

第5節 | 精神疾患対策

1. 精神科医療の現状

(1) 精神科医療の現状

① 精神疾患の現状

- 精神疾患とは、脳の機能的・器質的障がいによって引き起こされる疾患で、統合失調症や躁うつ病から、認知症、神経症、パニック障害、適応障害といったものまでさまざまな疾患を含みます。
- 精神疾患患者は、平成 26 (2014) 年は、全国で 392.4 万人¹となっており、いわゆる 4 大疾患 (がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病) よりも多い状況となっています。
- うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、薬物依存や摂食障害、発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は多様化しています。
- 一方、精神科病院の入院患者数は減少傾向にあり、特に統合失調症の入院患者数が減少しています。これは新規患者の入院期間が、治療薬の進歩などにより短縮化され、約 90% が 1 年以内に退院していることが一因であると考えられます。しかしながら、在院期間が 1 年を超える長期入院患者は 18 万人を超えており、その多くは入退院を繰り返すことを余儀なくされている傾向がみられます²。

② 県内の精神疾患の状況

【通院患者の状況】

- 本県における自立支援医療 (精神通院医療) *受給者 (各年度の 3 月 31 日現在) は、平成 28 (2016) 年度では 26,972 人で、増加傾向が続いています。全ての疾患において増加がみられますが、なかでも認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害が全体に占める割合は小さいものの、著しく増加しています。

図表5-5-1 三重県における自立支援医療 (精神通院医療) 受給者数の推移

	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度
全体	19,540	20,698	22,148	22,906	23,739	24,563	25,460	26,017	26,972
認知症など (F0 ※)	327	344	417	560	608	660	650	711	743
統合失調症など (F2)	5,629	5,961	6,312	6,411	6,730	7,366	7,525	7,508	7,615
うつ病など (F3)	7,475	8,014	8,528	9,233	9,472	9,905	10,198	10,474	10,870
発達障害など (F8)	424	585	688	803	860	886	1,005	1,064	1,217

※：ICD-10コード

資料：三重県調査

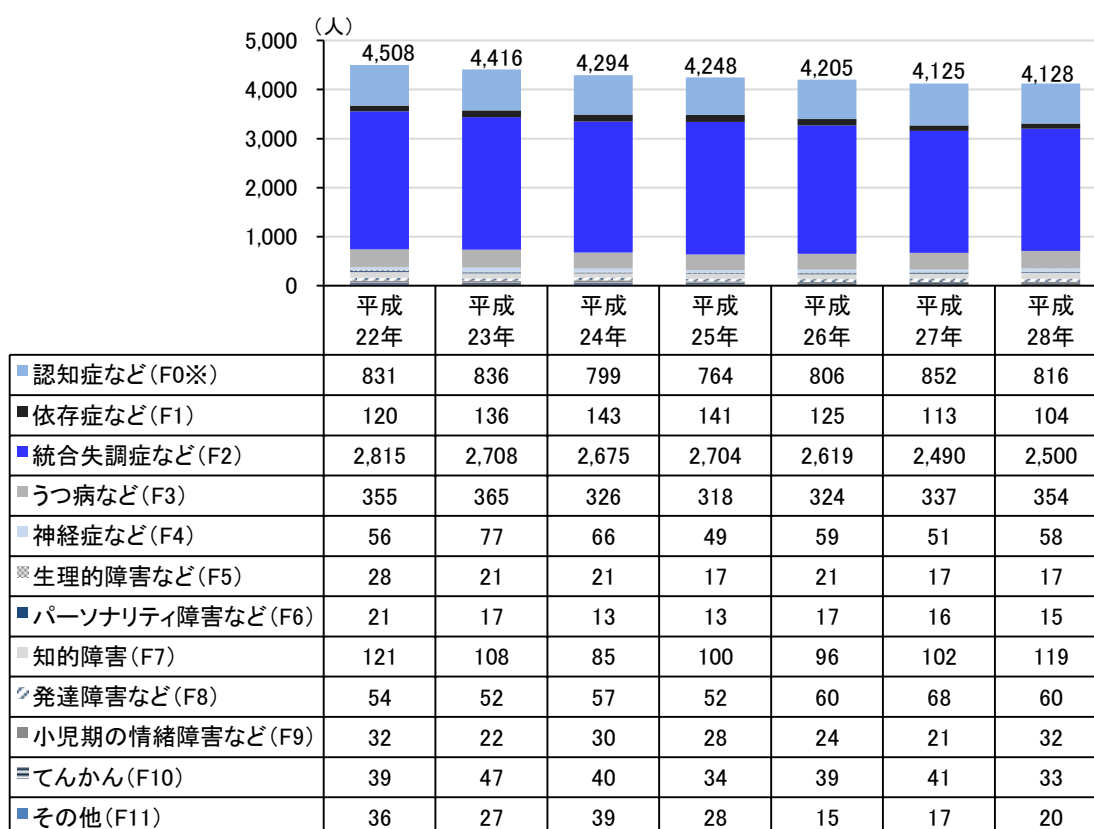
¹ 出典：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

² 出典：厚生労働省精神・障害保健課調べ「平成 27 年 中央医療審議会資料」

【入院患者の状況】

- 本県における精神科病院の入院患者（各年の6月30日現在）は、平成28（2016）年は4,128人となっており、年々減少の傾向がみられます。
- 疾患別では、統合失調症圏*が60.6%と半数以上を占め、次に認知症などの症状性を含む器質性精神障害が19.8%、うつ病などの気分障害が8.6%となっています。統合失調症圏が減少する一方で、認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害は増加傾向にあります。

図表5-5-2 精神科病院入院患者推移(疾患別)

