

千葉県

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>指摘されています。</p> <p>○極めて重篤な周辺症状により、一時的に精神科での対応が必要となる場合がありますが、精神科で対応すべき激しい周辺症状は、3か月程度で軽快することが多いといわれることから、入院にあたっては入院目的を明確にするとともに、入院時から在宅復帰を念頭において退院後の受け入れ先の確保や家族との調整等を行うことが重要です。</p> <p>○身体合併症を伴う認知症の人が医療機関に入院する際、入院生活に慣れるまでに時間がかかることや、本人が入院の必要性を理解できないことなどにより、入院治療が困難になる場合があります。</p> <p>○現在、県内においては、認知症の人の診断から入院治療まで行うことのできる医療機関は極めて少なく、また、認知症の進行に伴い、治療とともに介護が中心となることを考えると、地域の中核的な病院の支援体制のもとで、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション*、居宅介護サービス事業所等、多様な地域資源が連携し、役割分担をしながら、在宅での生活を支える仕組みが求められています。</p>	<p>○訪問診療を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。</p> <p>○認知症サポート医*は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となります。</p> <p>○認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑別診断や専門医療相談を行うとともに、周辺症状や身体合併症に対する急性*期治療を実施するほか、地域の保健医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水準の向上を図ります。</p> <p>○①日常的な診療を行う医療機関、②訪問診療を行う医療機関、③サポート医、④鑑別診断を行う医療機関、⑤認知症疾患医療センター、⑥周辺症状(徘徊、暴力等)が悪化した場合に入院治療が可能な医療機関、⑦身体疾患で入院治療が必要となった場合に対応可能な医療機関については、千葉県保健医療計画に関する調査(平成24年9月)の回答をもとにリストを作成し掲載します。</p> <p>○今後、情報共有のツールとなる「認知症の人を支える連携パス(千葉県標準モデル試案。以下、「認知症連携パス」という。)」の検討・普及を進め、認知症の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、認知症患者が、地域のどの医療機関でどのような治療が受けられるか、家族を含めて理解できるようにします。そして、初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した効果的な認知症支援体制の整備を進めます。</p>						

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・各地域の実情は違いますので、各区の実情に応じた数値目標を設定すべきこと。 ・各地域の医療連携体制をもっと分かりやすく説明すること。 ・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。

東京都

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	<p>○地域において、精神疾患患者が病状に応じて早期に適切な治療が受けられるよう、精神科や一般診療科に加え、相談支援機関等の関係機関との連携体制を構築し、「日常診療体制」を強化します。</p> <p>○「精神科救急医療体制」について、初期救急・二次救急・緊急措置入院等の医療提供体制を安定的に確保するとともに、精神身体合併症救急医療においては、一般救急と精神科医療、相互の円滑な連携体制を構築します。</p> <p>○病院から地域への移行を促進するとともに、精神疾患患者や家族が地域で安定した生活を送れるよう「地域生活支援体制」を整備します。</p>	<p>【全体の課題】</p> <p>○精神疾患の特性による課題</p> <p>地域で暮らす精神疾患患者に対しては、疾病と障害が共存するという特性を踏まえ、症状の変化に的確に対応できるよう、保健・医療・福祉の緊密な連携による支援体制を整備する必要があります。</p> <p>○都の地域特性による課題</p> <p>都内の精神科の医療資源は、地域によって偏りが見られるため、保健・医療・福祉の連携が有効に機能するには、地域の実情に応じた仕組みを検討・構築する必要があります。</p>		<p>○都内の精神病床数の地域別状況は、区部7,877床、多摩地域(市部、郡部)16,388床であり、おおむね区部3に対して多摩地域7の割合となっています。また、人口10万人当たりの病床数は、区部88床、多摩地域392床と、多摩地域に集中しています。</p> <p>○精神科を標榜している診療所は、区部788か所に対して多摩地域249か所であり、おおむね区部3に対して多摩地域1となっており、区部に集中しています。</p> <p>○都内の訪問看護ステーション629か所のうち、407事業者が自立支援医療(精神通院医療)の事業者指定を受けています(平成24年10月現在)。</p> <p>また、都内で精神科訪問看護を行っている病院は50か所(区部19か所、多摩地域31か所)、診療所は63か所(区部53か所、多摩地域10か所)となっています。</p>		<p>○区市町村の地域生活支援事業として、精神障害者に対する相談支援を行う地域活動支援センターI型は都内に73か所あります(平成24年10月現在)。</p> <p>○都では、障害者が地域で安心して生活できる環境を整備するため、地域生活の場となるグループホーム等を重点的に整備しており、精神障害者向けのグループホーム・ケアホームの定員は、1,489人となっています(平成24年10月現在)。</p>		
患者数	<p>○精神疾患は近年その患者数が急増し、平成23年には全国で320万人を越す水準となっています。また都内の精神疾患患者数は、約28万人と推計されます。</p> <p>○都内における入院及び退院患者数は、ここ数年、ともに3万5千人～3万6千人台を推移しており、平均在院日数は減少傾向にあります。また、入院患者の疾病別内訳では、統合失調症圏(F21)が約52%、認知症等器質性精神障害(F0)が約28%、うつ病などの気分障害(F3)が約8%という構成割合になっています。</p> <p>○とりわけ、都においては、急速な高齢化の進展に伴い認知症患者の増加が今後見込まれることから、認知症対策を推進することが重要となっています。</p> <p>○これらに対応するためには、疾病の発症予防から早期の発見や治療、さらにリハビリテーション、介護に至るまでの連携した保健医療サービスが求められます。</p>	<p>患者中心の医療の実現に向けて医療連携体制を構築するためには、患者やその家族と身近に接するかかりつけ医の役割は非常に重要です。東京都医師会の協力のもと、引き続き、在宅療養などかかりつけ医の機能強化を図っていきます。</p> <p>精神疾患医療(目標1)</p> <p>日常診療体制の構築を推進する</p> <p>認知症対策(目標3)</p> <p>専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成する</p>		<p>○自立支援医療(精神通院医療)2 利用者は増加傾向にあり、平成23年度の都の給付決定者数は約16万人で、疾病別では、うつ病などの気分障害が約42%、統合失調症圏が約35%と、両者で全体の約77%を占めています。</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、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>	<p>○一方、都内の外来患者数は約25万7千人であり、疾病別内訳を見ると、うつ病などの気分障害が約32%、認知症等器質性精神障害が約19%、統合失調症圏が約19%、パニック障害など神経症圏(F4)が約18%という構成割合となっています。</p>	<p>○入院患者の地域移行について、平成22年には1年未満入院者の平均退院率は約76%となっており、「第3期障害福祉計画」(平成24～26年度)を策定するに当たり国が示した目標値を既に達成していますが、1年以上の長期入院者の退院率は、国の目標値29%に対して約27.5%となっています</p>	
医療資源	<p>○うつ病等の精神疾患患者は、発症後まず一般診療科医を受診する傾向があることから、一般診療科と精神科の連携が重要であり、この連携を強化するためには、知識や情報の共有だけでなく、信頼関係の醸成が不可欠です。</p>			<p>○都内の精神病床数の地域別状況は、区部7,877床、多摩地域(市部、郡部)16,388床であり、おおむね区部3に対して多摩地域7の割合となっています。また、人口10万人当たりの病床数は、区部88床、多摩地域392床と、多摩地域に集中しています。</p>				

