

(5) 精神疾患の医療体制

第1 精神疾患の医療の概要

- 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。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要とされてしまう場合もあります。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになります。
- 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。また、長期の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括的な社会を構築していく必要があります。このため、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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。
- さらに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）（以下、精神保健福祉法という。）に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の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、各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。¹
- 本計画では、これらを踏まえつつ、地域の現状を把握・分析したうえで圏域（精神医療圏）を設定し、医療機能の明確化を図るとともに、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について定量的な評価を行えるよう目標を設定し、その達成に向けた施策を推進します。

¹ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成 29 年 3 月 31 日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

第2 精神疾患の現状と課題

- 精神疾患は、近年その患者数が急増しており、2014（平成26）年には全国で390万人を超える水準となっており、富山県の精神障害を有する総患者数は2万2千人となっています²。また、国の調査結果では、国民の4人に1人（25%）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となっています³。
- 精神疾患にはこのほか、発達障害、高次脳機能障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患です。
- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」において、多様な精神疾患として統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症、外傷後ストレス障害（PTSD）、高次脳機能障害、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、医療観察法における対象者への医療の15疾患等が挙げられています。この15疾患等について、現状と課題を整理します。

（1）統合失調症

全国の患者動向

- 2014（平成26）年に、医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は77.3万人です。うち入院患者数は16.6万人であり、このうち、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。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、その6割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっています。これにより1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されています。
- また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待されています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成26）年に、医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は0.5万人です。
- 2014（平成26）年度の統合失調症の精神病床での入院患者数は3,923人であり、外来患者数（1回以上）は14,533人です⁴。
- 2017（平成29）年6月30日現在では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

² 厚生労働省「患者調査」

³ 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成18年度）

⁴ 厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」（入院患者数、通院患者数とも実患者数）。

(F2)」を主診断とする入院患者数は1,736人です⁵。

(課題)

- 精神疾患では統合失調症患者が最も多く、入院患者の地域移行がなかなか進まないという課題があります。
- 統合失調症は自殺に結びついており、全国値では自殺の原因が特定できた者のうち6.4%が統合失調症を原因としています⁶。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(2) うつ病・躁うつ病

全国の患者動向

- 2014(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112万人(うち入院患者数29万人)であり、1999(平成11)年の総患者数の44万人(うち入院患者数25万人)から増加しています¹。

本県の状況

(現状)

- 2014(平成26)年のうつ病・躁うつ病の総患者数は0.6万人であり、1999(平成11)年の総患者数の0.4万人から増加しています²。
- 2014(平成26)年度のうつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数は2,016人となっています⁴。
- 2017(平成29)年6月30日現在で、「躁病エピソード・双極性感情障害[躁うつ病](F30-31)」、「その他の気分障害(F32-39)」を主診断とする入院患者数は273人です⁵。
- うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、膵疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、双極性障害、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要があります⁷。アルコール依存症との併存や身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要です。うつ病の診断には、この鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがあります。治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われています。
- 厚生センターにおける相談対応や、うつ病家族教室の開催等の対策を実施しています。

(課題)

- 一般科医と精神科医との連携について、一般の医療機関に求められることは次のとおりであり、引き続き、更なる連携を進める必要があります。
 - ・うつ病の可能性について判断できること。
 - ・症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる専門医療機関と連携していること。
 - ・内科等の身体疾患を担当する医師等(救命救急医、産業医を含む。)と精神科医との連携

⁵ 平成29年度「精神保健福祉資料」(630調査)暫定値

⁶ 警察庁「自殺白書」

⁷ 「よくわかる うつ病の全て-早期発見から治療まで-」(編集 鹿島晴雄、宮岡等)永井書店

会議等（GP連携事業等）へ参画すること。

- ・うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加していること。
- うつ病の診療を担当する精神科医療機関において求められることは、次のとおりです。
 - ・うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること。
 - ・うつ病と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。
 - ・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適切な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。
 - ・患者の状態に応じて、生活習慣などの環境の調整等に関する助言ができること。
 - ・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）。
 - ・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の支援を提供すること。
- うつ病は自殺に結びついており、全国値では、自殺の原因が特定できた者のうち 27.6% がうつ病を原因としています⁶。
- 核家族化、地域とのつながりの希薄化、晩婚化・晩産化などに伴い、妊娠・出産・子育てに係る妊産婦等の不安の増加や家族・近隣・社会から適切な支援を受けられずに孤立することによって、産後うつ等に陥る場合があります。妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行うための母子保健体制の強化を図ることが重要です。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(3) 認知症

全国の患者動向

- 我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づく推計では、2012（平成 24）年で 462 万人と 65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されています。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備軍とも言われています。また、高齢化の進展に伴い 2025 年には、約 700 万人と約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれています。なお、2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 67.8 万人であり、うち入院患者数は 7.7 万人です。このうち、精神病床における 1 年以上の長期入院患者数は 3.0 万人です¹。

本県の状況

（現状）

- 65 歳以上の高齢者における認知症の有病率は 15.7%（高齢者の 6 人に 1 人）であり、約 4.9 万人の方が認知症と推計されています⁸。また、2025 年には約 6.7 万人（有病率 20.1%）、

