

※ 認知症については第2編第3章第2節第6項に、災害保健精神医療については第2編第3章第3節第3項に、発達障がいについては第2編第3章第3節第10項に記載しています。

第5項 精神疾患

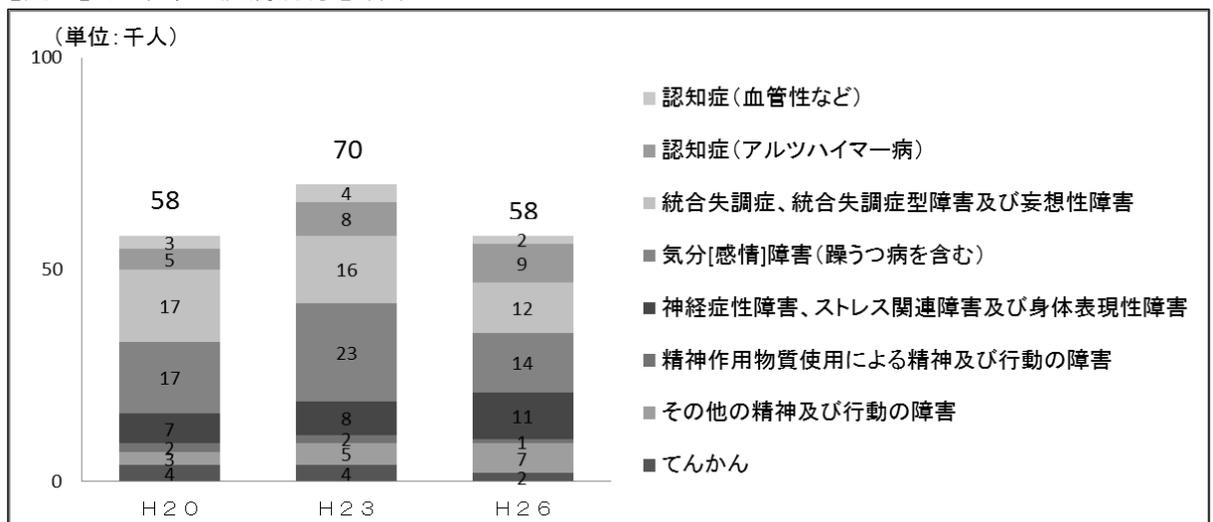
資料3

1. 現状と課題

(1) 精神疾患全体の課題

- 本県の精神疾患の患者数は、平成26年に5万人^①を超えており（図1参照）、全国平均をやや上回っています。また、精神疾患は、その症状が多様で、重症化すると治療が困難になり長期の入院が必要になる場合もあることから、症状が比較的軽い早期に必要な精神科医療が提供できる体制を整備することが求められています。
- また、長期入院の精神障がい者が地域での生活に移行するに当たって、関係機関の支援や地域住民の協力が十分に得られておらず、地域の一員として安心して自分らしく暮らせる体制が十分に整っていない状況です。

【図1】熊本県の疾病別総患者数



(出典：厚生労働省「患者調査」)

(2) 個別の精神疾患等の課題

- 統合失調症^②については、外来受診患者数は横ばいで推移しています（図2参照）。しかし、平成26年の入院患者数は9,478^③人となっており、全国平均を上回っています。また、入院が慢性化している患者について、地域で安心して暮らすための受入体制が十分に整っていない状況です。

^① 厚生労働省「患者調査」の数値で、調査日現在において、継続的に病院・診療所を利用している患者数を主傷病により傷病分類し、推計したものです。

^② 「統合失調症」は、幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患です。それに伴って、人々と交流しながら家庭や社会で生活を営む機能が障害を受け（生活の障害）、「感覚・思考・行動が病気のために歪んでいる」ことを自分で振り返って考えることが難しくなりやすい（病識の障害）、という特徴を併せ持っています。

^③ 厚生労働省「精神保健福祉資料」の数値で、レセプトデータ（NDB）や630調査などを基にしたデータです。また、NDBでは、疾患ごとの1年間の実患者数を把握することができます。（ただし、1人で2つ以上の疾患がついた患者は、それぞれの疾患にカウントされます。）なお、NDBは今回新たに集計システムが取り入れられたもので、平成26年の数値しか把握できないため、患者数等の推移を表す（図2～図4（後掲））では、別のデータ数値を用いています。

