

秋田県

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)
			定通院医療機関数(指定通院医療機関の指定)				院率(精神保健福祉資料) 【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)	自殺者数は346人で、自殺率(人口10万対)は32.3(全国平均22.9)であり、17年連続で全国で最も高くなっています。
医療観察法への対応	心神喪失者等医療観察法に係る医療については、本県では、指定通院医療機関として必要病院数3に対し、平成24年12月末現在で3病院が指定されています。指定通院医療機関では、保護観察所による調整の下で行政機関等と連携しながら必要な医療や支援を提供しています。	・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の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関について、県単位で必要数を確保すること						
うつ病	◇うつ病は、自殺と深い関連があるとされており、本県の重要課題である自殺対策においてもうつ病対策を重点施策として進めています。全国傾向と同様に、本県においてもうつ病を含む気分障害は増加しています。なお、うつ病の診断では、甲状腺疾患や悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、双極性障害、認知症、統合失調症などの他の精神疾患との鑑別も考慮する必要があります。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療のための薬物によるうつ病にも注意が必要とされています。 ◇地域の保健福祉関係機関及び関係団体において、心の健康の保持・増進及び精神疾患・障害者に対する正しい知識の普及啓発に努めています。 精神保健福祉に関わる相談対応としては、市町村、保健所及び精神保健福祉センターにおいて、精神保健福祉相談及び訪問指導等を実施しています。 また、各分野の専門相談機関をネットワーク化し、心のセーフティネット「ふきのとうホットライン」として、県民への周知に努めています。 ◇うつ病の早期発見・早期治療を進めるため、一般内科医等に対するうつ病の治療や患者への対応に関する研修会の開催及び県医師会による「うつ病・自殺予防協力医及びうつ病治療登録医制度」により、内科等かかりつけ医と精神科医との連携の充実に努めています。 ◇正しい知識の普及啓発及び相談体制の充実 心の健康を保持・増進し、またうつ病の早期発見・早期対応に結びつけるため、正しい知識の普及啓発や相談体制の充実に努める必要があります。 ◇医療提供体制の整備 発症してから、精神科に受診するまでの期間をできるだけ短縮するため、内科等のかかりつけ医と精神科医との連携の充実に努めています。 また、精神科医療機関においては、うつ病の鑑別診断や専門的な医療の提供及び他の医療機関との連携等、状態に応じた医療を提供できる体制を整備する必要があります。	(3)うつ病の診断及び状態に応じた医療の提供が可能な体制 うつ病を発症してから受診するまでの期間をできるだけ短縮し、鑑別診断、及び患者の状態に応じた医療の提供を推進します。 ◆普及啓発及び相談体制の充実 行政や関係機関等による正しい知識の普及啓発及び相談体制の充実を図ります。 ◆内科等のかかりつけ医と精神科医との連携の強化 ・一般内科医等に対するうつ病治療の研修の機会を確保を図ります。 ・県医師会が実施している「うつ病・自殺予防協力医及びうつ病治療登録医制度」の充実を図ります。 ・発症してから医療機関に受診するまでの期間をできるだけ短縮すること ・うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できること						
認知症	◇認知症は、高齢とともに発症率が高くなるとされており、高齢化が年々進行し高齢者数の増加が見込まれている本県では、認知症高齢者が今後も増加していくことが予測されます。厚生労働省調査によると、平成24年の認知症高齢者は全国で305万人※と推計されており、認知症高齢者の居場所別の割合は、平成22年9月末現在で、居宅が50.0%、入所施設が36.1%、医療機関が13.6%となっています。 (※要介護認定を受けた高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の割合を基に算出した推計値) ◇認知症については、ある程度症状が進んでから医療機関を受診するケースが多いといわれています。 早期診断・早期対応に結びつけるため、医療面に関しては、認知症医療の中心的存在となる「認知症サポート医」を養成するとともに、かかりつけ医に対する研修等を実施しています。	(4)認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療の提供が可能な体制 認知症の方が、できる限り住み慣れた地域で在宅生活を継続できるよう、医療と介護のサービスの連携の強化の体制整備を進めます。						

秋田県

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>相談機能に関しては、認知症コールセンターにおいて、認知症の方やその家族等からの悩みや相談に対応しています。</p> <p>また、地域包括支援センターや認知症サポーター等により、認知症の方とその家族を地域で支える取組が行われています。</p> <p>◇精神科病院における認知症在院患者の割合は23.6%と、全国平均を上回っています。</p> <p>◇認知症の退院患者の平均在院日数は279.6日となっており、全国平均に比較して短くなっています。また、精神科病院の認知症治療病棟に新規に入院した患者が2ヶ月以内に退院する割合は36.8%となっており、全国平均を上回っています。</p> <p>◇医療連携体制の構築</p> <p>高齢化が年々進行し、認知症高齢者の増加が予測される本県においては、認知症高齢者対策に重点的に取り組む必要があり、早期診断・早期対応及び進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能が求められます。</p> <p>地域のかかりつけ医に対しては、地域包括支援センター等と連携して認知症の方の日常的な診療を行うことや、専門医療機関と連携し療養支援を行うこと等の役割が期待されています。このため、認知症医療の中心的存在となる「認知症サポート医」の県内配置数を充実させるとともに、かかりつけ医に対する研修を引き続き行う必要があります。</p> <p>また、医療と介護の各関係機関との連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や専門医療相談等を行う拠点となる「認知症疾患医療センター」等を中心とした医療連携体制を整備する必要があります。</p> <p>◇普及啓発及び相談体制の充実</p> <p>認知症を正しく理解し地域全体で認知症の方とその家族を支え、また早期診断・早期対応に結びつけるため、普及啓発や相談支援等の充実を図る必要があります。</p> <p>◇早期退院の促進</p> <p>認知症の行動・心理症状により入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すことができるよう体制を整備する必要があります。</p>	<p>◆医療連携体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 「認知症疾患医療センター」等を中心とした医療連携体制の整備を進めます。 早期診断・早期対応を進めるため、普及啓発や相談体制の充実及びかかりつけ医との連携を進めます。 「認知症サポート医」の養成を継続し、県内配置の充実に努めます。 かかりつけ医に対して、認知症に関する研修を継続します。 <p>◆普及啓発及び相談体制の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターと関係機関が連携し、地域の認知症高齢者に適切に対応できるよう、人材育成や支援体制の構築を支援します。 認知症コールセンターにおける、相談対応と情報収集・提供を継続します。 認知症サポーター養成のための支援を継続します。 <p>◆新規入院患者の早期退院の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科病院等において、早期の退院に向けて病状が安定するための医療や支援を進めるよう働きかけます。 秋田県第5期介護保険事業支援計画・第6期老人福祉計画等に基づき、地域における介護・福祉サービス体制の充実を図ります。 <p>・認知症の人が、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること</p> <p>・認知症疾患医療センターを整備すること</p> <p>・認知症の行動・心理症状で入院した場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すことができるよう体制を整備すること</p>						
自殺	<p>平成23年人口動態統計によると、本県の自殺者数は346人で、自殺率(人口10万対)は32.3(全国平均22.9)であり、17年連続で全国で最も高くなっています。</p>						【0-6】◎人口10万対自殺率(人口10万対)は計、都道府県別年齢調整死亡率)	自殺者数は346人で、自殺率(人口10万対)は32.3(全国平均22.9)であり、17年連続で全国で最も高くなっています。

秋田県

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none">・全国平均を意識した数値記載・・・
短所	<ul style="list-style-type: none">・日本一の自殺率(人口10万対)32.3(全国平均22.9)だが、それに対してのAssessmentなし。・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

