

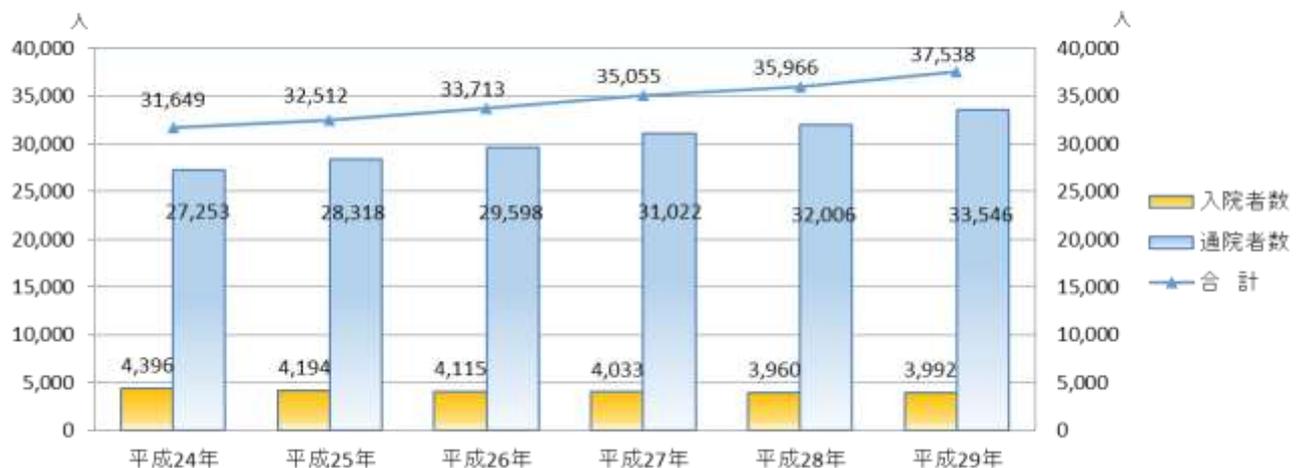
精神疾患対策

第1 現状（これまでの成果）と課題

1 精神疾患患者の状況

- 長野県の精神疾患患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療受給認定者）を合せて、37,538人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっています。
- 入院患者数は減少傾向にありますが、通院患者数は5年前に比べ23.1%増加しています。
- 疾病別にみると、「統合失調症」が14,631人（39.0%）で最も多く、次いで「気分（感情）障害」が11,921人（31.8%）となっています。

【図1】 精神疾患患者数の推移（各年3月31日現在）



（保健・疾病対策課調べ）

【表1】 疾病別患者数（平成29年3月31日現在）

（単位：人）

区 分	入院患者数	通院患者数	合 計
F0 症状性を含む器質性精神障害	653	1,152	1,805
F00 アルツハイマー病の認知症	296	830	1,126
F01 血管性認知症	77	107	184
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	280	215	495
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	246	572	818
F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	2,260	12,371	14,631
F3 気分（感情）障害	501	11,420	11,921
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	85	2,224	2,309
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	21	112	133
F6 成人の人格及び行動の障害	26	108	134
F7 精神遅滞	79	437	516
F8 心理的発達の障害	38	1,160	1,198
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	25	338	363
てんかん（F0に属さないものを計上する）	38	1,966	2,004
その他	20	1,686	1,706
合 計	3,992	33,546	37,538

（保健・疾病対策課調べ）

2 精神疾患の医療体制

- 精神病床を有する病院数・精神病床数は 30 病院・4,823 床（うち精神病床のみを有する病院数・精神病床数は 15 病院・2,454 床）（平成 29 年（2017 年）4 月 1 日現在）となっており、精神病床数は、平成 19 年の 5,252 床から減少しています。
- 平成 27 年（2015 年）における精神病床の人口 10 万対平均在院患者数は 192.5 人（少ない順で全国 13 位）、平均在院日数は 225.4 日（短い順で全国 2 位）、病床利用率は 83.5%（少ない順で全国 11 位）となっています（平成 27 年（2015 年）病院報告）。
- 精神科・神経内科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は 52 診療所（平成 26 年（2014 年）10 月 1 日現在）となっており、平成 23 年の 42 診療所から増加しています。
- 平成 26 年（2014 年）における病院に勤務する精神科等医師数は 273 人となっており、平成 23 年の 291 人から減少しています。
- 県内を住所地とする精神保健指定医数は 205 人（平成 29 年（2017 年）4 月 1 日現在）となっており、平成 19 年の 159 人から増加しています。
- 精神科訪問診療を実施している医療機関は、10 病院、24 診療所（医療機能調査結果）となっています。また、精神科訪問看護を実施している医療機関は、28 病院、14 診療所（医療機能調査結果）となっています。

