

図5 精神科医師数 (対人口10万人、2011年)

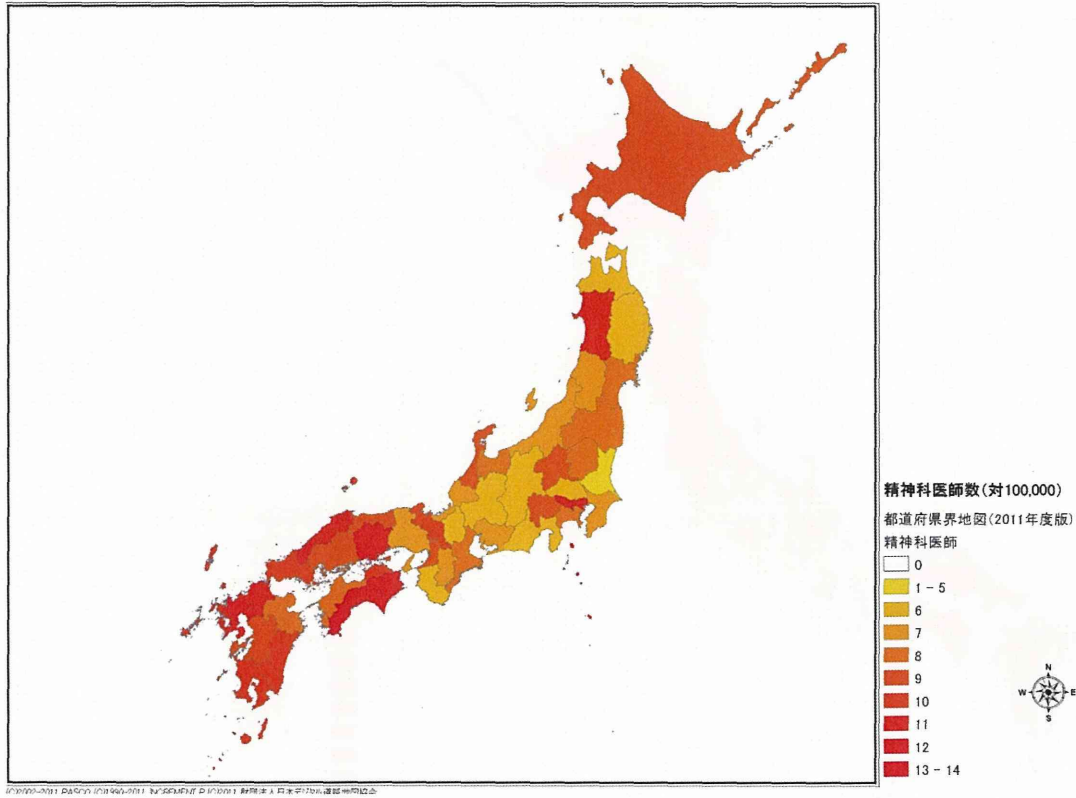


図6 精神病院在院患者延べ人数 (対人口10万人、2011年)

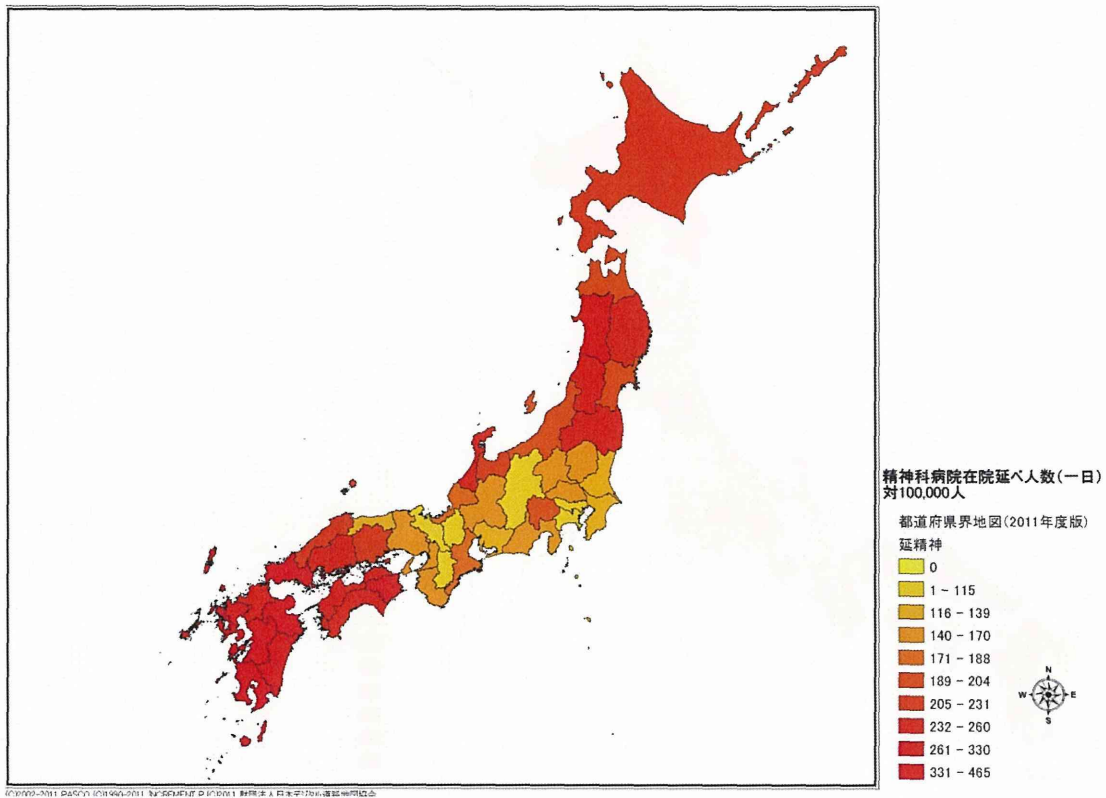


図7 精神科救急施設数 (2011年)

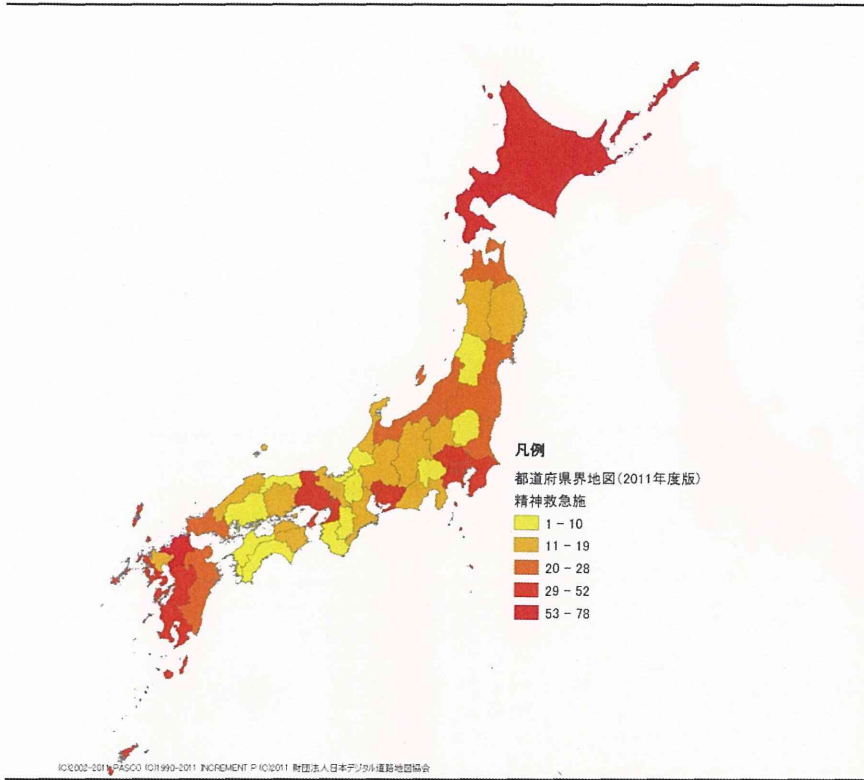


図8 精神科救急施設数 (対人口10万人、2011年)

