

201122083A

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

新しい精神科地域医療体制と その評価のあり方に関する研究

平成 23 年度研究報告書

研究代表者 安西 信雄
(国立精神・神経医療研究センター)

平成 24 年 3 月

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

新しい精神科地域医療体制と その評価のあり方に関する研究

平成 23 年度研究報告書

研究代表者 安西 信雄
(国立精神・神経医療研究センター)

平成 24 年 3 月

目次

I. 研究総括報告

- 新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究 1
安西 信雄 (国立精神・神経医療研究センター病院 副院長)

II. 研究分担報告

1. 精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理と精神医療の
地域格差について 7
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授)
2. 精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発 79
伊藤 弘人 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部 部長)
3. 精神科救急医療からの医療政策に関する研究 95
平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター 院長)
4. 精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策 125
萱間 真美 (聖路加看護大学 精神看護学研究室 教授)
5. 地域精神医療を担う診療所からの医療政策提言のための調査研究 181
平川 博之 (ひらかわクリニック 院長)
6. 精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価 209
宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授)
7. 総合病院 (一般病院) 精神科医療からの医療政策 357
吉邨 善孝 (済生会横浜市東部病院 精神科 部長)

研究総括報告

平成 23 年度 厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業 (精神障害分野))

新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究 総括研究報告書

研究代表者

安西 信雄 国立精神・神経医療研究センター病院 副院長

研究協力者

河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授

伊藤 弘人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健
研究部 部長

平田 豊明 静岡県立こころの医療センター 院長

萱間 真美 聖路加看護大学 精神看護学研究室 教授

平川 博之 ひらかわクリニック 院長

宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授

吉邨 善孝 済生会横浜市東部病院 こころのケアセンター・精神科 部長

研究要旨

平成 23 年 7 月の社会保障審議会医療部会において、医療法に基づく医療計画に地域医療連携等の対策を記載することになっている「4 疾病 (がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)」に精神疾患を加えて「5 疾病」とすることが承認された。平成 25 年度以降は、都道府県が医療計画を策定する際に精神疾患に対する記載が義務づけられる。

そこで、医療法改正に伴う医療計画の策定が精神科地域医療体制の改善に資するよう、各方面から調査検討を行い、実際に運用可能な地域精神医療体制の具体像を作っていくこと、それらがうまく機能するための条件と適切なモニタ方法等を明らかにし、各都道府県が適切に医療計画を立案・実施できるよう支援することを目的として本研究を実施した。

精神科救急、身体合併症、通院医療、訪問看護、行動制限最小化等とともに、医療計画と工程管理、政策立案と評価指標に関する分担研究班を設け、多角的な検討を行った。

本年度の研究により、「精神疾患医療体制確立のための政策体系」と「予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとによる医療体制イメージ」を作成した。また、精神科医療機関への住民のアクセス性の検討を行い、精神科医師や精神科病院 (入院ベッド) のアクセスにばらつきがあるのでアクセスの改善が求められることを示した。精神科救急、訪問看護、精神科診療所等の関係機関はそれぞれ地域に普及しつつあるが、相互の連携が乏しく、ニーズに対応しきれていないため改善が必要であることが改めて明らかにされた。精神科患者の身体合併症への対応についてもパスが有用であることを示した。各都道府県で医療計画を適切に立案・実施し、これらに課題に前向きに対応して課題を解決していくために本研究の成果が活用されることが期待される。精神科医療改革をスピード感をもって実現していくためには「医療計画における工程管理」が必要なので、本研究で素案を示した。本年度の研究により、方向性と検討の枠組みが示されたと考えられるが、これらの検証とさらなる具体化・精密化のために研究の継続が必要である。

A. 研究目的

平成 21 年 9 月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が地域における精神疾患患者の医療体制の整備が必要であることを指摘した。それを受けて厚生労働省は、精神疾患を医療計画にどのように位置づけていくかに関する検討を開始した。こうした中で、精神疾患の患者数は従来の 4 疾病 5 事業の対象となっている癌や糖尿病等よりも多いこと、うつ病に伴う自殺などが社会問題化していることなど、精神疾患対策に取り組む重要性が改めて認識された。これらを受けて、平成 23 年 7 月 6 日の社会保障審議会医療部会において、医療法に基づく医療計画に地域医療連携等の対策を記載することになっている「4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）」に精神疾患を加えて「5 疾病」とすることが承認された。平成 25 年度以降に適用される新たな医療計画においては、都道府県が医療計画を策定する際に精神疾患に対する記載が義務づけられることになる。