- うつ病・躁うつ病^④については、平成 26 年に外来受診患者数は 36,578 人^③となっています。患者数は増加しており（図 3 参照）、精神疾患全体に占める割合が最も多くなっています。また、職場や地域の相談体制やかかりつけ医による早期発見・早期治療につなげる連携体制が十分に整っていない状況です。
- 児童・思春期精神疾患^⑤については、患者数が増加しており（図 4 参照）、県立こころの医療センターにおいて、平成 24 年 4 月から、こころの思春期外来を開設しています。平成 28 年度の受診延べ人数は 1,249 人となっており、対応することのできる医療機関が不足しています。
- アルコールや薬物、ギャンブル等の依存症^⑥については、平成 26 年に外来受診患者数は 1,543 人^⑦となっており、全国的に増加していますが、対応することのできる医療機関が不足しています。また、依存症からの回復のためには、患者の治療やその家族への相談支援が必要です。
- 外傷後ストレス障がい（PTSD）^⑧については、震災等の強烈なショック体験が原因で発症するとされており、平成 28 年熊本地震の影響により PTSD の発症が予想されます。
- 精神科救急については、病院群輪番制病院^⑨が休日・夜間の診療に対応していますが、利用者数は増加していることから（図 5 参照）、その負担が大きくなっています。また、利用者の中には、相談のみなど緊急を要しない受診者が含まれていると考えられます。
- 精神・身体合併症^⑩については、精神科を有する救急告示病院の救急患者数が増加傾向にあり（図 6 参照）、当該病院の負担が課題となっています。
- 自殺対策については、熊本県自殺対策行動計画に基づき施策を推進してきた結果、本県の自殺者は、平成 25 年に 400 人を下回り、減少傾向にあります（図 7 参照）、いまだ全国平均を上回っています。
- このほかに、高次脳機能障がい^⑪、摂食障がい^⑫、てんかん^⑬、医療観察法における対象者への医療^⑭についても、他の精神疾患と同様に、対応できる医療機関を明確化し、多職種連携・多施設連携を推進することが、新たに求められています。

④ 「憂うつである」「気分が落ち込んでいる」などと表現される症状を抑うつ気分といいます。抑うつ状態とは抑うつ気分が強い状態で、このようなうつ状態がある程度以上重症である時、「うつ病」と呼んでいます。また、「躁うつ病」とは、うつ病とほとんど同じうつ状態に加え、うつ状態とは対極の躁状態も現れ、これらをくりかえす、慢性の病気です。

⑤ 20 歳未満の精神疾患を有する患者です。

⑥ 「依存症」は、ある物質あるいはある種の物質使用が、その人にとって以前にはより大きな価値をもっていた他の行動より、はるかに優先するようになる一群の生理的、行動的、認知的現象です。

⑦ 平成 26 年の依存症外来受診患者数の内訳は、アルコール 1,401 人、薬物 74 人、ギャンブル 68 人となっています。

⑧ 「外傷後ストレス障がい」は、強烈なショック体験、強い精神的ストレスが、こころのダメージとなって、時間がたつてからも、その経験に対して強い恐怖を感じるものです。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になるといわれています。

⑨ 県内の精神科病院を北部・南部ブロックに分け、休日や夜間に対応する精神科病院を持ち回りで決めています。

⑩ 身体疾患を持ちながら、精神運動興奮や疎通性不良などの精神症状を併せ持つ患者です。

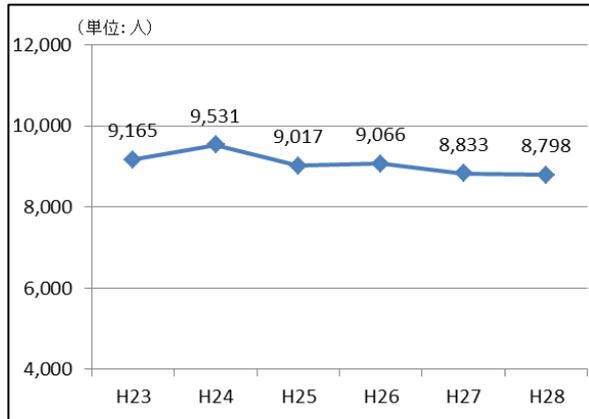
⑪ 「高次脳機能障がい」とは、交通事故に遭ったり脳卒中などの病気によって、脳に傷がついた場合に、言語・思考・記憶・行為・学習・注意などの能力が障害された状態のことです。

