

滋賀県

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>退院患者の平均在院日数は平成20年では218.6日と平成8年の246.9日から1割以上短縮されています。一方、5年以上の長期入院患者が全入院患者の4割近くを占めています。これらの長期入院患者の中には、受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者(いわゆる社会的入院患者)も多く含まれると考えられています。</p> <p>社会的入院患者の退院を促進するためには、地域生活の受け皿となるグループホームやケアホームなどの退院後の住まいの確保や日中活動の場が必要です</p> <p>退院後の地域生活を支え得るため医療・保健福祉、介護、就労サービスなど地域の多様な関係機関が連携した支援体制が求められます</p>	<p>退院可能な入院患者の市域以降と市域定着の支援:患者の状態に応じた訪問型支援や訪問看護などの充実</p> <p>退院可能な入院患者の地域移行と市域定着の支援:グループホームなどの住まいや日中活動の場の整備推進</p> <p>退院可能な入院患者の地域移行を促進し、退院後の地域生活を支援するために多職種チームによるアウトリーチ(訪問)支援を促進します。</p> <p>生活介護や福祉サービスを受けながら身近な地域で安心して生活できるようにグループホームやケアホームの整備を推進します</p> <p>保健所や福祉事務所、相談支援事業所および医療機関等との連携のもと、在宅の精神障害者をはじめ、その家族に対する相談支援・訪問活動の充実を図ります</p> <p>精神障害職業リハビリテーション事業など積極的に活用するとともに地域の働き・暮らし応援センターやハローワークなどと連携を強化し、精神障害者の一般就労・定着のための取り組みを推進します 当事者会・家族会などの関係団体の活動を支援し、精神保健福祉の草の根活動の充実を図ります</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>【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>78.5% 全国1位(現状 74.9%平成21年 全国6位)</p> <p>18人(現在12人 平成23年)</p> <p>3ヶ月以内再入院率 13.8% 全国10位(現状 15.4% 全国16位)</p>		
精神科救急	<p>平成9年度から民間精神科病院の輪番制を中心に、県立精神医療センター、輪番診療所、身体合併症協力病院による精神科救急医療システムにより、24時間365日応需できる体制を整備しています。</p> <p>平成21年度には、県立精神保健福祉センター内に精神科救急情報センターを設置し、夜間・休日における救急対応や精神科救急医療相談の窓口を一元化しました。</p> <p>精神科診療所では、入院医療までの必要がない程度の精神疾患患者に対して、夜間・休日における精神科救急の一部を輪番制により担うほか、かかりつけ診療所として自院患者が精神科救急に至らないよう、診療時間の拡大など外来診療の充実が図られています</p> <p>現在、輪番病院のうち1病院が精神保健指定医の不足により輪番を休止するなど、精神科病院における精神保健指定医の確保が課題となっています。</p> <p>7つの二次保健医療圏を3ブロック(1. 湖北・湖東、2. 東近江・湖南・甲賀、3. 大津・湖西)に区分した圏域を単位として応需体制を整備しており、対応困難事例を除いてほぼブロック内で応需しています</p>	<p>各精神科救急医療機関が行う精神保健指定医の確保対策に対して支援を行い、安定した精神科救急システムの実施に努めます</p> <p>精神科救急情報センターの相談支援体制を充実し、増加傾向にある急性増悪児の精神科医療へのアクセスの向上に努めます</p> <p>入院医療の必要がない程度の精神科医療(ソフト救急)について、精神科診療所の協力のもと、病診連携の推進、初期救急応需体制の充実にも努めます。</p> <p>身体疾患を合併した患者の精神科救急医療体制の充実を推進します</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】◎精神科救急入院科・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>【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>入院患者のうち、副傷病に精神疾患のある患者の割合は14.4%(全国14.2%)で、一般科患者全体の7人に1人が精神疾患を抱えています</p> <p>精神疾患、身体疾患ともに適切な医療が提供できるように一般科医療機関と精神科医療機関との連携・協力体制を促進します</p>	<p>救急告示病院における精神疾患患者への適切な対応について研修をおこない、身体疾患、精神疾患ともに適切な医療が提供できるようにつとめます。</p> <p>精神疾患、身体疾患ともに適切な医療が提供できるように一般科医療機関と精神科医療機関との連携・協力体制を促進します</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>【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>			

滋賀県

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)
			【S-15】◎精神病床を有する一般病院数(医療施設調査)				【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	県内の精神科医療機関がそれぞれの医療機能を明確化し、機能分担・特化するとともに、必要に応じて連携体制をとることが望まれます 児童思春期の精神疾患○現状ではこどものこころの診療に関する専門医が不足しています アルコール・薬物依存症による精神科病院の入院患者は、平成21年は60人で、そのほとんどがアルコールによるものです。 アルコール・薬物依存症に対して、アルコール依存症リハビリテーションプログラムなどの専門治療や家族教室などの家族支援のほか、自助グループ活動が行われています。 アルコール・薬物依存症以外にも、ギャンブル依存症、ネット依存症、ゲーム依存症等に対する専門的な取り組みが必要です。	児童思春期精神疾患患者に適切に対応できる専門医師を要請・確保を支援します 教育機関や青少年関係相談機関、児童施設等と精神科医療機関や保健所などとの連携を推進し、学童期におけるメンタルヘルスの充実を図ります アルコール・薬物依存症やてんかんの専門的な精神科医療については、県内の精神科病院や診療所の役割分担と連携のもと、その充実・強化を促進します	【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) 【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)	
医療観察法への対応	医療観察法に基づき、対象者に対して適切な医療を手教師、社会復帰を促進することが必要です。	県立精神保健福祉センターに整備予定の医療観察法指定入院病棟において、適切な入院治療と円滑な社会復帰を進めます						
うつ病	うつ病を難治化させないためには、早期発見・早期治療が重要です。医師のうつ病対策力向上やかかりつけ医と精神科医師の連携(G-Pネット)の充実、精神科医師と地域保健や学校保健、産業保健と協力体制の構築が求められます。 G-Pネットなどの連携を充実するためには、紹介・相談先となる精神科医師の不足が課題となっています。 自殺未遂により救急病院に搬送された患者の中には精神疾患を抱えている人も多く、未遂を繰り返す懸念もことから、精神科医療機関や保健所、市町などとの連携が必要となります	かかりつけ医と精神科医との連携(G-Pネット)の促進 産業保健や学校保健、地域保健等との連携によるうつ病対策の推進 うつ病の予防や早期発見・早期治療のための知識の普及を図ります かかりつけ医や精神科医師を対象とした研修の実施など、うつ病を始めとする精神疾患の早期治療を促進します 精神科医師と地域保健や学校保健、産業保健との連携を推進し、こころの健康診断など早期発見・早期治療のための施策を促進します 救急告示病院に搬送された自殺未遂者などで精神科医療が必要な場合に、適切な治療や支援が受けられるようかかりつけ医や精神科医療機関、保健所、市町などとの連携を推進します。						
認知症								
てんかん	県内のてんかん患者は、約2千人と推計されています。							

滋賀県

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)
災害や事件・事故後のこころのケア	精神保健福祉センターでは、保健所と協働して、学校等における事件や事故後の精神的な二次被害の拡大を防止するため、「Crisis intervention team(CIT)通称こころのケアチーム」の派遣事業を実施しています	災害発生を想定し、危機管理体制のもと迅速にこころのケアチームを組織できるように、平時から行政と県内の精神科医療機関とシステム構築を検討します こころのケア活動の安定した運用のため、医療機関や関係機関の人材の養成・確保を推進します						