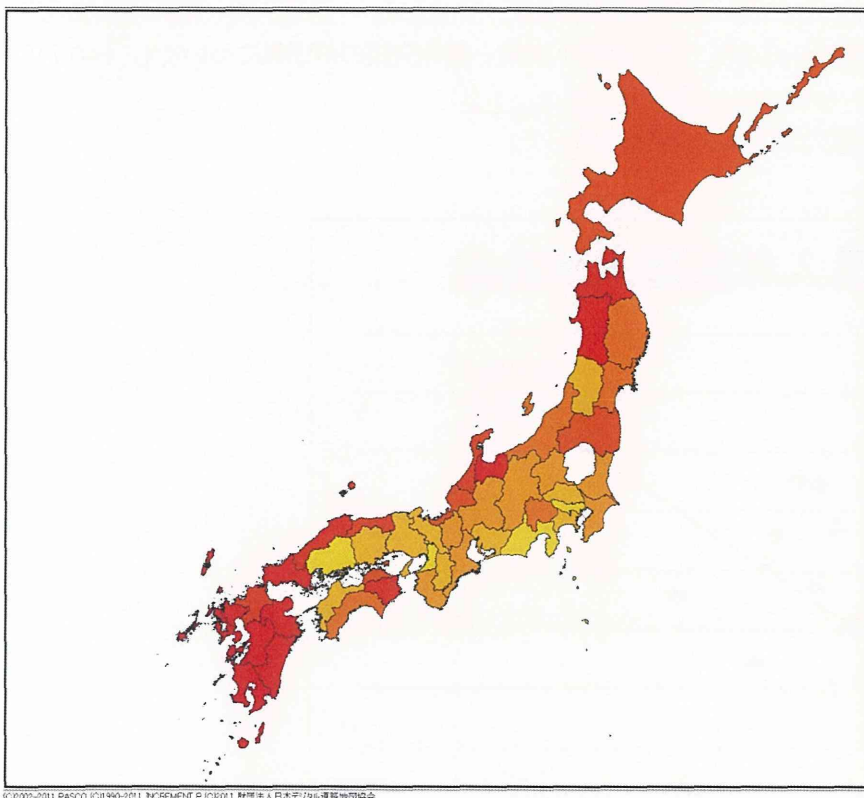
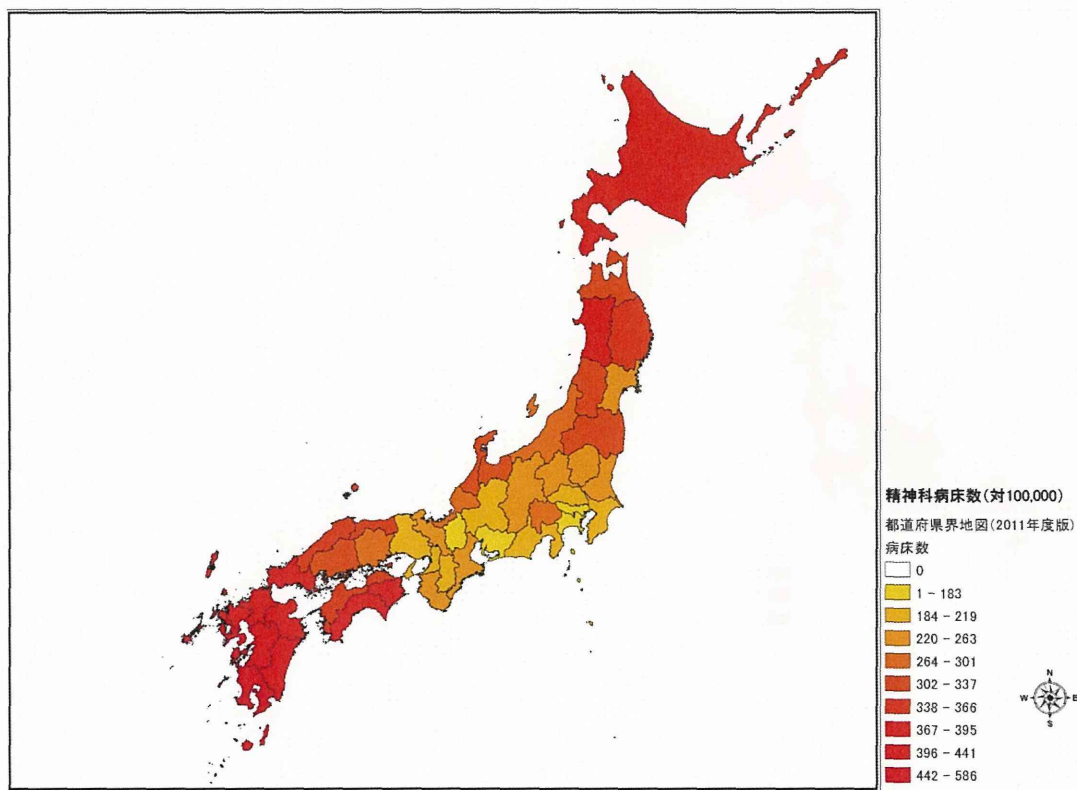


図9 精神科病床数（対人口10万人、2011年）



(2)措置入院等の法に基づくに入院の都道府県格差について

措置入院数と都道府県人口には、 $r=0.811$ の強い相関が認められた ($p<0.01$)。措置入院と精神科救急医療施設数の間にも、相関があった ($r=0.587$, $p<0.01$)。また、措置入院数と精神病院の病床数についても、 $r=0.742$ の強い相関があり有意差が確認された ($p<0.01$)。(図10、11、12)

なお、医療保護入院についても、措置入院と同様の結果となった。

図10 都道府県人口措置入院件数

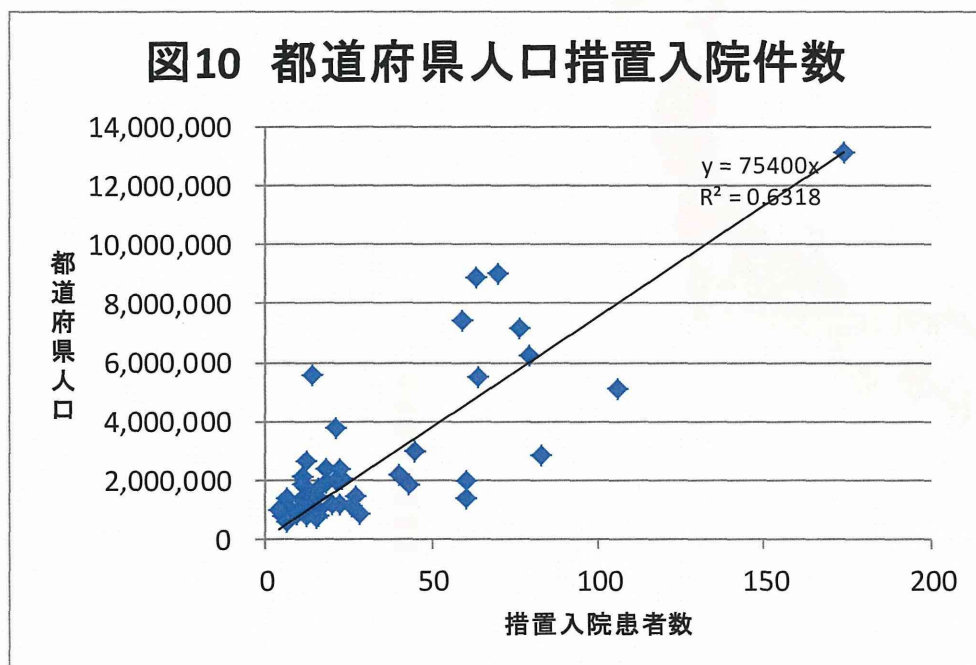


図11 措置入院患者数(H23年度末)と精神科救急医療施設数との関係

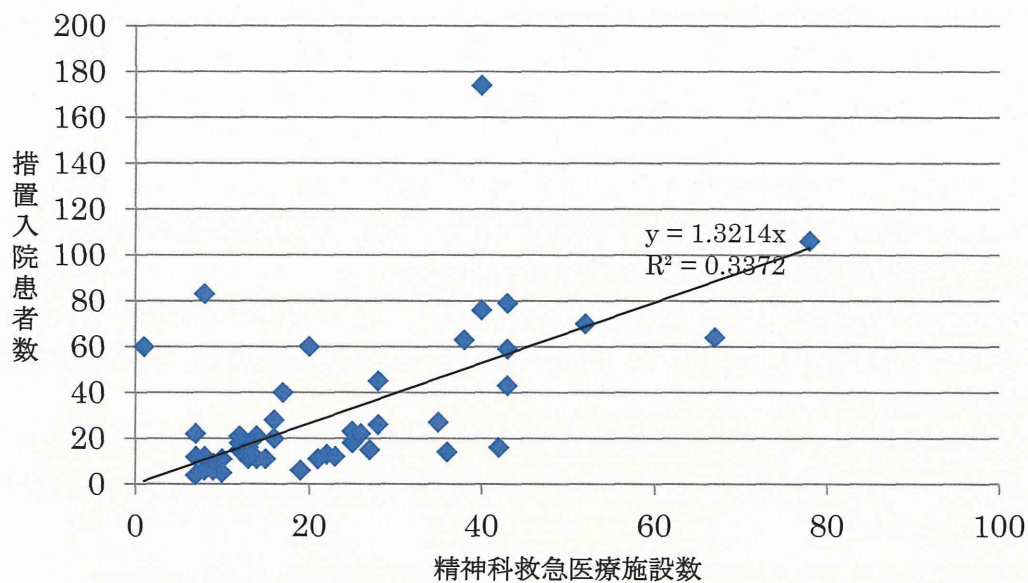
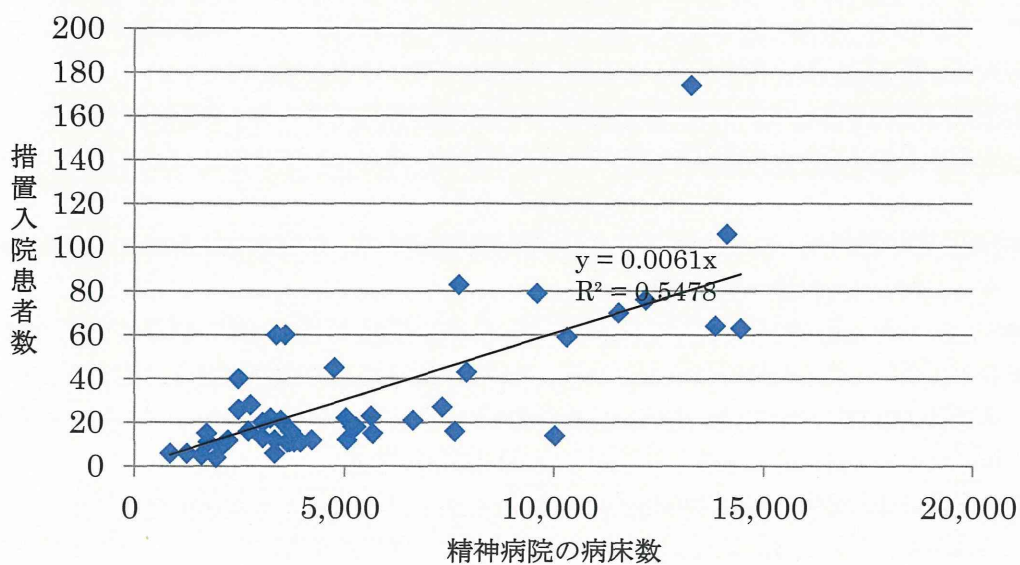