⁸ 平成 26 年度富山県認知症高齢者実態調査

2035年には約8.7万人(有病率27.4%)に増加する可能性がある」と推計されています⁹。

- 2014(平成26)年度における認知症の精神病床での入院患者数は1,314人です⁴。
- 認知症疾患医療センターは2017(平成29)年10月に高岡医療圏に1か所指定し、県内4医療圏すべてに設置しています。
- 徘徊見守りSOSネットワーク体制は12市町村で整備されています。(2017(平成29)年6月現在)
- 認知症初期集中支援チーム¹⁰は11市町で設置されています。(2017(平成29)年12月現在)
- 2016(平成28)年度末までに、全市町村において認知症地域支援推進員¹¹の配置と、認知症ケアパスが作成されています。
- 2016(平成28)年度末のかかりつけ医認知症対応向上研修会終了者は304名で、認知症サポート医養成研修終了者は76名です。
- 医師、病院職員、介護職員のほか、2017(平成29)年度から歯科医師、薬剤師、看護師の認知症対応力向上研修に取り組んでいます。
- 2016(平成28)年7月に富山県若年性認知症相談・支援センターを開設し、2017(平成29)年10月までに実84人、延383回の相談がありました。
- 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し理解し合う「認知症カフェ」は県内全市町村で54か所開設しています。(2017(平成29)年12月現在)
- 認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする認知症サポーター数は2017(平成29)年12月現在、106,494人であり、2014(平成26)年3月現在の54,552人の約2倍に増加しています。

(課題)

- 認知症発症予防のため生活習慣病予防と、社会参加の促進が重要です。
- 住民および関係者が認知症の理解を深め、早期診断、早期対応を進めることが必要です。
- 医療圏域毎に設置した認知症疾患医療センターは、関係機関と連携しながら詳細な診断や急性期治療、専門医療相談、研修会の実施など、地域における認知症疾患の保健医療水準向上の役割を果たすことが必要です。
- 徘徊等により行方不明になった場合は、市町村をまたぐことがあることから、広域的な連携体制を整備していくことが必要です。
- 認知症初期集中支援チーム¹⁰は市町村によって活動状況が異なることから普及啓発や活動の活性化が必要です。
- 認知症地域支援推進員¹¹は市町村において平成29年12月現在、77名配置されていますが活動実績にはばらつきがあります。
- 認知症ケアパスを活用した切れ目のないサービスが提供されるよう支援することが必要です。

⁹ 平成26年富山県認知症高齢者実態調査結果を富山大学分析

¹⁰ 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援など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

¹¹ 認知症の人が出来る限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う。

- 富山県若年性認知症相談・支援センターの相談は、症状や病院の問い合わせ、介護方法、社会資源、就労、経済面など多岐にわたっています。
- 若年性認知症の人が初期の段階からその状態に応じた適切なサービス（居場所含）が利用できるよう支援する必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（４）児童・思春期精神疾患

全国の患者動向

- 2014（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数は 27.0 万人であり、1999（平成 11）年の 11.7 万人から増加傾向にあります²。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年度の、20 歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数は 71 人です⁴。

（課題）

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（５）発達障害

全国の患者動向

- 2014（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（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89、F90-F98）の総患者数は 19.5 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 2.8 万人から増加しています¹。

本県の状況

（現状）

- 発達障害に関する支援ニーズが高まる中、医療機関を含めた関係機関による会議を定期的に開催し、体制の整備等について検討しています。
- 国立精神・神経医療研究センターにおける発達障害に関する研修を受講する県内医師を支援しています。
- 発達障害に関する医療的支援を実施可能な医療機関を県ホームページで公表しています。

（課題）

- 改正発達障害者支援法の施行を踏まえ、関係機関による情報の共有や緊密な連携、体制の整備等についてさらに取り組んでいく必要があります。
- 発達障害者に身近なかかりつけ医等において、発達障害の早期発見や専門医と連携した支援等を図っていく必要があります。

（６）依存症

①アルコール依存症

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.9 万人

であり、1999（平成 11）年の総患者数の 3.7 万人から増加しています。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無に関わらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年度の、アルコール依存症の精神病床での入院患者数は 180 人です⁴。
- 心の健康センターにおける相談対応、研修会及び家族教室の開催等に取り組んでいます。
- 国において、アルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）が施行され、この法律において、都道府県にはアルコール健康障害対策推進計画の策定の努力義務が規定されました。
- 2016（平成 28）年 5 月には「アルコール健康障害対策推進基本計画」が閣議決定され、本計画の数値目標として、全ての都道府県において、アルコール健康障害に対する地域の相談拠点と、アルコール依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を、それぞれ 1 箇所以上定めることが目標とされました。本県では、2017（平成 29）年度にアルコール健康障害対策基本法に基づく「富山県アルコール健康障害対策推進計画」を策定し、また、相談拠点の設置及び専門医療機関の選定を目指しています。
- アルコール依存症を含むアルコール関連問題について、節度ある適切な飲酒を呼びかけ、アルコール関連問題に対する県民の理解を促進するため、関係団体と連携した普及啓発に取り組んでいます。
- 厚生センターにおける相談対応やアルコール家族教室等の開催などの対策を実施しています。

