環式全身麻酔の精神 科電気痙攣療法を実施した 患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	5.09 人 (R2)	6.20 人 (R8)
	B307	認知療法・認知行動療法を 算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	1.47 人 (R2)	3.26 人 (R8)
	B308	隔離指示件数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班,	6.34 件 (R4)	8.47 件 (注) (R10)

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
			630 調査		
	B309	身体的拘束指示件数 (人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	9.77 件 (R4)	7.71 件 (R10)
	B310	児童・思春期精神科入退院 医療管理料を算定した患者 数(人口10万人当たり)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, ReMHRAD	4.15 人 (R2)	5.80 人 (R11)
	B311	統合失調症患者における治 療抵抗性統合失調症治療薬 の使用率	厚生労働省, NDB オープンデータ	0.50% (R2)	0.83% (R11)
	B403	てんかん支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数及び逆紹介患者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	(検討中)	(検討中)
	B404	依存症専門医療機関にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数(人口10万人当たり)	県独自調査	(検討中)	(検討中)
	B405	摂食障害支援拠点病院にお ける紹介患者数及び逆紹介 患者数 (人口10万人当たり)	県独自調査	拠点病院なし	(検討中)
最終	A101	精神病床における入院後 3,6,12ヶ月時点の退院率	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	3ヶ月:60.1% 6ヶ月:80.2% 12ヶ月: 89.4% (R4)	3ヶ月:68.9% 6ヶ月:84.5% 12ヶ月: 91.0%(R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A102	精神障がい者の精神病床か ら退院後1年以内の地域で の平均生活日数(地域平均 生活日数)	厚生労働省, NDB オープンデータ	327.3 日 (R2)	331.5 日 (R9)
	A103	精神病床における急性期・回 復期・慢性期入院患者数 (65歳以上・65歳未満別)	厚生労働行政推進 調査事業研究班, 630 調査	急性期 65歳未満 1,663人 65歳以上 1,266人 回復期 65歳未満 864人 65歳以上 1,284人 慢性期 65歳未満 2,883人 65歳以上 3,710人 (R4)	急性期 65歳未満 1,688人 65歳以上 1,283人 回復期 65歳未満 968人 65歳以上 1,439人 慢性期 65歳未満 2,735人 65歳以上 3,362人 (R7) ※R8年度での 中間見直し後に R11年時点の目 標値を策定
	A104	精神病床における新規入院 患者の平均在院日数	厚生労働省, 病院報 告	246.0 日 (R4)	228.3 日 (R11)

(注) 隔離指示件数の目標値が計画策定時より増加している理由

精神保健福祉法においては、一定の条件のもとに入院患者に隔離や身体的拘束といった行動制限

を行うことができるとされている中、本県の現状は、より制限の程度が強い身体的拘束の件数が、隔離の件数を上回っている状況にある。

このため、本計画においては、より制限の程度が強い身体的拘束の減少を目標としたが、行動制限を要する状況は一定数発生することが見込まれ、各医療機関の取組みにより身体的拘束が減少する一方で、隔離は増加する状況が考えられることから、計画策定時を上回る件数を目標値とした。

5 参考指標一覧

※目標値は掲げないものの、当該分野の進捗を確認するための指標として、数値を把握していきます。

指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)
精神科デイケアを算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	2,486.75 日 (R2)
精神科作業療法を算定した患者数 (人口 10 万人当たり)	厚生労働省, NDBオープンデータ	10,685.61 日 (R2)

