

## (5) 精神疾患

### ア 精神疾患(認知症を除く)

#### 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

##### (ア) 施策の現状・課題

精神疾患は誰でもかかる可能性のある疾患です。近年、社会生活環境の変化等もあって、精神医療の対象となる疾患にかかる人は増えており、入院と通院(自立支援医療(精神通院医療)受給者数)の患者を合わせた精神障害のある人の数は、平成28年度では91,770人で、平成24年度の78,629人に比べて13,141人増加しています。

精神保健福祉に関する相談は、健康福祉センター(保健所)や精神保健福祉センター<sup>\*</sup>、市町村のほか、中核地域生活支援センター<sup>\*</sup>、相談支援事業者などでも応じていますが、精神保健福祉に関する相談窓口の周知や相談支援体制(人員)は十分とは言えず、その充実が求められています。

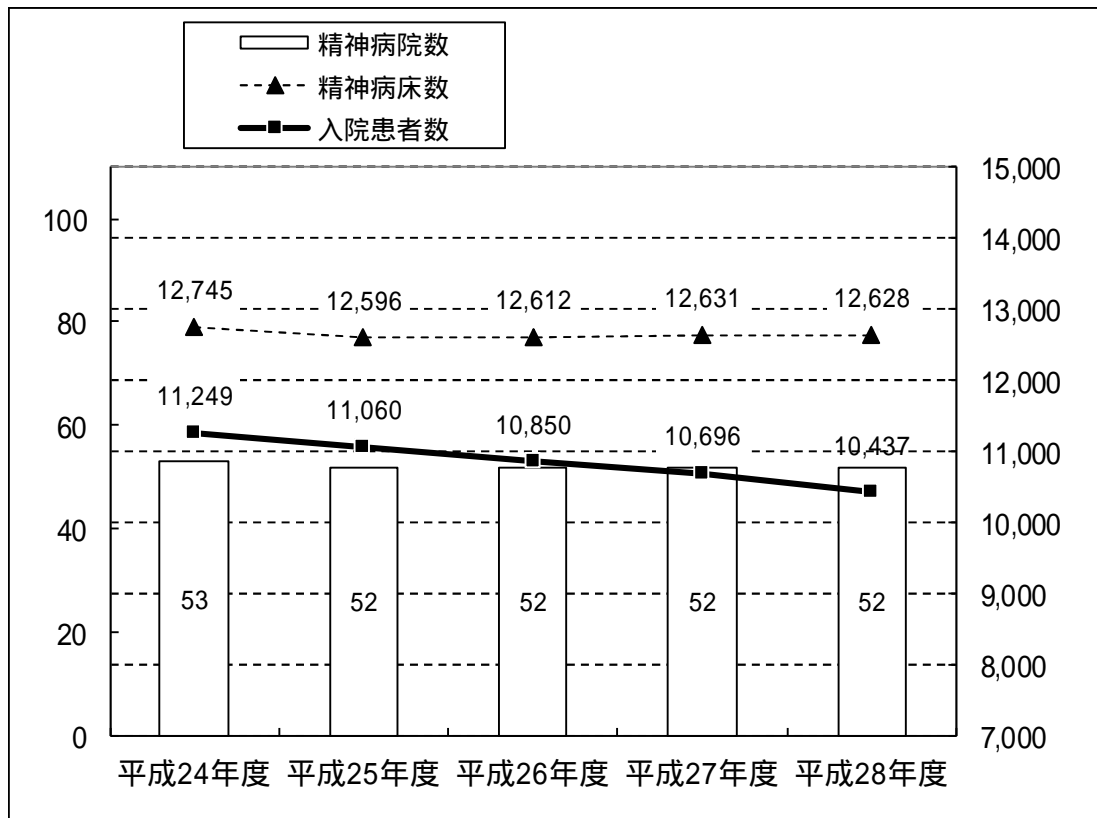
また、精神疾患については、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が重くなって初めて相談や受診に至るという場合が多く見受けられます。近年は、精神科診療所が増え、身近な地域で外来診療を受けやすくなっており、早期に受診しやすい環境となっています。重症化してからでは、回復に時間を要するため、早期に相談や受診ができるような支援体制づくりが必要です。

入院については、発症後間もない患者の多くは短期間で退院していますが、長期入院患者にあっては、高齢化や様々な要因から地域移行に困難を伴う場合が多く、県内精神科病院全体の平均在院日数(認知症含む)は、平成22年度344日、平成27年度325日で、なかなか短縮しない状況にあります。

長期入院患者の退院支援については、従来、病院職員が家族や地域の支援機関と調整して行っていましたが、近年は、障害福祉サービス等が増えたこともあり、相談事業所などの機関や行政が連携して、一人ひとりの患者のニーズに合わせた地域生活を継続していくための支援を行っています。

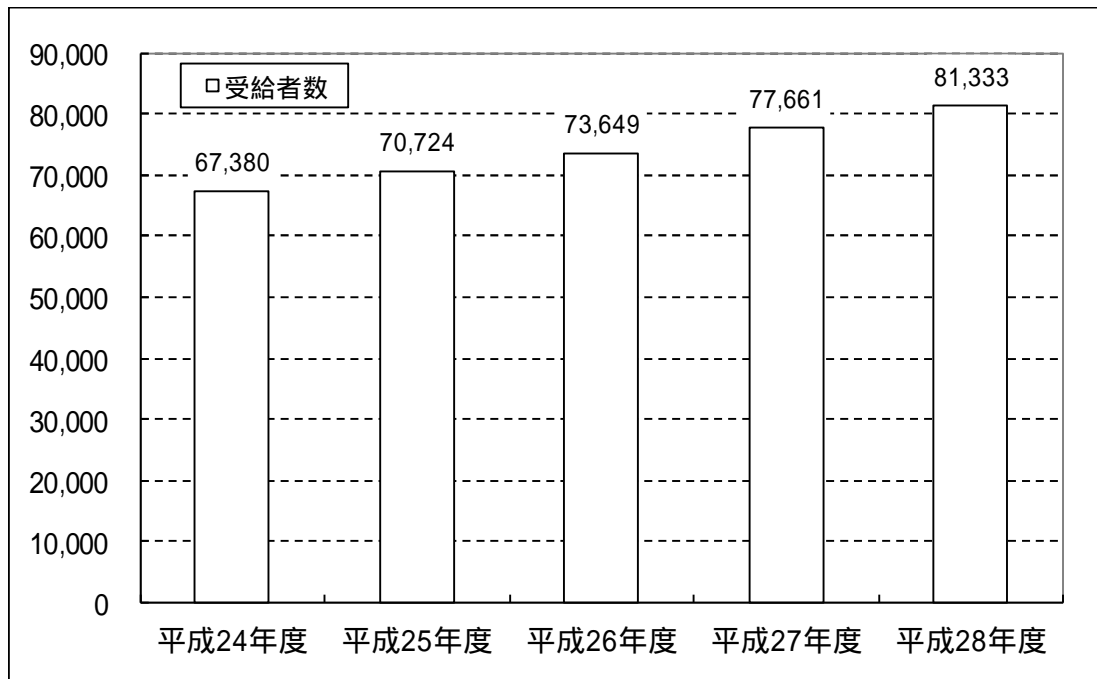
精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、自治体を中心とした地域の関係機関の一体的な取り組みに加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム<sup>\*</sup>」の構築を進める必要があります。

