

2014 年精神疾患医療政策フォーラム

資 料

2014 年精神疾患医療政策フォーラム

Karuizawa Forum

2014 年 7 月 10 日

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会精神保健研究部

2014年精神疾患医療政策フォーラム (Karuzawa Forum)

- 1) 目的 : 精神疾患の医療計画における医療連携体制に関して知見を深め意見交換を図る
- 2) 対象者 : 精神疾患医療計画に関心のある専門家
- 3) 研修主題 : 政策の中の医療計画、地域における医療連携構築の具体例、行政の役割
- 4) 日時 : 平成26年7月10日(木) 11:00~18:00まで/受付10:30~
- 5) 場所 : ホテルマロウド軽井沢(長野県北佐久郡軽井沢町 電話:0267-42-8444)
- 6) 参加費 : 1名3,000円

11:00 開会 司会: 山之内芳雄(NCNP)

11:00 開会挨拶

佐野 亘 (厚生労働省 精神・障害保健課医療観察法医療体制整備推進室 室長補佐)

眞鍋 馨 (長野県健康福祉部 部長)

オープニングリマークス 伊藤弘人・山之内芳雄(NCNP)

11:15 第一部 講演 医療計画と医療・健康政策

篠崎英夫 (日本公衆衛生協会) 私の精神保健論 30分

河原和夫 (東京医科歯科大学大学院) 精神科医療計画 30分

津下一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)

健康政策のための健診データソフトの活用 30分

13:00 昼食 (峠の釜めし弁当)

14:00 第二部 シンポジウム 地域における医療連携の構築と展開 司会: 山之内 芳雄(NCNP)

宮岡等 (北里大学医学部精神科) 精神科地域連携の難しさ 30分

高垣有作 (国保すさみ病院) 町ぐるみの健康管理の仕組みづくり 30分

伊澤敏 (佐久総合病院) 佐久総合病院の医療と病院の分割再構築 30分

指定発言: 安藤直也 (千曲荘病院)

<ディスカッション: 地域特性・事情に応じた連携構築について> 30分

16:00 Coffee break

患者手帳の展示

池野敬(NCNP) 服薬支援ツールの展示の紹介

16:30 第三部 シンポジウム 行政が導く地域連携

司会: 小泉典章(長野県精神保健福祉センター)、伊藤弘人(NCNP)

小泉典章(長野県精神保健福祉センター) 信州での母子保健における G-P ネット 15分

小川正洋(長野県上田市健康福祉課) あったか手帳と認知症ケアパス 15分

清水ゆみ子(沼田市在宅介護支援センター ゆうゆう・うちだ)

星野真由美(群馬県認知症疾患医療センター 内田病院)

認知症みまもりネットワーク 15分

石田洋子(愛知県健康福祉部障害福祉課 こころの健康推進室)

愛知県の自殺未遂者対策のための地域連携構築について 15分

指定発言: 小林良清(佐久保健福祉事務所長)

依田尚美(佐久総合病院)

<ディスカッション: 医療連携における行政の役割> 20分

17:50 閉会挨拶 伊藤弘人

佐久総合病院再構築見学会

1) 日時 : 平成 26 年 7 月 11 日 (金) 10:00~11:00 まで

2) 場所 : 佐久総合病院 佐久医療センター (長野県佐久市 電話 : 0267-62-8181)

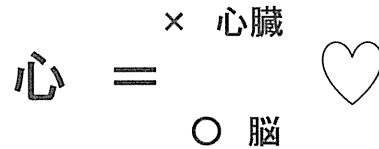
10:00 伊澤敏(佐久総合病院統括院長) 開会挨拶・見学会

*敬称略 (プログラムは一部変更の可能性がありますが)



心のしくみ

— 重ね描き —



精神保健(学) Mental Health

～ 精神医学 + 公衆衛生学 ～

- ・ 精神しょうがいへの偏見の除去
- ・ 精神しょうがい者への人権の確保

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

平成23年度版

発行 太陽美術出版部



国際疾病分類(ICD-10)

F00-F99 精神疾患

- F00-03 認知症
- F10 アルコールによる障害
- F17 たばこによる障害
- F20-29 統合失調症
- F30-39 気分障害
- F40-48 神経症

SNOMED
Systematized
Nomenclature
Medicine Clinical Term

精神しょうがいと偏見

1. 恐い
2. 治らない
3. 私はならない

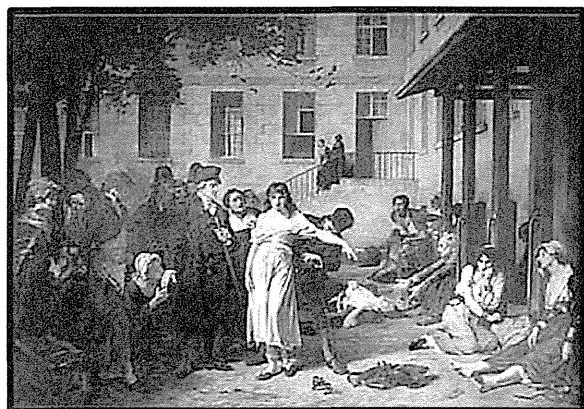
癌 → 国立がんセンター

7

WHO Promoting Mental Health

1. Concepts
2. The Emerging Evidence
3. Policy and Practices

8



フィリップ・ピネル(1745. 4. 20 - 1826. 10. 25)