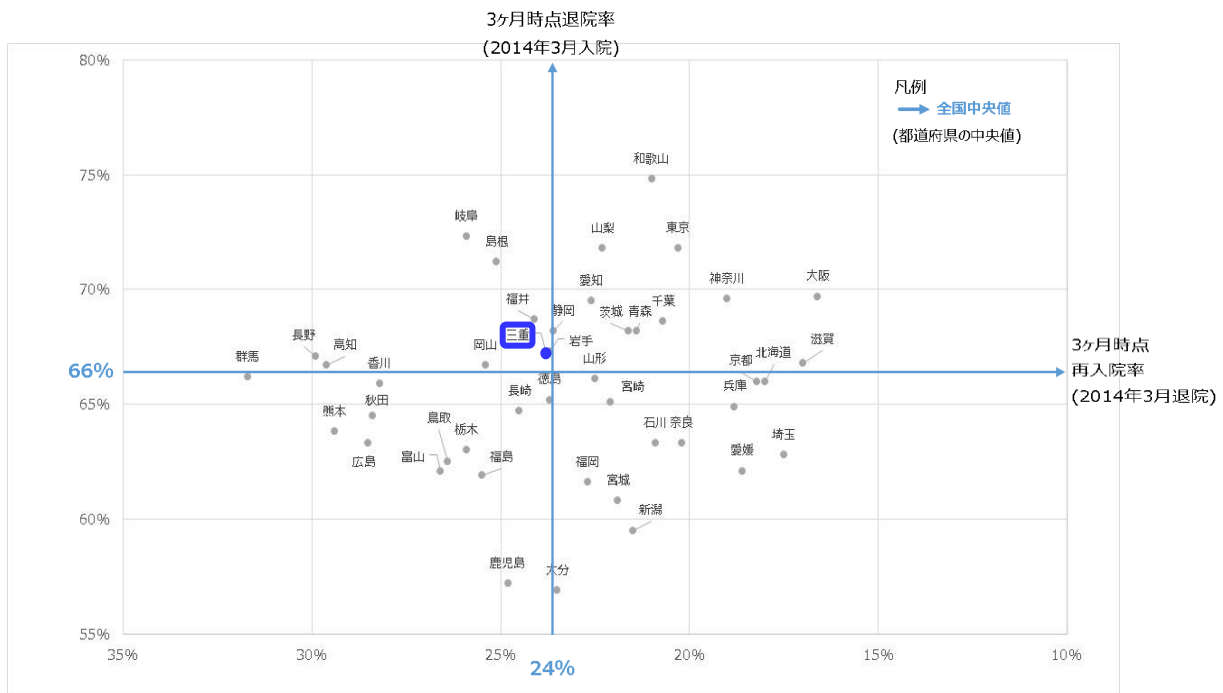


※ ICD-10 コード

資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

- 男女別の年齢構成では、65歳未満の入院患者が47.5%と減少している一方、65歳以上の入院患者は52.5%と増加し、特に75歳以上女性の入院患者は18.2%と増加しています。
- 入院患者の在院期間は、1年未満が33.5%、1年以上5年未満が29.2%、5年以上が37.3%となっており、1年未満の入院患者、5年以上の入院患者に減少傾向がみられます。
- 精神病床における退院率（平成26（2014）年度）は入院後3か月時点67%、6か月時点83%、1年時点89%と全国平均に近い数値となっています。
- また、精神病床における退院後の再入院率（平成26（2014）年度）も、退院後3か月時点24%、6か月時点34%、1年時点45%と、全国平均に近い数値となっています。
- 退院時の状況（平成28（2016）年6月に入院した患者の状況）は、家庭復帰が69.5%、グループホームなどが6.0%、高齢者福祉施設が8.3%、転院等が12.0%、死亡が3.6%となっており、高齢者福祉施設へ移る患者もしくは死亡による退院者の割合が増えています。

図表5-5-3 退院率・再入院率 都道府県比較



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

- 入院形態別（平成 28（2016）年 6 月 30 日現在）では、任意入院*が 2,032 件（49.2%）、医療保護入院*が 2,059 件（50.0%）、措置入院*が 13 件（0.3%）となっており、年々医療保護入院の割合が増加しています³。
- また、平成 28（2016）年度の精神保健福祉法に基づく通報件数は 278 件で、その結果措置入院となった件数は 83 件（緊急措置入院*を含む）で、ともに増加傾向にあります。

(2) 精神科医療提供体制の現状

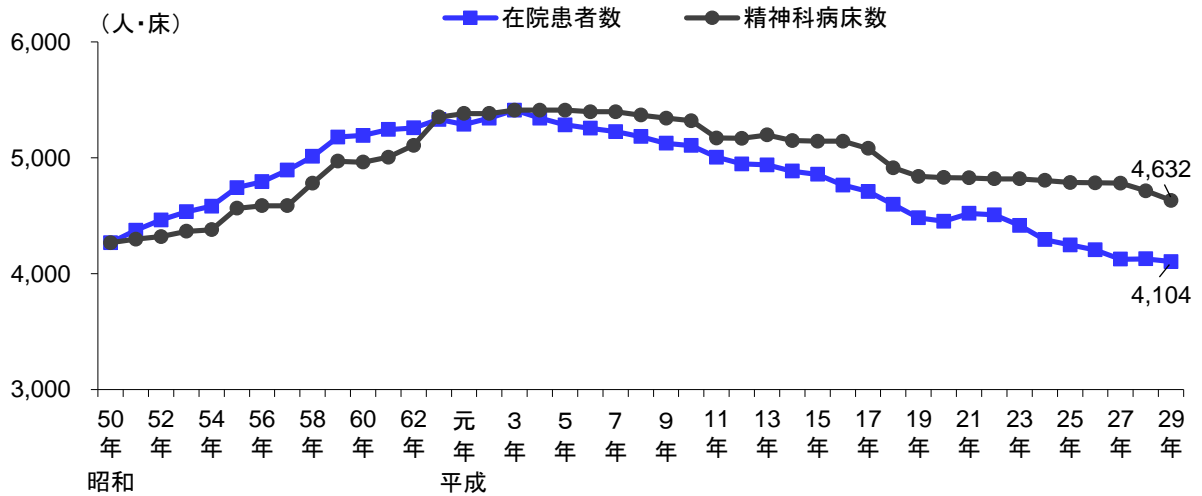
① 県内の精神科病院の状況

- 県内の精神科病院は、北勢医療圏に 8 施設、中勢伊賀医療圏に 6 施設、南勢志摩医療圏に 3 施設、東紀州医療圏に 1 施設の計 18 施設です。
- 平成 29（2017）年 4 月 1 日現在の県全体の精神科病床数は 4,632 床となっており、北勢医療圏が 2,138 床と県全体の半数近くを占めています。中勢伊賀医療圏の 1,269 床とあわせると 3,407 床となり、県内の 74%を占めています⁴。
- 入院患者数の減少に伴い、精神科病床数も平成 4（1992）年の 5,410 床をピークに、年々減少しています。