図表 2-1-1-2-5-1-1 精神科病院入院患者数及び病床数等の推移



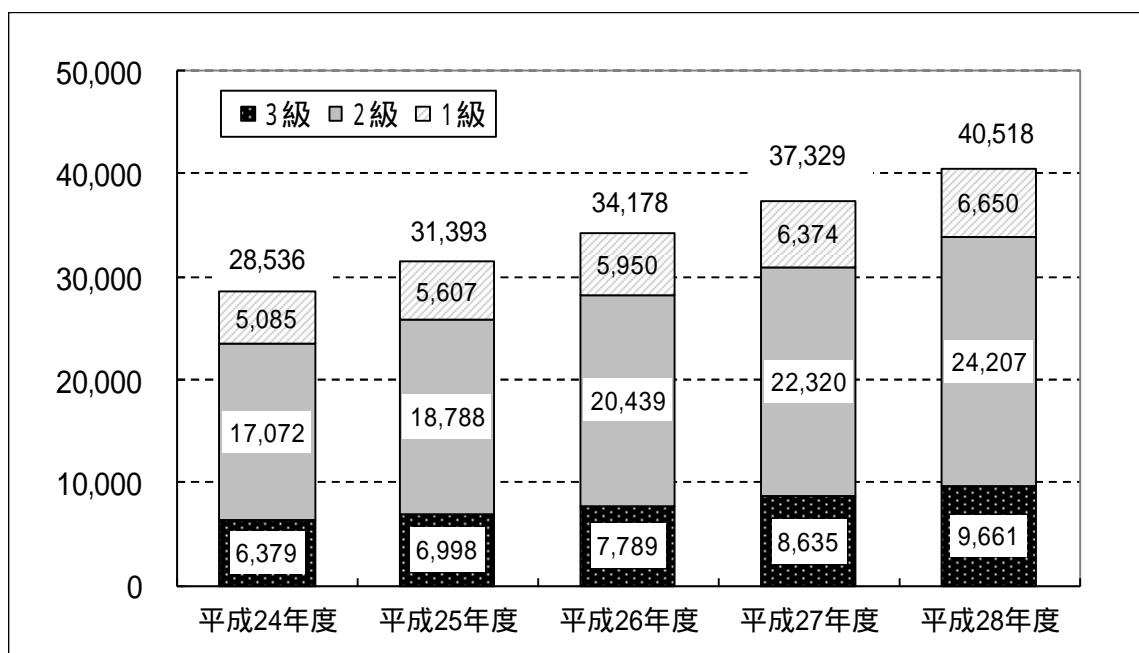
資料：厚生労働省精神・障害保健課調査(6月30日調査) 各年度6月末現在

図表 2-1-1-2-5-1-2 自立支援医療(精神通院医療)受給者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 各年度末現在

図表 2-1-1-2-5-1-3 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移



資料：千葉県精神保健福祉センター統計 各年度末現在

#### (イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害のある人が、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ます。

精神障害のある人が地域で生活する上で必要な、障害福祉サービスや身近な生活支援の相談窓口は、主に市町村や基幹相談支援センター、医療や広域的な制度などの相談窓口は、健康福祉センター(保健所)、精神保健福祉センター、中核地域生活支援センターなどがあります。他にも、相談の内容によって、相談支援事業所、就労支援機関などもあります。

医療については、地域の精神科病院、精神科診療所、また、内科等のかかりつけ医\*やかかりつけ薬剤師・薬局\*、訪問看護ステーション\*などの機関が関わります。

かかりつけ医は、日ごろから、健康管理上のアドバイスを行って発病予防に努めたり、患者や家族等からの相談に応じます。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター(保健所)等の保健サービス機関を案内します。保健サービス機関では、身近で適切な精神科を案内したり受診調整を行うなどし、発症から精神科に受診できるまでの期間をできるだけ短縮します。

精神科の医療機関は、早期に診断と治療を開始し、重症化を防ぎます。また、必要に応じて、訪問看護を導入し、日常生活の様子や服薬状況を確認し、医療中断しないよう見守ります。