（課題）

- 2017（平成 29）年度に策定した「富山県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、地域における相談拠点とアルコール依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を定め、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制を整備していく必要があります。
- アルコール依存症は、飲酒をしていれば、誰でもなる可能性のある疾患ですが、誤解や偏見が存在しており、本人や家族にアルコール依存症を否認させ、医療や就労支援の場でも障壁となっています。飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防することが必要です。
- アルコール依存症を含むアルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる一般医療機関と、精神科医療機関との連携を強化する必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

②薬物依存症

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は 0.3 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 0.1 万人から増加しています²。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成 26）年度の薬物依存症の精神病床での入院患者数は 10 人です⁴。
- 心の健康センターにおける相談対応、研修会及び家族教室の開催等に取り組んでいます。

(課題)

- 本人や家族がどこに相談をすればよいか分からず、適切な相談や治療が受けられない場合があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

③ギャンブル等依存症

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症者の総患者数は 500 人未満です（2017（平成 29）年 10 月現在、国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究（平成 28～30 年度）により、ギャンブル等依存症者に関する実態把握が進められています）¹。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成 26 年）年度のギャンブル等依存症による精神病床での入院患者数は 9 人以下です（患者数が少ないため、統計上、特定数の表示がされていない）⁴。
- 心の健康センターにおける相談対応、研修会及び家族教室の開催等に取り組んでいます。

(課題)

- 本人や家族がどこに相談をすればよいか分からず、適切な相談や治療が受けられない場合があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

全国の患者動向

- 2014（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 0.3 万人であり、1999（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²。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成 26）年度の PTSD による精神病床での入院患者数は 9 人以下です（患者数が少ないため、統計上、特定数の表示がされていない）⁴。

(課題)

- PTSD が日本で注目されるようになったのは、阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件がきっかけですが、実際にはこのような大規模な災害、犯罪だけではなく、交通事故、単独の犯罪被害、DV（家庭内暴力）、虐待などによっても生じます¹²。

¹² 厚生労働省「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト」

- 犯罪被害者等は、身体への被害を受けた場合も精神的被害がみられるほか、身体的被害がない場合でも、精神的被害を受けている方もいる状況にあります。精神的ショックから重度のPTSDを発症する場合があります、心身に受けた影響から早期に回復できるよう、関係機関との連携を密にし、被害直後から充実した保健医療、福祉サービスの提供を図る必要があります。
- PTSDを発症した人の半数以上がうつ病、不安障害などを合併しています。また、人によってはアルコールの問題や摂食障害を合併することもあります¹²。PTSDに注目し、治療を受けることで、こうした多くの精神疾患を治療、あるいは予防していく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、PTSDに対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(8) 高次脳機能障害

全国の患者動向

- 2001（平成13）～2005（平成17）年度に行われた高次脳機能障害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かかわらず、高次脳機能障害は、全国に27万人いると推計されています¹。

本県の状況

(現状)

- 2007（平成19）年1月に支援拠点として、富山県高次脳機能障害支援センターを開設し、専門的な相談や支援計画に基づく生活・就労訓練等のコーディネーターや関係機関、自治体職員に対する研修、県民への啓発普及を行っています。相談件数は、2007（平成19）年度が延べ252件でしたが、2016（平成28）年度には1,015件と大幅に増加しています。

(課題)

- 県民の理解を深め、早期診断、早期支援につなげる必要があります。
- 各種検査、診断に加え、就学（復学）、就労（復職）支援のほか、当事者のみならず家族への支援を充実する必要があります。

(9) 摂食障害

全国の患者動向

- 2014（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1.0万人であり、1999（平成11）年の総患者数の1.1万人から横ばいとなっています。厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、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人いると推計されています¹。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成26）年度の、摂食障害の精神病床での入院患者数は73人です⁴。

(課題)

- 適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関は多くありません。また、摂食障害の特性として、極度の脱水症状等の身体合併症があり、生命の

危険を伴う場合もあることから、摂食障害の患者に対して身体合併症の治療や、栄養管理等を行う必要があります¹³。

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(10) てんかん

全国の患者動向

- 2014（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、1999（平成 11）年の総患者数の 23.5 万人から増加しています。厚生労働省科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は 1,000 人あたり 7.71 人いると推計されています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年のてんかんの総患者数は 0.2 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 0.3 万人とほぼ横ばいです²。
- 2014（平成 26）年度の、てんかんの精神病床での入院患者数は 946 人です⁴。

（課題）

- てんかん患者は、適切な診療、手術や服薬等の治療によって症状を抑えることができる、又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活することができる場合も多いことから、てんかん患者が適切な服薬等を行うことができるよう、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進する必要があります¹³。
- てんかん患者にとって、どの医療機関を受診すればよいか分からないことが課題となっています。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(11) 精神科救急

全国の状況

- 国の「精神科救急医療体制整備事業」報告に基づく 2015（平成 27）年度の夜間・休日の受診件数は約 4.5 万人、入院件数は約 2 万件となっており、2010（平成 22）年度の約 3.6 万件、約 1.5 万件と比較して増加傾向にあります。
- 消防庁の調査では、2015（平成 27）年中の疾病分類別平均所要時間（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、更に精神疾患を主な理由として搬送された疾病者の平均は 43.1 分と、長い時間がかかりました¹。