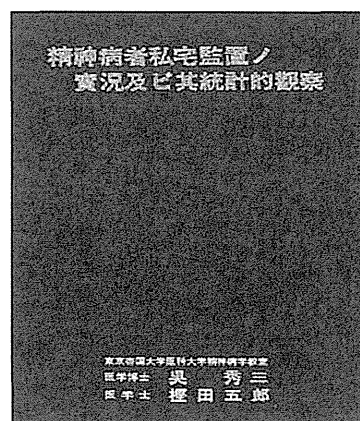
国立精神病院
Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Geel(OPZ Geel)

10

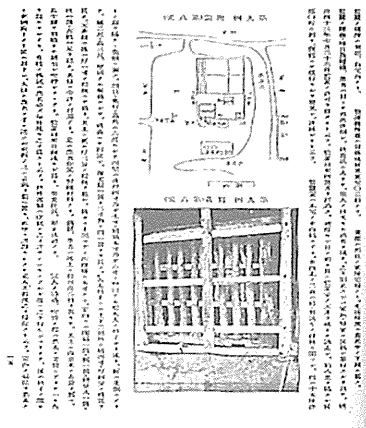


ゲールの守護聖人である聖ディンプナの
5年に一度のお祭り

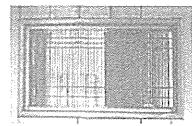
11



12

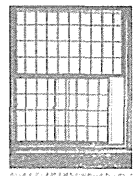


アール・バウハウス的なものである。また、精神科病棟として必要とする部分から入り、その配置がなされておられ、その結果として窓の構造が決定されておられるのである。



窓の構造

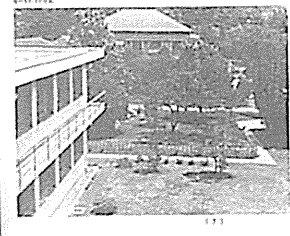
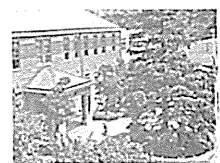
窓の構造も極めて重要な要素である。窓の構造が不適切であると、病室の環境が良からず、患者の回復に悪影響を及ぼす可能性がある。また、窓の構造が不適切であると、病室の環境が良からず、患者の回復に悪影響を及ぼす可能性がある。また、窓の構造が不適切であると、病室の環境が良からず、患者の回復に悪影響を及ぼす可能性がある。



芹香院
ある精神病院のプロフィール

近藤 宗一 監修、
神奈川県立芹香院患者保護会

シラフ・フエグ



日本における地域精神衛生—WHOへの報告

1967年11月より1968年2月に至る3か月間の顧問活動に基づいて

デービッド H. クラーク

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

30 May 1968

ASSIGNMENT REPORT
November 1967 — February 1968

by
Dr. D. H. Clark
Consultant in Mental Health

精神薄弱を含む精神病質、精神障害の早期発見と適切なリハビリテーションを促進するための地域精神衛生計画は、日本が当面する緊急の社会的、公衆衛生的課題の1つである。

この状況にかんがみ、地域における精神衛生活動の第一線機関として活動できるように826の保健所に新たな機能を与えるとともに、地域精神衛生に対する技術指導のセンターとして活動すべき精神衛生センターを設置することによって地域社会内の精神衛生活動を活発ならしめるため、精神衛生法が改正された。しかし、現在のところ、公衆衛生機関と精神病院、一般開業医と地域資源との十分な協同関係にまで、地域精神衛生計画を総合していない。



原 著

1. 精神障害者の死亡に関する記述疫学的研究
1972年12月（日公衛誌）
2. A comparative epidemiological study
on the death of psychiatric patients
1976年5月（Comparative Psychiatry）

