

石川県

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	②精神疾患における圏域の設定 精神疾患の医療需要については、休日夜間の精神科救急医療に関しては、「石川県精神科救急医療システム」に基づいて実施し、基本的には患者の状態に応じて県全域で対応しており、県全域を精神疾患の圏域とする。							
患者数	(3) 傷病の状況 ① 傷病分類別推計患者数 入院では、総数の20.9%、2位精神及び行動の障害3,200人(同19.6%)、 ② 傷病分類別受療率 次いで精神及び行動の障害278 (1) 現状と課題 近年、職場におけるうつ病患者の増加や高齢化による認知症患者の増加などにより、精神疾患の患者数が増加傾向にある。精神疾患は住民に広く関わる疾患となっており、急性期から慢性期まで患者の状態に応じた医療提供体制が求められている。また、当県の特徴として、能登地区や山間部での医療体制が不十分であることから、各地域の特性に配慮した医療供給体制の構築が求められる。 精神疾患は、症状が多彩であるにもかかわらず、患者本人が自覚しにくく、症状が変化しやすいため、医療支援が届きにくいという特性があることから、地域において早期治療に繋がる医療連携体制の構築が重要である。 また、精神疾患の患者が住み慣れた地域において、できるだけ長く生活できるように、早期退院に向けた支援と、在宅生活を支え、再入院を防止するための医療提供体制の構築が必要である。					【P-1】総患者数及びその内訳(性・年齢級別、疾病小分類、入院形態別)(患者調査、精神保健福祉資料) 【P-2】年齢調整受療率(精神疾患)(患者調査)		
医療資源		<基本理念> 以上の視点から当県の精神科医療体制の基本理念を以下の5項目とする。 ①精神疾患に悩む人やその家族のニーズに応えられる精神科医療の実現。 ②いつでも、どの地域でも高い水準の精神科医療が受けられるような精神科医療体制の実現。特に早期治療の実現や精神科救急・急性期医療体制の充実を図る。 ③できるだけ、住み慣れた場所で治療が受けられるように、在宅医療を重視し、地域の保健福祉サービスと連携した地域精神科医療体制の構築。 ④入院となっても、短期間での退院が可能となるように、また、重度の人達には長期の見守りが可能となるように、病床機能に応じた人員が配置されるように施設基準と病床数を検討する必要がある。 ⑤統合失調症、気分障害、神経症性障害、児童思春期精神科医療、身体合併症精神医療、認知症医療、司法精神医療、さらには、自殺未遂者への精神医療など、さまざまな専門医療に対応できるように、関係機関が連携した精神科医療の推進を図る必要がある。						
予防・アクセス	<予防・アクセス> ①本県の平成24年6月末現在の入院・通院を合わせた精神疾患患者数は15,765人であり、5年前の平成19年同期に比べ21%の増加となっており、入院通院別で見ると、入院患者数は減少しているものの、通院患者数は1.3倍に増加し、疾患別では、気分障害(うつ病を含む)や発達障害、認知症等が増加している。 ②精神科の早期受診・早期対応を推進するため、かかりつけ医等を対象とした研修への参加については、比較的協力が得られている。GP連携(内科等身体疾患を担当する科と精神科との連携、以降「GP連携」と記載)会議の開催や精神科医への患者紹介システム導入等の連携施策に関しては、全国的にも少ない状況であるが、当県においても今後検討し強化していくことが必要である。 ③保健所及び市町の訪問相談件数(人口10万対:石川県127.6、全国232.8)は全国に比べ少ない状況である。行政をはじめ各種相談窓口のPRに努め、関係機関と連携を密にしながら在宅療養者のニーズ把握に努めることが重要である。 ④保健所及び市町等は、一般住民や障害者の在宅・就労生活を最も身近に支える立場にあることから、精神疾患の理解や予防に関し普及啓発を行い、在宅生活支援を適切に実践していくことが必要であり、そのための力量形成(スキルアップ)が不可欠である。	(3) 対策 <予防・アクセス> ① 予防対策の推進と県民への普及啓発 ア ことろの健康の保持・増進に関して、職場や教育等と連携し研修や相談窓口の充実を図る。 イ 県民への精神疾患についての正しい知識の普及啓発や偏見の解消により、発症や再発予防のために、誰もが精神科医療を受診しやすい環境づくりを図る ウ 悩みを持った人が、身近な相談窓口へ気軽に相談できるように、対象者に合わせたわかりやすい情報発信に努め、各種相談機関情報を広く県民に周知する。 ② 精神科疾患の早期診断・早期治療の推進 ア かかりつけ医による精神疾患の早期発見に係る研修を実施するとともに、GP 連携会議など精神患者の医療に関わる医師同士が情報交換を行う機会を定期的に開催するよう働きかける。 イ 県・市町は、保健活動の中で精神科医療が必要な人に対する受療勧奨に努める。 ③ 関係機関との連携強化及び相談支援体制の充実 ア ことろの健康センターは、精神保健福祉支援業務の中核機関として、地域の関係機関と、適切に相談対応や必要な支援ができるよう	【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)	○かかりつけ医等心の健康対応力向上研修開催回数 1 ○かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 135 目標:増加	【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)	○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 1,481 ○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延人員 2,896	【O-1】◎ことろの状態(国民生活基礎調査)	○ことろの状態(日常生活における悩みやストレス有)430