本県の状況

（現状）

¹³ 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）

- 精神保健福祉法において、都道府県は精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるよう、精神科救急医療体制の整備を図るよう努める必要があるとされており、本県では精神障害者及びその家族等からの緊急的な精神医療相談に適切に対応するため、精神科救急情報センターを設置するとともに、県内の各精神科病院の協力のもと、輪番制により入院及び受診に対応しています。
- 「精神科救急医療体制整備事業」における本県の 2016（平成 28）年度の相談件数は 3,588 件であり、うち受診・入院件数は 160 件でした。

（課題）

- 精神障害者の場合、地域生活へと移行した後においても、突発的に医療が必要となる事態が想定されることから、精神障害者が地域において生活を営む上で、精神科救急が適切に提供されることが重要です¹⁴。
- 本県の精神科救急医療体制については、2015（平成 27）年 10 月の見直しにより、従前の東西 2 圏域での体制を全県 1 圏域として運営しており、当番病院が遠隔地となることもあります。精神科救急参画医療機関等で構成する検討会議で、精神科救急に関する諸課題について継続的に検討を行っていますが、制度の維持と更なる円滑な運営を図っていくことが重要です。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（12）身体合併症

全国の状況

- 精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されています。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を必要とする報告があります。2015（平成 27）年度の消防庁の調査では、2014（平成 26）年中の救急出動件数において、入電から帰署までに 2 時間以上を要した事案のうち、「精神疾患を背景に有する患者」が 12,015 件であり、「在宅独居・施設入所の高齢者」の 13,007 件に次いで、搬送時間を延伸する要因となっています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年度の精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数は 374 人です⁴。

（課題）

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（13）自殺対策

¹⁴ 精神保健福祉法詳解（中央法規）

全国の状況

- 警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は、1998（平成 10）年以降、14 年連続して 3 万人を超える状態が続いていましたが、2012（平成 24）年に 15 年ぶりに 3 万人を下回り、2016（平成 28）年には 21,897 人と、5 年連続で 3 万人を下回っています。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にあり、特に、年代別の死因順位をみると、15～34 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺となっています¹。
- 国において、自殺対策基本法の一部を改正する法律（以下、「改正自殺対策基本法」という。）が 2016（平成 28）年 4 月に施行され、都道府県及び市町村は、地域の実情に応じた自殺対策計画を定めることが規定されました。
- 2017（平成 29）年 7 月に国の「自殺総合対策大綱」が改定され、子ども・若者の自殺対策や、勤務問題による自殺対策の推進等が重点施策に新たに盛り込まれています。

本県の状況

（現状）

- 本県の自殺者数は 1998（平成 10）年に急増し、2003（平成 15）年のピーク時には 356 人となりましたが、近年は減少傾向にあります。直近の 2016（平成 28）年では 186 人であり、1989（平成元）年以降では最も少ない数となっています。一方、本県の自殺死亡率（人口 10 万人あたりの自殺死亡者数）は全国平均より高い状態が続いており、2016（平成 28）年は 17.7 であり、全国平均 16.8 よりも高くなっています¹⁵。自殺の原因・動機では「健康問題」が 53%と最も高い割合となっています⁶。
- 県内において自ら命を断たれる方をできる限り少なくすることを目指し、2009（平成 21）年 6 月に「富山県自殺対策アクションプラン」を制定し、普及啓発、相談支援体制の充実・強化、高リスク者対策などに取り組んでいます。なお、アクションプランでは、2016（平成 28）年までに、2005（平成 17）年の自殺死亡率である 30.7 よりも 20%以上の減少（24.5 以下）を目指すとの目標値を設定し、この目標を達成しました。
- 改正自殺対策基本法に基づく富山県自殺対策計画の策定を進めています。また、市町村の自殺対策計画の策定等を支援します。

（課題）

- 本県の自殺者数は減少傾向にありますが、自殺死亡率は全国平均より高い状態が続いており、更なる自殺対策の推進が求められます。
- 新たな県自殺対策計画に基づき、自殺対策を更に推進していく必要があります。また、市町村の自殺対策計画の策定等を支援していく必要があります。
- 2017（平成 29）年 7 月、国において「自殺総合対策大綱」が改定されました。地域レベルの実践的な取組への支援の強化、子ども・若者の自殺対策の推進、勤務問題による自殺対策の推進など、新たな重点施策が定められており、本県の実情を踏まえた対応が求められます。

（14）災害精神医療

¹⁵ 厚生労働省「人口動態統計」

全国の状況

- 2017（平成 29）年 3 月時点で、全国 29 府県において災害派遣精神医療チーム（D P A T）先遣隊が整備されています¹。

本県の状況

（現状）

- 本県では 1 病院において、D P A T 先遣隊が整備されています。

（課題）

- 平時において D P A T の研修を継続し、災害発生時に迅速な対応ができるよう体制整備をしておく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(15) 医療観察法における対象者への医療

全国の状況

- 2005（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（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）の施行から 2015（平成 27）年 12 月までの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 件となっています。2017（平成 29）年 1 月 1 日時点における入院患者数は 729 名であり、その疾病別内訳は統合失調症（F2）が約 82.9%、次いで気分障害（F3）が約 7.4%です¹。

本県の状況

（現状）

- 2017（平成 29）年 11 月 1 日現在、本県における医療観察法の指定入院医療機関である精神科病院は 1 病院、指定通院医療機関である精神科病院は 6 病院となっています。