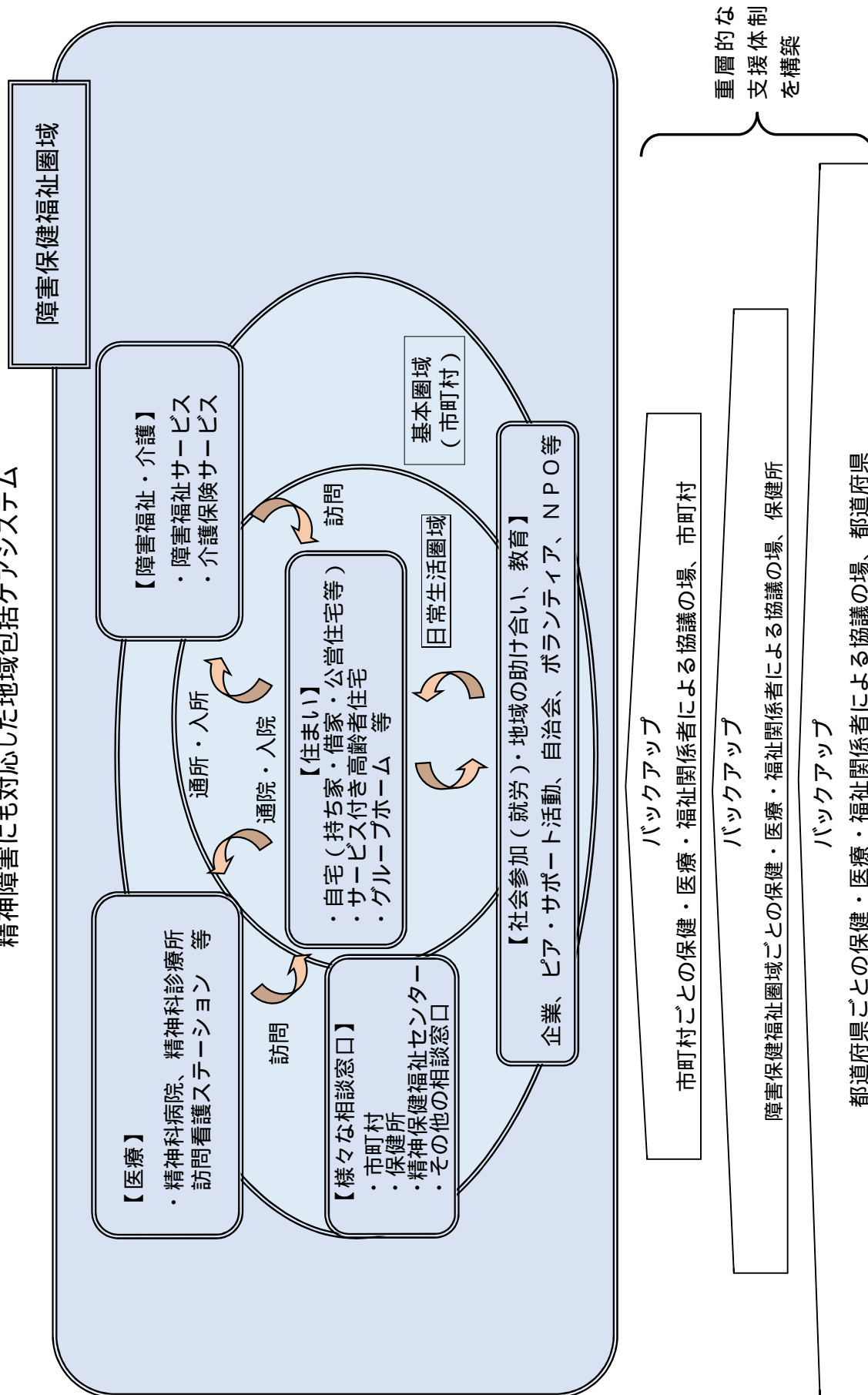
障害福祉サービス等の生活支援については、市町村が窓口になっています。障害支援区分と本人のニーズに沿って、相談支援事業所やケアマネージャー等と必要なサービスの種類や量などの支援計画を立てていきます。

自宅で生活しながら日中活動を行うための支援では、ホームヘルプなどの訪問・生活支援や、生活リズムを整え人と交流するための地域活動(通所)支援、就労支援などがあります。グループホームなどへの入所など居住系のサービスもあります。

その他、制度によらないサービスや支援を行っている機関や、地域・企業などの協力を得るなど、そのような人たちを増やし、精神障害のある人が地域で安心して、その人らしく暮らせるよう、行政や関係機関が連携して、地域生活や社会生活を支えます。

なお、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の「医療」部分を詳細に説明したものが、後述する の「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」になります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム



(ウ) 施策の具体的展開

〔相談支援窓口の周知と機能の充実〕

県民への精神疾患に関する正しい知識の普及に取り組むため、精神保健福祉センター、健康福祉センター(保健所)では、メンタルヘルスの保持・増進について、継続して普及啓発を行います。また、精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します。さらに、相談窓口の一層の周知を図ります。また、市町村における相談支援機能の充実を図るために、相談支援に携わる専門職員に対する研修の拡充を図るとともに、市町村職員とともに相談やアウトリーチを行い、技術指導・支援を推進します。

〔発症から精神科受診までの時間の短縮化〕

日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握している内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局が、患者や家族等からの相談に応じることができるよう、精神疾患に関する研修を開催するなど人材育成を図ります。本人の様子の変化や精神疾患を早期に発見した場合は、精神科医の紹介や、市町村、健康福祉センター(保健所)等の保健サービス機関の案内ができる連携体制を整備します。

〔早期退院への支援〕

入院患者の地域生活への移行を促進するため、精神科病院と市町村や地域移行支援事業所などの連携の強化を推進します。また、各障害保健福祉圏域\*において、精神障害者地域移行協議会を開催し、医療機関及び地域の支援機関等が相互の取り組みや地域移行への理解、地域移行を進める上での課題等について協議し、緊密な連携体制の構築を図ります。

病院職員による退院に向けた取り組みを推進するため、長期入院していた患者が実際に地域で生活している様子などについての研修等を行い、地域移行に関する具体的なイメージと関心を持ってもらうようにします。また、市町村や地域の支援機関に対して、精神障害のある人の特性を理解した地域生活支援ができる人材育成研修を行います。

地域移行に向けた独自の取組、地域との連携、退院に向けた会議への関係者の参加や退院後の訪問等を行うなど、精神障害者地域移行支援に積極的に取り組む精神科病院を「地域移行・定着協力病院」として認定するとともに、認定病院の増加に向けて取り組みます。

居住地から離れた精神科病院に入院している患者を住み慣れた地域に帰すため、入院先精神科病院、入院先の地域の支援機関、退院先の地域の精神科病院、市町村、支援機関の連携体制を整備します。

〔地域生活の継続のための支援〕

地域移行に必要な居住の場を確保するために、障害のある人向けの公共賃貸住宅の供給の推進や、障害のある人に対する優先入居、単身入居を可能とする取り組みを進めます。民間賃貸住宅への入居に関しては、不動産業者等に対して障害に対す