³ 出典：厚生労働省「平成 27 年度 精神保健福祉資料」

⁴ 出典：医療法に基づく精神科病床届出数

図表5-5-4 精神科病床数と入院患者数の推移



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

- 精神科病院 18 施設以外で精神科外来のある総合病院および病院は、北勢医療圏で 4 施設、中勢伊賀医療圏で 2 施設、南勢志摩医療圏で 4 施設、東紀州医療圏で 1 施設の計 11 施設です。(平成 29 (2017) 年 6 月 30 日現在)
- 精神科を標榜する診療所は、北勢医療圏で 26 施設、中勢伊賀医療圏で 19 施設、南勢志摩医療圏で 8 施設、東紀州医療圏で 1 施設の計 54 施設で、年々増加傾向にあります。(平成 29 (2017) 年 6 月 30 日現在)
- 指定自立支援医療（精神通院医療）の指定を受けている訪問看護ステーションは、77 施設で、年々増加傾向にあります。(平成 29 (2017) 年 6 月 30 日現在)

② 精神科救急医療システム

- 精神疾患の急性発症等により緊急の医療を必要とする精神障がい者に対応するため、県内を北部と中南部の 2 ブロックに分け、12 の精神科病院による輪番制を敷いています。また、2 病院が精神科救急の後方支援病院となっています。
- 精神科救急情報センターを設置し、休日、夜間も含めて受診可能な医療機関の紹介などを行うとともに、24 時間 365 日対応可能な電話相談を実施しています。

③ 認知症疾患医療センター

- 認知症疾患医療センターは、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行う医療機関であり、地域における認知症専門医療の充実と介護との連携強化を図っています。
- 本県では、平成 21 (2009) 年度から二次医療圏域ごとに計 4 病院を地域型認知症疾患医療センターとして指定しています。また、平成 24 (2012) 年度に、従来の認知症疾患医療センターの機能に加えて身体合併症*に対する救急・急性期医療への対応等を行うとともに、県全体の認知症医療等の連携の拠点となる基幹型認知症疾患医療センターとして三重大学医学部附属病院を指定しています。
- さらに平成 29 (2017) 年度には、8 つの構想区域のうちこれまで認知症疾患医療センター

のなかった4区域についてそれぞれ連携型認知症疾患医療センターを指定し、より地域の実情に合わせたきめ細かな専門医療提供体制を整えました。

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- 精神科医療圏域については、精神科医療の状況、精神疾患患者の生活圏、地理的状況等を勘案し、二次医療圏である北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州の4つの医療圏とします。
- なお、各医療圏の精神科医療において対応が困難な事案等が生じた場合は、隣接する医療圏を中心に相互に補完して対応を行うものとします。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 北勢圏域

- 圏域内の精神科病院8病院のうち救急医療施設は7病院で、総合心療センターひながが精神科救急輪番基幹病院になっています。また、総合心療センターひなが、厚生連鈴鹿厚生病院が、精神科救急入院料届出病院*（スーパー救急病棟*を持つ病院）となっています。
- 認知症治療病棟がある病院は4病院あり、このうち東員病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして三原クリニック、ますずがわ神経内科クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が1病院あります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が4施設、精神科・神経科を標榜する診療所が26施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは42施設あります。
- 他の圏域への患者の流出は入院患者で6.3%、外来患者で9.3%となっており、圏域内でおおむね完結しています⁵。

② 中勢伊賀圏域

- 圏域内の精神科病院6病院のうち救急医療施設は4病院で、県立こころの医療センターと国立病院機構榊原病院が精神科救急輪番後方支援病院となっています。また、県立こころの医療センターが、精神科救急入院料届出病院（スーパー救急病棟を持つ病院）となっています。
- 認知症治療病棟がある病院は2病院あり、このうち三重大学医学部付属病院が基幹型認知症疾患医療センターに、県立こころの医療センターが地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして信貴山病院分院上野病院が指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が2病院、摂食障害入院医療管理加算届出病院が2病院あります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が2施設、精神科・神経科を標榜する診

⁵ 出典：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

療所が19施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは16施設あります。

- 他の圏域への患者の流出は入院患者で22.3%、外来患者で10.0%となっており、特に入院患者の北勢圏域、南勢志摩圏域への流出が多く、北勢圏域へ10.6%、南勢志摩圏域へ8.2%となっています⁵。

③ 南勢志摩圏域

- 圏域内の精神科病院3病院のうち救急医療施設は2病院で、松阪厚生病院が精神科救急輪番基幹病院になっています。
- 認知症治療病棟がある病院は2病院あり、このうち松阪厚生病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとしていせ山川クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が1病院あります。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が4施設、精神科・神経科を標榜する診療所が8施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは14施設あります。
- 他の医療圏域への患者の流出は入院患者で21.2%、外来患者で14.8%となっており、入院、外来患者とも中勢伊賀圏域への流出がみられ、入院患者が15.5%、外来患者が12.5%となっています⁵。
- 南勢志摩圏域内の中でも、精神科医療施設の立地状況に偏りがあり、大台町、大紀町、南伊勢町などの奥伊勢地域には、精神科医療施設が1施設しかないため、圏域内での連携を図っていく必要があります。