精神保健福祉対策

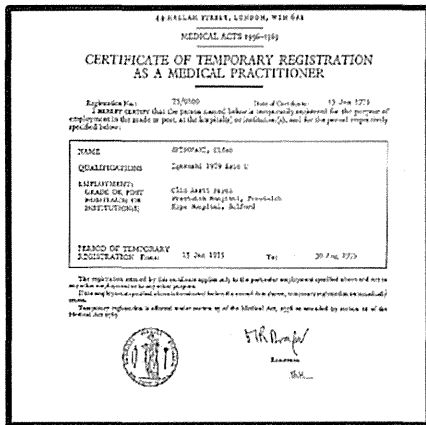
精神保健福祉法改正により入院から地域生活への移行を促進

<精神保健福祉対策>

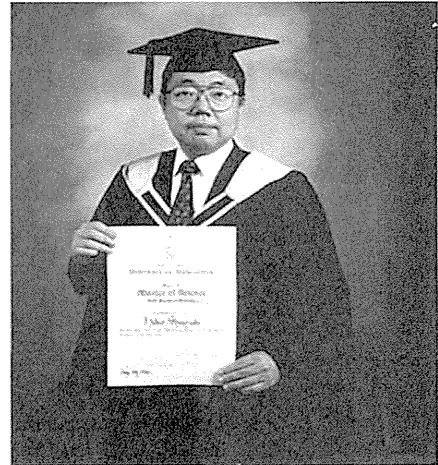
医療	入院医療	精神通院医療（自立支援医療）
	保健所	実態把握、相談、訪問指導、患者救済会等の援助・指導、教育・広報活動、協力組織の育成、関係機関との連携、医療と保健に関する事務
地域精神保健福祉対策	精神保健福祉センター	技術指導・技術援助、教育研修、広範囲及、調査研究、相談（福祉・困難なもの）、協力組織の育成
精神障害者福祉		障害者自立支援法によるサービス（3-22節） 精神障害者保健福祉手帳（平成23年度末64万人） 精神保健福祉士（平成25年3月末5万9千人） 国民の心の健康づくりと自殺対策 発達障害者支援（発達障害者支援法により定義） 高次脳機能障害（外傷性脳損傷の後遺症等） 依存症対策 心神喪失者等医療観察法 精神疾患・精神障害者に関する正しい理解に向けて

出典：国説 国民衛生の動向(2013/2014)（厚生労働統計協会）





25



26



広島県公衆衛生課長

27



WHO精神衛生課長

28



WHO西太平洋地域事務所

29



30



31

大分国際車いすマラソン

INTERNATIONAL WHEELCHAIR MARATHON



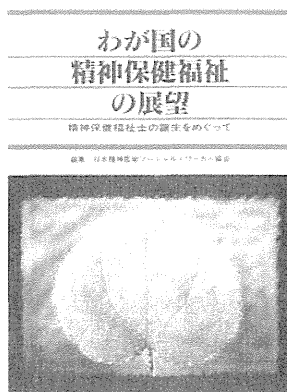
32



34

精神保健福祉士法成立

1. 精神保健福祉士法案の国会上程(1997年)
2. 行政改革委員会緩和委員会(1997年)
3. 第141回臨時国会最終日に
精神保健福祉士法成立(1997年)



35



小泉純一郎

精神保健福祉士は精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有し、精神障害者の社会復帰に関する援助相談を行う専門職であり、早くからその資格化の必要性が唱えられてきましたが、昨年12月精神保健福祉士法が成立し新たな国家資格として位置づけられました。

平成10年7月吉日

36

その頃、国会では厚生省提案の介護保険法という大きな法律案が審議されていました。このような状態では国会審議の日程上、PSW法の成立が「あぶない」のではないかと、このように危惧が出てきました。ならばということで、参議院議長斉藤十朗先生に直接陳情ということにいたしました。かつて厚生大臣当時にも全家連が陳情したことがありますので申入れをしました。

財団法人全国精神障害家族会連合会理事長
山下 利政

37

厚生省の担当がかわり、時を経て看護職者の主張と厚生省の主張は平行線のままであった。しかし担当者が篠崎部長に替わるやいなや状況は一変し我々の考えに近づいて来られ、このたびの精神保健福祉士法となったのである。

社団法人日本看護協会会長
見藤 隆子

27

日精協としては、患者さんの人権に配慮し、かつ良質な医療を提供することなど、国民の信頼に応え得る医療を目指すとともに、障害者プランの中で大きな柱である精神障害者の社会復帰と社会参加の推進にも努力しているところであります。また、これから21世紀に向けてPSWの活躍を大いに期待しているところであります。

社団法人日本精神病院協会会長
河崎 茂

39

精神保健福祉士法

(平成九年十二月十九日法律第百三十一号)

- 第一章 総則(第一条—第三条)
- 第二章 試験(第四条—第二十七条)
- 第三章 登録(第二十八条—第三十八条)
- 第四章 義務等(第三十八条の二—第四十三条)
- 第五章 罰則(第四十四条—第四十八条)

40

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、精神保健福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

41

(定義)

第二条 この法律において「精神保健福祉士」とは、第二十八条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと(以下「相談援助」という。)を業とする者をいう。

42

第四章 義務等

(誠実義務)

第三十八条の二 精神保健福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、自立した生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその業務を行わなければならない。

43

(秘密保持義務)

第四十条 精神保健福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。精神保健福祉士でなくなった後においても、同様とする。

44

(連携等)

第四十一条 精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療サービス、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第一項に規定する障害福祉サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保たなければならない。

2 精神保健福祉士は、その業務を行うに当たって精神障害者に主治の医師があるときは、その指導を受けなければならない。

45

- 明治33年 精神病患者監護法 成立
- 大正8年 精神病院法 成立
- 昭和25年 精神衛生法 成立
- 39年 ライシャワー事件
- 40年 精神衛生法 改正
- 62年 精神保健法 成立
- 平成5年 障害者基本法 成立
- 7年 精神保健福祉法 成立
- 9年 精神保健福祉士法 成立
- 11年 精神保健福祉法 改正
- 16年 精神保健医療福祉の改革ビジョン及び今後の障害
保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）策定
- 17年 障害者自立支援法 成立
- 25年 精神保健福祉法 改正