そこで、①わが国の地域精神医療体制の問題点を改善し、実際に運用可能な具体像を作っていくこと、②各都道府県が精神疾患を組み入れた医療計画を適切に立案できるための支援と、医療計画の立案・実施が適切に行われていることを評価するための指標を提供することを目的に本研究を実施した。精神疾患患者の地域精神保健医療提供体制の再編と機能強化を図るため、訪問看護、総合病院医療、精神科クリニック等における実態を踏まえた医療機能および評価方法の検討を行うとともに、地域連携のあり方（医療連携パスの検討を含む）を検討した。これらにより 4 疾病 5 事業に精神疾患を組み入れていくための具体的方策を明らかにすることが本研究の目的である。

B. 研究方法

精神科地域医療体制の全体像の検討が必要なので、精神科救急、総合病院精神科（身体合併症）、訪問看護、行動制限最小化、および、医療計画と工程管理、政策立案と評価指標に関する分担研究班を設け、それぞれの分担研究班において、実態を踏まえた医療機能および評価方法の検討を行うとともに、地域連携のあり方（医療連携パスの検討を含む）の研究を実施した。

河原班：①精神科医療提供体制を展開する上で必要となる政策体系を明らかにするため、河原が開発した「理念－到達点－現状値分析－目標－施策体系－およびこれら各段階での評価」により政策モデルを構築し、②患者調査、平成 20 年医療施設調査、人口動態統計等の資料を用いて、地域の精神科医療資源の配分と資源利用についての住民のアクセシビリティの格差について検討した。

伊藤班：①専門家との意見交換に基づいて精神疾患の医療計画案を作成した。②長野県東信地域を地域連携モデル地域として、精神科地域連携会議の設立・運営を支援するとともに、認知症に関する精神科地域連携クリティカルパスの初案を共同開発した。③国際機関等での精神保健医療の評価指標を整理した精神科医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発について検討を行った。

平田班：精神科救急の視点から今後 5 疾病 5 事業で立案される地域医療計画に資する提言を行うため、①各都道府県から厚生労働省に報告された平成 22 年度の精神科救急事業運用実績を分析した、②全国 95 カ所の精神科救急病棟を対象としたアンケート調査を実施した、③eCODO 導入施設における臨床指標の有用性の検討を行った。

萱間班：①精神科訪問看護の実施状況を全国的に調査し、実施率の変化等を検討した。②精神科訪問看護のうち、統合失調症と認知症に対して実施されているケアの実態、および事業所における危機介入事例について、その実態を調査した。一次調査は全国の訪問看護ステーションを対象とし、二次調査は精神科訪問看護の実施事業所を対象に実施した。

平川班：精神科診療所は都市部を中心に平成8年から平成17年までの間でほぼ2倍に増加している。そこで地域圏域で精神科診療所が現状で担っている役割を地域のニーズとの対比で実態調査し、現状で担えていること、担うべきだが担えていないことを検討した。さらに、精神科外来・在宅医療の先進的な実践例を調査分析し、精神科診療所が目指すべき方向、そのために必要な施策を検討した。

宮本班：精神科病院行動制限最小化に向けての対処法の検証と評価のため、①行動制限最小化を阻害する要因の検討、②病棟構造と隔離・拘束との関連性の検討、③行動制限最小化委員会の現状・機能と課題の検討、④急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果の検討、⑤CVPPPの実施状況と普及・啓発をめぐる問題点の検討、⑥司法病棟における常時観察の現状と問題点の検討を行った。

吉邨班：総合病院（一般病院）で行われる精神科医療において、精神疾患患者における「身体合併症医療」の実態と必要な機能を明らかにし、求められる役割、医療効果等を明らかにするため、平成22年度は神奈川県内の精神科患者における「身体合併症医療」の現状と問題点を踏まえ、身体合併症対応の基本ルール、地域連携パスを検討した。

（倫理面への配慮）

個人データを取り扱う調査研究については、それぞれの研究代表者が所属する研究施設における倫理委員会に研究計画を申請し、承認を経て実施した。その際に、研究参加者の人権を十分に擁護し、研究に参加することによる利益・不利益を文書で説明し同意を取得した上で実施した。

C. 結果

平成23年度は精神科医療に求められる医療機能と評価方法の検討を行い、下記の成果を得た。

河原班：①「幸福社会実現に寄与するための住民のQOL向上および健康寿命の延伸」を理念（mission）とし、「精神疾患の予防と精神障害者の地域における診療体制の充実・生活環境の改善および身体合併症に対する治療の充実」を到達点（goal）とする「精神疾患医療体制確立のための政策体系」をまとめた。これは精神医療の政策体系の工程表に相当する物で、予防や救急等の4つの領域ごとに、上位目標から事業計画に至る6つの次元により構成される。

②精神科医療施設への住民のアクセス性の格差について検証した。二次医療圏ごとに見た精神医療の格差を検討するため、人口10万人ごとの格差を示すジニ係数を求めたところ、精神科医師数は0.242で内科0.150、外科0.193より高かったが、産婦人科医0.720より低かった。また、精神病床の二次医療圏間の格差を示すジニ係数は0.297で、一般病床の0.149より高かった。