る理解を求め、必要な際に連絡・対応を行いながら信頼関係を築くなどして社会資源の拡充に努めます。共同生活住居については、グループホームの整備やグループホーム支援ワーカーを配置し、円滑な入所ができるよう、引き続き取り組みます。併せて、地域における相談支援関係機関等によるネットワークづくりの促進、当事者会や家族会の活動への支援、ピアサポーター\*の養成や活用などに取り組みます。

障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、個別支援に関する協議や事例検討、情報交換等を行いながら、精神障害のある人が地域で安定した生活を送れるよう支援する地域の機関の連携を強化していき、圏域における地域包括ケアシステムの構築を目指します。

## 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

### (ア) 施策の現状・課題

精神障害のある人の社会参加及び自立を促進し、精神障害のある人が社会貢献できるよう、精神障害のある人の障害特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保することが必要です。

これを踏まえ、入院医療中心の精神医療から精神障害のある人の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向けて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、依存症などの多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担や連携体制の構築が必要です。

#### 〔統合失調症〕

統合失調症は、実際にはないものが感覚として感じられる幻覚(誰もいないのに人の声が聞こえてくる幻聴など)や、明らかに誤ったことを信じてしまい訂正不能な妄想が代表的な症状です。およそ100人に1人がかかる身近な病気ですが、自分では病気を自覚しにくいことも特徴の一つです。

平成26年6月30日時点で、統合失調症の入院患者は、7,038人であり、精神科の全入院患者の約65%を占めています。「精神及び行動の障害」で入院している人の平均在院日数は270日ですが、そのうちの「統合失調症圏」では489日と長くなっています。入院の長期化や入院患者が高齢になると、地域生活への移行や社会活動への参加等の支援に時間を要することから、入院の長期化を防ぐことが課題です。

#### 〔気分(感情)障害〕

うつは、内因性の要因やストレスなどの環境要因から憂うつで無気力な状態が長く続く病気です。双極性障害(躁うつ病)は、気分が異常かつ持続的に高揚し、ほとんど眠らずに動き回ったりしゃべり続けるなどの躁状態とうつ状態を繰り返す病気です。躁・うついずれの症状に対しても薬物療法が有効なため、早期に受診して治療を継続することと、社会復帰のためのプログラムや支援が必要です。

気分(感情)障害の早期発見と早期受診のためには、メンタルヘルスに関する啓発などが必要です。

#### 〔依存症〕

依存症は、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症など、様々な依存症があります。適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、病気に対する本人の否認が強いため、なかなか治療に結びつかない傾向にあります。

依存症の相談や治療を専門的に行っている医療機関は少ないため、依存症に関する相談・支援に対応できる機関を明確にするとともに、周知していくことが必要です。

#### 〔高次脳機能障害〕

高次脳機能障害\*は、病気や事故などの後遺症により、注意障害や記憶障害が生じ、



これまでできていた日常生活上のことができない、感情の抑制が効かないなど、生活や社会参加に支障が生じますが、外見ではわかりにくいいため、周囲の人からは理解されにくい障害です。

高次脳機能障害及びその関連障害に関する支援については、3か所の支援拠点機関を設置し、専門的な相談支援、機能回復等のための訓練、関係機関とのネットワークの充実などを行っていますが、高次脳機能障害の診断・治療を行える医療機関は少ないため、高次脳機能障害のある人が身近な地域で必要な治療や支援を受けられるようにすることが必要です。

#### 〔摂食障害〕

摂食障害は、拒食や過食の極端な食行動の異常と、体重に関する過度のこだわりを持つ病気で、若い女性に多い病気です。身体合併症やうつ病などの精神疾患を併発しやすく、致死率も高い疾患です。しかし、患者自身や周囲の者が病気と捉えていなかったり、患者が受診の必要性を感じず、重症化してからようやく受診に至ることがあります。また、身体・精神の両面から専門的な対応ができる医師や医療機関が少ないのが現状です。

摂食障害に関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワークを構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

#### 〔児童・思春期精神疾患〕

児童・思春期は、身体的・心理的成長過程にある不安定な時期です。特に思春期は、統合失調症やうつ病、様々な神経症性障害の好発年齢であり、専門的な判断が重要になりますが、児童・思春期精神疾患に専門的に対応している医療機関は限られています。

#### 〔発達障害〕

発達障害\*は、自閉症\*、アスペルガー症候群\*、多動性障害(ADHD)\*、学習障害\*、チック障害などがあります。生まれつき脳の一部の機能に障害があるために興味や行動の偏り(こだわり)やコミュニケーションの障害、不注意など、それぞれの症状が現れます。

県では、発達障害者支援センターを2カ所設置して相談等に応じるとともに、平成29年には、発達障害の支援(診療等を含む。)に関する情報の共有や緊密な連携、体制整備等について検討する発達障害者支援地域協議会を設置しています。

増加している相談に対して、支援を行う人材や機関はまだ不足している状態であり、発達障害に関する知識を有する人材の養成と確保等が必要です。また、学習の遅れや行動の異常などから発達障害が疑われる児童などに対して、早期に適切な治療や支援につなげるため、教育機関と医療機関、相談支援機関との連携が必要です。

#### 〔てんかん〕

てんかんは、意識障害やけいれんなどのてんかん発作を繰り返して起こす病気です。

原因や症状は様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発症する可能性があります。

てんかんは、多くの場合、薬の服用などによって発作を抑えることが可能なため、治療を継続することで生活上の支障を除くことができますが、一部発作が抑えられないなどの難治性の患者がいます。

てんかんに関する相談や治療できる医療機関を明確にするとともに、ネットワークを構築し、身近な地域で相談や治療が受けられる体制をつくる必要があります。

#### 〔精神科救急〕

県では、精神症状の急激な悪化などの緊急時に適切な精神科医療を受けられるよう、「千葉県精神科救急医療システム<sup>\*</sup>」を実施・運営しており、基幹病院を設置するとともに、輪番体制で空床を確保しています。精神科救急情報センター<sup>\*</sup>では、夜間・休日における精神科医療機関への受診相談を受け、必要に応じて、基幹病院や輪番病院への受診調整を行っています。