図12 精神科病院の病床数と措置入院患者数



(3)都道府県の医療計画の精神医療分野の記述内容の分析

表1 (後述) に示すものは、47 都道府県の記述を分析した結果である。都道府県別の記載内容の特徴を次に述べる。

北海道は、47 都道府県中最大の面積であり網羅範囲が広いながらも、医療圏を細かく設置して統一を図っていることが評価できるが、内容自体に数値的な記述が少なく、概念論的なものが多い。

青森県は、精神科救急や身体合併症対応の記述が充実している。しかし、精神科医師数は全国平均ながら指定医数がほぼ半分であることから精神科救急医療の破綻に繋がる恐れもある。うつや認知症の S (S; Structure)、P (P; Process)、O (O; Outcome) についての記述が少ない。なお、S、P、O については後述している。

岩手県は、他県にはない震災こころのケア活動の項目があり、東日本大震災を念頭においた活動を定義している。認知症を別枠で Assessment しているが、かえって分かりづらい。また、数値目標が少ない。

宮城県も東日本大震災に特化した施策が盛り込まれているのが特徴である。

秋田県は、全国平均を意識した数値が記載されているのが特徴である。しかし、日本一の自殺率（人口 10 万対）32.3（全国平均 22.9）が指摘されているものの、それに対する Assessment が無い。数値目標の記載が少なく、目標への戦略的記載にも乏しい。

山形県は、認知症や自殺対策に関しては、現状、課題および対策の方向性が具体的に記述されている。なお、認知症と自殺対策は、指標への言及も見られる。短所は、プロセス指標への言及が皆無で、どんな過程で成果を得ようとしているのかがわからない。

福島県は、福島第一原発によるストレスが精神疾患を誘発することへの記述がある。一方、Avedis Donabedian (1919-2000) により提唱された「医療の質評価の 3 側面」である S (Structure; 構造)、P (Process; 過程)、O (Outcome; 結果) に沿って指標の整理が省みられているものの、現状把握にしか利用しておらず、施策の効果測定のためになっていない。(指標の整理も資料編の中にある)。それから東日本大震災や福島第一原発関連で精神疾患の課題が記述されているにもかかわらず、対策の方向性が見受けられない。

茨城県は、現状や方向性が示されている精神医療の各論領域については、おおむね対応する指標への言及がなされている。しかし、目標設定をしている指標は、施設整備や施設基準関係のものに留まっている。

栃木県は、現状および課題と施策の方向性の記述を、項目毎ではなく「現状・課題」「施策の方向性」のカテゴリ毎に整理しており、見やすい。S、P、O の項目に関連する指標を「数値目標」という欄でまとめている。ただ、課題や施策の方向性は確認されているものの、それを指標に生かすような記述に乏しい。

群馬県は、全般的に簡潔な記載となっているが、指標に関しては自殺関連のアウトカム指標だけである。

埼玉県は、施策の方向性や目標に関する記述が不十分であるが、S、P、O についての記述は他県に比べて充実している。

千葉県は、各地域の医療連携体制をもっと分かりやすく説明する必要がある。数値目標を達成するための施策、事業についても、もっと詳しく説明すべきである。

東京都は、医療計画において各方面の現状と課題を記述するなど、精神医療に対する深い関心がある点を評価できる。また、東京都の各区の基礎的条件が違うことから、各区の実情に応じた数値目標を設定することも考慮する必要がある。医療連携体制については、もっと分かりやすい説明が求められる。そして、数値目標を達成するための施策、事業については、もっと詳しく説明しなければならない。

神奈川県についても、数値目標を達成するための施策、事業について、もっと詳しく説明すべきである。

新潟県は、政策だけではなく、具体的な数値目標の設定することと広い県内の地域を分けて、計画を制定することが必要である。問題点としては、現状の各指標値について調査と評価不十分であること、現状と課題に基づき計画内容の制定が不十分であること、数値目標を達成するための施策、事業についてもっと詳しく説明すべきことなどが挙げられる。

富山県は、計画の策定姿勢として、認知症やうつ病対策を重視している姿勢がうかがえる。さらに精神・身体合併症への取り組みについても努力のあとが伺える。一方、指標の目標設定は絞込みがみられるが、可能な限

り一定の目標設定が望ましいと思われる。

石川県は、アウトカム指標についても目標設定されているものもあるところが分かりやすい。認知症やうつ病対策にも力点を置いている。反面、精神・合併症の取組みが弱いことから目標設定のさらなる具体化を目指すべきと考えられる。

福井県は、指標の設定やアウトカム指標もみられる。うつ病対策に力点のひとつがおかれていることが伺える。こどもの精神に係る記述もみられる。精神と身体の合併症対応が弱いところがある。指標の目標が多くの項目で不明確である。

山梨県は、認知症に対する取組みが重視されている。数値目標は、絞り込んで、アウトカム指標が主に取り上げられている。医療連携により、医療資源の不足等をカバーする姿勢がうかがえる。計画はストラクチャー及びプロセスの指標について、現状値と目標を一覧化して明確にすると分かりやすいと考える。精神・合併症の取組みに難がある。

長野県は、多くはないが、指標が設定されている。アウトカム指標もみられるものの、プロセス指標が少ない。行政の資源を有効活用しようとしている姿勢が見受けられる。

岐阜県は、SPOの数値目標があまり具体的ではない。

静岡県は、児童精神分野が別立てになっているが、全体として対策が具体的ではない。

愛知県はS、P、Oに関する数値目標が少ない。

三重県は、連携体制について2次医療圏ごとに別立てで現状分析されていることと、精神障害者に対する理解の促進が別立てで取り組む内容を提示していることが特徴として挙げられる。また、SPOの数値目標が少ない。

滋賀県は全体に記述内容は充実しているものの、うつや認知症に関してはS、P、Oの記述が弱い。

京都府は認知症の記載が充実しているが、目標数値の記載がほとんどない。

大阪府は、数値目標の記載が全くない。現状と課題、今後の方向性等の記載に終始している。

兵庫県は、現状値に対して目標数値の記載が比較的しっかり記載されている。加えて、認知症の記載が充実している。

奈良県については、認知症はストラクチャー・プロセス・アウトカムの記載が充実している。「自殺対策」、「災害対策」の項目を独立して記載されている。ただ、認知症以外はストラクチャー・プロセス・アウトカムの記載が不十分である。

和歌山県は、うつ病・認知症の記載が充実しているものの、アウトカム指標の記載が不十分である。

鳥取県は、現状・課題、対策・目標が表になっており、わかりやすい。しかし、現在の数値の整理が中心で、今後の活動目標が書かれていない。

島根県は、計画が簡潔で分かりやすいが、現状の数値の整理で、今後の活動目標が書かれていない。

岡山県は、現状、課題、施策の方向について表にまとめられていて、読みやすい。しかし、目標値が数値化されておらず、実現のための具体的な活動が記載されていない。

広島県は、現状について全般的に定量的な記述になっている。施策の方向が書かれているが、目標については定量化されているものは少ない。

山口県は、統合失調症、うつ病、認知症、アルコール依存症、児童・思春期の精神疾患について医療連携体制をわかりやすい図で表示している。医療体制図に関係する病院については県のホームページに掲載している。しかし、定量化された目標が少ない。