東京都

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>○また、区市町村や保健所などの相談機関が相談に適切に対応するとともに、地域の医療機関と円滑に調整し、早期に適切な医療につないでいく連携の仕組みづくりが必要です</p> <p>○長期入院者のうち、地域の受入れ体制が整えば退院可能な統合失調症等の精神疾患患者の地域移行を促進し、入院を長期化させないための取組が求められています。従来は「精神障害者退院促進支援事業」として実施してきましたが、平成24年度よりその一部が個別給付化4 され、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に基づく「地域相談支援」に再編されました。</p> <p>○このため、区市町村、精神科病院、障害福祉サービス事業者等の関係機関の更なる連携の強化とともに、個別給付による地域移行・地域定着支援の円滑な推進のための体制作りが重要となります。都内においては、地域によって医療資源に偏りがある状況を踏まえ、これまで都が実施してきた広域調整、連携体制の整備等の取組を引き続き推進していくことが必要です。</p> <p>○また、精神疾患患者のうち、未治療や医療中断等のために地域での生活が困難な事例などに対しては、医療の導入と生活支援、生活環境との調整を一体的に進めるような支援を一層普及していくことが必要です。</p>			<p>○精神科を標榜している診療所は、区部788か所に対して多摩地域249か所であり、おおむね区部3に対して多摩地域1となっており、区部に集中しています。</p> <p>○都内の訪問看護ステーション629か所のうち、407事業者が自立支援医療(精神通院医療)の事業者指定を受けています(平成24年10月現在)。また、都内で精神科訪問看護を行っている病院は50か所(区部19か所、多摩地域31か所)、診療所は63か所(区部53か所、多摩地域10か所)となっています。</p> <p>○区市町村の地域生活支援事業として、精神障害者に対する相談支援を行う地域活動支援センター1型は都内に73か所あります(平成24年10月現在)。</p> <p>○都では、障害者が地域で安心して生活できる環境を整備するため、地域生活の場となるグループホーム等を重点的に整備しており、精神障害者向けのグループホーム・ケアホームの定員は、1,489人となっています(平成24年10月現在)。</p>				
日常診療	<p>○うつ病等の精神疾患患者は、発症後まず一般診療科医を受診する傾向があることから、一般診療科と精神科の連携が重要であり、この連携を強化するためには、知識や情報の共有だけでなく、信頼関係の醸成が不可欠です。</p> <p>○また、区市町村や保健所などの相談機関が相談に適切に対応するとともに、地域の医療機関と円滑に調整し、早期に適切な医療につないでいく連携の仕組みづくりが必要です</p>	<p>(目標1)日常診療体制の構築を推進する《具体的な取組》</p> <p>○精神疾患を早期に発見し適切な治療に結びつけるため、地域の一般診療科医師を対象とした精神疾患や精神保健医療の法制度等に関する研修や、一般診療科医師と精神科医師による合同症例検討会を実施します。</p> <p>○地域における精神科の病院と診療所との連携、また精神科と一般診療科の医療機関との連携を強化するとともに、連携マップなどを通じて、これらの医療機関と薬局、保健所・都立(総合)精神保健福祉センター・地域活動支援センターなどの相談支援機関等が適切に連携できる仕組みを構築していきます。</p> <p>○地域での取組に加え、全般的な観点から、各地域の連携の取組状況を把握・支援するとともに、精神疾患や精神保健医療に対する偏見や誤解を生じないよう、広く都民に正しい理解を促進するための普及啓発に引き続き取り</p>						
地域生活支援	<p>○長期入院者のうち、地域の受入れ体制が整えば退院可能な統合失調症等の精神疾患患者の地域移行を促進し、入院を長期化させないための取組が求められています。従来は「精神障害者退院促進支援事業」として実施してきましたが、平成24年度よりその一部が個別給付化4 され、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に基づく「地域相談支援」に再編されました。</p> <p>○このため、区市町村、精神科病院、障害福祉サービス事業者等の関係機関の更なる連携の強化とともに、個別給付による地域移行・地域定着支援の円滑な推進のための体制作りが重要となります。都内においては、地域によって医療資源に偏りがある状況を踏まえ、これまで都が実施してきた広域調整、連携体制の整備等の取組を引き</p>	<p>(目標3)地域生活支援の取組を推進する《具体的な取組》</p> <p>1 地域移行・地域定着の推進</p> <p>○障害者自立支援法の個別給付による地域移行・地域定着支援を円滑に進めるため、指定特定相談支援事業者や指定一般相談支援事業者の充実や育成のための支援を行います。また、病院と地域との調整を行うコーディネーターの配置、地域移行支援会議の開催などにより、入院中の精神疾患患者の円滑な地域移行やその後の安定した地域生活を支えるための体制整備を図っていきます。</p> <p>○入院中の精神疾患患者が地域生活に対する不安を軽減し、安心して退院を目指すことができるよう、コーディネーターを中心に病院に働きかけ、ピアサポーター(地域で生活する精神疾患患者)による活動などを活用し、地域移行・地域定着を推進します。</p>						

東京都

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>続き推進していく必要があります。</p> <p>○また、精神疾患患者のうち、未治療や医療中断等のために地域での生活が困難な事例などに対しては、医療の導入と生活支援、生活環境との調整を一体的に進めるような支援を一層普及していくことが必要です。</p>	<p>2 地域生活支援の強化</p> <p>○都立(総合)精神保健福祉センターにおいて、区市町村・保健所等と連携して実施しているアウトリーチ支援について、支援関係機関とのネットワーク構築のノウハウも含め、より身近な地域へ支援技術の普及を図っていきます。</p>						
児童精神医療	<p>○都における小児医療の拠点である都立小児総合医療センターの児童・思春期精神科において、「こころ」と「からだ」の両側面から総合的な高度専門医療を提供していきます。また、同センターを拠点病院として子供の心診療支援拠点病院事業を実施し、医療、保健、福祉、教育など子供の心に関わる地域の関係機関に対する支援の取組を進めていきます。</p>							
発達障害児(者)支援	<p>○都の支援拠点である東京都発達障害者支援センターにおいて、発達障害児(者)やその家族からの専門的な相談に応じ、適切な指導又は助言を行うとともに、都民や関係機関等に対する普及啓発や発達障害者に対する就労支援等を行っていきます。</p> <p>○発達障害に対する支援拠点の整備や保健センター、保育所・幼稚園などの関係機関の連携促進など、区市町村が行う発達障害児の早期発見や支援体制の構築を支援していきます。また、支援を要する成人の発達障害者に対し、社会参加や就労などに関する取組を行う区市町村を支援していきます。</p> <p>○発達障害児(者)のライフステージに応じた支援体制を充実するため、これまで区市町村が取り組んできた成果を広く普及していくとともに、区市町村の相談支援員や医療機関従事者などを対象とした研修等を実施し、専門的人材の育成を行っていきます。</p>							
高次脳機能障害者支援	<p>○区市町村に支援員を配置し、高次脳機能障害者及びその家族に対する相談支援を実施するとともに、関係機関等との連携を進め、身近な地域における支援の充実を図っていきます。</p> <p>○東京都心身障害者福祉センターにおいて、地域生活や就労などの専門的な相談支援を行うとともに、区市町村や関係機関等とのネットワークの構築、人材育成を図る研修や都民への啓発を実施するなど、高次脳機能障害者へ適切な支援が提供される体制の整備を進めていきます。</p> <p>○地域の高次脳機能障害のリハビリテーションの中核を担う病院が、高次脳機能障害者を支える施設に対し、リハビリテーション技術の向上に係る相談指導等を行うとともに、医療従事者を対象とした人材育成を行い、地域における切れ目ない専門的リハビリテーションの提供体制を構築していきます。</p>							
予防・アクセス			<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(衛生行政報告例)</p>	<p>【0-1】◎こころの状態(国民生活基礎調査)</p> <p>【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)</p>		