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								
患者数	<p>本県における平成23年度末の自立支援医療(精神通院医療)受給者数は8,859人、精神障害者保健福祉手帳所持者数は4,560人で、精神疾患の患者数は年々増加しています。</p> <p>自立支援医療(精神通院医療)受給者数の推移(各年度末)(単位:人)</p> <p>平成19年度 7,842 平成20年度 7,962 平成21年度 8,182 平成22年度 8,627 平成23年度 8,859 資料:県障がい福祉課調べ</p> <p>精神障害者保健福祉手帳所持者数(各年度末)(単位:人)</p> <p>平成19年度 3,854 平成20年度 4,018 平成21年度 4,197 平成22年度 4,423 平成23年度 4,560 資料:県障がい福祉課調べ</p> <p>本県における平成22年6月30日現在の精神科病院入院患者数は3,472人で、平成19年からほぼ横ばい状態が続いています。</p> <p>精神科病院入院患者数(単位:人)</p> <p>平成19年度 3,480 平成20年度 3,488 平成21年度 3,498 平成22年度 3,472 資料:精神保健福祉資料</p> <p>入院患者のうち1年以上入院している患者が約6割を占めています。なかでも、統合失調症等の患者の入院期間は長期化しており、高齢化が進んでいます。</p>			<p>【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> <p>【P-2】年齢調整受療率(精神疾患)(患者調査)</p>				
医療資源	<p>精神科医療については、精神病床を有する21病院において入院医療が提供されているほか、病院や診療所において、通院医療が提供されています。</p>	<p>県立鶴岡病院は、県内の精神科医療の基幹病院として、県内の精神科医療機関との連携を推進するとともに、ストレスによるうつ病や児童、思春期の心の病など多様なニーズに対応できるよう専門医療の提供体制を整備します。</p> <p>県は、県立鶴岡病院を移転改築し、本県の精神科医療の基幹病院として、民間病院では対応が困難な児童、思春期の心の病やストレスによるうつ病の治療等の専門性の高い精神科医療を提供する「県立こころの医療センター(仮称)」を整備します。</p>						
予防・アクセス	<p>精神疾患の早期発見、早期受診のためには、精神疾患についての正しい知識の普及や心の健康に関する相談支援の充実が必要です。</p>	<p>県及び市町村は、精神疾患の早期発見と精神科による早期治療に結びつけるために、精神疾患に関する正しい知識の普及、啓発をさらに推進します。</p> <p>県は、心の健康に関する専門的な相談支援の充実を図ります。</p> <p>県は、地域や職場、学校等におけるメンタルヘルスの取組みへの支援の充実を図ります。</p> <p>県は、心の健康相談をはじめとする各種相談業務に携わる職員の専門的スキルの向上に努めるとともに、相談窓口の周知に努めます。</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>【S-3】地域連携クリティカルパス導入率</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>【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</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>現状 22.8(平成23年) 目標</p> <p>25年 22.0 26年 21.5 27年 21.0 28年 20.5 29年 20.0</p> <p>県健康福祉企画課調べ</p>	

山形県

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)
		県は、精神疾患を発病してからできるだけ早期に精神科を受診できるように、一般診療科医と精神科医の連携を促進します。 県は、一般診療科医と精神科医の連携について協議する場を設けるなど連携の仕組みづくりを進め、日常的な連携を促進します。			生行政報告例)			
治療・回復・社会復帰	精神疾患はできるだけ早期に必要な精神科医療を受けることができれば、回復又は寛解(症状が一時的あるいは継続的に軽減した状態になること)するとも言われていることから、早期発見、早期治療につなげる取組みが重要です。 そのうち、病状は安定しているものの、退院しても受入れ先がないことや、長期入院や高齢化による生活機能の低下など、精神症状以外の理由により退院が困難になっている方もいる状況です。 本県では、精神障がい者が住み慣れた地域で、本人の意向に即して充実した生活を送ることができるように、医療機関や福祉の関係機関と連携を図りながら、入院患者の退院や地域での生活が継続できるように支援する地域移行・地域定着支援事業を実施しています。 精神障がい者が安定した地域生活を送るためには、外来医療、デイケア、訪問看護等による継続的な医療の提供と障がい福祉サービスによる生活支援等が必要であるとともに、精神障がい者に対する住民の理解が必要です。	県は、統合失調症等の長期入院患者の円滑な地域移行支援を推進するとともに、安心して、自立した生活を送ることができるような、医療、保健、福祉の関係機関の連携による地域定着支援の充実を図ります。 県は、入院している精神障がい者が地域に移行する際や安定した地域生活を送る際に必要なサービス提供体制の確保に努めます。 県及び市町村は、地域住民を対象とした精神疾患及び精神障がい者に対する理解の促進に努めます。 県は、医療機関や福祉サービス事業者等の関係機関と連携し、入院期間が長期化している高齢の入院患者の退院に向けた支援を推進します。 は、医療機関や福祉サービス事業者等の関係機関と連携し、医師、看護師、精神保健福祉士など、多職種による訪問支援(アウトリーチ)等を含めた、地域資源の活用による地域生活支援を推進します。 県は、グループホームやケアホームの整備を支援するとともに、併せて訪問系サービスや通所系サービスの充実を図ります。 県は、市町村や医療機関、福祉サービス事業者等の関係機関と連携し、地域住民に対して精神障がい者と触れ合う機会を提供するとともに、精神疾患に関する正しい知識の普及、啓発をさらに推進します。	【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) 【S-5】◎精神科病院の従事者数(病院報告) 【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) 【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-7】◎精神科地域移行実施加算(診療報酬施設基準) 【P-8】○非定型抗精神病薬加算1(2種類以下)(NDB) 【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-10】抗精神病薬の単剤率 【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-12】◎精神障害者手帳交付数(衛生行政報告例) 【P-13】○精神科デイ・ケア等の利用者数(精神保健福祉資料)		【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査) 【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) 【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) 【O-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料) 【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)	現状 70.6%(平成22年度) 目標 25年度 70.6% 26年度 76.0% 27年度 76.0% 28年度 76.0% 29年度 76.0% 現状 105人(平成22年度) 目標 25年 105人 26年 122人 27年 122人 28年 122人 29年 122人 県障がい福祉課調べ 現状 22.8(平成23年) 目標 25年 22.0 26年 21.5 27年 21.0 28年 20.5 29年 20.0 県健康福祉企画課調べ
精神科救急	各精神科医療圏域にそれぞれの地域における救急医療体制の基幹となる病院を指定しています。 精神科医療圏域基幹病院 村山圏域 山形さくら町病院 置賜圏域 佐藤病院 庄内・最上圏域 県立鶴岡病院 本県の精神科救急医療体制は、主として夜間や休日における医療体制を確保するため、県内を「村山・置賜」、「庄内・最上」の2圏域に分け、精神科応急入院指定病院(兼)精神科救急医療施設の輪番制による当番病院が受入れに対応しています。 急性期の集中的治療を充実し、早期の退院を図る入院病棟を持つ病院(精神科救急入院料認可施設「スーパー救急」)は、村山圏域に2病院(山形さくら町病院、若宮病院)、置賜圏域に1病院(佐藤病院)	県は、精神科医療における政策医療を提供するため「県立こころの医療センター(仮称)」に子ども・ストレスケア病棟、精神科救急入院料病棟(スーパー救急病棟)及び医療観察法病棟を整備します。 県は、精神科救急医療の充実を図るため、精神科救急医療施設と精神科診療所等との連携を促進します。 県は、精神科救急入院料認可施設の拡充を図ります。	【S-8】◎精神科救急医療施設数(事業報告) 【S-9】◎精神科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) 【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	精神科救急入院料認可施設の数 現状 3施設(平成24年)	【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-16】◎精神科救急情報センターへの相談件数(事業報告) 【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		【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査) 【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) 【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	現状 70.6%(平成22年度) 目標 25年度 70.6% 26年度 76.0% 27年度 76.0% 28年度 76.0% 29年度 76.0% 現状 105人(平成22年度) 目標