⑫ 単なる食欲や食行動の異常ではなく、1)体重に対する過度のこだわりがあること、2)自己評価への体重・体形の過剰な影響が存在する、といった心理的要因に基づく食行動の重篤な障害です。

⑬ 「てんかん」は、突然意識を失って反応がなくなるなどの「てんかん発作」をくりかえし起こす病気ですが、その原因や症状は人により様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発病する可能性があり、誰もがかかる可能性のあるありふれた病気のひとつです。

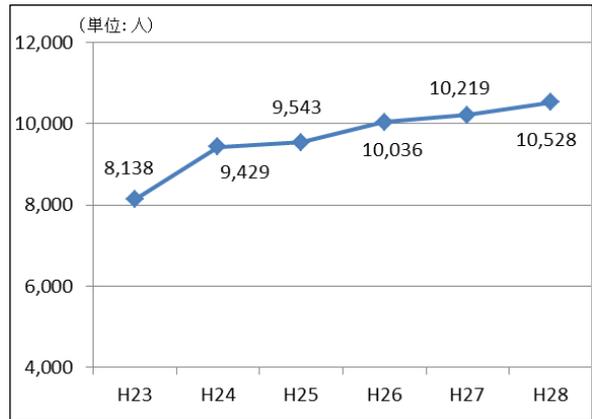
⑭ 心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦性交等、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進します。

【図2】統合失調症による自立支援医療（精神通院）受給者数の推移



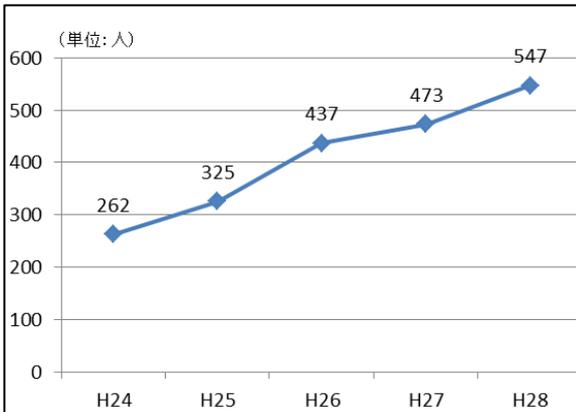
※ 受給者は、横ばいで推移しています。

【図3】気分障害（うつ病・躁うつ病を含む）による自立支援医療（精神通院）受給者数の推移



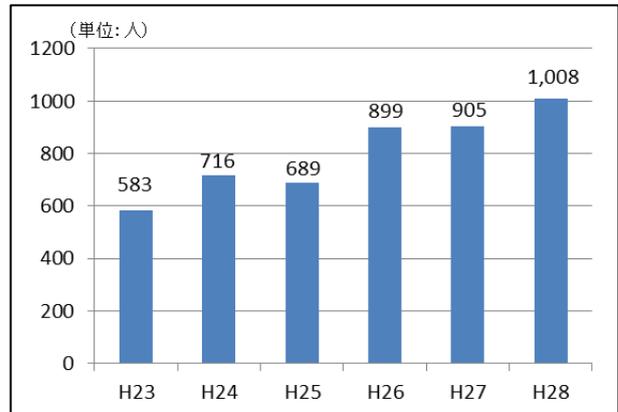
※ 受給者は、一貫して増え続けており、平成28年度は平成23年度の1.3倍となっています。

【図4】小児（児童）期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害による自立支援医療（精神通院）受給者数の推移