東京都

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>【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>【P-14】◎精神科訪問看護の利用者数(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>	
精神科救急	<p>○精神科救急は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第24条に基づく警察官通報による緊急措置入院等(精神科緊急医療)と、24条通報以外の対応である初期・二次救急医療(身体合併症対応病床確保を含む。)からなっています。</p> <p>○また、各救急医療機関の機能が十分発揮できるよう、司令塔の役割を果たす「精神科救急医療情報センター」を設置し、患者等からの相談に応じるとともに、各医療機関への案内を行っています。</p> <p>○一方、一般救急においては、多様な精神身体合併症救急患者に苦慮しながら対応している現状があり、平成22年度に実施した「東京都救急搬送実態調査」によると、救急搬送先医療機関決定まで時間を要したケースのうち、その要因が精神疾患である事案は、約17%に上っています。</p> <p>精神科救急医療における課題</p> <p>○精神科救急医療においても、一般救急と同様に、できるだけ身近な地域で症状に応じた適切な救急医療を受けられる体制の整備が求められています。</p> <p>○初期救急医療体制は、現在都内3医療機関の確保にとどまっており、移動距離などの点で対応が難しい場合があります。</p> <p>○二次救急医療体制は、都内2医療機関で3床の確保にとどまり、初期救急医療体制と同様の課題があるほか、医療保護入院3のケースが大半であるため、保護者の同意が得られないと救急受入が困難とならざるを得ない状況があります。</p> <p>○国は、平成24年度の診療報酬改定において精神保健指定医の精神科救急医療体制への参画を促すとともに、保護者制度及び精神科の入院制度についても見直しを検討するなど、精神科救急医療体制に関わる制度改正を予定しています。このため、精神科救急医療提供体制の整備に当たっては、これらの国の動向等を踏まえて対応していく必要があります。</p> <p>○精神身体合併症救急医療については、精神症状及び身体症状ともに重いケースに対応していますが、在宅等の精神疾患患者で身体症状が急速に悪化した場合には、ほとんどが一般救急医療機関で</p>	<p>精神科救急医療提供体制の安定的な確保を図る《具体的な取組》</p> <p>1 法改正を踏まえた精神科救急医療体制の再構築</p> <p>○精神科初期、精神科二次救急、緊急医療(24条通報に対応)について、保護者制度の改正など今後の国の動向を踏まえ、現行の体制を検証し、改めて整備していきます。</p> <p>2 一般救急との連携強化(精神身体合併症救急医療)</p> <p>○できる限り地域で患者を受け入れられるよう、地域救急会議などを道じて、一般救急医療機関と精神科医療機関との相互の連携を強化するとともに、地域で拠点となる精神科医療機関を核として、精神科医療機関による一般救急医療機関からの相談・受入体制の整備を図っていきます。</p> <p>○体制整備に当たっては、二次保健医療圏を基本としつつ、精神科の医療資源の状況等を考慮し、必要に応じて複数の医療圏を組み合わせるなどのブロック化も検討します。</p> <p>○地域における受入体制整備の進捗状況を踏まえて、精神症状及び身体症状ともに重いケースに対応している現行の1型医療機関5等の体制を再整理し、地域で受入できない患者などを全都で対応する仕組みを検討していきます。</p> <p>○精神科に関する医療情報を提供するとともに、必要な情報を聴取して緊急性を判断し、トリアージやケース・マネジメント(調整)を行い、必要に応じて、初期救急、二次救急、身体合併症病床などの医療機関案内を行っています。</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】◎精神科救急医療施設数(医療施設調査)</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>【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-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>		

東京都

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)
	対応している状況にあります。このため、精神症状及び身体症状ともに重いケースに対応できる医療機関を引き続き確保していくとともに、一般救急と精神科医療の連携体制を充実する必要があります。							
精神・身体合併症			<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>	
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>【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>【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>	
医療観察法への対応								
依存症・薬物関連問題	<p>○都立(総合)精神保健福祉センターにおいて、専門相談及びアルコール・薬物問題の本人向けグループワークや家族教育プログラムを実施し、当事者に対する直接的な支援を行うとともに、依存症についての普及啓発や関係機関職員の人材育成及びネットワークづくりに取り組んでいきます。</p> <p>○都保健所において、予防のための普及啓発活動や、当事者・家族への支援等を行っています。依存症からの回復には、周囲の適切な対応が重要なことから、今後も専門医療機関や福祉サービスなどの様々な支援機関、回復途上の当事者、支援者の連携を促し、都民の理解を図る取組を進めていきます。</p>							
うつ病	○早期に適切な診断が行われ、精神科医療につなげるために、精神科と一般診療科の診療科間連携やこれらの医療機関と相談機関等との連携など、地域の日常診療体制と連携した取組を進めていき							

東京都

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>ます。</p> <p>○都立(総合)精神保健福祉センターにおいて、認知行動療法に関する専門職向け研修を実施するとともに、「うつ病リターンワークコース」等のデイケアプログラムや企業の人事担当者等を対象とした講演会を行うなど、うつ病患者の復職等の就労支援を進めていきます。</p>							
認知症	<p>○認知症の人の多くは在宅で生活しており、住み慣れた地域での生活の継続を望んでいます。そのためには、認知症の早期発見・早期診断と、診断に基づいて早期から適切な医療・福祉・介護の支援を受けることが重要です。</p> <p>○今後急増する見込みである認知症の人を支えていくためには、医療提供施設同士がその機能や特性を十分活かした形で連携することはもちろん、医療・介護従事者それぞれが認知症対応力の向上を図り、医療と介護の連携を推進していく必要があります。</p> <p>○また、認知症の人が身体合併症を患ったとき又は行動・心理症状が悪化したときに、入院先を探すのに困難を来す場合があるため、早期に適切な対応のできる病院等へ受け入れるための体制・仕組みづくりが必要です。</p>	<p>○認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、認知症の早期発見・診断・対応に取り組むほか、地域の医療・介護関係者等の連携を推進し、認知症の人が状態に応じて適切な医療・福祉・介護の支援を受けることができる体制を構築します。</p> <p>(目標1)地域連携の推進と専門医療の提供を図る (目標2)認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組を推進する (目標3)専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成する (目標4)地域での生活・家族の支援を強化する</p>						
自殺対策	<p>○全国の自殺死亡者数は平成10年以降毎年3万人を超えています。都民の自殺死亡者数は、約2,500人から2,900人までの間で推移しています。性・年齢階級別の死亡者数を見ると、30歳代後半から60歳代前半までの男性に多くなっています。また、都民の死因の第6位となっており、全国と比較して、自殺死亡者数に占める若年層の割合が高いという特徴がみられます。</p> <p>○都においては、平成19年7月に保健、医療、福祉、労働、教育等の関係機関及び民間団体等からなる「自殺総合対策東京会議」を設置し、普及啓発・教育、早期発見・早期対応、遺族支援について具体的な施策の検討を行うとともに、「自殺防止！東京キャンペーン」や「東京こころといのちのゲートキーパー」の養成を行うなど、総合的な自殺対策に取り組んできました。</p> <p>○自殺には、健康不安、経済・生活状況、家庭環境など様々な社会的要因が複雑に関係していると考え、個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、多くはいわば「追い込まれた末の死」であって、社会的な取組により未然防止が図られるべきものです。また、うつ病など精神疾患が関与していることが多いことから、精神保健面からのアプローチに重点を置く一方、その背景にある要因に対応するための多角的な対策が必要です。</p>	<p>1 社会全体による取組の推進 ○「自殺総合対策東京会議」(平成19年7月設置)を基盤として、保健、医療、福祉、労働、教育、警察などの関係機関の連携により自殺対策の社会的取組を推進します。 ○区市町村が地域の実情に応じた自殺対策に取り組めるよう支援を行います。</p> <p>2 調査研究の推進 ○東京における自殺の実態について、調査・分析を行い、自殺対策の推進・評価に活用します。</p> <p>3 都民運動の展開 ○自殺問題の実態や社会的取組の必要性について、都民、企業などの理解と協力を得るため、関係機関とともに全都的な運動を展開します。</p> <p>4 自殺防止に向けた支援体制の強化 ○地域や職場などで、相手の心身不調のサインに気づき、専門機関による相談等へつなぎ、協働して取り組む役割を担う人材である「東京こころといのちのゲートキーパー」の養成を支援します。 ○自殺の背景にある複合的な問題に対応するため、相談機関、法律関係者、民間団体等による重層的な「こころといのちの相談・支援東京ネットワーク」を強化します。 ○自殺未遂者の再入院を防ぐため、救急医療機関、精神科医療機関及び地域の相談・支援機関等との連携により、地域での継続的な支援体制の構築を推進します。</p> <p>5 遺族支援 ○大きな衝撃を受けている遺族への適切な情報提供、精神的なケアの仕組みなどの構築の支援を行います。</p>						
こころの健康づくり	<p>○平成24年の「健康に関する世論調査」(東京都)によると、専門家(機関)への相談が必要と感じたときに、適切な相談窓口を見つかることができた人の割合は、60.6%にとどまっています。身近に相談ができる人がいる。周囲が不調に気づき声をかけることのほかに、専門家への相談窓口等に関する情報が提供されていることも重要です。</p> <p>○東京都労働相談情報センターにおける労働相談の状況を見ると、メンタルヘルス相談件数は平成18年度から平成19年度までにかけて</p>	<p>1 上手なストレス対処法やこころの不調の早期発見に関する普及啓発の推進 ○適切な睡眠のとり方、心身を休め英気を養う日常生活の過ごし方、ストレス対処法、自分自身や周囲の人のこころの不調に早めに気づく方法について、区市町村や事業者等と連携し、普及啓発を推進します。</p> <p>2 こころの相談窓口等に関する情報提供の推進 ○こころが不調となった本人やその家族が早めに相談や受診ができ</p>						