④ 東紀州圏域

- 圏域内の精神科病院は熊野病院のみで、救急医療施設となっています。
- 熊野病院は地域型認知症疾患医療センターとなっており、認知症治療病棟を有しています。
- 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来、精神科・神経科を標榜する診療所ともに1施設ずつで、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは5施設あります。
- 他の圏域への患者の流出は入院患者で23.5%、外来患者で25.2%となっており、南勢志摩圏域への流出が入院患者で10.2%、外来患者で11.2%と多くみられますが、中勢伊賀圏域や隣接する和歌山県へも流出しています⁵。
- 圏域内の精神科医療施設が少ないため、隣接する南勢志摩圏域の精神科病院等と連携を図っていく必要があります。

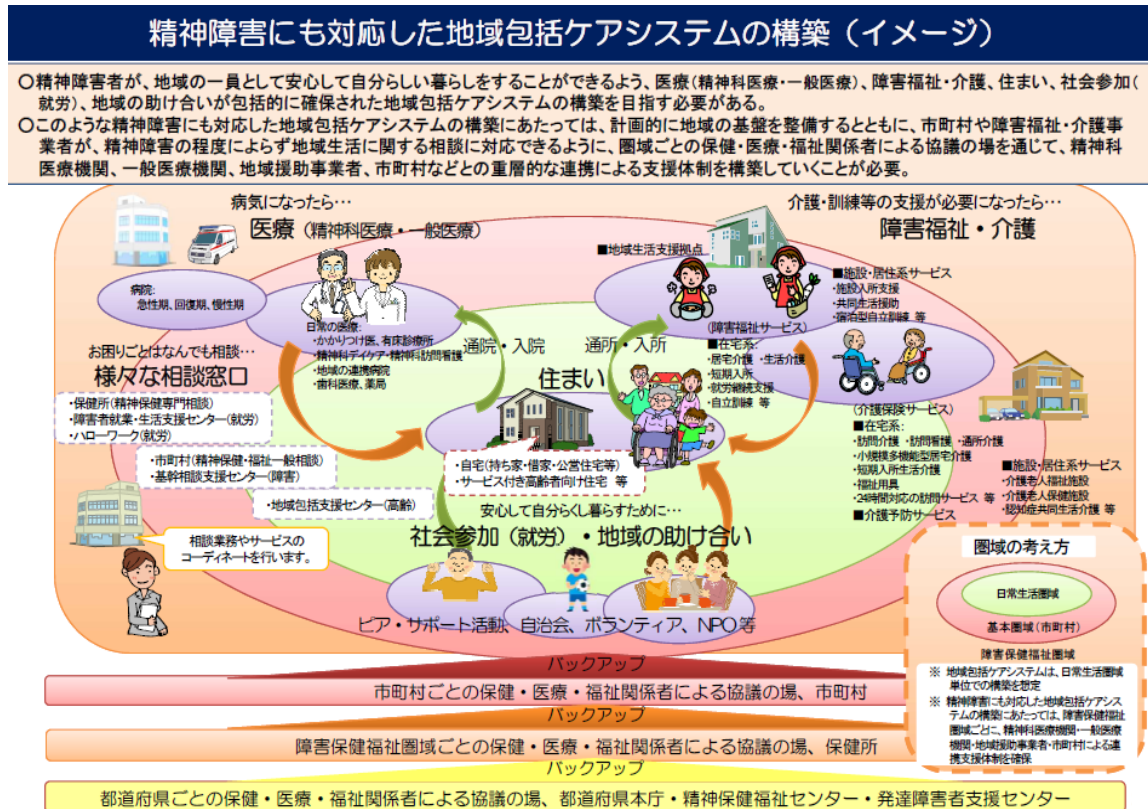
(3) 連携のあり方

- 精神科医療においては、北勢圏域、中勢伊賀圏域に医療資源が集中しており、南勢志摩圏域、東紀州圏域での資源の充実を図るとともに、各圏域間の連携を図る必要があります。
- 地域において、精神障がい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（精神科医療・一般医療）、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、

地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築をめざす必要があります。

- そのためには、精神科医療において、保健、福祉など医療以外の分野との連携を一層深める必要があります。

図表5-5-5 精神科医療における地域包括ケアシステム



出典：厚生労働省資料

(4) 各医療機能を担う医療機関

圏域	市町	医療機関	精神科救急医療施設	応急入院指定病院	院	精神科救急入院料届出病	認知症疾患医療センター	出病院	認知症治療病棟入院料届	院管理料届出病院	重度アルコール依存症入	算届出病院	摂食障害入院医療管理加	医療観察法指定医療機関
北勢	いなべ市	北勢病院	○											
	桑名市	多度あやめ病院	○	○				○						
	東員町	大仲さつき病院	○	○										○
	東員町	東員病院					◎	○						
	四日市市	総合心療センターひなが	○	○	○					○				○
	四日市市	水沢病院	○											
	四日市市	三原クリニック*					○							
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	○	○	○			○						○
	鈴鹿市	鈴鹿さくら病院	○					○						
	鈴鹿市	ますずがわ神経内科クリニック*					○							
中勢伊賀	津市	県立こころの医療センター	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○
	津市	県立子ども心身発達医療センター												
	津市	国立病院機構 榊原病院	○	○						○				◎
	津市	久居病院	○	○				○						○
	津市	三重大学医学部附属病院					●					○		
	伊賀市	信貴山病院分院上野病院	○				○	○						○
南勢志摩	松阪市	南勢病院	○	○										○
	松阪市	松阪厚生病院	○	○			◎	○	○					○
	伊勢市	いせ山川クリニック*					○							
	志摩市	県立志摩病院												
東紀州	熊野市	熊野病院	○	○			◎	○					○	

※医療観察法*指定医療機関のうち、◎は指定入院医療機関、○は指定通院医療機関

※認知症疾患医療センターのうち、●は基幹型、◎は地域型、○は連携型認知症疾患医療センター

※認知症疾患医療センターについては平成 29 年 10 月 1 日現在（三重県調査）

※医療機関の*は、精神科病院以外の医療機関

資料：厚生労働省「平成 29 年度 精神保健福祉資料」

(平成 29 年 6 月 30 日現在)