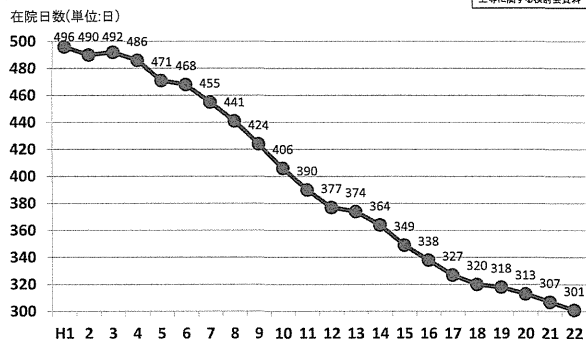
46

春先になると、精神病患者や変質者の犯罪が急に増える。毎年のことだがこれが恐ろしい。危険人物を野放しにしておかないように国家もその周囲の人も、もっと気を配らなければならない。犯人が精神病的だったからといって、外国大使を傷つけた日本の責任が軽くなるというものではない

朝日新聞 天声人語より
(昭和39年3月25日 朝刊)

47

精神病床の平均在院日数の年次推移

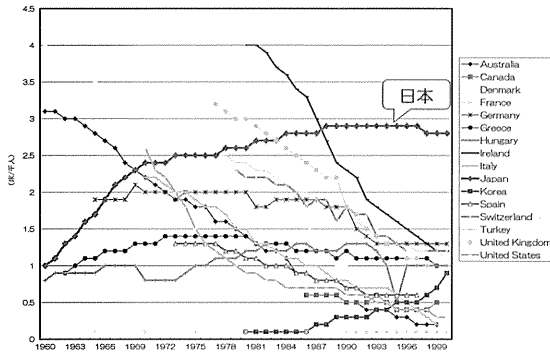


$$\text{※平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：病院報告 48

病床数（諸外国との比較）

平成24年3月23日第1回精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会資料



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

49

医療法改正の変遷

- 1, 第一次医療法改正(昭和60年)
各都道府県での地域医療計画の策定・2次医療圏と必要病床数の設定・任意的記載事項
- 2, 第二次医療法改正(平成4年)
- 3, 第三次医療法改正(平成9年)
- 4, 第四次医療法改正(平成10年)

50

アルマ・アタ宣言 (Alma-Ata,1978年9月12日)

Better Quality of Life
for a Better Future

51

健康づくり対策の変遷

- 1, 第一次国民健康づくり対策
(昭和53年～63年度) 栄養・運動・休養
- 2, 第二次国民健康づくり対策
(昭和63年度～) 栄養・運動・休養
(アクティブ80ヘルスプラン)
- 3, 第三次国民健康づくり対策
(平成12年度～) 栄養・運動・休養・酒・たばこ
(21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21))

52

アルコール健康障害対策基本法 2013年12月7日成立

目次

第一章 総則(第一条—第十一条)

第二章 アルコール健康障害対策推進基本計画等(第十二条—第十四条)

第三章 基本的施策(第十五条—第二十四条)

第四章 アルコール健康障害対策推進会議(第二十五条)

第五章 アルコール健康障害対策関係者会議(第二十六条、第二十七条)

附則

53

Bulletin of Neuroinformation Laboratory, Nagasaki University (1981) 8 : 139-145

139

WHO Regional Office for The Western Pacific
Activities on Drug Dependence and
Alcohol-Related Problems: Past and Future Trends

Hideo Shinozaki

Deputy Director, National Hospitals Division, Ministry of Health and Welfare Japan
former WHO Regional Advisor, Mental Health, Manila

54

勧告文

- 1, 情報収集と情報交換の促進
- 2, 疫学研究の推進
- 3, WHO協力センターの設立
- 4, 全国組織の設立
- 5, 協力組織の育成
- 6, 予防対策の樹立
- 7, 研修事業の促進
- 8, 国家方針の確立

55



Global status report
on alcohol and health
2014



56

国際疾病分類 F17

- ・ タバコ使用による障害

57

ニコチンとは

- ・ アルカロイドの一種で毒物及び劇物取締法に指定された物質。
主にたばこの葉に含まれる。Nicotineの名は1550年にたばこ種をパリに持ち帰ったフランスの駐ポルトガル大使 Jean Nicot に由来

58

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約

条約の目的

たばこの消費及び受動喫煙が健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護する。

条約の概要

- 条約の実施について、定期的な報告を締約国会議に提出する。
→第2回締約会議以降報告（第21条 報告及び情報交換）
- たばこの規制のための仕組み又は中央連絡先を確立または強化する。
→たばこ対策関係省庁連絡会議の設置（第5条 一般的義務）