徳島県は、施策の方向性・目標については十分な記述があるものの、S、P、Oに関するものがほとんどなく、具体性に欠ける。

香川県は、計画全体にバランスが取れた記述である。しかし、うつや認知症に対する具体的記述に欠ける。

愛媛県は、全体に充実した記述である。医療資源など精神医療の根幹となる部分の記述が不十分である。

高知県は、精神医療の課題に対しては、網羅的に記述している。しかし、計画自体を作成することが目的化している

福岡県は、全体にバランスが取れている。だが、数値目標が設定されている分野が限定的である。

佐賀県は、全体にバランスが取れた記述内容である。しかし、医療資源が集中している県庁所在地を中心にした記述内容である。

長崎県は、各分野網羅的に触れている。長崎、佐世保医療圏で全体の約7割の病床数があり、今後はこれらを他の医療圏に増やす必要がある。治療・回復・社会復帰の踏み込んだ現状分析や施策の目標が設定されていない。

熊本県は、できるだけ身近な地域で治療が受けられるよう、2次保健医療圏での治療を推進する記述に特徴がある。しかし、熊本市内に集中している専門病院主体の計画となっている。

大分県は、具体的数値がほとんど記載されていない。治療・回復・社会復帰、身体合併症、専門医療などについての課題分析が不足している。また、施策の方向性や具体的目標に関する記述が少ない。

宮崎県は、中央保健所管轄内に施設が集中している。また、うつ、認知症について、S、P、Oに関する記述が少ない。

鹿児島県は、専門医療の充実が必要である。

沖縄県は、目標設定を数値化して体系的にはほかの医療体制とリンクする取り組みができています。人口構成に合った施策を積極的に講じている。地域や高齢者医療、認知症に力を入れている。反面、プロセスや全体構造と関連性の説明が少ない。戦略部分が目標に対してあまり明確になっていない。全体的に構造、プロセス（戦略）部が希薄である。力を入れ書いている部分とそうでない部分にむらがある。連携についての記述が多くあるものの具体的体制について書いていない。

D. 考察

地図情報に転化することは、複雑で難解な精神保健医療や疾患に関する情報を住民に正確にわかり易く伝達する上で有効な手段である。また、措置入院などの実績の数値には、都道府県間に格差があるように見えるが、解析により都道府県人口数と強い相関があることが明らかとなった。つまり、人口が少ない県では、措置入院自体が少なく、対人口10万人などで表すと数字に見かけ上格差があるように表現されるためと考えられる。

次に、都道府県医療計画の精神医療や精神疾患についての記述は、「現状と課題」「施策の方向性・目標」「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」など、細部に至るまで都道府県ごとの差異が大きかった。そうした中で、比較的記述内容が充実していた部分は、「社会復帰」「精神保健思想の普及・啓発」のところであった。社会復帰については、都道府県が保健所や精神保健福祉センターを有していることから、政策の全体像が描きやすく内容が充実しているものと思われる。

E. まとめ

医療計画の記述内容の劇的な転換は、残念ながら認められなかった。いまの記述内容で今後、残りの医療計画の執行期間が、無駄にならないような方策を検討する必要がある。そのためには、精神科医療はもとよりその隣接領域を含めた地域の体系的な医療水準の向上や患者の利便性や人権保護の一層の向上ならびに患者の視点に立った医療供給が期待でき、行政サービスの質の向上や効率性アップが図られ、その成果は住民や国民の福祉の向上となって現れる方策を、次年度以降検討していく必要がある。それには、精神医療や疾患情報を住民に上手く伝達し、住民が主役の医療計画にする必要がある。また、それが医療計画の本来の趣旨であった筈である。

今後、医療計画による成果がどの程度波及しているかを調べる。成果が見られないところの施策の問題点や設定した評価指標の有効性について検証する必要がある。同時に、住民をはじめとする一般国民の医療計画の精神疾患対策の認知度についての調査も行い、本年度研究で明らかにされた課題の改善方策も検討しなければならない。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

(1)論文発表

[原著論文]

4. Tomoko FUJIMOTO, Kazuo KAWAHARA, Hiroo YOKOZEKI. Epidemiological study and considerations of primary focal hyperhidrosis in Japan : From questionnaire analysis. *Journal of dermatology* 2013; 40: 1-5
5. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa, M.: Relationships between the active aging index and disability-free life expectancy: A case study in the Rajshahi district of Bangladesh. *Canadian Journal on Aging*. S. Okamoto, K. Kawahara, A. Okawa, and Y. Tanaka. Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system. *Health Policy* in publication, January 2013.
6. S. Okamoto, K. Kawahara, A. Okawa, & Y. Tanaka. "Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system," accepted by *Health Expectation*, online published on February, 2013.

[総説]

3. 河原和夫、菅河真紀子. 医療計画の効果と課題. *お茶の水医学雑誌* 61 : 129—138 (2013)

(2)学会発表

15. Tareque MD Ismail Kawahara K, Sugawa, M, Hoque N.: Healthy Life Expectancy and the Correlates of Self-rated Health for the Elderly in Rajshahi District of Bangladesh International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 28th 2013
16. Tareque MD Ismail Kawahara K, Sugawa, M, Hoque, Changes in Healthy Life Expectancy and the Correlates of Self-rated Health in Bangladesh between 1996 and 2002 Wednesday, International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 28th 2013
17. Islam TM, Tareque MI, Kawahara K, Sugawa, M, Hoque N.: *The most important factor needs attention in intimate partner violence: A case of Bangladesh*. Presented in Session 233: Intimate partner violence, organized by International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 31, 2013.
18. Islam TM, Tareque MI, Rahman KMM, Sugawa M, Kawahara K.: Violence against women. In Titumir RAM (ed.) *Institutions Matter: State of Women in Bangladesh 2013*. The Unnayan Onneshan, Dhaka-1215, Bangladesh.
19. 河原和夫、菅河真紀子、杉内善之、野崎慎仁郎、上原鳴夫. アジア諸国における血漿分画製剤の製造体制

- およびわが国の国際貢献の可能性について (第2報). 第37回 日本血液事業学会総会. 札幌市.
20. 菅河真紀子、河原和夫、杉内善之、野崎慎仁郎、上原鳴夫. アジア諸国における血漿分画製剤の製造体制およびわが国の国際貢献の可能性について (第1報). 第37回 日本血液事業学会総会. 札幌市. 2013.
 21. 菊池雅和、河原和夫. 社会医療法人の制度リスクについて 第51回日本医療・病院管理学会総会. 京都. 平成25年9月27日.
 22. 熊澤大輔、菅河真紀子、島陽一、竹中英仁、村田正夫、河原和夫. セーフコミュニティ活動における科学的な状況把握に基づく行政の政策立案の取り組み 第72回日本公衆衛生学会総会. 津市. 2013年10月25日.
 23. 菅河真紀子、島陽一、菊池雅和、村田正夫、熊澤大輔、竹中英仁、河原和夫. 医療計画における精神疾患の課題認識の実態と施策策定過程の分析 (第1報) 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 2013年10月23日~25日.
 24. 島陽一 菅河真紀子 菊池雅和 村田正夫 熊澤大輔 竹中英仁 河原和夫. 医療計画における精神疾患の課題認識の実態と施策策定過程の分析 (第2報) 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 2013年10月23日~25日.
 25. 村田正夫、菅河真紀子、竹中英仁、島陽一、熊澤大輔、河原和夫. 東京23区のうちで平日準夜間等小児初期救急を病院で行う区での受診件数、子ども医療費補助及び子ども人口との相関. 第72回日本公衆衛生学会総会. 津市. 2013年10月24日.
 26. 竹中英仁、熊澤大輔、村田正夫、島陽一、菅河真紀子、河原和夫 献血固定施設における献血者数と固定施設の立地条件と献血ベッド数に関する研究. 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 平成25年10月23日.
 27. 清水央子、河原和夫. 日本薬剤疫学会第19回学術総会 一般演題 「患者数」の推定と医療情報 データベースの評価 2013年11月16日

(3)著書

6. 田中平三、河原和夫、他. これからの公衆衛生、社会・環境と健康. 地域保健・衛生行政. p.239-244. 南江堂 2013.
7. 河原和夫. アジア諸国の血液事業について. 血液製剤調査機構だより. 血液製剤調査機構. No. 134、 p.11-18. 2013年.
8. 菅河真紀子、河原和夫. 「献血者確保のための採血基準の見直しと環境整備」『公衆衛生』第77巻 第8号,pp 619-623. 医学書院 2013年
9. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa M.: Active aging index and healthy life expectancy in Bangladesh. In N. Hoque, M. McGeHee, B. Bradshaw (eds.), *Applied Demography and Public Health*. NY: Springer. 2013.
10. *Applied Demography and Public Health* : Chapter 16 Md. Ismail Tareque, Nazrul Hoque, Towfiqua Mahfuza Islam, Kazuo Kawahara, and Makiko Sugawa. Active Aging Index and Healthy Life Expectancy in Rajshahi District of Bangladesh. pp.257-276. 2013 Springer