石川県

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>⑤本県の自殺死亡率は、平成23年は人口10万対22.6(自殺者数261人)で全国の22.9よりも若干低くなっている。石川県自殺対策行動計画における自殺死亡率の目標値は18.2以下(平成28年)であり、引き続き当該計画に基づく施策の推進に取り組んでいくことが必要である。</p>	<p>連携体制を構築し、技術援助や研修会、事例検討回など、県内の専門職の育成及び技術向上を図る。</p> <p>イ こころの健康センター及び保健所は、行政や民間相談機関などの各種相談窓口から、必要に応じて専門相談機関(精神科医対応)へ適切に繋がるようにするために、日頃から地域のさまざまな相談窓口機関が相談に関する情報を相互に共有できる連携体制の整備を図る。</p> <p>ウ こころの健康センター及び保健所は、地域の精神障害者やその家族等からの相談及び市町または各種相談支援機関からの困難事例に対し、地域の精神医療機関等との連携のもと、必要な訪問・相談・助言等の支援を積極的に行うよう努める。</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>○GP連携会議の開催地域数 1</p> <p>○かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数 71</p> <p>○認知症サポート医養成研修終了者数(累計) 19</p> <p>○ゲートキーパー講座受講者数(累計) 目標: 1万人以上</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>○精神保健福祉センターにおける相談等の活動(相談の実人数)351</p> <p>○精神保健福祉センターにおける相談等の活動(相談の延人数)1,452</p> <p>○精神保健福祉センターにおける相談等の活動(普及啓発の開催回数)31</p> <p>○精神保健福祉センターにおける相談等の活動(普及啓発の延人員) 1,998</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被指導実人員 856</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被指導延人員 2,310</p> <p>○精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員</p> <p>○精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人員</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>○自殺死亡率(人口10万対) 22.6</p>
<p>治療・回復・社会復帰</p>	<p><治療・回復・地域生活支援></p> <p>①増加傾向にある通院患者の在宅医療を支える手段は、主に精神科病院による精神科デイケアと訪問看護が中心となっており、利用者実数(人口10万対)はいずれも全国平均値を超えている。ア精神科デイケア等の利用者数は、全国に比べ多い。イ精神科訪問看護件数は、全国と比べ病院では多く、診療所では少ない。</p> <p>②在宅患者の療養生活を見守るためには、通院や通所、往診、訪問看護の他、患者の生活状況全般にかかる様々な支援に繋ぐことが不可欠である。それらの情報を保健・福祉等の支援関係者と共有し、訪問看護の利用など障害者が暮らす地域に出かけ、継続的に在宅医療支援を提供できる連携体制が望まれる。</p> <p>③精神科病院の退院患者平均在院日数(平成23年「患者調査」厚生労働省)は、本県226.0日、全国304.1日と全国平均よりも2ヶ月以上短くなっている。これは、医療機関がこれまでに積極的に地域移行に取り組み、訪問看護やデイケアサービスなど、医療・福祉等の関係機関とともに患者の在宅生活を総合的に支えてきた効果が表れているものと考えられる。</p> <p>④入院期間は7ヶ月以上であり、今後も入院患者の早期退院に向けた支援を推進していくことが必要である。</p> <p>⑤3ヶ月以内の再入院率(平成20年「精神保健福祉資料」厚生労働省)は14.5%で、全国の16.7%より若干低いことから、退院後の地域での生活が比較的継続されつつある。今後もグループホームや日中の活動の場の提供など在宅支援サービスを整備し、必要とされる様々なサービスを選択できるような計画的に準備する必要がある。</p>	<p>(3)対策</p> <p><治療・回復・地域生活支援></p> <p>①入院患者の早期退院の推進</p> <p>入院患者の早期退院を推進するために、症状が安定するための治療とともに、入院期から、保健所、市町、相談支援事業所、福祉サービス事業所、ピアサポーター等との連携により、住居の確保、家事援助、精神障害者保健福祉手帳の取得など在宅生活に必要なサービス調整を図り、社会生活に円滑に移行するための退院支援を推進する。</p> <p>②再入院防止に向けた在宅医療支援のための連携強化</p> <p>ア 退院後の再入院を防止するために、訪問看護の積極的な活用を働きかけるとともに、精神科医、内科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等で構成された多職種チームを派遣する訪問支援体制を推進し可能な限り地域生活が継続できるよう連携強化を図る。</p> <p>イ 患者の状態に応じて適切な医療が提供できるよう、各地域において、医療機関、在宅支援機関、地域包括支援センター、市町、保健所等が連携し、情報の共有化や役割分担をしながら対応できる医療連携体制のあり方について、引き続き検討する。</p> <p>ウ 精神症状悪化時の緊急時の対応体制や連絡体制を確保するなど、緊急時の受診体制を整備しておく。</p> <p>エ こころの健康センターが中心となって、多機関多職種合同での連携技術に関する研修や実習を企画するなど、在宅支援関係者の連携技術の向上を図る。</p> <p>③地域の受け皿の充実</p> <p>退院後の生活の場として、ケアホーム、グループホーム等の居住の場の確保や、地域での日常生活に必要な在宅支援等について、障害福祉サービスや介護保険サービス等との連携を進める。</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>○精神科を標榜する病院数 32</p> <p>○精神科を標榜する診療所数 13</p> <p>○精神科を標榜する精神科病院数 13</p> <p>病院 目標: 2.7以上</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>○精神科地域移行実施加算 7</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(病院) 226.0日 目標:短縮</p> <p>○退院患者平均在院日数(認知症) 血管性及び詳細不明 325.4</p>

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)
		併せて、地域の当事者グループ(セルフヘルプグループなど)の育成と活動支援について充実を図る。	<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>◎精神科病院の従事者数(医師数)101.1</p> <p>◎精神科訪問看護を提供する病院数 673 ◎精神科訪問看護を提供する診療所数 39 目標:127.0以上</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>○非定型抗精神病薬加算1(2種類以下) 4,764</p> <p>○精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数(入所系) 53 ○精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数(通所系) 0</p> <p>○精神科訪問看護の利用者数(単科精神科病院) 407 ○精神科訪問看護の利用者数(単科精神科病院以外) 66 ○精神科訪問看護の利用者数(精神科、神経科標榜診療所) 20 ○精神科訪問看護の利用者数(精神科、神経科外来) 0 ○重度認知症患者デイケアの利用者数(延) 1,221 ○認知症の地域連携クリティカルパス導入率 0</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年未満入院者の平均退院率 目標:71.3%以上 ○認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率 39.5</p> <p>○在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数 31</p> <p>○3カ月以内再入院率 14.5% 目標:減少</p> <p>○自殺死亡率 目標:18.2</p>
精神科救急			<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>◎精神科救急医療施設数 目標:16 施設以上</p> <p>◎精神科救急相談窓口の開設状況 開設 ◎精神科救急情報センターの開設状況 開設</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>○精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数 1,391 ○精神科救急医療機関の夜間・休日の入院件数 347</p> <p>○精神科救急情報センターへの相談件数 16</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>	

石川県

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>【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>◎精神科救急入院料届出施設数 2</p> <p>◎精神科急性期治療病棟入院料1届出施設数 4</p> <p>◎精神科急性期治療病棟入院料2届出施設数 0</p> <p>◎精神科救急医療体制を有する病院数 16</p> <p>◎精神科救急医療体制を有する診療所数 1</p> <p>◎精神科応急入院指定病院数 目標:7以上</p> <p>◎類型別認知症疾患医療センター数 基幹型・地域型 計2</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>◎年間措置患者数 10</p> <p>◎年間医療保護入院患者数 3,137</p> <p>◎保護室の隔離患者数 122</p> <p>◎身体拘束を行っている実施患者数 45</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>◎精神科救急・合併症対応施設数 0</p> <p>◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数 1</p> <p>◎入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数 12</p> <p>◎精神病床を有する一般病院数 21</p> <p>◎精神科救急医療システム合併症治療病院数 目標:6 以上</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>◎副疾病に精神疾患を有する患者の割合(入院) 13.4</p> <p>◎副疾病に精神疾患を有する患者の割合(外来) 3.9</p> <p>◎精神科身体合併症管理加算 382</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>同上</p> <p>同上</p> <p>同上</p> <p>同上</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>◎児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数 0 目標:増加</p> <p>◎小児入院医療管理料5届出医療機関数 0</p> <p>◎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 2 目標:増加</p> <p>◎医療観察法指定通院医療機関数(病院) 11</p> <p>◎医療観察法指定通院医療機関数(診療所) 0</p>	<p>【P-21】◎在宅通院精神療法の20歳未満加算(NDB)</p>	<p>◎在宅通院精神療法の20歳未満加算 2,430</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>同上</p> <p>同上</p> <p>同上</p> <p>同上</p>