この計画の	
長所	・全体に記述内容は充実している。 ・ ・ ・
短所	・うつや認知症に関してはS、P、Oの記述が弱い。 ・ ・ ・

京都府

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	精神疾患は、京都府でも患者数が急増しており、平成20年には約11.2万人(全国:323.3万人)と、平成8年に比べて約2.5倍になるなど、府民に広く関わる疾患となっています。疾患別の内訳としては、入院では統合失調症と認知症で半数以上を占める一方で、外来ではうつ病患者が大きく増加しています。また、京都府では毎年約600人が自殺していますが、自殺の要因のうち、健康問題では、うつ病が多くなっています。					【P-1】総患者数及びその内訳(性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別)(患者調査、精神保健福祉資料) 【P-2】年齢調整受療率(精神疾患)(患者調査)		
医療資源								
予防・アクセス	精神疾患の発生予防対策、早期相談・早期受診対策を充実するとともに、精神疾患になっても地域社会で生活できるよう、医療機関、訪問看護ステーション、薬局、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、市町村、京都府精神保健福祉総合センター、京都市こころの健康増進センター、保健所等が連携して、患者の状態に応じた適切な保健医療福祉サービスを提供する体制を構築することが求められています。 精神疾患患者が急増しており、京都府精神保健福祉総合センター及び京都市こころの健康増進センター(以下「精神保健福祉センター」という。)や保健所等の心の健康相談機能の向上、職場におけるメンタルヘルス相談など、ライフステージに応じた「心の健康づくり」の充実が必要です。 ・精神疾患や精神科医療に対する府民の理解が不十分である中で、発症からできるだけ早期に精神科医療を提供できるよう、精神疾患や精神科医療の正しい知識の普及啓発とともに、身近な相談体制の充実、かかりつけ医と精神科医の連携強化等に取り組む必要があります。	①ライフステージに応じた「心の健康づくり」の充実 ・精神保健福祉センターや保健所等の心の健康相談を充実するとともに、地域保健の拠点である保健所において、精神保健福祉センターの技術支援を受けつつ、地域・職域連携推進会議や障害者自立支援協議会等を活用して、産業保健や学校保健との連携体制を構築・職場のメンタルヘルス対策について、地域産業保健センター等による労働者への相談・指導とともに、メンタルヘルス対策の導入・改善のための事業所支援等を推進・学校に臨床心理士(スクールカウンセラー)を配置し、児童生徒、保護者、教職員への専門的な助言を行うほか、いじめ対策24時間電話相談やメール相談等により、相談機能を充実 ②早期相談・早期診断に向けた取組 ・精神疾患や精神科医療の正しい理解を府民に広めるため、教育委員会と連携した学校教育における啓発の取組とともに、京都府ホームページでの啓発、パンフレット作成・配布、講演会開催、講師派遣等を実施 ・ゲートキーパー養成研修、気軽に話ができる居場所づくり等を進めるとともに、精神保健福祉センターや保健所等の心の健康相談の充実、地域で相談に応じる「こころの健康推進員」の養成、夜間・休日の電話相談の充実等により、身近な相談体制を整備 ・かかりつけ医や薬局薬剤師等が必要な場合に精神科医療機関を紹介できるよう、一般科医と精神科医のネットワーク交流会(G-Pネット)、事例検討会、研修会等を通じて、かかりつけ医や薬局薬剤師等と精神科医の連携を促進 ・未治療者・治療中断者等を適切に精神科医療や福祉サービスにつなげるよう、医療、福祉等の多職種チームによる訪問支援(アウトリーチ)を充実	【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) 【S-2】GP連携会議(内科等身体疾患を担当する科と精神科の連携会議)の開催地域数、紹介システム構築地区数 【S-3】地域連携クリティカルパス導入率		【P-3】保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告) 【P-4】◎精神保健福祉センターにおける相談等の活動(衛生行政報告例) 【P-5】◎保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告) 【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)	【O-1】◎こころの状態(国民生活基礎調査) 【O-6】◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)	□心の健康づくりの地域保健・産業保健・学校保健の連携体制を構築している二次医療圏数0医療圏(24年度)→全6医療圏(29年度)	
治療・回復・社会復帰	・患者の状態に応じて、外来医療、デイケア、訪問診療、訪問看護、入院医療等の精神科医療を適切に提供できる体制を整備する必要があります。 ・入院患者が住み慣れた地域で生活できるよう、入院中からの地域移行支援、退院後のデイケア、症状悪化時の対応体制、治療中断者等への訪問支援(アウトリーチ)、生活訓練や就労継続支援といった障害福祉サービス、グループホーム・ケアホームの整備等を充実する必要があります。	①精神科医療体制の整備 ・北部地域及び南部地域において、それぞれの精神科医療関係者の協議会の開催等により、患者の状態に応じて、外来医療、デイケア、訪問診療、訪問看護、入院医療等の精神科医療が適切に提供できる体制を構築 ・精神病床等の医療資源の地域偏在の是正について、精神科医が不足している現状も踏まえつつ引き続き検討	【S-4】◎精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数(医療施設数調査)		【P-7】◎精神科地域移行実施加算(診療報酬施設基準)	【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)		

京都府

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・家族の視点に立った支援が行われるよう、患者のピアサポートや家族の交流等の取組が必要です。	<p>②地域生活への移行・定着</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援・地域定着支援を担う相談支援従事者の養成、退院後のデイケアや訪問支援(アウトリーチ)、精神科救急医療体制を充実するとともに、障害者自立支援協議会等を通じ、精神科医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、市町村等と連携・協力して、入院患者の地域移行及び退院患者の地域定着を推進・精神疾患患者の社会復帰促進のため、はあどふるジョブカフェにおいて相談・企業体験・職業紹介・職場定着等の総合的な就労支援を行うほか、精神科医療機関と障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、はあどふるジョブカフェ等の連携、府庁ゆめこうばによる雇用、精神保健福祉センターの行う社会適応訓練事業等を充実 ・精神疾患患者の「福祉から雇用へ」の移行を支援するため、就労継続支援事業所において精神疾患患者が健常者と共働する環境を整備し、一般就労に向けた個別伴走型支援を実施 ・生活や就労に複合的な問題を抱える者等に対して、パーソナルサポーターが一对一で相談に乗り、必要な制度やサービスにつなげる、個別的・継続的な伴走型支援(パーソナルサポート事業)を実施 ・障害者自立支援協議会の意見等を踏まえ、グループホーム・ケアホーム等の「住まいの場」の確保を図るとともに、生活訓練、就労継続支援、地域活動支援センター等の「活動の場」を充実 ・その際、重度障害者も利用できるよう、夜間も含め支援体制を充実したグループホーム・ケアホームの整備に配慮 <p>③患者・家族の視点に立った支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族が地域で孤立せず、患者・家族同士のピアサポートを受けられるよう、精神保健福祉センター、保健所等において、精神疾患ごとの特性に応じて、相談支援や患者・家族教室を行うとともに、患者・家族会による「交流の場」を支援 	<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>	グループホーム・ケアホームの整備状況1,018人分(22年度)→1,404人分(26年度) [第3期京都府障害福祉計画目標] ※平成29年度目標は第4期京都府障害福祉計画の策定時に併せて検討	<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>○精神科病院の1年未満入院患者の平均退院率69%(21年度)→72%以上(26年度) [第3期京都府障害福祉計画目標] ※平成29年度目標は第4期京都府障害福祉計画の策定時に併せて検討</p>	
精神科救急	・精神科病床等の医療資源に地域偏在がある中で、患者の緊急性に応じて適切な精神科救急医療を円滑に提供できるよう、入院を要する精神科救急医療の体制整備とともに、窓口機能の強化、精神科医療機関の自院患者への対応強化等に取り組むことが必要です。	<p>①精神科救急医療の充実(窓口機能の強化)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院・診療所等の精神科医の協力を得ながら、精神科救急情報センターの振り分け機能の強化、夜間・休日の電話相談の充実等により、窓口機能を強化(精神科医療機関の自院患者への夜間・休日対応の強化)・全ての精神科医療機関が精神科救急医療を支えるよう、精神科病院について、自院患者に関する夜間・休日対応の強化(自院患者からの電話への対応、精神科救急情報センターからの電話への対応、医師のオンコール体制、入院対応、連携医療機関の確保等)を推進・全ての精神科医療機関が精神科救急医療を 	【S-8】◎精神科救急医療施設数(事業報告)		<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>		