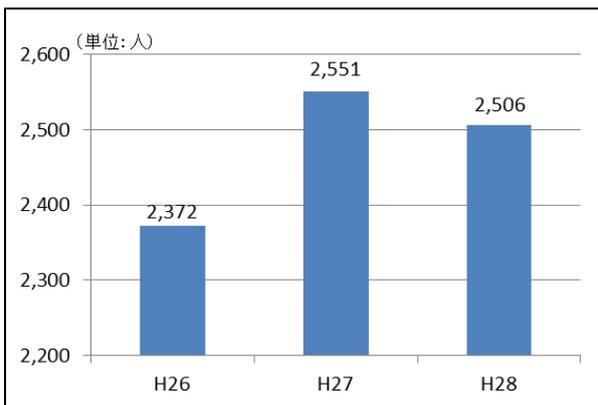
※ 受給者は、一貫して増え続けており、平成28年度は平成24年度の2倍となっています。

【図5】休日・夜間の病院群輪番制による精神科救急診療体制の利用者数の推移



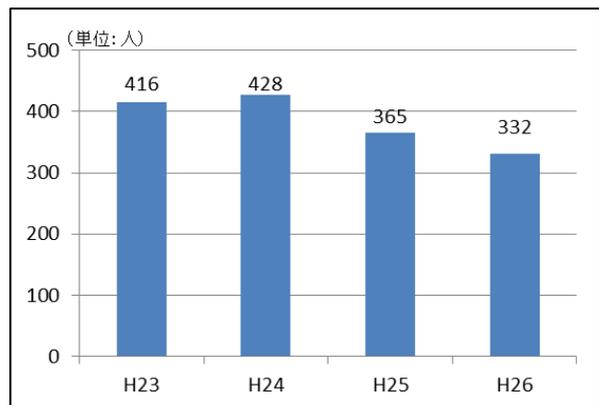
※ 休日・夜間の精神科救急診療体制の利用者数は、増え続けています。

【図6】精神・身体合併症救急医療（救急患者数）



※ 県が国立医療センターに委託し、実施している休日・夜間の受入体制の利用者数は、平成27年度に大幅に増え、平成28年度も2,500人台で推移しています。

【図7】熊本県の自殺者数の推移



※ 平成25年には400人を下回り、その後減少しています。

（出典：図2～6 障がい者支援課調べ、図7厚生労働省「人口動態調査」）

2. 目指す姿

- 精神疾患を発症しても、適切な精神科医療機関を早期に受診でき、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしができる社会を目指します。

3. 施策の方向性

○ 精神科医療機関の医療機能の明確化・相互の連携

- ・ 多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確にし、患者本位の医療を提供するため、疾患等ごとの医療機関の役割分担や相互の連携体制の整備を推進します。

○ 精神障がいに対応した地域包括ケアシステム^⑮の構築

- ・ 統合失調症などの精神疾患により長期入院している精神障がい者が、地域での生活に移行できるよう、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置、精神科医療機関その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等の連携による支援体制の整備などを通じて、精神障がいに対応した地域包括ケアシステムの構築を推進します。

○ うつ病に係る相談及び診療体制の充実

- ・ うつ病に関する相談機能を充実させるため、研修等を通じて、保健所や市町村等の保健師や産業保健スタッフの資質の向上や関係機関等との連携強化を推進します。
- ・ うつ病の早期発見、早期治療に繋げるために、最初に受診することが多いかかりつけ医等に対してうつ病に関する診療の知識及び技術の普及をするとともに、かかりつけ医と精神科医との連携を強化します。
- ・ うつ病に係る診療体制を強化するため、圏域ごとに事例検討会を開催するなど、かかりつけ医、救急告示医療機関、精神科医療機関の連携を推進します。

○ 児童・思春期精神疾患に係る診療体制の充実

- ・ 児童・思春期精神疾患に対応することのできる医療機関を増やすため、厚生労働省が実施する「思春期精神保健研修」を周知し、医療・福祉分野の専門職の養成を推進します。
- ・ 民間精神科医療機関だけでは対応が難しい症例等に対応するため、県立こころの医療センターにおいて、県外派遣研修の実施等による専門医の育成を推進するとともに、児童・思春期入院機能の拡充を進めます。

○ 依存症に係る診療体制の充実

- ・ 依存症からの回復支援に取り組む医療機関を増やすため、依存症の治療に関するスタッフミーティングなどの取組みを推進します。また、熊本県精神保健福祉センターでは、本人や家族の依存症からの回復を図るため、依存症回復支援プログラム「KUMARPP（クマープ）^⑯」や依存症家族ミーティング等を実施します。
- ・ アルコール依存症に対する適切な医療を提供するため、アルコール健康障害対策推進計画を新たに策定し、専門医療機関の設定や相談拠点を整備します。