（課題）

- 医療観察法の指定通院医療機関となる精神科病院は 6 病院ですが、指定通院医療機関の所在地に偏りがあり、通院患者が継続的に通院するうえでは課題があります。

第3 圏域の設定

精神疾患における圏域は、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域とします。

- 本計画では、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担・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、各医療機関の医療機能を明確化します。
- 医療法に基づく医療機能情報をもとにすれば、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域については、圏域によって医療機関数に偏りは見られるものの、各圏域で、多様な精神疾患等についてその医療を提供できる体制にあります。
- これまでも様々な会議等の開催による連携体制の構築、関係者の理解促進・協力を図っていますが、これらは厚生センターの所管区域など2次医療圏の範囲内で行うことが多いことから、精神医療圏についても、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域とすることが、地域の連携の推進には望ましいと考えられます。
- 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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めることが重要です。2018（平成30）年度から開始する障害福祉計画においては、障害福祉圏域ごと及び市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置することが成果目標とされていることから、障害保健福祉圏域と合わせ、精神医療圏も4圏域とすることにより、保健・医療と福祉分野との連携が図りやすくなると考えられます。

第4 医療機能の明確化

- 本計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担・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、各医療機関の医療機能の明確化を行います。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」を基本としつつ、本県の実情を踏まえ、以下の疾患等について、医療機能の明確化を行います。

<対象とする疾患等>

- (1) 統合失調症
 - (2) うつ病・躁うつ病
 - (3) 認知症
 - (4) 児童・思春期精神疾患
 - (5) 発達障害
 - (6) 依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症）
 - (7) 外傷後ストレス障害（PTSD）
 - (8) 高次脳機能障害
 - (9) 摂食障害
 - (10) てんかん
 - (11) 精神科救急
 - (12) 身体合併症
 - (13) 災害精神医療
 - (14) 医療観察法における対象者への医療
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」では上記のほか、自殺対策も挙げられていますが、自殺対策は医療機能の明確化からは除きます。自殺対策については、自殺の背景には精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立など様々な社会的要因があるとされており、県自殺対策計画で対応します。
 - 医療機能の明確化にあたり、上記の疾患等に対応した医療機関の名称を明らかにします。対象とする医療機関は、精神保健福祉資料（630 調査）の対象機関のうち訪問看護ステーションを除いた、精神科・心療内科を標榜している病院、診療所及び、精神科、心療内科を持たない公立病院、公的病院等とします。

医療機能の明確化の基準

- 医療機能の明確化にあたり、多様な精神疾患等ごとに、各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）を設定する必要があります。「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」を基本とし、都道府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3分類について、その基準を設定します。

(1) 都道府県連携拠点機能

目 標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること。

- ・ ICFの基本的考え方¹⁶を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- ・ 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。
- ・ 医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・ 情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・ 人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・ 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと。

医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・ 精神科医、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によるチームによる支援体制を作るよう努めること。
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で、必要な支援を提供するよう努めること。
- ・ 県全域や地域の連携を深めるための会議等への参加や運営支援に努めること。
- ・ 積極的な情報発信に努めること。
- ・ 特定の疾患について、県全域の医療機関の状況を概ね把握しており、患者の状況に応じて適切な医療機関へつなぐことができること。
- ・ 多職種や専門職に対する研修の企画・実施、研修への参加や運営支援に努めること。

（２）地域連携拠点機能

目 標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること。
- ・ ICFの基本的考え方¹⁶を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- ・ 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。
- ・ 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・ 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・ 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・ 地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと。

医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・ 精神科医、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によるチームによる支援体制を作るよう努めること。

¹⁶ ICF（国際生活機能分類 WHO2001年：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より。

- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること。
- ・地域の連携を深めるための会議等への参加や運営支援に努めること。
- ・積極的な情報発信に努めること。
- ・特定の疾患について、地域の医療機関の状況を概ね把握しており、患者の状況に応じて適切な医療機関へつなぐことができること。
- ・多職種による研修の企画・実施、研修への参加や運営支援に努めること。

（３）地域精神科医療提供機能

目 標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること。
- ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力をを行うこと。

医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携するよう努めること。

本県における医療機能の明確化への対応

- 上記を踏まえた、多様な精神疾患等についての医療機能の明確化は別冊のとおりです。
- なお、疾患等によっては、地域精神科医療提供機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、都道府県連携拠点機能を担う医療機関を設定しないものもあります。

第5 精神疾患の医療提供体制の主な施策

(1) こころの健康づくりの推進

- 県民一人ひとりがこころの健康の大切さを認識し、こころの健康づくりに取り組むとともに、心の不調に気付いたときに早期に相談や受診できるよう、こころの健康に関する正しい知識の普及啓発を行います。
- 心の健康センターや厚生センターにおける相談体制等の充実によるこころの健康づくりを推進します。
- 精神障害者の生活実態やニーズを踏まえた、こころの健康づくりに資する施策を推進します。
- ひきこもり地域支援センター等において、本人や家族への相談支援を行うとともに、医療、保健、福祉、教育、就労等の関係機関とのネットワークの構築を推進し、連携してひきこもり支援に取り組みます。