山形県

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)
	認可されていますが、庄内・最上圏域における認可施設の整備が求められています。	<p>県は、精神科救急に係る相談体制や、受入れ病院の調整機能の充実を図ります。</p> <p>県は、「かかりつけ医」としての精神科診療所と精神科救急医療施設の連携を進めるための方策について検討します。</p> <p>県は、急性期の集中的治療を充実し、早期の退院を図るため、「県立こころの医療センター(仮称)」に精神科救急入院料病棟(スーパ一救急病棟)を整備します。</p> <p>県は、「精神科救急情報センター」の取組みの評価と検討を行いながら、よりの確な精神科救急の相談対応や円滑な受入れ病院の調整を実施します。</p>	<p>数(診療報酬施設基準)度)</p> <p>25年 3施設 26年 4施設 27年 4施設 28年 4施設 29年 4施設</p> <p>県障がい福祉課調べ</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>		生行政報告)		<p>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>現 状 22.8(平成23年)目 標 25年 22.0 26年 21.5 27年 21.0 28年 20.5 29年 20.0 県健康福祉企画課調べ</p>	<p>25年 105人 26年 122人 27年 122人 28年 122人 29年 122人 県障がい福祉課調べ</p>
精神・身体合併症	<p>自殺企図による大量服薬や外傷などの身体的症状を合併する精神疾患患者については、医療機関への受入れまでに長時間を要することがあり、その対応が課題となっています。</p> <p>平成24年2月に設置した「精神科救急情報センター」は、県民からの精神科救急医療相談の対応と消防機関、警察、救急医療機関からの要請に対する受入れ病院の調整を実施しており、より円滑に運営していくためには評価と検討を行うていくことが必要です。</p>	<p>県立鶴岡病院は、県内の精神科医療機関と連携し、精神科医療ネットワークの中核センターとしての役割を担います。</p> <p>県は、身体的な疾患を合併した精神疾患患者への対応について、一般救急医療機関と精神科救急医療機関との連携を促進します。</p> <p>県は、身体的な疾患を合併した精神疾患患者への対応について、個別ケースの事例検討等による一般救急医療機関と精神科救急医療機関の情報交換等を通じた医療機関の連携を促進します。</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>現 状 70.6%(平成22年度)目 標 25年度 70.6% 26年度 76.0% 27年度 76.0% 28年度 76.0% 29年度 76.0%</p> <p>現 状 105人(平成22年度)目 標 25年 105人 26年 122人 27年 122人 28年 122人 29年 122人 県障がい福祉課調べ</p> <p>現 状 22.8(平成23年)目 標 25年 22.0 26年 21.5 27年 21.0 28年 20.5 29年 20.0 県健康福祉企画課調べ</p>	<p>現 状 70.6%(平成22年度)目 標 25年 105人 26年 122人 27年 122人 28年 122人 29年 122人 県障がい福祉課調べ</p>
専門医療			<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>【S-17】◎小児入院医療管理料5届出医療機関</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>【O-3】◎1年未満及び1年以上入院者の平均退</p> <p>現 状 70.6%(平成22年度)</p>	<p>現 状 70.6%(平成22年度)</p>

山形県

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>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>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>目標</p> <p>25年度 70.6%</p> <p>26年度 70.0%</p> <p>27年度 76.0%</p> <p>28年度 76.0%</p> <p>29年度 76.0%</p> <p>現状 105人(平成22年度)</p> <p>目標</p> <p>25年 105人</p> <p>26年 122人</p> <p>27年 122人</p> <p>28年 122人</p> <p>29年 122人</p> <p>県障がい福祉課調べ</p> <p>現状 22.8(平成23年度)</p> <p>目標</p> <p>25年 22.0</p> <p>26年 21.5</p> <p>27年 21.0</p> <p>28年 20.5</p> <p>29年 20.0</p> <p>県健康福祉企画課調べ</p>
医療観察法への対応								
うつ病	<p>疾患別では、うつ病、双極性障害などの気分障がいや神経症性障がい、ストレス関連障がい及び身体表現性障がいによる外来患者が増加しています。</p>	<p>県は、うつ病をはじめとする精神疾患に関する正しい知識の普及、啓発を図るため、研修会の開催等を実施します。</p>						
認知症	<p>本県の認知症高齢者は年々増加しており、要介護・要支援認定者(第1号被保険者)のうち6割以上が何らかの介護や支援を必要とする認知症高齢者となっています。</p> <p>また、施設入所者については約9割が認知症高齢者となっています。</p> <p>単身高齢者世帯の増加に伴い、一人暮らしの軽度認知症高齢者も増加しており、民生委員や地域住民による見守りのほか、支援体制の拡充が必要とされています。</p>	<p>県及び市町村は、認知症に対する正しい知識を普及啓発することにより、認知症に対する偏見を取り除き、認知症の正しい知識と認知症の方に対する理解の浸透を図ります。</p> <p>県は、市町村が行う認知症予防事業や認知症高齢者の見守り体制の整備を支援し、認知症の人やその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進します。</p>	<p>キャラバン・メイト養成数(累計)</p> <p>現状 863(平成24年度)</p> <p>目標</p> <p>25年 943</p> <p>26年 1,023</p> <p>27年 1,103</p> <p>28年 1,183</p> <p>29年 1,263</p> <p>県長寿社会課調べ</p> <p>認知症サポート医養成研修修了者数(累計)</p> <p>現状 8(平成23年度)</p> <p>目標</p> <p>25年 15</p> <p>26年 18</p> <p>27年 21</p> <p>28年 24</p>					

山形県

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>認知症になってもできる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにするためには、認知症の人が自分の将来を自分で決めることができるよう、できるだけ症状の軽い早期に診断を実施するとともに、本人や家族への初期支援が必要です。</p> <p>「かかりつけ医」認知症対応力向上研修受講者数(累計) 18年度 133 19年度 207 20年度 207 21年度 207 22年度 207 23年度 207 資料:県長寿社会課調べ</p> <p>認知症のある高齢者が地域で暮らすためには、医療、介護、福祉サービスの充実と周囲の人々の理解と協力が不可欠です。</p> <p>県では、認知症に対する正しい知識の普及啓発等のためパンフレットの作成やセミナーを開催し、これまで783人のキャラバン・メイト(※)を養成しています。 ※ 認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族に対して温かい目で見守り応援する「認知症サポーター」を養成する「認知症サポーター養成講座」の講師</p> <p>キャラバン・メイト養成数(累計) 17年度 255 18年度 255 19年度 357 20年度 438 21年度 516 22年度 595 23年度 783 資料:県長寿社会課調べ(人数は各年度未現在)</p> <p>若年性認知症については、65歳以前のいわゆる「現役世代」で発症し、高齢者の認知症に比べ進行が早い、早期発見、早期診断、早期治療が必要と考えられます。しかしながら、社会的な認知度が低いことから、経済的な問題をはじめ、日常生活を送る上での様々な問題について、対策や支援方法が確立されていない状況です。</p> <p>現在、二次保健医療圏ごとに認知症の専門医療機関である「認知症疾患医療センター」を設置することを目標に体制整備を進めており、既に、村山、置賜、庄内の3圏域に各1か所設置しています。</p> <p>認知症疾患医療センター実績 (平成23年度) 外来件数 6,061 鑑別診断件数 768 医療相談件数 2,460 資料:県長寿社会課調べ</p>	<p>県及び市町村は、今後も増加が見込まれる認知症高齢者への対策として、予防や地域づくりの推進、介護の質の向上を図るため、地域包括支援センターの機能強化と人材育成を推進します。</p> <p>県は、認知症をできるだけ早期に発見、診断し治療につなげるための体制整備を推進します。</p> <p>市町村は、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられる体制を整備します。</p> <p>県は、市町村が行う認知症の正しい知識の普及啓発を支援するため、認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバン・メイトを養成し、市町村が認知症サポーター養成講座を開催できる体制づくりを支援します。</p> <p>県は、市町村が地域の医療と介護の連携及び支援体制の構築を図る「市町村認知症施策総合推進事業」の中心的なコーディネーターとなる「認知症地域支援推進員」の必要性和有用性を市町村に周知し、「認知症地域支援推進員」の市町村への配置を支援します。</p> <p>県は、国が設置している若年性認知症コールセンターの紹介や、身近な相談窓口である地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等相談体制の充実を推進します。</p> <p>県は、市町村の介護予防事業担当者や地域包括支援センター職員等を対象に、研修や情報交換会を開催することにより、認知症に関する市町村への情報提供や人材育成に努めます。</p> <p>県は、認知症の早期発見、早期治療を推進するため、高齢者と接する機会が多い地域の「かかりつけ医」に対し、認知症診断の知識と対応を学ぶ研修を実施します。</p> <p>県は、認知症の診療に習熟し、「かかりつけ医」に対して助言その他の支援を行い、専門医療機関との連携の推進役となる「認知症サポーター」を養成し、「かかりつけ医」との連携体制の構築を支援することにより、認知症の発症初期から医療と介護が一体となって支援する体制を構築します。</p> <p>県は、すべての二次保健医療圏域をカバーできるよう、各圏域における認知症疾患医療センターを含む認知症の鑑別診断を行う医療機関の整備を推進します。</p> <p>市町村は、認知症の人や家族に関わり、自立生活のサポートを行う「認知症初期集中支援チーム」の設置に努めます。</p> <p>県は、認知症の人がその進行状況にあわせ、いつ、どこで、どのような医療や介護を受ければよいかを市町村が標準的に定める「認知症ケアパス」の作成を支援するため、優良な事例の紹介等、市町村</p>		<p>29年 27 県長寿社会課調べ 認知症疾患医療センターの数 現 状 3(平成23年度) 25年 3 26年 3 27年 3 28年 3 29年 4 県長寿社会課調べ</p>				