#### 〔身体合併症〕

身体と精神の両疾患を有して入院が必要な場合、身体疾患を診る科と精神科のどちらで入院を受け入れるかで入院先がなかなか決まらない場合が少なくありません。精神疾患と身体疾患を併発する患者に対応できる総合病院精神科の重要性は増していることから、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」を整備し、協力病院を登録しています。

#### 〔自殺対策〕

全国の自殺者数は、平成10年から3万人超えで推移してきましたが、平成24年に3万人を下回り、平成29年には2万1,321人となりました。本県でも1,300人前後を推移していたものが平成29年には985人と減少したものの、依然として高い水準にあります。

自殺対策は、千葉県自殺対策推進計画に基づき、保健・教育・労働など総合的に取り組む必要があります。

#### 〔災害精神医療〕

災害時精神医療は、東日本大震災以降、発災直後から被災地に入って精神科医療活動を行う災害派遣精神医療チーム<sup>\*</sup>(以下「DPAT」という。)の体制整備が進められ、本県では、DPAT研修を27年度から開催しています。

今後、当県が被災する場合や派遣が長期に渡ることを想定し、DPATを増やすとともに、他の医療救護チームと共に活動できるよう、スキルアップしていく必要があります。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

精神疾患の循環型地域医療連携システム<sup>\*</sup>(多様な精神疾患等に対応できる医療連携システム)は、県民が身近な地域で、質の高い精神科医療を受けることができるよう、かかりつけ医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科、一般の医療機関、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所などによる連携により構築します。また、市町村や健康福祉センター(保健所)、精神保健福祉センター、学校保健、産業保健などによる、精神保健相談の窓口の周知や精神保健福祉に関する知識の普及などの予防対策も含まれます。

内科等のかかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局等は、日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握し、診療の他に健康管理上のアドバイスなども行うことから、精神疾患を早期に発見し、精神科医の紹介や、初期治療などを行います。精神科のかかりつけ医は、患者の病状に応じて適切な治療を行います。

精神科救急医療体制においては、休日及び夜間を含めて、精神症状の急変などにより、早急に適切な医療を必要とする患者等の相談に応じ、適切な医療サービスを提供します。なお、精神科救急医療機関は、全て全県(複数圏域)対応型連携拠点病院と位置付けています。

精神科病院等は、精神疾患の状態に応じて、薬物療法を中心として、精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなどのリハビリテーションプログラム・家族教育などを適宜行い、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供します。

社会復帰に向けては、訪問看護ステーションや訪問薬剤管理指導等対応薬局<sup>\*</sup>、精神科医、看護師、作業療法士<sup>\*</sup>、精神保健福祉士等といった多職種チームによるアウトリーチ(訪問支援)<sup>\*</sup>の提供により、地域生活や社会生活を支えます。

また、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所等は、精神科医療機関などとの連携により、精神障害のある人の地域生活持続のための支援や復職・就労支援を行います。

精神科を有する総合病院や、一般の医療機関の内科医等と精神科病院や精神科診療所の精神科医師が連携を図ることにより、生活習慣病などの身体疾患を合併している精神疾患患者についての治療を行います。

救命救急センター<sup>\*</sup>や一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチーム<sup>\*</sup>により、自殺未遂者の診療を行うことを促進します。

地域精神科医療機関(病院・診療所)は、精神科のかかりつけ医として、患者の病状に応じて適切な治療を行うとともに、患者の地域生活を支えるため地域の機関と連携を図ります。

地域連携拠点医療機関は、かかりつけ医の役割に加えて、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します。

また、二次保健医療圏内の病院・診療所間等の連携を推進し、情報収集発信や人材育成に取組み、地域の拠点としての機能を果たします。さらに、地域精神科医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

都道府県連携拠点医療機関は、県内の病院間等の連携を推進し、情報収集発信や人

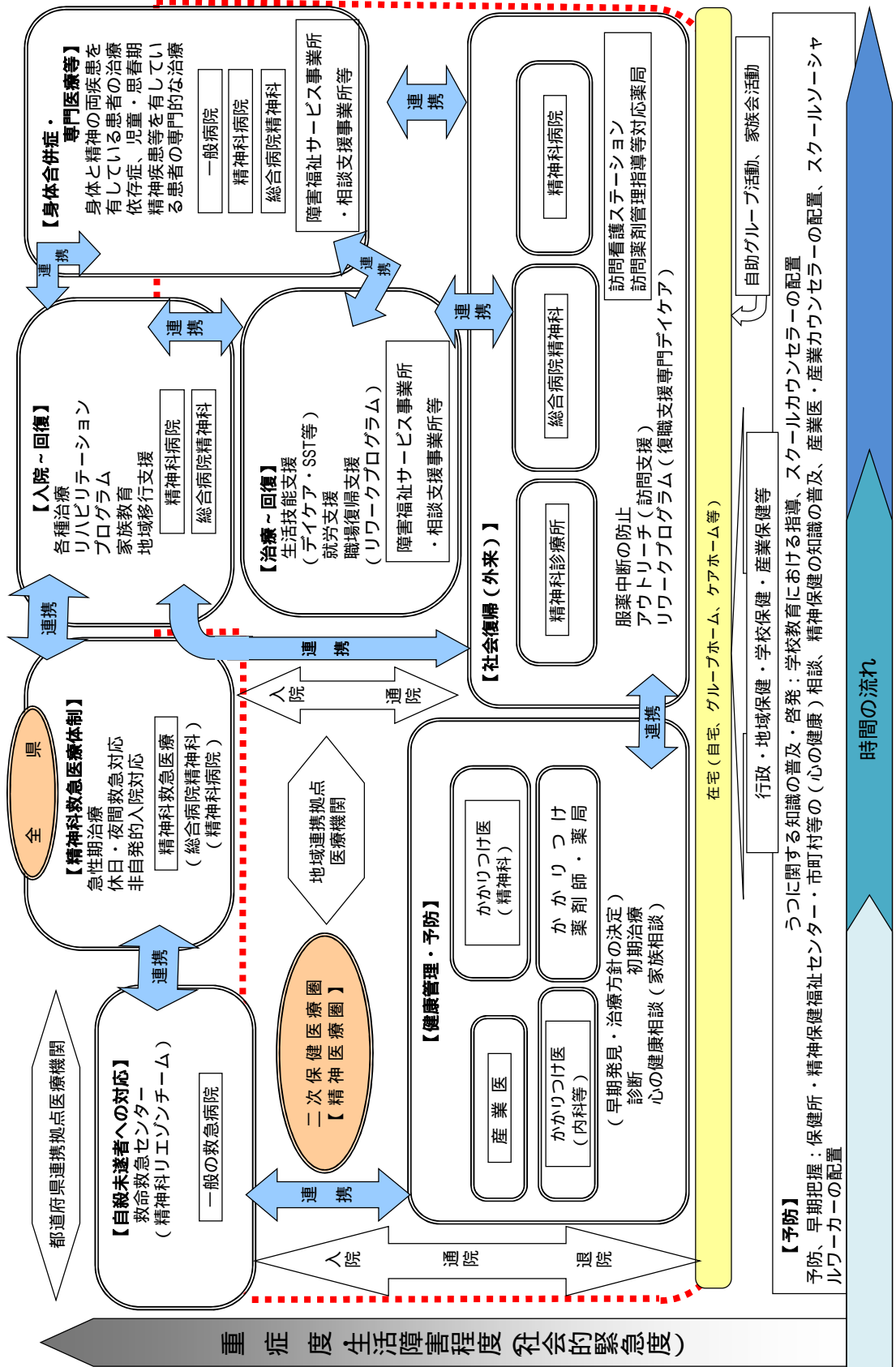
材育成を行うとともに、地域連携拠点医療機関の支援を行い県の拠点としての機能を果たします。さらに、地域連携拠点医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行います。