(2) 精神障害者の地域移行の推進

- 病院の専門職が、退院支援委員会等を通じた地域支援関係者との連携強化や患者及び家族への情報提供の充実等を通して、精神科病院に長期入院している精神障害者の地域生活への移行や、新規入院患者の早期退院を推進できるよう支援します。
- 入院患者が高齢化していることから、保健、医療、福祉と高齢介護分野との連携を推進しながら、地域生活へ移行できるよう支援します。
- 精神障害者が地域生活に移行できるよう、保健・医療・福祉の専門職のほか、メンタルヘルスサポーター、ピア・フレンズ等地域生活を支援する人材の養成を行うとともに、地域における受入れ基盤の拡充を促進します。
- 精神障害者の地域移行のための普及啓発を図るとともに、精神障害者家族の交流や相談のための事業を推進します。
- 多職種（医師、看護師、保健師、相談支援専門員、ピアなど）チームによる訪問支援により必要な精神医療・福祉サービスにつなげ、精神障害者本人や家族が安心して地域生活が継続できるような支援体制を整備するよう努めます。
- 症状が悪化した場合や緊急対応が必要な場合に、安心して相談や医療が受けられるよう、引き続き精神科救急医療体制の円滑な運用に努めます。
- 本計画において医療機能の明確化を図ることで、医療機関相互の連携を促進し、患者に適切な医療を提供することができるよう努めます。

(3) 多様な疾患等への対応

うつ病・躁うつ病

- うつ病等の精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、厚生センターにおいて、一般医と精神科医との連携（GP連携）会議等を開催し、協議・交流を促進するとともに、医療資源等の状況も踏まえ、各地区の実情に合った紹介システムの充実を図ります。
- 一般医に対するうつ病診察の知識・技術や精神科医との連携に関する研修を実施するなど、一般医等のうつ病等の精神疾患の診断技術等の向上を図ります。

- うつ病に対する知識の普及啓発や、うつ病の診断、治療ができる医療機関の紹介を行います。
- 厚生センターにおける相談対応やうつ病家族教室の開催等の対策を継続します。
- 周産期保健医療地域連携ネットワーク会議の開催、研修会・事例検討会・連絡会の開催や相談支援の実施等により、産後うつの対策を推進します。

認知症

厚生労働省が策定した認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に沿った取組みを進めます。

- 認知症への理解を深めるための普及・啓発を推進します。
 - ・認知症サポーターの養成研修、街頭啓発活動等の実施等
- 認知症発症予防を推進します。
 - ・生活習慣病予防対策の充実（STOP!糖尿病、生活習慣改善健康合宿の実施等）
 - ・エイジレス社会づくりへの取組みの推進（老人クラブへの支援、地域社会の「担い手」となる高齢者の養成等）等
- 早期診断・早期対応のための体制を整備します。
 - ・認知症疾患医療センターにおける速やかな鑑別診断、専門医療相談等の実施を支援
 - ・関係職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、病院勤務従事者など）の認知症対応力向上研修の開催
 - ・認知症初期集中支援チームの体制整備への支援や資質向上に向けた研修の実施
- 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進します。
 - ・多機関の連携による広域見守り体制の整備
 - ・認知症地域支援推進員活動の活性化に向けた、好事例紹介や情報交換等の推進
- 若年性認知症への対応を強化します。
 - ・富山県若年性認知症相談・支援センターでの相談対応による本人・家族の支援
 - ・市町村・関係機関との連携強化による適切な支援の推進
 - ・若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくりの設置
 - ・若年性認知症の人への就労や社会参加につながる仕事の場づくりの推進
 - ・職場等における就業上の対応や、治療と仕事の両立への取組みを促進

発達障害

- 改正発達障害者支援法に基づき設置した県発達障害者支援地域協議会における関係機関との協議等を通じて、体制のさらなる整備等を図ります。
- 県医師会と連携して研修を開催するなど、発達障害者に身近なかかりつけ医等の発達障害への対応力の向上を図ります。

依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症）

- 依存症について、気軽に相談することができる相談拠点を設置し、関係機関との連携拠点として早期に適切な機関や、必要な支援につなぐことができるよう体制を整備します。
- アルコール依存症については、2017（平成 29）年度に、アルコール健康障害対策基本法に基づく富山県アルコール健康障害対策推進計画の策定を進めており、この計画に基づき、総合的に対策を推進します。
- アルコール依存症を含めたアルコール関連問題について、地域における相談拠点とアル

コール依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を定め、アルコール関連問題への対策を推進します。また、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及啓発を図ります。

- 心の健康センターにおける相談対応、研修会、家族教室の開催、依存症回復プログラムの実施や、依存症対策に取り組む民間団体の活動支援を通して、依存症（アルコール、薬物、ギャンブル）対策を推進します。
- アルコール依存症を含むアルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる一般医療機関と、精神科医療機関や民間団体等との連携を強化します。

高次脳機能障害

- 普及啓発のための研修会、講習会の開催や、相談支援体制の充実・強化を図ります。
- 早期診断、早期支援につなげるとともに、就学（復学）、就労（復職）及び家族支援を包括的に行うため、医療・福祉・教育等、関係機関の連携を強化していきます。