○ 熊本地震の被災者等への心のケア

- ・ 平成28年熊本地震の影響による精神保健上の問題を抱える方々を支援するため、熊本こころのケアセンターを中心として被災者支援、人材育成、支援者支援、総合調整・

^⑮ 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ができるよう、地域の基盤を整備するとともに、地域での保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、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ことです。

^⑯ 「KUMARPP」とは、物質依存者の再乱用防止のための支援ツールとして開発された集団認知行動療法プログラム「SMARPP」を熊本版に改訂したもので、1クールを8回として実施しています。

活動支援、医療と保健のネットワーク形成、普及啓発等を実施します。

○ 精神科救急医療体制の強化

- ・ 緊急を要しない精神科救急受診者を減少させ、真に必要な方への医療の提供や精神科救急医療機関の負担軽減を進めるため、精神科救急情報センターで患者の振分けを行うとともに、休日・夜間など診療時間外相談対応や初期救急医療体制を強化します。

○ 精神・身体合併症患者に対する診療体制の強化

- ・ 真に必要な方への医療の提供や精神科を有する救急告示病院の負担軽減のため、精神・身体合併症以外の患者については、できるだけ精神科医療機関で診察する体制を構築します。

○ 自殺対策の推進

- ・ 自殺者をさらに減少させ、誰も自殺に追い込まれることのない社会を実現するため、熊本県自殺対策行動計画を見直した上で、相談体制の充実や相談窓口の周知など自殺対策を推進します。また、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐため、「くまもと自殺予防医療サポートネットワーク制度^⑩」を周知し、利用を促進します。

4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	入院後3か月時点の退院率	59.6% <small>(平成27年6月入院者)</small>	69.0%以上 <small>(平成32年)</small>	新規入院者が新たな長期入院者とならないよう、入院後3か月、6か月、1年時点の退院率の増加を目指す。 国の基本指針で示された目標値を設定（第5期障がい福祉計画における目標値）。
	入院後6か月時点の退院率	81.4% <small>(平成27年6月入院者)</small>	84.0%以上 <small>(平成32年)</small>	
	入院後1年時点の退院率	89.0% <small>(平成27年6月入院者)</small>	90.0%以上 <small>(平成32年)</small>	
②	長期入院者数（65歳以上）	3,438人 <small>(平成26年)</small>	3,113人 <small>(平成32年度末)</small>	地域包括ケアシステムの構築等により、長期入院者の減少を目指す。 国で示された目標値推計式により算出し設定（第5期障がい福祉計画における目標値）。
	長期入院者数（65歳未満）	1,820人 <small>(平成26年)</small>	1,273人 <small>(平成32年度末)</small>	
③	かかりつけ医等の心の健康対応向上研修会受講者数	314人 <small>(平成29年3月現在)</small>	860人 <small>(平成35年)</small>	過去4年間の受講者数平均（78人）を維持し、研修を実施する。 $314人 + 78人 \times 7年 = 860人$
④	自殺死亡率（人口10万対）	19.9人/年 <small>(平成27年)</small>	13.0人/年以下 <small>(平成38年)</small>	現状では国の平均より高い水準にあるため、その水準（平成38年に13.0人/年以下）に追いつくことを目指す。（第2期熊本県自殺対策推進計画における目標値）