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>支えるよう、精神科診療所について、夜診の継続、自院患者に関する夜間・休日対応の強化(自院患者からの電話への対応、精神科救急情報センターからの電話への対応、連携医療機関の確保等)を推進(入院を要する精神科救急医療の体制整備)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院を要する精神科救急医療体制について、精神科救急医療圏(北部地域、南部地域)ごとに、精神科救急基幹病院(常時対応施設)及び輪番施設の体制を整備 ・精神科救急患者の医療機関への受入れが円滑に行われるよう、精神疾患に係る傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準、精神科救急の治療後の後方支援医療機関への転院基準の策定を検討 ・移送体制の確保について、移送制度を運用しやすいものとするよう国に要望するとともに、保健所の体制の問題も含めて引き続き検討 ・精神科病院・診療所等の精神保健指定医の協力を得ながら、措置入院時の措置診察、年末年始等の緊急措置入院後の措置診察の体制を確保 ・多量服薬・自傷行為を行うパーソナリティ障害、BPSD(行動・心理症状)を伴う認知症、行動障害を伴う発達障害等について、精神科救急医療システムの対象化を検討 	<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届出施設数(診療報酬施設基準)</p> <p>【S-11】◎精神科救急医療体制を有する病院・診療所数(医療施設調査)</p>		<p>【P-16】◎精神科救急情報センターへの相談件数(事業報告)</p> <p>【P-17】◎年間措置患者・医療保護入院患者数(人口10万あたり)(衛生行政報告)</p> <p>【P-18】◎保護室の隔離体制を有する病院・診療所数(精神保健福祉資料)</p>	<p>□一般医療機関と精神科医療機関の合同症例検討会を開催する精神科救急医療圏数 0医療圏(24年度)→全2医療圏(北部地域、南部地域)(29年度)</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>・身体合併症を有する精神疾患患者は救急搬送に時間を要する状況にあり、救命救急センターや精神病床を有する総合病院等の受入促進のほか、一般医療機関と精神科医療機関の連携強化等の取組が必要です。</p>	<p>②身体合併症患者への医療の充実(救命救急センター等の役割)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患が重篤な救急患者について、精神疾患の有無に関わらず、救命救急センターや地域で中核となる二次救急医療機関での受入れを推進 ・救命救急センター等で受け入れた重篤患者について、身体疾患が安定した後の精神科医療機関への転院基準の策定を検討(精神病床を有する総合病院の役割) ・身体疾患・精神疾患ともに入院を要する水準の患者について、大学病院を含む精神病床を有する総合病院での受入れを推進するとともに、身体合併症対応病床の整備を検討 ・大学病院について、がん・白血病等の高度・専門的な医療を要する身体疾患を合併する精神疾患患者の受入れを推進 ・精神病床を有する総合病院が身体合併症患者を受け入れた場合に医療機関経営が成り立つ診療報酬とするよう、国に要望(一般医療機関と精神科医療機関の連携強化) ・身体疾患・精神疾患ともに入院を要する水準の患者について、一般医療機関(二次救急医療機関等)と精神科医療機関が連携を強化して受け入れる取組を推進 <p>※連携強化の内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般医療機関への精神科医療機関による支援(相談・助言、対診、精神保健福祉士の派遣、転院基準の策定等) ・一般医療機関への精神保健福祉士等の配置 ・一般医療機関の看護師の精神疾患患者対応力向上のための研修 ・一般医療機関と精神科医療機関の合同症例検討会 ・精神科医療機関への一般医療機関による支援(相談・助言、対診、非常勤医師派遣、転院基準の策定等)等 ・他科受診による入院基本料減額の取扱いを見直し、一般医療機関と精神科医療機関が連携して身体合併症患者を治療しやすい診療報酬とするよう、国に要望 	<p>【S-12】◎精神科救急・合併症対応施設数(事業報告)</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>【O-2】◎退院患者平均在院日数(患者調査)</p>	

京都府

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)
		<ul style="list-style-type: none"> ・身体合併症患者に係る傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準の策定を検討(その他) ・精神疾患患者が結核等の感染症となった場合や、入院を要する精神疾患患者が人工透析を受ける場合の対応体制を検討 ・精神疾患患者が適切な歯科治療・口腔ケアを受けられるようにするための施策を推進 	<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-20】◎精神科身体合併症管理加算(NDB)医療機関数</p>	<p>□精神疾患・身体合併症に係る傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準、精神科救急の治療後の後方支援医療機関への転院基準、身体疾患が安定した後の精神科医療機関への転院基準の策定 未策定(24年度)→策定(29年度)</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>専門的な精神科医療(児童精神医療(思春期を含む。)、アルコール・薬物依存症、てんかん等)について、京都府全体で対応できる医療提供体制の整備を進める必要があります。</p> <p>専門的な精神科医療(児童精神医療(思春期を含む。)、アルコール・薬物依存症、てんかん等)について、京都府全体で対応できる医療提供体制の整備を進める必要があります。</p>	<p>③専門的な精神科医療の推進・児童精神医療(思春期を含む。)、アルコール・薬物依存症、てんかん等の専門的な精神科医療について、京都府全体で対応できる医療提供体制を整備・児童・思春期の発達障害やうつ病等の精神疾患患者に対して集中的・多面的に入院医療を提供するとともに、子どもの心の診療に専門的に携わる医師や関係専門職の育成等を行う、拠点機能の整備を検討</p> <p>④災害時対応の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害発生時にも精神疾患患者に対して医療が継続され、避難生活で適切な配慮がなされるよう、京都府地域防災計画に基づき、精神科救護所の設置、巡回診療チームの編成等を実施・被災者の心の健康保持のため、京都府地域防災計画に基づき、医療、保健、福祉、教育等の関係者が連携し、被災者に対する心の健康対策を実施 	<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								
うつ病	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺者の約4割がうつ病を中心とした健康問題を要因としており、うつ病の正しい理解の啓発、うつ病の早期相談・早期受診に向けた取組を進めるとともに、うつ病患者の状態に応じた医療を提供できる体 	<ul style="list-style-type: none"> ・うつ病に関する正しい理解が促進されるよう、精神保健福祉センター、保健所、学校教育等による啓発を充実 ・うつ病の早期相談・早期受診を促進するため、精神保健福祉センタ 					<p>□自殺死亡率(人口10万人当たり自殺者数) 23.0%(17年)→18.4%</p>	