精神科救急

- 本県の精神科救急医療体制については、2015（平成27）年10月の体制見直しにより、それまでの東西2圏域での体制を全県1圏域に見直して運営していますが、救急搬送先が遠方となり、受診までに時間を要する場合がある等の課題に対し、精神科救急参画医療機関等で構成する検討会議で検討を行うなど、精神科救急情報センターの円滑な運営を図ります。
- 24時間365日の相談体制の維持に努めます。

自殺対策

- 2017（平成29）年度に新たに策定する「富山県自殺対策計画（仮称）」に基づき、自殺対策を更に推進します。
- 市町村の自殺対策計画策定に関する支援などに取組み、地域における自殺対策を推進します。また、民間団体の自殺対策の取組みを支援します。
- 働き盛りの若年層や高齢者の自殺対策に重点的に取り組めます。

医療観察法における対象者への医療

- 医療観察法に対する関係者の理解を更に推進するため、関係機関と連携し、研修会の開催等を支援します。
- 関係機関と連携し、指定通院医療機関が増えるよう、働きかけを進めます。

【数値目標】

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」において数値目標が示されており、この達成を目指します。

目標項目	数値目標	目標時期	富山県	関連する計画
① 精神病床における急性期(3ヶ月未満)入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(548人) 534人 513人	
② 精神病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(439人) 451人 442人	
③ 精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(1,966人) 1,565人 1,082人	障害福祉計画
④ 精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(1,059人) 902人 636人	障害福祉計画
⑤ 精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(906人) 663人 446人	障害福祉計画
⑥ 精神病床における入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(2,953人) 2,550人 2,037人	
⑦ 地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	算定式に基づき算出	2020年度末 2024年度末	373人 828人	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
⑧ 地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	算定式に基づき算出	2020年度末 2024年度末	199人 434人	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
⑨ 地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	算定式に基づき算出	2020年度末 2024年度末	174人 394人	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
⑩ 精神病床における入院後3か月時点の退院率	69%以上を基本とする	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末	(62%) 69%以上	障害福祉計画
⑪ 精神病床における入院後6か月時点の退院率	84%以上を基本とする	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末	(76%) 84%以上	障害福祉計画
⑫ 精神病床における入院後1年時点の退院率	90%以上を基本とする	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末	(83%) 90%以上	障害福祉計画

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」において示された数値目標以外に、以下の目標の達成を目指します。

●こころの健康づくりの推進、精神障害者の地域移行の推進

指標名及び指標の説明	現状	国	2020年 2023年	出典等
ピア・フレンズ派遣登録者数	23名 (2016年度)	—	35名 44名	毎年度3名増を目指す
アウトリーチ事業による支援対象者（累計）	6名 (2015～ 2016年度)	—	14名 20名	毎年度2名増を目指す

●多様な精神疾患等への対応

指標名及び指標の説明	現状	国	2020年 2023年	出典等
【うつ病・躁うつ病】				
G P連携紹介システム構築地区数	5地区 (県全域)	—	5地区 5地区	現行の医療計画の目標値
【認知症】				
認知症サポート医養成研修修了者数（累計）	76人	6千人	120人 150人	厚生労働省資料(2016年度)
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（累計）	304人	5万3千人	430人 520人	厚生労働省資料(2016年度)
認知症疾患医療センター設置数	4か所	419か所	4か所 4か所	厚生労働省資料(2017年10月)
【依存症】				
地域における相談拠点の設置（アルコール、薬物、ギャンブル）	なし (2017年)	—	1か所以上 1か所以上	富山県アルコール健康障害対策推進計画
アルコール依存症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指定	なし (2017年)	—	1か所以上 1か所以上	同上
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	男性：16.1% 女性：2.9% (2016年)	男性：14.6% 女性：9.1% (2016年)	男性：13.0% 女性：減少 (2022年)	同上

未成年者の飲酒をなくす	高校3年生 男性：15.0% 女性：12.6% (2011年)	高校3年生 男性：14.4% 女性：15.3% (2012年)	0% (2022年)	富山県アルコール健康障害 対策推進計画
妊娠中の飲酒をなくす	1.6% (2016年)	1.6% (2015年)	0% (2022年)	同上
【自殺対策】				
自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺者数)	17.7人 (2016年)	16.8人 (2016年)	14.4人 (2026年)	厚生労働省「人口動態統計」 ※国の自殺総合対策大綱における目標設定に準じ、「2015年：20.5」と比べて30%以上の減少を目指す。
【災害精神医療】				
県内でのDPAT研修の開催回数(累計)	3回 (2015～ 2016年度)	—	毎年度1回開催 7回(2020年度) 10回(2023年度)	

表5 精神疾患の現状(15疾患等)