伊藤班：①今後のあるべき精神科医療を包括的に見通すために「予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとによる医療体制イメージ」を作成した。精神疾患の診断および治療方針を初期に行う「初期評価」が重要であることが認識された。

②患者・家族に情報を集約する患者手帳の形式による精神科地域連携クリティカルパスを開発した。

③WHO、OECDおよび精神科医療の質評価指標フレームワーク開発グループの指標を整理した。予期せぬ再入院率は複数の組織で指標として採用されていた。

平田班：①精神科救急医療体制整備の事業は都道府県ごとに解釈が異なり不均一なので改善が必要であること、一次救急について精神科診療所の役割の検討が必要であること、

②全国の精神科救急病棟は増加傾向にあった。③eCODEを用いた実態把握は有用と考えられた。今後、精神科救急医療の均てん化を推進するための方策を検討した。

萱間班：①全国の訪問看護ステーション3,575事業所の悉皆調査を行い、精神科病院の約8割、訪問看護ステーションの59.4%が精神科訪問看護を実施していることが明らかになった。②訪問看護における危機介入事例を検討した結果、統合失調症事例については入院を回避して地域生活を継続するための対応が行われ、認知症事例については家族調整や環境変化への対応、排泄コントロール等が実施されていた。

平川班：診療所受診患者の動態調査を行い、診療所通院患者の入院実態を調査して、必要時の救急体制や入院へのアクセス等を検討したところ、1診療所あたり平均すると1ヶ月に1人のペースで入院患者が発生していた。その多くは統合失調症や気分障害の症状悪化であったが、多量服薬などの自殺企図も少なくなかった。入院できるまでの期間は平均4日かかっており、精神科病院と精神科診療所の連携改善の必要性が示された。

宮本班：隔離拘束が長期化している患者について、患者側・病院側の要因を調査分析した。①行動制限が長期化した事例の検討の結果、暴力が理由となって開始されることが多いが、長期化に伴い他の要因が重なり悪循環となることが多いこと。②保護室での行動制限最小化の促進要因としては看護師の密な関わり、段階的な行動拡大などがあつた。③行動制限最小化委員会に関連して外部委員や認定看護師の役割が検討された。

吉邨班：一般病院医における精神科医療の効率化、標準化、可視化の実践のためには、チーム医療を活用したコンサルテーション・リエゾンの実践が必要である。その際には、院内連携パスを用いた医療の推進、診療実施計画書に沿った医療の実践、再評価や治療計画の見直しを定期的に行うことが重要である。

D. 考察と結論

新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方について、各方面からの検討を行った。

第一に、「精神疾患医療体制確立のための政策体系」と「予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとによる医療体制イメージ」を作成した。これらは検討会参考資料等として活用された。

第二に、精神科医療機関への住民のアクセス性の検討を行い、精神科医師や精神科病院（入院ベッド）のアクセスはジニ係数で示されたように、ばらつきがあるので、これらを参考にアクセスの改善が求められる。

第三に、医療提供の仕組みを入院中心から地域生活支援中心へ転換していくことが求められるが、精神科救急、訪問看護、精神科診療所等の関係機関はそれぞれ地域に普及しつつあるが、相互の連携が乏しく、ニーズに対応しきれていないため改善が必要であることが改めて明らかにされた。

第四に、地域連携を推進していくための精神科地域連携クリティカルパスのモデルはすでいくつか導入され、退院促進や、うつ病、認知症とともに、精神科患者の身体合併症への対応についてもパスが作成されている。

第五に、各都道府県で医療計画を適切に立案・実施し、これらに課題に前向きに対応して課題を解決していけるための指針が必要であるが、河原班で作成された「政策体系」やその他の資料が活用されることが期待される。

F. 発表

分担研究報告書参照

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

研究分担報告

研究分担報告

研究分担者：河原和夫

東京医科歯科大学大学院

平成23年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究 研究分担報告書

精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理 と精神医療の地域格差について

研究分担者

河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授）

研究協力者

菅河 真紀子（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 講師）

島 陽一（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 大学院生）

研究要旨

精神医療が医療計画の中に位置づけられ、地域における精神医療提供体制の再構築が急務となっている。

本研究により、まず、次期医療計画を策定するに当たり、精神科医療提供体制を展開する上で必要となる政策体系の要点をまとめた。次いで地域の精神科医療資源配分と資源利用についての住民のアクセス性の格差について検証した。

その結果、精神医療の政策体系の工程表を作成することができた。併せて、単位人口あたりの精神医療資源の格差についての実態が明らかになった。

本研究成果は、新たに医療計画に位置づけされた精神科医療の推進ならびに精神科医療提供体制の質的向上に寄与するものである。

A. 研究目的

第5次医療法改正により平成20年4月より新たな医療計画制度がはじまった。がん、救急医療など4疾病5事業を重点項目として、地域連携体制等の明記や数値目標等を設定した計画の進行管理が行われている。