京都府

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>制を整備することが必要です。 ・うつ病患者が社会復帰できるよう、患者への支援とともに、職場復帰のための事業所支援等が必要です。</p>	<p>一、保健所等による心の健康相談、働く人のメンタルヘルス相談、京都府自殺ストップセンターの相談を強化するほか、かかりつけ医のうつ病対応力向上研修、健康診断を活用したうつ病スクリーニング等を実施 ・うつ病患者の状態に応じた精神科医療を提供できる体制を整備 ・うつ病患者の社会復帰促進のため、精神科医療機関と障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、はあとふるジョブカフェ等の連携強化、職場復帰のための事業所支援等を推進 ・薬物療法の効果がみられない重症うつ病患者に対して、府立洛南病院において、高頻度磁気刺激装置等を活用し、磁気刺激治療を実施</p>					<p>(20%以上減少)(28年度) ※自殺総合対策大綱の目標年次が平成28年度となっており、平成29年度目標は次期大綱を踏まえて策定</p>	
<p>認知症</p>	<p>○全国の認知症高齢者(「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上)は、300万人(平成24年厚生労働省推計値)を越え、今後も急速に増加し、平成37年には約470万人になると推計されており、京都府は約6万人となり、平成37年には9万人を越えると推計されます。 ○このために、今後の認知症患者の増加を見据え、認知症の予防推進、相談体制の整備、医療体制の充実等、これまで以上に量と質を確保していくとともに、認知症疾患に対する正しい知識と正しい理解の普及に努める必要があります。 ①認知症の正しい理解と予防 ○認知症予防には、普段から生活習慣病の予防を心がけることは非常に重要であり、運動や栄養等の総合的な健康づくりが必要です。 ○認知症は、誰でも発症する可能性のある病気であり、誰もが自らの問題として認識し、正しく理解し、偏見をもたず、認知症の人や家族に対して温かい目で見守ることが重要です。 ②早期診断・早期対応 ○認知症の重度化を防ぐためには早期発見が不可欠であり、介護従事者だけでなく、本人、家族や身近にいる地域住民が早期に気づき、かかりつけ医に相談できる環境づくりが必要です。 ○しかし、認知症の初期症状は見分けが難しいだけでなく、超高齢社会を目前に控え、独居、夫婦二人暮らしの高齢者世帯が増加し、家族等支援者の有無に関わらず早期発見できる体制が必要です。 ○また、本人、家族や身近にいる地域住民、介護従事者からの訴えを見逃さないことが重要であり、かかりつけ医が、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族への説明を的確に行うことが必要です。 ○早期対応には、医療面で診断や診療をするだけでなく、家族介護や療養に対する助言や指導も併せて行っていくことが求められており、医療・介護・福祉の連携が必要となります。 ③地域での生活を支えるサービスの構築 ○認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会を実現するためには、医療・介護・福祉が連携し、地域全体で支える仕組みを構築していくことが必要です。 ○認知症の方が生活する環境に変化があっても、初期段階だけでなく重篤な周辺症状まで状態像に変化等があっても、途切れず認知症治療が受けられる体制の整備が必要です。 ○また、医療資源に格差があることを前提に、地域の実情に即したサービスの提供が必要です。 ○認知症の人は、口腔ケアが不十分になりやすく、むし歯、歯周疾患による歯の喪失などが懸念されるため、口腔管理を行う体制を整備する必要があります。 ④地域での日常生活・家族の支援の強化 ○認知症の人を介護する者の精神的・身体的な負担は極めて大きいことから、本人の支援だけではなく、介護者の負担を軽減するための相談や支援の仕組みを広げることが重要です。 ○認知症の人が地域で安心して暮らしていくためには、声かけや日常生活での支援を通した見守り活動が必要です。 ○相談窓口については、身近な地域で相談できる窓口を設置することが必要であり、初期段階だけでなく重篤な周辺症状がある方まで、症状に応じた相談ができる窓口を各地域に整備していくことが必要です。 ○初期認知症の人は日常生活における支障が少ないため、既存の介護保険サービスに馴染まず、引きこもりがちとなり、その結果、症状が悪化するなどといったことを防ぐためにも、医療・介護スタッフが対応するような居場所づくりが必要です。 ⑤若年性認知症の人への支援</p>	<p>★認知症の正しい理解と予防 ○市町村が実施する健康づくりや介護予防など認知症予防につながる事業を支援し、認知症予防の重要性を地域住民に周知 ○認知症に対する正しい理解や知識を深めるため、「認知症サポーター養成講座」等の実施を促進するとともに、小中高等学校の児童・生徒や大学の学生を対象するなど学齢期からの実施を積極的に展開 ○高齢者の地域生活を支える情報支援ツールとして、介護サービスや福祉ボランティアなどの地域の福祉資源を「見える化」した「高齢者安心マップ」(仮称)に「京都高齢者あんしんサポート企業」など認知症に関する地域資源の情報を掲載し、広く地域住民に周知 ★早期診断・早期対応 ○地域の住民を対象とした啓発活動により、本人、家族や身近にいる地域の住民が早期に気づき、かかりつけ医に相談できる環境を構築 ○かかりつけ医の認知症診断等に関するアドバイザーとなる認知症サポーター医の養成や、かかりつけ医、看護師等医療従事者に対する認知症対応力向上研修の一層の充実 ○「認知症疾患医療センター」などの認知症の鑑別診断を行える医療機関を全医療圏域に設置し、地域の認知症医療拠点を整備 ○家庭訪問、アセスメント、家族支援等を一定期間集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」の設置によるアウトリーチ機能(家庭訪問、アセスメント、家族支援等)の充実 ○多職種協働の研修の実施等、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師、地域包括支援センター職員やケアマネジャー等介護従事者が連携の密度を高める仕組みづくりを推進 ★地域での生活を支えるサービスの構築 ○地域ごとに、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかを標準的に決めておく「認知症ケアパス」を作成・普及を促進 ○かかりつけ医、一般病院、専門医療機関、認知症疾患医療センターによるネットワーク体制を整備し、症状に変化があっても途切れず認知症治療が受けられ、できる限り在宅での生活が継続される体制を構築 ○認知症地域支援推進員の設置を促進するとともに、市町村認知症担当者のネットワークの構築による地域サービスの基盤を整備 ○認知症の人に対する口腔ケアの充実、研修による人材育成及び口腔機能の維持向上の必要性の啓発等を推進 ★地域での日常生活・家族の支援の強化 ○巡回相談会を実施し、認知症本人や介護者の負担軽減の支援を推進 ○「認知症サポーター」や「キャラバンメイト」の養成、「京都高齢者あんしんサポート企業」の拡大など、地域の見守りを強化 ○地域の各関係団体や地域住民が参加する徘徊高齢者を想定した捜索・発見・通報・保護などの模擬訓練を、市町村と連携して実施し、地域で見守る基盤を構築 ○認知症コールセンターやキャラバンメイトのいる介護保険事業所等に認知症介護相談窓口を設置し、地域での相談体制を強化 ○「初期認知症対応型カフェ」等を展開し、初期認知症の人の居場所づくりや、医療・介護サービス等を充実 ○認知症の人の家族が、認知症の状態像に応じた理解や知識を深める研修などの場を提供することで、家族自身の認知症対応力向上を促進 ★若年性認知症の人への支援 ○ハンドブックによる啓発や「初期認知症対応型カフェ」による若年</p>	<p>○認知症疾患医療センター ○市町村が実施する健康づくりや介護予防など認知症予防につながる事業を支援し、認知症予防の重要性を地域住民に周知 ○二次医療圏に1箇所以上(29年度) ○京都高齢者あんしんサポート企業341事業所(24年4月)→3,500事業所(29年度)</p>		<p>○認知症サポーター 約74,000名(24年4月)→120,000名(29年度) ○認知症サポーター医 28名(24年4月)→100名(29年度) ○かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者 880名(24年4月)→2,000名(29年度) ○初期対応型認知症カフェ 5市町村(25年12月)→全市町村(29年度) ○若年性認知症に特化した専門外来の設置 未整備(24年度)→整備(29年度)</p>			

京都府

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>○65歳未満で発症する若年性認知症については、実態把握の上、認知症本人や家族が必要とする支援を行うことが必要です。</p>	<p>性認知症の方の居場所づくりなど、若年性認知症の特性に応じた支援体制を推進 ○認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断と診療等の充実 ○認知症の人に対する口腔ケアの充実、研修による人材育成及び口腔機能の維持向上の必要性の啓発等を推進 ★地域での日常生活・家族の支援の強化 ○巡回相談会を実施し、認知症本人や介護者の負担軽減の支援を推進 ○「認知症サポーター」や「キャラバンメイト」の養成、「京都高齢者あみんサポート企業」の拡大など、地域の見守りを強化 ○地域の各関係団体や地域住民が参加する徘徊高齢者を想定した捜索・発見・通報・保護などの模擬訓練を、市町村と連携して実施し、地域で見守る基盤を構築 ○認知症コールセンターやキャラバンメイトのいる介護保険事業所等に認知症介護相談窓口を設置し、地域での相談体制を強化 ○「初期認知症対応型カフェ」等を展開し、初期認知症の人の居場所づくりや、医療・介護サービス等を充実 ○認知症の人の家族が、認知症の状態像に応じた理解や知識を深める研修などの場を提供することで、家族自身の認知症対応力向上を促進 ★若年性認知症の人への支援 ○ハンドブックによる啓発や「初期認知症対応型カフェ」による若年性認知症の方の居場所づくりなど、若年性認知症の特性に応じた支援体制を推進 ○認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断と診療等の充実</p>						

この計画の	
長所	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の記載が充実 ・ ・ ・
短所	<ul style="list-style-type: none"> ・目標数値の記載がほとんどない ・ ・ ・