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行います。

精神保健福祉センターは、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携を円滑に実施するため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助を行います。

県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めます。また、圏域ごとの医療連携状況や圏域間の連携状況の把握に努めます。

循環型地域医療連携システムのイメージ図(多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制)



### (ウ) 施策の具体的展開

統合失調症、気分(感情)障害、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ごとに対応できる医療機関を明確にした上で、精神医療圏域内の医療連携による支援体制の構築を目指します。

精神医療圏は、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担と医療連携を推進するための単位として設定するもので、二次医療圏に一致するように設定します。

#### 〔統合失調症〕

難治性統合失調症を有する患者に対しては、治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン\*など)等の専門的治療により地域生活へ移行する患者が増えていることから、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークを構築し、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用の普及を進めます。それにより、長期入院患者の地域移行の進展と平均在院日数の短縮化を図ります。

#### 〔気分(感情)障害〕

本人や周囲の者がうつ症状に早い段階で気づくことができるよう、メンタルヘルスに関する知識の普及啓発を行います。また、気軽に相談できる窓口についても併せて周知します。普及啓発は、広く県民に対して、パンフレット等の配布や講演会を開催します。また、学校や職場などに対しても同様に啓発を行い、教育・労働関係機関とも連携して、不適應やいじめなどによる孤立化防止やワークライフバランスの改善などに取り組みます。

うつ病等からの回復のためには、認知行動療法\*やリワーク・プログラム(復職支援専門デイケア)\*の実施などにより対応できる医療機関を明確にします。うつ病等による休職者に対しては、円滑な職場復帰等が行われるよう、精神科等のかかりつけ医と産業医\*等の産業保健スタッフとの連携の強化に取り組んでいきます。

#### 〔依存症〕

依存症については、精神保健福祉センターにおいて、薬物依存症に関する治療・回復プログラム、ギャンブル依存症に関する専門相談を継続して行います。また、依存症者に対する支援を行う人材を養成するために、市町村や相談機関等の職員を対象とした研修を実施します。そのほか、家族向けの講演会等を開催する等依存症対策を推進していきます。

#### 〔高次脳機能障害〕

高次脳機能障害及びその関連障害に対しては、3カ所の支援拠点機関を中心に、高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につながるよう努めるとともに、地域におけるネットワークの拡大・強化に取り組んでいきます。

### 〔摂食障害〕

摂食障害については、摂食障害治療支援センターにおいて、専門的な相談支援、適切な治療、他の医療機関の医師等への指導助言・研修を行い、身近な地域の医療機関で摂食障害治療を受けられる体制づくりを目指します。また、教育機関と連携し、摂食障害の予防や早期発見・早期受診につながるよう努めます。

### 〔児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかん〕

児童・思春期精神疾患、発達障害、てんかんといった専門的な治療を行える医療機関が少ない疾患については、専門的に治療を行っている機関を中心とした広域的な医療ネットワークをつくり、専門的機関から助言・指導等を得ることによって、身近な地域の医療機関で治療を受けられる体制づくりを目指します。

### 〔精神科救急〕

精神科救急医療については、病院の協力を得て、精神科救急基幹病院や精神科救急輪番病院の拡大などにより緊急時に対応できる空床を増やすよう努め、夜間休日に身近な地域で必要な医療を受けられるよう努めます。

### 〔身体合併症〕

身体合併症を有する精神疾患救急患者については、「身体疾患合併症対応協力病院運営要領」に基づき、引き続き協力病院の増加に努めるとともに、身体疾患に対応できる病院との連携を進めます。

千葉県精神科医療センターと千葉県救急医療センターを統合して(仮称)千葉県総合救急災害医療センターを整備し、身体・精神科合併救急患者への対応を強化します。

### 〔自殺対策〕

自殺対策については、自殺対策強化月間などにおいて県民の自殺に関する理解を促進するとともに、相談支援機能を強化し、相談窓口の一層の周知を図ります。また、自殺の危険性の高い人やうつ状態にある人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険やうつ症状を示すサインに気付き、適切に対応することができる「ゲートキーパー<sup>\*</sup>」の役割を担う人材の養成を行います。

自殺未遂者について、救命救急センターや一般の救急医療機関においては、精神科リエゾンチームによる診療や精神科医療機関との連携体制を整備します。

自死遺族に対しては、各種支援情報の提供を推進するとともに、自死遺族の心理的影響を和らげるための活動を行う団体を支援するなど、遺族支援に取り組みます。

自殺対策は、保健・医療・福祉・教育・労働・警察・民間団体等の様々な分野の機関や団体による総合的な推進が必要であることから、連携して自殺対策に取り組みます。

〔災害精神医療〕

災害時の精神医療については、DPA Tの複数チームの派遣または中長期の活動が可能となる体制を整備するため、DPA T養成研修を継続的に開催し、チーム数を増やします。また、構成員の資質向上のためフォローアップ研修や、災害時に迅速かつ適切な支援活動が行えるよう、消防や他の医療チームとの合同訓練に参加します。