3 精神保健福祉相談の状況

- 精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談件数（面接相談及び電話相談）は 10,501 件（平成 27 年度（2015 年））となっており、平成 25 年以降、増加傾向で推移しています。

【表 2】 精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談実施状況

（単位：件）

年 度	老人精神保健	社 会 復 帰	アルコール	薬 物	ギャンブル・嗜癖	思春期	心 の 健 康 づくり	うつ・うつ状態	発 達 障 がい	その他	合 計
平成 25 年度	33	1,667	379	88	161	240	981	1,271	1,774	1,235	7,829
26 年度	43	1,776	383	63	184	321	1,570	1,543	1,499	1,504	8,886
27 年度	63	2,941	773	127	206	432	1,423	1,642	1,376	1,518	10,501

（厚生労働省：衛生行政報告例）

4 地域移行・地域生活支援の状況

- 平成 27 年（2015 年）6 月に県内の精神科病院に入院した精神疾患患者の入院後 3 か月時点、6 か月時点、1 年時点の退院率は、それぞれ 65.6%、85.0%、91.0%となっており、平成 24 年（2012 年）の 62.6%、82.4%、90.7%から上昇しています。
- 平成 28 年（2016 年）6 月 30 日現在の入院患者のうち、入院期間が 1 年以上の患者数は 2,355 人（入院患者の 58.8%。65 歳以上 1,379 人、65 歳未満 976 人）となっています。入院期間が 1 年以上の患者数は平成 23 年（2011 年）6 月 30 日現在の 2,805 人から減少しています。
- 3 か月以内の再入院率は 12.4%（平成 27 年度（2015 年度））となっており、平成 24 年の 17.4%から低下しています。
- 地域移行支援関係者により構成する長野県自立支援協議会（精神障がい者地域移行支援部会）、障がい保健福祉圏域ごとの精神障がい者地域生活支援協議会において、精神疾患患者の地域生活

への移行や地域生活を継続するための支援の協議、研修会などを実施しています。

- 障がい保健福祉圏域の障がい者総合支援センター等において地域生活支援を担当するコーディネーター等による連絡会議を定期的開催し、各圏域の取組や課題の情報交換、事例検討などにより関係者の資質向上を図っています。

5 精神疾患等別の状況

(1) 統合失調症

- 統合失調症の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療受給認定者）を合せて、14,631人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっており、平成24年の14,200人から微増しています。精神疾患患者数の39.0%を占め、最も大きな割合となっています。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している難治性の重症な精神症状を有する患者に対する計画的な医学管理を継続して実施している医療機関は、8病院、1診療所となっています（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料）。