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

表 1 都道府県医療計画の精神疾患に関する記述

北海道

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
医療圏		(圏域設定の考え方) 精神疾患に係る医療連携圏域は、受診へのアクセスのしやすさや必要時の入院を含む適切な医療の提供と合わせて、地域における保健・福祉・介護サービス等と連携した地域生活を支える機能等が求められることから、入院医療サービスの完結を目指す圏域である第二次医療圏単位とします。 (第二次医療圏で完結できない医療提供体制について) 精神科救急・身体合併症の対応等、高度で専門的な医療サービスの提供体制については、医療資源の少ない地域での完結が難しいことや本道の広域性を考慮し、高度で専門的な医療サービスの提供を目指す圏域である第三次医療圏を基本として、道央圏を3分割した8圏域体制を基本に、隣接する圏域と連携を図りながら、医療連携体制を構築します。						
患者数	○北海道における精神疾患の総患者数は、14万5,000人と推計されています。 ○主な疾患別では、うつ病をはじめとした「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」やアルツハイマー病を含む「認知症」が多くなっています。				[P-1]総患者数及びその内訳(性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別)(患者調査、精神保健福祉資料) [P-2]年齢調整受療率(患者調査)	V精神及び行動の障害 145000 統合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害:37000 気分[感情]障害(躁うつ病を含む):56000 血管性及び詳細不明の認知症:9000 VI神経系の疾患 アルツハイマー病: 23000		
医療資源	道内の精神科を標ぼうする病院・診療所数は285か所となっており、そのうち約7割が道央第三次医療圏に所在しているなど、医療資源に地域偏在が見られます。							
予防・アクセス	○精神疾患は症状が多彩で自覚しにくいことや、疾病や医療機関に関する情報が得にくいことなどから、精神科医療機関への早期のアクセスが難しい傾向にあります。 ○住民からの「精神保健福祉相談」の実施状況を相談機関別に見ると、保健所に比べより身近な市町村で相談を受ける方の割合が低くなっています。 ○成人期になってから発達障がいがあると診断された方については、児童・思春期に必要な療育や支援を受けた経験がない、あるいはこれまでに適切な医療にアクセスできていないといったことから、対人関係の問題など日常生活及び社会生活を送る上で困難を抱えている場合があります。 ○アルコール・薬物等の依存症については、地域に専門医療機関や自助グループが少ないことなどから、継続的な支援が困難な状況が見られます。 ○高次脳機能障がい*1は外見ではわかりにくく、本人や周囲の人が障がいを認識しづらい場合が多いことなどから、適切な医療や支援を受けにくい場合があります。 ○精神科医療機関と地域のかかりつけ医との連携により、精神疾患が疑われる人への受診勧奨等の取り組みが必要です。 ○精神疾患に関する知識の普及や精神科医療を必要としている人への相談支援の充実のため、住民にとって身近な市町村や保健所における相談機能の強化に努める必要があります。 ○依存症対策や自殺対策等の専門的支援に係る地域の相談支援体制を整備し、必要に応じて適切な医療につなげるなどの取り組みが必要です。 ○高次脳機能障がいに関する知識の普及を図るとともに、地域での相談窓口や利用可能な支援制度などの周知を図ることが必要です。 【精神疾患の予防・アクセス】 かかりつけ医や地域の保健医療関係機関との連携の充実により、できるだけ早期の精神科への受診を促す機能	○一般科医療機関から適切に精神科医療機関につなげるため、内科医等かかりつけ医を対象とした研修等により、連携体制の構築を促進します。 ○北海道立精神保健福祉センターにおいて、保健所や市町村等身近な地域において相談支援に従事する職員の専門性の向上を図るため、自殺対策、ひきこもり、依存症等の支援に関する技術支援や研修を実施します。 ○一般科医療機関に勤務するコメディカルスタッフや地域の相談機関職員等を対象とした適切な精神科医療へのつなぎ等の連携方法の習得のための研修会の開催等、人材育成に取り組みます。 ○発達障がいの当事者・家族等が速やかに医療機関を利用できるよう、道のホームページを活用するなど医療機関に関する情報の提供に努めます。 ○依存症に関する知識を普及し、当事者・家族を地域で支援することができるよう、地域住民に対する啓発や、依存症の自助グループや支援者が実施しているミーティングの手法を学ぶ機会の確保など依存症支援体制の構築を促進します。 ○高次脳機能障がいの当事者・家族が身近な地域で支援を受けられるよう、保健所における相談機能の強化や相談窓口の周知を図るなど、支援体制の充実を図ります。	[S-1]かかりつけ医等心科健康対応力向上研修参加者数(事業報告) [S-2]GP連携会議(内科等身体疾患を担当する科と精神科の連携会議)の開催地域数、紹介システム構築地区数 [S-3]地域連携クリティカルパス導入率	[P-3]保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告) [P-4]◎精神保健福祉センターにおける相談等の活動(衛生行政報告例) [P-5]◎保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告)	【O-1】◎こころの状態(国民生活基礎調査) 【O-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)	【人口10万人当たりの自殺死亡率】24.0		

北海道

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
治療・回復・社会復帰	<p>○本道においては、医療資源の地域偏在や広域かつ積雪寒冷といった特性により定期的な通院が困難な場合が見られます。また、道が実施した「精神科病院実態調査」によると、地域移行・地域定着が進まない要因として「退院後の住居の確保」「在宅福祉サービスや日中活動場の不足・偏在」「家族の協力が得られない」等が挙げられています。</p> <p>○こうしたことを背景に、「退院患者平均在院日数」については、全国平均の304.1日に対し、北海道は266.9日と短くなっているものの、「1年未満入院者の平均退院率」は全国平均の71.4%に対し、北海道は70.7%と下回っています。</p> <p>○精神科訪問看護は、96か所の病院・診療所で提供されており、人口10万人当たりの施設数は全国平均を上回っていますが、提供施設のない第二次医療圏が4圏域あります。</p> <p>○精神科デイケアの提供医療機関は、北海道厚生局における施設基準等届出受理数によると、平成24年12月1日現在で99か所ありますが、届出医療機関のない第二次医療圏が5圏域あります。</p> <p>○グループホームやアパート・下宿等、退院後の住まいの場の確保が困難な状況が見られます。</p> <p>○身近な地域で良好な療養環境のもと、外来や訪問、入院医療等の適切な精神科医療が提供される体制づくりが必要です。</p> <p>○新規入院患者の入院長期化の防止や長期入院患者の退院を促進するため、精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等からなる多職種チームによる診療計画の作成や退院後の外来治療継続の支援など地域移行に向けた支援が必要です。</p> <p>○できるだけ地域で生活が送れるよう、医療機関と地域の相談支援事業所や障害福祉サービス事業所等が連携した地域定着の支援が必要です。</p> <p>○日中活動の場や退院後の住まいなど生活の場の確保、復職・就職への支援などの社会復帰へ向けた環境整備が必要です。</p> <p>【治療・回復・社会復帰】 ○精神疾患等の状態に応じ、入院、通院及び往診・訪問看護等による適切な精神科医療を提供できる機能 ○相談支援事業所や障害福祉サービス事業所等の関係機関との連携により、地域移行や地域定着支援に取り組む機能</p>	<p>○精神科医師の確保が困難な医療機関における精神科診療体制を確保するため、近隣の医療機関から定期的に精神科医を派遣する地域精神医療確保対策事業を実施します。</p> <p>○精神科病院に入院している方々の退院を促進するため、地域の相談支援事業所等と連携し、長期入院患者の地域移行・地域定着の支援を推進します。</p> <p>○長期入院等の後に退院した方や治療中断者等の地域生活の支援のために、保健医療福祉関係機関で構成する多職種チームによるアウトリーチ支援をモデル的に実施するなど、地域における支援体制の構築を促進します。</p> <p>○患者の療養環境の改善や社会生活機能の回復に資するため、医療施設近代化施設整備事業等を活用し、病棟及び保護室の改修やデイケア施設の整備等を促進します。</p> <p>○市町村等と連携し、「北海道障がい福祉計画」に基づき、グループホームや就労支援事業所等日中活動の場の整備を促進します。</p>	<p>【S-4】◎精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数(医療施設調査)</p> <p>【S-5】◎精神科病院の従事者数(病院報告)</p> <p>【S-6】往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数(医療施設調査)</p> <p>【S-7】◎精神科訪問看護を提供する病院・診療所数(医療施設調査)</p>	<p>精神科を標榜する病院・診療所数 285か所 そのうち約7割が道央第三次医療圏に所在</p> <p>精神科訪問看護は、96か所の病院・診療所で提供されている。しかし、提供施設のない第二次医療圏が4圏域ある。</p> <p>精神科訪問看護を提供する病院数 75 人口10万人当たりの施設数 1.36</p> <p>精神科訪問看護を提供する診療所数 21 人口10万人当たりの施設数 0.36</p>	<p>【P-6】◎精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員・延人員(衛生行政報告例)</p> <p>【P-7】◎精神科地域移行実施加算(診療報酬施設基準)</p> <p>【P-8】◎非定型抗精神病薬加算1(2種類以下)(NDB)</p> <p>【P-9】◎向精神薬(抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬)の薬剤種類数(3剤以上処方率)</p> <p>【P-10】◎抗精神病薬の単剤率</p> <p>【P-11】◎精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数(精神保健福祉資料)</p> <p>【P-12】◎精神障害者手帳交付数(衛生行政報告例)</p> <p>【P-13】◎精神科デイケア等の利用者数(精神保健福祉資料)</p> <p>【P-14】◎精神科訪問看護の利用者数(精神保健福祉資料)</p> <p>【P-15】◎精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数(事業報告)</p>	<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p> <p>【O-3】◎1年未満及び1年以上入院者の平均退院率(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-4】◎在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-5】◎3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)</p>	<p>退院患者平均在院日数(平成23年)266.9日</p> <p>1年未満入院患者の平均退院率*現状(平成21年度)69.1% 現状(平成22年度)70.7% 目標(平成26年度)76.0%</p> <p>(平成23年6月)9人 (平成26年6月)20%増加</p> <p>【人口10万人当たりの自殺死亡率】24.0</p>	<p>退院患者平均在院日数(平成23年)266.9日</p> <p>退院患者平均在院日数(平成23年)266.9日</p>
精神科救急	<p>○平成23年度において、精神科救急医療体制整備事業により夜間・休日に診療を受けた方は1,367人、入院された方は539人となっています。</p> <p>○夜間・休日等の診療時間外に、緊急な医療を必要とする精神障が</p>	<p>○休日・夜間の緊急の相談や救急医療を必要とする方に対応することができるよう、精神科病院はもとより、自院患者への対応や診療情報との速やかな提供など精神科診療所の協力も得ながら、精神科救急圏域ごとの輪番体制の整備をはじめとした精神科救急医療体制を</p>	<p>【S-8】◎精神科救急医療施設数(事業報告)</p>	<p>精神科救急医療施設数(事業報告)</p>	<p>【P-15】◎精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数(事業報告)</p>	<p>受診件数(平成23年度)1367人 入院件数(平成23年度)539人</p>	<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p>	<p>退院患者平均在院日数(平成23年)266.9日</p>