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																				
うつ病	<p><各論:うつ病対策></p> <p>①本県の通院公費負担制度の利用者数(毎年6月末日調査)のうち、うつ病患者を含む気分(感情)障害患者数は、平成24年5,310人(42.7%)であり、平成19年2,983人(31.2%)に比べ増加している。</p> <p>②自殺未遂者の3/4がうつ状態などの精神的な病気の状態であったという調査報告(飛鳥井望氏「自殺の危険因子としての精神障害」精神神経誌96:415-443, 1994年)もあることから、石川県自殺対策行動計画に基づいた施策と併せて、うつ病対策に取り組む必要がある。</p> <p>③うつ病などの早期診断や早期治療のための医師を対象とした研修会参加については比較的協力が得られており、早期診断等に関する理解は高まりつつある。うつ病の診断技術の向上と併せて、うつ病を発症してから精神科医にかかるまでの期間をできるだけ短縮することが求められており、かかりつけ医をはじめ地域関係機関が連携し、うつ病のある患者が精神科受診の必要性を理解し、早期に精神科受診及び診断に繋がるような体制を地域で整えていく必要がある。</p> <p>④産業界やかかりつけ医など在宅医療関係機関が連携し、患者の状態に応じて必要な医療の提供や環境調整に関する助言、復職支援などを取り行う組みが必要である。</p> <p>⑤本県では、自殺死亡率の目標を達成できていない状況にあることから、地域でのゲートキーパー機能の拡大と、当事者が相談しやすいように寄り添い合える相談支援体制の充実に向けて、引き続き取り組む必要がある。</p>	<p>(3)対策</p> <p><各論:うつ病対策></p> <p>①かかりつけ医等と連携した早期診断・早期治療の推進 ア うつ病の早期診断や早期対応のために、かかりつけ医等のうつ病対応力向上をすすめるとともに、GP連携体制の構築を図る。 イ うつ病のある患者が精神科の早期受診を勧奨された際に、速やかに受診に繋がるように地域の保健・福祉関係機関との協力支援体制を整備する。</p> <p>②関係機関が連携し、患者の状態に応じた必要な医療の提供等支援体制の充実 ア うつ病に関してより質の高い医療が提供できるよう、医師等の医療関係者に対し、うつ病の診断・治療、患者の支援方法、認知行動療法、過量服薬防止などの研修を行う。 イ 患者の状態に応じた必要な医療を提供し、環境調整に関する助言やケアでのリワークプログラムを用いた復職支援など、病氣と上手につきあひながら自分らしく生活するための支援体制を充実する。 ウ 疾病理解のための患者・家族教室、当事者同士の交流会、企業における研修会など、支援関係者がうつ病患者を理解し、状態に応じた対応が早期にできるよう、医療・保健・福祉・教育・産業等関係機関での支援体制構築を図る。</p> <p>③身近な地域での見守り、相談支援体制の充実。誰もがゲートキーパーとしての役割が期待されることから、行政機関のみならず民間団体や地域住民、企業等の団体に当該研修への参加を促し、適切な相談窓口へ早期に繋ぐ役割をするゲートキーパーを増やすことで、緩やかな見守りや支え合いが広がる地域の拡大を目指す。</p>																		
認知症	<p><各論:認知症対策></p> <p>①高齢者の増加に伴って認知症患者の増加が見込まれており、入院を中心とする治療では対応しきれないため、認知症のある方を地域で支える体制の整備が必要とされている。認知症のある方ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、早期の診断や周辺症状への対応を含む治療が受けられる医療体制を構築する必要がある。認知症患者は増加しており、平成22年の精神科に入院しているアルツハイマー病型認知症、血管性認知症等の患者数は、石川県904人、全国66,893人である。</p> <p>表 アルツハイマー病型、血管性認知症等の入院患者数 (単位:人)</p> <table border="1"> <tr> <td>H10</td> <td>H14</td> <td>H18</td> <td>H22</td> </tr> <tr> <td>石川県 644</td> <td>838</td> <td>861</td> <td>904</td> </tr> <tr> <td>全国 47,504</td> <td>55,678</td> <td>61,027</td> <td>66,893</td> </tr> </table> <p>(各年6月30日現在)</p> <p>②認知症の退院患者の平均在院日数は、全国に比較し短いものの、300日を超える状況であり、できるだけ早期に退院することが可能となるよう、退院後に必要な訪問支援も含めた地域医療の充実と精神科医療機関とかかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー等が連携し、医療・介護サービスが円滑に連携できる仕組みづくりを推進する必要がある。</p> <p>ア認知症の退院患者の平均在院日数は、石川県315.5日、42.7日である。(平成20年「患者調査」厚生労働省)</p> <p>イ新規入院患者のうち2か月以内に退院した割合は、県39.5%、全国27.6%である。(平成21年「精神保健福祉資料」厚生労働省)</p> <p>③かかりつけ医の認知症対応力向上研修の参加者数は、石川県342名、全国23,590名(平成18～22年)となっている。</p> <p>④県内で地域型認知症疾患医療センターに指定されているのは、県立高松病院と加賀こころの病院の2か所である。</p>	H10	H14	H18	H22	石川県 644	838	861	904	全国 47,504	55,678	61,027	66,893	<p>(3)対策</p> <p><各論:認知症対策></p> <p>①かかりつけ医による認知症の早期対応と継続医療のための連携強化 認知症の早期発見・対応につなげるため、かかりつけ医の認知症への対応力向上研修を行い、その技術を維持・活用するために、資格登録やフォローアップ研修、及び精神科専門医との連絡体制の整備など、かかりつけ医による認知症の早期対応と継続医療体制の連携強化を図る。</p> <p>②認知症診断可能な医療機関の整備 身近な地域で認知症の専門的診療が受けられるよう、二次医療圏に1か所以上から概ね65歳以上人口6万人の圏域に1か所程度、認知症疾患医療センターを含む認知症の鑑別診断(他機関との連携による検査も可)と在宅生活訪問支援との双方を行える医療機関の確保に努める。</p> <p>③多職種チームによる生活支援の充実 ア 認知症の人とその家族が地域で気軽に相談・受診できるよう、医療機関からの精神科医、内科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等で構成された多職種チームによる訪問支援を含め、地域生活を支えるための医療支援体制の充実を図る。その際は、当該地域の在宅医療連携グループとの連携を図るものとする。 イ 相談から治療、在宅支援まで切れ目のない支援を提供するために、精神科医療機関とかかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー、福祉サービス事業所等が協働し、認知症の人の地域生活を支える連携体制を構築する。</p>		<p>○かかりつけ医等認知症対応力向上研修参加者数(累計) 目標500人以上 ○認知症サポート医養成研修累計修了者数 目標:40人</p>				<p>○新規認知症入院患者の2ヶ月以内退院率 目標:50.0%以上</p>
H10	H14	H18	H22																	
石川県 644	838	861	904																	
全国 47,504	55,678	61,027	66,893																	

石川県

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none">・アウトカム指標についても、目標設定されているものがあり、わかりやすい。・認知症やうつ病対策に力点をおいていることが伺える。・・
短所	<ul style="list-style-type: none">・精神・合併症の取組みの難しさがうかがえる。・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