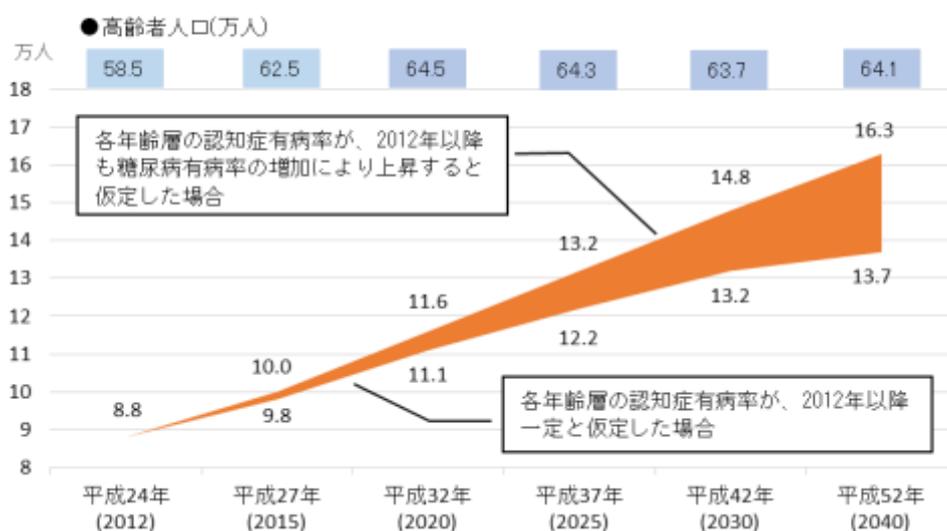
(2) うつ病・躁うつ病

- うつ病・躁うつ病の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療受給認定者）を合せて、11,921人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっており、平成24年の9,833人から21.2%増加しています。精神疾患患者数の31.8%を占め、統合失調症に次ぐ患者数となっています。
- うつ病などに対する有用性が報告されている認知行動療法を実施している医療機関は、17病院、9診療所（医療機能調査結果）となっています。
- うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、10郡市医師会において、内科医等かかりつけ医と精神科医の医療連携体制構築に取り組んでいます。

(3) 認知症

- 認知症高齢者数は、厚生労働省が推計した高齢者人口に占める認知症高齢者の有病率を用いて推計したところ、平成24年（2012年）に8.8万人、平成27年（2015年）に9.8～10.0万人との結果となりました。更に、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）には12.2～13.2万人と、65歳以上高齢者の約5人に1人が認知症高齢者になると見込まれます。

【図2】 認知症高齢者数の推計



注) 厚生労働省「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年)及び国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口」(平成25年)より試算

- 平成 27 年（2015 年）1 月に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）」に基づき、次の施策を推進しています。

- 認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターを 3 か所（飯田病院、北アルプス医療センターあづみ病院、佐久総合病院）に設置しています。

【表 3】 認知症疾患医療センターの運営状況

年 度	鑑別診断件数	専門医療相談件数	かかりつけ医等への研修会	認知症疾患医療連携協議会
平成26年度	736 件	3,136 件	6 回	15 回
27年度	758	3,068	13	15
28年度	調査中	調査中	調査中	調査中

（保健・疾病対策課調べ）

- かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進めるほか、医師や病院医療従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修会を開催しています。

【表 4】 認知症サポート医数、医師等の対応力向上研修受講者数（累計）

（単位：人）

年 度	認知症サポート医数	医師等の対応力向上研修受講者数				
		医 師	病院医療従事者	看護職員	歯科医師	薬剤師
平成26年度	71	614	134	—	—	—
27年度	103	653	375	—	—	—
28年度	142	704	512	127	101	97

（保健・疾病対策課調べ）

- 認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行う認知症初期集中支援チームが●市町村（平成 29 年（2017 年）3 月 31 日現在）に設置されており、平成 30 年（2018 年）4 月 1 日からは全ての市町村において活動が開始される見込みです。
- 若年性認知症（65 歳未満で発症する認知症）に対する専門的診療を実施している医療機関は、24 病院、25 診療所（医療機能調査結果）となっています。
- 若年性認知症（65 歳未満で発症する認知症）についての普及啓発、相談窓口の設置、若年性認知症支援コーディネーターの設置など、その状態や環境に応じた適切な支援を受けられる体制づくりを推進しています。
- 認知症に対する県民の理解を深めるため、講演会の開催やリーフレットの配布など普及啓発に取り組んでいます。

（4）児童・思春期精神疾患

- 思春期精神疾患に対する専門的診療を実施している医療機関は、20 病院、18 診療所（医療機能調査結果）となっています。このうち 2 病院では、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています（児童・思春期精神科入院医療管理料）。

（5）発達障がい

- 〔発達障がい者の実態の記載について検討中〕
- 平成 27 年（2015 年）3 月現在、発達障がい診療を行っている医療機関は 34 病院、34 診療科

となっています。(精神保健福祉センター調べ)