山形県

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)
		への情報提供に努めます。 県は、認知症の人が行動、心理症状で入院した場合の円滑な退院の支援を図るため、医療機関における「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の導入を支援します。						
自殺	県内自殺者数は平成23年で264人、自殺死亡率は22.8で全国第24位となっており、過去最悪であった平成18年と比較して、117人減少しているものの、今後の推移に注意が必要です。 年齢階層別、男女別に見ると、中高年男性と高齢者に自殺者が多いため、これらの世代への対応を考慮した取組みを進めることが必要です。 いじめなど緊急性が高い若年層の自殺を防ぐ取組みを進めることが必要です。 自殺は様々な要因が複雑に関係していることから、自殺の背景にある社会的要因から自死遺族へのケアまで幅広く対応するため、関係機関との緊密な連携がとれる体制が必要です。	県は、自殺の背景にある社会的、経済的、家庭的要因も踏まえた総合的な取組みのための官民協働による自殺対策を推進します。 県は、自他の生命を尊重し、生命を守る子どもを育て、生きる喜びやその素晴らしさを心から実感する教育を社会全体で推進します。 県は、地域に身近な人を「心のサポーター」として養成し、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る体制を強化し、県民一人ひとりが自殺予防の主役となるような取組みを推進します。 県は、悩みを持つ人や自殺をする可能性が高い人に対して適切な支援を行えるよう人材の確保、養成及び資質の向上を図るとともに、相談体制や適切な対応を行う体制を整備充実します。 県は、自殺死亡率が高い中高年や高齢者などに対する相談体制の充実を図るとともに、民間団体の多様な自殺予防の取組みを支援します。 県は、次代を担う子どもたちが、成長した後に自殺という選択肢を選ばないよう「いのちの教育」を推進します。 県は、民生委員・児童委員、社会福祉施設等職員、NPO法人、市民活動団体、職能団体等に「心のサポーター」に関する研修会を実施し、地域で支える人材を養成します。 県は、心の健康づくりや自殺予防に関する研修によって、保健師等の地域保健スタッフの資質の向上を図ります。 県は、自殺予防に関する知識、対応方法及び相談窓口について普及、啓発を進めるとともに、医療機関、保健所、市町村等との連携体制を整備充実します。					【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) 現状 22.8(平成23年) 目標 25年 22.0 26年 21.5 27年 21.0 28年 20.5 29年 20.0 県健康福祉企画課調べ	

この計画の	
長所	・認知症、自殺対策については、現状・課題や対策の方向性についての具体的な記述が充実している。 ・上記2項目は指標への言及も見られる。 ・ ・ ・
短所	・プロセス指標への言及が皆無で、どんな過程で成果を得るのかわからない。 ・ ・ ・

福島県

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								
患者数	<p>東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故の影響によるストレスに多くの県民がさらされるとともに、保健医療福祉サービス機能も大きな被害を残しています。こうした状況の中で、ストレス関連障害、うつ病、アルコール依存症、認知症などの増加や重症化が懸念されることから、総合的かつ長期的な心のケアが必要です。</p> <p>自殺対策については、県民の自殺問題への理解促進を図るための広報や相談体制の整備等に取り組み、平成 18 年には 618 人だった自殺者数が平成22 年には 508 人と減少したものの、経済情勢の悪化等もあり第五次福島県医療計画で目標としていた自殺者数 500 人以下は、達成されませんでした。</p> <p>また、平成 22 年の自殺死亡率についても人口10 万人あたり全国で 23.1に対し本県は 24.8 と高い水準にあることから、今後一層の自殺防止対策が必要です。</p>				<p>【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> <p>【P-2】年齢調整受療率(精神疾患)(患者調査)</p>			
医療資源								
予防・アクセス	<p>東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故の影響で多くの被災者が県内外に避難し続けているとともに、生活への影響は幅広く及んでおり、県民全体が継続的にストレスに曝されています。このため、長期的に心のケアを行うための拠点として「ふくしま心のケアセンター」を県内各地に設置するとともに、埼玉県加須市等に駐在員を配置して市町村や関係機関と支援が必要な方の情報を共有し、訪問を中心とした支援を行っています。また、各県に本県避難者の心のケアに協力をいただいています。</p> <p>平成 21 年地域保健・健康増進事業報告では、保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の延べ相談人員が人口10 万人対で全国の 644.2 に対し、551.8 と少ない状況でした。</p> <p>一方、本県の自殺率は高い水準にあります。悩みを持つ方の身近にいる方が早期に自殺の兆候を発見し、相談や支援につなぐことができる体制の整備が必要です。</p> <p>精神疾患には児童思春期に発症するものが少なくなく、早期に発見し治療や支援を行うことが、疾患や社会適応の予後を良くすることが示されています。そのため、児童思春期における早期発見について、一層の取組が求められています。一方で、本県では児童精神科医等専門スタッフが不足しており、児童精神関係学会等全国団体の協力を得ながら確保に努めています。</p> <p>精神疾患は疾患についての理解の不足や社会的な偏見などによって、症状が比較的軽いうちには精神科を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科を受診するという場合が少なくありません。</p> <p>また、重症化してから治療を開始すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。</p> <p>しかしながら、精神医学の進歩によって、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきています。</p> <p>このため、保健サービスやかかりつけ医等との連携により早期に精神科を受診できるようにする必要があります。</p> <p>すなわち、保健所や心のケアセンター、産業保健推進センター等の相談支援等で医療的なケアが必要と思われる事例については精神科医療機関の受診を働きかけるほか、一般の医療機関においても精神疾患の兆候がある方には精神科医療機関の受診を促す等の早期発見のための仕組みが求められます。</p>	<p>自殺の背景には社会的要因と個人的要因が複雑に関係しており、各機関が、それぞれの取組について「どのように自殺予防に寄与するか。」という点を明確に認識しつつ、それを踏まえた事業展開を行うとともに、県民一人ひとりが自殺予防の担い手となるよう広報活動を行うなど総合的な自殺対策に取り組みます。</p> <p>そのため、様々な内容の相談にあたる人や悩みを持った方の身近な人が、自殺のリスクとなるような生活状況や心の不調に早期に気づき適切な支援につなぐことができるよう人材を育成します。さらに、各種相談窓口や支援機関が連携して切れ目のない支援を提供し、自殺防止に取り組むことができるように、連携機能の充実を図ります。</p> <p>また、震災により様々な悩みを抱えている被災者については、そうした悩みの解決とともに心のケアを早期に行うことができるように、被災者の生活を支える各機関と、心のケアセンター、保健福祉事務所、市町村等が連携し、協力して支援を行うなど、多様な取組を行います。</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>【S-3】地域連携クリティカルパス導入率</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科と精神科の連携会議の活動(衛生行政報告例)</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>【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>自殺者数 現状 508人(平成22年) 目標値 410人以下(平成28年) 備考 ※第二次福島県自殺対策推進行動計画との整合性を図る。</p>		