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	なお、5疾病、5事業、在宅医療のそれぞれの医療提供体制については、脳卒中などの急性期医療においては早期の治療開始が治療法の有用性や予後に大きく影響すること、 疾病・事業ごとに医療資源の制約があることなどを考慮して、二次医療圏にこだわらず、 地域の実情に応じて弾力的に圏域を設定します。							
患者数	(1)精神疾患による受療者の状況 平成23年6月30日現在の精神科病院の在院患者数は2,102人で、平成12年度と比べ111人(5.0%)減少しています。 一方で、平成24年3月の通院患者の実人数は20,138人で、平成12年度と比べ9,776人(94.3%)増加しています。 (2)在院患者の状況 精神科病院の在院患者の年齢をみると、65歳以上の患者が1,133人で全体の53.9%を占めています。 また、在院期間別では5年以上入院している患者が769人で36.6%を占め、疾患別では「統合失調症等」の患者が1,137人で54.1%を占めています。					【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	2 医療提供体制 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れば、再び地域生活や社会生活を営むことができるため、様々なサービスと協働しながら、必要な医療サービスを総合的に提供できる体制が必要です。 (1)患者の入院状況 福井・坂井医療圏と嶺南医療圏に住む患者は、ほとんどが同じ医療圏内の医療機関に入院しています。奥越医療圏と丹南医療圏に住む患者は、6~7割が同じ医療圏内の医療機関に入院し、3~4割が福井・坂井医療圏内の医療機関に入院しています。							
予防・アクセス		<p>施策の基本的方向</p> <ul style="list-style-type: none"> ○必要な精神科医療の早期提供 ○早期の退院と退院後の地域生活の支援 ○速やかな救急医療や専門医療の提供 <p>Ⅲ 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1年未満入院者の平均退院率:76%以上 ・認知症新規入院患者2か月以内退院率:50% ・かかりつけ医等の健康対応力向上研修参加者数:500人 ・かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数:500人 	<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>○(推奨指標)かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 目標:500人</p>	○(推奨指標)かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 目標:500人	<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>○(必須指標)被指導実人員 目標:未設定</p>	<p>【O-1】◎こころの状況(国民生活基礎調査)</p> <p>○(必須指標)樹みやストレスなし 目標:未設定</p>	○(必須指標)樹みやストレスなし 目標:未設定	
			<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>○GP連携会議の開催地域数、及び紹介システム構築地区 目標:未設定</p>	○GP連携会議の開催地域数、及び紹介システム構築地区 目標:未設定	<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>○(必須指標)相談の実人員 目標:未設定</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>○(必須指標) 目標:未設定</p>	○(必須指標) 目標:未設定	
			<p>【S-3】地域連携クリティカルパス導入率</p> <p>○(推奨指標)かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数 目標:累計500人</p>	○(推奨指標)かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数 目標:累計500人	<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>○(必須指標)被指導実人員 目標:未設定</p>	○(必須指標)訪問指導の実人員 0人 目標:未設定		
治療・回復・社会復帰	(2)病状に応じた医療機能 イ 治療・回復・社会復帰 精神科病院の1年未満入院者の平均退院率は、平成22年度の調査では、76.7%で、全国平均の71.4%を上回っています。また、受入れ条件が整えば退院が可能である精神障害者は、平成24年6月現在168人です。 精神科病院からの地域移行を推進するには、入院から退院後の通院や生活について、精神科病院と地域の相談支援事業所が連携し、必要に応じて訪問支援のサービスを提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保することが重要です。	<p>2 早期の退院と退院後の地域生活の支援(県、市町、医療機関)</p> <p>(1)精神障害者の地域移行を支援するため、精神科病院への働きかけを行うなど、関係機関との調整を包括的に行う相談支援専門員等への研修を行い、資質の向上を図ります。 (2)退院後安心して地域で生活できるよう、市町、各地域自立支援協議会等と連携・協力し、相談支援事業所および各種サービス間のネットワーク強化を図り、スムーズなサービス提供が実施できる体制づくりを推進します。</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>○(必須指標)病院 23施設、診療所 9施設、精神科病院 10施設 目標:未設定</p>	○(必須指標)病院 23施設、診療所 9施設、精神科病院 10施設 目標:未設定	<p>【P-7】◎精神科地域移行実施加算(診療報酬施設基準)</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p>	○(推奨指標) 目標:未設定	<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p> <p>○(必須指標)施設所在地集計 375.6日 ※病院のみ、患者所在地集計 379.8日 ※病院+診療所 目標:未設定 ○(必須指標)認知症:血管性及び詳細不明の認知症 346.3日 アルツハイマー症 151.8日 平均 249.1日 目</p>	○(必須指標)施設所在地集計 375.6日 ※病院のみ、患者所在地集計 379.8日 ※病院+診療所 目標:未設定 ○(必須指標)認知症:血管性及び詳細不明の認知症 346.3日 アルツハイマー症 151.8日 平均 249.1日 目

福井県

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>す。また、認知症患者が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けるために、地域密着型の介護サービスの提供が必要です。</p> <p>◆治療・回復・社会復帰を担う医療機関に求められる事項は以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療、精神科デイ・ケアを含む。)を提供すること。 ○必要に応じ、アウトリーチ(訪問支援)を提供できること。 ○精神科医、薬剤師、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チームによる支援体制を作ること。 ○精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。 ○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、相談支援事業所等との連携により、退院を支援すること。 ○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。 ○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、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進連絡事務所、ハローワーク、地域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>(3)ホームヘルプサービスや訪問診療、訪問看護など地域での生活を支えるために必要なサービスの充実を図ります。</p> <p>(4)グループホームなど、認知症に対応できる地域密着型介護事業所の充実を図ります</p>			<p>【S-5】◎精神科病院の従事者数(病院報告)</p> <p>○(必須指標)医師 53.5人 目標:未設定</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>○(必須指標)病院 9施設、診療所 1施設 目標:未設定</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割以上処方率)</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>○(推奨指標) 目標なし</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>○(推奨指標) 1年未満入院者の平均退院率 76.7% 目標:76%以上</p> <p>○(推奨指標) 20人 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 延利用者数</p> <p>○(推奨指標) 重度認知症患者デイ・ケアの利用者数</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p>	<p>○(推奨指標) 1年未満入院者の平均退院率 76.7% 目標:76%以上</p> <p>○(推奨指標) 20人 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 延利用者数</p> <p>○(推奨指標) 重度認知症患者デイ・ケアの利用者数</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p>	<p>○(推奨指標) 1年未満入院者の平均退院率 76.7% 目標:76%以上</p> <p>○(推奨指標) 20人 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 延利用者数</p> <p>○(推奨指標) 重度認知症患者デイ・ケアの利用者数</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p>
精神科救急		<p>3 速やかな救急医療や専門医療の提供[県、医療機関、医師会]</p> <p>(1)福井県精神科救急医療体制の円滑な運用を確保するため、かかりつけ医や精神科診療所と精神科病院との連携を促進し、身体症状を合併する精神科救急患者の受け入れ体制の充実について引き続き検討します。</p> <p>(2)24時間、精神科救急医療相談や救急対応が必要な患者の受入先の調整に対応する精神科救急情報センターの機能の充実を図ります。</p> <p>(3)措置入院のための診察の円滑な運用を図るため、受け入れ病院の確保に係る体制の充実を図るとともに、精神保健指定医の当番制の導入を検討します。</p> <p>(4)発達障害など子どもの心の診療が可能な専門医を養成するとともに、子どもの心の診療に携わる一般小児科医や精神科医への研修を行います。また、パンフレットの配布やセミナー等の開催により、保護者による発達障害の早期発見を促し、早期の支援につなげます。</p> <p>(5)県立すこやかシルバー病院や認知症疾患医療センターと地域の</p>	【S-8】◎精神科救急医療施設数(事業報告)	○(必須指標) 目標:未設定	【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)	○(必須指標) 目標:未設定	【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)			

福井県

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)
		かかりつけ医との連携を促進し、認知症の診断・治療体制を強化します。	<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>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</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>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</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>	
精神・身体合併症	<p>(2)病状に応じた医療機能 ウ 精神科救急・身体合併症 在宅の精神障害者が増加する中、精神症状の急激な悪化等の緊急時において適切な医療および保護の機会を確保する精神科救急医療体制の重要性は高まっています。 本県では、嶺北7箇所、嶺南3箇所の精神科病院を輪番型医療施設として、夜間・休日に、救急な医療を必要とする精神障害者等に精神科救急医療を提供しています。 また、平成22年に精神科救急情報センターを開設し、24時間365日、精神障害者および家族等からの精神医療相談や、医療機関や消防機関等からの要請に対し、精神障害者の状態に応じた医療機関の紹介・調整を行っています。 しかし、身体疾患を合併する精神疾患患者については、医療機関の受入れまでに、通常の場合に比べて時間を要している状況にあります。また、措置入院の要否を判断する精神保健指定医の確保にも時間を要しています。</p> <p>◆精神科救急を担う医療機関に求められる事項は以下のとおりであり、これらに該当する医療機関は次表のとおりです。 ○精神科救急患者の受入れが可能な設備を有すること(検査室、保護室、手厚い看護体制等)。 ○地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること。 ○継続的に診療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、地域の医療機関との連携により夜間・休日にも対応できる体制を有すること。 精神科救急を担う主な医療機関 記載あり</p> <p>◆身体疾患を合併した患者に対応する医療機関に求められる事項は以下のとおりであり、これらに該当する医療機関は次表のとおりです。 ○身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる)こと。 ○精神科病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師または医療機関の診療協力を有すること。 ○一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチームまたは精神科医療機関の診療協力を有すること。 身体疾患を合併した患者に対応する主な医療機関 記載あり</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】◎精神科病床を有</p>	<p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</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>○(推奨指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</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>		