- 平成 24 年(2012 年)1 月に取りまとめられた「長野県における発達障害者支援のあり方報告書」に基づき、次の施策を推進しています。
 - 発達障がい診療体制の整備や技術力の向上、関係機関の連携強化を推進し、身近な地域で医療的及び療育的支援を受けやすくするため、発達障がい診療医を対象とした研修会や二次医療圏域ごとに医療・福祉・教育・行政機関等の支援関係者を対象とした研修会などを開催しています。

【表 5】 発達障がい診療医研修等の開催状況 (単位：人)

年 度	発達障がい診療医研修会	支援関係者研修会
平成25年度	—	1,112
26年度	—	1,181
27年度	98	959
28年度	70	739

(保健・疾病対策課調べ)

- 発達障がい者支援に関する幅広い分野と年代の知識と経験を有する発達障がいサポート・マネージャーを二次医療圏域ごとに配置し、支援機関への支援(支援技術の向上、連携体制構築など)に取り組んでいます。
- 早期発見・早期支援のため、市町村におけるアセスメントツール導入を促進しており、平成 28 年(2016 年)6 月末現在、65 市町村において導入されています。
- 精神保健福祉センターに「長野県発達障がい者支援センター」を設置し、発達障がい者及びその家族への相談支援、支援関係者に対する研修、普及啓発等を実施しています。

(6) 依存症

① アルコール依存症

- アルコール依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、15 病院、10 診療所(医療機能調査結果)となっており、このうち 5 病院では、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています(重度アルコール依存症入院医療管理加算)。
- 平成 26 年(2014 年)6 月 1 日に施行されたアルコール健康障害対策基本法及び平成 28 年(2016 年)5 月 31 日に閣議決定されたアルコール健康障害対策推進基本計画に基づき、長野県アルコール健康障害対策推進計画(計画期間：平成 30 年度～平成 35 年度)を策定し、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及、切れ目のない支援体制の整備などに取り組んでいきます。

② 薬物依存症

- 薬物依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、10 病院、6 診療所(医療機能調査結果)となっています。
- 平成 28 年 6 月に施行された刑の一部執行猶予制度が効果的に実施されるよう、長野保護観察所その他関係機関と連携し、支援対象者への支援を行っています。

③ ギャンブル等依存症

- ギャンブル等依存症者の実態把握、適切な医療を受けられる医療体制の整備、医療、福祉、教育などの連携による発生、進行、再発の各段階に応じた予防や回復の対策などギャンブル等依存症への抜本的対策の強化が求められています。
- 精神保健福祉センターでは、アルコール・薬物・ギャンブル依存症に対応した独自の回復プロ

グラム「ARPPS（アルプス）」を開発し、平成 27 年度（2015 年度）から依存症の人のグループミーティングで活用しています。また、依存症の支援者や関係機関、家族等を対象に研修会や家族講座を開催しています。

（7）てんかん

- てんかんに対する専門的診療を実施している医療機関は、22 病院、21 診療所（医療機能調査結果）となっています。

（8）精神科救急

- 平成 28 年度（2016 年度）の夜間・休日の受診件数は 4,911 件となっており、平成 26 年度（2014 年度）の 5,773 件から減少しています。
- 夜間・休日に緊急な医療を必要とする精神障がい者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、東信圏域 3 病院、北信圏域 7 病院、中信圏域 7 病院、南信圏域 3 病院の輪番体制により、精神科救急医療体制を整備しています（休日は、東信圏域と北信圏域を統合して運用）。
また、長野県立こころの医療センター駒ヶ根を常時対応施設として位置付け、24 時間 365 日対応しています。

【表 6】 輪番病院による精神科救急診療件数 （単位：件）

年 度	東北信	中 信	南 信	計
平成 26 年度	224	245	324	793
27 年度	292	278	371	941
28 年度	303	257	425	985

（保健・疾病対策課調べ）

- 継続的に診療している患者について休日・夜間も対応できる体制がある医療機関は、25 病院、22 診療所（医療機能調査結果）となっています。
- 精神科救急情報センターの機能を有する「精神障がい者在宅アセスメントセンター（りんどう）」を設置し、平日夜間・休日（平成 29 年（2017 年）6 月 1 日からは休日も夜間のみ）における精神障がい者や家族等からの相談に対応しています。