3. 課題

(1) 地域生活支援上の課題

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障がいのある方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（精神科医療・一般医療）、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築をめざす必要があります。
- 各障害保健福祉圏域*ごとおよび各市町ごとに、保健所、市町精神保健福祉主管課、医療機関（精神科医療、一般医療）等の関係者が集まって、精神障がいのある方が、地域において自分らしい暮らしを継続することができるための体制、方策等の協議を行うなどして、地域の実情に応じた体制を構築する必要があります。

② メンタルヘルス

- 私たちの日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題、社会的孤立等、多くの生活のしづらさがあり、各世代にストレス・精神疾患を引き起こす要因が存在します。
- 県民が、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保について適切な対応がとれ、身近な人に相談して、相談機関につなげることができるように、正しい知識の普及や相談支援体制の充実が必要です。
- 受診の早期化に向け、精神的な問題の相談を行う市町や保健所、こころの健康センター等の相談窓口機関と精神科医療機関、一般医療機関、学校、産業保健関係等も含めた関係機関が情報共有を行い、患者が容易にアクセスできる体制をつくり、精神疾患の発症・進行の予防を図っていく必要があります。

③ 地域移行、地域定着支援*

- 精神科病院の入院患者は年々減少しているものの、依然として、約 2,700 人が 1 年以上の長期入院を余儀なくされています。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中で、長期入院患者が地域移行し、安心して地域生活を継続できる環境づくりを進めることが必要です。
- 長期入院患者の中には、長年の入院生活から地域で生活するための情報が不足したり、意欲が低下してしまっている人も多くみられ、地域移行に向けての意欲を喚起する取組が必要です。
- 新たに精神科病院へ入院する患者のうち、約 1 割が 1 年以上の長期入院となっています。また、1 年以上精神科病院へ長期入院していた患者のうち、約 6 割が退院 1 年以内に再び入院しています。地域で安心して生活できる環境づくりを行うことにより、入院の長期化と再入院を防ぐ必要があります。
- 精神科病院入院患者の地域移行、地域定着支援については、各障害保健福祉圏域単位で、地域の実情に応じた課題整理と具体的な支援の検討が必要です。
- 精神科医療が必要であるにも関わらず未受診であったり、治療が中断している人を医療や福祉につなげ、地域での生活の継続を図ることが必要です。

④ 精神疾患、精神障がい正しい理解の促進

- 精神障がい者に対する社会的偏見は依然として根深いものがあるため、継続して正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

(2) 精神科医療に関する課題

① 精神科医療体制

- 身体合併症患者への適切な医療提供や一般医療における精神疾患の早期発見・早期治療のため、精神科医療機関と一般医療機関等との連携体制構築を進めていくことが必要です。

② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

1) 統合失調症

- 統合失調症については、本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では 7,615 人で全体の 28.2%、精神科病院入院患者（平成 28（2016）年度）では 2,500 人で全体の 60.6%を占めており、入院患者については近年減少傾向にあります。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬*の効果が見込まれる難治性統合失調症患者について、同治療薬が活用できるための体制づくりが必要です。
- 統合失調症は、約 100 人に 1 人がり患する頻度の高い疾患です。一方で、その症状などから、精神疾患の中でも特に偏見を持たれやすい疾患であり、疾患の正しい理解を啓発していくことが必要です。また、思春期に発症することが多いと言われていることなどから、早期発見・早期治療に向けた取組を進めることが必要です。

2) うつ病・躁うつ病

- 本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では、うつ病・躁うつ病を含む気分障害は、10,870 人で全体の 40.3%を占め、近年増加傾向にあります。
- うつ病等の気分障害は自殺の要因の一つであるとの指摘があり、一般医療機関等と連携した早期発見・早期治療などの支援が求められています。

3) 認知症

- 高齢化の進展に伴い、認知症患者は今後ますます増加することが予想されています。三重県内における認知症高齢者数は、平成 27（2015）年で約 7.6 万人、平成 37（2025）年には約 10.1 万人になると推計されます。
- 認知症の人とその家族が住み慣れた地域で暮らし続けるために、高齢者と関わる機会の多い医療従事者等の気づきを認知症の早期発見・早期診断につなげることや、医療機関において的確な診断および介護分野と連携した適切な認知症ケアを提供することが求められています。

4) 児童・思春期疾患

- 本県の 19 歳以下の自立支援医療（精神通院医療）受給者数は 1,559 人で、近年減少傾向にありますが、人口比で見ると 0.49%（平成 28（2016）年度）と増加傾向にあります。

- 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなろ学園）が、全国では数少ない入院病床を持つ児童精神科病院として児童・生徒の治療に携わっています。児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
- 児童・生徒は成人と比べて、表現の苦手さや周囲の偏見等から、精神科への受診につながりにくい傾向があるため、早期発見・早期対応に向けた取組が必要です。

5) 発達障がい

- 本県の自立支援医療(精神通院医療)受給者では、発達障害などの心理的発達の障害は1,217人（平成28（2016）年度）で、近年増加傾向にあります。
- 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなろ学園）が、精神科病院、精神科クリニックとともに発達障がい児の治療に携わっています。また、成人の発達障がい者については、二次障害*でもある気分障害などの治療を中心に精神科病院、精神科クリニックにおいて対応が行われています。障がい児、者ともに発達障がいの治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
- 発達障がい児・者は生活のしづらさを抱えており、医療的支援以外に、生活環境の調整など福祉的支援も必要となります。精神科医療機関と自閉症・発達障害支援センター*などの福祉支援機関との連携を強化する必要があります。

6) 依存症

- アルコール依存症について、平成28（2016）年度に策定した「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール健康障害の早期発見・早期介入、アルコール依存症当事者、家族等からの相談に応じる体制の整備、アルコール依存症の治療体制の整備などの取組を進める必要があります。
- 薬物依存症、ギャンブル依存症など他の依存症についてもアルコール依存症と同様の取組が必要ですが、特に対応できる医療機関を増やすことが必要です。
- 依存症の治療には、精神科医療と自助グループ*、家族会との連携が重要といわれており、依存症の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