条約の概要

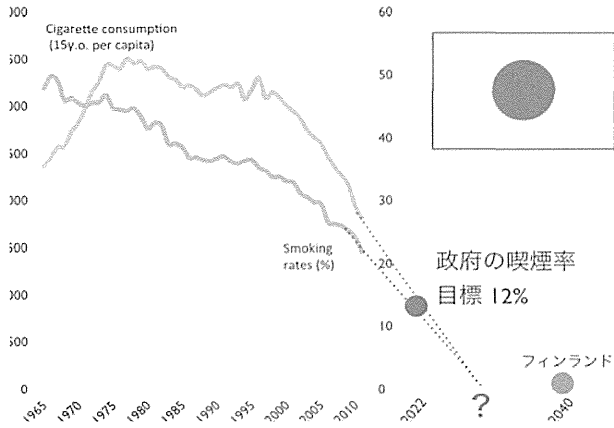
- たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置（第6条）
様々な人々、特に年少者のたばこの消費を減少させる上で効果的かつ重要な手段であることを認識し、課税政策及び価格政策を実施。
- たばこの煙にさらされることからの保護（第8条）
屋内の職場、公共交通機関、屋内の公共の場所等におけるたばこ煙からの保護についての措置をとる。
- たばこ製品の含有物に関する規制（第9条）
締約国会議は、たばこの含有物及び排出物の規制に関しガイドラインを提示し、各国は効果的な規制措置を講じる。
- たばこ製品の包装及びラベル（第11条）
健康警告表示（権限のある国家当局により承認）のサイズ（理想的には50%以上、最低30%）、ローテーションを義務付け。
- 教育、情報の伝達、訓練及び啓蒙（第12条）
喫煙の健康に与える悪影響についての普及・啓蒙、教育、禁煙指導の実施。
- たばこの広告、販促促進及び後援（第13条）
意図的に指し示し範囲内ではたばこに関する広告に關して全面禁止又は適切な制限措置をとる。
- 未成年者への及び未成年者による販売（第16条）
未成年者がアクセスできないよう、自動販売機について適切な措置をとる。

59

Endgameとは

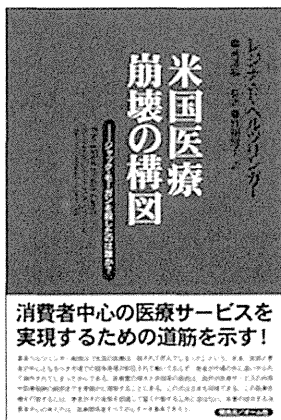
- ・ プロセスとゴールを包含し、健康被害を鑑みると、たばこ使用を終焉させる過程の最終局面
- ・ 目標はたばこ使用のゼロ又は限りなくゼロ
- ・ たばこ製品の商業的販売の完全終止
- ・ 社会におけるたばこ使用の非正規化
- ・ 子供たちをたばこ使用に曝さないこと

さらに、エンドゲーム (End Game) へ



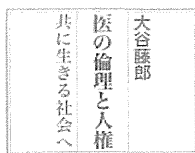
Endgameの国々

- ・ フィンランド：2040年までに0%
- ・ ブータン：2004年、たばこ販売の終止
- ・ 米国：2014年、たばこ流行の終焉戦略
- ・ ニュージーランド：2025年までに5%



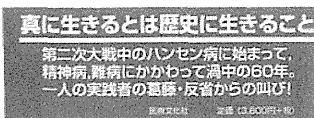
ジャックモーガンを殺したのは誰か？

- ・ 殺人者その一：医療保険会社
～機能不全の文化がもたらす死
- ・ 殺人者その二：総合病院
～帝国を築いた手が死をもたらす
- ・ 殺人者その三：雇用主企業
～ひとつだけの「選択肢」が死を招く
- ・ 殺人者その四：米国議会
～選ばれた国民の代表がもたらす死
- ・ 殺人者その五：専門家集団
～エリート of 医療政策立案者の手による死



世界人権宣言

1948年12月10日、国連総会で採択



第一条

すべての人間は、生れながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である。人間は、理性と良心とを授けられており、互いに同胞の精神をもって行動しなければならない。

67

第十二条

何人も、自己の私事、家族、家庭若しくは通信に対して、ほしいままに干渉され、又は名誉及び信用に対して攻撃を受けることはない。人はすべて、このような干渉又は攻撃に対して法の保護を受ける権利を有する。

68

第十三条

1. すべて人は、各国の境界内において自由に移転及び居住する権利を有する。
2. すべて人は、自国その他いずれの国をも立ち去り、及び自国に帰る権利を有する。

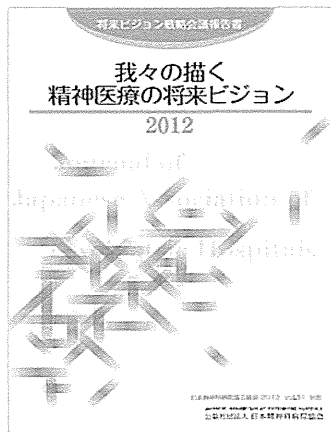
(中略)