福井県

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)
			する一般病院数(医療施設調査)	設定			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)	
専門医療	<p>◆専門医療を提供する医療機関に求められる事項は以下のとおりです。</p> <p>○各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行える体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携すること。</p> <p>○他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること。</p> <p>①子どもの心 自閉症、アスペルガー障害、注意欠陥多動性障害(ADHD)等の発達障害については、早期の診断と適切な治療が重要ですが、児童精神科医をはじめとしたこれらの障害に専門的に対応できる医師は少ないのが現状です。</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>【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>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(必須指標) 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標) 目標:未設定</p>	[P-21]○在宅通院精神療法(20歳未満加算(NDB))	<p>○(必須指標) 目標:未設定</p>	<p>【0-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p> <p>【0-3】○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>【0-4】○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>【0-5】○3ヶ月以内再入院率(精神保健福祉資料)</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>	○(必須指標) 認知症新規入院患者2か月以内退院率 目標:50%
医療観察法への対応	医療観察法に基づく指定通院医療機関は県内に4箇所ありますが、更なる確保が求められています。							
うつ病	<p>②うつ病 うつ病が関与していることが多いといわれている自殺者は、平成10年以後全国で年間3万人を超えており、自殺対策は喫緊の課題です。平成23年の本県の自殺率は人口10万人あたり18.4です。うつ病等は身体症状が出ることも多く、かかりつけの医師等を受診することも多いことから、うつ病に対する適切な医療を提供できる環境を確保するために、一般科医と精神科医の連携が必要ですが、本県では、一般科医と精神科医の連携強化のための事例検討会や研修会等を開催しています。</p> <p>◆うつ病の診療を担う精神科医療機関に求められる事項は以下のとおりです。</p> <p>○うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること。</p> <p>○うつ病の、他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること。</p> <p>○患者の状態に応じて、薬物療法および精神療法等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>○患者の状態に応じて、生活習慣などの環境調整等に関する助言</p>							

福井県

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>ができること。</p> <p>○かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること。(例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力)。</p> <p>◆うつ病の診療を担う一般の医療機関に求められる事項は以下のとおりです。</p> <p>○うつ病の可能性について判断できること。</p> <p>○症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる専門医療機関と連携していること。</p> <p>○内科等の身体疾患を担当する医師等と精神科医との連携会議等へ参画すること。</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していること。</p>							
認知症	<p>③認知症</p> <p>高齢化に伴い、認知症患者は増加傾向にあり、今後もますます増えることが予測され、一般科医と精神科医との連携により、早期に適切な医療を提供することが必要です。</p> <p>本県では、認知症疾患の保健医療水準の向上を図るため、嶺北、嶺南にそれぞれ1箇所認知症疾患医療センターを指定し、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談、地域の保健・医療・介護関係者への研修等を行っています。</p> <p>◆認知症のかかりつけ医となる医療機関に求められる事項は以下のとおりです。</p> <p>○地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携して、認知症の人の日常的な診療を行うこと。</p> <p>○認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センターや精神科を有する病院等の専門医療機関を紹介できること。</p> <p>○専門医療機関と連携して、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画に基づき患者やその家族等に療養方針を説明し、療養支援を行うこと。</p> <p>○認知症への対応力向上のための研修等に参加していること。</p> <p>○認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携会議等に参加し、関係機関との連携を図ること。</p>			<p>○(推奨指標)認知症サポート医養成研修修了者数 目標:未設定</p> <p>○(推奨指標)類型別認知症疾患医療センター数 目標:未設定</p> <p>○かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数 目標:500人</p>				
依存症	<p>過度な飲酒は、アルコール依存症だけでなく生活習慣病をはじめとした様々な身体疾患やうつ病等の健康障害のリスク要因となるため、健康への悪影響について啓発するとともに、当事者や家族に対する相談支援や速やかな医療の提供を行うことが必要です。</p>							

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・指標の設定が概ねみられる。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。 ・子どもの精神に係る記述もみられる。 ・ ・
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・整備されていない施設の区分がある。 ・精神と身体 の合併症対応が弱いところである。 ・指標の目標が多くの項目で不明確であるところが惜しまれる。 ・ ・