7) 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 全国における医療機関で継続的に受療しているPTSDの総患者数は0.3万人（平成26（2014）年）であり、近年増加傾向にあります。
- PTSDが疑われる患者には、心理的応急対応が重要であると言われており、医療従事者等が対応スキルを身につける必要があります。特に本県においては、南海トラフ地震の発生等に備えて、災害等によるPTSDの発症予防、発症後の早期回復のための支援体制を構築する必要があります。

8) 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害者は全国に20万人いると推計されています。
- 高次脳機能障害については、受傷後の急性期医療から回復期医療を経て、社会復帰のため

の福祉的支援まで途切れなく支援を行うことが重要といわれており、三重県では急性期を担当する厚生連松阪中央総合病院、回復期を担当する藤田保健衛生大学七栗記念病院、社会復帰を担当する三重県身体障害者総合福祉センターが、「三重モデル」と呼ばれるネットワークを構築し、途切れの無い支援に取り組んでいます。

- 高次脳機能障害に起因する精神症状から、精神科医療を受診する人も多くみられます。高次脳機能障害にも適切に対応できるよう、精神科医療機関に理解を促す取組が必要です。

9) 摂食障害

- 平成 26 (2014) 年に医療機関を受診している摂食障害の総患者数は、全国で約 1.0 万人であり、近年おおむね横ばいで推移しています。
- 摂食障害の治療には、精神科医療と自助グループ、家族会との連携が効果的であるといわれており、摂食障害の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

10) てんかん

- 本県の自立支援医療（精神通院）受給者のうち、主たる疾患がてんかんの患者は 1,735 人（平成 28 (2016) 年度）であり、近年微増傾向にあります。
- 平成 27 年度から静岡県など全国 8 県に「てんかん診療拠点機関」が設置されており、より効果的な医療を提供するため、県内のてんかんの治療に対応している医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化を図ることが必要です。

11) 精神科救急

- 休日夜間等における精神疾患の急性発症、急性憎悪に対応するため、24 時間 365 日の精神科救急医療提供・相談を含めた精神科救急医療システムの体制維持が必要です。
- 精神科救急医療システムの体制において、地域によって病院の立地状況に差があるため、救急輪番ブロック内における各精神科医療機関の連携が必要です。
- 一般救急と精神科救急の連携強化が求められています。
- 精神科クリニックおよび一般病院の精神科救急体制への協力強化を図る必要があります。

12) 身体合併症

- 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、一般医療機関への入院患者のうち 12%は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%は身体疾患、精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告があります。
- 高齢化の進展に伴い、今後、身体合併症患者の増加が予想されます。一般医療と精神科医療の連携を深め、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組む必要があります。

13) 自殺対策

- 本県の自殺者数は平成 28 (2016) 年に 265 人（人口動態統計）で減少傾向にありますが、10 歳から 44 歳の死因別順位において自殺が第 1 位または第 2 位となっており、依然深刻な状況です。

- 自殺の原因・動機は健康問題が最も多く、次いで男性では経済・生活問題、女性では家庭問題が多くなっています。
- 自殺の危険性の高い人を早期に発見し、精神科医療につなぐ取組にあわせて、自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活問題、福祉の問題、家族の問題などさまざまな問題に包括的に対応するため、精神科医療、保健、福祉などの各施策の連動性を高め、誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにすることが必要です。

14) 災害精神医療

- 大規模災害発生時等に、被災地の精神科医療の補完および被災者、支援者のこころのケアなどを行う「三重DPAT*（災害派遣精神医療チーム）」は、平成29（2017）年10月現在で21チーム登録されています。
- 南海トラフ地震の発生等に備えて、訓練、研修などによる「三重DPAT」の体制強化やDMAT*（災害派遣医療チーム）、医療救護班等との連携強化など、災害時精神医療体制の構築、強化が必要です。

15) 医療観察法における対象者への医療

- 本県における医療観察法上の指定入院医療機関、指定通院医療機関は、平成29（2017）年10月現在でそれぞれ1施設と10施設です。指定通院医療機関について、偏在傾向があるため、地域からアクセスが容易な医療機関を確保する必要があります。
- 医療観察法対象者への医療提供には、精神科医療機関に加え、保護観察所、検察庁、警察、保健所等が連携して実施することが求められています。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- 精神科医療機関と一般医療機関や保健・福祉サービス等の連携により、地域において地域の特色を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが整備され、患者が多様な精神疾患等に応じて安心して医療を受けることにより、自立した日常生活、社会生活を過ごすことができます。

(2) 取組方向

- 取組方向1：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援
- 取組方向2：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(3) 数値目標

障害福祉計画の計画期間（3年）と合わせて医療計画（6年）の半期に見直しを行うこととされていることから、平成32年度、平成35年度の目標値を設定します。

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値		
入院後3か月、6か月、1年時点での退院率 【精神保健福祉資料調査】	社会的入院などによる入院の長期化を防ぐため、可能な限り早期に退院できることを目標とします。	目 標		
			H32	H35
		3か月時点	69.0%	69.0%
		6か月時点	84.0%	84.0%
		1年時点	92.0%	92.0%
		現 状(H28)		
		3か月時点	58.9%	
		6か月時点	81.9%	
1年時点	87.6%			
退院後3か月、6か月、1年時点での再入院率 【精神保健福祉資料調査】	精神科病院を退院した患者が、可能な限り地域で、持続的に安心して生活できる体制づくりをめざすために再入院を防ぐことを目標とします。	目 標		
			H32	H35
		3か月時点	23.0%	20.0%
		6か月時点	30.0%	29.0%
		1年時点	37.0%	34.0%
		現 状(H26)		
		3か月時点	24.0%	
		6か月時点	34.0%	
1年時点	45.0%			
精神病床における慢性期入院患者数（65歳以上、65歳未満） 【精神保健福祉資料調査】	慢性期入院患者の退院を促進するため、慢性期の入院患者数を減少させることを目標とします。また、65歳以上の高齢者と65歳未満の若年者に分けて目標設定します。	目 標		
			H32	H35
		65歳以上	1,207人	1,020人
		65歳未満	1,066人	875人
		現 状(H28)		
		65歳以上	1,526人	
65歳未満	1,221人			
各障害保健福祉圏域および各市町における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場設置数 【三重県調査】	慢性期入院患者を含む精神障がい者が、地域で持続的に安心して生活できるために、各地域の特性を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場の設置を進めることを目標とします。	目 標 (H32、H35とも)		
		障害保健福祉圏域：9圏域		
		市町：29市町(共同設置含む。)		
		現 状(H29)		
		障害保健福祉圏域：0圏域 市町：0市町		