69

第二五条

1. すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会的施設等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合は、保障を受ける権利を有する。
2. 母と子とは、特別の保護及び援助を受ける権利を有する。すべての児童は、嫡出であるか否かを問わず、同じ社会的保護を受ける。

70



71

報告書に関する意見交換会

日 時: 平成24年3月14日(水)15時~18時
会 場: 日本精神科病院協会 会議室
司 会: 河崎建人副会長

〈出席者〉

篠崎英夫 日本公衆衛生協会 理事長
樋口輝彦 国立精神・神経医療研究センター 理事長
伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部長
三上裕司 日本医師会 常任理事
三野 進 日本精神神経科診療所協会 会長
染矢俊幸 新潟大学医学部精神医学教室 教授
竹中ナミ 社会福祉法人プロップ・ステーション 理事長
広田和子 精神医療サバイバー
〈日精協〉
山崎 学 日本精神科病院協会 会長
河崎建人 日本精神科病院協会 副会長
千葉 潜 日本精神科病院協会 常務理事
齋藤章二 日本精神科病院協会 理事

72

精神科医療は
認知症の早期から終末期までの
すべての場面で
必要に応じた治療や支援を
ケアの提供者と連帯して
責任を持って携わっていかねば
なりません

73

認知症疾患は
脳の器質的な病気ですから
専門的な治療とケアの
両輪が必要です

74

治療が必要な
心理行動症状(BPSD)は
できるだけ早期に改善させる
治療が必要です
一方で、認知症で身体合併症や
心理行動障害の持続などの
重度者も精神科での
治療対応が必要です

75

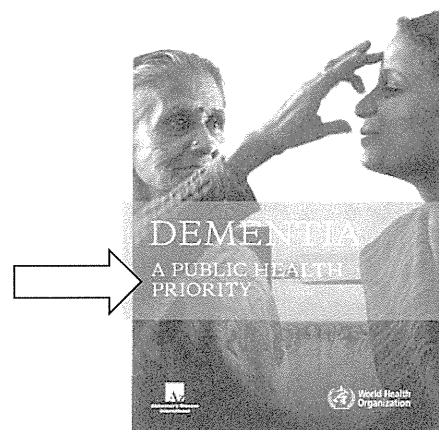
認知症のクリニカルパスを

普及します

76

マスメディアの理解や
知識向上を目指して
メディアカンファレンスの
実施が必要です

77



78

ご静聴ありがとうございました



精神科医療計画

東京医科歯科大学大学院
医歯学系専攻 環境社会医歯学講座 政策科学分野

河原 和夫

医療計画における精神疾患

医療計画に記載すべき疾病への精神疾患の追加

患者数の現状

- 平成20年の患者調査において精神疾患の患者数は323万人であり、医療計画に記載すべきいずれの4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)の患者数よりも多くなっている。職場におけるうつ病の増加や、高齢化による認知症患者の増加など、精神疾患は国民に広く関わる疾患となっている。
- ※4疾病患者数：悪性新生物152万人、脳血管疾患134万人、虚血性心疾患81万人、糖尿病237万人（平成20年患者調査）

死亡数の現状

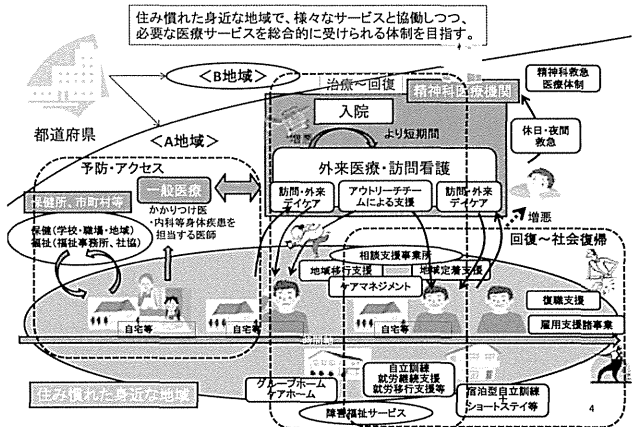
- 精神疾患による死亡数(平成21年人口動態統計)は1.1万人。また、遺族等の聞き取り等による自殺の実態調査によると、自殺者の約9割に、何らかの精神疾患に罹患していた可能性あり、自殺による死亡数(平成21年人口動態統計)は3.1万人であり、糖尿病による死亡数1.4万人の約2倍となっている。
- ※死因別別位の死亡数(上位3位)：悪性新生物34万人、心疾患18万人、脳血管疾患12万人（平成21年人口動態統計）

医療連携の必要性

- 患者の早期治療や地域への移行を目的として、急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問看護等の充実等を図るとともに、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要。

- 精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進。
- 23年度内に改正指針等を都道府県に提示、24年度に都道府県で計画を策定し、25年度から新計画を実施。

精神疾患の患者を支えるサービス(イメージ)