山梨県

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)
医療圏	<p>圏域の設定</p> <p>○中北圏域に医療機関、医療従事者等が集中しており、適切な医療を提供するためには全県における連携が求められることから、県全域を一区域として圏域を設定します。</p>							
患者数	<p>【精神疾患患者数】</p> <p>○平成23年の調査で2万人と推計されており、平成8年の1万5千人と比較すると1.3倍に増えていきます。23年度内訳:認知症(血管性など)146、認知症(アルツハイマー病)366、薬物・アルコール依存など78、統合失調症など713、うつ病など958、不安障害など571、てんかん216、その他の精神及び行動の障害176</p> <p>【入院期間別の患者数と割合】</p> <p>○精神保健福祉資料(厚生労働省)によると本県の入院患者数は、平成22年6月30日現在で2,103人となっており、平成18年と比較して約8%減少しています。</p> <p>○平成18年から平成22年までの5年間の入院患者の入院期間別の割合を見ると、大きな変動はありません。平成22年の入院患者2,103人のうち、5年以上の患者数は960人で、45.6%を占めています。</p> <p>○全国と比較すると本県では5年以上の入院患者の割合が多く、1年未満の入院患者の割合が少なくなっています。</p> <p>【入院患者の疾患分類】</p> <p>○本県の入院患者の疾患別割合をみると多い順に統合失調症、認知症となっています。また、統合失調症は平成18年と比べて平成22年は3.9ポイント減少し、認知症は同じ期間で比較すると2.3ポイントの伸びが見られます。これらは、全国と同様の傾向といえます。</p> <p>○入院患者の疾患別割合を全国と比較すると本県では統合失調症が5.4ポイント多く、認知症が7.2ポイント少なくなっています。</p>	<p>目標項目等 現状 平成29年度目標</p> <p>平均残存率 27.9% 24.0% (H23)</p> <p>退院率 22.0% 27.0% (H23)</p> <p>自殺死亡率 25.1(H23) 減少 (人口10万対)</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>○平成24年7月1日現在、県内には精神科のある医療機関が11カ所、精神科を標榜し精神科病棟を持たない医療機関は30カ所あり、各医療機関において機能の充実に取り組み、医師、薬剤師、保健師、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チームによる、患者の状態に応じた医療を提供しています。</p> <p>○精神疾患患者の社会生活機能の回復を目的として精神科のデイケア、ナイトケア、ショートケアを実施する医療機関は県内に13カ所あり、医師の指示の下に看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者などが個々の症状に応じたプログラムにより治療を行っています。</p> <p>○身体症状でかかりつけ医を受診した患者に、うつ病などの精神疾患が疑われる場合には、かかりつけ医と精神科医との連携により適切な医療が受けられる体制づくりが重要です。</p> <p>○平成24年10月末現在、精神科訪問看護を実施している医療機関は11カ所、精神通院医療の指定を受けている訪問看護ステーションは26カ所あります。また精神通院医療の指定薬局は436カ所あります。</p> <p>○患者が治療を中断することなく状態が安定し、地域での生活を安心して続けるためには、医療機関、訪問看護ステーション、薬局及び保健所、市町村等が連携して支援の充実を図る必要があります。</p> <p>○近年の精神科医療は、早期退院を旨とし入院期間の短縮に取り組むなど入院医療中心から地域ケア中心へと大きく変わりつつあり、平成23年の患者調査によると本県の退院患者平均在院日数は、230.4日で全国平均の296.1日を下回っています。</p> <p>○5年以上の長期入院患者の中には、症状が安定しても地域の受け入れ体制が整わないことや、本人の生活機能や意欲の低下により退院できない社会的入院患者が多く含まれていると推測されます。</p> <p>○精神疾患があっても地域で自立した日常生活及び社会生活を営むことができるように医療機関、地域における支援体制を整えることが求められています。</p> <p>○精神疾患の急な発症や精神症状の悪化などにより、早急に精神科の治療を必要とする人に対し、県立北病院と民間精神科病院による輪番制の医療体制を整備するとともに、救急時に患者本人や家族、救急隊などからの相談に応じるため、精神科救急情報センターを設置して、受け入れ病院の紹介等を行っています。</p> <p>○精神科救急情報センターの開所時間が限定されているため、それ以外の時間にアクセスできないこと、身体疾患を合併する精神疾患</p>	<p>医療の連携</p> <p>○かかりつけ医の対応力向上のための研修等により、かかりつけ医と精神科医との連携を推進し早期に適切な医療が受けやすい体制づくりや、身近な地域で必要な医療を継続して提供できる体制づくりを進めていきます。</p> <p>○病状に合った適切な医療を提供するため、精神科を有する医療機関の間においても、診療所と精神科病棟をもつ病院との連携、各病院の専門機能による病院と病院との連携についても強化を図っていきます。</p> <p>地域の支援体制の整備</p> <p>○入院中心の医療ではなく住み慣れた家や地域で暮らしながら療養できるよう、保健、医療、福祉、教育、就労などの関係機関が連携した支援の充実を図ります。</p> <p>○患者の状況に応じた、適切な外来医療、訪問診療、訪問看護等の提供を充実させていきます。</p> <p>○長期に入院し退院への意欲を失っている社会的入院患者に、きめ細やかなかわりや地域での生活に関する情報を提供することで、退院への意欲を高めていきます。</p> <p>○病院や保健所、市町村が連携し相談支援の充実やグループホームなどの住まい、集いの場、就労先などを確保し、地域での自立した日常生活及び社会生活に移れるよう支援体制の充実を図るとともに、地域での生活の定着を目指します。</p> <p>○家族会等の自助グループや精神保健福祉ボランティア、民間団体等と協働して精神疾患患者が暮らしやすい地域づくりを進めていきます。</p>						

山梨県

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)
	患者の受け入れ体制が十分に整っていないことが課題となっています。							
予防・アクセス		<p>予防と早期受診の推進</p> <p>○関係機関と連携し広報紙やホームページなどの広報媒体や研修会、講演会などあらゆる機会を活用し、ライフステージに応じたこころの健康づくりや精神疾患に関する正しい知識、県内の精神科医療機関の情報について普及啓発を図っていきます。</p> <p>○引き続き相談機関の周知を行うとともに、相談に携わる職員のスキルアップと各相談機関の役割の分担によるネットワークを広げ、相談体制の充実を図ります。</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>【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>	○25.1(H23) 目標:減少	
治療・回復・社会復帰	<p>治療</p> <p>○平成24年7月1日現在、県内には精神病床のある医療機関が11カ所、精神科を標榜し精神病床を持たない医療機関は30カ所あり、各医療機関において機能の充実に取り組み、医師、薬剤師、保健師、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チームによる、患者の状態に応じた医療を提供しています。</p> <p>○精神疾患患者の社会生活機能の回復を目的として精神科のデイケア、ナイトケア、ショートケアを実施する医療機関は県内に13カ所あり、医師の指示の下に看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者などが個々の症状に応じたプログラムにより治療を行っています。</p> <p>○身体症状でかかりつけ医を受診した患者に、うつ病などの精神疾患が疑われる場合には、かかりつけ医と精神科医との連携により適切な医療が受けられる体制づくりが重要です。</p> <p>回復・社会復帰</p> <p>○平成24年10月末現在、精神科訪問看護を実施している医療機関は11カ所、精神通院医療の指定を受けている訪問看護ステーションは26カ所あります。また精神通院医療の指定薬局は436カ所あります。</p> <p>○患者が治療を中断することなく状態が安定し、地域での生活を安心して続けるためには、医療機関、訪問看護ステーション、薬局及び保健所、市町村等が連携して支援の充実を図る必要があります。</p> <p>○近年の精神科医療は、早期退院を目指し入院期間の短縮に取り組むなど入院医療中心から地域ケア中心へと大きく変わりつつあり、平成23年の患者調査によると本県の退院患者平均在院日数は、230.4日で全国平均の296.1日を下回っています。</p> <p>○5年以上の長期入院患者の中には、症状が安定しても地域の受け入れ体制が整わないことや、本人の生活機能や意欲の低下により退院できない社会的入院患者が多く含まれていると推測されます。</p> <p>○精神疾患があっても地域で自立した日常生活及び社会生活を営むことができるように医療機関、地域における支援体制を整えることが求められています。</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</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</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</p>		

山梨県

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)
			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)		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) 【P-14】◎精神科訪問看護の利用者数(精神保健福祉資料)		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)	同上
精神科救急	精神科救急 ○精神疾患の急な発症や精神症状の悪化などにより、早急に精神科の治療を必要とする人に対し、県立北病院と民間精神科病院による輪番制の医療体制を整備するとともに、救急時に患者本人や家族、救急隊などからの相談に応じるため、精神科救急情報センターを設置して、受け入れ病院の紹介等を行っています。 ○精神科救急情報センターの開所時間が限定されているため、それ以外の時間にアクセスできないこと、身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れ体制が十分に整っていないことが課題となっています。	精神科救急の充実 ○急な発症や症状の悪化等の緊急時に、いつでも、誰でも、どこにいても適切な医療が提供されるよう 24 時間 365 日、相談・対応ができる精神科救急医療体制の整備に向け関係機関と検討を行い推進していきます。 ○救急対応を必要とする身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れ体制や、かかりつけ医と救急医との連絡体制の確保について検討を進めます。	【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)		【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)	同上
精神・身体合併症			【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)	同上