大阪府

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>本計画における精神疾患医療に関する医療圏の考え方は、精神病床における基準病床数が都道府県を単位として定められていることおよび地域における医療機能の専門分化や連携を進める観点から、本府を総合的・多機能的な一つの圏域とした。</p> <p>一方で、医療、保健、福祉との連携、疾患や医療機能などの状況に応じて、日常生活圏、一次医療圏、二次医療圏を重層的に考慮するものとする。</p>							
患者数	<p>精神疾患患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神障がい者保健福祉手帳所持者数56,527人(平成23年度末) 通院医療費公費負担患者数119,187人(平成23年度末) 入院患者数17,613人(平成23年6月末) <p>(イ)主たる精神疾患の患者数(平成20年度患者調査による推計総患者数)</p> <ul style="list-style-type: none"> 統合失調症約32,000人 うつ病に代表される気分障がい約43,000人 認知症約16,000人 <p>・平成10年を境に、全国で自殺者が3万人以上と急増し社会問題化している。</p> <p>・国によると、自殺による死亡者のうち約9割が、何らかの精神疾患に罹患していた可能性があるとされている。</p> <p>・大阪府では、平成10年に自殺者が2千人を超えて以降、ほぼ毎年約2千人で推移しており、大阪府の自殺者数は、東京都に次いで全国で2番目に多い。</p> <p>・自殺死亡率(人口10万人に対する自殺者数)においては、全国平均の24.9に対し、大阪府は23.4となっている。</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>イ. 精神疾患に関する医療機関の現状</p> <p>(ア)精神科病院数(平成22年度厚生労働省 精神保健福祉資料)全国1,629施設、府61施設</p> <p>(イ)精神病床数(平成22年度厚生労働省 精神保健福祉資料)全国340,392床、府19,453床</p> <p>(ウ)精神科を標榜する診療所等(平成22年度厚生労働省 精神保健福祉資料)全国3,622施設、府312施設</p> <p>(ア)保健所等</p> <p>保健所等は地域における中心的な行政機関として、市町村、医療機関、社会福祉関係機関、家族会および当事者団体等と緊密に連携をはかりながら、こころの健康に関する相談支援や知識の普及、情報提供を行うとともに、精神疾患患者の早期治療の促進など、地域住民の精神的健康の保持向上をはかるための諸活動を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 大阪府13か所 大阪市24か所(区保健福祉センターに精神保健福祉担当者を配置) 堺市8か所(市保健センター8か所) 東大阪市3か所(市保健センター3か所) 高槻市1か所 豊中市1か所 <p>なお、大阪府においては、大阪府、堺市と共同して、精神障がい者24時間医療相談(こころの救急電話相談)の委託事業を行っている。</p> <p>(イ)精神保健福祉センター</p> <p>精神保健福祉センターは、精神保健および精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)第6条に基づいて、都道府県・指定都市に設置されており、地域精神保健福祉活動の総合的かつ中核的な機関として、精神保健および精神障がい者の福祉に関する知識の普及、調査研究および複雑困難な相談指導等の事業を行うとともに、保健所、市町村その他精神保健福祉関係機関に対し、技術指導、技術援助を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 大阪府1か所 大阪市1か所 堺市1か所 <p>(ウ)市町村</p> <p>市町村では精神障がい者に対する相談支援事業や精神障がい者保健福祉手帳および自立支援医療に関する窓口事務等が行われており、保健所等と連携をはかりながら、住民により身近な機関として地域精神保健福祉活動が行われている。</p> <p>また、今後ますます、地域における相談支援体制や障がい福祉サービス等の充実が望まれているため、住民により身近な機関として市</p>	<p>(3)今後の方策</p> <p>ア. 地域精神科医療の連携における保健所機能の強化</p> <p>住民に身近な機関である保健所の相談支援機能を充実させるとともに、地域の精神科医療機関等の情報を集約し相談者のニーズに応じたよりきめ細やかな情報提供を行うための機能を強化する。</p> <p>保健所においてはできるだけ入院によらない受療支援を行う一方で、一定期間の入院治療が必要なものに対しては急性期医療を中心とした適正な医療の提供が行われるよう精神科医療機関等と連携をはかりながら受療から退院までの一貫した支援を行う。</p> <p>地域における関係機関の連携を強化するため、保健所において自立支援促進会議等の実績を踏まえ、市町村や関係機関等の参画を得た地域連携に係る新たな連携協議の場を設定するなどして地域の医療情報の共有をはかる。また、自殺対策への取組み、かかりつけ医との連携等、他機関と協働して必要な措置を講じる。</p>						

大阪府

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)
予防・アクセス	町村が設置する基幹相談支援センター、相談支援事業所において精神保健福祉士等の専門職の配置による体制の強化が必要である。	(イ)精神疾患の早期発見・早期治療のための相談体制の充実および地域連携の推進精神疾患を発症した患者が早期に精神科受診に結びつくために、住民への啓発のみならず、保健所等を中心とした地域相談支援体制の充実、かかりつけ医と精神科専門医との連携および医療機関における地域連携を推進する。 (オ)精神科医療情報公開のさらなる推進 医療機関等が提供できる治療内容や治療実績等についての情報を、積極的に公開することで、住民の立場に立った理解しやすい医療情報を提供するとともに、医療機関での専門性等を活かした連携体制づくりをはかる。 (カ)地域精神科医療を支える人材養成 より良い体制の確保を行うためには、現任者の資質の向上と、人材の確保の両面からのアプローチが必要である。特に、退院支援や患者および家族に対する包括的な支援を提供するためには、その中心的な役割を担っている精神保健福祉士等の専門職を、精神科専門機関に配置するだけでなく、市町村や地域の診療所等においても拡充することをめざす。 a. 早期受診・早期治療による精神疾患の重症化予防 精神疾患はその原因の特定が難しく1次予防(発症予防)は困難であると言われているが、府民に対する啓発や正しい知識の普及をはかることによって、精神疾患に対する誤解や偏見を無くし、早期受診・早期治療によって重症化を防ぐ必要がある。 b. メンタルヘルス(こころの健康づくり)の推進 精神疾患の好発年齢を考慮すると、学齢期からの精神保健教育が重要であることから、教育機関や事業所等と連携をはかりながら、ストレス対処能力の強化を含め学齢期からの精神保健教育の充実をはかる。特にアルコール、たばこ、薬物についての正しい知識の普及は、予防の観点においてより低年齢から行うことが重要である。 また、教育機関のみならず職場や地域といった府民生活に関わるあらゆる機会を通じて啓発や正しい知識の普及を行い、府民のこころの健康に対する関心を高めることをめざす。 メンタルヘルスの普及啓発においては住民に身近な市町村の果たす役割が大きいため、今後も保健所等において、市町村の啓発活動を支援しながら地域の医療機関および薬局、当事者団体や自助組織等とも協働し、地域の実情に応じたきめ細かな啓発活動を行っていく。 さらに、過重労働やメンタルヘルス問題など、労働者の産業保健活動の重要性は年々高まっている。一方で、産業医の選任義務のない労働者50人未満の小規模事業所は、全事業所の大部分を占めており、これら事業所におけるメンタルヘルス対策は十分とは言えない。今後は、関係機関・団体が緊密な連携・調整の下、産業保健活動の統合的運営を進める必要がある。	[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) [S-2]GP連携会議(内科等身体疾患を担当する科と精神科の連携会議)の開催地域数、紹介システム構築地区数 [S-3]地域連携クリティカルパス導入率		[P-3]保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告) [P-4]◎精神保健福祉センターにおける相談等の活動(衛生行政報告例) [P-5]◎保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告) [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)		[O-1]◎こころの状態(国民生活基礎調査) [O-6]◎人口10万対自殺死亡率(人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率)	
治療・回復・社会復帰		(エ)住み慣れた地域で、必要な支援やサービスを総合的に受けられる体制づくり 精神疾患を有する患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送るためには、医療のみならず、保健、福祉、介護等との連携が必要不可欠であり、患者およびその家族が適時適切にそのニーズに応じた支援やサービスを受けることができるよう体制の整備をはかる。	[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		[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	

大阪府

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)
					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)		計、都道府県別年齢調整死亡率)	
精神科救急		(ウ)精神科救急、身体合併症治療等、医療提供体制における役割分担の明確化 医療機関や薬局等が提供可能な専門サービスを相互に共有し、役割分担の明確化と連携をはかることによって、患者の状態に応じた医療サービスを速やかに提供できる体制を確保する。 a. 精神科緊急・救急医療体制の整備 急性症状に対応するため、大阪府、大阪市および堺市が精神科救急医療情報センターを共同設置し、医療機関の診療時間外においても、警察、救急、関係団体等と連携をはかりながら、府民に対して精神科救急医療の提供を行っている。 さらに、休日や夜間において精神保健福祉法第24条による通報に基づく指定医による診察等が必要な場合でも、大阪府、大阪市および堺市が共同して緊急体制を確保しており、24時間体制で府民の精神科急性症状に対応している。 今後は上記の広域的な精神科緊急・救急医療体制に加え、精神科かかりつけ医等による一次救急、24時間の患者情報提供等を含め、地域においてきめ細く対応できる体制の確保をめざす。また、大阪府などの精神科診療所の多い大都市部では、外来医療の常時対応等が今後の課題である。	【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)		
精神・身体合併症		(エ)身体合併症への対応 a. 精神疾患・身体疾患合併症等救急患者の受入体制の整備 精神科病院入院中の患者が重篤な身体疾患を発症した場合に対応するため、平成3年から府内11か所の医療機関に身体疾患合併症患者の受け入れを依頼している。 大阪府では大阪府医師会や大阪精神科病院協会等、救急医療や精神科医療の関係者等によるワーキンググループを設置し、精神疾患患者が合併症を発症した場合の受入れに関する効果的な方策について検討を進めてきた。 今後はこの検討結果等を踏まえ、各々の疾患の緊急度と重症度に応じた速やかな受入れおよび円滑な転院を可能とする体制の整備をはかり、患者のみならず医療機関の負担やリスクの軽減に繋げていく。在宅の精神疾患患者が身体疾患を併発した場合、対応できる救急医療機関が限られていることから、これらの患者の受入れ体制を構築することも喫緊の課題となっている。また、身体合併症の治療後、再発防止のためのフォローアップシステムが必要である。	【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		【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		