入院病床を有する精神科医療機関における対応疾患一覧

医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	不安障害等の神経性障害	認知症	知的障害・発達障害を含む児童・思春期精神疾患	アルコール・薬物・ギャンブル等依存症	P T S D	摂食障害	てんかん
鶴見西井病院	○	○	○	○	外来	ア	○	○	○
済生会横浜市東部病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	○
紫雲会横浜病院	○	○	○	○	発達				
横浜市立みなと赤十字病院	○	○	○	○	うつ				○
ワシン坂病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
横浜市立大学附属 市民総合医療センター	○	○	○	○	外来	外来	○	○	外来
こども医療センター	○	○	○		○			○	○
精神医療センター	○	○	○	○	○	○	○		○
横浜日野病院	○	○	○	○			○	○	
港北病院	○	○	○	○	う発		○	○	
常盤台病院	○	○	○	○	う発			○	
神奈川病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	
あさひの丘病院	○	○	○	○					
日向台病院	○	○	○	○	うつ		○	○	○
保土ヶ谷病院	○	○	○	○	う発		○		○
横浜ほうゆう病院	○			○					
横浜カメリアホスピタル	○	○	○		○		○	○	○
横浜市立大学附属病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
新横浜こころのホスピタル	○	○	○	○	う発		○	○	
元気会横浜病院				○					
江田記念病院	○	○	○	○	発達		○		
昭和大学横浜市北部病院	○	○	○	○	う発 ★		○	○	○
横浜医療センター	○	○	○					○	○
横浜丘の上病院	○	○	○		うつ		○	○	○
横浜舞岡病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
十愛病院					知				

医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	不安障害等の神経性障害	認知症	知的障害・発達障害を含む児童・思春期精神疾患	アルコール・薬物・ギャンブル等依存症	PTSD	摂食障害	てんかん
栄聖仁会病院	○	○	○	○					
横浜相原病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
川崎市立川崎病院	○	○	○	○	う発		○	○	
栗田病院	○	○	○	○	うつ		○		
ハートフル川崎病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
聖マリアンナ医科大学病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
東横恵愛病院	○	○	○	○	○		○	○	○
かわさき記念病院				○					外来
生田病院	○	○	○	○	う発		○		○
武田病院	○	○	○	○	うつ		○	○	
川崎田園都市病院	○			○					
北里大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
相模ヶ丘病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模病院	○								
相模原南病院	○			○					
相模湖病院	○	○	○	○		ア薬		○	
ふじの温泉病院	○		○	○	う発				
横須賀共済病院	○	○	○						○
久里浜医療センター	○	○	○	○	う発	アギ	○	○	
湘南病院	○	○	○	○	外来		○	○	○
メンタルホスピタル かまくら山	○	○	○	○					
湘南鎌倉総合病院	外来	外来	外来	外来					
福井記念病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
藤沢病院	○	○	○	○					○
湘南敬愛病院	○	○	○	○		ア	○		
湘南東部総合病院	○	○	○	○	うつ			○	○
湘南さくら病院	○	○		○					
けやきの森病院	○	○	○	○			○		
平塚病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
富士見台病院	○	○	○	○	うつ			○	○
秦野病院	○	○	○	○	発達		○	○	○
丹沢病院	○	○	○	○	う発		○	○	○
秦野厚生病院	○	○	○	○	うつ			○	
みくるべ病院	○	○	○	○		ア薬	○		○
愛光病院	○	○	○	○	○		○	○	○
相州病院	○	○	○	○	う発		○	○	
相模台病院	○	○	○	○					
清川遠寿病院	○	○	○	○	う発	ア薬	○	○	
厚木佐藤病院	○	○		○					○
神奈川中央病院		○		○					
大和病院	○	○	○	○			○		○
国府津病院	○	○	○	○	う発		○	○	
曾我病院	○	○		○	うつ				
北小田原病院	○	○	○	○	うつ		○	○	○

★対象は中学生以上

第2節 こころの未病対策

1 現状・課題

【現状】

- ・こころの健康づくり、自殺予防に向けて、相談支援体制の充実やICTを活用して普及啓発の強化を行ってきました。
- ・近年、自殺者数は減少傾向にありましたが、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年以降は増加傾向にあります。

【課題】

- ・メンタルヘルスの問題を身近な問題と捉え、地域でこころの不調を抱える人を支援していく必要があります。
- ・相談支援体制を拡充していますが、相談件数は増加し、自殺者数も増加傾向にあるため、今ある資源を効率的に活用できるよう工夫しながら、相談支援体制の更なる整備を図る必要があります。