【表 7】 精神障がい者在宅アセスメントセンター相談実施状況（平成 28 年度） （単位：件）

区 分	相談者		居住地					緊急受診	
	本人等	機関等	東信	中信	南信	北信	その他	必要	不要・その他
平日夜間	134	16	12	33	19	60	26	15	135
休 日	150	14	3	50	19	74	18	19	145
計	284	30	15	83	38	134	44	34	280

（保健・疾病対策課調べ）

（9）身体合併症

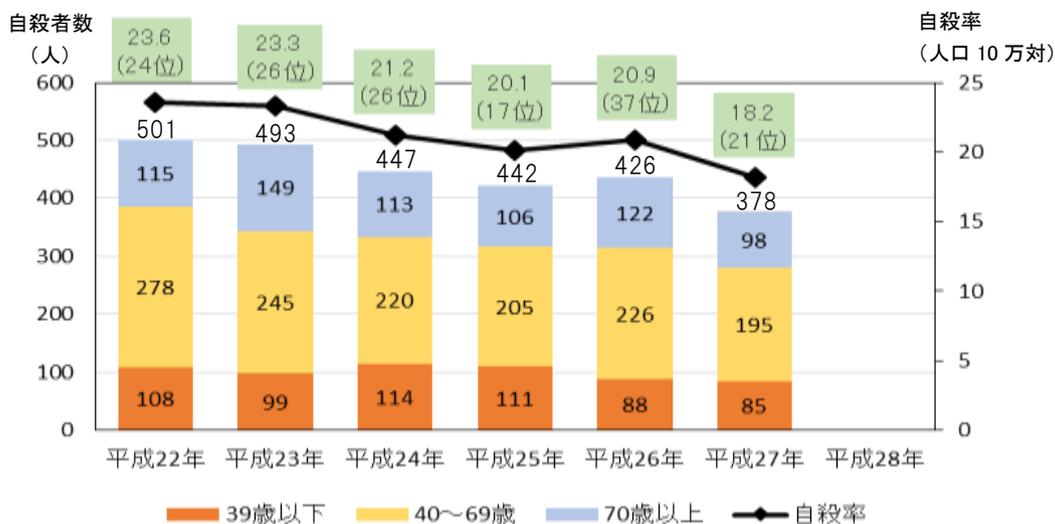
- 精神科以外の疾病している患者に対して、合併症の一部は対応可能な精神科病院、併症のほとんどを自院で対応可能な精神科病院は、それぞれ 17 病院、6 病院（医療機能調査結果）となっています。
- 精神科入院患者に対して人工透析治療、歯科治療を実施している精神科病院は、それぞれ 55 病院、12 病院（医療機能調査結果）となっています。

（10）自殺対策

○ 人口動態統計による自殺者数は、平成 15 年（2003 年）の 576 人をピークに減少傾向で推移し、平成 27 年（2015 年）に 378 人と 19 年ぶりに 400 人を下回り、平成 28 年（2016 年）は ●●人となっています。

○ 平成 27 年（2015 年）の自殺死亡率（人口 10 万人当たり自殺者数）は 18.2 で、全国 21 位（少ない順）となっており、依然として憂慮すべき状況にあります。

【図 3】 自殺者数の推移（平成 22 年～平成 28 年）



（厚生労働省：人口動態統計）

○ 本県の自殺者については、20 歳未満の自殺死亡率が全国 39 位（平成 27 年（2015 年））と高いこと、勤務問題を原因とする自殺者が増えていること（平成 25 年（2013 年）42 人⇒平成 28 年（2016 年）46 人）などが特徴です。

○ 弁護士による法律相談と保健師による健康相談を併せて行う「くらしと健康の相談会」の実施、うつ病などの早期発見・早期支援を行う医療連携体制の構築支援、自殺対策を実施する市町村や関係団体への支援、普及啓発などにより、自殺者の更なる減少を目指しています。

○ 精神保健福祉センターに「長野県自殺対策推進センター」を設置し、自殺の実態把握・分析・情報提供、人材（支援者）養成研修、市町村自殺対策計画策定支援などに取り組んでいます。