平成 23 年の 7 月 6 日の社会保障審議会医療部会で、「精神医療」が 10 本目の柱として医療計画に取り込まれることになった。精神科医療提供体制を展開する上で必要な政策体系の構築が急務となっている。また、その前提となる地域精神医療資源の提供体制と利用のアクセス性について分析し、問題点を明確にしていく必要もある。

本研究は、これら 2 つの研究対象をうまく結びつけることにより、精神科医療を医療計画に盛り込んだ際の目標達成のための工程管理方法を明示し、医療計画の改定に寄与する基礎資料を提示することが目的である。

B. 研究方法

政策の展開手法として河原が開発した、「理念—到達点—現状値分析—目標（階層性あり、具体的数値の設定）—施策体系—事業計画、およびこれら各段階での評価」により政策モデルを構築した。

また、患者調査、平成 20 年医療施設調査（表番号 E4、二次医療圏別の病院医師数（常勤換算）、人口動態統計等を用いて二次医療圏単位のデータベースを作成し解析した。さらに、GIS（Geographic Information System；地図情報システム）を用いて、精神科救急施設へのアクセス性を検討した。併せて全国市町村の人口千人当たりの精神病床数を算定し、その結果をもとに地域精神医療を遂行するにあたっての医療資源の偏在の一覧表を作成するとともに精神病床の立地の多少について色分けした地図を作成し、視覚による地域偏在の把握を試みた。

（倫理面への配慮）

本研究に必要な発表資料や統計資料等は、公表されたものであることから特定の個人に帰結するものではないので、倫理上の問題は生じない。研究自体は、疫学研究の倫理指針に則り、この指針の内容を十分に理解し、遵守して遂行した。

C. 結果

1. 医療計画に反映すべき精神医療の政策体系について

医療計画は本来、医療資源の適正配分を企図したものである。当初は、量的整備を達成した医療資源の公平な再配分を目指したものであったが、社会保障財源が逼迫していることや国民の医療への関心の高まりなどと相俟ってそれに医療の効率化や質の向上、そして医療費の圧縮という側面も加わってきている。

(1) 理念

理念については、住民や多くの関係者の合意のもと、世代を超えて共有できる社会的価値を

有する到達すべき究極の将来目標像を記載する。行政としての哲学を表明することになるので理想的な内容でも構わない。

(2)到達点

これについては時間を費やしてでも達成すべき現実的な内容を記載する。1期の医療計画の実施期間内では完了しないことも考えられる。複数期の計画に記載することになる場合もある。

(3)上位目標

上記の到達点に至るために目標設定が必要となる大きな分野を記載する。これについては、当該期の医療計画の実施期間内の完了を目指す。

(4)下位目標

上位目標を受けて、それを達成するために必要となるさらに細かい分野ごとの目標である。具体的かつ詳細な目標項目の記述が必要となる。原則数値目標を設定する。なお、下位の目標値については、次に述べる現状値を構成する既存の統計データでは補えない目標値が構造上出てくることが予想される。その場合、計画を進めながら評価のためのデータを収集する仕組みを講じなければならない。

(5)現状値の分析

上位および下位の目標を設定するに当たっては、現状を分析してベースラインを設定する必要がある。既存のデータベースには下記のものがある。

- (1) DPC データ
- (2) National Data Base
- (3) 各種統計調査データ
- (4) 研究報告書
- (5) WISH データの利用
- (6) 独自調査
- (7) その他