大阪府

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)
			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)				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	c. 地域におけるかかりつけ医と専門医療機関の連携 うつ病やアルコール依存症および認知症などの精神疾患患者の中には、内科等身体疾患を担当する科で治療を始めるケースや、複数の診療科を次々と受診するなど、専門治療を受ける時期が遅れることがあることから、迅速な精神科受診を勧奨する必要がある。 このため、大阪府では住民により身近なかかりつけ医(一般内科医等)の精神疾患への対応能力を高める目的で、うつ病への対応力向上のための研修会を大阪府医師会に委託しており、加えて適切な時期に専門科受診を促すことができるよう、かかりつけ医と精神科医相互の情報交換やケーススタディ等を通じ医療連携を強化する。 保健所等をそのような地域における医療連携推進の中心的な機関と位置付け、ネットワーク機能の充実強化をはかるとともに、地域医療連携クリティカルパスの普及等連携強化に向けた協議を行う。	以下の疾患については、上記疾患と比較して患者数は少ないものの、今後ますます医療ニーズの高まりが予想されるため、地域で診察可能な医療機関の情報を提供することにより未受診者の解消をめざす。 a. 児童期の精神疾患(思春期を含む) b. 発達障がい c. アルコール依存症 d. 高次脳機能障がい e. てんかん	【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)		【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)	
統合失調症	統合失調症は10～20歳代に好発する精神疾患で、精神科在院患者の60%を占め、入院期間が長期化する傾向が高い疾患である。 このため適切な初期治療を行いできるだけ入院によらない治療を行うとともに、入院患者に対しては早期退院に向けた体制の整備と、地域住民に対しては疾患についての正しい理解を求め、地域生活への定着をはかることが重要である。 精神科病院からの退院患者も含め、地域において継続的な通院治療を受けられるとともに、症状が悪化した際には症状に応じた適切な入院医療が提供できる体制づくりが重要な一方で、治療を行ってもなお重度の精神症状を抱える患者に対しては長期的に療養できる環境づくりが必要である。		【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-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	(イ) 気分障がい(うつ病など) 気分障がいは近年外来患者数が急増しており、平成20年の患者調査では全国で100万人を超え、精神疾患における外来患者のうち最も多い疾患となっている。 この疾患の特徴として、身体的症状等の発現により初期に精神科以外の診療科を受診することが多い。このため早期発見・早期治療にはかかりつけ医の本疾患に対する対応力を高め、精神科専門医との連携強化をはかるとともに、職場での発症予防、早期治療、復職(リワーク)支援など職場におけるメンタルヘルス対策が必要である。 産業保健領域等との連携およびメンタルヘルスの推進については中小企業等における人事労務担当者等への啓発を行うとともに、事業所向けガイドブックの作成・配布等を行うなどの対策を進める。また、							

大阪府

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)
	あわせて精神保健医療福祉関係職員や市町村職員に対して、ストレスから起こりうる様々な疾病に関する研修を実施するとともに、様々な機会を通して府民啓発を行うなど、地域社会全体でこころの健康づくりの推進をはかる。 また、中小企業等への産業保健活動支援として、大阪府内に13か所ある地域産業保健センターにおいて労働者数50人未満の中小規模事業所を対象に地域医師会等と連携した産業保健活動が行われている。							
認知症	(ウ)認知症 認知症は人口の高齢化に伴い今後ますます患者数の増加が予測される。精神科在院患者の17%を占め、統合失調症患者に次いで多い。この疾患は地域の介護支援サービスと連携して対応していくことが重要であり、身体合併症を有する割合が高いことも特徴としてあげられる。また、平成24年9月に認知症施策推進5か年計画である「オレンジプラン」が国により策定された。	a. 認知症治療のための医療と介護の連携 認知症については早期の鑑別診断や適切な服薬管理、口腔機能の維持管理といった医療的アプローチとともに、医療と介護の双方のサービスが適切に連携し支援する必要があることから、地域における包括的支援体制の構築が重要である。 そのためには、以下のような取組みを進めていくことが必要である。 ・地域の主治医(かかりつけ医)の認知症への対応力向上を目的とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の継続実施 ・認知症サポート医、かかりつけ医、認知症専門医、かかりつけ歯科医、薬剤師、ケアマネジャー等地域で認知症患者を支える関係者が連携し、役割分担を明確にしながら相談から治療・介護まで包括的なサービスを提供するための多職種による連携体制の構築 ・認知症患者においては、行動上の症状悪化を示しやすい夜間にも適切に対応できるよう医療体制の充実が必要である。 b. 早期に正確な鑑別診断等を行うための専門医療機関の整備 大阪府、大阪市および堺市では、認知症疾患の鑑別診断のための人員・検査体制を有するとともに、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症に対する急性期治療等を行える病院を認知症疾患医療センターとして指定している。同センターでは認知症についての専門医療相談、鑑別診断、身体合併症、急性期症状への対応、かかりつけ医との連携、患者・家族への医療・介護サービス情報の提供と相談支援などを行っている。 認知症疾患の鑑別や診断確定を行う専門的な医療機関は、認知症疾患医療センターのほかにも各医療圏域に存在する。そこで、地域での医師会等の取り組みを踏まえ、認知症医療にかかわる様々な医療機能に関する情報を公開し、かかりつけ医からの患者紹介を円滑に行えるようにする。また、認知症疾患医療センターの機能強化および連携を推進するために同センターを中心としたネットワーク機能の充実をはかる。						

この計画の	
長所	・ ・ ・ ・ ・
短所	・数値目標の記載が全くなかった。 ・現状と課題、今後の方向性等の記載に終始。 ・ ・ ・

兵庫県

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>(1) 患者の状況 平成23年に厚生労働省が実施した患者調査によると、全国の精神障害者は約322.4万人と推計されており、精神病棟に入院している患者は約29.34万人である。県内の精神障害者は約12.1万人、精神病棟に入院している患者は約1.08万人である。患者調査による推移をみると、全国の精神障害者数は増加傾向にあったが、23年度調査ではやや減少した。兵庫県の精神障害者数も増加傾向にあったが、23年度調査では減少した。入院患者数は全国、県内ともに減少傾向にある。</p> <p>さらに、県内のうつ病等の気分障害の患者数は平成11年には約2万人だったが、平成20年には約5万4千人と増加したが、平成23年には約4万人に減少している。</p> <p>また、県内の何らかの介護・支援が必要な認知症高齢者数を推計すると(※)、平成22年の約12.2万人から平成37年には21.1万人へほぼ倍増すると見込まれる。</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>兵庫県の1年未満入院者、1年以上入院者の平均退院率はともに全国平均に比べ低い状況である。</p>			
医療資源	<p>(2) 精神科医療体制の状況 本県の精神病棟を有する病院数は平成24年8月末現在42病院であり、精神科の既存病床数は、平成24年10月1日現在11,411床である。人口10万人あたりでは204.8床であり、全国平均270.7床(平成22年医療施設調査)を下回っている。</p> <p>また、精神科等を標榜する診療所は219施設ある。</p> <p>比較的重症度の低い慢性身体合併症については、精神科病院が日頃から連携する一般科病院又は診療所との連携において治療が行われる。重症例については、その都度、精神科病棟を有する大学病院等4つの総合病院と協議の上受け入れ先を確保している現状であり、病床確保等システムとしては未整備である。</p> <p>児童、思春期の精神疾患等の治療については、現在は大学病院精神科、県立光風病院等を中心に行われており、県内の中核となる専門機関はなかったが、平成25年より県立光風病院において児童思春期病棟が稼働する。</p>							
予防・アクセス		<p>精神疾患の発症を予防し、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だけ短縮する。また、精神科を標榜する医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を行う。</p> <p>そのためには、医療機関が</p> <p>ア 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力すること</p> <p>イ 保健所、精神保健福祉センター等地域保健や産業保健の関係機関と連携すること</p> <p>ウ 精神科医との連携を推進すること〔GP(内科等身体疾患を担当する科と精神科)連携※への参画等〕</p> <p>※ GP連携の例:地域レベルでの定期的な連絡会議(内科等身体疾患を担当する科の医師でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築、ケーススタディ等)の開催、精神科医への紹介システムの導入等</p> <p>エ かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加すること</p> <p>といった機能が求められる。</p> <p>患者の状態に応じた精神科医療を提供し、早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供する。また患者が安定し、社会に適応して、地域生活を継続できるよう体制を整える。</p> <p>そのためには、</p> <p>ア 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、アウトリーチ等を含む。)を提供すること</p> <p>イ 精神症状悪化時等の対応体制や連絡体制を確保すること</p> <p>ウ 他の医療機関や地域保健関連機関あるいは相談支援事業者等との連携により、患者の地域生活を支援すること といった機能が求められる。</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>【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人員・延人員(地域保健・健康増進事業報告)</p>		<p>【O-1】◎こころの状況(国民生活基礎調査)</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)</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)</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</p>	