☞長野県自殺対策推進計画

(11) 災害精神医療

○ 過去に発生した大規模地震災害等において、本県からの心のケアチーム等の派遣状況は次のとおりです。

【表 8】 大規模災害時における心のケアチーム等の派遣状況

年 度	災 害	派遣状況			備 考
		病院数	チーム数	人数	
平成23年度	東日本大震災	病院 14	チ-ム 37	人 168	心のケアチーム
26年度	御嶽山噴火災害	1	3	16	災害派遣精神医療チ-ム
	神城断層地震災害	1	4	27	心のケアチーム
28年度	熊本地震災害	1	1	8	災害派遣精神医療チ-ム

（保健・疾病対策課調べ）

○ 地震等による大規模自然災害や大規模事故災害等の発生時には、被災地域における精神保健医

療機能の一時的低下や災害ストレス等の精神的問題の発生など精神保健医療への需要が拡大します。被災地域において専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣や県内で発生した場合の統括（指揮命令）の体制の整備を進めています。

（12）医療観察法における対象者への医療

- 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 17 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）の施行（平成 17 年（2005 年）7 月）から平成 28 年（2016 年）5 月までの長野地方裁判所による処遇決定数は、入院処遇決定 47 件、通院処遇決定 6 件となっています。
- 県内における医療観察法に基づく医療機関の指定状況（平成 29 年（2017 年）4 月 30 日現在）は、次のとおりです。

【表 9】 医療観察法における医療機関の指定状況 （単位：施設）

区 分		医療機関数
指定入院医療機関		2
指定通院医療機関	基幹病院	13
	補助的な医療機関・訪問看護ステーション	7
	薬局	48

（保健・疾病対策課調べ）

6 課題

- 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、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要があります。
- 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割を整理し、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。

精神疾患対策に関する論点

1 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築について

- (1) 精神医療圏は、第6次保健医療計画と同じく4医療圏（東信、北信、中信、南信）としてはどうか。
- (2) 対象とする精神疾患の領域は、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に記載されている15領域とすべきか。あるいは、本県の実情を踏まえ、追加又は削除すべきか。
- (3) 疾患ごとの、県連携拠点医療機関、地域連携拠点医療機関、地域精神科医療提供医療機関の選定をどのように行うべきか。
- (4) 認知症疾患医療センターについて、北信ブロックへの地域型センターの整備が進まない中、医療機能の強化を図るため、センター未設置の二次医療圏にも地域型センター又は連携型センターの整備を進めるべきではないか。

2 精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築について

- (1) 長期入院患者の地域移行はどうあるべきか。

論点 1 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築について

(1) 精神科医療圏について

☞ 6月中に厚労省から、精神医療圏の検討資料（NDBによる、医療圏別、疾患別の患者数、医療機関数）が提供される見込み。

☞ 精神医療圏ごとの協議の場

協議の場の役割

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議（特に、圏域内の病院・病院間連携及び病院・診療所間連携の深化）

論点

- 二次医療圏と同一とするのか？
- 複数の二次医療圏を組み合わせるのか？
- 三次医療圏と同一とするのか？

全域=精神医療圏

	総合 医師	うつ	統合 性	双極
全域 医療機関数	25	34	2	1

広い圏内を足踏せば、どこかの医療機関が、何かやっているから、素直は移動すればよい

現実性のある医療計画か??

複数2次医療圏の組み合わせ

	総合 医師	うつ	統合 性	双極
全域	25	34	2	1
A域	5	15	1	1
B域	16	16	1	0
C域	4	3	0	0

過疎のC地域は離島の集域に合わせよう。協議の場は離島でやろう。

- 多数の患者がいる主要疾患は、圏域内でカバーできることが、視覚的にわかる
- まれな疾患・領域では圏域間の連携様式を容易に把握できる

2次医療圏=精神医療圏

	総合 医師	うつ	統合 性	双極
全域	25	34	2	1
P圏	2	8	1	1
Q圏	3	7	1	1
R圏	5	5	1	1
S圏	11	9	1	1
T圏	2	2	0	0
U圏	4	3	0	0

T圏では一般的な疾患でも医療機能の不足がある

T圏に関する医療連携体制を!

まれな疾患では全県単位での取り組みが必要だ!