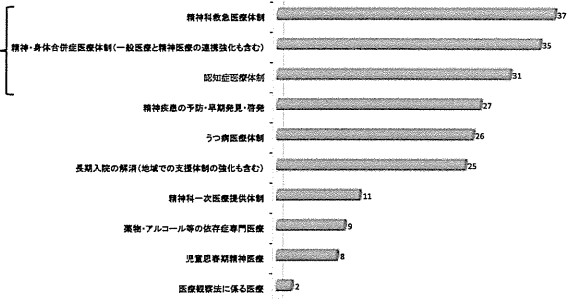
精神疾患に関する医療計画(イメージ図)

項目	【がん・脳卒中】	【急性心筋梗塞・糖尿病】	【認知症】	【その他】	【連携事項】
目的	精神疾患患者の早期発見・早期治療を促進し、重症化を防止し、地域での生活の質を向上させる。	精神疾患患者の早期発見・早期治療を促進し、重症化を防止し、地域での生活の質を向上させる。	精神疾患患者の早期発見・早期治療を促進し、重症化を防止し、地域での生活の質を向上させる。	精神疾患患者の早期発見・早期治療を促進し、重症化を防止し、地域での生活の質を向上させる。	精神疾患患者の早期発見・早期治療を促進し、重症化を防止し、地域での生活の質を向上させる。
現状	精神疾患患者の早期発見・早期治療が不十分である。重症化を防止し、地域での生活の質を向上させるための取り組みが不足している。	精神疾患患者の早期発見・早期治療が不十分である。重症化を防止し、地域での生活の質を向上させるための取り組みが不足している。	精神疾患患者の早期発見・早期治療が不十分である。重症化を防止し、地域での生活の質を向上させるための取り組みが不足している。	精神疾患患者の早期発見・早期治療が不十分である。重症化を防止し、地域での生活の質を向上させるための取り組みが不足している。	精神疾患患者の早期発見・早期治療が不十分である。重症化を防止し、地域での生活の質を向上させるための取り組みが不足している。
連携事項	精神科医療機関とがん医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関と脳卒中医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関と認知症医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関とその他の医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関とその他の医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。
その他	精神科医療機関とがん医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関と脳卒中医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関と認知症医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関とその他の医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。	精神科医療機関とその他の医療機関との連携を強化し、早期発見・早期治療を促進する。

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(認知症の指標例を含む)

指標	指標内容	現状把握	現状把握	現状把握	現状把握
1	精神科医療機関の設置状況	〇	〇	〇	〇
2	精神科医療機関の診療科目	〇	〇	〇	〇
3	精神科医療機関の診療時間	〇	〇	〇	〇
4	精神科医療機関の診療内容	〇	〇	〇	〇
5	精神科医療機関の診療体制	〇	〇	〇	〇
6	精神科医療機関の診療設備	〇	〇	〇	〇
7	精神科医療機関の診療人員	〇	〇	〇	〇
8	精神科医療機関の診療費用	〇	〇	〇	〇
9	精神科医療機関の診療アクセス	〇	〇	〇	〇
10	精神科医療機関の診療連携	〇	〇	〇	〇
11	精神科医療機関の診療評価	〇	〇	〇	〇
12	精神科医療機関の診療改善	〇	〇	〇	〇
13	精神科医療機関の診療研究	〇	〇	〇	〇
14	精神科医療機関の診療教育	〇	〇	〇	〇
15	精神科医療機関の診療広報	〇	〇	〇	〇
16	精神科医療機関の診療相談	〇	〇	〇	〇
17	精神科医療機関の診療支援	〇	〇	〇	〇
18	精神科医療機関の診療連携	〇	〇	〇	〇
19	精神科医療機関の診療評価	〇	〇	〇	〇
20	精神科医療機関の診療改善	〇	〇	〇	〇
21	精神科医療機関の診療研究	〇	〇	〇	〇
22	精神科医療機関の診療教育	〇	〇	〇	〇
23	精神科医療機関の診療広報	〇	〇	〇	〇
24	精神科医療機関の診療相談	〇	〇	〇	〇
25	精神科医療機関の診療支援	〇	〇	〇	〇
26	精神科医療機関の診療連携	〇	〇	〇	〇
27	精神科医療機関の診療評価	〇	〇	〇	〇
28	精神科医療機関の診療改善	〇	〇	〇	〇
29	精神科医療機関の診療研究	〇	〇	〇	〇
30	精神科医療機関の診療教育	〇	〇	〇	〇
31	精神科医療機関の診療広報	〇	〇	〇	〇
32	精神科医療機関の診療相談	〇	〇	〇	〇
33	精神科医療機関の診療支援	〇	〇	〇	〇
34	精神科医療機関の診療連携	〇	〇	〇	〇
35	精神科医療機関の診療評価	〇	〇	〇	〇
36	精神科医療機関の診療改善	〇	〇	〇	〇
37	精神科医療機関の診療研究	〇	〇	〇	〇
38	精神科医療機関の診療教育	〇	〇	〇	〇
39	精神科医療機関の診療広報	〇	〇	〇	〇
40	精神科医療機関の診療相談	〇	〇	〇	〇
41	精神科医療機関の診療支援	〇	〇	〇	〇
42	精神科医療機関の診療連携	〇	〇	〇	〇
43	精神科医療機関の診療評価	〇	〇	〇	〇
44	精神科医療機関の診療改善	〇	〇	〇	〇
45	精神科医療機関の診療研究	〇	〇	〇	〇
46	精神科医療機関の診療教育	〇	〇	〇	〇
47	精神科医療機関の診療広報	〇	〇	〇	〇
48	精神科医療機関の診療相談	〇	〇	〇	〇
49	精神科医療機関の診療支援	〇	〇	〇	〇
50	精神科医療機関の診療連携	〇	〇	〇	〇