兵庫県

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>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>整死亡率)</p>	
治療・回復・社会復帰		<p>患者の状態に応じた精神科医療を提供し、早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供する。また患者が安定し、社会に適應して、地域生活を継続できるよう体制を整える。</p> <p>そのためには、</p> <p>ア 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、アウトリーチ等を含む。)を提供すること</p> <p>イ 精神症状悪化時等の対応体制や連絡体制を確保すること</p> <p>ウ 他の医療機関や地域保健関連機関あるいは相談支援事業者等との連携により、患者の地域生活を支援すること といった機能が求められる。</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>【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>グループホーム等新規整備数を1,106人分確保する。</p> <p>現状値 1,744人(H23)</p> <p>目標値(達成年度) 2,850人(H26)</p> <p>特別養護老人ホーム定員枠を24,548床整備する。</p> <p>現状値 21,711床(H24.4.1)</p> <p>目標値(達成年度) 24,548床(H26)</p> <p>介護老人保健施設定員枠を14,883床整備する。</p> <p>現状値 14,325床(H24.4.1)</p> <p>目標値(達成年度) 14,883床(H26)</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>	<p>平均在院日数を62.8日短縮させる。</p> <p>現状値 322.8日(H23)</p> <p>→目標値(達成年度) 260日(H29)</p> <p>1年未満入院者の退院率を2%増加させる</p> <p>現状値 799人/月【69.8%】(H20)</p> <p>目標値(達成年度) 815人/月【71.2%】(H26)</p> <p>1年以上入院者の退院率を26%増加させる</p> <p>現状値 127人/月【20.1%】(H20)</p> <p>目標値(達成年度) 160人/月【25.4%】(H26)</p> <p>3ヶ月以内再入院率を14.9%以下にする。</p> <p>現状値 18.8%(H23)</p> <p>目標値(達成年度) 14.9%(H29)</p>	

兵庫県

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	<p>(4) 精神科救急医療 重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するため、24時間365日、医師・看護師を配置した常時対応施設である精神科救急医療センター(県立光風病院内)と、病院群輪番施設である35の精神科病院の参画を得て、神戸市との協働事業として精神科救急システムを稼働させている。</p> <p>精神科救急医療圏域は県内5圏域とし、救急医療センターの2床、輪番病院制による神戸・阪神圏域及び播磨圏域各1床、合わせて4床において、休日及び毎夜間の精神科救急患者を受入れている。その他、但馬、丹波、淡路圏域では協力病院制により休日及び毎夜間の対応を行っている。</p> <p>また、緊急入院の必要はないが早期に医療につなげることにより重症化を防ぐことのできる患者に対応する初期救急医療体制を病院群輪番施設に併設している(受付時間19～22時)。</p> <p>このシステムにおいて、通報受付、受入れ医療機関調整等を担う精神科救急相談受理窓口を精神科救急情報センターとして設置し、医師との連携の下、迅速なトリアージ、相談助言機能の充実を図っており、兵庫県のホームページ等において、相談体制や連絡窓口等について広報している。</p> <p>また、精神神経科診療所の通院患者については、夜間・休日においても救急患者受入医療機関等からの要請に応じて当該精神神経科診療所の医師と連絡をとることができる体制の整備を推進している。</p> <p>なお、総合病院等における精神科病床は減少しており、一般科で急性期の外科的処置等を受けた自殺企図者など、精神疾患等を有する患者の受け入れは患者ごとに病院調整が必要である。一般科(身体科)医師と輪番病院の精神科医師がオンコールで相談に応じる体制をとっているが、身体疾患を合併した精神科救急患者に対する一般科医師と精神科医師との連携による医療の提供体制については未だ不十分である。</p>	<p>ア 精神科病院及び精神科診療所は、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>(3) 精神科初期救急医療体制の対応時間や場所が限られており、その拡充が求められている。</p> <p>(4) 一般科(身体科)救急医療と精神科救急医療の連携がシステムとして機能するように体制をさらに充実させていく必要がある。</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】◎年間措置患者数・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>			
精神・身体合併症	<p>比較的重症度の低い慢性身体合併症については、精神科病院が日頃から連携する一般科病院又は診療所との連携において治療が行われる。重症例については、その都度、精神科病床を有する大学病院等4つの総合病院と協議の上受け入れ先を確保している現状であり、病床確保等システムとしては未整備である。</p>	<p>イ 身体疾患(専門的治療を要する疾患、歯科疾患等)を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる)こと</p> <p>(5) 身体合併症、児童・思春期、アルコール・薬物依存等、専門的な精神科医療を提供する医療機関の数が少なく、充実が求められている。</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>			

兵庫 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、思春期の精神疾患等の治療については、現在は大学病院精神科、県立光風病院等を中心に行われており、県内の中核となる専門機関はなかったが、平成25 年より県立光風病院において児童思春期病棟が稼働する。</p> <p>アルコール依存症 兵庫県におけるアルコール依存症患者は平成23年患者調査によると約1,000人である。しかしながら、アルコール依存症の心理的特性として「否認」と「自己中心性」があり、問題飲酒を繰り返しているながらも医療機関等を受診しないケースも多くあり、実際の患者数はもっと多いと推測される。早期発見、早期治療が重要であり、県では精神保健福祉センター等においてアルコール依存症についての専門的相談窓口を設置している。また、県内の5医療機関が重度アルコール依存症入院医療管理加算を届出しており、アルコール依存症の専門的治療を行っている。</p> <p>(8) 発達障害 県では、発達障害児(者)及びその家族等からの日常生活や就労などの相談に対し、適切な指導・助言等を行う総合的支援の拠点として、平成15 年度にひょうご発達障害者支援センターを設置した。その後、順次プラチを整備し、現在は1センター5プラチの体制で取り組んでいる。 また、発達障害児の早期発見、支援体制を強化するため、平成23年度から5歳児発達相談を実施する市町の支援や、平成24年度には県立こども発達支援センターにより、診断・診療と療育を一体的に提供するとともに、情報提供や技術支援、研修等を実施している。 さらに、学校園に対する支援として、ひょうご学習障害相談室での相談や、学校園に対する専門家チームの派遣、県立特別支援教育センターにおける教員の研修などを行うほか、市町では、市町発達障害児支援連絡会議や市町特別支援連携協議会等を設置し、保健・医療・福祉・教育等の連携を図っている。</p>	<p>児童精神医療(思春期、発達障害を含む)、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を確保する。</p> <p>また、近年社会的に問題となっているうつ病に対しては、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、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することが必要である。関係機関が連携して、社会復帰(就職、復職等)に向けた支援を提供する体制を確保する。</p> <p>そのためには ア 児童精神科医療(思春期、発達障害を含む)、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかんの専門的な精神科医療について正確な診断ができ、適切な医療を提供できること イ 非薬物療法として、認知行動療法、認知療法、行動療法、SST(生活技能訓練)、グループ療法、家族療法、デイケア、リワーク、ES(電気ショック療法)、臨床心理士によるカウンセリング、医師による時間をかけた精神療法(30分以上)が行えていること ウ うつ病の早期発見、患者の状態に応じた医療を提供できるよう医療従事者を対象にした研修を実施する他、かかりつけ医と精神科医の連携体制の推進を図ること (ア) 一般の医療機関においては、 a うつ病の可能性について判断できること b 適切に相談あるいは紹介できる専門医療機関と連携していること (イ) うつ病の診療を担当する精神科医療機関においては a うつ病(気分障害)の下位分類が正確にでき、またうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること b うつ病以外の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価し、必要に応じて他の専門機関と連携できること といった機能が求められる。</p> <p>オ 発達障害児(者)支援体制の充実(県、市町、学校、関係機関等) (ア) 発達障害についての理解を促進するため、様々な媒体を介した普及啓発を行うとともに、啓発シンポジウムを開催する。 (イ) 発達障害児(者)のより身近なところに位置する市町が一次的に相談に対応できるような支援体制を強化する。 (ウ) 乳幼児期から就学、就労へと一貫した支援を行うため、発達障害者サポートファイルの活用を推進する。 (エ) 発達障害児を早期に把握し支援を行うため、乳幼児健診や5歳児発達相談の従事者の資質向上を図るとともに、保健・医療・児童福祉・教育等が連携し支援体制を整備する。 (オ) より身近なところで保護者への支援を充実するため、発達障害児の子育て経験をもとに相談に応じるペアレントメンターの養成や、家庭療育支援講座を実施するなどの取組を進める。 (カ) 日常生活場面での障害特性に応じた直接的な支援体制を充実するため、身近な現場で日常生活ルールや作業手順の指導等の支援を行う人材を養成する。 (キ) 県立こども発達支援センター、ひょうご発達障害者支援センターや県立特別支援教育センター等の専門機関がそれぞれの役割を果たしつつ、支援のための連携を進める。</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</p>	【P-21】○在宅通院精神科入院医療管理加算(NDB)		【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>【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</p>	