東京都

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>倍増し、その後は5,000件台で推移しています。</p> <p>○平成22年の「国民生活基礎調査」(厚生労働省)によると、「支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者」の割合は、都の場合、10.5%となっています。精神疾患の多くは治療により改善が見込まれるため、早期に医療機関を受診するなど、適切な保健医療サービスにつなげることが必要です。</p> <p>○平成24年の「健康に関する世論調査」(東京都)によると、専門家(機関)への相談が必要と感じたときに、適切な相談窓口を見つけることができた人の割合は、60.6%にとどまっています。身近に相談ができる人がいる、周囲が不調に気が声をかけることのほかに、専門家への相談窓口等に関する情報が提供されていることも重要</p> <p>○働く世代の都民をターゲットに、ストレス対処能力の向上を図るとともに、こころの健康に関する相談や情報提供が受けられる体制づくりに取り組む必要があります。</p>	<p>るようにするため、区市町村、保健医療関係団体、事業所や医療保険者等の相談窓口等について関係機関と連携し、情報提供を推進します。</p> <p>3 こころの健康づくりに係る人材育成及び区市町村の取組の支援</p> <p>○都は、こころの健康づくりを推進するため、区市町村や医療保険者等の健康づくりに関わる人材を育成する研修を実施します。また、区市町村が実施する、働き盛り世代を主な対象とした、ストレス対処能力の向上やこころの健康づくりの取組を支援します。</p>						

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・各方面の現状と課題は見つかることを評価する。 ・ ・ ・ ・
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・東京の各区の実情は違いますので、各区の実情に応じた数値目標を設定すべきこと。 ・各地域の医療連携体制をもっと分かりやすく説明すること。 ・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。 ・ ・

神奈川県

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	<p>○本県の総患者数※は、平成20年の患者調査によると18万人です。疾患の内訳は多い順に、うつ病、統合失調症、不安障害となっております。この3疾患で総数の約75%を占めている状況も全国と同様です。</p> <p>○同調査による入院患者数は1万3千人で、疾患別にみると統合失調症が57.6%を占め、次いで認知症が21.2%、うつ病が9.8%を占めています。外来患者数は1万3千人で、疾患別にみるとうつ病(29.5%)、統合失調症(24.8%)、不安障害(23.3%)の順になっています。</p> <p>○平成20年の患者調査における精神疾患の退院患者平均在院日数(病院)は、238.7日です。</p> <p>○平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査によると、精神科医師数の人口10万人当たりの数は、県全体では10.1人で、横浜南部二次保健医療圏で13.5人と最も多</p> <p>○精神科救急医療体制は、県、3政令市(横浜市、川崎市、相模原市)との協調体制により全県対応となっています。</p> <p>○精神疾患対策は、予防から治療、回復、社会復帰期に至るまで、地域の医療機関と保健福祉事務所、障害福祉・高齢福祉関係機関等との連携を図ることが重要です。</p>	<p>○本県では、精神疾患対策に関連したのものとして「かながわ自殺総合対策指針」を平成23年3月に策定し、その重点施策の中に、心の健康づくり、うつ病対策、精神疾患等のハイリスク者対策等を位置づけ、その取組みを推進しています。</p> <p>○平成25年3月に策定した「かながわ健康プラン21(第2次)」では、自殺者数の減少を掲げ、「かながわ健康づくり10か条」の中で、睡眠、ストレス解消等について取組み目標を設定しています。</p> <p>○平成24年5月に策定した「神奈川県医療のグランドデザイン」では、「精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組み」を掲げ、広域的な仕組みづくりと地域連携について進めていくことにしています。</p> <p>○平成24年3月に策定した「神奈川県障害福祉計画(第3期平成24年度～平成26年度)」では、入院中の精神障害者の地域生活への移行について、数値目標を設定し、取組みを推進しています。</p> <p>○平成24年3月に策定した「かながわ高齢者保健福祉計画(平成24年度～平成26年度)」では、高齢者の尊厳を支える取組みの推進の中で、総合的な認知症対策の推進を掲げ</p>							
患者数								<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>○メンタルヘルス対策やうつ病対策は県民の課題であり、県民一人ひとりが、十分な睡眠と休養をとることや自分に合ったストレスへの対応方法を見つけるなどの「心の健康づくり」に取り組むことが必要です。</p> <p>○メンタルヘルスやうつ病を内容とする普及啓発は、精神保健福祉センターや保健福祉事務所(保健所)、市町村等により進んでいますが、統合失調症、依存症等も含め、さらに進めることが必要です。</p> <p>○かかりつけ医うつ病対応力向上研修を平成20年度から実施していますが、現在の受講者数は県内医師の1割強であり、さらに研修参加を促す工夫が必要です。</p> <p>○認知症対策については、認知症の人や家族、周囲の人々が認知症に対する正しい知識を得て、早期にその症状に気づき、診断や治療に結びつけることが重要です。</p>	<p>○県民一人ひとりの「心の健康づくり」の取組みが進むよう、精神疾患全般の普及啓発だけではなく、統合失調症、うつ病、児童精神疾患、認知症等疾患別の普及啓発活動を進めます。</p> <p>○かかりつけ医へのうつ病や認知症の対応力向上のための研修は、研修形態等を工夫し、受講を促進します。</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バス導入率</p>	<p>かかりつけ医等うつ病対応力向上研修受講者数 目標項目 現状(平成23年度) 1,122名(累計) 目標値(平成29年度) 3,000名(累計)</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>			