(1) こころの健康づくり

- 現代社会では、ストレスで心や体のバランスを崩している人が多くなっています。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による社会環境や生活様式の変化に伴う大きなストレス等もあり、メンタルヘルスに関する理解が必要となっています。
- 令和4年の国民生活基礎調査では、県民で日常生活において「ストレスあり」と回答した人は46.2%で、おおよそ2人に1人がストレスを感じています。
- ストレスの原因は、総数6,646人に対して、「自分の仕事」1,038人(15.6%)、「収入・家計・借金」869人(13.1%)、「自分の病気や介護」770人(11.6%)が上位3つとなっていますが、「家族」や「家族以外の人間関係」など「人間関係」や「家族の病気や介護」についてもそれぞれ500人(7.5%)前後となっています。
- 休養や睡眠を含む生活習慣、ストレス解消等についての普及啓発を若年層・中高年・高齢者等の世代別に継続的に行うことが必要です。

(2) うつ病等精神疾患の予防

- ストレスを感じている人は多く、また、自殺者が増加傾向にあることから、精神疾患の予防や総合的な自殺対策の更なる推進が求められています。
- こころの不調で悩む人をサポートする心のサポーター(※1)を養成し、偏見のない社会を構築するための普及啓発が必要となっています。
- うつ病等精神疾患を予防するため、精神保健福祉センターや保健福祉事務所の相談支援体制を充実させることが必要です。
- うつ病は精神症状の他に身体の不調を伴うことが多いことから、引き続き、内科等の身体科の医師が精神科医と連携して必要な医療につなぐことができるようにしていくことが必要です。

(3) 総合的な自殺対策の推進

- 自殺された方の多くが、健康問題や経済・生活問題、家庭問題等様々な状況や社会問題に直面し、追い込まれながらも、適切な支援につながっていない現状があります。

- 県では、平成10年以降の自殺者数が、年間1,600～1,800人前後で推移していましたが、「かながわ自殺対策計画」等に基づく総合的な取組などにより、平成24年以降は減少傾向が続いていました。
- しかし、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和2年以降は増加傾向となり、令和4年には平成27年以来の1,300人を超える自殺者数となっています。
- 特に10歳代、20歳代のこども・若者の死因の第1位が自殺であり、自殺者数は横ばい状態が続いていることから、若年者層に対する自殺予防にさらに取り組んでいく必要があります。
- 自殺予防の観点からゲートキーパー（※2）の人材養成を実施するとともに、ICTの活用や市町村と連携し、普及啓発や相談支援等、地域の実情に応じた自殺対策を進めています。
- 自殺対策の一環として、こころの悩みや不安に対応する様々な相談支援体制について、今ある資源を有効に活用できるよう工夫しながら充実を図ることが必要です。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

県民のこころの健康の保持増進を図り、地域で支える仕組みを構築することで自殺を防ぐことができる

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆こころの健康づくりの推進
- ◆うつ病等精神疾患の予防の推進
- ◆自殺対策の更なる推進

(1) こころの健康づくりの推進（県、市町村、県民）

- 県は、心のサポーターの養成を進めるなど、より多くの県民に向けた普及啓発を継続して行います。

(2) うつ病等精神疾患の予防の推進（県、政令指定都市、市町村、医療提供者、県民）

- 県は、こころの健康保持・増進のため、精神保健福祉センターや保健福祉事務所（保健所）における相談支援体制の充実を図り、市町村等と連携し、こころの健康に関する相談・訪問を継続的に行っていきます。
- 県は、内科等の身体科の医師がうつ状態にある人の診断や対応について、知識と理解を深め、精神科医と連携して必要な医療につなぐことができるよう研修を実施していきます。

(3) 自殺対策の更なる推進（関係機関・団体、県、政令市、市町村）

- 県は、令和5年3月に改定した「かながわ自殺対策計画」に基づき、市町村や様々な関係機関と連携を図り、より実効性のある自殺対策を総合的に進めていきます。
- 県は、インターネットやSNS等を利用した普及啓発、相談窓口の充実、大学生や教職員に対するゲートキーパー養成研修の実施など、若年者層に対する取組を行っていきます。
- 県は、実施方法等を工夫しながら、相談支援体制の充実を図っていきます。

=====

■用語解説

※1 心のサポーター

メンタルヘルスの基礎知識や悩みを聴くスキルを学び、地域でこころの不調に悩む人をサポートしてくれる人のこと。

※2 ゲートキーパー

悩んでいる人に気付き、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のこと。

=====