(4) 取組内容

取組方向1：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援

- 地域の特性を生かし、地域の実情に応じた医療（精神科医療、一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築が進められるよう、各障害保健福祉圏域および各市町において協議の場が設置され、関係機関が連携して支援が行われるよう取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）
- 「みえ障がい者共生社会づくりプラン」に基づき、精神障がい者が地域で生活するために必要なグループホームや日中活動支援などの障害福祉サービスの体制充実に取り組みます。（市町、関係機関、県）
- 「三重の健康づくり基本計画」（こころ・休養分野）に基づき、メンタルヘルス対策に取り組みます。県民一人ひとりが、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保に対して適切な対処行動がとれるとともに、うつや自殺について正しく理解し、自分だけでなく家族や職場の同僚など周囲の人についてもその傾向に気づき、対処行動がとれるよう、広く普及啓発を行います。（市町、県）
- 長期入院患者への退院意欲の喚起等のため、ピアサポーター*を精神科病院に派遣し、体験談プログラムの実施や地域生活の不安を解消するための情報提供を行います。（医療機関、関係機関、県）
- 精神科受診が必要にも関わらず受診につながらなかったり、治療が中断してしまった人を支援するため、精神科医師等の多職種チームによるアウトリーチ支援を実施します。（医療機関、関係機関、県）
- 精神疾患、精神障がいの正しい理解を啓発するため、「みえ発！こころのバリアフリー大使」による地域、学校等での啓発パフォーマンスや精神障がい当事者主体による啓発活動を進めます。（関係機関、県）

取組方向2：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

1) 統合失調症

- 治療抵抗性統合失調治療薬が活用されるための体制づくりに努めます。（医療機関、県）
- 統合失調症について正しい理解を促すための取組を進めるとともに、児童・生徒の疾患の早期発見・早期治療に向けた取組を進めます。（医療機関、県）

2) うつ病・躁うつ病

- 自殺対策等を行う中で、一般医療機関等と連携したうつ病・躁うつ病の早期発見・早期治療につながる取組を進めます。（医療機関、県）

3) 認知症

- 県内9か所の認知症疾患医療センターを中心として認知症サポート医*・かかりつけ医等や介護関係者の連携体制を構築することで、認知症の診断・治療や家族への相談支援の充実に努めます。（市町、医療機関、関係機関、県）

- 認知症サポート医養成研修の受講における支援や、病院の指導的立場の看護職員に対する認知症対応力向上研修を実施して、病院・診療所における認知症医療体制の構築を図ります。また、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症対応力向上研修を実施して、認知症の早期発見・早期治療および地域で暮らす認知症の人に対する適切なケアにつなげます。(医療機関、県)
 - 認知症の早期診断・早期対応に向け、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、看護師等の複数の専門職により、認知症が疑われる人等に対し初期支援が包括的・集中的に行われる「認知症初期集中支援チーム」に係る市町の取組が円滑に進むよう、先進事例の情報提供や情報交換の場を設けるなどの支援を行います。(市町、県)
- 4) 児童・思春期疾患
- 児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、県立子ども心身発達医療センター、精神科病院、精神科クリニックの思春期外来等の連携強化を図ります。(医療機関、県)
 - 精神疾患の正しい理解を児童・生徒や教師、保護者に啓発することで、児童・思春期の精神疾患の早期発見・早期治療を図ります。(医療機関、関係機関、県)
- 5) 発達障がい
- 発達障がい児・者の治療に対応できる医療機関の確保に努めます。(医療機関、県)
 - 発達障がい者地域支援協議会の開催などにより、精神科医療機関等による医療的支援と自閉症・発達障害支援センター等による地域の福祉的支援の連携強化を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県)
- 6) 依存症
- 「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、①飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、アルコール健康障害の発生を予防、②アルコール健康障害の早期発見・早期介入、③アルコール当事者、家族からの相談に応じる体制の整備、④アルコール依存症治療体制の整備、⑤アルコール関連問題に対応できる人材の育成、⑥アルコール関連問題に関する調査研究の推進に取り組みます。(市町、医療機関、関係機関、県)
 - 薬物依存症、ギャンブル依存症等、アルコール依存症以外の依存症について、その治療に対応できる医療機関の確保に努めます。(医療機関、県)
 - 各障害保健福祉圏域ごとに依存症ネットワーク会議を開催することにより、依存症の治療に対応できる専門医療機関、自助グループ、地域の支援機関の連携強化を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県)
- 7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)
- PTSDの発症予防、悪化の防止のため、外傷の対応とあわせて心理的応急対応が適切に行えるよう、医療従事者等が対応スキルを身につけるための研修を実施します。(県)
 - 災害時におけるPTSDの発症予防および発症後の早期回復のため、「三重DPAT」の体制強化を図ります。(医療機関、県)

8) 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害の身体科リハビリテーションを実施している医療機関、支援機関等と精神科医療との連携強化に取り組みます。(市町、医療機関、関係機関、県)
- 「高次脳機能障害者地域支援セミナー」を開催し、精神科医療機関等の高次脳機能障害についての理解の促進を図ります。(関係機関、県)

9) 摂食障害

- 摂食障害の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と相談機関および自助グループ等との連携強化に取り組みます。(医療機関、関係機関、県)

10) てんかん

- てんかんの治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化に取り組みます。(医療機関、県)