神奈川県

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>○保健福祉事務所(保健所)、市町村等の訪問支援活動を保健・医療・福祉の観点から充実を図る必要があります。また、退院に向けた支援を入院中から強化することが必要です。</p> <p>○多職種チームによる訪問支援は、モデル的に医療中等等の統合失調症、気分障害、認知症に伴う行動・心理症状、ひきこもり等の人を対象として、医療機関で開始したばかりであることから、地域の医療・保健・福祉等の関係機関による支援体制を強化することが必要です。</p> <p>○入院中の精神障害者の中には、症状が落ち着いても、退院して地域で暮らすための受け皿となる社会資源が不足していたり、地域生活を始めるために必要な条件が整わないことなどから、すぐに退院することが難しい人がいます。国の「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」も提言の中で「社会的入院」の早急の解消や地域移行の促進を求めています。</p> <p>○認知症対策については、医療と介護の密接な連携のもとで、適切な医療・介護サービスが提供できるよう、認知症患者及び家族に対する地域での総合的な支援を行うネットワークを構築することが必要です。</p>	<p>○県民一人ひとりの「心の健康づくり」の取組みが進むよう、精神疾患全般の普及啓発だけではなく、統合失調症、うつ病、児童精神疾患、認知症等疾患別の普及啓発活動を進めます。</p> <p>○かかりつけ医へのうつ病や認知症の対応力向上のための研修は、研修形態等を工夫し、受講を促進します。</p> <p>○保健福祉事務所等の相談・訪問支援活動を強化し、様々な地域関係機関との連携を図ります。</p> <p>○多職種チームによる訪問支援については、地域の医療・保健・福祉等の地域関係機関による支援体制の強化を進めます。</p> <p>○精神障害者が、ライフステージに応じて多様な住まいの場を選択し、地域にある様々なサービスを組み合わせて利用できるよう、グループホームやホームヘルプサービスなどの障害福祉サービスの基盤整備を図り、地域生活への移行を支援します。</p> <p>○入院中から住居の確保や新生活の準備等の支援を行う地域移行支援と、地域生活をしている人に対し、24時間の連絡相談等のサポートを行う地域定着支援の提供体制を計画的に整備します。</p> <p>○認知症のかかりつけ医の研修指導者であり、専門医療機関等との連携を担う「認知症サポート医」を養成します。</p> <p>○認知症における専門医療の提供や介護との連携の中核機関としての役割を担っている「認知症疾患医療センター」を、二次保健医療圏ごとに設置します。</p> <p>○地域における認知症支援ネットワークの構築のため、かかりつけ医(かかりつけ歯科医)、専門医療機関、介護サービス事業所及びかかりつけ薬局等が相互に情報を共有する仕組みづくりを進めます。</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>【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-14】◎精神科訪問看護の利用者数(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) 72.9%</p> <p>目標値(平成29年度) 77.9%</p> <p>現状(平成24年度) 6か所</p> <p>目標値(平成29年度) 11か所</p>	<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p>	
精神科救急	<p>現状</p> <p>○精神科救急医療体制は、平成19年10月から、初期救急(外来診療のみで入院を要しない者に対応する精神科救急)、二次救急(患者の同意による任意入院、保護者又は扶養義務者の同意による医療保護入院を要する者に対応する精神科救急)、警察官通報(精神保健福祉法第24条の規定に基づく</p>	<p>施策</p> <p>(1) 精神科救急医療の受入体制の充実(県、政令市、医療提供者)</p> <p>○精神科救急医療体制を見直し、休日・夜間・深夜帯を含め、夕方から夜間にかけての受入困難な時間帯について、医療機関との調整を図り、切れ目のない受入体制を確保します。</p> <p>○身近な地域での受入体制が整備されていないことから、アクセス</p>	<p>【S-8】◎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>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p>			

神奈川県

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>警察官の通報)について、365日24時間体制を整備し、その後も深夜帯の拡充など体制の充実に努めています。</p> <p>○深夜帯に対応する受入医療機関が県東部に集中していたため、平成23年度には、県西部における深夜帯の受入医療機関の整備に取り組みました。</p> <p>○精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合、身体疾患の治療を行うための受入医療機関について、平成19年度から身体合併症転院事業を実施しています。</p> <p>現状</p> <p>○平成24年度には、精神疾患と身体疾患を合併する救急患者の受入体制に関する施設整備や、人材養成等の事業を2ヶ所の医療機関で開始しました。また、神奈川県傷病者の搬送及び受け入れの実施基準(精神疾患を有する傷病者にかかる実施基準)の検討を行い、救急搬送受入協議会に協力しました。</p> <p>○精神科救急医療体制の中で薬物等依存症患者に医療を提供できる医療機関が少ない状況です。</p> <p>課題</p> <p>(1) 精神科救急医療の受入体制の充実</p> <p>○夕方から夜間にかけての、受入困難な時間帯の解消に向けた体制の確保が課題です。</p> <p>○身近な地域での受入体制が整備されていないことから、アクセス改善に向けた工夫が必要です。</p> <p>(2) 身体合併症の受入体制整備</p> <p>○精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合に、転院するための事業は、現在横浜市内の3病院で実施していますが、県西部においても受入医療機関を整備することが必要です。</p> <p>○精神疾患と身体疾患の救急医療体制については、一般救急での受入体制の強化、後方受け入れ病院の確保、地域医療機関の連携などについて総合的に強化することが必要です。</p> <p>(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備</p> <p>○薬物等依存症患者について、精神科救急医療体制の受入体制が課題です。</p>	<p>改善に向けた見直しを行います。</p> <p>(2) 身体合併症の受入体制整備(県、政令市、医療提供者)</p> <p>○精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合に転院する事業を、県西部でも実施できるよう、受入医療機関の整備を行います。</p> <p>○精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組みとして、身体合併症救急医療確保事業等システム構築のための具体的事業を実施し、拠点医療機関の指定など広域連携体制を構築します。</p> <p>(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備(県、政令市、医療提供者)</p> <p>○精神科救急医療における薬物等の依存症患者には、専門医療機関と地域の医療機関、関係機関の連携が必要となることから、連携体制を確立するよう検討を続けていきます。</p> <p>4 目標</p> <p>目標項目 現状(平成24年度)</p> <p>目標値(平成29年度)</p> <p>夕方から夜間の受入医療機関数 8病院 9病院</p> <p>精神科救急・身体合併症対応施設数 0病院 6病院</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への相談状況(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>夕方から夜間の受入医療機関数</p> <p>精神科救急・身体合併症対応施設数</p>	<p>現状(平成24年度)</p> <p>8病院</p> <p>目標値(平成29年度)</p> <p>9病院</p> <p>現状(平成24年度)</p> <p>0病院</p> <p>目標値(平成29年度)</p> <p>6病院</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>		
精神・身体合併症			<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>		

神奈川県

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)
専門医療	○専門医療については、児童精神科医療、アルコールやその他の薬物等依存症については、県内で数か所しかないため、県立こども医療センター、県立精神医療センター等の医療提供機関と地域の医療機関、保健福祉関係機関との連携が課題となっています。		<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>【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>児童精神科拠点病院と連携する有床精神科医療機関数</p>			<p>【P-21】○在宅通院精神療法の20歳未満加算(NDB)</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>【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>	
医療観察法への対応								
うつ病								
認知症	認知症対策については、医療と介護の密接な連携のもとで、適切な医療・介護サービスが提供できるよう、認知症患者及び家族に対する地域での総合的な支援を行うネットワークを構築することが必要です。	<p>○認知症のかかりつけ医の研修指導者であり、専門医療機関等との連携を担う「認知症サポート医」を養成します。</p> <p>○認知症における専門医療の提供や介護との連携の中核機関としての役割を担っている「認知症疾患医療センター」を、二次保健医療圏ごとに設置します。</p> <p>○地域における認知症支援ネットワークの構築のため、かかりつけ医(かかりつけ歯科医)、専門医療機関、介護サービス事業所及びかかりつけ薬局等が相互に情報を共有する仕組みづくりを進めます。</p>						

この計画の	
長所	・ ・ ・ ・
短所	<p>・各地域の実情は違いますので、各区の実情に応じた数値目標を設定すべきこと。</p> <p>・各地域の医療連携体制をもっと分かりやすく説明すること。</p> <p>・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。</p> <p>・ ・</p>