(6)施策

下位目標を実施するために必要な事項を記載したものである。予算を伴うものとそうでないものがある。優先順位を設定して実施することでも構わない。

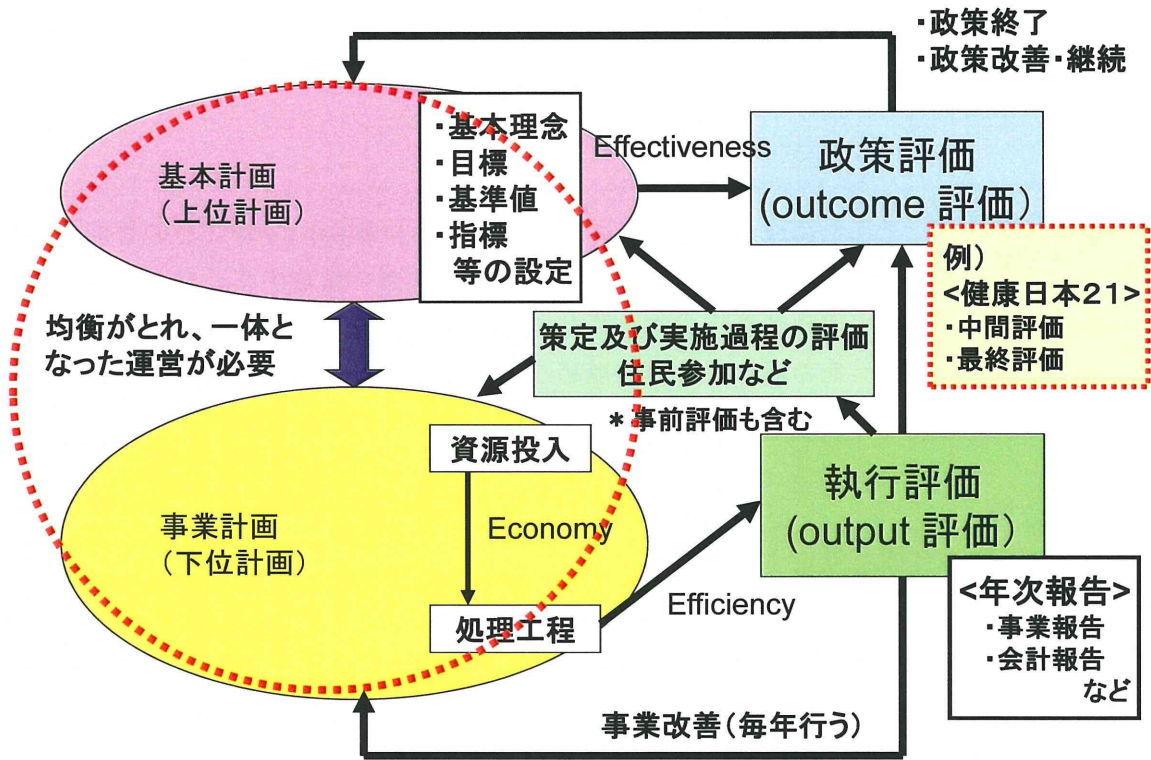
事業計画

施策を時期や場所、対象を決めて実施するために必要となる第一線レベルの計画である。これについても年次ごとの優先順位を設定して実施しても構わない。

*なお、施策と事業計画については図1に示すように下位計画に位置付けられる。理念、到達

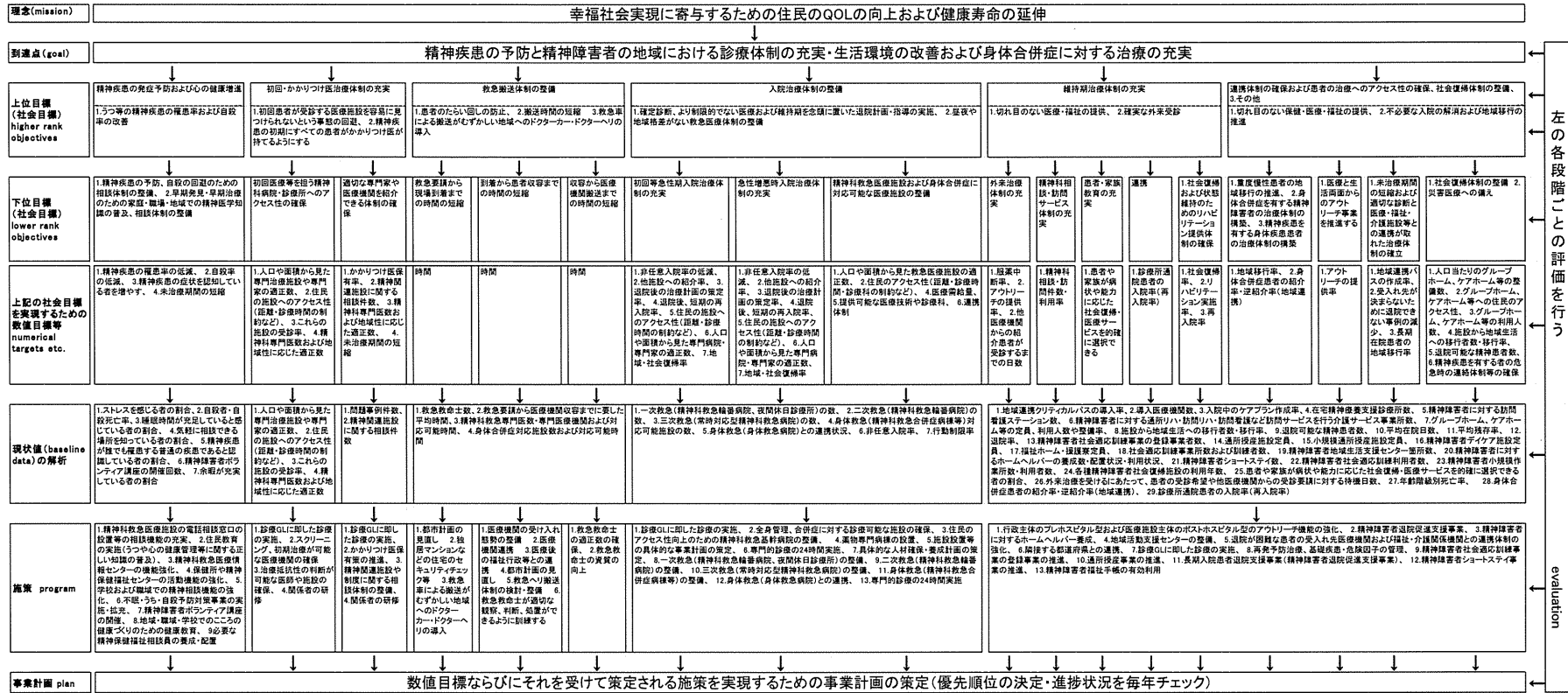
点、上位および下位の計画は上位計画を構成する。上位計画は医療計画の実施周期の5年ごとの評価で構わないが、下位計画については毎年の評価が必要である。また、政策形成過程の制度的制約の有無も検討する。