11) 精神科救急

- 精神科救急医療システムの安定的な運営、強化を図ります。(保健所設置市、医療機関、県)
- 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会を開催し、精神科救急医療体制の地域差の解消、一般救急と精神科救急との連携等、精神科救急医療システムにかかる課題の解決に取り組みます。(医療機関、関係機関、県)
- 各障害保健福祉圏域において、保健所が開催する精神保健福祉連絡会等で、地域の関係機関と協議、調整を行い、地域の関係機関間の連携強化を図ります。(市町、医療機関、関係機関、県)

12) 身体合併症

- 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会における協議や、アルコール依存症にかかる一般医療と精神科医療の連携モデルの取組を進める中で、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組みます。(医療機関、県)

13) 自殺対策

- 「第3次三重県自殺対策行動計画」に基づき、世代別(子ども・若者、中高年層、高齢者層)の取組や、うつ病などの精神疾患を含む対策、自殺未遂者支援、遺族支援、関係機関・民間団体との連携、自殺対策を担う人材育成、自殺に関する情報の収集と提供などに取り組みます。(医療機関、関係機関、県)
- 誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるよう、救急医療機関や精神科医療機関、かかりつけ医、産業医との連携強化を図るなど、自殺予防の取組を進めます。(市町、医療機関、県)

14) 災害精神医療

- 「三重DPAT」について、協定病院数の増加に向けた働きかけを行うとともに、国や県の総合防災訓練への積極的な参加やDMA T等と連携した研修を実施することにより、体

制強化を図ります。(医療機関、県)

- 三重DPAT運営委員会を定期的開催し、県内の災害精神医療体制の強化を図ります。
(医療機関、県)

15) 医療観察法における対象者への医療

- 東海北陸厚生局および津保護観察所が行う医療観察法に基づく指定通院医療機関の確保に協力します。(東海北陸厚生局、津保護観察所、県)
- 医療観察法に基づく指定入院医療機関、指定通院医療機関、津保護観察所、検察庁、警察、保健所、市町精神障がい担当主管課との連携を促進するため、津保護観察所と共同で医療観察法連絡協議会を開催するとともに、関係機関が開催する医療観察法ネットワーク会議を支援します。(津保護観察所、医療機関、関係機関、県)

5. 精神疾患

精神疾患医療に関連する指標一覧

【区分について】

S：ストラクチャー指標

(医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標)

P：プロセス指標

(実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標)

0：アウトカム指標

(医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標)

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
機能障害	S	高次脳機能障害支援拠点機関数	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
精神科救急	S	深夜・休日に初診後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	精神科リエゾンチームを持つ病院数	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	か所	1,002	12			7	0-2		0-2	0-2	
身体合併	S	身体合併症を診療している精神科病床を持つ病院数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口10万人あたり(か所)	0.8	0.6		0.8		-		-	-	
	S	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)	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口10万人あたり(か所)	686	9		4	3	0-2		0-2		
	S	精神科リエゾンチームを持つ病院数	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口100万人あたり(か所)	55	0-2		0-2	0-2	0-2		0-2		
	P	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)		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人	37,894	264		167	18	29		50		
	P	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)		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口10万人あたり(人)	29.6	14.2		19.6	3.9	6.2		65.4		
	P	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)		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口10万人あたり(人)	3,324	50		0-9	30	14		0-9		
	P	精神科リエゾンチームを算定された患者数		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口10万人あたり(人)	2.6	2.7		-	6.5	3.0		-		
自殺対策	S	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	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口100万人あたり(か所)	76	0-2		0-2	0-2		0-2	0-2		
	S	救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数	●	-	-	-	-		-	-		-	-		
	P	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		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人口100万人あたり(人)	169	0-9		0-9	0-9		0-9	0-9		
	P	救急患者精神科継続支援を受けた患者数		-	-	-	-		-	-		-	-		
神災医療	S	DPAT 先遣隊登録医療機関数	●	-	-	-		-	-		-	-			
医療観察法	S	指定通院医療機関数(病院)	●	厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4	か所	503	9		-	-		-	-		
	S	指定通院医療機関数(診療所)	●	厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4	人口10万人あたり(か所)	0.4	0.5		-	-		-	-		
	S	指定通院医療機関数(診療所)	●	厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4	人口100万人あたり(か所)	61	0		-	-		-	-		

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
全般	O	精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	65.9	67.2			69.2		71.6		62.3	50.0
		精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	82.2	83.4			82.0		89.2		81.1	73.1
		精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	89.6	88.9			88.0		92.2		92.5	73.1
	O	精神病床における新規入院患者の平均在院日数		国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	日	127.9	134.0			132.8		116.2		160.7	146.6
	O	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)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	20.2	17.6			13.0		20.5		23.8	18.8
		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)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	28.0	28.5			26.1		31.3		31.0	25.0
		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)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	36.1	41.4			38.3		39.8		50.0	50.0
	O	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)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	36.5	47.1			60.6		26.3		40.0	50.0
		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)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	39.8	52.9			66.7		26.3		40.0	83.3
		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)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	42.9	57.4			69.7		36.8		40.0	83.3
	O	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	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	24,998	305			-		-		-	-
					人口10万人あたり(人)	19.7	16.7			-		-	-	-	
	O	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	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	31,629	425			-		-		-	-
					人口10万人あたり(人)	24.9	23.3			-		-	-	-	
	O	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	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	27,071	319			-		-		-	-
					人口10万人あたり(人)	21.3	17.5			-		-	-	-	
O	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	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	20,033	333			-		-		-	-	
				人口10万人あたり(人)	15.8	18.2			-		-	-	-		
O	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	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	106,171	1,477			-		-		-	-	
				人口10万人あたり(人)	83.5	80.9			-		-	-	-		
O	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	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	80,504	1,346			-		-		-	-	
				人口10万人あたり(人)	63.3	73.8			-		-	-	-		

- *1 新精神保健福祉資料(平成26年2月から平成27年3月までのNDBデータ)
- *2 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在)
- *3 精神科救急医療体制整備事業報告(平成28年9月30日)
- *4 推計人口(平成28年10月1日)
- *5 新精神保健福祉資料(平成26年度精神保健福祉資料のデータ)