福島県

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)
治療・回復・社会復帰	<p>平成 22 年の医療施設調査及び病院報告によると、人口10 万人あたりの精神科病床数は全国の 270.1 に対し本県は 359.7 と多く、精神科病院の従事者数(医師)も全国の 6.9 に対し 9.0 と多い状況でした。</p> <p>しかしながら、過疎地域では身近に医療機関がないなど、アクセスという点では地域格差が大きくなっており、また、東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故の影響で医療従事者が県外等に避難しており、特に相双地域の減少が大きい状況にあります。</p> <p>また、入院患者の地域移行については、平成 24 年1月の診療報酬施設基準で精神科地域移行実施加算の届出施設数が人口100 万人対で全国の 2.9に対し本県は 3.9 と高く、1年未満入院患者の平均退院率が全国の 71.2 に対し本県は 73.4 と高い一方、依然として長期入院患者が多いことから一層の地域移行が求められます。なお、3ヶ月以内の再入院率が人口10 万人対で全国の 16.7 に対し本県は 17.6 と高いことから、退院後地域での生活を支援する仕組みが求められます。</p> <p>医療機関には、患者の状態に応じて外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、早期に病状を安定させて地域生活を送ることができるように支援することが求められます。そのため、入院治療において行動制限の最小化など人権に配慮しながら、より回復を促進するために適切な服薬治療や認知行動療法等心理社会的治療を組み合わせた統合的な治療を促進すること、および、相談支援事業者等の各種保健・福祉サービスと連携して、患者の地域生活や社会生活を支援することが求められます。</p> <p>また、治療中断や症状の悪化を防ぎ、安心して地域生活を送ることができるために、必要に応じ精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種による訪問支援(アウトリーチ)を提供できることが求められます。</p>	<p>精神障がい者の地域移行については、平成 21年度から23 年度の3年間、各精神科病院において取り組んできましたが、依然として長期入院患者が多いことから、今後は、こうした退院困難者を含め、地域移行が円滑に進み、また、治療を継続し安心して地域生活を送ることができるよう取り組むことが必要です。</p> <p>このため、入院早期からの地域移行に向けた取り組みや、治療継続支援、患者及び患者家族への支援、地域住民等へ精神障がい者に対する理解の促進を図るほか、精神障がい者地域移行・定着検討会(仮称)を設置し、関係機関の連携・協力を図るなど、地域移行の取組を推進します。</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>該当項目(適宜行追加)</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>該当項目(適宜行追加)</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>該当項目(適宜行追加)</p> <p>自殺者数 現状 508人(平成22年) 目標値 410人以下(平成28年) 備考 ※第二次福島県自殺対策推進行動計画との整合性を図る。</p>
精神科救急	<p>平成 22 年事業報告では、人口10 万人あたりの精神科救急医療施設数は全国の 0.8 に対し、本県は 1.6 と高い水準でしたが、東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故の影響で、特に相双地域の精神科病院の多くが休止中のため、地域に偏りが出ています。</p> <p>また、平成 22 年度にスタートした精神科救急情報センターの相談件数については、平成 22 年度事業報告において、人口10 万人対で全国の 39.2に対し、6.5 と少なく、利用の促進を図る体制作りが必要です。</p> <p>精神科患者の病状の急変等に対応するため、24 時間365 日精神科救急医療を提供できることが求められます。このため、病院輪番制により夜間・休日など緊急時の医療を確保するとともに、精神科救急医療に関する情報を提供する精神科救急情報センターを効果的に活用できる仕組みが必要です。本県の病院輪番制は、「福島県精神科救急医療システム」によって</p>	<p>精神科救急については、県北、県中・県南、会津、浜通りの4ブロックで輪番病院を定めて、夜間・休日の救急患者に対応していますが、東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故の影響で、同原子力発電所以北の相双地域の精神科病院は輪番病院に復帰できない状況にあるため、輪番病院のブロックの見直しを検討するなど、柔軟な対応に努めます。</p> <p>精神科救急医療システムの円滑な運営を図るため、現在、「福島県精神科救急医療システム連絡調整委員会」を設置していますが、一般医療機関と精神科医療機関の連携を促進するため、当該委員会において、連携に関する具体的な対応について検討を進めます。</p> <p>精神科救急病院を効率的に活用するためには、現在、県が民間精神科病院に委託して実施している精神科救急情報センターの役割が重要ですが、本県の精神科救急情報センターは平成 22 年に事業を開始しており、まだまだ十分な利用はされていません。今後は、精神科救急情報センターの運営方式の改善や機能充実及び周知を図り、相談しやすい環境を整備します。</p>	<p>[S-8]◎精神科救急医療施設数(事業報告)</p> <p>[S-9]◎精神科救急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>該当項目(適宜行追加)</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>[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>現状 133件(平成22年度) 目標値 800件以上(平成29年度) 備考 ※全国平均以上を目標。</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>該当項目(適宜行追加)</p>

福島県

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(適宣行追加)	プロセス	該当項目(適宣行追加)	アウトカム	該当項目(適宣行追加)
	います。		【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-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)		【O-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料) 【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)	自殺者数 現状 508人(平成22年) 目標値 410人以下(平成28年) 備考 ※第二次福島県自殺対策推進行動計画との整合性を図る。
精神・身体合併症	身体疾患を合併する精神疾患患者については、対応できる医療機関が少なく、精神科入院中に精神科医療機関では対応困難な重篤な身体合併症が発症した場合に受け入れ先が見つからないという問題や、救急搬送において医療機関への受入までに要する時間が、身体疾患のみの場合に比べて長時間を要するという問題があります。また、自殺未遂によって一般救急医療機関で治療を受けた患者については、適切な精神科医療を受けずに治療終了してしまうといった問題があります。そのため、一般医療機関と精神科医療機関の連携が求められます。	精神障がい者の身体疾病についても、必要な医療が円滑に受けられるよう、歯科を含めた一般医療機関との連携を強化します。	【S-12】◎精神科救急・合併症対応施設数(事業報告) 【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) 【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) 【S-15】◎精神病床を有する一般病院数(医療施設調査)		【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-20】○精神科身体合併症管理加算(NDB)医療機関数		【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査) 【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) 【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) 【O-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料) 【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)	自殺者数 現状 508人(平成22年) 目標値 410人以下(平成28年) 備考 ※第二次福島県自殺対策推進行動計画との整合性を図る。
専門医療			【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) 【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) 【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) 【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-21】○在宅通院精神療法の20歳未満加算(NDB)		【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査) 【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) 【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) 【O-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料) 【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)	自殺者数 現状 508人(平成22年) 目標値 410人以下(平成28年) 備考 ※第二次福島県自殺対策推進行動計画との整合性を図る。

福島県

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)
医療観察法への対応		また、医療観察法対象者については、現在、県内に指定入院医療機関がなく、他県で入院している状況です。医療観察法対象者が再び同様の行為を繰り返すことなく地域で生活できるようにしていくため、指定通院医療機関の増加に向けた働きかけを行うとともに、県として指定入院医療機関の確保を図るため、その整備に向けた検討を行うなど、精神障がい者への適切な対応ができるよう必要な施策に取り組みます。						
うつ病								
認知症								

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・本県の特徴である、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。 ・ ・ ・
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・S、P、Oの指標整理は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。) ・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

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								
患者数	<p>本県における精神疾患の入院患者数は6,456人(平成23年6月末現在)で、通院患者数は27,573人(平成24年3月末現在)となっています。入院患者数は横ばいですが、通院患者数は年々増加しています。</p> <p>通院患者数の疾病別の内訳では、統合失調症が11,987人で最も多く、次いでうつ病等の気分障害が8,731人となっていますが、うつ病等の気分障害は急増しており、また、高齢化に伴い認知症も増加しています。</p> <p>また、自殺者数は全国で平成10年以降年間約30,000人、本県では平成11年以降年間約700人という高い水準で推移していますが、自殺の要因は健康問題が一番多く、その中でも、うつ病や統合失調症等の精神疾患が多いことから、精神疾患は、県民の生命にも深く関わる疾患となっています。</p>				<p>【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> <p>【P-2】年齢調整受療率(精神疾患)(患者調査)</p>			
医療資源								
予防・アクセス	<p>精神疾患は、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されることにより、早期に回復又は寛解し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきています。</p> <p>平成24年内閣府の調査によると、「自分自身の『うつ病のサイン』に気づいたとき精神科の医療機関へ相談する」と回答した者は51.2%で、精神科医療機関への受診にはいまだ抵抗がある結果となっています。このため、広く県民にこころの健康や精神疾患に関する正しい知識を普及させることが重要です。</p> <p>県と市町村は、精神疾患の早期発見及び早期受診を図るため、精神保健相談を実施していますが、本県の平成22年度における保健所の相談延べ人数は14,050人、市町村21,917人で、近年、横ばいの状況です。このため、相談窓口の周知等を図る必要があります。</p> <p>児童生徒の心身の健康問題が多様化していることや医療の支援を必要とする事例も増えていることから、こころの健康に関する保健教育や健康相談等の実施のほか、地域の関係機関等とも連携して、早期に精神科医療に繋げていく必要があります。</p> <p>うつ病等は精神症状以外に不眠や食欲不振や疲労等の身体症状を訴え、一般(身体科)のかかりつけ医や産業医を受診することが多いことから、かかりつけ医等の精神疾患の診断や治療技術を高めるとともに、患者の状態に応じ、早期に精神科医に繋ぐことが必要です。</p> <p>本県の平成23年の自殺未遂者の救急搬送人数は、1,444人(人口10万人対38.7人)で、人口10万人あたりの全国平均(40.6人)より低い状況ですが、自殺未遂者は再企図率が高いとされていることから、再度の自殺を防ぐ取組が必要となります。そのため、現在、県立こころの医療センターでは県立中央病院等と連携して、精神科医療の必要な自殺未遂者に対し、精神科医療を提供する取組を実施しています。</p>	<p>精神科医療機関は、こころの健康づくりのための普及啓発を行うとともに、保健所、市町村等が行う健康教育へ協力すること。</p> <p>精神科医療機関は、一般(身体科)の医療機関、保健所、精神保健福祉センターや産業保健、学校保健などの関係機関と連携すること。</p> <p>一般(身体科)のかかりつけ医や救急医療の医療従事者は、精神疾患に係る対応力向上のための研修等に参加するほか、精神科と連携すること。</p> <p>県民が自分自身や家族等のこころの状態の変化に気づき、早期に精神科医療機関を受診できるよう、こころの健康の保持・増進や、精神疾患、精神科医療等について、県や市町村をはじめ、教育機関、医療機関、関係団体等が、様々な機会を通して啓発活動や情報提供に取り組めます。</p> <p>県と市町村は、精神保健福祉センターや保健所、保健センター等で実施する精神保健相談について、ホームページや広報紙への掲載等様々な方法で周知を図るとともに、実施にあたっては精神科医の協力を得るなど相談体制の充実へ努めます。</p> <p>学校においては、学校教育活動全体を通して、心の健康に関する教育等の保健教育を実施するため、学校における指導計画の改善や指導体制の整備及び教員の資質向上と指導方法の改善・充実を図ります。</p> <p>また、日常の健康観察及び健康診断等により児童生徒等の健康状態を把握するとともに、学校、家庭、学校三師(学校医、学校歯医、学校薬剤師)等及び関係機関と連携し、健康相談及び事後指導の徹底等、保健管理の充実へ努めます。</p> <p>さらに、県は、市町村、保健所、学校関係者等の思春期精神保健担当者に対し、思春期のこころや精神疾患等についての理解や支援技術を高めるための研修を実施します。</p> <p>精神科以外のかかりつけ医や医療従事者等に対し、精神疾患に関する研修会を実施し、適切なうつ病等精神疾患診療の知識や技術</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>【S-3】地域連携クリティカルパス導入率</p>	<p>現状(平成24年度)527人(平成20～23年度)目標値(平成29年度)750人(平成25～29年度)</p> <p>現状(平成24年度)0目標値(平成29年度)認知症疾患医療センター等7か所以上</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>【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>【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>現状(平成24年度)23.4(平成23年度)目標値(平成29年度)18.9以下(平成28年)</p>	