図1 計画と評価の構造(行政計画)



次に、図2～4に医療計画における精神医療の政策体系を示す。

図2 精神疾患医療体制確立のための政策体系



左の各段階ごとの評価を行う

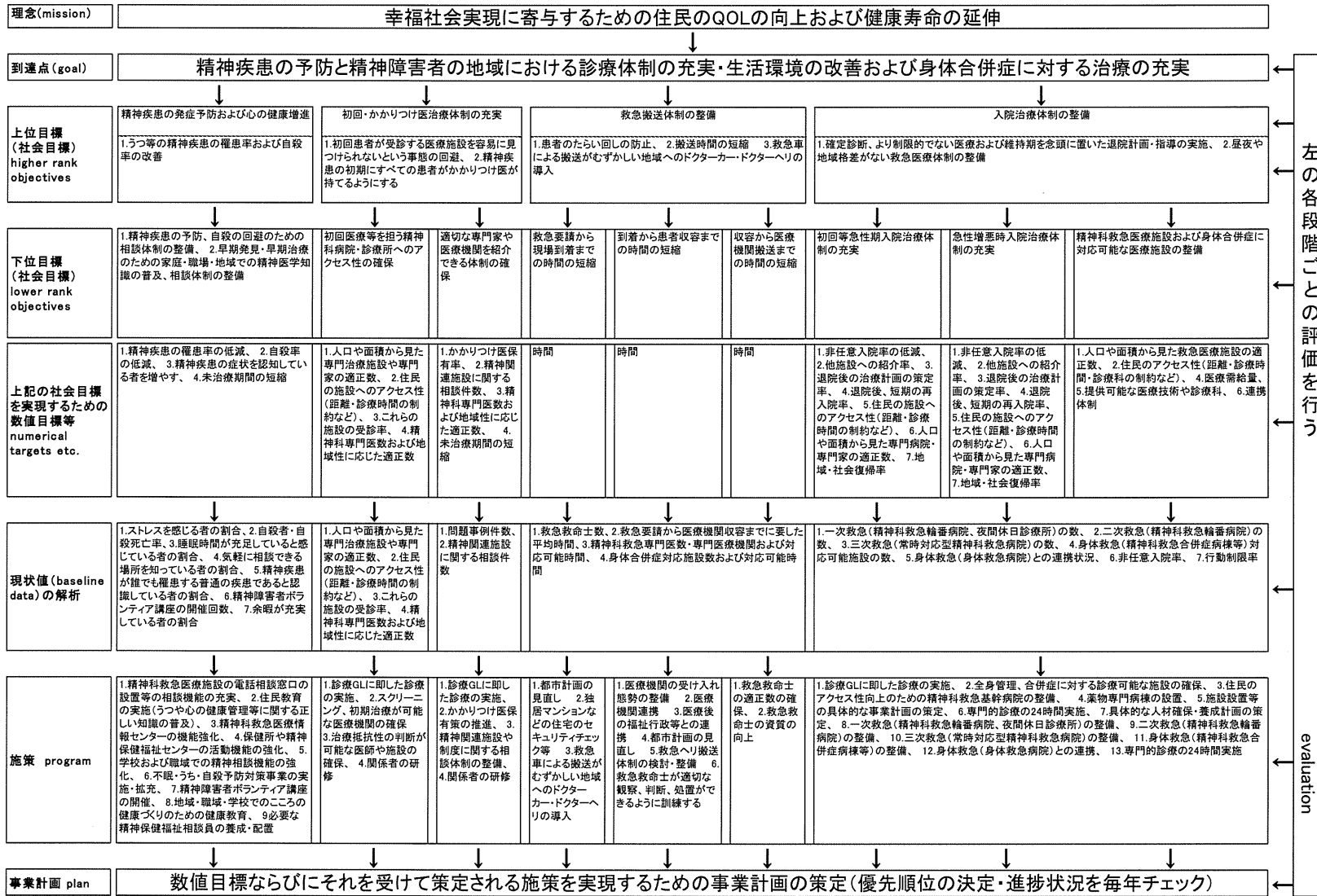
evaluation

①

②

* 表が見にくいので、これを①と②に分けて以下に示す。

図3 精神疾患医療体制確立のための政策体系 (①の部分)