新たに整備する(仮称)千葉県総合救急災害医療センターでは、DMAT、DPA Tを同一病院内で運用できる機能を生かして身体・精神両面にわたる包括的な災害医療を提供します。

精神科病院に対しては、災害時に備えた体制等を検討・整備するよう指導していきます。

上記の施策に取り組むとともに、医療圏ごとに各疾患等に対応している医療機関の明確化や、各医療圏及び県全体での協議の場を通じて、多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築を図ります。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤(ストラクチャー)〕

指標名	現状	目標
精神科救急基幹病院数 1	12病院 (平成29年7月)	12病院 (平成32年度) 14病院 (平成36年度)
精神科救急身体合併症に対応できる施設数 2	5病院 (平成29年7月)	5病院 (平成32年度) 6病院 (平成36年度)
救命救急センターで「精神科」を有する施設数	13箇所 (平成28年度)	14箇所 (平成35年度)
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	7病院 (平成26年度)	13病院 (平成32年度) 18病院 (平成36年度)

- 1 精神科救急入院料算定認可医療施設数として、精神科医療センターを含む
- 2 身体疾患合併症対応協力病院運営要領に基づき登録した医療機関数



指標名	現状	目標
精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数(認知症を除く)	139 (平成29年6月)	143 (平成32年度) 147 (平成36年度)
グループホーム等の定員(グループホーム、生活ホーム、ふれあいホームの定員)	4,712人 (平成28年度)	5,900人 (平成32年度)

〔過程(プロセス)〕

指標名	現状	目標
精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数	8人 (平成27年度)	30人 (平成32年度) 50人 (平成36年度)
地域移行・定着協力病院数	11病院 (平成29年7月)	26病院 (平成32年度)
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	0.24% (平成26年度)	0.98% (平成32年度) 1.5% (平成36年度)
精神疾患の訪問看護利用者数(認知症を除く)	3,408人 (平成29年6月)	3,437人 (平成32年度) 3,498人 (平成36年度)

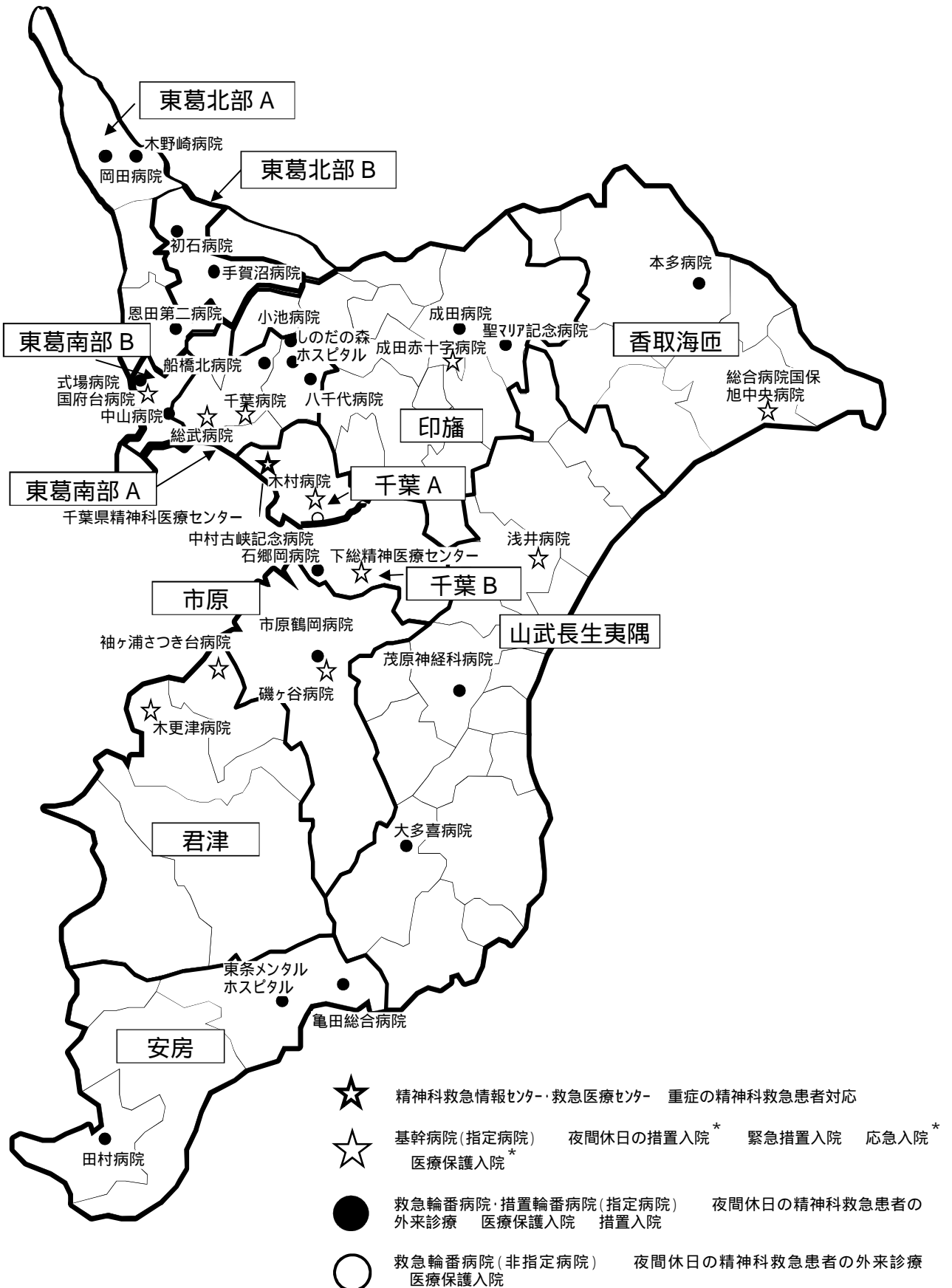
〔成果(アウトカム)〕

指標名	現状	目標
退院患者平均在院日数* (精神病床)	325.1日 (平成27年度)	298日 (平成32年度) 274日 (平成36年度)