茨城県

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>の向上を図るとともに、かかりつけ医と精神科医との連携の強化を図ります。</p> <p>県立こころの医療センターは、引き続き、県立中央病院等の医療機関と連携して、精神科医療の必要な自殺未遂者に対して精神科医療を提供します。また、二次救急医療機関に搬送された自殺未遂者についても、精神科医療の必要な患者を、精神科医療機関に繋げるための医療連携体制の構築に努めます。</p>						
治療・回復 社会復帰	<p>本県では、平成24年4月1日現在、精神科病院(精神病床あり)33施設、精神科外来 第のある病院(精神病床なし)16施設、精神科・神経科の診療所(精神病床なし)66施設、その他心療内科を標榜する医療機関において、精神科医療が提供されています。また、平成15年と比較しますと、精神科病院が5施設、精神科外来の病院1施設が減少し、精神科・神経科診療所が1施設増加しています。</p> <p>本県の医療施設に従事する精神科医師は平成22年12月末現在256人で、人口10万人あたり8.6人となり、全国順位は45位となっています。また、平成21年6月現在精神保健指定医は、常勤の指定医が115人(人口10万人あたり3.9人)で、人口10万人あたりの国平均(5.2人)より低くなっています。</p> <p>精神科医療においても医師の確保は重要な課題であり、限られた人員で、良質かつ適正な医療を提供できる体制が求められています。</p> <p>入院形態別の状況では、本人の意思による任意入院患者数は平成23年6月30日現在、3,984人(全入院の61.7%)で、保護者等の同意による医療保護入院は2,423人(37.5%)、知事の権限による措置入院は48人(0.7%)で、措置入院は横ばいですが、医療保護入院の割合は微増の傾向です。</p> <p>平成21年6月に新規入院した患者のうち、54.8%は入院後3ヶ月未満で、85.1%は1年未満で退院し、平均退院率は67.7%となっています。いずれも、国平均より若干低い状況ですが、入院期間の短縮化が図られてきています。</p> <p>本県の平成21年度の長期(1年以上)入院患者の割合は、全入院患者の72.1%を占め、5年以上は49.0%でいずれも全国より多い状況です。</p> <p>また、本県の入院患者総数は横ばいであるものの、65歳以上の高齢入院患者は増加傾向にあり、そのうち入院5年以上の高齢入院患者が、約半数となっています。</p> <p>精神科病院での早期退院に向けた取組には、医療・保健・福祉の関係機関と連携したチーム支援が求められています。</p> <p>特に、退院可能な長期入院患者への退院支援については、地域移行推進窓口を設置するなど、相談支援事業者等と連携を図りながら、退院支援を行っています。それら窓口の設置率は約半数の状況です。</p> <p>患者が治療を中断することなく外来通院治療や地域での生活を継続するためには、精神科医療機関が行う往診、訪問看護等の訪問支援並びに精神科デイ・ケア等による支援が必要ですが、本県の精神科病院の訪問看護や精神科デイ・ケアの実施率は、いずれも全国より低く、精神科訪問看護を行う訪問看護ステーションの実施率は約4割です。</p> <p>患者が社会復帰や就労をするためには、精神科医療機関と関係機関が連携した継続的な支援が求められています。</p> <p>本人の意思によらない入院形態や、行動の制限がある精神疾患患者の人権に配慮し、患者及び家族の意思を尊重した適正な医療の提供が必要です。</p> <p>県では、精神医療審査会を設置し、退院請求等の審査を行うとともに、精神科病院に対する実地指導等を行い、患者の人権に配慮した適正な医療の提供及び確保に努めています。</p>	<p>外来、入院、訪問診療における、薬物療法、精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなど、適切な精神科医療を、精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士等の多職種チームの支援体制により提供できること。</p> <p>入院医療においては早期の退院に向けて、入院初期からの服薬指導や精神科作業療法等の支援や、相談支援事業者等との連携により、退院を支援すること。</p> <p>長期入院患者の地域移行を推進するため、精神科病院は地域移行推進窓口を設置し、患者・家族、地域の関係機関との連携を強化すること。</p> <p>特に、高齢者の退院支援にあたっては、地域包括支援センター等との連携体制を強化すること。</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>【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>【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>現状(平成24年度) 69.9%(平成23年度) 目標値(平成29年度) 76.0%(平成26年度)</p> <p>現状(平成24年度) 283人(平成23年度) 目標値(平成29年度) 312人(+10%) (平成26年度)</p> <p>現状(平成24年度) 18.9以下(平成28年)</p>		
		<p>精神科医による往診・訪問診療、看護師等による訪問看護、訪問看護ステーションによる精神科訪問看護など必要に応じた訪問支援(アウトリーチ)を提供できること。</p> <p>生活の場で必要な支援を提供するため、市町村や、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、地域包括支援センター等と連携すること。</p> <p>患者の復職や就職等に必要となる支援を提供するため、精神科医療機関は障害福祉サービス事業所、公共職業安定所(ハローワーク)、茨城障害者職業センター等と連携すること。</p> <p>精神科医療機関は、かかりつけ医や地域の医療機関、薬局と連携していること。</p> <p>薬局は、向精神薬の適正な薬物療法を推進するため、医療機関と連携し服薬指導を行うこと。</p> <p>退院可能な精神疾患患者の退院への支援及び地域生活の継続のための支援を促進するため、各保健所に精神障害者地域移行支援連絡協議会を設置し、市町村、精神科病院、相談支援事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等との連携体制を整備します。</p> <p>あわせて、医療・保健・福祉の関係職員の支援の充実を図るための研修を実施します。</p>	<p>地域移行担当職員を配置している精神科病院の数 現状(平成24年度) 18施設 目標値(平成29年度) 33全施設</p>					