- いくつかの領域で「ゼロ」の医療機能があるため、課題が明確になる
- 圏域間の連携様式の構築も課題になる
- 一般医療・保健所等の既存の枠組みの活用が容易

- すべての疾患・領域で「ゼロ」の医療機能がないため、課題を見出しにくい
- 多数の医療機関がある疾患・領域では、域内連携構築の蓄き込みが複雑になる

(2) 保健医療計画の対象とする精神疾患領域について

☞ 指針第2の2

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）について、地域の実情に応じて柔軟に設定。

（地域の実情を踏まえ、追加、削除）。

☞ 連携拠点医療機関等に求める機能 別紙参照

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」の15領域

- ①統合失調症、②うつ・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、薬物、ギャンブル等）、
- ⑦外傷性ストレス障害（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自殺対策、⑭災害精神医療、
- ⑮医療観察法における対象者への医療

(3) 県連携拠点医療機関、地域連携拠点医療機関、地域精神科医療提供医療機関の選定

☆都道府県連携拠点医療機関

⇒領域ごとに少なくとも1か所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるよう考慮。

◎地域連携拠点医療機関

⇒領域ごと精神医療圏ごとに1か所以上明記が望ましい。

○地域精神科医療提供医療機関

⇒領域ごと精神医療圏ごとに1か所以上明記が望ましい。

(4) 認知症疾患医療センターの整備

精神疾患に関連する各都道府県の圏域設定の状況について

(平成28年10月31日現在)

都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	3	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	-	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	-	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	-	1	8	7	30
福島県	7	-	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	-	2	5	5	27
群馬県	10	-	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	-	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	-	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	-	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	-	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	-	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	-	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	-	3	12	12	54	沖縄県	5	-	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	152	354	343	1,741

(出典) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

各圏域設定の考え方について

	圏域設定の考え方	根拠
➤ 二次医療圏	<ul style="list-style-type: none"> 一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する <ul style="list-style-type: none"> 地理的条件等の自然的条件 日常生活の需要の充足状況 交通事情等 	<ul style="list-style-type: none"> 医療法第30条の4第2項第12号 医療法施行規則第30条の29第1項 「医療計画について」(平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知)
➤ 精神医療圏	<ul style="list-style-type: none"> 第6次医療計画(平成25年4月～)において、新たに精神疾患が追加され、医療連携体制を構築 二次医療圏を基本としつつ、地域の実情に応じて弾力的に設定することとされている 	<ul style="list-style-type: none"> 「医療計画について」(平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知)
➤ 精神科救急医療圏	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が精神科救急医療の整備を図るべき地域的単位として設定した区域 精神科救急医療体制整備事業を通じて、圏域毎の実態に応じた身体合併症患者を含む精神科救急医療体制機能を整備 	<ul style="list-style-type: none"> 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱の一部改正について」(平成28年9月20日障発0920第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)
➤ 障害保健福祉圏域	<ul style="list-style-type: none"> 広域的な視点から障害福祉サービス等の提供体制の確保を図るため、都道府県の行政機関の管轄区域等を勘案しつつ、市町村より広域的な行政単位として複数市町村を含む広域圏域として、障害福祉計画において設定 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第89条
➤ 老人福祉圏域	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービス及び保健医療サービスの一体化・総合化を図る観点から、介護保険施設等の適正配置の目安として、介護保険事業支援計画において設定 	<ul style="list-style-type: none"> 老人福祉法第20条の9 介護保険法第118条

精神疾患の医療体制に求められる医療機能（指針 第2の2）

区 分		地域精神科医療 提供機能	地域連携 拠点機能	都道府県連携 拠点機能
目 標	患者本位の医療機能の提供	○	○	○
	多職種協働による支援の提供	○	○	○
	地域の保健医療介護福祉関係機関との連携・協力	○	○	○
	医療連携		地域拠点	都道府県拠点
	情報収集発信		地域拠点	都道府県拠点
	人材育成		地域拠点	都道府県拠点
	支援機能		地域精神科 医療提供機 能の支援	地域連携拠点 機能の支援
医療機関に 求められる事項 (例)	患者の状況に応じた適切な精神科医療の提供、緊急時の対応体制・連絡体制の確保	○	○	○
	多職種チームによる支援体制	○	○	○
	医療器機関、障害福祉サービス事業所等と連携した生活の場で必要な支援の提供	○	○	○
	地域連携会議		運営支援	運営
	積極的な情報発信		○	○
	研修		多職種による 研修の企画・ 実施	専門職に対す る研修プログ ラムの提供
	個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応		地域精神科医 療提供機能医 療機関への対 応	地域連携拠点 機能医療機関 への対応