医療計画の体制整備にあたって優先度が高い課題(n=40)



○出典:河原和夫「精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理」
平成24年度 厚生労働科学研究費補助金「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」
(主任 安西信雄)研究分担報告書

ストラクチャー指標の数値目標設定(38/46自治体)

認知症患者センター設置数(及び認知症の鑑別診断を行える医療機関の数など)	23
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	14
認知症かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数	11
〇かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数	9
認知症サポート医数	9
認知症地域連携クリティカルパス導入率	7
◎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	6
◎精神科病院の従事者数(病院報告)医師数に限ったものも含む	5
◎精神科救急・合併症対応施設数	5
認知症サポーター数	5
グループホーム等新規整備数(定員)	4
◎精神科訪問看護を提供する病院・診療所数	3
◎精神科救急医療施設数	3
応急指定病院数、ないし指定病院のあるブロック数	3
認知症相談医数	3
キャリア・ヘルプ・メイト養成数	3

ストラクチャー指標の数値目標設定(38/46自治体)
続き

地域連携クリティカルパス導入率	2
地域精神保健福祉連携会議の設置数	2
◎精神科を擁する病院・診療所数、精神科病院数	2
精神科救急医療体制整備	2
精神科救急医療体制において、自院に入院中の患者が救急受診した場合に夜間休日でも問い合わせに対応可能な精神科診療所数	2
◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数	2
◎児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数	2
◎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
○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)	2
児童思春期精神の医療提供機関数	2
認知症地域支援推進員数(もしくは配置市町村数)	2

- 1) 認知症診療体制、地域支援体制整備に係る指標
- 2) 精神科と一般身体科の連携システムに係る指標

プロセス指標の数値目標設定(13/46自治体)

◎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)	6
◎精神保健福祉センターにおける相談等の活動(衛生行政報告書)	3
重度認知症ケアの利用者数	2
救急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)	1
◎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)	1
◎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(衛生行政報告書)	1
◎精神科地域移行実施加算(診療報酬施設基準)	1
○精神科訪問看護の利用者数(精神保健福祉資料)	1
社会適応訓練事業訓練者数	1
地域移行支援サービスの利用者数	1
地域定着支援サービスの利用者数	1
◎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)	1
◎精神科救急情報センターへの相談件数(事業報告)	1
◎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)	1
○保護室の隔離、身体拘束の実施患者数(精神保健福祉資料)	1
精神科一般救急対応時間	1
認知症ケアの利用者数	1
認知症患者センターにおける診療件数	1
認知症相談医の認知症患者センター利用率	1

プロセス指標は現状把握指標としての意味合いが強い(目標とはなりにくい)

アウトカム指標の数値目標設定(42/46自治体)

○1年未満及び1年以上入院者の平均退院率	36
◎人口10万対自殺死亡率	27
○在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数	18
新規認知症入院患者2ヶ月以内退院率	13
○3ヶ月以内再入院率	11
◎退院患者平均在院日数	11
認知症退院患者平均在院日数	7
◎こころの状態	4
医療機関を受診した認知症のうち外来患者の割合	2
入院を要しない軽症患者の精神科救急受診率	1
医療保護入院患者1年以上入院率	1
平均残存率	1

様々なストラクチャー、プロセスを経ての総合的なアウトカム指標
自殺死亡率減少については医療計画以外での連携結果のアウトカム

長野県(1)

項目	数値	単位	備考
認知症患者センター設置数	23	施設数	
GP連携会議開催地域数	14	地域数	
認知症かかりつけ医等研修参加者数	11	人数	
〇かかりつけ医等研修参加者数	9	人数	
認知症サポート医数	9	人数	
認知症地域連携クリティカルパス導入率	7	%	
◎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	6	施設数	
◎精神科病院の従事者数(病院報告)医師数に限ったものも含む	5	人数	
◎精神科救急・合併症対応施設数	5	施設数	
認知症サポーター数	5	人数	
グループホーム等新規整備数(定員)	4	定員数	
◎精神科訪問看護を提供する病院・診療所数	3	施設数	
◎精神科救急医療施設数	3	施設数	
応急指定病院数、ないし指定病院のあるブロック数	3	ブロック数	
認知症相談医数	3	人数	
キャリア・ヘルプ・メイト養成数	3	人数	