兵庫県

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	<p>(13) 心神喪失者等医療観察制度 心神喪失又は心神耗弱の状態で大々な他害行為を行った人の社会復帰を促進するために作られた法律に基づき、鑑定入院等の結果を踏まえて裁判所が入院処遇や地域処遇などの方針を決定し、保護観察所の調整による関係機関の連携によって対象者を支援している。 県には、平成24年5月現在、指定通院医療機関が18施設あるが、指定入院医療機関はない。なお、近畿における指定入院医療機関の現状としては、2機関(奈良、大阪)が稼働しており、平成25年度にはさらに1機関(滋賀)が稼働予定である。</p>		定通院医療機関数(指定通院医療機関の指定)				<p>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)</p>	
うつ病	<p>(6) うつ病医療 平成10年に自殺者が急増(前年と比較して465人増加し、1,400人を超えた)して以降、14年連続、1,300人前後で推移している。自殺既遂者に対する調査から、うつ病等の気分障害が自殺の要因として特に重要であることが明らかになっており、県においても自殺対策の取組の重要な柱の一つとしてうつ病対策に取り組んでいる。 うつ病に罹患しているが未受診であることも多く、早期発見・早期受診の推進の取組や、早期には内科医等のかかりつけ医が発見することも多いことから、かかりつけ医等の医療従事者に対し、うつ病対応力向上研修を実施している。また、かかりつけ医と精神科医の連携について、圏域毎に関係団体等と協議を進めている。 さらに、うつ病の治療に有効な認知行動療法が平成22年4月から診療報酬の対象となり、県では、医療従事者への研修を実施するなど、適切な医療の提供を図っている。</p>	<p>(1) 精神保健福祉施策を推進するための精神障害に対する正しい知識の普及とともに、自殺予防を推進する上でうつ、ストレス、不眠等のところの健康問題に対する正しい知識の普及啓発が不可欠である。 (6) 精神障害者への医療の提供、うつの早期発見等については、多職種によるチームアプローチが重要であることから、地域の保健、医療、福祉、教育等の関係者の意識向上及び研修を行う必要がある。 (7) うつ病の正確な診断にあたっては、精神科医の診断と助言により、適切な治療と良好経過につながることも多いことから、関係機関の連携体制を構築する必要がある。 ウ 精神保健・医療・福祉等に携わる人材の養成 (ア) うつの早期発見・早期治療につなげられるよう、こころのケア相談に携わる関係者のための研修会やケースカンファレンスの開催等を行う。(県、関係団体) (イ) 精神障害者の安定した地域生活を支えるため、相談支援事業所、訪問看護ステーションなどの支援関係者がそれぞれの役割を果たせるよう研修会を実施する。 (県、市町、関係団体) エ 自殺予防対策の推進 (ア) 自殺対策連絡協議会を中核とする関係機関のネットワークの構築を図る。(県、市町、関係団体) (イ) うつ病や統合失調症、アルコール依存症等と自殺との関連を正しく理解するとともに、精神疾患に対する偏見を無くすための啓発を実施する。(県、市町、学校、職域) (ウ) 自殺ハイリスク者の早期発見、早期対応を図るため、自殺関連の正しい知識を普及し、自殺の危険を示すサインに気付き、声をかけ、専門家につなぎ見守るゲートキーパー等を養成する。(県、市町、関係団体) (エ) 相談窓口の少ない夜間、休日の相談を受ける「いのちとこころのサポートダイヤル」を開設し、いのちの電話と併せた電話相談24時間体制を構築するほか、多重債務や雇用問題などの社会的要因に関する相談に対し、関係団体と連携した相談体制を構築する。(県、民間団体)</p>						
自殺対策	<p>(10) 自殺対策 平成18年度に精神保健福祉センターに自殺対策センターを設置、また、社会全体で総合的に取り組むことを目的として、行政、教育、警察、医療、事業主、民間団体、マスコミ等を構成員とする「兵庫県自殺対策連絡協議会」を設置した。さらに、平成21年度には県自殺対策推進本部を、平成22年度からは自殺対策を専門とする「いのち対策室」を設置して、市町、関係団体、民間団体等と連携を取りつつ、総合的な自殺対策を推進している。 平成19年度に、県民一人一人が健康で生きがいを持っていきいきと暮らせる元気な兵庫の実現に寄与することを目的として、平成28年までに県内の自殺死亡者を1,000人以下に減らす目標を掲げた「兵庫県自殺対策推進方策」を策定し、総合的な自殺対策を推進してきた。さらに、平成24年12月に、国の自殺総合対策大綱の改正内容、自殺の状況やこれまでの取組の課題を踏まえ、これに基づき、「年齢階層ごとの課題に応じた対策の展開」「自殺ハイリスク者対策の強化」等、一層の対策の推進を図り、今後取り組むべき内容等を中心に、「兵庫県自殺対策推進方策」の改定を行った。相談体制の充実や、かかりつけ医へのうつ病対応力向上研修、かかりつけ医と精神</p>							<p>自殺死亡者を1000人以下に減少させる。 現状値 1,303人(H23) 目標値(達成年度) 1,000人以下(H28)</p>

兵庫県

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)
	科医の連携等のう対策の強化や、安心して暮らせる地域づくり等の取組を実施している。							
認知症	<p>(9) 認知症医療 地域における認知症医療の中核として、鑑別診断等を行う認知症疾患医療センターを各圏域で設置している。 また、認知症の早期発見、早期治療に向け、かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修を実施するとともに、かかりつけ医に対する研修の企画立案や、専門的相談に応じる認知症サポート医を養成している。</p> <p>(10) 認知症に対する連携体制の構築のため、以下の取組が必要である。 ア 認知症の発症リスクの周知や認知症予防教室の開催等、認知症予防、早期発見、早期治療の推進 イ 医療と介護の連携を促進するための情報共有ツール(認知症地域連携クリティカルパスを含む)や、一般病院と精神科病院との連携等、認知症疾患医療センターを中心とした医療連携システムの構築 ウ 徘徊SOS ネットワークの推進や医療・介護の連携、関係機関や住民組織等のネットワークの構築 エ 認知症介護実践指導者の養成や活動推進等、認知症ケア人材の育成の推進 オ 若年性認知症の実態の把握及び県民、企業等の理解の促進とともに、就労継続支援や各種相談に応じる体制の整備 カ 認知症の人が地域で生活していくための認知症対応高齢者グループホームや特別養護老人ホーム等の整備</p>	<p>認知症疾患医療センターを2次保健医療圏域に1ヶ所整備するとともに、地域のかかりつけ医となる診療所や病院との連携を確保し、認知症の行動・心理症状で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。 そのためには、 ア 認知症疾患医療センターにおいては、 (ア) 圏域の認知症医療の中核として鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療等専門的医療を実施する。 (イ) 認知症にかかる専門相談や、地域におけるケア体制構築に向けた連携会議や研修等を実施する。 イ 認知症のかかりつけ医となる診療所・病院においては、 (ア) 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とともに、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を紹介する。 (イ) 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。 ウ 入院医療機関においては、 入院医療機関は、認知症疾患医療センター、診療所、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連携し、退院支援・地域連携クリティカルパスの活用等により、退院後に必要な介護サービス等が提供できるよう退院支援に努める。 といった機能が求められる。</p>			<p>認知症高齢者グループホーム定員枠を6,391人整備する。 現状値 5,290人(H24.4.1) 目標値(達成年度) 6,391人(H26)</p>		<p>認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率を50%以上にする。 現状値 37.5%(H22) 目標値(達成年度) 50%(H32)</p>	<p>退院率を50%以上にする。</p>

この計画の	
長所	・現状値に対して目標数値の記載が比較的しっかり記載されている。 ・認知症の記載が充実。
短所	