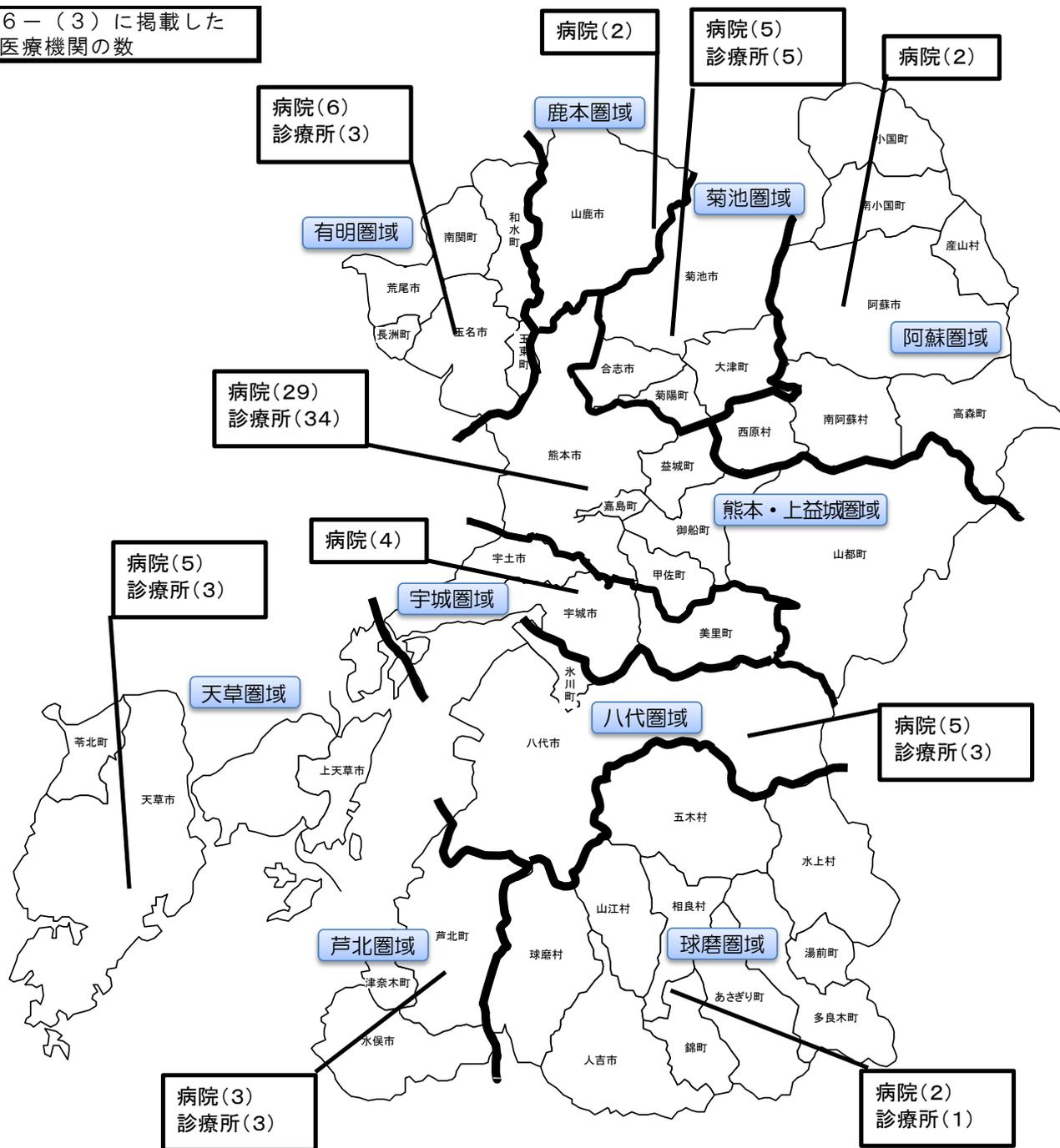
^⑩ 救急告示病院と精神科医療機関とのネットワークにより、精神科医療が必要と判断された自殺企図者を精神科医療機関に繋げるための制度で、熊本県精神保健福祉協会、熊本県医師会及び熊本県精神科協会により運営されています。

5. 精神科医療圏

○ 精神科医療圏

- ・ できるだけ身近な地域で治療を受けられるよう、精神疾患の医療圏は二次保健医療圏とします。

6- (3) に掲載した
医療機関の数



6 - (1). 精神科救急医療連携体制図

○ 精神科救急医療

・ 精神科初期救急

精神科初期救急医療については、かかりつけ医及び二次保健医療圏ごとの各精神科医療機関が対応します。なお、精神科初期救急での対応が困難な場合は、隣接圏域の精神科医療機関と関係諸機関とが連携して対応します。