山梨県

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	<p>【児童精神医療】</p> <p>○こころに問題を抱えた児童に適切な医療と支援を提供するために、こころの発達総合支援センター、県立北病院、精神保健福祉センター、あけぼの医療福祉センターを拠点機関として、支援体制の構築を図っています。</p> <p>○専門的な診療や支援を必要とする人が増加しており、問題も複雑多岐にわたることから関係者の資質向上、連携を一層強化する必要があります。</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>【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】○在宅通院精神科療法の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>	同上
医療観察法への対応	<p>医療観察法による指定医療機関</p> <p>○心神喪失又は心神耗弱の状態、殺人や放火などの重大な他害行為を行い不起訴、無罪等の判決を受けた者に対しては、「医療観察法」に基づき、入院又は通院の決定をするための審判が行われます。</p> <p>○本県では、鑑定入院医療機関は2カ所、指定入院医療機関は1カ所、指定通院医療機関は3カ所あり、精神科医、看護師等多職種チームによって行われる必要な医療の提供と評価により、病状の改善や社会復帰の支援が行われています。</p>							
うつ病	<p>うつ病</p> <p>○本県の平成23年の自殺者数(人口動態統計)は212人で全国ワースト12位となるなど、深刻な状況が続いています。自殺の要因では健康問題が最も多く、その内、うつ病等の気分障害が4割(平成23年度自殺白書)を占めています。このような状況を改善するため、平成24年9月に策定した「山梨県自殺防止対策行動指針」に基づき取り組みを進めています。</p> <p>○うつ症状に気づき適切な相談機関につながるよう普及啓発を図るとともに、医療関係者等へうつ病に関する研修を行っています。</p> <p>○かかりつけ医、救命救急医、産科医と精神科医との連携の下、正確な診断と症状に応じた適切な医療が受けられる体制整備、関係者が連携した社会復帰に向けた支援が重要です。</p>							
認知症	<p>認知症</p> <p>○本県は、高齢化が全国より約1年早く進んでいるため、認知症対策が急務となっています。平成24年4月1日現在、認知症高齢者は20,476人で、65歳以上の高齢者の9.5%を占めています。また、若年性認知症者は362人となっています。</p> <p>○認知症はアルツハイマー病、血管性認知症など様々であり、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるには、早期診断・早期対応が必要です。</p> <p>○平成22年度に県立北病院と日下部記念病院に認知症疾患医療センターを開設し、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状に対応する急性期治療や専門医療相談等を実施するとともに、一般の医療機関や地域の関係者等への研修を行っています。</p> <p>○認知症の周辺症状の改善のために入院治療が必要となった場合、かかりつけ医と精神科医が連携し、できる限り短期間での退院を目指すことや、退院直後から必要な介護サービスが受けられるよう医療と介護の連携が求められています。</p>	<p>認知症に対する主な取り組み</p> <p>【理解の普及と家族等への支援】</p> <p><施策の展開></p> <p>○「山梨県認知症対策推進会議」を開催し、認知症に関する正しい知識の普及や認知症の人と家族への支援の方策などの検討を行い、各種施策に反映させていきます。</p> <p>○認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る認知症サポーターやそのサポーターを養成するための講師となるキャンパイン・メイトを養成します。</p> <p>【早期診断・早期治療】</p> <p><施策の展開></p> <p>○関係機関と連携し広報紙やホームページなどの広報媒体や研究会、講演会などあらゆる機会を活用し、正しい知識、県内の精神科医療機関の情報について普及啓発を図っていきます。</p> <p>○かかりつけ医が認知症の診断や相談に応えることができるよう、認知症対応力の向上を目的とした研修を行うとともに、認知症サポート医によるかかりつけ医への助言や支援を行います。</p> <p>【医療機関の連携】</p> <p><施策の展開></p> <p>○かかりつけ医と精神科医との連携を推進し、身近な地域に必要な</p>						

山梨県

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>医療を継続して提供できる体制づくりを進めています。</p> <p>○病状に合った適切な医療を提供するため、診療所と病院との連携、各病院の専門機能による病院と病院との連携についても強化を図っていきます。</p> <p>【医療と介護等の連携】</p> <p><施策の展開></p> <p>○入院中心の医療ではなく住み慣れた家や地域で暮らしながら療養できるよう、保健、医療、福祉、介護、教育などの関係機関が連携した支援の充実を図ります。</p> <p>○市町村が策定する介護保険事業計画に基づく地域密着型サービス拠点整備に対する支援や認知症対策推進会議、市町村認知症連絡会の開催等を通して、市町村における多職種連携体制づくりを支援するなど、地域包括ケアシステムの構築を促進します。</p>						

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・ ・
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・精神・合併症の取組みの難しさがうかがえる。 ・ ・ ・

長野県

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>(2)患者の受療動向</p> <p>○精神科病院がない木曽医療圏と1病院の大北医療圏では、隣接する医療圏へ流出していますが、他の圏域では概ね圏域内において受療されています。</p> <p>○救急については、概ね県下4ブロック内で受療されています。</p>			○精神科救急医療体制整備圏域数 3圏域 目標:4圏域																	
患者数	<p>1精神疾患患者の状況</p> <p>(1)入院・通院患者数</p> <p>○長野県の精神疾患患者数は、入院患者及び通院患者(自立支援医療受給認定者)を合せて、31,649人(平成24年(2012年)3月31日現在)となっています。</p> <p>○入院患者数は微減傾向にあります、通院患者数は5年前に比べ7.4%増加しています。</p> <p>○疾病別にみると、「統合失調症」が14,200人(44.9%)で最も多く、次いで「気分(感情)障害」が9,833人(31.1%)となっています。</p> <p>(4)措置入院患者数(新規)</p> <p>○措置入院患者数は、最近5年間の平均では年間155人となっています。</p> <p>○平成22年度(2010年度)の170人は全国8位、人口10万対では7.9人で全国3位となっています。</p> <p>(5)医療保護入院患者数(新規)</p> <p>○医療保護入院(新規)患者数は、最近5年間の平均では年間1,932人となっています。</p> <p>2地域移行・地域生活支援</p> <p>○県内の精神科病院に入院した精神疾患患者における1年未満入院者の平均退院率は76.3%となっています。(平成21年度(2009年度))</p> <p>○平成21年(2009年)6月30日現在の入院患者のうち、入院期間が1年を超えている患者の割合は62.8%となっています。</p> <p>○3か月以内の再入院率は16.8%(平成21年度(2009年度))となっています。</p> <p>○精神障害者社会復帰施設(旧法施設)等の利用実人員数(人口10万対)は、通所系が17.3人で全国3位、入所系が6.5人で全国20位となっています。(平成21年度(2009年度))</p> <p>4産後の精神状況</p> <p>○平成23年度(2011年度)は36.3%の者が、「出産後涙もろい、何もする気にならない状態」などうつ傾向の精神状態になったと回答しています</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)																
医療資源	<p>2第6次長野県保健医療計画における基準病床数</p> <p>【表2】県全域における精神病床、感染症病床、結核病床病床種別 基準病床数A (参考)既存病床数B (参考)B-A</p> <p style="text-align: center;">平成24年9月1日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>精神病床</td> <td style="text-align: right;">4,861</td> <td style="text-align: right;">5,000</td> <td style="text-align: right;">139</td> </tr> <tr> <td>感染症病床</td> <td style="text-align: right;">46</td> <td style="text-align: right;">46</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>結核病床</td> <td style="text-align: right;">42</td> <td style="text-align: right;">74</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> </table> <p>(1)医療資源</p> <p>○精神科を標榜(ほう)する病院及び診療所を合わせると、二次医療圏毎に複数確保されていますが、精神科病院は木曽医療圏にはなく、大北と飯伊では1病院となっています。</p> <p>○木曽・大北医療圏では精神科救急医療体制の輪番病院が確保できていませんが、大北医療圏では輪番病院以外の精神科病院でも対応しています。</p> <p>○児童思春期医療や重度アルコール依存症などの専門医療を行う医療機関は少ない状況です。</p> <p>○認知症疾患医療センターは、佐久・飯伊・大北の3医療圏に整備されています。</p> <p>(2)精神科救急情報センター相談実施状況</p> <p>○24時間365日、患者や家族等からの相談を行っている精神科救急情報センター「りんどう」での相談件数は、年間500件を上回っています</p> <p>(3)休日・夜間における精神科救急診療件数</p> <p>○休日・夜間に緊急に医療を必要とする患者に対応するため、東北</p>	精神病床	4,861	5,000	139	感染症病床	46	46	0	結核病床	42	74	32	<p>(2)医療提供体制の充実</p> <p>健康寿命を延伸していくためには、健康づくりのみならず、良質な適切な医療を効率的に提供する体制を確保していくことが必要です。</p> <p>特に、少子高齢化の進行や、社会構造の多様化・複雑化に伴う疾病構造の変化といった昨今の保健医療を取り巻く状況を鑑みれば、従前の4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞(こうそく)、糖尿病)及び5事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療)のほかに、新たに精神疾患と在宅医療を追加し、5疾病及び5事業並びに在宅医療に係る医療提供体制を構築することが重要です。</p> <p>第2 施策の展開</p> <p>○5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)、5事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療)及び在宅医療については、それぞれの機能別医療機関の一覧(別冊)を作成し、具体的医療機関名について記載します。</p> <p>2 精神疾患の医療体制</p> <p>精神疾患の医療体制として目指すべき方向を図示すると、以下のとおりイメージとなります。</p> <p>患者が早期に受診し、その状態に応じて救急や専門医療も含め適切な精神科医療を提供するとともに、介護や福祉と連携して患者の地域生活を支援する体制づくりを推進します。</p>				【P-2】年齢調整受療率(精神疾患)(患者調査)			
精神病床	4,861	5,000	139																		
感染症病床	46	46	0																		
結核病床	42	74	32																		