疾患ごとの診療実績

疾患区分	項目	SP	2014年度
統合失調症	統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	30
	統合失調症を外来診療している医療機関数	S	53
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	S	4
	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数	S	0-2
	統合失調症の精神病床での入院患者数 …(A)	P	3,923
	統合失調症外来患者数(1回以上) …(B)	P	14,533
	統合失調症外来患者数(継続)	P	13,574
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床) …(C)	P	13
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(1回以上) …(D)	P	0-9
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数(継続)	P	0-9
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(C+D)/(A+B)	P	0.10%	
うつ・躁うつ病	うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	30
	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	S	55
	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数	S	5
	認知行動療法を外来で実施した医療機関数	S	0-2
	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数	P	2,016
	うつ・躁うつ病外来患者数(1回以上)	P	21,787
	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)	P	19,811
	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数	P	30
	認知行動療法を外来で実施した患者数(1回以上)	P	45
	認知行動療法を外来で実施した患者数(継続)	P	32
認知症	認知症を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	30
	認知症を外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	S	51
	認知症を外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	S	491
	認知症疾患医療センターの指定数	S	
	認知症サポート医養成研修修了者数	S	
	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	S	
	認知症の精神病床での入院患者数	P	1,314
	認知症外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)	P	4,834
	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定)	P	3,971
	認知症外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)	P	23,112
認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	P	20,368	
認知症疾患医療センターの鑑別診断数	P		
児童・思春期精神疾患	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	14
	20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	S	50
	知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	4
	知的障害を外来診療している医療機関数	S	21
	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数	S	0-2
	20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数	P	71
	20歳未満の精神疾患外来患者数(1回以上)	P	2,308
	20歳未満の精神疾患外来患者数(継続)	P	1,240
	知的障害の精神病床での入院患者数	P	0-9
	知的障害外来患者数(1回以上)	P	99
	知的障害外来患者数(継続)	P	60
	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数	P	0-9
発達障害	発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	14
	発達障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	S	45
	発達障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	S	190
	発達障害の精神病床での入院患者数	P	54
	発達障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)	P	1,281
	発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)	P	1,088
	発達障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)	P	5,538
発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	P	4,586	
アルコール依存症	アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	24
	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	S	44
	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数	S	0-2
	アルコール依存症の精神病床での入院患者数	P	180
	アルコール依存症外来患者数(1回以上)	P	717
	アルコール依存症外来患者数(継続)	P	585
重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数	P	25	
薬物依存症	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	7
	薬物依存症を外来診療している医療機関数	S	22
	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数	S	
	薬物依存症の精神病床での入院患者数	P	10
	薬物依存症外来患者数(1回以上)	P	55
	薬物依存症外来患者数(継続)	P	42
依存症集団療法を受けた外来患者数	P		

疾患区分	項目	SP	2014年度
ギャンブル等依存症	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	0-2
	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	S	3
	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数	P	0-9
	ギャンブル等依存症外来患者数(1回以上)	P	0-9
	ギャンブル等依存症外来患者数(継続)	P	0-9
PTSD	PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数	S	0-2
	PTSDを外来診療している医療機関数	S	14
	PTSDの精神病床での入院患者数	P	0-9
	PTSD外来患者数(1回以上)	P	46
	PTSD外来患者数(継続)	P	36
高次脳機能障害	高次脳機能障害支援拠点機関数	S	
摂食障害	摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	S	18
	摂食障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	S	40
	摂食障害を外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	S	160
	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数	S	0-2
	摂食障害の精神病床での入院患者数	P	73
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)	P	349
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)	P	292
	摂食障害外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)	P	1,879
	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	P	1,427
	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	P	0-9
てんかん	てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数	S	30
	てんかんを外来診療している医療機関数(精神療法に限定)	S	52
	てんかんを外来診療している医療機関数(精神療法に限定しない)	S	430
	てんかんの精神病床での入院患者数	P	946
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定)	P	3,918
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定)	P	3,559
	てんかん外来患者数(1回以上)(精神療法に限定しない)	P	17,092
	てんかん外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	P	15,200
精神科救急	深夜・休日に精神科入院した病院数	S	
	深夜・休日に精神科入院した患者数	P	
	精神疾患の救急車平均搬送時間	P	
身体合併症	身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数 (精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	S	17
	精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数 (精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	S	6
	精神科リエゾンチームを持つ病院数	S	0-2
	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数 (精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	P	374
	体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数 (精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	P	43
精神科リエゾンチームを算定された患者数	P	0-9	
自殺対策	救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数	S	0-2
	救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数	S	
	救命救急入院で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数	P	0-9
	救急患者精神科継続支援を受けた患者数	P	
災害精神医療	DPAT先遣隊登録医療機関数	S	
医療観察法	指定通院医療機関数	S	

アウトカム指標

指標	2014年度
精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	62%
精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	76%
精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	83%
精神病床における新規入院患者の平均在院日数	147
精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率	27%
精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率	31%
精神病床における退院後12ヶ月時点の再入院率	40%
精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率 (1年未満入院患者)	24%
精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率 (1年未満入院患者)	28%
精神病床における退院後12ヶ月時点の再入院率(1年未満入院患者)	38%
精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率 (1年以上入院患者)	37%
精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率 (1年以上入院患者)	38%
精神病床における退院後12ヶ月時点の再入院率(1年以上入院患者)	44%
精神病床における急性期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	237
精神病床における急性期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	251
精神病床における回復期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	267
精神病床における回復期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	164
精神病床における慢性期入院患者数(65歳以上)-施設所在地	1,140
精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満)-施設所在地	872
精神病床における急性期入院患者数(65歳以上)-患者住所地	
精神病床における急性期入院患者数(65歳未満)-患者住所地	
精神病床における回復期入院患者数(65歳以上)-患者住所地	
精神病床における回復期入院患者数(65歳未満)-患者住所地	
精神病床における慢性期入院患者数(65歳以上)-患者住所地	
精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満)-患者住所地	

S・・・ストラクチャー指標
P・・・プロセス指標
O・・・アウトカム指標