北海道

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
	<p>い者の搬送先となる医療機関との連絡調整を行う精神科救急情報センターが札幌市に設置されています。</p> <p>○札幌市内をはじめ半数以上の輪番病院において、緊急に入院を必要とする患者に対応するための保護室等空床の確保が困難な状況があります。</p> <p>○休日や夜間を含め、24時間365日、精神科救急患者や身体疾患を合併した患者等の状態に応じて適切な医療を提供できる体制の確保が必要です。</p> <p>○精神科救急輪番体制の確保に当たっては、人口が多い都市部の輪番病院における空床確保方策のほか、当該第二次医療圏内に輪番病院が確保できず、当番病院までに距離的に離れている地域など、医療資源の少ない地域での円滑な救急患者受入に係る対応策が必要です。</p> <p>○精神科病院の輪番体制及び関係機関の連携により、夜間・休日等の緊急時の相談・診療を提供できる機能</p> <p>○地域の公的病院などの総合病院については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診療できる機能</p>	<p>確保します。</p> <p>○輪番体制の確保に当たっては、都市部を中心に空床確保が困難となっている地域があることを踏まえ、救急患者の受入体制の充実を図ります。</p> <p>○また、道内の第二次医療圏のうち半数以上で圏域内に輪番病院が確保できていない状況があることから、そうした地域においては、遠隔地域支援病院制度の活用により、円滑な精神科救急患者の受入を図ります。</p>	<p>【S-9】◎精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況(事業報告)</p> <p>【S-10】◎精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料届出施設数(診療報酬施設基準)</p> <p>【S-11】◎精神科救急医療体制を有する病院・診療所数(医療施設調査)</p>		<p>【P-16】◎精神科救急情報センターへの相談件数(事業報告)</p> <p>【P-17】◎年間措置患者・医療保護入院患者数(人口10万あたり)(衛生行政報告)</p> <p>【P-18】◎保護室の隔離、身体拘束の実施患者数(精神保健福祉資料)</p>		<p>【O-3】◎1年未満及び1年以上入院者の平均退院率(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-4】◎在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-5】◎3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)</p>	<p>1年未満入院患者の平均退院率* 現状(平成21年度)69.1% 現状(平成22年度)70.7% 目標(平成26年度)76.0%</p> <p>(平成23年6月)9人 (平成26年6月)20%増加</p> <p>【人口10万人当たりの自殺死亡率】24.0</p>
精神・身体合併症	<p>○輪番病院や身体合併症に対応可能な施設が偏在しており、特に身体合併症を有する患者の救急搬送時の受入調整に時間を要する傾向が見られます。</p> <p>○身体合併症患者の受け入れや自殺企図者の身体的処置終了後の精神科医による事後対応等、一般救急との連携体制の構築が必要です。</p> <p>○精神科単科病院等については、他の医療機関の紹介や身体疾患の治療終了後の受け入れ等、地域の医療機関等との連携により、当該医療機関において治療が困難な身体症状へ対応できる機能</p>	<p>○身体合併症を有する救急患者への対応が円滑に行われるよう、一般救急を担う医療機関との協力体制や救急搬送時の受入ルールづくりについて、地域の実情に応じて検討します。</p>	<p>【S-12】◎精神科救急・合併症対応施設数(事業報告)</p> <p>【S-13】◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数(医療施設調査)</p> <p>【S-14】◎入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数(医療施設調査)</p> <p>【S-15】◎精神病床を有する一般病院数(医療施設調査)</p>		<p>【P-19】◎副疾病に精神疾患を有する患者の割合(患者調査・個票)</p> <p>【P-20】◎精神科身体合併症管理加算(NDB)医療機関数</p>		<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p> <p>【O-3】◎1年未満及び1年以上入院者の平均退院率(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-4】◎在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-5】◎3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)</p>	<p>退院患者平均在院日数(平成23年)266.9日</p> <p>1年未満入院患者の平均退院率* 現状(平成21年度)69.1% 現状(平成22年度)70.7% 目標(平成26年度)76.0%</p> <p>【人口10万人当たりの自殺死亡率】24.0</p>
専門医療	<p>(児童精神医療)</p> <p>○子どもの心の診療を担う医師や医療機関に限られており、心の問題を持つ子どもとその家族が身近な地域で専門的診療が受けられる体制が不足しています。</p> <p>○児童・思春期の精神疾患については、小児科医を受診することも多くなっています。</p>	<p>(児童精神医療)</p> <p>○発達障がい早期発見や適切な成長・発達を促すため、乳幼児健診について市町村からの受診勧奨を徹底します。また、早期発見に効果的な手法の導入の促進を図ります。</p> <p>○心の問題の発見後、適切な療育や子育てに対する不安の解消などの支援につなげられるよう、発達障がいに関する専門性の向上を図るため、判定業務や相談支援業務に関わる職員を対象とした研修を実施します。</p> <p>○道立病院等において専門医の確保に努めるほか、小児科医や看護職員による児童精神疾患への対応や必要に応じた専門医との連</p>	<p>【S-16】◎児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数(診療報酬施設基準)</p>		<p>【P-21】◎在宅通院精神療法の20歳未満加算(NDB)</p>		<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p>	<p>退院患者平均在院日数(平成23年)266.9日</p>