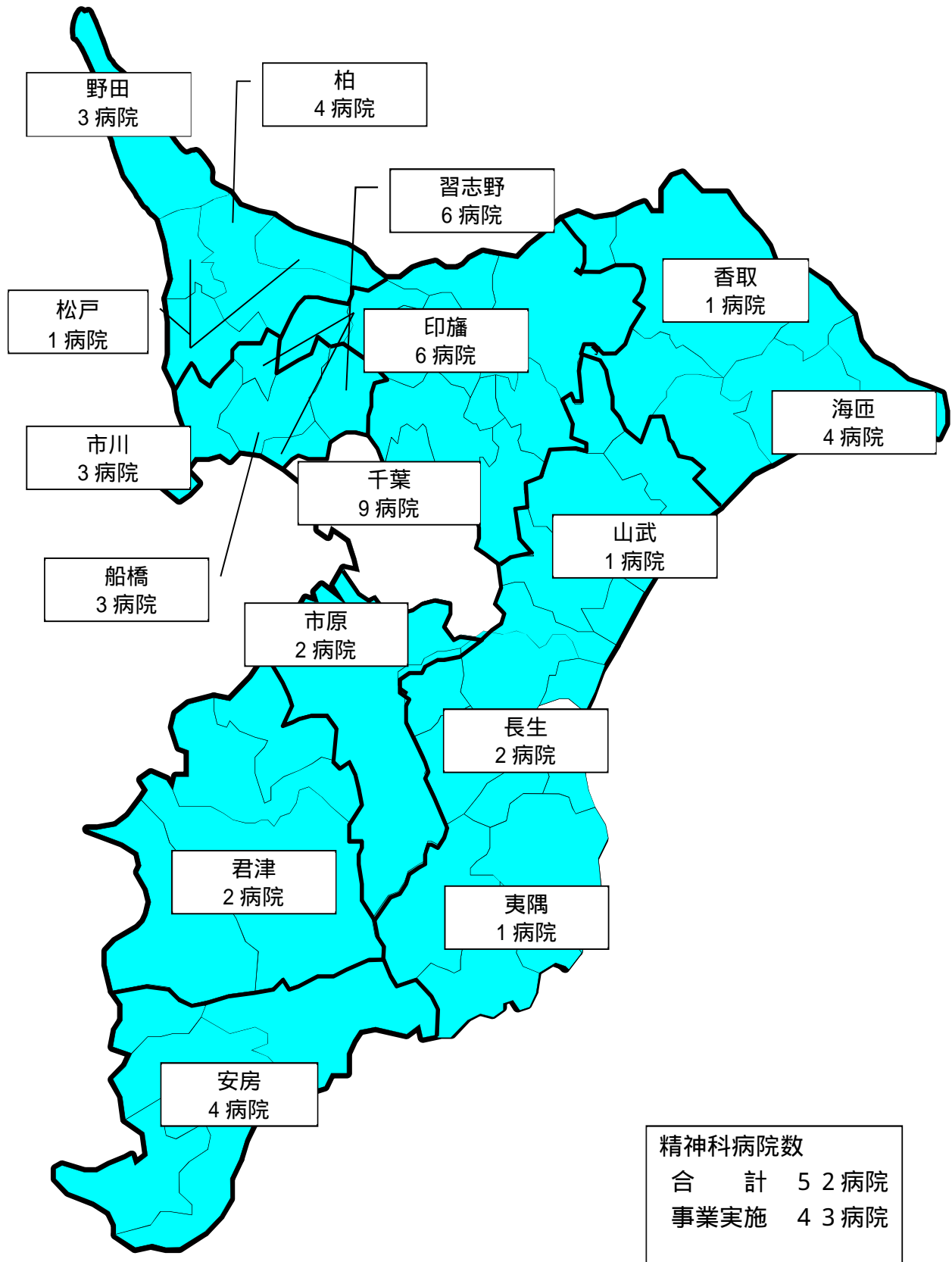
指 標 名	現 状	目 標
在院期間5年以上、かつ65歳以上退院者数	1月あたりの退院者数 20人 (平成28年度)	33人 (平成32年度) 49人 (平成36年度)
精神病床における急性期(3カ月未満)入院需要(患者数)	1,783人 (平成26年度)	1,823人 (平成32年度) 1,821人 (平成36年度)
精神病床における回復期(3カ月以上1年未満)入院需要(患者数)	1,423人 (平成26年度)	1,507人 (平成32年度) 1,555人 (平成36年度)
精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	6,329人 (平成26年度)	5,510人 (平成32年度) 4,017人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者(65歳以上患者数)	3,282人 (平成26年度)	3,058人 (平成32年度) 2,227人 (平成36年度)
精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満患者数)	3,046人 (平成26年度)	2,452人 (平成32年度) 1,790人 (平成36年度)
精神病床における入院需要(患者数)	9,535人 (平成26年度)	8,840人 (平成32年度) 7,393人 (平成36年度)

指 標 名	現 状	目 標
地域移行に伴う基盤整備量 (利用者数)	-	1,104人 (平成32年度) 2,760人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳以上利用者数)	-	627人 (平成32年度) 1,521人 (平成36年度)
地域移行に伴う基盤整備量 (65歳未満利用者数)	-	477人 (平成32年度) 1,239人 (平成36年度)
精神病床における入院後3か月 時点の退院率	69% (平成26年度)	72% (平成32年度)
精神病床における入院後6か月 時点の退院率	85% (平成26年度)	88% (平成32年度)
精神病床における入院後1年時 点の退院率	90% (平成26年度)	93% (平成32年度)
自殺死亡率 (人口10万対)	18.6 (平成26~28年平均)	13.0 (平成36~38年平均)

図表 2-1-1-2-5-1-4 千葉県内の精神科救急医療圏域及び救急医療施設



図表 2-1-1-2-5-1-5 精神障害者地域移行支援事業実施状況



平成29年4月現在