左の各段階ごとの評価を行う

evaluation

図4 精神疾患医療体制確立のための政策体系 (②の部分)

理念(mission) 幸福社会実現に寄与するための住民のQOLの向上および健康寿命の延伸

到達点(goal) 精神疾患の予防と精神障害者の地域における診療体制の充実・生活環境の改善および身体合併症に対する治療の充実

上位目標(社会目標) higher rank objectives

維持期治療体制の充実
1.切れ目のない医療・福祉の提供、2.確実な外来受診

連携体制の確保および患者の治療へのアクセシビリティの確保、社会復帰体制の整備、3.その他
1.切れ目のない保健・医療・福祉の提供、2.不必要な入院の解消および地域移行の推進

下位目標(社会目標) lower rank objectives

外来治療体制の充実
精神科相談・訪問サービス体制の充実
患者・家族教育の充実
連携
1.社会復帰および状態維持のためのリハビリテーション提供体制の確保
1.重度慢性患者の地域移行の推進、2.身体合併症を有する精神障害者の治療体制の構築、3.精神疾患を有する身体疾患患者の治療体制の構築
1.医療と生活両面からのアウトリーチ事業を推進する
1.未治療期間の短縮および適切な診断と医療・福祉・介護施設等との連携が取れた治療体制の確立
1.社会復帰体制の整備 2.災害医療への備え

上記の社会目標を実現するための数値目標等 numerical targets etc.

1.服薬中断率、2.アウトリーチの提供率、2.他医療機関からの紹介患者が受診するまでの日数
1.精神科相談・訪問件数・利用率
1.患者や家族が病状や能力に応じた社会復帰・医療サービスの選択できる
1.診療所通院患者の入院率(再入院率)
1.社会復帰率、2.リハビリテーション実施率、3.再入院率
1.地域移行率、2.身体合併症患者の紹介率・逆紹介率(地域連携)
1.アウトリーチの提供率
1.地域連携パスの作成率、2.受入れ先が決められないために退院できない事例の減少、3.長期入院患者の地域移行率
1.人口当たりのグループホーム、ケアホーム等の整備数、2.グループホーム、ケアホーム等への住民のアクセシビリティ、3.グループホーム、ケアホーム等の利用人数、4.施設から地域生活への移行者数・移行率、5.退院可能な精神患者数、6.精神疾患を有する者の危急時の連絡体制等の確保

現状値(baseline data)の解析

1.地域連携クリティカルパスの導入率、2.導入医療機関数、3.入院中のケアプラン作成率、4.在宅精神療養支援診療所数、5.精神障害者に対する訪問看護ステーション数、6.精神障害者に対する通所リハ・訪問リハ・訪問看護など訪問サービスを行う介護サービス事業所数、7.グループホーム、ケアホーム等の定員、利用人数や整備率、8.施設から地域生活への移行者数・移行率、9.退院可能な精神患者数、10.平均在院日数、11.平均残存率、12.退院率、13.精神障害者社会適応訓練事業の登録事業数、14.通所授産施設定員、15.小規模通所授産施設定員、16.精神障害者ケア施設定員、17.福祉ホーム・環境定員、18.社会適応訓練事業所数および訓練者数、19.精神障害者地域生活支援センター一面数、20.精神障害者に対するホームヘルパーの養成数・配置状況・利用状況、21.精神障害者ショートステイ数、22.精神障害者社会適応訓練利用者数、23.精神障害者小規模作業所数・利用者数、24.各種精神障害者社会復帰施設の利用年数、25.患者や家族が病状や能力に応じた社会復帰・医療サービスを的確に選択できる者の割合、26.外来治療を受けるにあたって、患者の受診希望や他医療機関からの受診要請に対する待機日数、27.年齢階級別死亡率、28.身体合併症患者の紹介率・逆紹介率(地域連携)、29.診療所通院患者の入院率(再入院率)

施策 program

1.行政主体のプレホスピタル型および医療施設主体のポストホスピタル型のアウトリーチ機能の強化、2.精神障害者退院促進支援事業、3.精神障害者に対するホームヘルパー養成、4.地域活動支援センターの整備、5.退院が困難な患者の受入れ先医療機関および福祉・介護関係機関との連携体制の強化、6.隣接する都道府県との連携、7.診療GLに即した診療の実施、8.再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理、9.精神障害者社会適応訓練事業の登録事業の推進、10.通所授産事業の推進、11.長期入院患者退院支援事業(精神障害者退院促進支援事業)、12.精神障害者ショートステイ事業の推進、13.精神障害者福祉手帳の有効利用