茨城県

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>精神疾患患者の退院促進を図るため、施設整備の助成等により退院後の住まいの場(グループホームやケアホーム)の確保に努めます。</p> <p>精神疾患患者の治療中断等による再入院を防止し、地域生活を継続するため、精神科医療機関や訪問看護ステーションによる訪問支援(アウトリーチ)の提供を促進します。</p> <p>精神疾患患者に対し、地域で安心して生活するために必要な質の高い障害福祉サービスを提供できるよう、相談支援従事者研修を実施し、サービス等利用計画を作成する相談支援専門員の養成及びスキルアップを図ります。</p> <p>精神医療審査会における退院請求等の審査や精神科病院に対する指導等により、人権に配慮した適正な医療の提供及び確保に努めます。</p>			[P-14]○精神科訪問看護の利用者数(精神保健福祉資料)						
精神科救急	<p>精神障害のために自らを傷つけあるいは他人に危害を加えてしまう症状(自傷他害行為)の精神疾患患者に対し、精神保健福祉法に基づく入院措置を行うため、平日昼間(8:30~17:15)については各保健所を窓口とし、各地域の指定病院となっている民間精神科病院等が受入病院となり、また、休日及び夜間については精神科救急コールセンターを窓口とし、県立こころの医療センターが受入病院となり24時間365日の対応を行っています。</p> <p>休日及び夜間に精神症状の急変等により入院が必要な精神疾患患者に対し、休日昼間(8:30~15:00)及び平日夜間(17:00~21:00)に民間精神科病院の輪番制による精神科一般救急医療の提供をしています。また、その他の時間帯については、県立こころの医療センターなどで自院の患者を中心に対応していますが、今後、相談窓口や輪番制による入院受入れの対応時間を拡大するなど、24時間365日対応できる体制を整備する必要があります。</p> <p>医療機関の紹介や受診指導等を行う精神医療相談については、平日昼間については各保健所で実施していますが、今後、休日及び夜間にも対応を拡大する必要があります。</p> <p>精神科医療機関における休日・夜間時の自院のかかりつけ患者への対応の強化を図っていく必要があります。</p>	<p>精神科救急患者を受け入れる精神科病院では、精神科救急患者の受け入れが可能な検査室、保護室、手厚い看護体制等の設備を有すること。</p> <p>地域の精神科救急システムに参画し、地域の医療機関と連携すること。</p> <p>精神科救急患者を受け入れる精神科病院では、行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けること。</p> <p>精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診察している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、自院において地域での連携により夜間・休日にも対応できる体制を有すること。</p> <p>措置入院については、引き続き、24時間365日の対応を行ってまいります。</p> <p>精神科一般救急については、相談窓口である精神科救急コールセンターや輪番制当番病院の対応時間の拡大、県立こころの医療センターとの連携等により、24時間365日入院可能な体制整備を図ります。</p> <p>精神医療相談については、引き続き、各保健所で実施するとともに、休日及び夜間など対応時間の拡大を図ります。</p> <p>茨城県精神科病院協会や茨城県精神神経診療所協会等の関係団体と協力しつつ、精神科医療機関における休日・夜間時の自院のかかりつけ患者への対応の強化を図ります。</p>	[S-8]◎精神科救急医療施設数(事業報告)	[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)	[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)	[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)	[S-12]◎精神科救急・合併症対応施設数(事業報告)	[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)	[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-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)	[O-2]◎退院患者平均在院日数(患者調査)	[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)	[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)	[O-5]◎3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)	[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-16]◎精神科救急情報センターへの相談件数(事業報告)	[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)	現状(平成24年度)69.9%(平成23年度)目標値(平成29年度)76.0%(平成26年度)	[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)	[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)	現状(平成24年度)283人(平成23年度)目標値(平成29年度)312人(+10%)(平成26年度)	
					[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)	[O-5]◎3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)	[O-5]◎3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)	[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)	[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)	現状(平成24年度)23.4(平成23年)目標値(平成29年度)18.9以下(平成28年)	
精神・身体合併症	<p>近年、うつ病や認知症の増加等により、二次救急医療機関等に搬送された患者で精神科治療が必要な場合や、精神科病院の入院患者で身体疾患を合併した場合など、精神疾患と身体疾患を合併する患者が増加してきています。</p> <p>本県では、精神科病床を有する病院が33あり、そのうち精神科以外の病床を併設する病院は12ありますが、そのほとんどが内科など一部の診療科のみの対応であることから、救急時を含め、精神・身体合併症対策を推進するためには、精神科病院と一般(身体科)病院の連携強化が不可欠です。</p> <p>現在、県では、精神科病院に入院中に身体症状を合併し、対応が困難になった患者について、県立中央病院へ転院させ、その治療後、もとめ精神科病院へ帰院させる「精神科患者身体合併症医療事業」を実施しています。</p>	<p>身体疾患を合併した精神疾患患者に対応する医療機関は、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できること。または、一般(身体科)の医療機関と精神科医療機関とが連携できること。</p> <p>身体疾患を合併する精神疾患患者を精神科病院で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力関係を有すること。</p> <p>身体疾患を合併する精神疾患患者を一般(身体科)の医療機関で治療する場合は、精神科リエンゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力関係を有すること。</p>	[S-12]◎精神科救急・合併症対応施設数(事業報告)	[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)	[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-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-20]◎精神科身体合併症管理加算(NDB)医療機関数	[O-2]◎退院患者平均在院日数(患者調査)	[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)	[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)	現状(平成24年度)69.9%(平成23年度)目標値(平成29年度)76.0%(平成26年度)
						[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)	現状(平成24年度)69.9%(平成23年度)目標値(平成29年度)76.0%(平成26年度)	[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)	[O-5]◎3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)	現状(平成24年度)283人(平成23年度)目標値(平成29年度)312人(+10%)(平成26年度)	

茨城県

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>県立中央病院とこころの医療センターが連携し、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾン回診を実施していますが、今後、県内の各医療機関についても同様の連携に係る取組の拡大が求められています。</p>	<p>県立中央病院では引き続き「精神科患者身体合併症医療事業」により精神・身体合併症患者の治療を実施します。さらに、精神科医療機関と一般(身体科)医療機関が相互に連携して支援する医療連携体制の整備・拡充に努めます。</p> <p>県立こころの医療センターと県立中央病院は連携して、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾン回診を実施します。また、県内医療機関における精神科リエゾン回診の促進を図ります。</p> <p>一般(身体科)医療機関の従事者等への精神疾患に関する研修を実施し、精神疾患や精神障害者への理解促進を図ります。</p> <p>地域で、精神科医療機関と一般(身体科)医療機関を交えた身体合併症のケース検討会等により交流を促進し、相互の理解を深め連携強化を図ります。</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>精神科一般救急(入院)対応時間 現状(平成24年度) 平日8:30～21:00 休日8:30～15:00 目標値(平成29年度) 24時間365日入院可能な体制整備を目指す</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>現状(平成24年度) 23.4(平成23年) 目標値(平成29年度) 18.9以下(平成28年)</p>
<p>専門医療</p>	<p>児童・思春期精神医療、アルコール・薬物依存症統合失調症を中心とした従来からの医療に加え、児童思春期特有の精神疾患への対応や、統合失調症との重複などを含めたアルコール・薬物依存症への対応が重要となっていることから、各専門医療を提供する精神科医療機関との連携体制を整備する必要があります。</p> <p>てんかん てんかんとは、発作を繰り返し起す大脳の慢性疾患で、乳幼児期から老年期まで幅広く発症する病気です。そのため、てんかんの治療は、精神科の他、小児科、神経内科、脳神経外科等の複数の診療科で行われていることから、各診療科間における連携が必要となります。</p>	<p>児童・思春期精神医療、アルコール依存症、薬物依存症の専門医療(専門医療を提供する精神科医療機関) 各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、他の精神科医療機関や保健所、精神保健福祉センター、市町村、関係機関や関係団体等と連携していること。</p> <p>児童・思春期精神医療 ○専門病棟を有する。 ○集団精神療法治療プログラムを提供する。 ○人的体制 児童思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2人以上(うち1人は精神保健指定医)を配置。 看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は心理士を配置したチーム医療を提供する。 ○家族等に対し、面接相談、家族教室等適切な指導を行う。 ○院内外の患者及びその家族や地域の医療機関、学校、保健機関等からの相談に適切に対応する体制を持つ。 ○他の児童・思春期精神医療の専門医療機関と連携する他、知識・技術の研鑽に努め、最新の治療を提供する。</p> <p>アルコール依存症 ○入院治療に必要なアルコール依存症の患者に対し、集中的かつ多面的な治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を提供する。 入院期間は原則3ヶ月以内。 アルコール依存症リハビリテーションプログラムは、集団精神療法、アルコール学習会、院内外の自助グループと連携した教育プログラムとなっている。 クリティカルパスを用いた治療を行なう。 ○人的体制 常勤の精神保健指定医2人以上。 アルコール依存症の専門研修を修了した医師と看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は心理士によるチーム医療を提供する。 ○アルコール関連身体疾患に対応するため、身体科の医師が治療を行なう医療連携体制を確保している。 ○家族等に対し、面接相談や家族教室等適切な指導を実施している。 ○アルコール患者及びその家族や地域の医療機関からの相談に対</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>【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>【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>【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>現状(平成24年度) 69.9%(平成23年度) 目標値(平成29年度) 76.0%(平成26年度)</p> <p>現状(平成24年度) 283人(平成23年度) 目標値(平成29年度) 312人(+10%)(平成26年度)</p>	