新潟県

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		<p>精神疾患における医療機関とその連携については、個々の医療機能を満たす医療機関相互の連携、また、医療機関と保健・福祉サービス等との効果的な連携により、保健・医療・福祉のサービスが途切れずに継続して提供されるような以下の体制の構築を目指します。</p> <p>(1) 精神疾患発症後、患者の疾病状況に応じて速やかな専門診療が受けられる体制</p> <p>(2) 回復後、患者の状態像に応じた地域生活や復職・就職等の社会復帰が可能となる支援体制</p> <p>(3) 認知症の早期発見・早期診断により必要な治療が受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活が続けられる体制</p> <p>(1) 精神疾患の状態に応じ速やかに医療を提供できる体制づくりを促進します。</p> <p>(2) 全国平均を上回っている自殺率を改善します。</p> <p>(3) 認知症に対応した地域連絡ノート※等の導入を促進し、医療と介護の連携を強化します。</p> <p>(4) かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図り、早期発見・早期診断の体制づくりを促進します。</p>						
患者数				<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> <p>精神及び行動の障害による病院・診療所外来受療率(人口10万対)</p> <p>精神及び行動の障害による病院・診療所外来受療率(人口10万対)</p> <p>副傷病に精神疾患を有する患者の割合</p>	<p>統合失調症(%) 新潟県 年度出典 55.0 H23 精神科病院在院・通院状況(障害福祉課)</p> <p>認知症性疾患(%) 23.5 H23 精神科病院在院・通院状況(障害福祉課)</p> <p>新潟県 年度出典 280 H21 新潟県保健医療需要調査(福祉保健課)</p> <p>新潟県 年度出典 155 H21 新潟県保健医療需要調査(福祉保健課)</p> <p>集計単位 全国 新潟県 年度出典 副傷病に精神疾患を有する患者数 189 3.8 H22年度 衛生行政報告例(厚生労働省)</p> <p>病院の推計入院患者数 (b) : 千人 1,332.60 25.8 H22年度 衛生行政報告例</p>	<p>精神科病院入院患者在院日数 1年以上の患者割合(%) 20年以上となる患者割合(%) 10年以上20年未満の患者割合(%)</p> <p>3ヶ月以内再入院率</p> <p>1年未満入院者の平均退院率</p> <p>退院患者平均在院日数</p> <p>年間医療保護入院患者数</p> <p>精神及び行動の障害受療率</p> <p>自殺率</p>	<p>新潟県 年度出典 67.0 精神科病院在院・通院状況(障害福祉課) H23</p> <p>13.7 精神科病院在院・通院状況(障害福祉課) H23</p> <p>12.7 精神科病院在院・通院状況(障害福祉課) H23</p> <p>集計単位 全国 新潟県 年度出典 % 16.7 18.2 H21年度 精神保健福祉資料</p> <p>集計単位 全国 新潟県 年度出典 平均残存率(%) 28.8 30.1 H21年度 精神保健福祉資料</p> <p>1年未満入院者の平均退院率 71.2 69.9 H21年度 精神保健福祉資料</p> <p>集計単位 全国 新潟県 年度出典 日 305.3 289.4 H20 患者調査(厚生労働省)</p> <p>集計単位 全国 新潟県 年度出典 年間医療保護入院患者数 198,103 4,934 H22年度 衛生行政報告例(厚生労働省)</p> <p>人口10万対 156.1 207.4 H22年度 衛生行政報告例</p> <p>集計単位 全国 新潟県 年度出典 入院 280.0 H21 新潟県保健医療需要調査(福祉保健課)</p> <p>外来 155.0 H21 新潟県保健医療需要調査(福祉保健課)</p> <p>集計単位 全国 新潟県</p>	

新潟県

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)
医療資源			精神科病床数(人口10万対)	新潟県 年度出典 288.2 H24 病院名簿(医務薬事課)				年度出典 人口10万対 23.4 28.6 H22 人口動態調査(厚生労働省)
予防・アクセス	<p>(1) 社会環境の複雑化や多様化により、ストレスが増大しています。こころの健康を保つために、十分な休養を取る等ストレスと上手に付き合うことが必要です。また、精神疾患への誤解や偏見が強く、精神科医療機関への早期受診を促すため正しい知識の啓発が重要です。</p> <p>(2) 厚生労働省精神保健福祉資料によれば、本県における精神疾患の外来患者数は増加傾向にあり、平成24年6月時点で56,000人となっています。患者の状態像に応じた医療機関の選択が可能になる情報提供体制が必要です。また、特にうつ病患者の多くは不眠等の身体的不調によりかかりつけ医を受診することが多いため、かかりつけ医のうつ病への対応力向上を図り、早期発見・早期治療を行うことが重要です。</p>	<p>(1) 精神疾患及び自殺予防に関する正しい知識を普及啓発し、精神科医療機関やかかりつけ医療機関への早期受診を促進します。</p> <p>(2) 多様なニーズに対応できるよう市町村や保健所、精神保健福祉センター、障害者相談支援事業所等の相談機能の充実、窓口の周知及びこれら相談機関と精神科医療機関、一般医療機関、薬局、歯科診療所等の関係機関との連携を推進します。</p> <p>(3) かかりつけ医※等心の健康対応力向上研修の開催を継続し、かかりつけ医のうつ病対応能力の向上と精神科医との連携推進を図ります。</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(衛生行政報告例)</p>	<p>集計単位 全国 新潟県年(度) 延人数 797,761 27,680 H22年度 人口10万対 642.2 1163.6 H22年度</p> <p>集計単位 全国 新潟県年(度) 延人数 320,359 13,940 1045 H22年度 人口10万対 257.9 586.0 1650.2 H22年度</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>	
治療・回復・社会復帰	<p>(1) 精神疾患患者の状態像や特性が複雑化・多様化しており、精神科病床を入院患者の疾病特性に合わせて機能分化を進める必要があります。また、増加傾向にあるうつ病患者へ適切な医療を提供するため、かかりつけ医と精神科医との双方向による連携体制の構築が必要です。</p> <p>(2) 平成18年度新潟県精神科病院入院患者調査において、退院可能とされた精神科病院の長期入院患者868人のうち、平成23年6月時点における入院継続者は379人となっています。退院後の地域生活支援のため、入院中から保健・医療・福祉の連携体制を構築し、支援を進めていくことが重要です。</p>	<p>(1) 多職種連携によるチーム医療、病院と診療所との病診連携※等を通じ、患者の病状に応じた適切な医療の提供を促進します。</p> <p>(2) 退院が可能な状態にある患者に対しては、保健・医療・福祉の各機関が連携し、地域移行支援のより一層の推進を図ります。</p> <p>(3) 地域と職域の連携について協議する会議等を通じて、精神科医療機関、事業者、地域産業保健センター等の関係機関同士の連携を推進し、うつ病患者の就職や復職等に必要な支援の提供を促進します。</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>精神科を標榜する診療所数</p>	<p>集計単位 全国 新潟県年(度) 病院数 精神科病院 1,079 21 H20 病院数 一般病院 1,539 36 H20 病院数 合計 2,618 57 H20 人口10万対 2.1 2.4 H20</p> <p>集計単位 全国 新潟県年(度) 診療所数 精神科 2,039 22 H20 診療所数 精神科(単科) 546 9 H20</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>【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>新潟県 年度出典 28.6 H22 人口動態統計(厚生労働省)</p>	

新潟県

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)
				診療所数 合計 2,585 31 H20 人口10万対 2.0 1.3 H20	【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) 【P-14】○精神科訪問看護の利用者数(精神保健福祉資料)	集計単位 全国 新潟県 年(度) 交付数 562,944 11,059 H22年度 人口10万対 443.1 462.5 H22年度		
精神科救急	(1) 精神科救急医療システム※は、平成9年9月から休日昼間5ブロック体制で開始しました。夜間については、平成14年3月から全県1ブロック体制を敷いてきましたが、平成22年5月から週4日のみ2ブロック体制で稼働しています。 (2) 24時間体制で精神科医療相談を受ける精神科救急情報センターが未設置となっています。	(1) 夜間の救急体制について、通年2ブロック化を目指します。 (2) 精神科救急情報センターの整備に向けた更なる検討を進めます。 (3) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準※の適切な運用を促進するなど、救急搬送・受入れの円滑な実施及び消防機関と医療機関の連携推進を図ります。	【S-8】◎精神科救急医療施設数(事業報告) 【S-9】◎精神科救急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)		【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)(衛生行政報告) 【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-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)		
精神・身体合併症	(1) 身体合併症に対応できる総合病院精神科は新潟大学医学部総合病院、県立新発田病院、県立小出病院の3病院となっています。身体合併症及び自殺企図・自傷行為を伴う精神科救急患者を受け入れる総合病院精神科病床の整備が必要です。 (2) 内科等身体疾患を担当する科の医師及び医療従事者と、精神科医との連携が必要です。	(1) 魚沼基幹病院において、身体合併症に対応するための体制を確立します。 (2) 新潟市民病院が行う精神科病棟の整備を支援し、身体合併症患者に対する適切な精神科医療の提供体制を強化します。 (3) 内科等身体疾患を担当する科の医師及び医療従事者と、精神科との連携を推進します。	【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】◎精神科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)		
専門医療	(1) 児童精神科医療については、県立精神医療センターが対応しており、てんかん医療については、国立病院機構西新潟中央病院が対応しています。また、アルコール依存症については、河渡病院が対応しています。	児童精神科診療及びアルコール等依存症に対応できる人材の養成を通じ、医療提供体制の強化を図ります。	【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-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)		