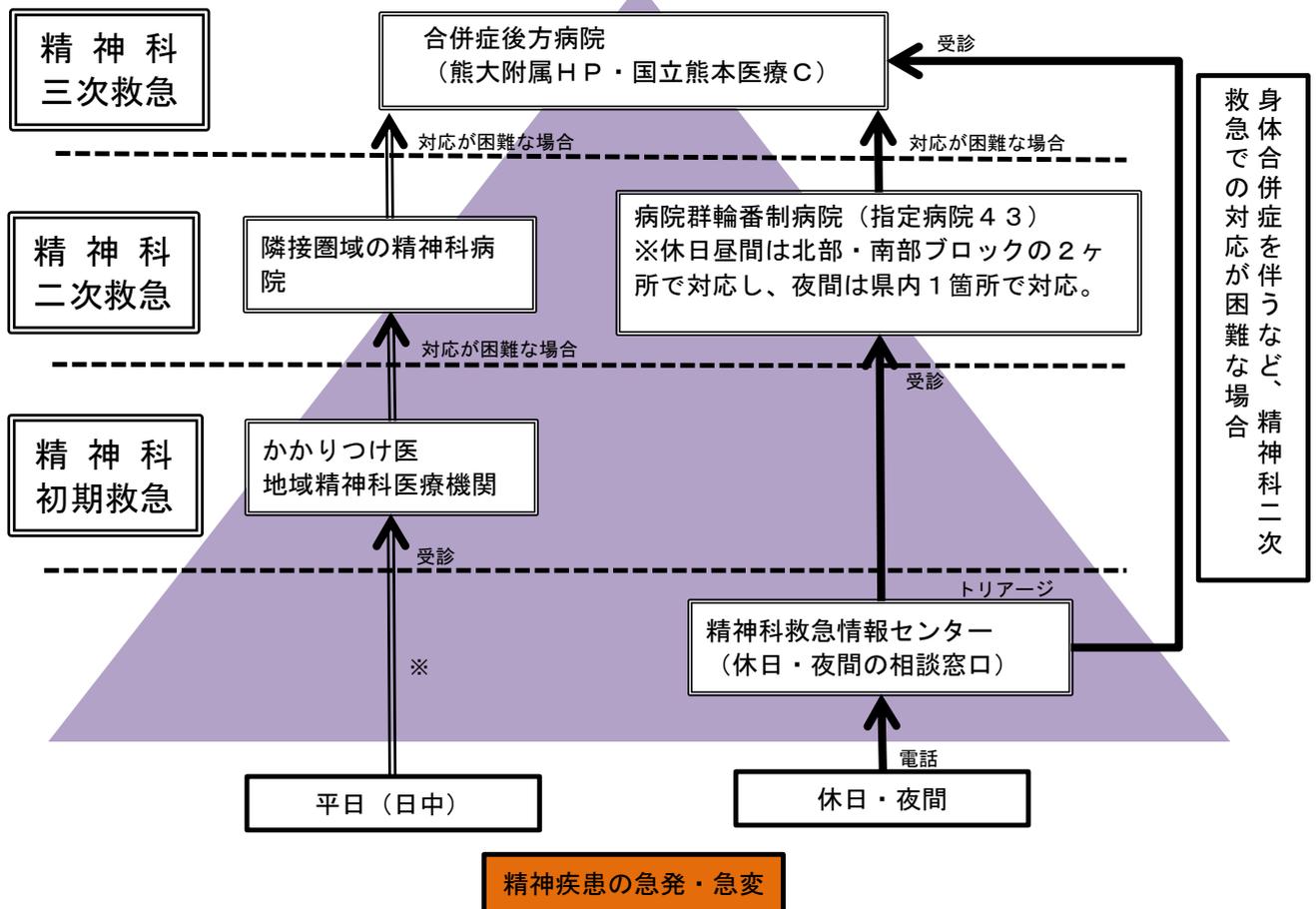
・ 精神科二次救急

精神科二次救急医療については、休日・夜間における精神疾患の急発及び急変のため、速やかな精神科治療を必要とする者に対し、二つに分けた病院群輪番制病院により対応します。

・ 精神科三次救急

精神科三次救急医療については、精神・身体合併症の救急患者など、精神科初期救急や精神科二次救急での対応が困難な場合に、全県を一圏域として対応します。

※医療機関数は平成29年4月1日現在の状況です。



※平日（日中）は精神保健福祉センターや保健所で相談を受け付けております。

6 - (2). 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制図

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各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進します。