事業計画 plan

数値目標ならびにそれを受けて策定される施策を実現するための事業計画の策定(優先順位の設定・進捗状況を毎年チェック)

左の各段階ごとの評価を行う

evaluation

2. 二次医療圏ごとにみた精神医療の格差

人口 10 万人当たりの精神科医師数の二次医療圏間の格差を示すジニ係数は、0.242 である。内科医は 0.150、外科医は 0.193、産婦人科医は 0.227、産科医は 0.720、そして小児科医は 0.154 である（図 5）。同じく精神病床数の二次医療圏間の格差を示すジニ係数は、0.297 である。認知症病床数の二次医療圏ジニ係数は、0.617 である。なお、一般病床数のジニ係数は 0.149、療養病床数は 0.308 であった（図 6）。

なお、表 1 には「二次医療圏別の人口 10 万人あたりの精神科医師数」、表 2 には「二次医療圏別の人口 10 万人あたりの精神病床数」、そして表 3 には「二次医療圏別の人口 10 万人あたりの認知症病床数」を示している。

表 1 二次医療圏別の人口 10 万人あたりの精神科医師数

都道府県	二次医療圏	精神科医師数	人口(千人)	人口10万人あたりの精神科医師数
福島県	南会津	0	31	0.0
東京都	島しょ	0	27	0.0
山梨県	峡南	0	60	0.0
愛知県	東三河北部	0	61	0.0
愛知県	尾張中部	1	158	0.6
京都府	山城南	1	114	0.9
石川県	能登北部	1	76	1.3
宮城県	栗原	1	75	1.3
京都府	丹後	2	106	1.9
滋賀県	湖西	1	52	1.9
青森県	下北地域	2	80	2.5
茨城県	鹿行	7	278	2.5
北海道	遠紋	2	77	2.6
長野県	木曾	1	31	3.2
茨城県	常陸太田・ひたちなか	12	367	3.3
京都府	南丹	5	144	3.5
長崎県	上五島	1	25	4.0
青森県	西北五地域	6	148	4.1
奈良県	東和	9	220	4.1
福井県	丹南	8	192	4.2
北海道	上川北部	3	71	4.2
岩手県	胆江	6	142	4.2
鹿児島県	熊毛	2	46	4.4
島根県	隠岐	1	22	4.6
香川県	大川	4	88	4.6
埼玉県	秩父	5	109	4.6
山梨県	富士・東部	9	193	4.7
滋賀県	東近江	11	234	4.7
東京都	区東部	64	1,352	4.7
島根県	雲南	4	84	4.8
宮城県	登米	3	63	4.8
愛知県	海部	16	330	4.9
北海道	北渡島檜山	2	41	4.9
福井県	奥越	3	61	4.9

都道府県	二次医療圏	精神科医師数	人口(千人)	人口10万人あたりの精神科医師数
島根県	大田	3	60	5.0
静岡県	志太榛原	24	471	5.1
滋賀県	湖東	8	154	5.2
群馬県	藤岡	5	96	5.2
徳島県	南部Ⅰ	7	134	5.2
北海道	留萌	3	57	5.3
長野県	飯伊	9	171	5.3
大分県	南部	4	76	5.3
岩手県	釜石	3	55	5.5
東京都	北多摩西部	35	637	5.5
秋田県	湯沢・雄勝	4	72	5.6
長崎県	対馬	2	36	5.6
新潟県	県央	13	233	5.6
埼玉県	利根	33	588	5.6
群馬県	沼田	5	89	5.6
愛知県	西三河南部	62	1,088	5.7
北海道	宗谷	4	70	5.7
愛知県	尾張北部	42	728	5.8
群馬県	太田・館林	23	398	5.8
千葉県	印旛	40	692	5.8
茨城県	筑西・下妻	16	274	5.8
長崎県	県北	5	85	5.9
神奈川県	川崎南部	34	575	5.9
和歌山県	那賀	7	118	5.9
徳島県	東部Ⅱ	5	84	6.0
和歌山県	御坊	4	67	6.0
奈良県	南和	5	83	6.0
栃木県	県北	24	391	6.1
静岡県	熱海伊東	7	111	6.3
群馬県	吾妻	4	63	6.4
群馬県	桐生	11	173	6.4
愛知県	尾張西部	33	511	6.5
石川県	能登中部	9	137	6.6
滋賀県	甲賀	10	150	6.7
石川県	南加賀	16	234	6.8
岐阜県	東濃	24	351	6.8
北海道	北網	16	233	6.9
香川県	三豊	9	131	6.9
埼玉県	中央	170	2,467	6.9
鹿児島県	曾於	6	87	6.9
山形県	最上	6	86	7.0
岩手県	気仙	5	71	7.0
静岡県	中東遠	34	480	7.1
兵庫県	阪神北	51	720	7.1
兵庫県	丹波	8	112	7.1
千葉県	東葛北部	93	1,299	7.2
広島県	備北	7	97	7.2