北海道

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
	<p>(児童精神医療) ○児童・思春期に特有の疾患や成人も含めた発達障がいに関する正しい理解と対応について、小児科医をはじめ、地域の保健・医療・福祉・教育関係者に対する学習機会の確保が必要です。 ○適切な養育と子どもの健康な発達に関連について、幅広く啓発することが必要です。 ○乳幼児健診は、発達障がい等子どもの心の問題の早期発見にも資する機会であることから、市町村からの受診勧奨を徹底するとともに、健診担当部局と医療機関・保健所等の関係機関が連携した健診後の保健指導や相談支援等の取り組みが重要です。 ○心の診療を必要とする子どもの入院治療機能を持つ医療機関の確保など、子どもの心の診療体制の整備に向けた取り組みが求められています。</p> <p>(児童精神医療) ○児童・思春期の精神疾患に対し、適切な診断・検査・治療を行える機能 ○保健・福祉・教育関係行政機関等との連携により、必要な療育等の支援につなげられる機能</p>	<p>携が適切に図られるよう、子どもの心の診療体制の整備を促進します。 ○心の問題を持つ子どもとその家族が身近な地域で適切な医療的相談や診療の支援を受けることができるよう、市町村に必要な専門的支援の確保に努めるほか、地域の保健・医療・福祉・教育等の関係機関のネットワークを構築し、連携の促進を図ります。</p>	<p>[S-17]◎小児入院医療管理料5届出医療機関数(診療報酬施設基準)</p> <p>[S-18]◎重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数(診療報酬施設基準)</p> <p>[S-19]○医療観察法指定通院医療機関数(指定通院医療機関の指定)</p>				<p>[O-3]○1年未満及び1年以上入院者の平均退院率(精神保健福祉資料)</p> <p>[O-4]○在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数(精神保健福祉資料)</p> <p>[O-5]○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)</p> <p>[O-6]◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)</p>	<p>1年未満入院患者の平均退院率* 現状(平成21年度)69.1% 現状(平成22年度)70.7% 目標(平成26年度)76.0%</p> <p>(平成23年6月)9人 (平成26年6月)20%増加</p> <p>【人口10万人当たりの自殺死亡率】24.0</p>
医療観察法への対応	<p>○心神喪失者等医療観察法*1による入院処遇とされた方の治療を行う「指定入院医療機関」は、道内では未整備となっています。 ○入院処遇とされた方は、指定入院医療機関が遠隔地にあることなどから、退院後の生活に必要な福祉サービスの試行等に制限が生じる場合があります。 ○退院決定または通院決定を受けた方が必要な医療を受ける「指定通院医療機関」のある第二次医療圏は14圏域にとどまっています。</p> <p>○医療観察法の対象者の適切な治療を実施するため、道内に指定入院医療機関の確保が求められています。また、指定通院医療機関についても、さらに確保していくことが必要です。 ○対象となった方のニーズに応じた保健福祉サービスの活用等、地域処遇における指定通院医療機関と関係機関が連携した支援が必要です。 ○道内の医療観察法対象者のうち、入院決定を受けた方に対して、専門的で高度な医療を提供し、早期の社会復帰につなげる機能 ○保護観察所をはじめとする関係機関等との連携の下、個別の治療計画に基づき、社会復帰に向けた必要な医療を提供する機能</p>	<p>○本道における指定入院医療機関の整備及び指定通院医療機関のさらなる確保について、関係機関・団体等と連携しながら取り組みます。 ○医療観察法による通院決定、退院決定を受けた方を対象として実施される「地域社会における処遇」において、生活に必要な支援が円滑に提供されるよう、指定通院医療機関、保護観察所、市町村及び相談支援機関等の関係機関と連携して取り組みます。</p>						
うつ病	<p>○うつ病は身体症状が出ることも多く、精神科を受診する前に内科等のかかりつけの医師を受診していることが多くなっています。 ○薬物療法や作業療法と並ぶ治療法の1つである認知行動療法の実施医療機関は、北海道厚生局における施設基準等届出受理数によると、平成24年12月1日現在で道内34か所となっています。 ○自殺の背景には、うつ病をはじめとする精神疾患が関連することが多いといわれています。北海道における自殺死亡率は、全国平均より高い状況です。</p>	<p>○うつ病の診療知識の普及や精神科専門医との連携を推進するため、内科医等かかりつけ医の対応力向上のための研修会を実施します。 ○地域・職域における産業医等と精神科専門医の連携強化を促進するため、医療関係団体と連携した、うつ病に関する研修や連携システムの構築に努めます。 ○医療機関や地域の保健医療関係者等に対し、国等が実施する研修の受講を働きかけるなど、認知行動療法についての正しい知識の普及を進めます。 ○精神障がいの特性や疾患の状態に応じた就労支援を推進するため、就業面と生活面における一体的な支援を行う障害者就業・生活支援センターを設置・運営し、地域における関係機関、団体の就労支援ネットワークの構築を図ります。</p>						

北海道

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
	<p>○内科等のかかりつけ医や産業医との連携を推進し、精神科医療へのアクセスを促す取り組みが必要です。</p> <p>○患者のニーズや病状に応じて、地域の就労支援事業所、障害者就業・生活支援センター等の関係機関と連携した就労支援・復職支援の取り組みが必要です。また、事業主をはじめとした職域関係者に対し、うつ病の正しい知識の普及を図っていくことが必要です。</p> <p>○医療機関と保健所・市町村及び自殺対策に取り組む民間団体等が連携し、道民に対する啓発を行うなど、自殺対策に社会全体で取り組んでいくことが必要です。</p> <p>○うつ病の可能性について判断できるかかりつけ医等と連携し、適切な診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能</p> <p>○産業医等を通じた事業所との連携や、就労支援事業所等と連携した就職・復職支援等の患者の社会生活を支える機能</p>	<p>○保健・医療・福祉・労働・教育等の関係機関から構成される「北海道自殺対策連絡会議」の構成機関・団体と連携し、地域における人材養成や相談体制の確保等総合的な自殺対策を推進します。</p>						
認知症	<p>○高齢化の進行に伴い、認知症の患者は増加傾向にあり、道内の平成22年度末における要介護認定者のうち、継続的に精神科医療を受けていない方も含む認知症高齢者の日常生活自立度ランク以上の方は、14Ⅱ＊1 万1,070人と58.3%を占めており、平成19年度末に比べ約2万2,000人増加しています。</p> <p>○本人の自覚が難しいことや家族等周囲の人の理解不足などにより、初期段階で精神科医療へつなげることが困難な場合があります。</p> <p>○本道においては、高齢化率が全国平均を上回っていることや、高齢者の単身世帯、高齢者のみの夫婦世帯の割合が全国平均より高いこと、さらには一般的に認知症高齢者は慢性的な身体疾患を併発している場合や退院可能と判断されても退院後の生活の場が確保できない場合も多いことなどから、認知症の退院患者平均在院日数は全国平均342.7日に対し、北海道は357.4日と長くなっています。</p> <p>○認知症に関する鑑別診断や専門医療相談等を行う「認知症疾患医療センター」を第三次医療圏を基本として、道央圏を3分割した8圏域中5圏域に指定し、早期診断や地域の介護関係機関等との連携を推進しています。</p> <p>○認知症は適切な治療により病状の進行を遅らせ、より安定した生活を送ることができる可能性があり、早期発見・早期受診や周囲の人の適切な対応が重要となることから、かかりつけ医、産業医等医療関係者の診断技術等の向上、家庭や職場など周囲の人や介護関係者等への認知症に関する正しい知識の普及が必要です。</p> <p>○認知症疾患医療センターが設置する連携協議会の場などを通じ、センターの役割や医療機能等の周知を図り、精神科専門医療機関やかかりつけ医、介護関係者の連携を推進することが必要です。</p> <p>○認知症サポート医の医療機関、介護関係者への周知や活動内容の充実が求められています。</p> <p>○少子高齢化の進行等により、家庭における介護力が低下し、いわゆる老老介護や介護離職の問題など家族の介護負担が重くなっている状況も見られ、認知症グループホームなど退院が可能と判断された認知症高齢者の地域における生活の場の確保が求められています。</p> <p>○認知症の早期診断や進行を遅らせるための適切な医療を提供できる機能</p> <p>○家族や介護者も含めて、地域での生活を支える診断、訪問支援、外来、入院等の医療を提供できる機能</p> <p>○認知症疾患医療センターは、早期の詳細な診断・入院医療を含む専門医療を提供するほか、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、認知症患者の地域での生活を支える役割を担うこと</p>	<p>○早期の診断と専門的な治療につなげるため、内科医等かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修会を実施します。</p> <p>○介護関係者、家族に対し認知症に関する正しい知識の普及を図るため、認知症介護研修を実施します。また、認知症サポーター(認知症を理解し支援する住民)の養成等を通じて家庭や職場など周囲の人や地域住民に対する知識の普及を進めます。</p> <p>○かかりつけ医への助言等を行う認知症サポート医の養成を推進します。また、サポート医が専門医療機関等との連携の推進役として活動できるよう支援します。</p> <p>○認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターの整備を図り、認知症医療水準の向上及び地域包括支援センター並びに介護関係機関との連携を促進します。</p> <p>○市町村等と連携し、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」に基づき、グループホーム等の住まいの場の整備を促進します。</p>					【退院患者平均在院日数(認知症)】357.4 認知症疾患医療センター(地域型)の整備圏域数 8圏域	【人口10万人当たり自 殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)】24.0
自殺							【0-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)	【人口10万人当たりの自殺死亡率】24.0

北海道

この計画の	
長所	・47都道府県中最大の面積であり網羅範囲が広いながらも、医療圏を細かく設置して統率を図っている。 ・ ・ ・
短所	・数値的な記述が少なく、概念的な内容が多い。 ・ ・ ・

青森県

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
医療圏		精神疾患の医療連携体制の圏域については、基本的には従前の6圏域を基本とし、不足する機能については隣接・近傍医療圏から補完する等によって対応していくものとします。 しかし、青森県の精神医療の特徴としては、6つの二次医療圏ごとに拠点病院がありますが、下北医療圏は、むつ総合病院1カ所であるため、医療資源が限られており、そのため、保健所、市町村や地域保健福祉機関での早期支援のための連携を強化するとともに、保健医療福祉関係者の人材育成等に取組むことも重要です。						
患者数	(ア)総入院患者数 総入院患者数は、人口10万人あたりでは、全国平均を上回っています。年齢階級別では、40歳以上65歳未満が41.6%、65歳以上が49.2%となっています。 疾患別では、統合失調症(F2)2,209人(55.2%)、続いて症状を含む器質性障害(F0)1,098人(27.4%)と2疾患合わせて82.6%となっています。				[P-1]総患者数及びその内訳(性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別)(患者調査、精神保健福祉資料)	20歳未満 27 0.7% 20歳以上40歳未満 342 8.5% 40歳以上65歳未満 1664 41.6% 65歳以上75歳未満 890 22.2% 75歳以上 1078 27.0% 合計 4001 100% <疾患別入院患者数> F0 症状性を含む器質性障害 1,098 認知症 F1 精神作用物質による精神及び行動の障害 151 アルコール依存症 F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想障害 2,209 F3 気分(感情)障害 305 うつ病 F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 70 不安障害 F5 生理的障害4摂食障害 F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害24人格障害 F7 精神遅滞【知的障害】 69 F8 心理的発達の障害 12 広汎性発達障害 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10多動性障害 てんかん 40 その他 9 合計 4,001 精神疾患外来件数22年5月 血管性及び詳細不明の認知症 88 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 325 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 4,753 気分(感情)障害(躁うつ病を含む) 3,379 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 2,897 知的障害(精神遅滞) 300		