茨城県

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>応ずる相談支援を実施している。</p> <p>○退院後も継続的な断酒生活の支援を行なうため外来治療、地域の精神科医療機関等と連携した医療を提供する。</p> <p>○県内外のアルコール専門医療機関と連携する他、知識・技術の研鑽に努め、アルコール依存症に関する最新の治療を提供する。</p> <p>薬物依存症</p> <p>○人的体制</p> <p>常勤の精神保健指定医、薬物依存症に精通した精神科医師と看護士、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者を配置したチーム医療を提供する。</p> <p>○継続的な断薬物生活の支援を行うため、薬物依存症の回復プログラム(SMARPPなど)を用いた外来治療を提供。</p> <p>○精神保健福祉センター、保健所、依存症回復施設等との連携体制をもつ。</p> <p>○家族等に対し、面接相談等適切な指導を実施。(関係機関との連携を含む)</p> <p>○薬物依存症患者及びその家族や地域の医療機関等からの相談に対応する体制を持つ。</p> <p>○他の薬物専門医療機関と連携する他、知識・技術の研鑽に努め、薬物等依存症に関する最新の治療を提供する。</p> <p>全ての精神科医療機関は、患者の求めに応じ、児童・思春期精神医療、アルコール依存症、薬物依存症の医療を提供できるよう、専門医療を提供する精神科医療機関と連携した医療の提供に努めること。</p> <p>てんかんの医療</p> <p>てんかんの診療を行う医療機関は、適切な診断・検査・治療を提供すること。</p> <p>児童・思春期精神疾患や、アルコール依存症、薬物依存症などの正しい知識についての啓発普及を図るとともに、特定相談や家族教室を実施し、精神科医療機関や関係団体等と連携した支援を推進します。</p> <p>さらに、精神科医療機関に対し薬物依存症患者に対する回復プログラムの普及を図ります。</p> <p>てんかん診療を行う医療機関の情報を提供するとともに、診療医療機関の連携体制等について検討します。</p> <p>保護観察所と連携し、医療観察法制度の指定通院医療機関の確保に努めるとともに、患者が地域で安心して生活が継続できるように、医療・保健・福祉と連携した支援を提供します。</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>現状(平成24年度)15施設</p> <p>目標値(平成29年度)19施設以上</p>			<p>【O-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)</p>	<p>現状(平成24年度)23.4(平成23年)目標値(平成29年度)18.9以下(平成28年)</p>
医療観察法への対応	<p>平成17年7月に「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」(以下「医療観察法」)が施行され、重大な他害行為を行ったが心神喪失又は心神耗弱を理由に不起訴処分、無罪判決又は量刑の減刑を受けた精神疾患患者に対しては、必要な医療を確保し病状の改善を図り社会復帰を促進することとされています。</p> <p>本県の医療観察法の指定医療機関については、平成23年10月に入院医療機関として県立こころの医療センターに医療観察病棟(17床)を整備し、通院医療機関については、現在、15の精神科病院(平成24年9月末現在)が指定されています。</p> <p>医療観察法制度対象患者の継続かつ適切な医療の提供や社会復帰の早期実現を図るため、対象患者の居住地に近い精神科病院の確保が必要です。</p>	<p>指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、各ガイドライン(入院処遇、指定通院医療機関運営、通院処遇)に基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所、保健所、市町村等と連携すること。</p>						
うつ病	<p>がんや脳卒中などの身体疾患、双極性障害(躁うつ病)や統合失調症などの精神疾患、睡眠時無呼吸症候群(SAS)などの睡眠障害等様々な疾患においてうつ状態を呈します。</p> <p>したがって、うつ病の治療においては、正しい診断に基づく治療が基本となります。</p> <p>うつ病と自殺には密接な関係があり、厚生労働科学研究によると、精神科に受診していた自殺者が、自殺時に向精神薬等の過量服薬を行っていた例が多くみられるという結果があることから、医師と薬剤師間の連携を強化する必要があります。</p> <p>また、治療に併せ復職等の社会復帰への取組が必要となります。</p>	<p>一般(身体科)の医療機関</p> <p>うつ病の可能性について判断でき、症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる精神科医療機関と連携していること。</p> <p>患者の状態に応じた、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができること。</p> <p>うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加すること。</p> <p>一般(身体科)の医師・救命救急医・産業医等は、精神科医との連携会議等へ参画すること。</p> <p>精神科医療機関</p> <p>うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の精神疾患についての鑑別診断や、うつ病と他の精神障害や身体疾患との合併などを、多面的に評価できること。</p>						

茨城県

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>患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法(認知行動療法等)、その他の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること。</p> <p>患者の状態に応じた、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができること。</p> <p>かかりつけ医や地域の医療機関、薬局と連携していること。</p> <p>産業界等を通し事業者との連携や、公共職業安定所(ハローワーク)、茨城障害者職業センター、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること。</p> <p>薬局 向精神薬の適正な薬物療法を推進するため、医療機関と連携し服薬指導を行うこと。</p> <p>うつ病診療にあたる医療機関等の医療従事者に対し、薬物療法、認知行動療法等のうつ病治療や精神科との連携方法に関する研修会を開催し、うつ病診療の技術の向上及びかかりつけ医と精神科医療機関との連携の強化を図ります。</p> <p>向精神薬の過量服薬防止を図るため、かかりつけ医、精神科医師と薬剤師の連携の強化並びに新たに作成した「向精神薬の服薬指導マニュアル」の活用を図ります。</p> <p>患者が復職や就業に必要な支援を受けられるよう、公共職業安定所(ハローワーク)や茨城障害者職業センター、地域の障害者就業・生活支援センターなど障害者雇用の支援窓口に関する情報を提供します。</p>						
認知症	<p>厚生労働省の推計によると、認知症高齢者の数は全国に約3,050,000人とされ、これは65歳以上の高齢者10人に1人と言われております。これをもとに本県の認知症高齢者の数を推計しますと、約69,000人となり、今後ますます増加するものと予測されます。</p> <p>認知症の予防・治療の方法は確立されていないものの、初期の段階で診断を受け、適切な治療を早期に開始することで、病気の進行を遅らせることが可能です。しかし、認知症の症状の現れ方には原因による違いや個人差があるため、初期症状が現れても、本人や家族が気づきにくいことがあります。</p> <p>また、認知症であると認めたくない気持ちや、専門医療機関を受診することへの抵抗感から、症状が進行し重症化してから受診するケースも多く見られます。</p> <p>このため、できる限り早期に認知症を発見し、早期の受診を促すとともに、適切な診断・治療を受けることができる体制を整えることが重要です。</p>	<p>認知症のかかりつけ医となる診療所・病院が、地域包括支援センターや介護支援専門員等との連携により、早期に認知症を発見し、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介していること。また、これら専門医療機関と連携して、患者や家族等に認知症の療養支援を行っていること。</p> <p>認知症サポート医が、かかりつけ医からの相談を受けて助言を行うなど、専門医療機関等とのつなぎを行っていること。</p> <p>認知症疾患医療センターは、認知症の鑑別診断や専門医療相談、地域連携の強化、及び認知症に関する情報等を発信していること。</p> <p>認知症の入院医療機関は、地域包括支援センター等の地域の関係機関との連携により退院支援に努めていること。</p> <p>かかりつけ医に対する認知症対応力向上のための研修を実施するとともに、研修修了者等の情報を公表することにより、かかりつけ医による早期発見体制の充実を図ります。</p> <p>認知症サポート医の養成等による医療連携の推進を図ります。</p> <p>認知症疾患医療センターをはじめ、認知症専門病床を有する入院医療機関について、退院支援を推進するための地域連携クリティカルパスの導入に向けて支援していきます。</p>		<p>認知症疾患医療センターの整備 現状(平成24年度) 2か所(地域型2) 目標値(平成29年度) 7か所(地域型6、基幹型1)(平成26年度)</p> <p>認知症地域連携クリティカルパスの導入数 現状(平成24年度) 0 目標値(平成29年度) 認知症疾患医療センター等7か所以上</p>				

茨城県

この計画の	
長所	・現状、方向性が示されているものについては、おおむね対応する指標への言及がなされている。 ・ ・ ・
短所	・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。 ・ ・ ・