長野県

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>信濃圏9病院、中信濃圏5病院、南信濃圏3病院の輪番体制により、精神科救急医療体制を整備しています。また、こころの医療センター駒ヶ根を常時対応施設として位置付け、24時間365日対応しています。</p> <p>3発達障害者(「発達障害児」を含む。以下同じ。)</p> <p>(1)発達障害者数の推計 ○厚生労働科学研究 ※によると、発達障害の特性があり障害福祉のサービスを必要とする人は、人口の0.9%から1.6%と推計されており、これを平成23年度(2011年度)の県内20歳以下人口約395,000人で換算すると、約3,500人から6,300人が該当すると推計されます。 ※1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達の変化:地域ベースの横断的および縦断的研究(研究代表者神尾陽子)</p>	<p>(2)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、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える体制 ○患者の状態に応じた適切な精神科医療を提供し、早期の退院に向けた支援やできるだけ長く地域生活を継続できる支援を強化します。</p>						
予防・アクセス	<p>(1)保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる体制 ○患者が発症してから精神科医を受診するまでの期間をできるだけ短縮するとともに、精神科医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を推進します。 (2)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</p>	<p>4 県の取組(施策の展開) ○思春期ピアカウンセラーの養成講座を開講し育成を行うとともに、ピアカウンセリング活動のコーディネートを行います。 ○保健師等を講師とした思春期セミナーや精神疾患を経験した当事者が講師となる研修会などの開催により思春期保健に関する正しい知識の普及に努めます。 ○保健福祉事務所では、医師や臨床心理士等による思春期保健相談を行い、悩み、不安の解消、必要な者を早期に受診につなげます</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>【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>○日常生活における悩みやストレスのある人(人口10万対) 目標:39.0人以下</p> <p>○自殺死亡率(人口10万対) 目標:19.8人</p>	
治療・回復・社会復帰		<p>1 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる体制 ○一般の方々が精神科を受診しやすい環境をつくるため、精神疾患に関する正しい知識等の普及啓発や相談事業を行います。 ○治療中断者・ひきこもり等の患者を医療に結びつけるため、市町村・医療機関等と協力し訪問等の対応を行います。 ○精神科医と一般の医療機関との連携を推進するとともに、かかりつけ医の対応力向上のための研修会を開催し、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限り短縮します。 ○かかりつけ医と精神科医の連携を図るために、医師会単位で連携会議を開催します。 2 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、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える体制 ○「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の下、精神障害者地域移行コーディネーターや当事者支援員等と連携し、精神障害者の地域移行・地域定着の支援を推進します。 ○在宅精神障害者及びその家族に対し、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげるなど、在宅生活の継続や病状安定を図るため、保健・医療・福祉関係者等の多職種との連携による支援を強化します。 ○長期入院患者の地域移行・地域定着を促進するため、精神障害者に対応できる相談支援専門員の養成・研修を行います。</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>【P-7】◎精神科地域移行実施加算(診療報酬施設基準)</p>	<p>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p>	<p>○平均在院日数(精神科病院) 目標:292.5日以下</p>	

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>○高齢の長期入院患者の退院を支援するため、病院と地域の介護・福祉等の関係者の連携強化を図ります。</p> <p>○患者が適切な服薬などの必要な治療を継続できるよう、医療機関や地域の関係者による連携の強化を図ります。</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>○精神科病院の従業者数(医師)(人口10万対) 目標:4.5人以上</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-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年未満入院者の平均退院率 目標:81.2%以上</p> <p>○在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数(人口10万対) 目標:1.9人</p> <p>同上</p>	
精神科救急		<p>3 精神科救急患者、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる体制</p> <p>○24時間365日、精神科救急医療が提供できるよう体制を強化するため、現在3圏域で実施している精神科救急医療体制の4圏域化を目指すとともに、身体合併症を有する救急患者への適切な医療が提供できる地域ごとの連携体制を確保します。</p> <p>○治療中の患者が夜間・休日に急変した場合にも円滑に医療を提供するため、精神科病院と診療所間での情報提供など連携強化を図ります。</p> <p>また、診療所の休日夜間の連絡先を登録し、自院の患者について精神科救急情報センターからの照会に応じるなど、精神科救急情報センターと診療所の連携体制を確保します。</p> <p>○身体疾患を有する精神疾患患者に適切な救急医療を提供するため、精神科と身体診療科との地域ごとの連携強化を図ります。</p> <p>○人口10万人あたりの年間措置入院患者数が全国平均を大きく上回っているため、措置入院に至る経過を調査し、病状悪化の防止など必要な対策を検討します。</p> <p>○診療所に勤務する精神保健指定医に対し、県が実施する措置診察への協力要請を強化します。</p> <p>○専門的な身体疾患を合併した場合の医療や、アルコールや薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を強化します。</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-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>同上</p> <p>同上</p> <p>同上</p>		

長野県

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)
				○精神科救急情報センターへ休日夜間の連絡先を登録している診療所の割合 目標:80% ○継続的に診療している患者について、夜間・休日にも対応できる体制にある医療機関数 目標:31 病院以上・15 診療所以上			【O-6】◎人口10万対自殺死亡率率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)	同上
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>精神科救急・合併症対応施設数 目標:1箇所</p> <p>○内科等身体疾患を担当する科と精神科との連携会議の開催地域数 目標:21地域 ○救急対応についての精神科と一般診療科との連携会議の開催医療圏数 目標:10 医療圏</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10万対自殺死亡率率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)</p>	<p>同上</p> <p>同上</p> <p>同上</p> <p>同上</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>○てんかんの専門的診療実施医療機関数 目標:22 病院以上・15 診療所以上 ○発達障害診療を行っている医療機関数 目標:190 医療機関・小児科100・精神科 89・心療内科 34 ○発達障害診療関係者連絡会議の開催医療圏数(小児科・精神科・心療内科等) 目標:10 医療圏</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10万対自殺死亡率率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)</p>	