青森県

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
	<p>本県の入院患者の退院までの平均在院日数は338.4日で、全国平均は290.6日です。 二次医療圏別に見ると、最長が下北地域の48.1日、最長が上十三地域の957.7日となっています。なお、退院患者平均在院日数は退院患者の平均入院期間をみるための指標であるため、かなりの長期入院患者の退院があった場合は、その数値が大きくなる可能性があることに留意する必要があります。</p>				<p>【P-2】年齢調整受療率(精神疾患)(患者調査)</p>	<p>その他の精神及び行動の障害 895 アルツハイマー病 242 てんかん 1,419 合計 14,298 (国民健康保険疾病分類統計表:平成22年)</p>		
医療資源	<p>平成22年(2011)医療施設調査・病院報告によれば、全国の精神病床を有する病院数は1,667病院、精神科病院(精神病床のみを有する病院)数は1,082病院で、平成8年以降横ばいとなっています。また、精神病床数は、平成10年以降減少傾向にあり、平成22年は346,715床となっています。精神科を診療科目としている診療所数は、平成11年は3,682施設、平成20年は5,629施設と増加しています。精神科医師数は、平成12年は11,063人でしたが、平成23年には12,082人となっています。</p> <p>①精神科病院、診療所数 平成22年医療施設調査・病院報告による精神病床を有する病院及び精神科単科の診療所の設置状況は次のとおりです。病院数は、県全体では人口10万人あたりでは全国平均を上回っていますが、圏域ごとの格差があります。 精神病床を有する病院院 全国1,667/青森27 人口10万人あたり1.9 精神病床のみを有する病院16</p> <p>②精神科病院の従事者数 精神科病院に従事している医師数(常勤換算)は、本県は128.2人、人口10万人あたり医師数(常勤換算)は、9.4人で全国平均とほぼ同じとなっています。</p> <p>③精神保健指定医 特に人権上適切な配慮を必要とする精神科医療において、患者の人権を擁護する上で一定の資質を備え、厚生労働大臣が指定する精神保健指定医数は、平成24年12月現在、全国で約1万4千人、病床千床あたり41人であるのに対し、本県は111人、病床千床あたり25人となっています。</p> <p>④精神科デイ・ケア施設 退院患者及び通院患者に対し、様々な種類のプログラムを通して、日常生活や社会生活の能力、対人関係能力の改善を図る精神科デイ・ケア施設数は、本県は病院が14施設、診療所が4施設となっています。</p>	<p>② 入院医療から地域生活への移行促進誰もが住み慣れた地域で安心して生活することは重要です。しかしながら、精神科病院において社会的入院を余儀なくされている入院患者もいるという現実があります。精神科病院から退院し、地域移行を促進し、社会的入院の解消をさらに進めるためには、地域生活を支える精神科医療体制を整備する必要があります。</p>						
予防・アクセス		<p>保健サービスやかかりつけ医等との連携により、地域格差のない精神科医を受診できる機能【予防・アクセス】</p> <p>ア 目標 ・精神疾患の発症を予防すること ・精神疾患や精神科医療の正しい知識の普及啓発を推進すること ・精神疾患が疑われる患者が、発症してから精神科医を受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること ・精神科を標榜する医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を行い、どこの地域においても均一な医療の提供を受けること</p>	<p>【S-1】かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数(事業報告)</p> <p>【S-2】GP連携会議(内科等身体疾患を担当する科と精神科の連携会議)の開催地域数、紹介システム構築地区数</p>	<p>うつ病の早期診断・治療の提供 かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業の実施</p> <p>現状 未開催 目標値 6医療圏域</p>	<p>【P-3】保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告)</p> <p>【P-4】◎精神保健福祉センターにおける相談等の活動(衛生行政報告例)</p>	<p>保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の実人員 総数 1,649 人口10万人あたり 117.3</p> <p>保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の延人員 総数 3,766 人口10万人あたり 267.9</p> <p>精神保健福祉センターが実施した精神保健福祉相談等の実人員 総数 108 人口10万人あたり 8</p>	<p>【O-1】◎こころの状態(国民生活基礎調査)</p> <p>【O-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)</p>	<p>平成23年の本県の自殺死亡者数は356人、自殺死亡率は人口10万人あたり26.2で、全国では高い方から7番目となっています。</p>

青森県

項目	現状と課題	施策の方向性・目標	ストラクチャー	該当項目(適宜行追加)	プロセス	該当項目(適宜行追加)	アウトカム	該当項目(適宜行追加)
		<p>・学校教育等教育分野での精神疾患や精神障害についての普及啓発活動や教育活動の充実を図ること</p> <p>イ 関係機関に求められる役割</p> <p>・住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力すること</p> <p>・保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携すること</p> <p>・精神科医との連携を推進していること</p> <p>ウ 担い手</p> <p>・保健所、市町村、精神保健福祉センター、地域産業保健センター等</p> <p>・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所</p> <p>一般の医療機関、薬局</p> <p>・関係教育機関</p> <p>・青森県精神保健福祉協会、青森県精神科病院・診療所協会、青森県精神科医会、青森県精神保健福祉士会、ボランティア団体</p> <p>①予防・普及啓発の重点的実施</p> <p>精神疾患については、予防の効果を実証することが困難であり、具体的な方法が確立されているとはいえないことから、発症した場合にできるだけ早期に適切な医療機関を受診することが重要です。青森県においては、精神疾患に対する普及啓発がまだ十分とは言えないため、精神疾患の知識の普及啓発や相談窓口の周知を図るなど、住民の精神的健康への理解と関心を増進することが重要です。</p>	<p>【S-3】地域連携クリティカルパス導入率</p>		<p>【P-5】◎保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告)</p> <p>【P-6】◎精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員・延人員(衛生行政報告例)</p>	<p>精神保健福祉センターが実施した精神保健福祉相談等の延人員 総数 358 人口10万人あたり 25.5</p> <p>保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の実人員数 総数 1,339 人口10万人あたり 95.2</p> <p>保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の延人員数 総数 3,245 人口10万人あたり 230.9</p>		
治療・回復・社会復帰		<p>患者の状態に応じて、外来医療や訪問診療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能【治療・回復・社会復帰】</p> <p>ア 目標</p> <p>・患者の状態に応じた精神医療を提供すること</p> <p>・早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること</p> <p>・患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること</p> <p>イ 関係機関に求められる役割</p> <p>・患者の状態に応じて、適切な精神科医療を提供すること</p> <p>・必要に応じ、アウトリーチ(訪問支援)を提供できること</p> <p>・早期の退院に向けて、病状が安定するための服薬治療や精神科作業療法等の支援や、相談支援事業者との連携により、退院を支援すること</p> <p>・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること</p> <p>・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、ハローワーク、障害者職業センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること</p> <p>ウ 担い手</p> <p>・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所</p> <p>・在宅医療を提供できる病院・診療所</p> <p>・薬局、訪問看護ステーション</p>	<p>【S-4】◎精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数(医療施設調査)</p> <p>【S-5】◎精神科病院の従事者数(病院報告)</p> <p>【S-6】往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数(医療施設調査)</p>	<p>精神科病床を有する病院数 精神科病床を有する病院数 27人口10万人あたり 1.9 精神科病床のみを有する病院(再掲) 16 精神科を標榜する診療所数 総数 59 人口10万人あたり 4.2</p> <p>精神科病院に従事している医師数(常勤換算)は、本県は128.2人、人口10万人あたり医師数(常勤換算)は、9.4人で全国平均とほぼ同じとなっています。</p> <p>厚生労働大臣が指定する精神保健指定医数は、平成24年12月現在、全国で約1万4千人、病床千床あたり41人であるのに対し、本県は111人、病床千床あたり25人となっています。</p>	<p>【P-7】◎精神科地域移行実施加算(診療報酬施設基準)</p> <p>【P-8】◎非定型抗精神病薬加算1(2種類以下)(NDB)</p> <p>【P-9】◎向精神薬(抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬)の薬剤種類数(3剤以上処方率)</p>	<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p> <p>【O-3】◎1年未満及び1年以上入院者の平均退院率(精神保健福祉資料)</p> <p>【O-4】◎入院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数(精神保健福祉資料)</p>	<p>退院患者平均在院日数 全国290.6 青森県338.4 津軽476.3 八戸143.1 青森305.2 西北五96.1 上十三957.3 下北48.1</p> <p>1年未満入院患者の平均退院率 現状 72.5% 目標値 76% (改革ビジョンの目標値)</p> <p>5年以上かつ65歳以上の退院者数 現状 45名 目標値 54名(現状の)</p>	