新潟県

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)
	(2) 薬物等の依存症に対応する専門医療機関が未設置となっ ています。		【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)				【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)	
医療観察法への対応								
うつ病								
認知症	(1) 厚生労働省の推計(新潟県分は国の推計を基に県で算出)によると、全国の認知症高齢者数は平成24年で305万人、本県では約62,000人(高齢者人口の9.9%)。平成37年には全国で470万人、本県では約92,000人(同12.8%)に増加していくとされています。認知症の専門相談や診断を行う認知症疾患医療センター※は、県内6か所に整備されています。 (2) 認知症の早期発見・早期診断や患者を地域で支える体制づくりを進めるため、県民の認知症に対する理解を深めるとともに、認知症疾患医療センター※とかかりつけ医等との連携を進めることが必要です。	(1) 認知症の進行防止や脳血管性認知症の原因となる疾患の予防を推進するため、介護保険法による地域支援事業や健康増進法による健康教育、健康相談、訪問指導等の健康増進事業を行います。 (2) 認知症の早期発見、早期診断体制を推進するため、医師等の認知症対応力向上につながる研修を充実します。 (3) 認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護事業所等の認知症に対応した介護サービスの充実を図ります。また、介護従事者を対象とした研修を実施し、認知症介護の質の向上を図ります。 (4) 各地域の特性を踏まえ、医療・介護サービス等が連携し、総合的に提供される環境づくりを促進するため、認知症に対応した地域連絡ノート※等の活用を図ります。 (5) 地域の中心的な総合相談窓口となる地域包括支援センターにおいて、認知症相談支援機能の充実を図ります。 (6) 本人や家族に対し認知症初期の段階から在宅における支援を行う体制整備を促進します。 (7) 認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を支援する地域づくりを進めるため、認知症サポーター※の養成やフォローアップを行います。						

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・政策だけではなく、具体的な数値目標の設定すること ・県内の地域を分けて、計画を制定すること ・ ・ ・
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・ ・

富山県

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	精神疾患における圏域は、県東部(新川医療圏、富山医療圏)、県西部(高岡医療圏、砺波医療圏)の2圏域とします。	県東部、県西部の2 圏域としながらも、予防・アクセスや生活に密着する機能については、それぞれの二次医療圏でのネットワーク構築を目指します。						
患者数	○2011(平成23)年10月現在、本県の精神及び行動の障害の総患者数は、約14,000人と推計されています。 ○2011(平成23)年10月現在、本県の精神及び行動の障害の受療率(人口10万対)は、入院が288人(全国:225人)、外来が128人(全国:176人)と、入院で全国より高く、外来で低くなっています。 ○2011(平成23)年の本県の精神科病床における平均在院日数は、357.0日(全国:298.1日)と全国より長くなっています。 ○人口動態統計による本県の自殺者数は、2007(平成19)年から2011(平成23)年までの5か年平均で277.2人と、2002(平成14)年から2006(平成18)年までの5か年平均の313.0人より減少しています。また、人口10万人当たりの自殺者数である自殺死亡率は、2007(平成19)年から2011(平成23)年までの5か年平均で25.6と、2002(平成14)年から2006(平成18)年までの5か年平均の28.3より減少しています。				【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(精神疾患)(患者調査)			
医療資源	○2011(平成23)年10月現在、精神科を標榜する病院数は40施設、人口10万人当たりでは3.6施設(全国:2.1施設)と全国より多くなっています。 ○医療圏別では、新川医療圏に3施設(人口10万人当たり2.3施設)、富山医療圏に20施設(人口10万人当たり4.0施設)、高岡医療圏に11施設(人口10万人当たり3.4施設)、砺波医療圏に6施設(人口10万人当たり4.3施設)となっています。 ○2011(平成23)年10月現在、精神科を標榜する診療所数は18施設、人口10万人当たりでは1.6施設(全国:2.3施設)と全国より少なくなっています。 ○医療圏別では、富山医療圏に11施設(人口10万人当たり2.2施設)、高岡医療圏に7施設(人口10万人当たり2.1施設)となっており、新川医療圏と砺波医療圏には施設がありません。							
予防・アクセス	○一般医と精神科医の連携のための会議(GP連携会議)は、2012(平成24)年12月現在、すべての厚生センター・保健所単位(5か所)で開催されていますが、さらに効果的な連携を促すための取組みが必要です。 ○一般医から精神科医への紹介システムを構築している地区は、2012(平成24)年12月現在、富山地区1か所のみとなっており、他の地区においても、発症から速やかに精神科医を受診できる体制の整備が必要です。 ○2010(平成22)年度の心の健康センターが実施する地域住民への講演会等への参加延べ人数が8,126人、人口10万人当たりでは740.3人(全国:106.1人)で全国1位となるなど、広く県民に対し、精神保健福祉相談活動を実施しています。 ○精神疾患を早期に発見し治療するため、心の健康センターと富山大学附属病院神経精神科が連携し、思春期や青年期における「こころのリスク相談」を実施しています。 ○2010(平成22)年度の厚生センターや保健所、市町村が実施した精神保健福祉訪問指導を受けた延べ人数が2,992人、人口10万人当たりでは272.6人(全国:250.6人)と全国より多くなっています。 ○かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師は、2006(平成18)年度から2010(平成22)年度までの累計で200人、人口10万人当たりで18.2人(全国:18.6人)と全国とほぼ同様となっています。 【課題①】 一般医と精神科医との連携については、全国での取組状況等を把握しながら、さらなる連携を進めることが必要です。	＜施策＞ 県民一人ひとりがこころの健康の大切さを認識し、こころの健康づくりに取り組むとともに、心の不調に気付いたときに早期に相談や受診できるよう、こころの健康に関する正しい知識の普及啓発を行います。 精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、相談機関と医療機関との連携を強化するなど、心の健康センター等でのこころの健康に関する相談体制の充実を図ります。 うつ病等の精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、一般医と精神科医との連携(GP連携) 会議等において協議・交流を促進するとともに、医療資源等の状況も踏まえ、各地区の実情に合った紹介システムの構築を推進します。 一般医に対するうつ病診察の知識・技術や精神科医との連携に関する研修を実施するなど、一般医等のうつ病等の精神疾患の診断技術等の向上を図ります。	【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)	○目標:累計400人	【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)	【O-1】◎こころの状態(国民生活基礎調査)		
			【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	○目標:5地区	【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)	○講演会等参加 延べ8,126人 ○延べ2,992人	【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) ○5か年平均で277.2人	