認知症疾患医療センター運営事業（平成29年度～）

- 認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業（H20年～）
- 平成29年度より、さらなる整備促進のため、診療所型の設置要件に病院を追加し「連携型」を新設
- 実施主体：都道府県・指定都市（鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置）
- 設置数：全国に375か所（平成28年12月末現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）

		基幹型	地域型	連携型
設置医療機関		病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所・病院
設置数(H28.12月末現在)		15か所	335か所	25か所
診療報酬		認知症専門診断管理料1(700点) 認知症専門診断管理料2(300点)		認知症専門診断管理料1(500点) ※診療所は算定可能
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI(※) ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
	医療相談室の設置	必須	—	
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化 等 		

論点2 精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築について

(1) 長期入院患者の地域移行について

☞退院率、長期入院患者の状況 別紙参照

第5期障害福祉計画に係る国の基本指針における成果目標

○保健・医療・福祉関係者による協議の場（各障害保健福祉圏域、市町村）の設置

○精神病床の1年以上入院患者数：14.6万人～15.7万人
（H26年度末の18.5万人と比べ3.9万人～2.8万人減）

○退院率：入院後3か月 69%、入院後6か月 84%、入院後1年 90%

○第4期(H27～29年度)障害福祉計画に係る目標値と県の現状（630調査より）

①入院後3か月時点の退院率の上昇

目標値：平成29年度における入院後3か月時点の退院率※を64%以上とする。

※平成29年6月に入院した者の入院後3か月時点の退院率により実績を把握する。

**県目標値(H29)
64%以上**

「入院後3か月時点の退院率」は、6月に入院した者のうち当該月を含む3月目の月末までに退院した者の割合。

	6月の入院患者数	退院患者数			6～8月計	退院率
		6月	7月	8月		
平成19年	600	135	172	85	392	65.3%
平成20年	631	144	170	87	401	63.5%
平成21年	650	133	152	106	391	60.2%
平成22年	599	126	163	81	370	61.8%
平成23年	552	117	149	83	349	63.2%
平成24年	540	117	140	81	338	62.6%
平成25年	564	122	148	79	349	61.9%
平成26年	522	108	137	68	313	60.0%
平成27年	555	109	146	109	364	65.6%
平成28年						
平成29年						64%以上
H23全国	33,049	6,029	7,855	5,278	19,162	58.0%

H19～25平均62.6%

最終目標年

②入院後1年時点の退院率の上昇

目標値：平成29年度における入院後1年時点の退院率※を91%以上とする。

※平成29年6月に入院した者の入院後1年時点の退院率により実績を把握する。

「入院後1年時点の退院率」は、ある月に入院した者のうち当該月を含む12月目の月末までに退院した者の割合。

**県目標値(H29)
91%以上**

	6月の入院患者数	1年時点退院者数	退院率
平成19年	600	546	91.0%
平成20年	631	575	91.1%
平成21年	650	594	91.4%
平成22年	599	529	88.3%
平成23年	552	492	89.1%
平成24年	540	490	90.7%
平成25年	564	515	91.3%
平成26年	522	469	89.8%
平成27年	555	505	91.0%
平成28年			
平成29年			91%以上
H23全国	33,049	28,843	87.3%

最終目標年

③入院後6か月時点の退院率

現計画では目標値の設定はありません。

平成24年	82.4%
平成25年	83.3%
平成26年	81.8%
平成27年	85.0%

④在院期間1年以上の長期在院者数の減少

	長期在院者数	減少率
平成19年	3,135	
平成20年	2,922	
平成21年	2,899	
平成22年	2,881	
平成23年	2,805	
平成24年	2,683	基準点
平成25年	2,537	-5.4%
平成26年	2,564	-4.4%
平成27年	2,429	-9.5%
平成28年	2,355	-12.2%
平成29年	2,370	-11.7%

最終目標年

県目標値(H29)
2,370人
-11.7%