富山県

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>○2010(平成22)年10月現在、精神科病院に勤務する医師数は98.9人、人口10万人当たりでは9.0人(全国:6.9人)と全国より多くなっています</p> <p>○2009(平成21)年6月の精神科デイ・ケア等の利用延べ人数は8,052人、人口10万人当たりでは733.5万人(全国:559.0人)と全国より多くなっています</p> <p>○2009(平成21)年6月の精神科訪問看護の利用者数は、単科精神科病院が実施するものにあつては425人、人口10万人当たりでは38.7人(全国:22.3人)、精神科・神経科標榜診療所が実施するものにあつては145人、人口10万人当たりでは13.2人(全国:5.1人)と全国より多くなっています</p> <p>○重い精神障害を抱えていても地域で安心して生活できるように訪問支援など、多職種チームが24時間365日体制でサポートする包括型地域生活支援プログラム(ACT:AssertiveCommunityTreatment)を、3医療機関が実施しています</p> <p>○2009(平成21)年6月現在、在院患者のうち在院期間が1年以上の割合は70.0%、(全国:68.6%)と全国より高くなっています</p> <p>○2009(平成21)年6月の1か月間に、在院期間1年以上かつ65歳以上の退院した患者数は19人、人口10万人当たりでは1.7人(全国:1.9人)と全国より少なくなっています。また、在院期間1年以上かつ65歳未満の退院した患者数は10人、人口10万人当たりでは0.9人(全国:1.2人)と全国より少なくなっています。このように、長期の入院患者の退院が進んでいない傾向にあります。なお、2011(平成23)年の県調査では、在院期間が5年以上かつ65歳以上の退院者数は9人となつています</p> <p>○2012(平成24)年12月現在、地域型認知症疾患医療センターが3か所設置されていますが、高岡医療圏には設置されていません</p> <p>○2008(平成20)年9月の認知症退院患者の平均在院日数は185.7日(全国:342.7日)と全国より短くなっています</p> <p>〔課題②〕 精神障害者の地域移行を促進するため、在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数を増加させることが必要です</p>	<p>＜施策＞ 身近な地域で生活できるよう、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所等と連携し、症状等に応じた医療(外来医療や訪問診療等を含む。)を提供するなど、精神障害者の地域移行・定着を推進します</p> <p>病院の専門職が地域のサービス事業者等と連携し退院を支援するなど、精神科病院に長期入院している高齢の精神障害者が地域生活等へ移行できるよう支援します</p> <p>症状が悪化した場合や緊急対応が必要な場合に、安心して相談や医療が受けられるよう、引き続き精神科救急医療体制の円滑な運用に努めます</p> <p>治療中の患者の精神症状が夜間・休日に急変した場合にも円滑に医療を提供するため、精神科病院や診療所間で情報提供を行うなど、精神科病院等の連携強化を図ります</p> <p>身体合併症患者への医療や児童精神医療等の専門的な医療を提供できる精神科医療体制の整備を推進します</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>○病院 40施設・診療所18施設</p> <p>○病院 98.9人</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>○延べ8,052人</p> <p>○単科精神科病院で425人、精神科・神経科標榜診療所で145人</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>○目標11人/月</p> <p>同上</p>

富山県

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)
精神科救急	<p>○夜間や休日において緊急に精神科の医療を要するケースに対応するため、県内を2圏域に分けた病院群輪番制による精神科救急医療体制を整備し、1998(平成10)年7月から実施しています。</p> <p>○精神科救急医療施設数は28施設であり、公的医療機関及び多数の民間医療機関の協力のもとに精神科救急医療体制が構築されています。</p> <p>○精神科医療に関する緊急の相談に24時間対応する「精神科救急情報センター」を整備し、2005(平成17)年10月から実施しています。</p> <p>○各圏域の当番病院のほか、基幹病院として県立中央病院(主として身体合併症により当番病院では対応が困難な患者に対応。)と国立病院機構北陸病院(主として症状の程度により当番病院では対応が困難な患者に対応。)が位置付けられています。</p> <p>○精神科救急医療体制の円滑な運用を図るため、医療機関等で構成する連絡調整会議において、精神科救急医療体制の課題等について検討を行っています。</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-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>【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-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>	同上
精神・身体合併症	<p>○2011(平成23)年10月現在、第二次救急医療機関で精神科を有する施設は10施設、人口100万人当たり9.1施設(全国:6.1施設)と全国より多くなっています。</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>	同上
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>【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>【O-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)</p>	

富山県

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)
							【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)	同上
医療観察法への対応								
うつ病	<p>○一般医と精神科医の連携のための会議(GP連携会議)は、2012(平成24)年12月現在、すべての厚生センター・保健所単位(5か所)で開催されていますが、さらに効果的な連携を促すための取組みが必要です</p> <p>○一般医から精神科医への紹介システムを構築している地区は2012(平成24)年12月現在、富山地区1か所のみとなっており、他の地区においても、発症から速やかに精神科医を受診できる体制の整備が必要です。</p> <p>〔課題①〕(再掲) 一般医と精神科医との連携については、全国での取組状況等を把握しながら、さらなる連携を進めることが必要です。</p>	<p><施策> ○うつ病の早期発見・早期治療を図るため、G P連携会議等において協議・交流を促進するとともに、医療資源等の状況も踏まえ、各地区の実情に合った紹介システムの構築を推進します。 ○一般医に対するうつ病診察の知識・技術や精神科医との連携に関する研修を実施するなど、一般医等のうつ病の診断技術等の向上を図ります。</p>						
認知症	<p>○かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師は、2006(平成18)年度から2010(平成22)年度までの累計で200人、人口10万人当たりで18.2人(全国:18.6人)と全国とほぼ同様となっています。</p> <p>○認知症サポート医養成研修を修了した医師は、2011(平成23)年度末現在で224人となっています。</p> <p>○2008(平成20)年9月に医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合は15.4%(全国:31.0%)と全国より低くなっています。初期の認知症の症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けがつきにくい場合があることや、本人や家族が受診を躊躇することがあることなどから、発症早期に受診せず、重症化してから初めて受診する患者が多いのではないかと推察されます。</p> <p>○2012(平成24)年12月現在、地域型認知症疾患医療センターが3か所設置されていますが、高岡医療圏には設置されていません。</p> <p>○2008(平成20)年9月の認知症退院患者の平均在院日数は185.7日(全国:342.7日)と、全国より短くなっています。認知症に対する精神科医療は、入院を前提)と考えるのではなく、地域での生活を支えることが重要となっています。また、認知症に伴う周辺症状(BPSD)や身体合併症等により入院が必要な場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進することが重要となっています。</p> <p>〔課題③〕 認知症の初期診療の要となるかかりつけ医が、認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、専門医療機関に紹介できる体制整備が必要です。 また、認知症疾患医療センター等による医療と介護・福祉等の連携を充実することが必要です。</p> <p>〔課題④〕 認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、認知症の早期相談、早期受診、早期治療を推進することが必要です。</p>	<p><施策> ○かかりつけ医認知症対応力向上研修を継続して実施し、修了者数を増加させます。 ○認知症サポート医養成研修への派遣や認知症サポート医フォローアップ研修の開催などにより、認知症サポート医によるかかりつけ医への支援体制を充実します。 ○高岡医療圏における認知症疾患医療センターの設置を促進します。 ○認知症高齢者に関わる医療や介護・福祉等の関係機関の情報共有を進めるツール(①本人や家族介護者が所持する「ケア手帳」、②相談機関や医療機関が相互にやりとりする連絡シート)の普及・活用の促進に努めるとともに、各認知症疾患医療センターに組織された地域連携協議会を有効に機能させ、医療と介護・福祉等の連携の充実を図ります。 <施策>(課題③の施策と併せて実施) ○地域住民の理解促進のため、リーフレットの作成や研修会の開催、出前講座や認知症サポーターの育成等を活用した普及啓発、認知症に関するホームページの充実など、認知症について正しく理解するための普及啓発を実施します。 ○高齢者総合相談センターにおける相談支援の充実(認知症ほつと電話相談等)など、認知症高齢者及び家族介護者に対する相談支援体制の充実に努めます。 ○認知症疾患医療センター等の住民への周知による早期相談・受診・治療の促進、地域包括支援センターにおける認知症相談や介護予防事業における基本チェックリスト等での認知症の予防・早期発見の推進、厚生センター等と連携した処遇困難事例等に対する支援等を行います。 ○認知症高齢者グループホーム、認知症対応型デイサービス、小規模多機能型居宅介護等の計画的な整備を行うとともに、認知症介護に携わる専門的人材の育成に努め、地域密着型サービスの充実を図ります。 ○地域包括支援センター等の職員に対し、医療と介護・福祉の連携推進等の研修を実施するなど、医療と介護・福祉等の一体的な支援体制を充実します。</p>			<p>○認知症サポート医数 目標:37人 ○認知症疾患医療センター 目標:4箇所 ○認知症退院患者の平均在院日数 185.7日 目標:短縮</p>			

この計画の	
長所	<p>・認知症やうつ病対策を重視している姿勢がうかがえる。 ・精神・身体合併症への取組みについても努力のあとがうかがえる。</p>
短所	<p>・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のではないかと。 ・記述上の工夫として、各種の指標の一覧化を本編にも盛り込むとよいのではないかと。</p>